

「がん対策基本法」の立法過程

—脳死・臓器移植問題とクローン人間作製禁止問題との比較を通じて—

田村 充 代

序

死について語ることが徐々に日本社会のタブーではなくなってきた。どのように死を迎えるか、という問題に大きな関心が寄せられている。現在、日本人の死因の1位は「悪性新生物」、つまりがんである。平成18年人口動態統計月報年計では、約33万人ががんで亡くなり、続く心疾患約17万人、脳血管疾患約13万人を大きく引き離している。がんが死因の第1位になったのは、1981年であった。それに先だって設立された日本対がん協会（1958年設立）は、発足後「がん死半減」をスローガンに掲げたが、現在でもがんによる死亡者数は増加の一途を辿っている。

終末期医療もまた、がん死の増加によって、その質、受け入れ態勢の改善が求められている。1990年からは、一定の基準を満たす緩和ケア病棟に対して診療報酬が定額で支払われるようになり、ホスピス、緩和ケア病床の増加につながった。現在は、緩和ケア病棟の診療加算の改定が審議され、新たながん性疼痛緩和指導管理料が設けられることが検討されている。また、日本医師会の第9次生命倫理懇談会答申においては、終末期医療が取り上げられ、緩和医療、尊厳死などについて、課題が述べられている⁽¹⁾。ホスピス、緩和ケア病棟も増加しているが、依然、施設、受け入れ態勢が不備、不足である状況だ。

がん対策としての政策は、がん死が死因の二位となった1953年後にその実行が始まり、1957年、厚生省の「成人病予防対策協議連絡会」が実態把握を求める答申を行っている。政府はこれを受けて、1958年、60年、62年と第1次から第3次までの悪性新生物実態調査を実施している。また、1960年には国立がんセンターが設立され、政務次官会議がん対策小委員会は1965年に「がん対策の推進について」を決議している。1977年には日本対がん協会が「がん予防対策法案要綱」を公表し、1981年に「がん予防対策の法制化」を国会と厚生省に要望した。1983年、中曽根首相（当時）は内閣に「がん対策関係閣僚会議」を設けるとともに、その下に置かれた「がん対策専門家会議」の報告に基づき、「対がん10か年総合戦略」（1984年～1993年）が策定された⁽²⁾。次いで、「がん克服新10か年戦略」（1994年～2003年）が定められ、現在進行中の「第3次対がん10か年総合戦略」（2004年～2013年）につながっていった。現在の「戦略」では、①生命科学の分野との連携を一層強力に進め、がんのより深い本態解明に迫る、②基礎研究の成果を幅広く予防、診断、治療に応用する、③革新的ながんの予防、診断、治療法を応用する、④がん予防の推進により、国民の生涯がん罹患率を低減させる、⑤全国どこでも、質の高いがん医療を受けることができるよう

(1) 日本医師会 第IX次生命倫理懇談会「ふたたび終末期医療について」の報告 平成16,17年度（平成18年2月答申）

(2) 小林仁「がん対策基本法の意義とがん医療の在り方—立法過程からみた現状と課題」『立法と調査』参議院事務局／参議院事務局企画調査室編 265号 2007年3月 pp.56-57.

「均てん化」を図る、という目標が掲げられている⁽³⁾。また、2001年頃から請願運動が活発化し、2002年にはNPO法人「がん患者団体協議会」が発足し、2005年に「がん患者団体支援機構」が設立されるなど、民間の活動も活発である。2006年には、公明党の神崎武法代表（当時）が衆議院本会議の代表質問において、緩和医療の推進とともに、「がん対策法」の制定を検討すべきだと訴えた⁽⁴⁾。

しかし、さまざまな施策にもかかわらず、日本人の高齢化の影響もあり、がん死は増え続け、1996年に「がん対策基本法」（平成18年法律第98号）が成立、1997年施行の運びとなる。この「基本法」を受けて、厚生労働省では、2006年に、2007年から2011年の5年間を対象として「がん対策基本計画」⁽⁵⁾を策定し、「都道府県がん対策推進計画」の策定を促した。

本稿では、このがん対策基本法の立法過程を調査することにより、将来の終末期医療政策への課題を発見することを目的とする。また、通常の医療問題や、生命倫理に関する問題とは異なり、非常に迅速に立法が行われたことの謎を解くことも目指したい。その際に、1997年のいわゆる脳死・臓器移植法と、2000年のクローン人間作製禁止法の立法過程と比較することによって、その特異性を明らかにすると共に、医療・生命倫理問題に関する立法の共通点を探りたい。その作業によって、将来課題となりうる生殖医療の規制、尊厳死・安楽死問題、ES細胞をめぐる問題などの政策プロセスの展望となるような戦略を導き出したいと思う。

