

不妊症治療の倫理的問題点

名古屋大学医学部付属病院分院
産婦人科助教授

菅沼 信彦

名古屋大学医学部
産婦人科教授

友田 豊

はじめに

近年、医療において「インフォームド・コンセント」、「患者の自己決定権」などという言葉が一般的となってきたが、不妊症治療においては比較的以前から、このような考え方が取り入れられてきていたと言えよう。「不妊症」は、病態そのものが子供が欲しいという患者の意志と一体であり、夫婦に挙児希望が無ければ医師を訪れる機会は皆無であり、妊娠・出産を希望しない夫婦に医師が治療を勧める必要もない。挙児希望があれば児を得るための方法を説明し、患者は自分の意志でその治療を開始することも、中断・終了することも可能である。ところが、この自由性が、「患者の希望があれば何としてでも妊娠を」といった、医療の行き過ぎを招く落とし穴ともなっている。とくに最近の急速な生殖医学の進歩と Assisted Reproductive Technology (ART) の普及により、たとえ当事者の間で同意に基づいたことでも、一般社会からみると倫理的・社会的に問題があると考えられる生命操作も出現してきている。

不妊症治療に関して、わが国ではいまだ法的規制はなされておらず、その治療法が法に照らして判断されることは少ない。体外受精・胚移植などの ART についての規範と言えるものは、日本産科婦人科学会の会告のみである。倫理というものは時代とともに変化すると同時に、個人によっても異なっている。すなわち、「不妊症治療の倫理的問題」にもそれぞれ絶対的な解答があるわけではない。以下の項目では、不妊症治療のうちでその是非を問われるであろう事例を取り上げてみる。

治療対象の問題点

不妊症とは結婚後、一定期間を経ても妊娠成立をみない夫婦と定義されるが、診断・治療の対象は文字通り「夫婦」であり、種々の治療方針決定に際して、妻と同時に夫の理解と同意を確認することが必要である。その際、結婚とは通常「法律婚」で、夫とは婚姻届により戸籍に記載された夫をさすものであり、日本産科婦人科学会では、体外受精・胚移植の適応は「婚姻している夫婦に限定する」との見解を1983年に示している。法律の世界では、婚姻届を出さぬまま事実上の夫婦生活をしている「事実婚」と言われる状態の夫婦に対して、これを法律婚と同様に認めようとする考え方が出てきている。事実婚の夫婦にも不妊症の定義があてはまるのか、また治療の対象となるのかは今後の課題であろう。

また、日本産科婦人科学会の「体外受精・胚移植に対する見解」では、その対象を「心身ともに妊娠・分娩・育児に耐えうる状態」にあるものと限定している。周産期医学の発展にともない、高齢や合併症を有するハイリスク妊婦に対しても、より安全な妊娠過程・分娩が期待できるようになってきた。しかしながら、明らかにハイリスク妊娠となる可能性が高い症例でも、不妊症治療の対象となるのかどうかは問題と言える。少なくとも、不妊症治療を開始する際には全身状態をチェックし、基礎疾患の有無の把握とその管理を行うことは必要と思われる。

治療法選択の問題点

日本産科婦人科学会の「体外受精・胚移植に関する見解」に、「本法は、これ以外の医療行為によっては妊娠成立の見込みがないと判断されるものを対象とする」としている。不妊症治療はまず性交タイミング指導に始まり、徐々に高度の医療行為へ進むべきである。この時、どの時点で治療を打ち切るかを、常に考えておく必要がある。とくに、明らかな原因のない長期不妊の患者のすべてが、体外受精の適応か否かは考える余地がある。

子供を持つか持たないかは最終的には夫婦の決める問題であるが、その決定には治療法とその成功率などに関する専門的情報が不可欠である。現在多くの不妊外来で、医師が夫婦の相談にのっていると考えられるが、医学的情報の提供以外の問題についても相談のできる場が必要であろう。

治療手技の問題点

〔I. ART〕

生殖医学の進歩は、不妊症治療のあり方に想像を絶する変化を与えた。表1に種々の生殖法を一覧するが、現在ではこのすべての方法が技術的には可能であり、社会的・倫理的コンセンサスの有無のみが各国による施行実態の差異を規定している。

