

母体保護法等に関する検討委員会 答申

平成19年11月

日本医師会
母体保護法等に関する検討委員会

平成19年11月

日本医師会長
唐澤 祥人 殿

母体保護法等に関する検討委員会
委員長 佐々木 繁

母体保護法等に関する検討委員会答申

本委員会は、平成18年7月から5回の委員会と2回の小委員会を開催し、貴職より諮問のありました「母体保護法等をめぐる諸問題」について鋭意検討を行ってまいりました。

その結果を以下の通り、とりまとめましたので答申いたします。

母体保護法等に関する検討委員会委員

委員長	佐々木 繁（新潟県医師会長）
副委員長	秦 喜八郎（宮崎県医師会長）
委員	石川 紘（岡山県医師会副会長）
〃	大井田 隆（日本大学医学部公衆衛生学教授）
〃	大橋 克洋（東京都医師会理事）
〃	片瀬 高（福岡県医師会理事）
〃	畔柳 達雄（弁護士／日医参与）
〃	齋田 幸次（大阪府医師会理事）
〃	佐藤 博信（宮城県医師会常任理事）
〃	白須 和裕（日本産婦人科医会常務理事）
〃	永山 雅之（群馬県医師会理事）
〃	二井 栄（三重県医師会理事）
〃	宮本 慎一（北海道医師会副会長）
〃	吉村 泰典（慶應義塾大学医学部産婦人科教授／日本産科婦人科学会理事長）

目 次

1. はじめに	1
2. 検討すべき項目とその問題点	1
3. 検討項目に対する本委員会の結論	4
参考資料	7
・ 日本産婦人科医会 提言 (2000.5)	9
・ 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 （平成12年12月）（厚生科学審議会先端医療技術評価部会 生殖補助医療技術に 関する専門委員会	14

1. はじめに

平成8年に優生保護法中の優生思想にかかわる部分が削除されて母体保護法が成立した。その際、参議院において、「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ〈性と生殖に関する健康と権利〉の観点から、女性の健康等に関わる施策に総合的な検討を加え、適切な措置を講ずること」との付帯決議がついたことから、議論すべき課題が残されている。

本委員会では、まず、現行母体保護法のもつ問題点は何かを、現在の生殖医療関連技術の進歩と生命倫理、社会におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツへの関心の高まりなどを踏まえて議論を行った。その議論の中で抽出された問題点について、どのように解決することが妥当かを重点的に協議し、まとめたものが本答申である。

2. 検討すべき項目とその問題点

委員間の議論により、現行母体保護法との関連で検討すべき優先項目として、次の3つを取り上げた。

- 1) 多胎減数手術について
- 2) 人工妊娠中絶を行う際の配偶者の同意について
- 3) 人工妊娠中絶の胎児条項について

以下に、これら検討項目の抱える問題点やその背景について、順次挙げることにする。

1) 多胎減数手術について

生殖医療技術の進歩は、不妊治療に多大な恩恵をもたらしたが、一方、体外受精・胚移植や排卵誘発剤による多発排卵の結果、多胎妊娠が増加している。

移植胚数の制限や排卵誘発法の改良など多胎妊娠を防止するための努力はなされているが、多胎妊娠発生を完全に防止することは困難である。

多胎妊娠とくに四胎以上の妊娠の場合、周産期医学的にみても新生児のみならず母体においても危険性が高まることが報告されている。このようなリスクを回避するために多胎減数手術を希望する妊婦が存在する。

また、同時に三人、四人の子を育てることにより経済的に困窮し、その結果生活保護を受けるに至るような事例も存在する。

現行母体保護法における人工妊娠中絶の定義は「胎児が、母体外において、生命を保続できない時期に、人工的に、胎児及びその附属物を母体外に排出することをいう」となっている。多胎減数手術を通常行われている薬物注入法で実施すると、胎児及びその附属物は子宮内にとどまり母体外に排出されず母体保護法の定義に合致しない。このため、日本産婦人科医会では多胎減数手術そのものに反対ではないが、法的に施術可能とする解釈や整備がなされるまでは多胎減数手術をしないように勧告している。

