



女性の選択肢は広がったのか：  
生殖技術と女性の身体

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2015-06-15 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 荻野, 美穂 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10466/14524">http://hdl.handle.net/10466/14524</a>

## 第5回講演

# 女性の選択肢は広がったのか

——生殖技術と女性の身体——

荻野 美穂

### I 生殖技術の種類と二面性

生殖技術とは、広い意味では、生殖（産む・産まない）に人間が人為的に介入するために用いる技術の全てが生殖技術ということになります。

例えば出産介助に関する技術も、広義の生殖技術の一つです。出産するときどういう産み方をするか、例えば帝王切開や、麻酔を使った無痛分娩、ラマーズ法などの呼吸法、これらは分娩に関わる生殖技術です。

反対に、望まない子どもを産まないための技術というものあって、さまざまな避妊法、あるいは中絶がそれにあたります。

さらに、生まれてくる子どもの質を管理するための技術が出生前診断です。出産の経験のある方はよくご存知の超音波検査。あるいはさらに踏み込んだ羊水検査や、最近話題の、妊婦の血液を採って胎児の障害の有無を調べる検査。これらが子どもを管理するための技術ということになります。

最後が今日のメイン・テーマである生殖補助技術、いわゆる不妊治療です。これは子どもを望む人を妊娠させ、無事に産ませるために使われる、さまざまな技術です。

このように生殖技術と一口に言ってもいろんな種類がありますが、これらを使って生殖をコントロールしようとする点が、人間とその他の動物を分ける大きな違いです。自然界の動物の生殖にはこうした技術の介入はな

く、自然のプロセスに任されているのに対し、人間は自分たちに都合良く産んだり産まなかったりしようと、いろんな工夫をしてきたわけです。

妊娠し出産する当事者は女性ですので、こうした技術の存在は女性にとって、プラスの意味でもマイナスの意味でもいろいろな影響を与えることになります。生殖技術の有無が女性自身にどういう影響を与えるかということの分かりやすい例として、避妊について見てみましょう。

現在の私たちにとって、セックスをするときに、いま子どもができれば困る、いまは産めないというときにはきちっと避妊という技術を使うことは、いわば常識というか、正しいことになっています。だからそれをしないで妊娠したり、それで慌てて「できちゃった婚」をしったりするのは、もちろん、「できちゃった婚」全部が悪いわけではないですけども、周りから「ちゃんと避妊してなかったの?」と言われたりするわけです。

万が一望まない妊娠をしてしまった場合は、必要ならば中絶をするという選択肢もあります。日本ではいま「母体保護法」という法律によって、合法的に安全に衛生的な環境で中絶を受けられるという選択肢が存在しています。

日本ではいま中絶があまり大きな問題になっていないので、このことの恩恵は直接感じにくいかもしれませんが、世界にはいまでも中絶が法律で禁止されたり、厳しく規制されている国がいくつもあります。特にカトリックの信仰の強いところや一部のイスラムの国々では、女性がレイプされて妊娠した場合でも、未婚であっても中絶は認められず、そういう国の女性にとっては妊娠したら産むしかない、他の選択肢がない状況がいまでも存在しています。

日本でも、現在では産むか産まないかの選択肢が用意されていますが、少し前まではそうではなくて、妊娠したらとにかく産む、出産を何回でも繰り返すという状況がありました。歌人の与謝野晶子の例を見てみましょう。与謝野晶子は、明治・大正時代に歌人・評論家として活躍し、女性問題についての発言も多く、当時としては進歩的な知識階級の女性でした。晶子は大恋愛の末に結ばれた夫の与謝野鉄幹との子どもを11回出産しました。うち2回は双子だったので、子どもの数は計13人です。24歳で結婚し

てから41歳までに11回、妊娠・出産を繰り返したわけです。しかも、3年続けて年子を産んだことが2回。つまり、ほとんどお腹が空いている時期がない状態で24歳から41歳までを過ごしたのです。しかも鉄幹にあまり稼ぎがなかったので、晶子がせっせと歌を作り、評論を書いて、家族を養いながら、それだけの妊娠・出産を繰り返していました。

このことから、晶子のような知識人階層の女性であっても、避妊や中絶はしていなかったのだらうと推測できます。当時の日本に、避妊という技術がまったく存在しなかったわけではありません。中絶も、墮胎という犯罪ではありましたが、裏のルートをたどってやるという道もありました。けれども晶子は当時の一般の女性と同様、そういう「不自然な」方法を利用することなく、女の盛りを妊娠・出産の繰り返して過ごしたことになります。

日本でもついこの間までそういう時代があったことを考えると、避妊、あるいは必要ならば中絶を自由に選択できる現在の私たちは、晶子の時代に比べれば、産むか産まないかについての選択肢が広がった幸せな時代に生きていると、一般的には言えるのではないかと思います。

そうした意味で、いろいろな生殖技術が登場して、女性にとって産む・産まないの選択肢が広がるのは基本的には良いことであり、女性にとってその意義をいくら強調してもし過ぎることはないと言えるでしょう。

でも生殖技術は、そうした女性にとっての福音である一方で、女性の身体を国家や社会が都合良く管理する目的でも使われる場合があります。

例えば、ノアプラントという避妊法があります。日本ではほとんど知られていない方法ですが、ピルと同じように合成ホルモンを使います。ホルモン剤の入ったマッチ棒ぐらいのカプセルを5～6本、手術で女性の上腕部の皮膚の下に埋め込むと、カプセルからホルモン剤が少しずつ体内に浸出していった、ピルを飲んでいるような状態が続く仕組みです。ピルは毎日飲み忘れないようにしないと避妊効果がなくなりますが、ノアプラントは一度埋め込んでしまうと、何年間も妊娠しない状態が続きます。

こういう避妊法が登場した背景ですが、第2次世界大戦後、かつて植民地だったアジアやアフリカの国々が次々と独立していきました。それらの

国々では出生率が非常に高く、一方、欧米では出生率がどんどん下がっていく時期で、第2次大戦後世界を支配するようになったアメリカは、途上国の高い出生率に対して強い危機感を抱きます。このままでは人口爆発が起きて地球の資源が不足するようになる、あるいは有色人種の数が増えすぎて自分たち白人が圧倒されかねない、といったことを危惧したわけです。その結果、アメリカを中心とする先進国が途上国の政府に働きかけ、家族計画援助という名目でお金を出して、それぞれの国で家族計画を推進させるという動きが起きました。

そのなかで家族計画の手段として最初に勧められたのはコンドームでしたが、コンドームという避妊法は男性が協力しなければ使えません。でも男性はコンドームの使用を嫌がる場合が多く、特に途上国で家父長権の強いところなどでは、なかなかうまくいかないことがあります。

それで、コンドームよりももっと手軽に、男性に依存しないで避妊できる方法として開発されたのが、ピルです。ピルは女性が飲めば避妊できる薬ですが、でもピルも、当の女性が毎日きちっと忘れないように飲まなければならないし、費用も結構かかります。

ではもっと手間いらずの方法をとるので、次に開発されたのがデポプロベラという、これもホルモン剤を利用した注射薬です。1回注射すると、3、4カ月は避妊効果が続き、ピルのような飲み忘れの心配がありません。

それから、やはり途上国の家族計画でよく使われたのが、いわゆるリング。子宮内避妊具（IUD）といって、女性の子宮の中に金属とかプラスチックでできた器具を入れることによって避妊する方法です。

