

第36回縮小社会研究会

生殖補助医療が抱える新たな 倫理問題

入澤仁美

順天堂大学大学院 医学研究科 病院管理学

兵庫医科大学 先端医学研究所(細胞・遺伝子治療部門)

はじめに

現在、わが国は、世界有数の不妊治療大国である。

→原因：女性の晩婚化、晩産化、男性不妊率の上昇等

1983年に体外受精技術が導入されて以来、多くの体外受精による子供が誕生し、生殖補助医療は社会に浸透した。

しかし、卵子提供や代理出産などの技術については国内法が整備されていないのが現状。

→代理出産や卵子の提供、自分が希望する遺伝子を持つ配偶子（精子・卵子）の購入などのサービスを求めて海外に渡航する人々が増加し、生殖補助医療は医療としての側面だけでなく、グローバルなビジネスとしての側面を持つようになった。

生殖補助医療とは

生殖補助医療(Assisted Reproductive Technology=ART)

「『生殖補助医療』とは、生殖を補助することを目的として行われる医療をさし、具体的には、人工授精、体外受精、顕微授精、代理懐胎等をいう」

と定義されている。

法務省法制審議会生殖補助医療親子法制部会『精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療により出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する要綱中間試案』(2013)

生殖補助医療の特徴

- ①不妊治療は、カップルを対象とした治療であり、個人に対しては成立しない。
- ②「妊娠・出産」という結果が確実なものではなく、あくまでも可能性を作り出す治療である。
- ③治療が女性の月経周期にそって進むために、結果としてカップルの私生活や性生活というプライバシーに関する事情についてコントロールを及ぼす治療である。

生殖補助医療の種類①

(1)人工授精(artificial insemination)

精子を人工的な方法によって女性の身体へ注入する方法であり、精子が女性の夫のものである場合を配偶者間人工授精 (artificial insemination by husband=AIH)、第三者のものである場合を非配偶者間人工授精 (artificial insemination by donor=AID) という。

人工授精は戦争後に生殖能力を失った男性のために研究が行われ、1776年にジョン・ハンターが英国で初めて成功させた。妊娠成功率は、配偶者間人工授精よりも、心理的に傷を負っていない第三者の精子を利用した非配偶者間人工授精の方が高くなっていたため、わが国でも第二次世界大戦後に人工授精の技術を積極的に導入している。

生殖補助医療の種類②

(2)体外受精(in vitro fertilization=IVF)

体外受精とは、体外で受精させた胚を培養した後に、母体へ戻して着床させる方法であり、不妊原因が卵管障害など女性側にある場合に利用される。

基本的には、排卵誘発剤を利用して卵子を10個程度採取し、複数の卵子を試験管内で受精させ、培養して4～8細胞に分割した頃の胚を女性の子宮に戻して移植する。採取されて体外受精した卵子のうち、移植されなかった受精卵は余剰胚と呼ばれ、冷凍保存されることになる。そして、一度に移植できる胚の個数は、わが国では3個までとされており、余剰胚の取り扱いについては、体外受精を希望した当事者夫婦が決めるため、廃棄される場合もあれば、研究に利用される場合もある。

日本では1983年に国内で初めての体外受精が行われた。

生殖補助医療の種類③

(3)顕微授精(microinsemination IVF)

体外受精の一種で、エンブリオロジストが顕微鏡下で精子を卵子の卵細胞内に直接注入して受精させる方法。精子無力症や無精子症のように、男性側に不妊要因がある場合に多く利用される。日本では1992年に初めて顕微授精による子が産まれた。

(4)代理出産(surrogacy)

代理出産は、出産の方法によって、サロゲート・マザー (surrogate mother) とホスト・マザー (host mother) の 2 類型に大別される。サロゲート・マザーは1970年にアメリカで始まった方法であり、夫の精子を妻以外の女性に移植して出産させる。一方、ホスト・マザーは1985年にアメリカで始まった方法で、貸し腹、借り腹とも呼ばれる。

