

AID（非配偶者間精子提供）の現在と未来

山本 愛 実*

（笹川ゼミ）

キーワード：AID、ART、真実告知、匿名廃止、人生の選択肢

はじめに

2013年7月。夕方のテレビから聞きなれない言葉が流れた。

——非配偶者間精子提供で生まれた子、胸の内を語る。——

非配偶者間精子提供（以下：AID）とは、夫に不妊の原因があって妊娠できないときに、夫以外の第三者の精子を用いて子どもを授かる方法である。そのような技術が日本において、すでに六十年以上の歴史があること、そしてAIDで生まれたことに悩み、苦しんでいる人が実際にいることを、このとき初めて知った。

「AIDは倫理に反する」という意見がある。それは当然だろう。AIDを行った夫婦もまた、「100%正しい選択だ」とは思っていない。たくさんの苦悩と葛藤、迷い、後悔を感じながら、それでも選んだ道なのである。それは決して夫婦だけの問題ではなく、夫婦を取り巻く家族や地域、そして社会の問題でもあるのだ。

AIDの結果、生まれた子ども（以下：AID児）もまた、多くの苦悩を抱えている。父親だと思っていた人が、実は赤の他人であり、遺伝上の父親が分からないという状態は、自身のアイデンティティを崩壊するには十分な要素である。何十年も隠され続けていたことで、両親に対する強い不信感を持つAID児も少なくない。

この論文では、AIDの当事者である「夫婦」「医師」「精子提供者とその家族」「AID児とその家族」というそれぞれの立場から、現状と課題を述べ、今後どのようにすることが生まれ来た子どもにとって、また社会全体にとって、より良いのかを考察していく。

これはAIDだけの問題ではなく、卵子提供や代理母出産などの第三者が関わるすべての生殖補助医療に通じる課題である。教育現場に立つ者として、もしかしたら出会うかもしれない生殖補助医療で生まれた子どもたちのサポートにもなれば良いと思っている。

*平成27年度卒業生

第1章 AID（非配偶者間人工授精）をめぐる現状

第1節 不妊症と不妊治療

そもそも不妊治療が施術される背景には、「子を望むのになかなか妊娠しない」という現実がある。まずは、「不妊とは何か」から話し始めたい。

1. 「不妊症」の定義

「不妊」は正式には「不妊症」と言われ、「妊娠を望む健康な男女が避妊をしないで性交しているにもかかわらず、一定期間妊娠しないもの」と定義されている（日本産婦人科学会より）。

ここでいう一定期間は、今までは「一般的に2年」としてきたが、晩婚化や晩産化によって不妊率が高まり、早期に治療を受けることが必要なことから、日本産婦人科学会は2015年8月、一定期間を「1年」に改めた。これは世界保健機構（WHO）が発表する期間と同等である。（ただし、夫婦が高齢の場合や病気があるなどの場合には、早期に検査と治療を開始するよう提唱しているため、1年という条件を満たさなくても治療を開始することが出来る。）

日本生殖医学会によると、不妊症の比率は約9%と推定され、これは10組の夫婦がいれば1組は「不妊の可能性有り」という数字である（6組に1組とする報告書有り）。

「私も、不妊だとわかる前までは、子供って簡単にできてしまうものだと思ってたんですよ。（略）不妊って、言えない雰囲気がありますよね」（28歳 女性）

これは、家田莊子著『不妊 赤ちゃんが欲しい』（幻冬舎 2007）のインタビューからの抜粋である。現在、日本で生きている心身ともに健康な成人のうち、どれだけの人が、「子どもは簡単にできる」と思っているだろうか。簡単にできると思っていたことが、自分には出来ないと分かったとき、思い描いていた子どものいる家庭生活は砕け散り、子どもを生めない自分なんて欠陥品、生きている価値がないとさえ思い詰めてしまう。さらに、周りからは「子どもはまだか」と急かされ、人知れず悩むこととなる。

2. 不妊原因の半数は男性

不妊原因は、検査をして分かることもあれば、検査をしてもなんの異常も見当たらないのに、なかなか妊娠に至らないこともある（機能性不妊）。また、「不妊」と聞くと、女性側になんらかの問題があって、妊娠しないと誤解されがちだが、そもそも「妊娠」は女性ひとりで出来るものではない。1998年のWHOの調査結果では、不妊原因が「男性にある」「男女両方にある」は約50%とあり、男性不妊は決して珍しいことではないのだ。それにも関わらず、男性不妊の事実があまり知られていないのは、ただでさえ「不妊は恥ずかしい」「人に相談できない」という感覚があるその上に、「男は強くたくましく」「男は一家を守るもの」など、日本文化が築き上げてきた「男性像」とマッチしない自分＝子どもを作れない自分に対する自己嫌悪、自己有用感の低下が、不妊治療に消極的な態度を取らせる要因のひとつだと考える。

無精子症だと診断されたある男性は、「男にとっては“生き恥”を晒すようなもの。子孫を残せないのなら、夫である以前に男として失格、人間失格とまで追い込まれてしまうんです」と語っている（家田莊子著『不妊 赤ちゃんが欲しい』幻冬舎 2007）

3. 不妊治療について

不妊治療の一般的な流れは、検査→保険適用の治療→保険適用外の治療であり、この保険適用外の治療が一般に生殖補助医療（ART： Assisted Reproductive Technology）と言われるものである。（図1）

検査では、不妊の原因が男性にあるのか、女性にあるのか、両方にあるのか、見当たらないのかなどを調べ、その結果や夫婦の年齢を考慮し、治療を決定する。効果が見られなければ、夫婦間の話し合いと合意の下で、治療をステップアップしていく。

不妊治療		
保険適用	保険適用外=生殖補助医療（ART）	
排卵誘発剤などの薬物療法 卵管通気法、卵管形成術 精管形成術など	①人工授精 配偶者間授精…AIH 非配偶者間授精…AID	②体外受精 ③顕微授精 ※配偶者間のみ適用
左から右に進むにつれて、より高度な技術となり、金銭面、身体面に負担がかかる。		

図1

生殖補助医療には、①精子を採取し、直接子宮に送り込む人工授精。②体内の授精が困難な場合、体内から卵子を取り出し、採取した精子と同じ容器に入れ、受精したことを確認してから子宮に戻す体外受精。③体外受精で受精しない場合、顕微鏡とピペットを用いて確実に受精させ、子宮に戻す顕微授精の3つがある。

人工授精は1回約1万円～3万円と比較的安価なのに対し、体外受精は1回約30万円、顕微授精は1回約40万円と、高額な治療費がかかるため、平成16年度（2004）厚生労働省は体外受精と顕微授精を「特定不妊治療」と位置づけ、助成金を出す政策を打ち出した。夫婦の経済的負担を軽減し、少子化対策をするためである。

日本産婦人科学会が発表した平成16年の実施実数は、体外受精が48,944人、顕微授精が29,582人であり、このうち17,657件（延件数）が、「特定不妊治療費助成事業」を受けている。助成延件数は毎年増え続け、平成24年度は平成16年度の7倍以上となる134,943件であった。

さらに出生児数に注目すると、1985年に27人だった出生児数が、2012年には4,740人となり、累計して約34万人が生殖補助医療で生まれている（日本産婦人科学会 生殖補助医療実施施設数と生殖補助医療による出生児数の年次推移）。これは40人に1人は生殖補助医療技術で生まれていることを示しているが、報告されていない実例も含めればそれ以上の数となるだろう。

第2節 生殖補助医療と AID

1. 分離する「親」

		精子	
卵子	子宮	夫	ドナー
妻	妻	遺伝子上も法律上も夫婦の子。 【自然妊娠または AIH】	妻と子には血縁関係がある。 【AID ※1】
妻	ドナー	出産はドナーだが、遺伝子上は夫婦の子。 【体外受精型代理母出産（ホストマザー）】	妻と子には血縁関係がある。 【AID かつホストマザー】
ドナー	妻	夫と子には血縁関係がある。 【卵子提供】	夫婦と子に遺伝子上の繋がりは皆無。 【AID かつ卵子提供】
ドナー	ドナー	ドナー女性に夫の精子を人工授精。夫と子には血縁関係がある。 【人工授精型代理母出産（サロゲートマザー）】	夫婦と子に遺伝子上の繋がりは皆無。 【胚提供 ※2】
※1 日本産婦人科学会において人工授精の AID は認められているが、体外受精は認められていない。 ※2 プロセスは異なるが、遺伝子の在り方としては、養子縁組と同じため、受精卵養子とも呼ばれる。			

※上記以外の組み合わせ、不妊治療も存在する。

図2

ここで改めて、生殖補助医療と AID について触れておきたい。

図2が示しているように、生殖補助医療には、AIH・AID・卵子提供・代理母出産など様々な方法がある。簡単に説明を付け加えたい。

◆AIH…配偶者間人工授精（AIH：Artificial Insemination by Husband）

夫の精子が少ない、あるいは弱いなどの場合にとられる方法。力のない精子は、妻の子宮腔にたどり着けないため、卵子と精子が巡り合えず、妊娠に至らない。AIHは、夫の精子を採取し、妻の子宮腔に直接送り込むことで、妊娠する確率を高めるといったもの。妊娠確率は約7～9%。両親と子には遺伝上の繋がりがある。

「人工」と聞くと、まるで「人造人間を作り上げる」ようで、恐ろしく、抵抗感があるという人も少なくない。しかし、実際に体内で行われる授精→着床→妊娠→出産というプロセスは、自然妊娠そのものである。以降に説明する生殖補助医療の中では、一番「自然妊娠に近い方法」だと言えるだろう。

◆AID…非配偶者間人工授精（AID：Artificial Insemination by Donors）

どんな治療を行っても妊娠に至らない、あるいは無精子症などの理由により、夫の精子では子どもを授かることが困難とされる場合にとられる方法。夫の精子ではなく、第三者の健康な精子を使用すること以外のプロセスは、AIHと同じである。妊娠確率はAIHと同じく約7～9%。父と子には遺伝上の繋がりはない。

AIDは日本で唯一認められている、「第三者の遺伝子」が関わる不妊治療である。下記に述べる、卵子提供や代理母出産は日本では認められていない。

※AIDという略字は、AIDS（エイズ：後天性免疫不全症候群）と酷似するため、混乱を避けるためにID

を用いる場合もあるが、本論文では AID と表記する。

◆卵子提供

卵巣機能不全、あるいは卵巣摘出などの場合にとられる方法。第三者の健康な卵子と夫の精子を体外受精させ、受精卵を妻の子宮に戻す。出産は母だが、母と子には遺伝上の繋がりはない。精子提供と比べ、卵子提供は、提供者の身体の負担が大きすぎるとして、日本では認められていない。

◆代理母出産

□ホストマザー 卵子は健康だが、子宮がなかったり、出産する力がなかったりする場合にとられる方法。夫の精子と妻の卵子を体外受精させ、受精卵を妻に代わって妊娠・出産してくれる女性の子宮に戻す。両親と子に、遺伝上の繋がりはある。

□サロゲートマザー 卵子も子宮もないという場合にとられる方法。

妻に代わって妊娠・出産してくれる女性の子宮腔に、夫の精子を注入（あるいは、体外受精）する。母と子に、遺伝上の繋がりはない。

代理母出産は、代理母の体に大きな負担がかかることや女性の体を道具に使っているなどの観点から、日本では認められていない。

以上のように、AID だけではなく、技術的に卵子提供や代理母出産が可能になった現代では、親子関係が複雑化し、「遺伝上の親」と「育ての親」、「生みの親」という、本来同一であるはずの「親」が、分離して存在することとなった。AID 児にとっては、「育ての父」と「遺伝上の父」が存在することになる。さらに言えば、AID を利用するのは、男女の夫婦だけではない。シングルマザーや同性カップル、性同一性障害（性別違和）のため性別適合手術をした夫婦間においても行われている。その点については第3章の第3節で述べる。

2. 「禁止」ではなく、あくまで「自己規制」

実は、日本では、現時点（2015年12月）において、生殖補助医療を許容する法律も禁止する法律も存在しない。厚生労働省や日本産婦人科学会、日本生殖医学会などが、それぞれの立場から報告書やガイドラインを作るに留まっている。国会において、何度か議題に上ったものの、各組織の「何を許容し、何を禁止するか」という立場の違いから、話し合いは平行線で、棚上げ状態となり現在に至る。

つまり、仮に日本国内で、卵子提供や代理母出産を行ったとしても、それは違法とは言えず、罰金や懲役が科せられるものではないのである（学会除名という処分が医師に下る可能性はある）。その他、ガイドラインには「金銭対価の禁止」とあるものの、金銭対価を謳っている『OD-NET』や『日本エッグジャパン』などの卵子提供サイトが現存し、削除されずにいるのは、法設備がないためである。

そして、AID における精子提供者の情報に対する見解も、「AID 児が知りたいのなら、教えるべきだ」という立場と、「精子提供者のプライバシー保護のため、情報は開示しない」という立場に分かれている。

3. AID 患者数と出生児

日本で初めて AID 児が誕生したのは、1949 年（昭和 24 年）慶應義塾大学教授、安藤晝一によるものとされている。戦争中の負傷で精子が作れなくなった夫のために、精子ドナーを使用したとされるが、実はこれ以前にも行われていた可能性が高いという指摘がある（由井秀樹「日本初の人工授精成功例に関する歴史的検討」Core Ethics Vol.8（2012））。AID は比較的容易なため、当時の技術でも問題なく出来たはずだが、倫理的・宗教的な理由から、表立っては行われてこなかったとしている。

【AID を用いた治療成績】日本産婦人科学会 倫理委員会・登録・調査小委員会報告を基に作成

	H 10	H 11	H 12	H 13	H 14	H 15	H 16	H 17	H 18	H 19	H 20	H 21	H 22	H 23	H 24	H 25	累計
患者総数	報告	1711	1134	1350	1570	2521	1176	1498	1130	853	1113	908	806	639	892	1090	18,391
出生児数	なし	188	221	121	152	133	142	129	94	117	98	76	97	53	92	120	1833

図 3

※年は報告年度

その後も多くの AID 児が誕生したであろうが、正確な数は定かでない。図 3 の報告によれば、平均して年間約 120 人が生まれているため、単純計算すれば 1949 年から 2014 年の 66 年間に 7920 人が生まれたことになるが、実際は、一万人以上とも三万人以上とも言われている。なぜなら、この調査では、「AID の治療を施して、AID 児が生まれた」ということを、病院側が学会に報告をすることでカウントされ、報告のない AID 児の数は反映されないからだ。また、AID の治療は施したものの、その後、通院しなくなるカップルもいるという。無事妊娠したら、AID を施した病院へは行かず、正真正銘「我が子」として別の産婦人科で出産することがあるのだ。

さらに、「AID は人工授精にのみ適用される」とする日本産婦人科学会のガイドラインも、必ず守らなければならないという法的規則はないため、AID を体外受精で用いる場合には、この調査外として扱われることになる。ガイドライン上認められていない、シングルマザーや同性愛者などの AID 実施も調査外となり、よって、正確な AID 児の数は定かでない。

第 2 章 非配偶者間精子提供（AID）をめぐる課題

第 1 節 出自を知る権利

国内において、六十年以上もの歴史を持つ AID は、国内のみならず諸外国においても、「夫以外の精子で生まれたことは、内緒にしていれば分からない」と考えられてきた。夫婦間だけ、あるいは近親間だけの秘密にしておけば、知人や世間が知ることはないし、ましてや子どもが知る術はない。特に日本では、戸籍上は実の親子と記載されることや、夫の血液型にも配慮した精子ドナーを使っていることなどから、父と子に血の繋がりが無いことは分かりようがないというのが研究者や医師の主張だった。仮に血の繋がりが無いと知ったとしても、遺伝上の親よりも育ての親を「実の親」とするのが人情であり、愛であるとし、「別段問題はない」とされてきた。

しかし、近年、AID 児として生まれた人たちが、研究者や医師の主張に反論、声を上げ始めている。その声はテレビや新聞でも大きく取り上げられ、厚生労働省や日本産婦人科学会、日本倫理委員会などが、AID に対しての法設備を検討すべく動き出すきっかけともなった。この章では、AID 技術が生んだ

問題点について述べる。

1. AID 児の立場

「真実告知」とは、AID で生まれた子どもに対し、「あなたは AID という技術で生まれ、あなたとあなたのお父さんに、遺伝上の繋がりはない」と言うことを指す。「真実告知」を積極的に行う夫婦は少なく、火急の事態となってから行われることが多い。

長沖暁子著『AID で生まれるということ』（萬書房 2014）では、6 人の AID 児が胸の内を語る。現在、横浜市立大学病院の医師として働く加藤英明さんは、医学生時代に、自分の血液でヒト白血球抗原の検査をした際、父親と血が繋がっていない事実を偶然知った。科学の力で「家族」を作った AID は、同じく科学の力によって露わにされてしまったのである。当時、29 歳だった。

石塚幸子さんは、父親が遺伝性の病を患ったことをきっかけに、自身が AID 児であることを知った。23 歳のときである。「遺伝性の病ということは、いつか自分も発症するのかも」そう悩む石塚さんの様子を見た母親から、父親とは血が繋がっていないと聞かされた。また、東野りささん（仮名）は、30 代後半のときに両親が離婚。その際に、事実を聞かされたという。

このように、AID 児として生まれた人の多くは、その出生を知らされることがないまま成長し、偶然、あるいは人生の節目を迎えるときに、その事実が明るみになる。人生の節目とは、たとえば、両親の離婚、家族の病気、死など、つらい出来事が主である。

また、多くの AID 児が、「両親の関係が良好でない」「冷たい家庭生活である」「父親と外見も嗜好も似ていないことに悩んだ」「父親が自分に積極的に関わろうとしない」などの経験を持つ。親戚や友人から「お父さんに似ていないね」と言われる度、つらい思いをしたが、それでも自分は父親の子どもであるのだから、どこか似ているところがあるだろうと懸命に探したり、自分も年を取れば似てくるだろうと健気に思ったりした。しかし、真実は違った。父親との血の繋がりは皆無なのである。

