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

人工生殖を支配する生政治

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2012-01-19 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/10.24729/00004882

人工生殖を支配する生政治

浅井　美智子

1　はじめに

科学によって研究され、技術によって把握されて、死と生殖は文化となっている。われわれの身体を形づくる力は、それ以来、与えられた自然からよりも、われわれが構築した環境からやってくるのであり、自然からよりも文化からやってくるのである。（ミシェル・セール 2006：66）

人工生殖（性交を経ない技術による生殖）の臨床実施は、日本では半世紀を超えた。1949年８月、提供精子による人工授精（AID：Artificial Insemination with Donor's semen）[1] 児が初めて誕生した。その後、1983年10月、初の体外受精児が誕生している。体外受精（IVF：in vitro fertilization）[2] によって生命を生み出すことができる、つまり、技術によって生命を生み出すことができるという地平は、生命の誕生に二つの方向を開いた。まず、技術の進展を強く促したことである。それは、自然生殖が不可能な精子を物理的に授精させる顕微下での授精[3] を可能とし、凍結配偶子、凍結授精卵により生命を生み出した。また、閉経した女性の妊娠出産を可能とする技術も展開されている。体外受精が開示した第二点は、性交を排除することによって、卵、精子は生命を生み出す素材、子宮は孵卵器という認識をもたらしたことである。これらの生殖は不妊治療の一貫として、また、生殖補助技術（ART：Assisted Reproduction Technology）という名の下に実施されている。しかし、われわれが自明としてきた生殖は、一組の男女の性交、妊娠、出産という一連の過程であった。この技術は、それを分断し、複数の人々が生殖そのものに介入して生命を生み出すことを可能にする。AIDはすでに実施されて久しいが、性愛とは無関係の第三者の卵や精子、代理懐胎・出産により親になれるという方法の開示は、さまざまの欲望を生み出す。

現在（2010年）、日本には先端生殖技術を規制する法律はなく、唯一、その実施を規制しているのが、日本産科婦人科学会（以降、「日産婦会」と省略する）が出している会告である。もちろん、この会告には法的規制はない。したがって、会告に従わず、技術的に可能な生殖であれば何を行っても罰せられることはない。実際、会告が禁止している提供卵による出産、代理懐胎による出産、閉経を過ぎた女性の出産などを実施した医師[4]がいる。だが、概ねこの会告は守られている。

しかし、体外受精は予測もできない生殖を可能にする。子宮のない娘に代わってその母親が娘夫婦の受精卵を妊娠・出産する。子宮摘出した姉の代わりに実妹が姉夫婦の受精卵を代理懐胎・出産する。夫婦の受精卵を外国の女性に代わりに産んでもらう。凍結保存されていた夫の精子によって、夫の死後妻がその精子によって受胎し出産する。これらの事例は、日本人が実際に行った生殖である。たしかに、ひとが自然では不可能な生殖を望むから技術が進展するのか、技術が進展するから不可能な生殖を欲望するのか、それはわからない。

しかし、現に不可能な生殖が技術によって可能であることが示されれば、それを望む人々が出てきても不思議ではない。日本で行うことが困難な提供卵や代理懐胎に依拠して子どもを持とうとする人々は海外に出かける。この構図は臓器移植の場合と同様である。つまり、人工生殖が問題状況にあるのは、大学病院を中心とする生殖科学者が、その生殖観によって人工生殖を規制してきたこと、また、国家が生殖技術の法制度化を怠ってきたことが直接的原因である。

さらに、生殖の欲望を喚起する男女の心性は「自然」と思われているが、それが文化・歴史的につくられたものであることを想起せねばならない。つまり、生殖科学者が人工生殖を方向付けているのは、ある時代と文化によってつくられた生殖観であるということである。子どもを望む人々の生殖観も変化しているのである。人工生殖技術の専門家集団だけがその生殖観によって親の選択を斟酌し、技術の受容者を選別してよいものとは思われない。ここには、そのような規制を要請する権力が働いているといえるのではないか。本稿では、日本における人工生殖技術の進展とその臨床実

施の経緯、日産婦会の会告、厚生労働省・法務省などの人工生殖に対する検討から、許容される人工生殖の背後にある生殖に介入する政治的力とはどのようなものであり、それがどのように行使されてきたかを明らかにしたい。

