

弁護士の椎名毅議員(みんなの党→維新)が、死ぬ権利は憲法 19 条の幸福追求権の一部として認められているかという判断を内閣法制局に求めた。また、法務省刑事局長が刑法 202 条の嘱託殺人罪に関連して、安楽死が許容される条件を司法判例から説明している。

○椎名毅委員

ありがとうございます。(中略)

さて、本題に入ります。

こちらは法務委員会ですので、尊厳死というテーマについてきょうは何いたいというふうに思います。

非常に重たいテーマでございまして、人の生き死にかかわる部分であり、やはり死生観だったり、それから哲学だったりというところに大きくかかわる部分であって、さまざまな議論のあるところかなというふうに思っています。役所の側で政策的に誘導していくことが基本的には不可能な、そういう問題だろうというふうに思っています。

そういった観点、そういった問題について、本日、それこそ真正面から聞いていきたいなというふうに思っております。

尊厳死というのは、みずからの死に方に対する選択という文脈で、自己決定権の一部なんじゃないかというふうに考えられている部分があるかというふうに思います。患者の側でみずからの尊厳を確保したまま死を迎えるということ、さらに付随して申し上げますと、自分の望まない治療を受けない、自分が最後まで生き方を決める、こういう人生の生き方の部分が多分にあるのかなというふうに思っています。

こういった考え方というところについて、やはり法律家としては、憲法上の権利ということから大上段に構えて議論をする方々も大勢いらっしゃるんですけども、本日、法制局の方にいらっしゃるいただいています。自分の死に方を決定する自己決定権という意味において、これが憲法上どう考えられるのか、憲法上保障されている権利なのかということからスタートしてまいりたいと思います。

問題となる条文は、憲法十三条、幸福追求権だというふうに思いますので、十三条について一般的にどう考えられているのかということを含めて、御見解をいただければと思います。

○内閣法制局第一部長近藤正春

お答えをいたします。

今、死に方に関する自己決定権ということで御質問がございました。

御承知のとおり、憲法第十三条に規定されております生命、自由及び幸福追求に対する権利を一般に幸福追求権と呼んでいると承知しておりますけれども、公共の福祉に反しない

限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重が必要とされるという国民の権利であるというふうに承知しております。

お尋ねの、**死に方に関する自己決定権というのがこうした憲法上の保障される権利に入るかどうかということにつきましては、現段階で、これを一般的に論じた判例があるというふうに私ども承知しておりません**でして、一概に申し上げることはちょっと困難であろうかというふうに思っております。

○椎名委員

ありがとうございます。

類似するという表現が正しいかどうかはちょっと答えを留保しますけれども、輸血拒否事件という事件が以前ございまして、特定の宗教を信じている方が輸血を拒否する、治療行為を拒否する、そういうことで、まさにこの自己決定権、医療に関する、特に治療方針に関する自己決定権というものが争われた件がございます。

これについては、そういった治療方針等について決めることも、一応、最高裁では、人格権の一内容として尊重されるというふうに指摘はされているところかなというふうに思っています。ただ、最高裁自体は、憲法上の権利かどうかというところについては特段言及をせず、この人格権の一内容として尊重されるべき治療方針に関する自己決定について、医師の側で望まぬ輸血を行ったということで損害賠償を認めている、そういう事件があったかというふうに思います。

こういった事件を含めても、憲法上の権利かどうかというところについては種々議論があるところかなというふうには思いますが、やはり、治療方針を決定する、最終的には輸血拒否をすると死ぬ可能性もあるので、含意としてですけれども、死に方に関する自己決定というところも含んでいるかなと私自身は思いますが、そういったことを述べている、それについては人格権の一内容として尊重される権利であるということは言っているわけですね。

こういった自己決定というものを考えたときに、患者がまさに望まない治療行為を、医療従事者が患者のことをおもんばかって治療行為を中止したり、楽にしてほしいという意思が患者から示された、また家族から示されたということに依って、積極的に薬物を投与する等によって、いわゆる安楽死という表現をするのが正しいかどうかはわかりませんが、そういった行為が今まで問題になった事例というのが幾つかあるかというふうに思います。

これは、刑法百九十九条で定める殺人罪だったり、二百二条で定めるいわゆる囑託殺人だったり、こういった罪に医療従事者が問われる可能性があるわけですね。患者の自己決定、自分の意思のあらわれとして楽にしてほしいという意思表示をしていたとしても、医療従事者の側で延命治療を中止したり、それから積極的に薬物を投与する等によって、こういった罪に問われる事態があったりするわけです。

