

生殖補助医療——ルイーズ・ブラウンの事例——

担当：茅田・廣岡 2007 年 10 月 01 日(月)

I. 要約：ルイーズ・ブラウンの誕生

ジョン・ブラウンの妻、レズリー・ブラウンの卵管が数年前の子宮外妊娠によって深刻な障害を受けていることがわかったその後、レズリー・ブラウンは、産婦人科医パトリック・ステップトウの患者になり、生理学者ロバート・エドワーズの手助けを受けながら体外受精を成功させ、見事妊娠した。(治療の詳細についてはレジュメ参照。) これ以前にも、数多くの女性が体外で卵子を受精させることには成功していたのだが、それが着床して妊娠できた女性は少なかった。レズリー・ブラウンは妊娠期間中にいくつかの小さな問題を経験していた。軽い毒素血症の症状が見られた事と、赤ん坊がわずかに小さかったことである。1978 年 7 月 25 日には帝王切開によって女の子の赤ん坊、ルイーズ・ブラウンが産まれた。ルイーズは 5 ポンド 12 オンス (約 2600 グラム) で、完全に正常で、「申し分がない。肌は赤すぎず、しわくちゃでもなく、素晴らしい色つやをしている」と表現された。

しかし、全ての医学研究者がルイーズ・ブラウンの誕生に歓呼を持って迎えたわけではなかった。体外受精が大した業績ではないという意見と、体外受精が危険だとする意見という、正反対の二つの批判があり、また手続き上の不備はなかったのかと疑問を向ける人もいた。

また、メディアは、ルイーズ・ブラウンの誕生に必要以上に加熱し、ルイーズ・ブラウンを「試験管ベビー」と呼び、多くの人に、奇異な事が起こったかの印象——卵子も精子もなしに子供が作られたかの印象を与えた。そもそも最初から、この事例の報道には、不妊を克服するための新しい方法を全て「遺伝子操作」と同一視して、考える力を持たない奴隷や、危険な超人がつけられるのではないかという懸念に結びつける傾向があった。

当時、体外受精において、宗教的観念からそれを認めるか否かの見解は対立しており、また、体外受精で生まれた子供が奇形児だった場合の責任の所在など倫理的な問題は沢山あった。

II.論点

1. 提供胚等で生まれた子供には、アイデンティティ確立のために出自を知る権利がある。しかし、それによって提供者のプライバシーが侵害されないだろうか？（それによって提供者がいなくなるのではないだろうか？）

* 1 精子・卵子・胚の提供における匿名性の保持

(注釈) この場合の匿名とは、精子・卵子・胚の提供における提供者と提供を受ける者との関係のことを示している。

精子・卵子・胚を提供する場合には匿名とする。

- 精子・卵子・胚の提供における匿名性を保持しない場合には、精子・卵子・胚の提供を受ける側が精子・卵子・胚の提供者の選別を行う可能性がある。
- また、精子・卵子・胚の提供を受けた夫婦と提供者とが顕名の関係になると、両者の家族関係に悪影響を与える等の弊害が予想されるところである。
- こうした弊害の発生を防止するため、精子・卵子・胚を提供する場合には匿名とすることとする。

* 2: 出自を知る権利

提供された精子・卵子・胚による生殖補助医療により生まれた者又は自らが当該生殖補助医療により生まれたかもしれないと考えている者であって、15歳以上の者は、精子・卵子・胚の提供者に関する情報のうち、開示を受けたい情報について、氏名、住所等、提供者を特定できる内容を含め、その開示を請求をすることができる。

開示請求に当たり、公的管理運営機関は開示に関する相談に応ずることとし、開示に関する相談があった場合、公的管理運営機関は予想される開示に伴う影響についての説明を行うとともに、開示に係るカウンセリングの機会が保障されていることを相談者に知らせる。特に、相談者が提供者を特定できる個人情報の開示まで希望した場合は特段の配慮を行う。

