

資 料

生殖医療の将来に関する一考察

—文献レビューを通して—

A consideration on the Future of Reproductive Medicine
— A review of literature —

デッカー清美¹⁾, 松下年子¹⁾, 小松奈美子²⁾

Kiyomi Decker, Toshiko Matsushita, Namiko Komatsu

キーワード：生殖医療, 不妊症, 代理出産, 生命倫理

Key words : reproductive technique, infertility, surrogate birth, bioethics

要 旨

近年女性の晩婚化で生殖年齢はあがり, そのため不妊症に悩む人の数は増加傾向にあり, 生殖医療技術も日々進歩している. 不妊治療を受ける女性の増加に伴い, 必ずしも子どもを授かることが保証されない状況に起因する精神的葛藤や苦悩, 経済的・法的問題が浮き彫りになってきている. 子どもは自然に授かるのがよいと考える人達が多い日本では, 不妊に悩む人達の声はなかなか届かないようである. そういう風潮があるせいか, 日本では生殖医療に関する法規制や整備が未だ充分とはいえない. 一方生殖医療は不妊治療を目的に始まったものであるが, 生殖医療技術の目覚ましい発達, 多国間の文化や価値観の違いにより治療の選択肢が広がるとともに, 本来の目的以外にも利用されるようになってきた. 代理出産, デザイナー・ベビーやクローン人間等を取り扱うビジネスが誕生した.

日本では, 代理出産は禁止されているが, 国によって, たとえばアメリカでは代理出産で子どもを授かることが許されている. その結果, 法律の隙間をかいくぐって海外で不妊治療を受けるカップルが後を絶たず, 生殖医療に関わる倫理と人権の問題は大きな社会課題の1つとなっている. そこで本研究では, 生殖医療の将来における社会問題を考察し, 不妊当事者のこころの葛藤を明らかにすることを目的に文献レビューを行った. その結果, 生殖医療がビジネス化し, 生命倫理や優生思考等の考え方, また家族構成が変化していく可能性が示唆された. それらを踏まえて, 不妊治療, 不妊当事者のこころの葛藤や苦悩を理解し, 支援する必要性について考察した.

指すと日本産科婦人科学会は定義している. また世界保健機関 (WHO) は, 不妊期間を1年間としている (稲熊, 2007). 現在, 不妊治療を受ける夫婦は10組に1組と言われ, 厚生労働省によると2002年にわが国で不妊治療を受けた患者数は約46.6万人, 2008年の公的助成の支給件数は過去最多の約7.2万人に達し, 支給額は約

I. はじめに

近年の晩婚化で生殖年齢はあがり, そのため不妊症に悩む女性の数は増加傾向にある. 不妊とは, 正常な性生活を送っている夫婦が2年以上妊娠しない状態を

受付日：2011年9月28日 受理日：2012年1月31日

1) 埼玉医科大学保健医療学部看護学科

2) 武蔵野大学大学院教養教育部

72 億円に上ったという（四国新聞社，2011）。なお生殖医療技術は日々進歩しているが，そもそも生殖医療は不妊治療を目的に始まった。しかし生殖医療技術の目覚ましい発達，多国間の文化や価値観の違いにより治療の選択肢が広がるとともに，本来の目的以外にも利用されるようになってきた。その実例が，出生前診断や遺伝子操作，代理母，クローン人間やデザイナー・ベビー等である。

生殖医療の恩恵を受ける・受けないは，個人の自己決定権に任されているとはいえ，すべての生殖医療を利用できるわけではない。日本では，代理出産や卵子提供の体外受精は禁止されている。着床前診断は重篤な遺伝性疾患や習慣性流産のある人に限られており，人クローン技術も禁止されている。生殖医療が進歩していく中，日本人は生命の誕生に科学技術が介入することを好まないかのような印象さえ持つ。特に無宗教者が多いわが国であるが，生命の誕生は自然で神秘的なものと考えられる人が多いのかもしれない。しかし，現実には不妊症で悩むカップルは法律の隙間をかいぐり，法的規制のない国で治療を受け，そのことが様々な問題を引き起こしている。例えば，代理母を外国の女性に依頼したにもかかわらず，出産する段階で依頼者が離婚してしまい，出産後の子どもの国籍が問題になることなどである（吉村，2009）。

