

イスラームの生命倫理における安楽死と尊厳死

— キリスト教と比較して —

青 柳 か お る

序論

二十世紀以降の著しい生命科学、医療技術の発展の結果、生命への高度な人為的介入が可能になり、生命倫理は現代社会の最先端とも言うべき問題となった。筆者は従来、スーフイズムや哲学などの古典イスラーム思想史を研究してきたが、ガザーリー Abū Ḥamid al-Ghazālī (1111年没)¹の代表作『宗教諸学の再興 (Ihyā' 'Ulūm al-Dīn)』²所収の「婚姻作法の書 (Kitāb Ādāb al-Nikāh)」³を翻訳、解説したことをきっかけに(青柳 2003)、避妊や中絶の可否といった生命倫理の問題に取り組むようになった。そしてイスラーム(イスラーム教)における胚の形成過程およびES細胞(胚性幹細胞 embryonic stem cell)に関する見解を明らかにし(青柳 2011)⁴、さらにユダヤ教とキリスト教における初期胚に対する見解とも比較した(青柳 2012)⁵。続いて、以上の初期胚・ES細胞研究

¹ ガザーリーはイスラーム中興の祖と言われる傑出したスーフイー(イスラーム神秘主義者)であり、神学者、法学者である。ガザーリーの生涯について詳しくは、自伝『誤りから救うもの』(ガザーリー 2003; ガザーリー 2013)を参照。

² 『宗教諸学の再興』全四十書の抄訳は、Karim 2006参照。なおガザーリーの『幸福の錬金術 (Kīmīyā-yi Sa'ādah)』は『宗教諸学の再興』のペルシア語の要約である。『幸福の錬金術』の翻訳は、Crook 2005参照。

³ *Ihyā'*, Vol. 2, 34–95.この書の翻訳は、青柳 2003参照。

⁴ イスラームでは、コーラン(クルアーン)、ハディース(預言者ムハンマドの言行録)、多くのイスラーム法学者の見解に基づき、中絶の議論と同様に、胚への入魂の時期を根拠として、医療のためであれば、ES細胞の作成は許されるという立場が多数派である。

⁵ 三一大一神教を比較したところ、受精卵を人間とみなすか、まだ人間ではないとみなすのか、という点が宗教や宗派によって異なっており、大きな論争を巻き起こしていることが明らかになった。そして受精卵はいつから人間になるのかという視点が、概してまだ人間ではないとするイスラームはユダヤ教の見解に近く、人間であるとするキリスト教(とくにカトリック)とは相違が見られると結論づけられた。

を踏まえ、先端医療の問題として、脳死と臓器移植、iPS細胞（人工多能性幹細胞 induced pluripotent stem cell）、クローンという先端医療の議論を取り上げ、イスラームとキリスト教（主にカトリック）の生命倫理を比較した（青柳 2013）⁶。

本稿では、生命倫理の諸問題の中でも、安楽死（積極的安楽死）と尊厳死（消極的安楽死）の問題を取り上げたい。生命の始まりだけでなく、終わりにについても検討することで生命倫理の全体が明らかになると思われるからである。イスラームにおける安楽死の問題については、欧米では先行研究があるものの、日本においてはほとんど明らかにされていない⁷。第一章では、安楽死という語の定義や分類について述べてから、アメリカと日本の安楽死裁判の判例を取り上げ、第二章ではイスラームにおける安楽死と尊厳死について、先行研究を参照しながら概要を明らかにする。第三章では、従来の研究ではあまり分析されていない、Islam Online や Fatwa Management System などのファトワー（イスラーム法学者による法的回答）提供ウェブサイトやエジプト・ファトワー庁 Dār al-Iftā' al-Miṣrīyah のサイトを参照し、現代のイスラーム法学者（ウラマー）の見解をまとめる。第四章では、キリスト教のカトリックの安楽死に対する見解を取り上げる。そして結論では、イスラームとキリスト教の議論を比較し、安楽死と尊厳死に関するそれぞれの宗教の見解を解明したい。

第一章 安楽死の議論の歴史

日本語の「安楽死」は、ギリシャ語のエウタナーシアから来ており、美しく尊厳的な死、幸せな品位ある死、眠るがごとき平和な死という意味になる。しかし人間は、皆がきれいで楽な死に恵まれるとは限らない。そこで、良き死を、

⁶ iPS細胞については、イスラーム、カトリック双方において反対意見は見られなかった。しかし今後は、iPS細胞作成後の諸問題が論じられるであろう。クローンについては、イスラームは受精卵に核を移植するヒト・クローン胚作作成を認めるが、カトリックは反対の立場である。脳死と臓器移植については、イスラームもカトリックも賛否両論あるものの認められており、とくにカトリックでは推進されていると言える。

⁷ El-Kelish 2001（日本語文献）は、イスラームでは、コーランの引用を中心に、安楽死同様、尊厳死についても自殺を容認するものであるとして反対しているとする。イスラームにおける自殺については真田 2007参照。

自分の力で、あるいは他人の助けを借りてでも人為的に実現していこうとする者が出てきても不思議ではない。古代ギリシャ・ローマにおいても、自殺によって逃避しようとしたり、致死を図ったりすることは珍しくなかったという。しかしキリスト教の影響が強まると、自殺をはじめ人為的な生命短縮は、生命の尊厳に反する倫理的に悪い行為としてきびしく退けられる⁸。だが、美しく平和な死への人間の願いが消えるはずはない。「安楽死」という言葉を、「死にゆく者に、美しい死を迎えさせるための生命短縮の危険のない助けの行為」という、原意を十分に保持した意味にも用いる例も、現在まれにはあるが見出される。

しかし、現在、一般に「安楽死」という語のもとに理解されているのは、合理主義的な発想に支えられた、他者の生命を意識的に死の方向にコントロールしようとする行為のことであり、合理主義的な「死の管理行為」である。このような「安楽死」は、19世紀から20世紀初頭にかけて、「不治の耐えがたい苦痛にあえいでいる末期の傷病者を早く死なせて楽にしてやる行為」として、医療界、法曹界、宗教界、倫理学者などの間で議論の対象となったが、徐々に一般の関心をも集める問題となって、現代に至った（宮川 1998, 3-5）。

安楽死にはさまざまなタイプがあり、分類されているが、たとえばドイツの刑法学者、エンギッシュ（Karl Engisch, 1899-1990）による以下のような分類がある。

- (1) 瀕死の患者に苦痛緩和処置を行って生命短縮のない純粋な安楽死
- (2) 苦痛緩和処置によって副次的に生命短縮がもたらされる場合（間接的安楽死）
- (3) 生命延長処置を差し控える消極的な安楽死（消極的安楽死）
- (4) 自殺ほう助および積極的な致死手段によって生命を直接短縮する積極的な安楽死（積極的安楽死）
- (5) 「生きるに値しない生命」の抹殺

(1) は文字通りの安らかな死で問題にならない。今日、(2) の間接的安楽死、

⁸ ヒポクラテス医療に「頼まれても死に導く薬を与えず、その効果をほのめかさない」とあるのは、後世にクリスチャンが「ヒポクラテスの誓い」を改竄した結果である（谷田 2012, 2）。ヒポクラテス医療が欧州で主流になったのは、12～15世紀とされる（谷田 2012, 5）。

(3) の消極的安楽死, (4) の積極的安楽死と称される三分類は, 多様な領域において広く使用されているが, 近年では (4) の積極的安楽死のみを安楽死と称することも多い (大谷 2011, 189)。厳密な意味での「安楽死」と言えるのは, 「命を取ることを直接に意図した, いわゆる「積極的安楽死」ということになる (松本 1998, 93)。(3) の消極的安楽死は尊厳死と呼ばれ, 本稿でも述べるように, (2) と (3) については, キリスト教, イスラームにおいて認められている。

第二次世界大戦以前の安楽死合法化論では, 治る見込みのない末期の病人や重症の死苦の緩和のためだけではなく, しばしば知的障害者や精神障害者, 重度障害新生児, 老人や虚弱者までが含まれていた。安楽死はその動機が憐れみや同情によるものであるからと, 慈悲による殺人と俗称されてきた。第二次世界大戦後, ナチスの安楽死政策が裁かれたニュルンベルク裁判のさなか, エンギッシュは安楽死概念を分類し, その後, 三分類が安楽死論で広く用いられるようになった (大谷 2011, 191-192)。

以上のように, 安楽死という語にはさまざまなタイプを含む広義の安楽死と, 積極的安楽死のみを指す教義の安楽死がある。そして消極的安楽死を尊厳死として, 安楽死と尊厳死を使い分ける場合も多い。本稿では, 文脈によって広義にも狭義にも安楽死という語を用いるが, 積極的安楽死と消極的安楽死を区別しなければならない場合は, 誤解のないように記述していく。次に, アメリカと日本における安楽死裁判について概観したい。

