

報告書

生殖補助医療技術で生まれた子どもの支援体制についての アンケート調査

目的:

我が国は不妊治療大国である。1983年、東北大学病院で国内初の体外受精児が誕生して以来、これまでに約30万人がこの技術により誕生した。体外受精で生まれた女性が、自身の子どもを出産したことも報道された。すなわち、体外受精は、既に人間の生殖サイクルの一世代分を経たことになる。

生殖補助医療の分野では、胚の凍結、胚盤胞培養、顕微授精や着床前診断、未受精卵の凍結保存など、高度な技術が次々に開発され臨床応用されてきた。こうした、生殖細胞に対する人為的操作を伴う技術が、子どもの健康にどのような影響を及ぼすかの安全性の評価が、不可欠な作業である。我が国では、2007年より、厚生労働省の研究班で、体外受精で産まれた子どもの発達過程(誕生から小学校入学時の6歳まで)についての大規模な疫学調査が開始されている¹⁾²⁾。1983年から我が国でこの技術が臨床応用されたことを考えると、既に四半世紀が経過してからのことになる。

体外受精技術が社会にたらしたインパクトは、生物学的なリスク評価には留まらない問題をもたらしている。第三者が関わる生殖技術の問題である。第三者の精子を用いた人工授精は、既に久しい間実施され、国内では1万人以上の子どもが誕生しているとされる。一方、体外受精の関与が必須の技術として、卵子提供や受精卵提供、代理出産(gestational surrogacy)があるが、これらは、体外受精にともなう医学的リスクのみならず、倫理的問題があるとされている。卵子提供も代理出産も、国内ではこれまでほとんど実施されていないが、海外で利用する人々が少数ながら存在してきた。近年は、グローバル化の進展や、国内での晩婚化・晩産化の一層の進展に伴い、仲介業者などを通して海外で生殖サービスを利用する日本人が確実に増えている。このため、国内での実施の可否や法的整備に向けた議論に加え、生殖に第三者が関与したことについての、子どもへの告知の是非やその方法についての議論が不可欠となっている。さらに、今後の課題として、こうした生殖補助医療を用いた家族形成が既に行

われていることをふまえ、次世代に与える影響について、医学的、心理的、社会的に様々な側面から検討し、対応していく必要に迫られている。

上述のように、生殖技術が次世代に喚起する様々な問題点について、子どもの生に密接に関わる専門職者の意識や見解を集約するために本調査を実施した。同じ目的で、児童福祉施設の職員を対象としたアンケートを実施した。児童福祉領域の結果については別の報告書を参照していただきたい³⁾。

本報告では、国内の小児科医師を対象に、生殖補助医療に対する見解や、生まれた子どもの健康状態や支援体制についての意見をとりまとめるため、標題のアンケート調査を実施したので報告する。

方法:

2013年11-12月、小児科を有する全国の医療機関あてに、計2,797票を配布し、無記名自記式での回答を求めた。後納郵便で737票を回収し、有効回収率は、26.3%であった。

回答者の年代は、「40代」が239(32.4%)、「50代」が236(32.0%)と最も多く、「60代」が91(12.3%)、「30代」が77(10.5%)、「70代」が23(3.1%)、「20代」が7(1.0%)であった(図1)。性別は、「男性」が534(72.5%)、「女性」が203(27.5%)であった。

配偶者は、「有り」が629(85.3%)、「なし」が98(13.3%)、子どもの有無では、「有り」が593(80.5%)、「なし」が141(19.1%)であった。配偶者がいると答えた対象者のうち、子供がいる人の割合は564(89.7%)であった。

不妊治療経験では、「有り」が74(10.0%)、「なし」が640(86.8%)であった。不妊治療経験がある人のうち、子供がいる人の割合は53(71.6%)であった。

施設所在地は、「関東甲信越」が233(31.6%)、「近畿」が117(15.9%)、「中部」が105(14.2%)、「九州」が88(11.9%)、「中国」が65(8.8%)、「東北」が45(6.1%)、「四国」が38(5.2%)、「北海道」が35(4.7%)、「沖縄」が8(1.1%)であった。一方、所在地別の回収率では、「中部」が31.2%、「中国」が30.0%、「関東甲信越」が26.5%、「近畿」が26.1%、「九州」が24.8%、「四国」が24.5%、「沖縄」が21.1%、「北海道」が20.5%、「東北」が19.2%、であった。

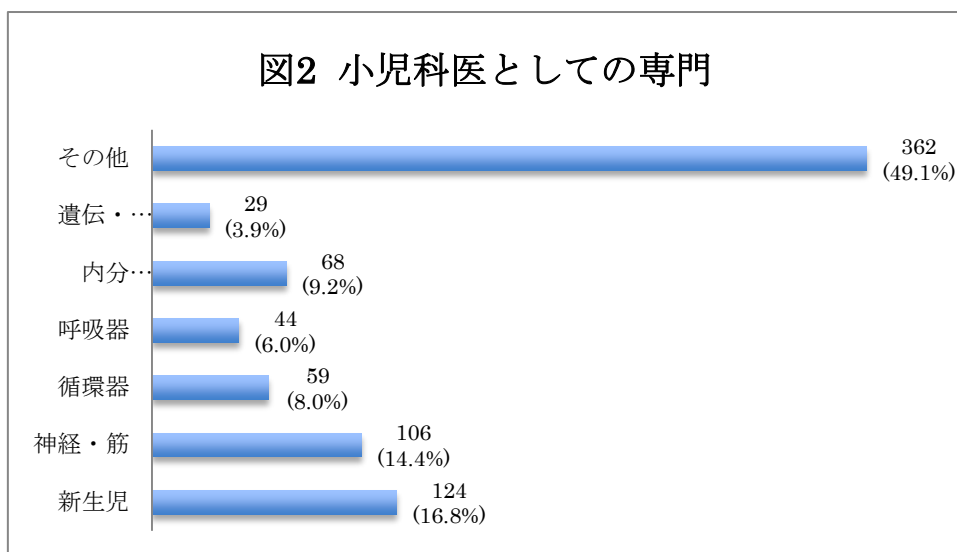
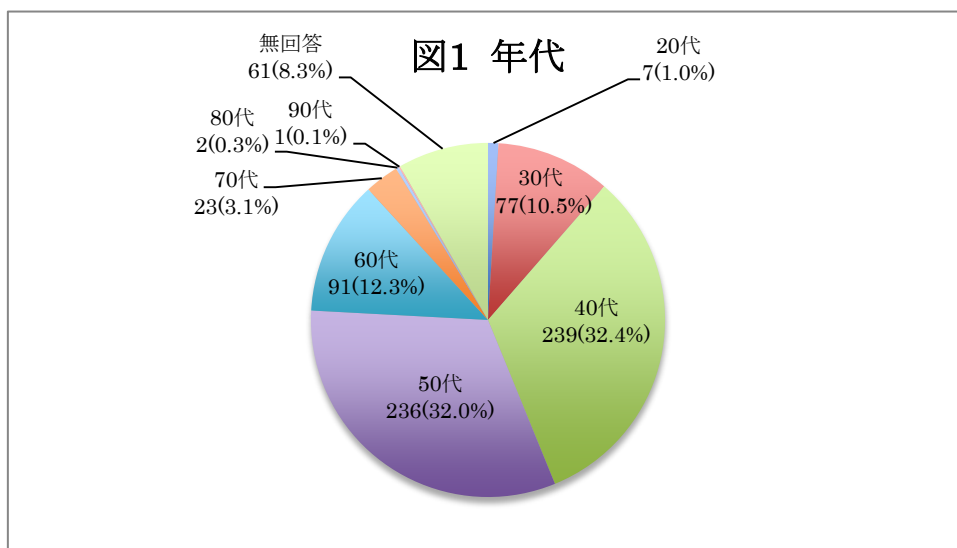
病院種別では、「総合病院小児科」が530(71.9%)、「大学付属病院小児科」が64(8.7%)、「産婦人科併設の小児科」が17(2.3%)、「小児科単科」が7(0.9%)、「個人クリニック」が1(0.1%)、「その他」が115(15.6%)であった。