不妊治療を受ける患者の増加に伴い，不妊当事者の悩みや苦悩，経済的問題や法的問題も浮き彫りになってきている。前者は，不妊治療の検査やホルモン剤投与などの身体的苦痛，また必ずしも子どもを持てる保証のない治療への精神的葛藤などである。健康な子どもを授かる保証もない。それでも，血を分けた子どもが欲しいと思う夫婦は増えており，代表的なケースとして代理出産を選択したプロレスラーの高田延彦と女優の向井亜紀夫妻がいる。向井（2004）は，妊娠中に子宮頸癌が発見され子宮を全摘し，中絶手術を余儀なくされた。彼女は，夫と自分の遺伝子を持った子どもが欲しいと切実に願っていたが，その願いが病気によって絶たれてしまった。日本では代理出産は認められていないため，渡米してネバダ州のクリニックで代理出産を行った。わが国で代理出産が問題になるのは，誰が母親なのかということである。代理出産には2つの方法がある。ひとつは夫の精子を代理母に人工授精するという方法で，「サロゲート・マザー」と呼ばれ，この場合は子どもの遺伝的な親は夫と代理母になる。もうひとつは，妻の卵子と夫の精子を体外受精し，代理母が妊娠・出産するという方法で「ホスト・マザー」と呼ばれる。代理母はお腹を貸すだけで，子どもの遺伝的な親は代理出産を頼んだ夫婦となる。日本の民法は「妊娠・出産した人が母親」という前提で成り立っており，代理出産は代理母が法律上母親となる。その結果，向井氏の代理母が産んだ双子の子どもの出生

届けは，品川区では受理されず，法的な親子関係が認められなかった。

生殖医療は，さらに死後受精も可能にした。すでに亡くなっている夫の精子を凍結保存し，死後解凍して，妻の卵子と体外受精し，男の子が生まれた。しかし，この世に存在しない人を父親にするのは現在の法律では不可能である。子どもの父親は戸籍上存在しないことになってしまう（青野，2007）。このように現在起こっている生殖医療の進歩に，「法整備が追いついていない」と言われていると青野は述べている。どこまで法律が認め，どこまで規制するのかが徹底的に議論されていないわが国の現状がある。生殖医療は進歩しているが，そのための法の整備は，米国やヨーロッパの国々と比較すると後れをとっている（青野，2007）。

不妊治療を受けるカップルが増加する中，向井氏のように不妊当事者のこころの葛藤や苦悩を告白する人達も出てきた。不妊治療をしたからといって子どもを持てる保証はなく，また健康な子どもを授かる保障もない。それでも，血を分けた子どもが欲しいと思う不妊カップルは増えている。なぜそこまでして，自分の子どもを欲しがるのか，子どもは自然に授かるのがよいと考える人達が多い日本では，不妊に悩む人達の声はなかなか届かないようである。そういう風潮があるせいか，日本では生殖医療に関する法規制や整備が未だ充分とはいえない。代理出産や非配偶者の提供精子・卵子等がもたらす親子関係を，公的に認めるシステムは法で定められていない。生殖医療は進歩しているが，そのための法の整備は，米国やヨーロッパの国々と比較すると後れをとっている。

生殖医療は，将来どのような方向に進もうとしているのか。少子化に加えて結婚をしない人が増えている日本において，多くの人々が不妊治療について知り，このことについて国を挙げて議論してもよいのではないだろうか。本研究では，文献レビューを通して生命倫理的問題と不妊当事者のこころの葛藤に焦点をあてて，わが国の生殖医療の将来について考察する。

II. 方法

研究デザインは，文献のレビュー研究である。検索サイトは医中誌 Web とし，生殖医療・不妊治療・生命倫理・代理母というキーワードで1997年から2010年でヒットした文献をレビュー対象候補とした。検索の結果，1,000件以上の文献がヒットし，さらに「生殖医療」＋「不妊治療」の組み合わせで133，「生命倫理」＋「代理母」では59の文献がヒットした。また，最新の情報源として厚生労働省のホームページを利用した。以上の文献や情報の中から，特に不妊当事者のこころの葛藤に

