



ウェブデザイン

生殖テクノロジーとヘルスケアを考える研究会
Study Group on Reproductive Technology and Healthcare



報告書VI

卵子提供の制度設計を考える

発行 2013 年 11 月

編集・発行

日比野由利

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

920-8640 金沢市宝町 13-1

Tel. 076-265-2218 Fax. 076-234-4233

編集協力

牧由佳、本麻紀、田形亜希、石井優子、西田淑代

はじめに

2013年9月14日(土)にキャンパスプラザ京都を会場として、立命館グローバル・イノベーション研究機構/法心理・司法臨床センターの後援により「生殖テクノロジーとヘルスケアを考える研究会」主催による第23回公開報告会「卵子提供の制度設計を考える」を開催した。

本報告書は、当日の報告内容をもとに、各報告者が読みやすいよう自ら手を加えたものである。あわせて、報告内容を理解する手助けになるよう、当日使用されたスライドの一部を、報告者の掲載許可を得て、一部編集を加えたうえで本報告書に転載させていただいた。巻末には資料として国内の報告書・ガイドライン一覧と、年表を掲載した。

公開報告会において、座長、報告者、コメンテータをお引き受けいただいた先生がたには、改めて御礼を申し上げたい。

なお、本報告書は、内閣府最先端次世代研究開発支援プログラムのホームページ(<http://saisentan.w3.kanazawa-u.ac.jp>)でも参照することができる。

日比野由利

第23回生殖テクノロジーとヘルスケアを考える研究会

後援 立命館グローバル・イノベーション研究機構/法心理・司法臨床センター

テーマ 「卵子提供の制度設計を考える」



座長 岩崎美枝子(公益社団法人家庭養護促進協会理事)

<午前部>

報告 1

遠矢和希 (日本学術振興会)

「わが国における卵子提供のガイドライン等の変遷と現況」・・・・・・・・・・・・・・・・

4

報告 2

上野桂子 (セント・ルカ産婦人科 / JISART 倫理委員会特別委員 / JISART フォローアップ部会)

「姉妹間卵子提供の現状と今後の課題」・・・・・・・・・・・・・・・・ 14

報告 3

岸本佐智子 (卵子提供登録支援団体OD-NE T代表・ターナー症候群患者団体連合会 TSSJ 会長)

「無償卵子提供の現状と経過報告」・・・・・・・・・・・・・・・・

<午後の部>

報告 4

荒木晃子（立命館大学立命館グローバル・イノベーション研究機構）

「配偶子提供と家族形成 ―卵子提供/精子提供と養子縁組の対比から―」・・・・・・・・ 34

報告 5

久慈直昭（慶應義塾大学医学部産婦人科）

「配偶子提供の匿名性と子どもへの告知 ―精子提供の経験から―」・・・・・・・・ 44

報告 6

瀧上恭子（元南山大学 南山宗教文化研究所）

「エッグ・シェアリング ―韓国における卵子売買防止策―」・・・・・・・・ 55

報告 7

日比野由利（金沢大学医薬保健研究域医学系）

「不妊患者の卵子提供に対するニーズと選好」・・・・・・・・ 69

報告 8

二宮周平（立命館大学法学部）

「卵子提供で生まれた子の親子関係と子の出自を知る権利」・・・・・・・・ 78

コメント

櫛島次郎（東京財団研究員）・・・・・・・・ 87

質疑応答・・・・・・・・ 99



岩崎:「生殖テクノロジーとヘルスケアを考える研究会」の主催で、『卵子提供の制度設計を考える』を、今から始めさせていただきたいと思います。

座長を頼まれました、公益社団法人家庭養護促進協会理事をしております、岩崎美枝子と申します。どうぞ、よろしくお願い致します。私は養子縁組が主体の団体の者ですので、座長など務めたこともなく、うまくやれるかどうか分からないのですが、「岩崎さんしかいない」という言葉に負けて出てまいりました。皆さま方のご協力で、何とか今日を無事に務めさせていただきたいと思います。

私の座長としての立ち位置は、「生まれてくる子どもの立場に立ったら何を考えるだろう」というところです。どうぞよろしくお願い致します。では、さっそく発表に移らせていただきたいと思います。

最初の発表者は、遠矢和希先生。日本学術振興会特別研究員として、今までいろいろな著作を書かれています。本日は、「わが国における卵子提供のガイドライン等の変遷と現況」というところから話をさせていただきます。どうぞよろしくお願い致します。

【報告 1】わが国における卵子提供のガイドライン等の変遷と現況



遠矢：ご紹介に預かりました、名前が読みにくくて申し訳ないのですが、遠矢和希（とおやわき）と申します。では、始めさせていただきます。

まず、いろいろな学会や省庁がこれまで発表した内容をまとめました。だいたい卵子提供においてはどのような論点が議論されてきたかを、最初にご紹介申し上げます。

はじめに基本的な情報から述べます。

生殖補助医療は、Assisted Reproductive Technology の略で「ART」と称されることもあります。卵子提供については 1983 年に世界初の妊娠成功が発表されて、その技術的研究が引き続きされています。

技術的な面以外の研究は多岐に渡り、卵子提供ドナーの動機、満足度を含めた統計調査・追跡調査も欧米では行われています。初めの頃は、不妊治療をしている女性から摘出して使わなかった卵子をほかの患者にシェアすることが行われていたのですが、レシピエントのニーズによって変化してきました。

匿名提供の倫理的問題（子どもが出自を知る権利）などについては、精子提供と同様の問題が指摘されております。

卵子提供特有の問題としては、ドナーへの報酬が高騰する問題があります。特にアメリカでドナーの選好と報酬の問題が生じています。その他ドナーのリクルートと選別の問題については、あまりにもドナーが集まらないので、家族内のドナーを使うべきではないかという議論が出てきます。これは卵子提供特有の話です。家族内のドナーは、精子提供でも議論されることはありますが、卵子提供ほどではありません。

日本国内での卵子提供事例は、今のところほとんど親族内の提供です。だいたい知人の中でやっていて、全然知らない人ではやっていないということです。一方、海外へ卵子提供を受けに行く患者さんもいます。

DI（提供精子人工授精）の経験からすると、調査されてしかるべきだったのですが、DI は公的な追跡調査が殆どなされていません。法整備が必要だと言われていますが、特別な立

法がされずに、子どもの法的な親子関係などが決められている状況です。卵子提供はこの辺の反省に立って行われるべきではないかという意見があります。

次に、卵子ドナーの医学的リスクという基本的な問題をおさらいしていきます(スライド1)。

1. 卵子提供における基本的な問題

1-1. 卵子ドナーの医学的リスク

- 卵子提供のリスクは精子提供より高い
- 排卵誘発剤、麻酔の使用
- 起こりうるリスク:
卵巣過剰刺激症候群(OHSS)、むくみ、がんのリスク、
薬剤による精神的不安定、麻酔のアクシデント

(スライド1)

これらの医学的リスクをもって、ドナー女性の卵子提供は自己責任であるという話が出てきます。これは、精子提供では言われていません。精子ドナーは簡単にできますが、そこと卵子ドナーの扱いは異なるべきであるということは、基本的な問題としてあります。

生体臓器移植と似ているという話をする方もいます。命への贈り物ということも含めて、生体臓器移植と少し似ている部分があるのではないかということです。

もちろん卵子提供のリスクと生体臓器移植のリスクは、同列には論じられません。この点も含めて、精子提供と同様に運用することが非常に難しいということになります。

以上の点を踏まえまして、各国はどのように対応しているのでしょうか。

カトリックが非常に強い所では、卵子提供は禁止される傾向があります。フランスは匿名、無償提供のみで認容しています。

イギリス、スウェーデンは、提供中に卵子ドナーに発生した経費をレシピエントが負担しますが、どこまでを経費に含めるかという議論はもちろんあり、「売買」は不可です。生まれた子どもに対してはある一定の年齢になったらドナーの来歴を教えることがなされています。

欧米から離れた所ですと、イスラエルに関しては、人口問題と絡めて、商業的ではない生殖補助医療を非常に推奨しているそうです。商業的な卵子提供は規制されています。

韓国につきましては、この後に発表されるということですので、そちらに譲ります。

アメリカは、先ほども述べましたが、州によって商業的なものが非常に議論になっています。日本では今のところ国の法整備はない状態です。

では、日本の国内ではどのような議論がなされてきたかを時系列でご紹介します。

1983年に（提供卵子ではない、通常のカップル間で）日本初の体外受精による赤ちゃんが誕生したとき、日本産科婦人科学会は『「ヒトの体外受精ならびに胚移植等」は、不妊の治療として行われる医療行為であり、その実施に際しては、我が国における倫理的・法的・社会的な基盤を十分に配慮し、本法の有効性と安全性を評価した上で、これを施行する。』という前文を付けて、「3. 被実施者は婚姻しており、挙児を希望する夫婦で、心身ともに妊娠・分娩・育児に耐え得る状態にあり、成熟卵の採取、着床および妊娠維持が可能なものとする。」という文言（日本産科婦人科学会『「体外受精・胚移植」に関する見解』1983年）を出しました。ここで被実施者の条件に「成熟卵の採取」が可能であることが入っています。つまり、第三者の配偶子・第三者の卵子ではいけないということになります。

これは法律ではなく完全な自主規制ですが、この体外受精に関する見解が、長らく日本のガイドライン、専門家の自主規制としてずっと通ってきました。

1985年には、体外受精実施機関の登録制度を始めました。

1990年代後半に入り、一石を投じる動きがありました。

1998年、諏訪マタニティークリニックでの卵子提供事例¹⁾が発表されました。諏訪の件から何カ月か後、1998年10月、法律を作らなければならないだろうと旧厚生省が専門委員会（厚生科学審議会先端医療技術評価部会「生殖補助医療に関する専門委員会」）を設置しました。

2000年12月に、この委員会が「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」を発表しました。1) 三年以内に法律を整備する。2) 提供は匿名。3) 近親者への提供については、カウンセリングを実施する。4) 生まれる子の福祉、提供者への圧力、金銭の授受などの問題がないことを確認する。5) 新しく公的運営機関を設置し、事前審査を行った上で認める、としました。そして代理懐胎は禁止すると発表されましたが、皆さんもご存じの通り、今のところ法律面は整備されておられません。

¹⁾ 1998年、長野県の諏訪マタニティークリニック根津医師が、姉妹からの卵子提供による体外受精を実施して出産にいたったことを公表。これに対し、日本産婦人科学会は根津医師を除名処分(後に復籍)。

2. 生殖補助医療に関する法整備に関する 報告書等

2-2. 日本のガイドライン等の変遷③ 2000年代前半

- 2000年3月 日本弁護士連合会 「生殖医療技術の利用に対する
法的規制に関する提言」
- 2000年6月 厚生労働省厚生科学審議会生殖補助医療部会*1 設置
- 2001年4月 法制審議会生殖補助医療関連親子法制部会*2 設置
- 2001年6月 日本産科婦人科学会倫理審議会答申書 報告(後述)
- 2003年4月 「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」*1 公表 (後述3-1)
日本産科婦人科学会倫理審議会答申書 報告(後述)
- 2003年7月 「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」*2 公表

(スライド2)

2000年3月、今度は日本弁護士連合会が、「生まれる子どもの福祉や権利を重視するべきなのではないか」という話を始めました(「生殖医療技術の利用に対する法的規制に関する提言」)。子どもの権利条約7条を根拠にして、もし法整備をするなら子どもの法的地位の確定と出自を知る権利の保障を入れるべきであるという提言をしました(スライド2)。

2000年6月、厚生労働省厚生科学審議会生殖補助医療部会が開かれ、内容は後でご紹介しますが、議論の結果2003年4月に報告書(「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」)を出しました。ここで、非配偶者間人工授精を含む第三者の配偶子を用いる生殖医療を一定の条件の下に施行可能にする方向性を示しました。

この報告書は厚生労働省の管轄で、医療技術全体をどう規制するかという問題の議論です。もしも実験的な技術であれば文部科学省が関わることもあるのですが、この場合は既にヒトに臨床利用されているということで一般的な医療技術と同様に厚生労働省が管轄になり、この医療技術をどのように施行すればいいのか、そういう法整備のたたき台をつくらうとしたのです。

2001年4月、今度は法務省管轄の法制審議会でも、生殖補助医療技術関連の部会(「法制審議会生殖補助医療関連親子法制部会」)が開かれております。ここから「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」が2003年7月に出されました。こちらは第三者配偶子を用いる医療により出生した子などの、民法上の親子関係を規定するための法整備についての議論です。

つまり、取り扱う内容によって国の審議会が2つに分かれています。技術をどうするか、罰則も含めてどう条件をつけて認容するかを議論するのが厚生労働省の審議会です。一方、法務省の法制審議会は、この技術で生まれた子の親子関係をどう規定するかという問題を取り扱っています。

このように別々の省庁に担当が分かれています、両審議会は一応連携を取っていたようです。法整備を目指して議論が行われましたが、関連法の整備は実現していません。

2006年には、日本産科婦人科学会が「非配偶者間人工受精に関する見解」（改訂）を出しました。しかし卵子を用いる生殖補助医療、卵子提供そのものについては、実はこれまで何もはっきりとしたことは述べていない態度です。売買禁止等はもちろんありますが、この見解はほとんど精子提供に関する話でした。

2008年4月、日本学術会議（学者の国会とも言われます）が、政治家のほうからこういう法律を作るためのたたき台を出してくれと言われて議論した報告書を出しています。そこにおいても、第三者配偶子を用いる生殖補助医療については具体的には触れられておりません。むしろ代理懐胎の方の議論が非常に中心になってしまい、卵子提供についてはほとんど触れられていない状態でした。「今後新たな問題が将来出現する可能性もあるので、引き続き検討していくことが必要である」と述べるにとどめられました。

2008年7月、「JISART ガイドライン」が公表されました。JISARTに関しては、後の方に発表していただけるので、そちらに譲ります。

2009年6月、生殖医学会に関しては、最近非常に動きが活発で、卵子提供や凍結卵子についての議論が進められています。卵子提供者の条件などを提言しております。

以上から、政府・省庁見解として、公的な立場から出た考え方をおさらいしていきます(スライド3)。

3. 報告書・ガイドライン等の内容から

3-1. 初めての政府見解

2000年- 厚生労働省厚生科学審議会生殖補助医療部会

意見集約にあたっての基本的な考え方:

- 1) 生まれてくる子の福祉を優先する。
- 2) 人を専ら生殖の手段として扱ってはならない。
- 3) 安全性に十分配慮する。
- 4) 優生思想を排除する。
- 5) 商業主義を排除する。
- 6) 人間の尊厳を守る。

(スライド3)

まず2000年の、最初に旧厚生省の部会が出したものですが、1) から6) までの基本的な考え方をもって生殖補助医療を扱おうという内容でした。この中では具体的には「商業主義を排除する」という文言が出てきます。


2003年の報告書につきましては、①から⑥まで列挙しております(スライド4)。これをたたき台にして法整備をするという話だったのですが、現在まで法整備がなされておられません。部会自体はまだあるそうです。しかしながら、非常に画期的な方針が書いてあることで話題になりました。例えば、⑤の「生まれた子に出自を知る権利を認める」という点は大きく報道されました。

3. 報告書・ガイドライン等の内容から

3-1. 初めての政府見解

2003年 厚生労働省厚生科学審議会生殖補助医療部会
「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」

- ① 対象は法律上の夫婦に限る
- ② 兄弟姉妹からの配偶子・胚の提供は、当分の間認めない
- ③ 配偶子・胚に関わる金銭の授受は禁止
- ④ 配偶子・胚の提供は匿名
- ⑤ 生まれた子に出自を知る権利を認める
- ⑥ 公的運営機関の設置、管理運営

 現在まで法整備ならず

(スライド4)

以上が日本における報告書等の議論の流れでした。次に、卵子提供の分類についてご説明します。

卵子提供は、いろいろなドナーから卵子を持ってくることになります。不妊カップルが卵子提供を受けられる手段の類型に着目して、いろいろな報告書・ガイドラインなどで述べられているものをまとめました。

Trading (売買) については、もちろん報酬等を引き換えにしたもので、禁止している国が多いということを前半に申し上げました。

Intrafamilial (近親者ドナー) についても、いろいろ議論があります。後で詳しく説明します。

Volunteer (ボランティア)、**Sharing** (シェアリング) は、報酬なしでということになります。

最初に、**Trading** (売買) の話からです。

先ほど紹介した2003年の厚生科学審議会生殖補助医療部会の報告書でも、これは人間の尊厳を損なうものであるとして「2) 生殖をビジネスにし、生殖細胞・胚を売買すること」は認められないという意見が出ております。「人間の尊厳を損なうもの」という理由がありますが、実際には起こってしまうものが売買というものです。やはりレアな、非常に貴重なものは売買の対象になり得ます。

例えば 2006 年に日本の生体臓器移植で起こった事件があります。レシピエントに借金をしていた第三者の女性を金品でスカウトして、「借金を帳消しにしてあげる、車をあげる」というような条件で、腎臓を提供させるということが起こりました。当時はそこまでチェックが厳しくなかったわけですが、レシピエントの奥さんが「私の妹が私の旦那さん（レシピエント）に腎臓をあげたいと言っている」と、ドナーの身分を親族であると偽ったのです。そして医療者が身元確認などを怠った結果、全くの第三者で、しかも金銭の介在があったにもかかわらず、生体腎臓移植を行ってしまったケースです。ここで、どこからが報酬になるのかという問題が一つ出てきます。ドナーとレシピエントが知り合いだと、非常にそこがあいまいになる、後でモメる可能性もあります。

禁止の法整備がないところには売買が生まれる可能性があります。ベンチャーでも始められるとなると、場合によってはドナーや生まれた子どもの権利の保護の欠如が非常に問題になります。

そもそも配偶子に所有権が発生するか。このへんは哲学的あるいは法的な話になります。配偶子を「モノ」として売買取引することは有効かどうか、そういう議論もあります。

逆に、卵子はドナーの医学的リスクに応じて正当な報酬が必要なのではないかという意見もあります。ドライに、リスクに相応する報酬を支払うのだという話です。

一方で、そういう売買は無意識にでも子どもに対して「おまえにはいくらかかった」という感覚になりますので、子どもの心理的な影響にかかわるのではないかという意見もあります。

売買の問題点についてはここで終わります。

Intrafamilial (近親者ドナー) に関しては、日本産科婦人科学会の内々の方針で、賛成論・反対論の転換が非常にまとまっているものがあります。

2001 年の段階では、内々の答申（「日本産科婦人科学会倫理審議会答申書」）では禁止になっておりました。ところが厚生労働省の報告書が、近親者の卵子ドナーを条件付きで認めてよいのではないかという内容で出そうとしたので、日本産科婦人科学会と厚生労働省とで意見が全く異なるのは困るということで、方針を転換するような答申書が 2003 年に出ました。そういう、反対（禁止）から賛成（認容）への転換が起こっています。

まず 2001 年の「禁止」の理由が①から③まであります。

① 医的侵襲があること、提供者には非常にリスクが高いこと。「提供者である第三者に卵巣過剰刺激症候群や採卵時の出血などの医的侵襲があるのは事実である。それゆえ、卵子提供による体外受精が近親者からの提供によってのみ可能であるといった状況は容易に予想できる。しかし近親者であれば多少の無理をいってもよいという風潮が生まれれば、近親者への心理的圧迫を生み、基本的人権に反する結果が生じないとは限らない。」ここは社会的に懸念される不妊患者の近親者への心理的圧迫についても述べております。

② 近親者に対する心理的葛藤。「近親者に遺伝的親がいることにより、親子関係が複雑に

なるだけでなく、……両親の離婚あるいは出生した児に何らかの問題が生じた際に、遺伝的親であるドナーに生じるであろう心理的圧迫・葛藤は看過できるものではない。現行の精子提供のガイドラインが、長年の実施経験に基づいた原則として、匿名の第三者に限られるとした結論に至った点は尊重されるべきであり、匿名の第三者に限られているからこそ、様々な社会的混乱を避けられた実績は評価されるべきである。」

③ 「十分なカウンセリング制度が確立した上で近親者からの配偶子提供の検討を開始したとしても決して遅くはない。提供者が特定できる状況では、施行時の同意書のみではまったく不十分であり、施行後長期にわたるカウンセリングが必要である。特に近親者が提供者となる場合、身近に子供がいることになり、提供者のカウンセリングは極めて重要なものになる。」

以上が禁止の理由です。

次に、2003年に「容認しうる」とした①から④の理由については以下になります。

① 「匿名提供者獲得の困難性」というのは、「自分の配偶子を提供したい、あるいはしてもいいと考える兄弟姉妹等が存在しており、このような兄弟姉妹等の好意を無駄にするべきではない。」がその内容です。

② 「家族関係および家族観の多様化」の内容は、「人々の家族観は多様化している。むしろ匿名ではない提供者の配偶子から生まれた子は、身近に遺伝上の親が存在することにより、養育上又は人格形成上有益な支援を得られる場合も考えられる。」です。

③ 「国民の意識調査」では、「一般国民のうち、精子・卵子の提供による生殖補助医療について、「誰から精子または卵子の提供を受けたいか」の問いに対し、「匿名の第三者」と同程度（約30%）に『血縁者』との回答があった。」ことを理由としています。

④ 「出自を知る権利との関係」では、「兄弟姉妹等「知られた提供者」からの利用は出自に関する十分な情報を提供し得るがゆえに、匿名の第三者からの提供より望ましい場合も想定され、兄弟姉妹等からの提供を禁止する意義を減じることになってくる。」としています。

このへんの「容認しうる」理由は、アメリカの学会「the American Society for Reproductive Medicine (ASRM)」の倫理委員会の見解とほとんど同様です。日本産科婦人科学会では条件として、「被実施者夫婦について、生殖補助医療を実施することが医学的に妥当であるか、生まれてくる子の福祉を充分守る能力を有しているかについて個別のケース毎に慎重に審査する」ということを述べてあります。この体制の整備なども含めて、こういう条件で将来的には容認しようという意見になっており、近親者ドナーについての論点がまとまっている感じです。

Volunteer（ボランティア）の話にいきます。

匿名のボランティアのドナーを候補にするとぼんやり言っている報告書等が多いのですが、中身についてはあまり言われておりません。詳しくご紹介できませんが、リクルートや

ドナーの心理的問題の研究が、海外ではなされております。

アジア人の女性の卵子ドナーについては、リクルートが非常に難しいことが海外では問題になっております。似た人種のドナーを求めるレシピエントが多いのですが、アジア人については非常に難しいので、英国の調査研究では政策的キャンペーンが必要であるという意見があります。

ボランティア・ドナーの心理的問題については、いくつか調査があります。少し古いものですが、家族に関するトラウマや、生殖や性に関するトラウマを持っていることが多く、それを提供によって癒したいという動機のある人が一部います。そういう人には卵子提供を勧めるのではなくて、むしろ他のサポートが必要なのではないかという意見があります。一方で、そういう人たちの志願を否定する理由には別にならない、不妊の人を助けて、本人も癒されるならそれでいいのではないかという意見もあります。

ボランティアに関しても、海外のいろいろな調査研究はありますが、日本ではおそらくこれからだろうと思われまます。

Sharing (シェアリング) とは、匿名の第三者の不妊患者さんから、使わない卵子を分けさせていただくことです。

世界初の卵子提供による妊娠ではこのシェアリングが用いられました。ただ、成功率が非常に低いことで、患者さんはほかの3類型を好む傾向があるということです。

一方で、卵子を他に提供する不妊患者さんについては、割引をするクリニックがアメリカにあるそうです。そうすると、売買にあたるのではないか。割引という金銭的な問題が出てきますので、そこが少し議論になるだろうと言われております。また、いくつ採取したか、その用途(行き先)、結果、そういう事実をドナーでもある患者さんにどう開示するかという問題が出てきます。ドナー患者さん本人が子どもを持てたかどうかという問題ともかかわってきます。ドナー側に子どもができずレシピエント側にできることも想定されます。卵子摘出数やその利用について、透明性を含む公正さが必要です。

未授精卵の凍結が利用できるようになってくるだろうと最近言われております。そうすると、それによる出産の成功率が上がった場合に選択肢になるのではないか。シェアリングはその後の議論になるかもしれません。

最後に、論点をまとめます(スライド5)。

個別的な審査機関の設置が必要であろうと考えます。それはドナーとドナー家族の尊厳や心身の健康を守ることも含めてです。

その一環として、長期的なカウンセリング体制の整備が必要です。子の出自を知る権利を保障することについても議論が必要です。親子関係の確定に関する法整備も、別に必要であると考えます。

以上になります。(拍手)

おわりに

今後の法整備に向けた論点として

- ドナーの尊厳を守る個別ケース審査機関の設置
- 長期的なカウンセリング体制の整備
- 子の出自を知る権利の保障に関する議論
- 親子関係の確定に関する法整備

(スライド5)

岩崎: 遠矢先生、ありがとうございました。発表に対する質問は質問用紙にご記入いただき、皆さん方の質問と、この後に出てくるいろいろな報告との絡みを、できれば最終の段階で議論させていただけたらと思います。

2番目の発表です。上野桂子さん。セント・ルカ産婦人科心理相談室相談員、JISART倫理委員会特別委員をなさっていらっしゃいます。今日は、「姉妹間卵子提供の現状と課題」と題して具体的な問題のお話をいただきます。よろしくお願ひ致します。

【報告 2】 「姉妹間卵子提供の現状と今後の課題」



上野：上野です。よろしくお願いします。私は JISART 倫理委員会特別委員をさせていただいています。また、フォローアップ部会の部会長もさせていただいております。その立場から、お話をさせていただきたいと思います。

JISART では、精子・卵子の提供による非配偶者間体外受精に関する JISART ガイドラインを、2008 年 7 月に作っております。先ほどのお話の中にも一度出てきたと思いますが、主に厚労省などのガイドラインや報告書を基に、JISART のガイドラインができております。

基本方針としましては、

- ①人間の尊厳および自由意思の尊重。
- ②提供者および被提供者に対する事前の十分な説明とその明確な同意。その他精子または卵子提供の手続きの適正の確保。
- ③施術の安全性、医学的妥当性の確保。
- ④生まれた子の福祉の確保は重要視しています。
- ⑤生まれた子の出自を知る権利の尊重も、基本方針に入れております。
- ⑥関係者の個人情報の保護。
- ⑦商業主義の排除ということで、全て無償の提供を基本的に挙げています。
- ⑧その他、非配偶者間体外受精を行うことの必要性および社会的相当性の確認
こうしたことを、ガイドラインでうたっております。

JISART 倫理委員会では以上の基本方針が守られているかを審査していきます。申請された臨床案件について、精子・卵子の提供による非配偶者間体外受精に関する JISART ガイドラインを審査基準とし、法的、医学的、倫理的に相当なものであるかを審査します。

提供された精子または卵子による非配偶者間体外受精を受けるための医学的理由の妥当性については、詳細な申請書が各施設から上がってきますので、それに基づいて倫理委員が審査をしていきます。絶対に卵子提供でないと、体外受精ではないと、この方たちは子どもをもつことができないということを明確に、きちんと診断しているかどうかを審査基準にしています。

適切な手続きの下で精子または卵子が提供されることが必要です。JISART の加盟施設が実施施設になっていますので、そこは実施施設長の方たちがきちんと理解した上でしてくださっていますし、書類審査も綿密に行っています。

夫婦の健康状態、精神的な安定度、経済状況など、夫婦が生まれた子を安定して養育することができるかどうか。これにつきましては、JISART では、実施前にカウンセリングを行っています。被提供者、提供者、ご夫婦それぞれ、個別のカウンセリングと、姉妹間や既知ドナーの場合でしたら、合同のカウンセリングも含めて少なくとも3回行っています。3回では少ないと思いますが、多い場合は何回も重ねて、十分ガイドラインを理解しているか、この立場に立って考えられているかを、カウンセリングをしながら進めています。

倫理委員会に上がってきた場合、どのような手順を踏んでいくかは次の通りです。

まず、申請の受理・不受理の決定。詳細な申請書が上がってきて、それを倫理委員全員で読み、本ガイドラインの規定に反する記載がないか、添付書類に不備がないかを見ます。

ここを通れば「この案件は受理しよう」という通知が各施設に送られます。相当な期間内に記載の補正、もし足りないものがある場合は追完をしていただく、また、申請の取り下げもあり得ることです。

その後、実際の審議に入っていきます。

①申請書等の記載による審議。カウンセリング記録、心理検査報告書を含むということで、当事者の方全員に心理検査も行い、心身の健康状態も勘案して審議をしております。

②当事者の方、実施施設長の方に直接来ていただいてヒアリングを行っております。実施施設長のヒアリングは、審議の最初に行います。書類からは分からない点や、少し心配な点などを施設長の先生に直接伺います。

当事者のヒアリングは、被提供者夫婦、提供者夫婦、当事者4名、全員来ていただきます。提供者の方で離婚されたり亡くされたりということで、配偶者がいない場合もありますが、そういう場合はお一人です。JISARTで行っているものは、提供者は子どもがいることが条件ですので、大部分の場合は配偶者もいるので、4名全員に対するヒアリングを行っています。全員個別で約1時間ずつかけて行っております。

その他関係者のヒアリングです。家族関係を見せていただいて、重要なキーパーソンが必要な場合、倫理委員会が必要と判断した場合は、その他の方をお呼びすることもあります。

③資料提出等の要求。足りない資料のところ、とても心配なこと、危惧される場合には、

提出を要求する場合があります。

審査結果の決定は、出席者の3分の2以上の合意で決定しています。無条件というのは本当に珍しく、承認にあたり条件を付することが多いです。「こういうことに関するカウンセリングをもう少し行ってください」、「妊娠中のカウンセリングを行ってください」、「フォローを行ってください」というようなことや、医学的に少しどうかという場合は、「出産を受けてくれる病院をきちんと担保してください」など、いろいろな条件が付くことがあります。

そして、審査結果を実施施設に通知する。こういう流れになっています。

当事者ヒアリングは、かなり詳しくお聞きしていきます。

提供された精子または卵子による非配偶者間体外受精を受けるための医学的理由の妥当性。適切な手続きの下で、精子または卵子が提供されること。夫婦の健康状態、精神的な安定度、経済状況など、夫婦が生まれた子を安定して養育することができるかどうか。

ガイドラインを全て満たしていればOKということより、生まれてくる子どもを含めた当事者全員が、この選択を心から受け入れて悔いのない幸せな生活を送っていけるのかというところを、最も基本的な意図としてヒアリングを行っています(スライド1、スライド

2)。

当事者へのヒアリングの内容

- ・結婚歴、不妊歴、不妊治療歴
- ・病歴、家族歴
- ・現在の健康状態
 - ・自分達の子どもを持たないことへの受け入れ(被提供者、グリーフワーク)
 - ・自分やお互いの気持ちの明確化・理解の程度
- ・現在の暮らしぶり
 - ・家族形態、環境、就業状態、経済状態、対人関係等
- ・提供医療申請までの経緯
 - ・何時、どのような形でこの話がでたのか、その後の経緯等
- ・提供医療への動機(被提供・提供)
 - ・強制、圧力の有無(心理的なものを含む)、自由意志の確認等
 - ・気持ちの揺らぎ、不安、疑問等、現在の心境

(スライド1)

当事者へのヒアリングの内容

- ・適切なインフォームドコンセント、カウンセリングの有無
- ・医学的、法的知識、契約内容についての理解の程度
 - ・確率、危険性、後遺症、医療行為の内容など
 - ・卵子、受精卵、余剰胚、生まれてくる子どもに対する権利・義務
 - ・金銭の授受の禁止、医療に伴う心身の疾病への保障、医療に伴う経済的損失への補償等についての理解と契約
- ・告知に対する理解、態度
 - ・告知の必要性、子どもの立場に立った視点、具体的な想定等
 - ・祖父母、提供者の子ども達、当事者の兄弟姉妹等、周囲も含めて
- ・今後の生活に対する見通しと覚悟
 - ・被提供者、提供者、生まれてくる子ども、周囲の人との関係性
 - ・色々な状況の可能性、自分の気持ちの変化の可能性、その対応
- ・ソーシャルサポートの有無

(スライド2)

結婚歴、不妊歴、不妊治療歴などの、ご夫婦の歴史のようなものを聞きます。

病歴、家族歴、現在の健康状態も聞きます。やはり、自分たちの子どもを持っていないことへの受け入れができてきているかどうか。この治療で生まれてくる子どもは自分たち二人の子どもではないというところ、グリーフワークがきちんとできているかどうか。自分やお互いの気持ちの明確化・理解の程度。ご夫婦であっても、あまり話ができなかったりすることもありますから、お互いに「このように思っている」というところを、別個にお伺いします。

現在の暮らしぶりについても聞きます。ここは、だいたい皆さんきちんとお勤めして経済的にも大丈夫なのですが、やはり子どもさんに何かあったときの支援体制や、育てていく上での相談相手なども含めて聞いていきます。

提供医療申請までの経緯。どのようなかたちで提供医療という話が出てきたのかを伺います。本当に自分たちの意思でしているのか、「どういうかたちでこの治療を選択したのか」が、とても重要になってきます。

提供医療への動機。強制、圧力の有無として、やはり今まで姉妹間や親族間が多いので、とても断れない状況などがあります。本当は少しためらっているけれど嫌と言えない状況なのではないか、カウンセリングでも十分やっているのですが、ここで最終的にもう一度確認をさせていただいています。

気持ちの揺らぎ、不安、疑問等、現在の心境も伺っていきます。ここで不安が全くないというものではないと思います。そういう状況で、「どういうお気持ちで、今ここにおられますか?」、「何か支援できることがありますか?」というようなこと。絶対したくないのに来ている方はいないと思いますが、こういうことも伺っていきます。

適切なインフォームド・コンセント、カウンセリングがなされていたか。記録はいただくのですが、カウンセリングでどういうことを考えたか、感じたか、そういうことをまた伺っ

ていきます。

医学的、法的知識、契約内容についての理解の程度。確率、危険性、後遺症、医療行為の内容など、本当に理解されているのか。提供者の方は、特に不妊治療をなさったことがない方もいるので、本当にどのようなことをするのか分かっているのか、最終的に確認をさせていただきます。

提供者の経済的負担などについて、既知ドナーの場合は、あいまいにしている場合が多いです。何かあっても「大丈夫、私が何でもしてあげるから」のような、お互いに口に出さないうところがあり、きちんとしたかたちではない場合もありますので、そういうところも確認をしていきます。

卵子、受精卵、余剰胚、生まれてくる子どもに対する権利や義務。提供者の方は生まれてきた子どもさんに対して、権利も義務もないことを、ここでもう一度きちんと確認を取っています。

金銭の授受の禁止、医療に伴う心身の疾病への保障、医療に伴う経済的損失への補償等についての理解と契約。先ほど申し上げましたが、やはりきちんと契約などしなくてもいいという方がおられると思うのですが、それでは足りないのではないかということで、きちんと約束を交わすこととお話ししています。

