

経済状態、家庭生活、配偶者との意思疎通、娯楽)に現れた期待度を調べた。ここでもがん患者群の生活満足度は他の二群と変わらなかったが、「健康」という価値は放棄しているのがうかがわれた。

「価値あるもの」とは心理学的には自分にとり好ましい大切なもの、と理解されよう。換言するならばそれは「執着」であり、自我の存続のために必要という意識が深層に存在する。つまり仏教の云う「我執」である。そして人間がそのQOLを維持する際に、老・病・死の過程で次々にその我執を薄め、捨てていくのは興味深い。

私たちは誕生から死へと進んでいるのだから単に生きているのではない。一呼吸、一呼吸、「生死」しているのである。通常生死するとは感覚的にも意識的にも自覚しえないかに見える。だが私にとってこの生死するという感覚は、座禅で坐り始め無心の境に入るまでの期間、確かに存在する。

帰っていくべき宇宙を知ることは自己を習うことである。自己を習うことは自己を忘れることである。

禅の心に通じた人は、やはりあれこれ口舌を振るうのではなく、黙って禅の生活に生きているように思われる。

脳死患者の主治医からみた“脳死と臓器移植”

大阪医科大学脳神経外科教授 太田 富雄

■ 1 はじめに

脳死患者をドナーとする第一例目の臓器移植が、1999年3月1日に行われた。以来、4例の臓器移植はすべて成功裏に行われたが、脳死患者の主治医である脳神経外科医にとっては手放しで喜べない。何故なら、脳死患者の治療は、その家族の精神的看護にも最大限の配慮が要求されるからである。今回の経験からも分かるように、脳卒中や交通事故による脳死の場合、それまで全く元気であった家族が、二三日後には脳死状態に陥るのである。肉親にとっては、そこに繰り広げられる修羅場は、見るに忍びないものがある。

移植医療に関する報道で、常にドナー家族のプライバシーが最優先されるのは当然であろうが、その分、一般の人にはこの部分の情報は入ってこない。私の見解は、この部分に光を当てたものである。何かの参考になれば幸いである。

■ 2 脳死患者の発生とその対処法

脳死状態が日常臨床ではっきりしてきたのは昭和30年代前半の頃で、優れた人工呼吸器の導入は、呼吸停止後も長期間にわたる呼吸管理を可能にした。それでも、脳死状態になると通常は二三日で心停止に移行する。

この場合、医療従事者は、家族にとって掛け替えない二三日を、“永久の別れの儀式 farewell

ceremony” または “grief work” として最大限の配慮をする。家族には、患者が極めて重篤であること、そして会わせる人がいたら連絡するよう助言する。聞かれるまでは脳死状態であることを告げない。そして、ICU から一般病棟の個室へ患者を移動し、家族とのスキンシップを大切にする。「呼吸器を外しますか？」などの選択を迫らない。そしてまた、家族に対する経済的配慮からも、濃厚治療はせず、消極的維持療法を続ける。

■ 3 死の意味論 — Quality of Death

最近、「死は無意味化」してきたといわれる。しかし少なくとも、死の現場に立ち会っている限りにおいてそんなことはあり得ない。人の死にもいろいろある。

1) 年齢的死観：一般的にいて、若年者にとって彼らの人生の延長線上に未だ「死」は存在せず、死について全く無関心である。議論の中で自分の死を仮定しても、それは実は第三者の死であって、自己の死ではない。

これに反し、壮年期に入ったある時、40歳台の坂も大分登った頃、子供たちの戯れを何気なく見つめていると、「ひょっとすると死ぬかも知れない」とふと思うことがある。自己の命の延長線上に死を実感する時である。しかし、それでも死は切迫していない。一方、「ガン告知」のように、一定期間内に

自分が死ぬのだという事実を目の前に突きつけられたら、年齢の要素はどのように作用するのだろうか。分からない。しかし幼小児のように、“蝶のように”飛んであの世に行くのだと信じられる大人は少ないだろう。

2) 人称的死観：人の死について最も重要と思われることの一つは、一人称（自分）、二人称（肉親）、そして三人称（第三者）の死である。

まず、私の死について。臨死体験の報告はあるが、死は自分で経験できない。個人の死観はその人の年齢によって異なることは、すでに触れた。最近、ドナー獲得を円滑にすすめるため、運転免許証の裏を「ドナー・カード」に利用しようという発想があるが、危険な考え方である。自分のいのちの延長線上に死を実感できない若者は、若者特有の正義感からサインするのではなからうか。

次に三人称の死について。この他人の死は理性的に判断でき、受容できる死である。現在でも、アフリカ大陸では日々何百人という数の、罪もない子供たちが餓死していてもわれわれは毎日、クールに生活している。

最後に、最も身近な「二人称」の死について。すなわち子ども・配偶者・両親などの掛け替えのない悲哀の死は、一人のいのちの消滅ではなく、太古の昔から引き継いできた「根源的生命」の断絶である。このような肉親の死に、ある日突然何の予告もなしに遭遇した者にとって、理性的などという言葉は死語となり、心情的マグマが荒れ狂う。

ときに「死の教育 death education」の重要性を指摘する人がある。それはそれなりに意味があるのだろうが、「畳の上の水練」のように思われる。むしろ、死に瀕した子供たちや愛する者の死の臨場感を、美文で表現した文学書の方が、効果的であろう。そして人の死について最大の教育効果をもたらすのは、実は肉親の死や、自分が治療に関係した患者の死に遭遇することであろう。

