

2012-03-11 作成版

**プレ模範議会2012 in 参議院
体験プログラム資料**

平成24年3月19日

**白鷗大学法学部岡田順太研究会
立正大学法学部岩切大地研究会
SFC 模範議会プロジェクト2012**

<Time Table>

13 : 00 東京メトロ有楽町線永田町駅（1・2番出口改札口）集合

13 : 30 参議院参観

14 : 30 模範議会 in 参議院（体験プログラム）

16 : 30 終了（予定）

<Contents>

- ① 進行表
- ② 委員会座席表
- ③ 役割分担表
- ④ 委員長用台本
- ⑤ 発議者の趣旨説明文
- ⑥ 質疑答弁集
- ⑦ 国会法第五十七条の三の規定による内閣からの意見
- ⑧ 反対討論文
- ⑨ 賛成討論文
- ⑩ 附帯決議案
- ⑪ 附帯決議に対する政府発言
- ⑫ 議長用台本
- ⑬ 委員長報告
- ⑭ 反対討論文
- ⑮ 積極的安楽死の処置に関する法律案

2012-03-11 作成版

※当日は最新版を持参してください。

プレ模範議会 2012 進行表

議案：積極的安楽死の処置に関する法律案（第 179 回国会衆第 99 号）

○ 参議院厚生労働委員会

事 項	担当会派	担当者名	所 要
開議宣告・委員長挨拶	委員長	X	12分
政府参考人出席要求	委員長	X	
趣旨説明	衆院議員 A	M1	
質疑①	会派①	A1	40分
質疑②	会派②	B1	
質疑③	会派③	C1	
質疑④	会派③	C2	
政府から意見聴取	厚生労働大臣	G1	1分
討論（反対）	会派③	C3	5分
討論（賛成）	会派①	A2	5分
採決	委員長	X	7分
附帯決議	会派②	B2	
政府からの発言	厚生労働大臣	G1	
審査報告書作成承認・散会宣告	委員長	X	
計			70分

<答弁者>

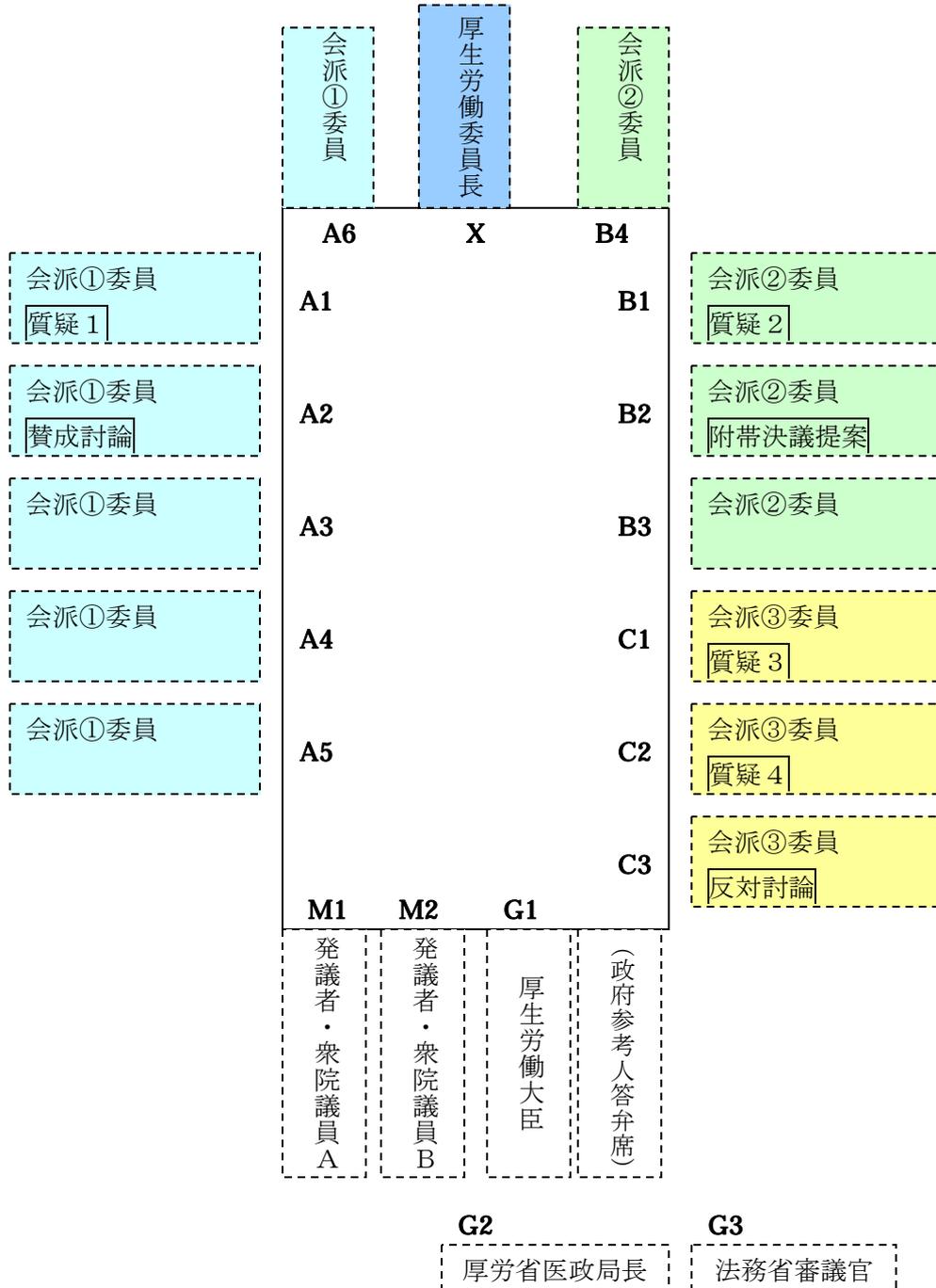
発議者：衆議院議員 A（M1）、衆議院議員 B（M2）

厚生労働大臣（G1）、厚生労働省医政局長（G2）、法務省大臣官房審議官（G3）

○ 参議院本会議

事 項	担当会派	担当者名	所 要
開議宣告	議長	Y	7分
委員長報告	委員長	X	
討論①（反対）	会派③	C4	10分
採決	議長	Y	3分
散会宣告	議長	Y	
計			20分

委員会座席表



※ 当日、変更する場合があります。

役割分担表

○ 委員会

(委員長)	X	[	]	君
(質疑者)	A1	[	]	君 (会派①)
	B1	[	]	君 (会派②)
	C1	[	]	君 (会派③)
	C2	[	]	君 (会派③)
(反対討論)	C3	[	]	君 (会派③)
(賛成討論)	A2	[	]	君 (会派①)
(附帯提案)	B2	[	]	君 (会派②)
(発言無し)	A3	[	]	君 (会派①)
	A4	[	]	君 (会派①)
	A5	[	]	君 (会派①)
	A6	[	]	君 (会派①)
	B3	[	]	君 (会派②)
	B4	[	]	君 (会派②)
(発議者)	衆議院議員 A	M1	[]	君
	衆議院議員 B	M2	[]	君
(政 府)	厚生労働大臣	G1	[]	君
	厚生労働省医政局長	G2	[]	君
	法務省大臣官房審議官	G3	[]	君

○ 本会議

(議 長)	Y	[	]	君
(委員長)	X	[	]	君
(発議者)	M1	[	]	君
	M2	[	]	君
(討論者)	C4	[	]	君 (会派③)

委員長用台本

ただいまから、厚生労働委員会を開会いたします。

[委員長、起立]

議事に先立ちまして、一言ごあいさつを申し上げます。

このたび厚生労働委員長に選任されました〔X 〕でございます。
本委員会の公正かつ円満な運営に努め、その重責を果たしてまいりたいと存じます。皆様
方の御指導と御協力を賜りますようお願い申し上げます。

[全員拍手、委員長着席]

政府参考人の出席要求に関する件についてお諮りいたします。

「積極的安楽死の処置に関する法律案」の審査のため、本日の委員会に
厚生労働省医政局長〔G2 〕君及び
法務省大臣官房審議官〔G3 〕を政府参考人として出席を求
め、その説明を聴取することに御異議ありませんか。

[委員全員「異議なし」と呼ぶ]

御異議ないと認め、さよう決定いたします。

「積極的安楽死の処置に関する法律案」を議題と致します。

発議者から趣旨説明を聴取いたします。

発議者・衆議院議員〔M1 〕君。

[M1 から趣旨説明]

以上で趣旨説明の聴取は終了いたしました。

質疑のある方は順次御発言願います。

(〔 A1 〕君「委員長」と呼び、挙手)

〔A1 〕君。(その他の会派①委員、拍手。)

