

資料

模範議会2012—記録と資料

岡田順太・岩切大地・大林啓吾・横大道聡・手塚崇聡

Model Parliament Project 2012: Records and Materials

OKADA Junta

IWAKIRI Daichi

OBAYASHI Keigo

YOKODAI DO Satoshi

TEZUKA Takatoshi

はじめに

本稿は、2011年度秋学期から2012年度春学期にかけて白鷗大学法学部、立正大学法学部及び慶應義塾大学湘南藤沢キャンパス（SFC）の学生によって実施されたプロジェクト「模範議会2012」の概要とその際用いられた資料を紹介するものである。

筆者らは、「教育と研究とを分断して、研究こそが本務であり教育は負担、あるいは反対に、教育こそが本務であり研究は余技、と考えるべきではな」く、「教育は研究に通じ、研究は教育に通じる¹⁾」との考えに基づ

1) 大村敦志『「法と教育」序説』（商事法務、2010年）123-124頁。

き、これまでも何度か「模範議会」を実施し、その概要の紹介をしてきたところである²⁾。

一、模範議会2012実施の概要

模範議会プロジェクトは、法学教育の一環として、法案作成・審議といった立法作業の模擬体験を通じて、学生の法理解を深めることを目指している。まず、法案作成については、白鷗大学法学部の専門ゼミナールⅠ（岡田研究会）及びSFC「リーガル・ワークショップ」の履修者が5つのグループに分かれて作業を進め、学期末に行われた履修者全員の投票において最高得点を得た「積極的な安楽死の処置に関する法律案」が模範議会2012の課題法案となった。この法案を用いて、参議院内の施設において、白鷗大・立正大・SFCの学生による模擬国会（プレ模範議会）³⁾を行った。

そして、新学期に入り、新たに募集された企画運営者が法案を引き継ぎ、グループワークによって法案についての様々な調査・検討を重ねて、ロールプレイ方式による法案審議が行われることとなった。模擬委員会審議の後、SFC「憲法（統治）」履修者全員による投票（模擬本会議）の結果、法案は否決されるに至る。もっとも、プロジェクトに関わった学生からは有意義な体験になったとの感想を得ている（後掲）。

今回紹介するのは、その一環として作成された資料の一部であるが、掲

2) これまで実施された模範議会の記録については、岡田順太・岩切大地・大林啓吾・横大道聡「模範議会2011—記録と資料」白鷗大学論集27巻1号（2012年）353-414頁、岡田順太「模範議会2010—記録と資料」白鷗大学論集26巻1号（2011年）391-431頁を参照。例年と基本的な実施方法に変わりはないので、詳細な説明は割愛する。

なお、本資料を含め、上掲の諸資料は大学生を対象に行った模擬国会をまとめたものであるが、内容をアレンジすれば初等・中等教育においても十分利用可能なものとなっている。初等・中等教育における模擬国会の意義については、横大道聡・岡田順太・岩切大地・大林啓吾・手塚崇聡「模擬国会の教育的意義——初等・中等教育における実践を中心に」鹿児島大学教育学部教育実践研究紀要23号（2014年刊行予定）を参照願いたい。

3) <http://web.sfc.keio.ac.jp/~junta/pub/gikai/120319gikai/index.html>

載は必要な限度にとどめ、例年の模範議会に準じた内容の資料や簡単な資料は掲載を省略してある⁴⁾（また、個人名等は削除した）。

二、資料の内容

（１）全体で共通の資料

- ① 進行表
- ② 法 案

議会審議は、委員会部分と本会議部分とで構成される。全体の進行は進行表（①）で示される通りである。法案（②）は、前年度に学生が作成したものである。内容については、想定問答集の部分に詳しいので、そちらを参照してもらいたい。

（２）委員会用資料

- ③ 委員会座席表〔略〕
- ④ 大臣の趣旨説明文
- ⑤ 役割分担表〔略〕
- ⑥ 委員長用台本〔略〕
- ⑦ 想定問答集
- ⑧ 討論文
- ⑨ 国会法第五十七条の三の規定による内閣からの意見〔略〕
- ⑩ 附帯決議案〔略〕
- ⑪ 附帯決議に対する政府発言〔略〕

委員会審議は、概ね趣旨説明→質疑→討論→採決の順に進められるが、このうちで最も重要かつ中心となるのが質疑である。質疑での質問項目は質疑者が作成し、事前に政府役の学生に通告され、答弁が用意される。政府側はそれを想定問答集（⑦）としてまとめ、答弁に備えるのである。

委員会座席（③）は、参議院の会場における配置であり、必ずこの形態

4) 同上のWebページに省略した資料が掲載されている（2013年7月17日現在）。

でなければならない訳ではない。委員会は、委員長役の学生が委員長用台本（⑥）に基づき進行し、役割分担表（⑤）に定められたそれぞれの役割に応じて必要な資料（④・⑦～⑪）を用いることになる。

なお、今回の法案は、議員提出のため、国会法57条の3により採決前に内閣から意見聴取をする（⑨）。

（３）本会議用資料

⑫ 議長用台本〔略〕

⑬ 委員長報告〔略〕

本会議は、委員会に比べると短時間で終了する。議長役の学生が議長用台本（⑫）に基づき進行する。委員長役の学生は、本会議で委員会審議の経過と結果を報告し（⑬）、採決に入る。参加者が多い場合、本会議での討論を入れることがある。

三、今回の法案の解説

以下、本法案の定める仕組みと、考察すべき論点について見ていくことにするが、それに先立ち、今回の試みが、安楽死に対する賛否を示すことを目的とするものではないことを改めて強調しておきたい。

（１）安楽死について

本法案は、「治療の困難な病気の末期症状にあつて、耐え難い苦痛にあって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亡させるために行う処置」を「積極的安楽死の処置」と定義し（１条）、それに必要な諸手続を規定している。生命倫理や死生観に関わる内容であるので、政府提出法案ではなく、議員立法による法案ということとした⁵⁾。

5) 議員個人の倫理観・道義観による法案は、議員立法として提出されることが多い分野の一つである。川崎政司『法律学の基礎技法』（法学書院、2011年）320頁。例として、母体保護法（旧優生保護法）（昭和23年法律156号）、臓器の移植に関する法律（平成9年法律104号）が挙げられる。また、そうした法案については、党議拘束をかけないのが一般的である。川人貞史『日本の国会制度と政党政治』（東京大学出版会、2005年）224頁。

安楽死⁶⁾については、法令上の定義が存在せず、文脈によって様々な用いられ方がなされるが⁷⁾、「従来安楽死の方法といわれているものとしては、苦しむのを長引かせないため、延命治療を中止して死期を早める不作為型の消極的安楽死といわれるもの、苦痛を除去・緩和するための措置を取るが、それが同時に死を早める可能性がある治療型の間接的安楽死といわれるもの、苦痛から免れさせるため意図的積極的に死を招く措置をとる積極的安楽死といわれるものがある⁸⁾」。本法案はこの整理を参考に、末期医療にあって医師が治療中止を行うことを消極的安楽死（尊厳死）、積極的に死期を早めることを積極的安楽死（安楽死）と区別し、もっぱら後者について規定するものである⁹⁾。

ちなみに、本法案は授業内で作成した模擬法案であるが、わが国においては現実に尊厳死について法制化をする動きも見られる¹⁰⁾。

現行刑法上、積極的安楽死の処置を行うことは、殺人罪（199条）ないし嘱託殺人罪（202条）に問われるが、後述の裁判例により、限られた要

6) 近時、ドイツの影響を受けて「臨死介助（Sterbehilfe）」の語が学説上用いられることがある。宇都木伸ほか『医事法判例百選』（有斐閣、2006年）89頁〔武藤眞朗執筆〕。なお、保条成宏「ドイツ『治療行為制約論』と『治療義務限定論』の交錯」小山剛・玉井真理子編『子どもの医療と法（第2版）』（尚学社、2012年）247頁参照。

7) 山田卓生『私事と自己決定』（日本評論社、1987年）304頁注4。

8) 東海大学事件（横浜地判平成7年3月28日判時1530号28頁）。同判決は尊厳死について、「治療の中止が患者の自己決定権に由来するとはいえ、その権利は、死そのものを選ぶ権利、死ぬ権利を認めたものではなく、死の迎え方ないし死に至る過程についての選択権を認めたにすぎないと考えられ」と述べている。

9) 今回の法案では、いわゆる間接的安楽死は、尊厳死に含まれるものとしている。

10) 尊厳死法制化を考える議員連盟が、2011年12月に「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）」を公表し、立法化を進めているが作業は当初予定より遅れている。

これに対して、日弁連は会長声明（2012年4月4日）にて、国民的議論が欠けているなどとして「人の生命と死の定義に関わり国民全てに影響する法律を拙速に制定することに、反対する」としている。

http://www.nichibenren.or.jp/activity/document/statement/year/2012/120404_3.html（2013年7月17日閲覧）

なお、終末期医療をめぐる検討状況については、厚生労働省終末期医療に関する意識調査等検討会第1回検討会（2012年12月27日開催）資料2参照。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002sarw.html>（2013年7月17日閲覧）。

件の下で違法性が阻却される余地がある。しかし、実際の裁判において積極的安楽死の処置が法的に認められた例はなく、患者から強く要請されても医師としてそれに応じることは事実上難しいのが現状である。だが、単に延命することだけが、人生の質（Quality of Life）を高めることにはつながらない。むしろ人道的見地から個人の尊厳を実質的に保障すべく、積極的安楽死を法的に認める途を開くことが必要であるとの観点から立案されたのが本法案である。

（２）積極的安楽死の処置の要件

本法案３条が定める処置の要件は、積極的安楽死事件のリーディングケースである名古屋高裁判決¹¹⁾が示した６要件¹²⁾に、東海大学事件で示された治療行為の中止（尊厳死）が許容されるための４要件¹³⁾を加味して策定されている。東海大学事件においては、家族の意思が本人の推定的意思になるかが争われたが、本法案が対象とするのは、あくまでも本人が「申し出」を行った場合に限られる（３条、７条１項）。なお、法案は、厚生労働省令が定める例外を除き¹⁴⁾、積極的安楽死の処置は医師によるものとしている（４条）。また、医師は、患者本人のほか、家族に対して必要な説明を行うよう努めるものとしている（５条）。さらに、積極的安楽死については、個人の価値観により評価が分かれる事柄であるので、国及び地方公共団体は、国民の理解を深めるために必要な措置を講ずることとして

