

DI 児の望ましい福祉

—非配偶者人工授精で生まれた子どもたち—

池 庄 司 祐 子

目次

はじめに

1. 非配偶者間人工授精（AID）について
 1. 1 不妊治療の実際
 1. 2 非配偶者間人工授精（AID）の概要
 1. 2. 1 AID の仕組み
 1. 2. 2 AID の基準
 1. 3 AID の歴史と諸外国の動向
2. DI 児のニーズ
 2. 1 DI 児の抱える問題
 2. 2 出自を知る権利
 2. 2. 1 精子提供の匿名性
 2. 2. 2 真実告知
 2. 3 諸外国の「出自を知る権利」への対応
 2. 3. 1 イギリス
 2. 3. 2 ニュージーランド
 2. 3. 3 スウェーデン
3. DI 児にとって望ましい福祉
 3. 1 各段階でのサポート
 3. 1. 1 精子提供者へのサポート
 3. 1. 2 親へのサポート
 3. 1. 3 DI 児へのサポート
 3. 2 サポートの組織化

おわりに

はじめに

科学技術の進歩により、様々なことが可能になった。しかし可能になったからといって、人々の暮らしが必ずしも豊かになるわけではない。ヒトの命に関する事柄に関しては、慎重さが求められる。生命補助医療（以下、ART）は次世代に繋がるものである。そのため、一層の慎重さが必要なのである。

このテーマを選んだ背景には、ART 等に関する倫理の話はよく聞くが、実際に生まれた子どもについてはあまり聞いたことがなく、この医療によって生まれたことが彼らにどのような影響を与えているのかを知りたいと思った。特に非配偶者間人工授精（以下、AID）に興味をもったのは、育ての父が生物学上の父ではないという点である。生物学上にも父だと思っていた人物が自分とは血が繋がっておらず、さらに自分には誰か知らない別の父親がいるという特異さを、AID で生まれた子ども（以下、DI 児）自身はどう受け止めているのだろうかと思った。そのため本論文では、対象を DI 児に限定する。彼らが DI 児であることへの苦悩に対して社会はこれにどう対応すべきなのかを探る。実際に生まれてきた子どもたちの実態を知り、福祉的なサポートを考えることは現実的であり、非常に重要である。現在不妊治療の需要が増加していることを踏まえて、これから生まれてくる子どもたちのために何ができるかを考えていきたいと思う。

本論文では AID とはどのようなシステムによって行われているのかを探り、AID によって生まれたことが、子どもにとってどのような影響を及ぼしているのか考察し、DI 児に対してあるべき福祉とは何かを考えていきたい。そのためまずは第 1 章で AID について説明する。日本の不妊治療の実際を述べたあとで、AID の概要に触れる。第 2 章では DI 児のニーズというタイトルで、DI 児の抱える苦悩を提示した後で、代表的な問題である出自を知る権利について説明する。また出自を知る権利を説明する上で、関わりの深い精子提供の匿名性、真実告知についても見ていく。そのあと、出自を知る権利の諸外国の対応を、イギリス、ニュージーランド、スウェーデンを例にあげて見ていく。各国とも出自を知る権利を保障している国であり、どのような過程を辿っていったのか、どれほど浸透しているかを検証する。第 3 章では第 1 章、第 2 章を踏まえて、DI 児の望ましい福祉のあり方を考察していく。精子提供者、親、DI 児それぞれへの望ましいサポートを並べた上で、次の節でそのサポート体制の組織化について、それぞれの理想的な相関関係を考える。

1. 非配偶者間人工授精（AID）について

1.1 不妊治療の実際

現在、日本では 10 組に 1 組のカップルが不妊に悩んでいる。不妊とは、避妊せず定期的に夫婦生活を行っているにも関わらず 2 年経っても妊娠しない状態を指す。平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究「生殖補助医療技術に対する国民の意識に

関する研究」(主任研究者：山縣然太郎)において推計された調査によると、不妊治療患者数は全体で466,900人。人工授精を行ったのは66,000人である。また日本産婦人科学会への登録施設からの報告によると、平成16年度の1年間に治療を実施したのは、体外受精(AIH)では48,944人、顕微授精(ICSI)では29,582人である。¹

不妊治療には大きく2つの種類ある。1つは保険の適用する一般的な不妊治療であり、もう1つは保険適用外の生殖補助医療(ART)である。前者の一般的な不妊治療は、排卵誘発剤などの薬物療法、卵管疎通障害に対する卵管通気法、卵管形成術、精管機能障害に対する精管形成術である。後者の生殖補助医療は、人工授精、体外受精、顕微授精の3つがある。

まず、人工授精は取りだした精子を子宮内へ直接注入し、受精の確率を高めるものである。受精、着床、妊娠に至るまでの過程は自然妊娠と同じである。そのため他の生殖補助医療と比較しても技術的に容易で副作用も少なく、1回あたりの平均治療費も1万円ですむ。精子に障害がある場合や性交障害、精子の進入障害に有効である。人工受精は配偶者間人工授精(AIH)と、非配偶者間人工授精(AID)の2つに分類される。

つぎに、体外受精は、体内での受精が困難な場合に行われる。先の人工受精は妊娠する人の90%が4～6回目までで成功するため、それ以降は体外受精へステップアップすることが勧められる。卵子を体外に取り出し、すでに用意された精子と混合されて、培養器内で受精を促す。成功率は高く、1985年には移植当たり7.4%であったが、1990年には20%以上になり、以降は21～23%を推移している。日本では配偶者間においてのみ行われている。費用は1回あたり平均30万円である。

最後に、顕微授精は体外受精の方法の1つであるが、男性不妊治療に特に有効な手段である。卵子に顕微授精前処理を施し、400倍の顕微鏡下で不動化処理を行った精子を特殊な針を用いて卵子に直接一匹注入する方法が顕微授精である。費用は1回あたり平均40万円である。以上が日本で行われている一般的な不妊治療である。反対に日本で行われていないもの、つまり不認可のものは代理母出産、卵子提供がある。代理母出産は女性の子宮が摘出されていたり、子宮に問題がある場合の選択肢である。卵子提供は閉経であったり、卵巣に問題がある場合の選択肢である。卵子提供の成功率は全生殖医療の治療プログラムの中で1番高く、約75%である。これらの治療は日本人が受けようと思うと、渡米するなど認可されている国で行うことになる。そのため費用は非常に高額になり、交通費など経費込みで代理出産は2000万円以上、卵子提供は550万円かかると思われる。²

先に述べたように日本での体外受精は1回あたり平均治療費30万円、顕微授精は1回あたり平均治療費40万円と他の不妊治療と比べて高額であるため、この2つの治療に対して平成16年度より厚生労働省は特定不妊治療費助成事業を創設した。経済的負担の軽減を目的として支給している。給付額は1年度あたり10万円。給付期間は通算5年。実施主体は

¹ 厚生労働省 第1回「特定不妊治療費助成事業の効果的・効率的な運用に関する検討会」不妊治療の患者数・治療の種類等について

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/10/s1018-7h04.html#top> (2012.12.03)

² IFC(パシフィック生殖医療センター日本語窓口)治療プログラム
<http://www.ifcbaby.net/index.html> (2012.12.03)

