

報告

周産期医療に携わる医師の超高齢出産と第三者生殖技術に対する意識調査

日比野由利・島藺洋介

目的：我が国は不妊治療大国であり、不妊患者の高齢化に伴い、加齢により妊娠困難な症例が増加している。例えば、平成20年から23年にかけて、45-49歳の年齢階級の分娩件数は、年間594件から802件へ、50歳以上の超高齢出産では年間24件から41件に増加している。これらのうち、卵子提供分娩がどれくらいに上るのか、統計がなく実態は不明である。分娩を担当する医師に妊娠に至る治療歴を申告しない患者も多く、医師が把握できていないケースがあると思われる。いずれにせよ、国内では卵子提供の実施は少数であるため、海外で卵子提供を受けていることが予想される。このように、近年、グローバル化の進展にともない、海外で卵子提供を受け帰国後、国内で分娩する臨床例が増えていることが予想され、国内の周産期施設でも何らかの対応が必要であるとの認識が生じてきているものと考えられる。周産期医師における卵子提供症例の把握状況、渡航治療や第三者生殖技術に対する意見を調べるため、アンケート調査を実施した。

方法：2012年10月～11月にかけて、全国の産科医療施設2,693箇所の周産期医師に対し郵送で無記名・自記式のアンケートへの記入を依頼した。後納郵便で679票を回収し、回収率は25.2%であった(閉鎖3件)。内閣府最先端次世代研究開発支援プログラム「グローバル化による生殖技術の市場化と生殖ツーリズム：倫理的・法的・社会的問題」(LZ006)により実施した。

結果：

1) 回答者の基本的属性

性別では、「男性」(87.5%)、「女性」(12.5%)、年代は「20代」(0.1%)、「30代」(5.6%)、「40代」(27.0%)、「50代」(40.9%)、「60代」(22.1%)、「70代」(4.3%)と50代が最も多かった。配偶者は「有り」が93.1%で、自身の子どもの数では、「0人」(7.5%)、「1人」(13.5%)、「2人」(38.6%)、「3人以上」(38.8%)であった。産科経験年数では、「10年未満」(2.1%)、「10年以上20年未満」(15.5%)、「20年以上30年未満」(40.2%)、「30年以上40年未満」(30.8%)、「40年以上」(11.5%)で、平均産科経験年数(±SD)は27.3(±9.2)年であった。

医療機関の種別では「一般の産科医療機関」が81.7%、「生殖補助医療実施機関としても登録」が13.3%であった。NICUは「有り」(19.6%)が約2割を占めた。病院種別(回収数, およその回収率)では、「産婦人科クリニック」(357, 20.6%)、「大学病院産婦人科」(47, 87.2%)、「総合病院産婦人科」(211, 36.6%)、「周産期母子医療センター」(46, 13.6%)、「分娩も行う不妊専門クリニック」及び「その他」(41, 不明)であった(複数回答)。

不妊治療の実施経験では、「有り」が68.9%と約7割を占めた。不妊治療の経験年数(有効回答数423)では、「10年未満」(18.8%)、「10年以上20年未満」(21.6%)、「20年以上30年未満」(29.3%)、「30年以上40年未満」(16.9%)、「40年以上」(13.5%)で、不妊治療経験年数の平均(±SD)は、19.1(±11.3)年であった。

年間分娩数では、「100件未満」(7.0%)、「100件以上500件未満」(61.9%)、「500件以上1,000件未満」(25.5%)、「1,000件以上2,000件未満」(4.7%)、「2,000件以上」(0.3%)であった。施設の所在地(回収数、回収率)は、「北海道・東北地方」(78, 24.0%)、「関東地方」(107, 23.8%)、「中部地方」(124, 26.2%)、「近畿地方」(125, 26.0%)、「中国・四国地方」(87, 30.6%)、「九州・沖縄地方」(97, 22.8%)であった。

2) 高齢出産の経験

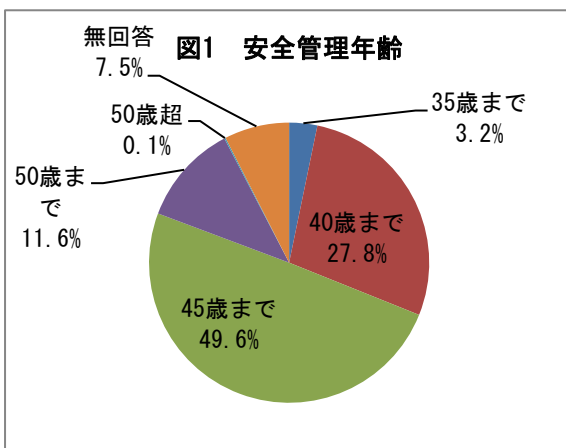
いままで取り扱った最高出産年齢については、最も低い年齢を挙げたものが36歳、最高で60歳があった(有効回答670)。最頻値は45歳で全体の約2割の医師が挙げていた。また、6割以上の医師が45歳以上の高齢出産の取り扱い経験を有していた。日本産科婦人科学会の生殖補助医療に関する統計資料¹⁾によれば、体外受精を行っても45歳を過ぎると自己卵子での妊娠出産の可能性は5%にも満たないことから、この中には、相当数の卵子提供によるものが含まれている可能性がある。コメントとして、「自然妊娠に対する自身の取り扱い経験は45歳で、自施設では50歳」(女性・50代・周産期母子医療センター勤務)と、自然妊娠と生殖補助医療による分娩とを区別して認識している(と思われる)医師もいた。施設種別では、大学病院産婦人科や母子医療センターでの分娩年齢が高いが、一般の産婦人科クリニックでも、最高で58歳の出産を経験したことがあると回答していた(表1)。

一方、妊娠出産を何歳まで医学的に安全に管理できると思うか(図1参照)については、最低が30歳、最高が53歳であった(有効回答628)。このうち、最頻値が45歳で247人(39.3%)が回答していた。次に40歳が多く156人(24.8%)が回答していた。安全分娩年齢については、欄外に「安全な年齢などありえない」「個々による」「何歳でも可能では？」など、年齢で一概に線を引くことは難しいといった内容の記載も見られた。また、45歳以上の分娩を経験したグループと、そうでないグループで比較すると、45歳以上の分娩を実際に経験した医師の方が、より高い安全分娩年齢を挙げる傾向が見られた($p < 0.001$)。自身の取り扱い経験によって、安全と考える分娩年齢が伸びる可能性が示唆された。

表1 最高出産年齢(施設種別)

