

医療における非合理主義の受容
- 脳死患者を見守る〈視点〉に関する哲学的考察 -

松井 富美男

1. はじめに

呼吸の仕方が変わるのは死の前触れと言えよう。まず脳内血腫や脳腫瘍進展によって視床下部が圧迫されると一時的に呼吸停止し、徐々に小さな呼吸から大きな呼吸に変わり、再び小さな呼吸を経て一時停止するといったチェーンストークス型の呼吸になる。次に中脳の破壊によって激しい運動直後のような中枢神経性過呼吸となり、橋網様体の障害に至って乱れた失調性呼吸となる。こうして延髄に障害が及ぶや否や呼吸が永久停止する。近親者はこうした呼吸状態を目の当たりにすると、患者は苦しんで死んでいったと思ひ込む。しかし、この死のプロセスは呼吸維持を司る脳幹網様体の破壊によって引き起こされる機械的なものなので、この全体が苦しみを伴っているとするのはあたらない。にもかかわず近親者が患者が苦しんでいると思ひ込むのはどうしてだろうか。それは、彼らが自らの経験に照らし合わせて、激しい運動直後の苦しい息づかいに、患者の息づかいを重ねて見てしまうからであろう。乱れた呼吸が苦しみとして映るのは涙が悲しみとして、笑いが喜びとして映るのに似ている。確かに一般的には、乱れた呼吸、涙、笑いなどは特定の心的状態の表出と見なされる。が、それだけの理由で彼らは患者が苦しんでいると思ひ込むのであろうか。もしそうであれば医師や看護婦は一生のうちに何度となく他者の苦しみを追体験し、早晚抑鬱になるのは目に見えている。彼らがそうならないのは、この種の呼吸を苦しみとしてよりも死のプロセスとして静観することに職業柄慣れているからだ。その態度は冷徹なようで合理的な判断に裏打ちされている。では、同じ状態を一方が苦しみとして、他方が死のプロセスとして見るその違いはどこに存するのであろうか。単に医療知識があるないの違いであらうか。ここに臨床における重大な問題点が潜んでいるように思われる。

2. 脳死の不可逆性

脳死状態では、人工呼吸器が心臓を動かすことで血液が循環するので、血色がよい、体が温かい、汗をかくななどの特徴が見られる。この状態は外から見るかぎり睡眠状態と区別が付きにくいので「見えない死」と呼ばれ、いわゆる三兆候説における「見える死」と区別される。ここでは脳死問題にこと細かに言及している余裕はないが、注意すべきことは脳死が肉眼では見ることでできない想像された死であるということである。脳死には一般に全脳機能の不可逆的消失、脳幹機能の不可逆的消失、全脳機能の不可逆的消失プラス脳循環の不可逆的停止の三通りの定義がある。ここから明らかなように、脳死では基本的に「脳機能の不可逆的消失」だけが問題にされる。脳がホモサピエンスにとって重要であり、とりわけ大脳皮質が人間性のトポスであることを否定する者はいない。そうした脳状態を実際に肉眼で確かめることができれば一番よいのだが、それも無理であれば脳の働きから脳状態を推定するよりほかに仕方がないだろう。ここに〈推定される脳状態〉と〈観察される脳機能〉の区別が生じる所以がある。

脳死定義でしばしば問題にされる器質死と機能死の争いは、この区別に端を発している。機能死を推す人は〈推定される脳状態〉と〈観察される脳機能〉を等価だと見るのに対して、器質死を推す人はこの関係を等価ではないと見る。すなわち後者は、前者が計量される現象でもって脳状態が認識できると主張することに、飽くまでも懐疑的なのである。とはいえ、器質死を死の定義に掲げても、この定義は脳だけでなく心臓にも適用されるから、心停止をもって死と定めている現状に、逆の意味で矛盾することにもなる。確かに現状においても心臓の機能喪失が問題にされるから、この意味においては死の捉え方は心臓死も脳死も変わらないと言える。しかし心臓死では血色が失せ、体温が低下し、身体が硬直するなどの〈死の特徴〉が現れるのに対して、脳死ではそれ以前と以後で感覚的な変化は現れず血色、体温、発汗などの〈生の特徴〉が持続する。そのために脳死は脳機能の不可逆点がいつなかがはっきりしない「見えない死」となる。例えば伊弉諾尊が黄泉国から逃げ帰ったときの「泉津平坂」のような生と死の境界を体験することはできないのである。

