

## 終末期における自発的飲食中止という選択

柴 嵩 雅 子\*

### Voluntary Stopping of Eating and Drinking as an Option at the End of Life

Masako Shibasaki\*

#### Abstract

Voluntary stopping of eating and drinking (VSED) has recently gained increasing interest as an alternative at the end of life, because one can implement it to hasten death and avoid suffering without government sanction even in areas where euthanasia and physician-assisted suicide is illegal. This paper aims to examine the ethical significance of VSED. First, I compare it to other options such as euthanasia, physician-assisted suicide, terminal sedation, and withholding or withdrawing of life-sustaining treatment. Then I call attention to some religious rituals related to VSED. Jainism in India, for example, has maintained a practice called Sallekhana for millennia. Jodo Shinshu, a Buddhist sect in Japan, also used to admire the dying believers who refrained from eating food. Finally, I argue that VSED can help us move away from anthropocentrism and reconsider the meaning of human life.

#### キーワード

VSED、安楽死、自死援助、サッレーカーナー

#### I. はじめに

21世紀に入り、多くの国で自死援助と積極的安楽死の合法化を訴える声が高まり、メディアでも大きく報道されてきた。最近の例では、2014年、不治の脳腫瘍を患っていたブリタニー・メイナードが、住んでいたカリフォルニア州から、致死薬の処方認められているオレゴン州にわざわざ居住地を変更して自死を遂げ、センセーションを引き起こした。亡くなった後もビデオメッセージを利用した彼女のキャンペーンに後押しされて、カリフォルニア州は2015年、自死援助を合法化した。医師が致死薬を投与する積極的安楽死は、長年にわたりベネルクス三国でのみ実施されてきたが、2016年にはカナダが加わっ

---

\*しばさき まさこ：大阪国際大学人間科学部教授〈2017.6.8受理〉

た。「死ぬ際の医療的支援法」という、一見緩和ケアを思わせるような名称で、自死援助と積極的安楽死の両方を一気に合法化したのである。

こうした表立った法的論争の陰で、多くの国で違法にならない安楽死の方法として、著書やインターネットで広まってきたのが自発的飲食中止である。アメリカでは2007年、スタンリー・A・ターマンが一般向けに自発的飲食中止を紹介する『さよならを言う最善の方法——終末期における合法的で穏やかな選択肢』を出版している<sup>1)</sup>。2014年、アメリカの有名なトークショーのホスト、ダイアン・レームの夫、ジョン・レームが、自発的飲食中止で亡くなり、大きな注目を浴びた<sup>2)</sup>。彼はパーキンソン病で食事や排泄も介助が必要だったという。2016年にはアメリカで初の自発的飲食中止の会議が開かれた<sup>3)</sup>。生命倫理の問題に関して英語圏より一般的に慎重なドイツでも、マリオン・Mが医師のハルトムート・クレーンの介助を受けて自発的飲食中止で亡くなったことを描いたドキュメンタリー、『断食死——死への自由』が2013年に公開された<sup>4)</sup>。積極的安楽死が合法化されているオランダでも、バウドワイン・シャボットの調査によると、自発的飲食中止によって年間約2500人が亡くなっている。これは2001年の全死亡数の2%ほどに当たり、自死援助の0.2%よりはるかに多く、また積極的安楽死の2.6%に迫る数だと言う<sup>5)</sup>。

本稿ではまず自発的飲食中止の実態を示し、次に他の終末期の選択肢との比較を行なう。さらに、宗教的な実践例も引合いに出したうえで、最後にその倫理性について考察する。

## II. 実態

何も食べたり飲んだりせずに死に至るといふと、飢餓に苦しむ最貧国で痩せ細った子どももの姿が思い浮かび、きわめて悲惨な最期と考える人もいるだろう。たしかに、もっと生きたいと願っている若くて健康な人なら、食べ物があれば栄養失調と空腹感に苦しむだろうが、高齢であるうえにガンなどの病気にかかり、もうこれ以上生きることを望まず、自らの意思で飲食を絶った場合、まったく様相は異なってくる。自発的飲食中止で亡くなったオランダの97人について、その家族や友人に対してバウドワイン・シャボットが行なった調査の結果<sup>6)</sup>によると、80%が60歳以上、60%が女性である。また40%がガンで不治の段階であり、32%がガン以外の病気を持ち、28%が老いに伴う様々な症状を抱えていた。死亡までにかかった期間は、70%が15日以内、20%が16～30日である。ただし、16日以上かかっている人々は、水分摂取を一気に止めず、徐々に減らしていた。メディアだけでなく論文でもしばしば「餓死」と表現されるため誤解されがちだが、自発的飲食中止の死因は栄養失調ではなく脱水である。「亡くなった本人にとって、尊厳のある死であったか？」という死の質に関する問いには、75%が「はい」、17%が「いいえ」、8%が「わからない」と答えている。つまり自発的飲食中止による死の大半は、周囲の観察によれば尊厳を保っており、本人の希望通りの安らかな最期だったということになる。

シャボットが挙げている具体例を見てみよう<sup>7)</sup>。B夫人(86)は12年前に夫を亡くしたけれども、子どもたちとは良好な関係を保っていた。糖尿病は薬でコントロールできていたが、急に視力が低下し、また一時的局所貧血発作に襲われた。これは言語障害や麻痺の

