

「子と出会いたい 出会いの期待と生殖補助医療の現在」 大久保孝治編『変容する人生 ライフコースにおける出会いと別れ』コロナ社、二〇〇一年四月、四九〜七六頁。

子と出会いたい 出会いの期待と生殖補助医療の現在

白井 千晶

一 「産まない女たち」？ 少産化神話

本書が設定する基本的な視座 「出会い」と「別れ」 から見たならば、子どもとの「出会い」「別れ」を論ずることが適切ではあるだろう。しかし、本章では、子どもとの「出会い／別れ」の大前提となる「子と出会いたい」という人々の意識について考察を進めてみたい。

「少子化」が盛んに取り沙汰されている現在、「子と出会いたい」という感情を論ずるにたるものではないと考える向きもあるかもしれない。したがって、なぜこのようなテーマを設定する必要があるのか、そこから議論を始める必要があるだろう。

年齢のこともめるし、そろそろ結婚しようと思う よく耳にするセリフである。このようなことばの背景に、結婚に対する「年齢規範」が存在することは明らかであるが、それに加え、生殖可能な期間が男性も女性も限られているという、人間の生物学的な「限界」が存在することも、容易に想像できるのではないだろうか。

結婚というルートを経ないで子をもつ者は現在のところ、ごく一部である。たしかに、差別的などこかしら暗いイメージをもっていた「未婚の母」という言葉は、近年「シングルマザー」という言葉にかわり、「精子がほしい』『夫』はいらない」といった議論さえなされるようになった。しかし、現在の日本では、(いくらそのスタイルが多様化しているとはいえ)結婚しないで子をもつことは少数派であるし、また結婚して子をもたないことも多数派ではない。むしろ、このような社会規範に対して意識的に抵抗したり、故意ではなべくこのような制度から逸脱することもあるが、結果としては多くの男女が生殖可能な年齢で結婚し、子をもつのである。

(a) 「少産化」ではなべく「少子化」 DINKS・一人っ子の神話

「子と出会いたい」を論じるときに結婚の話から始めたことには、二つ理由がある。一つは、少子化と少産化の違いを明らかにするため、もう一つは、子をもつとする意識が結婚と強く結びついていることを明らかにするためである。

まず、少子化と少産化の違いについてみてみよう。少子化とは、文字通り生まれる子どもが少なくなることを指す。少産化とは、ひとりの女性が産む子どもの数が少なくなることである。つまり、「一人っ子」や「DINKS」、ないし「キッズレス・ファミリー」や未婚でかつ子どもを産まない女性が増えているということである。現在、少子化と少産化はあまり区別されないことが多い。だが、果たして両方ともいまの社会を言い表しているのだろうか。

たしかに、少子化は明らかである。厚生省の「人口動態調査」によれば、合計特殊出生率（一人の女性が一生の間に産む子どもの数）は年々下降し、一九九八年時点では一・三八である。死亡率やその他の条件を無視して単純に考えれば、平均二人産まなくては人口が維持できない（人口を維持するのに必要だといわれる合計特殊出生率は二・〇八）。生産人口の減少、社会保障費の増大など、少子化問題はまさにマクロ社会システムにとって「存続の危機」である。これを「出会いと別れ」からみれば、「子と出会う」経験の数が少なくなっているということになる。

しかし、他の調査から得られる知見がもう一つある。出生子ども数（有配偶女子の出生児数・夫婦あたりの出生児数）、理想子ども数、予定子ども数は、合計特殊出生率の低下傾向にかかわらず、ほとんど変化がないということ、理想子ども数・予定子ども数ともに一貫して平均二を上まわっていることである。ちなみに、このデータは有配偶者を対象にしたものだが、独身者でも理想子ども数・予定子ども数はほとんど変わらない（予定子ども数は未婚女子一・二二五、未婚男子一・一五、第十一回出生動向基本調査「による」）。

この点を詳しくみると、この二十年間で理想子ども数は「三人」が四割強から四割弱へと減少しているものの、「二人」「三人」が合わせて八九%と大半を占めている。一九九七年のデータをみると、「一人」は五%、「〇人」は二%と少数派である。「DINKS」や「一人っ子」の増加が声高に叫ばれているけれども、少なくとも「理想」は「二人」「三人」が主流であるようだ。現在でも、「子と出会いたい」ものが大半を占めていることはたしかである。

ここで一つの仮説が思い浮かぶ。理想や予定とは異なり、現実には子が一人あるいは無子、という夫婦が多いのではないかということである。この仮説は現在のところ成り立たないようだ。子どもを産む可能性がほとんどなくなった時点（結婚持続期間一五～一九九一年）における夫婦の平均出生児数を指す完結出生児数をみると、「〇人」「一人」は合わせて一割強にとどまり、「二人」が過半数である。

この傾向はこの二〇年、変化がない。

ただし、これは生物学的にほとんど子どもを産み終えた夫婦の子ども数である。ここ最近キッズレスや一人っ子が目立ってきたのだとしても、完結出生児数からはわからない。ここで参考になるのが人口動態調査から得られる有配偶女性の出生率（結婚している女性が平均的によのくらの子どもをもっていか）である。結婚している女性の出生率をみると、一九三〇年から一九九〇年までの六〇年間で有配偶女性の出生率は急激に低下した。しかし、一九九〇年から同九七年まではやや上昇傾向にある（ともに十五才から四九才の有配偶女性）。年齢別に有配偶女性の出生率をみても、ここ最近二〇代、三〇代有配偶女性の出生率が低下しているといつことはない。要するに、結婚している女性だけをみれば、ひとりが産む平均的な子どもの数はとくに減少しているといつことはないのである。少子化は少産化より未婚化によって説明される部分の方が大きいようだ。

