

仏法から見た植物状態

——“識”の問題を中心として——

木 暮 信 一

1. はじめに

「医療と人間」ということに関し、わが国では近年「脳死・臓器移植」問題が注目されてきたが、昨年1月の日本医師会生命倫理懇談会の「脳死容認、臓器移植推進」との見解¹⁾と、昨年7月の日本弁護士連合会の「否定」見解²⁾とが対立するに及んで、現状ではこの問題に関し国民的合意までは程遠いという状況である。

こうした中で、医療のあり方が問われるようになり、特に終末医療（ターミナル・ケア）の問題と、それにともなって、いわゆる植物状態患者の問題が表面化しつつある。厚生省植物状態研究班³⁾のデータに基づくと、全国では、植物状態患者数として約2,500例存在すると推定されている。脳死状態と比較して、植物状態は「自発呼吸が存在する」という点だけでも厳然と区別されるものであるが、「効果的治療がない、回復可能性がほとんどない、しかし生きている」という点でかえって悲惨な状態であるとも言えるかも知れない。

欧米諸国においては、このような植物状態患者の存在が尊厳死運動の基礎にあるように思われる。特に、1975年米ニュージャージー州のカレン事件において、翌年州最高裁が「尊厳死容認」の判決を下したこと⁴⁾、更に1976年米カリフォルニア州において「自然死法」が制定されるに及び⁵⁾、植物状態患者と尊厳死との安易な結びつきが強まってきているように思われるのである。昨年1月米国医師会誌に掲載された「It's Over, Debbie.」（デビー、終わったよ）は、尊厳死が拡大されて、末期ガン患者にも実に安易に適用されていることを示し

ている⁶⁾。

長い年月をかけて議論を重ね、「自然死法」の制定に至ったという歴史をもつ米国においてさえ、今だにデビー事件のような問題が発生し得るのである。

わが国においては、脳死問題の陰で、植物状態に関する議論や情報は極めて少ない。一つ間違えば、殺人や、ナチスの優生主義という名目のもとで行なわれた強制的安楽死に通ずる危険性をはらんでいる重大な問題にもかかわらず、その実態は正確に浮きばりにされていない。

本稿において、まず最初に、植物状態の概念と実態について取り上げる。そして、そこで問題となる患者の意識や認識に関し、現代医学で解明されつつある脳内メカニズムに論及する。最後に、仏法の視座からこの植物状態患者に対する医療のあり方について言及したい。

2. 植物状態患者の概念と実態

脳死問題においてはその判定基準が議論の中心でもあったが、植物状態に関しても同様で、その状態を明確に規定する意味での定義は、むしろ存在しないと言った方が正しいかも知れない。実際、医療の現場においては、患者の症状はケースバイケースなのである。

しかし、議論を進める上でも、ある程度確立した基準は提示しておきたい。

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」で、遷延性植物状態患者（Persistent vegetative state）、または失外套症候群（Apallium syndrome）とも言われている⁷⁾。1972年、厚生省植物状態研究班が脳神経外科学会と症例をもとにして作成した基準によると、植物状態患者とは、

- i) 自力で移動できない。
- ii) 自力で食事がとれない。
- iii) 大小便が失禁状態にある。
- iv) 目でもものの動きを追っても、それが何であるかを認識できない。
- v) 「手を握れ」「口を開いて」など簡単な命令に応じることはあっても、

それ以上の意思の疎通はできない。

vi) たとえ声は出しても、意味のある発語はできない。

vii) 以上の状態が3ヶ月以上続く。

という諸項目が満たされた状態と規定されている。

具体的に症状を考えてみると、典型的な場合は次のように想像できる。患者は全く音を立てず、ほとんど動かず、終始横たわっている。天井をじっと見つめたり、動くものを追ったり、音のする方向に視線を転ずることはある。口を利きそうに見えるが、ほとんど無言で、わずかに声を発することがあっても了解不可能で、言葉になり得ない。繰り返し命令されると、ゆっくりした不完全な動作で簡単な運動をすることはあるが、自発性の運動は全くない。情動反応もほとんど認められず、涙を流したり、苦痛や不快を表わすこともない。口に入った食べ物は飲み込むことはあっても、ほとんど咀嚼しない。大小便は完全な失禁状態である。

