

対 外 報 告

代理懐胎を中心とする生殖補助医療の課題
—社会的合意に向けて—



平成20年（2008年）4月8日

日 本 学 術 会 議

生殖補助医療の在り方検討委員会

この報告書は、日本学術会議生殖補助医療の在り方検討委員会の審議結果を
取りまとめ公表するものである。

日本学術会議生殖補助医療の在り方検討委員会

委員長	鴨下 重彦	(連携会員)	東京大学名誉教授
副委員長	町野 朔	(第一部会員)	上智大学大学院法学研究科教授
幹事	久具 宏司	(特任連携会員)	東京大学大学院医学系研究科講師
幹事	西 希代子	(特任連携会員)	上智大学法学部准教授
	櫻田 嘉章	(第一部会員)	甲南大学法科大学院教授
	辻村 みよ子	(第一部会員)	東北大学大学院法学研究科教授
	五十嵐 隆	(第二部会員)	東京大学大学院医学系研究科教授
	水田 祥代	(第二部会員)	九州大学名誉教授
	加藤 尚武	(連携会員)	京都大学名誉教授
	佐藤 やよひ	(連携会員)	関西大学法学部教授
	水野 紀子	(連携会員)	東北大学大学院法学研究科教授
	室伏 きみ子	(連携会員)	お茶の水女子大学大学院人間文化創成科学研究科/理学部教授
	吉村 泰典	(連携会員)	慶應義塾大学医学部教授
	米本 昌平	(連携会員)	東京大学先端科学技術研究センター 特任教授

上席学術調査員 阪埜 浩司

慶應義塾大学医学部専任講師

要 旨

1 作成の背景

生殖補助医療の在り方、生殖補助医療により出生した子の法律上の取り扱いについては、従来から多くの議論が提起されている。さらに、近年、子の出生届の受理をめぐる裁判、医師による施術実施の公表などにより、代理懐胎についての明確な方向付けを行うべきという国民の声が高まってきている。

これらの状況を踏まえて、法務大臣及び厚生労働大臣から連名で日本学術会議会長に対して、生殖補助医療をめぐる諸問題に関する審議の依頼があったことから、慎重な審議を経て本報告書を取りまとめた。

2 現状及び問題点

我が国においては、代理懐胎の実態が客観的に把握されておらず、医学的安全性、確実性、生まれた子への長期に渡る影響などは不明である。一方で、代理懐胎に関しては、妊娠・出産という身体的・精神的負担やリスクを第三者に負わせるという倫理的問題、母子関係をめぐる法的問題などについても、様々な議論がある。これまで行政庁や学会、専門家による検討も進められてきたが、法制化には至っていない。そのような状況の下で、代理懐胎が一部の医師により進められており、また渡航して行われる事例も増加している。

このため、本委員会では、代理懐胎の規制の是非について、医学的側面、倫理的・社会的側面、法的側面から詳細に検討し、母体の保護や出生した子の福祉を尊重する立場から、下記の提言（1）から（4）のような結論に到達した。

代理懐胎を法律によって原則として禁止する場合も、代理懐胎によって生まれる子が存在しうる以上、子の福祉という観点から子の法的地位を決定する方法を明確にしておく必要がある。そこで本委員会では、最高裁平成19年3月23日決定等を考慮しつつ、生まれた子と代理懐胎者・依頼夫婦との親子関係などについて検討し、下記の提言（5）から（6）のような結論に到達した。

生殖補助医療をめぐる問題には、代理懐胎の是非や親子関係の決定方法のほか、子の出自を知る権利、卵子提供の問題など今後の検討課題が山積している。本委員会ではこれらに関する検討も行ったが、本報告書の報告事項としては示さず、下記の（7）から（10）のように提言することとした。

3 提言の内容

代理懐胎を中心とする生殖補助医療に関する諸問題について、以下のように提言する。

- （1）代理懐胎については、法律（例えば、生殖補助医療法（仮称））による規制が必要であり、それに基づき原則禁止とすることが望ましい。

- (2) 営利目的で行われる代理懐胎には、処罰をもって臨む。処罰は、施行医、斡旋者、依頼者を対象とする。
- (3) 母体の保護や生まれる子の権利・福祉を尊重し、医学的、倫理的、法的、社会的問題を把握する必要性などにかんがみ、先天的に子宮をもたない女性及び治療として子宮の摘出を受けた女性を対象を限定した、厳重な管理の下での代理懐胎の試行的実施（臨床試験）は考慮されてよい。
- (4) 代理懐胎の試行に当たっては、医療、福祉、法律、カウンセリングなどの専門家を構成員とする公的運営機関を設立すべきである。一定期間後に代理懐胎の医学的安全性や社会的・倫理的妥当性などについて検討し、問題がなければ法を改正して一定のガイドラインの下に容認する。弊害が多ければ試行を中止する。
- (5) 代理懐胎により生まれた子の親子関係については、代理懐胎者を母とする。
- (6) 代理懐胎を依頼した夫婦と生まれた子については、養子縁組または特別養子縁組によって親子関係を定立する。
- (7) 出自を知る権利については、子の福祉を重視する観点から最大限に尊重すべきであるが、それにはまず長年行われてきた夫以外の精子による人工授精（AID）の場合などについて十分検討した上で、代理懐胎の場合を判断すべきであり、今後の重要な検討課題である。
- (8) 卵子提供の場合や夫の死後凍結精子による懐胎など議論が尽くされていない課題があり、今後新たな問題が出現する可能性もあるため、引き続き生殖補助医療をめぐる検討が必要である。
- (9) 生命倫理に関する諸問題については、その重要性にかんがみ、公的研究機関を創設するとともに、新たに公的な常設の委員会を設置し、政策の立案なども含め、処理していくことが望ましい。
- (10) 代理懐胎をはじめとする生殖補助医療について議論する際には、生まれる子の福祉を最優先とすべきである。

目 次

はじめに	1
1 報告書の背景	3
(1) 代理懐胎とは.....	3
(2) 生殖補助医療の進展とその波紋.....	3
(3) 関係省庁、関連学会などによるこれまでの検討.....	4
(4) 日本学術会議の取組み.....	5
(5) 諸外国の状況.....	5
① 生命倫理と法.....	5
② 代理懐胎をめぐる規制の概況.....	6
2 審議の依頼と報告事項.....	7
(1) 検討の基本方針.....	7
(2) 夫婦の精子・卵子を用いた代理懐胎の許容性.....	7
(3) その他の生殖補助医療の問題、特に出自を知る権利と卵子提供.....	8
3 代理懐胎の問題点とその規制.....	9
(1) 医学的側面から.....	9
① 代理懐胎の医学的問題点.....	9
ア 懐胎者へのリスクと負担.....	9
イ 胎児・子に及ぼす影響.....	10
② 代理懐胎の医学的適応.....	10
ア 依頼女性の医学的適応.....	10
イ 懐胎女性の年齢制限.....	11
(2) 倫理的・社会的側面から.....	11
① 子、依頼者、懐胎者の権利・利益.....	11
ア 依頼者及び懐胎者の自己決定とその限界.....	11
イ 子の福祉.....	13
② 生物学的秩序の問題.....	14
③ 医療倫理・医療の場での混乱.....	14
(3) 法的側面から.....	15
① 規制の必要性.....	15
② 医療者による自主規制.....	15
③ 法律による規制.....	16
ア 行政倫理指針と法律.....	16
イ 法律による規制.....	16

ウ	生殖補助医療と法規制	17
④	刑罰によらない法規制	17
ア	法規制と刑罰	17
イ	行政処分	18
ウ	代理懐胎を違法とすることによる効果	18
⑤	営利目的による代理懐胎の処罰	19
ア	代理懐胎が処罰されるべき場合	19
イ	依頼者の処罰	19
⑥	原則的禁止と試行的実施	20
ア	部分的許容	20
イ	代理懐胎の試行的実施	20
ウ	試行的実施についての制度設計	21
4	代理懐胎による親子関係問題	23
(1)	子の法的地位確定の必要性	23
①	代理懐胎禁止との関係	23
②	最高裁平成19年3月23日決定	23
(2)	生まれた子の法的地位	24
①	法律上の親子関係の意義 — 実子と養子	24
②	民法に基づく法的地位の確定	24
③	生まれた子と代理懐胎者、依頼夫婦との関係	25
ア	生まれた子の実親子関係	25
イ	生まれた子と依頼夫婦との間の養子縁組	26
④	外国において生まれた子の法的地位	27
ア	親子関係	27
イ	国籍問題	28
(3)	代理懐胎を試行的に実施する場合	28
5	提言	29
	むすび	31
	補注	32
	用語の説明	35
	参考資料	47
参考資料1	審議経過	47
参考資料2	審議付託	50
参考資料3	公開講演会プログラム	52
	主要参考文献	57

はじめに

科学技術の進歩発展は絶え間なく、21世紀を迎えて、とりわけ生命科学の研究の急速な進歩には目覚ましいものがある。医学・医療の分野では次々に画期的で新たな技術が開発され、臨床の場で応用されている。不妊治療としての生殖補助医療はその最も著しい領域の一つであるが、我が国でも体外受精がすでに一般化されて広く行われており、年間約2万人が出生している。さらに第三者の配偶子を用いた体外受精により得られた胚を子宮に戻す胚移植、子宮のない女性が第三者の子宮を借りて出産を依頼する代理懐胎など、人類がこれまでおよそ経験したこともなかったようなことが技術の進歩により可能となった。平成13年5月には、我が国最初の代理懐胎者による出産が報じられている。

しかしながら、このようなヒトの生命の人為的操作がどこまで許されるのかという根本的な問いかけは、生命倫理の新たな課題であるにもかかわらず、議論が十分に尽くされておらず、社会的な合意形成もなされていない。日本産科婦人科学会は、倫理委員会による慎重な審議の結果、代理懐胎を禁止する会告を出したが、現実にはこれを無視する形で少数の医師により実施されてきた。また、日本人が国外で代理懐胎を依頼した例は、すでに100例を超すと言われる。さらに自らの精子・卵子を用いた代理懐胎をアメリカで行った日本人夫妻の例については、親子関係をめぐって訴訟が提起され、最高裁により平成19年3月に嫡出親子関係を認めない決定がなされ、法整備を促す補足意見が付されるなど、新たな議論を生み出している。

このように代理懐胎が社会の視聴を集め、明確な方向付けを行うべきという国民の声が高まってきた状況を踏まえ、平成18年11月30日付けで、法務大臣及び厚生労働大臣の連名で日本学術会議会長に対して、代理懐胎を中心に生殖補助医療をめぐる諸問題についての審議を行うよう依頼がなされた(参考資料2別紙参照)。

このため、人文・社会科学から自然科学の全分野の科学者を代表する日本学術会議では、医療、法律のみならず生命倫理その他幅広い分野の専門家から構成される「生殖補助医療の在り方検討委員会」(以下、「本委員会」という。)を設置し、代理懐胎が生殖補助医療として許容されるべきか否かなど、代理懐胎を中心に生殖補助医療をめぐる諸問題について、従来議論を整理し、国際的な視点も踏まえ、今後のあり方などについて審議を行うこととした。

しかしながら、多様な価値観や異なる倫理観、人生観などをもつ人々からなる我が国で、代理懐胎の是非など生命倫理に関わる諸問題について社会的合意を得ることは容易ではない。

そもそも、代理懐胎は医療として認められるものなのか。認めるとしても、これを望ましい医療と考える人はおそらくいないであろう。医療については可能なことは何をやっても許されるとは言えず、おのずから節度が求められるのではないか。自然の摂理にあまりにも反することは行うべきでない、とする根本的な反対意見も多い。しかし一方で、生まれつき子宮のない女性や、腫瘍そ

の他の疾患で子宮を切除した女性などが、自分の遺伝子を受け継ぐ子を持ちたいとする願望も理解はできよう。ただそのために第三者に妊娠、出産を依頼することまで許されるか否かは、大きく意見が分かれるところである。憲法第13条により幸福追求権としてこれを主張できるのか、それは公序良俗に反しないのか、人間の尊厳を傷つけることにならないのか、等々、議論は続くであろう。依頼者と代理懐胎者の間に合意があっても、生まれてくる子についての責任を誰がどこまで負うのか、障害児が生まれた場合にも責任を全うできるのか、など疑問点は多い。また、仮に代理懐胎を容認した場合、対象者をいかに厳格に規定しても、妊娠・出産を他人任せにするような風潮が将来起こり得ないとは言いきれない。

我が国では、体外受精、顕微授精、凍結胚移植についての日本産科婦人科学会による登録制度はあるが、追跡調査の点ではきわめて不十分であり、まして代理懐胎を含めた第三者の関わる生殖補助医療については、非配偶者間人工授精 (artificial insemination with donor semen. 以下、「AID」という。) の実施数が把握されているに過ぎず、詳しい実態は不明のままである。

生殖補助医療、特に代理懐胎をめぐるっては、多様な考え方や議論がある中で、本委員会としては、代理懐胎は是か否か、という問いに単純な答えを出すのではなく、むしろ医療、法律、倫理、生命科学など多方面にわたる専門家の立場から論点を整理し、できるだけ多くの人々に納得される方向付けを行い、今後国民的議論が展開されるきっかけを作るとともに、その判断材料を提供することを本委員会の任務と考えた。

当初、委員の間では、代理懐胎を絶対禁止とするものから、条件付きで容認すべし、さらには現状の法規制のない状態によしとするなど、基本的な考え方が大きく異なっており、禁止するとしても、法律によるのか、さらに刑罰を科すのか、容認するとしても、条件は何か、どこまで認めるのか、など個々の具体的な問題についても様々な意見があった。まず事態に対する共通の理解と認識をもつために、法務省、厚生労働省からこれまでの行政における検討結果の概要報告を受けた後、委員会としての基本方針を決定し、委員がそれぞれの立場から各自の考えを公表して討論を重ねた。その後、各界外部有識者からのヒアリングを行い、代理懐胎施行医、外国でこれを行った依頼女性、不妊に悩む女性など当事者の意見も聴き、さらに第三者的立場の専門家やマスメディア関係者などからのヒアリングを行った。また厚生労働省による国民意識調査に関して「代理懐胎を54%の者が受け入れる」との報道があったことについても、調査担当者から直接ヒアリングを行った。その他補足的な事項についてのヒアリングも含め、諸外国における現状の把握にも努めた。そのような作業の後、報告書原案の作成に入り、平成20年1月31日に日本学術会議主催公開講演会(参考資料3参照)を開催して、報告書原案の概要を提示し、参加者との意見交換も行った。参加者から書面で提出された質問、意見、アンケートの結果などについても本報告書作成の判断材料として斟酌した。

以下は1年余にわたる検討内容と結論、そして提言である。

1 報告書の背景

(1) 代理懐胎とは

代理懐胎とは、子を持ちたい女性（依頼女性）が、生殖医療の技術を用いて妊娠すること及びその妊娠を継続して出産することを他の女性に依頼し、生まれた子を引き取ることをいう。さまざまな事情で、依頼を受けた女性が出産に至らない場合でも、その女性に妊娠が成立した段階で代理懐胎なる行為が行われたとみなされる。

代理懐胎には、サロゲートマザーとホストマザーという2種類の方法がある。サロゲートマザーは、一般に、夫の精子を第三者の子宮に人工授精の手技を用いて注入して懐胎させ、この第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものである。これに対し、ホストマザーは、一般に、妻の卵子を体外受精で行われる採卵の手技を用いて妻の体外に取り出し、夫の精子と受精させ、胚となったものを第三者の子宮に移植することによりこの第三者を懐胎させ、この第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものである。

なお、依頼女性・代理懐胎者以外の女性から提供を受けた卵子を用いる場合もホストマザーと呼ぶが、妻以外の女性から卵子の提供を受ける場合には卵子提供に関する諸問題も同時に論じなければならない。本報告書では、依頼女性である妻の卵子を用いるホストマザーについて主に検討する。

(2) 生殖補助医療の進展とその波紋

我が国では、60年前に初めて行われた、提供された精子を用いたAIDが、以来男性側に起因する不妊症に対する治療として、十分な社会的議論のないままに続けられてきた。その後技術の進歩に伴い、昭和58年には体外受精により、平成4年には顕微授精により、それぞれ我が国初の子が誕生してからは、これらが不妊治療の重要な手段として広く行われるようになった。平成17年には全出生児の1.8%が体外受精により出生している¹。女性の不妊については、日本人夫婦が渡米し米国人女性に夫の精子を人工授精した代理懐胎や、米国人女性から卵子提供を受けた日本人夫婦が出産した例が報道された。国内の例としては、平成13年以降、妹、義姉、母親による代理懐胎が行われたと報道されている。

一方で生殖補助医療の進歩は、親子関係をめぐって深刻な法的問題を生み出し、国内で訴訟になった例としては、次の三件が注目を集めた。

- 1) 夫の死後に凍結精子を用いた体外受精により生まれた子が親子関係の定立を求めて起こした訴訟では、最高裁が平成14年に嫡出親子関係を認めない判断を、平成18年には非嫡出父子関係も認めない判断を下している²。
- 2) 夫の精子と提供卵子を用い、卵子提供者とは異なる米国人女性の子宮

¹ 全出生数は平成18年人口動態調査、生殖補助医療による出生数は日本産科婦人科学会調べによる。

² 最決平成14年4月24日判例集未登載、最判平成18年9月4日民集60巻7号2563頁。

を借りた代理懐胎により出生した子の嫡出子出生届が受理されなかったことに対する不服申立てについて、平成 17 年に大阪高裁が依頼者と子の間に母子関係は認められないとする決定を下し³、最高裁もこれを是認している⁴。

- 3) 夫婦の精子と卵子を用い、米国人女性の子宮を借りた代理懐胎により出生した子の嫡出子出生届が受理されなかったことに対する不服申立てについて、平成 18 年に東京高裁が依頼者を母とする判断を示したが⁵、最高裁は平成 19 年にこれを破棄し出産女性を母とする決定を下している⁶。

(3) 関係省庁、関連学会などによるこれまでの検討

生殖補助医療に関する国内での対応に関しては、これまでに、法務省、厚生労働省（旧厚生省を含む。）において検討がなされてきた。

まず、厚生省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が、精子・卵子・胚の提供などによる生殖補助医療を認めるが、代理懐胎を禁止するとする「精子・卵子・胚の提供による生殖補助医療のあり方についての報告書」（平成 12 年 12 月。以下、「専門委員会報告書」という。）を提出した。

