

平成 27 年度 厚生労働省  
子ども・子育て支援推進調査研究事業

「諸外国の生殖補助医療における法規制の時代的変遷に関する研究」



2016 年 3 月

発行 日比野由利

## はじめに

本書は平成 27 年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業「諸外国の生殖補助医療における法規制の時代的変遷に関する研究」の調査報告書である。我が国では、妊娠出産の高齢化などにより、夫婦間あるいは第三者を介した生殖補助医療を利用する人々が増加しているが、法整備が進んでおらず、生殖補助医療に関する法律案の提出が急がれている。どのような制度化が望ましいか、先行する主要な国々での運用状況や管理体制などを明らかにし、今後の我が国の法制化に向けた基礎資料を作成する必要がある。具体的目標は、1. 欧米諸国、アジア諸国における現行の生殖補助医療に関する立法とその経緯 2. 養子法や親子法との比較や関連法規 3. 出生した児へのテリングの実施状況と問題点 4. 卵子提供における生殖補助医療の運用の実際、である。調査対象地域は、イギリス、アメリカ、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、イタリア、フィンランド、ドイツ、フランス、イスラエルであり、事業担当者のフィールドの中から、主要な先進国や、これまで十分なデータが得られていなかった地域を盛り込んだ。事業担当者の一部は、平成 26 年度厚生労働省児童福祉問題調査研究事業「諸外国の生殖補助医療における出自を知る権利の取扱いに関する研究」と重なっている。各事業担当者の専門領域は、医学、法学、児童福祉、文化人類学、社会学など多岐に渡る。このため、与えられた調査課題の中で取り組みやすい課題とそうでないものがあり、フィールドに対するアプローチの仕方も異なっている。また、限られた時間の範囲内で調査を行ったため、全ての課題に答えきれていない場合もあるが、お許しいただきたいと思う。現地調査では、多数の方々にご協力いただいた。記して感謝したい。

2016 年 3 月

日比野由利

## 目次

はじめに (p.1)

石原理・宇田川妙子「生殖医療の法的規制のあり方-イタリアとフィンランドに注目して-」 (p. 3)

宇田川妙子「イタリアの生殖医療の変遷：40号法とその後」 (p. 18)

梅澤彩「ニュージーランドにおける生殖補助医療法制の展開とその運用実態」 (p.40)

小門穂「フランスにおける生殖医療-精子・卵子提供と代理出産に関する動向-」 (p.58)

仙波由加里「米国における第三者のかかわる生殖医療の現状」 (p.71)

仙波由加里「カナダにおける生殖医療の現状-利他的な卵子提供からもたらされる問題-」 (p.113)

日比野由利・中村裕之「オーストラリアの生殖補助医療と第三者が関わる生殖医療-法律と実際の運用-」 (p.122)

日比野由利・中村裕之「イスラエルの生殖補助医療と第三者が関わる生殖医療-法律と実際の運用-」 (p.150)

森和子「イギリスにおける生殖医療関連法の変遷と実施状況と課題」 (p.175)

資料編

Dr. Sonia Allan へのインタビュー

Dr. Etti Samama へのインタビュー

平成 27 年度児童福祉問題調査研究事業  
「諸外国の生殖補助医療における法規制の時代的変遷に関する研究」  
事業報告書

生殖医療の法的規制のあり方—イタリアとフィンランドに注目して—

事業担当者 石原 理<sup>1</sup> 宇田川妙子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>埼玉医科大学医学部産科婦人科学 <sup>2</sup>総合研究大学院大学

体外受精による出生が実現した 1978 年から、比較的短期間に、生殖医療に関連する法的規制の整備が各国で行われた。現在までに、ほとんどの先進国で法整備が終了する中で、わが国は世界最多数の生殖医療が毎年施行されているにもかかわらず、法整備が行われていない、唯一の例外的な国となった。各国における法的規制のあり方はさまざまだが、当初「法規制しないこと」を選択しながら、2000 年代になって、はじめて法整備を行った例外的なヨーロッパの国であるイタリアとフィンランドに注目し、その経緯と結果を調査し、わが国の来るべき「遅れてきた法整備」の参考とすることを試みた。なお、これらの国々は、規制段階で、隣接国における先行した法規制の影響を知っていた筈である。

イタリアでは、1997 年から保健省は生殖医療関連法案作成を開始していた。廃案になるなどの経緯の後に 2004 年 2 月に成立した 40/2004 法は、バチカンとカトリック教会の主張に沿ったきわめて制限的法律であった。すなわち、胚に両親と同等の地位を認め、受精させる胚は 3 個まで、作成された胚は全て直ちに移植せねばならず、胚凍結禁止、第三者提供卵子や精子の使用禁止、胚研究や着床前診断の禁止などが含まれた。これらは既に日常診療となっていた生殖医療の治療成績を低下させるだけでなく、多胎妊娠など母児双方を危険にさらす不都合な制限で、患者の越境治療、医療者の国外移住などの影響があった。この結果、患者団体の支援により、各地で憲法違反を指摘する訴訟が多発し、最終的には 2015 年 10 月までに、この法律に含まれる過剰な規制を含む条項は、すべて削除された。その結果、胚作成数制限、胚凍結禁止は解除され、提供卵子・精子の使用や着床前診断も可能となった。

フィンランドでは、1990 年に司法省から生殖補助医療法の提案があったが、国会提出には至らず、とりあえず「法規制しないこと」が選択されていた。2000 年代に入り、法規制のあるスウェーデンから提供卵子を求める患者などの越境治療が増加したこともあり、2006 年に補助生殖医療法 (1237/2006) が成立し、2007 年 9 月に施行された。今日に至るまで、この法律は他法案との整合性を保つための小規模の改正を受けたのみで改正はない。また、法律違反による処分例もない。フィンランドにおける法制定による変化は、主に二点であり、第一にそれまで可能であった代理懐胎を禁止したことと、第二に精子あるいは卵子の提供者について匿名性を廃止したことである。したがって、数は多くないが、兄弟姉妹から配偶子の提供が可能である。

イタリアとフィンランドの経緯を見ると、「法規制」が現実を規定する「手段」ではなく、歴史的に構成されてきた現実の「結果」であることが示唆される。つまり、「生殖医療」という人々の基本的欲求である「家族をもつこと」を実現する可能性を与える技術に関連する法整備は、規制的意義よりも保障的意義を持たせる必要がある。生殖医療の安全性を担保するための治療データを収集すると共に、新しいかたちの家族に安心と安定を与える法整備を推進するべきである。



平成 27 年度児童福祉問題調査研究事業  
「諸外国の生殖補助医療における法規制の時代的変遷に関する研究」

生殖医療の法的規制のあり方-イタリアとフィンランドに注目して-

事業担当者 石原 理 埼玉医科大学医学部教授  
宇田川妙子 総合研究大学院大学教授

(研究要旨) ヨーロッパ各国で生殖医療に関連する法規制が導入される中、例外的に今世紀初頭まで「法規制しないこと」を選択していたイタリアとフィンランドに注目し、「遅れてきた法整備」の経緯と背景・動機を比較検討した。イタリアは、2004 年に行為規制についてきわめて制限的な法を導入したが、2015 年までにほとんどの条項を削除する法改正をすることになった。一方、フィンランドは、2007 年に代理懐胎の禁止を含む法規制をしたが、今日まで大きな改正を必要としていない。わが国の「さらに遅れてきた法整備」では、これらの事例を参照し、「規制」が、現実を規定する「手段」ではなく、歴史的に構成されてきた現実の「結果」であることを直視し、合理的な最小限の法規制とするべきである。そして、法整備にあたって、法に規制的意義よりも保障的意義を持たせる必要がある。

A はじめに

はじめての体外受精による出生が実現したのは 1978 年(Edwards & Steptoe)のことである。この後、比較的短期間に、生殖医療に関連する法的規制の整備が各国で行われ始めた。昨年報告したスウェーデン(1985 人工授精法、1988 体外受精法)やノルウェー(1987 臨時法)などの諸国は、法制定による規制を選択した先駆的な国々の代表とみなすことができる。そして、今日までに、生殖医療が一定数施行されているほとんどの諸国において、何らかの形で生殖医療に関連する法律の整

備が終了している。

わが国でも 1983 年に体外受精による出生がはじめて報告され、その後生殖医療は幅広く受け入れられ、最近では、世界で最大多数の生殖医療が毎年施行されている国となっている。たとえば 2015 年には、約 40 万周期の生殖医療が行われたと推定される。しかし、一方で、日本は、生殖医療に関連する法律の整備がいまだ行われていない数少ない例外的な国の一つとなっている。

各国における生殖医療についての法的規制のあり方はさまざまで、また前年の

報告書でも詳述したように、規制にともなう矛盾や問題点が各所に出現してきた。その結果、それぞれに対応するための法改正が、早期に整備を施行した多くの国で行われてきた事実は、きわめて重要である。なぜなら、生殖医療に関連する法律が整備された当初、それは、従来からの価値観（特に西欧諸国では主にキリスト教的価値観）に対照して、生殖医療により体外で得られたヒト胚の地位や生殖への人為的介入の是非について、倫理的論点との整合を特に必要としたのである。したがって、法制定の最重要課題のひとつとして、いわば半ば哲学的領域に足を踏み入れることが不可欠な論点を含むものとならざるを得なかった。

しかし、生殖医療の存在が広く認識され、そして、さまざまに応用されることにより、その基本的な安全性自体については、その確認が担保された（事実、2010年のロバート・エドワーズによるノーベル生理学医学賞受賞は、体外受精で生まれたこどもの安全性が確認されたことが、その理由とされている）。さらに、世界的なトレンドとして、女性の高学歴化、社会進出、平均初婚年齢の上昇とそれともなう妊娠の困難な女性が増加したことなど、著しい社会的構造変化が進行する中で、生殖医療の必要性和重要性がますます注目された。

そして、生殖医療をとりまく倫理的論点としては、むしろ「生殖への第三者の介入」の是非など、生殖医療の周辺にある社

会的・環境的要因とのインターフェースにおける暫定的合意を整備することが要求された。その結果、生殖医療に関連する法律についても、個人の価値観や家族のかたちの変化など急速な時代の進行に対応するべく、諸国でその改正が不可欠となったのである。

本報告では、1980 および 1990 年代に多くの国で生殖医療関連法が整備されていく中で、とりあえず「法整備をしないこと」を選択しながら、2000 年代に入りはじめて法整備を行った例外的なヨーロッパの国、すなわち、イタリアとフィンランドに注目する。これらの国は、隣接する諸国において、既に先行された生殖医療関連法の整備に伴い、次々と出現する新たな関連する問題点とその解決策をある程度確認した上で、自国の法整備を行うことが可能だったはずである。したがって、わが国におけるこれから行われるべき「遅れてきた法整備」を考慮するとき、この2国の法整備の経緯と結果は、必ず参考となる部分が大きいと考えられる。また、この2国の法整備の範囲について、どのように選択がなされたのかという部分も注目すべきであろう。

## B イタリアの生殖医療関連法整備の経緯

イタリアにおける法整備の経緯の詳細については、宇田川の先行論文（宇田川 2005）および本報告書の宇田川による別稿を参照されたいが、その概要をここでは紹介する。

イタリアではバチカンが1987年に「生命の教書」を発出し、体外受精によりはじめて実現した女性の体外における卵子と精子の受精による胚に対して、人としての尊厳を与えた。しかし、さまざまな委員会による議論はあったものの法整備は行われず、現実には、体外受精が日常臨床の一部となった1990年代には、代理懐胎や閉経後の超高齢女性による第三者卵子を用いる出産、夫の死後の体外受精(死後生殖)など、それぞれ大きな倫理的課題を内包すると考えられる医療行為が数多く行われたことが報じられた。その背景のひとつとして、数多くの民間体外受精クリニックが自由競争市場の中で、争って生殖医療を提供したことがあげられる。そして、メディアが、これらの発表に便乗したことが、その増幅効果をもたらした。すなわち、「法律がないこと」という原因が、「何をしても良い」という結果にそのまま直結したともいえるであろう。

保健省は1997年から生殖医療に関連する法案作成を開始し、98年に法案は下院に提出されたものの、このときは廃案となった。しかし、その後、類似の法案について、2002年に再度審議が開始され、2004年2月には、18条からなる40/2004法として成立した。

40/2004法の成立は、この法律が生殖医療について、きわめて制限的な法律であることから、生殖医療を提供してきたクリニックと、医師、患者双方に大きな困惑をもたらした。40/2004法は、基本的には

バチカンとカトリック教会の主張に沿った内容で、胚に両親と同等の地位を認め、受精させる胚は3個までに限定すること、作成された胚は直ちに全て移植せねばならないこと、胚凍結は禁止、第三者提供卵子や精子の使用は禁止、胚研究や着床前診断の禁止などの内容を含んでいた(図1)。

これらの内容は、単にその後の生殖医療の発展や進歩を阻害するだけでなく、既に日常診療となっていた体外受精などの治療成績を低下させ、多胎妊娠など明らかに危険性の高い妊娠を増加させ(図2)、さらには患者の越境治療を推進するなど、患者だけでなく社会にとって明らかな不利益となることが明白であった。したがって、イタリア国内だけに留まらず、多くの国々の関係者から、その非倫理性に対して、非難があがった。

ヨーロッパの生殖医療関係者のほとんどが所属する学会であるヨーロッパヒト生殖胎生学学会(ESHRE: European Society of Human Reproduction and Embryology)の機関誌であるFocus on Reproductionは2007年1月号でItaly: Living with Law 40という特集を組んだ。2004/40法の施行から3年経過し、筆者のSimon Brownは、イタリアにおける国民投票について記している。イタリアでは1946年に国民投票制度が作られ、以来約20回の国民投票がおこなわれたという。国民投票により、1974年には離婚禁止が否定され、1981年には人工妊娠中絶禁止

が否定された。イタリア憲法は、50万人の有権者が要求すれば、いかなる法も国民投票により見直しできることを規定しているという。そして、急進党(Radical Party)などを中心に集められた400万人の署名により、2005年6月12、13の両日、40/2004法の修正についての国民投票が行われた。しかし、このとき、カトリック教会の国民投票のボイコットを呼びかける工作が奏功し、結果的に、わずか26%の有権者のみが投票したに過ぎず、この国民投票は無効となった。

ローマのFilippo Ubaldi教授による2005年のESHREにおける報告では、法施行により体外受精の成績は、妊娠率が33.7%から26.3%に低下したという。また、胚凍結禁止に伴う副産物として、未受精卵子の凍結が広く試みられ、着床前診断禁止の代替として、胚生検でなく極体生検による診断が試みられるようになった。さらに、国内における治療を断念し、海外渡航して生殖医療を受ける患者が急増した。たとえばスペインの7つの生殖医療クリニックで治療を受けるイタリア人は、2004年には60人に過ぎなかったが、2006年には1365人が渡航したという。

#### C イタリアにおける生殖医療の現状

40/2004法は、しかし、良い影響が、まったくなかったわけではない。法律の11条に基づき、国が生殖医療の登録システムを設立することになり、2005年10月に

はじめて生殖医療登録専門機関 RPMA (Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita) が作られ、2005年以降、年次報告書が毎年発行されるようになった。イタリアは、人口当たりの生殖医療クリニック数が、日本に次いで多く、その数は2014年で200施設に及ぶ(さらに人工授精のみを行う施設が162施設ある)。これらの治療成績の統計を集積することが、法律施行により、はじめて可能になったのである。

また、その後、10/2004法が不合理であることは、あまりに明白であるため、患者団体の支援を受けた、憲法違反を指摘する訴訟が各地で多発した。そして、最終的には2015年までに、この法律に含まれる過剰な規制の主たる部分の条項は、すべて漸次廃止された。すなわち、それらを時系列に示すと以下のようになる。

I) 2009年5月憲法裁判所の判決(151/2009)で、胚作成数、胚凍結禁止などを規定する14条の一部を廃止。

II) 2014年4月憲法裁判所の判決(162/2014)で、提供配偶子を用いる治療に関連する4条、9条による体外受精の禁止は憲法違反と判断し廃止。罰金30万-60万ユーロを規定する12条1項も同時に廃止。

III) 2015年5月憲法裁判所の判決(96/2015)で、PGDのための生殖医療を認めない1条と4条の一部は廃止。

IV) 2015年10月憲法裁判所の判決(229/2015)で、胚の選択を禁じる13条

の一部を廃止。

ただし、これらの変更は、一部条文を削除したのみで、新たな加筆が行われたわけではない。したがって、PMA の責任者である Giulia Scaravelli 氏によれば、「改正により胚を凍結して良いと新たに書いてあるわけではない。しかし、結果として凍結できる」ようになったわけである。専門家である医師が、適正な数の胚を作成し、適正な数を移植、残りの凍結についても判断するという当然のことが、2009 年の変更により、可能となったのである。

また、2014 年の変更により、提供精子や提供卵子を用いる治療が可能となった。ただし、提供配偶子は、いずれも匿名に限定され、また、代理懐胎は禁止されている。さらに 2015 年の変更により、遺伝性疾患に対する着床前診断 (PGD: Preimplantation Genetic Diagnosis) と、着床率を向上し流産率を低下させるための着床前スクリーニング (PGS: Preimplantation Genetic Screening) の実施が可能となった。

Scaravelli 氏によれば、イタリアの生殖医療の現在の最大の問題点は、地域格差であるという。イタリアは歴史的に独自色の強い 20 の地域からなり、法律は同一だが、生殖医療の提供については、それぞれの地域政府の裁量に基づく部分が多い。たとえば、ミラノなどがあるロンバルディアなど北部では、体外受精はほとんど無料であるが、ローマ以南では私費部分が多くなり、70%は私費による治療

となる。また、さまざまな地域格差のため、26%の患者は他の地域で治療を受けることになる。たとえば、トスカーナでは 70%の患者が他地域からの患者であるという。

ここにあげた法改定により、ふたたび第三者配偶子利用が可能となったが、配偶子提供者のリクルートは進んでいない。すべての提供者は匿名でなければならず、2014 年末から配偶子提供者のドナー登録が、国立臓器移植センター (Centro Nazionale Trapianti: CNT) で始まった。また、兄弟姉妹や知人が配偶子を提供することにより、自らの被提供順位をあげる cross donation は可能であるが、実際には行われていない。ドナー不足から、現実には生殖医療に用いられる第三者精子の 99%は外国から輸入されている。

また、法改正により、PGD だけでなく PGS が施行可能となった。その結果、Ubaldi 教授が現在主宰するクリニック Clinica Valle Giulia では、現在、36 歳以上の女性には原則として PGS を勧めているという。PGS を行うことにより、この年齢の女性の流産率は 8%以下となり、35 歳以下の女性の約 18%と比較すると逆転する結果となっている。なお、Clinica Valle Giulia はイタリア最大規模のクリニックのひとつで、医師 6 人、胚培養士 15 人が在籍し、年間 1500 周期以上の生殖医療を施行している。そのうち 90%は顕微授精 ICSI である。また、胚移植は原則として胚盤胞移植となっている。ビルの 5 F に生殖医療の外来があり、地下全体が

採卵室と培養室、ラボなどとなっていた。このクリニックは、PGS のために生検した細胞を、イタリア北部にあるラボに送付し、他のクリニックからの検体とともに、NGS（次世代シーケンサー）による PGS のための遺伝子診断を行っているという。

#### D フィンランドの生殖医療関連法整備の経緯

フィンランドにおいても、1984 年に初めての体外受精による児が出生した。その後、生殖医療は 1980 年代から活発に行われ、1992 年から国全体の生殖医療に関連する統計の収集が開始された。1992 年当時の生殖医療のデータ報告施設数は 13 施設で、総周期数は 2155 周期であった。2005 年前後からは、年間総周期数は、約 14000 周期前後で安定しており（凍結胚移植周期を含む）、生殖医療による年間出生児数は 2500 人前後である。

フィンランドは、スウェーデンと並び、胚移植時の移植胚数削減に世界に先駆けて成功した国であり、単胚移植率は、現在 70% 前後となっている。すなわち、治療水準はきわめて高く、生殖医療に従事する医師などの自主規制による運営が良好に機能していた。しかし、長期間にわたって生殖医療に関連する法整備については慎重であった。1990 年に司法省 (Ministry of Justice) は、「生殖補助医療法」の提示があったが、その時は主に配偶子提供者の匿名性についての激しい論争のために、国会への法案提出は行われなかった。

その結果、関係の深いスウェーデン（フィンランドはスウェーデン語を第二公用語としている）において法規制が先行したことから、スウェーデンで提供されない治療である提供卵子を用いる治療や代理懐胎を求めて、フィンランドに渡航する例が、2000 年台初頭に急増した。このことが改めて法整備をめざす契機のひとつとなったことは、筆者たちによる 2002 年 8 月のフィンランドにおける調査で示唆された。実際、生殖医療に関連する法整備は当時から計画されていたが、家族についての価値観の相違から、さまざまな議論があり、その実現にはその後も長期間を要した。

最終的には、38 条項からなる補助生殖医療法 (1237/2006) として、2006 年に国会を通過し、2007 年 9 月に施行された。法制定の際には、異なる法案も提案され、また、「家庭は男性と女性と子どもからなるべき」とする議員はこの法律に反対し、特に、独身女性が家族を持つことに最後まで抵抗した。現在もレズビアンカップルの治療について許容するかどうか、議論は続いている。

フィンランドの Valvira (保健衛生に関連する法的アドバイスをを行い、さまざまな免許を管理する政府機関) の弁護士である Stark 氏は、「法制定の目的は、拘束力のある法規制をすることで、患者間の治療上の平等を実現することが主だった」という。また、「(生殖医療も含む) すべての医療について、統一した基準の法律が

この法律制定以前から存在したし、学会の生殖医療についての推奨基準 (recommendation) はあったが、患者の平等を保つにはライセンスを発行してクリニックを指導する必要があった、また、中でもドナー登録がもっとも重要であった」と語った。確かに 2006 年の法整備による最大の変化は「代理懐胎の禁止」(こちらは事例数が極めて少ない) 以外では、客観的に見て「配偶子提供者の匿名性」が失われたことであるといえるだろう

#### E フィンランドの生殖医療の現状

フィンランドにおいては、補助生殖医療法(1237/2006)の制定後、すでに 8 年以上が経過するが、これまでに改訂された部分はきわめてわずかにすぎない。それらは、提供された配偶子や胚の凍結保存期間を 15 年に延長したこと、保存配偶子や胚を他施設に移動した場合に必要な事項の改訂、ドナー診療録の保存期間の延長、刑法改正に伴う罰則の改訂であり、内容について本質的な変更はないといっている。

なお、生殖医療の法律そのものには、罰則の規定はなく、刑法に胚の違法な取り扱いなどの章が設定されている。そして、法制定後、今日までに潜在的な違反は 2 件あったが、それらの場合いずれも、Valvia への事前問い合わせに警告が出されたのみで、実行されなかったという。一例は、匿名精子の保存が、この法律の制定後も継続していた例、もう一例は、がん患者の

精子が本人の死亡後も保存継続されていた例である。どちらも使用されていない段階で、凍結保存されていた精子が処分されたという。したがって、これまでクリニックのライセンス停止などの事例もなく、法の内容についての訴訟もない

法施行による最大の変化は、配偶子ドナーの匿名性が廃止されたことであると先に述べた。フィンランドで最大数の提供配偶子を用いる治療を施行しているクリニックである Vaestoliitto Fertility Clinic の Sodersstrom-Anttil 医師によれば、匿名性の廃止に伴い、当初はドナーが減少したが、1-2 年後には、元の水準に復帰したという。しかし、最近になって精子提供者が再び減少し、多くのクリニックでデンマークの精子バンクからの輸入精子を用いる周期が増加している。フィンランドでは、精子卵子ともに非匿名であるため、兄弟姉妹や知人からの提供も可能である。しかし、実際には、親戚や友人知人からの提供は、卵子提供では約 10%、精子提供ではきわめて少数にとどまるという。

フィンランドで配偶子の匿名性が失われた前後における卵子ドナーに対する Sodersstrom-Anttil 医師らによる調査によれば、2008 年以降のドナーは、それ以前と比較すると、より若く、また子供のいない女性が増加している。卵子提供者の 11% はその後、自らの不妊の問題に直面したが、卵子提供をのちに後悔した例は 4 例 (1%) に過ぎなかったという。

F イタリアとフィンランドの「遅れてきた法整備」の経験から

イタリアとフィンランドの生殖医療関連法とデータ収集の状況について主な内容をまとめると表1のようになる。

2006年にインタビューしたスウェーデンのNygren教授は、フィンランドをスウェーデンの相違について、「フィンランドとスウェーデンは、生殖医療に関して単胚移植などまったく同じようなことをやっているのに、片方には規制があり、片方にはない。規制は、むしろさまざまな現状を追いかけているにすぎないと思う、つまり規制(regulation)は、手段である(implemental)であるというよりも、結果(consequence)だ。」と語った。

フィンランドの法整備の過程は、まさにこの発言のとおりであるが、イタリアの法整備後の頻繁な改正を見ると、こちらについても、まったく同様であると言わざるを得ない。すなわち、「生殖医療」という、人々の基本的欲求である「家族をもつこと」を実現する可能性を与える技術には、法整備にあたって、規制的意義よりも保障的意義を持たせる必要がある。まず、技術そのものの安全性や有益性を担保し、生まれる子どもたちととりまく家族、そして関与する第三者の安全や権利を保障することが求められていると考えられる。この保障が十分でない場合、あるいは現実的でない場合には、イタリアのように早晚改正することが余儀なくさ

れる。そして、これを確実に実現するためには、イタリアとフィンランドのように、判断を行うための基盤となる治療データ収集が最も基本的で、本質的な作業となり、さらに作業に必要な膨大な費用や労力に対する国家的支援が不可欠である。

一方、生殖に対する第三者の関与の詳細については、ヨーロッパ域内においても国による差異が大きいことを、今年の報告書でも示した。本報告で注目した、イタリアとフィンランドについて比較すると表2のようになる。

ヨーロッパ域内で「遅れてきた法整備」を行った、イタリアとフィンランドについて比較しても、第三者の関与する生殖医療については、その詳細な実施内容にまで目を向けると、大きな相違があることが明白である。つまり、凍結やPGD、PGSのように胚の地位などにまつわる規制事項、また第三者の関与する生殖医療(配偶子提供や胚提供)の全般的な施行可能性については、もっとも制限的な法規制をいったん導入したイタリアでさえ、規制緩和の方向へ歩み寄りが行われてきた。

しかし、生殖医療をとりまくさまざまな社会的要因とのインターフェースについて規定せざるを得ない「第三者の関与する生殖医療の詳細な実施内容」には、いまだ幅広いバリエーションが存在しているということができる。

G まとめ

ヨーロッパ域内で「遅れてきた法整備」



を選択したイタリアとフィンランドの経験は、これから、「さらに遅れてきた法整備」を行うべきわが国にとって、参考となる部分が多い。「規制」が、現実を規定する「手段」ではなく、歴史的に構成されてきた現実の「結果」であることについては、けっして恥じるべきではなく、むしろ誇るべきことであるというべきではないだろうか。

#### 謝辞

本報告の内容は、主に2016年2月7日から13日に行ったローマとヘルシンキにおけるインタビューに基づくものである。インタビューにご協力いただいたローマのProcreazione Medicalmente Assistita Registro NazionaleのGiulia Scaravelli博士および同僚の皆さん、Clinica Valle GiuliaのFilippo Ubaldi教授と同クリニックのスタッフの皆さん、ヘルシンキLapsettomunsklinikaa 医師のViveca Soderstrom-Anttila博士、Sosiaalija-terveysalan lupa- ja valvontavirasto(Valvira)の弁護士Tuula Stark氏に深謝する。

#### 参考文献

石原理、出口顯：スカンジナビアにおける第三者の関与する生殖医療 厚生労働省平成26年度児童福祉問題調査研究事業「諸外国の生殖補助医療における出自を知る権利の取扱に関する研究」報告書

2015

石原理：生殖医療と家族のかたち 平凡社 2010

宇田川妙子：イタリアの生殖医療の法制化に見る「生-権力」 現代生殖医療（上杉富之編）世界思想社 2005

IARTR(Italian Assisted Reproductive Technology Register): Executive Summary: Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2014.

Simon Brown: Italy: Living with Law 40 Focus on Reproduction p26-30, January 2007

Viveca Soderstrom-Anttila et al: Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and resulting families-a systemic review. Hum Reprod Update Advance Access published October 9, 2015 doi:10.1093/humupd/dmv046

Viveca Soderstrom-Anttila et al: Short- and long-term health consequences and current satisfaction levels for altruistic anonymous, identity-release and known oocyte donors. Hum Reprod Advance Access published January 2, 2016 doi:10.1093/humrep/dev324

G.Pennings et al: Socio-demographic and fertility-related characteristics and motivations of oocyte donors in eleven European countries. Hum Reprod

29(5): 1076-89, 2014

Silverio MM, Hemminki E: Practice of in-vitro fertilization; a case study from Finland. Soc Sci Med 42(7): 975-83, 1996.

		イタリア	フィンランド
生殖医療関連法の名称		Act No 40 of Feb. 19 2004 (40/2004)	Act on Assisted Fertility Treatments (1237/2006)
施行年		2004	2007
法改正の有無		あり	あり
法改正の内容		2009、2014、2015(2回) 大幅な改正 (削除)	4 か所の小改正 (文章の修正とよび関連法改正に伴う修正)
規制 の 変更	胚凍結	禁止→可能	可能
	精子提供	禁止→可能	可能
	卵子提供	禁止→可能	可能
	胚提供	禁止→可能	可能
	PGD	禁止→可能	可能
	代理懐胎	禁止	禁止
生殖医療データ収集組織		Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita	Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos (THL): (National Institute for Health and Welfare)
データ収集開始年		2005	1992
データ収集法		各登録クリニック	各治療周期

表1 イタリアとフィンランドの関連法とデータ収集についての比較

	イタリア	フィンランド
匿名性	匿名	非匿名
兄弟姉妹知人の提供	不可能	可能
精子提供者	不足のため輸入	不足のため輸入
精子提供の補償	無償	35€/visit
卵子提供者	不足のため海外渡航または輸入	ほぼ充足
卵子提供の補償	無償	35€/visit+250€
提供者の権利	こどもの出生の有無のみ	こどもの出生の有無のみ
こどもの権利	出自を知る権利なし	出自を知る権利あり
被提供者の要件	異性カップルに限定	独身女性、レズビアンカップル可能
Cross donation	可能だが行われない	可能
記録保存期間	法律ができた(2014.12)が実際は国立臓器移植センター (Centro Nazionale Trapianti: CNT)	各クリニックで 100 年、Donor ID など一部情報は Valvia でも

表 2 イタリアとフィンランドの配偶子提供についての詳細な比較

Figure 20: Trend of the application of FER procedures in Europe. Years 2003-2014.

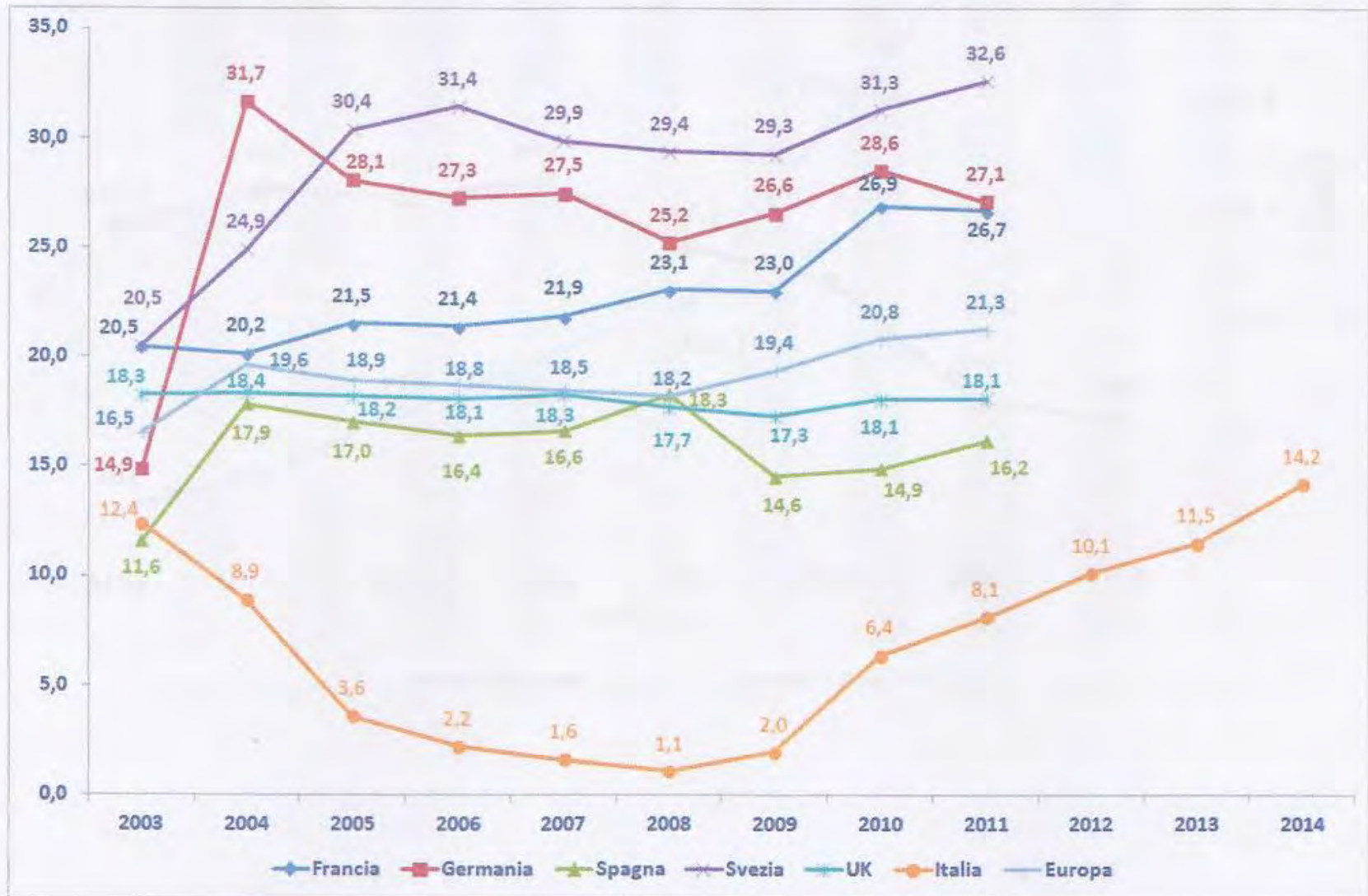


図1 イタリアでは、2004年の法律制定で凍結胚移植が激減し  
2009年の法改正により2010年から凍結胚移植が回復した

Figure 26: Trends of multiplicity of deliveries from fresh cycles. Years 2005-2014.

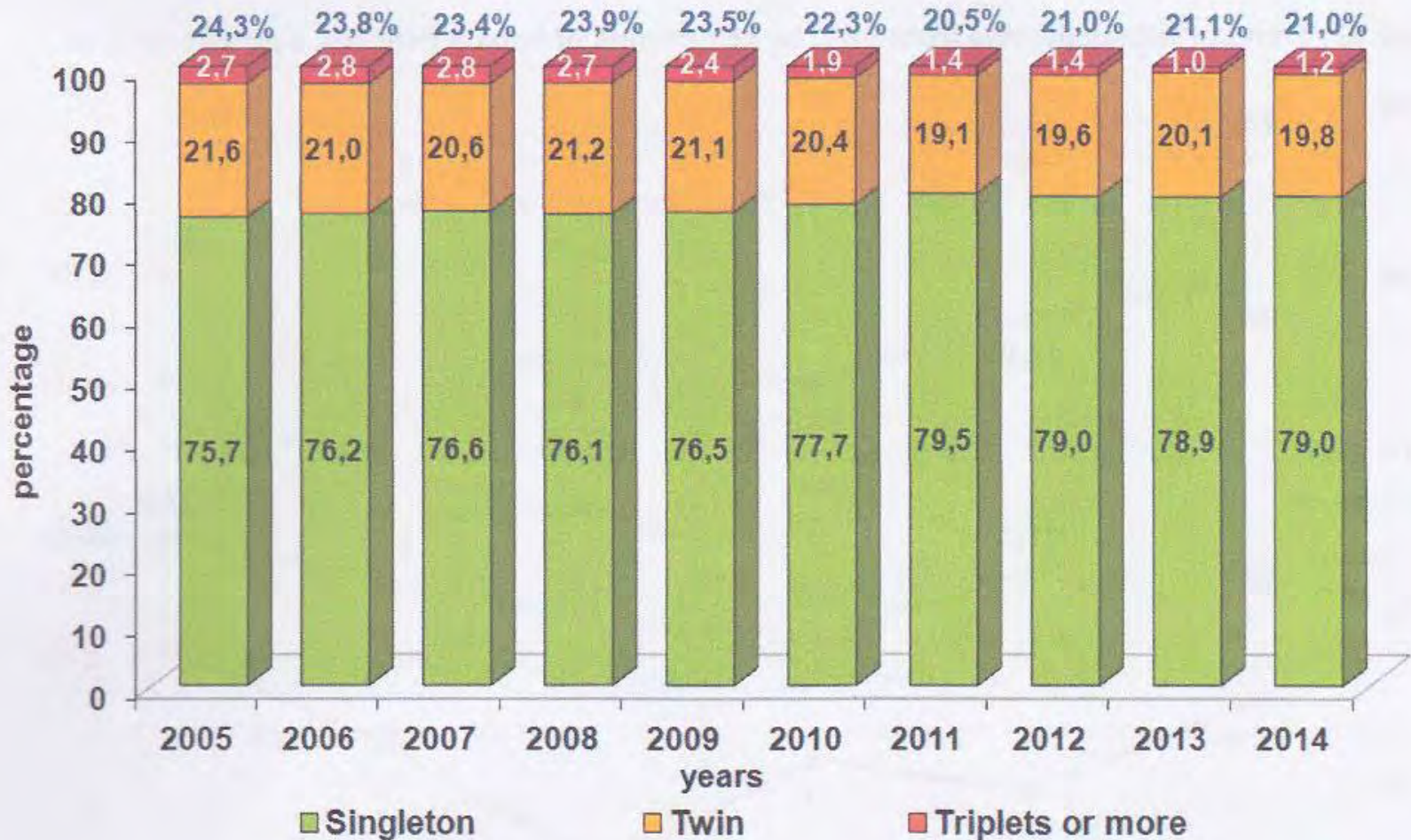


図2 イタリアでは著しく高い品胎以上の妊娠率が2009年の法改正により2010年以後低下した

平成27年度子ども・子育て支援推進調査研究事業  
「諸外国の生殖補助医療における法規制の時代的変遷にかんする研究」

イタリアの生殖医療の変遷：40号法とその後

宇田川妙子 国立民族学博物館・総合研究大学大学院

イタリアの補助生殖医療についてはこれまで日本で紹介されることは少なかった。イタリアの状況を語る上で欠かせないのは、2004年に成立した通称40号法である。ここ10数年、イタリアはこの40号に振り回されてきたといっても過言ではない。ゆえにここでは、この40号法の軌跡を追いながら、イタリアの生殖医療の現状と問題点を報告する。

イタリアは、生殖医療技術の法制化にかんしては遅れていたが、技術自体はむしろ先進国の一つとみなされてきた。実際、2004年に法律が成立するまでは、明確な指針や規制がないまま、60歳以上の女性の出産、配偶者の死後出産等が次々に実施され、さまざまな社会的混乱が起きていた。40号法は、そうした混乱を収めるため、長い審議を経て作られたが、最終的に、配偶子提供による医療の禁止、受精卵作成数の上限設定、受精卵の凍結禁止、「胚の権利」という条文、胚の実験利用の禁止等、世界でもまれな制限的な法律として誕生した。そこには、イタリアの「伝統」的な「家族」観や、教会が主張する「生命」の尊厳等の考え方が、きわめてイデオロギー的な形で反映されてしまったといわれている。ゆえに施行されると、それまでの医療のかなりの部分が実施不可能になり、多くの患者が国外に流出し、国際的な輿論も買った。そして国内においても、患者等の当事者たちからの批判が噴出し、まもなく多くの訴訟に晒され、ついには憲法裁判所で同法の違憲性が争われるまでになった。そして2009年、2014年、2015年（2回）の合計4回、憲法裁判所において次々と違憲判決が下され、同法は現在、成立時とは大きく様変わりしている。こうしてイタリアでは、ようやく提供配偶子（精子、卵子、胚）提供による医療、着床前診断・スクリーニングが再開され、他国とほぼ同等の医療が国内で受けられるようになってきているが、その間の社会的コストは非常に高くついたといわざるを得ない。

この40号法の後遺症はまだ残っている。なかでも胚の実験利用の禁止は、余剰胚の半永久的な保存・管理という問題ともあいまって喫緊の課題となっている。この件については本年3月に憲法裁判所で審議が始まるという。また、提供配偶子による医療は再開されたものの、約10年間の中断のせいもあり、精子・卵子ともに深刻なドナー不足になっている。このほか同性カップルや独身者への治療、代理懐胎等、この間他国ではすでに様々な議論が交わされている課題も、イタリアでは端緒についたばかりである。なかでも、提供配偶子によって誕生した子どもの出自を知る権利については話題にすらなっていない。イタリアでは提供配偶子は完全に匿名とされている。ただし近年、世界的には匿名を廃止した国も増えており、今後その傾向が強まる可能性がある。とするならば、そうした情勢の中でイタリアは匿名を貫くのか。この問いはまだ若干勇み足かもしれないが、近年、情報も技術も人もグローバルな移動が急増し、生殖技術にかかわる規制も一国だけの問題として処理できなくなっていることを考えると、そうしたグローバル化時代における生殖医療のあり方を占う試金石にもなってくるだろう。ほかにも医療の地域格差などの問題を抱えるイタリアの生殖医療が今後どこに向かうのか、イタリア以上に遅い法制化を目指す日本にとっても興味深い事例となるに違いない。



イタリアの生殖医療の変遷：40号法とその後

事業担当者 宇田川妙子 国立民族学博物館・総合研究大学院大学

本研究は、これまで日本では紹介されることが少なかったイタリアの補助生殖医療に関する報告である。イタリアの生殖医療を語る上で欠かせないのは、その法律、通称40号法である。この40号法は、長い審議期間を経て、配偶子提供による医療を禁ずるなど、きわめて厳格で制限的な性格をもつ法律として2004年に成立した。ゆえに施行されると、それまでの医療のかなりの部分が実施できなくなるなどの非常に大きな影響をもたらしたが、まもなく、多くの訴訟にさらされることにもなった。そして2009年の最初の違憲判決を皮切りに、違憲とみなされた条項が次々に削除されていき、現在、40号法は成立時とは大きく様変わりしている。ここ10数年のイタリアの状況は、この40号に振り回されてきたといっても過言ではない。ゆえにここでは、この40号法の軌跡を追いながら、イタリアの生殖医療の現状と問題点を報告する。なお、40号法成立以前とその審議状況については、すでに別稿（宇田川 2005）で述べたことがあるので、今回はその期間についての紹介は簡単に触れるのみとする。

#### A. 40号法以前

イタリアは、生殖技術の法制化にかんしては遅れていたが、技術それ自体はむしろ先進国の一つとしてみなされてきた。実際、2004年に法律が成立するまでは、明確な指針や規制がないまま、閉経後女性の出産、配偶者の死後出産、代理懐胎などが次々に実施され、さまざまな社会的混乱が起こり、そのたびに大きな議論となっていた。その様子は、特にジャーナリズムなどで「Far West（無法地帯）」という英語で表現されていたほどである。

こうした中、法案作りが本格的に始まったのは、1997年2月である。もちろんそれ以前にも指針や規制はあった。イタリア初の体外受精児が誕生した1984年

の翌年、保健省は当時の大臣名で通達を出し、第三者からの配偶子提供の禁止、体外受精の自粛などを盛り込んだ。ただしこの通達は、公的な医療機関を対象とするものであり、逆に民間でのFar West状況をあおることになった。ルカ・コシオーニ協会（Associazione Luca Coscioni）のGallo氏によれば、このことが民間医療機関の増加につながったという。また、1995年、夫婦の凍結胚を妻の死後に夫の妹に着床させて出産したという報道がなされると、遅まきながら医師規定の中にも生殖技術に関連する項目（代理母・代理懐胎の禁止、異性カップルに対象を限定、商業化の規制など）が設けられたが、罰則規定はなく効力はなかった。しかし



1997年2月、クローン羊ドリーの誕生報道とほぼ同時期に、ある新聞紙上で卵子募集の広告が掲載された。この衝撃は非常に大きく、保健省は卵子の売買や代理懐胎などの生殖技術の商業化およびクローン技術の禁止を盛り込んだ省令を緊急に発布するとともに、ようやく法案の作成に取り掛かることになったのである。

ただし、その成立には、1998年末に法案が下院に提出されてからさらに5年以上の歳月を要した。それは、途中で政権交代が起こった等の不安定な政情も関与したためだが、それ以上に、生殖技術がイタリア社会にとって、ある意味イデオロギーのぶつかり合いの場になっていたことを示している。たとえば、1999年には審議が始まって早々、原案が大きく修正される見込みが強まったため、当初の法案提出責任者が辞任し、新たな提案者のもとで審議再開という異例の事態が起きた。2000年には一度廃案にも追い込まれた。また、厳格な法制化がなされるのを見越して、いわば駆け込み的に生殖医療を実施する者も少なくなく、社会的にも相変わらず混乱が続いていた。2002年には、以前にも閉経後女性の出産等ではしばしば物議を醸していた医師（アンティノーリ）が、クローン技術を用いた出産に成功したと発表して世界的にも話題になった。

## B. 40号法（1）：家族親をめぐる闘争

そして2004年、ようやく補助生殖療法が成立し施行された。正式名称は、「補助生殖医療規則にかんする法律、2004年2月19日40号法」（以下、通称

である40号法と呼ぶ。イタリアの法律は、年ごとに成立した順に番号が降られ、その番号で呼ばれることが多い）だが、この法律が、世界的にも例をみないほど厳格な性格をもっていることは、審議の途中から既に指摘されていた。1999年5月に下院で最初の法案が通過したときには、国内の有力紙の多くが「ヨーロッパからの後退」などと書きたてた。

この法律は7章18条からなり、生殖技術を不妊治療として用いるにあたって、治療対象者の範囲、認められる生殖技術の範囲、胎児の法的地位の保全、人胚の保護、公的機関の責務、罰則などの規定を明文化したものである。その主なものは以下の通りである。

- 適用対象者は婚姻または同棲の異性カップル（シングルや同性カップルは除外）
- 適用年齢は「妊娠可能年齢」（年齢の明記はない）
- 代理懐胎の禁止
- クローン技術の禁止
- 補助生殖医療機関の登録、実態調査および報告を行うセンター設置（Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita、略称RPMA、国立補助生殖医療記録センター）
- 技術の進展等に合わせて、保健省は4年ごとにガイドラインを策定  
そしてイタリア独自の厳格さとして注目されたのが、以下の4点である。
- 第三者からの提供配偶子の利用禁止（第4条）（以下、①）
- 胚の凍結禁止、胚の生成は上限3個

(第14条)(以下、②)

○「胚の権利」の尊重(第1条)(以下、③)

○胚の実験利用および廃棄の禁止(第13条)(以下、④)

まず①についてだが、現在でも卵子の第三者からの提供を認めない国は少ないが、精子提供も禁止している国は当時もあまりなかった。そしてさらに珍しいのは②である。この規定は、より具体的に言えば、体外受精技術の場合、1回の施術で作成する胚は3個以内とし、そのいずれも凍結せずすべてを女性の子宮に戻すことを義務付けたものである。それは、施術ごとに卵子採取を必要とするため女性の心身に大きな負担を強いることになる。この二つの事項が、イタリアにおける不妊治療の幅を非常に狭めることは容易に想像できるだろう。実際、この法律施行後、他国への「生殖ツーリズム」が急激に増えた。

ではなぜ、こうした条項が含まれることになったのか、それはまず彼らの家族観にかかわる問題としてみることができる。生殖技術が一般に、それぞれの社会における家族観に抵触し、その再認識・再検討を誘発することはよく知られている。イタリアでもすでに、提供精子による出産後に父親が子どもの認知を拒否する裁判や、代理懐胎による母子関係の確定などにかんする裁判も多くなっていた(2000年には代理懐胎を認める判決も出ている)。したがってこの法律には、生殖医療の現場における家族関係の認定・保証という目的もあったのだが、それゆえに家族観をめぐる闘争の場になってし

まった。そして最終的に40号法として結実したのが、まさに①に端的に示されている夫婦とその子どもという家族像である。①は、生殖とは夫婦の間でなされるべきもの、子どもはその両親(夫婦)それぞれと生物学的関係にあるべきだという考え方の所産である。

しかしこの家族観は、イタリア社会全体を覆うものではなかったことにも注意しておきたい。実際、この法案の審議過程では様々な家族観が衝突していた。たとえば、最初に下院に提出された法案(以下「1998年提出法案」)の内容は40号法とは非常に異なっていた。前者には①の条項はなく、精子の提供は認められていたし、その時点では卵子提供の是非が論点となると思われていた。また当初は、治療対象者として同性カップルや独身者を含めるか否かという議論もなされていた。その背後には、イタリアでも他の先進国同様、家族の形態・家族観がますます多様化している状況が関与していたと考えられる。

また、こうした多様な家族像の尊重という考え方はいわば中道左派勢力によって支持されていたのに対して、中道右派とカトリック教会勢力が40号法の基本線を作っていたわけだが、後二者間にも、微妙だが本質的な齟齬があった。

この違いが最も端的に現れたのは、いわゆる同棲カップルを治療対象に含めるか否かという議論である。40号法では最終的に同棲カップルも対象とすることに決まった。その際、中道右派の多くもこの案に賛同したが、他方、教会は激しく反発した。教会にとって結婚は秘蹟であ

り、その背後には「性」を原罪とみなす考え方があつた。すなわち性は、究極的には否定されるべきだが、俗人の場合には神の名のもとで結婚（＝秘蹟）した男女間で、生殖の可能性にひらかれた性的交渉のみ許されるという論理である（これは避妊を認めない論理でもある）。このため生殖技術に対する教会の最大の危惧とは、この図式が崩れることによって性が剥き出しになってしまうことであつた。それゆゑ、本法で婚姻以外のカップルが承認されることは避けたかつたのである。

これに対して、いわゆる中道右派側の関心は「性」よりも「生殖」にあつたといえる。たとえば彼らが 1998 年提出法案に異議を唱へた際のキーワードの一つは、「子どもの権利」であつた。つまり生まれてくる子どもには適切な親・家族をもつ権利があるという議論だが、それは、彼らにとって何よりも重要なのは子どもであつて、家族はそのための手段（子どもを産み育てる手段）という位置づけにあるとも読める。また、こうした子ども中心主義は、歴史的には近代国家の成立とともに生まれたといわれているが、このことは、この中道右派の言説に「イタリア」「イタリア独自の道」というナショナリズム的な言説が多用されていることとも関連しているかもしれない。この言葉は、中道左派が自らの法案を「ヨーロッパの一員」としてふさわしいと表現していたことに対するものだが、中道右派の言う「子ども」は「イタリア人」と読み替えることも可能だろう。

#### C. 40 号法（2）：胚、生命、教会

このように①は、様々な家族観が交錯し抗争した結果であるといえるが、この法律の審議では、もう一つの別の問題も争われていた。たとえば②は、既にみたように、家族というよりも胚に関して、その生成や利用をあたうかぎり制限しようとするものである。それは、胚は人であり生命であるがゆゑに、その凍結は人および生命の尊厳を冒すことになるという論理であつた。つまり 40 号法は、「生命」という言説にも深く関わっているものであり、それが最も端的に表れたのが、③の「胚の権利」である。

③は、第 1 条 1 項、すなわち本法の冒頭でこの法律の目的として記されている文章に含まれている表現である。そこでは、この法律は不妊による問題解決をするために生殖技術の利用規則を定めるとともに、「それに関与するすべての関係者の権利を、胚の権利も含めて保証する」とある。この文言の挿入をめぐっては、審議の当初から激しい議論が交わされていた。

そもそも、1998 年提出法案にはこの文言も存在せず、それゆゑ②もなかつた。しかし審議開始早々から「胚の権利」を挿入するように主張したのは、中道右派と、なかでもそれを後押ししていた教会勢力である。

カトリック教会は、既に 1987 年、教理省による『生命の始まりにかんする教書 (Donum Vitae)』や 1995 年の法王回勅『生命の福音 (Evangelium Vitae)』などを通して、人の生命は受精の瞬間に発生するものであり、その受精を人工的に作り出す生殖技術は生命の尊厳を侵すも

のであると明言していた。1994年に62歳女性が提供卵によって出産したという報道があった翌日には、当時の法王ヨハネ＝パウロ2世が非難の声明を出すなど、時事にも素早く対応し、そうした意見表明はイタリアの国内世論に強い影響をもたらしてきた。また、胚の問題は、さかのぼれば、教会が最重要課題として既に取り組んでいた中絶・避妊問題にもつながる。教会が中絶および避妊を、やはり生命の軽視という観点から認めていないことはよく知られている(1968年法王回勅『人の生命(Humane Vitae)』)。それゆえ、教会にとってこの法律に「胚の権利」が明記されることは、中絶法廃止に向けた第一歩という意味合いも持っていた。事実、40号法が制定されると、教会と深い結びつきのある「生命の運動(Movimento della Vita)」というプロライフ団体の代表者が「次の目標は中絶法の廃止」だと宣言した。

こうしたプロライフ的な動きは、生殖医療法の審議の過程で次第に強くなり、一時は、この「胚の権利」の前に「特に」という言葉をつけた形での提案もなされ(1999年下院通過案)、胚こそが本法の主たる保護対象であるかのような印象になったこともあった。そしてこの①に合わせる形で、胚は生命なのですぐに胎内に戻すべきであるという②の胚の凍結を事実上禁止する条項が作られ、さらにその条項が、本法のⅡ章「許容される生殖技術の範囲」ではなく、Ⅵ章「胚の保護基準」に配置されたことにも注目したい。この配置は、②が生殖医療を受ける側の問題ではなく(①はⅡ章に配置されてい

ることと対照的に)、胚すなわち生命の問題とされていることを如実に示している。そもそもこのⅥ章では、胚について、臨床場面のみならず研究目的であってもいっさい利用してはならず、廃棄もしてはならないと定められており、それに違反すると厳しい罰則が科せられることになった。このⅥ章がいまだ最も大きな問題となっていることは後述する。

また、この動きは、民法第1条の改正という要求にもつながったことも付言しておく。民法1条とは、人の法的地位は誕生の瞬間に始まることを規定したものである。ゆえに①はこの1条との齟齬が問題視されるわけだが、中絶法廃止論のプロライフ派は、むしろ生殖法こそ中絶法を廃止して民法を改正する追い風となると考えた。最初の1条改正案はすでに1995年に、上述の「生命の運動」によって下院に提出されたが、「胚の権利」という文言を含む40号法が成立した後は、さらにその動きが強まった。

#### D. 40号法一部廃止を求める国民投票

こうしてみると、40号法はきわめて制限の多い法律であったが、それはただ厳しいだけでなく、政治的な闘争の中で作られた非常に理念的・イデオロギー的な産物だったといったほうが適当であろう。

たしかにメディアも国民の関心も高かった。しかし、たとえばメディアの取り上げ方は、提供精子・卵子によって誕生した子どもを「孤児の誕生」という見出しで表現したり、スキャンダラスでセンセーショナルな側面を強調することが多かった。国民の側もそうした単純でネガ

ティブな見方や情報に左右されるきらいがあった。またその一方で、冷静になってみると生殖技術法に関する議論は政治的すぎて現実的ではないという声も、筆者は当時からよく耳にした。この法案が審議されている時期、筆者は別の調査で何度かイタリアを訪れたが、そのたびに人々がこの議論に強い関心を示して互いに論争していただけでなく、その中で、子どもができない夫婦の事情はそれぞれに違うのだからこの問題は政治には似つかわしくないという意見を聞いていたのである（宇田川 2005）。その背後には、政治および政治家への不信もあったが、そうした会話の場ではイタリアの家族状況の変化がしばしば言及されていた。イタリアも他の先進国同様、少子化、晩婚化・未婚化や家族の多様化など、家族の実態は大きく変化しており、一般の人々もそのことは身近な問題として十分に認識しており、そこにある種の齟齬を感じ取っていたことは間違いない。

ところで、この40号法が成立するや否や、反対派からこの法律の改正や廃止を求める声上がり、法律成立の翌年2005年に、改正を求めた国民投票が行われた。

イタリアでは、成立した法律及びその一部を廃止する手段の一つとして、国民投票制度がある。国民投票には、まず一定数の有権者の請求署名を集め、憲法裁判所での審議を経て投票実施の可否及び投票項目を決定するという手順が必要である。40号法にかんしても、その成立直後（2004年2月成立、3月10日施行）から署名運動が開始され、全国的な盛り上がりを見せた。その中心になったのは

急進党や、患者サポート団体のルカ・コシオーニ協会である。そして翌年1月には国民投票の実施が決定し、投票で是非を問う項目が、以下の4点に絞られた。

- ㉞ 胚にかんする実験的臨床医学的研究の制限条項（先述の④に相当）
- ㉟ 胚凍結禁止および採取した胚すべてを女性の体内に戻す条項（先述の②に相当）
- ㊱ 「胚の権利」という文言（③に相当）
- ㊲ 第三者からの配偶子提供の禁止条項（①に相当）

このように成立以降1年余りで国民投票にこぎつけたのは異例であり、国民の関心の高さをうかがわせる。しかし2005年6月に行われた結果は、㉞ 廃止賛成89.2%、反対10.8%、㉟ 賛成88.8%、反対11.2%、㊱ 賛成89.9%、反対10.1%、㊲ 賛成78.2%、反対21.8%で、各項いずれも圧倒的に廃止側の勝利だったものの、全体の投票率が25.9%にとどまったため不成立になり、修正はなされなかった。イタリアの国民投票においては、投票率が過半数に満たないと投票自体が不成立となる。ただし今回の投票率の低さは、人々の関心が低かったことを意味するのではなく、この法律の廃止を阻止しようとする教会側や中道右派の勢力が棄権を呼び掛け、最初から不成立を狙う戦略に出たためであった。

また、この国民投票の項目が専門的で、どう回答してよいかためらったための棄権も少なくなかったといわれている。国民投票には、法律全体を廃止する場合と一部廃止の場合とがあるが、40号法にかんしては、すべてを廃止すると以前の「無

法」状況に陥る危険があったため、一部条項の廃止という形が選択された。しかしながらそのことが逆に、専門的な印象を与えてしまったのだという。「廃止」にもかかわらず、投票においては廃止に対して「賛同」票を投じなければいけないことが混乱を生んだとする向きもある。これらを勘案すると積極的な 40 号法支持派は棄権者の 3 割前後であるという調査報告もあり、さらには、ここ数年における他の国民投票も不成立が多く、政治的関心が全般的に低下していることも考慮に入れると、明確な反対派と賛成派はほぼ拮抗していたという見解もある (Mori 2005)。

#### E. 裁判闘争と憲法裁判所の判決

ところでその間、当事者、すなわち治療を受けている患者たちにとって状況は一刻の猶予もなく厳しくなるばかりであった。すでに石原・宇田川の章でも触れたように、40 号法以降、受精卵をすべて体内に戻さざるをえなくなると多胎出産が増え、女性や子どもの健康にとって負担増大が懸念された。また、精子・卵子の提供や着床前診断などイタリアでは受けられない施術を求めて外国のクリニックで出産する「生殖ツーリズム」も増加したが、これは経済的な負担も大きく、医療における格差にもつながっていった。ちなみに生殖ツーリズム記録所 (Osservatorio sul Turismo Procreativo) の統計によれば、2010 年には 4000 組以上 (うち 2700 以上が配偶子提供による治療) が国外で施術 (スペイン、スイス他) を受けたという。

こうした状況の是正にかんして、国民投票運動でも中核となっていたルカ・コシオーニ協会をはじめとする患者やその支持団体は、裁判闘争へと戦術を変えた。彼らは、40 号法で制限されている技術の適用を求めて裁判をおこした患者たちをサポートしながら、個別の訴訟を勝ち取り、さらには憲法裁判所での違憲審査に持ち込むことによって法律の無効化につなげようとしたのである。

たとえば 40 号法成立すぐに深刻な問題として浮かび上がったのは、着床前診断を巡る問題である。体外受精において受精卵をすべて胎内に戻すということは、事実上、着床前診断ができないことを意味していた (もっとも法的には着床前診断自体は可能だったが、それはあくまでも「観察」にとどまり、診断した受精卵はすべて胎内に入れる義務があったので診断の意味はなかった)。しかし、遺伝病の場合、病気の遺伝因子を持つ子どもが生まれる可能性だけでなく、しばしばその遺伝因子を持つ胎児によって母親が流産を繰り返すこともあった。イタリアでは少なからずみられる遺伝病、地中海性貧血も、その一つである。

こうした問題を抱えるカップルたちは、2004 年以降、カタールニャ、カリアリなどで訴訟を起こした。それらは勝敗を繰り返しながらも、この 40 号法の規定の問題点は広く知られるようになり、2008 年、ラツィオ行政裁判所やフィレンツェ地方裁判所からはその違憲性が明確に問われるようになった。そして 2009 年 5 月、憲法裁判所は、女性の健康および胚の健康という意味で、40 号法 14 条 2・3 項(す