《厚生労働省ホームページ》 平成15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

厚生科学審議会先端医療技術評価部会 生殖補助医療技術に関する専門委員会

2. 日本では、胚、卵子、精子の提供は認可されようとしているが、代理出産は認可されない。この線引きは妥当なのだろうか。

*参考意見

《上智大法学研究科教授の町野朔さん》

誰にも子供を持つ権利がある。代理出産を禁止するには、相応の理由がなければならない。他者に害を及ぼさない行為には法は介入しない、というのが自由主義社会の基本だ。私は代理出産の解禁論者ではないが、厚労省審議会では、なぜ法律で禁止し、処罰までするかについて、議論が十分だったと思えない。

出産で母体の生命に危険が及ぶ場合もあるが、その危険が代理出産の場合に高くなるわけではない。代理母が、そうした危険を受け入れることを承諾すれば、禁止する理由を見つけるのは難しい。ただ、(昨年公表された)高齢の実母に代理出産を依頼する方法は、危険が極めて高いという。そうした問題を一つ一つ検討する必要がある。

精子のできない男性のために、精子提供による人工授精が長年行われてきた。これも「男性を出産の道具にしている」と言えるわけで、代理出産だけを認めない理由としては説得力に欠ける。

《諏訪マタニティークリニック院長の根津八紘さん》

子宮のない女性や、がんなどで子宮を切除せざるを得ない女性にとって、代理出産の道を残しておくことは、希望として必要だ。ただ、お産で命を落としたり後遺症が残ったりする可能性もあり、国として補償する体制を作るのが望ましい。非配偶者間体外受精は、国内で行っている医療機関はほかにもあるが、日本産科婦人科学会が認めていないので、内密に進められている。しかし、水面下で行うのは、新しい命を生み出す行為にふさわしくない。患者や医師が堂々と実施できる体制を整えてほしい。生まれた子に非配偶者間体外受精の事実を教えるかどうかは親が判断することだが、知らせるなら子供が幼いころから話すべきだ。

(2007年7月20日 読売新聞)

3. 対外受精が可能となったことにより、生殖から時間要素が除去されてしまった。つまりは、①閉経期を過ぎた高齢女性でもホルモン治療を行えば、提供卵子を体外受精させ胚を子宮に移植し、妊娠出産すること、②凍結受精卵を解凍して用いることで、両親の関係が破綻した後や、一方の親が死亡した後にでも子供の誕生は可能になるということである。このように生殖において時間要素を無視してでも子供を授かる事は許されるのだろうか？

***日本における死後生殖について**

日本産科婦人科学会（理事長・武谷雄二東京大教授）は、24日の理事会で、生殖補助医療に用いる、凍結保存した精子について、「保存期間は、提供者本人が活着している間」に限るとし、死亡した場合には廃棄することを決めた。4月の総会で、会告（指針）として正式決定する。会告案によると、凍結保存した精子を体外受精や人工授精で使う場合には、提供者本人の生存と意思を確認する。本人から廃棄の意思が表明されるか、本人が死亡した場合には、保存精子を廃棄するとした。

（2007年2月25日 読売新聞）

YOL内関連情報

Ⅲ.資料

【生殖補助医療の種類】

生殖補助医療技術は人工授精と体外受精の二つに大別できるが、技術的には、クローン技術も近い将来可能になると予測されている。

○人工授精：性交によらず人工的に精子(精液)を女性生殖器内に注入するもので、主に男性不妊の治療法として用いられている。夫精子を用いる配偶者間人工授精(AIH)と、第三者提供精子を用いる非配偶者間人工授精(AID)の二種類に大別される。

○体外受精、胚移植：配偶子(卵子と精子)を取り出し、体外において授精させるもの。手順としては、卵巣刺激→採卵および卵の前培養→受精→受精卵(胚)の培養→子宮内へ胚移植→黄体期管理、となる。配偶者間、非配偶者間、顕微授精、代理出産が含まれる。

