

遺体崇拜、心身二元論、善意の贈物、三徴候論

—— 脳死・臓器移植を巡る固定観念と問題の行方 ——

池田 光義

喋々するまでもなく、これは現代人が抱え込んでしまった深く重い倫理問題である。安易な発言それ自体が倫理的詰問の対象にさえなり得るような。そして、やはり深く重い他の様々な現代的諸問題の、あるいは部分的契機を、あるいは包括的結節点をなすような複合的問題でもある。生命倫理学なるものは、既成倫理学の概念・思考装置に少しばかりの姑息な考案を加えることで、現代の欲望・利害・力関係が医療現場で生み出した既成事態を倫理的に正当化したり、制約・制御したりできると考えているようだが、事態はさほど単純ではない。発言に二の足を踏む所以である。だが、躊躇ばかりもしていられない。時間勝負の問題だからである。どういふことか……。一見、この間いとは無関係に見える論題から始めたい。

I 日本人の遺体観・遺骨観

脳死・臓器移植を巡る日本人の議論には一つの極立った特徴がある。欧米流の生命倫理学が設定した問題・概念・思考の枠内でしか議論を展開できない傾向と並んで、日本人は欧米人の死生観、身体観とは異質で対立させうる古来からの伝統的で固有な死生観、身体観を有しているといふ^①（日本人心性特殊論）、へ死生観、身体観の東西二元論^②に依り添った言説傾向が見られることである。しかも、この傾向が、脳死を人間の死と見なし、脳死状態に陥った人間から臓器を移植することに反対の、あるいは少なくとも慎重な態度を執る論者にも、脳死移植推進・容認の態度を執る論者にも共通している点に興味深い。前者の少なからぬ部分が（日本人固有の死生観）にその理論上の根拠と運動上の拠所を求めているが、後者の多くも——「国民の医

「療不信」と並んで——この死生観の特殊性こそが日本が脳死移植の「後進国」に甘んじてきた主因であり、「先進国」に追いつくために克服しなければならない最大の障壁と見なしているのである。だが、ここで敢えて問うてみたい。日本人の死生観、身体観はそれ程に特殊なのか。そもそも「現代日本人一般」の価値観や思考様式をそれ程に統一的に規定するような「古来からの伝統的で固有な」、単一的、画一的な「死生観、身体観が存在するののか。死生観、身体観に関する日本特殊論、東西二元論が遺体・遺骨観のそれとして典型的に示されている叙述から検討してみよう。

「日本人はとりわけ遺体あるいは遺骨にこだわる民族といわれる。たとえば航空機事故などの場合、欧米人は遺体よりも死者が身につけていた記念のアクセサリーなどを大切に持ち帰るが、日本人はあくまでも遺体にこだわり、その遺体をあたかも生きているかのように考え扱う。たとえば遺体が見つかったと、『これでやつと家に帰れるのよ』と話しかける。／生と死は連遷している、生から死へは段階的に移り変わると考える日本人にとつて、死んだばかりのからだつまり遺体はたんなる物体ではない。したがって、葬儀の前に行われる「通夜」という儀式を今日の日本人も葬式以上に重要に考える。そのあいだは棺の蓋も釘で留めることをしない。それは遺体

はまだ生と死の中間的な段階と考えているからである。〔……〕今日でも死者の骨をひろうという儀式はある。骨をひろうことによつてその人の死を了解できると思ふのは、今も昔も変わらない日本人の心性である。遺体にこだわらない欧米人は、骨をひろうこともしなければ、ときには火葬場から遺骨を書留郵便で送り届けることさえあるという〔12〕。

自己文化中心主義的な東西二元論への批判的スタンスはかなり一般的になつてきているとはいへ、死生観や火葬文化の領域になると話は別のようだ。通夜の慣習や火葬文化・遺骨崇拜に典型的に見られ、連続した死生観を示唆する遺体尊重の態度は、遺体を物体と見なし取り扱う欧米人の態度とは真向うから対立する、というのだ。以下、若干の疑問を述べてみる。

遺骨崇拜は日本人一般の心性特徴だと断定的に言える程、日本人（具体的にはどの集団か）の間で古来から広く深く定着していたのだろうか。遺骨執着への証左としてよく引合いに出されるのが戦没者の集団的な遺骨収集である。が、第一に、それには既に大戦中に国民的・全国的レベルで下地が造成されていた。国家的・軍隊的に組織された戦地からの遺骨（遺品）送還・追悼である。第一に、遺骨収集が始まるのが（戦死米兵の死体化粧・輸送も含め）朝鮮戦争特需などによる経済復興を経た時期、自分達

の生活が安定しだし、自分達の遂行した無謀な戦争の意味を感じ始めた時期と重なっていることに注意。文化風土も異質な遙か侵略地で無意味な死を遂げ、野晒しになるか現地人の憎悪の視線に晒される白骨遺体……、憐憫、追慕の情、いや後ろめたさに苛まれたはず。遺骨収集・追悼は、日本人の心性に深く根ざした既存の遺骨崇拜の表出というより、死者に対して複雑な思いを抱かざるを得なかつた日本人独特の内面的・心理的敗戦処理の一形式ではなかつたか³。そもそも、遺骨崇拜は祖霊崇拜と、そしてこの祖霊崇拜は「家の墓」での先祖祭祀と結びついている。この習俗が元来、イエ意識の希薄な庶民の間にも定着し始めたのは、家族国家体制を追求した明治政府がイエ制度の再編・強化の戦略の一環として墓地埋葬を上から法的に強制したことによる（〔9〕、〔22〕）。日露戦争、第二次大戦の与えた影響も見逃せまい。日本人一般に固有の伝統的心性⁴と言ひ得る程の遺骨崇拜は、実は、こうして国家によつて育成された先祖祭祀の風習・觀念が、戦後の公的に組織化された遺骨収集により拡大・強化されたものではないか、少なくとも存外、最近になって再編・強化された、伝統的・国民的⁵心性ではなかるうか、と問ひたいのである。

ところで、遺骨執着それ自体は二次葬を伴う葬送文化圏にあまねく見られ、日本固有のものではない（〔6〕、〔23〕、〔24〕）。日本に独特なのは、遺骨崇拜と火葬文化が合一し

た点であるという（〔23〕）。しかし、ここでまた疑問が生じる。火葬は日本古来の一般的習俗だつた、とただちに言ひ切れるのか。日本の葬送文化において遺体軽視・死骸遺棄から遺体尊重・火葬納骨習俗へと質的転換が起きたのは十一、二世紀だつたという。それが浄土・祖霊信仰の浸透とともに貴族層から一般庶民にも広がつていつたという（〔同右〕）。興味深いのはしかし、火葬納骨の直接的動機である。それは「霊移し」、死穢の場所から神聖な場所へ靈魂だけを移して鎮魂する意味があつたという。遺骨はつまり、穢れた死体から解放・移転・浄化されるための魂の〈乗り物〉だつたということになる（〔同右〕）。ということとは、死せる肉體そのものは魂を幽閉する穢れた肉袋としか見なされていなかつた訳であり、遺骨崇拜は他ならぬ遺体不浄視と結びついて成立したことになる。日本人伝来の遺体尊重とか、死の過程でもなお見られる心身合一の觀念とか言われるものはどうだつたのだらうか。こうした経緯は、遺骨崇拜がただちに遺体崇拜を意味する必然性はなく、遺体忌避とも両立しうることを示唆していると言えまいか。

ところで、日本の火葬率は江戸時代に至つても三〇%程度にすぎず、それも「野に穴を掘つてそこに薪と棺を入れ火を付け、燃え尽きたところで土をかぶせてそのまま埋めてしまふ、野焼きとか灰焼きとか言われる単純で合理的な

火葬」が頻繁であったという〔2〕。宗教的には浄土真宗、地域的には大都市部、階層的には社会中上層に偏倚していたのである。大戦直後の一九四七年でようやく五三〇%（欧米でも火葬「先進国」のデンマークやイギリスは七〇年代には同水準にある）、八〇%に達するのは七〇年代、九〇%を越えるのは八〇年頃である。この間、欧米全般でも火葬（さらには散灰）慣習は広がりを見せ、その中には著しい火葬率の上昇を示している諸国もある（チェコ、デンマーク、イギリス等は九五年で既に七〇%に達している）〔14〕、〔15〕。

多くの国々、地域で葬送文化の多様化が進んでいるのであり、日本Ⅱ火葬文化、欧米Ⅱ土葬文化という二項図式はもはや妥当性を欠く。日本の火葬文化が独自の歴史性を有し、また遺骨崇拜と結びついていることは明らかだ。しかし、固有風土と地縁血縁を基盤にして彼此兩岸を包摂する伝統的な帰属共同体の觀念や祖靈信仰が急激に衰微し、遺骨執着も揺らぎつつあることも否めない。日本人古来の心性の現れとされる火葬文化が戦後、「国民的」規模で定着したのも、「豊かで平等な」大衆社会の成立、頻繁な社会・地域移動、都市化や自然破壊の進展、葬送の産業化や高度火葬技術・施設の開発といった近現代的な社会的要因に負うところが大きいのだ。都市的生活空間、近代的生活様式・感覚にフィットし、清潔で簡便で経済的、その上、