前兆かもしれないなかった。すでに十分生きてきたと感じていたこともあり、独立心旺盛な彼女は施設暮らしをするよりも生命を終わらせることを望んだ。家庭医には次のように真意を打ち明けている。「耐え難い痛みはないので、自殺の手伝いをお願いしたいわけではありません。私は自分の死を人任せにたくありません。むしろ自分の死の責任を取りたいのです。それができる間にね」。家庭医も彼女なら自発的に飲食中止をやり遂げられると判断した。B夫人はいきなり断食断水を始めず、徐々に食事を減らしていった。11日後にはもうまったく何も食べたり飲んだりしなくなったが、子どもたちに手伝ってもらって口腔ケアは続けた。家庭医は毎日往診し、亡くなる数日前に呼吸が苦しくなった時には睡眠薬と精神安定剤を与えている。結局、減食開始から3週間後に彼女は自宅で子どもたちに見守られて亡くなったが、最後の日まで意識はしっかりあった。

E氏(86)は身体的には頑健だが、1年前に妻を亡くし、生きる目的をなくしていた。家庭医は抗うつ薬を処方したが、改善は見られなかった。病気ではないため積極的安楽死や自死援助は受けられない。かといって、海外で致死薬を買うという非合法的手段を取ることは、彼の法学者としての矜持が許さなかった。そのためE氏は飲食を絶つことにし、家庭医も最後の日までケアしてくれることに同意してくれた。ところが当時暮らしていたシニアハウスが、必要な支援をすることを拒否した。家庭医が地元のホスピスに受け入れを打診したが、そこでも断られた。そのためE氏はケアなしでも断行することに決め、シニアハウスで出される食べ物に手を付けなくなった。家庭医が再び施設長と話をした結果、シニアハウス側が折れて、介護士が必要なケアを提供することになった。食事を断ってから2日間はまだ水を飲んでしたが、3日目からはそれも止め、1日の水分摂取は、唇を噴霧器で湿らせる際に口中に入る2mlのみとなった。4日目以後、話すのが大儀になったものの意識は明晰で、6日目には友人に別れを告げた。7日目にトイレに歩いて行く際におおむけに倒れ、背中の中を訴えたため、家庭医が座薬の鎮痛剤を与えたが効果はなかった。8日目、背中の中を訴え続けるので持続的睡眠をもたらしてくれるよう家庭医に依頼した。家庭医は考える時間を求め、差し当たり睡眠薬と抗不安薬を置いて去った。9日目にE氏はもう会話ができなくなっていたが、親しい人が来ると認識できていた。家庭医は麻薬性鎮痛剤のフェンタニル・パッチを貼った。その後、二度と目を覚まさず、11日に死亡した。

二人とも周囲の理解を得て緩和ケアを受けていたため、脱水の不快感はそれほどなく、安らかに亡くなっている。こうした事例を見れば、尊厳のある安らかな死だと感じるだろう。しかし、シャボットは家庭医とのコミュニケーションがうまく行かず、本人の準備も不足していたため、凄惨な死を迎えた例も挙げている。G夫人は20年ほど前に夫を亡くしたものの、テニス続け友人とブリッジをするなど活発な暮らしを楽しみ、一人息子とその嫁とは連絡を密に取り合っていた。しかし81歳の時にパーキンソン病のため嚥下や発話が困難になり、左腕の痙攣や麻痺が生じ、階段の昇降もできなくなったため、一人暮らしを諦め施設に入所することになった。うまく話せないため人との関係も築けず、孤独な暮らしではもう生きている意味がないと感じていたため、痰を飲み込めずに窒息しかけたことを機に、致死薬の処方家庭医に依頼した。ところが、G夫人が「助けてくれないな

ら、餓死します」と言ったため、脅されたように感じた家庭医は自死援助を拒否した。その背景には、G夫人には致死的病があるわけでもなく、パーキンソン病が引き起こす障害も受容可能だと考えたこともある。結局、G夫人は医者に頼らず自分で死ぬため、仕方なく飲食の中止を始めた。2日目から鎮痛剤の投与量は次第に増えていった。6日目には「まだ私は死んでいないの」と問いかけ、7日目からは口に小疱ができた。11日目には死亡したが、最期を看取った息子は、「顔に枕を押しつければよかった。口はかさぶただらけで見るも無残だった」と語っている。

このような例を取り上げて、キリスト教の伝統的価値観の復興を訴えるW・J・スミスなどは、自発的飲食中止による死は苦悶に満ちていると主張しているが<sup>8)</sup>、それは適切なケアの重要性を示す証左だとも言える。患者に対する緩和ケアや褥瘡の防止はホスピスなどでも一般に行なわれているが、水分摂取を止めた患者の場合はそれに加えて口腔ケアが欠かせない。口渇が生じるだけでなく、脱水により自然な口内の自浄プロセスが阻害されるからである。具体的には、スプレーで唇に水を吹きかける、ガーゼにくるんだ小さな水で唇を湿らせる、唾液の代わりになる薬剤で粘膜の乾燥を抑える、舌や歯肉や粘膜に付着したものを除去する、ワセリンなどで唇のかさつきを防ぐ、といった処置が必要になる<sup>9)</sup>。ヴィッキ・D・ラッチマンは、「自発的飲食中止——医師による自死援助に代わる倫理的な選択肢」<sup>10)</sup>において、脱水により生じうる不快な症状として、「感情鈍麻、倦怠、昏睡、意識障害、頭痛、吐き気と嘔吐、筋肉の痙攣、排尿障害、口渇」を挙げているが、これらはケアを行えば管理可能なので、自発的飲食中止の「恩恵」の方が上回る、と結論付けている。

とはいえ、自ら飲食飲水を絶つという手段は決して万人向きではない。『さよならを言う最善の方法』は、特に不向きな場合を挙げている<sup>11)</sup>。たとえば身体的には、肥満している人や腹水がたまっているような末期の肝臓病患者は、亡くなるまでに日数がかかり過ぎてしまう。心理的には、時間管理ができないと不安になるような人も避けた方がよいと言う。死に至るまで何日かかるか分からないからである。前述の三人の中では、最初に挙げたB夫人は死をいわば自ら成し遂げたいと願っていたため、自発的飲食中止が最善の方法だっただろう。他方、E氏やG夫人の場合、医師が致死薬を処方したり注射したりした方が、もっと安らかな最期を迎えられたに違いない。こうした終末期の様々な選択肢と比べた場合、自発的飲食中止はどのような特徴があるのだろうか。その点を次の章で確認したい。