なわち胚形成の上限を3個としてすべての生成胚を体内に戻す)は違憲であると宣言し、着床前診断の実質的な適用に道を開いた。その際、判事は、「治療方法に関しては、その具体的な技術の知識を持つ医者に、患者への十分なインフォームド・コンセントを経たうえで、全権を委任すべきである」と述べ、法律が規制すべきではないとも付け加えた。

さらにこの件に関連しては、2015年5月憲法裁判所によって、それまでは補助生殖医療の適用対象者が「不妊」カップルと定義されていたのに対して(40号法1条1・2項、4条)、たとえ妊娠可能であったとしても遺伝病や習慣性流産などによって妊娠・出産が困難なカップルにも適用可能であるという判決が下され、着床前診断の適用範囲が広がった。そして同年10月には、胚のいかなる意味での選択を禁止していた13条の一部も無効とされ、その場合の医者の罰則規定も消滅し、着床前診断・着床前スクリーニングのより効果的な使用が可能になった。

また、第三者からの提供配偶子による医療の禁止にかんしても(4条3項、9条、12条)、やはり数々の裁判を経て、2014年4月に憲法裁判所によって違憲とされた。

こうして現在、40号法にかんして最も障害が大きかったとされていた①と②(無効となった国民投票においては①と②)に関する条項はなくなり、提供配偶子に関しては精子・卵子ともに(胚という形でも)可能になり、着床前診断、着床前スクリーニングも許可され、ようやく生殖技術を有効に用いた治療が可能に

なっている。ちなみに、こうした裁判闘争を率先してサポートしてきたルカ・コシオーニ協会のGallo氏によれば、ここに至るまで総計37の裁判と4回の憲法裁判所での判決を経ているという。また2012年には、ヨーロッパ人権裁判所からも、イタリアの着床前診断の禁止はカップルの権利を侵しているため無効とするという判決(胆嚢線維症の夫婦の訴えに対して)がでていたことも付け加えておく。

## F. 現状の問題点(1): 40号法に残されているもの

以上のような変遷を経て、現在のイタリアの生殖医療をめぐる法制度的な状況は、他のヨーロッパ諸国とも大差ない状態になりつつある。このため、生殖ツーリズムもだいぶ減少したという。また、配偶子提供に関しては、精子のみならず卵子も認められており、ドイツなどの他国に比べると許容度が広い部分すらある。

ところで、このように40号法は現在いわば骨付き状態になっている一方で、再開された医療技術にかんする基準はどうなっているのだろうか。今回、医療機関側や患者サポート団体とのインタビューで、今後新たな法制化を必要と考えているかという質問を行ったところ、これに対しては一様に、現行の40号法で十分であり、新たな法制化は不要であるという回答がなされた。それは、ここ10年の裁判闘争でほぼ障害が取り除かれたばかりでなく、そもそも生殖技術にかんする諸規則は、その技術の発展の速さや社会状況の変化を考えると、制限という形での

法律には向かないという理由も挙げられた。とくにイタリアでは、カトリック教会の影響力という理由もあって、こうした問題はしばしば実態とかけ離れたイデオロギー的な議論になり政局化してしまうため、二度と同じような状況に陥ることは避けたいという。今後は、大枠としては、保健省によって適切なガイドラインを定期的に作っていくことで諸問題に対処していくのが望ましいという考え方が大勢を占めているようである。

しかしながら、このことは現状に問題や課題がないことを意味するものではない。40号法にもいくつか課題は残されているし、また、生殖医療の現場ではいまでも様々な問題が起きている。後者にかんしては、40号法といういわば「回り道」ゆえに生じたといえる問題もある。まずは前者からまとめておく。

### <生殖技術の適用対象>

生殖技術の適用対象者は、2004年の法律成立以降、異性カップルに限定され、現在でも同性カップルおよび独身者は排除されており、この点を問題視する声は少なくない。

この問題は近年、シビル・ユニオン（イタリアの場合は同性カップルに限定）の法制化が議論されてきた過程で、とくに同性カップルへの適用拡大を要求する声が高くなっている。ただし、この法制化の議論が、40号法の制定時と同様、あまりにも家族とは何かという理念的な様相を呈して政局化してしまったため、逆に、この問題への理解が後退してしまっていると指摘する者もいた（Battistini氏）。

たとえばメディアは、同性カップルによる生殖医療の利用という点、すぐに代理懐胎を取りあげて、その商業化などの面を強調するなど、スキャンダラスなものとして報道することが少なくない。

いずれにせよ現状では、同性カップルおよび独身者の場合は、外国での治療となり（スペイン、カナダなどが多いという）、その場合には、帰国後、子どもとの親子関係の認定や登録をめぐる少なからず問題も出てきているという。

### <代理懐胎>

代理懐胎も現行では禁止されている。しかし、Gallo氏によれば、40号法で禁止されているのは、商業化された代理懐胎であって無償のそれについては記述がない。にもかかわらず現在行われているのは、罰則が厳しいことなどによって裁判になることを医療者側が嫌っているためだという（40号法以前は、2000年にローマ地裁でこれを認める判決も出ている）。また、代理懐胎というと商業化のそればかりが報道されているため、無償の代理懐胎という方法もあることが十分に知られていないという。その一方で、代理懐胎に関してはまだ国民的なレベルでの理解が深まっておらず、利他的な精神がもっと醸成される必要があるという指摘もあった（Ferraretti医師）。

さらに代理懐胎の場合、親子関係の認定に際して、出産した女性が子の母、彼女の夫が父と認定される現行の民法との関連をどうするのかという問題も出てくる。

実際、現状では、国外で代理懐胎を行



っているカップル（異性・同性ともに）は、それほどまれではなく、帰国後の親子関係の認定に関して、すでに訴訟が起きている。その際、少なくとも片方の親との生物学的なつながりのある場合には、その親と代理懐胎で生まれた子どもとの間に親子関係が認定され、その親の配偶者とその子どもとの間で養子関係（stepchild）を成立させるという形で親子関係が認定されることもある。ただしその判断は、個々の裁判所・裁判官の裁量によってまちまちであり、統一した見解はなく、混乱を招く危険もある。ゆえに Gallo 氏は、今後本格的な議論が始まった場合には 40 号法では対応できず、新たな法律が必要とされるとして、近々代理懐胎に関する法案を下院に提出予定だと語っていた（ちなみに 3 月 3 日に、「代理懐胎（maternità surrogata、utero in affitto）」ではなく「利他的懐胎（gestazione per altri）」という名称で同法案を提出している）。

### <胚の実験利用>

胚の実験利用にかんしても、現在の 40 号法では禁止されているが、これは、最も大きな課題であるという指摘が多かった（Ferraretti 医師）。それは、余剰胚の問題でもある。

40 号法では、すでに述べたように生命の尊厳という観点から「胚の保護」と題された章が設けられ、その一部（生成胚の上限やそのすべてを体内に戻す）はすでに違憲とされ削除されているが、現在でも胚に対してはある種アンタッチャブルな方針は貫かれている。このため、40

号法以前、そして 2009 年の違憲判決以降に、医療機関で生成され施術されなかった胚（余剰胚）は、現行法ではほぼ永久に保存しておかなければならないことになっている。現在、イタリアでは約 10,000 の胚が凍結保存されており、うち 3,862 個は正式に放棄されたもので、残りは現在治療のため待機中のもののほか、治療者と連絡が取れなくなってしまっているものなども多い。余剰胚の管理は、ミラノに専門の保管センターを作るとされているが、まだ機能しておらず、基本的に各医療機関で管理している。ちなみに他のヨーロッパ諸国では、余剰胚は 5 年をめどに廃棄可能（実験への利用等可能）とされている。

余剰胚の利用に関しては、一つには、健康なものであれば第三者への提供という可能性がある。これは後述のように提供配偶子のドナー不足を抱えているイタリアにとっても、有望な解決方法の一つになる。また、もう一つは、余剰胚の ES 研究への利用である。その利用が禁止されていることは、イタリアの科学界にとって大きなマイナスであるという批判は当初からあり、2005 年の国民投票でも既述のように修正すべき項目の一つ（⑦）とされていた。しかもこうした状況の中、イタリアの ES 研究は、他国から輸入した胚で行っているという歪な実態もある。

この状況のかんがみ、今年 2016 年 3 月、憲法裁判所においてこの点に関する審議もようやく始まるという。それに先立ち、科学者や患者サポート団体らは、そのアピールに向けたシンポジウムを 2 月に開催している。

## G. 現状の問題点（２）：医療現場にて

### <配偶子提供にかかわる規定>

提供配偶子を用いる治療は、イタリアでは 40 号法によって約 10 年間、中断されていた。2014 年 5 月の憲法裁判所の判決による再開後、今では提供配偶子による妊娠出産も次々に報告され、生殖ツーリズムも減少しているという。しかしながら、その一方で、約 10 年間の中断も災いしているのか、配偶子のドナー不足という問題が深刻になっている。

まずイタリアにおける配偶子提供をめぐる規定等について、すでに石原・宇田川の章でも示されているが簡単にまとめておく。その主な内容は以下の通りである。

- 提供配偶子は匿名とされ、親族・知人間での提供は禁止されている。
- クロス・ドネーションは可能。しかし実際にはほとんど行われていない。
- 子どもに対しても提供者の個人情報 は明かされない。
- 提供配偶子の優生学的な意味での選択は禁止。ただし、目や髪の色などの外面的な特徴に関して合致するよう配慮することは可能。
- 提供は無償。交通費などの必要経費のみを支払う。
- 提供者は女性の場合 20 歳から 35 歳、男性の場合 18 歳から 40 歳。
- 提供の際には、十分なインフォームド・コンセントとともに、医療及び心理学的なチェックを行う。
- 同一の配偶子を使った出産は 10 回まで。

○提供配偶子の情報の保管・管理は、提供が行われた各医療機関が行うとともに、その医療情報のみを国立移植センター（Centro Nazionale Trapianti: CNT）で一括管理する。

なお、これらの規定については、明確な法律があるわけではなく、多くは、憲法裁判所の判決を受けて同年 9 月に開催された「州・自治県会議」での通達文書に基づくものである。イタリアでは現在地方分権が進んでいるため（なかでも保健医療体制は州が基本的な主体になっている）、様々な事柄について国と地方自治体間の連携・情報共有を図る必要が出てきており、その方策の一つとしてこの会議が制度化されている。このときも提供配偶子による医療の解禁後の医療体制について国から情報提供がなされるとともに、州共通のガイドラインを設けるためにこの会議が開催された。また、この文書の根拠をなしているのは、配偶子をはじめとする人の細胞等に関する輸出入について定めている EU 委員会指令（2004/23/EC、2006/17/EC、2006/86/EC。そこには配偶子の質や安全、トレーサビリティ、保存や管理についての規定もある）や、それに基づいて発布されたイタリアの行政通達（D.Lgs191/2007、D.Lgs16/2010、D.Lgs85/2012）や保健省大臣通達（2012 年）である。

### <ドナー不足>

ところで、提供配偶子による治療が解禁されてすぐに浮かび上がってきたのが、提供配偶子の不足である。イタリアでは約 10 年間この治療が禁止されていたた

め、当然ながら提供配偶子の蓄積はなかったし、国民の配偶子の提供に関する関心および情報もほとんど皆無という状態であった。患者同士のシェアリング、クロス・ドネーションという方法もあるが、解禁まもないということもあって、いずれもほとんど行われていない。また、余剰胚の利用も選択肢の一つとして可能だが、それは現在禁止されていることはすでに述べた。したがって、その治療に関しては現在のところ精子・卵子ともに他国からの輸入に依存している状況である。スペイン、デンマーク、ギリシャなどからの購入が多く、EU 基準にのっとって輸入が行われているという。とくに卵子の不足は深刻で、Ferraretti 医師は、「現在あるのは生殖ツーリズムではなく、卵子ツーリズムだ」と語っていた。

この状況に対して、国（保健省）は今のところ十分な対応をしていないという批判が多い。提供配偶子治療を解禁した判決時、憲法裁判所は保健省に、次のガイドラインの作成にあたっては提供配偶子にかんしても（そのキャンペーンも含めて）何らかの基準を盛り込むよう求めた。それを受けて同年、提供配偶子にかんするデータ登録センターの設置に関する法律ができた（190 号法）。しかし 2015 年にようやく出された新ガイドラインでは、この登録センターは新規に作るのではなく、既存の国立移植センターで行うとされているだけで、他には提供配偶子による治療にかんする言及はほとんどなく、多くの失望の声が上がったという。このとき保健省大臣は、今後さらなる整備を行うと述べたが、その気配はまだな

い。

一方、民間では、この状況の打開のため、2014 年、患者サポート団体、医師団体らが発起人になって、AIDAGG（Associazione Italiana per la Donazione Altruistica e Gratuita dei Gameti、「利他的無償的配偶子提供の促進協会」という名の、配偶子提供を促進するための全国組織ができた。これは、同会長の Volpini 氏によれば、提供配偶子問題のみならず生殖医療全般の情報提供を行うことを通じて提供の促進を図るとともに、患者や提供者の権利を守り、不妊に悩むカップルの状況を改善していかうとする組織であるという。ほかにも、ボローニャ市主催の「女性から女性へ」というシンポジウム（2016 年 2 月 19 日開催）のように、州などの地方自治体によっては積極的にキャンペーンを行っているところもあるが、財源不足などの理由もあって低調だという。

こうした実態の打開について、医療関係者や患者団体らは、まずは促進キャンペーンを全国的に行う必要性を強く主張している。不足の背景には、第一に、国民的な次元での情報不足や誤解（たとえば匿名であることを知らない者も多いという）があると考えられるためである。そして、もう一つ、無償提供という原則も再検討すべきであるという意見も聞かれた（Ferraretti 医師、Aiello 氏）。既述のように現在、提供者は、提供にかかる経費（医療費、交通費、仕事を休む場合にはその補填など）だけが支払われる。ただし、若干の報酬をもうけている国は少なくなく、イタリアでも若干の金

銭か、その後の医療機関での無料健康チェックの権利などの形での報酬を可能にすることは、提供者の増加にとって有効ではないかという意見である。

また、その提案の一つには、ソーシャル・エッグ・フリージングの活用も上がっていた。ソーシャル・エッグ・フリージングはイタリアでも可能である。ほとんど知られていないので活用している女性は少ないが、1回の施術あたり2000～3000ユーロ、保存管理は1年あたり100～300ユーロくらいである（実際の費用は各医療機関によって異なる。ちなみ癌などの病気のためのエッグ・フリージングは、すべて保険が適用され無料）。この提案は、ソーシャル・フリージングを希望する女性に、その卵子の一部をドネーションする代わりに、フリージングの費用を無料あるいは少額にしようというものである。この方策のメリットは、ただドナーを増やすということだけでなく、シェアリングなどの場合よりも、より年齢の低い女性の卵子を得られる可能性が高いこと（出産につながる可能性が高いのは当然ながら若い配偶子だが、生殖医療を開始した段階で女性の年齢はすでに高くなっているため）、また、初婚年齢や初産年齢が高くなっている昨今、若い女性にソーシャル・エッグ・フリージングをすすめることによって将来の出産可能性を高めることにもつながると期待されている。ただしVolpini氏によれば、そこには若干の危険もあるという。ソーシャル・フリージングの際に卵子を提供した女性が、後にすべての医療に失敗した場合、かつて行

った卵子提供を後悔したり、その卵子によって誕生した子どもを探し出そうとすることも十分に考えられるからである。そのためにも、十分な情報提供のほか、提供希望者に対する十分なカウンセリング等が必要になっていくという。

### <地域格差>

ところで今回のインタビューでは、イタリアの生殖医療の現場における最大の問題点は、地域格差であるという指摘も少なくなかった。すでに述べたようにイタリアでは地方分権化が1990年代後半以降から急激に進んでおり、なかでも保健・社会保障の分野では州の裁量権が非常に大きくなっている。現在、保健支出の割り当てに関する権限は州政府に移され、国の保健省が定める「必要不可欠な医療サービス (LEA; Livelli essenziali di assistenza)」も州政府に移管されている。このため生殖医療に関しても、前項で触れた「州、県会議」にて基本線の共有が図られたとしても、州によって事実上の保健適用可能な技術や治療費は異なってくる。その違いには、主として財源の多少や、生殖医療を医療全体の中でどう位置付けるかという州の方針が関与している。

たとえば治療対象者の年齢は、40号法では「妊娠可能年齢」とされ、数的に制限されているわけではないが、実際にはほとんどの州で年齢制限が課されている。多くは女性の上限を43歳としているが、ほかにも41歳、42歳、50歳（ベネト州）、さらにはロンバルディア、アブルツォ、カンパーニャ州では設定を設け

ていない。たしかに年齢が高くなれば治療は難しくなるが、個人差を考えると、一律に年齢制限を課すことは治療の権利を奪うことになり、その意味では違憲であると Gallo 氏は指摘した。制限の背景にあるのは、もちろん財源不足である。

また治療費も州ごとに異なる。生殖医療は上記の LEA に含まれておらず、いわゆる優先順位が相対的に低い医療なので、各州の裁量幅はあっというまに大きくなる傾向がある。たとえば無料の範囲は、人工授精の場合、どの州でも 3 周期までだが、体外受精の場合は、ほとんどの州でやはり 3 周期までとなっているが、ロンバルディア、プーリア、サルデーニャでは無制限である。さらには、ロンバルディア州では、提供配偶子による治療解禁後も、その治療方法に保険を適用しないという方針をとっており（州政府が提供配偶子による家族は認めないという方針をとっているため）、是正勧告を受けている。

ところで保険適用は公的な医療機関（あるいは契約を結んでいる民間医療機関。以降、委託機関）に限られており、民間医療機関では患者はすべての支払いをしなければならない。このため、公的機関での受診を望む者が多いが、多くの場合、予約が満杯で 1 年待ちなどの状況が少なくなく、やむなく民間医療機関や、比較的余裕のある他の州の公的医療機関などで治療を受ける者も多い。

そもそも医療機関の数そのものにも、地域による格差が存在している。イタリアには 2014 年現在、362 の生殖医療機関（うち 162 は人工授精のみ）、このうち 136 が公的機関および委託機関である。

しかし、その分布には偏りが大きく、表 1・2 にあるように、たとえばカラブリア、ヴァッレ・ダオスタ、ウンブリア、トレントでは公的機関は一つのみであり、モリーゼにいたっては民間機関も含めて存在しない（ただしモリーゼでは 2016 年 1 月末には 2 つの民間医療機関が開かれた）。概して南部の地方では、民間機関を含めて生殖医療を受けられる機関自体が少ない傾向にある。これに対して、やはり人口が集中する都市部を抱えるピエモンテ、ロンバルディア、ヴェネト、エミリア・ロマーニャ、トスカーナ、ラツィオ、カンパーニャ、シチリアでは、公・民いずれも数が多い。このため、交通費等、多少の費用がかさんでも他の州に向いて治療する患者が増え、たとえばトスカーナでは 70 パーセント以上が、他州からの患者であるという。なお、他州での治療であっても公的機関のそれであれば保険が適用されるが、最近、カラブリア、バジリカータなどの州が財源不足を理由にその適用を中止した。また、国外の治療にかんしても EU 内での登録医療機関における治療であれば、同様に保険適用とされることになったが、やはりこれについても、実際にそれが可能か否かは州がそれを認めるかどうかによるという。

こうした地域格差は、患者たちが平等に治療にアクセスする権利を妨げるものになり、違憲であると、Gallo 氏は述べている。実際、EU からもこうした地域格差を是正するよう勧告をうけている。裁判になる可能性も高いともいう（Scaravelli 氏）。また、この地域格差の

背景には、先述のように、生殖医療が国の規定する「必要不可欠な医療サービス (LEA)」のリスト内に入っていないことがある。このため州毎の判断に依拠することが多くなり、財源（または方針）によっては周縁的な位置づけになってくることも少なくないのである。国は不妊を「病気ではない」としている。しかし WHO では明確に「病気」とみなされている。このためルカ・コシオーニ協会では、イタリア政府もその方針に従い、地域差をなくし、誰もが地元で治療を受けられる医療体制を作るべきだという提案を何度も行ってきている (Gallo 氏)。

#### <カウンセリング>

現在イタリアにおける生殖技術による出産は、2014 年時のデータによれば 12,658 件で、全出産の 2.5%にあたる。また、同年に生殖医療を受けた患者数は 70,589 であり、生殖医療には至らなくても何らかの不妊治療を受けている者は当然さらに多くなる。このことは、もはや不妊治療、生殖医療が稀なものではないことを示している。

しかしその一方で、患者側は、不妊治療を恥と考え、治療を受けていることを隠す傾向がいまだに強いという (Aiello 氏)。十分な情報もなく、孤立してしまうことも少なくない。また、生殖医療を放棄した理由に関するローマ大学の調査によれば、生殖医療を受けたカップルのうち 45%が中断をしており、その最大の理由は、失敗の回数や治療期間の長さなどではなく、失敗などの治療過程にかんして十分な説明を受け、それに納得してい

るか否かという点にあったことも興味深い (Volpini 氏も関与している調査。調査結果は現在執筆中)。患者たちに十分な医療情報を提供するとともに、心理的なサポートをしていくことが、生殖医療にとっては極めて重要なのである。

制度的には、患者への適切な情報提供、カウンセリングは必須とされている。たとえば、生殖医療を受ける際には、治療開始時に、医者から養子・里親という他の選択肢があることを伝えるとともに（ただし養子は、国内・国外どちらであっても時間、費用、官僚的な書類作業が非常に多くかかり、さらに数も少なく現実的ではない）、治療にかかわる情報（選択肢やネガティブな側面も含む）も十分に開示し、インフォームド・コンセントをとることが、40 号法の 6 条に明記されている。また、そうした医療に直接かわる情報提供だけでなく、精神的なサポートも必要であり、前出の「州、県会議」では、すべての医療機関に心理学的なカウンセラーを置かなければならないとされた。とくに提供配偶子による治療では、夫と妻の間に意識の違いのあることが多いという。また配偶子の提供希望者に対しても、その動機等にかんするカウンセリングが必要とされている。

しかし実態は、まだ不十分である。カウンセラーの数が少なく、すべての機関に配置できていないし、カウンセリングの内容・仕方にかんする適切なガイドラインもない。このため現在、ESHRE のガイドラインを基に、イタリア独自の生殖医療の現場に特化したガイドライン作りが AIDAGG を中心に進められている。

今年、この問題に関する心理学者の会議がひられる予定である。AIDAGG 会長の Volpini 氏は、そもそも心理学の分野でもこの問題への関心はまだ低く、この会議がその関心を高め、カウンセラー養成へとつながればよいとも語っていた。

また、こうした状況をなんとか打開しようとして、これまでの経験をもとにすでにカウンセラー養成を試みている事例もあった。それは、ボローニャの患者支援団体ウン・バンビーノ協会の会長 Aiello 氏が立ち上げた 6 日間の養成コースであり、今年 2 年目になる。Aiello 氏は長年、自らも生殖医療によって 2 児をもうけた体験に基づき、多くの患者の相談を受け、ボローニャの病院にてカウンセラーも務めてきた。その経験から、患者にとっては、医者やソーシャルワーカーだけでなく、彼らの提供する情報を易しくかみ砕きながら、患者の悩みに寄り添って決断を助けるカウンセラーが必須であると痛感したという。生殖医療の現場でのカウンセラーは、たんなる心理学的な素養だけでなく、医学的知識や法制度的知識に通じていなければならないことは、Volpini 氏も指摘している。Aiello 氏の養成コースでも、心理学者のみならず、産婦人科の医師、生殖医療にかかわる弁護士などが講師を務め、イタリア中から 20 名ほどの受講者が毎年集まっているという。

さらに将来的には、生殖医療後のケアにおけるカウンセリングも必要とされるだろうという Volpini 氏の話も印象的だった。それはとくに、子どもに「オリジン」を告げる局面においてである（なお、

提供配偶子は匿名なので、ここでの「オリジン」とはドナーについてではなく、どのように生まれたか、つまり生殖技術によって生まれたことについて知ること）。Volpini 氏は、子どもが就学する前に、生殖医療によって生まれたこと、提供配偶子による出産であればそのことも含めて伝えたほうがよいと考えるが、なかなか難しいという。それをサポートするためには、病院のカウンセラーだけでなく、親や子どもたちが気軽に訪れることのできる地域のカウンセラーの協力体制を構築する必要があるとのことだった。現在、わずかではあるが、子どもに生殖医療がお父さんとお母さんの愛情のたまものであることを読み聞かせるための絵本（たとえば、フィレンツェのカウンセラー・グループによる『コウノトリ、キャベツ、試験管（Cicogne, Cavoli, Provette）』）が作成されるなどの試みもすでに始まっている。

## H. むすび：新たな問題は出てくるのか

さてこれまで、イタリアの生殖医療に関してここ数十年にわたる変遷と、現状の問題点を見てきた。そこからは、この数十年間のイタリアの生殖医療は、40 号法の制定と修正に振り回されてきたことが浮かび上がってきたに違いない。石原・宇田川の章でも指摘されているようにイタリアは法制化の遅れた国の一つである。しかしその「遅れ」を生かすことはできず、むしろより大きな回り道をしてしまった。では、なぜそういうことになってしまったのか、また、その後 10 年ほどでなぜ大きな修正がなされたのだ

ろうか。

すでに述べたように、生殖技術医療の導入・進展は、それぞれの国において家族のあり方があらためて意識化される契機となる。とくにその技術に何らかの基準を設けようとする際には、必ずや、家族とは何かという議論を惹起する。40号法は、まさにそうした家族観の闘争の場であったし、その厳格な性格は、家族を重視するイタリア文化に即したものであり、カトリックの理念に基づくものという評価を国内外から受けていた。しかしながら、そうした「イタリア的」「カトリック的」という説明は、あまりにも物事を単純化しすぎるきらいがある。

実際、もしそうであれば、40号法がわずか10年後に大きく形を変えてしまったということは、その間に彼らの家族観が大きく変容したことを意味していることになる。たしかに近年イタリアでも、晩婚化、少子化、同棲や婚外子の増加、離婚の増加などが起こっており、彼らの家族のあり方は（他のヨーロッパに比べれば遅まきながら）大きく変化し多様化している。同性カップルの認知度も高まり、2016年2月にはシビル・ユニオン法案が上院を通過した（修正がなされたので5月下院で採決）。また、カトリック教会でもここ数年、家族問題をテーマとする司教会議が開かれ、離婚者や同性愛者の聖体拝領を許可するか否かという議論が始まっている。こうした家族や親子関係の実態の変化が、40号法の変化（の許容）につながっていることは否定できないが、その一方で、この変化はここ10年間で急に始まったものではない。

すでに本論の中で述べたように、一般の人々は、こうした審議の過程で政治家たちが語っている家族像と自分たちの身近な生活における家族の実態との間に大きな齟齬があることを感じていた。いわば理念・イデオロギーとしての家族と、生活実態としての家族との違いであり、当時、人々はすでに多様化する家族の中で生活をしていたのである。また、そのためか、審議の初期段階においては、より多様な家族像が念頭に置かれていた。にもかかわらず最終的に40号法に行きついてしまったのは、審議期間が長くなるにつれ、さまざまな家族像が激しく争い合い、それぞれの差異が先鋭化・単純化し、イデオロギー化していったためであると考えられる。それは、けっして実態としてのイタリアの家族を反映したのではなく、きわめて政治化された家族像であった。こうした家族像にもとづく40号法が、生殖医療の現場となじまず、むしろ大きな問題を生じさせ、早々に修正せざるをえなくなったことも当然といえるに違いない。

では今後、イタリアの生殖医療はどのような道を歩んでいくのだろうか。すでに見たようにいまだ多くの問題を抱えてはいるが、これまでの反省もあって安易な法規制は行わずにガイドライン等で対処しながらの医療が進められている。その方針の是非についての判断には、いわば正常化が間もないため時間を要するだろう。ただし、その間新たな問題が出てくる可能性についても、一つだけ、最後に指摘しておく。それは、提供配偶子によって誕生した子どもの出自を知る権利



についてである。

現在、この問題はイタリアではほとんど話題になっていない。提供配偶子はすべて匿名とされ、この点については今回のインタビュー調査でも異論や見直しの必要性について指摘する声は聴かれなかった。たしかにイタリアでもこの問題に関する議論がなかったわけではない。2011年には国家倫理委員会（Comitato Nazionale per la Bioetica）が、「第三者配偶子利用の生殖医療における生物学的オリジンを知ること」というタイトルのレポートを出している。2015年には保健大臣が、この問題はこれまで本格的に議論されてこなかったものの、今後重要なテーマになるかもしれないということ、そして、個人的な見解として、子どもが25歳以上になった場合（特別養子の例に倣って）に出自を知ることができるようにすべきであるという発言をしている。ただし、今回のインタビューではこれらの発言については、いずれも第三者配偶子医療を認めたくないがためにその治療をいわば妨害するための発言だという見方が大勢を占めていた（当時の国家倫理委員会は教会派が強かった）。その正確な意図は今回の調査では確かめられなかったが、イタリアでは総体的に深刻な問題としてとらえられていないことは確かである。しかも、「オリジン」という言葉で「出自」ではなく、生まれた方法（生殖医療か否か等々）を意味することがあることもすでに述べた。イタリアにおける親子関係と生物学的関係との関連については、さらなる考察が必要とされるかもしれない。

しかし世界的に見ると、提供配偶子にかんしては匿名から非匿名へと基準を変える国が出てきている。今後も増えていくかもしれない。現在イタリアではすでに見たように提供配偶子は他国からの輸入に頼っているし、そもそも生殖医療についての情報や基準はますますグローバル化している。一般の人々でも簡単に諸外国の情報や技術にアクセスすることができるようになってきている。そうしたなか、イタリア一国の基準はどこまで通用するのか、それは多様化であり選択可能性なのか、あるいは、それは親子関係・家族についての考え方の文化的違いなのか、今後の推移を注視していく必要があるだろう。それは、いまだ明確な法律を持たない日本における生殖医療にとっても興味深い事例となるに違いない。

#### <謝辞>

本報告の内容は、主に2016年2月1日から13日にイタリアで行ったインタビュー調査および文献調査に基づくものである。インタビューにご協力いただいたローマの Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita の Giulia Scaravelli 博士および同僚の皆さん、Associazione Luca Coscioni の Filomena Gallo 弁護士、Associazione Italiana per la Donazione Alturistica e Gratuita dei Gameti の Laura Volpini 博士、そしてボローニャの UnBambino の Angelo Aiello 博士、Patrizia Battistini 博士、S.I.S.Me.R の Anna Pia Ferraretti 博士に深く感謝する。

<参考文献>

- ・秋葉悦子 2004 「イタリアの『生命補助医療に関する法律』(2004年2月19日の法律第40号): ヒト胚の人格と法的主体性の承認」、『社会と倫理』第17号、77-84頁。
- ・Baldi, Brunella 2011 *Cicogne, cavoli, Provette*. Principi & Principi.
- ・Baldini, Gianni 1999 *Tecnologie riproduttive e problemi giuridici*. Giappichelli.
- ・Boccia, Maria Luisa & Garzia Zuffa 1998 *L'eclissi della madre: Fecondazione artificiale, tecniche, fantasie e norme*. Pratiche editrice.
- ・Bonaccorsp, Monica M. E. 2009 *Conceiving Kinship: Assisted Conception, Procreation and Family in Southern Europe*, Berghern Books.
- ・Cassano, Giuseppe 2000 *Le nuove frontiere del diritto di famiglia*. Giuffrè.
- ・Ferrando, Glida 1999 *Libertà, responsabilità e procreazione*. Giuffrè.
- ・Finzi, Silvia Vegetti 1997 *Volere un figlio: La nuova materenità fra natura e scienza*, Mondadori.
- ・Flamigni, Carlo 2011 *La procreazione assistita, 2ed.*, Il Mulino.
- ・Flamigni, Carlo & Maurizio Mori 2005 *La legge sulla fecondazione assistita: Paradigmi a confronto*. Il Saggiatore.
- ・Gallo, Filomena & Chiara Lalli 2013 *Il legislatore cieco: I paradossi della legge 40 sulla fecondazione assistita*.

EIR.

- ・Lapertosa, Adele 2015 *Il bambino possibile: Guida alla fecondazione artificiale*. Il Pensiero Scientifico.
- ・Mori, Maurizio 1995 *La fecondazione artificiale*. Laterza.
- ・Mori, Maurizio ed. 2005 “Prime Riflessioni sul Referendum sulla Procreazione Assistita”, *Bioetica*, 13(3), 17-122.
- ・Osservatorio sul Turismo Procreativo 2012 “Ricerca2010: Eterologa: la fuga all'estero”, <http://www.osservatorioturismoprocreativo.it/>
- ・RPMA 2015 *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento Stato di Attuazione della Legge Contenente Norme in Materia di Procreazione Medicalmente Assistita*. Ministero della Salute.
- ・Sgreccia, Elio 2011 “Bioetica cattolica e bioetica laica: A proposito dei “paradigmi””, *Bioetica* 19(2),27-33.
- ・Stazione, Pasquale & Giovanni Sciancalepore 2004 *Procreazione assistita: Commento alla legge 19 febbraio 2004, n.40*. Giuffrè.
- ・宇田川妙子 2005 「イタリアの生殖医療の法制化にみる『生-権力』」、上杉富之編『現代生殖医療：社会科学からのアプローチ』世界思想社、159-180頁。
- ・宇田川妙子 2009 「人の断片化か、新たな関係性か:イタリアの生殖技術論争の事例から」、Kyoto Working Papers on Area Studies No.75(G-COE Series 72)

『生のつながりへの想像力 2』、京都大学東南アジア研究所 21。

・ Zanetta, Anna Laura 2008 *Le nuove Famiglie*, 3a edizione. Il Mulino.

Region and Geographical Area	Total	Type of Service					
		Public		Private covered by NHS		Private	
		N	%	N	%	N	%
Piemonte	16	8	50,0	0	0	8	50,0
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	37	7	18,9	1	2,7	29	78,4
Liguria	7	2	28,6	0	0	5	71,4
<b>Northwest</b>	<b>60</b>	<b>17</b>	<b>28,3</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>	<b>42</b>	<b>70,0</b>
P.A. Bolzano	3	3	100,0	0	0	0	0
P.A. Trento	0	0	0	0	0	0	0
Veneto	15	5	33,3	1	6,7	9	60,0
Friuli Venezia Giulia	2	1	50,0	0	0	1	50,0
Emilia Romagna	8	4	50,0	0	0	4	50,0
<b>Northeast</b>	<b>28</b>	<b>13</b>	<b>46,4</b>	<b>1</b>	<b>3,6</b>	<b>14</b>	<b>50,0</b>
Toscana	8	3	37,5	0	0	5	62,5
Umbria	0	0	0	0	0	0	0
Marche	3	0	0	0	0	3	100,0
Lazio	20	1	5,0	1	5,0	18	90,0
<b>Central</b>	<b>31</b>	<b>4</b>	<b>12,9</b>	<b>1</b>	<b>3,2</b>	<b>26</b>	<b>83,9</b>
Abruzzo	1	1	100,0	0	0	0	0
Molise	0	0	0	0	0	0	0
Campania	17	2	11,8	0	0	15	88,2
Puglia	2	0	0,0	0	0	2	100,0
Basilicata	1	1	100,0	0	0	0	0
Calabria	5	1	20,0	0	0	4	80,0
Sicilia	17	1	5,9	0	0	16	94,1
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0
<b>South and Islands</b>	<b>43</b>	<b>6</b>	<b>14,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>37</b>	<b>86,0</b>
<b>Italy</b>	<b>162</b>	<b>40</b>	<b>24,7</b>	<b>3</b>	<b>1,85</b>	<b>119</b>	<b>73,5</b>

【表 1】 州ごとの生殖医療機関数（人工授精のみ）。2014 年  
（いずれも RPMA による資料 *Executive Summary: Monitoring the Activity and Outcomes of Italian ART Centers* より）

Region and Geographical Area	Total	Type of Service					
		Public		Private covered by NHS		Private	
		N	%	N	%	N	%
Piemonte	10	3	30,0	1	10,0	6	60,0
Valle d'Aosta	1	1	100	0	0	0	0
Lombardia	25	13	52,0	9	36,0	3	12,0
Liguria	2	2	100	0	0	0	0,0
<b>Northwest</b>	<b>38</b>	<b>19</b>	<b>50,0</b>	<b>10</b>	<b>26,3</b>	<b>9</b>	<b>23,7</b>
P.A. Bolzano	2	1	50,0	0	0	1	50,0
P.A. Trento	1	1	100	0	0	0	0
Veneto	20	8	40,0	0	0,0	12	60,0
Friuli Venezia Giulia	3	2	66,7	1	33,3	0	0
Emilia Romagna	13	6	46,2	0	0	7	53,8
<b>Northeast</b>	<b>39</b>	<b>18</b>	<b>46,2</b>	<b>1</b>	<b>2,6</b>	<b>20</b>	<b>51,3</b>
Toscana	14	4	28,6	6	42,9	4	28,6
Umbria	2	1	50,0	0	0	1	50,0
Marche	3	2	66,7	0	0	1	33,3
Lazio	30	6	20,0	2	6,7	22	73,3
<b>Central</b>	<b>49</b>	<b>13</b>	<b>26,5</b>	<b>8</b>	<b>16,3</b>	<b>28</b>	<b>57,1</b>
Abruzzo	4	2	50,0	0	0	2	50,0
Molise	0	0	0	0	0	0	0
Campania	27	8	29,6	0	0	19	70,4
Puglia	12	3	25,0	0	0	9	75,0
Basilicata	1	1	100	0	0	0	0
Calabria	4	0	0,0	0	0	4	100
Sicilia	23	7	30,4	0	0	16	69,6
Sardegna	3	3	100	0	0	0	0
<b>South and Islands</b>	<b>74</b>	<b>24</b>	<b>32,4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>50</b>	<b>67,6</b>
<b>Italy</b>	<b>200</b>	<b>74</b>	<b>37,0</b>	<b>19</b>	<b>9,5</b>	<b>107</b>	<b>53,5</b>

【表 2】 州ごとの生殖医療機関数（体外受精含む）。2014 年

平成 27 年度厚生労働省 子ども・子育て支援推進調査研究事業  
「諸外国の生殖補助医療における法規制の時代的変遷に関する研究」  
事業報告書

ニュージーランドにおける生殖補助医療法制の展開とその運用実態

梅澤 彩

熊本大学大学院法曹養成研究科

ニュージーランドでは、1983年に公表された体外受精児の出生を契機として、生殖補助医療法制の構築に向けての議論が活発化した。その後、1987年には、子の法的地位を規律する「1969年子の法的地位に関する法律」(Status of Children Act 1969)の修正法である「1987年子の法的地位に関する修正法」(Status of Children Amendment Act 1987)が成立、同法において初めて生殖補助医療による親子関係が規定された。しかし、前記修正法は、「伝統的家族」、すなわち、ヘテロセクシャルのカップルによる生殖補助医療を前提としており、代理懐胎に関する法規制もなかったため、1990年以降、生殖補助医療による子の親子関係の成立やその効果(扶養、面会交流)をめぐる紛争が裁判所に持ち込まれることとなった。

このような社会の実態を背景として、政府関係者や研究者らにより公表された生殖補助医療法制に関する調査・報告書に対する検討を経て、1996年に「2004年人の生殖補助技術法」(Human Assisted Reproductive Technology Act 2004)の法案が提出された。同法は、法案提出から約8年という長い月日を経て成立したものであるが、生殖補助医療における関係当事者(配偶子提供者・被提供者・生殖補助医療による子)の個人情報の共有および面会交流を保障するものとなっており、その立法過程と展開は、日本における法政策を検討する際の示唆となりうるものである(なお、代理母・代理懐胎による子・依頼者夫婦間の情報共有および面会交流については、養子縁組法制で対応している)。

昨年度は、主として上記生殖補助医療関連法制に係る文献調査を行った。そこで、今年度は、前記生殖補助医療法制の展開とその運用実態について現地調査を行った。具体的には、前記関連法制の策定過程に関与した政府関係者および研究者、前記関連法制に基づき生殖補助医療を実施しているクリニックのカウンセラーにインタビュー調査を行った。本研究ではとくに、生殖補助医療法制と養子縁組法制の関係、生殖補助医療当事者間の個人情報の共有と面会交流に焦点を当て、これに関する法制策とその運用実態を調査した。

ニュージーランドでは、日本とは異なり、国内養子縁組の対象となりうる子が少なく、国際養子が一般的であるため、養子縁組へのハードルが高い。さらに、生殖補助医療は医療制度上の問題、養子縁組制度は社会福祉制度上の問題との認識が強く、前記両制度が相互に与える影響は少ないことが明らかとなった。しかしながら、胚提供による生殖補助医療、生殖補助医療当事者間の情報共有および面会交流の実施に際しては、長年にわたる養子縁組の実践が活用されており、これらの点は日本における生殖補助医療を検討する際の一助になるものと思われる。

平成 27 年度厚生労働省 子ども・子育て支援推進調査研究事業  
「諸外国の生殖補助医療における法規制の時代的変遷に関する研究」

ニュージーランドにおける生殖補助医療法制の展開とその運用実態

事業担当者 梅澤 彩 熊本大学准教授

(研究要旨) 本研究では、生殖補助医療法制と養子縁組法制の関係、生殖補助医療当事者間（提供者・被提供者・代理母・依頼者夫婦・生殖補助医療による子）の個人情報の共有と面会交流に焦点を当て、関連する法制策とその運用実態を調査した。

ニュージーランドでは、日本とは異なり、国内養子縁組の対象となりうる子が少なく、国際養子縁組が一般的であるため、養子縁組へのハードルが高い。さらに、生殖補助医療は医療制度上の問題、養子縁組制度は社会福祉制度上のものとの認識が強く、前記両制度が相互に与える影響は少ないことが明らかとなった。しかしながら、胚提供による生殖補助医療、生殖補助医療当事者間の情報共有および面会交流の実施に際しては、長年にわたる養子縁組の実践が活用されており、これらの点は日本における生殖補助医療法制を検討する際の一助となるものと思われる。

はじめに

(1) 調査概要

昨年度の調査では、主として文献による調査を行い、ニュージーランドの生殖補助医療関連法制と第三者が関わる生殖補助医療の現状について、子の法的地位（親子関係および出自を知る権利）に重点をおいて報告した。

そこで、今年度は、前記関連法制の展開とその運用実態を把握すべく、実地調査を行った。インタビュー調査の対象は、前記関連法制の策定過程に関

与した保健省 (Ministry of Health) の Phil Knipe 氏 (Chief Legal Advisor, Health Legal)、同 Martin Kennedy 氏 (Senior Policy Analyst) およびソーシャルワークを専門とするカンタベリー大学 (University of Canterbury) の Ken Daniels 教授、前記関連法制に基づき生殖補助医療を実施しているクリニック Fertility Associates のカウンセラー Winnie Duggan 氏、Margaret Stanley-Hunt 氏である。

## (2) 家族法概説

生殖補助医療は、一般的な医療とは異なり、新しい命を誕生させ、新しい家族を形成する医療である。このため、生殖補助医療関連法制とその運用実態を理解するためには、家族法についても理解しておく必要がある。ニュージーランドの家族法に関しては、昨年度の報告書に詳述しているので、そちらを参照されたいが、日本の家族法とは大きく異なるため、以下、概要を整理する。

まず、カップルの在り方について、同国では、婚姻のほか、デ・ファクト (de facto)、シビル・ユニオン (civil union) が認められており、いずれの関係においても同性・異性カップルによる関係締結が認められている。次に、実親子関係については、日本の嫡出推定制度に相当するものはあるものの、嫡出子・非嫡出子の差別は撤廃されている。日本の親権制度に相当するものとして後見人 (guardian) 制度がある。後見人には、血縁関係を有する父母 (natural guardian) のほか、一定の要件を満たす父母の再婚相手等に認められる追加後見人 (additional guardian)、遺言による後見人等がある。すなわち、ニュージーランドでは、分娩者＝母ルールで決定される法的母子関係の他に、母のパートナーである男性または女性に加え、関係当事者

の意思および裁判所の判断により決定される後見人が複数生じる可能性を認めている。

その他、養親子関係について、同国の養子縁組制度は、オープンアダプションであり、養子の実親、養子、養親は相互に情報を共有し、面会交流することが「1985年成人養子縁組情報法」(Adult Adoption Information Act 1985) (以下、養子情報法という) 法により保障されている。

## I 生殖補助医療法制の展開

A 「2004年人の生殖補助技術法」(Human Assisted Reproductive Technology Act 2004)

### (1) 立法過程

「2004年人の生殖補助技術法」(Human Assisted Reproductive Technology Act 2004、以下、HART Actという) は、1983年にオークランドのNational Women's Hospitalで実施されたIVF (In vitro Fertilization: IVF、以下、IVFという) の公表を契機とする。IVFによる子の出生を受け、

ニュージーランド法曹協会 (New Zealand Law Society)、MCNZ (Medical Council of New Zealand) 等、医学・法学をはじめとする関連領域の専門家および関係当事者から、政府に対し、配偶子提供・代理懐胎を含む生殖補助医療の在り方等に関する検討委員会

の設置が要請された。

これを受け、政府は、1985年に"New Birth Technologies: An Issues Paper on AID, IVF and Surrogate Motherhood"と題する報告書をまとめたが、これは生殖補助医療における法的親子関係を主たる問題として、法務省の法改正部門に所属する弁護士らを中心に作成されたものであった。このため、生殖補助医療に関する社会の実態やこれに対する政策の在り方が検討されたものではなかった。前記報告書に関するパブリックコメントの募集に対しては、市民らにより、160件を超える意見が出された。政府は、生殖補助医療に関する情報の管理および監視、関連省庁の大臣の諮問機関として、IMCART (Interdepartmental Monitoring Committee on Assisted Reproductive Technology) を設置、調査を継続した。この間、法制度の構築に向けて、様々な関連団体が議論を展開していた。

その後、1987年には、「1969年子の法的地位に関する法律」(Status of Children Act 1969)の修正法である「1987年子の法的地位に関する修正法」(Status of Children Amendment Act 1987)が成立し、生殖補助医療による子の親子関係に関する規定が盛り込まれたが、ここでは、「伝統的な家族」(ヘテロセクシャルのカップル

による生殖補助医療の実施)が前提とされており、「非伝統的な家族」に係る問題には対応できていなかった。

前記のような法の欠陥を背景に、1990年以降、生殖補助医療による子の親子関係の成立やその効果(扶養、面会交流)をめぐる紛争が裁判所に持ち込まれた。たとえば、N v N [1990] NZFLR188は、第三者の精子提供を伴う人工授精(Donor Insemination: DI、以下、DIという)による子の面会交流および養育費の支払いにつき離婚した父母が争った事案、[Re P(adoption: surrogacy) [1990] NZFLR385]は、ヘテロセクシャルのカップルが実施した代理懐胎について、法的親子関係の確立方法が争われた事案である。この事案では、代理懐胎契約の依頼者と代理母との間で紛争が生じたのではなく、代理懐胎に関する親子関係法制の不存在が問題となった(以降、HART Act成立までに裁判所で争われた事例は、ホモセクシュアルのカップルの事例を含め12件に上る)。

このような社会の実態を背景に、各関連団体からは、生殖補助医療関連法制の検討に際し、医師・弁護士・カウンセラー等の参加が要請されたが、政府はこれを拒否、生殖補助医療関連法制の構築は政策の問題ではなく、法改正の問題であるとしてきた。

その後、1994年に、ビクトリア大学



の Bill Atkin 教授とオークランド大学の Paparangi Reid 准教授により、"Assisted human reproduction : navigating our future"と題された報告書が公表された。同報告書では、一般市民の意見が盛り込まれたほか、マオリ出身の Paparangi 氏が関与することで、血族（血縁）意識の強いマオリの意見が反映されることとなった。

同報告書では、生殖補助医療関係当事者の個人情報の開示に言及していたが、Ken Daniels 教授によると、医療実務の場においては、前記養子情報法に基づく養子縁組の実践を踏まえ、生殖補助医療の関係当事者に個人情報へのアクセスおよび面会交流を認めるのは当然であるとの認識が広がっていたことから、大きな反発はなかったという。

また、ニュージーランドでは、婚姻夫婦のみならず、単身者、異性または同性のカップルが生殖補助医療を利用することが可能であるが、Ken Daniels 教授および Phil Knipe 氏によると、これについては、「1990年ニュージーランド権利章典法」（New Zealand Bill of Rights Act 1990）（以下、権利章典法という）、「1993年人権法」（Human Rights Act 1993）（以下、人権法という）により、性・性的指向等に基づく差別は禁止されていることから、利用者資格に関する議論は殆

どなかったという。

ニュージーランドは、イギリスと同様に成文憲法をもたないため、生殖補助医療の利用資格者が問題となる場面においては、前記制定法が根拠法とされるのである。なお、権利章典法と人権法は車の両輪のような関係にあり、前者は国家および国家組織に対する市民の権利を定め、後者は、その詳細を規定するものである。

また、Phil Knipe 氏によると、生殖補助医療の実施に際し、依頼者がカップルの場合、その関係が不安定であるか（破綻しやすいものであるか）否かについては、重要な考慮事項であるが、利用者の「性・性的指向」は、「当事者の関係の不安定さ」と因果化関係を有するものではないことから、婚姻形態・性・性的指向に基づく利用者資格の制限という議論にはならなかったという（なお、生殖補助医療の利用者資格は、制定法で明文化されているのではなく、政策決定による）。

上述のように、生殖補助医療関係当事者間の個人情報へのアクセス・面会交流・生殖補助医療の利用資格について比較的寛容な社会風土があつたにも関わらず、HART Act の法案が出されたのは1996年のことであつた。

その後、HART Act は、法案提出から約8年後に成立しているが（HART Act の詳細は、昨年度の報告書を参照され

たい)、Phil Knipe 氏によると、法案提出から成立までの月日の経過については、「時の政府の態度」、「社会の態度」によるところが大きかったという。同氏によると、HART Act の法案提出から成立までには、同性および異性カップルに婚姻類似の関係を認める「2004年シビル・ユニオン法」(Civil Union Act 2004)、売春の合法化に関する法律「2003年売春修正法」(Prostitution Reform Act 2003)、「1955年養子法」(Adoption Act 1955)の改正に関する議論(改正は実現せず)があり、HART Act よりもそれらが優先されたという。

## (2) 政策決定に関わる委員会

Bill Atkin 教授と Papparangi Reid 准教授により、生殖補助医療の実施に関するガイドラインの作成等に向けて、公の委員会の設置が要請された。教授らはガイドラインの作成に、医師・弁護士・カウンセラー等を含むべきことを主張、政府もこれを了承した。その後、設置された暫定倫理委員会(約7年間設置)のメンバーは、当初、全員が女性であった。後に男性として初めて前記倫理委員会のメンバーとなり、副委員長を経験した Ken Daniels 教授によると、この背景には、「不妊は女性の問題である」との社会の認識があった(不妊治療での検査の

入り口は女性の身体についての検査から始まることが殆どであるため、当時は医師も不妊は女性の問題と認識しており、また聖書にも不妊は女性の問題と示唆するものがある)という。

その後、HART Act のもとに、生殖補助医療と生殖研究に関する諮問委員会(Advisory Committee on Assisted Reproductive Technology: ACART、以下、ACART という)および倫理委員会(Ethics Committee on Assisted Reproductive Technology: ECART、以下、ECART という)が設置された。HART Act では、生殖補助医療の実施および人の生殖にかかわる調査研究について一定の規制を行うとともに、同法の円滑な運用および新しい技術への適切な対応を担保するため、保健省に対し、前記委員会の設置を義務付けている(なお、同法の運用等における全般的な責任は、法務省にある)。

ACART は、生殖補助医療に関する大枠およびガイドラインを作成、ECART は個別の事例について検討するものである。ACART は政府の諮問機関であり、関連情報の収集および関連団体の意見を受けて起案、政府に提言するものであり、最終的な決定権は政府にある(ECART の決定も同様に最終的な決定権は政府にある)。ACART および ECART のメンバー(3年×2期)は、弁護士・医師・カウンセラー等で構成さ

れる。自薦・他薦はできるものの、最終的には保健相が指名するため、政府の意向に影響を受ける。

なお、家族および子どもに関する唯一の専門家として ACART の副委員長を務めた Ken Daniels 教授によると、近時の ACART の検討事項は、HART Act で禁止されている余剰胚の研究を同法に違反しない形で実施する方策についてであるという。

## B 出自を知る権利・情報登録・面会交流

### (1) 出自を知る権利の意義

HART Act では、提供型生殖補助医療における当事者の情報アクセス権について、詳細な規定をもうけている。日本では、従来、「子の出自を知る権利」について、焦点が当てられてきたが、同法では、原則として、提供型生殖補助医療により出生した子の「自らの出自に関する情報」に対するアクセス権、子の後見人（通常は被提供者である子の父母）の「提供者に関する情報」へのアクセス権、提供者からの「提供により出生した子に関する情報」へのアクセス権を認めている。また、これらの情報は、原則として、個人を特定することが可能な情報である。HART Act における生殖補助医療当事者の情報アクセス権、情報登録および情報開示の流れについては、昨年度の報告書

で詳述しているため、以下では、生殖補助医療による子が前記のような情報にアクセスする前提となる真実告知、出自を知る権利の意義に関する当事者およびカウンセラーの意識・実態を紹介する。

Ken Daniels 教授によると、当事者が、提供型生殖補助医療を実施し、子をもうけた後に、真実告知を行い、ストレスのない家族関係を構築するためには、「非血縁関係の子をもつ」ということの意義について、医学的・法的・心理的・社会学的観点から考えることが必要であるという。したがって、当事者は、提供型生殖補助医療について十分に検討した上で、当該治療を実施するか否かを決定するための機会を与えられることが重要となる。

同教授らは、前記のような機会を設けるために、2000 年～2009 年にかけて、DI を計画している親に対する 2 日間のセミナーを実施（毎年 1～2 回実施）した。同セミナーでは、DI を検討している者および DI を実施した親子を集め、DI を検討している者が、DI を実施した親子の現実を知ること、「子をもつことをファンタジーから現実のものとして捉えなおす」作業を行う。DI を検討している当事者は、DI 児とその親の姿を見て、「普通の親子に見える」と感じ、これを受容することで、その後の家族形成に自信をもち、

このことが将来的な真実告知につながるという。

また、前記セミナーでは、DI で親になった者のみならず、カウンセラーがその相談にあたるが、男性カウンセラーの必要性が高いことが実感されるという。前記セミナーでは、一般に、男性は与えられた時間を超過してカウンセラーや DI 当事者（親になった者・計画している者）と話す一方、女性は制限時間通りに話を打ち切るという。その理由について、同教授が男性当事者に確認したところ、男性当事者は、家庭の外で自らの不妊について話す機会（話す勇気）がないのに加えて、家庭内では妻とも話しにくい（家庭で不妊について話をすると妻が感情的になる、一方、黙っていると関心がないと思われ、また妻の機嫌が悪くなる）ということを指摘したという。

前記と同様のセミナーは、Ken Daniels 教授らにより、2015 年 5 月、日本においても実施され、同セミナーには 50 名の当事者が参加したという。

ニュージーランドでは、配偶子の提供、提供型生殖補助医療の実施前だけでなく、提供型生殖補助医療の後、情報開示が問題となる段階においても、専門のカウンセラーによるカウンセリングが実施されている（HART Act にもその意義と必要性が規定されている）。文化や慣習の違いがあるとは

いえ、日本においても提供型生殖補助医療を実施する際にはこのような配慮が必要であると思われる。

## (2) 情報登録・面会交流

HART Act の施行に伴い、2005 年 8 月 22 日より、提供型生殖補助医療における当事者の情報登録が義務付けられ（これより以前は任意登録）、当事者相互に情報アクセス権が認められている（これらについて昨年度の報告書で詳述しているので、そちらを参照されたい）。ここでいう当事者とは、18 歳以上の提供型生殖補助医療による子（ただし、婚姻またはシビル・ユニオン締結等の関係で、16 歳、17 歳で家庭裁判所の許可を得た者を含む）、18 未満の提供型生殖補助医療による子の後見人、配偶子提供者である（代理懐胎については、養子情報法による）。なお、18 歳以上の子の後見人が子の代理として、あるいは子に秘密で提供者の情報等にアクセスできるか否かについては、明文規定がなく、疑問の余地が残るところであるが、Phil Knipe 氏および Martin Kennedy 氏によると、親の後見は子が 18 歳になると終了することから、後見人は前記情報にアクセスできないと解しているとのことであった。

上述のように、HART Act の施行により、情報登録が義務付けられた提供型

生殖補助医療による子は、2016年3月現在、未だ開示請求が認められる年齢に至っていないため、以下では、個人情報任意登録とその開示・面会交流についての調査内容を紹介する。

Ken Daniels 教授が2015年に実施した調査によると、HART Act 施行前の提供者6名のうち5名が匿名で提供を行い、そのうちの4名が提供により出生した子とすでに面会交流を実施しており、残る2名も将来的には子どもに会いたいと考えているという。さらに、前記とは別に実施された真実告知に関する調査によると、提供型生殖補助医療を実施した親の約50%が告知をしたいと考えているとのことであった。

Ken Daniels 教授によると、告知に対する積極的な姿勢は、子の成長とともに増加傾向にあるという。その理由の1つとして、子が学校で生物学を学び、親子間の遺伝的なつながり（血液型）等に関心を持ち始めると、親としても真実を伝えざるを得ないと考えられるようになるといったことが指摘されている。

ところで、上述のような個人情報の任意登録を促すための方策について、政府の積極的な関与はない。Phil Knipe 氏によると、生殖補助医療に関する事項は、HART Act 成立以前は、保健省の管轄外であったため（医学的側

面からの関与を除く）、保健省としては特に何もしていないが、Fertility Associates をはじめとするクリニックが適切に対応しているものだと認識しているとのことであった。また、ドナー・リンキングについても、HART Act 実施前の提供型生殖補助医療については、任意登録であり、クリニックの対応に任せていることから、政府による支援も検討していないとのことであった。

一方、クリニックでは、2005年以降、ドナー・リンキングの取組みを実施している。これらのクリニックでは、前述のように、HART Act に関する議論が開始する前から、非匿名での提供および提供型生殖補助医療の実施に取り組んでおり、提供者、提供型生殖補助医療による子およびその後見人は、クリニックが管理する識別番号を通して、相互に情報を知ることができる仕組みになっている。

ドナー・リンキングに関するクリニックの負担を考えると、政府によるサポートの必要性も議論としては上がってきているが、Ken Daniels 教授によると、政府との話し合いの場をもつまでには至っていないという。

上記の取組みと同様に、面会交流もクリニックで実施している。Winnie Duggan 氏によると、面会交流に係る費用は、提供型生殖補助医療による子の

親が負担することが多いという。ただし、当事者が負担するのは交通費等の実費のみで、これに係るクリニックのソーシャルワーカーの人件費等は、クリニックの持ち出しである。

なお、提供者が配偶子の提供時から居所を移した場合など、登録情報の内容に関する真実性の担保は、患者番号（National Health Index number: NHI）により保障できると考えられている。前記患者番号は、当該人物が出生したときに割り当てられ、医療機関で受診する際には提出が求められるものであることから（公立病院の場合、医療費が無料または負担が軽減される）、提供者の居所変更等が容易に把握できるという。ただし、上記のようなシステム上の理由から、提供者が海外に移住したような場合には、追跡不可能となる。

### C 生殖補助医療と養子縁組

不妊当事者が養子縁組ではなく DI を選択する理由としては、当事者の一方（女性）だけでも生物学的つながりを得られること、男性として、女性に出産を体験する機会を与えたいというものが殆どである。

日本においては、生殖補助医療技術の進展が養子縁組制度に影響を与えており、その有機的連携についての必要性が叫ばれているところである。

Ken Daniels 教授によると、ニュージーランドにおいては、先述のように、国内養子の対象となる子どもが少ないこと、また、養子縁組は社会福祉制度であり、DI は医療制度に関するものであることから、担当省庁において相互に情報共有をしておらず（前者は社会開発省内の児童・若者・家族課 Child, youth and Family: CYF、後者は保健省の管轄）、それぞれが2つのサイロ（貯蔵庫）のように情報を蓄積しているのが現状である。したがって、生殖補助医療が与える養子縁組への影響は殆どなく、生殖補助医療と養子縁組の共通点をさぐる議論は、2016年1月にオークランドでシンポジウムが開かれたのが初めてであるという。

また、Phil Knipe 氏によると、HART Act の立法過程においては、フランスのように、生殖補助医療実施前の養子縁組に関する説明を法で義務づけるという議論はなかったという。その背景には、上述のように、国内養子の対象となる子が減少していることがある（その理由として、ひとり親手当の拡充、人工妊娠中絶が無条件に認められていることがある）。

さらに、Ken Daniels 教授によると、生殖補助医療を利用する前に養子縁組の検討を強要することは人権法に反するおそれがあること、医師の態度（裁量）により生殖補助医療あるいは

養子のどちらにウエイトがおかれるかわからないという危険性があること、当事者は、不妊であるとわかった後に、まずはその事実を受け容れ、その後の対応を考えるのであり、養子、生殖補助医療という選択肢の先後を短期間に決定させるようなことはできないとのことであった。

なお、出自を知る権利の年齢について、HART Act（18歳以上）と養子情報法（20歳）で差異があるが、養子の出自を知る年齢を引き下げるという検討はなされていないという。その理由としては、後述の通り、代理懐胎を実施する場合には、養子縁組を経て親子関係を形成することになるため、遅かれ早かれ、子に真実が明らかになること、この点と関連して、友人や身内の者に代理母になってもらうケースが多いため、代理懐胎による子については、最初から告知されているケースが多く、実質的な必要性がないとのことであった。

