

生命倫理の基本的問題

—森田療法的視点からの考察—

岡 本 重 慶

[抄録]

生きていながら死を論ずることが、知的ブームとなっている昨今の倒錯現象の神経症の病理性を、まず指摘した。しかし一方では医療の急激な進展に伴って、生命倫理を確立することが時代の急務となっている。そこで神経質や神経症の療法であると同時に、生と死を人間の本来とみなす森田療法の視点から、生命倫理にかかわる基本問題へのアプローチを試みた。森田的死生観について若干総論的に述べ、次に生命倫理上の主要問題を各論的に取り上げ、森田的死生観に照らして、項目ごとに批判を加えた。

キーワード：生命倫理，森田療法，死，自己決定，QOL

I. はじめに：時代と生命倫理

最近、生と死をめぐる論議が世を上げて盛んである。すべての人間はこの世に一回的に生を享け、そして死んでいく。このことは、いつの世にも不変の宿命的な事実である。それにもかかわらずか、あるいはそれゆえにか、現代人は、今さら自分達の生と死を概念化して論じようとする傾向に陥っている。概念として捉え難く、論じても解のえられない生老病死の宿命を、論じる風潮が蔓延しているのであって、実に奇妙な時代が到来したと言わざるをえない。

書店を訪れば必ずその手の本のコーナーがある。さすがに、死のコーナーというのはなく、死生観、生命倫理、精神世界などと表示されているのだが、そこには、生の終りである死が、生以上に豊饒なものであるかの如き錯覚を誘うタイトルの本が、犇めき合って豊かに並んでいるのである。このところ、まさに死の豊年満作が続いていると言うべきか。それらのタイ

トルに曰く、「素晴らしい死を迎えるために」、「潔く死ぬために」、「死ぬための生き方」、「よりよい生と死を求める」、等々。死は素晴らしいものなのか？ 潔く死ぬことは大切なことなのか、そしてそれは用意して可能なことなのか？ 死ぬために人間は生きているのか？ よりよい生はともかくとして、死に良し悪しがあるのか？ もちろん本のタイトルが、読ませるためにアトラクティブでなくてはならぬのは、商業出版の常識であるが、かようなタイトルがアトラクティブたりうるという現実、死を論議することが今やブームになっており、ひいては死と知が結びついてしまったことを示しているにはかならない。

はたして死は、知の欲求を満足させる魅力的な主題なのであろうか。タナトスの衝動に駆られる病者や、タナトロジーにのめりこむ一種ファナティックな研究者は別として、もちろん死は魅惑的なものではなく、それどころか考えれば考えるほどに恐ろしく、如何ともし難い厳しいもの、あるいは無、あるいは如何なる形容をも絶するものなのである。「人間は太陽と死を正視することはできない」と、ラ・ロシュフコーが言ったように、死は哲学を超えているのである。死は不可知なものである。さすれば死について知ろうとすることは、不毛の試みである。

しかしながら、現代社会における医療技術の飛躍的な発展により、人間の死に方一正確に言えば死に至る前の生のあり方一は、すでに大きく様変りを余儀なくされ、そしてなおも加速度的に変えられようとしている状況に、われわれは直面している。人間の生と死は、もはや自然な姿を失いつつある。人工的な先端医療の開発が勇み足で進められている今日、日常的な医療の第一線にも新たな技術が次第に導入されて、日夜それぞれの現場でさまざまな矛盾を抱えながら、診療が営まれている。このような今日的な生と死の現実から、われわれは目を逸らすことができなくなったばかりか、むしろそんな現実を正視せねばならない状況下にいるのも事実である。

かくして、神をも畏れぬ先端医療技術の開発競争に節度を与え、また日常における医療の質の向上をはかるべく、規範の整備が不可欠となり、医療に寄り添うコンパスとして、医の技術や生物学や倫理を総合的にとらえる生命倫理Bioethicsを、今や時代が要請するところとなった。このような生命倫理は、医療をリードする重大な使命を帯びており、したがってその偏向や誤りは許されない。けれども、総合的な学である生命倫理が、本来的に複雑系のごとく混沌とした性質をもつものであることも否めない。場合によっては、それは一方の系に向かって開かれるときに、他方の系に向かって閉ざされたものとなる危険に曝されることさえある。しかもそれは学として未だに稚く、時代の要請に十分に応えうるほど熟してはいない。そのため各分野の人達の良識を集め、それを糧として一層成熟することを求められている。それが生命倫理の現在の状況である。

筆者は、従来精神科領域で森田療法の臨床に携わっているが、森田療法は決して特殊な精神医学理論にもとづくものではなく、生と死を含む人間の自然な本性を第一義として重んじる実

際的な療法である。このような森田療法の見地から、生命倫理の、とりわけ基本的な問題に光を当ててみるのも意義あることと思われる。そこで本稿では、日常的な話題であると同時に困難な課題でもある生命倫理上のいくつかの基本項目を取り上げ、項を追いながら、主として森田療法的立場から考察を加えようとする。

Ⅱ. 森田療法からみる生と死

森田療法は、大正時代にわが国の精神科医森田正馬によって創始された、神経質（神経症）に対する治療法である。しかし本稿の意図は森田療法そのものについての解説や論考を展開することではなく、生命倫理の諸問題を考えるにあたって、生と死にかかわる森田療法の叡知を生かそうとするところにある。そこで各論的考察に入る前に、まず森田療法は人間の生と死をいかにとらえるのかという問題について、若干のことを総論的に述べておこう。

“Man is mortal.”という。また「生は偶然、死は必然」という。人間に生があれば必ず死がある。これは古今東西紛うことのない事実である。「事実唯真」という森田正馬の言葉を持ち出すならば、死は事実であり、事実のみが真実であるがゆえに、死は真実そのものなのである。誰が、いかに、どれだけそれを論じようとも、死は万人に訪れて、死ねば人生一巻の終りとなる。人智で死を支配しようとしても、それは不可能であり、人はそのことを弁えていればそれでよい。不可能を可能にしようとして、はかりごとをめぐらすのは、もはや神経症的な悪智である。