- ・顕微授精：顕微鏡下にマイクロマニピュレーターを用いて卵や精子を処理し受精を促進する方法で、受精の過程を人為的顕微操作で短絡化させる。受精障害(体外受精を行っても受精が起こらない)の症例、極度の精子過少症・精子無力症に応用される。高度な技術と設備が必要。

【体外受精実施の現状】

ルイーズ・ブラウンの誕生を契機に体外受精は急速に世界中に波及した。オルガノン社(1923年オランダで設立、バイオ医薬品企業)の調査では、1994年時点において世界48カ国で体外受精が施行され、20万人以上の体外受精児が生活していると推定された。

※ 人工授精の実施成功例は1799年

日本における体外受精による年間出生児数は年々増え続け、1999年までの累積で59,520人が生まれている。

・妊娠率

1985年 7.4% → 1990年 20%超す 以降21~23%を推移

・流産率

1987年 40.7% → 1995年以降 20%台前半を推移

この値は、通常の妊娠における流産率と比べればいまだ高率と言わざるを得ない。

・多胎率

1988年 18.6% → 現在もほとんど変化なし

超多胎(4胎以上)の割合は移植胚数の制限とともに減少してきている。

【法的整備】

日本は多くの国々とは異なり、生殖補助医療に関しての法律が存在せず、日本産科婦人科学会の会告に基づいて実施されてきた。ところが、1997年に長野県の根津医師が、提供卵子と提供精子を用いた非配偶者間体外受精を実施し、既に子供が出生していることを公表した。彼は、「学会は非配偶者間体外受精を認めるべきであり、そのための問題提起として実施、公表したのだ」と主張した。学会は根津氏を除名処分したが、学会が任意加入団体であったため、彼は医業を続けることができ、皮肉にも除名が宣伝となって全国から非配偶者間体外受精の希望者がやってくる事態となった。学会の会告には強制力がないことが明らかになったのである。

その後、旧厚生省は、1998年に「生殖補助医療技術に関する専門化委員会」を設置し、委員会は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」を取りまとめ、国民から広く意見を募集している。

これらを踏まえて、厚生労働省は2001年7月、厚生科学審議会の下に「生殖補助医療部会」を発足させて、どのような法規制を行うかについての審議を開始した。

<参考> 各国の認可状況

	精子提供		卵子提供	胚提供	代理母
	人工授精	体外受精			
日本	○	×(○)	×(○)	×(○)	×
アメリカ	○	○	○	○	○
イギリス	○	○	○	○	○
フランス	○	○	○	○	×
ドイツ	○	○	×	×	×
オーストリア	○	×	×	×	×
スウェーデン	○	×	×	×	×
スイス	○	○	○	×	×

以下に、医療部会での審議による最新の報告書の内容を簡潔に記す。

(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(案)より)

- ・精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療を受けられるのは、子を欲しながら不妊症のために子供を持つことができない法律上の夫婦に限る(×事実婚)。加齢により妊娠できない夫婦は対象とならない。
- ・代理懐胎(代理母・借り腹)は禁止。

- ・ 1回に子宮に移植する胚の数は、原則 2 個。
- ・ 精子・卵子・胚の提供に係る対価の授受を禁止する。ただし、精子・卵子・胚の提供に係る実費相当分及び医療費は除く。
- ・ 精子・卵子・胚を提供する場合には匿名とする。兄弟姉妹等からの精子・卵子・胚の提供については、当分の間、認めない。
- ・ 提供された精子・卵子・胚による生殖補助医療により生まれた子または自らが当該生殖補助医療により生まれたかもしれないと考えている者で、15 歳以上の者は、開示を受けたい情報について、氏名、住所等、提供者を特定できる内容を含め、開示請求をすることができ、男性は 18 歳、女性は 16 歳以上の者は、自己が結婚を希望する人と結婚した場合に近親婚とならないことの確認を公的管理運営機関に求めることができる。
- ・ 提供された精子・卵子・胚の保存期間について、精子・卵子は 2 年間、胚及び提供された精子・卵子より得られた胚は 10 年間とする。ただし、精子・卵子・胚の提供者の死亡が確認されたときには、提供された精子・卵子・胚は廃棄する。
- ・ 以下のものについては、罰則を伴う法律によって規制する。
 - i 営利目的での精子・卵子・胚の授受・授受の斡旋
 - ii 代理懐胎のための施術・施術の斡旋
 - iii 提供された精子・卵子・胚による生殖補助医療に関する職務上知り得た人の秘密を正当な理由なく漏洩すること