都道府県、指定都市、中核市となっており、平成 16 年度支給実績として 17,657 人に支給されている。

1.2 非配偶者間人工授精（AID）の概要

1.2.1 AID の仕組み

非配偶者間人工授精（以下 AID）とは、人工授精の 1 つである。配偶者間人工授精（以下 AIH）との違いは、精子の提供者が夫ではなく他人という点にある。第三者の精子や卵子を用いる不妊治療として、唯一日本で行われているものである。AIH でなく AID を選択する要因は、無精子症や絶対的男性不妊である。男性不妊に対するあらゆる治療を行ったにも関わらず、妊娠が成立しない場合に選択される。治療が可能なのは男性不妊の夫をもつ夫婦のみで、未婚の場合、性同一性障害など同性同士の場合は認められていない。先程も述べた通り、受精以降のステップは自然妊娠と変わらないため、技術的に容易で、副作用も少ない。子どもも法的に夫婦の子どもとして認められる。しかし厚生労働省の調査³によると、AID を「認めてよい」「条件付きで認めてよい」と回答したのは、登録産婦人科医では 7 割以上に上っているのに対して、一般の産婦人科医では 55.4%、小児科医では 44.8% に下がるのである。⁴それはやはり他人の精液を用いるという特殊な方法であることが要因となっている。

では実際に AID を行おうとしたとき、どのような流れで行われるかを確認する。以下は AID を行っているはらメディカルクリニックを参考にした。まず初診の段階で AID の治療の流れ、妊娠率、必要な検査の説明を行う。次に医師の問診があり、AID 実施条件に適合しているかを確認し、必要書類の説明が行われる。実施条件とは先に述べた、無精子症や精巣精子回収術（TESE）を行ったが精子が認められなかった、微量の精子は認められるものの妊娠のレベルではなく主治医から AID を提案されたという 3 パターンである。必要書類とは①無精子症の診断書あるいは紹介状、②夫婦の戸籍謄本、③同意書、④夫婦の写真付身分証明書のカラーコピーの 4 点である。医師の問診の後に、夫の血液型を検査するために夫の採血を行う。初日の流れは以上である。再診以降は必要書類の提出をし、臨床心理士（認定生殖心理カウンセラー）のカウンセリングを夫婦で 2 回受ける。これは夫婦の気持ち、AID の問題点についてクリアにするために行われる。この後ようやく AID が開始されるのである。⁵精子提供については、夫婦は提供者を知ることができない。また実施にあたって夫の血液型（ABO、Rh 型）のみマッチングを行う。その他の身長や肌の色は考慮されない。

³ 旧厚生省研究班「生殖補助医療技術についての意識調査結果」（1999）

http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1105/h0506-1_18.html（2013.1.3）

⁴平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究

「生殖補助医療技術に対する国民の意識に関する研究」報告書 生殖補助医療技術についての意識調査 2003

<http://www.mhlw.go.jp/wp/kenkyu/db/tokubetu02/index.html>（2012.12.03）

⁵ はらメディカルクリニック <http://www.haramedical.or.jp/content/artificial/000095.html>（2012.12.04）

1. 2. 2 AIDの基準

AID実施を直接規制する法律はない。しかし基準としていくつか条件が作成されている。以下は日本初のAID実施にあたって、慶應義塾大学が法学部を含めた討議を行い、作成した実施基準である。それによると、出生児は民法772条により嫡出子と認定されることを前提としている。主な基準は以下の3項目である。

- (1) ドナーの選択：出生した児は夫婦の実子として扱われるため、夫の血液型とドナーの血液型を一致させる。しかし、その他の条件、例えば容姿や趣味、学歴などを希望にあわせて選択することはできない。
- (2) ドナーの匿名性：慶應義塾大学では自大学の学生をドナーとし、匿名にて行っている。
- (3) 実施に当たっての注意：将来の近親婚を避けるために、同一のドナーからの出生児数を制限している。また精液を介しての感染を防ぐために、一定期間ごとに肝炎ウイルスや性感染症などの検査を施行する。

その後のAIDを行ってきた施設もほぼこの基準になっている。1996年の日本産科婦人科学会会告、「非配偶者間人工授精と精子提供」に関する見解も、慶應義塾大学の実施基準を遵守して作成されている。以下は2006年に改定された日本産科婦人科学会の見解である。まず日本産科婦人科学会は精子提供による非配偶者間人工授精は、不妊の治療として行われる医療行為であり、その実施に際しては、我が国における倫理的・法的・社会的基盤に十分配慮し、これを実施する、と前置いている。次に実施に伴う7つの条件がある。⁶

- (1) 本法以外の医療行為によっては、妊娠の可能性がないあるいはこれ以外の方法で妊娠をはかった場合に母体や児に重大な危険がおよぶと判断されるものを対象とする。
- (2) 被実施者は法的に婚姻している夫婦で、心身ともに妊娠・分娩・育児に耐え得る状態にあるものとする。
- (3) 実施者は、被実施者である不妊夫婦双方に本法の内容、問題点、予想される成績について事前に文書を用いて説明し、了解を得た上で同意を取得し、同意文書を保管する。また本法の実施に際しては、被実施者夫婦およびその出生児のプライバシーを尊重する。
- (4) 精子提供者は心身とも健康で、感染症がなく自己の知る限り遺伝性疾患を認めず、精液所見が正常であることを条件とする。本法の治療にあたっては、感染の危険性を考慮し、凍結保存精子を用いる。同一提供者からの出生児は10名以内とする。
- (5) 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。
- (6) 精子提供は営利目的で行われるべきものではなく、営利目的での精子提供の斡旋もしくは関与または類似行為をしてはならない。
- (7) 本学会員が本法を行うに当たっては、所定の書式に従って本学会に登録、報告しなければならない。

日本産科婦人科学会は上の条件に解説を加えている。非配偶者間人工授精は影響が非実施

⁶日本産科婦人科学会「非配偶者間人工授精と精子提供」に対する見解 2006
http://www.jsog.or.jp/kaiin/html/kaikoku/H9_5.html (2012.12.03)

者である不妊夫婦とその出生児、および精子提供者と多岐にわたるため、専門的知識を持った医師がこれらの関係者全て、特に生まれてくる子どもの権利・福祉に十分配慮し、適応を厳密に遵守して施行する必要があると明記している。(1)(2)(3)は被実施者に対するものであり、慎重に検討し夫婦揃って治療法に納得することを求めている。そのため病院側は夫婦にカウンセリングの機会を可能な限り提供することが推奨されている。(4)(5)(6)は精子提供に関するものである。(4)に付随して、精子提供者に関する説明を行う。精子提供者は感染症(肝炎、AIDSを含む性病等)、血液型、精液検査を予め行い、感染症のないこと、精液所見が正常であることを確認する。また、提供者の2等親以内の家族、および提供者自身に遺伝性疾患のないことを条件とする。その上で提供者になることに同意する旨の同意書に署名、捺印し、提供者の登録を行う。また実施者側は提供者が理解して提供することができるよう、十分に説明をし、提供前後にわたって必要があればプライバシーを厳密に保持しつつカウンセリングを受けられる体制を整備することが求められる。以下は、はらメディカルクリニックにおける、AIDのための精子提供者の条件である。

①健康青年男子であること。

- ・未婚であること。
- ・年齢は20歳から27歳まで。
- ・適正体重、適正身長。
- ・たばこを吸ない、麻薬等の経験がない。
- ・輸血を伴う手術を受けたことがない。
- ・感染症、性病の既往症がない。

