大阪公立大学
Osaka Metropolitan University
学術情報リポジトリ

日本における生殖技術の最適化についての考察

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-06-23 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 浅井, 美智子 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00004820

論文

日本における生殖技術の最適化についての考察

浅井　美智子

はじめに

体外受精[1]（IVF）は実験室の中で生命をつくり出す技術である。それゆえ、世界で初めて誕生した体外受精児は「試験管ベビー」と報道された。この命名は科学的に生命を作ることに対する不安感をよく示している。しかし、近年、日本では年間５万人近くの体外受精児が誕生[2]しており、その周辺技術――配偶子や受精卵の凍結保存、顕微授精、出生前診断など――とともに忌避感も減少しているように思われる。

ところで、先進諸国の女性たちは卵子の老化に悩んでおり、第三者の卵子を用いた生殖や妊娠・出産を代行してもらう代理出産など[3]もグローバルに展開されるようになった。とりわけ、第三者の卵子による生殖はかなりの国で合法化されており、市場すら形成されている。卵子や妊娠・出産の売買に対する批判[4]も展開されているが、世界的に見て卵子の授受や代理出産が止む気配はない。日本でも、出産の高齢化に伴う卵子の老化が原因で妊娠・出産が困難な女性が増えており、海外で提供卵子や代理出産に

---

[1] 体外受精はIVF（in vitro fertilization）と略される。不妊治療としての体外受精というときは、「体外受精－胚移植」（IVF-ET：in vitro fertilization-embryo transfer）を意味する。

[2] 体外受精によって生まれる児は年々増加しており、2014年には４万7322人が生まれたと報告されている（日本産科婦人科学会）。

[3] 2017年１月現在、日本では、通常の不妊治療として第三者の関わる体外受精を行うシステムは構築されていない。一部JISARTという医療集団で提供卵子による生殖が行われてはいるが、一般的ではない。しかし、海外で提供卵子によって子どもを得ている人はかなりいると見られている。

[4] これらに反対する倫理学者やフェミニストもいるが、よりよい市場の形成こそが必要だとするフェミニスト（たとえば、デボラ・スパー）もいる。

依拠して生殖を行う人々もいる。日本人に卵子を提供する日本人女性の存在も知られるようになった。つまり、今日、日本でも第三者の卵子を必要としている女性がかなりおり、また、卵子を提供する女性もいるということである。ただ、その授受が行われるのは、ほぼ日本国内ではなく外国であるということなのである。

人工授精や体外受精などの人工生殖技術は総称して生殖補助技術（ART）と呼ばれるが、それらを包括的に扱うシステム[5]は構築されていない。医療として用いられるARTに関しては、不十分ながら日本産科婦人科学会（「日産婦会」と略す）が同会に所属する医師[6]に対し、会告という形で規制[7]（提供配偶子による体外受精と代理出産の禁止）しているのみである。それでも、この規制があるために、日本では提供精子による人工授精[8]（AID）の長い歴史の中で、提供卵子による生殖や代理出産が生殖医療の選択肢とはならなかったのである。

しかし、法的に禁止されているわけではない[9]ため、国内で、提供卵子による生殖も代理出産も少数ながら行われてはいる。たとえば、JISART（日本生殖補助医療標準化機関）という医療集団は独自の倫理規定等をつくり、2007年から卵子提供による生殖を試みている[10]。また、2013年には、提供卵子による生殖の法整備[11]を待ちきれず、卵子バンクを立ち上げた人たちもいる[12]。長野県の一医師は代理出産も行っている。このような混沌

---

[5] 生殖補助技術（Assisted Reproductive Technology以後、ARTと略記する。）に対する医療的規制は日本産科婦人科学会が行っているが、法的拘束力があるわけではない。

[6] 日本の産科婦人科医師は、ほぼこの学会に所属している。

[7] 日本で初めて体外受精児が誕生する１年前、日産婦会は1982年、IVF-ETは法的夫婦に限るため、戸籍等の婚姻を確認できる文書の提出を求めた会告を出した。2006年、見解を改定し「婚姻」という表現は残されたが、「戸籍等の婚姻を確認できる文書の提出」は削除された。したがって、事実婚でも体外受精を受けられるようになった。

[8] 提供精子による人工授精（Artificial Insemination by Donor's Semen）、通称AID、最近ではDIと略される。本稿で用いるときはAIDとする。

[9] 旧厚生省が2000年「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療のあり方についての報告書」を提出し、その実施に向けて法的整備の検討もされたが、頓挫して現在に至っている。

[10] JISART（Japanese Institution for Standardizing Assisted Reproductive Technology）の報告によれば、2007年から2016年までに、提供卵子によるIVF-ETを72件実施し、32人の出生児を得たことを報告している。https://jisart.jp/about/extarnal/proven/ 2017/01/22最終閲覧。

とした状況にありながら、現在に至るも第三者が関わる生殖の包括的医療システムは構築されていない。これが今日の日本における生殖と生殖テクノロジーをめぐる平衡点である。しかし、この平衡点は徐々に変わらざるをえないのではないか、というのが、ここでの仮説である。

本稿は、生（命）それ自体に介入する生殖テクノロジーがこれまでの生殖をめぐる意味布置の何を断絶し、あるいは何を連続させ、どのような新たな認識と結合し、どのようなテクノロジーの最適化がなされるか、とくに、提供卵子と代理懐胎・出産に焦点をあてて検討する[13]。

1．生殖テクノロジーと世代継承の最適化

18世紀までは生命それ自体は実在しなかった（フーコー 1974：150）が、19世紀初頭、生命は他のものと同等の認識対象（同上：185）、つまり、人体は解剖学的認識の対象となり、人間の身体は解剖学的認識にもとづき、健康／病、生／死の相において再編された。したがって、政治権力は生命の秩序としての人口――出生率、死亡率、罹患率や寿命など――を調整・管理し、効率的に統合するようになった。このようなフーコーの生－政治（Bio-politics）論は今ではよく知られている。

20世紀後半、生物学はこのフーコーの予測をはるかに超えて、バイオテクノロジーの時代に突入した。体外受精に始まった生殖テクノロジーは、バイオテクノロジーと歩を一にし、すでに遺伝子診断や再生医療へとその

