

医療現場での倫理的課題

仏教の立場を背景にして

長倉 伯博

浄土真宗本願寺派 人権問題啓発委員会委員

1. はじめに

医療倫理の4原則がある。①患者、家族の利益を最優先させる医療者の責務②危害を加えてはならない責務③自らの医療について選択する患者の権利を尊重する責務④すべての人を公平に治療する責務である。このことについて、いくつかのガイドラインや声明が出されている。そのひとつに、世界医師会1981年第34回総会で採択され、1995年第47回

総会で修正再確認されたりスポン宣言がある。そこでの詳細は他に譲るとして、最後に以下のような項目がある。患者は、自己の選んだ宗教の聖職者の援助を受ける権利と拒絶する権利を有すると述べられている。簡単に言うと、神父、牧師、僧侶などの宗教家がベッドサイドに出かけ相談を受けて良いということであり、拒絶するとは、気に入らない宗教家には来なくていいということである。それぞれの国や地域の宗教に対する考え方や日常の宗教家との関わりの違いがあるとは

いえ、わが国では病院で僧侶の姿を見かけることは少ない。ただ最近では臨床で活動する僧侶たち、宗教家ではないが、宗教を背景としたボランティアが医療の現場に参加している様子も少しは見られるようになってきている。ただ、まだ数は少なく、市民権を得たとまでは言えない。

個人的なことだが、私が、「医療と仏教」という問題に関心を持ち始めた頃、ある終末期医療に活躍する医師から、仏教は生老病死を課題としているのに、なぜ病院に僧侶は出かけないのかと問われた。皮肉と期待を込めた言葉だった。通夜、葬儀、法事を主に行っている私の日常は、死んでからの宗教活動と見られているのだろう。仏の教えを通して生きる意味や苦悩の多い人生を生き抜く智慧を語る大切な場だとは話したが、反論は容易でなかったことを思い出す。

さらに、終末期医療についてのガイドラインができるよりも以前に、厚生労働省の全国200例程度の患者への聞き取りをした研究が紹介されたことがある。

▶執筆者プロフィール



長倉 伯博
ながくら のりひろ

1953年生まれ
鹿児島県善福寺住職、本願寺派布教使
浄土真宗本願寺派人権問題啓発委員会委員
鹿児島県刑務所教誨師、鹿児島いのちの電話スーパーバイザー
鹿児島大学、滋賀医科大学、京都光華大学非常勤講師
日本緩和医療学会、日本印度学仏教会学会員
第47回仏教伝道文化賞 沼田奨励賞受賞
【著書】
『ミトルヒト』『雲の上はいつも晴れ』『長生きのゆくえ』『降っても晴れても』（本願寺出版社）

その中に、「あなたは終末期の患者として病床に来てほしい宗教家がいるか」という問いがあった。7割以上の方がないと答え、仏教と答えた方が1割、後は他の宗教だった。

医療と宗教の協働という課題は、このようなことから出発することになった。以前よりはましになったが、この状況はまだ続いている。

2. 医療の進歩と新たな課題

医療が急速な進歩を遂げていることに反論する人はいないだろう。少し前まで

死に至る病と思われていたのが、生存率を大きく延ばすことになったのは、患者、家族にとっては朗報であるには違いない。

例えば、今は標準的医療になっている腎不全患者への人工透析について考えてみよう。

日本で保険適用になったのは1967年、更生医療の適用になったのは1972年である。適用以前には高額な医療費に苦しむ患者とその家族がいたが、2018年には30万人以上がその恩恵を受けている。さらに透析技術は進歩を遂げている。

しかし、現在、透析学会では、透析をどこまで続けるかという議論がなされているという。終末期の腎不全の患者を緩和医療の対象にするか否かと検討している。患者の自己決定権の問題やどちらが有益であるかも考える必要に迫られている。

医療の進歩は大きな喜びをもたらしたが、死を見つめる援助も必要になるのである。その時、患者とその家族、さらに医療者に、生老病死を課題としてきた仏教の果たすべき役割があるのではなからうか。