厚生科学審議会先端医療技術評価部会・生殖医療技術に関する専門委員会の報告書では、別添として多胎減数手術について述べている。これによると、「多胎妊娠の予防措置を講じたのにも関わらず、やむを得ず多胎（四胎以上、やむを得ない場合にあつては三胎以上）となった場合には、母子の生命健康の保護の観点から、実施されるものについては、認められ得るもの」としており、「多胎減数手術の実施条件が厳格に守られるためには、行政又は学会において、これをルール化することが必要」としている。

既に諸外国においては、幾つかの国々で発生した多胎妊娠への対応策として、多胎減数手術を法的に容認しており、疫学調査の分析から多胎妊娠による周産期リスクを軽減するために安全かつ有効な方法であるとする報告もある。

対象とする胎児の選択にあたって、倫理的な問題が生ずる可能性がある。その実施医師が胎児を選択する際に、技術上の問題以外に胎児の障害の有無、性別などが考慮されるようなことが起こり得る。

2) 人工妊娠中絶を行う際の配偶者の同意について

現行母体保護法では、人工妊娠中絶の際の同意について、「本人及び配偶者の同意」を求めている。ただし、「配偶者が知れないとき若しくはその意思を表示することができないとき又は妊娠後に配偶者がなくなったときには本人の同意だけで足りる」としている。

リプロダクティブ・ヘルス/ライツの観点から、「産む、産まない」は女性の基本的人権あるいはプライバシー権に属するもので、女性の自己決定権を尊重して妊娠12週までは女性の任意での中絶を認めてはどうかとの考え方がある。もし、このような考え方が社会の承認を得られるとすれば、当然のことに人工妊娠中絶の際の同意は女性本人の同意だけでよいことになる。また、現行のように、適応条項による人工妊娠中絶の場合においては、原則、女性本人の同意だけで足りるとすべきとの意見もある。

一方、父親の子どもに対する権利も考慮すべきであって、現行通り配偶者の同意も必要とする意見もある。また、人工妊娠中絶に関連した問題を回避するために、配偶者にも同意を得ている方がよいとする意見もある。

3) 人工妊娠中絶の胎児条項について

現行母体保護法では、人工妊娠中絶は適応条項に合致する場合にのみ許されているが、胎児の障害や異常を適応とする条項はない。

しかし、胎児の重篤な異常の場合、現行の適応条項である「身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの」を広く解釈・運用することによって中絶を実施している例もなくはない。これに対しては、単なる解釈・運用によらず、明確に胎児条項を定めることの是非を問題提起すべきとの意見がある。

他方、胎児の障害を理由に人工妊娠中絶を認めることは、障害者の生存権を否定するものだとして、障害者団体を含め強い反対の意見もある。

3. 検討項目に対する本委員会の結論

1) 多胎減数手術について

結論の主旨：刑法の墮胎罪、母体保護法の人工妊娠中絶の規定などの解釈により多胎減数手術が可能であるかを検討すべきである。

多胎減数手術は、多胎妊娠の発生が完全に防止できれば必要のない手術ではあるが、現状はやむを得ず発生した多胎妊娠において多胎減数手術を必要とする症例が存在する。また、母体の健康に影響を与えるような多胎妊娠の症例において、多胎減数手術を実施することは、現行母体保護法の中絶の趣旨を満たすものと考えられる。したがって、本委員会では、多胎減数手術の必要性については意見の一致をみた。

また、現行母体保護法のもとで多胎減数手術が実施可能となることが望ましいが、問題は多胎減数手術における術式（薬物注入法）が、母体保護法に規定する人工妊娠中絶の定義と一致しないことにある。しかし、多胎の全てを中絶する場合は適法であり、多胎減数手術の場合は法的疑義が生じるのは不合理である。

多胎減数手術は、刑法の墮胎罪、母体保護法（旧優生保護法）が制定された当時には想定されなかった技術であり、現行母体保護法の人工妊娠中絶の規定の特殊例として解釈ができる余地があるのではないかと思われる。多胎妊娠の発生を防止できるようになれば、自然発生の多胎妊娠を除きほとんど必要のない手術となることから法の改正までしないで、現行母体保護法の中絶の規定などの解釈により運用が可能であるかの道を模索し検討すべきである。しかし、このような方策で行政や関連学会との協議の結果、法改正が必要との認識に至るならば、法改正を選択すべきである。

