医療倫理と仏教——安楽死・尊厳死を焦点に

川田洋一

［Ⅰ］序—医学医療と生命倫理

現代科学と仏教との対話を試みるにあたって、現代科学医療技術のつくり出す生命倫理の諸課題はきわめて重要な領域であると考えています。それは、人間の生命観、生死観、そして人間生命の尊厳に直接する分野であるという理由によるものです。

医学医療には、長い伝統があり、また、東洋における仏教医療もそれに関わってきております。仏典にも多くの記載があります。しかし、近代の医学医療は、長足の進歩を遂げており、これまでの仏典が関わってきた時代には予想もできなかったほどの変容を遂げております。

それは現代医療に、遺伝子・発生といった生命科学と身心関係に深く影響を及ぼす脳科学の成果が、すばやく導入し続けられているからであります。

このような変容を遂げつつある生命科学や脳科学の成果を導入して発展する医学医療のつくり出す生命倫理問題に、今日の仏教はいかに応答すべきでしょうか。この設問は、仏教のみならず、すべての宗教に課せら

れている挑戦であります。

そしてその挑戦の分野は、きわめて多岐にわたっております。例えば、人間の「生」をめぐる生命倫理問題には、人工妊娠中絶、体外受精、代理母、遺伝子治療から、ES細胞、iPS細胞、クローンが含まれております。一方、人間の「死」をめぐっては、安楽死、尊厳死、持続的植物状態、自殺、脳死、臓器移植、終末期医療と緩和ケア等があげられます。

これらの諸問題のなかで、伝統的仏教の経典に少しでも記載されているものといえば、堕胎、安楽死、自殺に関する記述にとどまっており、しかも今日では、これらの項目の内容そのものが大きく変化してきております。例えば、本稿の中心課題である安楽死も、すでに尊厳死へと焦点が移ってきております。

そこで本稿では、人間の尊厳性、人間の「生」と「死」（さらには生老病死）をめぐっての今日的医療倫理が、きわめて多岐にわたり、それぞれに充分な考察が必要であることに鑑み、人間の尊厳性とは何かを問う意味から、安楽死、尊厳死、具体的には、持続的植物状態を取り上げて考察したいと考えます。

[Ⅱ] 人間の尊厳性を求めて——安楽死から尊厳死へ

安楽死と尊厳死は、ともに末期状態にある患者に対する医療行為の在り方、限界を問うという共通点をもっているのですが、次のような大きな相違点があります。即ち、安楽死には意識があるため、肉体的苦痛の緩和、除去が問題の焦点になっているのに対し、尊厳死には植物状態もその視野に入れて、人間の尊厳を失ったように見える状態の患者の延命の問題が焦点になっているわけです。

そこで安楽死と尊厳死をわけ、まず安楽死についての用語を整理してみることにします。安楽死は、患者の自由意思の有無によっては、「任意的安楽死」と「非任意的（強制的）安楽死」にわかれますが、患者本人の自由意思を無視すると、かつてのナチスによる「強制的安楽死」へと転落してしまいます。したがって、今日の「安楽死・尊厳死」論は、「任意性」が大前提とさ

れているわけです。

次に安楽死に対しての関与の在り方によっては、「積極的安楽死」と「消極的安楽死」に分類できます。「積極的安楽死」とは、「不治の病にある患者の苦痛を除去するために、致死薬を投与するというような医師の積極的行為によって、患者の生命を短縮させること」です。この「任意的積極的安楽死」が「狭義の安楽死」であり、通常「安楽死」といわれるものです。それに対して、「消極的安楽死」は「不治の難病及び意識不明の患者の治療、並びに延命措置を中止すること」とされ、今日の用語では、「尊厳死」の内容に結びついていきます。

「積極的安楽死」の条件については、日本では、１９４５年には、横浜地裁が「医師による積極的安楽死」が認められる四つの条件を示しています。

（1）患者が耐えがたい肉体的苦痛に苦しんでいること

（2）患者は死が避けられず、その死期が迫っていること

（3）患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし、他に代替手段がないこと

（4）生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示がある

の四項目であります。

ところが、このような安楽死論は、１９７０年頃から、これまで論じてきた「任意的積極的安楽死」から人間としての尊厳を保ちながら死を迎えたいとする「尊厳死」へと大きく変容していきます。