### Ⅲ. 他の終末期の選択との相違

人類の長い歴史において、ごく最近まで医療も未発達で健康保険も存在しなかった。病院には行かない、行けないことも多く、たとえ医者に診てもらえたとしても、有効な薬も手術もないため、手の施しようのないまま亡くなることも少なくなかった。とにかく本人に備わっている生命力が生死を決めていたのである。ところが現在の先進国では、息ができなくなれば人工呼吸器を装着し、食べられなくなったら胃瘻やIVHで栄養補給し、腎臓の機能が低下すれば人工透析を行ない、心臓が動かなければ移植や人工心臓等、様々な医

療が受けられる。その結果、逆にそうした医療を受けないことも選択できるようになった。人生の最期の迎え方が多様化したとも言える。つまり、ありとあらゆる治療法を試して何とか生きようとすることも可能であるし、人工呼吸器のような、止めれば死に直結するような治療を差し控えたり中止したりすることも可能なわけである。また医師に致死薬を処方してもらい、自ら服薬して自死したり、医師に致死薬を注射してもらったりすることも、技術的には可能である。

積極的安楽死と医師による自死援助という二つの選択肢と、本稿で問題にしている自発的飲食中止が共通しているのは、本人の判断能力が必要である点と、苦しみを避けるために死期を早めるという点である。肉体的・精神的な苦痛を感じており、自らの冷静な判断で、生き続けるよりは速やかに死を迎えようと決断する点は、三者ともみな同じなのである。

しかし、積極的安楽死や自死援助の場合、違法とされている国や地域の方が多い。また、合法化されている国であっても、多くが終末期であることや耐え難い痛みがあることを条件としており、そのため初期認知症、ハンチントン病、エイズ、慢性病の患者などは、どれほど苦しんでいても支援を受けられない。さらに、そもそも許可されるために諸手続きが必要であり、そのため時間がかかり、希望しても却下されることもある。他方、自発的飲食中止なら、積極的安楽死や自死援助が合法化されていない国でも実行可能であり、末期患者でなくとも自ら栄養水分補給を絶つことはできる。もちろん本人は良くても、家族や居合わせた人の援助義務も法的には問題になるが、T・M・ポウプとL・E・アンダーソンは、「自発的飲食中止——人生の末期における合法的な選択肢」において、本人が嫌がっているのに口をこじ開けて水を飲ませたりするのは「不法接触 (battery)」となるので、栄養や水分の摂取を拒否することは合法だと主張している<sup>12)</sup>。自発的飲食中止は行政や医師への依存度も低く、その意味で自主的な最期の迎え方となる。ただし、開始してから亡くなるまでに時間がかかる。積極的安楽死や自死援助なら認可を受けるまでは何日も要するが、いったん致死薬を注射されたり自己投与したりすれば、数分から長くても数時間以内に死が訪れる。他方、自発的飲食中止の場合、水分摂取をほぼゼロにしてからでも、死亡まで通常1週間は経過する。

日本ではまだ困難なことも少なくないが、欧米では治療の差し控えや中止は患者の当然の権利として認められているため、それらと同列にある自発的飲食中止も合法的だという論法もよく用いられる。たとえばメアリー・ワーノックとエリザベス・マクドナルドは「倫理的にも法的にも、食物と水を含め治療を拒否する権利は充分確立されているので、自発的に『自然な』飲食を中止することは、この権利の範囲にあると見なせる」と述べている<sup>13)</sup>。イギリスでは2002年、脊椎の血管が破裂し、不治で寝たきりとなっていたBさんが、法廷で人工呼吸器を外すことを求めた事件がある<sup>14)</sup>。人とのコミュニケーションも可能で、そのまま何年も生きられるにもかかわらず、彼女はそのような状態で生きるよりも死を選ぶことを望んだわけである。裁判官は判断能力があることだけを確認して、彼女の勝訴とした。末期でもなく、しかも治療を止めればすぐに亡くなってしまうような場合でも、患者の判断力が正常であれば、治療の中止が認められるということである。

日本でも、エホバの証人の輸血拒否は認められている。たとえば2013年4月17日付の朝日新聞の記事「輸血でさず死亡、宗教上の理由で家族拒否／青森県」によると、2011年、青森県立中央病院で、急性硬膜下血腫の患者がエホバの証人で、輸血を拒否したため、無輸血手術を行なったが、途中で止血困難となり、死亡している。終末期であれば、延命措置の中止や不開始に関して、日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会が2014年に作成した「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン」<sup>15)</sup>では、意思決定能力がある場合、やはり患者の意思を尊重することになっている。日本臨床救急医学会が2017年3月に出した「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」<sup>16)</sup>では、119番通報を受けた以上は医療的処置を始めることを原則としながらも、心肺蘇生を拒否する旨の文書が見つかり、かかりつけ医による確認ができた場合は、延命措置を中止できるとしている。

ただし、治療の差し控えや中止の場合、死は目的ではなく結果だと説明されることが多い。実際、有名なカレン・クインランのように、人工呼吸器を外すと亡くなると思いきや、自発呼吸を始めた例もある。がん患者であれば、抗がん剤を打たずとも寛解したり、稀ながら自然に治癒したりすることもあり、飲食を続けていれば何年も生きる可能性がある。それと比べると、自発的飲食中止は明らかに死を達成することを目的としている。

