

生殖医療をめぐる議論と課題

— 生殖補助医療（技術）を中心に —

鶴 宏 史

はじめに

最近、代理出産や着床前診断などをめぐる事件が頻発しているが、これらは生殖技術あるいは生殖医療技術に含まれ、大まかに3つに分類することができる。¹⁾

- ① 生殖抑制技術：避妊・人工中絶といった生殖力を抑制し、望まない子どもの出生を回避する技術
- ② 生殖補助医療（技術）：不妊治療などの子どもを持つことができなかつた人々に子どもが生めるようにする技術
- ③ 生命の質を選別するための技術：着床前診断、出生前診断

これらの技術は日進月歩で発展しているため、関連する問題に対する法律やガイドラインの整備の遅れが指摘されている。また、法的な問題ばかりでなく、生命に関わることから医療的・倫理的な議論も活発になされている。特に、生殖補助技術の進歩は、生殖技術の中でも中心的な地位を占めるようになった。²⁾

そこで本論では、近年の生殖補助医療に関する規制、事例をまとめ、何が問題とされ、議論されてきたのかを概観し、今後の生殖補助医療の課題を考察していきたい。

1. 近年の生殖補助技術をめぐる動向

不妊とは「妊娠可能年齢の子どもを望む男女が、避妊をしない生背活を営んでいるにもかかわらず、

2年以上妊娠しない状態」と定義される。不妊治療を受け始めると、まずは、精子検査や排卵誘発剤のような投薬治療・タイミング指導が行われる。次いで人工授精、そして体外受精へと進んでいく。これを分類したのが表1である。表1にあるように、生殖補助医療とは、人工授精・体外受精の技術を指す。さらに代理懐胎も含めない場合もあるが、本論ではこれらも含めるものとする。³⁾

生殖補助医療をさらに細かく分類したものが表2である。人工授精にしても体外受精にしても、配偶者間・非配偶者間・代理懐胎のいずれかの選択肢があり、さらに誰の精子・卵子を用いるかでいくつかのパターンに分類される。

(1) 最近の生殖医療技術をめぐるケース

生殖補助医療の歴史は、1799年にイギリスにおいて配偶者間人工授精が行われたのが最初だといわれているが、我が国での歴史を簡単に列挙すると以下ようになる。

- 1949年：慶応大学において日本で初めての非配偶者間人工授精が行われる。
- 1983年：東北大学において日本で初めての配偶者間体外受精が行われる。
- 1992年：日本初の顕微鏡による出産が報告される。
- 1998年：第三者の卵子を用いた非配偶者間体外受精が行われる。これを実施した医師は日本産婦人科学会から除名処分を受ける。
- 1998年：離婚に際してAIDで生まれた子どもの親権を争った裁判、および夫の同意を得ずにAIDにより出産した子どもに対して、夫が嫡出否認を訴えた裁判が起こる。前者は

表 1 不妊治療の方法

分 類	方 法	適 用 そ の 他
タイミング指導	排卵日を検査し、性交渉のタイミングを指導する	
薬物療法により自然妊娠分娩を促進する	排卵誘発剤の使用 ホルモン療法 その他薬物療法（漢方療法、ビタミン療法等を含む）	排卵因子 排卵因子・頸管粘液因子・黄体機能不全・男性因子 子宮内膜症・男性因子
外科的処置・手術療法により自然妊娠分娩を促進する	通水法 卵管形成術 筋腫核手術 子宮奇形形成手術 その他の手術（癒着剥離手術など）	卵管因子 卵管因子 子宮筋腫 子宮奇形 子宮内膜症など
生殖補助医療 ¹⁾		
人工授精	排卵時期に精液から良好な精子を集め子宮腔内に注入する。移植当たり生産率8～10%。1回当たり費用5000～3万円、国内出生児数数万人（不詳）。配偶者間人工授精（AIH）と非配偶者間人口受精（AID）がある。	
体外受精	配偶子（精子と卵子）を取り出し、体外において受精させること。具体的には、排卵直前の卵胞卵子を採取し、培養液内において精子を加えて受精させる。適応：卵管障害・子宮内膜症・抗精子抗体・子宮頸部因子・原因不明因子・一部の男性因子。1移植平均50万円といわれる。出生児数1978年（英）以降世界で約40万人、日本では1983年以降（東北大）5万人弱。 <small>筆者注</small> 胚移植法（IVF-ET）、ジフト法（ZIFT）など。	
ギフト法	配偶子の卵管内移植。採取した卵子を受精させずに精子とともに腹腔鏡下に卵管内に移植すること。体外受精と異なり受精は体内で起こる。	
顕微授精	極度の精子過少症、極端に精子の運動率が低い等、主として精子に受精障害の原因がある場合に用いられる体外受精の一技術のこと。顕微鏡下で卵周囲の透明体を開窓させて卵細胞内に精子が入りやすくさせる方法や卵に直接精子を注入する方法等、受精の過程を顕微操作で行うこと。PZD（透明体開口法）、SUZI（透明体下精子注入法）、ICSI（細胞質内精子注入法）など。	

