

仏教とバイオエシックス

— 現代医療との接点にて —

川 田 洋 一

生命科学の革新的な技術は、今日、生物学、農学、製薬学、微生物工業（バイオリアクター等）、エネルギー問題（バイオマス等）から医学・医療の分野にまで変革の波を及ぼしている。

これらの深刻な影響を検討する場合、一応、生物レベルの研究と人間レベルの研究並びにそれらの操作技術にわたって考えるほうが論点が明瞭になる。

生物次元では、ウイルスや細菌から多細胞生物にまで入り、動物の段階に突入すれば、人間まではもう一步であり、技術的にも連続しているといってもよい。

しかし、人間次元へふみこむ場合、最大の課題は、その倫理性である。人間次元においても、安全性はきわめて重要であり、他の生物や生態系との関連も考慮に入れなければならないが、同時に倫理性が最大のテーマとして登場してくる。

技術的に可能であることと、倫理上許されないこととの間をどのように設定し、また歯止めをかけていくことがで

きるか——このことが、バイオエシックスの核心となってくる。

ところで、これまで人間の倫理に取り組んできた学問が医学であり、実践的には医療であった。古今東西の医学において「ヒポクラテスの誓い」が西洋医学の根本倫理を支えてきたと同様に、仏教医学では各種の経典に釈尊の説く医の倫理が示されている。共に、人類英知の最高峰であり永劫の輝きを失ってはいないが、これらの伝統的医道の基本テーマは、いわば医師と患者の間の個人倫理であった。今後、個の倫理が医療行為の基盤であることに変わりはない。だが、今日では、生命科学の驚異的な進歩が医学、医療の領域をも巻き込んで新たな課題を次々と作り出し、その方向性を医道論に求めるに至っている。

そこでは、医療関係者のみではなく、他の分野の自然科学者、倫理学者、哲学者、社会学者や宗教家、また一般市民の参加が要請され、それぞれの社会、民族、文化の伝統をふまえての社会倫理の醸成が急務になってきている。

故に、現代医療における医道論は、個の倫理の領域と、社会的コンセンサスの基盤となる社会倫理の領域をも包含することになる。後者については、伝統的医道論は、東西共にはじめて直面する難題であり、直接的解答を有しているわけではない。仏教にしても、これまで、慈悲・中道の精神にのっとって種々の戒律が規定されてきたにしても、それらが、今日的課題に直接的に答える内実をもっているわけではない。

今日、生物学者や医学者を含む生命科学の側から仏教者に、その生死観に立脚しての適切な発言を求めてやまない状況である。にもかかわらず、仏教者の側からは、ほとんど全くと言ってよいほど反応が示されていない。

理由は種々あげられようが、——例えば宗教と倫理の違いとか、仏教と科学との本質的な違いとか——しかし、人間身心の変質と崩壊、ひいては社会と人類の絶滅にさえつながりかねない危険性をはらんだ課題に、一市民として参画し、苦闘しないこと自体が、仏教者としての慈悲心の放棄といえるであろう。

このような意味からも、この小論では、仏教者が新たなバイオエシックスの形成にどのような角度から関わっているかという視座を示しておきたいと思う。

二

現代医療の提示する今日的課題を仏教の視座から整理していくと、これらは主に生苦と死苦とにかかわってくる。人間生誕、即ち、この現象界への出現に関するものとして、人工授精、体外受精、胎児診断、人工中絶等があげられる。

一方、死苦、即ち、死にゆくことにまつわる課題には、安楽死、植物状態、死へのプロセス、ガン宣告、臓器移植、脳死、近似死体験等が含まれる。

これらのなかには、仏教医学の伝統的倫理観からある程度、その方向性を指し示しうるものもあるが、多くの課題は仏教者自身が自らの生死観、人生観に照らして洞察し、行動しつつ、他の人々とともに模索のなかから筋道を見出さねばならない性質のものと思われる。

例えば、たしかに伝統的倫理には墮胎を殺生戒に含めてはいる（『十誦律』第二）「死すれば波羅夷罪、死せざれば偷蘭遮罪。方法としては薬物、機械的方法」⁽¹⁾。それは、胎児に及ぶ慈悲心の現れであり、根本精神からいけば、基調としては現代の人工中絶にも否定的にならざるをえず、産児調節の方向をさし示すように思われる。但し、現代の具体的状況として発生する問題はまだ残されたままのものが多く。例えば、妊娠をつづければ母体の生命が危険である場合、暴行（レイプ）、近親相姦、経済的問題等には、どのように対処することが仏教の慈悲心にならなければならないのか。