しかし、事例の中でも、例外的に許容される場合もあるのではないかみたいな基準を出されている例もございますけれども、刑事局長の御所見、そういったところについて教えてい

ただければというふうに思います。

○林眞琴法務省刑事局長

今の御指摘に対しては、これまでどのような事例があったのか、あるいは、それに対して裁判所がどのような判断をしたのかという形でお答えをさせていただきたいと思えます。

まず、積極的な安楽死と尊厳死に分けて御説明いたしますが、まず、積極的な安楽死に関する事例としては、**東海大学安楽死事件**というものがござります。これは、医師であった被告人が、多発性骨髄腫で入院中の患者に対しまして、家族からの求めに応じて点滴等を外すなどの治療行為を中止し、さらに、すぐに息を引き取らせてほしいと強く要請されて、心停止の作用のある塩化カリウム製剤等を注射して死亡させた、こういう事案でござります。

これに対しまして、**横浜地方裁判所**は、一つには、**患者が耐えがたい肉体的苦痛に苦しんでいるとは言えない**、二つ目には、**生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があるとは言えない**、三つに、**患者の肉体的苦痛を除去するために方法を尽くし、他に代替手段がないとは言えない**などの判示をして、この事案については殺人罪の成立を認めたものでござります。

もう一つ、尊厳死。すなわち尊厳死は、死への末期症状に至るなどの生命維持装置に頼るほかには延命の方法がない場合に、本人の生前の意思に基づき、そのような処置を施さないか、あるいは、これを取りやめて尊厳のある自然な死につかせること、こういったものと理解しております。こういった尊厳死に関する事例といたしましては、医師であった被告人が、**気管支ぜんそくの発作で昏睡状態が続いていた患者**に対し、家族からの求めに応じて気道確保のために挿入されていた気管内チューブを抜いたところ、予期に反して患者が苦悶、苦しい呼吸を始めたために、患者に対して筋弛緩剤を投与し死亡させたという**川崎協同病院事件**というものがござります。

これにつきましては、**気管内チューブを抜いた、抜管した行為の違法性**につきまして、最高裁判所は、**被害者の回復可能性や余命については的確な判断を下せる状況にはなかったものと認められること**、また、**抜管を求める、管を抜くことを求める家族の要請は、適切な情報を伝えられた上でなされたものではなく、また被害者の推定的意思に基づくということもできないことから**、この抜管行為は法律上許容される治療中止には当たらない旨判示したところでござります。

○椎名委員

ありがとうございます。

今の裁判例、幾つか理由を種々述べた上で殺人罪に当たるという判断をしているわけですが、これは裏を返すと、ごくごく限られた要件のもとで治療行為として許される可能性もあるというその余地自体は残している判決なんだろうというふうに思っています。

基本的に、医療従事者が治療行為中に患者を死に至らせた場合、いろいろあるかと思えますけれども、典型的な例でいうと、刑法三十五条というところで違法性阻却をされる、また

構成要件に該当しない、こういう形があるわけですがけれども、今問題となったような事件においても、一応治療行為として許容されるかどうかというところについて裁判所としては検討していただいているわけですね。幾つか要件があるわけです。

しかし、特に積極的安楽死と俗に言われる、まさに先ほど筋弛緩剤を注射したという事案については、医師の積極的な加害行為が加わっている関係上、やはり認められる可能性というのは非常に低い部分もあるので、こちらについてはまだまだ、もっとずっと大きな議論が必要かなというふうに私自身は思っていますが、他方で、延命治療行為を停止する、いわゆる消極的安楽死と表現をしたり、いわゆる尊厳死という表現をしたりするこういった行為については、先ほど御指摘いただいた、刑事局長のお話しされた部分を含めても、理由づけというのやはりちょっと違う部分もあります。

私の手元にあるのは、川崎協同病院事件ではなくて、同じく東海大学病院事件等でも、治療行為の中止については、患者の自己決定権の理論と、意味のない治療行為を行うことはもはや義務ではないという医師の治療義務の限界とを根拠に、一定程度の要件のもとに許容されるんじゃないかみたいなことを指摘しているものもあります。治療不可能な病気に侵されている、それから治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在する、そういったような話ですね。しかし、治療行為として許容されるかどうかについてを裁判所に委ねるということの難しさというのがやはりあるかというふうに思います。