11) 名古屋高判昭和37年12月22日高刑集15巻9号674頁。

12) 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。

13) 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。

14) 将来的に、高度な医療技術と経験を有する看護師について「特定看護師」（仮称）として、高度な医療行為に携わらせることが検討されていることから、医師以外の者が処置を行う余地を残している。

いる（6条）。

（3）手 続

処置を行うための手続は、患者本人からの申し出により開始する（7条1項）。申し出を受けた医師は、その可否について判定を行うが、その際、第三者となる医師の助言を得るように努めるものとしている（2項）。判定の結果、処置が適当と判断した場合、書面により、処置にあたる医師は厚生労働大臣に実施許可の申請を行う（3項）。なお、患者本人の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、書面にその旨を記載しなければならない。これは積極的安楽死の処置の重大性に鑑みて、一定の親族の意向も踏まえる趣旨である。

医師からの申請を受けて、厚生労働大臣は、書類不備などの形式的要件を欠く場合は却下処分を行うが、それ以外の場合は、諮問機関である安楽死審査会（以下、審査会という。）に諮問をしなければならない（8条1項）。その際、医師、患者本人、反対の意見を示す親族のほか、処置が行われる場所を管轄する地方検察庁の検察官への通知が必要となる（2項）。これは、検察官が処置に至る手続を認知することで、処置を隠れ蓑にした違法行為が存在しないか事前に把握しうるようにするとともに、処置が行われた後に親族等が殺人事件として告発を行ったとしても、刑事訴追を行わないようにすることを意図している（刑事訴訟法247条参照）。

審査会からの答申を受けて、厚生労働大臣が処置実施の許可処分を行った後（9条1項）、医師は改めて患者本人の意思を確認した上で、積極的安楽死の処置を行うことができる（10条1項）。この手続によって、適法に行われた処置は、民事及び刑事上の責任を問われないことになる。なお、処置が許可処分の翌日から60日以内に行われない場合、厚生労働大臣は許可を取り消すことができる（2項）。これは、時間の経過と共に患者本人の意思の変化もあり得るため、慎重に処置がなされるように配慮した規定である。病状の悪化などにより、1項でいう本人の意思確認ができない場合も、処置を行うことができない。

処置に関しては、判定に係る記録作成・保管義務が医師に課されており、後日、改めて判定・処置が適正であったかどうか判断できるようにしている（11条）。

審査会は、国家行政組織法8条に基づく諮問機関であるが、委員の身分保障がなされている（13条）。構成員には、医師、弁護士のほか、安楽死という事案の特殊性から哲学又は倫理学の学識経験者を含めることとしている（12条4項）。これは、すでに積極的安楽死を合法化しているオランダの制度を参考にしたものである。審査会の審議は原則として3名の委員によるパネル（合議体）が非公開で行い、必要に応じた調査権限が認められている（15条・17条・22条）。調査権限は任意のものであるが、24条に基づく厚生労働大臣の強制調査権限を介して（17条1項・2項）、強制力を伴った調査も可能となる¹⁵⁾。

四、憲法的考察の視点

本法案に対しては、様々な切り口からの議論が可能であるが、ここでは憲法的な視点から質疑・答弁を行う際に考察すべき事項を若干挙げておきたい。本法案を題材にして安楽死について学習する際には、脚注に掲げた文献も含めて参照し、多角的な視点から議論・検討をしてほしい。

（１）「死ぬ権利」—生命か、自己決定か

そもそも自らの命を絶つ選択をすることが、法的権利・利益（「死ぬ権利」¹⁶⁾）として一般的に認めることができるのであろうか。この点は憲法上の明文規定が存在しないが、仮にそれを位置づけるとすれば、13条の幸福追求権から導き出される自己決定権の一つということになる¹⁷⁾。自己決

15) こうした審査会の組織・運営方式は、情報公開・個人情報保護審査会を参考にしている。

16) 「死ぬ権利」の問題に関しては、土井真一「『生命に対する権利』と『自己決定』の観念」公法研究58号（1996年）92-102頁を参照。

17) なお、法案附則3条では処置に係る医療費の保険適用の特例が規定されている

定権とは、自分の生き方や生活など一定の個人的事柄について、公権力から干渉されることなく、自由に決定できる権利をいう。もっとも、ここから「死ぬ権利」を一般的に認めるとなると、刑法の嘱託殺人罪（202条）が憲法上の「死ぬ権利」を妨害し、違憲となるのかという疑義が生じてこよう。ただ、自己決定権とはいっても、自由意思に基づく選択を何でも容認するものではない。仮に「死ぬ権利」なるものが認められるとしても、裁判例にあるように、極めて限られた場面でのみ保障されることになる。

この点は、尊厳死にも共通するが、無理に延命せずに自分らしく死を迎える選択を尊重する立場と、生命に絶対的な価値を置く立場からの議論がなしうる。それは、個人の自己決定権の限界を生命の保護との関係でどのように画するかという問題となる。

いわゆるエホバの証人輸血拒否事件¹⁸⁾において、最高裁は、医師が十分な情報提供をせずに、患者の治療方法選択の機会を失わせたことについて、不法行為の成立を認めている。ここで最高裁は、直接的に「死ぬ権利」を認めた訳ではないということに注意が必要であるが、十分な情報提供なく治療方法の選択の機会を失わせたことを問題とし、延命治療を優先する医師の行為よりも、個人の有する価値の選択に法的保護を及ぼすべきであるとの判断を示した。このことは、インフォームド・コンセントの意義も含め、議論の参考となろう。

（２）「自己」ではない意思決定の可能性

また、本法案で積極的安楽死が認められるのは、本人が「申し出」を行った場合に限られているが（３条、７条１項）、東海大学事件判決が指摘しているように、「・・・現実の医療の現場においては、死が避けられない末期患者にあっては意識さえも明瞭でなく、あるいは意識があったとして

が、貧困のために保険料を納付していない者などについて、憲法25条の生存権との関係で議論する余地があり得ることを指摘しておく。

18) 最判平成12年２月29日民集54巻２号582頁。患者が信仰上の理由から輸血を伴う手術を拒否していたにもかかわらず、医師が輸血についての十分な説明せずに同意を得て手術を行い、結果として手術中に緊急輸血をするに至った事件。

も、治療行為の中止の是非について意思表示を行うようなことは少なく、そのため、治療行為の中止が検討される段階で、中止について患者の明確な意思表示が存在しないことがはるかに多く、一方では、家族から治療の中止を求められたり、家族に意向を確認したりすることも少なくないと考えられる」。そうだとすると、患者本人の「申し出」を要件としていることが果たして妥当かどうか、患者本人が末期症状に至る前に示した「リビング・ウィル」をどのように扱うかなど¹⁹⁾が論点となろう。

こうした点を踏まえ、本法案において、患者の家族の意思がどう位置づけられているのか考察されるべきである。制度上、一定の配慮が家族に関して行われているが（法案7条4項・8条2項4号・9条2項など）、具体的にどのように扱われるかについての定めはない。家族が反対しているのに、患者本人が望むからといって安楽死の処置を行うべきなのか、法的にいえば、審査会や厚生労働大臣の判断の考慮要素としてどの程度盛り込むべきか問題となろう。これは、厚生労働大臣の許可処分に対して、家族が取消訴訟などを提起できるかといった、原告適格の問題にも結びつく。

そして、もはや本法案の想定外の事態であるが、厚生労働大臣の許可処分後、患者本人が昏睡状態に陥るなど、意思確認が困難となった場合に、家族の意思をもって正当な代諾と扱いうるかということも大きな問題となろう²⁰⁾。この点、患者の事前の意思表示が何ら存在しない場合について述

19) この点に関しては、先にも触れた東海大学事件が、「患者自身の事前の意思表示がある場合には、それが治療行為の中止が検討される段階での患者の推定的意思を認定するのに有力な証拠となる。事前の文書による意思表示（リビング・ウィル等）あるいは口頭による意思表示は、患者の推定的意思を認定する有力な証拠となる。こうした事前の意思表示も、中止が検討される段階で改めて本人によって再表明されれば、それはその段階での意思表示となることはいうまでもないが、一方、中止についての意思表示は、自己の病状、治療内容、予後等についての十分な情報と正確な認識に基づいてなされる必要があるので、事前の意思表示が、中止が検討されている時点と余りにかけ離れた時点でなされたものであるとか、あるいはその内容が漠然としたものに過ぎないときには、後述する事前の意思表示がない場合と同様、家族の意思表示により補って患者の推定的意思の認定を行う必要がある」と述べている点が参考になるだろう。

20) さらに、「家族」の間で意思が一致しない場合も想定しなければならない。この論点に関連して、アメリカの事例であるが、井樋三枝子「テリ・シャイボ事

べた箇所であるが、東海大学事件判決が、次のように述べていることが参考になるかもしれない。「意思表示をする家族が、患者の性格、価値観、人生観等について十分に知り、その意思を適確に推定しうる立場にあることが必要であり、さらに患者自身が意思表示をする場合と同様、患者の病状、治療内容、予後等について、十分な情報と正確な認識を持っていることが必要である。そして、患者の立場に立った上での真摯な考慮に基づいた意思表示でなければならない。また、家族の意思表示を判断する医師側においても、患者及び家族との接触や意思疎通に努めることによって、患者自身の病気や治療方針に関する考えや態度、及び患者と家族の関係の程度や密接さなどについて必要な情報を収集し、患者及び家族をよく認識し理解する適確な立場にあることが必要である。このように、家族及び医師側の双方とも適確な立場にあり、かつ双方とも必要な情報を得て十分な理解をして、意思表示をしあるいは判断するときはじめて、家族の意思表示から患者の意思を推定することが許されるのである。この患者の意思の推定においては、疑わしきは生命の維持を利益にとの考えを優先させ、意思の推定に慎重さを欠くことがあってはならないといえる」。