---

[11] 法制度化が頓挫したあと、厚生省・法務省が日本学術会議に依頼し検討されたが何の成果もなかった。その経緯については、拙稿「生殖補助医療――法整備への動向」『家族社会学研究』第20巻２号、2008年、日本家族社会学会　参照。

[12] OD-NET：Oocyte Donation NETworkの略。提供卵子を望む人たちがつくった卵子バンクであるが、卵子提供者の募集はしているが、どのようにレシピエントを選択しているのかなどは不明。

[13] 本稿では、日本の社会において、生殖テクノロジーがいかに受容され、生殖（性交、妊娠、出産）に対する認識をそのように変容し、再構成してきたかをフーコー以降の「生権力論」の展開のなかで位置づけるという射程をもっている。したがって、ここでは、テクノロジーに依拠する生殖を「倫理的に」検討するものではない。また、バトラーが展開したような性別の境界線にこだわり、現代の生殖テクノロジーによる生殖の実践に対する自然本質主義批判を試みるものでもない。

領野を拡げ、生命を制御、デザインしようとさえしている。このような生命の分子化によってもたらされた変異がどこでその平衡を保つかは、その社会によって異なる。たとえば、体外受精は性現象に漠然と包括されていた生殖身体の営み（性交）を捨象し、生命の産出を技術に代替させることを可視化した。フーコーは、ブルジョワジー夫婦の寝室が唯一承認された性現象、すなわち生殖の場であった（フーコー 1986：10）と述べたが、体外受精が行われる実験室は夫婦の寝室以上に「性現象」の入り込む余地はない。体外受精は、生命が卵子と精子の結合によってつくられた胚が素であり、子宮は胚を育てるまさに孵化器であることを明示する。これは性現象のみならず、生殖に関わるさまざまな意味布置の再編を促す。

ニコラス・ローズは、その著書『生そのものの政治学』において、現代の生政治空間では、5つの領域[14]（経路 pathways）で異変（transformation）が起こっているという。それは、「分子化」、「最適化」、「主体化」、「ソーマ（物質的身体）の専門的知識」、「生命力の経済」（ローズ 2014：9-22）である。これらの領域における変異は個々の社会に応じてある種の平衡点を見出すようになる。生殖テクノロジーは、生殖や生命に関わる専門的知識、不妊治療の当事者や専門家（医師や技術者、カウンセラーなど）によって形成されるテクノロジーの可視化と実践、また、生殖テクノロジーに対する感受性や経済性、生殖を促す文化的・社会的要因によって「最適化の目標に方向づけられたハイブリッドな集合体」（同上書：35）として現れるという。つまり、生殖テクノロジーが医療のなかで市民権を得るのは、このような集合体を構築しながら、当該社会に応じて固有に最適化されるからであろう。それがどのように進行するかは、この5つの領域の異変から見出されるとローズはいう。そこで、ここでは、生殖テクノロジーがハイブリッドな集合体を形成する過程にあるという前提に立ち、日本社会で提供卵子や代理出産がいかに「最適化 optimization」されるか検討していきたい。

---

[14] 原著でのpathwaysは訳書において「経路」と訳されているが、本稿では分かりやすくする目的で、「領域」ということばを使うが、文脈に応じて「経路」という訳語を用いる場合もある。

また、文化人類学者ロビン・フォックスは、人工生殖によって生まれる（セックス抜きの）子どもの親子関係をめぐる係争について、文化人類学が明らかにしてきた「婚姻制度」と「産む女性と生まれる子どもの関係」から、人工生殖がもたらした世代継承の難問に対して多くの示唆を与えている。フォックスは、「私たちが追求するのは何か目前にある目標であり、それらの目標が達成されれば結果的に私たちの生殖上の適応度が最適化される」（フォックス 2000：182）と指摘する。つまり、新生殖技術が生き残れるかどうかは、それが子どもをもちたいという目前の動機に応えられるかどうかにかかっているということである。

以上のように、ローズもフォックスもともに、生殖テクノロジーはその良し悪しが倫理的に判断されることによって最適化されるのではないと言っているのである。本稿では、「セックス抜きの子ども」をその社会はどのように位置づけるかを問うフォックスと、人工生殖が「医療の必然というよりはむしろ、市場と消費者文化によって形成される医療」であると指摘するローズに依拠し、日本社会における生殖テクノロジーを用いた医療はどのように平衡点を作り出してきたかを明らかにしたい。

２．医療テクノロジーの最適化

今日の医学的変化のダイナミクスは、フーコーが図式化した「身体そのもの」への臨床的まなざしを保持したまま、「自己診断や自己治癒的な実践」（ローズ 2014：25）を組み込みつつ、分子レベルの生物学的コントロールへと突入している。しかし、テクノロジーは「機械的なものか技術的なものか」と捉えられがちだが、「社会的・人間的な諸関係の集合体」であるとローズは言う（同上書：35）。つまり、新たな道具や技法、熟練した医師や技師などの専門家、当事者（患者）、そして何よりもその病や生についての新たな思考や社会的関係、これらの総体が「新しい治療」を最適化するのである。

ローズは、21世紀のバイオテクノロジーを駆使する「生－政治」が先の５つの領域において異変を起こしているという。本稿の問題に即せば、現

在、日本の社会において、生殖テクノロジーはどのような異変を起こしているのかを見ていくために、以下に異変を起こしている５つの領域について簡単にまとめておきたい。

(1) 分子化（molecularization）。現代の生物医学の「思考様式」は、生を分子レベルで把握するため、もはや生命力を自然の秩序という規範性を超えている。つまり、それは自然の秩序に拘束されることなく生命に介入――特定、分離、操作、動員、再結合――するということである。
(2) 最適化（optimization）。現代の生命テクノロジーは健康と病気のふたつの極に拘束されることはなく、個人的もしくは集団的な人間の生において、実際に最適状態とは何かに焦点を合わせる。
(3) 主体化（subjectification）。人間の権利や義務や希望を、彼らの病気や生そのものとの関連からコード化しなおし、個人とその生物学的権限との関係を組織しなおし、人間が「ソーマ的個人」として自己に関係する方法を組み立てなおす「生物学的シチズンシップ」。
(4) ソーマ（物質的身体）の専門的知識（somatic expertise）。身体的な具体的実在が中心位置を占める状況において、多様な準専門家が台頭する。かれらは、人々が直面する個人的・医学的・倫理的ジレンマに対して、個人や家族にアドバイスし、彼らを導き、治療し、支援する。つまり、彼らはさまざまな種類の新たな牧人司祭権力の専門家たち（たとえば、遺伝子カウンセラー）である。
(5) 生命力の経済（economics of vitality）。治療や適切な治癒への希望に向けられる人間的価値と結びついた新しい経済空間（バイオ資本）が成立している。ここでは、生命力は異なった目的のために分離され、範囲を定められ、貯蔵され、動員され、交換され、それぞれの価値に応じて売買されていく。（ローズ 2014：16-9）