さらに、最大の課題は、羊水診断や超音波診断で胎児の異常——染色体異常や先天代謝異常——が見いだされた場合である。今日では、羊水を採取できるのは早くても妊娠満十二週、検査の結果がでると満十六週を過ぎている。こ

の段階で中絶は倫理上容認されるのかどうか。松山栄吉博士は、羊水検査によって先天異常が発見された場合、中絶を希望する人が多いという。しかし、両親の持つ生死観、人生観によっても胎児へのかかり方が左右されるであろう。最近、絨毛採取法という新しい方法で、妊娠八週〜十週で、染色体異常をみる方法が開発されているという。この早い時期での中絶の選択が改めて問題になると思われる。

仏教産科学では、妊娠成立の条件として赤白二滯と中有(識)の顕現即ち、「三事合和」を説き、その後、胎内五位⁽²⁾、三十八周説⁽³⁾が示され、そこでは母体の栄養とともに業風、識の作用が胎児の成長にあずかるという。しかし、受精卵、着床、胎芽、胎児のどの段階から殺生戒に当たるのかまではつきつめていないように思われる。

『三事合和』については、『大宝積経』に「父母は愛染の心を起し、月期調順し、中陰現前し」、「父母の赤白和合するに」とある。精子と卵子と中有身と理解してよいであろう。

では、いつ中有身は顕現するのであろうか。

『俱舍論』(九門分別)往生門では、父母の会合に煩惱を起こして、微細身が粗身となって顕在化するという。すると、受精卵にすでに中有は顕現していると考えるべきであらうか。それとも着床、胎芽のいずれかの段階で顕現するといえるのであろうか。

もし受精卵に中有が顕現しているとすれば、その生命を断つことは殺生戒になるのであろうか。

『瑜伽師地論』(卷一)によると、カラランの位ですでに、識(阿羅耶識)が結生相續しているという。カラランは受精後、七日間であるから、着床するかどうかという時点までである。しかし、受精卵の段階と着床の段階とは大きな差が生じてくる。例えば、受精卵が着床するまでに約20%自然流産するという。流産した受精卵は人間生命かどうか。しかも、このことは後述するように体外受精を認めるかどうかの決定的ポイントになってくる。

WHOでは満八週までを胎芽とし、それ以後を胎児とする。胎芽は他の哺乳動物のそれと鑑別しえない時期である。

仏教の三十八周説では、胎生七週、根位が胎児への境であるように思われる。この時期、眼等の五根が生じてくるといふ。しかし、六識(意識)が働き出すのは、胎内心理学によれば、六ヵ月から七ヵ月にかけてであるとされる。自我の形成をもって人間生命とするのであれば、この頃が境界になる。

仏教者は、仏教産科学の知見に基づきつつ、胎内の生命状況を明らかにする責務があるのではなからうか。その知見は、生理学的には西洋産科学に比べれば不明瞭であらうが、中有(識)という主体に即して胎児の内面から深層構造を描きうる内実を持っている。阿羅耶識から末那識、六識、五識、の各識が顕現してくる様相を通して、胎児の深層が示されるのではなからうか。

その上で、仏教者自身が、具体例を通してかかわることから、個々の事例検討に即してその社会での倫理的コンセンサスが浮かび上がるであらう。

このことは、人工受精、体外受精にも当てはまる。人々に肉化された胎児観が個人の判断の内なる力となる。その場合、仏教産科学の示す胎児の深層心理を考慮に入れることが不可欠であらう。人工受精ではAIDとAIDにわけられる。非配偶者間の人工授精(AID)と養子とのことでは、どちらを選ぶべきかの問題がでてくる。

体外受精では、人工操作による先天異常の増加がありうるかどうかという安全性がまず確かめられなければならないが、その上で、この技術を認めることが倫理的に妥当かどうかを検討されなければならない。ここで最大の問題は、まず受精卵が人間生命か否かということである。「日本産婦人科学会雑誌」第35巻10号(一九八三年十月)では、「受精卵の取扱いは、生命倫理の基本にもとずき、慎重に取り扱う」としか記されていない。また同見解では、夫婦間に限定し、遺伝子操作は行わないといっている。

ところが世界的には、すでに四ヵ月冷凍した受精卵の体外受精児が誕生し、また冷凍受精卵の法的地位が問題になり、代理母まで生じている。胎児への遺伝子操作は現在のところは不可能であるが、将来、技術的に可能になり、重