※ 質疑中は、発言者（委員・発議者・政府側）にいちいち挙手させ、それを指名する。

〔※ 予定の時間を過ぎているのに質疑を続ける委員がいる場合の発言
○○○○君、時間が来ておりますので、簡潔にお願いします。〕

〔 ※ 不規則発言でうるさいとき。
静粛に願います。 〕

〔 ※ 質疑者・政府側が勝手に発言をしているとき。
〇〇君に申し上げます。発言は、委員長の許可を得てからに願います。 〕

(質疑者「終わります」と呼ぶ。その他の会派①委員、拍手。)

以上で〔A1 〕君の質疑は終了いたしました。

次に、〔B1 〕君。(その他の会派②委員、拍手。)

※ 質疑中は、発言者(委員・発議者・政府側)にいちいち挙手させ、それを指名する。

(質疑者「終わります」と呼ぶ。その他の会派②委員、拍手。)

以上で〔B1 〕君の質疑は終了いたしました。

次に、〔C1 〕君。(その他の会派③委員、拍手。)

※ 質疑中は、発言者(委員・発議者・政府側)にいちいち挙手させ、それを指名する。

(質疑者「終わります」と呼ぶ。その他の会派③委員、拍手。)

以上で〔C1 〕君の質疑は終了いたしました。

次に、〔C2 〕君。(その他の会派③委員、拍手。)

※ 質疑中は、発言者(委員・発議者・政府側)にいちいち挙手させ、それを指名する。

(質疑者「終わります」と呼ぶ。その他の会派③委員、拍手。)

以上で〔C2 〕君の質疑は終了いたしました。

他に御発言もないようですから、本案に対する質疑は終局したものと認めます。

本法律案は予算を伴うものでありますので、国会法第五十七条の三の規定により、内閣から本法律案に対する意見を聴取いたします。〔G1 〕厚生労働大臣。

〔大臣発言〕

これより討論に入ります。

御意見のある方は賛否を明らかにしてお述べ願います。

〔〔 C3 〕君、「委員長」と呼び、挙手)

〔C3 〕君。

(〔 C3 〕 君反対討論、**その他の会派③委員、始めと終わりに拍手**)

(〔 A2 〕 君、「委員長」と呼び、挙手)

〔A2 〕 君。

(〔 A2 〕 君賛成討論、**その他の会派②委員、始めと終わりに拍手**)

他に御意見もないようですから、討論は終局したものと認めます。

これより「積極的安楽死の処置に関する法律案」について採決に入ります。

本案に賛成の方の挙手を願います。

〔会派①・②委員挙手、会派③委員「反対」と呼ぶ。〕

多数と認めます。よって、本案は多数をもって原案どおり可決すべきものと決定いたしました。〔発議者起立し、一礼。政府は着席のまま不動。**会派①・②委員拍手**。〕

この際、〔B2 〕 君から発言を求められておりますので、これを許します。

(〔 B2 〕 君挙手)

〔B2 〕 君。

(〔 B2 〕 君附帯決議案文朗読)

ただいま〔B2 〕 君から提出されました附帯決議案を議題とし、採決を行います。

本附帯決議案に賛成の方の挙手を願います。

〔委員全員挙手〕

全会一致と認めます。よって、〔B2 〕 君提出の附帯決議案は全会一致をもって本委員会の決議とすることに決定いたしました。

ただいまの決議に対し、〔G1 (姓のみ) 〕 厚生労働大臣から発言を求められておりますので、この際、これを許します。〔G1 (姓のみ) 〕 厚生労働大臣。

〔大臣発言〕

なお、審査報告書の作成につきましては、これを委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ございませんか。

〔委員全員「異議なし」と呼ぶ。〕

御異議ないと認め、さよう決定いたします。

本日はこれにて散会いたします。

発議者の趣旨説明文

私は、ただいま議題となりました「積極的安楽死の処置に関する法律案」について、提出者を代表して、提案の理由及び概要を御説明申し上げます

近年、医療技術の発展は目覚しく、わが国が世界的に見ても優れた長寿大国になっていることは言うまでもありません。しかしながら、そうした医療技術をもってしても、不治の病とされ、助かる見込みのない病気が多く存在することもまた事実であります。そうした病気については、とかく延命させることが医療の自己目的となりがちで、個人の医療選択の自由を奪う事態になりやすいと考えられます。

確かに、死ぬほどの苦しみにあえぎながらも生き続けなければならないという考え方もありえるでしょうが、他方で無理に延命治療を望まない人々が増えているのも確かであり、早期に苦痛から解放することも医療の役割として意識されつつあります。その究極の方法が、積極的安楽死であります。これが例外的に許容される場合については、すでに裁判例で示されており、法律の学説においても一定の理解がなされているものと考えられます。しかしながら、個々の現場の医師の判断だけでその妥当性や適法性を判断することは難しく、実際に積極的安楽死の処置をすることは、医師にとって大きなリスクとなっており、患者がいくら望んでも積極的安楽死の処置が行われることはほとんどないといえるでしょう。これでは、人生の質（クオリティ・オブ・ライフ）を個人の選択によって高めていくということができなくなり、憲法や医療法が規定する個人の尊厳が損なわれ、結局、生命の尊重に結びつかない延命治療ばかりがはびこることとなりかねません。

そこで、本法律案におきましては、積極的安楽死の処置に関する基本的理念や要件、手続などについて必要な事項を定め、もって国民の生活及び医療の質の向上を実現することを目指そうとしております。なお、この法案は決して積極的安楽死を推奨するものではありませんで、あくまでも例外的な症例についての患者の最後の希望をかなえるための道筋を整備するものであります。以上が、提案の理由であります。

次に本法律案の概要についてご説明申し上げます。

第一に、積極的安楽死の処置についての基本的理念を定め、また、裁判例で示されております要件を法文で明文化するほか、医師や国及び地方公共団体の責務について規定することとしております。

第二に、積極的安楽死の処置についての手続を定めることとしております。

第三に、処置についての判断を専門的見地から審査する生命倫理審査会を厚

生労働省に置くこととし、その組織及び審査の手続き等を整備することとしております。その他、適正に積極的安楽死の処置が行われるよう、所要の措置を講ずるための規定を設けております。

以上が、本法律案の概要でございます。なにとぞ御慎重に審議の上、速やかに御可決くださいますようお願い申し上げます。

質疑答弁集（質疑者 1 ～ 4）

質疑を行う上での注意

< 質疑者 >

- ・ 発言には、委員長の許可が必要です。
- ・ 「委員長」と手を挙げて呼び、指名されたら立って、質疑を行います。
- ・ 最初の質疑の冒頭には、「〇〇党の××です。」と自己紹介をし、最後の質疑が終わったら、「終わります。」と言います。
- ・ 答弁を聞いている最中は着席します。
- ・ 発言の都度、委員長に発言の許可を求めてください。

< 答弁者（衆議院議員） >

- ・ 発言には、委員長の許可が必要です。
- ・ 「委員長」と手を挙げて呼び、指名されたら立って、発言を行います。
- ・ 答弁の冒頭には「お答えします」と言うと良いです。
- ・ 法案を審議して頂いている立場なので、答弁は懇懇な態度で、丁寧な言葉で行うようにしましょう。
- ・ 待機中も姿勢正しく行儀良くしていきましょう。
- ・ 野次や拍手などをしてはいけません。

< 答弁者（政府） >

- ・ 注意事項は、上記と同じです。
- ・ 法案提出者ではありませんので、法案に対しては中立的な地位にあることを意識してください。

< 発言者以外の委員 >

- ・ 委員長が「ご異議ありませんか」と言った場合は、大きな声で「異議なし」と言います。
- ・ 仲間の議員の発言には、適宜、拍手で賛同を示したり、「そうだ」などと合いの手をいれます。
- ・ 立場の異なる議員や答弁者には、容赦なく野次を飛ばしましょう。
- ・ 野次にも節度が必要です。個人を誹謗中傷するようなものは避けましょう。

会派① 軟性諸党 質疑

軟性諸党の〔A1 〕です。

まず、長期間、与野党の意見をまとめられ、法案提出までご尽力された提出者の議員の皆さまに心から敬意を表します。

○ 法案提出の背景

それでは、始めに、本法律案を提出された背景について、簡単にご説明頂きたいと思います。

（衆議院議員 A）

お答えいたします。

ご承知の通り、今日の医療技術の進歩には目覚ましいものがありますが、ガンのようにまだ治療が困難な病気も多々ございます。そうしたなか、医療現場では、とにかく延命させることが至上命題となりがちで、耐え難い苦痛から一刻も早く解放されたいという患者がいたとしても、それがかなわないという現実が存在しております。

一分一秒でも延命することが必ずしも良い訳ではなく、最近では、個人の選択に基づく人生の質、クオリティ・オブ・ライフの向上の方がむしろ重要であるという考え方が広まってきております。こうした考えは、医療法の定める生命の尊重と個人の尊厳の確保という医療の役割にむしろ合致するものと考えます。