について論じた 23 文献を選択し、不妊治療と葛藤、代理出産、生殖医療と生命倫理の観点から分析・要約した。

Ⅲ. 結果

1. 不妊当事者である夫婦の葛藤

わが国では、「不妊」や「不妊治療」について一般の人々の知識は低く、当事者のこころの葛藤や悩みに対する理解も充分とはいえない。当事者は血液検査や超音波検査、卵管通気法等の諸検査、ホルモン療法に加え、多くの時間と費用を費やして体外受精に臨まねばならない。不妊治療には、心身ともに非常にストレスが伴い、そして、それが失敗に終わった時の落胆は計り知れない (Fine, 2008)。女性として生まれたからには誰もが子どもを授かることができるという考え方は、マジョリティーのみを視野に入れたものである。マイノリティーの不妊当事者は、周囲に不妊に対する様々な葛藤について告白することができず、夫婦間の殻に閉じこもりがちである。しかし、今日、「不妊」という状況についてカミングアウトする夫婦が増え、少しずつであるが不妊当事者のこころの葛藤について一般の人々が知るようになってきた (向井, 2004)。

不妊当事者であったジャガー横田と木下博勝夫妻の不妊治療時の辛い体験談が、NPO 法人 Fine の記事に載っていた (2008)。ジャガー横田は、「結婚後子宮筋腫が見つかり、手術後不妊治療を始めたが上手くいかず、自分を責め主人に申し訳なく思った」と心情を語っている。夫である木下は、そのような妻を支え、前向きに治療に臨んだが、妻の不妊治療を経験した結果、3つの苦難があることがわかったという。第1は、子どもに関して周囲から色々言われる精神的苦難、第2は、体外受精時の筋肉皮下注射、頻回の通院や採卵等の肉体的苦難、第3は、1回の治療に40万円から60万円かかる経済的苦難である。そして、不妊治療のゴールや治療成果等に対しては何の保証もない。

生殖医療の進歩に伴って、さらに苦悩する不妊治療の女性も数多くいる。たとえば、10回治療を受けて妊娠しなかったら治療を止めよう、40歳を区切りに止めようと思っても、技術の進歩により新しい治療法で誰かが妊娠したと聞くと止められなくなる。不妊治療を受けている患者同志で、誰かが成功すれば、不成功に終わった人は、更にいき場のない思いを抱えて辛い思いをする。治療歴11年の39歳のSさんは、「子宮があり、排卵がある間はあきらめられないかもしれない」と語る。「技術の進歩」が不妊治療を長期化する原因のひとつになっている。そして、長い時間かけても妊娠出来なかった時の苦悩や葛藤はさらに深くなる (鈴木, 2002)。

すでに何度も不妊治療を経験している当事者は、採

卵のためのホルモン治療や検査等、精神的・肉体的苦痛を充分すぎるほど自覚している。それでも治療を継続し、それでも思うような結果が得られなかったり、たとえ妊娠しても、途中で流産する可能性は高い。一時治療が成功した喜びに浸るのもつかの間、流産した場合、当事者の悲嘆や喪失感は深い (林谷, 2009)。

2. 代理出産を選択する夫婦の心理的ストレスと課題

大野 (2009) は、代理出産の歴史を体現するマーケル一家の問題点について述べている。代理出産を選択したマーケル夫妻は夫の精子を、代理母の女性の卵子と人工授精させ、その女性に子どもを産んでもらった。しかし、夫婦とも出産を待ちわびつつ女性が子どもを手放してくれるかどうか、出産間近まで心配していた。女性も日々お腹の子どもに対する愛着が増し、「この子は彼らの子ども」と自分に言い聞かせながら、その思いを断ち切り、マーケル夫妻に子どもを手渡している (大野, 2009)。ここで、代理出産に関するいくつかの問題点が浮上する。第一は、代理母まで立てて産まれた子どもは、親のエゴでこの世に産まれたとする人権問題。第二は、もし子どもが成長の過程でこのことを知ったなら子どもの将来にどのような影響を及ぼすのかという問題。第三は、産まれた子どもが健康児でなかったら、依頼した夫婦はその子を引き取るであろうか等の問題である。また、代理出産を依頼する夫婦や代理母を引き受ける女性の双方の心理的ストレス、生命に対する責任や葛藤の裏には多くの倫理的問題が存在している。