小児科の病床数では、「1-10床」が201(27.3%)、「0床」が164(22.3%)、「11-20床」が102(13.8%)、「50床以上」が92(12.5%)、「21-30床」が71(9.6%)、「31-40床」が59(8.0%)、「41-50床」が35(4.7%)、であった。

小児科での経験年数は、「10年以上」が681(92.4%)、「10年未満」が28(3.8%)、「5年未満」が9(1.2%)、「一年未満」が5(0.7%)、「3年未満」が3(0.4%)、であった。

専門分野では、「新生児」が124(16.8%)、「神経・筋」が106(14.4%)、「内分泌・代謝」が68(9.2%)、「循環器」が59(8.0%)、「呼吸器」が44(6.0%)、「遺伝・先天異常」が29(3.9%)、「その他」が362(49.1%)であった(図2)。

NICUは、「有り」が172(23.3%)、「なし」が508(68.9%)であった。



結果:

1)生殖技術に対する意識

「体外受精」、「精子提供」、「卵子提供」、「受精卵提供」、「代理出産」、「着床前診断」、「顕微授精」、「胚の凍結保存」のそれぞれの技術に対し、「一般論としてどう思うか」(図 3)、「医学的安全性についてどう思うか」(図 4)、「自身が不妊の場合、利用するか」(図 5)を聞いた。

一般論として「認めてよい」とする割合が最も多かったのが、「体外受精」(49.8%)であった。「条件付きで認めてよい」を含めると、「体外受精」を許容できるとする見解が大多数(93.6%)であった。これは、体外受精が既に社会に浸透していることを追認したものであるといえるだろう。次に「認めてよい」とする見解が多かったのは、「顕微授精」(26.5%)、「着床前診断」(16.4%)、「胚の凍結保存」(16.0%)であった。「顕微授精」や「胚の凍結保存」については、高度生殖補助医療の現場では体外受精の一部として広く行われている技術であるが、「着床前診断」については、優生学的な選別を伴う危険性があるとされるなど、倫理的問題が絡むため、国内では、重篤な遺伝性疾患が予想されるケースなど、限定された条件のもとで行うことになっている⁴⁾。流産予防や子の異常の発見などの胚の段階でのスクリーニング技術(着床前診断)について、「条件付きで認めてよい」をあわせると 77.9%の小児科医師が「認めてよい」と考えていることになる。「着床前診断」は、国内では広く実施されている技術とはいえない。そうだとすれば、「顕微授精」や「胚の凍結保存」など既に多数行われている技術に比べて「着床前診断」は小児科医の間では相対的に容認されているようにも見受けられる⁵⁾。職業柄、子どもの異常リスクに対してはより敏感な面があるのかもしれない。

他方、第三者生殖技術に対する許容度については、総じて「認めてよい」とする見解は少なかった。最も多い「精子提供」が 13.6%、「卵子提供」が 10.5%、「受精卵提供」が 7.2%、「代理出産」が一番少なく、5.7%であった。しかし、夫婦間での治療に比べると容認度は低いものの、「精子提供」と「卵子提供」については、「条件付きで認めてよい」を含めると、それぞれ 68.8%、64.9%と、過半数以上が容認の姿勢であった。つまり、これらの技術については、無条件で認めてよいと考えている医師は少ないことがわかる。

次に、医学的安全性についての見解を見ると、一般的な許容度と比べると、全体的に厳しい評価が見られる。まず、「体外受精」を除き、どの技術に対して

も「安全とはいえない」が「安全である」を上回っていた。さらに、「一般論として認めてよい」が、「医学的に安全である」を上回った項目として、「胚の凍結保存」、「顕微授精」、「着床前診断」、「体外受精」がある。これらの技術に関しては、小児科医師らは、(現状を追認する形で)一般論として認めてよいと考えていても、必ずしも医学的に安全であるとは考えていないことになる。

他方、「安全である」が「一般論として認めてよい」を上回った項目として、「代理出産」(9.9%)、「受精卵提供」(12.2%)、「卵子提供」(15.2%)、「精子提供」(29.7%)がある。すなわち第三者生殖技術は、医学的リスクよりも倫理的リスクの方が問題視されていることがわかる。過去に周産期医師を対象に実施した調査では、「卵子提供」については7.4%、「着床前診断」については12.2%、「代理出産」については4.3%が「安全である」と答えており⁶⁾、小児科医師よりも周産期医師の方が安全性について厳しい評価をしていることがわかる。周産期医師は、母体と新生児の双方の健康や安全を考えなければならない立場であることから、とりわけリスクについては敏感にならざるを得ないことが背景にあるかもしれない。晩婚化・晩産化や生殖補助医療の一層の浸透は、周産期医療にもたらすリスクをさらに増大させるものであるといえる。

さらに、(もし不妊であった場合)「自身が利用するか」では、第三者生殖技術を「利用したい」と答えたのは、それぞれ「代理出産」(4.6%)、「卵子提供」(7.1%)、「受精卵提供」(3.3%)、「精子提供」(7.9%)で、「利用したくない」という見解が大多数であった(※本調査で不妊治療の経験があると答えた医師は10%におよんだ)。第三者生殖技術については、自身の利用意向は、一般的な許容度よりもさらに低い範囲内に抑えられていることがわかる。但し、これは、回答者が医師のみの現象ではなく、より一般的な回答傾向であると推測される。

