

シンポジウム「生命の資源化の現在」

討論

石川公彌子 司会

石川公彌子（グローバル COE「死生学の展開と組織化」特任研究員）：それでは、市野川先生と柳原研究員のコメントを基に、まず、ご発表順にそれぞれの先生方、コメントをどうぞよろしく願います。

荻野美穂：ありがとうございます。まず、市野川さんのコメントに関しては、私が優生保護法のことをせっかく取り上げながら、障害を持った人やハンセン病の方たちに対して、優生保護法がどのようなことをしてきたかというところはすっ飛ばしたというので、お叱りを受けました。はい、それはその通りです。日本とアメリカの比較をしなければと思っていたので、時間があまりないと思って、そこを飛ばしてしまいました。

市野川さんが言われるように、自己決定権というのを、何か要求していきたい、これがほしいという人側だけの議論としてではなくて、むしろ、それを拒まれてきた、例えば優生保護法の不妊手術の対象になってきた人とか、そういう人たちのことも視野に入れながら、その人たちのために、どれぐらいその人たちの自己決定権を主張していけるのかというようなことを考えながら、議論していかなくてはいけないというのは、本当にその通りだと思います。

柳原さんのほうは、特にご質問とかはなかったのですが、言われたように、やはり、この生殖医療技術の問題に関しては、アメリカのマーケッ

トというのが非常に大きな存在なのですが、やはり、ドイツなりフランスなり、あるいは他のところで、私が今日取り上げたようなフェミニストたちの議論に限っても、どういう議論があるのかというのを、もっと幅広く見ていく必要があると思うのです。どうしてもアメリカの議論だけに引きずられて、「日本でもそれにしたがうのかどうか」的な議論になりやすいので。ただ、日本は、今日お話したように、だいぶアメリカとは違う論調があると思うのですが、他の国々でも、やはりもっといろいろな議論があるはずだと思います。私自身は、直接フランス語やドイツ語の文献を読むということが今できないのですが、やはり、もっと視野を広げて考えていかないと、逆にアメリカ的な論理の中にだけとらわれてしまうことになるのではないかと思います。以上です。

小椋宗一郎：市野川さんがおっしゃる自己決定の問題に関して、少しコメントしたいと思います。今日、僕が発表したドイツの妊娠相談所。それは、医療機関とは別の存在として、医療機関で何か疑問に思ったことがあったらその相談所に行って聞けるという制度でもあります。妊娠中絶の議論から制度的に整備されたという経緯があるのですが、日本で、いかにそういう第三者相談機関というものを整備していけるかというのが、今後の課題だと思われれます。

自己決定に関していえば、そもそも「自己」という概念が問題です。「自己が分裂する」、あるいは、「自己決定を迫られる」「自己決定が義務となる」という言い方がなされました。確かにその通りだと思います。自己決定を保障するためには、単なる思い付きや衝動、あるいは自分の精神状態に迫られて決定してしまうという状態から、もうちょっと冷静になって、例えば、相談の場で話し合っただけで考え直してみるということが必要なのではないかと、あらためて思いました。

柳原さんの質問に関して、なぜ、「子ども願望」という議論に関して、日本とドイツで差があるかということについて、少し数字をご紹介したいのですが、ドイツの *Lexikon der Bioethik* (生命環境倫理事典) では、こう書いてあ

ります。「1991年のドイツ共同調査では、全体の20%が、自発的に子どもを持たない状態にあることが確かめられた」。

つまり、ゲヴォルテ・キンダーロージツヒカイトとウンゲボルテ・キンダーロージツヒカイト。つまり、望んで子どもを持たない人と、望まないで子どもを持たない人がいるわけです。自発的に望んで子どもを持たない人が20%いるという数字です。1970年代では、やはりドイツでも、結婚したら子どもを持つものだというのが当たり前で、子どもがない状態を望んでいるのか、望んでいないのかという言葉は、意味を持たなかったと書いてあります。ドイツのほうが何十年か先を行っているのかなと感じます。以上です。

大野和基：柳原さんの、自己肯定をするための代理出産。私は、何人かの代理母にインタビューしましたが、きっかけは、お金以外に、若いときに妊娠中絶をしているなど、何か自分に欠けているものがある。それを埋め合わせるために代理出産をやる人も結構いました。半数以上がそういう方でした。精神的に何か欠けたものを埋め合わせるために代理母をやる。それで、たまたま、お金ではなくて、「あ、そのときにお金がもらえるのか」というふうにあとからお金がもらえることを知った人もいます。

もう一つは、カリフォルニアには、確かに代理出産をやって、家族ごと「こんないいことはない」と洗脳されている人がいまして、何回も代理出産をやって、それを家計にするといったらおかしいのですが、そのぐらい儲けてというのか、収入源にしている人もいます。たぶん、そういう人は深く考えてないですね。1回目、2回目は深く考えたけれども、感覚が麻痺しているかもしれません。ウィリアム・ハンデル（ビル・ハンデル）という、有名な代理出産のあっせん業者がいますが、彼は、そういう何回も成功している代理母を使う傾向にあります。というのは、もう、精神的にも安定しているし、何があっても文句も言わないし。今まで問題を起こしてないから、そういう人を使った方が無難である。でも、彼女にすれば、夫ももう何も考えなくなっている。どんどんやってくださいという感じです。1回やると少なくとも1万ドル、双子を産むと2万ドルですからね。毎年1、2万ドルは入っ

てくると、そういう感じでやっている人がいます。

それは完全に中毒といっていい。それは、自己肯定というよりは、もう、麻痺状態です。むしろ、自己肯定としてやるのは、若いときに妊娠中絶をして、精神的に埋め合わせるために代理出産をやっている人だと思います。やはり自己肯定というか、自分に欠けているものを完結するために代理出産が一番、成功した場合に、彼女にとってはかなり精神的に充足感があると思われました。