さらに、代理出産で問題になるのは、産む女性は全くのボランティアで引き受けるのではなく、そこには金銭的問題があるということである。代理出産にかかる費用は、クライアント一組につき1,500万から1,700万である。依頼してくる夫婦は36歳から39歳で、年齢を重ねるほど卵子の質が落ちることから、1回で成功する確率は低くなる。また、生まれてくる子どもが健康とは限らない。早産で生まれた場合、米国での治療費は膨大な金額である。したがって、海外で代理出産をする夫婦は、経済的にその費用を支払う能力のある裕福な家庭である。生殖医療は経済的保障や裕福でなければ受けられない治療であり、それゆえにビジネスの対象にもなっている。

わが国の婚姻の主な目的は「あつぎ」を得ることであり、子どものいない夫婦にかかる圧力は大きい。その圧力は、産む性役割を持つ妻にかかる。治療を決意した後であっても、妊娠・出産後の過程において流産や戸籍の問題など夫婦の間にさまざまな葛藤が生じることが予測される。そして、代理出産のように人を権利の客体として取引する生殖のビジネスは法的に認められていない (吉川, 1999) 中、不妊治療の結果、代理出産と

いう選択肢のみが残された場合の判断の是非は大きな課題である。

3. 不妊当事者に対する支援体制

1990年代までは、日本において不妊や生殖医療に関する研究や支援は少なかったが、現在はインターネット等の普及により遠隔地においても支援を受けられる体制になってきた。しかし、一般市民の不妊治療に関する理解はまだ低い。厚生労働省「生殖補助医療技術についての意識調査」(2003年2月)によると、一般回答者から「妊娠はあくまでも自然になされるべき」(50%)、「人を生殖の手段として用いるから」(40%)という理由で不妊治療を認めないとする回答が寄せられている。

不妊当事者には多様なストレスや葛藤があり、社会的支援が必要とされている。現在、医療機関に相談窓口はあるものの、日常生活に関する悩みを相談できるような状況ではない。

4. 生殖医療の変遷

不妊治療から始まった生殖医療の技術開発は著しい。女性の社会進出・経済的自立から晩婚化が進み、出産年齢も高齢化している今日、不妊症で悩む男女のカップルは増加傾向にある(齊藤, 2006)。そのために不妊治療を受けるカップルも増加しており、人工授精、体外受精、顕微授精等の治療を受けるようになった。そして、より優秀な子どもを求めて、障害児の排除、男女の産み分け、デザイナー・ベビーやクローン人間というように人間の生殖に関する欲望は限りなく高まりつつある。今や生殖医療は最先端の科学としてクローン羊の誕生や再生医療にも応用され、受精卵からES細胞を作製するまでに至った。生殖医療の変遷は以下のとおりである。

(1) 人工授精

人工授精とは、排卵能力のある女性の排卵期に人工的に精液を子宮腔内に注入する方法であり、配偶者の精液を子宮腔内に注入する方法(AIH)と非配偶者の精液を使う場合(AID)がある。日本では1949年に慶応大学病院で非配偶者間人工授精(AID)第1号の女兒が生まれている(小笠原, 2005)。

(2) 体外受精

1978年7月25日、体外受精によりイギリスでルイズ・ブラウンという女兒が生まれた体外受精とは、採取した精子と卵子を子宮外で人工的に受精させ子宮に戻す方法である。日本では、1983年に東北大学病院で第1号が生まれている。顕微授精は1992年から日本でも行われるようになった。

日本産婦人科学会によると、2005年現在、わが国の体外受精、顕微授精等の実施施設数は584件である。体外受精の実施件数は、1995年度19,523件で、2004

年度には48,944件と10年の間に2.5倍に増加している。また、顕微授精の件数は、1995年度6,940件で、2004年度には29,582件と10年の間に約4倍に増加している(厚生労働省, 2004)。小笠原(2005)は、最近の日本の年間出生数は120万人前後であり、新生児の約1%を体外受精と顕微授精を経た子どもが占めることになることを述べている。

なお体外受精が開発されることで、その受精卵が正常か否かを判断する出生前診断や遺伝子診断までもが可能になった。出生前診断により、染色体異常や遺伝性疾患が見つければ、その受精卵を母親の子宮に戻すことなく廃棄することができる。人間の生命の選別や受精卵をデザインすることが可能になったということである。また、体外受精時に人為的に作られた受精卵の中には、破棄される受精卵があり、それを使用してES細胞を作り出し人間が必要とする臓器や組織を人為的に作り出す再生医療が今世紀、スタートした(西永, 2004)。