その事実を知った AID 児は、「だから似ていないのか」と妙に納得するという。しかしその後、「今まで懸命に似ているところを探していた自分が情けない、滑稽だ」「両親に騙され続けてきた」「一体、自分は何者なのか」という思いが彼らを襲う。それは、両親との信頼関係の崩壊、そして AID 児自身のアイデンティティクライシス（自己喪失）の問題を引き起こしてしまう。

これらは研究者や医師の盲点だった。AID 児であることを言わなければ分からないというような単純な問題ではなかったのだ。多くの AID 児が、幼少のころから、家庭内にある得体の知れない居心地の悪さを感じているのは、紛れもなく「AID 技術で子を産んだ」という事実を、必死で隠蔽しようとする両親の振る舞いが引き起こすものだった。最良だと思われた「言わない選択」が、かえって最悪の事態を生んでいるのである。

また、「自分は他の人とは違って、人工的に作られた、特殊な人間だということを背負って生きていかねばならない」というように、AID という技術そのものに対する不信感、怒りを感じている人もいる。そのような思いを誰かに相談すると、「育ててもらって今があるのに、不平不満を言うなんて」「何を悩む必要があるのか」などと心無い言葉を浴びせられるという。

2. 親の立場

(1) 第三者が関わる生殖技術はしたくない

平成 11 年（1999）の厚生科学特別研究「生殖補助医療に対する患者の意識に関する研究」では、不妊患者と一般国民に「第三者の精子や卵子を用いた技術を利用するか」と問うたところ、どちらも 70% の人が「配偶者が望んでも利用しない」と回答している。一般国民の理由としては、「親子関係が不自然になる」、「妊娠は自然になされるべき」が多く、不妊患者では「自分たちの子どもが欲しい」が一番多かった。

調査対象となった「不妊患者」の不妊原因や治療方法は、この調査からは読み取れない。つまり、第三者からの提供がなくても妊娠・出産する可能性のある人も、調査対象として多く含まれており、その人たちから見れば、確かに「第三者からの提供は受けず、自分たちの子どもが欲しい」というのは、ごく自然なことである。

「一般国民」も同じように、対象は様々だ。難なく、妊娠・出産を経験した人から見れば、「妊娠は自然になされるべき」と回答しても不思議ではない。

しかし、精巣を切開しても精子が見つからない、卵子が排卵されないなどの原因で、子どもが出来ないという事実を前に、医師から「第三者からの提供を受ければ、子どもを授かることができます」と言われたらどうだろう。誰も好き好んで、第三者の精子や卵子で子どもを授かるうとは思っていない。男性不妊に悩む夫婦にとって、AID は最終手段なのである。（実は、AID の他にも、養子縁組をする、夫婦で生きていくという選択肢もあるが、それらについては 3 章で触れたい）

(2) 「不妊」に対する周りの無理解

不妊治療において、AID から始めることはまずありえない。夫婦の配偶子（精子と卵子）をもって、治療が行われ、数回試みても妊娠・出産しなければ、次の段階へとステップアップする。どんどん、金銭的負担が大きくなる。夫婦とも、体にメスを入れたり注射を打たれたり、身体的、精神的にも負担はあるが、「ここまで頑張ったんだから」「ここで辞めて後悔したくない」「次こそ大丈夫」そんな思いから、なかなか手を引くことが難しい。「不妊治療は出口の見えないトンネル」と言われる所以である。

夫婦だけの問題でもない。先程と同じ調査では、「結婚したら子どもを持つのが当たり前」「家を自分の代で途絶えさせてはいけない」と答えた不妊患者の割合が、一般国民と比べて多かった。「家の相続を考えなければ夫婦二人で過ごしたい」という意見もあり、子どもが欲しいという願望は、社会や文化が作り上げてきたともいえる。

また、家族、親戚、友人、同僚、さらには今日会ったばかりの人からも、「子どもはまだ？」と聞かれることが度々あり、つらい思いをしている夫婦も少なくない。「子どもは良いもの」「子どもがいなければ老後が寂しい」「子どもを産んで、育ててこそ一人前」などという価値観の押し付けが、何が何でも子どもが欲しいとは思っていなかった夫婦をも、不妊治療へと向かわせてしまう。

安易に「治療をしている」とは言えない雰囲気もある。どんなことをしているのかと興味本位に尋ねる人もいれば、人工授精、体外受精と聞くと、「そこまでしなくても…」といった声が上がリ、白い目で見られることも少なくない。噂がたってしまうと、無事、出産してから、「あの子は人工的に作られた子」というレッテルを貼られるかもしれない。不妊治療の実態と不妊患者への思いに、寄り添えていない世間

の現状が、夫婦を孤立させ、「子どもを産めない自分は価値がない」とさえ思い悩ませることとなる。街中で小さな子どもを見ただけで、涙があふれ、なぜ自分には出来ないのかと自分を責める人の気持ちは、「避妊を辞めたら子どもが出来た」という人には、なかなか理解しづらい感情だろう。

(3) AID は残された唯一の選択肢

どうしても子どもが欲しいからと言って、AID をすぐに決心できる夫婦は少ない。戸籍に実子と記載され、血液型の配慮もあり、黙っていれば分からないと言われても、夫の血が入っていない（あるいは自分の血が入っていない）子を、どこまで愛せるのか。ただ単純に子どもが欲しいのではなく、「夫婦の子ども」、女性側から見れば、「愛する夫との子ども」が欲しいのである。

「AID を受けたい」そう言ったら怒るだろうか、離婚されるだろうか、そう悩んだのは信州に住む里奈さん（30代後半・仮名）である。夫からの返事は、「里奈が産んだ子なら、俺は愛せるよ」そう言われAID に踏み切ったものの、治療中はいつも「これでいいのかな」と自問自答を繰り返した。（家田莊子著『不妊 赤ちゃんが欲しい』幻冬舎 2007）

真実告知について里奈さん夫婦は、AID 児であると知れたらどんな目を向けられるか想像がつかないといった不安や、AID で生まれた事実を隠し通せるなら、子どもにとっても自分たちにとっても幸せなのではないかなどと語り、告知に対しては消極的な姿勢である。このように、真実告知をせず、「普通の家族」を望む根底には、AID で子どもを得ることへの不安や罪悪感が少なからず存在する。「AID をするしかなかった自分たち」を受け止めきれず、不安や罪悪感が入り交じり、出来ることならそのような事実はなかったものとしたい夫婦も多いことだろう。しかし、表面上、いくら「普通の親子」を演じていても、既述のように、子どもはその秘密を敏感に感じ取っているのである。

(4) 「真実告知」は必要ない

平成 14 年度（2002）厚生労働科学研究が発表した「精子提供により子どもを得た日本人夫婦の告知に関する意見」では、「AID をした事実を子供に知らせるべきだと思うか」という問いに対し、「絶対に話さない方がよい」が夫 77.3%、妻 75.0% という結果であった。その理由として、(1) 家族を守っている男性が本当の父親だと思う。(2) 話さないことが親の義務だと思う。(3) 話すとかえって子供がかわいそうだと思う。(4) 遺伝的な父親でないことがわかると家族関係が悪くなるなどが挙げられた。これらに対する AID 児の意見として、(1) 本当の親を決めるのは、夫婦ではなく子どもである。(2) 子どもの命の関わる大切な話なので、話すことこそが本来、親の義務である。(3) (4) 子供がかわいそう、家族関係が悪くなると分かっているながら、AID を行う理由が分からないなどが挙げられる。このように「真実告知」に対する考えは、AID 児と親の間で大きく分かれている。（AID 児の意見は歌代幸子『精子提供 父親を知らない子どもたち』（新潮社 2007）からの抜粋）

3. まとめと考察

それぞれの主張を簡単にまとめ、私の考察を述べる。

AID 児	親
<ul style="list-style-type: none"> ◆AID 児であることを隠され続けてきたことへの不信感 ◆AID 技術そのものへの不信感 ◆アイデンティティクライシス（自己喪失）の問題 ◆精子提供者を知りたい ◆真実告知は幼少のころから、少しずつ話していくべきだ ◆世間の理解度が低く、親や医師への怒りや辛さを表現しづらい 	<ul style="list-style-type: none"> ◆普通の家族でありたかったことと、AID 児と知れると、差別や偏見にあう可能性があるため秘密とした ◆片親だけでも血の繋がった我が子が欲しく、AID 以外の方法がなかった ◆育ててきた事実は変わらないので、なぜ父親が違うことだけで、そこまで自分を見失うのかが分からない ◆精子提供者については、親も知りえない情報なので、教えることは出来ない ◆真実告知は必要ない

※すべての AID 児、親の意見を代表するものではない。

AID という技術で生んだ我が子が成長し、顔立ちや性格がはっきりしていく中で、少しずつ父親からかけ離れていく子どもを、夫婦はどのような思いで見ているのだろうか。「赤ちゃんはどこから来るの」といった、幼少期の多くの子どもが聞くであろう質問にドキッとする夫婦も少なくない。ダイレクトに「自分とパパはどこが似ている？」と聞く子もいるという。「こういうところがそっくりよ」というと、安心した顔で眠りにつくそうだ。

家庭内に秘密がなく、何でも話せる家族関係を築くことも、子どもの成長には欠かせない要素のひとつだと思うが、「真実告知」に踏み切る夫婦は少ない。子どもの言動のひとつひとつに、「いつバレてしまうのか」と戦々恐々と過ごすことが、果たして、夫婦の思い描く「普通の家族」「幸せな家族」といえるのだろうか。

第 2 節 棚上げされた法律案

1. 法律案の流れ

生殖補助医療が進むにつれ、予期しなかった事件が起きたり、自分の出自を知った AID 児が声を上げ始めたりしたことなどから、国は法律化に向け委員会を設置し、幾度か審議を試みた。下記の表は、その流れを表したものである。

表 1

年	事柄・報告書	大まかな内容
1949. 8	日本初の AID 児誕生	
1997. 5	日本初の民間精子バンク誕生を受け、日本産科婦人科学会が「非配偶者間人工授精と精子提供に関する見解（会告）」を発表	精子が売買の対象となったため、営利目的の精子斡旋を禁止する項目を設ける。
1998	国内初の AID をめぐる裁判が、二件起こる（注 1）	これを機に法制化への動きとなる

1998. 10 ～ 2000. 12	「生殖補助医療技術に関する専門委員会」が、「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」を発表	◆ART で生まれたとされる者は、成人後、提供者に関する情報のうち、提供者が承認した範囲内で情報を得ることが出来る。(提供者を特定する情報は除く)〈一部抜粋〉
2001. 11	慶應大学・飯塚教授を会長とする「妊娠・出産をめぐる自己決定権を支える会 (FROM)」やその他自助団体が、精子提供者の情報を与える法律化に反対	反対理由 (ア) 匿名廃止に反対 (イ) 匿名廃止には賛成だが、内容に反対
2001. 7 ～2003. 4	厚生科学審議会生殖補助医療部会が、「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」を発表 →しかし、国会提出されず、現在に至る	◆ART を受けて生まれたとされる 15 歳以上の者は、提供者について、氏名・住所など提供者を特定できる内容を含め、開示を請求できる。〈一部抜粋〉
2006. 4	日本産科婦人科学会が、「非配偶者間人工授精と精子提供に関する見解」を発表	◆精子提供者のプライバシー保護のため精子提供者は匿名とするが、実施医師は精子提供者の記録を保存するものとする。〈一部抜粋〉
2015. 6	日本産婦人科学会が「提供精子を用いた人工授精に関する見解」を発表	◆同上

(注 1 AID をめぐる裁判について)

①裁判所：東京高等裁判所決定 1998 (平成 10) 年 9 月 16 日 判タ 1014 号 245 頁

概要：夫が無精子症であった一組の夫婦が、互いに理解したうえで、第三者の精子にて AID 児を出産。その約二年後に夫婦が離婚。AID 児の親権について争われた裁判。妻は、「子と夫に血の繋がりはないので、夫には親権がなく、自分に親権がある」と主張。しかし裁判所は、夫婦同意のもとで AID を行った以上、夫が AID 児の嫡出性を否定することは許されないとし、夫も親権者であると決定した。その後の判決では、AID 児の年齢からしてまだ母親が必要であることと、母親の社会的地位も安定しているとして、AID という手法を考慮しなくても、母親に親権があるとするのが妥当であると判決された。

②裁判所：大阪地方裁判所決定 1998 (平成 10) 年 12 月 18 日 判タ 1017 号 213 頁

概要：妻が夫の同意を求めないまま、AID を行い、出産。AID 児を嫡出子として認めないとして、夫が起こした裁判。焦点は、妻が第三者の精子による人工授精などの方法について、夫に説明したと認めるに足る証拠がないこと、AID を行う際に必要な夫と妻の署名捺印した誓約書が作成されていないことなどから、裁判所は夫の同意なしに AID が行われたと判断。夫の AID 児に対する嫡出性を否認することが認められた。AID 児は父親不在の状態となった。

1949 年に国内初の AID 児が誕生、その後、体外受精、顕微授精と、生殖補助医療は進歩し続け、1997 年には、民間の精子バンクが登場し、営利目的の精子提供が頻繁に行われるようになった。1998 年に初めて、AID をめぐる裁判が二件起こり、「夫婦の同意のもと AID が行われていれば、血の繋がりがなくても AID 児と夫は親子と認められ、否定することは出来ない。逆に、夫婦の同意がなく行われている場合は、AID 児の嫡出性を否認することが出来る」という判例が出された。

これらの生殖補助医療をめぐる諸問題から、旧厚生省は 1998 年、生殖補助医療の法制化に向け、「生殖補助医療技術に関する専門委員会」を設置、議論が行われるようになった。

表 1 のとおり、2000 年に「精子提供者が承認した範囲で、AID 児は情報を得ることが出来る」という方針になったものの、反対意見があり、案をさらに練ることになった。反対意見として、(ア) 匿名廃止に反対 (イ) 匿名廃止には賛成だが内容に反対という立場がある。

(ア) の理由は二つだ。一つは提供者のプライバシー保護のため。二つ目は、「遺伝上の父」の存在を完全に消し去り、家族関係を維持するためである。

(イ) において、反対している内容とは「精子提供者が承認した範囲」の文言である。「承認した範囲」というのは、たとえば氏名・生年月日・住所・出生場所・家族関係・身長・体重・職業・病歴・関心など

のうち、提供者は伝えたい情報と伝えたくない情報を、自由に判断することが出来るということだ。それは、「AID 児の出生を知る権利」が、精子提供者の采配に委ねられることを意味する。それにより、自分の出生を知ることが出来る AID 児と出来ない AID 児という二極化が起き、不公平さがあるというものである。

このような意見を吟味し、2003 年には、前回よりも広範囲な精子提供者の情報が得られるという報告書を発表した。国会には提出されず、棚上げ状態が続いている。(稲熊利加『生殖補助医療への法規制をめぐる諸問題－代理懐胎の是非と親子関係法制の整備等について－』(雑誌『立法と調査』2007)では、生殖補助医療を行える夫婦の年齢制限など設けた本案について、「子どもを産む権利を国が規制するのはおかしい」と発言した当時の与党内から反発する意見が出され、法案提出が断念されたとしている。)

法制化がなかなか進展しない理由として、提供者を匿名とするかしないかという対立だけではなく、厚生労働省、日本産婦人科学会、日本生殖医学会など、各方面の指針が異なることも挙げられる。たとえば、厚生労働省は「精子提供や卵子提供を容認」する姿勢を示しているが、一方で日本産婦人科学会は「精子提供は容認するが、卵子提供は容認しない」とし、意見が異なる。下記では、精子提供者は匿名か否かという争点に着目し、それぞれの立場を述べるものとする。

2. 精子提供者について

(1) 匿名派の意見：プライバシー保護と家族の安定

2006 年に発表された、日本産科婦人科学会の「非配偶者間人工授精と精子提供に関する見解」には、「精子提供者のプライバシー保護のため、提供者は匿名にされる。この匿名性が保障されなければ、提供者本人およびその家族に与える社会的影響も大である。また提供された側もその後の家族関係の安定のため、提供者が匿名であることを通常希望している。」とある。

「提供者本人およびその家族に与える社会的影響」とは、提供者が結婚する以前に精子提供をしていた場合、あるいは家族と相談なしで行われていた場合などにおいて、AID 児から精子提供者にアクセスがあると、提供者の家族関係、夫婦関係に亀裂が入る恐れのことである。このような中で、もし匿名廃止にすれば、ただでさえ少ない精子提供者がさらに減少し、AID を行うことが出来ないと危惧する医師もいる。

また、「提供された側の家族関係の安定」とは、「ふつうの家族であり続けること」を意味し、子が AID 児であることが、世間に漏れないということである。夫婦と AID 児が、正真正銘、「ふつうの家族」になろうとする場合において(多くの家族がそうであるが)、提供者の出現ほど、「ふつうの家族」を脅かすものはない。さらに AID 児であると世間に知れることは、そこに「男性不妊」の事実が包含されることにもなり、「男としての父」を守るためにも、AID 児であることは隠されなければならない。

以上のことより、精子提供者や AID を施した夫婦、そしてそれに加担した医師の多くが、匿名という立場をとっている。

それから 9 年経った 2015 年の 6 月に出された見解でも、「精子提供者のプライバシー保護のため精子提供者は匿名とするが、実施医師は精子提供者の記録を保存するものとする」とされ、現状では、これが事実上のガイドラインとして運用されている。

(2) 匿名廃止派の意見：遺伝病と近親婚の恐れ

多くの AID 児や一部の医師は、匿名廃止を望む。提供者を知ることは、自分の体の中に流れる血の半分を知ることであり、それにより、ようやくアイデンティティの確立が完成すると主張する。これは、「幸福追求権」「知る権利」や、子どもの権利条約第7条、「児童は、出生の後直ちに登録される。児童は、出生の時から氏名を有する権利及び国籍を取得する権利を有するものとし、また、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」を根拠に、匿名廃止を訴えている。