#### D 代理懐胎

国内の代理懐胎の実施件数は少なく、海外で実施する者が多い（代理懐胎による子の養子縁組は、2012/2013年までは、非血縁養子または親族養子として分類されていた。2012/2013年における代理懐胎養子の縁組件数は、12件であった）。以前は、インドに渡

る者が多かったが、現在は、アメリカ・タイ・ヨーロッパ・南アフリカに渡る者が多いという。

上記の理由としては、ニュージーランドでは、分娩者＝母ルールを採用しており、親子関係の確立には養子縁組をする必要があること（養子縁組は原則として夫婦共同縁組が必要である）、代理懐胎の実施要件として、少なくとも配偶子の一方はカップルのものでなければならないことが大きく影響している（配偶子の双方あるいは一方が利用可能なことが代理懐胎の実施要件であるため、双方の配偶子に不妊原因がある場合はそもそも利用できない）。

さらに、Winnie Duggan氏によると、代理懐胎の実施に際し、倫理委員会の承認を得るのに4～6か月を要すること、代理懐胎契約を締結して出産に至っても、代理母が子を依頼者夫婦に渡さないケースもあり、その場合には依頼者夫婦は子の引渡しを受けることができない、という点がある。その他、Phil Knipe氏によると、代理懐胎があまり実施されない理由としては、費用面の問題（代理母の妊娠期間中に必要な治療費は国家の負担であるが、それ以外は代理母または依頼者の自己負担となる）、代理懐胎契約の公約的側面（依頼者は、代理母が養子縁組に同意する／しないことや中絶をする／

しないことを強要できない。したがって、たとえば、胎児に障害がある場合、障害児が出生した場合など、問題が複雑化する)、上記倫理委員会の承認が厳格であることが考えられるという。

なお、代理懐胎の実施について、Phil Knipe 氏および Martin Kennedy 氏によると、政府関係者においては、代理懐胎に関するガイドライン ( Guidelines on Surrogacy Arrangements involving Assisted Reproductive Procedures, 2013) の規制を緩和することは、現時点においては全く検討していないという。そのように考える理由として、スウェーデンでは、人道的観点から代理懐胎契約を非合法にしたこと、子の福祉の観点からも、代理懐胎は命を売買するのと同様であり、緩和すべきではないとの理由が挙げられた。一方、Winnie Duggan 氏によると、現場のソーシャルワーカーの大勢は、前記分娩者=母ルールに伴うリスク (代理母が子の引渡しを拒否した場合には依頼者夫婦は子を得られない、依頼者夫婦が子の引渡しを拒否した場合には代理母に子を押し付けることになる) といった問題を解決できれば、緩和しても良いとの立場であるが、やはり前記ガイドラインにおける医学的な要件は緩和できないとの見方が強いという。

近時では、代理懐胎の代替策として

子宮移植による懐胎・出生が注目されてきているが、Phil Knipe 氏および Martin Kennedy 氏によると、ニュージーランドにおいては、ACART でも検討しておらず、おそらく、専門家 (医師) の間でも議論されていないはずであるとのことであった。

## E その他

### (1) 経済的支援

生殖補助医療に関する公的給付を受けるには、医学上の不妊原因が必要である。受給資格者は、年齢・健康状態 (体重の超過も不可) により、生殖補助医療の利用が適切だと判断された者である。給付金は、毎年政府予算から支出され、IVF では2サイクルまで助成される。年間数百人 (私立病院の利用者を除く) が対象となるが、Phil Knipe 氏および Martin Kennedy 氏によると、前記助成に関する根拠法はないという。

Martin Kennedy 氏によると、2012年 (2012年1月1日~2012年12月31日) には5177件の生殖補助医療が実施され、このうち1272件が出産に至っている。また、2014/15年度 (2014年7月1日~2015年6月30日) では、公的助成は、1220サイクルに支給されていることから、平均して24%程度の支給がなされているという。



## (2) 出生登録

生殖補助医療による子の法的親子関係は、自然生殖による子の法的親子関係と全く同じである（ただし、DIの場合は、同技術を利用して子をもうけることに同意した者が父となり、代理懐胎の場合は養子縁組により親子関係を確立する）。自然生殖による場合、先述のように、父母は"natural guardian"と称されるが、Phil Knipe氏および Martin Kennedy 氏らによると、出生証明書に natural guardian と記載されるわけではないため、DIによる子の場合に、精子提供を受けて父となった者も natural guardian であると解されている。また、子の母は、出生届（オンラインで申請可能）に、自身のパートナーの氏名を記載するか、ドナーの氏名を記載するかを選ぶことができる（パートナーおよびドナー双方の氏名を記載することはできない）。また、母がいずれの氏名も記載しないとき（父の欄が空欄のとき）は、その母のパートナーが父となるとされる。

なお、精子・卵子・胚の提供者および（依頼者夫婦と代理懐胎による子の縁組が成立した後の）代理母は、裁判所が適切であると判断した場合には、追加後見人になることができる。後見人の指定は裁判所の命令によるが、子の出生証明書に追加後見人の氏名は

記載されず、第三者に公示されるものではない。したがって、追加後見人に指定されたとしても、その事実は当事者の関係において知るのみである。ただし、子の医療に関する同意が必要な場合等で、後見人が同意できないときには、追加後見人の同意が求められるため、このような場合には第三者に対しても追加後見人の存在が明らかとなる。Winnie Duggan 氏によると、後述のように、実際には、生殖補助医療を実施しようとする者の友人や身内の者が配偶子の提供者や代理母になることが多いため、追加後見人となることを請求する当事者はまれであるという。

## II 運用実態

### A 当事者の実際

提供型生殖補助医療における当事者について、Ken Daniels 教授によると、提供者は 20 代、被提供者は、30 代後半以降の者が多いという。前記当事者の年齢については、クリニックにより上限が異なる。卵子提供の被提供者は、55 歳くらいまで認められているとのことである。また、先述のように、医療関係者が、提供型生殖補助医療あるいは代理懐胎を希望する者に対して、養子縁組について説明し検討させることもない。もっとも、Winnie Duggan 氏によると、依頼者が胚提供を

検討する場合には、「養子縁組と同じようなものですね」と説明したり、代理懐胎を検討する場合には、養子縁組についても説明する（ただし、情報提供をする程度）という。

また、同氏によると、出自を知る権利を認める HART Act が成立した後、配偶子の提供者数については、一時的に若干の減少はあったものの、医療現場では、同法の成立前から出自を知る権利について当事者に説明し、身元を明らかにするように伝えてきたため、大きな影響はなかったという。HART Act 成立の前後を問わず、提供配偶子（精子・卵子）はある程度確保できているが、精子提供は、1年～1年半、卵子提供は1年～2年待つのが一般的であり、提供配偶子の募集は、看板・ラジオ・新聞・Face book で広告を出して募集しているとのことである。

なお、提供配偶子の内訳については、クリニック経由50%、依頼者経由50%であり（配偶子が自身で入手できない場合と、全くの第三者の配偶子を希望する場合があるため）、配偶子の提供元により、医療の実施に係る経費が異なる（Fertility Associates の生殖補助医療に関わる料金表は、同団体のウェブサイトより入手可能である）。

配偶子の提供に際し、提供者はその動機をカルテに記載する必要があるが、Winnie Duggan 氏によると、主な

動機としては、「知り合いに不妊当事者がいて、いつでもドナーになりたいと考えている」というもの、完全に利他的なもの、「give and take」の発想というもののほか、単純に自分の子孫を増やしたい（精子提供者）というものもある。また、提供に際しては、上記の動機以外にも、自己に関する詳細な情報をカルテに記載することになる。たとえば、住所、年齢、身体的特徴（身長・体重・目の色・地毛の色・肌の色）、民族、性格、学歴（学生時代の様子、得意科目）、職業のほか、将来の夢、特技、健康状態、喫煙および飲酒、被提供者の属性（婚姻形態や異性愛・同性愛等）、その他自身についての記述である。多くの提供者は、前記質問事項につき十分な記載をしてくるという（記載が不十分な者には、カウンセラーが個人情報を記載する意味を改めて説明し、これに応じない場合、提供は認められない旨を伝えている。多くの場合は、指摘を受けて記載し直してくるという）。

一方、被提供者は、前記提供者と同様のカルテを作成し、これをもとに、クリニックのカウンセラーが当事者のマッチングを行う。Winnie Duggan 氏によると、提供者が記載したカルテを見て提供を受けることを決める者もいるが、「誰でも良い」という者も多いという。この背景には、提供者の

個性にこだわっていると提供される順番が遅くなるという切実な理由がある（特に卵子提供の場合は、数が少なく、ドナーを選ぶ余裕はないという）。提供者に関する希望を出す場合には、ヨーロッパ系の提供者を希望する者が多いとのことである。また、被提供者が、治療前に提供者に会うケースもあれば、カルテに書かれた「文字」を見てその人物を評価し、提供を受けることを決めた者もいるという。

## B 卵子提供・胚提供

Winnie Duggan 氏によると、卵子提供の数は、Fertility Associates 全体で（同団体の支部については後述の C を参照されたい）、年間 50 件程度実施されている。配偶子（精子・卵子・胚）提供に際しては、提供者のパートナーおよび家族の同意が必要である。提供者のパートナーは、必ずカウンセリングを受けることになっている。提供者の家族は、必要に応じて（家族間の提供の場合など）、カウンセリングを受けることができる。

また、胚の提供については、子は依頼者夫婦の双方と非血縁関係になることから、これを養子と同様の関係と捉え、さらに、子の出自を知る権利との関係で、関係当事者（提供者・被提供者）がこれに同意していることが必要であるとの考えから、両当事者は、

胚提供の前に各当事者のカウンセラーを介して面会し、マッチングを行うという。Ken Daniels 教授によると、このような取組みは、6・7年前から実施されており、胚提供に際してこのような方法を採用しているのは、ニュージーランドのみである。

## C クリニックにおけるカウンセラー

クリニックでは、The Australian and New Zealand Infertility Counsellors Association (ANZICA) に所属するカウンセラーがカウンセリングを担当している。カウンセラーの資格要件は、臨床心理士、カウンセラー（修士号以上）、ソーシャルワーカー（学位）等、専門科目について 4 年以上大学で学んでいることに加え、1～2 年の職務経験である。現在、ニュージーランド国内では、13 名のカウンセラーが活動している（オークランド 6 名、ハミルトン 1 名、ウエリントン 2 名、クライストチャーチ 2 名、ダニーデン 1 名の合計 12 名 + Ken Daniels 教授）。

Winnie Duggan 氏に対して、カウンセラーとしての心構え、当事者を支援するために求められる法制度の在り方について問うたところ、出自を知る権利およびその前提となる真実告知に関する教育が最も重要であるとの回答を得た。カウンセラーの間での議

論ではあるが、依頼者夫婦が真実告知をしないなら、クリニックが提供型治療をしないという選択肢もあるのではないかという議論までなされているという。出自を知る権利は、「どのような治療をしたのかではなく」、「どのようにして家族が形成されたか」、という家族の歴史を辿るものであり、生殖補助医療による子だけでなく、依頼者夫婦の心の健康にとっても重要であるという。Ken Daniels 教授によると、35年前にDIを実施した夫婦が、夫のがん告知を契機に、DI児に真実告知をしたところ、それ以降、夫婦のうつ病が治った事例があったという。

#### D 性的マイノリティと生殖補助医療

前述のように、ニュージーランドでは、婚姻形態および性・性的指向を問わず生殖補助医療の実施が認められている。しかし、実務の場では、異性愛の方が同性愛より優先される傾向にあるという。先述のように、自らの配偶子をどのような者に提供するかは、提供者自身が決定することができる。Ken Daniels 教授によると、伝統的な異性愛カップルによる家族形成を支援したいという人々の認識が背景にあるとのことである。ただし、性同一性障害者の生殖補助医療については、問題になったことはないという。

ニュージーランドでは、2013年8

月19日以降、同性婚が認められており、これにより、ゲイカップルが代理懐胎を用いて子を得ることができるようになった（養子法では、単身男性が女兒を養子縁組する場合には、当該男性が女兒の父である等一定の要件を満たす必要がある）。また、ビクトリア大学（Victoria University）のBill Atkin 教授によると、2015年には、家庭裁判所において、代理懐胎を利用した未婚のゲイカップルに対する養子縁組を認める判断が出されているという。

おわりに

日本においては、生殖補助医療技術の進展が与える養子縁組制度への影響とその有機的連携について議論がなされている。一方、ニュージーランドでは、日本とは異なり、国内養子縁組の対象となりうる子が少なく、国際養子縁組が一般的であるため、養子縁組へのハードルが高く、上記のような議論はなされていないことがわかった。さらに、生殖補助医療は医療制度上の問題、養子縁組制度は社会福祉制度上のものとの認識が強く、前記両制度が相互に与える影響も少ないことが明らかとなった。

しかしながら、ニュージーランドにおいては、胚提供による生殖補助医療、生殖補助医療当事者間の情報共有お

よび面会交流の実施に関して、長年にわたる養子縁組の実践が活用されており、これらの点は日本における生殖補助医療法制を検討する際の一助となるものと思われる。

#### 謝辞

本報告は、主に2016年2月29日から3月2日に行ったインタビュー調査に基づくものである。稿を終えるにあたり、本調査にご協力いただきました皆様に、心より感謝申し上げます。

〔調査に協力していただいた方々〕

Ken Daniels

(Adjunct Professor, School of Social and Political Sciences, University of Canterbury)

Bill Atkin

(Professor, School of Law, Victoria University)

Phil Knipe

(Chief Legal Advisor, Health Legal, Ministry of Health)

Martin Kennedy

(Senior Policy Analyst, Ministry of Health)

Winnie Duggan

(Counsellor, Fertility Associates)

Margaret Stanley-Hunt

(Counsellor, Fertility Associates)

#### 主な参考文献

梅澤彩「ニュージーランドにおける第三者の関与する生殖補助医療」『厚生労働省平成26年度児童福祉問題調査研究事業 諸外国の生殖補助医療における出自を知る権利の取扱に関する研究』報告書(2015年3月)所収。

Ken Daniels 著、仙波由加里訳『家族をつくる—提供精子を使った人工授精で子どもを持った人たち』(人間と歴史社、2010)

Ken Daniels: New Zealand: From Secrecy and Shame to Openness and Acceptance. In Eric Blyth & Ruth Landau (eds.) *Third Party Assisted Conception Across Cultures: Social, Legal and Ethical Perspectives*. London and New York. Jessica Kingsley Publishers, 2004, 148-167.

Mark Henaghan, Ken Daniels & John Caldwell: Family law policy and assisted human reproduction. In Mark Henaghan, Bill Atkins (eds.) *Family Law Policy in New Zealand (4th Edition)*. Wellington. LexisNexis, 2012, 251-306.

Ken Daniels: Demand For and Attitudes Towards in Vitro Fertilisation -A Survey of Obstetricians and Gynaecologists (1987) 100 NZMJ 145.

Law Reform Division Department of Justice, *New Birth Technologies: An Issues Paper on AID, IVF and*

Surrogate Motherhood (New Zealand, March 1985).

NSW Law Reform Commission REPORT 49 (1986) - ARTIFICIAL CONCEPTION: HUMAN ARTIFICIAL INSEMINATION

Bill Atkin, Paparangi Reid : Assisted human reproduction : navigating our future (1994)

M. Legge, R. Fitzgerald, N. Frank: A retrospective study of New Zealand case law involving assisted reproduction technology and the social recognition of 'new' family

Ken Daniels: Guidelines for embryo donation for reproductive purposes in New Zealand: A child/family approach (2008)  
([https://www.researchgate.net/publication/228349203\\_Guidelines\\_for\\_embryo\\_donation\\_for\\_reproductive\\_purposes\\_in\\_New\\_Zealand\\_A\\_childfamily\\_approach](https://www.researchgate.net/publication/228349203_Guidelines_for_embryo_donation_for_reproductive_purposes_in_New_Zealand_A_childfamily_approach))

Ken Daniels: School-aged children of donor insemination: A study of parents' disclosure patterns (2005)  
([https://www.researchgate.net/publication/8053787\\_School-aged\\_children\\_of\\_donor\\_insemination\\_A\\_study\\_of\\_parents%27\\_disclosure\\_patterns?enrichId=rgreq-9727affa-0497-44b5-9f6a-5d17756880b0&enrichSource=Y292ZXJQYWd1OzgwNTM3ODc7QVM6MzI3NzIxMjUyMDgxNjY0QDEONTUxNDYyNDM0MDU%3D&e1=1\\_x\\_2](https://www.researchgate.net/publication/8053787_School-aged_children_of_donor_insemination_A_study_of_parents%27_disclosure_patterns?enrichId=rgreq-9727affa-0497-44b5-9f6a-5d17756880b0&enrichSource=Y292ZXJQYWd1OzgwNTM3ODc7QVM6MzI3NzIxMjUyMDgxNjY0QDEONTUxNDYyNDM0MDU%3D&e1=1_x_2))

Margaret Casey: SURROGACY IN NEW ZEALAND: THE CURRENT LANDSCAPE. In

NEW ZEALAND LAW SOCIETY (eds.) International Adoption and Surrogacy-family formation in the 21<sup>st</sup> Century. 2014, 21-29

Alan Macaldowie, Yueping A Wang, Abrar A Chughtai, Georgina M Chambers: Assisted reproductive technology in Australia and New Zealand 2013. UNSW Australia, 2015  
(<https://npesu.unsw.edu.au/data-collection/australian-new-zealand-assisted-reproduction-database-nzard>)

平成 27 年度児童福祉問題調査研究事業  
「諸外国の生殖補助医療における法規制の時代的変遷に関する研究」  
事業報告書

フランスにおける生殖医療—精子・卵子提供と代理出産に関する動向

事業担当者 小門 穂 大阪大学特任助教

フランスでは、生殖補助医療は法律により規制されている。本報告では、規制に関する最近の変化とともに、生殖医療に関わる最近の動向を紹介する。

出自を知る権利に関して、2015 年 11 月、コンセイユ・デタが、精子提供で生まれた女性に対して提供者の情報開示を認めないという判断を示し、今後、欧州人権裁判所の判断を仰ぐことが予想される。

卵子提供における提供者の不足はフランスにおいて生殖医療の課題の一つであると認識されている。2004 年改正に続き 2011 年改正でも、提供者の要件緩和が行われ、生殖の経験がなくとも提供者となることが可能になった。国内で卵子提供を受ける場合の長い待機期間を鑑みて、卵子提供を受けたいと望むカップルは、しばしば外国へ行き有償で提供を受けていると考えられている。スペインのクリニック IVI グループによると、2014 年に 481 人のフランス人患者が卵子提供を求めて、さらに 341 人が、フランスでは認められていない非医学的理由での卵子凍結を求めて来院した。

女性同性カップルはフランス国内で精子提供を受けることができないが、外国で受けた場合に、子どもの母親の配偶者がこの子を養子縁組することは、2013 年の同性婚法公布ごろから認められる傾向にある。

代理出産については、国内での実施を認めていない。また、外国での代理出産により生まれた子どもと依頼者の親子関係についても、現地で作成された依頼者を親とする出生証書をフランス国内の身分登記簿に謄記することもみとめられなかった。しかし、破毀院で親子関係の登録が認められなかった Labassée 夫妻と Menesson 夫妻はそれぞれ欧州人権裁判所に訴え、2014 年 6 月に欧州人権裁判所は、フランスは外国における代理出産で生まれた子どもと代理出産依頼者との親子関係を認めないことによって、子どもの私生活を尊重する権利を侵害していると判断し、これを受けて、2015 年には破毀院が、フランス人による代理出産ツーリズムの結果として現地で作成された出生証書をフランス国内の身分登記簿に謄記することを認めた。これは代理出産に関して厳格な姿勢を示してきたフランスにおける非常に大きな変化であった。

生殖補助医療に関して、いったん厳格な法規制を作り上げても、そこからはみでるケースについて親子関係などを認めないとすることはできなくなっている。個人による生殖ツーリズムを妨げることはできず、法規制が認めていない生殖補助医療の実施により生まれた、現実に存在する子どもの保護は課題となる。現状を追認し、少しずつ法規制を拡げるという対応を迫られているように見える。生殖補助医療に対するよりよい法規制とはどのように作り上げ、維持されるべきなのか。今後の対応を見守りたい。

平成 27 年度児童福祉問題調査研究事業

「諸外国の生殖補助医療における法規制の時代的変遷に関する研究」  
フランスにおける生殖医療—精子・卵子提供と代理出産に関する動向

事業担当者 小門 穂 大阪大学 特任助教

(研究要旨) フランスにおける近年の生殖医療に関わる議論を概観する。1994 年の生命倫理法と総称される法律群により生殖医療は規制されており、第三者の関与する生殖医療における提供者の不足、および代理出産や卵子提供に関する生殖ツーリズムが課題であると認識されている。

フランスでは、提供者の不足に対して、提供者の要件を緩和することで解決が試みられてきたが、卵子提供に関しては国内での提供が少ないため、受領希望者の待機時間は長く、外国へ受けに行くケースが報告されている。また、2013 年に同性婚法が交付されて以来、同性カップルは婚姻および共同での養子縁組を行うことが可能になったが、生殖医療は受けられないままである。そのため、女性同性カップルは近隣の外国で精子提供を受けているようであり、子どもの母親の女性配偶者がこの子どもを養子とすることは認められる傾向にある。代理出産に関しては、2014 年の欧州人権裁判所の決定を受けて、2015 年に破産院が、フランス人男性依頼者により外国で依頼された代理出産の結果生まれた子どもとこの男性の父子関係を認めるという判断を示している。

A はじめに

フランスでは、生殖補助医療は法律により規制されている。生殖補助医療を受けられるのは、生きていて生殖年齢にある男女のカップルであり、カップル内の生殖補助医療が成功しない場合に、精子・卵子・受精卵の提供を受けることができる。提供者は匿名であり、受領カップルや生まれた子が提供者について情報を得ることはできない。

本稿では、規制に関する最近の変化と

ともに、フランス人による生殖ツーリズムに関する最近の議論を紹介する。

B 生殖補助医療規制の概要

フランスでは、1994 年に成立した「生命倫理法」と総称される法律群によって民法典、刑法典公衆衛生法典などに挿入された条文が、生殖補助医療を含めた先端医療技術を規制している<sup>1</sup>。詳しい規制の内容に関しては、平成 26 年度児童福祉問題調査研究事業『諸外国の生殖補助医



療における出自を知る権利の取扱いに関する研究』事業報告書「フランスにおける第三者の関与する生殖医療」を参照されたい<sup>2</sup>。1994年の生命倫理法と総称される3つの法律のうちの一つ「移植・生殖法」は2004年に「生命倫理に関する2004年8月6日の法律第2004—800号<sup>3</sup>」により改正され、2011年7月に第二回目の改正が行われた（「生命倫理に関する2011年7月7日の法律第2011—814号<sup>4</sup>」）。2011年改正のうち、配偶子提供に関する変更点を実行に移すためのデクレが2015年10月に公布され（「配偶子の提供に関する2015年10月13日のデクレ第2015-1281号<sup>5</sup>」）、生殖補助医療全般に関する変更点を実行するためのデクレは2016年3月4日に公布された（「生殖に対する医学的補助に関する2016年3月4日のデクレ第2016-273号<sup>6</sup>」）。

規制の内容を簡単に述べると、民法典に倫理原則として、人の尊厳へのあらゆる侵害は禁じられること（民法典第16条）、人体は不可侵であり財産権の対象とならないこと（民法典第16-1条）、人体要素の提供に関する同意（民法典第16-3条）・無償（民法典第16-5条、同第16-6条）、提供と受領に関わる匿名（民法典第16-8条）、種としての人間の保護（民法典第16-4条）であり、これらの規定は公序に関わる（民法典第16-9条）と定められた。

この倫理原則に基づき、先端医療に関する詳細なルールが公衆衛生法典などに、また違反した場合の罰則が刑法典に定め

られた。

生殖補助医療については、前述の倫理原則に加えて、「他者のための生殖または妊娠」契約は無効であること（民法典第16-7条）、刑法典の親子関係に対する侵害への刑罰を定めるセクションに、代理出産の仲介行為は有償、無償を問わず罰せられることが定められた（刑法典第227-12条）。

第三者の関与する生殖医療の結果生まれた子どもの親子関係については、提供者は親になることはできず（民法典第311-19条）、提供を受けた生殖補助医療の実施に同意した配偶者／パートナーは、子が生まれた後に自らの配偶子による子ではないことを理由に親子関係を否認することはできないことが定められた（民法典第311-20条）。

生殖補助医療は、医学的に診断された不妊の治療、あるいは、カップルのうちの一人が罹患している非常に重篤な疾病がもう一人または子どもに伝達することを回避するために行われる（公衆衛生法典第L. 2141-2条）。

生殖補助医療を受けられるのは、生きていて、生殖年齢にある男女で構成されたカップルである（公衆衛生法典第L. 2141-2条）。排卵誘発剤の単独使用、カップル双方の精子と卵子を用いた体外受精や人工授精を受けることができる。カップル内で成功しなかった場合や、カップル内ではパートナーか子どもに重篤な病気を伝達させるリスクがあり、養子縁

組の可能性について情報提供を受けた上で本人の配偶子を用いる生殖補助医療を断念する場合に限り、第三者から精子または卵子、受精卵を提供してもらうことができる(公衆衛生法典第L. 2141-7条)。代理出産は禁じられているため、提供を受ける場合も、妻／女性パートナーが妊娠することになる。

### C 生殖補助医療の現状

2013 年中に実施された生殖補助医療数について表 1 に示す。

実施施設は、臨床・生物学センターが 103 施設、ラボラトリーが 97 施設である。提供精子、提供卵子、提供受精卵を用いた生殖補助医療の実施も可能であるが、フランスで行われている生殖補助医療の約 95%はカップル内での実施である。

### D テリングに関する実施状況と問題点

出自を知る権利についても、昨年の報告書(注 2)に詳しく紹介しているので参照されたい。

簡単に述べると、配偶子、受精卵の提供は匿名である(民法典第 16-8 条、胚については公衆衛生法典第L. 2141-6条にも規定がある)ため、受領カップルや、生まれた子どもが提供者の情報をすることはできない。提供者に関する情報は、提供配偶子の取り扱い機関である CECOS (Centre d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperme, 精子・卵子保存研究センター)に最短でも 40 年間保管される(公

衆衛生法典第 R. 1244-5 条)。第三者からの提供を受けた生殖補助医療により生まれた子どもの治療上の必要性がある場合に、医師が提供者に関する匿名の医療情報にアクセスできることとなっている(公衆衛生法典第L. 1244-6条)。

2015 年 11 月 12 日には行政裁判の最上裁判所としての権限を持つコンセイユ・デタが、精子提供で生まれた女性に対して提供者の情報開示を認めないという判断を示した<sup>7</sup>。これは、精子提供により生まれた女性オドレイ・ケルマルヴゾン (Audrey Kermalvezen) が、Jean Verdier de Bondy CECOS (Seine-Saint-Denis)、Nord-Jean Verdier 大学病院などに対して提供者の情報開示を求めたものである。コンセイユ・デタは、配偶子提供者が匿名であるという規則は、提供者の私生活と提供者の家族を保護する目的があるとした。提供により生まれた人による情報の求めを満たすことと匿名原則が対立するとしても、どのように子どもを授かったかについての秘密を明らかにするかどうか決めるのは両親の役目であるので、この原則は提供により生まれた人の私生活と家族生活に対してなんらの損害を与えていないと述べ、私生活と家族生活が尊重される権利を保障するヨーロッパ人権条約第 8 条と合致するとした。現在、医師だけがアクセスできると規定されている、提供者の匿名の医療情報へのアクセスを、医療者を仲介せずに自分で直接行いたいという訴えも認められず、アク

セスは医師に限定されることが確認された。治療上の必要性がある場合にのみ医師が提供者の匿名の情報にアクセスできるという規定は、提供によって生まれた子ども同士のカップルがお互いが同じ提供者によって生まれたのではないことを知りたい、という場合に、提供者の匿名の医療情報に医師がアクセスすることを妨げないという見解が示された。提供者の情報が得られなかったケルマルヴゾン<sup>8</sup>は、欧州人権裁判所に訴える準備を進めている。

#### E 卵子提供における提供者の不足

卵子提供者が少ないことは、フランスにおける生殖医療の課題の一つとして認識されている。

2013年<sup>8</sup>には、提供のために419件の採卵が実施された。このうちの9件は自己の体外受精、顕微授精のための採卵と同時に行われている。この採卵から、711組のカップルに提供が行われ、934回の受精卵移植が実現した。2013年末には、2673組のカップルが卵子提供を受けることを望んで待機リストに登録されている。つまり、卵子提供を受けるためには3年以上待たねばならないことになる。また、卵子提供者の79%は35歳から37歳である。

提供者不足に対して、提供者の要件を緩和することで、解決が図られてきた<sup>9</sup>が、提供者の増加にはつながっていないようである。

1994年の生命倫理法では、提供者は、

カップルの一員であり、生殖の経験のある（実子がいる）者、一人の提供者から生まれる子どもは5人以内までと定められた。カップルの一員であるという要件は、精子の提供をカップルからカップルへの贈り物とみなすための要件であった<sup>10</sup>。これらの要件は、すでに精子提供の実務を行っていたCECOSの内規を踏襲したものであった。2004年の改正の準備作業として作成された報告書で、コンセイユ・デタは、提供者の不足を緩和するために配偶子提供者の法的定義を拡大することは望ましいとした<sup>11</sup>。提供者は生殖の経験があればよいことになり、カップルの一員という要件はなくなった。また一人の提供者から生まれる子どもは10人までとされた<sup>12</sup>。

2011年改正ではいっそうの要件緩和が行われ、生殖の経験がなくとも提供者となることができるようになったのである。2011年改正は2015年10月のデクレ（注5）および2016年3月のデクレ（注6）により実行に移されることになった。現在提供者となることができるのは、生殖の経験があり、書面により提供に同意している者である。提供者がカップルの一員である場合は、提供者本人だけではなくパートナーの書面による同意も求められる。生殖の経験のない成人の提供者が、生殖機能を損なうおそれがあるような医療処置を受ける後に生殖補助医療を受けるために自分自身の配偶子や生殖組織を保存する場合に、その一部を提供するこ

とができる。(公衆衛生法典第 L. 1244-2 条、自分自身の後の利用を目的とする配偶子や生殖組織の保存については公衆衛生法典第 L. 1241-11 条) 1 人の提供者の配偶子から生まれる子どもの数は 10 人までとされる(公衆衛生法典第 L. 1244-4 条)。

卵子提供を受けたいと望むカップルは、しばしば外国へ行き有償で提供を受けていると考えられている<sup>13</sup>。スペインのクリニック IVI グループによると<sup>14</sup>、2014 年にフランス人女性に対して行われた 981 周期のうち 77%にあたる 765 周期が卵子提供を受けるためであった。卵子提供を求めるフランス人患者数は 481 人であった。また 341 人が、フランスでは認められていない非医学的理由での卵子凍結を求めて来院した。

国内での提供を受ける場合は、昨年の報告書で示したように、クロスドネーションが行われている。クロスドネーションについては、知人であるカップルの悲嘆に応えたい、あるいは隠れた報酬を受け取る、という提供者にとって提供することへの圧力となりうるという批判がなされている<sup>15</sup>。

## F 養子縁組について

フランスでは、生殖補助医療を受けようとしているカップルは、生殖補助医療を行う医療機関の臨床生物学複合専門医療チームと個別に面談を行わねばならない。そこでは、生殖補助医療に関するさまざまな情報とともに、養子縁組の可能

性についても知らされる(公衆衛生法典第 L. 2141-10 条)。

このような規定はあるが、カップルが生殖補助医療ではなく養子縁組を選択する場合に、生殖補助医療を受けるよりも早期に子どもの親になることができるというわけではない。

養子縁組制度<sup>16</sup>には、完全養子縁組と単純養子縁組がある。完全養子縁組が原則となっており、完全養子縁組の要件や手続きの一部が単純養子縁組に準用されている。どちらの場合の養子縁組も、大審裁判所の宣告によりなされている。

養親となることができるのは 28 歳以上である。婚姻している場合は、同居中などの要件を満たすと夫婦での共同養子縁組が可能であるが、配偶者の同意を得た上で、単独での養子縁組もできる。単独での養子縁組は、既婚者であっても独身者であっても、28 歳以上の者に認められている。養親と養子は 15 歳以上離れていなければならないが、配偶者の子どもを養子縁組する場合の年齢差は 10 歳以上でよい。国家被後見子や外国籍の子どもを養子縁組する場合は、県の養子縁組課による養親資格の認定を受ける必要がある。

養子縁組の対象となるのは、国内の子どもの場合は、父母または家族会が養子縁組に有効な同意を与えた子ども、国家被後見子、遺棄宣告された子どもである。外国籍の子どもの養子縁組も行われている。

2010 年<sup>17</sup>には、9060 人が養親資格の認

定申請を行い、6073 人が認められた。24702 人の養親資格保持者が、養子縁組を待機しているという状況である。2010 年に行われた養子縁組の 80%以上にあたる国際養子縁組であり、3504 人の子どもが養子縁組された。フランスはアメリカ合衆国、イタリアに次いで、国際養子縁組で子どもを迎え入れている第三番目の国である。国内の養子縁組としては、2010 年末には、2347 人の国家被後見子が存在し、そのうちの 38%が養子縁組を目的として家族のもとに託置されている。

養親資格を認定されるとすぐに養子縁組できるのではなく、国家被後見子を養子縁組する場合は平均で 5 年間ほど経過する<sup>18</sup>。アメリカ合衆国カリフォルニア州で代理出産を依頼したメネソン夫妻は、フランスにおける養子縁組の待機期間の長さも外国での代理出産に踏み切った理由の一つであったと述べている<sup>19</sup>。

#### G 女性カップルと提供精子<sup>20</sup>

2013 年 5 月 17 日の法律第 2013-404 号は「婚姻は、異性または同性の両当事者間で締結される」（民法典第 143 条）と規定し、同性カップルの婚姻と、婚姻した同性カップルの共同での養子縁組を可能にした。生殖補助医療技術の利用については、審議のすえ、「法律審議をきっかけとして引き起こされているが、ほかの法的枠組みにおいて答えを見つけるべき諸問題<sup>21</sup>」の一つとして、先送りされた。審議が行われた国民議会（上院）第一読

会憲法・立法・国家一般行政委員会では、同性婚の容認はすべてのカップル間に権利の平等を創設するものであるとされ、女性カップルに生殖補助医療の利用を開くことは、すべての結婚しているカップル間の平等を達成するために必要であるとされた<sup>22</sup>。しかし、男性カップルにも生殖補助医療の利用を拡げることは、代理出産の解禁につながる。代理出産は人体の不可処分性を侵害する行為であり、認められないと判断された。結婚しているカップル間の平等として生殖補助医療の利用者の要件を拡大するよりも、代理出産の禁止が優先されたのである。

女性同性カップルによる生殖補助医療の利用については、国内で精子提供を受けることはできないが、国外で受けられると考えられる。すでに 10 年ほど前になるが、ベルギーの提供精子を用いる人工授精の実施機関 16 機関を対象とした調査<sup>23</sup>では、2005 年から 2007 年に受け入れた外国人患者の 38%がフランス人であり、フランス人患者の 73%は提供精子を用いた人工授精を受けることを目的とする女性であったと示された。この期間中、1659 組のフランス人患者に対して、6603 件の人工授精が実施されており、その大半が女性同性カップルであった。

子どもの母親の女性配偶者が、この子どもを養子縁組することは、2010 年前後までは認められないことが多く<sup>24</sup>、親権の共有委譲（la délégation-partage de l'autorité parentale<sup>25</sup>）という原則のみが認められて

いた。同性婚法の公布後は、広く認められているようである。同性婚法成立後、最初の養子縁組は2013年10月18日にリール大審裁判所により認められたと報じられた<sup>26</sup>。2014年には破毀院が「外国での匿名ドナーによる人工授精の実施は、生まれた子を、母親の女性配偶者が養子にすることを妨げない」という見解を發表し<sup>27</sup>、女性カップルが生殖補助医療技術を用いた後に、子を産んでいない側と生まれた子どもとの親子関係を構築することを容認した。法務省内で2014年7月にまとめられた報告に関するフィガロ紙の取材<sup>28</sup>によると、同性婚法公布以来、単純養子縁組、完全養子縁組を含めて721件の養子縁組申し立てがあり、すでに下された295件の決定のうち、281件では外国で受けた生殖補助医療により生まれた子を母の女性配偶者が養子とすることを認めている。

## H 代理出産ツーリズム

1994年の生命倫理法に先立ち、1991年に破毀院判決により、代理出産契約は無効であるとされた。代理出産を依頼した夫婦の妻による、代理出産で生まれた子の完全養子縁組について争われ、他人のために妊娠出産し生まれてくる子どもを出生と同時に遺棄するという合意は、人の身分の不可処分性という公序の原則に反すると同時に、人体の不可処分性という公序の原則にも反するという理由が挙げられた。代理出産で生まれた子どもを

依頼女性が養子縁組することは、養子制度の濫用であるという理由も挙げられた。1994年には生命倫理法の中の人体尊重法が、民法典や刑法典を修正し、民法典には代理出産契約が無効であること、刑法典には有償、無償を問わず仲介行為が禁じられると定められた。

代理出産を依頼したいフランス人は代理出産を行うことが禁止されていない国へ代理出産ツーリズムを行うようになり、帰国後に代理出産で生まれた子どもとの親子関係のフランス国内での登録をめぐって裁判が行われてきた。2014年まで、破毀院は、外国での代理出産により生まれた子どもと代理出産を依頼したフランス人の親子関係を認めなかった。子どもがフランス国籍も得られないことについては、2013年1月に法務大臣クリスティアーヌ・トビラ氏（当時）が控訴院検事長や大審裁判所検事正、大審裁判所主任書記などを対象とする通達を出し、要件が満たされている場合には、子どもにフランス国籍証明書を発行するよう求めた<sup>29</sup>。

破毀院で親子関係の登録が認められなかったLabassée夫妻とMennesson夫妻はそれぞれ欧州人権裁判所に訴え、2014年6月に欧州人権裁判所は、フランスは外国における代理出産で生まれた子どもと代理出産依頼者との親子関係を認めないことによって、子どもの私生活を尊重する権利を侵害していると判断し<sup>30</sup>、これを受けて、2015年には破毀院が、フランス人

による代理出産ツーリズムの結果として現地で作成された出生証書をフランス国内の身分登記簿に謄記することを認めた<sup>31</sup>。なお、2015年のケースは、二件とも現地作成の出生証書には依頼者男性が父親として、代理母が母親として記載されており、フランス国内でも依頼者と生まれた子の父子関係が認められたということになる。依頼者の女性が母親としてフランス国内で登録できるかについての判断はまだなされていない。

生命倫理法公布以降にフランス人依頼者による外国での代理出産で生まれた子どもの、現地で作成された出生証書をフランスの身分登記簿に謄記することについての破毀院判決を表2に示す。

## I まとめ

フランスでは生命倫理法の枠組みにおいて生殖医療が実施されている。国内で実施可能であるが待機期間が長い卵子提供については、外国での提供を受けようとする者がいることがわかった。

国内で生殖補助医療を受けられる者の要件を満たさない女性同性カップルや、国内での実施が認められていない代理出産を依頼希望者のうち一部はそれらが実施できる外国で行っている。女性同性カップルによる提供精子の利用は認められていないが、外国で実施した場合に、子どもの母親の配偶者がこの子どもを養子縁組することは認められている。代理出産についても、国内での代理出産を認め

ないだけでなく、破毀院によって、外国での代理出産で生まれた子どもとフランス人依頼者との国内での親子関係の登録を認めないという厳しい姿勢がこれまで示されていたが、2014年の欧州人権裁判所の判決を受けて、2015年には父子関係の登録は容認されることとなった。国内での実施の可否と、外国で実施した結果としての親子関係の容認を区別して判断されるようになってきているといえる。

精子・卵子の提供は匿名で行われており、提供により生まれた子による提供者の情報にアクセスしたいという訴えは、コンセイユ・デタにより認められなかった。しかし、本報告書の仙波報告（アメリカ合衆国）にあるように、いまや遺伝子検査会社での検査を通して、提供者との親子関係や同じ精子提供者から生まれたという異母きょうだい関係が判明する。フランスでは今のところ裁判所を通さない検査の実施を認めていないが、現代社会における匿名性について考えなおす時期が来ているのではないだろうか。

フランスでは1994年の生命倫理法によって生殖補助医療の規制が作られてから20年以上が経過した。情報の流通のあり方や、国外への移動のあり方は大きく変化し、また、フランス社会における家族のあり方も変容している。生殖補助医療に関して、いったん厳格な法規制を作り上げても、そこからはみでるケースについて親子関係などを認めないことはできなくなっている。個人による

生殖ツーリズムを妨げることはできず、法規制が認めていない生殖補助医療の実施により生まれた、現実中存在する子どもの保護は課題となる。現状を追認し、少しずつ法規制を拡げるという対応を迫られているようにみえる。生殖補助医療に対するよりよい法規制とはどのように作り上げ、維持されるべきなのか。今後の対応を見守りたい。

---

1 生命倫理法体系の立法過程については、櫛島 (1993)、櫛島 (1994)、櫛島 (1995) を参照した。

2 [http://saisentan.w3.kanazawa-u.ac.jp/image/kouro\\_u\\_jidou.pdf](http://saisentan.w3.kanazawa-u.ac.jp/image/kouro_u_jidou.pdf) (2016年3月14日確認)

3 Loi no. 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

4 Loi. no. 2011-814 du 7 juillet relative à la bioéthique.

5 Décret no. 2015-1281 du 13 octobre 2015 relatif au don de gamètes.

6 Décret no. 2016-273 du 4 mars 2016 relatif à l'assistance médicale à la procréation.

7 Conseil d'État no.372121, 12 novembre 2015.

8 2013年中の卵子提供に関する数字については、Agence de la Biomédecine 2015.

9 提供者の要件緩和について詳しくは、小門 2016。

10 CECOS 1991, p.85.

11 Conseil d'État 1999, p. 48-49.

12 櫛島、小門 2005。

13 Rozée et La Rochebrochard 2013.

14 Communiqué de presse sur IVI: De plus en plus de Françaises ont recours à des traitements de procréation médicalement assistée, à l'étranger, pour concevoir. 01/01/2015.

<https://www.ivi-fertility.com/fr/presse/notes/de-plus-en-plus-de-francaises-ont-recours-a-des-traitements-de-procreation-medicale-assistee-a-l-etranger-pour-concevoir/> (2016年3月14日確認)

15 Binet 2012, p. 66-71

16 養子縁組制度については、栗林 2015 を

---

参照した。

17

<http://www.adoption.gouv.fr/Chiffres-cles.html> (2016年3月14日確認)

18

<http://www.adoption.gouv.fr/Les-reponses-aux-questions-posees.html> (2016年3月14日確認)

19 Mennesson, S. et Mennesson, D. 2008.

20 同性カップルによる生殖補助医療の利用について詳しくは、小門 2015。

21 Assemblée Nationale 2013.

22 Assemblée Nationale 2013, pp. 91-92.

23 Pennings et al. 2009.

24 Bardeleben 2013.

25 親権に関する2002年3月4日の法律第2012-305号により簡略化された。子どもの父母が共同であるいは単独で、家族内の、または家族内ではない第三者に対して、親権を委譲することを家庭事件裁判官に申請することができる制度である。親権を委譲された第三者は子どもが成人するまで親権を行使できる。親子関係は構築されないため、名前を付すことはできない。相続は他人間の場合と同様に課税される。

<http://actu.dalloz-etudiant.fr/focus-sur/article/la-d-elegation-partage-de-lautorite-parentale/h/1507fb7d4f88a4c98a8b771daf241b34.html> (2016年3月14日確認)

26 Le Figaro, 2013年10月18日。

27 Cour de Cassation, Avis. No. G1470006 et Avis No.J1470007.

28 Le Figaro, 2014年9月11日。

29 Circulaire du 25 janvier 2013 relative à la délivrance des certificats de nationalité française – convention de mère porteuse - Etat civil étranger NOR : JUSC1301528C

30 Cour européenne des droits de l' homme, 5e sect. Affaire Mennesson c. France Requête No. 65192/11, le 26 juin 2014.

Cour européenne des droits de l' homme, 5e sect. Affaire Labassée c. France Requête No. 65941/11, le 26 juin 2014.

31 Cour de cassation Assemblée plénière Arrêt du 3 juillet 2015 (14-21.323), Cour de cassation Assemblée plénière Arrêt du 3 juillet 2015 (15-50.002)



参考文献

- Agence de la biomédecine 2015: *Activité d'Assistance Médicale à la Procréation*.  
<http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2014/donnees/procreation/01-amp/pdf/amp.pdf>  
(2016年3月14日確認)
- Assemblée Nationale 2013 : *Rapport No. 628 Tome I*.
- Bardeleben, E. von: *Filiation et couples de personnes de même sexe: et si une réponse était donnée par le droit de l'Union européenne?*, *Droit et Société*, 84(2013), 393-409.
- Binet, J.-R. 2012: *La réforme de la loi Commentaire et analyse de la loi du 8 juillet 2011*, Lexis Nexis.
- CECOS 1991: *L'Insémination artificielle*, Masson.
- Conseil d'État 1999 : *Les lois de bioéthique Cinq ans après*, La Documentation française.
- 小門穂 2015 : フランスの同性カップルと生殖補助医療技術、『現代思想』2015年10月号、136-143。
- 小門穂 2016 : 生殖補助医療における選択—配偶子提供者をめぐるフランスの現状、『神戸女学院女性学評論』第30号、印刷中。
- 栗林佳代 2015 : フランスの養子縁組制度—養子法の概要と現地調査による実務の実態—、『佐賀大学経済論集』、47 (6)、1-53。
- Mennesson, S. et Mennesson, D. 2008: *Interdis d'enfants -Le témoignage unique de parents ayant su recours à une mere porteuse*, Michalon.
- 櫛島次郎 1993 : 『Studies No. 1 フランスにおける生命倫理の法制化—医療分野での生命科学技術の規制のあり方』三菱化成生命科学研究所社会生命科学研究室。
- 櫛島次郎 1994 : 「フランスの生殖技術規制政策」『Studies No. 2 先進諸国における生殖技術への対応—ヨーロッパとアメリカ、日本の比較研究—』三菱化学生命科学研究所社会生命科学研究室、117-147。
- 櫛島次郎 1995 : 『Studies No. 3 人体実験と先端医療—フランス生命倫理政策の全貌』三菱化学生命科学研究所社会生命科学研究室。
- 櫛島次郎、小門穂 2005 : 『Studies No. 8 フランスにおける先端医療技術管理体制の再整備—生命倫理関連法体系 2004年改正の分析』科学技術文明研究所。
- Pennings, G., C. Autin et al. 2009 : *Cross-border reproductive care in Belgium*, *Human Reproduction*, 2009 : 24, 3108-18
- Rozée, Gomez V. , et de la Rochebrochard, E.: *Cross-border reproductive care among French patients: experiences in Greece, Spain and Belgium*, *Human Reproduction*, 2013, 28, 3103-3110
- 山口俊夫 (編) 2002 (2011) : 『フランス法辞典』東京大学出版

図表

【表1：フランスにおける生殖補助医療の実施数（2013年）】

		実施 機関数	実施数	エコーで確認した 妊娠数	出産数	生産児数
カップル内	子宮内授精	192	52560	6444	5278	5792
	体外受精	100	20925	4923	4016	4492
	顕微授精	100	38393	9005	7422	8399
	凍結胚移植	100	21914	4483	3462	3657
提供精子	子宮内授精	95	3626	757	667	717
	頸部内授精	6	207	27	26	26
	体外受精	44	276	56	46	53
	顕微授精	86	901	216	171	202
	凍結胚移植	69	412	83	68	71
提供卵子	体外受精	6	90	19	17	20
	顕微授精	27	707	164	128	146
	凍結胚移植	25	302	43	33	32
提供受精卵	凍結胚移植	18	201	49	42	44

Agence de la biomédecine 2015: *Activité d'Assistance Médicale à la Procréation 2013*.より作成

【表2 代理出産に関する破毀院判決（生命倫理法公布以降に出生した子の親子関係）】

破毀院判決	結果	渡航先 現地で作成された出生証書上の父母
1ère chambre civile Arrêt du 6 avril 2011 (09-17. 130)	身分占有を認めない 出生証書の謄記を認めない ・人の身分の不可処分性と対立 ・フランスの国際公序と対立	アメリカ（ミネソタ） 父：仏人男性、母：男性の配偶者 (Labbassée 夫妻)
1ère chambre civile Arrêt du 6 avril 2011 (09-66. 486)	出生証書の謄記を認めない ・仏法の基本原則と対立 ・人の身分の不可処分性と対立	アメリカ（ミネソタ） 父：仏人男性、母：男性の配偶者
1ère chambre civile Arrêt du 6 avril 2011 (10-19. 053)	出生証書の謄記を認めない ・仏法の基本原則と対立 ・人の身分の不可処分性と対立	アメリカ（カリフォルニア） 父：仏人男性（遺伝的父） 母：男性の配偶者（法的母） (Mennesson 夫妻)
1ère chambre civile Arrêt du 13 septembre 2013 (12-18. 315)	出生証書の謄記を認めない ・仏法違反 ・不正なプロセス	インド（ムンバイ） 父：仏人男性、母：外国人女性(代理母)
1ère chambre civile Arrêt du 13 septembre 2013 (12-30. 138)	出生証書の謄記を認めない ・仏法違反 ・不正なプロセス	インド（ムンバイ） 父：仏人男性、母：外国人女性(代理母)
1ère chambre civile Arrêt du 19 mars 2014 (13-50. 005)	出生証書の謄記を認めない ・仏法違反 ・不正なプロセス	インド（ムンバイ） 父：仏人男性、母：外国人女性(代理母)
Assemblée plénière Arrêt du 3 juillet 2015 (14-21. 323)	出生証書の謄記を認める ・出生証書に不正、偽造がない	ロシア（モスクワ） 父：仏人男性、母：ロシア人女性(代理母)
Assemblée plénière Arrêt du 3 juillet 2015 (15-50. 002)	出生証書の謄記を認める ・出生証書に不正、偽造がない	ロシア（モスクワ） 父：仏人男性、母：ロシア人女性(代理母)

平成27年度子ども・子育て支援推進調査研究事業  
「諸外国の生殖補助医療における法規制の時代的変遷に関する研究」

米国における第三者のかかわる生殖医療の現状

仙波由加里

米国は、世界でもっとも提供配偶子や提供胚、代理懐胎など第三者の関与する生殖医療（Donor Conception- 以下DCと記す）が盛んに行われている国である。米国における生殖補助医療に関する連邦法は、「不妊クリニックの成功率および認定に関する法律」しかない。この法律で、不妊クリニックを認定するシステムを確立し、クリニックの臨床成績等を含む情報を米国疾病予防対策センターに報告することを義務づけている。一方、DCで形成される親子関係に関する連邦法はなく、州法のモデルとして草起された米国統一親子関係法が提示されている。各州はこれを部分的に採用または独自の法をつくって州議会でも立法するか、裁判所に判断を委ねて法的対応をとっている。この他、生殖医療専門家組織が、精子・卵子・胚の提供や代理懐胎を安全に実施するためのガイドラインも出しており、これも重視されている

しかし配偶子提供は米国ではビジネスとして成立しているケースも多く、金銭的に苦しい学生や若者がドナーとしてリクルートされ、過剰な排卵等でドナーの健康が侵される等の問題も起こっている。また有名大学の学生や容姿・学業が優れる者へ支払われる高額報酬も問題視されている。

近年、米国では遺伝子検査が流行しており、これがDC関係者にも影響を及ぼし始めている。米国では遺伝子検査を安価な料金で受けることができ、自分の将来の健康リスクへの関心や家系のルーツを知りたいという理由で、遺伝子検査を受ける人が増えている。そして検査を通してドナーや生物学的きょうだいを探しあてる人々が現れている。今回、報告者は2016年2月2日から2月6日にかけて、米国現地で情報収集を行ったが、その際に、提供精子で生まれ、遺伝子検査を通して、ドナーや異母きょうだいを探しあてた4人の人に会うことができた。彼らの中には、自分の将来の健康リスクを知るために受けた検査で偶然、ドナーや異母きょうだいの存在を知った人もいた。彼らのドナーは皆、匿名で提供しており、ドナー自身がそうした検査を受検したわけではない。ドナーの子ども、孫、きょうだいを受けた遺伝子検査から、ドナーとDI出生者が繋がったのである。

またこうした遺伝子検査を通さなくても、ソーシャルネットワークが社会に浸透してきている現在、匿名だったドナーやレシピエントを偶然に見つけることもおおいにあり得る。実際に米国ではそうした事例も報告されている。こうした状況を受け、不妊カウンセラーも最近では、ドナーやレシピエントに、匿名にしても、将来的に子どもが事実を知る可能性は高く、最初から子どもには真実を伝えることが好ましいとアドバイスしていると

いう。またASRM発行の患者向けのガイドを見ても、「将来、法が改正される可能性もあり、永遠に匿名性が担保されるかどうかの保証はない」と記述されている。

日本ではまだ、こうした遺伝子検査の利用者は多くないが、将来、検査の需要が増えれば、それに伴い、偶然、自分と近い血縁の人を見つける人も出てくるかもしれない。そのような形で自分の出生の事実を知った場合、当事者の混乱は想像以上に大きいだろう。

時代の流れを考えると、ドナーもレシピエントである親も、将来、出生者が事実を知ることが前提に、どう対処するかを考えておく必要である。そしてDCの際のドナーの匿名性の廃止を、今、真剣に検討することが求められる。

平成27年度子ども・子育て支援推進調査研究事業  
米国における第三者のかかわる生殖医療の現状

事業担当者 仙波由加里 お茶の水女子大学・ジェンダー研究所

(研究要旨) 世界でもっとも配偶子提供や胚提供((Donor Conception—以下 DC と記す)、代理懐胎など第三者の関与する生殖医療が盛んな米国について、その法的対応、生殖医療関連学会の対応、そして近年起こっている問題や現象について報告する。米国の DC や代理懐胎に関する連邦法は、「不妊クリニックの成功率および認定に関する法律」のみである。DC や代理懐胎で形成される親子関係に関する連邦法はなく、統一親子関係法が、州法のモデルとして起草され、各州はこの統一親子関係法を部分的に採用または独自の法を制定したり、裁判所判断に委ねるなどして法的対応をとっている。また生殖医療の専門家組織によるガイドラインも、DC や代理懐胎を安全に行う上で重視されている。米国では DC や代理懐胎がビジネスとして行われている場合も多く、それに伴う問題も起こっている。そして近年注目すべきは、遺伝子検査の流行やソーシャルネットワークの普及が DC 関係者に影響を及ぼしはじめていることである。特に遺伝子検査を通して、ドナーや生物学的きょうだいを探しあてて人が現れ、米国ではすでにドナーの匿名性の保持が難しくなっていることが伺える。日本においても将来、同様のことが起こりえる可能性は否定できず、DC を実施する際には、ドナーもレシピエントも、将来、生まれた子が近親者を知る可能性があることを前提に準備しておく必要がある。そして、偶然にドナーや生物学的きょうだいがみつき、心理的な混乱を招くようなことを避けるためにも、ドナーの匿名性の廃止を真剣に検討することが求められる。

#### A. はじめに

米国は世界で最も第三者のかかわる生殖医療(ドナーコンセプション—以下 DC と記す)の実施件数が多い国といえよう。

2013年の米国と日本のART治療周期総数を比較すると、米国は190,77周期であった<sup>1)</sup>のに対し、日本は368,764周期であった<sup>2)</sup>。日本の人口が約1億2000万人であるのに対し、米国は約3億1000

万人で、人口をみるとアメリカは日本の3倍近くあるが、日本のほうが米国よりもARTの実施周期数ははるかに多い。しかし提供卵子や提供胚を使ったARTをみると、その状況を大きく異なる。提供卵子については、日本は今なお、実施施設も少なく、国内全体の実施件数もデータはないが、わずかであろうと予測される。それに対し米国では、2013年だけでも新

鮮胚と凍結胚の両方の利用を含めて 19,988 周期<sup>3)</sup>提供卵子を使った ART が実施されていた。米国の提供精子を利用した生殖医療 (Donor Insemination—以下 DI と記す)の実施件数は正確には把握されていないが、年間 6 万人以上の子どもが生まれているという推測もある<sup>4)</sup>。このように第三者の配偶子や胚を使った生殖医療 (Donor Conception—以下 DC と記す) が盛んな米国であるが、近年、あらたな技術の登場とともに、とくにドナーの匿名性を維持するのが難しい状況がでてきている。

本報告書では、米国の DC 関連の法的対応、生殖医療関連学会の対応、そして近年起こっている問題等、米国の DC を取り巻く現状について報告する。

本報告をまとめるにあたり、報告者は、2016 年 2 月 2 日から 6 日までの計 5 日間、米国現地に滞在し、DC の専門家や関係者、当事者に面談し、それを通して、情報収集をおこなった。また、調査の前後にメールを通して情報提供を得た。情報提供に協力してくれたのは以下のとおりである。DI 出生者に関しては、プライバシーに配慮し、匿名とする。

- Prof. Judith Daar (Whittier Law School)
- Nancy Boughey (不妊カウンセラー)
- Laura McMilligan Salt Lake City Donor

Conception Support Group 創設者

- DI 出生者男性 A 匿名
- DI 出生者男性 B 匿名
- DI 出生者女性 C 匿名

- DI 出生者女性 D 匿名

本報告書は、上記協力者から得た情報と、そのた文献等から得た情報をもとに報告する。

## B. 米国の第三者の関わる生殖医療

### B-1 米国の不妊の人々の割合

米国疾病対策予防センター(Center for Disease Control and Prevention—以下 CDC と記す)は、National Survey of Family Growth (NSFG) のデータを用いて、米国に居住する 18 歳から 44 歳の男女の不妊の状況に関するデータを公表している。それによれば、15 歳から 44 歳の既婚で子どものいない女性のうち、これまでに不妊の経験のある人の割合は、2002 年には 25.3%、2006 年-2010 年には 21.2%、2011 年-2013 年には 24.2%だと報告されている<sup>5)</sup>。このように、米国でも不妊の問題を抱え人は少なくない。そこで、ここでは特に第三者のかかわる生殖医療を中心に、その歴史や現状を概観する。

### B-2 精子提供

米国は世界ではじめて DI を実施した国といわれている。1884 年、フィラデルフィア大学の医学部教授だった William Pancoast が、男性不妊患者の妻に医学生の子で人工授精を行い、男児が誕生した。Pancoast は男性患者とその妻に同意を得ないまま DI を実施し、妻の妊娠が判明した後に、男性患者に DI

で懐胎した事実を打ち明けたのだった。しかし子を出産した妻は、死ぬまで子どもが夫と生物学的な関係がないことを知ることはなかった。このDIは長く公にされることはなかったが、1909年、このDIの経緯を知るPancoastの教え子のHardが、この事実を公にした。その後、米国でも夫の精子を使った人工授精は行われたが、実施件数はわずかであり、それは、道徳や宗教の観点から夫婦の生殖に第三者を介入させることへの抵抗感があったからだろう。しかし戦後、戦争によって生殖能力を失った男性やその妻からのニーズによって、DIの実施が増えた。

1952年、アイオワ大学でも不妊クリニックが開設され、人工授精も実施されるようになった。当時、第二次大戦後のベビーブームで、不妊に悩むカップルが治療におとずれた。同大学では1954年頃からDr. Raymond Bungeと、当時大学院生だったJerome Shermanが精子凍結技術の研究をすすめていた。Shermanは1958年にアーカンソー大学医学部の教員のポジションを得て、同大学病院に精子バンクを設立、さらに精子凍結によるDIの研究をすすめた。その後DIは、1973年頃までに広く医療として受け入れられるようになった。1970年代からは商業的な精子バンクも登場している<sup>6)</sup>。

米国では、レズビアンカップルやシングル女性が提供精子で子を持つ例も見られる。そのため、DIの実施件数も多いの

であろう。2011年の調査では、米国で未婚女性に生まれる子どもは全出生の46%という報告もある<sup>7)</sup>。加えて、2015年、連邦最高裁の判決により、米国全州で同性婚を認めた。今後、レズビアンカップルのDIの需要はますます拡大することが見込まれる。

### B-3 卵子提供

1983年、オーストラリアで世界初の卵子提供での妊娠が報告され、同年、米国でも卵子提供を実施し、1984年に米国初の卵子提供による子どもが誕生した。近年では提供卵子の利用も増加し、CDCの生殖補助技術報告書（2013 Assisted Reproductive Technology National Summary Report—以下、ARTレポートと記す）によれば、2013年、米国全体で、提供卵子や提供胚を使ったIVFは19,988周期実施され、18,096件移植されている。これは、米国の2013年の治療総周期の12.4%を占めている。また、2013年、米国で実施されたART治療周期総数の60%以上が35歳以上の女性に対して実施され、さらに年齢が高くなると、提供卵子の利用率も高くなる。たとえば、45歳を越えた患者は60%が提供卵子を使っている<sup>8)</sup>。

