

緩和ケア医療における宗教的スピリチュアルケアの必要性について

——特に仏教について——

牟田和男

〔抄録〕

緩和ケア医療でのスピリチュアルケアは、その診断と治療が共に傾聴であること、治療者の能力、患者の背景などが複雑に関与することから、難しい医療行為である。国外では、キリスト教、仏教共に、宗教者の緩和ケア医療への関与は積極的であるが、国内では仏教の緩和ケア医療への関与は希薄である。原始仏教経典、特にマハーパリニッバーナ・スッタは緩和ケア医療のスピリチュアルケアに有用と考える。即ち、当時超高齢者であった釈尊は、最後の遊行で急性腸炎によって死亡したが、その極端な衰弱状態でも、諸行無常、自帰依、八正道を説き、その思索は安定していた。そのスピリチュアリティの安寧は、普遍的な宗教哲学を考え出した達成感と共感する他者の存在が要因であったと推察される。社会環境が唯物的な本邦における終末期患者のスピリチュアリティの安定には、そのスピリチュアルケアにおいて、人生の達成感と共感できる他者を形成する支援が肝要であり、そして仏教の根本精神である慈悲を基本とすべきである。

キーワード 緩和ケア医療、スピリチュアルケア、ホスピス、ビハーラ運動、大パリニッバーナ経

1. はじめに

医師は常に人の「生老病死」に向き合う職業である。そして必然的に「生老病」の様々な断面に立ち会い、そして「死」に逝く人の看取りを行う宿命にある。

病院死が8割を超える現代、いかに「死に逝く人に相對するのか」、そのために「どのような生死観を持つのか」、これは、医療に従事するものにとっての命題である。

現代医学の飛躍的な進歩に伴って医療行為が無機質化してきたことへの反省として、特に終末期医療の現場において、その病める方々に対して、「からだ」の症状に対する即応的な対処だけでなく、「こころ」の本質であるスピリチュアリティへの配慮の重要性が提唱されるようになった。そして半世紀前、英国の臨床医、シシリー・ソングラスらにより、終末期医療におけるこころのケア（以下、スピリチュアルケア）を主眼とするホスピス運動が始まり、現在では、広く社会的に認知されるようになってきた。

そのスピリチュアルケアについて、本邦の全緩和ケア病棟・ホスピス（以下、緩和ケア施設）のアンケート調査及び国内外の緩和ケア施設の訪問調査を行った。そして本邦においては、スピリチュアルケアを行う上で様々な困難性が有るとする施設が多いこと、国外のキリスト教系及び仏教系の両方の施設において、共に宗教者の積極的な関与が認められるが、本邦では仏教系の宗教者の関与が低いことを報告した。その原因として本邦の社会が構造的に唯物化、脱宗教化が進行したために、日頃、生死やスピリチュアリティを考える機会が少なく、死に直面する状況になった時のこころの毀損（以下、スピリチュアルペイン）の程度が強いことを指摘した^(1,2)。

スピリチュアルケアの実践において、「生老病死」に対する釈尊の深遠な思索から成立した原始仏教経典、特に釈尊の最期の遊行の記録であるマハーパリニッパーナ・スッタの検討から、終末期医療における仏教的スピリチュアルケアの是非を検討し、さらに実際の症例への援用を試みた。

2. マハーパリニッパーナ・スッタの検討

A. 目的

釈尊が加齢に伴う身体能力の低下を自覚し、さらに突発的な致命的疾患に罹患して生命の危機に陥った時点での思索と行動は、現代においても終末期の高齢者だけではなく、癌末期などの死を免れない患者に対するスピリチュアルケアの実践に参考になると考える。その目的のため、晩年から入滅までの記録、マハーパリニッパーナ・スッタを検討した。

80歳を超え、自己の死期を感じた釈尊は最後の遊行の旅に出る。ラージャガハから、ガンジス河の中流域のパータリガーマ、ヴェーサーリー、そしてクシナーラーの街々を辿り、生まれ故郷のカピラヴァットゥに向かおうとした。そしてその途上、釈尊は入滅する。

このマハーパリニッパーナ・スッタは、この遊行における、釈尊の行動と思索の記録であり、その内容は比較的神格化の度合いが低く、晩年、それも自己の死を自覚した時点での釈尊の実像がより残っているとされている⁽³⁾。

B. 方法

死期を迎えた釈尊の行動と症状について、『大パリニッパーナ経』に基づいて、行動をA、思索をBに分類し、経時的に整理した（別表に表記）。

C. 釈尊の行動と症状の推移に対する臨床医学的検討

その当時としては超高齢であった釈尊は、雨安居をしていたベールヴァ村で、「恐ろしい病が生じ、死ぬほどの激痛が起こった。」と記す激しい疼痛を伴う疾患に罹患し（A-1）、自己の身体の老化と異常を自覚した。そして病から回復した釈尊は、自分自身の老衰がかなり進行し、身体的には「古ぼけた車が革紐の助けによってやっと動く」様な状態であり、どうにか機能してい

る状況であることを明言した(A-3)。そして、自己の死期が近いことを悟り、最期の遊行の旅に出る決心をする。身体的な老化だけでは疼痛は起こらない。何事も客観的な思考をしようとする釈尊の性癖から、単に身体的な老衰だけではなく、疼痛を起こすような致命的な疾患、または身体的異常の存在を推察したがために、死期が近いと判断したのではないだろうか。

釈尊は、久し振りに訪れたヴェーサーリーの地で、この地が楽しいという感想を再三にわたって吐露している。日頃、釈尊は「一切皆苦」、と説いていたが、人生を回顧する時期になり、「人生の奥深さ、幅の広さ」を感じるようになったころの変化であり、釈尊の他者への優しさの表れと考える。以後の釈尊の行動、発言には他者への心配り、配慮が顕著となる。中村元は、これは晩年懐かしい土地に至って起こった釈尊の心境の変化であると指摘している⁽⁴⁾。

そして、パーヴァーで重要な事件に遭遇し、釈尊の身体状況は一変する。すなわち、鍛冶工の子チュンダから食事の供養を受けたのち、重態に陥る(A-6)。料理の内容は具体的には記載がないが、キノコ、または豚肉や牛肉などの獣肉の食材であったとされている。キノコに関しては「梅檀に生えたキノコ・梅檀耳」、「野豚が踏みつけた土地にできるキノコ」、豚肉に関しては「成熟した上等の豚の生肉を使った料理」、「脂身の多い豚肉」、牛肉に関しては「牛に由来する5種の味のある汁に基づく柔らかな米飯」など諸説がある。