1) 生殖補助技術（assisted reproductive technologies）は生殖補助技術、高度不妊治療などともよばれる。高度な医療技術を用いて生殖を可能にすることをいう。人工授精は含めないことが多いが、本稿ではこれを含める。

出所：白井千晶「子と会いたい 出会いの期待と生殖補助技術の現在」大久保孝治（編）『変容する人生—ライフコースにおける出会いと別れ—』コロナ社、2001年、55頁。

筆者注）2003年4月に提出された「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する報告書」によれば、体外受精によって生まれた子どもの数は6万人弱と増加している。

母親に親権が認められ、後者は夫の嫡出否認が認められる判決がだされた。

- 2001年：諏訪マタニティークリニックにおいて日本で初めての代理懐胎（代理出産）が行われる。

近年では生殖補助医療に関する問題が目立ってきているが、以下、直近のケースについて詳しくみていきたい。

1) 代理出産による子どもの親子関係を認めないケース⁴⁾

日本人夫婦（夫が53歳、妻が55歳）がアメリカで代理出産で生まれた双子の出生届を、法務省が親子関係が確定できないとして、生後一年を過ぎても受理していないというものである。

この夫婦は、2001年にアメリカのカリフォルニア州の代理出産斡旋会社と契約し、アメリカ人女性から卵子の提供を受け、夫の精子と体外受精をした。この受精卵を別のアメリカ人の代理母の子宮に移植し、2002年の秋に双子を出産した。カリフォルニア州の州法では、代理出産の場合、裁判所の判決が得られれば、依頼人夫婦を父母とする出生証明書が発行される。本ケースの夫婦はこの証明書を提出したが、領事館はこれを保留し、法務省と協議したが、受理の可否を決定できないまま1年が過ぎ、双子は日本国籍を得られないままに、アメリカ人として外国人登録して帰国している。

ここで議論となるのは、代理出産で生まれた子どもの母は誰になるのかである。後述するように、我が国では代理出産を禁止しているので、海外での代理出産を行おうとする夫婦は少なからずある。母親／妻の年齢が若ければ、海外での出生証明書があれば、代理出産の契約書を提出する必要がないため、代理出産の事実を伏せて実子として出生届は受理される。しかし、法務省民事局長通達によって、母親／妻の年齢に疑問がある場合（50歳以上）は出産の事実を確認されるため、⁵⁾ 今回のようなケースが起こった。

2) 亡夫の凍結精子で出産した子どもと亡夫の父子関係が認められないケース⁶⁾

凍結保存していた亡夫の精子で体外受精し、男児を出生した女性とその子どもが、亡夫の子どもとして認知を求めた訴訟において、松山地方裁判所は、「夫が死後生殖に同意していたとはいえない」「社会通念上から法律上の父と認めることに躊躇を感じる」「自然的な受精・懐胎からの乖離が著しい」などから、法的な父子関係は認められないとして請求を破棄したものである。

訴状などによると、1999年に死亡した夫の冷凍保存された精子で体外受精して、2001年に子どもを出産。夫の死から300日以上が経過していたため、嫡出子としての出生届は民法の規定上、認められず、最高裁への抗告も退けられていた。そのため、非嫡出子の戸籍を得た上で、2002年6月に、死後認知を求めて控訴していた。なお、次項で触れる「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する報告書」では、その対象は精子や卵子、受精卵の第三者提供、代理出産に限定しており、夫婦間の死後生殖については触れてはいない。この判例は、夫の死後の妻の妊娠・出産という法律（民法）が想定していない事態に対する初めての司法判断となっている。

なお、このような死後生殖はフランス・ドイツでは法律で禁止され、イギリスでは生前の同意があれば可能であり、アメリカでは原則禁止であるが、生前の同意があれば可能である。いずれにせよ、何らかの法の整備がなされている。