②医学部在学中であること。

- ・遺伝に伴う疾患に関し十分な知識があること。
- ・倫理的、社会的配慮に関してしっかりとした意見がある。

③精神的に安定していること。

- ・規定の心理テストを受けること。
- ・院長の面接を受けること。

④次の検査がすべて陰性であること。

- ・B型肝炎等7疾病。⁷

⑤将来の子の安全のために癌遺伝子に異常のないこと。

- ・ α 1-アンチトリプシン⁸

(6)に関しては、特に厳しく扱われている。解説は以下の通りである。

本法は、これ以外の医療行為によっては妊娠の可能性のない男性不妊に対して適応されるべきであり、その施行にあたっては医学的立場のみならず、倫理的、かつ社会的基盤が十分に配慮されるべきである。営利目的で本法の斡旋もしくは関与またはその類似

⁷ B型肝炎、C型肝炎、エイズ検査(HIV1/2)、梅毒、HTLV1、ATL、クラミジア検査

⁸ はらメディカルクリニック <http://www.haramedical.or.jp/content/artificial/000095.html> (2012.11.30)

行為を行うことは許されるべきではない。本法の商業主義的濫用は、生殖技術の適正利用が保障されなくなると同時に被実施夫婦や提供者のプライバシーや出生児の権利も保障されなくなる。

1.3 AIDの歴史と諸外国の動向

AID はいつ始まったのか。その歴史を見ていく上で、AIH の歴史を振り返る。菅沼 (2003:8) によると最初の人への AIH 成功例は、1799 年、イギリス人 Hunter によるものである。尿道下裂症のため膣内に射精できない男性の精液を人工的に妻の膣内に注入し、その結果妊娠が成立し子どもを得た。1838 年には Girault が 14 例の不妊患者に AIH を施行し、12 例が妊娠したと報告しており、1868 年には Marion-Simon がフナーテスト陰性例 6 例の患者に AIH を行った。一方、AID はイギリスでは 1793 年、アメリカでは 1866 年の実施記録が残されている。日本では 1949 年 8 月、慶應義塾大学の安藤教授により初の AID 児が誕生して以来、現在まで 1 万人以上の AID 児が出生していると推定される。しかし少なくとも 1930 年代、あるいはそれ以前から行われていた可能性がかなり高いといわれている。とはいえ第三者の精液を治療に用いることには、倫理的・宗教的な問題が存在したため、不妊治療としての文献上の記載は乏しいのである。

日本生殖医学会・倫理委員会 (2009) によると、現在もカトリック教会の強いイタリアやオーストラリアなどでは、AID は法律で禁止されている。またイスラム教を信仰する多くの国々においても、イスラム法学者から出されるファトワと呼ばれる勧告により許容されるイラン等の一部の国を除いて、基本的に禁止されている。一方、英仏などの多くのヨーロッパ諸国では配偶子提供者の範囲についての制限、提供者への報酬支払を認めないなど一定の条件をもとに、第三者配偶子を用いる生殖医療を可能としている。また、韓国、台湾、シンガポールなどのアジア諸国は、いずれもヨーロッパ諸国と同様、一定の条件のもとに第三者配偶子を用いる生殖医療を可能としている。⁹

2. DI 児のニーズ

2.1 DI 児の抱える問題

日本産科婦人科学会 (2006) ¹⁰によると、類型 1 万人以上、年間 100～200 人の AID 児が誕生している。AID によって生まれた子どもがどんな苦悩を抱えているかについて、宮嶋 (2011:172) は侵されている権利を 6 つ挙げている。順に①出自を知る権利、②表現の自由 (権利)、③社会的に認められ、参加する権利、④未来世代への継承に関する権利、⑤

⁹ 日本生殖医学会・倫理委員会報告「第三者配偶子を用いる生殖医療についての提言」(2009) http://www.jsrm.or.jp/guideline-statem/guideline_2009_01.html#03 (2012.12.03)

¹⁰ 日本産科婦人科学会 平成 19 年度倫理委員会登録・調査小委員会報告 http://www.jsog.or.jp/activity/pdf/Rinri_report6006.pdf (2012.12.03)

暴力にさらされない権利、⑥コミュニティ開発（共生）権である。これらについて宮嶋（2011:282-283）は以下のようにまとめている。

第一に DI 者は中身が「DI 者」であることを知り、AID の当事者となり、「真実」の中で家族関係を営むという権利を獲得し、「真実」から外されているという状況からの解放を求めている。（「出自を知る権利」の侵害）

第二に DI 者は、真実の中で生活する者として、友人・知人等に「真実」を知ってもらい、かつ、認められるという行為が伴う人間関係を、安心して獲得する権利を獲得し、社会的に孤立するという状況からの解放を求めている。（「表現の自由」の侵害）

第三に DI 者は「絶対的少数者」として、社会から無視される、あるいは放置されることなく、社会の一員として生きる権利を獲得し、法的に自らの存在が認知されていないという状況から解放されることを求めている。（「社会的に認められ、参加する権利」の侵害）

第四に DI 者は遺伝情報のレベルで、未来永劫、「つながりを確定させる」ことから侵害されている現状から解放されることを求めている。（「新しい人権—①未来世代への継承に関する権利、②暴力にさらされない権利、③コミュニティ開発（共生）権」の侵害）

出自を知る権利について、G2（2011）¹¹によると親の真実告知がないまま生きてきた DI 児は、何かのきっかけで自らが DI 児だと気付くと、今まで騙されていたという気分になり、「喪失体験」を味わうという。自らが DI 児だと気付くきっかけは、両親の離婚や病歴を知ろうとしたときなど様々である。彼らは父方の血縁関係が抜けていることで、「アイデンティティの半分が空白状態だ」と感じる。そういった DI 児は遺伝上の父親や母親を知る権利を主張し、「自分の出自を知る権利を子どもに与えないのならば、その人は子どもを産むべきではない」という。DI 児であることは、彼らにとってアイデンティティの問題と共に、遺伝上の病気、また近親相姦¹²の心配を呼び起こすのである。アメリカには苦悩する DI 児のため、兄弟や姉妹に会えるサイト「Donor Sibling Registry」が存在し、すでに 8000 人以上の兄弟姉妹を結びつけている。AID を使った親、卵子提供で子どもを作った親、その子ども、提供者など登録者は 3 万人を超えている。

また宮嶋（2011:208）によると、コードレイが行った世界中の DI 児 105 人を対象としたアンケート¹³から、44.2%の DI 児は真実告知される前から秘密があると感じていることがわかっている。事実を知らされるべきかという質問には、96.2%がはいと答えている。そして 86.5%はできるだけ早く知らされるべきだと回答しているのである。出自を知る権利については、ドナーの身元を知る権利があると思うかという項目には 80.8%がはいと答えている。以上のことから、DI 児は真実を伝えられること、そしてドナーの身元を特定するこ

¹¹ G2 Vol.7 ドキュメント・AID 大野和基 2011

¹² イギリスで 2008 年 1 月に、別々の家の養子となった双子の男女が血のつながりを知らずに結婚、その後、双子とわかり裁判所から近親結婚にあたるとして婚姻を無効とされた。