(3) 生命の国家管理

今回の法案は、積極的安楽死の処置の途を開きつつも、その個別具体的判断を慎重な手続のもとに置こうとしている。特に、医師による診察やセカンドオピニオンだけでなく、国が設置する審査会の答申をもとにして、最終的には厚生労働大臣の許可を要件としている。

医師が個別の事情を勘案して、処置の是非を判断することは精神的に重い負担となるだけでなく、後日、法的責任を問われるリスクも背負うことになりかねない。かといって、病苦にあえぐ患者を目前にして、尽きることない哲学論を積み重ねる訳にはいかない。本法案の仕組みは、そうした医師の負担軽減に大きく役立つことは間違いない。

件において制定された2つの法律をめぐる問題点」外国の立法225号（2005年）158-173頁、谷直之「シャイボ事件—アメリカ合衆国における尊厳死をめぐる新展開」同志社法学57巻6号（2006年）355-387頁等を参照。

ただ、これは一見合理的にも思えるが、生命に対する自己決定に国家が介入する余地を認めた点に注意しなければならない。具体的問題としては、厚生労働大臣が個人的な思想・信条から積極的な安楽死に反対している場合に、処置を許可しないということが十分想定しうる²¹⁾。その場合、患者が厚生労働大臣の不許可処分の取消訴訟を起こしうるのか、裁判所はどのような判断をなしうるのかなど、想起すべき争点は数多い。

さらに、本法案が成立することで、国家が積極的な安楽死を（推奨しないまでも）容認するようなメッセージを発信し、不治の病で闘病中の患者がこれを安易に選択する誘因となることは否めない。そのような観点から、この法案がかえって患者の自己決定を歪める契機とならないか検討が不可欠となる。

（４）自己決定権が前提とする個人像・憲法観

ここで改めて自己決定権とは何かという疑問に立ち戻ってみよう²²⁾。

自己決定権の背景にある哲学的思想の一つに、J.S.ミルの「他者加害の原理」が存在する。他人の権利・利益に危害を加えない限り、国家は個人の自由意思に基づく選択に介入すべきでないという考え方がそれにあたる。ただ、そこで想定される個人は、自らの選択について客観的かつ確信を持って判断しうる能力を持つものと考えられる。したがって、判断能力が未熟な未成年者などに対しては、国家が後見的見地（パターナリズム）から介入する場合が想定できるのである。この点、「人格的自律そのもの

21) 法務大臣が死刑に反対する思想・信条を有していることから、執行命令を出さないことがしばしば問題となる。死刑制度の是非に対する考え方は様々あろうが、刑事訴訟法475条1項により、「死刑の執行は、法務大臣の命令による」とあり、法務大臣の命令は「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」（同条2項）と規定されていることから、法務大臣が死刑執行命令を拒否することは、法律上の義務違反となる。この論点について考える素材として、大林啓吾「権力分立制と行政権—死刑執行の裁量」大沢秀介ほか編著『憲法.com』（成文堂、2010年）276-281頁参照。

22) この点に関する論稿は数多いが、さしあたり巻末矢紀「自己決定権の論点—アメリカにおける議論を手がかりにして」レファレンス664号（2006年）77-104頁、小泉良幸「基本的人権の観念②（自己決定権）」小山剛・駒村圭吾編『論点探究憲法（第2版）』（弘文堂、2013年）35-45頁を参照。

を回復不可能なほど永続的に害する場合には、例外的に介入する可能性を否定し切れない」²³⁾と解する憲法学説が支配的である。

さて、積極的安楽死の処置が必要な患者というのは、果たしてこの定式にあてはまるのだろうか。自己決定を尊重すべきか、あるいは、パターンリズムが必要な局面なのか、そうした点を考える上で、憲法の想定する個人像について検討することも必要となろう。

他方、アメリカの憲法学者ジェド・ルーベンフェルドが指摘するように、自己決定権を反全体主義的原理として捉えた場合、別の展望も見えてくる。ルーベンフェルドは、「死ぬ権利を有する者にとっては、むりやり生かされるのは、事実上、特定の生活を押し付けられることであり、この生活は、ひどく衰弱させ、完全に従属的で、厳格に基準に合わせられた生活なのである。つまり、病院のベッドに押し込められ、医療機器に縛り付けられ、医師や看護婦に監視される生活を押し付けられるのである。それは、ほぼ完全に支配された生活である²⁴⁾」と指摘する。かような観点からすると、積極的安楽死はどのように評価されるだろうか。このように検討していけば、安楽死問題が、憲法が想定する個人像のみならず、憲法が基本的人権を保障したことの意味、さらには憲法秩序それ自体にもかかわってくる問題であるということに気付くはずである²⁵⁾。

23) 佐藤幸治『日本国憲法論』（成文堂、2011年）135頁。

24) J・ルーベンフェルド（後藤光男ほか訳）『プライバシーの権利』（敬文堂、1997年）127-128頁。

25) この点に関連して、佐藤幸治は、『人格的自律権』（自己決定権）の行使と言っても、そのときそのときの自律権の行使と、人の人生設計全般にわたる包括的な設計的な自律権の行使とに大別でき、後者の観点から前者が抑止されることがありうる」とし、「基本的な考え方として、回復が不可能で苦痛をともなうような場合、本人の明確な意思をもとに、『延命治療拒否』（『品位ある死』を選び取ることを認めるのは、人の人生設計全般にわたる自律を問題とすべき余地がもはや存在しないからである」としている。佐藤・前掲注23）189頁。

五、企画運営者の感想など

最後に、今回の企画運営者の感想の一部を以下に紹介する(傍線筆者)。

■改善点 もっといろいろな人たちが参加すれば面白いと思いました。本番は緊張しました。あと委員長や大臣などで抜けたこともあり与党の人たちが少ないと思いました。抜けることを考慮してもっと議員がほしかったです。

■反省点 凝った質疑ができなかったことです。また、本番に緊張して声が震えたことです。

■感想 この模範議会を通して少しでも法律ができるまでの過程を体感することができました。ありがとうございました。

■反省点 もう少し野次ったり、同じ意見の人に対して応援しておけばよかったと思う。また、もう少し政府に対して徹底的に質疑をするべきだったと思う。

■感想 率直に言って、模範議会の企画運営者に参加して本当によかったと考えている。想定問答集や討論文の作成はなかなか大変ではあったけれども、同じ会派の人達と良好な関係で順調に作業をすることができた。また、今回の議題である「積極的安楽死」についてであるが、今までさほど興味のある分野ではなかったが、今回の模範議会に向けて資料を調べていくうちに積極的安楽死のみならずバイオエシックス(生命倫理)全般の知識を涵養することができた。そのため、現在では終末期医療のような単語を見るだけで体が反応してしまうまでになってしまった。

■反省点 法律の見地から有意義な議論にならなかったように感じている。比較的、政策論もしくは医療事情について深掘りするケースが多かった。授業の一環であるということを踏まえると、現実可能性は低いけれど、自分の作った法案でなければ「立案意図」や「必要性」

を心底感じることができなかった。私は、賛成側で討論文を考えたのだが「ここは不十分だね」という点もいくつか挙げられた。

■感想 いずれにせよ、企画者として参加することができ、国会におけるプロセスをきちんと把握することができた。

■反省点 質問を事前に通告してもらい解答を用意していても、事前通告をさらに深く突っ込まれ、それに答えるというのは、とても難しかったです。

■感想 この模範議会を通して、一つの法案を成立されるまでの流れが、多少は体感し、理解できたと思う。とても大変なことなのだと感じました。特に安楽死のようなテーマの場合は、政治とは深く関わりなさそうな、医療の知識も必然的に必要となってくるので、このあたりも難しさを感じました。とても貴重な体験ができたし、本当に楽しかったです。

■反省点 資料作成にあたっては資料のあちこちでミスがあり他の運営者に迷惑をかけてしまいました。模範議会当日にもミスが発見され、当日書類を刷り直す必要があった。資料作成での反省点をまとめると、

- ・自分で何度も委員会、本議会の流れを確認しつつ、ミスを探す必要があった。

- ・また各会派の方とのもっと連絡を取り合い、資料の確認をお互いにする必要があった。

- ・もっと早くに提出するべきだった。

■感想 委員長を担当したことで、委員会、本議会がどのような流れで行われているかを知ることができた。法案そのものの議論に加わることはあまりなく、一人で作業を行うことが多かったので、グループの他のメンバーがどのように行動しているかが分からなかったのが反省点である。委員長の仕事に加え、質問や討論文の作成に参加すれば、より今回の模範議会にて得るものが多かったと思う。

■改善点 想定問答集などいくつか作成しなければいけないものの中身がどういうものであるべきかいまいち理解できていない時期がありまた先輩の間でも理解に齟齬があったため正しい形で提出できなかったのでもっとしっかりと質問すればよかった。

■反省点 最終的な質疑文の中でどこまで感情的な部分を入れていいのか、また入れるべきなのかに悩み結局ほとんど入れられなかった。

大きな枠組みでの議論の導入にでもなるような質問ができたならよかった。また本番当日、質問の順番が自分のミスで入れ替わってしまい相手を混乱させてしまったことは相手のグループに対して非常に申し訳なかった。

■感想 グループの二人にすごく恵まれたグループワークだった。立候補制のグルワはほかのグループも含めヤル気ある人が多く、普段の生活においても刺激し合える人たちと出会うことができてこれ何よりもうれしい。また提出物は基本的に提出期限の前日には終わるようにしていたのが作業がスムーズに言った要因だった。

■反省点 もっと質問内容をしっかり考えて作成すべきだったという点があげられます。是々非々という立場は法案の細かい部分について質問すべき立場だと思います。そのためこの法案に関する様々な事柄に対してより深い知識が必要です。しかし質問内容としては質問に対する答弁者の発言に、言及できていないように感じました。どんな答えを期待しているのか明確にしておくべきであったと思いました。また私は委員会で討論文の読み上げも行いました。そのときこの討論文で投票結果が決まってしまうのだなと感じました。なぜなら私の前に行った反対派の討論文がとても聴衆を引き込んでいたからです。今回は反対派の方が票数が多かったという結果になってしまったこともあり、もっと説得力のある討論文を作成すべきであったと思いました。賛成、反対の両方の考え方を討論文で活かすことができればより良いものになったのではないかと思います。

