

衆議院厚生労働委員会において、立憲民主党の長妻昭議員が、臨床宗教師について説明し、日本人の死生観の多様性から安易な尊厳死、安楽死の議論を批判している。

○長妻昭委員

(前略)

そして最後に、QODという言葉をお聞きしたいと思います。QOLというのは、クオリティー・オブ・ライフ、生活の質でございますが、QODというのは、クオリティー・オブ・デス、死の質ということでございまして、英国の雑誌のエコノミスト社が定期的に調査しておりますが、二〇一五年のクオリティー・オブ・デス・インデックスというのを発表いたしました。日本はクオリティー・オブ・デスが十四位、こういう形でありまして、少しは順位は、かつてよりは上がったんでございますけれども。

塩崎大臣、QODを上げるためにどういう施策が必要なのかということをお聞きしたいと思いますけれども、QOLというのはジェロントロジーという老年学から生まれた発想だと思っておりますけれども、QODはサナトロジーという死生学から生まれた言葉で、同時に両方の学問が一九〇〇年初頭に発生をしてきたと私は理解をしているわけでございます。

しかし、日本では、この死生学というのが余り知られていないし、余り、死生観についても語られることが少ない。人間の大きな役割は三つあると私は思っておりますけれども、生きる、死ぬ、みとる、この三つだと思っておりますけれども、その死ぬとみとるところが相当すっぽり日本の社会は抜けているのではないのかというふうに思うわけでございます。

私の尊敬する、厚生労働省のOBでもございます、今京都大学の教授をやられていますけれども、広井良典教授、こういうことをおっしゃっておられます、死生学の教科書で。現在の日本では、死という意味がよく見えないと同時に生そのものの意味もよく見えない、死生観の空洞化状態にある、こんなようなことをおっしゃっておられるわけでございます。

塩崎大臣、今十四位で台湾にもシンガポールにも抜かれていますけれども、QODを上げるためには何をしたらいいかというふうにお考えでございますか。

○塩崎国務大臣

大変大事な問題だと私も個人的に思っておりますし、厚労省としても大事だと思っております。

特に、高齢化、それも日本が一番進んでいるわけでありまして、今、老年学から出てきたということもあるというお話がございましたが、そういう意味で、これから多死社会を、世界に先駆けて直面をする日本でありまして、生きることだけではなくて、亡くなることのクオリティー、質を考えるとすることは私も大事だというふうに思います。

特に、これをどう高めていくのかということですが、かなりいろいろなことがありますし、今イギリスのエコノミスト・グループがまとめているこれも、要素が幾つかございますので、やはりそれぞれをよくしていくということがなければ、今十四位というのをもっと上げていくべきだというお話をいただきました。高齢化の最先端を行っているならば、やはりこのクオリティー・オブ・デスについても国民が納得するような順番になった方がいいと思いますが、しかし、もちろん、これはインデックスそのものが本当に日本人の心をあらわしているかどうかということは考えなきゃいけないと思いますが、いずれにしても、これから、こういったことについて、これは医療だけではなくて、医療も大事です、そして医療周りのことも大事でありますが、恐らく、生き方ということになれば、宗教の問題も個人には非常に大事なことになっていくんだらうというふうに思います。

○長妻委員

塩崎大臣、臨床宗教師ということは聞いたことがございますですか。

○塩崎国務大臣

海外では割合そういうことがよく、亡くなる方々と接する人たちの中にそういう方々がおられることは知っておりますし、安楽死が合法化されている国、たしかオランダとかそういうところはかなりそういうことをやっていらっしゃる方がおられるというふうにも聞いております。

○長妻委員

今おっしゃっていただいたチャプレンというのは、キリスト教国、欧米諸国に、これはどの病院でも牧師さんや神父さんがそこにおられて、みとりの仕事を、精神的ケアをされているというのがあります。

日本でも、この臨床宗教師、東北大学が始めまして、二〇一六年度末までに修了者が百五十二人おられる。今、龍谷大学、鶴見大学、高野山大学、種智院大学、上智大学、武蔵野大学、大正大学、愛知学院大学、合計九大学で、その講座があつて、この資料にも入れておりますけれども、各地の病院で今活躍をしているところでございます。

今は、私は、超高齢多死社会がやってきたと思います。この資料十ページでございますけれども、今、我が日本では一日何人亡くなるのか、御存じでございますでしょうか。今現在、最新の数字では、二〇一五年、三千五百三十五人が毎日亡くなっておられるわけでございます。年間の死亡者を三百六十五日で割るわけでございますが。

ピーク時は一日何人が亡くなる社会が来るかといいますと、十一ページでございますが、二〇三九年がピークで、一日四千五百九十九人の方が毎日亡くなる社会、今よりも千人ふえる。

そして、二〇二五年には、二〇二五年は昭和に換算すると昭和百年でございますけれども、昭和百年には、百年問題とも言われておりますが、死亡する方が生まれる方のほぼ二倍になる。こんな差は、歴史的に初めてである。死亡が百五十三万人、生まれる方が七十三万人ということになるわけでございます。

