

Intra-Fallopian Transfer)・接合子卵管内移植 (ZIFT: Zygote Intra-Fallopian Transfer) である。卵管の中で受精あるいは培養されるため、より生理的で着床しやすいことによる。ただし、腹腔鏡下もしくは下腹部小切開による開腹手術を要するため、担当医にも高度なテクニックが求められる。IVF-ETに比較して身体的負担が大きく、現状では実施する医療機関は多くない。

治療の回数や期間は医療機関の方針によっても異なるが、人工授精は5回~10回としているところが多い。また、必ずしも同じステップで進むわけではなく、受診者の症状や年齢等の条件を考慮して、プランを決めることが一般的である。顕微授精を含む体外受精を5~6回実施した段階で妊娠反応が得られない場合は、改めて検査を実施する等、プランの再検討がなされる。

日本産科婦人科学会「生殖医学の登録・調査小委員会報告」によると、1999年現在で、年間11,929人が体外受精によって誕生している。これは、10年前(1989年:449人)の約27倍であり、1983年の日本における体外受精の初成功以来、累積出生児数は59,520人となった。体外受精に占める顕微授精の割合も3分の1を超えており、ARTの高度化とともにこうした医療技術を用いた出産が増加していることがわかる。

出生時数の増加は、ART技術の高度化・担当する専門医のテクニック向上によって、これまで治療の対象にならなかったレベルの障害が取り除かれた効果も大きい。特に顕微授精は、男性不妊の主たる原因の多くが解決される可能性を持つ。また、ARTに対する一般的な認知度の上昇や抵抗感の低下、ARTが実施できる医療機関の増加等の影響で受診者が増加したことも考えられる¹¹⁾。

ARTによる妊娠・出産率は、医療機関によって幅はあるものの、およそ2~3割と必ずしも高くない。また、年齢が上がるにつれて成功率は下がり、40歳代では大きく低下する。言うまでもなく、どの段階で妊娠・出産できるかは予測不可能であり、望みがかなうという保障もない。2~3割程度の成功率を、どの程度のリスクと考えるのか、慎重に判断したいところである。

3. ARTにともなう犠牲

ARTを用いた妊娠を望めば、そこにはさまざまな犠牲を払わなければならない。以下、経済的、身体的、精神的犠牲について、検討する。

(1) 経済的犠牲

1) ARTに要する費用

平成15年現在、ARTの大部分が医療保険の適用外、すなわち自由診療であり、医療機関の自己裁量で費用が設定されている。そのため治療費は一律ではなく、概ね、国公立病院<総合病院<不妊専門医院(個人クリニック)の順で高額になる傾向にある。

ホームページ等で公開されている不妊専門医院のARTに要する費用は、初診段階における基本的な不妊検査2~5万円(保険適用を受けるものを含む)、人工授精1~2万円、体外受精20~40万円であり、顕微授精は体外受精に5~10万円追加されることが多い。

さらに、卵子を成熟させるための投薬・注射が必要となるが、これは受診者の症状によって必要量が異なるため個人差が大きい。目安として示されている金額は、10万円~15万円程度であるが、20万円を超えるケースもある。その他、場合によっては、精子凍結処理1~2万円、受精卵凍結処理5~10万円、精巣からの精子採取10~20万円等が必要になる。

医療機関によっては、経済的な理由で治療の継続を断念するケースに対応するため、2回目以降のARTの費用を段階的に減額している。凍結胚を用いた体外受精で妊娠反応が得られなかった場合に、技術料の一部を返金している医療機関もある。これは、自由診療であるからこそ可能になる「配慮」であり、設定された治療費が適正であるか否かについても、問い直される必要があるのではないだろうか。

2) ARTにともなう逸失利益

ARTは、基本的な検査を一通り受けるだけでも2~3ヶ月を要する等、治療期間が長期にわたる。継続的な通院や定期的な検査も必要になる。また、何年かの治療にも関わらず妊娠や出産に至らない場合、たとえ遠方であっても成功率の高い医療機関を受診し直すことは、決して珍しいことではない。成