このような病態が持続するだけでなく、多くの場合、次第に悪化していく。即ち、意識が混濁したり、自発呼吸が不規則になったりという具合にである。従って、人工呼吸器（レスピレーター）が装着されたり、栄養・補液のためのチューブが挿入されたりする。その結果、一方において「患者のあり方は尊厳か」という問題に連関してくるのである。

次に、植物状態の症状を脳生理学の立場から考察しておきたい。

とにかく生命がある。原始的な防禦反応、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る。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る。従ってこれらを総合すると、脳幹⁸⁾及び脊髄機能は少なくとも残存していると考えられる。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、更には、知覚や適応するための自発運動、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、大脳新皮質及び大脳辺縁系に重度の機能障害が生じていることが予測される。即ち、植物状態とは、大脳の新皮質や辺縁皮質の機能が遮断または脱落している状態と考えられる。この意味において、全脳

機能の不可逆的停止である脳死状態とは大きな相違がある。

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はならない、とは必ずしも言えない。何故ならば、皮質と脳幹を結ぶ白質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ある。従って、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ある。

植物状態患者の実態に関する報告は乏しく、1972—76年の厚生省研究班の調査による以外ない。以下、その報告について略記しておく。

植物状態を起こす原因疾患としては、脳内出血、クモ膜下出血及び脳梗塞を含めた脳血管障害が多く、約50%と推定されている。それ以外には、最近急増している脳外傷のほか、脳腫瘍、中毒などをあげることができる。

また、患者の年齢分布では、60—70歳の壮年から初老にかけてピークがあると統計には出ているが、脳外傷による植物状態に限れば30—40歳にピークがある。

植物状態の持続時間に関しても、脳外傷後の植物状態患者に限り調査されている。それによると、3ヶ月から1年持続の症例を100%とすれば、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る。この減少は大多数が死亡によるのであるが、稀には10年以上生存する例や、少数例ながら植物状態から脱却し、完全とまではいかないが回復する例も存在する。回復例は主に若年者の脳外傷例に多いと報告されている。一度植物状態に陥った症例がどの程度生き延びられるかという単純平均生存年数は、約2.2年と割り出されている。

こうした実態の中で様々な問題が提起されている。例えば、「植物状態はつくらなくてすむか」とか「植物状態に対する治療法は開発されるか」など、いづれもその解決が悲観的なものが多い。その中で、最初にも述べたように「植物状態患者に対するあり方——尊厳死論を容認できるか」は、最も重要な問題であるように思われる。従って、この問題を考察する上で必要な“意識”や“認識”という作用を、現代脳科学の立場から、次章で見ておきたい。

3. 脳科学における“識”の問題

脳科学はここ10年間に於いて目覚ましい進展を遂げている学問分野である。単に大脳生理学者だけでなく、生化学、形態学、病理学、更には遺伝子工学、そして心理学など幅広い分野からの研究者が参画し、「脳の解明、心の解明」を目指し研究に取り組んでいる。

ここでは、この脳科学の中で、“識”の問題に関連する「意識」と「認識」について取り上げてみたい。ただし注意しなくてはならないことは、主として動物実験の結果を、単に実証的だからという理由で人間の高次精神活動に適用することには慎重でなくてはならないということである。従って、脳損傷の患者の機能脱落などいわゆる臨床医学の結果もふまえて考える必要があろう。

まず意識の問題であるが、脳科学で対象とされているのは、一つは睡眠・覚醒サイクルにおける意識状態であり、もう一つは随意運動⁹⁾における意志に近い意味での意識である。

