

生命倫理問題への仏教理念の導入 —死をめぐる問題を中心として—

木暮信一

1. はじめに

“生命倫理”という言葉が、わが国においてもここ数年よく使われるようになっている。原語である bioethics (バイオエシックス) は、1960年代後半、アメリカでつくり出されたとされるが、それは「生命科学や医療の領域における関係者の行為・行状について、道徳的な価値観や原則に照らして論じる学際的研究の系統的学問」を意味するようである¹¹。しかし、わが国においては、学問という意味合いより、むしろ文字通り、生命に関する倫理すべてを対象とすることばとして使われている。いずれにしても、“人の間のあるべき理”という倫理が、しかも生命という尊重るべき対象に対する倫理が議論されることには、大いに望ましいことのように思える。

わが国におけるその生命倫理に関する歴史は浅く、またその中で、巷間話題になっている生命倫理問題は「脳死と臓器移植」に集約されるといつてもよいだろう。その意味で、1985年に発表された厚生省研究班の「脳死判定基準」²⁾や、それに対し詳細な検討を試みた立花隆氏の「脳死」³⁾は、その是非はともかく、生命倫理問題をクローズアップさせたという点で十分評価できるものではないだろうか。

しかし、言うまでもなく生命倫理問題は「脳死と臓器移植」だけではなく、人工授精・人工中絶などの生をめぐる問題や、植物状態・安楽死・尊厳死など

の死をめぐる問題、さらに、遺伝子診断・遺伝子治療・エイズ・老人性痴呆症などヒトを対象とした医学的・臨床的研究から派生してくる諸問題、というように実に多岐にわたる。加えて、医学や医療の進展に伴い、人々の価値観や生死観も変化していくことが推察されるので、それらの問題が時代とともに変容していく可能性もある。従って、そのような生命倫理問題を解決へ導いていくためには、医学・医療・看護の分野、また分子生物学・免疫学・生理学・生化学などの生命科学の分野、さらに法の分野や哲学・倫理・宗教の分野にわたる、まさに多角的・学際的な努力が、しかも持続的に要請されるであろう。
本稿では、こうした生命倫理問題の中で「死をめぐる問題」をいくつか取り上げ、まず個別的に問題点を整理してみたい。次いで、その問題群に共通する点を明らかにし、それに対していくかなる解決へのアプローチがなされていくかを、そして、合わせて生命を深く洞察した仏教から提示される数々の理念がどのように導入でき得るかを論じたい。

2 死をめぐる生命倫理問題

ここでは、断片的になるかも知れないが、“死”そのものに関連する「脳死と臓器移植」・「植物状態と尊厳死」という問題と、死に近接する医療における「ターミナル・ケア」(末期医療)という問題について、まず個別的に述べ、次いでそれらの底辺に存在する共通の問題を探りたい。

先に述べたように、「脳死と臓器移植」という生命倫理問題が与えた社会的インパクトは強いものであった。その後の動きとしては、1988年1月の日本医師会生命倫理懇談会の「脳死容認、脳死体からの臓器移植推進（要旨）」という報告書⁴⁾、対する同年7月の日本弁護士連合会の「否定」見解⁵⁾をあげることができる。その拮抗状態が続く中、昨年来の島根医科大学・京都大学・信州大学で行われた生体肝移植の影響を受けたのか、いくつかの大学において学内倫理委員会への「脳死体からの臓器移植」申請が相次いだ。そして、本年2月、東京大学医学研究所・倫理委員会は「脳死状態の人からの肝臓移植を認める」結論を下すに至った⁶⁾。これには、「ついに時機到来」という声と、本年3月

に発足した「脳死臨調」⁷⁾が結論を提出するのが2年後なので、「時機尚早」との声が出るなど、意見が二分した。その後、大阪大学倫理委員会も同様な結論を示したが、しかし、現在のところ脳死体からの心臓移植・肝臓移植は行われていない。