功（妊娠・出産）率や、知名度の高い個人クリニックに通うため、引っ越したり周辺に部屋を借りたりする例もしばしばみられる。

こうした状況において、有職女性が、長期的・継続的にARTを試みようとするれば、何らかの調整を図る必要に迫られる。そうした場合、通院による遅刻・早退・欠勤が勤務評定上のマイナスとなり、賞与に影響があるかもしれないし、昇給・昇進のチャンスを失わせることになるかもしれない。治療にともなう副作用で、仕事に支障が生じるかもしれない。また、転属や転職、場合によっては退職という選択肢を選ばざるを得ないかもしれない。その結果、世帯収入が大幅に減少するだけでなく、退職金や年金等の逸失利益が、高齢期の生計費に与えるであろう長期的な影響も看過できない。

言うまでもなく、退職して治療に臨んだからといって、妊娠・出産に至るという保障はない。生涯を見通した時、ここでの選択がどのような意味を持ち、どの程度のリスクにつながるのか、必要な情報を収集・吟味し、慎重にシミュレーションした上で意思決定することが重要であろう。

(2) 身体的犠牲

1) 薬物療法による副作用

人工授精や体外受精の採卵には、卵胞を成熟させるために、数種類の排卵誘発剤・ホルモン剤を組み合わせた薬物療法が用いられる。

初期段階で投与される経口排卵誘発剤（抗エストロゲン剤）は、目が霞んだり二重に見えたりする他、胃痛、嘔吐、頭痛、発疹等の症状が起きる可能性がある。また、長期間の使用で子宮内膜の生産力の低下や、子宮頸管粘液の減少等が生じるため、逆に妊娠しにくくなるとも言われている。

次段階では、卵胞刺激ホルモンと黄体ホルモンの混合剤を、直接注射によって投与することで卵胞を成熟させ、排卵を促進する。最も一般的なのはhMG-hCG療法であるが、むくみや体重増加がみられるほか、体質やhCGの過剰投与で卵巣過剰刺激症候群（OHSS）になる可能性がある。症状としては、卵巣が大きく腫れ、腹水が溜まる。重症化して胸水や血液の濃縮がみられると、入院による加療を要する場合もある。

2) 採卵・胚移植・人工授精にともなうリスク

採卵は体外受精のために不可欠であるが、90年代前半までは入院を要する腹腔鏡を用いた大掛かりなもので、下半身麻酔あるいは全身麻酔で行っていた。検査や治療による痛みも強く、身体的・経済的な負担が大きかった。現在は、軽い静脈麻酔あるいは局部麻酔で行う経膈採卵法が主流で、外来による対応が可能となったため負担は軽減されたが、採卵の際に卵巣が傷つく可能性もある。

胚移植は、人工授精とほぼ同様の処置を行うが、胚（受精卵）や精子を子宮内に注入する際、子宮頸管・子宮内膜がカテーテルで傷つけられることがある。

3) 多胎妊娠にともなうリスク

三胎（いわゆる三つ子）・四胎の要因は、体外受精約5割、排卵誘発剤4割強、自然妊娠1割弱となっており、ARTの普及が、多胎児の出産率を上昇させた背景にある。多胎妊娠は、胎児数の増加に伴って出生体重の減少や流産率・周産期死亡率・後遺障害発症率の上昇がみられる。また、母体へのリスクも大きく、合併症の罹患率が著しく高くなり、重症化すれば長期間の入院を要する。

こうした状況を受け、厚生労働省「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）では、体外受精で移植する胚の数を原則2個、状況によって医師の裁量で3個までとした。また、排卵誘発剤の慎重な使用を求めるとともに、母子の生命健康保護の観点から四胎、やむを得ない場合は三胎以上の多胎妊娠における減数手術を容認している。

減数手術については生命倫理上の問題もあり、今後も議論を重ねていく必要がある。

4) 男性不妊の場合に発生する矛盾

先に述べたように、顕微授精は、精子の数がごくわずかであっても確実に受精させる技術として、男性不妊に対する福音となった。

ただし、この場合、女性の側に何ら問題がなくても女性が生殖医療の対象となるという矛盾が発生する。なぜなら、顕微授精による体外受精で妊娠するためには、採卵⇒授精⇒胚移植が不可欠だからであ

る。したがって、卵胞を成熟させるための薬物療法、さらにそれによって生じるかもしれない副作用等、一連の診療にもなって発生する身体的犠牲は、女性が引き受けなければならない。

(3) 精神的犠牲

1) 家族・社会からのプレッシャー

“結婚したら子どもを産む”ことを当然視する社会的風潮が残る中、「子どもはまだ？」の言葉に日々悩まされ、自己肯定できない場合が多い。特に、女性にとっては男性の親からのプレッシャーを強く受けるものと思われる。