前者については、1929年ヒトの脳波発見¹⁰⁾以来、脳の電気活動の反映である脳波と意識水準との関連性が、ヒトだけでなく動物レベルでも存在することがわかってきた。例えば、強い興奮や恐怖、怒りの状態では脳波が低振幅速波化すること、また安静状態ではαリズム¹¹⁾、うとうと状態から睡眠状態になると脳波は高振幅徐波化する、という具合である。そして、動物の脳刺激・破壊実験の結果や、嗜眠性脳炎患者¹²⁾の脳損傷部位の研究結果から、覚醒という意味での意識の発現機序として、脳幹部に存在する上行性網様体賦活系¹³⁾の活動が示唆されてきたのである。この部位は末梢からの感覚性入力が分枝して投射するという特徴的な脳部位であるが、大脳皮質などの高次中枢からも連絡を受けている場所である。従って、様々な意識状態は単に外界を中心とした外部からの感覚性入力だけで規定されているのではないことも考慮すべきであろう。ともかく、脳科学は意識状態を左右する脳部位として、脳幹網様体の機能状態を明らかにしたのである。

第二に、意図的な運動、即ち随意運動においても意識の問題が追求されてきた。運動にもいろいろあるが、我々が日常行なっている運動は多くは無意識的であろうが、歩行やキャッチボールなど意思に従って行なっている随意運動である。このような運動は身体の骨格筋の収縮によってなされているのであるが、それを指令しているのが大脳皮質運動野¹⁴⁾の神経細胞群である。そして、単純化した随意運動——例えば、ある角度だけレバーを回転させる運動など——において、脳のどの部位が最初に活動するかがサルで調べられ、前頭葉の補足運動野¹⁵⁾であることが示された。このことは、ヒトの脳局所血流量の測定によっても裏付けられたのである。しかも、ヒトでの研究では、実際のレバー押しをせずに、その運動をすることを想像するだけで補足運動野だけの血流量が増加したのである。これらの実験結果より、「運動をしよう」という意思的発動性やそれにとまなう意識の集中に、補足運動野が関与しているといわれているのである。

次に認識の問題であるが、脳科学ではそれを知覚の問題と記憶の問題に分けて、その脳内過程を追求しているようである。この発端は、大脳機能局在論の端緒ともなった、1861年フランスの P. Broca による運動性言語野の発見¹⁶⁾に遡れる。以来、多くの研究者が脳における知覚の座や記憶の座を求めて実験研究を重ねてきた。

その経過の中で、あげるべき第一はカナダの W. Penfield による研究であろう¹⁷⁾。これは、てんかん患者の治療目的で、そのてんかん発源部位を確認するために行なわれた脳刺激実験ではあった。約400例におよぶ患者の刺激実験により、大脳皮質に、先に述べた運動野が足指・足・脚……手・手指・首・顔・舌という配列で局在していることや、言語野や種々の感覚野の存在が明らかとなった。この中で注目すべきは、感覚と知覚の相違という点と、記憶の想起ということである。大脳皮質には眼・耳・皮膚などの感覚受容器からの投射領域が存在するが、その領域、即ち一次感覚野を刺激してみても、例えば、「星形の光を感じた」とか「音がした」とか言うように、患者は感覚がひきおこされ

たことを表現するのであるが、決して「誰々の顔、家の入口」とか「あのメロディー」というような具体的に対象を規定する知覚は生じていないのである。その後の研究によって、これらの知覚には連合野が関係しているのではないかと推測されている。

記憶に関するものでは、側頭葉皮質の刺激例がある。その刺激によって、「夢です。音楽が聞こえます。皆が入ってきます」というように物語的な記憶が想起されたり、別の部位の刺激で「まるで自分がここにいないような気がする。でも私は今手術を受けてます」という錯覚とも言える反応が引き起こされている。これらの結果は、側頭葉切除術を受けた患者が示した逆向性健忘や作話という症状ともほぼ一致する結果である。従って、日常われわれが体験するような記憶の記録、想起という精神活動や、あたかも近似死体験者の表現に出てくる自己視型体験¹⁸⁾なども、側頭葉をその座にしている可能性は強いであろう。

第二にあげなくてはならないのが、R. W. Sperry 等により、行なわれた分離脳患者に関する研究である¹⁹⁾。これもやはりてんかん治療が目的で、発作の伝播や重篤化を防止するため、左右大脳半球を結ぶ脳梁を正中で切断してしまうというものである。結果として、特殊な実験系が成立することになった。即ち、主として視覚刺激を用いて右脳だけを賦活させたり、逆に左脳だけを賦活させたり、というテストが可能になったわけである。