これらはどちらも、女性自身が何もしなくても、1回注射を受ける、あるいは1回リングを入れてもらえば、ずっと避妊効果が長く続きます。手間いらずというか、管理する側にとって非常に便利な方法です。

さらにその後開発されたのが、先ほどのノアプラントです。デポプロベラだと数カ月に1回は、女性がお医者さんなり保健所なりに行って注射してもらわないと効果がなくなるわけですが、ノアプラントだと、1回入れれば何年も放っておくことができます。

ところがこのノアプラントもデポプロベラも、頭痛や痛み、出血など、

副作用が出ることが多いです。けれども、副作用があつて、女性がこの方法は自分に合わないからやめたいと思つても、自分ではどうしようもない。もし辺鄙な所に住む女性がノアプラントをやめたければ、わざわざ遠く離れた医者のあるところまで行って、手術をして取り出してもらわないと、やめようがないわけです。そういう意味で、人口を管理する側にとっては、女性自身がどう思つていようと、1回これをやつてしまえば当分放つておける、非常に便利で効率的な方法ということになります。

このように避妊の技術だけでもずいぶんいろいろなものが開発されてきて、例えば先進国の女性のように、ピルのおかげで自分で産む・産まないをコントロールできるようになったと歓迎している女性もいます。けれども一方では、デポプロベラやノアプラントのように、女性自身の意思や健康状態は二の次にして、どうやれば手っ取り早く効率的に出生率を抑えられるかという方向で利用されている技術というのもあります。

あるいは、妊娠中に使われる超音波などの出生前診断の技術。これはもともと胎児が順調に发育しているかどうかを知るための技術ですが、超音波検査を受けられた方はご存知のように、最近では非常に早くから性別も分かるし、胎児に例えばダウン症などの障害があるかどうか分かるようになってきました。そのために、一般的には超音波で赤ちゃんの顔立ちまで見られて、写真ももらえて嬉しいというケースが多いでしょうが、一方では、どうも障害があるらしいと分かつて、その子をどうするのか、そのまま産むのか、あるいは中絶するのかという、予期せぬ選択を迫られるケースもあります。

超音波検査はいまではルーティン化しているので、妊婦なら誰でも受ける健康診断の一環だと思つていたら、ある日、「もしかしたら赤ちゃんに問題があるかも知れませんよ。どうしますか」と、予期せぬ選択を突きつけられる場合がある。新しい技術が登場したことによって、女性は妊娠したら、そもそも出生前検査を受けるのか受けないのか、さらに検査の結果次第で産むのか産まないのかという、いままでにはなかった選択を迫られることになりました。

ですから生殖に関わるさまざまな技術の存在は、確かに女性が生きるう

えでの選択肢を豊かにしてくれましたが、その反面、同じ技術が、社会や医学が女性の身体、あるいは女性が妊娠している子どもの質を管理するための手段としても使われることによって、これまでになかった新しい問題や悩みも生じてきています。これらの生殖技術は女性にとって自由をもたらすと同時に、新しい悩みやジレンマをもたらすという、二面性を備えているのです。

## II 生殖補助技術の発展：AIDからIVFへ

次は、その生殖技術のなかでも生殖補助技術、いわゆる不妊治療について、技術の現状がいまどのようなようになっており、それによってどんな問題が生じているかを詳しくお話ししていきたいと思います。生殖補助技術は英語でAssisted reproductive technology、頭文字をとってARTと言います。

最近、不妊治療に対する関心が高まっていますが、不妊治療自体は、実際にはかなり以前から日本でも始まっていました。一般に日本でのARTの出発点とされているのは1949年、第2次世界大戦が終わったわずか4年後のことです。この年に慶應大学病院で、非配偶者間人工授精（AID）による初めての子どもが誕生しています。

AIDのDはドナー（提供者）の頭文字で、これはドナー、つまり第三者の精子を用いた非配偶者間人工授精という意味です。これとは別にAIHというのがあって、Hはハズバンド、つまり夫の精子を使った人工授精です。この慶應義塾大学で1949年に生まれたのは、ドナーの精子を使った人工授精児でした。

人工授精のやり方は、要するに精子を男性に出してもらって、それを注射器などで女性の膈内に入れて受精をさせるというもので、技術的には非常に簡単な、やろうと思えば誰にでもやれる技術です。

ではなぜ、この1949年に最初のAID児が生まれたかということ、背景には第2次世界大戦があります。戦争に負けて、動員されていた多くの兵士が帰ってきましたが、そのなかには、戦争中に例えばマラリアにかかったり負傷したりしたことが原因で子どもをつくれなくなった男性が結構いたよ

うです。慶應大学病院の安藤画一というお医者さんが、「この人たちは日本の国のために働いて、その結果子どもが欲しいのにつくれない体になった。いわばお国のための犠牲者だ」と同情し、そういう人たちも子どもを持てるようにするために、自分の大学の医学部の学生に精子を提供させて、それを使って人工授精をして、奥さんが子どもを産めるようにしたわけです。

それ以来、慶應大学を中心にして、このAIDという方法は、あまり一般の人が知らないところでずっと続けられてきています。はっきりした記録がないので正確な数は分からないのですが、現在まで既に1万人以上の子どもがAID児として誕生していると言われています。

なぜ記録がないかという、当事者である患者さん夫婦は、他人の精子を使って子どもをつくったということを家族にも周囲の人にも知られたい。生まれてきた子どもにもそのことを隠して、自分たちの実子として出生届を出し、育ててきたという方が大半です。ですから病院側も、誰が精子を提供したとか、そういう記録を残さない。もしも生まれてきた子どもが成人して事実を知り、自分の生物学上の父親が誰なのかを知りたいと思っても、手掛かりがまったくない、そういう状況で進められてきました。

この当時はこういう生殖補助技術の利用が一般的ではなく、それについての法律も何もないところでスタートし、当事者たちもそんなふうにして沈黙を守ってきたので、みんなが知らない間に既成事実が積み重ねられていったこととなります。ただ最近になって、そのことの問題性が見えるようになってきたのですが、それについては後でお話します。

さっきも言いましたように、AIDは生殖技術としては非常に初歩的な、誰でも使えるような技術です。それに対して技術面での重要な画期、ターニングポイントとなったのは1978年で、この年にイギリスで、世界で初めての体外受精（IVF）技術を用いた子どもが生まれました。

その当時は、体外受精は新しい技術で、非常にショッキングなものとして受け止められて、「試験管ベビーが生まれた」とセンセーショナルに報道されました。と言っても、べつに試験管のなかで赤ちゃんが育ったわけではなく、受精だけが体外のガラス皿のなかで行われて、赤ちゃん自身は



ちゃんとお母さんのおなかで育って生まれたんですが、それが当時は「試験管ベビー」と呼ばれたわけです。

体外受精の何がそれほど画期的だったかと言いますと、普通は女性の体内の卵巣で基本的には毎月1個の卵子が成熟し、排卵されて、それが精子と出会って受精・着床すれば、妊娠ということになります。

けれども体外受精のときには、排卵誘発剤というホルモン剤を使って、卵巣をいつもよりずっと過剰に刺激し、一度に6個とか7個、場合によっては何10個もの卵子を成熟させて排卵させます。そして、おなか、あるいは膣を経由して管を通してその卵子を体外に取り出し、取り出した卵子をガラス皿などに入れて、そこに精子を混ぜ合わせて体外で受精卵を作ります。その受精卵がうまくできて細胞分裂を始め、ある程度成長したものを胚と言うのですが、そういう段階になったときに、それを女性の体内に戻す。それがうまく子宮内に落ちて着床したら、妊娠が始まるという仕組みです。