現実には、ほかにも問題となった事例はあるわけですがけれども、尊厳死に関する議論が大きく進んだ事例でいうと、射水市民病院事件という富山の病院の事件ですね。こちらについては、治療行為の中止を行った医師について、かなり複数回の、一説によると五十回以上の取り調べを受けた上で、最終的には起訴されなかったという事案ですね。

起訴をするかしないかを定める検察官のもとに身柄が送られる、または書類が送られる、さらには、その後起訴されて、裁判所に移管されて、裁判所で有罪か無罪かを判断する、こういうプロセスの流れの中で、治療行為の中止を行った医師を取り扱うという、やはり彼らの社会的な生命という部分で非常に大きな問題が生じるんじゃないかなというふうに思います。逮捕、送検、マスメディアでの報道、大体このあたりで、政治家もそうですけれども、医師も当然ですが、社会的には信用というものを失ってしまう、そういう状況かなというふうに思います。

だとすると、やはり法律を定めて、一定程度要件を明確化して、医師が明確に免責される要件を定めておくということの必要性についても、そろそろ検討しなきゃいけないのではないかなというふうに私自身は考えておるわけでございます。

現場では、治療行為の中止をお願いされて、医師が結局判断がつかず、自分が刑事訴追をされる可能性というものを鑑みて、かえって治療行為の中止を拒否する、患者または患者の家族が望んでいないにもかかわらず、その治療行為を続けざるを得なかった、そういう選択をせざるを得ない状況というの幾つかの事例で報告されているところでございます。

非常に難しいテーマですがけれども、ぜひ、このあたりについて、法制化をする必要性とい

うところについての大臣の御所見などをいただけると大変幸いです。

○谷垣法務大臣

今御議論の尊厳死、これは、死への末期症状に至るなど生命維持装置に頼らなければ延命の方法がないような場合に、本人の生前の意思に基づいて、そういう処置を施さない、あるいは、それを取りやめて尊厳のある自然な死につかせる、そういうことを意味しているというふうに理解しております。

今、椎名委員はかなり自問自答されながら御議論を続けておられたと思うんですが、私が申し上げられることも、大体今の自問自答の中に入っているような気がいたします。

私は、尊厳死については、もちろん、法的に例えばどういう権利として認められるか認められないかということは、法律的な立論だけではなくて、今の御議論の中にもありますけれども、医学とか、さらに道徳とか、宗教、倫理観というようなものと深くかかわっておりますので、なかなか法律的に定型性をつくって議論していくというのが極めて難しい分野ですね。

恐らく、お挙げになった、医師がそういう行為をして何度も検察に調べられてというような事案でも、いろいろなことが想定されますから、十分注意義務を尽くしているのかとか尽くしていないのかとか、こういうことまで言いますと、非常に難しいですね。

私は、法制化の必要性と今おっしゃいましたけれども、非常にそういう価値観にわたるものでありますので、少なくとも**行政がお先棒を担いでと言うと言葉が悪いですが、委員もおっしゃったとおりですが、なかなか問題提起がしにくい事案**であろうと思います。

ですから、やはり、多面的な議論をしていただくという極めて抽象的なお答えしか申し上げようがないのでございますが、今のところ申し上げられるのはそんなことでございます。

○椎名委員

ありがとうございます。

おっしゃるとおりで、非常に難しいテーマだとは思いますが、私自身は、患者と医師に選択肢を用意してあげるという発想を持ってもいいのかなというふうに思ったところでございます。

哲学的な議論に入らないまま、医師の免責を認めるというところに重きを置くことによって、患者の自己決定権に対する選択肢を提供するという考え方も、何を言いたいかという、要は、裏を返すと、哲学的な議論になるべく踏み込まないで何か議論ができないかという問題提起をきょうはさせていただきたかったところでございます。

厚生労働省の方々もお呼びしたので、最後に一つだけ伺いたいと思います。

尊厳死の話を法制化することに対する強い反対意見というのはやはりあります。これは、患者の側が、医師から自分が終末期にあると判断をされたときに、患者と医者之间存在している情報の非対称の観点から、やはり医者がそう言ったら自分は終末期なんだろうと思ってしまう、そうすると、家族に申しわけないので、自発的に延命治療の中止を申し出てしまう形で誘導されるんじゃないかというような反対意見が、多分、割と根強いんじゃないかなと