【問題点】

生殖補助医療の発展は不妊に悩む夫婦たちに希望を与えたが、その反面で、様々な問題を抱えている。以下に、論点以外での主要な問題点を挙げておく。

① 親権・養育権は誰のものか

問題が起こる多くのケースは、代理母が「母」を主張するケースである。たとえ国内で禁止されていても、海外まで行って代理母制度を利用しようとする者は後を絶たず、国内にも斡旋センターが存在する。

② 精子・卵子売買、子宮レンタル

1996 年、日本初の精子・卵子バンク、エクセレンス社が誕生した。当ホームページでは代理母の斡旋業務も行っている。不妊症以外の夫婦可、提供者の容姿・性格等の選択可、提供者との対面制度、高額な費用や報酬……。翌年、日本産科婦人科学会は会告を出したが、法的拘束力はなくエクセレンス社には多数の応募があったという。

(<http://www.threeweb.ad.jp/~excelle/> ← 現在でも閲覧可能)

大多数の国では卵子・精子・胚の売買は法律で禁じられおり(アメリカは制限なし)、精子は無償、卵子でも少額の手当てが付くのみで、提供者が非常に不足している。提供者を増やすためには報酬を増額するべきだとの意見も出ている。代理母に関しては、性殖の商品化による貧しい女性の搾取につながる危険性がある。

③ 選別医療(減数手術)

多胎妊娠は、排卵障害に対する排卵誘発剤の投与や複数個の受精卵を子宮に移植することが原因で起こる。多胎妊娠には、流早産の増加、母体合併症の誘発、未熟児や奇形などのための周産期死亡率の上昇、患者や家族の経済的・精神的負担などのデメリットが存在する。減数手術とは、多胎妊娠を防ぐために一部の児を中絶する方法である。

⇒技術の進歩により多胎妊娠は減少傾向

<参考> 多胎が起こる原因

	体外受精による	排卵誘発法による	自然による
三胎	46.7%	43.2%	8.5%
四胎	52.9%	41.2%	3.9%
五胎	33.3%	66.7%	0%

平成8年度厚生省心身障害研究「不妊治療のあり方に関する研究」(矢内原巧)より

④ コスト

日本においては、排卵誘発剤やホルモン検査などの不妊症診療の多くは健康保険の対象となるが、体外受精ならびにそれに関連する医療には適用されない。一回当たりの体外受精の費用は7万～50万まで施設により差がある。診療所が最も高く、大学病院などの医療機関では安い傾向にあり、20万～40万が最も多かった(厚生省アンケート調査、1997年)。現在の保険診療上は、体外受精技術のみならずそこに至るまでの卵巣刺激や、受精後の黄体賦活から妊娠反応までの管理すべてが自費扱いとなる。

⇒自治体によっては助成金を支払っているところもある

参考文献など

『新しい産科学 生殖医療から周産期医療まで』

鈴森薫・吉村泰典・堤治、名古屋大学出版会、2002

『生殖医療 試験管ベビーから卵子提供・クローン技術まで』

菅沼信彦、名古屋大学出版会、2001

第26回 厚生科学審議会生殖補助医療部会議事次第

(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0326-10.html>)