生殖医療技術の利用に対する
法的規制に関する提言

目　　次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・01
第１章、生殖医療技術がもたらした法的諸問題・・・・・・・・・・・・・・02
第１、子どもの法的地位と権利にかかわる諸問題・・・・・・・・・・・・・02
　１、卵子や精子の提供を受けた体外受精児の出現・・・・・・・・・・・02
　２、精子提供を受けた人工授精児数は約１万人・・・・・・・・・・・・・03
　３、子どもの法的地位と権利についての検討の欠如・・・・・・・・・・03
第２、不妊治療にかかわる法的諸問題・・・・・・・・・・・・・・・・・・05
　１、「不妊治療」の意味 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・05
　２、「不妊治療」における女性への身体的侵襲 ・・・・・・・・・・・・・05
　３、自己決定権の侵害・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・06
第２章、生殖医療技術の現状と実施状況・・・・・・・・・・・・・・・・・06
第１、概況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・06
第２、人工授精と実施状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・07
　１、配偶者間人工授精（ＡＩＨ）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 07
　２、精子の提供を受ける非配偶者間人工授精（ＡＩＤ）・・・・・・・ 07
第３、体外受精・顕微受精の手法と実施状況・・・・・・・・・・・・・・・07
　１、体外受精・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・07
　２、顕微受精・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・08
　３、実施状況と治療結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・08
第４、諸外国で行われているその他の生殖医療技術・・・・・・・・・・・10
　１、第三者から胚の提供を受ける体外受精・・・・・・・・・・・・・・10
　２、代理母（サロゲートマザー）と借り腹（ホストマザー）・・・・・ 10
第５、多胎妊娠の増加と減数手術・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
　１、多胎妊娠の増加・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
　２、減数手術の実施・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12
第３章、法的規制の必要性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12
第１、生殖医療技術の濫用を防止する必要性・・・・・・・・・・・・・・12
第２、家族のあり方を決定する権利・・・・・・・・・・・・・・・・・・13

１、自己決定権・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13
２、女性のエンパワーメント・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14
３、生殖補助医療を利用する権利の根源と制約・・・・・・・・・・・・・15
第３、子どもの権利・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15
１、父母に養育される権利・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15
２、父母を知る権利・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15
第４、子どもの法的地位を確定する必要性・・・・・・・・・・・・・・・16
１、父を確定する必要性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16
２、母を確定する必要性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・19
３、事実上婚姻関係にある男女の場合の認知強制の必要性・・・・・・19
４、同意と撤回・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・19
第５、法形式の参考としての特別養子制度・・・・・・・・・・・・・・・20
１、産婦人科医師による「実子斡旋」問題・・・・・・・・・・・・・・・20
２、特別養子制度の立法趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20
３、特別養子制度利用の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20
第６、第三者の精子や卵子の提供を受けることに対する国民の意識・・・21
１、結婚及び子どもを持つことに対する国民の意識・・・・・・・・・・21
２、生殖医療技術に対する一般国民の許容度・・・・・・・・・・・・・22
３、親子関係に関する一般国民の意識・・・・・・・・・・・・・・・・23
４、子どもの権利に関する一般国民の意識・・・・・・・・・・・・・・23
第７、利用者の範囲及び利用できる技術の範囲・・・・・・・・・・・・・23
１、利用者の範囲・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23
２、利用できる技術の範囲・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・24
３、カウンセリングとインフォームド・コンセントの必要性・・・・・24
第８、多胎妊娠と減数手術の法的問題・・・・・・・・・・・・・・・・・25
１、胎児及び胚の地位・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・25
２、減数手術の法的問題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・25
第４章、各国における法的対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27
第１、各国の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27
１、政策形成のあり方の違い・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27
２、医師職能集団の法的性格の違い・・・・・・・・・・・・・・・・・27
３、規制機関の存否の違い・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・28
４、各国の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・28
第２、ドイツの法制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29
１、生殖医療に関する法律・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・30
２、医師会の自主的規制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・31

３、家族法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・34
４、ドイツの法制の特徴・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36
第３、イギリスの法制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36
１、沿革・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36
２、制度の概要とＨＦＥＡの機能・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・37
３、法律および規約集の内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・38
４、わが国において参考となる点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・40
第４、フランスの法制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41
１、生殖技術に対する基本的視点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41
２、沿革と法的制度・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・42
３、わが国が参考にできる点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・46
第５、アメリカの法制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・47
１、法制度の現状・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・47
２、生殖医療の現状・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・48
３、著明な判例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・49
４、アメリカの現状の日本への影響・・・・・・・・・・・・・・・・・・・49
５、アメリカの法制で参考にできる点・・・・・・・・・・・・・・・・・・50
第５章　提言・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・51
提言１（生殖医療法の制定）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・51
提言２（生殖医療管理機関と生殖医療審議会の設置）・・・・・・・・・・51
提言３（情報の一元的管理と子どもの出自を知る権利の保障）・・・・・52
提言４（精子・卵子・胚の一元的管理と保管）・・・・・・・・・・・・・54
提言５（生殖医療技術利用者の条件）・・・・・・・・・・・・・・・・・54
提言６（第三者の精子・卵子を利用する際の厳格な条件）・・・・・・・55
提言７（カウンセリング制度の確立と義務付け）・・・・・・・・・・・・57
提言８（インフォームド・コンセントの義務付け）・・・・・・・・・・58
提言９（精子の提供を受けて出生した子どもの地位）・・・・・・・・・58
提言１０（子の母は出産した女性とする）・・・・・・・・・・・・・・・59
提言１１（代理母（サロゲートマザー）や借り腹（ホストマザー）、
胚の提供は禁止する）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・59
提言１２（多胎減数手術の条件整備）・・・・・・・・・・・・・・・・・60
提言１３（商業主義の禁止）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・61
提言１４（刑罰）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・61

はじめに

生殖医療技術は、生命の誕生に直接かかわる技術であり、家族のあり方や社会、文化等、様々な分野に関わりをもつ。従って、誕生する子どもにとって、その法的地位が確立しており、人間として尊重される体制が整っていることが、生殖医療技術を利用するための条件となる。それとともに、不妊治療や懐胎・出産は女性の心身に多大の影響を与えるものであるから、女性が家族のあり方を決定する自由や権利を男性と平等に行使しうる社会であることも必要である。

近年急速に発達し、臨床応用されている生殖医療技術は、これまで難治性であった卵管性不妊や重度の精子減少症に対して、体外受精や顕微受精によって妊娠を可能にして、子どもを持つことをあきらめざるを得なかった人たちに大きな希望を与えている。その反面、第三者から精子、卵子や胚の提供を受けて子どもが生まれ、その場合、生殖医療技術を利用した依頼者の子どもとして成育するが生物学的には子どもの親は提供者であるために、法的地位が不安定であり、かつ、子ども自身が生物学的な親を知ることがほとんど不可能であるという、生まれてくる子どもの法的地位や人間としての尊厳を危うくする事態が発生している。またこの技術を利用すればいつでも子どもが生まれるというわけではないから、体外受精等を試みる女性に身体的・精神的な多くのリスクを与えると同時に、経済的にも大きな負担を与えている。

生殖医療技術を利用するに当たっては、生まれてくる子どもの人権と法的地位の確保をめざし、利用者とりわけ女性の地位と権利を保護することは世界各国において共通の重要な課題であり、各国でそれぞれの国の歴史や社会・文化に応じた法的規制が行われている。

しかし、わが国においては法的な取り組みが決定的に遅れている。生殖医療技術の適用の範囲及び方法など一定範囲のものに関しては、日本産科婦人科学会等の「会告」という自主的ガイドラインで対応がなされたりしているのみである。しかも、「会告」に反して生殖医療技術を利用した医師を学会から除名しても、その医師に対する規制は法的には行われていない

私たち法律家は、この現状を放置することにより生じている様々な弊害を除去するために、検討を重ねてきた。生殖医療技術の乱用の防止と人権保障のために、最小限必要不可欠と考えられる点について、提言を行うこととする。

第１章、生殖医療技術がもたらした法的諸問題

第１、子どもの法的地位と権利にかかわる諸問題

１、卵子や精子の提供を受けた体外受精児の出現

１９９８年６月５日、３０代の妻（早期卵巣不全）が実妹から卵子の提供を受け、夫の精子を用いた体外受精により、１９９７年春に双児の男児を出産していたことを、長野県下の産婦人科医院の医師が公表した。第三者からの卵子提供による体外受精として国内初の公表事例である。また、２０代の妻が無精子症の夫の実弟から精子の提供を受け、妻の卵子を用いた体外受精により１９９７年秋に出産し、４０代の妻が同様にして１９９８年に出産していたこともあわせて公表した。

わが国の産婦人科医が任意加入している日本産科婦人科学会は、１９８３年に生殖医療技術の利用者の条件として「婚姻しており、挙児を希望する夫婦で、心身ともに妊娠・分娩・育児に耐えうる状態にあり、成熟卵の採取・着床及び妊娠維持が可能な者とする」との会告を発表し、体外受精で精子や卵子の提供を受けてはならないとしていたので、同医師の行為はこの会告を破るものであった。

同医師の行為に対し、日本医師会は「生殖医療分野は、倫理的、法的及び社会的に未解決な問題が多い。従って、後世において批判を浴びることがないように心掛けて行為すべきであり、この医師の行為は、専門家集団により定められたガイドライン（自主規制）を踏みにじるものであって、誠に遺憾である」との「非配偶者間体外受精に対する見解」を発表し、日本産科婦人科学会は同医師を除名した。

アメリカや欧州の一部の国においては、医師は医師会に所属していなければ医療行為が出来ないために、医師会の倫理規定に違反して除名された場合には医療行為が出来なくなり、専門家集団の個々の医師に対する規制力は非常に強い。ところが、日本においては医師会や学会は任意団体であり、それに所属しなくても医療行為ができるので、日本産科婦人科学会の会告は任意団体内部の自主規制にとどまり、強制力を伴っていないことが鮮明になったのである。

更に、関東地方の医療機関で３０代の妻が、無精子症の夫の実父から精子の提供を受け、妻の卵子を用いた体外受精を行っていたが妊娠に至らなかったこと、中部地方の医療機関でも３０代の妻が、無精子症の夫の実弟から精

子の提供を受け、妻の卵子を用いた体外受精をおこなったが妊娠に至らなかったことも新聞紙上で明らかにされている。

２、精子提供を受けた人工授精児数は約１万人

一方、人工授精に関しては、夫が無精子症などの場合に第三者の精子を使用して妻が妊娠するという非配偶者間人工授精（ＡＩＤ）は日本においては１９４９年から行われ、生まれた子どもは現在までの累計で１万人に上るといわれている。但し、その９割は慶応大学医学部附属病院で行われ、提供者は同大学の学生であるという特殊事情もあったために、表立って子どもの法的地位についての検討や批判はなされず、専門家集団においても会告を出して自主規制することはなかった。しかし１９９６年に至って、インターネットで提供者の健康状態などを直接依頼者が確認できるとする営利目的の精子売買広告が出されるに及んで、１９９７年５月、日本産科婦人科学会が日本不妊学会、日本泌尿器学会、日本授精着床学会、日本アンドロロジー学会の了承を得て、「本法（註・ＡＩＤのこと）以外の医療行為によっては、妊娠成立の見込みがないと判断され、しかも本法により挙児を希望する、法的に結婚している夫婦で、心身ともに妊娠・分娩・育児に耐えうる状態にあるもの」に限って実施するものとし、「精子提供は営利目的で行われるべきものではなく、営利目的での精子提供の斡旋もしくは関与または類似行為をしてはならない」として、商業利用を禁止する会告を出し、非配偶者間人工授精を原則として認める見解を公式に発表した。

前述したように、長野県下の医師が第三者から精子や卵子の提供を受けて体外受精をおこなったことに関しては、日本産科婦人科学会は、「非配偶者間人工授精は既に限られた医療機関で実施され約１万人以上の子どもが生まれており、人権に配慮したガイドラインがあり、また、卵子は精子と異なり、個体を形成する能力及び機能が格段に高い」こと等をあげて同医師のルール違反を批判する会長見解を発表しているが、精子提供による体外受精について、現実に広く実施されている非配偶者間人工授精との間に違いがあるのか、また、卵子提供と精子提供の間で違いはあるのかといった根本的な問題は残されている。

３、子どもの法的地位と権利についての検討の欠如

ところで、第三者から精子や卵子の提供を受けて子どもが生まれた場合には、その親は提供者か生殖医療技術を利用した依頼者かという深刻な問題が

発生する。通常は生まれた子どもは依頼者の実子として届け出られ、実子として成育されるが、生物学的な親子関係はない。それが何らかの事由により発覚した場合に、それまで築かれてきた社会的な親子関係が崩れる可能性があって、子どもの法的地位は不安定である。また、子どもが生物学的な親を知りたいと考えた時に、その方法が存在しないので、子の出自を知る権利が侵害されるおそるがある。そのために、事前に親子関係の問題などについての専門的なカウンセリングやインフォームド・コンセントが不可欠であるにもかかわらず、生殖医療技術利用者と産婦人科医師の間でいかなるカウンセリングやインフォームド・コンセントがなされたのか、明らかにされていない。また、遺伝子治療等を行う際に事前に審査を行う倫理委員会などのような、第三者機関的組織による事前審査も経ていない。それは慶応大学医学部附属病院のような大病院であれ、前述した長野県下の医師のような小規模な診療所であれ、事情は同じであると考えられる。

今後、大病院においては、院内の倫理委員会による審査を経ることが実施の条件とされれば濫用に対する一応の歯止めにはなろうが、わが国においては、生殖医療技術の実施施設は、産婦人科医師の数が１名ないし数名という小規模の診療所が多いことが際立った特徴となっている。現在、日本産科婦人科学会が体外受精などについて登録制度をとっているが、登録しないで実施している施設も存在している模様であり、また、登録を抹消されても実施が出来なくなるわけでは無いので、登録制度自身の実効性にも大きな疑問が残る。

日本産科婦人科学会会長見解は、「[法的に整備されていない] 技術を、[できるんだからやってあげようね] 式で安易にやっている医師や、医療行為と商業主義のトワイライト・ゾーンで動き回る人々の無思慮と、その利益追求の姿勢こそが、今日の米国などに見られる生殖医療の混乱の原因ではないでしょうか」と述べているが、医師個人が「やりましょう」と言えばやれるのが現状である。現状のままでは、人工授精であれ、体外受精であれ、第三者から精子や卵子の提供をうけて子どもがうまれる場合には、生まれた子どもの法的地位は不安定であり、自己の出自を知る権利はみたされず、人間としての尊厳が危うくなっている。

生殖医療技術を利用することによって生まれてくる子どもは、意思と能力を持った、利用者とは別の人格である。子どもの権利を考慮した時に、生殖医療技術の濫用に対する歯止めを任意団体の自主規制にゆだねてよい時代は既に過ぎていると言わざるをえない。

第２、不妊治療にかかわる法的諸問題

１、「不妊治療」の意味

現在の生殖医療技術は「不妊」に対する「治療」として施されている。

不妊とは、「夫婦が結婚して避妊しない性行為を２年以上続けても妊娠しないこと」と定義される。夫婦の約１０％が不妊であるが、アメリカでは1年間とするのでその頻度は１０～１５％となる。原因となる主な因子は、男性側の精子の要因（約４０％）、女性側の排卵機能不全（約２０％）・異常な卵管機能（約３０％）・子宮頚部の要因（約５％）、原因不明（約１０％）と考えられている（重複あり）。

このように、不妊とは、男女のある組み合わせに対して考えられる概念であるのに、もっぱら女性側に不妊の原因があるように思われて、子どもはまだかと言う周囲からの圧力の下に、女性が不妊治療に通うことが圧倒的である。しかも、精子に原因がある場合でも、女性の卵子を体外に取り出して体外受精を行い、場合によっては顕微受精まで行うことは、男性側の原因であるのに、女性が排卵誘発剤の投与を受け、採卵されて身体的侵襲を強く受けるのが現在の不妊治療である。

２、「不妊治療」における女性への身体的侵襲

不妊治療の初めは、まず適切な性交の指導であるが、その後は排卵促進剤の投与さらには排卵誘発剤の投与が行われる。排卵誘発剤には、吐き気、視覚障害、卵巣過剰刺激症候群、卵巣肥大などの副作用が報告されて、さらには脳血栓になり半身麻痺になったとして損害賠償請求訴訟も提起されている。また、多胎妊娠になりやすく、出生児に脳性麻痺・精神発達障害などの後遺障害をもたらしたり母体の合併症が増加して周産期死亡率が増加している。