キノコ中毒には、臨床的に①胃腸炎型、②コレラ型、③脳症・神経型の3型がある。

①胃腸炎型は最も多く、摂取後30分から2時間で発症、嘔吐、下痢、腹痛などの症状を呈するが、比較的予後は良い、②コレラ型は幼児、高齢者に多く、摂取後時間から半日で発症し、激しい腹痛、下痢の症状を呈し、脱水状態になり易い。③脳症・神経型はそのキノコの種類に特有な症状を呈し、ワライタケ類は摂取直後から狂乱状態、意識低下の症状、テングタケ類は視力障害、興奮状態の症状を呈するが、予後は良い、とされている。

一方、獣肉からの感染性食中毒には、①カンピロバクター、②腸管出血性大腸菌、③赤痢、コレラ、④腸チフスなどがある。

①カンピロバクターは潜伏期2～7日、発熱、下痢、腹痛を症状とし、時に四肢の神経障害を起こす。予後は良い。②腸管出血性大腸菌は、幼児、高齢者に多く、潜伏期は1～7日、発熱、腹痛、下痢と共に鮮血に近い消化管出血を特徴とする。尿毒症を併発しやすく、予後は不良である。③赤痢菌とコレラの両者は、時に集団発生し、潜伏期は1～7日、発熱、腹痛、頻回の水様下痢、時に少量の出血、膿血便を伴う。現在でもインドなどの低衛生状態の発展途上国で集団発生がある。⑤腸チフス・パラチフスは、潜伏期1～3週、病初期の症状は発熱で下痢は半数程度、病中期に小腸から潰瘍形成による消化管出血を起こす⁽⁵⁾。

一般論として、客人をもてなすのに、自分たちが全く食べない食材で料理することはないだろうし、当然自分たちの自慢料理を出すだろうと考えられる。事実、当時のインド大陸では、釈尊が食したであろう「キノコ」、「豚肉」、「牛肉」などは鍛冶工が属する低カーストの食品であり、高カーストの人々の食材ではない。チュンダらが日ごろからキノコを食べておれば、当然その鑑

別は可能で、毒キノコを客人に出すことは一般的に考えられない。

現代においてさえ一般的に衛生状態が悪いインド大陸では、2500年以前の衛生状態は極めて低く、当然、食材の保存、調理する環境が現代と比較して劣悪であり、低カーストの生活水準はさらに悪かったであろうことが容易に予想されることから、そして釈尊の臨床症状から、キノコ中毒よりも細菌性の食中毒であった可能性が高い。

釈尊はチュンダが供養した食物を摂取後、「激しい病が起こり、赤い血が迸り出る、死に至らんとする激しい苦痛が生じ」、激しい腹痛、下痢、そして激しい消化管出血を起こしている。わざわざ「赤い血が迸る」と表現していることから、その消化管からの出血はよほど印象に残っていたに違いないと考える。これは赤痢やコレラなどの下痢に血液が混じったような状態ではなく、鮮血に近い消化管出血であり、腸管出血性大腸菌による細菌性食中毒の症状に近似する。この病原菌による食中毒は、免疫力の落ちた高齢者に多く、獣肉、野菜の不完全な処理で発生しやすい。また、釈尊のみに発生し、他の者の発病の記録が見当たらないことから、集団発生しやすい赤痢、コレラは考えにくく、また腸チフスには潜伏期が極めて短い。以上より、キノコ中毒ではなく、腸管出血性大腸菌などによる急性細菌性胃腸炎であると推察される。

また、釈尊は、バールヴァにおいて既に、身体的部位は不明であるが激しい疼痛性疾患に苛まれていた(A-1)。単なる身体的な老化では、疼痛発作は発生しない。その後に「導師は病から回復された。」との記載があることから(A-2)、一時的な疼痛の発現であり、それを引き起こすような基礎的な内臓疾患の存在の可能性がある。もしその疼痛が消化器系の基礎疾患であれば、今回の食中毒によって消化管からの出血が誘発または増悪したことも考えられる。

この出血、下痢を伴う急性胃腸障害による、著明な脱水、低栄養状態によって急速な体力低下が起こった。これは高齢者にとって、危険で予後の悪化する要因である。その後、旅の途上、釈尊はしきりと飲水を要求する。さらにカクッター河を渡河する時も、水を飲んだという記載がある(A-10)。「アーナンダーよ。わたしに水をもって来てくれ。わたしは、のどが渇いている。」(A-8、9)、これは典型的な脱水症状の所見であり、経口的に水分摂取しても、かえって腸管の蠕動運動が亢進し下痢が誘発され、脱水が増悪する⁽⁶⁾。釈尊の衰弱の程度は増大し、「わたしは疲れている。」(A-7、10、12)と、釈尊はたびたび安静のための臥床を求めようになり、カクッター河を渡河後、釈尊はウバヴァッタアナで極度の衰弱から動けなくなる(A10~12)。

しかし、釈尊はこの重篤な病状の中においても、精神は安定した状態を維持している。修行僧、面会を求める人々への説法、自己の葬儀、遺骨への対処の指示を行い、そして長く侍したアーナンダーを労う言葉を残し(B-5)、入滅した。

D. 釈尊の思索の推移、スピリチュアリティの検討

この間、身体的に極度に衰弱しているにもかかわらず、釈尊の言動、思索に変動はない。遊行での問答、説法の中心は「八正道」、「諸行無常」であり、「死後」など形而上学的なことはない。

また他者に対する思いやり、心配りの慈愛に満ちた発言が多く散見されることは注目される。低カーストのチュンダの食事の供養を快く受け入れている自体、他者に対する配慮と考えられる。さらに食事後、「チュンダよ。残ったキノコ料理は、それを穴に埋めなさい。神々・悪魔・梵天・修行者・バラモンのあいだでも、また神々・人を含む生きもののあいだでも、世の中で、修行完成者のほかには、それを食して完全に消化し得る人を、見出しません。」との発言は、釈尊は料理を食べ終わった時、その食材に異常を感じ、他者に食べさせることを避けさせるための配慮であった可能性も考えられる。さらに、釈尊の急性腹症の原因となった食事を提供し恐縮するチュンダに「与える者には、功德が増す。」(B-3)と極めて寛大な言葉で、心配りをしている。

いよいよ最期の時を迎えたとき釈尊は、住居の戸の横木に寄りかかって泣いていた侍者アーナンダーには「やめよ、アーナンダーよ。悲しむな。嘆くな。」「長い間、お前は、慈愛ある、ためをはかる、安楽な、純一なる、無量の、身とことばとところとの行為によって、向上し来れる人に仕えてくれた。アーナンダーよ、お前は善いことをしてくれた。」(B-4)という、長らく従ってくれた侍者アーナンダーに、釈尊の善なる人間性が迸る、労いの言葉をかけている。