この報告書を踏まえて、厚生労働省厚生科学審議会生殖補助医療部会が、制度整備の具体化のための検討を行い、精子・卵子・胚の兄弟姉妹などからの提供の禁止や、提供者を特定できる情報まで含めて出自を知る権利を認めることなどを内容とする「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」（平成 15 年 4 月。以下、「部会報告書」という。）をとりまとめた。

一方、法務省法制審議会生殖補助医療親子法制部会は、自己以外の女性の卵子を用いた生殖補助医療について、出産した女性を母とすることなどを内容とする「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療により出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する要綱中間試案」（平成 15 年 7 月。以下、「要綱中間試案」という。）を公表した。

しかしながら、現在のところ、これらの検討結果は法制化されるに至ってはいない。

また、特に代理懐胎については、日本産科婦人科学会が会告「代理懐胎に関する見解」（平成 15 年 4 月 12 日。以下、「会告」という。）において、「代理懐胎の実施は認められない。対価の授受の有無を問わず、本会会員が代理懐胎を望むもののためにこれを実施したり、実施に関与してはならない。また代理懐胎の斡旋を行ってはならない。」としている。

さらに、日本弁護士連合会においては生殖補助医療の法的規制の必要性

³ 大阪高決平成 17 年 5 月 20 日判時 1919 号 107 頁。

⁴ 最決平成 17 年 11 月 24 日判例集未登載。

⁵ 東京高決平成 18 年 9 月 29 日判時 1957 号 20 頁。

⁶ 最決平成 19 年 3 月 23 日民集 61 卷 2 号 619 頁。

及び在り方の観点などから、日本医師会においては医学的、生命倫理的観点などから、それぞれ検討が行われ、意見表明がなされている。

(4) 日本学術会議の取組み

「(2) 生殖補助医療の進展とその波紋」で述べたように、生殖補助医療の在り方や生殖補助医療により出生した子の法的地位については、以前から多くの問題が提起されてきた。日本学術会議においてもこの問題を取りあげ、平成4年11月4日に公開シンポジウム「生殖医療技術の進歩と生命倫理」⁷を、平成11年2月24日に公開講演会「生殖医療と生命倫理」⁸を、平成16年12月6日にシンポジウム「国境を越える生殖医療と法」⁹を開催して、専門家による多角的な討議を行った。

また生命倫理に関わる諸問題の重要性が年々増大することにかんがみ、第18期には「生命科学の全体像と生命倫理」、第19期には「生命科学と生命倫理：21世紀の指針」の特別委員会を設置して検討し、それぞれ「生命科学の全体像と生命倫理—生命科学・生命工学の適正な発展のために」（平成15年7月15日）、「新たな生命倫理価値体系構築のための社会システム—『いのち』の尊厳と『こころ』の尊重を機軸として」（平成17年8月29日）の対外報告を出している。二つの報告書には、いずれも、科学や技術の暴走に歯止めをかけ、「生命倫理に関する国民の不信感」を取り除くため、公的生命倫理研究機関の創設がうたわれている。

(5) 諸外国の状況

① 生命倫理と法

生殖補助医療には、新たに生み出される生命の重さはもとより、生殖細胞の人為的操作や配偶子提供者または代理懐胎者という第三者が関わることの是非など、人間の尊厳に関わる生命倫理の根源的な問題が含まれている。妊娠・出産にかかわる領域は、自然の摂理、生命の神秘に委ねられるべきであって、人為的・技術的介入になじまないとする思想がある一方、実際の不妊治療の現場では、子を持ちたいという希望に応じて生殖補助医療の利用が進んできたという現実がある。

このようななか、各国は、技術利用の規制政策を立法化するに至る。そこではある種の価値選択が政策課題となり、法的・政治的規制の議論が行われた。1978年にイギリスで最初の体外受精児が誕生した後は、1990年代初頭からイギリス¹⁰、ドイツ¹¹など各国で法制化が進んだ。特に、1983年から10余年にわたって検討を重ねたフランスでは、1994年に三つの法

⁷ 日本学術会議泌尿生殖医学研究連絡委員会編『生殖医療技術の進歩と生命倫理』メジカルビュー社、2003年。

⁸ 「吉川弘之ほか『日本学術会議叢書1 生殖医療と生命倫理—不妊の悩み、科学者たちの提言』日本学術会議事務局・日本学術協力財団、1999年。

⁹ 『学術の動向』編集委員会編『学術の動向』平成17年5月号。

¹⁰ ヒト受精及び胚研究法 (Human Fertilisation and Embryology Act 1990, HFEA)。

¹¹ 胚保護法 (Gesetz zum Schutz von Embryonen 1990)。

律からなる包括的な生命倫理法¹²が制定され、2004年に法改正された後も、たえず見直しの努力が続けられている。欧州連合でも、2000年の基本権憲章に生命倫理に関する規定が置かれ、リプロダクティブ・ライツ（性と生殖に関する権利）や生命倫理の問題が、国際的・国内的法規制のもとにおかれるようになりつつある。

② 代理懐胎をめぐる規制の概況

代理懐胎などの生殖補助医療に対する各国の規制の態様は、無規制、医療者による自主規制、法令または判例によるものなど一様ではないが、代理懐胎の許容性については次のような特徴が見られる¹³。

ドイツ、イタリア、オーストリア、アメリカの一部の州などは代理懐胎を全面的に禁止し、フランスは人体の尊重、不可侵性、不可譲性などの原理の下で代理懐胎契約の無効、斡旋行為の禁止・処罰を定め、スイスは憲法によって禁止を規定している。これらの国・州では、代理懐胎が行われた場合には、代理懐胎者を母とするのが一般的である。

他方、イギリス、オランダ、ベルギー、カナダ、ハンガリー、フィンランド、オーストラリアの一部の州、アメリカの半数近い州¹⁴、イスラエルなどでは、無償など一定の条件下であるにせよ、代理懐胎が容認されている。これらのなかには、アメリカの一部の州のように、生まれた子を代理懐胎者ではなく依頼者の実子とする場合や、イギリスのように、一度、代理懐胎者を母、依頼男性を父とした上で、裁判所における親決定（parental order）手続を経て依頼夫婦の実子とする道を用意している場合もある。

¹² 人体に関する法律(Loi N° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain)、臓器移植・生殖介助等に関する法律(Loi N° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal)、記号データに関する法律(Loi N° 94-548 du le premier juillet 1994 relative au traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés)。

¹³ 詳細は、厚生労働省『代理懐胎に関する諸外国の現状調査報告書』平成19年11月を参照。

¹⁴ 判例による場合も含む。なお、アメリカには連邦レベルでの規制はない。統一州法委員全国会議(NCCUSL)により作成された「統一親子関係法(Uniform Parentage Act 2000)」(2002年改訂)では、代理懐胎を認める場合のための規定がおかれ、代理懐胎契約が有効と認められる要件、親子関係確定の方法などが定められているが、採否は各州に委ねられている。

2 審議の依頼と報告事項

(1) 検討の基本方針

法務大臣・厚生労働大臣連名の審議依頼を受けて、本委員会は、おおむね以下の三点を検討を進める上での基本方針とした。

- 1) 代理懐胎を中心に検討するが、そのみに限定するものではない。
- 2) 議論の視点は、人権、特に子と親の権利・利益（福祉）に置きつつ、基本的な原理や価値に配慮し、多面的・総合的に検討する。
- 3) 結論を一つにまとめる必要はなく、複数の選択肢があってもよしとするが、それぞれの選択肢の利点、欠点、問題点を明らかにする。

前述のように、現段階で存在する代理懐胎に関する規制は、日本産科婦人科学会の会告のみである。そもそも我が国では代理懐胎について正確な実態がほとんど明らかにされていないため、日本学術会議としては、我が国の実態を少しでも把握すべく努力するとともに¹、諸外国の状況をも参照しつつ、代理懐胎に関するさらなる規制の要否及び在り方について検討を行い、報告事項としてまとめることとした。

(2) 夫婦の精子・卵子を用いた代理懐胎の許容性

日本産科婦人科学会の会告が代理懐胎を禁止している理由は、次の四点である。

- 1) 生まれてくる子の福祉を最優先するべきである。
- 2) 代理懐胎は身体的危険性・精神的負担を伴う。
- 3) 家族関係を複雑にする。
- 4) 代理懐胎契約は倫理的に社会全体が許容していると認められない。
また部会報告書もこれを禁止しているが、その根拠は、次の三点である。
 - 1) 人を専ら生殖の手段として扱う（人間の尊厳に反する）。
 - 2) 第三者に多大な危険性を負わせる。
 - 3) 生まれてくる子の福祉の観点からも望ましくない。

他方、代理懐胎契約は、児童の売買又は取引の防止を求める「児童の権利に関する条約」²第 35 条³の精神に反するという意見もある。さらに、依頼者と懐胎者との間で、出生した子の引渡しの拒否、引取りの拒否などのトラブルが起こる可能性が指摘され、実際に、かつては米国において訴訟に発展したこともある。代理懐胎によって生まれてくる子の法的地位が明確でないため、社会的環境、成育環境などが不安定になっているという側面もある。

本委員会は、以上の諸点を十分考慮しながら、禁止または許容する根拠の妥当性を審議し、その結果を報告するものであるが、親子、特に母子関

¹ 例えば、厚生労働省『生殖補助医療技術に関する意識調査集計結果の概要』平成 19 年 11 月などを参照した。

² 平成元年 11 月国連採択、我が国は平成 6 年 5 月 20 日批准。

³ 「締約国は、あらゆる目的のための又はあらゆる形態の児童の誘拐、売買又は取引を防止するためのすべての適当な国内、二国間及び多数国間の措置をとる。」

係、さらに国外における代理懐胎の場合の国籍に係る問題についても、子の法的保護の立場からその在り方を審議し報告する。

なお、以下、特に断りのない場合、「代理懐胎」は日本人依頼夫婦の配偶子を用いたホストマザーの方法を示すものとする。

(3) その他の生殖補助医療の問題、特に出自を知る権利と卵子提供

出自を知る権利は生殖補助医療によって生まれる子の権利として主張されているが、一方で匿名性を守りたいとする親、提供者及び懐胎者の権利の主張もあり、両者がぶつかり合う場面が想定される。既に長年にわたって行われてきた AID では精子提供の匿名性が原則とされ、調査⁴によれば、子に対する AID の告知は 80% の父親が「したくない」と考えている。

この問題については、そもそも子に出自を知る権利を保障すべきか、子がそれを有するとしたときに、親から子への告知がどのようになされるべきか、その権利を行使できる子の年齢の画定、開示請求権を有する者の範囲、知ることのできる内容など、制度上明確にすべき多くの問題が存在する。

本委員会ではこの問題についても検討を行ったが、代理懐胎とは異なる視点から論考を深めるべきさらなる課題が少なくないことにかんがみ、本報告書の報告事項としては示さないこととした。

AID が、男性が自己の精子により妊娠を成立させることが不可能と考えられる場合を対象とするのに対し、女性が自己の卵子による妊娠が不可能と考えられる場合に採り得る手段が卵子提供による妊娠である。卵子提供の対象となり得る女性には、先天的な性腺形成異常症や、早発卵巣不全、化学療法による卵巣機能廃絶の例が考えられる。部会報告書は、優生思想・商業主義を排除するという基本理念のもと、提供者の匿名性を原則としてこの技術の実施を容認する立場をとっているものの、法制化には至っておらず、日本産科婦人科学会もこの技術の是非についての見解を示していない。このように明確な指針のない状況下で、我が国でも一部の医師によって卵子提供が行われたり、生殖医療専門医の団体より姉妹・友人からの卵子提供実施の要望書も提出されており、この技術についての許容性・指針の検討も必要であると考えた。

しかしながら、卵子提供の問題は他方の配偶子である精子提供、すなわち AID についての検討と不可分であることから、出自を知る権利や兄弟姉妹あるいは友人からの提供の是非についての検討と一括して審議すべきものと考え、今回の報告事項としては示さないこととした。

本委員会としては、日本学術会議が、今後もこれらの問題について検討を続ける必要があると考える。

⁴ 「非配偶者間人工授精により挙児に至った男性不妊患者の意識調査」日本不妊学会雑誌 45 巻 3 号 219～225 頁、2000 年。

3 代理懐胎の問題点とその規制

(1) 医学的側面から

① 代理懐胎の医学的問題点

ア 懐胎者へのリスクと負担

我が国における妊産婦死亡率は、出産 10 万に対して 4.9¹であり、この数値は世界に誇るべき周産期医療の高い水準を示している。ちなみに、世界の妊産婦死亡率（推定）は出産 10 万に対して 400 である²。しかしながら、適切な医療介入がなければ死亡していた可能性のあった妊産婦が、我が国において現在でもなお出産 10 万に対して約 420 の比率で存在するという調査報告³もあり、死亡という結果以外を含めた危険性についても注目しなければならない。

正常に進行した妊娠・分娩であっても、悪阻など妊娠中の負荷が大きいこと、また分娩後（産褥期）に、創部痛、血腫、感染症、痔、尿失禁、産後うつ病、産褥乳汁漏出症、子宮下垂・脱など、多彩な障害が起こることは珍しくない。これらの多くは一過性のものであるが、中には長期にわたり継続する障害となる場合もある。また産褥期には、心内膜炎、血栓症、産褥期心筋症、産褥期精神病など重篤な疾患が発症することもあり、妊娠・分娩がその後の生活に大きく影響する場合があることも考慮する必要がある。

代理懐胎は、このようなリスクと負担を伴う妊娠・分娩を第三者である懐胎者に課すものであり、この点が代理懐胎の直面する大きな問題の一つである。

さらに代理懐胎固有のリスクの有無についても検討を要する。代理懐胎に関する報告で、妊娠・出産に伴う危険性が、通常の妊娠に比してどのように変化するかに言及したものは極めて少ない。海外において、背景の異なる研究を比較して、代理懐胎者の妊娠中の高血圧、異常性器出血の頻度が通常の体外受精の場合よりも低いとする報告⁴があるが、科学的信頼度の十分に高い比較研究とはいえない。この他、緻密な科学的基盤に立った比較研究はほとんどなされていない。

我が国においては、代理懐胎が会告を無視した形で一部の医師により行われていることが報道されているが、詳細は明らかでなく、医学的データといえるものはほとんど存在しないに等しい。

一方、自分以外の卵子による懐胎という点で医学的に共通点のある卵

¹ 「母子衛生研究会編『母子保健の主なる統計 2007 年版』母子保健事業団、2008 年。

² 2000 年のデータ。Monitoring and Evaluation, Department of Reproductive Health and Research (RHR), WHO, Database update as of 31 July 2006.

³ 久保隆彦「妊産婦死亡を含めた重症管理妊産婦調査」、厚生労働科学研究費補助金、医療技術評価総合研究事業『〈平成 18 年度 総括・分担研究報告書〉産科領域における医療事故の解析と予防対策』26～40 頁、主任研究者：中林正雄、平成 19 年 3 月。

⁴ Parkinson J, Tran C, Tan T, Nelson J, Batzofin J, Serafini P: Perinatal outcome after in-vitro fertilization-surrogacy. *Hum Reprod* 14(3):671-676, 1999.

子提供による体外受精に関する比較研究⁵によると、妊娠中の異常出血、妊娠高血圧症候群、子宮内胎児発育遅延、早産が、通常の妊娠に比べて高い頻度で見られる。この原因として、懐胎者の性機能の不全、胎児が懐胎者と遺伝的共通因子を全くもたないことによる不適合が考えられるであろう。後者の原因は代理懐胎においても同じである可能性が考えられるので、上述の妊娠中の異常は、代理懐胎においても通常の妊娠より高い比率で発症し得ると推定される。

以上のように、代理懐胎における妊娠・出産が、固有の身体的危険を有するか否かについて判断できる医学的データは、現在のところ存在しない。他方、卵子提供に由来する妊娠の異常と同じことが代理懐胎においても生じることは推測できるが、これについても医学的データは十分とはいえない。

イ 胎児・子に及ぼす影響

代理懐胎が胎児に及ぼす影響についても、明確な研究報告はほとんどなく、不明な点が多い。

近年、動物実験を含めた基礎的研究において、妊娠中の母体から子への物質の移行にともない、移行物質の直接作用及び DNA 配列の変化を伴わない遺伝情報の変化（エピジェネティック変異）により出生後の子の健康状態に影響が及ぶことが示唆されている。特にエピジェネティック変異による影響は、思春期以降に発現する生活習慣病など晩発的なものも少なくないことが指摘されており、長期間にわたる観察が必要な場合が多い。また、ウイルスなどの病原体（未知のものを含む）による胎内感染や母体を介した胎児の化学物質への曝露は既によく知られた事実である。

代理懐胎の場合には、これらの影響を懐胎者を介して子が受けることになるが、具体的にどのような影響をどの程度受けるかについては、今後の長期にわたる研究にまたねばならない。

② 代理懐胎の医学的適応

仮に代理懐胎を一定の医学的条件の下で実施するとした場合には、その内容、特に、依頼女性と懐胎女性の範囲をどのようにすべきか、依頼女性の医学的適応と懐胎女性の年齢制限が問題となる。

ア 依頼女性の医学的適応

代理懐胎の適応は、絶対的適応と相対的適応とに分けられる。絶対的

⁵ Söderström-Anttila V: Pregnancy and child outcome after oocyte donation. *Hum Reprod Update* 7(1):28-32, 2001: Abdalla HI, Billett A, Kan AK, Baig S, Wren M, Korea L, Studd JW: Obstetric outcome in 232 ovum donation pregnancies. *Br J Obstet Gynaecol* 105(3):332-337, 1998: Salha O, Sharma V, Dada T, Nugent D, Rutherford AJ, Tomlinson AJ, Philips S, Allgar V, Walker JJ: The influence of donated gametes on the incidence of hypertensive disorders of pregnancy. *Hum Reprod* 14(9):2268-2273, 1999.