「死とは生きつくすということである¹⁾と森田は言う。彼はまた、「人が死にたくないのは、生きたいため」であるから、「石に齧^{かじ}りついても生きねばならぬ²⁾と教える。これらの言葉にすでに深甚の味わいがあるが、森田の死生観をもう少し敷衍して述べてみる。

古来日本人は、戦乱、疫病、飢饉、災害を体験しながら、危険の中を命がけで、文字どおり懸命に日々を生き抜いてきた。人生五十年、煩惱に身を焦がし、世を憐むこともあったにせよ、また武家社会の掟に従って命を投げ出さねばならぬこともあったにせよ、江戸時代までの日本人にとっては、どのように生き、どのように死んでいくかについて、思索をめぐらすような余裕もなければ、必要もなかったのである。その後日本は、文明開化とともに西洋合理主義精神の洗礼を受け、高き自我理想を掲げて、その実現に向かって邁進することが、もっとも人間として高尚な生き方であるとする幻想にとられることになった。その流れの中で、大正デモクラシーの夢淡き土壌が生まれ、そこで自我に目覚めて（実は自我を夢見て）、自我にとられる神経質の芽が出て、その後の日本人のメンタリティを規定することになった。森田正馬（明治7年出生、昭和13年没）が神経質を観察したそのような時代以後、もちろん歴史的な曲折はあり、反動的な軍国主義の抬頭した戦時下においては、国家のために死ぬことを美徳とする「死にがい」が強制的に植えつけられた。しかし敗戦の底で、その「死にがい」をも喪失した日本

人は、今度は戦後社会の復興を「生きがい」として勤労努力を重ね、高度経済成長を達成することになる。そして平成の今日、バイタリティを出し尽したことによる国をあげての落ちこみのためか、生活の利便を味わい尽した懶惰のゆえか、あるいは高齢化社会の到来により不老不死幻想に取り憑かれ始めたためか、人間の欲望は、生と死をより豊潤なもの、より上質なものにしようとする方向へと向かっている。今日の日本社会のこのような傾向を評して、渡辺は国民的神経症の時代と称している。たしかに今の世においては、他者と共生する能力が社会的規模で低下し、豊かさと空しさ、万能感と無力感が同居し、ボーダーライン的自己愛的心性が浸透し、不安は汎化している。このような現代人の心理的状况を、pan-neurosis（汎神経症）的であると言えば、より精神医学的な形容になるうか。ともあれ、神経質が誕生した森田の時代を、第一次神経症時代とするなら、現代は第二次神経症時代なのかもしれない。

この時代の神経症モードの特徴は、死という非現実のものが、バーチャルな形で、あるいは観念化された形で、現実の生の中に持ちこまれ、生と死の倒錯が起こっていることである。つまり長寿化しているにもかかわらず、生の力が低下し、死が心理的に近くなり、生と死が混乱しているのである。

このような生と死の取り違え、混乱は、現代的な病理であるけれども、先述した神経質の発生とともに、なまじ考える輩であることを自負し始めた人間が宿命的に体験するようになった迷いであり、かつては神経質者個人の内界にとどまる葛藤であったものが、今日ではそれが社会全体にまで汎化したのである。

森田は、本来人間は生得的、内発的に生存に執着し、生存を続けていこうとする傾向を具有していると考え、それを「生の欲望」と呼んだ。この「生の欲望」は動物的な本能に発するものの、人間である以上、人間として自らをよりよく向上発展させようと志向する向上欲までもが、そこに一次的に含まれているとみなされる。このように生きようとする欲望があるゆえに、人間はまた、死にたくない、死を忌避したいと願う「死の恐怖」を必然的に抱く。「生の欲望」を表面とするなら、「死の恐怖」はその裏面で、両者は剥がし難い一体の関係にあり、不都合な裏面だけを剥がし取るとはできない。生きたいからこそ、人は死を恐れるのであり、死が恐ろしいのは当然の理であり、それを恐れまいとするのは無理であると森田は説く。死を恐れなくて楽々と生きたいと願うのは、神経症的なわがままである。人間誰しもそのわがままに陥りやすく、森田自身も「死は恐れざるをえず⁴¹⁾」ということをして、四十歳を過ぎてようやく悟ったという。死んでは大変だからこそ、生きているうちにあれもやりたい、これもやりたいと精を出すところに、「生の欲望」と「死の恐怖」の健全なハーモニーが成立し、生死を超越した姿が現出する。

このような人間性の本然を重視する森田的人間観、死生観に立ち戻って、生と死が錯綜してしまっている現代社会の生命倫理の、その原点を今みつめ直してみることも必要であろう。

Ⅲ. 生命倫理の基本的問題の検討

以下、森田療法的視点から、今日の生命倫理にかかわるいくつかの問題に論及する。

1. SOL (生命の神聖さ) について

森田療法は、自然に服従し、事実をあるがままに受け入れて生きることを真骨頂とするものであり、仏教的、とりわけ禪の世界観に通じるところがある。だが禪そのものではなく、森田は日本の文化の基礎の上に、当時の西洋の精神医学や、中国の老荘思想や王陽明の学などの諸学の粋を加味して、この療法を編み出したものである。もとより生命倫理を説いたものではなく、実生活に浸ることを徹底して重視した教えであるが、われわれはそこから生きた叡知を学びとることができる。