近年ではビジネスとして卵子ドナーを斡旋するエージェンシーも多く存在している。近年ではインターネットを介して、大学生向けの卵子提供ビジネスも



盛況も盛んであり、女子大生の卵をキャッシュで買う業者もいる<sup>9)</sup>。またジョージア技術研究所の Aaron Levine の調査によれば、63 の大学校内紙の計 100 以上の広告を精査したところ、ASRM のガイドラインよりも、ほぼ 4 分の 1 が 1 万ドル以上も高く、また別の 4 分の 1 が 5000 ドルから 1 万ドル高く、報酬を出している<sup>10)</sup>。卵子提供には身体的なリスクもある<sup>11)</sup>。報酬をめぐるのは、2011 年、Lindsay Kamakahi が ASRM、SART、Pacific Fertility Center を相手に、卵子ドナーへの報酬を低く設定していると訴訟を起こした<sup>12)</sup>。そして、この訴訟に全米の数千人の女性たちが賛同して裁判に参加した<sup>13)</sup>。しかし 2015 年 2 月、裁判では原告の訴えは退けられている<sup>14)</sup>。

#### B-4 胚提供

ART の需要が増えるにつれて、不妊治療で使用されなかった胚（受精卵）が凍結保存されるケースが増えている。メディアによれば、1985 年には全米に 285 個しかなかった凍結受精卵が、現在では 400 万個から 600 万個凍結保存されているという<sup>15)</sup>。凍結保存されている余剰胚については、a. 将来、次の子どもを持つための治療に備えて保存しておく、b. 他者に譲渡する、c. 研究のために譲渡する、d. 廃棄する、の四つの選択肢が考えられる。そして、最終的に子どもが誕生したり、治療に対する負担から治療を終了す

る場合、凍結保存してある胚のほとんどは廃棄されるか、研究のために提供さ、他のカップルに提供されるのは、そのうちの 1 万個ほどである<sup>16)</sup>。そうした中には、グレイグリスト（インターネットを介しての「あげます、求めます」のようなサイト）で、子どもが生まれた場合に年に一度の報告と、生まれた子どもと会うことを条件に、無償での提供を申し出るケースもある<sup>17)</sup>。こうした胚提供については、出生前養子（prenatal adoption）といういい方もある。

#### B-5 代理懐胎

代理懐胎には、依頼者の男性の精子を使った人工授精で懐胎する代理母方式（traditional surrogacy）と、代理懐胎者以外の卵子を使い、体外受精によって懐胎する借腹方式（gestational surrogacy）の 2 種類がある。米国で代理出産裁判でもっとも有名なのは 1988 年のベビーM 事件であろう。これは代理母方式で、子どもを出産したホワイトヘッドが、子どもを引き渡しを拒否して、依頼主のスターン夫妻と親権をめぐる争った裁判である。裁判の結果、スターン氏に親権が与えられ、ホワイトヘッドは面会権を与えられるという結果に終わった。米国ではこの事件が起こる 1988 年の初めまでに、約 600 人の子どもが代理懐胎で生まれていた<sup>18)</sup>。

現在米国内で、年間に何人の子どもの

代理懐胎で生まれているのかはわからないが、米国生殖補助技術学会（Society of Assisted Reproductive Technology—以

下 SART と記す）の統計では、2004 年には 738 人、2005 年には 1012 人、2006 年には 1059 人、2007 年には 1034 人、2008 年には 1395 人の子どもが借り腹方式で生まれている<sup>19)</sup>。現在は上記と同じかそれ以上の数の子どもが年間生まれていると推察される。

### C. 米国の DC に関する法

米国において、生殖補助医療に関する連邦法は、「不妊クリニックの成功率および認定に関する法律」（The Fertility Clinic success Rate and Certification Act of 1992 – Public Law 201-493）のみである。この法律で、不妊クリニックの認定制の採用を定め、また全米のすべての不妊クリニックに治療成績などの情報を CDC に報告することを義務づけている<sup>20)</sup>。この法律によって、不妊クリニックの質が担保され、一般の人々にも不妊クリニックの判断となる情報を得ることができる。

これ以外には、DC や代理懐胎を規制する連邦レベルの法律は存在せず、米国は連邦制を採用しているために、各州に法的対応が委ねられている。しかし州法を統一することが望ましいと考えられる領域について、統一法を起草し提案するための「統一州法委員会全国議会（National Conference of Commissioners on Uniform

State Laws, NCCUSL）が設立され（途中略）、州が法律を制定するに際してモデルとすべき草案『統一法案』を作成している<sup>21)</sup>。その一つが統一親子関係法（Uniform Parent Act）で、この中に DC によって形成される親子関係を規定する条項が含まれている。

### C-1 米国統一親子関係法（Uniform Parent Act）

統一親子関係法は、1973 年に統一法議会（Uniform Law Commisioners）によって発布された。これは「統一非嫡出子法（Uniform Illegitimacy Act 1960 年廃止）」と「父子関係に関する統一法（Uniform Act on Paternity）」を受けて作られた法律であり、「嫡出子に対する非嫡出子の平等な法的権利の必須条件<sup>22)</sup>」に焦点が当てられた。

1973 年の統一親子法（以下 1973 年法と記す）の第五条には、すでに DI における父子関係が規定されている。その内容は以下のとおりである。

- (a) ・ 認定医の監視のもと、夫の同意を得て妻が夫以外の男性から提供された精子で人工授精を受けた場合、夫は法の中で生まれた子どもの実父（natural father）と同様に扱われる。
- ・ 夫と妻が署名した書面による同意書が必要。
- ・ 医師は彼らの署名と人工授精した

日を確認し、夫の同意を州の健康省 (State Department of Health) に届け出て、機密管理する。

・しかし、医師の怠慢でこうした手続きをとっていなかったとしても、父子関係には影響しない。

・DI に付随する裁判所での永久記録の一部、もしくは担当医によって保管されているようなすべての書類や記録は、裁判所命令による調査のためのみ使われる。

(b) 自分の妻以外の婚姻女性の人工授精に使用するために、認定医が介入して精子提供した精子ドナーは、法的に生まれた子の実父とはみなされない。

そして第十一条では、血液検査による親子鑑定について言及されている。<sup>23)</sup>

1990年代になると、親子鑑定技術の進歩によって、夫と子どもの間に父子関係がないことを証明できるようになり、夫婦の離婚等でも様々な裁判ケースがみられるようになった。そこで2000年に統一親子関係法が改訂されることになった。2000年の統一親子関係法（以下2000年法と記す）では、1973年法にあった血液検査にかわって、第五条に、父子関係を決定するための遺伝子検査の項目が加わった。その中の重要項目は以下の通り。

501 条：個人的に任意に遺伝子検査を受けた場合と、裁判所や執行支援機関 (support enforcement agency) の命令によって行われる場合の両方を承認する。

503 条：検査に使われる試料を、血液、口腔内の細胞、骨、髪などの身体組織、体液などとする。

505 条：「反証可能なように、子の父として確認されるためには、遺伝子検査の結果が少なくとも、父親である可能性 (probability of paternity) が99%であり、父親指数 (paternity index) が100対1を示さなければならない。

そして2000年法の第7章では、1973年法にはなかった、生殖医療で生まれた子どもに関する項目が設けられた。

701 条：男女間の性交によって生まれた子、もしくは代理懐胎契約で生まれた子どもには適応されない (提供配偶子で生まれた子に限定する)。

702 条：生殖医療で生まれた子どもは提供者の子ではない。

705 条：夫からの父性についての否認の制限について、以下のように規定する。

(a) 生殖医療で出産した妻の夫は、以下の場合を除き、嫡出否認できない。

(1) 子どもの出生を知ってから2年以内に父親であることへの異議申し立ての裁判手続きをはじめていた。

(2) 夫が子どもの出生前、もしくは出生後に生殖医療に同意していなかったことを裁判が承認している。

(b) 裁判所が以下と判断する場合、父子確定を争う裁判手続きが継続される。

(1) 夫が精子を提供しておらず、子の出生前後に妻の生殖医療に同意し

ていない。

(2)生殖医療を受けたと思われる時期以降、夫と子の母親は同居していない。

(3)夫が子どもをずっと自分の子として扱っていない。

代理懐胎については、1988年「補助生殖で生まれた子どもの地位に関する統一法」(Uniform Status of Children of Assisted Conception Act)の中ではじめて代理懐胎に関する条項が示された。しかし、親子関係に関する統一法を一本化するために、1973年統一親子関係法と「補助生殖で生まれた子どもの地位に関する統一法」は廃止され、新たに2000年親子関係統一法が策定された。しかし2000年の統一法の中の、婚姻(married)、妻(wife)や夫(husband)といった用語の使用が不適切であるとの指摘から、内容はそのままに、妻を女性(woman)へ、そして夫を男性(man)へと言葉を変更し、2002年に改訂された。そして2002年改訂統一親子関係法(以下2002年改訂法と記す)は現在も有効とされている。

2002年改訂法の第8章には代理懐胎契約による親子関係についても盛り込まれ、内容は以下のとおりである。

第102条 (11) 代理懐胎者とは、妊娠契約にもとづいて、子どもを出産する成人女性である。

第801条 代理懐胎の同意認定

(a)代理懐胎予定者、代理懐胎予定者が婚

姻している場合には、彼女の夫、そして提供者(たち)、代理懐胎を依頼する親たちは、書面による同意書に以下のような内容を入れなければならない。

(1) 代理懐胎予定者が生殖医療による妊娠に同意している。

(2)代理懐胎予定者、(彼女が婚姻しているならば)懐胎予定者の夫、およびドナーたちは、生殖医療を通して生まれてくる子どもの親としてのあらゆる権利と義務を放棄する

(3)依頼者が子の親となる。

(b)依頼者カップルは婚姻していることが条件であり、カップルの両者が代理懐胎契約の主体とならなければならない。

(c)803条に準じて有効な場合にのみ、代理懐胎契約は効力を持つ。

(d)代理懐胎契約は、自然性交渉によって懐胎した子の出生には適用されない。

(e)代理懐胎契約には、対価と支払いについても記述されなければならない。

(f)代理懐胎契約は代理懐胎者の健康や、胚、胎児を守るためになされる決定を制限してはならない。

第802条 申し立て要件

(a) 依頼したカップルおよび代理懐胎しようとする女性は、妊娠契約を有効にするために、(適切な裁判所)で法的手続きを開始することができる。

(b) 妊娠契約を有効にするための法的手続きは、以下に該当しない場合、進めることができない。(1) 代理懐胎者、または依頼者カップルが 90 日以上、当該州に居住している。(2)代理懐胎予定者が結婚している場合は、その夫も法手続きに参加する。(3)契約書コピーを申立書に添付する。

#### 第 803 条 代理懐胎契約を有効にするためのヒヤリング

裁判所がヒヤリングを実施し、要件を満たしているかを確認し、親として適正基準の確認や、医療費、報酬の妥当性等を検討する。

#### 第 804 条 記録の検査

本法にもとづく代理懐胎契約者の法的手続き、記録、身元が、養子縁組に適用される機密保持基準に従って閲覧の対象となる。

#### 第 805 条 独占的な権限、継続管轄権

裁判所は子どもの生後 180 日に達するまで、代理懐胎契約で生じるすべての問題についての独占的な権限と継続管轄権を有する。

#### 第 806 条 代理懐胎契約の破棄

(a) この条文のもと、命令が発令されたあとでも、代理懐胎者が生殖医療で妊娠する前であれば、代理懐胎者とその夫、もしくは依頼している親のどちらが、すべての関係者に書面で解消を申し出た場

合には、この代理懐胎契約を解消することができる。

(b) 正当な理由をもって裁判所は代理懐胎契約を解消することができる。

(c) 代理懐胎契約を破棄する者は、裁判所に破棄に関して届け出なければならない。届け出の受け付けでると、裁判所はこの条文のもと、命令を無効とする。

(d) 代理懐胎者もしくはその夫のいずれも、もしこの条項に準じて代理懐胎契約を破棄する場合は、依頼する親、他への責任を負う必要はない。

#### 第 807 条 有効な代理懐胎契約における親権

(a) 代理懐胎者に子どもが生まれることについて、依頼する親たちは、生殖医療を実施したあと 300 日以内に子どもが代理懐胎者から生まれる旨、裁判所に届け出なければならない。それを受けてすぐに、裁判所は以下の命令を発動する。

(1) 依頼している親が子どもの親であることを正式に認める。

(2) 必要ならば、依頼した親に子を渡されるよう命令する。

(3) 出生記録を管理している機関に、子どもの親として依頼している親の名前を出生証明書に記載するように指示を出す。

(b) 代理懐胎者に生まれた子の親（依頼者）から、生殖医療による子ではないという申し立てがあった場合には、裁判所は親子関係を確定するための遺伝子検

査を命令する。

第 808 条 代理懐胎契約書:代理懐胎後に代理母が結婚しても、代理懐胎契約には影響はない。また代理懐胎者の夫の同意も必要なく、夫は生まれてくることもの父親とは推定されない。

第 809 条 代理懐胎契約の無効の発行

- (a) 記録の有無に関係なく、司法上有効でない代理懐胎契約は強制できない。
- (b) 有効でない代理懐胎契約で出生した場合、親子関係は第 2 章で規定された通りに決定される。
- (c) 依頼者カップルは、代理懐胎契約が無効でも、生まれた子どもの扶養について法的責任を負う可能性がある。この法的責任とは、本法の第 636 条に規定されているすべての費用や手数料の負担を含む。

2002 年改訂法の中の規定をみると、DI の場合、基本的には懐胎した女性が子の母親で、その女性が婚姻していて、夫も合意の上で行った DI で子どもが生まれた場合には、その女性の夫が子の実父となるという形がとられている。しかし、代理懐胎の規定では、依頼した親が親であり、代理懐胎契約の中で、子どもを持つことを希望しているカップル以外は、懐胎する女性であっても親ではないという形がとられている。

米国では、この統一親子関係法の中の

DC や代理懐胎で形成された親子関係の規定が、州の親子関係を定める法律のモデルとなっている。

## C-2 各州の生殖医療に関連する法規制

米国には 50 州とコロンビア特別区がある。州によって DC や代理懐胎についての法的対応は異なるが、各州の生殖医療に関する法の概要を以下に示す。(表 1 参照) 全米の州の対応について、『Reproductive Technologies and The Law』(Lexis Nexis) の著者であるウィッティア・ロースクールのジュディス・ダー教授から情報提供を受けた。

### 1)アラバマ州

2009 年より統一親子関係法 (2002 年改正) の条項をモデルにした法律 (Alabama Uniform Parentage Act—Ala Code) が施行されている。

- ・ Ala Code §26-17-21 : DI に関する項目は 2002 年の統一親子関係法をモデルにしている。

- ・ Ala. Code §26-17-706 : 卵子や精子、胚を女性の体に入れる前に離婚した場合、もし認定医が保管している記録に、元配偶者の同意の署名がない場合は、その元配偶者は子の親ではない。(2002 年法の第 707 条に近い)

- ・ Ala.Code §26-17-707 : 卵子、精子、胚が女性の体内に入れられる前に配偶者が死亡した場合、認定医によって保管されている同意書に死亡した配偶者の同

意の署名がない場合は、その元配偶者は子の親ではない。

・Ala Code §26-10A-34 : 代理懐胎契約を、子を売ることとみなす犯罪から除外する。

## 2) アラスカ州

・Alaska Stat. §25.20.045 : DI に関して、夫婦両方の書面による同意があり、認定医によって実施された人工授精で、婚姻している女性に生まれた子は、その夫婦の実子であり、法的な子どもである(1973年の統一親子関係法の内容にのっとっている)

・代理懐胎についての州法は存在しない。

## 3) アリゾナ州

・Ariz. Rev. Stat. Ann. §25-501 : 人工授精で生まれた子は、もし母親の配偶者が生物学的な父親であるか、もしくは人工授精の前後に書面で同意している場合、子供は母親と母親の配偶者から保護される資格がある。

・Ariz. Rev. Stat. Ann. §25-218(A) : 代理懐胎契約を禁止する。

## 4) アーカンソー州

・Ark. Code Ann. §9-10-201(a) : DI で婚姻している女性に生まれた子は、もしその女性の夫が DI に書面で同意している場合には、その女性と夫の法的な実子となる。

・Ark. Code Ann. §9-10-202 : DI は認定医によってのみ実施されることが求められる。

・Ark. Code Ann. §9-10-201(b) : 代理母に

生まれた子は、代理懐胎を依頼した親の子どもとみなされ、代理母の子ではない。

## 5) カリフォルニア州

・Cal. Health & Safety Code §125315 : ART を実施する医療者に治療後の胚の廃棄や、離婚後の胚の扱いについて、患者をガイドするための指示を法で定義。

・Cal. Penal Code §367g : すべてのドナーに配偶子の譲渡を希望していることを示す書面による同意書に署名することを求めている。

・Cal. Probate Code §249.5 : 子どもが生物学的な親の死後に生まれた場合、死亡した親が死亡前に証人の元、署名し、書面によって自分の遺伝的な細胞の死後利用を許可する宣言が書かれている場合には、生まれた子は親の財産を相続する権利を持つ。

・Cal. Fam. Code §7613 : 婚姻している女性の夫が精子の提供者でなくても、認定医の管理の元、DI がすすめられていれば、DI で生まれた子の父親であることを宣言する。

・Cal. Fam. Code §7962 : 代理懐胎の実施を体系化したカリフォルニア法を 2013 年から施行。子どもの出産前に、代理懐胎を依頼した親が子の法的な親であると裁判所の承認を得る必要がある

## 6) コロラド州

・Col. Rev. Stat. Ann. §19-4-106 : (1)認定医の監視のもと、夫の同意を得て、妻が提供卵子で不妊治療をすることに同意

し、自分で懐胎する場合には、その女性は子どもの実母であると法的にみなされる。ただし、夫の同意も妻の同意書にして署名していなければならない。(2)ドナーは生殖医療で生まれた子の親ではない。

・ Col. Rev. Stat. Ann. §19-4-106(7) : 卵子、精子、受精卵を体に入れる前に離婚した場合、元配偶者が生まれた子の親であることに同意した記録がなければ、元配偶者は、生まれた子の親ではない。

・ Col. Rev. Stat. Ann. §19-4-106(8) : 死後生殖については、2002年改訂法の内容をモデルにしている。死亡後に配偶子を使うことについて死亡した配偶者の同意があれば、生まれた子は死亡した配偶者の子である。

#### 7) コネティカット州

・ Conn. Gen. Stat. Ann §45a-774 & 775 : 1973年法をモデルにしている。精子提供により生まれた子は、婚姻している女性の夫の実子と定めている。

・ Conn. Gen. Stat. Ann §7-48a : 。代理懐胎 (gestational surrogacy) 契約があれば、子を求めている親は子の出生証明書の親の欄に自分たちの名前をいれることができる。これは、Rafiopal v. Ramey 裁判 (299, Conn. 681m 12 A.3d 783 (2011)) に影響を受けている。コネティカット最高裁は、生物学的父親と代理懐胎契約に名をつらねている彼の男性パートナーを親として、その地位を支持し、これが州の法律となった。

#### 8) デラウェア州

・ Del.Code Ann. §8-706 : 離婚後の ART については、2002年改訂法の 706 条と同様の内容。

・ Del.Code Ann. §8-707 : 死後生殖については、2002年改訂法の 707 条と同様の内容。

・ Del.Code Ann. §8-703 および 8-702 : 2002年改訂法の内容を採用。

・ 同州には、代理懐胎に関する法律は存在しない。

#### 9) コロンビア特別区

・ D.C. Code §16-909(e)(1) : 親になることを希望している女性が DI を受けることに同意し、その女性のパートナーである自分も親になることを希望している場合、そのパートナーも女性が生んだ子どもの親である。

・ D.C. Code §16-909(e)(2) : 自分の配偶者やパートナー以外の女性の DI のために精子提供した者は、生まれた子の親ではない。

・ D.C. Code Ann. §16-402 : 代理懐胎を禁止。これを侵すと、1万ドル以上の罰金か1年以内の禁固、もしくはその両方が課せられる。

#### 10) フロリダ州

・ Fla. Stat. Ann. §742.17 : フロリダは、死亡や離婚にともなう初期胚や配偶子の廃棄について、もっとも包括的な法規制を持っている州のひとつ。ART を希望するカップルと治療する医師は、離婚や配



偶者が死亡した場合、カップルの卵子や精子、胚を廃棄に関する契約を結び、書面にして残さなければならない。(1) 書面による契約がない場合、卵子や精子を提供した当事者の管理のもと、保管しなければならない。(2) 書面による契約がない場合、初期胚の廃棄に関して決定する権限は、カップルにある。(3) 書面による契約がない場合、カップルの一方が死亡すると、あらゆる卵子や精子、もしくは初期胚は、子を望むカップルのうち生存している者の管理のもと、引き続き保管される。

・ Fla. Stat Ann. §742.17 : 卵子や精子、初期胚が女性の身体に移植される前にその持ち主が死亡している場合、死亡者の遺書がなければ、生まれてきた子ども遺産相続の権利はない。

・ Fla. Stat. Ann. §742.14 : 精子や卵子、初期胚の提供者は皆、親権すべてと提供によって生まれた子どもに対する義務を放棄する。提供に直接関連する妥当な報酬は容認される。

・ Fla. Stat. Ann. §742.11 : 精子提供について、代理懐胎の場合を除き、夫と妻が提供精子での人工授精や体外受精に書面で同意している場合には、提供精子による人工授精か体外受精で婚姻夫婦に生まれる子は、夫と妻の子であることに反論できない。

・ Fla. Stat. Ann. §742.15 : 代理懐胎を厳格な規制のもと容認する。代理懐胎の実施

は婚姻している夫婦に限定しておこない、妥当な医療、法的手続き、心理ケアや生活費について代理母が立替えている代金を支払ってもよい。もし親になることを希望している夫婦がふたりとも子どもと遺伝的な関係がない場合、代理母が親権と責任を引き継ぐ。

・ Fla. Stat. Ann. §742.15(2) : フロリダ法では、依頼する母親は身体的に妊娠できないことが、代理懐胎契約を法的に有効とする条件で、実効性をもたせるためにこれが不可欠である。

#### 11) ジョージア州

・ Ga. Code Ann. §19-8-41 : 2009年から施行されている本法律では、胚提供で生まれた子どもは提供を受けた人の法的な子どもであると考えられる。

・ Ga. Code Ann. §9-7-21 : 婚姻中に DI で生まれた子は、夫婦の両方が DI をすることに書面で同意をしているなら、嫡出子となる。

・ 同州には代理懐胎に関する法はない。

#### 12) ハワイ州

・ ハワイには、DI で生まれた子どもの親の地位を規定する法律も、代理懐胎契約に関する法もない。

#### 13) アイダホ州

・ Idaho Code Ann. §39-5405 : 精子提供について、1973年法の Section 5の内容を採用。

・ 代理懐胎に関する法律はない。

#### 14) イリノイ州

・ Ill.Comp.Stat. Ann., ch, 750, 40/3 : 精子提供に関して、1973 年法の Section 5 の内容を採用。

・ Ill.Comp. Stat. Ann., ch, 750, 45/6 : 代理懐胎においては、親になることを希望しているカップルの男性の精子、もしくは女性の卵子のいずれかを使わなければならない。代理懐胎者は生物学的な母親ではなく、依頼者である親のために子どもを妊娠・出産することを明確にしておかなければならない。

・ Ill.Comp. Stat. Ann., ch, 750, 47/25 : 代理懐胎契約を有効にするためには、親になることを希望しているカップルは、少なくともどちらかの配偶者を使う必要があり、代理母の医学的必要性を示すために、メンタルヘルスの評価を受けなければならない。

・ Ill.Comp. Stat. Ann., ch, 750, 47/25 : 代理懐胎に関する条件等について、医療行為が始まる前に契約を締結することが必要であり、代理懐胎者と依頼者側の弁護士はそれぞれ別にしないとイケない。依頼者側も代理懐胎者も、代理懐胎における法的なこと、財政的なこと、契約上の権利、予想されること、罰則、および義務などの情報をうけていることを承認する覚書に署名するなどの条件を定めている。

#### 15)インディアナ州

・ インディアナ州には、DI で生まれた子どもの親の地位を規定する法律はない。

・ Ind. Code §31-20-1-1, 2 : 代理懐胎契約は

無効で、法的強制力はない。

#### 16)アイオワ州

・ Ia. Code Ann. §633.220A と §633.267 : 死後生殖に関して、遺伝的親の死後の妊娠で生まれた子どもの相続権について、もし死亡した親が、生存している配偶者が書面で自分の生殖細胞を使うことを了承しており、子どもが遺伝的親の死後 2 年以内に生まれるならば、遺産相続できる。

・ 精子提供に関する法律は、アイオワ州にはない。

・ Ia. Code Ann. §710.11 : 伝統的代理出産 (traditional surrogacy) を州の乳児売買法 (Baby-sell law) から除外する。

#### 17)カンザス州

・ Kan. Stat. Ann. §23-2302 : 異性間の人工授精ですでに生まれた子どもこれから生まれる子ども、自然妊娠で生まれた子と同様に、この技術を使うことを要請し、同意している夫妻の子どもであると法的にみなされる。

・ Kan. Stat. Ann. §23-2308 : ドナーは妻以外の女性が DI に使うため、認定医に精子を提供しても、そのドナーと女性による契約書があれば、ドナーの法律上の扱いは、生まれた子の産みの父親 (birth father) ではない。

・ 代理懐胎に関する法律はない。

#### 18)ケンタッキー州

・ ケンタッキー州には DI で生まれた子どもの親の地位を規定する法律はない。

・ Ky. Rev. Stat. §199.590(4) : 人工授精による代理懐胎と、子に対する親権を放棄することに合意している商業的代理懐胎契約を無効とする。

#### 19) ルイジアナ州

・ La. Rev. Stat. Ann. §9:126 : 体外で受精したヒト卵子は生物学的にはヒトであり、医師、医師を雇った施設、精子や卵子のドナーの所有物ではない。もし体外受精を受けた患者がわからなくなってしまった場合、別の人に移植されるまで、医師がそのヒト胚の一時的な保護者とみなされる。裁判所は、ヒト胚の権利を守るために体外受精を受ける患者の申し立てや、胚の相続人、体外受精の大元である医師たちに関して、責任者を指名する。

・ La. Rev. Stat. Ann. §9:391.1 : 親が死亡した後に生まれた子どもは、死亡した親が生存している配偶者に対して配偶子を使うことを書面で許可している場合には、死亡した親の子であるとみなされる。また死亡した親の配偶子を使って妻から生まれ、その配偶者が死亡してから3年以内の場合には、死亡した親の存命中に生まれた子どもと同等に扱われ、死亡した親からの相続の資格も含め、子どもはすべての権利を有する。

・ La. Civ. Code Ann., art 188 : DI で生まれた子の母親の夫は、DI に同意した結果、子どもが妻に生まれた場合、その子どもを否認することはできない。

・ La. Rev. Stat. Ann. §9:2713 : 代理母契約

は無効。

#### 20) メイン州

・ メイン州には DI で生まれた子どもの親の地位を規定する法律も、代理懐胎に関連する法律もない。

#### 21) メリーランド州

・ Md. Code, Estates and Trusts, §1-206 : 夫の同意がある DI で婚姻している女性に生まれた子は、あらゆる意味で、その夫婦の法的な子である。夫の同意が前提である。

・ 代理懐胎に関する法律はない。判例で、司法長官が、出産した女性に金銭を払うことを含む代理懐胎契約は違法で、メリーランド州の法では法的効力はないと言っている。しかし Gestational surrogacy のケースでは違う判断もだされている。case. 85 Op. Atty. Gen. No. 00-035, Dec. 19. 2000.、In re Roberto d.B., 399 Md. 267 (2007)。

#### 22) マサチューセッツ州

・ Mass. Gen. Laws Ann., Chap. 111L, §4 : 2005年にヒト胚のES細胞研究を許可する法律が施行されたことにより、体外受精を受ける患者と卵子ドナーが採卵の流れについての情報を得る権利に言及。使わなかった胚について、保存、他の人への譲渡、研究利用のための譲与、廃棄等の選択を示さなくてはならない。

・ Mass. Gen. Laws 46 §4B : 夫の同意がある DI で婚姻している女性に生まれた子は、あらゆる側面で、その夫婦の法的な

子である。しかし夫の同意が前提である。

・代理懐胎を直接規制する法律はないが、州の最高裁が代理懐胎の手配は、法的強制力をもたないという判決を下した。

(Culliton v. Beth Israel Deaconess Medical Center, 435 Mass, 285, 756 N.E.2d 1133 (2001))

### 23)ミシガン州

・ Mich. Comp. Laws. Ann. §333.2824 : 婚姻している女性が夫の同意を得て DI をし、その結果生まれた子は、その夫婦の法的な子と考えれる

・ Mich. Comp. Laws. Ann. §722.855 : 代理懐胎契約は公序良俗の秩序に反するとして無効。

### 24)ミネソタ州

・ Minn. Stat. Ann. §257-56 : 精子提供について、1973 年法の Section 5 と同じ内容。

・代理懐胎に関する法律は存在しない。

### 25)ミシシッピ州

・ミシシッピ州には、DI で生まれた子どもと親の地位を規定する法律も、代理懐胎取り決めに関する法律もない。

### 26)ミゾリー州

・ Mo. Stat. Ann. §210.824 : 精子提供については、1973 年法の Section 5 と同じ内容。

・代理懐胎に関する法律は存在しない。

### 27)モンタナ州

・ Mont. Stat. Ann. §40-6-106 : 精子提供について、1973 年法の Section 5 と同じ内容。

・代理懐胎に関する法律は存在しない。

### 28)ネブラスカ州

・ネブラスカ州には、DI で生まれた子どもの親の地位を規定する法律は存在しない。

・ Neb. Rev. Stat. Ann. §25-21, 200 : 代理懐胎契約は無効で法的効力はない。

### 29)ネバダ州

・ Nev. Rev. Stat. Ann. §126.061 : 精子提供について、1973 年法の Section 5 と同じ内容。

・ Nev. Rev. Stat. Ann. §126.045 : 代理懐胎について、無償での代理母契約は有効。代理母に医療費と必要な生活費のついて支払うことは許容する。

### 30)ニューハンプシャー州

・ N.H. Rev. Stat. §168-B:19 : 卵子提供について、治療が実施される前に、すべての配偶子ドナー、レシピエント、体外受精に参加する者は、医学的に卵子提供技術を受容できると診断されなければならない。

・ N.H. Rev. Stat. §168-B:11 : 精子ドナーは、もし契約書にサインしているときのみ、DI で生まれた子を支援する義務を有す。

・ N.H. Rev. Stat. §168-B:21 : 事前に法的に許可された人たちに対しては、無償の代理懐胎契約のみ容認する(医療費や妊娠に関連する経費を除く)

### 31)ニュージャージー州

・ N.J. Stat. Ann. §9:17-44 : 精子提供については、1973 年法の Section 5 と同じ内容。

・代理懐胎契約に関する法律は存在しない。

い。判例法で、伝統的代理懐胎（依頼主の男性の精子を使って、人工授精で第三者が妊娠する。Traditional surrogacy）は州の法律と公序良俗に反するとして、無効。この判断は 1988 年のベビーM 事件の影響を受けている。

### 32)ニューメキシコ州

2002 年改訂法に准ずる法律を 2010 年より施行。

・ New. Mex. Stat. Ann. §40-11A-706 : 離婚後の ART については、2002 年改訂法の 706 条の内容を採用。

・ New. Mex. Stat. Ann. §40-11A-702 : 配偶子提供に関しては、2002 年改訂法の 702 条の内容を採用。

・ New. Mex. Stat. Ann. §40-11A-707 : 死後生殖に関しては、2002 年改訂法の 707 条の内容を採用。

・ New. Mex. Stat. Ann. §40-11A-801 : 代理契約は認可されておらず、またはニューメキシコ州の統一親子法の下、禁止されている。

### 33)ニューヨーク州

・ N.Y. Dom. Rel. Law§73 : 正式に医療行為の認可を受けている医療者によって実施された DI で婚姻している女性に生まれた子は皆、その女性と女性の夫の書面の同意書があれば、その夫と妻の法的な実子とする。

・ N.Y. Dom. Rel. Law§122-123 : 代理母契約は無効であり、法的効力がない。契約の勧誘をしたり、金銭の介在する代理母契

約の情報を提供した人には、民事上の罰則金や刑事罰に処される。

### 34)ノースカロライナ州

・ N.C. Gen. Stat. Ann. §49A-1 : DI で生まれた子どもはすべて、法のもと、DI を望み、この技術を使うことに書面で同意した夫と妻の法的な子どもとして、自然に妊娠した子どもとまったく同様に扱われる。

・ ノースカロライナ州には、代理懐胎に関する法律は存在しない。

### 35) ノースダコタ州

1988 年の補助生殖で生まれた子どもの地位に関する統一法（1988Uniform Status of Children of Assisted Conception）の一部を採用し、後に、2002 年改訂法における文言に影響を受けた法に改訂されている。

・ N.D. Cent. Code Ann. §14-20-64 : 離婚後の ART について、卵子、精子、受精卵を体に入れる前に結婚が解消され、もし離婚後に ART 行われた場合、元配偶者が生まれた子の親であることに同意した記録がない場合、元配偶者は、生まれた子の親ではない。

・ N.D. Cent. Code Ann. §14-20-60 : 提供配偶子のドナーは、自分の配偶子をつかった生殖補助技術で生まれた子の親ではない。

・ N.D. Cent. Code Ann. §14-20-61 : 親になることを希望して精子を提供した男性か、もしくは女性が生殖医療を受けるこ

とに同意し、その女性に生まれてくる子の親になることを望んでいる者が子の親である。

・ N.D. Cent. Code Ann. §14-20-65 : 死後生殖について、補助生殖によって親になることに同意する旨が書かれている記録を残していない場合、その人が卵子や精子、胚が移植されるまえに死亡すると、死亡した者は子の親とはしない。

・ N.D. Cent. Code Ann. §30.1-04-20 : もし代理母が生まれた子の遺伝的な母ではない場合、代理母契約について、代理母と生まれた子の間に親子関係はない。

・ N.D. Cent. Code Ann. §30.1-18-05 : 女性が代理母になることを了承するとか、補助生殖で生まれた子の親としての権利や義務を破棄するというような契約も無効。しかし当事者たちが同意しているなら、代理母が子どもの母であり、その夫が父である。

### 36) オハイオ州

・ Ohio Rev. Code Ann. §3111.95 : 精子提供について、1973年法の Section 5 と同じ内容。

・ 代理懐胎についての法律はない。判例で、無償での親戚による代理出産で、子の出生前に親になることを希望した者を親とすることを容認したケースがある。

Belsito v. Clark, 67 Ohio Misc.2d 54, 66N. 2d 760 (1994). J.F. v D.B., 116 Ohio St. 3d 363, 879 N.E.2d 749(2007)。

### 37) オクラホマ州

・ Okla. Stat. Ann., Title 10, §554 : 卵子提供で生まれた子はすべて、法のもと、DI を望み、この技術を使うことに書面で同意した夫と妻の法的な子どもとして、自然に妊娠した子どもとまったく同様に扱われる。

・ Okla. Stat. Ann., Title 10, §555 : 卵子ドナーは自分の卵子で生まれた子どもに対して何の権利も義務も影響力もない。

・ Okla. Stat. Ann., Title 10, §556 : 胚提供に関して、胚を他の夫婦(レシピエント)に提供することについて夫と妻の同意を示す書面が裁判所に保管されることが求められる。胚の提供者たちは、親権も養育義務からも解放される。

・ Okla. Stat. Ann., Title 10, §551-552 : 精子提供について、1973年法の Section 5 と同じ内容を採用。

・ オクラホマ州には代理懐胎に関する法はない。しかし、オクラホマ司法長官は (Attorney General) は、州の子ども売買禁止法 (anti-child trafficking statute) に鑑み、有償の代理海外契約は違法という判断を下している。

### 38) オレゴン州

・ Ore. Rev. Stat. §109.239 : 人工授精に使われた精子の提供者が母親の夫でない場合、(1)精子提供者は DI で生まれた子に対して、何の権利も義務も影響力もない。(2) DI で生まれた子どもも、ドナーに対して、何の権利も義務も影響力もない。そしてオレゴン州の法律では、女性

の夫が同意しているならば、女性の夫が DI で生まれた子の父親である。

・オレゴン州には代理懐胎に関する法は存在しない。

### 39)ペンシルベニア州

ペンシルベニア州では法で、すべてのクリニックに対して、Health Department 宛てに、IVF を実施しているクリニックの名前と場所、受精させた卵子の数、廃棄した受精卵の数、移植した受精卵の数を、書面で報告することを求めている。

・18 Pa. Con. Stat. Ann. §3213(e)(3) : 精子や卵子のドナーもしくはレシピエントで、匿名とすることになっている人を除き、体外受精を実施するすべての人は、氏名、住所、医療施設、受精を後援する一般の閲覧・複写が可能なように、四半期ごとに報告書を保管しておかなければならない。

・ペンシルベニア州には、DI で生まれた子の親の地位を規定する法律はない。ペンシルベニア州の最高裁で、母親にドナーが誰であるか知らされていても、ドナーは子どもの父親ではないという判決がある (Ferguson v. McKiernan, 596 Pa. 78, 940 A. 2d 1236, (2007))。裁判所はドナーは非匿名であっても、匿名と同様に扱った。

・また、ペンシルベニア州には、代理懐胎契約に関する法律はない。

### (40)ロードアイランド州

・ロードアイランド州には、精子提供お

よび代理懐胎契約に関する法律はない。

### (41)サウスカロライナ州

サウスカロライナ州では、DI で生まれた子の親の地位を規定する法律はない。サウスカロライナ州の最高裁は、妻の DI に同意した夫が子どもの父親であると判断した (In re Baby Doe, S.C. 389, 353 S.E.2d 877(1987))

・サウスカロライナ州には代理懐胎に関する法はない。

### (42)サウスダコタ州

・サウスダコタ州には、精子提供および代理懐胎契約に関する法律はない。

### (43)テネシー州

・Tenn. Code Ann. §68-3-306 : DI で婚姻している女性に生まれた子は、その女性の夫の同意があれば、その夫と妻の法的に実子とする。

・Tenn. Code Ann. §36-1-102 : 代理懐胎の取り決めについては、裁判所もしくは州議会によって承認されていなければ、テネシー州での代理出産のプロセスが認可されているとはしない。

### (44)テキサス州

・Tex. Code Ann. §160.706 : 離婚にともなう胚の廃棄について、テキサス州は、卵子や精子、胚の移植前に結婚が解消された場合、もし元配偶者の同意の記録が残っていなければ、元配偶者は生まれた子の親ではない。

・Tex. Code Ann. Family Code §160.707 : 死後生殖について、2002 年改訂法の 707

条の内容を採用。(死亡した親の配偶子を使った生殖医療で子どもが生まれた場合、死亡した人が親とみなされるには、死後生殖への同意の記録がなければならない。

・Tex. Code Ann., Family Code §160.702, 703, 704 : 精子提供について、2002 年改訂法の条項を採用。

・Tex. Code Ann., Family Code §160.754 : 代理母の卵子を使わない代理懐胎については容認する。また依頼者の条件は、婚姻しており、妊娠・出産できないことが医学的に証明できる者、もしくは妊娠・出産を継続できず、その女性の心身および生まれてくる子の健康に対してリスクがない場合にのみ代理懐胎の利用が容認される。

#### 45)ユタ州

ユタ州は 2002 年改正法の条項を部分的に採用、2008 年から施行している。

・Utah Code Ann. §78B-15-706 : 離婚後の ART について、卵子、精子、受精卵を体に入れる前に結婚が解消され、もし離婚後に ART 行われた場合、元配偶者が生まれた子の親であることに同意した記録がなければ、元配偶者は、生まれた子の親ではない。

・Utah Code Ann. §78B-15-702 : ドナーは提供配偶子で生まれた子の親ではない。

・Utah Code Ann. §78B-15-703 : 夫が妻の ART に同意している場合、その夫が生まれた子の親である。

・Utah Code Ann. §78B-15-801-03 : 親にな

ることを希望する者が結婚していて、母親になることを希望している女性が自分自身では子を産むことができず、すべての当事者が認定を受けているメンタルヘルスの専門家にカウンセリングを受けるなどの状況が整っていれば、代理懐胎契約は支持される。

#### 46)バーモント州

・バーモント州には、精子提供および代理懐胎契約に関する法律はない。

#### 47)バージニア州

・Va. Code Ann. §20-158 : 離婚や夫婦の一方から結婚の取り消しが報告された後の ART について以下の場合を除き、離婚を求めている配偶者は、生まれてくる子の親ではない。1)医師と話をしたことが記録されていて、そのあとに卵子、精子、受精卵を体に入れている、2)その人の、親になるという承諾が書面で残っている。

・Va. Code Ann. §20-158(3) : 卵子ドナーは、ART を通して生まれた子の親ではない。

・Va. Code Ann. §20-158(B) : 死後生殖の問題を受けて、死亡した配偶者の精子か卵子を使ってつくった胚の移植をする前に、配偶子の持ち主が亡くなった場合、もう一方の配偶子が配偶者由来でない場合も含め、以下に当てはまらない場合、生まれた子の親ではない (i)死の宣告の前に、医師を介在して女性の体内への移植が実施されていた。(ii)配偶子を体内に



入れる前に親になることへの同意を書面で残している。

・Va. Code Ann. §20-158(2): DI に関しては、DI を実施したあとに、結婚が解消されたり無効だと宣言しても、離婚後 2 年以内に母子に対して、申し立ての行動を起こしていないか、もしくは ART の実子に同意していない場合は、子を懐胎した母親の夫が子の父親である。

・Va. Code Ann. §20-158(2): 精子ドナーが、懐胎した母親の夫でない限り、ドナーは ART で生まれた子の親ではない。

・Va. Code Ann. §20-159-160: 無償の代理懐胎については認可する。ただし、母親となりたい女性が不妊で、ART を始める前に当事者すべてが、裁判所に承認を請願することが求められる。

#### 48) ワシントン州

ワシントン州は提供配偶子で生まれた子どもたちが一定の年齢に達したとき、ドナーの非匿名の情報を知ることが容認した最初の州である。

・Wash. Rev. Code §26-26-750: 18 歳に達した DC で生まれた子が希望すれば、その子の誕生をもたらした配偶子ドナーの非匿名情報へのアクセスが認められる。しかし、ドナーが身元を明かさないと生殖医療のために配偶子を提供するクリニックとの覚書にサインしている場合はその限りではない。

・Wash. Rev. Code §26-26-725: 胚の廃棄に関して、卵子や精子、胚の移植前に結

婚が解消された場合、もし元配偶者の同意の記録がない場合、元配偶者は生まれた子の親ではない。

・Wash. Rev. Code §26-26-730: 死後生殖に関して、2002 年改正法の 707 条を採用している。死亡した配偶者が生まれた子の親になるためには、死亡した人の同意の記録が求められる。

・Wash. Rev. Code §26-26-710: 2000 年法を採用している。妻の DI に同意している夫は生まれた子の父親である。

・Wash. Rev. Code §26-26-705: 精子ドナーは、生殖医療で生まれた子の親ではない。

・Wash. Rev. Code §26-26-240: 報酬を伴う代理懐胎契約は公序良俗に反するととして、無効。破った場合は犯罪となる。

#### 49) ウェストバージニア州

・ウェストバージニア州には、精子提供はない。

・W. Va. Code §48-22-803: 代理母契約は州の乳児販売法から除外する。

#### 50) ウィスコンシン州

・Wisc. Code Ann. §891.40: 精子提供については、1973 年法の Section 5 を採用。

・Wisc. Code Ann. §69.14: 本条をもって、出生証明の登録者が代理母のもとに生まれた場合、代理母に関する情報を出生証明に入れなければならない、父親の情報は含めない。

#### 51) ワイオミング州

・Wyo. Stat. §14-2-906: 胚の廃棄について、

卵子や精子、胚の移植前に結婚が解消された場合、もし元配偶者の同意の記録がなければ、元配偶者は生まれた子の親ではない。

・Wyo.Stat.§14-2-907：死後生殖について、補助生殖で親になることに同意する旨、記録を残していない場合、その人が卵子や精子、胚が移植されるまえに死亡すると、死亡した者は子の親ではない。

・Wyo.Stat.§14-2-903, 904：精子提供について、2000年法を部分的に採用。子を持ちたいという希望とともに妻がDIを受けることに同意した男性が、生まれてくる子どもの父親である。

・ワイオミング州には代理懐胎に関する法は存在しない。

#### D. 米国生殖医療関連学会の見解

2012年に、米国生殖医療学会実行委員会(Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine—ASRM)と生殖補助技術学会実行委員会(Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology—SART)は、共同で、配偶子および胚の提供に関する見解を発表した。これは、生殖医療の専門家団体による精子・卵子・胚のドナーとなりえる者の評価についての最新のガイドラインである。胚および配偶子のドナーのスクリーニング・ガイドラインをより整合させることをめざすもので、米国疾病管理予防センター(CDC)、米国食品医

薬品局(FDA)、米国組織バンク会議(AATB)から得た最新の情報を取り入れている<sup>24)</sup>。ここでは、精子提供、卵子提供、胚提供に分けて、ガイドラインを説明する。

#### D-1. 精子提供に関するガイドライン

##### 1) 適応の条件

提供精子を使った治療(Treatment Donor Insemination—以下TDIと記載)は、適切な適応症があれば、妊娠を達成するために用いることができる。具体的には、男性が無精子症、重篤な精子減少症、精液の異常、射精障害などの重大な男性の不妊の原因を持っている場合、遺伝障害を持っているか、その可能性がある場合、根治不能な性感染症に罹患している場合、血液型がRh-で、女性の血液型Rh+に適合しない場合、また男性のパートナーがいない女性に適応される。

##### 2) レシピエントの条件

すべてのレシピエントとそのパートナーには心理カウンセリングを受けることを強く推奨する。

##### 3) レシピエントの評価

TDIを要請するあらゆる男女のカップルは二人とも、適切な臨床的評価を受ける必要がある。授精を実施する前に、そのカップルと代替治療を検討し、記録を残しておく必要がある。男性パートナーの性感染症の検査もFDAは要求していないが、TDIを実施するときかTDI後に

検査することを ASRM は奨励している。また、男性に対しては、HIV の検査も奨励される。しかし、HIV 検査結果が陽性であっても、それを男女の TDI を受けることの除外基準としてはならない。

女性レシピエントに対しては、血清梅毒検査、B 型肝炎表面抗原、B 型肝炎コア抗体、C 型肝炎抗体および NAT 病原体の有無検査が求められる。尿、または尿道から得た試料で、淋菌やクラミジア・トラコマチスの NAT、またヒト T 細胞リンパ球向生ウイルス (TTLV) I 型および II 型も適切な臨床的状況で臨床医の裁量で採取される場合がある。

妊娠を望む女性レシピエントは、定期検診と出産歴を入手されなくてはならない。そして既往歴もしくは診察でわかった異常は、TDI を始める前に知り、さらに詳細な治療を必要とする場合がある。内診を含む、詳細な全身の診察と、受胎前に血液型、Rh 因子、抗体のスクリーニングが推奨されている。

#### 4) ドナーの評価

ドナーに関しては、良好な健康状態を確保し、既知の遺伝的異常がなく、40 歳未満であることが理想である。生殖能力が確認されたドナーが望ましいが、必須要件ではない。資格を有する精神医療専門家による心理的評価とカウンセリングを受けることが推奨される。

TDI を実施する施設の所有者、経営者、検査責任者、従業員は、その診療所でド

ナーとなることはできない。患者の担当医も、実際の授精実施者も、精子ドナーとなることはできない。

#### 5) 指定提供

すべての関係者が同意する場合、(非匿名または知られている) 指定提供も許容される。指定ドナーは匿名ドナーと同じスクリーニングおよび検査を受けなければならない。検査結果が陽性であった場合、医師が検査結果の状況から大丈夫だと判断すれば、現行の FDA 規則に従って、使用は禁止されない。

#### 6) 精液の使用

ASRM の見解では、新鮮な精液の使用は親しいカップルに対してのみ正当化できるが、一般的には、すべてのドナーの検体を凍結して、最低 180 日間保管し、その後、ドナーには再検査を実施し、その検体が使用のために提供される前に、血清反応陰性を実証することを推奨している。

#### 7) ドナーに対する支払

ドナーに対する支払は地域によりさまざまであるが、金銭的動機が精子を提供する主要な動機であるべきではない。しかし、ドナーの時間と費用に対する補償は行ってもよい。

#### 8) ドナーの使用に対する制限

施設、医院、および精子バンクは、特定のドナーによる妊娠数に制限を設定することを可能にするため、十分な記録を維持する必要がある。あるドナーを使

用できる回数は、80万人の集団で、一人のドナーからの出生数を25人以下に制限することで、想定外の血縁妊娠のリスクを回避できることが示唆されている。

#### 9) ドナーの同意書

ドナーは必ず同意書に署名しなければならない。ドナーは健康状態やリスク因子に変化があれば、それを報告する責任があると、同意書の中で確認することが推奨されている。

#### 10) 記録の保管

少なくとも10年間は保管する。一方ASRMの見解では、各ドナーの最初の選択プロセスとその後の追跡評価の記録は永久に保存される必要があるとしている。

匿名提供によって生まれた子に遺伝性疾患が認められる場合には、精子のレシピエントもドナーも検査し、そのドナーの精子をそれ以上使用することを禁止する必要がある。ドナーに遺伝性疾患のキャリアであることが判明した場合には、TDIを実施した医療機関と、提供された精子のレシピエント全員に通知し、助言を受けなければならない。

### D-2. 卵子提供に関するガイドライン

#### 1) 適応の条件

高ゴナドトロピン性性腺機能低下症の女性、高齢の女性、卵巣機能が低下している女性、遺伝病に罹患しているか、そのキャリアであることが分かっている女性、もしくは自分にキャリアがあるかど

うかわからなくても、家族に遺伝歴がある女性、卵子の質が劣っており複数回ARTに失敗している女性。

#### 2) レシピエントの条件

すべてのレシピエントとそのパートナーは心理カウンセリングを受けることを強く推奨する。

#### 3) レシピエントの評価

妊娠する予定の女性から、健康診断および出産歴を適応される基準に従って得る必要がある。身体検査から検出された生殖異常には、提供卵子を使用する前に詳細な評価と治療を受けることを求められる場合がある。そのほか、HIV検査、血清梅毒検査、B型肝炎表面抗体、B型肝炎コア抗体、C型肝炎抗体およびNAT検査。

HIV検査の結果が陽性であっても、この状態に対して推奨される臨床管理を順守することに同意するならば、治療の除外対象とするべきではない。

#### 4) 卵子レシピエントのパートナーの評価

卵子レシピエントの男性パートナーには、以下の臨床検査を行うことが推奨される。精液分析、血液型およびRh因子、血清梅毒検査、B型肝炎表面抗体、B型肝炎コア抗体、C型肝炎抗体およびNAT。HIV検査。民族的背景と現行の勧告内容に従った高齢にも同区適切な遺伝学的スクリーニングおよび検査。

#### 5) ドナーの条件

卵子提供は匿名、非匿名のどちらでも実施することができる。

ドナーは健康であり、遺伝性疾患を示唆する既往歴がない。また、静脈注射、筋肉注射、および皮下注射を含め、5年以内に医学的な理由以外で薬剤を注射した女性はドナーにはなれない。

卵子ドナーとそのパートナーには、認定されている精神医療専門家による心理的評価とカウンセリングを受けることを強く推奨する。

卵子ドナーは、法定年齢に達しており、21～34歳であることが望ましい。21歳未満のドナーは有資格の精神医療専門家による心理評価を受ける必要がある。ドナーが34歳を越えている場合には、ドナーの年齢をレシピエントに明かす必要がある。

卵子のスクリーニング、卵子提供を実施する施設の所有者、経営者、検査責任者、従業員は、その施設でドナーとなることはできない。また、卵子ドナーの採用に機関を使用した場合、その機関と経済的利害関係がある者を、卵子ドナーにしてはならない。

#### 6) レシピエントの年齢

45歳以上のレシピエント候補者は、提供卵子を使ってIVFを行う前に、徹底的な医学的評価と高リスクに関する参加的診察を受けることが推奨されている。

#### 7) 記録の保管

少なくとも10年間は保管する。一方

ASRMの見解では、各ドナーの最初の選択プロセスとその後の追跡評価の記録が永久に保存される必要がある。

匿名提供によって生まれた子に遺伝性疾患が認められる場合には、卵子のレシピエントもドナーも検査し、そのドナーの卵をそれ以上使用することを禁止する必要がある。ドナーに遺伝性疾患のキャリアであることが判明した場合には、卵子提供を実施した医療機関と、提供された卵子のレシピエント全員に通知し、助言をうけなければならない。

#### 8) インフォームドコンセント

卵巣刺激と採卵のリスクと副作用について、明確な説明がなされるべきであり、患者の診療記録にも永久的にそれが残されるべきである。生まれてくる子どもとの親子関係についても、文書で残しておく必要がある。

ドナーは自らの健康状態またはリスク因子の状況についていかなる変化も、ドナープログラムに知らせる責任を、同意書の中で確認することが推奨されている。

### D-3. 胚提供に関するガイドライン

ARTクリニックでは、移植を待つ多くの胚が凍結保存されており、なんらかの理由で、カップルがそれらの胚を使わない場合は、廃棄するか、他のカップルに提供するか、研究のために提供するかの選択肢がある。本ガイドラインでは、他

のカップルに提供する場合、胚ドナーとレシピエントのスクリーニング、検査、およびカウンセリングについての最低限の基準を提示している。一部の州および地域では、このガイドラインよりも優先している法律や規定を有しているところもある。

#### I.) クリニックに関するガイドライン

a. 胚提供を行う ART クリニックは、凍結胚の保存、解凍、移植に精通していなければならない。b.胚を有償で提供することは倫理的に容認できない。c.胚は 6 か月間保管し、陰性結果を文書記録する必要がある。d.不妊クリニックの医師と従業員は、そのクリニックにおいて、ドナーまたレシピエントとして胚提供に関与することはできない。

#### II) 胚の提供

胚の提供では、ドナーの適正は配偶子によって決定され、提供される胚によって決定されない。それらの配偶子に由来する胚は、FDA のスクリーニングの要件を満たす必要がある。

胚の提供には以下の条件が必要である。

a.胚のドナーは病歴および遺伝歴を提供しなければならない。b.胚を作成するために使用した配偶子のドナーは、HIV や他の遺伝性疾患などの危険因子に対するスクリーニングを受ける必要がある。c.ドナーが自らの不妊治療の余剰胚を提供する場合、胚提供に際して、スクリーニングや検査を受けていないことがあるが、

その場合には胚の凍結保存から 180 日以上あとに、再度スクリーニングをし、ドナーのスクリーニングおよび検査は、冷凍保存時には実施されなかったが、その後行われたことをレシピエントに伝える。d.FDA のガイドラインによれば、別の施設に輸送される胚には、記録の概要を添付し、適切にラベル表示されていなければならない。受け入れ施設は記録が添付されていない胚は受け入れてはならない。

e.胚のドナーは、自らの胚の提供を許可することを示すインフォームドコンセント文書に署名しなければならない。同意書にされる項目は以下の通り。1.生まれてくる子どもに対するすべての権利の放棄、2.不注意による胚の喪失または損傷、3.クリニックが不適当なレシピエントに対して移植を拒否する権利、4.提供された胚が凍結保存される機関および廃棄以外の可能性、5.医学的および法的手続き、および論争解決のための法的権限と手順。f.すべての検査検体の取扱および追跡可能な手順が遵守され、文書化されている。g.ドナーは胚に対する報酬を得てはならない。h.胚の提供を考えているカップルに認定資格のある精神医療専門家がカウンセリングを提供する。i.各ドナーに関する記録（スクリーニング結果と検査結果）を FDA は少なくとも 10 年間保存することを求めているが、ASRM は永久保存を求める。j.