自発的飲食中止と同様に栄養水分補給を止める終末期の選択に、終末期鎮静（深い持続的鎮静）がある。これは苦痛緩和のために、死に至るまで二度と覚醒しないよう鎮静薬を投与し続けることである。疾患の最終段階にいる患者にのみ認められており、オランダのデータでは、開始から死亡までの時間は24時間以内が47%、1～7日が47%で、1週間以内がほとんどである<sup>17)</sup>。苦痛緩和というが、終末期鎮静を必要とした患者の症状は具体的には譫妄が半数を占め、次が呼吸困難である<sup>18)</sup>。譫妄や呼吸困難は、患者だけでなく見ている家族も辛い思いをするため、死期が迫っているなか、終末期鎮静は安らかな最期を実現する方法と言えるだろう。ただし、これを始めると患者は家族とのコミュニケーションができなくなり、「『社会的な死』を迎えてしまうことになる。それでも身体的には生きているので、生と死のあいだで宙ぶらりんになる。家族にしてみれば、すでにわいている哀惜の気持ちの置き場が分からなくなり、不安感、疎隔感、無力感に襲われることもあるという」<sup>19)</sup>。これは積極的安楽死も認められているオランダでの状況である。日本でも2015年のNHKの調査によると、在宅治療を行なった医師の4割が過去5年間に、終末期鎮静を行なった経験がある<sup>20)</sup>。終末期鎮静を始めるか否かは、患者自身が判断能力を失っていることが少なくないため、家族が重い決断を下すことになる。またいったん開始するとコミュニケーションが絶たれることもあり、日本の場合、終末期鎮静の開始を積極的安楽死のように感じる家族も少なくないと言う。終末期鎮静とは異なり、自発的飲食中止は本人の意思がなければ始まらないし続かない。また、開始して少なくともしばらくは意識がしっかりあり、家族や友人との意思疎通も可能である。

栄養補給の中止に関連する選択肢として、特別養護老人ホームの医師、石飛幸三が2010年に「『平穏死』のすすめ」<sup>21)</sup>で提唱した「平穏死」がある。日本では高齢の認知症患者に対しても胃瘻を造設するのが当然視されていたなかで、口から食べられなくなったら機

械的な栄養補給はしない方が、かえって安らかな最期を迎えられることを石飛は訴えたのである。

欧米では自分で食べられなくなった高齢者に人工的な水分・栄養補給をしないのが普通で、米国老年医学会は「人工的な栄養投与はほとんどの症例において患者のためにならない」と勧告し、豪アルツハイマー協会は「経管栄養は多くの合併症の原因となる。誤嚥性肺炎は、経管栄養法を受けていない患者よりも受けている患者で多く発生しているという研究報告もある。延命効果もないという研究報告もある」と指摘している<sup>22)</sup>。在宅医療で患者が望む幸せな逝き方を支援している長尾和宏も、『「平穏死」10の条件』で、「すでにかんや老衰で不治かつ末期の状態になり、これから平穏死に向かおうという場合、脱水は決して悪くないと思います。脱水状態では体全体が省エネモードになります。まず心臓に負担がかからず心不全になりません。ベッド上でも呼吸が楽です。それに浮腫が少ない。胸水や腹水に悩まされることがほとんどありません」と記している<sup>23)</sup>。胃瘻栄養法、経鼻胃管栄養法、中心静脈栄養法、末梢点滴などが存在しなかった時代の日本では、経口摂取が不可能になれば、水だけを与えられて人間は死んでいた。高齢者の場合、そうした自然死は決して苦痛に満ちたものではなく「平穏死」であった。石飛幸三が挙げている95歳の認知症患者の場合、1日たった600キロカロリーで2年間生き続け、最後は水分も栄養もまったく補給しない期間が2週間続いた末に苦しむこともなく亡くなったという<sup>24)</sup>。

平穏死は栄養水分補給を止める点では、自発的飲食中止と同じだが、二つの大きな相違点がある。第一に、平穏死は患者本人が望む場合に限らず、認知症が進み判断能力がなくなった患者にも、家族の同意があれば実施できる。それに対し、自発的飲食中止は患者本人の決心とその維持なくしては実行できない。第二に、平穏死の場合は口から食べられる限りは流動食でも与え続ける。それができなくなっても、水分補給は可能な限り続ける。完全な機能停止に向かって弱化していく肉体に寄り添い、死を早めたりせず、あくまで自然に息を引き取るまで、徐々に摂取量を減らして行く。他方、自発的飲食中止は、まだ身体的には食べたり飲んだりできる段階で栄養や水分の経口摂取を絶ち、肉体の機能を強制終了させる。いつ亡くなるかを正確に予測できないながら、やはり人為的に死期を早めることになる。

#### IV. 宗教的实践

食を絶って自ら死ぬことは、決して行き過ぎた延命治療に対する対抗手段として誕生したのではなく、世界でも日本でも、宗教的信念に基づき実行に移されてきた長い歴史がある。

世界的に有名なのは、ジャイナ教のサッレーカーナ（サンレーカーナ）であろう。ジャイナ教は紀元前5～6世紀に生まれ、今日に至るまでインドで命脈を保っている宗教である<sup>25)</sup>。輪廻転生からの解脱を目指し、そのためには非殺生、非妄語、非盗、非淫、非所有の実践が欠かせないと説く。人間だけでなく動植物にも靈魂が宿ると信じているため、非殺生の実践は具体的には、「球根植物を食べることさえ拒否する厳格な菜食主義、動物病院の設立、日が沈んでからはまったく何も食べないこと、いくつかの宗派の敬虔な信者に

見られる口に当てるハンカチの使用や、座ろうとする地面を掃くための箒の使用（昆虫や微生物もまた生命をかならずもっているのだ。）となり、部外者には異様に見えるほど徹底している<sup>26)</sup>。