¹³ 第 11 回国際乳幼児精神保健学会世界大会 “The Rights of Infants and Children Born by Assisted Reproductive Technology” DI 者の秘密開示と情報入手に関する意識調査 2008

とを求めているといえる。

表現の自由について、宮嶋（2011:155）によると、DI児には市民や社会に自己を否定される恐怖がある。彼らは「DI児である自分」を含めて理解されたいと望んでいる。それを説明する、以下のようなインタビューの発話の抽出結果があった。

私のことを否定する人は、①同年代で結婚してない人、②まだ子どもがいない人、③結婚や子どものことを考えてない人、中には、聞かなかったことにするみたいな態度をとったりする人も。AIDの話を二度目にすると「その話はもういいよ」と言われた。「AIDを考えている自分」をひっくるめてわかってもらう。

2.2 出自を知る権利

現在、日本では出自を知る権利は保障されていない。何度も議論に上り、出自を知る権利を認めるべきだという流れになっているが、未だ法制化には至っていない。精子の提供は匿名で行われるのが一般的であり、それにより夫婦も精子提供者を知ることができず、また逆に精子提供者もどの夫婦に自分の精子が用いられたかを知ることができない。まず出自を知る権利がどう議論されてきたかを振り返り、次に出自を知る権利と密接に関わる精子提供の匿名性についてまとめる。

才村（2008:30-31）によれば、日本において出自を知る権利が最初に議論に上ったのは1985年である。アメリカにおける生殖補助医療に関する動向を調査した石川稔は、アメリカ・オクラホマ州法および合衆国・統一親子関係法を紹介し、生殖補助医療の実施に関する記録の保存の必要性を主張した。理由としては生殖補助医療によって懐胎した子の出生を裁判所ないし官庁への通知を要求するのに、ドナーの記録の保存を要求しないのはバランスを欠くためである。また同年、菱木昭八郎はスウェーデンにおける人口受精の歴史とその背景を報告している。しかし「出自を知る権利」がキーワードの論文が発表されるのは1990年代半ばになってからである。

現在は出自を知る権利に関する、厚生科学部会（2003）¹⁴の見解は以下の通りである。

提供された精子・卵子・胚による生殖補助医療により生まれた子または自らが当該生殖補助医療により生まれたかもしれないと考えている者であって、15歳以上の者は、精子・卵子・胚の提供者に関する情報のうち、開示を受けたい情報について、氏名、住所等、提供者を特定できる内容を含め、その開示を請求をすることができる。

開示請求に当たり、公的管理運営機関は開示に関する相談に応ずることとし、開示に関する相談があった場合、公的管理運営機関は予想される開示に伴う影響 についての説明を行うとともに、開示に係るカウンセリングの機会が保障されていることを相談者に知らせる。特に、相談者が提供者を特定できる個人情報の開示まで希望した場合は特段の配慮を行う。¹⁵

¹⁴厚生科学審議会生殖補助医療部会「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」

¹⁵ 厚生科学審議会生殖補助医療部会「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

一方、専門委員会報告は、出自を知る権利について、「提供された精子・卵子・胚による生殖補助医療により生まれた子は、成人後、当該提供者に関する個人情報のうち、当該提供者を特定することができないものについて、当該提供者がその子に開示することを承認した範囲内で知ることができる。」¹⁶としている。提供者を特定する情報を開示するという結論に至らなかった理由として、提供者のプライバシー、DI 児と提供者の家族関係への弊害、提供者の減少の危惧からであった。しかし同会がこのことを踏まえてなお、ドナーの個人が特定できる範囲の情報開示を必要とした理由を4つあげている。

- ・自己が提供された精子・卵子・胚による生殖補助医療により生まれた子であるかについての確認を行い、当該生殖補助医療により生まれた子が、その子に係る精子・卵子・胚を提供した人に関する個人情報を知るとは、アイデンティティの確立などのために重要なものと考えられるが、子の福祉の観点から考えた場合、このような重要な権利が提供者の意志によって左右され、提供者を特定することができる子とできない子が生まれることは適当ではない。
- ・生まれた子が開示請求ができる年齢を超え、かつ、開示に伴って起こりうる様々な問題点について十分な説明を受けた上で、それでもなお、提供者を特定できる個人情報を知りたいと臨んだ場合、その意志を尊重する必要がある。
- ・提供は提供者の自由意思によって行われるものであり、提供者が特定されることを望まない者は提供者にならないことができる。
- ・開示の内容に提供者を特定することができる情報を含めることにより、精子・卵子・胚の提供数が減少するとの意見もあるが、減少するとしても子の福祉の観点からやむを得ない。ただし、国民一般への意識調査の結果からは、提供者を特定することができる情報を含めて生まれる子に開示するとしても、一定の提供者が現れることが期待される。

同会は専門委員会の危惧した提供者の減少については、減少するとしても子の福祉の観点からやむを得ないとし、子の福祉を最優先に主張しているのが特徴的である。以上のことから、出自を知る権利の問題点は子の出自を知る権利と提供者のプライバシー権の対立にあるといえる。

2. 2. 1 精子提供の匿名性

次に現在精子提供者について詳述する。繰り返しになるが、現在精子提供は匿名の第三者によって行われている。兄弟姉妹を希望する声もあるが、現時点では認められていない。ではなぜ提供者が匿名であるかを同会の「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」からみる。

精子・卵子・胚の提供における匿名性

¹⁶ 厚生科学審議会先端医療技術評価部会「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」2000

1) 精子・卵子・胚の提供における匿名性の保持

(※) この場合の匿名とは、精子・卵子・胚の提供者と提供を受ける者との関係のことを示している。

○精子・卵子・胚の提供における匿名性を保持しない場合には、精子・卵子・胚の提供を受ける側が提供者の選別を行う可能性がある。

○また、提供を受けた夫婦と提供者とが頭名の関係になると、両者の家族関係に悪影響を与える等の弊害が予想されるところである。

○こうした弊害の発生を防止するため、精子・卵子・胚を提供する場合には匿名とすることにする。

日本産科婦人科学会（2003）によると、精子提供者の匿名性を保持する理由として、現在まで父親の遺伝的要素を生まれてくる子が受け継いでいないことによる大きな社会的混乱や問題が生じていないことをあげ、これは提供者が匿名の第三者に限定されてきたことと、生まれてきた子に告知をせず秘匿を貫いた結果であると指摘する。そのうえで兄弟姉妹等「知られた提供者」からの提供の問題点を以下のように整理している。

○提供配偶子を用いた場合の親子関係を確定する法律が未だに制定されていないため、生まれてくる子の地位が不安定になる可能性がある。

○法的のみならず社会的にも家族関係・人間関係が複雑化する。特に生まれてくる子、遺伝的親が、長期にわたり心理的葛藤に苦しむ事態が危惧される。

○不妊夫婦の兄弟姉妹等に対して、提供を促すよう心理的圧力が加えられたり、または加えられたと感じさせる場合が生じると予測される。不妊夫婦の兄弟姉妹等から提供に対する真の同意が得られたかどうか確認することは容易ではない。