体外受精のために卵子を母体外に取り出す際には、更に女性への身体的侵襲をもたらす。最も一般的に行われている採卵方法は、ゴナドトロピンを投与して卵胞発育を刺激し、経膣的超音波断層法により卵胞の大きさを確認して投与を中止してヒト絨毛性性腺刺激ホルモンを投与し、３日ほど後に採卵を行う方法である。一度に数個から数十個の卵を採取する。その方法の一つとして、腹部に針を刺し腹腔鏡で見ながら行う経腹法があるが、全身麻酔を要する大がかりな手術のため死亡事故や血管・臓器を傷つける事故も報告されているので、現在では、部分麻酔で行われる経膣法が採用されている。回

収された成熟卵と回収・調整された精子を培養液中で混合し、受精が確認された受精卵を更に１、２日培養し、形態学的に正常に２～８細胞期まで卵割・発育していると判定された胚を子宮腔内に移植する。採卵技術が進歩したと言っても母体に対する侵襲は大きく、リスクは避けられない。

３、自己決定権の侵害

家族のありかたを決定する権利は、後述するように自己決定権の一つではあるが、「嫁して３年、子なきは去る」という言葉が示すように、女性が跡継ぎを生む道具とされる歴史は長く続いており、現在でもそれは払拭されていない。家族のあり方、夫婦のあり方、子どもを持つこと又は持たないことの意味についての正確なカウンセリングを受けず、また、不妊治療のリスクとベネフィットについての詳細な情報をえないまま、長期にわたって不妊治療を行い、経済的にも苦しくなり、身体的にも精神的にも疲弊する女性が存在することが指摘されている。

第２章、生殖医療技術の現状と実施状況

第１、概況

現在わが国で行われている生殖医療技術としては、精子を子宮腔に注入して卵子と授精させる人工授精、卵子を体外に取り出して培養液内において精子を加えて子宮内に移植する体外受精に大別される。体外受精の一種として、精子の運動能力が低い場合に顕微鏡下で卵細胞内に精子が入りやすくさせる顕微受精も存在する。

人工受精としては、①夫の精子を洗浄濃縮して妻の子宮腔に注入する配偶者間人工授精（ＡＩＨ）、②夫以外の第三者（ドナー）の精子を妻の子宮腔に注入する非配偶者間人工授精（ＡＩＤ）の２種類が存在し、体外受精としては、③妻の卵子と夫の精子を使用して妻の子宮内に移植する夫婦間体外受精と、④第三者から精子や卵子の提供を受けて妻の子宮内に移植する非配偶者間体外受精が存在する。

世界的に見ればこれ以外に、⑤夫の精子を妻以外の女性に人工授精しその女性が妊娠出産するいわゆる「代理母（サロゲートマザー）」（以下、単に代理母（サロゲートマザー）という。）、⑥夫の精子と妻の卵子を対外受精させて妻以外の女性に着床出産させるいわゆる「借り腹（ホストマザー、代理出

産とも言う)」(以下、単に借り腹（ホストマザー）という。）も行われている。

第２、人工授精と実施状況

１、配偶者間人工授精（ＡＩＨ）

夫が乏精子症などの場合、体外に精子を取り出して授精させやすくするために運動能力を高めるなどの処置をしてから、妻の体内にタイミングよく送り込んで授精させる方法である。精子の洗浄濃縮などに広く用いられているパーコールについては、日本産科婦人科学会は１９９４年８月の会告で、ＸＹ精子の分離には、未だ安全性は確立されていないとして「当分の間使用しない」としている。体外受精などの方法と比べて格段に身体に対する侵襲性は低いが、何回程度試みたら、他の方法に進むべきか検討する必要はある。

２、精子の提供を受ける非配偶者間人工授精（ＡＩＤ）

夫が無精子症の場合に、夫以外の第三者（ドナー）から精子の提供を受けて妻に使用する方法が非配偶者間人工授精である。日本では、１９４９年に慶応義塾大学医学部附属病院で第１号の子どもが誕生し、以降現在までに生まれた子どもは１万人に上るといわれているが、９割は同病院で生まれた子どもであるとされている。同病院では、学生等が感染症や血液型検査を受け、自己の知る限りの遺伝的疾患の無いことを保証して匿名でドナーとなる。ドナーの特定を避けるために複数の精子を混合して行うこともある。同病院によると大幅な減少傾向にあるが、現在でも毎年平均２００名位が生まれているとされている。

技術的な困難性はないが、果たして「不妊治療」と言えるのかどうか根本的な問題があるうえに、生まれた子どもは遺伝的には明らかに夫の子どもではないので、倫理的法律的な問題は極めて大きい。

第３、体外受精・顕微受精の手法と実施状況

１、体外受精

体外受精は、妻が卵管通過障害の場合の不妊治療として登場した。妻の卵

巣から卵子を数個ないし数十個採取し、培養液内で夫の精子と結合させて受精させ、２～８細胞期まで発育させた胚を細いカテーテルを用い、ごく少量の培養液とともに子宮内に移植させる方法が体外受精ー胚移植法（ＩＶＦ－ＥＴ）である。他に、体外に取り出した卵子と精子を混合させ、受精を確認しないま腹腔鏡下に卵管内に移植するＧＩＦＴ（配偶子卵管内移植法）、両者を組み合わせる形の、卵子と精子を体外で受精させるがまだ接合子の段階で腹腔鏡下に卵管内に移植する方法（ＺＩＦＴ）なども開発されている。

体外受精の方法により、子どもが産まれたことが報告されたのが１９７８年であるが、これまで自然の摂理にゆだねられていた「授精」を技術の力で人間が行ったために、イギリスのみならず世界中で生殖医療の領域ばかりか社会的にも大きな衝撃を与えた。反倫理的であるとの批判も巻き起こったが、その後の生殖医療技術の進展は全て体外受精から発していると言える。

日本で最初の成功例が報告されたのは１９８３年である。

２、顕微受精

体外受精・胚移植法は、次第に適応範囲を広げ、受精能力が極端に低い重症精子減少症、精子無力症、精子奇形症などの場合に、卵子の透明帯などを通過して精子を注入させる顕微受精も行われるようになっている。

顕微受精としては、１匹の精子を直接卵細胞質内に注入するＩＣＳＩ（卵細胞質内精子注入法）が主流であるが、他に囲卵腔に精子を数匹注入するＳＵＺＩ（囲卵腔内精子注入法）、透明帯に卵が通過できるような小孔をあけるＰＤＺ（透明帯部分切開法）も存在する。

３、実施状況と治療結果

日本産科婦人科学会は、１９８６年以来、体外受精・胚移植などの生殖医療の実施に関して登録報告制を敷いている。施設・機関名、実施責任者名、実施医師名などを登録させ、毎年１回実施状況を報告させるものである。同学会は１９９９年６月に、１９９７年１月１日から１２月３１日までの１年間に治療周期を開始したすべての症例を対象として、１９９６年１２月末日現在登録している３９４施設について調査した結果を発表している（後掲の表は「平成１０年度　診断研究に関する倫理委員会報告」より抜粋したものである）。

ところで、１９９９年５月に公表された「生殖補助医療技術についての意識調査集計結果」（平成１０年度厚生科学研究費補助金厚生科学特別研究［生

殖補助医療技術に対する医師及び国民の意識に関する研究］研究報告書・主任研究者昭和大学医学部産科婦人科講座矢内原巧教授）（後掲の表はその概要である）によれば、日本産科婦人科学会体外受精登録施設以外の産婦人科医３９９施設に対するアンケート調査で回収された１６６施設のうち、人工授精を行っている施設７１・１％（うち、ＡＩＤも行っている施設５・１％）、体外受精を行っている施設１８・７％（夫婦間のみが１００％）、顕微受精を行っている施設１４・５％、生殖補助医療を全く行っていない施設２０・５％であるので、日本産科婦人科学会の統計には表れていないケースも存在すると考えられる。

同学会の調査方法は、①新鮮胚（卵）を用いた体外受精（ＩＶＦ－ＦＴ，ＧＩＦＴ，ＺＩＦＴ）、②凍結胚（卵）を用いた体外受精（ＩＶＦ－ＦＴ，ＧＩＦＴ，ＺＩＦＴ）、③顕微受精法を用いたＩＶＦ－ＦＴ（ＰＺＤ，ＳＵＺＩ，ＩＣＳＩ），ＺＩＦＴ（ＰＺＤ，ＳＵＺＩ，ＩＣＳＩ）に分類してそれぞれの治療成績を集計する方法であるが、集計の結果、次の事実が判明している。

(1). 登録施設の数、治療周期、出生児数

登録施設は１９９５年末の３４８施設から１９９６年末では３８８と４０施設増加し、１９９７年末では３９４施設と６施設増加している。但し４９施設が登録抹消されていることを考慮すると実際には新たに５５施設が登録されたことになり、増加の勢いは強いと言える。治療周期総数は新鮮胚（卵）、凍結胚（卵）及び顕微受精を用いた治療の全てをあわせると５４０２８周期に及び、前年にくらべて１０６１５周期もの著明な増加を見ている。その結果生まれた子どもの総数は９２１１名となり、２年にわたって年間１８００名の増加となっている。内訳としては、２年間で、凍結胚（卵）を用いた治療が約３倍に、顕微受精を用いた治療が約２倍に増加していること、新鮮胚（卵）を用いた治療が着実に増加していることがあげられる。この結果累計して３６４７２名が体外受精と顕微受精で生まれたことが明かとなった。

なお、前述したとおり、この統計は同学会に登録された施設における数値であり、実際にはこの数値を上回る人数であると考えられている。

(2). 移植あたりの妊娠率と生産率

ところで、体外受精は女性に多くの負担をかけるが、子どもが生きて生まれる確率（生産率）は、向上しているとは言えさほど高いとは言えない状況である。新鮮胚（卵）を用いた場合では、２１６４９名の患者数に対して、５７３０の妊娠数であり、生産分娩数は３９７１、出生児数は５０６０名で

ある。凍結胚（卵）を用いた場合では、４２８５名の患者数に対して、１０８６の妊娠数であり、生産分娩数は７７６、出生児数は９０２名である。顕微受精を用いた場合では、１１５１７名の患者数に対して、３４９５の妊娠数であり、生産分娩数は２５５８、出生児数は３２６２名である。

報道や宣伝によると生殖医療技術を利用すればいつでも子どもを持てるような錯覚に陥りやすいが、現実にはそうはなく、すべての治療方法をあわせて、５４０２８治療周期に対して、出生児数は９２１１名であり、費用と時間をかけて何回も試みても、結局子どもを持てない夫婦がたくさんいるのが現状である。

⑶. 実施医療機関の規模

実施施設の規模としては、治療周期が１～５０の小規模施設が、新鮮胚（卵）、凍結胚（卵）、顕微受精で、それぞれ５６・８％、８０・８％、５２・４％を占めている。医師一人のクリニックも多い。

治療方法選択にあたってのカウンセリングやインフォームド・コンセントをどの程度行っているのか、特に第三者から精子や卵の提供をうけることについての問題がどこまで把握されているのか疑問がある。

⑷. 第三者の卵子や精子の提供による体外受精

長野県下の医師が実施したことを公表しているが、統計は存在していない。

第４、諸外国で行われているその他の生殖医療技術

１、第三者から胚の提供を受ける体外受精

第三者が体外受精を行って出産した場合に、余剰胚が生ずる。この胚を挙児を希望する夫婦に提供する方法であるが、依頼する夫婦のいずれとも遺伝的な親子関係が存在しないと言う点で、早い時期での養子と考えるべきものである。わが国に於いては、まだ報告はなく、日本産科婦人科学会では禁止している。

２、代理母（サロゲートマザー）と借り腹（ホストマザー）

妻が卵巣や子宮などが無くて子どもを産めない時、夫の精子を代理母に人工授精して子どもを産んで貰い、その子どもを夫婦の子どもとして引き取り

育てるケースがある。この代理母はサロゲートマザーと呼ばれるが、生まれた子どもの生物学的母であり、出産の母でもある。

妻が卵を生産するが子宮等が無くて出産出来ないとき、妻の卵子と夫の精子を体外で受精させて、別の女性に移植して出産して貰うケースもある。これは借り腹（ホストマザー）とよばれるが、生まれた子どもの生物学的母は妻であり、借り腹（ホストマザー）は出産のみの母となる。

アメリカでは有償で斡旋する組織も存在し、１９９１年までにサロゲートマザーから４０００人、ホストマザーから８０人の子どもが生まれたと報告されている。

代理母（サロゲートマザー）や借り腹（ホストマザー）は、９か月にわたって胎児を育んだのち出産するから、その間に、母子のつながりは生じ、依頼夫婦との間で、子どもの奪い合いという深刻な争いも発生している。

わが国では出産した女性が母として届出されるため、いずれのケースも行われていないが、１９９０年にはカリフォルニアの弁護士が日本の子ども４人を代理母により誕生させたと報道され、９２年には日本人夫婦が夫の精子を用いてアメリカの代理母により子どもを出産し、戸籍上実子として届け出ていることが斡旋業者によって明らかにされた。

第５、多胎妊娠の増加と減数手術

１、多胎妊娠の増加

生殖医療技術が進歩するにつれて、多胎妊娠が増加した。

１９９６年度厚生省心身障害研究「多胎妊娠の疫学」（今泉洋子）によると、１９９６年の多胎出生率を１９６８年と比較すると、双児は１・３倍、三つ子は４・７倍、四つ子は２６・３倍と顕著に上昇している。これは生殖医療技術の普及によることが大きいと思われる。ところで、生殖医療技術による多胎には、①排卵誘発剤の使用を原因とするものと、②体外受精を原因とするものとが存在する。①は、排卵障害による不妊症の治療として卵胞の成熟・排卵を促すホルモン（ゴナドトロビン等）を投与することにより、多数の卵胞が同時に成熟・排卵し、複数組の精子と卵子が受精することによって生じる。②は、妊娠率を高めることを目的として複数個の受精卵を子宮に戻し、それが複数個着床することによって生じる。

１９９６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」（矢内原巧教授）によれば、３胎については、体外受精によるもの４６・７％、

排卵誘発剤によるもの４３・２％、自然が８・５％、４胎については、体外受精によるもの５２・９％、排卵誘発剤によるもの４１・２％、自然が３・９％であるが、５胎に至っては体外受精によるもの３３・３％、排卵誘発剤によるもの６６・７％、自然０％となっている。

多胎妊娠は、当然のことではあるが、胎児数が増加するに従って、出性児の体重は減少し、脳性麻痺、精神発達障害、未熟児網膜症などの後遺障害が増加し、又、母の合併症が増加して周産期死亡率も増加している。

２、減数手術の実施

そこで、多胎による弊害を除くために、一部の胎児の心臓に塩化カリウムを注入して子宮内で死滅される方法が取られ、「減数手術」と称されている。「不妊治療のあり方に関する研究」においては、アンケートに答えた１９５施設のうち１５施設において８７例行われていることが報告されている。

ところで、生殖医療技術による多胎は、医原病であり、ある程度は防止することが可能である。排卵誘発剤については、使用量を可能な限り減量したり、使用方法を改善したりする方法で単一排卵率が高い方法が開発されており、体外受精による多胎は、子宮に戻す受精卵の数を２～３個に制限すれば、それ以上の多胎を防止することが可能である。３個以上の胚移植については、移植する受精卵の数を増やしても妊娠率はそれ程増加しないとされている。

第３章、法的規制の必要性

第１、生殖医療技術の濫用を防止する必要性

生殖医療技術の発展応用は、子どもを欲する男女に希望を与えると同時に、利用者、特に女性の身体的精神的侵襲をもたらし、生まれた子どもの法的地位を不安定性にし、人権侵害をもたらしている。弊害を除去するためには、第１に、家族のあり方を決定する権利は誰にでも存在するが、生殖医療技術を誰にでも利用できるとするのではなく、利用者を夫婦に限るか、事実上婚姻関係にある男女にまで広げるか、独身者も可能とするのかという利用者についての条件を定める必要がある。第２に、第三者からの精子や卵子、胚の提供を受けたり、代理母（サロゲートマザー）や借り腹（ホストマザー）を利用することを認めるのか禁止するのかを法律で定める必要がある。第３に、