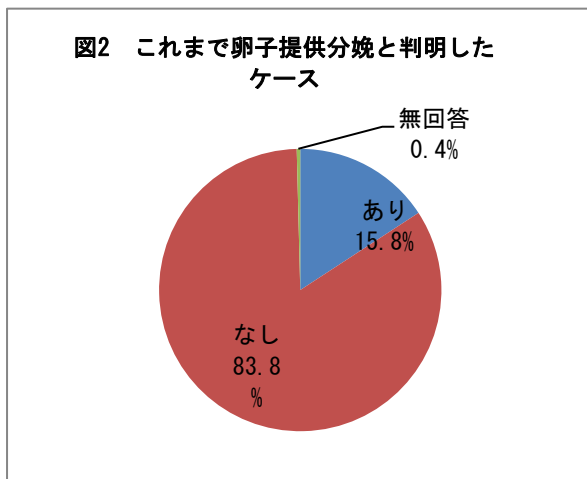
産婦人科クリニック(357)	大学病院産婦人科(41)	総合病院産婦人科(211)	母子医療センター(46)
44.6(36-58)	48.6(40-59)	45.6(40-58)	48.4(43-60)

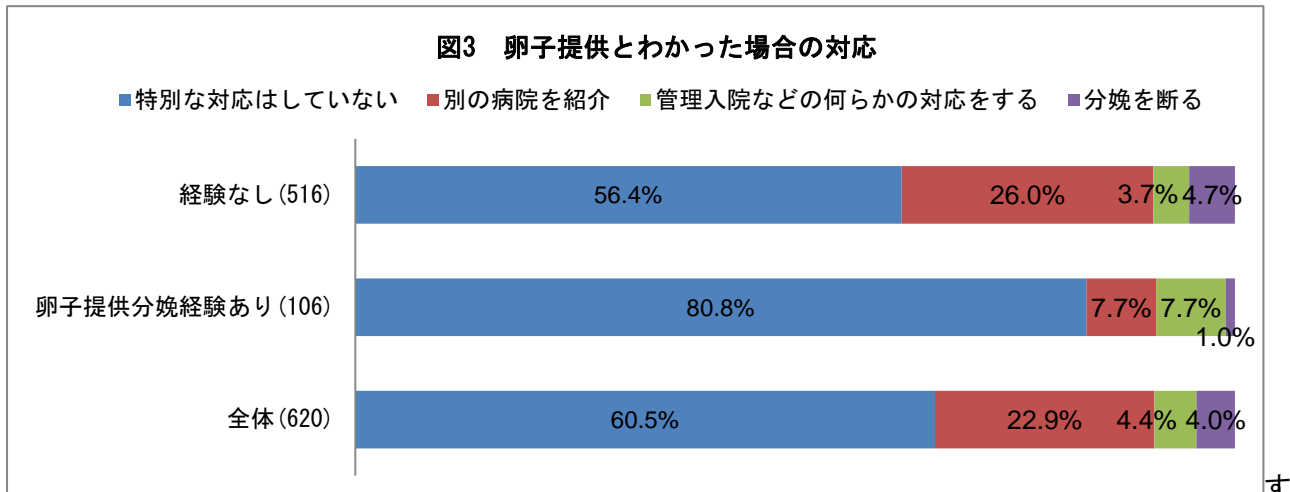
† 平均(最低-最高)



3) 卵子提供分娩の経験と対応

いままで卵子提供妊娠と判明したケースがあると回答した医師が 15.8%で、約 6 人に 1 人の産科医師が卵子提供分娩を扱っていた（図 2）。特に、大学病院産婦人科(60.0%)および周産期母子医療センター(57.8%)では、それぞれ約 6 割が取り扱い経験ありとしていた。これは医師によって認識されたもののみを表わすが、医師がそれと認識しないまま、あるいは患者にその事実を確認できないままに、卵子提供の分娩を取り扱っているケースもあると思われる。上述のように 45 歳以上の分娩の取り扱い経験が 6 割を超えている現状からも、実際にはこうしたケースも含めて、卵子提供分娩を扱ったことのある医師の数はさらに多いものと推測される。欄外に記載されていたコメントには、「正確な数は不明ですが、年間およそ 4-5 件でした。最近 2-3 年は 10 件/年程度に増加しています」（男性、40 代、経験年数 21 年）との記載もあり、現場でも卵子提供分娩が増加していることが認識されていた。卵子提供とわかった場合の対応（図 3）では、「分娩を断る」という医師も存在した。卵子提供の取り扱い経験がない医師にこうした対応が多い。こうした事実があるため、卵子提供である事実を隠して分娩しようとする女性も少なからず存在する現状が指摘されており、卵子提供の是非は差し置いて、母子の健康という観点からは、受け入れ施設の確保などの対応が必要である。また、卵子提供分娩のケースを経験している医師では、そうでない医師よりも、「管理入院など何らかの対応をする」がやや多いが、逆に「特別な対応はしていない」が約 8 割を占めるなど、多かった($p < 0.001$)（図 3）。卵子提供分娩の経験があると答えた医師の多くが、周産期母子医療センターや UICU を備えた病院に勤務しているため、こうした施設ではもともとリスクが高い分娩を多く扱っている関係上、卵子提供分娩を特別視する理由はないかもしれない。またさらに、実際にリスクとなる事象が発生してから対応すればよいと考えてのことかもしれない。卵子提供分娩への対応に関するコメントとして、「経験がないのでわからない」「事例がなく検討していない」「そのときに判断する」（いずれも経験なし）などが記載されており、多忙な現場では、目の前に患者が現れて初めて対応に追われることになりがちであることも伺われた。





4) 卵子提供分娩の症例とリスクの認識

最近5年間の卵子提供分娩の件数(2007~2011年)を記載してもらったところ、計169件となり、また年を追うごとに、増加している傾向が伺われた(表2)。過去5年間の卵子提供妊娠の症例について、10件まで記載を求めたところ、2002年から2012年までの症例について記載があり、計100件となった。分娩時の年齢は最低が26歳、最高が58歳であり、平均年齢は44.6±7.0であった。卵子提供要因(自由記載)では、「加齢・閉経」が最も多く53件を占めた。次いで「早発閉経」が13件であった(表3)。「加齢・閉経」を要因として挙げた卵子提供分娩対象者の平均年齢は、48.3歳であった。不妊治療でARTを繰り返すうちに年齢をかさね、卵子提供分娩に至った症例も多いと考えられる。現在のように、情報や手段などのリソースが不足するなかでは、加齢による妊孕能の低下に対して、治療中止とするのか、卵子提供という新たな手段を提供するのか、当事者の意志決定が遅れるのは当然のことであるといえる。卵子提供における公的な制度枠組みが不在である状況のなか、意志決定の遅れのコストを、高齢出産をするとなる女性自身や周産期医療に従事する人々が負担しているのが現状なのではないだろうか。