以上から、小児科医師が、一般論として認めてよいと考えている技術であっても、必ずしも医学的に安全であるとは考えていないことがわかった。今後、小児科などの専門家によって、生殖補助医療の医学的リスク、とくに子どもの健康に与える影響についての啓発が必要であることが示唆される。また第三者生殖技術に対する忌避感は医学的リスク以上に示されており、医療や福祉など、第三者生殖技術については、子どもの生の全体を視野に入れた議論が不可欠であることを示しているだろう。

次に、「生殖補助医療の年齢制限」「卵子提供による出生リスク」「体外受精による子の異常リスク」についても聞いた(図6)。生殖補助医療の利用に年齢制限

を課すべきと考えている小児科医師(59.8%)が、その必要はないと考えている小児科医師(11.3%)を大きく上回った。周産期医師に対し実施した調査で、類似の項目として「卵子提供の年齢制限」についてどのように考えるかを聞いたところ、全体では、54.7%が年齢制限に賛成の立場であった(この中には、設問に対する答えとして、「卵子提供には反対」が32.2%含まれている)。周知のとおり、2013年8月、不妊治療の助成金に対し年齢制限(43歳未満)が課されることが発表された。卵子提供を含めた高度生殖補助医療は、生殖可能年齢を拡張する可能性をもたらすものであるが、そうした可能性に一定の制限を課すことについて、我が国の医療専門職や政策担当者の間では一定の社会的合意が得られつつあるといえるかもしれない。具体的な年齢については、40歳までと回答した小児科医師が最も多く過半数を占めた。次に45歳までが多かった(図7)。他の調査でも、年齢制限については40～45歳までの間が最も多い回答となっており、国が定めた43歳未満という年齢は、治療データを踏まえれば、少なくとも自己卵子を用いた治療の限界点としては、妥当なものといえるかもしれない。

体外受精による出生は子の異常リスクが高いかという質問に対しては、そう思うという回答(39.6%)がそうではないとする回答(16.6%)を上回った。他方、「わからない」(41.2%)も少なくない(図6)。高度生殖補助医療が子どもの健康に与える影響については、国内外で様々な研究が開始されている。我が国では、2007年から厚生労働省の研究班が子どもの健康についての追跡調査に取り組んでいる¹⁾²⁾。生殖補助医療が子ども健康に与える影響については、結論は待たなければならないが、海外の研究では、何らかの異常リスクがあるとする結果も見られる⁷⁾⁹⁾。

コメント欄に記載された文章からは、明確なエビデンスはなくとも、小児科医師としての臨床経験から、何らかの異常リスクが高いと感じている小児科医師が多いようであった。ただし、卵子提供による出生に関するリスクでは、「わからない」(53.6%)とする回答がより多かった。海外で行われている卵子提供についてはリスク評価が一定程度進んでいるものの、国内での臨床例はまだ少ないといえる。これに関連して、「第三者からの卵子提供を受けて子どもを持つため、渡航する人が増えていることを知っているか」の設問に対しては74.6%が知っていると答えた。今後、周産期医療における卵子提供分娩のケアのみならず、小児科の領域においても卵子提供により出生した子どものケアが現実化していくことが予想される。