第二次世界大戦後, 1960年代終わりごろから70年代初めにかけて世間に知られるようになったのが, 遷延性意識障害(いわゆる植物状態。Persistent Vegetable State)と脳死状態である。同じころ, 発展途上国を中心とする人口爆発と共に, 先進諸国では人口の老化が問題になりはじめていた。アメリカでは, 生命の質を問う議論が登場している。そのような1970年代の半ばに起きて話題になったのが, PVSでの人工呼吸器撤去の可否が争われたカレン・アン・クインラン (Karen Ann Quinlan, 1954-1985) 事件であった⁹。

カレンは昏睡状態で病院に運び込まれ, 人工呼吸装置を取り付けられた。カ

⁹ クインラン事件については, 本稿でも後述するが, 詳しくは, 香川 2008参照。

トリックの両親は装置を取り外すことを求めたが、病院側が拒否し、裁判となった。1976年、ニュージャージー州最高裁判決は、父親にプライバシー権の後見人による代行を認め、結果的に治療停止に道を開いた（香川 2008, 203-207）。カレンは PVS だから苦痛はないはずで、死苦の苦しみから解放するという従来の安楽死の論理を適用するのは困難である。本人の意思も確かめようがない。そこで自分の身体に関する決定はプライバシーに属するという論理が裁判で適用された。産むことも死ぬことも個人的・私的（プライベート）なことであり、法によって規制されるいわれなどない、というのである（大谷 2011, 193）。

アメリカはその後、1976年のカリフォルニア州自然死法（The California Natural Death Act）¹⁰を皮切りに、リビングウィルを初めとする本人の意思決定やその代諾委託の事前指示を制度化する方向に動いていった。クインラン事件の判決で消極的安楽死に運動方針を転じたアメリカの安楽死運動は、自然死法を相次いで制定させた後は、その目標を従来の積極的安楽死へと再転換し、1994年、医師に致死薬の処方を許可する医師幫助自殺を可能にするオレゴン尊厳死法（The Oregon Death with Dignity Act）として結実させた（大谷 2011, 195-196）¹¹。

さて、日本において安楽死の語が世間に広まったのは、1949年に起きた尊属殺人事件に際して、弁護側がこれを安楽死であるがゆえに無罪と訴えたことに始まる。それ以後、山内事件名古屋判決（1962年）、日本で初めて医師による患者の殺害が安楽死として争われた東海大学安楽死事件¹²判決（1995年）、川崎協同病院事件最高裁判決（2009年）と、ときに安楽死や尊厳死を容認する要件が示されたものの、事件そのものはそれにあらずとして殺人罪で有罪が確定してきた（判決はいずれも猶予付き）（大谷 2011, 195-197）。

従来、日本では、クインラン事件で問題となった治療停止はさほど大きな問題になってこなかった。マスコミで取り上げられていたのは、消極的安楽死で

¹⁰ 消極的安楽死（治療停止、死ぬにまかせること）をアメリカで最初に法制化したものである。この法案は、2年前に州議会議員のバリー・キーンによって「死ぬ権利」法案として提出されたが、カトリック保守派などの反対で廃案になった。しかし、「自然死法」に名称を変更し、再度提出された結果、あっさりと議会を通過した。（香川 2009, 130-131）。

¹¹ アメリカにおける尊厳死の議論については、新谷 2012参照。

¹² 1991年に東海大学病院の医師が末期ガンの患者に塩化カリウムの原液を注射し、死なせたもの。日本でも初めて医師が関与する安楽死事件として大きく報道された。

はなく、積極的安楽死の問題であった。特に日本の裁判所では、狭義の安楽死について、世界的にきわめて早い時期に、違法性が阻却¹³される条件が示されてきた(1962年の山内事件名古屋判決)。そこで示された六つの条件は、1995年の東海大学安楽死事件をめぐる横浜地裁判決で四つにまとめられ、今日に至っている。この事件の判例で、横浜地裁は、「医師による末期患者に対する致死行為が、積極的安楽死として許容されるための要件」として(1)耐え難い肉体的苦痛があること、(2)死が避けられず、その死期が迫っていること、(3)肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし、他に代替手段がないこと、(4)生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があることの四つをあげている(香川 2009, 150-151)¹⁴。

以上の要件すべてが満たされていれば、安楽死と認められ、医師に罪は科されない。本判決は、積極的安楽死について正当化の余地を認めたことが批判されたが、他方で(3)と(4)の要件が充足することは現実的に困難であり、実質的に安楽死の容認を封印したものであると指摘されている(武藤 2012, 112-113)。

(積極的)安楽死を認めている司法も、その条件に合わないものは、いくら同情の余地のあるものであっても「安楽死」とは認めないで「殺人罪」を適用する。もちろん、それらは、患者を楽にしてやろうという善意から生じたものなので、ある人々は、そのようなケースを「慈悲殺」と呼んで、安楽死および他の殺人と区別する。「慈悲殺」と呼ばれるものは、先の安楽死の条件のうちどれかが欠けている。大抵は、「本人の希望」が分からないままに「医師」が患者の命を取るか、または「本人の希望」ははっきりしているが、「医師」によらず、「身内の者」が見るに見かねて命を取るというケースである。後者のケースは、名古屋高等裁判所の判決の対象となった。前者は、横浜地裁が対象とした、東海大付属病院でのケースである(松本 1998, 94)。

このように、東海大学の事件以降、医師が関与する積極的安楽死の事件が時

¹³ 違法と推定される行為について、特別な事情があるために違法性がないとすること。

¹⁴ 日本における積極的安楽死に関する裁判の判決については、町野 1997, 武藤 2012, 甲斐 2012a参照。

に報道されてきた。しかし、治療停止については、広義の安楽死に含まれるものの、関心を集めることはほとんどないままにきた。それが、2006年の射水市民病院事件をきっかけに、事態は大きく変化する。射水市民病院で、前年、外科医師が患者の人工呼吸器を取り外そうとするなど、不自然な点があったため病院が調査を始めた。医師は呼吸器の取り外しを病院スタッフと相談せず（家族には相談）、独断専行しており、患者本人の意思への配慮も欠けていたため、当初、医師に批判的な論調が多かった。しかし、医師が救命治療ではなく延命治療の中止であって、患者を直接的に殺すような安楽死などではなく、尊厳死なのだとして主張し、家族も感謝していることが伝えられ、マスコミの論調はしだいに変化していく。この事件以降、治療停止の問題が日本でクローズ・アップされることになった（香川 2009, 152-156）¹⁵。

以上のように、アメリカではクインラン事件をきっかけに一部の州で消極的安楽死が認められ、さらにオレゴン州では積極的安楽死（オレゴン尊厳死法としているが、実際は自殺幫助）も認めるようになった¹⁶。日本では、まず積極的安楽死についての条件が示され、続いて射水市民病院事件やクインラン事件をきっかけに、消極的安楽死（尊厳死）が論じられるようになり¹⁷、尊厳死法制化の動きが出た。しかし治療停止の問題を法律によって規制することには異論も強いため、2006年、厚生労働省が回復の見込みのない末期患者の治療停止についてガイドラインの原案を発表した（香川 2009, 159-164）。次章では、イスラ

¹⁵ NHKスペシャル「家で家族を看取る その時あなたは」（2013年4月21日放送）によると、近年日本において、入院の必要のない患者は自宅に帰され、家族が看取るケースが増えている。その場合でも、家族は、患者、医師と相談しながら、延命治療を継続するか否かを判断する。

¹⁶ 安楽死問題をリードしてきた国としてオランダが挙げられる。自ら海を干拓して国土を作ってきた歴史から、国民の自律意識がきわめて高く、終末期の声明についても「自分のことは自分できめる」という精神的風土およびそれに基づく社会制度・法制度がオランダの土台を形成している。2001年4月、オランダの国会は、「要請に基づく生命終結および自殺幫助（審査手続）法 Termination of Life on Request and Assistance in Suicide (Review Procedures) Act（安楽死審査法）」を可決した（施行は2002年4月）（甲斐 2012b, 218）。またオランダでは、人口延命治療の差控え・中止（尊厳死）の問題はあまり議論されていないという（甲斐 2012b, 233）。

¹⁷ 日本安楽死協会（1976年設立）が、1983年に日本尊厳死協会と名称を変更したのも、クインラン事件が遠因となっている（香川 2009, 159）。日本における尊厳死運動については、井形 2012参照。

ムにおける安楽死の議論¹⁸について、先行研究を見ていきたい。

第二章 イスラームにおける安楽死

ここでは、イスラームにおける安楽死と尊厳死に関する議論を明らかにしたい。まず、リスプラー・チャイム Rispler-Chaim（ハイファ大学教授、イスラーム法研究）は、イスラーム法学者は、安楽死のすべての形態を殺人とみなしているとする。というのは、イスラーム神学では、肉体は誰にも所有されておらず、誰もそれを自由にしたり、殺したりはできないからである。そのため、イスラーム法では自殺が禁止されている。神だけが、寿命もしくは死期を決めるのである。そのため、中世から、イスラーム法は死¹⁹を運命的な用語で説明してきた。死が生じる時、不平や、抗議や、疑いを持たずにそれを受け入れるべきなのである。そして不治の病が長く続くとき、それは神の意志の表れだと見