では、身体や人体を用いた医療がシステムとしてどのように最適化がなされたか、「輸血」と「臓器移植」を例に考えてみたい。今日、特別な事情のない限り「輸血」は医療行為として認知されている。しかし、医療の

中では、輸血よりもむしろ瀉血の歴史の方が古く、治療としての輸血が有効であることが認知されるまでには多くの異変を経なくてはならなかった[15]。治療行為としての輸血の有効性、また血液には型があり、ドナーとレシピエントの血液型（A, B, O, AB）は免疫システム上、同一でなければならないということなどが科学的に証明される必要がある。この血液型分類（ABO式）がアメリカの免疫学会で採用されたのは、1927年、ほんの90年ほど前のことに過ぎない（タッカー 2013：31）。さらに、他者の血液を別の人間の血管内に移すためには、その技術の開発が必要である。そして、何よりも他者の血液を自分の身体に入れることに違和感をもたない感受性や意識の変容、つまり最適化が必要であっただろう。今日では、赤十字社によって運用されている「血液バンク組織」が各地に存在している。基本は、血液という身体物質の調達（献血や臍帯血の寄付など）、血液の加工、必要な医療機関への配布、医療処置としてレシピエントへの供給という流れができている。これが医療資源としての血液が社会に還流する仕組みであり、最適化状態である。

臓器移植も血液と同様に最適化された。臓器移植には、まず臓器が交換可能なソーマであるというデカルト的認識が必要である。さらに医療としての臓器移植は、それを可能にする多くの経路における異変があったと思われる。その中でも最も大きな異変は治療としての臓器移植において新鮮な臓器をどのように医療資源とみなすかということである。そのためにこそ「脳死＝人の死」という虚構の承認が必要であった[16]。「脳死の人[17]」の「臓器」は、「善意の命の贈り物」を表看板にすることによって「資源」へと

---

[15] 初めての輸血は、1667年、フランス（パリ）において、医師ドニが精神を病んでいた被験者モーロワから60mlの血液を抜き、仔牛の血液450mlを輸血したとされている。また、アメリカの初代大統領ジョージ・ワシントンの死因が瀉血ではないかとの解釈もある。（タッカー 2013：21-33、7-8）

[16] 日本では、臓器移植においてドナーとレシピエントを結ぶシステムが構築される背景には、脳死下での臓器移植を進めたいという医学的欲求がまずあり、そもそも脳死は人の死かが問われ、とりあえず法整備もなされた。しかし、2009年の法改正後も、日本では臓器移植の全体数は増加していない。

[17] 森岡正博は、いち早く、脳死と臓器移植を結びつける経路への異変を捉え、脳死者は「脳死の人」であると主張した。『脳死の人』参照。

転換され、ようやく1997年に臓器移植法が施行され移植が始まった。もちろんドナーとレシピエントを出会わせる「日本臓器移植ネットワーク」組織もつくられた。しかし、日本では、「脳死は人の死か」という問題が長く問われてきた経緯があり、脳死者からの臓器移植は進まず、2010年改正臓器移植法が施行され、本人の意志にかかわらず、脳死は人の死となった。

それでも臓器は慢性的に不足しており、最近では「ポテンシャル・ドナー」という新しい概念を登場させ、臓器不足を補おうとしているという。山崎吾郎によれば、ポテンシャル・ドナーとは、「死にいたる不可逆的なポイントを『見込み』という形であらかじめ設定しておき、医療システムのなかに効率的に取り込む作業によって」、つまり「目の前の患者が脳死であるか否かを判定する以前の段階で、脳死になる可能性について判断」（山崎 2011：32）され、「生きている臓器＝資源」と把握される。生命を救う医療としての臓器移植が「臓器不足」を梃子に、人体の資源化を促進させている例であるといえるだろう。

このように「血液」や「臓器」が資源化され、医療の中に組み込まれていくとき、次の二つの類型化が可能である。まず、①生体から生体へと身体資源が渡される医療がある。輸血、生体間臓器移植、②死体から生体への医療は、死者（脳死・心臓死）からの臓器移植である。この類型化のポイントは、両者ともドナーの善意によって提供されるという建前になっているが、①の生体間の場合は、身体資源は場合によっては「贈与」ではなく「売買」という形式をとることもある[18]。

提供卵子や代理出産の生殖をこの類型化に従って考えてみれば、両者に共通することは、身体資源が「生体間」でやり取りされるということである。最も異なるのは、生殖資源のやりとりによって新しい「人間」をつくり出すということになる。つまり、身体資源のやりとりは二者間関係ではないということである。子どもを身体資源によってつくるという発想は、そこに、素材の優劣や制作工程へのこだわりなど、「選択」すなわち、エ

[18] 今日、先進諸国では禁止されているが、売血や二つある腎臓のひとつを売り渡すことなども、ないではない。

ンハンスメント（enhancement 増強）[19]への欲望が入り込む余地を生むことになるだろう。このことを考慮しないで提供卵子や代理出産を社会的に容認するシステムは構築しえないのではなかろうか。

３．日本における生殖テクノロジーの受容

（1）体外受精の受容

日本で初めて体外受精児が誕生したのは1983年である。日本産科婦人科学会の報告によれば、体外受精による出生数は、1990年には千人を超え、1998年には一万人を超えた。その後増え続け、最新の報告によれば、体外受精に依拠して生まれた子どもは、2014年には47,322人（累計：431,626人）である。フーコーの言を待つまでもなく、国家は人口動態調査に余念がないので、日本の出生数の動向はすぐにわかる。出生数に対する割合は4.72％で、およそ21人に一人が体外受精によって生まれていることになる。この数字の出生数を得るために行われた治療周期数（IVF-ETの実施数）はおよそ40万サイクルである。年間40万回という体外受精の実施数は決して少ない数ではない。