人口学的水準では進行の一途をたどっている「少子化」が、「DINKS」や「キッズレス・ファミリー」、「一人っ子」によるといふのは「神話」だといえる。実際には、既婚者・未婚者ともに、子どもをもつこと、しかも二人以上の子どもをもつことが標準的だと考えている。子どもをもつことが結婚と結びついているがゆえに、結婚する人口が減少すれば必然的に少子化は進行し、結婚すれば、「一般的な」数の子どもをもつとするのだといえそつた。

## 二 『赤ちゃんが欲しい』 不妊と生殖補助医療

(a) 「法的な親子」か「遺伝子的な親子」か

以上の議論を読み進めながら、「子どもをもつこと」と「子どもが生まれる」ことが同義で用いられていることに疑問を感じた読者もいるのではないだろうか。近年では、「子どもをもつこと」と「子どもが生まれる」と同義になり、「継子をもつ」場合もあるが、「養子をとること」とは（実態として存在するにも関わらず）「子どもをもつこと」とは区別されなくなっている。つまり、結婚し、子どもをもつけるといつ標準的なルーチをとるものには、あるいは結婚しない子どもをまっしぐらに「おまかせ」し、遺伝子のつながった子と出会いたい、「と」いつ意識は共通しているのである。

血あるいは遺伝子のつながりへのこだわりは、子どもをもつ意味が「家の存続」から「遺伝子の存続」へと変化していることを示しているといえるかもしれない。遺伝子は、唯一無二の「わたし」の存在根拠であり、その遺伝子をもった子は「家の子ども」ではなく、「わたしの子ども」なのである。

「子どもを産む」だけでなく、養子縁組を行うことによつても子どもをまっしぐらに「おまかせ」し、戸籍上の実親・実子関係はないが、長期的に「親役割」を行うものとして、里親制度も存在する。養子縁組に関しては、我が国では、普通養子縁組、特別養子縁組、国際養子縁組の三つの養子縁組制度が民法で定めら

れている。このうち特別養子縁組は、一九八八年に新設された制度である。縁組みが認められると、実親とは法的につながりがなくなり、子の戸籍には養親の氏名のみ記載される。実親との法的つながりの有無が普通養子縁組とは異なっており、つまり、特別養子縁組による親子関係は「実の親子関係（嫡出子）」となる。

この制度の発足は、一九七三年に明らかになった産婦人科医・菊田昇医師による「赤ちゃん斡旋事件」がきっかけの一つになったといわれている。菊田医師は、「望まない妊娠」をし、法的な人工妊娠中絶可能期間を超過した女性が出産した子どもを、妊娠・出産を望んでいるが未だ子に恵まれない女性に斡旋、斡旋を受けた女性の名前で出生証明書を作成したのである。菊田医師は医師法違反、公正証書原本不実記載などで罰金命令を受け、その後厚生省から六ヶ月の業務停止命令を受けるが、一九八八年には同医師が求めてきた「実子特例法」に近い内容の特別養子制度が民法、戸籍法などの一部改正というかたちで実現した（特別養子縁組制度に貢献したとして、菊田医師は一九九一年、国際生命保護連合から世界生命賞を受けている。「生みの親の戸籍に出産事実を記載しない」という措置は認められなかったが、養子と生みの親との法律上の親子関係を断ち切る制度が誕生したのである。

だが、制度元年の一九八八年には三、二〇〇件あった特別養子縁組も、ここ数年は年間五〇〇件前後にまで減少した（養子縁組のサポートグループ活動は近年ますます活発になってきているけれども）。養子縁組届約八万件のうちほとんどは入婿、老後の扶養のための縁組など、成人の普通養子縁組となっている。また、里親登録者数もピーク時（一九六二年）の半数以下で、一九九八年時点で約八、〇〇〇人である。

特別養子縁組の場合も、生殖補助医療を利用した妊娠・出産も法律的な「実子」をもつという点では同様である。しかし、自然妊娠の困難な者が「子と出会いたい」と考えたとき、近年の日本では、養子縁組よりも、生殖補助医療を利用した不妊治療が選ばれることが多い。不妊治療の中止による養子縁組の選択などのように、養子縁組は「二次的選択」とされる場合が少なくない。このことだけで「出会い」を待望される「実子」が、「法的」な実子から「遺伝子的」な実子へと移行していると即断することはできないが、生殖補助医療の進歩に伴って、「あきらめるのはまだ早い」という圧力が生じているとはいえるだろう。

#### （b）「不妊」への関心の増大

「子を生む」ことの「正統性」も実子へのこだわりに影響している。書店の出版・育児コーナーには避妊や中絶のハウツー本は少なく、その名もズバリ『赤ちゃんが欲しい！』といった実用書があったかも「正統派」の看板を掲げているかのようについ、ところ狭しと並んでいる（避妊や人工妊娠中絶が「正

「統派」の看板をあげられるのは、「産まない女」というバールをまとったときだ。

「産む」ことへの関心の高さは、「不妊」への関心の高さにもあらわれている。厚生省は一九九六年より、行政機関に不妊専門相談センターを設けた自治体に対し、補助金を交付する制度を運用している。東京都の電話相談「不妊ホットライン」などいくつかの都県がこの制度を利用して開設された。