ですから、いくつかの例があつて。中毒になっている代理母。それから、若いときに妊娠中絶をして、それがきっかけで、「こういうのがあるんだ」という人。代理出産という手段があるのかと初めて知って、「これならやってみよう」という人もいました。あるいは、私がインタビューした中では、クレジットカードが8,000ドルぐらい借金があつて、広告を見たらちょうど8,000ドルの謝礼と出ていた。だから、ちょうど自分のクレジットカードの借金が返せると思い、初めからお金の目的でやる人もいます。その3通りぐらいがありました。

だから、自己肯定の人が確かにいることは、アメリカに事例はいくつもあると思います。

久具宏司：市野川さんから指摘されたことですが、「日本の体外受精胚移植の登録施設の数：618」。これは去年の7月でしたので、今ではもう620を超していますが、これは、世界で一番多いのです。アメリカよりも多いのです。確か、人口比でいえば、韓国のほうが多いのかもしれないけれども、そのような状況で、とにかく日本の登録施設数は非常に多いのです。しかし、日本産科婦人科学会で上がってきた登録申請をきちんと審査して、駄目なところには駄目と言っていますし、登録OKなものも登録している。そういう審査体制は一応敷いております。ただ、先ほど、イギリスと比較なさいましたけれども、イギリスの制度と、私自身比較したことはありません。大きく違う点としては、少なくとも今日本では、配偶者間のIVF（体外受精胚移植）までしか、認めていませんので、今のこのままの体制でもい

いのかなと思っています。もしも、将来的に卵子提供を認めるとか、代理出産を認めるなどということになってきたときには、また違った制度、枠組みをつくっていかなければいけないだろうと思っています。

それから、不妊治療の標準化の問題がありました。不妊治療というのは、普通の病気の治療と根本的に違うのです。病気の治療は、例えば、「頭が痛い」「お腹が痛い」「熱がある」とか、そういうことで病院に来られた患者さんに、その原因は何かというのを検索します。診察をして、血液検査をしたり、レントゲンを撮ったりして原因を検索し、その原因によって治療を始める。それによって、患者さんは、翌日少しよくなるかもしれない。また、もう少しよくなるかもしれない。そうやって、徐々に回復していくわけです。

ところが、不妊治療というのは、原因はもちろん何かあるかもしれない。しかし、それとは関係なく、患者さんの求めているものは妊娠することなのです。ですから、原因をすっ飛ばして妊娠すればいいだろうと、そういう考え方を持っている医者もいるかもしれないし、患者さん自身もそういう考え方を持っている人はいるかもしれないのです。

もちろん、原因を検索して、その原因に基づいて治療していくという標準的なやり方はありますけれども、それにのっとらなければいけない理由を押し付ける合理性がないということになるのではないかと思います。

患者さんに、「あなたが決めるんですよ」と、医者の方から言うというのは、治療を患者のほうを選ぶという、最近 10 年ぐらいの不妊治療に限らずすべての医療における、パタナリズムを排除する傾向のことだと思います。それは、さらに言えば、医療が非常にディフェンシブになってきているといえますか、はっきり言えば、「訴訟を恐れる」といえますか、そういう傾向が強くなってきているということの、一つの表れではないかと思います。

それから、柳原さんの質問で、代理出産で非常に高齢の人が妊娠した場合どうなるか。これについて、代理出産についてのデータというのは、あまりはっきりはしていませんけれども、卵子提供によるデータというのはかなりありまして、先ほど、卵子提供のレビューを出しましたけれども、妊娠中毒症が増えるとか、出血が多くなるとか、異常な出産が増える、そういうのが

あります。さらに高齢の人が妊娠すると、ますます危険率が高くなるということをはっきりしています。ですから、代理出産においても、おそらくそういうことがあるだろうと思われましても、代理出産に関してはあまり明らかにされていないということです。

それから、絶対的適応。これは、私が先ほど示したのは、絶対的適応に限るべきだという意味で、提示したわけではないのです。絶対的適応というのは、子宮がないから非常に分かりやすいということで、絶対的適応という呼び方になるのです。相対的適応というものもあるから、絶対的適応だけに限るところに合理性が見いだせるかというそれは見いだせないだろうというのは、柳原さんがおっしゃる通りです。要するに、子宮があるのに妊娠できない、あるいは妊娠するのが好ましくないという人にとっては、卵子が健康なのに自分で妊娠できないという点で同じであるわけですから、そう考えると、結局、適応というものを考えるのが、意味がないのではないかなってしてしまう。そうすると、際限なくなりますよということです。

ですから、非常に安易に考えて、子宮がない人だけで始めればいいではないかという意見がよく聞かれるのですけれども、それは、そのうちに拡大されていく可能性はあると思うのです。ですから、初めにきちんと考えておかないといけませんよというような、そういう趣旨で出したつもりだったのですけれども、時間が十分なかったので説明が尽くせませんでした。

石川：どうも、ありがとうございます。それでは、会場の皆さまからご質問をいただいておりますので、まずは個別の先生方にご質問を伺ってから、全体の皆さんに関するご質問を、こちらから述べさせていただきます。

まず、今回のシンポジウムのテーマが、「生命の資源化の現在」ということで、生命の資源化、身体の資源化の問題と関連いたしまして、臓器移植と代理懐胎の関係を質問するペーパーがいくつか来ております。

まず、荻野先生に、「卵子提供、卵子売買と臓器売買との類似性があると考えていらっしゃるのかどうか。両者の相違点というものをお聞かせください」というご質問。それから、久具先生へのご質問といたしまして、「レ

ジユメに『臓器移植との類似性』と書いてありますが、こちらを簡単にご説明ください。以上、お願いいたします。

荻野：卵子提供・売買と臓器提供・売買の相違点という質問をいただきましたが、臓器提供も、脳死臓器移植の場合と、例えば生体腎移植とか生体肝移植のような場合とは、多少違うかもしれませんが、でも、基本的には臓器の場合は、私たちの体にはこれがなくても平気というような臓器はほとんどないわけです。輸血のために血液を提供するというのは、あれも臓器提供の一種だと思いますけれども、血液にはふつう再生能力がありますから、それほど問題ないかもしれませんが、基本的には、直接的にその人の生命や健康にかなり大きなリスクがあるわけです。