この釈尊の、臨終を前にしての、この“こころの落ち着き”、“優しさ”はどこから来るのか。

ひとつは、人生における達成感ではないだろうか。釈尊は、体力は極限まで低下し、かつ臨終を眼前に控えているにもかかわらず、修行僧、民衆など釈尊を慕う者に自分の信念を説く。輪廻や死後など形而上学的内容でなく、「この世で自らを鳥とし、自らをたよりとすること。」と「自帰依」を(B-2)、遍歴行者スパッタとの問答では「いかに日々悔いなく生きるか」と「八正道」を説く(B-5)。また「アーナンダよ。わたしは、あらかじめこのように説いたではないか、すべての愛するもの・好むものからも別れ、離れ、異なるに至ることを。およそ生じ、存在し、つくられ、破壊されるべきものであるのに、それが破壊しないように、ということが、どうしてありえようか。アーナンダーよ。そのようなことわりは存在しない。」(B-4)、そしていまわの際においても、「もろもろの事象は過ぎ去るものである。」と、「諸行無常」の信念を説く。

「生老病死」という命題に対し、試行錯誤の上「スパッタよ。わたしは出家してから五十年余となった。正理と法の領域のみを歩んで来た。これ以外には道の人なるものも存在しない。」(B-5)と、自己のみならず他者のスピリチュアリティを納得させうる論理を獲得した達成感、満足感が、この終末期における釈尊の“心の落ち着き”を生んだのではないかと思慮する。

もうひとつは自分と心を通じ合える他者の存在ではなかろうか。「スパッタよ。わたしは二十九歳で、何かしら善を求めて出家した。」(B-5)。そして50年の歳月が過ぎ、その釈尊の、自己だけではなく、他者への善を希求する姿に共感した多くの人々を得た。そして自分を信じ、共感し同じ目的に向かって進む者たちを得た。

・アーナンダーよ。お前は清らかな信仰からそのように語る。ところが、修行完成者には、こういう智がある、(この修行僧の集いにおいては、ブッダに関し、あるいは法に関

緩和ケア医療における宗教的スピリチュアルケアの必要性について (牟田和男)

し、あるいは集いに関し、あるいは未知に関し、あるいは実践に関して、一人の修行僧にも、疑い、疑惑が起こっていない。この五百人の修行僧のうちの最期の修行僧でも、聖者の流れに入り、退墮しないはずの者であり、必ず正しいさとりに達する」と。(第6章23節6偈)

この共感する他者を得たことも、前述の達成感と共に、将に入滅せんとする釈尊のスピリチュアリティの安寧に多大な寄与した、と考える。

3. 実際の臨床の場における、仏教のスピリチュアルケアへの援用

35年前、福岡県筑豊地方の病院で実際担当した患者さんの臨床経過の解析から、具体的なスピリチュアルケアの内容、さらには仏教的な援用の可能性を検討する。

A. 症例の提示

患者は、31歳の男性、職業は大工、主病は膵臓癌であった。

青春時代、必ずしも家族的に、経済的にも恵まれず、低学歴であったが、大工の素質があり、その腕が認められ、将来独立してもやれるといわれていた。愛する人と出会い、若くして結婚し、家庭を持った。毎日、仕事、家庭の両面で楽しく、充実した生活を送っていた。

ようやく、人生に燭光が見えてきた矢先、日頃、宗教的に無縁な環境で生活し、精神的にもなんら準備の無い状態で、突然、重篤な致命的疾患に罹患した。

この患者さんの病態の推移を病初期、病中期、病晩期の3期に分けて提示する。

(1) 病初期

4月、食欲不振、体重減少で外来受診、内視鏡検査では胃に異常なし。検査入院となる。

現在では一般的であるCTやMRIなどの画像診断機器や、腫瘍マーカーの血液検査など、消化管以外の内臓疾患については有効な診断方法はまだ存在しなかった。特に膵臓の病気に関しては診断が難しく、最終的には外科で試験開腹して確定診断を行うことも多かった。

梅雨も終りの頃、入院して1ヵ月位から、体重減少が著明となり、腹水が貯留し出した。腹腔穿刺の結果、血性の腹水からの腺癌細胞が検出され、膵癌と癌性腹膜炎の併発と診断した。外科的には根治手術は無理のため、抗癌剤治療を行うことになる。病名は父親と奥さんに告知し、奥さんの希望で本人には行っていない。

(2) 病中期

お盆も過ぎたが残暑が厳しい。当時は冷房も一般的でなかったため終日暑い。食事がまったく入らなくなったため羸瘦著明となったが、腹部だけは腹水で膨隆著明になり、また背部痛が強度のため安静を保てなくなった。苦しさで激痛から、廊下に出て、終日点滴台を押して徘徊するようになった。その痛みには麻薬しか効かなくなり、その回数が増加していった。

この疼痛は膵臓癌の腹腔神経叢への転移による強度の神経痛である。

初秋、なかなか涼しくならない。モルヒネを多用するが、いよいよ痛みが取れなくなってきた。夜になると、錯乱状態になり、モルヒネの中樞神経作用で朦朧としながら、大泣きし、深夜病棟の薄暗い廊下を這い、家に帰ろうとして病院の玄関に行こうとする。奥さんも泣きながら必死で患者を押さえ、病室に戻そうとする。私も奥さんと患者を制止するのが、関の山であった。

(3) 病晩期

そのうちに胆汁の混じった胃液を嘔吐するようになり、胃管を挿入し持続的に胃液を吸引するようになる。症状の軽減にはモルヒネの量を増やすほかに手段が無い。昏睡状態になる。病状の進行が大量の麻薬のためか不明である、鉋をかけるように絶えず手を動かしていた。

そして、10月のある晩、突然呼吸が停止した。あっけない死であった。膵臓癌からの腹腔内出血によるものであろう、癌死である。

B. 各病期における「からだ」と「こころ」の変動

彼の「からだ」と「こころ」の病態の推移を(1)病初期、(2)病中期、(3)病晩期の3期に分け、その「こころ」を構成する心理、精神、スピリチュアリティの変動を、ホスピス運動を提唱した内科医シシリー・ソンドースが援用する精神科医エリザベス・キューブラー＝ロスの「死の受容に関する5段階説」⁽⁷⁾、「死に至る人が感じる4疼痛説」⁽⁸⁾の両学説によって分類した。

