

脳死問題に関する仏教の観点(上)

川 田 洋 一

1. 序

現代西洋医学の長足の進歩は、人類に多大の貢献をなすとともに、人間の「生」と「死」に関わる難題を次々とつくり出している。現代西洋医学は、物質的生命観を基盤に進歩する科学技術を活用し、人間生命の解明と適用に全力をつくしてきた。特に、大脳生理学や分子生物学の分野の進歩は、従来、人類がその社会のなかで常識としてきた“生死観”を、その根底からつき動かすほどの衝撃を与えている。“脳死”問題は、そのような科学技術のつくり出した課題の一つである。レスピレーターの開発なくして、“脳死”問題は起こりえなかった。いうまでもなく脳死とは、脳は“死という状態”にあるにもかかわらず、レスピレーターにより呼吸が人工的に維持され、心臓は拍動を続けている状態といえよう。このような脳死は、レスピレーターの開発以前においても、まれに見られたが、その場合でも直ちに心臓死へと至っていたのである。いわゆる今日の“脳死”問題は生じてこなかったのである。ところが、レスピレーターが開発され、脳の機能は何ら発現されていないにもかかわらず、長時間にわたって心臓や肝臓の機能が維持されるようになってから、脳死という状態は、はたして人間として“生”か“死”かという難題が生じてきたのである。臨終において、脳死状態の人に、どのように対応すべきかというターミナル・ケアのあり方へも深刻な影響を及ぼし、また、移植手術との関連性から、

脳死状態の人からの移植は認められるか、否か、という問いも発生することになったのである。

この問いは、多くの宗教、思想界に発せられるとともに、仏教者にも向けられることになった。仏教は、人間の四苦——生・老・病・死——との対決と超克から始まった宗教であるとはいえ、当然のこととして、“脳死”という人工的につくり出された生命状態に遭遇したことはない。仏教の対応してきた死は、あくまで“自然死”(大多数の事故死、病死、老衰死を問わず)である。この場合の“自然死”とは、呼吸が停止し、心臓が停止し、ひきつづいて脳の死へと向かう死のプロセスを意味している。このような死のプロセスをたどる人間生命に、仏教者は対応し、そこに数々の知見を見出してきた。

今日の“脳死”という生命状態に対して、仏教がこれまでつちかってきた数々の知見は、どこまで適応しうるであろうか。いいかえれば、“脳死”問題に関する仏教の知見の種類、角度——仏教の観点——によって、仏教者の対応の仕方も異なってくるはずである。“脳死”状態が、新たににつくり出された生命状態であるとすれば、仏教者は自ら、この問題と対決するなかで、新たな知見ないしは態度を創り出すべき責務を負っているのではなからうか。その意味において、私のこの小論も、現場に直接的に関わる「創価学会生命倫理研究会」の医師や看護者との論議をえたうえでの、一定の方向性を示す試論である¹⁾。

2. 脳死とその判定基準

ここにいう“脳死”とは、いうまでもなく、従来の“心臓死”に対置するものである。従来、死の判定は、医師により“心臓死”を中心にした“三徴候説”にもとづいて行われてきた。呼吸の停止と心臓の停止は、全身の臓器の機能の停止を決定づけるものであり、瞳孔反射の停止は、脳の機能の消失をさし示すものであるから、“三徴候説”は、厳密度の高いものである。しかし、心臓の停止を厳密に判定することは、それほど容易でないことも少なくないが、“不可逆性”という観点からすると、心臓が限りなく停止状態にあるというこ

とは、もはや蘇生することはないといえよう。心臓が停止すると、結果的に脳の死にも至るので、“三徴候説”による死の判定には、脳死の判定も含まれることになる。

しかし、ここで問題にしている“脳死”は、まず、脳の死があり、呼吸の停止が引き起こされるが、レスピレーター²⁾の設置により、人工的に呼吸が維持され、やがて、心臓の停止に至るものである。こうした脳死の原因としては、交通事故等による脳挫傷、脳内出血、脳梗塞、脳腫瘍によるもの、また、一酸化炭素中毒や毒物によって脳の障害を受ける場合等が挙げられている。脳死は、全死亡者のほぼ1%であるという。

