

第 164 国会では、報道で明らかになった、福島県立大野病院事件と射水市民病院事件について国会で質疑応答がなされた。

射水市民病院事件は 2006 年 3 月 25 日、富山県にある射水市民病院の 病院長が記者会見を開き、2000 年から 2005 年にかけて、7 人の患者が外科部長によって人工呼吸器を取り外されて死亡していたと発表したことで明らかになった。この 7 人のうち、1 人のカルテについては、家族を通じて本人の同意が得られていることが記載されており、残りの 6 人については、家族の同意のみが得られたことが記されていた。県警は、08 年 7 月に、呼吸器外しに関与した医師 2 人を、殺人容疑で富山地検に書類送検したが、12 月 21 日嫌疑不十分で不起訴処分となった。

厚労省ではこの問題を受けて検討会を立ち上げ、翌 2007 年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をまとめた。すなわち、終末期における医療の在り方に関し、

- ・ 医師等の医療従事者から適切な情報提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行った上で、患者本人による決定を基本とすること
  - ・ 人生の最終段階における医療及びケアの方針を決定する際には、医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断すること
- などが盛り込まれた。

○石原委員長

質疑の申し出がありますので、順次これを許します。枝野幸男君。

○枝野幸男委員

民主党の枝野でございます。

大臣の参議院での発言をやろうかなと思っていたんですが、それ以上に急ぐ事案として、福島県立大野病院の産婦人科のお医者さんが業務上過失致死罪で逮捕され、起訴されたという事件があります。これに対して、産婦人科関連のお医者さんたち、産科の関係者に限らず医療関係者の方から相当な抗議あるいは危惧、不信、さまざまな声が上がっております。この問題を取り上げたいというふうに思っています。

(中略)

時間になりました。同僚議員が、もう一つ、尊厳死の問題で、やはりお医者さんの責任がどこまでどうあるのかということを問いますが、西川政務官、お忙しい中来ていただきましたが、ぜひ厚生労働大臣によくお伝えください。そして、これは厚生労働大臣と法務大臣とでしっかりと話し合っていていただいて、どちらのケースなのかはっきりさせてもらえばいい

んですよ、法務大臣。これが本当に、お医者さんたちの危惧は危惧で、それは杞憂だとわかるようにしてくれるんだったら、それはそれでいいんですよ。ああ、こういう事案だったらしょうがないなどお医者さんたちがみんな思ってくれば、それはそれでいいんです。そう思っているんだったら、そうしてくださいよ。そうでないんだったら、お医者さんたちの危惧に対してどうこたえられるのかということをや。その責任は内閣にあるし、そのことは厚生労働大臣から法務大臣に強く求めていただいて、そこで協議をして、実態を明らかにさせていただきたいと強くお願いして、質問を終わります。

ありがとうございました。

○石原委員長

次に、村井宗明君。

○村井委員

民主党の村井宗明です。

きょうは、非常にタブーな質問をしたいと思います。

私の地元、富山県で、射水市民病院における尊厳死問題が発生しました。これは一地方の問題では済みません。なぜかといえば、今、全国の医療で同じように、この尊厳死の問題をどう解釈したらいいかについて問い合わせがたくさんあるからです。地元の北日本新聞、そして富山新聞で、連日のように、この問題が尊厳死なのか、それとも殺人罪なのか、自殺幇助罪なのか、それが問われています。地元の新聞やテレビだけじゃないんです。今や、もうこの問題は全国ニュースになっています。

なぜこの問題が起こったんでしょうか。そうです、**日本には尊厳死に関する法律がないからです。諸外国にはあるんです。しかし、日本は、横浜地裁で出した判例だけが唯一の法解釈のガイドラインになっていて、その判例の解釈についても非常に抽象的で、医療現場は全国で今混乱しています。**

そこで、我々は、このタブーをもう避けて通れないんです。大臣に、この判例をまずどう支持するのか、そしてそれをどう解釈するのか、それについて聞きたいと思います。

まず、この問題でさんざん議論されているのは、本人の意思です。呼吸器を外される本人、それから延命治療を中止する本人の意思、これがあつたかなかつたかについて問われていますが、私がお配りした資料の二ページ目、「主観的要件についての論点」ということで「本人の意思」というところ、四点挙げさせていただきました。

まず一問目が、その本人の意思というのは、書面が必要なんでしょうか。

二点目は、繰り返しの意思確認が必要なんでしょうか。

そして三点目が、何歳以上の方が安楽死の意思を所有し得るんでしょうか。オランダでは十二歳以上、ベルギーでは十八歳以上、オレゴン州では十八歳以上、それより下の年齢の方が延命行為の中止を言ったところで、その意思を持っていないというふうに認識されます。日本では、一体何歳以上なんでしょうか。

四点目が、自己決定できる環境のチェックをどうするのかということです。家族の経済的

負担、物理的負担などで、本人の意思と違う判断、本人の意思と違う本人の意思が出るのではないかということについて問いかけたいと思います。

まず、その四点、本人の意思についてどう解釈したらよろしいでしょうか。大臣、お答えください。

○杉浦国務大臣

尊厳死の問題は、非常に難しい問題だと思います。臓器移植法、これは議員立法でやったことで、ここにかかわった先生もいらっしゃいますが、自民党では中山太郎先生が非常に御熱心にお取り組みになって、あそこまでいったわけです。中山太郎先生は尊厳死の問題も御検討なさっておられると伺っておるところでございますが、これは人間の倫理観に深くかわる問題であって、非常に難しい問題だと思います。諸外国にいろいろ例があることも先生御承知のとおりで、さまざま例がございます。