分離脳患者の前のスクリーン（このとき、患者は正面を注視している）に、例えば、右側に「鍵」という文字を、左側には「カギ」の絵を同時に、しかも瞬間的に提示した場合、それらの情報は視覚中枢路の性質によって、文字は左後頭葉視覚野に、絵の方は右後頭葉視覚野にそれぞれ投射されることになる。脳梁が存在すれば、左右半球間で情報が交換されて、“（絵で示された）形の鍵”だと認識されるわけだが、分離脳患者の場合には奇妙なことになるのである。「右側に映ったものは何ですか」との問いに対し、「カギです」と発音して答え（言語野は普通、左半球に存在する）、右手（右手の運動を支配する運動野も左半球にある）でそれを書かせると「鍵」と正確に書けるのである。一方、「左側のは何ですか」という問いには、「……」とことばで発音して答えることはできない。しかし、

「同じものをスクリーンの裏に置いてあるもの（患者には見えない）から選んで下さい」と言うと、左手（この支配領域は右半球にある）で絵と同じような「カギ」を捜し出すことができるのである。非常に興味深いこのような実験により、一つは言語化されない認識の存在や、もう一つ左右両半球の機能的差違があることがわかったのである。

4. 仏法から見た植物状態

前章において、現代脳科学が解明しようとしている「意識」や「認識」の脳内機構について概説したが、実体の解明にはまだまだ程遠いという感があることは否めない。しかし、意識の問題において、単にそれを脳波との対応で見るという研究から一歩進んで、運動の準備や意図に関連して意識を捉える研究、また認識の問題において、分離脳患者で観察された言語化されない認識のあり方などを示唆する研究は、人間の高次精神活動を考える上で新たな視点を提供しているといえよう。

本稿の中心テーマである植物状態患者に対し、特にその意識状態や認識能力が問題となるのであるが、植物状態の定義にもあったように「外界の刺激に対する反応」を見るだけでなく、内在性意識の問題も含めて、トータルとして幅広く診る必要がある。実際、脳死状態や植物状態の患者の意識状態を評価するために、3-3-9度方式やグラスゴー方式²⁰⁾が用いられているが、いずれにしても外からの刺激に対する反応にもとづくことが中心である。従って、脳科学における新知見が臨床の場で適確に反映されていくことが重要であると思われる。

それでは、仏法の視座として、植物状態という問題に対しどのようなことを指摘し得るであろうか。

ここで注目すべきは、植物状態の意識・認識という問題と関連して、「八識論」・「九識論」²¹⁾で展開されている認識論的視点であろう。本稿では、唯識学派により詳論された「八識論」ではなく、真諦三蔵がその淵源であると考え

られ、天台や日蓮大聖人が用いられた「九識論」の方から考察したい。

九識とは言うまでもなく、眼識・耳識・鼻識・舌識・身識・意識・末那識・阿頼耶識・阿摩羅識である。このうち眼識から身識までは、脳科学でも研究されてきている視覚・聴覚・嗅覚・味覚、そして皮膚感覚・内臓感覚・深部感覚を含めた体性感覚に相当すると思われる。ただし、そう簡単には等置できないことだけは記しておきたい。何故ならば、脳科学においては感覚と知覚を担う脳領域が異なること、また知覚に関係する大脳皮質連合野については未解明であること、そして、仏法で展開される“識”は、“五蘊”という概念をもち出せば、受蘊・想蘊ではなく、識蘊であると考えられるからである。

第6・意識は、第5識までの識を統合し、全体として対象を判断し識別する作用である。これはまさにわれわれが日常的に経験している意識であり、脳科学で現象論的に明らかになりつつある意思的な意識や、言語化されない認識なども含んでしまうものと考えられる。