アイデンティティだけの問題ではない。提供者を知っていたら対応出来たことが、知らないことで最悪の事態を招く恐れもある。たとえば、遺伝病と近親婚が挙げられる。精子提供で得られた精子は、遺伝病や性病、エイズなどの検査を受け、合格した精子のみが AID として使用されるが、合格した精子が 100%安全だとは誰にも断言できない。事実、AID として生まれた 30 代の女性は、原因不明の難病に襲われた。この病気の原因は様々だが、遺伝によっても発病することが分かっており、母方の家族にはそのような病気を持っている人はいないので、精子提供者以外考えられないということだった。(長沖暎子『AID で生まれるということ 精子提供で生まれた子どもたちの声』萬書房 2014)

自分の中に流れる得体の知れない血。確実とは言えないが、それが原因で病に侵され、完治の見込みもないとしたら、恐怖を感じ、AID をした両親や精子提供者、医師に対して怒りを感じるのも当然のことだろう。

しかし、もし提供者の情報を得ることが出来ていたとしたら、病に対する考え方も、何かが違ったかもしれない。「社会的な親」ではなく「遺伝的な親」の方に、こういう病の人がいるから、自分も発病する可能性があると分かっていたなら、定期的に検診に行ったり、予防したりといった行動がとれるだろう。実際、AID 児ではない人で、「自分の家族で癌にかかった人がいるから、念のため自分も検診に行く」という人は多い。このように、自分の遺伝上のルーツを知っていれば出来るはずの予防や予見といったものが、AID 児にとっては半分が欠落している状態なのである。

もう一つの重大な問題は近親婚である。日本産婦人科学会の「非配偶者間人工授精と精子提供に関する見解」(2015 年)では、「4. (略) 同一提供者からの出生児は 10 名以内とする」とあり、近親婚の可能性を低くしようという姿勢は見られるが、それがどこまで機能するかは定かでない。

2008 年、イギリスでこんなことが起きた。男女の双子が、生後間もなく、別々の夫婦に養子に出され、その事実を知らないまま成長。のちに、二人は知り合い、結婚したが、「これは近親結婚に当たる」として、裁判所が結婚を無効にしたのである。イギリスでも精子提供者や卵子提供者の情報開示を義務づけた法律はなかったため、デヴィッド・アルトン上院議員は、「自分の生物学的な親を知る権利は人権のひとつだ。子どもが事実を知る機会がなければ、この双子のような事例は今後も出てくるだろう」と語っている。(2008. 1. 12 AFP ロンドン)

「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(2003)」では、近親婚とならないための確認として、「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」としているが、そもそも、相手と結婚したいと思うほどの気持ちに至ってから、確認をするという手続きが、AID 児の人権軽視だとも言える。

3. まとめ

ここでそれぞれの意見を表にまとめ、考察をしたい。

匿名派（医師・提供者・夫婦）	匿名廃止派（AID 児・一部の医師）
◆ 提供者のプライバシー保護 ◆ 提供者の減少を防ぐ ◆ 夫婦関係、家族関係の維持、安定	◆ アイデンティティの確立の完成 ◆ 遺伝病の予防と予見 ◆ 近親婚の回避

この項目において、確認しておきたいことは「当事者とはだれか」ということだ。それは、医療にかかわった医師、提供者、医療を受ける夫婦、そして生まれてきた子どもである。この中で唯一、自分の意思を表明しないまま、当事者になったのは AID 児だけだ。つまり、子どもは望むと望まざるとに関わらず、生まれたのであり、それが正しい選択だったのかは、結果論でしかない。AID 児として生まれてきた子どもが、「生まれてきてよかった」と思えたら、AID は正しい選択だったと言えるかも知れないし、「生まれてくたなかった」と思うのなら、それは正しいとは言い難いだろう。

手放しで AID に賛同することは出来なくても、AID 児として生まれてきた人が、AID を恨んだり、自己否定したりしないためには、医師、提供者、夫婦それぞれが、自分の思いや立場で AID を見るのではなく、子どもの思いを聞き、受け止めることが何より大切である。匿名派の意見では、提供者や夫婦間だけの利益が語られており、そこには AID 児の視点が欠けているように思われる。

第3節 諸外国における「匿名廃止」とそれにかかる新たな課題

諸外国では、AID にかかる法律や精子提供者の匿名についてどのような対策を取っているのだろうか。ここでは、精子提供者の匿名を廃止したスウェーデンとオーストラリア・ビクトリア州の法律について述べる。

1. スウェーデンの法律

(1) 法制化の背景『ハバランダ事件』

スウェーデンは、1984年に「人工授精法」を作り、世界で初めて AID を法的に規制、AID 児の自己の出自を知る権利を認めた国である。法制化の背景には、1983年、父親が AID 児の父性を否認し、認められた『ハバランダ事件』がある。

事の発端はこうだ。男性不妊である夫とその妻が、互いの了解の元、AID を行ってきたが、ある日、病院に向かう道中で口論になり、夫は「おまえの勝手にしろ」という捨て台詞を残して帰宅、妻は病院に行き AID を施術した。そのときの施術により、AID 児を妊娠、出産するに至った。その時点ではすでに AID を施術することに同意していないとして、夫は、離婚の申し立てと同時に AID 児の父子関係不在確認の宣告を求める訴えを起こしたのである。（菱木昭八朗『スウェーデン補助生殖立法にみる非配偶者間補助生殖子の自己の出自を知る権利について』2004）

日本国の民法 772 条には、「妻が婚姻中に懐胎した子は、夫の子と推定する」という法律があり、スウェーデンにも同等のものが存在する。妻が婚姻中に子を生んだ場合は、自動的に父性に関する推定規定が

働いて、母親と婚姻している者が、子の父親とみなされるというものだ。夫は、自動的に推定規定となる父性や AID 児の父親としての立場を拒否、つまりは AID 児に対する扶養義務等を免れるため起訴し、事件は最高裁判所まで争われた。最終的には、夫の主張が認められ、AID 児は父不明の子となったのである。

この事件をきっかけに、スウェーデン政府は直ちに人工授精問題に関する審議会を設置、AID 児の自己の出自を知る権利も含めて審議が行われた。第2、第3のハバランダ事件の再発を防止するため、またそのような事件に対応する法整備を行うことが急務であった。

1998年、ハバランダ事件と同様の事件が日本でも起きている。夫が AID 児を自分の子として認めない訴えを起こしたことから、日本でも、法律化へ向けた審議が行われたものの、事件から17年経った今も法律は出来ていない。スウェーデン政府がハバランダ事件からわずか1年で法律化したことと比べると、日本政府の対応には疑問を呈してしまう。

(2) 精子提供者の変化

人工授精法では、精子提供者の匿名性を廃止し、AID 児が十分に成熟したと思われる年齢になった場合（スウェーデンにおける成人年齢は18歳だが、18歳にならなくても精神的に成熟していると判断された場合）、その出自を知る権利を認めている。1985年に妊娠した AID 児は、18年後の2003年、AID を行った産婦人科に行き、精子提供者の情報を開示するよう請求する権利を持つ。病院は最低70年間、精子提供者の記録を保存しなければならない。医師は、精子提供者にも、後年に AID 児がコンタクトをしてくるかも知れない事実を伝えなければならない。一方で精子提供者は、精子をもらい受けた夫婦やそれにより生まれた AID 児について知ることは出来ない。

この「精子提供者の匿名性廃止」は、産婦人科医師グループによって大変な反対運動が展開された。匿名でなければ、精子提供者はいなくなり、AID が行えない。どうしても AID を望む者は闇組織の AID を受けることとなり、今より AID 児にとって不幸な事態をもたらすと懸念したためだ。

確かに匿名性廃止により、精子提供者の数は激減。施行前は年間230人ほど生まれていた AID 児も、施行後にはその10分の1程度に減少した（2005年の時点では状況が回復し、AID で101人が誕生している）。精子提供を求める夫婦の待機期間も長期化するなど、施行前と後では大きな変化があったが、それでもスウェーデン政府は法律改正を行わなかった。

匿名性廃止にすることで精子提供者が減る要因は何か。精子提供者には、比較的若い人が多い。今は未婚でも、いつかは結婚して、子どもが生まれるかもしれない。家族円満に暮らしている、そんなときに、突然 AID 児が訪れ、「私は18年前に提供されたあなたの精子で生まれました。あなたは私の父親です」などと言われたらどうか。実際のところ、AID 児が提供者の情報を得る際には、社会福祉が介入し援助することになるので、AID 児が提供者の家を、突然訪問する可能性はないに等しい。それでも提供者は、「匿名性がなくなるということは、そういうことも有り得る」と考え、未来に在るであろう、妻や子どもとの関係にひびが入ることを恐れるがゆえに、精子提供を拒否するのである。提供者の激減は政府にとっても産婦人科にとっても、予想の範疇であり、さほど驚くこともなかった。それよりも驚きを与えたのは、精子を提供する人の年齢層の変化である。

施行前の提供者は、若年層が主だったが、施行後には、すでに結婚し、自分の子どもがいる高年層の提

供者が増えたのだ。若年層では、なんとなく興味本位で精子提供をする人や、子どもが生まれるとはどういうことかを、まだ体感として理解できていない人も多いが、すでにパートナーとの子どもを授かっている高年層は、子どもがいることの喜びや幸せを感じており、だからこそ、子どもがなかなか出来ない人の苦しみや辛さというものを、理解できるのだろう。「少しでも役に立てれば」と精子提供に名乗りを上げる人が多いのだ。

利点はほかにもある。ひとつは、すでに子どもがいることから、精子が有益だと言えること。ふたつ目は、精子提供を考えている既婚男性が、その妻や子どもに、相談できるという点だ。18年後に AID 児が会いに来たとしても、妻や子どもに隠し事がないため、驚きこそあれ、恐れや不安といった面は解消されるだろう。「匿名廃止」にすることで、提供者の数は確かに激減したが、その質は以前より高いものになったといえる。

(3) 渡航し、不妊治療を受ける

「人工授精法」に続いて、1989年に「体外受精法」が出来、「可能」と「禁止」の境目がはっきり分かれるようになると、スウェーデン国内で禁止となった生殖補助医療を求めて、他国に流れる人が増えた。たとえばスウェーデンのすぐ東に位置するフィンランドでは、当時生殖補助医療に関する法律がなかったため、スウェーデンで禁止となった生殖補助医療を求めて、少なくとも年間数百人のスウェーデン人が、フィンランドに向かったのである。スウェーデンでは、治療のために国外に出なければならないことへの不満、フィンランドでは数少ない提供者を他国にも提供するとなると、国内で必要な人に行き渡らないという問題が起き、スウェーデンの法律は改正され、一部の「禁止」を緩和するに至った。

また、スウェーデンの南西に位置するデンマークにも、生殖補助医療を求めて治療に通うスウェーデン人がいる。デンマークでは、精子提供者の匿名性が廃止されていないため、匿名の第三者精子を求める人は、スウェーデン国内ではなく近隣の国で治療を行うのだ。AID 児について研究しているカロリンスカ研究所の調査では、AID を行った夫婦に対し、「AID 児に AID で生まれたことを伝えたか、あるいは伝える予定があるか」を問うたところ、およそ半数強が「はい」と答えた。日本で同じ内容の調査をしたところ、「はい」と答えた人が約 1% だったことと比べると、スウェーデンのほうが真実告知に対して肯定的であるが、それでも半数の人が、真実告知をしないという結果が出たのである。(石原理『生殖医療と家族の形』平凡社新書 2010)

このことから分かるのは、生殖補助医療の是非を自国だけで判断することは、困難だということだ。情報も交通の手段も、グローバル化した今日において、「禁止となれば他国に行く」という、いわゆる「生殖ツーリング」が行われてしまう。スウェーデンからデンマークとえば、鉄道でつながっているため「渡航」という感覚は薄い、日本からアメリカならどうだろう。治療を受けるため、アメリカに渡る日本人も多く、渡航費用や治療期間のホテル代、アメリカでの治療費用などで、1000万円かかる場合もあり、これには「不妊患者は、お金持ちの人だけが、子どもを授かれる」といった不平等感も生まれている。

どれだけの日本人が海外に渡航し、不妊治療を受けているかといった調査は日本国内には存在しない。しかし、アメリカの医療関係の統計を集積している政府機関の一つ、CDC（米国疾病予防管理センター）

には、「アメリカ非在住の日本国籍を持つ女性が、アメリカで生殖補助医療を受けたデータ」がある。これには、2004年から2007年の4年間に、約500人の日本人女性が、生殖補助医療を受けたという結果が出ている。アメリカだけで約500人なのであるから、その他、韓国や台湾、インドなどを含めるとその数は計り知れない。これだけの数がいながら、日本国内で大きな問題にならないのは、海外で不妊治療を行ったことを伏せ、正真正銘、自分の子どもとして日本で出生届を提出するので、発覚しないのだ。

また、対価の発生も問題だ。第三者が関わる生殖補助医療への対価や報酬を禁止している国もあれば、双方が納得する限りにおいて認めている国もある。当然、貧しい国の人や先進国に住んでいるもののワーキングプアで、お金に困っている人たちが名乗りを上げることになり、「生殖」が「金儲け」の手段になっている現状があるのだ。

もし、日本で「精子提供者の匿名廃止」を法律化できても、スウェーデンと同じく、匿名性を求め、他国で治療を受けるということにもなるかも知れない。「真実告知をする」と答えている人が、スウェーデンで半数いてもそうなのであるから、1%しかいない日本なら尚更だ。まずは、日本国内で「真実告知」をすることへの周知徹底が急務である。

2. オーストラリア・ビクトリア州の法律

(1) 強制力のある法律と任意登録

表1

1984年法	1995年法
<p>1988年1月1日～1997年12月31日の10年間に、提供に同意した人の精子を用いて、1988年7月1日以降に誕生した子（AID児）が対象。</p> <p>AID児は18歳になると、ITAを介して提供者情報へのアクセスが認められる。ただし、提供者の身元を特定するような情報に関しては、提供者の同意が必要である。</p> <p>提供者側も、AID児の情報を得ることが出来る。ただし、AID児が18歳になるまでは親の、18歳になってからはAID児自身の同意がなければならない。</p>	<p>1998年1月1日以降に、提供に同意した人の精子を用いて、誕生した子（AID児）が対象。</p> <p>AID児は18歳になると、ITAを介して提供者情報へのアクセスが認められる。さらに、提供者の身元を特定する情報も、提供者の同意なく自動的に認められる。（精子提供時にすでに同意しているため）</p> <p>AID児以外の当事者は、相手方の同意がない限り、相手の身元を特定する情報にはアクセスできない。（提供者も、AID児の同意があれば、AID児の情報を得ることが出来る）</p>

表2

任意登録（1988年7月1日以前）	任意登録（1988年7月1日以降）
<p>1988年7月1日以前の提供精子を用いて、治療に関わった当事者（18歳以上のAID児、その子孫、AIDを受けた夫婦、夫婦の親戚、精子提供者）が、自分の情報を任意に登録できる。登録はいつでも公開、非公開にでき、訂正も出来る。</p> <p>ここに登録されていない情報は、直接AIDを行った医師に問い合わせるしかなく、得られる情報は乏しい。</p>	<p>1988年7月1日以降の提供精子を用いて、治療に関わった当事者（18歳以上のAID児、その子孫、AIDを受けた夫婦、夫婦の親戚、精子提供者）が、自分の情報を任意に登録できる。登録はいつでも公開、非公開にでき、訂正も出来る。</p> <p>メッセージや写真を残すことも可能。</p>

※ITA (Infertility Treatment Authority : 不妊治療局) について

生殖補助技術に関わる医療や研究を管轄するため、オーストラリアのビクトリア州が設立した法定機関。ガイドラインや規則を作る役割も担っている。ここには、AID を受ける夫婦、提供者、生まれてきた子どもに関する情報が管理され、18 歳以上の AID 児や夫婦、提供者が希望すれば、ITA を通して、相手の情報が伝えられる。

オーストラリアのビクトリア州では、子どもの出自を知る権利を、1984 年法と 1995 年法において定めている。この二法は法律としての強制力を持つため、夫婦、提供者、生まれてきた子どもの氏名や連絡先、誕生日などの情報登録が義務付けられている。一方で、施行前（1988 年 7 月 1 日）の提供精子によって生まれた子どもやその夫婦、提供者は、登録が義務付けられていなかったため、相手を探し出すことが困難である。表 3 の任意登録に、当事者同士が登録をしていれば、お互いの情報を知り得るが、任意登録をしていない場合は、直接医師やその医師がいたクリニックに行き、情報を得る以外に方法はない。（ただし、医師が情報を保管しているという保証はなく、保管していたとしても双方の同意なしには情報開示はされない。）

1984 年法と 1995 年法の大きな違いは、AID 児が提供者の情報を知りたい場合、提供者の同意を得る必要があるかないかにある。1984 年法では、提供者の同意を得て、情報を知ることが出来た AID 児と、提供者の同意を得られず、情報を知ることが出来ない AID 児という二極化が起きた。これは公平性を欠くとして、1995 年法では、提供者から情報公開の同意を得て、提供を受けるため、その後は提供者の同意なしに情報を得られるようにした。

(2) 「真実告知」と「法制化」は別々の課題

さらに注目したいのは、どちらの法においても、提供者にも AID 児へのアクセス権が認められていることだ。これはスウェーデンの法律にはなかった項目である。

提供者が、自分の提供した精子で生まれた子どものことを知りたいと思ったら、ITA にその旨を伝える。ITA は、AID 児が 18 歳未満なら親に、18 歳以上なら AID 児本人に、「提供者が子どものことを知りたいといっているので、情報を伝えていいか」という同意を得るため、連絡をする。18 歳以上の AID 児の場合、直接本人に連絡がいくため、もしこの時まで、両親から AID 児であることを伝えられていないとしたら、AID 児は、ITA から自分の出自について突然聞かされることとなる。

ビクトリア州法律改正委員会の調査では、自分が AID 児だと伝えられた子どもは、全体の三分の一しかいなかったという。法律の施行から 18 年以上が経ち、提供者からの連絡が来る可能性があるにもかかわらず、多くの夫婦が真実告知をしていなかった。真実告知をされず、さらに提供者からの情報開示依頼もない AID 児は、今も自分の出自を知らないまま、過ごしていることになる。この場合、アイデンティティの未確立だけでなく、遺伝病の発症や近親婚の可能性が生じてしまう。