2　人工生殖技術の開発競争

2.1　AIDが開示した生殖の主導権

夫の精子による人工授精（AIH：Artificial Insemination with Husband's semen）が正式に記録されたのは1866年、アメリカにおいてである[5)]。AIDが初めて記録されたのもアメリカで、それは1884年のことである。フィラデルフィアのジェファーソン医科大学教授ウィリアム・パンコーストは、夫が不妊であった女性の同意も得ずに、学生の精液を彼女の膣に注入した。9ヶ月後にその女性は男児を出産したという。パンコーストは、AIDの施術をした女性夫婦の記録も、精子を提供した学生の名前も残していない。この事実が明るみ出たのは、1909年、『メディカル・ワールド』に掲載された、ミネソタの無名の医師アディソン・デイヴィス・ハードによる「人工妊娠について」という論文によってであるという（デイヴィッド・プロッツ：266）。ジーナ・コリアは、「これは明らかにレイプです」（コリア：22）と明言している。パンコーストはことの次第を夫には告げているが妻には内緒にすることに両者は同意したという。アメリカでは、AIDが実施され始めたころは、不妊の夫の代わりの精子によって、しばしば妻はその同意なく授精させられていた[6)]。生殖は性行為と性愛の結びつきの結果として是認されてきた。したがって、妻の同意どころか、彼女のあずかり知らない精子によって妊娠させられたのであるから、これは、コリアの言うようにまさにレイプ以外のなにものでもない。

妻の同意のない人工授精がなぜ行われなければならなかったのか。そもそも、人工授精（AI）は技術的にAIHとAIDと区別されるわけでない。わざわざ区別するのは「嫡出」という概念があたかも自然であるかのように生きられてきたからである。したがって、提供精子による人工授精が問

題とされるのは、他者の精子によって生まれた子どもを嫡子とすることが倫理的に叶うかどうかであった。1949年、ローマ法王ピウス（ピオ）12世は、AIDはそこに夫との血の絆がなく不道徳であり、拒否されるべきものであると発言し注目された。医師からのAID肯定の表明もあったが、国によってAIDに対する態度は異なるもののAIDはそれを必要とする人々がおり、道徳的に否定されながらも多くの国で実施されてきた。

しかしながら、AIDは、「嫡出」という考え方こそ問われるべき問題であることを明るみに出した。「嫡出」なる概念は、男性が生殖の主導権を握る制度、つまり家父長制度が生み出したものである。AIDはこの制度を揺るがす技術である。それにもかかわらず実施されてきたのはなぜか。不妊男性がそうでない証としての（虚偽の）子どもを提供する（実子登録）という理由で実施されてきたからである。AID児をもった父は世間的にはそれと知られない。AID児は男として性能力を世間に表明する証となるというわけである。

さらに、AIが開示したもっとも根源的問題は、性交を促す性愛を排除し、医師が物理的に性交の代わりに精子を女性の身体に送り込み妊娠させることである。つまり、AIは、生殖の主導権が医師に委譲されることを意味するのである。

日本では、1949年、慶応義塾大学病院で国内初のAID児が誕生し、科学技術によって生命を生み出すことができるという事実を示した。しかし、日本でも、世論は科学によって性交を経ずに生命を生み出すことへの驚異よりも、提供精子により生殖がなされたことへの反応を示した。また、当時は、医学部の学生、インターンが精子を提供したようであり、複数の精子を混合し人工授精が行われていた。当然のことながら、精子提供者は複数かつ匿名であったから、子どもを出生させた精子の遺伝的出自は不明である。したがって、AIDにより生まれた子どもは産んだ母親の夫が戸籍上の父親として届が出されている。この状況において日産婦会は何の規制も出さなかったが、親子関係の法的承認について国家が見解を示すこともなかった。しかし、AID児を初めて誕生させた慶応大学の安藤画一は、不妊に悩む人に、子どもをもちたいという希望をかなえてあげることが医師の

責任であると、随所で発言していたが、父親と血縁のないAID児に対する父親の態度に不安を表明してもいる。

また、安藤はAID児に対して、「優生学的見地から種の改良をめざしているから、優秀な子どもであることは確信している」（「サンデー毎日」1949年８月14日）と、精子の選良を示唆する発言をしている。つまり、AIDのために提供される精子が選ばれたものであると言っているのである。医学部の学生やインターンの精子が優秀であるかどうかはわからないが、それを選ばれた優秀な遺伝子をもつ精子であると安藤は考えていたのであろう。それゆえ、AIDに必要な提供精子の確保がその希望者に追いつかず、精子の凍結保存の開発が始まった。当時その研究を担当した沢田喜彰[7)]、飯塚理八[8)]、両氏は、1957年の日本不妊学会で凍結精子による妊娠の成功を発表している。

２．２　体外受精による出産競争

世界の生殖科学の動向は、明確に体外での受精を目指していた。1978年、イギリスで世界初の体外受精児（ルイーズ・ブラウン）が誕生した。遅れること５年、1983年10月、日本で初めて夫の精子と妻の卵による体外受精児が東北大学病院で誕生した。

世界で初めての体外受精児ルイーズを生み出したのは、ロバート・エドワード、パトリック・ステプトーである。この初の体外受精はもちろん奇跡的に誕生したわけではない。医学の進歩が数知れない臨床実験によって築かれていることは周知のことだが、エドワード、ステプトーも数知れない体外受精卵を作成し、移植を試みてきた。フランスで初めて体外受精児を誕生させたジャック・テスタールは、その著書『透明な卵』で、卵は女性患者の協力（？）によって得、精子は婦人科のインターン、そして彼自身から調達したことを明らかにしている（テスタール：45）。同書で、テスタールは「エドワーズは五人の娘の父親だが、「試験的な胚」の染色体分析を実施したとき、男の子の父親にもなれる可能性があったことを教えてくれた」（テスタール：45）と記している。ルイーズが生まれるまでにブラウン夫妻は10回を越える体外受精をくり返した後に、ようやく成功し