多元化してゆく死生観・死後観に依じて散灰、埋葬、納骨保存などの多様性も許す焼骨システム……火葬率一〇〇%への接近は、遺骨崇拜の具現というよりは、遺骨崇拜の墓穴を掘りつつある現代的要因に基づくのである。少なくとも戦後日本の火葬文化の趨勢は、先進諸国一般に顕著な弔葬文化の地殻変動と深く相関していることは確かだ。日本人に見られる散灰化への心理的抵抗も、散骨化の大きな動きの中で微弱になっていくことは十分予想される。

翻って、欧米でも遺体や遺骨への執着や崇拜が存在しない訳ではない。今だに根強い聖体・聖骨崇拜など〔8〕はその特殊形態だとしても、キリスト教の再生觀念（に於いての一般信者の誤解）に由来する「蘇る肉体」への願望、執着は意外と強いのである〔46〕。そして、蘇生の際、残っている身体部位があるとすれば骨しかないのだから骨への執着も消し難いのだ。もともと、蘇生すべき肉体は死滅した肉体とは同一ではないが全く異質でもない、と教義解釈は弁証しているので、死体への態度が屈折するのにも致し方ない〔37〕。また、意識深層に残存するゲルマン由来の伝統的死生観、身体観も無視できない〔1〕。遺体・遺骨への執着の有無という視点から世界の葬送慣習を比較してみると〔21〕、日本と欧米はむしろ同様に遺体・遺骨執着文化圏のグループに属していたのではなからうかとさえ思えてくる。

日本の葬制において通夜が重大な位置を占め、種々の意味・機能を帯びていることは論を待たない。とはいえ、この儀式の存続それ自体が——連続的・段階的な死の過程という——日本固有の伝統的観念を示すものだと主張されると、異を唱えたくなる。第一に、この観念は（欧米を含めて）世界各地に見られる死生観であり、決して日本独自のものではない。第二に、通夜の即物的な機能は時間経過による身体的死の最終確認であるが、この類の手続きもかなり普遍的である。第三に、現代の通夜においてどれくらい日本人がかかる死生観に突き動かされて現前の遺体に対してしているのか、甚だ疑問である。

ドイツでは、社会的に制度化された儀礼としての通夜は二〇世紀初頭には消えている。しかし、当然のことながら、息をひきとった者を近親者が一定時間、見守ることは今も一般的慣行である。つまり、死亡宣告（医学的死）から葬儀・埋葬（社会的死）に到る中間過程——従ってまた、見守る側における死の主観的確認、心の整理、別離の対話の過程——が、公共性・儀礼性を排した親密圏内部での私的関係によって担われる方向に向いたのだ。だからといって、死者を物体視するようになったとは必ずしも言えない。葬列一般の私化傾向の一端であり、共同性・形式性が衰退した分だけ、むしろ死者との個人的・内面的関係性が深まったとさえある意味では言えるのではないだろう

か。

仮に今しがた、自分とのかかわりの深い個人Pが息をひきとったとしよう。私の内面に湧き起こる様々な観念や感情は別にして、Pの遺体を現前にしてPをどう表象するかにのみ焦点を絞ってみよう。Pは何処にいるかということに在る。Pは他ならぬ現前の遺体であり、現前の遺体は息をひきとったPそのものだ（と私は感じる）。PとPの遺体との乖離は意識されない。だが、時間の推移とともに、その分離を体験せざるを得なくなる。私が、死後の靈魂存生を信じるかいなか、仏教徒かキリスト教徒か無信仰か、日本人か欧米人かにかかわりなく、現代人であるれば必然的である。なぜか。知覚されるPの遺体はやがて変容し腐乱し始める。一方、Pは私の意識の中では生前の（あるいは少なくとも腐乱し始める以前の）具象的・個体的な容姿、肉体として表象されている。Pとのかかわりが深ければ深いほどそうである。しかも、Pの靈魂の实在を信じていてもいなくてもそうである。私がその实在を信憑するPの靈魂像としてであろうと、私の心の中に仕舞われたPの記憶像としてであろうと、私の中のPの表象内容は同一である。そして、私は、現前で腐乱していく遺体の生々しい知覚対象と記憶の中のPの表象との間のあまりの懸隔に耐えられない。いっそPの白骨体や骨灰の方が、その変容ぶりの過激さにもかかわらず、生前のPの肉体像と

重ならない無機質体であるがゆえにPと同一化しやすい。可及的に生前の面影を損ねることがないよう配慮された現代火葬システムを促しているのは、他ならぬこの動機なのである。その意味では、現代焼骨文化も、欧州人にさへ奇異に映るアメリカのエンバーミング（徹底した防腐措置・死化粧）文化（〔27〕）も、根底では相通するものがあると言えよう。

日本人は遺体を尊崇するが、欧米人は遺体をたんなる物体としか見なさない、という独善的な偏見に対しては、皮肉の十分に利いたしつべ返しが相応しい。一つは、一九世紀ドイツ、火葬が広がりを見せ始めた頃の一般（特にカトリック信者）の反応。大地に還りて一体化することを自然で人間のとする土葬習俗に慣れ親しんできた者の目には、火葬こそはあまりにも人工的、即物的、反自然的、反人間的な死体処理法であり、合理主義的、物質主義的、無神論的な人間観・死生観の象徴と映ったこと。いま一つは、世間からは自分達が死体をモノとしてしか見なしていないと見なされていることに憤懣を抱き続ける日本人解剖学者が放つ喝破の一言。「死体はモノではない。しかし、モノだというのが、この国の多数意見らしい。それが私の印象である」（〔23〕）。

要点をまとめてみる。①遺体・遺骨崇拜が日本古来・固有の伝統的、一般的心性だという考えには検討の余地があ

る。②仮に日本人の心性一般に火葬指向・遺骨崇拜があったとしても、そのことがただちに日本人固有の遺体崇拜や死生観・身体観の存在を証する訳ではない。付言すれば、死者・死体aに対する、aを処する集団・個人bの關係・態度Rは、固有の葬制に拘束されつつも、具体的には、b内部あるいはbに対するaの生前の位置・關係R'によって規定される。その際、bはaの帰属集団b'である必要はない。従つて、例えばb||b'の場合と、bとb'の間に強烈な敵対・支配・差別關係がある場合とではRの様態に著しい相違が生じることになる。また、RやR'がいわゆる人稱性によつて様相を異にすることも明らかだ。こうした規定因による死生観・身体観の差異は、少なくとも東西世界では、東西による差異よりも大きくなりうることを、日本特殊論、東西二元論は見逃している。そもそも、死体への畏敬を死者の尊嚴（への畏敬）からの、さらに死者の尊嚴を人間一般の尊嚴からの必然的帰結と見なすことこそが、近代西洋の中樞思想の一つではなかつたか……その欺瞞性がここにきて露呈しだしているとはいへ。

II 欧米の心身二元論

欧米において脳死による死の定義や脳死移植を受け入れやすくしている思想的背景として、プラグマティズムや功利主義と並んで、キリスト教の靈肉二元論やデカルト的心

身二元論、還元論的・機械論的・身體観があることは、(欧米においても)よく指摘されることである。そのこと自体、穏当な見方であろう。だが、例えば次のような形、程度で主張されると首をひねりたくなる。

「キリスト教では、——霊・肉二元論——という考え方をとっています。そこから肉体というのは靈魂の宿る借家みたいなものだという意識が生まれるので、キリスト教圏では臓器移植などにあまり抵抗がないのではないのでしょうか。住人である魂がいなくなつたのだから、肉体なんか貸してあげればいいではないかという考え方です。こういう認識は、日本人とはまったく違うものだと思います」(17)。

第一に、日本より遙かにかつ一様に脳死移植の進んでいるアジア各国の宗教的背景がキリスト教、仏教、儒教、ヒンズー教と多種多様であることと、右の主張とをどのよう整合させるのか。第二に、脳死・脳死移植問題で日本人に心理的抵抗を惹き起こす宗教的・思想的因子は仏教か神道か儒教か。論者によりその特定にはかなりの異同があるし、説得力のある説はいまもない。靈魂問題一つを取りあげても、仏教の宗派間、いや同じ宗派内でも見解は個々別々、啞然とする。たぶん、特定宗教の同定や単純な組み合わせによる説明には無理があるのだろう。第三に、心身二元論との対比でつとに持ち出されるアニミズムの心性はど

うか。弱いアニミズムは文化非依存的にあらゆる世界解釈・構成の根底にあるし、歴史的に形成された強いアニミズムも欧米人の意識基層には残滓的にはあれ意外と根強いものがある。しかし、何よりも問題なのは、強いアニミズムは物体の特殊様態そのものに生命性や靈性を認めず、靈性フエティシズムと物体・肉体軽視の傾向が顕著だということである。アニミズムを対抗思想の一つとして成立したデカルト的の心身二元論が物体の一定様態に靈力に支配されない生命性を帰因させることで、この傾向をある程度緩和させたことは——もつとも、生命と心、身体と脳の二元論という難題を新たに持ち込んでしまふのだが——案外、忘れがちである。いずれにせよ、靈的なものの不滅性や実体性を想念する思想は、大なり小なり、霊肉二元論、肉体軽視の傾向に連なり易いのではなからうか。