その原因としては、まずペイン・クリニックの長足の進歩があります。ペイン・クリニックの現状について、森田修平氏は次のように述べております。「現在も痛み発生のメカニズムや痛覚神経経路に関して完全に解明されたわけではないが、鎮痛・除痛に関する治療法はかなり進歩してきたといえる。従来の疼痛除去治療としては神経ブロックや薬物療法が中心であったが、近年では、そうした従来の療法の改善のほか、電気刺激療法や東洋医学療法・心療法なども加わってきた。たとえば、『ＷＨＯ方式ガン疼痛治療法』（一九九六年発

見）がある。（中略）そうしたガン疼痛治療法を用いた場合、九五パーセントぐらいまで痛みは緩和できるとされる。[1]」

つまり「患者が耐えがたい肉体的苦痛に苦しんでいる」という「積極的安楽死」の第一条件そのものが存立しえなくなってきたのであります。むろん、今後のさらなる進歩が期待されるところであります。

第二に、現代医学の長足の進歩により、生命維持装置が開発され、延命医学が可能になる一方で、脳死や植物状態患者等の新しい医学的な死への現象が起きるようになってきました。人工呼吸器の開発によって脳死がもたらされ、また高カロリー輸液である中心静脈栄養法（ＩＶＨ：Intravenous Hyperalimentation）の開発によって植物状態患者やガンや難病の末期の患者が生かされるという状況が起きてきたのです。

集中治療室の中で、家族とも離れたベッドに横たわる姿で生命維持装置によって延命している患者の状況を見た人々は、はたしてこのような死の迎え方が、人間としての尊厳にかなうものであろうかとの懸念をもちはじめたわけです。特に植物状態のように、「意識もほとんどなく、回復の見込みもうすく、人工呼吸器や輸液チューブなどが取り付けられた状態で生きることは、人間として尊厳なのか」という問い直しが、生命延長至上主義を批判しつつ「尊厳死」という問いを提起してきたのです。

そして、この「尊厳死」は、生命の質（ＱＯＬ：Quality of Life）を問題にしつつ、患者の「自己決定権」を提起しはじめたのであります。医師と患者の関係は、かつてのパターナリズムから、両者が平等の立場でともに疾病に立ち向かう協力者という関係に変化してきました。しかも、その前提として、インフォームド・コンセント、つまり「患者の権利」としての「十分な説明と同意」が主張されるようになってきました。１９７３年の「患者の権利章典」、１９８１年の「リスボン宣言」により、インフォームド・コンセントと自己決定権を柱とする「尊厳死」への権利が、明確になってきたのであります。

以上のように、肉体的苦痛を克服するための努力が

続く一方で、生命維持装置やＩＶＨによって脳死や植物状態までつくり出すようになった、現代医療の場において、人間としての尊厳性を保ちつつ、死を選びとりたいとする患者の「自己決定権」がリビング・ウィルと結びついて「尊厳死」へと変容してきたと考えられます。

［Ⅲ］植物状態の実態

「尊厳死」について考える時、現実によく出てくる代表的な問題が植物状態という病態であります。そこで、「尊厳死」論を進めるにあたり、正確には、「遷延性植物状態」（Persistent vegetative state）の、医療現場における実態を見ておきたいのであります。

その病態の定義は「重篤な脳障害を経過した後、外界の刺激に対する反応が非常に乏しい状態のまま生存する病態」ということで、１９７２年、日本の脳神経外科学会が次のような項目をあげています。

①自力で移動が不可能
②自力で摂取が不可能
③尿尿失禁状態
④声を出しても意味のある発言不可能
⑤目を開け、手をにぎれという簡単な命令にはかろうじて応ずることもあるが、それ以上の意思疎通は不可能
⑥眼球はかろうじてものを追っても認識はできない

という六項目を満たす状態が3か月以上続く場合をいいます。

このような状態が持続するだけでなく、次第に悪化していくのが一般的です。意識が混濁したり、自発呼吸が不規則になったりします。したがって、人工呼吸器が装置されたり、栄養補給のためのチューブがとりつけられたりするわけです。

木暮信一氏は、大脳生物学の立場から、植物状態について、次のように述べております。「ともかく生命があって生きていることは間違いありません。原始的な防御反応、姿勢の維持、反射、呼吸、循環機能、体温調節は存在していると考えられます。また、睡眠・覚醒のサイクルも多少のズレはあるにしても認められま