その極限形態が、積極的安楽死であります。諸外国ではすでにこれを合法化しているところもありまして、私どももその必要性を感じ、また、患者団体からも強い要望を受け、超党派での積極的安楽死を考える議員連盟を組織し、検討をしてまいりました。

そして、この度、議論を集約し、法案化にこぎつけましたので、国会に提出してご審議をお願いするに至った次第でございます。

今回は議員立法での提出となっておりますが、この法案について政府はどう考えているのでしょうか。

（厚生労働大臣）

国会でご審議頂いているところですので、政府としての法案の評価を述べることは差し控えさせていただきます。

ただ、積極的安楽死につきましては、その是非をめぐって様々な考え方があると承知しておりますので、なかなか政府内部で検討するという事は難しいというのが実情でございます。個人的には、この法案審議を契機として、是非活発な議論がなされることを期待しております。

（衆議院議員 A）

補足させていただきますと、臓器移植法の制定の際もそうでしたが、生命倫理や思想信条に大きく関わるような法案については、従来、議員立法によって制定されるということが通例になっております。今回もそうしたことがありますので、議員提出法案とさせていただきますところではございますが、議員連盟の会議などにおいて、政府当局との協議を度々設けるな

ど、法律の施行にあたって支障がないように万全の配慮を重ねてきたところでございます。

政府や関係者を含め、しっかりと議論をした上で提出された法案であると理解いたしました。

それでは、少し内容に入ります。法案が定める積極的安楽死の要件は、従来の裁判例を基本にしていると思われまます。その具体的な裁判例をご紹介します。

(衆議院議員 B)

ご指摘の通り、本法案の策定にあたりましては、名古屋高等裁判所の昭和 37 年 12 月 22 日判決で示されました違法性阻却事由の 6 要件を参考にしております。

それは、①不治の病に冒され死期が目前に迫っていること、②苦痛が見るに忍びない程度に甚だしいこと、③専ら死苦の緩和の目的でなされたこと、④病者の意識がなお明瞭であって意思を表明できる場合には、本人の真摯な嘱託又は承諾のあること、⑤原則として医師の手によるべきだが医師により得ないと首肯するに足る特別の事情の認められること、⑥方法が倫理的にも妥当なものであることであります。

また、横浜地方裁判所の平成 7 年 3 月 28 日判決、いわゆる東海大学事件で示されました医師による積極的安楽死の 4 要件というものもございまして、こちらも加味しております。

具体的には、①患者に耐えがたい激しい肉体的苦痛に苦しんでいること、②患者は死が避けられず、その死期が迫っていること、③患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くしほか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とでございます。

両判決の違いはどういったものでしょうか。法案作成にあたり、最終的にどのように要件を整理されたのでしょうか。

(衆議院議員 B)

横浜地裁の判決は、一種の緊急避難の法理を背景に、名古屋の事件での 6 要件よりも患者の自己決定権を重視しておりまして、違法性阻却事由の要件もより緩やかになっていることが特徴的であると思われまます。

本法案におきましては、それら判決の考え方を整理いたしまして、法案第 3 条に患者の備えるべき要件を 4 つ、すなわち①明確な意思の存在、②不知の病で死期が目前に迫っていること、③甚だしい苦痛、そして④代替手段の不存在を規定いたしました。これは横浜判決の要件をほぼ踏襲しております。

そして、名古屋判決の要件の残りの部分については、法案第 4 条に医師以外の者が例外的に処置を行う場合の規定を、また、方法の倫理的妥当性については、法案第 2 条に基本理念を定め、より具体的な方法については法案第 10 条に処置の規定を置いております。なお、法案第 4 条及び第 10 条の具体的内容については、専門的技術的見地から厚生労働省令によって定めることとしております。

このように、本法案は、積極的安楽死のリーディングケースとされる裁判例の趣旨を的

確に反映しているものと理解して頂ければ幸いです。

よく分かりました。この法案は、新たな積極的安楽死の解禁をするというのではなく、従来から裁判例で認められている例外的な状況を明文化したということですね。

それでは、この法案が成立することによって、どのようなことが起きるとお考えでしょうか。

(衆議院議員 A)

基本的に医療現場において従来との大きな変化はないと考えます。やはり医療の役割は生命を守ることですので、お医者さんたちはそのために全力を尽くすことと思えます。

ただ、ごく例外的に末期の病気で耐え難い苦痛を抱える患者さんがいて、その治療が困難で、また、苦痛の除去や緩和の手段がないという場合に、本人の意思と医師の判断、そして法案の定める手続によって、積極的安楽死の処置がなされることが起こりうるところでございます。

その処置にあたっては、医師の判断や行うべき手続が明確でありますので、医師個人の判断に責任を負わせることがなく、また、刑法上の正当業務行為として違法性が阻却されますので、従来のように自殺幫助や囑託殺人の罪に問われるといった刑事責任を負うことがなくなります。また、法案の定める手続に適切に従って処置が行われれば、民事上の責任も医師個人が負うことがなくなるものと考えます。

世論には、この制度を悪用する事例が出るのではないかと懸念がありますが、いかがお考えでしょうか。

(衆議院議員 B)

ご懸念として多いのは、本人が同意していないのに積極的安楽死の処置が採られてしまうのではないかとこのものですが、他の医師の助言を得るように努めたうえで、判定の確さを証明しなければなりませんので、その判断はあくまでも客観的科学的な見地から行われます。そして、それを厚生労働大臣や審査会の専門家が審査しますし、検察官も積極的安楽死の手続が採られることについての認知を致します。

これらの何重もの安全装置が働きますので、ご懸念のような事例は起こらないものと考えます。

もちろん、人間が運用する制度でありますので絶対ということはありませんが、我々国会議員が制度の実施について厳しい目を持つことも重要であろうと考えます。

法案 4 条の医師以外の者というのは、何を想定しているのでしょうか。名古屋の事案のように、被害者の妻に毒入りの牛乳を飲ませるといような事例は当然入らないと思いますが、お考えをお聞かせください。

(衆議院議員 A)

この点についての議論はまだ煮詰まっていないのが正直なところですが、ご指摘のよう

に、医療の知識のない者にまで医師の代わりをさせようというものではありません。例えば、無医村の離島のような所で、看護師しかいないといったことを想定しているところがございます。現在、厚生労働省で医療行為の一部を担う「特定看護師」資格の創設も検討されているやに聞いておりますので、それらの議論に含められることも考えられます。

いずれにいたしましても、詳細は厚生労働省令を制定する過程で、専門家の方々の議論の中で固まってくるものと思います。

よくわかりました。

以上、いろいろとお聞きしてきましたが、積極的安楽死というのは、なにぶん人間の生命に関わる事柄ですので、万が一のことが起きても、想定外では済まされないと考えますが、実際の処置が採られるのはかなり限定的な事例においてであると思われまますので、慎重な審査が行われると、何か書類だけで機械的に処置の許可がなされることはない、という理解でよろしいでしょうか。

(衆議院議員 B)

ご指摘の通りでございます。

これによって、患者さんの自己決定の幅が広がり、その人らしい人生を送ることができるようになると考えております。

ありがとうございました。生命の尊重と個人の尊厳を重視した素晴らしい法案だと思います。これで私の質問を終わります。

会派② チャンピオンベル党 質疑

チャンピオンベル党の〔B1 〕です。

本法案の成立により、患者の自己決定権の行使の一環として、積極的安楽死の道筋が明らかになることは歓迎したいと思います。ただ、これによって安易に安楽死が選択されることがないか懸念されるところです。

○ 安楽死促進の懸念

そこで、平成 10 年に起きた川崎協同病院のいわゆる安楽死の事例について、取り上げたいと思います。まず、事件の概要を説明いただけますでしょうか。

（法務省大臣官房審議官）

簡潔にお答えいたします。

平成 10 年 11 月、同病院の医師が、気管支喘息重積発作により意識不明で搬送されてきた男性患者について、2 週間ほどの入院・加療の後、家族の同意を得て気道確保のため鼻から気管内に挿入されていたチューブを抜き取りました。ところが、予想に反して患者が身体をのけぞらすなど苦悶様呼吸を始めたため、同医師が、鎮静剤のセルシンやドルミカムを静脈注射しましたが、これを鎮めることができず、同僚医師の示唆に基づいて筋弛緩剤のミオブロック 3 アンブルを看護師に静脈注射させたという事案です。注射後、数分で呼吸は停止し、11 分後には心拍も停止して患者は死亡いたしました。

平成 14 年 12 月、同医師は殺人容疑で逮捕・起訴されまして、殺人罪の成立が平成 21 年の最高裁で確定しております。以上でございます。

量刑はどうなっているのでしょうか。審級ごとの裁判所の判断も簡単に触れながらご説明ください。

（法務省大臣官房審議官）

1 審の横浜地方裁判所におきましては、懲役 3 年執行猶予 5 年といたしましたが、控訴審であります東京高等裁判所におきましては、患者の意思が不明で死期が切迫していたとは認められないとしたが、家族の要請で決断したものであったことを認定し、「それを事後的に非難するのは酷な面もある」として、懲役 1 年 6 ヶ月執行猶予 3 年と刑を軽減しております。