ところで「竹内基準」は、脳死は深昏睡・自発呼吸の消失・瞳孔の固定・脳幹反射の消失・平坦脳波の状態が6時間経過後も変わらない場合であると定めている。しかし自発呼

吸を確認するためには人工呼吸器を外さなければならないから、脳がまだ完全には死んでいない「切迫脳死」の場合には、人工呼吸器の取り外しが却って死を早めることにもなりかねない。となれば医師は慎重の上にも慎重にならざるをえず、自発呼吸の消失という条件はいよいよ土壇場にならなければ適用できないことが分かる。脳死判定基準といっても、これを適用するタイミングが問題になるので、結局は医師の〈勘〉や〈経験〉がものを言う。脳死判定基準が脳が死んだことを教えてくれる試金石であると考えるのは早計であろう。実際には脳が死んでいるという想定のもとで基準が適用されるのである。平坦脳波は脳が死んでいるときには必ず起こるが、逆に平坦脳波でもって脳が死んでいると言うことはできない。すなわち、平坦脳波は脳死の必要条件であるが十分条件ではないのである。このことの意味は重要である。医師が自発呼吸を確認するために人工呼吸器を外すのは他の諸条件に加えて脳波が平坦なときであるが、このとき脳状態は頭蓋内圧が高まり脳ヘルニアが進行していると推定される。しかしながら、それでも脳が完全に死んでいるわけではない。「竹内基準」だけでは、こうした切迫脳死が完全脳死と誤認される恐れがある。

脳状態を肉眼で見ることができない以上は、〈観察される脳機能〉と〈推定される脳状態〉との間にズレが生じる可能性がある。切迫脳死とは、要するにこのズレのことである。そのために救急医らを中心に提案されているのが脳血流検査の付加である。なぜこの検査が有効であるかと言えば、脳血流がほんの3, 4分間停止しただけでも完全脳死になることが分かっているからだ。すなわち、脳血流の停止は脳死の必要十分条件なのである。もっとも、この条件を付加したからといって、切迫脳死と完全脳死との差異や脳機能の不可逆点が明瞭になるわけではない。残念ながら現在の医療機器はそれを識別できるほどまでには至っていない。そのために切迫脳死から不可逆点を経て完全脳死に至るとする脳死プロセスは飽くまでも論理的に想定されたものである。切迫脳死は不可逆点以前の脳状態であり、厳密には蘇生可能なはずである。厳密主義の立場はこうした切迫脳死と不可逆的な完全脳死とを区別して、脳死を純粋な論理問題に仕立て上げるものである。これに対して経験主義の立場は統計的に見て脳死はすべて完全脳死であり、切迫脳死のような臨死段階は存在しないと主張する。この根底にあるのは経験重視の実用主義的なものの考え方である。臨床医学が経験に依拠した学問である以上、この分野に論理的な厳密性を持ち込むこと自体に無理があり限界があるように思われる反面、高度な精神機能を具えた脳の判定に関しては、特別扱いされてよいようにも思われる。

いずれにしても、脳死論議の核心はいかにして間違いのない脳死判定を下すか、いかにして合理的な死を確定するかにある。この点では厳密主義と経験主義の間に意見の隔たりはない。まだ生きている者を死んでいると誤認してはならないのは、脳死に限らず心臓死でも同じであろう。となれば厳密主義が主張するように、脳血流検査や脳幹誘発反応検査を追加するなどして、脳死判定基準を厳重にすればよさそうなものだ。が、そうなれば、検査機器を設置するだけで莫大な費用がかかるのみならず、脳死宣告が遅れる分だけ臓器移植がやりにくくなるのも事実である。脳死を導入しようとする背景には、国内でも心臓移植や肝臓移植をできるようにしたい、という社会の強い要望があるからだ。そこで、判定基準が厳しいために移植ができないということになれば、死の定義を変更してまで脳死を導入する意味はないから、脳機能が不可逆的になるや否や脳死宣告をして臓器摘出を可能にすべきだ、といった極論が提出されるのである。脳死宣告を遅らせれば遅らせるほど、生者が死者と誤認される可能性が小さくなる反面、死者が生者として扱われる可能性も大きくなる。厳密主義は生者を死者と誤認しないためにはそれもやむえないと考えるのに対して、経験主義は臓器移植を日常医療の軌道に乗せるためには脳死宣告をいたずらに先延ばしすべきではないと考える。このように対比すれば、確かに双方の主張は異なっているように見える。だが元に戻って、こうした対立がなぜ生じたのかと言えば、脳機能の不可逆点を正確にチェックできない医療技術の未熟さがあるからだ。つまり、この対立はテクノロジーの限界がもたらしたものである。

3. 脳死の変容

ここで論点を変えて、切迫脳死と完全脳死を峻別できる精密な脳死判定装置があると仮定しよう。この装置は脳機能が不可逆的となった瞬間に自動的に人工呼吸器のスイッチが切れる仕組みになっている。科学技術の発展が日進月歩の現代、このような装置の出現は心臓、肺、肝臓、膵臓などの人工臓器の開発が将来可能であるのと同様に可能であると信じるが、その真偽のほどは詮索しないでおく。そこで、この仮定のもとで、今日の脳死問題が将来も継続審議されていると想像できるであろうか。脳死論議の核心が確実な脳死判定にあるとすれば、脳死問題そのものが未来社会では解消しているはずである。このことは