¹⁸ 自殺、死期、殉教といった死に関するコーランの記述には、以下のようなものがある。柏原 2009も参照。なお、コーランの和訳は日本ムスリム協会 1983を参照した。

「またアッラーの道のために（あなたがたの授けられたものを）施しなさい。だが、自分の手で自らを破滅に陥れてはならない。（2章195節）」

「またあなたがた自身を、殺したり害してはならない。誠にアッラーはあなたがたに慈悲深くあられる。（4章29節）」

「かれはどんなものから、かれを創られるのか。一滴の精液からである。かれは、かれを創り、それから五体を整えられ、（母の胎内からの）かれの道を容易になされ、やがてかれを死なせて墓場に埋め、それから御望みの時に、かれを甦らせる。（80章18-22節）」

「かれこそは生命のないあなたがたに、生命を授けられた御方。それからあなたがたを死なせ、更に甦らせ、更にまたかれの御許に帰らせられる御方。（2章28節）」

「言ってやるがいい。「アッラーが、あなたがたに生を授け、それから死なせ、それから復活の日に、あなたがたを召集なされる。それに就いて疑いはない。だが、人びとの多くは、これを理解しない。」（45章26節）」

「かれこそは、泥から、あなたがたを創り、次いで（生存の）期間を定められた方である。一定（の期間‘ajal）が、かれの御許に定められている。それでもあなたがたは疑うのか。（6章2節）」

「だから来世のために、現世の生活を捨てる者に、アッラーの道のために戦わせなさい。アッラーの道のために戦った者には、殺害された者でもまた勝利を得た者でも、われは必ず偉大な報奨を与えるであろう。（4章74節）」

「凡そアッラーの道のために戦死した者には、決してその行いを虚しいものになされぬ。かれは、かれらを導きその状況を改善なされ、かねて告げられていた楽園に、かれらを入らせられる。（47章4-6節）」

¹⁹ イスラームにおける死（殉教、自殺、脳死など）については、Brockopp 2003; Krawietz 2003参照。安楽死の議論はあまり見られなかった。

られた。患者は、少数の選ばれた者だけが、苦しみの試練を耐え忍ぶために神に選ばれたということの思い起こさねばならない。忍耐 (ṣabr) は、信仰者の最も高い徳の一つであり、耐え忍んだ患者の靈魂²⁰は生き延び、天国に安らぐことができる。(Rispler-Chaim 1993, 95)。

このようにイスラームでは、被造物はすべて神に所有されており、また寿命や運命は神がすべて予定しているため、自分の肉体を殺すことはできない。不治の病気になったとしても、それは神の予定した運命であり、それに耐えることによって、来世で天国に行くことができるとされている。

一方、病気や死に忍耐を持って向き合うことができないことは、神の慈悲に対する疑いを広めようとする悪魔の試みの結果と説明される。ハディース (預言者ムハンマドの言行録) によれば「山から飛び降りて自殺する者は、永遠に地獄に投げ入れられる。毒を飲んで自殺する者は、永遠に毒を飲み続ける。鉄の刃で自殺する者は、永遠に腹を刃で刺される。(ムスリム 1987, 1巻, 83-86)」とされ、苦しみから逃れるために自殺すれば、地獄で自殺と同じ手段で苦しむとされる。興味深いことにイスラーム法では、耐え難い宗教的状況や自分の宗教を守るために死を望むことは認めている。しかし、破産や肉体的痛みは、死を望むことを正当化しないのである (Rispler-Chaim 1993, 96)。このようにイスラームでは、殉教は認められているとしても、病気や破産などによる耐え難い肉体的、精神的苦痛に耐えられず、自殺をすることは禁じられている。

また自殺だけでなく、苦痛に苦しむ他人を殺して楽にしてあげることもイスラーム法では禁止されている。慈悲殺は神の奇蹟を起こす能力を無視し、また神の生死に対するコントロールに介入することになるからである。(Rispler-Chaim 1993, 97)。以上の議論では、自殺と慈悲殺という積極的安楽死が論じられており、消極的安楽死については明確ではない²¹。Rispler-Chaimは結論として、

²⁰ イスラームにおける死後の靈魂については、Winter 1995; 松本 2009参照。

²¹ Rispler-Chaimは、古典時代の法学者、イブン・ハンバル (Ibn Ḥanbal, d. 855) とマールク・イブン・アナス (Mālik ibn Anas, d. 795) によれば、第三者を殺すように他人Bに強いAでさえも、キサース (復讐) の対象になる。言い換えれば、殺人に間接的に加わることは、殺人と等しく、処罰の対象となる。この原則が拡大されれば、安楽死を相談したり、それに賛成した人は誰でも、そしてさらに、生命維持装置を外した医者と書類に署名した患者の家族も、同じ犯罪、殺人の罪になるとする (Rispler-Chaim 1993, 98)。この議論では、生命維持装置を外すという行為も禁止とされている。しかし、どのような状況で生命維持装置を外すのかについては述べられていないため、どちらの安楽死なのか判明しないのである。

イスラーム法にとって、(1) 神だけが生と死を決定すること、(2) 世界は人類にとって継続的な試練の場であり、不治の病人を殺すことが殺人に等しいことは明確であるとする (Rispler-Chaim 1993, 98)²²。

そもそも、古典的なイスラーム法では、安楽死の異なるケースの間の区別はしていない。どのケースでも、近代のファトワーは、異なる安楽死のタイプを論じていないし、一般的に、積極的、消極的安楽死の区別もせず、それらを両方殺人であると非難している。しかし、この非難のなかに、多くの違いが見られる (Atighetchi 2007, 286)。イスラームでは、安楽死の区別をしないうで論じられてきたし、今もそのような場合があるというである。その場合は、広義の安楽死全体が禁止されることになる。

しかし以下において、消極的安楽死は認められるという見解がイスラームの主流になってきていることを明らかにしたい。コーラン (クルアーン) は、消極的安楽死について述べていないし、ハディースも昏睡状態については述べていない。このような状況で、法的回答は、医療関係者の見解に依拠することになる。コーランの「忍耐と礼拝によって、(アッラーの) 御助けを請い願いなさい。だがそれは、(主を畏れる) 謙虚な者でなければ本当に難しいこと。(2章45節)」は耐えること強調しているが、それは推奨されるということである (Masoodi and Dhar 1995-96, 25)²³。よって、積極的安楽死は禁止されたとしても、消極的安楽死の可能性が出てくるのである。

イスラームでは、致死的な注射などによって患者が命を終わらせる積極的安楽死を禁止している。しかし、南アフリカ・ウラマー協会のファトワーでは、

²² さらにRispler-Chaimは、西洋とイスラーム圏を対比させ、西洋世界の安楽死に関する倫理的議論は、ムスリムの倫理的思考には場を持たないとしている。ムスリムは、西洋で安楽死が認められているのは、家族の一体性が崩壊しているからだと主張する。家族内の忠誠心やつながりが存在しないので、他人と痛みを共有する動機がない。安楽死は、寝たきりの患者とのすべてのつながりを放棄することを願う者たちへの解決策であるという (Rispler-Chaim 1993, 98)。しかしイスラームにおいても、殺人、自殺、積極的安楽死は許されないが、消極的安楽死については認めるファトワーが出されているし、ヨーロッパでも積極的安楽死を認めている国は一部であり、また消極的安楽死にも反対している人々もいるので、単純に大別することはできないと思われる。

²³ 人々は異なる能力を持って生まれている。弱い魂を持つ者は、試練に耐えられないのである。ムスリムの医師は、消極的安楽死に反対していない。医療倫理のイスラーム法は、不治の病に苦しむ患者に死者の規定が適用されるとき、治療を続ける理由はないとする (Masoodi and Dhar 1995-96, 26)。

患者が治療や人工的な生命維持装置を控えたりする消極的安楽死は、信頼できる専門家が、生きのびる望みがないと判断した場合にだけは許される。不可避の死を人工的に遅らせることは、患者の利益に反し、死の自然なプロセスに反するからである (Atighetchi 2007, 286)。

さらに医療と健康倫理のイスラーム規約 (IOMS: Islamic Organization for Medical Sciences 2004) の第62条は、治療の中止を安楽死とはみなしていない。「治療を続けることが無意味であるとき、その治療は生命維持装置を含む。また同様に、痛みを取るための投薬は、それが死を早めるとしても、慈悲殺の範疇には入らない。」このようにイスラーム法は、無益な治療を、家族の同意に従って、拒否することを禁止していない。死は、治療の中止によるのではなく、病気のプロセスによるのである。それゆえ、消極的安楽死は、自殺ではないので犯罪とはみなされない (Atighetchi 2007, 287)。