○生まれてくる子、被実施者夫婦、提供者夫婦に対する長期的カウンセリングと支援体制が整備されていない。¹⁷

2. 2. 2 真実告知

AID によって生まれた子は依頼者夫婦の子どもとして戸籍登録され、親や提供者、医師も子どもに積極的に伝えないため、自分の出自を知ることはできない。現在の状況では自らが AID によって生まれた事に気付かなければ、出自を知ることはできないのである。つまり出自を知る権利を保障するためには、前段階として真実告知が不可欠なのである。宮嶋（2011:85）によると、真実告知に関しては養子縁組の分野で 1987 年前後に議論されてきた概念である。真実告知に関する公的の見解には以下のものがある。財団法人日本児童福祉協会（1981）の『里親になる一制度の解説と養育の手引き』（厚生省児童家庭局育成課監修）では、「これまでの経験では真実を隠さず、なおかつ、しっかりとした養親子関係を築くことによって、親子であるという自信」をもって生活していけるのだとしている。また当時法務省民事局参事官であった細川（1988）は、いつか本人は知るのだから、時期を選んで適切な言い方で告げることが大事だという。子どもが突然知った場合、親が自分を騙

¹⁷ 日本産科婦人科学会 倫理審議会答申書 2003

していたということにショックをうけることを理由としている。しかし才村（2008：249）はこの告知を法律にて親に強制するものではないという。なぜなら言いたくない人に無理に告知させても子どもとの関係はうまくいかないと思われるからだ。ただし告知することが子どもにとって最も重要なことであるとの認識を親・医療者だけでなく、社会も認識することが重要だという。

2. 3 諸外国の「出自を知る権利」への対応

これまで先程諸外国の AID の動向を述べたが、ここでは AID 児の福祉を考える上で有効であると思われる「出自を知る権利」に焦点をあて、諸外国の法制度及びその歴史や背景について概観してみたい。

2. 3. 1 イギリス

イギリスは世界で初めて体外受精が成功した国である。才村（2008：52－53）によると、1982 年の段階で、政府に「ヒトの受精及び胚研究に関する調査委員会」（ワーノック委員会）が設置された。この委員会は不妊治療法として精子・卵子・胚の提供を認めるが、法律による厳格な規制と監督下におく必要があると勧告した。1990 年にはヒトの受精及び胚研究に関する法律（以下、HFE 法）が施行され、ヒトの受精及び胚研究認可局（以下、HFEA）を創設、精子提供者に関する身元を特定しない情報を登録・保管し（70 年間）、18 歳以上の子どもに開示できるとした。2004 年には HFE 法が改正され、18 歳以上の子どもは精子提供者の氏名や住所を含めた情報を開示請求できるようになったのである。現在は、身元を特定しない情報に関しては 16 歳から、特定する情報は 18 歳からとなっている。一方、真実告知については親の自由意思に任されている。そのため法律が変わっても、告知をする気がないという親が 1 割存在する。これに対し、出生証明書への提供の事実の記載案が出たが反対が多く政府はコメントを出した。才村の要約によれば、「政府の今日までの立場は、出生証明書に注釈をつけることでこの問題を強制するよりも、親たちが子どもたちに提供で受胎したと話すことの有益さを学ぶ方が望ましいというものである。提供で生まれた人々が彼らの遺伝的背景についての情報にアクセスできることの重要性も認識している。この問題は注意深く検討されるべきで、利害関係者との建設的な話し合いも含める必要がある。この問題の検討を継続する」（p.53）である。今のところは真実告知のマニュアル¹⁸づくりという対策をとっている。これはどのようにして親が子どもに真実を告知したらよいかのノウハウを記した告知のマニュアルである。

出自を知る権利については、精子提供者に関する情報（名前、生年月日、実施の有無、身長、体重、人種、体色、目の色、髪の色、宗教、職業、関心、出生登録）が実施施設を経て HFEA で保管される。

2. 3. 2 ニュージーランド

ニュージーランドは法律の制定される 15 年前より、身元が特定されるドナーによる ART

¹⁸ 不妊の親グループ DC ネットワークによるもので、政府の援助により作成。

が実施されている、非常に稀な国である。才村（2008:58－59）によると、背景には 1969 年の児童法がある。児童法により私生児という概念が除かれたのである。1985 年には成人情報養子縁組法が通過し、養子が生みの親に関する情報を入手できるようになる。その後 1993 年に国連子どもの権利条約締結により、子どもの権利保障の考え方が広まったのである。出自を知る権利については 2005 年に法律が規定された。不妊カウンセラーのジョイ・エリスによると、1992 年頃からドナーを特定できる医療をどこの産婦人科でも行うようになった。そして夫婦には事前のカウンセリングを行い、真実告知のメリットを説明する。またできるだけ AID の治療による不安や真実告知の問題についてディスカッションする場を設ける。精子提供者やその妻にもカウンセリングし、できれば家族をもち、家族の価値を理解する人を精子提供者にしており、将来子どもと会う用意のある人だけが精子提供を行うのである。

出自を知る権利に関しては、クリニックはドナーに関する情報（名前、性別、住所、生年月日、出生場所、国、身長、目と髪の色、民族と文化的属性、病歴）を確実に入手し、提供を行う。この情報はクリニックと政府の登録局で保管し、クリニックは誕生から 50 年の有効期限までに、またはクリニックの閉鎖の時に登録局へ情報を送る必要がある、登録局は無期限に保管する。18 歳以上の DI 児がアクセスする場合、カウンセリングを受けることが望ましいと忠告する。保護者の同意があれば 18 歳未満の DI 児にも、身元を特定しない情報を与える。

2. 3. 4 スウェーデン

スウェーデンは ART により妊娠して生まれた子どもの比率が高く、また世界ではじめて AID を法的に規制したように、ART 先進国である。

先程述べた AID を規制した法律とは 1985 年施行の「人工授精法」である。この法律では出自を知る権利を認めている。つまり精子提供者の匿名を廃止したのである。以下はその法律の詳細である。

「生物学的父親が誰なのかについて知ることのできる子どもの権利は、十分に成熟している子どもが精子ドナーの情報を得ることができると、人工授精法第 4 条に規定されている。第 3 条により社会福祉委員会は子どもがその情報を得る際に援助することが義務づけられている。その情報は最低 70 年間、特別記録として保存される。これはプライバシー法におけるプライバシー規則の例外である。また人は人生の後年に子どもがコンタクトしてくるかもしれないことを予め、知らせられなければならない。」

これに対し才村（2008:92）は子どもの年齢を規定せず「成熟した子ども」と規定していることを特色に挙げている。また子どもが精子提供者の情報を得る際に社会福祉が介入し、援助することになっているのは、子どもが会いに行くよりも様々なサポートがあることが予想され、子どもにとって望ましいと指摘している。

法律制定の背景として才村（2008:92）は菱木昭八郎を紹介している。菱木は「人権意識の高まり、スウェーデン親子法での、子どもの利益が最優先すること、ハパランダ事件」¹⁹