では、この体外受精がなぜそれほど重要なのかというと、この技術が登場したことによって、生殖というものの概念が劇的に変化したからです。そのことの持っていた意味は、大きく分けて3つあります。

第1に、「生殖プロセスのパーツ化と外部化」です。それまでは排卵して、セックスをして、タイミングが合えば受精して、それから受精卵が子宮に定着して妊娠して、赤ちゃんが育って出産する。ここまでのプロセスは、すべて同じ1人の女性の体内で起きていました。卵子も私のもの、セックスしたのも私、妊娠するのも私、出産するのも私。生殖は、1人の女性の体内でしか起きなかったわけです。

ところが体外受精の技術というのは、これをばらばらのパーツに分解して、しかも外部化する。つまり、卵子を体外に取り出すことができるようになったことで、ある女性の体から出てきた卵子を使って体外で受精卵をつくり、それを卵子の提供者である女性とは違う女性の子宮内に入れて妊娠・出産をしてもらう、そういう違うパーツ同士の組み合わせが可能になったわけです。これがパーツ化と外部化で、そういうふうには、卵子の提供者とは違う女性が妊娠・出産するのを代理懐胎、代理出産と言います。

体外受精技術の第2の意味は、「生殖の脱セックス化」です。これまでは、新しい人間、つまり赤ん坊ができるためには、人と人、男と女が直接体を触れ合わせてセックスすることが必要で、それ抜きには子どもは生まれ得なかったわけです。ところが体外受精技術によって、ガラス皿なり試験管なりのなかで受精卵が成立して、人の生命が始まることになります。しかもそこでは、男と女というカップル以外の、技術者とか医者などの第三者の手が介入して人間が作られるわけで、これが生殖の脱セックス化です。逆に言えば、男と女の上に親密な個人的な関係が一切なくて、まったく赤の他人同士であっても、精子と卵子という材料さえあれば、そこで人間を作ることができるようになったということです。

そして第3の意味は、「生殖細胞への人為的介入が可能になった」ということです。精子はもともと簡単に体外に取り出すことができますが、いまや卵子が体外に取り出せるようになったことで、体外で受精卵が作れるようになった。その結果、例えばできた受精卵を冷凍保存しておいて、必要なときにアメリカから日本なりヨーロッパなりに空輸し、そこで解凍して使うといったことが可能になりました。あるいは何十年も精子や受精卵を冷凍保存しておいて、本人が亡くなった後でも、解凍して子どもを作ることができるようになりました。

それから、女性の卵子というのは、後でもお話しするように、年齢とともに老化していきます。その卵子の若返り術というのも可能になりました。これは例えば45歳ぐらいの、かなり老化した女性の卵子を取り出して、その核だけを抜いて、それを若い20歳ぐらいの女性から提供された卵子の、核を抜いたところに埋め込む。そうすると核の周りの細胞質は若い女性のものなので、卵子全体の若返りができて妊娠しやすくなるというもので、実際にそういう技術が存在しています。

ただ問題は、その場合、ほとんどの遺伝子はもとの女性の卵子の核にあります。若い女性の卵子の細胞質の方にも、ミトコンドリアというところに若干の遺伝情報が存在しています。そのため、この若返り術によってできた卵子は、2人の女性の遺伝子を持つということになります。

それから、顕微授精という技術です。不妊のかなりの部分は男性の側に

原因があって、精子の数が非常に少ない、ほとんどない、あるいは、あっても異常や問題のある精子、それが男性不妊の原因です。そうした精子がほとんどない男性の場合でも、いまでは体の中を探して1つか2つでも精子が見つければ、それを体外で女性の卵子に注射器のようなものを使って強制的に送り込むことができます。顕微鏡下でやるので、顕微授精と呼ばれます。昔だったら通常ではとても妊娠まで至らなかったような精子でも、1個見つければ、いわば強制的に妊娠を起こさせられる。そういう技術も生まれました。

さらに、そうやってできた受精卵に対して手を加え、受精卵の遺伝情報を操作するという可能性も生まれました。まだこれは完全に実用化してはいませんが、いつき言われた「デザイナーベビー」ですね。例えば、スーパーモデルの卵子とオリンピックで優勝した男性の精子を使って、容姿や運動能力の優れた子どもをつくるとか、あるいは、受精卵の遺伝子情報をいじって、すごく背の高い人間になるようにするとか、そういうことが論理的には可能になってきます。

また、最近、山中さんがiPS細胞研究でノーベル賞を受賞されて、再生医療に非常に注目が集まっていますが、再生医療への受精卵の利用も考えられます。iPS細胞の前にはES細胞が注目されましたが、あれはまさに受精卵を壊して、そこからいろいろな体の組織や細胞になるような万能細胞を作ろうという試みです。

このように、体外受精技術が登場して生殖が体外で行えるようになったことと関連して、いろんな新たな技術が生まれてきました。それが生殖細胞に関する人為的介入ということです。

それから、いつき話題になり、最近はあまり聞かなくなりましたが、クローン人間もこうした技術の一種ですね。クローン人間というのは、誰かの体細胞から採った遺伝情報の載っている核を、核を取り去った未受精卵に移植して刺激を与える、するとその未受精卵が受精したんだと思い込んで細胞分裂を始め、うまく育って人間になれば、核提供者の遺伝情報を丸々持ったコピー人間ができる、そういう話です。

このように体外受精技術が登場したことによって、生殖の概念は根底か

ら変化することになりました。

日本で最初にこの体外受精技術を用いた子どもが誕生したのは、1983年です。東北大学で生まれたと言われています。体外受精は最初はかなりセンセーショナルに見られていたわけですが、以来どんどん広まっていきまして、いまではかなり日常化した技術になっています。また最近では、受精卵をいったん凍らせた後、もう1回解凍して体外受精を行うというやり方が増えています。なぜか受精卵は1回凍らせたものの方が、妊娠率、成功率が若干良くなるのだそうです。

このように、生殖技術、体外受精技術がどんどん使われるようになってきて、日本は生殖技術全体の実施数では現在世界一だと言われている。全世界でこれまでに、だいたい400万人以上の子どもがこういう技術を用いて生まれてきていて、日本では累積20万人以上と言われています。

「治療法別出生児数および累積出生児数」というデータ（以下、表は省略）を見ると、2009年にこうした技術を用いて生まれた子どもが2万6,680人、それまでにこの技術で生まれた子どもたちの累積が24万2,435人というので、20万人以上生まれていることが分かります。

また、「総出生児数に対するART出生児の占める割合」というデータも、ARTを用いて生まれる子どもがどんどん増えてきていることを示しています。最新の2009年のデータでは、生まれてくる子ども全体が107万人ぐらいで、そのうち、こういう技術を用いて生まれた子どもが2万6,680人で、パーセンテージで言うと2.49%。つまり、現在日本で生まれてくる赤ちゃんの40人に1人が、何らかのかたちでこうした生殖技術のお世話になって生まれてきているということです。そういう意味では、皆さんの周りでも、実はARTは珍しい現象ではないということになります。