(3) 代理出産

2008年、インド人女性が、依頼した日本人夫婦のために代理出産をし、その夫婦の離婚によって子どもが無国籍となった。日本の法律の整備が不十分で対応しきれなかったわけである。生まれた子どもに異常が認められた場合の対応や、その子の人権や人工操作されたことによる次世代への影響についてもいまだ解明されていない(吉村, 2009)。

1998年10月、旧厚生科学審議会先端医療技術評価部会に「生殖補助医療技術に関する専門委員会」が設置され、代理母は禁止された。その時委員を務めていた矢内原巧・昭和大学名誉教授(産婦人科)は、不妊症で苦しんでいる人達の気持ちは理解しているうえで代理母禁止の結論に至った理由として、子どもの福祉を取り上げ、「遺伝子上の母、産みの母、戸籍上の母、育ての母の4人の母親の存在は子どもが混乱する。さらに、生命の尊厳の問題、商業化の問題、人体を生殖技術の手段として用いることの是非などの問題点がある」と述べている。しかし現状は、海外で代理母による出産を選択した日本人夫婦は100組以上に昇り、そのほとんどは、代理母による出産とは明かさず出生届を提出、実子として認められている。

代理出産はフランスやドイツでも禁止されているが、イギリスやアメリカでは認められている。このように国際的に統一した規制がない代理出産に関しては、商業主義的な代理懐胎が行われており、インドでは貧困に苦しむ女性が搾取されるような状況が生まれている(稲熊, 2007)。

(4) クローン技術

1996年7月5日、クローン羊・ドリーがイギリスのスコットランドのロスリン研究所で誕生後、良質な牛肉

を大量生産するためにクローン技術が使われるようになった。この技術は2つの方法があり、ひとつは「体細胞クローン」でドリーのように大人の体細胞から生まれたクローン動物、もうひとつは「受精卵クローン」で受精卵を何回か分裂させたところで、それぞれの細胞を別の卵子の核に移植して作る。

農林水産省のデータによると、2007年9月30日までに受精卵クローンを手掛けた研究機関は43施設、生まれた受精卵クローンは716頭、体細胞クローンは42施設で535頭生まれている。なお受精卵クローン牛は4割が食肉として出荷されているが、体細胞クローンの出荷は認められていない。なぜならば、体細胞クローンは、細胞が衰えやすく寿命が短いからである。将来的にこの問題は、遺伝子操作によって解決できる可能性がある（伊藤，2006）。

(5) 生殖医療における法規制の現状

1978年世界初の体外受精を誕生させたイギリスでは、「ヒトの受精と胚研究の発展に対し、どのような政策とセーフガードをつくるべきか」を検討し勧告する委員会を設置し、1984年に64項目の勧告を盛り込んだ「ウォーノック報告」を発表した。実施機関の認可制度と監査制度を前提に生殖補助医療として人工授精や提供卵・提供胚による体外受精を公認すること、生殖補助医療の利用者は法律上の夫婦に限られないことなど6年の議論を経て、1990年11月には「ヒトの受精と胚研究に関する法律」(Human Fertilization and Embryology Act 1999)が成立した。イギリスでは現在、この法のコントロールの下に生殖補助医療が実施されており、非営利の代理出産が認められている。なお、2001年1月にはクローン技術でヒトの胚をつくることや、その胚を使って人体のあらゆる組織になりうる胚性幹細胞(ES細胞)を分離、培養する研究を解禁した法律が成立している(小松，2003)。

1994年フランスでは、生殖技術、ヒトの臓器、遺伝子に係る医学技術全般を規制する生命倫理3法が成立した。「生殖技術において、生まれる子が夫婦のどちらかの遺伝的なつながりを持っていることが原則である」と定められた。また、余剰胚の譲渡を受けた場合に限って胚の提供は認められるが、代理出産は、代理母、借り腹のいずれも認められていない(藤川，2002)。

1989年ドイツでは、養子あっせんおよび代理母あっせん禁止に関する法律が成立、また1990年には胚保護法が成立している。胚保護法は、刑罰をもって一定の生殖医療技術を禁止する。卵子の提供や代理母への人工授精のほか、胚の売却、譲渡、利用、同意なき受精、死亡した男性の精子を用いた人工授精、クローン等が禁止されている(稲熊，2007)。