¹⁹ ハパランダ事件とは、DI の法律上の父から自身が同意せず出産した子に対して父子関係

をあげている。「政府は第2、第3のハパランダ事件の再発防止のために、DI問題調査特別委員会を設置した。委員会は生まれてくる子どもの基本的人権の観点から、自己の出自を知る権利を与えるべきとの提案（英米の養親子関係の研究成果から導きだされた）を行い、産婦人科グループの大変な反対運動（ドナーがいなくなり実施できなくなる、外国で実施する人が増える等の理由）が展開されたが、人工授精法案を通過させた」のである。石原（2010:83-85）によると、危惧された通り、人工授精法施行後はスウェーデン国内における精子提供者は激減し、提供精子を求めるカップルの待機期間が延長した。しかしそれ以上に提供者の背景が大きく変わったのである。法律施行以前の提供者は、比較的若年の学生や兵士が多かったが、法律施行後は自らの子どもをすでに持ち、これ以上、自分の子どもの数が増える可能性のない、より高年層の精子提供者が増加した。また人工授精法の影響で非匿名の精子提供を求めて国外へ渡航する夫婦が増えた。特に隣国のデンマークでは、匿名あるいは非匿名の精子を夫婦が選択できる仕組みになっているため、スウェーデンからくる夫婦が多いのである。ART先進国のスウェーデンにおいても、真実告知については積極的ではない。AIDで生まれた子どもたちについて長年研究してきたカロリンスカ研究所の心理学者の調査によると、本人にAIDにより生まれたことを伝えた、あるいは伝える予定のある両親は、スウェーデンでは約半数強に止まっている。

3. DI児にとって望ましいサポート

3. 1 AID実施にあたって必要なサポート

2章でまとめたAID児のニーズから、AID児にとって①真実告知され②遺伝上の父親を知り③周りから理解されることが非常に重要であるとわかった。彼らの半数は早い時期の真実告知を望んでおり、自らのアイデンティティの確立を目指す。またAIDである自分をまるごと受け止めてもらうことが難しい現状に苦悩しているのである。彼らのニーズを満たす手順を踏むためには、まず彼らが生まれる前から準備を進める必要がある。AIDを選択するときに、AIDによって子どもを得るとはどういうことかを全ての夫婦が理解しなければならない。G2(2011)によると、大分にあるセント・ルカ産婦人科の宇津宮隆史院長は、AIDを要求されると夫婦に講義を行う。内容は夫婦のあり方、子を持つ意味から始まり、AIDで生まれた人間がどのような苦悩を抱えているかを伝え、夫婦によく考えさせるのである。彼はAIDを行うには、きちんとした条件、子どもへの開示、カウンセリング、育てる覚悟、起こりうるシナリオに対する準備が必要だという。これには夫婦はもちろん、医療関係者、精子提供者のAIDへの理解が必要であり、それに伴いⅠ子どもへのサポートの他に、Ⅱ夫婦へのサポートⅢ精子提供者へのサポートが求められているのではないだろうか。では、①～③の条件を満たすために、この3組へどのようなサポートが適切であるかを順に述べる。

存在確認の訴えがされた。裁判所は父の訴えを認め、子は父不明の子となった

3. 1. 1 精子提供者へのサポート

DI 児は自らが AID によって生まれたことを知ると、当然自分の血が繋がっている父親が誰なのかという疑問が浮かぶ。2. 1 で述べたように、精子提供者の身元を知る権利があると答えた DI 児は約 8 割で、8 割近くは連絡をとりたいと考えている。彼らの「半分が空白のアイデンティティ」を埋めるには、遺伝上の父親を知ることは欠かせない。提供者は提供して全てが終わるのではなく、提供して子どもが生まれた後のアイデンティティ形成に関わるかもしれないのである。この部分について精子提供者の基準では今のところ、医学部に在学中という項目のみであり、医学を学ぶものとして倫理観や社会観を持ち合わせているからという理由である。はたして医学部生が必ずしも AID に関する倫理観や考えが確立されていると断言できるのだろうか。むしろスウェーデンのように精子提供者の匿名性を廃止したことで増加した、家族持ちの高年層に期待できるのではないだろうか。彼らはすでに結婚をし、子どもを育てている経験から、家族とはどういうものかを肌で理解しているといえる。精子は卵子に比べ老化に強く、60 代で子どもを作ることも可能である。精子提供者は健康であるだけでなく、どこか知らないところで自分と血が繋がった子どもが生まれることを理解しておかなければならない。そのため第一に提供者になる段階でのサポート、つまり提供者になるとはどういうことかという説明が必要である。第二には自分の精子がいつ、どこで使用されたかを知る権利を保障することである。現在は匿名性のために、提供者も生物学上の子どもが存在しているかを知ることはできない。知らないうちに生物学上の子どもが生まれ、ある日突然訪ねてきた場合、提供者へ与える衝撃は大きいであろう。第三に、第二をクリアした上で、子どもがコンタクトを取りたいと思ったとき、精子提供者はどう行動すればよいかの相談に乗るようなサポートが必要である。見知らぬ他人でありながら遺伝上に繋がっているという複雑さは、DI 児はもちろん提供者にとっても混乱しうる状況であるためである。以上のことから、精子提供者に対しては、以下の 3 点のサポートが必要であると考ええる。

- ・提供する前には説明すること。
- ・提供した後には精子を使用した旨の連絡をすること。
- ・生物学上の子どもと対面するときに相談に乗ること。

3. 1. 2. 親へのサポート

親へのサポートは先程 3. 1 で述べた通り、AID を始めるにあたって AID で子どもをもつとはどういうことかを知らせることから始まる。夫婦それぞれの意志を確認し、行き違いがないことを確認しなくてはならない。AID で子どもをもった夫婦の離婚率は高いという結果がある。才村（2008:142-144）の調査したアンケートによると、DI 児の両親の半数が別居、離婚に至っているのである。これに対して DI 児の半数は秘密を抱えていることが夫婦関係に影響を及ぼし、離婚の一因になったと考えている。秘密を抱えることの苦しさ、子どもと馴染めない苛立ち、こういった状況になり得ることを想定し、それでも AID を選ぶのか、と医療側は聞く必要があるであろう。これは子どもの福祉のためでもあり、また夫婦自身の結婚生活のためでもある。

これらの葛藤を乗り越え、AID を選択したとき、そのときはさらに育児のサポートが求

められるであろう。厚生労働省の調査（2001）²⁰によると、普通の子育てであっても、半数以上が不安や悩みを抱えている。宮嶋（2011）によると、DI 児の両親はさらに、苦労して得た子どもだから立派に育てねばならないというプレッシャーのため育児ストレスの増大があるという。これを軽減するためには、AID を実施した病院からのサポート、また他の DI 児の両親とのコネクションが有効なのではないだろうか。自分たち同様 DI 児を抱える家庭であれば、AID ゆえの悩みを共有することができる。

そして何よりサポートが重要となるのは真実告知の場面である。DI 児に真実を告知することは重要な事柄である。なぜなら彼らの半数近くは真実告知の前から家族に秘密があることを感じており、告知後の DI 児の 9 割以上が告知は必要だと考えているためだ。彼らのインタビューを通して、「伝えない方が幸せ」というのは親側、また医療側の思い込みであることがわかる。真実告知に対して才村（2008）は、ソーシャルワークによる支援が必要だと考えている。告知の重要性を認識しても苦悩や迷いは生まれる。ニュージーランドでは、AID 前の告知の重要性の徹底した説明の上、告知の場面でも不妊カウンセラーの支援により実際になされている。厚生労働省の「子どもを健やかに養育するために」によると、告知の時期は少なくとも小学校卒業前が良いとされている。才村（2008）のアンケート調査からも、DI 児はできるだけ早い告知を求めている。早い者は 2, 3 歳、遅い者でも 15 歳と答えている。彼らの人格形成の確立の前に、DI であることを伝えるのが望ましいようだ。そして「事実をしっかり伝えていくには、子どもが安心でき、愛情をもって育てられ、自分を必要とされているという思いがもてるような状況のもとでなされる必要がある」としている。夫婦はこういった情報を手に入れ、どう告知をするかという方法を知ることが必要である。