臓器移植と脳死の問題、出生前診断の是非、人工授精、なかでも不妊治療での精子や卵子を提供してもらうことから起る問題、他の女性の子宮で産んでもらうことの是非、この他、安楽死の問題、また受精したばかりの胚を研究に使うよいか、では中絶はどう考えるかなど、問題は多岐に拡がり、枚挙にいとまがない。このような問いに、いのちを生老病死の苦悩を生きる存在として考えてきた

仏教は、どのように対応するのだろうか。悩みは深い。

3. 僧侶にたずねたいこと

講演を依頼された際に、「僧侶である私にたずねたいこと」というアンケートを取ったことがある。医療関係者と僧侶を対象にしたものである。質問という形だが、医療現場での悩みとも読みとれる。以下いくつか紹介する。

- ①「早く死にたい」「生きていても仕方がない」「終わりにしてほしい」と言われた時、どう対処すればよいか
- ②寿命ってなんですか
- ③体はなくなっても心（魂）はあるのか
- ④安楽死についてどう思うか
- ⑤あの世はあるのか
- ⑥生命の重さについて、食用の動物なら殺してもいいのか。犬猫虐待は大騒ぎするが虫ならいいのか
- ⑦延命治療したくない本人と1秒でも長く生きてほしいという家族の間でどう

するか

- ⑧ ACP（アドバンス・ケア・プランニング＝人生会議）についてどう思うか
等々

このような問いは、生命倫理学の立場などから研究されているが、宗教の課題でもあると言えないだろうか。

患者の苦悩について、世界保健機関（WHO）は、身体的痛み、社会的痛み（お金のこと、家族のこと、仕事のことなど）、心理的痛み、スピリチュアルな痛みを整理している。最後のスピリチュアルな痛みとは、生きていることについての根源的な痛みと、私は理解している。まさに生老病死の問題である。このことを解決していく簡単な方法は無論ないが、共に限られたいのちを生きている者同士として共感できた時に、少し光が見えてくると思われる。

「お願いだから、死んでも焼かないで」と何度訴えられただろうか。そんな時、言葉に窮することも多いが、あなたも私も、あなたの大切なご家族も、いつかは

その日が来ると話すと、「自分だけじゃないのか」と肯いた方もいた。この世に生まれてきた全ての存在の有りように思いが至る時、仏教への問いが始まると言ってもよいのではなからうか。

4. 仏教が問われる時

ここでは、さらに仏教が問われるいくつかの課題について検討してみる。

①文字盤による会話をしている難病患者とその家族のことである。

在宅ケアチームの保健師からの依頼でベッドサイドに伺うことになった。

これから患者の病気は進行していくことが予想されるが、自分の意思が伝えられるうちに死にたいと考えている。家族は少しでも生きてほしいと願っている。

面談の日に、小学生の息子の「ぼくのお母さんはこんな重い病気の中で生きている。ぼくもお母さんに負けないように頑張るよ」の一言で母親の胸に生きる希望の灯りがともった。しかし、病状が進

行するとまた苦しみが深くなることも繰り返すだろう。また、家族の介護の苦悩も起こる時もあるだろう。包括支援システムが構築されることが待たれる。その際、生死の問題を課題としている僧侶の存在も求められると思われる。

②わが子が脳死状態にあるご夫婦の相談である。

病院からは丁寧な説明を受け自宅に帰り、明日は装置を止めてもらおうと、泣きながら決意する。しかし子どもを見ると決意が揺らぐというのである。合理的には理解しても受け入れるのは困難であることは想像できる。私はこんな時、事実ではなく感情に焦点を当てて会話している。装置を止めるか止めないかということではなく、この両親の苦しい気持ちに焦点を当てるのである。この患者の医師たちも同じ態度で接していた。手間がかかることと批判されるかもしれない。寄り添うことは難しい。が、納得の上で、装置を止めて死を迎えたとしても、だからといって解決とは言えない。喪失の悲し