さて、脳死は、これまで、日本脳波学会(1969年)、英国王立医学会連合総会「英国規約」(1976年)、アメリカ大統領委員会(1981年)、厚生省(竹内)研究班(1985年)、日本医師会生命倫理懇談会(1988年)、脳死臨調(1992年)等で定義されてきた。これらの“脳死の定義”のなかで、「英国規約」をのぞけば、ほぼ次のように表現できるであろう。「脳死とは全脳機能の不可逆的停止である」と。

例えば、1992年の脳死臨調(1992年)の“脳死の定義”の項には、「脳死については、一般に『脳幹を含む全脳の不可逆的機能停止』と定義されており、国際的にもこれが広く認められている。(中略)ところで、ここで言う『脳幹を含む全脳の不可逆的機能停止』とは、先にも触れた脳の主機能とも称すべき意識、感覚等の脳固有の機能と身体各部を統合する機能が不可逆的に失われたことを意味し、必ずしも脳を構成する個々の細胞の代謝その他の生活機能が全くなくなることを意味しているわけではない²⁾とある。

若干、説明を加えると、“脳死”という状態に関して“全脳死”と“脳幹死”の立場がある。「英国規約」だけは、“脳幹死”の立場をとる。脳幹部分に、生命維持に不可欠な呼吸、体温に関する中枢があり、意識レベルを調節する部分がある。この脳幹が障害をうけると、意識は深い昏睡状態となり、呼吸や体温の調節という生命維持に必須な機能が停止する。ゆえに、脳幹の死はやがて“全脳”の死へと必ず向かうものであるから、脳幹の死をもって“脳死”とし

てよいとするのが、“脳幹死”である。

これに対して、多くの国では、脳幹の死を含む全脳（大脳・脳幹・小脳）の死で“脳死”とする“全脳死”の立場をとっており、「脳死臨調」も、この立場である。

なお、脳死と混同されることもある“植物状態”では、大脳の主な機能は停止して昏睡状態に陥っているが、少なくとも脳幹部分は生きている状態である³⁾。

次に、“機能死”と“器質死”という問題である。先ほどの「脳死臨調」の定義では、“機能死”の立場をとっている。“機能死”とは、脳の働きが死の状態、つまり何ら機能が発揮されていないことを意味する。“器質死”とは、脳の器質、つまり脳を構成する神経細胞やグリア細胞の死を意味している。現在、脳死を“機能死”で判定するのが大勢をしめている。“器質死”では、脳細胞の破壊や溶解をみきわめることになり、“心臓死”以上の厳密性を要求され、過剰であるとの感を否めない（なお、“器質死”では、後述する臓器移植との関連でいえば、脳死はおろか、“心臓死”における臓器移植にも否定的な立場に立たざるをえないであろう）。

次に、一般的な脳死の定義である。全脳機能の不可逆的な消失であるとする、それを、どのようにして判定するのかという“判定基準”が問題になる。「脳死臨調」が基本的に採用している“竹内基準”についてみると、次のようにある。

“厚生省研究班：竹内基準”⁴⁾

対象 一次性及び二次性の脳障害、6才未満の乳幼児、急性薬物中毒などを除く

判定基準 ①深昏睡

②自発呼吸の喪失

③瞳孔が固定し、瞳孔径が左右とも4ミリ以上になる

④対光反射、角膜反射、毛様背髄反射、眼球頭反射、前庭反射、

咽頭反射、咳反射の消失

⑤平坦脳波

⑥以上の条件が満たされた後、6時間経過をみて変化がない。

二次性脳障害、6才以上の小児では6時間以上観察する。

このように竹内基準は、“全脳死”“機能死”の立場に立っている。なお、「脳死臨調」では、補助検査として、“聴性脳幹反応”や“脳血流検査”の意義を認めている。

諸外国の判定基準の代表的なものを比較すると⁵⁾、“脳幹死”の立場をとるイギリスでは、大脳機能をみる必要がない故に“平坦脳波”項目は不要となっており、その代わり、“不可逆性”の検討時間が24時間と長い。“全脳死”の立場にあるスウェーデンでは、“不可逆性”の検討時間が25分と短時間であるが、検査項目として“脳血流消失”が必須となっている。これらの諸外国の基準とくらべてみると、竹内基準への疑問点としては、第一に、“不可逆性”の検討時間が6時間と短い点、第二に“脳血流消失”が入っていないことが上げられよう（「脳死臨調」では補助検査）。

