

参議院において少子高齢社会に関する調査会が発足し、「少子高齢社会への対応の在り方について」生涯現役社会の推進、高齢期の生活保障基盤、地域社会と高齢者、高齢期の住生活環境などのテーマで6回にわたり議論がなされた。第3回目に招聘された井形昭弘協会理事長が尊厳死について意見陳述した。

第166回国会 参議院 少子高齢社会に関する調査会 第3号 平成19年2月28日

○会長（清水嘉与子君） ただいまから少子高齢社会に関する調査会を開会いたします。
少子高齢社会に関する調査を議題といたします。

（中略）

○会長（清水嘉与子君） ありがとうございます。

次に、井形参考人をお願いいたします。井形参考人、どうぞ。

○参考人（井形昭弘君） 今日はこういう機会を与えていただき、感謝を申し上げます。

私は、書いてありますように、尊厳死協会の理事長でありますので、今日、御理解いただくようにお話するのは尊厳死についてが主でありますけれども、実はケアマネジメント学会の理事長もしておりますので、若干介護に関しても前にお話しさせていただきたいと思っております。

我が国はあっという間に世界一の長寿国になりました。こんな急激に高齢化を果たした国は初めてでありまして、世界が日本がどういう対策を取るかをずっと注目している。その中であって、我々は自分の手で未来を開拓していかなきゃいけない責務を担っていると思っております。

私は、鹿児島大学に長くいたんですけれども、ちょうど平成五年に国立長寿医療センターの創設が愛知県に決まりまして、その創設をしなさいというので来まして、それから高齢者問題に密接に関与するようになりました。したがって、介護保険にも担当の審議会の部会長を務めましたし、そういう意味では、ケアマネジャーというのは非常に私は思い入れの多い職業であります。

高齢者は社会では一般に暗いと言われてはいますが、やはり健康な高齢者がたくさん出ることがマイナスになるはずがないというふうに思います。平均寿命と健康寿命との間に間があって、まあぴんぴんころりだとゼロですが、平均しまして、男性が七年、女性が九年の間は、病気になり、それからだんだんQOLが低下して、その末に死が待っているわけですね。そういうことを考えますと、医療も、医療はもちろん進歩すれば、例えば認知症がそう遠くない将来に解決すると思っておりますけれども、解決すればこういう体制もがらっと変わると思うので、そういうことを申し上げたいと思っております。

ケアマネジャーは、現在、資格を持っている人が約三十万で実働の人が八万前後いると思

うんですけれども、いろんな多種多様なサービスを利用者に代わって調整する職業で、もう今はステータスの高い職業として定着してきました。それで、二〇〇五年の先生方の見直しによって、介護予防の導入と同時に、地域の介護をもっと充実しなきゃいけないということが決まりました。

そこで、地域包括センターですね、というものが各市町村にできることは先ほど御報告のありましたとおりであります。その主な担い手が、三つの職種なんですけれども、主任ケアマネジャーとそれから社会福祉士と、それから——すぐに出てきませんが、まあとにかくそこで主任ケアマネジャーというのが大きな責務を課せられることになりました。

そこで、地域におけるケアマネジャーの役割というのがハイライトを浴びてきたわけですね。これからだんだんこういう介護制度をやっていくうちに、私は走りながら考えるというスローガンを掲げておりますが、一步踏み出してみたら問題が分かる、その問題に柔軟に解決すれば理想の力に近づくということで、現実そのような経過を取っております。

介護保険は、諸外国から見ると比較的うまく円滑に導入されたという評価を受けておりますし、これから幸せな長寿社会に向けて前進していくと信じて疑いませんが、その中でケアマネジャーというのが大きな責務を担っているということを申し上げたいと思います。

最後に、私が思っておりますけれども、ケアマネジャーは導入のときにゼロから始まって、四万人のケアマネジャーが必要になりました。そこで、医師、歯科医師、それから保健師、看護師、栄養士、それからPT、OT、もう非常に多くの職種に声を掛けて、その中で五年の実務経験と将来に情熱を持つ人はどうぞということで、もちろん試験があったわけですが、幸い数はそろいましたが、その質が大きく問われて、今度の見直しでもケアマネジャーの資質向上というのが大きなテーマになりました。そこで、生涯研修体制というのがつくられて、鋭意今eラーニングを含めたいろんな研修体制化して、ケアマネジャーは今、日常の勤務よりも研修の時間の方が多いいんじゃないかというぐらいかなり厳しい訓練を受けております。