これらに加え宮嶋（2011）は、「偏見と闘うことへのサポート」も提唱している。真実告知を遠ざける背景には、社会的圧力が存在すると指摘する。日本では「本当の親子」には「血縁」を求めるという社会的スティグマがある。血縁が繋がっていないことへの後ろめたさ、また夫婦自身の不妊であること、他人の精子を用いて妊娠したことに対する恥の意識が、告知を遅らせ、さらに育児の悩みを増大している原因なのではないだろうか。だからこそ社会への偏見とともに、自らの中に内在する偏見とも闘う必要があるのである。

以上のことから DI 児の親に対しては、以下の 6 点が必要であると考える。

- ・ AID をする前には説明をすること。
- ・ 意志確認を怠らないこと。
- ・ AID 後には育児の相談役となること。
- ・ 他の AID 経験者とのコネクションを作ること。
- ・ 真実告知の正しい情報を与えること。
- ・ 偏見と闘うサポート

3. 1. 3 DI 児へのサポート

²⁰ 厚生労働省 第 2 回 21 世紀出生児縦断調査の概況（2001）

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/syusseiji/02/kekka15.html>（2012.12.05）

DI 児が前の 2 組と最も違う点は、彼らは AID に関して選択の権利がないことである。精子提供者にとって提供するかしないかは提供者の意志次第であり、AID で子どもを持つか持たないかも夫婦の意志次第である。しかし DI 児は強制的に AID によって生まれ、生きていかなければならない。前の項目で述べた精子提供者、夫婦へのサポートは、それぞれへのサポートでもあるが、何より DI 児の環境を整えるために存在する。彼らの AID に対する理解が深く、彼らへのサポート体制が整ったときに初めて、これから述べる DI 児へのサポートが有効になるのである。

繰り返しになるが、DI 児にとって何より重要なのは、真実告知されることである。しかし真実告知は子どもへのサポートではどうにもならず、やはり夫婦の決断にかかっている。そのためこれに関しては、3. 1. 2 で述べた通り、夫婦に対して AID 前に真実告知の重要性を理解してもらい、尚且つ告知のタイミングやノウハウを教え、後押しをするようなサポートに期待するしかない。次に DI 児が真実告知をされ、自分が DI 児だとわかったときに不安な気持ちを支えるサポートが必要となる。才村（2008）によると、AID で生まれた 18 歳のアメリカ人女性は、DI 児に対してどのようなサポートが必要かという質問に対して、仲間の話からカウンセリングを求めている人が多いと回答する。多くの子どもが両親の離婚に直面している事実をあげ、離婚により、DI 児はより複雑な感情を抱くようになるという。DI 児だからこそその悩みを受け止める、ソーシャルワーカーや不妊カウンセラーの存在は不可欠なのである。一方で、55 歳、ロンドンの男性はカウンセリングや専門的なものよりも、お互いの自助グループの重要性を説いた。彼は「やっぱりそのお互いの自助グループというか、結局気持ちをもっているということがものすごく大切で、そういう専門的な援助というのはあまり信じていません」（才村 2008:184）という。

そして DI 児へのサポートの中で最も有効であると考えられるのは、精子提供者の特定のサポートである。このサポート体制が整っていないうちは、DI 児は生物学上の父親を知りたいと思っても、自らで全部の家庭を探したり、名簿を調べたりという地道な作業をするしかない。病院に問い合わせた DI 児もいるが、医者には手紙を書いたにも関わらず、「そのことは知らないし、力になりたくない」（才村 2008:174）という。また精子提供者自身に拒絶される恐怖もある。そのため子どもと会う準備のある人のみが精子提供者になること、病院がどの精子を誰に用いたかの管理を最低でも 50 年は保持すること、精子提供者と DI 児の間に立ち仲介をするソーシャルワーカーの存在が、DI 児の福祉を最優先した場合求められるのである。DI 児の出自を認めている他国では、2. 3 で述べたように、出自を知るためのシステムが整備され、どこに届け出ればいいかが明確で、情報の保管まで目が行き届いている。

以上のことから DI 児自身に対しては、以下 4 点のサポートが必要であるとする。

- ・今まで述べた 3. 1. 1 と 3. 1. 2 の精子提供者・親へのサポートを徹底すること。
- ・真実告知後の精神面のケア。
- ・自助グループへの参加の促し。
- ・生物学上の父の特定のサポート。

3. 2 サポートの組織化

3. 1で述べたことから、それらを統合して1つのシステムとするには、誰が何を行うべきか、新たにどのような施設が必要かを述べていく。親と精子提供者、子どもを繋げるパイプ役の存在である。宮嶋（2011:286）はDI児の解放の支援モデルとして以下のようなものを紹介している。

（仮称）DI者の権利擁護のためのソーシャルワーク・システム（案）

このシステムの中で具体的にDI者の相談に応じ、DI者のソーシャル・インクルージョンを促進するために有効なソーシャルワーク機能を果たす窓口を「（仮）DI者相談センター」として構築することで、DI者とDI者が対峙する他者やコミュニティ・社会環境との対話が促進されると考えるものである。（中略）ここで想定した新しい家族をサポートするネットワーク・システムの機能を簡単に確認していくと、(a) セルフ・ヘルプ・グループとはDI者自身で組織するグループであり、わが国ではDI offspringとして関係者間で認知され、2010年3月に全国組織が結成される。(b) 地域における理解者組織とはボランティアやNPO・NGOが想定できる。(c) 保健センターは地域の健康教育・母子相談などを担当し、相談の内容に不妊や生殖に関することにも含まれる。(D) 不妊相談センターは都道府県に設置され、公的補助に関する相談などを取り扱っている。(E) 児童相談所は養子縁組や里親制度に精通しており、子ども福祉の最重要拠点の1つである。(F) （仮）DI者相談センターは、本論でいうソーシャルワークの拠点の1つであり、グループおよび機関のネットワークを形成し、かつ情報公開請求の支援を担う。このような地域における関係者諸機関の組織化のためのアプローチを、コミュニティ・ソーシャルワーク・アプローチと呼ぶ。

宮嶋はDI児とAIDカップルを中心に据え、その周りに(a)～(E)で述べた機関を置く。その上にART実施医療施設と公的管理運営機関を置き、サポート・ネットワークおよび報告/登録の関係を記している。（図3-1）

この実践のためには、まずDI児と両親・ART実施医療施設の関係を明白にする必要がある。医療施設がAID実施後も、定期的に検診を行い、相談にのり、及び相談にあった適切な機関を紹介するという機能を果たすべきであろう。また精子提供者の情報の把握を行い、誰の精子を誰に用いたかを記録し、その記録を含めた個人情報と公的管理運営機関に都度報告しなくてはならない。公的管理運営機関はその情報を50年以上は保存し、DI児から開示の要求があった場合すみやかに応じる必要がある。そしてこのとき、また開示前後において、サポート・相談役となる人物が宮嶋の呼ぶ「DI者相談センター」から派遣されることが望ましい。情報開示をすることでどのような影響があるか、今までどのようなケースがあったかを説明して、DI児・両親が情報開示についての正しい理解を促すことが重要である。精子提供者である生物学上の父と会いたいとなった場合でも、同様のことがいえる。また宮嶋の述べていないところだが、3. 1. 2で述べたようにDI児だけでなく両親の自助組織の必要性を感じる。なぜならDI児が生物学上の父に会うことは、両親にと