創価学会生命倫理研究会としては、脳死を医学的に“人の死”として認められるかどうかは、医学的な意味での“脳死の判定基準”の安全性や厳密性に関係してくるとの観点から、“脳血流停止”の検査項目を加えること、また“不可逆性”の検討時間を少なくとも“24時間”ぐらいいまで延長すべきことを提案している⁶⁾。

また、同研究会の一員である木暮信一氏も、“脳血流検査”の患者や患者の実験に与える“苦痛”を考慮に入れながらも、次のように研究会の要請と同じ主張をしている⁷⁾。

「しかし、だからといってわが国の脳死判定基準が正当であるとはいえない。むしろ、そうした不完全性を補完する研究努力の積重ねや、苦痛を軽減できる方向への設備面の開発や改良に努めるべきだと思う。それまでの間においては、あくまで慎重な立場を貫くべきであって、脳死判定基準としては安全性の高いところ、すなわち“脳血流喪失”も検査項目の中に入れること、また不可逆性の判定時間として“24時間以上”という基準に設定すべきではないかと

考える。」

同じく、同研究会の一員である筆者も、現場の医師、看護婦の意見、討議の結果、現状としては、「脳死とは全脳機能の不可逆的な停止である」との定義を採用しつつ、「脳血流停止」の“器質死”に近い立場に立ち、項目を加えることにより、さらに、“不可逆性”の検討を“24時間”とすることが、最も“整合性”をもち、かつ「現実的」であると考えている。また、このような立場が、仏教からの諸観点——私の採用したものであるが——から見ても、“整合性”をもつように思われる。ここにいう“整合性”とは、人類のために貢献するという意味での、現代科学技術と仏教の諸観点との間のものである。

3. 仏教の死生観から

仏教の死生観は、呼吸が停止し、心臓停止から、脳の死へとむかう“自然死”の知見の上に成立したものである。直接的に、“脳死”問題に関わる前提として、“自然死”の観察から、仏教者は、人間の死をどのようにとらえていたのかといった点について考えてみたい。ここでは、次の三点に焦点をあてて論を進めることにする。第一点は、仏教者から見て、人間の“死”とは何か、換言すれば、何をもって人間の“死”とするかということである。第二点は、いかなる生命状態を、人間の“死”としてとらえたかということである。そして、第三点に、人間の“死”をどのように判定してきたかということである。

まず、原始仏教では、寿、煖、識の三者によって人間の生命活動が維持されていると説かれている。ここに寿とは寿命であり、煖は温かみのあること、即ち体温である。識とは、意識とか感覚の作用を意味している。つまり、生きているとは、寿命があり、体温がたもたれ、意識の働きがあるということである。

では、死とは何かということについて、『中部経典』(巻二)には次のようにある⁸⁾。

「尊者、幾何の法が此の身を去る時に、具に此の身は棄てられ、擲出され、無心の本片の如く横たわるや。尊者、寿、煖、識の三法が此の身を去るとき、具に此の身は棄てられ、擲出され、無心の本片の如く横たわるなり。」

原始仏教では、寿、煖、識の統一性、統合性の喪失をもって、人間の死としたのである。死の状態とはいかなるものか、ということについて、「この身は棄てられ、投げ出され、心無き本片のように横たわる」と記されている。身体は棄てられると、心なき本片のようになる。しかし、身体を棄てる“生命”そのものが、無になるとはっていないのである。

また、『中阿含経』には、「死は寿命終わり、温暖既に去り、諸根敗壞す」と記されている⁹⁾。この経典によると、死の状態とは、諸根が崩壊してしまうことである。仏教の基本的な生命観の一つに「五陰仮和合」という法理がある。五陰とは、色陰、受陰、想陰、行陰、識陰の5つである。ここに、色陰とは身体であり、識陰とは心である。想、行、識の三陰が、心作用である。この五陰の働きが、仮りに、統合性を保ち、統一・調和ある活動をしているのが、人間の生である。人間の死では、五陰の仮和合、つまり統合性が失われるのであるから、五陰は解体してしまう。当然、色陰(身体)自体も、その統合性、統一的働きを失い、崩壊のプロセスへと移っていくのであるから、身体にそなわる五根(5つの感覚器官)の働きも失われていくのである。感覚器官が働かなくなり、さらに身体そのものが、各組織、各器官としての死の段階から、細胞の死のレベルにまで解体していくのである。これを、「五陰離散」と表現している。身体を構成する物質的要素——物質的エネルギー——の角度から表現すれば、人間の生とは、「四大仮和合」の状態であり、死とは、「四大離散」の状態をさしている。