立法論として日本で尊厳死の問題を取り上げるべきかどうか。これは、議会、国会でお決めいただくことでございますが、政府としても無関心でいるわけではございませんが、これは非常に難しい問題でございますので、先生非常に関心をお持ちと伺いましたので、ひとつ国会の中で大いに御議論賜って、できることであれば立法されるのがいいと私は思っております。

横浜地裁の判例は、先生御案内のとおり、治癒不可能な病気に侵され、回復の見込みがなく死が避けられない末期状態であることと、治療中止の時点において、治療中止を求める本人の意思が存在すること、この二点を挙げておるわけです。ここも非常に難しいわけですし、先生が御指摘になっておられます、どういう形で意思表示がされるのか。

実は、私の姉は、五十三歳で脳卒中で道路上で倒れました。即死状態でした。病院に担ぎ込まれましたが、意識は全くありません。人工呼吸器を装着しないと死ぬというので、つけました。外すと呼吸がとまります。そういう状態で三年生きていました。全く脳死状態で、生命は維持されているだけという状態でございます。私の選挙の直前に倒れて、その後三年間、家族は大変でございました。私の母、娘が三人いまして、交代でつくということで、もう反応も全くありませんし。

ただ、あの姉の場合ですと、本人の意思は確認できませんね。物も言えない、意識もない、幾らたたいても反応がないんですから。そういう場合もありますでしょうし、意思表示できる場合にも、いろいろ難しい、何を言っているかわからないというようなものもあるわけですね。こういうところは諸外国の法令でも、非常に難しく、検討しているところだと承知しております。

法律で書くとなると、このあたりは大変難しくなるんじゃないか。例えば、文書による意思表示も、御本人が書けない場合がありますね。このところをどう確認するかというのは、非常に難しい問題だと思います。

○村井委員

大臣がおっしゃるとおり、非常に難しい問題なのはそのとおりです。そして、今まで我々

がタブーとしていたことは事実だと思うんです。

しかし、今回の射水市民病院の問題で、難しいからといって判断を避けることはできなくて、結局、裁判をせざるを得ないんです。裁判で判決を出す以上、この本人の意思というものはどういうものなのか、どういう条件で本人の意思があったとみなすのかは、我々はどこかで出さなければなりません。

そして、次の質問に入りますが、大臣のお姉さんと同じように、現在は意識のない本人の意思をどうやって確認するのか、そこについても問いかけます。

この二点目で書かせていただいたように、事前に書面で意思確認が必要なのかどうか。そして、書面が必要な場合、その必要条件は何なのか。そして何年前の書面までの日付だったら有効なのか。十年以上、二十年以上前で、自分が意識がなくなったときには延命行為を中止してくれという書面があればそれでオーケーなのか。その辺は大臣はどのように考えられますでしょうか。

○杉浦国務大臣

今回の事件がどのようなことになるのか、あるいは公訴が提起されるかどうか、まだ不明の状態だと思います、捜査当局が調べておるようでございますが。そうした要件に該当する事実が存在するか否かについては、あくまでも個々の事案において、それぞれの事実関係に基づいて、裁判になった場合、裁判所が適切に判断すべき問題でございます。

法律論としてどうかと言われると、先ほど申し上げましたように、書きぶりが非常に難しい問題になると思います。一般論としてお答えすることは非常に困難だということだけは申し上げます。

○村井委員

さらに、地元紙、北日本新聞、富山新聞で、ずっとこの間、家族の意思というものについて問われています。もちろん、全国ニュースでも家族の意思があったかないかについて問われているんですが、その家族の意思について、まず我々が考えなければならない点があると思うんです。

どう考えたって、殺人罪、それから自殺幫助罪の構成要件には該当してしまうんです、今法律がない以上。構成要件に該当するけれども、家族の意思があれば違法性阻却になって無罪となるんじゃないのか、そういう議論があるんですが、では、何で家族の意思があればそうなるんでしょうか。法的性質は何なのかについてお答えいただきたいんです。一案が、本人の意思の代理になるのか、それとも、二案目、本人の意思の推測なのか、三点目、家族固有の意思決定権があるのか、その三点のいずれがこの家族の意思の法的性質なんですか。

そして、家族の意思というものは、今回、口頭で言ったということが問題になっていますが、書面が必要なんですか。それとも、口頭でも違法性が阻却されるんでしょうか。

さらに突っ込んだ質問をしたいと思うんです。

家族の意思というものを七人の部分で問われていますが、この家族というのは同居が条

件なんでしょうか、それとも同居が条件じゃないんでしょうか。扶養は条件でしょうか、条件じゃないんでしょうか。親族が複数だった場合、一人でも反対したらだめなのか、それとも多数決なのか。さらに、内縁の妻の合意は違法性阻却事由に該当するのかもしれないのか。大臣、そういった家族の意思についてお答えください。

○杉浦国務大臣

**先ほどの横浜地裁の二要件も違法性阻却事由として言われていることなんですけれども、前の問いで申し上げましたが、きちっとした法律で決めるというのは非常に難しいでしょう。先生がいろいろ細々おっしゃったことを仮にうまく法律で書き分けて、国会を通過して法律になった場合は、その適用が問題になると思いますが、そういうことがない今におきましては、そういう要件に該当する事実が存在するかどうかは、あくまでも個々の事件において、それぞれの事実関係に基づいて、最終的には裁判所が判断されるべき問題でございます。一般論としてお答え申し上げることはできない性質の問題だと思います。**

059 村井宗明

発言 URL を表示

○村井委員 裁判所に任せるといふわけにはいかないんです。裁判所、司法は、あくまで我々が立法したものの解釈をするところなんです。ところが、その法律をまだつくっていない。今まで我々立法府がタブーとして避けていた。だから、これでどうやって裁判所が判断するのかについて問われてしまうと思うんです。