第1章 がん対策基本法の内容

がん対策基本法は20条により成り、19項目の付帯決議が付けられた。その内容の概略をここに記す。

第1条においては、「がん対策の一層の充実を図るため、がん対策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、医療保険者、国民及び医師等の責務を明らかにし、並びにがん対策の推進に関する計画の策定について定めるとともに、がん対策の基本となる事項を定めることにより、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。」とされた。

第2条の基本理念においては、①がん研究の推進、がんの予防、診断、治療等に係る技術の向上その他の研究の成果を普及し、活用し、及び発展させていくこと、②がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく治療を受けることができるようにすること、③がん患者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、が求められている。

第3条では「国の責務」、第4条では「地方公共団体の責務」、第5条では医療保険者の責務、第6条では「国民の責務」（がんの予防に注意を払い、がん検診を受けるよう努める）、第7条では「医師等の責務」が定められた。

第8条においては、政府ががん対策を実施するための法制上、または財政上の措置をし

(3) 梶山知唯「がん対策基本法」『法令解説総覧』第一法規 296号 2006年9月 p.39.

(4) 小林仁「がん対策基本法の意義とがん医療の課題～立法過程からみた取組の方向性～」『日本外科学会雑誌』第109巻 第1号 2008年 p.38.

(5) 「がん対策基本法」第9条に基づく。第5項においては、遅滞のないインターネットにおける情報開示が定められている。

なければならないとされたが、財政的にはがん対策予算費がより多く計上されるようになったが、新たな法律は作成されていない。

第2章は「がん対策推進基本政策」について（第9条から第11条）であり、施策の具体的な目標及びその達成の時期を定めることが政府に求められている。ここでは、都道府県にも、がん対策推進基本政策を独自に策定することを求めている⁽⁶⁾。

第13条では、がん検診の質の向上と、がん医療の均てん化促進、第14条では、医療従事者の育成の施策について、第15条は、医療機関の整備と連携について述べられている。

第16条は緩和ケアについてであり、がん患者の療養生活の質の維持向上のための施策を講ずるべきとされ、QOL（Quality of Life）の概念が取り入れられた画期的な条項である。ここでは、「疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること」など、具体的に緩和ケアのあり方が示されている。

第17条は、がん医療に関する情報の収集提供体制の整備が求められ、第18条においては研究の推進のために、医療機器、治療方法の臨床研究が円滑に行われる環境の整備を定めている。

第19条で、「がん対策推進協議会」を厚生労働省に設置することが定められ、画期的な部分としては、第20条で委員の構成について「がん患者及びその家族又は遺族を代表する者」を入れるように定めたことである。

19項目からなる付帯決議においては、「国を挙げて「がんとの闘い」に取り組むとの意志を明確にする」とした上で、第2条をふまえた上で、患者の立場に立った医療情報の提供をすることを求め、また、セカンドオピニオン外来・医療相談室の拡充に努める、という積極的な施策を要求している。

また、8、9、10条項において、放射線療法及び化学療法の適切な教育、研修を教育機関に求め、がん専門医育成のための研修コースの拡充、コメディカル・スタッフの専門的知識、技術の習得の促進をすることとし、医学教育への要望を行っている。

12条項において、第16条に関して、緩和ケアにおける生活の質の向上を求めた部分で、自宅においても同様に適切なケアができるようにする、といった「在宅緩和ケア」の思想が表現されていることが新しい。

がん患者の立場に立った条項として、13（第18条に関して）、14（第20条に関して）条項において、新薬・新規医療機器の迅速な審査、抗がん剤への保険適用の迅速化を求めた部分が挙げられよう。これは、従来の長い治験、審査を待っているのは病状が進行して死に至ってしまう病気であるがん特有の要求である。保険適用外の医薬品を使用するために、社会・経済的に追い込まれる患者の現実を見据えた付帯決議である。

このように、がん対策基本法は、通常の基本法よりも、具体的な施策の内容により深く踏み込んだ、実際的な法律であると言えることができる。

第2章 がん対策基本法の立法過程

がん対策基本法は、他の医療問題、生命倫理に関わる法案とは大きく異なり、1回の国会提出、そして迅速な審議によって成立した⁽⁷⁾。2006年4月4日に、民主党・無所属クラ

(6) 立法から2年後の2008年でも、多くの都道府県の「基本政策」策定作業は草案の段階である。

ブが国会に提出し、それを追って、同名の法案が自由民主党および公明党が5月23日に提出された。どちらも議員立法としての提出である。法案が最初に審議されたのは、4月28日の衆議院・厚生労働委員会においてであった。その後、同委員会において5月12日に審議、5月19日には民主党案（古川元久他4名提出）が付託された。