### Ⅲ 生殖補助技術の功罪

次にARTの功罪というか、この生殖補助技術の登場が何をもたらしたのか、プラスとマイナスの両面を見ていきたいと思います。

## 1 ARTが可能にしたもの

もちろん一番大きいのは、それまでは子どもが欲しくてもどうしてもできなくて、諦めたり泣いていたりしたカップルが子どもを持てるようになったということですね。これが不妊治療のそもそもの目的でありますし、こういう技術を用いて首尾良く子どもを持つことができたカップルにとっては、当然こういう技術が開発されたことは非常に大きな福音だということになります。

ただし、間違えないようにしていただきたいのは、こういう技術を使えば誰でも間違いなく子どもを持てるようになるわけではないということです。例えば体外受精で、1回受精卵を移植して妊娠できる確率は、病院にもよりますが、20%から高くても30%だと言われています。だから残りの80%の人は1回では駄目で、2回、3回、場合によってはさらに何回も体外受精を繰り返すことになります。さらに、妊娠しても必ず出産までいくわけではなくて、出産までこぎ着けられるのが16%から22%程度と言われております。

女性だけではなくて、さきほど言いましたように、男性の側に不妊の原因がある場合も、顕微授精という技術が登場したことによって、第2次世界大戦後の慶應大の患者さんのようにドナーの精子を使わなくても、自分の精子を使って自分の血を引いた子どもを持てる可能性が出てきました。ただこれも、成功率は1回顕微授精あたり子どもを持てる確率は13.5%ぐらいと言われています。1回でうまくいくのは、少ないわけですね。

新しく可能になったこととしては、生殖細胞（精子、卵子、受精卵）の冷凍長期保存もあります。これは、例えば女性にがんが見つかって、手術で卵巣を摘出しなければいけないとか、あるいは女性でも男性でも、がんの治療のために放射線治療をしなければいけない、そうすると生殖機能が損なわれるというような場合がありますね。そういうときに、精子や卵子をつくる能力が失われたとしても、手術の前に精子、あるいは女性だったら卵巣を取り出して冷凍保存しておけば、後で自分と血のつながった子どもが欲しいと思ったときに、それを利用して子どもを持つことができるという新しい可能性が生まれたことを意味します。

精子と受精卵は、長期冷凍保存がしやすいと言われています。それを後で解凍して、生殖に使える確率も高いそうです。それに比べて卵子の場合は、卵子単独で冷凍保存するのは不可能ではないけれども、かなり難しいし、それを解凍して使っても、うまくいかないことが多いと言われています。ですから卵子の場合だと、精子と混ぜ合わせて受精卵にしておいてから冷凍保存した方が、後で使用するのには良いようです。いまの冷凍技術は非常に進んでいますので、1回そういうものを作って保存しておけば、20年後、30年後に解凍して使うようなこともできるわけです。場合によったら、本人が亡くなってからでも使えるということになります。

卵子そのものの冷凍保存は難しいので、卵巣のまま冷凍保存しておいて、後でそれを解凍して、卵巣には卵子のもとになる卵胞細胞という原始細胞がありますので、それを培養して成熟させて卵子として使うというようなことも、技術的には可能になってきています。

ですから病気でなくても、後で言いますように、女性は生殖可能年齢が短いですから、例えばそろそろ30歳になるけど、まだ結婚の予定がない、相手が見つからないというときに、卵子なり卵巣なりを冷凍保存しておいて、40代ぐらいになってようやく相手が見つかって結婚したときに、その若いときの生きのいい卵子を使って生殖する、その方が妊娠の確率が上がるというようなことも、いまでは可能になってきています。

ただし、そのようにして卵子を採るのにも、それを冷凍保存しておくのにも費用はかかります。自分のところの冷凍冷蔵庫で保存できるわけではないので、病院に預けると、年何万円とかの保管費用がかかるようです。

## 2 新たな問題の発生

そういうかたちで、いろいろ新しい可能性が開けている一方で、当然ながらさまざまな問題も同時に発生してきています。

### (1) 出産の高齢化

まず第一に、出産の高齢化です。男性は70代になっても精子さえ元気であれば子どもをつくれる可能性があります。女性は閉経したらもちろん

駄目ですし、それ以前に既に30代の半ばぐらいから4代にかけて、まだ月経はちゃんとあったとしても、妊娠能力はどんどん低下していきとされています。

けれどもご存知のように、日本でも他の先進国でも、いまは晩婚化が進んでいて、結婚年齢は遅くなる傾向にあります。若い20代の間は、勉強やキャリア形成が忙しくて、ようやく30代、40代になって、そろそろ結婚しようかとか、あるいは子どもが欲しいということになる。ところがそうしてみると、なかなか妊娠できない。それで不妊治療に行くというようなケースが増加しているわけです。

この背後には、いわゆるBiological clock（生物学的時計）という、女性の生物学的な生殖年齢の限界という問題が存在しています。ところが、女性は月経があっても30代の半ばぐらいから妊娠しにくくなるということについて、一般に多くの女性が知らない、あるいはそういう話を聞いたことがないという状況があります。

ここに、『閉経まで望める』と誤解』と見出しのついた毎日新聞の記事があります。月経のある間はいつでも子どもが産めると思い込んでいる女性が非常に多い、と書かれています。けれども実際は、「外見が若い人でも、子宮や卵巣は年相応に老化する」というのが冷厳なる事実です。このごろは美魔女とか呼ばれる、40代、50代になってもとても若く見える女性がたくさんいらっしゃるのですが、体内ではやはり刻々と老化が進んでいるのが事実です。でもそれを知らないために、30代も後半になってから不妊治療を始める。けれども、「妊娠数は35歳を境に減少。出産率は32歳からゆるやかに下り始め、流産率は反比例して上がっていく。卵子の老化に伴い、染色体異常が起きやすいためとされている」と記事にあるように、年齢とともに出産率は低下し、流産率は上昇していきます。

このように女性だけが生殖可能年齢が非常に短いというのは、確かに男女不平等と言えば不平等なんですけれども、やはりいまのところは、生物学的に決まった事実ということになります。

ただし、「だから女性はこの期間内に妊娠・出産しないと、非常に難しくなりますよ」ということをあまり強調するのは、やはり女性は早く結婚

して子どもを産んだ方がいいというメッセージになって、圧力を与えることになるから言いにくい、あるいは学校でも教えるにくいというようなことも、この記事には書かれています。

実際にアメリカでは、フェミニストの間で、この生物学的生殖年齢の限界のことをあまり大きな声で女性に知らせるのは、女は早く産みなさいというプレッシャーをかけることになって良くないという反対もあったようで、その辺をどう伝えていくかが非常に難しいところです。

特に現代の女性は、ピルや中絶の権利を獲得して、産むか産まないかを自分で決める、いつ子どもを持つかを自分で決めるのは当たり前だと考えるようになりました。そこから、若いときに自分が望んでいないのに無理に出産するようなことはしたくなくて、でも、自分が欲しいと思ったときには何歳であっても子どもが欲しい、そんな傾向が強くなってきています。

さらに、1970年代から1980年代以降、女性たちの間では、単に妻や母の役割だけではなく、社会に進出して自分なりのキャリアを作りたいという希望も強くなっているし、社会の方も、かつてに比べればそういう生き方を奨励する風潮が強くなっています。