たのである（大田：20）。だが、体外受精・胚移植を試みたが出産に至らなかった数多くの不妊夫婦の記録はない。

日本で初の体外受精児を誕生させた東北大学の臨床実施の決断に、当時一番驚いたのは、生殖研究者であったという。なぜなら、当時、体外受精の研究はまだまだ途上だったのである。彼らの驚きは研究途上にある体外受精の臨床に踏み切ったことであるという（大田：19）。イギリスでもフランスでも、そして日本でも生殖研究者は、体外での受精、その受精卵が人として生まれることを夢見て競争してきた。しかし、ことは生命を人為によって生み出すことである。体外受精の技術はまだ確立されたものではなかったので、どのような異常が発生するか未知であった。イギリスでの体外受精児の誕生以来、途上にある日本の生殖研究者はその試験データを欲していたのである。したがって、東北大学での体外受精児の誕生は、研究者にとっての驚きであり、見切り発車という感をもったといわれる（大田：19-28）。

それでも、体外受精児の誕生が迫っている1983年４月、日産婦会は「体外受精等に関する委員会」を設置し､10月「体外受精・胚移植に関する見解」を発表している。その後、日産婦会は「体外受精・胚移植」の「登録報告制」について発表している（1986年３月）。AIDの時と異なり、体外受精に対する日産婦会の対応は早かったといえる。しかし、この見解は、体外受精を受けられる対象を法的に婚姻した夫婦に限り、これまで長く実施されてきたAIDとの整合性を欠くものであったが、それは不問に付された。

では、初の体外受精に対する世論はどうであったか。東北大学における初の体外受精児誕生直後の新聞報道の反応は好意的なものであったが、次第に体外受精児を「試験管ベビー：Test Tube Baby」と呼ぶ週刊誌の報道も見られるようになる。「試験管ベビー」という用語が指し示すことは、生命が実験室で作られることのあからさまな表示であると同時に、違和感の表出であるといえる。しかし、このような違和感の表出が体外受精の臨床実施を止めることはなかった。日本では、30年近い体外受精の臨床実施が行われており、すでに市場化された子産み技術となっている[9)]。不妊治療として定着しているとはいえ、体外受精はおおむね夫婦間に限って臨床

実施されている。

ところで、1983年以来実践されてきた体外受精だが、それを研究し臨床実施してきた人をみれば、成功を収めた人は例外なく男性である。彼らは自らの精子を使うことまでしたが、それを移植することまではしなかったかもしれない。しかし、不妊治療を行っている医者は、安藤のいうように不妊の人に子どもをもたらしたいという。だが、その臨床の前に、生殖科学者には「生命の発生と誕生」のしくみを知りたいという「知の欲望」がある。そして、臨床医には「子どもをつくってあげる」[10] という「支配欲」がないとはいえないだろう。

3　人工生殖に対する無作為が示す父権

3.1　AID児はなぜ実子とされたのか

日本では、1949年のAID児誕生以来、体外受精児誕生、凍結配偶子による生殖、顕微授精による生殖など、次々と新たな生殖技術が臨床実施されてきた。しかし、今日に至るまで、人工生殖に対する法的処置はなされていない。当然のことながら人工生殖は、これまでの法的親子認知の想定外の親子を生み出す。問題は、1949年のAID児誕生のときにあった。不妊の夫の代わりにだれのものか特定できない精子による人工授精で生まれた子どもが、不妊の夫と出産した妻を両親とする出生届が出されたことは先に指摘した。

AIDの実施、それによる出産という、ひとりの人間の誕生の過程は事実として存在する。だが、ひとがこの世に誕生するとは、社会の掟に従って参入することである。社会の規範は人工生殖など想定していないが、これまである規範にしたがってAID児が社会に参入するには、父との血縁を否定しなければならない。つまり、夫にとってAID児は養子である。ところが、最初のAID児は不妊の夫の実子として届けられた。これが日本における人工生殖の最初の躓きであった[11]。

遺伝的つながりのない子どもを実子とすることは、将来への危惧をもたらした。AID児を誕生させるためには精子提供者がいる。初めてAID児を

誕生させた慶応大学病院では、精子提供を同病院のインターン、同大学の学生に依存していた。当然何度も精子を提供した人がいたはずである。また、AIDが普及すれば、地方都市でも行われる。そこでは精子を提供する人は限られるはずである。つまり、ひとりの精子提供者がどれだけの子どもの誕生に関わったかわからないということになる。当然育った子ども同士が婚姻することもあるだろう。