5月22日には、参議院本会議において、民主党案の提出者でもある山本孝史議員⁽⁸⁾が発言の中で、自らががん患者であることを明らかにした上で、がん対策基本法の重要性を訴えた。その中で山本は、がん治療の地域間格差、施設間格差の問題を指摘し、治療法があるのにもう治らないと言われて見放されたいいわゆる「がん難民」について言及している。さらに、2005年の自殺対策推進基本法の委員会における全会一致決議を例に挙げ、その時点で二案提出されていた法案の一本化の提言を行った。

翌日、5月23日に、自民党案（鴨下一郎他3名）が委員会に付託された。6月2日からは、この二案が同時に実質的審議に入る。6月9日には、委員会提出の法案として二案が一本化されることが決議され、会期末である6月18日を控えて、6月13日の議院運営委員会で議事日程に入れられ、同日の衆議院本会議において全会一致で可決の運びとなった。

実質的な審議が最も活発に行われた6月9日の委員会には、政府参考人として厚生労働省医政局長松谷有希雄、健康局長中島正治が出席した。二案の一本化に向けては、「両法案提出者会議（自民党・鴨下一郎、公明党・福島豊、民主党・仙石由人、各衆議院議員、民主党・山本孝史参議院議員）において協議⁽⁹⁾が進んでいたが、それを受けて午前中は2案とも質疑を行い、午後に他の労働問題の後に、一本化した法案に関する質疑が行われた。質疑の内容としては、共産党から第6条の「国民の責務」について、国民に責任を負わせるものではないかとの質問があった他、社民からは「がん登録制度」と個人情報保護法の関係について、国民新党から地域間格差は正問題、がん専門家、コメディカルの不足について質疑された。そして、自民・公明案、民主案ともに撤回の申し出が受理され、あらためて自由民主党、民主・無所属クラブ、公明党、国民新党・日本・無所属の会の4派共同提案により、がん対策基本法を一本化する草案を成案とし、委員会提出の法律案として決定すべしとの動議が出された。

民主案と自民・公明案との違いは、主に3点であり、以下のような調整がなされた。一点目は、民主党案では「がん対策推進本部」を内閣府に設置する、となっていたところ、自民・公明案では設置場所が特定されていなかった点である。協議の結果、「がん対策推進協議会」を厚生労働省に設置することとし、その協議会をがん患者やその家族、または遺族を代表するものを含む20名以内で構成するものと定められた。経緯としては、「本部」を内閣府に設置することについて、与党が「総理がトップになると、逆に動かなくなることもある」と主張し、野党が厚生労働省内に「がん対策会議」を設置することを提案した

(7) 基本法立法に積極的に参画した山本孝史議員も手記（2007年6月、ホームページ <http://www.ytakashi.net>）において、「がん対策基本法は異例のスピードで成立しました。」と述べている。

(8) 山本孝史議員は、がんのため、2007年12月22日に逝去している。山本議員は、法案成立後も、6回質問に立ち、緩和ケア、HIV、中国残留孤児、在外被爆者、少子化、がん対策推進協議会の定期開催についてなど、積極的な立法活動を行った。彼の最期の質問は、がんの疼痛ケアの薬であるメサドンの承認についてであった。

(9) 山本孝史「がん対策基本法とがん医療水準の向上」『Cancer Frontier』医薬ジャーナル社 9号 2007年 p.176.

が、さらに与党が「中央省庁再編を経た現段階では困難」との認識を示した。そこで、厚生労働省内に「がん対策推進会議協議会」設置の野党提案が成案となった⁽¹⁰⁾。二点目は、民主案にあるがん登録制度が自民・公明案になかったことを受け、民主党の山井和則議員の質問によって、川崎二郎厚生労働大臣（当時）より、「17条2項で地域がん登録事業を含むものと理解する」との答弁を得ることによって、事実上、がん登録制度の実現に向けた法案となった。三点目としては、民主案で「施行日を交付の日から起算して三月を超えない範囲において政令で定める」としたところが、共同案では、2007年4月1日施行となり、289日後、9ヶ月以上遅れての施行となった点である。

参議院においては、一本化された基本法が厚生労働委員会に付託され、全会一致で、わずか24分で可決する。その採決の際、山本孝史議員が起草し、各党の協議を経た19項目の付帯決議が全会一致で採択されている⁽¹¹⁾。翌日、6月16日には参議院本会議において全会一致で可決、成立し、2007年4月の施行が決定された。両院とも、党議拘束が外されることはなかった。

両院合わせた委員会での審議時間は22時間41分であるが、ほとんどすべての時間が衆議院の厚生労働委員会における審議であり、参議院はそれを了承し、本会議にかけたにすぎない⁽¹²⁾。本来2案であったことから、通常の対決法案と比較するならば、異例の短い審議時間での合意を得たということもできよう。また、委員会裁決後、速やかに本会議採決が行われ、非常に迅速に立法が行われたという特徴がある。