卵子提供の場合も、もちろん、排卵誘発剤とかによるリスクはあるのですが、やはりその人の生命・身体・健康に対する直接的リスクが大きいということはあると思います。ただ、では卵子提供の場合はリスクが少ないからそんなに問題ではないのかということ、卵子提供は、むしろそこから新しい人間が生まれてくるということに、非常に大きな意味があると思っています。

卵子を単なる部品というか、材料として提供してしまっただけと知らないという、『ジュリー&ジュリア』の話を最初にしましたが、ジュリーという人は、「今頃フロリダのどこかで私の卵子から生まれた子どもが駆け回っているらしい」みたいなことを、ケロッと書いているのです。私は遺伝にすごくこだわるわけではないですが、そういう新しい人間の誕生に関わるような形で自分の身体、あるいは自分の一部を提供したり売買したりするということに対しては、やはり非常に疑問を持ちます。

だから、ほかの臓器提供と、人助けとか、それによって助かる人がいるとか、そういう意味では似ている部分もあるのですが、一つ決定的に違うのは、そこから新しい人間が生まれてくる可能性があるということだと思います。

先ほどの、大野さんへの質問のことでちょっとだけ付け足してもいいです

か。代理母の自己肯定のことです。私は、直接インタビューしたわけではなくて、文献から得た知識ですけれども、代理出産を引き受ける女性の中には、妊娠している状態が好きだという人がいるみたいです。自分はまだ子どもが何人かいるから育てるのはもういいんだけれども、妊娠中の状態が好きだ、妊娠して出産するのが好きだという人がいるようです。そういう人に対して、それはウソだろうとは言い切れない。ただ、ではそういう人が報酬なしでもいくらでも代理出産を引き受けるのかということ、またそれは別の問題になってくると思いますけれども。でも、お腹で赤ちゃんが育っていく状態がすごく充実していて好きだと感じる女性もいるみたいです。だから、それも一種の自己肯定とか、達成感に結びつくのだと思います。

それから、代理出産契約をして代理妊娠をしていると、依頼主側から非常に大事にされるわけです。いろいろな気遣いを受ける。それによっても、「非常にいいことをしている」「自分はいい人間なのだ」という自己肯定感が得られるとか、そういう感想を読んだことがあります。だからといって、そういう意味での自己肯定感を得ることがいいとは、私は必ずしも思いませんけれども。ですから、お金は大きいけれども、それ以外の代理母の側のいろいろな精神的要因というもの、全く無関係ではないだろうと思います。

久具：代理懐胎の話をするときに、よく第三者が関わる医療だから、臓器移植と同じではないかという話をされる方がいらっしゃるので、それで、この考察を深めるシーンとして、7番目にこれを書いたわけです。

今荻野先生からもお話があったので、大体尽くされております。両者の大きな違いは、臓器移植は健康を害している人に対する治療になっているわけですが、卵子提供にしても代理懐胎にしても、第三者が関わる生殖医療の場合は、別にレシピエントが健康を害しているわけではない、だから、治療になっているわけではないというところが、まず一つ異なる点です。

それから、二つ目に違うところは、臓器移植はドナーから臓器をもらって、それが体のごく一部になってレシピエントの体の中で機能する、ところが、第三者の関与する生殖医療というのは、もらったものそのものが一つの生命

になってしまうという点で、大きく異なります。

それから、臓器移植は契約がレシピエントとドナーのあいだだけで成立しているのに対して、もう一つ新しい人格がそこに出てくる、これも先ほど荻野先生がおっしゃった通りです。

それともう一つ、4番目は、これは荒唐無稽かもしれませんが、臓器移植は、自ら進んで自分の臓器を温存しておいて他人の臓器を使おうと考える人はいるはずはないと思われるのですけれども、代理懐胎の場合にはそれがあり得るということです。

そういうことから考えまして、よく第三者が関わる医療ということで似ているといわれるけれども、根本的に全く異なるものだということを言いたいと思います。

石川：ありがとうございます。続いて、小椋研究員へのご質問です。「家族へのサポートシステムといったものが、日本においても貧弱であるということには同意しますが、それは、育児へのサポートや性教育などの問題であって、不妊夫婦への心理的サポートの必要性が、あまり納得できません。自己決定を支援するシステムとして、カウンセリングが挙げられることがありますが、自己決定を正当化するためのカウンセリングの正当性についても疑問を感じています」と。それで「不妊夫婦への心理的サポートよりも、法的規制や弱者保護のさまざまな施策（児童虐待対応など）といったもののほうが、日本では必要なのではないか」というご質問です。

小椋：今のご質問を聞いて、なぜ「不妊夫婦への心理的サポートは必要でない」とおっしゃるのだろうかという疑問に思いました。

石川：では、ご質問を書かれた東北大学の水野先生から直接、そのあたりを少し補足していただけますでしょうか。

水野紀子（東北大学法学部）：言葉が足りなくて申しわけございません。自己決

定の問題について絡んでくるのだと思います。どんな思考を持つかということの自由はもとより前提とされていますが、自己決定の問題については、それほど自明ではありません。自己決定を尊重するとしても、それを社会の側から、あるいは生まれてくる新しい命の側から規制すべき場面はあるはずで、非常に緊張感に満ちた問題だと思うのです。

そして不妊治療の場合、まず必要なのは規制の設計です。それに代わるものとして自己決定への介入をお考えなのでしょうか。それとも規制を前提としてあきらめきれない苦痛をカウンセリングでやわらげてあげる必要があるということでしょうか。どんな手段を取っても子どもをつくりたい、と強く望む思考の持ち主をサポートするという、そのサポートの仕方とその意味がよく分からなかったのです。