家族の選択と生殖補助医療

従来の家族概念では、特定のパートナーを得たカップルが共に生活する中で、やがて女性が妊娠・出産し、その結果、家族としての子どもを迎え入れることが当然の流れと考えられ、「不妊」は疾患ではなく生理現象と捉えられていた。

しかし↓

生殖補助医療の発達により、不妊という問題が「治療可能な病気」として認識され始め、不妊のカップルは「自分たちは将来の家族形成について、どのような選択をするか」という自己決定をしていくことになる。

不妊カップルの主な選択肢

- ① 生殖補助医療を含めた不妊治療を利用することによって、子供を産む可能性に挑戦する。
- ② 二人暮らしを続けながら自然に妊娠するのを待つ。
- ③ 実子にこだわらずに、養子を迎えることを検討する。



不妊に悩むカップルの3人に1人は生殖医療施設に通院していること、新生児の約36人に1人は生殖補助医療によって出生している現状からすれば、不妊に悩むカップルの多くは不妊治療を行う選択をしていることが明らかである。

生殖補助医療の闇①

不妊治療は、女性の月経周期から妊娠しやすいタイミングを見つけて自然生殖を目指す「タイミング受精」から始まり、妊娠が成功しない場合には、人工授精、体外受精、顕微授精へとステップアップしていくため、夫婦間で妊娠を目指すという夫婦から、医師や技術者が介入した医療技術で妊娠を目指す夫婦という関係に変化していく。

そのため↓

妊娠を目指して治療にのめりこんでいくことにより、自己コントロール感を失い、前も後ろも見えないような時間の流れが止まったかのような不定(Uncertainty)の状況に陥る悪循環の中で、治療を継続する以外の選択肢が見えなくなるカップルも多い。

生殖補助医療の闇②

顕微授精でも妊娠が不可能という、子宮の疾患等が判明した場合には、日本では認可されていないとしても、海外に渡航して代理母の制度を利用するかどうかという選択肢を考慮していくことになる。

(生殖ツーリズムという選択肢が生まれる)



不妊治療というものは、**妊娠・出産という目的が達成できるまでは終わらない治療**であり、不妊の原因特定が困難であることから、「**出口のないトンネル**」にもなり兼ねず、**不妊であるというアイデンティティが確たるものになっていくという問題を有している**。

日本における生殖補助医療の歴史

1949年	非配偶者間人工授精(Artificial Insemination by Donor=AID)による子が慶應義塾大学病院において初めて誕生
1983年	体外受精による子が誕生
1989年	冷凍受精卵から子が誕生
1992年	顕微授精による子が誕生 代理母出産情報センター(現、卵子提供・代理母出産情報センター)がビジネスとしての代理母斡旋を開始
1996年	150万円という高額料金で「好みの男性」を斡旋する業者が現われ、生殖補助医療のビジネス化が賛否両論を呼ぶ
1998年6月	早期卵巣不全の妻が実妹から卵子を貰って体外受精により夫の子を出産した症例、及び、妻が無精子症の夫の実弟から精子の提供を受けて体外受精により子を出産した症例が、産婦人科医である根津八紘医師(長野県の諏訪マタニティークリニック)により公表される

生殖補助医療の規制を巡る動き

- | | |
|----------|--|
| 2000年3月 | 日本弁護士連合会が「生殖医療の技術の利用に対する法的規制に関する提言」を公表。
→代理母を禁止する旨の提言を行う |
| 2000年12月 | 旧厚生省厚生科学審議会が設置した「先端医療技術評価部会生殖補助医療技術に関する専門委員会」が「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療のあり方についての報告書」を公表。
→実施可能な生殖補助医療の類型等に言及し、生殖補助医療の実施は法律婚夫婦に限定し、代理懐胎は禁止した。 |
| 2001年 | 法務省法制審議会親子法制部会と厚生労働省厚生科学審議会生殖補助医療部会が新たに立ち上がり、2003年にそれぞれ中間試案と報告書を提出。
→精子・卵子両方の提供を受けた胚の移植を禁止(余剰胚のみ認める)
当事者夫婦の兄弟姉妹などからの配偶子の提供については、配偶子提供者(ドナー)の匿名性を保持するため、「当分の間」という留保付きで、認めないという結論に至った。 |