しかし医師は、あわれみから、患者の命を取ることを (積極的安楽死) に直接介入すべきではない。医師は、患者が生き延びるべきか否かではなく、治るか否かを見るべきである。同様に、親族に頼まれても、死を早める薬を与えてはいけない。これは殺人に相当する。コーランでは「アッラーの御許しがなくては、誰も死ぬことは出来ない。その定められた時期は、登録されている。(3章145節)」, 「アッラーは御心のままに生を授け、また死を与えられる。(3章156節)」とされ、神は寿命を定めたが、望みがある場合は、人間の努力がそれを切り抜ける余地がある (Atighetchi 2007, 288)。

以上のように、最近のファトワーでは医療関係者の見解が取り入れられ、積極的安楽死は禁止されるが、消極的安楽死は認められている。トルコとレバノンの刑法でも、以下のように積極的安楽死は禁止であるが、消極的安楽死は禁止されていない。トルコの刑法は安楽死を犯罪としている。トルコでは、安楽死の議論は医療の発展に伴い1980年代半ばから始まり、この時期、多くの死は自宅で生じていたが、1990年代半ばには、40%の死が、病院で生じるようになった。消極的安楽死は、広く行われているようである²⁴。1943年のレバノン刑法第

²⁴ 1995-96年のアンカラの医師524人に対する研究によると、320人の医師が消極的安楽死に賛成であった。その多くは、患者がそれを依頼したときのみ賛成とした。204人の医師が消極的安楽死に反対とした。理由としては、命を救うのが医師の義務だから、患者のリクエストが本当に意識的かどうか不明だから、命は神に属するからである (Yasemin 1996, 170-171)。

552条は、患者の要望によって死なせた者を、10年以内の懲役としている。1994年の倫理規定第27条では、患者が不治の病のとき、医師は治療によって精神的肉体的痛みを和らげることに専念すべきだとする。しかし加えて、患者の苦しみを長引かせる過度な方法をとらないことが好ましいとしている²⁵ (Atighetchi 2007, 289)。

最後に、サチェディーナ Abdul Aziz Sachedina (インド系ムスリム、ヴァージニア大学名誉教授)の研究を参照して、イスラームが間接的安楽死と消極的安楽死の二つを認めていることを確認しておきたい。以下の二つの状況では、末期患者を死なせることにおける「消極的」幫助と解釈されうる治療がある。(1)肉体的痛みと精神的苦痛を和らげるために、命を短くするかもしれないが、薬を投与するという痛みを和らげる治療は、イスラーム法では認められている。死なせようという意図を含まない限り、痛みを和らげるための治療に必要な医学的介入は、犯罪とはみなされない。

(2)同様に、治療の差し控えについても、患者、外科医、その他の人々による相互の意思決定に従って死を遅らせる治療を拒否し、死が起こることが確実なときに、人を死なせようという意図があったとしても、イスラーム法はそれを過失なしとみなす。その理由は、避けられない患者の死を遅らせることは、患者の利益に反するとみなされるからである。イスラーム法は、担当外科医のプロのアドバイスに従った家族の同意に基づいて、無益な治療を差し控えるのを禁止していない。リビングウィルの妥当性も認められている。

結論として、イスラームでは、これら二つの例外的状況のほかには、末期患者の命を終わらせるのを正当化する理由はない。自発的な積極的安楽死であろうと、外科医に幫助された自殺であろうと (Sachedina 2009, 170-171)。

以上、イスラームの安楽死に関する研究を紹介してきた。積極的安楽死と消極的安楽死の区別がなされずに、安楽死を禁止とする議論もある。しかし積極

²⁵ バイルートの135人の裁判官(31人は女性。103人は裁判官または検察官、32人は研修中の法律家、61%はムスリム、39%は非ムスリム)に対する、積極的安楽死と消極的安楽死への仮定的なアプローチにこの態度が表れている。56%の裁判官は第552条とは違う意見を表明した。そして患者が死を望めば、医師は患者を死なせるのを幫助するのに賛成した。若い裁判官と研修生はより多く賛成し、女性も賛成した (Atighetchi 2007, 289; Adib et al. 2003, 10-26)。

的安楽死は許されないが、消極的安楽死は許されるとするのが、概してイスラームの見解だと言えよう。イスラーム圏では、日本のように条件付きで積極的安楽死も容認するようになる可能性は低いと思われるが、今後の議論も注目したい。第三世界のムスリムは、人工呼吸器を付けられることなく自然死したり、自宅で息を引き取る事例が多く、高度な延命治療は無縁なのかもしれない。よって安楽死と尊厳死の議論は、湾岸諸国や欧米などのムスリムに限られた関心事である可能性も高い。また預言者ムハンマドは、従容と自らの死の運命を受け入れ、死病に見舞われてからも各段の治療を受けることなく亡くなったとされる(中田 2005, 174)²⁶。しかしそれでも、現代のムスリムの間で、命の終わりのあり方についての議論は続いていくと思われる。

第三章 現代のウラマーのファトワーにみられる安楽死

従来の研究では、ファトワー提供ウェブサイトがほとんど研究対象となっていなかった。そこで、ファトワー提供ウェブサイトにおいて、“*euthanasia*”, “*mercy killing*” といったキーワードで検索をして、質問と回答を収集、分析した(すべて2013年3月14日アクセス)。下線は筆者による。

(1) エジプト・ファトワー庁(Dār al-Iftā’ al-Miṣrīyah)²⁷のアリー・ゴムア・ムハンマド(Ali Goma Mohammed, グランド・ムフティー 2003～)による積極的安楽死に関するファトワー(2007年10月3日付)

<http://www.dar-alifta.org/ViewFatwa.aspx?ID=453&LangID=2&MuftiType=>

<http://infad.usim.edu.my/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=11584>

質問：耐え難い痛みや疾病のために、患者が医者に命を終わらせるように依頼する、あるいは医者が生きているより死んだ方がいいと判断する安楽死に関

²⁶ 病を癒すのは薬でも医療でもなく、アッラーであり、医療を過信しないイスラームの世界観が背景にある(中田 2005, 173-174)。ムハンマドの死の床における様子についてのハディースは、中田 2005, 174-175参照。

²⁷ ムハンマド・アリー朝時代の1895年に司法省の一部門として設立された公的組織。このファトワー庁のトップが、グランド・ムフティーである。ファトワー庁については、西野正巳氏(防衛省防衛研究所)にご教示いただいた。感謝申し上げます。

するイスラームの規定について教えてほしい。

回答：神が個人に与えた肉体は、個人が望んで自由に扱える個人の所有物ではない。むしろそれは、神から責任を任された委託物なのである。医師に命を終わらせるように依頼する患者は、自殺を図っているとみなされる。コーラン²⁸とハディース²⁹に基づき、質問で述べられた二つの形態の安楽死は、許されない。それは、大罪とみなされる。神に背くことがらにおいて、ほかの人々に従う必要はないことを知ることは、医師の義務である。患者がこのようなことを依頼するときは、同意する必要はないし、権利なしに他人を殺してはいけない。

ここでは、コーラン、ハディースを根拠に、患者の依頼もしくは医師の判断で、肉体的苦痛を持つ患者の積極的安楽死が禁止されると述べられている。

(2) ムザミル・スイッディーキー Muzammil Siddiqi (北米イスラーム法評議会会長) の安楽死のさまざまな問題に関するファトワー (2005年3月24日付)

<http://infad.usim.edu.my/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=9081>

質問：テリ・シャイボの尊厳死事件³⁰以来、生と死の議論が起きている。1) イスラームの安楽死への立場はいかなるものか？ 2) 人工的に命を引き延ばすことは許されるか？ 3) 誰が、最終的決定をするのか？ 医師、両親、配偶者、子供、患者、政府なのか？ 4) 死はいつ生じるのか？ 5) リビングウィルを用意しておくことは重要なのか？

回答：1) イスラームは、人間の命を神聖であり、守られるべきものとみなす³¹。

²⁸ 「だが信者を故意に殺害した者は、その応報は地獄で、かれは永遠にその中に住むであろう。アッラーは怒ってかれを見はなされ、厳しい懲罰を備えられる。(4章93節)」

²⁹ 「かつて或る人が腫物に苦しみ、激痛の余り、矢筒から一本の矢をひきぬいてその腫れ物をひっかいたため、流血が止らなくなり死んでしまった。主はこの時『私は天国にこの男が入るのを禁じた』といわれた。(ムスリム 1987, 1巻, 83-86)」

³⁰ 15年間植物状態になっていたフロリダ州の主婦テリ・シャイボ (Terri Schiavo) を、人工的に延命させたいテリの両親と、延命を拒む夫が対立、訴訟となり、米議会やブッシュ大統領まで介入したが、結局、テリの栄養チューブは取り外された。テリ・シャイボ事件の経緯とテリ法については、井樋 2005参照。

³¹ 「正当な理由による以外は、アッラーが尊いものとされた生命を奪ってはならない。誰でも不当に殺害されたならば、われはその相続者に賠償または報復を求める権利を与える。殺害に関して法を越えさせてはならない。本当にかれは(法によって)救護されているのである。(コーラン 17章33節)」