また、AID児は自己の遺伝的父をそのはじめから隠蔽されていることが、そのアイデンティティ形成に深く関わることが今日では認識されつつある。また、親子関係においてもそのはじめから秘密をもった家族として過剰な問題を抱えることになる。

AID児に対し出生の虚偽がなぜ容認されてきたのか。そこには結婚すれば子どもをもつことが当然という認識がまずある。女（妻）は子どもを産んで、男（夫）は妻子をもって一人前と見なされてきた。夫が不妊の夫婦にとって、提供精子であることが隠蔽されさえすれば、AIはその家族を完成させる技術となる。つまり、不妊夫婦にとって、技術は性交・性愛の代替となるだけである。妻は子どもを産めるし、夫はその生殖能力を証明できるからである。

しかし、虚偽の親子関係は、たとえそれを望んだのが両親であったとしても、生まれてくる子どもにはそう知らされない。たしかに、自然生殖によって生まれる子どもが親を選んで生まれてくるわけではないが、その子どもたちは自分の出自を疑わない。AIDによって生まれた子どもは、その子だけが出自の虚偽を知らないのである。「DI者（AIDによって生まれた子ども：筆者注）はその出自の真実を秘密にしたまま育てられ、出自を知る権利が奪われている。成人してその事実を知ったとき、自らのアイデンティティが崩れ、苦悩は大きい」（才村、宮嶋：216）といわれている。AID児が事実を知れば、生きてきた自らの存在の根拠が突然奪われるのであるから、アイデンティティが危機に陥るのは当然であろう。

AIDは、医師と精子提供者という第三者が直接関わる、意図的生殖である。AIDによって生まれる子どもにはその事実が知らされるべきであり、父は養父とされるべきではなかろうか。

３．２　体外受精はなぜ夫婦間に限られたのか

不妊研究を行ってきた生殖科学者が誰でも体外受精に賛成してきたわけではない。かつて慶応大学において不妊研究を行い、凍結精子による授精に成功し、のちに臨床医として不妊臨床を行ってきた沢田喜彰は、不妊治療が体外受精に一元化されることに反対していた。沢田は、不妊の最大の原因が、「機能不全、つまり“原因不明の不妊”」であり、「試験管ベビーこそワンパターンであり、残る九〇パーセント以上の原因解明に新たな科学の手が要求されている」（大田、沢田：６）と、日本初の体外受精児が誕生した当時、述べている。つまり、沢田にとっては、不妊の原因解明によって自然妊娠させることが不妊治療であると考えていたようである。

一方、イギリスでの世界初の体外受精児誕生以降、日本では東北大学、慶応大学、徳島大学（京都大学：森崇英）が体外受精児誕生の先陣争いをしていたと思われる。日本でも体外受精児が誕生することが予測できたのだろう。慶応大学の飯塚理八を中心に体外受精のためのコンセンサス作りともいえる「日本受精着床学会」が発足した。ところが、それから一年も満たない内に突然のように東北大学（鈴木雅洲）で日本初の体外受精児が誕生した。東北大学では、初の体外受精の臨床実施を行うにあたって、四つの見解を基本とした「体外受精･胚（分割卵）移植に関する憲章」（大田：29）を発表している。注目されるのは、見解その２において、体外受精を「合法的に結婚した夫婦だけに限定する」ことを謳っていることである。日産婦会が「「体外受精・胚移植」に関する見解」を発表したのは、東北大学で体外受精児が誕生した10月であった。日産婦会の見解でも体外受精は合法的に結婚した夫婦に限るとしているが、東北大学の憲章を踏襲しているように思える。

しかし、1949年以来、提供精子による人工授精が実施されてきたことと、体外受精の被臨床者を合法的夫婦に限ったことには整合性がない。なぜ、少なくとも提供精子による体外受精が認められなかったのだろうか。それは、日産婦会の医師たちにAID児の虚偽の出生から生じるトラブルへの不安がまずあったからではないか。つまり、1983年までに、AID児をめぐるトラブルがそれを実施してきた多くの国で起こっていたのである。東北大

学、日産婦会がそれを知らなかったはずはない。したがって、体外受精の実施におけるトラブルを最小限にしようとした結果、体外受精を合法的に結婚したカップルに限ったのではないだろうか。

また、日産婦会は、人工生殖技術を生殖補助技術（ART）、すなわち不妊治療と位置づけてきた。だが、不妊が病として治療の対象になるのは、子どもを欲して性交渉をしてもできない、それでも子どもを欲して医療にアクセスしてはじめて不妊治療の対象者となるのである。不妊治療はこれまでもあった。たとえば、卵管閉塞で妊娠に至れない人に通水、通風などの治療があり、また、排卵誘発剤の投与などもあった。不妊治療を行ってきた医者たちは、人工授精・体外受精をそれらと同列の不妊治療として位置づけたかったのではないだろうか。つまり、人工生殖を自然生殖の代替と考え、これまでの生殖の力学を維持しようと考えた結果であるといえる。生殖の力学とは、生まれた子どもに「父の印」があることが、その社会的存在を保障する制度であると言い換えることができる。