図3 一般論として

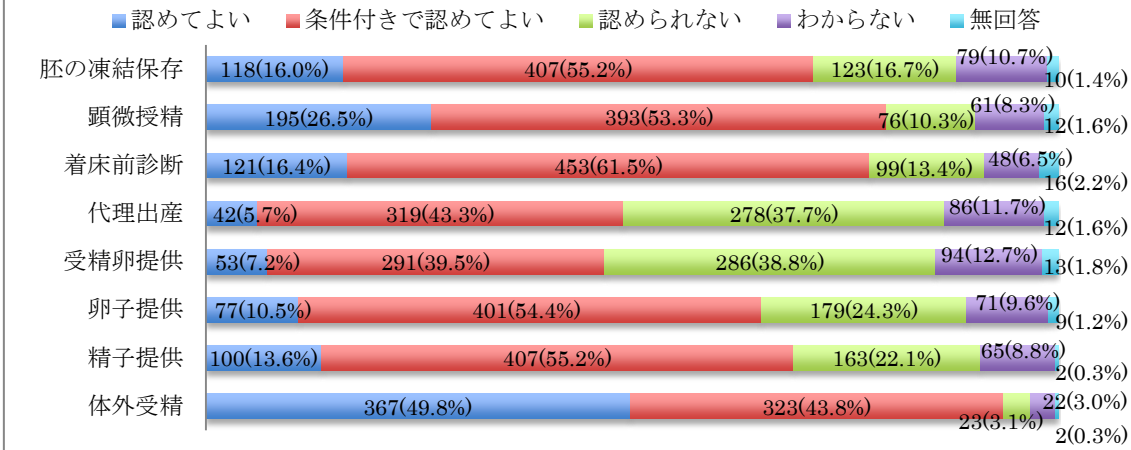


図4 医学的安全性

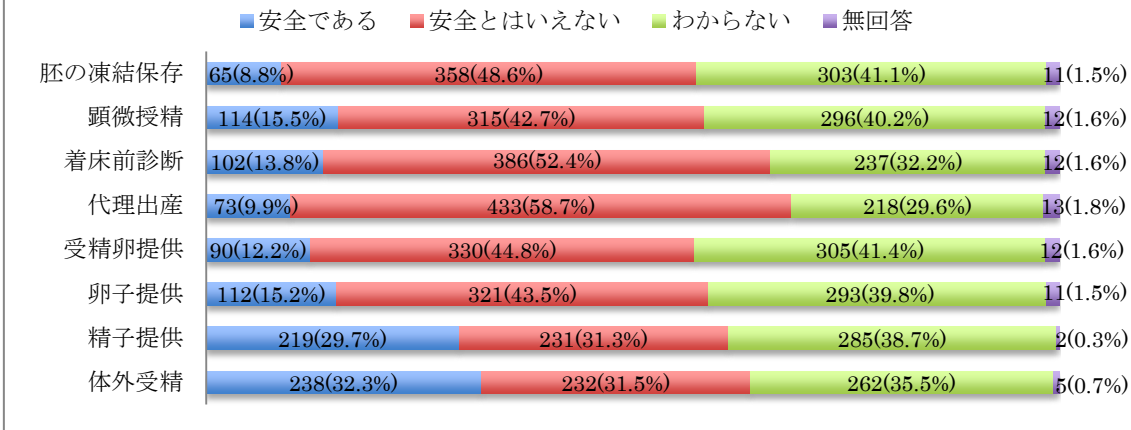


図5 自身が不妊の場合

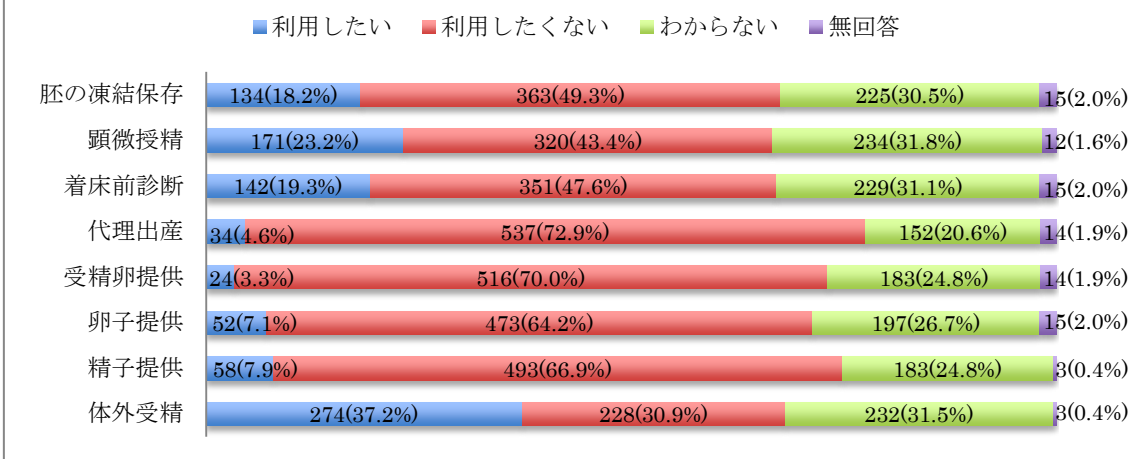


図6 リスクと年齢制限

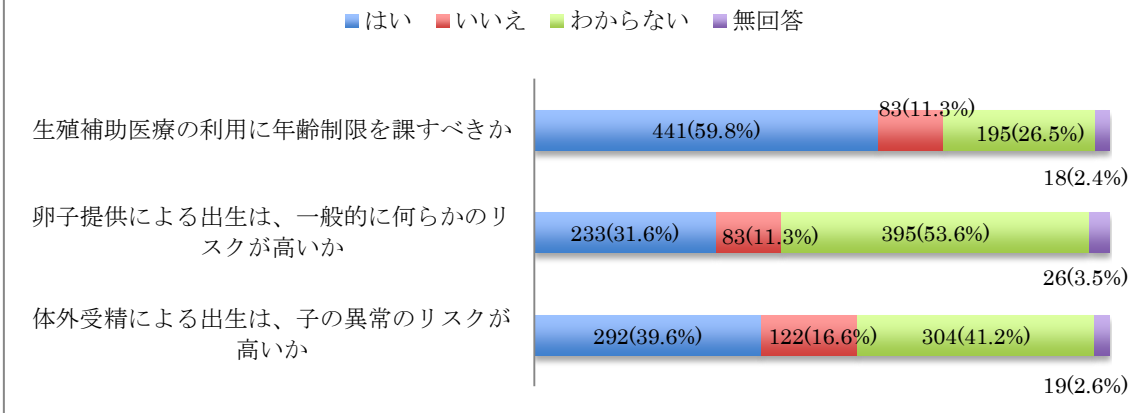
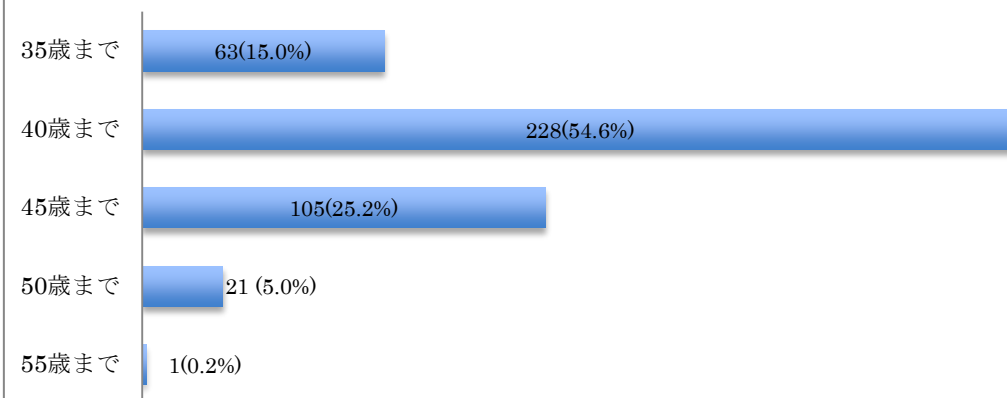


図7 年齢制限 (有効回答n=418)



[子の異常リスクコメント]

- ・印象だが、低出生体重時など異常が多い。
- ・遺伝子異常、染色体異常、発生異常。
- ・自然淘汰されるはずの受精卵が残ってしまう可能性。
- ・多胎、早産、先天異常、**FGR**については母体の年齢のファクターなど調整すると差はないのですが、実感をすると多いです。
- ・先天的な障害が多いと感じていた。15年くらい前までの記憶。
- ・自然にはできにくい精子・卵子での妊娠と考えると人為が加わっていることは確かであり、遺伝子レベルで何らかの **mutation** が起こってもおかしくないから。
- ・正確なデータを知らないが高い印象あり。
- ・発達。育て方で一般とは違う感じあり。

- ・多動や自閉など神経疾患の合併が高いような印象。

[卵子提供のリスクコメント]

- ・ 児の異常があった場合の両親の負担(社会的・経済的・心理的)の増加。
- ・ 将来的に誰が本当の母親なのかと論争になりうると思います。
- ・ 高齢出産の率が高まる。将来の倫理的問題(出自など)など。
- ・ 提供者側へのリスク、侵襲が気になる。
- ・ 提供者の安全の確約がない。母体高齢によるリスク。家族関係の維持。子の精神的葛藤に対するリスクなど。
- ・ 社会的な問題が生じる。医学的には安全なのかもしれないが、実子であっても妊娠中に体調不良となるが、全くの他人であればより強く症状が出るのではないかと思う。
- ・ 児の精神発達。アイデンティティの問題。心理学的分野。
- ・ 早産、先天異常、エピジェネティックな異常など。

[年齢制限の理由コメント]

- ・ 子どもを育てる期間、育児の主体である母の育児可能年齢から必要と考える。
- ・ Down 症等の合併リスク上昇。
- ・ 育児における肉体的精神的負担に耐えられること。子供が大学卒業まで教育を受けられる経済状況から親が 65 才前に卒業すること。
- ・ 受精率の低下、出生児の先天異常リスク増加、治療を止めたくても止められない方へ期限をつけることで、気持ちに区切りをつけられるかもしれない。
- ・ 精子は高年齢男性ほど遺伝子の異常が増加することが明確にされているため。
- ・ 母体が若い方が妊娠しやすく、染色体異常症などの児の疾患罹病率も低く、また育児にも体力を要するため。