生殖医療技術を利用するにあたっては、子どもを持つことの意味や親としての社会的責任及び不妊治療を受けることによる身体的・精神的・経済的負担の内容、不妊治療を受けても子どもが生まれないことについての正確に情報を受ける等、専門家によるカウンセリングやインフォームド・コンセントを確実に受ける体制を整備する必要がある。第４に、生まれてくる子どもの法的地位は現在では不安定であり、且つ、自己の出自を知る権利などが保障されていないから、法律で子の地位を確定し、子どもの権利を保障する必要がある。第５に、多胎妊娠による胎児や母体に対する危険性を除去するために行われる減数手術についての条件整備を行う必要がある。第６に、精子・卵子等の売買や斡旋は商業主義に堕し、人権侵害をもたらす恐れがあるから禁止する必要がある。最後に、生殖医療技術の適正な利用を図るために、管理機関を設置して生殖医療技術を利用できる医療機関を認可制とし、ガイドラインを公開で審議するための審議会を設置する必要がある。

第２、家族のあり方を決定する権利

１、自己決定権

憲法１３条が規定する幸福追求権は、明治憲法下の封建的身分制度を否定して規定されたものであり、個人の尊重をその根源とする。幸福追求権は個人の人格的生存に必要不可欠な権利・自由を包括する包括的権利であり、この包括的基本権から具体的な権利として人格価値そのものにまつわる権利である「プライバシーの権利」が導かれ、更に近年に至って人格的自律む権である「自己決定権」も導かれている。「プライバシーの権利」は、「一人でほおっておかれる権利」や「自己に関する情報をコントロールする権利」であり、自己の私的領域や情報を他者から守ろうとする消極的な側面を持った権利であるが、「自己決定権」は、「自己の私的な領域に係わる事項を他者から干渉されることなく自らの意思で決定できる権利」であって、より積極的な権利である。従って、「自己決定権」は、他者からの干渉を排除すると言う消極的側面と同時に、自己の意思で自由に決定し行動するための条件を整備するように他者に対して要求するという積極的側面を有している。

この自己決定権の対象となるものとして、医療の場において十分な情報と説明を受けた上で治療方法を決定したり延命治療の中止を求めたりする「自己の生命・身体に関する権利」や、「家族のあり方を決定する権利」が存在すると考えられている。「家族のあり方を決定する権利」の中には、男女が

法律婚と事実婚のいずれを選択するか、離婚するかと言った「家族の形成・維持に関する権利」と、子どもをもつかどうか、もつとすれば何人か、避妊するか、人工妊娠中絶を選択するかどうかなどの「リプロダクティブ・ヘルスに関する権利」が含まれる。

１９４８年に国連総会で採択された世界人権宣言が第１６条１項において「成年の男女は、人種、国籍又は宗教によるいかなる制限を受けることなく、婚姻し、かつ家庭をつくる権利を有する」と規定し、更に１９６６年に国連総会で採択された国際人権規約Ｂ規約（市民的及び政治的権利に関する国際規約）が第２３条２項において「婚姻をすることができる年令の男女が婚姻をしかつ家庭を形成する権利は認められる」と規定していることをあわせて考えれば、「リプロダクティブ・ヘルスに関する権利」は、男性も女性も有する自己決定権であると考えられる。

２、女性のエンパワーメント

ところで、「家庭のあり方を決定する権利」は、男性も女性も平等にもつ権利である。憲法２４条２項が家族生活における個人の尊厳と両性の本質的平等を規定し、世界人権宣言が第１６条１項後段において「成年の男女は、婚姻中及びその解消に際し、婚姻に関し平等の権利を有する」と規定し、更に国際人権規約Ｂ規約が第２３条４項において「この規約の締結国は、婚姻中及び婚姻解消の際に、婚姻に係る配偶者の平等を確保するため、適当な措置をとる」と規定しているとおりである。

しかしながら、女性に対する差別は広範に存在している。とりわけ家庭においては、「嫁して３年、子なきは去る」という言葉が示すように、女性が跡継ぎを産み育てるための道具とされる歴史は長く続いており、現在もそれが払拭されていない。妊娠・出産・育児が、女性に対し、精神的・肉体的に多大の影響を与えるにもかかわらず、夫や家に対して発言権を有しない女性が多く存在していることは事実である。

男女の平等を確保するために、１９７９年に国連で採択され、１９８５年に日本でも発効した「女子に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約」第１６条１項ｅは、男女の平等を基礎として「子の数及び出産の間隔を自由にかつ責任をもって決定する同一の権利並びにこれらの権利の行使を可能にする情報、教育及び手段を享受する同一の権利」を確保するための総ての適当な措置を取るものとしている。

また、１９９４年の世界人口開発会議カイロ宣言で正面からとりあげられたリプロダクティブ・ヘルス／ライツは、翌１９９５年の世界女性会議北京

宣言に基づく行動綱領で、「性と生殖に関する権利」として結実した。「女性の人権には、強制、差別及び暴力のない性に関する健康及びリプロダクティブ・ヘルスを含む、自らのセクシュアリティに関する事柄を管理し、それらについて自由かつ責任ある決定を行う権利が含まれる」とされたのである。

３、生殖補助医療を利用する権利の根源と制約

以上述べたように、女性及び男性の自己決定権の中には、「リプロダクティブ・ヘルスに関する権利」は当然に含まれる。とりわけ、女性にとっては、家制度の名残りとして、「産む道具」であることを要求する勢力が強い場合には、その権利性は強調しても、し過ぎることはない。

しかし、「自己決定権」の一つであるとは言っても、「リプロダクティブ・ヘルスに関する権利」は、人工妊娠中絶においては胎児に、生殖医療技術を利用しての挙児においては生まれてくる子どもに、直接かかわる権利であるから、おのづから制約が存在するのは当然と言える。とくに、精子又は卵子の提供をうけて子どもを生むことについては、生まれた子どもの父母は誰か、その法的地位は安定しているか、という問題があるので、生まれてくる子どもの独立した権利と福祉を最優先して考えなくてはならないことになる。

第３、子どもの権利

１、父母に養育される権利

子どもは権利の客体ではなく、一個の人格を持った権利の主体である。

世界人権宣言が「子どもは特別の保護及び援助を受ける権利を有する」と宣明し、国際人権規約Ｂ規約２４条が児童の権利を唱い、１９８９年に国連で採択され１９９４年に発効した「子どもの権利条約」第６条が「締約国は、すべての子どもが生命に対する固有の権利を有することを認める。締約国は、子どもの生存及び発達を可能な最大限の範囲において確保する」と規定しているのは、この原理を鮮明にしたものである。

子どもの権利条約第７条は「子どもはできる限りその父母を知りかつその父母によって養育される権利を有する」と規定し、第９条は、「子どもがその父母の意思に反してその父母から分離されないこと」を規定しているのは、子どもがその父母の下で養育される権利を有することの表明である。

２、父母を知る権利

第三者から精子や卵子の提供を受けて出生した子どもは、法律上及び生活上の父又は母が生物学的な父又は母ではないことを知った時、大きな衝撃を受ける恐れが存在する。わが国に於いては養子の割合も少ないので、養子であることも隠したり、特別養子の場合にも戸籍上は一瞥しただけでは実子であるかのように見える記載方法を採用したりしている。その場合でも「血のつながりがない」ことを知った時の衝撃は大きいのではないかと考えられる。

しかし、養子や特別養子であれば、戸籍をたどれば実父母の記載に辿り着くことは可能であるのに、第三者からの精子や卵子の提供を受けた場合には、現在の状況では、その記載は戸籍上は存在しない。出産時の記録も、出産した診療所がわからなかったり、例えわかったとしてもカルテが５年の保存期間を経過して廃棄されていれば、それ以上の追求はほとんど不可能である。

子どもにとって、生物学的な親である提供者を知ることは、一般的な知る権利の一つであると言うよりもアイデンティティ（自己同一性）の確立にとって必要である。また、近親婚の防止のためにも、結婚の相手方が血のつながりがあるかどうかを確認する必要がある。特に、一人が精子や卵子を多数提供している場合には同一の提供者を生物学的な親とする子どもが多数出生し、近親婚の危険性が高まるからである。現在の非配偶者間人工授精では、子どもは生物学的な父を知ることができない状況であるが、それは上記の点に関して大きな問題を孕んでいる。

第３、子どもの法的地位を確定する必要性

１、父を確定する必要性

⑴. 嫡出推定・否認制度の趣旨

民法７７２条は「妻が婚姻中に懐胎した子は、夫の子と推定する」とし、その推定を破ることのできる否認権は、出生を知った日から１年以内で、しかも夫だけが行使できると規定する。妻の生んだ子どもと夫との間に父子関係を法的に設定し、それを覆す場合を限定することによって、父子関係を早期に安定的に確立するという法技術は、明治民法制定時に、西欧から受け継いだものであった。嫡出推定制度は、法的な父子関係のうちに、血縁的には父子関係にないケースも含むことを承認したものである。

しかし、夫の不在や事実上の離婚など夫婦間に同棲の事実がない場合には

「推定を受けない嫡出子」となり、夫からの嫡出否認を待つまでもなく生物学的な父から認知請求ができることを認めた最高裁判所昭和４４年５月２９日判決が存在する。又、医学的に父子関係を証明できなかった立法当時と異なり、医学の発展により、生物学的な父子関係の有無の確定は父死亡後でも容易になされるようになった現在、生物学的な父子関係の不存在が証明された場合には、推定適用を排除するとの血統主義の考え方に立つ実務処理も多く見られている。

(2). 親子関係不存在確認の訴えの適用範囲

その最大のものは、親子関係不存在確認の訴えの類型の存在である。夫の死後にその相続を巡って、子どもの兄弟姉妹、夫の両親や夫の兄弟姉妹などの関係者が、父子間の親子関係不存在確認の訴訟を提起することも珍しくはない。

また、妻が他の男との間の子どもを妊娠出産した場合、夫との間の嫡出子として戸籍に記載されるが、夫が嫡出否認を行わないまま離婚した後に、妻が夫と子どもの間の父子関係不存在確認を求めることもまま行われている。血液鑑定により生物学的な父子関係がないことが判明すれば、社会的な父子関係が長期間続いていた場合であっても、わが国では血統主義が色濃く残っているので、実務的には父子関係がないとされていると考えられる。

(3). 欧米法における嫡出推定の意味

フランスにおいても嫡出「推定」制度は存在するが、日本と異なり、生物学的父子関係が存在しないことが判明したからと言って直ちに法律的な父子関係は覆されず、それ以外に特別の要件が必要であるとされている。そこでは、嫡出推定と言う法的親子関係は子どもの安全な成長を確保するために、外形的な事実から身分関係を安定的につくり出す制度であって、親であろうとする意思を持ち、育てる義務のある親が法律的に親として安定的に確保されて、子どもは成長すると考えられている。生物学上の親が医学的に容易に判明するようになった現在でも、血液鑑定やＤＮＡ鑑定を行うこと自体が裁判所の命令による場合に限られており、それも子どもが請求した場合には認められているが、親が請求した場合には原則的に拒否されている。しかも、嫡出推定を否定することができる提訴権者や提訴期間が制限されている。

アメリカ合衆国においても、連邦裁判所は１９８９年、血液検査の結果生物学上の父親と判明している原告（母の恋人）が、母の夫と子どもの間の嫡出父子関係の否定を請求した事件においてもその請求を認めなかった。

欧米においては、親子関係を否定することは、日本の親子関係不存在確認

訴訟よりもはるかに限定的であって、子どもの法的地位は守られている。

(4). 非配偶者間人工授精における「父の推定」

日本においては、夫の同意がなく非配偶者間人工授精を行った場合には、嫡出否認が認められるとする地方裁判所の判決は存在するが、夫が同意していた場合についての判決は存在していない。一方、ドイツにおいては、１９８３年に連邦裁判所は、たとえ夫が事前に非配偶者間人工授精に同意している場合であっても夫は生まれた子どもに対する嫡出否認権が認められるという判決を下し、１９８９年には、子ども自身にも嫡出否認権と精子提供者に対する扶養と相続の請求権が認められなければならず、医師が精子提供者の名を明かさない場合に、その子どもは医師に対して賠償請求を行えるいう判決を下している。

日本の法務省民事局長が１９９９年５月１７日に参議院決算委員会において、父親との間に親子関係があるかどうかということについては、「これは夫の意思にかかわっているわけでして、夫が嫡出否認の訴えを起こさないで一年を経過しますと嫡出否認の訴えはできなくなりますので、法的にはそれは父親と母親双方の嫡出子だと言う地位が確定するわけでございます」と答弁しているが、①１年以内に夫が嫡出否認の訴訟を提起した場合にどうなるか、②精子提供者から認知請求が提起された場合どうなるか、③子ども自身や子どもの兄弟姉妹、夫の両親や夫の兄弟姉妹など、扶養や相続の権利義務を負う関係者が親子関係不存在確認の訴訟を提起した場合にどうなるか、等の問題に対する回答はなされていない。子どもが生まれた後に夫婦関係が破綻し嫡出否認訴訟や親子関係不存在訴訟が提起されることも十分あり得るし、この場合、生物学的には父子関係がないのであるから、たとえ一旦同意したことにより父子関係を否定しようとすることが権利濫用であると評価されたとしても、親子関係自体は父と子の間の当事者関係だけを律するのでは無く、対世的に確定すべきものであることを考慮すれば、親子関係が存在しないとされる可能性は十分に存在する。③については、遺産相続に絡んで親子関係不存在確認訴訟が提起されている現実を見れば、より危惧される事態である。

しかも、万一このような主張がなされた場合に、子どもとしては、父母が第三者から精子の提供を受けて生まれた子どもであることの証明が困難な事態も考えられる。②については、提供者に生物学的な子どもに対する執着が芽生えた場合にはあり得る事態である。

仮に、推定を否定された場合、嫡出子としての出生届に養子縁組届への無効行為の転換が認められるか否かについては、他の男女の間に生まれた子どもを嫡出子として届け出て養育したきた場合でも養子縁組届とみなすことを

否定した最高裁判所昭和５０年４月８日判決が存在しているので、子どもの地位は安定しているとは考えられない。

子どもの法的地位は不安定であるといわざるをえないのが現状である。

２、母を確定する必要性

⑴. 非嫡出子に対する母からの認知

民法７７９条は「嫡出でない子は、その父又は母これを認知することができる」と規定し、母についても認知により法的母子関係が発生するとしている。しかし、最高裁判所昭和３７年４月２７日判決は「原則として母の認知をまたず、分娩の事実により当然に発生すると解するのが相当である」として、「分娩の事実」が法的母子関係発生の原因と判示した。

⑵. 出産の母と生物学上の母の分離

しかし、第三者から提供を受けた卵子を用いて妻が出産した場合には、生物学的な母子関係は存在しないので、分娩の事実により母子関係が発生しても、それが覆らないと言う保障は存在しない。

イギリス、フランス等においては、法律で分娩の女性が母であると定められているので子どもの法的地位の不安定性はないが、わが国の現状では、子どもの法的地位は不安定である。

３、事実上婚姻関係にある男女の場合の認知強制の必要性

第三者から精子や卵子の提供を受けて子どもを生むことを、事実上婚姻関係にある男女に許容するとした場合には、戸籍上の問題として認知の義務付けが必要となる。子どもが生まれたのに認知しないというケースを許すべきではない。

４、同意と撤回

第三者から精子や卵子の提供を受けた場合には、生まれた子どもの親になるという強い意思表示が必要である。子どもを望む夫婦等が子どもにとって相応しい両親となりうるかについては家庭裁判所が調査監督すべきであるとの意見もあるが、医療機関において適切なカウンセリングとインフォームド・コンセントを受けて自己決定するシステムが整って行けば、公証人の下で公正証書を作成し、医療機関に届け出ることで、同意の意思の確認は足りる

と考えられる。
　なお、一旦同意したとしても、施術を受ける前であれば、撤回することができ、その意思表示は相手方及び医療機関とすべきである。

第４、法形式の参考としての特別養子制度

１、産婦人科医師による「実子斡旋」問題

　石巻市の産婦人科医師が、堕胎希望の女性に対して堕胎を思いとどまらせて出産させ、子どもを欲する夫婦に実子として斡旋するという事件が１９７３年（昭和４８年）に表面化した。同医師は虚偽の出生証明書を書き、子どもを欲する夫婦の嫡出子として届出をさせたために、公正証書原本不実記載罪に問われたのである。
　同医師はフランスの準正養子法を参考とした「実子特例法」の制定を主張しており、同医師の行為が社会的な反響を生んだことを契機として、１９８７年に特別養子制度が民法に取り込まれて制定された。