■感想 最初は、反対の立場に立って討論文の作成をしていました。ですが最終的には是々非々という立場になったことで、この法案の見方を180度変えなくてはならなくなり、その点がとても難しかったのですが、どちらの立場にも立ってこの法案を見るという経験ができたことはとても良かったと思います。

■反省点 本番でうまく話せなかった。早口になったり棒読みになったりした。日ごろから人前で自分の意見を話す練習をするよう努めなければならないと思った。

・相手の言ったことに対して適切な追及を行うことができなかった。人のいったことにそのままなずくのではなく、こんな面もあるのではないかという別の観点からみる・否定的にみることを習慣づける。そもそもそのままなずいてしまうのは自分の知識や自分の意見をもつといった初歩的なことができていないから。これを解決するためにまずは知識をつける（本をよむ、授業の復習など）。

■感想 今回の議題では特に、感情論では互いの考えがぶつかり合うだけで何も前進しないということを痛感した。法に基づいて論理的に話すことの必要性を改めて実感した。

・今回はグループが三人だったり、会議で必ず自分の役割をもつという点で、人に任せきりにできない状況を体験することができた。ひとつひとつにとっても責任の重さを感じたが、緊張感の中でよい経験ができた。

・実際にはこのように委員会が行われているのだと体験できた。実際にやってみて、一言の重みや一人の政治家にかかっている責任の大きさは計り知れないとわかった。だからこそ政治家は適当に選ばれてはならない。一言には国民の思いを代弁しているのだという強い責任感が必要であり、個人の見解をいってしまってはそれが国民の意見になってしまう。

・内容は難しかったが、模範議会を通して自分の視野が大きく広がった。これからも自分の直感で賛成反対をきめつけず、あらゆる方向から、自分の現在の考えを批判することができないかという姿勢で臨めば新たな考えがでてくる。

・自分は何も変わることができず、過程にも本番にも不満が残ったが、このままではいけないということを痛感し、こうなるべきだという目標や行動をおこさねばならないという気持ちを見出せたことがすごく大きく、自分にとって価値のあるものであった。参加しようか悩んでいたが、本当に参加させていただいてよかった。

■改善点 他グループの中には全く参加しない者もいたようなので、過保護かもしれないが、進捗状況を共有する意味でも全体ミーティングを増やすべきである。また、一般参加者がもう少し参加できる新しい仕組みを作ればより魅力的になるのではないかと感じた。

■感想 模範議会を通じて、実際の議会運営を体験できたことは今後の学習に大きく役立つであろうと感じた。最初に配っていたいた冊子を通して、情報の適切な収集方法、ミーティングの進め方などを事細かに学ぶことができた。また、議会運営の流れをおおまかに把握できたことは私にとってプラスとなった。私は日本社会や日本の法制度に関しての知識が豊富ではなく、議会での討論が事前に決められているということさえ知らなかった。法律がどのようにできあがっていくのか、その全体像を知ることは日本を良く知ることにつながると思う。

■反省点 討論文などで、法案について言及しているのか、一般的な安楽死という観念に言及しているのかが不明瞭でした。次に、政府与党として1つ1つの質問に答えることで手一杯になってしまい、質問者が伝えたいこと、質問の流れからみて通告されていないがおそらく質問してくるだろうことなどをあまり理解できなかったことです。質

問全体の流れを掴んでいなかったので、質問者と政府のやりとりがギクシャクしていました。

■感想 企画運営者として得た経験は今まで自分が今までに体験したことのないものでした。まず、グループワークです。初めは意見の対立があり、法案に賛成するか反対するかすらもまとまりませんでした。グループワークを重ねるうちに、徐々に意見がまとまってきました。異なる者同士が話し合い、困難を経ながら統一見解を出すというプロセスが大切だと感じました。

次に、法的思考です。安楽死という抽象的な観念を議論にするのではなく、賛成なら賛成の法的根拠、反対なら反対の法的根拠を示さなくてはなりません。

私はこの企画を通じて、すこし法的に物事を考えられるようになったと思います。例えば、テレビで危険運転致死傷罪などを取り扱った報道を見たときです。危険運転致死傷罪が適用される要件を自分で調べ、検察官の身になって事故がそれに当たるかどうかを自分で考えるようになりました。

この企画を通して、テレビで中継されている委員会の質疑応答などに積極的に興味を持つようになりました。自分たちが二ヶ月かかったことを一日でやってのけてしまう官僚の能力の高さに驚愕したことはもちろんですが、そこから、政府として自分ができなかったことをしっかりと反省して、実際の政府の答弁を見て、立法の過程・法的な言い回し・法的思考など様々なことを吸収していきたいと考えています。

■反省点 正直なところ、私たちBグループの模範議会に対するモチベーションは相当低かったため、私自身ずっとやるべきことを放置していました。しかし、あの本番当日の模範議会の空気や実際に登壇して話しているときの緊張感のことを思い出すと、もっと真剣に取り組

めば、もう少しでも質の高いものを作れていただろうと思って後悔します。

■感想 模範議会は、確かにどのような手順で法律ができるのかということを私たち自身が経験できるとてもすばらしい、内容の濃いプロジェクトでした。自分の先輩達にも模範議会を経験した人がたくさんいらっしゃる、本番前にその方々からお話を伺ったときも全員が「体験しておくべきもの」と仰ってましたが、まさにその通りで、一つの難しい議題に、なんだかんだで真剣に取り組む機会の多い企画だったのが、とてもよかったです。

仲間との共同作業や意見のぶつけ合いなどはあまりたくさんできませんでしたが、いいグルワの経験でしたし、またこういうことがあったときにこの経験を活かしたいと思います。

■改善点 関連質問を強化させたら面白かったかもしれない。憲法・法律に絡めさせたらもっと白熱した議論ができたかもしれない。もう少し海外の話を掘ってもよかったかもしれない（オランダ、オーストラリアは調べたけれども）。

■反省点 あまり具体的な病気については勉強していなかった。全面的な反対派として戦えなかったかもしれない（ホスピスを許していたからだろうが）。憲法に絡めた話がほとんどなかった。

■感想 規模は小さいものの実際の議会がどうなっているのかを良く知れる良い経験となりました。法案を通すというのは非常に時間と人を使うんだな、と実感しました。

資料① 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▲▲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	10分
質疑②	会派②	B1	10分
質疑③	会派③	C1	10分
質疑④	会派③	C2	10分
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	
採決	議長	Y	3分
散会宣告	議長	Y	
計			10分

資料② 法 案

積極的安楽死の処置に関する法律案（第179回国会衆第▲▲号）

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亡させるために行う処置（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ってはならない。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条に規定する安楽死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てしなければならない。

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の翌日から起算して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、あらかじめ安楽死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 安楽死審査会

(組 織)

第12条 厚生労働省に安楽死審査会（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ること、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ること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続は、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続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、積極的な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）

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。

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>

資料④ 発議者からの趣旨説明文

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

岡田順太・岩切大地・大林啓吾・横大道聡・手塚崇聡

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。

資料⑦ 想定問題集

※ 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。
- ・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。
- ・質疑の冒頭には、「〇〇党の××です。」、最後には、「終わります。」で締めましょう。

<答弁者（発議者・政府）>

- ・発言には、委員長の許可が必要です。
- ・答弁の冒頭には「お答えします」と言うといいです。
- ・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。
- ・法案が採決されたら起立して一礼します（大臣は発議者ではないので着席のまま）。

<発言者以外の委員>

- ・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」と都合いの手をいれます。
- ・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。
- ・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。ただし、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「エッフェル党」想定問答集

1-1、それでは、本法律案を提出された背景について、ご説明ください。

（衆議院議員）

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、ガンのようにい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、法案化にこぎつきましたので、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。

1-2、積極的安楽死法案のメリットは？

（衆議院議員）

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ございますので、お医者さんたちはそのために全力を尽くすことと思います。

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、従来のように自殺帮助や嘱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。

1－3、本法律案第3条第2号における医師による医学的知見や法律案第3条第3号の要件の基準など医師に判断が委ねられる面が大きいため、医師個人の独断と偏見があまりに過剰に働く場合が考えられませんか。

（衆議院議員）

ご案内の通り、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踏まえたものでありまして、これまでに裁判所が示した一般的判断基準を条文化しております。

ご指摘の法案第3条におきましては、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が、必要条件であって、十分条件ではありません。

さらに個別具体的な判断につきましては、まず担当医師が責任を有するのですが、他の医師によるセカンド・オピニオンや生命倫理審査会による審議、そして最終的には厚生労働大臣による実施許可という慎重な手続を踏む中で適切な判断がなされることとなっております。

従いまして、ご懸念のような医師個人の独断や偏見が過剰に働く場合は、容易に想定し得ないところでございます。

1－4、では、なぜ生命倫理審査会に弁護士資格を有する者、また哲学または倫理学に関し優れた識見を有する者その他厚生労働省大臣が必要と認める者という2者を含めたのですか。ご説明をお願いします。

（衆議院議員）

ご質問の趣旨が必ずしも明確ではないのですが、審査会の構成はオランダの安楽死法における地方審査委員会を参考にしたものでございます。個別の事例に対して法律、医学、倫理の各方面から適切な判断が下されるようにという配慮からこのような構成になったということでございます。

1－5、本法律案第3条第1号の要件により、本人の意思確認ができない状態にある場合、積極的安楽死の処置が行われず法律案第1条にある本法案の目的に反するのではないのでしょうか。

（衆議院議員）

法案第1条は、「患者の求めに応じて」処置をし、また、「患者の自由意思を尊重」する旨の規定でありまして、やはり本人の意思確認が前提の仕組みになっておりま

す。ご指摘の点はあたらないと解されます。

1－6、安楽死の申請が実際にあったのち、実際に執行されるまでのおおよその期間を教えてください。

（衆議院議員）

個別の事案により異なると思われますので、一概には申し上げることはできません。個人の意思を尊重すると同時に、慎重な手続を必要としますので、個別の事案によっては、書類審査のみで迅速に許可が出る場合もあるでしょうし、逆に審査会で申出人や医師、家族などの意見陳述がなされる場合のように非常に時間がかかることも考えられます。