事件は最高裁判所まで争われましたが、最高裁は、「脳波などの検査をしておらず、余命についての的確な判断を下せる状況にはなかった。チューブを抜いた行為も被害者の推定的意思に基づくとは言えない」と、法律上許される治療中止には当たらないとして、上告を退けまして、高裁の判決が確定しております。以上でございます。

この事件では、高裁で家族の要請を重視して、刑が軽くなっているようであります。しかし、実は患者さん自身は御自分で呼吸をしていた。そして、空気の道を確認するための気道のカニューレというものが入っていた。この状態で、家族は主治医から、患者さんは九分九厘脳死であると伝えられていたそうであります。私は、臓器移植法という法律が成立して以降、逆に患者さん家族をあ

きらめの心模様にさせるための一つの表現として脳死という言葉が乱用されているのではないかと非常に危惧を覚える次第ですが、厚生労働大臣に、この点、ご所見をお願いいたします。

(厚生労働大臣)

法令上、脳死という概念を規定しておりますのは、委員御指摘のように臓器移植法のみでございまして、法律で定めております脳死とは、必要な知識、経験を有する二名以上の医師によりまして、深昏睡あるいは瞳孔散大、脳幹反射の消失、平たん脳波、自発呼吸の消失の五点が確認され、かつ六時間後に再度同じ状況が確認されることにより判定されるということは御承知のとおりでございます。こうしたことにつきましては、具体的な判断についてはガイドラインでお示しをし、周知徹底を図っているところでございます。

こうした臓器移植法で定めております脳死判定及びその基準は、あくまでも臓器移植を前提としておるわけでありまして、医療現場におきます一般的な治療方針、例えば積極的な治療をそのまま続けるかどうかといったような判断をするために行われておりますいわゆる一般的な脳死判定というものがございすけれども、この一般的な脳死判定につきましては、医療現場におきまして個々の医師の判断で行われている実態であるというふうに承知をいたしているところでございます。

概念のひとり歩きということと、この患者さんは実際には息をしておったということに気をつけなければなりません。その呼吸を確保するための本当の短い管を抜いたら、当然舌が落ちて窒息して亡くなられたという事件ですので、医療現場のこのようなあり方についても厚生労働省としては意識をきちんと持っていただきたいと思えます。

本法案が成立した際にも、そうした懸念がないように、つまり安易に安楽死という選択肢が選ばれないようにして欲しいと思えますが、発議者のお考えをお聞かせください。

(衆議院議員 B)

川崎協同病院の事件ですが、これは本法案が要件としております患者本人の明確な意思を欠くものでありますし、医師の診断が不十分であったため延命治療の中止といういわゆる消極的安楽死に失敗いたしまして、苦痛を除くために筋弛緩剤を注射したというものでありますので、本法案が想定する事例とはかなり異なっております。

ただ、本法案の成立により、積極的安楽死の概念がひとり歩きしないように気をつけるというご指摘はその通りでありまして、適切な理解の普及に努めて参りたいと思えます。

よろしくをお願いいたします。患者さんが周囲に迷惑をかけまいと、安易に積極的安楽死を選択することのないように、気を付けなければならないと思えます。これで質問を終わります。

会派③ 場外乱党 質疑（その1）

場外乱党の〔C1 〕です。

わが党は、本法案が人の生命をもてあそぶ悪法であるとの立場から終始、反対の意見を表明して参りました。医師に積極的安楽死を認めること、それに国家が関与することは、明らかに憲法 13 条の生命権の侵害です。また、ナチスが優生政策の一環として安楽死計画を立てていたことは有名であり、障害者や難病患者が「生きるに値しない命」として通称「T4 作戦」などの犠牲者になったことを思い出さずにはられません。

○ 病院の構造的問題

安楽死の恐ろしいのは、病院という閉鎖空間の中で行われる点です。一つ、確認しますが、先ほど質問にありました川崎協同病院事件について、事件はどのように発覚したのですか。

（厚生労働省医政局長）

お答えいたします。当時の記録によりますと、平成 13 年に同病院に勤務する医師が、次期院長に告発し、これを受けて院長が関係医師に事情聴取をした後、事実を公表したということであります。

いや、これは恐ろしい話ですよ。内部からの告発がなければ、事件は闇に葬られていたかもしれないのです。少なくとも発覚まで 3 年を要しているのです。同病院が設置した外部評価委員会の報告書「医療の民主化と安全文化を育む組織の仕組みと運営」（2002 年 7 月 31 日）というのが出されていますが、その最後の部分にこうあります。「本事例が単に一医師の引き起こしたものとは断定し難いという結論に達した。むしろ、その事例を起こすだけの要因が病院全体の組織構造や組織運営体制にあるのではないかと考察された」。さらに、「今回の川崎協同病院での事例は、同病院に特異的なものではなく、このような事例を起こすに至った要因の多くは、わが国の病院に潜在的に存在している」と言っています。つまり、今回はたまたま発覚したけど、表に出ない違法な安楽死が山ほどある可能性が存在する訳です。

このような病院の体質が残っている以上、この法案により安楽死を解禁することは危険だと思いますが、いかがお考えでしょうか。

（衆議院議員 A）

ご懸念はごもっともではありますが、あの事件から 10 年経過しまして、病院の意識・体質なども全体的に大きく変わっていると考えております。そうした点につきましては、本法案とは別に政府において適切に対処して頂けるよう働きかけて参りたいと思います。

（厚生労働大臣）

医療の安心、安全を図るという点で、診療関連死の原因究明制度について申し上げておきたいと思います。現在、厚生労働省の補助事業として、患者側でも医療側でもない中立

な立場で専門家が医療事故で亡くなった方の死因を調査する、診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業が実施をされております。このモデル事業は、医療事故の原因を究明する制度の創設に向け、どのような仕組みがふさわしいのかを検証する事業でございます。本年度からは、各医療機関が行う院内の調査委員会がまとめた報告書をモデル事業において検証、評価する仕組みが実施される予定でおります。

今の大臣のモデル事業ですが、結局、病院の内輪の組織ですから、一部の関係者からは、中立性や透明性の確保の観点から問題があるんじゃないだろうかという懸念も示されているところでもあります。この点、どうお考えですか。

(厚生労働省医政局長)

御指摘の診療・医療行為に関連した死亡調査分析モデル事業、これは平成十七年から開始をされまして、平成二十二年三月、過去五年間の成果を総括いたしまして、これまでの総括と今後に向けての提言というのを公表したところでございます。

その提言の中で、近年、院内調査委員会活動等が確立された医療機関がふえている、こういうことを踏まえまして、死亡事例について、院内調査報告書を公正な第三者の立場でレビューするという形で調査分析を実施することが提言されたところでございます。

そこで、今後このような形も調査分析方法の一つとして試行する方向で検討いたしておりますが、第三者の立場から適切に関与することによりまして、調査分析の中立性、透明性が確保されるものと考えております。

このように、今後とも、御指摘の観点も踏まえまして、医療機関みずからが医療事故を真摯に受けとめ、医療現場における医療安全の意識が醸成されるように促すとともに、第三者の適切な支援と関与を行うことによりまして、我が国の医療の質の向上に努めてまいりたいというふうに考えております。

不幸にして医療事故に遭われた場合、その真相が明らかにされないまま、うやむやになってしまう場合もございます。訴訟になると、これはもう、訴えた側だけでなく訴えられた側も、双方に大きな負担がかかるわけです。

そこで、医学的に中立的な観点から医療事故の原因をしっかりと明らかにして、再発の防止を図る仕組みを検討していくことが重要なんだろうというふうに思っています。

その制度化に向けた議論を今進めることが重要なんだと思いますけれども、国としての医療事故の原因究明及び再発防止を図る仕組みの検討方針についてお尋ねをしたいと思います。

(厚生労働省医政局長)

厚生労働省におきましては、医療死亡事故の原因究明、再発防止を行う仕組みといたしまして、平成二十年、医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案及び医療安全調査委員会設置法案、これを公表いたしましたところでございます。

第三次試案及び大綱案のまま成案とすることは今考えてはおりませんけれども、これま

での議論を参考にしつつ、医療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の内容を見直して、厚生労働省内の検討会におきまして、死因究明に役立つ死亡時画像診断を活用する方法などについて検討を行っているところでございます。

今後とも、引き続き、医療現場の方々はもとより、医療を受ける患者や国民の方々から広く御意見を伺いつつ、関係省庁とも協議を行って、積極的に検討を進めてまいりたいというふうに考えております。

結局、まだ体制が整っていないということです。これだけでもこの法案の不備が露呈してしまっています。安楽死の解禁は、そうした病院の体質改善が行われてからやるべきでして、順序が逆だという指摘をしておきます。