さらに考えます。

本人が延命治療の中止を求めて家族が反対した場合は、違法性阻却になるのかならないのか、大臣、どのように考えられますでしょうか。

○杉浦国務大臣

一般論としては申し上げられないと思うんですけれども、横浜地裁の判例によれば、本人の同意というのが違法性阻却の要件になっておりますので、仮に、一般論として言えば、本人が同意しないのに家族が同意したということは、違法性阻却の理由にならないと一般論としては思います。あくまでも、具体的な事件、それぞれについて事実関係を明らかにした上で、違法性阻却事由に該当するかどうかは、これは裁判所が御判断されるべきことでございます。

○村井委員

さらに、三ページ目の客観的要件についての論点に入ります。

もし横浜地裁の判例がこのまま法的拘束力を持つものだとしたら前提の話なんです、この判例では、耐えがたい肉体的苦痛があるというのを条件に挙げていますが、肉体的苦痛のみなのか、精神的苦痛も含むのかどうなのか。

それから、患者の死が避けられず死期が迫っていることを違法性阻却の条件に挙げていますが、この患者の死が避けられず死期が迫っているというのをだれがどう判断するのか。例えば、判断権を持つ医師、新聞でもずっとやっていましたが、一人の医者だけの判断でオ

一ケ一ケなのか、それとも複数の医者が必要なのか。脳死の場合は複数の医者が必要か、要りますよね、それから、六時間後に繰り返しの判断が必要ですよね。そういったセカンドオピニオンのものが必要なのかどうなのか。

大臣は先ほどから、難しい、わからない、個々の事案でと言っていますが、何だかんだ言っても、この今回の七件分、事件について、我々は判断を下さなければならないんです。国として判断を下さなければならない以上、大臣、今の点について、客観的要件についての論点、書いた分何点か、お答えいただければと思います。

○杉浦国務大臣

先ほど来申し上げておりますとおり、委員がいろいろと御指摘になった点も含めまして、違法性の阻却が認められるための要件としてはどのようなことが考えられるのか、あるいは、そうした要件に該当する事実があるのかどうかなどについては、**個々の事案において、それぞれの事実関係に基づいて裁判所が適切に判断すべき問題でございます。ここで一般にお答えするのは、もう何回も申し上げているとおり、困難でございます。**

○村井委員

さらに、その他の論点に入りたいと思うんです。

今回は、射水市民病院という、一応公立の病院でした。公立の病院だけでなく私立の病院でも同じようなことが言えると思うんですが、公立の病院の場合、特に行政の責任なども追及され得る可能性があります。

そんな中で、アメリカにはテリーズローという法律があるんです。これは何かというと、本人が延命中止、家族も延命中止を言った場合でも、行政や司法はその延命中止を阻止する権限を持っている、そういう法律があるんですが、日本の行政にはそういった延命の中止を阻止する権限があるんでしょうか、ないんでしょうか。今回の射水市民病院のような公立の場合と私立の場合とで分けて答えていただければと思います。

○杉浦国務大臣

**委員御指摘のテリー法では、州知事は、患者に栄養及び水分が差し止められることを防ぐため一回限りの延期を命令する権限を有することなどを定めたものと理解しておりますが、我が国においてはこれに相当する法制度はないものと承知しております。**

○村井委員

法制度がないということは、もともと差し止められなかった、だとすると行政の責任はなかったというふうになるのかならないのかも難しいんですが、時間が切れたのでこれ以上は質問しませんが、今後、論点をずっと我々はタブー視してほうっていくわけにいかないんです。どこかの時点で議論していかなければならないということを申し上げ、私の質問を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

○西島英利君 自由民主党の西島でございます。

本日は、まず、富山県の射水市民病院で起きました、連日報道されております事件について御質問をさせていただきたいと思っております。

本来、これは決算委員会とは全く違った方向の質問になるかもしれません。しかし、先日の厚生労働委員会でも、私は福島県の産婦人科医師の事件の問題を質問させていただきました。このときには、医師法二十一条が、ずっと解釈等々を先送りしてきた結果ではないかというお話をさせていただきました。今回のこの事件も延命治療の中止という非常に重大な問題でございますが、これもやはり国としての考え方が示されないまま来たところで今回のトラブルになっているのではないかというふうに思っております。

そういう意味では、まさしく医療に関する問題の総決算という形での質問とさせていただきたいというふうに思います。

まず、今回の事件でございますが、御存じのように、富山県の射水市民病院で男性の外科医師が入院患者の人工呼吸器を外して患者さんが死亡したという事件でございます。本当に連日これはマスコミで報道されております。最初の報道のされ方から少しニュアンスが違ってきたのかなというふうには思うんですが、よくよくこの内容を見たりそれから聞いたりしてみますと、この言葉、使われている言葉にかなり混乱が起きているのではないかなというふうに感じるところでもございます。

そういう意味で、まずこの言葉の整理をしていただくという意味で、特に尊厳死、延命治療ということについて国として何らかのお考えがあればそれをお教えいただきたいというふうに思います。

○厚生労働省医政局長（松谷有希雄君）

安楽死、尊厳死等につきましては公的な定義があるわけではございませんけれども、一般的に用いられている意味といたしましては、例えば医学用語を解説した辞典等によりますれば、安楽死とは身体的、精神的苦痛の激しい患者さんを安楽に死なせることを示しており、三つの場合に分けられて考えられております。

一つは、積極的安楽死として、苦痛軽減のために医師が作為的に行う場合、それから二つ目に、間接的安楽死として、苦痛緩和処置が生命短縮の副作用を伴う場合、三つ目として、消極的安楽死として、積極的処置をとらず、言わば不作為の安楽死とされまして、延命治療の中止が人間の尊厳重視につながる場合は尊厳死というふうに考えられるとされております。