何を意味しているかと言えば、切迫脳死と完全脳死を区別するしないといった論議が技術論を本質としているということである。しかし脳死問題はけっして技術論につきない。遺族のなかには、臓器提供に応じたことが負い目になる者もいる。感情的なわだかまりが残るのは脳死の一つの特徴であるが、このような情緒論も、非合理的という理由で切り捨てられてはならない。

こういったことが生じるのは、遺族が故人の自然死に確信がもてずに、もっと努力すれば故人を助けられたのではないか、ひょっとして自分が故人を死に追いやったのではないか、といった疑念に駆られるからである。だがこの疑念はすべての脳死に向けられたものではない。これが起こるのは、脳死が「見えない死」から「見える死」に変容される場合である。繰り返しになるが、心臓が人工呼吸器によって機械的に動かされるかぎり、脳死状態においても呼吸は存続する。それゆえ脳死と呼吸停止の因果関係は、正しくは「死亡したので人工呼吸器を外したら呼吸が止まった」と記述されるべきであろう。ところが脳死が「見える死」に変容されると、これは「人工呼吸器を外したから呼吸が止まって死亡した」と記述される。双方の記述の差異は明らかであろう。前者では呼吸停止が「死亡した」ことの結果になっているのに対して、後者ではその原因になっている。ここでは脳死と呼吸停止との因果関係が逆転し、人工呼吸器を外す前まで生存していた故人が遺族の関与によって死亡したかのように、事実関係が歪曲される。

脳死が変容されるのは、いわゆる死の瞬間が存在しないからだ。死の瞬間には自己が死ぬ瞬間と他者が死ぬ瞬間とがあるが、体験されるのは後者だけである。なぜなら前者では、自己の死ぬ瞬間を体験するためには、自己が死んでいなければならないと同時に生きていなければならないからである。そこで、問題になるのは他者が死ぬ瞬間であるが、脳死の場合には他者の死を体験することができても、他者の死の「瞬間」を体験することはできない。脳死における死ぬ瞬間とは脳機能が不可逆的になったとき、より厳密には不可逆点に達したときである。この瞬間は肉眼では確認されえないのみならず、現在のいかなる機器をもってしてもけっして知られえない。もっとも、このような主張に対しては、死の瞬間は脳死のみならず心臓死の場合でも存在しないとする反論もある。心臓死といっても、心停止後に脳機能が残存している可能性があり、実際には、脈がふれていない、呼吸をしている、瞳孔が働いていないといった三兆候をもとに、心臓、肺、脳のすべての機能喪失が確認されたときに死が宣告されるからである。つまり、心臓死の場合でも、心停止をもって直ちに死の瞬間と見なされるわけではない。

しかし問題になるのは、こうした意味での死の瞬間ではなく、「死を看取る」「死に水を取る」「死に目にあう」などの慣用句に含まれる通俗的な意味での死の瞬間である。これは生者が息を引き取って死者となる瞬間である。再び神話を持ち出せば、伊弉冉尊が死んだ直後の伊弉諾尊の悲哀はいかばかりのものであったろうか。『日本書紀』はその様子を「頭辺に匍匐ひ、脚辺に匍匐ひて、哭き泣ち流涕びたまふ」¹⁾と記している。まさにその哀しみは「慟哭が天上にまでも響き行くべきほど」²⁾のものであったろう。脳死はこうした独特の瞬間に欠ける。そのために遺族は人工呼吸器を外した時点を死の瞬間になぞらえ脳死を「見える死」に変容しようとする。ことに、脳死患者が臓器提供者となると、新鮮な臓器を確保するために、一度外された人工呼吸器が再び取り付けられることもある。心臓を遠隔地に空輸するための必要な処置であるとはいえ、この例は遺族から死の瞬間が奪い取られたことの証左である。遺族が自分を死の宣告者のように錯覚し自らの同意のもとに患者から人工呼吸器を外したことを後悔するのは、死の瞬間の不在からくる不確実性のゆえである。脳死における死の瞬間は頭の中で想像されないかぎり存在しない。それは日本仏教の揺籃期に「仏」の理念を理解するのに「特に鋭い論理の力」³⁾が必要であったのに似ている。古代日本において寺院、伽藍、仏像などの造営が仏教精神の具現化と見なされた背景に、高邁な理念よりも現実の姿を模索する独特の感覚意識があったことは疑いえない。このような意識は死の瞬間を見つめるうえでも重要である。脳死は、いかに合理的な死であっても、死の瞬間が実感されない点では不自然な死である。脳死が「見えない死」から「見える死」に変容されるのは、この不自然さを解消するためである。