＜不妊患者の主体化とは？＞

日本で初めて体外受精児が誕生したのは1983年であったが、その児は２年後肺炎で亡くなり、体外受精への批判も高まった。それで日本での体外受精が下火になったわけではない。筆者は1990年に不妊治療を行っている女性に対する調査[20]を行った。不妊治療29名の女性の内、人工授精は11名、体外受精は９名が経験をしていた。両者を経験した人は６名であった。

---

[19] 進化とは、生物学的進化の最適化の結果であろう。増強は生物学的次元の問題ではない。人為的にそれを「欲望する」ということは、人間の主観的欲望に依拠するということである。

[20] 『女性と新しい生命倫理の創造――体外受精と家族関係をめぐって』お茶の水女子大学生命倫理研究会編、1991.10　調査期間は1990年12月～1991年３月までである。ちなみに、1990年の体外受精治療周期数は7565であり、体外受精による出生数は1048人である。

この調査を行った1990年は、日本で初めて体外受精児が誕生して間もない時期であるにもかかわらず、不妊治療として人工生殖を経験したと答えた女性の割合は高かった。これは、不妊に苦しんでいた当時の女性たちにとって、体外受精が子どもをつくる最後の手段として受け容れられていったからであると思われる。さらに、当時は体外受精を実施する医療機関の拡張期であり、実績競争もあったのではなかろうか。

この調査で、治療として体外受精にまで進んだある女性は、実際の不妊治療では段階を踏み、体外受精を最終段階と認識していたが、不妊治療というベルトコンベアーに乗せられ、気がついたら体外受精をしていたとの感慨を述べた（浅井 1991：133）。ここに、体外受精を実施するソーマの専門家や準専門家による牧人司祭権力が行使された痕跡を見ることもできる。それでも、受精・着床について、人工授精は「自然」、体外受精は「人為」であるという認識がインタビュー調査で示された（浅井 1991：135）。これには、当時の不妊治療を受けている女性たちが「受精」に対する神秘、畏れのようなものを抱いており、できたら体外受精は避けたいという意識と感じられた。しかし、不妊治療の段階を踏んでいくうちに、「体外受精」は必然的治療と認識されていくようになる。

＜専門家の二重規範＞

当時、ARTを行っている医師たちは、体外受精や人工授精を治療としては否定しないし、AIDに関してはすでに子どもが生まれてしまっているので否定できないとしていたが、個人的には体外受精や人工授精、とりわけ提供精子による人工授精には「否定派」であるという発言（同上書：147-8）[21]があった。日産婦会が体外受精を行う被治療者の条件として、「正式に婚姻している夫婦」に限定したことは、AIDを1949年以来何の規制もなく実施してきたことに対する否定的雰囲気があったからではなかろうか。日産婦会の医師たちは技術そのものを否定することはない。しかし、

[21] ARTに関する医師の語りについては、柘植あづみ『文化としての生殖技術――不妊治療にたずさわる医師の語り』松嶺社、1999に詳しい。

「日本の医学ほど世間の評判、とくに新聞にどう書かれるか気にし、世間体や世俗的名誉を重んずる分野も少ない」（米本 1985：180）という米本昌平の指摘どおり、日産婦会は父親と遺伝的に繋がりのない子どもを実子としてきたことの評価を気にしてきたからではないかと思われる。血縁のない親子関係をつくりだしてきたことを気にし、それを隠蔽してきたのは、むしろ日産婦会ではなかったか。

＜生命の自然への介入＞

しかし、婚姻した夫婦間に限定した体外受精治療は、その後、次々と技術革新を行っていく。体外に取り出した卵子と精子が勝手に受精して胚になるのを待つだけではない、顕微鏡下で卵子にまさに人為によって精子を送り込み、胚をつくる「顕微授精」も行われるようになった。また、精子の凍結、凍結受精卵の移植など凍結技術の革新も行われるようになった。

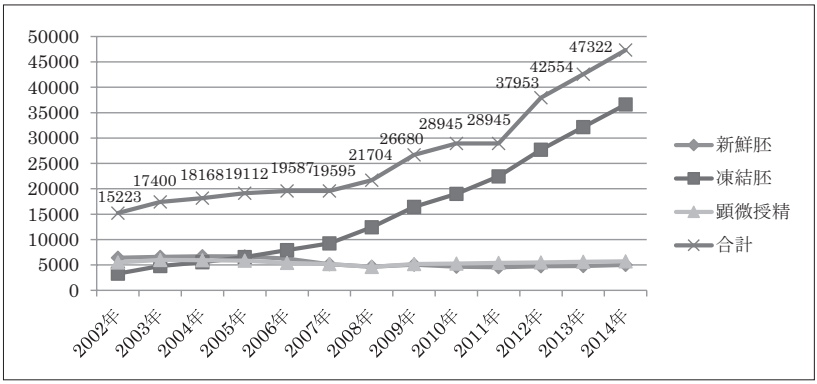

図１　「IVF-ETによる出生児数の変化」

ARTを実施する医療施設の数も飛躍的に増え、全国どこに行ってもARTによる治療が受けられる。図１「IVF-ETによる出生児数の変化」[22]

[22] 図１～４は、日本産科婦人科学会「倫理委員会」が集計・公表したART実施結果を筆者が再集計し、グラフ化したものである。

は、日産婦会のART実績のデータを筆者が集計し直したものである。このグラフをみれば、2006年に凍結胚による出生数が新鮮胚のそれを超えてから急激に全出生数が増えていったことがわかる。採卵のリスクを減らすことにもなる受精卵の凍結技術の進展が、体外受精を選択する人を増加させることにもつながっていることがよくわかる。つまり、凍結技術の向上により凍結胚を用いることが容易になれば、採卵の回数を減らせることになり、女性が不妊治療にアクセスし易くなるからである。

しかし、凍結技術は自然の秩序に拘束されることなく生命に介入する。同じときに作られた受精卵であっても、時間差をつけて妊娠・出産すれば、年齢の離れたきょうだいとなる。また、受精卵を資源と捉えれば、不妊のカップルに提供する（エッグシェアリング）こともできる。未来の新しい人間をつくるための研究用に供することもできる。