なお、延命治療についての御質問もございましたけれども、これについても決まった定義はございませんが、例えば人工呼吸器あるいは特別な栄養法といったようなものが延命治療の内容として取り上げられる場合が多いかと存じております。

○西島英利君

我々臨床に携わっている者からしますと、尊厳死というのは、自分が植物人間的な状態になったときにもう積極的な治療は必要ないという、そういう考え方を前もって示しておくというのから尊厳死ということを言われてきたんだらうというふうに思いますし、安楽死は、まだ意識のある間に、このような苦しみはもう味わいたくない、だからできれば早く楽にさせてくれというようなところが中心になって、本人の意思に基づいての医師の措置という形になっていくのかなというふうに思うんですが。ただ、この安楽死の場合は、日本でもしこれを医師がやりますと、これは殺人罪ということで、法的に認めておられないわけでございますね。これ、非常にやっぱりなかなか難しい問題でもあろうかというふうに思います。

しかし、今回の問題は、これは延命治療の中止というところで起きた事件だらうというふうに思うんですが、この延命治療の中で問題になるのは人工呼吸器の問題であらうというふうに思っています。

最初は、患者さんが来られますと、そのほとんどが救命のために人工呼吸器が装着されるわけでございますけれども、そしてこの人工呼吸器を装着したおかげで心臓とか肺呼吸が停止していた状態から改善した方々というのは、これはもう数多くいらっしゃるわけでございます。しかし、その回復の見込みがなくて意識のない状態で人工呼吸器を付け続ければ、これは心肺機能は停止をしないわけでございます。つまり、機械的に生かされているという、この状態がずっと続いていくということでございます。

もちろん、これはよく団体の方からも要望受けるんでございますが、筋萎縮性の側索硬化症という自然と筋力が低下をしていって自分で呼吸ができなくなってしまうというような方々もいらっしゃるけれども、これは進行していけば当然機械に頼らざるを得ないわけでございますけれども、しかしこれは当然必要であるから、これは人工呼吸器としてはやっぱり装着をずっと続けていかにやいけないわけでございます。

しかし、今回のこの富山県の射水市民病院の事件のように、回復の見込みがなく、そして意識のない状態で人工呼吸器を付け続けた場合、これに限って質問をさせていただきたいというふうに思います。

今回の問題は、昭和四十年前後だと思えますけれども、人工呼吸器が開発をされたときからずっと先延ばしをされてきた問題だというふうに私は考えております。この機械そのものが非常に高いわけですね。高価でございますし、よって数も多くない時代が当時ございました。しかし、一度装着しますと、数少ない機械ですから、それずっと続けていかにやいけない、心肺機能が停止しないわけですから。そういう状況の中で、次から次にその人工呼吸器を必要とする患者さんが入院をしてこられるわけでございます。しかし、幾ら来られても、数限りのある人工呼吸器でございますから、それを簡単に外して新しく来た患者さんにそれを装着するということができないわけございまして、この人工呼吸器を外さない限り、救命の可能性のある人には装着をできないということでございます。

私も実は大牟田労災病院というところに勤務をしております、その当時は、この人工呼吸器二台しかございませんでした。連日のように脳卒中の患者さんが入院をされてきまして、この方に人工呼吸器を付けると何とか救命できるんだがなと思いつつも、一方ではもう付けているわけでございますから、どうしてもそれを簡単に外すわけにいかないということで、非常に医師としても残念な思いをした経験がございます。

ここに、昭和四十七年の一月三日の毎日新聞に「「植物人間の生と死」 いつ、だれが、見切るのか」という記事が出ております。日本で第一号の集中治療室を作られた順天堂大学の病院、この佐藤光男教授という方が、この記事の中でこのように述べていらっしゃいます。限られたベッド、これ十三ベッドしかございませんけれども、この限られたベッドにどの患者を入れるか、蘇生術をどこで打ち切るか、一切私の判断に任されています。各科の医師に任せれば、どうしてもそれぞれのエゴイズムが絡むからです。私は、だれよりも中立無私で判断を下せる立場に置かれているんですがと。つまり、突き詰めて考えれば、どの命に救いの手を差し伸べ、どの命を見限るか、常にぎりぎりの判断を迫られているわけだと。最新のICUをつくったばかりに背負ったこれは苦痛である、苦悩であるということが書かれてあります。いかに手を尽くしても死を免れない患者、例えばがん末期のような患者さんはもう初めからこの集中治療室には入れないんだということまで割り切っておられるということでございます。そして、この方は、七年間ずっとこの集中治療室でかかわられて、今でも解決しないということを実はこの新聞の中で述べられているわけでございます。

また、東京慈恵会医科大学、ここも集中治療室を当時つくられたわけでございますが、このときには、一人の医師に判断させるべきではないということで、昭和四十四年にICU委員会というのをつくられました。そこで、この人工呼吸器を取り外すかどうか、延命治療を中止するかどうかというのはこの委員会で判断をするということをお考えになってつくられたわけでございます。

今急がなければならないという問題は、今回、厚労省から高齢者医療制度の創設が提案をされているわけでございます。特に、後期高齢者の医療制度、これは、積極的な延命の治療は行わずに、みとりの医療にすることというのがどうも今までの議論の中心だったように私自身は思っているわけでございます。そういう考え方の中でこの高齢者医療制度というのが提案をされているように私自身は考えているわけでございます。