適応となる女性は子宮を持たない女性であり、ロキタンスキー症候群のように先天的に子宮を持たない先天異常の場合と、何らかの疾患の治療として子宮を摘出したことにより子宮の無い状態になった場合とがある。依頼女性が絶対的適応に該当するか否かの判断は、それほど困難ではない。

しかしながら、子宮を有する女性の中にも、「自身で妊娠することが不可能と考えられる女性」、「自身で妊娠した場合に、母子の一方あるいは両方の生命が極めて危険な状態に陥ると考えられる女性」、「自身で妊娠した場合に、生命に危険が及ぶほどではないが、その後の健康状態が悪化すると考えられる女性」、「自身で妊娠した場合に、流産を繰り返す女性」など、代理懐胎の適応とみなし得る女性が存在し、これを相対的適応という（補注1参照）。絶対的適応の場合とは異なり、子宮を有する依頼女性が相対的適応に該当するか否かを、合理的な医学的根拠をもって明確に定めることは極めて困難である。

仮に医学的適応の範囲を定めたとしても、その範囲が拡大されたり、自身で妊娠せずに子をもつことを希望する女性が代理懐胎を利用するおそれも、否定することはできないであろう。

イ 懐胎女性の年齢制限

懐胎者の年齢が高いことにより妊娠中の異常が発生する頻度が増すことは、通常の妊娠において広く知られているばかりでなく、卵子提供においても報告されている⁶。代理懐胎において比較的高齢の女性が懐胎する場合には、高齢妊娠の要因により妊娠中の異常がさらに増加することが予想される。我が国における40歳以上の妊産婦死亡率は20歳代の妊産婦の約10倍という統計⁷がある。そのために、代理懐胎の実施を認めるときには、代理懐胎者の年齢に上限を設定すべきであるという考えもある。しかし、自然の妊娠が成立し得る年齢との整合性からは、このような考え方には疑問がある。また、年齢因子は閾値をもつリスク因子ではなく、連続性を有するリスク因子である。このような観点からみても、一律に年齢制限を設けることについては、客観的な合理性のある医学的根拠を挙げるのは困難である。

(2) 倫理的・社会的側面から

① 子、依頼者、懐胎者の権利・利益

ア 依頼者及び懐胎者の自己決定とその限界

倫理の基本原理の一つに自律（autonomy）があり、自己決定はこのなかに位置づけられる。また、憲法第13条で保障される幸福追求権のな

⁶ Soares SR, Troncoso C, Bosch E, Serra V, Simón C, Remohí J, Pellicer A: Age and uterine receptiveness: Predicting the outcome of oocyte donation cycles. *J Clin Endocrinol Metab* 90(7):4399-4404, 2005.

⁷ 母子衛生研究会編『母子保健の主なる統計 2001～2005年版』母子保健事業団、2002～2006年。

かに自己決定権が含まれると考えられている。このため、一部では、代理懐胎の依頼・引受けも、「権利」として認められなければならないという主張がなされている。

しかし、仮に、依頼者にこのような「権利」があるとしても、そもそも、そのような「自己決定」が、果たして自己の十全な意思で、完全に自由な意思決定によってなされるかという問題がある。まず、一方で、当事者双方が、単なる所有物の貸借や通常の労働とは根本的に異なる代理懐胎という行為に随伴する心身の負担とリスク（「(1)①ア 懐胎者へのリスクと負担」参照）、子の引渡しの際の代理懐胎者の喪失感、両当事者の心理的葛藤、子の誕生に至らない可能性など、起こり得ることとその重い意味を常に十分に理解したうえで意思決定を行うか疑問であるとの指摘もある。他方で、文化的・社会的背景から独立した自己決定はおよそありえないとしても、代理懐胎の依頼または引受けに際して、自己の意思でなく家族及び周囲の意思が決定的に作用することも考えられる。とりわけ、「家」を重視する傾向のある現在の我が国では、(義)姉妹、親子間での代理懐胎において、このような事態が生じることが懸念される。さらに、このようなことが繰り返されるときには、それが人情あるいは美德とされ、それ自体が一つの大きな社会的圧力にもなりかねない。

さらに、意思決定をめぐる様々な圧力が排除され、十分な情報提供、インフォームド・コンセントにより真の自己決定が実現される場合であっても、代理懐胎依頼・引受けの「権利」と衝突する他者の権利・利益及び社会全体の利益が存在することも考慮しなければならない。

第一に、何よりも、「子」という第三者の存在を無視することはできない。代理懐胎が懐胎者という第三者にリスクを負わせる医療行為であることから、同じくドナーという第三者の協力を得て、これにリスクを負わせつつ行われる生体臓器移植との類似性がしばしば語られる。しかし、代理懐胎をはじめとした第三者の協力を得て行われる生殖補助医療では、契約を交わした当事者以外の、子という新たな人格が発生することが不可分であり、むしろそれが目的である。生殖補助医療と生体臓器移植とが根本的に異なるのはこの点であり、出生した子の権利・福祉は、代理懐胎依頼者・代理懐胎者の自己決定を超える問題である。

第二に、妊娠・出産に伴う危険を見過ごすことはできない。代理懐胎者がその危険を引き受けていたとしても、実際に、その生命身体に危険が及んだ場合、日本の現状では、周囲の人々、そして社会、国に与える衝撃は極めて大きいであろう。これらは、医療やカウンセリングをはじめとするケア体制の違いなどにとどまらず、社会における生殖補助医療に対する見方を含む、広い意味での社会的、文化的背景とも密接に関わる問題であり、地域や国によっても大きく異なるのである。

第三に、代理懐胎は、女性の身体の商品化につながる危険をはらんで

いる点にも注目しなければならない。対価を伴う場合、それが代理懐胎引受けの誘因となることも考えられ、国内外において、貧富の差を利用した代理懐胎の斡旋及び依頼が行われることが予想される。平等の観点からのみならず、富裕層による貧困層の搾取など新たな社会問題を発生させかねないという観点からもその問題性が指摘されている。パターンリズム的観点からの介入が主張されるゆえんである。

イ 子の福祉

出生する子の福祉は、最大限に尊重されなければならない。生まれてくる子は、当然のことながら、自己のこの世への誕生について意志を表明することができず、また、あらかじめ自らの希望や利益を語るができない。そうである以上、次世代に対する責任を負っている我々は、最低限、代理懐胎で生まれたこと自体あるいはそれに起因する問題が子の心身に与える影響について、慎重に検討しておく必要がある。

第一に、胎児は子宮という逃れることのできない胎内環境に置かれた後に出生する。特に、対価を伴う代理懐胎の場合には、病気などを秘して代理懐胎者となろうとする者が現れることも皆無とは言えないであろう。胎児が母体からいかなる影響を受け、いかなるリスクを背負う可能性があるか不明であることについては、「(1)②イ 胎児・子に及ぼす影響」で述べたとおりである。

第二に、AID で生まれた子ども達の声は、代理懐胎によって生まれることが子に与える精神的負担が決して小さくないことを示唆しているとも考えられる。遺伝的には依頼夫婦の子である点で違いはあるとしても、その出生の経緯それ自体またはその事実を隠そうとすることが子に与える影響は、同様と想像される。特に、代理懐胎が営利目的のものであった場合には、たとえ、対価が妊娠・出産に対するものであったとしても、子は自分が売買の対象にされたと感じるかもしれない。また、代理懐胎は、乳児期に子を産みの親から引き離すことになる。これは養子の場合にも同じであると言われるが、当事者のみに委ねられる代理懐胎契約においては、通常、裁判所の関与が予定されている未成年者の養子縁組（民法 798 条、817 条の 2）とは異なり、親としての適格性や子の福祉について後見的な判断を経ることなく、はるかに容易にそれが行われ得るのである。これらが、子の心身の発達、依頼夫婦との関係などに与える影響についての研究は、世界的に見ても、まだ始まったばかりである。これらの影響は、親子関係の在り方をめぐる歴史的、文化的背景によっても異なると考えられるが、日本ではこのような研究の重要性が認識されているとさえ言い難い状況である。

第三に、より現実的な問題として、子の引渡し拒否、引き取り拒否などが生じることも考えられる。例えば、出生した子に障害がある場合など、子の引取りを依頼者が拒否するおそれもある。この点について、代

理懐胎契約時に明確に取決めがなされ、そのとおり契約が履行されたとしても、契約締結時と出生後の現実の差に直面したとき、虐待その他さまざまな問題が、自然生殖の場合よりもより複雑化された形で表面化する可能性を否定し得ず、これは子の福祉を考えたとき最も憂慮すべき事態である。すなわち、争いが生じたという事実自体、子に与えるダメージが大きいのに加え、法的には、子の保護者を確定することができるとしても（「4 代理懐胎による親子関係問題」参照）、それのみで愛情につつまれた子の成育環境の安定及び継続が保障されるとは限らないことを忘れてはならない。

② 生物学的秩序の問題

生物学的観点からみると、生殖という行動は、すべての生物においてその生物種の存続のために最も重要な行動のひとつであり、多くの動物にとって、生殖はその個体の生命を賭した行動である。哺乳類は、子を産んだ後、親がその世話をするために子と共に生きるが、生殖年齢を超えてなお生きることができるように進化したのは、ヒトのみである。

哺乳類としてのヒトにとって、体外受精は、配偶子を体外で受精させる点において、すでに自然の生殖行動からの逸脱であるといえるが、代理懐胎は、生殖行動のうちの多くの期間を占める妊娠から出産に至るすべてを、それに内在する危険性や様々な負担とともに他者に肩代わりさせ、自身はいわば傍観者となってしまおうという点において、本来の営みとしての生殖行動からの逸脱がさらに大きい。

妊娠・出産は哺乳類における生殖行動の主要な部分であるが、出産後の哺育という行動も哺乳類においては生殖行動の一部である。妊娠中に、種々のホルモン分泌など内分泌系の変化が起こり、それに基づき母体に肉体的・精神的にさまざまな変化が現れるが、これらはその後の哺育行動への準備ともいえる。哺育行動の精神的基盤ともいえる母性も、内分泌系の関与により、妊娠期間を通じて形成される。懐胎という状態が単に分娩によって終了するのではなく、その後の行動へと繋がる一連の生物現象であることを考える時、代理懐胎を行った場合の出生した子と依頼者の関係のみならず、いわば役目を終えた懐胎者と依頼者に引き渡した子との関係にも注意が払われなければならない。

③ 医療倫理・医療の場での混乱

代理懐胎は、従来 of 医師・患者の関係や医療倫理に異質なものをもたらし、それらに混乱をきたすおそれがあることが指摘されている。

通常 of 医療行為は、医療者と医療行為の対象者という二者間の関係の上に成立するが、代理懐胎の場合には、この二者に加えて、代理懐胎依頼者という第三の当事者が存在する。その結果、懐胎者にとって最良と考えられる医療行為と依頼者の希望する医療行為とが必ずしも一致しない

ことや、依頼者が希望する医療行為を懐胎者が承諾しないことが起こり得る。医療者は、医療行為の対象者が意思を表明することが可能である限り、その医療行為の対象者の希望に基づいて医療を行うはずである。しかし、医療行為の対象者の希望と依頼者のそれとの間に不一致がある場合、依頼者は単なる傍観者ではなく、医療行為に対して不適切な介入をなす妨害者となり、その結果、医学的判断に基づき対象者の同意を得て成り立つ医療行為の遂行が大きく歪められてしまうことも懸念される（補注2参照）。

代理懐胎で生まれる子に何らかの障害があり、それが妊娠中に診断された場合には、依頼者がその診断を受容し得るかが懸念される。依頼者が懐胎者の妊娠を終了させる処置を希望することも考えられ、障害の程度により、医学的には軽度の障害と判断される場合などは、医療者の判断と一致しない可能性もある。子の障害には、先天的なものほかに、妊娠・分娩を契機として生じるものもあり、この場合には障害の原因を追及する動きも加わり、問題がより複雑化する可能性がある。

これらの諸問題を当事者の事前の契約のみで解決することは困難であると同時に不適切でもあり、医療倫理の面からも問題がある。

(3) 法的側面から

① 規制の必要性

「(1) 医学的側面から」、「(2) 倫理的・社会的側面から」で見たように、代理懐胎には医学的にも、倫理的・社会的にも問題が存在する。人々の利益の侵害を含む弊害の存在は、代理懐胎の問題を、単なる倫理の領域を超えて、社会的規制の対象にすることを正当化し得るものである。生命倫理に反する、自然生殖からの逸脱が大きい、医療の限界を超える、公序良俗に違反する、などの理由は、それのみで社会の介入を正当化するものではないであろう。しかし、代理懐胎者の負担、その生命・健康への重大な影響、出生した子に予想される精神的影響、医療者の裁量権の侵害など、代理懐胎がもたらす弊害の存在を考慮する場合には、代理懐胎を当事者間の契約や倫理の問題にとどめておくことはできない。リプロダクティブ・ライツ、家族形成権が存在するとしても、また、たとえば、純粋に博愛、利他、依頼者に対する共感などから、代理懐胎者となることを希望する女性が存在するとしても、代理懐胎を、依頼者及び懐胎者の自己決定や希望、医療者の配慮だけに委ねておくことは妥当ではない。

② 医療者による自主規制

日本産科婦人科学会は、その会告によって、すべての代理懐胎の実施・関与を学会員に禁止している（「1(3) 関係省庁、関連学会などによるこれまでの検討」）。これに対しては、女性には自分の遺伝子を受け継ぐ

子を持つ「権利」があるのだから、以上のような医師団体による自主的規制も不当であるという見解もあるが、前述のような観点から見れば、学会が倫理規範として自発的に定める会告で代理懐胎を規制してきたことは妥当なことである。

むしろ現在問われているのは、上記の会告だけで十分か否かである。

これまでのところ、会告にあえて違反してまで代理懐胎を実行しようとする医師は、ごく少数にとどまる。そのようなことから、学会による自己規制をさらに強化することによって代理懐胎に対応すべきであり、それ以上の措置を執るべきではないという意見もある。これは法の謙抑性の観点からは、傾聴に値するものであろう。

しかしながら、会告は日本産科婦人科学会の会員以外には拘束力を持たず、しかも、会告の強制力の担保は、学会による違反者の処分という学会の内部的制裁のみである。日本医師会などの医師らの団体が任意団体である我が国では、医師の自律的対応にこれ以上のことを求めることはできない。現在の状態は、代理懐胎が自制されることなく実行される危険性を、常にはらんでいる。医療者の自律を尊重し、このような危険を甘受することも一つの考えではあるが、代理懐胎の問題は、既に、医療者の自律とその責任に委ね得る段階を超えているものと考えられる。

③ 法律による規制

ア 行政倫理指針と法律

代理懐胎を規制する場合にも、厚生労働省などの行政庁が定める行政倫理指針で十分で、法律による必要はないという見解もありうる。すでに我が国には、「遺伝子治療臨床研究に関する指針」⁸、「臨床研究に関する倫理指針」⁹、「ヒト幹細胞を用いる臨床研究に関する指針」¹⁰、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」¹¹などが存在する。

しかし、このような行政指針は、法律に基づかない行政指導の一種に過ぎず、法的強制力を有し得ない。また、医療の範疇のみにとどまらない、倫理的、法的、社会的に重大な問題である代理懐胎の問題の政策決定までも、行政にゆだねることは適切とは思われない。代理懐胎を規制するなら、行政指導によるのではなく、国民の代表機関である国会が作る法律によるべきであると考えられる。

イ 法律による規制

委員会では、自身で妊娠・出産が可能であるにもかかわらずこれを他人に代わってもらおうとするだけの「便宜的代理懐胎」については法律によって規制すべきであるとしても、全ての代理懐胎を法律で規制する

⁸ 平成14年3月27日制定、平成16年12月28日全部改正。

⁹ 平成15年7月30日制定、平成16年12月28日全部改正。

¹⁰ 平成18年7月3日。

¹¹ 平成19年5月。

ことには反対であるという意見もあった。それは、代理懐胎のもたらす危険の最大のものは通常の妊娠・出産に伴う危険でありそれは代理懐胎者が引き受けているものであるから法律による規制の理由とまですることはできない、また、それ以外の危険の存在についても科学的根拠が明らかでない、というものであった。

しかし、以上で述べてきたように、前者の危険を懐胎者の自己決定に委ねてしまうことはできない（「(2)①ア 依頼者及び懐胎者の自己決定とその限界」参照）。また、後者の危険について確実な証拠がないことは確かであるが（「(1)① 代理懐胎の医学的問題点」、「(2)② 生物学的秩序の問題」）、その危険性を推測することは合理的であるといえよう。そうである以上、法律によらなければこのような危険な事態に十分対応できないときには、法律による規制も許されるのである。

医療に法が介入するときには、医療の自由を不当に制限することなく、合理的に必要とされる範囲にとどめられなければならない。これまでは、ともすると生命倫理秩序違反の一事によって法律の介入、ときには処罰を要求する傾向があり、これには問題があったことは確かである。法と倫理との同一視は避けなければならない。しかし、代理懐胎には、母体を妊娠・出産の道具として提供する代理懐胎者という、現実的な被害を受ける他者が存在するのであり、これは、法律による規制を正当化するものである。このことを考慮した上で、どのような法規制が合理的で妥当であるかを、慎重に見極めながら検討されなければならない。

ウ 生殖補助医療と法規制

代理懐胎に関する法律は、それを生殖補助医療全体の枠組みの中で規制する「生殖補助医療法」のようなものとすべきであろう。厚生労働省の部会報告書の提案もこのようなものであった（「1 (3) 関係省庁、関連学会などによるこれまでの検討」参照）。一部にはより包括的な「生命倫理基本法」の提唱もあるが、代理懐胎に関する立法の現実的な必要性を考えるとときには、法律は生殖補助医療に限定したものとすべきだと思われる。生命倫理全体にわたる合意形成、それに基づいた法律を作ることは、その先の課題である。

④ 刑罰によらない法規制

ア 法規制と刑罰

代理懐胎は法律によって規制すべきだとしたときにも、それは基本的には、非刑罰的な法規制にとどめられるべきである。

専門委員会報告書、部会報告書は、いずれも、「代理懐胎のための施術・施術の斡旋」を「罰則を伴う法律」によって規制すべきものとした。臓器売買の場合（臓器の移植に関する法律 11 条・20 条、刑法 3 条）のように、国民の国外犯を処罰することは提案されてはいないが、国外で

行われる代理懐胎の斡旋行為を日本国内で行った者は処罰されること、また、明示的に処罰の対象から除く規定を設けないときには、施術の斡旋を依頼した者も斡旋行為の共犯として処罰される可能性が残されていることに注意しなければならない。

しかし、代理懐胎には、代理懐胎者、出生した子に対する危険があるとしても、それは極めて高度のものであるとはいえない。また、一般の犯罪のように人々に大きな害悪を与える行為ではない。このようなことを考慮するならば、すべての代理懐胎及びその関与行為を処罰することは広範に過ぎると考えられる。