(2) 生殖補助医療に関する規制

さて、これまで生殖補助医療に関しては、日本産婦人科学会（以下、日産婦と省略）の見解以外には規制するものはなかった。それは以下の1)～3)である。⁷⁾

1) 「体外受精・胚移植に関する見解」（1983年）

配偶者間体外受精が1983年に初めて実施されたことを受けて、日産婦は同年、見解を出し、対象は、法的に婚姻している夫婦で、この治療によってしか妊娠の見込みがないと判断され、かつ受精

表2 生殖補助医療の方法とそれに関する経緯および規制

生殖補助医療の方法と配偶子のパターン				我が国における生殖補助	
方法	配偶子のパターン			これまでの経緯	
人工授精	配偶者間 (AIH)	夫の精子	妻の卵子	妻出産	
	非配偶者間 (AID)	第三者精子	妻の卵子	妻出産	1949年に慶応大学において初めて行われる。社会的議論も表面化せず、AIDに関する法律も制定されることはなかった。
	代理母 (サロゲートマザー)	夫の精子	第三者卵子	第三者出産	公表はされていないが、宮淑子『不妊と向き合うー生殖技術・私の選択ー』教育資料出版会、1992年)のケースが紹介されている。このように水面下では親族間などで代理母が行われていることが想像される。
体外受精	配偶者間	夫の精子	妻の卵子	妻出産	1983年に東北大学において初めて行われる。体外受精によって生まれた子どもの数は6万人弱に達するといわれている。
	非配偶者間	夫の精子	第三者卵子	妻出産	1998年に諏訪マタニティークリニックで初めて行われる(姉妹間での卵子提供)。これによって、医師は日本産婦人科学会から除名処分を受ける。1999年には9人の子どもが非配偶者間体外受精で生まれたことを公表した。
		第三者精子	妻の卵子	妻出産	
		第三者精子	第三者卵子	妻出産	
	代理母 (ホストマザー)	夫の精子	妻の卵子	第三者出産	2001年、諏訪マタニティークリニックで初めて行われる。このケースで代理母となったのは妻の妹である。さらに同医院において2003年に義理の姉妹間での代理出産も行われた。
		第三者精子	妻の卵子	第三者出産	
第三者精子		第三者卵子	第三者出産		

生殖医療をめぐる議論と課題

医療に関する経緯と規制など	「報告書」 ^{注1)} の内容	
規 制	可否	内 容
	○	特に触れてはいない。
1997年日本産婦人科学会による「非配偶者間人工授精と精子提供に関する見解」。これにより、日本産婦人科学会の登録を条件にAIDを正式な不妊治療として認めた。この背景には、インターネット上での精子売買が表面化してきたことにある。	○	精子の提供を受けなければ妊娠できない夫婦のみが可能。
日本産婦人科学会は「代理懐胎に関する見解」において禁止している。	×	妊娠・出産を行う第三者を生殖の手段と扱っており、また、安全性の面と、親子関係をめぐる問題から容認できない。
1983年日本産婦人科学会による「体外受精・胚移植に関する見解」。被実施者は子どもを望む夫婦であり、婚姻していなければならない。また、必要に応じて、当事者以外の意見・要望を聴取する場を設けることとされる。	○	特にふれてはいない。
「体外受精・胚移植に関する見解」において体外受精に関しては法律上の夫婦に限るとしていたため、自主規制していた。しかし、日本産婦人科学会は2001年2月24日、非配偶者間体外受精について、提供者を匿名の第三者に限定して容認するとした同学会倫理委員会の見解を了承した。	○	卵子の提供を受けなければ妊娠できない夫婦に限り可能。
特に想定はしていないと考えられる。	×	生まれてきた子どもの安定した養育環境が不十分であることから、精子・卵子両方の提供によって得られる胚の移植を認めない。
日本産婦人科学会は「代理懐胎に関する見解」において禁止している。	×	妊娠・出産を行う第三者を生殖の手段と扱っており、また、安全性の面と、親子関係をめぐる問題から容認できない。

注1) 「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する報告書」を指す。

卵・の遺伝子操作を行わないという条件において正式な不妊治療として認めた。

2) 「非配偶者間人工授精と精子提供に関する見解」(1997年)