告知に対する理解、態度。ここに時間をかけることが多く、とても重要視しています。告知の必要性、子どもの立場に立った視点、具体的に告知をすることを想定してこの治療に臨んでいるかを、かなり詳しく聞かせていただきます。やはり、「(告知を)しなければいけないのですよね、JISARTでは。告知すると言わないと、(提供による治療を)していただけないのですよね」というスタンスではなく、本当に子どものために告知が必要なのだとご理解していただくことが大事だと思っております。

祖父母、提供者の子どもたち、当事者の兄弟姉妹等、周囲も含めて告知をすることをお勧めしています。子どもさんにお話をするという事は、その子どもさんが誰に話すかもしれません。おばあちゃんにそういう話をしたときに、驚いた顔をされたら、「何か悪いことなの？」と、そこでとても敏感に傷ついてしまうことがあります。日常の交わりのある方たちには、理解していただくことが重要であるというのが基本的なスタンスです。

今後の生活に対する見通しと覚悟。被提供者、提供者、生まれてくる子ども、周囲の人との関係性です。告知を前提としておりますので、もしかしたら子どもが外で話してしまうかもしれないなど、いろいろな不安がおありです。そういう場合は、悪いことをしているわけではないので、堂々と「そうです」と、言えるかどうかの問題も出てきます。また後の話で出てきますが、そういうことも少し促しています。

その時は子どもが欲しいので、どのような子どももかわいいだろうと思っていたのに、生まれてみたらちっともかわいと思えない、とても複雑な気持ちになることもあり得ると思います。そういうときはきちんと相談できる方がいるか、言えそうか。ご主人にもそういう気持ちになるかもしれませんが、それを否定するのではなくて、二人で十分話し合いをする

ことを、ヒアリングですが、心理教育的なこともさせていただいています。

ソーシャルサポートの有無。何か困ったときに相談できる場所、人がいるかということ。母子カプセルや家族だけのカプセルに入らずに、社会ときちんとつながっていけるかどうかが大それたと思ってヒアリングをしています。

申請件数	37件
承認件数	31件
審議待ち	5件

※精子提供申請はまだありません

(スライド 3)

37 件の申請中、姉妹間が 35 件。承認件数 31 件中姉妹間 30 件。ほとんどが姉妹間の提供となっております。審議待ちが 5 件です(スライド 3)。

生まれてきた子どもが 13 人、妊娠中の方が 1 人です。

姉妹間卵子提供は、提供者の方と被提供者の方で、子ども時代からの歴史に基づいた信頼関係があります。善くも悪くもすごく信頼関係があり、もちろんきょうだいですから複雑な感情があるなど、いろいろ点があります。でも、この複雑な審議やカウンセリングを受けてこられている方は、やはり強い思いがおありで、「この人だからこそ提供してあげたい」、「この人だからもらいたい」という方がとても多いのです。「ほかの人の卵子ならどうか」という質問には、「そこまでは考えない」、「誰も知らない人に私の卵子をあげるか」には、「そのようなことはないと思う」という方も多いため、「この人だからこそ」という思いが強いと思っています。

不妊の歴史や思いの共有。どれだけ赤ちゃんを望んで、どれだけのつらい治療をしてきたか、どれだけ望んできたかがよく分かっている。そういう人だからこそ提供してあげたいという方が多いです。

提供者の確保。匿名のボランティアで、こういう命を提供してくれる方というのは、後で OD-NET の岸本さんがお話ししてくださると思いますが、だいたい時代が変わり、いるものだと今回思いました。2006 年に最初に審議したのですが、そのときは無償の提供者が少ないのでは、いないのではないかとこのころがありました。やはり無償でやってくれる人は姉

妹などの既知ドナーのほうが確保しやすいわけです。

危険性の受け入れやすさ。「この人ためだったら、多少痛い思いをしても」ということが多く、そこは危険性もありますが、やはりその点からも姉妹間などの方が提供者の確保がしやすいということです。

姉妹など、親族からの提供ですと、生まれてくる子どもは、被提供者遺伝子（血）が共通に入った子どもだということです。この人の血も入っていることで、全く他人の女の人のではないこと、妹さんやお姉さんとずっと知り合いだから、被提供者の方のご主人も受け入れやすいし、自分も大好きな妹やお姉さんの子どもということ、とても受け入れやすいこともあります。逆に、心理的圧迫が生じやすいとも思います。

関係性が複雑。告知の困難性と抵抗感。子どもが生まれてからも提供者と被提供者の身近な関係がずっと続くということで、姉妹間の提供医療は、複雑な関係性を生み、そのために告知が難しくなるという面を含んでいると思われまます。

やはり、審議するだけでは駄目ではないか、無責任ではないか、ということで、JISARTではフォローアップ部会を立ち上げました。対象者の家族全員が、この治療を受けてよかった。そして、子どもが生まれてきたよかったと思っただけいたらという思いで立ち上げた部会です。相談できる場所を担保する、本当にこのやり方でいいのかをきちんと検証していきたい、フォローしていきたいこともあります。いろいろなご意見をいただいて、今後どうしていったらいいのか。何しろ日本では前例がありませんから、そういう目的もありフォローアップしています。

フォローアップ部会の行う支援は、予後調査とフィードバック、相談という 2 つの柱でやっています。

予後調査の内容です。

被提供者夫婦と生まれた子ども、提供者家族の両方のアンケートをお送りし、面接をさせていただいていく予定です。提供者家族が対象に入っているのが世界でも珍しいということで、やはり提供者家族のフォローをきちんとしていかなければいけないというのが、JISARTの方針です。メール、電話、面接、いろいろな方法で行います。きちんと生殖医療の心理を知っているカウンセラー、医師や弁護士の方にもお願いしています。

2012年質問紙調査で、子どもの発達を見えています。また、養育態度、メンタルヘルスなど、いろいろな面から見えています。

2012年度に初めて行い、2歳児の3家庭、0歳児の1家庭から回答を得ました。

お父さんの平均年齢37.5歳。お母さんが37.3歳。親のメンタルヘルス的には問題はありませんでした。夫婦関係は親密で夫婦相互にサポートする傾向がありました。子どもは全員男の子だったのですが、皆さん健康に生まれています。

発達には年齢相応か良好の心身発達でした。どちらかというと、手をかけているというか、きちんと発達している感じでした。発達障害的な側面を見るものがあるのですが、全員カットオフ値以下で、健常な発達をしています。

親子関係の困難感や育児困難度は非常に低く、良い関係ができているということでした。育児環境で、「身近な相談者が3人以上いる」方が、8人中7人。「育児について気さくに話せる友人」が全員いるということで、大変安心しました。

真実告知に対する考え方です。「子どもは卵子提供によって生まれたことを知る権利がある」、「正直であるべきだ」に、「とてもそう思っている」けれど、「子どもにとって最も利益になるのは遺伝的つながりを告知されないことだ」に、「わからない」、「そうかも」という人が多かったというところで、頭では理解しているのに、実際に告知するときに、「本当に告知が自分の子どもの幸せ？」という、そのギャップが、これにはすごく出ていると思います。

面接調査も行いましたが、皆さんとてもいい親子関係ができていました。子どもさんもとても順調に育っていました。

真実告知について、告知を考えているが、いつ、どうしたらいいのか分からない。もしも告知後に親子に距離ができたらどうしよう。告知の方法の情報提供や告知後のサポートがない。本当に告知して大丈夫なのかというところを、皆さん不安に思っていました。

子どもの発達は標準的または良好でした。親子関係、育児環境共に良好であり、問題は認められませんでした。

真実告知に関して、半数は、子どもは真実告知される権利があると考えていました。JISARTで治療前にカウンセリングを何度も実施して、真実告知に対する大切さを伝えていく成果かと思うのですが、カウンセリング前は「告知しない」という方がほとんどですので、そこで50%まで上がっています。

国内で法的にも社会的にも明確には容認されていない現状から考えると、真実告知が子どもにとって最も利益になるとは言えないかもしれないという観点から、真実告知が最も利益になるかは「分からない」という答えが多かったのではないと考えました。

個人的状況としては、提供者家族と交流を持ち、良好な関係を続けている方がとても多く、ごきょうだいだからそうかもしれないのですが、この治療を機会に疎遠になったという方はいませんでした。

まとめ

- ・2013年8月時点では、JISARTの卵子提供医療では、現在はほとんどが姉妹からの提供である・・・提供者の確保、血縁へのこだわり
- ・卵子提供で生まれた子どもの発達、家族関係、親子関係には乳幼児期においては、今のところ問題は認められていない
- ・真実告知について、必要性は理解しながらも、実行には迷いや抵抗感が大きいことが分かった・・・具体的方法、実施後の不安などについての支援の必要性
- ・真実告知、出自を知る権利の担保、社会的理解を得る為に、法的な整備と公的な機関による長期のフォローと支援が求められる

(スライド4)

2013年8月時点では、JISARTの卵子提供医療では、現在はほとんどが姉妹からの提供です。提供者の確保、血縁へのこだわりがやはり大きいのではないかと考えています(スライド4)。

卵子提供で生まれた子どもの発達、家族関係、親子関係には、乳幼児期(2歳児)においては、今のところ問題は認められていません。

真実告知について、必要性は理解しながらも、実行には迷いや抵抗感が大きいことが分かりました。具体的方法、実施後の不安などについての支援がとても必要だと思っています。

真実告知、出自を知る権利の担保、社会的理解を得るために、法的な整備と公的な機関による長期のフォローと支援が必要ではないかと考えています。

相談による支援なども、JISARTフォローアップ部会でしています。まだ始めたばかりで具体的な相談はないのですが、今後も告知をするとき、告知の仕方、告知をした後、長期的なフォローが必要ではないかと考えております。

以上です。ありがとうございました。(拍手)

岩崎：具体的な報告でした。2歳ですからまだ問題が起きていない、これからどういう問題が起きてくるのかというあたりを、また報告いただければ大変ありがたいです。どうもありがとうございました。

次は、岸本佐智子さん。卵子提供登録支援団体(OD-NET)代表、TSSJ(ターナー症候群患者団体・連合会)の会長さんでいらっしゃいます。私たちは新聞で見える限りですが、社会一般にOD-NETが卵子提供を呼び掛けたところ、思いかげず相当数の申し込みがあったとお聞きしております。今上野さんから報告いただいた親族間の提供と、ボランティアとしての一般の方々からの提供、それがどういう違いを持っているのか、それに対してどういう対策がいるのかということが、これから問題になると思います。多分、具体的なご報告が聞

けると思います。よろしくお願ひ致します。

【報告3】 「無償卵子提供の現状と経過報告」



岸本：こんにちは。ご紹介に預かりました、OD-NETの岸本です。ターナー症候群の全国連合会の会長もさせていただいております。よろしくお願い致します。

私自身は、21年前に娘がターナー症候群と診断されまして、そのときに患者会を立ち上げ、平成5年から初代会長。会長を13年ぐらいさせていただきました。

平成11年に、ちょうど会員の皆さまにアンケートを取りました。そのときに、ぜひ卵子提供の法整備をしていただきたいというご意見がほとんどでしたので、日本産科婦人科学会と厚生省に、「提供卵子による不妊治療促進の要望書」を出させていただきました。

平成13年には、近親者からの卵子提供についても要望したいというご意見もたくさんいただきましたので、出させていただきました。

平成13年から15年には、厚生科学審議会の生殖補助医療部会の委員としても携わらせていただいております。

部会の委員として数年たった平成19年に、日本の現状はどうなっているのだろうか、何も情報が入ってこないの、本当に疑問に思っていました。ちょうどそのときJISARTの高橋医師が理事長をされていたので、お手紙を出させていただきました。

その後の平成22年に、ターナー症候群患者団体連合会の会長に就任しました。平成23年にも、どういう現状になっているのか、高橋医師に2回目のお手紙を出させていただき、「全然進んでいない」ということをお聞きしました。

平成24年10月に、NPO法人「OD-NET」設立となりました。

25年1月に記者会見。25年5月、第1回マッチング結果報告ということで、2回目の記者会見をさせていただいております。

平成24年10月NPO法人OD-NET(卵子提供登録支援団体)設立までの20年間を振り返ってお話し致します。

ターナー症候群患者団体ひまわりの会が、卵子提供を要望しようということで、厚労省や産科婦人科学会にお手紙を出した時期がちょうど1999年なので、今から14年ぐらい前になります。きちんと受理したというはがきをいただいたので、スライド写真が少し見にくいですが、添付させていただきました。その横の添付資料が、近親者からの卵子提供も認めてほしいと要望し、平成13年に2回目の受理をしたというはがきです。


ターナー症候群出産報告(抜粋)

(自然妊娠)

- A. 30代 男児
- B. 20代 男児
- C. 20代 男児
- 男児
- D. 20代 詳細不明

(卵子提供)

- E. 30代 女児 (アメリカで提供)
- 男児 (アメリカで提供)
- F. 30代 双子女児 (アメリカで提供)
- G. 30代 双子女児 (タイで提供)
- H. 30代 双子女児 (日本で提供)
- I. 30代 女児 (韓国で提供)
- J. 20代 男児 (韓国で提供)
- K. 30代 女児 (アメリカで提供)
- L. 30代 3回体外受精 着床せず (アメリカで提供)
- M. 30代 未婚の妹から提供 着床せず(日本で提供)



OD-NET

(スライド1)

私自身、本当に何百人ものターナー症候群の方とかかわらせていただいています。日本のターナー症候群の方ですが、このような報告を受けております(スライド1)。中には、私の家まで来て報告をしてくださり、卵子提供で生まれた何人かの赤ちゃんを拝見させていただいています。

自然妊娠がAからDです。

ターナー症候群の自然妊娠の可能性は1%です。A、B、C、D4人の方に5人の子ども、不思議と男の子4人ですが自然妊娠で生まれています。ターナーの方は本当に小柄な女性なのですが中には3,600~3,700gの大きな子どもさんを生んだターナーの方もいます。未熟児もおられます。中にはきちんと39週まで持って大きな赤ちゃんが生まれた方もいます。問題は早産ぐらいです。

卵子提供に関しては、EからMまで挙げさせてもらいました。

Eさんは、アメリカで2人の子どもさんを出産されました。今は小学生になっています。妊娠高血圧症候群というのは、この中ではこの方だけとお聞きしております。Fさんもアメリカで双子、Gさんもタイで双子、Hさんも日本で双子、Iさんは韓国で女の子、Jさんは韓国で男の子、Kさんはアメリカで女の子が生まれています。皆さん、ターナー症候群で小柄なので、全員の方が帝王切開で出産されました。

Lさんは、アメリカで3回体外受精をされて、まだ着床されていないという本当に悲しい

報告をいただいています。Mさんは、日本で未婚の妹から提供されたということです。まだ結婚されていないし、子どもも産んでいない妹さんから提供された方もいて、まだ着床せずに2回目をするという報告を受けています。

無事に生まれた皆さんですが、1人前置胎盤や早産もありますが、皆さんの子どもさんは本当にすくすくと元気に生活しているという本当にうれしい報告をいただいています。たまにメールやお電話などをいただいて、皆さん元気に大きくなられています。

ターナーの人で、韓国で卵子提供された方の思いを聞かせていただきました。全部読んでいると時間がないので、真ん中あたりです。「正直、最初は血のつながりが無いことに不安を感じた時期もありました。でも、今はエコーで赤ちゃんの成長や胎動を感じたら、その不安を打ち消すくらい、私の中でかわいい存在になっています」ということです。最後に、「私は、大好きな主人の子どもがいると思うだけで、毎日すごく幸せです」とお聞きしております。

皆さんもご存じだと思いますが、平成25年1月に、NPO法人OD-NETの設立記者会見をさせていただきました。ここからは、無償ドナーの現状、レシピエントさんの状況、最新報告などをお話ししていきたいと思っております。

先ほどご紹介しました、高橋医師とのやり取りです。平成19年、今から6年ぐらい前にいただいたお手紙で、こちらでもこうしているというお返事をいただきました。

「OD-NET発足からの流れ」ということで、説明いたします。

私が代表。藤田敬之助（小児科医師）が副理事長。理事が久米公恵（ターナーの娘を持つ母）、荒木晃子（カウンセラー・家族社会学研究者）、高橋医師と塩谷医師は不妊専門医、芦田一志（弁護士）、このようなメンバーで発足しました。

24年10月設立。25年1月より無償ドナー募集開始。本当に翌日41名の方からメールやお電話をいただいて、3日間で100名を超えるドナーから、現在200名以上の方から電話やメールをいただいております。

当初、記者会見のときは誰一人としていないのではないかと自分自身も思っていたのですが、これだけたくさん善意のボランティアのドナーの方から連絡をいただいて、本当にメンバー共々びっくりしているしだいです。

『OD-NET事務所』（スライド2）

ドナーの方と電話でのやり取りをしているところの写真です。

『会議の様相』（スライド3）

会議の様相です。OD-NETの会議を定期的に行っております。いろいろな内容でお話ししています。

『ドナー登録希望される方の問診票』(スライド4)

ドナーの方の家族構成、健康状態です。ドナーの方にお送りして、まず初めのステップとしてこれを書いていただいて、返信をしていただいております。

中にはご病気がある方などはお断りさせていただいておりますので、慎重に医師や専門の方々に見ていただきながら、検討しています。

『ドナー登録に関する内容確認書』(スライド5)

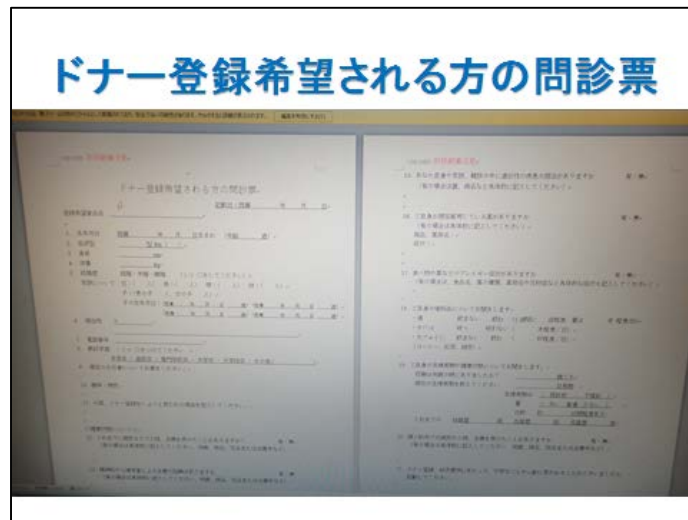
採卵のリスクや、将来子どもの出自を知る権利をきちんとご理解しているかという内容を確認していただいて、全てにご主人さまと奥さまにチェックを入れていただき、1つでもチェックがないとドナー登録はしていただけません。やはり皆さん、時間をかけてじっくりご夫婦で話し合っ、チェックをしていただいたら送り返していただくというやり方です。



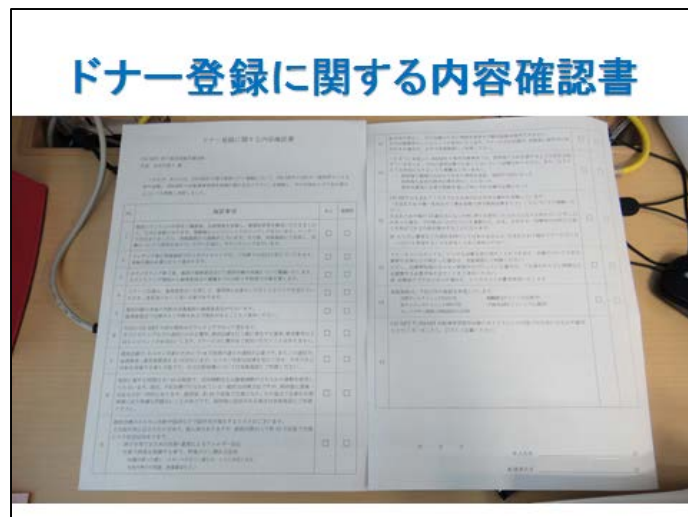
(スライド2)



(スライド3)



(スライド 4)



(スライド 5)

これまでにドナー応募してくださった 200 名の方の内容です。

1. OD-NET の条件に当てはまっている 35 歳未満で、既に子のいる成人女性は、今まで 148 名の方から電話・メールをいただきました。

以下の 2 番から 11 番までは条件に当てはまらない方です。

2. 35 歳以上（最高 50 歳）の 20 名の方から、連絡をいただきました。

3. 未婚で子どもがおられない方が 12 名。

4. 既婚で子どもがおられない方が 4 名。

5. 海外に住んでおられる日本人（インド・アメリカなど）が、日本でもこのようなことをしているのならばぜひ登録したいという方が 4 名いました。

6. 現在妊娠中の方で、産み終えた後にぜひ登録したい方が 4 名。

7. 授乳中の方が 3 名。

8. ご夫婦で子どもは一生産まないと決めているが、まだ年齢も 20～30 代で若いので、ぜひ卵子を使ってくださいという方が 3 名。
9. 卵子はあるが、自分の子宮がない方が 3 名。
10. 卵子はあるけどなぜか着床しない、子宮の何らかの原因で自分は妊娠しないけど卵子はあげることができるという方が 2 名。
11. 同性愛者の方が 2 名。自分の卵子を使って自分の子どもを産むつもりはない 20 代の若い方でした。

合わせると 204 名か 205 名になると思います。このような方たちから、今まで連絡をいただいています。

ドナー登録を完了した方が、希望された理由の一部を紹介します。

「少子化が気になるので、一人でも子どもを増やしたい。」

「子どもが欲しい、母親になりたい、その思いがかなえられるのであれば、ぜひ協力したいと思います。里親制度も賛成。代理母も賛成。親となる覚悟があるのなら、どのような方法でも同じだと思います。」という方に、ぜひ提供したいということでお手紙をいただきました。

「自分の妊娠ができなくても、『夫の子どもがほしい』と思うのは当然なこと、自然なことである。それを私が手助けできるなら、私はすごく誇りに思うし、同時に感謝と尊敬の思いがあります。」こんな素晴らしいドナーさんの意見まで聞けました。「困っている人の力になれば、私も幸せです。」ということ、記者会見してから 8 月末まで、ドナー登録された方の本当に崇高な、善意の思いを寄せていただいております。

「ドナーさんが望むこと（ご意見）」です。

A さん、「可能であれば、将来生まれた子どもに会いたいと思います。しかし、レシピエントさんの不妊夫婦の家族のことを大切に思いますので、無理に自分からは希望しません。」卵子提供する前に、レシピエントさんはどんな思いで子どもが欲しいのか、会わなくてもいいからせめて手紙だけでもいただけたらありがたいとして、そして頑張りたいという思いです。

B さん、「生まれた子どもには、自分からは希望しては絶対に会いたくない。しかし、無事に生まれたかどうかだけは知りたい。」とおっしゃっていました。

C さん、匿名と掲げていますが、これは一番大事な視点だと思います。「匿名ではなく、有効期限付き匿名制度ではないのか」というご意見をいただきました。卵子提供をすることを、小学生のわが子に話された方もいました。どのように言っているのか聞いたら、いつもそのお母さんは、本当に人のために行動する、人の役に立つために走り回っているお母さんだそうです。その小学生の子どもさんは男の子ですが、「本当にお母さんらしいね」とにこやかに、嫌ではない感情、そういう反応だったと教えていただきました。

AさんもBさんもCさんも、「自分は生まれた子どもの母とは決して思わないし、これからも思わないだろう。ただ困っている人の人助けをしたいという思いがあるだけで、決して自分が母という責任も持てないし、もちろん積極的にかかわっていきたいということも一切ない」と、3人に関してはそうおっしゃっていました。

レシピエント問い合わせ状況

年齢別	POF	ターナー症候群	罹治療による	卵巣欠損	計
20代	2人	1人	1人	0人	4人
30代	7人	8人	0人	1人	16人
40代	17人	0人	0人	0人	17人
50代	3人	0人	0人	0人	3人
年齢不詳	3人	0人	0人	0人	3人
計	32人	9人	1人	1人	43人
メール	21件				
電話	21件				
FAX	1件				
計	43件				

平成25年1月15日～8月31日

(スライド6)

8月末まで、実際のところ全く募集していないにもかかわらず、メール21件、電話23件、FAXが1件、計45の方が、レシピエント、卵子提供で将来子どもを産みたいという問い合わせをいただいています(スライド6)。

POF(早発閉経)の方は、年齢別に分けて34名です。ターナー症候群の方が9名、自分で自分の卵子では妊娠が無理だという20代の方が1名、生まれつき卵巣がない30代の方が1名、45名の方が将来的と言わず、今すぐにでも卵子提供してほしいというご意見です。

私たちの事務所だけでもこれだけの方が問い合わせをいただいていますし、各施設でもかなりの問い合わせをいただいていると思いますが、ドナーさんの人数もありますので、まだ募集をしていない状況です。

レシピエントの思い	
通院施設からOD-NETに問い合わせしてと言われた	5名
海外での卵子提供も考えた(仕事の都合で無理)	2名
海外での卵子提供は不安(精神的)(飛行機怖い)	3名
里親 養子制度も考えた	1名
有償でもよい	1名
40歳まで時間がない	5名
40歳以上も対象にして欲しい	4名
夫からの問い合わせ	4名
海外での卵子提供は金銭的余裕がない	2名
卵子提供を受けるには、どこに聞けば良いのか	5名
代理出産の窓口を国内に作って欲しい	1名
私の凍結受精卵を使って代理出産して欲しい	1名

(スライド7)

レシピエントの思いを抜粋させていただきました(スライド7)。結構皆さん切実な思いです。「里親制度も考えたけど、やはり卵子提供を先にやりたい」、「有償でもいいからやりたい」、「40歳までは時間がないから、早く募集をしてほしい」、このあたりは人数が多いです。

50歳以上の方も3名いて、「40歳以上もぜひ対象にしてほしい」という方が6名いました。「夫からの問い合わせ」、「海外へ行くのは金銭的には余裕がないから日本でしたい」などもあります。

中には「代理出産の窓口を国内につくってほしい」と、私たちの窓口が代理出産の窓口だと思って電話してきた方もいて、実は違うことをお話しさせていただいたのですが、ぜひ代理出産の窓口をつくってほしいと言われました。「自分の凍結受精卵があるので、自分は妊娠できないけど、誰か代理出産してくれないか」という問い合わせなど、本当にさまざまな意見をいただいております。

前回の5月2日の第1回マッチング委員会で9名の登録者があり、マッチング決定数が3組。これは記者会見でお話しさせていただきました。

25年7月30日に第2回のマッチング委員会が開催されました。そのとき、7月現在登録者は、この3名を除いて15名の方に登録していただいている、7組のマッチングが決定しました。第1回と第2回で、合計10回のマッチングが決定しました。

これは多分最新情報だと思います。皆さん、今日初めて聞かれたと思いますが、この7組に関しても、ドナーさんの再確認をさせていただき、皆さんから無償でという同意をもらって進めている現状です。

今後の課題です。OD-NETとしても、ドナーの方に万が一何かあった場合の補償が、本当に全くない。もちろんOD-NETは民間団体ですので、資金もほとんどありません。国の

認可が下りていないことで、善意の無償のドナーさんに何かあったときの補償がないのは、私たちは本当に心が痛む思いです。補償を国で何とかしてほしいという思いがあります。

実施施設（協力施設）が北海道から沖縄まで4施設と少ない。200名の方の中に沖縄の方でドナーになりたい方がいましたが、一番近い施設が九州のセント・マザーだとお話ししたら、沖縄からセント・マザーまでカウンセリングに1回1回夫婦で行くのは大変だということでした。施設がもう少し全国的に増えてほしいというのは、OD-NETの正直な思いです。

本当にこれだけたくさんレシピエントの希望者がいるので、これからもっとドナーの確保をしていきたい。35歳未満の子どもさんがいる方、出自を知る権利にももちろん同意を得た方など、いろいろな条件を私たちは掲げています。それに同意してくださる方が200人、300人となれば一番ありがたい。少しずつ増えているのですが、なかなか今待っているレシピエントさんには対応できていないのが現状だと思います。

ドナーの擁護や権利というお話をさせていただきます。本当にボランティアで善意の心あるドナーさんの意見は、私が電話で対応する中にたくさんあります。これだけ素晴らしいドナーさんの意見も反映してほしいという思いは正直あります。

卵子提供医療は、レシピエントさん、不妊ご夫婦、生まれてくる子ども、ドナーさん、どの立場であっても、皆さんが「提供してよかった。提供されてよかった。生まれてよかった」という思いで、人生幸せに過ごしていただきたいという思いが一番強いのです。どの立場であっても、幸せになっていくために法整備をしていただきたいという思いがあります。

私自身の思いです。先ほどのドナーの思いなどを聞いています。遺伝的なつながりのある母とか生物学的な母、と言われていますが、あくまで母親ではなくて、遺伝的なつながりのある「女性」であり、また生物学的な「女性」です。卵子提供ドナーの皆さんは、「母という自覚もなければ、母と思われたら困る」ということで、「ドナーは母ではない」ということを、私の思いで述べさせていただきます。

これも新しい情報です。平成25年9月10日、ちょうど4日前に、私と荒木理事と高橋理事とで、野田総務会長にお会いしてきました。先ほどお話しさせていただいたように、本当にドナーの補償が全くないのが現実です。そこを何とか善意のドナーさんたちを守りたいという思いがとても強いので、野田聖子総務会長に、いろいろな話を約40分間させていただきました。「前向きに考えていきます。ドナーの補償ですか、分かりました」ということで、本当にうれしい、これから期待できるお言葉をいただきました。「法整備に向けてもしっかりやっていきます」とお約束していただきました。

私自身も、もちろんOD-NETのメンバーもそうですが、卵子提供は本当にニーズがないというわけではありません。これだけ海外にも何百人の方が毎年行かれていて、日本でもたくさんドナーが出てきて、卵子がない20代30代の困っている方がたくさんおられます。

もちろんレシピエントさんの思いも大事、子どもの権利も大事、でも、ドナーの補償の問題が一番大事、ドナーさんあってこそそのレシピエントさんであり子どもさんです。そこは、「しっかり法整備していきます」とお約束してくださいました。本当に期待をして、私たちもしっかりいろいろな方向に耳を傾けながら、ドナーさんの思いも聞いていきながら頑張っていきたいと思いますので、どうぞ、これからもよろしくお願いします。
ご清聴ありがとうございました。(拍手)

岩崎：今、日本で一番燃えている女かもしれませんね。どうもありがとうございました。もう10組のマッチングができてるのは、法整備が整わない現在でも、もう試みていこうという動きになっているのですね？

岸本：ドナーの方からは、法整備ができていない状況でも、ぜひドナーになりたいというご意見をいただいております。

岩崎：野田さんがどこまで法整備をしてくれるか。私は、時間に関しては相当懐疑的に考えておかないといけないと思います。法整備ができるのであればいいのですが、そうそう早急にできるものではないものだけに、できない中で実行を、実績を積んでいこうということですね。ありがとうございました。

これで、午前中の発表が終わりました。午後は1時から始まります。この間に具体的な質問を書いていただき、書かれた方から事務局に提出して下さい。

午前中の発表、どうもありがとうございました。(拍手)

岩崎：午後の最初の発表は、立命館大学立命館グローバル・イノベーション研究機構荒木晃子先生です。

【報告 4】「配偶子提供と家族形成 一卵子提供/精子提供と養子縁組の対比から一」



荒木：配偶子提供で形成された家族の支援について、対人援助の視点でその制度設計を考えたいと思います。

近年、家族形成に医療技術も貢献するという介入の仕方があり、そのような家族形成が増えてきています。また、生殖医療が介入した結果、形成された家族が社会に提起する、また新たな課題も出てきました。

そもそも人工授精は精子提供を、体外受精は卵子提供・受精卵の提供、そして代理懐胎を可能にした事実があります。

このような医学・科学の進歩に伴い、医療技術の応用で可能となった妊娠・出産が生起した未解決の課題。そして、配偶子提供による家族形成について語っていきたいと思います。

午前中のご発表にもありましたが、2003年厚生労働省から、「卵子提供を容認する。しかし実施には法整備を待つように」との指示が出されました。それから10年を経た2013年、いまだ法整備には至っていません。

親子の形態を考えてみます。

家族形態の分類としては、血縁による、法律による、実際の生活形態による、そういう家族形成の分類をしています。

子の養育関係にみる家族として、血縁による、法律による、養育者が存在するコミュニティー、つまり、社会的養護というかたちの養育関係がある。それもまた一つの家族の形態だと考えています。

残念ながら、2011年に厚労省が作成した「里親優先の原則」というガイドラインは、(まだ日にちが浅いこともあるのかもしれませんが) 新生児 650 人のうち、83%が乳児院に委託される事実があります。これは読売新聞社の調査だと思いましたが、昨年度発表されていま

す。

生殖医療が介入した親子関係をみたいと思います。既存の親子関係、生殖医療が介入した親子関係があります。

代理懐胎（ホストマザー）というかたちで誕生した子どもは、養育者である依頼人カップルの養子という判例があります。

これまでに精子提供で生まれた子は 1 万人を超えていると言われています。実際はそれ以上ではないか、今でも精子提供は生殖医療施設で行われていると耳にしています。

午前中、JISART の報告にもありました。友人間がないということで、姉妹間の卵子提供で生まれた子どもは、少なくとも JISART の登録施設の中では 13 人という報告がありました。資料の数字はホームページから抜粋したので違っていました。

ほかに、諏訪マタニティークリニックは（皆さんご存じだと思いますが）、そこは独自のドナー募集で、レシピエントさんとマッチングをした卵子提供で子どもが生まれています。国内でこれまでに卵子提供で生まれた子どもは、実際は数十人ではないという医療者の声もあります。

精子もしくは卵子を養子に迎えるという発想で家族を形成するというのを一度考えて、そこに何かヒントがあるかもしれないという前提で、これからお話を進めていきます。

『卵子提供による家族形成～養子縁組をモデルに～』と書いてあります。その家族関係を見たとき、出産した女性（レシピエント）が母親、これは家族法として法的にも認められます。

レシピエントと婚姻関係にある男性が父親、これも法律で認められます。ということは、そこに生まれた子どもは、法律上の実の親子関係が法的に成立していることになります。これが、卵子を養子に迎えたという前提で考えた家族形成です。

子の最善の利益を守る仕組みは必須です。これは子どもの権利条約にもうたっています。ここで、法律上は何も問題はないという議論で終わらないところが、今日の私に与えられたテーマなのかと思っています。

国内に実親が養育できない子は約 4 万人から 5 万人ということです。そのうち約 9 割が施設で暮らしています。家庭養育はその中の 1 割ですから、4,000～5,000 人程度でしょうか。先進諸国の中で、施設養護の子があまりにも多い国は日本だけだと、ずいぶん前に国連からは是正勧告を受けております。