前者では、多くの人々は、第1段階 否認と孤独、第2段階 怒り、第3段階 取引、第4段階 抑鬱、第5段階 受容、という経過を辿る、とする。また後者は、末期の患者が、各段階にて、身体的痛み、精神的痛み、社会的痛み、スピリチュアルペインの4種の苦痛を感じる、とする。

(1) 病初期、「からだ」の症状はまだ軽く、まだ「こころ」もまだ均衡した状態

「じゃあ、入院してもう少し検査しましょうか。そして点滴でもして体力をもどしますか。」という主治医の提案に対して、

- a. 「先生、どれぐらいかかるんですか？子供もいるし、生活もあるし。」と、問い返し、
- b. 「自分はひょっとして悪い病気ではないでしょうね。」と、不安げに質問し、
- c. 「でも若いから、癌などの重い病気にはかかって無いですよね。」と、発言している。

これらの訴えは自分の病態が軽いことを期待し、この自分がまさか重大な疾患に罹患するはずはないという「否認」、そして入院することによる経済的不安、家族に負担をかけることへの心配、そして何でこの自分がこのような状態にならねばならないのかという「理不尽さと孤独感」を示す訴えである。典型的な第1段階の状態と判断されるが、これらの不安感が主体とする苦悩の複合によって、彼の「こころ」の中にスピリチュアルペインが徐々に醸しだされつつあるが、まだ軽度であり自制内であると推察される。

(2) 病中期、「からだ」の状態悪化とともに、「こころ」は破綻する。

- d. 「痛いよう、痛いよう。殺してくれ。家に帰る。」と、大泣きし、感情の抑制が難しくなり、

- e. 「先生、どうかならんとね。あんた、治し方を知らんぢやないと。もうちょっと上の先生と相談して、腹を開けるなら開けるごととしてよ。」と、怒り、
- f. 「子供小さいし、これから金がかかるし、それと仕事もまだ終わっておらんし、先生、どうか治らんかいな。」とか、
- g. 「先生、さっきは悪かった。痛くてたまらん。早よう死んだほうが自分もかみさんも楽になるんやけどなあ。どうかしてくれませんか。」と、懇願し、
- h. 「もう、どうでもいい。もう、どうでもいい。もう、どうにもならんとやろ。先生も、だれでも信用できん。」と、泣き声で呟く。

膀胱癌と診断が確定した頃、疼痛や腹水などの「からだ」の病状の著明な増悪とともに、「こころ」の破綻が進行し、訴えが増悪している。当時の通例として本人には病名の告知をしなかったことによって、患者自身が自分自身の正確な状態を把握できずにかえって不安感が増大したこと、当時、止痛技術が未発達であったために充分なる疼痛管理ができなかったことから、dのような極端な癌性疼痛によってスピリチュアリティの破綻は促進され、その極度の不安感、絶望感から、e、f、hのような重篤なスピリチュアルペインの存在を示す表現が表出している。

d、eは第2段階「怒り」であり、暗に自分の生命の短縮させることを求めるようなgは、第3段階「取引」と判断される。

この病期においては、自分の状態が、自分が考えていたよりも重篤な状態であることを自覚するために、スピリチュアリティは破綻し、自分自身の言動の抑制が不能になり、強度のスピリチュアルペインの表現が吐露されるようになる。

この時期においてスピリチュアルペインの内容は、

- ①家族に関して：
 - i. 入院費を含め家族、特に妻には多大な負担を強いている。
 - ii. 妻、幼い子供を残して死ななければならない。
 - iii. 少しでも長く家族と一緒にいたい。
 - ②病気に関して：
 - i. 普通の小市民的な生活をしていたのに、どうしてこの自分がこんな病気に罹らなければならないのか。
 - ii. 死にたくない。
 - iii. 治療してどうにか直りたい。
 - iv. 特効薬はないものか。
 - v. もう少し、居心地のいい環境で治療したい。
 - ③仕事に関して：
 - i. 仕事のことが気にかかる。
 - ii. 特に完成まじかであった注文住宅を完成させたかった。
 - ④死後に関して：
 - i. いったい、死んだら自分自身はどうなるのか。
- と多様で、これらの「こころ」に充満するスピリチュアルペインへの適切なケアが必要である。

(3) 病晩期、「からだ」と「こころ」はともに極限状態

無表情になるとともに発言が極端に減少し、主治医や家族の問いかけに対して、

- i. 「なに? 何も言いたくない。」と、無反応または無視するようになり、すぐ落涙し、
- j. 「…」と、何を言っているか分からない状態になる。

そして最終的には昏睡状態に陥り、突然死する。

これ第4段階「抑鬱」の状態であり、スピリチュアリティが荒廃した状態である。そのための思考停止であると考えられるが、麻薬や向中枢神経薬などの影響の可能性も思慮される。

彼は第5段階「死の受容」までには達していなかったと考える。彼は本当に死にたくなかったと思う。子煩悩な彼は、どうにかして生き返り、仕事をして、晩酌をして、子供と遊ぶ平凡な暮らしに戻りたかった。とても死の受容などはできなかったと思う。

仏教哲学者の羽矢辰夫はスピリチュアルペインの成因を縁起説に基づき以下のように説明する。

「なにによって起こるかを自覚することはできない〈無明〉が、もろもろの力（自己形成力）が働いて、固定的な実態的な『わたし』が永遠に他者と関係なくそれだけで存在するかのように思いこむ自己が形成される。それとともに、われわれが日常的な常識として疑いもなく身に付けている、自己を中心として自己と世界が対立しているかのような認識の形態（意識一外的対象世界—六つの認識の場—感官と対象と意識との接触）が成立する。そして、自己と自己以外のものを分け隔て互いに何のつながりもなく孤立して存在しているかのように思いこむ自己が、みずからの基準によって世界を価値づけて受け取る（感受）。それは自己中心的な欲望（渴愛）として無意識の習性となり、正体をあらわさないまま、われわれを闇の底からつき動かす、得体の知れない衝動となっている。

そのような自己のあり方や認識の形態、自己と世界の価値づけは決して絶対的なものではなく、いわば虚構なのである。しかし、そのことに気づかずに、これこそが自己と世界の唯一のあり方であるとして、みずからを固定的なものとする実態的な「わたし」を過剰に執着するところから、我々の生存、生・老・病・死にかかわるもろもろの苦しみがもたらされる。即ち、永遠につづくべき『わたし』が、なぜか老い、病み、死んでしまう、その矛盾にどうしようもない恐れや不安をいだくのである。我々の苦しみの根源的な原因はここにある。」と、「こころ」の痛み、「苦」の成立を論証する⁽⁹⁾。