生命の価値というような抽象的な問題については、真向からはほとんど論じられていない。森田はやはり抽象に走る弊を避けたためであろうか。とは言え、龐大な森田の著作を通覧すると、彼の生命観に触れている個所がわずかにあるので、部分的に原文を引用しながら、そのあたりの文意を再現してみる。「万物の靈たるにおいて、人間は平等であり、悉皆成仏たるにおいて、草木国土も、すべて平等である。平等とは、無形抽象であり、概念であり、理論・屁理屈である」。そして人間としての「平等観」と同時に、一方では各々自我の「差別観」がなければならず、「平等と差別の両面観は、同一物の同一場合における観方に対する立脚的の相違であって、これを別々に、分離して考えることはできない。……われわれは、差別観において、独立独行し、同時に、平等観において、人を愛し、世に貢献するのである」という。

生命に関するこの「平等観」と「差別観」という両面的なとらえ方は、今日言うところの SOL、つまり Sanctity of Life (生命の神聖) と、QOL、つまり Quality of Life (生命の質) にそのまま相通じる的確な指摘であると言えよう。すべての生命は生命であるがゆえに、等しなみに尊く (SOL)、すべての人生は個別でいろいろであるがゆえに、人はそれぞれ自分を尽くして生きねばならない (QOL)。

森田は、この世に享けた命を自ら断つという自殺を強く戒める人であった。当時、一高生の藤村操が人生不可解という言葉で遺して華嚴の滝に投身自殺をした事件があり、哲学的な自殺として世間の話題となり、賛美すらされたが、森田は、人生は不可解であるからこそ生き抜かねばならないとして、批判したという⁶¹。

また森田は、死の前年みずから病の床にありながら、郷里の村の出征兵のために「生命保険をかけてくれるなら、自分が保険料を支払う」という申し出の手紙を、村長に書き送っている。散るかもしれない若き尊い命のために、せめてものことをしようとした森田独特の配慮である。

当時、医療は日本的パターンリズムのもとで営まれており、森田療法もパターンリズムの風土のもとで生まれたものであることは否めない。だが上述のように、慈父のような人間森田の生

命観に裏打ちされたものなのである。このような生命観に照らして現代の医療を見ると、SOLの危機が改めて浮き彫りになるのではなかろうか。今日、高度医療技術の開発と導入が進む中で、ハードな生命倫理の伴走が求められ、その周辺では、いかに死ぬかについてのソフトな関心が知識人に広がり、サロンで死を語ることが一種のブームになっている趣がある。森田の頃に較べると隔世の感があるが、ハードかつソフトな論議の高まりが、SOLの再認識に寄与している面はあるだろう。たとえば、脳死と臓器移植の問題では、ドナーの生命の尊厳への冒瀆が危惧されるのであり、また出生前診断は、先天的な障害の最早期発見によって、すでに宿った命の芽を奪ってしまうという優生思想につながる医療行為の選択を、医療が市民に向かって提供しようとしているのであって、そこにSOLの危機が看取される。

このような重大な問題について、十分に論議を重ねることは必要である。この点については、ひとつの事象には、やはり平等観と差別観の両面が必ずあって、両者の柔軟な調和が大切で、一方に偏してはならないということを、森田的立場から改めて指摘したい。生命は限りなく尊いけれども、平等を至上主義とすれば動きがとれなくなるし、また差別を無条件に正当化すると危険な優生思想に到達してしまう。医療が生命を扱う営みである以上、医療の立場においては、差別観よりも平等観が重視されるべきであろう。つまりSOLがQOLに優先される。差別観すなわちQOLは、むしろ患者個人の人生にかかわる問題である。このように、平等と差別のそれぞれに双方から重みかけられることによって、釣合いがとれるのではないと思われる。

ところで先に指摘したごとく、死についての花盛りの論議は、主知的方向か、さもなければ先端医療にまつわるトピックスの方に向かいがちである。ここにおいて、なお十分な光が当てられていないのは、日常的な医療の現実である。医療の第一線においても、今や高度な技術が導入されていて、医療のシステムは装いも新たにコンピュータ化されているが、システムの本質そのものはほとんど旧態依然として変わらず、専門的に臓器を診て、人を見ない、患者不在の医療が現在もなおいたるところで続けられている。筆者は精神科医療にかかわる中で、コンサルテーション・リエゾンに他の診療科の実態をも垣間見る機会がある。ここで医療行為の事例を引き合いに出して検証することも可能だが、いたずらに曝露することはさしひかえる。しかし、SOLの観点からきわめて取り扱い注意の生命は、日常の医療場面では日常の対象であるゆえに、ややもすると慎重さを欠いて、不注意に取り扱われているのが実態であることを、重大な問題として指摘するとともに、華やかな死の論議はむしろこのような白昼の暗部に向けられるよう、識者の注意を喚起したい。

2. QOL（生命の質）について

森田の言う「差別観」がQOL（生命の質）に相当するとみなされうること、およびそれは個人が引き受けるべき人生という側面であることは、SOLとの関係で、既述した。

しかし昨今、QOLが今さらのごとく取り沙汰されるようになった経緯は、いささか特殊であ

る。医療技術の進歩向上によって、慢性疾患患者の生活機能や末期患者の生のあり方が必然的に注目されるようになり、生命あるいは生活の質をあらわすQuality of Lifeという横文字の用語とQOLという快い響きの略語が、新たな知を予感させるメタファーとして脚光を浴びるようになったのである。いわば新時代の医療の合言葉である。森田が仮に今の世に生存していたならば、このような奇妙な現象を一喝したことであろう。