（表1）種々の生殖法

	精子	卵子	受精の場	妊娠の場	
1.	H	W	W	W	配偶者間人工授精(AIH)
2.	D	W	W	W	非配偶者間人工授精(AID)
3.	H	W	L	W	体外受精・胚移植(IVF-ET)
4.	D	W	L	W	精子提供によるIVF-ET
5.	H	D	L	W	卵子提供によるIVF-ET
6.	D	D	L	W	精子・卵子提供(胚)によるIVF-ET
7.	H	D	D	W	卵子と受精の際の子宮提供によるAIH
8.	D	D	D	W	卵子と受精の際の子宮提供によるAID
9.	1～8の組み合わせ			S	代理母

H＝夫、W＝妻、D＝提供者、L＝実験室、S＝代理母

1. 非配偶者間人工授精（AID）

夫が生殖能力を欠く場合に、第三者より提供された精子を用いて人工授精する方法で、アメリカではAIDによる出生児数30万人以上、日本でも1万人以上と推察される。法的・社会的には問題点も多く、さらにわが国では精子提供は認められ、卵子提供が認められないという矛盾点も浮かび上がってきている。

2. 精子提供による体外受精

日本産科婦人科学会では認めていないが、日本国内でも、卵管閉塞、重症乏精子症の夫婦で顕微授精を含む体外受精を15回以上行った後に、非配偶者精子による体外受精が実施されたことがマスコミにとりあげられた。

3. 卵子提供による体外受精

日本産科婦人科学会では認めていない。日本では、20代の早発閉経とみられる患者がアメリカで妹より卵子の提供を受け、夫の精子で受精・胚移植を受けて帰国、1995年10月に出産していたことが報告された。外国（アメリカ、イギリス、オーストラリアなど）では50代、60代の閉経婦人に対する胚移植も行われている。

4. 代理母

患者夫婦より採取した精子・卵子を用いた体外受精により得られた受精卵を、第三者の子宮に移植して出産を依頼する場合 (host mother) は、代理母と出産児はなんら遺伝的関連は無い。これに対し、夫の精子を妻以外の第三者に人工授精し児を得る場合 (surrogate mother) には、遺伝上の母と産みの母とは同一となり、複雑な状態をもたらす。1988年アメリカ・ニュージャージー州で起きた、代理母による出産児の依頼主への引き渡し拒否 (ベビー M 事件) は、この典型的事態と考えられる。代理母制度は旧約聖書の時代から存在し、わが国でも家長制度のもと、妻以外の女性との間に跡取りをもうけることは、つい数十年前まで公に認められてきた。現代の代理母は、直接の性交渉を持たない点が異なるが、むしろ安易な母体提供が商業主義に利用されることが問題といえる。日本産科婦人科学会では代理母は認めておらず、イギリスでも商業的なものは禁止されているが、アメリカでは規制はない。そのため、日本人夫婦が外国にまで代理母を求める状況となっており、国際問題化しつつある。

〔Ⅱ．凍結胚の使用〕

日本産科婦人科学会の見解ではその保存期間を夫婦の婚姻の継続期間内、母体の生殖年齢内とし、移植のつど夫婦の承諾をとることとしているが、海外では、凍結胚の所有権が争われた例がある。日本でも、同時に採卵した卵から、年齢の違う兄弟が生まれたという事例がある。

〔Ⅲ．減数手術〕

排卵誘発剤を用いた不妊治療の結果として、多胎妊娠数が急速に増加した。多胎妊娠は、医学的・家庭的・経済的な種々の問題点を生じさせる。このような多胎妊娠に対して、1986年、わが国で初めて減数手術を施行した例が報告された。優生保護法ではこのような事態は想定されておらず、したがって日本母性保護産婦人科医会は、1987年に「減数手術は優生保護法における人工妊娠中絶手術に該当せず、堕胎罪の適応を受ける可能性がある」との見解を発表した。アメリカでは、1973年の最高裁の判決で減数手術は合法とされ、イギリスでは1967年に中絶が合法化された後、1991年の改正で減数手術も合法化された。イタリア、フランスにおいても妊娠中絶とともに減数手術も合法とされている。また FIGO の倫理委員会による selective reduction of pregnancy に対する勧告では、減数手術を多胎妊娠の予防の代用に考えることを戒めながらも、間接的に減数手術の存在を認めている。国内で減数手術が行われていることが新聞報道されて以来、多胎妊娠の減数手術は医療関係者以外の間でも論議の的となり、1995年日本産科婦人科学会、日本母性保護産婦人科医会、日本不妊学会、日本受精着床学会などの関連学会横断でガイドラインづくりを進めることとし、またその検討の中では法律家や一般市民の意見を聞く場を設けることも考慮されている。