多胎減数手術を可能とする方向性と並行して、排卵誘発法の改良や移植胚数の制限など多胎を防止するためのより一層の努力が関係者の間で行われている。

日本産科婦人科学会では、移植胚数を一ないし二個とする方向で検討を開始している。このような姿勢は社会的な合意を得るためにも重要である。

多胎減数手術が、母体保護法のもとで可能となれば、届出義務が生ずるので、特別な届出様式を定めることにより、実態の把握や手術の評価が可能となる。また、その場合には手術を受けた母体及び生存した児の身体的・心理的な影響について、長期的な予後も追跡調査をすべきとの意見があった。

手術実施医師が消滅させる胎児を選択することから、倫理的な問題が介在することに十分に配慮することの大切さも強調しておきたい。

何胎以上の多胎を対象とするのか、何胎まで減数するのか、手術可能な妊娠週数に制限を設けるのか等の実施条件や実施施設を限定するか等の詳細については、多胎減数手術の実現性が検討される経過の中で、行政、日本医師会、関連学会等と協議する必要がある。

2) 人工妊娠中絶を行う際の配偶者の同意について

結論の主旨：現行母体保護法を改正し、「人工妊娠中絶の同意は、原則女性本人の同意だけで足りる」とすべきである。

人工妊娠中絶が必要な場合、配偶者やパートナーが、妊娠・分娩が女性の健康に及ぼす影響についての理解不足や誤解から中絶の同意を拒否するケースがある。また、女性の性行動が多様化・活発化し、現実的に配偶者やパートナーから中絶の同意を得ることが困難なケースも増えている。

このような状況下で、人工妊娠中絶の時期が遅れたり、失することがあるならば母体保護の観点から問題であり、女性が自身の身体的健康を保持するという基本的な権利も侵害されることになる。

本委員会では、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの観点から生殖に関わる女性の自己決定権を尊重し、人工妊娠中絶の適応を満たす場合は、原則女性本人の同意だけで足りるとする意見が大勢であった。

ただし、「原則女性本人の同意だけで足りる」となった場合であっても、他の手術と同様に中絶手術の方法、内容やリスク等を本人と共に配偶者を含む家人やパートナーにも説明し了承を得ることが必要であるとする意見や、同意ができる年齢や妊娠週数の制限を設けることの是非について検討課題とすべきとの意見があった。

また、父親の子どもに対する権利あるいは施術に関わる問題回避の観点から、現行通り原則配偶者の同意も必要としておいた方がよいとする強い少数の意見があった。

3) 人工妊娠中絶の胎児条項について

結論の主旨：中絶の適応に胎児条項を導入することは、現状では適当ではない。

胎児に重篤な異常が見つかった場合に、選択肢として人工妊娠中絶を望む女性が少なからず存在することから、母体保護法に胎児条項を導入することの是非を広く議論すべきと考える。

しかし、現状を分析すると、胎児条項の導入を具体的に議論するような事例は、必ずしも頻繁には生じておらず、社会一般においても導入を積極的に支持する情勢にないと思われる。