で、思いますのは、ケアマネジャーはいろいろ各種の職種から出身者が多いものですから、ケアマネジャーといってもいろいろカラーが違うんですね。保健師出身の人と、看護師出身の人と、栄養士出身の人のケアマネジャーでは若干あれがある。それをもっと均一なステータスの高い職にしていく必要がある。

それには、最初はゼロから出発したからそういうことになったわけですが、できたら十八歳のときから大学にケアマネジャーをライフワークとするコースをつくって、そこで本格的なケアマネジャーを養成するのが望ましいのではないかと。今は依然として、ほかのことをライフワークに選んだ人が資格を取ってから五年の実務があってから試験を受けるわけですから、ライフワークのスタートが三十歳。こういういわゆるステータスの高い職種でありながら非常に不自然な形になっております。

是非、先生方に関心を持っていただきたいと思います。そうすることによって、地域介護あるいは高齢者の地域生活がかなり効果的にサポートできるということを申し上げたいと

思います。

次に申し上げたいのは尊厳死のことです。

お手元に日本尊厳死協会の「入会のご案内」と「リビング・ウイル」をご存知ですか？」というパンフレットが届いておると、私の書いた論文が幾つか参考として提出してございますが。

御承知のように、人間はいつかは死ぬわけですね。いかに医学が進歩しても不治、末期という状態は必ずある。ならば、高齢者は一般に、若い人は何かで急に死ぬという場面になったとき初めて命の大事さ、死はどういうものか、そしてどういう生き方をすればいいかと考えるようになりますが、高齢者は、漠然とではありますけれども、近い将来に死が訪れることを意識しております。そういう中では、やはり健康に、意欲あって生き抜いて、そして最後は苦しまずに安らかな死を遂げたい、これは高齢者がだれしもが思っておることでもあります。したがって、ぴんぴんころりというような言葉にもみんなあこがれるわけですね。

ところが、医学が進歩しておりますと、病気になりますと、ある日救急車で運ばれると、そこから後はもう主治医の延命至上に教育された方針に従って、どんなことがあっても、その命を長らえる技術がある限りはどんどん命が、それで命が助かって長寿が実現したんですから、それを否定するものではありませんけれども、しかしそういう生活が本当に人間の尊厳にかなっているものか、あるいはそういう苦痛を無限に強制するものではないか、そういう考えが世界的に起こってきた。これは医学の進歩に伴って起こってきたんですね。私が大学卒業したころは人工呼吸器はありませんでした。したがって、それほど問題にはならなかった。ほとんどの人が自宅で亡くなって、しかもそれがほとんどが自然死、自然の経過に任せる。ところが、医学が進歩してきて、特に延命技術が進歩してきますと、本人の意思、苦痛にかかわらず命だけが長らえられるということが起こってきたわけですね。

そこで尊厳死という思想は必然的に世界各国に起こってきたわけですが、一番大きな事件はカレン裁判といって、一九七六年にカレン・アン・クインランと、これは若い方なんですが、この両親が、植物状態でそのまま長く生かされることに、これはとても尊厳ある生ではないということで、延命措置を中止することを免責してほしいという裁判を起こしました。アメリカ・ニュージャージー州。第一審は敗訴しましたが、第二審が現場を見て、なるほどこの人の言っていることは本当にそのとおりだといって最高裁で決定しました。

これが大きな引き金、内外に反響を呼んで、日本もその年に尊厳死協会が誕生しております。尊厳死協会というのは、アメリカはその年にもう既にカリフォルニア州に自然死法ができて、瞬く間に各州で尊厳死の立法化が成立し、そして連邦法としても容認されまして、アメリカでは尊厳死の考えは定着しています。ヨーロッパも人権が発達していますから、本人が希望したものを家族がどうのこうのと言うことはあんまりしない風習なんですね。したがって、ローマ法王庁もこれを容認しておりますし、常識として本人の意思がある限り尊厳死は社会的に定着していると言って過言ではありません。

一方、日本はまだその法制化ができておりません。日本は、国会議員でありました太田典礼先生という方が中心になりまして、法曹界の人あるいは大学教授を糾合して日本尊厳死協会が発足しました。当時は尊厳死という言葉がなくて、積極的安楽死と消極的安楽死、これが自然死なんですね、と言うしかなかったものですから安楽死協会と名のって、当初は人殺し集団とかいう批判を受けたそうではありますが。