堀田和義は「死に至る断食——聖なる儀礼か自殺か？」<sup>27)</sup>において、サッレーカーナーは直訳すると「正しく擦り減らす」ことであり、「断食により身体を、瞑想等によって心の悪を、死に至るまで擦り減らしていく行為」と説明している。その背景には、「靈魂は不滅かつ本来的に清浄なものであるが、身体は善・悪の行為により付着した不浄な物質的業によって形成されたものであると考えるジャイナ教の霊肉二元論的発想」があるという。開祖とされているマハーヴィーラは、悟りを開く前の12年間の苦行生活において何度も断食を行ない、72歳で入滅する際も食を絶ったと信じられている。

サッレーカーナーが単なる断食死ではない点を、龍村修は次のように強調している。「実際は、一切の飲食物を断って行なう必死の行で、断食を行ないながら冥想し、また毎日この行を行なっている勤めとして、信者や後輩の僧・尼僧たちにセンターや町中でジナの教えやサンレーカーナーの行を行なう中で気づいたことなどを、文字どおり死をかけて説教します。この行では確実にほぼ十日から二週間で死を迎えます」<sup>28)</sup>。1989年にインドでジャイナ教の修行をした坂本知忠は次のように述べている。「死に対する恐怖も無く、他に対する恨みも無く、あらゆる人を許し、すべての執着から離れ、宇宙の秩序や自然法則そして神にすべてをゆだね、全肯定の気持ちで自分の死期を悟って断食に入って死ぬ。ジャイナ教ではこれは祝福される死に方、最高の死に方なのです」<sup>29)</sup>。しかし、誰もが自由に行なえる行ではなく、必ず教団最高位の師の許可が必要である。80歳を超えた尼僧が師からサッレーカーナーを許されたとき、その家族・親戚らが歓声を上げたことを、坂本知忠だけでなく、同じ場面にいた龍村修も記している。ジャイナ教の信者にとって、この行を認められたということは祝福すべきことだからである。

ただし、血気盛んな若者が解脱を目指してサッレーカーナーを始めることは許されていない。「サッレーカーナー、自殺の美化か不可欠の実践か？」<sup>30)</sup>という『インディアン・エクスプレス』の記事によると、この行が認められるのは、①末期の患者、②飢饉など食糧が得られないとき、③老齢で機能を喪失している場合、の3つに限られている。例として挙げられている73歳の女性は、結核で1年間寝たきりで、医師にもう手の施しようがないと言われたのを機にサッレーカーナーを望んだ。師にも許され、結局、飲食を止めて40時間で亡くなっている。つまり差し迫る死期を、より意義と尊厳あるものにするのがサッレーカーナーなのである。

ジャイナ教と同様、輪廻転生を信じ肉食を拒否していた基督教のカタリ派においても、意図的な飲食中止により死に至る「耐忍」が実践されていたことが知られている。これも誰もが気軽に始められたわけではなく、サッレーカーナーと同様、重病で死がすでに近づいていた人がほとんどであったと言う<sup>31)</sup>。カタリ派は12世紀には北イタリアや南フランスで大きな影響力を持つようになっていたが、カトリック教会から異端とみなされ、十字軍による大虐殺の結果、13世紀には絶滅させられている。

ジャイナ教のサッレーカーナーやカタリ派の耐忍というと、異国の変わった宗教にしか

ない奇妙な風習のように受け取られるかもしれないが、断食死は日本でも決して異様なことではなかった。たとえば、1990年7月2日の朝日新聞の記事、「98歳、見つめた己の死」は、98歳の女性が脳梗塞の発作後、入院を断り、意図的にまず食を絶ち、最後は水や氷で口を潤すことも止めて亡くなったことを紹介している。看護師として老人病棟で働いた経験のある浦瀬さなみが1993年に出版した『死ぬに時あり』には、次のような一節がある。「何人が集まって、末期病棟の悲惨さについての話をしていたときである。年配の主婦が私の話を途中で遮って、こう言った。『どうしてそうなるまえに食事を拒否しないのよ』」<sup>32)</sup>。つまり、この年配の主婦にとって、断食死は当然の選択肢と考えられていたのである。

浦瀬さなみは「終末期の食事拒否は日本の長いしきたりのなかで培われてきた、いわば、伝統のようなもの」<sup>33)</sup> だとして、著名な源信の『往生要集』を始め、古代から近代までの多くの「往生伝」から抜粋して、僧侶だけでなく貴族や庶民など、様々な人が実践した死ぬ前の食事拒否の話を紹介している。たとえば、安永元年（1772年）12月8日、三河国岡崎の次郎七は、夢に阿弥陀様が現れ、「お前は近いうちに病で亡くなるが、わたしが浄土に導いてあげよう」と告げられた。それから一週間後の15日、本当に脳溢血で倒れたが、彼は医師の治療を断り、飲食も絶った。痰がからんで息を詰まらせたため、僧侶が痰を除く薬を飲むよう勧めたところ、「今まで食事断ちをしてきたのも、早くこの生を終わりにしたいからです。もうすぐ浄土に遊べるというのに、どうしていまさら痰のごときにかかずらっておられましょう」と一顧だにしなかった。結局、21日、次郎七は微笑しながら息絶えた。また、長州阿武郡の児玉千代は82歳で病床にあったが、明治10年11月4日から医師に食事を強く勧められても断るようになった。11月7日、「私の臨終は3日のうちになるはずですよ」と周囲に告げ、9日には念仏をしながら亡くなっている。こうした往生伝は布教のために書かれており、断食死が主要テーマではない。しかし、死期を悟り、一心に念仏して極楽往生を願う人々にとって、飲食など煩わしい障害とみなされていたことが読み取れる。