また、不妊か否かに関わらず、“子どもを産まない”ことを選択したカップルに対する周囲の視線は、決して温かいとはいえない。ARTの高度化が、「不妊治療は受けないの？」に発展し、不妊のカップルに更なるプレッシャーをかけている。

2) 医療機関の対応

良心的な医療施設では、不妊カウンセラー等のスタッフが精神的なケア、男性不妊へのサポート、カップルで相談しやすい環境整備等に努めている。また、不妊外来を産科外来と分離させたり、病棟を独立させたりする等の配慮をしている施設もある。しかし、プライバシーが守られない環境によって、屈辱的な思いや不快な経験をさせられるケースも少なからず存在する。無神経な医師や看護師の言動によって深く傷ついたり、安易な励ましや慰めによって精神的に追い込まれたりすることも少なくない。

3) ストレス

最もストレスが大きくなるといわれているのが、人工授精後及び体外受精の胚移植後、妊娠反応が出るまでの約2週間である。その間、期待と不安を抱えながら生活する中で、強いストレスにさらされる。成功(=妊娠)しなかった場合のショックによって、軽い鬱状態に陥る場合もある。また、「次こそは…」の期待が、ARTをやめることができない精神状態に追い込んでいく危険性ははらんでいる。

ARTをめぐる、カップルの関係が深まる例もあるが、崩れることも少なくない。治療に対する意識に温度差があったり、男性が非協力的であったりすると、女性は強いストレスを受ける。また、初期段階のタイミング指導による性交が男性にとって過剰なストレスとなり、ED(性交障害: Erectile Dysfunction)を誘引するケースもある。

人間関係をめぐるストレスは、友人関係にもみられる。例えば、既に子どもを出産している友人とは、過剰な気遣いなどもあって疎遠になりがちである。女性の場合、ARTの受診先で知り合った、いわゆる“不妊仲間”との関係にもストレスを感じる場面が少なくない。先に妊娠した“成功者”は、既に“不妊仲間”からはずれている。相手の成功を素直に喜べないことで、“非成功者”は自己嫌悪に陥り、強い敗北感をもつ。“成功者”は、“不妊仲間”からの疎外感とともに、自分が別の領域に属する感覚を抱くことにならぬ後ろめたさを覚え、単純に手放して喜ぶことができない。本来、最大の理解者・共感者であるはずの“不妊仲間”が、実際には相互に大きなストレスをもたらす存在になるという現実には、いかにも皮肉である。

4) 妊娠後の不安と出産後のバーンアウト

ARTの結果、妊娠できたからといって、精神的な負担は終わるわけではない。ARTによる妊娠の場合、一般に流産率は自然妊娠(約15%)よりも5%程度高いといわれている。自然妊娠の場合でも、流産以外に早産、異常分娩等、一定のリスクは存在しているが、ARTによる妊娠では、こうしたマイナス要因は全てその治療を受けた(主に)女性に責任があるかのように受け止められがちである。産科を併設していない個人の不妊専門医院の場合、妊娠後のケアは不十分な点があり問題であるといえよう。

また、ARTを受けるカップルにとって、妊娠・出産自体が極めて重要な目標になってしまうことが少なくない。したがって、無事に出産することが当面の最重要課題であり、その後の育児について考える余裕がなくなる。そのため、出産後にバーンアウトしてしまう場合があり、周囲のケアが非常に重要である。

4. 少子化とART

(1) 少子化対策としてのART

平成15年7月に「少子化社会対策基本法」が公布された。その第13条（母子保健医療体制の充実等）第2項に、不妊治療に関する以下の内容が記載されている。

『国及び地方公共団体は、不妊治療を望む者に対し良質かつ適切な保健医療サービスが提供されるよう、不妊治療に係る情報の提供、不妊相談、不妊治療に係る研究に対する助成等必要な施策を講ずるものとする。』

「少子化社会対策基本法」の立法化をめぐり、日弁連をはじめ、不妊に悩む人・不妊の問題を抱えた人のための自助グループが意見書を提出する等、法案の修正や慎重な審議を求める動きも少なくなかった。“基本法”という法律の性格から判断して、不妊治療に関わる表現が“対策の枠組み”を超えた具体的な内容に踏み込んでいるという意見や、リプロダクティブ・ヘルス・ライツに照らせば、個人の自己決定権の尊重に逆行することにもなりかねないといった指摘もみられた。