他方では、罰則のない法律であっても、その違反に対しては、以下のような有効な対応が可能なのであり、代理懐胎に対する法律的対応としては、それだけで十分であると考えられる。また、刑罰を規定すれば代理懐胎を完全に禁圧できるものでないことにも、注意しなければならない。代理懐胎を法律によって規制するときにも、「刑法の謙抑性」を基礎としながら、合理的な対応を考えていかなければならない。

イ 行政処分

医師法は、医師が「医事に関し不正の行為」を行ったとき、あるいは、「医師としての品位を損するような行為」があったときには、厚生労働大臣が医道審議会の意見を聞いて、一定の処分を行うこととしている（医師法7条2項・4項、4条）。代理懐胎を禁止する法律ができたときには、それに違反して代理懐胎を行った医師については、このような処分を行うことになる。また、健康保険法によると、政令（健康保険法施行令33条の3第2項）が指定する「国民の保健医療に関する法律」の違反があったときには、厚生労働大臣は保険医の登録を取消することができる（健康保険法81条6号、82条2項）。現在、医師法、医療法、薬事法などが政令によって指定されているが、政令が、代理懐胎を禁止する法律を「国民の保険医療に関する法律」と指定することによって、違反した医師の保険医の指定を取消することが可能となる。

現在のところ、上記二つの行政処分はそれほど積極的に行われているわけではないので、将来は、それぞれの行政処分本来の趣旨に則って、これらをより積極的に運用することを考慮すべきだと考えられる。

ウ 代理懐胎を違法とすることによる効果

「公の秩序又は善良の風俗」に反する契約は無効である（民法90条）。代理懐胎を目的とする契約は、現在でもこれによって無効であるという意見もあるが、代理懐胎が法律により違法とされたときには、たとえその違反に罰則が規定されていなかったとしても、代理懐胎契約の公序良俗違反性は一段と明確なものとなり、それが無効となることは明白になると思われる。この場合には、依頼者からの代理懐胎に伴う費用の交付、

懐胎者の妊娠の継続・出産、出生した子の依頼者への引き渡しなど、すべての契約上の権利・義務が法的に存在しなくなるために、代理懐胎を実行しようとする上では、一つの障害となろう。

⑤ 営利目的による代理懐胎の処罰

ア 代理懐胎が処罰されるべき場合

以上のように、代理懐胎及びその関連行為については、法律は基本的には、禁止はしても処罰まですべきではない。しかし、懐胎者の被る負担において利益を得る行為の処罰、懐胎者を搾取する行為を処罰することは必要かつ合理的であると考えられる。

また、国外において貧しい人々に経済的対価と交換に代理懐胎を依頼するいわゆる「代理母ツーリズム」を阻止するためには、前述の臓器の移植に関する法律が「臓器移植ツーリズム」にも対応しようとしたように、代理懐胎を規制する法律は、国民の国外犯をも処罰することになる。

このように考えるときには、本報告書が直接の対象とする依頼夫婦の配偶子を用いるタイプの代理懐胎に限らず、それ以外のタイプの代理懐胎、例えば第三者提供卵子と夫の精子を用いる代理懐胎なども、営利目的をもって行われる場合には、同様に処罰することになる。また、上述のように、代理懐胎者を搾取する危険があることが営利目的での代理懐胎を処罰する趣旨である以上、施行医、斡旋者などの関与者は、すべて基本的に処罰されることになる。しかし、代理懐胎者は妊娠・出産を負担した被害者であり、処罰の対象から除外されることになる。

イ 依頼者の処罰

委員会では、依頼者を処罰することに対して、消極的な意見もあった。この意見は、代理懐胎を切望する依頼者の心情を考えるとときには処罰は過酷であり、外国の立法に依頼者を処罰の対象から除外するものがあるのもそのためであると説明する。また、依頼者を処罰すると、出生した子が「犯罪者の子」、「犯罪（行為）によって生まれた子」になってしまうということも指摘された。しかし、それに対しては、子を欲する者が営利目的で行われる代理懐胎を依頼し他者の搾取に関与する権利はない、依頼者を処罰しないと上述の「代理母ツーリズム」を防止することもできなくなる、処罰の範囲を営利目的の代理懐胎に限定するときには依頼者を除外する必要はない、などの反論がなされた。

このようにして、本委員会は、なお議論の余地があることを認めながらも、営利目的での代理懐胎については、依頼者も処罰の対象とすべきだという結論に至った。

⑥ 原則的禁止と試行的実施

ア 部分的許容

代理懐胎を認めるべきだとする意見の多くは、すべての代理懐胎は自由化されるべきである、あるいは「便宜的代理懐胎」以外のものはすべて自由化すべきであるとまで主張するものではなく、自分の遺伝子を受け継ぐ子を持つことを望む場合の最後の手段として行われる代理懐胎だけを許容すべきであるというものである。

しかし、以上のように限定された範囲であったとしても、代理懐胎が懐胎者に与える心身の危険及び負担、胎児・出生した子に及ぼす影響、母性の形成への障害、子の福祉の問題、医師の倫理的立場の混乱などの弊害が完全になくなるわけではない。また、「(1)②ア 依頼女性の医学的適応」で述べたように、代理懐胎の一部許容は全面解禁へとつながり、「蟻の一穴による堤防の決壊」、「滑りやすい坂道の上に立つこと」になることも危惧される。

要するに、依頼者、代理懐胎者、医療者という当事者間の契約によって、一定の範囲において、代理懐胎を自由に行い得るとすることは妥当でないのであり、このような意味での「部分的許容」という考え方をとるべきではない。

イ 代理懐胎の試行的実施

他方で、代理懐胎を、公的管理の下に厳格な要件を付けて限定的、試行的に実施することは、考慮の余地があると思われる。このような方法により、出生する子、代理懐胎者、依頼者の利益と福祉を最大限守りつつ、関係者及びその家族、さらには社会に対して、代理懐胎がどのような結果をもたらすかを明らかにすることができる。また、子宮内環境が着床や胚発生に及ぼす影響についての基礎的研究、周産期の母体と胎児の管理、さまざまな疾患罹患における妊娠の安全性確保、生まれた子の心身に対する長期的影響などについても、科学的信頼度の高い情報が得られるであろう。

代理懐胎は、妊娠・出産に不可避免的に伴うリスクと負担を代理懐胎者に負わせるものである。これは、代理懐胎者が承諾していたとしても、社会的にはそのまま認めてしまうことはできないものであり、このことが代理懐胎を禁止する重大な論拠であることはすでに述べたところである（「(2)①ア 依頼者及び懐胎者の自己決定とその限界」）。しかし、代理懐胎者が積極的に承諾し、公的機関が一定の要件の下でその実施を承認するときには、これは社会も是認するものとなろう。他方では、日本はもちろん国外においても、代理懐胎とそれによって生まれた子の心身に対する長期的影響を含めた科学的信頼度の高いデータは少ない。そのような状況では、公的管理の下に、厳格な要件を付けて限定的、試行的に代理懐胎を実施し、さまざまな分野の関係者が協力して、生殖補助

医療としての代理懐胎を検証することが必要と考えられる。その結果を
まわって、代理懐胎についての政策的判断を改めて下すべきである。

以上のような「試行的実施」は臨床試験的色彩の強い行為であるため、
以下の条件を踏まえたものでなければならない。

- 1) 実施前に公的倫理委員会に臨床試験の全貌をあらかじめ示し、そ
の承認を受けていること、
- 2) 実施にあたっては、あらかじめ当事者にその臨床試験について十
分に説明し当事者の同意を得ていること、
- 3) 当事者及び代理懐胎によって生まれた子のプライバシーが守ら
れること、
- 4) 第三者によるデータ管理が行なわれること、
- 5) 適切な時期に臨床試験の結果を公表し、第三者の評価を受けるこ
と、
- 6) 実施中に当事者及び代理懐胎によって生まれた子に重大な事象
が生じた場合には速やかにそれを公表してその評価を受け、適切な
対応をとること。

このような条件の下で行われる臨床試験においては、患者の権利と利
益を守ることが可能となる。これは、上記の、一定の要件の下で代理懐
胎の実行を当事者にゆだねるという「部分的許容」ではなく、公的管理
の下で、一定範囲での代理懐胎を実施することを意味する。このように
すれば、十分な議論もなく、代理懐胎がなし崩し的に拡大されてしま
うことも防止し得ると考えられる。

ウ 試行的実施についての制度設計

代理懐胎を試行するとした場合には、上記の臨床試験として必要とさ
れる条件に加えて、さらにいくつかのことを考慮しなければならない。
例えば、法律に、それを実施し得る要件と手続きを明確に規定するばか
りではなく、出生した子の法的地位についても明確な規定が必要になると
考えられる。詳細は、立法に当たってさらに検討すべきことであるが、
以下に、現段階で指摘し得る限りの問題点を挙げる。

要件については、少なくとも

- 1) 絶対的適応に限り、そのことが厳格に審査されること、
- 2) 懐胎者となる女性の心理的・身体的リスクができる限り抑えられ、
代理懐胎に伴う影響に対応し得る高度な医療やケアが懐胎者に提供
されること、
- 3) 懐胎者となる女性が、代理懐胎のリスクについて十分に理解し、
あらゆる強制から自由な自己決定に基づいて、無償で懐胎者となる
ことに同意していること、
- 4) 生まれてくる子の法的地位も含めて、子への配慮が十分に行われ
ること、

が必要である。これらを具体的にどのように定めるべきか、特に適応の範囲など、すでにみたように（「(1)② 代理懐胎の医学的適応」参照）困難な問題が多く存在する。

さらに手続要件として、代理懐胎の試行的実施要件の存在を認定し、実施の許可を与える公的な第三者機関を設置することが必要である。これを代理懐胎を実施する医師にゆだねることは、医師に過大な責任を課すことになり、社会的にも受け入れられないであろう。このような機関の構成員は、医療・福祉・法律の総合的判断だけでなく、当事者のカウンセリングも行うこととなり、産婦人科医、小児科医、看護師、法律家、生命倫理学者のほか、遺伝カウンセラー、心理カウンセラーなどが必要と考えられる。

要するに、試行的にはあっても生殖補助医療を公的管理の下で運用しようとするならば、その検証プロセスまで含めたシステム全体を慎重に検討した上で構築しなければならないのであり、単純に代理懐胎の実施要件だけを決めておけば足りるというものではない。

我が国においては、代理懐胎に関する社会的なルールが未形成の状況で、十分な医学的情報を提供しないままに、ごく一部の医師によって代理懐胎が公然と実行されている。これは、既成事実が積み重ねられることによって、de facto にルールが形成されてしまう危険を持つものである。これに対して、厳格な科学的管理と情報の蓄積を前提とする代理懐胎の試行には、改善された科学的根拠に基づく代理懐胎の制度化の可能性が展望されている。我々は、以上のような代理懐胎の試行的実施によって、代理懐胎問題に関する社会的に是認しうる倫理的規範を形成し、生殖補助医療の健全な歩みに寄与することも可能になると考える。

本章の結論

- 1) 代理懐胎は、法律によって、原則として禁止すべきである。
- 2) 代理懐胎の試行的実施（臨床試験）は考慮されてよい。その場合には、公的機関による管理の下で、法律の規定するところに従って行うべきである。
- 3) 営利目的による代理懐胎は、処罰すべきである。処罰の対象者は、施行医、斡旋者、依頼者とし、代理懐胎者は対象者から除外すべきである。

4 代理懐胎による親子関係問題

(1) 子の法的地位確定の必要性

通常の場合、女性が出産した子は、その女性の卵子に由来する子であり、その女性が自分の子として養育することになる。しかし、依頼女性の卵子を用いた代理懐胎の場合には、血縁上の母と養育（希望）者は一致するが、分娩者はそれとは異なることになる。この場合の母子関係をどのように考えるべきかが問題である。

第3章において検討したように、代理懐胎は、原則として、法律をもって禁止されなければならない。しかし、代理懐胎を禁止したとしても、代理懐胎によって生まれる子が存在しうる以上、子の福祉という観点からは、そのような子の法的地位を決定する方法を明確にしておく必要がある。

① 代理懐胎禁止との関係

代理懐胎を許容することは、依頼女性と生まれた子との間の母子関係を認めることであり、禁止することは、それを否定することにつながると考える傾向がある。例えば、要綱中間試案も、厚生労働省生殖補助医療部会における代理懐胎禁止の方向をふまえ、依頼女性を母と定めることは代理懐胎を許容するに等しく相当でないことを一つの理由として、懐胎者を母とした。

しかし、このように両者を連動させることは、必然ではないと考えられる。既に代理懐胎によって誕生している子の福祉という観点から見たとき、子の与り知らぬ事情がその法的地位に影響を与えることを積極的に肯定することは、子の犠牲の上に、親子関係の定め方を代理懐胎禁止という「行為規制」の手段として用いるものという批判もあり得よう。

そこで、本委員会では、代理懐胎の禁止という基本的立場から独立して、代理懐胎によって生まれた子の法的地位について検討を行うこととした。

② 最高裁平成19年3月23日決定

最高裁平成19年3月23日決定¹（民集61巻2号619頁。以下、「平成19年決定」という。）は、「現行民法の解釈としては」、分娩者を母と解さざるを得ないとした上で、養育（希望）者であり、血縁上の母でもある依頼夫婦を実親とした外国裁判所の裁判の日本における効力を否定した。

この決定を支えている「現行民法の解釈」の一つに、いわゆる「分娩者＝母ルール」を確立したと言われている、非嫡出母子関係に関する最高裁昭和37年4月27日判決（民集16巻7号1247頁。以下、「昭和37年

¹ 本決定の解説・評釈として、門広乃里子・法学セミナー増刊（速報判例解説Vol. 1）135頁、佐藤文彦・戸籍時報614号51頁、土谷裕子・ジュリスト1341号165頁、長田真里・法律時報79巻11号45頁、早川眞一郎・法律のひろば61巻3号58頁、村重慶一・戸籍時報616号62頁などがある。原審（東京高決平成18年9月29日判例時報1957号20頁）については、岩志和一郎・年報医事法学22号207頁、岡野祐子・平成18年度重要判例解説（ジュリスト1332号）304頁、早川眞一郎・判例タイムズ1225号58頁、村重慶一・戸籍時報611号53頁などがある。

判決」という。)がある。民法典は、認知による非嫡出母子関係の定立(民法779条・787条等)を除き、母子関係定立に関する直接的な規定を置いていないが、この昭和37年判決は、民法779条等を空文化し、原則として分娩者を母とする判例法を採用した。平成19年決定もこれに則り、依頼女性を母とは認めなかった。ただし、同決定は、あくまでもこれは「現行民法の解釈」であるという限定を付するとともに、「立法による速やかな対応」を強く促している。

(2) 生まれた子の法的地位²

① 法律上の親子関係の意義 — 実子と養子

法律上の親子関係(母子関係・父子関係)は、子の保護者である親権者を決めるものであるのみならず、子が取得する氏の基準になり、また、親とされる者と子とされる者との間に相互の相続権、扶養義務などを生じさせる。さらに、親子関係は、戸籍に記載され、国家に対する権利・義務の基礎となる最も基本的かつ公益に深く関わる重要な身分関係でもある。

この親子関係の類型として、民法典には、「実子」と「養子」の二類型が規定されている。「実子」は、一般に、血縁を基礎とする親子関係であると言われるのに対し、「養子」は、当事者の合意によって成立する(普通)養子と、養親となる者の請求に基づき家庭裁判所の審判によって成立する特別養子とに分けられる。(普通)養子制度では、養子縁組後も実親との間の親子関係があわせて存続し、また養子と養親との協議による離縁によって養親子関係の解消が認められる。他方、要保護児童の保護を図るために実子に近い類型として昭和62(1987)年に新設された特別養子制度では、特別養子縁組により実親との間の親子関係が終了し、また養親の側からの離縁請求による養親子関係の解消は認められない。実子、養子、特別養子では、戸籍上の記載については違いが存在するが、氏、親権、相互の相続権(相続分も含む)・扶養義務などの発生については、基本的に異なるところはない。

② 民法に基づく法的地位の確定

代理懐胎によって生まれた子は、民法典が想定していない子であるとして、民法典の親子類型を基に考えるのではなく、新たな類型を設けるべきであるという見解もあり得よう。確かに、民法典が成立した時代に、代理懐胎によって生まれた子が存在していなかったことは事実である。しかし、判例を含む民法は、歴史的にも、構造的にも、常にその成立時

² 以下①～③は、日本人夫婦の依頼に基づき日本人代理懐胎者が日本において出産した子の親子関係について、日本法が適用される場合を念頭に置いたものであり、関係当事者のいずれかが外国人である場合には、別途検討を要することがある。とりわけ、法の適用に関する通則法によれば、外国法が準拠法となる場合に関して、法の適用に関する通則法の解釈(公序規定も含む)によって対処するのか、それとも何らかの立法的措置をするのかについては、なお検討の余地がある。

には想像もできなかつた事象に対応し得るものとして存在しており、また、実際に対応してきたのであり、その理念・原則には普遍的な側面もある。また、特別養子制度を創設したときのように、特別の制度を必要とするとも認められない。したがって、代理懐胎によって生まれた子の親子関係についても、民法典に用意されている親子の類型の中で考えるべきであろう。

③ 生まれた子と代理懐胎者、依頼夫婦との関係

ア 生まれた子の実親子関係

本委員会は、結論として、代理懐胎の場合であっても分娩者を法律上の実母とすることが妥当であると考ええる。

確かに、従来、「分娩者＝母ルール」は、分娩者が血縁上の母であることをその重要な論拠としてきた。この観点からは、第三者提供卵子による妊娠・出産の場合には、血縁上の母でない女性が母とされ、依頼女性の卵子を用いた代理懐胎の場合には、血縁上の母である依頼女性が母とされないことは、不合理、不公平という考え方もある。

もちろん、「血縁上の親子」関係と法律上の実親子関係とが一致しない場合があることは、民法典が本来的に認めるところであり（民法 776 条・777 条・782 条・783 条・785 条等参照）、判例もこのような民法の立場を繰り返し確認している³。民法の実親子関係は血縁上の親子関係を基礎にはするが、子に法律上の親を与える必要性、子の身分の安定などを考慮して決められるものであって、血縁関係をそのまま実親子関係とするものではないのである。それでもなお、血縁上の母が不明である場合はともかく、分娩者とは異なる血縁上の母の存在が知られ、かつその血縁上の母が子を養育する意思を有する場合までも、従来の「分娩者＝母ルール」が予定するところであるかは必ずしも明らかではないという見方もあり得よう。