現行の民法の状況

- 日本の場合、家族関係を規律しているのは民法や戸籍法などの親族法であるが、**現行親族法は生殖補助医療を利用することによって出生した子供の存在を想定していない**。親子関係の決定方法は、婚姻に基づく自然懐胎を前提としており、**分娩者の事実が認められる者を母とし、その夫を父と推定するのが原則**である（**分娩主義**）
- しかし、このような原則を貫くと、代理出産のような生殖補助医療を利用して出生した子供の場合は、養親になる予定の依頼者と出生児の間に法的な親子関係が認められないケースが存在する。**親子関係を何によって判断するかという点について現行法は統一的な基準がなく、現行法の親子関係の成立の原則を貫いた場合には生殖補助医療の利用が増加する現実に対応が出来ていない。**

→ 今後は、生殖補助医療によって生まれた子の「出自を知る権利」の保障をどう扱うかが課題となる。

生殖補助医療によって生まれた子の法的地位

(1)人工授精・体外受精によって出生した子の法的地位

配偶者間の人工授精・体外受精については、自然生殖によって生じた親子関係と同様に、出生した子は「推定される嫡出子」と解される。それに対して、内縁関係や事実婚関係にあるカップル間で人工授精・体外受精の技術が利用された結果産まれた子は、「嫡出でない子」と扱われることとなる(民法772条)

→親が婚姻関係にあるかどうかで、この法的地位が変わってしまう。

(2)第三関与者が存在する生殖補助医療による子の法的地位

卵子・胚・受精卵の提供及び代理懐胎については、自然的血縁関係と分娩の主体の齟齬という問題が生じており、このような場合にも分娩主義を適用すべきかが議論されている。この点について、判例・実務は、第三者が関与する生殖補助医療についても、分娩主義を貫いている。

→現行の戸籍秩序を混乱させない配慮が働いていると評価できる

生殖補助医療が利用されやすい背景①

日本には「養子縁組」という制度があり、自分の遺伝子を有さない子であっても法律上の親子関係を形成して養育することが出来る。それにもかかわらず、なぜ生殖補助医療を利用した出産が増加するのか。



- ①養子縁組の場合は、周囲の人々や親戚との関係において人間関係における問題が生じるのではないかという不安がある。
- ②近世までの疑似的親子関係の消滅によって、養子が入る余地のない、血縁関係のみが親子であるという価値観が定着した。
- ③養子となる子の数が減少したことにより、養子を迎えるにしても養親候補となるまでの時間が長く、特別養子縁組の審査も厳しい。また養子縁組の希望者は不妊の夫婦が多く、3歳児以下の子どもを特別養子縁組によって子として迎えたいと望む傾向があるが、依頼者が希望する通りの形態の養子縁組の成立が困難である。

生殖補助医療が利用されやすい背景②

- ④ 養子縁組は、現代の日本では、マイノリティーであることの心理的圧迫感があり、養子として迎え入れるべき「施設の子ども」に対する差別意識もある。
- ⑤ 男性不妊や卵子提供の隠れ蓑として、AIDを利用し、妻が妊娠している状態を家庭外に見せることで、夫婦の不妊症を隠すことが出来る。
- ⑥ 「結婚していれば産んで当然」と考え、妊娠・出産という経験を重視する社会通念がある。
- ⑦ 遺伝子検査の普及により、夫婦の遺伝子を持つ子がほしいという欲求が強くなっている。

文化的背景が大きく影響している

リプロダクティブライツと子を持つ権利①

1994年のカイロ国際人口開発会議における行動計画では、女性の教育や性と生殖に関する健康と権利(リプロダクティブ・ヘルス／ライツ)を保障した。



リプロダクティブ・ヘルス

= 人間の生殖システム、その機能と課程のすべての側面において、単に疾病、障害がないというだけでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあること

リプロダクティブ・ライツ

= すべてのカップルと個人がその子供の数と、出産の間隔、出産の時期を自由かつ責任をもって決定できること、そしてそれを可能にする情報と手段を有することを基本的人権として承認した上で、最高の基準のセクシュアル・ヘルスを獲得する権利を意味している。

➡リプロダクティブ・ライツは、本来、単に女性のみを念頭に置くものではなく、男性と女性双方の人間の基本的権利である

リプロダクティブライツと子を持つ権利②

日本においては、リプロダクティブ・ライツは憲法13条に定められた幸福追求権に基礎付けられているとされる。

幸福追求権とは「人格的自立の存在として自己を主張し、そのような存在であり続ける上で重要な権利・自由を包括的に保障する権利」（人格規律権）であるとされ、その一内容として、**リプロダクションにかかわる事柄についての自己決定権が認められる**と考えられるからである。

現代社会における「子を持つ権利」

現代社会においては、法律や司法により女性と男性が平等に扱われるべき旨の主張がなされ、従来のジェンダーの枠を超えた生殖の権利を考えることが必要となっている。

実際に、卵子提供や精子提供により、自分との遺伝子上の繋がりを前提としていなくても、養育を前提とした「こども」が欲しいという要求は、女性側からのみならず男性側からも主張されるようになってきている。男性にも出産休暇・育児休暇を認める企業も増えており、男性が家事や子供の養育主体になる場合も想定される。

➡「子を持つ権利」の権利主体は女性に限定するのではなく、男性も権利主体として捉え、出産が社会全体の利益となり将来の世代へ貢献する制度を構築する必要がある。

「子を持つ権利」をどうとらえるべきか①

子を持つかどうかという選択は、妊娠する前の段階で「妊娠するか否か」「避妊をするかどうか」について決めるものであり、それは同時に「そもそも子供を産み育てるか否か」という問題を内包している。

「子供を持つかどうか」という選択の後には、その子供を育てることが必然的に想定されている



「子を持つ権利」は、「家族形成に関する権利」として理解されなければならない

「子を持つ権利」をどうとらえるべきか②

「子を持つ権利」を、単に子どもを産むか産まないかという選択権だけではなく、個人が家庭を作り、子供を育て、今の世代の知識や財産を次世代へと受け渡していく中で、「社会が新しい技術に対してどのように対応をしていくか」という観点から権利として考えることが必要になる。

具体的には

- ①自分のおなかを痛めて子供を妊娠・出産する側面
- ②自分の遺伝子を受け継ぐ子供をもうけるという側面
- ③自分の子供として養育する側面
- ④自分の財産を子供に受け継がせる側面

という4つの側面から、総合的に考えていかななくてはならない。

生殖補助医療の利用から生じる倫理的問題

- ① 卵子提供者と懐胎者が異なる場合の問題
- ② 死後生殖に関する問題
- ③ 出生前診断に関する問題
- ④ LGBTが家族を持つことに関する問題
- ⑤ 生殖補助医療によって出生した子供の出自を知る権利に関する問題

上記、5つの観点から、倫理的問題について検討していく。

卵子提供者と懐胎者が異なる場合の問題①

タレントの向井亜紀さん夫婦が、アメリカで借り腹型代理懐胎により出生した双子を嫡出子として届出ようとしたが、受理されなかったことについて訴訟を提起したことによって、マスコミに大きく取り上げられ、代理懐胎の問題が世間に広く認識されるようになった。

向井亜紀さん夫婦が提起した訴訟は、東京高裁は品川区に対して出生届を受理するよう命じる判決を下したが、最高裁は2007年3月23日に、嫡出子とは認めない決定を下したため、向井亜紀さん夫婦は双子を特別養子縁組することになった。