分娩時胎児数は、単胎(59件)、双胎(28件)、品胎(2件)と、双胎以上の割合が約3割を占めた。分娩週数は、「21週まで」が3件、「22-36週まで」が35件、「41週まで」が5件であった。子宮摘出の有無は、ありが4件であった。卵子提供を受けた国では、米国(ハワイ含む)が最も多く、57件で、タイ(7件)や韓国(6件)も見られた(表4)。

卵子提供分娩はリスクが高いと感じるかどうかでは、卵子提供分娩を扱ったことがない医師では、「わからない」(42.8%)という回答が多いが、卵子提供分娩を実際に扱った経験を持つ医師では、「わからない」が減少し、その分、リスクが高いと考える医師が約過半数を占める一方、高くないと答えた医師も2割弱に達した(図4)。コメントとして、「年齢しだい。卵子提供は皆高齢なのでリスクが高い」「卵子提供にかかわらず、IVF-ETとしてリスクが上がる」などの記載があった。

海外の研究では、卵子提供分娩では、PIHのリスクが上昇するとの報告もみられる²⁾。具体的にどのようなリスクが高いと感じるかを対象者に複数回答で問うたところ、卵子提供分娩の取り扱い経験がある医師では、双胎・双胎PIHと、帝王切開がともに66.7%と多く挙げられていた(図5)。また、「その他」としては、「夫婦・家族関係等のリスク」「産後の育児不安」など社会的なリスクの指摘があった。

表 2 最近 5 年間に扱った卵子提供分娩の件数

2007	2008	2009	2010	2011	計
20	23	26	37	63	169

表 3 卵子提供要因

加齢・閉経	53
早発閉経、ターナー症候群	13
ART 反復・不成功	17
無排卵	2
卵巣摘出	2
その他(腎移植による薬剤の卵巣機能低下)	1
不明	19

† 要因として複数記載があったため合計は 100 を超えている 計 107

表 4 提供を受けた国

米国	54
米国(ハワイ)	3
タイ	7
韓国	6
日本	2
シンガポール	1
ロシア	1
不明	15
計	100

図4 卵子提供分娩はリスクが高いか

■はい ■いいえ ■わからない ■その他

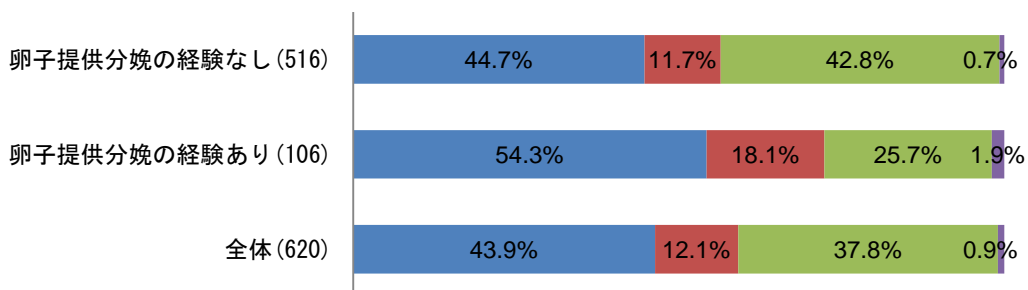
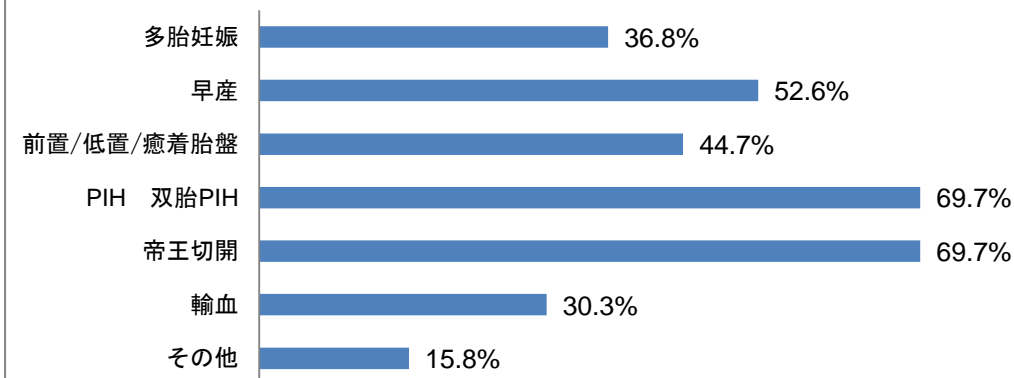


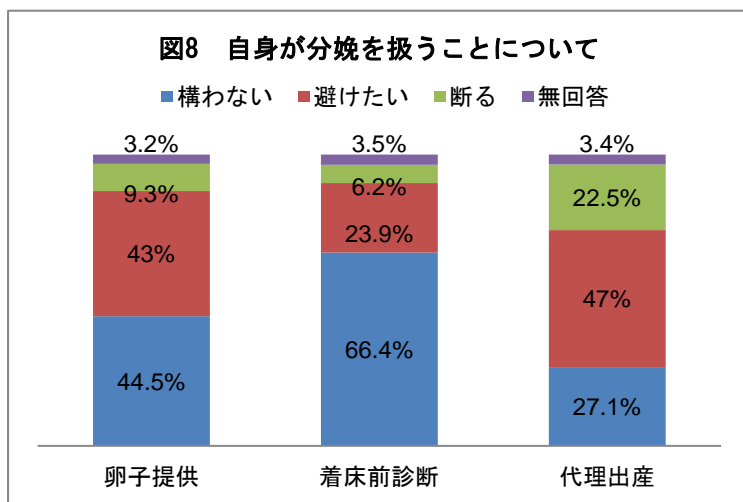
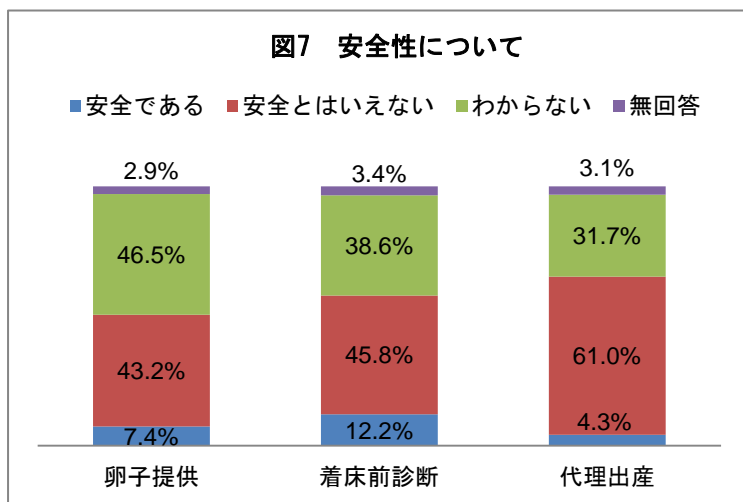
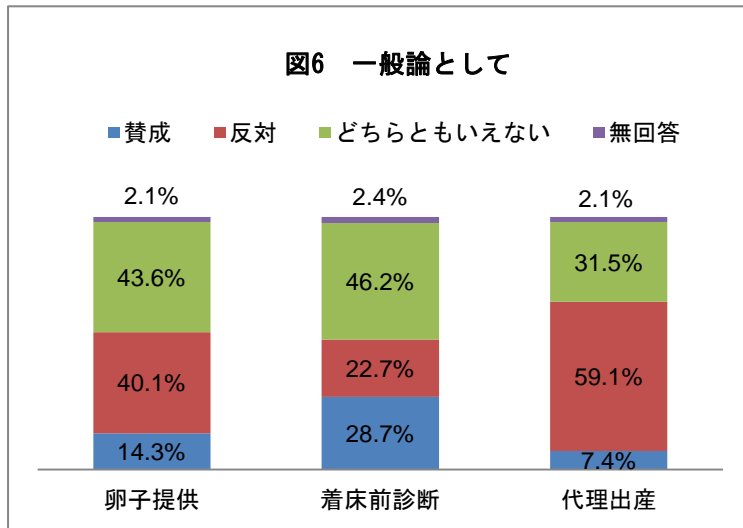
図5 卵子提供分娩ではどのようなリスクが高いか(複数回答)