死の瞬間が実感される点では、心臓死は脳死よりもより自然で受容されやすい。もっとも、心停止後も人工マッサージや電気ショックによって鼓動が蘇る点を斟酌すれば、心臓は血液を送り出すポンプにすぎないとも言える。事実、心臓がこのような機械的な性質を有するからこそ、心臓移植も可能なのであろう。その意味では心停止が直ちに死の瞬間であるとするのはあたらない。心停止は飽くまでも個体の全体的死を了解させるきっかけとなるにすぎない。鼓動が停止した瞬間は苦しい息づかいが止み、時間の流れが止まって、静寂が世界を包むときである。生物学的に見れば、死の瞬間が存在しないというのは恐ら

く正しいだろう。全細胞の壊死が問題にされるかぎり死の瞬間は永遠におとずれないにちがいない。しかし生の意味連関からすれば死の瞬間は存在する。それは、心停止によって生から死への変化が肌で感じられるときである。医師は患者の息が途絶えると瞳孔が働いていないことを確認した上で死の宣告をするが、この宣告よりも前に近親者は患者の死を感じ取っている。これが死の瞬間というものである。

4. 解釈された死

動きが精巧なロボットは「生きているように見える」と言われても「死んでいるように見える」とは言われない。また病気で臥せっている飼い犬は「死んでいるように見える」と言われても「生きているように見える」とは言われない。なぜであろうか。それは何が生きもので、何が生きものでないかの了解が既にあり、こうした言表のうちに「ロボットは生きていない」とか「飼い犬は生きている」とかいった否定的主張が含まれるからである。ところが「見える」という語は、この用法以外に、物事について確信がもてないときにも使われる。例えば「彼は疲れているように見える」とか「向こうは雨が降っているように見える」とか言われる場合がそうである。これらは彼が疲れているかどうか、向こうが雨であるかどうか、がまだ未確定であることを示している。ここでの「見える」は、彼から直接に健康状態を訊くとか実際に向こうに赴くとかして、その真偽が確定されるならば直ちに「である」や「でない」などに取って代わられる中間的な表現である。

では、脳死患者が「生きているように見える」と言われるときの「見える」はどちらの意味であろうか。脳死が肉眼では確定されない死であることが強調されるならば、二番目の意味になる。呼吸をして汗をかいている状態は脳死以前も以後も変わらないから、脳死患者が生きているのか死んでいるのかは不分明である。この状態だけを楯に取れば、生きているようにも死んでいるようにも見えるはずである。にもかかわらず、もう一方の可能性が押しやられて生きているように見えるのは、生への期待が〈見え〉をゆがめるからである。逆に言えば、死の方向で見ようとすれば、死んでいるようにも見えるということでもあろう。この〈見え〉は人種に共通する錯覚とも異なり、各人の見方で異なる主観的なものである。

このことを理解するには、ネッカー・キューブ（紙の上に描かれた直方体の図形）のたとえや、うさぎ - あひるの頭のたとえを引き合いに出すと分かりやすいだろう。これらは、要するに、一つのものが別のものとしても見えることを示したたとえである。一つのものが別のものとして見えるということは、ウィトゲンシュタインによれば、一つのものを別のものとして見るように解釈しているということ、言いかえれば解釈のもとに別のものを見ているということである。⁴⁾このたとえは知覚がゆらぎを含み、いかに不安定なものであるかを示しており、ゲシュタルト心理学では「全体的構造」に基づく〈見え〉として、ウィリアム・ジェームズでは「注意」による〈見え〉として説明されるものである。ここから分かるように、事物がどのようなものであるかは、それをどのように見るかといった解釈や視点に依存する。ただし、解釈に基づく〈見え〉は、他者から別の見方を教示されることでも変更されうる。うさぎにしか見えなくても、あひるの姿を教示されるならば、あひるにも見えてくる。一つのものが別のものとしても見えるためには、別の見方が教示されることも重要である。幼児が物と物をうまく識別できないのは、脳の発達にもよるが、その識別方法を幼児がまだ習得していないからである。

脳死においては通俗的な意味での死の瞬間は存在せずに、呼吸をして汗をかいている状態は脳死以前も以後も変わらなかった。それゆえ脳死患者が死んでいるように見えるためには、この状態が、解釈のもとに死んでいると見なされなければならない。その意味では、脳死は解釈されることによって存在する死、すなわち〈解釈された死〉であると言えよう。なお、ここでの〈見え〉はネッカー・キューブやうさぎ - あひるにおける〈見え〉とも異なる。なぜなら、後者では同一事物に対する異なった知覚像が問題にされるのに対して、ここでは心的なイメージが問題にされるからである。その問題性格からすれば、この〈見え〉は赤、白、黒の各色から情熱、新鮮、不安の各イメージが醸し出されるのに似ている。