卵子提供者と懐胎者が異なる場合の問題②

2008年には、日本人の男性医師がインド人の女性と代理懐胎契約を結び、無国籍の女兒が誕生する事件が起きた。

第三者の提供卵子と日本人の男性医師の精子を体外受精し、受精卵をインド人の女性に移植することにより女兒が誕生することになった。しかし、男性の妻が代理懐胎に同意せず、子供の誕生前に離婚をしたために、独身者を親権者と認めないインドで出生児は国籍をとれず、無国籍状態になって一時期インドから出国が出来なかった。

卵子提供者は匿名女性で、代理懐胎者が親権を放棄したため、その結果、国籍の取得が困難となり、女兒を日本に連れ帰ることが出来なくなってしまった。

卵子提供者と懐胎者が異なる場合の問題③

- 臨床上のリスク

排卵誘発剤を用いて採卵を行う場合、卵子の提供者には排卵誘発剤によるアレルギー、採卵の際の麻酔による副作用、採卵時に針で他の臓器を突いてしまった場合の出血、感染による入院・開腹手術の危険がある。また、卵巣刺激に過剰に反応して卵巣が腫れ、腹部膨満感、体重増加、吐き気、胃痛などの症状（卵巣過剰刺激症候群）が出る場合があり、重症の場合では、腹水が溜まり入院を必要とする場合もあり、その結果、脳血栓症を起こすことも報告されている。

卵子提供を受けるレシピエントは多胎妊娠を予防するために、胚移植は原則3個までとしているが、一卵性双胎になった場合には未熟児の出産の可能性もある。妊娠前期及び中期における異常出血や妊娠性高血圧、妊娠・出産による合併症、受胎者が40歳以上の場合は、それに加えて、前置胎盤、胎児発育遅延などの割合が高くなることも報告されている。

卵子提供者と懐胎者が異なる場合の問題④

- 臨床上的リスク

代理懐胎については、妊娠自体に内在するリスクを依頼者ではなく第三者である懐胎者が全面的に負うことになることになり、妊娠した後は出産までの10か月という期間は流産等の危険を生じさせないように行動が制限され、分娩後にも授乳の準備段階となる乳腺の発達等が起こる。また、身体的には育児につながる生物学的行動や母性が生じるにも関わらず、出産・分娩だけを経験して出生児は引き渡さなければならないことになるため、懐胎者には**重度の精神的ストレス**が生じる。

卵子提供者と懐胎者が異なる場合の問題⑤

今後の課題

適用範囲をどう決めるか

卵子の受精能力を的確に測定することは困難。

「代理母」の利用を、子宮のない人に限って認めるのか、妊娠が困難な人にも認めるべきなのか。

子宮疾患や卵巣疾患において、簡単に摘出する風潮にならないか。

報酬を認めるべきか

無償にするには身体的リスクが高く、有償にすると人身売買の問題が生じる。

無償にすると、親族や友人に「協力すべき」という精神的重圧がかかることが懸念される。

卵子提供者と懐胎者が異なる場合の問題⑥

子に障害があるときの対応をどうすべきか

代理懐胎中に胎児の障害が見つかった時に、依頼人が代理懐胎者に中絶を要求したり、出生時の引き取りを拒否する懸念がある。また、子に協力者の遺伝的疾患が承継された場合には、協力者はどこまで責任を負うかも明確にされてはいない。

当事者がアイデンティティークライシスに陥らないための対処

自分が不妊であることから親として自信が持てず、精神疾患が生じるケースがある。また、親の鬱から、子への虐待やネグレクトにつながるケースもある。

妊娠協力者が子に対して愛情を持ってしまいうケースもある。アメリカでは出産した子を代理母が誘拐するベビーM事件が起きた。

死後生殖に関する問題①

2001年に、妻が死亡した夫の凍結精子を用いて体外受精により子を懐胎・出産し、嫡出子としての出生届を提出したところ、役所に出生届が受理されなかったがために死後認知の訴え(民法787条但書)を提起した事件があった。