また、日本家族計画協会や日本セックスカウンセラー・セラピスト協会などの各種団体による相談窓口、不妊専門クリニックやマタニティ雑誌による電話相談など、近年、さまざまな相談窓口が増加傾向にある。

「不妊」という言葉は、現代ですでに耳慣れたものかもしれないが、不妊と不妊症が医学的に区別されることに留意する必要があるだろう。不妊は妊娠可能年齢の男女が避妊しないで性交渉を行うにもかかわらず妊娠しない状態のことをいい、これ自体は治療・加療の対象となる「症状」ではない。「不妊」が「不妊症」となるのは、この不妊の状態により、当事者が精神的苦痛ないし不都合を被っている場合（つまり子どもを希望しているのに希望が叶えられない場合）である。日本では、上記に該当し二年間妊娠しない場合は不妊症といわれる。不妊症のカップルは約一〇組に二組といわれるが、「自分は不妊症かもしれない」と思ったことがある人は過半数（五三％）であったという（ベネッセ調べ）。不妊治療を受けている実数は不詳であるが、厚生科学研究費補助金による一九九九年の調査（「わが国における生殖補助医療の実態とその在り方」矢内原巧代表）によれば、約二八万四、八〇〇人が不妊治療を受けていると推測されている。これは年々増加傾向にあるが、「不妊」が増加しているのではなく、「不妊症」が増加している病院の扉を叩く者が増加していることに注意が必要である。ごつやら、自然妊娠・出産が希望通りに進行しない場合、数十年前までは「親戚筋から養子をとる」ことが珍しくなかったのに代わって、近年では、「不妊症」という医学的名称に従って病院に通い、「不妊治療」を受けることが少なくなっている。この不妊症について現状がどのようになっているか、もう少し詳しく見てみることにしよう。

### （c）生殖補助医療の現在 医療科学技術によって増幅される実子をもつことへの期待

ここまで、自然妊娠・出産が希望通りに進行しない場合を「不妊症」と呼んできた。だが、厳密にいうと、「不妊症」と「不育症」の二つが存在する。不育症は、妊娠は成立するが生児に恵まれないことをいい、習慣性流産と同じように使われることもある。本稿では「不育症」が一般語として定着していないことから、不妊症等、という意味で「不妊症」の語を用いることにする。

「不妊治療」というと、すぐさま「体外受精」などを思い浮かべるかもしれない。実際、マスコミで目にする情報は「体外受精」や「海外での代理母委託」などが大半である。しかし、子どもが欲し

いから病院に行つて直ちに体外受精、という訳ではない。

妊娠は、排卵、受精、着床の三つが成功してはじめて成立する。したがって、病院へ行けば、結婚歴や月経歴、避妊歴などの問診、外診・内診（触診や経膈からの超音波検査など）を経てから、さまざまな検査が始まる。女性の検査は超音波検査、子宮卵管造影、血液検査（ホルモン検査、抗精子抗体検査）、子宮内膜組織検査、尿検査、卵管粘液検査、ヒューナー検査などのほか、基礎体温診断などがある。男性の検査は精液検査などが知られている。これらにより、女性因子（卵管障害、排卵障害、抗精子抗体、子宮頸部因子、黄体機能不全、子宮体部因子、子宮内膜症など）、男性因子（造精機能障害等）などの原因が推定される。これらは器質性不妊とよばれるが、その他機能的な不妊、医源性不妊などがある。そして、確認された原因に応じて、具体的な治療が開始されることになる。原因を特定するだけでも相当のコスト（時間、経費、体力、精神力の投資）がかかるが、治療も同様である。たとえば一回の体外受精を行うためには、通常、複数の卵子を採取するために、排卵を促す処置（注射が毎日必要な場合が多い）が行われ、麻酔をかけて卵子を採取し、精液を採取し（解凍卵子・精子の場合もある）、受精させ、胚を子宮内に移植する。場合によっては、その後、経過観察のための検査を行う。

さて、それでは不妊治療の方法と現状の全体像はどのようになってきているのだろうか。不妊治療は大きく分けて、タイミング指導、薬物療法、手術療法、人工授精、体外受精からなる。ここでは、おのおのについての説明ははぶき、表3・1にまとめた。

一九七八年にイギリスではじめて体外受精による子どもが誕生した。当時は「試験管ベビー」の誕生と騒がれた。人工授精は一七七六年に成功したとの記録があるといふから、卵子を採取し、ラボワークによって受精させ、子宮に移植して児が誕生する技術が成功するまで、約二百年の開きがあるわけである。体外受精がはじめて成功してから約二十年が経過した一九九七年には、日本国内で日本産科婦人科学会に体外受精（および胚移植）の実施を登録している施設は三九四にのぼり、これはますます増加の一途をたどっている（同会調べ）。このうち、実際に治療をおこなった施設は約九〇％である（一九九七年の一年間）。また、一九九八年末までに国内で体外受精によって出生した子どもは五万人弱にのぼる（図3・1参照）。人工授精に関しては、全数調査が行われていないため、不詳であるが、これまで少なくとも四万人程度が出生していると推測されている（うち非配偶者間人工授精は累計約一万人と推測される）。体外受精だけをみて、一九九七年に生まれた子どものうち、約一三〇人に一人が体外受精によって生まれたことになる。人工授精も含めると、生殖補助医療技術を使用して出生した子どもは数十人に一人ということになる。