1949年に初めて非配偶者間人工授精(AID)が行われたが、親子関係をめぐる問題も表面化せず、AIDに関する法律も制定されることもなかった。だが、精子売買の表面化などから学会が見解を出し、対象は、法的に婚姻している夫婦で、この治療によってしか妊娠の見込みがないと判断され、かつこの方法で子どもを希望する、精子提供は非営利的な目的であり、実施機関の日産婦の登録を条件にAIDを正式な不妊治療として認めた。だが、非配偶者間体外受精に関しては触れられなかった。その後、前節で触れたように非配偶者間の体外受精や代理出産が医師独自の判断で行われ、学会を除名されるケースも起こっている。

3) 「代理懐胎に関する見解」(2003年)

生まれてくる子どもの福祉の最優先、代理懐胎は身体的危険・精神的負担を伴うこと、家族関係を複雑にする、倫理的に社会全体が許容しているとはいいがたいの4点から代理懐胎を禁止している。

4) 「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する報告書」(2003年)⁸⁾

2003年4月28日、厚生科学審議会生殖補助医療部会は(以下「報告書」と省略)を提出した。この背景には、先述のように、生殖補助医療の拡大にも関わらず、法的規制がないこと、また日産婦の自主規制に違反する医師が出てきたこと、生殖補助医療により生まれた子どもの福祉を巡る問題の顕在化、および精子の売買などの商業主義的行為が見られるようになったことがあげられている。このような背景の中で、生殖補助技術に関する専門委員会(以下、専門委員会)が設置され、「報告書」の提出に至った。

まず、専門委員会の検討においては、生まれてくる子どもの福祉の優先、人間を専ら生殖の手段として扱ってはならない、安全性への十分な配慮、優勢思想の排除、商業主義の排除、人間の尊厳を

守る、の6点が前提となる基本的考え方として挙げられた。このような前提のもとに、報告書では以下のような結論に達している。

- ① 代理懐胎の禁止
- ② 不妊症によって子どもを持つことができない法律上の夫婦に限り、かつ自己の精子・卵子を提供できず、加齢(50歳が目安)によらないという共通条件および一定の条件の下で、精子・卵子・胚の提供による人工授精・体外受精を認める(細かな条件については表2を参照)。
- ③ 精子・卵子・胚の対価の禁止。
- ④ 精子・卵子・胚の提供者は匿名とすること、ただし、兄弟姉妹からの提供については今後検討する。
- ⑤ 生まれた子ども出自を知る権利。生まれた子どもが15歳以上になった時に出自を知る権利を認め、また、近親婚にならないための確認ができる。
- ⑥ 個人の情報管理に関する公的官営運営機関を設ける。
- ⑦ これらを実施する医療施設は行政により指定する。
- ⑧ 重大な違反については、罰則を伴う法律で規制を行う。
- ⑨ インフォームド・コンセントおよびカウンセリングの充実。

この「報告書」を基盤として、関連法律の案を今年、国会に提出予定である。同時に、それに伴う親子・家族関係についての法律改訂の検討が行われている。

2. 生殖補助医療において何が議論されてきたのか

前節では、生殖補助医療に関するケースおよび規制について概観してきたが、本節では、これまで生殖医療技術の是非について何が議論されてきたのかをみていきたい。

(1) 子ども(家族)持つ願い／権利

生殖補助医療の技術は、「生殖促進技術」ともいわれ、⁹⁾子どもがほしいにもかかわらず、子どもを持たない夫婦の願いを出発点として発展してきた。そして、科学技術の進歩・発展に伴って、表1・2に示したような様々な技術が生み出されてきた。このような趨勢の中で、山口は、生殖補助医療に関して結局のところ、以下のような命題が生じたと指摘する。¹⁰⁾

- ① AIH や AID といった体内受精が認められるならば、体外受精も認められるはずである。なぜなら、患者の願いは妊娠することであり、体内受精がよくて体外受精がよくないという理由はないためである。
- ② 第三者の精子を用いた体内受精が認められるのであるから、同じく第三者の精子を用いた体外受精も認められるべきである。
- ③ 第三者の精子使用が認められるとするならば、同様に第三者の卵子を用いた体外受精も認められるべきである。
- ④ 配偶者・非配偶者を問わず体外受精が認められるのであれば、子宮に障害のある女性たちのために代理母が認められるべきである。そして最終的に行き着く先はクローン技術による単為生殖医療への要望であるとして、
- ⑤ 他人の精子を用いて子どもを得るよりも、夫の体細胞を用いた夫のクローン赤ちゃんを産みたい。