このように、各国では生殖医療について、将来どうあ

るべきかを真剣に議論し法律を制定している。しかし日本では、生殖医療に関して積極的な議論や論議もなく法的な規制もない。生殖医療はあくまでも不妊治療のためであり、代理出産は認めず、一般の人々の間で生殖医療に関する知識や関心は低い傾向にある(伊藤，2006)。

(6) 着床前診断と遺伝子操作および生殖ビジネスの問題と課題

1990年、Handysideらにより最初の着床前診断(Preimplantation Genetic Diagnosis:以下PGDとする)が行われた。これは、初期胚の一部から診断した遺伝子情報をもとに胚移植を選択するというものである。この技術の問題点としては、受精卵を操作破棄することの生命倫理的問題、優生思想の問題、不妊治療としてではなく自然妊娠可能な人にも実施すること等がある。これらを考慮して1998年、日本産婦人科学会は「着床前診断に関する見解」を作成し、習慣性流産や重篤な遺伝子疾患に限って着床前診断を許可することを決めた。そして2005年、日本でも遺伝子疾患の回避や不妊症・習慣性流産の治療の一環として、生まれることができる子どもの選別を目的とした胚スクリーニング(Preimplantation Genetic Screening:以下PGSとする)が行われるようになった(杉浦，2009)。

次に、生殖細胞の遺伝子操作によって、親のオーダー通りに生まれてくるデザイナー・ベビーが出現した。米国の分子生物学者、リー・シルヴァー博士(1997)は、「望む人がいる限り技術の使用は避けられない。政府や科学者がコントロールしようとしても、世界中の市場が技術を押し進めてしまう」と断言し、遺伝子操作の暴走に対して警告を発している。「複製されるヒト」(Silver,1997)の中では、人間がナチュラルと呼ばれる階級と、「ジーンリッチ」と呼ばれる望ましい遺伝子を人工的に獲得した遺伝子改良人間の階級に分かれた世界を描いている。遺伝子操作によって皮膚の色や外見等も変えられ、親は望むままにデザインした子どもを持つことが可能になるのである。

複雑な親子関係を受容できるか否か、「大人の視点」と「子どもの視点」は異なる。代理母から生まれたアメリカの女子は、両親に愛されて育ったが、学校の作文で、愛してくれる両親について語るのではなく、「自分は代理母から生まれた。」と書いたという。いくら慈しみ育てられても育ての親を本当の親として認めることは難しいようである(杉浦，2009)。

IV. 考察

1. 生殖医療の将来の展望

女性の社会進出とともに生殖年齢はあがり、晩婚化が進んでいる。そのため不妊症に悩む人が増加している

今日、心理的・社会的・経済的側面からの支援が望まれる。2004年度、厚生労働省は「特定不妊治療費助成金」を創設し、不妊治療を行う不妊当事者の経済的負担を軽減するために、10万円の給付額を支給するようになったが、それだけでは充分と言えない(林谷, 2009)。また、女性のこころの葛藤として、子どもは欲しいが不妊治療に対する職場の協力や社会の理解が得られない等の問題がある。しかし一方で不妊当事者も自分達のおかれている現状を理解してもらうように活動していくことが大切なのではないかと考える。そのためには例えば、自助グループを作り、その自助グループが医療施設で不妊カウンセリング等の心理的サポートができる体制を作ってもらえるよう国に働きかける。少子化や高齢出産が増加している日本において、不妊当事者へのこころの葛藤や苦悩に対する支援や、不妊治療の保険診療化が可能となるような方向で生殖医療を進めていくことが望ましい。

日本で禁止されている代理出産を海外で有償で依頼した場合に問題となるのは、戸籍の偽造や健康児を得ることが保障されていないことである。日本で、無償で義姉や実母による代理出産が長野で実際に行われた(吉村, 2010)。どうしても子どもを持つことができない理由等があれば、兄弟姉妹、生母や義母等代理母を認めるような法律改正を考えてもよいのではないだろうか。