裁判所の判断 ↓

地裁：棄却

高裁：請求認容

最高裁：死後生殖は「**およそ自然生殖では不可能な懐胎**」であること、死後懐胎による子と死亡した父との関係は、親権・扶養・相続・代襲相続の制度に照らしても「**法律上の親子関係における基本的な法律関係が生ずる余地がないもの**」であることなどを理由に、死後認知を認めなかった。

死後生殖に関する問題②

最大の倫理的問題

= 配偶子の時間を止めて子孫を人為的に作ることが出来る

死後生殖によって産まれた子は、父の死亡時期を戸籍で容易に確認することが出来、告知を受け入れられると想定する段階に成長する以前に父の死亡を知る親族や知人から、事実を知るリスクがある。→子のアイデンティティの形成に悪影響を及ぼすことが想定される

配偶子の提供者のIQや容姿等が付加価値となり、死者の配偶子が取引されるビジネスが生じる懸念もある

死後生殖に関する問題③

今後の課題

精子の冷凍保存が可能である以上、死後生殖をガイドライン等で禁止したとしても、「死後生殖を防止」することだけでは、生まれてくる子を守ることができない。➡出生した子に「不平等を与えない」対応をすることが必要である。

- ①生殖補助医療の利用も「妊娠」の手段として周知されるべき。
- ②死後生殖による子が生まれたときに備えて、法整備をすべき。

出生前診断に関する問題①

出生前診断とは、羊水や血液等の検査を通じて、胎児が特定の疾患を有するか否かを診断する検査であり、出生前診断の目的は、**胎児の遺伝子の異常を発見することによって出産時の処置や出生後の治療方針を定めることである。**

採血検査の母体血清マーカー検査が開発されてから、母体にも胎児にもリスクが少なく、安全に簡単に検査が出来ることから医学的適応基準がなく、検査について希望をする妊婦も増えている。

しかし ↓

妊娠15週になれば母体血清マーカー検査を受けるかどうかを決定し、その結果胎児に異常が判明した場合には、妊娠を継続するか中絶するかについて妊娠満21週までに選択をしなければならない。

→自分と子供の人生についてしっかり考える時間を与えられることなく、中絶するか否かという究極の決断をさせられることになる。

出生前診断の問題②

2013年に新型出生前診断(NIPT)が導入され、特定の疾患についてはわずか20ccの採血により90%以上の検出率で胎児の疾患の有無が分かるようになった。

対象疾患：13トリソミー、18トリソミー、21トリソミー（ダウン症候群）

時期：妊娠10～18週

検査結果の時期：約2週間後

対象となる人：

- ① 出産予定日時点で、妊婦が35歳以上を迎える高齢出産の場合
- ② 妊婦本人もしくは配偶者に染色体異常が見られ、胎児がダウン症候群などの先天性疾患に罹患している可能性が高い場合
- ③ 過去に実際に13トリソミー、18トリソミー、ダウン症候群を患った赤ちゃんを妊娠・出産した経験がある場合

出生前診断の問題③

胎児の疾患を親が容易に知ることが出来るようになり、妊婦が選択的中絶を安易に選択するかもしれないという問題が生じている。

→優生学的懸念

実際に、出生前診断で胎児の染色体異常が分かったことを理由にした中絶は、2000年から2009年の10年間で11,760件と推定され、1990年から1999年の10年間に比して倍増している。さらに、このうちダウン症候群を理由に中絶したとされる件数は、1990年から1999年は368件であったのに対して、2000年から2009年には1,122件と急増している。

出生前診断の問題④

また、検査利用者が「出生前検査」について、理解が浅いまま検査を受けてしまう現実がある。

特定の疾患しか検査することが出来ない。100%確実に見抜ける検査ではない。

→検査結果が陰性だからと言って、子供に全く「障害がない」ということを保証する検査ではない。

検査結果が出てから中絶をするか否かの決断は、数週間でしなければならない。

→十分な情報提供に基づく自己決定が行われない可能性がある。また、障害児を出産することに対して、家族が反対するケースもあり、家族の圧力により妊婦が中絶を選択せざるを得ないケースもある。