いうふうに思っています。こういった情報の非対称というのを解消していかないと、尊厳死というものを法制化していくことはやはり難しいというふうに思っています。

こういった観点から、情報の非対称によりもたらされるこういったネガティブの効果と  
いうことを考えたときに、こういった方法で極小化していくということが考えられるか、ぜひ  
教えていただければというふうに思います。

○原徳壽厚生労働省医政局長

お答え申し上げます。

人生の最終段階における医療については、患者、家族に十分に情報が提供された上で、これに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本として行われることが重要であると考えております。

今、先生御指摘のようなさまざまな事件がございました。その中で、私どもとしては、平成十九年に、人生の最終段階における医療の決定に関する手続の流れなどを定めた終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインを策定しております。現在、この周知に努めていますとともに、また、本年度の予算におきまして、患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療を実現するために、医師だけではなくして看護師等を相談員として育成し、患者等に助言や情報提供を行う事業に取り組むこととしております。

このように、その場面では医師が主導的にはなりますが、最終段階では医師以外の医療従事者も含めたチームで対応することが必要だと思っております、そのためにどのような体制が必要か、今年度の事業で検討を深めていきたいと考えております。

○椎名委員 時間も参りましたので終わりたいと思っておりますが、引き続き、私自身も検討していきたいというふうに思っております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

第 186 回国会 衆議院 法務委員会 第 10 号 平成 26 年 4 月 8 日

医師である自由民主党三ツ林議員から、自験例より終末期医療の法制化について法務大臣の所見を伺っているが、行政主導での法制化は難しいとの見解を引き出している。

○三ツ林裕巳委員 大臣、ありがとうございます。(中略)

次に、尊厳死法案について質問させていただきます。

尊厳死を法律で認めることには賛否両論があります。これまでの法制化の動きは進んでおりませんでした。安倍総理が、昨年二月の参院予算委員会で、尊厳死について、最期は尊厳を持って人生を終わりたいということが実現するよう、医者側も安心して対応できるような仕組みを考えていきたい、このように述べ、法制化に前向きな考えを示しました。

現在、日本の年間死亡者数は約百二十万人で、その八割以上が病院もしくは施設で亡くなっている状況であります。そして、そこでは、治る見込みのない方に対して、延命治療と言

える医療行為がなされております。その死亡者数は、二〇一五年に百四十万人、二〇二五年には百六十万人まで膨れ上がると予想されております。

年々死亡者数が増加する中で、それに対応できるだけの在宅のみとりの実現ができていくかといえば、追いついていないのが現状であります。今後も在宅のみとりの件数がふえていくと思いますけれども、病院死をそのまま在宅でのみとり医療に移行できるほどのキャパシティーは現在ありません。

**大事なことは、死亡者数が年々増加している中で、終末期の医療の目的を、患者さんに苦痛を与え、尊厳ある生を侵す延命治療から、患者本人のQOLを重視した医療に転換することだと考えております。**

資料を提出いたしましたけれども、「日本老年医学会の立場表明二〇一二」というのが四枚目の資料にあります。三枚目は新聞で、去年の暮れに、尊厳死法案が現実味を帯びてきた、こういったことが載っております。

この「立場表明」が私は非常に重要であると思っております。年齢による差別に反対するということでもあります。「いかなる要介護状態や認知症であっても、高齢者には、本人にとって「最善の医療およびケア」を受ける権利がある。」

この論拠は、「すべての人にとって、「最善の医療およびケア」を受ける権利は基本的人権のひとつである。どのような療養環境にあっても、たとえ高齢で重い障害があっても、「最善の医療およびケア」が保障されなくてはならない。したがって、胃瘻造設を含む経管栄養や、気管切開、人工呼吸器装着などの適応は、慎重に検討されるべきである。すなわち、何らかの治療が、患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要がある。」

このような「立場表明」を日本老年医学会が出したわけであります。

そして、超党派の議連におきましてこの法案が今検討されているところでありますけれども、終末期を、適切な全ての医療措置を受けても回復の可能性がなく、死が間近と判定された状態と定義し、医師二人以上で判定するとしました。十五歳以上の患者が終末期の延命措置を拒否する意思を書面に残していれば、それに従った医師は法的責任も行政上の責任も問われません。現在のところ法案は二つありまして、第一案は延命措置を開始しないこと、第二案は延命措置の中止も含めております。