○ 大臣の決定に関する問題

次に移ります。法務省、現在、死刑囚の数は何人ですか。それから、最後に死刑執行が行われたのはいつですか。

(法務省大臣官房審議官)

お答えいたします。今日現在での確定死刑囚の収容者数は **133** 名でございます。最後の死刑執行は、平成 **22** 年 **7** 月 **28** 日でございます。

裁判で死刑が確定しますね。それから執行するにはどういった手続が必要でしょうか。

(法務省大臣官房審議官)

お答えいたします。刑事訴訟法 **475** 条第 **1** 項により、「死刑の執行は、法務大臣の命令による」とありまして、同法 **476** 条により、「法務大臣が死刑の執行を命じたときは、**5** 日以内にその執行をしなければならない」とされております。

法務大臣は、自由に死刑の執行時期を決めることができるのでしょうか。

(法務省大臣官房審議官)

お答えいたします。刑事訴訟法 **475** 条第 **2** 項には、法務大臣の命令が「判決確定の日から **6** 箇月以内にこれをしなければならない」と規定されております。

皆さまご承知の通り、個人的信条から死刑執行に反対している人が法務大臣になって、死刑執行の命令を出さないことがしばしば見られます。法律違反なのですが、それが継続して **133** 人も死刑囚が収容されているのです。これはこれで人権侵害だと思うのですが、安楽死についても同じことがいえるのではないかと思います。

つまり、患者からの申し出があって、医師が安楽死をすべきと判断し、審査会の答申が出て、処置が適切だということになっても、厚生労働大臣が安楽死に反対で、その間、患者が苦しみ続けるということもありうる訳です。私が大変だったら、患者さんには申し訳ないですが、安楽死を認めないで、頑張って生き続けましょうと励ましの言葉をかけることでしょう。

大臣だけが頑として安楽死を認めない。そうしたとき、どうするのですか。

お答えください。

(衆議院議員 A)

なかなか難しい問題ではございますが、それは大臣としての良識を信じて、適切な判断がなされるというふう考えるのだろうと思います。

いやいや、それで済んだら、死刑執行の問題も解決しているはずでしょう。個人の自由選択だといいいながら、政治家の信念に振り回される訳ですよ、この法案の仕組みは。何か、ありますか。

(衆議院議員 B)

やはり死刑執行と積極的安楽死の処置の許可は性質が違うものだと思います。死刑執行は公益に関わるものですが、積極的安楽死というのは本質的に個人の自己決定の一環として行われるものだと考えます。ご懸念のような事態については、医師ないし患者からの取消訴訟や義務付けの訴えという形で、訴訟を起こすということも考えられますので、死刑執行のような問題にはならないと考えます。

全然分かっていないですね。状況が状況という患者に裁判をやれというのですか。まったく現場意識が欠けていると言わざるを得ません。それと時間がないので簡単にだけ言いますが、審査会の構成に「哲学又は倫理学」の専門家を入れるなんて規定がありますが、日本の学者なんていうのは議論をこねくり回すだけで、現実的な答えなんか探す気もないし、能力もないですよ。そんなことは、社会経験のない大学生でも知っていることです。

ともかく、時間が参りましたので、このような欠陥法案は廃案にすべきということを訴えまして、質問を終えます。ありがとうございました。

会派③ 場外乱党 質疑（その2）

場外乱党の〔C2 〕です。
引き続き、この法案の問題点を指摘していきます。

○ 既存の法令との整合性

医師法 23 条には、「医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない。」とあります。「保健」というのは健康を保つことですから、安楽死を勧めるというのは「保健の向上」ということに反すると思いますが、いかがでしょうか。

（衆議院議員 A）

「保健」の意義にもいろいろありますが、公衆衛生、パブリック・ヘルスという意味合いもあるかと思えます。この点、日本国憲法 25 条 2 項にも「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」とあります。公衆衛生というのは健康を保つ、すなわち保健と同義であります。WHO よりまずと健康とは「身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態であり、たんに病気あるいは虚弱でないことではない」と定義されております。

本法案が想定しております積極的安楽死の処置を要する事例というのは、まさに身体的のみならず苦痛による精神的良好な状態をも損ねている訳でありまして、医師法が定める「保健の向上」と相容れないものではないと考えます。

本法案の附則 3 条において、健康保険法の適用が定められていますが、同法 2 条の基本的理念の規定には、「国民が受ける医療の質の向上」との文言があります。医師が患者を殺すような医療が果たして「医療の質の向上」と言えるのでしょうか。

（衆議院議員 B）

医療法 1 条の 2 におきまして「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨と」するとの規定がございます。通常は、一分一秒でも長く生きることが生命の尊重につながるでしょうが、患者が病気の耐え難い苦痛を抱えてしまっている場合は、必ずしもそうでないこともあります。そうした場合は、むしろ、患者の価値観を尊重し、その要望を聞くことが必要なこともあります。結果として、それが医療の質の向上につながるものと考えます。

いま挙げられた医療法の条文には、医療の「内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない」と規定されています。「疾病のための措置」、とか「良質かつ適切」とか、どこに安楽死が入るのででしょうか。

（衆議院議員 A）

まさに「治療」の一環、一つのオプションであろうと思われれます。ただ、積極的安楽死の処置に至るまでにも良質かつ適切な治療が行われなければならないことは言うまでもありません。

平成 18 年に自殺対策基本法が制定され、政府を挙げて対策を講じているのに、安楽死を奨励するような法律を制定することは矛盾していると思われませんが、いかがでしょうか。

(衆議院議員 B)

そもそも積極的安楽死は自殺と区別されるべき概念であると考えます。

それは単なる言葉遊びです。現行法のもとで、医師が安楽死の処置をすれば、自殺幇助の罪になるのですから、この安楽死法案は紛れもない自殺許可法なのです。仮に、不治の病に侵された人が自殺未遂をしたら、自殺対策として「生きられるだけ生きましょう」と言い、病気が手におえなくなったら「もう死んでもいいですよ」と言う訳です。こんなバカなことがありますか。

それから、厚生労働省。安楽死に関わる病気としてガンが考えられますが、がん対策基本法における厚労大臣の主な役割を紹介してください。

(厚生労働大臣)

お答えします。がん対策基本法 9 条 1 項に基づきまして、がん対策推進基本計画を策定すること、これは厚生労働省設置法 4 条 17 の 2 号にも規定されておるところであります。

もしこの安楽死法案が成立したら、当然、がん対策推進基本計画に安楽死という方法もありますと載せる訳ですね。基本計画というのは、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るために策定するものですから。でも、これには違和感を感じざるを得ないでしょう。大臣いかがでしょうか。

(厚生労働大臣)

実際に計画に記載する事項は、法案が成立いたしましてから、政府部内での意見集約の過程で決まりますので、現時点では何とも申し上げる立場にはないということをご理解いただきたいと思います。

ただ、がん対策基本法 2 条 3 号には、「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること」との文言がありまして、基本計画もそれに沿って策定されております。積極的安楽死がそうした延長線上にあるということでしたら、記載するという意義はあろうかと、また、それについての違和感はないものと思います。

しかし、現在の基本計画には、消極的安楽死、すなわち尊厳死に関する記載はありません。役所も病気の対策ということに、安楽死を勧めるということを含めるのは違和感がある証拠でしょう。

最後に、この法案は患者の自己決定権を基礎にしているようですが、憲法上、自己決定権はほとんど人権として認められていないんじゃないですか。ここで死ぬ権利を認めたら、バイクに乗る権利とか、墮胎の権利とか、個人のやりたいことを何でも認めることになりませんか。

(衆議院議員 A)

確かに、この法案は、確かに横浜判決が基礎とする自己決定権の理念をもとにして、積極的安楽死の選択肢を整備しようとするものであります。しかし、委員が言われるような「死ぬ権利」だとか、安楽死権のような権利を認めたものではありません。条文を見ていただければ分かりますが、患者は申し出ができるだけでして、医師や審査会等の判断がなければ処置は行われない訳です。それも、人道的観点からやむを得ない場合に限ったことです。

したがって、一般的に自己決定権を認めるといった話とは、次元が異なるということでもあります。

それは、本質的な議論を避けるための詭弁です。やはり憲法 13 条の「生命」と「幸福追求」の権利の衝突事例について、どのような理論的な整理をなし得るかということを議論すべきなのに、全くご都合主義的場当たり的な法案を成立させようと躍起になっているばかりです。他の法令との矛盾と一貫性のなさもこの質疑で明らかになったはずです。