ただ、いずれに致しましても、いたずらに審査の時間が延びないように、慎重を期しつつも、適切な判断がなされるようにすることは当然のことと考えております。

会派②「獅子党」想定問答集

2-1、本法案が提出された経緯をまずお聞かせください。

(衆議院議員)

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、ガンのようにい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、検討をしてみました。

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。

2-2、安楽死にも種類があるが、積極的安楽死以外の安楽死についてはどのように考えているのでしょうか。

(衆議院議員)

「どのように考える」という質問の趣旨がはっきりしませんので、なかなかお答えしかねるところでございますが、治療行為の中断によって間接的に死期を早める、いわゆる「消極的安楽死」につきましても、患者の意思を尊重して無駄な延命治療を行わないというクオリティ・オブ・ライフの考え方への理解が広まってきているように思われます。

2-3、「平成16年度厚生労働省による終末期治療に関する調査等検討会報告書」によると自分が痛みを伴う末期状態の患者になった場合、心臓マッサージ等の心肺蘇生措置はやめた方が良い、またはやめるべきである、と回答した者が一般人で70%と多く、単なる延命治療についてはやめた方が良い、またはやめるべきで

あると回答した者が一般人で74%で、痛みを始めとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点を置く方法を希望する者が一般人で79%で、あらゆる苦痛から解放され安楽になるために医師によって積極的な方法で、生命を短縮させる方法が一般人で14%と少ないですが、積極的安楽死を実施することはこの世論に反しているのではないのでしょうか。

（衆議院議員）

ご指摘の報告書の調査からだいぶ過ぎておりますので、現在ではまた数字も違うものと思料致しますが、この法案は、その積極的な方法を望む14%の方々を対象としたものであるとお考え頂ければよいと思われます。やはり原則的には、緩和治療をしつつ、無理な延命は行わない、そして、自然に死を待つという方針が支持されるものと思われますが、例外的に、積極的な死を望む方もいる訳で、そういった方々に対処するのが本法案の目的であると考えております。両者の考えは両立するものと思われます。

2－4、緩和医療の技術的発達は今どこまで進んでいるのでしょうか。

（厚生労働大臣）

医療技術の発達は、大学や研究機関、医療施設等において取り組まれているところでございますが、政府と致しましては、そうした技術的発達の支援ということとで、様々な観点から取り組みを進めておるところでございます。

例えば、がん対策推進基本計画において、治療の初期段階からの緩和ケアの実施が重点的に取り組むべき課題の一つとして掲げられております。このため、国立がんセンターにおいては、全国どこでも精神的ケアを含めた緩和ケアをがん診療の早期から適切に提供できるよう、各都道府県における緩和ケアの指導者の育成を目的とした緩和ケア指導者研修会の開催等により、人材育成の強化を図っているところであります。また、国立がんセンターにおける緩和医療に関する研究につきましては、現時点においてもがん臨床研究事業等において積極的に取り組んでいるところでありますが、今後とも緩和医療に関する研究については充実を図ってまいりたいと考えております。なお、国立がんセンター東病院においては、開院当初より緩和ケア病棟25床を設置して積極的に患者さんの苦痛緩和等に取り組んでいるところでございます。

次に、終末期医療に関する取り組みでございます。終末期医療における療養の場につきましては、平成20年3月に行われた終末期医療に関する調査では、62%の国民が自宅療養を希望しております。一方で、66%の国民は、最期まで自宅での療養は

実現困難と考えており、その理由としては、家族の負担への懸念や急変時の医療への不安を挙げております。この調査結果からも、終末期の医療へのニーズが高いことは明らかであり、高齢者の心身の特性に合った終末期医療の体制整備は重要と考えております。がん対策においての緩和ケア病棟の整備や在宅緩和医療を推進し、末期がんの患者さんに対して適切な疼痛管理などが行えるような体制の整備などを進めてまいりたいと考えております。

そして、かかりつけ医、地域医療に関してでございます。地域医療の担い手として、臓器別の専門医だけでなく、人間全体を診る総合的な診療を行える医師が重要であり、今後、かかりつけ医にはこうした役割がますます期待されるところであります。臨床研修制度の目的もこのような視点に基づいたものであります。また、21年度の医学部入学定員の増員の際にも、各大学が地域医療貢献策を講ずることとしております。国としては、かかりつけ医の定着や医療連携、機能分担の推進、また、地域の医療従事者などの人材養成を行う医療連携体制推進事業などを実施しているところであり、医師確保対策など、さまざまな施策を組み合わせながら地域医療の確保に努めてまいりたいと考えております。

さらに、こういったこととあわせて、やはり国民の皆様方の御理解を進めていくということもあわせてやっていかなければ、最終的には、予算をつけただけでは、また研修をするだけでは、委員が問題意識とされるような環境整備は進んでいかないだろうというふうに認識はしております。

2－5、安楽死という選択肢を認めることによって、延命治療の発達が遅るのではないか。

（衆議院議員）

先ほど述べましたように、それぞれお考えがありますので、積極的安楽死の選択肢があっても、それを拒む方も多いと思われます。そうであれば、やはり延命治療の需要は引き続き存在する訳でありまして、その発達が滞るということには直接結びつかないものと考えます。

2－6、自己決定権を患者に委ねることは、医師や周囲の人々が責任を放棄することにつながるのではないのでしょうか。

（衆議院議員）

本法案は、患者の積極的安楽死を選択するといった、いわゆる「自己決定権」を認めた訳ではございません。やむを得ない状況にあって、医師や審査会等の判断により最終手段として処置が執られる訳でございまして、責任を放棄するというこ

には直接結びつかないものと考えます。

2－7、本法案が患者を死の選択に誘導させることにつながるのではないのでしょうか。

（衆議院議員）

先ほどお示し頂いた調査にもあるように、積極的安楽死に対しては抵抗感があるのが大部分の方ということでありますので、安易に死の選択を助長するような「誘導」は起こりえないと考えております。ただ、不治の病の苦しみから解放されて、自分らしく一生を終えたいというごく例外的な場合について、その選択を可能にしようとすることはありますが、それは自由意思によるものでございますから、「誘導」というのは適切ではないと考えております。

2－8、第二条第一項の十分な情報提供の基準とは何でしょうか。

（衆議院議員）

具体的な内容は、個々の症例によって、また、患者さんの容態によって異なることと思われませんが、一般論として、医師として求められるインフォームド・コンセントを得られる水準の情報提供が必要になろうかと思われれます。病状や今後の予測だけでなく、積極的安楽死以外に取り得る治療方法を複数示すなど、患者さんの選択肢を狭めない情報提供が必要であると考えております。

2－9、患者が積極的安楽死の処置の意志を出したが家族との意思が食い違う場合、家族に対してどのように理解してもらうのでしょうか。

（衆議院議員）

医師や国家機関が積極的安楽死を勧めることはありませんので、家族への理解は、やはり家族内で話し合っていくということが必要であると考えております。その結果として、逆に、患者さんの側から申請を取り下げるということもあるかと思われれますので、そうした話合いの契機としても本法案の手続は有効に機能するものと考えます。

2－10、生命倫理審査会の構成人数が15人以内とあり、また、常勤委員が3人以上とありますが、これらの人数は妥当なのでしょうか。

（衆議院議員）

質問のご趣旨を必ずしも理解できていないのですが、情報公開・個人情報保護審

査会の構成なども参考に致しまして、適切であると考えた次第です。

2-11、安楽死が盛んと考えられているオランダでは積極的安楽死及び自殺幫助の件数は増加または減少しているのでしょうか。

（衆議院議員）

オランダに関してのご質問でございますが、必ずしも「安楽死が盛ん」という表現は適切ではないという印象を持っております。2002年に安楽死法が施行されて、当時はセンセーショナルに報道されるなどして、外国人の安楽死ツアーまで企画されるという話まで出されておりましたが、実際に安楽死の処置をするのは医師にとっても負担が大きいので、医師の側から積極的安楽死を提案するというよりも、むしろ治療を勧めるものであるという点で、各国との違いはないとされております。

少々古い統計でございますが、2003年に1,815人だった積極的安楽死事例が、2009年には2,636人になったとされております。08年は2,331人ですから13%増、なお08年は07年より10%増だったとされておりますので、増加傾向にあるのは確かであるようでございます。ただ、オランダは以前から非法で表に出ない安楽死事例が多く問題となっておりまして、絶対数が増えたというよりも法制化で合法となった処置が数字で表れてきたと見ることもできますし、若干、わが国とは医療事情も異なりますので、単純には比較できないことがあろうかと思われます。

2-12、オランダ法によれば、患者は18才未満である限り少年であり、少年もまた、自己の生命終結を要請できるが、その場合、相当の注意の為の特別な要件を医師が充足しなければなりません。本法案では未成年に対する積極的安楽死の意思表示をどのように行うと考えているのでしょうか。

（衆議院議員）

ご案内の通り、オランダは18歳が成人年齢でございますが、未成年者についても積極的安楽死の要請資格が認められる場合がございます。正確に申し上げますと、12歳から15歳までの子どもについては、必ず親権者の同意が必要であります、また、16・17歳の子どもについては、親権者を交えて話し合うことが条件とされております。いずれも医師の専門的な判断が関わって参りますので、必ずしも未成年者が安易に積極的安楽死を選択するという仕組みにはなっておりません。

ご質問の本法案における未成年者の扱いですが、これについては、憲法改正国民投票法の成立を契機に進められております成人年齢の引下げ論議の進展や国民の意識の変化、臓器移植法に基づく未成年者の臓器移植の状況、成年者の積極的安楽死

の実施状況などを見極め、また、個別的な判断も必要であり、一律に規制をかけたり、逆に緩やかにしすぎたりすることは適切ではないとの判断から、法案に条文化することは差し控えた次第であります。具体的な判断は生命倫理審査会において、年齢を一つの考慮要素として、適切に総合的な判断がなされるべきものと考えております。

2-13、本法案の6条にある国民の周知徹底はホスピスの件では国民にはうまく浸透していないように見えます。また安楽死というもののそのものへの抵抗感を考えると、実際の広報活動をする場所などの協力は非常に難しいと思います。実際にどのような広報活動をするをお考えですか。

（衆議院議員）

国又は地方公共団体の措置でございますが、広報に限らず、学校教育において問題点を考えさせるですとか、医師会での議論を促進するですとか、厚生科学研究による助成をするですとか、様々なことが考えられます。