これに対して、日本尊厳死協会は、法律ができれば医師は不安なく患者の意思を尊重できると賛成しておりますけれども、障害者や難病患者の団体、日本弁護士連合会などは反対の立場を表明しております。法制化は国が尊厳死を勧めることになり、社会的弱者の生存を脅かす、人の死に国家が介入するななどの批判があります。法案の中身についても、終末期というのは正確にはわからない、過去に書いたリビングウィルが現在の本人の意思と言えるのかなどの問題が指摘されております。

日本医師会も慎重な立場であります。終末期医療について、厚生労働省や日本医師会、複数の学会が指針などをつくり、医師の免責こそ保障されないものの、延命措置の差し控えや

中止を認めています。日本医師会は、終末期医療の現場は多様で、法律で縛って混乱を招くより、緩やかな指針の方が望ましいとしております。

このような中で、医師は、ガイドラインがありますけれども、延命治療を続ける理由の一つとして、何もしなければ訴えられるのではないかと、こういう不安があります。尊厳死法案は、患者さんの尊厳死を担保するだけでなく、何もしないでみとる医師の免責を保障するものであります。これをルール化することによって、医師は安心して患者さんが望む医療を提供することができます。

私の考えを申し述べたいんですけども、私も医師として、人工呼吸器を装着して、それを外さなくてはいけないような、そういう場面に遭遇したことがたびたびありました。

一人は、急性肝炎で入院してこられた五十歳の女性でありまして、劇症肝炎という状態になりました。意識がなくなり、人工呼吸器を装着して全力で治療に当たりました。多臓器不全という状態で、いつ亡くなってもおかしくないような状態でしたが、五十歳という若さもありますし、心臓は非常に元気で、人工呼吸器装着をずっと続けておりました。

大体三週間ぐらいたって、家族の夫から、先生、この人工呼吸器を外してくれないか、もう見るにたえないと。私も、その患者さんを診て、目から血は出ておりますし、口からも出ておりますし、出血傾向といひまして血が出ている状態、意識はない状態。家族の方は来るたびに、泣いて私に、もうやめてくれ、こういったことを、本当にすぎるような思いで。ただ、私も上司の医師に相談して、これは外せないものなのかと言いましたけれども、今のところでは殺人罪に当たる、これは最後まで続けなくてはならないと。

とうとう、その患者さんは、三カ月間ずっと人工呼吸器をつけて、最後は心臓がとまって亡くなって、最後に言われた言葉は、まあ、よくここまでやってくれた、もうこの先生に対する恨みは忘れない、このように言われて、患者さんの尊厳は損なわれたばかりか、医師としての無念さといひますか、日本の医療がこういう状況にあるということを実に悔しく思った次第であります。

また一方では、脳梗塞で意識がなくなって倒れた八十四歳のおじいさんがおりました。この方は、意識が全くないんですが、一月に倒れられて、大体八月まで人工呼吸器をずっとつけられていた。その状況で、やはり外せないという状況でしたが、これは家族の方が、奥様が、夫の肌が温かいというちはずっとつけてください、こういったお話もありました。本当に多種多様であります。

多種多様であります。先ほども言いましたように、老年医学会の「立場表明」にありますように、最善の医療をするための多くの選択肢を広げること、これは本当に重要でありまして、日本医師会または救急医学会等でガイドラインがありますけれども、全く国が担保していない、こういった状況にあります。

これを担保するには、やはり法律をつくって、それで患者さんの尊厳を守り、また医師も選択肢が広がった中で家族と説明し合って最期のみとりを決めるということが私はいいように思います。障害者の方の御心配も本当にわかります。わかりますけれども、そこは丁寧

に説明して、そういうことではないということをこれから説明していくことが重要であると思います。

先週、椎名議員も同様の質問をされたかと思いますが、尊厳死に対する大臣の御所見をお願いしたいと思います。

○谷垣禎一法務大臣

今、三ッ林委員の御質疑を伺いまして、本当にお医者様も、尊厳死をどうするかというような問題では苦労されているんだなということを感じた次第でございます。

この問題は、もちろん法的な側面もございますけれども、医学の面あるいは道德、倫理、こういったものが幅広く関連してくる分野でございます。こういう分野は、まず**行政が主導する**というよりも、やはり**本来、こういうことこそ国会の中で議論していただくべきこと**ではないかなと私は思っております、私どもの党の中でもプロジェクトチームが設けられていると伺っておりますが、それぞれの党もそれぞれお取り組みがあると思います。そういう中で、多様な議論をどのようにこなしていくかという議論をぜひとも進めていただければありがたい、このように思っております。