そういう中で、今全国で実はこういう問題起きているんですね。みんな医師は悩んでいるわけでございます。しかし、これは、じゃ法的にどうなのかといいますと、これは法律で整備をして解決する問題ではない。ですから、今申し上げたような、じゃチームで判断をし、当然これは家族の御希望も入れた中でやっぱり判断していく、そのような仕組みというのが私自身は必要だろうというふうに思っております。是非、国の考え方を、ガイドライン的なものでも結構ですから、やはり早急にお出しをしていただきたいなというふうに思っております。

実はここに、日本医師会が平成四年の三月に、日本医師会の生命倫理懇談会というところ

から「「末期医療に臨む医師の在り方」についての報告」書というのが出ております。平成四年でございます。この中にも「延命と生命の質について」と非常に詳しく載っております。この中で、これは二年間議論をして出された報告書でございますが、この中の委員のメンバーは、元の東大の学長をされておりました加藤一郎先生を中心にして、哲学者とか経済家の方々とか、様々な方々で実は一つの報告書を出されているわけでございます。

そういう意味では、議論のほとんどというのは私はし尽くされてきたのではないかなというふうに思っております。そういう意味で、国からの指針というのを早急に示していただけないだろうかというふうに私自身は思っているところでございます。

また、これは私、現場でずっとやっていて、希望のない延命で家族の方々の精神的な疲労というのも大変なものなんですね。それで、それがずっと続きますと、家族内での実は様々なトラブルに発展してしまったということを何回も私自身は体験をいたしました。

ですから、そういう意味で、是非早急に、これだけ大きな問題になったわけでございますから、国としての何らかの考えをお示しをいただけないだろうかという質問で、大臣、できましたらコメントいただければと思います。

○国務大臣（川崎二郎君）

先日は、厚生労働委員会で西島委員から異常死の問題を取り上げて御質問いただきました。

今お話ありましたように、医師法の問題と仕組みの問題、少し、今モデル事業でやっておりますけれども、スピードアップをさせていただきたいとお話をさせていただきました。今回の尊厳死、安楽死の問題につきましても、過去から様々な議論がありながら、少しスピード感がないのかなど、このように私思っております。一方で、国が一つの方向性を示さないことによって医療現場が混乱をする、こうした問題にもなってきたと思っております。

先ほど局長から、積極的安楽死、間接的安楽死、消極的安楽死、三つに分けてお話をさせていただきました。この三つをまとめて議論をいたしてまいりますと、国民の中に様々な議論があり、結論に至らないことになってしまうかもしれない。また、議員連盟の皆さん方もいろんな議論があるように思います。したがって、三番目の消極的安楽死、すなわち回復の見込みのない末期状態の患者に対する治療行為の中止、この問題に絞って早く結論を出したいということで今お願いをいたしました。

今、法律よりガイドラインの方がいいぞというお話ございました。ただ、有識者で懇談をしていただいておりますので、法律にすべきか、やはりガイドラインでやるべきかという問題も併せて、できるだけ早く結論を出してほしい、そして国がやはり方向を示すべきだろうと、こう考えております。

委員の御議論をいただきました一つは、**医師独りの判断では行わない、委員会なり医療機関全体としてこの判断に当たる。**それから、今回はいろんな報道の中でも言った言わないというような表現もあったように思いますので、やはり文書等での本人若しくは家族の意思の確認、こういった問題も踏まえてしっかりとした結論を早く出して、一方で、やはりこう

いう問題でございますから、国民の意見も聞かなければならないだろうと。その手順を、従いながらできるだけ早く進めたいと思いますので、また委員にもいろいろ御指導賜りますようお願い申し上げます。

第 164 回国会 衆議院 厚生労働委員会 第 14 号 平成 18 年 4 月 12 日

○鴨下委員 それでは、次に終末期医療について伺います。

射水市民病院の事件がございました。いわゆる延命医療の中止、こういうようなことをめぐって終末期医療のあり方そのものがある意味で大きく報道されましたし、私は、こういうような問題というのは、きちんと国民の皆さんが深い理解のもとに進むべきだというふうに思っているんです。

私自身も昭和五十年に医師になって約十七、八年臨床をやってまいりまして、その中で、そういうような場面に直面することがございました。そういう中で、例えば患者さんの意図はどうか、あるいはそれを取り巻く家族の皆さんの考え方はどうか、そして加えてそれに携わっている主治医はどういうふうに考えているのか、この三者の意見がきちんとした形で意思疎通されることがやはり重要なんだろうというふうに思います。

ただ、その場合に最も重要なのは何かというと、やはり最終的に終末を迎えている患者さんがどういうふうに考えるのか、このことが私は一番重要なことだというふうに思っております。そういう意味でいうと、今、尊厳死の問題、あるいはリビングウイルをどういうふうにするか、こういうようなことがありますけれども、今国会の中でも、それから有志の議員たちも、そういうようなことで議論が始まっているわけでありまして、厚生労働省の中ではこのリビングウイル、尊厳死、こういうような問題についてどうしようなお考えがあるのか、そしてどういう方向で今検討されているのか、このことについてお答えください。

○松谷有希雄厚生労働省医政局長

終末期医療についてのお尋ねでございます。

これにつきましては、人の生死に深くかかわる問題でございます。国民の関心も非常に高いものがございます。重要な課題であると考えてございますが、一方で、終末期医療のあり方やその法制化につきましては、国民の間でも判断が分かれる難しい問題でもあるというふうに認識してございます。

現在、厚生労働省では、終末期における患者の同意等を確認するための手続等の整理を含めまして、終末期における望ましい医療に関する研究を支援しているところでございますが、今後検討を行っていく際には、人の尊厳ある生き方を支えるという観点に立って、医療

界、法曹界などの専門的な方々を中心として、広く国民の意見も聞きながら真剣な議論を行っていくことが必要だと考えておりました、この一部につきましては、関心も高まっていることから、検討を急いでいきたいというふうに考えているところでございます。