その一つとして、広報が取り得る手段ということになろうかと思われませんが、まずは法案の仕組みを理解して頂けるよう、特に懸念が多いところでございますが、何か命を軽んじる風潮が作られるのではないかとといったことのないように、努めていくことが必要であると考えております。

（厚生労働大臣）

ホスピスの周知徹底が上手くいっていないというお叱りを受けたところでございますので、その存在や意義、緩和ケアについての理解を進められるよう、引き続き取り組んで参りたいと考えております。ただ、例えば、末期がんの場合、十六種類の特定疾病に含まれており、末期がんの方は40歳以上65歳未満の方であっても介護サービスを利用することができるわけですが、こういったことはあまり知られておりません。ホスピスも在宅でやるという流れもございますので、そうした介護保険制度とのリンクも重要になって参ります。委員はホスピスに対する強いご関心をお持ちでございますので、引き続き、質疑等で取り上げて頂ければ、国民の関心も高まってくるものと思われましますので、ご指導頂ければ幸いに存じます。

2-14、本法案における附則の4条にこの法律の施行後3年を経過した場合において、必要があるならばこの法律の施行の状況に検討を加え、積極的な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、とありますがどのような調査をお考えですか。また実際にどのような問題が出てくると思われましますか。

(衆議院議員)

例えば、先ほど述べました未成年の場合といったことは想定されますが、予期せぬ問題が生じる場合もございますので、附則において見直し条項を入れさせていただいた次第でございます。

実際の調査の方法でございますが、これは法律の実施にあたる政府において決める事柄でありますので、具体的に申し上げる立場にはございません。ただ、一般的に考えれば、実施状況の記録や各種の世論調査、処置に当たった医師等の関係者などからのヒアリング等が行われると推察されるのではないかと思います。

会派③「電波党」 想定問答集

3-1、そもそも本法案を必要としている方々はどのぐらいいるのでしょうか。

また、その人たちには積極的安楽死の前にセカンドオピニオンや現在合法的に可能な消極的安楽死についての周知はきちんと行われているのでしょうか？

（厚生労働大臣）

積極的安楽死の希望する方がどの程度いるかは、調査もございませんので、お答えしかねます。現行法上、積極的安楽死は刑法上の違法行為ですので、それに対するセカンドオピニオンを周知するということもあり得ないと言わざるを得ません。

なお、消極的安楽死に関しての「周知」とのことですが、具体的に何を念頭に置かれているのか分かりかねるところでございます。

厚生労働省と致しましては、医師の医療行為が患者の意思を尊重し、十分に説明をしたうえで医療行為の同意を得よう指導しておるところでございます。引き続き、そうした取組みを積極的に続けて参りたいと考えております。

3-2、次に、積極的安楽死の必要性について質問させていただきます。

現在日本では消極的安楽死は合法的に行うことができます。

これは治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対する全人的ケアです。消極的安楽死によって不治の病の痛みを取り去りながら、自然死させる仕組みが世界では確立されているにもかかわらず、どうして積極的に死に至る方法を取らなければいけないのか到底理解できません。まず消極的安楽死についての見解をお聞かせください。

（衆議院議員）

治療行為の中断によって間接的に死期を早める、いわゆる「消極的安楽死」につきましても、患者の意思を尊重して無駄な延命治療を行わないというクオリティ・オブ・ライフの考え方への理解が広まってきているように思われます。

本法案は、医療行為の選択肢として積極的安楽死の処置を新たに設けるもので、消極的安楽死を否定するものではございませんので、積極的に死に至る方法を「取らなければならない」とするものではございません。

3-3、続きまして2点質問させていただきます。現代の日本において消極的安楽死はまだ一部の役割しか担えていません。1990年の施設が5つ、病床数は117であったところから約20年間もたっているのにも関わらず10の施設と225人の病床数とあまり拡大していません。こんな中そもそもなぜ痛みを限りなく軽減すこ

とのできる消極的安楽死の拡充ではなく、積極的安楽死を導入するのでしょうか。

(衆議院議員)

ご質問は、消極的安楽死の処置の一部である緩和ケア施設のことでご指摘されているのだと思います。本件につきましては、厚生労働省におきまして、取組みを進められているものと理解しております。ただ、先ほど申し上げましたように、本法案は、消極的安楽死の拡充を止めて、積極的安楽死を選択させようとするものではありません。

その意味でご質問の懸念は当たらないと考えます。

3－4、また2点目ですが、積極的安楽死をあたらしくひろめ、そのための施設を準備するよりも、既存の消極的安楽死の拡充をするほうが現場レベルで末期患者への対応が取れやすいと考えられるのですがそれについての考えをお答えください。

(衆議院議員)

同じ答えて恐縮ですが、本法案は、消極的安楽死の拡充を止めて、積極的安楽死を選択させようとするものではありません。消極的安楽死に対する施策につきましては、厚生労働省におきまして、取組みを進められているものと理解しております。

3－5、消極的安楽死は、痛みを緩和するケアを行いながら自然にその人の死を受け入れるものですが、積極的安楽死は患者を死に至らしめるものです。あなたが医師だとしたら、今日の前に生きている患者を躊躇なく死に導くことができますか？

(衆議院議員)

この点、オランダが「安楽死先進国」のように取り上げられますが、必ずしもこの表現は適切ではないという印象を持っております。2002年に安楽死法が施行されて、当時はセンセーショナルに報道されるなどして、外国人の安楽死ツアーまで企画されるという話まで出されておりましたが、実際に安楽死の処置をするのは医師にとっても負担が大きいですので、医師の側から積極的安楽死を提案するというよりも、むしろ治療を勧めるものであるという点で、各国との違いはないとされております。

わが国においても同様でありまして、法律ができたからと言って「躊躇なく」死

に導くというものではないと思われます。

3－6、次に、法案中の条件について質問させていただきます。

本法案の第三条に「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」や、「苦痛が甚だしい」などとかかれています。死期の目前とは具体的にどのように判断し、苦痛の甚だしさとはどこまでが甚だしいのでしょうか。このように、積極的安楽死を認める基準について誰から見ても同じように判断のできる基準をつくるのは不可能であり、当法案の成立への難しさを感じます。均一に判断しにくい、というデメリットを解決するのは大変難しいと思いますがこれについてどうお考えですか。

（衆議院議員）

ご案内の通り、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踏まえたものでありまして、これまでに裁判所が示した一般的判断基準を条文化しております。

ご指摘の法案第3条におきましては、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が、必要条件であって、十分条件ではありません。

以上は法律上の条件でありまして、ここに医師の専門的判断が加わることとなります。おおよそ医師には「一般に認められている医学的知見」が備わっている訳でありますから、上記条件に適合するかどうかの適切な判断に個人差があるとはほとんど思われません。また、他の医師によるセカンド・オピニオンや生命倫理審査会による審議という慎重な手続も用意されておりますので、ご懸念のような事態は生じ得ないものと考えます。

3－7、当法案において、第7条第4号に、「二親等以内の親族から処置に反する反対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いけない」とありますが、それはなんのためでしょうか。実際にそれはどのような形で考慮されるのでしょうか。お答えください。

（衆議院議員）

患者さん個人の意思を尊重するとはいえ、ご家族の心情を考慮することも当然求められるはずでございます。審査会の判断においては、単に医学的・法学的な判断のみならず、ご家族の状況といったことも有識者によって考慮される要素となりえ

ます。従って、処置に至る手続において、身近なご家族の方が反対されていれば、その旨を明記し、その後の審査会の手続においては必ずその過程を知り、場合によっては意見を述べる機会を保障されるようにすることが、同条の趣旨でございます。

審査会は、家族の反対を押し切ってまで、処置を許可する判断をするという性質のものではないので、おそらく話合いの場が設けられ、その結果として、逆に、患者さんの側から申請を取り下げるということもあるかと思われますので、そうした話合いの契機としても本法案の手続は有効に機能するものと考えます。

3－8、医師の負担についての質問をさせていただきます。

現在、医学生が医師を目指す際にどの分野を専門的にやるかと決める際に比較的勤務内容が楽で医療訴訟の少ない分野が選ばれることが多くなっており、外科医や産婦人科を目指す学生が減っております。それにより外科医や内科医に煩雑な事務作業が彼らにのしかかることはもちろんのことですが、この法案が通ることによって今まで当然のように信じられていた、患者の命を長らえさせることという使命に背くという形で倫理面での葛藤に襲われ、医師不足を加速させてしまうかもしれません。これらの事務による肉体的レベルでの負担と精神レベルでの負担をどう解決しようと考えておられるのかお答えください。

(衆議院議員)

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ございますので、お医者さんたちはそのために全力を尽くすことと思います。

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、従来のように自殺帮助や嘱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。

その意味で、負担はむしろ軽減されると思われます。

3－9、医師が勤務の重荷を軽減するために安楽死を勧めるようになるかもしれません。このことについてどうお考えですか。

（衆議院議員）

先ほどもオランダの事例について触れましたが、実際に積極的安楽死の処置をするのは医師にとっても負担が大きいですので、医師の側から積極的安楽死を提案するというよりも、むしろ治療を勧めるものであるという点で、各国との違いはないとされております。

わが国においても同様でありまして、法律ができたからと言って「勤務の重荷を軽減するために」安楽死を勧めるということにはならないと思われま

3－10、本法案が可決すれば医師は今まで当然のように信じていた、患者の生命を長らえさせることが医師の使命であるというものとは矛盾した対応を取ることが求められるようになります。果たして医師の理念、価値観を根本的に変えうるこの法案は人の命を救うことに全力を尽くしてきた先人たちの教えを軽視するものではないのでしょうか。また現在の医師だけでなく多くの国民や患者にも困惑をきたします。

このような困惑が懸念されるなか消極的安楽死よりも積極的安楽死のほうが優れているという点を明確に述べてください。

（衆議院議員）

先ほどと同じ答えで恐縮ですが、本法案は、消極的安楽死よりも、積極的安楽死を選択させようとするものではありません。その選択は個人の意思によるべきものであります。

3－11、セカンドオピニオンについて3点質問させていただきます。

一つ目、この法案では医師個人の意思が患者へ与える影響は大きいものになります。末期患者に対する余命宣告を行い、患者が直面する死に対して冷静な判断ができない際には主治医以外の医師の判断を仰ぐことで客観的な判断の精度を高めなければなりません。しかし本法案第七条二項では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の助言を得ようならないとなっておりますが、なぜそのような重要なことを義務化しないのでしょうか。