スウェーデンでは施設で暮らす子どもは一人もいないという、素晴らしい子どもの福祉制度があります。素晴らしいばかりではないと思いますが、そういうことも聞いています。諸外国では乳児院をどんどん閉鎖する傾向にある中、これほど乳児院で暮らしている乳児の多い国も少ない、まれであるということです。

これは、日本の養子（＝非血縁）の捉え方、考え方、こだわり方、あり方に意識変革が必

要であり、さらに子の最善の利益を優先するための法整備や社会認識が、重要課題であろうと考えます。

卵子提供を必要とするレシピエント、つまり母となるレシピエントという存在について、少し考察してみます。

OD-NET の岸本さんは、娘さんがターナー症候群であるとおっしゃいました。ターナー症候群、POF（早発閉経）は、早ければ20代から生理が止まってしまい、卵子が使えなくなる、なくなってしまう女性もおられるわけです。一様に不妊と言ってもいろいろな方がいます。また、事故で卵巣や子宮等を欠損・摘出する方、がんなどの疾患で卵子や卵巣機能にダメージを受ける、これから治療によりダメージを受ける予定である女性もたくさんおられます。

先日、独身女性の卵子の凍結を認めようという計画が、吉村先生から出されました。主に大学病院などの婦人科ではないところで、子宮がんや卵巣がんなどで先に卵子を凍結するしかない、それをしたいという若い女性の方々の意思を反映させるべく、それも制度化したいという動きなのだと思います。そこで、不妊治療で悩む高齢者の方々と、ご病気でやむを得ずその選択をするしかない方々が同等に議論される場所には、私は少し疑問を感じています。

そのような女性たちは、妊娠は卵子提供で可能だという医学的診断がしっかりついている。家族と共に幼少期・青年期にその「告知」を経験している、受け入れている・受け入れざるを得ないと考えている。彼女たちが子どもを望むには卵子提供の選択肢が必要である、もしくはそれしかないという前提でスタートすることです。家族形成にはパートナーがいないと子どもは生まれませんので、当然配偶子者の同意も、そこには必要もしくは準備ができています。その状態での卵子提供を必要とするレシピエントと考えています。

ほかにも、ターナーの女性の中には、卵子提供を最初から考えていない、養子を迎えようと思うという選択の方もいます。また、子どもを持たない選択をされる方もおられます。これは、ご病気であれご高齢であれ、それぞれのカップルがどう家族をつくっていくかというところでは、何らその選択に違いはないというところを証明していると思います。

ただし、結婚や恋愛を避ける当事者女性も多いのは確かです。子どもが持てない、子どもを生めないことは、言ってみれば、結婚するときに「子どもを生めない」ことを前提に恋愛か結婚に進んでいくわけです。結婚年齢にある健康な女性の結婚率が約50%、ターナー女性の結婚率は約10%にとどまっているという報告があります。

これは「国際ターナーカンファレンス」が先日大阪で開かれ、そこでの報告の中にありました。「いつか娘が成長して、自分の子を望んだときに、国内で卵子提供を選択できる、そんな社会になってほしい」、あるターナー女性の家族の語りです。

卵子提供に応じる第三者ドナー

<条件>

- ・さまざまな動機(公平かつ平等、献身的、同情的、共感的ほか)
- ・提示条件をクリア(35歳未満、すでに子のいる成人女性、非匿名ドナーとなること)
- ・「子どもの出自を知る権利」に合意
- ・配偶者または家族の同意を得ている
- ・無償であること、身体的リスクあるが保証はないなどに同意

<身体的リスク以外にも>

- ・ドナーの子への告知(どのように、いつ話すか、フォロー態)
- ・子が面会を希望した場合、「知る権利」を保障しなければならない → 配偶者・ドナー子も?
- ・子の面会を悩んだ場合の対応とフォロー
- ・子が成人し、血縁関係にある異性との婚姻関係が生じないか

(スライド 1)

卵子提供で形成する家族のレシピエントの対象には、ドナーが存在します。先ほどから姉妹間の卵子提供、第三者からの卵子提供という報告がありました。まず第三者からの提供者ドナーについて、少しお話しします(スライド 1)。

先ほどの OD-NET の報告にもありましたが、調査をしてインタビュー等をしたところ、ドナーさんがドナーになるための条件として、「私にも子どもが生まれたように、レシピエントさんたちにも平等に公平に生ませてあげたい」、そういう意見があります。私が聞いたところ、非常に献身的で、かつ、これがいいか悪かは別にして同情的です。そして、同じ女性として、子を持つ母としては、非常に共感的に聞こえます。

OD-NET さんが提示されている条件をクリア(35歳未満、既に子のいる健康な成人女性、非匿名ドナーにいずれなることを同意している)し、そこに、パートナーもしくは家族の同意も得ている。その前提で第三者のドナーの方が応募しておられるということでした。なおかつ、子どもの出自を知る権利に合意している。ここが一番大切です。

第三者ドナーとしてはもちろんボランティアなので、無償であること。身体的リスクはあるが、全く保証はないということです。

ドナーに対しては、採卵、ホルモン剤の投与と、身体的リスク以外にも、ドナーの子どもへ告知しなければいけない。どのように、いつ話すのか、そのフォローはあるのかなのか。まだ何もないところでスタートしていますので、今現在のドナーさんのリスクになっていると考えています。

誕生した子どもがドナーへの面会を希望した場合、知る権利を保障しなければいけない。ドナーさんは遺伝的なつながりがある女性なので、面会を拒むことはできないということ同意をしているからなのかもしれませんが、その配偶者はどうなのでしょう。ドナーの子どもはどうなのでしょう。そこまでまだ決められていないところは、ドナーのリスクにつながるところだと思っています。

人間はいろいろな事情があります。その方も、いつまでも家族全員元気で、健康健やかによりよい老後を送れる順風満帆な人生はそうそう簡単にはなく、いろいろあって人の人生です。その流れの中で子どもの面会を悩んだ場合、そのときの対応と、その際のフォローはどうか。

子が成人し、血縁関係にある異性、つまりドナーの子どもとの婚姻関係や性的な関係が生じる恐れはないのだろうか。

考えればどンドンドナーのリスクは出てくるわけです。そのリスクは、ドナーに対する支援も保証も、法律の整備も今はない状態にあるわけです。

姉妹間卵子提供のドナーに関しては、先ほどの遠矢さんと上野さんの報告に丁寧にありましたので、割愛して申し上げます。

メリットとしては、家族の内々で、他人に知られずに問題解決できる。これは、田舎だととても大切なかもしれません。

ドナーとレシピエント間に血縁または親密な関係があるので、ドナーとレシピエント間が安心できる。子どもの安心ではないところが、私は重要だと思っています。近親者から、子どもへの理解と協力を得られやすい。

確かに利点もありますが、反対に血縁にこだわる近親者だから、自然ではない血縁をどう捉えるかはまちまちであろうと思います。

リスクを挙げるときりがありません。血縁へのこだわりは、ゆくゆくは継承問題へ発展する可能性もあるだろう。妊娠から出産以降の子の成長・発達に継続して、互いに身近であって切っても切れない、俗に言う腐れ縁。「子はかすがい」とは言いますが、子どもが腐れ縁になってはいけけないので、そういう子どものあり方に変わってしまう点も、これは子どもに(リスク)があるのではないかと、私は思います。

身内ですから、喜びも悲しみも継続して共有する関係は素晴らしいと思うのですが、これが子どもへの告知という視点で考えると、家族の境界があいまいになってしまい、子どもの中に混乱が生じる。家族の境界があいまいになり、家族の中と外の境界があいまいになる。子どもは、「どっちがお母さんなの？ 私はどっちの子なの？」そういう混乱が生じる可能性があると考えられます。

近親間トラブルは、圧力・わだかまりということです。姉妹間で卵子提供が行われた場合の近親間ではなく、卵子提供に至らなかった姉妹間の卵子提供の相談事案が別にあります。提供してほしいと言った妹が姉に断られて、それ以降きょうだい間にわだかまりができてしまった。

ここに挙がってくる姉妹間の卵子提供だったら支援もできるかもしれないけど、それ以前にわだかまりをつくってしまった姉妹間がもしあるとするならば、そこに支援は全く得られないという、そのリスクがまたあります。

「子どもを産み育てたいと強く願っているカップルの子として生まれ、家族一緒に幸せに暮らしてほしい」。卵子を提供する非匿名の第三者ドナーの家族の思いです。

ここで、配偶子提供を養子縁組と対比して考えたときに、こういうメッセージが私の中に入ってきました。「小さい頃から点滴のように、少しずつ少しずつ日常生活のなかで、ゆっくりと話し聞かせ続ける」。これは、国立武蔵野学園の厚生労働教官である徳永祥子氏の言葉です。

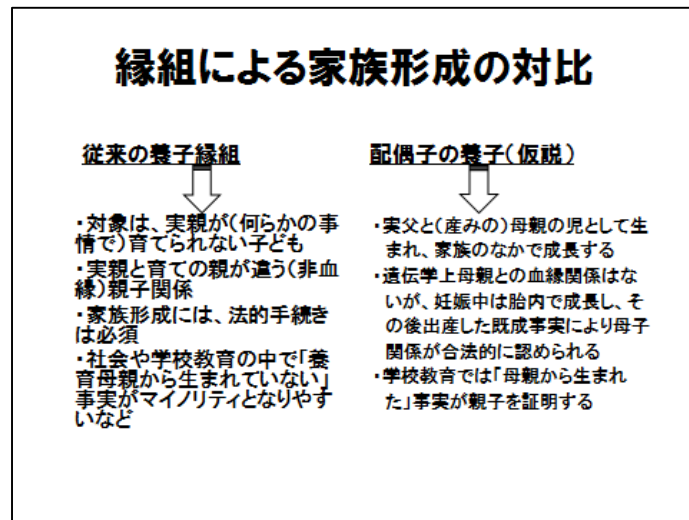
子どもたち、つまり親と暮らせない子どもたちが寮生活をして、そこで寮母さんとして、24時間365日、彼女は一緒に暮らしているわけです。その子どもたちのルーツ、実親と暮らせない子どもたちだけども、彼らの人生に空白をつくってはいけない。そのことを一生懸命、どのようにその空白を埋めてくかを、ライフストーリーワーク研究会で一生懸命研究を進めておられます。

配偶子提供による親子関係というところで、親子とは、血縁＝遺伝的なつながりを言うのか否かがあります。従来の養子との違いは、当然明確なわけです。いくら対比しても同じではない。なぜならば、産んだ女性と暮らしていくからです。血のつながりのある父親と暮らしている。つまり、生まれる前から社会的養母養護ではないわけです。家庭養護が前提の養子縁組と考えると、全く従来の養子縁組との違いは明確だから、同等には考えられないということです。

そこにある課題としては、「実親と共に暮らす子どもに必要な血縁的トラウマケアとは？」と書いてあります。血縁的トラウマというのが本当にあるのかどうか。そこに何か社会的な支援が必要なのかどうかというところから、その支援を考えるときにスタートしなければいけないと、私は思っています。

子どものトラウマを前提に考えると、ケアに必要な支援とは何か。私たちはどういう研究を、どういうことを考えていけないといけないのか。「子どものトラウマは本当にあるのかどうか」というところからスタートします。AIDで生まれた子どもさんの声を聞くと、匿名のドナー、自分の親が特定できないところを苦しむところは、非匿名性というところでクリアできると私は考えています。

レシピエントの子どもにも、ドナーの子どもにも、「子どもの権利」はある。それをどう守っていくのか。これも制度設計を考える際に重要なポイントかと思えます。



(スライド 2)

従来の養子縁組と、配偶子の養子（仮説）という考え方をすれば、このように対比できるでしょう(スライド 2)。

この中で私が皆さんにお伝えしたいのは、学校教育です。社会や学校教育の中で、小学 3・4 年生ぐらいになると、「皆さんが、お母さんのおなかからどうやって生まれてきたかを、家に帰ってお母さんに聞いてきてください。明日、それをみんなで発表しましょう」という授業があります。宿題を持って帰ります。そのときに、養子でその子を迎えた親御さんからの相談があります。

私は島根の内田クリニックで心理カウンセラーを 7 年ほどやっています。その前は精神科で 20 年ほどカウンセラーをやってきましたので、子どもさんや親御さんたちのそういう相談をたくさん受けたことがあります。今のご相談は、そういう宿題を持って帰ってきて、子どもに告知せざるを得なくなったお母さまからの相談です。これは、生殖医療施設の中で聞いた相談で、そこには何があるかということは、おのずと皆さんがお察しの通りです。

ただし、「配偶子の養子」の場合は、今のところはクリアできます。なぜなら母親から生まれてくるからです。これは教育が悪いのか、それともそのままでもいいのか、そういうところにもかかわってくると思います。

卵子提供を考えるなら、精子提供も決して置き去りにしてはいけない問題なので、ここに挙げていきます。

卵子提供と同様のメリットと、身体的以外のリスクがあり、その違いはあります。精子提供の採精（精子を採り出す）のときに、痛みや苦痛は絶対ないかどうか分かりませんが、それは平均的に「ある」という前提はありません。卵子提供の場合は必ずあるので、そこは完全に違うところです。

卵子提供で子どもが生まれた場合は、出産した女性が母となる前提で生まれてくるので、

法律上は何の問題もない。だけど「問題とされている」という問題があります。

精子提供の場合、女性は完全に自分の卵子で、自分のおなかで出産するので、全く疑うことのない母親です。そこまでのプロセスに、婚姻関係にある父親であるはずの男性の関与がないところで、特に夫婦関係、出産後の子どもとのかかわり、父親と子どもの関係、そこがとても重要な課題になると思います。これは大切な支援のポイントかと思っています。

これらをまとめて「配偶子提供による家族形成支援」として、3つのポイントをまとめました。詳細は時間の関係で割愛させていただきます。

I. 生殖医療、つまり医療現場です。ドナー・レシピエントがかかわる生殖医療の領域。子どもを出産する産科婦人科（出産・産後管理など）。ターナーの方等は、出産にまつわる管理がかなり必要な方が多いので、産科医療、小児科の先生方との、医療チームとしての連携がとても重要になってくると思います。

II. 児童擁護機関による子どもを守るというシステム、専門性を持った機関が一つ必要。そこでは、育児の相談から始まり、子育ての相談、当事者団体と協力した、子どもや家族の相互交流の場の提供、これは一つの案ですが、そういうところを定期的で開催するなどの活動ができるのではないかと。

何よりも大切なのは、子どもがドナーへの面会を希望した際に、その間に入ってトラブルが起きないように意思を伝える役割から始まって面会に至るまで、至らないこともあるかもしれない、そのあたりのところを、子ども、レシピエント家族もドナー家族もしっかりサポートする機能を持ったチームが必要だろうと思っています。

III. 配偶子提供による家族形成の統括機関の設置、これが最も重要なところで、新しく設立が必要な部分だと思います。

「家族形成プログラム統括機関」の役割です。

医療機関の医療チーム、児童擁護のチームとはまた別に、それらを統括するためのドナーおよびレシピエント家族支援のための、「配偶子提供による家族形成支援プログラム統括機関（私が勝手につけた名前ですが）」、その設置が必要です。

そこでは、本プログラムに関与する当事者情報が厳密に管理される。申し訳ないのですがJISARTもOD-NETでも駄目です。民間レベルではない、もっとしっかり国政がバックアップするような厳密な管理体制の下で個人情報を守られ、必要に応じて開示される、厳選されるべきであろうと考えます。

「子の権利」の行使にあたり、そこに設置された倫理委員会の協議を経て、情報が開示される支援体制が整備されていることです。このあたりの構想を、今、私は持っています。

「統括機関の機能」については、時間がないので、お手元のレジュメで、ご興味のある方は確認いただければと思います。

まとめと課題(Ⅰ)

Q:子の「知る権利」の行使は15歳からでよいか？

→18歳までは親の同意が必要とする、子の意思確認とその準備の事前カウンセリングは必須など、条件を付けるべきか否か

- ・配偶子提供で出生した子の育児指導や子育て相談
- ・これまでに誕生した子らの相談・カウンセリングに対応
- ・将来、配偶子提供を念頭においた当事者の相談業務
- ・ドナー、レシピエント、子それぞれの個人及び家族の情報を厳重に管理
- ・出生した子の法的立場を明確にする
- ・ドナーと子の法的関係を明確にする

(スライド3)

子の知る権利の行使は「15歳から」と、OD-NETのホームページには載っています。JISARTもそのあたりになっているのかと思います。児童福祉の関係の方からご意見をいただくと、15歳というのは非常に不安定な年齢です。この不安定な年齢に、さらに不安定になる要素を与えていいのかという厳しいご意見をいただいています。本当にその通りだと思います(スライド3)。

配偶子提供を用いた家族を形成する際にも、子の福祉、子の幸せを求めるのであれば、子どもの福祉の専門家の方、教育をする方々、医療チームの力をお借りしながら、一つのまとまったチーム、またそれを統括する機関が必要であろうと考えております。

まとめと課題(Ⅱ)

- ・実際は、たとえ医療者でも、配偶子提供に理解があるとは限らない。今後は国政レベルで提携医療機関の登録を推奨し、同時に子どもを擁護する(官または民)団体との連携関係を構築する
- ・配偶子提供による家族形成理解のための教育・社会啓発
- ・専門性、力量のある相談員やカウンセラー育成と配置
- ・すでに国家レベルでの早急な対応が必須。
過去に誕生した子にある「幸福になる権利」を守るため、
更に、これから誕生する子どもたちのために。
- ・加速する医療ツーリズムへの対応策として。
- ・生殖医療の商業化に歯止めをかけるために必要な規制。

(スライド4)

「現在」「これから」だけではなく、過去に誕生した子どもたちにも当然ある、「幸福にな

る権利」を守るためにも、そのような社会システムとしての機能が社会につくられていくことを強く希望しております(スライド4)。

これで終わります。すみません。時間を超過致しました。(拍手)

岩崎：どうもありがとうございました。

次は久慈直昭（慶応義塾大学医学部産婦人科）先生です。「配偶子提供の匿名性と子どもへの告知 ―精子提供の経験から―」という題でお願い致します。

【報告 5】 「配偶子提供の匿名性と子どもへの告知 ～精子提供の経験から～」



久慈：題名は「配偶子提供の匿名性と子どもへの告知～精子提供の経験から～」です。私は医師をしております。

AIDでも卵子提供でも、告知と出自を知る権利は社会性の問題だと思います。「告知」は、親と子どもの関係です。「出自を知る権利」は、子どもと提供者の関係で、当事者が違ってきます。AIDは、今は匿名で行われているので、子どもは提供者のことを知ることができないということが今も続いています。

僕の立場は不妊症の医者です(スライド1)。

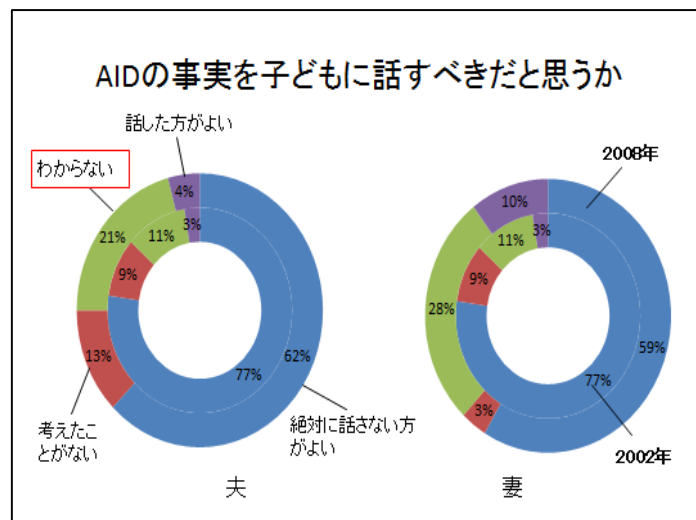
- 1) 先ほどターナーの話が出てきましたが、男性不妊の患者に家族をつくる選択肢を提供できたらということです。
 - 2) 同等の差だと思いますが、生まれた人々(子ども)、親、提供者、提供者の子どもも含めて、全ての当事者がより安心して治療を受けられる体系がつかれるかつかれないかを考えようと、このシンポジウムに参加させていただきました。
- 1) と 2) を実現するために、考えなければいけないことを抽出してみようというのが、この発表の趣旨です。

発表者(不妊臨床医)の立場

- 1) 男性不妊患者夫婦に家族を作る選択肢を提供
 - 2) 生まれた人々(子ども)、親、提供者、など
すべての当事者がより安心して治療を受けられる体系
- 1)、2)を実現するために考慮が必要な点を抽出

(スライド 1)

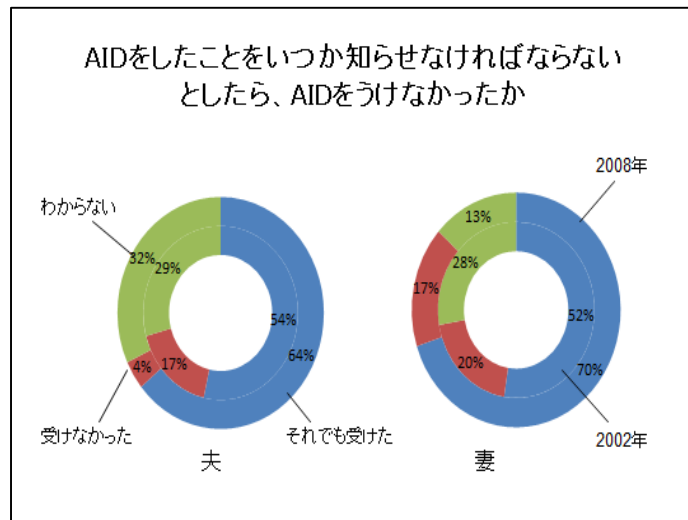
子どもが AID で生まれたことを知らなければ、「出自を知る権利」もそもそもないわけです。告知が出発点です。昨今の情報で、AID を受けられた夫婦の考え方も変わってきました。



(スライド 2)

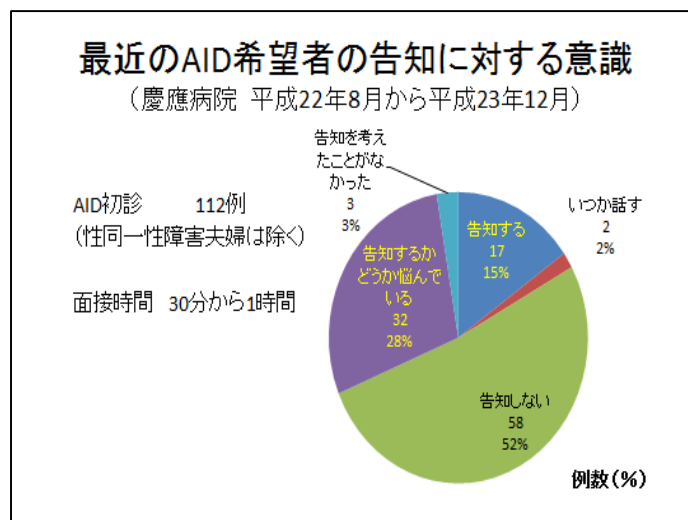
AID で子どもを持った方たちにアンケートを取りました。お父さんとお母さんと、AID で生まれた子どもがいます。2002年と2008年に2回同じアンケートを取っています。

「AID の事実を子どもに話すべきだと思うか」、一般論として聞いてみています。「話したほうがよい」は、男性側で3%から4%、女性側では3%から10%と少し増えています。もう一つ気をつけておかななくてはいけないのは、「絶対には話さないほうがよい」が、2002年は男性で77%、女性で77%あったものが、2008年には62%、59%と減少しています(スライド 2)。考え方が少し変わってきているのだと思います。



(スライド 3)

「AID をしたことをいつか知らせなければならないとしたら、AID をうけなかったか」という質問に対しては、「それでも受けた」という方が、2002 年の時点も 50%以上いました(スライド 3)。これもやはり増えてきているので、告知はしたほうがいいのではないかと。特に女性のほうでだんだん多くなってきていることが分かります。



(スライド 4)

今までは、AID で子どもを持ったお父さんお母さんたちへのアンケートだったのですが、これから AID を受けようという不妊のご夫婦にアンケートをした結果です。一番新しい意識調査になります(スライド 4)。

平成 22 年 (2010~2011 年) に聞いてみると、「告知しない」と考えている方が半分いるのですが、「告知する」方も 15%います。性同一性障害の 17 例の夫婦は除いているので、初診の男性と女性のカップルがこう考えていることが分かります。悩んでいる方も 28%います。これを考えても、告知する方はこれからだんだん増えてくるだろうということが分か

と思います。

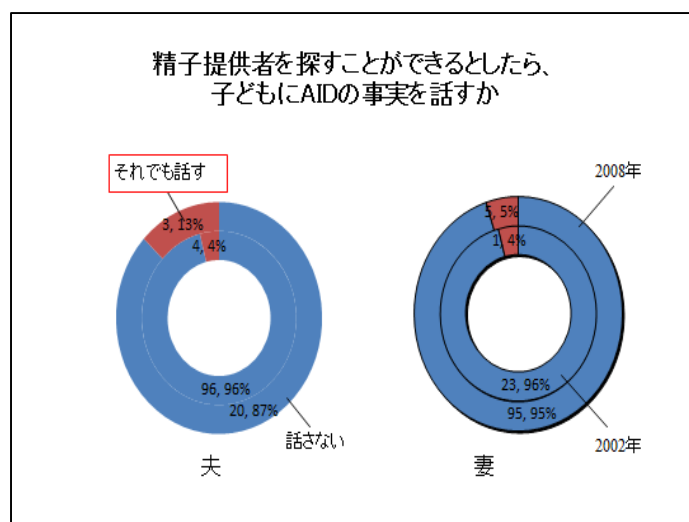
各群に見られた理由、コメントについてみていきます。

1. 告知する

両親や身内に相談して理解してもらっているというのも、最近が増えてきています。紹介元の医師、もちろんこれにカウンセラーも入っていると思いますが、積極的に告知を勧められたという方もたくさんいます。スマイルの会や勉強会など、実際に生まれた方たちが来てお話をくださる会などにだんだん参加しやすくなってきているので、こういうことで考えさせられたという方もいます。

2. 告知しない

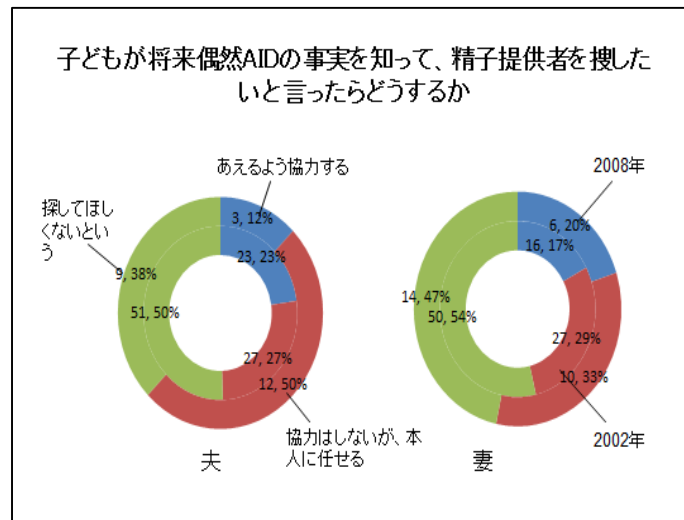
「告知しないほうがいいと言われた」。後でも出てきますが、この考え方が必ずしも全部間違いだと言い切れないところはまだ残っています。田舎は狭いところなので、他人に知られたくない。「跡取りのつもり」ということも、やはり残ります。



(スライド 5)

「精子提供者を探すことができるとしたら、子どもに AID の事実を話すか」この質問の意味は、告知をしても出自を知る権利が守られていないのなら、かえってかわいそうだから話さないという方が多いかどうかを見たものです(スライド 5)。

実際には、出自を知る権利を認められたとしても、あまり変わらない。例数が少ないのですが、特に 2008 年のデータでは、「それでも話す」という男性が結構多かった。今のお父さんお母さんの心の中では、出自を知る権利そのものは告知にあまり関係ないと思います。



(スライド 6)

「子どもが将来偶然 AID の事実を知って、精子提供者を捜したいと言ったらどうするか」告知するかしらないかは別にして、出自を知る権利について、お父さんとお母さんがどう考えているかです(スライド 6)。「あえるよう協力する」という方たちは、2002 年でも 2008 年でも、それほどものすごく多いわけではありません。「協力はしないが、本人に任せる」は、2002 年より 2008 年のほうが多くなっているの、少し矛盾するデータです。告知に対しては「したほうがいい」と、だんだん変わってきているのですが、出自を知る権利に対しても考え方が少しずつ変わりつつあるのではないかという疑問です。

まとめです。

1. 告知を考えている AID の親たちは増加している。
2. 出自を知る権利の必要性についても、「したほうがいい」まで行っていないかもしれないが、理解は進んでいる。

今、僕らが考えているのは、告知は勧める必要がある。そして告知をする親が増えるということは、必然的に出自を知る権利を認める方向に進むことが望ましいのだろう、という結論です。

現在の匿名性の AID の問題点を挙げます。

1. 提供者を知ることができないことで、アイデンティティーの確立、遺伝的背景を知れないという問題や、近親婚の危険が起こること、今まで散々言われたことだと思います。
2. 同胞の情報もない。これは近親婚に直結してきます。
3. 提供者も子どものことを知ることができない。
4. これらのことについて相談できる窓口がない

出自を知る権利を認めた場合の問題点

1. 開示後の子ども・提供者へのカウンセリングとプライバシー保護
2. 提供者数確保の問題
3. 情報開示の同意と、実際の開示までの時間差

(スライド 7)

出自を知る権利を認めた場合の問題点です(スライド 7)。

1. 開示したら開示したで、子どもや提供者にどのように話をして、どのようにプライバシーを保護して、どのような枠組みの中で運営していくかを決めないといけないことになります。
2. AID は特にそうなのですが、提供者がそれで確保できるのかどうか。なくなったらなくなってもいいという考え方もありますが、これは数だけの問題ではなくて、質にも関係してきます。いろいろな意味で、あまり望ましくない提供者が混じってくる可能性はあるかもしれません。
3. 出自を知る権利を行使する場合、先ほど「15 歳」、「18 歳」と出てきました。同意してから 15 年、18 年たったときに、提供者が本当にそれでいいのか。それを納得できるのか、時間差をどう考えるか。

特に家族を持つ・持たないで提供者の考えが変わってくると思うので、それで変わらないようなシステムを何か考えておかないと、多分長続きしないと思います。

皆さんご存じだと思いますが、ビクトリア州は出自を知る権利を確保して運営しています。

1988 年以前は完全匿名で、今の日本と同じ状況でした。

1988 年からは一応匿名性を廃止したのですが、提供者の同意があって初めて出自を知る権利を認めているかたちでした。

1998 年からは、提供者の同意がなくても廃止。

2010 年以降は、18 歳以降では出生証明書にも書いてしまい、行使年齢もいろいろな制限はついていますが、18 歳以下でも可能になりました。

もう一つは、今までカウンセラーが主体の不妊学会で情報を全部管理してカウンセリン

グを行っていたものが、この情報の管理が、日本で言えば戸籍化にあたる BDM (Birth Deaths and Marriges)、お役所のような少し堅いシステムに移っています。

こういうシステムになったとき、2012年に一つの議論が終結しました。ビクトリア州は、1988年以前の匿名性の時代の AID に対して、既に出自を知る権利を認めようとして議会で議論をしていました。そのときに、いろいろな調査が行われました。なぜ出自を知る権利が必要なのかという理由に、遺伝情報を伝達する必要があるだろうという報告書の一つの例です。

提供者に、常染色体の優性遺伝の心疾患があり、突然死をする可能性があることが分かりました。こういう遺伝情報があり、提供による子どもが 4 人いることが分かっていたので親に連絡をしました。ところが、ほとんどの親は告知をしていなくて、家庭を壊すことを恐れて子どもへの告知は難航し、4年後、子どもの遺伝子検査をやっとできたとき、パイロットがいました。もしこの人がこの疾患を発症して突然死をすると、この人だけではなくて乗っていた乗客も関係してくるだろう。

こういうこともあるので、遺伝情報は重要かもしれないという例が出てきました。日本でも、多分問題になって出てくると思います。

同胞の情報は、ビクトリア州ではもちろん認められていますが、生まれた人々の多くは、同胞の情報を受ける体制が今のところきちんと決められていません。近親婚の危険性や、予期せずその子どもが事実を知ってしまう危険性もあり、これはなかなか難しい問題になります。

では今度どうしたらいいのか。提供者個人を特定できない情報を提供すべき。これは、いくつかのクリニックでやっています。生まれた年と月だけ、性別だけ教えるなど非常にアバウトな情報だけど、今自分が付き合っている相手がそうなのかどうかを判断する最低限の情報は提供すべきではないか。提供者個人を特定できる情報は与えられるべきではない。遺伝疾患にかかわる情報は与えられるべき。同胞に関しては、このようなことをビクトリア州でも言っています。

提供者情報開示におけるカウンセリングの重要性です。

告知をされて 18 歳になり、子どもが提供者のことを何となく知りたいとき、情報請求をするべきか。請求をしたときにどのような利益があって危険性があるのかをまず考えなければいけません。これを、多分カウンセラーの方と相談しなければいけないと思います。ドナーとの関係がいいとは限らないので、それもきちんと踏まえた上で会うかどうかを決めることになると思います。

1) どのように請求するか。子ども自身の身分をどのように明かしていくか、情報をやり取りする手続きのようなことがあります。

2) 子どもにとって何が必要で何を期待しているのか、子ども自身も最初はよく分からないと思うので、これを探り出すことも大変大事なことだと思います。

3) 非常に長期的な交流になると思うので、実際に何に気を付けなければいけないのか。言っただけいけないことなどのエチケットのようなものも、非常に特殊なものです。ノウハウを要すると思います。

4) 最初からすぐ会うやり方もありますが、それ以外に、例えば手紙、メール、カウンセラーを通して情報交換するなど、いろいろ情報交換のやり方があります。境界の設定方法も考えなければいけません。

5) 提供者は、同意して出自を知る権利を認めて提供しているわけです。自分の情報を公開するとなると、子どもはどういう人なのかもよく分からないし、利益と危険性でどういふことがあるのか。この提供者は家族がいると思いますが、家族にどういふことがあるか分からないので、懸念低減、必要性の理解が必要です。

ビクトリア州における非配偶者間人工授精の現状はどのようになっているか。

受ける方たちは、異性の夫婦は半数以下だと言っていました。それ以外はレズビアン、シングルマザーのほうが多いとおっしゃっていました。

若い提供者は非常に少なく、子どもを持っている既婚男性が一番多く、次に多いのが壮年の独身男性。最初にリクルートをするときは、この三者はだいたい同じぐらいの数ずついるのですが、いろいろなカウンセリングや説明をするうちに、どんどん抜け落ちてしまうと、担当がおっしゃっていました。