ドナープログラムに参加する人の常法は気密性が保たれていることを保証する必要がある。

またレシピエントについては、a.提供された胚により生まれる子どものあらゆる責任を負わなければならない。b.妊娠のあらゆるリスクを負わなければならない。c.レシピエントもドナーと同一の感染症検査のための血液検査を受けることをすすめている。d.提供胚とRh型が一致しない場合には通知する。e.提供胚の利用を希望するカップルに認定資格のある精神医療専門家がカウンセリングおよび心理テストが提供されるべきである。

#### D-4. 代理懐胎に関するガイドライン

代理懐胎は医学的にも心理的にも複雑なプロセスなので、代理母・依頼者の両方が満足行く流れとなるようにお、医療専門家、メンタルヘルス専門家、法の専門家による慎重な評価が求められる。

代理懐胎には、依頼者の男性の精子を使って人工授精で懐胎する代理母方式 (traditional surrogacy) と、代理懐胎者以外の卵子を使い、体外受精によって懐胎する借腹方式 (gestational surrogacy) の2種類がある。借り腹方式では、代理懐胎者と生まれる子どもは遺伝的つながりがない。子どもとのつながりのある代理母方式はそのため法的にも問題にあることがあり、米国では、代理出産の多くが借り腹方式を使っている。

代理懐胎を利用する女性は、卵巣は問題なく機能しているが、子宮がない人や、生まれつき子宮がないか、腫瘍などのために子宮を摘出した人に限る。

一方、代理母となる人は、心臓疾患や紅斑性狼瘡、乳癌の経験、重症の腎臓疾患、嚢胞性線維症、糖尿病、ひどい子癇の経験などがある人は禁忌。

代理懐胎者は匿名・記名のどちらでもよい。年齢は21歳に達しており、出産の経験があり、その子を死産していないこと。妊娠・出産には健康上のリスクも伴うために、妊娠に耐えうるか医学的評価を受ける必要がある。

代理懐胎者も依頼者である親も、カウンセリングを受ける必要があり、書面による契約書を作成する必要がある。またその際には、代理懐胎者、および子を望むカップルが法の専門家に助言を求め、金銭的な義務や権利、そのほかを詳細に決めておかなければならない<sup>25)</sup>。

#### E. 民間遺伝子検査の普及による影響

米国では、近年、民間の遺伝子検査が多くの人々の関心を集め、これが少なからず、DCで出生した人のドナーや生物学的きょうだい探しにも影響を及ぼすようになってきている。現在、米国でよく利用されている民間の遺伝子検査機関は23andMe、Family Tree DNA、AncestrybyDNAの3施設であり、これらのうちAncestrybyDNA以外は、諸外国か

らも検査の依頼を受けつけている。

人々がこうした遺伝子検査を利用する理由は、多くの場合、将来の健康リスクについて関心を持ったり、米国民の多くは祖先が移民であるために、自分の家族のルーツを知りたいためである。検査費用も比較的安く、単なる好奇心から検査を受ける人もいるという。米国調査の際に面接した女性の一人は、クリスマスギフトとして、娘から、遺伝子検査キットをもらったと話していた。またグルポン（groupon、インターネットを通してクーポンを買うことで、格安での利用を可能にする）を通して、検査費のディスカウント広告まで見ることができる（資料1）。

これまで、提供精子や卵子を使った生殖医療のドナーは匿名であることが多かった。しかし、こうした遺伝子検査によって、匿名であった精子ドナーを見つけ出すケースや、同じドナーから生まれた遺伝的なきょうだいを見つけ出すケースもでてきている。

ここでは、近年米国にみられる、遺伝子検査と DI で生まれた人たちのドナーや遺伝的きょうだい情報の開示に関する状況を報告する。

### E-1. 遺伝子検査施設

米国には数多くの遺伝子検査機関があるが、先にも述べたように、その中でも以下3つの検査機関がよく知られている。

#### (a) 23andMe

23andMe は、Linda Avey と Ann Wojcicki によって 2006 年に設立された遺伝子検査会社である。創設者の一人、Wojcicki は、Google の創設者、Sergey Brin の妻であり、23andMe は Google から多くの出資提供を受けている。23andMe は、ユーザー（利用希望者）から直接検査依頼を受けるシステムをとっており、ユーザーは 23andMe から送られてくる検査キットで唾液を採取して、同社に返送すると、後日検査結果が送られてくる。同社のホームページによれば、23andMe では 99 ドルで検査を受けられるという。

2014 年 11 月に検査基準の問題から、FDA より検査キットの販売禁止が言い渡されたが、2015 年に一定の項目に限定して、再び FDA から検査に対して認可がおりた。

#### (b) Family Tree DNA

Family Tree DNA は、2000 年に Bennett Greenspan、Max Blankfeld、Jim Warren によって設立された遺伝子検査機関である。ホームページによれば、検査費用は、検査を受ける目的によって異なるが、99 ドルから 199 ドルほどである。特に家系をたどるための、遺伝子検査に力をいれているようである。

#### (c) AncestrybyDNA

AncestrybyDNA は、インターネットを主体としたユタ州に本社を置く遺伝子検査会社である。検査は家系をたどることを目的とする遺伝子検査が中心で、オ



ーストラリアやカナダを含む9カ国からの検査依頼も受け付けているが、ほとんどが米国内からの依頼である。ホームページをみると99ドルで検査を受けることができる。

AncestrybyDNAは世界でも最大級の家系図作成の手助けをする会社である。もともとはモルモン教に関する出版物やその後はモルモン教徒の家系に関する情報提供を扱っていた。1990年創業のInfobasesは、1997年にAncestryという雑誌を発行していたAncestry Inc. (1983年設立)によって買収され、その他のデジタル技術の情報提供会Folioを買収したりして成長してきた。何度か社名を変えているが、2009年、現在のAncestrybyDNAになった。

## E-2. 遺伝子検査による近親者探し

本調査では、こうした遺伝子会社での検査によって、ドナーやきょうだいを見つけたDI出生者4人から話を聞くことができた。彼らの中には、DIで生まれたことを知っている者もいたが、遺伝子検査会社の結果を見て、はじめて自分がDIで生まれたことを知った者もいた。

本報告では、プライバシーに配慮しながら、彼らの経験を大まかに紹介する。

### (a) 男性 A

Aは1945年にDIで生まれ、今年70歳の男性である。自分がDIで出生したこと

については、35年以上前に、父が他界した際に母親から告げられた。以来、ずっとドナー探しをしてきたが、年齢も60代半ばになってからは、ドナー探しをあきらめかけていた。ドナーを積極的に探していた当時は、母親がDIを受けた病院などにも足を運び、ドナーの情報を得ようとしたこともあるが、病院からは、ドナーには匿名を条件に精子提供してもらったので、教えることはできないと言われた。そして母親から聞いて、彼が持っている唯一のドナーの情報は、ドナーの髪や目の色を含む身体的な特徴と、大学医学部の卒業年度についてのわずかなものだった

10年ほど前から、交流のあるDIで生まれた人たちの中に、遺伝子検査を利用して遺伝的な家族を見つけようとする人ができた。実際に、ドナーや異母きょうだいをみつけた人もいて、Aはこれがドナーを知ることのできる最後の方法かもしれないと2011年に、遺伝子検査会社FamilyTreeDNAに自分の唾液を送り、Y-DNA検査を依頼した。そのときは、情報が得られることをまったく期待していなかったが、これによってthird cousinやsecond cousinを見つけることはできた。しかし母親から聞いたドナーの情報につながる有力なヒントにはならなかった。2012年に、AncestrybyDNAに23対すべての常染色体検査を依頼すると、ノルウェーにいるsixth cousinにあ

たる男性の妻から連絡をもらった。そして彼女の夫と A が、5 世代前に存在した男性の血を引いているという情報を得ることができた。それをきっかけにさらに、**third cousin** をたどることができた。その **third cousin** は女性で、彼女は、A の曾祖父にあたる人の娘で、その女性から彼女が知る限りの家系図を見せてもらうことができた。そして曾祖父がノルウェーから米国に来たときに、苗字を変えていることがわかった。さらに、その家系をたどっていくと、その中に自分の母親の **DI** の主治医の名前があり、A はその主治医と遺伝的なつながりのあることがわかり、その主治医こそがドナーであると直感したのだという。

A の話では、当時、一般的に凍結精子は使っておらず、女性の身体周期にあわせて、当日提供できる適当なドナーがない場合、医師が精子提供していたのではないかということだった。

興味深いのは、A はこの医師にドナー情報を求めて連絡をとったことがあり、その時にもらった情報が嘘だったと話す。医師から与えられたドナーの情報は、**1945** 年に某医学部を卒業した学生だと言われたが、実はこの医師は、戦時中、戦地での医療に従事し、戦後、A の母が受診した大学病院の産婦人科医として勤務しはじめた。従ってドナーは **1945** 年に医学部を卒業しているわけではなかった。

A が検査会社を通してドナーらしき人

を見つけたとき、すでにその人は死亡していた。しかし、偶然にもドナーの弟も **AncestrybyDNA** に登録しており、彼が A の近所に住んでいることがわかって、連絡を取り、会う機会を得た。そして、ドナーの弟から「兄から昔、精子提供をしたという話を聞いたことがある」と聞き、確信したのである。ドナーの弟からドナーの若い時から亡くなるまでの写真もみせてもらい、A はドナーの容姿をみて、自分と似ていると感じた。

A は、その後、**23andMe** にも自分のサンプルを送り、**AncestrybyDNA** と **23andMe** の 2 社の検査を通して **12** 名の同じドナーから生まれた人(生物学的きょうだい)を見つけることができた。異母きょうだいはすべて、同じ病院で **DI** によって生を受け、主治医も A の母親と同じだった。異母きょうだいの中では A が年長であり、一番年少の異母きょうだいは、**1966** 年生まれということだった。すなわち、ドナーは少なくとも **21** 年にわたって、精子提供をしてきたことになる。異母きょうだいの中には、遺伝子検査を通して、はじめて育ての親とは違うところに、生物学的親がいるということを知った人もいる。**2015** 年、A は異母きょうだい **4** 人と会う機会を持った。その時の写真を見ると、**5** 人の体型や目鼻立ちに確かに共通点多。

さらに A は遺伝子検査でマッチした異母きょうだいの一人とも、以前に会っ

たことがあった。A は現在はリタイヤしているが、以前は建築関係の仕事をしており、建築関連のコンファレンスで、その異母きょうだいと、生物学的なつながりがあることを知らずに、建築技術について議論したことがあったのだ。A は、遺伝的なつながりが嗜好や考え方にも影響を与えるかどうかはわからないが、A が言うには、同じような職種を選んだり、また 12 人の異母きょうだいの好きな物や趣味などにも共通点が多いという。例をあげれば、ドナーの一家は音楽好きだったようだが、異母きょうだいの中にも音楽好きが多いらしい。

A はドナーを知ることができて本当によかったといい、自分の謎だった部分はすっかりわかり、穏やかに過ごせるようになったという。そして、異母きょうだい達とは、A が家庭の中で一緒に育ったきょうだい達とは違う親近感があると話していた。

#### (b)男性 B

65 歳の男性 B は、A と同じドナーから生まれた。B が 12 歳のときに両親が離婚し、B はそのときに母親から DI で生まれたことを聞かされていた。B にはきょうだいもいない。

B は、妻と一緒に、将来の健康リスクを知るために、2014 年 1 月に 23andMe に検査を依頼した。健康リスクが知りたかった理由について、ドナーを知らないため、ドナー方の家族の病歴などがわからないこ

とから、健康リスクが気になっていたからだという。検査に際して、自分と遺伝的なつながりのある人 (genetic relatives) が見つかるとはまったく考えてもいなかった。検査の結果が来た 2014 年 5 月に、若い男性から電話があり、突然「私はあなたの甥です」と言われた。彼は一人っ子で、自分の名前は非常にありふれた名前なので、同性同名の誰かと間違えているのだろうと答えると、その男性は「あなたは私の父の異母きょうだいです」と言い、「父にはあと 9 人か 10 人くらい異母きょうだいがいます」と言われたのだという。彼は自分が DI で生まれたことを知っていたので、その話でありえるかもしれないと思ったのだという。そのときのことを、とても感慨深く (Emotional)、電話を切ったあとに涙が出たと話した。しかしそれは自分でもわからないが、悲しみと喜びが混在する複雑な気持ちだったという。しかし、妻や娘から「それは素晴らしいことじゃない」と言われ、そのことばにとっても支えられた。一方、彼のドナーは 40 年ほど精子提供をしていたため、B は彼のドナーの精子から一体何人の子どもが生まれているのか気になるという。

B の両親は名声を持ち経済的にも恵まれた夫婦だった。両親は離婚するまで、地元の名士が集まるような、日本のロータリークラブのようなクラブのメンバーだった。ドナーも医師であったため、

そのクラブのメンバーで、Bの両親とドナー夫妻は家族ぐるみで親しくつきあっていた。子どもに恵まれなかったBの両親は、ドナーであるその医師に相談したのだろう。結果的にその医師が母親の主治医となり、母親はDIを受けた。さらにその医師はBの出産にも立ち会ったのである。Bは幼少の頃、両親にクラブの集まりに連れていかれることもあったが、振り返ると、Bはそのクラブでドナーに何度も会っていたのである。

Bは母親からDIで生まれたことを聞いて以来、ずっとドナーがどんな人なのか気になっていた。そして1975年のある日、思い立って母親の主治医だったその医師に電話をして、「私の母はXXです。僕のことを覚えていますか?」と聞いたのである。医師はBのことを覚えていた。Bは「先生が母にDIをして生まれたということですが、僕のドナーは誰なのですか」と聞くと、「ドナーのことは教えられないが、医師として成功し、健康状態も申し分なく、心配する必要はない」と言われたらしい。電話を切ったあと、彼がその話を妻にすると、妻が「彼がドナーなんじゃないの?」と言い、彼はまさかと思ったが、それっきりドナー探しはしなかったらしい。

「母親はその医師がドナーだったことに気づいていたと思うか」という問いに対し、Bはそんな風には思っていなかったのではないかと答えた。ただ、父親と

自分の間にはいつも距離があったという。父方の祖父母が非常にかわいがってくれたが、両親が離婚してからは、まったく会うこともなく、それが悲しいと話していた。

Bは、検査の前には、このようなことが起こるとは予期していなかったが、でもドナーや異母きょうだいを知ることができて、とてもよかったという。また、同じドナーから生まれた異母きょうだいたちとも会うことができて、それはとてもいい時間だったと語った。

#### (c) 女性C

インタビュー時37歳の女性Cは、三児の母である。Cは4歳のときに両親からDIで生まれたことを聞き、以来ずっと精子ドナーに興味を持っていた。

2015年12月、もし自分の知らないドナー側の情報が少しでも得ることができればという思いで、自分のDNA情報をFamilyTree DNAとAncestrybyDNAに登録した。そしてその結果、ドナーを見つけることができた。

CはAncestrybyDNAを通して、ドナーのsecond cousinにあたるXとつながることができた。AncestrybyDNAは、遺伝的にマッチした人がいても、本人たちの許可なしには実名は明かさない。しかし、CとXは互いに興味を持ち、メールで連絡をとりあうと、近所に住んでいることがわかり、二人は会うことになった。そのとき、Xから、ドナー方の祖母にあた

る女性の話を聞いた。祖母にあたるその女性は双子であり、またCとXが暮らす町で社会活動にも貢献していたということで、それらの情報をもとに、Cは祖母の死亡記事を探し、みつけることができた。その記事の中に、彼女の子どもたちの名前が出ており、そこに出ていた子どもたちの名前をインターネットで検索してみると、Cのドナーに関して知っている情報（1978年に某大学医学部を卒業し、医師をしている男性）という条件を満たす人物が浮かびあがった。そしてCは、この男性がドナーだろうと考えた。ドナーかもしれない男性は、Cの自宅近所でクリニックを開いており、Cは悩んだ末、「自分はDIで生まれ、あなたが私のドナーかもしれない。決して、あなたに経済的な支援や、親になってほしいなどと思っていないが、一度だけ会ってほしい」と手紙を書き、2015年10月に手紙に贈り物を添えて、ドナーかもしれない男性のクリニックに届けた。その後返事はなかったが、クリスマスの3日前に、その男性から「明日、コーヒーでも一緒に飲みますか？」というメールが来たのである。メールをもらった時、Cはうれしくて涙がでたそうだ。

Cは、ドナーに会ったとき、彼になかなか返事をくれなかった理由を聞いた。すると、自分と血縁のある見知らぬ人に会うのはためらわれたが、Cが自分に似ているかどうかに興味を持ったため、会

おうと思ったのだと言った。というのは、Cがクリニックに手紙と贈り物を届けに行った時、彼は不在だったため、受付の女性にそれを預かってもらったのだった。翌日、受付の女性がそれを彼に渡すときに、「ご親戚の方がお届けものに来ました」と言ったそうである。手紙を読んだ彼は、その受付の女性に、「彼女が僕の親戚だといったのか？」と聞くと、女性は「いいえ、彼女は何も言ってませんけれど、先生にそっくりでしたから。」といったらしい。彼がCに会うことにしたのは、自分と似ているか確かめてみたいというのがきっかけだった。

その後Cは、クリスマスには、子どもと一緒に写っている自分の写真をドナーに送り、1か月ほど前にはドナーと一緒に朝食を食べた。そして、もうすぐ彼の誕生日だが、その日にはCの家族全員がそのドナーと会うことになっているらしい。

Cはドナーに会って、今まで自分自身のわからなかった部分がわかり、これで自分が完全になれたような気がして、前より穏やかな気持ちで毎日を過ごせるようになったと言う。そして、ドナーが返事をくれて、自分に会ってくれて、いい人であったことについて、自分はとても幸運だと語った。

(d) 女性D

Dは35歳の女性で、既婚だが子どもはいない。2014年夏、夫と健康リスク

を知るために、23andMeに唾液を送った。Dは自分たちの検査を依頼するときに、Dの両親の検査も一緒に依頼した。そして結果をみると、Dと父親はまったく遺伝的なつながりがないことがわかった。Dは何かの間違えだろうと思い、23andMeに問い合わせたが、間違いないといわれ、確認のために、別の検査会社でも親子鑑定をしてもらったが、結果は同じだった。Dはひどいショックを受け、しかしその事実を父親に隠しておくことにした。Dの母親はアルツハイマーで介護が必要で、コミュニケーションをとることはできない。母親に事実を確かめることができず、自分の心の中にその事実をとどめたまま7か月がすぎた。その間、母親の姉妹（母親は双子でその片割れ）とその姉妹の息子、Dが生まれたときから、家族くるみでつきあってきた友人家族の妻、そしてDの親しい友人にのみ、「父には隠しておいてほしい」と前置きして、父親と生物学的な関係がないことを打ち明けた。しかし父には内密にしておいてほしいと言ったにもかかわらず、そのうちの一人が、父に事実を明かしてしまった。父親はDが自分を拒否しようとしていると思いこんだのか、Dに対して怒り、トラストを書き換え、Dに相続させる予定だった遺産のすべてをDに相続させないように変更した。そして、Dを母親の看病にも一切かかわらせないという、法的手続きまでとってしまったのである。父親はすで

に認知症の症状もあり、偏執的な傾向もみられ、それがこうした行動にも影響した可能性もある。いずれにしても、父親は以後、Dとの会話を一切拒否した。

Dはドナー・シブリング・レジストリー(DSR—DC関係者のためのサポートグループ)に登録し、DSRを通してドナーを見つけることができた。しかし、ドナーは実際に自分の血を引く人が現れたことにショックを受け、しばらくDSRから離れていた。そしてDSRの代表を務めるWendy Krammerが、Dにかかわって手紙を書き、それに対して、Wendyを通して、ドナーから手紙を受け取ることができた。その手紙には、彼は今、すい臓がんの末期で病床についていること、彼はゲイであり、一生独身で、自身には子どもはいないことなどが書かれていた。Dはドナーに会うことを希望していたが、末期がんのドナーはDに会うことを拒否した。そしてドナーは死亡する2週間前に、Dにメールを送り、見舞いを拒否したことへのお詫びと、チューブにつながれて、死にかけているあわれな自分を見せたくなかったこと、自分が死亡したあとに墓参りに来てほしいこと、そしてDがキャリアの上で非常に成功したことを誇りに思うことなどがつづられていた。DはFacebookを通して、ドナーの甥とコンタクトをとることができ、ドナーがどのような人物だったのかを知ることができた。ドナーと会

うことはできなかったが、事実を知り、ドナーのこともわかってよかったと言う。ドナーはジャーナリストであり、ドキュメンタリーライター・ノンフィクション作家で、大きな賞もいくつも受賞し、多くの書籍を残している。彼女はそれらを読むことで、ドナーへの理解も深めている。

Dの父親は、調査の約2週間前に亡くなっていた。父親が亡くなって、葬儀のため親戚の集まりで、Dは母方の叔母に、父親と血縁がなかった事実やもう父親とコンタクトをとれないことへの後悔などを話すと、その叔母が、「あなたのお母さんはお父さんに隠れてDIを受けたの。だからお父さんもあなたのことを、実子と信じていたのだろう」と打ち明けた。Dの父親は母親とは再婚であり、最初の結婚で4人の息子を持っていた。4人目の息子が生まれたときに、精管切除術を受け、母親と再婚した後、母の希望で父親は精管切除を元にもどすための手術を受けていた。母親の妊娠を、父親は、手術が成功したおかげだと思っていたようだが、実はそうではなかったのだ。母親はアルツハイマーで記憶に問題があるため、母から事実を確認することはできない。

遺伝子検査を受けるまで、自分はDIで生まれたことを知らなかったが、自分の興味や得意な分野が、親とは全く違うことを不思議に思い、変わり者だと思ってきた。しかし、自分がなぜそうなのか、

ドナーを知ったあとは納得がいき、DIで生まれたことをよかったと思っている。事実を知ったことにまったく後悔はない。そして今は自分の経験を小説化してみたいとも思い、ライティングのコースを受けていると語った。

またDは、不妊の人が生殖医療を使うことは悪いことではないが、提供精子や提供卵子を利用した場合、事実を隠すのはよくないと感じている。そこでDは身元を提示した上でオーストラリアのカップルに昨年、卵子提供をした。Dの夫も精子提供を考えている。そして自分たちに子どもができた場合には、卵子提供をしたことを話すつもりであると言う。

Dは、いずれ米国で、身元を明かせるドナーに限定した配偶子提供のエージェントを作りたいと考えている。

Dは、まだ生物学的兄弟を見つけていないが、今後そうした人が現れることも期待している。

### F-3. Salt Lake City DC Support Group

Salt Lake City DC Support Group<sup>26)</sup>は、ソルトレイクシティ在住のLaura McMillianによって2015年に設立されたDC関係者のためのサポートグループである。メンバーは現在14名で、精子ドナー一人と卵子ドナー一人を除き、あとは全員がDI出生者である。地元限定した活動を展開しているため、他のサポ

ートグループとの交流はないが、定期的にメンバーが集まり、情報交換やグリーンワークなどを行っている。

McMillian の話では、メンバーのほとんどが、23andMe と Ancestry DNA に登録しているという。そのうちの3人が、遺伝子検査を通して、ドナーや生物学的きょうだいを見つけたということだった。

こうした話を聞くと、今後 DC で生まれたことを知っている人は、遺伝子検査機関を通して、ドナーや生物学的きょうだいを探すようになるだろうと想像される。すなわちドナーを匿名性の保持が今後は困難になっていくことが予測される。

## F まとめとして

世界でもっとも DC や代理懐胎が盛んに行われている米国の生殖補助技術に対する法的対応や生殖関連学会の対応、そして米国で特に DC 等をめぐり、現在どのようなことが起こり、問題となっているかを概観した。

生殖補助医療に関する連邦法は、「不妊クリニックの成功率および認定に関する法律」のみで、この法律は、全米の不妊クリニックに治療成績などの情報を CDC に提出することを義務付け、一般の人々に不妊治療の成功率などの情報を提示することを可能としている。さらに胚を扱う施設を認定することで、不妊クリニックの質を担保する役割を果たしている。

親子関係については、連邦法はなく、

統一親子関係法が、州が法律を制定する際のモデルとして草起され、提示されている。各州はこの統一法を部分的に採用したり、独自の法を制定したり、裁判所判断に委ねて、法的対応をとっている。

このほかに、ASRM や SART のような生殖医療の専門家学会が、精子提供、卵子提供、胚提供、代理懐胎などについてガイドラインを出し、ART や DC、代理懐胎などが安全に行われるよう、規制をかけている。

しかし、配偶子提供については、ビジネスとして配偶子の取引が成立し、学生や若者がドナーとしてリクルートされている。とくに財政的に問題を抱える若い女性を中心に、過剰な排卵を起こして身体を壊す女性もいて、ドナーの安全性の確保も問題になっている。また有名大学の学生や、容姿や学業の優れている若者には、高額報酬を得られるなど、配偶子の売買と関連を持つ問題は多い。

さらに今回の調査の中で特筆すべき点は、遺伝子検査の流行が DC 関係者に影響を及ぼしはじめていることである。米国では、近年、安価な料金で遺伝子検査を受けることができ、自分の将来の健康リスクに興味を持ったり、自分の家系のルーツを知りたいという理由で、遺伝子検査を受ける人が増えている。そしてその検査から、ドナーや生物学的きょうだいを探しあてる人々が現れてきている。今回の調査では、DI で生まれ、遺



伝子検査を通して、ドナーや異母きょうだいを探しあてた4人から話を聞くことができた。その中の2人は、自分がDIで生まれたことを知っており、生物学的につながりのある人を探す目的で自らのサンプルを遺伝子検査会社に送っていたが、残りの2人は、ともに自分の将来の健康リスクを知るために検査を依頼し、偶然にもドナーや異母きょうだいの存在を知ることとなった。さらにこのうちの一人は、遺伝子検査によってはじめて、自分がDIで生まれたことを知り、それにともなって、多くの困難にも直面した。彼らのドナーは皆、匿名で提供しており、ドナー自身がそうした検査会社に、検査依頼をしたわけではない。ドナーの子ども、孫、きょうだい自分たちの遺伝子結果を登録し、その結果、ドナーの精子で生まれた子たちと繋がったのである。

しかし彼ら全員が、DIで生まれた事実を知り、ドナーを知ることができて、よかったと、一連の出来事を肯定的に受け止めている。知らなかったときよりも心穏やかに過ごせるようになったという言葉が印象的であった。

また、こうした遺伝子検査を通さなくても、インターネットやソーシャルネットワークが社会に浸透してきている現在、いくらドナーやレシピエントを匿名にしても、何かをきっかけに偶然にドナーやレシピエントを見つけることはおおいにあり得る。たとえば、米国の記事にこん

な事例がでていいる。ある親が、どうしたら MySpace(米国のソーシャルネットワークのひとつ)を使えるのかインターネットで調べていた時に、偶然に見覚えのある写真をみつけてしまった。彼らは3年前に提供卵子で子どもを持ち、その見覚えのある女性は、彼らの子どものドナーの写真だった。そして、それをきっかけにドナーの名前、住所、彼女の両親の名前や出身校までわかってしまったのである。彼女の卵子で父親となった男性は、「ドナーを探さないと約束していたのに、偶然とはいえ、ドナーを知ってしまい、罪悪感にさいなまれている」と話している<sup>27)</sup>。

カリフォルニアで、精子ドナーや卵子ドナー、そしてレシピエントたちに、提供プログラムに入る前にカウンセリングを行っている、Nancy Bougheyも、近年はドナーやレシピエントに、匿名を希望しても、将来的に、子どもが事実を知る可能性は高く、最初から子どもには真実を伝えるほうが好ましいとアドバイスしているという。2012年にASRMから発行されている患者向けのガイドをみても、「法が改正され、将来も匿名性が担保されるかどうかの保証はない」とある<sup>28)</sup>。

こうした遺伝子検査は、日本にはまだそれほど利用者が多いわけではないが、それでも米国のような形で遺伝子検査の需要が拡大されれば、それに伴って、

意図せず、自分と血縁の近い人を見つけるようなことが日本でも起こるかもしれない。そのような形で、自分の出生の事実を知った場合、当事者の混乱やショックは計り知れないと想像される。

時代の流れを考えると、これからは、DCを実施する際には、ドナーもレシピエントも、将来、生まれた子が近親者を知ることがあることを前提に準備をしておく必要がある。そして、偶然にドナーや生物学的きょうだいが見つかり、心理的な混乱を招くようなことを避けるためにも、ドナーの匿名性の廃止を真剣に検討することが求められる。

#### 謝辞

本報告のために情報提供にご協力いただいた、Whittier Law School の Prof. Judith Daar、カリフォルニア州マリンカウンティーおよびサンフランシスコを拠点に不妊カウンセリングを実施している Nancy Boughey 氏、ソルトレークシティで活動を展開している Salt Lake City Donor Conception Support Group の創設者である Laura McMilligan 氏、そして、遺伝子検査でドナーや異母兄弟をみつけた経験を語ってくださった DI 出生者の方々に、深謝する。

#### 参考文献・資料

1) CDC, 2015, *2013 Assisted Reproductive Technology National Summary Report*,

Available at:

[http://www.cdc.gov/art/pdf/2013-report/art\\_2013\\_national\\_summary\\_report.pdf](http://www.cdc.gov/art/pdf/2013-report/art_2013_national_summary_report.pdf) (Accessed 03/15/2016)

- 2) 斎藤英和他、平成 26 年度倫理委員会 登録・調査小委員会報告（2013 年分の体外受精・胚移植等の臨床実施成績および 2015 年 7 月における登録施設名）、日産婦誌 67(9), pp.1077-2121.
- 3) CDC, 2015, p.45, 前掲。
- 4) D. R. Beeson, et al., 2011, Offspring searching for their sperm donors: how family type shapes the process, *Human Reproduction*, 26(9), pp.2415-2424.
- 5) CDC, 2015, Key Statistics from the National Survey Family Growth. Available at: [http://www.cdc.gov/nchs/nsfg/key\\_statistics/i.htm#impaired](http://www.cdc.gov/nchs/nsfg/key_statistics/i.htm#impaired) (Accessed 03/15/2016)
- 6) Kara W. Swanson, 2012, *The Birth of the Sperm Bank*. Available at: [http://works.bepress.com/kara\\_swanson/9/](http://works.bepress.com/kara_swanson/9/) (Accessed 03/15/2016)
- 7) The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2013, Access to fertility treatment by

- gays, lesbians, and unmarried persons: a committee opinion, *Fertility and Sterility*, p.1525.
- 8) CDC, 2015, 前掲。
- 9) Jim Hopkins, 3/15/2006, Egg-donor business booms on campuses, *USA TODAY*. Available at: [http://www.usatoday.com/money/industries/health/2006-03-15-egg-donors-usa-at\\_x.htm](http://www.usatoday.com/money/industries/health/2006-03-15-egg-donors-usa-at_x.htm). (Accessed 03/15/2016)
- 10) Antony Blackburn-Starza, 03/29/2010, Top US students offered higher egg prices, *BioNews*. Available at: [http://www.bionews.org.uk/page\\_57408.asp?iruid=1357](http://www.bionews.org.uk/page_57408.asp?iruid=1357) (Accessed 03/15/2016)
- 11) Cheryl Wetzstein, 03/01/2011, Women lured by cash for eggs can pay high cost to health, *The Washington Times*. Available at: <http://practicalbioethics.blogspot.com/2011/03/ethics-of-donating-eggs.html> (Accessed 03/15/2016)
- 12) Melinda Beck, 12/09/2008, Ova Time: Women Line Up To Donate Eggs -- for Money, *Health Journal*. Available at: <http://online.wsj.com/news/articles/SB122878524586490129?mg=reno64-wsj&url=http%3A%2F%2Fonline.wsj.com%2Farticle%2FSB122878524586490129.html> (Accessed 03/15/2016)
- 13) Marimer Matos, 04/14/2011, Human Egg Donor Files Antitrust Class Action., *Courthouse News Services*. Available at: <http://www.courthousenews.com/2011/04/14/35778.htm> (accessed 03/15/2016)
- 14) Katherine Proctor, 02/09/2015, Human Egg donors Certified in Class action, *Courthouse News*. Available at: <http://www.courthousenews.com/2015/02/09/human-egg-donors-certified-in-class-action.htm>. (accessed 03/15/2016)
- 15) Lisa M. Krieger, 09/04/2013, Long-frozen embryo brings joy to adoptive parents, *San Jose Mercury News*. Available at: [http://www.mercurynews.com/science/ci\\_24018720/long-frozen-embryo-brings-joy-adoptive-parents](http://www.mercurynews.com/science/ci_24018720/long-frozen-embryo-brings-joy-adoptive-parents) (Accessed 03/15/2016)
- 16) Lisa M. Krieger, Sept/4/2013, 同上。
- 17) Michael Cook, 05/12/2012, 'I found my embryos on Craigslist', *BioEdge*.

- Available at:  
[http://www.bioedge.org/index.php/bioethics/bioethics\\_article/10055](http://www.bioedge.org/index.php/bioethics/bioethics_article/10055)  
 (Accessed 03/15/2016)
- 18) Alta Charo, 1990, *Legislative Approaches to Surrogate Motherhood*, Larry Gostin ed., *Surrogate Motherhood Politics and Privacy*, Indiana University Press, Bloomington and Indianapolis, p.88.
- 19) Magdalena Gugucheva, 2010, *Surrogacy in America*, Council for Responsible Genetics, Cambridge, p.12.  
 Available at:  
<http://www.councilforresponsiblegenetics.org/pageDocuments/KAEVEJ0A1M.pdf> (Accessed 03/15/2016)
- 20) Public law 102-493, Public Law 102-493 (Oct 24, 1992), Available at:  
<https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-106/pdf/STATUTE-106-Pg3146.pdf>  
 (Accessed 03/15/2016)
- 21) 上里彩子、2007、第三章 米国の代理懐胎に関する制定法規定を持つ州における規制状況、『代理懐胎に関する諸外国の現状調査報告書』平成18年度厚生労働省生殖補助医療緊急対策事業「諸外国における生殖補助医療の現状に関する調査」研究班, p.85.
- 22) 中村恵、2013, 米国統一親子関係法における親子鑑定、東洋法学、pp185-198.
- 23) Uniform Parentage Act 1973.  
 Available at:  
<http://www.uniformlaws.org/shared/docs/parentage/upa73.pdf>, (Accessed 03/15/2016)
- 24) The Practice of ARSM and the Practice of SART, 2013, Recommendations for gamete and embryo donation: a committee opinion, *Fertility & Sterility*, 99(1), 47-62.
- 25) ASRM, 2012, Third-party Reproduction, Sperm, eggs, and embryo donation and Surrogacy, A Guide for Patients Revised 2012. Available at:  
[http://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM\\_Content/Resources/Patient\\_Resources/Fact\\_Sheets\\_and\\_Info\\_Booklets/thirdparty.pdf](http://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets/thirdparty.pdf) (Accessed 03/15/2016)
- 26) Salt Lake City DC Support Group HP,  
 Available at:  
<http://www.meetup.com/ja-JP/Donor-Conceived-Support-Group/> (Accessed 03/15/2016)

- 27) Alison Motluk, 04/18/2010, The anonymous donor dilemma: To google or not to google? *The Globe & Mail*. Available at: <http://www.theglobeandmail.com/life/family-and-relationships/the-anonymous-donor-dilemma-to-google-or-not-to-google/article1538635/> (Accessed 03/15/2016)
- 28) ASRM, 2012, Third-party Reproduction, A Guide for Patients、前掲、p.16。

平成27年度子ども・子育て支援推進調査研究事業  
「諸外国の生殖補助医療における法規制の時代的変遷に関する研究」

カナダにおける生殖医療の現状

- 利他的な卵子提供からもたらされる問題-

仙波由加里

カナダは米国の隣国ではあるが、米国とはまったく異なる文化を持ち、生殖医療の対応についても、両国の対応の仕方には大きな違いがある。米国では有償での配偶子提供や代理懐胎も数多くおこなわれているが、カナダでは配偶子提供も代理懐胎も利他的であることが必須条件である。ボランティアで卵子を提供したり代理母となる人には限りがあり、そのためカナダ国内ではドナーや代理懐胎者を見つけられず、海外の卵子ドナーエージェンシーや代理母エージェンシーを利用するカナダ人女性やカップルも少なくない。そして、特に隣国である米国には、こうしたエージェンシーが数多く存在する。そのため、米国はカナダの生殖ツーリズムの主要な渡航先となっている。

そこで本報告書では、カナダの生殖医療の現状を把握するために、Canadian Assisted Reproductive Technologies Register が公表している年次報告から、カナダの生殖医療の実施状況を把握し、次にカナダの法的対応を理解するために、生殖医療に関連する唯一の連邦法であるヒト補助生殖法の内容を概観したあと、特に提供卵子をめぐる状況に焦点をあて、カナダ国内では利他的な卵子提供しか認められていないため、それにともなって、どのようなことが起こっているかをさぐった。

カナダのCARTRがまとめたデータでは、2013年に実施されたIVFのうち、提供卵子をつかったIVFが2.9%、提供胚を使ったIVFが3.2%を占め、代理懐胎も413周期行われていた。この数字を見ると、カナダも提供配偶子を使ったARTや代理懐胎に対して、寛容な姿勢をとっている国のように見えるが、2004年から連邦法として施行されているヒト補助生殖法では、配偶子のドナーや代理懐胎者に、必要経費以外の金銭を支払うことを禁止している。そのため、ドナーや代理母になる者も限られ、慢性的にドナー不足の問題をかかえ、国外の提供配偶子や代理母を求めるカナダ人も少なくない。さらにインターネットを通して、生殖細胞の取引等もされている。

2016年現在、いまなお、日本の生殖補助医療に関する法案は国会に提出されていないが、いずれ、カナダのような法律が日本にできる日も来るかもしれない。これまで、日本が法制化に向けて行った検討の中では、カナダと同様、配偶子提供や代理懐胎を利他的な場合に限定し、ドナーや代理懐胎者への報酬は禁止するという案が優勢であった。したがって、法のもと、日本で提供卵子や提供胚を使った生殖医療が容認されるようになって、利他的な提供しか認められない可能性が高く、そうなればドナーや代理母の数も不足すること

になるだろう。しかし、ドナーや代理母を確保するために、彼女たちへの報酬の支払いを容認することは、ヒトの身体をビジネスの道具化することに通じるため、倫理的にも問題がある。

いずれにしても、カナダの状況は、日本の生殖医療関連法の作成において、参考になる点が多い。

カナダにおける生殖医療の現状

- 利他的な卵子提供からもたらされる問題 -

事業担当者 仙波由加里 お茶の水女子大学・ジェンダー研究所

(研究要旨) カナダでは、配偶子提供も代理懐胎も利他的であることが必須条件である。しかし、国内ではドナーや代理懐胎者が不足し、海外の卵子ドナーエージェンシーや代理母エージェンシーを利用する女性やカップルも少なくない。そこで本報告では、**Canadian Assisted Reproductive Technologies Registe** の年次報告から、カナダの生殖医療の実施状況を把握し、次にカナダの法的対応を理解するために、生殖医療に関連する唯一の連邦法であるヒト補助生殖法の内容を概観する。ヒト補助生殖法では、配偶子ドナーや代理懐胎者への報酬の支払いを禁止しているが、現実には生殖ツーリズムやインターネットを利用して、卵子提供プログラムや代理懐胎プログラムにアクセスしているカナダ人女性や不妊カップルも少なくない。メディアで紹介された例をとりあげながら、特に提供卵子をめぐる状況に焦点をあて、カナダ国内では利他的な卵子提供しか認められていないため、それに伴い、どのようなことが起こっているかをさぐる。そして、カナダの状況から日本が考えるべきことについて言及する。

## A. はじめに

カナダは連邦制をとっており、13の州(Province/Territory)で構成されている。人口は約3516万人と、日本の3分の1以下であるが、英語とフランス語を公用語とし、広大な自然を持ちながらも産業や技術面で、先進国の一つである。カナダは米国の隣国ではあるが、米国とはまったく異なる文化を持っている。そして生殖医療の対応についても、米国とカナダには大きな違いがある。

米国では有償での配偶子提供や代理懐胎も数多くおこなわれているが、カナダ

では配偶子提供も代理懐胎も利他的であることが必須条件である。第三者の妊娠や生殖のために、ボランティアで卵子を提供したり代理母となる人には限りがあり、そのため国内ではドナーや代理懐胎者を見つけられず、海外の卵子ドナーエージェンシーや代理母エージェンシーを利用するカナダ人女性やカップルも少なくない。特に隣国である米国には、こうしたエージェンシーが数多く存在する。そのため、カナダの生殖ツーリズムの主要な渡航先となっている。

そこで本報告では、カナダのARTレポートから提供卵子や代理懐胎の実施



状況を把握し、ヒト補助生殖法を概観したあと、特に提供卵子をめぐる状況に焦点をあて、利他的な卵子提供しか認められていないため、どのようなことが起きているかをメディアの報道等からさぐる。そして、カナダの状況から、日本でも生殖医療関連の法づくりの上で考えるべきことについて言及する。

## B. 提供卵子・代理懐胎の臨床データ

カナダでは、Canadian Fertility and Andrology Society が Canadian Assisted Reproductive Technologies Register (CARTR) Annual Report を発行し、カナダ全体の ART のデータを示している。2013 年の年次報告では、カナダの 35 の不妊クリニックのうち、臨床データを報告した 33 のクリニックのデータを取りまとめ、公表している。

2013 年の年次報告によれば、2013 年 1 月 5 日から 12 月 31 日までのカナダ全土の総患者数は 17410 人に対し 25767 周期の ART が実施された。このうち、提供新鮮卵を使った IVF の実施件数は 671 周期、提供凍結卵を使った IVF は 77 周期、提供凍結胚を使った IVF が 825 周期実施されていた。それらの治療周期総数に占める割合を見ると、提供卵子を使った IVF は 2.9%、提供胚を使った IVF は 3.2%だった。また、代理懐胎も 413 周期実施されていた。

次に患者（女性）の年齢を見ると、35

歳以上が 60%近くを占め、年齢別に治療のタイプを見ると、提供卵子を使った IVF は、40 歳以上の女性が 65%強を占め、次に 35 歳から 39 歳までが 20%強を占めていた<sup>1)</sup>。

カナダでも、提供卵子や提供胚を使った IVF の実施件数が多いことがわかる。

## C. ヒト補助生殖法

カナダのヒト補助生殖法（Assisted Human Reproduction Canada（以下、AHRC と記す）は、ART を利用するカナダ人や ART で生まれたカナダ人の健康、安全、尊厳、権利を守り促進するための連邦法である。2004 年から施行され、以下のような内容が含まれている。

カナダは連邦制を採用しているので、AHRC では、必ず守らなければいけない部分と、州（Province）に判断をゆだねている部分がある。

まず原則として挙げられている以下 2 点は、すべての州が守らなければならない。

- ・2-(a): ART を適用することによって生まれてくる子どもの健康と幸福が、あらゆる判断において優先されなければならない。

- ・2-(b): 個人、家族、一般社会にとって、ヒト生殖技術と関連研究の利益は、これらの技術の利用や、関連研究において、人の健康、安全、尊厳、権利を守り、それらを促進するために適切な手段を

とることによって最も効果的に確保される。

さらに禁止事項として、以下のような条項があげられている。

- 5-(a):人クローンの作製を禁じる。
- 5-(b):人を作製する以外の目的での胚の作製を禁じる。
- 5-(c):人を作製する目的で、胚もしくは胎児からとった細胞から胚を作製したり、人に胚を移植して人を作製することを禁じる。
- 5-(d):受精、また胚作製から 14 日を超えて分化している女性の体外にある胚を維持し続けることを禁じる。
- 5-(e):人を作製する目的でつくる胚について、性別に関連する遺伝病を避けるなどの理由を除き、特定の性別を選択し、使うことを禁じる。
- 5-(f):ヒトの細胞の遺伝子の改変を禁じる。
- 5-(g):ヒト以外の生命体の精子、卵子、胚、胎児を人へ移植することを禁じる。
- 5-(h):人を作製するために、ヒト生殖試料を人以外の生命体に移植することを禁じる。
- 5-(i):キメラの作製や、キメラを人または人以外の生命体に移植することを禁じる。
- 5-(j):生殖目的でのハイブリッドの作製や、ハイブリッドを人もしくは人以外の生命体に移植することを禁じる。

さらに、支払いに関する禁止事項として、以下のような点が提示されている。

- ・代理懐胎者になることを考えている女

性への支払いや広告を出すことを禁じる。

- ・配偶子や胚の購入および販売のための広報を禁じる。
- ・書面による同意書がない場合の提供配偶子や胚の利用を禁じる。
- ・死後生殖に関して、死亡した人が自分の生殖細胞の提供について、生前に書面で同意していない場合、胚を作製する目的で、死亡した人の身体からヒト生殖試料を採取することを禁じる。
- ・18 歳以下の未成年のドナーからの精子や卵子を得ることを禁じる。
- ・精子や卵子提供にともなって発生した経費のドナーへの払いもどし、胚の維持や移植にともなって発生した経費の払い戻し、代理出産に関連して発生した経費の代理懐胎者への払い戻しを除き、金銭の支払いを禁じる。
- ・代理懐胎者は、医師が妊娠継続のために仕事を休むよう診断書を出すか、規制に沿った払い戻しでなければ、懐胎中の離職にともなう減収の補てんのために代理懐胎者に支払うことを禁じる。

こうした条項にしたがって、カナダでは提供配偶子の売買や有償での代理懐胎が禁止されている<sup>2)</sup>。

カナダには生殖医療専門の弁護士も存在する。卵子の提供を受けるときや、代理懐胎を依頼するとき、このような弁護士が介入し、契約書を作成する。

#### D. 配偶子の無償提供とドナー不足

カナダでは卵子提供や代理懐胎は無償で行われることが法によって決められているため、ドナーや代理母が不足し、カナダ国内でこれらの生殖技術を受けることは、多くの場合、困難である。そして、ドナー不足に関連して様々な問題が起こっている。

2009年の記事には、カナダで得られない提供卵子などを求めて、米国のワシントン州シアトルのクリニックに、カナダ人カップルがよく訪れるといったことが紹介されている。そのクリニックでは年間に約15組のカナダ人カップルが提供卵を使ったIVFを受けるために訪れている。彼らはこの医療を受けるために約3万ドル用意してやってくる<sup>3)</sup>。

またカナダでは50歳以上の女性は不妊治療を受けられないのが一般的である。しかし60歳のカルガリー在住のカナダ人女性は、国内では高齢を理由に不妊治療を受けられないため、インドで提供卵子を得て、双子を出産している<sup>4)</sup>。

また、カナダでは卵子提供のグレーな市場に目をつぶっているという報道もある。カナダでは不妊治療用の卵子を売ることが禁止されているが、実際には水面下で卵子の売買も行われているというのだ。カナダのドナーは卵子提供に参加すると、必要経費という名目で金銭の払い戻しを受ける。トロントの医師、Dr. Edgar Ryanも「無償ということになっているが、実

際にはそうではない」と述べている<sup>5)</sup>。

さらにカナダの代理出産と卵子提供にも法の抜け道があるという。カナダでは必要経費以外の金銭を代理懐胎者や配偶子ドナーに支払うことを法で禁じているが、必要経費については、厳密な金額が定められているわけではない。そのため、ドナーや代理懐胎者に必要経費という名目で、報酬が支払われているケースもある<sup>6)</sup>。

また、カナダのカップルに卵子提供するために、24歳のアメリカ人女性が、過剰な排卵の影響で脳卒中を起こし、医師と卵子ドナーエージェンシーを訴える裁判を起こした。カナダでは報酬の支払いが禁止されているので、ドナーは報酬を卵子ドナーエージェンシー経由で受取り、ドナー自身がカナダのトロントに渡って、採卵に臨んだ。しかし、一度に45個も採卵され、その後ドナーは嘔吐をくりかえし、翌日脳卒中を起こして倒れたのである<sup>7)</sup>。このように国境を越えての治療は、慣れない土地での医療ながら、わざわざ国外から来たのだから、一度にたくさんの卵子を得ようと、身体的にさらなる負担を強いる。またインターネットで、卵子の取引も行われているようだ。不妊のカナダ人カップルが、しばしばインターネットでアメリカの会社にアクセスして、1回あたり3000ドルから10000ドルの報酬で卵子を得ているという報道もある<sup>8)</sup>。

こうしたカナダの状況をみると、インターネットを利用したり、国外の広告を見たりして、簡単にドナーを獲得できる現在、ドナーや代理懐胎者へ報酬を禁ずることで、新たな問題が起こっていることがわかる。

## E. まとめとして

カナダの CARTR がまとめたデータでは、2013 年に実施された IVF のうち、提供卵子をつかった IVF が 2.9%、提供胚を使った IVF が 3.2% を占め、代理懐胎も 413 周期行われていた。この数字を見ると、カナダも提供配偶子を使った ART や代理懐胎に対して、寛容な姿勢をとっている国のように見える。しかし、米国とは異なり、2004 年から連邦法として施行されているヒト補助生殖法では、配偶子のドナーや代理懐胎者に、必要経費以外の金銭を支払うことを禁止している。そのため、ドナーや代理母になる者も限られ、慢性的にドナー不足の問題をかかえ、国外の提供配偶子や代理母を求めるカナダ人も少なくない。さらにインターネットを通して、生殖細胞の取引等もされている。

拳児を求める人の中には、ドナーや代理母が見つからない場合、治療をあきらめる人もいるだろう。しかしあきらめきれない人も必ずいる。そうした人は、国外のドナーや代理懐胎者を利用したり、インターネットを介して、水面下でドナーや代理懐胎者と取引しようとするだろ

う。特にカナダの場合、卵子ドナーエージェンシーや代理母エージェンシーが数多く存在する米国が隣国であるため、米国で治療を受けるという選択肢が他国の人たちよりもより身近にあるのではないだろうか。

日本でも 2013 年 10 月に、自民党内で生殖補助医療に関するプロジェクトチームが結成され、第三者のかかわる生殖医療の法整備をめざして検討された。その検討の中では、卵子提供の利用も容認する方向で動いていた。2016 年現在、いまなお、日本の生殖補助医療に関する法案は国会に提出されていないが、いずれ、カナダのような法律が日本にできる日も来るかもしれない。これまで、日本が法制化に向けて行った検討をみると、カナダと同様、配偶子提供や代理懐胎を利他的な場合に限定し、ドナーや代理懐胎者への報酬は禁止するという案が優勢であった。したがって、法の中で提供卵子や提供胚を使った生殖医療が容認されるようになって、利他的な提供しか認められない可能性が高く、そうなればドナーや代理母の数も不足することになるだろう。しかし、ドナーや代理母を確保するために、彼女たちへの報酬の支払いを容認することは、ヒトの身体をビジネスの道具化することに通じるため、倫理的にも問題がある。

また、カナダでは、ヒト補助生殖法で配偶子の提供や代理懐胎を無償と定め

ているが、必要経費の支払いは認めている。そして必要経費の定義があいまいなため、実際には報酬に相当するような金銭が払われていることもある。何を必要経費とするのか、その点についても、さらに検討することが求められよう。

いずれにしても、カナダの状況は、日本の生殖医療関連法の作成において、参考になる点が多い。

#### 参考文献・資料

- 1) Canadian Fertility and Andrology Society, 2014, Canadian Assisted Reproductive Technologies Register Plus (CARTR Plus), Available at:  
<http://www.cfas.ca/images/stories/pdf/BORN-CFAS-CARTR-1> (Accessed 03/15/2016)
- 2) Government of Canada, 2004, Assisted Human Reproduction Act, s.c. (Statutes of Canada) 2004, c.2. Available at:  
<http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/a-13.4/> (Accessed 03/15/2016)
- 3) Michelle Lang, 02/16/2009, Quest for baby crosses borders, *Calgary Herald*. Available at:  
<http://www2.canada.com/calgaryherald/news/story.html?id=acc1bb50-bd19-44>

d5-8902-c7e55749bffa (Accessed 03/15/2016)

- 4) Michelle Magnan, 02/06/2009, Birth raises ethical issues, Older mothers face increased medical risks, *Calgary Herald*. Available at:  
<http://www2.canada.com/calgaryherald/news/story.html?id=a2464a3a-c8fa-47a7-bdd8-6c83f8dbf8e7&p=1> (Accessed 03/15/2016)
- 5) MacKenna Roberts, 03/22/2010, Canada turns a blind eye to egg 'donor' grey market, *BioNews*, 550. Available at:  
[http://www.bionews.org.uk/page\\_56702.asp](http://www.bionews.org.uk/page_56702.asp) (Accessed 03/15/2016)
- 6) Anne Schindler, 07/22/2013, Not Over Easy: The human cost of unregulated international egg donation, *First Coast News*. Available at:  
<http://www.firstcoastnews.com/story/news/local/2014/01/17/4612013/> (Accessed 03/16/2016)
- 7) Alison Motluk, 03/28/2013, I thought I just had to sleep it off': Egg donor sues Toronto fertility doctor after suffering stroke, *National Post*. Available at:  
<http://news.nationalpost.com/2013/03>

/28/kylee-gilman-sues-toronto-fertility-doctor/ (Accessed 03/16/2006)

8) Anne Schindler, July 07/22/2013, Not

Over Easy: The human cost of  
unregulated international egg donation,

*First Coast News*. Available at:

<http://www.firstcoastnews.com/story/news/local/2014/01/17/4612013/>

(Accessed 03/16/2006)

平成27年度子ども・子育て支援推進調査研究事業  
「諸外国の生殖補助医療における法規制の時代的変遷に関する研究」

オーストラリアにおける第三者生殖医療  
-法律と実際の運用について-

日比野由利・中村裕之

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

オーストラリアでは、生殖補助医療に関し、統一された法は存在せず、各州で個別に規制されている。国家健康医学研究評議会(National Health and Medical Research Council; NHMRC)が発行している、全ての州を対象とした倫理ガイドラインでは、第三者が関わる生殖医療は、利他的(altruistic)になされるべきことや、子どもは遺伝的親を知る権利があるとしている。多くの州では、このガイドラインの内容に沿った形で規制がなされている。

国内では、第三者生殖医療の商業化が抑制されてきたために、ドナーや代理母の不足が恒常化しており、渡航治療がさかんに行なわれてきた。ほとんどの州で商業的代理出産は禁止されており、国内では年間十数例程度しか行なわれていない。他方、多くの依頼者が、海外で商業的代理出産を利用してきた。いくつかの州では、海外で商業的代理出産を利用することを禁止しているが、歯止めにはならなっていない。海外で商業的代理出産を利用し、帰国後、家庭裁判所に申請をすれば、子どもの親権(parental responsibility)が認められてきた。2014年、オーストラリア人依頼者によるタイでの代理出産子遺棄事件が発覚した。この事件が転機となり、国内でも商業的代理出産を合法化すべきだとの声が大きくなっている。

出自を知る権利について先進的な取り組みを行ってきたビクトリア州で、2016年、新たな法改正が決定した。ビクトリア州では、子どもの出生年によって、知る権利に格差があることが問題になっていた。このため、1988年以前の匿名時代のドナー情報について、クリニックに対し拠出を求める法改正が2014年に可決された。提供されたドナー情報は、ドナーの同意がない限り公開することはないとされた。ところがその後、一転してドナーの個人情報をおおむね公開することが2016年2月に決定された。2017年3月から施行される。こうした遡及的(retrospective)な法改正に対しては、反対の声も大きい。一切の接触を望まない拒否権(contact vetos)を認めることで利害の調停が図られたといえる。違反した者は、処罰される。形式上、全ての子どもに対し、出自を知る権利が認められたことになる。しかし、実際には、公開を恐れたクリニックの手によって、匿名ドナーの情報の一部は既に破壊されている。このため、現実にはドナー情報を得ることができないケースも多いと考えられる。ビクトリア州の法改正は、ドナーのプライバシーを考慮しない強引なやり方に見える。しかし、近年、DNA検査や情報検索技術の発達によって、ドナーの情報を得ることは過去に比べて飛躍的に容易になってきている。つまり、プライバシーはないに等しいとも考えられる。こうした見方に立つならば、むしろ、法的強制力を持つ拒否権が導入されたことが、今回の法改正の意義としてあげられるだろう。

オーストラリアにおける生殖補助医療  
—法律と実際の運用について—

日比野由利・中村裕之

1. はじめに
2. オーストラリアにおける生殖補助医療法制
3. 生殖補助医療へのアクセス権
4. 代理出産の規制状況へとアクセス権
  - 1) ニューサウスウェールズ州
  - 2) オーストラリア首都領
  - 3) ビクトリア州
  - 4) タスマニア州
  - 5) 西オーストラリア州
  - 6) 南オーストラリア州
  - 7) 北部準州
  - 8) クイーンズランド州
5. 海外での商業的代理出産の利用
6. 海外代理出産における親子関係
7. 代理出産による親子関係の裁判例
8. 出自を知る権利
  - 1) NHMRC のガイドライン
  - 2) ビクトリア州
  - 3) 西オーストラリア州
  - 4) 南オーストラリア州
  - 5) タスマニア州、クイーンズランド州、北部準州、オーストラリア首都領
  - 6) ニューサウスウェールズ州
9. 格差をめぐる修正-ビクトリア州の

試み-

10. 州・国境を越えた生殖医療について
  - 1) ドナー情報の保管と公開手続きに関するハーモナイゼーション
  - 2) 国境を越えた代理出産の問題とハーモナイゼーション
11. まとめ

### 1. はじめに

オーストラリアでは生殖補助医療に関し、統一された法律は存在せず、各州で個別に規制されている。

国家健康医学研究評議会 (National Health and Medical Research Council; NHMRC) が発行している、全州を対象とした倫理ガイドラインでは、第三者が変わる生殖医療は利他的 (altruistic) になされるべきことや、子どもには、遺伝的親を知る権利があると記載されている。多くの州では、NHMRC のガイドラインの内容に沿った形で法規制が行なわれてきた。

国内では、第三者生殖医療の商業化が抑制されてきたために、ドナーや代理母は不足してきた。そして、配偶子の輸入や、渡航治療がさかんに行われてきた。いくつかの州では、国内と同じ基準を満たしていることを条件に、配偶子の輸入が認められている。代理出産は、国内では年間十数例しか行われていない。ほとんどのオーストラリア人が海外で商業的



代理出産を利用してきた。

本稿では、生殖補助医療や第三者が関わる生殖医療、出自を知る権利に関する各州の規制状況について、概要を明らかにする。さらに、第三者が関わる生殖医療について、最近の動向や法改正について述べる。

## 2. オーストラリアにおける生殖補助医療法制

州全体をカバーするガイドラインとして、NHMRC によるガイドラインがあるほか、専門職を規律するルールとして、The Fertility Society of Australia (FSA) が設けた The Reproductive Technology Accreditation Committee (RTAC)、そして 1986 年に設立された The RTAC Code of Practice がある。RTAC は、認定の要件として NHMRC のガイドラインに従うことを求めているため、NHMRC のガイドラインは一定の拘束力を保っている。また、タスマニア州、クイーンズランド州、北部準州、オーストラリア首都領など、州政府によって独自の規定をもたない州では NHMRC のガイドラインおよび RTAC のコードに従うよう求めている場合がある。

関連法規:

### ニューサウスウェールズ州

Assisted Reproductive Technology Act 2007

Assisted Reproductive Technology

Regulations 2009

Status of Children Act 1996

Surrogacy Act 2010

### オーストラリア首都領

Parentage Act 2004

### ビクトリア州

Adoption Act 1984

Assisted Reproductive Technology Act 2008

Assisted Reproductive Technology Regulations 2009

Human Tissue Act 1982

Status of Children Act 1974

### タスマニア州

Status of Children Act 1974

Surrogacy Contracts Act 1993

Surrogacy Act 2012

### 西オーストラリア州

Artificial Conception Act 1995

Family Court Act 1997

Family Court [Surrogacy] Rules 2009

Human Reproductive Technology Act 1991

Human Reproductive Technology Act Directions 2004

Surrogacy Act 2008

Surrogacy Regulations 2009

#### 南オーストラリア州

Assisted Reproductive Treatment Act  
1988

Assisted Reproductive Treatment  
Regulations 2010

Family Relationships Act 1975

Reproductive Technology [Clinical  
Practices] Act 1988

#### 北部準州

Status of Children Act 1979

#### クイーンズランド州

Adoption Act 2009

Status of Children Act 1978

Surrogacy Act 2010

### 3. 生殖補助医療へのアクセス権

かつて、生殖補助医療へのアクセス権は法律婚または事実婚の異性愛カップルに限られていたが、南オーストラリア州とビクトリア州で、性差別禁止法に違反するとして訴えがなされ、その結果、独身女性にも生殖補助医療へのアクセス権が認められるとの判決が下された。

ニューサウスウェールズ州では、全ての女性に対し、婚姻状況にかかわらず生殖補助医療へのアクセスを認めている。南オーストラリア州では、医学的に不妊と診断された場合にのみ、利用が認められているため、シングルやレズビアンカップルなどが社会的な理由で利用するこ

とは認められない。ビクトリア州では、全ての女性に対し生殖補助医療へのアクセスが認められているため、シングルやレズビアンなど不妊でない場合でも利用できる。西オーストラリア州では、全ての女性に対し生殖補助医療へのアクセスが認められているが、医学的理由がある場合に限定されている。

オーストラリアでは、全ての州において、体外受精の費用の一定割合が保険給付で賄われ、その際、年齢や回数に制限は付されていない。

### 4. 代理出産の規制状況とアクセス権

オーストラリアでは、利他的代理出産のみが認められている。利他的代理出産では、姉妹などの家族やごく親しい友人が代理母となり、代理母は、医療費や交通費、休業分など、必要経費のみの支払いを受ける。出産後、代理母が法的母親となる。代理母の心変わりが認められており、一定期間の後、心変わりがなければ、養子縁組、または裁判所のparental order(親決定命令)によって、依頼者は法的親となることができる。商業的代理出産は北部準州を除いてすべての州で禁止されている(このことは北部準州で商業的代理出産が行なわれているということの意味しない)。また、いくつかの州では代理出産の広告が禁止され商業化は抑制されている。いずれの州でも、厳しい要件

が課されており、国内での代理出産の実施件数は年間十数件にとどまっている。

ニューサウスウェールズ州、タスマニア州、クイーンズランド州、ビクトリア州では、性別や性的志向に関係なく代理出産を依頼できる。独身男性またはゲイカップルが依頼者の場合、卵子ドナーと代理母の両方が必要になるため実施へのハードルは高くなるが、国内でもごく少数の実施例がある。それ以外の州では法律婚または事実婚の異性愛カップル、または独身女性のみが依頼でき、独身男性またはゲイカップルは依頼者になれない。

各州の代理出産に関する規制の概要は以下の通りである。

#### 1) ニューサウスウェールズ州

2009年、代理出産を禁止すべきであるという勧告がなされていたが、法規制がなされていなかった。その後、The Assisted Reproductive Technology Act 2007 (2010施行)、Surrogacy Act 2010 (NSW) により、利他的代理出産が容認されている。契約は、強制的なものではなく、代理母は子どもを自分の手元に置く権利を持つ。ほかの州とは異なり、ニューサウスウェールズ州では、代理出産の実施に際し、特段の要件をつけていない(例えば、代理母の年齢、依頼者との関係など)。子どもを出産後、代理母が母親となり、依頼者は子どもを養子縁組することができる。養子縁組はAdoption Act 2000(NSW)

に規定されている。養子法によれば、同性カップルが養親になることは認められないが、独身者として養子を取ることは認められている。

#### 2) オーストラリア首都領

Parentage Act 2004 (ACT)によって代理出産が規制されている。商業的代理出産は禁止されている。代理出産には様々な条件が課せられている。まず、依頼者は18歳以上の首都領の住民であり、施術は州内で行われなければならない、代理母とその配偶者は子どもと遺伝的つながりがないこと、代理出産についての契約(agreement)がなされていること(“substitute parent agreement”と呼ばれる)、少なくとも依頼者のどちらか一方は子どもと遺伝的つながりがあることが必要である。同性カップルでも依頼可能である。依頼者は、裁判所のparental orderにより、親となる手続きを行うことができる。手続きは、子どもが出生後、6週間から半年の間に行わなければならない。

#### 3) ビクトリア州

The Assisted Reproductive Treatment Act 2008により、代理出産が規制されている。生殖補助医療を用いて代理出産を実施する際には、Patient Review Panel に申請して事前に許可を

得る必要がある。その際、依頼者と代理母は、犯罪や児童虐待の履歴がないか調査がなされる。また、依頼女性は、医学的理由が必要である。さらに、代理母の卵子を使用しないこと、代理母は25歳以上で自分の子どもがいること、代理母の夫も含め、全ての当事者に対しカウンセリングが実施されること、全ての当事者が、計画した通りにプロセスが進まない可能性があることを理解しているなどの諸条件を満たしていることが必要である。改正Status of Children Act 1974(VIC)では、依頼者が親になるための手続きが規定されている。商業化を抑止するため、代理母の宣伝や募集は禁止されている。

#### 4) タスマニア州

Surrogacy Act 2012(TAS)により、代理出産が規制されている。代理出産の宣伝や募集は禁止されている。利他的代理出産は禁止されていない。依頼者は、代理出産で生まれた子どもを養子縁組することができる。同性カップルの場合、どちらかが代理出産子と遺伝的つながりがある場合、子どもを養子縁組することができる。

#### 5) 西オーストラリア州

Surrogacy Act 2008(WA)によって代理出産が規制されている。この法律では、妊娠前に契約するという行為を認めてい

る。実施の条件は、依頼者、代理母がともに25歳以上で、代理母は自分の子どもがいることが必要である。代理出産契約を結び、Reproductive Technology Councilの認可を得る必要がある。代理出産の実施の3か月前までに、全ての当事者がカウンセリングを受け、法的アドバイスを受ける。また、代理出産を必要とする医学的理由があることが委員会によって確認される。代理母が出産後、28日後から6か月以内にparental orderを受け、依頼者が子どもの親となることができる。

#### 6) 南オーストラリア州

Family Relationships Act 1975(SA)によれば、代理出産は認められていない。Reproductive Technology (Clinical Practices) Act 1988では、生殖補助医療にアクセスできるのは不妊の婚姻カップルに限られていた。法律によりまちまちで不明瞭なルールとなっており、改定が必要となっていた。Hunter Reportにより、利他的代理出産を認めることが勧告され、Status Amendment (Surrogacy) Act 2009(SA)により、利他的代理出産が認められた。実施の要件として、全ての関係者は18歳以上であること、依頼者は3年以上結婚している南オーストラリア州の住民であること、代理母はカウンセリングを受けること、依頼者のどちらか一方は(例外を除き)子どもと遺伝的つながりがあることが必要である。同性カップルは

依頼者になれない。また、子どもの親権の移行手続きは、生後4週間から6か月の間に行うことが必要である。代理出産に関する広告は禁止されており、代理母への報酬の支払いも禁止されている。

## 7) 北部準州

代理出産に関する規制は全く存在しない。生殖補助医療を利用できるのは、婚姻カップルのみである。北部準州で代理出産が実施された場合、依頼者は子どもを養子縁組することになると考えられる。同性カップルによる養子縁組は禁止されているため、北部準州では同性カップは代理出産を依頼できないと解釈できる。