安楽死というのはオランダ辺りで法制化されておりますけれども、これは、第三者、医者、そういう者が積極的に薬剤の注射とかでえいやっと死期を早めることですね。まあ現象的には殺人ということ。

私たちが主張しておりますのは、自然の経過に任せてほしい。延命措置は中止してほしい。延命措置の中止と安楽死という、いわゆる安楽死を遂げる方法とは大きな乖離があります。そのことを申し上げたい。それで、私どもの尊厳死は自然死と言った方が一番分かりやすいんですが、これが安楽死とは根本的に異なることをまた強調させていただきたいと思いません。

さて、そういう経過で昭和天皇の延命治療が行われました。それから、ライシャワーさんが尊厳死を遂げたという話が伝わりました。去年は富山県の射水市民病院で問題が起こって大いに関心集めまして、その事件があるたびに、東海事件でも、事件がありましたし、もう医療現場ではこういう問題は一杯起こっておるんです。起こっておるんですけれども表へ出ない。あうんの呼吸というようなことでなされていることもありますし、本当に延命至上主義に育ったお医者さんは、そんなことはできません、協力はできませんということをおっしゃられます。

したがって、いろいろ社会事情はあれですけれども、時代とともにだんだん理解が進んできて、今は尊厳死協会の会員は十二万名に達しました。しかし、十二万名は決して多い数ではありません。お話ししてみたら、積極的な反対の人はそんなに多くはない。それから、がんの末期なんかでは、尊厳死を遂げたいという人は、どんな調査をやっても八〇%以上です。こういう背景がありますので、是非法制化をお願いしたいということで、現在は中山太郎先生を中心に尊厳死を考える議員連盟が発足して、今日も実は衆議院の方で勉強会が行われておりますが、そういうことで私どもは是非法制化をしていただきたい。

厚生省は、ガイドラインを発表しました。ガイドラインは結構なんです。じゃ、ガイドラインのとおりやれば罪にならないということを決めていただくだけで法制化は実現するんですね。ガイドラインだけですと、どうしてもやっぱり反対の人は告訴しますし、それからやっぱり社会問題になりますので、お医者さんはどうしても手が出ない。こういう意味では是非法制、法制化といいますが決してすべての者に不治、末期になったら延命を中止しろということでは決してない。本人の意思があるものは、自然に安らかな死を遂げることに容認、逃げ道をつくってほしいと、そういうことを申し上げております。

もう時間がありませんからこれで終わりますけれども、安らかな死というのは高齢社会のキーワードです。高齢者は、十何年も苦しんで人工呼吸器であんなに生かされるのかとい

う気持ちが、そういうことはないということの思うだけで、安らかな高齢者、高齢社会、幸せな高齢社会というのが実現できると思います。私自身も今もう独居老人でありまして、自分の問題としてあれしていますが、老年医学をやった当然の結果として私は尊厳死ということに到着いたしました。

以上で終わります。ありがとうございました。

○会長（清水嘉与子君）

ありがとうございました。

以上で参考人からの意見聴取を終わります。

これより参考人に対する質疑を行います。

（中略）

森ゆうこさん、どうぞ。

○森ゆうこ君

民主党・新緑風会の森ゆうこでございます。今日は先生方、大変貴重な御意見、誠にありがとうございました。

私も尊厳死の法制化を進める議員連盟に入会させていただいております。そこで、まず初めに、尊厳死の問題についてそれぞれの先生方の御意見を、せっかくの機会ですのでちょうだいしたいと思うんですけれども、井形先生におかれましては先ほど尊厳死の問題について御説明がありました。それぞれの先生方については、尊厳死の問題についてお話をされたことはないのかもしれませんが、せっかくの機会でございますので、この尊厳死の問題についてどのような御意見をお持ちでいらっしゃるのか、参考までに伺いたいと思います、まず。