す。したがって、これらを総合しますと、脳幹や脊髄の機能は少なくとも残存していると考えられます。逆に、食欲や性欲の発現やそれに基づく本能行動、怒り・恐れ・快・不快といった情動反応、さらには、知覚や外界の状況に適応するための自発運動、人間としてのコミュニケーションをはかるための言語活動など、人間としてのあるべき高次機能が失われていることにより、大脳新皮質および大脳辺縁系に重度の機能障害が生じていることが推測されます。（中略）しかし、新皮質や辺縁皮質が広範に損傷を受けなければ植物状態にならない、とは必ずしもいえないのです。なぜならば、皮質と脳幹を結ぶ白質（神経線維の走行部分）などに損傷があっても、同じような症状を呈する場合があるからです。したがって、一概に、植物状態だからといって脳内損傷部位を規定できるということも、また逆に、ある脳部位の損傷で植物状態になると決定することも困難なことなのです。[2]」

植物状態患者の実態については詳しいことはわかっていないのです。1972年から1976年にかけて行われた日本の厚生省研修班の調査[3]によると、その原因疾患は脳内出血、クモ膜下出血・脳梗塞を含めた脳血管障害が多く、約50％と推定されています、それ以外には、脳外傷や脳腫瘍、薬物などによる中毒があげられます。年齢分布では、60歳から70歳の壮年から初老にかけてピークがあるとされています。ただし、脳外傷による植物状態に限ると、30歳から40歳のところにピークが認められます。

植物状態の持続時間に関しては、脳外傷後の植物状態に限ると、3ヶ月から1年持続の症例を100％とすると、2年後では55％に、3年後では30％に減少するという結果であります。この減少は大多数が死亡によるものですが、まれに10年以上生存する例や、少数ながら植物状態から脱却し、完全とはいかないけれども回復する例も存在するということであります。回復例は主に若年者の脳外傷例に多いと報告されております。

実際、医学の現場における植物状態患者の症状は多様であり、その病態を一義的に定義したり、予後を推定したりすることが難しいとされています。植物状態

は実に幅広い症状を示し、大脳皮質や大脳辺縁皮質が広範囲に障害を受けているからといって、脳死のように不可逆的機能停止とはいえず、回復の可能性もあります。加えて、意識状態や認識能力など、表面的には検出されない脳機能もあり、そうした潜在能力や今まで「内的意識」などと言われてきた機能も少なくとも存在する可能性が、ごく最近の脳科学によって示されつつあります。

美馬達也氏は、「『尊厳死』の問題としばしば結びつけられてきた慢性的な意識障害（「（遷延性）植物状態」）をめぐる医療とエシックスは、いま大きな転換点を迎えつつある。そのきっかけとなったのが、非侵襲的脳機能イメージングと総称される技術である」[4]として「機能的ＭＲＩの手法」をあげております。

一つの研究は、２００６年のケンブリッジ大学のエイドリアン・オーウェンによる研究であります。その内容は、次のようなものです。[5]

２００５年7月に交通事故で植物状態となった25歳の女性に機能的ＭＲＩを行った。「テニスをしていると想像してください」「家の自分の部屋を歩き回っていると想像してください」という二つの運動想像課題を行っているのとよく似た脳活動パターン（テニスと部屋を歩き回るのでは全く異なる）が観察できたという。この結果に対して美馬達也氏は「意識がない『植物状態』のはずのこの女性は、実際には動けなかったとしても、外部からの指示に従って、二種類の異なった運動を心の中で想像していたことになるのだ」といっております。つまり植物状態の人々であっても、部分的には意識（内的意識）を保ち、なんらかの「内的経験」をする可能性を示す症例です。

第二の症例として美馬達也氏は「最小意識状態（minimally conscious state：MCS）」[6]の発見をあげております。これは、慢性的意識障害があってもその中で少しでも意識の痕跡やコミュニケーションの可能性が見出される状態であり、診断基準は次のようであります。

①単純な命令に従う

②正誤にかかわらず、身振りや言語でイエス・ノーが表示できる

③理解可能な発語

④合目的的な行動（意味のある状態での笑いや泣き、質問に対する身振りや発声、物をつかもうとする行為、物をさわったり握ったりする、何かを見つめたり、目で追ったりする、など）