そして、多くの方、半分以上の方が自宅で亡くなることを希望しておりますけれども、現実には七五%が病院で亡くなっておられる。しかし、オランダやスウェーデンを見ると、四割ぐらいが病院で亡くなっておられるだけでございます。我が国も、私が生まれた一九六〇年は八割の方が自宅で亡くなっておられたということで。私は、病院の今の現状をいろいろお伺いすると、相当大変な今状況になっているということで、危機感を持っているわけでございます。

例えば、なかなか日本は固定した宗教がお持ちの方が少ないということもあるのかどうかわかりませんが、死を間近にして、今はがんも告知をしますし、がんという病気は、一定程度、亡くなるまで生きる病気であり、意識もはっきりしている。そういうような方々がふえることによって、病院が今大混乱をしているという状況もございます。つまり、死ぬのが怖い、そして取り乱して、例えばいろいろ暴力を振るってしまう、あるいは、俺は人体実験をされているんじゃないのか、全然治らないんじゃないのか、訴訟する、いろいろなトラブルが起こって、お医者さんがなかなか治療に専念できにくいという状況がある。

その中で、臨床宗教師という方々が、これは東北大の、郡議員もよく御存じだと思いますが、大震災を契機にできたものでございます。その中で、岡部医師、お医者さんが、戦後の日本では、宗教や死生観について語り、この暗闇においていく道しるべを示すことのできる専門家が死の現場からいなくなってしまったということで、この方の情熱で講座ができています。

寄り添って、亡くなる方々が、自分は何のために生きたのか、俺の人生意味ないんじゃないのか、そういうような方々に対して、いろいろお話を聞いて、気づきを求めていくというものでございます。こういうものについて、私自身は、政府もよくよく研究をしていく必要があるというふうに思います。

その一方で、宗教的な話でございますので、例えば東北大学は、倫理規程をつくって、倫理委員会もつくっています。この活動をするに当たっては、自分の信仰、信念や価値観を押しつけてはならない、ましてや自分の宗教の布教や伝道を目的として活動してはならない、こういうようなこと、遵守義務を課して活動をしているということでもあります。

台湾は進んでいるようでございますけれども、このチャプレンの制度も参考にしながら、政府も一定程度の研究を、これから多死時代を迎える中で、していく必要があるんじゃないかというふうに私は考えるわけでございますけれども、大臣の認識をお聞かせいただければと思います。

○塩崎国務大臣

何度も申し上げましたけれども、大変大事なことであって、個人レベルの心の中の問題に深くかかわる問題であって、宗教は、政府としては一つの宗教に何か偏るわけにはまいりませんし、政府は中立でございますけれども、しかし、心の中ではやはりいろいろな形でいろいろな方々がおられるのに、その際、人生の最期を迎えるに当たってどういうふうなサポートをしながらそのときを迎えるかということは、我々厚生労働省としても当然考えなきゃ

いけないと思っております。

特に、医療あるいは介護の現場を預かっているわけですので、今回の医療法の改正でも、今まで高度な医療のことをやる特定機能病院でありましたが、そのときに、患者の安全ということがすっぱり抜けていた。当然、高度な医療が行われるためにはリスクも高いわけですから、そのときに、患者のことを考えれば、安全ということを考えなきゃいけないので、どちらかという、供給側の論理が強く出過ぎていたこれまでの医療、あるいは医療の現場、これをやはり、医療安全ではなくて患者の安全という形で見ていけば、究極なところは、最期はどういう亡くなり方をしていくのかということになるわけで、医療の関係者の皆さん方にもぜひ、既にいろいろと御努力を、皆さん、それぞれの形でいただいていますけれども、今、チャプレンであったり臨床宗教師であったり、いろいろなお話を頂戴いたしましたけれども、そういうようなところにたどり着くであろう問題について、我々も考えていかなければなりませんし。

特に、これは、人生の最期を迎えるときに当たっての、健康なうちから考えておくということについては余りなれていない日本でありますので、そういうことをもっと、医療関係者も含めて、そして医療政策や介護政策をやる厚生労働省も、よく考えていかなきゃいけないというふうに思います。

○長妻委員

今、臨床宗教師のみならず、臨床仏教師、みとり士、いろいろな活動をされている方々がおられるわけで、どうしても今、医学の分野では、死は敗北だ、患者さんの死というのは医学的に見ると敗北なんだということで、死と闘う、こういうようなマインドがあるわけですが、しかし、やはり死と寄り添っていく。質の高い死というのは、一つ定義がございますが、患者や家族の希望にかない、臨床的、文化的、倫理的基準に合致した方法で、患者、家族及び介護者が悩みや苦痛から解放されるような死であるというような定義もございます。

私自身は、昨今の風潮で、終末期医療は金がかかるから余り延命治療をしない、延命治療をしないことがイコール尊厳ある死である、こういう短絡的な議論に非常に危機感を持っているわけで、そんな単純な話じゃない。延命治療をすることを望んでいる御家族も本人もおられるわけですので、ですから、本当に日本は、今全く議論がないまま来ておりますけれども、死生学あるいは死生観、そしてQOD、これをよくよく考えて、本当に効果のある医療、国民の皆さんが幸せを感じられる医療、これをつくり上げていく。安易な安楽死や尊厳死の議論には絶対くみしてはならないということも申し上げて、質問を終わります。よろしく申し上げます。

ありがとうございました。