## 8) クイーンズランド州

Surrogate Parenthood Act 1988 (QLD)では、全ての代理出産が禁止されていた。禁止を犯した場合、1万ドルの罰金または3年間の懲役が科された。その後、Lavarach Reportによって、利他的代理出産を認めるべきだと勧告がなされ、利他的代理出産を容認するSurrogacy Act 2010 (QLD)が成立した。

## 5. 海外での商業的代理出産の利用

異性愛カップル、ゲイカップルを問わず、多くのオーストラリア人依頼者が海外で商業的代理出産を依頼してきた。ニ

ューサウスウェールズ州、オーストラリア首都領、クイーンズランド州では、国内のみならず、海外で商業的代理出産を依頼することも禁止されており、違反者は処罰される。しかし、海外での処罰規定はほとんど顧みられることなく、海外で商業的代理出産を依頼するオーストラリア人の増加の歯止めにはならなかった。その結果、海外の利用者数は、国内での実施数の数十倍にも及んできたと思われる。オーストラリア人は、商業的代理出産の利用者として世界的にも突出している。

オーストラリア人依頼者による海外での商業的代理出産の利用は、インドやタイなどの新興国において、増加の一途をたどってきた。シドニー工科大学のMillbank氏によると、インドで生まれた子どもの市民権の申請件数は、2007-8年は126件、2011-12年は519件であった。また、タイで生まれた子どもの市民権の申請件数は、2007-08年が297人、2011-12年が459人、2013-14が624人、2014-15年が756人であった。これらの全てが代理出産によるものというわけではないが、依頼者が相当数に及ぶこと、また、その数が急増してきたことが伺える。

2014年8月、タイで代理出産を依頼したオーストラリア人カップルが代理出産で生まれた双子のうち、障害があった男児を置き去りにした事件が発覚した。この事件によってカップルは国際的非難を受け、オーストラリア政府も海外での代理

出産や自国内での代理出産のあり方について、再考を迫られている。この事件をきっかけに、政府の委員会によって代理出産に関するラウンドテーブルが開催され、パブリックヒアリングが実施されており、報告書の取りまとめが進められている。

## 6. 海外代理出産における親子関係

家庭裁判所の判例には、海外で代理出産を利用して子どもを得たケースで、親権を求めて申請した事例が散見される。

海外で代理出産を依頼したオーストラリア人依頼者は、DNAテストを使用して帰国手続きを行ってきた。DNAテストによって、依頼者の一方と子どもとの遺伝的繋がりを証明することができれば、子どもはオーストラリアの市民権を獲得し、入国ビザの発行を受けることができる。

このようにしてオーストラリアへ入国した後は、依頼者と子どもは、"親子のような形"で生活をしている。海外で代理出産を利用した場合、依頼者と子ども間に法的な親子関係は認められていない。そこで、依頼者は養育の実績を積んだ後、家庭裁判所で親権を申請する。しかし、これには多大な時間とコストがかかる。また、たとえ親権を得たとしても、子どもが18歳の成人に達した後、子どもとの関係は消失する。

これまで、海外で代理出産を依頼し、国内の家庭裁判所に申請が出されたほと

んどケースで、子どもの親権が認められてきた。その多くが商業的代理出産を利用したものである。

海外での商業的代理出産の利用に対し、処罰規定を設けているニューサウスウェールズ州では、商業的代理出産に関わった依頼者は、2年間の懲役と275,000ドルの罰金が科される。裁判過程では、代理母への支払い金額などの確認がなされ、商業的代理出産を利用した疑いが濃いと指摘されているケースが複数例確認できる。

裁判では、代理母へ法外な報酬が支払われていることや、インフォームド・コンセントの取得方法に問題があったなどの指摘がなされている。例えば、契約書が英語で書かれており、代理母が内容を理解していたかどうか疑問があるケースや、代理母の署名が拇印だけとなっており、文字の読み書きができないと推測される、そのため内容について口頭で十分に説明を受けた上で同意を取得したかどうか不確かなケース、代理母の意思を確認するため裁判所から電話での連絡が試みられたと思われるケースや、契約書に書かれていた代理母の住所を追跡したところ、偽りのものであったと記載されているケースがあった。いくつかのケースでは、裁判所から検事に証拠書類として裁判資料が送付されている。しかし、商業的代理出産が疑われると裁判官によって指摘を受けたケースはあるものの、実

際に処罰を受けたケースはこれまでにないというり。

このように、海外で行われた代理出産では、適正な形で行われたものかどうか、疑問が浮上しているが、裁判所による追跡調査にも限界がある。最終的には子どもの福祉という観点から依頼者に対し親権を認める判断が下されている。しかし、なし崩し的に依頼者に子どもへの権利を認めていくこのようなやり方は、商業的代理出産の禁止を無意味化するものであるという批判もある<sup>2)</sup>。さらに、国内で代理出産が行われる場合には、代理母の年齢や依頼者の資格に関し、厳格な要件が課されているが、海外で代理出産が利用された場合、これらの条件は無視されており、国内と海外の代理出産にはさまざまな規制格差が存在する現状も放置されている。

## 7. 代理出産による親子関係の裁判例

以下に、これまでの裁判例を記す。

### Re Mark [2003] FamCA 822

アメリカで行われた代理出産(依頼者の精子と匿名卵子)で生まれた子どもの親権が、メルボルン在住のゲイカップルに対し認められた。

### Cadnet & Scribe and Anor [2007] FamCA 1498

アメリカで行われた代理出産(依頼者の精子と匿名卵子)で生まれた子どもの親権が、ゲイカップルに対し認められた。

### Rusken & Jenner [2009] FamCA 282

南アフリカ出身の夫婦が南アフリカで代理出産(提供精子を用いて代理母に人工授精)を依頼し、子どもを得た。その後、夫婦は離別、元夫に対し子どもの親権が認められた。

### Re Michael: Surrogacy Arrangements [2009] FamCA 691

依頼女性の母親が代理母となった代理出産(依頼者の精子と卵子)で生まれた子どもの両親は、母親とその事実婚の夫となり、依頼夫婦との養子縁組は却下された。

### Wilkie & Mirkja [2010] FamCa 667

インドで代理出産を依頼し、双子を得たゲイカップルに対し、共同親権が認められた。契約書に示されたインド人代理母の住所は偽りのものであった。

### Collins & Tangtoi [2010] FamCA 878

タイで代理出産(依頼者の精子と提供卵子)を依頼し、双子の娘を得た独身男性が、DNAテストにより遺伝的つながりを証明してオーストラリアに入国後、子どもの親権を請求し、認められた。

### McGee & Duchampes [2010] FamCA 1230

ゲイカップルの男性が南アフリカで代理出産(依頼者の精子と、パートナー男性の姉妹の卵子、卵子ドナーのパートナー女性が代理母)を依頼したケースで、依頼者に対し親権が認められた。

#### McQuinn & Shure [2011] FamCA 139

カナダで代理出産(依頼者の精子と卵子)を依頼したクイーンズランド州出身の依頼夫婦に対し、子どもとの養子縁組が認められた。

#### Dennis and Anor & Pradchaphet [2011] FamCA123

クイーンズランド州に住む依頼男性とアジア出身の妻がタイで代理出産(依頼者の精子と提供卵子)を依頼し、同じ日に2人の代理母に3人の子どもが生まれる。

DNAテストで遺伝的つながりを証明し、帰国。依頼夫婦に対し、1人の子どもへの共同親権が認められた。

#### Dudley and Anor & Chedi [2011] FamCA 502

クイーンズランド州在住の依頼者がタイで代理出産を依頼し、2人の代理母から3人の子どもが生まれた(FamCa123と同じ依頼者)。依頼夫婦に対し、2人の子どもへの共同親権が認められる。クイーンズランド州では海外での商業的代理出産の依頼は禁止されており、裁判所は書類を検察に提出、依頼者夫婦は処罰される可能性がある。

#### Ronalds & Victor [2011] FamCa 389

インドで代理出産(依頼者の精子と匿名卵子)を依頼したゲイカップルに対し、双子の女兒への共同親権が認められた。

#### Findlay and Anor & Punyawong [2011] FamCA 503

クイーンズランド州に住む事実婚カップルがタイで代理出産(依頼者の精子と提供卵子)を依頼し双子を得た。カップルは、双子の子どもに対する共同親権を認められたが、海外での商業的代理出産を禁止するクイーンズランド州の法律に違反しているため、裁判所は書類を検察に提出、依頼者は処罰される可能性がある。

#### Hubert and Anor & Juntasana [2011] FamCA 504

ニューサウスウェールズ州(NSW)に住むゲイカップルがタイで代理出産(依頼者の精子と提供卵子)を依頼した。カップルに対し、子どもの共同親権が認められた。当時、NSWでは州内で商業的代理出産が禁止されていたが、海外での依頼に関しては適用されていなかった。

#### Johnson and Anor & Chompunut [2011] FamCA505

ニューサウスウェールズ州(NSW)に住む夫婦がタイで代理出産(依頼者の精子と提供卵子)を依頼した。カップルに対し、子どもの共同親権が認められた。当時、



NSWでは商業的代理出産が禁止されていたが、海外での依頼に関しては適用されていなかった。

**Edmore and Anor & Bala [2011] FamCA 731**

インドで代理出産を依頼したゲイカップルに対し、子どもの共同親権が認められた。

**Lowe & Barry and Anor [2011] FamCA 625**

親族間で子どもの引き渡しをあらかじめ約束していたケース(子どもの遺伝的親は子どもを引き渡した夫婦)。出生後、子どもの養育を行っていた夫婦に対し、親権が認められた。

**Gough and Anor & Kaur [2012] FamCA 79**

タイで代理出産(依頼者の精子と提供卵子)を依頼した夫婦に対し、親権が認められた。

**Ellison and Anor & Karnchanit [2012] FamCA 602**

タイで代理出産(依頼者の精子と提供卵子)を依頼した夫婦に対し、二人の子どもへの親権が認められた。判決文には、オーストラリアでは、商業的代理出産は禁止されていると述べられている。

**Schone & Schone & Anor [2012]**

**FMCAfam 1126**

インドで代理出産を依頼したゲイカップルに対し、双子の共同親権が認められた。

**Carlton & Bissett and Anor [2013] FamCA 143**

南アフリカで代理出産を依頼したイスラエル出身男性(依頼者の精子と提供卵子)を双子の父親とし、父親とそのパートナーの男性に対し、共同親権が認められた。

**Mason & Mason & Anor [2013] FamCA**

**424**

インドで代理出産を依頼した男性とそのパートナーに対し、双子への共同親権が認められる。契約書には、女性が自然分娩の場合 225,000ルピーが、帝王切開の場合26,000ルピーが支払われることが記載されていた。代理母の署名はなく拇印が押されていたことや、契約書が英語で記載されていたことから、代理母が自らの母語で契約書の内容を確認したかどうか、不明であることが記されている。

## 8. 出自を知る権利

### 1) NHMRC のガイドライン

2005年に改定された NHMRC のガイドラインでは、出自を知る権利が認められており、次のように記載されている。a) 生殖補助医療によって生まれた場合、遺伝的両親を知る資格がある、b) クリニッ

クは、生まれてくる子どもに対して個人情報の開示に同意していないドナーの配偶子を用いてはならない、c) クリニックは、生まれてくる子どもの遺伝的血統を混乱させるような配偶子の混合はしてはならない、d) クリニックは、ドナー候補者に対し、配偶子から生まれてくる人々にとって、生物学的なつながりが重要であることを理解し、受け入れるよう働きかけるべきである、e) ドナーは、生まれてくる子どもが遺伝的両親や子どもを知る資格があるということを教えられるべきである。

上記のガイドラインの趣旨を踏まえた上で、各州では次のように規定されている。

## 2) ビクトリア州

Assisted Reproductive Treatment Act 2008 により、Registry of Births, Deaths and Marriages が、Central Register と Voluntary Register を管理している。レジスターには、ドナー、提供配偶子や提供胚を用いて治療を行った女性(とその配偶者)、提供された配偶子から生まれた子どもの情報(名前・出生日・病歴等)が管理されている。

Central Register にアクセスできるのは、ドナー、ドナーから生まれた子ども、ドナーから生まれた子どもの親、ドナーから生まれた子どもの子孫である。アクセスできる情報は、配偶子が提供された

時期によって異なる。

1999年1月1日以降に提供された配偶子から生まれた子どもは、18歳以上になれば、ドナーの個人を特定する情報にアクセスできる(ドナーは個人情報の開示に同意しなければ提供できない)。1988年1月1日以降に提供された配偶子から生まれた子どもは、ドナーの個人を特定しない情報にアクセスできる(ドナーから同意が得られれば個人を特定する情報にアクセスできる)。1988年12月31日以前に提供された配偶子から生まれた子どもは、ドナー情報にアクセスできない。

2010年から子どもの出生証明書(18歳以上になれば子ども自身が請求できる)に追加(addendum)の記載がなされるようになった。詳しい情報を請求すれば、自身がドナーから生まれたことを知ることができる。このシステムの導入により、子どもが将来事実を知ることが予測されることから、親の自発的な告知を促す効果が期待されている。

ビクトリア州では、子どもの出生年によって、アクセスできる情報に格差があることが問題になっており、知る権利の格差是正に向けて州政府が法改正を進めている。

## 3) 西オーストラリア州

配偶子提供に関する情報は、クリニックから提供され、健康省にある登録データベースである Reproductive

Technology Register に登録される。どのような情報にアクセスできるかは、子どもの出生年によって異なる。

Human Reproductive Technology Act 1991 により、Reproductive Technology Register に登録される情報として以下が定められている。a) 治療を受けた患者の身元、b) 治療の結果、及び治療に使われた配偶子の遺伝的身元、c) 治療によって生まれた子どものアイデンティティ、遺伝的親の情報(人口学的情報、臨床的信息など)

2004 年以降、16 歳以上の子どもは、ドナーの個人情報にアクセスできる。ドナーは、子どもについて個人を特定しない情報を得ることができる。また、16 歳以上の子どもの同意(16 歳未満の場合は親の同意)があれば、個人情報にアクセスできる。情報にアクセスしようとする場合は、事前にカウンセリングが必要である。2004 年以前に生まれた子どもは、1993 年から運営されている Central Register にアクセスし、ドナーの個人を特定しない情報を得ることができる。1993 年以前に生まれた子どもは、認定クリニックにある情報にアクセスすることができる。クリニックの情報は、各クリニックの方針やポリシーのもとで保管されている。Human Reproductive Technology Act 1991 によって、各クリニックは、子どもから要望があればドナー情報の探索に協力しなければならないことになっている。また、Voluntary Register も存在する。

子どもは、治療が行われたクリニックに情報を求めることができるほか、Voluntary Register に登録することもできる。西オーストラリア州の Voluntary Register には、18 歳以上の子ども、ドナー、18 歳未満の子どもを持つ親が登録できる。互いに同意があれば情報が開示される。2002 年以降、Voluntary Register に 154 名の登録があり、そのうち 16 名がドナーから生まれた子ども、82 名がレシピエント、56 名がドナーであった(Fig 4)。ドナーから生まれた子ども同士のマッチングも可能である。子ども同士のマッチングは、ドナー情報の開示を伴うことなく可能である。Voluntary Register には、1980 年代初頭よりも前の情報については、ほとんど登録されておらず、情報を得ることができないという問題点が指摘されている。

#### 4) 南オーストラリア州

South Australian Assisted Reproductive Treatment Regulations 1988 によって規制されており、2010 年の改定によって、NHMRC のガイドラインが法的拘束力を持つことになった。各クリニックは、NHMRC のガイドラインに従わなければならない。ガイドラインによれば、各クリニックは治療の記録を保管することが義務づけられている。記録されるのは、ドナーの身長、体重、体格、皮膚の色、趣味、職業、医学的家族

的背景などである。

2010年以降、各クリニックは、記録された情報を関係者からの請求があれば開示する義務を負っている。16歳以上の子どもは、ドナーの個人情報を得られるようになった。また、2010年の改定によって、大臣は、ドナーと子どもに関する以下の情報を保管しなければならないとされた。a) ドナーの名前、連絡先、b) ドナーによる治療を受けた人の名前と連絡先、c) 生まれた子どもの名前、d) その他、法律に規定された情報、また大臣が必要とする情報。

しかし、これらは強制的なものではなく、南オーストラリア州では現在までに **Central Register** は設立されていない。こうした問題を審議するため、2016年に調査委員会が立ち上げられた。

#### 5) タスマニア州、クイーンズランド州、北部準州、オーストラリア首都領

ドナー情報の扱いについて、NHMRCのガイドラインに従っている。

#### 6) ニューサウスウェールズ州

ニューサウスウェールズ州では2010年から健康省に **Central Register** が設けられ、ドナー情報が管理されている。このため、2010年以降に提供された配偶子から生まれた子どもには、ドナーの個人情報にアクセスする権利が保証されてい

る。しかし、2010年以前の提供から生まれた子どもには、出自を知る権利は認められていない。知る権利の格差を是正するためには、ドナー情報を遡及的に開示しなければならない。また2010年以降、**Central Register** が設置されたものの、親は子どもに告知する義務はない。したがって、出生証明書などに記載がなされない限り、子どもは知る権利を行使できない恐れがある。これらの問題に対応するため、2011年から2013年にかけて、法律と安全委員会による審議がなされ、報告書がまとめられた。出生証明書への記載については、2012年の報告書に提言が示されている。報告書に対する政府の回答は、出生証明書はあくまでも法的な親子関係を示すものであって、子どもの遺伝的親を記すためのものではないこと、ドナーの情報が示されることによって、法的親の責任や権利関係が混乱する恐れがあることなどの理由から、否定された。また、遡及的なアクセスを認めるべきかについては、2013年の報告書に提言が示されている。政府の回答は、格差を是正するため、2010年以前の情報の集積は重要だが、ドナーの同意なしに個人を特定する情報を開示することはできないとして否定された。

以下にこれらのレポートについて記載する。

#### Inclusion of donor details on the register

### of births (2012)

ビクトリア州では、2010年から出生証明書に追加(addendum)の記載がなされるようになったことを受け、ニューサウスウェールズ州でも、州議会から法律と安全委員会(Law and Safety Committee)に対し、ドナー情報を Register of Births, Deaths, and Marriages が管理する出生証明書に記載すべきかどうかについて、2011年10月に調査依頼がなされた。現在、ドナー情報は、健康省による Central Register に保管されているため、出生証明書に記載することになれば、データの移管が必要になる。2012年3月に2度に渡るパブリックヒアリングが実施され、最終レポートは2012年10月に提出された。最終レポートに対する州政府の回答は2013年4月に示された。

### Managing information related to donor conception (2013)

2012年11月21日、州議会から法と安全委員会に対し、ドナー情報を遡及的に開示すべきかどうかについて、調査依頼がなされた。ニューサウスウェールズ州では、2010年から Central Register が設立されているが、それ以前に提供された配偶子から生まれた子どもはドナー情報へのアクセス権がない。主な検討項目は、a) 2010年以前に生まれた子どもに対し、ドナーの個人情報とドナーからの兄弟姉妹の情報を開示すべきかどうか、b) どのような機関がドナー情報の管理や開示に

関わるべきか、c) 情報を求める人々に対し、どのようなサポートや教育手段が提供されるべきか、d) その他、関連事項、となっている。

2013年2月15日に意見締め切りがなされ、2013年4月と2013年5月の二度にわたってパブリックヒアリングが実施され、2013年10月に最終レポートが提出された。最終レポートに対する州政府の回答は、2014年4月に示された。

### 9. 格差をめぐる修正-ビクトリア州の試み-

ビクトリア州では、1999年以来、Central Register が設置され、ドナー情報の集積と公開に向けたデータベースの構築がなされてきたが、1988年12月31日以前に提供された配偶子から生まれた子どもは、ドナー情報にアクセスできないなど不平等が問題になっていた。この問題に対処するため、Assisted Reproductive Technology Act 2008の修正案が2014年に議会で認められ、2015年6月29日から施行された。改正法は、1988年以前の匿名ドナー情報について、クリニックに保管されている記録を Central Register に提出することを義務づけるものである。その際、ドナー情報を意図的に改ざん、破壊した者は処罰を受けるとされた。提供された記録に基づき、1988年以前の提供から生まれてきた子どもは、ドナーの同意があればドナー

の個人を特定する情報を得ることができるようになった。

この法改正と前後して、ビクトリア州の動きに水を指す現象が、州内外から報告された。例えば、クリニックに残っている記録はドナー・コードが黒く塗りつぶされていたり、紙が汚れ破損していたりと、ドナーの記録が辿れなくなっていることが明るみに出た。これと同じことは、ドナー情報を遡及的に公開する法律を 2001 年に施行したスイスでも生じたといわれている。例えば、ビクトリア州にある Royal North Shore Hospital では、3,160 件あるドナー情報のうち、88 件のドナー・コードが破壊されている状態だという<sup>3)</sup>。ドナー・コードがなければ Volunteer Register に登録できない。なぜドナー情報が失われてしまっているのか。その理由について、かつては、レシピエントが妊娠して健康な子どもが誕生したことが確認されたのち、ドナー・コードが破棄されることがあったという医療関係者による証言もある。また、ドナー情報は、80 年代、エイズの流行によって責任を追及されることを恐れたクリニックによって破壊されていたという関係者による証言もある。州政府では、処罰規定を設けているが、ドナー情報の破壊は、誰の指示によるものなのか、誰がやったのかを特定することは容易ではなく、病院の責任者も当時とは変わっており、責任を追及することは難しい状況にある。

しかし、こうした現状にあっても、ビ

クトリア州政府は、2015 年 11 月 25 日に Assisted Reproductive Treatment Amendment Bill 2015 を国会に提出し、格差是正に向けてさらなる前進を試みた。この法改正案の最も大きな特徴は、全てのドナー情報は、ドナーの同意を得ることなく公開される、という点にある。但し、ドナーと子どもは、互いに contact preference を出すことができる。例えば、メールや手紙の交換のみ、サポートミーティングを通してのコンタクト希望など、互いに望む仕方での交流が可能になる。また、一切の接触を拒否する面会拒否権 (contact vetos) も認められる。contact preference を提出するまで 2 ヶ月の猶予が設けられており、ドナーは、その間に家族に相談することもできる。contact preference は、18 歳以上のドナーからの実子との間にも適用される。面会拒否権を無視して接触を試みるようなことがあれば、処罰される。とくに子どもは、contact preference が提示される前に、誓約書の提出が求められ、署名しなければドナーの情報を得ることはできない。子どもからの請求があれば、ドナー情報の探索を 3 ヶ月間続け、その間に見つからなければ探索は終了され、子どもにはカウンセリングが提供される。また、もし何らかの情報が得られた場合でも、その情報が断片的なものである可能性もある。その場合はドナーまたはその血縁者に対し、DNA テストへの協力が要請される。この法改正案では、全てのドナー情報は

例外なく公開されることから、これまでの **Central Register** と **Voluntary Register** の区別は必要がなくなる。そのため、新しく **Donor Linking Collection** というデータ管理システムを導入し、**VARTA**(Victorian Assisted Reproductive Treatment Authority)が管理する。そして、**VARTA** が、ドナーからの兄弟姉妹のマッチングにも携わることになる。

この法改正案に対し、匿名ドナーだった男性やその家族からは強い不安や反対の声が挙がった。ある記事は、ドナーだった人々の声を次のように紹介している。

あるドナーは、ドナーの許可なく個人情報が開示されることに対し法的手段を取ると述べている。また別のドナーは、名前などがわかってしまえば、インターネットが発達した時代なので、すぐに住所などをつきとめられてしまう、面会拒否権を破れば処罰されるといっても、確信犯でストーカー行為をおこなう者を阻止することはできない、どこからか見られているのではないかという不安を感じる、と述べる。また、男性の妻は別の州に引っ越しをしたいと言っているという。この男性は、ドナーに対して法改正案がきちんと周知されていない、全てのドナーに、この計画が知らされるべきであると主張する<sup>4)</sup>。

法改正案は 2015 年 12 月に下院で可決された。そして、2016 年 2 月 23 日に上院で可決された。これによって、2017 年

3 月 1 日以降、ドナー情報は例外なく公開のもとに晒されることになる (Fig.3)。ビクトリア州政府が掲げるドナー情報の原則公開制度は、子どもには知る権利があり、ドナーの情報は、子どものものであるという確信に支えられているが、当然、医師や匿名ドナーからの強い反発が予想される。

ビクトリア州政府は、ドナー情報の例外なき公開について、次のように意義と根拠を説明している。近年、DNA テストが発達しており、ドナーやドナーからの兄弟姉妹を探しだすことはますます容易になってきている。このため、ドナー情報は公開を義務づけられなくとも、公開されたのと同じ状況に置かれている。したがって、新しい法改正の意義はむしろ、ドナーと子どもの日常生活を守るために、面会拒否権(**contact vetos**)を付与することにある。これにより望まない接触を法的強制力を伴って遮断することができる。

現実には、過去のドナー情報は、少なからず破壊されていることを考えれば、たとえ法改正がなされたとしても、子どもが置かれた状況は実質的には変わらないものになる可能性がある。そうだとすれば、アクセス権の格差の是正は形式的なものにとどまる可能性がある。とはいえ、ビクトリア州政府も指摘するように、DNA 検査の発達や、インターネットを用いた個人情報の検索がますます容易になってきており、1988 年以前に生まれた子どもが、断片的な情報を手掛かりとして、

近い将来、自力でドナーを見つけ出すことができるようになる可能性は十分にある。

## 10. 州・国境を越えた生殖医療について

### 1) ドナー情報の保管と公開手続きに関するハーモナイゼーション

オーストラリア全州において、NHMRCのガイドラインに沿って出自を知る権利を認めるという方向性では一致している。しかし、その実現の程度にはかなりの差異が見られることも事実である。最も先進的な取り組みを行っているのが、既に見てきたように、ビクトリア州である。しかし、一方で、ニューサウスウェールズ州では、ビクトリア州のやり方を州内に取り入れるかどうか、委員会で検討が行われたものの、最終的に政府の回答によって否定された。暫くの間、ビクトリア州の動きに追随するような政策は浮上しにくいと考えられる。また、他の州にとっても、ビクトリア州の先進的な取り組みがいかなる効果や副作用を生み出すことになるのか、まだ明らかではない段階にある。

ビクトリア州では、比較的早い時期から **central register** が創設され、将来の開示に向けてドナー情報の蓄積がなされてきたが、一方で、出自を知る権利を承認しつつも、財源や人材不足の問題等から、ドナー情報の中央管理システムを導入できていない州もある。各州では、一人の

ドナーからの子ども数や家族数などには制限が設けられているが、それぞれの州で保管されているドナー・コードを統一しない限り、効力の範囲は限られる。少なくとも連邦レベルでのドナー情報の管理システムが創立されることが望ましいが、連邦政府はそのようなイニシアチブを持ち得ていないのが実情である。2010年に、ドナー情報の管理をどうすべきか、連邦政府レベルで検討がなされたが、州間で統一のための努力がなされるべきことが進言されたのみで、具体的な政策にはつながらなかった。

一般に、ドナーが配偶子を提供した時点から、子どもが情報を必要とする年齢になるまで、数十年もの開きがある。ドナー・レジストリー・システムは数十年にわたって構築され整備されていくものであることを考えると、出自を知る権利を保証するための制度が十分なものとなるためには、まだまだ多くの時間を必要とすることが予想される。

### Donor conception practices in Australia (2010)

2010年6月、連邦政府は、法律と憲法問題の関係委員会に対し、ドナーが関わる生殖医療について審議し、11月までに報告書をまとめるよう依頼した。議会が中断したことで報告書締め切りは2012年2月に延長された。2010年10月にキャンベラ、11月にシドニーとメルボルン



でパブリックヒアリングが行われた。

この調査研究では、州によってドナー情報へのアクセス権に格差があることについて、主題化がなされた。ビクトリア州のように、ドナー情報の公開のための法的整備が進んでいる州がある一方で、法的拘束力がないNHMRCのガイドラインに依拠している州もあるなどばらばらである。いつどこで生まれたかによってアクセス権に格差が生じている。報告書では、ドナーの登録管理システムがない州ではそのシステムを導入すべきであること、また、連邦レベルで統一した規制を導入すべきであることが勧告された。連邦レベルでの制度構築に際しては、ミニマムとして匿名ドナーは禁止されるべきこと、一人のドナーからの家族数など何らかの制限が必要であること、ドナーの情報にアクセスできるようにすべきことなどが提言された。これに対する連邦政府の回答として、ドナー・レジスリーの必要性を認めるものの、連邦政府としてシステムを創立する準備がないことが示された。

## 2) 国境を越えた代理出産の問題とハーモナイゼーション

タイで生じたオーストラリア人カップルによる代理出産子遺棄事件を受け、国内で有償の代理出産を合法化すべきであるとの声がにわかには高まっている。新興国では依頼者がさまざまなリスクに晒さ

れるだけでなく、貧しい女性の搾取が生じる懸念がある。代理母不足を解消するために、代理母の負担やリスクに見合った対価を認めるべきだとし、この図式をシドニー工科大学の Jenni Millbank 氏らは、"compensated surrogacy"と呼んでいる。代理出産は、無償であってもよいし、有償であってもよい、支払いの範囲や金額は当事者の間で決めればよいことであって、大事なものは互いの当事者の間で、きちんとインフォームド・コンセントがなされていることだという。これに対し、言葉だけ言い換えたものに過ぎないという批判もある。マクウェリー大学の Sonia Allan 氏は、代理出産の報酬の範囲を広げ、実質的に商業的代理出産を解禁すれば、国内で貧しい女性に取り込まれるだけだと指摘する<sup>5)</sup>。

これまで、代理出産の規制格差や、海外での商業的代理出産の利用に伴う親子関係の問題などをテーマとして、連邦政府によって検討がなされてきた。2009年の報告書では、代理出産の規制が州によって異なっていることが取り上げられ、統一が必要であることが指摘されているが、この報告書では、オーストラリアでは商業的な代理出産は認められるべきでないことが確認されている。2013年の報告書では、家族法との関わりが取り上げられ、海外代理出産の場合の親子関係の確立方法について、手続きの整備がなされるべきであるとの提言がなされている。

その後、タイで代理出産子遺棄事件が発生し、翌2015年に開催された連邦政府によるラウンドテーブルにおいては、代理母への金銭的補償の見直しが検討項目として挙げられた。このラウンドテーブルを受けて開始された検討会では、オーストラリア人依頼者が関わった事件に対し、連邦政府として責任ある回答を示すべきであるとの考えが示された。どのような報告書がまとめられることになるのか、現時点では不明だが、代理出産へのニーズは国民の間に根強く存在している上に、新興国などの渡航先の選択肢が狭められている現状で、有効なオルタナティブを出すことができるのかどうかは課題である。

以下に、これまで代理出産に関して実施された政府の調査や報告書を示す。

#### Proposal for a national model to harmonizes regulation of surrogacy (2009)

オーストラリアの各州で利他的代理出産が認められているという点で概ね一致しているが、規定の詳細は各州でまちまちになっている。代理出産の依頼が増加してきており、連邦レベルでの規制を考える必要性が出てきているとの認識のもと、法務長官及び健康省大臣、コミュニティと障害サービス大臣による合同カンファレンスが開かれ、2009年に報告書がまとめられた。代理出産の依頼者が出生

証明書に記載される法的親であるという認識のもと、報告書では以下の原則が確認された。a) 子どもの最善の利益に従って親決定命令が出されるべきこと、b) 市民の日常生活に対する法的介入は最小限にとどめるべきこと、c) 産みの親と依頼親の間の法的紛争を避けるべきこと。

#### Report on parentage and the family law act (2013)

連邦政府のFamily Law Act 1975(CTH)の改定をめぐり、家族法評議会(Family Law Council)によって、2013年12月に報告書がまとめられた。この報告書の中で、代理出産の問題が取り上げられている。いくつかの州では、海外での商業的代理出産の依頼を禁止しているにもかかわらず、禁を破るオーストラリア人が増加していること、その結果、既存の家族法が求める基準を満たさないために、生まれた子どもとの間に親子関係が保障されない状況が続いている。親の違反行為が子どもの利益を損なうようなことがあってはならないという考えから、海外で代理出産を利用した場合の親権の移行手続きに関する改定が必要であると結論づけられた。

#### Roundtable on surrogacy(2015)

社会政策と法問題に関する下院の常設委員会が2015年の2月と3月の2度にわた

り代理出産に関するラウンドテーブルを開催した。前者の会議では、代理出産の規制状況について概要の紹介がなされ、後者の会議では、より突っ込んだ内容として、代理出産の法的、社会的、経済的、科学的、医学的問題について話し合われた。パブリックヒアリングも2度行われ、2015年3月に報告書が出された。この報告書は、2013～4年の家族法評議会による年次レポートで国内外の代理出産について取り上げられたことを受けたものである。国内の代理出産について、州によって規制が異なること、インフォームド・コンセントの取得や金銭的補償、関係者の保護、海外の代理出産についてオーストラリア国民として果たすべき義務、法的親子関係の問題などについて政府による調査が実施されるべきであるとの勧告がなされ、これを受け入れる政府の回答が2015年12月に示された。

#### Inquiry into surrogacy(2016)

2015年12月2日、法務長官Hon George Brandis上院議員は、委員会に対し、国内及び海外の代理出産に関する規制状況について検討し、報告書を作成することを依頼した。委員会では、関係する個人や団体に対し、意見募集を行っている。2016年2月1日に締め切られる。委員会は、2016年6月30日を期限として報告書を提出することになっている。

また、2016年2月8日、委員会の議長のGeorge Christensen議員と副議長のSharon Claydon議員は、下院で調査の進捗状況について陳述を行った。陳述の内容は、国内では利他的代理出産のみが容認されてきたこと、インドやタイ、ネパールやカンボジアなどで商業的代理出産が行なわれており、多くのオーストラリア人が利用してきたことや、タイで2014年に生じたGammy事件を踏まえて、国内や海外の規制状況、家族法や移民法も含めて幅広い議論が求められるとするもので、新興国では、経済的に弱い立場の女性が搾取される危険性や、代理出産で生まれる子どもの健康や福祉に懸念が生じていることが強調された。

#### 11. まとめ

オーストラリア国内では年間十数例しか代理出産が行なわれておらず、多くの依頼者が海外で商業的代理出産を依頼してきた。いくつかの州では、海外で商業的代理出産を利用することを禁止しているが、ほとんど顧みられることはなかった。海外で商業的代理出産を利用し、帰国後、家庭裁判所で子どもの親権を申請したほとんどのケースで依頼者の要求がみとめられてきた。2014年、タイで代理出産子の遺棄事件が明らかになったことが転機となり、国内でも商業的代理出産を合法化すべきだとの声が大きくなってきている。これを受けて、代理出産に関

する調査が行われ、報告書が提出される予定だが、どのようなオールタナティブを出すことができるかが課題である。

出自を知る権利について先進的な取り組みを行ってきたビクトリア州で、知る権利の格差の是正を実現するため、新たな法改正案が採決された。2016年2月、ドナーの個人情報例外なく公開するという法改正が成立し、2017年3月から施行される。もし、互いの面会や接触を好まない場合は、拒否権(contact vetos)を出すことができる。違反すれば、処罰される。形式上、全ての子どもに対し出自を知る権利が認められたが、実際には公開を恐れたクリニックの手によって、ドナーの情報の一部は既に破壊されている。遡及的な開示を認める、ビクトリア州の法改正は、ドナーのプライバシーを考慮しない強引なやり方に見える。しかし一方では、DNA検査や情報検索技術の発達によって、ドナーの情報を得ることは過去に比べて飛躍的に容易になってきており、ドナーと子どもの間に法的強制力を伴う面会拒否権を導入したことが今回の法改正の意義として挙げられるだろう。

**謝辞:**

調査に際し、下記の方々にお世話になった。記して感謝したい。

anonymous donor offspring

Dr. Anita Stuhmcke, University of Technology Sydney

Dr. Isabel Karpin, University of Technology Sydney

Dr. Jenni Millbank, University of Technology Sydney

Ms. Kirsty Barber, Donor Program Manager of IVF Australia

Ms. Michelle, Solo Mum by Choice

Mr. Sam Everingham, Family Through Surrogacy

Dr. Sonia Allan, Macquarie University

**註:**

1) Family Through Surrogacy の Mr.Sam Everingham 氏からの聞き取りによる。

2) Mart Keyes, 2012 Cross-border surrogacy agreements. Australian Journal of Family Law 26: 28-50.

3) Melissa Fyfe, When sperm donor children come calling. The Age Good Weekend.[2015/09/03]

4) Julia Medew and Graig Butt, Wealthy sperm donor fears from more than two dozen offspring. The Age Victoria.[2015/09/04]

5) 「オーストラリアにおける生殖補助医療をめぐる最近の動き」(Dr. Somia Allan へのインタビュー)

(<http://hibino.w3.kanazawa-u.ac.jp/img/Interview%20with%20Dr.%20Sonia%20Allan.pdf>)

参考文献:

2005 The National Health and Medical Research Council, Ethical guidelines on the use of assisted reproductive technology in clinical practice and research.

2008 Malcolm Smith, Reviewing regulation of assisted reproductive technology in New South Wales; the assisted reproductive technology act 2007 (NSW).

2009 The Law Society of New South Wales, A proposal for a national model to harmonize regulation of surrogacy.

2009 Conference Community and Disability Services Ministers' Conference, A proposal for a national model to harmonise regulation of surrogacy.

2010 The National Support Group for Solo Mums by Choice in Australia, Submission to the senate legal and constitutional affairs references committee: inquiry into donor conception in Australia.

2010 Tammy Johnson, Queensland's proposed surrogacy legislation: an opportunity for national reform. *J Law Med* 17(4): 617-632.

2011 Sarah Nowoweiski, Hayley Matic and Penelope Foster, Patient experiences in advertising for an egg donor. *Reproductive BioMedicine Online* 22:686-691.

2011 Legal and Constitutional Affairs References Committee, Donor conception practices in Australia.

2012 Legislative Assembly Committee on Law and Safety, Should all donor conceived adults be able to identify their donors?

2012 Legislative Assembly Committee on Law and Safety, Issues paper: managing information related to donor conception.

2012 Committee in Law and Safety, Inclusion of donor details on the register of births.

2012 The Law Society of New South Wales, Review of birth certificates.

2012 Adams D., and Lorbach C.,  
Accessing donor conception information  
in Australia: a call for retrospective  
access. *J Law Med* 19(4):707-21.

2013 NSW Government of Health,  
Assisted reproductive technology act  
2007 Statutory Review Discussion  
Paper.

2013 The Law Society of New South  
Wales, Discussion paper: review of the  
assisted reproductive technology act  
2007.

2013 Smith MK., Willmott L., Trowse  
P., and White B., Back to the future:  
prohibiting surrogacy for singles,  
same-sex and shorter-term  
heterosexual couples in Queensland. *J  
Law Med* 20(3):638-54.

2013 Committee on Law and Safety,  
Managing donor conception  
information.

2013 Family Law Council, Report on  
parentage and the family law act.

2014 Sarah Wise and Gabor Kovas,  
Secrecy, family relationship and the  
welfare of children born with the

assistance of donor sperm:  
developments in research, law and  
practice. *Families, policy and the law:  
selected essays on contemporary issues  
for Australia.*

2015 Sonia Allen, Health Law Central  
(<http://www.healthlawcentral.com>)

2015 Department of Health & Human  
Services, A right to know your identity:  
giving donor-conceived people the right  
to access information identifying their  
donor.

2015 House of Representatives  
Standing Committee on Social Policy  
and Legal Affairs, Roundtable on  
surrogacy.

2015 Millbank J., Rethinking  
“commercial” surrogacy in Australia. *J  
Bioeth Inq* 12(3):477-90.

2015 Millbank J., Responsible  
regulation of cross-border assisted  
reproduction. *J Law Med* 23:346-364.

Fig. 1

Treatment Cycles in Australia and New Zealand 2013

新鮮胚移植	新鮮胚ICSI	新鮮胚移植 (その他)	凍結融解胚移植	卵子/胚提供	計
12,087	25,694	5,303	24,896	2,305	70,285

Source of Sperm in Australia and New Zealand 2013

夫/パートナー	ドナー精子	不明	計
57,355 (84.4%)	5,566 (8.2%)	5,059 (7.4%)	67,980 (100.0%)

Assisted reproductive technology in Australia and New Zealand 2015より作成

Fig. 2 □

1.7 The numbers of donor-conceived children reported to the National Perinatal Statistics Unit from 2002–2008 in Australia and New Zealand are as follows:<sup>6</sup>

Year	Live births from egg/embryo recipient cycles	Live births from donor insemination cycles	Total
2002	322	340	662
2003	394	313	707
2004	295	307	602
2005	309	310	619
2006	354	278	632
2007	326	275	601
2008	357	266	623
<b>Total</b>	<b>2357</b>	<b>2089</b>	<b>4446</b>

Assisted reproductive technology in Australia and New Zealand 2008 □

Fig. 3 □



Department of Health and Human Services 2015 *A right to know your identity*, State of Victoria, p. 6 □

Fig. 4 □

**Table: Matches from Western Australia's Voluntary Register<sup>64</sup>**

Donor participants	Matched	Made contact
Parent recipient and donor	6	4
Half siblings	7	3
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>7</b>

Inclusion of donor details on the register of births, p. 26, *The WA Reproductive Technology Council's 2010-11 Annual Report*によれば、2002年以降、154名の登録があり、そのうち16名がドナーから生まれた子ども、82名がレシピエント、56名がドナーからであった。 □



## **Third Party Reproduction in Australia: Laws and Practices**

Yuri Hibino and Hiroyuki Nakamura

In Australia, assisted reproductive technology is independently regulated by each state without a unified law throughout the country. The ethical guidelines for all states, which are issued by National Health and Medical Research Council (NHMRC), state that third party reproduction should be altruistic and the child should have the right to know his/her genetic parents. In many states, the regulation is carried out according to the content of the guidelines.

Since the commercialization of third party reproduction has been regulated in Australia, overseas reproductive treatment has been actively used due to a constant shortage of donors or surrogate mothers in the country. There are only a dozen of surrogacy cases per year in Australia because most of the states prohibit commercial surrogacy. On the other hand, many Australians have used commercial surrogacy abroad. Although some states also prohibit the use of commercial surrogacy in another country, the law could not stop the people to travel abroad for surrogacy. After they had a child by using the service of surrogacy abroad and returned to the country, parental responsibility for the child has generally been granted if applied to the family court. In 2014, a case that the Australian clients abandoned their surrogacy child in Thailand was revealed. Taking this incident as a turning point, the voice to appeal the legalization of commercial surrogacy in Australia is growing.

The state of Victoria has put advanced effort in terms of children's right to know their genetic origins and has passed a new legal amendment in 2016. In Victoria, there has been an issue of disparity in the children's right to know their biological parents depending on the child's birth year. For this reason, the law amendment requesting the clinics to give the donor information prior to 1988 when donors were anonymous was enforced in 2014. While this amendment did not allow the donor information to be disclosed without the donor's consent, another new amendment that enables personal information of the donor to be disclosed with or

without consent has been passed in February 2016. Although this new law will come into force from March 2017, there are many oppositions to such a retrospective legal amendment. It is considered that the interests of this amendment were settled down by allowing contact vetos. A breach of a contact veto will be a criminal offence and the offender will be punished. Legally, all the children will have the right to know their genetic origins. However, in fact, some of the anonymous donor information has already been destroyed by the clinics which is afraid of disclosure. In such cases, the donor information will not be accessible. It appears that this law amendment in Victoria is an aggressive approach without considering the donor's privacy. On the other hand, privacy is also considered to be almost nothing because recently it has become remarkably easier to obtain the donor information due to the development of DNA testing and the advanced technology of information retrieval. In these perspectives, the significance of this legal amendment is rather that the consent veto has introduced with legal enforcement.

平成27年度子ども・子育て支援推進調査研究事業  
「諸外国の生殖補助医療における法規制の時代的変遷に関する研究」

イスラエルにおける生殖補助医療と第三者が関わる生殖医療  
—法律と実際の運用について—

日比野由利・中村裕之

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

イスラエルでは、45歳までの独身または既婚の女性が2人の子どもを得るまで体外受精は原則として無料であり、人口あたりの体外受精クリニックの数が世界一である。イスラエル住民のマジョリティを占めるユダヤ教の考え方が生殖補助医療の規制や運用に対し、大きな影響力を及ぼしている。

イスラエルでは、配偶子提供や代理出産などの第三者が関わる生殖医療も活発に行なわれている。精子提供は、健康省のガイドラインのもとで行なわれている。ユダヤ法(Halakhah)では精子提供は禁止されており、既婚女性が夫以外の男性の精子で妊娠出産すれば、子どもは、不義の子(Mamzer)となる。また、法律がないため、ドナーが親権を主張する可能性がある。ドナーは匿名であり、精子提供や精子ドナーに関する情報は、個々の精子バンクによって管理されている。

卵子提供は、不妊治療を受けている女性からの余剰卵子の提供が認められていたが、2001年に卵子の盗難事件と呼ばれるスキャンダルが発覚し、国内での卵子提供は停止状態になった。その後、10年あまりの議論を経て2010年に卵子提供法が成立し、健康な女性からの提供を認めた。しかし、ドナーは不足しており、近隣の東ヨーロッパ諸国に卵子を求める人々が後を断たない。海外での卵子提供は、依頼男性の精子を凍結して海外に輸送し、海外でドナー卵子と受精させて受精卵を作製、凍結胚を逆輸入するという形で行なわれている。国内では依頼者と卵子ドナーの宗教が同一であることが条件となっている。しかし、海外では非ユダヤ人の卵子も使用されている。ユダヤ法では、ユダヤ人の女性が産んだ子どもはユダヤ人であると規定されている。しかし、体外受精や代理出産の登場により、卵子を提供した女性が母親だという考え方も出てきており、卵子ドナーが非ユダヤ人の場合、子どもは改宗が必要であると考えられるラビもいる。

代理出産は、1996年に合法化された。代理出産法では、代理母は独身の女性に限定され(その後、規制緩和がなされた)、依頼者と代理母は同じ宗教に属していることが条件となっている。シングルや同性カップルは国内で代理出産を依頼できない。このため、ゲイカップルなどは海外で代理出産を依頼している。海外で生まれた代理出産子に対し、DNAテストを行い、依頼者の一方と遺伝的關係が証明できれば、子どもにイスラエルの市民権を与え、入国のためのビザを発行してきた。しかし、海外代理出産では、代理母は非ユダヤ人であるため、たとえユダヤ人の卵子を使用していても、子どもはユダヤ人とは認められず、改宗が必要になる。2012～15年にかけて、インド、タイなどの新興国が、次々と外国人への代理出産の提供を停止した。このため、国内で規制緩和を要求するロビー活動が活発化し、2014年には、シングルや同性カップルにも代理出産へのアクセス権を認める法改正案が提出されたが、反対論も強く、結局は廃案となった。

イスラエルの生殖補助医療と第三者が  
関わる生殖医療  
—法律と実際の運用—

日比野由利・中村裕之

1. はじめに
2. ユダヤ教との関係
3. 生殖補助医療に関する法律・ガイドライン
  - 1) 体外受精に関するガイドライン
  - 2) 不妊治療への助成
  - 3) 着床前遺伝子診断
  - 4) 精子提供に関するガイドライン
  - 5) 代理出産法
  - 6) 卵子提供法
4. 生殖補助医療と第三者が関わる生殖医療の実施状況
  - 1) 人工授精・体外受精
  - 2) 精子バンクの運用
  - 3) 死後生殖
  - 4) 卵子提供の実施状況
  - 5) 代理出産へのアクセス権
  - 6) 代理出産の実施状況
5. 配偶子提供と告知
6. むすび

1. はじめに

イスラエルはユダヤ教徒がマジョリティを占めるユダヤ人国家である。宗教人

口構成は、ユダヤ教(75.1%)、イスラム(17.3%)、キリスト教(21.9%)、ドルーズ(1.6%)(2012年イスラエル中央統計局)である。イスラエルでは、旧約聖書の「産めよ、増やせよ」(Be fruitful and multiply)という文言に従って、出生奨励主義(pro-natalism)が採られている。ユダヤ人国家イスラエルにおいて、ホロコーストの記憶は深く刻まれており、民族の血を絶やさないことは、国民にとって聖なる義務と捉えられている。

このため、イスラエルでは他の先進国と比較して、高い水準の出生率を保持している。2014年の合計特殊出生率は3.03である。また、他の先進国と比較して、結婚年齢が低く、婚外子が少なく、離婚率が少ないという特徴がある。こうした‘伝統的’な人口学的特徴は、超正統派(ultra-orthodox)のユダヤ教徒に依るところが大きい。超正統派のユダヤ人家庭では、宗教的、伝統的な生活様式が守られており、女性の役割は子どもを産み育てることである。その結果、こうした家庭では、5人、10人もの子沢山であることが珍しくない。イスラエルの人口は2011年に約770万人、2014年に約820万人、2015年に834万人と順調に増加してきている。しかし、近年、ユダヤ系住民は、国内外のアラブ系住民に比べて出生率が低いことが懸念されており、人口規模で優位に立つことは、イスラエルが中東における政治経済的イニシアチブを死守するために必要不可欠であると捉え

られている。

このような民族的、政治的背景のもと、生殖補助医療は人口増加政策の一貫として重要な位置づけを与えられ、国が全面的にバックアップしている。体外受精に国費を投入することは当然視され、45歳未満の独身または既婚の女性が、2人の子どもを得るまで、体外受精を無料で受けることができる。不妊治療への助成を目的に、イスラエルに移住を希望するユダヤ人もいる。こうした政府の手厚い保護政策のおかげで、イスラエルは世界で有数の生殖補助医療大国となっている。人口あたりの体外受精の実施数は米国を抜いており、米国の約13倍である。また、人口あたりの体外受精クリニックの数は世界一となっている。

## 2. ユダヤ教との関係

イスラエルでは、市民婚は認められておらず、宗教に則った婚姻しかできない。ユダヤ人の場合は、ユダヤ法(Halakhah)が生殖や家族に関わるルールをカバーしている。ユダヤ法、及び、ユダヤ教の宗教的指導者ラビ(Rabbi)の見解は、ユダヤ人の日常生活に大きな影響を及ぼしており、ユダヤ人国家イスラエルにおける生殖補助医療の規制や運用に対し、方向づけを与えている。

ユダヤ教では、生殖は神聖な義務として認められ、基本的に禁止を犯していない限り、夫婦間で行われる生殖技術は容

認されうるという考え方である。だが、体外受精や第三者が関わる生殖医療については、ラビによってさまざまな見解が示されている。例えば、厳格なラビの場合、ユダヤ教では、男性のマスターベーションが禁止されていることから、精子提供や体外受精を不可とする考え方もある。また、ラビによっては、体外受精の場合、母親の胎内で受精しておらず、このため母親が不在になるとして、体外受精を認めない立場もある。このように、体外受精などをを用いた場合、生まれてくる子どもの宗教的位置づけが曖昧になることを懸念するラビもいる。

ユダヤ教では、ユダヤ人の母親から生まれた子どもはユダヤ人であると定義されている。つまり、父親の宗教や血統は子どもの地位には影響しない。父親がユダヤ人でも母親がユダヤ人でなければ、子どもはユダヤ人ではない(但し、ファミリー・ネームについては父親から継承される)。逆に父親がユダヤ人でなくとも母親がユダヤ人であれば、子どもはユダヤ人である。この母系継承のルールは、ユダヤ人に対する暴行・虐殺が発生した中世に遡る。レイプされ妊娠した女性の子どもにユダヤ人としての地位を与えるためにルール変更が行われた。

ユダヤ教では、妻が夫以外の男性の子どもを妊娠出産することは認められていない。このため、精子提供は禁止されている。しかし現実には、男性不妊のケースなど、精子提供が必要であるケースも

ある。精子提供は、厳格なユダヤ教徒にとって、本来あってはならないという規範と、生殖の義務という規範との狭間で、秘密裏に行われていると考えられる。精子提供で生まれた子どもは、夫の精子を用いていないため、ユダヤ法の原則どおりに解釈すれば、不義の子ということになる。一方、シングルのユダヤ人女性が精子提供を受けて子どもを生んだ場合、父親は不在であるが、母系継承の原理により、子どもはユダヤ人となる。精子提供により、将来、同一のドナーからの子ども同士で近親婚が生じることが懸念されるが、非ユダヤ人のドナーであればそうした心配がないと考えているラビもいる。

卵子提供については、伝統的なユダヤ法の解釈に従えば、たとえ非ユダヤ人女性の卵子を用いたとしても、出産した女性がユダヤ人であれば、子どもはユダヤ人になるはずである。しかし、体外受精や代理出産の知識が浸透してきており、卵子を提供した女性か、子どもを産んだ女性か、どちらが母親なのかについて、ラビの間でも解釈の相違が生まれている。どちらもユダヤ人女性であれば、子どもの宗教的・民族的アイデンティティに混乱は生じない。このため、国内の卵子提供では、ドナーと依頼者の宗教は原則として一致することが求められている。一方、卵子提供は海外でさかんに行われており、そこでは非ユダヤ人女性の卵子も使用されている。このような場合、もし

卵子ドナーが非ユダヤ人女性であれば、たとえユダヤ人女性が産んだとしても、子どもはユダヤ人ではないとの考えから、改宗儀式が必要であると考えているラビもいる。このように、長い間、ラビの間では子どもを産んだ女性が母親だと考えられてきたが、しだいに遺伝的なつながりも考慮されるようになってきている。

ラビたちは、卵子ドナーは匿名であっても、ドナーの宗教は依頼者に知らされるべきであると考えている。これは、依頼者が知らないうちに非ユダヤ人の卵子を用いることがないようにするためである。また、卵子ドナーは独身の女性に限られる。もし既婚女性からの卵子の場合、その行為は卵子ドナーの夫から見て姦通であるとみなされうるからである。

代理出産の場合、国内では依頼者と代理母の宗教が一致することが要件となっているため、子どもの宗教的・民族的アイデンティティに混乱は生じない。しかし、海外で代理出産を依頼した場合、代理母は非ユダヤ人女性である。例えば、インドで代理出産を依頼した場合、代理母や卵子ドナーはヒンズー教徒であるかもしれない。この場合、子どもはヒンズー教徒だとみなされる可能性がある。しかし、実際には、イスラエルに子どもを連れ帰った後、国内にヒンズー教の宗教的指導者はいないため、子どもは無宗教として扱われる。このように、たとえ依頼男性がユダヤ人であったとしても、一般に、海外代理出産で産まれた子どもは

ユダヤ人ではない。ユダヤ人の卵子ドナーや、ユダヤ人の依頼女性の卵子を用いたとしても、同様である。そして、子どもがユダヤ人になるためには、長い時間とエネルギーを要する改宗プロセスを経る必要がある。

### 3. 生殖補助医療に関する法律・ガイドライン

イスラエルは世俗法のシステムを採用しており、イスラエル議会(Knesset)が制定している。生殖補助医療に関する法律は、宗教ごとに個別のものではなく、一つの法体系にまとめられている。生殖補助医療の規制は、イスラエル議会によって承認された法律と、健康省によるガイドラインがある。健康省によるガイドラインの法的拘束力や実効性は前者より劣っている。

#### 1) 体外受精に関するガイドライン

1987年のPublic Health (In Vitro Fertilization) Regulations 5747-1987は、体外受精について規定した健康省のガイドラインである。ガイドラインには、体外受精と胚移植を行う施設は、健康省の大臣から認可を受ける必要があることが定められている。精子提供、卵子提供、ドナーの匿名性、胚の保管と廃棄、インフォームド・コンセントなどについて規定がなされている。2010年に成立した卵子

提供法により、健康省は本ガイドラインの改定を行い、卵子の輸入や海外での卵子提供を許可した。

#### 2) 不妊治療への助成

National Health Insurance Law 1994には、不妊治療への公的給付が定められている。人工授精、体外受精などの不妊治療は2人の子どもを得るまで原則として無料である(過去のパートナーとの子どもは含まれない)。婚姻カップルまたは事実婚カップルは、人工授精への助成を受けることができる。シングルの女性、及び異性愛カップルは、体外受精への助成を受けることができる。

98年の改定により、自己卵子を使う場合は女性の年齢が45歳まで体外受精への助成を受けることができる。また、2010年の卵子提供法により、提供卵子を用いる場合は、女性の年齢が54歳まで体外受精への助成を受けることができる。卵子提供の場合は、1人の子どもが生まれるまで、助成を受けることができる。

2014年のMedical Administrative Circular No.6/2014によれば、39歳以上の女性は、医学的理由で治療を受ける場合のみ、体外受精への助成を受けることができる。42歳以上の女性の場合、受精卵を作成できないサイクルが3回以上続いた場合、体外受精の助成を受けることができないという条件が課された。

### 3) 着床前遺伝子診断

着床前遺伝子診断は、体外受精を受ける際、染色体の欠損や遺伝病の可能性がある場合にのみ、考慮される。また、着床前遺伝子診断によって、健康な子どもを妊娠でき、中絶の可能性を回避できる場合に実施可能である。

### 4) 精子提供に関するガイドライン

精子提供は Public Health(Sperm Bank)Regulations 1979 によって規制されている。1989 年の改正によって、精子提供は健康省の認可を受けた精子バンクを通して行うことになった。これは、エイズなどの感染症を防ぐために設けられた規定である。90 年以降、新鮮精子を用いることは禁止された。精子提供に関する最新のガイドラインは 1992 年の “Rules as to the Administration of Sperm Banks and Guidelines for Performing Artificial Insemination 34/92” である。ガイドラインによれば、精子バンクの代表は医師に限られること、また、精子提供に関し、3 種類のファイルを保存することが定められた。一つ目はドナーに関するファイルで、ドナー番号を含むドナーの個人情報、二つ目はカップルに関するファイルで、同意書やドナー番号、妊娠が成立した精子などの記録、

三つ目は精子に関するファイルで、精子の質などについての医学的情報(ドナーの個人情報を含まない)である。これらを各々の精子バンクで保管する。精子バンクの情報は、一般の医療情報と同様、7 年間の保管が義務付けられているだけである。レシピエントとドナーは互いの情報を知ることはできず、匿名である。独身女性でも精子提供を受けられるが、心理テストやソーシャルワーカーによる面接が必要である。一方、ドナーに関する要件はほとんどなく、独身でも既婚でもドナーになることができ、年齢制限もない。報酬についての規定もない。提供回数や子ども数などに関する制限もない。

### 5) 代理出産法

1996 年、イスラエル議会は、世界で初めて代理出産を合法化する法律 “Agreements for the Carriage of Fetuses(Approval of Agreement and Status of the New Born)Law, 5756-1996.” を可決した。

代理出産法により、すべての代理出産は個々のケースごとに事前に委員会で審査を受け、認可を得て実施する必要がある。1996 年から 2009 年までの間に委員会に 655 件の申請があり、82%が許可された(Fig.3)。同法では、シングルや同性カップルによる代理出産は認められてい



ない。依頼者と代理母はイスラエル住民に限られる。代理母は原則として36歳まで(のち38歳までに延長)で、独身の女性(離婚した女性、夫が死去した女性を含む)に限るとされたが、のちに緩和され、既婚女性でも可能になった。依頼男性の精子を必ず用いること(提供精子を用いることは禁止)、代理母の卵子を使用しないこと、代理母と依頼者が同じ宗教に属していることなどが要件となっている。代理母への報酬の上限は定められていない。また、依頼者の親族が代理母になることは禁止されている。これは、インセストが連想されることや、身近な女性に対するプレッシャーを避けるためである。

出産後、ソーシャルワーカーの立会いのもと、子どもは依頼者に渡される。依頼者は、裁判所で **parental order**(親決定命令)を得て、子どもの親となることができる。依頼者への子どもの引き渡しは事前に定められており、代理母の心変わりには認められていない。

## 6) 卵子提供法

2010年に **Egg Donation Law(5770-2010)**が可決された。これにより、卵子提供の要件は大幅に緩和された。それまでは、不妊治療を受けている女性からの余剰卵子の提供しか認められていなかった。過去に健康な女性が卵子ドナーとなったケースで死亡事故があったためである。しかし、不妊治療中の女性か

ら提供を期待することは難しく、エッグシェアリング方式の卵子ドナーは不足していた。そこで、国内のドナー不足を解消するため、卵子提供法が導入された。

この法律により、健康な女性からの提供も認められるようになった。レシピエントの年齢は18歳から54歳まで、独身女性でも卵子提供を受けることができる。この法律では、ユダヤ人の女性が非ユダヤ人の女性から卵子提供を受けることは原則禁止とされている。ドナーは親権を持たず、産んだ女性が母親となることが明確化された。ドナーの年齢は20歳から35歳までで、匿名である。ユダヤ人のドナーは独身でなければならない。もし既婚者の場合、夫から見て不貞行為となるためである。一人のドナーにつき提供は3回まで、提供の間隔を6ヶ月空けることが必要である。また、一人のドナーからの1回の採卵につき2人のレシピエントに提供できる。つまり、3回の提供で、計6人の女性に提供できる。卵子の売買は禁止されているが、ドナーの休業補填、子どものケア、交通費などの名目で6,000シケル(約18万円)までを支払うことは認められた。後に、補償額は約20,000シケル(約60万円)まで増額された。

ドナーやレシピエント、子どもの情報は将来の近親婚を避けるために保管されるが、個人情報に関係者に対し公開されることは一切ない。また、例外規定が設けられ、上記の条件に当てはまらないケースについては個別に **National**