それでは、この「脳死と臓器移植」において論議されている問題点は何であろうか。詳細は他の文献⁸⁾に譲るとして、その中心点は①脳死の医学的意味や脳死の判定基準に対する問題と、②脳死体からの臓器移植を実行する上で必要不可欠な「新しい死の概念(=脳死)」の社会的受容という問題、とに集約させることができよう。①については、これも厳密に考えればその解決への道程は長いと思われるが、医学、特に脳科学の進展にともない脳死も次第に解明され、より理解されやすい形になって提示される見通しもある。この医科学的見通しを医学的常識として、②の問題についても一種の押し付けで解決をはかるうという向きが医学界の一部に存在するが、それでは問題の本質を見逃してしまうに違いない。なぜなら、死をめぐる医学的常識と一般常識の間に落差があるからといって、医学的常識に同調する必然性はないからである。故に、②の問題ははじめに述べた生命倫理的問題そのもので、その解決に向けては多角的・持続的な議論の積み重ねがどうしても必要であろう。特に、脳死体からの臓器移植に関しては、医学界はどちらかといえばレシピエントにより多くの眼を開けているように思われ、一方法学界はドナーに大きな関心を向けているようなので、その調和をはかる方向へ議論が向かうことが要請される。そうしたプロセスを通して、一般国民への理解が浸透していくのではないかと思われる。

次に、「植物状態と尊厳死」について問題点を整理したい。「植物状態」や「尊厳死」そのものについても議論しなければならない問題であるが、ここでは省く⁹⁾。

欧米においては、カレン裁判以後この種の事例はかなり頻発しているようで、例えば、最近の「ナンシー・クルーザン事件」¹⁰⁾をあげることができる。そこでは、問われている内容が「尊厳死のために経管栄養等の生命維持措置を拒否

する」というところまで達しているのである。わが国の現状では、この「植物状態と尊厳死」に関する問題は表面化していないが、今後そうなることは十分に予測されるところである。なぜならば、そのもととなる植物状態患者の推定数が、1972年度の調査¹¹⁾では全国で約2500人であったのが、1984年度の調査¹²⁾ではおよそ7500人と確実に増加をたどっているからである。さらに、この植物状態という病態が、近代医学・近代医療の進展という中でつくり出されてきたという側面をもつからである。すなわち、どのような人でも病気で倒れた場合、病院へ運ばれ、重症であればあるほど先端医療の重厚な恩恵をこうむり、そして生命は維持されるのであるが、結果として回復できないままの植物状態に至ることが時に生じる、と考えられるのである。従って、「そうした植物状態の患者をそのまま生き続けさせることは、尊厳なのかどうか」という問題は、早晚、わが国においても注目されてくるに違いない。

そこで欧米の事例をもととして、その中で展開されている問題点を記しておきたい。先にあげた「ナンシー・クルーザン事件」の概略は以下の通りである。アメリカ・ミズーリ州に住むナンシー・クルーザンは現在32歳であるが、過去7年間一言も発せず、泣きも笑いもしなかった。すなわち、7年前の交通事故でいわゆる植物人間になった。ナンシーの両手はねじ曲り、鉤爪をもった鳥の足のように変形てしまい、看護婦が彼女の指の下にナップキンを押し込み、爪が手首に食い込むのを防がねばならないほどであった。医師の判断は、回復の見込みはないが、彼女自身何等の苦しみも感じていないであろうし、経管栄養等の生命維持措置が取られるならば今の状態で30年は生き続けられるであろう、というものであった。ナンシーの両親は、自分の娘がこのような状態で生き続けることを決して望まないであろうことを確信し、栄養補給のチューブを取り外してナンシーを死なせる許可を連邦最高裁判所へ求めた。(ミズーリ州最高裁判所は、「ナンシー自身は医療措置を拒絶する権利を有するが、その両親は、娘がそれを望んだであろうことを法廷で証明し得なかった」という理由で、訴えを退けていた。) 1990年6月、連邦最高裁は、「植物状態患者が意識が明確なときに、自分がそのような状態に陥った際は、生命維持のための医療措置を拒否する旨を合