自己決定をサポートすることで規制に代える考え方が、例えばイギリスなどにあります。自己決定によって子どもをつくっていくのだから認めるべきだけれども、その自己決定があまりにも貧弱なものであってはいけなからカウンセリングをすることで、そのカウンセリングというブラックボックスによって自己決定の弱さや脆弱さを正当化していくという理屈が取られることがあります。そのときのカウンセリングとか、精神的なサポートというのは、中身がブラックボックスであるだけに、私は非常に不安を持っています。不妊治療を受けてでも子どもをどうしてもつくりたいという方々に対して、どういうサポートをしていくのか。共依存状況に陥っているDV被害者の自尊感情を回復させるような場面とは根本的に異なっています。

生殖補助医療の弊害を説いて、自己決定を断念させるのでしょうか。思考の自由は、どんなとんでもない思想であったとしても、それが他者を害さないのであればそれを持ち続ける自由というのはあるだろうと思うのです。社会と相いれない観念を持つことによって苦しんでいる人というのは、ほかのいろいろな領域でも多々あるわけですが。そういう方々に対するカウンセリングのサポートというのが、もしかすると教化になりはしないか。思考の自由の領域に入り込んでしまうことを意味しないかという原理的な危惧がございます。

比較しますと、はるかにたくさん物理的なまた精神的なサポートが必要な領域というのは、今の日本社会に山のようにあります。家庭内の暴力の被害者、DV や児童虐待の被害者などの弱者に、精神的によりそうサポートなど、そういうものの不足を言われるのならばすごくピンとくるのですけれども、生殖補助医療の希望者たちはそんな弱者なのでしょうか。妊娠・出産の場面でも、まず十分な性教育が足りません。不用意に妊娠してしまった少女たちへの援助も圧倒的に足りません。物理的な経済的なさまざまな支援が与えられることによって、子どもが育てられない未婚の女の子たちが自分の子を育てられるようになる必要があります。社会のいろいろな条件によって思考が規定されているところというのが人間にはありますから、社会のさまざまな条件を、女性たちが生きやすくなるようにサポートするという意味でのサポートは分かるのですが。

そのようなサポートと比べますと、ここで提案されたサポートというのがどうして必要なかが、正直いうと、ちょっとよく分かりませんでした。とくに、思考の自由との関係でございます。以上のような説明でよろしいでしょうか。

小椋：シュタオーバー医師の「過大な子ども願望 (überwertiger Kinderwunsch)」という言葉は、一種の強迫観念のような意味で使われていたと思います。確かにどんな意思をもつのかは自由ですし、相談の中でそれを吐き出すのも勝手なのですけれども、むしろ自分の心の中にしまって押し込めてしまうために、わけの分からないままそれに追い立てられるという側面があると思います。生の人間に対して、「私はどういう欲求を持っているのか」「なぜ子どもがほしいのか」を語るということが、自分の意思を客観化することになるわけです。自分の意思を確認することですので、良心の自由を侵害することにはならないと思われまます。

もう一つ、相談というのは、根本的に自発的なものです。相談所に行くのも自発的だし、そこで何を話題にするかということも自発的です。しかも、その相談内容を秘密として守られている。閉じられた空間のなかのものです。

ですから、プライベートの領域に相談員が入り込むというようなことは、相談の原則から外れると考えていいでしょう。

不妊治療に関する相談の必要性を強くは感じないとおっしゃいますけれども、日本語の文献をいろいろ読んで、僕はその必要性を強く感じます。特に、不妊治療でうまくいかず子どもが持てない方々に対する相談です。ドイツでの調査では、妊娠をあきらめて何年かたった時点でも、心に深いトラウマを抱えていたり、夫婦間に葛藤を抱えていたりするという結果が出ているそうです。

不妊治療というのにはお金が使われるのだけれども、その不妊治療に当てはまらない人たちに対しては何の社会的サポートもないという状態が、人々を苦しめているのではないかと、僕は思います。

石川：ありがとうございます。次に、大野さんへのご質問です。「子どもの福祉ということに関して、どのようにお考えですか」というご質問です。

大野：子どもの福祉というのは、見方が二つあって、「生まれる前と生まれたあとの子どもの福祉」という見方です。受精卵を子宮に入れたら、そのままうまくいくと妊娠して子どもが生まれる。だから、「受精卵になった段階での子どもの福祉」。つまり、代理母が妊娠した段階での子どもの福祉ですね。生まれたら、もちろん子どもの福祉というのは子どもを第一に考えないといけないのだけれども、産む前、もう受精卵をつくること自体、私から見れば、子どものことが考えられていない。つまり、子どもの福祉を最優先するならば、受精卵をつくってはいけない、つまり代理出産をやること自体が、間違いという見方です。

例えばイリノイ州の場合だと、2005年の1月から施行されている法律では、代理母の卵子さえ使わなければ、代理懐胎はOK。つまり、依頼カップルの妻の卵子を使わなくてもいい。別の卵子を使って、依頼カップルの母親と代理母の2人以外の卵子を使って、夫の精子、など。依頼者の卵子か精子のどちらかが遺伝していれば、代理懐胎OKという法律ができましたが、

その段階で、出自が普通からかなり逸脱した子どもが生まれてくることを認識しないといけないと思います。イリノイ州の法律は、子どもの福祉に反していると思っています。

ところが、一般的な議論としては、子どもの福祉というのは、生まれてから子どもの福祉をどうするかというように議論されます。生まれたら、もう子どものために一生懸命やるというのは当たり前です。代理出産の中での子どもの福祉の観点というのは、代理出産のために受精卵をつくってはいけないということです。つくる段階で、もう子どもの福祉に反しているというのが、私の子どもの福祉に対する考え方です。分かりましたでしょうか。

石川：ありがとうございます。次は久具先生へのご質問です。「現状、技術を占有する医師の価値判断が、患者の選択決定に大きな影響力を持っていると理解します。小椋さんの報告を踏まえて、現場の実感として、どのような相談、カウンセリングが必要で、制度的に実現整備可能だと思われますか」というご質問です。

久具：これは、先ほどの治療の標準化の問題とか、その辺とちょっと関係があると思います。不妊治療の目的は子どもができるということにあるのですから、そこにいくのに、途中はどのようにスキップしてもいいかどうか、その辺の問題です。いきなり体外受精やってもいいかどうかとか、そういうしたことだと思うのです。