そこで、改めて考えてみると、血縁関係の有無にかかわらず分娩者を母とすることには、次のような長所があると思われる。

第一に、分娩者を母とすることにより、子の誕生と同時に、外形的に明白な事実によって、子の第一義的な保護者を、自然生殖によって生まれた子と同様、一律に確定することが可能となる。これに対して、遺伝関係の医学的証明書に基づいて親子関係を決定とした場合、子の誕生の瞬間に何らの検査もなく母子関係を確定することは困難となる。分娩者を母とすることには、常に確実とは言えない父子関係に対し、少なくとも一人は、確実に子に保護者を与える意味もある。また、婚内子については、父子関係は母子関係を基準に決定する構造になっており（民法 772 条参照）、母子関係には、父子関係に求められる以上の安定的か

³最判昭和 30 年 7 月 20 日民集 9 卷 9 号 1122 頁、最判平成 18 年 7 月 7 日民集 60 卷 6 号 2307 頁等。

つ確実な基準が求められるとも言えよう。

なお、自然生殖の場合には分娩者を母としつつ、代理懐胎の場合には血縁的なつながりのある卵子提供者を母とするという二元的な認定基準を採用している諸外国では著しい混乱が生じていないとして、依頼者の実母認定のための制度設計は不可能ではないとの意見もある。しかし、実親子関係の持つ意味も含め、彼我では法律上の親子関係の在り方が同一ではなく、日本において同様の制度を構築した場合に同様の結果がもたらされるとは限らない点は注意が必要である。日本の現状では、基準の一律性による生殖補助医療によって生まれた子の差別化回避及び法的地位の安定という機能を軽視すべきではないと考えられる。

第二に、「3(2)② 生物学的秩序の問題」において述べたように、哺育行動の精神的基盤とも言える母性には、懐胎中に育まれる側面があることから、懐胎・分娩者を母とすることに一定の合理性がある。

第三に、分娩者を母とすることにより、代理懐胎者に責任ある懐胎・分娩者であることを求めることになる。懐胎中の母体の身体的・精神的状況及び生活環境は、胎児の発育に重大な影響を及ぼす。胎児の生命及び発育に対して責任を感じ、その子の実親として引き受ける覚悟のある者の胎内で9ヶ月間過ごすことは、よりよい胎内環境での発育という観点からも望ましい。

以上の諸点を考慮すると、代理懐胎の場合であっても自然生殖の場合と同様、分娩者を母とすべきであり、代理懐胎者が法律上の実母ということになる。

イ 生まれた子と依頼夫婦との間の養子縁組

本委員会では、代理懐胎禁止を実効的なものとするために、代理懐胎によって生まれた子と依頼夫婦との間に、養子縁組も含めて一切の親子関係を認めるべきではないという見解も主張された。実際、そのような取り扱いをする国も存在する。

しかし、代理懐胎禁止と親子関係との連動を必然としないという観点からは（「(1)① 代理懐胎禁止との関係」参照）、子に対して強い愛情を抱き、また、将来にわたる子の養育を担うに相応しい者に、最終的に、親としての権利を与えるというよりは、むしろ責任を負わせることは、子の福祉にかなうとも言える。したがって、代理懐胎によって生まれた子と依頼夫婦との間に、養子縁組または特別養子縁組によって法的親子関係を定立することを認めるべきだと思われる。具体的には、代理懐胎者を法律上の実母とした上で、代理懐胎者が、分娩後、子に対する責任及び権利を放棄することを望み、他方で依頼夫婦がその子について養育の意思を有する場合には、乳幼児の段階で、子の福祉の観点に立った家庭裁判所の判断を介して、依頼夫婦との間に養子縁組または特別養子縁組による親子関係の定立を認めることになろう。

なお、依頼者の意思による養親子関係の切断が認められない点で、子にとってより望ましい特別養子縁組については、「監護が著しく困難又は不適當であることその他特別な事情がある場合において、子の利益のために特に必要があると認めるとき」（民法 817 条の 7）などの要件があるが、代理懐胎者夫婦には養育の意思がないのが通常であることなどを考慮すれば、この要件は解釈上の障害にはならないと考えられる。

④ 外国において生まれた子の法的地位

ア 親子関係

日本人夫婦が渡航して代理懐胎を依頼し、外国人代理懐胎者から生まれた子の親子関係については、外国裁判所の裁判などがない場合には、日本の国際私法（法の適用に関する通則法）が定めるところにより決定される。したがって、日本法が適用され（法の適用に関する通則法 28 条・29 条）、依頼女性と代理懐胎によって生まれた子との間には、実母子関係が認められないことになる。

実際には、日本人夫婦の渡航先は、代理懐胎によって生まれた子を裁判などを経て依頼夫婦の実子とすることを可能としている国・州であることが多い。そして、外国裁判所の命ずるところにより発行された依頼夫婦の実子とする出生証明書を添付した嫡出子出生届が提出され、受理されているという。しかし、平成 19 年決定は、「民法が実親子関係を認めていない者の間にその成立を認める内容の外国裁判所の裁判は、我が国の法秩序の基本原則ないし基本理念と相いれないものであり、民訴法 118 条 3 号にいう公の秩序に反する」として、そのような裁判の日本での効力を否定した。

他方、平成 19 年決定の補足意見が示唆するように、日本において代理懐胎によって生まれた子の場合（「③イ 生まれた子と依頼夫婦との間の養子縁組」）と同様、養子縁組または特別養子縁組による、依頼夫婦と代理懐胎によって生まれた子との間の法的親子関係定立は、認められるべきである。

日本人夫婦が代理懐胎によって生まれた外国籍の子を養子とする場合、日本法が準拠法となる（法の適用に関する通則法 31 条 1 項前段）。そのため、特別養子縁組の場合には、養子となる者の「父母」の同意が必要となる（民法 817 条の 6）。さらに、養子となる者の本国法がその者または第三者の承諾・同意、または公的機関の許可などを要求している場合には、その要件をも備えなければならない（法の適用に関する通則法 31 条 1 項後段）。未成年者を養子とする際には、実親の同意を必要とする国・州が多いため、代理懐胎契約との関係なども含めて特別養子縁組が可能であるか疑問の余地もあるとされている。しかし、子の福祉の観点から、事実上、代理懐胎者が同意することができない場合には、特別養子縁組の成立を認めるという解釈も十分あり得よう。

イ 国籍問題

国籍は、人が特定の国の構成員であるための資格である。日本国籍を有する者は、日本国憲法をはじめとする諸法令にしたがう義務を有する一方、出入国及び居住の権利、参政権、社会保障受給権などを与えられる。また、日本国籍取得は、戸籍登載の要件であり、身分関係に関する本国法主義の基礎にもなっている。このように、国籍は、社会生活における各種の関係において極めて重要な意義を有する。

日本の国籍法は、伝統的に血統主義を採用しており、現在では、一般に、原則として日本人の法律上の実子に日本国籍が与えられると考えられている。そのため、外国人が代理懐胎者である場合、代理懐胎によって生まれた子と日本人である依頼夫婦との間に実親子関係が認められない以上、国籍の生来取得は困難となる⁴。

これに対して、養子縁組または特別養子縁組によって、依頼夫婦と代理懐胎によって生まれた子との間の法的親子関係が定立された場合には、帰化による日本国籍取得の可能性がある。現行法の下では、(普通)養子縁組、特別養子縁組を問わず、1年間の日本国内での居住が要件とされている(国籍法8条2号)。現状では、子の福祉の観点から、養子縁組を成立させ、国籍の取得についてはこのような帰化制度によって対応すべきであろう。

(3) 代理懐胎を試行的に実施する場合

代理懐胎の許容性と代理懐胎によって生まれた子の法的地位との連動が必然ではないことは、「(1) ①代理懐胎禁止との関係」で述べたとおりである。したがって、代理懐胎を試行的に実施する場合(「3(3)⑥ 原則的禁止と試行的実施」参照)であっても、代理懐胎者を母とする原則の修正には慎重でなければならない。

本章の結論

- 1) 代理懐胎によって生まれた子の母は、分娩者とすべきである。
- 2) 代理懐胎によって生まれた子と依頼夫婦との間に、養子縁組または特別養子縁組により法律上の親子関係を定立することは、認められるべきである。
- 3) 外国に渡航して行われた代理懐胎についても、1)、2) に準じて考えられるべきである。
- 4) 代理懐胎の試行的実施が考慮される場合であっても、原則として1)、2) と同様に考えられるべきである。

⁴ ただし、日本人父による胎児認知(民法783条1項、法の適用に関する通則法29条)が有効に行われた場合及びこれに準じる場合(最判平成9年10月17日民集51巻9号3925頁参照)は、日本国籍の生来取得が可能となる。

5 提言

我が国においては、代理懐胎の実態は客観的に把握されておらず、その安全性、確実性、さらに生まれた子の長期予後などは不明であり、医学的情報は欠如しているといつてよい。一方で妊娠・出産という身体的・精神的負担やリスクを代理懐胎者に負わせるという倫理的問題や人間の尊厳に関わる問題、母子関係をめぐる法的側面などについて巷間様々の議論があるものの、社会的な合意が得られているとは言い難い。これまで行政庁や学会、専門家による検討も進められてきたが、法制化には至っておらず、そのような中で代理懐胎が一部の医師により進められており、また渡航して行われる事例も増加している。

本委員会では、本報告書に記載のような1年3ヶ月にわたる検討を続けてきた結果に基づいて、以下のことを提言する。

- (1) 代理懐胎については、現状のまま放置することは許されず、規制が必要である。規制は法律によるべきであり、例えば、生殖補助医療法（仮称）のような新たな立法が必要と考えられ、それに基づいて当面、代理懐胎は原則禁止とすることが望ましい。
- (2) 営利目的で行われる代理懐胎には、処罰をもって臨む。処罰は、施行医、斡旋者、依頼者を対象とする。
- (3) 母体の保護や生まれる子の権利・福祉を尊重するとともに、代理懐胎の医学的問題、具体的には懐胎者や胎児・子に及ぼす危険性のチェック、特に出生後の子の精神的発達などに関する長期的観察の必要性、さらに倫理的、法的、社会的問題など起こり得る弊害を把握する必要性にかんがみ、先天的に子宮をもたない女性及び治療として子宮の摘出を受けた女性（絶対的適応の例）を対象を限定した、厳重な管理の下での代理懐胎の試行的実施（臨床試験）は考慮されてよい。
- (4) 試行に当たっては、登録、追跡調査、指導、評価などの業務を公正に行う公的運営機関を設立すべきである。その構成員は、医療、福祉、法律、カウンセリングなどの専門家とする。一定期間後に代理懐胎の医学的安全性や社会的・倫理的妥当性などについて十分に検討した上で、問題がなければ法を改正して一定のガイドラインの下に容認する。弊害が多ければ試行を中止する。
- (5) 親子関係については、代理懐胎者を母とする。試行の場合も同じとする。外国に渡航して行われた場合についても、これに準ずる。

- (6) 代理懐胎を依頼した夫婦と生まれた子については、養子縁組または特別養子縁組によって親子関係を定立する。試行の場合も同じとする。外国に渡航して行われた場合についても、これに準ずる。
- (7) 出自を知る権利については、子の福祉を重視する観点から最大限に尊重すべきであるが、それにはまず長年行われてきたAIDの場合などについて十分検討した上で、代理懐胎の場合を判断すべきであり、今後の重要な検討課題である。
- (8) 卵子提供の場合や夫の死後凍結精子による懐胎など議論が尽くされていない課題があり、また、今後、新たな問題が将来出現する可能性もあるので、引き続き生殖補助医療について検討していくことが必要である。
- (9) 生命倫理に関する諸問題については、その重要性にかんがみ、公的研究機関を創設するとともに、新たに公的な常設の委員会を設置し、政策の立案なども含め、処理していくことが望ましい。
- (10) 代理懐胎をはじめとする生殖補助医療について議論する際には、生まれる子の福祉を最優先とすべきである。

むすび

日本学術会議が法務大臣と厚生労働大臣の連名による審議依頼を受けて設置した本委員会は、1年3ヶ月にわたり、総計17回の委員会を開催して、代理懐胎を中心に、生殖補助医療について検討を続けてきた。発足当時は、委員の間の意見の違いは大きく、その後も鋭く対立したこともしばしばあり、報告書などまとめられずに委員会は解体するのではないか、と懸念する声すらあった程であるが、多くの意見の違いを乗り越えて、不十分ながらこのような報告書を出せることになった。代理懐胎については、すでにヨーロッパ諸国では10年、あるいは15年前から立法化もされ、対応策が確立しているのに比較して、我が国ではその面での後進性が痛感される場所である。

現時点での本委員会の結論は、代理懐胎を全面的に禁止するのではなく、試行として実施する道を残した。一定期間後に、その結果の医学的、倫理的、法的、社会的な側面からの評価をまって最終判断を下すこととした。この結論には必ずしも全員の意見が一致したわけではなく、個人的には絶対禁止の立場を崩さぬ委員もおり、他方で、もう少し広く容認すべきだと考えている委員もいる。少数意見はそれぞれ本文中にも書き込まれている。しかしながらそのような意見の多様性こそが問題の難しさを物語っているものであり、また代理懐胎を学術的に捉えた現時点での真の姿を反映していることに他ならない。

倫理や道德のギリシャ語・ラテン語の語源は「習慣」であるといい、医療の倫理も万古不易ではなく、時代とともに、また技術の進歩とともに変わり得るものであろう。しかしながら代理懐胎は単に医療技術の問題ではなく、人間存在に対する、あるいは生命倫理における最も根源的な問いかけを含んでいる。これを医学的、倫理的、法的、社会的な側面から捉えて、今後も真摯な論考は続けられねばならない。特に生殖細胞を操作することの後世へ及ぼす影響についても、深い洞察が必要である。

この報告書が、一人でも多くの国民が代理懐胎を含む生殖補助医療について関心を寄せる契機となり、問題の深刻さを理解する上で役立ち、社会的合意に向けて一歩でも近づくことを期待すると同時に、さらに国会の場で幅広い議論が展開され、必要な立法化へ向けて準備が開始され、国を挙げて問題解決に向けて動き出すことを心から念願してむすびとしたい。

補注

補注 1：相対的適応の事例（11 頁）

「自身で妊娠することが不可能と考えられる女性」：

- ・ ターナー症候群のように先天的に子宮の発達不良があり、たとえ卵子の採取が成し得たとしても自身の子宮での妊娠継続が困難と考えられる者
- ・ 体外受精に至るまでの不妊治療を尽くしても妊娠が成立せず、受精、卵割、胚盤胞形成は認められるものの、着床過程以降に異常があると考えられる者

「自身で妊娠した場合に、母子の一方あるいは両方の生命が極めて危険な状態に陥ると考えられる女性」：

- ・ 複数回の開腹手術、特に子宮筋腫核出や帝王切開など子宮への切開の加わる手術の既往があり、妊娠により子宮破裂などを起こすおそれのある者、または起こした既往のある者
- ・ 重症の心疾患や膠原病などに罹患しており、医学的にみて妊娠することが許可されない者
- ・ 加齢により難産となることが予測される者

「自身で妊娠した場合に、生命に危険が及ぶほどではないが、その後の健康状態が悪化すると考えられる女性」：

- ・ 糖尿病や腎疾患などに罹患しており、妊娠により病勢の進行が予測される者

「自身で妊娠した場合に、流産を繰り返す女性」：

- ・ 習慣流産の女性のうち、胎児側の原因を除いた、免疫学的要因、子宮形態異常など母体側の原因による者

補注 2：懐胎者と依頼者の利益・希望の不一致の事例（15 頁）

- ・ 懐胎者の妊娠中の合併症のために、妊娠を終了させざるを得ないと判断されるようになった時の、その処置施行の可否及びその時期の決定。全ての妊娠週数のものを含み、特に妊娠 22 週を過ぎた直後の超低出生体重児の出産が見込まれる場合に最も深刻になると予測される。
- ・ 出産に際し帝王切開術が適応と考えられる例に対する、その施術の可否及びその時期の決定。特に、緊急を要する場合に問題となるであろう。

用語の説明

医師法

医師の試験、免許、業務上の義務、医道審議会などについて定めた法律。弁護士法が、弁護士会という専門職能の身分組織を定めているのに対して、医師法にはこれに相当する規定はなく、医師自身による自己統治の機能は弱い。医師法改正により、医道審議会が一部強化され戒告処分などが付加されたが、厚生労働省による行政処分の域を出てはいない。

AID (artificial insemination with donor semen)

非配偶者間人工授精に同じ (43 頁参照)。

営利の目的、営利目的

財産上の利益を得る目的のことをいう。法律は、しばしば、営利目的があるときに初めて行為を処罰し (成人の営利目的等誘拐 (刑法 225 条) など)、あるいは刑を加重する (営利目的での覚せい剤輸入等 (覚せい剤取締法 41 条 2 項) など)。これは、営利目的で行為が行われるときには行為者に対する非難可能性が高まり責任が高まることを理由としていると言われることもあるが、現在では、この目的があるときには、行為が営業的に行われることになり、被害の範囲が大きくなるからだという見解が有力である。営利目的があれば、行為者が代理懐胎者の負担において財産上の利益を得るという、搾取の範囲が広がる危険性が高いから、「営利目的による代理懐胎」だけを処罰の対象とすべきだという本報告書の立場も、このようなものである。

エピジェネティック変異

遺伝的 (ジェネティック) には同一であるにもかかわらず、発生 (エピジェネティック) の過程で起こる表現型を変える変異のこと。遺伝子 DNA のメチル化や、DNA 分子を支えるヒストン分子のメチル化やアセチル化により、遺伝子発現に変化が起これらと考えられる。発生過程以前で既に起こっている遺伝的変異に比べ、高頻度にみられることが明らかになりつつあり、最近では医学的にも重視されている。

懐胎者

妊娠する女性。代理懐胎の場合、これまでの母親に当たる役割が、依頼女性、卵や受精卵の提供者、妊娠・出産 (分娩) を引き受ける女性、養育 (希望) 者などに分かれる。代理懐胎者はこのうち妊娠・出産を引き受ける女性にあたり、議論や契約の場では、懐胎者という概念が必要になる。

借り腹

かつては学会や国の報告書などは慣例的に、ホストマザーを「借り腹」と表現した。しかし、女性差別的な意味合いから逃れられないため、代理母出産と表現し、代理懐胎一般の中で論じるようになっていく。

行政処分

行政機関が、個人や法人に対して、法規に基づいて特定の権利、行為を制限したり、義務を負わせたりすること一般を指す言葉として用いられる。先端医療に関する規制の議論では、医道審議会による処分の決定や健康保険医などの資格の制限などを意味することが多い。