これらから分かったことは、AID 児の訴える「出自を知る権利」が、法律上認められたとしても、家庭内において真実告知がなされていなければ、その事実は闇に葬られたままだということだ。真実を知らない AID 児は、提供者を知りたいか知りたくないかという選択さえ、与えられないでいる。既述の通り、真実告知をしない背景には、ふつうの家族への憧れ、AID に対する偏見、男性不妊を恥辱だと感じているなどが挙げられ、それらは AID 児の「出自を知る権利」を保証したからといって払拭されるものでは

ない。真実告知と法制化は、別々の根元の問題を抱えつつも、その実、車の両輪のように、ふたつが同時に機能して初めて、AID 児の願いは叶うのである。

(3) 提供者のアクセス権に対する社会の反応

提供者のアクセス権に異議を唱える人は多い。理由としては、AID 児や家族が混乱し、関係を崩壊する恐れがあること。夫婦には「真実告知」を促すべきではあるが、強制することは出来ないことなどである。一方で、AID 児からは、法律からこの条項を除けば、医師や夫婦の心配を緩和するだけであり、なんら AID 児にとって好ましくなく、18 歳以上の AID 児に対しては、AID 児自身に知る権利があるため、親が「真実告知」を拒否するのなら、誰かがその伝える必要があるという意見が出ている。

これらの意見を受けて、ビクトリア州では、法律改正ではなく、真実告知をしていくための社会的資源を増やすこと、そして国民の意識を変えることに力を注いだ。例えば、真実告知をしようとする家族に対して、どのように告知していけばいいかというアドバイスをしたり、カウンセリングを受けられる施設を充実したりした。また、夫婦に真実告知を促すため、そして、AID の当事者以外も巻き込んで社会的議論を高めるために、Time to Tell（今、話すとき）といった広告をテレビや新聞に出し、真実告知を好意的、積極的に取り組めるような社会的雰囲気を作り出そうとした。これらの結果、少しずつではあるが、AID に対する認識や理解が社会に広がり、ITA への問い合わせ内容として、夫婦からは真実告知の方法について、提供者からは任意登録の手続きについてなどが多く寄せられるようになった。

(4) 依然として残る課題

今までは不妊に悩む夫婦の視点から、夫婦を助けるために AID が行われ、子どもにはその事実を隠し通すことが常識であり、幸福だとして伝えられてきた。しかし、ビクトリア州では、夫婦ではなく AID 児の視点から、AID を見つめなおし、AID 児の福祉や権利を保障するための取り組みが行われている。少しずつ法制化が整う一方で、法律の施行前に生まれた子と、後に生まれた子によって、提供者の情報を知ることが出来る AID 児と、出来ない AID 児という、新しい問題も生じている。ひとつの家族の中に、AID 児が複数いた場合、家族の中でさえ、自分の「遺伝上の父」を知ることが出来る子と出来ない子という格差があるのだ。これに対して、AID 児サポートグループは、法律成立前に生まれた AID 児に対しても、法律成立後に生まれた AID 児と同様に、提供者に対する情報を知ることが出来るようにすべきだと主張している。また、親から真実告知をされなくても、あるいは提供者からの連絡がなくても、AID 児自身が自分の本当の情報が分かるように、出生届や戸籍にその旨の記載を義務付けるべきだとする意見もある。しかしそれには、匿名を条件として、過去に提供者となった人のプライバシー保護の問題や、AID を受けた事実（男性不妊という事実）は家族のプライバシーなので記載はしたくないとする親の希望があり、なかなか思うようには進んでいない。

第 3 章 今後の不妊治療の在り方

ここでは、一度 AID から離れ、「不妊治療」という大きな枠組みに対する、今後のアプローチについて考えていきたい。

第1節 人生の選択肢を増やす ー多様な家族の在り方ー

まず、今後の不妊治療に必要なのは、「生殖補助医療ありきで考えない」という姿勢である。医師の中には不妊患者に対し、生殖補助医療を含めた不妊治療を勧めるだけで、養子を迎えることや夫婦ふたりで生きていくという選択肢を提示しない人がいる。不妊の先に、本当はいくつもの道があり、適切なサポートと確かな知識があれば、夫婦に合った選択が出来たはずなのに、ひとつしか提示されなければ、その道だけにすがってひたすら進むしかなくなってしまう。

不妊治療以外の選択肢として、主に挙げられるのは、養子縁組（特別養子縁組・赤ちゃん縁組）、里親、そして夫婦で生きていく の3つである。それぞれを下記で述べていきたい。

1. 養子縁組を考える

(1) 特別養子縁組

養子縁組には、大きく分けて「普通養子縁組」と「特別養子縁組」がある。「自分の子どもとして育てる」ことに重点を置く場合、「特別養子縁組」が選択されることが多い。その理由は、主に下記の3点である。

◆普通養子縁組では、実親と養子の親族関係は継続されるが、特別養子縁組では、手続きを経て認可されれば、養子は実親との親族関係を終了し、養親の実子になること。

◆普通養子縁組を行った場合、戸籍には「養子」「養女」と記載されるが、特別養子縁組を行った場合には、実子と同じく「長男」「長女」と記載され、一見すると養子縁組したことが分からないこと。（但し書きには、「民法第817条2による裁判確定」と記載有り）

※民法第817条2 『家庭裁判所は（中略）、養親となる者の請求により、実方の血族との親族関係が終了する縁組を成立させることができる』

◆普通養子縁組では、原則20歳以上が養子の対象であるが、特別養子縁組では、原則6歳未満が養子の対象であること。

法律上も養育上も「自分の子ども」として扱われる特別養子縁組を希望する場合、普通養子縁組と比べると、縁組の研修や面談を受けたり、多くの条件をクリアしたりしなければならない。これは、不妊治療、特に第三者提供によって子どもを授かるという技術が、「子どもが欲しい親のため」にある一方で、特別養子縁組は「親が必要な子どものため」の制度だからである。「子どもにとってどんな家庭が望ましいか」が第一に考えられており、厳しい条件が定められているのだ。たとえば、養子縁組の斡旋を担う特定非営利活動法人「★NPO Baby ほけっと」における養親の条件は、

- ① 原則、夫婦とも30歳以上で、夫46歳、妻43歳以下
- ② 婚姻年数が3年以上
- ③ 夫婦仲が良い、心身共に健康、生活が安定している

- ④ 原則として、養子の性別や血液型の選択などを選ぶことは出来ない
- ⑤ 養子の障害が発覚したり病気になったりしても、家族で乗り切れる夫婦
- ⑥ 養子が最低3歳になるまでは、夫婦のどちらかが育児に専念できること
- ⑦ すでに実子のいる夫婦、ほかでも登録している夫婦は申し込み不可
- ⑧ 犯罪歴・自己破産歴のある人は申し込み不可
- ⑨ 養子に「真実告知」をすること (http://www.babypocket.net/ より)

また別の NPO 特定非営利活動法人「環の会（わのかい）」では、

- ① 夫婦のどちらかが、専業主婦・専業主夫になり得る夫婦
- ② 夫婦ともに、45歳以下 (http://wa-no-kai.jp/ より)

このように、それぞれの団体や各自治体により、年齢制限や方針が異なる。(HP に記載がないだけで、本当はもっと多くの条件があるかもしれない)

妻がすでに 44 歳の場合は、「★NPO Baby ぼけっと」への申し込み出来ないだろうし、専業主婦や専業主夫になれない家庭であれば「環の会」への申し込みは難しいだろう。自分たち夫婦の生活スタイルに合う斡旋先を見つけることも必要だが、その場合、遠方まで足を運ばなければならない可能性もある。

何より注目したいのは、「特別養子縁組には年齢制限がある」ということだ。養親の年齢制限の基準は、養子が 20 歳になるまで、養子を養えるだけの収入が手に入るかどうかである。たとえば、0 歳の子を養子に迎えた場合、その子が成人になるまでの 20 年間は、養親は働ける環境にいないといけない。つまり、定年退職をせず、安定した収入があるということだ。6 歳の子を養子に迎える場合は、あと 14 年間、働ける環境にいないといけない。

こうしたことから、特別養子縁組には年齢制限がある。医師に言われるまま「不妊治療」に時間もお金も費やしている間も、当然年を重ねるわけで、特別養子縁組をしたいと思ったときにはすでに対象外になっているかも知れない。「もっと若ければ縁組出来たのに」と嘆いても歳月は取り戻せない。特別養子縁組をする・しないという選択の前に、まず「特別養子縁組というひとつの選択肢があるんだ」という認識を持つこと。そして、「不妊治療がダメだったから特別養子縁組を」という消極的選択ではなく、それぞれにそれぞれの喜びや難しさがあると理解し、両者を同等の位置づけとして認識することが大切である。

(2) 赤ちゃん縁組

熊本県の産婦人科 慈愛病院は、「こうのとりのゆりかご」いわゆる、「赤ちゃんポスト」を作った病院である。小さな命を救いたい、そのような思いから 2007 年 (H 19) に始まったこの取り組みは、今まで数多くの不妊に悩む夫婦と小さな命を結び付けてきた。また、愛知県では、「赤ちゃんポスト」こそないものの、このような取り組みをすでに 30 年も前から始めている。たとえば、人工中絶などを考えている母親に対し、「なかなか赤ちゃんを授けられない人に育ててもらうのはどうか」と提案、妊娠中から仲介の相談を始めるという取り組みだ。

赤ちゃん縁組は、特別養子縁組の中のひとつである。特別養子縁組の場合、原則 6 歳未満の子どもを養子として迎え入れることになるので、タイミングやマッチングによって 0 歳の子が来るかもしれないし、

5歳の子が来るかもしれない。一方で、赤ちゃん縁組は生まれたばかりの赤ちゃんと養親が、縁組をすることになる。

赤ちゃん縁組の最大のメリットは、なんといってもスムーズさだ。一度、児童養護施設に預けられると、様々な手続きが発生し、なかなか養親のもとへ預けられない。一人の職員が一人の赤ちゃんに付きっ切りになれば良いが、相談電話やその他の子どもの対応に追われ、日々が過ぎてしまう。

「小さいときの、特定の大人との1対1の愛着関係は本当に大切に、施設の中での養育には限界がある」と語るのは、群馬県にある児童養護施設の職員、小椋里香主任指導員だ（NHK『クローズアップ現代』2014. 1. 15放送）。児童相談所の職員からは「施設の子どもと家庭を結び付けていくことは、時間も手間もかかる。手が回らない」という声もある。赤ちゃん縁組は、施設を介さず、病院が仲介役になって行るので、児童相談所の職員の負担軽減にもなる。

赤ちゃん縁組の流れを簡単に説明したい。病院は、産んでも育てられないと悩む女性と、産みたいのに産めない悩む女性の間に立ち、実親と養親の橋渡しをする。双方の「赤ちゃん縁組合意」を確認し、生まれてから実親の心変りがなければ、生まれてすぐ養親に引き渡される。半年間の試験養育期間を経たあと、家庭裁判所の許可が下りれば、無事、養育上だけでなく、法律上も「実の親子」となれるのだ。

厚生労働省発表の人工妊娠中絶件数（H25）は約19万件。そのうち、20歳未満の中絶は約2万件、20～30歳の中絶は約8万件だった。高齢妊娠の場合、胎児の染色体異常の発見を理由にして中絶することも多いが、若い世代の中絶理由は、主に望まない妊娠、経済的理由である。

子どもが欲しいのに出来ない悩む人が50万人以上いる一方で、経済的に苦しく育てられない人もいる。AIDを行うにしても、人工中絶を行うにしても、それぞれの人が真剣に悩み、選んだ選択であり、単純に数字だけで判断することは出来ない。しかし、今後は少しでも多くの赤ちゃんが産声を上げて、授かった命を全うできるよう、慈愛病院や愛知県の取り組みを全国に広めていくこともまた、AID法制化と共に重要だと考える。

2. 里親を考える

(1) 里親の種類

「里親」と一口に言っても、その種類は様々だ。下記に、主流の3つを書き表した。

週末里親	養育里親	養子縁組里親
◆短期・単発型 ◆長期・単発型 毎週1回、あるいは月1回など、決まった日にだけ、子どもを家庭に招いたり、一緒に遠出をしたりする制度	◆短期型・毎日型 ◆長期型・毎日型 家庭で生活できない子どもを、家庭に戻れるまで、または自立できるまでか18歳（または20歳）になるまで養育する制度。	◆主に、一生型 将来、子どもとの特別養子縁組を希望する場合、まずは里親で子どもと関わり、信頼関係を作る制度

【里親の条件等】

週末里親	養育里親	養子縁組里親
各自治体、民間団体共、具体的な年齢制限は設けていないところが多い。 単身者、可	各自治体、民間団体共、具体的な年齢制限は設けていないところが多い。 単身者、可	里子と里親との年齢差は40歳程度が望ましい。(のちの特別養子縁組をする可能性があるため) 単身者は原則、不可

施設に子どもを預けている人すべてが、子どもを養育する意思がないわけではない。「体が弱い」「経済的に苦しい」そのような理由で子どもを施設に預けている実親も多く、出来ることなら、子どもと一緒に暮らしたいが今は出来ないという家族にとって、「特別養子縁組」を提案されるのは酷である。特別養子縁組では、実親と子どもとの関係がなくなってしまうからだ。そこで提案されるのが、「里親制度」である。里親制度では、子どもの戸籍変更はなく、里親と里子に法律上の親子関係は存在しない。よって、里親が里子に対し、「お父さん」「お母さん」と呼ばせるのは原則禁止である。

上記の表の通り、実親が引き取りに来るまで里親の家で暮らす、週に1回・月に1回だけ里親の元で過ごすなど、里親の種類は様々だ。「里親との期間が長いと、情がわいて、子どもを里親にとられるんじゃないか」と懸念し、里親を断る実親も、週に1回なら承諾することもある。

「週末里親」を特別養子縁組する際の条件として採用している自治体もある。特別養子縁組希望者と養子がマッチングしたとしても、すぐに引き渡すのではなく、ある一定期間、里親と里子という関係で、信頼関係を築いたのち、改めて、特別養子縁組を進めるかどうかを決めるというもので、表の「養子縁組里親」に該当する。

(3) 里親説明会に参加して

「里親」を増やすため、各自治体は広報活動を行っている。全国と比べて大阪は、里親制度への取り組みが早く、昭和39年から、児童相談所、新聞社、放送局と連携し、里親と里子を結び付けてきた。「愛の手運動」と呼ばれるその活動には、毎日新聞社の協力を借り、毎週1回、大阪市・大阪府・堺市の施設にいる子どもたちを、簡単なプロフィールと写真付きで載せるというものがある。にっこり笑っている可愛い子どもを見たら、思わず誰でも「どこの子かな」「なんの記事かな」と目を通すだろう。里親に興味がある人に向けて、子どもたちの里親を募集すると同時に、里親に関心がない人にも、「里親制度」そのものをアピール出来る活動である。

2015年10月。「愛の手運動」の一環である、里親説明会に参加した。家庭養護促進協会で働く山上有紀さんは、里親の広報や里親・里子のマッチングなど多岐にわたる仕事をしている。

山上さんは、自分と母親と犬一匹の暮らしだったが、2012年の秋から5歳の女の子(Aちゃん)の週末里親を始めることとなった。2週間に1度程度、施設から山上さんの家に行くAちゃん。そのような関係がもう3年になり、説明会では、3年分のAちゃんの写真が映し出された。目鼻はモザイクで隠されていたが、口にはモザイクが無く、どの写真も、口が大きく開いていて、笑っていることが窺える。

一番面白く、興味深かったのは、山上さんの家に初めて来たときのAちゃんと今のAちゃんの違いである。初めて来たときは、ちゃぶ台の前に、正座をして背筋を伸ばして座っていたAちゃんが、3年も

経つと、腕を三角に曲げて枕にし、寝ころびながらテレビを見ているのだ。まさに「我が家」である。山上さんは、「3年経ったといっても、その3年の間に会った回数は、数えるほど。それでもAちゃんが、こんなに伸び伸び居られる場所になれたのだなあと思います」と語った。

施設で育つ子どもたちは、「家庭」がどんなものを指すかが分からず、里親の家で過ごす毎日は驚きの連続だという。ある子は、施設では、職員に許可をもらってからでないと、冷蔵庫を開けてはいけないルールがあったので、里親の家でも冷蔵庫を開けていいかと常に尋ねていたら、「ここはあなたのおうちだから、好きなタイミングで好きなものを取っていいんだよ」と言われて驚いた。また別の子は、施設では毎日の朝・昼・晩の献立が決まっていたので、里親から「今日のごはん何がいい?」と訊かれたときは、どう答えたらいいか困ったという。自分のためだけに、自分が食べたいと思うものを作ってもらえる環境にいなかったのだから、それも当然だろう。

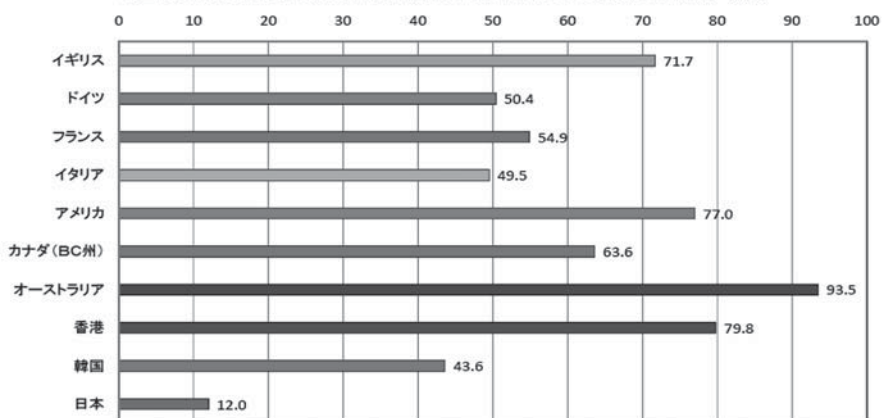
Aちゃんも同じく、施設とは勝手が違うことに驚きと好奇心がいっぱいだった。自分宛ての手紙やプレゼントが届くと喜びを隠せない。近所の人や山上さんの親戚が、「Aちゃん、Aちゃん」と可愛がる。そういった、ご近所付き合い、親戚付き合いというものも、Aちゃんにとっては新鮮だった。また、食べることが大好きなAちゃんは、山上さんの家に来たら、必ずと言っていいほど、卵かけごはんやインスタントラーメンを食べるといふ。施設では、食中毒や栄養面の問題から、生ものや即席料理は厳禁なので、卵かけごはんもインスタントラーメンも食べたことがなかったのだ。極々普通だと思われる家庭での出来事や食事、生活、すべてがAちゃんにとっては初めてのことであり、それらの知識や経験は、Aちゃんが大人になったとき、必ず活かされるものである。