先述のように「報告書」では、③の非配偶者間体外受精までは認めているが、代理懐胎については禁止することを明らかにしている。それに対して、2003年11月29日に「妊娠・出産をめぐる自己決定権を支える会」が、不妊患者の妊娠・出産の権利を制限すべきではないと声明を公表し、「報告書」で禁止された兄弟姉妹など肉親からの配偶子・受精卵の提供と代理懐胎を認めるように求めた。そこでは、子どもを持つことは権利であり、それを規制・禁止することは幸福追求権の侵害、また、生殖の自由(reproductive free)・生殖の権利(reproductive rights)はプライベート

な選択にかかわる問題であるので国家がみだりに介入してならないという考えが根底にある。¹¹⁾

また、目の前に子どもを望むのに持てないと悩んでいる人が目の前にいて、それを実現できうる技術(あるいは最新の技術の応用)があるのだから、そのニーズをかなえるのが医師の務め(医師としての倫理)という考えもある。

さらに、世界人権宣言において、「すべて人は、科学の進歩およびその利用による利益を享受する権利を有する」のだから、不妊を克服するための技術があるにもかかわらず、その利用を国家が不当に禁止・制限することは、権利の侵害にあたると考えられている。¹²⁾

あくまで親になるであろう人(あるいは子どもがほしい人)の子どもを持つ権利を最優先とするならば、上記の命題は成立することになるだろう。これに対して、どのような反論が出されているのか。

(2) 自然に反する生殖(生命・生殖のコントロール)は許されるのか

生殖補助医療に限らず、生殖医療全般、あるいは遺伝子操作技術に関する反論の最も強いものは、「自然に反する生殖(あるいは生命)のコントロールは許されるのか」というものである。この場合、「自然である」「自然とされる生殖」とは何かということが議論の焦点になるが、山口はこの点について、「a非操作の配偶子による妊娠であること、b夫婦が遺伝的な親であること、c妻が産みの親であること」であり、それに沿う不妊治療とは、薬剤治療、配偶者間人工授精、配偶者間体外受精であると述べ、それ以外の技術(非配偶者間体内授精・体外受精、代理懐胎)を認められるべきではないと述べている。¹³⁾

これに対する反論としては、必ずしも「自然」=「よいこと」/「不自然」=「悪いこと」ということが導けないということである。¹⁴⁾ 配偶者間体外受精に関しては、1987年に初めて行われた時には、強い拒否反応を示していたが、30年近くを経た今日では、珍しい医療ではなくなってきた経

緯があるように、代理懐胎がポピュラーなものとなればそれが「自然」なものとなる可能性が出てくる。結局、「自然」かどうかは、時代や社会状況、そして用いられている技術が社会的に流通しているかに依存している。

さらに、これに対する反論としては、「技術の不自然さではなく、患者の願いそのものの持つ不自然さ」¹⁵⁾ が問われるべきで、先述した自然の生殖の3つの要件に当てはまらなければそれを不自然な願いとして潔く諦めることに倫理的な生があるといえるのではないかと主張する。しかしこの主張は、前項の生殖する権利・科学技術にアクセスする権利と真っ向から衝突することとなる。

また、これから派生することであるが、仮に代理懐胎が認められた場合、代理懐胎が本来であれば、不妊で苦しむ女性のためのものであるのに、独身女性が子どもがほしいという理由から精子提供や代理懐胎を依頼したり、仕事を休まなくてもよいように代理出産を依頼したり、同性愛者のカップルが代理懐胎を依頼するなど、不妊治療とはいいがたいことまで行われている状況もあり、¹⁶⁾ 技術の転用に対する危惧が伺える。¹⁷⁾

また、体外受精は、受精卵診断（着床前診断）という技術を生み出した。これによって、生命の選別は許されるのかという新たな課題が生じた。この点については、稿を改めて論じたいと考えているが、「報告書」においては、精子・卵子・胚の提供の条件として、採取・使用に当たっての感染症および遺伝性疾患の検査の項が設けられているが、これにより着床前診断による選別が起こりうることだけを記しておく。

(3) 安全性の問題

先述の「報告書」の中で、代理懐胎の反対の理由の1つとして、代理懐胎を行う女性の健康上の問題があった。また、これは他の生殖補助医療でも同様で、生殖補助医療により出生した新生児の低体重出生児・超未熟児の比率が自然分娩出産より高いともいわれている。¹⁸⁾