○会長（清水嘉与子君）

では、最初に井形先生からでよろしいでしょうか。

○参考人（井形昭弘君）

ありがとうございます。

今、超党派で、先ほど申し上げたとき、尊厳死法制化を考える議員連盟がスタートしております、いろいろ御協力をいただいておりますが、私自身は、ここに書いてありますように、健やかに生き、安らかに死ぬ、これが高齢社会の一番のキーワードだと思っております。まず健やかに生きるのに全力を挙げて、そしていつかは死ななきゃいけないわけですから、そのときはダンディーに、かつ安らかな死を遂げたい。ただし、死の有様に関与する権利というふうに私たちが言っておるので、死に様に発言する権利というふうに言っております。死ぬ権利となると、自殺を認めたり、あるいはオランダなんかである安楽死、私たちは安楽死を主張しているものではありません。

それで、そうすることによって、高齢社会が、日々が、いつかは死ぬのに、そのときは自然に安らかに死ぬんだという保障が付くことによって、高齢社会は非常に生きがいの生

まれ、かつ希望が生まれてくると、そういうふうを考えております。

○会長（清水嘉与子君）

それでは、お手が挙がりましたので、鎌田参考人、どうぞ。

○参考人（鎌田實君）

僕たち茅野市では尊厳死の地域版というのをつくって、まあ多分あんまり日本ではないと思うんですけども、尊厳死協会から何度も勉強会に指導に来ていただいて、七、八年、主婦が中心になって、開業の医師会の先生も、それから諏訪中央病院のレジデントを入れると五十名ぐらいの医師が病院にはいるんですけども、その医師たちもアンケート調査をすると九割ぐらいが尊厳死を認めてもいい。だから、地域で話し合っ、もう八年ぐらい理解をし合ってきたので、地域版の尊厳死協会のような尊厳死カードを作ろうということで、僕はその地域版の尊厳死カードを持っています。ですから、僕は自分が突然意識障害起こしたときにはこうしてほしいというようなカードを持っているということになります。そういう方が五万七千の町で今のところ千二百人ぐらい。全員が持つ必要はないと思っているんです。持ちたい人が持てばいい。持てるときに、持ちたいと思ったときに持てるような地域で、持っていったときにその地域の医師たちがそういう理解を持っているということが大事なかなというふうに思っている。

ただ、法制化にするかどうかということに関しては、三年前に厚労省の終末期の在り方検討会というところが大掛かりな世論調査をやっていて、そのときの、ちょっと正確ではありませんけれども、六割ぐらいの方がまだ法制化に、尊厳死は大方の方が認めると言いながら、法制化に関しては時期尚早というような世論調査だったので、特にそれから弱者というか、障害を持っている組織の人たちが尊厳死の法制化に関して、自分たち弱い者が何か尊厳死を、カードを書かないといけないような状況に陥るから、どうも自分たちは納得ができないというような意見を聞くと、そういう人たちにとっても自分たちでちゃんと判断できるんだよということをつからすためにはもう少し時間が必要なのかなというふうに思って、取りあえず僕がガイドラインを徹底させて、ガイドラインに従った限りは医師や何かに罰則が行かないという形にするのがいいんじゃないかというふうに考えています。

○会長（清水嘉与子君）

それでは、松田参考人、いかがでしょうか。

○参考人（松田晋哉君）

私、短い期間ですけれども臨床を少しやったことがあります。その経験から少し考えますと、やはり最終的には尊厳死のようなものが認められるべきだろうと思っています。安楽死はやはりやるべきではないだろうと思います。安楽死に関しましては、井形先生も御紹介ありましたけれども、例えば今オランダが少し反省期に入っています。やはり、もっとやれることがあったんじゃないかという家族の意見等が取り上げられるようになっていきますので、やはり安楽死というのは少し駄目だろうと。

そういう意味では、自然に尊厳死のようなものに行くべきだろうとは思いますが、

今日、先ほど惣万さんが話されたように、死というものが、やはり今のように日本人の生活から非常に切り離された状態で、その生死にかかわるところが最終的にはすべて医療者に今任されているような状況になっています、すべてお任せしますというような形で。そういう段階、そういう過程で、我々医師が、あるいは看護師、看護職がその責任を取らなければいけないかということに対してやっぱりまだ少しためらいがあるかと思います。

その意味ではやはり、この死というものに対して国民的なもう少し理解が進まない、人間はいつかは死ぬんだというお話が先ほどありましたけれども、そこに関してやはりもう少し理解が進まない、この尊厳死の問題というのは先に進めないのではないかなというふうに考えます。

そういう意味では、国民に対してこういう問題に対する議論をもう少し深めていただきたい。それをやることによって、私は、井形先生がおっしゃられたような方向に必ず行くのではないかなというふうに考えております。