(3) 里親の実情

(参考) 諸外国における里親等委託率の状況

〇制度が異なるため、単純な比較はできないが、欧米主要国では、概ね半数以上が里親委託であるのに対し、日本では、施設：里親の比率が9：1となっており、施設養護への依存が高い現状にある。

各国の要保護児童に占める里親委託児童の割合(2010年前後の状況)(%)



※ 「家庭外ケア児童数及び里親委託率等の国際比較研究」主任研究者 開原久代(東京成徳大学子ども学部)(平成23年度厚生労働科学研究「社会的養護における児童の特性別標準的ケアパッケージ(被虐待児を養育する里親家庭の民間の治療支援機関の研究)」)

※ 日本の里親等委託率12.0%は、平成22年度末(2011年3月末)

※ 里親の概念は諸外国によって異なる。

Aちゃんのように、「月に数回でも自分だけを見てくれる大人がいる子」は、まだまだ少数である。厚生労働省の「社会的養護の現状について（H26）」では、「諸外国における里親等の委託率」を上記のように調査しており、日本は先進国と比べ、施設養護への依存が高い現状がある。

国は「子どもは施設より家庭で養育する」という原則を打ち出し、里親などの広報に乗り出したが、平成26年度の時点では、養育里親に登録している里親数は7489世帯、そのうち委託されている里親は2840世帯で、半分にも満たない。

全国里親協議会によると、0歳から18歳の子ども一人を、乳児院や児童養護施設で育てた場合、県立で1億1520万円、民間でも7680万円の費用がかかるという試算がある。一人でこの金額なのであるから、入居している子どもの数を掛け算すれば、巨額の金額になることは想像に難くない。また、一章で述べた通り、国は平成16年度に「特定不妊治療費助成事業」を打ち出し、不妊治療にかかる費用を一部負担している。ここで発生する費用は、国費、市区町村費を合わせて年間10億円にも及ぶという。しかし、養子縁組や里親委託では少額の補助金付与はあるものの、公的な負担はほとんどかからない。子どもたちの心身の成長といった面だけでなく、財政面から言っても、家庭で子どもたちを育てることに、メリットがあるのである。

今後は、現場の職員の数を増やし、施設の子どもと里親のマッチングを速やかに行える体制を整えることや、里親制度に関する情報を広報し、里親登録件数を増やすよう努めることが必要だ。また、現代人の働き方、それを作り上げてきた社会にも苦言を呈したい。里親や養子縁組をするにあたっては、親が施設を訪問して、子どもと面会することが必須である。仕事をしている親だと、なかなか希望通り休みが取れない、また残業が多くて夜にも面会にいけないという人も多い。自分が出産した子どもになら、育児休暇が与えられるが、赤ちゃん縁組で赤ちゃんを授かった場合は、育児休暇が取れない。これらの問題を、「里親や養子縁組すると決めた親や迎えられた子どもだけの問題」などととらえず、今日の日本社会の働き方、有休制度を見直し、だれもが働きやすく、休みやすい社会に変わっていかなければならない。

もちろん、産婦人科や医師の協力も必要だ。不妊に悩む夫婦に、医師はただ「治療すること」だけを推奨するのではなく、里親や養子縁組という選択肢を情報として伝える役割も担うべきだ。特に、赤ちゃん縁組では、中絶を考えている女性と不妊で悩んでいる夫婦との架け橋をするという重要な役割がある。赤ちゃんを引き渡したらそれで終わりではなく、墮胎を考えたことや育ててあげられなかったという気持ちから、強い自己嫌悪に陥る女性の心身のケアや、初めての育児に不安がある夫婦のサポートも必要だ。それらすべてを産婦人科や医師に任せるのではなく、自治体や児童養護施設、心理カウンセラーが互いに協力し、だれもが生きやすく、育てやすい環境を作らなければならない。

3. ふたりを生きる

子どもがいれば、それだけお金がかかる。時間も拘束され、やりたいことが出来なくなる。生涯、健康で素直な良い子でいてくれるとも限らない。親としての自分の能力の無さに自己嫌悪を感じることや、自分が健康を損ない、子どもを残して亡くなることだってあるかも知れない。人生は、子どもがいようがいまいが、不安と葛藤の連続なのだ。

また、人の数だけ、夫婦の在り方や子どもとの関係、人生観がある。不妊とは全く無縁で子どもを授か

った人、不妊治療をして子どもを授かった人、子どもは作らず夫婦ふたりで生きることを希望している人、涙を飲んで不妊治療を断念した人など様々だ。どんな人生を選んだとしても、ひとつ言えることは、「家族は夫婦で始まり、夫婦で終わる」ということだ。子どもはいずれ成長し、新しい家庭を作るため巣立っていく。そのとき家に残るのは、夫婦ふたりなのである。子どもを含めた家庭が、「家族の最小単位」なのではなく、他人の男女が出会い、一緒にいたいと思うところから「家族」は生まれる。家族の最小単位は、「ふたり」なのだ。

「子どもを産んで親になる」という当たり前だと思っていたことが出来ないと分かったとき、人は哀しみに暮れる。しかし、「〇〇できない」ということばかりを数えて、涙するだけでは、道は開けない。ないものではなく、今、あるものを数える。生涯を共にしたいと思えるパートナーに出会えたこと、仕事をしている人は、仕事があること、大きな病気もなく健康でいる人は、その健康に感謝する。「不妊」を、良いこと・悪いことといった損得勘定で見るとはならず、「事実」として受け止める。そこに木がある、鳥が飛んでいるということに、良い・悪いがないのと同じく、「不妊」とはただの「事実」なのである。

感情論だと言われてしまえば、それまでだが、「子どもが欲しい」という気持ちもまた感情なのである。もし、人口の8割が不妊だったら、不妊が多数派になり、今よりは子どもを持つことに固執しないのではないだろうか。「あの人に子どもがいるのに、なぜ自分は」と人と比べることは、理性でも本能でもなく感情であり、「子どもが欲しい」と思う自分の気持ちですら、本当は社会が生み出した虚像なのかもしれない。

不妊の人だけが、「不妊」という事実に対しての認識を変えれば良いという問題ではない。社会全体が、「子ども有りきの人生観」を変え、産みたくても産めない人の存在を正しく理解することが必要なのである。

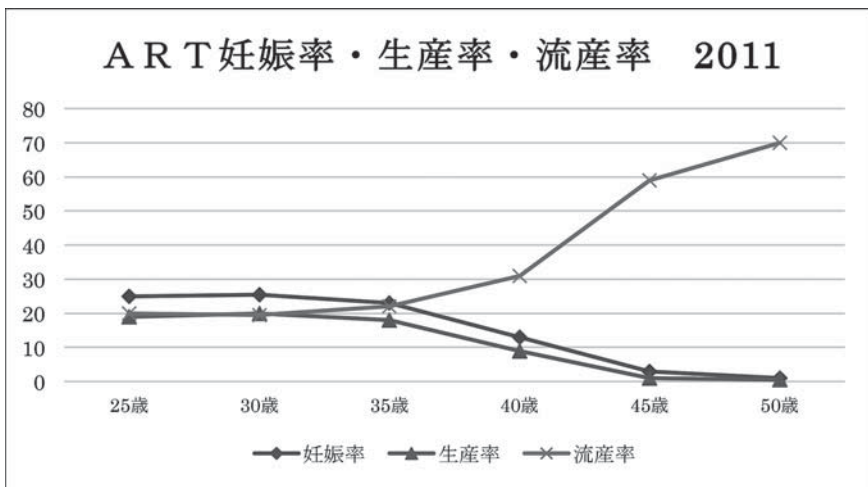
第2節 正しい知識を増やす —より良い人生プランのために—

「いくつになっても産める」「不妊治療すれば産める」「一人目産んでいたら、二人目も産める」これらは何の根拠もない思い込みである。プロゴルファーの東尾理子さん（出産時36歳）は、自身のブログ（2012年6月）で、35歳以上の出産を「高齢出産」と呼ぶと知らず、自分が不妊治療を受けるとは思わなかったと語っている。

ヒトとしての妊娠・出産適齢期はいつなのか、なぜ年を取ると妊娠率が下がるのか。そのような知識を正しく理解し、活かすことで、自分の人生をより良く生きることが出来る。ここでは、AIDを含めた不妊治療全般に係るリスクやデメリットに注目し、改めて、不妊治療の意義について考えていきたい。

1. 卵子老化の事実と高齢出産の危険性

【表 1】



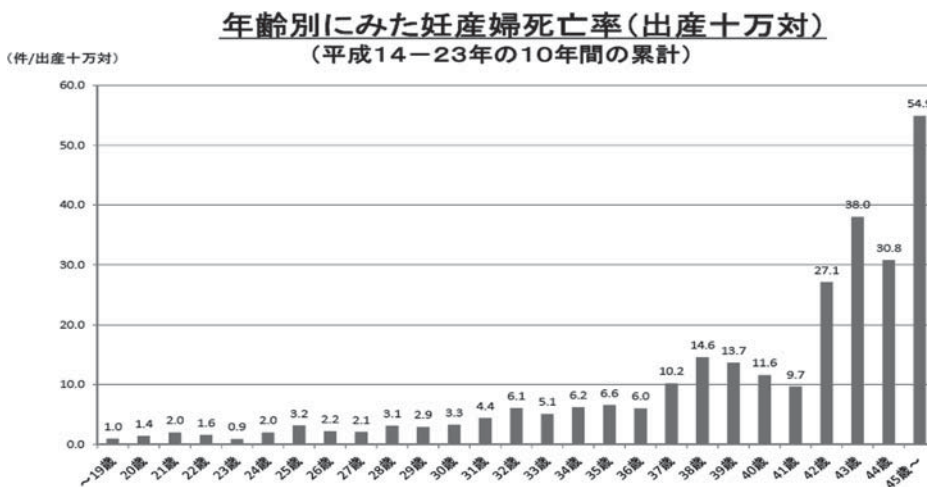
(日本産科婦人科学会のデータを抜粋して作成。ARTは生殖補助医療の総称。ここでいう「妊娠率」は、体外受精と顕微授精を除いた不妊治療を基に計算されている)

【表 2】

年齢	流産発生率	なんらかの染色体異常の発生率	ダウン症発生率
25歳	10%	1 : 300	1 : 1000
30歳	10%	1 : 300	1 : 700
35歳	25%	1 : 134	1 : 300
40歳	40%	1 : 40	1 : 90
45歳	50%	1 : 11	1 : 22

引用：香川則子著『私、いつまで産めますか？ 卵子のプロと考えるウミドキと凍結保存』WAVE 出版 2015

【表 3】



注：1) 妊産婦死亡は、妊娠中又は妊娠終了後満42日未満の死亡で、妊娠の期間及び部位には関係しないが、妊娠もしくはその管理に関連した又はそれらによって悪化したすべての原因によるものをいう。ただし、不慮又は偶発の原因によるものを除く。
2) 妊産婦死亡率は、年間妊産婦死亡数の累計(平成14~23年)を年間出産数(出生数+妊娠満12週以後の死産数)の累計(平成14~23年)で割ったもの(出産十萬対)である。

(厚生労働省人口動態統計の特別集計を基に母子保健課にて作成)

表1は不妊治療を受けた、あるいは受けている人を対象に調査した妊娠率・生産率（出産率）・流産率である。ここでいう「妊娠率」は、体外受精や顕微授精は含まれず、「人工授精を受けて妊娠した人数／人工授精を受けた人の総数」で表されている。

表1の通り、25歳の若さでも妊娠率は約25%、生産率となると約20%と低い。そもそも、不妊症ではない若い男女が排卵期に合わせて、避妊具なしに性交渉した場合でも、妊娠率は約20~30%に過ぎないのだ。これ以上の確率を謳った病院の受診やサプリメントの服用は重々注意すべきである。

ここで改めて妊娠に至るまでの過程を述べる。膈内で射精された1億~3億の精子のうち、子宮までたどり着けるのはたった60匹。精子が子宮にいられるのは3~5日間であり、それを過ぎれば無条件に死滅する。子宮にたどり着いた60匹のうち、一番早く卵子に辿りついた精子が卵子と受精、細部分裂を繰り返して胚になる。胚が子宮に根を下ろし（着床し）、胎盤が出来て初めて妊娠が認められ、胚が大きくなっていけば無事出産となる。これらの過程のどこかひとつでも不備があれば、子どもは生まれない。精子の通り道が詰まっていて、精子と卵子が出会えなかったり、胚が子宮に留まらず、落ちてしまったりなど様々だ。

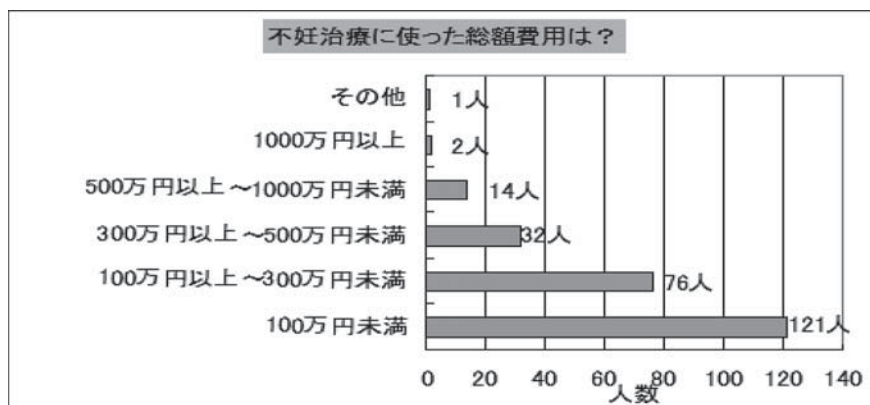
表1に戻ろう。年を重ねるにつれ、妊娠率・出産率は下がる一方で、流産率は上がり続けている。これには卵子の老化が大きく関わっている。そもそも女性の卵子は、母親の子宮にいるときの600万個が最高値であり、その後は減り続けるばかりで増えることはない。思春期には50~60万個となり、その後も月に約1000個（日に30~40個）の卵子が減少していく。35歳を過ぎると2万5000個しか残っていないのだ。

精子のように新しく作り出されるのではなく、ただ「保管」されているだけの卵子は、年齢とともに老化していく。いくらアンチエイジングで見た目を若くしても、また身体を鍛えたとしても、30歳なら卵子も30歳、40歳なら卵子も40歳であり、確実に老化するのである。そのような卵子ではそもそも受精しにくく、仮に受精しても正常な細胞分裂が起きづらい。なんらかの染色体異常やダウン症児が生まれる可能性が、高齢出産になればなるほど高くなる。障害児が生まれる前に「自然淘汰」という形で、流産する確率も高く、妊産婦自身が亡くなるケースも年齢とともに上がっていく。（表2・3）

40代の芸能人が出産したというニュースを見ると、「あの人が産めたのだから自分もまだ大丈夫」と勘違いしがちだ。あるいは、「不妊治療をすれば妊娠できるんだ」と安易に考える人も少なくない。しかし実際には、25歳で人工授精した場合でも20%前後の確率しかなく、妊娠はしても流産を繰り返す不育症、妊娠中や出産中における母子の死亡など、現代医学においてもなお、命を授かり、生み出すことは容易ではないのである。

そもそも、高齢による妊娠力の低下を「治療」の対象とし、「不妊治療」という名称で呼ぶことに問題がある。「治療」とは、なにか悪いところや疾患を取り除くために行われるものであり、老化という自然の摂理によって生じた「妊娠のしづらさ」には、本来、当てはまらない。老化を「治療」で止めることは不可能である。しかし現実には、「女性は妊娠して出産するのが当たり前」と多くの人が考えており、その当たり前から逸脱した「不妊」は、疾患として扱われ、「治療」の対象になっているに過ぎないのだ。

【表4】



NPO 法人 Fine「不妊治療・経済的な負担を考える」不妊治療環境向上アンケート結果より 2005年

また、確率の問題だけでもない。表4は、不妊治療そのものに要した総額費用である。不妊治療を行っている病院は都心部に集中しているため、そこに行くまでの交通費や、妊娠しやすい健康な体作りを目指して使われた漢方やお灸、健康食品といった費用は計上されておらず、実際にはもっと多くの出費があると推測される。助成金があるとは言っても、夫婦の年収により対象外になったり、治療内容や治療病院の指定などがあつたりと、制度内容に不満を訴える人も少なくない。仮に1000万円を不妊治療に投じて、妊娠・出産できるという確実な保証はなく、金銭的、精神的にどこまで続けられるかといった点が問題だ。「不妊治療を受ければ赤ちゃんが出来る」というのは、大きな間違いなのである。

これらの事実を正しく認識している女性は少ない。名古屋市立大学病院の杉浦真弓教授らによるアンケート調査「未婚女性の妊娠に関する意識調査（H22年度）」によると、未婚女性の95.5%が結婚を希望、91%がいつか子どもを持ちたいと考えていたが、不妊症、流産の頻度を正確に把握していたのはたったの10.5%であった。さらに「あなたはいくつまで自然に妊娠できると思うか」という質問に対し、約37%の女性が「45～60歳」と回答。いかに正しい知識が伝わっていないかが浮き彫りになったのである。