この法案に対する利益団体の立場は、賛成のものしかなかったとすることができる。NPO法人「がん患者団体協議会」をはじめ、がん患者の団体は強力に山本議員や立法者を援護し、日本医師会も6月6日の武見敬三議員の発言からもうかがえるように、基本法立法について積極的であったと推察できる。

第3章 脳死・臓器移植法、クローン人間禁止法との比較

第1項 脳死・臓器移植立法の立法過程

1997年6月17日、臓器の移植に関する法律が成立し、我が国においても脳死状態の者からの臓器移植が法的に可能になった。いわゆる脳死臨調から6年、初めの法案提出から4年の議論を経ての政治的決着であった。この立法過程は、非常に長く、複雑なものであり、がん対策基本法とは明確なコントラストを描く。脳死・臓器移植の議論においては、さまざまな利益団体、宗教関係者などが決定過程に参画し、倫理的な問題を含めて、幅広い議論を経なければ、法律の成立とならなかった。

脳死・臓器移植問題には、大きく分けてふたつの論点があった。ひとつは、「脳死立法」をすべきかどうか、という問題であり、もうひとつは、脳死状態にある者の「意思の付度」をめぐる問題である。まず、立法の要否を問う部分においては、法改正せずに脳死した者からの臓器移植ができる、とする立場と、刑法の殺人罪あるいは死体損壊罪にあたるので、法改正が必至である、とする立場の対立があった。関連する論点として、脳死判定の拒否

(10) ibid. p.178.

(11) 小林仁「がん対策基本法の意義とがん医療の課題～立法過程からみた取組の方向性～」『日本外科学会雑誌』第109巻 第1号 2008年 p.38.

(12) しかし、参議院で19項目の付帯決議を付けることができたのは立法過程における大きな出来事である。

権の問題がある。これは、信条や宗教などによって脳死を人の死と認めない患者や家族が、医師が脳死判定を行うことや脳死宣言をすることを拒否することができるか否か、という問題である。いずれの論点に関しても、諸外国では様々な法体系の中で法解釈、移植実施をしており、我が国独自の結論が求められた。結論としては、立法によって、条件付きで脳死を人の死と認めることにより、移植関係者にとって法的安定性を担保する政策が選択された。

第2の論点である「意思の付度」の問題は、脳死状態にあると思われるものの意思が確認できない場合に、家族による承諾によってのみ脳死した者からの臓器摘出を行って良いか否か、という問題である。脳死状態というのは交通事故や突然の発作によって陥ることが多いものであることを考慮すると、移植医療を推進する観点からは、家族による本人意思の付度を認め、本人の（特に書面による）意思の確認を不要とする方が、臓器提供者を多く得やすいという面がある。ドナー数増加を図るためには、本人意思の付度を認めることが望まれた。一方、反対意見としては、近年のインフォームド・コンセントの考えの普及の中で、本人の治療選択の意思を尊重するべきであるというものが挙げられる。また、我が国の国民が医療に不信感を持っていること、医師・患者関係が必ずしも対等でないことなどを鑑みると、臓器摘出ありきのプロセスに、患者と家族が巻き込まれるのではないかという点も指摘される。立法後、初の臓器移植の例では、脳死判定手続きが正当なものであったか、という点に疑問が付され、病院の負担は大きなものであった。

次に、臓器移植法成立までの過程について述べる。我が国の臓器移植医療は、1968年の「和田心臓移植事件」に始まる。この件が、殺人罪にあたるのではないかという捜査があり、その過程で相互に孤立した医局制度の問題点が明るみに出るなど、医療不信を招く結果となった。これにより、先進諸外国よりも20年ほど遅れて議論が始まることになった。

1983年に厚生省に「脳死に関する研究班」が発足し、いわゆる竹内基準という脳死判定基準が示された。続く1985年には厚生大臣の私的諮問機関である「生命と倫理に関する懇談会」で審議が行われ、1986年には日本医師会会長の諮問機関として発足した「生命倫理懇談会」が竹内基準を必要最小限の基準として認め、脳の死をもって人間の個体死と認めてよいという報告を行った⁽¹³⁾。このような非公式な決定の方法、また竹内基準自体に対して、日本弁護士連合会や宗教者らから批判が噴出した。いずれの委員も医師ないしは専門家によってのみ構成されていたことも批判された。

このような状況の中で、1988年に、自公民の共同議員立法の形で「臨時脳死及び臓器移植調査会設置法案」が国会に提出され、1989年に成立した。これに基づき、首相の諮問機関としていわゆる脳死臨調が1990年に発足した。委員は、医学関係者以外も交えて各界からの15名で構成され、約2年の審議を行った。しかし、その最終報告は、臓器移植法立法の必要性を積極的に主張するものではなく、脳死を人の死とするか否かという重要な問題についても人の死とする考え方と、脳死は人の死ではない、という考えの「両論併記」の形式をとらざるを得なかった。

脳死臨調の報告から2年3ヶ月後、1994年4月12日に「脳死及び臓器移植に関する各党協議会」（座長森井忠良議員他14名）による議員提出法案として、初の臓器移植法案が国

(13) むで島二郎『脳死・臓器移植と日本社会』弘文堂 1991年 pp.111-116.