しかし、この反論は「生殖補助技術が完全なら

ば、それは容認できるのか」に対して、全く答えられない。単に生殖補助医療に関する問題を先送りしているにすぎず、最終的には安全性の問題となる。そもそも生殖医療に限らず、医療そのものが確率の世界であって、100%完全ではなく、だからこそインフォームド・コンセントが必要となる。¹⁹⁾ さらに、自然とされる生殖・妊娠・出産であっても100%安全ではなく——つまり母体の死や後遺症、死産、子どもへの影響などは生じるわけであり——、仮に生殖補助医療の安全性の方が高い、あるいは同等であれば、子どもを望む人々はどちらを選択するのだろうか。また、関係者がその危険性を承知の上で同意したらどのように反論できるのだろうか。

(4) 人間（他者）を生殖の手段として扱ってよいのか

これも「報告書」の中で代理懐胎の反対の理由の1つとして挙げられていたものがある。これには2つの側面がある。1つは、子どもがほしいという希望／欲望のために生殖の手段として第三者（女性）を巻き込んでよいのかということ。もう1点は第2点目から派生するが、配偶子・胚あるいは子宮を、金銭を媒介してよいかである。いわゆる生殖の商品化であるが、この点は「報告書」でも商業主義の排除という前提から禁止されているし、諸外国でも禁止されている。

前者に対して、日本で初めて第三者の卵子を用いた非配偶者間体外受精および代理出産を行った諏訪マタニティークリニックの根津は、自分のケースをもとに次のように反論している。²⁰⁾

心臓は血液循環のポンプです。肺はガス交換器です。子宮は子供を宿す器です。これ等を用途に応じた道具とすると否かは、そこに人間愛が存在しないのか存在するのかで決まってくるものと思います。妹の子宮を姉が単なる子宮を宿す器として借りたわけでも、又、妹は貸したわけでは無いのです。

特にアメリカにおいてみられるように、精子・卵子、あるいはホスト・マザーやサロゲイト・マザーの仲介・斡旋が生殖ビジネス市場と化している一方で、提供者個人にとっては「お金のため（金銭的動機）」ではなく、「社会奉仕」「相互扶助」——子どもがほしくても持てない人に役に立ちたいという動機——の側面をもつこともある。つまり、配偶子提供（特に卵子）や代理懐胎を引き受けた女性側が負担するコストの大きさと比較しても金銭的報酬に見合わない側面もあることを考えるならば、これは、血液や骨髄、臓器などの提供と同様に「ボランティア」の側面をもつのである。²¹⁾ 根津が主張しているのは後者であり、実際、彼のクリニックでは、前者を禁止している。

これはいわば、「相互性の倫理」と「献身の倫理」の議論につながるが、²²⁾ 仮に後者の立場に立って第三者の精子・卵子提供（我が国でも容認される方向に向かっているが）や代理懐胎を主張されたならば、献血や骨髄移植、臓器移植の制度も否定されうるというジレンマを抱え込むことになる。

(5) 生まれてくる／生まれてきた子どもをめぐる問題

これはいくつかの問題があるとされるが、まず第一に親子（家族）関係が混乱するというものである。生殖補助技術は、「母子関係を卵子の母＝遺伝的母、妊娠－出産する母、養育する母＝社会的母の三段階に分離し、父子関係を精子の父＝遺伝的父、養育する父＝社会的父の二段階に、それぞれ分離させ」、²³⁾ 社会的に家族関係に混乱をもたらすというものである。いま1つは、遺伝的なつながりがない場合、それを承知ながらも家族に問題が生じた時に、「そもそも自分のこどもではないし…」という思いが浮上し悪い方に浮上する可能性があり、そのような心理的負担が後々襲ってくるかもしれないことを、子どもが欲しい時期に覚悟ができていのだろうかというものである。²⁴⁾

第2に、子どもをめぐる争いが生じるというも

のである。有名なベビーM事件や、カルバート対ジョンソン事件、ベビーJ事件に代表されるような代理出産を行った女性が子どもの引渡しを拒否し、「誰の子どもか」「親権は誰にあるのか」などをめぐる裁判が起ころうともよいのか、あるいは、子どもに重篤な病気や障害などが生じた場合に引き取りを拒否したケースなどが生じたらどうするのか、という懸念が表明されている。