もちろん、そういう変化自体が悪いわけではないのですが、でも、もし子どもを持つと思えば、女性の生殖に適した年齢には制限があるというジレンマ、矛盾を女性は抱えているわけです。

そうすると日本では、だったら子どもが欲しければ早く結婚して、仕事は諦めるのかという、二者択一の話になってしまいがちです。でも、例えばフランスはヨーロッパのなかでもかなり出生率が高い国で、女性たちは20代、30代で子どもを3人とか4人とか、場合によったら5人とか産みながら、でも仕事も続けている。それは、それをサポートするような体制が国としてかなり整っているからだ、と言われてます。ですから、子どもを産んだら仕事は諦めなければいけないとか、そういう二者択一ではなくて、女性の生殖に一番適した年代で子どもも産みながら仕事もできる、結婚も無理に急いでしなくても、子どもだけを先に産みたければ産んでも大丈夫。もしそういう体制があれば、この生物学的な時間制限の問題はかな



り緩和できるはずなんです、それがいまの日本では非常に難しいのが問題です。

そういう事情もあって不妊治療が余計に盛んになっているわけですが、確かに30代後半や40代でも、不妊治療をすればある程度出産は可能になってきています。ただしそれは高齢出産になるので、やはり若いときの妊娠出産に比べると、高齢出産は妊娠中に高血圧になったり、糖尿病になったりするリスクが高くなると言われています。出産も帝王切開になることが多いようです。それだけではなくて、出産後も大出血を起こして、結局生命を救うために子宮摘出をしなければいけないといったトラブルが起こることも多いようです。

例えば衆議院議員の野田聖子さんは、ご存知のように50歳で提供卵子を使って妊娠・出産をされましたが、子どもが生まれた後、子宮から大出血をして、結局子宮摘出をされました。

さきほどの新聞記事にも、「体外受精による40代の妊娠率は10%ぐらい」で、「そのうち25~30%は流産している。高齢での出産は大量出血や早産のリスクも高まる」、「3人に1人は大量出血が原因で輸血をしたり、子宮を摘出している」と書かれていて、高齢でも妊娠・出産はできるようになってきたものの、やはりリスクも大きいことがわかります。

さらに、産むところで終わりではなくて、実はそれから長期間の子育てが始まるわけですが、ご存知のように子育てには体力が必要です。子どもが成人するまで自分が元気で生きていて、ちゃんと世話をできるのかということも考えないといけない。でも、そういうことを考えずに、自分は年齢よりも若いから大丈夫と思って実際に産んでみたら、すごく大変だというようなケースもあるようです。

これは実際にあった例ですが、スペインで67歳の女性が生殖補助技術を使って双子を産みました。ところがその2年後、彼女は69歳で死んでしまって、双子が残された。その子たちがどうなったかは、残念ながらわかりません。これはかなり極端な例のようですが、実際に日本でも、60歳の既婚女性がアメリカで卵子提供を受けて妊娠して出産したり、別の60歳の独身女性がやはりアメリカで、この方は第三者の受精卵を自分の子宮に移

植してもらって妊娠して出産したという例もあります。そういう方は、子どもが成人するときには80歳になっている計算で、それではたして大丈夫なのかなという懸念も生じてくるわけです。

## (2) 多胎妊娠の増加

2番目は多胎妊娠の増加です。不妊治療をするときには、排卵を促進するために排卵誘発剤を使います。そうすると、普通だったら1個しか排卵しないのが、何個も卵ができて、それが全部受精して多胎児になるという可能性があります。また体外受精をするときも、妊娠率を上げるために、受精卵を1個だけ子宮に入れるのではなくて、2個、3個、4個と入れることが少なくありません。その結果、ARTの発達とともに、双子だけでなく3つ子とか4つ子、場合によっては5つ子といった多胎児の生まれてくる率が上がってきています。

多胎児は当然ながら、妊娠する母体にとっても非常に負担が大きいし、早産になる可能性が高いです。早産になって未熟児になると、その子ども自身にもいろいろ影響が出てくることになりまして、周産期の死亡率も高いし、後遺症として障害が残る可能性もあるというふうに、いろんな問題があります。

その結果、多胎児を妊娠してしまったときに、少しでもリスクを減らすために、例えば4つ子を妊娠したけれど、うち2つの胎児を中絶して双子にするというようなことも——これを減数中絶と言いますが——現実に行われています。1986年には長野県の不妊治療のお医者さんとして有名な根津八紘さんという方が、排卵誘発剤で妊娠した4つ子の2胎を中絶して2児を無事に出産したと発表しています。

このような多胎児の増加を防ぐために、日本では産科婦人科学会が2008年に、体外受精卵を戻すときは原則1回に1個しか戻さないというガイドラインをつくりました。ただし妊婦が35歳以上だったり、2回続けてうまく妊娠できなかつたりした場合には、2個の受精卵を移植するのもOKということになっているので、その2個がうまく定着した場合は、双子になります。

ただ、日本ではこういうルールがあって、比較的それが守られているので、増えたといっても比較的多胎児は多くないのですが、アメリカなどでは妊娠率を上げるためにたくさんの受精卵を子宮に戻すことがいまでも頻繁に行われているので、やはり4つ子や5つ子がたくさん生まれるという問題が起きています。

### (3) 親子関係の複雑化

3番目は、親子関係の複雑化です。ARTの登場によって、誰の卵子と誰の精子を使い、できた受精卵を誰が妊娠するか、そして生まれてきた子どもを誰が育てるかについて、様々な組み合わせが可能になっています。

まず人工授精では、夫の精子を妻に人工授精するAIHと、第三者の精子を使う非配偶者間体外受精AIDがあります。

卵子提供は、妻の卵子が年をとっているとか卵巣がないなどの理由で使えない場合に、別の女性から卵子を提供してもらって、夫の精子で体外受精して受精卵をつくり、それを妻が妊娠するというケースです。野田聖子さんがなされたのはこれですね。

胚提供の場合は、まったく別の第三者の女性と男性からつくられた受精卵をもらって、妻が妊娠するというケースです。

借り腹、ホストマザーというのは、妻と夫の精子と卵子でつくった受精卵をまったく別の女性に妊娠・出産してもらう場合で、タレントの向井亜紀さんがこのケースです。

一方、代理母、サロゲートマザーは、代理出産を引き受けた女性に夫の精子を使って人工授精をして、その女性にそのまま妊娠・出産してもらう場合です。この場合、卵子は妊娠・出産した女性ドナー自身のものということになります。後でお話しするベビーM事件はこれにあたります。

そのほか、精子も卵子も夫婦とはまったく別の人のものを使い、妊娠・出産も別の第三者にしてもらって、子どもを育てるのだけを当事者夫婦がやるといった組み合わせも可能になっています。

さきほどの向井亜紀さんの場合は、自分の卵子と夫の高田延彦さんの精子を使って作った受精卵を、アメリカ人の女性に代理で妊娠・出産しても

らったので、遺伝的には自分たちの実子ということになります。ただ、日本では法的には子どもを出産した女性がその子の母とされており、向井さんの場合は自分で出産していないので、日本の法律ではそのアメリカ人の女性が法律上の母ということになります。そのため、彼女はアメリカで代理出産によって得た双子を日本に連れて帰って出生届を出したのですが、それが受理されず、裁判を起こして、最終的に最高裁までいったものの、結局、双子は夫婦の嫡出子とは認められませんでした。最終的には、子どもたちと特別養子縁組みを結んで、自分たちの子どもとして戸籍に載せることができたというケースです。