（衆議院議員）

ご指摘のように、7条2項のセカンド・オピニオンは、「努めなければならない」と努力義務にとどめ、法的な義務になっておりません。これは、状況によって他の

医師の判断が困難な場合や必要のない場合もあると思われますので、そのような規定にとどめております。仮にセカンド・オピニオンがなされなかったとしても、生命倫理審査会による審査が最大のセカンド・オピニオンになりますので、ご懸念の点はあたらなईと考えます。

もっとも、本法案のもとになりました横浜地裁の判決におきましても「死の回避不可能の状態に至ったか否かは、医学的にも判断に困難を伴うと考えられるので、複数の医師による反復した診断によるのが望ましい」としており、法の趣旨は、やはり原則として他の医師の意見も合わせて、慎重な判断を期するということですので、やってもやらなくても良いというよりは、特別な事情がなければ、これを要求するということであると考えております。

3－12、二つ目、もしこの法案を通すのであればこれを義務化し、罰則を与えるようにしなければならないと思うのですがこれについてどうお考えでしょうか。

（衆議院議員）

ご指摘のような考え方もあり得るでしょうが、審査会による審査も整っているなかで、杓子定規に義務化しても、形式的にセカンド・オピニオンを得るだけで実質的な判断がなされないとか、それに伴う無駄な出費が起これるとか、審査手続に遅延が生じるといった事態も想定されるところでありますので、その点は、現場の医師の判断に委ねて、柔軟な対応をする方が優れていると考えた次第でございます。

医師は専門性の高い職業でございますので、罰則をもって義務化するということが本当に必要なのかという疑問なしとしないというのが正直なところでございます。

3－13、三つ目、義務化しないことによる医師個人の責任の増加をどのようにお考えでしょうか。

（衆議院議員）

ご指摘の「責任」の意味としては、法的責任、医療判断に対する責任、そして、個人的な道義的責任といった異なる意味が含まれているものと考えられます。

法的責任につきましては、先ほど申し上げました通り、刑事上・民事上の責任を負わずに済みますので、増加は考えられないところでございます。また、医療判断に対する責任、すなわち「誤診」のおそれではありますが、これも審査会の審査を通じて、専門的なチェックが行われますので、むしろ責任は軽減しているものと解されます。

問題は、主観的な道義的責任に反する個人的感情にあるかと思われます。ただ、

これはセカンド・オピニオンを得たからといって軽減するものではなく、別次元の要請と思われます。したがって、ご懸念には及ばないものと考えます。

3-14、子供の安楽死について質問させていただきます。

この法案の中には患者の年齢についての規定が書かれておりません。よって安楽死法案第三条に書かれている要件を満たすものが誰でも申し出ることができるかと捉えることができます。ここで、生まれながらに一生背負っていこう障害をもって生まれた子供や不治の病をもって生まれた子供について考えてみてください。彼ら、また彼らの親は、本人の苦しみ・周りからの偏見など様々な要因から安楽死という選択をすることも十分考えられます。年齢の規定は一切ないということなので、この子たちが当法案でいう第三条の条件にあてはまるのなら、本人の意志により、積極的安楽死を申し出ることができるということになります。しかしその子達の「死にたい」という発言は本当に成熟した考え方によって裏付けられているといえますか？まずは子供たちの事例からお答えください。また具体的にどのような人間でどのような状況にいる人間が自分の安楽死を決定できるのがお答えください。

(衆議院議員)

まず、本法案の処置の対象となる者についてのお尋ねでございますが、法案第3条に明記された4要素を最低限満たす者がまずは対象となるということでございます。

その上で、未成年者が対象になるかどうかということでございます。これについては、憲法改正国民投票法の成立を契機に進められております成人年齢の引下げ論議の進展や国民の意識の変化、臓器移植法に基づく未成年者の臓器移植の状況、成年者の積極的安楽死の実施状況などを見極め、また、個別的な判断も必要であり、一律に規制をかけたり、逆に緩やかにしすぎたりすることは適切ではないとの判断から、法案に条文化することは差し控えた次第であります。具体的な判断は生命倫理審査会において、年齢を一つの考慮要素として、適切に総合的な判断がなされるべきものと考えております。

ちなみに、オランダは18歳が成人年齢でございますが、未成年者についても積極的安楽死の要請資格が認められる場合がございます。正確に申し上げますと、12歳から15歳までの子どもについては、必ず親権者の同意が必要であります、また、16・17歳の子どもについては、親権者を交えて話し合うことが条件とされております。いずれも医師の専門的な判断が関わって参りますので、必ずしも未成年者が安易に積極的安楽死を選択するという仕組みにはなっておりません。こうしたことも

今後の立法政策として参考にしていただかなければならないと考えております。

3-15、私たちはこの積極的安楽死法案が可決されることによっておこる社会への影響を大変懸念しております。現在、国内では末期患者家族への介護費負担は非常に大きいものです。NPO法人「日本医療政策機構」の患者アンケートによるとがん患者の医療負担の全額平均は月に約133万円であり、回答者の7割が「負担である」と答えています。今でさえ、患者は家族に負担をかけているという意識を持っているのに、さらにこの法案が可決され積極的安楽死が合法化されることによって、患者には「安楽死という選択をした方が家族のためになるのではないか」、または「安楽死という選択肢をしなければならないのではないか」という重圧があらたに生じる可能性が否めません。このことについてどうお考えですか？この重圧に対する解決策があるなら教えてください。

（衆議院議員）

積極的安楽死という選択肢があるから死を選ぶというのは、少々論理の飛躍があるように思われます。

度々、例に出して恐縮ですが、オランダでは、すべての人が世界でトップクラスの鎮痛医療・末期医療を受けられ、それが、すべて保険でカバーされていて、経済的理由で良質の治療を受けられないということはないとされております。それにもかかわらず、苦痛に耐え難く、積極的安楽死を望む方がいるということは、やはり積極的安楽死の選択は、経済的価値では割り切れないものがあると考えられます。

そうした個人の意思を究極的に尊重して、その人らしい最期を選択して頂くことが、憲法13条の個人の尊厳の理念にもかなうものであると考えます。

いや、そうではなく、死んでたまるかという方には、国家として様々な支援をしていくことは当然でありまして、引き続き厚生労働省をはじめ政府に取組みを進めていって頂くよう、別途お願いする次第であります。

（厚生労働大臣）

介護費について取り上げて頂きましたので、政府の宣伝ついでに申し上げておきますが、末期がんの場合、十六種類の特定疾病に含まれており、末期がんの方は40歳以上65歳未満の方であっても介護サービスを利用することができるわけですが、こういったことはあまり知られておりません。ホスピスも在宅でやるという流れもございますので、そうした介護保険制度とのリンクも重要になって参ります。

委員におかれましては、引き続き、この問題についてのご指導を頂ければ幸いです。

3-16、具体的に、以前ある期間において積極的安楽死が合法化されていたオーストラリアでは実際に、社会への悪影響や合法化後に患者への圧力が感じられたとの記録が多数残っています。1997年4月2日の朝日新聞では連邦法案を提出したアンドリュース下院議員が「安楽死法は弱いものは不必要だとの社会的メッセージになる。疼痛緩和ケアや社会福祉などの努力に水をさす」と説明しています。このように積極的安楽死の合法化が、社会の次の段階へと進歩するチャンスをつぶすことになるだろうということに対してどうお考えですか。

(衆議院議員)

医療や福祉の制度は各国で異なっておりますので、一概には言えないところでございます。オーストラリアの医療保険制度については、それほど多くの情報を持っておりませんが、公的保険を中心としつつ、民間保険を活用した制度で国民皆保険を実現しているやに聞き及んでおります。もっとも、わが国と同様、やはり医療に対する公的支出が問題となっており、その削減や効率化が進められているようでもあります。したがって、単純に安楽死法ができたからといって、圧力が生じるというのには、それなりの分析が必要であると考えます。またそれが実際に、どの程度積極的安楽死を推し進める結果となったのかは、データもございませんので、心理的な印象にとどまるということも考えられます。

いずれに致しましても、疼痛緩和ケアや社会福祉などの分野は充実させていくことが、重要であることに変化はないということは申し上げておきます。

3-17、さらにニューサウスウェールズ州疼痛緩和ケア協会も「安楽死法はすごいプレッシャーになっている。一部のお年寄りは最後の2、3か月を生き延びるより安楽死を選ぼうと感じ始めている」と発言しています。このように当法案によって積極的安楽死を合法化してしまうことで、安楽死を望む人だけでなく末期患者でありながらも一日でも生きたいと願う患者や将来の選択肢を持ち得る多くの他の社会の人びとへも大きな影響をもつと予測します。このことについてどう思われますか。

(衆議院議員)

繰り返して恐縮ですが、そのような印象を持たれる方もいらっしゃるということには留意すべく、法案の適切な理解に努めるよう政府に対して求めていきたいと考えております。

3-18、しかしこの法案の第三条第三号では「身体的または精神的苦痛が甚だしいこと」と書かれています。この文を見る限り、「精神的苦痛だけでも安楽死を認める場合がある」ということですが、おそらく、ALS等の病気についてを考慮された上でそのように書かれたのだと思います。しかし1950年東京地裁安楽死裁判という日本で初めて安楽死について行われた裁判で、たとえ精神的苦痛がどれだけ大きくても身体的な苦痛が伴わなければ安楽死は認められないという判決がでています。これについてどうお考えですか。

(衆議院議員)

本法案の立案にあたり参照した名古屋高裁昭和37年12月22日判決におきましては、「病者の苦痛が甚しく」と、精神的・肉体的の区別をしておりません。また、両者の区別は相対的なものであり、例えば、末期患者には症状としての肉体的苦痛以外に、不安、恐怖、絶望感等による精神的苦痛が存在し、この二つの苦痛は互いに関連し影響し合うということがいわれ、精神的苦痛が末期患者にとって大きな負担になるとも言われております。