1987年か1988年ごろに東大病院で体外受精を始めまして、私はそのときのチームの一員でしたから、そのころの雰囲気はよく覚えているのですが、その当時は体外受精というのは、これはもう、すごく特別な減多に行うことのできない治療だと、そういうものだったのです。ですから、本当に、ほかの治療では絶対に難しい場合、一番考えやすいのは卵管が両方とも詰まっている場合、それ以外の人でも、ほかの治療もすべてやり尽くして、もう最後に体外受精しかないのだという人しかできない、そういうイメージで考えていました。

それから、もう 20 年以上たちまして、今ではどうかというと、今でも、日本産科婦人科学会の見解としては、体外受精は最後の手段であると、それ以外で妊娠できない人に対して行われると書いてはあるのですけれども、実際は、非常にハードルが低くなっています。東大病院に来る患者さんの中には、ほかの病院に行ったら、初めから「体外受精しましょう」と、検査も何もしないで言われたので、それは嫌だと思ったからこっちに來たという、そういう患者さんもいらっしゃるわけです。

「初めから体外受精というのはちょっと違うだろう」と、私は思うのですけれども、あくまで、これは当事者同士の配偶子同士ですから、結局それで目的が達成されればいいかと思わざるを得ないところもあるのです。ところが、これが卵子提供だとか、代理懐胎がもしも認められるなどということになって、同じような雰囲気で行われるようなことになったら大変だろうと思うのです。

そこで、先ほどお話しした適応の点で、卵子提供の適応として、「医者が判断したらその適応になる」というのは非常にあいまいであるから、どうにでもなるのだということに非常に危うさを感じます。代理懐胎のほうにしても、相対的適応も適応だということに見なしますと、相対的適応の中には、原因が分からない不妊症というのも入ってきますから、それも非常にあいまいになってくる。現場の医者判断によって、適応と見なされるということになる。ですから、今の、ただ単なる当事者同士のあいだだけだったらいけれども、これを第三者にまで広げるときには、その辺のことをしっかり考えないと困ると思っています。

石川：ありがとうございます。続きまして、荻野先生へのご質問が 2 点あります。まず、レジュメに掲載されていた「ケアの倫理について、リベラル個人主義への批判とのつながりについて補足していただきたい」ということと、「報告の最後のほうで、アメリカの例に触れまして、『生殖産業化したものを切り崩すのは難しい』とありましたが、その根拠をもう少し詳しくご説明ください」というご質問を 2 点いただいております。

荻野：はい、ありがとうございます。ケアの倫理ですが、今までの個人概念、独立していて誰にも依存せず、それこそ自己決定できるような個人という概念。これが、西洋的な思想の基礎に置かれてきた個人の概念です。それに対して、人間というのは、実はそのような意味での個人として存在しているものではない。生まれてきたときにも、もちろん母親なり誰なり周りの人たちからケアされて、ようやく人間になっていくわけです。それから、病気のと看とか、障害を持ったときとか、死んでいくとき。あるいは、普通に生きているときでも、全く一人で誰の力も借りずに生きているなんていうことは、本当はほとんどあり得ないわけです。

その中で、自分以外の他者のケアというのは、多くの場合女性が引き受けてきました。そのため人間がそういう依存的な存在であるということ、あまり今まで意識されてこなくて、どちらかというとな性が、「自分は全く個人の独立した人間で一人で生きている」みたいな感じで、人間関係や社会を解釈してきた。けれども、そうではなくて、人間というのは相互依存、ケアが必要な存在なんだということから、人間関係や家族の問題やいろいろなことを考え直していかなくてはいけない。独立した個人のような概念も、もっと相対化していくとか、変えていく必要があるということです。

それから、アメリカで産業化されているものを変えていくのが難しいというのは、アメリカでは、大野さんのお話でもありましたけれども、州によっては、例えば代理懐胎とか、卵子売買とか、そういうものを禁止しているところもあるのです。でも、それを認めて、きちんとそれができるような法整備をしている州もあるわけです。カリフォルニアが一番盛んです。アメリカでは、州の独自性というものを非常に重んじますし、商取引とかビジネスの自由が最重視される国柄です。だから、いろいろな意味で生殖ビジネスに反対している人はいるのだけれども、それを法制化するような形で全国的に禁止するということは難しい。

そうすると、結局、必ずどこかでそういう自由の原理にのっかってビジネスが行われるので、サービスが提供されているところがあれば、当然それを買いに行く人もいます。だから、全面的にそれを禁止してしまうということは、

アメリカの場合は非常に難しいのではないかという意味です。

石川：ありがとうございました。それでは、全体に関するご質問を皆さんにお伺いいたします。「代理懐胎をめぐる議論の前提として、子どもはリスクを負いながら出産してくれた母親を持ち、その母親とともに育つことが幸せの第一なのだろうか。女性あるいは母親に対するジェンダー的な期待の大きさと、それに反して、父親のある種の存在の軽視といったものが前提とされているようで違和感を覚えた」というご指摘、ご感想をいただきました。

この問題の前提といたしまして、男女のジェンダー的な差というものに関して、どうお考えなのか。父親の存在の薄さというもの、議論にのらないという意味においてどうお考えなのか。先生方、おひとりずつにお伺いしたいと思います。

では、並び順で、荻野先生から順番にお願いいたします。

荻野：今日の私の話の中でも言いましたけれども、代理出産を容認する側の人はそこを言うのです。遺伝的につながっているとか、生物学的に母親であるとか、それだけが必ずしもよい親になるとか、よい子育てにつながるというわけではなくて、結局子ども、あるいは家族をつくっていく上で一番大事なのは、子どもを持って育てたいという当人の意思である。だから、それがなければ、いくら血がつながっていても虐待もあり得るし、幸福な家族になるとは限らない。代理出産というのは、どうしても自分は子どもがほしいと思った人が、自分の意思で、たとえ卵子を買ってでも、あるいは精子を買ってでも、代わりに妊娠してもらってでも、子どもをつくって育てていくという強い意志と覚悟を持っている。家族をつくる上で一番大事なのは、血のつながりよりも、そういう個人の意思だということです。