人々の価値観や生き方は、その時の社会状況とともに変化し、ライフスタイルや家族の形も変わってきている(井上, 2003)。家族関係の「多様化」が進み、シングルペアレント、再婚家族、事実婚や同性愛カップル等が登場している。また、子どもを持たない夫婦のみの家族も増加している。女性がキャリアのために晩婚になり、いざ出産に臨む時には生殖年齢を過ぎてしまうというケースも増えている(齊藤, 2006)。ただし、これについては女性が生殖年齢を気にしないで子どもを持てる時代が将来くるのではないかと考える。

日本の最高齢出産として、60歳で子どもを出産した日本人女性のことが話題になった。アメリカで20代の東洋系の女性から卵子提供を受け、子どもを出産したというケースである(長島, 2001)。母体や胎児に及ぼす影響を考えると、現在の医学ではリスクが高いものの、将来、身体リスクを考慮することなく、生殖年齢に関係なく子どもが産める時代がやってくる可能性がでてきたといえよう。長島は、生殖医療の今後について「①生まれてくる子の福祉を優先する、②人をもっぱら生殖の手段として扱ってはならない、③安全性を十分配慮する、④優生思想を排除する、⑤商業主義を排除する、⑥人間の尊厳を守る」という六原則を指摘している。この医療技術の原則に配慮し、これをふまえながら生殖医療技術の発展と進歩について考えていく必要がある。自然の摂理に逆らうことのない自然な形の生命の誕生との balan

スを保ちつつ、生殖医療が発展していくことが望まれる。

2. 生命倫理と法の整備

生殖医療は、人工授精、体外受精、顕微授精、出生前・着床前診断、クローン技術・ES細胞の開発や再生医療へと目覚ましい進歩を遂げている。しかし、生殖医療を次世代、人間の生命や人間存在に関する問題としてとらえるならば、親の自由な自己決定権に任すのではなく、わが国も生殖医療に関する法規制や支援を行っていく必要があるのではないだろうか。国民全員が人間の生命に関わる「個人の同意でやること」と「個人の同意があってもやってはいけないこと」について検討し、論議していかなければならない。また、生殖医療技術の進歩に伴い多様化する人々の要求や権利を調整しながら、立ち遅れている生殖医療に関する法律を急いで整備していく必要がある。

1998年、わが国でも「生殖補助医療技術に関する専門委員会」がようやく設置された。それまでは、生殖補助医療技術に関する事柄は日本産科婦人科学会の決定に委ねられていた。2000年12月に「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」が、国民から広く意見を求めてまとめられた。これをもとに、2001年7月厚生労働省は、厚生科学審議会の下に「生殖補助医療部会」を発足させ、法的規制について審議を開始している(鈴森, 2002)。しかし依然として日本の生殖医療の法律の整備は、他国に遅れを取っており、早急な対応が望まれる。

不妊治療を受けている夫婦がどうしても子どもが欲しく代理出産を選択したとする。ここで、代理出産に関するいくつかの問題点が出てくる。代理母まで立てて産まれた子どもの人権問題や、もし子どもが成長の過程でこのことを知ったなら子どもの将来にどのような影響がでるのか、また、産まれた子どもが健康児でなくても、依頼した夫婦は子どもを引き取るか等の問題であり、これらについて考えておく必要がある。代理出産をする夫婦や代理母を引き受ける女性の双方の心理的ストレスのみならず、生命に対する責任を含めて倫理的問題の存在は大きい(大野, 2009)。

人間はどこまで「いのち」に関与してよいのか、生命の倫理を考慮した法律が制定されるべきである。このまま生殖医療の技術が進めば、国ごとに異なる法律の盲点をくぐって最先端生殖医療を受けようとする人達が大勢出てくることも予想される。また、遺伝子操作の発展により将来、人間や動物の遺伝子が突然変異を起こしてしまう危惧もある。現段階から、どこまで生殖医療が許されるのかについて国内で議論し、生殖医療が将来どうなっていけばよいのかその見通しを立てておくことが必要であろう。