もっとも、当初のQOL論は素朴に人間回復を志向していた。医学が細分化専門化の道をたどり、病める人間よりも疾患や臓器を対象として、その改善の成果の数値的数量的上昇を目指す技術となっていく傾向に対する反省として、QOL論は「量より質を」⁸⁾重視する全人的医療を取り戻そうとする良心的ムーブメントであったのであり、その点では評価されるに足るものであった。この動きは、日本の戦後の心身医学が池見酉次郎の主導のもとで、臓器を治す技術を脱して、全人的医療wholistic medicineへと統合されるべく意欲的に推進され、戦後医療の一頁を飾ったという、もはや過去形でしか語れない心身医学の小史と手を携え、軌を一にするものであった。しかしこのような良識的動きは所詮マイナーなものでしかなく、生物学的医学の大勢に再び押し流され、池見がすでに過去の人となった今、心身医療は明らかに臓器別に分別され、人を診る医学であるはずの心身医学は、専門医制度へとひた走っている。そして同様に、質を本位にするはずのQOLは、末期患者や慢性疾患患者に、心理的、身体的、生活環境的に、可及的に快適な条件を用意することが眼目となった流れを受けて、その好条件を謳う用語に化してしまったのである。化したと言うより、墮したと言っても過言ではない。なぜなら、QOLは今では臨床においてスケールを用いて数的に計量化されるものとなり、QualityのQは、限りなくQuantityのQに近づいているのである。つまり医療において「量より質を」回復するための認識であったQOLは、「量で計られる質」という自己矛盾に陥っている。医療関係者達は、この今様QOLの概念と用語を、何の疑問を差し挟むこともなく活用しているように見受けられる。あまつさえ、医の倫理を研究する哲学者の一部の人さえもが、この計量化されるQOLに¹⁰⁾学術的論拠の提供を試みている。これでは、医療の御用達の生命倫理と言われてもやむをえない。

もちろん人間は、心理的、生理的、物理的に快適な環境で生活できるに越したことはなく、まして、耐え難い心身の苦痛や不自由を味わわざるをえない病者にとって、内部的外的環境が改善されることは、福音以外のなにものでもない。これは病む人の切実な願いであると同時に、古くて新しい医療の役割でもある。もちろん、このような医療の基本的役割が、おろそかにされてよいはずはない。しかし病者の内部的外的環境の保障や改善のことをQOLと呼ぶのは、用語として明らかに誤りであり、QOL概念に混乱を与えるものである。環境の快適さを指すのであれば、アメニティと称せば皮肉になるとしても、たとえばcomfortabilityという用語を持ち出す方が、ずっと適切なのではなからうか。

とりあえず今様のQOLを批判したが、そもそもQOLは医療が独占する用語ではないのであ

り、これが慢性疾患や癌の医療、末期医療に、ことさら使用されるのは不自然なことである。再び森田的に言えば、それは老若男女、病者、健常者、すべての人間の個々の生の差別観的側面に相当するものである。

人間は、健康や能力において、また家族的、社会的、経済的にも、不平等な諸条件のもとで生活している。生きつつある生命のそのような相対的なあり方を、絶対的に受容して、命の精を尽くすことが大切である。社会という大きな視点から見ると、構成員である個々の人間の命は、かけがえがあるものなので、個人が不相応に高邁な理想を抱くほど、それは虚妄に近づく。しかし自分の命は限りがあるがゆえに、今ここで自分ができる善行をなし、同じこの世に生きている縁がある他者のために尽くすことが、人の性を尽くし、命の精を尽くすということになる。その意味で、QOLは社会性あるいは社会的志向性をかなり含む概念として、とらえうる。

このQOLを幸福と読みかえることも可能である。森田は「努力即幸福」という教えを随所で述べ、度々その言葉を色紙にも書いた。努力していることが即ち幸福なのであり、努力の報いとして幸福が保障されているのではないと教える。この「努力即幸福」の意味で、QOLは幸福と同義に解しうるであろう。森田はまた、「平凡の中の非凡」ということを説いた。凡人として人並みに生きながら、自分の本性を尽くすことが大事であると教えたのである。彼は達磨大師の佛性論を読解しつつ、「生に当っては生になりきり、死に臨んではまたその境涯になりきる¹¹⁾」と述べている。彼はまた、ニーチェが、暴風よ巻け、自分は風の中を敢然として歩む云々と高らかに言ったことを受けて、「われわれには、一々そんなことを言っている暇はない¹²⁾」といなしている。

さらに森田的QOLを如実に示すものとして、次のようなエピソードがある。神経症患者であった倉田百三が、森田療法の体験を経て、「運命を堪え忍ぼう」と結論づけたことに対して、森田はそれをなお不十分なものとして諫めた。曰く「運命は堪え忍ぶに及ばぬ。……堪え忍んでも、忍ばなくとも、結局は同様である。われわれはただ運命を切り開いていくべきである¹³⁾」。そして長年病臥しながら生き抜いた、正岡子規を引き合いに出している。子規は、肺結核と脊椎カリエスで仰向けに寝たまゝの生活で、極貧と病苦に泣いた。しかし咯血と慟哭の中でも、俳句や随想を書かずにはいられなかった。「これが安心立命ではあるまいか」と森田は結んでいる。

神経症者は、自分の心の持ち方にとらわれて浮き身をやつし、結果として人生を徒にしがちである。たとえば、数十年にわたる神経症のために生ける屍のごとく人生を空しく過ごした人が、老いて癌に罹患し、癌という事実と直面して初めて生きる努力をできるようになるという場合がある。癌患者の生よりも、実際にはむしろ神経症的な生き方の方が、可能性をあたらし振るといふ点で、しばしばQOLが問題になるように思われる。要は、随時、随所で状況に応じて自分を尽くすか否かである。精神病者でも、ある時、その状況にふさわしい行動をすれ

ば、QOLの見地から、その時彼は健康である。逆に健康人でも、その場にふさわしくない行動をとれば、その時彼は病的である。同様の意味で、偽悪家に較べれば、偽善者の生きの方が望ましい姿である。その場、その場で、臨機応変に偽善を繰り返せば、善人と同然になってしまう。池大雅は、人間に化けたまま、人間として一生を終えた狸のことを俳句によんだ。「一生を化け終せたる狸かな」。このような文脈においては、人間の精神にアイデンティティは不要となり、むしろ場面、場合に応じて、多重人格性を発揮できる変幻自在な生きの方が、QOLにおいて、より自由闊達であるという逆説も成り立つのである。それが森田の言う、差別観の極致なのではなかろうか。