2)子どもへの告知と、告知の時期

生殖補助医療を用いた子の出生の場合、自然妊娠ではないこと、また加えて、夫婦以外の人間が生殖に関わるケースが生じうる。とくに後者に関しては、子のアイデンティティの確立のためには、生殖に関わった親を知ることが必要であり、遺伝的あるいは生物学的な親を知ることが子を出自を知る権利として認めることが、子の福祉にかなうという考え方が先進国では普及しつつある。し

かし、親子関係の形成に告知が実際にどのような影響を与えるかは未知数である。本アンケートでは、告知に対する見解として「夫婦間の治療で生まれた子ども」の場合と、「第三者が関わる治療で生まれた子ども」についてそれぞれ聞いた。

まず、夫婦間の治療で生まれた子どもよりも、第三者が関わる治療で生まれた子どもについて「告知すべき」の見解が多かった(45.7% > 29.5)。また双方とも、「告知すべきではない」という見解は少なかった(10.5%, 8.4%)。夫婦間の治療で生まれた子どもについては、「親の自由」であるという回答が過半数以上(54.1%)を占めた(図 8)。子どもの出自に関わる情報については、知る権利が子どもに存在するという考え方が一方で、親の責任として、子どもに知らせない方が子どもの福祉にかなうという考え方が他方で存在するが、本調査の回答者においては、前者の考え方がより浸透していることが改めて推測された。

さらに、児童福祉関係者への同様の質問への回答³⁾と比較してみるならば、第三者が関わる治療で生まれた子どもへの告知について、児童福祉関係者では「わからない」(40.7%)という回答が明らかに多いことが特徴であった。「わからない」という回答の含意するところは不明ではあるものの、考えたことがないからわからないという回答に繋がったことも推測される。現在、児童福祉の領域で生殖補助医療に関わる場面はそれほど多くはないと推測されるが、今後、児童福祉の領域でも、生殖補助医療で生まれた子どもの支援が必要になる場面が生じることも予想される。生殖補助医療で生まれた子どもの福祉に関する専門知識をもった人材の育成が待たれる。

以上をまとめると、まず夫婦の間で不妊治療・体外受精を用いたことについては、親の判断であり、子どもに必ずしも伝える必要がないと考えていることがわかる。他方、遺伝的・生物学的に他者が生殖に関与した事実については、これまで国内で実施されてきた精子提供では、告知しないことが前提となってきたが、「告知すべきではない」は少数派であり、小児科医師の間で、「告知すべき」という見解がより多く支持されていた。先述のように、出自を知る権利を認めるべきとの考え方が我が国の医療関係者の間でも一定程度浸透してきているが、実際に、子どもにいつ・どのように伝えるかは、当事者にとっては大変重い課題である。こうした課題については、海外などから得られる情報はまだまだ断片的なものでしかなく、必要に応じて、心理や児童福祉の専門家が援助に関わることが望ましいだろう。

告知の時期についてはどのような考え方が支持されているだろうか(図9)。海外の文献などでは、できるだけ小さい時期から成長段階にあわせて繰り返し告知するのがよいとされてきた¹⁰⁾。しかし、本調査では、就学前が良いという意見(37人)はそれほど多くはなかった。

多いのは、「成人後」(170人)と「必要に迫られた時」(152人)であった。「成人後」とする見解については、我が国では、まだまだ配偶子提供についてはマイノリティであるためか、子どもの自我が確立してからのほうがよいとの考え方も伺われるためであろうか。コメントとして、「親と子の間に、互いを個人として十分に信頼することができた時」というものがあった。他方、「必要に迫られたとき」も多いが、来るべきその時期は曖昧にしたまま、親と子が現実に向き合うタイミングを先送りにするだけではないかとの批判もあるだろう。さらに、「中学生」(41)「高校生」(60)「大学生」(44)といった比較的多感とされる時期もある程度選択されていた。配偶子提供の事実について、子どもに告知したほうがよいとしても、いつ・どのような方法でという具体的な方法論に関しては、個々の親子関係に依存するものでもあり一般化することが難しく、さらには文化的社会的背景も考慮する必要がある。コメントには、「すべての時期で難しい」というものがあった。経験則やエビデンスが何ら確立されていない状況では、このように対象者の意見が分かれるのは致し方がないことといえるかもしれない。

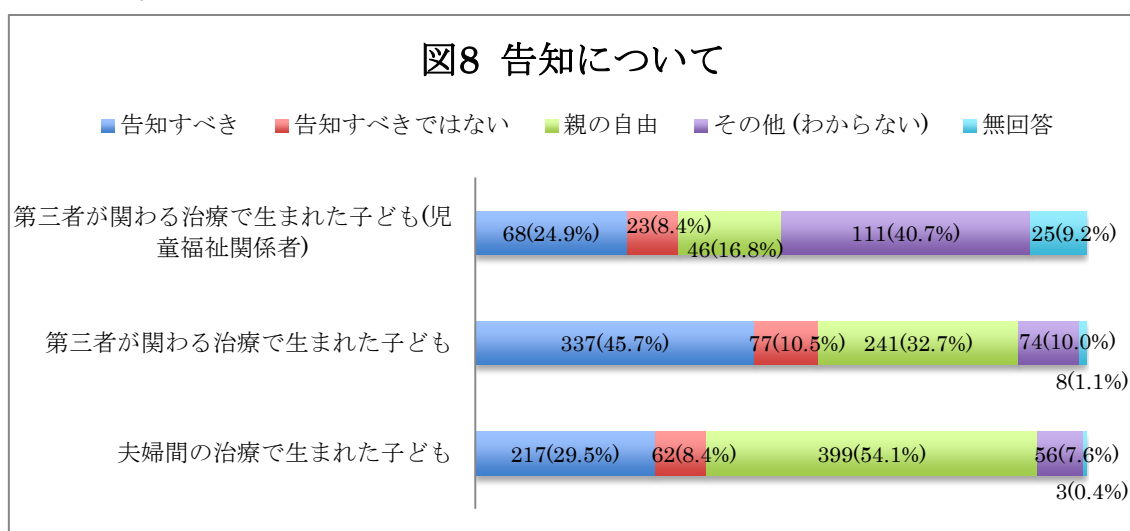
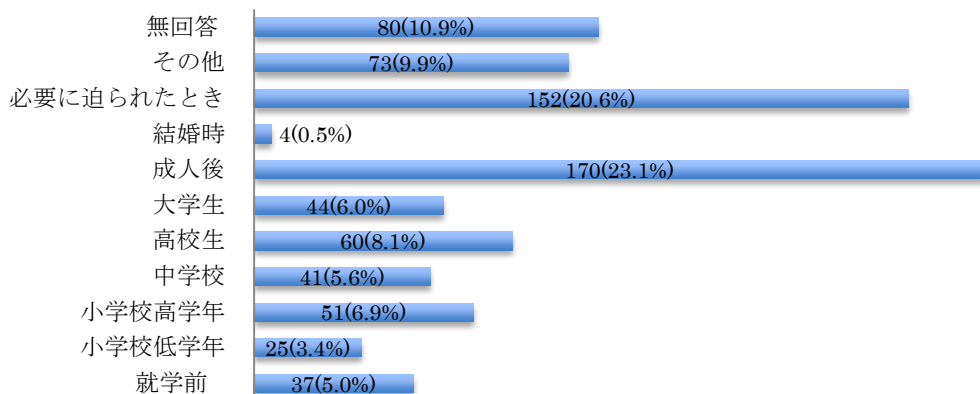