症の遺伝性疾患をもっている胎児の場合、これを行うべきであろうか。しかし、この技術は、治療の域を一步こえれば、人間改造へとつながっていく。その歯止めをどうするのか——教倫理に期待するものこの点である。

三

一方、死苦にかかわる課題は、伝統的仏教倫理が比較的容易に方向性を見出すことができるものも少なくない。まず、現今の安楽死問題では、尊厳死へと論点が移ってきているが、仏教者の立場からは、いかにして人間らしい尊厳なる死を全うさせうるかという点にこそ仏教の使命があるといわねばなるまい。つまり、安楽死を考えなくても良い状況をつくりだすことが、この問題の解決方向であろう。

『俱舍論』では、三種（苦苦、行苦、壊苦）に分類している。この三種の苦が相互に増幅しあうことはいまでもない。安楽死を求める死苦には、苦苦、壊苦、行苦のすべてが凝縮している。苦苦を肉体的苦痛とすれば、壊苦は精神的苦悩であり、行苦は人間存在の基底をなす実存的苦といえよう。苦苦については、ペインクリニックの進歩が肉体的苦痛を除いてくれることが期待される。ブロンプトン・ミックスチャーの内服、持続硬膜外ブロックなど、ペインコントロールに対する研究が望まれる。同時に肉体的苦痛を増幅する不安、怒り、葛藤等への適切な対処が必要になる。壊苦には、家族、医療関係者の援助が要請されるが、さらに根本的には煩惱を超越する仏教の方法が不可欠となる。行苦という人間存在の根源に関わる苦となれば、宗教の分野である。ガンの自然退縮の心理的背景に実存的転換があることを考えれば、宗教の役割は極めて重要であろう。

つまり、具体的に死にゆく人々と関わり、死の臨床の現場で壊苦と行苦を超越し、生きがいのみちた生を実現、完成させつつ、安心立命の境地に導く使命が、仏教者にあるのではなからうか。死の瞬間まで、否、死そのものを荘厳する臨終正念の姿こそ、最も尊厳なる死といえるのである。

次に、植物状態と脳死には、唯識の深層構造から接近することが可能であろう。大脳生理学では、植物状態は脳幹または大脳辺縁系と脳幹で生きる生命である。この段階は、末那識のレベルで生きる生命といえるのではなからうか。脳神経外科学会の『植物状態患者の定義』（一九七二年）によると、①自力移動が不可能、②自力摂取が不可能、③尿失禁状態、④声を出しても意味のある発音不可能、⑤目を開け、手をにぎれという簡単な命令にはから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眼球はからうじて物を追っても認識はできない。——この六項目をみたく状態が三カ月以上つづく場合をいう（遷延性意識障害）。この定義によると、六識（意識）の発動はない。五識の発現もわずかであるように思われる。しかし、五識、六識の機能の発動が途絶え、又途絶えようとしていても、無意識に深く入りこんだ末那識としての根源的自我は必死に生きようとしている。その証しが生理的には脳幹の機能となって表現されるのである。つまり、末那識で生きる人間生命が植物状態であると推定される。とするならば、植物状態の生命の内面には、我痴、我愛、我慢、我見等の煩惱がうづまいていと推測される。このような無意識レベルの煩惱への対処、また生きようとする意志への関わりが仏教者の役割となる。

故に、植物状態は過剰治療であるとの主張には、反対せざるをえない。医学的にも植物状態は結果論としてもたらされたものであり、だからといって急性期に医療を放棄できるわけではない。

また遷延性昏睡状態からの回復の可能性がほとんどないからといって、医療行為を中断することにも抵抗を感じざるをえない。医療面、経済面、家族の負担等は国家や自治体の課題であろう。

ところでもう一段階、生のレベルが下がると、末那識は阿頼耶識へと潜在化していく。そのプロセスのどこかに大脳生理学的な脳幹の死、即ち脳死がかかわってくるはずである。厚生省の「脳死に関する研究班」の脳死判定の新基準によれば、①深昏睡、②自発呼吸の消失、③瞳孔が固定し、瞳孔径は左右とも四ミリ以上、④脳幹反射の消失、⑤

平担脳波、⑥以上の条件が満たされた後、六時間経過を見て変化がないことを確認する、とある。医学的には、脳幹や上部頸髄を含めた全脳髓の機能の不可逆的喪失状態であるという。