契約

対立する2個以上の意思表示が合致して成立するもの。民法典は、売買契約、雇用契約、請負契約、賃貸借契約など13種の典型的な契約について個別に規定を設けるとともに、無効・取消し原因（錯誤による無効、詐欺による取消し、公序良俗違反による無効など）、人・法人（当事者）、時効など、それらに共通する事項をまとめて規定している。

健康保険法

被雇用者（労働者）とその被扶養者のための健康保険制度を定めた法律。これに対し、自営業者などは国民健康保険法が定める国民健康保険の加入対象となる。医師がこれらの保険料の不正請求などを行うと、法律に基づいて返還を求められ、保険医指定の制限や取消しの処分を受けることがある。

顕微授精

乏精子症や精子無力症など男性側に原因があり、通常の体外受精では受精が成立しない不妊症に対する治療法であり、精子を一個だけ極小ピペットで吸引し、卵子の細胞質内に直接注入する方法（intracytoplasmic sperm insertion: ICSI）が一般的である。平成4（1992）年に、ベルギーで初めてヒトで成功して以来、今日では頻繁に行われるようになっている。射精された精子だけではなく、精巣上体や精巣に存在する精子でも、また凍結された精子でも同じように受精させることができ、妊娠・出産させることが可能である。

公序良俗

公の秩序とは国家及び社会の一般的利益を、また、善良な風俗とは社会の一般的な道徳観念を意味するが、両者を区別することに実質的な意味はなく、また、公序良俗の内容は時代によって変わり得る。民法は私的自治の原則を採用しており、私人の生活においてはその自由が尊重される。しかし、これを無制限に認めると社会の秩序が乱されるおそれがあるため、民法90条は、個々の強行法規に違反しない場合であっても、公序良俗に反する法律行為を無効としている。

幸福追求権

一般には、日本国憲法第13条後段に規定されている「生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利」を意味し、新しい人権概念を導き出す論拠とされる。憲法制定後の社

会的情勢の変化に伴い、この条項を根拠に、例えばプライバシー権、名誉権、自己決定権、環境権（日照権や静謐権）などが主張されるようになった。ただし最高裁判所が明示的に認めているのは、肖像権や人格権など一部にとどまっている。

高齢妊娠

日本産科婦人科学会では「35歳以上の初産婦を高年初産婦」とし、またWHO（世界保健機関）は、35歳以上の初産、40歳以上の妊娠を高齢妊娠と定義している。加齢とともに妊娠・出産でのリスクが増す。このリスクには、例えば40歳以上では生まれてくる子の染色体異常の率が有意に高くなる、高齢であるといわゆる難産が多くなるなど、母児両者に対するものが含まれており、これに見合ったケアが必要になる。

採卵

排卵誘発剤を注射して、卵巣の卵子を成熟させ、排卵直前に体外に取り出すこと。超音波像で卵巣を確認しながら、卵の入った卵胞に採卵針を刺して卵胞液ごと吸い出し、顕微鏡でチェックして成熟卵を得る。排卵誘発剤の副作用で、卵巣過剰刺激症候群に罹る場合もある。

サロゲートマザー (surrogate mother, traditional surrogacy, partial surrogacy)

代理懐胎のうち、代理懐胎者の卵子に由来する受精卵により妊娠・出産する方法。一般には、妻が何らかの事情で妊娠できない場合に、第三者の女性に夫の精子を用いて人工授精し、妊娠を成立させて子どもをもうける場合を指す。夫の精子と代理懐胎者の卵子による子であるため、遺伝的には夫婦のうち夫の遺伝子のみを受け継ぐ子を得ることになる。世界的にみると、代理懐胎はサロゲートマザーとして始まっている。

子宮筋腫核出

子宮筋腫の患者の治療法の一つで、子宮全摘出ではなく、筋腫だけを取り除き、子宮は残す方法。妊娠、出産を望む人にはこの方法が望ましいが、最近では、子どもを生み終わった患者にも核出術を採用する場合も多い。ただし、発見が困難な小さな筋腫は摘出しきれないことが多く、数年後に再発の危険を残すことになる。

子宮形態異常

子宮形態異常には、先天性の子宮奇形と子宮筋腫などの後天的な原因によるものがある。子宮奇形はその形態から多岐に分類されているが、弓状子宮や中隔子宮が多く、双角子宮や重複子宮の例は少ない。子宮奇形を有する女性は、流産を繰り返すことが多く、子宮形成術の適応となることがある。しかし、単角子宮や重複子宮は手術の適応とはならない。中隔における血流の異常によって流産が起こると考えられている。

子宮内胎児発育遅延

胎児・胎盤・母体・その他の原因で子宮内での胎児の発育が著しく遅れたり停止する例であり、臨床的には妊娠週数に相当する標準（推定）児体重の $-1.5SD$ または $-2SD$

未満の場合をいう。この中には、病的ではなく家系的に小さい胎児も含まれる。全妊娠の3～7%に認められる。妊娠早期から発育に異常をきたし、身長・頭部のサイズがともに小さく形のバランスのとれた低体重児と、妊娠中・後期以降に発症し、頭部の大きさの割に体重の少ない低体重児がある。最近では、small for gestational age infant (SGA 児) という用語が使用されることが多く、この語の定義は、身長、体重ともに妊娠週数の平均値の10パーセンタイル未満の児である。

子宮破裂

妊娠している子宮本体に起こる裂傷で、分娩時に起こることが多い。突発的で大量の腹腔内出血と膣からの出血を伴い、母子ともに死亡する可能性がある。ただちに、大量の輸血と母体の緊急手術が必要になる。全妊娠の約0.1%に起こっている。

自己決定権

一般には、広く自己に関することについて自ら決定する権利を指す。現在では、生き方や生活など一定の個人的事柄について、公権力から干渉されずに自ら自由に決定する権利は、憲法第13条の幸福追求権の内容をなすと解されており、憲法学や法哲学の領域で議論の的となっている。憲法学では家族の形成・維持やリプロダクションに関わる事柄が含まれるとされるが保障範囲は必ずしも明確ではない。医療の場合、患者の権利の最重要な一つとして自己決定権があり、これを保障するための手続きがインフォームド・コンセント（情報を与えられた上での同意）であると考えられている。

実子

民法では、実親子の子を実子、養親子の子を養子と言う。実子は、血縁関係にある子がほとんどであるが、血縁関係にない子が含まれることもある。母子関係は、判例上、母の出産によって認められるが、父子関係については、妻の産んだ子は嫡出推定によって夫との間に父子関係が認められ、妻ではない女性が産んだ子は父が認知することによって父子関係が生じる。原則として嫡出子においては、夫が出生後1年以内に提訴する嫡出否認訴訟によらなければ嫡出父子関係は否定されない。虚偽出生届によって届け出られた子も、長年月経過したあとは、その親子関係を覆すことが権利濫用とされることがあり、その場合も実子の身分が確定する。

児童の権利に関する条約（子どもの権利条約）

平成元（1989）年に第44回国連総会において採択され翌年に発効した条約で、児童の基本的な人権について国際的標準を示し、各国政府が負うべき義務を明らかにしたものの、54条からなり、18歳未満の者すべてを対象とし、子どもを保護の対象とするだけでなく、権利の主体と考え、生存の権利、思想の自由、社会保障や教育を受ける権利などを定め、これらがいかなる差別も受けず、尊重されるよう規定している。我が国では平成6（1994）年に国会で承認された。

習慣流産

続けて3回以上流産を繰り返し、生児が得られないことを指す。原因としては、子宮内腔異常、免疫学的異常、夫婦の染色体異常、感染症、内分泌異常が考えられている。最近では、結婚、妊娠の高齢化にともない、2回続けて流産した場合（反復流産）にも、習慣流産に準じた検査、治療をする傾向にある。

出自を知る権利

一般に、自分のルーツ、親などを知る権利のこと。児童の権利に関する条約第7条第2項は「児童は・・・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」と定めるが、この条項が、養子や生殖補助医療によって生まれた子に生物学的親を知る権利を保障することを求めるものであるかは争いがある。日本では、従来、AID で用いられる提供精子は匿名を原則としてきたが、生物学上の親を知る権利を認めるとなると、生まれてきた子が精子提供者の個人情報にアクセスできるようになる。スウェーデンやスイスではこれが法律によって保障されているが、親が子に告知することが少なく、行使された例はなお皆無に近い。

人工授精

精液を、経膈的に女性の子宮内に注入し妊娠を成立させること。元来、乏精子症などによる不妊症の夫婦への治療に用いられていたが、精子の凍結保存が一般化するにもなって、がん治療のための精子保存や、第三者の精子を用いる人工授精、代理懐胎（サロゲートマザー）の場合にも用いられるようになった。

生殖補助医療

不妊症の診断、治療において実施される人工授精、体外受精・胚移植、顕微授精、凍結胚、卵管鏡下卵管形成などの、専門的であり、かつ特殊な医療技術の総称である。かつては絶対不可能とされた難治性不妊の治療にも成果をあげている。生殖補助医療は、それ以外の治療では妊娠が望めない人たちに対して選択肢を広げることになるが、一方で狭義の治療の概念を逸脱することになり、治療との線引きが曖昧になっている。

絶対的適応

一般に、臨床医学において、患者に対してある処置を行うことによって患者が何らかの利益を得られることがほぼ確実と認められている場合に、その患者はその処置の適応（indication）がある、または、その処置の適応症例である、という。本報告書では、欧州生殖医学会（ESHRE）が代理懐胎の対象となる例に対して用いている absolute indication の日本語訳として「絶対的適応」という語句を用いた。何らかの原因により子宮を持たない女性が、代理懐胎における絶対的適応に属する。子宮を持たないことから、本人に妊娠が成立する可能性が皆無であることが明らかであるということが、「絶対的」という意味である。

相対的適応

本報告書では、欧州生殖医学会（ESHRE）が代理懐胎の対象となる例に対して用いている relative indication の日本語訳として「相対的適応」という語句を用いた。補注 1 に挙げた女性が、代理懐胎における相対的適応に属する。子宮を有しており、妊娠が成立するか否かが障害の程度により異なり、また、担当医師により判断が異なる余地のあることが、「相対的」という意味である。

ターナー症候群

染色体異常の一つで、正常女性の性染色体が XX であるのに対し、X 染色体が一本しかないことによる一連の症候群のこと。本症の X 染色体異常の最小共通核型は X 染色体短腕の部分欠失である。頻度は、女兒 1000～1500 人に一人とされ、症状としては、低身長、翼状頸、後頭部毛髪線低位、手背や足背の浮腫、外反肘などの外表奇形、大動脈縮窄症や馬蹄腎などの内臓奇形、原発性腺機能低下症などである。

体外受精（体外受精・胚移植：in vitro fertilization - embryo transfer: IVF-ET）

不妊治療の一つで、通常は体内で行われる受精を体の外で行わせること。採卵した成熟卵を培養液中で精子と受精させ、分裂を開始した胚を子宮内に移植する方法が主流で、正確には体外受精・胚移植 (IVF-ET) という。卵管閉塞の場合や、人工授精までの治療法によっても妊娠に至らなかった場合の治療として用いられる。精子に受精障害がある場合には顕微授精を行う。我が国の IVF-ET の妊娠率は 20%前後である。昭和 53 (1978) 年に世界で初めて体外授精児がイギリスで生まれた。日本では昭和 58 (1983) 年に成功して以来、新鮮胚移植・凍結胚移植・顕微授精により現在までに合計約 15 万人が生まれている。多くの胚を子宮内に戻せば妊娠率は上がるが、多胎妊娠になって母体や胎児に負担をかける結果ともなるため、一度に子宮へ戻す胚は一個とすることが望ましい。

代理懐胎

イギリスのウォーノック委員会報告は、代理懐胎を、出産できない女性のために出産後に子を渡す約束で子を妊娠すること、と定義しており、これが広く用いられている。世界的には、サロゲートマザーから始まったが、現在では、ホストマザーが広く行われており、日本で主に議論されているのも後者である。

代理母ツーリズム

子どもを持ちたいと欲する、主に欧米先進国の夫妻が、卵子提供を受けたり、代理懐胎者を得る目的で、東ヨーロッパ、ロシア、タイ、中国、インドなどへと出かけて行くケースのこと。英文メディアでは、代理懐胎者をインドで求めたイギリス人夫妻の例などが紹介されており、インドでは、イギリス国内で代理懐胎を依頼した場合に支払いが認められている必要経費の 3 分の 1 程度で可能と言われる。

嫡出子

法律上の婚姻関係にある男女から生まれた子のこと。これに対し、法律上の婚姻関係がない男女間に生まれた子は嫡出でない子（非嫡出子、婚外子）と呼ばれ、その間に区別がある。嫡出でない子は、民法 779 条によって、その父または母が認知することができる（母については、判例上、分娩によって母子関係が生じるとされているため、この条文は死文化している）。認知されていれば相続権があるが、民法 900 条 4 項によって法定相続分は嫡出子の半分となる。

着床

卵管膨大部と呼ばれる卵管の卵巣側の端まで泳ぎ着いた精子は、そこで卵子と受精し、受精卵は卵管を通過して子宮内へたどり着いて、子宮内膜に接着し包含されるが、これを着床と言う。受精から着床までは約一週間かかる。受精卵は遺伝的には半分が精子由来であるため、着床は免疫学的に例外的な現象である。

超低出生体重児

出生時の体重が、1500g 未満の場合を極低出生体重児、1000g 未満の場合を超低出生体重児と呼ぶ。超低出生体重児は、呼吸窮迫症候群、無呼吸発作、脳室周囲白質変性症、貧血、黄疸、低血糖、動脈管開存症、くる病、などの合併症に罹りやすく、また未熟児網膜症がみられることもあり、特別のケアが必要となる。本症の約半数は持続的に酸素の必要な慢性肺疾患を合併し、重症例では成長障害、神経発達障害のリスクが高い。

凍結胚移植

体外受精の過程で良質の胚が多数得られた場合に、これを凍結保存し、次回以降の周期に解凍して移植する方法。胚の凍結・解凍の技術は確立されており、この技術で生まれてくる子に異常が生じた事例は現在のところ報告されていない。得られた胚を凍結せずに採卵した周期で胚移植することを特に区別して新鮮胚移植と呼ぶことがある。

特別養子

貧困や捨て子など、実親による養育が困難で子の利益とならない場合に、養親が実の親同様に子を養育するため、昭和 62（1987）年に新設された養子の類型（民法 817 条の 2～817 条の 11）。従来の養子は、これに対して普通（一般）養子と呼ばれることがある。特別養子縁組では、実親との親族関係が断ち切られる。戸籍上も、養親との関係は「長男」などの実子と同じ記載がされ、養子であることがわかりにくくなっているが、民法 817 条の 2 による裁判に基づく入籍である旨が記載され、戸籍を遡れば実父母が誰であったかを知ることができる。原則として 6 歳未満の未成年者の福祉のため特に必要がある場合に家庭裁判所の審判によって認められる。離縁は審判によるが、養親側からの離縁請求は認められない。

人間の尊厳

人間は他のいっさいの価値を超える存在であることを意味し、明確な定義はない。悲惨なナチ体験などを踏まえ、第二次世界大戦後に改めて立ち立てられた概念で、ドイツ憲法（基本法）では、その第1条で、これは不可侵であり、これを尊重し保護することは国家の義務であると定めている。

妊産婦死亡率

女性の直接の死因が妊娠・出産によるものであった場合を妊産婦死亡と言い、妊産婦死亡の割合を出産数10万あたりでみた数値を、妊産婦死亡率と言う。世界的には、死産を除いた出生数10万を分母とすることが多く、その場合、日本の平成17（2005）年の妊産婦死亡率は5.8（分母に死産を含める場合には5.7）で、アメリカの10.0（平成12（2000）年）、ドイツの3.7（平成13（2001）年）、イギリスの6.0（平成14（2002）年）と比較して先進国の中でも良好な状態にある。

妊娠高血圧症候群

妊娠に特有の高血圧症候群で、子宮動脈が何らかの要因によって収縮し、高血圧となることに伴う諸症状のこと。腎血流が低下すれば蛋白尿、浮腫などが、肝血管が攣縮すれば肝機能障害が生ずる。日本産科婦人科学会の周産期委員会の定義・分類によると、妊娠32週未満に発症するものを早発型、32週以後に発症する場合を遅発型という。旧称は、妊娠中毒症。

胚移植

体外で受精させた受精卵を、多くの場合、8分割したまでの胚の段階で子宮に戻す操作のこと。多胎妊娠を避けるため、子宮に戻す受精卵の数は2個まで、できれば1個とすることが望ましい。

胚盤胞

卵子が精子と受精後、受精卵の分割が進んで5日程度たった胚のこと。着床率を上げる目的で、着床寸前の状態になった胚盤胞にまで分割させてから戻す方法もある。事実、普通の胚移植より胚盤胞移植の妊娠率は一般に高めである。

パターナリズム

父親主義（父権主義）、父親的温情主義とも訳される。元来、未成熟な子どものためにいろいろ世話を焼く父親やそのような心情のことをさすが、国家などの強い立場のものが弱い立場の個人を保護する名目で、干渉・介入する場合などの意味にも用いられる。医療倫理の分野では、自分で決めずに専門家にゆだねる態度や、専門家が考えをおしつける態度を示す表現として用いられ、自己決定権の尊重という観点から批判の対象となっている。もっとも、医療のような専門的領域では、パターナリズムを拭い去るのは現実的ではない面もある。

晩発的

原因となる刺激に曝露したり、原因となる事象が発生してから、それらに起因する変化または効果が発現するまでの潜伏期が長期にわたる現象を形容する語。この場合の潜伏期は、数ヶ月から数十年に及ぶものまであり、臨床医学上発現する症状・障害には、悪性腫瘍、生活習慣病など、悪性のものや慢性のものが多い。

判例

広義には、裁判所の過去の判決を指すが、狭義には、最高裁判所の判決のうち、先例となって後の裁判を事実上拘束するものを指す。判例によって形成された（法）規範は、判例法と呼ばれ、民法などの成文法を補い、また、ときにこれに代わる力を持つこともある。判例は、社会、学説状況の変化などの影響をうけて、最高裁判所の大法廷において変更されることもある。

非配偶者間人工授精 (artificial insemination with donor semen : AID)