第7識以上は、脳科学との接点がほとんど無く理解が困難なところがあるが、それを日蓮大聖人の「御義口伝」²¹⁾で見てみたい。即ち、「薬草喻品五箇の大事」において、「我観一切普皆平等とは九識なり無有彼此とは八識なり愛憎之心とは七識なり我無貪著とは六識なり亦無限礙とは五識なり我等衆生の観法の大体なり」と御教示されている。これを解釈すると、第5識までは限礙といういわば限界をもつ部分であり、第6識は部分観を統合する直観に通ずる側面をもつとともに、それをあたかも実体視してしまうという貪著の特性を有しているものと考えられる。そして、第7識は末那識、思量識とも言われるのであるが、対象への執着から離れる、即ち対境に縁しないという特性を有する反面、自己意識が中心となり、自己の愛憎心が認識判断の基軸になっていると思われる。更に、あえて第8・9識を考察すれば、貪著や愛憎という特性を超えているのであるが、なおかつ彼此という差別に注目した相対的見地が第8・阿頼耶識であり、それを突き抜け一切を偏頗なく平等に見ることができるのが、仏知見としての第9識であり、阿摩羅識・根本淨識であるのであろう。

以上、九識論を脳科学の知見を参照しながら概説したが、むしろようやく脳

科学が第6識・第7識レベルに近づきつつあることが確認でき、九識論によって植物状態患者を考察することの妥当性が見い出されたように思われる。この立場に立って、植物状態患者を考えると、特にその意識・認識状態の評価にはあくまでも慎重さが要求されることが結論される。植物状態の概念のところで述べたように、患者には自発呼吸はあり、睡眠・覚醒サイクルなど脳幹機能は十分働いている。更に乏しいかも知れないが反応性はあるのである。こうした状態は、不完全ながらも第5・第6識レベルは機能していると言えるであろう。いわんや内在性・普遍性という特徴を有する第7識以上の識が、あたかも盲目の人や聾の人が返って他の感覚が鋭くなるように、より強く作用する可能性は十分あるのではないかと想像される。

加えて大事なことは、患者に九識を見ようとするだけでなく、患者を取り巻く医療者・看護者側にも九識論を照射して考えることであろう。脳科学を中心とする医学的知識のみに頼るならば、そうした姿勢で患者を診ることは第6識レベルの生命交流となってしまうのではないか。そこを突破し、自らの第7識以上を発動させて患者に対するということも、現代医療の現場においては極めて重要なことである。ともすれば、「次第に悪化していく、治療効果もおぼつかない」植物状態患者に対する医師たちには、回復の可能性のほとんど無い治療に対する無力感や苛立ち、また家族や看護婦には看護の疲れや諦めなどが渦巻きかねない。また、“チューブの巻きついたスパゲティ人間”などと称される患者を前にして、そうした過剰な終末医療にも問題があることは別にして、「このような患者は本当に尊厳であろうか」との疑念を持つ場合もあるかも知れない。こうした対し方や見方は、結局のところ、患者という他者を利するという姿勢ではなく、逆に弱者を切り捨てるという“婆捨て思考”にとらわれていると言えまいか。即ち、「九識心王」ではなく、「六識心王」であり、「七識心王」であると言えるだろう。

池田創価学会名誉会長の考察²²⁾の中に「本来の医師—患者—看護婦の関係は決して上下関係ではあってはならず、病気を乗り越える過程における協力者であり、それぞれ役割は違っても相互に平等な立場で資けあう関係性にある」と

し、医療の場を相資相依の場、それぞれが自己完成の道を歩むパートナーとしての「慈悲の生命場」と提唱している。ここに、脳死状態のみならず、植物状態患者を中心とした医療の場での「九識心王」をもととしたあり方があると思われる。「患者の尊厳」について、多くの場合、「患者の人格、理性」や「患者の生命の質」というレベルで議論されているが、いずれも患者個人を中心としたものである。この見方も大事ではあるが、仏法の尊厳観²⁴⁾によれば、人間は人の間にいて互いに縁し合いながら、「真の人(仏)」という自己完成への道を歩む過程の存在であるところに尊厳性が認められるとしているのである。従って、この尊厳性は病める人、看護する人という立場を越えて、むしろその間の関係性の中に存在するものと思われる。