これらのなかの一項目以上が存在することとしています。なお日本では、簡単な命令に従ったり、物を追ったりすることは、植物状態の診断に含めております。

美馬達也氏は、オーウェンの症例について、患者の後日談として、事故からおよそ一年後に、二回だけ見せられた鏡の方へ顔を向けてじっと見つめたという症状を取り上げ、次のようにいっております。「患者が『植物状態』から最小意識状態へとゆっくり回復する過程にいたことを示している。ハイテクな脳科学機器による研究の根っこには、『植物状態』を意識のない状態として切り捨てることなく、そこでのミニマルな意識を見逃さないための、丹念で注意深いケアや介護によって与えられた臨床の現場が存在している」[7]。このように臨床の現場の重要性を指摘しております。

こうして現今の機能的MRIの臨床応用は、「植物状態」のなかにミニマルな意識を見出し、コミュニケーションの可能性を試みようとする希望の努力に支えられて、症例を積み重ねる方向へと向かっているようであります。

[Ⅳ] 仏教者の見方、関わり方

(1) 安楽死について

まず、「安楽死」（任意的積極的安楽死）に関する仏教の考え方の基調を知るために、原始仏教の中から関連すると見られる症例を取り出してみたいと思います。もちろん、そこに示される症例は、今日のような西洋近代に発する高度な医療技術はなく、したがって、医療環境は、今日とはまったく様相を異にしているわけです。端的にいえば、人工呼吸器等の生命維持装置もなければ、ペイン・クリニックによる苦痛への対処もないというように、伝統的なインド医学（アーユルヴェーダ医学）による対応にとどまっていたわけです。しかし、〝病苦〟と〝死苦〟への釈尊の教示のなかから、仏教の

考え方を抽出し、今日的医療環境のなかに置く試みをしてみたいと考えます。

また、これらの症例は、サンガのなかで起きた出来事への対応として示されたものですから、医師が直接的に関与する症例はありませんが、比丘や一般の人々の行動から「安楽死」への在り方は類推することができます。

ある比丘が重病になり、他の比丘が「病はいかがですか、苦は忍ぶことができますか」と聞いたところ、その病気の比丘は、「病の苦は忍ぶことができないので、刀縄や毒薬等を与えてください」といいます。見舞いにいった比丘は、その通りにすると病比丘は自ら生命を断ちます。比丘はその死を見て悔心が生じて阿難とともに仏のところに行きます。仏は、次のように教示しています。すなわち、「汝等愚痴なり、自ら人命を断ずると刀を与へて死せしむると何等の異ありや」といって、比丘にとって戒律のなかで最も厳しい刑罰としての教団追放である「波羅夷罪」にあたると説いています。(8)

また、刀や毒薬を求めた重病の比丘に対して、一人の猟師に殺させようと試みた症例もあります。

仏は「自ら殺すと人をして殺さしむると何等の異かあらん」といって、これも「波羅夷罪」になると説いております。(9)

これらの症例からすると、例えば本人が死を望んでも、それに対して安殺具（刀、毒薬、縄等）を与えたり人をして殺させたりすることは最も重い罪にあたると考えられています。

釈尊の時代と今日の医療環境は大きく変わってはいますが、それでも仏教の精神からすれば、少なくとも「身体的苦痛や苦しみ故に死を望む」という「任意的積極的安楽死」には否定的であるといえるのです。たとえ苦しみを取り除き安らかさをもたらすためであっても、死なせることをもって治療行為とする根拠は成り立ちません。

仏教では、苦をその性質によって「苦苦」「壊苦」「行苦」の三苦として表現しております。「苦苦」とは身体的な痛みであり、「壊苦」とは心理的、精神的な悩みに

相当します。そして「行苦」とは無常な人間の生の根底に横たわる死そのものに対する実存的な苦悩といえましょう。

この三種の苦が安楽死を望む人間の苦しみのなかに凝縮していると考えられます。耐えがたい苦が、人間の尊厳性を著しく損なうことは事実です。しかも、その身体的な痛みには、心理的、精神的悩みが絡み合い、増幅しつつ、それらの底流からは「行苦」としての実存的な苦悩が突き上げてきます。つまり、死への不安、恐怖という実存苦です。

このうち、今日では、身体的な痛みは、ペイン・コントロールの進歩により、寿命を短縮することなく、除去することも可能になりつつあります。しかし、そうした「苦苦」を増幅する心理的、精神的悩みの除去には、医療関係者の手厚いケアや家族、友人等の関わり、さらには、充実した福祉や医療行政が深く関わってきます。