○鴨下委員

私も、**尊厳死、リビングウィルについて、法制化が本当に必要なかどうかというのはちょっとちゅうちょする部分があるんです。よりハードなといいますか、法律というようなものじゃなくて、むしろソフトロー的な部分で何かコンセンサスを得られる、こういうような道がないだろうかというふうに思うわけであります**から、ぜひ、あらゆる方面から、今まさに直面している重要な問題でありますので、よろしく御検討ください。

第 164 回国会 衆議院 厚生労働委員会 第 19 号 平成 18 年 4 月 28 日

○福岡資麿委員

(前略)

最後の質問に移らせていただきますが、これまでも各委員から何回か質問が出たと思えますけれども、終末期医療に関する問題でございます。

富山県の射水市民病院の人工呼吸器を外すといったような事件というのは皆様方の記憶に新しいことだというふうに思いますが、やはり地元の医師の方々とお話ししても、しっかりとガイドラインというのが決められていなければ、裁量がすべてお医者さんにゆだねられているようだったら、怖くてなかなか自分自身の決断ができないというようなお話というのものもあるわけでございます。

やはり家族としてみれば、一分一秒長く生きてほしいというのが身内の心情でございますけれども、過度の延命治療というのは当然ながら医療費の増大を招くというようなこともあり、終末期のガイドラインといったところの策定というのが求められてくるのではないかとこのように思いますが、そのあたりについての御見解をお聞かせください。

○松谷政府参考人

終末期医療に関する国民の関心が高いことは承知しております、望ましい終末期医療のための環境整備を促進していくということは大変重要なことだと考えております。

一方で、終末期医療のあり方やその法制化につきましては、それぞれの方の死生観にかかわる問題でございますので、国民の間でも判断が分かれる難しい問題であるというふうに認識しております。

現在、厚生労働省では、終末期における患者の同意等を確認するための手続等の整理を含めまして、終末期における望ましい医療に関する研究を支援しているところでございますけれども、医療現場の実態も踏まえまして、回復の見込みのない末期状態の患者さんに対する治療行為の中止など対象分野を絞るなどいたしまして、関係者の理解が得られたものか

ら早急に取り組んでいきたいと考えております。

なお、検討に当たりましては、治療行為の中止を行う場合、医師個人の判断ではなく、医療機関としての組織的な対応を求めることや、本人、家族の意向の確認の仕方など、手続面の整理を中心に検討を進める予定としております。

#### ○福岡委員

早期の対応をお願いしたいと思います。

最後に、こういった医療というものは、私は人と人との信頼関係が一番大事ではないかと思えます。お医者さんと患者さんの信頼関係はもちろんでございますが、例えば制度を行う国とお医者さんたちの信頼関係、また国と患者さんたちの信頼関係、それぞれがやはりしっかりとした信頼関係に基づいた上で制度を構築していくということが大切だと思います。

そういった観点では、今、少しそういった信頼が薄れつつあるといったこともあると思いますので、しっかりと今後とも対策をしていただくことを心から希望させていただきます、質問を終わらせていただきます。

ありがとうございました。

#### ○村井委員

(前略)

さて、その次の問題、私の本題の方に入らせていただきたいと思うんです。それは、射水市民病院問題です。今回たくさんの新聞、北日本新聞や富山新聞といった私の地元の富山県の新聞で、それから連日この尊厳死の問題が取り上げられています。**尊厳死の法制化について、前回、あえてここではなくて、私は法務委員会の方に出張って質問させていただきました。法務大臣からは、わからない、わからない、難しいという答弁をいただきました。**確かにそうだと思うんです。殺人罪と尊厳死の区別、それからその境界線のところ、そこは難しいのはよくわかります。

そこで、きょうは、あえてこの厚生労働委員会にかかわるところで質問をしたいと思っています。

今この尊厳死の背景をまず探らなければなりません。家族の同意があるべきだったか、ないべきか、あったかなかったかをさんざん議論されましたが、その家族の同意というところに私は一つ大きな問題があると思っています。

それは、家族の負担なんです。家族の経済的な負担が非常に今重い状態になっています。本当だったらもっと生きてほしいと思うのだけれども、差額ベッドなどで一日二万円、一カ月で六十万円も払い続けなければならない。そのうち、何カ月かは生きてもらったけれども、お金が足りぬようになったから、もう仕方ないな、同意しようという人もいたと思うんです。私は、この間、ALS協会のこの新聞に出された川口さんなどを初め、いろいろな人から話を聞きました。

そんな中で、まさに今しっかりと、そういった家族の負担などについて厚生労働省は調査

をしたことがありますでしょうか、どうでしょうか。

○川崎国務大臣

終末期医療、必ずしも定義が決まっておられませんけれども、財団法人の調査結果に基づき一定の前提のもとに推計を行いますと、死亡前一月間にかかった医療費の平均は、平成十四年度で百十二万円となっております。当然そこに所得に応じて医療費の自己負担限度額を定め、保険の自己負担が過重とならないように配慮しております。

例えば、百十二万ですから、三割負担ということになりますと、若い人は三十五万、高額療養費による調整後八・一万円の負担になります。それから、老人の場合は一割負担でございますので十二万円、高額療養費による調整後四万円となります。

○村井委員

(中略)

安易に尊厳死の法制化、家族の同意があればいいという前に、この射水市民病院で行われたその家族の同意というものの背景、経済的負担について、大臣はどのように考えられますでしょうか、対策をとるつもりがありますでしょうか、ないでしょうか。

○川崎国務大臣

ベッドについては、今答弁なかったと思いますけれども、いわゆる差額ベッド問題、差額ベッド代を徴収できる病床数は、原則として総病床数の五割以内としております。そういった意味では、今、委員が仮定の計算で、全員が差額ベッド代を取られて数カ月もというのは、基本的な概念からすると少し違うと思います。