図9 告知すべき時期



[告知の時期についてコメント]

- ・親と子の間に、互いを個人として十分に信頼することができた時。
- ・各人、各家庭の状況によって異なると思います。
- ・子供が理解できる、なるべく早い時期。
- ・むずかしい。だから、この治療はすべきではない。
- ・すべての時期で難しい。だから、AID は私には難題と思われる。

3)生殖補助医療で生まれてきた子どもを支援する体制

生まれてきた子どもを支援する体制について、「生殖補助医療施設は、患者の妊娠までを担当」、「妊娠から分娩までのケアをできる施設が生殖補助医療を実施すべき」、「NICU、小児科を持った施設が生殖補助医療を実施すべき」「その他」という選択肢を設けた。回答では、生殖補助医療と周産期と小児科とが、妊産婦と乳児のケアを連続的に看ることができるような体制が最も支持されていた(図 10)。他方で、コメントとして、生殖補助医療施設が妊娠成立までしか責任を持たず、次世代に与えるリスクを視野に入れていないことへの批判的な見解が数多く見受けられた。

支援を提供する施設(図 11)については、「特別に指定された医療機関」「治療を受けた病院」など医療機関と「同じ立場の親の会・子どもの会」など患者の自助グループを想定する意見が多く、児童相談所や福祉事務所など福祉関係の施設を挙げる意見は少なかった。医師にとって身近な施設がケアの主体として想定されていることがわかる。

図10 生まれてきた子どもを支援する体制について

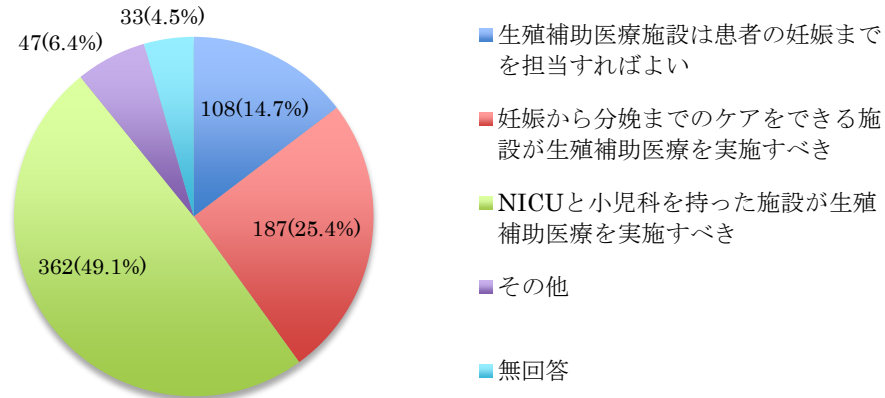
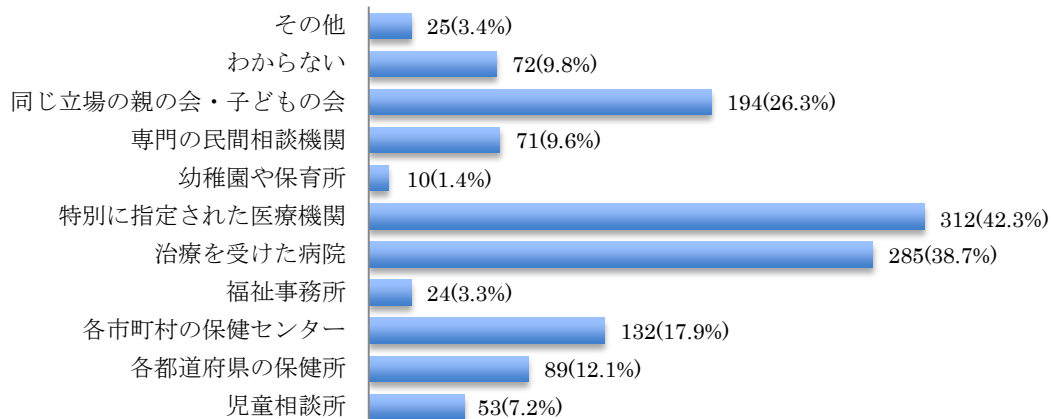


図11 支援に適した場所



[支援体制についてのコメント]

- ・個々の施設の独立性は担保されてよいが、不妊-妊娠-出生した児の一貫した情報が不妊クリニックのレベルまでフィードバックされ、各々のクリニックがその結果をまとめて患者に公表することを責任づけるよう義務付けるような責任体制が必要です。即ち、不妊クリニックのアウトカムは妊孕率ではなく、出産及び児のアウトカムとするべきでしょう。
- ・第三者から精子または卵子を提供されるのなら、子供が成人するまでフォローできる体制が必要。
- ・生殖医療に賛同しかねる立場で質問に回答できず。

- ・不妊クリニック自体を認めない。
- ・生まれたあとのフォローを一般病棟に押し付けることは‘絶対’やめてほしい！
- ・不妊クリニックも含めて、実施機関が、子供への告知の問題も含め、その後の親や家族への支援体制をつくるべきと思う。
- ・金もうけのための不妊クリニックは出産後のリスクには無頓着であり規制すべきである。
- ・十分な説明もないまま非配偶者間(精子提供)を受け、早産や先天異常で児が生まれ、親の受入れも悪くなったり、両親が離婚したりするケースを少なからず経験している。
- ・分娩までのケアを他の医療機関と連携は反対、ハイリスクの分娩に責任を持つべき。
- ・冗談じゃありません。子どもの10年後20年後の心理的ケアまで責任を持っていただかなくては無責任です!!
- ・妊娠率のみで成果を申告したいがために、危険な生殖補助医療を担う機関が増えるのを避けるため、危険な新生児搬送を避けるため限定すべき。