ここは、仏教者の知見やケアが生かされるところです。事実、後でレポートしますが、創価学会の看護グループ（白樺グループ、白樺会）では、大乗仏教の菩薩道としての慈悲と智慧の看護に尽くしております。そして「行苦」ともなると、人間存在そのものに内在する苦悩ですから、まさしく宗教の領域であり、仏教者はそれぞれの生死観、幸福観をもって、患者や家族に応答すべきでありましょう。死への不安、恐怖をのりこえて、安心立命の境地へとともに進むのが仏教者の役割であります。今日の終末期医療（ターミナルケア）の用語では、ＱＯＬの改善向上といえましょう。仏教者には、医療関係者とともに患者本人や家族のＱＯＬを高める責務があると考えております。

（2）持続的植物状態をめぐって

次に「尊厳死」に深く関わる持続的植物状態についてですが、このような病態に示唆を与えるような仏典を見出すことは困難です。それはいうまでもなく、植物状態や脳死は人工呼吸器や生命維持装置の開発、医学医療への導入によってはじめて引き起こされる病態であるからです。最近の医療技術の導入以前には存在

しなかった人間生命の末期の病態であります。そこで、本稿では、持続的植物状態や脳死という病態に対応しうる仏教の法理として、大乗仏教の唯識学派を取り上げたいと考えております。世親の「唯識三十頌」[10]では、生命（識）の内奥の領域、いわば「心的宇宙」を識の三つの転変（変化）として記述しております。つまり、根源の生命流である「阿頼耶識」から「五識」と「六識」（意識）と「末那識」が顕在化してくるととらえております。本稿の植物状態の考察にあたっては「五識と意識」と「末那識」が相応すると考えられます。

横山紘一氏は、この意識と末那識の働きを次のように解説しております。「五蘊の結合体を自己と考える自我意識に加えて、通常の意識の奥にある、いわば潜在的な自我意識の存在を発見したのである。その自我意識とは、前にも述べた〈末那識〉である。この末那識の根本作用は、末那識がそこから生じきたったもとの阿頼耶識を眺めて、それを〈自我〉であると認識し、それに執著することである。（中略）自分の心、あるいは肉体を眺めて、これは自己であると考えるのは、いわば、概念を用いた自我意識であり、日頃『自分だ、自分だ』と思いつづけている意識である。これに対し、交通事故で植物人間となった人でも、食事をとり、自己を維持しつづけようとする。意識の底で、何らかの自我執著心が働いている証拠である。これを唯識思想では、第七末那識の働きに帰せしめる。」[11]

要約すると、概念を用いた意識的な自我意識が、第六意識であり、深層心理にある根本的な自我意識（自我執着心）が第七末那識であると考えるのです。そして横山氏は、植物状態の人間にも、根源的自我意識（末那識）は働いているとするのであります。

このような唯識学派の知見を木暮氏は、脳科学者として次のようにとらえています。「この立場に立って、植物状態の患者さんをめぐる問題を考えるとき、とくにその意識や認識状態の評価についてはあくまでも十分すぎるほどの慎重さが求められましょう。『植物状態の概念』のところで述べましたように、患者さんには自発呼吸があり、睡眠・覚醒サイクルなど脳幹機能は十分働いています。乏しいかもしれませんが、種々の

反応性はあります。こうした状態は、完全とまではいえませんが、五識や第六識の認識機能は部分的には働いているといってよいでしょう。況わんや内在性や普遍性という特徴を有する第七識以上の〝識〟が、あたかも目や耳が不自由な人がかえって他の感覚や知覚が鋭敏になるように、より強く作用する可能性は十分あるものと想像されます[12]」と。

木暮氏によれば、不完全ながらも、五識、六識（意識）レベルは機能しているというわけです。そして、第七識（末那識）が、より強く作用する可能性も否定していません。

五識、六識（意識）レベルの機能がさらに潜在化していったとしても、少なくとも七識（末那識）の働きはあり、しかも、通常より強く働いているとすれば、植物状態の人間には、少なくとも、根源的自我（末那識）が十分に働いていると考えざるをえないのです。換言すれば、植物状態の人間は、根源的自我で生きようとしている生命といえるでありましょう。前章でのべた、エイドリアン・オーウェン氏による症例や最小意識状態は、唯識学派の言葉でいえば、意識、末那識で生きる植物状態であると考えられます。