第四に、デカルト的の心身二元論は、一九世紀後半ないしは世紀転換期以来、一方では自然科学の一元論、実証主義、唯物論、他方では生の哲学や現象学から挾撃されて顔色はないし、昨今の「心と脳の科学」ではもはや居場所さえ与えられていない。還元主義的・機械論的・身體観や生命観に関していえば、これが一般化したとされる一九世紀末・転換期こそ、生の哲学、ホーリズム、新生氣論が思想界を風靡した時代でもあったのである。医学界において、この時期に支配権を握る科学的・合理的医学、「大学

「医学」が、これに対抗して再編・強化された民間・自然治療法（現在の代替医療の原型）に少なからずてこずらされることになるし（〔38〕）、後者はさらに、社会・文化運動とも連なり菜食主義や裸体文化運動、果てはワンダーフォーゲル運動とさえ呼応していくのである。心身論や生命観に関する西歐思想をデカルト的二元論や機械論に還元できる程、単純ではないことは、その後のドイツ思想が辿る葛藤と屈折に満ちた展開を一瞥すれば明白であろう。第五に、デカルト的二元論・身体観は、脳死や臓器移植に対する欧米人の態度に影響を及ぼす心身観、死生観の一部の契機を一面的・抽象的に理論的形態で表現したものであつて、決してその総体を表現したものでなければ、——それに明確な言説形式を与えることでそれを増強する要因にはなりえても——その原因でもないのである。

第六。脳死という一臓器の死をもつて個体死とする見方を正当化する論拠は、デカルト的心身二元論や相互作用論から容易に導き出せるものではない。それ自体は物質的過程の結果・作用・機能でしかない一方、脳を中枢として（脳を一器官とする身体総体の無意識的・神経的・生理的・物理的な様々な次元での調整機構、協働システムを前提にしながら、それを無視すること）自己の身体を社会的に所有・代表し、意識的かつ無意識的に管理・制御するという離れ業を演じうる精神、自己意識の類——、脳死論

に必要となるこのような神憑的な「心」は、少なくとも建前としては独立自存の両実体やその相互作用という觀念からは出てこないからである。また、デカルトは靈力、生命力の類から自立した自動機械としての身体という觀念を製作し、意識の座位を心臓から脳へと遷都するという偉業は果たしたが、脳による身体支配という觀念装置までは残してくれなかつたのである。

第七。脳死による人の死の決定や脳死の人からの臓器移植の是認は、キリスト教の教義・伝統に照らしてみても決して自明のものではない。霊肉二元論も、脳死状態に魂の離体、霊肉分離状態という、脳死定義との不整合がとりあえず際立つことのない解釈図式を与えることができるというにすぎない。脳機能の不可逆的停止が原因で意識の不可逆的消滅が結果するという脳死定義の一元論的仮定と、脳機能が停止したので魂は（無傷で！）脳を離脱するのだという二元論的説明とは相容れないものがあるからだ。たとえ、魂は脳に宿るのだと、還元論的・機械論的な人間観の極致たる意識の脳局在説に擦り寄つてもである。いや霊肉二元論そのものが、不死の魂と可死の肉体という二元論的解釈を追放し、「分割不能なき全体、肉化せる魂にして入魂せる肉体」として人間を、そうした全人間の存在の生起として死を把握するというキリスト教神学の真髄にさえ背馳する（〔28〕、〔37〕）。さらに、脳死論的な死の定義

や臓器移植の容認理由が人工妊娠中絶への反対理由と著しい齟齬をきたすことは、生命倫理に関してキリスト教が陥った自己撞着として周知のとおりである。この不整合はまた、生命倫理に対するキリスト教会の態度決定が、その時々の社会的・政治的情勢や対抗勢力との力関係など伝統的なキリスト教倫理を越えた要因によって左右されていることを示唆している。しかし、最大の問題は、脳死の人からの臓器移植を容認したことで、キリスト教徒にとって死活問題以上に重要であったはずの臨終場面、看取りの過程を変質させてしまったことである。それは、脳機能が不可逆的に停止したがゆえに、危殆に類しながらも文字どおり必死に最期の生を生きる自らの肉体を見捨て立ち退くことを魂に強制した帰結である。看取りを完全に放逐した臨終の容認、それは臨終を巡る「科学的医療」との主導権争いにおけるキリスト教側の最終的な敗北宣言に等しいと言えよう。

生命倫理を巡る諸問題への欧米人の考え方に對しキリスト教の教義や伝統がかなりの影響を与えていることは歴然としている。だが、具体的な問題への態度が教義や伝統から一義的に決まる訳ではない。実際、脳死・臓器移植問題に関し一部の神学者が多教派の結論とは正反対の結論を同じ教義から（私見では遙かに論理整合的かつキリスト教の基本精神に忠実に）引き出ししている（〔31〕、〔37〕、〔43〕）。

この問題におけるキリスト教の影響力は、その教義内容よりも、むしろ教会の持つ精神的・文化的権威、社会的・政治的勢力、組織的な日常的・個別的・直接的教宣の力に負うところが大きい、と考える方が理に適っているのではなからうか。

ここで何よりも強調しておきたい論点が二つある。デカルトの心身二元論やキリスト教的靈肉論に限らず、制度化された専門知や信仰体系としての哲学理論や教理によってある社会の死生観や身体観などを特徴づけることには自ずと限界がある、というのがその第一点目。一般的な社会成員の抱く死生観や身体観は、個別的、具体的で唯一的な状況・関係における無自覚的な所作、態度（の形式的側面）として現れても、当事者自身もそれ自体として意識的に対象化、いわんや言説化できないような心性形式で存在しているからである。さらにそれは、死や身体の主体が当事者にとつて「誰」なのか、いかなる関係にあるのかによって著しい変転を見せるが、デカルトの二元論やキリスト教的教理解釈にしか視線が向かわないと、この生死や身体はいわゆる人称性⁵⁾、関係性は視野から消えてしまう。一般的には（いくばくかの懷疑、危惧、不安を抱きながらも）無関心や受動的態度を示して脳死による死の規定や脳死の人からの臓器移植を容認しておきながら、自分の臓器の提供は拒んだり、自分の臓器提供は快諾しても自分の近親者の臓

器移植には激しい心の揺れや、(近親者の意思表示に反しても)拒絶姿勢を見せたりする、あるいは近親者の臓器提供後、拒否しなかったことに強い後悔の念を抱き、後々までも罪悪感、自己嫌悪感に苛まれ続ける、といった錯綜・屈折した欧米人の内面心理は、そこからは見えてこないのである。

その二。デカルト的、キリスト教的思想の影響力の過大視は、この思想圏域にある欧米人が脳死による死の定義や脳死移植を肯定するのは論理的にも倫理的にも当然であり、欧米人から別様の姿勢は期待できない、と裁断することに連なりやすい。それは、一方では医療・哲学・法・教会・政党・マスコミ関係者が執ってきた少なくとも安易、拙速な態度に事実上の免罪符を与えることになるし、他方では、デカルト的、キリスト教的思想を墨守する欧米人には今後とも、現状を根本的に再考し改革していくことは不可能だと、他岸の地に立つて宣告するに等しい。が、その立場には即座に問いが浴びせられる。では、なぜ(論者によれば)デカルト的、キリスト教的思想とは無縁な固有の死生観、身体観が根を下ろす日本で臓器移植が合法的に繰り返されているのか、と。

Ⅲ 善意原理は脳死移植を正当化するか

日本が「臓器移植後進国」に甘んじているのは日本人が

慈愛の心を失い利己主義に陥っているからだ、あるいは日本には十分な公共心を備え、本当の個人主義に支えられた国民が未成熟だからだ——、脳死移植推進派の人々の間からこうした慨嘆の声がよく上がる。慈愛精神の希薄化、利己主義の跳梁、公共心の未成熟への憂慮・非難は何も日本固有の言説ではなく、欧米でも事あるごとに繰り返される常套句にすぎない、と切り捨てるのは簡単である。問題はしかし、こうした非難の声が、脳死移植を一般向けに「正当化」する理由、つまり宣伝文句に乗った上で叫ばれていることにある。曰く「脳死になれば自分の臓器を提供して他の人の命を救いたいという善意(とその意思表示)があり、それ以外に生き延びる治療手段を断たれ臓器移植を切望する患者(とその家族)が存在し、そのために必要な医療技術・スタッフも揃っているのに、何故に反対するののか」。そこで、次に、「脳死移植肯定論の論拠における要の一つである善意・善行原理について考えてみたい。

まず、臓器移植の意思表示が称賛に価する崇高な行為だという言説への疑義から始める。この行為の倫理的価値の大きさは、自発性・自己決定の存在、贈与対象の(医療資源としての)社会的価値の大きさ、対価・報酬の欠如、贈与による自己損失価値の大きさ、贈与行為の稀少さなどの因子とその相関関係によって決定されていると考えてよいだろう。だが、脳死や脳死移植を巡る一連の争点と対立的