しかし、性交を排除する体外受精は、夫婦の不妊、つまり性交しても妊娠しない夫婦だけの子産み技術ではないのである。この技術は、精子と卵の組み合わせを多様にし、他者に産んでもらった子どもを自分の子どもとすることができる。シングルやホモセクシュアルの人々でも子どもをもつことを可能とする技術でもある。つまり、人工生殖は、「父の印」どころか、「母」すら、決定できない生殖のあり方を提示したのである。

３．３　顕微授精の問われない理由

体外受精の技術は、まさに人の手により生命をつくるという意味で衝撃的であった。ところが、体外での自然な受精すら困難な精子（亡精子症、精子無力症、奇形精子症など）を顕微鏡下で物理的に卵に送り込む「究極の体外受精」とさえいわれる顕微授精により、1989年、シンガポールで世界初の子どもが誕生した[12] 世界初の顕微授精児誕生から時を待たず、1990年11月、日本不妊学会は、「熟練した医療グループが、難治性不妊患者に限って用いること」を条件に顕微授精を認める見解を打ち出した（朝日新聞1992年４月８日付け）。日本でも顕微授精はすぐにでも可能な状況であっ

たことが伺える。

この段階で日産婦会は顕微授精について何もいっていない。しかし、日産婦会の「生殖医学の登録に関する委員会」委員長・森崇英（京都大学教授）は、内部では１年あまり検討し、1991年11月に結論に達していたと述べている（朝日新聞1992年４月８日付け）。この談話通り、1992年１月、日産婦会は会告「顕微授精法の臨床実施に関する見解」を発表した。この発表直後、北九州市内の不妊治療専門クリニック「セントマザー産婦人科医院」（田中温院長）が顕微授精で二人の女性を妊娠させることに成功したと報道された（西日本新聞：1992年３月28日、他）。

顕微授精には３通りの方法がある。①卵細胞の一番外側にある透明膜に穴をあけ精子が入りやすくする。②囲卵腔（透明膜と細胞質の間）へ精子を注入する。③細胞質へ精子を注入する。いずれの方法も卵を傷つけるものであり、安全性への危惧がぬぐえない。顕微授精による妊娠の報道にも、安全性や倫理面を危惧するものが目立つ。なるほど、日本での顕微授精による妊娠成功までに、世界での顕微授精による出産は100例ほどであった。顕微授精を日産婦会が許可したのは、この100例に異常がないからであるという医者もいる[13)]。100例に異常がないから顕微授精は安全だとは決していえまい。

なぜ、生殖細胞（卵）を傷つけ授精させる方法が急がれたのであろうか。日本初の体外受精と同様の競争があったのではないかと思われる。日本初の体外受精児を誕生させた鈴木雅洲[14)]は、1991年８月、自らが院長であるスズキ病院内の倫理委員会（鈴木もこの委員会のメンバーである）が顕微授精の臨床応用を承認したので、すぐにでも実施したいと表明している（朝日新聞1992年４月８日）。鈴木は日産婦会の会告前に顕微授精を行っていたことがわかる。自前の病院内の倫理委員会の決定で生命を操作してよいものだろうか。ここには、新しい生殖技術の成功競争があるように見える。

しかし、問題は、技術競争だけにあるのではない。なぜ、わざわざ卵を傷つけてまで授精させる必要があるのかということである。これまで行われてきた体外受精は、卵と精子を体外に取り出すが、受精はそれらを混合するが自然にまかされてきた。自然生殖では卵管で受精されていたものが、

試験管に代わったということなる。これでも十分人為的である。ところが、顕微授精は精子を物理的に授精させる技術なのである。今日の科学ではなぜ試験管内で授精しないのかはわかっていない。そこには授精しないだけの原因があると予測することはできる。それを物理的に強引に授精させ、受精卵をえられれば移植するという行為は実験でしかない。顕微授精には、いかにしても自分の精子による子どもを持ちたいという男性性の生殖観とともに、それを鼓舞する生殖科学者の「生命をつくる」という支配欲が見えてくる。

4　事実を後追いする人工生殖技術に対する議論

4.1　人工生殖を規制してきた日本産科婦人科学会の限界

不妊治療として人工生殖技術の臨床実施を規制してきたのは、その技術を行使してきた医師の学会、日産婦会である。しかし、人工生殖技術をはじめて実施した時期と、その技術を規制する会告を出した時期から、日産婦会の生殖観がみてとれる。以下に、初の人工生殖技術による出産とその技術に対して見解が出された時期を記す。

1949年８月	AID児誕生……	1997年８月	会告「非配偶者間人工授精と精子提供」に関する見解
1983年10月	体外受精児誕生……	1983年10月	会告「「体外受精・胚移植」に関する見解」
1992年３月	顕微授精卵による妊娠…	1992年１月	会告「顕微授精法の臨床実施に関する見解」