第三者から精子の提供を受け、人工授精により妊娠する方法。日本では昭和 23 (1948) 年に初めて行なわれて以来、今日までに 1 万人以上がこの方法で誕生したと推定される。精子提供は匿名を原則として行われているが、生まれてきた子の出自を知る権利を保障すべきだとする議論もある。日本産科婦人科学会は平成 9 (1997) 年に「非配偶者間人工授精に関する見解」をまとめ、この技術を追認する方向性を示した。

「分娩者＝母ルール」

子を出産（分娩）した女性を法律上の実母とする原則。民法典では、嫡出母子関係については規定がなく、非嫡出母子関係については認知によって生じると規定している。しかし、戸籍実務は明治初年以來一貫してこの原則に立って出産した母の戸籍に出生した子を記載することとしており、最高裁昭和 37 年 4 月 27 日判決が民法の解釈としてこの「分娩者＝母ルール」を確立した。平成 19 年 3 月 23 日最高裁決定、及び法制審議会が平成 15 年にまとめた生殖補助医療関連親子法制部会の要綱中間試案は、分娩者が血縁上の母ではない場合であっても、この原則を採用すべきとの立場をとる。

哺育

乳を飲ませ子を育てること。人間を含む哺乳類特有の行動で、これにより母子の間に強い絆が生まれ、子の側も母との深いつながりの中で情操が刺激されると考えられる。

ホストマザー (host mother, IVF surrogacy, full surrogacy)

代理懐胎のうち、代理懐胎者以外の女性の卵子に由来する受精卵により妊娠・出産する方法。一般には、自分の子宮による妊娠が不可能な妻の卵子とその夫の精子を体外受精させ、その受精卵を代理懐胎者の子宮に移植し出産させる場合を指す。ただし、卵子を依頼女性・懐胎女性以外の第三者から、さらには受精卵を他のカップルから譲り受ける場合もホストマザーと言う。

養子

養子縁組ないしは特別養子の審判によって人為的に親子関係を発生させたときの子。これによって設定された親子関係当事者をそれぞれ養親、養子と呼ぶ。養子は、養親の嫡出子としての身分を得ることになり、嫡出子と同一の相続権などを持つ。

リプロダクティブ・ライツ（性と生殖に関する権利）

妊娠中絶・受胎調節など性と生殖に関する女性の自己決定権を意味する広い概念。国家・男性・医師・宗教などの規制や社会的圧力から自由になり、女性が生涯にわたって身体的、精神的、社会的に良好な状態にあることを保障するために主張された。平成6（1994）年、カイロの国際人口開発会議で採択され、自己の生殖をコントロールする権利や、リプロダクティブ・ヘルスケアへの権利が含まれると解されている。後者との関連から、我が国では、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ（「性と生殖に関する健康と権利」）のように用いられることが多い。

臨床試験

薬や手術などの治療効果を判定する、より有効な治療法を開発するなど、臨床上の問題を解決するために人を対象にして治療行為（医学的介入）を行い、その効果を主として疫学的手法を用いて明らかにする研究のこと。臨床試験の成果は患者へ直接反映されるため、近年その重要性が一段と増している。臨床試験では被験者（参加者）の尊厳及び人権が最大限に尊重されなくてはならない。被験者の同意を得ることや個人情報を守られることはもちろん、臨床試験の全貌をあらかじめ被験者に明示しておくことや有害事象発生時には速やかに適切な対応をとるなどの体制を構築しておくことが求められている。臨床試験の実施前にはあらかじめ所属機関の第三者から構成される倫理委員会にて臨床試験の全貌を明らかにし、その承認を得なくてはならない。臨床試験実施時に研究者が遵守すべき規範が「ヘルシンキ宣言（1964年）」や「臨床研究に関する倫理指針（平成15年厚生労働省告示）」に策定されている。

ロキタンスキー症候群

メイヤー・ロキタンスキー・キュスター・ハウザー症候群の短縮表現。遺伝子の上では女性であるが、子宮頸部、子宮、卵管、膣などを先天性に欠損している症候群。この場合、卵巣は正常だが、子宮が発達しないという稀な状態になる。

参考資料

参考資料 1 審議経過

日本学術会議 生殖補助医療の在り方検討委員会 審議経過
(開催日と主な議題。【 】内は説明者名。肩書きは開催当時のもの。)

平成 18 年 12 月 21 日 日本学術会議幹事会 (第 30 回)

- ・ 「生殖補助医療の在り方検討委員会」設置

平成 19 年 1 月 17 日 委員会 (第 1 回)

- ・ 委員長、副委員長、幹事の選出
- ・ 本委員会趣旨説明
- ・ 法務省及び厚生労働省における審議状況等について

平成 19 年 2 月 22 日 委員会 (第 2 回)

- ・ 医療面から見た生殖補助医療についての現状と課題 【吉村委員】

平成 19 年 3 月 28 日 委員会 (第 3 回)

- ・ 世界の生殖補助医療に関する法制度 【厚生労働省】
- ・ 法制面から見た生殖補助医療についての現状と課題 【西幹事】

平成 19 年 4 月 24 日 委員会 (第 4 回)

- ・ 倫理・人権面から見た生殖補助医療についての現状と課題
【加藤委員、辻村委員】

平成 19 年 5 月 11 日 委員会 (第 5 回)

- ・ 判例から見た生殖補助医療についての現状と課題 【水野委員】
- ・ 海外事例等から見た生殖補助医療についての現状と課題
－ 渉外的事例の処理から見た生殖補助医療について 【佐藤委員】
－ 外国の生殖補助医療の制度と実態について 【米本委員】
- ・ 医療を通じて子どもの立場から見た生殖補助医療の現状と課題
【五十嵐委員、水田委員】

平成 19 年 6 月 22 日 委員会 (第 6 回)

- ・ 生物学から見た生殖補助医療の課題 【室伏委員】
- ・ 生殖補助医療に対する日本産科婦人科学会の対応と変遷
及び医学的見地からみた代理懐胎の問題点 【久具幹事】

平成 19 年 7 月 23 日 委員会 (第 7 回)

- ・ 生殖補助医療についての現状と課題
① 医の倫理から見た生殖補助医療についての現状と課題
【青野 敏博 徳島大学学長】

- ② 「女性の視点」からみた生殖補助医療
【江原 由美子 首都大学東京都市教養学部教授】
- ③ 宗教・文化的側面からみた生殖補助医療
【島藺 進 東京大学人文社会系研究科教授】
- ④ 生まれてくる子からみた生殖補助医療についての現状と課題
【松尾 宣武 国立成育医療センター名誉総長】

平成 19 年 8 月 24 日 委員会（第 8 回）

- ・ 当事者からみた生殖補助医療についての現状と課題
 - ① 代理懐胎施術医の立場から
【根津 八紘 諏訪マタニティークリニック院長】
 - ② 代理懐胎依頼女性の立場から（1） 【高田 亜紀 氏】
 - ③ 代理懐胎依頼女性の立場から（2） 【説明者名非公表】
 - ④ 生殖補助医療で生まれた子の立場から 【説明者名非公表】

平成 19 年 9 月 28 日 委員会（第 9 回）

- ・ 生殖補助医療に関する検討にかかわってきた関係者からみた論点と課題
 - ① 日本医師会の視点から 【森岡 恭彦 日本医師会参与】
 - ② 日本弁護士連合会の視点から
【光石 忠敬 日本弁護士連合会人権擁護委員会】
 - ③ メディアの視点から 【青野 由利 毎日新聞社論説委員】
 - ④ 法制審議会の視点から 【野村 豊弘 学習院大学法学部教授】
- ・ 報告書のとりまとめについて

平成 19 年 11 月 6 日 委員会（第 10 回）

- ・ 配偶子・胚の提供の現状について 【吉村委員】
- ・ 公開講演会について
- ・ 報告書の構成案とその検討

平成 19 年 11 月 28 日 委員会（第 11 回）

- ・ 生殖補助医療に係る意識調査及び諸外国の現状調査等の結果について
【山縣 然太郎 山梨大学大学院医学工学総合研究部教授、
武藤 香織 東京大学医科学研究所准教授】
- ・ 報告書の論点整理

平成 19 年 12 月 13 日 委員会（第 12 回）

- ・ 出自を知る権利について
【二宮 周平 立命館大学法科大学院教授】
- ・ 報告書の論点整理（第 3 章後半部分と第 4 章）

平成 19 年 12 月 26 日 委員会（第 13 回）

- ・ 国際私法、国籍法の観点から 【櫻田委員】
- ・ 報告書の論点整理（第 4 章）

平成 20 年 1 月 18 日 委員会（第 14 回）
・ 報告書の論点整理（第 4 章の残り）
・ 報告書（案）について

平成 20 年 1 月 30 日 委員会（第 15 回）
・ 報告書（案）について

平成 20 年 2 月 19 日 委員会（第 16 回）
・ 報告書（案）について

平成 20 年 3 月 7 日 委員会（第 17 回）
・ 報告書（案）について

日本学術会議科学と社会委員会を経て、日本学術会議幹事会（第 56 回）（平成 20 年 4 月 8 日）において、承認。

参考資料2 審議付託

府日学第198号

平成19年1月17日

生殖補助医療の在り方検討委員会

委員長 鴨下重彦 殿

日本学術会議

会長 金澤一郎 公印省略



生殖補助医療をめぐる諸問題に関する審議について（審議付託）

標記について、別紙のとおり依頼がありましたので、貴委員会での検討をお願いいたします。

法務省民総第2687号
厚生労働省発雇児第1130001号
平成18年11月30日

日本学術会議
会長 金澤一郎 殿

法務大臣
長 勢 甚 遠

厚生労働大臣
柳 澤 伯 夫



生殖補助医療をめぐる諸問題に関する審議の依頼

生殖補助医療の在り方、生殖補助医療により出生した子の法律上の取扱いについては、以前より多くの議論が提起されてきたところ、今年に至り、高田氏御夫妻の代理懐胎による子の出生届の受理をめぐる裁判、根津医師による代理懐胎の公表が大きな話題となり、代理懐胎についての明確な方向付けを行うべきという国民の声が高まっています。

政府においては、かねてから、この問題について関係審議会等で検討してきたところではありますが、この問題は、直接的には医療、法律の問題とはいえ、生命倫理など幅広い問題を含むことから、医療や法律の専門家だけでの議論には限界がある極めて困難な問題といえます。

つきましては、学術に関する各方面の最高の有識者で構成されている貴会議において、代理懐胎を中心に生殖補助医療をめぐる諸問題について各般の観点から御審議いただき有意義な御意見を頂戴いたしたく、御依頼申し上げます。

(本件事務連絡先)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局

母子保健課長

千村 浩

〒100-8916

東京都千代田区霞が関 1-2-2

T E L 03-5253-1111 (内線 7931)

直 通 03-3595-2544

F A X 03-3595-2680

E-mail chimura-hiroshi@mhlw.go.jp

法務省民事局

参 事 官

寺 本 昌 広

〒100-8977

東京都千代田区霞が関 1-1-1

T E L 03-3580-4111 (内線 5969)

直 通 03-3592-7114

F A X 03-3592-7039

E-mail mt030433@moj.go.jp

参考資料3 公開講演会プログラム

日本学術会議主催公開講演会 「生殖補助医療のいまー社会的合意を求めてー」

日時 平成20年1月31日(木) 13:00~18:00
会場 日本学術会議講堂
主催 日本学術会議
後援 法務省、厚生労働省、日本弁護士連合会、日本医師会、日本産婦人科医会、
日本医事法学会、日本生命倫理学会、日本産科婦人科学会、日本小児科学会、
日本小児外科学会、日本医歯薬アカデミー

開催趣旨

生殖補助医療の在り方や生殖補助医療で生まれた子供の法律上の扱いについては、これまでも多くの議論がされていますが、最近では、明確な方向付けをするべきという声が高まっていると指摘されています。日本学術会議は、こうした状況の中、代理懐胎を中心に生殖補助医療をめぐる様々な問題について、生殖補助医療の在り方検討委員会で審議を行っています。

本講演会は、委員会で行ってきた検討の状況を広く説明し、参加者の理解を深めていただくとともに、参加者の方々との議論を委員会における審議に活かすことを目的としています。

プログラム

- 13:00~ 主催者挨拶 鈴木 興太郎
(日本学術会議副会長、一橋大学経済研究所教授)
来賓挨拶 中川 義雄(内閣府副大臣(科学技術政策担当))
メッセージ
- 13:20~ 委員会報告 鴨下 重彦
(生殖補助医療の在り方検討委員会委員長、東京大学名誉教授)
- 13:40~ 講演1 「医療面からみた生殖補助医療」 青野 敏博(徳島大学長)
- 14:10~ 講演2 「法制面からみた生殖補助医療」 大村 敦志
(東京大学法学部教授)
- 14:40~ 休憩
- 14:50~ パネルディスカッション「生殖補助医療はどうあるべきか」
I (医療・生命科学等の視点から)
コーディネータ 五十嵐 隆(東京大学大学院医学系研究科教授)
米本 昌平(東京大学先端科学技術研究センター特任教授)

パネリスト 久具 宏司（東京大学大学院医学系研究科講師）
水田 祥代（九州大学病院長・教授）
吉村 泰典（慶應義塾大学医学部教授）
室伏 きみ子（お茶の水女子大学理学部教授）

II（人文社会科学等の視点から）

コーディネータ 水野 紀子（東北大学大学院法学研究科教授）
米本 昌平（東京大学先端科学技術研究センター特任教授）
パネリスト 櫻田 嘉章（京都大学大学院法学研究科教授）
辻村 みよ子（東北大学大学院法学研究科教授）
西 希代子（上智大学法学部准教授）
加藤 尚武（東京大学大学院医学系研究科特任教授）

質疑応答

17:50～ 総括・閉会挨拶 町野 朔
（生殖補助医療の在り方検討委員会副委員長、上智大学法学研究科教授）
総合司会 室伏 きみ子（お茶の水女子大学理学部教授）

主要参考文献

第1章

〔総説〕

- 青野敏博「国境を越える生殖医療」学術の動向 2005年5月号 8～11頁 (2005)
- 石井美智子『人工生殖の法律学 生殖医療の発達と家族法』有斐閣 (2004)
- 石原明『医療と法と生命倫理』日本評論社 (1997)
- 上杉富之編『現代生殖医療 社会科学からのアプローチ』世界思想社 (2005)
- 金城清子『生殖革命と人権 産むことに自由はあるのか』中央公論社 (1996)
- 金城清子『生命誕生をめぐるバイオエシックス』日本評論社 (1998)
- 総合研究開発機構＝川井健編『生命科学の発展と法 生命倫理法試案』有斐閣 (2001)
- 櫛島次郎『先端医療のルールー人体利用はどこまで許されるのか』講談社 (2001)
- 藤川忠宏著、総合研究開発機構編『生殖革命と法 生命科学の発展と倫理』日本経済評論社 (2002)
- 米本昌平『バイオポリティクスー人体を管理するとはどういうことか』中央公論新社 (2006)
- 吉川弘之ほか『生殖医療と生命倫理ー不妊の悩み、科学者たちの提言』日本学会議事務局・日本学術協力財団 (1999)
- 吉村泰典『生殖医療のあり方を問う』診断と治療社 (2002)
- レオン・R・カス (堤理華訳)『生命操作は人を幸せにするのか』日本教文社 (2005)

〔外国の状況〕

- 家永登「中国における人工生殖の現状と法規制ー最近の家族法教科書の記述を中心にー」専修法学論集 (専修大学) 93号 197～209頁 (2005)
- 岩志和一郎「生殖補助技術に対するドイツの対応」産婦人科の世界 52巻春季増刊号 227～232頁 (2000)
- 織田有基子「アメリカにおける代理出産と母子関係」学術の動向 2005年5月号 30～35頁 (2005)
- 織田有基子「代理出産における母子関係ーアメリカ法の場合」樋口範雄＝土屋裕子編『生命倫理と法』弘文堂、303～317頁 (2005)
- 棚村政行「アメリカにおける法状況」家族 (社会と法) 15号 94～112頁 (1999)
- 張瓊方『台湾における生殖技術への対応 (1)』CLSS Etudes No. 1、科学技術文明研究所 (2003)
- 床谷文雄「ドイツにおける法状況」家族 (社会と法) 15号 113～130頁 (1999)
- 床谷文雄「生殖医療・生命倫理・親子法ースイス法を手がかりとしてー」阪大法学 (大阪大学) 52巻3＝4号 697～723頁 (2002)
- 中村恵「アメリカ法における生殖補助医療規制と親子関係法」法律時報 79巻 11号 57～61頁 (2007)
- 櫛島次郎＝小門穂『フランスにおける先端医療技術管理体制の再整備ー生命倫理関連法体系 2004年改正の分析ー』Studies 生命・人間・社会 No. 8、科学技術文明研究所 (2005)
- 洪賢秀『韓国における発生・生殖技術への対応 (1)』CLSS Etudes No. 2、科学技術文明研究所 (2003)
- 洪賢秀「韓国法における生殖補助医療規制状況ー立法化にむけての動き」法律時報 79巻 11号 62～68頁 (2007)
- 松川正毅「フランス法にみる生殖補助医療と親子関係法」学術の動向 2005年5月号 36～40頁 (2005)
- 松川正毅「フランス法における生殖補助医療と法ー2004年生命倫理法改正以降の問題点

一) 右近健男＝小田八重子＝辻朗編『家事事件の現況と課題』判例タイムズ社、61～72頁 (2006)

ミヒヤエル・ケスター (北坂尚洋訳)「代理母関係ードイツ法、比較法及び国際私法」
阪大法学 (大阪大学) 53 巻 5 号 1319～1361 頁 (2004)

〔当事者の手記、ルポタージュなど〕

小泉カツミ『産めない母と産みの母ー代理母出産という選択』竹内書店 (2001)

川田ゆかり『いつまで産める？わたしの赤ちゃん』実業之日本社 (2007)

根津八紘『子守うたを奪わないで』郷土出版社 (2004)

非配偶者間人工授精で生まれた人の自助グループ『子どもが語る AID』(2007)

平井美穂『あなたの子宮を貸してください』講談社 (2006)

向井亜紀『家族未満』小学館 (2007)

向井亜紀『会いたかった 代理母出産という選択』幻冬舎 (2004)

レナーテ・クライン編 (「フィンレージの会」訳)『不妊 いま何が行われるのか〔第 8 版〕』晶文堂 (1994)

エリザベス・ケイン著 (落合恵子訳)『バースマザー』共同通信社 (1993)

デボラ・L・スパー著 (椎野淳訳)『ベビー・ビジネス』ランダムハウス、講談社 (2006)