このように、原始仏教では、寿・煖・識の統合性、五陰の統合性、統一的調和、四大のエネルギーの統合力が失われることが死であるととらえられている。換言すれば、身心(生命)の「統合性・統一性」に焦点をあてて、生と死を見ていたのである。では、身心の統合性が失われたかどうかを、どのようにして判断したのかという問題であるが、単純に、体温の低下や意識の喪失で見ていたのではなかろうか。また、後述するが、呼吸の有無を、判断基準としていたようである。

次に、部派仏教になると、“命根”という原理を立てる。この命根を寿命と

して寿・煖・識の根本において、身心の統合性、統一性の原理を考えていたのである。『俱舍論』には、「命根の体は、即ち寿にして、能く煖と及び識を持す」とある¹⁰⁾。又、『發智論』にも、「命根とは三界の寿なり」とある¹¹⁾。つまり、命根が、三界六道を輪廻する衆生の生命の本質であり、生の時は、煖と識の働きを支えているのである。しかし、この命根が断たれると、識の働きが消失し、煖も失われていくのである。「五陰仮和合」「四大仮和合」の法理においても、和合統合性の原理は命根にあるから、命根が断たれると、五陰、四大が離散、解体へとむかうのである。

死有について、『俱舍論』には、「四には、死有、謂はく、最後の念にして、中有の前に次ぐ」とある¹²⁾。死有とは、最後の念——瞬間——であり、中有へと移っていくのであるが、生命主体そのものが、“死”において無となるのではなく、「有」として、死後へと入っていく。それを「中有身」という。では、この「有」とは何かについて、『俱舍論』では、それは「識」であるという。「命終の位において、何れの身分の中に、〔意〕識は最後に滅するか。頓に命終する者は、意識と身根と、然として総じて滅す。若し漸に死する者ならば、下と人と天とに往くものは足と臍と心とに於いて、次〔第〕の如く識は滅す」¹³⁾。

識が、最後に、どこで滅するか、つまり、身体を離れるかについては、種々の説が記されているが、ともかく、死有において、「識」に焦点をあてていたことは注目すべきであろう。

この「識」——五陰仮和合の法理では「識陰」——を、生命深層にまで探求し、生死を貫く生命主体として“阿頼耶識”を見出したのが、唯識学派である。唯識学派では、説一切有部のような命根をたてず、阿頼耶識のなかに身心を統合する機能を託するのである。

『成唯識論』には、「此の識(阿頼耶識)を、界と趣と生との体と為すに足んぬ、是れ遍せり、恒に続せり、異熟果なるが故に、勞しく別に実の命根有りと執すること勿れ」¹⁴⁾とある。

阿頼耶識は、三界六道・四生の生命の主体となすに十分であり、この識は、

偏在し、恒常に存続しゆくものである。また、阿頼耶識は、「異熟果」であり、同時に「種子識」でもある。故に、唯識学派は、阿頼耶識をもって衆生の生命主体となすのである。『唯識三十頌』には、この識は、「恒に転ずること暴流の如し」と表現されている¹⁵⁾。生命深層にあって、生と死を超えて、恒常に激流のごとく動いている。死においても、とだえることはないのである。

『成唯識論』では、阿頼耶識のうちでも種子を執持する阿頼耶識を具体的に活動する識として「現行頼耶」と呼び、種子としての「種子頼耶」と区別している。現行頼耶は、種子と有根身と器世間とを執持している。現行頼耶は、受胎の際に形成され、一生存続し、死において有根身と器世間をすてて、自らも種子頼耶になり、“中有”へと移っていくのである。そこで、阿頼耶識が肉体を捨てる時は、いかなる条件になった時か、ということについて、平川彰博士は、深昏睡において、「想」の心所が滅し、末那識の作用が消滅し、さらに「受」の心作用も減っていくという段階をのべられた後に、“死有”について次のように解説している¹⁶⁾。