第3に子どもの出自を知る権利についてある。例えば、スウェーデンでは、AIDで子どもを持った両親はその事実を子どもに伝えておらず、将来的に伝えたくないことなどが報告され、²⁵⁾ また、日本での調査でもAIDで子どもを持った親や医療者は、子どもにその事実を伝えること、精子提供者の情報開示について消極的であるとの報告がある。²⁶⁾ 「報告書」では、子どもが15歳以上になって希望すれば、配偶子・卵の提供者を特定できる情報まで開示するという方針をだしている。このどちらを優先するかは、親に委ねられるだろうが、告知後のフォロー体制も必要となるかもしれない。

第1点目および第3点目に対する反論には、「では、再婚した時の連れ子との関係とどのように違うのか」あるいは「養子縁組制度は何のためにあるのか」というようなものがある。第2点目の子どもをめぐる争いに対しては、ベビーM事件に代表されるトラブルは、アメリカでの数万件におよぶ代理母・出産の中で稀有なものであり、その一部だけを取り上げて問題視するのはおかしいという反論がある。さらには通常の親子関係であっても虐待などの家族問題は生じているわけ、それと何が異なるのかという反論もありうる。

おわりに

現在のところ、我が国の生殖補助医療に関しては、配偶者間体内授精・体外受精および非配偶者間体内授精・体外受精が認められ、代理懐胎は禁止される方向に向かって法制化されるだろう。しかし、代理懐胎に関してもその反論に関しては有効なものがあまりみられず、将来的には許可され

ていくのではないだろうか。²⁷⁾ 結局のところ、「その技術が正しいのか否か」ではなくて「その技術をいかにコントロールするか」という方向で議論が進んでいくものと考えられる。

というのも、前節で概観してきたように、生殖補助医療——というより生殖医療全体——は生命や人間の尊厳に関わる部分であるため、それに関連する技術を否定する立場からそれを最大限に活用しようとする立場まで様々な見解が存在し、依拠する倫理（倫理観）も異なっているので、コンセンサスを得るのは非常に困難で、このような状況では、生殖補助医療の発展の方向を、法律による規制などを通じてコントロールするしかないためである。²⁸⁾ そのための今後の課題としてはさしあたって以下のことが挙げられる。

- どの範囲まで生殖補助医療を認めるか：先述したように今後、現在認められていない代理懐胎や想定されていなかった死後生殖を認めるのかを議論しなければならない。そして、仮に認めるならば、後述するようにいかなる条件で認めるのかも議論しなければならない。
- 子どもを持ちたいという権利を誰に認めるのか（誰が利用できるのか）：「報告書」では、法律上の夫婦への適用のみを認める方向であるが、今後、事実婚カップル、単身者、同性愛者のカップルなどについて認めるのかどうかの議論も論じられる必要がある。
- 生まれてくる（であろう）子どもの福祉をどのような形で保障するのか：現在も検討中であるが、生まれてきた子どもの法的な親は誰か、養育責任を持つのは誰かを明確にしなければならない。また、子どもの出自を知る権利の保障を具体的にどのように進めるかを明確にしていく必要がある。
- 受精卵に対する実験・研究をどのようにすすめるのか：²⁹⁾ 受精卵の実験・研究は、生殖技術の発展を決定付けるものであり、これに対する何らかの規制が、生殖補助医療の未来を決定するものである。そのためどのような条件で実験・研究をすすめていくかも議論の