また、胎児条項が容認された場合、胎児診断の正確性が高いレベルで求められることになり、診断の精度に関連して新たな医事紛争の火種となることを懸念する意見もあった。

このような点を踏まえて本委員会は、現在のところ胎児条項の導入を積極的に働きかける環境にはないと判断した。

今後も、この問題に対する国民の意識等の変化や社会の動向に関心を寄せ続けることが必要である。

参 考 资 料

女性の権利を配慮した母体保護法改正の問題点

—多胎減数手術を含む—

1. 優生保護法は、1996年「母体保護法」と名称が変わり9月26日より施行された。
2. この改定により、優生保護法のもっていた「優生思想」の部分と、その「優生思想」が「障害者を差別している」部分を削除したことに対し、日本母性保護産婦人科医会（以下日母と略）は全面的に賛成した。この改定案に日母が賛成したのは、優生保護法がこの他にも幾つかの問題点を抱えているものの、48年間にわたり全く改定されず、世界の先進諸国の中で最も遅れた生殖関連の法律になってしまったため、本法を少しでも時代に即した法律に変えたいと考えたからである。
3. そのため、日母では自民党社会部会などで、改定が成立した後も継続的に問題点を審議してほしいと要望した。
4. 幸いにも、「リプロダクティブヘルス／ライツ〈性と生殖に関する健康・権利〉（以下女性の権利と略）の観点から、女性の健康等に関わる施策に総合的な検討を加え、適切な措置を講ずること」との付帯決議が参議院で付いたこともあり、日母法制検討委員会では「母体保護法の問題点と多胎減数手術」について検討を重ね、日母会長宛の答申を提出した。
5. 本部としては、近未来の思想の転換を考慮し、法律家の示唆も勘案しながら社会のコンセンサスを得る法の改定を第一義に重要と考えた。そこで本部法制担当者を中心に、常務理事会で法制検討委員会の答申案を更に修正して広く公論を得るための提言（第1次案）を叩き台として用意した（平成11年8月1日／日母医報付録）。
6. この提言（第1次案）には、法制検討委員会答申案で「出生する子が不治又は致命的な場合に限って」容認するとした人工妊娠中絶の胎児条項を盛り込まなかった。胎児診断が未だ技術的に困難な場合が有りうることや障害があっても生命を尊重するとの立場に配慮したものである。

7. この提言（第1次案）に関しては、日母医報に提示の上日母会員の意見を収集し、同時にインターネットでの公表、公聴会の開催を通じて広く国民の意見を寄せていただいた。こうした意見をふまえて、日母法制検討委員会および倫理委員会ではさらに検討を進め、修正の上、第2次案を作成した。
8. さらに第2次案を、常務理事会、理事会の議を経たのち第49回定例代議員会に報告し、了承を得たので日母提言として以下にまとめる。

I 女性の権利に基づく人工妊娠中絶

1. 妊娠12週未満までは女性の権利に基づく任意の人工妊娠中絶を認める。
2. 妊娠12週以上での人工妊娠中絶は適応条項による。

[解説]

1. 生殖に関する女性の自己決定権は1979年に国連で採択された女性差別撤廃条約で「子の数及び出産の間隔を自由にかつ責任をもって決定する同一の権利並びにこれらの行使を可能にする情報、教育及び手段を享受する同一の権利」（16条）として保障されている。
2. 女性の生涯にわたる健康を保障するために、1994年カイロの世界人口会議で「行動計画」が、1995年北京の世界女性会議で「行動綱領」が採択された。これに賛成したわが国では、これらの施策を実現するための国内体制を整備する必要性が生じている。
3. 「産む、産まない」は、女性の基本的人権あるいは女性のプライバシー権に属するものとする。
諸外国では妊娠12週までの胎児は、母親のプライバシー権の範囲に属するとの考えから「産む、産まない」は母親の自己決定権の範囲に入り、その期間を超えて成長した胎児は、すでに母親の自己決定権の範囲外となるため、適応条項による以外は中絶を認めないとする例が多い。
一方、わが国では分娩に対する一時金の支給や死産届提出の義務が妊娠12週以上であり、また人工妊娠中絶の手技の安全性の面からも、妊娠週数に期限を設けるならば妊娠12週未満とするのが妥当と考える。

II 配偶者の同意

1. 妊娠 12 週未満の人工妊娠中絶では、女性本人の同意だけで足りる。
2. 妊娠 12 週以上の人工妊娠中絶では、原則として配偶者の同意も必要とするが、最終的には女性本人の意思を優先する。

[解説]

1. 妊娠 12 週未満の人工妊娠中絶が、女性の意思で任意に実施することができるとするならば、中絶を行う際の同意は女性本人の同意だけでよいことになる。
2. 妊娠 12 週以上の人工妊娠中絶は、適応条項によるものであり、胎児の生命を保護する利益より母体の健康を保持することの利益が上回る場合となるので、父親（あるいはパートナー）の子どもに対する権利も考慮し、配偶者（あるいはパートナー）の同意も必要であるとした。しかし、両者の意思が一致しない場合には、母体の健康保持の観点からも女性の意思決定が優先されるべきであろう。
3. 父親の子どもに対する権利の解釈については、なお論議の必要があろう。法律上の婚姻関係にある場合は、人工妊娠中絶を行う妊娠週数にかかわらず配偶者の同意なり了承なりが必要であるとする考え方もある。
4. 臓器移植における意思決定権は 15 歳以上で認められていることから、15 歳未満の場合には人工妊娠中絶が可能な全ての時期において、親権者あるいは法定代理人の人工妊娠中絶に関する同意を必要とする。
5. 手術あるいは中絶法施行に対する承諾書は別に考えるべきである。