って、特に父親にとっては、DI 児と同じく不安なことであるからである。DI 児とともに精子提供者と会うことの意味を確認していくことが、家族にとっても重要なことである。オ村 (2008: 161) によると、DI 児の 8 割近くは精子提供者と連絡を取りたいと思っており、DI 児は会うことで完全な自分になれる気がするや、誰か分かっただけで満足すると解答している。また育ての父親に対しても、真実告知された後の違和感を払拭して、やはりこの人が自分の父親だと思えたという声もある。

おわりに

現在、日本には NPO で日本不妊カウンセリングが存在する。全国の不妊カウンセラーの名簿が存在し、859 人が所属している。彼らは不妊カップルの相談を行い、不妊治療を受ける・受けないを含め、どのように不妊の問題に対処するのが最適かをサポートする。このカウンセリングの中に DI 児は含まれていないので、不妊カップル及び DI 児に対して、不妊治療実施前から後にかけてサポートするような体制ができることを期待する。また日本における自助グループの DI offspring だが、講演会を行ったり、新聞に記事を載せたりと、AID についての理解を促進する活動を行っている。

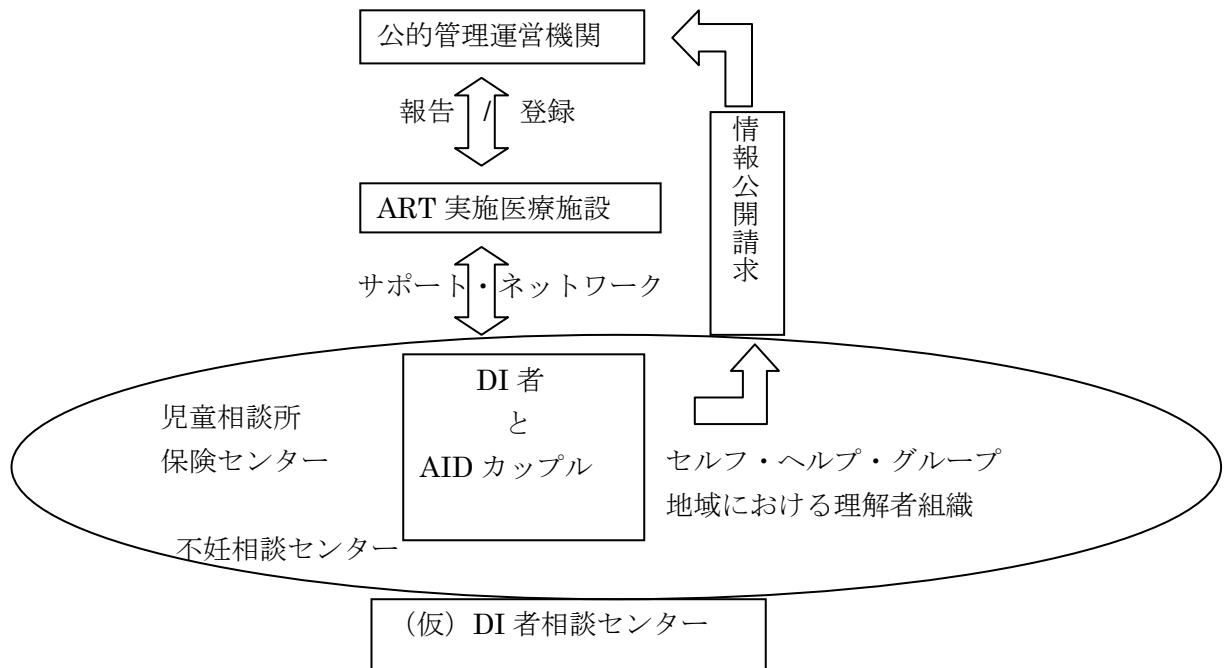
AID は法律もない野放しの状態から始まった医療である。子どもを作りたいという願いを叶える画期的な方法ではあるが、野放しであったために実際に生まれた子どもは DI 児であるがゆえの悩みを抱え、その悩みをどこにも持ち込めないような状況に陥ってしまうのである。また夫婦自身も子どもを持つことまでしか意識がなかったために、生まれた後に AID 特有の悩みが浮かびあがり、夫婦関係が壊れてしまうことも多々ある。精子提供者においても、たまたま DI 児が発見して、DI 児に訪ねこられて混乱したというケースがある。これらはすべて準備不足が招いた結果である。「バレなければいい」という問題ではない。家族に秘密があるということを、子どもは敏感にかぎ取る。そして秘密はいつか「バレる」のである。そのとき家族が壊れないためにも、子どもと良い関係を作るためにも、親は AID を決定した時からいつ伝えるかを念頭に置く必要があるのである。今まで野放しであったために AID 関係者には混乱が起こった。その混乱をこれから繰り返さないためにも、DI 児の福祉を最優先に考える法律の作成を期待する。

参考・引用文献一覧

- 石原理,2010,『生殖医療と家族のかたち』平凡社新書.
- 神山有史,1998,『生命倫理学講義』日本評論社.
- 小西宏,2002,『不妊治療は日本人を幸せにするか』講談社現代新書.
- 才村眞里,2008,『生殖補助医療で生まれた子どもの出自を知る権利』福村出版.
- 菅沼信彦,2001,『生殖医療』名古屋大学出版会.
- 南貴子,2010,『人工授精におけるドナーの匿名性廃止と家族』風間書房.
- 宮嶋淳,2011,『DI 者の権利擁護とソーシャルワーク』福村出版.
- 厚生労働省 第1回「特定不妊治療費助成事業の効果的・効率的な運用に関する検討会」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/10/s1018-7h04.html#top> (2012.12.03)
- IFC（パシフィック生殖医療センター日本語窓口）治療プログラム
<http://www.ifcbaby.net/index.html> (2012.12.03)
- 平成14年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究
「生殖補助医療技術に対する国民の意識に関する研究」報告書 生殖補助医療技術についての意識調査 2003
<http://www.mhlw.go.jp/wp/kenkyu/db/tokubetu02/index.html> (2012.12.03)
- はらメディカルクリニック
<http://www.haramedical.or.jp/content/artificial/000095.html> (2012.12.04)
- 日本産科婦人科学会「非配偶者間人工授精と精子提供」に対する見解 2006
http://www.jsog.or.jp/kaiin/html/kaikoku/H9_5.html (2012.12.06)
- 日本生殖医学会・倫理委員会報告「第三者配偶子を用いる生殖医療についての提言」(2009)
http://www.jsrm.or.jp/guideline-statem/guideline_2009_01.html#03 (2012.12.03)
- 日本産科婦人科学会 平成19年度倫理委員会登録・調査小委員会報告
http://www.jsog.or.jp/activity/pdf/Rinri_report6006.pdf (2012.12.03)

図表

図 3 - 1



宮嶋淳,2011,『DI 者の権利擁護とソーシャルワーク』 福村出版,p.286