会に提出された。しかし、提出直後に細川首相が辞任し、社会党が連立を離脱、羽田内閣が誕生するなど、政局に大きな動きがあり、審議入りは遅れた。はじめの会期中は未付託で、継続審議を経て次の臨時国会の衆議院本会議において趣旨説明がなされた。翌1995年、衆議院厚生委員会において提案理由説明聴取などがなされたが、実質的な審議はほとんど行われず、法案成立の見通しはほとんど立たなかった。この時点の法案は、脳死した者を「死体（脳死体を含む）」と表現しており、また、臓器摘出の要件として家族による意思の付度が認められていたことが批判をあげた。

そのような議論の混迷状況の中で、1996年5月27日、自民党、社民党、さきがけの与党三党が「脳死及び臓器移植に関する各党協議会」が骨子をまとめた修正案提出に合意し、臓器摘出は本人の書面による意思の表示があった場合に限られるという厳しい基準を採用した。中山太郎会長の「生命倫理研究議員連盟」総会で修正案が決定され、6月14日衆議院厚生委員会に修正案が提出された。その秋の臨時国会においては、実質的な審議が行われないまま、9月27日の衆議院解散にともない、法案は廃案となった。この法案はふたたび1996年11月26日の「生命倫理研究議員連盟」総会で国会への再提出が決められ、12月3日自民党総務会了承、9日の自社さ3党による与党政策調整会議の了承を経て、同じ内容のものが11日に中山太郎議員らによって再提出された。

本格的に立法への動きが見えたのは、1997年3月からの通常国会であった。提案者中山太郎議員による趣旨説明の後、衆議院厚生委員会においては約25時間にわたる審議が行われた。委員会では、中山案と、対案である金田誠一議員によって提出された、脳死を人の死としないまま移植を行うことができるとする案の二案について審議が行われたが、二案とも委員会採決は行われなかった。これは、41年ぶりの委員会採決抜きでの法案提出という町村信孝委員長の選択であった。本会議では共産党を除く各派が党議拘束を外して採決を行うことを既に決めており、票を読むことが難しい状況であった。また、万一、二案共可決した場合のことが考慮されておらず、極めて異例の手続きである。

こうして、二案について同時に4月24日の衆議院本会議で記名投票による採決が行われた。まず金田案が賛成76票、反対399票（欠席・棄権25）で否決され、次いで中山案が賛成320票、反対146票（欠席・棄権32）で可決された。中山案には自民党議員の82%、新進党の62%が賛成、一方金田案には民主党の58%、社民党の67%が賛成しており、党議拘束なしでの投票ではあったが、中山案を事実上の与党案と捉えた投票行動であったと見ることができる。厚生省は以前から中山案を支持しており、法務省も刑法との整合性をとりやすいつの観点から中山案支持を明らかにしていた。衆議院通過の時点で、法案は脳死を人の死と一律に認め、脳死判定を拒否する権利を本人と家族に認めず、臓器提供意思の本人の書面による表示を要件とするものであった。

衆議院本会議可決を受けて、参議院には「参議院臓器の移植に関する特別委員会」の設置が決められた。この目的は、審議不十分との批判を受けないようにすることと、同時に審議されていた健康保険法、老人保険法、介護法案などの他の法案との日程調整をするためであった。6月18日の会期末を控え、5月26日から審議に入り、衆議院可決法案と、衆議院の金田案とほぼ同じ内容の猪熊案の二案が同時に審議された。参議院においては、原法案に患者と家族に脳死判定に対する拒否権を認め、臓器提供を行う場合に限り脳死を人の死とする、という修正を行った。また、かねてから批判のあった「死体（脳死体を含む）」

という表現は、「脳死した者の身体」に変更された。この修正案について約3時間の審議の後、特別委員会の審議は打ち切れ、委員会において賛成23、反対11で可決された。猪熊案は採決されず、審議未了で廃案となった。