3. IC (インフォームド・コンセント) について

Informed Consent, 略してIC (日本語でもそのままインフォームド・コンセントと呼ばれることが多い) は、訳語としては「説明と同意」があげられているとおり、医療行為において、十分な情報が提供された上で患者の自己決定権が重んじられる治療関係のことを指す。欧米での歴史的な系譜はあるものの、市民権がとくに尊重されるアメリカ社会で、近年医療における意識改革的な動きとして広がりを見せ、わが国にも導入されて論議を呼ぶところとなった。

このインフォームド・コンセントは、本当に医療行為が目指すべき理想の関係なのか、そこには矛盾や欠落はないのか、といった根本理念の問題がまず最初にある。さらにわが国の現実の医療場面にこれをいかに定着させうるのか、といった実際的な運用の問題がある。そこで、理念と運用の二つのレベルに分けて、若干の検討を加えることにする。

まずICの理念的レベルの問題について。

ICは、患者の自己決定権を中心に据える治療関係のモデルである。自己決定権については、数々の精緻な理論があるが、今はそこに分け入るつもりはなく、森田療法的な角度から小さな一石を投げようとするのみである。自己決定権というときに、まず自己という概念が危うい。自己を固定的にとらえてはいないだろうか。自己は先験的に固定したものであるとする、固定観念にとらわれてはいないだろうか。森田的に見れば、自己は可變的であればあるほどQOLが生かされることは、先に述べたとおりである。

また自己決定権は、明らかに従来医療の中で抑圧されてきたものであり、自分なりに健康を守るために、必要な範囲で当然保障されなければなるまい。この自己決定権の主張は、まさに「生の欲望」が権利の形で表現されたものとみなすことができる。そしてそれは人間本来の欲望であるがゆえに、否定すべきものではない。けれども、権利は人間にとって目的ではないので、権利を目的化してそれに拘泥するならば、「木を見て森を見ず」の類となり、また仮に森へ狩猟に来たのなら、目をやるべきは木や森よりも、獲物の方でなくてはならない。この場合、獲物とは実生活の目的行為の対象、森は健康、木は権利を表しているのだが、このような喩えを通じて、手段と目的がそっくり転倒している様をわかっただけかと思う。森田が神経症の機制として指摘した「手段の自己目的化」、つまり手段がいつのまにか目的になって

しまっている現象¹⁴⁾を自己決定権の論議に見てとるのである。

治療関係からパターナリズム（父権主義）を排し、契約原理のもとに、自己決定権を活用して医療を推進すれば、人間関係の機微は捨象されていく。そのリスクに気づいた人達は、ICの中に信頼というサブモデルを加えようとするが、もともと信頼に躓いたから、ICを持ち出したのではなかったか。権利の構造の中に、相互の信頼を合理的に組み込むことができるのであるか。答は否であるために、その先の論議は錯綜する¹⁵⁾。

ところで多くの精神療法がそうであるが、とくに森田療法はICと馴染みづらい。というのは、この療法は、師弟の間柄のような敬愛と慈しみのパターナリズム的關係によって成り立つ面が大きいからである。とは言え、森田療法では患者みずから身を修めねばならない。治療者と患者は、不即不離の關係にある。つまりは、社会人として常識ある人間關係が保たれている。結局のところ、治療關係は、ICから入るにせよ、森田的パターナリズムから入るにせよ、常識的な対話、できる限りの信頼、ときには権利、という日常的な人間關係の中で営まれるのが、もっとも現実的なのではなからうか。

次にICの実際的な運用レベルの問題について。

ICの理念は完全なものではないにしろ、実際に応用されることが望ましい。しかし、先端医療の話題とうらはらに、わが国の医療の現状が、いかに苛酷で重苦しく、ICの理念とかけ離れたものであるかは、医療構造の中にいる人達が身に沁みて実感するところである。医療の現場は、医療従事者にとっても命がけの戦場に近い。机上で論ずる余裕のある人ほど、現状を体験的に踏まえていないというパラドックスがある。だが現状が苛酷だから、ICを顧ないでよいということにはならない。ICのため、というよりもむしろ、ICを切り札にしなくてもよいように、医療の質の向上がはかられねばならない。具体的な問題点は略すが、医療のハードとソフトの両面にわたる改善が必要であり、私達のひとりひとりが草の根となるべきであろう。ちなみに森田は、大なる草の根の人であった。ICの机上の論客も、ぜひ森田を見習ってもらいたい。

ICを現状でどう運用するかは、むしろ二次的な問題であり、ICを生かせる範囲内で生かしつつ、現状に即することがもっとも賢明であろう。とくに精神障害者にみられるような同意無能力の人にも、ICは適用できるとする考え方は人権擁護的であるけれども、しばしば無理を引き摺っている。ひとつの例として、精神科医療でやむをえず非告知投薬がおこなわれているが、これに対する糾弾がある¹⁶⁾。けれども森田療法家的精神科医である森山¹⁷⁾は、病院の同僚医師たちと共におこなっている非告知投薬の実状を報告し、杓子定規にICを優先しようとするれば、「未治療の患者が自らの権利とともに朽ち果てる事態が起る」ことを述べ、QOLを優先させる道を選ぶ判断を示している。

またICの前提として、告知の件があり、特に精神分裂病患者に対するその病名告知や、癌告知などは複雑な問題を伴う。ICは原理原則として大切であっても、告知をどうするかは、状況