4)実際の相談事例

生殖補助医療について親から相談を受けたことがあるかどうか聞いたところ、43名があると答えていた。実際の相談事例については、計36件の記載があった。時期については記憶が曖昧なためか不明のものが多い。

時期	相談内容
不明	正確な年は忘れました（相談時期）。染色体異常 18トリソミー 出生後の治療など（現在の勤務先ではない）
不明	IUGR で出生し、呼吸器感染を繰り返した
不明	生殖補助医療にて出生。直後に先天性遺伝子欠損にて死亡
2013	海外で受精卵を受けて、日本で出生した未熟児のフォローを1人しています
不明	出生前の胎児診断で異常ありと指摘されて、プレネイタルビジット行った
不明	受診回数が多く、そのことが生殖補助医療で生まれたことに関係しているのかどうか
不明	母親から出生前相談1件
不明	相談はないが、治療は数人している

不明	成長発達是一般的経過と変わらないのか(その子どもが遅れていないか)
不明	(相談時期：?) 出生時の軽微な検査異常について、生殖補助医療によるものかとの質問を受けることが何度かあった
不明	先天代謝異常症(ヒスチジン血症)のため今後の妊娠に関して相談
不明	染色体異常となった場合。特に次子に関して
不明	(相談時期：?) 児に先天異常があり、その原因について相談された
2011	子供を育てることは大変だと思う自分は間違っている、つわりも感じてはいけなかった。なぜなら、自分は神に逆らった方法で児を授かってしまったから、と産後うつ状態で
不明	子どもの病気は不妊治療を受けていたからか
2001	多胎の原因。低体重の原因
不明	はっきりした記憶がありませんが、慢性腎炎の患児で、関連があるのでしょうかという質問だったと思います
不明	子どもの先天異常が生殖補助医療と関連があるかどうかについての相談
不明	先天奇形のある児における ART との因果関係について
1985	重度のてんかんを発症し、強度行動障害のため大変な思いをした母から「不妊治療のためか?」と問われ続けた
不明	人工授精(体外)で出生したことを伝えるべきかどうか
不明	AID、卵子提供、出生前診断、告知時期など多数
不明	悪性疾患の罹患率が高いか
不明	記憶があやふやですが、主として発達障害との関連性について聞かれました
1993	20年前、発達の遅れ、肺炎の入退院の繰り返し、等に対応した

職種柄、子どもの健康について、特に生殖補助医療と子どもの病気や異常との因果関係について、相談や質問を受けていることがわかる。また、相談や質問だけでなく、実際に体外受精で生まれた子どもの治療に携わった経験があることが記載されていた。今日の我が国では既に多数の子どもが生まれているにもかかわらず、体外受精が子どもの健康に与える医学的リスクについての学術的知見は未だ乏しい。また、それ以上に心理や社会の領域での知見は皆無である。こうした不安や疑問に答えられるよう、生殖補助医療から小児科をカバーする幅広い領域でのデータの蓄積が必要なだけでなく、体外受精を受ける前に、子どもの長期的な成長と福祉という観点から、必要な相談が受けられるような体制づくりがなされることが望ましい。

5)自由記述

全部で 185 件の記載が得られた。

【生殖補助医療に賛成（条件付きも含む）】

- 出生後の児のケア、両親への対応すべて、できる施設のみに限定して認めるべきと思う（あらゆる安全性を確保することも含めて）。（男性・60代・小児科経験年数 35年）
- 一定のルールがあれば（母と子の体を守るという意味で）生殖医療については親に希望があればうける権利はあると考えます。ただし、そのリスクを親も医療者も知る義務があります。（女性・40代・小児科経験年数 17年）
- 第三者の提供精子・卵子を用いる場合や代理出産等、やはり第三者が介在する場合は何らかの制限が必要と考える。（男性・年代無回答・小児科経験年数 23年）

【生殖補助医療に反対（一部容認も含む）】

- 生殖補助医療に全面的に反対です。（女性・60代・小児科経験年数 35年）
- 技術があるからといって実施すべきか疑問。不妊の方は同情するが、どんな疾患でもすべて治療できるものではないし、すべきでない疾患もある。"あきらめる"ことも重要。親のエゴで生まれてきた児への配慮に欠ける。（男性・60代・小児科経験年数 28年）
- 生殖補助医療によって通常では生きて生まれることのできなかった児が生きて生まれ、障害が発生していることを考えると生殖医療自体に反対です。（男性・40代・小児科経験年数 22年）

【生殖補助医療は当事者の意思を尊重】

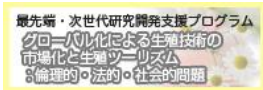
- 倫理が保たれているのであれば、第三者がとやかく言うことではない。産科医のモラルはしっかり守る必要はある。（男性・40代・小児科経験年数 20年）
- 両親の自由な判断を尊重すべき。（男性・年代無回答・小児科経験年数 38年）

【生殖補助医療に関する法や体制の整備を早急に】

- 現在すでにたくさんの子供たちが我々の前をすぎています。これらに対する知識も対応方法も全く決まっておらず困っているのが現状です。定期的なコンセンサスなどを決めてほしい。すでにもう時代は動いているので認めないとつっぱねても、もう現実に子供たちは存在しています。（男性・年代無回答・小児科経験年数 22年）
- 技術として存在している以上、不妊で挙児希望のある方が"望んでしまう"のは、ある程度は避けられないと思うので、医学的/倫理的見地からの規制(条件や実施可能施設)は必要と思います。しかし、どういう形であれ、生まれた子が自らの出自を恥じなくてよいよう取り組みは必要だと思います。（女性・20代・小児科経験年数 1年未満）

【もっと多くの議論が必要】

- このようなアンケートは初めてなので本当に悩みました。医療だけで判断できる問題ではな



く、もっと多職種でどうあるべきか話しあえる場が必要と思います。(女性・50代・小児科経験年数28年)

○第三者からの提供は、子供が成人した後まで見据えた議論が徹底的にされるべきである(私は反対です)。(女性・30代・小児科経験年数10年)

【生殖補助医療で生まれた子の追跡調査、統計の作成を】

○生殖補助医療で生まれた子供の健康についての追跡調査をもっと積極的にして欲しい。リスクがあるならどんなリスクがあるのか不妊クリニックでは教えてくれない。大丈夫というのなら、その根拠がデータとして必要と思う。(女性・40代・小児科経験年数11年)

○子どもへのカウンセリング、親子間のトラブルのカウンセリングの充実。発達に問題がないか、長期間のモニタリング、できれば就労まで。(男性・60代・小児科経験年数37年)