翌6月17日、参議院本会議で採決が行われ、賛成181票、反対61票で中山修正案が可決した。その日の午後、衆議院に送付され、臓器移植法案が可決、成立した。施行は1997年10月となった。橋本首相は4月の一度目の採決においては「行政の最高責任者が判断を示すべきでない」と語ったが、再度の採決では賛成票を投じた⁽¹⁴⁾。

第2項 クローン人間禁止法の立法過程

クローン人間を作製することが法律で禁じられた経緯の発端は、1997年2月に、スコットランドのロスリン研究所のイアン・ウィルムート博士が羊の乳腺細胞をもとに体細胞クローン羊「ドリー」を誕生させたニュースであった。その当時、国内に生命倫理への取組をする委員会、研究所などを持つ先進国は、このニュースに素早く対応した。当時の米国大統領クリントン氏は体細胞クローン技術の人間への応用に懸念を示す声明を出し、同年6月にはNational Bioethics Advisory Commissionの報告書の中で人間の生殖技術の応用を規制する方針が打ち出された。同年、バチカンのローマ法皇（ヨハネ・パウロ2世・当時）の諮問会議である生命アカデミー⁽¹⁵⁾も見解を出し、倫理的な観点からのクローン人間づくりの禁止を呼びかけ、主にカトリック信者の多い諸国の政策に影響を与えた。

そのような国際情勢の中、我が国は1997年3月に内閣総理大臣の諮問機関である科学技術会議の政策委員会がヒトに関するクローン研究への政府資金の配分を差し控える旨の決定を行い⁽¹⁶⁾、9月に科学技術庁の科学技術会議内に生命倫理委員会が設置された。1998年7月に文部省の学術審議会がまず、クローン技術のヒトへの応用を禁止する指針案をまとめた。8月31日に文部省より「ヒトのクローン個体の作製に関する研究の禁止」という「通達」⁽¹⁷⁾が出された。1999年、科学技術会議・生命倫理委員会・クローン小委員会の報告書⁽¹⁸⁾、生命倫理委員会の決定⁽¹⁹⁾により、法制化の方向性が明確になった。そして、2000年には科学技術会議の生命倫理委員会、ヒト胚研究小委員会が立法によってクローン技術のヒトへの応用を禁止する法案の原案をまとめた⁽²⁰⁾。

(14) 拙稿「臓器移植をめぐる立法過程」『法学政治学論究』35号（1997年冬季号）慶應義塾大学法学研究科内『法学政治学論究』刊行会編

(15) 「生命アカデミーは1994年2月に設立され」た。秋葉悦子『ヴァチカン・アカデミーの生命倫理』知泉書店2005年

(16) 科学技術会議 政策委員会「ヒトのクローン研究に関する考え方について」1999年1月

(17) この1998年文部省通達においては「ヒトの体細胞由来の除核卵細胞への核移植は、研究においてこれを行わないものとする」とされていたが、2000年クローン人間禁止法においては特殊胚の取扱の規制は緩和された。

(18) 「クローン技術による人個体の産生等に関する基本的考え方について」（1999年11月）

(19) 1999年12月決定

禁止理由：①人間の育種や手段化・道具化の問題、②無性生殖による社会的弊害、③危険性

(20) 2000年3月、生命倫理委員会はクローン個体等の産生を禁止する法律によって人クローン胚に関する規制の枠組みについて早急に整備することを決定した。

参考：大洞龍真「ヒトに関するクローン技術等の規制に関する法律について」『ジュリスト』1197、2001年 pp. 44-47

法案は、まず1999年4月の第147通常国会に提出されるが、委員会に付託されることなく、廃案となった。その後、2000年4月の閣議決定を受け、第149通常国会に内閣提出法案が提出されるが、衆議院の科学技術委員会に付託されたまま、本会議にもかけられることなく、再び廃案となった。その年9月の科学技術会議クローン小委員会の報告を受け、法案を修正することが与党・政府連絡会議で了承され、違反者の量刑が「5年以下」から「7年以下、または10年以下」に引き上げられる方向で検討が再開。さらに、法律の見直し期間が「5年以内」から「3年以内」に修正され、クローン技術の人間への応用について、慎重な姿勢をとる方向でインクレメンタルに修正されていった。

一方で、民主党から対案が提示され、内閣提出法案は10月6日、民主・近藤昭一議員他3名提出の議員立法・法案「ヒト胚等の作成及び利用の規制に関する法律案」⁽²¹⁾が10月26日に提出された。その後11月7日、衆議院科学技術委員会に付託され、計5回の委員会の中で議論された。議論の焦点は罰則規定と、胚の取扱いについて、また、法案の原案をとりまとめた科学技術会議、生命倫理委員会の人選についてであった。特に生命倫理委員会委員長の井村裕夫氏が神戸の「医療産業都市構想」の中心的役割を担う事実を挙げ、先端医療技術の推進に強い動機を持っており、中立の立場での議論が可能であるか、との疑問が提示された。