の中で判断するというバランス感覚が必要ではなからうか。

穿った見方をすれば、ICは、民主主義を国家の基盤とするアメリカで、制度としての民主主義を守るために採用されたひとつのカードであり、われわれ日本人が無条件に同じカードを引かねばならない義務はないのである。

4. 死の自己決定と安楽死・尊厳死

死をめぐる問題も、生命倫理の規範提供力が問われている大きな課題である。

自己決定権が必ずしも万能の規準になりえないことは、ICとの関連でさきほど述べたが、死の自己決定、より強くは死の自己決定権と呼ばれる死の自己裁量のあり方も、倫理の根幹にかかわる重大な問題である。死の自己決定権は、大筋で社会に容認される方向にあるけれども、これを権利として正当なものと認めるのなら、そのためには、自分の命は自分のものである、つまり自分の所有にかかるものであるという前提がクリアされねばならない。この点について池田¹⁸⁾は、第一に、所有が成立するためには、労働や取引によって入手するという要件が満たされねばならないが、命や体というものはその要件に叶っていないこと、第二に、私は私の命や体に先行する主体ではないから、私と私の命や体の関係のありようは、私と私の所有物の関係のありようとは本質的に異なること、を指摘し、命や体は自分の所有物であるとの錯認が多く¹⁹⁾の論者に蔓延していることを批判している。では命は誰のものかという点、池田の考えを受けて述べれば、命は誰のものでもない無主物、強いて言えば天のもので、したがって人は自殺する権利も、死を自己決定する権利もないということになるのであり、筆者もこの考え方を受け入れるものである。

また小松¹⁹⁾は、脳死・臓器移植問題をめぐり、死の自己決定権を批判する中で、ある者の死はその者にとどまらぬ拡がりをもって、死後にまで共鳴するものであるとの見方を示しているが、これはモダンな学説を装った伝統的常識である。古来、先立つ者はあとに残す者のことを想い、生者は死者を悼み、その面影を懐しみ、また故人を師と仰ぎ続けるのも、すべて人間の心の自然である。それは世の常、人の常である。人間関係の中で死が起るといふ、世の常、人の常を想えという意味での「メメント・モリ」が、新鮮な警句になるほどに、今や死の決定は自己本位に傾いているのであろうか。ただ驚きを禁じえない。

さて、この死の自己決定の線上に、安楽死や尊厳死の問題がある。安楽死と尊厳死は、末期におけるある段階で治療の方向を死の方向に切り換えてしまう点で、同列のものであるが、わが国では、積極的な安楽死に対して、消極的な安楽死が尊厳死であるととらえられ、安楽死と尊厳死の違いが厳密に認識されぬまま、二つの言葉がセットとして認められている傾向にある。西洋では、尊厳死death with dignityの言葉は、あまり多用されないのが実態のようだが、用いられる場合は、次のような二通りの意味で使い分けられているようである。²⁰⁾

(1) 人間らしく死にたいという本人の意志が尊重される死で、これは限りなく安楽死に近い。

(2) たとえICUで死を迎えようとも、最後まで壮絶に死と闘って死ぬというもので、現代における自然死と言うべき死を指している。

価値判断はさておき、尊厳死がこれら二つの死に方を意味するという点について、筆者は基本的に異議を差し挟まない。以上を踏まえて、安楽死と尊厳死について私見を述べる。

安楽死について。法的な問題はここでは置くが、自分の命は自分のものという発想によって安楽死を一面的に肯定する論²¹⁾については、死の自己決定権を認めない筆者なりの森田の立場から、これを容認することはできない。また死ぬ際の安楽さの保障を生前に手に入れておこうとする先取的な意図は、どう死ぬかわからないところにある生の妙味を失わせ、生を形骸化させるのではないかという危惧すら感じる。

森田²²⁾も、「苦しんで死ぬのも事実唯真である。私は、安心して死ぬ必要を少しも認めない」と言い、それがすなわち「日々是好日」であると教える。一方、森田は「死期の一言²³⁾」という文章で、経済的に困窮しているある一家のあるじが、死に臨み、「医者が治る見込みはないと言うならば、費用のかからぬように、薬などものませるにおよばない」と言い残して死んでいったことを聞き及んで、心を打たれたと述べている。死に方も臨機応変でよいのである。積極的な安楽死の是非を問う例として、森田外の『高瀬舟』がよく引き合いに出されるが、これは触法性を超えた、臨機応変の慈悲殺なのではないだろうか。

いわゆる尊厳死について。わが国におけるこの名称の曖昧さ、語義の不確かさのことは上に述べたが、日本安楽死協会が、定見なく、日本尊厳死協会と名称を変更したことも、安楽死と尊厳死の混同を助長する一因となっている。ちなみに同協会の理事長は、「尊厳死の響き（傍点筆者）が好きですね」と語ったというのである。²⁴⁾精神科医で作家の加賀は、²⁵⁾そのキリスト教的人間観からであろうが、尊厳死（筆者が上に紹介したdeath with dignityの(1)に相当すると思われる）を擁護する立場をとり、回復不能の植物状態になればいつまでも生きたくないという意思を表示した、自身のリビング・ウィルを公表し、さらに「自分がふさいでいた病院のベッドをもっと必要で緊急な病気の人のために、早く明け渡してあげたいという願いが含まれている」とつけ加えている。もちろんこのような表明は高潔かもしれないが、しかし、とさえ直さざるをえない。少なくとも、その意思として付言されている後半部は、シルバー・シートならぬ、ダーク・シートで、命の残り火がまだ小さく必死に灯っているにもかかわらず、そのシートを待っている植物の手前の次なる生命のために席を譲り、自分の命の火を消して姿を消すことが徳行であり、みずから率先してそれを実行したいという覚悟を、公言しているにほかならないからである。医師であり識者である人は、このような死のベッドを譲る精神を公にするにあたっては、その社会的影響力を考慮して、慎重であってほしいと筆者は思う。不可逆的な昏睡者の命を見切りの消去することが、もし美化されて、それが生命倫理を先導することになれば、植物は去るのみとして、価値なきものと見立てた生命を遺棄する優生思想の悪夢を再来させることになりかねない。