○村井委員

では、その中で、終末期の方で何割ぐらいの方が差額ベッド代を払っているのかどうか。そして、確かにそうじゃない人がいるかもしれませんが、そんな中で、本当にすべてをひくくめた経済的な負担を調査せずして、その前に尊厳死のルールを決める、それが本当にいいんでしょうか。この家族の同意というものは、私は、お金さえあれば同意しなかったという人がもっているんじゃないかと思うんです。

そういった調査をすべきだと思うんですが、大臣、どうでしょうか。

○川崎国務大臣

尊厳死の問題で、これから議論が深まってくるんでしょうから、そこで申し上げようと思いましたが、一つは、本人の判断。本人が判断できない状況にあれば、家族等の判断を一つは求めたい。もう一つは、当然、医療提供側の判断。

しかしながら、医師個人の判断ではなくて医療機関全体として、例えば複数以上の方々がこの問題についてどう判断をするか。まさにお医者様の倫理の話ですから、医者の方の倫理は疑います、家族の同意も疑います、全部だめですからという話になれば、確かに物事は進まない話になる。しかし、私は、いろいろな意味で、お互いが議論をしながら詰めていかなければならない話だろうと思っております。

○村井委員

今の話、後でもう一回振り返ります。それは何かというと、やはり単なる倫理だけじゃなくて、実際、まず本人の問題でいうと、緩和ケアが日本はきちんとできていないから、必要以上に肉体的な痛みがあるという点、それから、家族の同意について言えば、今回特に、特殊疾患療養病棟の入院料についての切り下げが行われましたので、さらに家族の負担が重くなった。そのことを前提にして尊厳死の問題は議論しないと、本当のこの射水市民病院問題などの背景が見えてこないんじゃないかと思うんです。

そこで、一たん話をずらしますが、この射水市民病院問題があった富山県から、延命治療に関するガイドラインの策定の要望が知事からあったはずなんです。その知事からあった延命治療に関するガイドラインの策定について、大臣は省内でどのような具体的な指示を出されましたでしょうか。

○川崎国務大臣

私から指示をいたしましたのは、衆議院の委員会、参議院の委員会での質疑を受けていたしました。富山県知事は、それがどのように進んでいますかという形で確認に来られた。背景が違いますので、どうぞ、そこは間違えないようにしてください。富山県知事が要請に来られたわけではない、その地域の知事として、どのような形で進んでいますかという確認に来られた。知事の立場もございますから、どうぞ、同じ県でございましょうから、御理解を賜りたいと思います。

私が何回も答弁いたしましたことありますから、繰り返しますけれども、積極的な安楽死、苦痛から解放するために意図的に死を招く行為。間接的安楽死、死期を早める可能性のある薬剤を投与すること。これは、耐えがたい肉体的苦痛の存在、死期の切迫、こういったときに行われる、これは二番目。三番目、治療行為の中止、いわゆる尊厳死。点滴の取り外し等、回復の見込みのない末期状態、その場合においてどうであるか。

一番、二番も含めまして、議員連盟ができ、いろいろな議論がされておりますけれども、今回、射水病院の問題を見て、私は、この一、二、三の問題をトータルとして解決しなければならぬことは大きな課題だけれども、これ全体を今早急に進めることは難しいと判断をいたしました。

したがって、今申し上げた三の項目だけ、この問題について議論をしてほしい。そのときに、射水病院のケースは、一つは、家族の同意を得たというけれども、文書による同意はとっていなかったように見られる。二番目、単独の医師の判断によって行われたように思う。この二つについては、やはり少し違うのではなからうかと。

やはり、文書による確認、二番目は、やはり医療機関全体として、生命倫理の問題として判断をしてもらわなきゃならない。個人の医師の判断では少しまずいのではないかということ  
を投げかけながら、いずれにせよ、議論を開始して、余り時間をかけずに一つの結論を  
出し、結論を出した後は、国民の意見を聞き、もちろんその前に、医療関係の皆さん方、また  
医師会の皆さん方、いろいろな方々の意見を聞きながら結論を一つ出して、そして、国民  
の意見を聞いた上で最終的にはガイドラインとして発表すべきではないかなということ

申し上げました。

しかし、前提は、議論がまとまらなければこれは出せない話でありますから、その話し合いに今入っている、こういうふうに理解をいたしております。

○村井委員

さて、そのガイドラインをまとめるに当たっての話でございます、さっきもちょっと言いましたが。

さて、本人の同意や家族の同意を特に背景にしてガイドラインについて話し合いをしますが、まず、本人の同意についてです。例えば、日本は欧米の一人当たり七分の一しか、痛み、緩和治療のモルヒネなんかは使っていないというふうに言っています。

緩和ケアが十分にされていない状態で、東海大病院の判例に出てきた耐えがたい肉体的苦痛などという要件を議論するというのは、私は尚早ではないかと思うんです。本当は、その前に、尊厳死とセットで緩和ケアの充実についてしっかりやる必要があると思うんですが、大臣はどのようにお考えでしょうか。

○川崎国務大臣

緩和ケアは、患者の身体的苦しみや精神的苦しみを麻薬等を用いて緩和するものであり、終末期における療養生活の質の向上を図っていく上で積極的に取り組むべき課題であると考えております。このため、緩和ケアの重要性について医療従事者の認識を高め、医療の現場において適切に実施されていくことがまず必要であると考えております。