諸見解についての情報、さらに態度決定に必要な十分な知識を与えずに情緒的なイメージだけを散布する意識操作が行われている実情を（マスコミの報道姿勢も含めて）考慮すると、自己決定原理なるものの有効性さえ足下から揺らぐ。また、臓器提供の意思表示をする者が社会成員の大半を占めるようになるのが臓器資源共用論の理想状態であるが、仮にこの状態に近づくと個々の行為の稀少価値は減じていかざるを得ない。誰もが「当然OK」を口にするようになれば、それに対する倫理的称賛は微弱になるだけでなく、躊躇や拒否への倫理的な非難感情が広がりさえする。

さらに、対価なき贈与はあり得ない（あればむしろ非対称的関係を生む）というのが贈与論や交換理論の知見である。利己主義は完全なる利己主義同様に照らしてみても、完全なる利己主義は完全なる利己主義同様あり得ないし、利他原理（利己原理）がある程度まで利己原理（利他原理）に組み込まれ、利己（利他）ゆえに一定の利他（利己）を求める利己構造（利他構造）の方が、全面的に利他（利己）を排することでしか利己原理（利他主義）が成立しない利己構造（利他構造）よりも持続的で安定した自己成就（社会関係）を保証する、と言える。この点で、臓器提供に肯定的態度を示す若者達と話を交わして強く印象に残ることが二、三ある。全体的に暗さや陰惨さを思わせる言葉は皆無に近く、妙に明るくボランティアな気分が伝わってくるこ

と。肯定理由に「どうせもう意識はないんだし、残った自分の臓器が他人の命を救えるのなら（役に立つなら）凄くいいんじゃないですか」、「自分の臓器が他人の身体の一部となつて生き続けれると思えるから」を挙げる者が多いこと⁶。そこに、自己犠牲的利他主義の心柄と交錯して、社会的注視や是認を浴びることでそれ自体では寂しく孤独な自己の死をナルシズム的に脚色したり、社会や他者のために献身することで自己の死の価値づけを得ようとする志向、他者の身体の一部と化すことで（限定的とはいえ）寿命を越えた自己維持、自己の不死不滅を願う心理を読み取るのは邪推だろうか。最も気になるのは彼ら／彼女らが見せる先取りされた自己の「脳死身体」へのまなざしである。自己の身体でありながら何ら生々しさもリアリティも伴わない抽象的対象物。しかも自分の周囲には自分を看取る親しき者達の姿はなく、機械的で無機質な空間のベッドの上で孤独に横たわる（自分自身によつても見捨てられた）自分の生ける「脳死体」。それを、今の（意思主体に縮限された）この私が身体所有者、善意善行主体として未来の自己の身体を所有・処分対象として眺めている。瀕死の自己を突き放す冷淡さや自己を支える関係性への意識の希薄さが、マスコミなどを介して形成された抽象的他者に心を配る暖かさや表裏をなしているのである。

自己の身体や命についての所有（権）、処分（権）、自己

決定（権）は決して自明のものではない、という問題は小稿では扱いきれない（「7」、「13」）。ただ、次の二点にはぜひ言及しておく必要がある。第一に、臓器移植が現実的になった場合、身内の者達に、不意に訪れた過酷な状況の中で同意するかいなかの苛酷な決断が迫られることになる。個人Aの（自分の臓器提供に同意するという）意思表示が、Aの近親者であるBやCに、AがBやCの身内でありそのAが同意の意思表示をしているというだけの理由から、BやCの意思とはかかわりなく、掛替えのないAの臓器摘出に同意するかいなかの意思表示を限界状況で強要し、場合によっては自責の念や心的外傷を残すことになる。Aの善意が仮に臓器の受手Dとの関係では倫理的に善だとしても、BとCとの関係でもそう言えるのだろうか。AとDはその意思に反してBやCを奈落の底に突き落とすことがあり得るのが善意原則に基づく脳死移植の本質である。

第二の論点は、Aの「善意の贈物X」が何であり、それによって喪失するものYが何であるのかという議論と絡んでいる。XやYが移植治療上はAの生（体）、生けるAでなければならぬが、倫理上はそうあつてはならない。このジレンマは人格—身体、脳—身体の生死に腑分けし、さらには脳死状態にあるAを「たんに外部から機械的、一時的に動かされている脳死身体」にすぎないと規定しても取

り除けるものではない。代替不能な医療資源としてのXの価値は、Xが新鮮な生ける臓器であることに由来する。が、Xがなぜ生ける臓器であり得るのかというと、Yが臓器の生命を維持する能力を持つ「臓器保存器」として機能しているからである。が、Yになぜその機能があるかという点、Yが「たんに外部から機械的に動かされさえすれば」依然として自己制御・統合・調節といった個体全体レベルでの（水準は低下したとはいえ）一定の生体機能を維持している生体システム、一つの有機個体（33）であるからに他ならない。Xの価値は、「たんにささえれば」維持されうるAのY様態と「いかなる手段を駆使しても」Y様態を再生しえないAの死の様態との絶対的差異を源泉にしているのである。あるいは端的に、YがAの命、生けるAであることに基づいているのである。だから当然、AとDとの生の様態が異なるからといって、Aの命を消してDの命を救うこと、Dの命を救うためにAの命を消すことの倫理的是非は、人格—身体、脳—身体二元論を持ち出しても決着はつかないのである。人格者（実質的には人格的強者）共同体が人格者の成員の救済目的のために「非人格者」を共同体から排除しその生命を収奪してもよい、という人格者集団内部の倫理を容認すれば話は別であるが。

善意原理による臓器移植の孕む問題の深刻さは、仮に「善意の贈物」という理念や行為を是認したとしても、そ

の行為がそのままの形で反復・累積され続けていくと、いずれは善意という主観性を越えた客観的な相互強制システムを生み出してしまふことにある。つとに指摘されるように 提供臓器には量的限界がある。しかも、脳死移植の（今のところ）前提である脳死状態の患者の「発生」は、かなりの部分、交通事故、反罪などの社会的要因による、人為的「死や、救急救命医療の体制不備、そのための基礎研究・技術開発の遅れなどに、逆に言えば社会・医療政策によって人為的に著しく改善しうる要因に依存している。問題はしかし、仮に「善意の贈物」が増えていったとしても、その相対的不足は解消されないことである。それはなぜか。手段が目的を作り、可能性が欲求を肥大させるからである。（20）。

脳死移植の可能性が医療技術面でも文化的・制度的にも存在しない「自然状態」を想定してみよう。ここでは、脳死移植の他に延命手段はない（と現代社会のわれわれなら考える）重症患者DとEも、余命の限られた他の重症患者と「平等」に天命を受け入れざるを得ないだろう。が、そこに突然、「善意の贈物」があり、医療技術面でも例外的に移植が可能となったとしよう。DもEも「自然な」自己保存欲求により延命を望み、善意を受け、謝恩に満ちた生を全うすることは十分あり得るだろう。が、この行為が頻繁に繰り返されるようになるとどうなるだろう。「自然状

態」は自壊し、制度化された状態に転化するはずである。善意原理による脳死移植論は、この「自然状態」モデルによって制度化された状態を倫理的に正当化、いや粉飾しているように思えてならない。

ここでは、あたかも重篤患者の間に脳死移植に対する広範で強烈な「自然的・本性的」欲求が存在し、この既存欲求を充足させるために移植技術・制度が開発・整備されたかのように描き出されている。実際は逆である。移植技術の開発や実施例の蓄積が一般的意識の照明を浴びないままにどんどん先行し、脳死移植という現実的手段による延命という欲求を広範に産出したのである。生き延びる可能性が現実的にあるとなれば、生き延びたいと痛切に思い、延命への執着も湧く。現代社会がかかわるのは、この充足可能性によって社会的に構成された延命欲求なのである。それだけではない。脳死移植の蓄積それ自体が、移植欲求を拡大再生産し、それが移植技術・体制の発展を触発し、それがまた移植欲求を拡大再生産し……、という脳死移植を巡る欲求・充足、目的・手段システムを肥大化させる。さらに、この過程のある時点から、脳死移植による延命への欲求はごく正当な、従って公共的にも承認され保証されるべき欲求なのだ、というある種の普遍的権利意識が芽生え、社会的にも認知を得ていくことになる。つまり、脳死移植の反復そのものが自らを倫理的にも法的にも正当化する

る根拠を生みだしていくのだ。移植希望者は社会的にカテ
ゴリー化され、公共的に制度化された特定集団を形成する
ことになる。だが、こうした事態は、提供資源の稀少条件
の下では、逼迫度、適性度、成功度といった（かなり相反
する）指標の組み合わせに基づき、移植希望者DとEの間
における等級化、差別化、優先順位化を不可避にする。選
外者や長期待機者は、あり得るものが遠のいていたり得
なくなったり、あり得るものが遠のいていたりする絶望
や不安に加え、「現実には生き延びている者が何人もいるの
だから私も生きる権利があるはずなのになぜ私だけが：
…」という重患相互における不公平感、不満、妬みに苛ま
れることになる。手段争奪に拍車がかかり、資源不足はい
よいよ深刻になる。