上記のことから、次のようなことがわかる。体外受精は、体外受精児が誕生してあわてて会告を出し、顕微授精はそれを予測して出していることである。AIDに関しては、半世紀近く放置したままであった。こうした経緯は、日産婦会の医師たちが父と遺伝的につながる子どもを生み出すこと

を不妊治療と考えていたことを示している。

しかし、これは、提供卵、代理懐胎を望む人々の欲求に応えてこなかったことになる。1990年、日本人夫婦４組がアメリカの代理母斡旋業者を通して子どもを得ていたことが明らかになった。翌91年には、日本人による代理出産情報センター（2001年「卵子提供・代理出産情報センター」と改称）が設立され、日本人のアメリカでの代理懐胎・出産を後押しするようになった。臓器移植同様、日本でできない生殖を外国で行うという道が開かれたのである。

そのような状況の中、日本国内で日産婦会の会告を破る医師が出た。長野県の諏訪マタニティクリニックの根津八紘医師である。根津は、1998年６月、提供卵による体外受精児誕生を公表した（実妹の卵の提供を受けた姉が夫の精子との受精卵により妊娠・出産）。日産婦会は、８月、即座に根津医師を学会から除名した。しかし、医師免許が剥奪されたわけではないから、除名されたからといって医療行為ができないわけではない。その後、根津は、2001年５月、代理出産により子どもが誕生したことを公表し、2003年３月には、代理出産による２例目の出産を公表しているのである。

国内で代理懐胎・出産が行われているにもかかわらず、日産婦会は2003年４月、会告「代理懐胎に関する見解」を発表している。この見解では、「代理懐胎の実施は認められない」とされた。日産婦会の会告には法的義務はない。医師集団の日産婦会が提供卵や代理懐胎を禁止する限界がきていたといえる。

また、1998年には、AID児の嫡出性が争われた裁判が２例あった。ひとつは、東京高裁が「夫の同意があればAID児は夫の子ども」という判断を示した。もうひとつは、大阪高裁が明確な同意のないAID児に対する父の嫡出否認を認める判断を下した。この二つの裁判例は、長いAIDの実施がありながら、法的父の決定が未だ困難であることを示している。このような人工生殖をめぐる混乱が生じた1998年、厚生労働省でようやく人工生殖に対する議論が始まったのである。

４．２　実を結ばない厚生労働省・法務省の議論

1998年、厚生労働省は、「生殖補助医療技術に関する専門委員会」を設置し、人工生殖の臨床実施のあり方が検討されることになった。この委員会は、2000年「精子・卵子・胚の提供による生殖補助医療のあり方についての報告書」を提出した。この報告を受け、厚生労働省と法務省がそれぞれ、法整備に向けての具体的審議に入った[15)]。2003年、厚生労働省は「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する報告書」（以下、「厚生審議会報告」と略記する）を、法務省は「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療により出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する要綱中間試案」(「法制中間試案」と略記する)がそれぞれまとめられた。

要点は、「厚生審議報告」「法制中間試案」とも、精子・卵・胚の提供を認め、代理懐胎を否定していることである。だが、日産婦会は、同2003年に、見解の改定を行ったが、卵・胚、代理懐胎のいずれも否定している。この改定見解冒頭で、「実親子関係は遺伝的なつながりがあるところに存在する」と記されている。さらに「分娩者が母である」ことがルールであると明確に述べている。同じ年に出された、人工生殖を実施している医師会の見解と、厚生労働省、法務省の見解が提供卵と提供胚をめぐって分かれたのである。

この差異こそが、生殖観が混乱していることの証であるといえるだろう。日産婦会は生殖から生じる親子の基本を「遺伝的つながり」と「分娩」に置いている。厚生労働省、法務省は提供卵、提供胚を認めているが、その内容は異なる。厚生労働省は、子を欲しながら不妊症のために子をもつことができない、つまり、精子、卵、胚の提供を受けなければ子をもつことができない法律上の夫婦に限り、その提供を受けることができるとしている。法務省は、精子・卵・胚の提供を認めた上で、親子関係を民法上で明らかにすることを主目的としている。それは、①卵・胚提供によって生まれる母子関係、②精子・胚提供によって生まれる子の父子関係、③精子提供者の法的地位、の三点である。

この三者の見解から見えてくる生殖観は、法的に婚姻した夫婦にかぎり、生殖技術にアクセスできるということ、また、分娩した人が母となるとい

うことが共通認識としてあるといえる。相違点は「遺伝的つながり」をめぐってである。

日産婦会は、親子を「遺伝的つながり」によって決めることを明快に述べている。だが、これは、長くAIDを実施してきたことと矛盾しているが、日産婦会がAIDに対する明確な判断を避けてきた理由でもある。男性不妊者が子どもを強く望むことはよく知られているが、AIDを実施してきた医師の共通認識は、男性に子どもを持たせてあげたい、まったくの養子よりは妻との遺伝的つながりがある方がいいだろうというくらいのものであったと思われる。