III 妊娠 12 週以上の人工妊娠中絶の適応条項

妊娠の継続又は分娩が母体の健康を著しく害するおそれのあるもの

[解説]

1. 世界保健機関（WHO）はその憲章前文の中で、「健康」を「完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」と定義してきた。平成 10 年の WHO 執行理事会にお

いて、「健康」の定義を「完全な肉体的、精神的、S p i r i t u a l 及び社会的福祉のD y n a m i cな状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」と改めることが議論されている。S p i r i t u a l i t yは人間の尊厳の確保や生活の質（Q O L）を考えるために必要な、本質的なものであるとされる。D y n a m i cについては「健康と疾病は別個のものではなく連続したものである」との意味づけがある。

2. 旧提言（第1次案）では、現行の「身体的又は経済的理由」を切り離し、「身体的（又は精神的）理由」と経済的理由と同義とする「社会的理由」により母体の健康を著しく害するおそれのあるものを適応条項とすることを提示した。いずれの場合も、母体の健康を著しく害することが予測される理由であることが必要だが、「（精神的）理由」と「社会的理由」の部分のみが取り上げられ胎児条項を包含するものとして誤解を招いた。
3. この提言では、母体の健康を擁護するとの趣旨を明確にするため、妊娠の継続又は分娩がWHOの憲章前文に定義される「健康」の概念を著しく侵すことが予見もしくは診断されるものについて、適応とすることとした。

IV 母体保護法における人工妊娠中絶の定義

母体保護法における人工妊娠中絶の定義を「人工妊娠中絶とは、胎児が、母体外において、生命を保続することができない時期に、人工的に、胎児及びその付属物を母体外に排出する場合、又は母体内において胎児を消滅させる場合をいう」と変更し、母体保護法のもとでの多胎減数手術を可能にする。

[解説]

1. 母体保護法第2条2には、人工妊娠中絶は「胎児が母体外において、生命を保続することができない時期に、人工的に、胎児及びその付属物を母体外に排出することをいう」と定義されている。したがって、多胎減数手術を現在行われている注入法で実施する場合に「母体外に排出する」との定義に当てはまるとは言い難い。このため日母では、法的に施術可能との解釈がない限り、日母会員に多胎減数手術を当面禁止するよう勧告した（1988年）。
2. しかし、法的な整備がされるならば、排卵誘発による多胎妊娠は、現在の医療水準では完全に防げないこと、女性の権利を認めた場合何胎に減

ずるかは女性本人の判断によることなどから多胎減数手術を否定するものではない。

3. 諸外国の例をみても、多胎減数手術はいわゆる「人工妊娠中絶法」で運用していることから、わが国でも母体保護法のもとで多胎減数手術を可能にすることが妥当であると判断した。

V 多胎減数手術の適応

多胎減数手術は、人工妊娠中絶の適応で実施する。

[解説]

1. 母体保護法の人工妊娠中絶の定義を変更して多胎減数手術を可能とすることから、人工妊娠中絶の適応と多胎減数手術の適応は一致させることで整合性がとれる。
2. 何胎以上の多胎妊娠が多胎減数手術の適応となるかであるが、周産期医学的にみてトラブル発生の頻度が高まる三胎以上とするのが妥当と考える。残される胎児の数については、術後の自然消滅、子宮内胎児死亡などの可能性を考慮し、少なくとも双胎に留めることが望ましい。
3. 実施医師が減数の対象となる胎児を選択する手術であり、医師にこうした選択権があるかどうか社会的なコンセンサスを得る必要がある。
4. 妊娠 12 週以上の多胎減数手術では、残される胎児への影響・安全性についてはなお検討が必要である。したがって施術可能な期限を妊娠 12 週未満に限りたい。
5. 生殖医療に携わる医師は、多胎妊娠の発生防止に努め、安易に多胎減数手術を実施する状況を回避しなければならない。どのような条件であろうとも、生命の尊厳性を考えれば単に多胎という理由のみでの中絶ではなく、多胎に基づくデメリットが強く示唆される場合に許されるものとして謙虚な意思決定をすべきである。