一方、このごろ日本で多いのは、病気で子宮を摘出したとか、何らかの理由で自分では産めない娘さんのために、お母さんが代理出産をするケースです。この場合も、日本の法律では産んだお母さんの方がその子の母親になるので、それで出生届を出した後、遺伝上の両親である娘夫婦が養子縁組みをして自分たちの子どもにするという手続きが取られています。

それに対し、卵子提供を受けた野田聖子さんの場合は、遺伝的には彼女の血を引いていない子どもですけれども、彼女自身が妊娠・出産をしたので、日本の法律ではすんなり彼女が母ということになるわけです。

それから、慶應大学のようなAID、非配偶者間人工授精の場合は、実際には夫と遺伝的につながりのない子どもですが、日本の法律では妻が婚姻中に産んだ子どもは基本的に夫の子どもと見なすことになっているので、ここでも夫の嫡出子として届け出られて、いままでは法的には問題になってきませんでした。

例外的なケースとして、夫が病気になったときに精子を凍結保存しておき、その後夫が亡くなってから、保存されていた凍結精子を使って妻だった人が妊娠・出産し、子どもを産んだという事例があります。この場合も嫡出関係が裁判で争われたのですが、妊娠の時点ですでに夫本人が死んでいるので、たとえ遺伝的には夫の子どもであっても、夫の嫡出子とは認めないという判決を2006年に最高裁が出しました。

こういうふう親子関係に関していろいろややこしいことが起きてきていて、子どもにとっては、遺伝上の父と母、つまり卵子や精子の提供者と、

妊娠・出産の母、そして生まれた後育ててくれる育ての父と母が、極端な場合にはそれぞれ全部違う可能性もありうるし、2人以上の複数の父や母を持つ可能性が出てきたわけです。

ではそのときに、何をもちて誰が親だと決めればいいのか、親の要件とは何かという非常に難しい問題が生じます。遺伝的な血のつながりが一番重要だろうと思われるかもしれませんが、それで言えば向井さん夫婦の子どもは、彼女たちの子どもということになりますが、野田聖子さんの場合は、彼女の子どものではないことになります。逆に出産の事実で決めるとすれば、向井さんの場合には向井さんは母ではないということになります。

それから、子どもに対する強い愛情とか、絶対自分たちが育てるんだという気持ちがあることが、親の条件として大事だという考え方もあります。それに近いケースがアメリカで起きたベビーM事件です。このケースでは、代理出産を引き受けた女性に依頼人の夫の精子を人工授精して、その女性の卵子で妊娠して、その女性が産んだ。ところがその代理出産した女性は、産んでみたら子どもに愛情が湧いて、依頼人夫婦に子どもを引き渡したくなくなり、子どもと一緒に逃げて裁判になりました。この場合は、遺伝的にも出産の事実からも、その女性が母であるわけです。けれども、結局裁判では女性はその子の母と認められなくて、子どもの親権は依頼人夫婦の方に認められました。依頼人夫婦の方が金持ちで、子どもを望んでいて、育てる意志があるということがその理由でした。

このように、親の要件とは何かはケース・バイ・ケース、その時々々の利害関係によっていろいろ変わっていて、一律にこれこれの条件を備えた人が親だと決めることが非常に難しくなっているのが現状です。

#### (4) 生殖の市場化・商品化

体外受精技術の登場によって、さきほど言ったように生殖のプロセスがばらばらにパーツ化され、自由に組み合わせられるようになりました。その結果、それぞれのパーツが商品、あるいは商売としてお金と引き替えに提供されるという、市場化現象が起きています。

最も早く商品化が起きたのは精子です。精子バンクといって、有名大学

出身者などの精子を売るというサービスが日本でも一時ありましたが、アメリカでは非常に盛んで、たくさんの精子バンクがあります。今はもう止めたようですが、ノーベル賞受賞者の精子ばかりを用意していることを売り物にする精子バンクなどもありました。

いまではインターネット上でいろいろ調べて、カタログのなかから選び、「この人の精子が欲しい」と注文して買うことができます。注文してカードでお金を振り込んだら、冷凍した精子が宅配便で届いて、それを自宅で解凍して自分で人工授精することもできるわけです。卵子についても同様に、斡旋ビジネスが盛んです。

そういう精子や卵子提供、あるいは妊娠・出産を肩代わりする代理出産、そうしたサービスがいまでは生殖産業となっていて、アメリカを中心に世界各地でグローバルに行われるようになってきています。

たとえばアメリカではいま卵子提供が、若い女性、特に有名大学などの成績も優秀でルックスもいい若い女子学生にとって、何千ドルも稼げる割のいいバイトのようになっていきます。実際、私もある名門大学で見かけたことがあります。大学新聞に堂々と、「中国系アメリカ人で、成績優秀、性格が良くて音楽の才能のある女性の卵子を求めています」というような広告がいくつも並んでいました。出すのが簡単な精子に比べると卵子は採取するのにずっと手間ひまがかかるので、値段もはるかに高くなっています。

アメリカは州によって法律が違って、こうした生殖ビジネスを禁止している州もある一方、カリフォルニア州などでは非常に盛んです。カリフォルニアには世界中から顧客がやって来ていて、赤ん坊が州の主要産品の一つと言われるぐらい、生殖産業が盛んです。日本からもたくさんの人が行って、野田聖子さんも、先ほどの60歳で妊娠・出産した女性もそうです。

卵子提供をするのは、女子大生やモデルとか、若い女性が多いですが、代理出産を引き受ける方の女性は、それよりはもうちょっと年齢が上の20代後半から30代ぐらいで、出産経験のある主婦層が多い。社会階層的には中の下、経済的にあまり豊かでない層の女性が、一種の内職のような感じ

で代理出産を引き受ける傾向があるとされています。

さきほどのベビーM事件は代理母自身の卵子を使っていたので、余計に自分の子という意識が強くなり、依頼人への引き渡しを拒むことになりました。それでこの事件以降、自分の卵子を使って代理出産をやると情が移りやすいということで、最近の代理出産の傾向は、いわゆるホストマザー、卵子も精子も自分とは関係のない受精卵におなかだけを貸して妊娠・出産するタイプが主流になっています。

ただアメリカでは、卵子を買うにも代理出産を頼むにも、何かと費用がかさみます。ドナーや代理母への直接の謝礼だけでなく、弁護士費用や滞在費用が非常に高くつくので、最近では、もっと安くそういうサービスを提供してくれるインドやタイなどのアジアの国に日本人客も多く向かうようになってきました。特にインドは医療技術の水準がかなり高く、国自体がそれを国際的に売りに出して欧米人を呼ぼうという方針をとっていますので、代理出産産業が最近非常に盛んになっています。そこで代理出産を引き受けるのは、貧しい女性たちです。彼女たちは夫や家族とは離れて一カ所に集められ、寮生活のようなかたちで生活全般を管理されながら、出産までそこで暮らします。