一方、もともとレシピエント選定原則の一つである予後
の逼迫性がある一つの原則である手術の有効性・高成績と
調和が難しく、その境界の画定も流動的であるため、移植
が一般化すると逼迫性原則は緩和される方向に動きだす。
それまで脳死移植による治療など思いもよらなかつた患者
も、「もしかしたら私も」の可能性観念に魅入られていく。
さらに、脳死移植が、当初は純粹に、それ以外に手段のな
い重患の延命治療を目的としてのみ行われていたとして
も、移植の反復過程で脳死身体の手段視が医学界に定着す
ることで、手段それ自体としての脳死身体の観念が脳死移

植以外の多様な医療目的・欲求と結びつき、それを増幅
し、「各種利用」への道を自ら切り拓いていく〔3〕、〔18〕、
〔35〕。延命治療目的の脳死身体の利用が許されるなら、
それ以上に多数の人命を救い人類に計り知れない利益をも
たらし、他の手段では代替不能な「各種利用」を否定する
論拠は薄くなる。望蜀はさらなる望蜀を喚起し、脳死身体
への需要は高まり続ける。

その帰結はいうまでもなく、（家族の承諾の必要性の有
無、臓器提供可能年齢の下限などによる変動・差異は別に
して）「生前の『否』の意思表示がない限り『沈黙の合意』
があるものと見なす」という、福祉国家による生体資源の
公共的調達・管理・配分システムの確立（あるいはそれへ
の誘惑）である。つまり、個人がある生命状態に陥ると、
その個人が『否』の意思表示をしていない限り、国家がそ
の個人を「脳死体」＝医療目的で処分・利用可能な人体と
公的に認知し管理するシステムの実現である。それは臓器
リサイクル社会、公的管理下にある臓器市場での臓器流通
システムとも重なっていき〔3〕、〔20〕、〔31〕、福祉国
家や市場経済が新たな段階を迎えていることも意味する。
対象個人を5群に分けてみよう。①臓器の提供意思アリ、
意思表示もアリ、②意思はアリ、表示はナシ、③意思は
ナシ、表示アリ、④意思も表示もナシ、⑤無関心／未決
で表示ナシ。このシステムでは⑤を除くすべてが事実上

の「意思アリ」と見なされてしまふのである。

まず、③は「否」の意思表示を国家に強制されるし、社会的に「利己主義者」の烙印を押される。次に、④の「善意善行」は④⑤など同一カテゴリーに入れられ、称賛に値する倫理的価値を失う。⑥の態度は倫理的に当然であり、⑦の態度は問題アリとされる。一定の生命様態に陥ると、⑧は意思に反して、⑨は意思とは無関係に、つまり自己決定原則にさえも反して自動的に生命が収奪される。「嫌なら『否』と言えよ」とは、④⑤に⑦の立場を強制することであり、⑨にはさらに自由意思による自己決定を強制することになる。言うまでもなく、強制するのは国家権力と社会システム、問題になるのは現代では誰しもがいつ陥つても不思議ではない脳死状態にある個人の生命である。

第一に、仮に各個人の慈愛心、自発性、自己決定に基づく善意原理が個別の臓器提供・移植を「愛と連帯の行為」として倫理的に正当化し得たとしても、そうした個人的善意を越えた客観的な脳死身体の調達・配分システムではこの原理は正当化能力を失う。それでも敢えて「愛と連帯」を賞揚するのは偽善であり、倫理的に悪である。第二に、仮に臓器提供・移植が善意原理に基づく行為として開始されたとしても、その反復そのものが善意の強制システムに連なることが予測ないしは意図されているのに、敢えて

「愛と連帯」を喧伝し続けるのは欺瞞であり、倫理的に悪である。

IV 三徴候至上主義と生命至上主義

反脳死論派の人口に膾炙する「三徴候による伝統的な死の判定方法」にも実は様々な問題があることや、歴史的にも相対化されるべきであること〔5〕、〔10〕、〔41〕、〔45〕が明らかになってきている。ここでは、この「伝統的」判定方法を支える医師の職業倫理が「生命至上主義」であり、その延長線上で「脳死による死の定義」という思想が湧いてきたのではないか、という仮説を立ててみたい。なお、以下の議論では、患者や身内の意思いかんにかかわらず医師としての絶対的倫理と権威をもって積極的・献身的に遂行する義務を負う治療行為を中止してもよい、あるいは中止しなければならぬと考えられている時点P、[「死亡時点」]をQ、火葬、埋葬など身体への侵襲的・破壊的処置が許されると考えられている時点Rを区別する。Pでは「いつまで」が、Qでは「いつ」が、Rでは「いつから」が問題になる〔45〕を一部改変。脳死移植以前にも〔従つてそれとは無関係に〕脳死概念・問題はあったのだから脳死論は脳死移植の正当化のために持ち出されたものではない、という議論は、PとR・Qとを混同していることとなる。脳死移植とは無関係な脳死概念・問題は主にP

を巡るものであるのに対し、脳死移植と絡んだそれは主に R に標準が合わされているのである。脳死をもって人の死とするとは、脳死移植の正当化のために、R を早めて Q と重ね合わせかつ Q を早めて、脳死状態と判定・確認された時点 S と重ね合わせることを意味するのである。また時点 S をもって、個人 A の（終末期）医療過程を打ち切り、移植希望者 D の移植治療過程に組み込むことである。

さて、焦点をドイツ一九世紀末・転換期に絞ってみよう。この時期は医学史的にも重大な転換期であった。「あらゆる手段を用いて救命延命に全力をあげる」という生命至上主義の職業倫理観が確立するのも、おそらくこの時期である。勿論、その萌芽は一八世紀の啓蒙主義的医学思想に見ることができ、P 時点で手を引くことを善としていたそれまでの基本姿勢に対し、Q の最期までベッド圏域を支配することを義務とする姿勢に、それは端的に示されている。が、この時期の「近代」医学は、人類の敵 R ペストなどに全くと言っていい程無力であり、断末魔にも供手傍観の態度しかなく、一八六一年になってささ地方では「浴場理髪・治療師、牧人、皮はぎ人、老婆」などと等し並に扱われる始末（38）、社会的権威も欠いていたのである。「医療における独占市場の形成と『専門家支配』（フリードソン）の確立」（4）は一九世紀末を待つことになる。一般人の追従を許さぬ高度の専門職能、社会的認知・権

威、国家による排他的資格認定、自己規制制度、階層意識と職業倫理といった条件を備えた専門職能集団としての現代的医師階層の形成である。

生命至上主義的な職業倫理の確立をこの過程の有機的構成因子と捉える視点にとつて注目すべきは、次のキーワードであろう。◎医療の科学技術化——一方では麻醉・防腐・殺菌処置などの医療技術革命により死や病氣と闘う強力な武器を掌中に（これはまた専門職能の高度化・独占化でもある）、他方では身体外部から訪来する超人間的な事象、甘んじて受け入れる他、術のない「自然の定め」として病氣や死に接する宿命論的死生観・病氣観に代つて、特定の物質的原因に起因する身体の特定部位の構造・機能上の異常・不全として病や死を扱う特定病因論や局在病理観が定着。病や死は科学的・合理的手段によつて克服しうる、従つて克服しなければならぬ標的となる。現実的の手段が目的意識を増強し（あらゆる手段を用いて」とはかなりの手段が既に視野内にあることを意味する）、これが医師の行為規範に内面化される。◎医療・衛生政策（保険医療）による医療の大衆化、営利活動自由化による医療の市場化——「科学的、合理的な大学・国家医学」への大衆の期待に答え、依然として無視できぬ「似非治療者、詐欺師」（自然療法による民間治療者）の競争相手を排して社会的信頼・権威、独占的地位を確立するためにも、科学的

医療には圧倒的威力が備わり、医師階層が専門職能と職業倫理の両面で圧倒的水準を有することを一般大衆にも分かる形で見せつけることが必要となる。◎「医師の敗北としての死」の観念、他方、現実には死は不可避——この不条理に個々の医者はどう対処するのか。客観的に最善の手段を用いて主観的に全力を尽くし、その姿を一般人に焼きつけることで、「最善を尽くしたのだ」という主観的確信を得ることしかない。それが不条理を常態化し、さらなる最善原則の強化を呼び……という悪の劇化現象を伴おうとも。不合理への厳格な責任倫理は徹底した心情倫理を招来する。自己に対する至上命令としての無条件的救命延命の格率には、一定の合理的可能性を掌中に収めたがゆえに抱懐せざるを得なかった医師達の不条理感や無力感と、それを最善原則で心理的に処理しようとする無意識の代償欲求が表現されているのではないだろうか。

さて、三徴候死の問題はこれにどう絡むのか。一八一九世紀欧州で仮死問題（「早すぎる埋葬」への集団ヒステリー）が深刻な社会問題となり、三徴候への信頼が揺らぐが〔5〕、〔10〕、〔41〕、〔45〕、一九世紀末にはそれが死の判定基準として定着するようになる。その背後に何が隠されているのだろうか（以下〔10〕、〔45〕に大きく依拠）。①全身腐乱が確実な死の徴候だとしても〔5〕、近代化・都市化・個性化の趨勢を前に忌避されていかざるを得ないと