安楽死，もしくは慈悲的な殺人について，肉体的精神的苦痛を減らすため，または病気や病の苦しみを減らすため，自殺したり，他人を殺すための規定は，イスラームにはない。しかし，多くの医療専門家が，患者は末期症状であり，回復する望みはなく，すべての療法が無意味であると決定した場合，彼らには，集団的決定を通して，医療を止めることが許される。患者が生命維持装置をつけている場合，正当な診察とケアとともに，機械をオフにし，自然にその時がくるようにすることが許される。死を誘発することは許されない。生きている限り，その人は栄養を与えられねばならない。必要な栄養を可能な限り，医師や親族は与えるべきである。

2) 人工的に命を引き延ばすことについて，イスラーム法は，命は可能な限り守られるべきだと強調する³²。イスラーム法学者は，命を守るために，人工呼吸器（respirator）を含むすべての方法を使うことに賛成している。しかし患者が生命維持装置（life support machine）につけられ，医師が患者の状態が改善しないと判断し，人工呼吸器が無意味であると判断した場合，彼らには，正当な診察とケアとともに，医療専門家，家族，法学者の集団的決定によって，生命維持装置をオフにし，自然にその時がくるようにすることが許される。

3) 誰が，最終的決定をするのかについて，イスラーム法は，合意と集団的決定を選ぶ。決定は，思いやりと，状況説明によってすべての家族がまとまることによってなされるべきである。疑義のある場合以外，法廷が介入すべきではない。たとえば，医師が臓器移植のグループに属している，家族が，相続や遺言に関心があるなどの場合である。

4) 死の定義について，ムスリムの医療専門家は以下の二つの状況のうち一つを，個人の死と考える。

A 呼吸と心臓の機能の完全な不可逆的な停止

B 脳幹を含む脳の諸機能の完全な不可逆的な停止

これが，医学の標準によって確認されている。脳死の場合，脳や脳死の診断

³² 「人を殺した者，地上で悪を働いたという理由もなく人を殺す者は，全人類を殺したのと同じである。人の生命を救う者は，全人類の生命を救ったのと同じである（と定めた）。（コーラン 5章32節）」

に精通した、信頼できる医療の専門家の同席が求められる。

5) リビングウィル（末期状態になった際には、延命治療をすることなく尊厳死を希望する旨を表明した文書：しかしここでは、遺言のことであろう）を用意しておくことについて、預言者ムハンマドは、ムスリムに、彼らの意思を用意しておくよう促した。この事柄については、状況が変わり、政府や法廷の介入が増えていく。我々が意思を用意するのは、ますます緊急の重要事である。遺産の分配だけではなく、昏睡状態のときの医療やイスラームの適切な埋葬などについて述べておくとよい。

以上の回答では、コーランに基づき、生命を奪ってはならないことを強調した上で、「多くの医療専門家が、患者は末期症状であり、回復する望みはなく、すべての療法が無意味であると決定した場合、彼らには、集団的決定を通して、医療を止めることが許される」としている。つまり、消極的安楽死を認めている。また担当医師だけではなく、ほかの医療専門家や家族も含めた決定が必要であるとする。人工呼吸器の取り外し条件については、遷延性意識障害（植物状態、PVS）と脳死状態を指していると思われる。そして患者は、リビングウィルを用意しておくことが望まれている³³。

³³ 2006年11月14日付の匿名のウラマーとムザッミル・スイッディーキーのファトワーも類似の内容であるが、まとめておく。

質問：患者が痛みを耐えており、2、3か月しか生きられないなら、医師は患者を殺し、苦痛を止めるべきか？

回答：安楽死とは、現代の用語では、不治の患者の医師への要望により、患者の死を容易にすることを指す。さまざまなタイプの安楽死があり、それぞれが独自の規定を持っている。しかし、すべてのムスリムの法学者は、痛みを和らげるために人を殺すことは、イスラームでは許されないことに同意している。これを述べた上で、我々は以下のように言うことができる。多くの医療専門家が、患者が回復する望みがないと決定した場合、医療をやめることは許される。ムザッミル・スイッディーキーは以下のように述べている。イスラームでは人間の命は神聖であり、他人を殺すことも、自殺することも許されない。殺人が許されるのは、敵が攻めてきた正しい戦争状態が宣言されたときだけである。敵を殺すのは、正当防衛のために許される。また法廷が死刑を宣告することもある。しかし、痛みを減らすために人を殺すという規定は、イスラームにはない。医師、患者の親族、国家は、痛みを減らす努力をするのが義務であり、患者を殺すことはいかなる状況でも許されない。しかし、もし多くの医療専門家が、患者は末期症状であり、回復する望みはなく、すべての療法が無意味であると決定した場合、彼らには、集団的決定を通して、医療を止めることが許される。患者が生命維持装置をつけている場合、正当な診察とケアとともに、機械をオフにし、自然にその時がくるようにすることが許される。死を誘発することは許されない。

<http://infad.usim.edu.my/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=9829>

(3) ユースフ・カラダーウィー Yūsuf al-Qaradāwī (1926年～)³⁴の安楽死に対するイスラームのスタンスに関するファトワー (2005年3月22日付)

<http://infad.usim.edu.my/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=10561>

質問：イスラームの安楽死に対するスタンスを教えてください。

回答：安楽死、つまり慈悲的な殺人は、致死量の注射薬や、特別な治療を中止することによって、終末期の病や不治の病によって苦しんでいる個人の命を終わらせる行為である。この行為は、イスラーム的に禁止されている。というのは、それは、医師に、致死量の注射薬や電気ショック、鋭利な器具などで患者の命を終わらせたり、死を早めるための積極的な役割を含んでいるからである。この行為は殺人であり、殺人は大罪であり、イスラームでは禁じられている。

しかし、医学的見地から無意味だと考えられる正当な治療をやめることによって、特別な治療を中止することは許されるし、ときによっては、推奨される。医師は、患者の快適さと家族の安心のためにこれを行うことができる。神が望むなら、ここにはなにも間違いはない。ここで特に強調すべきことは、医学的な治療は、多数のムスリム法学者やイスラーム法学派の設立者たちによって、非義務的だとみなされているということである。むしろそれは、許容されるものである。シャーフイー (al-Shāfi'ī, d. 820) のように少数の法学者が、それを義務的だとみなしている。他の者たちは、医学的治療は推奨され、好まれるものだと考えている。

私自身は、それは義務だとする者に同意する。もし痛みが耐え難く、病が治癒可能ならば。しかし、もし病が手に負えなくて、回復が奇蹟的で、さらに痛みが増していく場合、治療が義務であるとか、推奨されると言える者はいない

³⁴ エジプトに生まれ、アズハル大学卒業後、ワクフ省やアズハル機構などに勤務した。カタール大学のシャリーア (イスラーム法)・イスラーム学学部学部長を経て、現在、ヨーロッパ・ファトワー調査協議会会長、国際ムスリム・ウラマー連盟会長を務めている。1980年以降のムスリム同胞団の中道派を代表する思想家として、アラブ諸国だけでなく世界中のムスリムに大きな影響力を持つ。著書『イスラームにおける合法と非合法 (al-Halāl wa-al-Harām fi al-Islām)』(この書の翻訳は、Hammad 1999参照。また日本語の抄訳はアルカラダーウィー 2005; アルカラダーウィー 2006参照)がある。

だろう。このように、無意味なものとなった医療をやめる医師の行為は、正当化されるだろう。しかしそれは、問題の「慈悲的な殺人」とは異なる。それは医師の側の積極的な行為を意味しないからである。むしろそれは、義務または推奨ではないもののある種放置することであり、責任を伴わないのである。

結論として、医師はこれを、患者の快適さと家族の安心のために行うことができる。神が望むなら、なにもここに間違いはない。また、もし患者が、もはやなにも感覚がないという意味で、脳死によって医学的に死亡したと推定された場合、生命維持装置をオフにすることは許される。

カラダウィーも、積極的安楽死については禁止しているが、消極的安楽死については認めており、場合によっては推奨されるとしている。医療行為は義務なのか、義務ではないのかは、法学者によって異なるが、回復の見込みがなく、痛みが増していく場合、治療が義務であるとか、推奨されると言える者はいないとする。そして脳死だと判定された場合についても、生命維持装置をオフにすることは許されるとする。しかし消極的安楽死が、医師の判断だけで行われうるのか、患者のリビングウィルや家族の同意が必要かどうか、については不明である。

以上のように、安楽死に関するファトワーを考察すると、積極的安楽死は絶対に認められないが、無意味な延命治療をやめる消極的安楽死は容認されると言えよう。ただしその場合、医師の判断が必要なことは当然としても、患者の意思、家族の意思を含めるのか否かについては、言及されていない場合が多い。また人工呼吸器の取り外し条件³⁵については、(1)回復の見込みがない場合(遷延性意識障害)および脳死の場合とするか、(2)脳死の場合のみとす