看護体験の分野からも植物状態における意識や末那識に相当すると思われる症例があります。西村ユミ氏の関わったAさんという看護師の看護経験です。「看護経験の語り手として登場する看護婦Aさんと患者さんたちが生活する施設は、植物状態患者を意識障害者としてではなく、意識活動を表出するための運動・神経機能に障害をもつ者と捉えて、ケアを行っている。もちろん、Aさんもこうした考えに賛同している。[13]」

つまり、植物状態の人間は、意識が消失しているのではなく、意識活動をあらわす機能に障害があると考えるのであります。したがって、看護師と患者のプライベートなケアの中では、それぞれのコミュニケーションが成り立つことがあるのです。西村氏は、Aさんと住田さんという植物状態の患者さんとのコミュニケーションの症例を取り上げておられます。

例えば、住田さんの視線について、「Aさんは、『目をみたらなんとなくこっちの目と視線が合うような気

がしていた』『視線がピッと絡むみたいなところがあるような気がする』『目を見ながら話して、やっぱり目が分かっているような気がする』、このように『自分の中で思えた』と語った」[14]というのです。また、Aさんは住田さんが笑ったという体験も、次のように紹介しています。「ある日、ちょうどあくびをしかかっていたのを見かけたので大声で名前を呼ぶと、住田さんの『口の動きが止まり』、それを見て『驚いたんやろ』と言うと、『口角が僅かに上がった』というのである。Aさんは、この口の動きを『ニッって笑った』と受けとめた。」[15]

また、Aさんが住田さんから返事が返ってきたと受けとめた体験もあります。「住田さんは、自力で端坐位を保つことができた。このような住田さんに『わーすごいスーさん、ひとりで坐ってるやん』と声をかけると、住田さんが『ひゅって首動かして、キョロって見る』という動きをみせた。そして、『声聞こえる人目パッチンして』と言うと、住田さんがまばたきで『パチン』と返したという。Aさんはこれを『返事』と受けとめた。」[16]

これらの症例は、看護師さんたちが、ケアを通して、明らかに、患者の意識や末那識と何らかのコミュニケーションをとっていると考えることができます。

さらに、ユング心理学者のなかには、患者の末那識（根源的自我意識）と直接「対話」する方法を確立した人がいます。「プロセス指向心理学」をつくりあげたアーノルド・ミンデルは「コーマワーク（昏睡状態の人とのワーク）」を開発し、昏睡状態の人、つまり持続的植物状態の人との「対話」を試みております。[17]

持続的植物状態で、数週間、ベッドに横たわりきりだったサムに対して、ミンデル夫妻は、かすかではあるが、はっきりとした目の動きによってコミュニケーションをすることが可能になったといいます。ミンデル夫妻は、サムに「君は生き続けていたいのか」とたずねて、「イエス」と示すサイン（顔をしかめて、口をいっぱいに開く）を得ています。また、サムは夫妻からインナーワークという方法を学んで、インナートリップの最中にあることを伝えております。彼はファンタジー

のなかで、山を登ろうとしており、未知の女性に出会おうとしていたと夫妻は伝えております。

以上、植物状態の人々についての、脳科学やユング学派の試み、そして、看護師さんの看護体験の指し示すところは、唯識学派のいう末那識（根源的自我）で生きているという病態ではないでしょうか。

さて、次に、このような病態にある植物状態の患者への治療の在り方に関する課題があります。この問題が注目を集めたのは、１９７６年のカレン裁判[18]においてであります。彼女の場合は、人工呼吸器がはずされましたが、自発呼吸が回復し、植物状態のまま１９８５年まで生き続け、肺炎のため死亡しております。それ以後の動向について、西村氏は、次のような懸念を表明しております。「米国においては、これまで末期医療のあり方について多数の重要な判決が下されてきた。そして、意思能力のある患者が望まないならば、不治の患者の延命処置は人為的な栄養・水分の補給も含めて中断を認めるという方向にある。[19]」

稲光礼子氏は、終末期医療における「通常の医療」と「特殊な医療」の考え方を紹介しております。それによると、「通常の医療」のなかに「チューブを用いた経管栄養補給」が含まれます。それの中断は、患者の死を意味することになります。「特殊な医療」には、「抗生物質」の投与や人口呼吸器の使用等が入っております。稲光氏は、続けて次のようにいいます。「終末期のプロセスで、そうした『集中医療措置が患者にとって何らかの援助をも意味しない場合には、漸次的かつ適切な治療解除が指示される』べきという考え方のもとに、とくに『特殊な医療』の解除がなされる場合もあったわけです。[20]」