2つの法案は最後まで同時に審議され、採決直前に出された4派（自民党、民主党・無所属クラブ、公明党、自由党）共同提案による修正案と附帯決議によって、与党と民主党との合意が得られる運びとなった。修正案は、法律の見直し期間を「5年以内」から「3年以内に、ヒト受精胚の人の生命の萌芽としての取扱いの在り方に関する総合科学技術会議等における検討の結果を踏まえ」に変更し、「特定胚の取扱いに係る制度について」を「この法律の規定に」として、より一層厳格な規制を設ける内容であった。臓器移植立法の時のように、2案が同時に本会議に提出されるという事態は避けられた。この法案の委員会審議は9日間⁽²²⁾5回、参考人意見陳述・質疑を含めて約17時間しか議論されなかった。

本会議採決に際して、自民党、民主党とも党議拘束が外されることはなく、党所属議員全員が賛成の投票を行った。社民党のみが衆議院の委員会の時点から反対を表明⁽²³⁾しており、社民党議員と無所属議員の一部が反対票を投じた。

衆議院本会議では11月16日に修正案が可決したが、参議院本会議の可決は2000年11月30日、会期末を翌日に控えて最終盤での成立となった。

2000年末、第150臨時国会末での成立を受けて、文部科学省が法律に基づく指針案を公表したのが2001年1月であり、その指針の適用は同年12月5日となった。欧米諸国が1997年のクローン羊の誕生を受けて、緊急に規制や立法による禁止を行ったのに対して、日本においては、法的に禁止されるまでに約4年の歳月を要し、その間の規制は科学技術庁のガイドラインと、科学技術庁長官と文部大臣の声明のみであった。法律に基づく規制は、

(21) 第150国会衆法第8号

(22) 2000年11月7日から15日まで。

(23) 社民党の反対理由（要約）：1. 全体を統括する視点の欠如、2. クローン技術の定義の曖昧さ、3. 受精卵クローンについて容認している点、4. 細胞を採取される女性の視点の欠如、5. 従来の自主規制中心主義への反省の欠如、6. ES細胞研究容認の拙速、7. 人の命のはじまりについての議論の不在、8. 女性の意見の聴取欠如、9. 社会的合意不在、10. 法案審議の時間的不足

「公布の日から1年を越えない範囲で」定めることが求められており、公布の2000年12月6日からちょうど1年、定められた日限直前の制定であった。法律成立の時期が中央省庁等改革基本法に基づく中央省庁再編を2001年1月に控えた行政の混乱期でもあったことも影響したと考えられる。

この制定の遅れは、先進諸外国が人工妊娠中絶や生殖医療などについて生命倫理に関する政府委員会、国家元首の諮問委員会、あるいは独立した専門委員会を既に持っており、既成の組織に議論をゆだねることによって決定の時間を短縮することができたのに対し、日本においては生命倫理に関する議論の準備が不十分であり、まず専門委員会を設置することからはじめ、作業部会を組織しなければならなかったことに由来する。

クローン技術規制法の内容としては、①ヒトクローン胚をヒトまたは動物の胎内に移植することを禁止し、②胚の取り扱いに関する指針により、実施者に届出、実施期限、計画変更命令、立入検査、措置命令等に従うことを求めるものである。

法案修正過程において最も問題とされたのは罰則である。厳罰化によって立法の目的を明確にしクローン人間産生を禁止することが目的とされた。①のヒトクローン胚等のヒト又は動物の胎内への移植の禁止に違反した者は「10年以下の懲役若しくは1千万円以下の罰金、または併科」が、②の特定胚の適正な取り扱いに違反したものは「1年以下の懲役、または100万円以下の罰金」が科されることとなった。

このようにして、日本において人間にクローン技術を応用してヒトを誕生させることは法的に禁止されたのであるが、この間の社会状況において特筆すべき点は、マス・メディアの関心の薄さである。全国紙の新聞も委員会、国会に提出されてからの扱いについて、断片的な情報しか報じておらず、関連の特集、賛成論・反対論の紹介すらない。問題が科学の専門的知識を必要とするから、という理由にしては脳死・臓器移植問題の時の反応が異なる。マス・メディア内の情報選択の問題と共に、この問題は注目されるトピックとならなかった⁽²⁴⁾。