＜治療の成績と生命力の経済＞

日産婦会は、ARTの使用規制を会告という形で発しているが、実施する病院にはその登録を義務付け、ART実施数と結果について報告させ、集計後公表している。結果の集計は用いられた技術ごと、また、「単胎生産」「双胎生産」など出産は「生産」ということばで表示され、分類され、「治療成績」としてまとめられている。2004年からはARTによって妊娠・出産した胎児や新生児の先天異常児の調査の報告もなされるようになった。この報告では、「先天性異常名・染色体異常名」とともに、「治療方法」「生産／死産」の別や児の「性別」、「早期新生児死亡の有無」、「母体年齢」まで記載されている。

このように公表された数字を見れば、体外受精が広く受け入れられていることが了解される。先の輸血と同様とはいえないが、体外受精は不妊治療としての不動の地位を築いていると言える。しかし、体外受精が行われ始めた当初は、実施病院も限られているだけでなく、その費用や時間的負担などが今とは比較にならないほどかかっていた。それでも体外受精が受容されていったのは、体外受精を実施する病院の数の増大、体外受精の実績などによる競争が技術の向上を促したこともある。また、不妊治療を行

う病院の増加は保険のきかない治療費用の価格競争を生み出した。1990年頃は、体外受精の一サイクルの費用は60万～80万円くらいであったが、現在では体外受精一サイクルが20万円を切っている。さらに、少子化が問題化されるようになり、体外受精治療には公的補助金制度によって経済的援助も行われるようになった。このように、不妊治療としての体外受精は日産婦会に牽引されながらも日本の社会に適合的に最適化されてきたといえる。

ところで、現在の日本では、体外受精によって生まれる子どもの数はその実施数に比べてかなり少ない。2012年のデータをアメリカとの比較で見てみると、日本では、体外受精実施サイクル数326,426に対して、出生数は37,953（11.63％）である。同年のアメリカでは、実施サイクル数176,275に対し、出生数は65,179（36.98％）である。この差は、アメリカでは医療サイドから提供卵子による生殖が勧められ、それが受け容れられるために体外受精による出生数が多いからである。SART[23]が発表した2012年の年次報告によれば、アメリカ全土で行われた卵子提供による胚移植は16,858回である。その出産率は46.9％と、ほぼ二人に一人の割合で出産に至っている（宮下 2015：127-8）。

(2)「卵子の老化」に直面している日本

近年、不妊治療をしている女性の高齢化が指摘されている。その原因として挙げられるのが「晩産化」である。日産婦会の会長を務めた吉村泰典は、1970年には35歳以上（高齢出産）の女性が第一子を出産する件数は18,000であったが、2011年には87,000人に達していることを指摘する（吉村 2013：14）。高齢出産は「ハイリスク妊娠・出産」であるだけでなく、「卵子の老化」により妊娠しにくいという。体外受精（顕微授精を含む）を行っても妊娠率は年齢が上がる毎に下がっていく。26歳から34歳まで

[23] SART（Society for Assisted Reproductive Technology）は、アメリカにおける「体外受精や生殖補助医療を専門に働く医師の集まり」であり、「患者が最良のケアを受けられるよう、生殖補助医療の水準を確立し、維持する」民間組織である。日本のJISARTはこの組織を模しているようだが、規模は全く異なる。

は25％、37歳前後で20％、40歳では15%以下、43歳では５％である。出産率はさらに下がり、26歳から36歳までは15％以上あるが、40歳では8.1％、45歳では0.5％となる（同上書：53-55）。それでも不妊治療の結果、妊娠に至ったとしてもリスクはつきない。

図２は､体外受精によって生まれた「先天異常児の報告件数とその割合」である。また、図３は､「先天異常児の母体年齢」である。両グラフからわかることは、体外受精の結果生まれた児の先天異常が年々増加しているということ、またその子どもを産んでいる母体の年齢が高いということで

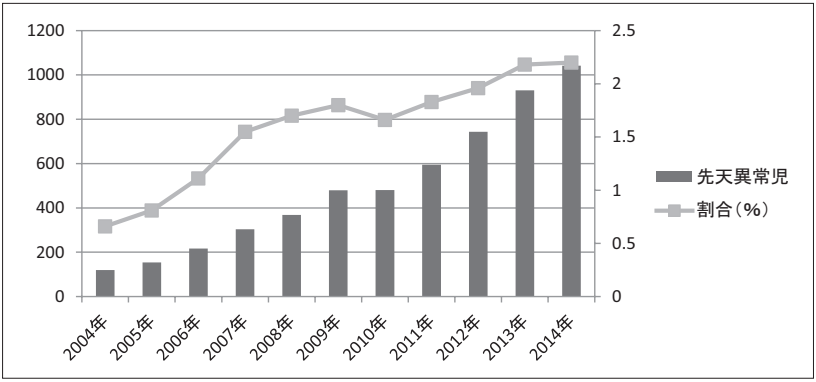

図２　「先天異常児の報告件数とその割合」

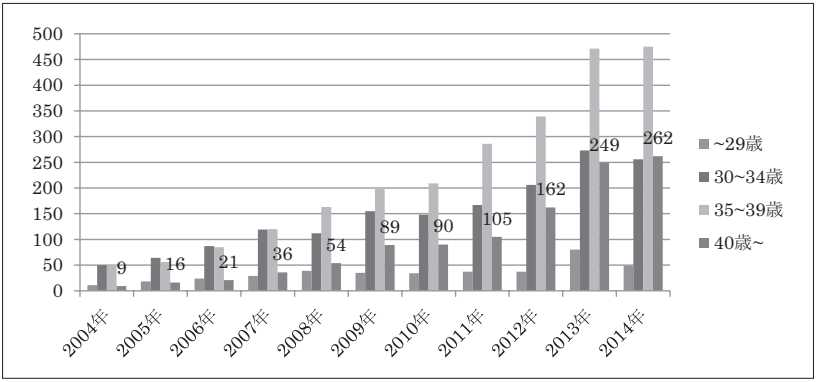

図３　「先天異常児の母体年齢」

ある。もちろん、先天異常の原因は特定できるものではない。体外受精や顕微授精などの技術的原因、もともとの遺伝要素が原因かもしれない。しかし、図４の「先天異常児の母体年齢の割合」を見れば、高齢女性の出産児に先天異常が多いことは明らかである。