厚生労働省の見解は、単に不妊の夫婦が子をもてるようにすればよいというものである。法務省の見解③が如実に日本における生殖観を表出している。つまり、精子・卵・胚の提供をみとめながら、精子提供者の法的地位だけに言及していることである。そこには、産む人が母であるから、法的「父」の決定だけが問題だといわんばかりである。

しかし、厚生労働省、法務省が検討し、結論を出した人工生殖の法的整備は、代理懐胎・出産の現実の前に頓挫した。米国人による代理懐胎・出産した子どもの親子認定をめぐる裁判が起こり、国内でも代理懐胎・出産が行われたのである。この時点で厚生労働省、法務省は人工生殖に対する思考を止めた。人工生殖、とりわけ、代理懐胎について、厚生労働大臣、法務大臣連盟で、日本学術会議へその問題の検討を丸投げしたのである。

４．３　意味のない日本学術会議の結論

厚生労働省、法務省から依頼された日本学術会議は、「生殖補助医療の在り方検討委員会」を設けて検討し、2008年４月、「代理懐胎を中心とする生殖補助医療の課題―社会的合意に向けて―」（以下「学術会議報告」と省略する）という報告書を公表した。

日産婦会、厚生労働省、法務省、いずれも認めなかった代理懐胎が現実に行われてしまい、依頼された学術会議も苦慮したことが伺える。しかし、出した結論は現実問題の対処にもなっていない上に、生殖の主体を医療者に譲り渡してしまうような内容であった。

「学術会議報告」は、代理懐胎を原則禁止とすることが望ましいとした。だが、そのすぐ後で「先天的に子宮をもたない女性および治療として子宮の摘出を受けた女性に対象を限定した、厳重な管理下での代理懐胎の試行実施（臨床試験）は考慮されてよい」と、代理懐胎を認めているのである。しかも、それは、試行実施、臨床試験として、である。「子どもを産み出す（命を産み出す）」ことを試験的にしてよいはずがない。また、この報告は、営利目的での代理懐胎は処罰をもって望むとまで明記している。だれが試験的に代理懐胎をするというのか。だれが慈善で代理母に志願するというのだろうか。

日本で代理懐胎を行った根津は、実姉妹、義姉妹の代理出産を中止したという。2003年からは、実母による代理出産だけを行っている（大和：183）と、根津にインタビューした大和和基は記している。その理由は、姉妹間の代理懐胎は、それぞれの家族、とりわけ代理懐胎した方の家族にさまざまなトラブルが生じるという。根津は、代理懐胎を実母だけに限ったのは、娘のために死んでもいいというほどの覚悟が必要だからだと答えている。海外で代理懐胎によって子どもを得てきた夫婦は、代理懐胎した女性の家族のことを考えたのだろうか。代理懐胎を依頼した日本人夫婦は、子どもを得ると、代理母とその家族との連絡を一切絶つことが多いという。とりわけ夫婦の受精卵によって生まれた子どもは、代理母が産んだことを隠蔽することは容易である。「妊娠・出産すること」の意味が希薄化しているといわざるをえない。

5　むすび

「命をつくる」技術が、われわれの生殖観、親子観に与える影響ははかりしれない。日産婦会が人工生殖に対して出してきた見解は、「父の印」のついた子どもをつくり出すという枠組みの踏襲であった。われわれが自分の先祖を考えるとき無意識に父方のそれであることが多い。日本では、婚姻すると妻は未だ多くは夫の姓を名乗る。妻は、夫の姓を名乗り、その姓に値する子どもを産む。これが家父長制というものであろう。しかし、

長く維持されていた家父長制は、「父」の支配権を踏襲する男子を維持する制度であった。日産婦会は、人工生殖を「父の印」すなわち「父の遺伝子」を引き継ぐ子をもうけるような枠組みで臨床実施してきた。同会はできる限り「自然生殖」に近い形で人工生殖を用いたいというが、その臨床の仕方は、「自然生殖」の名を借りた、遺伝子に託された父権の維持であるということができるだろう。

厚生労働省と法務省、提供卵や提供配偶子を容認したが、遺伝的出自を明らかにすることなく、不妊夫婦に子どもを提供することを容認しただけである。日本学術会議も試験的代理懐胎の実施を示唆したが、両省と同様、親の子どもを持ちたいという欲望を満たそうという見解である。しかし、遺伝的出自の隠蔽を望むのは親である。生まれた子どもにとってはどうであろう。かれらが自分の存在が虚偽申告されていることを知ったとすれば、それは足下からそのアイデンティティが揺らぐことは想像に難くない。

才村眞理編著の『生殖補助医療で生まれた子どもの出自を知る権利』のなかに、アメリカのAIDによって生まれた人へのインタビューで、次のような応えがある。「自分たちのルーツについて完全な知識がなくては、私たちは不完全である。・・・出生について知らされていない場合、アイデンティティの混乱が起こる。私たちの多くは、家族の中にいながら異邦者であったわけである」(才村：272)。