「そしてさらに昏睡が進み触の心所までも消滅すれば、阿頼耶識は身体を分断して、種子のみを摂取して、種子の阿頼耶識となって、次の生処に赴くことになる。この阿頼耶識が身体と分離した時が、まさしく“死有”であるということができる。(中略)しかし、この死有の深昏睡が、脳死における深昏睡とどのように比較できるのかは、目下の所、明らかでない。」

当時における自然死の場合は、昏睡のある段階に入れば、それをとどめる方法はほとんどなかったに違いない。その段階では、おそらく、末那識も働いていたと思われる。少なくとも、“不可逆”の時点が、現代医学における“心臓死”の判定よりは、随分、早かったことは確かであろう。しかし、やがて、阿頼耶識が身体を離す“死有”に至るであろうことは不可逆であったのではなかろうか。

仏教では、以上のように、「識」の消失、即ち昏睡へと入っていく状態をみながら、“不可逆性”を判断し、“死有”に至る生命をみまもっていた立場とともに、出入息をもって寿命となし、この消失が死であるとする立場がある。

その出入息に焦点をあてて、“死有”への不可逆性をとらえようとした立場に、次のような仏典がある。

南方上座部に属する『清浄道論』には、「死心より前の十六番目の心と共に生起し、死心と共に滅する出息入息は、これ死を最後とする〔出入息〕という」¹⁷⁾とある。

また、大乘仏典には、『大集経』に寿・煖・識を次のように説いている¹⁸⁾。
「息の出入は名けて寿命と為し、是を風道と名け、不臭不爛なる、是れを煖と名け、是の中の心意、是れを名けて識と為す。」

出入息、即ち自発呼吸のあることによって、寿命が維持されとの立場である。逆にいえば、出入息が消失すれば、人間の寿命も失われるとするのである。

『大智度論』には、出入息の終り、即ち、自発呼吸の消失をもって死としている¹⁹⁾。

「一比丘偏袒して仏に曰さく、我は出氣に於て入を望まず。入氣に於いて出を望まず」と。仏の云はく、真に見る死相を修して放逸ならずと為す。比丘よ、一切有為の法は、念念生滅して住する時は甚だ少なく、其れは猶ほ幻の如し、無智の行為を欺誑す。」

天台の『摩訶止観』(巻七上)にも、『大集経』および『大智度論』の文を引用しながら、次のように記されている²⁰⁾。

「又風氣身に依って出入の息と名く。此息遷謝す。出は入を保せず。『毘曇』に云はく、“命は是れ非色非心の法なり”と。『大集』に云はく、“出入の息を寿命と名く、一息返らずんば即ち命終と名く”と。比丘、仏に曰す、“七日を保たず、乃至、出入の息を保たず”と、仏の云はく“善哉善く無常を修す”。

『摩訶止観』(巻四上)にも、「人命は無常なり、一息追はざれば千載長く往く」²¹⁾と。この文を引用した妙楽の『摩訶止観輔行伝弘決』(巻七六三)には、「大集等は引きて命を証するなり。一期を寿と為し、連持を命と曰う。一期連持息風断ぜず、故に出入の息を名づけて寿命と為す」²²⁾とある。

日蓮大聖人も、諸御抄のなかで、出入息の消失をもって、死の「不可逆性」を判断されていたようである。『妙法尼御前御返事』には、「人の寿命は無常な

り、出る気は入る気を待つ事なし、風の前の露尚瞥えにあらず、かしこきもはかなきも老いたるも若きも定め無き習いなり、されば先臨終の事を習うて後に他事を習うべし」²³⁾と。

『持妙法華問答抄』には、「出ずる息は入る息をまたず(中略)総て過ぎにし方を・かぞへて年の積るをば知るといへども今行末にをいて一日片時も誰か命の数に入るべき」²⁴⁾と。

この二つの御文にも記されているように、日蓮大聖人の仏法においても、天台、妙楽と同じく、自発呼吸に着目していたのである。では、自発呼吸の消失をどのようにして知ったかという点、日寛上人は、『臨終用心抄』のなかで、次のようにのべている。