法的に表示していた場合は、栄養補給チューブや水分の補給を含む生命維持装置の取り外しが、憲法上の権利として認められる」という判決を下したが、本件にはその証拠がないとして訴えを退けた。これは、「死ぬ権利」に関するアメリカ連邦最高裁判所の初めての判断であった。¹²⁾ ここで明らかなように、この「植物状態と尊厳死」をめぐる問題の中心に、①「自己決定権」に関する問題があることがわかる。そして、それは、患者が意識を失っていて判断能力に欠けるような場合、患者の自己決定権をどのように証明するのかという問題や、家族がそれを代行できるのかという問題まで含んでいるようである。また、そうした医療拒否のために患者の容姿や人格の尊厳性があげられるのであるが、②その「尊厳」とは何か、という哲学的な問題が横たわっている。その他、③植物状態からの回復可能性¹³⁾ という医学的な問題点や、④植物状態患者をめぐる医療経済という社会・経済的な問題点も指摘できるだろう。特に④については、アメリカにおいて「植物状態と尊厳死」の問題が表面化している理由として保険制度の不備があげられるところから、その実態を明らかにして、経済的援助のシステムを確立するべきとの提案がなされている。

「ターミナル・ケア」とは、「治癒(cure キュア)の期待が全くもてない患者から痛みをはじめ苦痛をできるだけ取り除き、残された日々にその人らしく充実した生き方を選択できるように、また死が避けられなければ平静な死を受け止められるように、患者に施すケア(care)」のことである¹⁴⁾。この定義的な内容からもわかるように、ターミナル・ケアとはその名こそなかったものの、古くから施されていたと考えてもよいだろう。キュアはできなくとも、ケアはいつでも可能であるからである。

それが今日、「ターミナル・ケア」とあえて命名され、クローズアップされてきたのはどうしてなのだろうか。言うまでもなく、近代医学・近代医療の発展により感染症をはじめとして多くの病気が解明され、その治療が可能になったり、予防さえ可能になってきた。こうした医の“部分的”勝利の恩恵に浴し

たことは事実であろう。しかし、特にわが国においては、その発展があまりに急速であったが故か、“部分的”を“全面”勝利と誤解してしまった傾向が強いように思われる。医療者側も被医療者側も盲目的と言ってよいほどに、「病気中心・医師中心・病院中心」という医療のあり方を是認してきたように思われるのである。すなわち、現代医学・医療の底流に「患者不在・人間不在」、「ケアよりもキュア」という偏向性を指摘できるであろう。それ故に、今日、ガンなどの治癒不可能な病気で苦悩する末期患者の存在自体が、医療の偏向性に対する警鐘となり、改めて「ターミナル・ケア」を考えさせる契機となっているに違いない。¹⁵⁾ このような経緯を考えると、「ターミナル・ケア」をめぐる問題点も自然と浮かび上がってくる。ともかく医療の現場における「患者不在・人間不在」という偏向性を、「患者中心・人間中心」に是正することが基本的な問題であろう。その視点に立った上で、具体的な諸問題、例えば①末期患者の生命の質(quality of life)¹⁶⁾ をいかに配慮するか、②インフォームド・コンセントの延長として病気の告知(truth telling)をするべきか、③ターミナル・ケアの場としては病院・ホスピス・在宅など、どこが適切か、というような問題に対処するべきである。

以上、三つの「死をめぐる生命倫理問題」について、個別的にその問題点をあげてみた。もう一度列挙すると、

I. 「脳死と臓器移植」について
①脳死の医学的意味と判定基準
②新しい死の概念の社会的受容

II. 「植物状態と尊厳死」について
①自己決定権
②尊厳の意味
③植物状態からの回復可能性
④植物状態患者をめぐる医療経済

III. 「ターミナル・ケア」について

- ① “生命の質”的意味
- ② 告知の是否
- ③ ターミナル・ケアの医療体制

ということになる。

そして、これらを一つの試みとして纏めてみると、死をめぐる医学そのものの問題（I—①、II—③）、法・経済・社会に密接した問題（II—④、III—③）、哲学・宗教に関連する問題（II—②、III—①）、およびそれらの複合（I—②、II—①、III—②）というように整理できる。ここで、脳死の判定基準や植物状態からの回復可能性という医学そのものに関する問題は、医学の進展にその解決を委ねても差し支えないと考えられる。また、医療体制や医療経済に関する問題は、先に述べた医療の場を「患者中心・人間中心」に是正していくことや、「脱姚捨て思考」¹⁶⁾を医療を含めた社会福祉政策の規範とすれば、解決可能となるように思われる。従って、「死をめぐる生命倫理問題」において、その解決が困難と思われる難題は、「自己・尊厳性・生命」をも含む“死の意味”という問題と、「自己決定権・告知」に関連する“死のあり方”的問題にと詮じ詰められるのではないだろうか。ここに、医学者・法学者のみならず、哲学者・宗教者などが積極的に関与して、発言をするべき理由があると考える。