○参考人（惣万佳代子君）

惣万です。

看護婦なんですけど、尊厳死そのものがよく本当は分かっていないんですよ。ただ、富山出身なんです、射水市民病院で抜管の問題になったときに、その院長側と外科部長側で七例あったんですね、もめたわけなんです、富山で。

私は、考え方としたら、伊藤部長、外科部長の考え方が好きでした。それに患者、家族がだれ一人文句を言ってるわけじゃないがですよ。それと、私はその後、富山県は倫理委員会をどの病院にもつくって、要するにいったん付けたらもう外さないとなってしまったがですよ。私はおかしいんじゃないかと。緊急の場合にやっぱり付けんなんときが出てくるわけなんです、肺炎とか何かで。でも、いったん付けても、いつか外す権利はやっぱり、本人は余り意識なくて分からないかもしれぬけど、外す権利はあるんじゃないかなと思います。

私は、老人の死をずっと見てきまして、このゆびと一まれで亡くなったのは、畳の上で亡くなったのは六事例です。ほとんどのお年寄りはお自然死ですよ、点滴一本すらもうしません、御飯食べれぬようになったらもう死です。私はそれでいいんじゃないかなと思っています、家族と本人が望むなら。緩やかな死。

私は、死そのものは、何か暗いイメージとか、もう何か負のイメージなんですけど、私は、死というものはある意味では卒業で、青いブルーみたいな、きれいな。ある宗教家が言っていましたけど、惣万さん、天国っちゃパラダイスやよ言うて、えっ、どうしてパラダイスの言ったら、だれ一人帰ってこんねかいね、やっぱりいいところながやっちゃと言われたから、ああそうかと、そういう死を取ればいいのかなど。

今、千の風の新井満さんのもあるように、死んでなんかいないようやら言うし、あれ、みんなよう、このゆびと一まれでも歌つとんがですよ。ばあちゃんたちも、意味分かるか分からぬかしれぬけれども、死んでないよ、墓になんか入らんがだとやら言うて、やつとんがで

すよ。ああいうような歌もどんどんみんなで広めていけばいいんじゃないかなと私は思っています。

鎌田先生のぴんぴんころりですけど、私も、できたらぴんぴんころりで死にたいがですよ。ただ、私、ごめんなさい、鎌田先生は私が言ったらまたいろんな意見があると思うけど、ただ私は、国としてぴんぴんころりを進めたらいけぬがじゃないかなと思う。意味分かります。個人としたら、ぴんぴんころりと言っとっても、それは勝手、自分の命だからいいんだけど、国としてぴんぴんころりを進めますということはできぬがじゃないかなと思いますよ。

ということは、人間というのは、じゃ介護を必要になった方が、病気になったら、じゃ罪なことかとなるわけですよ、取りようによっちゃ。ぴんぴんころりになって死なんじゃ。じゃ障害者の方もまた言いますね。おれたちは先天性で初めから、ぴんぴんころりどころか、おれたちはずっと迷惑掛けて生きてきたんだと、おれたちは生きとること自体がおかしいがかって、また言い出しますよね。これ、ちょっと尊厳死とは全然違うんですけど、ごめんなさい。

そういうことで、先生の言っておられるんがとちょっと的外れとるかもしれぬがですけども。

ありがとうございました。

○会長（清水嘉与子君）

ありがとうございました。

森さん、いかがですか。

○森ゆうこ君

ありがとうございました。的は外れてないと思います。

私は、尊厳死というか、要するに尊厳のある生き方を全うするために、医療、そしてまた介護がそれぞれの機能分担をし、そして十分に連携をして充実させていかなければならないということだと思っうんですね。

そういう意味では今ほどの先生のお話も、本当にすばらしい御意見をいただいてありがとうございます。厚生労働委員会に所属しておりますので、大臣には必ずこの尊厳死について、それぞれの大臣の御意見を伺うことにしておりますし、また今後の議論の中でも、この問題について先生方の意見を参考にしながら議論をさせていただきたいと思っております。

ありがとうございました。

（中略）

○会長（清水嘉与子君） ありがとうございます。

よろしいですか。

それじゃ、足立信也さん。

○足立信也君 民主党の足立信也です。

四人の先生方、貴重な御意見、ありがとうございました。我が会派の議員にとっては、うちの医療改革案と重複する部分が大分多いなという感じで納得しつつお聞きしたんじゃないかな