このように妊娠・出産に伴う医療科学技術が発達し、施設が全国に拡大し、またその知識が専門家

以外にも普及したことによって、「子どもが生まれない」とみなされてきた人びとも、時間、経済的費用、  
 体力、精神力さえ費やせば、「子どもが生まれるかもしれない」という可能性をもつようになった。だが、  
 子どもを欲しがっているのか、「なぜ子どもが欲しいのか」という問題を抱え込むことにもなった。不妊  
 治療経験のあるカップルの中には、「数年間に、人工授精を繰り返し、体外受精も行ったが、親や親戚  
 の期待にそえないプレッシャーからなのか、自分自身が子どもを欲しいと思っているのかわからなく

表3.1 不妊症治療の方法

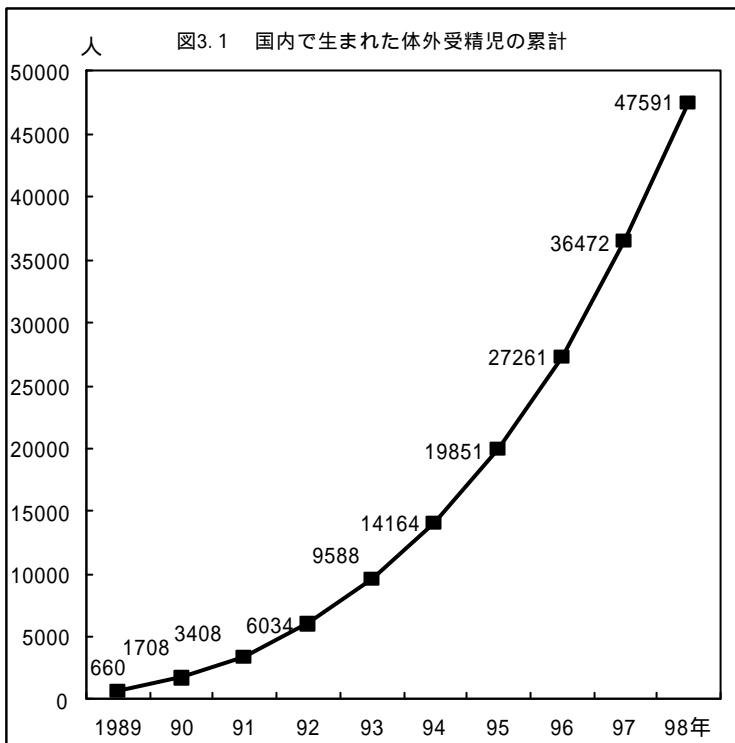
分類	方法	適用その他
タイミング指導	排卵日を検査し、性交渉のタイミングを指導する	
薬物療法により自然妊娠分娩を促進する	排卵誘発剤の使用 ホルモン療法 その他薬物療法（漢方療法、ビタミン療法等を含む）	排卵因子 排卵因子・頸管粘液因子・黄体機能不全・男性因子 子宮内膜症・男性因子
外科的処置・手術療法により自然妊娠分娩を促進する	通水法 卵管形成術 筋腫核出術 子宮奇形形成術 その他の手術（癒着剥離術など）	卵管因子 卵管因子 子宮筋腫 子宮奇形 子宮内膜症など
生殖補助医療技術 <sup>1)</sup>		
人工授精	排卵時期に精液から良好な精子を集め子宮腔に注入する。移植当たり生産率8~10%、1回当たり費用5000円~3万円、国内出生児数数万人（不詳）。 配偶者間人工授精（AIH）と非配偶者間人工授精（AID）がある。	
体外受精	配偶子（卵子と精子）を取り出し、体外において受精させること。具体的には、排卵直前の卵胞卵子を採取し、培養液内において精子を加えて受精させる。適応：卵管障害・子宮内膜症・抗精子抗体・子宮頸部因子・原因不明因子・一部の男性因子。1移植平均50万円といわれる（20~90万円）。出生児数1978年（英）以降世界で約40万人、日本では1983年以降（東北大）5万人弱（図3.1）。胚移植法（IVF-ET）、ジフト法（ZIFT）など。	
ギフト法（GIFT）	配偶子の卵管内移植。採取した卵子を受精させずに精子とともに腹腔鏡下に卵管内に移植すること。体外受精と異なり受精は体内で起こる。	
顕微授精	極度の精子過少症、極端に精子の運動率が低い等、主として精子に受精障害の原因がある場合に用いられる体外受精の一技術のこと。顕微鏡下で卵周囲の透明体を開窓させて卵細胞内に精子が入りやすくさせる方法や卵に直接精子を注入する方法等、受精の過程を顕微操作で行うこと。PZD（透明体開口法）、SUZI（透明体下精子注入法）ICSI（細胞質内精子注入法）など。	

<sup>1)</sup>生殖補助医療（assisted reproductive technologies）は生殖補助技術、高度不妊治療などともよばれる。高度な医療技術を用いて生殖を可能にすることをいう。人工授精は含めないことが多いが、本稿ではこれを含める。

なってやめた」という声が少ない。

しかし、「子をもつ」「ことが最終的な目的でない場合のみ出現する。つまり、「子どもが生めるかもしれない」「わたしたちも子をもてる」という「可能性」をもつこと自体が重要性を帯びる例もあるのだ。ある女性は、長年の不妊治療のすえ妊娠にいたったとたん、医師に「人工妊娠中絶してください。私も妊娠できるということがわかったから、もついいんです。」と依頼したという。この場合は、子をもつことが目的ではなく、妊娠を達成できる身体能力の有無の確認が目的だったことになる。ときとして妊娠可能性という身体能力は、自己の評価にとって重要性をもつことがある。これは妊娠・出産できないことに対する社会的な圧力の裏返しともいえるだろう。