すれば、三徴候しか選択肢は残らない。②専門職能集団として形成途上の医師階層が手中にして間もない死亡宣告・証明の独占権に対して横槍を入れさせないためにも、医師層にも一般層にも認知された権威ある標準的・統一的な判定基準が必要である。③「早すぎる埋葬」の問題は先に触れたR時点の不確実性に起因するが、a 聴診器などQの診断技術の向上や仮死の鑑別診断技術の開発、b ④ともかかわる）蘇生術の発展と徹底した遂行、c 十分な遺体安置期間Q—Rの法的義務化などにより、そうした不確実性はある程度まで除去しうる。

われわれの問題脈絡にとって決定的な点は、④伝統的な死の判定基準と一般的に評価される三徴候原則の観念が、「最後の一息まで、最後の鼓動が打ち終わるまで」戦い続けることを要請する生命至上主義的な職業倫理感と深く結びつき、同一の精神土壌の上に醸成されてきたということである。第一に、現在の三徴候による死亡判定は、個体死を特定部位・臓器に限局し特定臓器の死と等値する思考に支えられている。が、この思考は他ならぬ一九世紀後半から科学的医療を席卷する機械論的局在論を培養液として弥漫してきたものである。仮死問題と取り組む中で再獲得された「死の段階性・過程性」の意識〔5〕、〔10〕、〔41〕も、②③が徹底していく中で再び希薄化していったのである。従ってまた、死亡診断が暫定的性格のものであり、

死亡時点Qも人間個体が辿る終末過程での（点であつて点ではない）一通過点にすぎないこと、こうした認識も意識の周辺に追いやられていったのである。このことはまた、現行の三徴候による死亡判定が脳死による死亡判定と同一の地平（死の次元・徴候の部位化・局在化）の上に立つており、両者はその限りでは地続きなのだ、ということを示唆している。

第二に、三徴候が、仮死問題に対処する——そして広くは医療の科学化、死の医療化という——過程において、確実に生死を腑分けし死亡「時点」を確定するための明解な識別徴候という機能を負荷されることで何が起きたのかが問われなければならない（[10]に強く依拠）。一つ、三徴候、つまり「元来は死の判定の基準であつたはずのものが死自体に転化する」、「物差し自体が死に身分転換する」（同右）ことになる。死の徴候が総体的で全一的な生の流れ、死の過程から自律化・実体化し、逆にこの過程を破碎、無化していく。死は明確な輪郭を持った生理現象の欠性としての徴標に還元され、点状化・物象化する。死亡「時点」の確認というプラグマティックな行為が死亡「時点」Qそれ自体を作り出す。一つ、その結果、死に逝く者が「生や死にかかわる現象を放つただの客観的存在」（同右）、徴標のたんなる基体、ボディであるいは容器に貶められることになる。そして、ここにこそ三徴候至上主義の核心が

あるのであり、脳死による人間の死の定義（及び脳死の定義、判定基準）という思想は、その本質から言つて三徴候至上主義の進化・特化形態と見なしうるのである。

第三に、三徴候基準がたんに死亡時点Qの判定基準だけではなく、Qと重合していくPの時点の判定基準、すなわち「医師たる者、いつまで戦い続けるべきか」という医師としての職業倫理基準をも提供してきたことが、確認しておくべき重要な論点である。死との典型的な決戦場面では、最終的に手持ちの全手段が心肺機能停止の阻止、（停止直後は）心肺機能の復活のために投入され、全てがその成否で決着する。「不可逆的心停止すなわち死」という現在の三徴候至上主義的な言説は、歴史的経緯から言つて、心停止阻止、心臓蘇生へのパトスとエトスを独走させ自己目的化させた生命至上主義と切り離すことができないのである。人工呼吸に強心剤や電気ショック、患者の上に馬乗りになり髪をふり乱しての心臓マッサージ、果ては開胸手術し心臓を手揉みする——崇高さと自己欺瞞、義務遂行感と無力感、無意味感とが絢交ぜになつた異様で厳肅な——光景。命をつなごうとしているのか、（死そのものではなく）ただ死の徴候の現出を引き延ばそうとしているのか、もはや判然としない。この光景が繰り返される中で、「一分でも長く心肺機能の維持を」のパトスとエトスを体現した延命・蘇生術が高度延命装置に置き替えられていくと

き、皮肉にも生命至上主義と三徴候至上主義との癒着関係に亀裂が生じていくことになるのである。

事態を複雑にしているのは、一九世紀末に成立してくる医者の職業倫理が「ヒポクラテスの誓い」によって装いを整えていることである。第一に、「ヒポクラテスの誓い」の精神は生命尊重主義ではあっても生命至上主義ではない。第二に〔5〕、〔35〕、〔43〕、前者に対応する医師—患者関係が家庭医制度に典型的に見られるような持続的で人格的なパートナーリズムによって特徴づけられるのに対し、後者の場合、病院医療の確立、医療保険の普及などによる医療の大衆化さらには医療の専門化・分業化といった歴史的变化によって生じた一時的で匿名的な医者—患者関係が基盤になっている。ただ、この場合でも權威主義だけは保持され生命至上主義を生み出す基盤の一つになってきたのである⁸⁾。こうした経緯からパートナーリズム批判が生命至上主義への懷疑と呼応していくのは当然だとしても、問題は、安楽死／脳死問題に顕著なように、契約原理やインフォームド・コンセントに基づく自己決定原則の医療への導入が、生命至上主義が反転した生命軽視・選別の風潮と結びつく傾向が見られることである。

翻って、脳死移植は救急医・脳神経外科医・神経内科医側と移植医側との両サイドの関与で成立する。そこには当然、医療の専門化・分業化の客観的構造因と利害・力関係

が複雑かつ微妙に作用している。一方、生命至上主義は文字通り患者の生命を至上価値として絶対的に自己目的化する内在価値論的契機と、目的の有効手段を無条件に正当化する道具価値論的あるいはプラグマティズム的契機から成り立っている。移植医学界の「利害」や「立場」と一面的・独善的に自己同一化を図る側の中では、生命至上主義の持つ二重構造が容易に有効活用される。問題は勿論、最適手段が他の患者の生命であることだが……。

「脳死」という事態がもたらした問題は、当初、先に触れたようにP時点（いつまで）が不確定になってしまったこと、あるいはより一般的に言えば、終末期医療のICU化により人の死期（三徴候至上主義の脈絡で言えば不可逆的心停止の時点）が一定範囲内で操作可能になり、その結果、事実上、（特別な延命措置をとらない「自然な死」の選択も含めて）人が（自他の）人の死期を決定することを強いられるようになってしまったことにあった。三徴候死観では、脳機能の不可逆的喪失と心肺機能のそれとは、きわめて短い間隔で継起する主要諸臓器の一連の不可逆的機能停止としてほぼ一つの括弧で括られている。が、「脳死」状態では、脳機能の不可逆的停止が心肺機能のそれから、無視し得ない間隔をもって分離し先行する事態が生じてしまったのである。この事態に直面して、三徴候至上主義と密通した生命至上主義的倫理は、明確な行動指針を示

すことも、近親者の看取りを中心とした全人間的な終末医療の在り方を模索することも殆んどできなかったと言える。むしろ、どの症例でも画一的、機械的に延命装置を装着し、根治や長期延命の予後が断られたときに見せる従来の医療の欺瞞——その理念から言えば「敗北」であるにもかかわらずそれを他者にも自己にも認めず、ひたすら心肺機能の維持（だけ）を図る（その意味で生命至上主義は三徴候形式主義を内容とした生命形式主義である）——を繰り返したのである。あるいは、権威が衰退すると、患者や家族の意思を安易に「尊重」し「自然な死」を演出し続けたのである。このことがますますP時点の不確定化を招き、脳機能の不可逆的欠落と心肺機能のそれとの次元差を相対化させていったと言える。こうして死期が人為操作され（いつ死ぬかは人間が決めている）、PやQが不確定化していく状況の中で移植側から三徴候形式主義の欺瞞性・形式性を突かれて、P、Q、Rの同時化（これが実体化された「脳死」概念の内実）を迫られたとき、既成の職業倫理の域を離脱できなかった多くの救急医・神経医にはもはや積極的に反対する理由はなかったのである。

V 問題の社会的脈絡、日本での行方

脳死・臓器移植問題は集中治療室の密室世界を越えて現代の複雑な社会的、文化的、思想的コンテクストに根差し

ており、ある意味ではその凝集、象徴でもある。この錯綜した連関についての総体的な分析は他に譲るとして、ここでは二、三のコメントに留めておく。

第一に、この問題に心身二元論が絡んでいることは間違いないが、その機械論的、合理主義的形態も霊肉論的形態も（例えば有機体論的、生の哲学的、精神主義的、快樂主義的、審美主義的形態といった）様々なバリエーションの中の一つにすぎず、他の諸形態と対立・補完・重複して現代の心身観を形成している点を押えておく必要がある。その上で、やはり現代の心身観の主要ベクトルが、脳の身体支配という考えと連携しながら、所有主体としての心が所弄するという構図を見ていること、このことを確認しておくのが大切なのである。ところで、この構図が一般化してくるのは一九世紀以降のことである。軍隊・学校・工場組織の成立、科学的身体知や衛生・健康観念の普及、服飾・身体モード化、種々の身体文化や身体改造など新規の政治的、経済的、社会的、文化的要因が働くことで、身体が社会的規準・一般的範型に従って対象化・言説化、規律化・規範化あるいは意味づけされて意識の監督化に置かれた結果、そうだったのである[32]。このことはわれわれの問題脈絡にとって重大な帰結を持つ。「こうして古典的形而上学の心身二元論は実際にも時代遅れになってしま