そこを重視していくと、別に、いい親になる条件は、それぞれ自分のお腹を痛めて出産した女性だけが持っているわけではなくて、自分自身では産まないけれども、どうしても子どもを持ちたい、育てたいと思っている男性もいる。例えば、ベビーM事件の依頼者の側の夫ですね。彼は自分の精子を

使っているわけですが、どうしても子どもをほしいと思った。そういう男性は自分で妊娠・出産はできないけれども、父親になりたい、あるいは親になりたいという意味を持つ。あるいは同性愛の人たち、そういう人たちが親になれる道を開いていく。そのほうが、生物学的に遺伝的につながっているというだけで、親だとか、その人に親の権利を認めるということよりも、むしろ子どもの福祉につながる。そういう主張をするわけです。

小原：今日の発表で扱った日本人がインドで代理出産を依頼した事例ですが、その日本人男性の方は、依頼当時の妻の意思とはあまり関係なく、自分の子どもがほしいということで、インド人に卵子提供してもらって、自分だけの子どもを得たとされています。

子どもを育てたいという意味が大事だということには同意しますが、そういう意思を持つからといって、その親が子どもの福祉のために適切かどうかというのは、また別の問題だと思われれます。ドイツでは非常に厳しいシステムによって、それを審査するという仕組みがあります。

現状では外国での代理出産が可能です。日本に子どもを連れ帰る場合には、その子が本当にその親のもとで幸せに暮らしていけるかということを審査し、できればずっと見守っていけるようなシステムが必要ではないでしょうか。

大野：私が取材したマーケル家の場合、1人目が人工授精によるもの。つまり、お父さんの精子と代理母の卵子。2人目・3人目の双子が、お父さんの精子と依頼夫婦の奥さんの卵子、つまり体外受精です。体外受精による代理懐胎なのです。父親から見れば、1人目の子どもも、2人目も3人目も自分の子どもであると。遺伝的につながっています。でも、お母さんから見れば、1人目の子どもは遺伝的につながっていないから、家族と思っていないのです。それはどうして分かったかという、取材が全部終わって、「家族の写真を撮りましょう」と言ったときに、1人目の子どもは入ってこなかったのです。自分何も言わずに。家族全体の写真を撮りたいと思ったときに入ってこなかった。

お父さんにすれば、なぜ入ってこないのかという感じですがけれども、お母さんは明らかに差別している。1人目の子どもは、私の卵子、私とは遺伝的につながっていないから、性格が荒い。音楽も嫌いだと言っておりました。「2人目・3人目は私と同じで洗練された趣味を持っている。ピアノも好きで、絵も好きで私に似ている」と言っておりました。1人目はオートバイが好きでそれは、性格が荒いという意味だということです。だから、かなり私の前で差別していることを明らかにしました。

でも、お父さんの存在というのはやはり薄いです。本当に、精子を出せばいい。渡すだけですから。でも、お母さんから見れば、自分から見たときに——家族観ですね——1人目の子どもは家族に入っていないということ、何となく息子に知らせている。息子もそれをずっと感じながら育てられている。

だから、どう言ったらいいか分からないのですが、日本でも依頼カップルを取材しましたが、お父さんは中小企業の社長だからお金はいくらでもあると。金だけ出せばいい。金と精子だけ出せばいいみたいな感覚です。お母さんに取材すると死に物狂いです。死に物狂いで必死になって頼んでいる。お父さんから見れば、お金と精子だけ出せばいいような感覚で。かなり、認識のギャップがあると思います。

これは、もし日本で法律をつくるときに、考えるべき点だと思います。少なくとも、私が実際に取材して感じた認識のギャップはそういうものです。

久具：ちょっと、難しい質問だと思いますけれども、私は、やはり、生物学的な秩序というものは、できるだけ守り通すべきだろうと思っています。ただ、体外受精ができるようになって、卵子を体外に取り出した時点で、完全に生物学的秩序は崩れていますから、どこまでも行ってしまうような気がしてしまってしまうのではない。だから、歯止めをかけないといけないと思うのです。

生物学的秩序と、倫理、「考えを深める上での指針」の5番目に私は書いているのですがけれども、どちらが大事なのか、並び立たないようなことも結構あると思うのです。不倫で子どもをつくった場合と、体外受精でつくった

場合と、どちらがいいのだというようなもので、不倫でつくっても、それは生物学的秩序は保たれているのではないか、けれど、倫理的にはどうなのだと、そんなことにもなるわけです。しかし、やはり、生物学的秩序のほうが上なのではないかと思っています。

父親の存在というものについて、一つヒントになるかもしれないのは、AIDの家族の行く末です。AIDの家族の、とにかく父親の行動がその後どうなっているのかと、その辺のところを少し明らかにしていくことができればいいと思うのですが。その辺が、全く何のデータも出てこないというところが、非常に大きな問題だと思っています。

市野川容孝：ご質問いただいたことから少し外れますが、私は社会学者でゲスな人間なので、倫理の話も重要だろうけれども、お金の話も重要だと言っておきたい。久具先生、今、日本で体外受精は保険適用されていますか？（久具先生、首を振る）基本的に適用されていませんよね。

先ほど、小椋さんから、ドイツはかなり厳しいスタンスで体外受精に臨んでいるという話がありました。私も昔、調べたので知っています。しかし、それは、必ずしもドイツ人が倫理的に高潔だから、というわけではない。少なくとも、それだけではない。厳しい背景の一つとして、体外受精が保険適用されるという、日本とは異なる事情があります。

保険が適用される分、不適切、不必要な支出は認めないという形で、保険組合（疾病金庫）からコントロールがかかるのです。生殖補助医療に対する保険適用については、法定疾病保険に関するドイツ社会法典（SGV）第5編の第27条a等で定められていますが、（1）医師が必要だと判断していること、（2）保険適用は原則4回まで、（3）婚姻関係にあるカップルに対してのみ、（4）第三者からの卵子や精子の提供は認めない、（5）生殖補助医療を実施するのは別の医師のカウンセリングを事前に受けること、等の制限がかけられていた。この第27条aの規定は、倫理的な基準を守るという機能だけでなく、ムダな支出は認めないという機能をもっています。