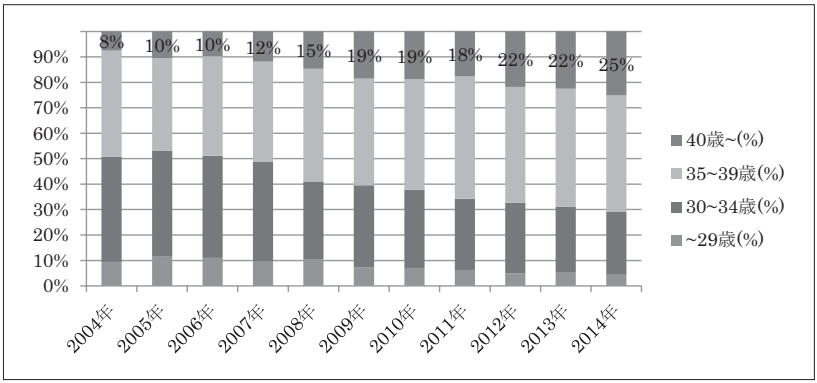

図４　「先天異常児の母体年齢の割合」

このような高齢女性の不妊治療の実態をみれば、高齢女性が子どもを産みたいとすれば、提供卵子に依拠することがその確率を上げることになることは確かである。先に見たように、アメリカでは、提供卵子を用いた体外受精の成績は、二人に一人が出産に至っているのである。実際、日比野由利の調査によれば、海外渡航治療・卵子提供に関する問い合わせを受けた経験のある医師（141票）の70.2％が「国内法を整備し、国内で実施」が望ましいと回答しており、不妊当事者（186票）の67.0％が国内での法整備と実施をすべきとの回答が得られたことを報告している[24]。この数字をみれば、日本国内での提供卵子による生殖の実施がかなり求められているということはいえるかもしれない。

しかし、日本においては、提供卵子による生殖が不妊治療の一般的な選択肢となるかは甚だ疑問であると言わざるをえない。たしかに、アメリカ

[24] 日比野由利他「卵子提供に対する医師・不妊当事者の意識と実態」2012　参照。

社会では、医師も妊娠しにくい高齢不妊患者に提供卵子という選択肢を示すし、また有料の卵子を提供するシステムもある。養子が求められるアメリカにおいて、提供卵子によって子どもを産んでも日本ほどには軋轢はないだろう。しかし、柘植あづみは、「ある技術が選択肢として存在している社会では、それを選択しないのは難しい…それはアメリカの文化的な『選択』に対する姿勢であるかもしれない」（柘植 2012：162）という。アメリカ社会において提供卵子による生殖は、そこに選択肢として提示されているからであり、また、その選択を可能にする卵子提供のハイブリッドな集合体ができあがっているからであろう。生殖資源としての卵子の市場、ドナーとレシピエントを繋ぐ業者、これらが子どもを欲する人々と生殖資源を提供する人々を「契約」によって結びつける。これがアメリカにおける最適化である。代理出産についても同様であろう。日本で同様のシステムが構築されるとは思われないが、仮に何らかのシステムができたとしても、それは、アメリカとは異なるものになるだろう。今のところ、どうしても子どもを欲する場合、これまでどおり、日本人は提供卵子や代理出産を外国に求めていくことになるのではないだろうか。なぜなら、善意の提供卵子が国内でたやすく調達できるとは考えられないからである。

現在、提供卵子による生殖を可能とする先進諸国はあるが、そのシステムは一様ではない。慈善の卵子提供に依存しているフランスでは慢性的に卵子不足であるが、卵子の提供に対価があるスペインは卵子保有率が欧州一であり、提供卵子を求める人々が他国から、もちろん、日本からも訪れているようである（宮下 2015）。また、日比野による生殖ビジネスを展開している国々の調査（2010年～14年）[25]では、各国の事情によりARTを用いた代理出産や卵子提供がビジネス化されていることが明らかである。しかし、グローバルに展開されている生殖ビジネスに、トラブルはつきものである。日本人が関与したインドの「マンジ事件[26]」、2014年にはタイで

[25] 日比野由利『ルポ　生殖ビジネス』2015　朝日新聞出版、参照。
[26] 2008年、日本人がインドで代理出産依頼を行ったが、依頼者夫婦が離婚したために、生まれた子どもが日本に帰国できなくなった事件。

日本人独身男性が提供卵子と代理出産で十数人の子どもをもうけていることが明らかになった事件、こうした事件を契機に、インドやタイは第三者の関わる生殖に対して法規制がなされていく。ここには、生殖資本をめぐるグローバルな競争と最適化が展開されていることがみてとれる。

4．世代継承を促す二つの要因

体外受精が不妊治療と定義され実践されるようになれば、生殖の規範性――生物学的男女や偶然性、世代継承の規範など――は再構成されざるをえない。とはいえ、体外受精が当該社会の生殖をめぐる規範を瞬時に転換させるわけではない。さまざまな別の力に依拠しつつ平衡点を見いだすことになる。

1980年代半ば、アメリカ全土を議論の渦に巻き込んだ、子どもの親をめぐって争われた通称「ベビーM事件[27]」と呼ばれた裁判がある。これは、代理出産契約によって子どもを産んだ代理母が、生まれた子どもを依頼主であるスターン夫妻に引き渡さなかったために起こされた。裁判では、契約の正当性が確認され、依頼主であるスターン夫妻が生まれた子どもの親であると判決が下された。フォックスは、この判決について次のような疑問を投げかける。「契約上の両親が自然の両親より優位にたつという結論の発言は、どんなものであれ熱烈な拍手をもって迎えられた。」「この国（アメリカ）はなぜ階級と契約に疑問を抱か『ない』のだろう。」（フォックス 2000：11）と。彼は、「新生殖技術が生き残るかどうかは、根本的に横たわる生物学的現実を助けうるか、それとも破壊するかにかかっている」（同上書：184）という。つまり、妊娠と出産を経験した女性と生まれた子どもは「特別な絆」によって結ばれるのであり、その絆を破壊するアメリカ社会の「契約」への異議申し立てなのである。ここには、生殖にお