つたのである——来世での救済状態への欲求が依然としてわれわれの態度を左右しているにせよである。健康上の正常状態への指向が動機となっている《肉体蔑視》の程度といたたら、キリスト教的伝統のそれさえ遙かに凌駕してしまっているのである」〔32〕。つまり、現代の心身観の主要ベクトルをなす二元論は、まさに現代社会において不断に拡大再生産されると同時にその不可欠な主観的構成契機として機能しているような二元論なのだ、ということである。この点では日本とて例外ではあり得ないことは多言を要すまい。

第二に、終末期・看取り・葬送文化の変容・退縮という、その淵源・帰結両面できわめて重大な——一部はまた現代社会の「死の抑圧」傾向とも絡む——問題も、項目としてだけだがぜひとも挙げておく必要がある。一つ、看取りや「葬送のネットワークの縮小と個別化」〔16〕。一つ、死出の旅に赴く者と看取る者との間にあつた伝統的な対面規範、交流様式、感情表現が既に失われているか、現代人の「個性化」した内面性にはあまりにも「偽り」に映り適合性を欠いてしまっている一方で、現代人の心情に合致した行為・表現様式はいまだ形成をみていないこと。われわれ現代人は、去り逝く者を現前にしていかに振舞い何を言うべきかその術を知らず、ただただ困惑、狼狽するのみ、後に悔恨を残す——本当は、手を握り感謝と愛と一心

同体の気持ち伝えたいのだけれども、それが去り逝く者にとつて最大の安らぎと支えと慰撫をもたらすものであることが重々分かっているのだけれども。つまり、現代社会では事実上、「死に逝く者は生きながらにして既に見捨てられているのである」〔29〕、傍点、池田。あるいは「現代社会における死の抑圧（排除）」テーゼの表現の一つ「死の抑圧（排除）は……死者の抑圧（排除）であることに露呈する」〔42〕を転用して、「死に逝く過程の抑圧（排除）は死に逝く者の抑圧（排除）であることを露呈する」と言つてもよい。かかる「死に逝く者の孤独」〔29〕と看取る者の孤独、つまりは現代人一般の孤独、死に逝く同胞への不本意の裏切り、事実上の見殺し状態こそ、脳死の人を「脳死者」と処してしまふ精神的地平なのである。ひとり日本人だけはこの地平から自由であり得ると一体、誰が言えよう。

それでは何故、日本は脳死移植に關し「後塵を拝する」ことになつたのか。詳細は他の秀逸な諸文献に委ね〔16〕、〔26〕など）冒頭で提出した論題「時間勝負としての脳死移植問題」に直接かわる項目だけを、以下に掲げてみたい。欧米に比してどの要因で「遅れをとつたのか（とつてゐるのか）」という問いに答える形で進めるが、そうした諸要因が欧米諸国のすべてに渡り一律均等に存在しているわけではなく、各国、各地域で様々な組み合わせ、比重を

見せていることは言うまでもない。

①医療・法曹・思想・宗教分野における専門職能階層の社会的権威・「信頼」における欠損〔26〕。その社会的権威が強力であれば、「死の定義」や脳死移植の問題は特権的専門家集団の専断事項となり、一般社会による論議・合意・統制は排除される。後は専門家集団間における管轄権を巡る争いだけが残る。例えば、人の死を法によって規定することに反対の論者は諸外国の多くで脳死の法規定がないことをよく引き合いに出すが、これは見方を変えれば、そうした諸国では国会での法制定審議という法支配主義的に倒錯した形での一般的論議さえも排除して医師専門家集団が「死の定義」権を独占している、とも言えるのだ。あるいは、脳死移植反対派のドイツ人哲学者が、人の死はたんに生物学的、医学的ではなく社会的、文化的に決まるものだという主張を、「死の定義は医者が行うものではなく哲学者が行うものだということに反対する者はいなくなった」と表現するとき、彼はまたこの国に根強い専門哲学者集団の特権意識に呪縛されているのである。

②「国民」の生と死と健康を公的機関によって組織的に管理し「保障」する福祉国家の理念と制度の「後進性」。客観的な管理・保障システムと対をなすのが、直接的な人間関係レベルでの冷淡化・即物化、孤独化・自己閉塞化であることに注意。後者が前者を要請し、前者が後者を増幅

していく。③臓器移植一般の未定着、身体利用・商品化や臓器市場〔3〕、〔20〕の「未発達」。「人体利用のルーティン化」〔3〕それ自体が人体のプラグマティックな物体視を一般化し正当化する。それがまた人体利用への欲求を拡大再生産し自明視する。この欲望―充足システムの中に「脳死身体の各種利用」(同右)も「自動的」に組み込まれ、またシステム構成要因となることでこのシステムをさらに拡大強化する。

④脳死移植に対する「感情的な理由しかない(そして専門的知識の欠如から来る)世論の拒絶反応」は日本固有のものではなく、欧米においても推進派が絶えず直面し押さえ込まなければならなかったし、今後も押さえ込まなければならぬ一般層の一定の反応なのである。東西における拒絶反応の程度の差はかつてもあつたにせよ、少なくとも言われる程の懸隔ではなかつたはずだ。なぜ較差がついたかという点、法的、社会的対応に絶えず先行して、「救命のためには一刻の猶予もならない」論と医師集団の特権と権威に依拠して法的灰色地帯を摺り抜け、脳死移植手術を次々と積み重ねていく機を日本が逸したことが大きい(その理由は様々だが、とりあえず「和田心臓移植事件」での「蹉跌」を考えれば十分である)。

強調したいのは③で触れたメカニズムが④にも、いや④においてこそ徹底して作動するという点である。つま

り、脳死移植手術のたんなる蓄積過程それ自体が一定の時間を経ると、移植手術への社会的欲求と、脳死を人の死とし、脳死の人の身体を医療資源と見なす社会的意識とを拡大再生産し、移植手術そのものを自明視し正当化していくのである。正当化の対象であるはずの社会的行為が一定時間の推移とともに正当化の根柢を生みだしていく典型例である。この点で「日本の一連の脳死移植（合計四例、一九九九年二月〜七月）の前後で、統計的に『臓器は交換可能な部品である』と思う人が増えたという報告がある」（〔3〕）という報告の意味するところは重大である。

この過程と相まって車の両輪をなすのが系統的な意識操作の反復である。沖縄米軍基地病院のアメリカ人勤務医の「予言」がきわめて示唆に富む。「米国でも昔は、そうだった『臓器移植に対する強い抵抗のこと』。私も十代の頃『一九四〇年代』、誰かの臓器が私の体に入るなんて考えるだけで気持ちが悪いと思った。しかし、教育が、人々の感情を変えていった。大きな街頭広告、新聞などで、ドナーになろうとよびかけた。日本でも同じことをすれば、状況は変わると思う。……」（〔11〕、傍点、池田）。一方では「脳死患者」、「脳死者」、「脳死体」、他方では「とどけ患者・家族の声」、「一刻の裕余も!」、さらに「命のリレー」、「善意の贈物」、「愛と連帯」といった言葉のシャワーをたんに恒常的に浴びせ続けるだけでも、広範な層の意識を、

当人達に気づかせることなく一定方向に誘導できるのである（いわゆる心理的親近性効果）。「教育」・宣伝のポイントになるのは恐らく「自己の存在と行為の社会的注目、意味づけ」であろう（〔16〕）。自己の存在感の希薄化、自己の存在そのものの無価値感、さらには「死の抑圧」に由来する自己の死の観念の希薄化、自己の死の無意味感に浸潤されている現代人（〔27〕、〔42〕）の内面には、社会的、「共同体」的に意味づけされた自己臓器の提供行為（希薄な現実感、意味性しかない未来の自己の死、身体を先取りに意味づけ、それを介して同時に希薄な現実感、意味性しかない現在の自己を意味づける）という観念は意外と喰い入り易いのではないだろうか。

脳死・臓器移植に対する欧米人の現在の態度は、第一に決して「一枚岩」ではないし、第二に決して欧米固有の伝統的心性・思想の単純な産物ではなく、現代社会が構造的に醸成する心性の基盤の上に、移植行為と宣伝行為の蓄積によって生み出された帰結なのである。本稿では、日本特殊論の一面性を突くあまり、日本人の死生観や身体観の固有な側面、従ってまたその総体は論じられていない。が、日本でも一般的に現代社会固有の心性が拡大再生産されてきている以上、移植手術と宣伝活動が一定期間、積み重ねられていけば、欧米様の事態が生じることは火を見るより明らかではなからうか。脳死・脳死移植問題は「時間勝

負」の問題であると冒頭で述べた含意はここに¹⁰ある。日本特殊論は、この問題を、(程度や様態の相違はあるにせよ)各国、各地域が同じように直面している現代社会の一連の深刻な諸問題の脈絡で考える視座を欠落させており、現実の流れに対して無力であるばかりか、「時間勝負」という問題の性格からしてある意味では有害でさえある。その独善性と偽善性はさて置くとしても。