この状態は、末那識の働きが全く阿頼耶識へと潜在化しきったものであろうか。それとも、その途中であり、仏教的な死はその先にあるのであろうか。

だが少なくとも、レイモンド・A・ムーディをはじめとする多くの医師や心理学者がレポートしている近似死体験は、まさに末那識の生の内景ということではできないのではないだろうか。近似死のコア体験の一つである肉体離脱体験の解明には、例えば、『俱舍論』でいう「微細身」「九門分別」⁽¹⁾等が興味深い対応をなしている。『俱舍論』や『大毘婆沙論』によれば、中有身の色陰は「微細身」といい、眼根等の諸根をそなえているという。このことと、肉体離脱のときの種々の体験とは重なってくるように思う。「微細身」の立場からいえば、死有から中有への移行、即ち死とは、「粗身」(肉体)から離れた「細身」が、「粗身」との連結が断たれた時、つまり不可逆になった時を意味する。この時は近似死体験でいう「バリヤー」をこえることと一致するのであろうか。

今後、近似死体験と脳死との関連がさらに明確化されるであろうから——現在のところ一応は脳死の宣告をうけてから蘇生して近似死体験を語った例はないとされてはいるが——、仏教者は、これらの事象と「微細身」「粗身」との関係を明らかにしていけば、仏教の立場から、脳死をどうとらえられるのかという示唆を得ることができると思われる。

仏教者は、以上のような仏教の視座、つまり、内面の様相から、植物状態、脳死、近似死体験を照らしだしてみることができるとはなからうか。

このようにして、仏教の視座が、人々の死生観に取り入れられ、肉化しつつ、次第に死苦にまつわる課題についても社会的コンセンサスを育む土壌が醸成される。その上に、その社会、民族、文化の状況に応じての臓器移植、人工

臓器の方向も見出せるであろう。臓器移植では、現在、心臓、肝臓、腎臓の他、膵臓、肺臓、角膜、骨髄、睾丸、関節、皮膚、血管等が対象となり、心肺同時移植や膵腎同時移植も増えている。

移植の対象になっていない臓器としては、脳がある。しかし、脳の部分移植までは試みられるようになっていく。

臓器移植には、死の判定の問題とともに、ドナー(提供者)側の問題として、仏教的には臓器提供という行為はいかなる意味を持っているのであろうか。例えば六波羅蜜の中の布施行として位置づけられるのであろうか。

今度は、レシピエント(受容者)の側として、果して他者の臓器をもらってまで延長して生きる生にいかなる仏教的意義を見出すことができるのであろうか。また、いかなる生を生きるべきなのであろうか。さらに、部分移植といえ脳にまで及んだ場合、向精神薬や脳外科手術と同じように人格への影響を考慮しないではいられないのである。それは、末那識という根源的自我の変質、崩壊にもつながりゆく技術であり、倫理の成立する基盤そのものをゆるがす危険性を孕んでいる。このような臓器移植そのものの基点を問い直してみる責務が仏教者にあるのではなからうか。

四

次に、ガン宣告並びに死へのプロセスの問題をとりあげたい。ガンが恐れられるのは、ガン末期の苦痛や早期発見が遅れば「死に至る病」であるとの恐怖心にある。従って、ガンであると知った患者は強い精神的ショックに見舞われるのが通常である。

そのショックによって、急激に病状を悪化させ、死期を早める人もいる。しかし、逆に、一時のショックを受けても直ちに立ち直り、ガンと真正面から対峙する人もいる。その結果、免疫力が強化されて治療効果を高めるのである。サイモントン療法⁽⁵⁾では、この原理ののっとなって心理的免疫療法を開発している。

そこで、ガン宣告の問題は、結局、状況、条件等の違いによって個別的でしかありえないのであるが、今日では、

医療技術の向上、一般的ガン知識の普及によって、ガン治療を隠しきれないこと、また、自然に察知してしまう場合も少なくない。

ガン告知で考慮しなければならない条件には、初期ガンか、末期ガンか、ガンの種類、患者の性格、肉化した死生観、人生観を持っているか否か、家庭内の事情、社会で仕残した仕事等がある。これらの条件を考慮し、手術成績も考え合わせて、ガン告知をするか否か、また、どのようにするかを判断するのであるが、いずれの場合でも、患者が尊厳な「良き死」を迎えることができるよう最大の援助をなすのが、仏教者の役割である。