出生前診断の問題⑤

今後の課題

- ① 検査のメリット・デメリットについて周知を図ることが必要。
- ② 陰性の結果を確認して安心するために検査を受けるのではなく、子供との生活を考える上での一要素として検査を利用してもらうようにする。
- ③ 検査前のカウンセリングだけでなく、検査結果が陽性だった場合にも、きっちりとフォローをできる体制を構築する。

出生前診断の問題⑥

今後懸念される問題

受精卵の遺伝子を検査する「着床前遺伝子検査」の乱用

= 新優生学的懸念

救世主ベビーや障害者ベビーの出現の可能性、受精卵段階で遺伝子を操作することによる人間のエンハンスメントの懸念がある。

→親の自己決定権だけで、自由に決められる問題ではないことについて留意する必要がある。

LGBTが家族を持つことに関する問題①

LGBTをめぐるこれまでの状況

1. 婚姻制度がない。
2. 戸籍上の夫婦が受けられる手当てを受けることができない。

➡「子どもを産むことができない」存在と従来は捉えられていた

しかし、2009年11月に、性同一障害の女性が特例法の適用を受けて戸籍の性別を男性に変更し、AIDを利用して精子提供を受けることにより、戸籍上の妻が懐胎し男児を出産した。2013年最高裁判所は、性同一障害の父親と出生したこの間に法的親子関係の存在を肯定した。

LGBTが家族を持つことに関する問題②

当初、生殖補助医療を利用する主体として想定されたのは、婚姻したヘテロセクシュアルのカップルであった。しかし、欧米においては1980年代からシングル女性やレズビアンのカップルが精子提供を利用して子供を持つ例も増えている。

生殖補助医療の普及により、同性カップルでも、自分たちの遺伝子を継ぐ子を持つことが出来る可能性がある。



子供が欲しいという願望は、事実婚のカップルでも、シングルでも、性的マイノリティーの人々でも変わらない

LGBTが家族を持つことに関する問題③

既存の価値観や民法や戸籍法が予定していなかった生殖行動が、現在の生殖補助医療の技術によって可能となった。

➡「家族とは、父親と母親がいて、子供が生まれるもの」という伝統的な家族観を維持するために進展していた生殖補助医療が、**従来の「家族」のあり方をくつがえすような、多様な「家族」の形態を実現することに繋がっている。**

しかし、同性カップルが生殖補助医療を利用することについて意義を唱える人はまだまだ多い。日本産科婦人科学会の会告でも、非配偶者間人工授精は子の法的親子関係のために婚姻カップル(事実婚を含む)のみが利用可能であり、同性カップルは対象外である。

LGBTが家族を持つことに関する問題

今後の課題

日本国内で第三者の配偶子提供や代理懐胎を同性愛者や単身者が利用することは事実上不可能であり、海外に渡航して子をもうけようとする日本人が増加している。中には、民間施設を利用して、衛生面も保障されていない生殖医療を受ける人もいる。

➡家族の多様性についても社会が受容し、「親や生まれて来る環境を選択することが出来ない」存在の子が、安全に生まれることを第一とした政策を提案していくことが必要となる。

さらには、子の福祉の為にも、出自を知る権利等の保障についても考える必要がある。

出自を知る権利に関する問題①

日本では、精子提供によって産まれた人は1万人以上存在するといわれている。

最近では、卵子提供を受ける日本人が増え、海外に渡航して卵子提供による出産を行う人の数が増加している。

➡精子や卵子の配偶子提供型の生殖補助医療の利用による妊娠・出産の数は、今後も増加していくと推測される。

しかし、匿名での配偶子提供が主流であり、配偶子提供型の生殖補助医療で出生した人のほとんどは、自己の生物学的なルーツであるドナーの情報を辿ることが出来ない

出生した人の「出自を知る権利」をどのように保障するべきなのか

出自を知る権利に関する問題②

2000年に実施された「非配偶者間人工授精により拳児に至った男性不妊患者の意識調査」では、調査協力者の63%が「絶対に子に告知をしない」と回答し、18%が「できればしたくない」と回答していた。