³⁵ 日本の問題状況で最も検討すべき課題は、人工延命措置の差し控えと中止の過剰なまでの区別が大きな弊害をもたらしているのではないか、という点である。すなわち、最初から延命治療を差し控えることには寛大であるが、ひとたび延命治療を開始すれば途中で中止することは犯罪になる可能性があるので中止できない、という奇妙は呪縛が蔓延している。ICUで延命治療を開始し、様子を観察して、いよいよ回復困難で予後の見通しが絶望的になった時点で延命治療を中止することは、一定の条件下で(刑)法的にも許容する途を確保しておかないと、この奇妙なジレンマを克服することはできないであろう(甲斐 2012a, 127-128)。

るか、法学者の意見が分かれているようである³⁶。最後に、尊厳死を選択しない場合の患者のためのファトワーを見ておきたい。

(4) 末期患者の行うべきことに関するファトワー（回答者、日付不明）

<http://islamqa.info/en/ref/13682/terminal%20care>

質問：治療できないがん患者が、病院で家族とともに残りの時間を過ごしている。彼にどのようなアドバイスをすればいいのか？

回答：ナワウィー Abū Zakariyā al-Nawawī（1278年没）は以下のように述べている。

病人は、よい態度を保ち、世俗的なことで議論するのを避けるようにすべきである。これは、彼の人生の終わりの時であり、よい行いでそれを終わらせるべきだと心に留めるべきである。彼の妻、子供たち、家族、隣人、友人、関わった人々の許しを請うべきである。そして、彼らが彼になにも敵対していないことを確実にしておくことである。コーランを読み、称名（ズィクル）を唱え、正しい者たちの物語を読み、彼らが死を迎えたとき、どのようなだったのかについて集中する。定めの手紙をおこない、不浄を避ける。そのほかの宗教的義務を果たす。これらのことから彼を引き離そうとする者たちのアドバイスを受けてはいけない。……彼の家族に、彼がいなくなっても耐え、嘆き悲しまないよう、忠告すべきである。そして葬式では、逸脱（ビドア）を行わないように、そして祈願（ドゥアー）を行ってくれるよう忠告すべきである（*Majmū‘*, Vol. 5, 108-109）。

第三世界のムスリムは、自宅や病院で、高度な終末期医療を受けられない状態で過ごすことが多いと思われる。その場合、可能な限り、以上のような伝統的なよい行為を行い、リビングウィルを残して、自然死を迎えることになるのだろう。

³⁶ 以下のファトワー（回答者、日付不明）によれば、脳死または心臓死の場合のみ、人工呼吸器の取り外しが認められる。<http://islamqa.info/en/ref/129041/mercy%20killing>

質問：ムスリムの医師たちから、母親の人工呼吸器を外すように求められている。どうすればいいのか。

回答：脳死か心臓死状態でなければ、外すことは許されない。1986年のアンマンの会議における、イスラーム法評議会（Islami Fiqh Council）の声明によると、死とは心臓死か脳死であり、脳死の場合、心臓が機械によって動いていても、生命維持装置を外すことは正当化されるとされた。

第四章 キリスト教における安楽死

キリスト教が安楽死問題に関わってきた歴史は、聖書からはじまるものではない。古代ならびに中世に関しては自死・自殺論が扱われる。しかし医療問題としての安楽死となると、ルネサンス、宗教改革のあった16世紀よりその歴史が始まるといってよい。カトリックが1960年以前に医療倫理に関心を抱いていた理由は、カトリック教会が秘蹟としての悔懺を行う必要性から「よき業」への関心を強くもったからだという。一般にプロテスタントは（悔懺が秘蹟から外され）恩恵に救済の根拠を定めるので、善行には無関心であると思われる（土井 2012, 44）。

先に述べたクインラン事件で、人工呼吸器の取り外しを望んだカレンの両親はカトリックであった。父のジョセフは、「わたしが望んだのはただ娘を自然の状態に戻し、主の御手に委ねることなのです」と答えている。その言葉は人々に素直に受け取られる説得力を持っていた。クインラン家の人々を、カトリックのトラパツ神父が支えていた。その霊的指導の背景には、カトリックの医療倫理があった（香川 2008, 40-41）。

米国のカトリックでは、19世紀後半以降、医療倫理が活発に論じ始められ、またローマ教皇ピウス12世（ピオ12世）（在位1939-58）が医療問題に積極的に発言したため、事件が起きたとき、カトリックの考察は十分に蓄積されていた。とくに、深昏睡の患者から人工呼吸器を取り外すことは許されるかという質問に答え、「通常以上の手段」を論じたピウス12世の1957年の書簡は、議論の大きな焦点となった（香川 2008, 42）。ピウス12世によれば、通常、義務となるのは生命を維持するための通常的手段に限られる。逆に、人工呼吸器が通常以上の手段となる場合、患者の事前の願いや家族の同意を基に停止することもできる。カトリックの立場からすれば、人工呼吸器の停止は通常以上の手段なのである（香川 2008, 13-14）³⁷。

次に、カトリックにおける尊厳死の議論について、概要をまとめたい。「尊厳

³⁷ 50年代という人工呼吸器ができたばかりで、まだ一般的医療とみなされていない時期であった。今日、遷延性植物状態にある患者の生命維持装置を外してよいとはならず、むしろ外すことに反対するのがカトリック教会の立場である（土井 2012, 51）。

死」という言葉には広い意味と狭い意味がある。広い意味での尊厳死は「患者は尊厳のうちに死ぬ権利がある」という考えに基づくものすべてを含む。であるから、積極的安楽死もこの考えに立って行えば、尊厳死と言える。しかし、カトリックの倫理観では、「殺す」という概念に入る方法を用いるものは認められない³⁸。その意味でこのような尊厳死は認められないことになる。狭い意味での尊厳死は、カトリックの倫理観でも認めることができる³⁹。その場合の尊厳死とは、「回復の見込みのない末期患者に無意味な延命措置をしないで、苦痛の除去のみを行い、患者が尊厳のうちに安らかに息を引き取るように配慮する死」と定義され、その方法として、「治療の中止」という形がとられるものを指す⁴⁰。日本医師会や日本学術会議等が「尊厳死」という言葉を使用するときには、このような意味で使用している（松本 1998, 95-97）。このような尊厳死は、安楽死や慈悲殺のように「殺す」という概念に入らないで、自然に「死ぬ」という概念に入るので、カトリックの倫理観でも認めることができるのである。

ローマ教皇ヨハネ・パウロ2世の「回勅 いのちの福音」においては、過度な延命治療を控えることは自殺、安楽死とは異なるとして、以下のように述べられている。

安楽死は、いわゆる「攻撃的な医療処置」に訴えるのを控える決断とは区別されなければなりません。この「攻撃的な医療処置」とは、換言すれば、患者

³⁸ バチカンの「安楽死についての声明」では、末期の患者に本当に必要なものは安楽死ではなく、愛であって、適切なケアであるという（土井 2012, 53）。

³⁹ 「安楽死についての声明」によると、「(死ぬ権利というのが) 自分の手で、あるいは人の手を借りて、自分の気のむくままに自分の死を引きおこす権利、というのではなく、人間としての、またキリスト者としての尊厳をもって平安のうちに死ぬ権利、という意味であるのなら、確かにそのような権利はあり、主張は正しい。」「死が近づき、しかもどんな手段を用いても、もはやこれを阻止することができないような状態になった場合、ただ、かばそいあるいは苦しみに満ちた生命の維持でしかないような延命のための処置はやめてしまう決定をしても、良心上なんの問題もない。」 <http://www2u.biglobe.ne.jp/~shinai/ronbun-frame.html>

⁴⁰ 「無意味な延命措置をしない」と言うときに「水分や栄養補給もしない」という考えと「水分と栄養補給だけはする」という考え方がある。日本医師会の報告では、末期患者に対する栄養補給を、最小限必要な「基本的療法」に含めているが、日本学術会議の報告では、「水分を含む栄養補給を中止してよい場合がある」と明記した。これに対して、バチカンの声明は、「普通与えられることになっている程度の措置だけは行わなければならない」という条件を付けている。それは、栄養補給を含む看護を指していると見るべきである（松本 1998, 98）。

の実状にもはや対応しきれない医学上の処置です。……このような状況では、死が明らかに迫っていてどうしても避けがたい場合、人は良心において、「このような症例の病人に通常与えるべきケアが中断されずにいるかぎり、根拠の不明確な延命、耐えがたい重荷となる延命を確実にするだけの処置については、これを拒むことができます。」……処置をするにあたっての手だてが、よくなる見込みに照らして客観的につりあいのあるものかどうかを見極める必要があります。特別的な手だて、ふつりあいな手段に訴えるのを控えるのは、自殺や安楽死とは同じ意味を持つものではありません。それはむしろ、死に直面して地上にある人間の条件を受け入れることを表します（ヨハネ・パウロ二世 2008, 145-146）。