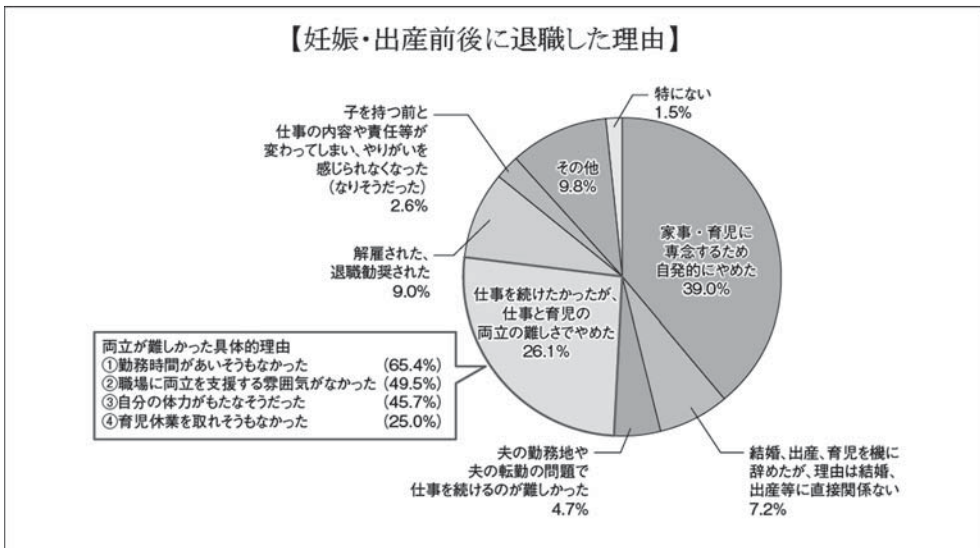
2. 晩婚化と晩産化の要因

【表 5】



資料：厚生労働省「人口動態統計」

【表 6】



資料：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「両立支援に係る諸問題に関する総合的調査研究」（厚生労働省委託）（2008年）

そもそもなぜ「不妊症患者」は増えているのか。要因のひとつに晩婚化、晩産化が挙げられる。厚生労働省「平均初婚年齢と母親の平均出生時年齢の年次推移」によると、第一子出産時の女性の平均年齢は、1980年が26.4歳であるのに対し、2013年には30.4歳、表にはないが2014年には30.6歳となり、年々上昇傾向にある。35歳以上の女性が第一子を出産する件数も増えつづけ、2014年では全体の約20%を占め

る結果となった。(厚生労働省 H 26 年人口動態統計月報年計(概数)の概況より計算)

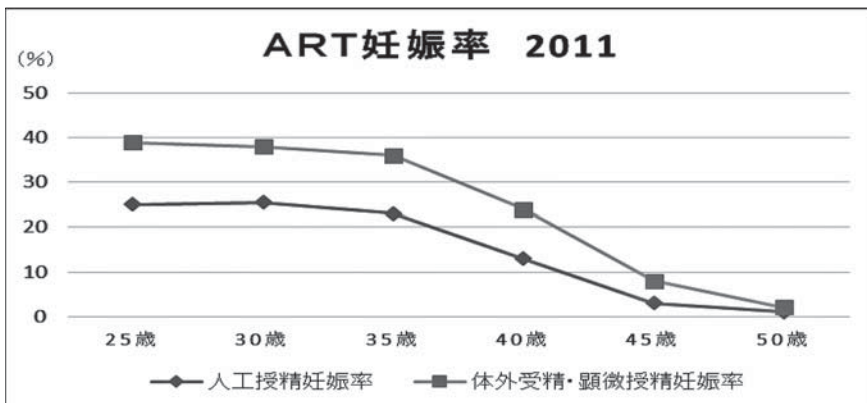
このような晩婚化、晩産化の背景には、女性の社会進出が挙げられる。男女平等が謳われていても、未だ女性は結婚したら退職するもの、出産したら退職するものといった考えは根強い。厚生労働省の「平成 25 年版働く女性の実情」では、妊娠・出産等を理由に不利益扱いに遭ったとして、紛争解決援助の申し出が、232 件報告されている。これは全体の 46% にも上るが、報告をせず涙を飲んだ女性も含めれば、もっと多くの数が報告されるだろう。また、出産する一年前に仕事をしていた女性のうち、出産前後に仕事をやめた割合は 54.1% にも上る。

表 6 のように退職理由は様々だ。出産時は退職しなくても、産後休暇や育児休暇が取りにくい会社と子育てとの両立は厳しく、退職せざるを得ない場合もある。女性のプライベートな選択で受ける不当な扱いは、仕事を楽しみ、やりがいを感じている女性にとって、結婚や出産を意識的、あるいは無意識的に遅らせる要因にもなっている。

つまり晩婚化や晩産化は、当人だけの問題ではなく、社会全体が結婚しやすい、生きやすい環境に変わらなければ食い止められないと言える。国が税金を投入して「合コン」を開き、男女に出会いの場を与えることも晩婚化や少子化対策になるのかも知れないが、それよりも前に、結婚したい相手がいる女性や、子どもを産みたいと思っている女性が、「今だ」と思えるタイミングで実行できるだけの社会的なサポートを充実させる必要がある。

3. 不妊治療の副作用と倫理観

【表 7】



一昔前に比べ、テレビやニュースなどで不妊や不妊治療という言葉をよく耳にするようになり、本屋に行けば、不妊や妊活(にんかつ:妊娠活動の略)を紹介した書籍や雑誌がたくさん並べられている。若ければ不妊症にならない、高齢だったら必ず不妊症になるというのではなく、若い不妊症患者がいる一方で 45 歳を過ぎても自然妊娠する場合もある。しかし一般的には不妊症の原因として、晩婚化、晩産化による高齢出産が挙げられ、ほかには環境ホルモンなどの汚染物質による精子の減少や女性の子宮内膜症の増加、過労、ストレスなど様々な説があり、それらが複雑に交錯しあっていると考えられているが、確実に言えることは、不妊はもはや、ひとつのビジネスにもなっているということだ。

「不妊＝ビジネス」になっている現状において注意すべきは、不妊治療の情報が概ね、治療費用や治療方法、妊娠確率に言及し、その副作用についてはあまり述べられていないことである。医師は不妊治療の前に、きちんとインフォームドコンセントを行う必要性があり、また不妊患者も、ただ闇雲に医師の指示通りにするのではなく、自身でメリット・デメリットを考えながら、治療を始めるべきである。しかし現実には、一人の医師が一日に100人以上の患者を診察しなければならないこともあり、不妊治療における正しい妊娠率や流産率、リスクなどのエビデンスを開示したり、患者が納得出来るインフォームドコンセントを行えなかったりする。患者もまた、自身が不妊である事実になかなか向き合えず、自身でメリット・デメリットを考えたり調べたりする心の余裕がない。すぎる思いで不妊治療を依頼し、さり気なく副作用について医師に尋ねたら、『私は好きでこんな治療をしているわけではない。いつやめてもいいですよ』『治療を選ぶか、赤ちゃんをあきらめるか、どちらかですよ』などと言われれば、それ以上聞けなくなる。医師の絶対的優位の元、患者のストレスや不安は増幅し、さらに妊娠しづらい身体になっていくのである。(黒田優佳子著『不妊治療最前線 男性不妊の闇に挑む』文芸社2006)(荒木晃子著『A子と不妊治療 日本初の不妊治療医療過誤訴訟を経て』晃洋書房2012)

不妊治療を経て出産し、子どもを授かる人がいるその裏に、身体を壊し、子どもを諦めた多くの女性がいます。いつ治療を始めるかと同じくらい、どの治療をどれくらい続けるか、いつ治療を終わらせるかなども、夫婦で話し合うべき大切な課題である。それを考えるひとつの指標として、不妊治療の副作用に着目したい。

【排卵誘発剤】

目的	<ul style="list-style-type: none"> ◆無月経の誘発 ◆月に1個の排卵を複数にすることで、妊娠率を高める
副作用	<ul style="list-style-type: none"> ◆多胎妊娠→双子や三つ子、四つ子が生まれる可能性が高く、早産や未熟児、妊娠高血圧症候群などにより、母子ともに命の危険がある ◆卵巣過剰症候群→卵巣が腫れ、肝機能や腎機能の低下などを引き、重症になると肝障害、呼吸不全、最悪の場合死に至る ◆子宮内膜が薄くなる→受精卵が着床しづらくなる ◆子宮頸管粘液が少なくなる→卵子と精子が出会いにくくなる ◆その他→頭痛、嘔吐、疲労感、食欲不振など

【排卵抑制剤】

目的	◆排卵誘発剤で成熟した卵胞が、採卵前に排卵しないように抑制する
副作用	◆不正出血、骨粗しょう症、肩こり、ほてりなど

【採卵】

目的	◆体外から小さな針で卵胞を刺して取り出し、体外で受精させる
副作用	<ul style="list-style-type: none"> ◆腹腔内出血や膀胱出血→血圧低下や冷汗などのショック症状 ◆膣内に細菌が入り、感染→発熱や腹痛 ◆採卵時の麻酔による吐き気、頭痛、のどの痛みなど

「精子と同じく、卵子も日々新しく作られていくもの」と勘違いしている人は多い。先述の通り、生ま

れてきた時点が卵子数のピークであり、その後減少するばかりで、増えることはない。排卵誘発剤を使うことで、卵子が増えるというのは間違いだ。本来なら来月、あるいは来年など、未来のどこかの時点で排卵されるべき卵子を、前借りしているに過ぎず、排卵誘発剤を投与し続ければ続けるほど、倉庫にあるはずの卵子が底をついてしまう。倉庫に卵子がなくなれば、排卵誘発剤を投与しても卵子は採取できない。

また、上記以外にも治療方法や処方される薬は様々だ。男性も女性と同じ薬を処方されることがある。たとえば、排卵誘発剤のひとつであるクロミッドは、男性が服用すると精子の数や活動率を上げる効果がある反面、副作用として体重増加、便秘、肝機能障害が挙げられる。また、不妊治療の薬に限った話ではないが、ある特定の成分に拒絶反応が出るスティーブンス・ジョンソン症候群を患うと、全身の皮膚や粘膜がただれ、失明、最悪の場合、死に至るという恐ろしい副作用もある。

男性に不妊原因があり、女性には不妊原因が見つけれない場合でも、排卵誘発剤などを投与されるのは女性である。女性自身に子どもを望む強い意思があれば、男性不妊も受け止めた上で、治療に臨むことも出来るだろうが、周囲からの圧力、とりわけ夫の両親からの執拗なアプローチのため仕方なく治療しているとしたらどうだろう。自分が納得していない治療で副作用が出ては、新しい命どころか今ある自分の命さえ危ういのである。

頭痛や疲労感も侮れない。重度になれば日常生活や社会生活を脅かし、仕事に行く力をも失わせてしまう。高齢であればあるほど、副作用は体に響く。また、育児休暇はあっても「不妊治療休暇」はないので、度々仕事を休んで治療に行くのは、職場での居心地が良くないとして、男女共に退職したり、夜勤の多い仕事に転職（昼間に不妊治療の病院に行くため）したりすることも多い。NPO 法人 Fine の調査では、「治療との両立が難しく、退職や休職をした人」は全体の約 40% にも上っている。（「仕事と治療の両立についてのアンケート」2014 年より）

「今の年齢で出産して、子育ては十分に出来るのか」と、出産してからのことも考慮しなければならない。仮に 50 歳で出産したら、子どもが成人するときには 70 歳だ。そのころには、育児にプラスして、両親の介護という、「ダブルケア」の問題が出てくるかもしれないし、自分自身やパートナーが老いにより、健康を損なう可能性も出てくる。

卵子を体内から取り出せるようになり、体外受精や顕微授精が可能となったが、それらもまた大きなリスクをはらんでいる。どの受精卵を体内に戻すのか、あるいは廃棄するかという選択は、「命の選別」ではないかという倫理観の問題や、髪の毛の十分の一以下の細かい針であっても、それを卵子に指して精子を注入することは、DNA の破壊や染色体異常の要因になっているのではないかといった指摘だ。不妊治療を受ける夫婦の副作用やリスクが、生まれてくる子どもにどんな影響を与えるのかは、生まれてきて成長する過程でしか分からない。何か病気を発症したとしても、その病気と不妊治療との因果関係を証明するためには、多くの被験者が必要だ。未だ、そのような大規模で長期的な調査は行われていない。

4. 必要なことは「不妊治療」よりも「不妊予防」

衆議院議員の野田聖子さんは、長年の不妊治療の末、代理母出産で子どもに恵まれた。自身を含め多くの女性は、妊娠や出産に関する知識がなく、子作りに出遅れてしまった『出遅れ不妊』だと表現している。「小学校や中学校、高校の授業で、一般的な妊娠、出産の是正年齢を教わりましたか？『出遅れ不妊』

は、女性が妊娠と出産について誰からも教えてもらえないということから始まっているのです。学校できちんと、女性の体のメカニズムを、一般論でもいいから教わっていれば、人生計画が変わっていたと思います」とも発言し、学校教育に言及している。(週刊現代編集部編『本当は怖い高齢出産』講談社 2013)

同様に、生殖工学博士である香川則子氏は著書『私、いつまで産めますか？ 卵子のプロと考えるウミドキと凍結保存』(WAVE 出版 2015)の中で、生殖可能年齢には限りがあるという事実を、学校教育でまったく触れられていないとし、「いつまで産めるの?」「何歳までなら安全に産めるの?」という基本的な知識がないということは、「働きながらいつ産んだらいいのか?」というプランが立てられないことだと述べている。

確かに、妊娠や出産に適した時期があることを、きちんと知っている人と知らない人とは、人生プランの在り方が変わるだろう。前者ならば、今が妊娠に適していると知っているが、それでも今は仕事を頑張りたいんだと、自分で自分の人生を積極的、肯定的にプランニングすることが出来る。一方、後者では、そうした積極的、肯定的にプランニングする機会がそもそも与えられていないことになる。ある不妊治療中の女性は、「卵子の老化のことをもっと早く知っていたら、夫婦間で話し合っていたのに」と語っている。(週刊現代編集部編『本当は怖い高齢出産』講談社 2013)

夫婦間で話し合う内容は様々だ。結婚してからの数年間は夫婦だけの時間を楽しもうと、性交渉の際に避妊具を使う夫婦もいるが、自分の年齢と出産適齢期を照らし合わせてみたら、そんな悠長なことをしている時間はなかった夫婦も多い。仮に、不妊治療を受けるなら、何をどこまで頑張るか。金銭面や健康面も考慮して考えなければならない。不妊治療中も、年を重ねていく。どんどん妊娠しにくくなる。月に1度しかない排卵期に着床しなければ、また来月頑張ることになる。多くても、年に12回しかないチャンスなのだ。

不妊治療当初から、45歳の妊娠率は5%もないという数字をきちんと理解していたら、人工授精で時間を費やすことなく、より確率の高い体外受精を選択するカップルもいるだろうし、そもそも不妊治療にお金を投じなかったかも知れない。養子縁組やふたりで生きるという選択肢を、「不妊治療でダメだったので、消去法で仕方なく」ではなく、積極的に選択出来るだけの知識も同様に必要である。特別養子縁組なら尚のこと、厳しい年齢制限がある。年を重ねてから「不妊治療を始める前に妊娠率や養子について知っていたら、特別養子縁組という道を選んだかも知れないのに、今となっては年齢制限で申し込みできない」と嘆いても遅いのである。

以上のことより、国は(1)妊娠や出産に関する正しい知識を得る機会を国民に与え、(2)不妊治療における妊娠率や副作用、リスクについて、きちんと伝えることが出来、また夫婦が悩みを相談する機関を作ることが急務だと言える。「不妊治療」よりも「不妊予防」に力を注ぐことで、出産適齢期を意識始める女性が増え、出産休暇や育児休暇を気兼ねなく取得できる環境が整えば、高齢出産は低くなる。そうすれば、現在、不妊治療費助成制度で使われる年間約170億円以上の財源(市区町村独自の補助金制度は含まない)をほかに回すことが出来、かつ、安倍内閣が掲げる希望出生率1.8%にも貢献出来るだろう。

特に(1)においては、学校教育、とりわけ「性教育の改革」が必要だ。学校における性教育では、避妊具の着用、中絶や感染症のリスクが重要視され、卵子老化や男性不妊、高齢出産の危険性について触れられることは少ない。

しかし、文科省では今年(2015年)大きな動きがあった。文部科学省学校健康教育課が編集、作成した高校生用「健康な生活を送るために(平成27年度版)」が第二次改訂され、ここには、「19 家族社会 20 妊娠出産」の項目に、不妊治療や高齢出産に関する記述があるのだ。

「近年は女性の社会進出が進み、男女の区別なく重要な役割を担う時代になってきました。そのため、仕事と結婚、妊娠、出産の時期が重なる場合が増えています。結婚や出産は個人の自由な選択であることが基本ですが、妊娠・出産には適した時期があることを覚えておきましょう」という内容から始まる、わずか4頁の記述ではあるものの、ないのとあるのとでは雲泥の差である。教師や外部講師は、生徒たちが他人事ではなく自分のこととして受け止め、自分の人生プランについて考えられる機会となるよう、適切に指導することが必要だ。

社会全体の生殖知識の乏しさを憂い、個人的に活動を行う人もいる。熊本県の泌尿器科の医師、池田稔さんは、中学生や高校生に男性の精巣について説明する講演を行っている。「生徒たちには早いのでは」という意見もあるが、早いうちに異常に気付くことで治療できるケースも多いことから、こうした取り組みを行っている。(NHK「不妊社会」2013.4.5放送)

今後は、民間教科書においても、不妊や高齢出産をテーマにした記述を載せることと、高校生向けだけでなく、中学生向けにも仕事や結婚、妊娠、出産について、考える機会を持たせることが重要である。中学生にも、将来のことは見据えて、キャリア教育を進めている現代教育においては尚更だ。結婚や妊娠、出産は、仕事と切っても切り離せない。自分のキャリアや仕事を考えるためにも、プライベートをどう生きるかを考えることが、より良い未来に繋がっていくのである。