また、「いっやめるか」という問題にも直面する。不妊治療は、原因解明の検査と療法が並行して行われることもある。ひとたび治療を始めると、次々と選択肢や代替的な治療法が提示され、妊娠・出産を迎えることによって不妊治療が完了するのでないかぎり、当事者がどこかで「不妊治療の終わりを決断する」ことが要求されるのである。アメリカでは、三回程度人工授精をおこなっても妊娠が成立しない場合、それ以降に妊娠が成功する可能性は極端に低いため、養子縁組を含め他の選択肢をすすめることが規定されている病院も少なくない。日本の現状では、「人工授精十回、体外受精を数回行ったが妊娠しない。現在治療中」といった例も存在する。不妊治療は妊娠・出産という当初の目的が成就されないかぎり、さまざま治療方法を試行していく過程であることは間違いない。



資料出所：日本産科婦人科学会調べ『日本産科婦人科学会雑誌』



わらう」「どうしてですか」という問題にも直面する。これは実は、不妊治療を受ける当事者にとっては非常に困難な（そしてそれが顕在化しにくい）問題である。というのは、不妊治療の一般的なハウツー情報は入手容易になってきて、個別の情報はまだまだ得にくい。その一方で不妊治療は非常に「専門分化」している。これは単に技術や専門の細分化という医学的な要請によるだけでなく、需要の程度、採算、利潤など「マーケット」としての要請にもよっていると考えられる。設備の問題もあるから一概に市場化が原因とはいえないけれども、診療所（不妊治療専門クリニックなど）の方が、外科的処置よりも人工授精・体外受精に偏る傾向がある。厚生省による「不妊治療のあり方に関する研究」によると、体外受精の半数は診療所で行われており、一施設あたりの件数は、診療所が大学病院の五倍にのぼっている。一般的に、体外受精は卵管異常による不妊症が主な対象になるが、まず卵管形成術や卵管機能の回復をはかる腹腔鏡下手術を行う。ところが診療所では卵管形成術は二割、腹腔鏡下手術は五割の実施率で、大学病院などの八〜九割と比べ、著しく低い傾向がある。この結果の評価にはさまざまな解釈ができるけれども、少なくとも不妊治療の当事者がこつこつた情報を十分に得られているのかという問題があることはたしかであろう。

(d) 実子とは何か 「遺伝子のつながり」と「血のつながり」は別物？

現在の不妊治療は、以上で述べたような「だれが子どもを欲しがっているのか」「なぜ子どもが欲しいのか」「なんのためか」「いつやめるか」「どこでどうするか」だけでなく、「だれの子なのか」という問題もまた突きつけている。技術的には、表3・2に示したような配偶子や出産者（子宮）の組み合わせが可能である。たとえば未婚の女性が、すでに死亡した第三者の凍結精子と、同じく死亡した第三者の凍結卵子の受精卵を別の女性の子宮に移植して自分の子とすることも、技術的には可能となっている。

だが、この技術の運用に関しては社会的な取り決めが存在する。諸外国の状況を見ると、法律によって定められているものが大半であるが、日本には生殖補助医療の運用に関する法律はなく、日本産科婦人学会の「見解」

表2 配偶子の組み合わせと生殖補助医療の方法

	精子	卵子
配偶者間人工授精（AIH）	本人	本人
非配偶者間人工授精（AID）	第三者	本人
第三者の精子を用いた体外受精	第三者	本人
第三者の卵子を用いた体外受精	本人	第三者
第三者の受精卵を用いた胚移植	第三者	第三者
サロゲイト・マザー（代理母）	本人	第三者
ホスト・マザー（借り腹）	本人	本人
提供精子・借り腹	第三者	本人
提供精子・提供卵子・借り腹	第三者	第三者

本人とは子をもとうとする者を指す

(ガイドライン)が唯一の指針となっている。同学会の見解によれば、生殖補助医療を受けることができるのは、法的な結婚(婚姻)をしている夫婦に限られる。また、体外受精に関しては非配偶者間受精が認められていない(体外受精における提供卵子・提供精子の禁止、同学会で現在審議中)。人工授精に関しては非配偶者間人工授精が認められているが、これも慶應大学が一九四九年に非配偶者間人工授精を行って以来、約一万人が出生した一九九六年になって、夫婦の同意書をとるなどのガイドラインを策定し、追認するにいたったものである。

だが、同学会の見解には強制力はなく、同会をたとえ除名されたとしても、医師免許が剥奪されることはない。実際に見解と異なる技術提供を行う施設が存在することも近年明らかになった。一九九八年六月、第三者の卵子・精子を使用した体外受精が国内でも行われていたことが知られるようになった。現在判明しているのは三施設であるが、そのうち一施設(諏訪マタニティークリニック)においては、提供配偶子を売買しないこと、きょうだいの配偶子を使用するとの独自のガイドラインを作成し、積極的に同会に意見を投げかけている(平成十一年八月同会除名)。また、提供者の選択ができることをセールスポイントとする精子幹旋業者が国内に存在し、実際に当業者の仲介により人工授精を受けた未婚女性が出産していたことが一九九八年二月、明らかになった。日本産科婦人科学会は当学会員医師が業務に携わらないよう呼びかける対応をとっている。厚生省も所管法には抵触しないながら、学会を通じて会員に幹旋業者の事業に携わらないよう通達を出している。