また、痛みを和らげるために麻酔剤を用いた結果、いのちを縮めることになっても許されるとして、以下のように述べている。

患者のいのちを縮める危険性を伴うとしても、患者の苦痛を和らげるためのさまざまな種類の鎮痛剤や鎮静剤を使用するのは許されるか否か、という問題があります。覚醒した意識状態にとどまり、信者であれば主の苦難にはっきりした意識をもってあずかるために、鎮痛効果をもたらす治療を差し控え、自ら進んで苦痛を引き受ける人は称賛に値します。けれども、そのような「英雄的な」態度は、すべての人にとって義務であるとは認められません。教皇ピオ12世は、「もしほかに手段がなく、その状況ではその治療が他の宗教的、道徳的義務の遂行を妨げることがなければ」、治療の結果、意識の覚醒が低下しいのちを縮めることになっても、麻酔剤を用いて痛みを和らげることは許されると確認しました。このような場合は、正当な動機から死の危険を冒すとしても、死を望んだり、求めたりしていることにはなりません（ヨハネ・パウロ二世 2008, 146-147）。

このように「生命短縮の可能性のある治療または投薬」のケースに関しては、直接の目的が苦痛の緩和である限り、カトリックの伝統的倫理観は受け入れている。安楽死について、カトリックの倫理観からまとめると以下ようになる。

- (1) 積極的安楽死は（日本の）司法では認めているが、カトリックの倫理観では認められない。
- (2) 尊厳死は条件次第で、カトリックの倫理観でも認められる。

(3) 「生命短縮の可能性のある治療または投薬」は認められる(松本1996, 98)⁴¹。

なお、現代のプロテスタント諸教会は(積極的)安楽死についてさまざまな立場をとっており、決して一貫しているわけではない。現代アメリカのプロテスタント諸教会は安楽死について保守派による反対意見と自由主義的プロテスタントによる賛成意見とに分かれ、後者についてアメリカの聖公会の神学者・倫理学者、フレッチャー(Joseph Fletcher 1905-1991)が挙げられる。プロテスタントという一つの名称を共有するとはいえ、教派、教会のなかには安楽死問題についてカトリック教会の見解に近いものもあり⁴²、決して「プロテスタント」という枠ではまとめて議論できない(土井 2012, 56)⁴³。

結論

まず、イスラームの議論をまとめたい。コーラン、ハディースには、自殺や死、死期についての記述が多数存在する。それによれば、死ぬ時期は神だけが決めるとされ、自殺は許されない。また生命を尊重するため、自分はもちろん、他人の殺人も許されない。だが、コーラン、ハディースには、安楽死、尊厳死に関する直接的記述はほとんどない。そのため、不治の病の苦しみに耐えることが天国への道であるとされ、忍耐が推奨されてきた。しかし、死期が迫り、治る見込みがないと医師が判断した人については、無意味と考えられる延命治療をやめたり、人工呼吸器を外すことによって死に至るという尊厳死がおおむ

⁴¹ 類似した内容が <http://www2u.biglobe.ne.jp/~shinai/report-web/euthanasia.htm> にも記載されている。

⁴² 受精卵の破壊を伴う ES 細胞の議論においても、カトリックと同様に ES 細胞の作成に反対するプロテスタントと、容認するプロテスタントが存在する。青柳 2012; Aoyagi 2014 参照。

⁴³ 甲斐 2012b では、オランダは強力な自律意識に支えられて安楽死の立法化を先駆けた(甲斐 2012b, 234) と述べられているが、宗教的な要因が関係しているのか、という議論はみられなかった。ただ、「オランダでは、世俗主義政権の登場によって2001年に安楽死法が成立した。宗教の枠組みがある欧米では、安楽死容認の是非は、とても議論しやすい対象である。そのため、総選挙を経ることによって安楽死容認への道が開かれてきた(甲斐 谷田 2012, vii)」とあるので、キリスト教の影響力が低下した結果、安楽死法が成立したようである。なお、外務省のオランダ王国基礎データでは、2011年 オランダ中央統計局のデータに基づき、キリスト教(カトリック27%、プロテスタント16.6%)、イスラム教(5.7%)、ヒンズー教(1.3%)、仏教(1%)、無宗教・その他(48.4%)となっている。

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/netherlands/data.html> 参照。

ね認められている。また痛みを和らげるための投薬によって、死期が早まる間接的安楽死も認められている。ただ、積極的安楽死については絶対に認められない。最近のファトワー提供ウェブサイトでも、同様の見解が述べられているが、人工呼吸器の取り外し条件については意見の相違があった。また医師だけで取り外しを決定できるのか、患者、家族、医師の話し合いのもとに決定すべきなのか、についても法学者によっては明示されていなかった。一方、高度な延命治療を受けられないムスリムは、周りの人々に許しを請い、その日を迎えられるように備えるべきとされている。

イスラームとカトリックを比較すると、積極的安楽死は認められないが、消極的安楽死（尊厳死）については条件つきで認められるという点が共通している。ただ、脳死ではなく遷延性植物状態にある患者の人工呼吸器を外してよいのかどうかについては、イスラーム、カトリックともに詳しい検討が必要である。また医師の判断だけではなく、患者、家族の同意を必要とするかについて、イスラームでははっきりしないファトワーもあった。イスラーム圏では、安楽死をめぐる裁判もなされていないようであり、あいまいな点が残っているのかもしれない。なお、キリスト教ではプロテスタントのなかで安楽死容認派と反対派に分かれており、イスラームでは安楽死反対で意見はほぼ一致している。またイスラーム圏の病院における末期患者に対するターミナル・ケア⁴⁴についても、今後の課題である。

⁴⁴ 人生の終点に近づいたこのような人々に、何をどのようにするのがよいかということを考え、実行するのが「ターミナル・ケア」である。医師の役割は重要であるが、医師だけでは「ターミナル・ケア」はできない。対象となっているのは、肉体や病気だけでなく、ありとあらゆる面を含めた全人間だからである。そのためには、医師、看護師、宗教家、ケースワーカー等多くの人々がチームを組んで対処する必要がある。私たち自身も、将来の当事者として、元気なときからそのような問題について考え、リビングウィルで自分の態度を示しておく必要がある（松本1998, 136-137）。イギリスと日本のホスピスについては、田代 2011 参照。

* 本稿は、平成二四～二五年度科学研究費補助金（基盤研究（C） 課題番号 24520066）、平成二四～二五年度科学研究費補助金（基盤研究（A） 課題番号 24251008）、平成二四年度公益財団法人三菱財団人文科学研究助成および平成二五年新潟大学人文社会・教育科学系研究支援経費（奨励研究）による研究成果の一部である。

参考文献

アラビア語文献

Fatāwā: Yūsuf al-Qaraḍāwī, *Fatāwā Mu‘āṣirah*, 3 vols., Kuwait: Dār al-Qalam li-al-Nashr wa-al-Tawzī‘, 2003–2004.

Iḥyā’: al-Ghazālī, *Iḥyā’ ‘Ulūm al-Dīn*, ed. by Abū Ḥafṣ, 5 vols., Cairo: Dār al-Ḥadīth, 1992.

Majmū’: Abū Zakariyā al-Nawawī, *Majmū’ Sharḥ al-Muhadhdhab*, 20 vols., Beirut: Dār al-Fikr, n.d.

日本語文献

青柳かおる 2003. 『現代に生きるイスラームの婚姻論——ガザーリーの「婚姻作法の書」訳注・解説』東京外国語大学アジア・アフリカ言語文化研究所, *Studia Culturae Islamicae* no. 32.

青柳かおる 2011. 「イスラームの生命倫理における胚の形成過程の問題」『比較宗教思想研究』第11輯, 1–16.

青柳かおる 2012. 「イスラームの生命倫理における初期胚の問題——ユダヤ教, キリスト教と比較して」『比較宗教思想研究』第12輯, 1–21.

青柳かおる 2013. 「イスラームの生命倫理と先端医療——キリスト教と比較して」『比較宗教思想研究』第13輯, 101–121.

アルカラダーウィー（遠藤利夫訳）2005. 「『イスラームにおける合法（ハラール）と非合法（ハラーム）』抄訳（一）」『シャリーア研究』第2号, 拓殖大学海外事情研究所, イスラーム研究センター, 159–183.

アルカラダーウィー（遠藤利夫訳）2006. 「『イスラームにおける合法（ハラール）と非合法（ハラーム）』抄訳（二）」『シャリーア研究』第3号, 拓殖大学海外事情研究所, イスラーム研究センター, 97–142.