とはいえ現代の日本では、こうした宗教の力や来世への信仰も薄れ、死はできる限り避けるべき忌まわしいものという考えの方が一般的である。飲食中止による死など過去の蛮習に過ぎないと一蹴する人も少なくないだろう。インドにおいても、21世紀に入りサッレーカーナーを「人権侵害」として反対する動きが出てきた。2006年に61歳の末期ガンを患っていた女性がサッレーカーナーで亡くなったが、これは法律で禁じられている自殺であるとして、人権活動家のニキル・ソニが中止を裁判所に訴えたのである<sup>34)</sup>。結局、2015年8月、ラジャスタン州高等裁判所は、サッレーカーナーは自殺企図と自殺教唆に当たると判断して実施を禁じた。ジャイナ教の信者たちが抗議の声を上げた結果、2015年9月には最高裁判所は高裁が出した禁止命令を一時停止したが、最終的な結論が出るまでに数年がかかると見込まれている<sup>35)</sup>。こうした反対論を踏まえ、次章では現代における自発的飲食中止の倫理性について考察したい。

## V. 考察

そもそもインドで2千年以上の歴史を持つサッレーカーナーに対して、人権運動家たちが異議を唱えた第一の理由は、本人は生きることを望んでいるのに、介護負担を免れようとする家族の強制により行なわれていると考えたからであり、第二の理由は、この宗教的儀式は自殺だとみなしたからである。もちろんジャイナ教徒たちは、経済的に困窮してはおらず、あくまで本人の信仰に基づき行なわれるのであり、さらにサッレーカーナーは絶望の果ての自殺とはまったく異なると反論している。論争の背景には、「キリスト教道徳の遺物」があると主張する人もいる<sup>36)</sup>。現在のインドの法律で自殺が犯罪となっているのは、1947年に独立した際、宗主国のイギリスではまだ自殺が違法行為だったからである。イギリスに限らず欧米のキリスト教国では、自殺は単に道徳的な罪であるだけでなく、刑法で裁かれる犯罪だったが、イギリスは1961年に自殺を合法化した。ただし自殺幫助や自殺教唆は犯罪としたため、現在のイギリスで自死援助を求める人々は、自殺幫助の合法化を要求している。

現代の自発的飲食中止について、まず強制の嫌疑について検討してみよう。サッレーカーナーのように伝統ある宗教的儀式であれば、家族が大いに期待し、患者が実行するよう有形無形の圧力をかけることもありうるかもしれないが、現在広まりつつある世俗的な自発的飲食中止には、そのような周囲の期待感はない。そもそも断食断水は、本人が強く望んでいなければ継続不可能で、途中で挫折してしまう。積極的安楽死や自死援助に関しても、反対者は周囲の強制を論拠として挙げる。たとえ法律上は本人の意思に基づくことを条件としていても、実際には家族や社会が高齢の病者を重荷とみなし、本人が積極的安楽死や自死援助を望むように隠微な形で仕向けるというのである。たしかに積極的安楽死や自死援助であれば、薬の投与後は後戻りができず、患者は数時間で死に至るため、重荷となった人の「処置」に悪用されるかもしれないが、自発的飲食中止はすぐには死亡せず時間がかかるため、その分、より確実に本人の意思確認ができるとも言える。

次に自発的飲食中止が自殺に当たるかという点についてだが、死期を自ら早めることをすべて「自殺」とみなすならば、積極的安楽死や自死援助と同様、自発的飲食中止も自殺である。ただし、自殺は非倫理的だと捉える人もいれば、人間が持つ自然権に含まれると考える人もいる。一言で自殺と言っても理由や状況はきわめて多様なので、反対派でも不治の病で激しい苦痛にさいなまれている人の自殺は容認することもあるだろうし、容認派でも中学生が失恋で自殺するのを推奨することはまずないだろう。とにかく自殺は人間が絶対にしてはならない大罪だと、宗教的信念をもって極言する人もいれば、人間はやはりできるだけ生きる努力をすべきだから自殺はしてはならないと、もっと緩やかに批判する向きもある。死は敗北だから全力を尽くして避けねばならないと考える医療従事者や、一日でも長く生きたいと考える患者、患者の延命のために努力を続けることこそが愛情表現だと考える家族も、やはり自殺は受け入れがたい。しかし、とりわけQOLがきわめて低い高齢者の場合、無闇な延命に反対する人は少なくない。日本老年医学会が2012年に出した「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン——人工的水分・栄養補給の導入を中心として」は、人工的水分・栄養補給法を導入するか否かに関する困惑は、「高齢

者の最期の生がどうあるのがよいかについて、例えば、長く生きられれば生きられるほうがよいと無条件に言えるかといったことについての、共通理解が定まっていないという点」が大きな原因だと述べている<sup>37)</sup>。長生きを無条件に肯定せず、さらに一步進めて、死期を少々早めてもよいと考える人もいるからである。

ただ、その一步に決定的な違いを見出し、あくまで「自然な」逝き方を提唱するがゆえに、「不自然な」介入により死期を早めるあらゆる措置に反対する人もいる。たとえば在宅緩和ケアの専門医である新城拓也は、こんな状況で生きていくぐらいなら早く死なせてほしいと言う患者は、他者に依存することを恥じており、根本的に誤った人生観を持っていると非難している。「なぜ人は他人に自分を委ね、依存することに苦痛を感じるのでしょうか。一つの答えとしては『できるだけ他人に頼らず、自分のことは自分です。それが自立・自律である』という信念です。この信念を持ち続けて生きていくと、自分が弱ったときに、自分のことが許せなくなります。そして弱った自分を助けようと手をさしのべてくる援助者に対して、その手を払いのけて援助を拒否し、さらには、この生を自分の力で終わらせたい、コントロールしたいと考えるのです」<sup>38)</sup>。こうした観点からすれば、積極的安楽死や自死援助の合法化を求める人々は、自立をはき違えた依存恐怖症に陥っており、自発的飲食中止も自分の生を不当にコントロールする試みということになる。