第 2 章

〔卵子提供、出自を知る権利など〕 *卵子提供については、「第 4 章〔親子関係〕」も参照。

梅澤彩「ニュージーランドにおける生殖補助医療の実際と法規制の現状」医療・生命と倫理・社会 (大阪大学大学院医学研究科医の倫理学教室) 6 号 17～27 頁 (2007)

仙波由加里＝柘植あづみ＝長沖暁子＝清水きよみ＝日下和代「AID における『出自を知る権利』ーAID で生まれた人たちが求める提供者情報とはー」生命倫理 16 巻 1 号 147～153 頁 (2006)

所彩子『AID 児の自己の出自を知る権利』についてー憲法上の権利と構成する必要性ー」法政法学 (法政大学) 25 号 65～114 頁 (2000)

日本医師会総合政策研究機構『出自を知る権利についての諸外国の制度と現状ー提供精子・卵子・胚によって生まれた子のドナー情報へのアクセスー』報告書 66 号 (2004)

野村豊弘「人工授精子等における出自を知る権利等」NBL743 号 39～42 頁 (2002)

松倉耕作「父を知る権利ースイス、オーストリアの人工生殖補助医療法を素材としてー」戸籍時報 559 号 18～37 頁 (2003)

水野紀子「人工生殖子の家族法上の身分ー出自を知る権利はあるかー」産婦人科の世界 52 巻春季増刊号 180～185 頁 (2000)

吉村泰典「非配偶者間の体外受精と代理懐胎ー匿名性と出自を知る権利ー」医学のあゆみ 204 巻 13 号 1112～1116 頁 (2003)

第 3 章

〔医学的・生物学的側面〕

久具宏司「産婦人科医の立場から」産婦人科の世界 59 巻 10 号 27～33 頁 (2007)

野澤志朗、阪埜浩司「代理懐胎について」日本医師会雑誌 130 巻 10 号 1463～1473 頁 (2003)

藤森敬也、園田みゆき、佐藤章「高年妊娠の産科リスク」臨床婦人科産科 61 巻 1 号 14～19 頁 (2007)

松尾宣武「わが国の生殖補助医療に求められるもの」日本医事新報 4373 号 99～103 頁 (2008)

吉村泰典「医療現場からみた生殖医療」学術の動向 2005 年 5 月号 12～19 頁 (2005)

吉村泰典「生殖補助医療におけるガイドライン」ジュリスト 1339 号 25～31 頁 (2007)

- 新女性医学大系 2 卷『妊娠・分娩・産褥の生理と異常』（総編集：武谷雄二、編集：青野敏博、麻生武志、中野仁雄、野澤志朗、担当編集：木下勝之）、中山書店（2001）
- 荒木勤、米山芳雄、中林正雄、磯野聡子「妊娠・分娩・産褥期の健康管理」新女性医学大系 9 卷『女性と予防医学』（総編集：武谷雄二、編集：青野敏博、麻生武志、中野仁雄、野澤志朗、担当編集：加藤紘）、中山書店、197～209 頁（1998）
- 新女性医学大系 11 卷『リプロダクティブヘルス』（総編集：武谷雄二、編集：青野敏博、麻生武志、中野仁雄、野澤志朗、担当編集：武谷雄二）、中山書店（2001）
- 新女性医学大系 16 卷『生殖補助医療』（総編集：武谷雄二、編集：青野敏博、麻生武志、中野仁雄、野澤志朗、担当編集：久保春海）、中山書店（1999）
- 新女性医学大系 32 卷『産褥』（総編集：武谷雄二、編集：青野敏博、麻生武志、中野仁雄、野澤志朗、担当編集：荻田幸雄）、中山書店（2001）
- Alkemade FE, Gittenberger-de Groot AC, Schiel AE, VanMunsteren JC, Hogers B, van Vliet LSJ, Poelmann RE, Havekes LM, Willems van Dijk K, DeRuiter MC: Intrauterine exposure to maternal atherosclerotic risk factors increases the susceptibility to atherosclerosis in adult life. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 27(10):2228-2235, 2007
- Brinsden PR: Gestational surrogacy. *Hum Reprod Update* 9(5):483-491, 2003
- Corson SL, Kelly M, Braverman AM, English ME: Gestational carrier pregnancy. *Fertil Steril* 69(4):670-674, 1998
- Côté F, Fligny C, Bayard E, Launay J-M, Gershon MD, Mallet J, Vodjdani G: Maternal serotonin is crucial for murine embryonic development. *Proc Natl Acad Sci USA* 104(1):329-334, 2007
- Delaval K, Wagschal A, Feil R: Epigenetic deregulation of imprinting in congenital diseases of aberrant growth. *Bioessays* 28(5):453-459, 2006
- Duffy DA, Nulsen JC, Maier DB, Engmann L, Schmidt D, Benadiva CA: Obstetrical complications in gestational carrier pregnancies. *Fertil Steril* 83(3):749-754, 2005
- ESHRE Task Force on Ethics and Law including Shenfield F, Pennings G, Cohen J, Devroey P, Wert G, Tarlatzis B: ESHRE task force on ethics and law 10: surrogacy. *Hum Reprod* 20(10):2705-2707, 2005
- ESHRE Task Force on Ethics and Law including Pennings G, Wert G, Shenfield F, Cohen J, Tarlatzis B, Devroey P: ESHRE task force on ethics and law 13: the welfare of the child in medically assisted reproduction. *Hum Reprod* 22(10):2585-2588, 2007
- Goldfarb JM, Austin C, Peskin B, Lisbona H, Desai N, de Mola JR: Fifteen years experience with an in-vitro fertilization surrogate gestational pregnancy programme. *Hum Reprod* 15(5):1075-1078, 2000
- Jirtle RL, Skinner MK: Environmental epigenomics and disease susceptibility. *Nat Rev Genet* 8(4):253-262, 2007
- Kavic SM, Sauer MV: Family members serving the gestational carrier needs of women lacking a uterus: a report of two cases. *Arch Gynecol Obstet* 274(4):240-242, 2006
- Ludwig M, Dietrich K: Follow-up of children born after assisted reproductive technologies. *Reprod Biomed Online* 5(3):317-322, 2002
- Marrs RP, Ringler GE, Stein AL, Vargyas JM, Stone BA: The use of surrogate gestational carriers for assisted reproductive technologies. *Am J Obstet Gynecol* 168(6 Pt 1):1858-1861, 1993
- Meyer U, Nyffeler M, Schwendener S, Knuesel I, Yee BK, Feldon J: Relative prenatal and postnatal maternal contributions to schizophrenia-related neurochemical dysfunction after in utero immune challenge. *Neuropsychopharmacology* 33(2):441-456, 2008
- Montan S: Increased risk in the elderly parturient. *Curr Opin Obstet Gynecol* 19(2):110-112, 2007
- Nelson JL, Gillespie KM, Lambert NC, Stevens AM, Loubiere LS, Rutledge JC,

- Leisenring WM, Erickson TD, Yan Z, Mullarkey ME, Boespflug ND, Bingley PJ, Gale AM: Maternal microchimerism in peripheral blood in type 1 diabetes and pancreatic islet β cell microchimerism. *Proc Natl Acad Sci USA* 104(5):1637-1642, 2007
- Paulson RJ, Boostanfar R, Saadat P, Mor E, Tourgeman DE, Slater CC, Francis MM, Jain JK: Pregnancy in the sixth decade of life: Obstetric outcomes in women of advanced reproductive age. *JAMA* 288(18):2320-2323, 2002
- Raziel A, Schachter M, Strassburger D, Komarovsky D, Ron-El R, Friedler S: Eight years' experience with an IVF surrogate gestational pregnancy programme. *Reprod Biomed Online* 11(2):254-258, 2005
- Reilly DR: Surrogate pregnancy: a guide for Canadian prenatal health care providers. *CMAJ* 176(4):483-485, 2007
- Sandman CA, Wadhwa PD, Chicz-DeMet A, Dunkel-Schetter C, Porto M: Maternal stress, HPA activity, and fetal/infant outcome. *Ann NY Acad Sci* 814(1):266-275, 1997
- Sasaki H, Matsui Y: Epigenetic events in mammalian germ-cell development: reprogramming and beyond. *Nat Rev Genet* 9(2):129-140, 2008
- Serafini P: Outcome and follow-up of children born after IVF-surrogacy. *Hum Reprod Update* 7(1):23-27, 2001
- Sheffer-Mimouni G, Mashiach S, Dor J, Levran D, Seidman DS: Factors influencing the obstetric and perinatal outcome after oocyte donation. *Hum Reprod* 17(10):2636-2640, 2002
- Simmons RA: Developmental origins of diabetes: the role of epigenetic mechanisms. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 14(1):13-16, 2007
- Simmons RA: Developmental origins of beta-cell failure in type 2 diabetes: the role of epigenetic mechanisms. *Pediatr Res* 61(5 Pt2):64R-67R, 2007
- Söderström-Anttila V, Tiitinen A, Foudila T, Hovatta O: Obstetric and perinatal outcome after oocyte donation: comparison with in-vitro fertilization pregnancies. *Hum Reprod* 13(2):483-490, 1998
- Söderström-Anttila V: Pregnancy and child outcome after oocyte donation. *Hum Reprod Update* 7(1):28-32, 2001
- Söderström-Anttila V, Blomqvist T, Foudila T, Hippeläinen M, Kurunmäki H, Sieberg R, Tulppala M, Tuomi-Nikula M, Vilska S, Hovatta O: Experience of in vitro fertilization surrogacy in Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand* 81(8):747-752, 2002
- Stafford-Bell MA, Copeland CM: Surrogacy in Australia: implantation rates have implications for embryo quality and uterine receptivity. *Reprod Fertil Dev* 13(1):99-104, 2001
- Thapar A, Harold G, Rice F, Ge X, Boivin J, Hay D, van den Bree M, Lewis A: Do intrauterine or genetic influences explain the foetal origins of chronic disease? A novel experimental method for disentangling effects. *BMC Med Res Methodol* 7:25, 2007
- Utian WH, Goldfarb JM, Kiwi R, Sheean LA, Auld H, Lisbona H: Preliminary experience with in vitro fertilization-surrogate gestational pregnancy. *Fertil Steril* 52(4):633-638, 1989
- Wiggins DA, Main E: Outcomes of pregnancies achieved by donor egg in vitro fertilization—A comparison with standard in vitro fertilization pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 192(6):2002-2008, 2005

〔倫理的・社会的側面〕

青柳幸一「アメリカにおけるヒトクローン禁止をめぐる憲法論—生殖の権利」栗城壽夫先生古稀記念『日独憲法学の創造力（上）』45～93頁、信山社（2003）

青柳幸一「生殖補助医療における自己決定と憲法」法律時報 79 卷 11 号 25～30 頁（2007）

浅井美智子＝柘植あづみ編『つくられる生殖神話 生殖技術・家族・生命』制作同人社

- ＝サイエンスハウス (1995)
- 石井美智子「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」ジュリスト 1237 号 174～183 頁 (2003)
- 江原由美子編『生殖技術とジェンダー』勁草書房 (1996)
- 江原由美子『自己決定権とジェンダー』岩波書店 (2002)
- 江原由美子「社会学・ジェンダー研究の視点から見た生殖医療」学術の動向 2005 年 5 月号 25～29 頁 (2005)
- 加藤高志「生殖医療技術の限界—代理懐胎は認められるか—」自由と正義 58 卷 10 号 22～29 頁 (2007)
- 加藤尚武＝加茂直樹編『生命倫理学を学ぶ人のために』世界思想社 (1998)
- 加藤尚武「生命倫理学から見た代理懐胎」産婦人科の世界 59 卷 10 号 3～9 頁 (2007)
- 小町屋育子「生殖医療技術における子の福祉と権利」自由と正義 58 卷 10 号 30～40 頁 (2007)
- 齊藤加代子「小児科医の立場から」産婦人科の世界 59 卷 10 号 21～25 頁 (2007)
- 才村眞理「心理福祉の立場から」産婦人科の世界 59 卷 10 号 43～49 頁 (2007)
- 渋谷秀樹「生殖の自由と生命の尊厳」岩波講座・現代の法 14『自己決定権と法』岩波書店、33～62 頁 (1998)
- 田中丹史「『生命倫理の三重の不在』—日本の『生命倫理』政策の歴史的現在」現代思想 36 卷 2 号 231 頁～245 頁 (2008)
- 谷口真由美「『リプロダクティブ・ライツ』と『リプロダクティブ・ヘルス』の関係」世界人権問題研究センター研究紀要 7 号 347～371 頁 (2002)
- 谷口真由美『リプロダクティブ・ライツとリプロダクティブ・ヘルス』信山社 (2007)
- 辻村みよ子『ジェンダーと法』不磨書房 (2005)
- 辻村みよ子『ジェンダーと人権』日本評論社 (2008)
- 長島隆＝盛永審一郎編『生殖医学と生命倫理』太陽出版 (2001)
- 唄孝一「人工生殖について思ってきたこと」産婦人科の世界 52 卷春季増刊号 156～169 頁 (2000)
- 原田いづみ「代理出産裁判を憲法学的視点から読む—リプロダクティブ・ヘルス/ライツと人権」東北法学 (東北大学) 29 号 21～45 頁 (2007)
- 福武公子「弁護士の立場から」産婦人科の世界 59 卷 10 号 35～42 頁 (2007)
- 増田聖子「生殖医療技術の利用に関する問題の所在と日弁連のとりくみ」自由と正義 58 卷 10 号 12～21 頁 (2007)
- 南砂「マスコミの立場から」産婦人科の世界 59 卷 10 号 57～64 頁 (2007)
- 山田卓生『私事と自己決定』日本評論社 (1987)
- ホセ・ヨンパルト＝秋葉悦子『人間の尊厳と生命倫理・生命法』成文堂 (2006)
- リプロダクティヴ法と政策センター編 (房野桂訳)『リプロダクティヴ・ライツ 世界の法と政策』明石書店 (2001)
- J. Cook and M. F. Fathalla, Advancing Reproductive Rights Beyond Cairo to Beijing, in K. D. Askin and D. M. Coeing eds.: *Women and International Human Rights Law*, vol. 3, 2002
- G. Goasguen: Les Conventions de mères porteuses en droit américain, Mémoire de l' Université Paris II, 2003 (<http://www.u-paris2.fr/cda/Mémoire Gille.PDF>)
- Golombok S, Murray C, Jadvá V, Lycett E, MacCallum F, Rust J: Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Hum Reprod* 21(7):1918-1924, 2006

第 4 章

〔親子関係〕

石井美智子「新しい親子法－生殖補助医療を契機に－」湯沢雍彦＝宇都木伸編『人の法と医の倫理』信山社、31～70頁（2004）

石井美智子「代理母－何を議論すべきか」ジュリスト 1342号 10～22頁（2007）

石井美智子「生殖補助医療の法規制と親子法－最高裁判決を素材に親子法は誰のためにあるのかを考える」法律時報 79巻 11号 51～56頁（2007）

大村敦志「生殖補助医療と家族法－立法準備作業の現状をふまえて」ジュリスト 1243号 12～18頁（2003）

小野幸二「人工生殖における親子関係」ケース研究 248号 2～35頁（1996）

久々湊晴夫「生殖医療と親子法」法学研究（北海学園大学）40巻 1号 1～24頁（2004）

近藤泰直「親とはどういう意味か？－今日の生殖補助医療に対応して－」法政論叢 42巻 1号 88～132頁（2005）

佐藤隆夫「『人とはなにか』－（人工出生の）親子論（1）～（3）」戸籍時報 554号 61～66頁、555号 74～79頁、556号 62～67頁（2003）

佐藤やよひ「『代理母』により誕生した子の母子関係の準拠法の決定について－現行法例改正の必要性和その立法指針」国際私法年報 6号 241～260頁（2004）

佐藤やよひ「外国で『代理母』を利用して出生した子をめぐり母子関係の決定について」学術の動向 2005年 5月号 41～45頁（2005）

佐藤やよひ「人工生殖の母子関係の準拠法の決定について」樋口範雄＝土屋裕子編『生命倫理と法』弘文堂、318～332頁（2005）

佐野寛「渉外的代理母出生子の国籍」樋口範雄＝土屋裕子編『生命倫理と法』弘文堂、333～340頁（2005）

澤田省三「生殖補助医療（人工生殖）をめぐり親子法的課題覚書（その1）（その2）」戸籍 714号 5～35頁、715号 1～28頁（2001）

棚村政行「生殖補助医療と親子関係（1）（2）」法学教室 275号 65～74頁、276号 32～38頁（2003）

床谷文雄「人工生殖子の親子関係をめぐり解釈論と立法論」潮見佳男編『民法学の軌跡と展望』日本評論社、449～478頁（2002）

床谷文雄「比較法（実質法）からみた生殖補助医療親子・代理母法」国際私法年報 6号 197～219頁（2004）

長瀬二三男「代理懐胎の法的親子関係」志學館法学（志學館大学）8号 27～60頁（2007）

長田真理「代理母に関する外国判決の効力～民訴 118条の適用に関して－東京高決平成 18年 9月 29日および最決平成 19年 3月 23日をもとに」法律時報 79巻 11号 45～50頁（2007）

二宮周平「認知制度は誰のためにあるのか（4）－人工生殖と親子関係－」戸籍時報 607号 11～34頁（2007）

野村豊弘「人工生殖と親子の決定」石川稔＝中川淳＝米倉明編『家族法改正への課題』日本加除出版、315～344頁（1993）

野村豊弘「生殖補助医療と法的親子関係に関する一考察 最近の事例を中心に」平井宜雄先生古稀記念『民法学における法と政策』有斐閣、771～792頁（2007）

早川吉尚「国境を越える生殖補助医療 国際私法の観点から」ジュリスト 1243号 34～40頁（2003）

廣瀬美佳「体外受精、代理母の法的問題点」野村好弘＝小賀野晶一編『人口法学のすすめ』信山社、230～242頁（1999）

深谷松男「人工生殖に関する家族法上の問題」家族〈社会と法〉15号 131～148頁（1999）

樋口範雄「人工生殖で生まれた子の親子関係」法学教室 332号 132～141頁（2007）

水野紀子「人工生殖における民法と子どもの権利」湯沢雍彦＝宇都木伸編『人の法と医の倫理』信山社、201～231頁（2004）

水野紀子「生殖補助医療と子の権利」法律時報 79巻 11号 31～36頁（2007）

本山敦「代理出産をめぐって」月報司法書士 383号 32～36頁（2004）