「臨終の事を属紼之期と云ふは紼はわた也。臨終の時息が絶へるか絶へざるかを知らん為にわたのつみたるを鼻の口に当てて見るに息絶えぬればわたゆるがざる也」²⁵⁾。

即ち、わたを鼻孔にあてて、自発呼吸の有無を判断していたのである。

呼吸停止の時点では、まだ、心停止には至っていない場合が多く、一般的には、自発呼吸の消失の後に、心臓の停止が来る。従って、呼吸停止の段階での死の判定は、現在の心臓死よりも早い時点であったと考えられる。まして、日寛上人の当時、“わたを鼻孔にあてる”という方法で、呼吸停止を判断していたのでは、自発呼吸が本当に消失しているのかどうかの判定も、かなり幅があったと思われる。このような状態から、再び、自発呼吸が回復することも、かなりの頻度であったであろう。出入息の消失による死の判断も、識の消失(昏睡)の場合と同様に、現代医学における“死”の確認の時点よりは、かなり早い時点であったと推測される。しかし、それであっても、やがて、「死有」へと向かう「臨終」のプロセスに入っていることは確かであり、当時の医学では、このプロセスを逆転させる効果は望みえなかったのである。

4. 臨終について

出入息の消失によって、生命は、「死有」(命終)へと向かう臨終のプロセス

に入る。このプロセスを追っていきたい。

『大莊嚴論經』には、次のようにある²⁶⁾。

「若し人終わんとするに臨み、喘気あらく出で、喉舌乾焦し、水も下すこと能はず、言語了かならず、瞻視端しからず、筋脈断絶し、刀風形を解き支節舒緩し、機関止廢し、動転すること能はず、拳体酸痛、針もて刺さるるが如し、命尽き終る時、大黑暗を見る、深坑に墮るが如く、独り曠野に遊ぶに、伴侶あることなきが如し。」

断末魔がおそいかかり、意識が消失すると、その生命は、“深坑に墮”っていくという。多くの仏典に、臨終の時におそいかかってくると書かれている。“断末魔”の苦しみとは、“末魔”を“断つ”時点での出来事をさす。『俱舍論』には、「又漸に命終する者は、命終の時に臨みて多く断末魔の苦受の為に逼まる。別物を名けて末魔と為すもの有ること無し。然れども身中に於いて異の支節有りて触るれば便ち死を致す。是れを末魔と謂ふなり」²⁷⁾とある。

末魔は、marman の音写であり、死穴、死節などと訳され、損傷を禁じられた急所であり、この末魔に触れて命を断つことが“断末魔”である。“末魔”は、当時のインド医学から仏教に入ってきたものであり、インド医学と仏典との記載は必ずしも一致しない。しかし、その内容を見ると、両者ともに、例えば筋肉の接合部、血管の吻合部、靱帯の結合部、骨、関節の接合部に、“末魔”をみとめている。

この末魔が断たれる仕方には二通りあり、第一は機械的作用であり、第二に四大不調をあげている。機械的作用としては、接触、殴打、刺著、矢の命中等である。第二の四大不調では、人間が危篤になると、筋肉（地大）は水大のために爛れ、火大のために焦げ、風大のために碎かれるので、末魔も解体してしまうというのである。

『俱舍論』には、「若し水と火と風との随一増盛せば、利刀の如し、彼の末魔に触れ、此れに因りて便ち増上の苦受を生じ、斯れより久しからずして遂に命終を致すなり」²⁸⁾とある。臨終になると、風大・火大・水大の三大が増加し、筋肉や骨（地大）を刺激し、筋肉、血管、靱帯、骨、関節等の統合部にあると

される末魔を断ってしまうのであり、その時の苦しみが、断末魔の苦として表現されるのである。

『大毘婆沙論』には、同様の様子がえがかれている²⁹⁾。

「問ふ、幾くの大種が能く末魔を断ずるや。答ふ、三にして、水・火・風を謂ふ。(中略)水の大種が末魔を断ずとは、謂く、將に死せんとする時、内身中に於て、水界増盛し、此れに由りて浸漬して一切の筋をして爛れしむ。諸の筋が爛るるが故に、支節解け支節解くるが故に久しからずして命終するなり。火大種が末魔を断ずとは、謂く將に死せんとする時、内身中に於て火界増盛し、此れに因りて焼逼して一切の筋をして焦げしむ。諸の筋が焦げるが故に、支節解け、支節解くるが故に久しからずして命終するなり。風の大種が末魔を断ずとは、謂く、將に命終せんとする時、内身中に於て風界増盛し、此れに因りて鼓撃して一切の筋をして碎かしむ。諸の筋が碎くるが故に支節は解け、支節が解くるが故に、久しからずして命終するなり。」