5) 生殖技術に対する考え

高度生殖医療技術のうち、「卵子提供」、「着床前診断」、「代理出産」の3種類の生殖技術についてそれぞれ「一般論としてどう思うか」（「賛成」/「反対」/「どちらとも」）、「安全性が確認されているか」（→「安全」/「安全とはいえない」/「わからない」）、「自分自身が妊娠出産を扱うこと」（→「かまわない」/「避けたい」/「断る」）を聞いた(図6・7・8)。「一般論としてどう思うか」について、「賛成」が最も多かったのは「着床前診断」(28.7%)で、「反対」が最も多かったのが「代理出産」(59.1%)であった。次に「安全だと思えるか」については、それぞれの生殖技術について「安全である」と答えた医師は少なく、4.3~12.2%にとどまった。また、いずれの技術も「安全とはいえない」が「安全である」を上回っていた。特に、「代理出産」の安全性について、懐疑的な意見が最も多く6割の医師が「安全とはいえない」と答えていた。一方、卵子提供を「安全とはいえない」と答えた医師は、43.2%であり代理出産よりも少なかった。代理母となる女性に対し妊娠・出産のリスクを課すことへの倫理的な懸念の表明を反映しているのかもしれないし、卵子提供では高齢出産となりがちであることを懸念しているのかもしれない。だが、自分自身が産科医療の現場でこれら3種類の技術による妊娠出産を取り扱うことに対しては、27.1~66.4%が「かまわない」と答えており、相対的に許容的であった。たとえば、着床前診断に関しては45.8%が「安全とはいえない」と答えつつも、他方では、66.4%が、着床前診断を利用した妊娠出産を扱ってもよいとしていた。卵子提供については、一般論として「反対」が40.1%、安全性については「安全ではない」が43.2%、自身が分娩を扱うことについては「避けたい」が43%、と比較的一貫した回答傾向が見られたが、一方、分娩を扱うことについては「構わない」も44.5%見受けられた。こうしたことは、これらの技術が既に周産期の現場に浸透していることを意味しているのかもしれない。だが、「代理出産」については、妊娠出産の取り扱いを「避けたい」(47.0%)もしくは「断る」(22.5%)をあわせて約7割で、総じて消極的な回答が多く、代理出産が原則として禁止されている日本の現状を反映しているものと考えられた。また、ここでは詳述しないが、男性医師と女性医師とでは統計学的に有意ではないものの、見解に違いが見られたものもあった。たとえば、卵子提供に関しては、一般論として反対意見は男性医師にやや多い(42.3%>31.7%)。安全性については「安全ではない」と考えるのは女性医師にやや多かった(54.3%>43.0%)。また、自身が扱うことについては、男性医師は「構わない」

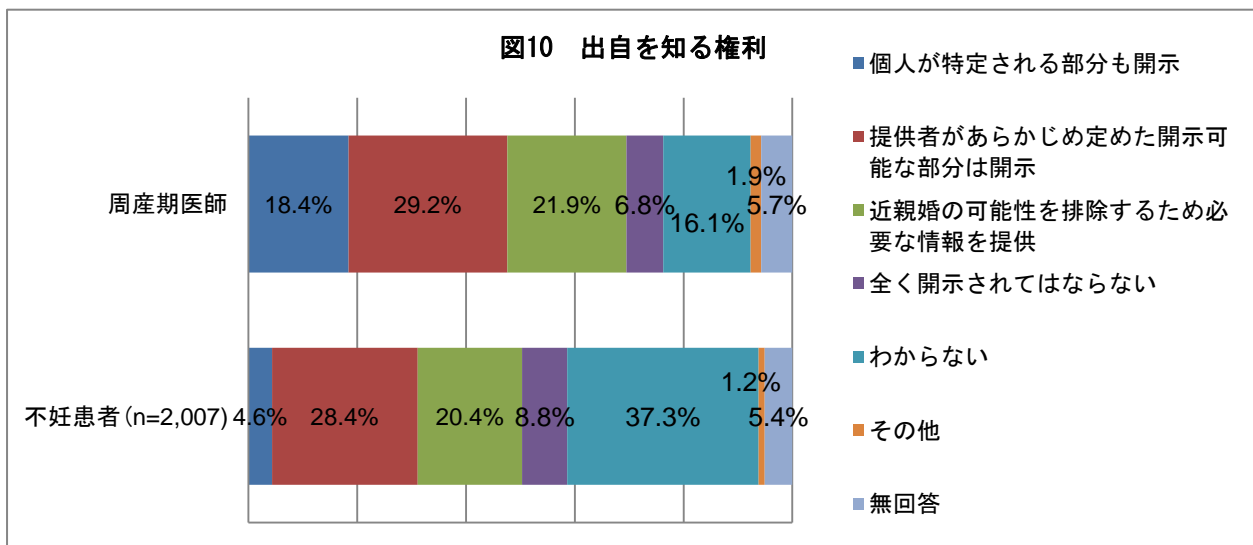
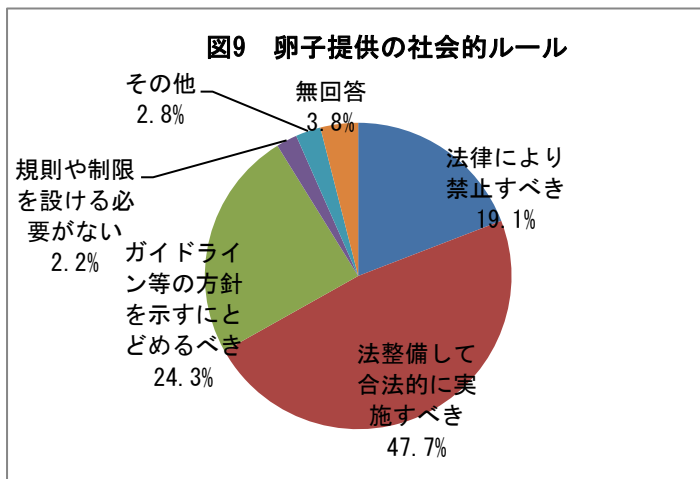
(47.3%)、女性医師は「避けたい」(55.6%)と答える傾向が見られた。さらに、実際に卵子提供分娩を扱った経験のあるなしでは、経験がある医師の方が、安全とはいえないと答える傾向があり(p=0.086)、反面、実際に扱っても「構わない」と答える傾向が見られた(p=0.005)