C. スピリチュアルケアについて

(1) スピリチュアルケアの時期

現在、本邦においては、末期癌治療の臨床において多くの症例では、この患者のように日ごろから全く宗教哲学的に精神的にほぼ白紙の状態、突然、「からだ」の重篤な状態に遭遇するために、「こころ」の動揺が強い場合が多い。しかし、経験上、病初期では、多くはこの患者のように、内心強いスピリチュアルペインを感じているにもかかわらず、家族を含む他者に対して、

自分の感情や苦悩を強く表現または主張することは少ない。この理由として、自分の弱みを他者に見せたくないという日本人特有の国民性から、あるいは彼のスピリチュアリティの毀損の程度が、まだ他者、特に家族を心配させたくないという理性的に抑制が働く段階であるから、と推察される。また、この患者の経過で見られるように病初期においては表面的にはその苦悩の程度が軽いように思われたが、病中期になると、止痛の不充分さと相まって、籠が外れたような爆発的なスピリチュアルペインの湧出が起こっている。これはスピリチュアルペインの詳細の把握の失敗であり、スピリチュアルケアとして病早期のなるべく早い時期から積極的に傾聴を開始し、患者に内在するスピリチュアルペインの種類や内容、その程度の的確な把握が必要である。即ち、スピリチュアルケアは病初期から開始することによって、病中期以降に起こり易いスピリチュアルペインの増大、ひいては爆発的な湧出による制御不能状態の惹起の予防、軽減が期待でき、そして病晩期でしばしばみられるスピリチュアリティの破綻を抑制することが期待される。

尚、身体症状、精神症状に対する、十分な対応を同時に実施するのが前提であり、シシリー・ソンドースが「癌末期になって、一番望むことは、精神科医が不安を聴くことでも、牧師が祈ることでもなく、痛みを的確に診断し治療できる医師が迅速に止痛することである。」と指摘しているように、身体的症状を十分に除去しないと、スピリチュアルケアの効果は期待できない。

(2) スピリチュアルケアの手段としての傾聴について

緩和ケア医療が開始されて以来半世紀、現在においてもその主体的ケアは傾聴とされている。患者のスピリチュアルペインの種類、程度の把握も傾聴であり、スピリチュアルケアの手段も傾聴である。ホスピス運動の創始者のシシリー・ソンドースや本邦での先駆者の柏木哲夫らの言う傾聴とは、患者の訴えを聞きそれを理解するだけの行為ではない。ただ患者の傍にいて、ただ悩みを「聴く」という行為だけでは患者が「死の受容」に至るとは到底考えられない。

キリスト教徒のかれらは、ホスピスにおける傾聴によって患者が自然に死の受容を獲得するに至る効果を、「証し」という言葉で表現する。シシリー・ソンドースは「私たちは決して自分自身の思想を、患者に押し付けはしません。しかし、ホスピスは確かに宗教的、或は哲学的な土台が重要だと考えます。」「それは人生で大切なものや、人生そのものの価値を考える基盤になるのです。患者が自分自身の思考をできるだけ深い点まで掘り下げるためにも、それは必要だと思います。そして精神的な基盤を求めるような環境を作り出しているのです。」「長年のホスピスのサポーターの多くはクリスチャンですから、共通の信仰を持っているわけですが、患者が神を信じることにより、死後によい場所に行けるかもしれないなどとは言いません。直接的にいわなくても、患者たちは信仰に到達することができるのです。」と、傾聴によって患者がスピチュアリティの安寧を得ることができる「証し」すなわち「神の恩寵」があることを述べている⁽¹⁰⁾。

即ち、彼らの提唱するスピリチュアルケアとしての傾聴とは、言語、生活習慣などを共通の環境において、哲学、宗教を含む思考上、さらには感性上、施療者と患者の間で、ある程度の共通認識が可能な状態で行われる治療行為である。その傾聴とは、施療者が患者のスピリチュアリ

ティからのシグナルを一方向的に受信する行為ではなく、施療者の安定したスピリチュアリティから送られるシグナルを患者の悩めるスピリチュアリティが感受して、施療者と患者のスピリチュアリティが相互に交信するあいだに、患者のスピリチュアリティが以心伝心のうちに癒され修正され、最終的には自己の死を受容する、双方向性の行為であるということであろう。

一方、仏教系では、仏教福祉学を専攻する谷川洋三は、スピリチュアルケアとは「人間を通じて感じられる・表現される、不可視・不可知な機能に焦点を当てながら、相互の内面の力動性によって自分らしさの安定・回復や成長を支援すること」と規定し、その手段として、患者のスピリチュアリティから「流れてくるもの、呼びかけてくるものを『聞く』という行為」であり、真宗用語の「聞法」であるとする。そして「私もスピリチュアルケアの現場にかかわっている時に、何かインスピレーションによって言葉が発せられる時があるんです。何か話を聞いていて、私ではない何か、勝手に私の口から出てくる、ということが体験としてあるんです。それが何か分からないけれど、そうした時はうまくいく。」「言葉には二つのベクトルがあって、相手への配慮と、もうひとつは自分自身に呼びかけてくる言葉。それは、自分自身がこのように聞こえているというか、目覚めている、気づかされた、そのような『生きている流れ』につつまれて今、私“も”生きている。すごく清々しく、自分の中にも流れていたんだと」といい、施療者と患者のスピリチュアリティの双方向性の交流によって、両者のスピリチュアリティに起こる安心感、期待を越えたところを感じ味わうことのできる躍動感を「はたらきとしての仏」、「大慈悲」と表現し、誰でもがその「生きている流れ」に目覚める可能性を秘めている、とする⁽¹¹⁾。これはシシリー・ソンドースらの言う「証し、神の恩寵」とほぼ同義と考えられる。また仏教的カウンセリングを専門とする吾勝常行は「スピリチュアルケアというのは、相手が経験しているその『なにか』を意識化し言語化する作業、その作業に立ち会うということじゃないでしょうか。共同作業ですよ。」として、「聴くこと」の重要性、その「共同作業」の期待を越えた効果を指摘する⁽¹²⁾。

著者らが既に報告した緩和ケア施設を対象としたアンケートおよび視察の調査においても、施療者と患者の両者の宗教的共通性が強い宗教系の施設において、スピリチュアルケアとしての積極的傾聴への期待感が強いことを指摘した⁽²⁾。南伝仏教系プラバートナンプ寺（タイ・ロンブリー）、旧教系のセント・フランシス・ホスピス（米国・ハワイ）やルルドの施設群（仏国・ルルド）、新教系のセント・クリストファー・ホスピス（英国・ロンドン）などで体感した、施療者の自信、患者の安堵感、そして施設全体が醸し出す落ち着き、それは施療者のスピリチュアリティの安定、患者のスピリチュアリティの安寧の表出と思慮する。