唯識学派の知見からすれば、人工呼吸器等の「特殊な医療」をほどこすのも、植物状態の根源的自我の意思を援助するものであります。病態の推移によって個々の事例に即して「特殊な医療」の項目は当然選択されなければならないでしょうが、その選択が「通常の医療」にまで及ぶことは生命の基盤の援助を中止することになります。

（3）「尊厳なる死」と仏教看護

創価学会の看護グループでは、以上に記述してきたような仏教的知見にもとづいて、植物状態を含む終末期医療に貢献しております。多くの看護体験の中から、二症例を取り上げます。

一つはガン末期の患者で、三苦を克服して旅立った症例です。76才の女性（Sさん）で、総胆管ガンで転移があり、ドレーン挿入の手術を受けます。医師からは、1ヶ月の命といわれます。Sさんには後妻として育てた実子ではない4人の子どもがいて、毎週のように見舞いに訪れていました。ドレーン抜去のための手術も成功し、一時、退院し、その間、墨絵を描き、市の文化祭にも出品しています。

しかし、やがて再入院となり、中心静脈からの点滴をうけ、尿管も挿入されて、ベッド上で安静の状態を保つようになります。そうした状況の時、Sさんには3才で生き別れになったままの実の娘さんがいることがわかり、親友の努力によって、亡くなる3日前に再会しています。その時の様子を稲光氏は、次のようにつづっています。「しばらくは互いに沈黙、その後は涙、涙でくしゃくしゃの顔になりながら、とぎれとぎれの声を振り絞るように『よう来てくれたね……。ごめんね……。許してや……。幸せにね！』と話されたのです。50年も会わずに我慢していたのが、一瞬のうちに吹っ切れたかのようでした。その後も会うべき人に会い、凝縮した一日一日を過ごしながら、『もう、言い残したことないよね、ないよね……』と周囲に確認した後、ほっとしたように安らかに永眠されました。[21]」

他の例は、植物状態の患者へのケアです。すでに紹介した西村さんのレポートにある看護師さんの経験と同質のものです。白樺グループの看護師Bさんと多発性脳腫瘍の再発で入院してきたUさんとの体験です。

術後、Uさんは一日中ウトウトしていることが多く、意識不明の状態が続いていました。そのUさんに、Bさんはケアのときも「Uさん！　手術したんだから良くなろう！　良くなってまた話をしましょう」と声をかけていたのです。

しかし、数週間たっても同じ状態が続き、昏睡と傾

眠をくり返し、自力では体動もなく、やっと痛覚反応が出てきた状態でした。しかし、ある夜勤の日、日勤の看護師からUさんの状態が良いとして、次のような申し送りを受け取ります。その日、Uさんは、開眼していても空を見ているような目だったのが、視線が合い、言葉も発したが、日勤者の顔を見て「あんたじゃない」といい、誰かを探しているようだったのです。その看護師さんと交替して、Bさんが体位交換をしようとしてUさんに触れると「あんただよ、あんた優しくしてくれたろ」と言ったのです。この時のことをBさんは、次のようにつづっています。「私はびっくりし、『Uさん私のことが分かるの？　私のことを捜してくれてたの？』と思わず叫んでいました。人の生命ってすごいと思い、Uさんに感謝の気持ちでいっぱいになりました。[22]」

西村さんがレポートしたAさんと同じ体験を、Bさんもしていたと考えられます。末那識または意識でBさんの言葉を感受していたのです。しかしUさんは意識の水準が上がるまで、そのことを表現できなかったのです。

Uさんの発語はそれが最後となり、数日後には永眠されたそうです。この二つの症例からもわかるように、人間の尊厳性は、人工呼吸器やドレーンを装置しているとか、意識が失われているように見えるとかいった病態によって損なわれるものではありません。むしろ、苦苦、壊苦、行苦という三苦にさいなまれ、心を乱されることによって「良き死」「尊厳なる死」が損なわれていくのです。

稲光礼子氏は、人間の尊厳性を保ったQOLには四つの観点があると指摘しています。[23]