いかと思います。

私は、二点質問いたします。まず鎌田先生と井形先生に先ほどの尊厳死に関して、それから松田先生と惣万先生に、正に今出た住の問題ですね、老いの住居の問題、この点をお聞きしたいと思います。

その前に、昭和五十一年、病院の死と在宅の死が逆転して以来、その差はどんどん開いています。少子高齢社会というのは要するに少産多死社会で、亡くなる人の方が多くなるわけですから、私は国民の感覚がだんだん変わっていくだろうと、死の方が当たり前にとらえられるような時代になっていくだろうと私はとらえています。で、医療費全体をどうするかという先ほどの議論ですが、医療関係者というのは、医師二十七万、看護師百七十七万、こう足していってまあ四百万足らずです。マジョリティーは一億二千三百万の医療を受ける側の人間で、こちら側から意識改革で医療費をどうこうという議論はやはり私は無理だと思います。政治の方が主導していくべきだと思っています。

そこで、鎌田先生の、まあいきなり消費税という話よりも、やっぱり一般財源という意味だと思うんですね。それはもう十分効率化、無駄使いをしないでほしいという国民の願いを含んで言うと一般財源をいかに取り込むかと、取り入れていくかという表現の方がよろしいかなと。

それから、先ほど老人医療費の件がありましたが、平成十一年以降、十二年の十一・八兆をピークに老人医療費そのものはずっと下がっています。ほとんど変わっておりません。これは訂正しておいた方がよろしいかなと。

そこで質問なんですが、先週、救急医学会の終末期医療、特に延命治療をやめる件に関して指針が出ました。この中で、その条件として、脳死の方はもう終末期医療に関しては、延命治療に関してはやめてもいいんじゃないかということが出ました。先ほど、井形先生、それから惣万さんのお話聞いていると、コミュニケーション取っている時間があればそれは双方とも納得できる問題なんですね。現状は、特に救急医療は、救急現場で治療をしようと思ってやって、その後意識がなくなり、意思の疎通ができなくなった、この方々の終末期医療をどうするかというのが問題であって、ですから、尊厳死というものが、生前の意思の表明というのがどの程度、例えば文書で書かれていなければいけないとか、あるいはもう気付いた時点で自分の意思は表明できない人に対してどう考えていらっしゃるかということをまずお二人にお聞きしたい。

二点目の質問は、先ほどの住のことですが、結局は去年のデータの取り方にしても、療養病床の七割の人は入院を必要としないととらえるか、いや、私たちは逆に七割は入院を必要としているというふうにとらえるか、とらえ方によって全然変わってくるわけですが、根本の住の部分はどこにあるべきかと。これ、デイケアを利用すれば、それは当然ついの住みかとして得られるものもありますが、今回、グループホームをケアマネジャーが常駐しなきゃいけないというような条件になってきて、なかなか地域のグループホームというのうまくできていかない。そこで、高齢者の住環境をどういうふうと考えていくかというのをお二

人の先生にお聞きしたいと思います。

○会長（清水嘉与子君） それでは、尊厳死の問題からで、井形参考人、よろしいですか。

○参考人（井形昭弘君） よろしいですか、どうもありがとうございます。

救急医学会がいろいろなガイドラインを出しました。その中で脳死という問題も入りましたが、私たちはあくまで本人の意思として事前に意思を表明しましょうという運動をしておりますので、極力本人の意思を尊重してほしいと、家族が代弁するにしても本人の意思を証明できるものでないといけませんという主張をしております。そういう運動を広げていけば、みんながこういういろんな事件があるために家庭でいろいろお話しするじゃないですか、そのときに本人の意思が必ず何らかの形で分かる。さっぱり分からぬ、こんな話をしたことないということのないような状況がいいと思います。

私は脳死臨調の委員でありましたが、脳死という条件を決めるのには随分いろいろ議論がありました。臓器移植法が通るときには、脳死という判定はドナーカードを持った人以外には適用しない。これは実は障害者の反対が非常に強くて、脳死というものを客観的に認めたら、はい、あなたも脳死、あなたたちも治療やめ、治療やめと、そういうふうになるんじゃないかという強い反対があったために、脳死というのはドナーカードを持った人だけに適用するものだというふうに決めた経緯がありました。