ただし、どのような技術をどのような症例に対して施術するかというルールは、社会に応じて異なる。各国のルールに関しては表3・3にまとめた。日本では認められていないことが、外国で認められている場合もあり、実際にこれの適用を当該国で受ける事例も見られることは承知のとおりである。このギャップを利用した「生殖ビジネス」市場が近年ますます拡大している。アメリカ・カリフォルニア州での代理母契約の幹旋をしている国内のある業者によると、一九九八年七月時点で同業者だけでこれまで二九組の夫婦が代理母に依頼し、計三九人の子どもが誕生しており、また、海外で卵子提供・精子提供を受けたものを含めると計一一九人で、実子として届け出をしているとのことである。日本人向けの「生殖ビジネス」需要に見合つよう、現地日本人を含むアジア系の者の配偶子バンクも登場している。精子提供者の報酬は数万円、卵子提供者の報酬は数十万円、サロゲイト・マザーの報酬は二百万円程度、「依頼」側の費用負担は仲介料と現地での医療費を含めて五〇〇万円、一千万円といわれる。

配偶子の仲介・幹旋やサロゲイト・マザー、ホスト・マザーの仲介・幹旋が巨大な生殖ビジネス市場と化している一方で、提供者個人にとっては「ビジネス」ではなく「社会奉仕」の側面をもつこともある。国によっては配偶子の提供を許可していても、売買は禁止している国もあり、精子・卵子の

提供が血液、臓器、骨髄液等と同様に「ボランティア」の側面をもつこともあるからだ。また、金銭的報酬を伴った配偶子提供、ホスト・マザー、サロゲイト・マザーであっても、提供の動機や提供側が負担するコストの大きさ（卵子提供の身体的負担、九ヶ月の妊娠期間、妊娠・分娩・産褥に伴う危険性、自分と同じ遺伝子をもつ子が特定できない不安など）を鑑みると、金銭的報酬では見合わない側面もある。実際、提供に際しては「子どもが欲しくてももてない人の役に立ちたい」との動機もみられる。

このように、配偶子・子宮のさまざまな組み合わせが技術的に可能となり、それによるビジネスも誕生した。その一方で、これは技術的な組み合わせとビジネスの拡大にとどまらず、遺伝子的親出産者（昔風の言い方をすれば誰の腹か）、社会的親（養育者）、法的な親（親権者）が異なる状況が現実のものとなったことにより、「誰の子か」をめぐる裁判を頻発させてもいる。有名なベビーマ事件、カルバート対ジョンソン事件、ベビーJ事件などを例に挙げる事ができるだろう。日本では「誰の子か」をめぐる裁判はまだないが、親権（配偶子等提供者が特定できる場合）や子の財産相続権をめぐる問題は危惧されているところである。

また、これまでは同義で考えられていた「遺伝子のつながり」と「血のつながり」は別々のものと

表 3.3 生殖技術への対応の各国比較

	日本	イギリス	ドイツ	フランス	アメリカ
法	法はなし、学会ガイドライン（「見解」）あり	（ヒト受精・胚研究法、1990）同認可機関実施要項1991	連邦医師会指針1985、胚保護法、1990	「生命倫理法」1994	各州法、判例
技術適応の条件	婚姻関係にある夫婦かつ医学的不妊	男女のカップル（既婚・未婚の別なし）要カウンセリング	婚姻関係にある夫婦かつ医学的不妊（医師会指針）	「生殖年齢にある生きた男女のカップル」かつ医学的不妊	規制なし
配偶子提供の条件	卵提供禁止が大勢、現在検討中	本人同意、無償、匿名摘出否認の禁止	卵提供禁止	本人同意、無償、匿名	嫡出認定（統一親子法）
保存胚の提供	禁止	規制なし	胚提供は原則として禁止	手続きを厳格にして認める	規制なし
代理出産	禁止	「商業主義的」なもののみ禁止	禁止	禁止	10州で有償の契約無効 <sup>1)</sup>

出典：日本については日本産科婦人科学会の「見解」による。その他の国については、櫛島次郎『94 Studies 生命・人間・社会』三菱化学生命科学研究所

1) 州法によって異なる。たとえばカリフォルニア州では代理母に関する法律はないが、代理母契約を認めた裁判所の判例がでていいる。したがって、代理母に出産を依頼し、その子の親としての立場を確定するためには、裁判所の判決が必要となる。またたとえばアリゾナ州では代理母契約を認めていないため、代理母が出産すると依頼者は子どもと養子縁組を行う

なつたと主張するものもある。レスピマンのカップル（仮にA・Bさんとする）のうち、Aさんの卵子を提供精子と体外受精し、Bさんの子宮に移植して子をもつたという事例がマスメディアで紹介された。このカップルはインタビューで「わたしたちの子は、Aとは遺伝子的なつながりを、Bとは血のつながりをもっている。子宮の中で育つときに、血液を通してBの免疫を受け継ぐし、子にはBの血が流れている。」と述べているのである。

このように、同性愛カップルが子をもつこと、性行為や出産という経験を経ないで遺伝子をつなぐた子をもつこと、生物学的な生殖可能期間をすぎたから遺伝子をつなぐた子をもつこと、そして「優秀な遺伝子」といふものがあるとするれば（をまたせよ）することは、あなたが望めば技術的には可能な社会になった。