インドの代理出産を一躍有名にしたのは、2008年のベビー・マンジ事件です。これは日本人のお医者さん夫妻が、インドで夫の精子と、妻の卵子ではなく提供卵子を使って代理出産を依頼したのですが、赤ん坊が生まれる前にその夫婦は離婚してしまいました。インドでは子どもの出生証明書には父と母の名前の記載が必要ですが、父親はわかっているけれど母親がいないという状況になりました。卵子提供をした人も代理出産した人も、自分は母ではないと言うし、妻とは離婚している。そのためその子には出生証明書が出せず、日本にも連れて帰れなくて、大きな問題になりました。結局はインド政府の特別扱いで、出生証明書ではなく身分証明書のようなものを作ってもらって、日本に連れ帰ったようです。この事件が新聞などのメディアで大きく報道された結果、日本人の客がさらに増えたそうです。

## (5) 異性婚以外の家族の作り方

5番目の問題としては、異性カップル以外の人たちによる家族づくりという新しい現象があります。例えばレズビアンのカップルの場合、カップルのどちらかが前に男性と結婚していたときにできた子どもを、2人で一緒に育てるというケースがあります。あるいは、知り合いのゲイの男性に精子だけ提供してもらって、自分たちで人工授精して子どもをつくるという場合もあります。精子バンクから精子を買って、人工授精をすることもできます。

またシングルマザーについては、かつてのシングルマザーは、男に捨てられてやむなく未婚の母になるというケースが多かったのですが、最近ではそれだけではなくて、自分で経済力もあって、男はいまのところ要らない、あるいは結婚したい相手がいないけれど子どもは欲しいという女性が、精子バンクから精子を買って、一人で産んで育てる、そういうタイプのシングルマザーがアメリカでは増えていると言われています。ちなみにアメリカでは全出産の3分の1がシングルマザーによるもので、そのなかのかなりの部分が、自分で選んでシングルマザーになっている人たちです。

さらにゲイカップル、男性同性愛者同士のカップルは、普通だったら自分たちで子づくりはできないわけですが、いまでは提供卵子を買って、それに自分たちの精子をかけてできた受精卵を別の女性に産んでもらうというかたちで、自分たちの子どもを持つケースがアメリカなどで増えてきています。代理出産を引き受ける女性のなかには、異性同士のカップルだと妻の方が自分に嫉妬したりしていろいろ面倒だから、ゲイカップルの方がそういうトラブルがなくて仕事がやりやすいと言って、ゲイカップルのための代理出産を好んで引き受ける人が結構いるそうです。

このように、現在では生殖技術によっていろいろなかたちで家族を作ることが可能になってきました。こういう新しい家族のあり方は、一概に悪いとは言いきれないところもあって、例えば異性同士の夫婦なら必ず子どもを大切に愛情をもって育てるかといったら、そうとは限らない。ご存知のように虐待やネグレクト、家庭内暴力など、いろんな問題が起きていま



す。だから親が異性カップルでないと子どもがちゃんと育たないという理由では、こうした新しい家族のあり方に反対できないと思います。

けれどもその一方では、特にゲイカップルの子づくりでは、お金のあるゲイカップルが代理出産と提供卵子によって子どもを得ることに對して、男が金で女の体を使って子づくりをしているという批判もあります。ただ、金で女性の体を買っているという点では、依頼主が異性婚の男女のカップルであっても同じことで、自分たちの都合で人の体を利用しているという意味では違いはないわけです。そういう意味でも、はたして生殖技術の利用に関して異性婚カップルだけを特別扱いすべきなのかどうか問題になってきます。

## (6) 子どもという「当事者」の問題

最後に、子どもという忘れられた「当事者」の問題があります。生殖技術をめぐる議論のなかで、実は最大の当事者でありながらずっとその存在が見えなくされてきたのが、この技術を通して生まれてくる子どもたちです。いままでは、「私たちは子どもが欲しい」という親の側の声や欲望だけがクローズアップされる傾向が強かったわけです。

しかも最初に言いましたように、こういう技術を利用したカップルは、その事実を子どもにも周囲にも隠すことが多いため、余計に子どもの存在というのは見えにくかったわけです。精子提供や卵子提供で子どもを持ったとか、代理出産してもらったとか言う、やはり日本では周りの目が非常に厳しいので、隠したいというのもわからないではないですが、子ども本人にもそのことが知らされていない。ところがその子が大きくなって、ある日突然何かのきっかけでその事実を知ることになった場合、非常に大きなショックを受けることが多いようです。

日本でも外国でも最近、生殖技術、特に非配偶者間人工授精（AID）から生まれ、後でそのことを知った子どもたちが、当事者として声を上げて発言し始めています。日本でもそういう当事者たちがグループを立ち上げて、AIDについてかなり批判的な活動を始めました。

こういう方たちの話を私も聞いたことがあります、それまでは全然知

らされていなかった事実を、例えば父親が病気になったとか何かの拍子に知って、非常にショックを受けたと言っています。自分はいったい何者なのかという、自分のアイデンティティがその瞬間から揺らいでしまって、どう考えたらいいのかがわからなくなったと、多くの人が言っています。

また、ずっと秘密にされてきたことで、自分はそんなふう非常に恥ずかしい、世間から隠さなければいけないような方法で生まれてきた人間なのかと、そういう意味でも非常にショックを受けたそうです。

さらに、生物学上の父であるドナーについて知りたいと思っても、何も手がかりも情報もない。ドナーについて知りたいと思うのは、遺伝的な病気の問題とかもありますが、やはり自分のアイデンティティに関わる問題ですね。自分が好きになった人も、もしかしたらAIDで生まれた人かもしかなくて、知らずに近親相姦になる恐れだってあるわけです。

こういう方たちがよく言うのは、自分の家庭には何となく変なところがあるなとか、何か父との関係がよそよそしいなとか思っていたのが、この事実を知って、「ああそうだったのかと合点がいった」ということです。そんなふうには、親は隠していても、子どもの方は「なんか変だな」と感じていることが少なくないようです。

こういう事実を知ったときのショックというのは、そのときだけの一時的なものではなくて、当事者の方のなかには、その後もずっと鬱状態が続いて、自分の夫や子どもにも影響が出たと言っている方もあります。広い範囲に影響が及ぶわけですね。

そういうこともあって、海外ではドナーについての情報をきちっと記録しておいて、子どもが成人して情報開示を求めるときには、それを知らせようという方向で進んでいる国もあります。ただ日本では、これまでもいまもそういうふうになっていません。

当事者団体の人たちは、子どもにとってのいろいろな問題を考えることなしに、どんどん技術だけを先行して進めていくのは、ちょっと待ってほしいと主張しています。やはりこれからは、もう一人の当事者としての子どもの意見にもっときちっと耳を傾けて、技術の利用をどうするのかを考えていく必要があると思います。

#### IV ARTへの規制——子どもへの欲望と「権利」

最後に、ではこういう生殖技術をどういうふうに規制するのか、しないのかということについてお話しします。生殖技術は不妊の人たちにとっての新しい希望をもたらしたと同時に、これまであげたようないろんな問題も生まれてきています。特に生殖というのは、妊娠・出産をするのは女性だし、卵子を提供するのも女性なので、この問題の多くが女性の身体を舞台に発生しているという特徴があります。そのなかでも特に代理出産などでは、女性の身体自体が商品としてお金でやりとりされるという問題が顕著になってきています。

そこで、技術の利用を、いったい誰に、どういう基準で、どこまで認めるのか、どこで規制するのかという問題が生じます。この問題については、一方の極にアメリカ風の自由主義的な考え方があります。要するに、何かを売りたい人と買いたい人があって、双方が合意したのなら、その取引引きに対して第三者が口を挟むべきではない。それが自由主義、自由市場であり、よく言われる自己責任の考え方で、アメリカやインドはそういう立場をとっています。問題は、現在はグローバリゼーションの時代なので、世界の1カ所か2カ所でもそういう考え方でやっているところがあると、他の国の人は、経済的事情が許しさえすれば、そこへ行って、その商品を買うことができるということです。