6) 卵子提供に関するシステム・法整備

卵子提供の実施について社会的なルールをどのように設定するべきかについては、「法律により禁止」(19%)、「法整備して合法的に実施」(48%)、「ガイドラインにとどめる」(24%)、「規制や制限を設ける必要がない」(2%)と、約半数が国内で法整備して合法的に実施したほうがよいとの考えを示した(図9)。自由記述でも「海外で実施するくらいなら国内で実施したほうがまし」といった主旨の見解が複数見受けられた。既に海外で卵子提供が行われ、金銭的余裕がある人々にとって渡航治療は選択肢の一つとなっていること、こうしたことが周産期医師において、国内での卵子提供の実施に対し容認に向かわせている要因かもしれない。

卵子提供により誕生した子どもの出自を知る権利については、「全く開示されてはならない」が6.8%と少なく、「全て開示する」(18.4%)、「提供者が定めた範囲で開示」(29.2%)、「近親婚の可能性を排除するための情報を開示」(21.9%)と何らかの形で制限を設けることも含めて開示すべきとの見解が多数であったものの、「わからない」(16.1%)といった判断留保の姿勢も一定割合を占めた(図10)。コメントとして「精子提供と同様に扱うべき」等があった。過去に我々が不妊患者を対象に行った調査³⁾における第三者生殖技術による子どもの出自を知る権利に対する意見と比較すると、「個人が特定される部分も開示」(全面開示)は周産期医師に多く、不妊患者では「わからない」が多かった(図10)。

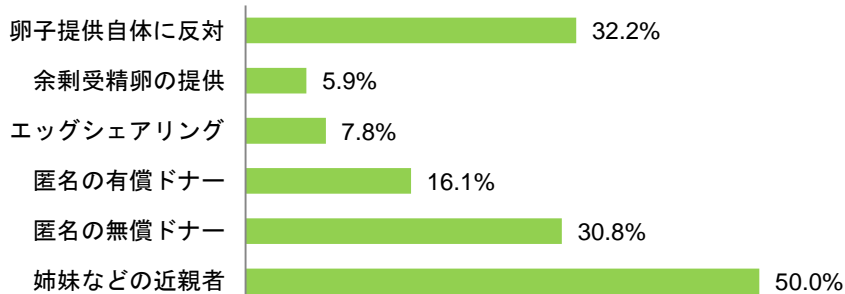


7) 卵子提供のドナーの資格について

卵子提供のドナーとして適格なのは誰かを複数回答により選んでもらった(図 11)。ここでは、卵子提供に反対が約 3 割を占めた。

卵子提供を許容する答えの中では、ドナーとして「姉妹などの近親者」(50.0%)を可であるとするものが最も多かった(ちなみに、我々が過去の行った不妊患者を対象とした調査(n=2,007)では、姉妹がいるとした対象者は全体の 56.4%であった)。次に「匿名の無償ドナー」(30.8%)が続き、「匿名の有償ドナー」(16.1%)はその半分であった。匿名ドナーを無償で調達するというのは現実的には難しい条件であるが、ここには、ドナーは、有償より無償が望ましいとする考え方が明瞭に存在していることが伺える。「エッグシェアリング」(7.8%)や「余剰受精卵の提供」(5.9%)といった他の不妊患者からの提供を支持する意見は比較的少なかった。また、男性医師と女性医師とで違いが見られた項目として、「姉妹などの近親者」(男 46.0%, 女 57.6%, $p=0.048$)と「エッグシェアリング」(男 6.6%, 女 12.9%, $p=0.047$)をよいとする見解は男性医師より女性医師に多かった。一方、過去に我々が行った不妊治療担当医師に対する調査では 4)、卵子提供に「反対」は 21.7%であり、「姉妹・親族」(49.3%)、「非匿名の友人・知人」(21.0%)、「エッグシェアリング」(21.0%)、「他の不妊患者からの受精胚」(15.2%)であり、概して不妊治療医師の方が他の不妊患者からの提供可能性については、許容的である傾向が伺われる(図表なし)。

図 11 どのような卵子ドナーが許容されるか(複数回答)



8) 卵子提供のレシピエントの資格について

どのような女性を卵子提供のレシピエントとして認めるべきかを複数回答で聞いた。過去の我々の調査で不妊担当医師に聞いたものと比較した(図 12)。周産期医師では、卵子提供に反対が約 3 割を占めた。これに対し、不妊治療担当医師では、卵子提供に反対意見は、16.3%と少なかった。卵子提供を許容するケースでは、「卵巣機能がない女性」(周 60.7%, 不 75.2%)が最も多く支持された。続いて「重篤な遺伝病を持つ女性」(周 39.4%, 不 36.9%)、「難治性不妊の女性」(周 36.3%, 不 27.7%)と医学的理由を支持する見解が示された。「45 歳程度の加齢による不妊の女性」(周 15.6%, 不 22.0%)は少なかった。昨今、加齢による卵子提供が増加しているが、加齢を理由として認めるという見解は、周産期医師の間でも不妊治療医師の間でも多いとはいえず、また、周産期医師の方が厳しい見解であった。他方で「希望に応じる」