厚生労働省としては、医療従事者等の研修事業、医師臨床研修制度において基本的な緩和ケアができることをその到達目標の一つとすること、がん緩和ケアに関するマニュアルの作成、普及、四番目といたしまして、在宅医療における緩和ケアに必要な麻薬が適切かつ円滑に提供される体制整備等を通じて、緩和ケアの普及と医療従事者の知識、技術の向上に取り組んでまいりたい、このように考えております。

○村井委員

まず、今、日本の緩和ケアがおくれているという事実を認められるかどうか。そしてその上で、結局、緩和ケアができていない、痛みがちゃんととれていない中で本人の同意をとることが本当にいいのかどうか。

例えば、その人が、もっと緩和ケアの進んだ欧米なんかだったらそれほど痛みがないはずだから、もっと生きたいという判断をするのかもしれない。だけれども、日本の場合、今、確かに麻薬を使うものですから大きな問題はあるかもしれませんが、それを充実してから本人の同意についての議論をすべきだと思うんです。どうでしょうか、大臣、どのように考えられますでしょうか。

○川崎国務大臣

緩和ケアの問題と、先ほど申し上げた私の三の終末期における問題と一緒のレベルの話だというのは、ちょっと私は理解に苦しみます。

○村井委員

大臣、本人の耐えがたい肉体的な苦痛があるという話、それが尊厳死の今の議論の話ですよ。それと、緩和ケアについてしっかり対応しなければならない、これはセットだと思うんです。民主党はがん対策について緩和ケアもしっかり盛り込んだ法案を提出しているにもかかわらず、そこを議論する前にガイドライン策定、私はそれがおかしいと思うんですが、どうでしょうか。

○川崎国務大臣

先ほど、積極的な安楽死、間接的安楽死、治療行為の中止、三つに分けました。今あなたの言われましたのは……（発言する者あり）私が答弁していますので、ちょっと静かにしてください。

○岸田委員長

静粛にお願い申し上げます。

○川崎国務大臣

あなたの言われた、耐えがたい肉体的苦痛の存在、死期の切迫、患者の推定的意思、こうした問題については第二に当たるから、今回については議論いたしませんと私申し上げたんです。

一、二、三に関しては、すべてやることについては難しいから、三番目の状況だけ、例えば点滴の取り外し等の問題について諮ってもらいましょうということでございますから、緩和ケアを含めた二の話につきましては、すなわち間接的安楽死の問題については、今回はテーマとはしない、こういう御理解をください。

（中略）

○村井委員

さて、大臣に最後の質問をしたいと思います。

結局、この射水市民病院問題、争点になっている本人の同意、肉体的苦痛の部分は、今回はガイドラインを策定しないし、話をしないということだったので、では、その部分は、本人の同意の部分、肉体的苦痛の部分はおいておきます。

だけれども、家族の経済的負担の問題は今回やはり議論しなければならない問題になっているわけです。実際の家族の経済的負担、そういったところもしっかり含めて議論をしてから、このガイドラインの策定などに入らなければならないのではないと思うんですが、最後に、そこについての大臣の所見をお伺いし、私の質問を終わらせていただきます。

大臣、お願いします。

○川崎国務大臣

A L Sの話じゃないですね。（村井委員「全体です」と呼ぶ）

**家族が自分たちの負担が重いゆえに医療行為の中止を求める、そんなことがあるかもしれない、こう心配をされているわけですね。一方で、先ほど私が言いましたように、一つの要件ではないでしょうと。**

**一つは、やはり医療機関全体として、生命倫理の問題として、その同意といたしますか、**

そこできちっとそうすべきだという判断がなければならない。それから、本人の同意というものが前提になければならない。しかし、その本人の同意がとれなかった場合に家族の同意というものが一つの要件になると申し上げているだけで、家族が、あなたが心配されているように、経済負担が大きいからもう延命治療をやめてくださいなんということをしたときにも、やはり私は、お医者様の倫理というものが当然かぶってまいりますので、そのようなことは起こらないと思いますけれども、いずれにせよ、委員からもそういう御指摘、しっかり議論はしてもらいますけれども、そう御心配をいただくことはないのではなかろうかな、こう思っております。

○村井委員

現実的な家族の負担、毎月六十万、では、実際払って行って何カ月もつかも含めて、実際のそういった部分も含めて議論いただきたいと思います。

以上で終わります。ありがとうございました。

第 164 回国会 参議院 厚生労働委員会 第 25 号 平成 18 年 6 月 7 日

○西島英利君

この厚生労働委員会の中でも議論になったんですが、終末期医療に関しては、見捨てるのではないかというような、そういう厳しい御意見もあったわけですが、今まさしく富山県の射水市民病院での延命治療に対する中止というようなこの大きな課題も出てきたわけですが、この終末期医療と後期高齢者医療制度との関係、非常に大きいと思うんですね。

竹嶋参考人、何かそれについてお考えがありましたらお聞かせいただきたいと思います。

○参考人（日本医師会副会長 竹嶋康弘君）

終末期医療というか、今の言葉で言うとみとりですね、私ども、みとりというところで、これはやっぱり医師の私たち側でこういうものをなかなか出しにくいところがある。で、国民の皆さんの中に、最後の終末の状況をどういう形でお迎えしていただくかというものをある程度出していただいて、それに対して医師側の私たちも加わっていきたい。

それとは別に、この前の福島の産婦人科の事件がございましたですね、ああいう。あれに対して我々深刻に受け止めておりまして、もう結局あのような扱いの状態の中では本当に我々診療が十分にできないと。

そういう状況で、これも一つの似たようなところですが、だからといって私たちが医師側からいろんなことを仕掛けていくということはなかなか難しいんで、やっぱりいろんな、法曹関係の方々も、それからいろんな方々、国民の代表も入られて、何かそういうしっかり審議してつくっていく、そういう会ですね、そういうものを、私どもも今そういうことの働き掛けをしております。