- 井形昭弘 2012.「わが国における尊厳死運動——日本尊厳死協会の立場から」シリーズ生命倫理学編集委員会編『安楽死・尊厳死』丸善出版社, 85-105.
- 井樋三枝子 2005.「テリ・シャイボ事件において制定された2つの法律をめぐる問題点」『外国の立法』225, 158-175. (<http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/legis/225/022512.pdf>)
- El-Kelish, Noha・鶴飼良・奥田潤 2001.「医療倫理に対するイスラム教による解釈——安楽死と尊厳死」『社会薬学』20-2, 27-34.
- 大谷いづみ 2011.「「自分らしく, 人間らしく」死にたい? ——安楽死・尊厳死」玉井真理子・大谷いづみ編『はじめて出会う生命倫理』有斐閣, 187-210.
- 甲斐克則 2012a.「日本における人口延命措置の差控え・中止(尊厳死)」シリーズ生命倫理学編集委員会編『安楽死・尊厳死』丸善出版社, 126-148.
- 甲斐克則 2012b.「オランダにおける安楽死・尊厳死」シリーズ生命倫理学編集委員会編『安楽死・尊厳死』丸善出版社, 218-237.
- 甲斐克則 谷田憲俊 2012.「緒言」シリーズ生命倫理学編集委員会編『安楽死・尊厳死』丸善出版社, v-vii.
- 香川知晶 2008.『死ぬ権利——カレン・クインラン事件と生命倫理の転回』勁草書房.
- 香川知晶 2009.『命は誰のものか』ディスカヴァー・トゥエンティワン, ディスカヴァー携書.
- ガザリー (中村廣治郎訳) 2003.『誤りから救うもの——中世イスラム知識人の自伝』筑摩書房, ちくま学芸文庫.
- ガザリー (中村廣治郎訳) 2013.『中庸の神学——中世イスラームの神学・哲学・神秘主義』平凡社, 東洋文庫.
- 柏原良英 2009.「クルアーンにおける死生観と罪の概念」『シャリーア研究』第6号, 117-132.
- サチェディーナ, アブドゥルアズィーズ (青柳かおる訳) 2007.「イスラームにおける生命倫理」『生命倫理百科事典』丸善, 第1巻, 57-65.
- 斎藤義彦 2002.『死は誰のものか——高齢者の安楽死とターミナルケア』ミネルヴァ書房, MINERVA 21世紀福祉ライブラリー.
- 真田芳憲 2007.「イスラームと自殺」『死から見る生——自殺と終末期医療を考える』佼成出版社, 163-184.
- 新谷一郎 2012.「アメリカにおける尊厳死」シリーズ生命倫理学編集委員会編『安楽死・尊厳死』丸善出版社, 180-196.

- 田代志門 2011. 「最期まで生きるために——ホスピス・緩和ケアの現場から」玉井真理子・大谷いづみ編『はじめて出会う生命倫理』有斐閣, 167-186.
- 谷田憲俊 2012. 「安楽死・尊厳死をめぐる生命倫理の問題状況」シリーズ生命倫理学編集委員会編『安楽死・尊厳死』丸善出版社, 1-20.
- 土井建司 2012. 「安楽死・尊厳死とキリスト教——その歴史と基本思想」シリーズ生命倫理学編集委員会編『安楽死・尊厳死』丸善出版社, 43-64.
- 中田考 2005. 「「イスラーム」と「生命倫理」」小松美彦・土井健司編『宗教と生命倫理』ナカニシヤ出版, 149-180.
- 日本カトリック司教団 2001. 『いのちへのまなざし——二十一世紀への司教団メッセージ』カトリック中央協議会.
- 日本ムスリム協会（訳）1983. 『日亜対訳・注解 聖クルアーン』日本ムスリム協会.
- 藤本勝次・伴康哉・池田修（訳）1979. 『コーラン』中央公論社.
- ブハーリー（牧野信也訳）1993-1994. 『ハディース——イスラーム伝承集成』（上・中・下）中央公論社.
- 保坂正康 1993. 『安楽死と尊厳死——医療の中の生と死』講談社, 講談社現代新書.
- 町野朔ほか 1997. 『安楽死・尊厳死・末期医療（資料・生命倫理と法）』信山社出版.
- 松本耿郎 2009. 「イスラームの死生観と馬復初の来世観」『サピエンチア——英知大学論叢』第43号, 199-219.
- 松本信愛 1998. 『いのちの福音と教育——キリスト教的生命倫理のヒント』サンパウロ.
- 宮川俊行 1998. 『安楽死の論理と倫理』東京大学出版会（初版 1979）.
- 宮川俊行 2007. 「キリスト教と安楽死」『死から見る生——自殺と終末期医療を考える』佼成出版社, 163-184.
- ムスリム（磯崎定基・飯森嘉助・小笠原良治訳）1987. 『日訳サヒーフ・ムスリム』日本ムスリム協会.
- 武藤真朗 2012. 「日本における積極的安楽死」シリーズ生命倫理学編集委員会編『安楽死・尊厳死』丸善出版社, 106-126.
- 森伸生 2006. 「イスラーム法と現代医学——脳死と臓器移植問題を通して」『シャリーア研究』（拓殖大学イスラーム研究センター）第3号, 63-80.
- ヨハネ・パウロ二世（裏辻洋二訳）2008. 『回勅 いのちの福音』カトリック中央協議会, ペトロ文庫.

英語文獻

- Adib, S. M. and S. H. Kawas et al. 2003. "End-of-Life Issues as Perceived by Lebanese Judges," *Developing World Bioethics*, 3 (1), 10–26.
- Aoyagi, Kaoru 2014. "Early Embryos in Islamic Bioethics: A Comparative Study with Judaism and Christianity concerning Contraception, Abortion, and Embryonic Stem Cells," in *The Proceeding of the Middle East and Islamic Seminar 2013/2014: The Society and Thought of the Middle East (tentative title)*, Tokyo: the University of Tokyo Centre for the Middle Eastern Studies (UTCMES), forthcoming.
- Atighetchi, Dariusch 2007. *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*, [Dordrecht]: Springer.
- Brockopp, Jonathan E. 2003. "The "Good Death" in Islamic Theology and Law," Jonathan E. Brockopp, (ed.) *Islamic Ethics of Life: Abortion, War, and Euthanasia*, Columbia, S. C. : University of South Carolina Press, 177–193.
- Brockopp, Jonathan E. and Thomas Eich (eds.) 2008. *Muslim Medical Ethics: From Theory to Practice*, Columbia, S. C. : University of South Carolina Press.
- Hammad, Ahmad Zaki (translation review) 1999. *The Lawful and the Prohibited in Islam*, Plainfield, Indiana: American Trust Publications.
- Ghanem, Isam 1982. *Islamic Medical Jurisprudence*, London: Arthur Probsthain.
- Ghanem, Isam 1989. "The Response of Islamic Jurisprudence to Ectopic Pregnancies, Frozen Embryo Implantation and Euthanasia," *Arab Law Quarterly*, 4, 345–349.
- Karim, Maulana Fazlul (trans.) 2006. *Imam Ghazzali's Ihya Ulum-Din*, New Delhi: Islamic Book Service, 4 vols., Revised Edition of 1992 ed.
- Krawiez Birgit, "Brain Death and Islamic Traditions: Shifting Borders of Life?," Jonathan E. Brockopp, (ed.) *Islamic Ethics of Life: Abortion, War, and Euthanasia*, Columbia, S. C. : University of South Carolina Press, 194–213.
- Masoodi, Saqlain and Lalita Dhar 1995–96. "Euthanasia at Western and Islamic Legal System: Trends and Developments," *Islamic and Comparative Law Review*, 15–16, 1–36.
- May, William E. 2008. *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life*, Huntington, Indiana: Our Sunday Visitor.
- Moazam, Farhat 2006. *Bioethics and Organ Transplantation in a Muslim Society: A Study in Culture, Ethnography, and Religion*, Bloomington: Indiana University Press.
- Rispler-Chaim, Vardit 1993. *Islamic Medical Ethics in the Twentieth Century*, Leiden: E. J.

Brill.

- Sachedina, Abdul Aziz 2005. "End-of-life: The Islamic View," *The Lancet*, Vol. 366, Issue 9487, 774–779.
- Sachedina, Abdul Aziz 2006. "The Cultural and the Religious in Islamic Biomedicine: The Case of Human Cloning," in Heiner Roetz ed., *Cross-cultural Issues in Bioethics: The Example of Human Cloning*, Amsterdam: Rodopi, 263–290.
- Sachedina, Abdul Aziz 2009. *Islamic Biomedical Ethics: Principles and Application*, Oxford: Oxford University Press.
- Sachedina, Abdul Aziz n. d. 1. "Right to Die?: Muslim Views About End of Life Decisions." (<http://www.people.virginia.edu/~aas/article/article3.htm>)
- Shah, Sayed Sikander 1996. "Mercy Killing in Islam: Moral and Legal Issues," *Arab Law Quarterly*, 11 (2), 105–115.
- Umri, Jalaluddin 1987. "Suicide or Termination of Life," translated by S. A. H. Rizvi, *Islamic and Comparative Law Quarterly*, 7, 136–144.
- Winter, T. J. (trans. and intro.) 1995. *Al-Ghazali, The Remembrance of Death and the Afterlife: Kitāb Dhikr wa-Ma ba'dahu, Book XL of the Revival of the Religious Sciences*, Cambridge: The Islamic Text Society.
- Yasemin, Oguz N. 1996. "Euthanasia in Turkey: Cultural and Religious Perspectives," *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*, 6 (6), 170–171. (<http://www.eubios.info/EJ66/EJ66P.htm>)