2004年1月から施行が始まった「法定疾病保険現代化法」では、医療費

削減を目的として、さらに制限が厳しくなって、(1) 保険適用は（原則ではなく）例外なしに3回まで、(2) 25歳以下の男女、40歳以上の女性、50歳以上の男性には適用しない、(3) 保険適用もそれまでの全額から50%に切り下げる（残りの50%は自己負担）、となりました。それでも半額は保険でカバーされるのだから、日本に比べれば、ドイツは恵まれています。

いずれにしても、生殖補助医療に関する厳しい制限は、純粋に倫理から来るものばかりではありません。保険適用を前提とした上で、ムダな支出は認めないというところからも来ているのです。何にしてもそうですが、倫理の話だけでは、実状は見えません。お金の話にも、注意を向けるべきです。

保険適用の是非について言うと、日本ではまだ基本的に認められていませんが、私個人は、生殖補助医療が正しい、望ましい医療であるならば、お金の余裕のある一部の人、自己負担できる人だけが受けられて、そうでない人は受けられない、というのは、フェアではないと思っています。

柳原良江：ジェンダーも含めて、女性の身体機能を社会がどう捉えるべきかという考え方になりますが、この問題では、生殖というのはどういうことなのかを、最初の時点から捉え直すべきだと思っています。荻野さんが指摘された様に、代理出産では、子どもがほしいという意味さえあればいいのではないかと考える人もいるのですけれども、そもそも生殖は意思だけで行われるものではありません。そのプロセスの多くは生理的な反応であり、体の自分の意思とは関係ない生理活動の結果として行われています。男性の場合、その最初の時点で意思で決められる部分は多いかもしれませんが、必ずしもすべてが意志で決定できるわけでもありません。そして特に女性にとっては、プロセスの多くが、体の中で自らの意思とは関係なく進んでいく。生殖がそういう生理的、生物学的な反応であることを考えたときに、果たして人はほかの誰かの体に対して、その反応を起こさせる権利を持っているのでしょうか。自分の子どもがほしいからといって、他者にそのような身体現象を起こさせる権利を持っているのかということを考えなければいけないと思います。自分の体の中で行われ得る生理活動がなされない場合、医療はそれが行える

ように補完する形で介入するべきではないかと思うのですが、代理出産ではそうではなく、人が誰かの意思によって、他者の身体を変化させるようなことができるという発想が当然視されています。この考え方そのものに問題があると思います。

また、先ほどの私の自己肯定に関する質問について、いくつかお返事していただいたのですが、ディスカッションを通じて、私の質問の背景をお伝えの方がよかったですと思いましたので、少し内容を補足します。私が特にこの点について述べた背景には、代理懐胎を容認する人々がよく用いる言説に「依頼する人も産む人も、それぞれが精神的に利益を得るのだからいいではないか」、そういったものがあるのですが、これに対する説明を行わないことには、それが一部のごくまれな例であっても「そういう人がいるのなら（個人の）自由でいいのではないか」という議論になり、そのような視点が、なし崩し的に全体に適用されてしまうのではないかという危険を抱えているからです。それで実際にこうした自己肯定論に基づいて実施してきた人の例を見ていたら、実は実施後に問題を抱えてしまう事例もありますし、またイギリスで最初に代理出産をしたキム・コットンという人が、懐胎者になる人は、妊娠している状態が好きなのだと言っているのですが、彼女によると、懐胎者は妊娠していることによって依頼者とのあいだに絆のようなものが生まれ、人間的な関わりが持てるので、その状態が好きなのだそう。しかし、いったん出産したあとは、それが切れてしまったり薄まったりしてしまうのでまたあの状態になりたいと思って依存的に、中毒的にそれを繰り返すのだそう。こういった例を見ていきますと、自己肯定と言いつつも、それは決して安定した望ましい精神状態の中で行われているものではないのではないかという懸念を持っています。このような問題をきちんと把握するためにも、その内実がどのようなものなのかが、もっと明らかにされていく必要があると思っています。

石川：ありがとうございます。それから、全体に関するご質問なので、それぞれ先生方にお伺いしたいと思います。「そもそも、脳死や安楽死などの

死の在り方については、メディアでもよく取り上げられる一方で、生まれる命、代理出産などをめぐる生まれる命の問題について、なぜあまり話題にならないのか。それから、「代理出産等の生殖産業等の是非を問うよりも、まずは現状を把握して、それに沿った形で、それに批判的であれ肯定的であれ、制度を検討し設定していくことが重要なのではないか。そのために提言することが必要なのではないか」というご指摘がございます。

それぞれの先生方のご専門の分野のお立場から、「メディアで、なぜ生まれる命の問題を取り上げられないのか。取り上げられるとしたらどうすればよいのか」。また、「代理出産をめぐる制度設計に関して、どのような提言をしていくべきなのか。社会と我々の現場と、問題意識をいかにつなぐべきか」というようなことを、それぞれお話しいただければと思います。

荻野：生まれてくる生命については、あまり取り上げられてないといっても、例えば、向井亜紀さんの代理出産のときなどは、彼女の本もたくさん出ていますし、テレビの特番でドキュメンタリーもやられましたし、テレビのワイドショーなどでも結構取り上げられていました。それから、出生前診断技術、母体血清マーカーテストの導入が検討されたときも、結構NHKなどが取り上げたりしていました。

だから、どのメディアでも全くそういうことが話題になっていないわけではないと思います。それから、AID。自分がAID児だとわかった人が、そのことですごく苦悩しているというような記事も、大きく新聞で取り上げられたりしました。

それで言えば、脳死臓器移植のことにしても、先ほど報道が偏っているという話がありましたが、本当にきちんといろいろな角度から報道されているのかというと、必ずしもそうでもないし。だから、「死」の問題に比べて、生まれる生命についてあまり話題になってないというのは、「そうかな」と、私は思いました。