２、特別養子制度の立法趣旨

　特別養子制度は、①実親の監護が著しく困難又は不適当であるなどの特別の事情のある子どもについて、②家庭裁判所が、試験的に６ヶ月以上養親となるべき者の手許で監護させてその状況を観察し、審判で特別養子の成立を認め、③成立によって、養子は養親の嫡出子の地位を取得すると共に、④実親との親族関係は婚姻障害を除いて終了する制度である。
　通常養子と異なり、戸籍上は実の嫡出子とほぼ同様の記載がなされ、離縁については、養親による監護が養子の利益を著しく害し、且つ実親が相当の監護をすることができる時で養子の利益のため特に必要があると認める時には家庭裁判所の審判で離縁させることができるとするものであり、原則的には離縁は認められていない。
　特別養子制度は、子どもにとって実親に養育されるよりも、自分が親として責任をもって養育したいと望む養親に養育される方が幸せであるという子にとっての利益と、子どもが欲しいけれども出来ない夫婦に子どもを養育する喜びを与えるという養親にとっての利益の双方を目的とした制度である。

３、特別養子制度利用の状況

１９８８年（昭和６３年）に発足した制度であって、同年に家庭裁判所に申し立てをした件数は１７４７件であった。平成元年の認容数は１２０５件になったものの、その後、次第に申立数及び認容数が減少しはじめ、平成９年からは認容数は４００人を下回っている。制度開始後の認容数の合計は６２７１人であり、非配偶者間人工授精により誕生した子どもの数の半分程度となっている。

	申立数	認容数	却下数	取下数
昭和63年	1747	730	155	861
平成元年	1904	1205	139	560
平成２年	1135	743	87	304
平成３年	918	578	58	282
平成４年	688	469	37	182
平成５年	647	460	36	150
平成６年	599	452	29	118
平成７年	607	479	32	96
平成８年	532	426	17	89
平成９年	458	361	16	81
平成10年	472	375	11	86
（合計）	9707	6278	617	2809

減少した原因は公表されてはいないが、少子化と生殖医療技術の発達が主要な要因ではないかと考えられる。

第５、第三者の精子や卵子の提供を受けることに対する国民の意識

１、結婚及び子どもを持つことに対する国民の意識

「生殖補助医療技術についての意識調査集計結果」は、「第三者から精子の提供を受ける非配偶者間人工授精（ＡＩＤ）」「第三者から精子の提供を受ける非配偶者間体外受精」「第三者から卵子の提供を受ける非配偶者間体外受精」「夫婦以外の男女の受精卵の提供を受ける体外受精」「夫の精子を妻以外の女性の子宮に注入してその女性に妊娠出産してもらう代理母」「夫婦の精子と卵子による受精卵を妻以外の女性の子宮に移植して妊娠出産してもらう借り腹」の６種類の技術が親子関係を複雑にすることに鑑み、一般国民（配

付３６４６名、回答２５６８名)、日本産科婦人科学会体外受精登録施設の産婦人科医（配付４０２名、回答２４３名)、およびその医療施設を受診している患者（配付８０４名、回答３２９名)、他の産婦人科医（配付３９９名、回答１６６名)、小児科医（配付４００名、回答１６６名）にアンケート調査を行ったものである。

一般国民のうち３９・６％の人は「結婚したら子どもをもつのが当たり前だと思う」との考え方に近い又はどちらかといえば近いと回答し、６０・４％の人は「結婚しても子どもを持つ持たないは個人の自由だと思う」という考え方に近い又はどちらかと言えば近いと回答している。しかし３０代の女性に限っては「結婚したら子どもをもつのが当たり前だと思う」との考え方に近い又はどちらかといえば近いと回答しているのは２０・１％と低く、７９・７％の人は「結婚しても子どもを持つ持たないは個人の自由だと思う」という考え方に近い又はどちらかと言えば近いと回答している。

一般国民のうち３７・６％の人は「家を自分の代で途絶えさせてはいけないと思う」との考え方に近い又はどちらかといえば近いと回答し、６２・４％の人は「家が自分の代で途絶えるとしてもそれはしかたのないことだと思う」という考え方に近い又はどちらかと言えば近いと回答している。しかし３０代の女性に限っては「家を自分の代で途絶えさせてはいけないと思う」との考え方に近い又はどちらかといえば近いと回答しているのは１８・８％にとどまり、８１・２％の人は「家が自分の代で途絶えるとしてもそれはしかたのないことだと思う」という考え方に近い又はどちらかと言えば近いと回答している。

一般国民のうち５４・４％の人は「血は水よりも濃し（親子関係は血のつながりが大切)」との考え方に近い又はどちらかといえば近いと回答しているのに対し、４５・６％の人は「産みの親より育ての親」という考え方に近い又はどちらかと言えば近いと回答している。しかし、養子や特別養子がそれほど多くないこと、里親制度がそれほど発達していない状況をみれば、まだ、わが国は、夫婦とその間に生まれた子が一つの家族として生活するのが割合的に見て多く、まだ多くの国民はその家族を望んでいるようにも思われる。

２、生殖医療技術に対する一般国民の許容度

自分が、これらの技術を利用するかどうかについては、一般国民・患者ともに７０％以上の者が、「配偶者が望んでも利用しない」と回答したが、一般論としては、一般国民は「精子提供」「卵子提供」は６０％近い人が「認

めてよい」「条件付きで認めてよい」としていた。これは夫婦のうち半分の遺伝子を受け継いだ子を妻が妊娠出産するため、抵抗感が少ないためではないかと考えられる。これは、夫の遺伝子を引継いだ子を妻以外の女性が妊娠出産する代理母について、４３・７％しか「認めて良い」「条件付きで認めてよい」としていないことと好対照である。また、妻が妊娠出産するといっても、夫婦のいずれとも遺伝的つながりがない受精卵の場合には、早期の養子のようなものであるから、４２・９％しか「認めて良い」「条件付きで認めてよい」がなかったのだと考えられる。これとは逆に、夫婦の遺伝子を完全に引継いだ受精卵を他の女性に生んでもらう借り腹については、５２・８％が「認めて良い」「条件付きで認めてよい」としているが、妻が卵管不全などのために出産できないケースで姉妹など身近な人間が妊娠出産するケースを想定しているのではないかと考えられる。

３、親子関係に関する一般国民の意識

親子関係については、第三者から精子の提供を受けた場合には５８・４％が依頼者夫婦の実子とし、１１・５％が夫の養子・妻の実子、夫と妻の養子としていた。第三者から卵子の提供を受けた場合にも、傾向は同じである。第三者の受精卵を得て出産した場合には、依頼者夫婦の実子とするが４０・４％であるのに対して、夫婦の養子とするが１８・７％にのぼっていることを考慮すると、一般的には、依頼者夫婦の子どもとすることには賛成であるが、血のつながりの有無を明確にすべきだとの意見も多いと考えられる。

一方、提供者と子どもの関係については、５７・１％が「一切関係を持つべきでは無い」と考えている。

４、子どもの権利に関する一般国民の意識

子どもが提供者を知る権利については、「知らないでいるべきである」が３３・２％であるのに対して、「いつでも」「成人になったら」「結婚年令になったら」知る権利があるとする者が３６・３％と僅かに上回っている。

ただ、アンケート結果からは、提供者の医学的所見だけでは無く、氏名や属性まで知る権利があるとしているのかどうかは不明である。

第６、利用者の範囲及び利用できる技術の範囲

１、利用者の範囲

生殖医療技術を利用できる人の範囲を夫婦に限るか、事実上婚姻関係にある男女にまで広げるか、独身者にも認めるか、同性愛者にも認めるかについては、後述するように各国の歴史的社会的状況に応じて、規制は様々である。

たしかに、家族をつくる権利は個別的なものであり、生まれる子どもにとって男女が両親としてそろっているべきであるかどうか、その方が幸せであるといえるのかどうかについては議論はある。しかし、法律婚と事実婚のいずれを選択するかは当事者の自由であること、非嫡出子の法定相続分が嫡出子の半分であるとの規定が廃止される方向にあること等を考慮すれば、わが国においても事実婚を法律婚と同視する方向に動いていると考えられるので、現在においては、生殖医療技術は、結婚関係にある夫婦のみならず、事実上婚姻関係にある夫婦も利用することを認めるのが相当である。独身者に認めるかどうかは今後検討すべき課題である。

２、利用できる技術の範囲

第三者からの精子の提供は現実に長年月にわたって行われてきており、出生した子どもも多数であること、各国でも認められていることから考えて、わが国においても他に手段がないなどの厳格な条件の下に許容すべきである。それと同様に、卵子の提供も、女性に対して身体的侵襲は非常に大きいが、商業主義にならないような手当てをした上で、許容すべきであろう。

これに対して、第三者から受精卵の提供を受けることは、依頼者男女のいずれも生物学的な親ではないこと、懐胎段階からの養子と考えられるのに双方の実子として届出を行い養育するのは実体と乖離が激しいことから、親子の血の繋がりを重視しているわが国の現状に於いては、認めることは時期尚早であると考えられる。

第三者の女性に夫の精子を提供して代理出産させる代理母（サロゲートマザー）及び第三者の女性に夫婦の胚を移植して代理出産させる借り腹（ホストマザー）は、懐胎出産する女性の心身に長期にわたって多大の影響を与え、女性の人権侵害の恐れがあり、商業主義に発展する恐れが大きいことから禁止されるべきである。

３、カウンセリングとインフォームド・コンセントの必要性

生殖医療技術を利用しても、子どもを得ることができるとは限らないし、

身体的・精神的な負担や悪影響も多い。それにもかかわらず、なぜ子どもを持ちたいのかなど社会的心理的側面について、また生殖医療技術を利用した場合の子どもを得る確率やそのための費用等について、専門家によるカウンセリングを受ける制度は確立されていない。特に、第三者から精子や卵子の提供を受けて妊娠出産をする生殖医療技術を利用するに当たっては、夫婦のあり方、親子のあり方、養子制度等について専門家によるカウンセリングは不可欠である。カウンセリング制度の必要性は強く認識されているにもかかわらず、専門教育を受けたカウンセラーは少なく、又、施術を行う医療機関とは独立した存在であることが望ましいにもかかわらず、その制度はととのってはいない。

また、不妊の原因、治療方法、リスクとベネフィット等医学的な問題について充分な説明を受けた上で、書面による同意を行なわなければならないが、成功率の説明等インフォームド・コンセントがどの程度確立しているかについては疑問なしとしない。

第７、多胎妊娠と減数手術の法的問題

１、胎児及び胚の地位

民法では、「私権の享有は出生に始まる」と規定され、権利義務の主体となるのは出生の時とされている。ただ、相続能力に関しては、胎児は既に生まれたものとみなされている。

体外受精によって生産された胚の地位については、人間とは何かという根本的な問題と絡んで、胚をどのように見るかという問題が存在する。胚は人間になる可能性を持つ存在であり、人間と同様にあつかうべきだとの考え方は、ローマ法王をはじめカソリック教徒の間では広く存在している。一方では、胎児にもならない段階の授精卵や胚は、ものに過ぎないとする考え方もある。しかし、人が人となるのは、授精を始点として順次完成に向かっていくのであり、授精後二週間程度たって神経系の形成が見られた後は物としてみてはならないと考えられる。

２、減数手術の法的問題

母体保護法では、人工妊娠中絶は、「胎児が母体外において、生命を保続することができない時期に、人工的に、胎児及びその附属物を母体外に排出

することをいう」とされており、医師会の指定する医師が、「妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害する恐れがある」と認定した者に対してのみ行うことができるとされている。この定義及び要件は、刑法上の堕胎罪の適用を免れるための定義および要件であるので、解釈上疑義があるべきではない。

ところで、減数手術は、母体内で複数の胎児の一部の心臓に塩化カリウムを注入する等の方法で当該胎児を死滅させるものであって、当該胎児を母体外に排出させて死滅させるものではないから、母体保護法による人工妊娠中絶の定義には該当しない。従って、堕胎罪の構成要件には該当すると考えざるを得ない。

また、妊娠中に３胎以上の多胎が判明したときにはまだ胎児は小さくて、直ちに母体に対する現在の危難が生じているとは考えがたいから、刑法上の緊急避難の要件に該当するとは考えがたい。

しかも、自然に妊娠できない場合に、人工的に生殖医療技術を利用しておいて多胎妊娠になったからと言って、安易に胎児を死滅させることは余りにも産む側の事情ばかり考慮して、胚や胎児の地位をないがしろにするものであるといわざるを得ない。

多胎妊娠に至る原因の一つに体外受精において受精卵を多数子宮内に戻すことがあげられているのであるから、戻す数を３個以下、場合によっては２個以下に制限すべきである。また、患者に対してはあらかじめに多胎妊娠の可能性や判明した時の対処の仕方について十分に話し合っておくべきである。排卵誘発剤を使用する場合には使用方法を工夫したりして単一妊娠をすすめ、それでも多胎になった場合には、母体保護法の要件をみたしている限りにおいて堕胎を行うべきである。

母体保護法の人工妊娠中絶の定義は、生殖医療技術が発達していない時期につくられたものであり、胎児の妊娠を中絶すると言う目的と効果に於いては同一であるから、減数手術も含まれるように母体保護法の定義を変更すべきである。なお、「減数手術」といい、数のみを減らすような文言を使用しているが、地位を尊重すべき胎児であるから、「一部妊娠中絶手術」とでも言うべきである。

第４章、各国における法的対応

第１、各国の概要

１、政策形成のあり方の違い

生殖医療技術にかかわる政策は、家族のあり方、親子・夫婦のあり方、個人のあり方といった社会の基本的な単位を対象とする。従って、個々人の価値観に踏み込むものであり、社会的な合意形成がどのようになされるかによって大きく異なる。不妊治療を受けられる条件や、第三者からの精子や卵子、又は受精卵の提供を認めるか否か代理母（サロゲートマザー）や借り腹（ホストマザー）を認めるか、生まれてくる子の保護をどうするか等、具体的な生殖医療技術の利用の範囲や条件をどうきめるかは、社会的合意がどのように形成されてきたかに依存する。又、政策的な目標をどのような手段で達成するか、例えば、法律で規制するか、それとも職能集団のガイドラインで行うか、行政が管理するのか、それとも職能集団の自主的管理にゆだねるのかという点も各国の職能集団の社会的な機能の違いによって異なる。

２、医師職能集団の法的性格の違い

特に、職能集団である医師会が、公的資格をもつ強制加入の団体か、それとも任意加入団体であるか、団体からの排除が医師としての資格停止に直結しているかどうか、団体自治がゆきとどいているかどうか、なども大きな違いをつくるゆえんである。

わが国においては、医師会や産科婦人科学会は任意団体であるので、除名が医師資格の剥奪に直結しないが、ドイツにおいては懲罰規定を持つ公的身分団体である連邦医師会が存在し、１６の州に支部はとして州医師会が存在する。強制加入団体であるから、医師会のガイドラインが強力な力を持つ。

イギリスにおいても、ジェネラル・メディカル・カウンシルは強制加入団体であり、産婦人科学会などが設立した自発的認可機関が「ヒトの受精と胚研究等に関する登録認可機関（ＨＦＥＡ）」に引継がれ、法的規制権限を有する独立機関になって、各施設に対する指導監督を行い、生殖医療技術の水準を全国的に保障し、倫理的側面への配慮も行っている。

フランスにおいても、医師会は強制加入の身分団体であり、職業倫理にかかわる自主的なガイドラインを定め、それへの違反者には懲戒や除名などの制裁を科している。医師会を除名されると医師としての活動が出来なくなるので、ガイドラインは遵守される。

アメリカにおいても各州にローカル・メディカル・ソサイアティがあって、強制加入団体である。これらは日本と決定的に異なっている。

３、規制機関の存否の違い

また、法規制の方法としても、法律で細かく規定し、刑罰をもってのぞむドイツのやり方もあれば、法律で独立した専門機関（ＨＦＥＡ）を設立し、そこが規約集（コード・オブ・プラクティス）を作って具体的に規制するイギリスのやり方もある。フランスは生命倫理法のもと、人間の誕生に関係する生殖医療技術については国家的な規制と管理を行う制度をとっている。生殖医療技術を行う機関は国の許可制により、提供された精子・卵子・受精卵の収受・冷凍管理・譲渡は認可をえた精子の研究保存センター（ＣＥＣＯＳ）のみが行っている。これに対し、アメリカでは生殖医療や胚研究に関する連邦法は存在せず、各州が規制法を制定する。自己決定権が重視される国であり、その結果商業主義が横行する状態となっているが、問題が発生した都度、裁判所がきめ細かな判決を下す制度となっている。