多胎の原因として、排卵誘発剤使用による自然性交によるものとは異なり、体外受精による多胎は、胚をいくつ移植するかという医師の直接的な判断の結果である。妊娠をめざすあまり、10個以上の胚を移植したケースも報告されている。日本産科婦人科学会では1995年12月に、体外受精において1回にもどす受精卵の数を、原則として3個までにするように定めている。

〔Ⅳ．着床前診断〕

近年、長足の進歩をとげた分子生物学的技術を利用し、卵割球を用いた遺伝子診断が可能となった。しかしながら日本において体外受精は不妊症治療のみに適応され、遺伝子異常の診断と発症回避には言及されていない。羊水診断・絨毛診断と較べれば、その倫理的

有利性に疑問の余地はなく、学会の見解が待たれる。

〔V. 男女産み分け〕

男女産み分けは、人類の大きな夢でもある。しかしながら、男女比のコントロールは、健全な社会の維持に対し多大な不利益を生じさせることは想像に余りある。日本産科婦人科学会は、1986年「パーコールを用いてのXY精子選別法の臨床応用に対する見解」を発表し、重篤な伴性劣性遺伝性疾患の回避に限って施行を認めてきた。しかしながらパーコールの安全性が疑問視され、1994年よりその使用を禁止している。

その他の問題点

〔I. 遺伝〕

体外受精の臨床応用が進む中で、新しい技法、とくに配偶子を直接操作するような方法が適用されるたびに、遺伝的な異常が起こるのではないかという疑問が投げかけられてきた。幸い、今までのところ、卵細胞質内精子注入法（ICSI）を含むARTにより出生した児の予後調査では、その遺伝的異常発生の割合は、自然妊娠における異常発現の期待値と有意な差はないとする報告が多い。しかし、乏精子症、排卵障害といった親の形質がその子に受け継がれることは事実であり、そのような観点から、「不妊症治療とは、本来淘汰されるべき遺伝形質を後の世代に残すことになる」という、不妊症治療そのものを否定するような考え方まである。

〔II. 健康保険〕

現在、体外受精には保険適用は認められていない。排卵障害などの他の不妊症治療には保険が適用されるため、たとえば同じように外来受診をし排卵誘発剤の投与を受けても、患者によって負担が違ったり、同じ患者でもその周期に体外受精を予定しているか否かによって負担が変わるなどの矛盾がおこる。また、すべて自費診療であるため、その費用が施設によって大きく異なるという問題もある。多額の費用を必要とする体外受精の恩恵は、現在のところ、経済的に余裕のある夫婦に限られてしまっている。

おわりに

国際不妊学会において体外受精・胚移植について世界各国の規定・倫理基準を収集した際、他国の膨大な資料に比べ、日本では日本産科婦人科学会の会告のみであったという。今年になって日本不妊学会倫理委員会が、「新しい生殖医療技術のガイドライン」を発行する予定である。いずれにせよ前述したように、日本では学会のガイドラインの他には法律的な規制もなく、不妊治療における医師の責任は重大である。しかし倫理的問題は、当事者である医師と患者が納得していればよいという問題ではない。日本産科婦人科学会の「体外受精・胚移植に関する見解」に「本法実施の重要性に鑑み、その施行機関は当事者以外の意見・要望を聴取する場を必要に応じて設ける」としているように、医師は自身の責任を受けとめるのみならず、広く一般社会の意見にも耳を傾けなければならない。

参考文献

- 1) 日本産科婦人科学会会告. 日産婦誌 1996; 48 (巻頭): 19-36
- 2) 小野滋男, 生殖技術. 井川道夫, 香川知昂編. バイオエシックス入門 (第2版) 東京: 東信堂 1995; 82-101
- 3) 金城清子. 生殖革命と人権一産むことに自由はあるのか. 中公新書1288. 中央公論社 1996