このような欠陥法案に人の命を預けることはできないと申し上げまして、質問を終わります。ありがとうございました。

国会法第五十七条の三の規定による内閣からの意見

積極的安楽死の処置に関する法律案につきましては、政府としては異存ございません。

委員会における反対討論

〔手をあげて「委員長」と呼ぶ。〕

私は、「場外乱党」を代表いたしまして、ただいま議題となっております積極的安楽死の処置に関する法律案に対し、反対の立場から討論をします。〔同じ会派委員、拍手〕

確かに医療における患者の権利を拡充し、人生の質を高めていくことは、重要なことであり、その点について否定するものではありません。しかし、果たして安楽死がその解決策なののでしょうか。この法案はそうした根源的な問いかけに一切答えることなしに、ただ機械的に安楽死を合法化してしまう恐ろしい法案であります〔同じ会派委員、拍手〕。以下、本案に反対する理由を述べていきます。

第一に、医療現場の体質的課題が解決されていないことがあります。病院の医療過誤や医師の独断的判断、権威主義的体質は、従来から問題とされてきたところでもあります。しかも、それらの問題の多くは表に出ることがなく、病院内で処理されてしまうことが多いとされているところです。このような環境にあって、安楽死を合法化することは、法案の意図とは無関係に人間の生き死にが左右されることになりかねません〔同じ会派委員、拍手〕。厚生労働省では、医療過誤に関する国の調査機関を設置することを検討していますが、医師会などの反対意見が根強く、いつになったら実現するのか全く分からない状況にあります。まずは、開かれた病院環境が整わなければ、安楽死を医師の正当業務とすることは許されません〔同じ会派委員、拍手〕。しかも、法案は安楽死の審査が書面のみで行われることを禁じていません。厚生労働大臣のチェック機能などというのは、あつてないようなものなのです〔同じ会派委員、拍手〕。

第二の理由は、厚生労働大臣や審査会の人選の問題です。仮に、安楽死に反対する人物がそれらの職に就けば、患者が望んでも安楽死は実施されないこととなります。審査会においては、哲学や倫理学の専門家が選ばれることが想定されていますが、そのような専門家に議論を委ねて、本当に妥当な結論が出てくるのか、疑問が多いと言わざるを得ません〔同じ会派委員、拍手〕。

第三の理由は、現行法令との整合性・一貫性の無さにあります。現在施行されている法律で、死んでも良いとするものは存在しません。あるとすれば、動物の殺処分くらいであり、安楽死を認めることは人間の尊厳をないがしろにするのと同じことです〔同じ会派委員、拍手〕。

以上の理由から本法律案に反対することを表明し、討論といたします。ありがとうございました。〔同じ会派委員、拍手〕

委員会における賛成討論

〔手をあげて「委員長」と呼ぶ。〕

私は、「軟性諸党」を代表いたしまして、ただいま議題となっております積極的安楽死の処置に関する法律案に対し、賛成の立場から討論をします。〔同じ会派委員、拍手〕

身体じゅうにチューブやセンサーが取り付けられた重症患者のことを『スパゲティ症候群』と呼ぶことがあります。終末期の患者に対してよく見られる措置ではありますが、医学的にいってこのような措置は全く意味がないと言われています。

にもかかわらず、このような措置が採られるのは、少しでも命を延ばしてみようとする医師の良心、あるいは、何もしないことへの非難を恐れる心情、何もしないことへの不安感などの表れであると言われてはいますが、身体にいくらチューブを差し込んでも、呼吸や心拍、血圧が維持されるだけで、患者の意識は全く無いのです。人工的に管理をする分、医療提供者に大きな負担になるばかりか、患者自身もすでに意識はないので、肉体だけが悲惨な状況に何日、何十日、場合によって何年もさらされるだけのことなのです。

そうした負担に耐え切れなくなったときに、いよいよ死亡の判定がなされる訳ですが、それは市役所に出す死亡届に記載する法律上の時間であって、実際は意識を失った段階で、その人の人生は終わっているのです。

しかも、そうした終末期医療には高額な医療費が必要になります。一般に、1日あたり数十万円もの費用がかかると言われています。

これで一体誰が得をしているというのでしょうか。

生命のあり方については、いろいろな考え方があることでしょう。やはり一般的には、意識があろうとなかろうと、少しでも延命させることが重要だとの考えが根強いことでしょう。しかし、近年では、クオリティ・オブ・ライフの考え方のもとで、無理な延命治療を拒否する考え方が広まっております。尊厳死の選択はその一つといえるでしょう。

その反面、積極的安楽死については、長年タブー視されてきましたが、個人の医療選択の一環として認められるべきですし、裁判例でも絶対的に禁止されるものではないことが示されてきました。この法律案が成立することで、医療現場の混乱を招くことなく、また、患者の選択肢としての正当性を明示することになり、大変意義のある法律になると確信しております。

以上の理由から本法律案に強く賛成することを表明し、討論といたします。ありがとうございました。〔同じ会派委員、拍手〕

附帯決議案

私はただいま可決されました「積極的安楽死の処置に関する法律案」に対し、チャンピオンベル党、場外乱党及び軟性諸党の各派共同提案による附帯決議案を提出いたします。

案文を朗読いたします。

積極的安楽死の処置に関する法律案に対する附帯決議（案）

政府は、本法の施行にあたり、次の事項について適切な措置を講じ、その運用にあたっては万全を期すべきである。

一 積極的安楽死について、国民の理解が適切に行われるよう、必要な働きかけを行うよう努めること

二 積極的安楽死の処置について、医師の適切な判断ができるよう、医師の教育・育成に十分な体制を整備すること

三 患者の医療選択について、十分な情報のもとで適切な判断ができるよう、医療現場における制度構築に努めること

四 適切な時期において、本法の実施状況を考慮し、必要な改正等の措置を検討すること

右決議する

何卒皆様のご賛同を賜わらんことをお願い申し上げます。

附帯決議に対する政府発言

ただいま御決議のありました附帯決議につきましては、その趣旨を尊重し、本法律案の実施に努めてまいりたいと存じます。

議長用台本

[発議者（2名）はひな壇に着席して待つ。]

—————入 場—————

[議長下手より入場。]（〔場内拍手〕）

[議長登壇。一礼して、議長席に着く（議長らしい威厳を保つ）。]

—————

[議長、ギャベルを2度叩く。]

—————開 議—————

「これより会議を開きます。」

—————日程の宣告—————

「日程第一 積極的安楽死の処置に関する法律案（第179回国会、衆議院提出）。」

—————

「まず、委員長の報告を求めます。」

「厚生労働委員長〔X〕君。」

—————委員長報告—————

（〔場内拍手〕）

（〔委員長下手より登壇。議長に一礼して演壇に進む。議場に向かって一礼（〔場内拍手〕）。報告書朗読〕）

（〔場内拍手〕、委員長は、議場に向かって一礼して、上手より議席に戻る。途中、議長に一礼。議長は委員長が議席に戻るまで待つ。）

—————討 論—————

「本案について討論の通告がございます。発言を許します。」

「〔C4〕君。」

（〔場内拍手〕）

（〔C4〕君下手より登壇。議長に一礼して演壇に進む。議場に向かって一礼（〔場内拍手〕）。討論文朗読。）

（〔場内拍手〕、〔C4〕君は、議場に向かって一礼して、上手より議席に戻る。途中、議

本会議における委員長報告

〔委員長下手から登壇。〔場内拍手〕議長席手前で一礼、演壇で議場に対して一礼し、報告書朗読〕

ただいま議題となりました法律案につきまして、厚生労働委員会における審査の経過と結果を御報告申し上げます。

本法律案は、積極的安楽死の処置について、その基本的理念、要件及び手続を定め、適切な積極的安楽死の処置の実現を目的とするものであります。

委員会におきましては、法案提出の背景、安楽死促進の懸念、病院の構造的問題、大臣の決定の問題、既存法令との整合性等について質疑を行いました。その詳細は会議録によって御承知願います。

質疑を終局し、国会法第57条の3の規定に基づき内閣から意見を聴取いたしましたところ、政府としては異存はない旨の意見が述べられました。

続いて討論に入りましたところ、〔 場外乱党 〕を代表して〔C3 〕委員より反対する旨の意見が、〔 軟性諸党 〕を代表して〔A2 〕委員より賛成する旨の意見が、それぞれ述べられました。

討論を終局し、採決の結果、本法律案は多数をもって原案どおり可決すべきものと決定いたしました。

なお、本法律案に対し附帯決議を行いました。

以上、御報告申し上げます。

〔〔場内拍手〕〕、委員長は、議場へ一礼、議長に対して一礼し、上手から議席に戻る。〔場内拍手〕〕

本会議における反対討論

〔下手より登壇。議長席手前で一礼、演壇で議場に対して一礼して討論〕〔同じ
会派委員、拍手〕

私は、「場外乱党」を代表いたしまして、ただいま議題となっております積極
的安楽死の処置に関する法律案に対し、断固反対の立場から討論を行います。

〔同じ会派委員、拍手〕

まずはじめに、昨年の東日本大震災で被災された方々にお見舞いを申し上げるとともに、被災地域の日も早い復興をお祈り致します。未曾有の大地震は、想定外の大津波と原発事故を引き起こし、多くの被害者を出しました。1万5千人を超える死者が確認されていますが、いまだに行方不明者も3千人以上いるとされています。そして、生存した被災者も、辛い生活を余儀なくされています。もともと被災地は高齢化が進んでおり、医療過疎といわれる地域が多いのです。そこへ、被災地の医療・介護施設が多大な被害を受けてしまいました。被害状況については、医療施設は岩手県19、宮城県136が全壊し、岩手県38、宮城県380が一部損壊したと報じられています。また、福島県では、病院110、高齢者施設177が被害を受けたとされます。さらに、施設の被害だけでなく、医療従事者の被災地からの流出も問題であり、被災地にいわば取り残された形の人々の医療水準の維持は極めて厳しい状況にあります。