Exception Committee (NEC)に申請して認可を受ける必要がある。例えば、ドナーが結婚している女性である場合や、依頼者と同じ宗教ではない場合などは、その事実をレシピエントに告げ、同意を得るとともに委員会での認可が必要である。

卵子提供法にあわせて、体外受精のガイドラインも改訂され、海外での卵子提供も正式に容認された。配偶子や受精卵の輸出入も認められた。東ヨーロッパなど近隣諸国にイスラエル人医師が経営するクリニックが設立され、健康省の認可を得て営業を行っている。

卵子提供法は、国民の卵子提供へのニーズに応えようとするものであったが、この法律により、レズビアンカップルが卵子提供を利用することは困難になった。卵子提供法成立の前に、レズビアンカップルで、パートナー女性の卵子を用いてもう一方の女性が妊娠出産したケースがあった。これに対し、カップルの双方を子どもの法的親として認める裁判所の判決が出されていたが、卵子ドナーは匿名に限るという卵子提供法に違反することが判明したため、2011年3月、法務長官はこの判決を撤回する指示を出した。以降、レズビアンカップルが家族を形成し、子育てを共有する手段として卵子提供を用いることはできなくなった。

#### 4. 生殖補助医療と第三者が関わる生殖医療の実施状況

##### 1) 人工授精・体外受精

1979年に初めての非配偶者間人工授精が行われた。1982年に初めての体外受精が成功を収めた。1986年に初めての卵子提供が行われた。1995年にICSI(顕微授精)が開始された。1998年に初めての代理出産子が誕生した。2002年にIVFクリニックの数は24施設となっている。2002年におけるIVFの実施サイクル数は20,886であり、生まれた子どもの数は3,574人である。2009年の実施サイクル数は31,978、2010年は34,538、2011年は38,284と、増加している(Fig.1-2)。

##### 2) 精子バンクの運用

国内に15箇所の精子バンクが存在<sup>2)</sup>するが、全ての精子バンクが稼働しているわけではない。海外の精子バンクが2箇所あり、国立病院に設置された13箇所の精子バンクのうち、実際に稼働しているのは7箇所だけである。精子は不足しており、一桁しかドナー数がない精子バンクもある。国内の精子バンクに登録されているユダヤ人男性の精子は少なく見積もって50人、最大で140人ほどであると推計されている<sup>3)</sup>。イスラエル人男性の精子の質の低下が精子不足に拍車をかけている<sup>4)</sup>。シングル女性やレズビアンカップルも精子バンクを利用している。こうした女性の中には、愛国主義的な動機から、軍隊で戦闘経験がある男性の精子を欲するケースもあるという<sup>5)</sup>。

精子ドナーに対しては、感染症の検査だけでなく、遺伝子の検査も行われている。アッシュケナジ系のユダヤ人は、テイサックスなど遺伝病のリスクがあるためである。例えば、ある精子バンクでは、精子ドナーに対し、遺伝子検査も含めて全部で42もの検査を行っている<sup>6)</sup>。ドナーの中には、ユダヤ人の血を引いていることを知らないものや、自分をユダヤ人だと思っていないケースもあるため、全てのドナー候補者に対して遺伝子検査が行われている。

ドナーに対しては、平均すると1回の提供につき、100ドル程度の報酬が支払われているが、ドナーは不足している。精子ドナーのリクルートに力を入れているThe Hadassah Medical Centerでは、ドナーに対し1回の提供につき1,000シエケル(約3万円)を支払っている。ドナーが少ない理由として、検査などの負担が大きく、報酬が低いことのほか、現在は匿名でも、将来、個人情報が開示されるのではないかと懸念がある。

精子の輸入も行われている。健康省は約10年前から輸入精子を認めてきた。精子の輸入は、認可を受けた精子バンクからのみ可能である。米国やスペインなどから輸入がなされている。輸入精子の場合、非ユダヤ人の精子もある。輸入精子は高額だが、海外からの精子の場合は、ドナーの写真や詳細なプロフィールもついてくるため、レシピエントに好まれている。一方、国内の精子ドナーの場合は

匿名であるため、ドナーの情報は開示されない。

国内の精子提供の実施状況や輸入精子に関する統計は取られておらず、実態は不明である。精子提供の記録は、個々のクリニックや精子バンクにおいて管理されているだけで、どの精子が誰に提供されたか、その結果子どもが生まれたかどうかなどを国が管理できていない。このように、精子提供のデータが統一的に管理されていないことや、一人のドナーからの提供回数や子ども数などが制限されていない状況は、将来的に問題を生じる可能性がある。

しかし、精子バンクの側は、ドナーの情報を出すことには消極的である。精子提供は秘密裏に行われており、情報が外部に漏れれば、家庭の崩壊や子どもの不利益に直結するからである。一方、ユダヤ教のラビたちは配偶子提供の情報を得たがっており、精子提供の事実をラビが知れば、子どもは非嫡出子扱いとなる。このように、ラビと精子バンクの間には緊張関係があり、一部の精子提供は全く記録を残さずに行なわれているという指摘もある<sup>2)</sup>。

一部のラビは、精子ドナーがユダヤ人でなければ近親婚の問題が回避されると考えているが、それは必ずしも正しくない。ドナーがユダヤ人である、ないに関わらず、現在の管理状況のもとでは、同じドナーからの兄弟姉妹が将来結婚する可能性は排除できない。また、精子提供

はガイドラインのみで、法律によって規制されておらず、現状のままでは、ドナーが親権を主張する可能性を排除できない。

### 3) 死後生殖

イスラエルでは、死後生殖についても積極的な態度が見られる。

イスラエルには死後生殖に関する法律はないが、ガイドラインがある。2003年、法務長官によって、死後に精子を用いることができるのは、男性の配偶者に限るというガイドラインが出された。しかし、その後行われた数々の裁判によって、このガイドラインは無効化されていった。

現在、死後生殖を認めている国の多くが、生前に本人の同意がある場合に限り、残された妻が夫の精子を用いて妊娠出産を行うことができる、としている。一方、イスラエルでは本人が生前に明確に拒否していたという証拠がない限り、親族の求めに応じて死後生殖を行うことができる。つまり死後生殖のオプトアウト方式が認められている。また、その場合、配偶者ではなく、赤の他人が死者の配偶子を用いることも認められている。

裁判所の許可が出れば、生前、本人の書面による同意書がなくとも、死後生殖が実施できる。また、2012年以降、本人の書面による同意書が残されていれば、裁判所の判決を必要とせず、死後生殖が可能になった。

イスラエルの死後生殖に対する積極的な態度には、特殊な国情が反映している。イスラエルでは兵役の義務が全ての男女に課されている。軍に従事している間に万が一死亡した場合、子孫を残したいという本人の希望は叶えられないことになる。死後生殖への関心は、戦闘による死の可能性が身近にあることや、国民の生殖への強い願望が背景にある。

イスラエルで最初の死後生殖は、Keivan Cohen のケースである。男性は2002年に軍に従事している際に死亡した。両親が死後生殖を求めて裁判所に訴え、2007年、男性の死後に採取された精子を用いる許可を勝ち取った。2013年、この男性の精子を用いて一人の女性が子どもを出産した。このケースでは、男性は生前に明確な意思を残しておらず、あくまでも両親の強い意志によって孫の誕生が実現した。また、男性の精子を用いて妊娠出産した女性は、男性とはかかわりのない女性であった。

男性の精子を受け入れて妊娠出産した女性にとっては、死後生殖を使えば、ドナーの情報を得ることができ、精子バンクの匿名ドナーよりも好ましいと捉えられた可能性がある。男性の両親や親族も生存しており、子どもの血筋を自分の目で確認することができる。名誉の死を遂げた男性の精子でもある。さらに、孫の誕生を喜ぶ男性の両親からは、育児についてのサポートも期待できる可能性がある。このように、死後生殖は、死亡した

当事者や親族にとって、子孫を残したいという希望を叶えるだけでなく、それを受け入れる女性にとっては、匿名の精子バンクの代替として機能しているという側面がある。

さらに、2009年には、軍に従事している最中、癌で死亡した22歳の男性 Idan Snir が癌の治療前に提供した精子を用いて子どもをつくる許可を、両親が裁判所から勝ち取った。生前、男性は死後に子どもをつくることに強い関心を示していたという。そして、2013年、生前の男性を全く知らない一人の女性がこの男性の精子を用いて妊娠出産した。

2011年、女性の配偶子の死後の凍結が初めて認められた。交通事故によって死亡した17歳の娘の死後生殖を求めて、両親が訴えを起こした。しかし、死亡した未婚女性の卵子を受精させるには生前の同意が不可欠であるという体外受精のガイドラインがあり、裁判所は卵子の凍結は認めたものの、ドナー精子を用いて受精させた後に凍結することは認めなかった。

さらに、2011年、女性の配偶子を用いた世界初の死後生殖が認められた。癌で亡くなった妻の卵子を生存している夫の精子と受精させ、米国の代理母が出産したケースである (Nissim and Keren Ayash case)。子どもは元夫と新しい妻が育てているという。

Irit Rosenblum氏は、イスラエルで死後生殖の裁判を支援してきた弁護士であ

る。Rosenblum氏は、2001年に死後生殖に関する意思を残すための法的枠組みについてアイデアを思いついたという。そして、死後の生殖についての意思表示を書面で残すため、2005年に Biological Will Bank を設立した。現在、1,000件ほどの登録があるという。死後、自らの配偶子を使用して生殖を希望するか、あるいは廃棄してほしいのかについて、弁護士署名入りの同意書を残すことができる。

#### 4) 卵子提供の実施状況

2010年に卵子提供法が施行されるまで、ガイドラインによって、卵子ドナーは不妊治療中の女性に限られていたため、ドナーは不足していた。その実施数として、Rabinersonらによれば、1998年から2000年の間に調査対象となった施設で、計171人の女性に対し354サイクルの卵子提供が実施され、その結果、45人の子どもが生まれたとしている<sup>7)</sup>。

2001年、卵子不足に追い討ちをかけるスキャンダルが明るみに出た。二人の医師が不妊治療中の女性から採取した卵子を無断で他の女性に販売していたのである。一人の医師は、女性患者らから計232個の卵子を採取、このうち155個を無断で33人の女性に販売、使用した。また、別の医師は、256個の卵子を採取し、181個の卵子を無断で34人の女性に販売、使用したという。卵子不足を背景として、

不妊治療を受ける女性の卵子が、本人に無断で横領された事件であった。卵子の盗難事件によって、国内の卵子提供は事実上停止した。当時、卵子提供を希望する何千人もの女性が待機していたという<sup>8)</sup>。

この事件によって、国内での卵子提供は事実上停止した。国内で深刻化する卵子不足を背景に、多くのイスラエル人女性が、海外に渡って卵子提供を受けていたが、その後、海外での卵子提供に関するスキャンダルが持ち上がった。2009年、ルーマニアで卵子売買の嫌疑でイスラエル人医師が取り調べを受けていたという事実が明るみになった。ルーマニアでは2006年から卵子の売買が禁止されていた。国内外で発生した事件により、卵子提供に対するイメージは失墜し、壊滅的な打撃を受けた。

2001年の卵子の盗難事件をきっかけに、卵子提供の透明性を確保し、需給の不均衡を改善するため、卵子提供に関する新たな枠組みが要請されることとなった。2007年に法案が作成され、2010年、卵子の盗難事件から10年あまりの時間を経て、卵子提供法が施行された。

卵子提供法では、国内で健康な女性からの提供を認めると同時に、海外での卵子提供を合法化している。その後、国内で卵子ドナーを充足するため、ドナーへの補償額を約2万シェケル(約60万円)に増額した。このように、ドナー充足に向けた努力が払われてきたが、国内のドナ

ー不足はほとんど改善しなかった。

イスラエルでは、卵子提供をもっぱら海外に依存するという形が常態化しており、関係者の利益構造が出来上がっている。ルーマニア、ウクライナ、ジョージアなどの東ヨーロッパ、キプロスなど近隣諸国イスラエル人医師が経営するクリニックがあり、そこで現地の卵子ドナーのリクルートと採卵、移植が行なわれている。国内で依頼男性の精子を凍結し、海外に輸送、海外でドナーから採卵した卵子と受精させ、受精卵を作成する。依頼女性が渡航し、作製した受精卵を現地で新鮮胚移植する、あるいは凍結胚を国内に逆輸入して移植するなどの方法が行なわれている。また近年は、海外で作製した新鮮胚をインキュベータに入れ、イスラエルに持ち込むということも行われている。

イスラエルでは、国内での卵子提供は非常に僅かな件数しか行われていない。その理由として、クリニックや医師などが国内でドナーをリクルートする努力を怠っているのではないかと指摘する関係者もいた。

こうした疑念が生じる背景として、国内で実施した場合に必要な書類作成の仕事を医師が煩わしいと感じているのではないかということや、医師の利益相反を指摘する関係者もいた。海外での卵子提供によって、クリニックや医師は大きな利益を得ているという。配偶子や受精卵の輸出入については、健康省によっ

て規制がなされている。海外からの提供卵子の輸入や海外で作った受精卵を国内に持ち込むのは、健康省から認可を受けた特定のクリニックを通してしかできない仕組みになっている。そして、卵子提供は、政府の委員会とコネクションを持つ少数の医師によって独占的に行われている。

#### 5) 代理出産へのアクセス権

1996年の代理出産法では、異性愛カップルにのみ代理出産へのアクセス権を認めているが、これを不服とする訴えが起こされている。

2002年、病気で子宮を摘出したシングル女性が、治療前に凍結した自らの卵子を用いて代理出産を依頼することを求めて裁判所に訴えた。異性愛カップル以外の依頼者は代理出産法により認められていないという理由で女性の訴えは退けられたものの、裁判所の判決文は女性に対し、同情を示す内容であった。これを受けて、2004年と2005年に委員会が組織され、代理出産法を改正し、シングルやレズビアン、ゲイカップルなどが代理出産を依頼できるようにする必要があるかどうか、検討がなされた。

さらに、2010年、代理出産へのアクセス権を求めてゲイカップルが訴えを起こした。これを受けて2012年、Mor Yosef委員会が組織され、報告書がとりまとめられた。報告書では、シングルや同性カ

ップルにも代理出産へのアクセス権を認めるべきこと、代理母の年齢制限を36歳から38歳にすること、代理出産を必要とする男性依頼者が、卵子提供を依頼できるようにすること、海外代理出産の場合に、パートナーによる養子縁組の手続きを不要にすることなど、代理出産の要件を大幅に緩和する趣旨の勧告がなされた。

#### 6) 代理出産の実施状況

1996年以来、国内で代理出産が行われてきた。代理出産の申請件数及び、生まれた子どもの数は年々増加している(Fig1-3)。代理出産の需要が増加する一方で、国内で代理母を見つけるのには時間がかかり、数ヶ月ほどの待機時間が必要になっている。イスラエル人代理母が受け取る報酬額は、平均して約16,000シェケル(約480万円)ほどであるが、高額な例では、8万5千ドルという報酬例もあるという<sup>9)</sup>。

代理出産法が成立した当時、代理母は独身のユダヤ人女性に限られていた。既婚女性が代理母になれば、代理母の夫からみて不貞にあたると思えられたためである。このため、離婚して子どもを抱え、経済的に困窮している女性が代理母になるケースが多かった。その後、代理母不足を解消するため、既婚女性でも代理母になれるという規制緩和が行われ、代理母の経済階層は上昇した。独身女性にせよ既婚女性にせよ、イスラエルでは、有

償の代理出産が認められていることから、報酬目当てで貧しい独身女性や中産階級の既婚女性が代理母になることは、既成事実となってきた<sup>9)</sup>。また、代理出産では、提供卵子を伴うケースも少なくない。しかし、卵子ドナーを国内で探すことは代理母を探すよりももっと困難であり、海外の提供卵子を使用するため、イスラエル人代理母が海外に渡航して受精卵の移植が行われることもあるという<sup>9)</sup>。

海外での代理出産は、国内の数倍もの数が行われていると見込まれる。とくに、インドやタイなど、安価で代理出産を依頼できる新興国の市場が開かれたことで、多数のイスラエル人依頼者が海外代理出産を利用していた。その多くが、国内では代理出産を依頼できないゲイカップルであった。イスラエル国内には、海外代理出産を仲介する複数のエージェントが存在するが、それらは政府によって監督されておらず、認可も受けていない。

政府の報告書によれば、2007年から2011年の間に228件、2012年は41件の代理出産が国内で行なわれた。これに対し、2007年から2011年の間に313件、2012年は126件の代理出産が海外で行なわれたとしており、海外代理出産の比率が増加している。そして、2012年に行われた海外代理出産126件のうち、73件がインド、25件がアメリカ、21件がグルジア、7件がアルメニア、ウクライナ、カザフスタンであった。この数字は、裁判所の命令により、DNAテストを用いて親

子関係を証明し、帰国した代理出産子のケースを数えたものである。しかし、あるエージェントの証言では、もっと大きな数字が示された。同エージェントでは、2009年からウクライナ、ネパールへ顧客を紹介しており、これまで200~250人の子どもが生まれているという。また、同エージェントによれば、インドなどへゲイカップルを斡旋していた大手エージェントなどの場合、2009年以来、2,000人以上の子どもが誕生しているのではないかという。

2007年以来、海外で生まれたイスラエル人の代理出産子に対し、裁判所の命令によりDNAテストを実施して帰国手続きを行う方法が確立されてきた。最初の例は、インドで代理出産を依頼したゲイカップルであった。それ以降、主にこの手法が用いられるようになった。

海外代理出産の場合、子どもの帰国手続きを開始するためには裁判所の命令が必要になり、そのやりとりだけで数ヶ月もの時間がかかる。手続きがスムーズに進まなければ、現地に滞在する依頼者の経済的負担は大きくなる。このため、代理母の妊娠中から手続きが開始される。裁判所に申請を行い、DNAテストの許可を受ける。子どもが生まれたのち、イスラエル国内に生体サンプルを送付してDNAテストを実施する。依頼者と子どもとの遺伝的なつながりを証明できれば、裁判所の判決を経て、子どもにはイスラエル国籍が与えられる。その後、イスラ



エル入国に必要なビザの申請手続きを行う。

この方法により、たとえ海外で外国人の代理母が出産した子どもであっても、イスラエル人の血統を引いていることが証明できれば、子どもに対し確実にイスラエル国籍を与えることができる。したがって、子どもの身分の不安定化を防ぐ効果が期待できる。とはいえ、これまで、DNA テストで解決できなかった例もある。例えば、現地のクリニックが別のイスラエル人依頼者の精子と取り違えていたケースがあった。また、依頼者ではなく、代理母と夫の子どもが生まれたケースがあった。シングル女性が提供精子と提供卵子を用いて海外で代理出産を依頼したケースもあり、子どもと血縁関係が証明できず、養子縁組が必要となった。

また、海外代理出産の場合、依頼男性は自分の精子を使用していれば父親になれるが、依頼女性の場合は、たとえ自らの卵子を使用していても、養子縁組を経る必要があった。養子縁組には長い時間がかかる。これは不平等であるとして抗議が相次いでいた。当事者からの異議申し立てを受けて、2012年に裁判所の判決により、ルールの変更がなされた。以降、依頼女性の卵子を使っていれば、依頼女性を母親として登録できるようになった。

海外代理出産では、国内の裁判所が関与し、DNA テストを用いて依頼者の子どもとして連れ帰る方法が確立されてきたが、相手国のルールや国際的な条約に起

因する子どもの帰国トラブルが生じている。

2012年、インドで規制が強化されたことをきっかけに、ゲイカップルを含めて多くの依頼者がタイへと流れたが、翌2013年、イスラエル人の代理出産子がタイを出国できないというトラブルが発生した。タイでは、子どもを産んだ女性が母親であるというルールが明文化されている。このため子どもはタイ国民となり、タイ人代理母が養育権を含む完全な親権を有するというのがタイ政府の公式見解である。タイ人代理母の子どもを国外に連れ出せばハーグ条約に違反する恐れがあることが判明し、2013年12月、イスラエル外務省はタイ代理出産に関する警告を発した。

ハーグ条約に鑑み、イスラエル人依頼者の代理出産子に対し、DNA テストに基づいてイスラエル国籍を与えたが、出国のためのパスポートを発行することができなくなった。既に誕生したイスラエル人依頼者の代理出産子 65 名が現地で足止めの状態となった。そのほとんどがゲイカップルの依頼者の代理出産子であった。イスラエル政府とタイ政府の間で協議がなされ、既に生まれている代理出産子、及び契約を交わしプロセスが開始しているケースに限り、出産後、タイ人代理母がイスラエル領事館で子どもに対する権利を放棄する旨の同意書を提出することで、出国を許可することになった。2014年11月末日を最後に、イスラエル

人依頼者の代理出産子の出国手続きは全面停止されることになった。

このように、インド、タイなど海外での代理出産が難しくなったことで、必然的に代理出産へのアクセス権を要求する、ゲイカップルらによるロビー活動が国内で活発化していくことになった。

まず、2012年にインドで規制が強化されたことを受けて、同年5月、保健省の代理出産委員会が同性カップルにも代理出産の利用を認めるよう勧告を出した。

その後、タイでも依頼できなくなったことが判明した2013年12月、保健省大臣の Yael German が、シングルや同性カップルにも代理出産を認める法改正を行うとの意向を明らかにした。また併せて、国内の代理母の要件の拡大、そして海外での代理出産を合法化する方策も打ち出されていた。2014年1月に内閣がこの法案を承認したことが報じられた。しかし、異性愛カップル以外に代理出産を認めることに対する宗教勢力の反対は根強く、その後、法案は議会を通過することなく、廃案となった。

代理出産へのアクセス権を求めるロビー活動の一種として、メディアを使った印象づけも行われている。例えば、ネパールでの大地震に際しては、人々のナショナリズムに働きかけて同情を引き出そうとする、次のような報道がなされた。

インドやタイで代理出産が禁止されたのち、一部の人々はインドの隣国ネパールに渡航していた。2014年4月、ネパー

ルで大地震が発生する。ネパールで生まれたイスラエル人依頼者の代理出産子26名が救助され、イスラエル政府がチャーターした航空機で帰国したことが大きく報じられた<sup>10)</sup>。この時、ネパールで代理出産を依頼していたのは、ほとんどがゲイカップルであった。このニュースは、国内で依頼できないが故に、海外で思わぬ災難に巻き込まれたゲイカップルの辛苦を世論に訴えかけようとするものであった。

インド、タイで代理出産が閉じられたのち、ゲイカップルらは、ネパール、メキシコ(タバスコ州)などの市場に向かっていたが、2015年末までに、ゲイカップルが代理出産を依頼できる新興国はほとんどが禁止に転じた。現在、ゲイカップルにとって、合衆国やカナダなど、高額な費用負担を伴う国しか選択肢が残されていない。

異性愛カップル以外の人々に代理出産へのアクセス権を認めることに対し、国内では、まだまだ慎重な意見が見られる。その中には、ゲイカップルはしばしばダブルインカムで経済階層が高く、彼らに代理出産を認めれば代理出産の費用が高騰し、医学的理由で代理出産を必要とする異性愛カップルが依頼できなくなるのでは、と懸念する声もある。

一方、シングルやゲイカップルによる代理出産へのアクセス権を否定すれば、非伝統的家族やセクシュアルマイノリティに対する差別ともとられかねない。国

内で代理出産を解禁している以上、異性愛カップル以外にはアクセス権を認めないのは差別にあたるという主張に対し、リベラル派は反論することが難しくなっている。当然ながら、シングルやゲイカップルに代理出産を認める案に対し、宗教勢力は強く反対している。

今後、代理出産の法改正が検討されるとすれば、代理出産を用いて生殖を行う権利を、異性愛カップル以外の人々にも認めるのか否かをめぐって焦点化していくものと考えられる。

## 5. 配偶子提供と告知

一部の国々では、出自を知る権利を認め、ドナー情報の開示を行っているが、イスラエルでは、出自を知る権利は認められておらず、また一般に、子どもへの告知に対する親の態度も消極的であると思われる。イスラエルにおける告知の実態を知る手がかりとして、イスラエルで精子提供を受けて親になったシングル・マザーに対する調査結果を参照することができる。調査によれば、62名の女親のうち、調査を行った時点で3分の2の女親が子どもに精子提供の事実を告げていなかった<sup>11)</sup>。子どもへの告知が比較的行いやすい環境にある非伝統的家族であっても、大半が子どもに事実を告げられていなかった。

1992年、Aloni委員会が出自を知る権利について審議を行い、これを認める中

間報告を出していたが、結局94年に撤回された。非匿名化を支持しない理由の一つとして、ドナーを非匿名化すればドナーは高齢化し、遺伝的リスクも高くなる可能性があることが指摘された。また、これ以外にも、ユダヤ法に由来するやっかいな問題がある。

イスラエルでは、配偶子提供は、匿名で行われており、これにはドナーとレシピエントのプライバシーを守る意味だけでなく、子どもの利益を守る意味もあると思われる。

ユダヤ教では、婚姻夫婦において、夫以外の男性の精子で生まれた子どもは、**Mamzar**とみなされる。これは、不義の子どもであるというレッテルであり差別的な呼称である。この不名誉な地位は世代を超えて継承される。結婚に際しても差別を受け、原則として**Mamzar**同士でしか婚姻が認められない。あるいは、改宗する必要がある。このように、精子提供で生まれた事実が本人や周囲に対し明らかになると、子どもが大きな不利益を被る可能性がある。イスラエルで精子提供の事実が伏せられ、告知が進まず出自を知る権利も認められない背景として、非嫡出子に対する差別、ひいてはユダヤ法の家父長制的価値観がある。

一方、卵子提供については、子どもの宗教的・民族的地位を従来どおり生物学的関係によって決めるのか、それとも遺伝的関係によって決めるのか、ラビの見解はまちまちであり、もし卵子提供で生

まれた事実が明らかになると、子どもの地位が不安定化するというリスクがある。例えば、キプロスで非ユダヤ人女性からの卵子提供を受けて子どもを産んだ女性は、自らの不安を次のように訴えている。「卵子提供で生まれたことを子どもに伝えていない。もし非ユダヤ人の卵子を使ったことが原因で、改宗が必要になるなら、子どもに事実を伝えなければならぬ。そのうえ、子どもは通っているユダヤ人の学校から追い出されるかもしれない」<sup>12)</sup>。

ユダヤ法の中で、配偶子提供や代理出産をどのように位置づけていくのか、統一した見解に至っていないことが、こうした事態を招いていると考えられる。

## 6. むすび

生殖はイスラエル国民の聖なる義務であり、不妊はカップルのプライベートな問題ではなく、国家に関わるべき問題である。ユダヤ人女性は子どもを最低 3 人産むことが望ましいという暗黙のプレッシャーに晒されている。子どもができるまで何度でもチャレンジし続けることが当然視され、一人の女性が 10-15 回もの体外受精を受けることはめずらしいことではない。ユダヤ法には、子どもがいまま 10 年経過した夫婦は離婚すべきという規定もある。

イスラエルでは、子どもを得るための手段として、配偶子提供や代理出産など

の第三者が関わる生殖医療も活発に行われている。国内で満たすことができないニーズは海外で満たすことが当然視されてきた。生殖を重視する考え方はゲイカップルの間にも浸透しており、イスラエル人ゲイカップルは生殖ツーリズムの一大消費者となってきた。近年、国内で代理出産へのアクセス権をめぐる主張が激しくなっており、法改正案が再び浮上する可能性もある。

卵子提供や代理出産について、母系継承のルールを定めるユダヤ教では、子どもの宗教的・民族的アイデンティティに混乱が生じないように、卵子を提供する女性と妊娠出産する女性は同一の宗教であることが原則となっている。一方、海外で行われた場合、この原則に反する事態が生ずる。従来のユダヤ法では想定していない事態が招来され、子どもの宗教的・民族的地位が不安定化するリスクがある。

イスラエルでは、ドナーは匿名であり、出自を知る権利は認められず告知にも消極的な態度が見られる。一因として、ラビの間で、これらの技術を利用して産まれた子どもをどのように位置づけるか、統一した見解に至っていないことがあげられる。これらは、子どもの福祉という全体的な枠組みの中で考えなければならないことである。しかし、イスラエルでは極端な出生奨励主義が採られる一方で、ユダヤ教の内外で、子どもの視点からの議論は乏しい。

謝辞:

調査に際して、下記の方々にお世話になった。記して感謝したい。

Ms. Dana Magdassi, Lotus Surrogacy

Dr. Etti Samama, Ministry of Health

Dr. Irit Rosenblum Adv. International  
Family & Fertility law

Dr. Joseph Schenker, Hadassah  
Medical Center

Ms. Ofra Balaban, Patient Fertility  
Association, Israel

Ms. Ronit, sha L'Isha, Haifa Feminist  
Center

Dr. Ruth Zafran, Family Law, IDC  
Herzliya

Dr. Victoria Gelfand, Law office of  
VICTORIA GELFAND

引用文献

1) Alan Jotkowitz, 2011 Surrogate  
motherhood revisited: maternity  
identity from a Jewish perspective. J  
Relig Health 50: 835-840.

2) Yuval Avivi, Israeli sperm donor crisis.  
Israel Pulse [2014/02/21]

3) Bokek Cohen Y., 2016 Jewish law,  
Scarcity of sperm donors and the  
consequent private import of sperm of  
non-Jews by Israeli women. Gynecol  
Obstet Invest 81: 105-111.

4) Ronit Haimov-Kochman, Ruth  
Har-Nir, W Liana Ein-Mor, et al. 2012 Is  
the quality of donated semen  
deteriorating? Findings from a 15 year  
longitude analysis of weekly sperm  
samples. Isr Med Assoc J 14(5):372-7.

5) Priya Joshi, Gaza fighting prompts  
spike in demand for sperm donations  
from IDF combat soldiers.  
International Business Times.  
[2014/08/10]

6) Hody Nemes, 6 things you need to  
know about Jewish Sperm. [2014/08/20]

7) Rabinerson D., Dekei A., Orvieto R.,  
et al. 2002 Subsidised oocyte donation  
Israel 1988-2000: results, costs, and  
lessons. Hum Reprod 17(5): 1404-6.

8) Michal Nahman, 2011 Reverse traffic:  
intersecting inequalities in human egg  
donation. Reproductive Biomedicine  
Online 23: 626-633.

- 9) 「イスラエルの代理出産-代理母と依頼者」(Dr. Etti Samama へのインタビュー)  
(<http://hibino.w3.kanazawa-u.ac.jp/img/Interview%20with%20Etti%20Samama.pdf>)
- 10) Renee Ghert-Zand, Nepal quake gives birth to hopes for Israeli surrogacy reform. The Times of Israel [2014/04/28]
- 11) Ruth Landau and Ruth Weissenberg, 2010 Disclosure of donor conception in single-mother families: views and concerns. Human Reproduction 25 (4) :942-948.
- 12) Andrew Vorzimer, Jewish law & egg donation. The Spin Doctor. [2010/05/13]
- 参考文献:
- 1995 Mor Yosef, Sperm donation in Israel. Human Reproduction 10(4): 965-967.
- 1997 Benschushan A, Schenker JG., Legitimizing surrogacy in Israel, Human Reproduction 12(8) :1832-1834.
- 2003 Joseph G. Schenker, Legal aspects of ART practice in Israel. Journal of Assisted Reproduction and Genetics 20(7):250-259.
- 2004 Vardit Ravitsky, Posthumous reproduction guidelines in Israel. Hasting Center Report 34(2):6-7.
- 2004 Ruth Zafran, The right of offspring to seek out their biological parents (synopsis).
- 2006 Carmel Shalev and Sigal Gooldin, The uses and misuse of in vitro fertilization in Israel: some sociological and ethical considerations. NASHM: a Journal of Jewish Women's Studies and Gender Issues 151-176.
- 2008 Schenker JG., Assisted reproductive technology: perspectives in Halakha (Jewish Religious law) Report Biomed Online 17(3): 17-24.
- 2010 Nuphar Lipkin, Etti Samama, and Daphna Rosenbluth, Surrogacy in Israel: status report 2010 and proposals for legislative amendment.
- 2011 Gruenbaum BF, Pinchover ZS, Lunenfeld E, Jotkowitz A., Ovum Donation: examining the new Israeli law. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 159(1):40-42.

2012 Law Library of Congress, Israel reproduction and abortion: Law and Policy 1-27.

2012 Carmel Shalev and Gabriele Werner-Felmayer, Patterns of globalized reproduction: egg cells regulation in Israel and Austria. Israel Journal of Health Policy Research 1:15.

2013 Rhona Schuz, The developing right to parenthood in Israeli law. The international survey of family law 197-225.

2013 Joseph G. Schenker, Human reproduction : Jewish perspectives. Gynecological Endocrinology 29(11): 945-948.

2013 Shidlo R., In search of donor relations and identity: the missing voices of Israel's children. Medicine and Law 32:95-113.

2013 Irit Rosenblum, Being fruitful and multiplying: legal, philosophical, religious, and medical perspectives on assisted reproductive technologies in Israel and internationally. Suffolk Transnational Law Review 3:627-648.

2015 Victoria Gelfand, Surrogacy in Israel : the Israeli surrogacy law and surrogacy undertaken overseas. The third international surrogacy and infertility conference.

Fig. 1 □

**Number of cycles for the treatment and resulting child  
in Israel during 2002-2006**



	2002	2003	2004	2005	2006
総治療サイクル	20,886	22,449	23,828	24,995	25,552
胚移植サイクル	18,337	19,805	21,079	22,295	22,589
妊娠数	5,272	4,496	5,318	5,871	6,473
出生児数	3,734	3,584	3,576	3,910	4,298
代理出産で生まれた子ども数	10	16	13	27	25

Fig. 2 □

**Number of cycles for the treatment and resulting child  
in Israel during 2007-2011**

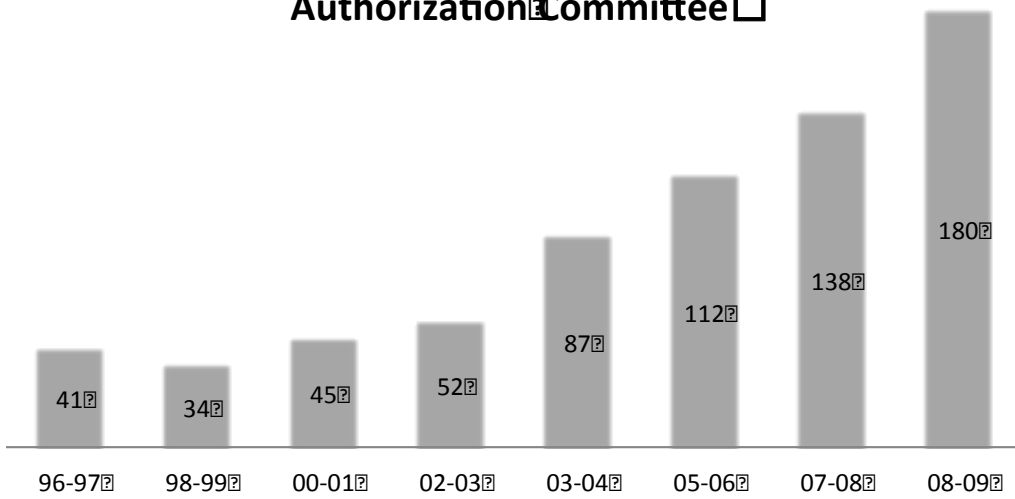


	2007	2008	2009	2010	2011
総治療サイクル	26,679	29,196	31,978	34,538	38,284
胚移植サイクル	23,521	25,544	28,837	29,961	33,066
妊娠数	6,898	7,372	7,765	8,123	8,796
出生児数	4,585	4,683	5,328	5,612	5,709
代理出産で生まれた子ども数	36	26	30	46	49



Fig. 3

### Number of applications for the Israeli Authorization Committee



A Case Against Surrogate Motherhood

(<http://ncbio.org/nordisk/arkiv/surrogacy-slides-riitta-burrell.pdf>)

## **Assisted Reproductive Technology and Third Party Reproduction in Israel: Laws and Practices**

Yuri Hibino and Hiroyuki Nakamura

In Israel, in vitro fertilization (IVF) for a single or married woman under the age of 45 is generally free until the woman has two children. Israel has the highest number of IVF clinics per capita in the world. The regulation and practice of assisted reproductive technology have been significantly influenced by the Jewish perspective that is shared by the majority of Israeli residents.

Third party reproduction including gamete donation and surrogacy has also been actively performed in Israel. Sperm donation has been practiced under the guidelines of the Ministry of Health. Since the Jewish Law (Halakhah) prohibits sperm donation, if a married woman becomes pregnant with the sperm of a man other than her husband, her child is considered as illegitimate (Mamzer). In addition, there is a possibility that the donor claims for custody of the child because there is no law regarding this issue. For this reason, donors are anonymous and the information about sperm donation and sperm donors is managed by individual sperm banks.

Egg donation had been legal if eggs were donated from the surplus eggs of women undergoing fertility treatment. However, egg donation was practically suspended in Israel following a scandal called theft of eggs in 2001. After almost 10 years of discussion, the Egg Donation Law has been effected in 2010, allowing egg donation by healthy women. Nevertheless, people still seek eggs in nearby Eastern European countries due to a lack of donors in Israel. Egg donation abroad is practiced by freezing the sperm of the male client in Israel, transporting the frozen sperm to another country, producing fertilized eggs with donated eggs there, and importing the frozen embryos back to Israel. Although the religion of egg donor and recipient must be identical in Israel, eggs donated by non-Jewish women are used in foreign countries. In Jewish law, a child who was given birth by a Jewish woman is considered Jewish. However, with the advent of IVF and surrogacy,

a perspective that the woman who provided the egg is the mother of the child has arisen. Therefore, some rabbis believe that the child should be converted if the egg donor is a non-Jewish woman.

Surrogacy was legalized in 1996. In the Surrogacy Law, surrogate mothers have been limited to single women (followed by deregulation) and the client and the surrogate mother must belong to the same religion. Advance permission from the committee is required. Also, singles or same-sex couples cannot use surrogacy in Israel. As a result, more and more Israeli same-sex couples have used surrogacy in another country. In case of surrogacy abroad, if a genetic relationship between the child and one of the clients has been proven by DNA testing, Israeli citizenship has been offered and an entry visa has been issued to the child. On the other hand, a child born via surrogacy is not considered Jewish and needed to be converted because the surrogate mother is non-Jewish even if the egg donor is Jewish. After emerging countries including India and Thailand suspended the service of surrogacy to foreigners, lobby for deregulation of surrogacy in Israel has been activated. In 2014, the law amendments to grant the right to access surrogacy for singles and same-sex couples and to legalize surrogacy abroad were submitted, but they were rejected with some strong oppositions.

平成27年度子ども・子育て支援推進調査研究事業  
「諸外国の生殖補助医療における法規制の時代的変遷に関する研究」  
事業報告書

イギリスにおける生殖医療関連法の変遷と実施状況と課題

森和子

文京学院大学人間学部人間福祉学科

1970年から、養子縁組対象の乳幼児の数が大幅に減少している。養子縁組の減少と反比例するように、乳幼児を求める多くの夫婦は第三者が関与する生殖医療に目が向けるようになっていった。養子縁組法では早くから養子への情報公開・出自を知る権利が求められ、1990年にHFE法が成立した時には、英国養子縁組・里親委託協会(BAAF)が出自を知る権利の確保、および告知のサポートの必要性について政府に意見書を提出している。第三者の関与する生殖医療により生まれた人をもつ親のグループ(DCネットワーク)からの意見も出されている。

イギリスでは、HFEA認定の国立保険サービス(NHS)病院とプライベート不妊クリニックで、第三者が関与する生殖医療を実施している。NHS病院では医療費は無料であるが、治療の申請をしても年齢制限や条件も多い上に時間がかかるため、高額な医療費がかかるがプライベートクリニックで治療を受ける人も少なくない。近年、レスビアンカップルにpartner to partner egg-sharingという、一方の卵子を使ってそのパートナーが出産する方法が増えている。残りは治療経費軽減のため、他の必要な人に提供する。提供情報開示登録では、第三者が関与する生殖医療で生まれた人、ドナー、親からの申請数は増加傾向にあった。HFEAでは、情報開示をしようと考えている様々な人に、準備のためのリーフレットを用意している。2015年よりパイロットサポート事業として、第三者が関与する生殖医療で生まれた人と、ドナーで情報開示に関する相談をしたい人に対して無料のサポートを実施している。

ドナー情報の記録と保管については、2013年に改正された養子縁組法では、孫も情報にアクセスできるようになり記録の保管も100年となった。このような動きは生殖医療関連法にも影響を与える可能性がある。DCネットワークやメディアで積極的に取り上げることで社会にあるスティグマは減少してきているが、DCネットワークでは家族への支援として、子どもを持つ前の「親になる準備性」の重要性が指摘された。

HFEAやDCネットワークでも、海外で第三者が関与する生殖医療を受ける人の実態が把握できない現状があった。イギリスでは、ドナーの性格、職業、教育レベル、ドナーになることについて書いたもの、宗教、希望することなどが家族にも文書で渡される。法律で匿名が定められているスペインへ多くの人行って、第三者が関与する生殖医療を受けているが、情報を管理する機関がないためHFEAも実態が把握できないという。自国だけではなく、広く海外に行って第三者が関与する生殖医療が行われている現在、BAAFが提言している出自を知る権利、ドナー(生みの親)を探せるよう国際的に連携したシステムを構築していく必要性が示唆された。

## イギリスにおける生殖医療関連法の変遷と実施状況と課題

森和子 文京学院大学人間学部人間福祉学科

### 1. はじめに

本調査では、はじめにイギリスにおける、生殖医療に関する立法の経緯と、養子縁組法との経緯を概観する。その上で半養子とも言われる提供精子、卵子によって生まれた子どもや親とは遺伝的つながりのない胚提供によって生まれた子どもへの最善の利益の観点から法律に影響を与えた養子法や養子に関する機関が果たしてきた役割について明らかにする。次にヒトの受精及び胚研究認可局（HFEA）の管理下における、イギリスでの医療体制と不妊治療の現状を把握した上で、卵子・精子・胚提供の第三者の関与する生殖医療の実際の運用状況とその問題点を現地でのヒヤリングや情報収集により確認する。生殖補助医療を受ける際の親になるための準備としてのテリング（真実告知）を含めた研修方法とサポートのあり方については、その基礎となった養子縁組に関するソーシャルワーカーを含めた現地で関係機関や当事者へのヒヤリングを行い、現行の運用の課題と問題点、今後の展望を明らかにしたい。

調査については文献調査および現地調査を実施した。文献調査では論文、報告書、新聞記事、イギリスの関連機関や団

体のホームページ等を用いた。イギリスでのヒヤリング調査は、国の機関であるHFEAの職員、第三者の関与する生殖医療により作られた家族支援の研究者、DCネットワーク（Donor Conception Network）自助グループのスタッフ、養子縁組の専門家、不妊治療経験者を対象に行った。不妊クリニックは3か所訪問して情報を収集した。

### 2. イギリスにおける第三者の関与する生殖医療に関する法規制の変遷と養子縁組関連法

第三者の関与する生殖医療に関する法律が成立していく経過と養子縁組法との関連について時代的背景と共に概観したい。イギリスにおいては第三者の関与する生殖医療に関する法律に先立ち、1926年に最初の養子縁組・児童法が制定された。その時に初めて、養親に監護権が委譲されることになった。1927年には養子縁組数およそ3,000件であったが、1968年には、25,000件に増加した。そのような中、1945年から非配偶者間人工授精が行われ始めていく。養子縁組同様、当時は匿名で行われ、子どもには事実を秘密にすることが推奨されていた。その後養子縁組法は1949年、50年、58年の改正

を経て、60年の養子縁組法で、養子縁組命令が取り消し得るということが法制化された。1968年には、64年に採択されたハーグ条約に対応して、養子縁組法が改正された。1970年から養子縁組対象の乳幼児の数が大幅に減少している<sup>(1)</sup>。養子縁組件数は年々減少し、1980年に10,690件に、1998年には4,387年まで落ち、2003年には5,354件であった。2009年では4,655件である(金子, 2011)。1970年には、養子となった22,373人のうち8,833人(39%)が生後12ヶ月未満の子であったが、有効な避妊方法や墮胎法の浸透、社会意識の変化や社会保障の充実などにより未婚の母が子を手離さなくなったことなどを背景にして減少を続け、2009年には生後12ヶ月未満の子はその年の全養子人数の2%となっている(金子, 2011)。1972年に「ホートン委員会」はそれまでの養子縁組について見直し、養子縁組というのは養親のための制度ではなく子どもの福祉のための制度であることを初めて公文書で宣言し、75年の児童法に盛り込まれた。その影響を受け76年に養子縁組法ができたが、実施が遅れ1988年によく発効した時には過去の大切な人たちとの継続的接触、養子縁組決定の前のみならず長く支援が必要であるという養親家族のニーズを認識していないものであった。

養子縁組対象乳幼児の減少が進む中、

1979年世界初の体外受精(試験管ベビー)成功し、イギリスでは早くから一定のルール作りがなされた。養子縁組の減少と反比例するように乳幼児を求める夫婦は第三者が関与する生殖医療に多くの目が向けられるようになっていった。1982年にワーノック委員会が設置され、報告書には、子どもが18歳になれば、ドナーの民族的出自や遺伝的背景に関する情報にアクセスする権利を持つべきであるとの勧告がなされた(日比野・中村, 2014)。

97年のブレア政権の後、十代の妊娠やホームレス、あるいは精神疾患、失業中であるなど、様々な社会的排除の犠牲になっている子どもたちの中で、自治体のケアを受けていた子どもが非常に多いこと、ケアを受けている子どもたちの中に家庭復帰ができないのに何年も里親さんをたらい回しにされている子どもたちがいることを懸念して、新しいパーマネンシーポリシーを構え、国の子ども政策の目玉とし、2002年の養子縁組児童法に集大成され(津崎, 2008)、第60条で養子への情報公開・出自を知る権利が明確に規定された。

第三者が関与する生殖医療で生まれた人の出自を知る権利の確保に関しては、1991年HFE法が施行後、HFEAが創設され、ドナーの身元を特定しない情報の登録・保管(70年間)や、18歳以上の子どもは情報開示の請求可能できるよう

になった。さらに 2004 年に HFE 法改が正され、2005 年 4 月からの施行により、2005 年以降の提供により生まれた子どもは、ドナーの個人を特定する情報（ドナーの氏名や住所）にアクセスすることができるようになった。

そして 2008 年 HFE 法の改正（2009 年 4 月から施行）により、出産していない方の実父やパートナーの位置づけがなされた。また、HFEA 内に自発的コンタクト登録機関（a voluntary contact register）を設置した。非婚のカップルで精子や胚を使う時、同意した場合出生証明書に父親として男性パートナーの名前を記載されるようになった。婚姻したレズビアンのカップルは、出産していない方も第 2 の法的親となる。非婚のレズビアンカップルは双方の同意があれば出産していない方も第 2 の法的親となる。

同じドナーによって生まれた成人同士が望む場合、コンタクトできる。子どもに年齢的に早い時期に出自について話すことの重要性とその適切な方法についてクリニックに義務付けた（2013 年 9 月時点で 38 人登録）（才村,2008）（表 1）。

才村（2008）によると、イギリスでは、一旦法律が制定されても改正が頻繁に行われ、その改正への動きに種々の団体や当事者の声が反映されているという。その意見や啓発活動として英国養子縁組・里親委託協会（BAFF）が 1990 年 HFE

法について出自を知る権利の確保、および告知のサポートの必要性について政府に意見書を提出している。第三者の関与する生殖医療により生まれた人をもつ親のグループ（Donor Concept Network = DC ネットワーク）からの意見も出されている。調査では、HFE 法の立法や実施体制に対しても提言のキャンペーンを度々行ってきた元 BAAF の職員と DC ネットワークのメンバーにも実態と現状を把握するために、ヒアリング調査を実施した。

### 3. BAAF からの生殖医療法への働きかけと経過

BAAF は、1980 年に創立された養子縁組と里親委託のために研究活動、出版、研修、政策への提言など広く行ってきた慈善団体である。2015 年に経済的問題から閉鎖され、現在は Coram BAFF Academy として存続している。中心的 BAFF からの第三者の関与する生殖医療により生まれた人の最善の利益のためのキャンペーンに行ってきた Julia Feast と Chris Christophides に、ヒアリング調査を行った。Julia は 1988 年から子どもの社会的養護に関する機関で働いていた。2003 年に BAAF に移り、BAAF で長く活動して養子には生みの親に会う権利があること、第三者の関与する生殖医療で生まれた子どもたちにも同様に出自

を知る権利があることに共感して、キャンペーン活動を積極的に行ってきた。

#### 1) 英国法律委員会への提言—出生登録の改善

2013年10月31日に英国法律委員会(Law Commission)に対して出生登録キャンペーン(The Birth Registration Campaign)の一環として BAAF から Julia が代表して以下の提言の文書を送付している<sup>(2)</sup>。

出生登録システムには、不必要な個人の人プライバシーを侵害することなく法的な親と同様に遺伝上の親も記録すべきであると提言に書かれている。第三者の関与する生殖医療で生まれた子どもや養子たちの出生証明書は、2つ発行すべきであると主張している。1つのAフォームは通常の出生証明書、もう一つのBフォームは遺伝的な情報に18歳でアクセスできることなどが書いてあるものである。2つの証明書があることで、親は嘘をつくことはできないであろうという。通常の生活ではAフォームを使うのでプライバシーの侵害を受けない。キャンペーンを繰り広げたのは、養子縁組の課題と同じく、出自を知ることは子どもにとって重要でありニーズがあること、また近親相姦を防ぐと意味もある。

#### 2) 養子縁組後の支援から示唆される今

#### 後の支援

今後、第三者の関与する生殖医療で生まれた人への支援として、養子縁組後の支援から示唆されることがあげられた。2013年の養子縁組法の改正により、孫も養子であった親の出自を知ることができるようにしたことである。養子が死亡した場合でも、養子であった人の子どもが情報にアクセスできるようになった。そのような希望が養子になった人の家族から強くあったことを受けてのことである。さらに2015年の養子縁組法改正で記録は100年間保存することになった。記録方法は、地域の機関によって扱い方が違っていたため、2005年に詳細な情報を残すことが法律で決まった。また自分の出自をたどるライフストーリーワークも法律によって実施が規定されている。2002年に成立して2005年から実施された養子縁組法により、それまでは養子だけが実父母の情報にアクセスできたが、実父母も養子になった子どもが18歳になった時にコンタクトがとれるようになった。そこでBAAFが仲介サービスをウェブサイトで周知できるように知らせるとともにサービスを開始した<sup>(3)</sup>。例えば施設があったような古い時代に、当事者が元預けられた施設の名前を入れると情報がアップされ、連絡先などが示される。これは政府から45000ポンドのお金がおりて、BAAFのJuliaともう一人の職員で作っ



た。毎日約 300 人がアクセスしている。以上の点は第三者の関与する生殖医療で生まれた人への支援として今後考慮されていくことが推察される。

#### 4. イギリスにおける不妊治療の保険・医療制度

##### 1) 不妊治療の実際

現地での保険・医療体制の実態を把握するために、不妊治療を受けたことのある 3 人の不妊治療経験者からのヒアリング調査を行った。イギリスでは国民健康保険 (National Health Service=NHS) とプライベート受診がある。NHS であれば基本無料である。不妊治療に関しては、住民は居住する地域により管轄する地域行政が決まっており、その家庭医 (General Practitioner=GP) の診察を受けたうえで治療をする病院を紹介される。GP がデータを NHS に送り、NHS から申請書をもって診察日の連絡を待つことになる。

A さん (現在 37 歳) は、保険受診をしたが実際の治療にはまだ至っていないケースである。GP では血液検査を行って問題は指摘されなかったが、結婚してから 3 年たっても妊娠しないということをアピールして専門医にかかりたい旨を伝えた。事前のチェック項目の用紙が送られるまでに 1 か月待った。その後、受診日の連絡がきて夫婦で検査をした。1 回

の不妊治療は無料で、IVF か人工授精か選べる。人工授精を選んだら 4 回無料だった。IVF を選んだら 1 回のみである。

不妊治療中にカウンセリングは無料でいつでも受けられるという情報がお知らせの手紙に書いてあった。IVF を選ぶ場合は紹介された病院では行っていないため、他の病院をさらに紹介され、登録してから 3 か月待って IVF のできる病院を受診することになる。大量の質問項目に夫婦別々に答える。例えば性交渉は何回、HIV の既往歴はないか、子宮頸がん罹患した家族はいないかなどであった。多くの質問項目に答えて送ったところ、肥満度指数 (Body Mass Index=BMI) の検査により体重が少ないことで、無料では不妊治療が受けられないということになった。不妊治療が受けられるのは 23 歳以上 39 歳 (含まれる) 以下であるが、地域によっても若干違いがあるようである。自費であれば IVF は 3000 から 5000 ポンド、人工授精であれば 3 回まで 500 ポンドかかる。

B さん (現在 38 歳) は、がんの手術を行うため妊娠に備え卵子を凍結させて IVF を行ったケースである。NHS ではがんの手術は、長いウエイティングリストで待つことになるため、良い医師を探してプライベートクリニックで手術をした。たまたまがん保険に入っていたため無料であった。検診は近所の GP で行い、手

術はプライベートクリニックにしたので、結果がでて3日後に手術をしてもらうことができた。部屋も個室で待遇がとてもよかった。NHSであれば2から3か月は待ち、6から8人部屋になる。乳がんがわかったのが35歳で進行が早いため、抗がん剤治療を受けることになった。抗がん剤治療を受けると卵巣にダメージを受けるので、卵子を凍結してから手術をするよう勧められた。手術前の生理の時に卵子8個を採卵して凍結してある。4つずつに分けると可能性が低くなるということであった。冷凍卵子は10年間保管してくれる。病院のヘルスケアは無料で、IVFには5000ポンドかかったが、保険で無料になった。手術後、次の生理が始まる前に検査をしたが、服薬するので2年間は妊娠しないようにと言われた。不妊症治療は39歳まで無料で、それ以上は有料になる。2年たってからは6か月間自然妊娠に努めたが妊娠しなかったため、2段階目としてIVFで凍結卵子を使って治療する申請をして現在待っている所である。あと2か月待って順番がこなければ、手術をしたプライベートクリニックに卵子を保管してあるので、同じクリニックで治療をすることも考えている。

イギリスの診療は医療者と患者は同等である。セカンドオピニオンは当然で、積極的にいろいろ質問して患者も意見が言える。

夫（アイルランド系イギリス人）は前のパートナーとの子どももおり、ロシアの社会的養護が必要な子どものサポートをしているので、養子を迎えてもいいのではないかとされている。音楽家なので子どもがいなくても仕事があるし、育児願望は50%くらいであるが、子どもを持つ可能性を残したかったからIVFを申請した。カウンセリングは保険でついてくる。クリニックでいろいろなセラピーを加算料金で受けることができる。抗がん剤治療の時は、次の治療日の治療後にマッサージやリフレクソロジーを受けたい場合は予約をして受けていた。自費で48ポンドであった。治療の後に、倦怠感や体調がすっきりしないときに受けることができて良かった。8回の投与に通ってそのうち6回受けた。かつらも無料である。

Cさん（現在41歳）は、夫が子どもを持つことを強く望んでいたが、Cさんとの間で思いに温度差があり躊躇していた。結婚3年目、35歳の時にあまり待たされることなくNHSで診察を受けたところ、不妊の原因がわからないということで、人工授精の治療を3回受けた。その頃丁度夫の家族がヘルプ（金銭的にも）するからと言ってくれたこともあり、夫の仕事柄時間の融通がきかないので、すぐに着手してもらえるプライベートのクリニックに切り替えた。プライベートの有名

な良い医者のあるクリニックを紹介してくれ、そこで IVF の治療をして 1 回目で妊娠した。かかった費用は 2000 から 3000 ポンド約 50 万円くらいだと思う。自分では 3 回までやって区切りにしようと思っていた。もし原因がどちらかにあるということがわかったらどうしようと思ひ、躊躇していた部分もある。でも、原因がわからないということで治療に進んだ。治療を始めるに際し、クリニックでは残った卵子は提供するかと聞かれたが、どこかに遺伝子が残ることはいやだったので断った。IVF で妊娠してからは、NHS に戻って妊娠の受診をして出産したので、そこからは無料になった。受診の際に、IVF で妊娠したことは伝えたことからか、出産近くなって出血した時にはすぐに入院して丁寧な待遇を受けた。治療は地域による格差もあるかもしれない。

NHS からプライベートクリニックで IVF を受ける際には、すべてのデータは渡っている。IVF のクリニックに行ったときは、すぐに治療を始められた。IVF よりも自然妊娠の方がよかったが、息子にも IVF のことは伝える。

大学時代の英国人の友人は、一人目を IVF で出産して、2 人目がほしいということで冷凍卵子 2 つを戻して双子を妊娠した。そしてその後自然妊娠をして現在 4 人の子どもがいる。一人目とその下の

双子は同じ時期の卵子で生まれている。イギリスでは IVF を隠す人はいない。友人の 3 人の子どもの受精卵は一緒の時にでき、意図的に出産の時間をずらした子どもたちである。ロンドンでは地下鉄にもクリニックが IVF や配偶子を提供してほしいという広告が最近まで載っていた。

## 2) NHS 病院とプライベート不妊クリニック

HFEA 認定の不妊治療を行っている NHS 病院の不妊クリニック (1ヶ所) とプライベート不妊クリニッククリニック (2か所) を訪問した。

### ① NHS Guy's and St Thomas'病院

ロンドンブリッジの駅のそばにある、この地域を管轄する 13 階建ての大きな NHS 総合病院である。その 11 階に不妊治療のユニット (Assisted Conception Unit) があった。病院の入口は日本の総合病院のように、多くの人たちが待っており賑やかであった。しかし、11 階の不妊治療のユニットまで行くと受付があり、大変静かであった。

Guy's and St Thomas' の不妊治療プログラムでの受け入れ条件は、①女性は 46 歳以下であり、男性は 60 歳以下であること。②カップルは同居して安定した関係であること。③女性のホルモンレベルが治療に対応できる範囲であること。③女

性のBMIが35以下であること。とされている。地域で委託されている医療機関によって基準は異なる。例えばすでに子どもがいる場合や、制限された年齢の基準、BMIが29以下というようにそれぞれの地域で委託された医療機関グループに判断は委ねられている。

Guy's and St Thomas'では、提供精子、卵子、サロガシーの不妊治療を2008年から行っている。1200人を超える人達が、このサービスを受けている。このユニットは、英国内でもがん治療の前に精子・卵子・胚の冷凍保存をしておいて、後に出産させることに成功している数少ない病院の中の一つであるという。

卵子提供は、50歳以下の健康な女性に行っている。国内を通して提供卵子は不足しているので、提供卵子のエージェンシーや知り合いからの提供をするよう働き掛けている。提供精子や卵子を使うことを考えているカップルは治療の前にカウンセリングを受ける。もし、外国で卵子提供を受けることが考えている場合は、アドバイスやクリニックのリストを提供できる。代理母を考えている場合もサポートする。

## ② CREATE Fertility St.Paul s Clinic (プライベート)

St.Paul 駅のすぐそばの大きなビルの1階にクリニックはあり、診察室は地下

にあった。入り口を入ると広いエントランスと受付があり数人が待っていた。

クリニックの資料によると、不妊治療サービスの中の、追加サービスという欄に、ドネーションプログラムがあった。卵子提供は、UK プログラムと国際プログラムが提示されていた。UK プログラムはドナーの特徴や出自等を書いた資料から患者の希望に合った卵子を選ぶ。患者にドナーになってくれる人がいる場合も実施している。国際プログラムは、卵子ドナーが不足しているので、提携しているスペインのIVI/IVFセンターがあり、ほとんどの治療は英国で行うが、患者はスペインに行って、現地の提供卵子を受精卵にして数日後に戻すことが必要となることである。

CREATE Fertility では、エッグシェアリングをする場合は、IVF の治療費は無料となる。ただしシェアする人が36歳以下で正常な卵子保有者であることが挙げられている。また、精子バンクを保有しており、広い範囲のドナーの特徴や出自の中から、精子から選ぶことができる。

## ③ London Women' s Clinic (プライベート)

Regent' s Park のそばの多くの病院が立ち並ぶクリニック通りの中に、London Women' s Clinic はあった。入り口を入ると豪華な受付があり、その横の

大きな待合室は常時 5, 6 組のカップルや女性が待つて次々と出入りしていた。壁にはここで生まれた赤ちゃんの写真が 50 枚くらい貼られており、そのうち 10 枚くらいは双子で 1 枚だけ三つ子の写真があった。カウンセリングルームとナーシングルームが待合室に隣接してあった。予約制で次々と名前を呼ばれて診察室に入っていく、また新しい人が待合室に来ていた。待合室には各種のコーヒー、紅茶、冷蔵庫に水のペットボトルが大量に保管してあり、自由に飲めるようになっていた。London Women's Clinic は、25 年前に設立され、エッグシェアリングではパイオニアであり、シングルの人やレズビアン女性の選択肢として幅を広げている。

#### (1) 費用

表 2 は、London Women's Clinic で提供された料金表である (2016 年 2 月 1 ポンド約 185 円)。

はじめに不妊治療や婦人科の専門家による総合的コンサルテーションを受けると £ 450 かかる。精子の分析 £ 250 などその他のコンサルテーションを受けるとその都度費用がかかる。表 2 の料金以外に、それぞれの治療の過程で、卵細胞内精子注入(ICSI)で £ 1,250、胚を凍結するために £ 500 かかる。卵子提供の場合、登録したドナーに対してはカウンセリン