①肉体的苦痛が緩和され、できるだけ身体的活動ができること

②精神的に充実し、満足できること

③家族や友人・知人と交流ができ、社会生活が充実・満足できること

④宗教的に充実・満足できること

このうち①は、苦苦にあたり、今日では、ペイン・コントロールをはじめ医療が担当する部分です。二つ

の症例でも、うまくコントロールされております。②と③が壊苦に相当します。次第に社会生活が制限されていきますが、家族や知人、友人とのコミュニケーションが続いていきます。そして心の中に思い残すことなく、安らかで充実し、他者への信と感謝の心さえもつような精神状態です。最初の症例では、50年前に生き別れた実子にもう一度会いたいという欲求が、周囲の人たちの手助けで、再会という形でかなえられています。こうして、壊苦が克服されていったのです。植物状態のUさんも、最後にAさんにお礼が言えて、心残り—壊苦—を超えることができたと思われます。

④に相当するのは行苦であり、その克服こそ、宗教の役割です。ここにあげた二つの症例の患者さんは、仏教を信仰しており、死の不安、恐怖といった実存的苦悩を乗り越えていきました。

この二つの症例が示すように、植物状態にあったり、ドレーンや栄養チューブをつけたりしていても、お二人とも人間の尊厳性を保ち、輝かせながら、安心立命の死を受容していったと考えられます。

それはこの人たちが、三苦を引き起こす三毒（貪欲、瞋恚、愚痴）等の煩悩を乗り越えて、菩提（不貪、不瞋、不痴）の善心が心の中—意識と末那識—に輝いていたからであります。仏教においては、心の中に三毒が荒れくるい、死を安らかに受容できない状態を指して人間の「尊厳性が失われている」と考えます。

一方、安らかさ、智慧、信頼、感謝等の善心が、意識や末那識を覆っている状態を人間生命の「尊厳なる死」ととらえるのであります。

創価学会の白樺グループの行っている仏教看護は、ケアを通して、死にゆく人々の心のなかにある、不安、恐怖、不満、心残り等の煩悩を拭い去り、安心、充足、感謝、信頼等の善心に満たされるよう手助けすることを目標としております。これが、ＱＯＬを高め、人間生命の尊厳性を保ち、輝かせる看護の在り方といえましょう。

注

（1）『新たな生死観を求めて・上——大乗仏教の挑戦４』

東洋哲学研究所編、133頁、東洋哲学研究所

(2) 『生と死をめぐる生命倫理3　安楽死・尊厳死をどうみるか　仏教の立場から』創価学会生命倫理研究会・東洋哲学研究所共編、48頁～49頁、第三文明社

(3) 厚生省植物状態研究班（座長：鈴木二郎（当時）東北大学教授）の調査

(4) 『脳のエシックス　脳神経倫理学入門』美馬達哉著　107～8頁、人文書院

(5) 同書、118頁～119頁

(6) 同書、122頁～123頁

(7) 同書、124頁

(8) 『大正新脩大藏經　第二十二巻』、7頁

(9) 同書、8頁

(10) サンスクリット名で、ヴァスバンドゥ（Vasubandhu）といい、新訳で「世親」、旧訳で「天親」という。釈尊滅後900年ごろ（4世紀）北インド・ガンダーラ（Gandhāra）国のプルシャプラ（Purusapura）に生まれた（『仏教哲学大辞典』創価学会編、1104頁参照、聖教新聞社）。彼の最後の著作が『唯識三十頌』である。ここに唯識思想が体系化されている。

(11) 『唯識思想入門』横山紘一著、158頁～159頁、第三文明社

(12) 前掲『生と死をめぐる生命倫理3』、61頁～62頁

(13) 『語りかける身体　看護ケアの現象学』西村ユミ著、16頁～17頁、ゆみる出版

(14) 同書、151頁

(15) 同書、177頁

(16) 同書、177頁

(17) 『昏睡状態の人と対話する　プロセス指向心理学の新たな試み』アーノルド・ミンデル著、藤見幸雄・伊藤雄二郎訳、3頁～4頁、日本放送出版協会

(18) 「カレン裁判」に関しては、唄孝一「続・解題カレン事件――シュプリーム・コートの場合」『ジュリスト』第622号、1976年に詳しい。

(19) 前掲『語りかける身体―看護ケアの現象学』、18頁

(20) 前掲『生と死をめぐる生命倫理3』、201頁～202頁

(21) 同書、77頁～79頁

(22) 『生命がんばれ！　看護体験集』白樺会・白樺グループ編、22頁、第三文明社

(23) 前掲『生と死をめぐる生命倫理3』、68頁

（かわだ　よういち／東洋哲学研究所所長）