しかし、解釈のもとで〈として見る〉ことが〈見え〉になって現れるとしても、解釈が意識的になされると考えるのは誤解である。解釈は反省を通じて始めて露になるもので、原初的には気分が解釈に先行する。ちなみにハイデガーは気分を現存在の「現」の本質規定と見なして、三つの特徴を挙げている。それは「被投性の開示」「世界内存在全体のそのつどの開示」「世界の世界性をいっそう徹底的に了解することへの寄与」である。⁵⁾分かりやすく言えば、気分とは免れられないもので、われわれを襲い、恐れとなるものである。ハイデガーの気分概念を鵜呑みにはできないが、一般に情緒的気分が見え方に影響するで

あろうことは十分に予想される。人を嫌う理由はいろいろであろうが、その多くは後になってこじつけられたものである。いったん嫌いになった人は、坊主憎ければ袈裟まで憎いと言われるように、その言動のすべてがしゃくに障り、よく見えないものだ。世界が恋する人間にとってバラ色に見えるのも同じ理屈であろう。だが脳死患者が生きているように見える場合には、やや事情が異なる。というのもハイデガーが掲げている気分は他者を交えない孤立した現存在に即して探り当てられたものであるが、実際にはそうとばかりは言えず、逆に他者との関係から生み出される気分もあるからである。ここではそうした気分が影響しているように思われる。この点については、後でもう一度とりあげることにしたい。

5. 見え方と扱い方

脳死が解釈された死であるとすれば、このような「見え」は脳死の扱い方にいかなる影響を与えるであろうか。結論から言えば、脳死患者を生きていると見る人は生きたものとして、死んでいると見る人は死んだものとして扱うと考えられる。見え方と扱いは別ものではなく裏表の関係である。子ねこが可愛いく感じる人は子ねこを可愛がり、子ねこが疎ましく感じる人は子ねこに近づこうともしないであろう。見え方が扱い方に決定的な影響を及ぼすことは、この例からも明らかである。生者が生者として、死者が死者として扱われるかぎり、道徳的には問題はない。また生きているように見える者が生者として扱われても、道徳的には許容されうる。しかし死んでいるように見える者が死者として扱われるとき、そこに重大な過失が含まれる可能性は否定できない。死んでいるように見えることが、死者として扱ってよい理由にはならないからである。こうした扱いを続けていけば、今まで生きているように見えていた者が死んでいるように見えだし、やがて死んでいると確信するようになることは目に見えている。脳死患者に対するのと同じ眼差しが、植物状態、痴呆症、障害者に対しても向けられるのである。この「見え」の変化は、Aを認めればBも、Bを認めればCも、Cを認めればDも、といった具合に、いったん転がりだすと最後までたどり着く「滑りやすい坂」を連想させる。では、なぜそうなるのだろうか。

猟奇殺人やいじめが、繰り返されるうちに、しだいにエスカレートしていくことは度々指摘されている。それは、人間には刺激に無反応になると一段と強い刺激を求めたがる行動特性があるからだ。この刺激と反応の関係は一方的ではなく双方向的である。見え方と扱い方の関係もこれに類似する。一寸の虫にも五分の魂という諺もあるように、動物への無意味な殺生は嫌悪感や不快感を伴い、普通の感覚では実行されにくい。幼児期から生命への慈愛心が育まれた結果でもあろうが、ここには越えられない道徳的な一線がある。これを規範と称してもよいが、せいぜい格率と言ったところであろうか。とにかく、これが見え方や扱い方に関係することは確かである。この一線が保持されるかぎり、生命はかけがえのないものと見なされ、かけがえのないものとして扱われる。それとも、かけがえのないものとして扱われるからこそ、生命はかけがえのないものに映るのかもしれない。見え方と扱いは道徳的には等価である。それゆえ、かえるや小魚を殺生するなどして道徳的な一線が超えられる場合には、見え方も変容して、これ以下の生命はかけがえのないものには見えないであろう。あえて逆説的な言い方をすれば、生命は扱い方いかんで価値あるものにも、無価値なものにもなりうる。

これと同じことが脳死の見え方と扱い方をめぐっても起こる。死んでいるように見えることは死んでいることと等価ではない。「見える」という言い方は死を確定できない曖昧さの裏に生存可能性を含む。そのために死んでいるように見える者を死者として扱うことには心理的な抵抗が伴う。そしてこれがこだわりやためらいとなって超えられない道徳的な一線となる。このときには見え方が扱い方を限定していると言える。しかし死んでいるように見える者が死者として扱われるとき、扱い方が見え方を限定するようになる。この場合には、死の曖昧さが死の確実さに取って代われ、「死んでいるように見える」という言表は「死んでいる」となる。ここでは死んでいるように見える者を死者として扱うことが既成事実となって、逆に死を確定するのである。これは、要するに、「悪人だから罰せられた」と言わずに「罰せられたのだから悪人であった」と言うようなものだ。見え方が扱い方によって変容する理由はここにある。このような扱いを続けていけば、呼吸をして汗をかいている状態は必然的に「生の特徴」から「死の特徴」に移ろう。こうして死の境界線が少しずつ生の方向にずらされていき、「見え」が変容するのである。