日寛上人は、『臨終用心抄』で、風大の増加によって、五陰仮和合、四大仮和合が解体していく様子を示している³⁰⁾。

「断末魔の風が身中に出来する時骨と肉と離るるなり、正法念經に云く命終の時風皆な動ず千の尖き刀其の身の上を刺すが如し。(中略)死ぬる苦しきは家を槌にて頽るが如く四大の板柱材木面々に取り離す故に苦しむ也、断末魔とは之れを云ふ。此の離散の五陰と云ふ如く離散の四大也。」

五陰、四大を“仮和合”させている“統合力・統一力”の消失によって、五陰の働き、四大の働きが解体していくのである。その解体の時の苦しみが、“断末魔”の苦である。五陰が離散していくプロセスで、外界の情報をキャッチする働き、イメージする働きも失われていく。視覚、聴覚の働きも失われ、やがて意識の水準も低下し、昏睡状態へと入っていくのである。

統合力を失った身体の方は、やがて、各組織、各臓器の機能が停止し、細胞の死へと至っていく。仏典では、この断末魔から命終（断命根、即ち“死有”）までのプロセスを“死辺際受”（死する時の感受）として示されている。例えば、『大毘婆沙論』には、次のようにある³¹⁾。

「云何んが死に際受なりや。答ふ、此れに由りて末魔を断じ命根を滅するものなり。問ふ、此の受を何が故に、死に際受と名くるや。答ふ此れによりて引きて死の死に際に至るが故に死に際受と名くるなり。問ふ、若し爾らば応に最後の受を説きて死に際受と名づくべく、応に、『此れに由りて末魔を断じ』と説くべからず。所説は何ん、末魔を断じ已るも或は昼夜を経て方に命終するが故に。答ふ、即ち末魔を断ずる受を亦、最後の受と名く。末魔を断じて後久しからずして必ず命終するを以ての故にと。」

『俱舍論』や『大毘婆沙論』によると、末魔を断じてから命終までの間を「久しからずして」「或は昼夜を経て」としている。また、『大毘婆沙論』では、断末魔と断命根(命終)の関係を「身受」と「心受」としてとらえている。つまり、断末魔の苦は、身体に受ける最後の苦痛であり、断命根では心が苦しみを受けるのである。

『大毘婆沙論』には「有るが説く、『一衆同分中に、二種の受有り、一に身受にして、二に心受なり。末魔を断ずる受は、最も身受の最后なり。命根を滅する受は是れ心受の最后なり』(中略)死に際受は何の処の撰なりや、答ふ、法処なり。幾くの識と相応するや、答ふ、身識と意識となり。謂く、初の末魔を断ずる受は身識と相応し、最後の受は意識と相応するなり」³²⁾。

断末魔の苦は、身識で感受するものであり、身体的苦痛をさしている。ついで、久しからずしておとずれる命終を感受するのは意識である。命終において、意識の水準は次第に低下していき、深昏睡に陥るのである。この時点では、出入息の消失でもって判定してきたのである。

さて、断末魔の苦しきは、身体的苦痛であり、この時点では、意識の働きはまだ明瞭である。それ故に、意識が痛みを感受して苦しむのである。現代医学においては、ペインクリニックをはじめとして、身体的苦痛を和らげることに成功をおさめつつある。例えば、癌末期の痛みも、ペインクリニックによる種々の方法(ある場合は、プロンプトン・カクテルのように麻薬を上手に使う)で、ずい分、コントロールできるのである。

日寛上人の時代においては、痛みのコントロールはおろか、全く手のほどこ

しようもなかった病状でも、今日の医学では、痛みをやわらげ、ある場合には、蘇生へと向かわせることも可能になってきたといえよう。しかし、断末魔の時点では、意識は明瞭であり、心の状況が、身体へと影響していくことも、「心身医学」で証明されていることでもあり、身体的苦痛をやわらげる心の状況をつくり出すことは、臨終を迎えるにあたって誰人にとっても不可欠な条件である。