3. 解決へのアプローチ

前節において、「死をめぐる生命倫理問題」をかなり強引に絞りこんだきらいがあるが、それでは、その難題を解決していくにはどのようなアプローチがあるだろうか。それを論ずる前に、生命倫理問題全体に対しなされてきた一般的なアプローチについて概説しておきたい¹⁷⁾。

一つは、「原理的立場からのアプローチ」である。すなわち、H. T. Engelhardt が展開しているように¹⁸⁾、「自律の原理」や「恩恵の原理」などに基づいて生命倫理問題に対処するというやり方である。例えば、「患者の権利とはこうである、医師の医療義務はこうである」とか、「医療が公平に行われる

とはこういうことである」というように、一般的な患者や医師、医療を想定しながらその原理を規定していくわけである。そこで問題となることはどのような原理を選択するかということであるが、そうした原理の基本となってきたのが、一つはキリスト教倫理であり、他の一つが功利主義的立場であったといえる。この原理的立場からのアプローチは、確かに、多くの生命倫理問題を総合的に考える場合において、ガイドラインを示すなど成功をおさめたようだが、一方、現実の生命倫理問題の底辺に横たわる個々の基本的な人間関係を見失ってしまう、という欠点も露呈してきた。そこで、そうした点を超克するべく考え出されたのが、経験主義の導入であり、「経験に基づくアプローチ」である。W.T.Reich によれば、「経験に基づくアプローチは、それぞれの感受性の違いや、それぞれの価値や人格、そしてその時々の状況変化を重視する」やり方であると理解される。生命倫理問題の場を総合的にとらえるというよりは、むしろその個別性や多様性、具体的な医師・患者関係や患者・家族関係などに適合しながら対応する、という点に特色があるといえる。すなわち、「自分に何が起こっているのか」とか「いま、何をすることが善で、何をしないでいることが悪なのか」等々、医療の現場での“現実性”を直視しつつ最善を選択する、というようなアプローチであると理解される。

以上、欧米における二つの「生命倫理問題」への解決のアプローチについて述べたが、実際の現場ではケースバイケースで「原理的立場」に則ったり、「経験主義的立場」を尊重したりするという、いわば二つのアプローチを相補的に用いているようである。

それでは次に、「死をめぐる生命倫理問題」、その中でも“死の意味”や“死のあり方”という難題に対し、原理的立場や経験主義的立場からどのようなアプローチがなされているか検討してみたい。まず、キリスト教倫理をその原理とする立場では、その典拠を聖書に求めつつも、特にカトリックの国ではローマ法王の発布する教書や声明が根幹になっているようである。例えば、「生命を神から与えられた賜物と考えるキリスト教の見地からは、人工妊娠中絶は原則的に許されない」、「死の判定が最大限慎重に行われるという上で、臓器を他

人に提供することは一種の隣人愛の発露として認められる」、「安楽死や尊厳死の問題に対しては、生命維持の手段を通常のものと非日常的なものとに区別し、患者自身や回りの人間に対して重大な負担をかけないような通常の手段を逸脱するような場合には、生命維持装置を取り外すことが許される」という声明¹⁹⁾をあげることができる。これらの声明の中に、その理論的根拠は乏しいものの、生命・尊厳性・死に対する見方や、他者との関係性における死のあり方が伺える。すなわち、「生命は神からの賜物」ということがキリスト教倫理の大原則になっており、そこに人間の生命の尊厳性や、生命を人間がコントロールしてはならない論拠をおいているようである。ゆえに、声明としての明言はないが、死のとらえ方として「神からの賜物」の対極として「神から召されること」という推測が可能ではないかと思われる。更に、この延長線上に、いわゆる「自然死」²⁰⁾的な、個人の意思を尊重することを前提としながら不必要な加療をせずに自然に死を迎える、という死のあり方を考えることもできる。しかし、その死のプロセスにおいて、死の判定を医学的・科学的な判定に全面的に委ねている点や、判定後の臓器は“もの”として扱えるとしている点は特記しておかねばならないところであろう。