しかし、他者への依存を許容するか、あるいは恥じるかは、各人の価値観次第であり、依存拒否は誤りと決めつけるのは強引すぎるだろう。トイレや食事介助など、日常生活の多くの面で他者に依存することを受け入れ、そんな生にも意味を見つける人もいれば、そのような生き方はもはや自分の人生ではないと判断する人もいる。かつて浦瀬さなみは、「おなじ患者を見て、一方はまだ楽しいことがあるかもしれない、と考え、もう一方は不幸だと考える。この波長のちがいはどこからくるのだろうか。[中略] 両者がひとつ政策のもとに共存できるはずがないのだ。いままでそれが出来ていたのは、後者が前者に一方的に協力させられて来たからである」<sup>39)</sup>と述べていたが、日本ではその状況は今も変わらない。

死を早めることに対して、長尾和宏も新城と同様の批判を行なっている。「人は好きで生まれてきたわけではありません。親も国も性別も選ばずに生まれてきた。死も同様です。どんなふうに死ぬのか、いつ死ぬのか、どこで死ぬのかをすべてコントロールしようとするのは、人間のエゴイズムでしかありません。」と述べ、医師に致死薬を処方してもらって自死を遂げたブリタニー・メイナードについて、「死とは基本、『待つ』ものなのです。ちょっときつい言い方になるかもしれませんが、ブリタニーさんは、待てなかったのです。若かったせいもあるでしょう。日米の文化や宗教の違いもあるでしょう。」と批判している<sup>40)</sup>。人間は自然な死を「待つ」べきであり、それを「待てない」のは、自分を超えたものを自分の思い通りにしようとする不遜、あるいは未熟な態度というわけである。こうした死生観に基づくなら、積極的安楽死や自死援助は自己中心主義の極みであり、自発的飲食中止はそれよりはましだが、自然な平穏死と比べるとやはり死を操作しようとしていることになるだろう。

しかし死ぬ時期を早めることをエゴイズムと言うなら、医療の力を借りて少しでも死ぬ

のを遅らせることも死のコントロールであり、エゴイズムではないのか。長尾は「待てない」ことを否定的に捉えているが、待っている人こそ主体性を持たず惰性で生きている「指示待ち族」かもしれない。日本では「天寿を全うする」「自然に任せる」という言葉が好まれているが、そもそも高度医療の恩恵を受けてのみ可能になる寿命を「天寿」とみなしてよいのだろうか。たとえば重い心臓病のため2歳で死ぬところを、心臓移植のおかげでさらに何十年も生きた人の場合、天寿は2歳なのか、それとも実際に死亡した年齢なのか。「天寿」という言葉には、そうした現状追認的で能天気な響きが付きまとう。また、子どもの立場からは、生まれる時はたしかにコントロールできないかもしれないが、親の側からは現在、膨大な技術的操作が行なわれている。かつては「授かるもの」だった子どもも、いまや「作るもの」に変わった。作りたくなければ多くの避妊法があるし、時期の悪い時に妊娠したなら胎児を中絶することもできる。陣痛促進剤により出産の時期を早めることも可能である。また1978年に世界で初めて「試験管ベビー」が誕生して以来、それまでなら不妊症のため子どもができなかったカップルも子どもが作れるようになった。2014年に日本で体外受精によって生まれた子は4万7322人にも上り、全出生数の4.7%を占めるに至っている<sup>41)</sup>。射出精子がなくても、精巣内から精子を採取し、顕微鏡を見ながら細い針で卵子に直接注入するといった高度な技術も開発されている。トマス・サースは『死に至る自由』において、「出産コントロールと同様、死のコントロールも個人の選択と責任として受け入れるべきだ」と主張していたが<sup>42)</sup>、死のコントロールの可否についてはともかく、少なくとも子どもを作るため、また死を遠ざけるために、人間が広範囲にわたり強力にコントロールしている事実は、再認識する必要がある。

しかも増加し続ける人間の生命を維持するために、生息地の破壊から近代の工場化された畜産、医薬品開発のための実験に至るまで、ヒト以外の動物を犠牲にしている。個体の命を奪うばかりか、種を絶滅に追いやり、あるいは遺伝子の改変まで平然と行なっているのである。私たちが「命を大切に」と訴えるとき、通常、ヒトの命しか念頭に置いていない。人間中心主義の観点からはヒトの誕生や長寿のみが手放して善しとされ、自死は指弾されがちである。しかし、同じ地球に生きる他の動物に対してヒトが行なっている凄まじいまでの暴力と殺戮も視野に入れるならば、耐え難いほど生活の質が低くなった人が飲食を絶って死を早めることを、エゴイスティックなコントロールと呼ぶのは困難である。むしろ、当人が生きるに値しないと感じている命を存続させるために、他の生き物を殺して食べることの倫理性こそ問われるべきだろう。自発的飲食中止は、「人間の尊厳」や「死ぬ権利」といったあまりに人間的な思考の枠組みを超えて、一種の生き物としての人間の生死について再考を迫っているのである。

注

- 1) Stanley A. Terman, *The Best Way to Say Goodbye: A Legal Peaceful Choice at the End of Life*, Carlsbad: Life Transitions Publications, 2007.
- 2) Michael S. Rosenwald, NPR host Diane Rehm emerges as key force in the right-to-die debate, *The Washington Post*, February 14, 2015.
- 3) cf., Paula Span, *The VSED Exit: A Way to Speed Up Dying, Without Asking Permission*, *The*