グやかかった必要経費などの諸費用も支払う。冷凍卵子とフレッシュな卵子とでは金額も大きく異なる。

ドナーに支払われる費用は、旅費、費やした時間の対価、子どもがいる場合、代わりに養育してもらった費用など実費だけ支払われる。提供型の治療の費用は地域や病院 (グループになっているところが多い) によって基準を決めているので、一定の値段はない。ホームページに費用が掲載されているものもある。すべての治療者に必ずかかってくるのが HFEA ライセンス料金の £ 75 であり、HFEA の財源の大きな一部となる。

#### 2) エッグシェアリング

エッグシェアリングは年々増えている。自分の卵子を提供する場合、姉妹や親せきなども場合と全くの他人に提供をする人がいる。一部を提供することで自分の治療費用が軽減される。

London Women's Clinic では、エッグシェアリングをした場合は、無料となり治療費全体の £ 4,000 は費用削減となるとのことであった。イントラパートナーエッグシェアリング (intra-partner egg-sharing) もしくはパートナー トウパートナー エッグシェアリング (partner to partner egg-sharing) という方法が増えている。レズビアンカップルの場合、A さんと B さんカップルがいた

とする。ふたりは家族を作りたいと考え、Aさんは健康な卵子を持っている。そしてパートナーのBさんにAさんの卵子とドナーとの受精卵を移植する。その際に余剰卵子を必要としているCさんに卵子提供することによって費用は軽減されるという方法である。Aさんが卵子を保有しているにもかかわらず、あえてAさんの卵子から受精させた胚でBさんが妊娠し出産することで二人が共同して産んだ子どもにするという考え方である。また、余剰冷凍卵子をシェアリングすることは、コストがかからずに冷凍保存する方法として注目されている。30歳近くなって将来家族を持つために、20代のうちに卵子を冷凍して、その代り残りの卵子を不妊治療用に提供する。それがロンドンエッグバンクのオンラインカタログに掲載され、必要な人に提供されるという方法である。

以上、クリニックでの第三者が関与する生殖医療による不妊治療の現状を概観した。

## 5. HFEAの役割と現状

HFEAの使命は、(1)先端生殖医療と研究に対する認可活動、(2)治療と研究に関する最新情報の収集と公開、(3)法をわかりやすく解釈して、細則を定めて実施要綱の発行などがある。イギリスの対応の独自性として「子どもの福祉中

心主義」が指導原理として働いている。これは、他の育児政策や結婚・離婚に関する家族政策にもみられるイギリスの特徴であり、HFE法も例外ではない(武藤, 1994)という。第三者の関与する生殖医療を外国で治療を受ける場合は、保険はきかない。記録も残らないのでHFEAでは実態を把握できないという。不妊治療を受けた方のヒアリングからも、費用など地域差が大きいことがわかる。

### 1) 情報開示登録(Opening the Register =OTR)

第三者が関与する生殖医療で生まれた人、ドナー、親の情報開示の申請は、特別郵便で5日の作業日数以内で当人確認をして、20日の作業日数以内で申請事項に対する回答を返送する。申請者が更新された情報を後日再申請する時のために、資料は5年間保存する。表3は2010年から2014年までのOTRの申請数である。第三者が関与する生殖医療で生まれた人、ドナー、親からの申請数は増加傾向にあることがわかる。一方、1991年以前の申請は少ない数値で推移している。

HFEAでは、情報開示をしようと考えている人に、手続きの情報以外にも開示に際して心理的に変化する可能性があること、また実際に起こるかもしれないことに備えて準備のための5種類のリーフレットを用意している(HFEA2015年8

月 7 日付)。

情報開示を考えている人たちに対して、その際に期待や希望、恐れなどの感情が起きるかもしれないので、そのような時は **donor conception support worker** による信頼できるサポートサービスがあること、サポートの方法は eメールや電話、面接など好みの方法でいつでも対応できることが、すべてのリーフレットには書かれている。以下は 5 種類のリーフレットの概要である。

- ① 同じドナーから生まれた人の個人を特定できない情報に関する開示を考えている人向け

このリーフレットは、1991 年 8 月 1 日以降に英国の認定クリニックで、第三者の関与する生殖医療で生まれた人を対象としている。ドナーについての個人を特定できない情報と、同じドナーから生まれた人について知りたいと申請する場合、また彼らが 18 歳になったら同じドナーから生まれた人と個人情報を共有することにドナーは同意しているかどうか知りたい場合がある。申請に際して期待することや希望、恐れなどの感情が起きても当然のことであるため、そのためのサポートなどの準備の方法が書かれている。

- ② ドナーについて特定できる情報開示を考えている人向け

18 歳以上になってドナーについての情報開示の申請を考えている人を対象としている。申請があったら **HFEA** が持っているドナーの名前、出生年月日、場所、現在の住所を開示することが義務づけられている。申請に際してドナーが開示請求やコンタクトに対してポジティブかネガティブかの反応を示すかもしれない。時期はいつがよいか、サポートしてくれる人はいるか、産んだ人と育てた人 (**Nature VS Nurture**) の違いがあることについても指摘している、ドナーが知っている人の場合、直接会うことにより、時に性的な感情を含む、遺伝のつながりによる性的魅力 (**genetic sexual attraction**) を感じることもあるかもしれない。もしそのようなことが起きた場合は、その感情を認識して、ドナーとの関係にはルールと超えてはいけない境界があることを認識しておくことが大事であることも述べられ、心構えを伝えている。

- ③ 特定できるドナーの開示情報についての再申請を考えているドナー向け  
ドナーが匿名であった 1991 年 8 月から 2005 年 3 月の間に認定クリニックでドナーとなった人と、第三者が関与する生殖医療で生まれた人が 18 歳以上になった場合に備え、再申請して将来的に情

報を開示することを考えている人が対象である。再申請は、HFEA が持っているドナーの名前、出生年月日、場所、現在の住所を開示することを意味している。最新の情報が開示されるので、ドナーとドナーに関係する人たちの影響についても考えておく必要があることも書かれている。

- ④ 同じドナーから生まれた遺伝的きょうだいとの情報交換を考えている人向け

18 歳以上でドナーシブリングリンク (Donor Sibling Link=DSL) サービスに登録することを考えている人が対象である。ドナーシブリングリンクは、第三者が関与する生殖医療で生まれた人が自主的に登録するものである。ドナーシブリングリンクに参加するということは、名字、名前を共有することであり、現在または将来的に同じドナーの配偶子から生まれた人の請求に同意することでもある。

- ⑤ 提供配偶子で生まれた人への可能なコンタクトの方法についてのドナー向け

ドナーの提供配偶子で生まれた人からコンタクトを取りたいという連絡があった場合、HFEA が持っているドナーの名前、出生年月日、場所、現在の住所を申

請から 20 日間以内に申請者に開示しなければならない。そのために、ドナーにとっての可能な方法について考えてもらいたいことが書かれている。

- 2) 自発的コンタクト登録

(a voluntary contact register)

1991 年までドナーについての情報は秘密であり、医者も秘密にするようにと助言していたが、ドナーにアクセスしたい、きょうだいを知りたいなどの声が、第三者が関与する生殖医療で生まれた親や当事者からあがった。自発的コンタクト登録を HFEA 内に設置して、2005 年以前にドナーとなった匿名のドナーに対して開示してもよいと考える人を募った。ドナーも子どもを育てた経験や、年齢を経て第三者が関与する生殖医療で生まれた人が知りたいと思ったら教えたいと考え、自主的に開示を申請してくれた人が 149 人いた。2011—2012 年では 11 人、2013—2014 年では 21 人、2014—2015 年は若干の増加が見込まれる。

- 3) HFEA の運営資金

HFEA の資金は保健省が 20% くらい出資し、認可されたクリニックから、利用したすべての患者の 75 ポンド分が入ってくるのが資金になっている。そのため、患者に還元できるようなことをすることが重要となってくる。保健省から



の同意を得る必要はあるが、国の政策には大きく影響を受けない。国立精子バンクは去年できて、バーミンガム *women's Clinic* が関連している。IVF の 40% くらいは NHS で受けることができるが、地域によっても受診の条件に違いがある。例えば前の結婚で子どもがいる場合や、病気などいろいろな要因を勘案して判定される。

#### 4) HFEA パイロットサポート事業

2015 年よりパイロットサポート事業 (3 年間の期限付き) が実施されていることがヒアリングからわかった。

第三者が関与する生殖医療で生まれた人とドナーで情報開示に関する相談をしたい人に対して、無料のサポートを実施している。対応は、養子縁組後の支援をしている機関に委託している。内容としては、①ドナーの匿名について、②子どもが 16 歳でドナーの開示を申請することについて、③コンタクトの方法についてなどである。2015 年は 5 人くらいの人が連絡してきた。親まで含めると数が多くなりすぎて対応できないので、対象者はドナーと生まれた人である。親に対しては有料で対応できる DC ネットワークや GP、カウンセリング、クリニック等を紹介する。1 対 1 の面接、スカイプ、電話など対象者の希望する面接の方法をとる。ソーシャルワーカーや必要に応じ

てカウンセリングが入ることもある。しかし HFEA の事業としては、カウンセリングをすることは規定していない。もっと継続したい場合、(例えば何らかのトラウマを抱えている場合) 今回の事業からはずれるため自分でカウンセリングに行ってもらおう。この事業では、1 セッション 1 時間で、2 セッションまで無料である。相談があった場合は、すぐに対応することが重要であると考えている。

以上のように、HFEA でも、生まれた人や家族への支援に乗り出していることがわかった。

それ以前から長きにわたって家族支援を行ってきたヨーク大学の名誉教授 Marilyn Crawshaw と DC ネットワークで第三者が関与する生殖医療で生まれた人と家族への支援のあり方について、ヒアリングを行った。

#### 6. 第三者が関与する生殖医療でできた家族支援

第三者が関与する生殖医療で生まれた人や家族への支援として、DC ネットワークはイギリスでは最も大きな影響を与える自助グループと言える。1998 年に創設された DC ネットワークの設立者の一人である Olivia Montuschi と、ディレクターの Nina Barnsley と、40 年近く心理社会的側面から実際的な支援と研究をしてきたヨーク大学の名誉教授

Dr.Marilyn Crawshaw から、第三者が関与する生殖医療でできた家族への支援についてのヒアリングを行った。

#### 1) 心理社会的サービスの必要性

イギリスでも 1980 年から第三者が関与する生殖医療で生まれた人に対して、医学者や科学者からオープンにすることに反対があった。しかし、第三者が関与する生殖医療で生まれた子どもたちの増加に伴い、秘密にすることで家族関係のダイナミクスに影響があり、子どもが感情的に大きなダメージを受けていることが分かってきた。

2 つ目として生まれた子どもたちから、オープンにしてほしいという声があがってきた。彼らは普通の人間で健康的な家族を求めている。イギリスでもいまだスティグマは存在する。不妊のために第三者が関与する生殖医療を受けることで、感情的にも苦しみを抱えている人もいる。しかし、イギリスでは DC ネットワークやメディアで積極的に取り上げることで、社会にあるスティグマは減少し、現在は社会的に変革されてきた。第三者が関与する生殖医療を受ける人に提供すべきサービスとしては、心理社会的サービスが必要である。それは医療者側ではなく、ソーシャルワーカーによる心理社会的サービスシステムが構築され、治療を受ける前に親になる準備をしておくことが必

要となる。一般とは違う家族を作るための「親になる準備」である。

#### 2) 情報開示の際の問題点について

ドナーに関する記録を残すことは良いシステムである。HFEA という 1 つのセンターに登録をするようになっているが、統制力が強くないためクリニックにより情報の取り方がまちまちであることが問題としてあげられる。クリニックにもよるが、ドナーからのスクリーニングの聴取の時間が 30 分位しか時間が使えないのが実情である。それだけこなさなければならない現状がある。第三者が関与する生殖医療により生まれた人は、ドナーの身体的情報のみならず、どんな人か知りたいという願望が強い。18 歳になった時に、法律によりオープンにすることになっているが、①クリニックにより情報量に違いがあること、②個人が特定できる情報が公開されるが、情報にアクセスしてドナーから拒否される場合もありうるということが問題としてあげられている。

#### 3) 養子縁組と第三者が関与する生殖医療の選択

現在ひとり親に対するスティグマが減り、墮胎も減ったことで、養子に出す子ども数が減少した。養子になる子どもの多くは 5 歳以上の被虐待児であることが多い。親になりたい人の多くは赤ちゃん

んを望むため、第三者が関与する生殖医療で子どもを持つことが促進されていった。養子縁組機関によっては、アセスメント準備プロセスにおいて、養子縁組を望む人は不妊治療を受けないで、養子縁組の準備に焦点を絞るようにしている。養子縁組を、不妊治療が失敗した場合の代替策として臨まないためである。養子になる子どもは実親から虐待や何らかの理由で拒否されている経験をもっている。そのため、親子関係を作るときにその傷を癒すことから始まる。それに対し、第三者が関与する生殖医療で生まれた子どもは、妊娠と出産と養育が継続しており、子どもが養育者の変更による傷つきがないこと、他に遺伝的なきょうだいがいる可能性があるということが養子縁組との違いとしてあげられる。ワークショップの「親になる準備教育」をする中で、はじめは明確でなくても、その人の家族観、血縁により親になりたいと思っているのかどうかなどが浮かび上がってきて、養子縁組で子どもを育てたいのか、第三者が関与する生殖医療により親になりたいのかが分かれてくるという。

#### 4) 第三者が関与する生殖医療のワークショップ

DC ネットワークでは、2つのワークショップを用意している。7年前からニュージーランドやドイツで行っているワー

クショップを参考にして実施している。

1つは、第三者が関与する生殖医療を受けようか考えている人向け、もう一つは生まれた子どもたち向けである。ワークショップでは同じ状況にある人たちが知り合うことで、恥などネガティブな思いを抱いていた人がポジティブになっていく。誰もその人の思いを止めないし、こうするよというように押し付けない。自分たちだけでは考えを広げたり転換するのは難しいが、他の親たちの話を聞いたりすることで考えを広げ深く考える機会となる。

当事者だけでなく、Dr.Marilyn Crawshawのような支援をしている研究者を講師として、調査によるエビデンスを示しながら話をしてもらっている。特に男性は理論的な話の方が、納得がいくようである。医療は妊娠することに焦点を当てるが、ワークショップは家族の未来に焦点を当てる。

しかし、この治療をしている人でワークショップを受ける人は一部である。ワークショップの参加者は年間 60 組くらいである。他にこのような機会をもたずに治療をして子どもを持ち親になることの危険性を危惧している。初めの頃は伝えたいことを詰め込んだ内容にしたが、参加者同士のつながりが作れなかったので、今は詰め込むような形でワークショップをしない。それで週末の土日の2日

間で行うようにし、1 日目はエンブリオロジストに来てもらって医学的な側面から、第三者の関与する生殖医療について話してもらおう。特に男性はプラクティカルなことから入った方が納得できる。そして次第に深めていって、感情的な課題に入っていく。そこで当時者の体験談や研究者のエビデンスを用いながら話を聞く。夕食は参加者やファシリテーターも近隣のレストランに行き、親睦を深めながら話をする機会を持つ。その後、一晩それぞれがフィードバックして考え、2 日目を迎えることが非常に有効であるとわかった。

ファシリテーターも提供ドナーで子どもをもった人であるが、カウンセラーやセラピスト、教師、第三者の関与する生殖医療で生まれた成人を持つ親など、プロフェッショナルな人たちが行っている。

オリビア モンツチのワークショップでは、告知をする際に以下のような視点の重要性を示している (Montuschi, 2006)。

1. このワークショップは不妊カップルへの告知の準備性を養うものである。
2. 家族関係を健全で良好なものにするには、子どもが家族の成り立ちに自信をもっていることだ。
3. 親子のコミュニケーションは自己防衛的になったり、タブーを設けることは避けるべきだ。

4. 親に不妊治療のことを恥ずべきことだと思ふ感情があると、事実を告げることはあまりにも危険であると考えろ。
5. 秘密の開示は遅らせるほど実行するのが困難になる。
6. 子どもに DC について話すことに親が不安を感じるのは当然だ。しかし、最初の一步を踏み出せば深い安堵が得られる。
7. 心の準備が 100% できたら子どもに話そうとしても、それは実行困難だ。
8. こんな風に話す：あなたがどれ程かわいいか、あなたが来てくれてどれ程うれしいか、手助けをしてくれたドナーに感謝している、赤ちゃんが授かるために手助けが必要な親がいるのよ。子どもは複雑な内容は理解せず、自分が理解できたことだけを覚えているものだ。
9. あなたは特別な存在ではなく、普通の子どもだと話す。
10. 話すきっかけは、クリニックで治療を行う、友人が妊娠したなど。
11. 「私事」を他人が知ることに対するあなた自身の不安が何なのか。サポートするカウンセラーの価値観はどうか。
12. 赤ちゃんは親の使う言葉の意味はわからない、しかし、自分が育つ情緒的雰囲気から発せられる強いメッセージはわかる。従って、赤ちゃんが安心できる関係を築くことが重要である。
13. 赤ちゃんがどこからくるのかとか親は考えてしまうが、テリングはセックス

の話とは関係ないので、触れる必要はないのだ。

#### 5) 家族の成り立ちの違いを認識する重要性

第三者が関与する生殖医療で子どもを持つ前に「親になる準備」が必要である。治療を始める前に、①不妊であること、②違う形の親子であること、を受け入れてなければならぬ。思い描いていたような家族が持てないことの悲しみ苦しみを経なければならぬ。その機関は、3か月くらいの人もいれば何年もかかる人もいて個人差がある。**Black sheep of the family** ということわざがある。家族の中で一人だけ違うと意味で、そのようなことはヨーロッパの家族ではよくあり、違うことがあたりまえの所もある。しかし人間は似ている所を探す本能がある。最近会った家族は、ドナーとして青い目の遺伝子を持つ人を頼んだが、黒い眼であった。しかし、これらの遺伝子は先祖からのものかもしれないので、信用するしかない。スペインの人は黒い髪、皮膚の色などイギリス人とは異なる。

生まれる前は外見など、どうでもよいと言っている、生まれた子どもを見てショックを受ける場合もある。しかし、似ていなくてもオープンにして、子どもの遺伝子にスパニッシュがあることに誇りをもつことが大事である。子どもが自

分の容姿や遺伝子について悩むことは、親にとっても辛いことである。そのような時、正しい方法や決まったガイドラインによる保証はない。愛しているということだけでも十分でないこともある。特に10代の難しい期間は、ひたすら子どもの話を聞き、思いを一緒に受け止め、理解するようにサポートすることが大事である。

#### 6) テリング・トーキングのワークショップ

テリング・トーキングのワークショップは、7歳以下の子どもがいる人を対象に行っている。第三者が関与する生殖医療で子どもを持った親は、いつ、どうやって始めるかわからない人が多い。法律が改正される前は、医者からも本当のことを言うことを止められていた。「本当の親」とは誰かということなど親が使う言葉についても理解しておく必要がある。「本当」には①遺伝的つながり、②愛情によるつながりという2つの意味がある。開示した後は、子どもが自分で悩んで答えを見つけられるように見守って支えることも重要である。

#### ・オリビアの場合のテリング・トーキング

オリビアの場合(現在長男44歳—前夫との子—、次男32歳、長女29歳それぞれ異なるドナー)

オリビアが第三者の関与する生殖医療で子どもを産んだ時は、医師からは秘密にするようにと言われた。しかし子どもにうそをつくのは間違いだと思った。嘘の中で生活するのはいやだった。夫は精子がないことを恥とっていなかった。ただのアクシデントであると二人は考えている。提供精子で子どもを授かることができるようになった時はとても嬉しかった。前夫との子どもがすでにいたこと、妊娠して自分のお腹で育てて産み子どもとの絆を作りたかったので養子は考えなかった。二人で病院に行って医師の診察を受け、医師は二人の写真を撮り似たようなドナーを選んだようである。

次男はドナーについて全く興味がなく、匿名であることに今でも賛成である。しかし、4歳の時に告知をしたことは良かったと思っている。長女はドナーのことを知りたいという好奇心があった。当時はドナーの情報を知ることができなかったが、ドナーのことがわからなくても毎日の生活が忙しかったこともあり、失望したり落ち込んだりしなかった。すでに兄弟が二人いるので半分のきょうだいに会いたいとは思っていない。4歳で告知をしてからも、継続して話していった。8歳のころに、はじめての本「ストーリーブック」を書いた。長男は弟が生まれたときは12歳だった。妊娠した時に第三者が関与する生殖医療で弟は生まれたこと

を長男には話をした。長男がどのように感じるか不安に思っていたが、受け入れていたように思う。

同時期に第三者が関与する生殖医療で子どもを持った親はたくさんいた。温かい愛情深い家族で生活した子どもは問題にはならなかったようである。不妊のことや、見た目の違いなどやスティグマを抱えたままでいた家族の場合はいまうまくなり離婚した家族もいた。提供精子で子どもを持った家族で離婚した3家族を知っているが、父親とも強い絆で結ばれている。父親として定期的に交流をしてつながりを持っている。

## 6. 考察

### 1) ドナー情報と出自を知る権利の重要性

イギリスでは、ドナーの性格、職業、教育レベル、ドナーになることについて書いたもの、宗教、希望することなどが家族にも文書で渡される。18歳になった時に法律によりオープンにすることになっているが、クリニックにより情報量に違いがあることが問題としてあげられた。第三者が関与する生殖医療により生まれた人はドナーの身体的情報のみならずどんな人か知りたいという願望が強いという。HFEAでもさまざまな状況の人に対応できるようリーフレットを準備している。日本でも将来の情報開示を見越し

て医学的、身体的な情報のみならず、提供したときの思いや性格なども丁寧に書き残しておけるような書式を準備することを検討することば必要だと思われる。ドナー情報の記録と保管については、2013年に改正された養子縁組法では、孫も情報にアクセスできるようになり、記録の保管も100年となった。このような動きは生殖医療関連法にも影響を与える可能性があるかと推察される。

## 2) 生殖医療でできた家族への支援

DC ネットワークやメディアで、第三者の関与する生殖医療について積極的に取り上げることで、社会にあるスティグマは減少してきているといえ、イギリスでもテリングに対していつ、どのように行うか悩んでいるに人が少なくなっていくという。DC ネットワークのワークショップに参加できる人もごく一部である。実際には家族の中でテリングがどのくらい行われているかわからず、イギリスでも告知の割合は決して多くはないという調査結果もある。才村(2008)は、子どもの権利条約の理念、養子支援の経験のある福祉職の役割、養子とパラレルに出自を知る権利の主張の重要性をあげている。日本への導入を考えるとイギリスにならば、出自を知る権利を保障された法律は、段階を追って個人が特定できない出自を知る権利を保障する生殖医療

に関する法律からはじめ、当事者、養子縁組機関、ソーシャルワーカー等がキャンペーンをはって、社会に訴えていきながら慎重に個人を特定できる情報開示の法制化に向けていくことを検討する必要があると考える。

## 3) 国際的に連携した情報管理システムの構築

海外での生殖医療を受ける人の実態が把握できない実情があげられた。イギリスでは、ドナーの性格、職業、教育レベル、ドナーになることについて書いたもの、宗教、希望することなどが家族にも家族に文書で渡される。法律で匿名が定められているスペインへ多くの人が行って、第三者が関与する生殖医療を受けているが、情報を管理する機関がないためHFEAも実態が把握できないという。自国だけではなく、広く海外に行って第三者が関与する生殖医療が行われている現在、BAAFが提言している出自を知る権利、ドナー(生みの親)を探せるよう、国際的に連携した情報管理システムを構築していく重要性が示唆された。

さいごに

2016年2月2日に、「ヒト 受精卵改変イギリスで承認」と報道された。遺伝子を改変できる新技術「ゲノム編集」で、人間の受精卵を改変する基礎研究の実施

計画が1日、英国で法律に基づき承認された。(中略) 正常な受精卵を使った研究が認められたのは世界初とみられる。英政府が管轄する「ヒトの受精・胚研究認可局 (HFEA) が、英フランス・クリック研究所のチームに認めた。不妊治療で余った受精卵を両親の了解を得て入手し、培養期間は受精後7日間に限定する。受精卵が成長する仕組みを解明し、体外受精や不妊治療の改善につなげたいという。英政府は、子宮に移植して子供を産ませることは禁止している。日本ではゲノム編集による受精卵の改変に対する法的な規制はない。遺伝子を改変した子どもを作ることは、規制力のない指針で禁止しているが、出産を目的としない基礎研究についての明確な基準はない。HFE法では、国内の最先端生殖医療に関する情報を収集し、それを国外に示すという広報活動を行うことが定められていることから公表されている(読売新聞 2016年2月2日)。

イギリスは、このような先進的な研究を行う上で、HFE法施行とHFEA設立によって、イギリスの先端生殖医療と研究に対して、一切を管理するという規制体制を整えている国である。また、ヒアリングの中でも、最近提供卵子を使って妊娠したので、胚を他の人にあげて遺伝子を残すよりも研究に使ってもらうことを希望する人が結構いるという話も聞い

た。第三者の関与する生殖医療の研究を支える基盤がこのような形で実際に行われていた。しかし、第三者が関与する生殖医療は、子どもの最善の利益を考慮する視点を基本におくことを、第一優先事項として検討していくことが必要不可欠であることを忘れてはいけないと考える。

#### 謝辞

本報告に際しては、多くの方から情報提供いただいた関係機関の方々IVF経験者の方々に貴重な情報、支援を賜ったことを、ここで改めて深謝するものである。

・ Dr. Marilyn Crawshaw (ヨーク大学の名誉教授)

・ Olivia Montuschi (Donor Conception Network 設立者)

・ Nina Barnsley (Donor Conception Network ディレクター)

・ Chris Christophides (元 British Association for Adoption and Fostering コンサルタント)

・ Julia Feast (Coram BAAF コンサルタント)

・ Rosetta Wotton (HFEA Donor Information マネージャー)

・ Jessica Watkin (HFEA)

・ Saoko Blendis (IVF 経験者)

・ Yuki Negishi (IVF 経験者)

・ Naomi Misono (IVF 経験者)



引用文献

日比野由利・中村裕之（2015）「イギリスにおける配偶子提供の実施体制と出自を知る権利」平成 26 年度児童福祉問題調査研究事業『諸外国の生殖補助医療における出自を知る権利の取扱いに関する研究』事業報告書，123-146.

武藤香織（1994）「イギリスの『ヒトの受精・胚研究に関する法律』から学ぶもの—生命倫理問題に関する一考察」慶応義塾大学大学院社会学研究科紀要：社会心理学教育学 No39，p21-27.

才村眞理編著（2008）『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.

才村眞理（2014）『生殖補助医療により生まれた子どもの出自を知る権利』女性学講演会 17. P28-53 大阪府立学術情報リポジットリ  
<http://hdl.handle.net/10466/14528>

Olivia Montuschi(2006) Telling and Talking ,Donor Conception Network (オリビア モンツチ著 才村眞理訳 (2011) 『大好きなあなただから、真実を話しておきたくて—精子・卵子・胚の提供により生まれたことを子どもに話すための親向けガイド—』 帝塚山大学出版.

津崎哲雄（2008）「諸外国の養子縁組斡旋制度とその実態—イギリスの養子縁組斡旋制度と実態」『新しい家族』第 51 号

養子と里親を考える会，66-89.

金子敬明（2011）「養子制度の利用実態」『千葉大学法学論集』第 25 巻第 4 号，155 - 180.

注

- (1) Chris Christophides 2013 資料「クリス・クリストフィデス氏資料「All about adoption」特別養子縁組を考える国際シンポジウムより  
<http://happy-yurikago.net/2013/12/209/>
- (2) [www.lawcom.gov.uk](http://www.lawcom.gov.uk)
- (3) Website 参照 Adoption Service Reunion website

表 1 イギリスにおける生殖補助医療に関する法規制と養子縁組関連法との変遷と関連

	生殖補助医療における出自を知る権利の法規制	年	養子縁組における出自を知る権利の法規制
1945	1945年から非配偶者間人工授精が行われ始めたとされる。子どもには事実を秘匿することが推奨されていた	1926 1946 1954	児童養子法(Adoption of Child Act) カーティス報告：養子縁組は里親以上に最優先 ( 1949 , 1950 , 58年の改正を経て ) ハースト報告：養子縁組は児童の福祉策で養親候補のニーズ充足支援ではない
		1958 1960 1968	養子縁組法(Adoption Act) 養子縁組法⇒ 養子縁組取り消し可能となる ハーグ条約に対応して養子縁組法改正
		1972 1975 1976	ホートン委員会：養子縁組は養親のための制度でなく子供の福祉のための制度と公的に宣言 ホートン報告、児童法に盛り込まれる 養子縁組法⇒ 1988年まで実施せず 養子縁組児童数の減少
1979 1982 1984 1985 1987	世界初の体外受精( 試験管ベビー )成功 ワーノック委員会設置 ワーノックレポート 子どもが18歳になれば、ドナーの民族的出自や遺伝的背景に関する情報にアクセスする権利を持つべきであるとの勧告 代理出産取り決め法 卵子提供による初めての出産 体外受精による代理出産の初成功	79～	← 第三者が関与する生殖医療で生まれた人の出自を知る権利の確保について英国養子縁組・里親協会( BAAF )から英国法律委員会への申し入れのキャンペーン
1990 1991	ヒトの受精及び胚研究に関する法律( HFE法 ) HFE法施行。ヒトの受精及び胚研究認可局( HFEA )創設 第1段階：第3者の関わる生殖補助医	1997	児童社会サービス改革

	療により生まれた人のドナーを特定しない情報の開示請求可能となる。		
		2000 2002  2003	ケア基準法：国際養子縁組最低基準 養子縁組児童法第60条：養子への情報公開・ 出自を知る権利の規定 養子縁組（ハーグ条約）規則
2004	HFE法改正。「新 人の受精及び胚研究法」（2005年4月施行）。 第2段階：18歳で、ドナーを特定する情報が開示請求可能となる。	2005	家族手当（養子縁組）規則
2008	HFE法改正（2009年4月施行）。 出産していない方の実父やパートナーの位置づけ。 HFEA内に自発的コンタクト登録（a voluntary contact register）の設置。		
2015	HFEAの新規事業（HFEAのヒヤリングより） パイロットサポート事業（期限3年） 提供型生殖補助医療で生まれた人とドナーで情報開示に関する相談をしたい人に対して無料でサポートを実施。	2013	養子縁組改革プログラム（BAAFの職員からのヒヤリングより） 養子であった人の子どもが親の出自にアクセスでき、記録は100年保存される。 ← 第三者が関与する生殖医療で生まれた人に対する2種類の出生証明書の必要性についてのキャンペーン

表2 London Women's Clinic料金リスト

	治療	金額	備考
1	スタンダードIVF	£ 3,450	
	IVF 3サイクルパッケージ	£ 6,900	
2	エッグシェアした場合	無料	
	それぞれのパートナーとのシェアリングをした場合	£ 1,350	
3	UKでの卵子提供（登録したドナー）5個のフレッシュ卵子	£ 5,750	
		£ 3,050	ドナーのための ウンセリング・ 的テスト・ドナ-
	UKでの卵子提供（登録したドナー6個の凍結卵子	£ 5,750	
		£ 3,050	ドナーのための ウンセリング・

			的テスト・ドナ-
	3サイクルUKでの卵子提供 (各サイクルで登録したドナーの6個の凍結卵子)	£ 7,700	
		£ 6,100	ドナーのための ウンセリング・ 的テスト・ドナ-
	匿名エッグシェアラ - からの卵子提供 (最低5個の卵子)	£ 5,750	
	知り合いもしくはパートナーからの卵子提供	£ 5,750	
4	冷凍胚移植 (FET)	£ 1,250	
	ドナーからの冷凍胚移植 (FET)	£ 2,700	
5	冷凍卵子	£ 3,300	
	エッグシェアラ - のための卵子冷凍	無料	エッグシェアア- £ 4,000は費用が
	冷凍卵子 - 3サイクルパッケージ	£ 8,000	
	冷凍胚	£ 4,100	
	冷凍胚 - 3サイクルパッケージ	£ 8,000	
	卵子解凍・受精・胚移植	£ 3,600	
6	依頼者の卵子を使った I V F 代理母/知り合い/代理母の卵子	£ 7,850	
	登録したドナーからの提供卵子を使った I V F 代理母	£ 7,850	
		£ 3,050	ドナーのための ウンセリング・ 的テスト・ドナ-
	登録したドナーからの提供卵子を使った I V F 代理母 (6個の凍結卵子)	£ 5,450	
		£ 3,050	ドナーのための ウンセリング・ 的テスト・ドナ-
	I U I 直接代理母	£ 2,295	
	冷凍胚移植の代理母	£ 2,250	
7	ロンドン精子バンクカタログからの精子提供	£ 950	3サイクルパッ £ 1,900
	海外からの輸入提供精子の管理費	£ 200	
	きょうだいのための精子の保存	£ 950	
	ロンドンウイミンズクリニック以外の配偶子の管理料	£ 150	
	海外から持ち込まれた配偶子の管理料	£ 1,800	

London Women's Clinicの料金表から作成 (2015年9月現在)

表3 OTR申請数

	2010	2011	2012	2013	2014
Parents	76	98	103	111	119
Donors	36	61	66	76	101
Donor-conceived	5	13	14	28	36
Joint applications	1	-	-	1	-
Pre-1991 applications	5	5	3	1	4
Total	123	177	186	217	261



## テーマ

### オーストラリアにおける生殖補助医療 をめぐる最近の動き

Interviewee:

Dr. Sonia Allan, Macquarie University

実施日: 2016年1月9日

1. タイでの代理出産遺棄事件後の動き  
—2013年にタイでオーストラリア人の  
依頼者が、障害がある子どもを遺棄した  
ことが事件化しましたが、その後のオー  
ストラリア国内での動きについて教え  
てください。

インド、タイ、ネパール、メキシコと新興国の市場が閉じたことで、国内で商業的代理出産を合法化すべきであるというロビー活動が活発化してきている。その際、“commercial surrogacy”ではなく、“compensated surrogacy”という言い方をしている。しかしそれは、言葉を言い換えただけに過ぎない。

提唱者らは、重要なのはインフォームド・コンセントをきちんと取ることだ、とっている。そして、たとえば卵子ドナーへの5万ドル、代理母への10万ド

ルの支払いは高くないとっている。しかし、それは貧しい人にとっては十分に大きな金額だ。金持ちは貧乏人のことは理解できない。インフォームド・コンセントといっても、その選択は、自由な意思からとはいえない。お金持ちは代理母にならない。代理母になるのはいつも貧しい女性だ。彼らは代理母が妊娠のために費やす時間などにお金を支払うといっているが、妊娠は仕事や労働ではない。お金に困っていなければ、他人のために好んで子どもを産みたい女性なんかいないと思う。

商業的代理出産をオーストラリアでやれば、法律家やエージェントにとってお金になる。結局、商業的代理出産を肯定している人たちは自分たちが儲かるからそう言っているにすぎない。そもそも儲からなければ誰も主張しない。彼らの主張がオーストラリアの考え方を代表しているとはいえない。オーストラリアでは、血液や臓器の提供と同じように、代理出産は利他的(altruistic)に行われるべきだという考え方が支持されている。もちろん、利他的代理出産にも問題がないわけではない。たとえば、利他的代理出産にはプレッシャーが付きまとうという問題がある。だが、真の意味での利他的代理出産は、姉妹や親しい友人



などの関係ではありえることだと思う。互いの信頼関係に基づいているので、法律家やエージェントのような人が介在してネゴシエーションをする必要もない。

商業的代理出産が、インドやタイ、ネパールなどで次々と禁止されたことは特筆すべきことだ。つまり、だからといってオーストラリアで解禁すべきものではない。オーストラリアは先進国だし、リベラルな考え方から全て問題ない、と言っているが、解禁すれば、新興国と同じように、富裕な人々が貧しい女性を搾取(*exploitation*)するということが生じるだけだ。

昔、オーストラリアではレイプで妊娠した女性から強制的に子どもを取りあげて養子(*forced adoption*)に出したということがあった。国際養子でも貧しい女性から子どもを取りあげるといった形で、同じようなことが行われてきた。最近、政府はそのことについて正式な謝罪をしたところだ。ところが、子どもの供給源が少なくなった今、商業的代理出産で子どもへのニーズを満たそうとしている。将来、商業的代理出産に関わった代理母と子どもに対し、我々は謝罪をしなければならない日が来るに違いない。

商業的代理出産の解禁を唱える人々は教育レベルが高く説得力がある。社会的地位が高くて権威もあるため、影響力が大きい。政府の人脈にも入りこんでいる。オーストラリアの人々が正しい判断をすることを望んでいるが、これからの動きを注視する必要がある。

## 2. 商業的代理出産に反対する理由

メディアなどで見かける代理母の写真は、顔がなくお腹だけが写され、まるで入れ物(*vessel*)のように扱われている。白人の依頼者で、インド人やタイ人の遺伝子を持つ子どもを欲しがる人はほとんどいない。南アフリカや東ヨーロッパなどの白人の卵子を使い、白人の依頼男性の精子と組み合わせて受精卵を作っている。それをインド人など有色人種の子宮に入れる。代理母たちは従属的な(*subservient*)立場に置かれており、これは、新たな帝国主義(*imperialism*)といえるのではないか(国内で解禁すればそれと同じことが起こる)。商業的代理出産をやれば貧しい女性も潤うから *win-win* だと言っているが、貧しい女性に教育や補助金などを与えてエンパワーすることが本来やるべきことだ。

インドで代理出産が難しくなった後、





ネパールにインド女性を運んで移植、出産させるということも行われていた。これは、女性と子どもに対する人身売買の一形態で、女性はまるで家畜のように扱われている。商業的代理出産が我々の認識を変え、妊娠出産が仕事や労働だということになれば、妊娠している女性ひいては女性全体の価値を下げる (devaluing) ことになる。

代理出産ではすべてが依頼者の都合で動いていく。多胎などの場合、依頼者から要望があれば代理母は中絶に応じなければならない。そのことによって依頼者も感情的に影響を受けるが、中絶手術はあくまでも代理母の身体に対して行われる。

依頼者が渡航できる時期にあわせて帝王切開が行われることもよくある話だ。2人の代理母に同時に移植をして妊娠させ、同じ日に子どもを誕生させるために2人の代理母は帝王切開を受けさせられた。しかも、依頼者が出産への立ち会いを望んだために、一人の代理母の帝王切開の一時間後に次の代理母が帝王切開になったという話もある。

メディアなどで、代理出産で子どもを得た家族を見ると新生児とともに幸せそうなイメージに包まれている。子どもは可愛いし良い家族だと思うかもしれ

ない。しかし、その子どもを得るためになどのようなことが行われたのか？ ここでは、こうした問題はかき消されている。

最近、リベラルな人々の間で、ゲイペアレンティングを支持する声も高まっており、代理出産に反対することはゲイに対する差別だといわれかねない空気がある。

依頼者へのサポートはあっても、代理母への継続的なサポートやカウンセリングはないに等しい。もし、そのようなカウンセリングの場があるとすれば、20年後、30年後に、女性は失った子どもについて語るようになるのではないか。昔、養子として奪われた子どもについて女性たちが語っているが、それと同じことが起こる。エージェントなどは、代理母へのサポートを提供しているといっている、代理母が心変わりをしないようカウンセリングをしているという(それは逆に言えば、代理母には感情的な問題が生じることを認めていることにもなる)。

代理母は既に子どもを持つ女性が望ましいとされているため、代理母自身の子どもへの影響も深刻だ。彼/彼女は自分の母親が子どもを売るのを目撃することになる。インドのある研究では、代





理母の子どもが、お金はからないからお腹の子どもを渡さないでと母親に訴えたという例もある。母親が子どもを売って、そのお金で買った家に住んで、どう感じるだろうか。

### 3. ドナー情報をめぐる最近の動き

—ビクトリア州では、ドナー情報について2015年に入って再び新しい動きがあります。すべての子どもに出自を知る権利を保障するために、当時、匿名での提供に同意したドナーに対し、本人の同意を得ることなく個人情報を開示するというものですが、この動きはオーストラリアの他州にも広がりそうでしょうか。

ビクトリア州では2015年12月に下院で新しい法改正案が通過し、2016年2月に上院で審議される予定になっている。いまはビクトリア州の動きを他州も見守っている状況で、今後どうなるかはビクトリア州の方式がうまくいくかどうかにかかっている(註\*)。

一般に、医師は過去の情報公開には強く反対している。その理由は、ドナーとの間に交わされた約束が破られることになり、医師の信用が損なわれること、また、ドナーの多くが家族を持っている

と思われ、家族への説明が必要になる。ドナーの妻にとっては不貞のように感じられるかもしれない。しかしこれらは全て子どもの問題ではなく、大人の都合にすぎない。過去に養子に関する情報を公開するときにも、いろいろな懸念が示されたが、結局、懸念されたようなことは起こっていない。

さらに、医師がドナー情報の公開に反対しているもうひとつの重要な理由は、おそらく医師自身が過去にドナーとなっていたケースがあることや、同じドナーからの精子を何度も使用していたことがあるなど、ドナーのリクルート方法がずさんであったことが明るみになるのを恐れているのではないかと。

多くの州で、過去のドナー情報は、もともと不完全な場合もあるとはいえ、しばしば積極的に破壊されている。ドナー・コードを破棄するというやり方で行われている。医師は当時、記録を廃棄することが倫理的なやり方だったと主張しているが、他の診療科の医師は昔のカルテなどをきちんと保管しているのでその言い訳はおかしい(過去のドナー情報が強制的に公開されるかもしれないことがわかった時点で、破壊された可能性が高い)。

ドナーは、住所や氏名が公開されるこ



とによって、自分自身の家族が破壊されることを恐れているが、子どもの全てがドナーやドナーの家族と交流したいと望んでいるわけではない。

オランダでドナー・リンキングの組織を運営している管理者によれば、互いの希望を慎重にすりあわせる必要があり、ドナーのほう子どもに深く関与したがる例もめずらしくないという。

子どもたちは自分のために情報を知りたいがっている。「父親」を探したいわけではない。自分がどこから来たのか、ドナーのどこが自分と似ているか、など、それらの情報を得られれば、満足して自分の生活に戻って行くのではないか。多くは、ただ自分のアイデンティティを確認するためだけに、ドナーがどんな人物かを知りたいだけだと思う。

過去のドナー情報が改ざんされたり、破壊されたりしているからといって悲観することはない。DNA テストは有力な手がかりになる。23andMe というDNA 登録・検索サイトがあり、ドナー自身がデータを登録していなくとも、ドナーの血縁者が登録していれば、ドナーを辿れる可能性もある。私が知っている例では、このサイトを通して共通の祖先を持つ人と出会い、結果、自分のドナーを特定できた例もあった。

また、海外から精子や卵子を輸入する場合でも、たとえばアメリカでは、匿名ドナーであっても、ドナーの写真や音声テープなどドナーの人となり分かる詳細なプロフィールが付いていることが多い。私が知っている例では、親が手元にあるドナーの写真から Google で検索してドナーを特定できた場合もある。たとえ匿名であっても、ドナーを特定することは今後ますます容易になっていく可能性が高い。

#### 4. 統一は可能か

*—オーストラリアでは生殖補助医療に関する規制が各州でバラバラに行われています。配偶子提供からの子ども・家族数の制限を実効性あるものとするためにも、連邦レベルでのドナーレジストリーやドナー・リンキング・システムの運営が必要ではないかと思いますが、将来的な展望はどうでしょうか。*

連邦政府にはドナー情報を一元化してコントロールする力はない。そもそも、医療に関わる問題は各州の運営に任されている。生殖補助医療はその一部にすぎない。各州が意見を一致させ、法律を統一してから、連邦政府に権限を渡せば



できるかもしれない。

ドナー情報については現在南オーストラリアでも新しい動きがある。オーストラリア全体では、子どもはドナー情報へのアクセス権があるということでは意見が一致していると思うが、州によっては、自分たちでドナー情報をマネジメントする能力がないといっているところもある。ニューサウスウェールズ州でも2010年から、つまりたった5年前にドナー情報の登録システムに関する法律が成立したにすぎない。オーストラリア全体で統一するためには、まだまだ時間がかかる。

南オーストラリアでは、近日にinquiryが開始される予定になっている。同州では、2010年に生殖補助医療についての法律が成立し、ドナーレジスター制度も定められているが、実際に運営を開始できていない。また、実際のARTの運営方法の多くをNHMR(National Health and Medical Research Council)のガイドラインに準拠することになっているが、このガイドラインがしばしば改変されるため不都合が生じており、州独自の規定を作りたいと考えている。

(了)

まとめ: 日比野由利

※このインタビューは「平成27年度 厚生労働省 子ども・子育て支援推進調査研究事業 諸外国の生殖補助医療における法規制の時代的変遷に関する研究」によって行われた。インタビューをまとめるにあたって、発言者の意図を損なわないように、再構成した。文責は発行者にある。

註

\*ビクトリア州では、出自を知る権利について先進的な取り組みで知られるが、子どもが生まれた年によって出自を知る権利に格差が生じていることが問題になっていた。そこで、格差をなくし、すべての子どもに対し、ドナーの個人情報(氏名・生年月日・住所など)知る権利を認める方向性で法整備が進められている。

1988年以前は、精子提供等は完全に匿名で行われており、ドナーからの同意なく個人情報を提供することは、ドナーのプライバシーの権利と対立する可能性があるため、医師らは反対している。一部の医療機関では、過去のドナー情報の破壊や改ざんが行われており、仮に格差是正が明文上保障されたとしても、実際にはアクセスできない可能性がある。



Dr.Sonia Allan :



専門分野： 健康と法律

ウェブサイト： Health Law Central  
(<http://www.healthlawcentral.com>)

論文:

Access to information about donors by  
donor-conceived individuals: a human rights  
analysis. J Law Med. 2013  
Mar;20(3):655-70.

Psycho-social, ethical and legal arguments  
for and against the retrospective release of  
information about donors to donor-conceived  
individuals in Australia. J Law Med. 2011  
Dec;19(2):354-76.

Donor identification 'kills gamete donation'?  
A response. Hum Reprod. 2012  
Dec;27(12):3380-4

Donor conception, secrecy and the search for  
information. J Law Med. 2012  
Jun;19(4):631-50.





テーマ  
イスラエルの代理出産  
代理母と依頼者

Interviewee  
Dr. Etti Samama

実施日: 2016年2月3日

—イスラエルで代理出産はどのように行  
われていますか?

1996年、イスラエルで代理出産法が成立し、有償の代理出産が合法化された。国内で代理出産を依頼できるのは異性愛カップルに限られている。事前に委員会に申請し許可を得てから実施することができる。代理母は原則として独身(離婚した女性や夫が死去した場合も含む)で出産経験がある女性に限られる(後に既婚女性でも可となり基準が緩和された)。また、ユダヤ法に基づいて、依頼者と代理母は同一の宗教でなければならないなどの要件がある。代理母が出産した後、裁判所の parental order(親決定命令)により依頼者は親となることができる。

1986年から2009年までの間に655の代理出産が国内で行われ、260人の子どもが産まれた。2015年までに1,100件の代理出産が行われている。

2015年までに1,100人の代理出産が行われ、400人ほどの子どもが産まれている。

代理母は160,000シケルの報酬を貰う。IVFは保険でカバーされているが、それ以外の代理母に関わる費用は全て依頼者が支払わなければならない。

—代理母になるのはどのような女性で  
しょうか?

いままで100人の代理母にインタビューしてきた。

代理母になるのは22歳以上38歳未満の女性で、優良な遺伝子を持っていることが望ましいと考えられている。事前に様々な医学的検査を実施する。そして、妊娠出産をうまくコントロールできるかどうか、心理的な検査も行われる。

2008年から既婚女性でも代理母になれるようになった。それによって、代理母の社会階層は少しよくなった。それは、よいことだと思っている。しかし、それでも、宗教的な依頼者たちは独身の代理母を好む。今は独身と既婚、だいたい半々くらいではないかと思う。

結婚している女性が代理母になれるようになったことで、相対的に貧しい女性が少なくなり、利他的(altruistic)な動機の代理母が増えたと言っている人もいるが、実態はそうではない。自分が話を



聞いた代理母たちは、皆お金が動機だった。本当にお金に困っていない女性は、1人しかいなかった。どうしようもなく貧しく、極端にお金に困っているというわけではないが、全ての女性が経済的な問題を抱えている。生活のための十分なお金がなく、お金のためにやっているのは間違いない。

たくさんの女性に話を聞いたが、お金以外にも色々な動機があった。たとえば、若い頃にやった中絶の罪悪感から代理母をやりたいという女性もいた。それは、こちらがそのことを質問したわけではなく、女性の方から語ってきて、そうだとわかった。その後のインタビューでは、過去の中絶のことも聞くようになった。過去に中絶の経験を持つ代理母は多い。それは、彼女たちの社会経済的地位が関係していると思う。

低賃金で単調な生活から逃れるために何か特別なことをしたいという気持ちをもって代理出産に臨む女性もいる。例えば、彼女たちはセレブになることはできない。でも、代理母にならなれる。そういう女性は、自分がやったことに誇りを持っているようだ。そして、ある女性は本を書いたり、テレビに出たり、雑誌の取材を受けたりする。そのことで、自分を特別な存在だと感じられる。そういう女性たちがいることは興味深い。もちろ

んほとんどの女性はお金が主要な動機で、このような女性の一部に過ぎない。

ミドルクラスの女性たちの中には、旅行に行きたい、キッチンを新しいものに変えたいといった理由で代理母になる女性もいる。それらは彼女たちがもらっている給料では難しい。そんな理由で女性たちが代理母になるのは悲しいことだと思う。しかし、現実にはそういう理由で女性たちは代理母になっている。

何人かの代理母が、(自分も含めて)全ての女性はお金のためにやっている、と言っていた。もし女性がお金のためにやっているわけではないと言ったなら、それは、彼女は嘘をついているということだ、と。イスラエルでは、海外に行ったり、高いものを買ったり、そういったことをできる人たちが沢山いる。それを見て、うらやましいと思うこともあるだろう。しかし、普通の仕事ではそういったことを実現することは難しい。

私が聞いた中では、半分以上の女性が、仕事についてることがないか、臨時的な仕事、ウェイトレスや家政婦などをやっていて、その仕事の間で求職中であった。彼女たちは何より、お金が必要だ。

代理出産の報酬は高額だが、それでもその苦勞に比べたら十分ではない。たとえば、いろいろ複雑なプロセスをやって一生懸命依頼者に協力しても、失敗した



ら代理母は期待していたお金をもらえない。代理出産の成功率は4割程度。実際には妊娠さえしない代理母もたくさんいるが、そういうことは誰も言わない。

### —代理出産に伴う親密性や感情に関し、 どのような課題がありますか？

第一に、代理母に子どもへのアタッチメントの問題はない。子どもへのアタッチメントはないが、情緒的(emotional)な問題は抱えているといえるだろう。しばしば、代理母には子どもへのアタッチメントが生じると言われていて、イスラエルでも代理母は出産経験がある女性という要件がある。経験がないと、子どもを渡したくないという気持ちが生じると考えられているからだろう。なぜだかそのような前提がある。しかし、それは誤った前提なので捨てたほうがいい。国内で裁判をしても勝てないとわかっている。女性はどのように、そしていつ母親になるのか、ならないのか、それは状況次第だ。最初からわかっていることなので、代理母達は皆よく対処している。したがって、そういった問題はないと考えていい。

ある代理母は、子どもを産んだあと帰宅して、(まるで大変だった仕事を終えたように)疲れきって眠りこけただけだったという人もいた。お腹の中に依頼者の

子どもがいて、まるで監視されているような、息詰まるような感じからやっと解放されたということだろうか。

代理母を biological parent という言い方をするのは適切ではないかもしれない。彼女は genetic mother でもあるのだから。つまり、エピジェネティクスな変化を通して子どもの遺伝子に影響を与えているのだから。

依頼者もそのことには十分に気がついていて、妊娠中の代理母に様々に介入しようとする。性交しないで欲しい、食べ物はこれ、あれは食べてはいけない、喫煙しないで、ビタミン剤の採取、などなど。宗教的な依頼者ならもっと事細かく色々と要求がある。そして妊娠中、代理母にストレスがなく、幸せな気持ちでいるかも重要だ。しかし、これだけのことをしていても、遺伝的な影響について、依頼者は語りたがらない。

プロセスの間、依頼者と代理母の間には葛藤が生じる。依頼者は代理母をコントロールしようとする。しかし代理母は独立し、他人から命令されることなく、自分の思うようにしようとする。そこに多くの葛藤が生じる。

国は、契約のときと出産のときに介入するだけだ。それ以外のさまざまな問題は放置されている。たとえば体外受精のプロセスもとてもストレスフルだ。依頼





者と代理母と一緒にクリニックにいて治療を受ける。お互いに社会階層が違う人たちだから話も合わない。そして、代理母には妊娠へのプレッシャーがかかる。妊娠しなければ、いろいろな事を言われる。ちゃんと自己管理できてなかった、ちゃんと薬を飲んでなかった、そのせいでもっと時間がかかる、私たちのために妊娠したくないの？ などと言われる。これらは実際に代理母から聞いた話だ。

そして9ヶ月後、どのように出産するか？なども国が決めてくれることではない。出産後、ソーシャルワーカーが来ていろいろ質問していく。そして子どもを渡したら終わりだが、問題はそこで終わりではない。

代理出産の場合、依頼女性の卵子を使っているケースは25%くらい。あとの75%は提供卵子を使っている。夫は自分の精子で、これまでの家族と同じように、遺伝的父親として振る舞っていればいいだけだ。しかし、母親は、自分の子どもではないのに、子育てをしなければならぬ。だから、依頼女性に子どもへのアタッチメントの問題が生じることがある。子どもが泣いたりしてもどう対応していいかわからない。代理母に助けを求めようとしても、彼女はもう自分の家に帰ってしまっていていない。子どもを依頼者に渡せば、代理出産のプロセスは終わっ

ているので、国も関与しない。我々のような援助の専門職は、そのプロセスの間ずっとそばにいて、寄り添って、支援しなければならないと思う。

私が知っている例でも、子どもを渡したあとも、代理母と依頼者の関係が継続するケースはある。代理母にとって、エンパワーになるし、依頼者にとってもそれによって失うものは無い。子どもに、どうやって産まれてきたのかを伝え、代理母には子どもの写真を送ったり、小額のプレゼントをしたりもする。出産後、そうした有益な関係性が継続するのであれば、代理出産はネガティブな面ばかりではないといえる。

一人のロシア人代理母にインタビューしたことがある。彼女はヘブライ語もできず、ロシア語しか話せないので通訳を通して話をした。それで彼女のことがとくに心配だった。しかし彼女の依頼者は良い人で、依頼男性から彼女の二人の子ども達のためにコンピュータを買ってもらったり、海外旅行をプレゼントしてもらったりした。それは大きなプレゼントだったが、しかし代理出産の報酬の16,000 シェケル(約480万円)からしたら、たいしたことがないともいえる。代理母はとても感謝していた。

そのように、代理出産でもやり方によって違うと思う。代理母も人間で、モノ





ではない。子どもはいろいろな人間関係の中から生まれてくる。依頼者にとっては、誰か他の女性から子どもが産まれた事実を隠したい気持ちがどうしても働く。しかし、それは無視してはならない。自分の体は自分のものであって、お金で買ったり、他人が指示を出したり命令したりするとはできないのだから。

#### **-子どもへはどのような影響はありますか**

子どもへの影響は考えておかなければならないことだ。私が知っている例でも、代理母の12歳の子どもが、母親が出産後、その子どもを連れて帰らなかったことで鬱症状になったことがある。出産後、依頼者は代理母と関係を切りたがるが、彼女たちは、ただ知りたいだけだ。子どもが元気かどうか、両親はいい人かどうか、もしそうでなければ心配になるだろう。代理母は子どもの写真を見たらそれで満足できる。自分が引き取って育てようという気持ちはない。自分たち家族の子どもではないことはちゃんとわかっているのだから。

また、代理出産で産まれた子どものこともある。代理出産の事実について、子どもにどのくらい伝えられているのか、わからない。養子の場合、イスラエルで

は18歳になれば事実を知ることができる。しかし代理出産の事実は秘密にされているのではないか。多くの依頼女性が自分も妊娠しているふりをしてお腹を膨らませている。そして、出産が近づいてきたら代理母と一緒に自分も入院して、なるべく胎児の近くにいる。子どもと絆を強くするためだ。まるで自分が出産したかのようなやり方をとっている。

自分が知っている代理母と依頼者は友人関係で、依頼者は子どもに伝えていなかった。代理母が子どもを叱ったとき、子どもは自分の母親でもないのにそんなこと言わないで、と言ってきた。彼女は自分が母親だと(間接的に)伝えたかったようだが・・・子どもにどう伝えるか、依頼者と代理母がどう関係していくか、簡単なことではないと感じる。

自分としてはもっとオープンにして子どもにも伝えたほうがよいと思う。しかし、実際にどうなっているか、わからない。親は、今はまだ話してない、子どもはまだ小さく、事実を話すには早すぎるからなどと言っている。非常にプライベートなことなので、調査しようと思っても、子どもになかなか接触できない。だから代理出産で産まれた子どものことは、どうなっているのか、全然わからない。



-1996年に代理出産が合法化された際、依頼者は異性愛カップルに限定されました。非異性愛カップルには認めないということで、宗教勢力の合意を取り付けたという経緯があります。

以来、ゲイカップルは海外で代理出産を依頼してきました。インドやタイなど安価で依頼できる渡航先が近年禁止の措置をとったため、国内で合法化に向けたロビー活動が活発化してきています。シングルや同性カップルなどにも代理出産を認めるという法改正案がありますが、これについてどう思いますか。

昔はゲイカップルの友人の女性が子どもを生んで、共同で子育てをするということもあったようだが、今は代理出産があるので、家族をカップルだけに閉じておきたいという考えになってきている。子どもを産むのは女性だけなので、ゲイカップルは代理出産がなければ子どもができない。イスラエルでは子どもを持つことは非常に重要で、ゲイカップルでも子どもをもって家族になりたいという願望は普通にある。この点で、ゲイカップルを差別することはできないのではないか。

ゲイたちは政治的にも経済的にも非常に大きなパワーを持っている。一般に女

性より男性の方が所得は大きいし、男性が二人で稼いでいたら経済的に富裕になるのは当然だ。そのように経済的には強者である一方、社会的には差別されている側だということになっている。

海外の市場が閉じたことで、今後、ますます国内でのロビー活動が活発化していくだろう。ゲイだからといって海外にいかねばならない状況はやはり差別的だといえる。もし国内でゲイカップルが代理出産を依頼できるようになったらどうなるか。彼らのために代理母になりたいという気持ちを持つ女性は少ないと思う。イスラエルでは依頼女性と代理母はとても親密な関係になる。ゲイカップルと代理母が同じように親密な関係になれるかどうかわからない。しかし、彼らは所得が高いのでお金で解決することができる。そうなれば、代理出産の費用がさらに高騰するだろう。

代理母がもらうお金は、16,000 シェケル(約 480 万)くらいだが、高い例では 8 万 5 千ドルというものもあった。もし経済力がある依頼者が参入すれば、医学的な理由で子どもを産めない女性は、代理出産を依頼できなくなるかもしれないし、少なくとも、もっと待たなければならなくなるだろう。ゲイカップルが依頼者の資格を得れば、国内の代理出産の需要と供給に大きな変化がもたらされる。現在、



卵子提供が必要なケースでは、代理母が渡航して移植するというも行われているが、ゲイカップルが依頼者となれば、そのような形がもっと広がるかもしれない。

ゲイカップルの代理出産は非常に創造的(creative)な行為だと思う。ゲイカップルの場合、カップルの精子を使ってドナー卵子と代理母の二人の女性を使ってそれぞれの遺伝的繋がりがある子どもを作る。それは、異性愛カップルが代理出産を依頼するのとはかなり異なっていると思う。ゲイの代理出産に反対すると、すぐに差別的だと非難される。しかし、それは別の事だと思う。

(了)

まとめ 日比野由利

※このインタビューは「平成 27 年度厚生労働省 子ども・子育て支援推進調査研究事業 諸外国の生殖補助医療における法規制の時代的変遷に関する研究」によって行われた。インタビューをまとめるにあたって、発言者の意図を損なわないように再構成した。文責は発行者にある。

Dr. Etti Samama

専門: 看護学、ソーシャルワーク

所属: イスラエル健康省

論文: Written by Nuphar Lipkin and Etti

Samama, Edited by Daphna Rosenbluth.

Surrogacy in Israel : Status Report 2010 and Proposals for Legislative Amendment

([http://isha.org.il/wp-content/uploads/2014/08/surrogacy\\_Eng001.pdf](http://isha.org.il/wp-content/uploads/2014/08/surrogacy_Eng001.pdf))

Isha L'Isha – Haifa Feminist Center

(<http://isha.org.il>)

Ministry of Health, Israel

(<http://www.health.gov.il/english/Pages/HomePage.aspx>)

発行:

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(2219), fax: 076-234-4233

日比野由利

e-mail: hibino@staff.kanazawa-u.ac.jp

Contact Address:

Department of Environmental and Preventive Medicine, Graduate  
School of Kanazawa University

Takaramachi, Kanazawa 920-8640, Japan

tel: +81(76)265-2218(2219), fax:+81(76)234-4233

Yuri Hibino

e-mail: hibino@staff.kanazawa-u.ac.jp