脳死患者を死者として扱うことは、脳死患者を葬儀や埋葬の対象にするのみならず、臓器提供、新薬開発、血液製造などの商品化の対象にすることでもある。脳死患者が商品化の対象にされる場合には、呼吸をして汗をかいている状態は決して生きているようには

見えないだろう。死につつある者が、どうせ死ぬからとか、結果は同じだからとかいう理由で死者のように扱われるとき、死の瞬間の繰り上げは避けがたいものとなる。死が遅い目に宣告される代わりに早い目に宣告される可能性が出てくる。このことは、他者の死に無感覚になっていくプロセスと重なる。他者の死に対していつも厳粛である必要はないが、とりわけ脳死判定にかかわる医師が死に無感覚であるとしたら問題であろう。先述したように、脳死判定基準を適用する際には、医師の〈勘〉や〈経験〉がものを言った。脳死判定には無呼吸テストが含まれるけれども、瀕死時でのテストは死を早めることにもなり却って危険なので、テストは死んでいるという想定のもとで実施された。それゆえ、どうせ死ぬからとか、結果は同じだからという意識が先行する場合には、死んでいるように見える段階が早まって、テストの実施時期も早まることは容易に察しがつく。

これとは反対に、脳死患者が生きていて欲しいという期待のもとに見られるならば、死んでいるように見える段階はおとずれないにちがいない。近親者の視点からすれば、生きているように見える段階から死の段階までは連続的であり、この間に死んでいるように見える段階が入り込む隙はない。ただし、不眠疲れから「いいかげんに死んで欲しい」という思いが頭をよぎれば、生きているように見えていた者が死んでいるように見えることも予想される。呼吸をして汗をかいている状態が近親者の目にも〈死の特徴〉に映る可能性はある。だが、このような変化は一般的に稀であろう。近親者が脳死患者に〈最も親しい〉関係にあることが、こうした見え方を不可能にしていると考えられる。

6. 関係的な見方

死者をただの死人と見るか故人と見るかも、こうした関係的な見方に依存する。世間一般からすれば、他者の死は誰かある人の死であり、特別に感慨をもったものでも何でもない。その死は、死亡した本人や近親者には一回かぎりのものであっても、世人にとっては、不断に繰り返される交通事故死のように、代替可能な一つの死であるにすぎない。トルストイはこうした世人の心理を『イワン・イリッチの死』で巧みに描写している。その冒頭はイワン・イリッチの死を告げ知らされた同僚たちがその死に哀悼するどころか、この出来事が自分たちの異動や転任にどう影響するか、ということに思いを馳せる場面から始まる。こうした描写のうち他者の死に対する世間の見方を垣間見ることができる。世人が他者の死に冷淡でいられるのは、死んだのは自分や自分の身内ではなくてあの人である、というような部外者意識があるからだ。それを倫理的にどうこうと言っても始まらない。他者の死とは大体においてそういうものである。しかし近親者には全く異なって見える。その死はただの人の死ではなくて故人の死である。ここで故人というのは、ハイデガー的な言い方をすれば、「ただの死人と区別される『遺族』からもぎ取られた」死者のことである。⁶⁾ 故人は遺族には「もぎ取られた」と感じられるほどかけがえのない存在であり、石ころのような事物的な存在でもなければ、机、椅子、本棚のような道具的な存在でもない。故人はこれらよりも「なおいっそう上」のものであり、葬式、埋葬、墓参の対象であるのみならず哀悼や追悼の対象でもある。「遺族」の語意は「後に残された者」であるが、このことから遺族が既に故人に関係づけられているのが分かる。つまり、遺族とは死んで遠くに立ち去った故人が後に残していった者のことである。ここには故人と遺族との独特の関係が見られる。ハイデガーはこの関係を「共存在 Mitsein」と呼ぶ。⁷⁾ 共存在とは世界において共にある相互存在のことである。故人は他界して世界のうちには存在しないけれども、その故人が見捨てていった世界の方からすれば、遺族は故人と共にあり続けることができる。

このように、死者との関係において共存在が成り立つならば、脳死患者との関係においても共存在が成り立つであろう。始めに断っておけば、ここでの「共に」は共同経営、共同宣言、共同責任のように、一緒に寄り添うパートナーを必要としないということである。「共に」がこのような意味であるなら、近親者と脳死患者との間に共存在を見いだすことはできないだろう。脳死患者は死につつある終末期の患者であって、共同で何かを遂行しうる力をもたない。ここでの「共に」は他者の現実存在が欠如していたり、あるいは知覚されなくても可能であるような、例えば遺族と故人の関係に似ている。それはどのような関係であろうか。また、この関係は医師と患者の関係とどのように異なるのか。以下では、この点について考えてみよう。