ガン告知をした場合、その後、患者をどのようにサポートするかが最大の課題である。

ガン患者の心のなかに吹き荒れる絶望、悲哀、怨念、瞋り等の煩悩を転換し、勇氣と安らぎと希望を与え、自律神経系、ホルモン系を通じて免疫力の増強、死苦の克服へと導く仏教者の慈悲の実践こそ、身心不二の具現化といえよう。

E・キューブラー・ロスは、ガンのみならず「死に至る病」を知ってから、患者は次のような五段階を経るとの説を立てている。⁽⁶⁾即ち、否認、怒り、取り引き、抑うつ、受容のプロセスである。

抑うつには反応抑うつと準備抑うつが含まれる。反応抑うつが過去の喪失であり、壊苦の性質を帯びるのに対して、準備抑うつは世界との訣別を経験するための準備的悲嘆であり、行苦に含まれよう。

五段階の底には、壊苦と行苦が渦巻き、患者がこれらの苦悩とどのようにかかわるかによって、死へのプロセスが変化してくる。ある者は、否認のままで死をむかえ、又、ある者は怒りをいだいたまま死に入る。ある者は、安らぎの受容に至る。このように、個人によって千差万別であるが、仏教者は、その人の死生観への働きかけによって、人間苦を超越する道を指し示し、五段階に重大な影響を及ぼしていく。例えば、仏教実践により「良き生」を全うし、自己実現の極みに「良き死」を招来する死への創造的プロセスを提唱する心理学者がいる。⁽⁷⁾彼は、ロスの五段階説は、

概ねネガティブな死のプロセスをあらわしているととらえる。むしろ、受容に至るプロセスのどこかでポジティブに転じていく者も少なくはなく、それは結局安らかな受容へと導かれていくのであるが、死に直面したショックから直ちに立ち直り、否、死自体をバネにして、創造的生を開拓しゆく者もいる。即ち、最初からポジティブなプロセスをたどる者の段階を、次のように示している。

死の自覚が、人生、生命とは何かという問題意識(1)を生じさせ、その持続と深化が発見(2)に導き、それを確認(3)しつつ、喜びと決意のうちに創造的行動(4)を呼び起こし、ついに実存的証明(5)をなすに至るといふ。ポジティブからネガティブへの転換によって、免疫機能が賦活され、自然退縮等としてあらわれることもあるという。

仏教的にいえば、そのような人の内面からは、仏性が強力に湧現しているにちがいない。「仏道修行の目的は、結局、個人の生命の内奥に脈打つ仏性という大生命—宇宙それ自体としての生命—に帰り、そこから慈悲と英知に輝く尊厳なる力を涌き出すことにある。信仰者は、生と死の究極的基盤に流れる永劫の大生命に帰り、そこから再び現象界に戻ってくる⁽⁸⁾」といえよう。

宇宙生命においては、生死は不二である。故に、宇宙根源流に生きる生は、生のなかに死をはらみ、死をくみこんでの生となり、日常的生の真直中に死を凝視する。その死は、悲哀と絶望の死ではなく、生を充実させ、自己実現を飛躍的に推進する死である。

不断に仏性に潤されて創造的生を生きる人の生命は、生死不二の究極の基盤に立脚した安心感と、大いなる生命に抱かれた安らぎと歓喜さえ感じとるのである。

仏教は、二十一世紀に向けてのバイオエシックスを形成するための豊潤な土壌を有している。しかし、その土壌を

耕し、いかなる植物を育て果実を実らせるか——その課題は、ひとえに仏教者自身の地球人類に対する使命感と具体的慈悲の実践にかかっていることを痛感する。

注

- (1) 『十誦律』巻二、大正蔵二三、九下〜十ページ上。
- (2) 『俱舍論』巻九、大正蔵二九、四七ページ下。
- (3) 『大宝積經』巻五五、五六、五七、大正蔵一一、三三三上〜三三五ページ上。
- (4) 『俱舍論』巻九、大正蔵二九、四六ページ上〜下。
- (5) カール・サイモントン他『ガンのセルフ・コントロール』、創元社、一九八二年。
- (6) E・キューブラー・ロス『死ぬ瞬間』、読売新聞社、一九七一年。
- (7) 阿部一男『生き方死に方』第三文明社、一九八五年、二二四〜二二〇ページ。
- (8) 池田大作、ブライアン・ウィルソン『社会と宗教』(下)、講談社、一九八五年、六三ページ。

(かわた よういち 研究副所長)