それから、「まず現状把握」と「提言」というのは、これはむしろ久具先生にお答えいただいたほうが良いと思うのですけれども。「不妊治療がどこ

でどのように行われていて、その実態がどうなっている」というのは、例えば市野川さんや、柘植あづみさんなど、いろいろな方がある程度調査はしておられます。それをきちんとした政策提言に結び付けていくとか、あるいは、生殖補助医療を日本で認めるとすればどうするのかというのは、ご紹介があったように、いくつか提言などは出ているのだけれども、そこでストップして、法制化は全然進んでいない状態です。だから、もちろん、現状把握はもっと必要だとは思いますが、取りあえず、そんなところです。

小椋：ドイツで、いかに生殖医療とかヒト胚研究の話が激しく議論されるかに比べると、日本では滅多に議論されないという感じがします。なぜかといえば、一つには、今まで日本では、生殖医療、あるいは子どもをつくるというようなことがプライベートなこととされてきて、語るのが恥ずかしいとされてきたからだろうと思われまます。不妊治療の問題などについて客観的に議論できるというのが、文化の成熟の度合いを測る一つの尺度と言ってもよいのではないのでしょうか。

大野：私は、仕事が代理出産だけではなくて、生の声を実際に経験した人に直接取材して、それを記事にしたり、テレビで報道したりすることなのですが。今までやってきたいろいろなジャーナリストと比べても、たぶん私が代理出産に関しては一番報道したと思っております。

鹿児島の人のお話は、本の中には書きませんでしたでしたが、実際にインタビューするのは大変です。代理母をインタビューしているときに、「今日何とかさんが来てるわよ」「え！」と、名前を知った瞬間、ホテルに片っ端から電話して、やっとなつかまえたが、そのときは拒否されました。でも、奥さんが、たまたま、私は大野というのですが、奥さんの元の名前が大野だったので、何か親しみを覚えられたらしくて、やっとな取材できました。当時はニューヨークに住んでいましたから、ニューヨークから鹿児島まで飛んで取材しました。それは、私のホームページに詳しく書いてあります。

そのように取材して書くのが私の仕事なのですが、実際は取材拒否もの

すごく多いです。匿名ならいいという人もいます。私は、大体匿名は大嫌いなので、実名で顔も全部出したい。つまり、匿名というのは、やはり、アメリカのジャーナリズムからいうと、ジャーナリズムの精神に反するのですね。だから、やはり本当は名前も全部出してやりたいと。自分がやっていることがそんなに正しいと思っているなら、名前も顔も出すべきだと思っております。でも、実際に日本人を取材するときは、ほぼ無理です。「名前も顔も出してください」と言っても、無理ですね。

でも、当時は、「最後まで大野さんに全部ずっと取材してもらって本にしましょう」なんて言っていましたが、結局、代理母の方が妊娠できませんでしたので、実現できませんでした。これからも、この代理母に関してはかなり積極的に取材して、テレビでも活字でも、両方で発表したいと思っております。

久具：メディアでの報道のされ方の問題ですね。確かに、こういう生殖医療、メディアにのってることがあることはあるのですが、何かのきっかけがないと、ないのです。きっかけがあるとそのときにワッと出てくるけれども、収まるとパタッとやんでしまう。向井亜紀さんの問題が起こって、このときは毎日のようにテレビにも新聞にも出てくる。裁判の経過もずっと追って行って、判決が出たあとは、パタッと沙汰やみになる。また、学術会議の提言が出たらまたちょっと話題になって、次はインドです。そういうことが起こると出るけれども、普段からしっかり議論していこうという、そういうのがないのではないかと思います。

それから、現状把握と制度設計ですけれども。現状把握については、今私どもの学会では、現在の体外受精の現状を一例ごとにしっかり把握するという体制を一応取ってはいます。ですから、それによって何例ぐらい行われていて、どのぐらい子どもが生まれてなどということは、少なくとも今までの体外受精までのことについては、データが出てくることになるのです。現状を把握できます。

しかし、今後さらにそれに配偶子提供（卵子提供）が必要なのか、それか

ら、代理懐胎を導入することが必要なのかということを議論するための、それらを必要としている人がどのぐらいいるのかとか、そういったことについては、全く分からない。ですから、新しい技術の導入についての参考になるデータはない。また、それを調べる方法も、ちょっと今すぐには思い付かないような状況です。

それで、何となく過ぎてしまっているというのは、一つには AID がもう長年行われていて、ある程度限られた施設ではあるけれども、普通にやられてしまっているので、「卵子提供もそんなに議論しなくていいんじゃないか」というような、そういう雰囲気、ひょっとしたらあるのかもしれないと思います。

市野川：時間がないので、私はいいです。

柳原：メディアの件については、私自身、自分で調査していろいろとフラストレーションが溜まっていますが、この問題が表に出てこない一番の理由は、おそらく当事者の顔が出せないからだと考えています。出てきたとしても生まれたばかりの赤ちゃんだったり、まだ喋れない子どもです。またこの問題の現状について、メディアがアメリカやイギリスの状況だけしか伝えていないことは大きな問題ですが、それを批判しているだけでは何も進まないで、私自身、もっと研究者の側からも伝えないといけないのではないかと考えています。個人でやれることとして、HP やブログを使っていますが、最近ではツイッターで関連ニュースを解説したりつぶやいたりして、世界の状況について、リアルタイムでいろいろと伝えるようにしています。インターネットの中には、日本のメディアにあるようなアメリカ、イギリス主導の情報ではなくていろいろな国の状況が紹介されていて、ほかにも、第三国でインド以外にも商業代理出産が盛んになっている国の例などもあります。そういうものも伝えるようにしていますし、今後、十分な議論がなされるためにも、もっと、そういったデータを蓄積していかなければならないと考えています。

石川：どうも、ありがとうございました。それでは、議論はなかなか尽きませんけれども、本日会場の都合がございますので、本日のシンポジウムはこれにて終了させていただきます。長時間にわたりご参加いただきまして、どうもありがとうございました。