同法は、12項目にわたる附帯決議によって、“適切な措置を構ずべき”（参議院内閣委員会平成15年7月22日）とされた点も、注目に値するだろう。その中に、次のような記述がある。

『不妊治療に係る情報の提供、不妊相談、不妊治療に係る研究に対する助成等の施策を講ずるに当たっては、不妊である者にとって心理的な負担になることのないよう配慮すること。また、生殖補助医療については、医学的見地のみならず、法的、倫理的、社会学的見地等を含め、多角的な見地から検討すべき…』

下線部（筆者）は、産む・産まないの選択権が法的に拘束されることへの警鐘であるととらえることができる。

(2) 公的補助制度の導入

1) 自治体の補助政策

近年、高額なARTにかかる検査及び治療費を負担しているカップルに対して、一部の自治体が補助金制度を設けるようになった。

例えば、新潟県上越市の場合は、不妊治療を行っている市民（申請日の1年以上前から上越市に住民票があること）に向けて「不妊治療費助成制度」を実施している。対象となっているのは、平成14年4月1日以降の不妊治療検査及び診療費であり、保険診療費一部負担金の合計の3割・保険適用外医療費の自己負担分が助成される。1年間8万円を上限とし、1人2回、2年度分まで申請できる。夫婦それぞれが検査・診療等を受けた場合には、1人ずつ助成が受けられる点が、上越市の特徴ともいえる。

こうした助成制度は、全国約50（平成15年）の自治体で導入されているが、助成額の上限は年間数万円から総額100万円までと較差がある。

2) 医療保険の適用をめぐる動向

不妊の検査や診療・ARTに対して、医療保険を適用させるかどうか、これまでも議論されてきたところである。例えば、ARTの経験者たち（自助グループ・個人）の一部は、ホームページや関連雑誌等で賛同者の署名を呼びかけたり、厚生労働省に要望書を提出したりする等、積極的に導入を訴えてきた経緯がある。

これに対し、厚生労働省は消極的な姿勢をとり続けている。医療保険の財源が大きく不足していることに加え、不妊の位置づけが「病気ではない」とされており、「病気の治療を目的とした医療ではない」ために「ARTに保険は適用できない」との判断に因るところが大きい。また、妊娠・出産に至る成功率の低さ、母体の安全性、ドナー配偶子を用いることに対する生命倫理上の問題等も、制度導入に対するマイナス要因として指摘されている。

一方、ARTに保険が適用されることを懸念する声もある。不妊が病気であり治療の対象であるという認識は、子どもをもたない選択をしたカップルに対して、「なぜ治療しないのか」という新たなプレッシャーを与えることが危惧される。産まない・産めないことを、社会がどう受容するのが課題である。

3) 「次世代育成支援対策」としての助成

平成15年7月に、10年間の時限立法として「次世代育成支援対策推進法」が公布・施行された。その第4条では、国及び地方公共団体の責務として、次世代育成支援対策を総合的かつ効果的に推進するよう求めている。

厚生労働省は、2004年度に実施する新たな少子化対策の骨子をまとめ、次世代育成の一環として「不妊治療助成制度」の導入を打ち出した。財源は、2004年に廃止する配偶者特別控除の増収分であり、その原則は以下のとおりである。

- ① 法律上の夫婦で、医療保険の適用を受けない高額なART（体外受精・顕微授精）を受けた場合を対象とする。
- ② 2年を限度に、年間10万円程度を支給する。
- ③ 費用は、国と自治体が2分の1ずつ負担する。
- ④ 一定の所得制限を設ける（低所得者および平均的な収入の世帯）。

医療保険を適用すべきかどうかについては、議論の余地が残されているが、このような全国一律の助成制度の導入によって、経済的負担が部分的に軽減することは確かである。しかし、事実婚のカップルが対象とされない点や、国に先行して助成制度を導入した自治体の設定条件と異なる場合の対応をどうするか等、上記の原則が妥当か否かについても検討すべきであろう。

5. シミュレーションにみる家計への影響

では、実際にARTを受けるとしたら、どの程度の費用が必要になるのであろうか。27歳で結婚し、北海道在住で不妊歴3年、現在30歳の有職女性をモデルとして設定し、以下、ARTのプランを考えてみたい。