４、各国の概要

⑴. ドイツの概要

１９９０年に制定された胚保護法においては、禁止事項を法制化し、刑罰規定をおく。養子斡旋及び代理母斡旋禁止に関する法律は１９８９年に制定された。前述したように、医師会のガイドラインが強い力をもっており、そこでは、精子提供は一定条件で認められているが、裁判所が夫の子どもに対する嫡出否認権を認めたり、子ども自身の精子提供者に対する扶養及び相続請求権が認められなければならず、医師が明かさない場合は医師に対して損害賠償請求ができると判決しているので、実際には非配偶者間人工授精は余り行われなくなったと言われている。

体外受精については、医師会のガイドラインなどで、利用者は医学的に不妊の配偶者間に限るとされ、卵子提供は、卵の採取が侵襲的であり、胚移植はホルモン治療を要するから医学的に問題があるとして禁止されている。

全体にドイツにおいては生殖医療技術の利用は非常に抑制的である。

⑵. イギリスの概要

立法としては、１９８５年に商業代理出産斡旋法が作られ、９０年にはヒトの授精及び胚研究等に関する法律（ＨＦＥ法）が制定された。

特徴としては、ＨＦＥＡ（ヒトの授精及び胚の研究等に関する登録認可機関）が統一的な政府の行政機関（保健省の外局）であり、詳細で実効的な実施要項をもつ。

生殖医療技術を利用できる条件としては、形式的には独身者も可能であるが、子どもの福祉の観点から、実質的には男女のカップルが大部分である。精子・卵子・胚提供も可能である。

親は、法律で、母＝分娩した女性、父＝人工生殖に同意した男性とされ、代理母（サロケートマザー）による出産の場合には、裁判所が「親決定」をする。子どもの出自を知る権利は結婚予定者との血縁関係の有無などを調べられるだけであるが、近年、もっと知る権利を保障すべきだとの議論がなされている。

⑶. フランスの概要

立法としては、１９９４年の生命倫理法が存在し、「人体に関することは人権と言う公序にかかわる事柄」として国家的規制管理が必要とされる。

特徴としては、精子の保存提供はセコス（ＣＥＣＯＳ）が統一的に行う事であり、生殖医療技術の利用者は法律婚又は２年以上の事実婚のカップルとされている。精子・卵子の利用は可能であり、余剰胚の提供も厳格な要件の下で可能とされている。但し、代理母（サロゲートマザー）・借り腹（ホストマザー）は禁止されている。

親は、法律で、母＝分娩した女性、父＝人工生殖に同意した男性とされ、生殖医療技術利用の同意は、裁判官又は公証人の確認が必要とされている。子どもの出自を知る権利は否定されている。

⑷. アメリカの概要

連邦の立法としては、１９７３年に制定された統一親子法があるのみである。これは、夫の同意をえた非配偶者人工授精（ＡＩＤ）児については夫婦間の子とみなすものであって、人工授精の記録と同意書は州保健省にファイルされる。

代理母（サロゲートマザー）などについては、商業的な代理母斡旋業が横行し、８８年以降有償　契約禁止の州法が10州程度でできている。

第２、ドイツの法制

１、生殖医療に関する法律

ドイツで生殖医療に関して定める法律は、「養子斡旋および代理母斡旋禁止に関する法律」（１９８９年１２月）および「胚保護法」（１９９０年１２

月）の二法で、技術の施術に関する詳細は医師会の自主的規制による。

(1).養子斡旋および代理母斡旋禁止に関する法律

この法律は、女性が、出産後に子どもを第三者に対して養子またはその他の受け取りを目的として永続的に委譲する意図で、自然的若しくは人工的な受精を引き受けること、または自分を出自としない胚を自分に移植させ若しくは懐胎することを「代理母」と定義し、これを禁止している。

また、代理母から生まれた子どもを養子またはその他の形で引き取ることを望むものと代理母を引き合わせることを「代理母斡旋」と定義してこれを禁止し、これに反する行為は自由刑または罰金刑の対象となる。

代理母に関する広告も禁止され、これに違反した場合は罰金刑の対象となる。

(2).胚保護法

この法律は、一定の生殖医療技術の利用を広く禁止し、違反者に刑罰を科すこととしている。禁止される行為はつぎのとおりである。

①、生殖技術の濫用

他人の卵子を女性に移植すること、一回の月経周期内に三つを超える胚を女性に移植すること、代理母に人工受精を行うことなど、女性に対する生殖医療技術の施術のうち一定のもの。

②、人の胚の濫用

人の胚の売却、胚の維持に役立たない目的の譲渡、利用など、および妊娠をもたらす以外の目的で人の胚を体外で発育する行為など。

③、性選択

性染色体により精子細胞を選別して卵細胞に受精させ、性選択をすること。ただし、一定の重い伴性遺伝病の発病を防ぐため、権限のある機関がこれを行う場合は例外的に許される。

④、同意なき受精および胚移植、ならびに死後の人工的受精

精子提供者（男性）およびその精子によって卵細胞が受精されるもの（女性）の同意がない人工授精、胚を移植される女性の同意がない胚移植、および死亡した男性の精子を用いた人工授精。

⑤、人の生殖系列細胞の人為的変更

人の生殖系列細胞の遺伝形質の人為的変更およびこれを受精に利用する行為。

⑥、クローン

他の胚、胎児または人と同じ遺伝情報を持つ人の胚が生まれる事態を

人為的に引き起こすこと。

⑦、キメラおよびハイブリッドの形成

異なる遺伝形質を有する複数の胚を、少なくとも一つの人の胚を用いて細胞結合させること、人の胚と、その胚の細胞と異なる遺伝形質をもち、この胚と一緒になっても分裂がさらに可能な他の細胞を結合させること、人と動物の配偶子を用いて分裂可能な胚を生成すること。

これらに加えて、この法律は、医師が利用することができる生殖医療技術の内容を定めている。

２、医師会の自主的規制

ドイツには、連邦医師会および１６の州にそれぞれ州医師会があり、州の医師会には、生殖医療に関するつぎの二つの委員会がある。

●常設委員会　生殖技術に関して「人の不妊治療としてのＩＶＦ（体外受精胚移植）および胚移植実施に関するガイドライン」（後述）が遵守されているかどうかを監視し、その結果を掌握する。

●倫理委員会　配偶子や胚を含めた医学実験の可否を審査する。

ＩＶＦを行うためには、医師はその旨を州医師会に届出て許可を得なければならない。１９９７年時点で、許可されたＩＶＦ施設がドイツ全土に７５ヵ所ある。医師がガイドラインを遵守しない場合、ＩＶＦのライセンスを剥奪されたり、場合によっては医師が陪審員を務める職業裁判所の判断により開業医のライセンスを失うこともある。

医師は、生殖医療技術を使用するにあたり、医師会が定めた次のガイドラインを遵守することが義務づけられている。

(1).「人の不妊治療としてのＩＶＦおよび胚移植実施に関するガイドライン」

１９８５年の旧西ドイツの第８８回ドイツ医師会議が承認し、１９８８年及び１９９１年に改正された。主な内容は、次のとおりである。

①、精子または卵子の卵管移入、体外受精による胚移植、細胞室内への精子注入（以下、「生殖補助医療」と略す。）は、ほかの治療方法が効果がなかったかあるいは見込みがない場合に不妊治療法としてなされる。

②、生殖補助医療を実施しようとする医師は、医師会に実施予定を届け出、医師会は、人的・物的許可条件を満たした場合にのみこれを許可する。

③、医師会は、共同で記録センターを設置しうる。

④、生殖補助医療を施術するグループは、記録センター所定の方法で生殖

補助医療に関する記録文書を作成し、登録しなければならない。

⑤、医師会は、許可された生殖医療補助施設で行われた処置に関して報告する。

⑥、生殖補助医療の実施は、夫婦の精神的負担と生まれてくる子どもの福祉を考慮して、原則として婚姻関係にある夫婦間のみにおいて認められる。

⑦、事実婚のカップルへの実施は医師会の委員会による事前の審議を経なければならない。

⑧、独身女性及び同性関係に実施することはできない。

⑨、非配偶者間人工授精（ＡＩＤ）は、医師会の委員会の同意を要する。

⑩、借り腹（ホストマザー）及び代理母（サロゲートマザー）は認められない。

⑪、医師は、生殖補助医療の実施前に、予定される措置、治療内容、成功の見込み、合併症の可能性を含む医学的、法律的、社会的見地から説明を行い、治療を受けるカップルの同意を得なければならい。この説明と同意は文書で確認される。

⑫、多胎による危険を避けるため、移植される胚は原則として３個を限度とし、女性が３５歳以下の場合には２個とすべきである。

⑬、胚の実験利用及び有償譲渡、譲受は禁止される。

(2).「初期人胚を用いた研究に関するガイドライン」

１９８５年１０月４日、ドイツ連邦医師理事会で採択されたもので、ＩＶＦ許容の条件について定めている。その主な内容は次のとおりである。

①、医師会により職務規定の一部とされたガイドラインの枠内でのみ行う。

②、医学的適応事由・・・顕微外科手術で治療することができない卵管閉鎖と卵管の機能不全の場合は、制限なく認められる。
　男性側のある種の生殖障害、免疫性の不妊および子宮内膜の機能不全の場合は、他の不妊治療がすべて試された後にのみ認められる。

③、医学的禁止事由・・・妊娠に結びつかないことが明らかな場合は一切禁止される。この処置により、女性の健康および子どもの発育に関し、医学的に重大な危険があるとき、または心因性の不妊の場合も禁止される。

④、親にかかわる条件・・・カップルに、子どもの幸福に必要な安定した関係があるかを慎重に考慮する。原則的には、夫婦のみに対し、その夫婦の卵子、精子を使用して行う。

例外は、医師会内の委員会が審議して認める。

代理母（誕生後譲渡する目的で、他人の卵子で懐胎すること）は禁止する。

⑤、診断上の前提　・・・治療結果と子どもの健康に意味を持つすべての要素を考慮した慎重な診察を夫婦両方に行わなければならない。

⑥、説明と同意・・・・予想される手術、治療の詳細、成功の見込み、合併症の危険、費用、胚が移植できなくなった場合に可能な措置について事前に説明し、同意を得る。この説明、同意は文書で確認し、医師が署名する。

⑦、施術する側の条件

人的条件・・・治療グループに以下の分野の専門家（医師または科学者）がいること。１人が同時に兼任できるのは２分野まで。

1　生殖の内分泌学
2　婦人聴診学
3　手術婦人科学
4　試験管内培養に重点をおく、実験的ないし応用的生殖生物学
5　男性学

物的（設備的）条件

1　ホルモン実験室
2　超音波診断
3　麻酔チームを持つ手術準備
4　ＩＶＦと試験管内培養の実験室

⑧、胚の取得と移植・・・治療にとって有意義かつ十分で、母親に対し一度に移植可能な数だけの胚を移植する。

⑨、胚の凍結保存・・・着床条件の向上や別の移植までの保存などのために、一定期間のみ認められる。

⑩、移植されなかった胚の処置・・・世界医師会ヘルシンキ宣言および東京宣言が倫理的に許容できないとした研究に用いることはできない。

⑪、入精後、前核融合にいたっていない卵細胞の凍結は、連邦医師会中央委員会に届出なければならず、それ以上の培養は、移植目的でかつ夫婦の同意を得た場合のみに限られる。

⑫、治療グループの責任者たる医師は、毎年医師会に報告書を提出する。

報告書には、

1　治療を受けた患者の数
2　治療の適用事由と方法
3　取得された卵細胞の数
4　受精・妊娠・出生の確立
5　各事例ごとの妊娠率

を記載する。

13、胚の商業的利用の禁止

３、家族法

(1). 非配偶者間の生殖医療技術

①、非配偶者間人工授精（ＡＩＤ）の場合

１９８３年、連邦裁判所は、夫がＡＩＤ　に同意した場合でも、それによって生まれた子どもに対する嫡出否認権があることを認める判決を出した。しかし、学説の中には、事前に医師の十分な説明を受けて同意した場合に子どもの嫡出性を否認することは権利の濫用になるとする見解が主張　されている。

②、他人の卵子と夫の精子による胚の提供を受けて出産する場合

①と同様の理由により、出産者たる女性の嫡出否認権は権利の濫用として許されないとする見解がある。

③、代理母（遺伝的母と出産者が同じ場合）

代理母が婚姻している場合、子どもはまず代理母の夫の嫡出子と推定され、代理母の夫が嫡出否認後、遺伝上の父が法律上の父として確認される。母となることを望む女性は養子縁組を通じてしか法律上の母となることはできない。但し、この技術の利用は禁止されている。

④、ホストマザー（借り腹）

ホストマザーは生まれてきた子どもの遺伝上の母親ではないから、生まれてきた子どもとの親子関係を否認することは否認権の濫用とならないとの見解がある。但し、この技術の利用は禁止されている。

(2). 代理母ないしホストマザー契約から発生する権利義務

①、代理母ないしホストマザー契約の有効性

代償を得て代理母ないしホストマザーになる契約は公序良俗に反するため無効であると考えられる。友情または好意から代理母またはホストマザーになると約束した場合、その契約自体は公序良俗に反するとは言えない

が、契約上の人的義務は、養子法上の強行法規的理由により、やはり無効と考えられる。

すなわち、養子縁組を行うためには、子どもの誕生から８週間の熟慮期間を経た後、後見裁判所に対する実親同意が必要であるのに、出生後すぐに子どもの引渡し義務を強制し得るとするとすることは、この規定の脱法行為を許すことになるからである。ホストマザーは、子どもの遺伝的母親ではないが、妊娠および出産を通じて子どもに対する強い母性的感情が生まれることがあるので、代理母と同様に保護されるべきであるとされる。

② 依頼者の引き取り義務

代理母ないしホストマザーに妊娠と出産を依頼したものが、子どもの引き取り義務を負うことはないと考えられている。なぜなら、子どもを引き受けることを望まないものに子どもを押しつけることは、子どもの福祉のため、「養親と子どもの間に親子関係が発生する」ことが期待されなければならないとする民法の条文と矛盾するからである。

(3). 子どもの権利

子どもは、

①、一定の要件のもとで自分の嫡出性を否認でき、

②、嫡出性が疑わしいときは、訴えにより親子関係の存在を確認でき、

③、嫡出性が否定された場合は、遺伝上の父母に対する扶養判決を得ることができる。

子どもは、基本法１条および２条により保護される人格権の構成要素として、自分の血のつながりを知る権利を持っていると考えられている。しかし、子どもの遺伝上および表見上の親に対する情報請求権は、親の私的・個人的な領域の保護を求める権利と抵触するため、子どもには親に対する積極的な情報請求権は認められない。

ただし、子どもは、人工授精を実施した医師に対し、精子提供者および卵子提供者が誰かについての報告を求める権利を持っている。医師が子どもの情報請求に応じないと、場合によっては子どもに対して損害賠償義務を負うことがある。しかし、医師が提供者に匿名を約束したにもかかわらず、その氏名を明かしたときは、提供者に対して損害賠償義務を負う。

なお嫡出子と非嫡出子の間の法的差別は可能な限り取り払われている。

(4). 胚保護

体外受精で多数の胚が作られても、１度に女性に移植できるのは最大３個であるから、胚を使い尽くす前に女性が妊娠したり、移植される予定の女性

が死亡したりして、胚が残ってしまうことがある。この過剰な胚をどのようにするのかという問題は、まだ解決に至っていない。現行法では、胎児は母体で着床したときに初めて堕胎の対象として法的保護を受けられるから、それ以外の、体外で作られ、維持されている胚に対してはまったく法的保護がない。

(5).判例

１９８３年、連邦裁判所は、夫がＡＩＤに同意した場合でも、それによって生まれた子どもに対する嫡出否認権があることを認めた。

１９８９年　連邦憲法裁判所は、基本法の人権規定により、ＡＩＤの子にも嫡出否認権と精子提供者に対する扶養および相続請求権が認められるべきであるとした。

４、ドイツの法制の特徴

(1).精子の提供は認められているのに卵子の提供が禁じられている点で男女不平等である。
(2).一定範囲で医療保険の適用がある。
(3).制度の再評価のシステムがない。
(4).不妊治療、遺伝疾患治療の改善のために必要な胚の実験ができない