第3節 AID を主にした第三者が関わる生殖医療の課題に向けた取り組み

1. 社会的資源を増やす

(1) 男性不妊治療の専門医の育成

男性不妊専門の医師不足は深刻な問題である。日本生殖医学会によると、生殖医療専門医が467人に対し、男性不妊専門医は41人しかいない。男性不妊専門医が住まいの近くにいない場合は、男性不妊専門医ではない医師を受診することになる。

「精子が弱いから体外受精でやっ払いこう」と告げられたある夫婦は、何度も体外受精を試みるも受精せず、思い悩んでいた。一縷の望みをかけて遠くの男性不妊専門医を訪ね診てもらったところ、実際は「閉塞性無精子症」(精子の通り道が、なんらかの理由で閉塞している状態)と判明。閉塞している部分を手術で取り除いたら、夫婦は自然妊娠で赤ちゃんを授かったのである。(NHK『ハートネットTV 男性不妊症』2012.7.16放送)

もし夫婦が男性不妊専門医の元を訪れなかったとしたら、そのまま体外受精を繰り返し、最終的にはAIDを選択した可能性がある。この事例から分かることは、過去にも誤診により、AIDを選択せざるを得なくなった夫婦がいたかもしれないということだ。これは大問題である。女性不妊に関する知識や技術は高いものの、男性不妊に関してはまだまだ乏しいのが現状だ。国として男性不妊治療の専門医を育成

し、男女の不妊原因を明らかにすることは、夫婦の子どもが欲しいという気持ちを尊重する上でも、急務なのである。

(2) 不妊専門カウンセラーの育成

男性不妊のひとつである「非閉塞性無精子症」は、精子を作る機能に障害があり、精液の中に精子が見当たらないという症状だ。このような場合、精巣を切開し、精巣内にある精子を採取して体外受精を試みる。この手術を TESS（テセ）というが、これらの知識を知らないカウンセラーは多い。『不妊 赤ちゃんが欲しい』（家田荘子 幻冬舎 2007）でインタビューに答えた Y さんは、夫の不妊治療や今後の夫婦の在り方などについて、カウンセラーに相談するも、カウンセラーからは「すみません。TESS ってなんですか」と質問されたという。TESS も知らないカウンセラーなら、不妊や不妊治療に関しての知識もないだろうし、気持ちも分かってもらえないだろうと、Y さんは相談する気持ちがなくなってしまった。

山形大学医学部看護学科教授 森岡由起子氏は、国内で生殖補助医療を行っている施設に、不妊カウンセリングについての調査を行い、『不妊カウンセリングをするにあたってのアセスメントと技法選択について（2006）』を発表した。不妊カウンセリング担当者のうち、23% が不妊カウンセラーの資格を持っておらず、大体の施設が 1 施設 1 人という脆弱な体制であった。また、不妊カウンセリングの時間は 1 回 30～60 分が 56.3% を占めており、これでは不妊治療のガイダンス程度しか話が出来ず、心理的支援を含めたカウンセリングは難しい。一方、不妊カウンセリングをするにあたって今より専門的な遺伝子学的知識が必要だと感じている施設は 73% に上っているが、人材が確保できないため、資格のない者が不妊カウンセリングをしていたり、短いカウンセリング時間になったりするという。

気兼ねなく「不妊」について話せ、多方面にわたる専門的な知識を有する人がいることは、不妊患者の心の支えになる。不妊カウンセラーを充実し、よりより治療が出来るようにするのも重要である。

2. 法律で子どもの福祉を守る

(1) AID によって生じる権利と義務

法律化にあたって注目すべき点は、①AID は合法か、禁止か②精子提供者の匿名性をどうするか③AID の利用者は誰なのかの 2 点に加え、近年、新しく課題となったのが、④AID の利用者は誰なのかである。詳しく下記に述べていきたい。

①AID は合法か、禁止か

第三者からの精子提供を受けて子どもを授かるというこの方法を、一部の学者や医師、AID 児当事者からは「国内禁止」という声も上がっているが、現実的には成り難いだろう。その理由は下記の通りである。

◆国内で 60 年以上続いている技術であり、AID により子どもを授かった家族は一万人を超え、問題はありながらも、一定の幸福を得ている事実があること。（AID で子どもを授かった夫婦のうち、今後も AID という技術があるべきだと思う人の割合は約 95% 久慈直昭「精子提供により子どもを得た日本人夫婦の告知に関する意見」2012 年より）

- ◆今、目の前で苦しんでいる不妊治療患者の手助けをしたいと願う学者や医師がいること。
- ◆アメリカ、イギリス、フランス、韓国など、主要で身近な国のどこもが AID を合法としており、国内禁止にしたならば、海外で施術してしまい、今よりも提供者の特定が困難になること。
- ◆国内禁止にすると、闇ルートが暗躍し、今よりも提供者の特定が困難になること。また、金銭トラブルが起きたり、身体に悪影響のある精子が取引される危険性があったりすること。
- ◆すでに AID 児として生きている人たちが、国内禁止にすることで、「禁止となるような方法で生まれた子」というレッテルを貼られ、差別や偏見を生む可能性があること。
- ◆厚生労働省の『一般国民の生殖医療に対する意識調査』（1992・2003）で、「第三者提供を用いた不妊治療を認めてよい・条件付きで認めてよい」と答えた人が、約 6 割という結果が出ており、第三者提供の不妊治療は一定の市民権を得ていること。

以上より、「AID 禁止」という動きよりも、AID 技術でしか子どもを授かること出来なかった事実や夫婦の決意を受け止め、社会的に AID 夫婦を「サポートする」ほうが得策だと考える。よって、AID は合法と結論付ける。ただし、AID を推奨するものではなく、あくまで AID 施術可能という程度であることを附しておく。

②提供者の匿名性廃止

提供者の匿名性は廃止されるべきだと考える。理由は、1) 遺伝上の不安の軽減、解消 2) 近親婚の回避 3) アイデンティティ確立のためである。「遺伝上の父親は、どこの誰で、何が好きで何が嫌いか」「なぜ提供しようと思ったのか」「直接会って話をしてみたい」「ほかにも異母兄弟がいるのなら会ってみたい」そう思う気持ちは、理屈で説明できるものではなく、自然な感情である。

「人権」という側面から見ても、匿名性廃止が有益である。たとえば子どもの権利条約 7 条 1 項に、「児童は、出生の後直ちに登録される。児童は、出生の時から氏名を有する権利及び国籍を取得する権利を有するものとし、また、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。」とあり、遺伝的なつながりを持つ父母について知る権利がある。あるいは、日本国憲法のひとつである生存権 25 条 2 項には「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」とある。『福祉』とは「しあわせ」や「ゆたかさ」を意味するが、遺伝上の父親が分からないままの AID 児に、その点においての「しあわせ」や「ゆたかさ」があるとは言い難い。AID の人権を守る、そして福祉の充実のため、提供者の匿名性は必須なのである。下記に具体的な法律案を述べる。

法律案

- ◆AID でしか子を授かることが出来ないという医学的根拠付きで AID を合法とする
- ◆戸籍に「AID による出産」と記載し、子が自己の出自を明らかにできるようにする
- ◆精子提供者の匿名性を廃止し、情報を登録できる人だけが精子提供者となれる。当然、AID 児と精子提供者に法的な関わりはなく、養育義務もなければ遺産相続の権利もない。
- ◆AID 児が 15 歳になれば、精子提供者についての情報を知り得ることが出来る
- ◆15 歳未満であっても、親の同意とカウンセリングの結果、精子提供者のことを知っても情緒の不安定などが起きないと判断される場合は、情報を知り得る権利がある
- ◆精子提供者が提供した相手の家族や AID 児について知る権利はない

《法律案》

オーストラリア・ビクトリア州では提供者もアクセス権を持っていたが、日本では、アクセス権を持つのは夫婦と AID 児のみで、提供者からのアクセスは禁止とする。夫婦の真実告知の心構えやタイミングを、提供者のアクセスにより急かされることや、両親以外の者から出生の事実を聞かされるのは、好ましくないと考えるからだ。AID 児の年齢を 15 歳としたのは、厚生科学審議会生殖補助医療部会が 2003 年に発表した報告書を参考にした。自分の出自について出来るだけ早く知ることは、AID 児の将来の選択につながると考える。

精子提供者の匿名性を廃止しても、アクセス権を夫婦と AID 児のみにしてしまうと、「出生の事実」を親が隠せてしまうということは、スウェーデンやオーストラリア・ビクトリア州の事例の通りである。提供者のアクセス権を無くす代わりに、出生届と戸籍に AID で生まれた記載をすれば、AID 児本人が出生を確認することが出来る。

さらに今後、マイナンバー制度が有効に運用されれば、いつ・どこで・誰が・どの病院を受診したかが把握できるようになり、AID を実施した病院と出産した病院が分かる。AID 児が成長する過程で利用する病院と、AID 実施病院との連携が出来れば、遺伝病についても把握できる。また、オーストラリア・ビクトリア州の ITA のような、AID 児とその家族、精子提供者の情報を総括する機関も必要だ。

(2) AID を利用する権利と義務

AID の利用者は、男性不妊を有する男女の夫婦だと考えられがちだが、すでに現実の社会では、男女の夫婦の利用にとどまらない。今までは、「AID は合法か禁止か」、「代理母出産は合法か禁止か」など、「何を」法律で規制するかが焦点であったが、これからは、その生殖補助医療を「誰が」利用するののかといった点にも注目して、法律化へ向けた審議を重ねる必要がある。下記に、その「誰」に当たる立場の人について記述する。

①シングルマザーとレズビアンカップルの利用

先述のオーストラリア・ビクトリア州で制定された法律は、あくまで既婚している男女の夫婦にのみ適応され、シングル女性やレズビアンカップルの AID は認められていなかった。日本においても同様で、2003 年の厚生科学審議会生殖補助医療部会によって取りまとめられた報告書では、AID は法律上の夫婦に限るとされている。

しかし、2008 年 12 月、ビクトリア州は考えを 180 度変えることになる。シングル女性やレズビアン

カップルが AID を利用することを認める法案が可決されたのだ。その背景には2つの裁判がある。下記にその裁判の概要について述べる。

【マクベイン裁判】2000年7月28日判決

AID で子どもを望むシングル女性（M 氏）の代わりに、マクベイン医師が起こした裁判。州法「1995 年法」に記載されている『不妊治療を受ける女性は既婚でなければならない』という一文は、女性を既婚か未婚かで差別しており、連邦法「性差別禁止法」に違反するとして訴えた。この2つの法律の矛盾を受けて裁判所は、州法よりも連邦法の方が、権力が強いので、州法のこの一文は無効であり、マクベイン医師は M 氏に AID 治療を提供する自由を持つと判決を下した。判決の翌日、シングル女性の勝訴としてオーストラリア中のニュースとなった。

【パトリック事件】2002年4月5日判決 ※名前はすべて仮名

1997年10月、レズビアンカップル（母となる女性をエマ、その女性のパートナーをリリーとする）が、知り合いだったゲイ男性（ジャック）に精子提供を依頼。1999年にエマは妊娠、パトリック（男児）を出産した。出産後、パトリックとの関わり方について、エマとジャックは衝突。エマは、ジャックをパトリックから遠ざけようとしたが、一方で、ジャックはパトリックの「父親」でありたいと望んだ。

1999年10月、エマはジャックの父親申し立てを却下するよう家庭裁判所に求めた。しかし、それは認められず、裁判官は、「子どもは、同性愛の家族の中でも幸せに育てられることは紛れもない事実」と、同性愛を否定することはなかったが、一方で「パトリックにとって愛情のある母が2人、父が1人いたほうがよい」とし、ジャックを父親として認めたのである。この判決を受けたエマは、「エマとリリー、そしてパトリックの関係性には、『父』の居場所などない」と発言し、2002年8月1日、メルボルンの自宅でパトリックを殺害し、自らも自殺するという道を選んだ。

パトリック事件で大きな矛盾を感じるののは、異性愛夫婦であれば、精子提供者を匿名にし、提供者の存在を消し去ることで「家庭を守る」ことが良いとされるのに対し、レズビアンカップルの場合、精子提供者が名乗り出て、共存することで「家族を守る」とする考え方に変わる点である。血の繋がりより、「父親」と「母親」がいるという状態こそが、子どもにとっては何よりベストであるという固定観念が働いていると思われる。

お茶の水女子大学院で研究員をしている南貴子氏は、「彼らの発言にはシングル女性、レズビアン女性に対する明らかな差別発言は見られないが、父が必要という主張の裏には、シングル女性やレズビアン女性は良い親にはなれない、というステレオタイプ化された意識が隠されているように思える」と述べている。（南貴子『人工授精におけるドナーの匿名性廃止と家族—オーストラリア・ビクトリア州の事例を中心に—』風間書房 2010）

また、今回の事件についてマクベイン医師は、「もし、AID にかかる法的な保障が、レズビアンカップルにも適応されていたとしたら、エマとリリーは合法的な提供精子にアクセスし、パトリック事件のような悲惨な事件は起きなかつたらう」と語り、パトリック事件を担当した裁判官も、「異性愛家族が受けることのできるカウンセリングやサポートを、レズビアンやゲイにまで広げるべき」と発言している。

一方、シングル女性やレズビアンカップルが AID をし、子どもを授かることは、子どもの「父親を持つ権利」を侵害しており、意図的に父親がいない世界に連れ込むことは、ほとんど子どもへのネグレクトのようなものだとする反対意見もあった。様々な意見が交錯する中、ビクトリア州は、シングル女性やレズビアンカップル、そしてその子どもを守るため、2004年8月、彼らにも AID 利用を認め、自身や提供

者の情報を ITA へ登録するよう義務付けたのである。この決定は、シングル女性やレズビアンカップルへの差別が完全になくなったことを意味するものではなく、また、彼らによる AID の利用を「推奨する」ものではない。悲惨な事件を繰り返さないよう、万が一のため、保証をつけたという認識のほうがいいだろう。ともあれ、この法律により、シングル女性やレズビアンカップルも、異性愛者の夫婦と同じ権利と義務を保有することになった。精子提供者は AID 児に対する後見権を失うと同時に、AID 児やその母親からのいかなる経済的要求からも保護されるのだ。

②性同一性障害者の利用

多くの人は、体と心の性が一致しており、「性同一」つまり、「ジェンダー・アイデンティティ」が確立され、揺らぐことがない。「自分は女として生まれ、女として生き、それに違和感を覚えたことなどない」というのが大多数の人が無意識に感じていることである。

一方で、「性同一性障害」とは、体と心の性が一致していない状態を指す。法律では、「生物学的には性別が明らかであるにもかかわらず、心理的にはそれとは別の性別であるとの持続的な確信を持ち、かつ、自己を身体的及び社会的に他の性別に適合させようとする意思を有する者」と定義している。（性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律より）

たとえば、「自分は女性として生まれたが、心は男性であり、体と心の性が異なっていることに長い間、違和感を覚えている。心の性別である男性として、社会で生きたいし、身体も男性にしたい」というものだ。日本国内には少なくとも約 5 万人存在すると言われるが、「性同一性障害」という名称は、複数の医師の診断があって初めて名乗れる、「医学的な疾患名」に過ぎず、まだ診断は受けていないけれども、性別に違和感があるという人も含めれば、相当数に上るだろう。

「性同一性障害」の診断が下り、ある一定の条件を満たすと、性別変更が認められる。体は女性で心が男性の場合、戸籍には「女性」として記載があるが、申告をして認められれば「男性」として変更がなされるのである。「性同一性障害」の「障害」という言葉になじめず、自身を表現する際には、医学的な疾患名ではなく、「トランスジェンダー（性を乗り越える）」という用語を使う人も多い。

兵庫県に住む前田良さんは、1982 年に女性として生まれ、現在は男性として生きるトランスジェンダーだ。医師から「性同一性障害」の診断が下り、条件をクリアしたのち、性別を女性から男性に変更した。2008 年には現在の妻である女性（以下：T さん）と結婚し、子どもを望むようになった。定期的に男性ホルモンを投与しているものの、前田さんには男性としての生殖機能も、女性としての生殖機能もない。「どうすれば子どもを授かれるか」そこで考えられた手段が AID だった。

前田さん夫婦は AID を施術し、2009 年、男児に恵まれた。市役所に「嫡出子」として出生届を提出しに行くも、市役所は受理を保留にし、法務省の判断を受け、「非嫡出子」として改めて届け出るように通知した。前田さんの生まれは「女性」であり、戸籍上「男性」に変更したとしても、男性としての生殖機能がないことは明らかで、生まれた男児と前田さんには遺伝的な父子関係がないことを理由に、「嫡出子」としての受理を拒んだのである。

性同一性障害ではない男女の夫婦が、AID を行うのは、男性側に生殖機能がない、もしくは、ないと断言はできないが難しい状態だからである。それは、生まれが女性である前田さんも同条件のはずだ。日

本産婦人科学会でも 2006 年に、法的に夫婦として認められていれば、性同一性障害の方にも AID は行えるとしている。しかし、前田さんの出生届は、嫡出子として受理されなかった。「男として結婚は認めたのに、父親として認めないのはおかしい」と前田さんは反発、東京家庭裁判所に不服申し立てをし、一番では却下、二審では棄却となり、裁判は最高裁まで争われた。4 年後の 2013 年 12 月、最高裁判所の裁判官 5 人のうち 3 人が「実子」と認める判断を下し、前田さんと男児はようやく法的にも「父子」となれたのである。(裁判中、同じく AID で第二子(男児)が誕生し、家族は 4 人になった)

このようなケースは近年上昇している。法務省によると、2013 年 11 月の時点で、前田さんと同じく、男性に性別変更した夫とその妻が、AID により子どもを授かったケースは 39 件あり、そのうち未確認の 1 件を除く 38 件は、戸籍上「非嫡出子」として扱われている。「嫡出子」か「非嫡出子」にこだわりがなく、「非嫡出子」で提出することを受け入れた人や「非嫡出子」には不満だったが裁判は起こさなかった人など、様々だ。裁判を起こすとなれば、費用や時間の問題があり、何より「あの子は AID で生まれた子」という事実が、世間に知れ渡れば、差別や偏見を受けるかも知れないと懸念し、裁判をしない・出来ない人もいる。