提供精子の需給に関しては、待機時間は6週間。受精1回の費用は日本円で20万円程度。

待機時間は、今の慶応大学とあまり変わらないと思います。ビクトリア州では2回人工授精をやり、できなかったらすぐに体外受精をやるというやり方で、かなりスピードアップしています。受精1回の費用は5倍ぐらいですが、多分それはカウンセリングや提供者を集めることにコストがかかってくるのだと思います。

提供者数の減少に関してですが、2008年の文献に、スウェーデンの精子提供者減少により、匿名性を保持しているデンマークでの治療を受ける患者が毎年250名以上あると書いてあります。匿名性だからデンマークに行くわけではなくて、待ち時間があまりにも長いので、待ちきれなくなって、橋を渡るとすぐに行けるデンマークに行くのです。

イギリスは、ご存じのように2005年から匿名性を廃止していますが、精子提供者の減少で、匿名性を保持しているベルギーやスペインで治療を受ける夫婦が多い。

2010年ぐらいのときに、報酬を高くしなければいけないのではないかと、提供者一人当たりにも生まれる子どもの数を多くしてもいいのではないかと議論がされたようです。今はどうなっているのか分からないのですが、一応2010年の時点ではそういうことを言って

いる人がいました。そのように、数のことも少し考えていかないといけないということです。

まとめです。

1) 適切なプロセスを経れば、出自を知る権利を認めたシステム構築は可能(?)ということが、ビクトリア州のことで言えます。(?)を付けたのは、オーストラリアのほかの州は認めていないところもあります。そういうところで治療を受けている男性と女性のカップルがいるかいないかは、よく分からないという意味からです。

2) そのためには親子関係の確定とカウンセリングがとても重要だと思います。このノウハウの蓄積が必要だと思います。精子提供・卵子提供はもちろんですが、配偶子提供は提供医療です。善意の提供に成り立っている、いいことだということをどう社会に伝えていくかという広報活動が必要です。これがうまくいけば、多分提供者もそれなりに集まるだろうし、15年という時間がたっても、いいことをやったと提供者も思ってくださいと思うので、とても大事なことだと思います。

3) 出自を知る権利を認めただけでは問題は解決しない。提供者減少、海外渡航が起こってしまう、これは僕らも一番恐れていることです。隣の国に行くことが起こらないようなシステムをつくっていかねばいけないと思います。

「AIDの親子関係にかかわる法整備」、これは何回も議論されたことだと思います。「民法772条、妻が婚姻中に懐胎した子は夫の子と推定する」という「嫡出推定」があります。これがあるので、AIDの親子関係はこれでいいという考え方もありますが、法整備が必要だという考え方もあります。嫡出推定が及ばないとされる危険性、提供者・子どもから認知請求が提出される可能性があるとおっしゃっている方もいます。

これはGID(性同一性障害)の例で明らかになりました。婚姻している性同一性障害者夫婦は、法的にはご夫婦のわけです。この出生子に対して、男性と認められた人と女性と認められた人の子どもなのに、嫡出子として出生届を受領することができない。なぜなのかというと、生物学的にもともと女性だったわけですから精子がないことは明らかで、それが性交によって子どもができることはあり得ないから、法的に推定できないということになります。これが平成23年2月に、僕らが質問したときの法務局からの回答です。認知もできないし、最終的には特別養子縁組になったというのはご存じの通りです。

そうだとすると、例えば、告知をして、その子どもがお父さんの本当の子どもではない、血がつながっていないことを明らかにしたときに、親子関係は法的には消滅してしまうこととなります。AIDでも、本当に無精子症で絶対にできないことが証明されたら、それは嫡出子として認めることができないということを法務局がおっしゃっていました。これは多分卵子提供にも少し関係してくるところではないかと思います。

そうすると、「嫡出否認」を夫がすることもできます。それは1年以内となっていますが、1年以内に気が変わることもあるかもしれません。

奥さんと子どもから、親子関係が不存在だという訴訟を起こすこともできます。提供者が子どもを認知することも、妻と子どもが認知請求をすることもできない。

こういう状況で、提供者となることあるいは提供者が夫婦や子どもと接触することの危険性は、大きいのではないかと僕は思います。

どうしたらいいのかになります。平成15年に議論されています。その中に、「妻が夫の同意を得て、夫以外の男性の精子を用いた生殖補助医療により子を懐胎したときは、その夫を父とするものとする」と、法的にこの地位を確定し、否認してはいけないという条項があります。

提供者に関しても、「提供した者は、その精子を用いた生殖補助医療で生まれた子どもを認知することができない」、「認知の訴えは提起することができない」。これをすんなり認めていただければ、少なくとも卵子提供の部分も含めたAIDの親子関係はきちんとしていたと思うのですが、いろいろ理由があって、これはまだ国会を通らずに、今のまま推定になっています。

3番目のまとめです。

1) 出自を知る権利を認めた場合には、父親が無精子症で子供と遺伝的につながっていないことを認めることになります。そうすると、現行民法の規定、推定を基にした規定の親子関係が不安定になります。

2) この15年の試案は規定の出発点で、これだけは少なくとも、出自を知る権利を考える前に通していただかないと何も先に進まない。先ほどの荒木先生もおっしゃっていましたが、とても大きなリスクを背負いながらそのシステムを運営していくことになると思います。僕も含めてですが、これを努力していこうと思っています。

最初に出てきたスライドの焼き直しです。

全ての当事者が、より安心して最低限の社会的・法的枠組みの中で、全て普通に生まれた子どもと同じようにというのは難しいと思います。提供者が少ないから待ち時間が多くなる、いろいろなカウンセリングを受けなければいけない、ということはあると思います。それでも最低限納得して「これぐらいは仕方ないだろう。だけど、親から愛されて生まれてきたのだ」ということを、子どももきちんと納得できるような治療を受けられる体系をつくる。

そのために、今までのお話で僕が大事だと思ったのは、カウンセリングと法整備、この2つが一番重要なことではないかと、この解決のために思います。

以上です。ありがとうございました。(拍手)

岩崎：久慈先生、ありがとうございました。本当に、なぜ法律の作成に取り組まないのでしょうか。これは二宮先生のとくに併せて考えていけたらと思います。これだけの時間を費やさなければいけないことなのかというより、法律を作ることをさけているとさえ感じられるように思います。そのまま実態だけが動いていくことの恐ろしさだと、本当に思います。

大変分かりやすく問題提起をしていただきまして、ありがとうございました。ぜひ、二宮先生の発題と一緒に、ここは大きく議論できる場所ではないかと思っております。

では、次に元南山大学 南山宗教文化研究所の渚上恭子先生より、『エッグ・シェアリング——韓国における卵子売買防止策』を発表していただきます。

【報告6】「エッグ・シェアリング —韓国における卵子売買防止策—」



淵上：只今ご紹介いただきました淵上です。今日の発表者の中で、ただ一人パワーポイントを使わず、読み上げ原稿でやらさせていただきます。私は、韓国の研究をしていることで声をかけていただきましたが、今日の日本の現状を念頭において、よその国の話ではなく、自分の国のことと考えて発表させていただきたいと思います。では、原稿を読みながら進めさせていただきます。

2005年1月に、韓国において、卵子・精子の売買と利益供与、およびその誘引・あっせんを禁じた「生命倫理および安全に関する法律」（「生命倫理法」）が施行されて、親族等による無償提供以外の卵子の提供は禁止されました。とはいうものの、韓国では、婚家の跡取りを産めなければ、離婚されても仕方がなく、親族からの卵子の提供が望めない女性は、他の女性から卵子を買ってでも、妊娠して子どもを産まざるを得ない状況に追いやられます。そのため、「遠縁」の者からの無償の提供等と偽っての、卵子の売買が後を絶たないでいます。そのような現実を是正し、親族による卵子の無償提供の代案を提示して、卵子売買を防止するべく、2008年に「生命倫理法」が改正されて、不妊治療を受けている女性同士で「エッグ・シェアリング」を行う場合の実費補償が認められることになりました。

本報告で、今後の日本の生殖医療の法制化を念頭において、韓国における「生命倫理法」改正の趣旨を検討し、父系血統が重んじられる文化伝統の下で、卵子提供が容認されている韓国において、生殖補助医療をめぐる生命倫理問題に対し、どのような施策が講じられているか考察していきたいと思います。時間の関係で、括弧内は適時省略させていただきます。

先ほど申しましたように、韓国では、親族等による無償の卵子提供は認められていますが、卵子の有償提供や利益供与、その誘引・あっせんは禁止されています。しかし、「生命倫理法」の施行後も、「カフェ」（同好会）と呼ばれるネット・コミュニティを介した卵子の売買が後を絶たず、依頼人とドナー志願者が、そうした「卵子売買カフェ」を介して裏取引を行ない、戸籍謄本による証明の及ばない「遠縁」の者からの卵子提供と偽って、卵子の売買を

行っていることは周知の事実となっています（注：韓国の民法第 777 条で、親族の範囲は 8 親等以内の血族、4 親等以内の姻戚、配偶者と定められている）。

そのような状況の下で、摘発される卵子売買は氷山の一角に過ぎず、卵子売買の闇市場が一向になくなることなく現在に至っています。また、たとえ卵子売買が見つかったとしても、不妊女性に対する世間の同情の念に押されて、卵子を売買した女性等がみな不起訴処分とされ、ブローカーに対しても執行猶予が付けられているのが現状です。

皆さまもご存じのように、韓国には朝鮮時代から続く儒教の伝統が今なお根強く生きています。儒教の伝統の下で、父系血統を受け継ぐ男系子孫を儲けることが何よりも重く見られる韓国では、女性の役割はひとえに婚家の跡取り息子を産むことに求められていて、子どもの産めない嫁は、「七去之悪」（不順舅姑、無子、淫乱、嫉妬、悪疾、多言、竊盗）として、離婚されても仕方がない状況に置かれています。そのような状況にあって、卵子が産出されない女性は、法を犯して卵子を買ってでも、妊娠して子どもを産むことを余儀なくされています。韓国では、父系出自が偏重されていて、遺伝上の母であれ、産みの母であれ、「母」が必ずしも妻である必要はなく、ドナーの卵子による子どもであっても、夫の血を引く子どもが生まれるのであれば許容されます。そのような理由から、韓国では、卵子提供が不妊女性への救済策として受け入れられていると考えられます。

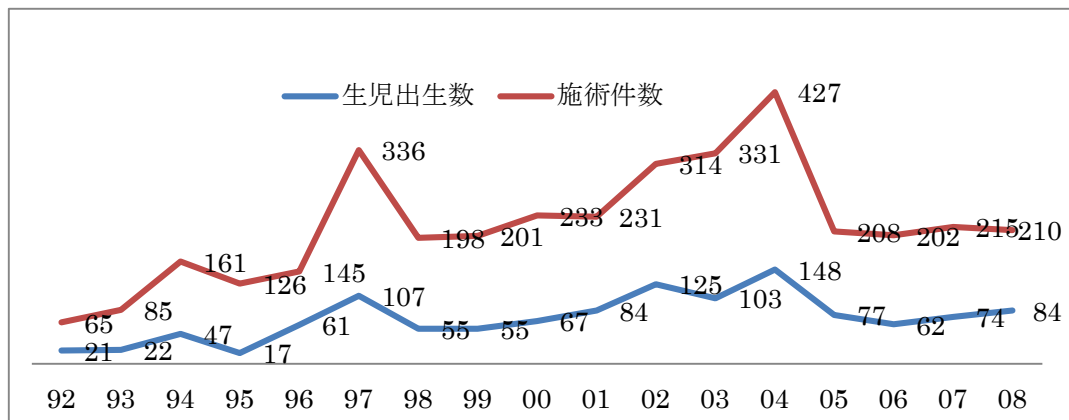
家族主義を柱とする儒教道徳が広く行きわたっている韓国では、兄弟姉妹の血縁が尊ばれていて、姉妹間の卵子提供に許容的な認識が示されています。きょうだい間の配偶子提供に対する抵抗感が希薄なのは、精子提供の場合も同じで、AID が AIB（Artificial Insemination with Brother's semen）と称されるほどです。

先ほどの遠矢さんのご報告にもありましたが、日本では、近親者からの配偶子提供が認められると、実の姉妹に卵子を提供するよう圧力がかけられるのではないかと、あるいは、遺伝上の母が子どもの近くにいると、家族関係がかえってこじれるのではないかとといった、姉妹間の卵子提供に否定的な意見が聞かれます。一方、韓国では、実の姉妹から卵子を提供してもらおうと、「それはよかったですね」と言われ、姉妹間の卵子提供を否定するような雰囲気は全く見受けられません。

韓国では 1987 年に国内初の卵子提供が行われ、韓国最初の卵子提供子がもう 26 歳位になっています。韓国で卵子提供が開始されてから、今日にいたるまで、毎年 200 例から 300 例を超える卵子提供が実施されていますが、これまで親族間の卵子提供によってトラブルが生じたという話は聞いたことがありません。近親者による卵子提供であれば、「純粹寄贈」と称されて無条件に肯定されています。

そのように、姉妹間の卵子提供に大変寛容な韓国ですが、これからお話しするような事情によって、これまで行われてきたような、姉妹等の親族からの卵子の提供がうまくいかなくなっただけでなく、ゆきました。

韓国における卵子提供実施件数・生児出生数の推移（1992年～2008年）



出典：大韓産婦人科学會補助生殖術小委員会「調査報告書 韓国補助生殖術の現況」
『大韓産婦人科学會誌』上記各年度

韓国では、家族主義の文化伝統によって血縁が重んじられ、遺伝の問題が関わってくる卵子提供の性格とも相まって、実の姉妹が卵子ドナーとなることが期待されています。

先ほど申しましたように、1987年10月に、日本でも有名な、^{チヤ}車病院の女性医学研究所の車光烈博士等が、韓国で初めて、第三者から提供された卵子を用いて、卵巢機能が失われた女性を妊娠させることに成功しました。それに続いて、その翌年の1988年6月に、車所長らは、早発閉経、卵巢切除によって子どもを持てなかった不妊患者に、アジアで初めて実の姉妹からの卵子提供を行って正常妊娠させることに成功しました。この結果を受けて、車所長が、「実の姉妹から卵子の提供を受けると、妊娠成功率が高く、医学的に見ても安全で、正常に近い妊娠が可能である」とコメントし、「韓国では、姉妹による卵子の提供に反対する声は聞かれず、姉妹間の卵子提供に大変許容的である」と力説しました。

韓国で卵子提供が始まった頃から1990年代の初めまでは、医学界の主導の下に、ソウル大病院や車病院等の不妊クリニックで、実の姉妹をドナーとする卵子提供が推進されてきました。ところが、その後、韓国女性の晩婚化に伴う晩産化が急速に進んでいき、実の姉妹等の親族による卵子の提供が、困難に直面することになります。

周知のように、卵子提供を実施するにあたっては、ドナーとなる女性の心身に侵襲を及ぼす採卵施術を行わなければなりません。もし、卵子を提供してくれた女性が、それがもとで子どもが産めなくなった場合、施術を行った医者は道義的責任を免れ得ません。そのため、韓国の不妊治療医の間では、親族から無償で卵子を提供してもらう場合は、結婚して子どもを産み終えている女性にしか施術を行わないことが不文律となっています。

そうした中で、韓国で卵子提供が開始された1987年は26.4歳であった韓国女性平均出産年齢が、「生命倫理法」が施行された2005年には30.2歳に上昇しました（統計庁の人口動態調査による）。そのような急速な晩婚化が進行している今日、20代後半から30代

前半の、卵子提供が可能な年齢で子どもを産み終えている親族を探すのは容易ではなくなっています。また、韓国では、跡取り息子の出産が女性の義務とされていることから、男児を産んでいない人には卵子の提供を頼みにくく、昨今、親族からの卵子提供が一段と難しくなっています。

そのような事情によって、1990年代に入ってから、韓国において親族による卵子の提供が困難になってゆきますが、その当時は、今日のようにインターネットが普及しておらず、エージェンシーも存在していなかったため、実際問題として、親族以外の女性の中から卵子ドナーを見つけることは容易ではありませんでした。そうした状況下で、不妊クリニックで知り合った患者さんたちが、「同病相憐れむ」の精神の下に、不妊治療費を分け持つことを条件として卵子を融通し合う、「卵子の共有」を始めました。

ところが、慢性的な卵子不足が続く中で、不妊女性同士の助け合いとして行われていた「卵子の共有」が、卵子の売買に発展するようになります。やがて、1990年代の後半に入ると、インターネットが発達して、不妊クリニックのネット掲示板に誰でも容易にアクセスできるようになったことから、不妊患者たちの間に広まっていた卵子売買が、一般の人々にも広がっていきました。そして2001年1月に、皆様もご存じかと思いますが、卵子提供の仲介業務を行う「DNA bank」という会社が設立されると、卵子売買が公然と行われるようになりました。それ以降、「生命倫理法」の施行に伴って、「DNA bank」が廃業した2004年12月末までに、同社を通じて、約400人に上る韓国人ドナーが、日本人夫婦600組を含む、延べ1,800組の不妊夫婦に卵子を提供し、「優良な」卵子を売る有名大学の女子学生らを頂点とする、卵子ドナーの階層化が進んでいきました。

韓国で卵子売買が広がっていった背景には、このように、卵子ドナー層が不妊女性の実の姉妹から一般の人々に変化したという事情があります。こうした状況は、「生命倫理法」が施行されて、卵子の売買が禁じられても、全く変わりませんでした。

「生命倫理法」が施行されても、不妊女性に対する韓国社会の認識が変わることはなく、卵子売買は一向になくなりませんでした。さらに、2005年10月にファン・ウソク教授の売買卵子受給問題が発覚し、先ほど申しましたような卵子売買の闇市場が、ファン教授チームへの研究用卵子不正提供の温床となったことから、「生命倫理法」はその問題点を露呈し、改正を余儀なくされることになりました。

「生命倫理法」の改正にあたって、政府研究機関の韓国刑事政策研究院が、同法の施行前後の韓国における卵子売買の実態調査に着手し、韓国内の不妊クリニックに勤務する不妊治療専門医と研究員を対象とした質問紙調査を行いました。その調査結果が、『精子・卵子の有償取引禁止のための具体的制度化方案』という報告書にまとめられて、保健福祉部に提出されました。そこで議論されたことを要約いたします。

「生命倫理法」で定められた卵子の無償提供の原則は、そもそも守るのが無理なものです。

この法律を守るとなると、不妊に苦しむ他の女性を助けるために、痛い思いをして卵子を提供するドナーが、医療費をはじめ、卵子の採取に要する費用を何から何まで負担しなければならず、そうしなければ「生命倫理法」違反に問われることとなります。だが、それはおかしいのではないか。そうした卵子の無償提供の原則が、不妊治療用卵子の自発的提供者を激減させ、闇市場での卵子の売買を助長しているのではないか。そういった違法な卵子売買が、ドナーの健康をもないがしろにする危険性を考えるならば、卵子の無償提供の原則に固執することなく、社会通念上許容される範囲内で、卵子ドナーに対し実費補償することを認めるべきではないか、という結論に達しました。

「生命倫理法」の改正にあたって、卵子の無償提供の原則とともに問題になったのは、姉妹に代わる卵子ドナーをどのようにしてリクルートするかということでした。

先ほど申しましたような晩産化の進行によって、昨今の韓国では親族による卵子の提供が非常に難しくなっています。そうした中で、卵子提供を必要とする女性は、売買という手段に訴えてでもドナーを探すほかなくなっています。そのような状況にあって、赤の他人のために、ボランティア同然の条件で卵子を提供してくれるドナーを探し当てるのは、不可能に近いことと考えられます。日本では、OD-NETのような、「エッグドナー・ボランティア」団体も登場しておりますが、韓国では、そうしたことは、ちょっと考えられないように思われます。そこで注目されたのが、先ほどお話ししました、1990年代に韓国の不妊患者たちの間で行われていた、「卵子の共有」でした。

先ほどのご報告にもありましたように、イギリスやアメリカで認められているこの方法は、不妊治療費を分け持つことを条件として、不妊治療を受けている女性同士で卵子を融通し合うもので、他の女性に提供するための卵子を、不妊治療とは関係のない、健康な女性から採取することに伴うリスクがなく、卵子提供者の不妊治療費の負担が軽減されるという利点があります。

このような卵子提供方式の導入をめぐって、韓国の女性団体や宗教界から、「実費補償を認めると、お金に困っている女性を卵子売買に誘引する」という批判の声が上がりました。しかし、現実問題として、何の補償もなく自発的に卵子を提供する女性がいるとは、まず考えられない以上、ドナーに対して何らかの補償をすることはやむを得ないのではないかと思われます。そうすると、不妊治療を受ける女性自身が卵子ドナーとなる「エッグ・シェアリング」であれば、卵子ドナーへの実費補償を不妊治療費の補助と見なすことが可能になって、卵子売買を回避しつつドナーを確保する道が開かれ、倫理的な問題が一番少なくて済むのではないかという結論に至りました。

2008年の「生命倫理法」の改正後、「エッグ・シェアリング」を進めてゆくにあたって、卵子を提供する女性の健康に配慮しつつ、ドナーへの実費補償が卵子売買に転じることを防止するための法的措置が講じられるようになりました。

改正後の「生命倫理法」では、卵子提供を行なう際に、卵子ドナーに対して健康検診を実施することが義務づけられていて、検査にパスしなければ、そのドナーからの卵子の提供が

できないようになっていきます。そして、卵子の提供は生涯に3回までとされていて、前回の提供から6カ月以上経過しなければ、次の提供ができないことになっています。

また、卵子ドナーへの実費補償が卵子売買に転じることのないよう、実費補償額が法で定められた範囲内にとどめられています。そして、卵子ドナーが実費補償を受けるには、保健福祉部が一元管理するデータベースに、自身の卵子採取履歴を登録することが義務づけられていて、ドナーが金銭目当てに身元を偽って卵子の提供を繰り返すことがないよう対策が取られています。

さらに、実費補償のための手続きは、匿名の関係にあるドナーとレシピエントの間で、不妊クリニックを介して行うように決められていて、両者が直接取引をして卵子売買を行うことのないよう対策が講じられています。

これらの点につきましては、レジユメの参考資料のところに「生命倫理法」の卵子提供関連条項を掲載しましたので、そちらをご覧くださいと思います。

ここにご紹介いたしました保健福祉部（韓国の厚生労働省）の資料（「生命倫理法」施行後の韓国における補助生殖術の実施現況：2005年～2012年）によりますと、2008年の「生命倫理法」の改正後、卵子提供の実施件数が大きく伸びていて、「エッグ・シェアリング」の成果が上がっていることがうかがわれます（※資料は非公開）。

かつての韓国で、不妊患者同士の助け合いとして行われていた「卵子の共有」を、改正「生命倫理法」の下で復活させた「エッグ・シェアリング」には、従来の商業的卵子提供には見られない利点があるのではないかと思います。

卵子提供を行なうにあたっては、ドナーから「インフォームド・コンセント」を取得することが必要となります。商業的卵子提供においては、往々にして、ドナーが、報酬に目がくらむ等して、卵子提供のリスクについて十分に理解できていないことがあります。また、「エッグ・シェアリング」であれば、ドナーは卵子提供がどのようなものか認識しており、「インフォームド・コンセント」の確保に問題がないものと思われま

す。商業的卵子提供の場合、ドナーが、自身の卵子を高く売ろうと、既往症や病歴等を偽っていることがあり、本人も知らなかったような遺伝性疾患等を保因している可能性があります。その点、「エッグ・シェアリング」であれば、ドナーが「生命倫理法」で定められたスクリーニングをクリアしていますので、そうした心配がなく、提供される卵子の安全性が担保されるのではないかと思います。

商業的卵子提供が盛んな今日、世の不妊女性たちは、優秀な子どもを求めて、優れた遺伝的素質を備えたドナーの卵子を買い求めているのではないのでしょうか。子どもができない女性が苦しい立場に立たされる韓国ではなおのこと、不妊女性たちが、お金に糸目をつけずに、「優良な」卵子を手に入れて、「パーフェクトベビー」を産もうとする向きがあります。

しかし、人間の資質は遺伝子によってのみ決定されるわけではなく、大金を投じて「優良な」卵子を買ったところで、その素質が生まれてくる子どもに受け継がれるとは限りません。

「エッグ・シェアリング」が選択されることによって、そうした商業的卵子提供の盲点が認識されて、人々の意識に潜む優生思想や、「お金を払うのだから」といった金権主義が是正されてゆく可能性が見出されるのではないのでしょうか。

このような利点が考えられる一方で、「エッグ・シェアリング」では、不妊女性の卵子が提供されるため、妊娠できないのではないかという不安の声が聞かれます。でも、不妊といっても、その原因は様々で、卵巣機能が正常な女性から卵子の提供を受ければ、レシピエントが無事に妊娠出産することが可能になるのではないかと思います。また、妊娠高血圧症候群の発症等の、ドナー卵子による妊娠のリスクについては、レシピエントと医学的適合性の高いドナーから卵子の提供を受けられるように、事前の検査を入念にすることによって、そうしたリスクが低減されるのではないのでしょうか。素人考えかもしれませんが、そのように思われます。

商業的卵子提供と比較して、「エッグ・シェアリング」には、実施件数の制約があることは致し方ないのではないかと思います。とはいえ、そもそも、卵子提供のような法的・倫理的問題のある施術が、そんなに簡単に行われてもいいのでしょうか。お金さえ払えば、思いのままに施術が受けられる商業的卵子提供は、多くの問題をはらんでいるのではないかと思います。そのように考えると、卵子の提供者が不妊当事者に限られる「エッグ・シェアリング」は、卵子提供の乱用が抑止される、より生命倫理にかなった方法として評価されるのではないかと思います。

また、「エッグ・シェアリング」には、生まれてくる子どもの立場から見ても利点があると思われます。商業的卵子提供においては、ドナーの保護を理由に、ドナー情報の管理体制が明らかにされないことが多々ありますが、「生命倫理法」に基づく「エッグ・シェアリング」の場合、ドナー情報が保健福祉部（韓国の厚生労働省）に30年間保管されることになっています。これは、保健福祉部が作成した『卵子提供者への健康検診等の案内』というガイドブックの2012年改定版で決められたものです。将来の卵子提供子の「近親婚」を防止する上でも、卵子ドナーの追跡可能性が担保されているこの方法は、有益ではないかと思われます。

久慈先生のご報告にもありましたが、今日、配偶子提供によって生まれた人たちの「出自を知る権利」をどこまで認めるかということが、大変大きな問題になっています。近年、欧米諸国では、人工生殖子の「出自を知る権利」がドナーの個人情報の保護に優先され、個人が特定できる範囲まで、ドナーの情報を開示するよう求める動きが強まっています。それに

対し、卵子売買の防止が再重要課題となっている韓国では、卵子ドナーの匿名化は避けられず、「出自を知る権利」の制限もやむを得ないものとなっています。

配偶子提供をめぐる倫理問題が議論される際、欧米諸国では、提供配偶子によって生まれた人々（DI子）のアイデンティティに関わる事柄が論点となっています。一方、韓国のような、堅固な父系血統イデオロギーの残存する儒教国では、DI子のアイデンティティの問題よりも、「近親婚」の問題が最大の懸念材料となっています。

欧米諸国とは異なり、韓国では、そもそも「子どもの権利」という概念がそれほど浸透しておらず、「子どもの権利」というよりも、「親の責任」といった方が理解されやすいように思われます。そうした韓国の国情を勘案するならば、卵子提供子の権利というよりは、卵子提供を選択する親の責任、ないしは、それを容認する社会の責任において、「近親婚」を防止するべく、ドナーの個人情報に限定的にアクセスすることを認める方が現実的ではないかと思われます。

今日、遺伝子検査技術が日々発達を遂げていて、配偶子提供の事実を隠し通すことが困難になってゆく中で、卵子提供子の「出自を知る権利」の問題の解決を先延ばしにすることが難しくなっていますが、現段階では、配偶子提供によって生まれた子どもに対し、「遺伝上の親」を特定する権利を認めることはできなくても、「近親婚」の回避策の下で、今後、ドナー情報の開示が進められ、卵子提供子の福祉を守るシステムが段階的に整えられてゆくのであれば、韓国社会において、「エッグ・シェアリング」は、卵子提供に伴う生命倫理問題を最小化する方策として評価されるのではないかと思われます。

2008年の「生命倫理法」の改正後、インターネット上の「卵子売買カフェ」に対する警察の監視が厳しくなる中で、患者さんたちが情報交換を行う不妊クリニックの掲示板に、「私はA型で、夫はO型です。該当する方は助けて下さい」といった、卵子ドナーを求める書き込みが上がってくるようになりました。これは、卵子売買をほのめかすものではなく、他の患者の助けを求める不妊女性からの「エッグ・シェアリング」の呼びかけと見るべきで、掲示板の管理者は、こうした書き込みを削除したりせず、お互いの助けを必要とする不妊患者間の橋渡しをするよう配慮するべきではないでしょうか。患者たちが「エッグ・シェアリング」の制度を活用できるよう、不妊クリニックがHP上でこのシステムについて周知すると同時に、保健福祉部が「エッグ・シェアリング」の成果についての情報公開を行なって、この制度に対する社会の理解を深めてゆくよう努力してゆくことが必要とされているように思われます。

私の報告はこれで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。（拍手）

【参考資料】

「生命倫理および安全に関する法律」（「生命倫理法」）の卵子提供関連条文

（第9次一部改正, 2013年3月23日公布・施行, 法律第11690号）

大韓民國國會法律知識情報システム(<http://likms.assembly.go.kr/law/>)

関連法規：

「生命倫理および安全に関する法律施行規則」（同上公布・施行, 「保健福祉部令」第188号）

「生命倫理および安全に関する法律施行令」（同上公布・施行, 「大統領令」第24454号）

「生命倫理法」第4章 [胚芽等の生成と研究] 第2節 [胚芽生成医療機関] 第23条

[胚芽の生成に関する遵守事項]

第1項：何人も妊娠以外の目的で胚芽を生成してはならない。

第2項：何人も胚芽を生成する時、次の各号のいずれかに該当する行為をしてはならない。

1. 特定の性を選択する目的で卵子と精子を選別して受精させる行為。
2. 死者の卵子または精子で受精させる行為
3. 未成年者の卵子または精子で受精させる行為。ただし、婚姻した未成年者が子女を得るために受精する場合を除く。

第3項：何人も金銭、財産上の利益またはその他の反対給付を条件として、胚芽や卵子または精子を提供ないし利用したり、そうしたことを誘引したり斡旋したりしてはならない。

「生命倫理法」第4章 [胚芽等の生成と研究] 第2節 [胚芽生成医療機関] 第24条

[胚芽の生成等に関する同意]

第1項：胚芽生成医療機関は、胚芽を生成するために卵子または精子を採取する時には、次の各号の事項について、卵子寄贈者、精子寄贈者、体外受精施術対象者、および該当寄贈者と施術対象者に配偶者がいる場合はその配偶者（以下「同意権者」とする）の書面同意を得なければならない。ただし、障碍人の場合はその特性を考慮して同意を求めなければならない。

1. 胚芽生成の目的に関する事項
2. 胚芽、卵子・精子の保存期間およびその他の保存に関する事項
3. 胚芽、卵子・精子の廃棄に関する事項
4. 残余胚芽および残余卵子を研究目的に利用することに関する事項
5. 同意の変更または撤回に関する事項
6. 同意権者の権利および情報保護、その他「保健福祉部令」で定める事項

第2項：胚芽生成医療機関は、第1項による書面同意を得る前に、同意権者に第1項の各号について十分に説明しなければならない。

第3項：第1項による書面同意のための同意書の書式および保管等に必要事項は「保

「保健福祉部令」で定める。

「生命倫理および安全に関する法律施行規則」第 20 条 [胚芽の生成等に関する同意]

第 1 項：「生命倫理法」第 24 条第 1 項に従って、胚芽生成医療機関は、胚芽の生成のために卵子または精子を採取する時には、別紙第 13 号書式の [胚芽生成等に関する同意書] を受け取らなければならない。ただし、卵子または精子の寄贈を受けて胚芽を生成する場合には、生殖細胞寄贈者の本人確認書類と家族関係証明書が添付された別紙第 14 号書式の [生殖細胞寄贈同意書]、および別紙第 15 号書式の [生殖細胞受贈同意書] を併せて受け取らなければならない。

第 2 項：「生命倫理法」第 24 条第 1 項第 4 号に従って、胚芽生成医療機関が残余胚芽および残余卵子を研究目的で利用しようとするならば、第 1 項による同意書の他に同意権者から別紙第 16 号書式の [研究利用同意書] を受け取らなければならない。

第 3 項：「生命倫理法」第 24 条第 1 項第 6 号の「保健福祉部令で定める事項」とは、次の各号の事項をいう。

- 1.胚芽生成に用いられ余った精子を研究目的で利用することに関する事項
- 2.採取および体外受精施術過程とそれに因る危険性および副作用に関する事項
- 3.卵子または精子寄贈者の個人情報保護に関する事項

第 4 項：胚芽生成医療機関は、第 1 項～第 3 項の規定に従って受け取った同意書を 10 年間保存しなければならない。

「生命倫理法」第 4 章 [胚芽等の生成と研究] 第 2 節 [胚芽生成医療機関] 第 27 条 [卵子寄贈者の保護等]

第 1 項：胚芽生成医療機関は、「保健福祉部令」の定める所に従って、卵子を採取する前に卵子寄贈者に対し健康検診を行わなければならない。

第 2 項：胚芽生成医療機関は、「保健福祉部令」の定める健康基準に達していない者から卵子を採取してはならない。

第 3 項：胚芽生成医療機関は、同一の卵子寄贈者から「大統領令」で定める頻度を超えて卵子を採取してはならない。

第 4 項：胚芽生成医療機関は、卵子寄贈に必要な施術および回復にかかる時間に伴う補償金および交通費等、「保健福祉部令」で定める項目について同令で定める金額を卵子寄贈者に支給することができる。

「生命倫理および安全に関する法律施行令」第 11 条 [卵子採取頻度の制限]

第 1 項：「生命倫理法」第 27 条第 3 項による卵子採取の頻度は生涯に 3 回とし、6 か月以上の間隔をおいて卵子を採取しなければならない。

第 2 項：卵子採取による副作用が発生した場合は、その副作用が完治して 6 か月が経過

しなければ、卵子を再び採取することはできない。

「生命倫理および安全に関する法律施行規則」第 23 条 [卵子寄贈者に対する健康検診等]

第 1 項：「生命倫理法」第 27 条第 1 項により、胚芽生成医療機関が卵子寄贈者を実施しなければならない健康検診項目は[別表 2] の通りである。

第 2 項：「生命倫理法」第 27 条第 2 項の「保健福祉部令の定める健康基準に達していない者」とは、第 1 項による健康検診の結果、梅毒・肝炎・後天性免疫欠乏症等の疾患が発見されるか、異常所見によって卵子採取に不適切と判断された者をいう。

第 3 項：胚芽生成医療機関は、第 1 項による健康検診の結果を該当卵子寄贈者に通知しなければならない。

[別表 2] 卵子提供者に対する健康検診項目

区分	検査項目
基本検査項目 (共通検査)	血液型検査(ABO/Rh Typing)
	総血球検査(CBC)
	一般尿検査(Urinalysis)
	血糖検査(Glucose)
	血液クレアティニン(Creatinine)
	血液ヨウ素窒素(BUN)
	血液肝酵素検査(SGOT/SGPT)
	血液総ビリルビン(Total bilirubin)
	肝炎ウイルス検査(HBsAg, HBsAb, Anti-HCV)
	梅毒検査(VDRL or RPR)
	人体免疫欠乏ウイルス抗体検査(Anti-HIV)
	骨盤超音波検査 (Pelvic Ultrasonography)
	子宮頸部細胞陣検査(Pap smear)

「生命倫理および安全に関する法律施行規則」第 24 条 [卵子提供者に対する実費補償]

第 1 項：「生命倫理法」第 27 条第 4 項の「保健福祉部令で定める金額」とは、次の各号の金額をいう。

1. 交通費
2. 食費
3. 宿泊費
4. 施術および回復に要する時間による補償金

第 2 項：第 1 項第 1 号～第 3 号の金額は、「公務員旅費規定」(2013 年 3 月 23 日公布・

施行,「大統領令」第 24425 号) [別表 2] 区分欄第 2 号 により算定される。

第 3 項：第 1 項第 4 号による金額は、胚芽生成医療機関の長が機関委員会の審議を経て算定した金額とする。

第 4 項：胚芽生成医療機関の長は、第 1 項の各号による実費補償額を支給した後、機関委員会に報告しなければならない。

【参考文献】

■ 「난소없는 女性 임신성공—國內서 처음 (卵巢のない女性が妊娠成功—国内初)」『東亞日報』 1987 年 10 月 24 日.