第３、イギリスの法制

１、沿革

イギリスは１９７８年に世界初の体外受精子を誕生させた国で、その後の１０年間に体外受精などによって１５８１人の子が生まれており、生殖医療技術がさかんな国のひとつと言える。また、現在ではもっとも先進的な制度を整えている国として各国のモデルとなるとも言われている。

イギリスの生殖医療技術に関する法整備の経過の概略は次のとおりである。

１９８２年　ヒト受精および胚研究調査委員会
（ウオーノック委員会）設置
１９８４年　同委員会報告書（６４の勧告を含む報告書）
１９８５年　代理出産契約法－経過措置として営利目的の代理母禁止

１９８６年　コンサルテーションペーパー（ウオーノック委員会報告書の６４の勧告を社会的に合意が得られたものと、未だ合意がなくさらに検討すべきものにわかりやすく整理した文書）を公表。これをベースに半年間、広く国民から意見を求めた。

１９８７年　白書「立法化への枠組み」

１９９０年　ヒトの受精および胚研究等に関する法律（ＨＦＥ法）成立

１９９１年　ＨＦＥＡ（ヒトの受精および胚の研究等に関する登録認可機関）発足

イギリスの立法過程の特徴は、ウオーノック委員会という調査委員会を設置して、医学界だけでなく社会全体に対して広く議論を吸い上げて政策形成していった点にある。また、その過程で早急な対応が必要と判断された営利目的の代理母禁止などを個別の法で禁止するなど段階的措置を踏んでいる。ＨＦＥＡについてもある時点で突如、新しい規制組織を作ったのではなく、１９８５年に自発的認可機関ＶＬＡが設立され、それが１９８９年に暫定的認可機関（ＩＬＡ）となり、それがさらにＨＦＥＡへと発展的に解消する過程を踏んでおり、スムーズな移行が可能となった。

２、制度の概要とＨＦＥＡの機能

(1). 制度の概要

イギリスでは、胚の作成・配偶子の保管、使用・臨床サービス・研究のすべてについてＨＦＥＡの与えるライセンスが必要となっている。ライセンスを受けた医療機関は毎年報告書の発行が義務づけられており、かつ、年１回ＨＦＥＡの調査を受ける。ＨＦＥＡの代表者は医学専門外の人でなければならず、メンバーのうち医学の専門家は３分の１以下でなければならない。ＨＦＥＡから保健大臣への年次活動報告書は誰でも入手可能である。ＨＦＥＡには規約集（コード・オブ・プラクティス）があり、拘束力を有する。規約集は定期的に改訂される。

１９９７年現在の生殖医療関係認可施設数は１１７（体外受精・人工授精の治療だけでなく、配偶子・胚の保管、生殖医療に関する研究チームを含む／うち体外受精治療専門の認可施設７６）である。

(2). ＨＦＥＡの機能

ＨＦＥＡの機能は、分類すると以下の４つである。

①、認可機能

上記のとおり、ＨＦＥ法で定められた範囲で不妊治療や研究に当たるための認可を付与する。各治療・研究施設から治療計画書や研究計画書を提出させ、内部の認可委員会が年限つきで認可を行う。年１回の査察を行い、その結果によっては認可の停止や剥奪も行う。

②、広報機能

患者や提供希望者に情報提供する。また、政府に対して年次報告書を提出する。国内の状況を常に把握し、議会や外国に対して公的広報機関としての役割を果たす。

③、指導機能

規約集を通じて現場の指導を行う。現場の状況等に応じて、規約集の改訂作業も行う。

④、情報管理機能

治療によって出生した子どもと提供者についての機密情報を保持管理する。

３、法律および規約集の内容

(1). 提供者による精子・卵子および胚の提供の可否および条件

精子・卵子の提供及び胚の提供のいずれも認められている。ただし、無償・匿名が原則であり、商業的なものは禁止されている。精子・卵子を提供できるのは、提供者が第三者の場合女性は１８歳以上３５歳以下、男性は１８歳以上４０歳以下である。配偶者間の提供であれば年齢制限はない。

利用者が選べるのは、髪の毛の色・目の色・身長・体重のみである。

血液型はＲｈ＋、－のみを選択できる。性別の選択は許されない。

兄弟姉妹からの精子・卵子提供も可能である。死亡した男性の精子、死亡した男性の精子によって形成された胚を使用することもできる。ただし、死亡した男性は父とはならない。

(2). 生殖技術を受けられる主体

婚姻している男女だけでなく実質上男女のカップルはもちろん、独身者も生殖医療技術を利用することができる。しかし、ＨＦＥ法で父の必要も含めて生まれる子どもの福祉を考慮することなしに、サービスは女性に提供されないと規定されており、実際はカウンセリングの段階でかなりスクリーニングされているようである。生殖医療技術を利用する場合は、必ずカウンセリングを受ける必要がある。要件を形式的に絞るのではなく、門戸を開放しつつ、治療のプロセスで実質的な判断をしていくというのがイギリスの制度の

特徴の一つといえよう。

(3). 親子関係について

イギリスでは、前項のとおり精子・卵子や胚の提供、従って非配偶者間体外受精や代理母（商業的でないもの）も認められている。従って、父及び母が誰かについて紛争が生じうるが、父および母が誰かについては法律によって明確に定義づけられている。

ＨＦＥ法によれば、原則として分娩をした女性が母となり、人工生殖に同意した男性が父となる。ただし、精子・卵子提供者のための親決定の手続きがあり、妻でない女性が分娩した場合で妻の卵子または夫の精子のいずれかないし両方が使用されており、下記の要件を満たす場合には、その妻および夫を両親とする決定を裁判所が下すことができるとされている。

①、子どもは、委託した夫婦のどちらかと遺伝的つながりがある。

②、代理両親は、子どもの出生から６週間以後に命令の申請に同意している。同意することができない、あるいは所在不明の場合を除く。

③、委託した夫婦は結婚している。そして、２人とも１８歳に達している。

④、委託した夫婦は、子どもの出生以後６ヶ月以内に命令を申請している。

⑤、代理出産契約に関連して、裁判所の許可がある場合を除いて、費用以外の金銭支払いがなされていない。

⑥、子どもが、委託した夫婦と同居している。

⑦、委託した夫婦は連合王国、チャネル諸島、マン島のいずれかに居住している。

管轄は、委託した夫婦の居住地域の家庭裁判所（治安判事裁判所）である。

法律扶助が受けられる。

(4). 生まれてくる子どもの保護

イギリスでは、子どもの権利の保護が、生殖医療時術に関する政策決定の上で一つの重要な基本原理となっており、子どもの権利の保護には最大限の配慮がはらわれている。従って、嫡出否認は禁止されている。また、混合精子は禁止されている。

子どもの出自を知る権利については、子どもが１８歳になった段階で子どもは自分の素性を知る権利を持つ。しかし、その権利は限定的であり、自分が生殖医療技術を利用して出生した児であるか否か、及び配偶者予定者との血縁関係の確認（この場合は１８歳以上に限定されない）の範囲のみで情報開示が認められている。なお、ＨＦＥＡの登録簿には、人工生殖の事実、精子・卵子・胚の提供、その結果産まれた子どもについて個人を特定できる情

報が管理されている。

(5).その他の規定

①、受精卵の凍結保存期間

受精卵の凍結保存期間は、５年までである。但し、一定の条件を満たす場合は延長できる。

一人の提供者から生まれる子どもの数は原則として１０人までとする。

例外は、利用者が同じ提供者によって次の子どもを持ちたいと希望する場合などである。

移植できる胚または卵子は一治療サイクルで３個までとされている。

②、減数手術

減数手術は可能であり、中絶にあたらないとされている。

③、クローン等

キメラ・ハイブリッド・クローンは禁止されており、違反に対しては罰則がある。

４、わが国において参考となる点

イギリスは、冒頭にも述べたように生殖医療技術について先進的な国であり、その制度については見るべき点が少なくない。

特にＨＦＥＡという独立の機関を設けて、統一的に生殖医療技術を管理運営していることは、わが国でも導入されるべき制度である。また、認可機能、指導機能を持つことによって、各施設の生殖医療技術の医療水準が全国的に一定程度保証されることになり、利用者である国民の利益に資する。また、法律や規則の遵守についても実質的に担保することが可能となっている。

また、ＨＦＥＡは提供者と子どもに関する情報を一元的に管理しており、厳密な情報の管理と子どもの知る権利の保障を図ることができると思われる。

さらに、規約集では詳細な規定を置いて、提供されるべき情報、インフォームドコンセント、患者へのカウンセリングについて定めている。

イギリスの制度の特徴のひとつは、３(2)に述べたように形式的にはあらゆる人に治療の門戸を開放していながら、治療のプロセスで実質的判断を行っている点にある。その指導原理となっているのはやはり「子どもの福祉」である。

たとえば、規約集では治療を求められた場合、以下のファクターに留意しなければならないとされている。

①、子どもを持ち育てることへの彼らの関わり方

②、治療の結果生まれる子どもに安定した支えになる環境を用意する彼らの能力
③、彼らの医療歴と家族の医療歴
④、彼らの健康状態と、将来子どもの世話をし、そのニーズに応える能力があるか
⑤、彼らの年齢と、将来子どもの世話をし、そのニーズに応える能力があるか
⑥、多胎出生の可能性を含めて、治療の結果生まれる子ども（たち）のニーズに応じる彼らの能力
⑦、遺伝性異常あるいは感染症の危険、妊娠中の問題、放棄あるいは虐待の危険を含めて、生まれる子どもへの危害の危険性
⑧、家族中に生存している子どもに対する新生児の影響

この考慮すべきファクターは、提供者による精子・卵子を利用する場合、子どもが法律上の父親を持たない場合、産みの母親によって養育されない場合は、さらに増加する。

ＨＦＥＡという統一の統括機関を持つことによって、このように実質的なスクリーニングを通じて、適切かつ適正な生殖医療技術の実施が可能となっているものと思われる。

第４、フランスの法制

１、生殖技術に対する基本的視点

(1). 生殖技術の普及のあり方

初めての体外受精児は、１９８２年のアマンディーヌであるが、その後、体外受精による出生が増加し、９０年代には、年間７７万人の出生の内の約１％に上るようになった。体外受精の利用率は、オーストラリアについで世界第２位である。

１９７３年に精子の保存や提供を統一して行うため、精子銀行としてセコス（ＣＥＣＯＳ）が医師の主導により設立され、その後セコスを介して出生したＡＩＤによる子供は、１万５０００人以上に及ぶ。

セコスでは、精子提供と利用希望者の精子取得にいたる経過を、規律して来た。規律のあり方は、精子提供者については、①年齢の制限、②子どもをもったことがある既婚者に限る、②妻の同意などである。また、提供は無償で、匿名とされており、年間の提供者は約１０００名にのぼっている。

利用者については、①法律婚や事実婚の安定したカップル、②１年間の待機期間が原則として必要なことなどである。その間に不妊の検査などか行われ、心理カウンセリングなどを受けることとされている。

(2). 生殖技術をめぐる紛争と裁判例

①、非配偶者間人工授精（ＡＩＤ）をめぐる裁判例の出現

１９７６年以後、父親からのＡＩＤによる子どもとの親子関係否認訴訟やＡＩＤの子どもを認知した事実婚の夫からの認知取消訴訟が為され、ＡＩＤで生まれた子どもの法的地位を定めるかが必要とされ、また夫死亡後夫が残した精子を使って妊娠して出産した子どもからの嫡出子の身分を求める訴訟も起きた（アンジェ大審裁判所１９９２年１１月１０日）。

これらは人工生殖の限界を定める必要性を提起した。

②、代理母契約をめぐる裁判例

夫と代理母との間で生まれた子どもについて、妻からの完全養子縁組請求が認められた事案（ヴェルサイユ大審裁判所１９８６年７月９日、ポー控訴院１９９１年２月１９日）を経て、完全養子縁組請求が否定された裁判例が続いた（破棄院大法廷１９９１年５月３１日、破棄院民事第一部１９９４年６月２９日）。

その理由は、無償であっても、ある女性が出産と同時に遺棄するために子どもを妊娠することを取り決める契約は、人体の非処分性、および人の身分の非譲渡性の原則に反する」と言う論理であった。

フランスでは、このように法律で規制される以前に、人工生殖をめぐる裁判が続き、私人間の裁判例により代理母に対しては否定的な態度がすでに形成されていた。

その他、国としても積極的に代理母の問題に関わり、代理出産の斡旋団体であった「アルマ・マーテル協会」に対して、設立許可の取消す訴訟を起こし、その結果設立許可は８９年に取消された。

２、沿革と法的制度

(1). １９９４年の生命倫理法のできるまで

アマンディーヌ誕生の翌年である８３年に、政府は、生物学医学健康の領域における研究によって生じる倫理的諸問題に対して意見を述べることを目的として、「生命科学と健康に関する全国倫理諮問委員会（ＣＣＮＥ）」を設立した。その後８６年には、当時のシラク首相が、法制局兼行政最高法院（コンセイユ・デタ）に対して、人間の生死から臓器移植にいたる生命倫理の諸

局面に関する法律の草案作成を求めたことを受け、政府報告書として、プレバン報告（８９年)、ルノワール報告（９１年）が提出された。

９２年３月に政府より、生殖技術だけでなく人の臓器、組織、遺伝子にかかわる医学技術全般を規制する３つの法案が議会に提出され、議会は９４年に最終案の生命倫理法を可決し、７月に法律として公布された。

(2). 生命倫理法の基本理念

生命倫理法の理念として「人体に関することは人権と言う公の秩序に関わる事がらである」として、人体やその一部、産物を扱う先端医療技術に対し、公の利益を守るため、無償、匿名、そのほかの規制を国家が法律により及ぼすことを正当化している。

これによれば、①人間の死に関係する臓器移植については、原則として脳死者が反対の意思を表明しない限り、臓器移植のための摘出が許される法制度となり、②人間の誕生に関係する生殖技術については、国家的な規制と管理を行う制度となる。これらは、アメリカ的な自己決定万能主義とは対立する考え方である。

(3). 生殖技術についての法規制

①、法規制としての姿勢

許容される生殖技術としては、非配偶者間人工授精（ＡＩＤ)、精子および卵子の提供、余剰胚の譲渡であり、厳格な要件のもとで行われる。

サロゲートマザー（代理母)、ホストマザー（借り腹）は無償であっても許されない。この立場は、生殖技術を個人の自己決定権を基礎として認める方向性を取るイギリス、オーストラリアと、厳重な規制を行うドイツの中間を取る。しかしフランスは法規の規制をかけながらも、実際には先端技術や生殖技術が非常に普及している国でもある。

②、法規制の内容

フランス法の特徴は、

第１に生殖技術を行う機関についての許可制により、国家が関与する姿勢を取ったことである。提供された精子・卵子の収受、冷凍処理、保存、譲渡は、認可を得た非営利の保健施設のみ（特にセコス）が行い、不妊の患者に対する医療的介助は許可を受けた施設で、記名認可された臨床医のみができる（第Ｌ１５２－９条、同６７３－５条)。生命倫理法に違反には刑事罰に加え、実施施設の許可の取消と言う行政罰が科される。

第２に、生殖技術を来受けることができる主体を、法律婚または２年以上の事実婚をしているカップルとしたことで、独身女性や、同性愛のカッ

プルをはずしたことである（第Ｌ１５１－２条第１項、３項）。これは生殖技術をあくまで不妊治療としてとらえていることと、出生してくる子どもにとっての安定した家庭を考慮に入れていると考えられる。また生殖技術を受ける主体については、生殖年齢にあることなども条件とされている。なお精子や卵子の提供は許されるが、夫婦のどちらかと遺伝的につながりがあることが原則であり、全く遺伝的なつながりのない第三者の胚については、生殖技術を受けた夫婦の余剰胚を譲渡を受け場合だけが例外的に許される。

第３に、精子の提供について無償性、匿名性の原則を取り、また精子提供者の条件として、すでに子どもをもったことがあるカップルの男性であることや、年齢を限った。また提供者の配偶者の書面による同意を要件としている（第Ｌ６７３－２条）。

第４に、子どもの側からの「出自を知る権利」については明確に否定し、生まれた子どもは新しい家族との関係だけで育てられる。精子・卵子の提供者と子どもとの間には、いかなる親子関係も設定されない。