[27] アメリカで起こった、代理母（人工授精型の代理出産）が出産後、子どもを依頼主夫婦に引き渡さなかったことから、起こった裁判とメディアでの議論を総称して「ベビーM事件」と言い、詳細は、『代理母　ベビーM事件の教訓』『バースマザー　ある代理母の手記』参照。

ける「妊娠・出産」がきわめて生物学的身体現象であり、胎内で胎児を育てる女性とその胎児との生物学的絆という事実性は代理出産契約によっては変更し得ないという文化人類学的解釈があるということになろうか。

しかし、フォックスは生殖技術によって子どもをつくることを否定しない。彼は、子どもをもつことはそれを「好ましく感じるから持つのであり」、「後継者は大事だから持つのである（ビル・スターンの動機）」と述べる。また、「老後の助けを考えたり、大家族がステータスシンボルだと考えたり、その他さまざまな目前の動機から子どもを持つ」（同上書：182）のだという。つまり、人間はこのような「直近の」目標に向かって行動するというのである。また、生殖は「性愛とか渇望とか所有や権力の快楽とか愛情とか同志的連帯などなどによって動機づけられる」（同上書：183）ともいう。世代継承という観点から見たとき、テクノロジーによって生殖が最適化されるのは、まさに、子どもをもつことを促す目前の目標に依拠すると同時に、「産む／生まれる」身体関係が未だ生物学的事象なのか、社会的事象であるのか不明な領域が残されているということになろう。

日本ではタレント夫婦がアメリカで代理出産によって夫婦の受精卵による双子の子どもを得て、子の認知をめぐる裁判があった。法的母親は「遺伝的（卵子の）女性」か「懐胎・出産した女性」かが法廷で争われた。結果は「懐胎・出産」した女性が母親であることが確認され、依頼者夫婦と子どもは、特別養子縁組によって親子となった。

ここには、日本という共同体がそれを生き、更新してきた世代継承における葛藤がある。それは婚姻の慣習や制度（一夫一婦制、一夫多妻制他）、親子関係、相続、そして、何よりも「産む／生まれる」身体の文化的布置における葛藤である。代理出産によって生まれたタレント夫婦の遺伝子を引き継ぐ子どもは、「近代家族の性愛の証」である。しかし、他方には、懐胎し出産する女性とその子どもは文字通り「血を分けた」親子であるという認識もある。また、女性の価値が産むことをめぐってなされてきたという歴史的事実もある。今日の生殖テクノロジーとそれをめぐる医療は日本社会が選択してきた世代継承の何を変え、何を保持しようとしているのだろうか。

５．連続と断絶――先端生殖医療の最適化の要因――

イアン・ハッキングは「何かが数え上げられ始めると、数え上げということ自体がそのための細目やデータの再編成を生み出すことになる。…データの集積は、…社会の発展を報告するだけのものではない。それは巧妙に、そして多くの場合は善意から、人々がそうあるべき新しい姿を創り出す」（ハッキング 2012：211-2）という。筆者が日産婦会のART実績データを数え上げ、再編成したデータは、結局のところ、日本国内で提供卵子による生殖システムの構築の必要性を訴えることに加担するのだろうか。

体外受精が「試験管ベビー」と呼ばれたとき、技術や人為による生殖行為に対する拒否感があったであろう。しかし、やがてそれは克服された。そこにはさまざまな理由があるだろう。たとえば、不妊治療に「タイミング法」というものがある。要するに排卵日に性行為をせよ、という医学的指導である。だが、このタイミング法はあまり評判がよくない。治療としての性行為がそう易々とできるものではないということである。「不妊治療」というのであるから、不妊は病と分類されてはいる。しかし、風邪やインフルエンザとは異なる。インフルエンザに罹れば、医者の言うことをよく聞き、おとなしくその指示に従うが、この日に性交せよと指導されても、素直に聞けるものでもない。風邪やインフルエンザは個人の病であるが、性行為は２人の協同作業であるし、そこには治療的要素は何もないのである。むしろ、必要なのは性行為を促す物語であろう。

したがって、顕微鏡下でエンブリオロジストが毎日勘をたよりに選び出した精子を卵子に器具を用いて注入していたとしても、生まれた子どもは「カップルの愛の結晶」であるという物語があれば、技術によって子どもをつくったことは捨象される。生殖テクノロジーが「性現象」「性愛」という物語に従属している限りにおいて、それは許容されたということになるのだろう。「私たちはあれこれの制度により多くの『自然さ』を認めるという落とし穴に陥ってはならない…制度は結果なのであって本性ではない」（フォックス 2000：70）とフォックスはいう。

これまでの日本では、「体外受精」という技術によって子どもをつくることの不自然さは簡単に乗り越えられたのではないかと思われる。人工生殖という出生過程に強い心理的抵抗があったのは、むしろ日本の医学会ではなかったか。先の1990年に筆者らが行った調査から、医者の相反する見解を確認した。キリスト教文化圏は、受胎が神と関わる深い物語をもっており、「人間存在は受胎の瞬間から一個の人として尊重され扱われねばない」（米本 2006：138）とローマ教会はその見解を示した。その結果、欧州では、体外受精技術の臨床展開において、厳格な「ヒト胚の道徳地位」が規定されたのである。その道徳的・法的規制を経てなお、体外受精によって子どもをもつことに意味を見いだしていったのだろう。米本は、「アメリカで、受精卵移植や代理母が、一方で強い反対の声があるにもかかわらず、これが実際に行われることの背景には、この国の養子縁組という特殊事情がある。アメリカでは養子の求めが非常に多い。所得の多い人は、自分の子どもが三人四人いてもその上に養子を求める」（米本 1985：175）とかつて書いていた。今でもそうであるかどうかはわからない。また、フォックスも大家族を「ステータスシンボル」（フォックス 2000：182）と記している。ただ、言えることはアメリカでは、未だ家族は「よきもの」と認識されているということであろう。

ひるがえって、日本ではこれまでARTを受け入れてきた不妊当事者に、どのような子ども、どのような家族をもちたいという理由があっただろうか。今日、日本における出生率の低下をみれば、だれもが子どもをもちたいと思う時代ではなくなったことを伺わせる。養子という選択が極端に低い日本にあって、子どもをもつ理由は極めて個人化している。したがって、現在の日本の不妊患者のとる方法は、２種類しかないのではなかろうか。それは、「子どもを諦める」か「海外に提供卵子や代理出産を求める」かである。