注

- 1)「創価学会生命倫理研究会」1986年5月、創価学会ドクター部、学術部、白樺会・グループなどの医療関係者を中心に結成、本年、研究論文「『脳死・臓器移植問題』について考える」を『大白蓮華』誌上に発表。
- 2)臨時脳死及び臓器移植調査会『脳死及び臓器移植に関する重要事項について』(答申)、5頁、1992年1月22日。
- 3)木暮信一「仏法から見た植物状態」『東洋哲学研究所紀要』5号、62～73頁、1989年。
- 4)木暮信一「呼吸を重視した脳死・臓器移植」『第5回日本生命倫理学会年次大会予稿集』23頁、1993年。
- 5)「創価学会生命倫理研究会」『「脳死・臓器移植問題」について考える』6頁、1995年。

(脳死判定基準の比較)

	厚生省 (竹内)基 準1985年 (1991補)	米大統領 委員会 1981年	英 国 1976年	イタリア 1975年	スウェー デン 1972年	ハーバ ード大 学 1968年	京都大学 1991年	大阪大学 1984年(1987年)	
								急性一次 性粗大 病変	その他
深 昏 睡	○	○	○	○	○	○	○	○	○
無 呼 吸	○	○	○	○	○	○	○	○	○
瞳 孔 散 大	○	○	○	○	○	○	○	○	○
脳幹反射消失	○	○	○	○	○	○	○	○	○
脊髓反射消失	×	×	×	△	×	○	×	×	×
平 担 脳 波	○	△	×	○	○	○	○	○	○
血 圧 下 降	△	×	×	×	×	×	△	×	×
脳血流消失	△	△	×	×	○	×	△	×	×
判 定 時 間	6 間 隔	12 間 隔	24 間 隔	12 間 隔	25 分	24 間 隔	24 間 隔	6 間 隔	24 間 隔

[○必須 △参考 ×不要]

- 6) 同書, 10頁。
- 7) 木暮信一「大脳生理学より『脳死』を考える」『宗教法』第13号, 1995年。
- 8) 『有明大経』南伝・中部經典卷2, 18頁。
- 9) 『中阿含経』卷211 (『国訳一切経』阿含部6, 347頁)。
- 10) 『阿毘達磨俱舍論』卷5 (『大正蔵』第219卷26頁上)。
- 11) 『阿毘達磨發智論』卷14 (『大正蔵』第26卷93頁中)。
- 12) 『阿毘達磨俱舍論』卷9 (『大正蔵』第29卷64頁上)。
- 13) 『阿毘達磨俱舍論』卷10 (『大正蔵』第29卷56頁中)。
- 14) 『成唯識論』卷1 (『大正蔵』第31卷5頁中)。
- 15) 『成唯三十頌』 (『大正蔵』第31卷60頁)。
- 16) 平川彰「仏教より見た生と死」『東洋学術研究』27巻2号, 27~28頁。
- 17) 『清浄道論』第八品 (南伝・第63巻122頁)。
- 18) 『大方等大集経』卷23 (『大正蔵』第13巻164頁中)。
- 19) 『大智度論』卷22 (『大正蔵』第25巻228頁中)。
- 20) 『摩訶止観』卷7上 (『大正蔵』第46巻93頁下)。
- 21) 『摩訶止観』卷4上 (『大正蔵』第46巻40頁上)。
- 22) 『摩訶止観輔行伝弘決』卷7 (『大正蔵』第46巻374頁上)。
- 23) 日蓮大聖人御書全集, 創価学会版, 1404頁。
- 24) 日蓮大聖人御書全集, 創価学会版, 447頁。
- 25) 日寛上人『臨終用心抄』『富士宗学要集』第3巻, 259頁, 創価学会版。
- 26) 『大莊嚴論経』 (『大正蔵』第4巻273頁)。
- 27) 『阿毘達磨俱舍論』卷10 (『大正蔵』第29巻56頁中)。
- 28) 『阿毘達磨俱舍論』卷10 (『大正蔵』第29巻56頁中)。
- 29) 『大毘婆沙論』卷190 (『大正蔵』第27巻953頁上)。
- 30) 日寛上人『臨終用心抄』『富士宗学要集』第3巻, 259~261頁, 創価学会版。
- 31) 『大毘婆沙論』卷190 (『大正蔵』第27巻952頁下)。
- 32) 『大毘婆沙論』卷190 (『大正蔵』第27巻952頁下)。

(かわだ よういち・研究所長)