本提言は母体保護法改定に向けての要望案であり、法律改定に対しての考え方を示したものである。

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（抜粋）

平成12年12月

厚生科学審議会先端医療技術評価部会
生殖補助医療技術に関する専門委員会

○ 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 （目次）

I はじめに

- 1 本専門委員会による検討を必要とした背景
- 2 本専門委員会における検討の経緯について

II 意見集約に当たっての基本的考え方

III 本論

- 1 精子・卵子・胚の提供等による各生殖補助医療について
 - (1) 精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療を受ける条件について
 - (2) 各生殖補助医療の是非について
 - (1) A I D（提供精子による人工授精）
 - (2) 提供精子による体外受精
 - (3) 提供卵子による体外受精
 - (4) 提供胚の移植
 - (5) 代理懐胎（代理母・借り腹）
 - (3) 精子・卵子・胚を提供する条件等について
 - (1) 精子・卵子・胚を提供する条件
 - (2) 精子・卵子・胚の提供に対する対価
 - (3) 精子・卵子・胚の提供における匿名性の保持
 - (4) 兄弟姉妹等からの精子・卵子・胚の提供
 - (5) 書面による同意
 - (ア)提供された精子・卵子・胚による生殖補助医療を受ける夫婦の書面による同意
 - (イ)精子・卵子・胚を提供する人及びその配偶者の書面による同意
 - (6) 十分な説明の実施

- (ア) 提供された精子・卵子・胚による生殖補助医療を受ける夫婦に対する十分な説明の実施
- (イ) 精子・卵子・胚を提供する人及びその配偶者に対する十分な説明の実施
- (7) カウンセリングの機会の保障
- (8) 精子・卵子・胚を提供する人の個人情報の保護
- (9) 精子・卵子・胚を提供する人の個人情報の提出・保存
- (10) 同一の人から提供された精子・卵子・胚の使用数の制限
- (11) 子宮に移植する胚の数の制限

2 規制方法及び条件整備について

(1) 規制方法

(2) 条件整備

- (1) 親子関係の確定
- (2) 出自を知る権利
- (3) 提供された精子・卵子・胚による生殖補助医療の実施に関わる体制の整備
- (4) 提供された精子・卵子・胚による生殖補助医療を行う医療施設の指定

IV 終わりに

- 別添「多胎・減数手術について」

多胎・減数手術について

1 生殖補助医療による多胎について

○ 生殖補助医療技術による多胎は、排卵誘発法（排卵誘発剤の使用）を原因とするものと、体外受精を原因とするものがある。排卵誘発法による多胎は、排卵障害による不妊症の治療として、卵胞の成熟・排卵を促すホルモン（ゴナドトロピン等）を投与することにより、多数の卵胞が同時に成熟・排卵し、複数組の精子と卵子が受精することによって生じる。一方、体外受精による多胎は、妊娠率を高めることを目的として、複数個の受精卵を子宮に移植することにより、それらが複数個着床することによって生じる。

○ 平成8年度厚生省心身障害研究「不妊治療のあり方に関する研究」（矢内原巧）によると、三胎については、体外受精を原因とするものが46.7%、排卵誘発法を原因とするものが43.2%、自然が8.5%、四胎については、体外受精を原因とするものが52.9%、排卵誘発法を原因とするものが41.2%、自然が3.9%、五胎については、体外受精を原因とするものが33.3%、排卵誘発法を原因とするものが66.7%、自然が0%となっている。

○ 多胎妊娠は近年、増加傾向にあり、平成8年度厚生省心身障害研究「多胎妊娠の疫学」（今泉洋子）によると、平成7年の多胎児の出産率を昭和43年と比較すると、双子は1.3倍、三つ子は4.7倍、四つ子は26.3倍と上昇している。これは、生殖補助医療技術の普及によることが大きいと思われる。