## 終末期における自発的飲食中止という選択

- New York Times, October 22, 2016.
- 4) [http://www.medienprojekt-wuppertal.de/v\\_184](http://www.medienprojekt-wuppertal.de/v_184)
  - 5) Boudewijn Chabot, Chrisian Walther, *Ausweg am Lebensende*, München Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 2010, S.55.
  - 6) Boudewijn Chabot, Chrisian Walther, *ibid.*, S.53-56.
  - 7) *ibid.*, S.24-38.
  - 8) Wesley J. Smith, *Culture of Death: The Age of "Do Harm" Medicine*, 2nd edition, New York London: Encounter Books, 2016, 81.
  - 9) Boudewijn Chabot, Chrisian Walther, *ibid.*, S.63f.
  - 10) Vicki D. Lachman, Voluntary Stopping of Eating and Drinking: An ethical Alternative to Physician-Assisted Suicide, *Medsurg Nursing*, 2015, Vol. 24/No.1, 56-59.
  - 11) Stanley A. Terman, *ibid.*, 14f.
  - 12) Thaddeus Mason Pope, Lindsey E. Anderson, Voluntarily Stopping Eating and Drinking: A Legal Treatment Option at the End of Life, *Widener Law Review*, Vol. 17: 363, 2011, 408f.
  - 13) Mary Warnock, Elisabeth Macdonald, *Easeful Death*, Oxford University Press, 2008, 107. ただし、ワーノックらは、飲食中止による「死のプロセスには時間がかかるため、しばしば非人間的」だとして、自死援助を認めるべきだと訴えている（同上112ページ）。他方でW・J・スミスのように、飲食の提供は「医療」ではなく「人間らしい基本的ケア」だとして区別し、水分と栄養の補給は決して中止すべきではないと主張する人もいる。cf. Wesley J. Smith, *ibid.*, 86.
  - 14) 拙著、「ダイアン・プリティ事件における倫理的問題」、『大阪国際大学紀要 国際研究論叢』第17巻第1号、2003年を参照。
  - 15) <http://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf>
  - 16) <http://jsem.me/wp-content/uploads/2017/04/臨床救急医学会提言（公表用）.pdf>
  - 17) シャボットあかね、『安楽死を選ぶ——オランダ・「よき死」の探検家たち』、日本評論社、2014年、128ページ。
  - 18) 新城拓也、『患者に早く死なせてほしいと言われたらどうしますか？』、金原出版株式会社、2015年。
  - 19) シャボットあかね、前掲書、131ページ。
  - 20) 『「終末期鎮静」は安楽死か？ 激痛の末期がん患者に鎮静剤投与し「眠ったまま最後」』（J-cast ニュース、2016年1月21日）。
  - 21) 石飛幸三、『「平穏死」のすすめ』、講談社、2010年。この著書が一石を投じた結果、厚生労働省は平成26年度の改定で、胃瘻増設術の診療報酬を10070点から6070点に下げ、増設時に適切な嚥下機能検査をすると2500点、経口摂取に回復させている場合には180点が、あらたに加算されるようになった。病院側にとって胃瘻増設のメリットが減り、漫然と行うことに歯止めがかかったわけである。厚生労働省、「平成26年度診療報酬改定の概要」（<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039891.pdf>）を参照。
  - 22) 会田薫子、『延命治療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学』、東京大学出版会、2011年、159～161ページを参照。
  - 23) 長尾和宏、『「平穏死」10の条件』、ブックマン社、2012年、127ページ。
  - 24) 石飛幸三、前掲書、121・2ページ。
  - 25) 上林龍永、渡辺研二（監修）、『ジャイナの教え』（三笠書房、2007年）によると、ジャイナ教徒は約420万人、インド全人口の0.4%に過ぎないが、「個人の所得額は全インドのなんと20パーセントを占めて」と言う（同書24・5ページ）。生き物を殺す可能性の高い第一次産業に就かず、金融業やIT産業を選び、勤勉さも相まって富裕層が多い結果になっている。
  - 26) 渡辺研二、『ジャイナ教 非所有・非暴力・非殺生——その教義と実生活』、論創社、2005年、24・5ページ。
  - 27) 堀田和義、「死に至る断食—聖なる儀礼か自殺か?」、『死生学研究』、No.10, 2008-09。
  - 28) 龍村修、『生き方としてのヨガ』、人文書院、2001年、264・5ページ。

- 29) 坂本知忠、『ジャイナ教の瞑想法』、ノンブル社、1999年、257ページ。
- 30) Manasi Phadke and Tanushree Venkatraman, Santhara: Glorified suicide or essential practice?, The Indian Express, September 6, 2015, (<http://indianexpress.com/article/india/india-others/the-rite-death-santhara-jain/>)
- 31) 原田武、『異端カトリ派と転生』、人文書院、1991年、102～105ページ。
- 32) 浦瀬さなみ、『死ぬに時あり』、径書房、1993年、135ページ。
- 33) 同書、135～159ページ参照。
- 34) Randeep Ramesh, Cancer victim revered for fasting to death, The Guardian, Saturday 30 September 2006, (<https://www.theguardian.com/world/2006/sep/30/india.randeepramesh>).
- 35) Supreme court stays Rajasthan High Court order declaring 'Santhara' illegal, The Indian Express, September 1, 2015, (<http://indianexpress.com/article/india/india-others/supreme-court-stays-rajasthan-high-court-order-on-santhara/>)
- 36) Manasi Phadke and Tanushree Venkatraman, *ibid.*
- 37) [https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs\\_ahn\\_gl\\_2012.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf)
- 38) 新城拓也、前掲書、183ページ。
- 39) 浦瀬さなみ、前掲書、96ページ。
- 40) 長尾和宏、『長尾和宏の死の授業』、ブックマン社、2015年、101ページ。
- 41) 日本産科婦人科学会、「平成27年度倫理委員会 登録・調査小委員会報告」(<http://fa.kyorin.co.jp/jsog/readPDF.php?file=68/9/068092077.pdf>)
- 42) Thomas Szasz, *Fatal Freedom: The Ethics and Politics of Suicide*, Syracuse University Press, 2002, 27.