功利主義 (utilitarianism) は、イギリスの J. Bentham (1748-1832) や J. S. Mill (1806-1873) によって主唱された「最大多数の最大幸福」を行為の最高原理とする思想であったが、それがアメリカでは、W. James (1842-1910) らによってプラグマティズム (pragmatism: 実用主義) として発展した。この功利主義やプラグマティズムの考え方が、どのような経緯で医療の場におけるプライバシー権、特に最近問題となる自己決定権に関係してきたかはここでは述べないが^{21), 22)}、アメリカの医療裁判などにおいて、その判決理由の中によく引用される原理である。この功利主義を原理とする立場では、先端医療技術の利用や停止は、それが社会全体の幸福の増進に貢献する度合いによって判定されるのである。例えば、両親の経済的理由から妊娠中絶を認めることはこの立場に則ることになるだろうし、また、この立場に立てば、臓器移植は他の患者の命を延長させることにつながるので、社会全体の利益を増幅するとして認められる

のである。このように、また先にあげた「ナンシー・クルーザン事件」の判決が下されてくる過程でもそうであるが、この功利的立場での相対的な生命観や尊厳観が浮かび上がってき、ひいては死や死のあり方に対してもその相対性ということを貫徹させていくことが理解される。果して生命価値と社会的価値とを比較衡量して、相対化できるものであろうか。この考え方を徹底していくと、重度の障害をもった胎児や嬰児に対しても中絶や安楽死を与えることが許される、という危険性に突き当たるに違いない。更に徹底化すればするほど、社会的価値のほとんどが生命の維持や生命の尊厳という究極の価値に基づいているが故に、それらもまた相対化され、「社会的幸福の増大」そのもの自体が崩壊してしまうのではないかと思われる。

一方、経験主義的立場では、死をどうとらえ、死のあり方としてどのように対処しようとしているのであろうか。一般論のところで述べたように、この立場は原理的アプローチのいわば不利な点を補うような形で登場してきたのであるから、死や死のあり方については原理的な立場と同じ視点と見做してよいかも知れない。しかし、こうした視点だけでなく、あくまでも“個人の死”であることや、まさに“いま”死を迎えるつあるということをその視座に加えることを強調するのである。例えば、死を迎える末期患者の痛みや苦悩ということを考えた場合、原理的アプローチでは鎮痛薬の使用を認めるべきか否かという、適用の是否のレベルに終始してしまいやさしいが、経験に基づくアプローチでは、患者と医師・看護婦・家族との間における苦痛・苦悩の“共感・共苦 (compassion)”²³⁾ということも一つの解決方法とされるのである。このように、生命や死、そして尊厳性ということについて、そのもの自体だけを考察するではなく、関係性も重視するというアプローチは、後に述べるように実に仏教的であるように思われる。しかし、個別性や多様性を重視するあまり、普遍性や一貫性に欠けるのでは、信頼されるものとはなり得ないのでないかと思われる。

4. 仏教理念の導入

以上述べてきたように、「死をめぐる生命倫理問題」の根幹に関する生命や死そのもの、そして尊厳性などについて、様々な見解を見てきたが、いづれもいまだ十分とはいえないもののように思われる。こうした生や死に対する考察の稀薄さは、結局はキリスト教を中心とする“一回生”的生命観に起因しているのではないか。ターミナル・ケアにおける“ターミナル（末期・終末・終点）”ということば自体、そのことを強く反映しているように思えてならない。対して、永遠の生命観を実証することは困難なことであるが、少なくともその視点に立てば、「死を次へのステップと把える」という解釈が生まれ、その考察への重要性が増すに違いない。

従って、このような「死をめぐる生命倫理問題」を前にして、人間の苦悩や生命の深奥を鋭く洞察し、生死の本質を見据えた人間としての確かな人生軌道のあり方を開拓した仏教こそが、その解決への理念を提示するべきであると思われる。