(周 10.6%, 不 10.9%) も少ないが存在した。周産期医師と不妊治療医師とで、以上の回答傾向において、数値の違いはみられてもパターンとしてはほぼ同様の傾向が見られた。

卵子提供妊娠は高齢になりがちであることを踏まえ、卵子のレシピエントに年齢制限を課すべきかどうかを聞いたところ、半数が年齢制限を課すべきだと答えた。男性医師と女性医師とでは、年齢制限の可否に関し有意な差が見られた ($p=0.004$)。女性医師は年齢制限に「賛成」が多く、男性医師は、「卵子提供に反対」が多かった (図 13)。

年齢制限を課すべきとして、具体的に何歳が適当かを聞いたところ、合計 325 件の回答が得られた (図 14)。45 歳を挙げた医師が 101 人 (31.1%) と最も多かった。次に、40 歳を挙げた医師が 91 人 (28.0%) であった。最低は 29 歳、最高は 55 歳であった。年齢制限に反対か賛成かでは、男女差が見られたが、具体的な年齢については、(統計学的に有意な) 男女差は見られなかった。また、卵子提供分娩の取り扱い経験のあるなしでは、経験ありと答えた医師の方が若干高い年齢を挙げる傾向が見られたが、こちらも統計学的には有意ではなかった。

年齢制限を課すべきと答えた医師 ($n=496$) に対し、年齢制限を課すべき理由を複数回答で聞いたところ、8 割以上の医師が「高齢出産に伴うリスク」(85.7%) を挙げており、最も多かった。次に、「養育責任を全うできない」(41.8%) と、出産後の社会的リスクを挙げる者が多く、「加齢不妊は疾患ではない」(33.7%) や「出産適齢期を過ぎている」(33.1%) と、既存の医学生物学の枠組みに当てはまらないことを理由として挙げる医師もそれぞれ 3 割超存在していた (図 15)。「その他」のコメントとして、「児の異常、児の苦しみを考えないと」「極めて限定的に運用すべきである (倫理的に)」「自然状態を大きく逸脱した親子関係の存在を想定していないから」などの記載があった。

周産期医師によって挙げられた、これまでに経験した「卵子提供分娩 (加齢要因)」(平均 48.3, 範囲 39-58)、「最高出産年齢」(平均 45.3 歳, 範囲 36-60)、「卵子提供分娩 (全体)」(平均 44.6 歳, 範囲 26-58)、「卵子提供の望ましい年齢制限」(平均 41.5, 範囲 29-55) の 3 つを比較すると、卵子提供のレシピエントの年齢制限が最も厳しかった。

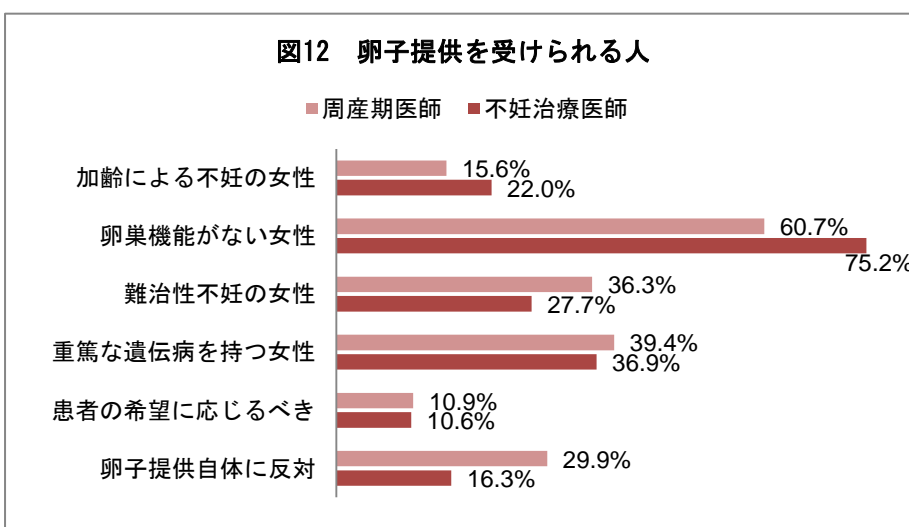


図13 卵子提供の年齢制限

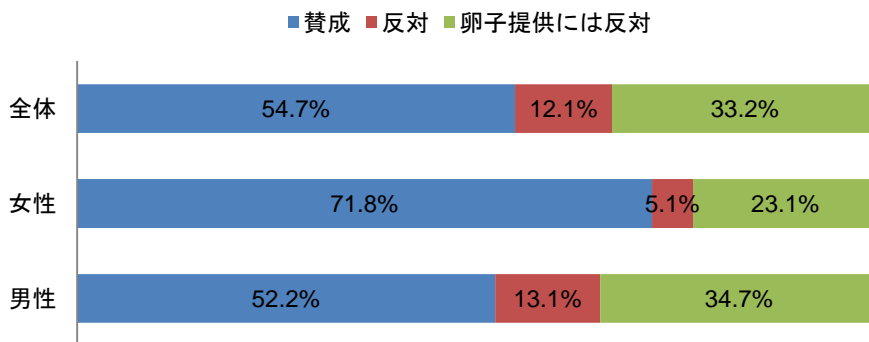


図14 卵子提供の年齢制限

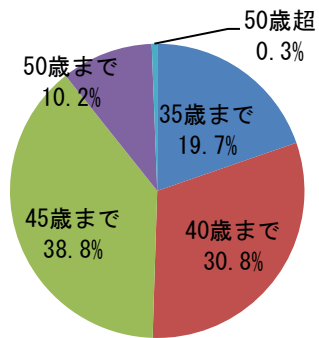
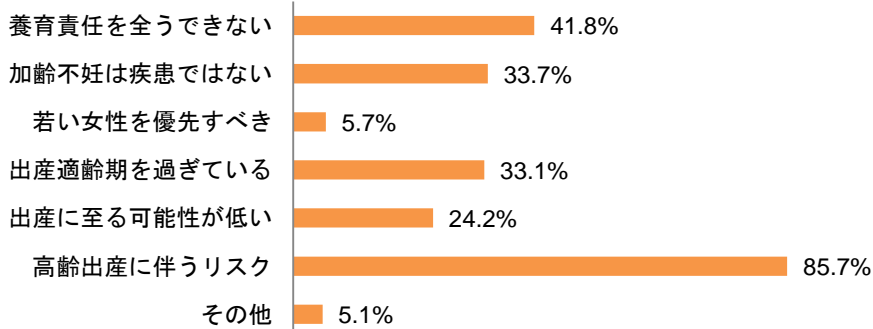