みは起こるだろう。その時、通夜、葬儀、法事が大切なものになる。そのためにも、苦しみを分かち合う態度が求められる。僧侶が、私たちの気持ちを分かろうと努力しているという思いが伝わって、初めて光が見えてくる。仏教の生老病死はその時力を発揮するのである。

③いのちの始まりと終わりはいつだろうか。

法律上は子どもが母体から離れた時が始まりで、医師が臨終時刻を告げた時を終わりとしている。しかし、ある立場からは受精した時が始まりとする考えもある。そうになると人工中絶はどう考えるか。また14日ルールという考えもある。受精後14日までは細胞の固まりだが、それを過ぎると人間の命が始まると考え、その後は研究等に使うことは殺人になる。

いのちの終わりについても、臨終後24時間経たないと火葬はできない。しかし、24時間経つても生きている細胞もある。法律上は、医師が臨終を告げた時が

「死」になるが、細胞上は生きていても言える。そのように多様な考え方があっても承知しておくべきことである。

④その他出生前診断や、遺伝子操作などいのちについての倫理的判断は分かれる。

生老病死を課題としてきた仏教が、こうした問題にどう対応するか問われる。医療の進歩は、宗教者にも多くの課題を投げかけている。

5. 提言

本稿執筆中に、がん終末期の妻を見守る夫から、「胃ろう」を造るべきかどうか、という相談を受けた。苦しまずにということと第一に考えないと造らない選択をしたい。しかし、予後が短くなるといふ説明を受けた。2回程、長電話の相談の後、夫は造らないと連絡してきた。私で良ければ、ベッドサイドまで出かけるよと言ったら、少し安心できたと夫は話した。

とはいえ、簡単に答えが出るものではない。だが、夫が一人で抱えこむのは辛すぎる。悩みを語り合う人が必要である。答えではなく相手の辛さに焦点を当てて、共感する傾聴活動が求められるのではないだろうか。

NBM（ナラティブ・ベイスト・メディスン）ということがある。その人の人生の物語を大切にしたいケアが必要となる。その際、語られる物語、語られない物語、語りたくない物語、語るわけにはいかない物語を人は皆持っている。だからこそ謙虚さが求められる。

医療現場に僧侶が存在するには、まだまだ時間がかかるだろう。

普通に僧侶が病院を歩いている姿があることを夢に見ている。

もうすでに芽は出ているのである。

6. おわりに

「本願寺新報」2025年12月1日号で紹介された滋賀医科大学（滋賀県大津

市）での、医療者と宗教者の終末期医療の合同講義について補足しておく。

早島理先生が開設された「医の倫理」の講座の中で、医学生看護学生は必修科目、それに龍谷大学院生と浄土真宗をはじめ各宗派の僧侶が参加している。20年以上継続しているので、医学生2000人看護学生1500人以上が、学生時代に筆者が経験した症例をもとに僧侶と話す経験になっている。僧侶にしてもこのような機会は稀だろう。

将来、医療者と僧侶が病棟でチームを組んで協力し合う関係のきっかけになればと願いを持っている。

また、医療と仏教についての研究会が多く開催されていることはうれしい限りだが、それぞれのお寺の仏教壮年会や仏教婦人会で年に一度くらい地域の医師看護師福祉関係者とともに「こんな時、あなたならどう考え、どうする」という話し合いの場を持つはどうだろうか？

例えば、父親が危篤の小学生が、明日の修学旅行に行くべきか、本人家族、親

族が悩んでいる場合。また、妻が予後2カ月程度、たのしみになっていた北海道旅行に行こうか悩んでいる。ただし行けば体力を使うので、死期が早まる恐れがある。どうするか、見解の分かれるところだろう。

このような身近なテーマを、参加者ご自分のこととして少人数で話し合ったら生死観について考える機会になると思われる。

倫理的な問題を話題にする時、単にそれぞれの立場からの見解を述べるだけでなく、多様な考え方が民主的な合議の上で法律という形で具体化された時に、初めて人権が尊重されることになるという事を、最後に、人権問題啓発委員として付言しておきたい。