■ 「남의 卵子 빌어 體外수정성공 (他人の卵子を借りて体外受精に成功)」『京郷新聞』 1987 年 10 月 24 日.

■ 「친자매들의 卵子제공 받아 조기閉經 여성이 임신 성공 (実の姉妹の卵子の提供を受けて、早期閉經女性が妊娠成功)」『中央日報』 1988 年 6 月 30 日.

■ 「언니卵子빌어 임신성공—아세아선 첫 개가 (姉の卵子を借りて妊娠成功—アジア初の凱歌)」『京郷新聞』 1988 年 7 月 2 日.

■ 大韓産婦人科學會生殖醫學小委員會「調査報告書 韓國에 있어서 補助生殖術의 現況 : 1992·1993 年」『大韓産婦人科學會誌』(以下『大韓産婦會誌』とする) 第 38 卷 9 号,1995 年,1569 頁.大韓産婦人科學會人工受胎術醫療機關審査小委員會「調査報告書 韓國補助生殖術의 現況 : 1994 年」『大韓産婦會誌』 第 41 卷 1 号,1998 年,246 頁. 同委員会「同報告書 : 1995 年」『大韓産婦會誌』 第 42 卷 4 号.1999 年,691 頁.同委員会「同報告書 : 1996 年」『大韓産婦會誌』 第 42 卷 2 号,1999 年,251-252 頁.同委員会「同報告書 : 1997 年」『大韓産婦學誌』 第 42 卷 10 号,1999 年,2172 頁.同委員会「同報告書 : 1998 年」『大韓産婦學誌』 第 44 卷 10 号,2001 年,1896 頁.同委員会「同報告書 : 1999 年」『大韓産婦會誌』 第 45 卷 10 号,2002 年,1717 頁.同委員会「同報告書 : 2000 年」『大韓産婦會誌』 第 46 卷 10 号,2003 年,1903 頁.同委員会「同報告書 : 2001 年」『大韓産婦會誌』 第 47 卷 12 号,2004 年,2300 頁.同委員会「同報告書 : 2002 年」『大韓産婦會誌』 第 48 卷 12 号,2005 年,2795 頁.同委員会「同報告書 : 2003 年」『大韓産婦會誌』 第 49 卷 12 号,2006 年,2497 頁.同委員会「同報告書 : 2004 年」『大韓産婦會誌』 第 50 卷 12 号,2007 年,1636 頁.同委員会「同報告書 : 2005 年」『大韓産婦會誌』 第 51 卷 12 号,2008 年,1443 頁.同委員会「同報告書 : 2006 年」『大韓産婦會誌』 第 52 卷 12 号,2009 年,1234 頁.同委員会「同報告書 : 2007 年」『大韓産婦會誌』 第 53 卷 12 号,2010 年,1075 頁.同委員会「同報告書 : 2008 年」『大韓産婦會誌』 第 54 卷 12 号,2011 年,744 頁.

■ 서울大學校醫科大學産婦人科學教室 金석현·申창재·金正구·文信容·李진용·張潤錫 「난자공여를 이용한 체외수정기술에 관한 연구(卵子供与を利用した体外受精施術に関する研究)」『大韓産婦人科學會誌』 第 34 卷 4 号,1991 年,559-570 頁.

■ 統計庁 「母의 出産順位別平均年齡 1987~1996」『1996 年人口動態統計年報 : 人口動態

申告에 의한 集計』1997年,28頁.

■統計庁「出産順位別 母의平均出産年齢」『2010年人口動態統計年報 総括・出生・死亡編』2011年,19頁.

■黃萬晟・韓동운・申동일『정자・난자 유상거래금지를 위한 구체적제도화방안 (精子・卵子の有償取引禁止のための具体的制度化方案)』韓國刑事政策研究院, 2006年.

■保健福祉部『난자제공자에 대한 건강검진등 안내(卵子提供者に対する健康検診等の案内)』2012年.

岩崎：「エッグ・シェアリング」の現状について、先生がご存じでしたら教えてください。例えば、シェアリングの割合は、2人だけでシェアするのか、3人でシェアするのか。1人の方の卵子で何人の子どもが生まれているのか。

淵上：現行の「生命倫理法」では、「卵子採取頻度の制限」という条項の下で、卵子の提供は生涯で3回までと決められています。また、条文に明記されてはいませんが、1人のドナーから採取された卵子は、1人のレシピエントに提供されることになっています。

卵子の提供が3回までと決められているのは、第一に、ドナーの健康を保護するためです。「生命倫理法」では、過度な採卵を行なって、ドナーに副作用や後遺症が発症することのないよう、一人のドナーからの卵子の提供は3回を限度として、6か月以上の間隔をあけて行うように決められています。近年、そうした卵子ドナーの健康保護の観点から、採卵数が減らされる傾向にある中で、複数のレシピエントに提供できるほどの卵子が採取されることはなくなっていると考えられます。

3回までと決められている第二の理由として、卵子ドナーへの実費補償が卵子売買に転じることを防止するというねらいがあります。現行の「生命倫理法」では、卵子ドナーへの実費補償の項目として、施術後の回復に要した費用の他に、交通費、食費、宿泊費が認められています。交通費等については、「公務員旅費規程」に準じて、それぞれの日当たりの限度額が決められています。そのため、ドナーが金銭目当てに卵子を提供したとしても、最大3回の提供で得られる補償額は、売買の対価というほどにはなりません。卵子の提供によってドナーが手にする実費補償額を、適正水準に止めるという意味でも、レシピエントは一人にされていると考えられます。

卵子の提供が3回までとされている第三の理由として、卵子提供子の「近親婚」の防止があげられます。先ほど申しましたように、韓国において配偶子提供の最大の問題となるのは「近親婚」の憂慮です。卵子の提供が3回までならば、一人のドナーの卵子によって誕生する「遺伝上のきょうだい」の数は、双子が生まれたとしても、多くて5~6人で、その位の人数ならば「近親婚」は起こらないであろうと推測されています。もし、1人のドナーの卵子が複数のレシピエントに提供されますと、「遺伝上のきょうだい」の数が増えて、「近親婚」のリスクが高まりますので、そうしたことを回避するために、レシピエントは1人とされ

ています。

岩崎：なるほど。1人の卵子で最大3回まで提供できるということですね。分かりました。どうもありがとうございました。これは、日本の今の夢に満ちた報告と非常に対照的ですよね。

淵上：両国の社会的・文化的な背景の違い等もあるかと思います。

岩崎：でも、日本の社会も行き詰まるといつかここに到達する可能性もないことはないのでは。

淵上：昨今の日本でも、韓国と同様、卵子の売買が大きな問題になっておりますので、韓国の取り組みは、今後の日本の生殖医療の法制化について考える上でも、大いに参考になるのではないかと思います。

岩崎：そのへんのことを、多少今から考えておく資料としては、とても大切なことをご報告いただきました。ありがとうございました。

では、日比野先生の発表に移らせていただきたいと思います。「不妊患者の卵子提供に対するニーズと選好」です。

【報告 7】 「不妊患者の卵子提供に対するニーズと選好」

日比野： まず、国内のガイドラインの確認をしたいと思います(スライド 1)。卵子提供に際し、金銭的対価の支払いは禁止されています。匿名性については、匿名に限るものと、姉妹や家族など非匿名の関係での提供を認めるもの、両方があります。エッグ・シェアリングと胚提供については、認めるものと認めないものがあります。子どもの出自を知る権利については、2003年にドナーの住所氏名を含む情報開示を認めるという報告書が出ています。

国内ガイドラインの確認

- 卵子提供に際し、金銭的対価の支払いは禁止されている(無償原則)
- 匿名ドナーに限るとするものと、姉妹など非匿名での提供を認めるとするものがある(匿名or非匿名ドナー)
- エッグシェアリングと胚提供については、認めるとするものと認めないとするものがある
- 子どもの出自を知る権利を認める報告書もある(15歳以上、ドナーの住所氏名を含む情報開示)

(スライド 1)

昨今、晩産化などにより、海外で卵子提供を受ける日本人が増加していることが報告されています。このように、卵子提供のニーズが増加しているにもかかわらず、国内でドナーを確保できていない現状があります。

国内で卵子提供を実施していくことを前提として、どのようにして卵子ドナーを確保し、提供していくか、その模索について考えていく必要があるのではないかと考えています。

海外との関係でいくと、ツーリズムという問題を最小化したいとすれば、海外の制度との比較、あるいは国内の不妊当事者のニーズや選好もある程度考慮する必要が出てくるのではないかと考えています。これらについて、アンケートの結果から検討できればと思っています。

海外の状況です。卵子提供を禁止している国は、カトリックやイスラムなどの影響が強い地域に限られており、世界的に見ると少ないように思います。それ以外のヨーロッパ諸国では、一定の条件の下で実施が容認されています。アジアの国々でも、全面的に禁止しているところは少なく、容認されているケースが多いと見られます。

つまり、世界的に見ると、卵子提供を容認し、何らかのかたちで実施している国が多いと思われれます。統計では、アメリカやヨーロッパでも、だいたい年間 2 万サイクルくらいの卵

子提供が行われています。

卵子提供のバリエーションを挙げてみました(スライド2)。

まず一つは、「有償」か「無償」かがあります。そして、「匿名」なのか「非匿名」なのかがあります。胚提供とエッグ・シェアリングについては、後ほど少し詳しく見てみたいと思っています。

胚提供は、不妊治療が終わった後の余剰胚をもらいます。これは、政府の報告書では、精子と卵子の双方に問題がある場合に考慮されると書かれていますが、報告者は、精子に問題がない場合でも、卵子提供の代わりとして胚提供を利用できないかと考えています。

「エッグ・シェアリング」というやり方もあります。エッグシェアリングについては後ほど検討したいと思います。

また、本日は検討していませんが、海外では自分の知り合いをドナーとして連れてきて登録することにより、自分自身の提供の順番を挙げてもらう。そういうやり方もあるようで、これにより、匿名性が担保されます。

最近、未受精卵の凍結保存に関し、学会で容認される見通しであるとのニュースがありました。健康な女性があらかじめ凍結した卵子を使用して自分の子どもを産み終わった後に、もし余っていればそれを提供してもらうことも、今後は、卵子提供の候補の一つとして考えられるのではないかと思います。

有償提供については、今後、日本で認められる可能性は非常に低いと思います。原則として海外に行くことになり、身体的・時間的・心理的にも負担が高いし、費用も高額。有償の場合は、ドナーの調達も容易で匿名性も担保できます。レシピエントにとってはドナーを選べる点が非常に魅力的だと考えます。優生性の問題、卵子の売買、ドナーへの搾取などが存在しています。

無償の場合は、逆にドナーを確保することが難しい。候補者は近い人間関係の中に限定される傾向が生じます。実際には謝礼相当が支払われるケースも生じる。無償であるとするれば、ドナーの側に金銭以外の動機づけが必要になってくるのではないかと思います。現実にはさまざまなドナーの側が負担を負ってしまうので、むしろ有償にすべきという立場からは、無償であることがかえってドナーの搾取になると批判もあります。

匿名提供は、ドナーの個人情報を保護し、レシピエントの選好を最少化する効果があると思います。レシピエントにとっては、ドナーを除外、あるいは排除した家族形成が可能になる利点があります。ドナー側にとっても、生まれてくる子どもに対する責任を負う必要がないので、ある意味では提供しやすいし、ドナーを確保しやすいことは考えられます。匿名での提供を一つの見方をすれば、ドナーとレシピエントとの利害が一致しているようにも見

えます。ただし、子どもの出自を知る権利が満たされないのであります。

卵子提供のバリエーション

- 有償提供
- 無償提供 (実費補填を含む)
- 匿名提供
- 非匿名提供 (姉妹・家族・知人から)
- 胚提供 (余剰胚)
- エッグシェアリング
- ドナーを交換する方式(cross- and mirror-exchange)
- 凍結未受精卵の提供 (将来)

(スライド2)

ヨーロッパの規制を見ますと、匿名性についてはまちまちのように思います。例えば、フランスやスペインは匿名、イギリスやスウェーデン、フィンランドでは非匿名、イタリアでは禁止されていまして、その他、どちらでも許容されている国々があります。

精子ドナーの匿名性についての研究では、ドナーを非匿名化したらどうなったかという報告があります。ドナーが一時的に減少してしまいましたが、その後、非匿名でも提供してもいいというドナー層に変化して、最終的には調整されていったという報告があります。

もう一つ、ツーリズムについて言えば、匿名ドナーが容認されている国への移動が認められた報告があります。一つは消極的な理由で、国内ではドナーが不足しているため海外に行かざるを得ないことによるものがあり、もう一つはより積極的に匿名のドナーに対する選好が働いていることによるものです。

非匿名提供の場合、現状では家族や親せきからの提供が有力になります。仮に姉妹からの提供であれば、子どもとの間に血縁が維持できます。ただし、ドナーが身近な存在であることにより、人間関係の複雑化、子どもへの悪影響があるのではないかと懸念材料として挙げられてきました。近しい人間であるが故にドナーの利他精神を喚起しやすい反面、それが圧力にもなりえます。

エッグ・シェアリングと胚提供です。双方とも不妊患者をドナーとするもので、健康な女性に害を及ぼさないことがメリットと言えます。基本的には匿名性を担保することができます。ヨーロッパでも一部の国では行われていますが、健康な女性からの卵子提供に比べれば、実施されている国は少ないようです。

方法

「卵子提供に関する不妊当事者の意識調査」

対象: 国内の不妊治療施設で治療中の患者女性

期間: 2013年2月～4月

方法: 無記名自記式、料金後納郵便で回収

協力施設: 全国の生殖補助医療施設70箇所

配布数: 2,540票(協力施設にて未配布であった28票を除く)

有効回収数: 740票(回収率29.1%)

(金沢大学医の倫理委員会承認済み)

(スライド3)

今年実施したアンケートの結果をご紹介します(スライド3)。不妊治療中の女性患者に記入をお願いしまして、740票を回収しています。

基本属性などに関しては、お配りした報告書の『卵子提供に関する当事者の意識調査』をご覧くださいと思います。回答者の平均年齢は36.5歳でした。

不妊の理由は、主な原因と複数の原因、両方聞いています。両方とも「加齢」を理由にして挙げている女性が最も多く、それぞれ28.1%と45.8%でした。

夫婦間の不妊治療で妊娠出産することが難しいと分かった場合、卵子提供を受けることについてはどうかを聞きました。「ぜひ受けたい」が5.7%、と、それほど多くはありません。「場合によっては受けるかもしれない」が36%。「受けない」が58%という結果になりました。

卵子提供について、現時点で明確な利用意思は、それほど多いわけではないことがわかります。

エッグ・シェアリングは、レシピエントがドナー側の治療費の一部を負担することと引き換えに、採取した卵子の一部の提供を受けるというものです。イギリスでは1998年から行われているという報告があります。ドナー側の経済的負担を軽減するメリットがあります。不妊患者の卵子は、質はあまりよくないのではないかという懸念も挙げられてきました。

一番大きな問題点としては、経済的なインセンティブを使っていますので、エッグ・シェアリングを受けなければ、体外受精を受けることができない不妊患者のエッグシェアリングに対する自発性に疑問が生じます。また、ドナーも不妊治療に関わる利害関係者でありますので、万が一、レシピエント側だけが妊娠・出産に成功した場合に、紛争が生じる懸念が指摘されてきました。

エッグ・シェアリングで卵子提供する機会があったら、自分が提供するかをアンケートで聞いたところ、「提供したい」が7.8%、「場合によって」が半分くらい、「提供したくない」が4割くらいでした。

その理由を聞いたところ、「提供したくない」という人は、「子どもが自分のことを遺伝的な親と知ったときに困る」、「自分の卵子から見知らぬ他人の子どもが生まれることに不安を感じる」、という答えが多く、「提供してもいい」という人は、「同じ不妊カップルを助けることができる」が多く、その次が「経済的な問題」です。

胚提供についても、同じ不妊患者さんからもらうことですが、エッグ・シェアリングと異なるのはドナー側の治療が終結しているということです。したがって、エッグ・シェアリングの場合と違い、レシピエント側だけが成功してしまうことが生じません。ただ、レシピエント夫婦のどちらも血縁が生じないため、養子に近い性格を持つと言われてきました。日本でこれまで胚提供に関して議論されてきたものを見ると、レシピエントとの血縁が生じないので、それが子どもの福祉の視点から見てよくないという論調が強かったように思います。

しかし、養子に近い性格であることを考えれば、むしろ配偶子提供よりも複雑ではない、と考えることもできます。海外では胚提供に関し、そのような見解も示されています。配偶子提供の場合は、夫婦以外の人から精子なり卵子なりをもらってきて、それを自分の配偶子と受精させて新しい子どもをつくるので、考えようによっては、子どものアイデンティティは複雑化する懸念があります。胚提供は、養子の延長のように考えられるので、それに比べれば複雑ではないと言えるかもしれません。また、コストもかかりません。

海外では、胚のドナーがどういうレシピエントがいいかというおおまかな希望を出すことができるシステムで実施しているところもあります。

治療終了後、余剰胚をほかの不妊カップルに提供することについては、「提供したい」が7.4%、「場合によっては」が5割、「提供したくない」が4割です。

「提供したい」理由としては、「同じ不妊カップルを助けたい」。あるいは、「破棄することに抵抗を感じる」が挙げられていました。

「提供したくない」理由としては、「自分たちの子どもが他人の子となるのは好ましくない」、「どのような親に育てられるのか不安」、「子どもが将来自分のことを知ってしまうかもしれない」、このようなことが懸念材料として挙げられていました。

次に、出自を知る権利をどう思うかを聞いてみました(スライド4)。

出自を知る権利

ドナーの個人情報を開示すべき	27.4%*
開示すべきではない	51.7%
両親は子どもに告知すべき	22.7%
告知すべきではない	37.2%
(卵子提供の利用意志ありでは)	54.8%
提供の事実を確認できるようにすべき	53.0%

*「賛成」「どちらかといえば賛成」の割合

(スライド 4)

「ドナーの個人情報を開示すべきかどうか」に対し、「開示すべきではない」という考えに多くの賛成意見がありました。

「告知」については、「すべきではない」ほうが、どちらかと言えば多い。特に卵子提供を利用したいと答えている人は、「告知すべきではない」という考えに賛成の人が半分以上でした。自分では告知するべきではないという考えが強いですが、「子どもが提供の事実を確認すべき」には半分以上の方が賛成でした。

自分の卵子では妊娠・出産できないと分かった場合の選択肢として1位、2位、3位、どれを優先的に次の手段として選ぶかを聞きました(スライド 5)。一番多いのは、自分たち夫婦の間で子どもができなかったら、もうそれで終わり。夫婦二人だけの人生を選ぶ人がほとんどです。その次に、だいたい養子縁組、あるいは姉妹から卵子提供を受けるような答えが多くありました。

自分の卵子では妊娠・出産できないと分かった場合(夫婦間での治療以外の選択肢)

	1位	2位	3位
姉妹からの卵子提供	114 (15.4%)	142 (19.2%)	94 (12.7%)
姉妹以外の近親者からの卵子提供	7 (0.9%)	44 (5.9%)	63 (8.5%)
義理の姉妹からの卵子提供	0 (0%)	17 (2.3%)	23 (3.1%)
知人・友人からの卵子提供	2 (0.3%)	5 (0.7%)	3 (0.4%)
血縁・面識のない卵子ドナーによる無償の卵子提供	34 (4.6%)	59 (8%)	62 (8.4%)
斡旋業者を通じた卵子ドナーによる有償の卵子提供	11 (1.5%)	26 (3.5%)	66 (8.9%)
エッグシェアリング	8 (1.1%)	27 (3.6%)	42 (5.7%)
他の不妊患者の余剰胚	5 (0.7%)	30 (4.1%)	48 (6.5%)
夫婦二人だけの人生	469 (63.4%)	72 (9.7%)	48 (6.5%)
養子縁組	52 (7.0%)	202 (27.3%)	84 (11.4%)
無回答	38 (5.1%)	116 (15.7%)	207 (28%)

人数(%)

(スライド 5)

もう一つ、卵子提供については「血縁・面識のない卵子ドナーによる無償の卵子提供」と「斡旋業者を通じた卵子ドナーによる有償の卵子提供」があります。有償・無償の違いはあるのですが、どちらも匿名ドナーに対する選好と考えることもできます。これらを足し合わせると、匿名卵子ドナーに対する選好もある程度あるように思われます。

エッグ・シェアリングと余剰胚については、1位に入れる人は非常に少ない。第一選択肢ではないことがわかります。ただし、2番目、3番目の選択肢としては希望する人たちも少数ながら存在することが認められます。

本日の報告をまとめますと、卵子提供を希望する人は、近年増加の傾向にあるとはいえ、やはり不妊患者全体からするとごく一部になります。

卵子提供は、全く倫理的な問題がないというわけではありませんので、必要最小限にすることが望ましいと考えます。普通は自分の卵子で妊娠することが第一の選択肢です。第二の選択肢として、それができなければ夫婦二人だけの生活を選ぶ人がほとんどでしたので、卵子提供を許容したからといって、卵子提供が無制限に広がっていくことはないと思います。適切な管理をすれば、国内でも実施が可能ではないかと考えています。

当事者のアンケートからは、やはり卵子ドナーとして最も期待されていたのは「実の姉妹」からでした。これは場合によっては圧力になり得るとも考えられますので、それ以外の選択肢を増やして、ドナーへの期待を分散する必要があると思います。

それ以外の選択肢として、本日の報告では、胚提供、エッグ・シェアリングも選択肢になり得ないのだろうかということを考えてみました。

供給面では、場合によっては提供してもいいを含めると、不妊患者において、半分以上が提供可能性ありという回答でした。

需要は、第1選択肢ではないけれど、2番目、3番目の選択肢としては受容される可能性もあるという結果でした。

国内で行う卵子提供は原則無償とするのが望ましいと考えます。無償の場合ですと、やはり提供することへの(金銭以外の)動機づけが必要になります。加えて、ドナー側の様々な懸念事項を消去していくことが必要ではないかと考えています。最も大きな懸念事項としては、将来子どもと自分自身(ドナー)との関係がどうなるのかが、曖昧になっている事が挙げられ、これが提供することの最大のリスクになっています。匿名の範囲や子どもの出自を知る権利との兼ね合いについて、関係者において明確なイメージを持てるようにしていくことが先決ではないかと思っています。

選択肢の優先順位からは、卵子提供以外に「養子縁組」を選んだ人たちも結構少なくないことがわかりました。報告書に書きましたが、卵子提供と養子縁組の利用意思是、ある程度重なる部分があります。これについては、より詳しい分析が必要ですが、もし両者が当事者において代替可能なものであれば、養子をより優先して利用していただくことも考えられ

ます。

匿名ドナーに対しては、不妊患者において若干選好があることがうかがわれました。ツーリズムの問題を最小化するためには、匿名ドナーに対する選好についても、国内でどの程度対応していくことができるか、今後の課題ではないかと思えます。

卵子提供の制度化考えるときに必要なのは、提供に関する情報管理だと思っています。一つの案として、親が告知しなくても、子どもが自分で望めば提供の事実を確認できるようにするために、情報をどこか一カ所に管理することができないかと考えています。もちろん告知できるような環境整備や支援も必要だと思えます。逆にそういう制度がいったんできてしまえば、子どもとの信頼関係を壊さないように、親も告知せざるを得なくなるのが予想されます。

法律の整備としては、配偶子提供の場合を想定した親子関係を規定する法律が必要です。親子関係を規定する法律のなかに、配偶子提供のケースをきちんと盛り込んでいくことです。

養子の場合の親子関係や、出自を知る権利と、配偶子提供の場合と、両方を整合性ある形で、法律の面で統合的に整備していくことができないかと考えています。

晩婚化・晩産化にともなって卵子提供のニーズが増加傾向にありますので、加齢にならないような予防策なども必要です。

不妊患者への養子あっせんなどの卵子提供以外の代替肢の拡充も必要であると考えています。

以上です。(拍手)

岩崎: どうもありがとうございました。エッグ・シェアリングと胚提供は、私の立場からするとなかなか大きな問題です。胚を養子縁組の制度に乗せてくれるのならまだ納得するのですが、今の民法によると、胚を提供してもらった夫婦の妻が出産するので、夫婦の実子として戸籍上登録されます。その子どもとは現実に血がつながっていないという問題が明らかになったときの子どもの混乱は、告知されずに育った養子縁組の養子と似ていると言えればそれまでなのですが…。余剰胚もたくさん保存されていますし、現実的に不妊患者の年齢は高齢化していますから、最も手っ取り早い方法として現実にはもっと増えているのではないかと考えていました。

高齢化しても出産は可能だと言われているので、胚を受ける患者さんが増えていくのではないかと考えていたのですが、なかなか増えているとはおっしゃらない。そこを規制しているものが、今の先生のアンケート調査の中で、「夫婦だけで行く」という結論、その次の「養子縁組」を選ぶ、そのあたりが高いというところに寄っているとよみます。先生も、ある意味で胚はなかなか都合がいいと。

日比野：既に受精卵としてそこに存在しているので、あとは移植したらいいだけ。技術的にも簡単なのですが。

岩崎：成功率が高くなったら、胚を希望する高齢のレシピエントも多くなる可能性はあるかもしれないですね。

日比野：そうですね。

岩崎：それで実子として就籍できるのであれば、これほど都合のいいことはないということに対して、私はその危機感も感じていたのです。どうもありがとうございました。(拍手)

最後に、立命館大学法学部法学研究科の二宮周平先生から法律上の報告になります。よろしくをお願いします。

【報告 8】 「卵子提供で生まれた子の親子関係と子の出自を知る権利」



二宮：今日の報告では、法律上の親子関係について現行制度がどうなっているのかを、もう一度見てみたいと思います。次に、生殖補助医療を行った場合の法律上の親子関係について、判例・学説や立法作業がどうなっているのかを確認します。最後に子の出自を知る権利についてどのように考えたらよいのかを述べたいと思います。

現行法制度のアウトラインです。

民法では、親子について実子と養子の2つに分けています。実子は、「自然血縁関係に基づいて成立」という建前です。実の親子ですから、血のつながりがあることが前提です。母子と父子で成立の仕方が違います。

母子の場合は、昭和37年の最高裁の判例で確立しました。分娩の事実によって、自然の血縁関係の存在は明らかだから、分娩によって母子関係が当然に発生するという考えからです。分娩主義と言います。自分の名を秘匿にして子どもを産むことは、日本では否定されています。

代理懐胎に関して、最高裁は次のように言います。「実親子関係が公益および子の福祉に深くかかわるものであり、一義的に明確な基準によって一律に決せられるべきであることにかんがみると、現行民法の解釈としては、出生した子を懐胎し出産した女性をその子の母と解さざるを得ず、その子を懐胎、出産していない女性との間には、その女性が卵子を提供した場合であっても、母子関係の成立を認めることはできない」と（最高裁平19・3・23決定）。分娩主義の原則論です。卵子は提供しているけれども、分娩・出産はしていないから、法律上の母親にはなれないということを明示したものです。

ここで注目されるのは、「一義的に明確な基準」で親子関係を成立させるということです。出生した時点で誰がこの子の母親かがすぐに分かることとして、分娩が着目されています。したがって、ここでは遺伝的な血縁関係、血のつながりではありません。

父子関係については、嫡出子（婚内子）の場合は、妻が婚姻中に懐胎した子を夫の子と推

定します（民法 772 条）。推定ですから事実と違うということであれば、それを争うことができます。しかし、争えるのは、夫だけであり、しかも子の出生を知って 1 年以内に裁判を起さなければなりません。夫が否認の訴えを起さなければ、父子関係は確定します。法律上の父子関係が自然血縁と一致しないことがあり得ることを、法制度は予定しているのです。例えば、妻が不倫によって子どもをもうけたことを知った。夫は、妻が納得してくれるのであれば自分たちの子として育てたいと思えば、否認権を行使しないことにより、自分たちの実子として扱うことができるのです。子どもの保護者を確保することができるので、こうした扱いが正当化されてきました。

他方、妻の不倫が分かって妻と離婚をしたい。しかし、妻だけ幸せになることは許せない。夫が絶対に否認権を行使しないと決めてしまえば、血のつながりのない親子関係が確定してしまうこととなります。しかし、嫌がらせで否認権を行使しないのは、妻や子どもにとっても迷惑この上ないことです。そこで裁判所は、事実上離婚状態にあるときに妻が妊娠したケースについて、民法 772 条を適用しないことにより、父子関係を争うことを可能にしました。否認権が、夫だけ、子の出生を知って 1 年以内、裁判で、という厳格さを緩和しようとしたものです。

欧米の立法では、この厳格さを緩和するために、争う権利を妻や子どもにも認める方向で改正をしています。日本は立法ではなく、判例による解釈で、事実上離婚状態にある場合には争うことができるとしている。

婚外子の場合は、父が認知をする、あるいは子どもから父に対して認知の訴えをすることによって、法律上の父子関係が成立します。未成年の子どもの場合、子どもの承諾は不要なので、父親からいつでも都合のいいときに認知をして、自分の子だということが言えるわけです。

ところで「あなたの子だ」と言われて認知したら、実は違っていたというような、のんびりした男性もいます。そういうときは、自然血縁と違うのですから、認知が無効だという訴えをすることができます。利害関係のある人はいつでも争うことができます。婚内子とは異なり、親子関係が確定しません。この問題も、将来的には法改正で同等な扱いをするようにしなければ、婚外子の父子関係は不安定なままになってしまいます。

生殖補助医療について法律はありません。実際には AID、つまり提供精子による人工授精は、60 年近い実績があります。死後懐胎、代理懐胎なども、判例で問題になりました。実際にどうなっているのかを、簡単に整理してみます。

(1) AID——提供精子による場合。

母子関係については、妻が分娩しています。分娩者＝母ルールですから、分娩した女性を母とすることで、何の問題もありません。

父子関係については、現在は、法律婚夫婦にしか提供精子による人工授精を認めていませんから、妻が婚姻中に懐胎した子を夫の子と推定するという民法 772 条が使われます。つ

まり 772 条によって夫の子と推定されます。戸籍事務も、夫の子であることから、嫡出子出生届を受理してきました。そして夫が嫡出否認権を行使しないで 1 年が経過すれば、父子関係は確定し、誰も争うことはできなくなります。

東京高裁の決定があります（平 10・9・16 決定）。AID によって子どもが生まれ、夫婦がかわいがって育てていたのですが、離婚することになりました。日本の場合は離婚すると、夫婦のどちらかが親権者になるという単独親権制度です。父母がどちらも親権者になりたいと思ったことから、母親は、自分が親権者になることを優位にする事情として、「実はこの子は人工授精で生まれた。夫とは血のつながりがない。だから、自分のほうが親権者にふさわしい」と、AID であることを暴露しました。裁判所は、「夫の同意を得て人工授精が行われた場合には、子は推定の及ぶ嫡出子と解するのが相当であり、妻が親子関係が存在しない旨を主張することは許されない」としました。

学説も判例も、民法 772 条を適用し、否認の訴えの期間を過ぎることによって、父子関係を安定させようとしてきました。戸籍係としても、この判例・学説の裏付けがあるわけですから、嫡出子としての出生届を受理しても何の問題もないことになっているはずでした。「はずでした」というのは、最近の裁判所で「そうではない」と言われていますので、ここまでは「はずでした」ということで説明します。

(2) 死後懐胎

夫の亡くなった後で、夫の保存していた精子を使って懐胎し出産した女性が、亡くなった夫との子どもとの間に親子関係を認めてほしいとして、「死後認知の訴え」を起こしたケースがあります。最高裁は、「既に亡くなっている人との間に子どもが生まれることは、法が予定していないことであり、法律上の親子関係を認めるわけにはいかない」としました（平 18・9・4 判決）。

(3) 代理懐胎

先ほど紹介したケースです。代理懐胎・出産を頼んだ夫婦と子どもとの間に、法律上の親子関係を認めなかったものです。死後懐胎の場合も代理懐胎の場合も、このような生殖補助医療技術によって子どもが生まれることを、現行民法は想定していない。したがって、立法を早く整備すべきであると指摘しています。

代理懐胎の場合、認められている国へ行って代理懐胎・出産をしてもらい、現地の裁判所などの公的機関から依頼した夫婦を父母とする証明書が発行されることがあります。日本に戻ってきて、それを添付して嫡出子出生届をすると、戸籍係は事実関係を確認する権限がありませんから、そのまま受理します。誰も争わない。しかし、民法から考えると、依頼した女性は、自分で分娩していないから法律上は母ではないのですが、戸籍係が事実を知らない結果、表面化しないことにより、戸籍上は実子という外形が続くこととなります。向井亜紀さんのケースは、高名な方であり、自らブログなどで公表していたこともあり、戸籍係に知られていたものですから、受理してくれなかったのです。