(3) 現代日本でのスピリチュアルケアの困難性

緩和ケア施設を対象としたアンケートおよび視察の調査から、著者は、現実の問題として、本邦における緩和ケア施設では、本来緩和ケア施設の本来の目的であり、重要視されるべきスピリチュアルケアが充分実践されているとは考えられないことを指摘した。その理由として、スピリチュアルケアの主たる手段が主観的な会話を中心とする傾聴が主であり、その積極的傾聴の実施

自体がなかなか難しい行為であることによると考えられる。

施療者と患者に共通する問題として、まず傾聴を円滑に行う前提として、施療者と患者の間で十分な意思疎通ができなければならない。その相互理解のためには単に言語が共通だけではなく、社会通念や概念の理解の共通性が必要である。その点においては、本邦は他国に比較して生活環境を含め均一的な社会であり、一般的な相互理解は可能であり、両者間の意思疎通、一般生活上の概念の共有という条件は満たしている。しかし、両者間の一般的な意思疎通ができたとしても、両者のスピリチュアリティの繊細な双方向性の交流、感応を可能にするためには、両者にその下地となる哲学的、宗教的、思考上の共通の基盤の存在、共通性が必要であり、それがなければ、真のスピリチュアリティの交流は容易ではない。現代の日本社会は物質優先的、非宗教的であり、日頃、両者ともに哲学、宗教、思想など形而上学的内容を経験する機会が少ない。また高度に発達した現代社会は思考、行動において極めて多様な社会であり、なかなか共感する基盤形成が難しい。多忙な日常生活上、時間的余裕も少ない。そのために患者は毀損したスピリチュアリティの複雑な症状の表現に、施療者はその掌握に、齟齬をきたす場合が多いと思慮する。

また、患者の問題として、最も大きい問題は、やはり生命予後が極めて短いことである。緩和ケアの対象である患者にとっては、死期が迫った時点で初めて死や死後について考えなければならなくなるという現実があり、まずそのこころの準備する時間的余裕がないこと、予備知識がないことからくる不安感によって強いスピリチュアルペインをおこしやすい。

施療者にとって、スピリチュアルケアを行う上での適性、能力が最も重要である。またスピリチュアルケアを実際に実践するためには、哲学的、宗教的な知識の取得、施療者自身の考え方の確立が必須であり、その研修、実施法の習熟のための多大な時間と費用が必要である。これらの諸条件のために、スピリチュアルケアに熟達した施療者が少ないことが推察される。

この施療者と患者の双方の事情によって、スピリチュアルケアが難しいと思慮される。

D. 原始仏教経典、とくに『大パリニッバーナ経』のスピリチュアルケアへの援用

では、スピリチュアルケアが難しいとされる社会環境の本邦において、現実として、現代日本人に合ったどのようなスピリチュアルケアを行ったらよいのであろうか。

(1) 患者に対して

筆者は前述の『大パリニッバーナ経』での釈尊の行動、こころの動きの解析から、死を直前にした釈尊のこころの落ち着き、優しさ、即ちスピリチュアリティの安寧を招来したのは、第1に、生老病死という自分自身のみならず人類の命題に対し、他者が理解し得る普遍性を持つ解答を得た達成感と、第2に、自分と心を通じ合える他者が存在であることを指摘した。

この結論からこの患者のスピリチュアルケアへの援用を試みる。

現代医学的手段によってまず患者の「からだ」の苦痛、癌の随伴症状を充分除去すること、「こころ」の本体スピリチュアリティに対する双方向性の積極的傾聴を行うこと、さらに加えて、患

者が自分の残された人生の達成感を持てるように徹底的に支援することが、現代日本人のスピリチュアリティの安寧を図る上で必要と考える。すなわち自分の生きてきたという自己の人生に対する自負、自分の存在性に対する自覚を感じてもらふことであり、そのためには何らかの達成感を持てるような状況を作ること。死期を目前とした患者には時間があまり残されていない。そのような患者の時間的制約を考慮しながら、できる限り患者の希望の実現に対して支援し、そのささやかであっても希望の実現による達成感によって、こころ、ひいてはスピリチュアリティの充足を感じることができるよう努力、支援することであると思慮する。

①のような経済的理由からくるスピリチュアルペインに関しては、生活相談員、医療福祉相談員等の関与によって社会的支援制度の活用で、ある程度解決できる可能性がある。まずはそのような対策を積み重ねることによって、患者のスピリチュアリティの負担の一部を軽減する。

②には、環境整備が肝要である。入院では、多床室ではなく、他人に気を使う必要がなく自由度の高い、居住性が良い個室の療養環境を提供すること、在宅では、家族との生活する時間を長く確保するために訪問緩和ケアができる支援環境を整えることである。この患者のスピリチュアルペインが②の iii、iv のような治療への希求であれば、たとえ効果が限定的であっても、彼の少しでも長く生きたいという希求に応えるべく、最大限の治療を実施することであろう。

また、③のような苦悩に対しても、最大限対応することが必要であると考え。具体策として、完成まじかであった住宅建築の現場に一時的にでも復帰させ、実際の工事参加が無理でも、工事を眺めるだけでもいいから彼の仕事の完成の達成感を感じてもらふなどの個別対応を行い、生きていてよかったという実感、充分感を感じてもらえるように最大限の援助することである。

④に関しては、この症例のように、元来、信仰に関心がなかったのに、墓や寺等の話を聞こうとする場合は、患者のスピリチュアリティが宗教的な救済を求める重要なサインであり、このような場合、宗教者は当然関与すべきであり、そして彼が藁をも掴む気持ちで何かを信じたいという状況と判断すれば、宗教的スピリチュアルケアを実施すべきである、と考える。

陸奥恐山住職の禅僧、南直哉は、「最後の土壇場になすべきことをなし終えたと思えるかどうかですな。ここで自己肯定ができるかどうか。腹の底から自分がなすべきだと信じたことをなし終えたんだと断言するところまで行ったら、この世における解脱だと思うんですよ。」と、謂う⁽¹³⁾。著者も同感であり、患者が終末期であっても何らかの達成感を感じ得るような支援を行い、そして患者があきらめからでもいいから、「こころ」の平衡状態、すなわちスピリチュアリティの安寧を獲得してくれれば、すなわち、釈尊の言う、現世での涅槃であると考え。