必要がある。

他にもいくつかの課題があるが、少なくとも以上の点についての幅広い議論を行う必要があるだろう。

注

- 1) 金城清子『生殖革命と人権—産むことに自由はあるのか—』中央公論社、1996年、38～39頁。
- 2) 福田静夫『「いのち」の人間学—社会福祉哲学序説—』青木書店、1998年、100頁。
- 3) どこまでが生殖補助医療の範囲となるかは、研究者などにより異なる。表1のように人工授精から含めるものもあるし、代理懐胎に加えてクローン技術の応用までその範囲に含めるものもある。本論では、人工授精から代理懐胎までを生殖補助医療の範囲として論を進める。
- 4) ①読売新聞、2003年10月23日、朝刊。および②読売新聞、2003年10月24日、朝刊。
- 5) 1961年の法務省民事局長通達において「50歳を超えた母については出産の事実を確認する」とされている。また、民法には代理出産などで生まれた子どもの母子関係について明文規定はないが、1962年の最高裁判例は「出産の事実をもって母とする」としている。
- 6) 読売新聞、2003年11月13日、朝刊。
- 7) 3つの見解の内容については以下の資料を参考にした。①資料集・生命倫理と法編集委員会（編）『資料集—生命倫理と法』太陽出版、2003年、および②日本産婦人科学会HP (<http://www.jsog.or.jp>)。
- 8) この報告書については、厚生労働省HP (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/04/s0428-5a.html>) を参照した。
- 9) 山口意友「クローン技術と生命医療の是非を問う」篠原駿一郎・波多江忠彦（編）『生と死の倫理学—よく生きるためのバイオエシックス入門』ナカニシヤ出版、2002年、53頁。
- 10) 同上論文、36～37頁。
- 11) 金城清子、前掲書、118頁。
- 12) 同上書、122頁。
- 13) 山口意友、前掲論文、48頁。
- 14) 岡本雄一郎『異議あり！生命・環境倫理学』ナカニシヤ出版、2002年、129～131頁。
- 15) 山口意友、前掲論文、53頁。
- 16) 同上論文、41頁。
- 17) 安楽死の議論の中で論じられる「滑り坂理論」で

ある。この理論については、Singer, P., *Practical Ethics* (2nd ed.), Cambridge Univ. Press, 1993. =山内友三郎・塚崎智(監訳)『実践の倫理(新版)』昭和堂, 1999年を参照のこと。

- 18) 第19回厚生科学審議会生殖補助医療部会(2002年10月24日)の松尾発言より。アメリカのデータによれば、生殖補助医療によって出生空いた全新生児中、低体重出生児の占める比率は41%, 超未熟児の比率は4.3%, いずれも自然分娩出産の約6倍となっている。
- 19) 岡本雄一郎, 前掲書, 126頁。
- 20) 諏訪マタニティークリニックHP (http://www.smc.or.jp/smc/smc004_10.html)
- 21) 白井千晶「子と会いたい 出会いの期待と生殖補助技術の現在」大久保孝治(編)『変容する人生—ライフコースにおける出会いと別れ—』コロナ社, 2001年, 60頁。
- 22) 「相互性の倫理」とは、他人のために何か善意を施せば、最終的に自分の利益になって戻ってくる考え方で、「献身の倫理」とは、自分に絶対に見返りがないと分かっている、他者に善意を施そうという考え方である。つまり、究極的には前者は自己の利益が目的であり、後者は自己犠牲的な行為である。金銭を媒介にした(商業主義的な)配偶子提供・代理懐胎は前者の立場であり、商業主義を否定するのは後者の立場である。ただ、「困った人の役にたった」という精神的な充足感を利益と見なすかはここではひとまずおいておく。
- 23) 拓殖あづみ「生殖技術」市野川容孝(編)『生命倫理とは何か』平凡社, 2002年, 75頁。
- 24) 徳永哲也『はじめて学ぶ生命倫理学—「生命圏の倫理学」を求めて—』ナカニシヤ出版, 2003年, 50~51頁。
- 25) Gottlied, C., Lalos, O. & Lindblad, F., “Disclosure of Donor Insemination to the Child: The Impact of Swedish Legislation on Couples’ Attitudes”, *Human Reproduction*, Vol.15, No.9, 2000, pp.2052-2056.
- 26) 堀井雅子ら「AIDにより児を得た夫婦の告知に対する考え方」『日本不妊学会雑誌』第48巻第3・4号, 2003年。
- 27) 「報告書」にも「代理懐胎を禁止することは幸福追求権を侵害するとの理由や、生まれた子どもをめぐる争いが発生することは不確実であるとの理由から反対であるとし、将来、代理懐胎について、再度検討すべきだとする少数意見もある」と記述があるよ

うに今後、見直される可能性もある。

- 28) 金城清子, 前掲書, 173頁。
- 29) 同上書, 173頁~174頁, 181頁。

参考文献

- ・東嶋和子『遺伝子時代の基礎知識—ゲノム時代の最先端をぜんぶ見て歩く—』講談社, 2004年。
- ・米本昌平『先端医療改革』中央公論社, 1988年。
- ・大日向雅美『母性は女の勲章ですか?』産経新聞社, 1992年。
- ・拓殖あづみ「精子・卵子・胚提供による生殖補助技術と家族」『家族社会学研究』第15巻第1号, 2003年。