3. 不妊心理への援助

不妊治療を受ける女性の増加に伴い、その当事者の心理を綴った著書が出版されている。その代表的な著書として、向井氏の「会いたかった一代理出産という選択一」があげられる。不妊治療中の夫婦は、社会的偏見を警戒して、夫婦以外に相談相手を持たず、孤立する傾向にある。夫婦間の親密度は増すが、治療が長期化してくれば、それが双方の心理的ストレスになる(林谷, 2009)。したがって夫婦がどのような状況にあるのか把握したうえで、こころの葛藤や苦悩に対する心理的な援助を提供することが必要になってくる。向井氏は、夫と自分の遺伝子を持った子どもを欲しいと切実に願っていた。その願いが病気によって絶たれてしまったことは前述したが、どうしても「自分の子ども」が欲しいというこころの奥底から湧きあがる思いから、「ただ欲しいから欲しい」という理由で代理出産に踏み切っている(向井, 2004)。

2008年、不妊の悩みを抱える夫婦を支援するNPO法人Fine「現在・過去・未来の不妊体験者を支援する会」が発足し、不妊に悩む人たちを支えている。いかなる形で今後、不妊に関してカウンセリングが受けやすい社会体制を築いていくことが大切なのではないかと考える。そのためには、不妊カウンセリングが出来るカウンセラーの育成や、不妊治療を行っている病院やクリニックで心理的サポートができるよう、窓口の設置やカウンセラーの配属等を進めていくことが望まれる。

V. おわりに

生殖医療の将来の問題・課題として、生殖医療のビジネス化、生命倫理、優生思想等の考え方の変化、家族構成の変化が起きつつある。生殖医療の技術が国境を越えて利用することが可能となったこともあり、その将来について早急な法律の整備や、世論の議論が望まれる。また、少子化が進む中、不妊治療が誰でも受けられるような医療体制が必要ではないだろうか。そして、不妊治療を受ける当事者のこころの葛藤や苦悩を理解し、支援出来る世の中に変化していくことが望ましいと考える。

文 献

青野由利 (2007) : 生命科学の冒険, ちくまプリマー新書, 26-33.

- 藤川忠宏 (2002) : 生殖革命と法, 日本経済新聞社, 53-59.
- 林谷啓美 (2009) : 不妊治療を受ける夫婦の抱える問題と支援のあり方, 川崎医療福祉学会誌, **19** (1), 13-23.
- 稲熊利和 (2007) : 生殖補助医療への法規制をめぐる諸問題, 立法と調査, **1** (263), 128-136.
- 井上智子 (2003) : 先端医療と看護研究の課題, Quality Nursing, **9** (8), 4-7.
- 伊藤晴夫 (2006) : 生殖医療の何が問題か, 緑風出版, 50-51
- 小松奈美子 (2003) : 統合医療の扉, 北樹出版, 48-58.
- 厚生労働省 (2002) : 不妊治療の患者数・治療の種類等について
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/10/s1018-7h04.html>
- 厚生労働省 (2003) : 生殖補助医療技術についての意識調査
<http://www.mhlw.go.jp/wp/kenkyu/db/tokubetu02/1.html>
- 厚生労働省 (2005) : 体外受精・顕微授精の患者数の推移
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/10/s1018-7h03.html>
- 向井亜紀 (2004) : 会いたかった一代理出産という選択一, 幻冬舎, 268-272.
- 長島隆 (2001) : 生殖医学と生命倫理, 太陽出版, 92-93.
- 西永兼康 (2004) : 生命の輝きの倫理学 (3), 清泉女学院短期大学研究紀要, **23**, 16-17.
- NPO 法人 Fine ; 現在・過去・未来の不妊当事者を支える会 (2008) : Fine 祭り 2008 : ひとりじゃないよ! 不妊, 14-15.
- 小笠原信之 (2005) : どう考える? 生殖医療, 緑風出版, 19-20.
- 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, 16-44.
- Silver, Lee M, (1997) : Remaking Eden, Sanford J. Greenburger Associates Inc., 278-284.
- 杉浦真由美 (2009) : 産婦人科治療一着床前診断の問題点一, **98** (2), 131.
- 鈴木良子 (2002) : 生殖補助医療の進歩, 産科と婦人科, **6** (13), 703 - 706.
- 鈴森薫他 (2002) : 新しい産科学, 名古屋大学出版, 85.
- 上杉富之 (2005) : 『現代生殖医療』, 世界思想社, 2-3.
- 吉川弘之 (1999) : 生殖医療と生命倫理, 日本学術協力財団, 141 - 147.
- 吉村泰典 (2009) : 産婦人科治療一生殖医療の進歩と問題一, **98** (2), 103-104.