第2に患者のこころが通じ合う他者、彼の場合はその家族との接する時間、空間を得るように支援することであろう。親愛なる知己が絶えずそばに居ることができるよう心掛けること、場合によっては一緒にこころおきなく泣くこともできる状況を造ることが肝要であると考え。

浄土ホスピス（韓国・京畿道）では「最期の時まで独りにしないこと」、マザー・テレサの死を待つ人の家（インド・コルカタ）でも同じく「独りにしない、人のこころのぬくもりを感じて

もらうこと」と、看取りの際、絶えずだれかが傍にいることの重要性が強調されている⁽²⁾。

臨済宗天龍寺派管長から医師になり、緩和ケアでの僧医を目指す对本宗訓は、自己の経験から、「緩和ケアで最も必要なことは、専門医、看護師の頭が下がるような献身的な看護やチャプレンの存在ではなかった。死に往く患者の心を『安心』させたのは、やはり伴侶や兄弟が四六時中ずっとそばに寄り添い、鎮静昏睡下でも決して独りにしないことであった。」と指摘し、「僧医の誓願は菩薩の行願である。生老病死する己がいのちをそのままに受け入れて安心へと導くことである。この『安心』とは『安身』でもある。」と、云う⁽¹⁴⁾。

プラバートナンプ寺(タイ・ロンブリー)で実感した南伝仏教の健気なまでの悩める人を包む優しさ、ルルド施設群(仏国・ルルド)で体感した基督教のどうかして人のスピリチュアリティを救済しようという直向さを、今こそ仏教者は見習うべきである。戦乱の時代、苦悩する庶民のスピリチュアリティ救済を本願とした法然、親鸞などの宗祖の積極性を再認識し、より複雑化した現代の日本人のスピリチュアリティの安寧に関与すべきと考える。

そしてこの症例において、彼が残された人生を最後まで精いっぱい生きたという達成感を実感し、家族だけではなく、医療従事者を含む他者がここまで自分にしてくれたと感じ、本当は死にたくはない、でも、ここまで治療したのに、自分のからだが目立たない状態になってしまった、あるいは自分の分身たる痛組織が自分の言うことを聞かなかったのであれば仕様がな、と達観することを期待する。そして最期の際に自分を愛してくれている人達が傍にいてくれる、一人じゃない。これも運命、仕様がな、死ね運命としてあきらめようか、と、彼の苛まれていたスピリチュアルペインが軽減され、彼の「こころ」に内在するスピリチュアリティが充足されることを期待する、これが仏教的な、日本的なスピリチュアルケアではないかと考える。

(2) 医療スタッフに対して

そのような支援をする医療スタッフはどのような行動をとればいいのか。

原始仏教の研究者である吉元信行は、長岡西病院ビハーラ病棟(新潟県長岡市)での医療スタッフとの大パリニッパーナ経を用いたターミナルケアの研究会で、福祉実践者には「五力」の実践が必要とし、1、信 宗教的信仰、専門職としての確信、2、勤 努力と精進、3、念 記憶と注意、4、定 精神集中、5、慧 判断力、が重要であることを指摘している⁽¹⁵⁾。

釈尊は、最期の遊行において、〈六つの衰亡をきたさざる法〉を説く。

・修行僧たちよ。また修行僧たちが慈しみのある〈身体での行動〉を、共に修行する人々に対して、公にも秘密のうちにも確かに実行しているのならば、その間は、修行僧たちに繁栄が期待され、衰亡はないであろう。

修行僧たちよ。また修行僧たちが慈しみのある〈ことばでの行動〉を、共に修行する人々に対して、公にも秘密のうちにも確かに実行しているのならば、その間は、修行僧たちに繁栄が期待され、衰亡はないであろう。

修行僧たちよ。また修行僧たちが慈しみのある〈心での行動〉を、共に修行する人々に対して、公にも秘密のうちにも確かに実行しているのならば、その間は、修行僧たちの繁栄が期待され、衰亡はないであろう⁽¹⁶⁾。

釈尊は言う、

- ・究極の理想に通じた人が、この平安の境地に達してなすべきことは、次のとおりである。能力あり、直く、正しく、言葉優しく、柔和で、思い上がることの無いものであらねばならぬ。足ることを知り、わずかな食物で暮らし、雑務少なく、生活も質素であり、諸々の感官が静まり、聡明で、高ぶることなく、諸々の家で貪ることがない。他の識者の非難を受けるような下劣な行いを決してしてはならない。一切の生きとしいきるけるものは、幸福であれ、安穩であれ、安楽であれ。いかなる生物生類であっても、怯えているものでも、強剛な者でも、ことごとく、長いものでも、大きなものでも、中くらいのものでも、短いものでも、微細なものでも、粗大なものでも、目に見えるものでも、見えないものでも、遠くに住むものでも、近くに住むものでも、すでに生まれたものでも、これから生まれようと欲するものでも、一切の生きとしいきるけるものは、幸せであれ。何人も他人を欺いてはならない。たとどこにあっても他人を軽んじてはならない。悩まそうとして怒りの思いを抱いてお互いに他人に苦痛を与えることを望んではならない。あたかも、母が己が独り子を命をかけて護るように、そのように一切の生きとしいきるものどもに対しても、無量の慈しみの心を起こすべし。(スツパニパータ、213偈)

患者が「こころ」の安寧を得ることができるよう、慈悲の心情を持ち的確な判断を行いながら医療従事者を含む他者が援助すること、患者のスピリチュアリティがそのような平衡状態に到達するように支援することが、八正道であり、慈悲であり、釈尊の教えに沿うことと考える。

4. おわりに

この論文の一部は、日本死の臨床研究会第29回年次大会(2005年11月)で発表し、また、「こころのケア ホスピス・レポート」(2009年、海鳥社)として出版した。

〔注〕

- (1) 満岡さゆり、山口徳子、内菌益美：「全国緩和ケア病棟への『心のケア』に関するアンケート調査」、死の臨床、28巻2号、2005、p280
- (2) 医療法人社団誠和会、社会福祉法人誠和会、ホスピス検討委員会、編：こころのケア、ホスピ