9月13日、大阪家庭裁判所で、ある判決が出ました。先ほど、既に久慈先生からご紹介があったケースです。性同一性障がい者で、女性から男性に性別変更した人が女性と結婚をし、自分たちの子どもが欲しいと思い、提供精子によって妻が妊娠して出産しました。妻が婚姻中に懐胎した子ですから、民法 772 条によって夫の子と推定されますから、嫡出子出生届をしたところ、戸籍の記載から性別取り扱いの変更をした事実が分かりますので、戸籍係としては、夫の子ではあり得ない、そういう子について夫の子と記載することはできない、法務省からもそういう指示が来ているので、戸籍に父として記載しませんでした。戸籍上、子は父のない子になっています。

そこで当事者が、夫と子どもとの間には親子関係が存在することの確認を裁判所に求めました。大阪家裁は訴えを認めませんでした。民法 772 条は、自然に懐胎して分娩する蓋然性のあることを前提としているが、本件の夫は性同一性障がい者で、元は女性だから、性行為によって妊娠することが客観的にあり得ない、そういうケースには 772 条を適用することはできないのだと説明しています。

先ほど述べたように、事実上離婚状態の場合に妻が懐胎したケースについて、父子関係を否定することができますが、これも血のつながりのないことが同棲の欠如によって客観的に明らかだからである。性同一性障がい者も血のつながりがないことが明らかなのだから、こうした判例と同じだから、親子関係を認めないことに判例としては特に問題はない。立法で生殖補助医療を利用することに同意した人を夫とすることはあるかもしれないけれども、そうした立法がない以上は、子どもの父親を夫とするわけにはいかないという説明でした。

気になることがあります。AID の場合、不妊原因が男性の無精子症などの場合は、先ほど述べましたように、民法 772 条を適用し、夫が否認権を行使しなければ父子関係が確定するとしてきたわけです。それを、この判決では、戸籍係には実際がどうかを確認する権限はないから、気がつかない結果、受理しているだけであるというような言い方をしています。しかし、先に紹介した東京高裁でも、嫡出推定が及ぶと解するのが相当であるとしています。判例・学説はこれまでそういう扱いをしてきました。生まれてきた子どもの法的親子関係を安定させたいと思って、772 条を適用し、1年の経過によって誰も争えなくすることを支持してきました。その判例・学説の裏付けがあるから、戸籍係は嫡出子出生届を安心して受理できたのであって、気がつかなかったから受理したということではないと思います。大阪家裁の言い方には大変疑問を持っています。

同じ提供精子による人工受精子でありながら、不妊原因が元女性であったかどうか、それとも無精子症等で生殖機能が不十分な男性であったかという不妊原因の違いによって、取扱いを異にすることに対して、私は批判的な見解を持っています。もちろん 772 条自体が自然血縁を前提にしていると考えられる方もおられますが、性同一性障がい者の性別取り扱いの変更を認め、変更後は、その性として扱うとした以上、また生殖補助医療の利用を、日本産科婦人科学会が認めているのですから、子どものために 772 条を適用すべきであろうと考えています。

いずれにしても、この判決も、立法に待つと言ひ、死後懐胎も代理懐胎も立法に待つと言ひます。想定していないことだから、立法に待つ。「立法に待つ」と言つて、何年待つばいいのでしょうか。死後懐胎の裁判は2006年、代理懐胎は2007年ですから、もう6年も7年も経過しています。しかし、いまだに立法は行われそうにありません。婚外子の相続分差別も同じです。法制審議会が差別をなくすという答申してから17年間、放置されたままです。先頃、9月4日、最高裁は違憲の判断を下しましたがけれども、1993年6月23日、東京高裁が違憲と判断してから数えると20年です。裁判所の役割は、立法の改正を待つのではなく、当事者である子どもの法的地位を安定させるためにどういう解釈が可能なのか、そのために全力を傾注すべきであり、「立法を待つべき」、「想定していない」と言つて、訴えを棄却するほど安易なことではないと、私は思います。

立法作業に関しては、久慈先生がご紹介されたところです。母子関係については、分娩した女性を母とする。父子関係については、生殖補助医療に同意した夫を父とする。こういう考え方です。精子提供者については、法律上の親子関係からは一切排除します。日本学術会議の体外報告は、代理懐胎に対する見解ですが、ここでも分娩者を法律上の母とするとしています。

こうした判例・学説、立法作業を見てみますと、卵子提供に直接かかわりがある、法律上の母子関係については、ルールは確立しています。すなわち、分娩主義ということですが、産んだ人を母とする。性同一性障がい者のケースでは、血縁主義を強調するような判決が出ていますが、母子関係については、血縁ではなく分娩だと言うわけです。なぜでしょうか。

代理懐胎のケースの判例では、「一義的に明確」であるということが理由でした。また、立法作業のときは、分娩した女性が母になる、それは胎内で子を育てている、その間に母子の心理的な絆が形成されることもある。だから、胎内で養育したことにより、母となる権利を確保する必要があるのではないか。そうしたことも加わって、分娩者＝母ルールが定着したように思えます。

したがって、卵子提供を受けて自ら出産する場合には、法的な問題はありません。問題があるとすると、自然血縁（DNA）とは一致しないことをどう捉えるかです。この事実を子に伝えるべきかどうかは問われてくると思います。

4番目の「親決定命令」というのは、イギリスやアメリカの一部の州、オーストラリア、ニュージーランドなど、生殖補助医療について極めて寛容な国々には、かなり共通項があります。それを挙げてみます。

①生殖補助医療に関する情報を集中し管理する公的な機関を設けている。②したがって、子どもが自己の出自に関する情報にアクセスすることが可能になる。③施術を行う場合に、カウンセリングを経てできるだけ早い時期に、子に対して出自について告知することを促

し、そのための教材を作成し、練習をすることが保障されている。④法律上の親子関係について、出生の時点では分娩主義ですから、産んだお母さんを母としますが、その後、親決定命令を裁判所が出せるようにしています。父性推定や分娩主義とは違い、養育をする人を親とする命令によって対応します。⑤このような保障があるので、事実婚や同棲カップルなど利用できる範囲を広げ、法律婚夫婦に限定しません。⑥代理懐胎についても、無償を原則に許容する方向が出ています。

卵子提供について、分娩者＝母ルールをと言いましたが、養育する人を親とするという親決定命令を裁判所が出すという発想もあり得るような気がします。つまり、親とは何か問われたとき、血のつながりではなく養育を中心に考える。養育を中心に考えると、究極のかたちとして、「親であること」が重要で、父および母である必要はない。あるいは、実子・養子の区別もいらない。「親と子」それだけの名称でいいのではないか。実際に養育をしている人が親である。子どもの区別はいらない。こうしたことも、究極のかたちとして視野に入ってくるように思います。

それでも自分の血のつながった親が誰か知りたいという、AID で生まれた子どもたちの願いがあります。子の出自を知る権利について、お話しします。

問題意識です。

現在、AID は提供者を匿名にして施術されています。AID で生まれた子どもたちが、親の病気（遺伝的な疾患）や血液検査、親の離婚など、不測の事態から、育ての父親と血のつながりがないことを知り、精神的なショックを受け、喪失感などを感じることがあります。そこでは血のつながりがないことではなく、そのことが長い間、自分に伝えられなかった、隠されてきたことへの不信感や怒りです。今、AID で生まれた子どもさんたちが自助グループをつくり、現状での AID の実施に強く反対されています。「現状が改革されない限り、第三者のかかわる生殖技術には反対である、STOP!!」と主張されています。卵子提供においても、同じような問題は生じるでしょう。

本日の報告者の方々は、子の出自を知る権利について必ず言及し、それを保障する視点に立たれています。それは、こうした AID で生まれた子どもたちの苦しい経験からすれば、当然のことであろうと思います。

子の出自を知る権利を、権利として構成していきたいと思います。

一つは、人格権としての構成です。

ドイツや日本でも学説として主張されるようになりました。自分のアイデンティティーを確立する上で、自己の出自を知ることが必要不可欠なものだという位置づけをしています。

深谷松男教授は、「法によって自分の出生に関する情報が閉ざされていることは、自己の存在の社会的受容の問題が軽視され、さらにその根底にある人間としての尊厳性を無視さ

れ否定されることである」として、子の出自を知る権利を「人間の尊厳」という観点から論じています。

二つ目として付け加えたいのは、信頼に基づく安定的な親子関係の確立する上で、子の出自を知る権利が必要だと思うのです。つまり、血がつながっていないことを子に伝えても、子が安心できるだけの親子関係、親子の絆をつくっておかなければなりません。それを保障することにつながると思います。

医事法を研究されていた唄孝一（ばい・こういち）先生は、「子の利益の意味するものは、子の監護教育の安定か、子が精神的にも成長し情緒的にも安定する権利か、子が自己のアイデンティティーを知る権利（単なる情報への接近にとどまるか、それに基づくいかなる要求の実現を含む）か、さまざまに考え得る」と述べておられました。

「事実」と「真実」を区別したいと思います。司会者の岩崎さんは、「事実」と「真実」は違うと言われています。血のつながりがあるかどうかは「事実」である。子にとっての「真実」とは、「私はこの親たちに望まれ、必要とされ、愛されている」ことである。「実際に今その子どもを愛し、育てている人」が「本当の親」である。AIDによって生まれたことを知ることは、「事実」を知ることです。大切なことは、「実際に親子が同じ思いで過ごし合った経験」により、「親子の絆」が形成され、「人間同士の信頼の基礎」が築かれることです。それこそが親子としての「真実」ではないかと思うのです。

当事者である子自身が、家族の中に秘密がないことを何よりも望んでいます。事実を知っても親子関係は変わらない。自分たちの生きる力を信じてほしいと語っています。事実を語ることは、養育親の義務であると、私は思います。秘密にしておけば、すべてが解決するというのは親の側の一方的な願望です。子には「安心して生きる権利」があります。それは知らされないことではありません。この権利の確保なくして、生殖補助医療の実施はありえません。子の出自を知る権利は、親が秘密にすることに對抗する意味を持ちます。選択権のない子が、親の一方的な意思決定を恣意的なものでないものにするための対抗軸として、それを通じて、信頼に基づく安定的な親子関係を確立するための手法として、出自を知る権利を位置づけることができるように思います。

新たな視点として、「育みへの協働」ということを提案したいと思います。

金城清子教授が述べられています。「自分の配偶子から生まれた人々に対し、自らの存在を明らかにし、その成長を、自分の存在を知らせることによってサポートしていくことは、提供という行為の尊さを、社会的に確認していくことにも通じよう。子どもの出自を知る権利を保障していくことは、子の福祉にとって望ましいばかりではなく、提供者の尊厳を確立するためにも大切なことなのである」と。

唄先生は、提供者の責任に言及します。「AIDで自らの精子を提供しながら、その提供者がその将来につき一顧だにせず済んだ臨床実務も、提供者の権利義務（とくに責任）の消滅をたやすく認めてきた法理論も、果たしてこのままでよいか。それが『未来向け』の生殖

物質であることに十分に思いを凝らして、社会一般としても医療者側としても、反省し再検討する余地が小さくないのではあるまいか」と。つまり、提供者には、生殖にかかわる物質を提供したことによる責任があるということです。

子の出自を知る権利を認めることは、子を介して提供者が養育家族との結び付きを持つことを実質認めることにつながります。将来、子が提供者と会うかもしれません。そういう可能性は、本来の生殖パートナーである夫と、実際の生殖パートナーである男性が、一つの家族の中で、子という存在を介して共存することを意味します。それは、提供者の家族ともつながっていきます。男性が提供者となることの決定には、男性が既婚者の場合には、妻の同意にもかかわることであり、子から提供者に対する面会交流の希望を受け入れることによって、子は提供者の家族とも関係性を持つことになる。閉鎖的な家族観から家族を開放する一助になるかもしれません。

まとめに入ります。私は親として、子どもの育みにかかわることを決意した人に、自分の精子・卵子・受精卵を使う生殖補助医療を認めてよいと思います。他人の精子・受精卵、他人の子宮を用いる方法については、これらの提供者や代理母が育みへの責任を担うシステム、例えば、子も育ての親も提供者も代理母も、お互いの情報を共有し、交流できることを条件に肯定したいと思います。

生殖補助医療で生まれた子どもの場合、生命の誕生に多くの人がかかわっています。それは、子に関心を寄せる人がたくさんいることであり、たくさん保護者がいることでもあります。生殖補助医療も、生命の誕生と育みが連結したものであるべきですから、子の出自を知る権利を基本に据えて、システムを構築する必要があるように思います。子の利益を確保することができれば、生殖補助医療の利用は法律婚カップルに限定する必要もないだろうと思います。

モデルとして、ニュージーランドの法制などをご覧下さい。梅澤彩さん、才村眞理さんが論文や著書で紹介、分析されています。

オーストラリアのビクトリア州では、法改正がなされ、かつてドナーが同意した情報のみを与えていた時代に AID で生まれた子どもについて、この制限をなくし、個人を特定できる情報を提供することができるようになりました。かつてドナーだった人が次のようなことを言っています。南貴子さんの新しい論文からの紹介です。「1980年代に行われた提供者型の生殖補助医療は実験であり、『われわれは過ちを犯したのだから、今、正さなければならない』と言った立法者の言葉は正しい。私はその実験の一部だった。私は精子ドナーだった。私は利他主義に動かされた。他人は助けられると思い、そうすることがいいことだと思った。そのときはシンプルなことに思えた。でも今はそれが全くシンプルではないことがわかった。……匿名のままでありたいという願いを持つ者もいる。……精子提供によって生まれた子の出現によって、混乱や不安定がもたらされるかもしれないが、それを子の生物学的な親について知る権利と比較したとき、子の人権が最優先されるという判断に至らなければ

ばならない」と。このように思っているかつてのドナーの方もおられるのです。

こういうことを付加しまして、報告を終えたいと思います。ご清聴、どうもありがとうございました。(拍手)

*参考文献

- 梅澤彩「ニュージーランドにおける生殖補助医療の実際と法規制の現状」医療・生命と倫理・社会 6号 (2007) 21
- 金城清子「子どもの出自を知る権利」助産婦雑誌 57 巻 3 号 (2003) 89
- 才村眞理編『生殖補助医療で生まれた子どもの出自を知る権利』(福村出版、2008) 59～60
- 二宮周平「子の出自を知る権利(3)～法的構成とその内容」戸籍時報 643 号 (2009) 37～55
- 二宮周平「子の出自を知る権利」学術会議叢書 19『生殖補助医療と法』(日本学術協力財団、2012) 211～234
- 唄孝一「人工生殖について思ってきたこと」産婦人科の世界 52 巻増刊号 (2000) 160、166
- 深谷松男「人工生殖に関する家族法上の問題」家族<社会と法>15 号 (1999) 137～138
- 南貴子『人工授精におけるドナーの匿名性廃止と家族～オーストラリア・ビクトリア州の事例を中心に』(風間書房 2010) 229～230
- 南貴子「生殖補助医療の法制度化において『取り残された子』の出自を知る権利～オーストラリア・ビクトリア州の新たな試み」保健医療社会学論集 24 巻 1 号 (2013) 27～28

岩崎：非常に分かりやすいお話で感動致しました。先生、ありがとうございました。

最後に、ぬで島先生、お話ししていただけますでしょうか。生殖テクノロジーとヘルスケアを考える研究会「卵子提供の制度設計を考える コメント」、では、ぬで島先生、よろしくお願い致します。

【コメント】



ぬで島：ぬで島次郎と申します。妙な名字で、関西にはない名字だと思います。ネット上を紹介すると化けてしまうことがありますので、平仮名で失礼致します。

私の出自をご説明しておきます。もともと社会学という学問分野の出身ですが、縁がありまして、民間の分子生物学の研究所で理系の人に囲まれて暮らしてきました。もともと科学が好きだったので、日本で生命倫理を標榜している人間の中では、医学・科学の原著論文を一番読んでいる人間であると紹介してもらうことが時々あります。

私の専門は生殖補助医療に限らず、いわゆる先端医療と生命科学研究全般を、社会でどのようにコントロールしていくか、その公的な管理の仕方について、欧米諸国の法令分析を中心に、それを日本の現状と比較しながら課題を明らかにし、何をしていけばいいかという具体的な提案をする。そういうことを仕事にして20年ばかりやってまいりました。そういう者として、今日は今までの皆さん方の話をふまえながら、考えを述べさせていただきます。

今日のタイトルは「制度設計」とありますので、私からは立法のあり方を軸にお話ししたいと思います。その場合、やはり少し広い視野から考える必要があります。先ほどから、なぜ進まないのかと皆さんも思うし、いろいろな風聞もありますが、その点についても少し考えながらなるべく広い視野で俯瞰して、もう一度問題を考え直し、皆さんの討論に話題を提供したいと思います。

立法すべき事項は何か(あるか)

【最低限、必要なのは、以下の事項】

- * 生殖補助医療によって生まれる子の地位の安定を図ること
- * 生殖補助医療を行う医師に指定制度を設け、透明性と信頼性を確保すること
- * 人の精子、卵子、受精卵の売買を禁止すること

(スライド 1)

制度設計と言ったときに、立法とそうではないものを分ける作業が、まず一番重要です。法律にするべきなのは何か、そういうものはあるかと考えたとき、卵子提供はそれを法律などで認めている国でも、生殖補助医療全体からすれば非常に少なく 1%以下と言われていました。9割9分くらいの生殖補助医療はカップルの間で行われるもので、第三者は絡まないということを、まずここでもう一度皆さんに認識していただきたい。

立法というのは社会全体・国民全体にかかわるものですから、なるべく広い視点で考える必要があります。卵子提供についてだけどうするのではなくて、カップルの間の普通の生殖補助医療全体を視野に入れて、その中で何を法律にし、何を法律にすべきではないかを考えます。何を法律にすべきではないということも、非常に重要なことであると思います。

法律にすべきだと私が考えるのは、以下の3点です(スライド 1)。生殖補助医療の現状を考えたときに、日本で法律にしていく必要最低限のものが、この3つです。

1 番目、生まれる子の地位の安定を図る。これは家族法です。これは今日も再三指摘がありました。

2 番目、現在卵子提供とは関係なく、ともかく生殖補助医療をやっているクリニックは、その特定の管理や規制が全くありません。医療法しかありません。そういう状況ではよくないのではないか。どこで、誰が、何をやっているかを把握しないといけない。

例えば、先ほどの法制審議会の中間報告の議事録を読むと、家族関係の審判、実務にかかわってきた方々の経験で、大変興味ある事例がたくさん出てきます。そのとき、取り違えという問題があったらどうするかが議論されました。新生児の取り違いはよくありますが、受精卵を取り違えた、あるいは精子を取り違えた、それで生まれてきた子は、第三者の精子の提供を受けた子なのかという議論を法制審ではやりました。だから、法制審議会では、第三者提供がかかわらないカップルの間での生殖補助医療全般にも規制を、あるいは法律の目を及ぼさなければ、実効性は保てないのではないかという議論がありました。

その上で、まず必要最低限なのは、生殖補助医療を行う医師に指定制度を設けること。それは都道府県知事への届け出など最小限でいいと思います。フランスは国の許可制にしていますが。産婦人科領域では、先例として「母体保護指定医」があります。人工妊娠中絶をやっている医師を指定する制度です。方向としては真逆で、分野も性格も違いますが、そういう先例を使っていいのではないかと。

今、産科婦人科学会に、自主的に生殖補助医療施設が登録しています。その把握率は以前に比べれば大幅に改善したと聞いていますが、100（%）ではありません。だから、それを法律によって100にしよう。どこでどういうことが起こっているか分かるようにしようということです。何かあったとき、現状では受精卵の取り違えも、日本でも現に何年か前に起こりました。そのときに、法的権限がないから厚生省は直接立ち入りができないのです。だから任意でお願いして入っていくことしかできませんでした。

それをきちんとできるような法的根拠をつくろう。そのために、指定制度を考えていいと思うわけです。そこに乗せることで、生殖補助医療を行う医師たちにも、公的な責任を考えて引き受けていただきます。もちろん、今でも引き受けていただいています、それを国民の目に分かりやすいかたちにします。

3番目、精子、卵子、胚の売買禁止。今日はどなたもおっしゃらなかったのですが、これは絶対必要です。現状の日本の法律で売買を禁止されている人間の体、あるいは命の一部は、臓器と血液だけです。臓器移植法には角膜が入っているので、角膜と臓器だけで、それ以外の人間の皮膚、骨、神経その他は、売買は日本では法律で禁止されていません。その移植や利用は行われています。これは非常に不安定な状況であると思います。国際的には、人体組織のマーケットができていて、組織犯罪その他とも結び付いているので問題です。

人間の精子・卵子・受精卵の場合は、日本では法律で禁止されていません。法律上、われわれはやっていいのです。日本は面白い国で、法律で禁止されていないから、そういうことをやる人がバンバンいるかという、案外いないというか全然いないという、とてもおとなしいとかまともというか、どう評価していいか分かりません。でも、将来に渡ってそうである保障はないので、特に第三者提供とその他いろいろやる以上は、一刻も早く臓器移植法先例に習い、人の精子・卵子・受精卵の売買を法律で明確に禁止することが必要であると思います。

私はこの3点セットで、現状では必要十分であると思いますが、その点を以下順に説明致します。

その前に、立法が進まない理由は、やはりこの問題を国民の大多数は人ごとだと思っていて、自分のことと思っていないからではないかと思っています。臓器移植もかなりそれに近く、法律ができるまで時間がかかったし、その法律を改正して臓器提供をさらに進めようとしたときも、先送り先送りで非常に時間がかかりました。ということは、臓器移植も人ごとだと思われている。なぜか。

日本では脳死者からの臓器提供は非常に少なく、腎臓と肝臓は親族、身内からの提供がほとんどです。腎臓で8割以上、肝臓では9割以上が身内からの提供です。法律をいろいろ考えなくても、身内が提供しているならいいのではないか、身内が提供すればいいという、臓器をやり取りするという人間関係が、血縁というすごく狭い領域に閉じ込められている。だから法律などいらぬということになります。現に日本では、生きている臓器提供者についての規定がないので、生きている臓器提供者の人権を保護する法は、日本にはありません。これは非常に不安定な状況です。

それと同じで、今までは精子提供は別ですが、卵子提供も代理懐胎も、公表されている例は身内です。おばあさんが代理で産んだ、あとは姉妹からもらう。そういうことで、結局は命の元のやり取りを、日本では身内主義でやってきたから、ごく狭い人間関係の中に閉じ込めてきた。その善し悪しは別として、人ごとなのです。人ごとだから法律をつくるまではいかない。国会議員の人たちもそういうアンテナがないから進まない。そういうことが、一つ理由としてあるのではないかと思うわけです。売買の禁止は、そのへんで話を広げるためにはいいと思います。

生まれる子の親子関係上の地位を確保するために必要な規定とは？

- 生殖補助医療によって懐胎し分娩した女性を母とする
- 当該生殖補助医療に同意した夫を父とする
- * 嫡出否認・認知請求・親子関係不存在の訴えの禁止、同意失効条件(カップルの解消、死別など～死後生殖の是非)についても規定すべきか？
～フランス法ではすべて規定あり

(スライド2)

一つずつ見ていくと、これが一番大事です(スライド2)。

分娩した女性を母とする。その生殖補助医療に同意したパートナーを父とする。これだけでいい。あるいは、これをまずやることでいいと思います。

先ほどから再三お話があるように、既に法制審議会でこういう立法をせよという答申は出ています。なぜこれが立法されないかと言うと、法務省は、この立法をする前提として、生殖補助医療が何をどこまで、どういう条件で許されるかについての法律を厚生省がつくることが前提であるという、厚労省任せという前提でやったと言います。それは必ずしもそうではないだろうと思います。

立法が進まないもう一つの理由は、卵子提供をどういう人に認めていいか、代理懐胎は禁止するのか認めるか、認めるとしたらどういう人が頼んでいいのか、どういう人が引き受けていいのか、そういう細則を法律で決めない限り、この親子法がつくれないことになります。そういう同意は絶対とは言わないけれども、現状でもかなり遠い将来でも、一つの線にまとまることは非常に難しいのではないのでしょうか。

それができるまでこれができないとなれば、現場先行している親子関係の不安定さが進んでしまうことになります。この2点は、同意を形成してここで落ち着きましょうという提案をすれば通るのではないかと思います。だから、これを先行させるべきです。

役所に任せておくと、厚生省はやる気がないですから、法務省も進まないことになります。そうすると国会で、議員提案でやるしかありません。議員提案でやるには、先ほどの「人ごと状況」を突破しなければいけません。

もう一つ、非常にシンプルで明確な論点整理をする必要があります。国会議員の人に、今日の話が全部付き合えるかと言ったら絶対不可能です。だから、スライド1枚で3点セットをパンと出し、それだけまず通さないと立法作業は進まないと思います。突破口としてまず3点セットを先行的に行うことは、私は政策の選択肢としてあり得ると思います。問題は、そのシンプルさだけでは法律の先生は納得してくれなくて、摘出否認・認知請求・親子関係不存在の訴えは全部禁止するべき。提供者を完全に親子法から切る、そういう条項を全部つくっていかねばいけなかないかということです。

夫の同意という要件になっている同意が失効する条件は、本当は法律の規定がいるのかどうかと思います。

そういうことをやっていくと、どんどん長くなってしまいます。それを持って回って説明しても読んでもらえないので、実際上は難しいです。同意失効条件は、カップルが解消したときには同意は失効したものとみなすということで、父子関係が確定できなくなることはあり得ます。あと死別した場合、母親はありますが安定していないので、そこまで書き込むべきかどうかは、法律上の問題としてはどうか。理念としては、この2点でいいのではないかと思います。

今日、皆さんいろいろお感じになられたと思いますが、卵子提供を認める場合の論点として、提供できる人の範囲を制限するかどうかがあります。血縁者に限るか、その他大勢に認めるか、とても特別な関係にある友人など、そういうところまでに限定するかなどのオプションはあり得るわけで、それによって出自を知る権利の具体像が変わってきます。

フランスの法律では、精子・卵子・胚の提供を全て認めています。血縁者や知人からの提供は認めていません。提供を受けるカップルは、裁判所で同意を公証する手続きを課されます。非常に厳しいのです。医師に同意書だけ出せばそれでいいわけではないのです。そういう仕方でも子どもをつくり、産んで育てることを、裁判官の前で宣言しなければいけません。

フランスの精子バンクの伝統は非常に長く、そこでのルールが法律に引き継がれていま

す。知り合いを自分で連れてきて、「この人が精子を提供するから誰かにあげてくれ、その代わり、私に、ほかの人の精子をください」という、先ほどの入れ替え、「クロスマッチング」と日比野さんが言っていました。フランスはそれで長年やっています。卵子はとても少ないので、そういうケースがあるかどうか、聞いていません。

細かいことを言えば、生殖補助医療への同意も、医師に同意書を出すだけでいいのかということはあると思います。少なくとも公正証書を組むなど、そういうことはあってもいいのかもしれない。

「出自を知る権利」について、私は、それは法律で認められるような権利ではないと考えています。子の出自という問題については、先ほどの3点セットの第一の、親子関係の安定を法で確保すれば、それで法律としては必要十分であると、私は考えています。

今日、出自を知る問題が、どのぐらいの広がりを持つ問題か、勉強させてもらいました。私は、そういう問題は当事者間で処理すべきプライバシーに属することで、国家が法律で介入すべき問題ではないと思います。

告知をするしない、子どもに教えるか教えないかは、当事者のプライバシーの問題で、国が法律をつくって出自を知る権利を認めてしまったら、それを告げろという圧力が、法律で義務付けなかったとしてもやはり高まると思います。それは間接的な国家関与ということで、私はそこまでやるべきではないと思うのです。

私の疑問の一つは、告げられた子とそうではない子が、これからもずっと出続けることを考えると、出自を知る権利を法律で認めたとき、法の下での平等を保障できない。知っている子にしか適用できない、あるいは行使できない権利になります。法律上そういう先例があるか、つまり法が認めた権利の行使に、特定の知識を持っていることが要件として認められるような例は、日本国の法律にあるのか。それは、ぜひ法学者の方に教えていただきたいです。

出自を知る権利を法律で認めるデメリットはあるのか。フランスは、提供者の匿名性を守って、出自を知る権利は法律で認めていません。周りのヨーロッパの国々が出自を知る権利を次々と認めているなかで、非常にさびしい思いをしていると思いますが、直近の2011年の法改正の審議でも、出自を知る権利を認めない条文を維持しました。大きく分けて3つの理由が議会で出されました。

1) 親子関係が紛糾する。子どもは別に第三の親を探しに行くわけではないと言うけれど、やはり親としてそのへんは不安である。フランス議会の表現では、「今、現にある親子関係を守ることが、社会が一番優先すべきことである」。だから、匿名性は認めないほうがいい。

2) 提供者が減る。フランスでは、そういうことをしたら激減するだろうと、みんなが自然に思っているようです。

3) 親が第三者提供であることを隠すようになる。

この3つを根拠に、フランス議会は出自を知る権利を認める法改正を否決しました。これ

は、「なるほど」と思うところもあります。

提供者についての情報は、医学的にも必要になるという意見があります。フランスでは、提供で生まれた子どもについて、医学的必要が起こった場合は、その人ではなく主治医を介して匿名の医学情報のみアクセスできる、と法で定めて、この問題に対応しています。

フランスでは、提供者の医学情報は全部公的に許可を受けた医療機関がやっています。フランスの病院はほとんどが国立ですので、そういう対応がしやすいのです。民間クリニックが医療の主たる供給源である日本では、これは難しいと思います。

遺伝的背景も、非常に興味深い実例を教えてくださいました。これからはパーソナルゲノムの時代であると言われていています。「パーソナルゲノム」というのは、自分が持っている遺伝情報を全部読んで、その中の一つ一つにどういうリスクがあるかを、ほとんどみんなが知ってしまうようなサービスを受けられるような時代に、これからどんどんなっていくだろう、そのことの是非もいろいろ言われています。

そういう時代になればますます、疾患に対する遺伝的背景については本人を調べればいいので、別に精子や卵子の提供者がどうであったかは知る必要はない、むしろ関係を複雑にするばかりです。自分の側で分かることなら、第三者提供のときに遺伝的背景を、出自を知る権利の必要の一つとして持ち出す必要はないのではないかと、私は思います。

これは日比野さんも指摘されて、ほかの方も言及されていました。日本の政策課題として一番優先しなければいけないのは、卵子提供や代理懐胎をどこまで認めるかを立法することではなく、あるいはそれよりもまず先に、非常に抑制的な日本の養子制度の運用を改善すべきであると思います。

昔、私の知り合いの女性が、ある事情でパートナーに子どもができなくて、養子のあつせんを求めに行ってみたら、あつせん所の人に、「フルタイムで働いている女は駄目だ」と、完全に門前払いされたそうです。野田聖子さんもそうですね。それは1999年くらいの話です。ちょっとびっくりしました。

そこで少し勉強してみたら、養子に関する日本の法律には、養親となれる人の条件の規定にはそのようなことは定めていない。フルタイムで働いている女は養子を取れないなど、どこにも法律には書いてないのです。それを民間やらあつせん所の実務でそういう運用をしてしまっているのは、「いつの時代の話か、それは」という感じはします。

法に基づかない抑制的な運用、保守的な運用は改善すべきです。それについては新たな法律などはいらないのではないのでしょうか。日比野さんの発表その他でも、養子というオプションを、不妊治療をやっている人たちも受け入れているようであるというお話もありましたので、まずはそれを考えるべきでしょう。

フランスの法律では、生殖補助医療はなるべく増やさないようにしたくて、生殖補助医療を受けようとする全てのカップルには、1カ月の熟慮期間を法律で義務付け、その前に実施医療機関は養子あつせんに関する情報提供、どこに行けば養子をもらうことを聞けるかと

いうあっせん団体や、法律上の知識をパンフレットにして渡さなければいけないことにしています。

日本でもこれをやってもいいのではないかと思います。特に第三者提供を考えるような人たちには、まずは養子を考えてもらっていいのではないかと。現に親のいない子に親を与えることが先決で、育みの協働というのはそういうところから社会全体で考え、生殖補助医療の問題も人ごとではなくなればいいのではないかと思います。

そのうえで「出自」への対応は、生殖補助医療だけで考えるというのは、少し無理ではないかと思います。先ほどもいろいろな話がありましたが、人格権で構成するとすると、自分の実親を知らない養子は人格が否定されている状況なのかということで、養子に対する差別や偏見は、かえってそういうところで強化されてしまうような気がします。

やるのであれば、養子全般のニーズへの対応と合わせて政策施策を検討すべきです。今日いろいろ勉強させていただいた必要な社会的心理的支援は、まず養子のほうで進めていく。そちらにまず人材や財源をつぎ込んでいく。生殖補助医療のシステムだけで出自をどうのこうの、国家機関を新たにどうのこうの、というのは、実際的でない、無理だと思います。養子支援事業を支えるインフラ（基盤）を整備して、その上で対応できるようなシステムをつなげていくほうが、無理なく整えていけるのではないのでしょうか。

産科医療機関が連携して特別養子あっせん事業を進めるプランも進んでいるようです。そこを通せば、必要な情報の確保に、産科医院を組み込んでいけるとと思います。ただ残念なことに、この特別養子あっせん連携事業では、現に育てようという意思や能力のない人が産んだ赤ちゃんを養子にすると、養親になれるのは里親の登録をしている人、という条件にしているそうです。報道で見ただけで確認していませんが、これではまたフルタイムで働いている女性はだめだな、と思います。連携事業をせっかく始めるのであれば、養親になれる条件はもっと現状に合わせてもらいたいと思います。

以上です。ありがとうございました。（拍手）

岩崎：先生、私に関することなので、申し訳ないです。働いている親を拒否しているのではないのです。養子に育休を認めるようにと言っています。

ぬで島：養子をとる人には育休を認めてもらえないのですか？

岩崎：認めていません。養子縁組が整えば、1歳(希望すれば3歳までいけるのでしょうか)まで認めてもらえます。ところが、産まれてから一旦乳児院に保護された子どもが、2カ月や3カ月で養親を必要とするということになって、協会は児童相談所からの信頼を受けて新聞に載せて探します。

申込者が来て面接をして、その中から家庭訪問をして一番いい育て親を探すのに、やはり

相当な期間がかかり、その上で健康診断を受けてもらい、記録をつけて推薦をするのに数カ月かかります。そうするとだいたい子どもは6カ月ぐらいになってしまいます。それから1カ月ぐらい施設で引き取るための準備として実習をして、家庭に引き取っていただきます。それから6カ月の試験養育期間があって特別養子が認められます。試験養育期間6カ月間で子を、血のつながらない親子の信頼関係を形成するわけです。

産まれたての赤ちゃんの場合、産むというのはおなかの中から関係を持っています。私たちの場合には、1歳や2歳、場合によっては5歳や6歳の子と、ある日から一緒に暮らして親子関係をつくるわけですから、相当な努力がいります。そこを手を抜かずにしっかり関係をつくらないといけない。それは、働きながらでは無理です。