ただし、加賀のこのような状況配慮的発想の背景には、現代の医療は、植物人間の命をかなりの長時間にわたり維持しうる技術を獲得したために、最善の治療が続けられれば、植物状態が延々と続き、ついには病院のベッドが植物でいっぱいになる図すら想像しうる、という現実があるのである。ともあれ、実際には、消極的安楽死に相当する延命治療の打ち切りが、随所で随時おこなわれているのであって、そのうちでも死の自己決定権の名のもとに実施される延命措置の打ち切りに対して、わが国では尊厳死という呼称が、通常あてられているのである。このように、延命治療の打ち切りがすでに日常化してしまっているのが、医療の由々しい現実である。たとえば、わが国の医師に対しておこなわれた、延命医療についてのあるアンケート調査の結果を²⁶⁾みても、医師がみずからの倫理観で「ベストを尽くす」と答えているのは、約10%にしかすぎない。そして法と倫理はこの医療の現実の検閲はおろか、追いつくことすらできず、困惑気味に拱手傍観しているというのが、二つ目の由々しい現実である。さらにこのような延命治療打ち切りの野放しという実態の、事の重大さに対して、識者もマスコミもほとんど関心を示していないという三つ目の由々しい現実まで指摘せねばならないのだ。このことは本稿の趣旨から外れるので、ここではこれ以上は立ち入らないが、きわめて重大な問題であるとの認識により、さしあたって言及した。

かくして、すでに現代の死は、植物状態で幕を引く死、脳死、心臓死の三段階になってしまっているのだが、死に関連して、脳死移植について一言つけ加えておこう。これは、死を生物学的に定義できないまま、臓器移植を合理化するために、脳死を人の死と認めることにした立論の本末転倒を抱えこんだ問題であるけれども、同時にドナーとなる人の生命の尊厳性にまでかかわる問題でもあることを、見落としてはなるまい。柳田は、著書『犠牲 (サクリファイス)²⁷⁾』で、生前に心を病んでいて人の役に立てなかった息子が、死後、臓器提供によって人のために貢献できたことを喜んでやりたいという見解を語っているのだが、これに対して鶴田²⁸⁾の鋭い指摘があるように、このような美談のエピソードが「生きて人の役に立てぬなら、せめて死後に」という倫理的圧迫となったとき、脳死移植が、それこそサクリファイスを強いる危険性を帯びてくることを危惧せねばならない。これは、尊厳の名のもとに、植物人間はこの世から勇退するという発想と同様に、SOLを護るべきはずの倫理観がSOLを侵害するおそれがあるという意味で、同一のコンテキストでとらえられる問題である。ここに、弱者を含む生存者の生の尊厳が静かに侵蝕されていく危機を予感し、それに対して森田的な素朴な生命観の立場から、疑問を投げかけておきたい。

5. デス・エデュケーションについて

死がゲームの対象になって生がバーチャル化し、死後の世界が本当にあるかのように信じられて死がリアル化し、生と死の相互の越境、倒錯が進んでいる今日、死の厳肅さを教えて、生命の尊さへの認識の回復をはかろうとする、いわゆるデス・エデュケーションの必要性が強調されるようになった。もちろんこの趣旨を肯定したい。ただし、デス・エデュケーションそ

のものが、冒頭で指摘したような、論議される死の域内でもしおこなわれるとすれば、デス・エデュケーションもバーチャルな域を出ないことになるだろう。つまり、デス・エデュケーションは、情報化された教育としては成り立たないのである。

森田正馬は、死をひかえた自分自身の赤裸々な姿を、生身の教材として患者や弟子たちに見せることによって、今日言うところのデス・エデュケーションをおこなった人である。彼は1938年に肺結核で世を去ったが、死期が近づくと、死の恐怖に苛まれ、「死にたくない、死にたくない」と言ってさめざめと泣いた²⁹⁾。そして病床に付き添った弟子たちに、「死ぬのはこわい。だから私はこわがったり、泣いたりしながら死んでいく。名僧のように死なない」と言った³⁰⁾。いまわの際には弟子たちに、「凡人の死をよく見ておきなさい」と言って「心細い」と泣きながら逝ったと伝えられている³¹⁾。弟子のひとり長谷川は、次のような追悼の文をしるしている³²⁾。「先生は命旦夕に迫られることを知られつつも、尚生きんとする努力に燃え、苦しい息づかひで、『僕は必死ぢや、一生懸命ぢや、駄目と見て治療してくれるな』と悲痛な叫びを発せられた。平素から『如何に生に執着して^{ひざます}跪くか、僕の臨終を見て貰いたい』と仰せられる先生であった」。虚偽、虚飾なく、生の欲望と死の恐怖を、最後まで実証しつつ死んでいったのである。

観念として死を教育されるのではなく、また現実の人の死であっても、三人称的な他者の死ではなく、あなた死ぬ人、私生き残る人という関係での二人称的な死でもなく、限りなく一人称に近い、身近なかけがえのない人の死こそ、貴重な死の体験教育となる。森田は身をもってそれを伝えた。このような生きた死の教育が、生きた倫理を育てるのであろう。

デス・エデュケーションと並んで、昨今死への準備も話題になるが、命には限りがあるから、生命保険に加入するといった類の現実検討にもとづく準備は当然必要である。しかし、人はいつどのように死ぬかは予測できない。どんなに修養を積んでいても、泣きわめいて死ぬかもしれない。どのような態度で死んでいくか、という心構えは用をなさない。山田風太郎³³⁾は、人間は虫けらや鳥獣の死を見習うべきだと言い、山本夏彦³⁴⁾は、死ぬの大好きとまで極言するが、必ずしもこのような心境に至らずともよい。