避難所生活から仮設住宅へと徐々に生活環境が改善されているとはいえ、高齢者や障害者、妊婦や子どもといった災害弱者にとっては非常に危険な状態が続いており、復興が遅れるほどに災害関連死が増えるとの指摘もなされています。このように、医療について希望の光が見えないのが、被災地の現状なのです。

そうした状況にあって、今回の法案はどうでしょうか。発議者が言うような個人が尊重されるような明るい社会が描けるのでしょうか。何か、現実離れしたような印象を抱かざるを得ないのは、私だけではないと思います。悲惨な状況にあっても、とにかく生きていこうという人間のたくましさ、力強さを改めて認識したのが、今回の大震災の教訓ではないでしょうか〔同じ会派委員、拍手〕。それなのに、この法案は、生きるのをあきらめましょうとでも言うような内容になっており、本当に国民の目線で考えられたものなのか非常に疑問しいと言わざるを得ません。1分1秒でも生きようとする事の何が悪いのでしょうか。むしろ、みんなが手を取り合って、生きていこうじゃないですか〔同じ会派委員、拍手〕。

賛成者の声には、無駄な延命治療によってかかる医療費を減らすことが法案に賛成する理由だとするものもあります。しかし、愛する家族とともに少しでも長く居たいと思うのは、人間の自然な感覚ではないでしょうか【**同じ会派委員、拍手**】。

はからずも大震災は、人々の絆の大切さを再確認する機会となりました。人間は一人だけでは生きていけません。一人の死は、その人だけの死ではありません。死によって、数多くの人々が影響を受けていくのです。この法案には、そうした視点が全く欠落してしまっています【**同じ会派委員、拍手**】。人間を記号と数字でだけとらえるような、何か冷たい法案だとは思いませんか【**同じ会派委員、拍手**】。自分の命なのだから自分で処分しても構わないなどという、そのような命は存在しないと思います。にもかかわらず、そうした考えを国が後押しするというのは、背筋が寒くなる思いがします。大震災は、私たちが豊かさの中で忘れていたことを思い起こさせ、また、とんでもない思い違いを正してくれたように思います。ところが、この法案を提出した議員たちは、相変わらず何も学んでいないようです。法案を出す前に、もっと足元にある大事なことに思いを致すべきではないでしょうか【**同じ会派委員、拍手**】。

このように、まったくもって、一般国民の感覚とかけ離れたものだと、聞いていて怒りを通り越し、呆れてしまうと言わざるを得ません。

いずれにしましても、この法案は、大学生のレポートで言えば、単位がもらえないレベルの出来の悪さです。いくら「ゆとり世代」とはいえ、こんな出来の悪い法案を作る大学生はいないでしょう。是非とも、この法案は廃案とし、今一度、真に国民のためになるような制度を作っていこうではありませんか。【**同じ会派委員、拍手**】与党議員の皆さんにも呼びかけたい。参議院の良識を示すときではありませんか。【**同じ会派委員、拍手**】

以上の理由から本法律案に反対することを表明し、討論といたします。ありがとうございました。【**同じ会派委員、拍手**】

(【**同じ会派委員、拍手**】、議場へ一礼、上手に向かいながら議長に対して一礼し、議席に戻る。)

積極的安楽死の処置に関する法律案（第 179 回国会衆第 号）

2012-03-11 版

第 1 章 総 則

（目 的）

第 1 条 この法律は、治療の困難な病気の末期症状にあつて耐え難い苦痛にあえぐ患者の求めに応じて、その苦痛を除去する目的で医師が患者を死に至らしめるために行う処置（以下「積極的安楽死の処置」という。）についての基本的理念を定めるとともに、積極的安楽死の処置を行うにつき必要な事項を規定することにより、患者の自由意思を尊重した適正な積極的安楽死の処置の実施に資することを目的とする。

（基本的理念）

第 2 条 積極的安楽死の処置は、十分な情報提供を受けた患者の任意的判断を尊重した上で、もっぱら人道的精神に基づいて苦痛を除去する目的で行われなければならない。また、その方法も社会通念に照らして倫理的に妥当なものでなければならない。

2 この法律は、医療における生命の尊重と個人の尊厳の保持のために必要な最小限度においてのみ適用すべきであつて、いやしくもこれを拡張して解釈するようなことがあつてはならない。

（積極的安楽死の処置の要件）

第 3 条 医師は、次の各号の要件を備える者からの申し出がなければ、積極的安楽死の処置を行つてはならない。

- 一 積極的安楽死の処置を受けることに同意する明確な意思表示があること。
- 二 一般に認められている医学的知見に基づき、治療の困難な病気に罹患し、かつ、当該病気により死期が目前に迫っているとの医師の判断がなされていること。
- 三 当該病気による身体的又は精神的苦痛が甚だしいこと。
- 四 当該苦痛を除去し又は緩和するために、積極的安楽死の処置以外の代替手段が存在しないこと。

（医師以外の者の処置の禁止）

第 4 条 医師以外の者は、積極的安楽死の処置を行つてはならない。ただし、医師による処置が困難な事由により、厚生労働省令で定める者がこの法律の定める手続により積極的安楽死の処置をする場合はこの限りでない。

(医師の責務)

第5条 医師（前条ただし書きにより医師に代わって処置を行う者を含む。第7条第2項の場合を除き、以下同じ。）は、積極的安楽死の処置を行うに当たっては、診療上必要な注意を払うとともに、処置を受ける者及びその家族に対し必要な説明を行い、その理解を得るよう努めなければならない。

(国及び地方公共団体の責務)

第6条 国及び地方公共団体は、積極的安楽死について国民の理解を深めるために必要な措置を講ずるものとする。

第2章 積極的安楽死の処置手続

(申し出)

第7条 医師は、第3条の要件を備える者からの申し出があった場合、速やかに処置の可否についての判定を行うものとする。

2 前項の判定に当たっては、必要な知識及び経験を有する医師（当該判定に基づき積極的安楽死の処置を行うこととなる医師を除く。）の助言を得るよう努めなければならない。

3 第1項により処置を行うべきとの判定を行った医師は、厚生労働省令で定めるところにより、直ちに、当該判定が的確に行われたことを証する書面を添えて、厚生労働大臣に対し処置の実施許可の申請をしなければならない。

4 第1項の申し出を行った者（以下、申出人という。）の2親等以内の親族から処置に反対する意見が出された場合、前項の書面にはその旨を記載しなければならない。

(審査会への諮問)

第8条 厚生労働大臣は、前条第3項の申請があったときは、申請が不適法であり、却下する場合を除き、第12条に規定する生命倫理審査会に諮問しなければならない。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により諮問をしたときは、次に掲げるものに対し、諮問をした旨を通知しなければならない。

- 一 申請をした医師
- 二 申出人
- 三 処置が行われる場所を管轄する地方検察庁の検察官
- 四 前条第4項に基づく書面に記載された親族があればその者

(処置の実施許可)

第9条 厚生労働大臣は、処置の実施に対する許可処分の決定をするときは、審査会の答申及び第7条第3項の申請書に記載された医師の意見を十分に参酌してこれをしなければならない。

ならない。

2 前項の決定の通知については、前条第2項の規定を準用する。

(処置の実施及び取消し)

第10条 前条の許可を受けた医師は、改めて申出人の意思を確認したうえで、厚生労働省令で定める方式により、積極的安楽死の処置を行うことができる。

2 厚生労働大臣は、第9条第1項の規定による許可処分の日から起算して60日以内に前項の処置が行われない場合、許可を取り消すことができる。

3 前項の取消しに当たっては、あらかじめ生命倫理審査会に諮問しなければならない。

(記録の作成、保存及び閲覧)

第11条 医師は第7条の判定又は申請及び前条の規定による処置(以下この項において「判定等」という。)を行った場合には、厚生労働省令で定めるところにより、判定等に関する記録を作成しなければならない。

2 前項の記録は、病院又は診療所に勤務する医師が作成した場合にあっては当該病院又は診療所の管理者が、病院又は診療所に勤務する医師以外の医師が作成した場合にあっては当該医師が、5年間保存しなければならない。