表1 ARTに要する費用の試算結果

項 目		単価	ステップ1 人工授精 (計6回)	ステップ2 体外受精 (計3回)	ステップ3 顕微授精 (計2回)
人工授精	卵胞刺激による卵胞成熟の促進 ¹⁾	20,000	120,000		
	人工授精	20,000	120,000		
	精子凍結処理	10,000	20,000		
小計		50,000	260,000		
体外受精 ⁴⁾	卵胞刺激による卵胞成熟の促進	130,000		390,000	
	精子凍結処理	10,000		10,000	
	採卵・培養・胚移植・受精卵凍結 ²⁾	250,000		250,000	
	採卵・培養・胚移植(+凍結融解胚移植 ³⁾)	200,000		400,000	
小計		340,000~390,000		1,050,000	
顕微授精	卵胞刺激による卵胞成熟の促進	130,000			400,000
	精子凍結処理	10,000			10,000
	採卵・培養・顕微授精・胚移植・受精卵凍結	300,000			300,000
	採卵・培養・顕微授精・胚移植(+凍結融解胚移)	250,000			250,000
小計		390,000~440,000			960,000
妊娠までの累積費用 ⁵⁾			260,000	1,310,000	2,270,000
公的補助	助成金(年間10万円)の受給 ⁶⁾	100,000	0	100,000	100,000
	妊娠までの費用		260,000	1,210,000	2,170,000
	医療保険が適用された場合の控除		182,000	917,000	1,589,000
	妊娠までの費用(3割負担分)		78,000	393,000	681,000

1)人工授精の場合、排卵調整をしないケースもある。ここでは投薬・注射による卵胞成熟の促進は、体外受精の約6分の1を見込んだ。また、精子凍結保存処理は2回実施する。

2)受精卵凍結の処理費用は5万円とした。保存期間の延長を希望する場合は1年間に2万円~5万円程度の保管料が必要。受精卵の凍結は、初回に実施し、2回目以降は実施しない。

3)前回の凍結胚と、今回の採卵⇒培養⇒授精の結果得られた新鮮胚とを比較して、状態がよいものを移植する方法をとるものとした。凍結した受精卵(胚)を使用する際、処理費用として3~5万円程度必要な場合もあるが、加算していない。

4)体外受精(顕微授精を含む)の場合、別途消耗品費(主として培養関係費)が3~5万円程度かかることもある。

5)これ以外に、基本的な不妊検査(約3万円)、通院のための交通費、投薬・注射・検査費、副作用が生じた場合の処置費などが状態に応じて別途必要。入院を要する場合もある。

6)モデルケースは所得制限の範囲内とする。人工授精は助成の対象外。ステップ2・3で支給するものとする。

(1) ARTによる妊娠までの費用

まず、初診から基本的な不妊検査（2～3ヶ月）と並行して、タイミング指導を受ける。その後、カウンセリングを受けながら33歳までの妊娠を目指し、ステップ1で人工授精（6回）を、ステップ2で体外受精（3回）を、ステップ3で顕微授精（2回）を受ける。なお、各ステップ1年を予定する。

表1に示したのは、ステップごとの費用を試算した結果である。ここから理解できるように、妊娠までの累積費用は、ステップ1で26万円、ステップ2で131万円、ステップ3で227万円が必要である。ステップ3終了までの支出は、概ね1年目30万円、2・3年目各100万円であり、年間の平均支出は75.7万円、1ヶ月あたり6.3万円となる。

なお、通院のための交通費や、検査・診療・投薬・注射等の費用は、別途必要である。

(2) 公的補助

人工授精は、「不妊治療助成制度」による助成の対象外となる。したがって、1年間の上限10万円をステップ2・3で受給するものとした。ART費用に対する助成金の割合は、ステップ2で7%、ステップ3で8%となる。

また、医療保険（3割負担）が適用されたと仮定した場合、ステップ1で7.8万円、ステップ2で39.3万円、ステップ3で68.1万円の負担となり、ステップ3までの年間の平均支出は22.7万円、1ヶ月あたり2万円程度となる。

(3) モデルケースによるシミュレーション

モデルケースの女性が、職場近くのAクリニックでステップ1まで実施した後、首都圏にある有名な大手専門医院B（個人クリニック）でステップ2以降のARTを受けることとし、ステップ3終了時に妊娠すると想定してシミュレーションしてみたい。夫もARTに協力的である。なお、卵胞成熟に必要なhMG-hCG療法の一部、体外受精後の黄体サポート（hCG注射）は、Aクリニックで行うものとする。