ス・レポート、2009

- (3) 本論文における「マハーパリッパーナ・スッタ」は、中村元訳の「ブッダ最後の旅、『大パリニッパーナ経』、岩波書店、1980）、を用い、以下、『大パリニッパーナ経』と表記する。
- (4) 中村元：「旅に病む」、中村元選集 [決定版] 第12巻、ゴータマ・ブッダⅡ、春秋社、1992、p 200-201
- (5) 渡辺治雄、編：食中毒検査・診療のコツと落とし穴、中山書店、2006、p 110-134
- (6) 黒川清、江藤澄也、中原和彦編：吉利和内科診断学、改訂8版、金芳堂、1997、p 829-839
- (7) エリザベス・キューブラー＝ロス著、鈴木晶訳：死ぬ瞬間、読売新聞東京本社、1998、p 59-201
- (8) 日野原重明：現代の宗教 (9) 現代医学と宗教、岩波書店、1997、p 167-171
- (9) 羽矢辰夫：ゴータマ・ブッダの仏教、春秋社、2003、p 122-123
- (10) 早坂裕子：ホスピスの真実を問うーイギリスからのレポート、文真堂、1995、p 137-138
- (11) 谷川洋三：「仏教を基調とした日本的スピリチュアルケア論」、仏教とスピリチュアルケア (谷川洋三編著)、東方出版、2008、p 9-36
- (12) 吾勝常行：「真宗用語で語るスピリチュアルケア」、同上、p 163
- (13) 茂木健一郎、南直哉：人は死ぬから生きられる、新潮社、2009、p 124-125
- (14) 対本宗訓：僧医として生きる、春秋社、2008、p 19-21
- (15) 吉元信行：ブッダのターミナルケア、法蔵館、2005、p 107-110
- (16) 大パリニッパーナ経：第1章2節11偈

(むた かずお 文学研究科仏教学専攻修士課程修了)

(指導：田中 典彦 教授)

2010年9月1日受理

別表 『大パリニッパーナ経』における釈尊の行動、症状、思索の推移

注記：1. 文章は「ブッダ最後の旅・大パリニッパーナ経、中村 元訳、岩波書店、1980」より転載、2. Aは釈尊の行動、症状、Bは釈尊の思索を示す。3. 頁は同書の頁数を示す。

地名	A	頁	行動・症状	B	頁	思 索
ベールヴァ	1	61	さて尊師が雨期の安住に入られたとき、恐ろしい病が生じ、死ぬほどの激痛が起こった。しかし尊師は、こころに念じて、よく気をつけて、悩まされることなく、苦痛を堪え忍んだ。	1	61	「わたしが侍者たちに告げないで、修行僧たちに別れを告げないで、ニルヴァーナに入ることは、わたしにはふさわしくない。さあ、わたしは元気を出してこの病苦をこらえて、寿命のもとをとどめて住することにしよう。」
	2	61	ついで尊師は病から回復された。病から回復するとまもなく、住居から外へ出て、住居の蔭にある設けられた座席に坐した。			
	3	62	そしてアーナンダに告げる。 「アーナンダよ。わたしはもう古い朽ち、歳をかさね老衰し、人生の旅路を通り過			

ヴェーサーリー	4	66	2	63	<p>「それ故に、この世で自らを鳥とし、自らをたよりとして、他人をたよりとせず、法を鳥とし、法をよりどころとせず、他のものをよりどころとせずにあれ。 しかし、向上につとめた人が一切の相を心にとどめることなく一部の感受を減ぼしたことによって、相の無い心の統一に入るとどまるとき、そのとき、かれの身体は健全なのである。」</p>
	5	67	3	96	<p>「さあ、修行僧たちよ。わたしはいまお前たちに告げよう、もろもろの事象は過ぎ去るものである。怠ることなく修行を完成なさい。久しからずして修行完成者はなくなるであろう。これから三カ月過ぎたのちに、修行完成者は亡くなるだろう。」 「わが歳は熟した。わが余命はいくばくもない。汝らを捨てて、私は行くであろう。わたしは自己に帰依することをなすとげた。汝ら修行僧たちは、怠ることなく、よく気をつけて、よく戒めをたもて。その思いをよく定め統一して、おのが心をしっかりとまもれかし。この教説と戒律とはげむ人は、生れをくりかえす輪廻をすてて、苦しみも終滅するであろう」</p>
パーヴァー	6	110			
	7	111			
	8	111			
	9	112			
カクッター河	10	121			
	11	122	4	124	<p>「与える者には、功德が増す。 身心を制する者には、怨みのつもることがない。 善き人は悪事を捨てる。 その人は、情欲と怒りと迷妄とを滅して、束縛が解きほごされた」</p>

ウバヴァッタナ	12	125	<p>は、修養をつんだ人にうながされて、たちどころに四つに折って敷いた。師は全く疲れ切ったすがたで、臥した。</p> <p>「さあ、アーナンダよ。わたしのために、二本並んだサーラ樹の間に、頭を北に向けて床を用意してくれ。アーナンダよ。わたしは疲れた。横になりたい」と。</p>	5	137	<p>「やめよ、アーナンダよ。悲しむな。嘆くな。アーナンダよ。わたしは、あらかじめこのように説いたではないか、すべての愛するもの・好むものからも別れ、離れ、異なるに至ることを。およそ生じ、存在し、つくられ、破壊されるべきものであるのに、それが破滅しないように、ということが、どうしてありえようか。アーナンダよ。そのようなことわりは存在しない。アーナンダよ。長い間、お前は、慈愛ある、ためをはかる、安楽な、純一なる、無量の、身とことばとところとの行為によって、向上し来れる人に仕えてくれた。アーナンダよ、お前は善いことをしてくれた。努めはげんで修行せよ。速やかに汚れのないものとなるだろう。」</p> <p>「スバツダよ。いかなる教えと戒律においてでも、尊い八支よりなる道が存在すると認められないところには、第一の道の人は認められないしそこには第二の道の人も認められないし、そこには第三の道の人も認められないし、そこには第四の道の人も認められない。</p> <p>スバツダよ。わたしは二十九歳で、何かしら善を求めて出家した。</p> <p>スバツダよ。わたしは出家してから五十年余となった。</p> <p>正理と法の領域のみを歩んで来た。</p> <p>これ以外には道の人なるものも存在しない。」</p> <p>「アーナンダよ。お前は浄らかな信仰からそのように語る。ところが、修行完成者には、こういう智がある。〈この修行僧の集いにおいては、ブツダに関し、あるいは法に関し、あるいは集いに関し、あるいは道に関し、あるいは実践に関して、一人の修行僧にも、疑い、疑惑が起こっていない。この五百人の修行僧のうち最後の修行僧でも、聖者の流れに入り、退墮しないはずのものであり、必ず正しいさとりに達する〉と。」</p> <p>「さあ、修行僧たちよ。お前たちに告げよう、『もろもろの事象は過ぎ去るものである。怠ることなく修行を完成なさい』と。」</p>
				6	150	
				7	158	