おわりに

今日の日本におけるARTの問題は、たとえば、卵子の老化が原因の不

妊患者は、外国で卵子提供を受けるか、子を諦めるかのいずれかの選択しかない。つまり、日本の生政治は、もはや「卵子の老化」による不妊患者（patient）ではなく、すでに20代の女性たちを不妊の「前患者 pre-patient」とみなし始めている。公的機関（たとえば、浦安市）が将来の人口確保のために、「卵子の凍結」に補助金を出したり、若い世代に「計画出産」などの啓蒙を始めている。若い女性たちの中には自らの意志で（主体的に）、未来の不妊患者にならないために「卵子の凍結」という保険をかける人も出現するようになった。

しかし、彼女たちは、好んで不妊の「前患者」になっているわけではない。女性が高学歴化し、また、結婚や出産に左右されることなく仕事を継続したいと望むのであれば、現代の日本の女性にとって、20歳台で子どもを産むことはリスクとなりかねないのである。彼女たちは、不妊の「前患者」であるというよりも、むしろ「社会的不妊」という状況におかれているというべきであろう。

本稿では、おもに「卵子」という身体資源を「生殖」という次元から見てきた。しかし、日本では研究のための「卵子」がどのように調達されて、どのように扱われているか、ほとんど政治的にも社会的にも無関心である。ここでの議論では、研究用資源としての「卵子（精子）」や「受精卵」について検討することはできなかった。別稿への課題としたい。

【引用および参考文献】

浅井美智子（2011）「新生殖技術に対する受容と拒否の要因」pp.26-34、「新生殖技術に対する自然観の変容」pp.35-48、大阪府立大学・生殖医療倫理研究会編『生殖医療倫理研究論集　生殖技術は氾濫・反乱する』創刊号

――――，（2008）「政策資料解説　生殖補助医療――法整備への動向――」、『家族社会学研究』、第20巻第２号、日本家族社会学会、pp.77-84

――――，（2000）「生殖技術とゆれる親子の絆」藤崎宏子編『親と子　交錯するライフコース』、pp.59-82

――――，（1991）「第３章　女性と不妊治療――聞き取り調査」お茶の水女子大学生命倫理研究会編『女性と新しい生命倫理の創造――体外受精と家族関係をめぐって』、pp.118-142

大野和基（2009）『代理出産　生殖ビジネスと命の尊厳』集英社新書

カストリアディス・コルネリュウス（1994）『迷宮の岐路Ⅰ』宇京頼三訳、法政大学出版局
ケイン・エリザベス（1993）『バースマザー　ある代理母の手記』落合恵子訳、共同通信社
白井千晶（2015-16）「当事者アンケートから見た卵子提供を受けて母親になった女性の経験」『アジア太平洋研究センター年報』、pp.34-42
――――，（2015）「卵子の提供を受けて母親になった女性の妊娠以降の経験について――当事者インタビュー調査より」『アジア太平洋レビュー第12号』、pp.51-68
スパー・デボラ・L（2006）『ベビー・ビジネス　生命を売買する新市場の実態』椎野淳訳、ランダムハウス講談社
セール・ミシェル（2006）『人類再生　ヒト進化の未来像』米山親能訳、法政大学出版局
タッカー・ホリー（2013）『輸血医ドニの人体実験』寺西のぶ子訳、河出書房新社
チェスラー・フィリス（1993）『代理母　ベビーM事件の教訓』佐藤雅彦訳、平凡社
柘植あづみ（2012）『生殖技術　不妊治療と再生医療は社会に何をもたらすか』みすず書房
――――，（1999）『文化としての生殖技術　不妊治療にたずさわる医師の語り』松嶺社
テスタール・ジャック（2005）『透明な卵　補助生殖医療の未来』小林幹生訳、法政大学出版局
中山元（2010）『フーコー　生権力と統治性』河出書房新社
樠島次郎（2001）『先端医療のルール』講談社現代新書
ハッキング・イアン（2012）『知の歴史学』出口康夫／大西琢朗／渡辺一弘訳、岩波書店
檜垣立哉（2006）『生と権力の哲学』ちくま新書
日比野由利（2015）『ルポ　生殖ビジネス　世界で「出産」はどう商品化されているか』朝日新聞出版
日比野由利他（2012）「卵子提供に対する医師・不妊当事者の意識と実態」『日本予防医学会雑誌』、第７巻２号、pp.49-58
フーコー・ミシェル（1986）『性の歴史　Ⅰ　知への意志』渡辺守章訳、新潮社
――――，（1974）『言葉と物――人文科学の考古学』渡辺一民・佐々木明訳、新曜社

フォックス・ロビン（2000）『生殖と世代継承』平野秀秋訳、法政大学出版局
松尾瑞穂（2013）『インドにおける代理出産の文化論　出産の商品化のゆくえ』風響社
松岡亜樹子（2016）『不妊治療のやめどき』WAVE出版
宮下洋一（2015）『卵子探しています　世界の不妊・生殖医療現場を訪ねて』小学館
向井亜紀（2007）『家族未満』小学館
――――，（2002）『プロポーズ　私たちの子どもを産んでください。』マガジンハウス
森岡正博（1989）『脳死の人――生命学の視点から』東京書籍
山崎吾郎（2011）「臓器移植の生経済　治療から数の調整へ」檜垣立哉編著『生権力論の現在　フーコーから現代を読む』勁草書房、pp.15-46
吉村泰典（2013）『間違いだらけの高齢出産』新潮社
横山美栄子（1991）「第４章　不妊治療に携わる医者の倫理と実践――医者の聞き取り調査（1）――」お茶の水女子大学生命倫理研究会編『女性と新しい生命倫理の創造――体外受精と家族関係をめぐって』、pp.143-153
米本昌平（2006）『バイオポリティクス　人体を管理するとはどういうことか』中公新書
――――，（1985）『バイオエシックス』講談社現代新書
ローズ・ニコラス（2014）『生そのものの政治学　二十一世紀の生物医学、権力、主体性』檜垣立哉監訳、法政大学出版局
Rose Nikolas（2007）*The Politics of Life Itself : Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton University Press
――――，（2001）*The Politics of Life Itself*, Article in Theory, Culture & Society（https://www.researchgate.net/publication/247948450）