表2に、ステップ3までのシミュレーションの結果を示した。初診から、3年半で妊娠するまでに、およそ372万円を要する。たとえ公的補助を受けたとしても、350万円を超える費用が必要となる。つまり、このARTプロセスを経るためには、1ヶ月あたり約9万円の支出を覚悟しなければならない。言い換えれば、ART費用を捻出するためには、400万円近くの預貯金を保有しているか、世帯の経常的な収入に余裕がある等の経済的条件が整っていることが必須なのである。

また、各ステップで4～6日程度の年休を取得することが前提となる。さらにステップ2・3は、3ないし2回にわたり5日間連続して欠勤するため、勤務評定上マイナスとなることが予想され、賞与・昇給・昇進に支障が出る可能性がある。

仮に、成功率や知名度を考慮することなく、すべての過程をAクリニックで実施した場合は、交通費・宿泊費を除くおよそ250万円の支出となり、欠勤日数も大きく減少する。成功率を優先させるか、経済的な負担を最小限度に抑えるか、可能な限り勤務に支障をきたさないことを重視するか、何に価値をおくかによって、必要となる費用・時間が大きく異なるといえよう。

モデルケースのように、3回の体外受精、2回の顕微授精で妊娠・出産に至るとい保障はどこにもない。場合によっては、成功するまで更なる検査やARTを重ねることになり、より一層の経済的、身体的、精神的犠牲が積み上げられていく。しかも、結果として妊娠・出産がかなわなければ、それまでに費やした犠牲の対価は何も手に入らない。

また、長期的なホルモン剤の投与が身体的にどのような後遺症につながるのか、閉経時の負担はどうなるのか、20年後・30年後の身体的リスクはどの程度なのか、十分な疫学的調査が実施されているとは言い難い。このことは、現段階では予見できないが、将来、大きな犠牲を払わなければならない可能性があることを意味している。

コストに合致したベネフィットが獲得できるのかどうか、総括的な判断が不可欠と言えよう。

表2 モデルケースのシミュレーション結果

■27歳で結婚。北海道在住(勤務地:札幌市内)の女性。不妊期間3年。

◆夜間診療が可能のため勤務地近くのAクリニックを受診

年齢	期間等	治療内容	診療費(円)	交通費(円)	保険適用	その他		
30歳	不妊検査と並行6ヶ月	初診・不妊検査	2,500	無	有	勤務後		
		○不妊相談						
		○カウンセリング						
		○基本的な不妊検査①						
	計4回実施	○基本的な不妊検査②	30,000		一部	年休取得 0.5日×3回		
		タイミング指導						
	計4回実施	○プラン・相談	15,000		有	勤務後		
		○卵胞計測・hCG注射						
		○排卵確認・hCG注射						
		○経過確認						
ステップ1 1年		人工授精		270,000			一部	夫も受診
		○プラン・相談						
	○排卵誘発経口剤投与							
	○採精							
	○精子の一部凍結処理							
	○精子注入							
○半日入院(休養)	有	年休取得 0.5日×6回						
○採血・妊娠確認								
合計①			317,500					

◆成功率の高い首都圏の大手専門医院Bへ検査結果と紹介状(¥5,000)を持参して受診

◆hCG注射のみAクリニックで実施

年齢	期間等	治療内容	診療費(円)	交通費及び宿泊費(円)	保険適用	その他	
32歳	ステップ2 1年	体外受精	1,100,000	168,000	一部	年休取得 1日×3回 勤務後	
		○プラン・相談		交通@46,000			
		○排卵誘発経口剤投与		宿泊@10,000			
		○hMG注射(10日間)		無(A)	374,000	無	欠勤 5日×3回 (採精時:夫も1回受診)
		○卵胞計測・hCG注射					
		○採卵					
		○採精					
		○精子の一部凍結処理(1回)					
		○受精・培養					
		○抗生剤・ホルモン剤処方		有	勤務後		
		○胚移植					
		○半日入院(休養)					
		○hCG注射		有	年休1日×3回		
		○採血・妊娠確認					
		合計②			1,100,000	710,000	
			1,815,000				
33歳	ステップ3 1年	顕微授精	1,000,000	112,000	一部	年休取得 1日×2回 勤務後	
		○プラン・相談		交通@46,000			
		○排卵誘発経口剤投与		宿泊@10,000			
		○hMG注射(10日間)		無(A)	360,000	無	欠勤 5日×2回 (採精時:夫も1回受診)
		○卵胞計測・hCG注射					
		○採卵					
		○採精					
		○精子の一部凍結処理(1回)					
		○顕微授精・培養					
		○抗生剤・ホルモン剤処方		有	勤務後		
		○胚移植					
		○半日入院(休養)					
		○hCG注射		有	年休1日×2回		
		○採血・妊娠確認					
合計③			1,000,000	584,000	総計①+②+③		
			1,584,000		3,716,500		