(久慈直昭ほか「非配偶者間人工授精により拳児に至った男性不妊患者の意識調査」『日本不妊学会雑誌』45巻3号(2000)41-47頁より)

2002年の厚生科学研究で行われた、精子提供により子を得た日本人夫婦の告知に対する意見を知るためのアンケート調査では、調査協力を得られた夫の77.3%と妻の75%が「絶対話さない方がいい」と考え、また夫の81.7%と妻の81.4%が「将来、子供に非配偶者間人工授精の事実を伝えない」と回答し、「伝えるつもり」と回答したのは夫が2.8%で妻が4.7%にとどまった。

(吉村泰典・久慈直昭「平成14年度厚生科学研究・精子提供により子どもを得た日本人夫婦の告知に対する考え方(案)」第24回生殖補助医療部会参考資料2(2003)より)

出自を知る権利に関する問題③

2010年8月から2011年12月にかけて、慶應義塾大学病院にAIDを希望して初診に訪れた子供のいない夫婦を対象に行った調査では、112組の初診患者のうち、告知を積極的に考えていると回答した夫婦が15%、告知しようか悩んでいると回答した夫婦が15%、絶対に告知をしないつもりと回答した夫婦52%、告知の問題を考えたことがないという夫婦が3%となった。

➡まだ告知に積極的な結果とはなっていないが、以前よりも告知を考えている夫婦の割合は増加していると評価できる。

厚生労働省が非配偶者間の生殖補助医療に関する法を具体化するために設立した厚生科学審議会生殖補助医療部会(2001年6月設立)も、2003年に出自を知る権利を保障することが必要であるとの結論に達している。

出自を知る権利に関する問題④

しかし

日本ではドナーの非匿名情報を得ることについての法制化の動きは進んでいない。

2014年4月に自民党から代理懐胎を許容する内容の法案が提出されたが、本法案においても、出自を知る権利については、今後の考察すべき課題とされるにとどまっている。

出自を知る権利に関する問題⑤

今後の課題

生殖補助医療に関する基本法の制定と、生殖補助医療の利用によって産まれた人の出自を知る権利を法制化することが必要。

日本の生殖補助医療の利用を秘匿する慣習を廃止するためにも、社会に対して「出自を知る権利」の必要性を訴えていくことが必要。

なぜなら、ドナー情報へのアクセス権の保障は、自分が生殖補助医療によって産まれた子であることを告知されて初めて確保されるため、告知を積極的に是認する社会が必要。

出自を知る権利に関する問題⑥

- 遺伝病の有無や結婚予定の相手との血縁の有無については、子の福祉や将来の自己決定に関わる重要な情報である。
- 子に出自を知らせないことは「親を選べない」子という存在に対して不合理な負担を強いることになる。



ドナーがドナー登録する際に、どの程度まで開示をするかの意思表示をすることによって、**ドナーのプライバシーを守りながら、出生児の将来のライフプランに関わる遺伝情報については絶対的に開示すべき**である。

次世代の人々が将来結婚をするか、子孫を設けるかという人生設計を正しい情報に基づき自由な意思で行うためにも、出自を知る権利は保障されなければならない。

おわりに

現代の生殖補助医療は、病院を訪れる不妊患者の要望のみによって医療行為が行われがちであり、誕生する世代を意思や権利を有する一つの人格として捉えての治療を考えることが軽視される傾向がある。

しかし、依頼者夫婦にとっては最先端の技術を駆使してまでも切望した「自分たちの子」であったとしても、**その子供も一つの独立した人格であり、基本的人権の享有主体であることを忘れてはならない。**

生殖補助医療の現場では、医療技術を施す者、子を欲しいと願う当事者、それに対して生殖を可能にせしめる第三者が介入する機会が多いが、**最大限に尊重されるべきは「誕生する子」の福祉**である。



ご清聴ありがとうございました。

入澤仁美