植物状態患者を含む終末医療の場には様々な難題があり、それらを乗り越えていくためには大変な努力を要するに違いない。しかし、それ故にこそ、「九識論」の視座から、医療の場も互いに人生を研鑽する「慈悲発動の生命場」であるとの認識を敷衍したいと考える。

(注)

- 1) 日本医師会生命倫理想談会「脳死および臓器移植についての最終報告」(1988年1月)。
- 2) 日本弁護士連合会「日本医師会生命倫理想談会「脳死および臓器移植についての最終報告」に対する意見書」(1988年7月)。
- 3) 厚生省植物状態研究班(座長:鈴木二郎東北大学教授):1972年から5年間に渡って、全国141ヶ所の脳神経外科を中心とする病院で植物状態患者の実態調査を行った。
- 4) 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』622号(1976年10月1日号)。
- 5) 「カリフォルニア州の自然死法」、『ジュリスト』630号(1977年2月1日号)。
- 6) 「It's Over, Debbie.」, 『Journal of American Medical Association』(1988年1月8日号)。
- 7) 田崎義昭・吉田充男編『神経病学』、医学書院。
- 8) 普通脳幹とは中脳・橋・延髄の総称という狭義の意味で用いられるが、ここでは視床・視床下部の間脳も含めた広義の意味で用いている。
- 9) 随意運動とは、われわれが自分の意志に従って自由に手足を動かしたり、字を書

いたり、発言したりするような意志の司令に従って行なわれる運動である。

- 10) ヒト脳波は1929年、ドイツの医師 H. Berger により発見された。脳波とは脳の神経細胞群の集合電位であるが、睡眠相では高振幅徐波、覚醒相では低振幅速波が出現することが報告された。
- 11) 脳波の中で8—12ヘルツの帯域にある波、正常成人だと安静閉眼時に出現しやすい。
- 12) オーストリアの解剖学者 G. V. Economo により、永続的な睡眠状態という症状の脳炎患者の解剖所見から、中脳・視床下部という脳幹部領域がこわれていたことが、1926年に報告された。
- 13) アメリカ UCLA の H. W. Magoun を中心とする脳研究グループにより進められた動物実験にもとづき、動物を覚醒させる座として脳幹網様体賦活系が1949年提唱された。
- 14) 大脳の前頭葉と頭頂葉を分けているのが中心溝である。運動野はこの中心溝の前方部で幅約1cmの帯状領域として位置している。
- 15) 運動野の前域が、運動のプログラム、起始に関連しているといわれる運動連合野(前運動野ともいわれる)であるが、その中の上方部、即ち大脳半球を分かち大脳縦裂側に補足運動野は位置する。
- 16) 1861年、医師 P. Broca は人類学会で、口や舌の筋肉は麻痺していないのに言葉が話せない(運動性失語)患者の脳を供覧し、左前頭葉・後下方部に限局した損傷があることを示した。
- 17) ワイルダー・ペンフィールド『脳と心の正体』(塚田裕三・小河宏訳)、法政大学出版局(1987年)。
- 18) マイケル・B・セイボム『あの世からの帰還』、日本教文社(1986年)。
- 19) S. P. Springer・G. Deutsch『左の脳と右の脳』(福井啓彦・河内十郎監訳)、医学書院(1985年)。
- 20) 立花隆『脳死』、中央公論社(1986年):p.146—150に詳説されている。
- 21) 勝又俊教『仏教における心識説の研究』、山喜房仏書林(1969年)。
- 22) 日蓮正宗大石寺版『日蓮大聖人御書全集』、p.730「第五我観一切・普皆平等・無有彼此・愛憎之心・我等貪著・亦無限礙の事」。
- 23) 池田大作「脳死問題に関する一考察(3)」、『東洋学術研究』第27巻3号(1988)。
- 24) 池田大作「脳死問題に関する一考察(2)」、『東洋学術研究』第27巻1号(1988)。

(こぐれ しんいち 研究員、創価大学助教授)