図15 年齢制限を設ける理由(複数回答)

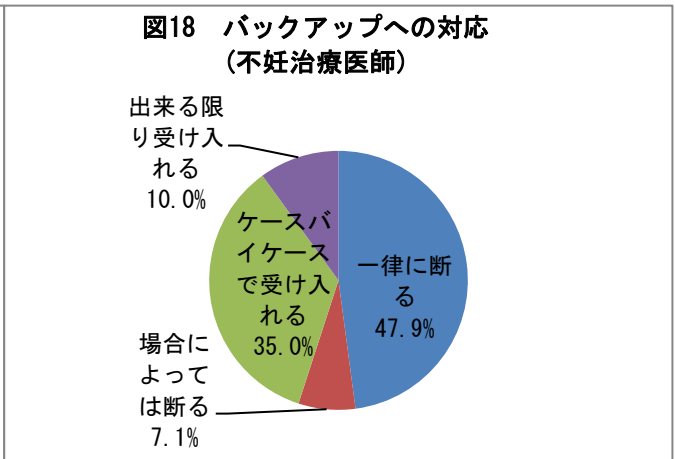
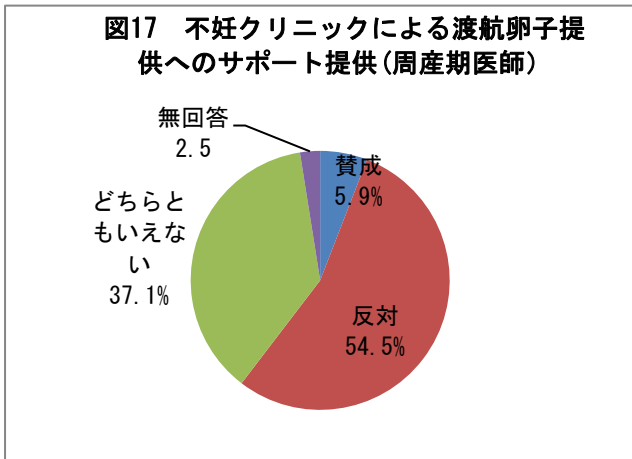
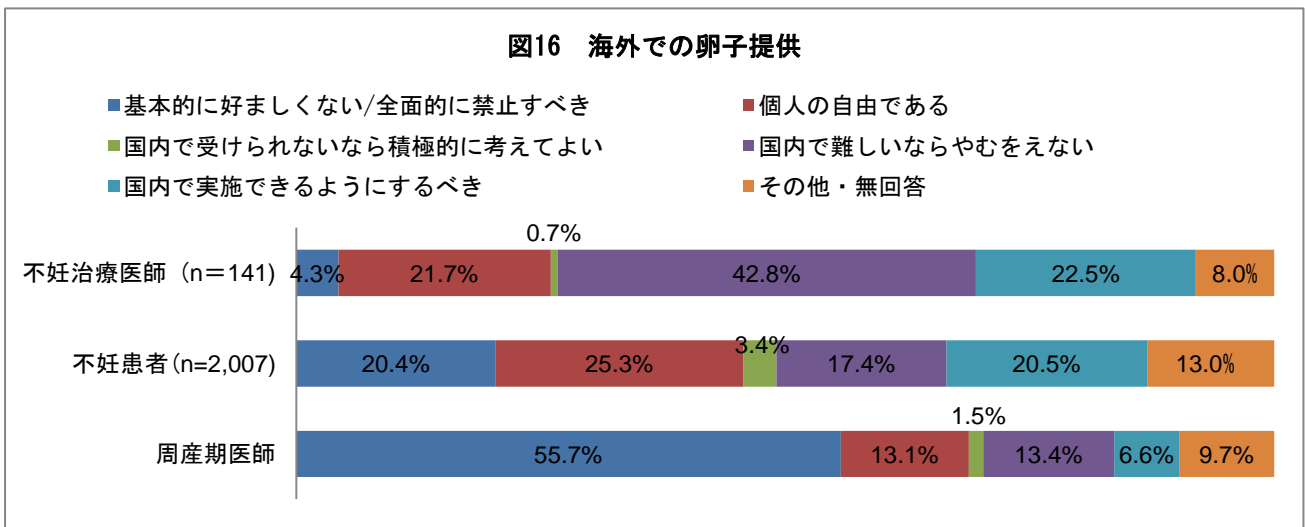


9) 渡航治療について

海外で不妊患者が卵子提供を受けることについて、「基本的に好ましくない」(55.7%)、「個人の自由」(13.1%)、「国内でできないなら積極的に考えてよい」(1.5%)、「やむを得ない」(13.4%)、「国内で実施できるようにすべき」(6.6%)と、周産期医師の約過半が好ましくないと考えていた(図16)。他方、不妊治療担当医師においては、国内で難しいならやむを得ないとする意見が最も多く42.8%を占めた。不妊担当医師については「全面的に禁止すべき」という強い表現を用いたため、それを支持する意見が少なく出

た可能性もある。また、不妊患者では、「個人の自由である」(25.3%)という意見が比較的多かった。このように、海外での卵子提供について、周産期医師は比較的厳しい意見を持っていることがわかる。

国内の不妊クリニックが海外と連携して卵子提供のサポートをすることについては、「賛成」(6%)、「反対」(54%)、「どちらともいえない」(37%)と、こちらも「反対」とする見解が周産期医師で過半を占めた(図17)。一方、不妊治療医師に対し、海外での卵子提供を受ける患者に対するバックアップ(渡航前の投薬など)の希望に対してどのように対応するかについては、一律に断るが48%であった。海外での卵子提供について、不妊治療医師は、周産期医師よりも許容的であり、「個人の自由」または「やむを得ない」と容認しつつも、自ら積極的なサポートを提供することに関しては、それほど積極的ではないといえるかもしれない(図18)。



10) 自由記述

渡航治療、第三者生殖技術に対する意見、不妊治療を担当する医師との連携のあり方などについて、自由に記載を求めたところ、135件の記載が得られた。

【生殖医療における周産期リスク軽視への懸念】

「不妊治療を担当する医師にもっと周産期の勉強をしていただき、より安全な妊娠・分娩・産褥および育児の責務などについて理解し、十分なクライアントへのICを行ってほしい。第三者ARTでは双胎率が高く、子宮筋腫などの合併率が高く、高齢や免疫とのかねあい以前に極めてハイリスクである」(女性・50代・産科経験年数30年)

「分娩を扱っておらず最終責任を取れないクリニックが、卵子提供をサポートすることはやめてほしい」(女性・40代・産科経験年数19年)