それに対して、買いたい人がいるからと言って何でも売っていいということではないと考える国もたくさんあり、いろいろと法律で規制を定めています。OECD加盟34カ国を見ると、ほとんどの国が第三者からの精子提供については認めています。ただし、これは提供であって、売買を認めているとは限りません。報酬を払うことを認めている国と、そうでない国とがあります。そのなかで、日本では提供精子による体外受精は駄目で、慶應大学がやってきたような提供精子による人工授精だけを認めています。また、卵子提供も胚提供もいまのところ認めないとなっています。ただし、これは法律で決まっているのではなくて、日本産科婦人科学会のガイドラ

インによってそうなっているにすぎません。

一方、代理出産に関しては、同じくOECD加盟34カ国では容認している国もいくつかありますが、禁止している国の方が倍以上と多くなっています。つまり、代理出産には非常に問題があると考える国が多いということになります。日本も学会のガイドラインで禁止しています。

どのように規制が行われているかの一例として、フランスを見てみましょう。フランスでは、第三者による精子・卵子・胚の提供は認められていますが、代理出産は禁止されています。1994年につくられた「生命倫理法」によって規制が行われてきたのですが、それを2011年に改正しました。その改正のなかで、最初はART利用の目的が「親になりたいというカップルの願いへの応答」となっていたのが、「医学的不妊の治療に限る」と変わりました。また、技術を利用できる対象が「生きていて、生殖年齢にある男女のカップル」に限定されました。「生きていて」というのは、凍結保存した精子や受精卵を当事者の死後に利用することは認めないということです。「生殖年齢にある」というのは、高齢出産、たとえば50代とかは駄目ということで、「男女」というのは、同性愛のカップルとかシングルの人には利用を認めないということです。そして「医学的不妊に限る」というのも、高齢ですでに生殖年齢を過ぎた人や同性同士のカップルは対象にならない、ということの意味しています。

このようにフランスの場合は、子どもが欲しいという欲望がいくら強かったとしても、それは誰にでも技術を利用して子どもをつくる権利があるということにはならない、自ずからそこには歯止めがあるべきだ、という態度をとっています。どこで技術利用に歯止めをかけるかというのは、国によっても人によっても考え方はいろいろですが、フランスは、それについてアメリカとはかなり違う一つの見識を示している例です。

最後に、では日本はどのようなのでしょうか。日本では長い間、生殖技術に関する法律の制定が必要だ、必要だと言われながら、いまだにできておりません。わずかに日本産科婦人科学会という、お医者さんたちの学会のガイドラインによって自主規制が行われている状況です。ただこれは法律ではないので、そのガイドラインに違反しても罰則などはありません。たと

えば、さきほども出てきた長野県の根津八紘さんという産婦人科医は、自分の病院で卵子提供とか姉妹間や母と娘間の代理出産を実施し、そのことをメディアに公表して、日本でも不妊治療としてこういう方法を正式に認めるべきだと問題提起しています。根津さんは、それによって産科婦人科学会のガイドラインに背いたために除名処分になりましたが、法律を犯したわけではなく、医師免許を取り上げられるわけでもないのです。診療と治療はその後もずっと続けられています。

根津さん以外にも、最近では全国の不妊クリニックでつくっている団体が、友人や姉妹間での卵子提供による体外受精は認めるべきだと主張して、実際に行っています。このように、日本では一応ガイドラインで自粛しているけれども、それに従わなくても処罰はされないという状況です。アメリカなどで卵子提供を受けたり、代理出産を依頼したりした場合も、別に日本では法的処罰の対象にはなりません。向井さんの場合のようなトラブルが起きる可能性はありますけれども。

日本でも早く法律をつくって、生殖技術の利用をどこまで認めるかをはっきりさせるべきだということで、例えば日本学術会議が厚労省に依頼されて「生殖補助医療の在り方検討委員会」を作り、議論の結果が代理出産についての報告書にまとめられたりもしています。そこでは、日本では代理出産は原則禁止すべきだという結論になっていて、営利目的の代理出産・代理懐胎を実施した場合は、担当の医者も、斡旋した人も、依頼した夫婦も刑事罰の対象にすべきだと提案されています。それから営利目的ではない母娘間のような近親者による代理懐胎についても、親族関係の混乱や、近親者に対して周囲から「あなたが代理出産を引き受けてあげなさい」というような圧力がかかる恐れがあるから、これも駄目という原則禁止の方向を出しています。

ただ現状はそこまでで、その後議論はストップしたまま進んでいません。その一方では野田聖子さんなどが、代理出産や卵子提供を日本でも認める法律を作るべきだと主張して、議員間で動いていらっしゃるという情報もあります。ですから今後、日本でどうなっていくか、まだいまのところは分かりません。

生殖技術の利用については、やはりその人がどういう立場にあるかによって考え方がまちまちで、「これだけが唯一の正しい答えです。これは良くて、こっちは悪い」というふうに断言することがなかなか難しい問題です。正解のない問題と言ってもいいと思います。

実際、不妊の当事者の方の話聞いていても、夫婦間の体外受精まではやるけれども、第三者の精子や卵子を使ってまではやりたくないと言う人もいれば、子どもを持つ権利とか家族形成権といった言葉を使って、それは幸福追求権の一種で人間の基本的な権利なのだから、どうする方法を使って子どもを持ちたいと主張する方もいます。

けれども、そういう子どもを欲しいという欲望ですが、他のことであれば、例えばもっと美人になりたいとか、もっと背が高くなりたいとか、金持ちになりたいといった欲望は、それがどれほど本人にとっては切実なものであったとしても、社会がその欲望の実現を保障したり支援したりすべき基本的人権とは見なされません。やはり、生存権のような本当に基本的人権と言えるものと、もっと相対的な権利というか、そこまで強い権利とは言えない欲望もあるわけです。

にもかかわらず、特に子どもを持ちたいという欲望に関してだけ、子どもを持ちたいと思うのは人間として当然のことだから、それをかなえる権利があると強調されて、いわば特権化される。そしてこの欲望の実現のためには、他の人の精子や卵子を買ったり、身体を利用したりすることも、必要な手段として正当化される。そこには、やっぱり女は産む性であって、産んでいない女は不完全だとか、あるいは血のつながりのある子どもがいる家族だけが正しい家族だといった、母性イデオロギーや家族イデオロギーが非常に強く作用していて、それ以外の生き方の選択肢が見えなくされてしまっているのではないかと思います。

以上のように、生殖技術の発達によって、確かに生殖に関する新しいさまざまな選択肢が作り出され、それによって救われた方、希望や幸福を得たと感じている方もたくさんいらっしゃると思います。けれどもそれと同時に、なかなか子どもを持ちたくても持てないというときに、仕方がないねと諦めるとか、その事態を受け入れて次を考えるというような選択肢を

選ぶことが、どんどん難しくなっています。不妊治療を始めたら始めたで、そこから降りられずに、新しい悩みや問題が次々と生じてくる。そのように、選択肢が広がると同時に、違う角度から見れば狭まってもいるというのが、いま私たちの置かれている状況なのではないでしょうか。