したがって、こういう決めることについては客観的に見て医学的には妥当だろうと思いますが、私どもは、救急期で客観的な条件を付けてこれ以上はもう救急医療をやめるという撤退のポイントをつくるよりも、まず本人の意思を尊重していただいて、そして不治かつ末期という判断をされた時点で延命治療を中止すると、そういうことを希望しております。つまり、本人の意思がまず最優先。本人の意思がないときにはじゃどうするんだと。まあ入ってきたときは意思がありませんから、それにはできるだけ事前に家族でお話し合いたいように、また、会員にでもなっていていただければ、もうそれ意思表示になりますから、それでそのことを希望しております。

リビングウイルは、いつ言ったことが妥当かということ、二十年も言ったことが有効かという議論がありますが、私どもは、毎回の会費を払うことが意思表示の確認になりますよと、会費は二千円なんですけどね、というふうに主張をしております。

それで、実際、尊厳死協会で亡くなる方のアンケートを毎年やっておりますけれども、お医者さんは大体九五%か六%のお医者さんが協力してくださったというアンケートが来ています。それは、分かりました、全部呼吸器を止めましょうと言ったわけではなくて、あなたの言うことは十分尊重して治療方針をしますというほどの意味ではないかと思っておりますけどね。

それからもう一つは、救急医療というのは本来命を救うのが目的ですから、そこでリビングウイルが問題になることはまずないと思うんですね。もしかりビングウイルをどうしてもあれでこれ以上の治療を断るというんだったら救急車は呼ばない、もうそういう選択はあり得ると思うんですね。

したがって、救急車が来て行った場合には、救われるであろうという前提で全力を振りますから、そこではリビングウイルが問題になると。問題は、三日たち、一週間たち、二週間たつて回復不能かどうかということの判断が起こりますと、そのときに本人の意思はどうだっただろうかということ尊重していただきたいというふうに言っております。

先ほど申し上げたとおり、今、不治、末期、特に救急における不治、末期はどうあるべきかということ近く本にして出すつもりでありますので、是非御参考にしていただければ有り難いと思います。

以上です。

○会長（清水嘉与子君） 足立さん、御発言ありますか。

○足立信也君 質問の要点は、意思表示ができない、あるいはできなかった方の尊厳ある生をどう考えるかということなんですが。

○参考人（井形昭弘君） 一つは、客観的に、医学的にこれはもう死だという判断が下ったときはもちろん中止するわけでありませけれども、私どもは家族の、本人の意思が全く分からない家族の代行は認めておりませんので、したがって、従来どおりの慣行をお願いしたい。だから、それには十分の意思表示をする機会を持っていただきたいということでもあります。

○会長（清水嘉与子君） それでは、鎌田参考人、どうぞ。

○参考人（鎌田實君） 今、井形先生と全く同じなんですけれども、本人の意思が文書でなかったとしても、御家族との食事を取りながらこんなことを言っていたとか、友人と飲みながらこんなことを言っていたということでも、僕は複数意見が重なれば、その人の命はその人の判断の中でできるだけそれに沿って治療を中止したり治療をしていくという形が望ましいと思います。

ですから、ある程度推測をする、逆に言うと、そういう時代になったという前提で、日本人はできるだけふだんから自分の死に方を一度は語っておくということ、できたら文書で残しとくということをしていくことが大事なんじゃないかなというふうに思う。それを尊重していくということが正しいと思うんですけど、法律にするとやっぱり最後は文章が残ってなければ基本的にはできないんじゃないかと思うんですけど、まあガイドラインはもうちょっと踏み込んで、できるだけ御本人の意思を尊重するという、その尊重の仕方もできるだけ、語ったというのなんかも僕はとらえて、前向きに治療方針に生かしていく方がいいというふうに思っています。

（中略）

○会長（清水嘉与子君） それでは最後、惣万参考人、どうぞ。

○参考人（惣万佳代子君） 尊厳死のことをちょっと言わせてもらいます。

富山の医薬大のある教授が言っておられたんですけど、救急車でお年寄りが運ばれたと。呼吸、無呼吸だったから挿管しようとしたときに、家族がやめてくれと、そのままそっとして最低限の治療だけ、先生してほしいと言われたらしいんですよ。そうしたら、そのときにそのお医者さんは、じゃ、何しに救急車を呼ぼつたんだと。あんたたち、うちでみとってく