ぬで島：無理ですか？

岩崎：無理です。自分のお子さんの0歳児保育はまだいいのです。おなかの中からの関係ですからまだいいのです。ただ、一旦乳児院という施設の中で、常に複数の養育者によって育てられてきた子どもと改めて親子関係をつくるのは、そう簡単なことではないのです。

ぬで島：だからそこで、そういう人にも育休というか、特別休暇というか、6カ月の試用期間の間、有給の育休を認めろということですね。

岩崎：有給でなくても無給でもいいのです。例えば、スウェーデン、フランス、ドイツ、イタリアも認めています。例えば、出産休暇を認めている国では、子を育てる人に対して養子休暇という名前で認めています。スウェーデンは10歳までの間、時間短縮も含めた育休が取れる。

ぬで島：そういう特別な休暇制度を認めるとなると、何らかの労働法の改正などが必要になりますね。

岩崎：そうなのです。育休を認めてほしい。特別養子の場合は、特に6カ月の試験養育期間を経過しなければ審判をしないと法で規定したのなら、その間を当然働いている養親希望者が子どもを育てられるように休暇を認めてほしいのです。

ぬで島：特別養子でも難しいのですか？

岩崎：逆に言えば、特別養子だからです。しかし、普通養子で、6歳以上の子どもを引き取って親子関係をつくろうとすると、1年間、本当に地獄の沙汰のような親子になるための葛藤を経験しなければなりません。子どもは、まだこの段階では本当にこの人が自分を愛しき

ってくれる人かどうかということに信頼を持っていないのです。

ぬで島：そのときは、先ほどの6カ月、うちの中にずっといるということですか？

岩崎：仕事に行ってできることはありません。

ぬで島：それはまた判断が分かれるところではないでしょうか。

ただ今までの日本の抑制的な養子運用を改善するには、いろいろとクリアしなければいけないことがあるのですね。それも含めて議論していただければと思います。これからもよろしくお願いします。

岩崎：こちらこそ、よろしく申し上げます。先生の影響力は大きいようだから、そこはきちんと頭に入れておいてね。血のつながりがない親子関係をつくるのは、産んで育てるよりも3倍から5倍くらい努力が必要です。それは時間の制約もなく、体もめっちゃくちゃ疲れます。6歳の子を1日おんぶや抱っこをしなければいけないような要求を、彼らは出してきました。

ぬで島：6歳の子がおんぶや抱っこはしないでしょう。

岩崎：おしめもします。哺乳瓶でミルクを飲むのです。

ぬで島：赤ちゃん返りですか。

岩崎：そのことを皆さんご存じないので、少なくともそういうケースを1,000件経験してきた私の話は信用してください。40年以上やってきたこと即ち、私は自分の目で見、耳で聞き、子どもたちとかかわり、里親さんたちの苦労を十分知った上で言っているのです。簡単にそのようなことをおっしゃっていただきたくない。

お金があれば、育てる人を雇うことはできます。でも、親子という関係をつくるのは、最初に一緒にいることがまず大事なのです。

関係ができたら、子どもは親から飛び出していきます。信頼関係ができれば、保育所に入れてもどこに入れてもいいのです。それまでの間、片手間にそれをしていただきたくない。それこそ死に物狂いでかかわらないと、今まで親から捨てられて特殊な環境の中で育てていて、ある日突然「私があなたの親になりますよ」と出てきた人を、「ありがとう。これからあなたを信頼するわ」など、子どもは絶対に言いません。

ぬで島：それは分かる。

岩崎：そうですね。そこを戦うのに、育休を保障してほしい。「仕事を辞めてくれないとやらない」と、私も20年ぐらい前は言っていました。豪語していました。それは、もう時代的な背景として駄目なので、育休をどのようなかたちでもいいから最低半年、せめて1年確保していただきたい。

ぬで島：それは確かに必要だと分かりました。

岩崎：自分の子どももいるでしょう。自分の子どもにも育休は必要です。

ぬで島：それで、また法律が改正されなければ駄目だという要求になるようでは困るわけですね。

岩崎：先生がおっしゃってくださった、養子全般のニーズの対応と合わせて考えてもらいたいというのはその通りです。そのために必要な法律改正をする気は、厚生省も労働省も全然なかったのです。厚労省になったからもっとやりやすくなるかと思うのですが、今までは全然そういう発想はなかったです。

養子縁組が整えば育休が認められると言うのですが、縁組が整うときは1歳を過ぎてしまうのです。それでは子どもたちを守れないし、この時期に手を抜くと、思春期にもっとつらい思いをしなければいけないのです。思春期に親子の関係は崩れます。実親子でも手を抜いて育てられれば、親が子を殺し、子が親を殺すような事態が、それほど珍しくなくなってきています。

私たちの子どもを育てていく、あるいはこれから親になることに対して、もっと子どもを愛するとは何かを考えてもらわないと進まない、私は思っています。

ぬで島：それなしには進めてはいけないというところですね、現状のままでは。

岩崎：そうです。これは、生殖補助医療でも、産まれないから欲しいというだけではなく、親になることがどういうことかをきちんと見極められる人に親になってもらうことを考えていかなければならない。それをフォローしていかななくてはいけない。

子どもを育てるのは親なのです。社会ができることは、子どもを育てている親を助けることです。社会が子どもを育てることを助けてしまっただけではいけない、私は思っています。保育所に預けておけばいいのではなくて、親が育てている関係をどう社会がフォローするかです。

例えば、母子家庭で子どもを預けるしかない人には、もったきめ細やかな養育ができる保育所が必要になります。そういうふうを考えていただかないと、子どもは愛されていると思

えないと、私はこの頃心配をしています。特に私たちの活動の中からよく見えることなので。こういうことを座長になって言うと思っていたので、失礼を致しました。先生、本当にどうもありがとうございました。(拍手)

【質疑応答】

岩崎：では、さっそく皆さん方の質問紙に応じていきます。一緒に議論の中に入ってください。法律上の問題も含めて、私たちにとって大きな問題だと思いますので、質問の中でいくつか答えていただきたいところがあるのではないかと思います。

質問の全部をできるかどうか分かりません。ぬで島先生がそこにいらっしゃるので、最初に先生の質問を読ませていただいて、それに答えていただくようにしたいと思います。

「JISARTの実績 31 件中、姉妹間ではない卵子提供 1 件は、どのような続柄の方でしょうか」という、ぬで島先生からの質問です。

上野：この方は友人というか、知り合いの方からの卵子提供でした。あまり詳しくは申し上げられないのですが、きょうだいや親せき関係ではなく、友人関係でした。もう 1 件は本当に若い頃からのお友達です。お友達や知人からの提供の申請が 2 件出ていました。

姉妹関係と言いましても、姉妹関係の中にも含めているのですが、義理のごきょうだい、自分の男きょうだいの奥さんという方もおられました。それも 1 件で、あとは血のつながったきょうだいが大変多かったと思います。以上です。

岩崎：ありがとうございました。これはいろいろな分類の仕方ができたかと思います。質問は、優先順位を事務局の方につけていただいた順番でやっていきたいと思います。遠矢さんに質問です。

質問者：精子提供と卵子提供の自己責任が違っていると発表の中にありましたので、そこをもう少し詳しく聞きたいと思いました。よろしくお願い致します。

遠矢：ご質問いただきまして、ありがとうございます。遠矢です。精子提供と卵子提供を同列に話せないというのは、非常に医学的リスクなどがあるのが一つ理由として、精子提供と同列には語れないという話でした。

その中で、精子提供の場合は「自己責任だから、提供しようがしまいがその人の勝手だ」という話が出ないのですが、卵子提供をする場合は自己責任だから、そのリスクを負うのも自己責任だからという話がたまに出てくる場合があります。

それは医学的なリスクを負うのも、いわゆるインフォームド・コンセントをきちんとされて、それに基づいて自己決定でやるのだからという議論です。

精子提供のときはそういう話は出ません。一方で卵子提供のときだけ出ているのは、つまりはそれほどリスクを覚悟しなければならない手技だという話です。以上でよろしいでしょうか。

質問者：主に医学的などところでの差だということですね。ありがとうございました。

岩崎：卵子提供とよく似たものでは、骨髄バンクの中で、何かあったときのために補償するお金を一生懸命ためています。あの場合、死ぬ方が出ることもありますので、その必要性のために非常にお金をプールする活動をしています。これから、そういうことが現実的になれば、国が補償してくれるのでなければ、どこかの保険制度が引き受けてくれるのか、あるいは、自分たちでお金を集める努力をするかですね。

質問者：今度は、ぬで島先生に質問です。先ほどのお話の中で、出自を知る権利は当事者間で処理する問題と、何回も連呼されていました。その当事者間というのは、誰と誰のことを言っているのか私には分からないので、教えていただきたいと思います。お願いします。

ぬで島：それは、個別のケースによってその広がりは違うでしょう。それを実際にやった産婦人科の医師も、当然仲介しなければいけませんから入るかもしれない。それから、直接の提供者だけではなくて、今日の話では提供者側の家族の範囲も、カウンセリングで個別にどういうご家族かを丹念に見ておられるという話もありました。その範囲によって、当事者は一義的には決められないのではないのでしょうか。

質問者：そうしますと先生の中では、当事者というのは、レシピエントの夫婦とドナーの夫婦のことを言われていて、産まれてくる子どもは当事者ではない？

ぬで島：もちろん、産まれてくる子どもも大事な当事者です。

質問者：例えば、産まれてきた人たちが大きくなり、自分の出自を知りたいと言ったときは、そこから話しても、きちんとルートが残っていなければ難しいですね。

ぬで島：それは周りの責任であり、その子どもに責任を負わせることもできないけど、国が法律でもって介入するような問題ではないという考え方もできるのではないかと、私は言っているわけです。当事者間で解決すべきというのはそういうことで、その当事者というのは個別のケースによってまた変わります。当然産まれてきた子どもも当事者です。

質問者：そうすると、子どもの困ったことは解決できないですね。

ぬで島：解決できないケースというのも、その当事者間の問題であると考えます。

質問者：分かりました。ありがとうございました。

岩崎：今のことに関して質問が出ております。「子の出自を知る権利の保障は非常に重要であると思います。しかし、さっきの報告にもあったように、生殖補助医療を利用するカップルの多くが、告知や遺伝上の親と引き合わせることに否定的です。生殖補助医療を利用する権利は、子どもという人権ではなく、出自についてきちんと話すことを条件として、単にこの技術の利用権を認めるだけのものだと考えるべきなのではないでしょうか。それとも、人権は他人を害さない限りにおいて認められるものだから、この権利を害しないことがその条件に当てはまるだけで、人権を構成することに問題はないとお考えでしょうか」と、二宮先生に質問です。

二宮：私は、法律で定める必要があると思います。当事者に任せればよいと言っても、任せた結果、AID 子がつらい思いをしているのですから。やはり法律でガイドラインをつくって、出自を知る権利を保障することを前提として、子どもに伝えるかどうかは、そのご家庭のいろいろな事情があるから義務づけすることは無理だと思いますが、ルールとしては、伝えることが原則だということを示すことが必要だと考えています。

卵子提供の制度設計を考えておられる人たちも、みんな、出自を知る権利について提供者にもお伝えするという方向で進められています。評判はいろいろありますが、諏訪マタニティークリニックの根津さんも、必ず子どもに伝えるということを、事前にガイダンスされています。

親には、子どもに伝えても、子が安心できるだけの親子関係をつくる責任があります。子どもが何かの事情でそれを知るかもしれません。そうなったときには取り返しがつかないので、できるだけ子どもが小さいときに伝える。荒木さんもおっしゃったように「しずくのように」何度も何度も、年齢に応じて、その子が受け入れられる範囲で徐々に伝えていく。

そういうことは、岩崎さんが養子縁組の中でも実践されていることで、ぬで島さんが養子には認めないのかとおっしゃったのですが、そうではなくて、出自を知ることについては、あらゆるケースに、私は該当すると思います。そのことを前提にしなければ、生殖補助医療も養子も、すべきではないと思います。リスクと言うと語弊があるかもしれませんが、覚悟してやるべきものではないかと思います。それを人権という言葉で表現するかどうかは、まだまだ考えとして熟していないかもしれませんが、少なくとも、今申し上げたように大前提であるように、私は考えています。

岩崎：養子も別に告知しなければならないという法律はありません。「子どもとの関係をよりいい関係にするために、告知をしたほうがいいですよ」と、私たちは話をしています。告知をするかしないかは、親の判断です。しなかったために、思春期にえらい目に遭っている親もいます。それも、しなかったからということ、先生がおっしゃるように自己解決していかなければならないことです。

ただ、どうしても知りたいことにこだわる子がいるのです。親子関係のよしあしではなく、自分のアイデンティティを形成するためには、そこを知らなければどうにも自分が落ち着かないという子どもたちがいます。知りたい子どもが、知れるシステムをつくっておくべきだと思っています。それは、やはり法律で、何歳になれば裁判所でひもとけると言うか、どこかで知れるというものをつくってくだされば。

例えば、スウェーデンの法律などを見ますと、法律が施行された後、提供を受けた子どもが、何歳(18歳)以上になれば提供者を知ることができるということなんです。そして、その日がきたのに、その年齢に子どもがなったのに、1件も調べに来なかったということを、石原先生や、島根大学の出口先生がスウェーデンに調査に行かれたときに聞いてこられました。本当にいつでも知ることができるシステムがあると、必ず知りたいときだけ行けばいいというので、やたらめったに子どもが動くものではないのです。

今、AIDで告知をされて、結局知ってしまってカミングアウトしている子どもたちは、日本の場合は絶対に知ることができないから、そのことに対する怒りがかなりあるのです。それが知ることができるシステムになっていたら、A氏は行ったと思うけど、B氏は行かなかったかもしれないと思います。

知ることができるシステムがあることがとても大事なことで、それを法律で告知しなければならない、「あなたは知ることができるのだから、それを知りなさい」と強制するものではないと思います。それは個人的な人間関係の中で処理されるものだと、私も思います。しかし、知りたいときに知ることができるシステムは、つくっておいてやらないといけないと思います。

もう一つ、上野さんに、「JISARTの申請が義務付けられている範囲はどこですか。親族間のみが対象なのですか。もしそうなら、匿名、第三者が提供の場合は、審査が必要でないとする理由は何でしょう。申請なしで成立した場合の制裁がないならば、申請はあくまでも任意なのか」という質問が出ています。

上野：JISARTでは、匿名がまず前提なのですが、匿名の方がいないこの現状では、既知ドナーの方も認めて、それで審査していくということで、匿名であっても審査に出していただくことには変わりありません。

OD-NETさんのところで、匿名のドナーさんが名乗りを上げてくださり、JISARTの施設でやるとなったら、全部申請は上がると思います。そういうことでよろしいでしょうか。

岩崎：岸本さんに、もう一つ。「夫や両親、義理の両親、子どもの同意は必要か。子どもが思春期になったときのフォローは。再婚のときに、新しい夫に告知すべきかななどの問題は、どのようにお考えですか。補償はなぜ国に求めるのか。生殖補助医療を含めて、全ての妊娠出産事故を補償するのに保険でカバーするよう、民間の協力を求めるという方向性はないのでしょうか」という質問です。ドナーのほうについて「夫や両親、子どもの同意は必要と

お考えになっているのでしょうか。この子どもが思春期になったときというのは、ドナーの子どもが思春期になったときのフォローということでしょうか」という質問です。

岸本：まず、卵子を提供するにあたって夫や子どもの同意は必要か？との質問ですが、現在夫がいらっしゃる方には、もちろん夫の同意も必要としております。子どもさんの同意というのは、まだ0歳、1歳、2歳と小さい子どもさんも少なくない為、子どもの同意を今は得ることはできないので、今は夫の同意のみで提供登録をしていただくことになっています。

岩崎：子どもが大きくなったときにどうするかは、これから考えていかなければいけませんね。

岸本：子どもも知る権利があると思いますので、子どもも、将来近親婚などの可能性もありますし、私もそういう時期が来たらお話しするのがベストだと思います。

岩崎：再婚のときに、新しい夫に告知すべきでしょうか。

岸本：再婚のときに。それは、私たちが「こうすべき、ああすべき」と言う権利はないので、その方がご自分で決められて、言っても言わなくても、私はいいと思います。

岩崎：ありがとうございます。次の質問です。「卵子提供者の提供後の健康状態の予後調査が必要になってくるのではないのでしょうか。臓器移植のドナーも、移植後に体調を崩すケースがあるそうです。」まずはこの質問から。「どなたでも」とおっしゃっているので、どなたか答えてくださいますか。

久慈先生から。どうでしょう、卵子はあまりご経験がないのかもしれませんが、「提供後の健康状態で予後調査も必要になってくるのではないのでしょうか。」ドナーに対して、当然それは考えることですよ。

久慈：それはその通りだと思います。去年かおとし、精子提供の場合で、遺伝病が同じドナーから出たというのがあります。遺伝の問題と、生育環境がよくて幸せに育っているかということ、2つの視点で、精子提供も卵子提供も、子どものフォローアップは絶対に必要だと思います。

岩崎：そういうことですね。もう一つ、「ドナーの子どもが自分の親の配偶子を使った子どもがほかにいることを知って、傷つく場合などは想定されているのでしょうか。」これは岸本さん、答えてくださいますか。「自分の親の配偶子、要するに血を分けた、遺伝的なきょうだいがほかにいるということを知って傷つく場合などは想定されていますか」。傷つくか

傷つかないか分からないからね、想定と言われても。傷つく子もいるかもしれない。

岸本：子どもによっては、「お母さんはすごくいい人助けをした」と思う子もいると思いますし、それぞれ個々によって思いは違うと思います。何とも言えないです。

岩崎：でも、ドナーさんには、「どう思うかということをしっかり考えてください。ドナーさんの責任範囲ですよ、あなたの子どものことは」ということになります。ぬで島先生の話からも、そういうことになりますね。

次は上野さん、岸本さん、久慈先生に質問です。「ドナーとレシピエントの間で契約書を交わすのか、これらの IC の内容、ヒアリング文書などを残してあるのか。」

上野：契約というか同意書は実施施設との間のやり取りで、ドナーさんとレシピエントさんとの間の契約書交換はありません。匿名の場合は特にないと思っています。カウンセリング記録や倫理委員会の議事録、ヒアリングは、全部逐語録で残っています。

質問者：そうすると、ヒアリングの段階でいろいろなことをクライアントの方、ドナーご夫婦にも確認していました。それは文書に残らず、その内容は口頭契約ということですか？

上野：文書にも残ります。

質問者：「契約書」というかたちで、例えば、何かあったときの証明になるような文書形式ではないということですね？

上野：同意書を取った段階で、かなりのことは担保されています。

質問者：同意書の段階でサインをしていただく。それを書類になさっているということですか？

上野：そうです。

質問者：「契約」とご表現なさっていたので、そのへんがどのような位置付けなのかと思いました。

上野：そこは、姉妹間の場合ですと当事者間の話し合いになります。そこまでの契約書の確認ということまでは、まだしておりません。同意書の段階です。

質問者：次に、保障の件です。なぜ国に・・・というか、それ以前に、民間の保険会社などの検討や、自分たちで何か補償を担保していくような制度の検討などはなされたのか。なされても、なおかつあきらめつつあるのか。ドナーに万が一の事故が起こった場合、国にとおっしゃいましたが、一緒くたにそれは難しいかと思えますので。

岸本：まず、私たちは民間団体で、本当に財源もほとんどない状態です。メンバーの皆さんにボランティアで協力してもらっている中で、万が一何かあったときの補償、例えば、合併症などの医療補償を OD-NET がすることは本当に不可能な話です。そのへんの財源の確保があれば別ですけど、今のところ本当に全くそのような中でやっています。これは骨髄バンクと同じように、国に対して補償、保険の制度を設けてほしいということで、今回野田総務会長に会いに行ったということです。

岩崎：そのためには、やはり実績を積まないといけない。保険会社もどのぐらいの頻度で事故が起こるのかを考えないと、保険料をいくらもらって、あるいはドナーが逆に自分の体のために保険料を支払うかたちを取る場合と、ドナーに代わって OD-NET が必ず保険を掛けておくという、その保険を引き受けてくれる保険会社がどのぐらいあるか。それだけ事故がどのぐらいのパーセンテージで起こる可能性があるのかというところが、もう少ししっかり出せれば、保険会社は乗ってくるかもしれないですね。

岸本：今後の課題ですね。

岩崎：「JISART と OD-NET の関係について、補足していただけたらと思います」。JISART と OD-NET の関係、どういう関係になっていますか。荒木さん。

荒木：荒木です。JISART と OD-NET の関係の回答を荒木に求められるということが、私は非常に不思議です。JISART と OD-NET の共通項としては、医療者、医師は JISART の方が多い。多いと言っても人数自体がもともと多くないので。

岩崎：OD-NET と協力してなまっている医者が JISART にあるという感じですね。

荒木：それは、OD-NET が最初から指定したわけではなくて、協力していただける医療施設は、そして信頼ができて確実な実力と設備を備えているのは、JISART はしっかり表に対して証明を出しています。それが、信頼ができるという安心につながっていると思います。

それ以外は、OD-NET は、マスコミの方にもいろいろ聞かれるのですが、医療機関ではないので医療行為も一切ないですし、実費を立て替えることは代表の岸本さんがされていますけれども、お金の受け渡しも、受け取るようなことは一切 1 円もない。弁護士の先生も

ドクターたちも全員ボランティアで動いていらっしゃることも、そこだけはお伝えしたいと思います。

岩崎：ありがとうございました。別の質問に移ります。「韓国生命倫理法施行以降、AIDの件数が著しく減っているようですが、背景に何かあったのでしょうか」。

淵上：今回は、卵子提供のを中心にお話をうかがってありまして、AID に関しては質問していませんが、「生命倫理法」の施行後、AID の届出件数が減少した理由として、次のようなことが考えられます。最近、韓国のインターネットに「代理父」に関する書き込みが多数上がっています。「代理父」とは精子ドナーのことです。先ほど申しましたように、このところ、「卵子売買カフェ」に対する監視が厳しくなっている一方、「代理父志願」、「代理父を求む」といったサイトが増えていて、保健福祉部（韓国の厚生労働省）の指定医療機関を介さずに、インターネット上で AID の私的取引をするケースが増加しています。先ほどご紹介いたしました統計に上がってくるデータは、あくまでも、保健福祉部の認可を受けた、ライセンスのある医療機関で実施された AID の件数であって、保健福祉部に認可されていない施設で、いわゆる「代理父」といわれる精子提供が行われるケースが増えているのではないかと思います。

岩崎：そのへんが難しいところですね。法律で締め上げると、いわゆる闇で流れていく、それがまた売買になる。

淵上：それは散々卵子提供で経験したはずですけども。

岩崎：なかなかその肅正は難しい。

淵上：「生命倫理法」に従って精子を提供する場合、ドナーは、複雑な手続きを強いられて、多大な労力を割かれても、実費しか受け取ることができませんが、「代理父」になれば、手っ取り早く多額の報酬を手にすることができます。卵子提供は、高度な技術のある医療機関でなければできませんが、精子提供は、それほど技術がなくてもできますので、そうしたことも「代理父」が増加する原因になっているのではないかと思います。

岩崎：そういう意味では、改めて、ぬで島先生がおっしゃった「法律で決めることはこの3点でいいのではないか」というあたりが、実感として考えられますね。

上野先生に。「実は数年前に、業者として ART 施設に出入りしていたことがございます。そこで施設スタッフの方々からいろいろな話を聞かせていただいたのですが、2つ、今でも忘れられないエピソードがあります。ある大学病院なのですが、長い間治療を続けてこられ

た患者さまによろやく子宝が授かって、親子ども共々周囲に祝福されながら退院されたのですが、何年かたってお子さんだけが病院に戻ってきたそうです。虐待だろうとのことでした。

近年になって技術は進歩してきましたし、助成金などの支援制度が充実してまいりました。しかし、ART はやはり生やさしくなく、関連スタッフの方々はどうも優しく紳士的ですが、過酷なものだと思います。ニーズがある以上、それに応えるのがこの世界で働くプロの義務だろうと思いますが、このようなインフラが整備され、あれもこれも可能性が広がっていく中に、患者側もますます後に引けなくなって追い詰められていく側面もあるのではないかと考えました」。それは確かに言えますね。

上野：そうですね。

岩崎：要するに、なぜ子どもを育てたいのか、なぜ親になりたいのか、ここまでリスクを負いながら親になることを望むのかというあたりを、どれだけしっかりと突き詰めていけるかというところが、やはり多少問われるところですよ。

上野：あとは、不妊患者さんは、妊娠することや産むことが目的になってしまっている場合もあります。どういう子どもさんをイメージされるかという、「かわいい、抱っこしている、ニコニコしている、健康で」という赤ちゃんの場合が多いです。そうではないと、このような苦しい治療はなかなか続けられないところもあります。

そのあたりで、育てていくこと、思春期のこと、いろいろなことも想定しながら治療ができるようなかわりを、実施施設も持っていないといけません。JISART 施設にはカウンセラーが何らかのかたちで入っています。すごく視野が狭くなっているような方たちはカウンセリングを受けていただきたいと思っておりますが、そのあたりがまだ支援が足りないところかと思えます。

岩崎：まず私に質問です。「卵子提供を含めて、非配偶者間生殖補助医療技術は、養子縁組や里親などと同様に、一つの選択肢と考えていらっしゃるでしょうか？」。

一つの選択肢だと思っています。私も、実は子どもができませんでした。よく聞かれます。「岩崎さんは、どうして養子をもらわなかったの？」と。先ほど、ぬで島先生に言いましたけど、私は仕事を選びました。仕事と育児の両立がそう簡単なことではないということは、現場にいる私が一番よく知っていますので、いい加減な気持ちで子どもを育てるのではなく、重大で忙しい仕事を一旦キャンセルしたほうがいい。キャンセルすることが、私にはできませんでしたので、私は仕事をする人生を選びました。

それと同じように、里親になることも養子縁組をすることも、あるいはある種の生殖補助医療を利用してわが子を産もうと努力なさることも、一つの選択肢だと思います。その選択

をしたことに、どれだけ自己責任が負えるかということだけで、何をしてはどうだと思いません。

ただ正直、生殖補助医療にはかかわりたくないという気持ちがある、個人的にはあります。産まれてきてしまった子どもの命のためなら、私は命を張って仕事をするけど、これから産もうということには命を張ってやれないという気持ちがある、正直なところ私にはあります。すみません。

遠矢先生に。「スライドの質問。聞き逃してしまいました。2000年6月の厚生労働省医療部会と2001年4月の法制審議会部会の内容の違いを、すみませんが、もう一度お話ししていただけますでしょうか」。2000年の6月と2001年の4月の内容の違いですね。

遠矢：2000年の6月と2001年の4月。2枚目の真ん中あたりのスライドですね。『2. 生殖補助医療に関する報告書等』の「2-2、日本のガイドライン等の変遷③ 2000年代前半」の、2000年6月と、2001年4月という話です。

2000年6月に設置されましたのは、厚生労働省の医療部会です。2001年の4月に発足したのは法務省です。

何が違うかということ、厚生労働省の2000年6月は、技術自体をどう扱っていくかという問題です。これは、どう運用するかという問題、罰則も含めてどう運用するかという問題になります。

一方で、2001年4月の法務省が扱うほうは、親子関係をどう決めるかという問題を取り扱ったということになります。以上です。

岩崎：ありがとうございました。上野先生、岸本先生になのですが、「ドナーの卵巣過剰刺激症候群の発症について、どのようにお考えですか」。どのくらいあるのでしょうか。実際にご経験されたことはございますか？

上野：いろいろ妊娠の報告などは上がってくるのですが、今までOHSSで入院されたなど、そういう報告は上がってきていないです。やはりとても慎重にしていますし、経験豊かなドクターたちが一生懸命やっておりますので、まだそれはないのですが、「そういうことはある」とお話しすることはとても大事だと思っています。

岩崎：ありがとうございます。二宮先生に、「たくさんの保護者がいることは、子どもにとって本当にいいのでしょうか」。どうでしょうか。

二宮：かなり大雑把な言い方をして、皆さんに誤解をさせてしまったかもしれません。主たる養育者は決まると思っています。実際に頼んで卵子提供を受けて分娩をした、あるいは精子提供を受けて子どもをつくった方が主たる養育者です。精子を提供し、卵子を提供した人たち

も、自分たちの大切な生殖にかかわる物質を提供しているわけですから、自分がどういう人間で、どういう気持ちで提供したのかを伝える、子どもの元気な成長した姿を見る。子どもも「そうなんだ」、遺伝的な情報はこちらの人と一緒にだとわかる、時々会って食事をする、運動会に来てもらうなど、そういう交流があってもいいのではないかという意味で言いました。

子どもの成長に関心を持ち、何かあれば助けてあげられる、悩みがあるときに聞いてあげられる、そういう意味で子どもに関心を寄せる人とご理解いただければと思います。主たる監護者、養育者は決まります。それをみんなで分担し合うという意味ではありません。少し誤解をさせて申し訳ありません。センセーショナルにいい格好をし過ぎたようです（笑）。

岩崎：例えば、養子になった子どもの実の親は、やはり、産んだことを絶対に忘れていないのです。子どもの年齢も数えています。だけど、決して自分からは現れない。産みの親は子どものことを思っているから、もし子どもが会いにければ、それには応えてほしいし、そこから始まる関係は、大人になった子どもが自主的に親とどうい交流を持つかということです。それこそ、その自己決定は二人の間の問題です。

私は、実親が養親子関係の中にちらちらするのは、日本の文化としてはあまりよくないと思っています。アメリカなどは、実親と育て親の交流が、逆に言えば推進されているところもあるのですが、欧米の場合には実親を探す作業がとても困難なのです。だから、実親から「捨てられたのではなく、あなたのことをいつも心配して、あなたを見守っている」という関係をつくるのが必要だったのだと思います。

日本は、ありがたいことに捨て子や特別なケースでなければ実の親を探せます。子どもにとって実の親の存在が必要になったとき、子どもは自らの力で探す、それを私が手伝ってあげる。「いつもそばにいて、あなたの必要なことを援助はするけど、探すのはおまえだぞ」と、私は言っています。

親たちも本当は会いたいと思っています。物陰から見ているかもしれないのですが、やはりしやしやり出てくることを、心ある実親たちは我慢しています。そのことが、実はとても大事なことではないかと思うところもあります。

二宮：養子については岩崎さんのご経験でそうかもしれないけれども、生殖補助医療はあらかじめ分かって提供するわけです。分かって提供する中に、やはりその子に対する責任を自覚してやっていただきたい。そういう願いを込めて、「子にかかわるべき」という表現をしています。

岩崎：なかなかここはケース・バイ・ケースで、子どもがどうしたいかが問題だと思います。子どもがその関係を必要だと思えば、そうすることが必要なのではないかと思います。

澗上さんに聞きましょう。「父系出自が重視される韓国では、男性不妊の場合、精子提供

は夫の父親や兄弟のような、身内の男性に限られるのですか。匿名のドナーからの提供は考えないのでしょうか。」先ほどの答えと重複するのですが。

淵上: 大変大きな問題です。AID に際しては、ほとんどの場合、夫の兄弟が精子を提供します。それで「AIB」と言われます。もし、兄弟がだめなら、夫方の従兄弟が精子を提供し、それでも駄目な場合は、大学病院で医学生から精子の提供を受けます。父系出自が重視される韓国で、そうした匿名のドナーによる AID が行われるのは、「精子ドナーが医学生ならば、優秀な子が生まれる」という優生思想によるものと思われれます。妻の方も、「ドナーが医学生なら、生まれてくる子どもは頭のいい子で、将来出世してくれるに違いない。もし、離婚したとしても、AID であれば親権はまず間違いなく私のものになる」と思っているようなふしがあります。それでは、夫の父親からの精子提供はどうかということ、それはほとんどないことです。日本では、北九州の不妊クリニックで、舅の精子を息子の嫁に人工授精した事例がありますが、韓国ではそのようなことはあり得ません。そんなことをしたら、そのクリニックはつぶれます。韓国では、代理出産の場合もそうですが、世代の秩序が重んじられていて、不妊女性の実母が「孫」を産むことなど到底考えられません。そうした異なる世代間の不妊治療は、「逆倫」といって忌避されています。

岩崎: あと 4 枚ほどあります。今日いらしている宗教関係の方からのご質問を読ませていただきたいと思います。

上野さんに、「当事者へのヒアリングのスライドで、グリーフワークがありますが、具体的にどういうことでしょうか。また、自分の子どもを持ってないことへの受け入れができていくかどうかの判断は、どうやってするのでしょうか。」

上野: 大変難しい（大切な）ご質問をありがとうございます。グリーフワークは、自分たち二人の喪の作業とも言います。今までは自分と夫の子ども、夫にしてみれば自分と奥さんの子どもが欲しいと思う、そういう子どもをイメージして治療を続けてきたのです。

そのイメージの中の子どもと一旦お別れをして、今度は違うかたちの家族をつくるというものです。気持ちの切り替えはそれほど気易くできるわけではないのですが、その子どもと、今度持とうとしている子どもは違うということをきちんと認識してもらいます。

普通の家族になりたいからこの治療を受けるとか、自分たちの子どもの代わりに来てくれる子どものようなことだと、後でいろいろな齟齬が出てくるのではないかと。きちんとそこのお別れ、悲しみ作業、悲嘆の作業をしていただくことが必要だと考えています。もう一つは？

岩崎: 「自分の子どもを持ってないことへの受け入れ」。まず、「産めないことをきちんと受け入れないと」と、私はそう言っています。

上野：そのことで悲しみがいっぱい、ほかの日常生活も送れないほどとか、思い出しただけでも本当に涙が出て止まらないなど、まだまだ悲しみの渦中にあることではなく、きちんと日常生活が送れて、そのことについてきちんと整理できているか。

自分たち二人の子どもができないのは悲しいことだし、残念なことですし、その気持ちが悪くなることはないと思います。お話をするとき、涙はしてもいいのですが、自己コントロールができなくなるほどそういう気持ちになってしまうときは、まだ受容ができていないと、私たちは思っています。

岩崎：どこまでできるかは、確かに判断が難しいところです。少なくとも、まだ涙が出てくる状態では、「何のための涙でしょうか？」と聞いたりします。一度、ご自分の子どもが産めないことをきちんと受容してもらい、その上で養子をもらう、あるいは不妊治療に、特に提供型の不妊治療をやる、代理出産もやるという決断に行ってもらうように、やはりケースワークの中ではやります。