■ 4 患者と主治医の関係

“2.5人称”的またはセミ二人称的關係

通常の論議の場では取り上げられることの少ない事実は、主治医と患者の関係である。端的に言って、患者とわれわれの関係は三人称でも二人称でもない、いわゆる“2.5人称またはセミ二人称”的關係である。われわれは、患者の身体を客観的に観察し

つつも、感情移入は避け難い。そして、わが国固有の現象と思われるこの『2.5人称またはセミ二人称的感情移入』が、救急医療という特別な治療環境の中で、家族との関係において極めて濃厚に発生する。

一部の学者・医事評論家の間には、われわれの感情移入を非難する意見もあると聞く。医療経済が危機的狀態であることは十分理解しているが、だからといって、患者の生死のかかっている現場で手を抜くことは出来ない。それをしてもよいなら、凡人の医師—ほとんどの医師はそうであるが—は、きっと自分の価値判断で医療をし、多くの混乱と犠牲者を出すだろう。医師に対する不信感は最高に達し、医療は壊滅状態になるだろう。

■ 5 医療保険制度の彼我の差

日本とアメリカにおける医療保険制度は対照的である。わが国では「国民皆保険」であるから、「すべての患者はレシピエントの権利」をもっている。しかし、ピストル社会ではないので、若者の脳死患者発生は少ない。

一方、アメリカの保険制度は一般的に私的保険に依存している。公的保険としては、高齢者対象の「メディケア」と低所得者のための「メディケイド」があるが、これらの被保険者は臓器移植の対象外人口と思われる。しかも、無保険者は3,600万人いるとのことである。つまり、移植医療の対象人口はわが国に比して少ないだろうに、ドナーが極端に不足しており、多くの有資格レシピエントは移植医療を受けることなく死亡しているという。

■ 6 尊厳死問題

最近、人はそう簡単に死ねなくなったという逆説的意見がある。確かに、末期状態の患者が長期間生存すると、功利主義的および Quality of Life (QOL) の観点から、尊厳死問題が取り上げられる。アメリカでは1989年以来、植物症患者の尊厳死が学会で認められ実施されている。しかし、植物症の診断は必ずしも容易ではなく、その後に意識を回復する者も少なくない。今や重症痴呆患者が尊厳死の対象になっている。そしてその次は「あなた」かも知れない。

わが国では、1994年5月26日に日本学術会議から、遷延性植物症患者の尊厳死が提案されたが猛烈な反対に遭い、その後この問題は日の目を見るに至っていない。

脳死にせよ植物症の診断にせよ、かなりの専門的知識を必要とする。もし、脳死をもって人の死としたり、植物症患者を尊厳死させるなら、多くの誤診例がでるかも知れない。さらに功利主義的およびQOLの観点からの尊厳死が加われば、遺体の有効利用は移植医療にとどまらないだろう。恐ろしいことばかりが頭の中に浮かんでくる。

■7 移植医療で考えられる副作用

成功裏に終わった脳死・移植医療の裏面に、思わぬ副作用が内在していることに注意しておかねばならない。

1) 移植医療を待ちながら死に行くレシピエント

移植の番が回ってこない者にとって、理屈ではいえない不幸福感、「誰かの死を待つ」怨念の死が追い打ちをかけ、「肉体的苦痛に心の不満を負荷」されて死を迎えることになる。いのちまで抽選であっていいのだろうか。死まで平等でなければならないのだろうか。

2) 発展途上国への臓器の買いあさり

この種の臓器売買は一般的に「ヤミ市場」で成立することが多い。そうすると“犯罪を伴った”ドナー探しが起こり得るだろう。もし、彼らの経済的地位向上と引き替えに臓器獲得を進めるならば、日本人に対する怨念は太平洋戦争の比ではなかろう。

3) 移植先進国米国の臓器不足は深刻

移植医療の先進国、アメリカにおいて臓器不足は深刻で、公平な臓器分配システムの確立やドナーの確保に腐心している。事実、元NY ヤンキースの故ミッキー・マントルが、三回の肝臓移植を受け、「至高の人からただの人」に転落したことが報じられている。金でいのちが買えるなら、人間のエゴが今以上に公然と他者に向かって牙をむく日も遠くないだろう。

いだろう。

■8 “慢性”脳死の怪

Shwemon (1998) は“慢性”脳死なる概念を提案し、「もはや死者ですら末期状態ではない」という。彼は1週間ないしそれ以上生存した脳死患者の内、十分な情報のある56例について分析している。その内の7例(13%)は6カ月以上生存し、4例(7%)は1年以上生存している。最長記録は14.5年で現在も生存中である。長期生存例はすべて新生児・乳幼児であり、維持には高度技術や濃厚な看護は常に必要ではないという。神経内科医または脳神経外科医が加わっており、診断に間違いはないようである。現在、わが国におけるドナー対象として6歳未満をも検討しているが、大きな問題を内蔵しているように思われる。

■9 おわりに

脳死・移植医療は始まった。少なくとも反対の論陣を張るメディアはない。それほど問題のない医療だろうか。豊かな同胞が札束をもって、開発途上国での臓器獲得に狂奔しないだろうか。日本人による経済活動が彼らの国土を崩壊させていると聞くが、次には彼らの心まで食い荒らし、カオスの嵐を巻き起こそうとでもいうのだろうか。強者の論理と功利主義、これが移植医療のための基礎理論である。

さらに、学者・医事評論家は、医師の日常診療行為において「知性と感性・品性の乖離」を期待する。われわれは「純粹知性的」ロボットとして、「証拠による医療」をすればいいのか。観念論的に患者全体を対象とした議論と、唯一無二の患者を治療・看護する臨床の場との間の、基本的思考過程の断絶を真剣にすりあわせすることこそ緊急事である。