第５に、法的な意味での「誰が母親か」については、フランス法では従来から出産した女性が母親となる。父親については、提供者が介在する生殖技術を受けることに同意した父親は、将来はあらゆる親子関係の争いの訴えまたは身分の訴えは禁止される。このように強力な効果を生む『同意』であるから、第三者の提供による精子などを用いる場合には、非訟裁判の形式で裁判官または公証人がカップルの同意を受ける必要がある。

③、セコス（ＣＥＣＯＳ　精子の研究保存センター）の果たす役割

フランスでは、各大学病院にセコスと呼ばれる国立の機関があり、そこで精子の研究と保存が行われ、従来からＡＩＤのための精子バンクとしての機能を果たしてきた。現在全国で２０のセンターがある。

以前はＡＩＤが産婦人科医の下で秘密裏に行われ、独身男性から対価を支払って精子を得ていた事実が存在したが、これに対して１９７３年にパリ南大学の教授が精子の取扱基準を設け、同大学のビセートル病院に精子バンクを設けたのが始まりである。

ＡＩＤに必要な精子は、精子の提供により集めるが、提供の無償、および提供者が既婚であることや、子どもがいる既婚の男性であるなどの制限の他に、年齢の制限（現在は５５才）などがあり、そのほか提供者は、血液検査や精子検査の他、遺伝的な特徴を調べるための親族についての入念な質問を受ける。提供精子として使用できる場合には、提供者には６回センターに来てもらい精子を採取する。精子は細い筒状の容器に入れられ、冷凍保存される。同一提供者の精子によって生まれる子どもの数は、近親

婚を避けるために最高５人に限定された。

精子の希望者は、既婚（事実上の婚姻を含む）女性であることが求められるが、実際の使用には「夫の生殖不能」が必要であるので、産婦人科医の診断が必要である。産婦人科医の診断により、精子の要求が正当と認められた場合には、夫婦はＡＩＤに同意する証明書に署名する。夫婦は実際の取得までに、心理カウンセリングを受けなければならない。提供精子の選択は、セコスで行い、血液型の不一致はないかや、身長や髪の色、目の色などの形態学上の特徴が考慮される。

またセコスは精子を提供する場所であり、施術はかかりつけの医者が行い、希望者夫婦は液体窒素による冷凍精子をセコスまでもらいに行き、医者に持参するシステムである。

このようにして提供者と希望者のマッチングをセコスが行う以上、提供者の情報は正確に管理されなければならず、また１人の提供者から出生する子どもの数を５人に制限している以上、精子提供が出産に結びついた事実などの記録などの管理が非常に重要となる。従って精子の希望者は、施術後その結果についてセコスに報告義務がある。報告は医師による施術をした旨の報告と、結果の報告である。どちらの場合も基礎体温の変化グラフの提出が求められる。通常１回の施術では成功しないので、数回施術が必要であるが、１回の施術ごとに上記の２種の報告がなければ次の精子を引き渡さないことになっている。

セコスの厳しい基準に基づく精子提供、精子の管理により、７０年代全般までは、ＡＩＤが秘密裏に行われていた状況が変更された。

(4). 生命倫理法の機能と行政による管理

生命倫理法が、生殖技術規制の実効性をささえるものは、

第１に、法規自身が長年の議論を経て、世論に支えられて法定された完成度の高い法律であることである。法規作成の段階で、親子関係をめぐる法律も定められており、生殖技術により誕生した子どもの身分の安定が計られている。

第２には、提供された精子や受精卵の管理を、セコスと言う生殖センターが管理していることである。セコスでは、精子の提供から、受け入れ希望者とのマッチングまで行われていることであり、情報が管理されていることで、提供者の提供回数などの監視もできる。アメリカ、あるいはイギリス型を採用せずに、生殖技術に規制をかけて行く場合には、「提供精子、卵子、胚の保存」を「どこで」「誰が」行うか、「情報はどこで管理するか」から、まず考えられなければならないであろう。

第３には、プレバン報告でも指摘されたように、規制を守らせる手段としては法律の他に、専門職団体による倫理規定と懲罰が必要であるが、この点は実際のフランスでは、日本の弁護士会のように、医師会加入が義務付けられており、法により、職業倫理の制定と懲戒の権限があり、倫理規制が実効性あるものとして機能していることも重要な点である。 即ち、フランス医師会の策定する職業倫理は,「医の倫理規定」として、コンセイユ・デタの議を経て、行政令の形で公布される。そしてその遵守を担保する懲戒は、行政処分に準じた公的な格付けを持つ。医師会による懲戒処分の最終審は行政裁判の最終審であるコンセイユ・デタが受け持つのである。

３、わが国が参考にできる点

(1). 我が国の実情

我が国の実情としては、生殖医療は、法的規制がないままに、産科婦人科学会等のガイドラインによる規制にのみ任されている状況である。しかも産科婦人科学会や日本医師会は任意団体であり、団体から除名したとしても医師としての資格の剥奪に直結しないことから、ガイドラインからずれた行為についての実効力のある規制ができない。

またひとつの問題として、現在は小さな診療所で生殖医療が行われており、その正確な内容が把握できないことである。

そこで生殖医療を希望する者に対して、一定の医療水準による技術が確保された形での安全な医療行為を受ける権利や、生殖医療の対象が主に女性であることから女性の生殖の権利を保証するため、また生殖医療により出生する子どもの法的地位を安定させるために、生まれてくる子どもの人権を考慮する法的整備の必要性は明らかである。

(2). 具体的な法律の制定に関して

第１に、生殖医療を行う側に対する規制としては、生命倫理法の規定する、生殖医療実施機関の許認可制度が参考になる。

第２には、実際の方針として、ＡＩＤを認める立場に立つのであれば、提供精子についての感染症等のチェックや、情報管理とともに、提供精子を受け取る側とのマッチングの問題を含め、管理するシステムが必要であると考えるので、セコスの設置や具体的運営内容が非常に参考になる。なお日本では現実の個々の診療所や病院での、事実上規制のない精子の冷凍保存などが開始している状況の下で、今後セコスのような集中的管理方法に対しては抵抗が強いのではないかと言う問題点がある。しかしそもそも７３年にセコス

ができた背景の事情は、現在の日本のようにＡＩＤが秘密裏に行われることが可能な状況と類似している面もあるので、参考にできる面は多いと考える。

第３に、生まれる子どもの地位については、将来子どもの地位を確保するために嫡出否認訴訟などはできないとした点が参考になる。

また提供者の関与を必要とする不妊治療に対する「同意」については、同意により、生涯子どもの親になると言う重大な結果を発生させるのであるから、その同意については，公証人または裁判官に対して行う形式が参考になる。また同意は、将来親子関係を否定できないと言う、重大な効果を発生させるから、生殖医療の実行前に、書面で同意の撤回ができることも参考になる。また同じ趣旨で、生殖医療実行前に、カップルが別居した場合には、同意は効力を失うことなどの規定も参考になる。

第４に、施術を行う側の医療機関や医師については、特に生命を扱うことに関する重要性から、法的規制と平行して、フランスにおけるような専門家集団としての「職業倫理の徹底」の方法の模索が望まれる。即ち、このような職業倫理の徹底があってこそ、法規の実効性が確保されるものであるからである。

第５、アメリカの法制

１、法制度の現状

(1). 連邦法の不存在

アメリカでは先端生殖医療のもたらす倫理的問題について、１９７０年代に中絶の是非論争と直結して論議された。中絶に関しては、１９７６年に連邦遺伝病法が制定されて、少なくとも遺伝病を含めた重度の先天異常に関しては積極的に選択的に中絶をするという政策がとられた。しかし、先端生殖医療は中絶の是非論争と直結されてしまい、身動きでない状態になった。

このため連邦レベルの対応がとれなくなり、生殖医療や胚研究に関する連邦法は存在しない。各州がそれぞれ法律を制定するか、問題が起きた際にその都度裁判所が判決を下すことによって結論を出す制度になっている。

連邦レベルでは、１９７８年に厚生省（ＤＨＥＷ）内に設けられた倫理諮問委員会（ＥＡＢ）は１９７９年にゴーサインを出した後、レーガン、ブッシュ政権の消極的政策のために委員の更新がされず事実上解散された。この倫理諮問委員会と同等物として１９７９年から１９８３年まで開かれた大統領委員会も遺伝カウンセリング以外は生殖技術関連の問題を扱わなかった。

１９８５年連邦議会が倫理諮問委員会を設けたが、座長人事が中絶をめぐる政治的対立のために頓挫して一つの報告書も出させないまま１９８９年に解散をし、それ以来生殖技術に対する連邦レベルの政策形成はないまま今日に至っている。

従って精子や卵子を操作することによる不妊治療に関する連邦法は存在せず各州が独自に対応し、何かことがおこった場合には裁判所に任されている。

アメリカでは、不妊治療は医療というよりもビジネス産業となり年間数十億ドル市場が形成され、商業的精子銀行が設立されて優秀な精子は主力商品となった。さらに卵子の売買、代理母斡旋業などにより莫大な収益をあげるものもでてきた。このためケンタッキー、イリノイ、ルイジアナ、ニューメキシコ、ペンシルバニア州法では研究や商業目的で胚の創出、卵の売買などを禁止しており、１９８８年にはミシガン州、１９９２年にはニューヨーク州法では代理母斡旋業を禁止する法律が制定された。

(2). 統一親子法

親子関係に関しては、例外的に１９７３年に統一親子関係法が制定された。これにより、夫の同意を得て医師の監督のもとに第三者から精子の提供を受けて生まれた非配偶者間人工授精（ＡＩＤ）児は、夫婦間で生まれた子どもと同様に取り扱われるようになった。ＡＩＤの記録は同意書と共に州の保健局に保管される。ほとんどの州でこの法律が採択されて州法となっている。

２、生殖医療の現状

前記ミシガン州などでは、研究目的による胚の創出、商業目的による胚の創出、卵の売買が禁止されており、ミシガン州、ニューヨーク州などでは、代理母斡旋業が禁止されているが、それ以外には何の規制もない。

胚の第三者への提供、精子の提供は誰に対しても許されており、未婚女性、男性、同性愛のカップルに対しても何の規制もない。

精子銀行への精子の提供は医学生からの提供が多く、提供が１５例になったらリストからはずす措置がとられている。

代理母斡旋業の斡旋料は、現在では４０００ドル、代理母１００００ドル、斡旋料４０００ドル、卵子２０００ドル（卵の提供サービスの対価）程度で取引されているといわれている。卵子提供者は学生が多い。

こうした生殖医療を行う施設に対しては、１９９２年制定の法律によって、妊娠成功率を疾病管理予防センターを通じて保健大臣に報告することが要求されている。

又、アメリカ・ソサイテイ・フォア・リプロダクティブ・メディシンの倫理委員会が詳細なガイドラインを設けて国内外会員に通知しているが公的な規制機関は存在しない。

３、著明な判例

(1). 代理母（サロゲートマザー）をめぐる裁判

ベビーM事件として有名な裁判は、１９８６年ニュージャージーで行われた。これは、ニューヨークの不妊センターの紹介で代理母契約を結び、依頼者の夫の精子と代理母の卵子で出産した子どもについて、代理母が契約を破棄し子どもを連れて逃げたのに対し、依頼者夫婦が子どもを取り戻した事件である。地方裁判所は代理母に親権も養育権も認めなかったが、最高裁判所は依頼者に代理母よりも子の養育環境に恵まれているとして養育権を認め、代理母を子の母と認めて訪問権を認めた。

(2). ホストマザー（借り腹）をめぐる裁判

夫婦の卵子と精子による受精卵をホストマザーに移植し、妊娠出産を依頼したが、契約金の支払いが遅れたことと、夫妻から精神面で充分援助が期待できないことを理由に、妊娠７ヶ月のホストマザーが契約違反の主張をして自分が母であるとして親権及び養育費を求める裁判を提起した。１９９０年カリフォルニア州オレンジ郡の裁判所は、ホストマザーに対して、遺伝的にも母ではなく、腹を貸したにすぎないとして母とは認めず、訪問や面会も禁止した。

４、アメリカの現状の日本への影響

日本では、代理母（サロケートマザー）及び借り腹（ホストマザー）は行われていないので、希望者はアメリカに行って希望をかなえている模様であり、次のような報道がなされている。

①、１９９１年９月アメリカの代理母斡旋業者の情報センター「不妊情報サービス」が東京に事務所を開き相談の受付をはじめ１９９０年カリフォルニア州弁護士が日本の子供４人を誕生させる契約を結んだ。

②、米国の斡旋業者が１９９２年４月日本人夫婦が夫の精子を用いて米国籍の代理母により子供を出産して戸籍上実子として届け出平穏に暮らしていることを明らかにした。

③、１９９５年１月サンフランシスコ大平洋不妊センターで日本人夫婦の

依頼で他人が提供した精子と卵子で白人代理母の子宮に受精卵移植を行い妊娠した。

５、アメリカの法制で参考にできる点

アメリカでは統一親子法により、夫の同意を得て医師の監督のもとでＡＩＤで生まれた子を夫婦間で生まれた子と同様に扱うとしており、ＡＩＤで生まれた子に対する何の法的保護もない日本の現状においては早急に少なくともこの点だけでも民法に規定すべきである。

第５章　提言

生殖医療技術の濫用を防止し、生まれる子どもを含めた利用者の人権を保障するために、次の提言を行う。

提言１（生殖医療法の制定）

①、生殖医療法を制定する。

生殖医療技術に関し、不妊治療を願う婚姻関係にある夫婦又は事実上婚姻関係にある男女が生殖医療技術を適正に利用するための基本となる事項を定め、並びに生殖医療技術の濫用を防止し、生まれてくる子どもの人権並びに生殖医療技術を利用し又は利用しようとする男女の人権を保障するために、生殖医療法を制定する。

②、民法その他の関連法規を整備する。

生殖医療管理機関並びに生殖医療審議会を設置する法律を定める。子どもの法的地位を確定するために、民法第７７２条（嫡出の推定）等を改正し、母体保護法等関連法を改正する。

提言２（生殖医療管理機関と生殖医療審議会の設置）

管理機関と審議会の設置

①、政府の行政的な監督の下に、生殖医療技術の適正な利用を図り、濫用を防止するために、生殖医療管理機関（以下、「管理機関」という。）を設置する。

イギリスにおいて、１９９１年に発足したＨＦＥＡ（ヒトの授精および胚の研究等に関する登録認可機関）は、胚の作成、精子や卵子の保管・使用・研究等を行う医療機関に認可を与え、報告を受け、調査を行っている。詳細な実施要綱を有し、実効的な管理を行っているので参考にすべきである。

②、管理機関に対して、提言や答申を行うために、生殖医療審議会（以下、「審議会」という。）を設置する。

任意団体である日本産科婦人科学会の自主規制としての会告ではなく、他分野のメンバーを含めた開かれた審議会における議論と提言・答申は、

生殖医療技術の適正な使用のためには不可欠である。そのために、審議会の委員は、医師、生殖医療カウンセラー、倫理学者、弁護士、患者代表その他から構成されるものとし、医師には生殖医療を専門とする医師の他に他分野の医師も含むほか、審議委員の過半数は医師以外から選任されるものとする。

管理機関の任務

①、管理機関は、審議会の審議を経て、生殖医療技術を使用できる医療機関並びに施術する専門医師を認可する。毎年１回、医療機関から報告を受け、調査を行う。
②、生殖医療技術を不適切に使用した医療機関または専門医師に対しては、審議会の答申を受けて認可を取消すことができる。取消すに際しては、当該医療機関、当該医師並びに日本産科婦人科学会等の意見を聞かなければならない。
③、管理機関は、ガイドラインにより審議会の審議を要するとされた医療技術については、当該技術を利用する前に施術を希望する医療機関から届出を行わせ、審議会の議を経て、その結果を医療機関に通知する。

審議会の任務

①、審議会は生殖医療に関し、適正な利用を図り濫用を防止するためのガイドラインを策定する。
②、第三者の精子や卵子の提供を受ける等、ガイドラインにより審議会の審議を要するとされた生殖医療技術の利用に関し、倫理的・法律的・技術的面から審議し利用の是非を決める。
③、審議会は、管理機関が生殖医療技術を使用できる医療機関並びに施術する専門医師を認可し、又は認可を取消すに際して、意見を述べる。