それでは「死をめぐる生命倫理問題」の中で絞り込んできた「死の意味」や「死のあり方」に対し、仏教はどのように教示しているのであろうか。

まず第一の「死の意味」についてであるが、これは同時に「生の意味」でもあり、「生命」や「自己」や「尊厳性」への問い合わせもある。したがって、仏教の死生観への問い合わせてもよいであろう。そこで、こうした死生観の中から卓越した理念としてあげるべきものは、「生死不二」という理念である。ここでいう生死とは、生命の二つの側面であり、生も死も本然的に生命それ自体に備わっているとされるのである。『生死一大事血脉抄』²³⁾には「天地・陰陽・日月・五星・地獄・乃至因果・生死の二法に非ずということなし、是くの如く生死も唯妙法蓮華経の生死なり」とある。すなわち、生死の二法は衆生（生きとし生けるものすべて）の一念・生命にあり、生・死という現象はその深遠なる働きにはかならないということを意味していよう。普通、死は生の対極にあるものというように考えられるが、この仏教的立場では、それが「不二」の関係

にあることを強調している。そして、我々が生きているということを「生の顕在化・死の潜在化」ととらえ、死んでしまったということを「死の顕在化・生の潜在化」ととらえていると理解できる。そして、生が顕在化しているときこそ自発・能動性が十分に發揮され、一念・生命の奥底に本来的に存在する“仮性”²⁴⁾を顕現させる仏道修行を実践できるがゆえに生命は尊い、という生命の尊厳観²⁵⁾も出てくる。（もちろん死が顕在化しても、“仮性”は本来的に存在しているのであるから、生死不二にわたり生命が尊厳であることは言うまでもない。）こうした生・死に対する把握の仕方は、例えば、胎児において細胞の死によって器官などの形がつくられてくることや、われわれの身体が新陳代謝（古い細胞が壊され、新しい細胞が生まれること）により維持されていることなどを考えると、充分合理的なものと認められる。それゆえに、死に臨んでも、この「生死不二」という視座から、たとえ生が次第に潜在化しつつあるといつても何らかの「死して創造する」ということがあっても何ら不思議ではないと思われる。また、この死生觀と尊厳觀を合わせて考えると、脳死・安樂死・尊厳死や自殺という問題に対する対応の仕方が明確になってこよう。すなわち、一般的にはこれらの死が殺人・殺生という“殺”との関係性のもとで論じられ、いわば、“生一殺一死”という線上で殺が死に近いほどその罪は軽く、殺が生に近いほどその罪は重い、と議論されているように思える。対して、仏教的立場では「生死不二」なので、この構図が“生（死）一殺一死（生）”となり、殺の位置にかかわらずその行為が仮性の顕現を止めることにつながるので、その殺自体が否定されるようと考えられるのである。このように、仏教的立場に立つと、「死の意味」という難題がより明確になってくるように思われる。

次に、「死のあり方」に関してはどのような仏教理念が導入できるであろうか。一般的に「死のあり方」を死を迎える患者のあり方として、「患者の自己決定権を尊重するべきだ」とか「患者に病名を告知するべきだ」などと議論されがちであるが、そこに欠如してしまいやすいのが「相資相依性」の理念である。これは、経験主義的アプローチにおいて見た関係性を重視する立場に相似したものと理解される。仏教の「縁起觀」で展開されているように、すべて

の生命体はそれ自身では存在することができず、互いに助け合い依存し合いながら存在している。従って、死を迎える患者を中心としながらも、患者・医師間、患者・看護婦間、患者・家族間という人間関係を重要視して、互いにやがては死と直面せざるを得ない人間どうしであるという基本的立場にたって、可能なかぎりの協力をつくすべきであろう。「患者は自己決定権を發揮できるか」とか「病名告知に耐えられるか」という患者の「生命の質」を問う前に、「自己決定させる最善の方法は何か」とか「告知状況をいかにつくるか」という、いわば医療の場における「相資相依性」というパートナーシップこそが「医療の質」として問われなければならないだろう。