もちろん精神的苦痛だけで必ず安楽死が認められるというものではありませんで、これも一要素として医師や審査会において判断がなされると考えております。

資料⑧ 委員会における討論文

(1) 反対討論文

私は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て反対の立場から討論を行います。

まず、第一にこの法案の社会的意義が小さいという点です。

この安楽死という問題を考える際に我々は二つの前提を基にこの問題を考えなければなりません。

一つ目はこれまでの医学の進歩により多くの病は治癒ができるようになったこと

二つ目は消極的安楽死の一種であるホスピスの進歩により病の痛みによる苦しみは90%以上緩和できるようになったこと

の2点です。

ホスピスとは治療が有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケアのことであり、痛みやその他の症状のコントロール、精神的、社会的問題の解決が目的とされているものです。ホスピスの目標は患者とその家族にとって最大限可能な最高のQuality Of Lifeを実現することで、具体的には、痛み止めで痛みを和らげたり、カウンセリングで心のケアをしたりすることが中心となります。

これらの前提から私はこの法案に反対致します。その理由はこの法案の社会的意義は非常に小さいものであるからです。

この法案の目的は病による堪えがたい苦痛の除去を目指しているものですが、先ほど申し上げた前提から分かりますように多くの人は現代医学とホスピスによって多くの問題は解決できるのであり、彼らのQuality Of Lifeを実現することできるのであります。

もしこの法案がALSのような治癒が困難でかつホスピス等の消極的安楽死でも解決できない病気とされるようなもののみ適用するものであればそれは社会的な意義があるものと認めますが、単純に病気が末期症状で堪えがたい苦痛を感じているから積極的安楽死に走るというのは論理の飛躍であり、現行のホスピスで十分解決できるものです。

故にALS等のホスピスでも解決できない特定の病にはなんらかの例外的処置をとりつけ、そのほかには現行のホスピスを拡張させれば現在の医療システムを大きく変える必要もなく、税金も使わずにこの問題を解決することができます。

第2に、積極的安楽死が施される患者の年齢について何も制限がなされていないという点です。安楽死が望まれるのは成人だけではありません。

たとえば障害をもってうまれた子供や幼くして不治の病を抱えた患者はどうで

しょうか。彼らの親は本人の苦しみ・周りからの偏見・自分の負担など様々な要因から安楽死というひとつの選択を考えるかもしれません。その場合、本人が「死にたい」と発言した時点で本当に安楽死を選択してしまってよいのでしょうか。本人のその言葉は成熟した考え方によって裏付けられていると断言することができるのでしょうか。今、当事者が子供であった場合を例にあげましたが、本文第三条に、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を要件として備える者、との記述がありますがこのような思慮の浅い法案を通すことは断じて許されるものではありません。

さて、これらのことから、私は当法律案によって現在我が国で積極的安楽死を認めること反対させていただきます。今回の積極的安楽死法案の認可は複雑な問題で社会の様々な面に影響を及ぼします。認可する際には国民の考えもさることながら、コスト面やシステム面も考慮しなければ社会に混乱をきたすことになります。

まずは目の前のホスピスの問題にとりかかることから患者の治療を考えていきたいと思いますか。

以上本法案に反対する理由を述べまして、私の討論を終わります。

(2) 賛成討論文

私は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」に賛成の立場から討論を行います。

まず第一に積極的安楽死の処置をすることが患者を救うことになるからです。医師は患者の命を救うことが仕事です。その「救う」ということの中に、積極的安楽死の処置も含まれているとも考えられます。積極的安楽死処置が可能になることで、患者自身が家族等を感じている延命治療に関わる様々な申し訳なさ、負担を自分で軽くするという選択肢が増えることになると思います。それは患者が最後に家族にできる思いやりと捉えることも可能だと思いますし、その処置が行われることで救われる患者は多いと思うからです。

もしこの法案がなければ、最後に患者も家族も苦しみながら延命治療を受けるという選択肢しかありません。それは患者本人はもちろん、家族もその病気の痛みに苦しみながら最期を待つという苦しい選択となってしまう患者も当然出てきます。そのためこの場合医師は患者本人や家族がもう手を尽くさなくても良いと言われてもそこでやめてしまったら医師は殺人者となってしまうのです。そうなったとき、患者側と医師側の双方の感情はどうなるのでしょうか。積極的安楽死に関わる人々を守る意味でも必要だと思います。

また第二に医療の発達があげられます。安楽死という選択肢を認めることによっ

て、医療の発達が遅るのではないかという解釈もあると思います。しかしこの処置は末期治療のひとつであるとも考えることも可能です。積極的安楽死処置を希望するということは患者にとって重い決断をすることだと思います。その決断をした患者のためにも、この処置をする医師等は末期治療の発達を視野にいれつつ、的確な処置をするものだと思います。そのため我が国の末期治療の発達につながると思うからです。オランダではイギリスとは異なり、緩和ケアは専門的医療ではなく、通常の医学の一部として見なされています。イギリス及びアメリカではホスピスと呼ばれるナースিংホームを中心としたケアの専門的アプローチが選択されてきましたが、オランダでは有償のワーカーたちによって支援されたボランティア団体を選択してきました。積極的安楽死を緩和治療の一つと見なし、患者に幅広い選択肢を与えていくことが今後の日本に求められているのだと思います。

積極的安楽死における自己の判断におきましては、最近ではむやみやたらに延命をするよりも個人の選択に基づく人生の質、つまりクオリティ・オブ・ライフの向上が重要であるという考え方が広まってきております。また、医療法第一条の二に書かれております「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とする」という趣旨にも合致しており、その極限形態が積極的安楽死であり、諸外国においてもすでに合法化されている国もありまして、その必要性を考慮しましたところ、患者の意思に基づいた積極的安楽死を施行するための法整備を行う必要性があると考えております。

先ほどの質疑において提示した「平成16年度厚生労働省による終末期医療に関する調査等検討会報告書」に書かれております内容で、あらゆる苦痛から解放され安楽になるために医師によって積極的な方法で生命を短縮させる方法を望む人が14%とあります。14%という数字を見ると確かに少ないように感じられますが、先程にも述べましたようにクオリティ・オブ・ライフの向上が重要であるといった考え方が広まってきておりますので、今後積極的安楽死を望む人々の数が増加する見込みがあると考えており、また、少数といえどもそれだけの人々が積極的安楽死を望んでいるわけですから、それらの人々のためにも速やかにこの法案の成立をはかるべきでありましょう。

また、先程の質疑で厚生労働大臣にご答弁いただいた内容の通り、日本における緩和医療の技術の発達は目覚ましいものでありますので、今後は先ほどの資料の大多数が望むように、緩和治療を受けながら無駄な延命措置は行わず、自然な死を受け入れるという風な事例が増えてまいりましょう。しかし、家族等の周囲の精神的・経済的負担を考慮して積極的安楽死を選択する患者は今後も存在しますでしょうから、患者の自由な意思とクオリティ・オブ・ライフの向上を尊重してやはり積極的

安楽死を手助けするこの法案を成立させるべきでありましょう。

この法案が施行され、患者が積極的安楽死を行うために意思決定を下す際には、患者とその家族との意思が食い違う場合が多々ありましょう。そういった場合に、この法案を通して一度患者と患者の家族が話し合うための契機としてもこの法案は有効となるでしょう。誰にとっても命というのはたったひとつのかけがいのないものなので、ぜひとも家族全体で深く話し合っていたいただきたいと思います。

安楽死に対する国民の理解を得るための広報活動や引き続いてのホスピスの周知徹底、附則四条で検討されるような施行後の予期せぬ問題は非常に難しい問題でありましょうが、是非とも政府は本法案に関する法整備を努力していただきたいと思います。

次に、各国における積極的安楽死の状況を見てみたいと思います。オランダでは2002年に積極的安楽死が合法化されて以降、様々な法整備が行われてきました。積極的安楽死は今日やろうと決めて明日実施できるものではありません。長い時間をかけて医療分野、地方公共団体等に高度で正確な知識を広めていくこと、安楽死が適切に行われる為の制度を形作っていくことが必要なのです。よって本法案にさらに加えるべき事項を述べたいと思います。

オランダでは自己の医療行為を生命終結と考えないゆえに、または自分が犯罪者として起訴されることを恐れるがゆえに、実施した安楽死を報告しないケースが多く見られています。届け出を起案し、かつ患者の履歴、患者の生命終結をめぐる意思決定、もう一人の医師への相談、および生命終結の実施方法に関する50項目もの質問に回答することは時間の浪費であり、そのような時間を確保すること自体困難であるといった意見が出てきたのです。

このような理由により、オランダでは全安楽死件数のほぼ60パーセントが報告されていないと言われており、開示の必要性がより重要であるケース、つまり要請のない生命終結の決定はほとんど報告されていないのです。

本法案は第6条において「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為に必要な措置を講ずるものとする」と述べています。しかしながら、より重要なことはどのようにこれを実施するかであります。積極的安楽死を合法化するとなれば、大学医学部の課程から医療現場、教育現場等までにおいて幅広く周知する必要があります。積極的安楽死を実施する為に社会全体でこの法案を支えていくことが必要であるのです。そして、誰もが安心して命の終え方を自由に選択できる社会を作り上げる必要があると思うのです。

我が党は積極的安楽死が患者を真の意味で「救う」と考えております。命は誰にとっても大切なものです。そして、その捉え方は個人によって千差万別なのです。

岡田順太・岩切大地・大林啓吾・横大道聡・手塚崇聡

患者がその人生を締めくくる際に、自分の最善と思える方法を選び抜くことは、私たちのたつての願いであります。以上、本法案に賛成する理由を述べまして、私の討論を終わります。

【追記】本稿は、平成25年度文教協会調査研究助成金「法学教育における能動的学修プログラムの開発—模擬国会を用いた臨床法学教育の試み」及び平成25年度中央教育研究所教科書研究奨励金「高等学校『現代社会』教科書の記述内容に関する憲法学的教育学的分析」による成果の一部である。

（本学法学部・大学院法務研究科准教授）

（立正大学法学部准教授）

（千葉大学大学院専門法務研究科准教授）

（鹿児島大学教育学部准教授）

（椋山女学園大学現代マネジメント学部講師）