【生殖補助医療で生まれた子への責任】

○子育ては楽しいばかりではない。ただ産みたいだけでなく、その子供を責任もって育てあげる覚悟でうけてほしい。告知の問題も含めて将来おこりうる様々な困難や、期待通りにいかない可能性などあらゆることに対して自分なりの受けとめをしっかりとめるような覚悟をもってほしい。(女性・40代・小児科経験年数25年)

○当院には乳児院が附属しています。ときに、そのようにして生まれたお子さんで、生まれつきハンディキャップを持つ場合、両親が養育拒否したために入所してきます。子どもが成人するまでの筋道をしっかり立ててから行なうべき医療と考えています。(男性・年代無回答・小児科経験年数30年)

【適当な年齢で妊娠・出産できる社会に】

○妊娠や出産の高年齢化を助長しかねないため、生殖補助の年齢制限は必要。それよりも企業も含め、妊娠や出産を若年でしても社会復帰と子育てを両立できる体制を取るべき。現在はあっても実効的でない。また、妊娠・出産・子育てを負うものとしてとらえがちな風潮を改めるべき。尊いものとしての立派な仕事としての意識付けが足りない。今の社会は、妊婦や主婦、胎児の人権・存在を軽視しすぎている。(男性・40代・小児科経験年数15年)

【出自を知る権利・告知について】

○出自を知る権利は保障されるべき(=「本人が知りたくなったら必ずたどれる」の意味)だが、知らせたくない親、知りたくない本人の権利も保障されるべき。(男性・50代・小児科経験年数無回答)

○第三者が関わる治療は子どもの出自の疑問やルーツ探しなど思春期に苦悩を背負うことになる。子どもを持つ夫婦にとって幸せかもしれないが、生まれてくる子どもの不幸を作り出しているだけかもしれない。(男性・40代・小児科経験年数22年)

【不妊治療を行う医療機関について】

○不妊治療を行うクリニックで、どの程度のリスク説明をしているのか心配。全くリスクがないと思っている印象がある。(男性・50代・小児科経験年数31年)

○不妊クリニックは出生した子が成人するまで、責任を持って関わるべきである(自分の医療が何をもたらすのか見届けるのは医師の責務である)。(男性・40代・小児科経験年数20年)

○生殖補助医療のみを扱い、その後の妊娠・児の状況について何ら関心を持たない医療機関が成立しているのは納得できないところです。(男性・年代無回答・小児科経験年数25年)

【補助について】

○無制限に年齢に関係なしで実施することには反対(補助について)、自費では問題なし。小慢(注…小児慢性特定疾患)でも低身長の治療は一定の身長になれば打ち切られる。(男性・50代・小児科経験年数30年)

○社会的コンセンサスが伴わない医療は、公的社会資源(保険その他税も含め)を使うことはできないと考えます。(男性・50代・小児科経験年数32年)

【生殖補助医療以外の選択肢】

○過度に血縁にこだわらず、里子・里親制度を活用してほしい。(男性・60代・小児科経験年数35年)

○生殖補助医療をする前に、里親制度や養子を子のない夫婦が迎えることなどを同様以上にもっとアピール・整備し、一つの政策としてすすめるべき。(男性・40代・小児科経験年数20年)

【体験者のコメント】

○私は結婚8年目に体外受精で児を授かりました。実際自分がそうするかはわからない点も多いですが、補助医療を行っても欲しい方はたくさんいらっしゃると思います。そうした方々に門戸を開いておきたいと思います。ただし、医学的・倫理的な見地から条件は必要とも思いません。(男性・40代・小児科経験年数20年)

【その他】

○他の子どもと何ら変わりがないと思います。(男性・40代・小児科経験年数14年)

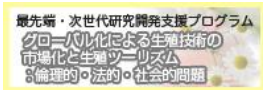
○妊娠経過、出産時のリスクは高くないのか?子どもの精神面に不安がないのか?親も精神面で不安になることはないのか?親になろうとしている人は、生まれてくる子どもに何を期待しているのか知りたい。どの親も子どもに何か期待して産んでいるわけではありませんが。(女性・70代・小児科経験年数47年)

○7,8組に1組のカップルが不妊。出生した児の約10パーセントが生殖補助医療で出生。AIDで出生した児は少なく見積もって15000人は存在しています。生殖補助医療はこれからさらに増加します。(男性・50代・小児科経験年数29年)

文献

- 1) 2007-2009年度「生殖補助医療の医療技術の標準化、安全性の確保と生殖補助医療により生まれた児の長期予後の検証に関する研究」(代表 吉村泰典)
(<http://research-er.jp/projects/mhlw/view/200923001/>)
- 2) 2010年-2012年度「生殖補助医療により生まれた児の長期予後の検証と生殖補助医療技術の標準化に関する研究」(代表 吉村泰典)
(<http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201219004A>)
- 3) 野辺陽子「生殖補助技術の対するご意見と不妊治療経験をもつ養親希望者の実態に関するアンケート調査」(2014)
(http://saisentan.w3.kanazawa-u.ac.jp/image/jidouhukushi_survey_20140108.pdf)
- 4) 日本産科婦人科学会「着床前診断に関する見解」(2012)
(http://www.jsog.or.jp/ethic/chakushouzen_20110226.html)
- 5) 日本産科婦人科学会では、2004年以降、計308件の着床前診断を承認した。
- 6) 「周産期医療に携わる医師の超高齢出産と第三者生殖技術に対する意識調査」(2013)(http://saisentan.w3.kanazawa-u.ac.jp/image/syuusannki_houkokusyo_20130115.pdf)
- 7) Devias MJ, Moore VM, Willson KJ et al. Reproductive technologies and the risk of birth defects. N Engl J Med. 2012,10(19):1803-13
- 8) Sansin S, Nygren KG, Lliadou A, et al. Autism and mental retardation among offspring born after in vitro fertilization. JAMA. 2013 3:310(10):75-84.
- 9) Hansen M, Kurinczuk JJ, Miline E et al. Assisted reproductive technology and birth defects: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update 2013 19(4):330-53.
- 10) ケン・ダニエルズ, 仙波由加里訳 2010『家族をつくる-提供精子を使った人工授精で子どもを持った人たち』人間と歴史社

アンケートに協力いただいた関係者の方々に深く御礼申し上げます。



研究協力:

牧由佳、田形亜希、西田淑代、石井優子、秦貴子、河原香織

発行者:

金沢大学医薬保健研究域医学系 環境生態医学・公衆衛生学

〒920-1192 金沢市角間町 金沢大学角間南地区自然科学3号館5階

Tel./Fax. 076-265-6435 日比野由利 hibino@staff.kanazawa-u.ac.jp