(3) まとめ

今後、マクベイン裁判やパトリック事件、性同一性障害者の嫡出子問題のような、今までは予想だにできなかった新たな課題が、生殖補助医療技術の高まりとともに増えるだろう。特に近年、渋谷区や世田谷区、宝塚市などで、「同性パートナーシップ条例」が取り組まれており、同性愛者への理解や協力を示す個人や企業も、一昔前に比べれば増えている。事件を未然に防ぐという意味でも、AID やその他の第三者が関わる生殖補助医療についての法整備を整えることが急務である。

3. テリングで誠実さを目指す

テリング (Telling) とは、日本語の「真実告知」を表し、AID 児にその出生を明かすことを意味する。いくら法律で提供者の情報を開示すると決定づけても、親からのテリングなしでは形骸化しかねない。既述の通り、法律化とテリングの両方が機能してこそ、AID 児の福祉は守られるのである。

本論文では AID、つまり精子提供や男性不妊に重点を置いて論じてきたが、今から述べるテリングは、精子提供のみならず、卵子提供、胚提供、ひいては養子縁組という、社会的な両親と子どもとの血の繋がりが半分、あるいは全くない家庭において、良好な関係を築くための有効な手段である。テリングが推奨されるのは、すべての子どもが、自身のアイデンティティを確立するために必要な情報を得る権利を持ち、遺伝病や近親婚の恐れを準備、あるいは回避するために必要だからだ。

(1) テリングの必要性を理解する

「子どもに拒否されるのではないか」という不安や恐怖から、テリングをしたくない、あるいはそもそも必要性を感じないといった夫婦の意見がある。夫婦には「話さない権利」、子どもには「知らされない権利」があるという主張も根強い。しかしそれは夫婦、あるいは夫婦サイドの自分勝手な解釈に過ぎない。「真実を知ったら子どもが動揺したり不安になったりする。傷つけるのはかわいそうだから知らせない」という思いの底をよくよく見てみれば、「子どもを傷つけるから言えない」のではなく、「自分が傷つ

くから言えない」だけなのである。

そもそも「子どもがどう思うか」ということと、「傷つく」「傷つけられる」といった感情は、全く別物である。子どもは、自分の人生を歩んでいるのであって、親の歴史や価値観を背負って生まれてくるわけではない。幼少であればあるほど、偏見や差別なく、愛する両親が話す言葉にただただ耳を傾けるだろう。言葉の意味が分からない赤ちゃんであっても、いつも自分の身近にいる温かい人が、自分に向かって真剣に話しかけていることは分かるものだ。テリングをした結果、「子どもがどう思うか」は、親の真摯な態度、子どもの年齢に応じた話し方、日々の生活の在り方によって変化する。

対して、「傷つく」「傷つけられる」といった感情は、「不妊症の自分」「AIDをした自分」を受容しきれていないが故に起こる。誰だって自分の性格上、あるいは外見上の嫌で嫌で仕方がない部分なら、人に話すことをためらい、誰かにそれを指摘されたら傷つくだろう。夫が「男性はこうあるべき」という世間の物差しで自分をはかり、「男性不妊である自分は価値がない」と思い悩んでいるとき、子どもにテリングすることは出来ない。妻も同様に、夫に気遣い、遠慮しているうちは、テリングなど到底できない。

(2) 前向きで肯定的なテリングをする

テリングはすべての工程において、前向きで肯定的で、積極的でなければならない。「あなたはAIDで生まれ、父親と血の繋がりが無い」ということを、悲観的に言われた場合と肯定的に言われた場合とでは、どちらのほうが良いだろうか。答えは明白である。泣きながら、後悔を滲ませながらテリングをしても、子どもは困るだけだ。「本当はAIDはしたくなかったんだけど仕方なく…」などと伝えたなら、子どもは「自分は仕方なく生まれた子なんだ」と思うだろう。あるいは、「AID児である自分は家族を泣かせる悪い子」だと感じ、自尊感情を下げかねない。不妊症と診断されたときの夫婦の哀しみやつらさは子どもには無関係だ。その哀しみをもって、子どもに同情してもらおう、分かってもらおうと話をしたところで、結果は逆効果なのである。

つまりテリングは、「伝えればそれでいい」というものではないのだ。伝えた後にも幾度となくいろんな質問をされるだろう。子どもが知りたいと思うことに耳を傾け、積極的に答え、前向きでいることが、子どもの安心感にもつながるのである。

以上より、テリングをするにあたっての準備をまとめる。

- ① テリングは、不妊症の事実を打ち明けることに等しい。不妊症と診断されたときにぶつかった喪失感や恥、汚名といった感情も含めて、不妊症に対する自分なりの考えを持ち、パートナーと話し合い、気持ちをひとつにすること。そして、不妊症の事実を受け止め、自分たちの選択に自信を持つこと。
- ② どのような過程でAIDを行うに至ったか、そしてその時々何を考えていたかなどについて整理し、子どもに質問されてもいいように書き出しておくこと。
- ③ 子どもに話す前に練習をすること。練習相手はパートナーや友人、子どもにとっての祖父、祖母でもいい。誰でも彼でも話す必要はないが、支援の輪を広げ、AIDについて気兼ねなく話せる人の存在は、夫婦にとっても子どもにとって大きな安心になる。

④ 年齢による子どもの発達を理解し、話す内容や言葉を選ぶこと。

テリングしたい気持ちはありながら出来ない場合もある。臨床心理学者であるダイアン・エレンサフト氏は、テリング推奨者であり、テリングを全くしない、あるいは別の機会に延期するときの理由に以下の3つを挙げている。

- I：子どもの理解能力に問題がある場合。学習面や発達面で大きな問題を抱えている子どもたちは、自分たちの出自について情報をおそらく理解できないだろう。
- II：親子の絆に問題がある場合。例えば、何らかの理由で親が子どもから長い間離れていた場合、テリングする以前に親子関係を再構築するべきである。親が別居、あるいは離婚している場合、親子関係を断ち切るための脅しの手段としてテリングを利用しては絶対にいけない。子どもが親以外の他者から出自について知らされる切迫した危険性がない限り、両親ともが同意し、感情の起伏が収まってからテリングを始めるのが理想である。
- III：子どもの家族以外に問題がある場合。もしも親族、あるいはコミュニティの人々が第三者の提供により生まれてきた子どもを否定する可能性があれば、子どもが自分の出自について誇りをもつことは困難である。これは、第三者提供の生殖医療を承認しない文化や信仰の中で育てられる子どもにも当てはまる。

(3) テリングは一生続くもの

テリングは一度きりで終わるものではなく、始まったら一生続く義務である。幼少時にはなかった質問も、子どもが大きくなる度に増えるだろう。それは子どもが、社会や友人との関わりの中で、多くの知識を得、経験を積み、理解できることが増えた証拠である。幼い頃に聞いた点と点だった話が、知識を得て線になり、遺伝的なつながりがないことが何を意味するのかを理解する。

親は子どもから「どうして精子提供を使ったの？」などと質問されたら、まるで精子提供を受けたことを責められているかのような感覚になるかもしれない。しかし、子どもには、親を傷つけようとする意図は決してなく、ただ純粋に自分のこととして、家族のこととして知りたいだけなのだ。

時に子どもは、自分の思い通りにいかないことがあると、「本当の親じゃないくせに」「本当のお父さんならきっと〇〇してくれた」などと言うこともある。そんなとき親は、怒ったり泣いたりしてはいけない。ただ毅然としていることだ。夫婦と100%血の繋がった子どもであっても反抗期になれば、「こんな家に生まれたくなかった」「〇〇さんのお父さんはしてくれるのに」などと言うものである。思い通りにいかない苛立ちを何かの形で両親にぶつけたいだけなのであるから、子どもの言葉に感情的にならず、子どもの思いに耳を傾けつつも、ダメなものはダメという姿勢が大切だ。

AID児であることは特別なことだと伝えることにも注意を払いたい。一概に間違った方法だとは言えないが、多くの子どもはただ「普通」を望むものである。「AID児として生まれた」という、子ども本人の努力で得たものではない部分で特別視されるのは、余計なプレッシャーを与えかねない。幼少期に養子縁組をされたある女性が、大人になって語ったことでは、「母親から『あなたは神様からの贈り物』と表現されて、とても苦しかった」とある。母親からすれば、この表現により愛情を伝えたかったのだと思う

が、彼女からすると、神様からの贈り物ということは、贈り物をしてくれた神様や、それを受け取った母親に対して、何か大きな借りがあるように感じたのである。

「特別視せず、普通に扱うこと」と「テリング」は、一見して矛盾しているようにも思える。なぜなら「普通に扱う」、つまり「AID 児を、AID 児ではない子どものように同等に扱う」のなら、テリングは必要なのではないかとも思えるからだ。ここで重要なのは、「普通」をどう捉えるかである。ここでいう「普通」とは、AID 児が、AID 児ではない子どもと同等に、家庭内に遺伝的な隠し事がなく、安心して暮らせることをいうのだ。

(4) 夫婦のテリングを支援する

ただ「テリングをしましょう」と言っても、何をどう始めればいいのか、分からない夫婦がほとんどだ。AID を行うにあたって病院は、夫婦に専門のカウンセラーを付け、AID 治療前から悩みや不安を軽減するよう努めたい。もちろん AID におけるメリット、デメリットも伝え、何より AID 児がどのような思いになるかを適切に伝える必要がある。

AID 児が何より憤慨しているのは、「自分が AID 児であること」というよりはむしろ、「AID 児であることを、親から伝えて貰えなかったこと」という認識を持ちたい。幼少期からテリングすることがベストだが、少なくとも思春期（子どもが自分自身を一番考え、悩む時期）までに、出生の事実を伝えるべきである。出生も含めた“自分自身”を見つめ、ときに親に怒りやもどかしさをぶつけることが出来たなら、その環境の中で、少しずつ AID という事実が、AID 児の中に溶け込んでいくだろう。

大人になってテリングされた、あるいは偶然発覚した人の多くは、AID や AID をした親に対して、自分の憤りや辛さを表現することが難しいという。「不妊」という辛い現実に向き合わなければならなかった、AID をせざるを得なかったという親の気持ちに寄り添ってしまい、本音でぶつかることが出来ないのだ。大人になってから真実を知ると、理性が働き、親に対して大きな声で怒りをぶつけることは難しい。そうして発散されない辛さや哀しさはいつまでも AID 児の心の中にあり、もがき苦しんでしまうのである。そうならないためにも、思春期までにテリングをし、AID 児が自分の心の叫びを、思う存分吐き出せる環境が必要なのである。

以下は、テリングする夫婦をサポートする一例である。

- ◆夫婦を担当する専属カウンセラーを付ける
- ◆AID 前に適切な研修、勉強会を開く
- ◆AID 前にテリングについて夫婦の考えを統一しておく
- ◆AID をした夫婦や AID 児など、当事者が集まれる機会を設ける など

(5) 子どもに正直になる

2015 年 11 月、本論文の「性同一性障害の嫡出子問題」で取り上げた前田良さんの講演会があった。講演会后、前田さんと直接お話しする機会があったので、今回の裁判について気になっていたことを伺った。下記はその時の問答である。

－ 前田さんは、匿名の第三者の精子を使ったのですか。

「いいえ。僕の弟の精子を使い、人工受精しました。弟に提供してほしいと言ってみたら、あっさり『いいよ』と言われました。長男のときは、弟は未婚だったけど、次男のときは結婚していたので、弟は『僕達にも子どもができたなら、精子提供できるけど…妻にも聞いてみて。』と言っていました。弟の奥さんに言ってみたら、そこでもやっぱりあっさり『いいよ』でした（笑）。なので、二人の息子は、どちらも、僕の弟の精子です」

－ 真実告知はする予定ですか。

「はい。ただ、僕の場合は、元々女性の身体として生まれてきたんだよというところから、話し始めないといけないので、子どもの成長に合わせて、少しずつ AID のことも話していきたいと思います」

－ もし、弟さんがいない、あるいは弟さんが精子提供を断った場合は、どうしましたか。

「たぶん、匿名の第三者の精子を使っていたと思います」

－ その場合も、血の繋がりのことは話していたと思いますか。

「はい。思います。もし子どもが、血の繋がった父親を知りたいと言ったら、子どもと一緒に一生懸命探します。無理だとわかっていても、父親として出来る限りのことはやってやりたいと思っています。『分からない』では、終わらせたくないです」

－ 性同一性障害者の AID はしないという産婦人科も多いですが、前田さんのところはどうか。

「子どもが欲しいので AID したいと言ったら、あっさり『いいよ』と言われましたね」

－ 結婚や子どもについて、ご両親は反対されなかったですか。

「なかったですね。妻の両親も理解してくれていました。AID で子どもを授かろうとしていることを話すと、『子どもを産めるなら産んだほうがいい』と言って、反対はなかったです。家族の中では、結構、とんとん拍子にいったんですよ。結婚も OK で、弟からの提供を受けられて。本当に大きな壁もなくスムーズでした。ところが、最後（※出生届のこと）にとんでもない大きい壁におち当たりました（笑）」

－ 受理されないという可能性は考えましたか。

「考えていなかったですね。あの頃は知識がなかったですから。性別を変更し、男として妻とも結婚出来たし、子どものことも認められて当然だと思っていました。だから本当、え？なんで？という感じでした」

－ AID 児ということで、差別を受ける可能性もあるかと思いますが、その点はどうか。

「何があっても守り抜きます。元女性であることや AID をしたこと、全て隠さないで言うつもりですが、それによって子どもが傷ついたとしても、その傷つきも全て受け止めるつもりです。父親ですから」

－ 「元女性」とは関係なく、AID をする人で、前田さんみたいな強さを持っている人はなかなかいないと思うのですが、なぜ前田さんはそんなに強い意志をお持ちなのですか。

「役所に反対されたから…ですかね（笑）自分の子どもが生まれる前から子どもは好きだったし、守るという気持ちは当然ありました。でも、反対されて、自分の子どもなのに、自分の子どもとして認められないなんておかしい。親子って血縁が全てじゃないんだという感情が自然と湧いてきました。弟の提供を受けていても、『自分の子ども』なんですよ。何が何でもこの裁判に勝って、子どもを守るんだって誓いました。そして、子どもに伝えたかった。「おかしい」と思ったことに対して声をあげることの大切さを。例えば裁判で負けたとしても、息子たちに『裁判では負けただけ

ど、お父さんはやれるだけのことはやったんだ。お前たちは俺の子どもだ』と伝えることができるだろうし、今回は結果が、最高な形になったので、胸をはって「勇気をだして声をあげると結果がついてくる」と話すことができます。言葉だけではなく、行動する姿を見せる事も子どもと接する、育てる大切なことだと僕は思っています。妻と子どもたちがいてくれたから頑張る事ができました。」

－ 本日はお忙しい中、有り難う御座いました。

メディアの中でしか知らなかった前田さんに、直接話をして感じたことは、前田さんは本当に正直な方だということだ。質問には嫌な顔ひとつせず、丁寧に答えてくださった。特に子どもに対しての正直さは、AID を行うにあたっては必要不可欠である。その正直さは、どこから来るのか。それは、前田さん自身が、自分自身を肯定して生きているからではないか。女性として生まれた事実や、女性から男性に性別変更をしたこと、AID で子どもを二人授かったこと、ひとつひとつの事実や選択に前田さんは胸を張って、自分の選択を自分自身で肯定し、認めているのではないか。だからこそ、子どもたちにも、自分のことを隠さず、ただありのままの自分を話せる。それこそが血の繋がりよりも大切で、「本当の家族」といえるための礎なのではないだろうか。

おわりに

本論文では、AID における法律化や生殖補助医療そのものの課題を述べるにあたって、AID だけに焦点を当てるのではなく、第3章の通り、特別養子縁組や里親、また性教育の内容を改革するといった方向からも言及し、不妊当事者自身の考え方の転換や選択肢を増やすことのメリット、これからの国政の在り方を述べた。単純に、AID を合法化し、提供者の匿名性を廃止するだけでは、テリングがきちんと行われず、AID 児の抱える悩みは解決しないことも、スウェーデンやオーストラリアの事例から明らかである。また、AID はすでに異性愛の男女のものだけでなく、これまでよりさらに複雑な家族の在り方が増えることが予想される。

2012年10月にノーベル生理学・医学賞を受賞した「iPS細胞」は、体中のほぼすべての細胞に分化出来る能力を持った幹細胞だ。2015年7月には、ヒトのiPS細胞から精子や卵子のもとになる細胞を効率よく作り出す手法が確立されている。今後、この研究が進めば、原因不明の不妊症の解明につながり、iPS細胞で作られた精子と卵子で子どもを授かることが出来るかも知れないと期待されているが、新たな生殖医療の課題になるのではという懸念もある。実際のところ、iPS細胞が実際に成熟した精子や卵子になるためには、膨大な実験結果が必要であり、そう簡単には成功しないだろう。だからと言って、法的な整備を放置しては、懸念通りの課題が浮上しかねない。実際、60年以上もの間、AIDを法制化しなかったことが、現代でも尾を引き、AID児を苦しめている事実があるのである。以上をもって、今後の国の在り方、社会の在り方としては、

- ①子どもを持つ・持たないの選択は個人に委ね、他者や国は干渉しないこと
- ②一方で、子どもが欲しいという人には、結婚しやすい・産みやすい・育てやすい環境を整えること
- ③個人が、自己の肯定的な選択のもと、自分の人生を設計できるよう、出産や育児に関する教育を徹底す

ること

- ④第三者が関わる生殖補助医療に対する法整備を行い、誕生する子どもの福祉を第一に考え、夫婦にテリングを行うようサポートし、義務付けること

これら4点を特に重視し、今後、法整備化が進むことを期待する。