再び繰り返しになるが、脳死は「見えない死」であり、この状態と脳死寸前の状態との間に外見上の差異を見いだすことはできなかった。呼吸、発汗、体温、血色などの〈生の特徴〉が脳死状態においても持続するからである。これらの特徴は、動悸、息切れ、悪寒、発熱、痛み、痒み、吐き気、疲れなどが身体の異常を示すバロメーターであるとすれば、

むしろ健康を示すバロメーターである。とりわけ顔の色は、聴診器や体温計のような器具に頼らなくても、一目でその健康状態を知ることのできる最良のバロメーターである。例えば顔色が土気色や蒼白に急変すれば心筋梗塞や一酸化中毒の疑いがあり、また顔色が徐々に黄色に変われば黄疸、徐々に黒くなればがんや副腎皮質ホルモンの異常の疑いがあるといった具合に。このように顔の色一つ取ってみても、かなりのことが推察できる。

ところで、医師は患者を一目見た瞬間に顔色の異常に気づくことができる。考えてみれば当たり前のことであるが、来院するのは健康者ではなく心身の不調を訴える患者である。患者はなにがしかの患いや憂いを持ち、ここから解放されたいと願っているからこそ来院する。他方、医師は患者の患いや憂いを取り除くことのできる専門家である。それゆえ医師と患者の間には、双方がどのような人間であるかに関係なく、既に見る - 見られる関係が成立している。患者に対する医師の見方は、科学者が稲妻を放電として、水をH₂Oとして見るときの見方に似ている。物事を<として見る>ことはある種の限定を含むが、この限定は能動 - 受動関係を生み出す。これは見るものが対象を自らのもとの従わせる主体 - 客体関係でもある。誤解を恐れずに言えば、ここではまず見る主体が先行し、それが目前の対象を<として見る>ことで能動 - 受動関係が成立する。稲妻や水が放電やH₂Oにとって代わられるのは、あらかじめ、このように対象を限定しようとする能動的活動があるからだ。医師が患者を見る場合も同様であろう。医師は人間を患者として捉え、その外側に現れた兆候からその内側に隠れた病気を探ろうとする。ここには病気を探ろうとする医師の能動的活動がある。医師が患者を見てとっさに顔色の異常に気づくのは、こうした活動のせいである。

しかし普通は医師のような見方をしないだろう。初対面の見慣れない相手に対してならいざ知れず、親しい相手に対してはもっと違った見方をしている。それは、直ぐに顔色の異常に気づくというよりも、普段とは異なる浮かぬ表情、張りのない声、緩慢な動作など相手の存在全体からくる<ただならぬさ>を感じ取った後に顔色の異常に気づくといった見方である。似たようなことは、髪型や眼鏡を新しく変えた友人に会った瞬間に何か違って見えるのだが、それが何かははっきりせず改めて注意して見ると、その違いに気づくといったような例にも見てとることができる。このような見方は、医師の見方が能動者としての見方だとすれば、生活者としての見方だと言えよう。これは見る - 見られるといった能動 - 受動関係よりも交わりの関係である。マルティン・ブーバーの用語を借りれば、生活者としての見方は「我」が「汝」と出会い「汝」との関係に入ることによって「我」となるような「我 - 汝」の根源語に相当する。⁸⁾これに対して、能動者としての見方は「我 - 汝」の関係から「我」が抜け出て「汝」を対象化するときの「我 - それ」の根源語に相当する。近親者と脳死患者の関係はまさに「我 - 汝」の関係である。すなわち、これは「自己と向かい合う者を生々しく感じ取るという関係」または「自己と向かい合う者と共に生活するという関係」である。⁹⁾このような関係に立てば、植物や動物、あるいは死者でさえも「汝」として位置づけられうる。

確かに生活者としての見方ができれば、脳死患者が生きているように見えるのに造作もない。これはハイデガーの共存在という概念にも通じる。かつてショーペンハウアーは「それは汝である *tat twam asi*」というヴェーダの定式を他者への「共苦」の根拠に据えたが、「我」と「汝」の共存在を説明するのに、このような大掛かりな形而上学的想定をする必要はないであろう。¹⁰⁾あるいはまた「感情移入」の概念をここに持ち込む必要もないであろう。ハイデガーの指摘を俟つまでもなく、感情移入が可能であるのは共存在がその根拠にあるからであって、その逆ではない。¹¹⁾遺族の故人に対する見方も、近親者の脳死者に対する見方も、共に「自己と向かい合う」関係から生じていることは疑いえない。このような関係からすれば、脳死患者が死んでいるように見えるはずはない。近親者が脳死患者を見ると、その眼差しは脳死体の「それ」に向けられているのではなく、「我」と共にある「汝」に向けられているのである。では、このような「共に」はいかにして形成されるのであろうか。