2 多胎妊娠の危険性

○ 多胎妊娠については、平成7年の日本産科婦人科学会周産期委員会報告によれば、胎児数が増加するにしたがって、出生体重が減少しており、双胎は2,153±703 g、三胎は1,673±485 g、四胎は1,203±359 g、五胎は993±249 g（平均±標準偏差）となっている。一方、流産率は胎児数が増加するにしたがって上昇し、双胎は1.7%、三胎は2.4%、四胎は15.0%、五胎は15.0%となっており、四胎以上が特に高くなっている。

○ 22週以降の周産期死亡率（対出産1,000）は、胎児数が増加するにしたがって上昇し、双胎は75.0、三胎は75.3、四胎は102.9、五胎は125.0となっている。後遺障害については、出生1年以上経過したものをみると、

双子は4.7%、三つ子は3.6%、四つ子は10.2%、五つ子は30.8%となっており、特に四つ子以上が大きくなっている。

後遺障害の内訳としては、脳性麻痺、精神発育障害、未熟児網膜症が多くなっている。

○また、母体の合併症のり患率については、胎児数が増加するにしたがって上昇し、双胎は78.1%、三胎は84.1%、四胎は95.0%、5胎は100.0%となっている。

○このように四胎以上の多胎妊娠については、母の合併症が増加し、児の予後が不良であるといえる。

3 減数手術

○減数手術は、多胎による妊娠・出産のリスクを回避するためや多胎児を育てることに対する負担の回避等を目的としてはじめられたものであって、多胎妊娠に際して、一部の胎児を子宮内において死滅させる手術のことである。一般的には、胎児の心臓に塩化カリウムを注入することなどによって行われる。

○減数手術の実施状況については、前出の「不妊治療のあり方に関する研究」の調査によれば、アンケート調査結果を得た195施設中、減数手術は87例行われている。

実施施設数は15施設となっており、その多くは診療所である。

○減数手術は、母体内において胎児を死滅させる手術であるが、母体保護法の人工妊娠中絶の定義規定は、「人工妊娠中絶手術とは、胎児が、母体外において、生命を継続することのできない時期に、人工的に、胎児及びその附属物を母体外に排出することをいう」と定めていることから、母体保護法の定める術式に合致しない手術であるとの指摘がされている。

○減数される胎児の選び方について、障害の有無や男女により選別する例が諸外国でみられたことから倫理的な面での議論がなされるようになっている。

4 多胎・減数手術に対するこれまでの対応

○多胎・減数手術に対するこれまでの関係学会等の対応については、日本母性保護産婦人科医会は、平成5年、減数手術については、優生保護法（現母体保

護法) 上の人工妊娠中絶手術に該当せず、墮胎罪の適用を受ける可能性があるとの見解を公表している。

○ 日本産科婦人科学会は、平成8年2月に「多胎妊娠」に関する見解を公表し、生殖補助医療技術による多胎妊娠については、その防止を図ることでこの問題を根元から解決することを志向すべきとし、体外受精・胚移植においては移植胚数を原則として3個以内とし、また、排卵誘発に際してはゴナドトロピン製剤の周期あたりの使用量を可能な限り減量することを求めている。

5 生殖補助医療技術による多胎減数手術に関する基本的考え方

○ 胎児は人ではないが人の萌芽であり、その生命は尊重されなければならないことは言うまでもない。刑法の墮胎罪、母体保護法も胎児の生命の保護をその保護法益の一つとしている。

○ 生殖補助医療技術による多胎はある程度、防止することが可能である。体外受精による多胎は、通常、子宮に移植する受精卵の数以上にはならず、3個以上の胚移植については、移植する受精卵の数を増やしても妊娠率はそれほど上がらないことが分かっている。また、受精卵2個の移植でも相当の妊娠率が得られるという指摘もある。

○ 排卵誘発法による多胎についても、ゴナドトロピン製剤の使用法や周期あたりの使用量を可能な限り減量するなどの単一排卵率が高い排卵誘発法が開発されている。

○ こうしたことを踏まえると、生殖補助医療技術による多胎妊娠への対応は、多胎妊娠の防止により行われるべきであって、こうした防止の努力なくして多胎になった場合に減数手術により胎児の数を調整することは、胎児の生命の軽視といえ、認められるべきではない。