二宮先生に。「先生のご発表の最後の、『生命の誕生にかかわる者は、誕生後の育みにもかかわるべき』は、その通りだと思います。しかし、そのようなシステムが整えられたとしても、代理出産をする女性と卵子を提供する女性への身体的侵襲および不慮の事態、または売買が禁止されたとしても、何らかの搾取が行われる可能性は存在します。先生は、最後の最後に、『卵子提供も代理出産も肯定したい』と発表されました。臓器のような問題については、法あるいは制度的にどのような対処あるいは予防を考えておられるのでしょうか」です。

二宮：前提として、子の出自を知る権利を保障する医療行為になりますので、代理懐胎、卵子提供をする人も、自分が提供したことを隠せないのです。それによって商業利用や売買を抑制することができるのではないかと、楽観的かもしれませんが考えています。海外で行われてしまうと、難しいですが、日本で卵子提供や代理懐胎が可能になるとすれば、コントロールはできるのではないかと思います。

その上で自分の身体に対する侵襲を受け入れることになるので、それはその人の自己責任になると思います。つまり、卵子提供を受けても、着床率が低い、あるいは妊娠中毒症などの危険性が通常の妊娠よりも高いというデータもあります。それはきちんとインフォームド・コンセントをして納得した上でやっていただくということです。

代理出産になりますと、自分が産むのではなく他人に産んでもらうことになるので、ハードルはさらに高くなると思います。従って、説明だけではなく、不慮の事故が起こった場合の補償などの手立てをすることが前提になると思います。日本の場合はそこまで行くのは難しいですが、私のような発想でそれが可能になるならば、そのような構想ということでバランスを取るしかないと思います。

岩崎：一般の方からです。現在不妊治療をしています。結果が出ていません。卵子提供を考えていますが、どこでどのように情報を得ればよいのか分かりません。婦人科の先生に質問をしても、「インターネットで調べるくらいしかできないでしょう」と言われました。インターネットで調べていますが不安で、正しい情報を得て、納得した卵子提供を受けるにはどのような方法を取ればいいのか教えてください。OD-NET ですね。どこでしょうか。どのような方法を取れば、きちんとしたいい情報が与えられるのでしょうか。

岸本：私たちは医療行為を一切しません。その方が何を希望しているかです。必ず日本で提供を受けたいのか、海外でもいいから提供を受けたいのか、年齢などいろいろな条件もあると思います。窓口はどこが一番いいのでしょうか。

岩崎：いろいろな相談の窓口は、不妊治療に対して用意されています。県の電話相談もあります。しかしそれでは受ける人の情報量が違ってきます。やはりどこへ行くのが、一番いい情報を手軽に得られるのでしょうか。

廣川：JISART の事務局をしております廣川と申します。当事者の患者さんからお問い合わせをいただくことが結構多いです。今の状態からどうしたらいいかと聞かれます。JISART では、先ほどから発表があるように、独自にガイドラインを設けて、卵子提供を倫理委員会にかけて、きちんとしたかたちで行っています。フォローアップも徐々に整備を整えているところです。

日本でどこが安心かという質問では、手前みそになってしまいますが、やはり聞かれたときに、実際に安心して受けていただけるのでは JISART ではないかと。一つは実施施設もそうですし、厳しい規定を設けて本当に公正にやっておりますので、窓口に聞いていただければと思います。住んでいる地域で JISART の施設もありますので、そちらをご紹介します。医学的なことは事務局ではしないのですが、どこの施設であればということをお答えしています。

岩崎：ありがとうございました。本当にいい情報を手にいれることは簡単なことではないかもしれませんが。こういうところに出てきて、いろいろな情報が入ってくる中で、「この方ならどうだろう」というところに、思い切ってコンタクトを取られたらいいのではないかと思います。

最後に、報道関係者としてお越しくださっている方からです。「この問題で、宗教者・宗教界のなすべき対応、現状について」、これはお話しになりたいということですね？

質問者：中外日報社という宗教者を対象とする全国のメディアです。116 年の歴史がある、言うならば、日本で最古の宗教新聞です。読者は全国のお寺のお坊さん、キリスト教、神主

さん、新宗教の教師など、そういうメディアです。

この卵子提供の問題およびこれを含む生殖補助医療の問題は、国民全ての層で考えるべき問題だと思います。本来、命あるいは人の生き死にかかわる宗教者は、ステークホルダーの一つであるべきなのです。ところが、実際の宗教界はこのような問題には非常に動きが鈍いのです。皆さんもご承知だと思いますが、「死」のほうは専門でお金も取っていて動きも非常にいいのですが、このような勉強会をしても、宗教者が勉強に来る姿はあまり見かけません。

実際には、先ほどカトリック圏の話、韓国の話もありました。宗教者に何らかの対応が迫られていると、私たちは思っています。

例えば、お寺は全国で8万くらいあり、実はコンビニよりも数が多いのです。このようなところで、実際に生殖医療に関する質問を、檀家から僧侶が受けるかもしれない。あるいは、結果からグリーフケアを迫られるかもしれない。もっと言えば、ここまでして子どもをつくっても、出生前診断で異常があると、どうするかということが明日にも起こるかもしれないにもかかわらず、宗教界は非常に鈍いのです。

そこで、今日来てくださった先生方全員に聞くのは無理ですので、遠矢先生と荒木先生に、この問題で宗教者あるいは宗教界がどのような対応をすべきか、対応するような能力もないから放っておいたらいいと思われるか、そのあたりをお聞きしたいのです。

遠矢: 少し困っているのですが。生まれることに関して、特にカトリックは、胚の扱いに関して非常に厳しいことはあります。神道や仏教については、一部不妊治療をあまりに求めるのは我欲であると判断する宗派もあると聞いております。しかし大きく意見というか、まとまって仏教や神道は「こうである」と、おそらく言われていないと思います。

どのような役割を求められるか。私が今思い浮かんだのは水子供養の話です。日本では、それも死にあたることはあたるのですが、生まれなかった自分の子どもに関する親への慰めです。胎児で亡くなった子を悼んで行われてきたものが水子供養で、それもグリーフケアの一つです。思い浮かんだことを言っているだけですが、そのようなグリーフケアに類することは、宗教はこれまでも少しずつされてきたし、これからも、生殖補助医療についてももっと（認容すべきかどうかについても含め考えを）されるべきではないだろうかと思いました。いい加減なことを言いまして、すみません。

質問者: ありがとうございます。

荒木: 荒木です。私は以前、大阪のある生殖補助医療施設でカウンセリングをやっていました。そのときに来られていた一生懸命治療しておられたご夫婦は、ある京都の大きなお寺の跡取りのご夫婦でした。説教か説法と言うのか、そちらのお父さまである住職は、「人の道理として、自然に授かった命を大切に、生殖補助医療は絶対駄目だ、すべきではない」

と説きながら、ご自身の息子夫婦には、「早く他府県の治療を受けてこい。早く跡取りをもうけなさい」とおっしゃっています。その葛藤で、その治療そのものを苦しんでおられました。

そのご夫婦と一緒に力を合わせて家庭をつくっていかう、家族を自分たちで増やしていかう、育てていかうという気持ちを持っていることを、応援するかしないかは、それは、「うちの宗派は応援しない宗派だ」とおっしゃっても自由だと思います。あくまでも宗派でどうこう言うよりも、「あなたはどうしますか？」というところは、お一人お一人に問いかけていただきたいとは思っています。

私はクリスチャンです。カトリックではなくプロテスタントなので、それほど厳しくはないと思います。私自身クリスチャンではあるけれども、非常にくれたクリスチャンだと思っています。だから悪いこともたくさんするのですが、それはもう自分で背負うものです。

信じるものは、人の愛情や正しく生きていきたいと思うこと、そういうところにあると思うので、「信仰」とひと縛りにしてしまうと、苦しい方が、その中にも出てこられるのかと私は思います。すみません、勝手なことを申し上げました。

岩崎： どうもありがとうございます。

座長として考えることです。今回は「卵子提供の制度設計を考える」というテーマでした。制度設計をどう考えればいいのか、逆に言えば卵子提供を制度化すべきかどうか。既に始まっています。いつも後手なのですが、既に行われているものであるからこそ、それをより充実したものにするための制度設計なのかというようなことが、もう少し議論されてもよかったのではないかと思います。どういう制度設計にするのかという中で、「子の出自を知る権利」をどこへどう位置付けることが本当にいいのか。

今日、非常に面白い視点をいただいたと思いますのは、ぬで島先生の、「これだけがきちんと法律で決められたらいいのではないか」という指摘に対してです。私たちが改めて細かくいろいろなことを考えるのではなく、もっと生殖補助医療というより、人間が生きていくために何が必要かを踏まえた法律論がきちんとあればいいのだろう。

それが、審議会から 2000 年 6 月に答申が出て以来、15 年間放っておかれている現状は、本当に何なのだろうと思います。あのときは、3~4 年で法制化できると言われて、私も大して役に立ちませんでした。研究班の中に入れていただいて、久慈先生と一緒に、「出自を知る権利」をどうするかにかかわらせていただきました。3~4 年も頑張れば法律ができると思っていたのに、いつまでたっても、そしてどんどん内容が先鋭化していき、ここまでやるのかというところまで来てしまっている中で、なおかつ法的に何ら決められずに、野放しで行われています。

野放しで行われている中で、それぞれの仕事のあり様の中で、きちんと修正・是正している部分もあるのかもしれませんが。法律で決めてしまうことにより、どこかだけが厳しくなり、どこかだけに抜け穴ができるようなかたちになるよりは、こういうかたちもあり得るのか

と思うしかないくらい、法律ができないことにびっくりしています。

そのあたりの議論が、もう少し活発にあったらいいのではないかと。逆に、私は卵子の提供も大賛成などできないと叫びたい立場の人間ですが、そういうことがもう今は言えない状態になっています。そういうことに、「これでいいのか」と、私は思うこともあります。そのへんのご意見はありませんでしょうか。

本当に卵子提供の制度が設計されて、どういうものであったらいいのかという議論の前に、卵子提供、第三者の提供による不妊治療、ART が認められることは、人間にとって幸せなことだと考えられるのかどうかのような議論を、本当はもっと詰めてやらないといけなかったのではないかと思ったりもするのですが、いかがでしょうか。

質問者：実は上野先生に、元業者として質問をしたのは私です。日本はどうしても、同一性や画一性に対する見えない約束というのが、ものすごく大きいような気がします。不妊治療に通っている患者さんも、本当に自分の赤ちゃんに早く会いたいという方もいらっしゃると思いますが、「子どもを生まないといけない」のではないかと、そうでないと「女性として完全ではない」というプレッシャーに流されて通われている方も結構多いのではないかと思います。

そういったときに、例えば、助成金が今回 42 歳未満と決まりました。その数字がどうかは議論があると思いますが、どこかで線引きは必ず必要だと思います。それは、43 歳になったから不妊治療を受けてはいけないという意味ではなく、「今まで頑張ったかのために、もうそのへんでいいでしょう。今まで我慢したことを、これからは楽しんでいい」という受け止め方もあると思います。その上で、一つの選択肢として卵子提供があるのであれば、私は非常にウエルカムなのですが、どうも何かそうではない方向に行くのではないかという危惧を少し持っています。

岩崎：そうですね。このままどこに行くのだろう。

二宮：今、岩崎さん、質問者の方が、卵子提供についてもう一度根本的にということをおっしゃいました。今日の報告の上野さん、岸本さん、実際に行っておられる方の話を聞きますと、実に丁寧なカウンセリングをされて、不妊がどういうことであるかを自分で受け入れて、次のステップとして選ぶ。

OD-NET でも、実に細かな調査をしてご本人に確認をして、その上での選択肢として行っています。プレッシャーに負けて、子どもがいなくて幸せな家族を築けないなど、そういう発想を乗り越えたところで最終的な決断ができる、そういう方向で制度設計をされていると思います。実際にドナーになりたい方も、OD-NET ですと 200 人を超える方がおられます。それはもちろん質問票を出しながら絞っていかれる。そこで調整に入る。

本当に少数の人で、大多数の問題ではないのかもかもしれませんが、そこまで当事者の方が決

断をしているときに、われわれにできることは、生まれた子どものためにどれだけ安定した法的親子関係を築けるかということだと思います。

今日のお話で、ぬで島さんが最低限の立法事項に言及されました。その中で、子どもの地位の安定を図ることは、現行の卵子提供・精子提供は、法律間夫婦に限っていますので、この範囲であれば、772条が適用されるから心配はありません。判例もそのようにしてきました。性同一性障がいの方は違いますが、それ以外は772条の適用によって、妻が分娩しているわけですから、お母さんは確定します。そして、母の夫が父親として推定されて、嫡出否認期間の1年の経過で父も確定されます。法律婚に限れば、子どもの地位の安定は図れます。

生殖補助医療を行う医師に対する指定制度の問題は、産婦人科婦人科学会とJISART機関が協定して、そういう仕組みを自分たちでつくっていけばいいのではないかと期待しても、それは難しいと思います。

精子・卵子・受精卵の売買は、何か問題が起こると、裁判などでは、公序良俗違反として無効になります。そういう意味で、実質的禁止と同じことです。

ですから、今の段階でも判例や戸籍実務の運用により、子どもの法的地位は守れます。そして、出自を知る権利についても、実施期間のほうで、OD-NETもJISARTも、出自を知らせるということで運用されています。今やっていることに確信を持って進められることがいいのではないのでしょうか。

利用者の範囲をもう少し広げるとなると、立法が必要になりますが、今やっておられることについては、私は安定的な運用ができるのではないかと思います。自主的なルールで、これまでAIDは行われてきました。AIDのやり方が野放しで、子どもの出自を知る権利も保障せず、指定医も関係なく勝手にやってきたところをコントロールするのが、医療機関の責務ではないかと思います。

岩崎：確かに少しずつ変わってきました。読まなかったのですが、久慈先生に対し「秘密にしてきたのは先生方ではないか」というご意見が、実はありました。AIDを秘密にするように従来の医師たちが言っていたものが、今なおかなり影響を及ぼしているところもあります。

しかし、久慈先生はじめ吉村先生もずいぶん変わられて、「告知をするべきだ」という立場に変わっていらっしゃいます。法律で規定しなくても、確かに告知をすることの意味がしっかり親に届けば、告知してみたことによって自分と子どもとの関係がどんどん深まっていくことに気付かれていくと、その話をまた同じ立場の人たちに話していくこととなります。全国の養子縁組をしている人という意味では、「必ず告知をするべきである」という状態ではありませんが、私たちが日常かかわっている範囲の中では、告知が最近は当たり前のことになりつつあり、かなりそれもしっかりと行われてきています。

告知の結果、大変なことが起こっている場合もあります。それでぐれた子どももいます。

「どうせ実の親に捨てられた」と開き直って、反抗している子どももいます。でも、親であることをやめさえしなければ、子どもたちはどこかで気付いて、また親の下に帰ってきてくれるという体験的な信念もありますので、それはそれで本当にいいと思います。

完璧を求めるものではありません。例えば、AIDを試みたご夫婦は、1年たてば嫡出子としての子どもの立場は守られています。しかし、AIDの夫婦の離婚率は高いのです。いつの時代かということもありますが、ある方の報告によると50%ぐらい離婚しています。でも、今や普通に結婚しても離婚率はとても高くなりました。AIDで子どもを産んだ夫婦だけの離婚率だけがやたら高いというよりは、全体的に離婚に対する抵抗性がなくなってきて、うまくいかなければ別ればいいという状態になってきたことも含めて考えれば、どれもこれも問題だと言いきれないことだと思います。

制度設計をこれからどうつくっていくのかにかかわる研究者の方たちが、もっといい案を出していただき、厚生労働省に突き上げていく。あるいは、二宮先生が頑張って、法務省に法制審議会の委員会をつくってくれるように働きかけてくださるようなことも、やはり必要なのではないかと思います。

5時半まで、あと10分程しかないのですが、私が座長でこのようなことになってしまい、よかったのかどうか分かりませんが、最後にひと言、「これだけ言いたい」という方、いらっしゃいますか？

質問者：子どもが、授かるものから技術をつかってつくるものになり、しかも出生前診断などで、胎児の全ゲノムも、望めば分かるようになると思います。

不妊治療、生殖補助医療は、本当に治療になっているのか。これは、ある意味で言うと願望を実現しようとしているということで、これまで医療が行ってきた疾患に苦しむ人の、苦しみを軽減する。もう一度その人が回復して、自立した生活を送れるようにするものとは、また違うものですね。

子どもは授かるものだということと同時に、岩崎さんなどが長年経験されてきたように、親と子は本当に縁があり、養子などのかたちで、やはり日々いろいろなことがありながら縁による。最終的にいろいろ乗り越えた後で、「この子と縁があってよかった」というような、どこかで自分たちのコントロールを超えたものだということがあると思うのです。

生殖技術に限らず、臓器移植、そのほかの出生前診断、遺伝子の問題をどうするか、そのあたりのところを、制度設計と言う前に、本当に一体何をしようとしているのか。同じように、「これは医療なのか？」という問いは、私は忘れてはならないと思います。

岩崎：いいことを言っていただきまして、ありがとうございます。私も最後のご挨拶代わりに。

今、ひと組の親子が出発しようとしています。施設での面会がそろそろ始まる子どもです。その子どもを引き受けてくださる里親さんが、なかなか見つかりませんでした。捨て子です。

捨て子の状態をお話しします。出生時 3,800 グラム、自力出産です。へその緒が、多分きちんとした刃物で切られていない、多分食いちぎったのではないかと思われるようなへその緒の切り方でした。裸でバスタオルにくるまれて、黒いポストンバックに入れられて、ある下町のガード下に、その子は置かれていました。

か細く猫が鳴いているのかと思うような声に気付いた、通りがかりの主婦がその子を発見してくれて、警察に届け出てくれました。私が素晴らしいと思うのは、その子が生きている、死なずに生きてくれていることが、私はとても大事なことだったと思います。

捨て子ですから、できるだけ早く親を探すべく新聞に掲載をしました。すぐに決まりました。しかし、この夫婦は育てられず返していらっしゃいました。これは、私たちの失敗です。この頃は不妊治療を経た 45 歳以上の申込者が多い中で、30 代前半の、泣くほどうれい申込者だったので、赤ちゃんだし、「その方で行こう」ということになりました。

実際に子どもを引き取って見たら、子ども一人入ったおかげで、夫と二人だけで満足していた生活が破たんするわけです。そのことは私たちもきちんと saying、何度も何度も話し合ってきたのですが、自分は子どもが欲しいと思っていたし、育てられると思っていたから育てたいと、その都度答えてくださった、それを私たちも信頼していました。

しかし実際は、夫に子どもを抱かれるだけでイライラする自分があり、泣かれたらどうにも手をつけられない状態の中でイライラする自分があり、とうとうその子どもを返すことになりました。そのときのお母さんのセリフは、「本当にこんな気持ちになるなんて、思ってもみなかったのです」という言葉でした。子どもが欲しいと思うことと育てるという現実の中で、自分がどういう対応をするのかはなかなか想像できにくいものだ、改めて私たちも考えさせられたケースでした。

それから、0 歳から今の 5 歳まで 6 回新聞に掲載をして、やっとひと組の夫婦に、今、出会いました。少し変わった夫婦です。施設が「あの、大丈夫ですか？」と言うのですが、施設の中でもやりにくい子どもなのです。とてもやりにくいので、そのやりにくさを一生懸命説明しても、「いいです。いろいろな子がいますし、私たちもちょっと変わった子どもでしたから」と答えるお母さんに、「あんな親のところに引き取ってもらっていいのか」と、逆に施設の先生方はイライラしていました。カンファレンスをしてやっと分かっていたいて、これから実習が始まります。

ひと組の親子ができるのはそういう経過の中で、引き取った後が大変なのです。多分、すさまじい「試し行動」が子どもから出てくると予測しています。それに耐えられる人だと、今回、私たちはその夫婦を信じているのですが、果たしてどうなるか。信じていますが、そう簡単にできることではないのです。本当に一人の子どもが体を張って、「おまえたちは、私という存在を丸ごと引き受けてくれるのか」という問いかけに答えることは、私ができるかと言われたら、私もそう簡単に「できる」とは言えません。

でも、その子を気に入る、その子の親になると決断したその夫婦の「やってみます。頑張ってみます」というその言葉に、われわれは、フォローをしながら、ともかく、この子の養

子縁組が成立するまで支えていこうと思っています。

一人の子どもが生まれて、産んだ親が育てられないときにその子どもがたどっていく運命の中で、「この人と出会える、この人と出会えるために」子どもは生きてきたのだと改めて思います。言い訳かもしれませんが、このところ私たちはその子の写真を飾り、「あの夫婦に出会えるまで、おまえは待っていたのね」と、語りかけています。そして、いつも手を合わせて、「何とぞうまくいきますように」と。

これが最後です。年齢的に 5 歳近いので、これを過ぎるともう普通養子になってしまいます。6 歳までに養親となる夫婦に引き取られ生活を共にしていないと、特別養子法が適用されません。せめて捨て子は特別養子で新しい戸籍をつくってやりたいと願っているものですから、そのようなことに毎日毎日頑張っております。

その中で、「子どもをつくる」。「生まれてきてしまった」ではなく、これから「命をつくる」、そういう今の不妊治療が、一体子どもに何を与えていくことになるのだろう。子どもを育てたい親にとって、子どもを得られることの喜びが、育てられる子どもの幸せにつながるように、私たちはこれから何をフォローしていけばいいのか、どのようにその人たちを守っていけばいいのか。これからずっと、この制度が落ち着くまで考えていかなければならないということを、改めて今日の皆さん方の発表を聞きながら、私も自分の仕事の中で考えさせていただきました。

長時間に渡り、お付き合いをくださりまして、ありがとうございました。私のような部外者が座長を務めまして、議論が変なところに行ったのかもしれませんが、どうぞお許しくださいませ。また、この研究がより発展しますようお祈りしております。皆さん、今日はどうもありがとうございました。(拍手)

【資料 1】

日本の配偶子提供・代理出産に関するガイドライン・報告書に関する年表

年 月	ガイドライン・報告書
1983年10月	日本産科婦人科学会 『「非配偶者間人工授精と精子提供」に関する見解』
1983年10月	日本産科婦人科学会 『「体外受精・胚移植」に関する見解』
1988年4月	日本産科婦人科学会 『「ヒト胚および卵子冷凍保存と移植」に関する見解』
1992年11月	日本不妊学会 倫理委員会報告 『「代理母」の問題についての理事見解』
1997年5月	日本産科婦人科学会 『「非配偶者間人工授精と精子提供」に関する見解』を改定
2000年3月	日本弁護士連合会 『生殖医療技術の利用に対する法律規制に関する提言』
2000年12月	厚生科学審議会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 『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』
2001年2月	日本産科婦人科学会 倫理審議会答申書 『卵子提供による非配偶者間体外受精・胚移植実施について』
2003年4月	日本産科婦人科学会 『代理懐胎に関する見解』
2003年4月	日本産科婦人科学会 『提供胚による生殖補助医療に関する見解』
2003年5月	厚生科学審議会生殖補助医療部会 『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6月	日本受精着床学会 『非配偶者間における生殖補助医療の実施に関する見解と提言』
2003年7月	法制審議会生殖補助医療関連親子法制部会 『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』
2003年10月	日本弁護士連合会 『人の誕生や受精卵・胚に関する先端医療・医科学研究のルール策定を求める決議』
2004年4月	日本産科婦人科学会 『胚提供による生殖補助医療に関する見解』
2006年2月	日本不妊学会 『事実婚における本人同士の生殖細胞を用いた体外受精実施に関する日本不妊学会の見解』

2006年4月	日本産科婦人科学会 『非配偶者間人工授精に関する見解』を改定
年月	ガイドライン・報告書
2007年1月	日本弁護士連合会 『「生殖医療技術の利用に対する法的規制に関する提言」についての補充提言－死後懐胎と代理懐胎（代理母・借り腹）について－』
2007年4月	日本産科婦人科学会 『精子の凍結保存に関する見解』
2008年3月	日本医師会 『医師の職業倫理指針 [改訂版]』
2008年4月	日本学術会議 『代理懐胎を中心とする生殖補助医療の課題－社会的合意に向けて－』
2008年7月	JISART 『精子・卵子の提供による非配偶者間体外受精に関する JISART ガイドライン』
2009年3月	日本生殖医学会倫理委員会 『第三者配偶子を用いる生殖医療についての提言』
2010年4月	日本産科婦人科学会 『ヒト胚および卵子の凍結保存と移植に関する見解』を改定
2013年2月	生殖補助医療の法制化に関する日本医師会生殖補助医療法制化検討委員会の提案
2013年9月	日本生殖医学会 『未受精卵子および卵巣組織の凍結・保存ガイドライン(案)』を発表

【資料 2】

日本の生殖補助医療に関する年表

年 月	出 来 事
1983 年 4 月	日本産科婦人科学会、「体外受精等に関する委員会」設置
1983 年 10 月	東北大病院で日本初の体外受精児誕生
1985 年 1 月	日本初の体外受精による多胎妊娠・出産(双生児)
1985 年 1 月	日本初の GIFT による子ども誕生
1987 年 4 月	京都大医学部産婦人科の調査、全国で体外受精による妊娠が 142 例、47 人が誕生と、森崇英教授が日本医学会総会で発表、体外受精に凍結受精卵の使用を認めるよう倫理基準の検討が必要であると述べる
1987 年 4 月	日本初の体外受精児を誕生させた鈴木雅洲東北大名誉教授が、夫以外の精子を使った体外受精(非配偶者間体外受精)の実施のため、体外受精の倫理基準を改めるよう日本医学会総会で提案
1987 年 5 月	名古屋の産婦人科病院、個人病院初の体外受精児誕生
1987 年 11 月	東海大医学部附属病院、同病院での体外受精による妊娠が 100 例(体外受精・胚移植 21 例、GIFT 法 45 例、体外受精卵・卵管内移植 34 例)、45 人が誕生と発表
1987 年 11 月	京都大農学部家畜繁殖学教室、卵子に直接精子を注入する新しい体外受精法を開発、ウサギで出産に成功
1988 年 5 月	厚生省研究班、体外受精の成果を調査(1986 年夏～1 年半、7 施設)、体外受精 528 例実施、妊娠 45 例、GIFT 法 282 例実施、妊娠 44 例と報告
1988 年 7 月	新潟大、日本初、体外受精卵の凍結保存を開始
1988 年 11 月	不妊治療で採取した余剰配偶子の東北大による無断使用が明らかになる
1988 年 12 月	山形大医学部、日本初、凍結受精卵を用いた体外受精の臨床応用を開始していることが明らかになる
1988 年 12 月	京都大医学部倫理委員会、凍結受精卵を用いた体外受精の臨床応用を承認、対象を内縁関係の夫婦や日本国籍を持たない人にも広げること認めた
1989 年 12 月	東京医科歯科大学病院、日本初凍結受精卵を用いた妊娠・出産に成功
1989 年 12 月	農水省畜産試験場、体外受精で産まれた牛に体外受精卵を移植し、子牛を産ませることに世界で初成功と発表

1990年	日本人夫婦4組がアメリカの代理母斡旋業者を通して子を得ていたことが明らかになる
年月	出来事
1990年2月	日本産科婦人科学会、国内の体外受精児が推定200人以上になったと発表
1990年2月	山形大医学部付属病院、国内2例目の凍結受精卵による出産
1991年	鷺見侑紀代表「代理母出産情報センター」(2001年に「卵子提供・代理母出産情報センター」と改称)が設立される
1992年	日本初のSIZUによる子どもが誕生
1992年	日本初のAssisted Hatching法による子どもが誕生
1993年2月	閉経した50代女性がアメリカでIVF出産していたことが明らかになる
1994年	日本初のICSIを用いた妊娠・出産に成功
1995年	日本初の精巣精子を用いたICSIによる子どもの誕生報告
1998年6月	諏訪マタニティクリニック根津八紘医師、姉妹からの卵子提供による体外受精を実施して出産にいたったことを公表
1998年10月	旧厚生省厚生科学審議会、最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を設置
2000年	加藤レディースクリニック、卵の凍結に適した凍結保護剤を開発
2000年2月	夫婦間以外の体外受精容認を答申
2000年6月	厚生省・専門委が夫以外の精子での体外受精を容認
2001年5月	諏訪マタニティクリニック根津八紘医師、日本初、姉妹間の代理出産を公表
2001年6月	厚生科学審議会、生殖補助医療部会の設置を決定
2001年7月	60歳の日本人女性がアメリカで提供卵子を用いた体外受精を受けて妊娠し、国内で出産したことが明らかになる
2002年	群馬大学のチーム、マウスの未成熟卵を培養して成熟させ、体外受精により出産させたことを報告
2003年2月	DNAbank 東京事務所開設～ 延べ600組渡韓
2003年3月	諏訪マタニティクリニック、国内で2例目の代理出産を実施し、子どもが誕生したことを発表
2003年11月	法務省、代理出産で子を得た関西在住の夫婦が提出した妻を実母とする出生届について、代理出産を依頼した女性を実母とできないことを、正式に発表

2003年11月	亡父の冷凍精子を用いた体外受精で出生した男児の死後認知を求めた裁判で、松山地裁、認知請求を認めない判決を下す
2003年11月	向井亜紀・高田延彦夫妻が、アメリカで借腹型代理懐胎により双子の男児を得る
年月	出来事
2003年12月	諏訪マタニティクリニック、実母による代理出産に特化
2004年	加藤レディースクリニックの桑山正成、卵子の凍結法として「ガラス化法」を報告
2004年6月	品川区役所、向井亜紀・高田延彦夫妻が提出した出生届を受理せず
2004年7月	亡父の冷凍精子を用いた体外受精で出生した男児の死後認知を求めた裁判で、高松高裁、認知請求を認める判決を下す
2004年8月	家裁、代理出産で子を得た関西在住の夫婦の出生届不受理処分取消しの申し立てを却下(原告、大阪高裁に即時抗告)
2005年9月	亡夫の凍結精子を用いた体外受精で出生した女児の死後認知を求めた裁判で、東京地裁、請求を棄却
2005年11月	向井亜紀・高田延彦夫妻が出生届の受理を求めた裁判で、東京家裁、不服申立を却下
2006年	加藤レディースクリニックの桑山正成、卵子の凍結法として「卵子急速凍結法(cryotop method)」を報告
2006年2月	亡夫の凍結精子を用いた体外受精で出生した女児の死後認知を求めた裁判で、東京地裁、控訴を棄却
2006年9月	亡父の凍結精子を用いた体外受精で出生した男児の死後認知を求めた裁判で、最高裁、高松高裁判決を破棄し、認知請求を認めず
2006年9月	向井亜紀・高田延彦夫妻が出生届の受理を求めた裁判で、東京高裁、品川区役所に出生届受理を命じる決定を下す
2006年10月	諏訪マタニティクリニック根津八紘医師、子宮を摘出した女性の母親が、娘夫婦に由来する胚で、「孫」を代理出産したことを公表
2006年11月	法務大臣及び厚生労働大臣、日本学術会議に対し生殖補助医療をめぐる諸問題について審議するよう依頼
2007年3月	向井亜紀・高田延彦夫妻が出生届の受理を求めた裁判で、最高裁、東京高裁決定を破棄、不受理が確定
2007年4月	諏訪マタニティクリニック根津八紘医師、亡夫の精子を用いた体外受精を実施し、子どもが誕生していることを公表
2007年5月	体外受精で1984年に生まれた女性が自然妊娠により子どもを出産していたことが明らかになる

2007年 6月	JISART、姉妹・友人からの卵子提供承認発表
2007年 7月	諏訪マタニティクリニック根津八紘医師、これまでに160組に非配偶者間体外受精を実施、124人の子どもが誕生していることを公表
年 月	出 来 事
2007年 10月	60歳代の独身女性がアメリカで受精卵の提供を受けて妊娠していることが明らかになる
2009年 2月	香川県立中央病院による体外受精卵の取り違い疑惑報道
2010年	J社M社、韓国・タイで日本人間の卵子提供斡旋(ー2011年)
2011年 1月	野田聖子衆議院議員が50歳で卵子提供出産
2011年 7月	日本人間の海外渡航卵子売買報道
2011年 9月	内閣府「海外渡航治療調査」集計速報発表
2012年 8月	日本医師会(日医)「生殖補助医療法制化検討委員会」の初会合開催
2013年 1月	国内初の無償卵子ドナーのあっせんNPO団体が発足(OD-NET)
2013年 11月	自民党「生殖補助医療に関するプロジェクトチーム(座長・古川俊治参院議員)が議員立法の骨子案をまとめる」
2013年 11月	台湾で日本人向け卵子提供プログラムが開始されたことが報道される

あとがき

不妊治療、あるいは不妊治療の延長として行われうる配偶子提供や代理出産といった、体外受精から派生した技術は、夫婦間での治療とは区別される。それは、この治療が、第三者の身体機能や身体の一部を利用したり、人間の生物学的な形質を形づくる遺伝情報を他者に提供するものであることに由来する。そして、医学的、倫理的、法的、社会的に様々な課題を社会にもたらしうるからである。しかし、生殖過程に第三者が介入することの問題点が認識されつつも、精子提供は、男性不妊に対する救済措置として、数十年前から我が国でも行われてきた歴史がある。現在、その課題や問題点も一層鮮明になりつつある。

卵子提供もまた、海外では有償・無償提供を含めて臨床応用が相当程度進んでいる。そして、健康な女性に対する医学的侵襲、人体の一部の売買、高齢出産を招来しうることなど、様々な課題や問題を投げかけている。親になることへの社会的要請は、「不妊」という課題をもたらすが、「不妊」は死に至りうるような疾病ではない。この点で、同じように人体の資源化や商品化との関係で言及される臓器移植などとは異なる。我が国のカップルが卵子提供により、子を持ち親となることをどこまで扶助すべきか、少子化の抑止や個人の幸福追求権など様々な論点がありうるが、増大する国内での卵子提供の需要を背景として、海外やアジアを舞台に進みつつある卵子の売買に対するオルタナティブとして、国内で生殖補助医療の適正な実施に向けた制度構築が必要である。

しかしながら、子を持ち家族を形成するという問題は、生殖補助医療だけに収束するものではない。卵子提供の制度設計と同時並行して、あるいはより優先度が高い政策課題として、子の福祉の実現のために社会的要請がある養子制度を中心に、親となりうるための別の回路を社会が用意すべきである。

生殖補助医療、養子制度、いずれの場合も子の福祉の実現が中心に置かれなければならないことはいうまでもない。配偶子提供の実施に際して喫緊の課題となっているのが、子どもの出自を知る権利の保障である。

生殖技術の利用に関し、当事者や時代社会の要請に答える努力が払われることが一定程度必要だと考えるが、新たな生命の誕生を伴う技術であるために、リスク低減のための努力が不断になされることや、社会による適正なコントロールが不可欠である。生殖サービスの舞台としてアジアという新たなファクターが加わりつつあることを契機として、どこまで、どのようにして国内での需要に応えていくか、具体的な対応策が提示されることが望まれる。

2013年11月

日比野由利