それでは、このような生殖補助技術に対してひとびとはどのように考えているのだろうか。先に述べた「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」では、遺伝的な親、法的な親、出産者のさまざまな組み合わせ、つまり非配偶者間人工受精、第三者の精子を用いた体外受精、第三者の卵子を用いた体外受精、第三者の受精卵を用いた胚移植、サロゲイト・マザー、ホスト・マザーに対する意識を、一般の人ひと、不妊治療患者、不妊治療産婦人科医、一般の産婦人科医、小児科医にたずねている。これによると一般の人ひととは先にあげた技術いずれに対しても「配偶者が望んでも利用しない」と答えるものがそれぞれ七割以上である。同じ項目に対して、不妊治療中の患者も結果は同様であった。

この調査結果は、少なくとも二つの意識を浮き彫りにした。ひとつは、非配偶者間の精子・卵子を用いることへの抵抗である。これは、夫婦の子はその夫婦の遺伝上の子でなくてはならない、子をもつことによって形成される「家族」は、親子が遺伝的に結びついたものでなければならぬということの意味している。実際、第三者の配偶子を用いた生殖補助技術に反対の理由をみると、「家族関係・親子関係が不自然になるから」「六割を占めていた。もつひとつは、ホスト・マザーを「利用しない」と答えたことからわかるように、夫婦の子は「妻」の腹を痛めた子でなくてはならない、というところである。

また、「試験管ベビー」に対する反応と同様に、セックスによらない妊娠、「自然」によらない配偶子の出会いに対する負の感情を示しているともいえるかもしれない。この調査では残念ながら、配偶者間人工授精および配偶者間体外受精に対する意識はたずねられていない。だが、配偶者間であっても「利用しない」と答える人が多いとすれば、「負の感情はいつそいつはつきりするはずである。ただし、付け加えておかなくてはならないのは、一般の人ひと、患者ともに自分が技術を利用するかという先の問いには否定的であったのに対し、「一般論としては認めていいか」という質問に対し

ては、一般の人びとは六つのうち三つの項目に対して、患者はすべての項目に対して半数以上が「認めてよい」「条件付きで認めてよい」と答えているのである。とくに患者は肯定の割合が高く、その割合は生殖補助医療登録産科医と同じかそれより高かった。「自分」を想定した場合と一般論とは大きく異なっているといえるだろう。

### 三 「一人は欲しい」の社会学

ここまで、はじめに第一節では、夫婦間の完結出生児数や、未婚者・既婚者の理想の子ども数などから、子どもをもつことがライフ・プランニングに組み込まれていること、また実際に既婚者がかつ子ども数に大きな変化はないことをみた。そして二節では、「子をもたせよ」とする生殖補助技術の現状、その技術の利用状況、またこの技術に対する意識をみてきた。

「これらを見ると、なぜ子どもを生まないのか（少子化対策）ではなく、なぜ「一人はほしい」と思つのかを考えなくてはならないということがいえる。

「少子化問題」に取り組むとすれば、必然的に「なぜ子どもを生まないか」に焦点を当てることになる。このような発想は、「デメリットが大きいので子をもたない」という仮説を背後にもっていることがわかるだろう。例えば、養育費・教育費が高いので、その他の生活の質を維持するために子を生まない、などの説明がそのつである。これは、「子を生むことにはメリットとデメリットがあつて、デメリットの方が大きいから子を生まない」という、いわゆる合理的選択理論を背景にしている。合理的選択理論によれば、ベッカーの結婚の経済学に示されるように、ひとは合理的に損得計算をおこなひ、「コスト、デメリットの方が大きければその選択をしないものである。子をもつメリットが大きければ子をもつし、デメリットが大きければ少子化にいたるはずである。

確かに、「子をもたない」という選択をおこなう人びとも少なくない。そのあらわれ方は大きく二つある。一つは、結婚しないことである。現在の日本では、結婚と子をもつことは強く結びついている。つまり、結婚しないで子をもつことは逸脱的であるし、結婚して子をもたないことも一般的でない。だから、結婚する人口が減少すれば、（結婚した人がたくさん子をもつ場合をのぞいて）必然的に子どもが減少する可能性が非常に大きくなる。だから、一節で述べたように、DINKSや一人っ子が増加しているというのは「神話」であるが、「少産化」の神話、「少子化」は進行している。非婚とというのは、意識的にせよ無意識的にせよ「子をもたない」選択、つまり子生みの回避（伝統的な家庭役割の放棄）をしていることとらえることができる。

もう一つは、セックスレス、避妊、人工妊娠中絶などを通して、子をもたない選択をすることである。

る。毎日新聞社人口問題調査会の調査によれば、調査時点で避妊をおこなっているのは半数を超え、これも含め避妊経験のあるものは四人に三人にのぼる（一九九八年）。人工妊娠中絶の経験があるものは四人に一人で、経験者の平均回数は一・六回である。一九九七年は、約一九九万人が出生、母体保護統計によれば人工妊娠中絶件数は約三三万八、〇〇〇件であった（いわゆる「実数」は不明）。ただしこの数をそのまま「子をもたないこと」の選択」と解釈するのは早急に過ぎる。避妊経験や人工妊娠中絶経験のあるものの多くは有配偶者であり、「まだ」子をもたない、という出産時期や、上の子とのあいだに出産間隔をおいていると見るべきである。