○ しかしながら、以下に述べるような多胎防止の措置を十分講じたとしても、現在の技術では、多胎を完全に防止することはできない。4胎以上の多胎妊娠は母の合併症が増加し、児の予後が不良であることを踏まえると、減数手術が許容される場合があると考えられる。

6 対応の方向性

(1) 体外受精において対応すべきこと

○ 体外受精による多胎妊娠は、子宮に移植する受精卵の数を調整することにより、確実に調整することができる。前で述べたとおり、(1) 四胎以上の多胎妊娠は母の合併症が増加し、児の予後が極めて不良であること、(2) 3個以上の受精卵の移植による妊娠率はそれほど移植数により変わらないこと、(3) 移植胚数は2個でも相当の妊娠率が得られることを踏まえ、体外受精の際、子宮に移植する受精卵の数は、原則として、2個、受精卵や子宮の状況によっては3個以内に制限することが適当である。

○ 体外受精を行うに際しては、受精卵を複数個移植することによる多胎妊娠の危険について、患者に十分に説明するとともに、十分な情報提供と相談を行い、患者の許容し得る胎児数について把握する必要がある。その結果、患者が双子の出産を許容せず、あくまで単体出産を望む場合には、移植する受精卵の数を1個とする、一方、三胎出産する確実な意志があつて医学的にも三胎出産に耐え得ると考えられる場合には、移植する受精卵の数を3個とするといった調整をリプロダクティブヘルス/ライツの観点を踏まえ、行う必要がある。

(2) 排卵誘発法において対応すべきこと

○ 排卵誘発法については、多胎妊娠の危険があるばかりではなく、卵巢過剰刺激症候群を引き起こす可能性もあり、十分な技術を持った医師が慎重に実施する必要がある。

○ 排卵誘発法を行うに際しては、排卵誘発法による多胎妊娠の危険について、患者に十分に説明するとともに、十分な情報提供と相談を行い、患者が多胎妊娠を許容しない場合には、リプロダクティブヘルス/ライツの観点も踏まえ、それを使用すべきではない。

○ 排卵誘発法については、いまだ完全な多胎防止策が確立されていないことから、この分野の研究を行政、関係学会等が積極的に推進する必要がある。また、単一排卵誘発法の普及を図る必要がある。

(3) 減数手術について

○ 減数手術については、母体保護法の人工妊娠中絶の定義規定に該当する術式ではないとの指摘があるが、減数手術は確かに母体内において胎児を死滅させるものであり、分娩と同時に母体外に排出されるといっても、それは人工的に排出されるとはいえず、また、優生保護法制定時に減数手術のような手術が想

定されていないことを考えると、その指摘は適当であると考える。

○ 減数手術については、前述したとおり、原則としては、行われるべきではないため、母体保護法の改正により、人工妊娠中絶の規定を改める必要はないのではないかと考える。

なお、規定の解釈や見直しを含めて検討すべきとの意見もある。

○ しかしながら、多胎妊娠の予防措置を講じたのにも関わらず、やむを得ず多胎（四胎以上、やむを得ない場合にあっては三胎以上）となった場合には、母子の生命健康の保護の観点から、実施されるものについては、認められ得るものとする。

○ 減数手術の適応と内容については母子の生命保護の観点から個別に慎重に判断すべきものとする。

○ 遺伝子診断や性別診断等によって減数児の選別を行ってはならない。

○ 減数手術についても、塩化カリウムの投与を誤って母体に行う可能性があるなど危険を伴うものであることから、十分な技術を持った医師により行われる必要がある。

○ また、減数手術については、全部の胎児が失われる可能性があるなどの説明を十分行い、同意を得る必要がある。

7 行政、関係学会が行うべきこと

○ 以上述べたように、生殖補助医療技術による多胎妊娠の防止対策が、適切に実施され、減数手術の実施条件が厳格に守られるためには、行政又は学会において、これをルール化することが必要である。

○ 行政又は関係学会が、このような実施体制が整備されている医療施設を認定し、登録させ、これらの実施を登録医療施設に制限し、多胎の原因及び減数手術の理由について報告させるなど、これらのルールが適切に守られる体制を構築する必要がある。