提言３（情報の一元的管理と子どもの出自を知る権利の保障）

情報の一元的管理

①、生殖医療技術の利用に関する情報は一元的に管理し保管されなければな

らない。その管理・保管は管理機構が行う。

②、医療機関は、生殖医療技術を使用した時には、利用者名、施術した専門医師名、施術前にカウンセリングを行ったカウンセラー名等、一定の事項を届けなければならない。

③、第三者の精子又は卵子を使用した場合には、医療機関は、その提供者の本籍・住所・氏名を届け出ると同時に、当該生殖医療技術を利用することについての利用者の同意書を提出しなければならない。

子どもの出自を知る権利の保障

①、出生した子どもが成人に達した後または特別の事情により、自己のために、妊娠・出産の記録を閲覧することを要求した場合には、記録は開示されなければならない。

②、第三者から精子又は卵子の提供を受けて生まれた子どもに対しては、精子又は卵子の提供者に関する記録は本籍・住所・氏名を含めて開示されるべきである。

生まれた子どもが出自を知る権利については各国の法制度はその国の実情にあわせて大きく異なっている。フランスでは提供者の氏名は決して明かされず、生まれた子どもに治療上の必要がある場合には医師だけが提供者の無記名の情報にアクセスできるとされている。一方ドイツでは子どもは提供者の名を明かすよう請求でき、医師はそれを義務付けられている。イギリスでは、結婚予定者との血縁関係の有無だけが調査できるが、９９年に至って、１８才になったら親を知る権利を認める方向で法改正が検討されている。

子どもの権利条約７条において「子どもはできる限りその父母を知る権利がある」とされ、親の都合によってその権利を阻害される理由は存在しないと考えられるから、子ども自身が望んだ場合には、知らせるべきである。

子どもが生物学上の父又は母を知りたいと考えた時には、子どものアイデンティティの確立のためにその要請に応えられるよう、ドナーに関する記録は顕名で残されなければならない。

子どもは自己の出自を知る権利を有するものであり、また、親が死亡した後に相続等をめぐって親子関係不存在確認の訴訟を提起され、子どもが第三者から精子や卵子を提供されて出生したことを証明する必要が生じた場合などは、情報が一元的かつ永久的に保存されている必要がある。

現在のように、個々の医療機関が記録を保管しているのでは、医療機関の廃止、移転、統廃合などにより、利用者にとってどこの医療機関で生殖医療技術を利用したのか不明になることも考えられ、又、記録の散逸も強く懸念される。

提言４（精子・卵子・胚の一元的管理と保管）

①、医療機関に対して提供された精子又は卵子及び胚は一元的に管理されなければならない。その管理・保管は管理機関が行う。但し、その保管を医療機関に委託することができる。

②、精子・卵子・胚の冷凍保存期間を５年とし、その期間が経過した時、またはその提供者が自然生殖年令を越えた場合に廃棄する。提供者または医療機関から提供者が婚姻関係を解消した旨の通知を受けた場合も同様とする。

③、提供者が医療機関に対して告知した自己の病歴、遺伝、感染症の有無、医療機関による検査結果等の記録は管理機関が保管し、精子又は卵子を使用しようとする医療機関からの問い合わせに応じ回答する。

わが国においては、生殖医療技術を使用する医療機関は小さな診療所が多く、使用される精子が提供者とされる男性のものであるのか、また感染症の予防その他、精子の質の確保はなされているかといった問題が発生する恐れがある。とりわけ、インターネットで精子売買が行われる現実を見れば、フランスのＣＥＣＯＳ（精子研究保存センター）が精子の保存・提供を厳しい基準をもうけて統一的に行って、第三者から精子の提供を受ける非配偶者間人工授精（ＡＩＤ）が秘密裏に行われるのを排除して来た経過は参考になる。第三者からの精子提供を認めるのであれば、提供精子について一定の品質を確保し、生まれる子どもの数を制限する必要があるので、一元的管理が必要である。

また、長期間保存することにより、冷凍技術の問題が発生したり、精子・卵子の提供者の年令が自然生殖年令を越えたり、胚提供者の婚姻生活状況が変動したりするので保存期間を制限すべきである。

提言５（生殖医療技術利用者の条件）

①、生殖医療技術は、当面、婚姻関係にある夫婦または事実上婚姻関係にある夫婦（以下、「夫婦等」という。）に限り利用することができるものとする。

子どもの安定した成育にとって、婚姻関係にある夫婦が不可欠であるか、事実上婚姻関係にある夫婦で足りるか、また、独身者や同性愛者でもよいのかについては、様々な意見が存在する。生まれる子どもの福祉を最優先に考えるときには、非嫡出子が嫡出子と差別されている現状をみれば、生殖医療技術の利用者を法律上婚姻関係にある夫婦に限るべきであるとの意見もありえようが、民法改正論議の中で非嫡出子の法定相続分を嫡出子と同等として差別を撤廃する方向にあること、法律婚と事実婚のいずれを選択するかは当事者の自由であること等を考慮すれば、わが国においても事実婚を法律婚と同視する方向に動いていると考えられるので、事実上婚姻関係にある夫婦についても生殖医療技術の利用を認めてもよいと考えられる。独身者や同性愛者が利用できるかについては、今後の議論に待つべきである。

②、夫婦等は、その夫婦等の間において自然的経過による妊娠懐胎が行われず、不妊であることが判明した後に生殖医療技術を利用することができる。

利用する場合には、事前に、認可を受けた専門医師及びカウンセラーから、不妊の原因や治療方法並びに女性の身体的精神的負担と危険性等に対して適切な理解を行うための十分な情報提供がなされ、これに基づいた意思決定がなされなければならない。

提言６（第三者の精子・卵子を利用する際の厳格な条件）

利用する夫婦等の条件

①、不可欠なカウンセリング

第三者から精子・卵子の提供を受ける生殖医療技術の利用を希望する夫婦等は、認可を受けた専門医師及びカウンセラーから、精子又は卵子の提供者との親子関係の有無、養子制度、管理機関の役割、子どもの自己の出自を知る権利などについての情報とカウンセリングを受けなければならない。

②、公正証書による同意書の作成と撤回

利用を希望する夫婦等は、生まれる子どもの利益になるような親にな

るとの意思を明確に確認するために公正証書による同意書を作成する。

施術を受けるまでは、同意を撤回することが出来る。その場合には、書面を医療機関に提出する。

③、胎児認知の義務付け

事実上婚姻関係にある男女の場合には、男性は胎児認知を義務付けられる。

④、同意書の管理・保管と開示

医療機関は施術にあたっては右同意書の提出を受け、妊娠・出産の記録とともに管理機関に提出する。管理機関はその記録を半永久的に保管し、生まれた子どもから要求があれば開示する。

第三者から精子の提供を受けて子どもをもうけると生まれた子どもの法律上の父と生物学的父が異なり、また、第三者から卵子の提供を受けて子どもをもうけると、出産した女性は生物学的な母ではないので、誰が親かといった基本的問題に混乱が生ずる。精子の提供を受けて生まれた子どもは、母の実子ではあるが父との関係は出産前からの養子に等しく、又、卵子の提供を受けて生まれた子どもは、父の実子ではあるが母との関係では出産前からの養子に等しいので、夫婦双方の実子として届出がなされた場合には子の福祉に重大な影響をあたえる。子どもの人権や尊厳を危うくする恐れがあるので、安易に利用することは絶対に避けなくてはならない。他に代替手段がなく、生まれる子どもにとって利用者が親となって妥当な家庭を築きうる条件がある等、厳格な条件のもとでのみ許容される。

提供者の条件

①、提供者の事実告知と医療機関による検査

精子又は卵子の提供者は、医療機関に対し、自己の病歴、親族の病歴、感染症の有無などについて、正確な情報を告知しなければならない。

医療機関は、血液検査、感染症の検査等必要な検査を行い、感染症等の発症の恐れがないことを確認してから使用しなければならない。

②、年令制限と生まれる子どもの数の制限

提供者は年令制限を受け、更に生まれた子どもの数が一定数以内に留まるよう、提供された精子又は卵子の使用回数を制限される。

精子や卵子を提供する者が感染症等に罹患している場合には、生まれる子どもが感染症を受け継ぐ恐れがある。また、一人の提供者からの子どもが多数生まれると、近親婚が発生する可能性も否定できない。

各国で規制しているように、精子や卵子の管理を正確に行って、生まれる子どもの数を制限する必要がある。

提言７（カウンセリング制度の確立と義務付け）

①、カウンセリングの義務付け

殖医療技術を利用する場合には、事前に、なぜ子どもを持ちたいのかなど社会的心理的側面について、また生殖医療技術を利用した場合の子どもが生まれる確率やそのための費用等について、専門家によるカウンセリングを受けなければならない。

特に、第三者から精子や卵子の提供を受けて妊娠をする生殖医療技術を利用するに当たっては、その技術を利用する前に、提供者も依頼者も、それぞれ、夫婦のあり方、親子のあり方、養子制度等について専門家によるカウンセリングを受け、親子関係に関する法的な問題と同時に、妊娠出産の記録保存と管理がどこでなされるか、子どもの出自を知りたいという希望はどのようにしてかなえられるかも説明されるべきである。精子や卵子の提供は原則として匿名で行われるものであり、この場合には、依頼者には知りたくない権利もあるから、提供者が誰であるかは依頼者に対しては告知されないことの説明も受けるべきである。

②、カウンセリングの独立制

施術を行う医療機関がカウンセリングを行うと、施術を受けること自体の是非についての情報が得られにくく、かつ施術を断りにくい状況に置かれる恐れがある。カウンセリングは、施術を行う医療機関とは独立した制度として行われるべきである。

カウンセリング制度の必要性は強く認識されているにもかかわらず、専門教育を受けたカウンセラーは少なく、又、施術を行う医療機関とは独立した存在であることが望ましいにもかかわらず、その制度はととのってはいない。

日本産科婦人科学会等関係学会の協力をえて、早急にカウンセリング制度の確立を目指し、生殖医療技術を利用するにあたってはカウンセリングを受けることを義務付けるべきである。

③、精子・卵子の提供者に対するカウンセリングの義務付け

精子及び卵子の提供者は、提供者と生まれる子との間には親子関係は原則として発生しないが、子どもの出自を知る権利との関係で、自己の

記録が管理機関に顕名で保存され、生まれた子どもが、将来自己のためにその記録を見ることができることを事前に知らされなければならない。

提言８（インフォームド・コンセントの義務付け）

①、利用者に対する義務付けと書面による同意

生殖医療技術を利用するにあたっては、認可をうけた専門医師により、不妊の原因、治療方法、身体的侵襲の程度、後遺障害発生の恐れなど、リスクとベネフィットについて医学的な問題として充分な説明を受けた上で、書面による同意を行なわなければならない。

②、卵子提供者に対する義務付け

卵子の提供を行うものは、専門医師により、身体的侵襲の程度及び危険性などについて十分な説明を受け、提供を行うか否かを自己の意思で決定しなければならない。

提言９（精子の提供を受けて出生した子どもの地位）

①、第三者から精子の提供を受けて出生した子どもの父は、その生殖医療技術を利用し出産した妻の夫とする。

②、精子提供者と出生した子どもとの間には、養育義務、扶養請求権、相続関係などの親子関係は原則として発生しない。

現行民法の「推定規定」ではなく、「みなし規定」を置くことによって、生まれた子どもが将来にわたって、法律上の父から嫡出否認の訴えを提起されることや、利害関係者から親子関係不存在確認の訴えを起こされることがないことになる。

問題は精子提供者との関係である。精子提供者は営利を目的としないボランティアであって原則として匿名であり、親子関係が発生する場合を全く考えていないこと、法律上の父を定めることによって子どもの福祉は守られていること等を考慮すれば、精子提供者との親子関係は原則として発生しないとすべきである。フランス、イギリス、アメリカその他の国において精子提供者との父子関係を一切否定していることも考慮すべきである。

但し、日本の特別養子制度に於いては、民法８１７条の１０において、

①養親による虐待、悪意の遺棄その他養子の利益を著しく害する事由があり、②実父母が相当の監護をすることができ、③養子の利益のために特に必要があると認める時には、家庭裁判所は、養子、実父母又は検察官の請求により、特別養子縁組の当事者を離縁することができると規定する。この趣旨からすれば、右のような事情が存在する場合には、子どもの側から法律上の父との関係を否定し、精子提供者に対して扶養等を求める権利を与える余地もあると考えられる。今後検討すべき課題である。

提言１０（子の母は出産した女性とする）

法律上、「母」を「出産した女性」と定義するによって、第三者から卵子の提供を受けて出生した子の母は、その生殖医療技術を利用し出産した女性とみなされる。出産した女性を母とみなすことについては、母となるという強い意思の下で、卵子の提供を受けて夫の精子により受精した胚の移植を受けて妊娠懐胎出産し、その過程で更に母性及び母子の絆が生まれるとも考えられることも大きな理由となる。イギリス、フランス等の国にもこの定義が置かれている。

卵子提供者と出生した子との間には母子関係は原則として発生しないようにすべきであるが、子どもの側から親子関係の確定を求めることができるようにするかどうかについては、精子提供の場合と同様に考えるべきである。

提言１１（代理母（サロゲートマザー）や借り腹（ホストマザー）、胚の提供は禁止する）

①、第三者の女性に夫の精子を提供して代理出産させる代理母（サロゲートマザー）及び第三者の女性に夫婦の胚を移植して代理出産させる借り腹（ホストマザー）は禁止されるべきである。

代理母（サロゲートマザー）においては代理母が生物学的にも母親である。又、借り腹（ホストマザー）においては、懐胎出産する女性が単なる「腹を貸す道具」になるおそれがある。しかも、いずれの場合においても懐胎出産する女性の心身に長期間にわたって多大の影響を与え、

女性の人権侵害の恐れがあり、商業主義に発展する恐れが大きいことから禁止されるべきである。

②、第三者から胚の提供を受けることは、依頼者男女のいずれも生物学的な親ではないことから禁止されるべきである。

これは懐胎段階からの養子と考えられるので、生まれた場合に双方の実子として届出を行い養育するのは実体と乖離が激しいと考えられる。フランスやイギリスにおいては、体外授精を行って余剰となった胚について厳格な要件の下に使用が認められてはいるが、親子の血の繋がりを重視しているわが国の現状に於いては、認めることは現在では時期尚早であると考えられる。

提言１２（多胎減数手術の条件整備）

①、体外受精において、子宮内に移植する胚の数は３個以下とする。

②、母体保護法を改定する

体外受精でなく排卵誘発剤を使用する妊娠においても多胎妊娠があり、また３胎でも母体及び胎児に悪影響をおよぼす場合もあるから、一定の条件の下では減数手術は認められるべきこともあるので法の整備を行う。

４胎以上の妊娠娠出産が、母体対して大きな負担と危険性を与え、胎児の健康にも重大な影響をあたえることを考慮すれば、子宮に戻す胚の数を通常は２個、最大でも３個に制限すべきである。

多胎減数手術は、母体内にある胎児に薬物を注入して体内で生命を消滅させるものであり、胎児を母体外に排出して生命の保持を不可能ならしめる方法と目的と結果を同じくするものである。母体保護法が、医師による人工妊娠中絶を、「妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害する恐れのあるもの」など一定の条件の下に、刑法上の堕胎罪の違法性を阻却することを規定していることを考慮すれば、人工妊娠中絶の定義を母体保護法の定義である「胎児が、母体外において、生命を保続できない時期に、人工的に、胎児及びその附属物を母体外に排出すること」から、「胎児を母体外において、生命を保続できない時期に、人工的に、胎児及びその附属物を母体外に排出し、又は母体内において、人工的に生命を保続できなくすること」とすべきである。これを行わないと、多胎減数手術は、堕胎罪の適用があると考えられ、又、逆に母体保護法の要件に該当しないのに行われる恐れも存

在するからである。

提言１３（商業主義の禁止）

①、第三者から精子や卵子の提供を受けるにあたっては、実費等の金額を除き、有償を禁止する。
②、精子、卵子の授受の斡旋を有償で行ってはならない。
③、代理母や借り腹の斡旋を有償で行ってはならない。

提言１４（刑罰）

①、認可を受けない医療機関が生殖医療技術を使用した場合及び認可を受けた専門医師以外の者が生殖医療技術を施術した場合には、刑罰を科す。
②、生殖医療技術にかかる秘密を漏洩したものには刑罰を科す。
③、商業主義の禁止に違反した場合には、刑罰を科す。