れりゃよかったんじゃないかと。それちょっと、よう似たところがあると思うんですよ。

ですから、私は、もうそろそろ国民は決着付けるというんですかね、やっぱり医療現場は救急車で運ばれればやっぱり挿管したいですよ、呼吸止まっているからね。じゃ、今度何しとったかともなるしね。だから、やっぱり自分の意思をきちんと書面か何か分からないけど、国民全体が意思表示せんなん時期に来ているんじゃないかなと、私は思います。そうして、やっぱり死ぬ権利もあるんですから、治療を拒否する権利もその人にあるがだから、その人のことをやっぱり尊重していかんがじゃないかなと思います。

住居のことなんですけど、やっぱり私は在宅で粘るというんですか、在宅に、みんな、お年寄りに聞いたらなるべくうちにおりたいと言うがです、ほとんどの方は。でも、在宅に何でおれぬか言ったら、富山見たら訪問系が弱いがですよ、訪問系。訪問看護師さんも四十七位、ヘルパーも四十七位、中で、デイサービスはまあまあ中くらいなんですけど、訪問系が弱いと思う。安心して在宅で過ごせるようなやっぱり介護体制を持っていかんがじゃないかなと思います。

それで、どうしても在宅で見れない、自分も、いや、やっぱりうちにおるがちょっと不安でかなわんようになったら、やっぱり小規模多機能ホーム、今、四月から始まったでしょう、十五人ほど通って、五人から九人ほど泊まってもいいよ、二十五人の登録制。その人たちは何かケアプランでショートも利用できるし、夜中困ったときには訪問もして当たるといことですよ。それで、もしもずっと泊まらんような状態になったら、やっぱりグループホームに行かんがじゃないかなと思いますね。

確かにグループホームはケアマネジャーが一人おらんもんだから大変ながですよ、ケアマネジャーは今引っ張りだこで。そこら辺を、例えばケアマネジャーが何かの仕事と兼務できるがならまだいいんだけど、兼務できないってなつとんがですよ。あそこでちょっと私たちも市の監査ともめたんだけど、そこら辺を何か計画として考えてほしいかなと。例えば九人の計画だけ立てればいいんですよ。特養とか入っている人はケアマネジャー百人立ててもいいんですよ、計画を。九人と百人で、おかしいと思いません。そこら辺で私もめたんだけど。だから、何かの仕事と兼ねとつてもいいんじゃないかと言ってんなんだけど、駄目やと言うがでそうになりました。

そして私は、特養を今増築とか新築とかまたしているんだけど、日本の国は、私は特養の増築も新築も反対です。結局は、余りにも大き過ぎるんですよ。やっぱりもっと小規模で顔の見える介護をしていかにゃいけん。結局、ふろ入れるがでも何でも流れ作業になっていってしまうんで、一人一人をきちんと見ていないんですよ。ですから、やっぱりすぐおむつにしまったり、すぐ胃瘻にしまったりするがですよ。

ですから、やっぱり小規模ということこれからもうキーポイントにやっついていかないと。小規模と地域密着、これがキーポイントかな、それと生活密着と言おうか。そう思います。

皆さんは福祉という言葉はどう考えるのかって、辞書で調べたら、幸せになることとか何か書いてあるんだけど、私、二か月前、福井でパネリストに並んだとき、ある大学の教授が、

惣万さんは福祉はどう考えてどういう言葉で表すんですかとぽんと聞かれたんで、こう並んだときに、私もすぐやったからどう答えていいやら分からぬがだけど、そのとき答えたのは、一人一人の生活と人間関係を豊かになることと言ったかな、することと言ったかな、よう分かりませんが、やっぱり生活と人間関係を豊かにすることが福祉なんじゃないかなと思うんですよ、一人一人に合わせて。それで国の方針も計画もやっていってほしいかなと思います。

○会長（清水嘉与子君） ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

質疑もまだ尽きないようでございますけれども、予定の時間が参りましたので、以上で参考人に対する質疑は終了いたします。

参考人の皆様方には、本当に長時間にわたりまして貴重な有意義な御意見をお述べいただきまして、本当にありがとうございました。今いただきました御意見につきまして、今後の調査の参考にさせていただきたいと存じます。本調査会を代表いたしまして厚く御礼を申し上げます。

ありがとうございます。（拍手）

本日はこれにて散会いたします。

午後四時三分散会