不妊治療として実施される人工生殖は、親の子どもをもちたいという欲望だけに忠実である。それは、親と遺伝的つながりのない、また産んでくれた親をしらない子どもを生み出すのである。親は伝統的に継承されてきた生殖観によって、自然では不可能な子どもを技術によって得ることができれば幸せだろう。だが、生まれた子どもにとっては、必ずしも幸せなことではないことは、上記のAIDで生まれた人のことばからよくわかる。

本稿では、日本での人工生殖を規制する議論が専門家集団の生殖観によってなされてきたことを検討してきた。現在のこの規制は、日本ではできない生殖を望む人々にとっては不満であろう。また、AIDで生まれた子どもの存在不安は解消されない。自然では不可能な生殖を望む人々がどのような生殖観、親子観をもっているのかを、別稿で検討したい。

【註】

1）本稿ではこの生殖を示すとき「AID」と表記する。

2）本稿ではこの表記は「体外受精」とする。

3）1990年、フランスで初めて顕微授精が成功し、日本では1992年に顕微授精によって子どもが誕生している。

4）諏訪マタニティクリニックの院長根津八紘医師は、多胎妊娠の減胎手術を行ったことを公表し、その名を知られるようになった。1988年、提供卵による体外受精児を誕生させたことを、また、2003年には代理出産によって２例の子どもが生まれたことを公表した。根津は、日本ではやってはいけないことになっている減胎手術、提供卵による体外受精、代理懐胎・出産を実施してきた。日産婦会は根津の実施の後、減胎手術を容認する見解を発表している（1996年）。

5）1799年、イギリスのジョン・ハンターがロンドンの織物商の男性が尿道下裂のため性交時に妻の膣内に精液が入らないことから、ハンターが男性の精液を採取し、注射器で妻の膣に注入して妊娠に成功したとの記録もある。

6）精子が得られないときには授精する医師が自らの精子を授精に用いたという（コリア：33）。また、「第三者の提供」と偽って自分の精子を人工授精し、75人もの子どもを出産させていた米国の不妊治療専門医が有罪の判決を受けたとの報道があった（朝日新聞夕刊　1992年３月５日）。

7）当時、沢田喜彰は慶応大学医学部に所属、後に、不妊外来専門の沢田クリニックを開業し、自然妊娠を可能とする不妊治療を行っている。

8）飯塚理八は体外受精を推進した慶應大学教授である。

9）筆者は、2009年３月、大阪地下鉄御堂筋線の広告に、体外受精が１クール17万円代で可能という、婦人科クリニックの広告を目にした。体外受精はすでに市場を獲得した技術であることを実感した。

10）筆者が不妊治療を受けている女性の聞き取り調査の中で、医師との関係を「その先生は患者さんの手をにぎって患者さんに『恋しなきゃだめだろう』とか言ってました。・・・ある程度、先生に恋するという感じにならないと、なんとかホルモンのバランスもよくならないんじゃないかな」と話した。この発話から、不妊治療を行っている医師の「子どもをつくってあげる」（お茶の水女子大学生命倫理研究会：132）という強烈な権力性を感じる。

11）1988年にできた特別養子縁組制度は、縁組みの成立と同時に実の両親との関係が切れ、養親と親子関係を結び、戸籍上は実子となることを認める制度である。この制度とAID児を実子とすることは本質的に異なるのではないかと筆者は考えている。

12）1991年頃までに、欧米、オーストラリアなどで、顕微授精による出産が

100例ほど報告されている。京大農学部入谷明教授は1986年うさぎでの顕微授精に成功し、急速に顕微授精が世界に広まったといわれる。

13）顕微授精の承認は、不妊学会、泌尿器科学会が、「海外の成功が百例近くに達し、奇形の発生率が特に高くないことなどが承認の理由となった」としている（北海道新聞1992年11月27日）。

14）元東北大学病院：当時スズキ病院院長

15）詳細は拙稿「生殖補助医療－法整備への動向－」参照。

【引用文献・参考文献】

コリア、ジーナ　1993 『マザー・マシン　知られざる生殖技術の実態』斎藤千香子訳　作品社。

大田静雄　1983 『人工授精時代　試験管の中の子どもたち』三一書房。

プロッツ、デイヴィッド　2005=2007 『ノーベル賞受賞者の精子バンク』早川文庫。

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。

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。

ESHRE編　2008 『生殖医療をめぐるバイオエシックス』鈴森薫訳　メジカビュー社。

柴原浩章ほか編　2007 『図説よくわかる臨床不妊学〔生殖補助医療編〕』中外医学社。

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。

神里彩子・成澤光編　2008 『生殖補助医療　生命倫理と法－基本資料集３』信山社。

高倉正樹　2006 『赤ちゃんの値段』講談社。

お茶の水女子大学生命倫理研究会編　1991　研究報告書 『女性と新しい生命の創造』。

浅井美智子　2008 「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』日本家族社会学会。