【産みやすい環境の整備や養子縁組制度の拡充を】

「超高齢妊娠に生殖技術を投入するより、若い女性が妊娠・出産・育児がしやすい(orしたくなるような)社会環境整備に資源を使うほうが将来性がある」(男性・50代・産科経験年数25年)

「少子化対策も大切だと思うが、女性が子どもを産まないことをもっと認める社会も大切だと思う」(女性・30代・産科経験年数14年)

「養子制度を充実すべき。育てていくことが難しい親の間に生まれた子供も多いので、そのような子供を育てるべき。夫の精子にこだわるのはおかしい」(男性・50代・産科経験年数25年)

【海外での治療や、商業的活動に反対】

「海外第三者妊娠は実態把握が難しく、本人の情報提供のみが頼りになる。危険な妊娠が多いことを考慮すると野放しのままにしておくのは問題が大きいと考えます」(男性・40代・産科経験年数25年)

「一種の臓器売買であることを認識すべき(商業ベースに乗ることを認識すべき)。不妊クリニックが斡旋することは止めてほしい。金と労を惜しまないものだけが、その恩恵をあずかることができるというのは、医療の公共性の面から疑問が残る」(女性・40代・産科経験年数16年)

【国内での法整備またはガイドラインが必要】

「国内での卵子提供を禁止しても海外で卵子提供を受ける人がいる以上、法整備を行い国内でも行えるようにしたほうが良いのではないかと。ただし、その治療を行う施設は限定すべき」(男性・60代・産科経験年数36年)

「個人的に産科専門医につき、卵子提供妊娠に関しては基本的には賛成しかねますが、複雑な社会にはやむをえない気もしますが、できるだけ早く専門医によるクライテリアを決めてほしいと思います」(男性・70代以上・産科経験年数40年)

「卵子提供の技術が存在する以上は、国内で禁止しても海外で行う人はあとを絶たないと思われれます。であれば、法整備やルートを確保し、コントロール下で行うほうが好ましいのでは?当然違反者への罰則も必要でしょう」(男性・30代・産科経験年数14年)

【個人の問題・容認】

「患者の自己責任で希望があれば受け入れるべき。国、学会がとやかく言うべきでない」(男性・50代・産科経験年数26年)

「このようなケースにあたっていないので経験がないが、基本的には個人の意志も尊重しなければならない点もある。しかし、産科医としては分娩等の取り扱いは避けたい」(男性・60代・産科経験年数40年)

【第三者生殖技術に反対】

「単純明快な親子関係・家族関係が最良」(男性・70代以上・産科経験年数43年)

「40前後になってから子どもを作ろうというのはムシが良すぎる。IVF-ETでダメならあきらめろと言いたい。若いうちに作っておけと言いたい。晩婚する人が悪い。人生設計きちんとしてないのが悪い。卵子提供で妊娠した人が来たら普通に診てあげるけど、内心はよくそこまでするなあと思うと思う」(男性・40代・産科経験年数21年)

【過度な生殖補助医療技術への懸念】

「人間の欲望には際限がないため、他人の卵子・精子を使ってでも自分の(?)子供を持ちたい、とこのような不妊治療に走る人々がいる。人間も一つの生物として、越えてはいけない領域があるはず。生命に向き合っている仕事をしている医師として、不妊患者の傲慢さと自制心のなさに悲しくなります」(男性・50代・産科経験年数30年)

「不妊専門ではないのですが、何か神の域に入っているようで、私には高度不妊治療には積極的な意見は持っておりません」(男性・50代・産科経験年数19年)

「単に「欲しいから」という理由だけで、生殖医療を拡大するべきではない。人間はいろんなことを受け入れて生きていくべきだと思っています」(女性・40代・産科経験年数24年)

11) むすび

子どもを欲する不妊カップル、妊娠を成立させ子どもを得たいカップルの希望を叶えることを目標とする不妊治療担当医師、母子ともに安全な分娩を支えることを目標とする周産期医師、生殖補助医療をとりまき、様々な関係者が存在する。今回の調査では、分娩という時点に焦点をあて、周産期医師を対象に高齢出産や卵子提供分娩についての見解を集計した。部分的に、これまで行った調査結果との比較も試みた。その結果、不妊担当医師と周産期医師では、生殖補助医療や第三者生殖技術による妊娠出産に対する見解の相違が随所に見られた。総じて、妊娠を成立させることを目標とする不妊治療医師に対し、その帰結として高齢出産因子や卵子提供因子というリスクをコントロールしなければならない周産期医師の方が、厳しい見方をしているといえる。自由記述の中にも、そうした意見は多く見られた。さらに、技術の恩恵を受け、母子ともに健康であったとしても、子どもを望む人々の願望に端を発する行為はそこで終了するわけではない。その後、成人し社会人となるまで、子育てという長い過程がある。新しい命の誕生は、社会の多くの人々にとって望ましいことだと考えられている。しかし、そのようにして誕生したことの最も大きなリスクを負うことになるのは、その子ども自身であるといえる。精子提供で生まれた当事者が既に国内でも自らの見解を明らかにしていることを踏まえ、卵子提供分娩で生まれてきた子どもの親子関係の安定や福祉における最善の利益が図られるよう、国内での整備がなされていくことが必要である。

以上で報告書(単純集計)は終わりです。アンケートに協力いただいた関係者の方々に深く感謝を申し上げます。

註

- 1) 「日本産科婦人科学会資料」 (http://plaza.umin.ac.jp/~jsog-art/2009data_pdf.pdf)
- 2) Donna A. Wiggins, Elliott Main. Outcomes of pregnancies achieved by donor egg in vitro fertilization: A comparison with standard in vitro fertilization pregnancies. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2005) 192. 2002-8.
- 3) 『生殖テクノロジーとヘルスケアを考える研究会 報告集Ⅱ 渡航治療に関する医師・患者アンケート』 (http://saisentan.w3.kanazawa-u.ac.jp/image/houkoku_2.pdf)
- 4) 「海外渡航治療と第三者が関わる生殖技術に対する不妊治療担当医師の意識調査」 集計速報 (http://saisentan.w3.kanazawa-u.ac.jp/image/sokuho_20110902.pdf)

2012年12月14日

連絡先:

日比野由利 hibino@staff.kanazawa-u.ac.jp

金沢大学医薬保健研究域医学系 環境生態医学・公衆衛生学

〒920-1192 金沢市角間町 金沢大学角間南地区自然科学3号館5階 Tel/Fax 076-265-6435

内閣府 最先端次世代研究開発支援プログラム「グローバル化による生殖技術の市場化と生殖ツーリズム:倫理的・法的・社会的問題」研究代表者