注

(1) 勿論、「伝統的で固有な日本人の死生観」云々の言説では、アイヌ人などのマイノリティ集団は視野外においやられていく。これと対応して、欧米内での死生観の多様性、「東西」以外の地域(とりわけアジア諸国)の死生観との同異も顧みられることは少ない。なお、本稿で欧米の事情を考える際、ドイツについての議論が大半を占めているが、それは筆者の目配りの利く範囲が限られていることによる。

(2) この問題は既に「5」、「16」、「20」などで問われており、本稿での議論はこれら諸文献の延長線上で展開されている。

(3) この点で次の報道(二〇〇〇年十一月十九日付『朝日新聞』が興味深い。ベトナム戦争終結二五年後、米兵の遺骨発掘現場(米兵のものと思われる骨片が発見された水田)を訪れた米大統領が「行方不明兵士の子どもたちが父を祖国へ連れて帰れるようにする使命を感じる」と述べたというのである。

米大統領を日本首相と誤植されても違和感は殆ど生じまい。

(4) もう一つの要因は、死体を現前にすることで日常は抑圧されている死一般、さらに不可避的な自己の死滅への強烈な観念と恐怖が呼び覚まされるのを回避することである(『27』、「30」、「42」)。

(5) ただし、多くの死の人称論が複数形を考慮することなく単数形のみを視野に置いており(それ自体、現代人の人間関係の投影であろうが)、死の重層的な関係構造を把握しかねている。

(6) ある女子大生が(二〇〇〇年七月)記した次の文が典型的である。「人を助けるのがなぜいけないですか。なおかつ、自分がもう死んで行くと言う事ですし、臓器を残しても意見がなく「脳死状態に陥れば意識や意思は失われるの意か」、ならば、本当に必要な人に提供した方がいいじゃないですか?人に提供したら、その臓器が生きてまるで自分や配偶者や子供など……がまるでまた生きているように思うし、また、提供された人ももっとこの世に生ざられ『一石二鳥』じゃない!とても素敵な事だと思えますよ」。

(7) 一般人自身が近親者の死を現実として受け入れる(客観的確認と「最善を尽くしたのだから……」という主観的納得)効果や、結果的には医師は無力であっても最期まで戦う姿を見せつけることで權威失墜を回避する効果もある。延命・蘇生行為はこの意味で、患者の家族の欲求に対応したある種の

儀礼行為の側面も持つと言える。

(8) 病院組織の成立・拡大、医療の分業化などにより看護婦や他の医療スタッフの数や役割が増大したため、医師の地位が相対的に低下していき(〔35〕)、これへの対抗措置としても権威主義の再編が必要となった。医師倫理を医療倫理に発展させることができなかつたのだ。

(9) この意味でも、用語使用そのものがずぐれて政治性・イデオロギー性を帯びていると言える。〔19〕参照。

(10) 注意すべき動きが二つある。一つは「瀕死状態の患者に臓器を保護する薬剤を大量に注入し、心停止するや間髪入れず臓器を摘出する」という「心臓死の前倒し」(〔18〕)。三徴候形式(形骸!)主義の極限状態。一つは脳死状態が人の死ではなく瀕死状態(生の終末期)であることを認めた上で臓器移植の正当化を模索する方向である(〔29〕、〔40〕、〔45〕)。議論水準が非常に高度であるだけに要注意。

引用文献

〔1〕阿部謹也「死者の社会史——中世における死生観の転換」

『社会史研究』第三号、一九八四年。

〔2〕荒俣 宏『幕末日本風俗図録』第六章を読み解く「かぎりなく死に近い生命の思想・死の思想」、角川書店、一九九四年。

〔3〕粟屋 剛『人体部品ビジネス「臓器」商品化時代の現実』、

講談社選書メチエ、一九九九年。

〔4〕市野川容孝「医療倫理の歴史社会学的考察」『講座現代社会学14 病と医療の社会学』、岩波書店、一九九六年。

〔5〕——『身体/生命』、岩波書店、二〇〇〇年。

〔6〕内堀基光・山下晋司『死の人類学』、弘文堂、一九八六年。

〔7〕大庭 健/鷲田清一(編)『所有のエチカ』、ナカニシヤ出版、二〇〇〇年。

〔8〕樺山紘一『歴史のなかのからだ』、ちくま学芸文庫、一九九三年。

〔9〕川島武宜『イデオロギーとしての家族制度』、岩波書店、一九五七年。

〔10〕小松美彦『死は共鳴する 脳死・臓器移植の深みへ』、勁草書房、一九九六年。

〔11〕瀬川茂子『臓器を使って』米軍医の善意闘争』『サイアス』一九九七年一月号

〔12〕立川昭二『いのちの文化史』、新潮選書、二〇〇〇年。

〔13〕立岩真也『私的所有論』、勁草書房、一九九七年。

〔14〕葬送文化研究会『葬送文化論』、古今書院、一九九三年。

〔15〕藤井正雄『死と骨の習俗』、ふたばらいふ新書、一九九九年。

〔16〕棚島次郎『脳死・臓器移植と日本社会——死と死後を決める作法』、弘文堂、一九九一年。

〔17〕ひろさちや『お葬式をどうするか 日本人の宗教と習俗』、PHP新書、二〇〇〇年。

- [18] 宮崎哲弥「推進派は『脳死体』を利用しつくしたがっている」『私は臓器を提供しない』、洋泉社新書、二〇〇〇年。
- [19] 森岡正博「脳死の人——生命学の視点から」、東京書籍、一九八九年。
- [20] ——『生命観を問いなおす——エコロジィから脳死まで』、ちくま新書、一九九四年。
- [21] 松濤弘道「世界の葬送慣習比較論」『イマージュ』第五卷第一〇号、一九九四年。
- [22] 安田睦彦「自然葬批判を批判する」『仏教』第四〇号、一九八八年。
- [23] 山折哲雄『死の民俗学 日本人の死生観と葬送儀礼』、岩波書店、一九九〇年。
- [24] 山下晋司『儀礼の政治学』、弘文堂、一九八八年。
- [25] 養老孟司『日本人の身体観の歴史』、法蔵館、一九九六年。
- [26] 米本昌平『先端医療革命——その技術・思想・制度』、中公新書、一九八八年。
- [27] P. Berger/R. Lieban, Kulturelle Wertstruktur und Bestattungspraktiken in den Vereinigten Staaten, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 12, 1960.
- [28] F. Bockle, Probleme der Organtransplantation in theologisch-ethischer Sicht, in: Medizin-Ethik 3, 1991.
- [29] N. Elias, Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1982.
- [30] S. Fisher, Body Consciousness: You Are What You Feel, Prentice: New Jersey, 1973.
- [31] H. Grewel, Gesellschaftliche und ethische Implikation der Hirntodkonzeption, in: [33].
- [32] J. Hoff, Von der Herrschaft über das Leben-Zur Kritik der medizinischen Vernunft, in: [33].
- [33] ——, J. in der Schmitte (Hg.), Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und <<Hirntod>>-Kriterium, Rowohlt: Reinbek bei Hamburg, 1994.
- [34] ——, Kritik der <<Hirntod>>-Konzeption, Plädoyer für ein menschenwürdiges Todeskriterium, in: [33].
- [35] B. Irrgang, Grundriss der medizinischen Ethik, Reinhardt: München 1995.
- [36] H.Jonas, Technik, Medizin und Ethik, Suhrkamp: Frankfurt a. M. 1985.
- [37] K.P. Jörns, Organtransplantation: eine Anfrage an unser Verständnis von Sterben, Tod und Auferstehung, in: [33].
- [38] R. Jütte, Geschichte der Alternativen Medizin, Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute, Beck: München, 1996.
- [39] D. B. Linke, Hirnverpflanzung, Die erste Unsterblichkeit auf der Erden, Rowohlt: Reinbek bei Hamburg 1993.
- [40] ——, M. Kurthen et al. Der Hirntod: Testung, Krite-

- renfindung, Definition, Attribution und Personkonzept, in: *Medizin-Ethik*3, 1991.
- [4] J. G. Mayer, Zeichen und Zeitpunkt des Todes-Ein medizinischer Streifzug durch die einschlägige Literatur, in: G. Höglinger/ S. Kleinert (Hg.), *Hirntod und Organtransplantation*, de Gruyter: Berlin/ New York 1998.
- [5] A. Nassehi/ G. Weber, *Tod, Modernität und Gesellschaft*, Entwurf einer Theorie der Todesverständigung, Westdeutscher Verl.: Opladen, 1989.
- [6] Th. Nipperdey, *Deutsche Geschichte 1866-1918*, Bd. 1, Beck: München 1990.
- [7] M. Pleth, Tote bleiben Menschen, Organspende ist keine Christenpflicht, in: *Evangelische Kommentare* 27, 1994.
- [8] R. Stoeker, *Der Hirntod*, Ein medizinisches Problem und seine moralphilosophische Transformation, Alber: Freiburg/ München 1999.
- [9] 池上俊一『歴史としての身体——ヨーロッパ中世の深層を讀む——』柏書房、一九九二年。
- (いけだ みつよし・思想史・倫理学)