6. おわりに

以上みてきたように、ARTは、経済的・身体的・精神的に多くの犠牲をとらなう。その多くは、圧倒的に女性へと向けられる。女性に対するジェンダー・バイアスが影響している部分も大きく、ジェンダー視点に立った研究が行われる必要がある。また、制定された2つの新法の影響がどのように現われるのか、プラス面とマイナス面を慎重に検討することも重要であろう。

生命倫理上の課題も残されている。日本では、ARTに関連した法律が未整備^{2,3)}なため、関連学会や厚生労働省の諮問機関による、法的拘束力を持たない「ガイドライン」が提示されているにすぎない。そのため、国民的な合意が形成されないまま既成事実が先行し、それを追認せざるを得ない状況が作り出されてしまうことが懸念される。第三者のドナー配偶子を用いた場合の子どもの親を知る権利をどうするのか、減数手術をどうとらえるのか、代理母・代理出産^{2,3)}の是非は……等、ARTは“いのち”に関わる自己決定権をもつ我々自身の問題である。医療関係者や法律家にすべてを委ねるのではなく、生まれてくる子どもの福祉を軸にした家政学的な視点で議論を重ねていくことが、今後の重要な課題である。

【参考文献】

- お茶の水女子大学生命倫理研究会「不妊とゆれる女たち」学陽書房（1992）
 フィンレーズの会「レポート不妊」フィンレーズの会（1994）
 金城清子「生殖革命と人権」中央公論社（1996）
 江原由美子編「生殖技術とジェンダー」勁草書房（1996）
 児島孝久他編著「不妊治療」農文協（1998）
 総合研究開発機構「NIRA政策研究 生命科学の発展と法」Vol.14, No.6（2001）
 朝倉むつ子監修「ジェンダー法学」不磨書房（2003）

注1) 体外受精、特に顕微授精については、その適用範囲の妥当性に関する問題点もある。顕微授精は、元来精子の数が極めて少ないケースで確実に受精させるための方法として実施されてきた。しかし、その適用範囲が恣意的に拡大され、本来であれば適用されない患者に対して安易に行われているのではないかと、その結果、患者は高額な自由診療の費用を必要以上に負担させられているのではないかと、という指摘もある。医療保険の適用範囲で治療可能な方法をとらず、安易に高額なARTを実施しているとしたら問題であり、直ちに見直される必要がある。

注2) ART関連の立法化に向けて、日弁連や厚生労働省の研究委員会等、複数の団体が試案を公表している。中でも総合研究開発機構（NIRA）のクローン・体外受精等研究会の生命倫理法試案は、生殖補助医療とクローン・親子関係の規定を一体的に扱っている点に特徴がある。これは、1984年以来、10年に及ぶ議論を経て1994年に成立したフランスの「生命倫理三法」を参考にしており、人間の尊厳、母体の保護、生まれる子の利益の尊重を基調としている。立法化への要望が高まる中、今後国民を巻き込んだ議論の積み重ねが望まれる。

注3) 日本では、代理出産（ホストマザー：体外受精した依頼カップルの胚を移植）・代理母（サロゲートマザー：人工授精によって依頼男性の精子を代理母となる女性の子宮内に注入）に関する法的規制はない。厚生労働省の専門家委員会や日本産科婦人科学会は、代理出産・代理母を禁止する見解を示しているが、不妊に悩む日本のカップルにアメリカでの代理出産・代理母を斡旋する複数の業者が存在しているのも事実である。経費は、業者に支払う仲介料のほか、依頼女性に代わって出産する女性に対する謝礼、医療費、渡航費、滞在費、裁判で親権を依頼者に変更する手続きや弁護士費用等、合計で1,000万円～2,000万円以上必要といわれている。

代理出産・代理母は、生命倫理上非常に多くの問題を含んでおり、アメリカでも一部の州で容認されているにすぎない。ヨーロッパでは、イギリスを除くほとんどの国が法的に禁止している。ドイツのように、代理母を斡旋する行為を禁止する法律を持つ国もある。