したがって、現実的には、少子化対策の観点から「デメリットが大きいので子をもたない」ことを論じるのと同じくらい「なぜデメリットが大きいのに子をもつのか」を考えることが重要である。これは、個人的な欲求ではなく、「子はもつものである」という一般的な考え（規範）から説明した方がよいだろう。というのは、「一人は欲しい」と考えるのは、「子どもは生むべきだ」という価値観や規範、「子どもがほしい」「子どもと出会いたい」「というカプルの欲望」「子どもを生んでほしい」という周りの期待、「子どもを生ませる」「子どもを作る」ことが使命となる医療者や技術者などが絡み合った結果だからである。

先にあげた「出生動向調査」第一一回（が未婚女子、未婚男子、有配偶女子に結婚・出産に対する意識をたずねた結果をみると、「生涯独身は望ましくない」という意見に対しては多様な態度が示されているのに対し、「結婚したら子をもつべきである」に賛成との意見は八割程度にもはっている。「これは、結婚と子をもつことが一対一で結びつく関係を指示する意見が多勢を占めていることを示している。

結婚と子をもつこととの結びつきと関連して、「おとな」の要素として「親役割」をもっていること、つまり「親になって一人前」というものがある。また、女性の場合には、「腹を痛める」という子を産む経験が「おとな」になる要素として重要視される。ちなみに、提供卵子を用いた体外受精に賛成の意見の中には、「女性にとっては腹を痛めて産んだ子は自分の子だから」という意見もある。このような親役割の有無や、出産経験の有無が重要視される場合には、子の数は関係なく、「一人は欲しい」となる。個人が「おとな」になるために「親」になることが求められるだけでなく、「家族」は子があつて家族とよべる（夫婦だけでは家族とよべない）などの規範もあげることができる。付言すれば、親になるという自身に対する視点だけでなく、子に対する視点を考えると、「一人は欲しい」「一人は欲しい」「一人は欲しい」といふのは、「一人っ子はかわいいそう」「一人っ子はわがまま」「きょうだいがないと社会性が育たない」という、「一人っ子神話」が存在するからである。

このようにみていくと、不妊治療というものは、右のようにな「子をもつべきだ」という社会規範を

現実化するための行動であるといえる。そして二節で紹介したような不妊治療「患者」の直面するさまざまなとまごいや葛藤は、内面化された社会規範を不妊治療を通じて自覚するプロセス（なげ子どもがほしいのかという自分への問い）であり、また社会規範を自覚していくプロセス（親子の遺伝子がつながっていないのは「不自然」だから嫌だ）でもあるといえるのではないだろうか。

## 追記

本章を脱稿してからも生殖補助医療の動向は刻々と変化している。もっとも大きな変化といえるのは、不妊治療の在り方についての国家行政の方針がはじめて示され、また法整備が決定したこと、および非配偶者間体外受精での提供卵子、提供受精卵の使用を認める方向性が示されたことである。厚生科学審議会（厚生省諮問機関）の生殖補助医療技術に関する専門委員会が約二年にわたって議論がおこなわれた結果、平成十二年十一月十二日の委員会で報告書案が固められ、十二月十二日にとりまとめられたことによる。

## 引用・参考文献

- (1) 山脇 文子 精子がほしい、「夫」はいらぬ――生殖ビジネスの行き着く先、アエラ、一九九六年六月二十四日号。
- (2) たまごクラブ編 赤ちゃんがやってくると信じて、ベネッセ、一九九九年。
- (3) P・シンガー・D・ウエールズ 生殖革命：子供の新しい作り方、晃洋書房、一九八八年。
- (4) G・コリア マザー・マシン、知られざる生殖技術の実態、作品社、一九九三年。
- (5) R・クライン編 不妊、いま何が行われているのか、晶文社、一九九一年。
- (6) 石原理 生殖革命、ちくま新書、一九九八年。
- (7) 堤 治 生殖医療のすべて、丸善ライブラリー、一九九九年。
- (8) 出口 顕 誕生のジエネオロジー、人工生殖と自然らしさ、世界思想社、一九九九年。
- (9) 青木やよひ他 ア・ブ・ナ・イ生殖革命、有斐閣選書、一九八九年。
- (10) E・ベック「ゲルンスハイム 子どもをもつという選択」、勁草書房、一九九五年。
- (11) 江原由美子編 生殖技術とジェンダー、勁草書房、一九九六年。
- (12) 柘植あづみ 文化としての生殖技術、松籟社、一九九九年。
- (13) 国立社会保障・人口問題研究所編 第十一回出生動向基本調査 日本人の結婚と出産 第一回出生動向基本調査 独身青年層の結婚観と子ども観、厚生統計協会、一九九九年。

- (14) 厚生関係審議会議事録等大臣官房厚生科学課 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議事録、第一回(一九九七年五月二〇日)～第一八回(二〇〇〇年八月三日)、厚生省ホームページ内。
- (15) 矢内原巧他 生殖補助医療技術についての意識調査 集計結果(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、一九九九。
- (16) 国立社会保障・人口問題研究所編 人口問題に関する意識調査、厚生統計協会、一九九六。
- (17) 日本産科婦人科学会 平成二一年度、倫理委員会・登録・調査小委員会報告、日本産科婦人科学会雑誌五二巻七号、二〇〇〇。
- (18) 東京女性財団 女性の視点からみた先端生殖技術、二〇〇〇。
- (19) フィンレージの会 レポート不妊 フィンレージの会活動報告、一九九四。
- (20) フィンレージの会 新レポート不妊 不妊治療の実態と生殖技術についての意識調査報告、二〇〇〇。