さらに、そのような医療現場にこそ、大乗仏教の特質である「慈悲」の理念を導入するべきであると思われる。『御義口伝』²⁵⁾には「大悲とは母の子を思う慈悲の如しいま日蓮等の慈悲なり」とある。この「慈悲」という「抜苦与樂」(苦しみを抜き樂を与える)の境界は、「仏」の生命を体現した「菩薩」の生命境界から進り出てくるものであるが、これこそは、生命倫理問題をはじめとして現代社会が抱える多くの問題に対して、その解決への指針を与えるものとなると思われる²⁶⁾。そこから派生してくる一つの視点は、人間誰しもが「菩薩道の実践者」であるということであり、患者も医師も家族も人と人との間にあって自己完成を目指す“人間”であるということであろう。故に、そこから「死のあり方」として、まさに末期の患者を目前として懸命なる医療を施すことは当然として、医師や家族もその患者から死に臨むあり方を少しでも学ぼうとする姿勢の重要性が示唆されるであろう。また、「菩薩」の生命境界から出てくる「自利」ではなく「利他」への志向性は、患者や障害者などの社会的弱者を「自分にとって困る存在」として切り捨てようとする傾向と、真っ向から戦う理念となり得るものと思われる。

以上、「死をめぐる生命倫理問題」に対して二、三の仏教理念の導入を試みたが、これらは現代の医療現場において十分に許容されるべきものと考えられる。それゆえに、理念の提示だけではなく、さらなる具体的な理論の展開が期待されるところであろう。

[註]

- 1) W.T.Reich (Ed.)『Encyclopedia of Bioethics』(1976)。
- 2) 厚生省「脳死に関する研究班」(班長:竹内一夫杏林大学教授)「脳死の判定指針および判定基準についての報告書」(1985)。
- 3) 立花隆『脳死』、中央公論社(1986)。
- 4) 日本医師会生命倫理懇談会「脳死および臓器移植についての最終報告」(1988)。
- 5) 日本弁護士連合会「日本医師会生命倫理懇談会『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)。
- 6) 『毎日新聞』1990年2月17日朝刊。
- 7) 「臨時脳死および臓器移植調査会」(会長:永井道雄文部大臣のこと)。
- 8) 池田大作「脳死問題に関する一考察」、『東洋学術研究』第26巻2号(1987)、第27巻1,3号(1988)。
- 9) 木暮信一「仏法から見た植物状態—“識”的問題を中心として」、『東洋哲学研究所紀要』第5号(1989)。
- 10) 立山龍彦「尊厳死」、『文明』第59号(1990)。
- 11) 鈴木二郎・児玉南海雄、日本医事新報(1974)。厚生省「植物状態研究班」(班長:鈴木二郎東北大学教授)による調査。
- 12) 中沢省三「植物状態患者の現況と問題点」、『医学のあゆみ』第150巻5号(1989)。
- 13) 立山龍彦・前掲論文。
- 14) 水口公信「ターミナル・ケア」、『医学のあゆみ』第150巻5号(1989)。
- 15) 長谷川和夫「老人医療と Quality of Life」、『医学のあゆみ』第150巻5号(1989)。
- 16) 森岡正博「医学への招待」、勁草書房(1988)。
- 17) W.T.Reich:日本生命倫理学会主催・第1回国際シンポジウムでの講演(1989)。
- 18) H.T.Engelhardt『バイオエシックスの基礎づけ』(加藤尚武・飯田亘之監訳)、朝日出版社(1989)。
- 19) 宮川俊行「安楽死と宗教」、春秋社(1983)。
- 20) 宮野彬「米カリフォルニア州の自然死法について」、『ジュリスト』630号(1977)。
- 21) 山田卓生「私事と自己決定」、日本評論社(1987)。
- 22) 東洋哲学研究所・プロジェクト研究「安楽死・尊厳死と仏教」(1990)。
- 23) 『日蓮大聖人御書全集』1336ページ。
- 24) 池田大作・前掲論文。
- 25) 『日蓮大聖人御書全集』721ページ、「第一譬喻品の事」。
- 26) 真田芳憲「仏教と法」、『法学研究』第33巻3号(1990)。