死は怖く、人生に完成はない。未完成のまま、死ぬまで向上心を燃やして生きる。倫理というにはおこがましいが、これが森田的な生き方である。

IV. おわりに

日進月歩の医学や医療は、かつてのSFを現実のものにしつつある。しかし診断や治療に次々と新たなテクノロジーが導入されて、難病の治療が進み、感染症が減っても、生活習慣病は生活と切り離し難くなり、新たな病原体も登場して、疾病構造が変わるのみである。人間は長寿化しても、死が避け難い必然であることに変わりはない。自然な生と死の中に人工が侵入し

て、自然に沿わない高度な医療が推進されると、倫理のコードもそれだけふやさねばならない。複雑な倫理コードを作るためには、そのまた基本的倫理が必要である。そして倫理の基本部分を探るほど、文化のエートスに触れることになる。近年、生命倫理が東西の死生観という複眼的視点から討論されるようになったのも、当然の流れである。

筆者は、従来より森田療法にかかわってきたが、その角度から生命倫理を論じる問題意識を有していなかった。しかし、森田療法という、日本的ではあるが国際化しつつあるファンダメンタルなサイコセラピーの方角から、生命倫理に目を向けることの意義に気づき、思い立って考察を試みた。

各論的検討においては、およそ次のような諸点を指摘したことになる。

医療はその本来の使命によりQOLよりSOLを拠り所とすべきである。

QOLは、個別の生命の相対性を絶対受容して、生き尽くす努力をすることにある。それを幸福と読みかえることもできる。医療において、QOLが環境的快適さを表す言葉として用いられ、かつそれが計量されるのは誤っている。

インフォームド・コンセントの中心にある自己決定権は、「生の欲望」の表現としてとらえるが、これに執着すると、神経症的な「手段の自己目的化」に陥る。インフォームド・コンセントの運用も、押し通さずに臨機応変にするのがよい。

命は自分の所有にかかるものではないので、死の自己決定権はない。延命治療の打ち切りによる死を尊厳死という名称で括るのは、語義として誤っている。

森田正馬は自分の臨終の姿を弟子達に見せた。これが本物のデス・エデュケーションである。

熟成に欠ける考察にとどまったことをおそれるが、人間の生き方そのものである森田療法の立場から、ここに生命倫理への発言を試みた。

引用文献

- 1) 森田正馬全集 第五巻, 160, 白揚社, 1974.
- 2) 森田正馬全集 第七巻, 496, 白揚社, 1974.
- 3) 渡辺利夫:『神経症の時代』, ティービーエス・ブリタニカ, 1996.
- 4) 森田正馬全集 第五巻, 113, 白揚社, 1974.
- 5) 森田正馬全集 第七巻, 432-433, 白揚社, 1974.
- 6) 大原健士郎:『神経質性格, その正常と異常』, 講談社, 1997.
- 7) 同上
- 8) 永田勝太郎:『QOL — 全人的医療がめざすもの』, 講談社, 1992.
- 9) 当時の文献は数多いので, 引用は略す.

- 10) 清水哲郎：QOLの基礎理論（日本緩和医療学会監修『緩和医療学』所載）。三輪書店，1998.
- 11) 森田正馬全集 第二巻，138，白揚社，1974.
- 12) 森田正馬：『生の欲望』，白揚社，1956.
- 13) 森田正馬：『自覚と悟りへの道』，白揚社，1959.
- 14) 森田正馬全集 第二巻，330-332，白揚社，1974.
- 15) 熊倉伸宏：『臨床人間学 — インフォームド・コンセントと精神障害 —』，新興医学出版社，1994.
- 16) 熊倉伸宏：告知義務における「保護」と「詐術」のパラドックス（石川義博編『精神科臨床における倫理』所載），金剛出版，1996.
- 17) 森山成樹，中澤武志，木村光男，ほか：精神科病院外来における無告知投薬の現状．精神医学，40(5)；517-524，1998.
- 18) 池田清彦：『正しく生きるとはどういうことか』，新潮社，1998.
- 19) 小松美彦：『死は共鳴する』，頸草書房，1996.
- 20) 五十子敬子：『死をめぐる自己決定について』，批評社，1997.
- 21) 星野一正：私のいのちは私のもの（柳田邦男『20世紀は人間を幸福にしたか』所載），講談社，1998.
- 22) 森田正馬全集 第七巻，476，白揚社，1974.
- 23) 森田正馬：『生の欲望』，白揚社，1956.
- 24) 『癒しのファイル』PART X．読売新聞社，1998.
- 25) 加賀乙彦：安楽死と尊厳死（加賀乙彦編『素晴らしい死を迎えるために』所載），太田出版，1997.
- 26) 特集「死」と向き合う医療．日経メディカル，第348号；46-60，1996.
- 27) 柳田邦男：『犠牲（サクリファイス）・わが息子・脳死の11日』，文藝春秋，1995.
- 28) 鶴田博之：死ぬ権利の陥穽．イマーゴ，7(10)；202-211，1996.
- 29) 大原健士郎：『ここを楽にする生き方』，講談社，1997.
- 30) 増野肇：『森田式カウンセリングの実際』，白揚社，1988.
- 31) 生活の発見会編『現代に生きる森田正馬のことば』I．白揚社，1998.
- 32) 大原健士郎：『神経質性格，その正常と異常』，講談社，1997.
- 33) 山田風太郎：死に支度無用の弁（『死ぬための生き方』所載），新潮社，1998.
- 34) 山本夏彦：死ぬの大好き（山本夏彦『死ぬの大好き』所載），新潮社，1998.

（おかもと しげよし 教育学科）

（1998年10月14日 受理）