3 前項の規定により第1項の記録を保存する者は、申出人又は遺族その他厚生労働省令で定める者から当該記録の閲覧の請求があった場合には、厚生労働省令で定めるところにより、閲覧を拒むことについて正当な理由がある場合を除き、当該記録のうち個人の権利利益を不当に侵害するおそれがないものとして厚生労働省令で定めるものを閲覧に供するものとする。

第3章 生命倫理審査会

(組織)

第12条 厚生労働省に生命倫理審査会(以下「審査会」という。)を置く。

2 審査会は、委員15人以内で組織する。

3 委員は、非常勤とする。ただし、そのうち3人以内は、常勤とすることができる。

4 審査会は、次に掲げる者をもって組織する。

一 医師の資格を有する者

二 弁護士の資格を有する者

三 哲学又は倫理学に関し優れた識見を有する者その他厚生労働大臣が必要と認める者

(委員)

第13条 委員は、両議院の同意を得て、厚生労働大臣が任命する。

2 委員の任期が満了し、又は欠員を生じた場合において、国会の閉会又は衆議院の解散のために両議院の同意を得ることができないときは、厚生労働大臣は、前項の規定にかかわらず、同項に定める資格を有する者のうちから、委員を任命することができる。

3 前項の場合においては、任命後最初の国会で両議院の事後の承認を得なければならない。この場合において、両議院の事後の承認が得られないときは、厚生労働大臣は、直ちにその委員を罷免しなければならない。

4 委員の任期は、3年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

5 委員は、再任されることができる。

6 委員の任期が満了したときは、当該委員は、後任者が任命されるまで引き続きその職務を行うものとする。

7 厚生労働大臣は、委員が心身の故障のため職務の執行ができないと認めるとき、又は委員に職務上の義務違反その他委員たるに適しない非行があると認めるときは、両議院の同意を得て、その委員を罷免することができる。

8 委員は、職務上知ることができた秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

9 委員は、在任中、政党その他の政治的団体の役員となり、又は積極的に政治運動をしてはならない。

10 常勤の委員は、在任中、厚生労働大臣の許可がある場合を除き、報酬を得て他の職務に従事し、又は営利事業を営み、その他金銭上の利益を目的とする業務を行ってはならない。

11 委員の給与は、別に法律で定める。

(会長)

第14条 審査会に、会長を置き、委員の互選によりこれを定める。

2 会長は、会務を総理し、審査会を代表する。

3 会長に事故があるときは、あらかじめその指名する委員が、その職務を代理する。

(合議体)

第15条 審査会は、第8条第1項の諮問に係る事件については、その指名する委員3人をもって構成する合議体で調査審議する。

2 前項の規定にかかわらず、審査会が定める場合においては、委員の全員をもって構成する合議体で、当該諮問に係る事件について調査審議する。

(事務局)

第16条 審査会の事務を処理させるため、審査会に事務局を置く。

2 事務局に、事務局長のほか、所要の職員を置く。

3 事務局長は、会長の命を受けて、局務を掌理する。

(審査会の調査権限)

第 17 条 審査会は、必要があると認めるときは、厚生労働大臣その他関係者から意見の聴取を行うことができる。

2 審査会は、必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、資料を作成し、審査会に提出するよう求めることができる。

3 前二項に定めるもののほか、審査会は、諮問に係る事件に関し、申請をした医師、申出人その他の利害関係人（以下「利害関係人等」という。）に意見書又は資料の提出を求め、適当と認める者にその知っている事実を陳述させ又は鑑定を求め、その他必要な調査をすることができる。

(意見の陳述)

第 18 条 審査会は、利害関係人等から申立てがあったときは、当該利害関係人等に口頭で意見を述べる機会を与えなければならない。ただし、審査会が、その必要がないと認めるときは、この限りでない。

2 前項本文の場合においては、利害関係人等は、審査会の許可を得て、補佐人とともに出頭することができる。

(意見書等の提出)

第 19 条 利害関係人等は、審査会に対し、意見書又は資料を提出することができる。ただし、審査会が意見書又は資料を提出すべき相当の期間を定めたときは、その期間内にこれを提出しなければならない。

(委員による調査手続)

第 20 条 審査会は、必要があると認めるときは、その指名する委員に、第 17 条第 3 項の規定による調査をさせ、又は第 18 条第 1 項本文の規定による利害関係人等の意見の陳述を聴かせることができる。

(提出資料の閲覧)

第 21 条 利害関係人等は、審査会に対し、審査会に提出された意見書又は資料の閲覧を求めることができる。この場合において、審査会は、第三者の利益を害するおそれがあると認めるとき、その他正当な理由があるときでなければ、その閲覧を拒むことができない。

2 審査会は、前項の規定による閲覧について、日時及び場所を指定することができる。

(調査審議手続及び答申の非公開)

第 22 条 審査会の行う調査審議の手續は、公開しない。

2 審査会の答申は、公表しない。ただし、審査会が、公益上特に必要があると認めるときは、この限りでない。

(勸告)

第 23 条 審査会は、本法の施行に関する事項に関し、厚生労働大臣に対して必要な勸告をすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の勸告を受けたときは、その内容を公表しなければならない。

第 4 章 補 則

(報告の徴収等)

第 24 条 厚生労働大臣は、この法律を施行するため必要があると認めるときは、医師に対し、その業務に関し報告をさせ、又はその職員に、医師の勤務する病院又は診療所その他の施設に立ち入り、帳簿、書類その他の物件を検査させ、若しくは関係者に質問させることができる。

2 前項の規定により立入検査又は質問をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者に提示しなければならない。

3 第 1 項の規定による立入検査及び質問をする権限は、犯罪捜査のために認められたものと解してはならない。

(行政手続法の適用除外)

第 25 条 第 9 条第 1 項の規定による処分については、行政手続法（平成 5 年法律第 88 号）第 2 章の規定は、適用しない。

(不服申立ての制限)

第 26 条 審査会への諮問を経てされた厚生労働大臣の処分については、行政不服審査法（昭和 37 年法律第 160 号）による異議申立てをすることができない。

2 この法律の規定により審査会又は委員がした処分については、行政不服審査法による不服申立てをすることができない。

(厚生労働省令への委任)

第 27 条 この法律に定めるもののほか、この法律の実施のための手續その他この法律の施行に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

第 5 章 罰 則

第 28 条 第 13 条第 8 項の規定に違反して秘密を漏らした者は、1 年以下の懲役又は 50 万円以下の罰金に処する。

第 29 条 次の各号のいずれかに該当する者は、50 万円以下の罰金に処する。

一 第 11 条第 1 項の規定に違反して、記録を作成せず、若しくは虚偽の記録を作成し、又は同条第 2 項の規定に違反して記録を保存しなかった者

二 第 24 条第 1 項の規定による報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、又は同項の規定による立入検査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、若しくは同項の規定による質問に対して答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をした者

附 則 (抄)

(施行期日)

第 1 条 この法律は、公布の日から起算して 1 年を経過した日から施行する。

(経過措置)

第 2 条 この法律の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

(保険適用の特例)

第 3 条 健康保険法(大正 11 年法律第 70 号)、国民健康保険法(昭和 33 年法律第 192 号)その他政令で定める法律(以下「医療給付関係各法」という。)の規定に基づく医療(医療に要する費用の支給に係る当該医療を含む。以下同じ。)の給付(医療給付関係各法に基づく命令の規定に基づくものを含む。以下同じ。)に継続して、第 10 条第 1 項の処置がされた場合には、当分の間、当該処置は当該医療給付関係各法の規定に基づく医療の給付としてされたものとみなす。

2 前項の処置に要する費用の算定は、医療給付関係各法の規定に基づく医療の給付に係る費用の算定方法の例による。

3 前項の規定によることを適当としないときの費用の算定は、同項の費用の算定方法を定める者が別に定めるところによる。

4 前二項に掲げるもののほか、第一項の処置に関しては、医療給付関係各法の規定に基づく医療の給付に準じて取り扱うものとする。

(検討)

第 4 条 政府は、この法律の施行後 3 年を経過した場合において、この法律の施行の状況

について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて、積極的安楽死の処置が国民の生活及び医療の質の向上に資するものとなるよう、所要の措置を講ずるものとする。

(以下略)

この法律案は、SFC 模範議会プロジェクトの一環として、慶應義塾大学 SFC における平成 23 年度リーガルワークショップ及び平成 24 年度憲法(統治)の授業用に作成されたものです。

<http://web.sfc.keio.ac.jp/~junta>

理 由

医療における生命の尊重と個人の尊厳の保持の枠内において、人道的見地から、治療が困難な病気の末期症状により生じる甚だしい苦痛から患者を解放する目的で行われる積極的安楽死の処置について、その基本的理念、要件、手続等について必要な事項を定め、もって国民の生活及び医療の質の向上に資することとする必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

この法律の施行に伴い必要となる経費

この法律の施行に伴い必要となる経費は、初年度 5 億円の見込みである。