ここで注意したいのは、ハイデガーの共存在は「道具から出て向き合ってくる」他者と現存在との関係であり、飽くまでも「個人の並存」にすぎないということである。¹²⁾ハイデガーの共存在は和辻のいう「間柄」でも、またブーバーのいう手段、媒介、障害の一切が破れたところに成立する「関係」でもない。そして他者も「すべての他者がそれを代表しうる」一般者を意味している。しかし近親者と脳死患者の共存在は一般的な他者ではなく、「特定の他者」との間に交わされるものでなければならない。¹³⁾それは人間存在のアプリオリな構造としての「共に」を意味するのではなく、むしろ寝食を共にするとか、同じ釜の飯を食うとか、いったように空間と時間を共有することで得られる<心の親近性

>に由来するものだ。だから近親者といっても、共存在に欠ける単なる血縁者であれば、脳死患者に対する<見え>も自然と異なってくる。つまり、生きているように見えるか、死んでいるように見えるかは、こうした関係的な見方に依存するのである。

〔注〕

- 1) 坂本太郎・家永三郎・井上光貞・大野晋校注『日本書紀(一)』(岩波文庫 1994年) 42ページ。
- 2) 和辻哲郎『日本精神史研究』(岩波文庫 1992年) 47ページ。
- 3) 同書、46ページ。
- 4) Vgl. Ludwig Wittgenstein, Philosophische Untersuchungen, Schriften Bd. , Suhrkamp, Frankfurt am Main 1960, S. 519. 藤本隆志訳『哲学探究』(大修館 1976年) 384ページ参照。
- 5) Martin Heidegger, Sein und Zeit, Tübingen 1972, S.137. 原佑、渡辺二郎訳『存在と時間』(中央公論社 1971年) 255ページ。
- 6) S.238. 同書、393ページ。
- 7) Vgl. ibid. S.118. 同書、228ページ参照。
- 8) Vgl. Martin Buber, Ich und Du, 植田重雄訳『我と汝・対話』(岩波文庫 1979年) 7ページ。
- 9) Ibid. S. 同書、29ページ。
- 10) 拙著「ショーペンハウアーの悪論」広島大学倫理学研究会編『倫理学研究』第10号(1997年) 48ページ参照。
- 11) Vgl. Heidegger, S.u.Z., S.125. 前掲書、238ページ。
- 12) 和辻哲郎『人間の学としての倫理学』(『和辻哲郎全集』第9巻 岩波書店 1977年) 161ページ参照。
- 13) Vgl. Heidegger, S.u.Z., S.126. 前掲書、240ページ参照。

参考文献

注で掲げたものを除き主要なものだけを挙げておく。

1. 竹内一夫『脳死とは何か』(講談社 1988年)
2. 中島みち『見えない死』(文藝春秋 1985年)
3. 三井香兒『脳死がわかる本』(日本メディカルセンター 1992年)
4. 立花隆『脳死』(中公文庫 1988年)
5. 宮城音弥『心理学入門(第2版)』(岩波新書 1965年)
6. W・ジェームズ(今田寛訳)『心理学(上)』(岩波文庫 1992年)
7. トルストイ(米川正夫訳)『イワン・イリッチの死』(岩波文庫 1995年)
8. 大渡順二編『家庭の医学』(保険同人社 1984年)
9. E・キューブラー・ロス(川口正吉訳)『死ぬ瞬間』(読売新聞社 1971年)
10. 養老孟司『唯脳論』(青土社 1989年)
11. 拙著「生命倫理の諸問題」『福山大学人間科学研究センター紀要』第10号(1995年)

The Acceptance of Irrationalism in Medical Care
-A Philosophical Study on the 'viewpoint' from

which brain-dead patients are looked on-

Fumio MATSUI

There are such living-symptoms in brain death as looking well, maintaining the body heat, and sweating etc., because blood can circulate through the body by respirator's moving the heart. Therefore brain death is characterized as 'invisible one' which is unknown about the moment when a person died. Judging from these living-symptoms, patients whose brain are dead will appear to be alive. This appearance depends on the viewpoint from which brain-dead patients are looked on. The viewpoint, which itself is influenced by an interpretation to be changed, has an influence on the way of treatment. Just as those to whom a kitty appears lovely will treat it with love, so those to whom brain-dead patients appear to be alive will treat them as the living. The converse is also possible. Those to whom brain-dead patients appear to be dead will be insensitive to treat them as corpses. Such insensitivity might make it possible to treat even patients of persistent vegetative state as corpses. It suggests the possibility of such 'a slippery slope' as we must not approve only B but C, D, if we approve A so that we cannot help reaching to the end. Now, brain-dead patients appear to be alive if being looked on by their family or friends, but they appear to be dead if by doctors or nurses. What makes the difference between this appearance and that appearance? It depends on what relation people have with patients, namely, whether people regard them as 'it' or 'you'. The relation of 'I-you' is, according to M. Buber, the relation that 'I' stand face to face with 'you'. So long as the brain-dead patients are looked on as 'you', they must appear to be alive.