第4章 3つの立法過程の比較

本稿では、生命倫理をめぐる問題群の立法過程を比較する試みを続けてきたのであるが、その明らかな共通点を見つけることは大変に難しい。「がん対策基本法」以前の立法においては、その政治過程の圧倒的な「長期化」というのが、大きな共通項であった。生命倫理の問題は国民の生命に関わる重要なものではあるが、関わる人数、関心を寄せる人間が少ないために、どうしても議事日程の決定において後回しになってしまう。会期制をとる日本の国会においては、会期末に間に合わなかったり、継続審議の手続きができなかったり、最悪の場合は解散による廃案となることを常に覚悟しなければならないものであった。しかしながら、「がん対策基本法」は非常に早い立法過程を進んだものとして注目される。ここでは、今まで論じてきた3つの立法過程の共通点、相違点について整理したい。

臓器移植法案は、厚生省の研究班発足から立法まで11年を要するという非常に長い立法過程が特徴である。継続審議、2回の廃案を経て、ようやく立法にこぎつけることができた。当時の政治的状況を考えると、困難な状況がうかがい知れる。細川首相就任、社会党

(24) 拙稿「政治とクローン人間～生命倫理問題の決定の選択肢を探る～」『国府台論叢』2004年

の連立離脱、羽田内閣樹立などの日本の大きな政治的転換期にあった。また、特徴として与野党がそれぞれ対案を出し合う「対決法案」のような図式で論じられたことが挙げられよう。最終的に、野党議員中心の案と自民党議員中心の案が二案同時に本会議で採決を行うという異例の運びをした法律である。

国会内での議論の方法としては、通常の委員会に加えて、参議院で特別委員会が組織されたことが特筆できよう。また、この問題をめぐる全体的な議論のトーンとして、議員連盟の活動、超党派議員の集まりの役割が大きかったことも重要である。法案は、最終的には2案対決という形式をとったものの、臓器移植を日本で実現させようという機運が高まっていたのであると考える。

クローン人間禁止法についても、長期化ということには同様のことが言える。各国で緊急の課題であったにもかかわらず、日本では立法までに「ドリー」から三年を要した。最終的な採決は、会期末の迫ったぎりぎりのものであった。

臓器移植問題との違いは、当初の対立はあったものの、党派による対決が少なく、最終的には衆議院の委員会では与野党共同提案ができたことである。また、臓器移植問題に関して、特に当初、日本医師会が関与したのに対し、クローンについては関与が見られなかった。

がん対策基本法の立法過程においては、日本医師会の強力が得られた。がんは、他の生命倫理問題とは異なり、国民の意識も高いものであるため、患者団体、議員の強力が得られやすいものであった。また、2006年には、日本の政情が比較的安定していたことも迅速な立法化に寄与したものと考えられる。

もう一点、特筆すべきは、参議院議員山本孝史の活動である。氏は、自らががん患者であることを衆議院本会議で明らかにした上で、本法の成立への協力を強く呼びかけた。闘病しながらも委員会での質問を続け、末期がん患者のクオリティー・オブ・ライフの向上に意欲を見せた。彼の最後の質問は、法案成立後の2007年6月12日、参議院厚生労働委員会において、緩和ケアで処方する薬の許認可をめぐるものであった。同年、12月22日に亡くなる半年前のことであった。

結び

特定の疾患や、特殊な生命倫理的問題については、なかなか国民の理解が得られない。また、政治家にとっても選挙において票になるテーマとは言い難い。そのような中で、今後も様々な生命倫理の問題が政策課題として上げられてくることが予想される。クローン人間については、再論の余地があるし、喫緊の問題としては、尊厳死、安楽死問題が挙げられよう。特に、自分の意思で、まだ心肺機能、脳幹機能があるうちに生命を絶つ「安楽死」については、既に各国で立法や議論が行われており、日本でも法律の見解、法の改正が求められるようになるであろう。また、DNAについて詳細に研究が進む中、デザイナーズ・ベイビーのような優生学の問題を含むものも政策課題となりうる。これまでの政策課程を俯瞰したところ、「長期化」「後回し」といった、生命倫理問題を優先課題としない日本の現状が明らかになった。多くの生命倫理問題の立法に成功したからといって、これからの道のりが易しいものになったわけではない。

今後の生命倫理問題に関する立法においては、個々の政治家、政党の意識の変化が求め

られることは自明で、さらに、法律案の立案者が考慮すべき課題として次のようなものが挙げられよう。まず、政情が不安な時には、議事運営が不安定になるため、なるべく避けること。関連団体の利益の調整は法律案提出前に済ませること。世論の動向を見極めて、なるべく国民的課題として認識させる努力をすること、などである。

日本は高齢化社会を迎え、老い方、死に方について、大きな課題を背負っている国である。国民の健康、福祉の向上の面からも、生命倫理を重視する施策を行い、立法課程が変化していくことが求められる⁽²⁵⁾。

(25) 「助かるはずの「いのち」が次々と失われていく。それは政治の責任です。」山本孝史『救える「いのち」のために』朝日新聞社 2008年