

そこでは、法的な親(被実施者夫婦)はもちろん、提供者の責務・責任も最大限に自覚されなければならないのではないのでしょうか。なぜなら、その“責務・責任”には、“生まれて来る子どもの将来”のことが当然含まれるはずであって、生まれて来る以上は、その子どもの“福祉”の一部として“権利”が発生することをおろそかにしてはならないのであって、その点に関する言及と、そのことの関係者たちの“責務・責任”についての言及が不可欠だと思います。

検討課題2に関して

1の(1)について

1全体が、インフォームド・コンセントとカウンセリングのあり方について述べられているのですが、まず、インフォームド・コンセントとは、“双方向性を持つもの”であることに留意していただきたいと思います。1の(1)の「…に対する説明の実施」がたとえ「十分」であるとしても、それは、「提供を受ける夫婦は…説明を“受けた確認”を行なう」および、1の(2)の「同意の取得」とあるように、あくまで医師の側に立つ一方向的なものであって、「インフォームド・コンセント」のあるべき内容としては不十分だと思います。

それは、上記したように、被実施者夫婦や提供者の“責務(責任)”が不可欠・不可避である以上、医師の側からの「実施」に付いての「説明」だけでなく、“受ける側”からの“状況や事情”の「説明」と、それについての医師の側からの「コンセント」がなければなりません。それがなされて、初めて「コンセント」の果たす役割が充たされるのですから。

「会告」に付されている“解説”には、『体外受精・〈はい〉移植法の実施に際して、我が国における倫理的・法的・社会的な基盤が十分に配慮され、「体外受精・〈はい〉移植」に関する見解が、より正しく理解されることを目的として』いとあります。“自然な”かたちで子どもを持つことが可能な多くの人たちにとって、この「技術」への関心や関与は低いでしょう。“子どもを産みたいけれども、医学的な障がいがあって産めない人たちの希望を叶えさせる”という「目的」が、“子どもを産むこと”で完了するとの考え方に帰結するのであれば、「会告」が繰り返す「プライバシー」は、本「報告書」が究極的に目指しているものと相容れないものであると言わざるを得ません。その意味で、「検討課題2」で述べられている点は、内容的にさらに踏み込んだものでなければならないと思います。

わたしの意見が、この「報告書」の「生殖補助医療」の「技術」的なことに関するものであることを超えているというのであれば、厚生労働省は「生殖補助医療」そのものを検討する専門委員会を設置して、生命倫理的な観点からの根本的な検討がなされる必要があると思います。この「報告書」について、そのことも含んだ検討というのであれば、当然わたしが指摘していることもさらに検討されるべきではないのでしょうか。

1の(3)について

ここでは、カウンセリングは「専門団体等による認定等を受けた当該生殖補助医療に関する専門的知識を持つ人」となっているけれども、現実にそのような条件を充たす人がいるのか、いるとしても、その必要を充たすだけの人数を確保できるのか、疑問を感じます。

また、「カウンセリングを受ける者」について、特に②と④では法的な担保の問題がないかという点と、心理的な大きな困難が予想される点が気になります。また⑤では、関係する家族に情報が伝えられるので、それによるより困難な「プライバシー」の確保が可能なのか、「プライバシー」は前提されないものとして述べられているのかが明らかではありません。

2の(2)について

「実施施設」の業務は、「提供された精子・卵子・〈はい〉による生殖補助医療について“最終的な責任を負う”」とあります。「実施責任者」の「最終的責任」について、「具体的には」として記述されていますが、その記述から受けるものは、“誤りなく実施すること”（＝“マニュアル・チェックを怠るな”）と言っているだけで、それが「最終的責任」と言うことなのだろうかと考えてしまいました。

「実施医師」の果たすべき役割についても、“マニュアル通りやること”と言っているだけ、という印象です。

繰り返しになりますが、この2の(2)で述べられていることから、この報告書で言うところの「生殖補助医療」は、“子どもを産みたいけれども、医学的な障がいがあって産めない人たちの希望を叶えさせる”ことに止まるという印象がありますが、それでは不十分のそしりを免れないと思います。

特に、「生まれて来る子どもの福祉」に対する「実施医療施設」の役割や責任、例えば、“その子ども”に障がいがあった場合についての言及は不要なのでしょうか。この点で、2の(3)の「倫理委員会について」の、②で述べられている（「生まれた子に関する実態」という点が、「施設」が「実施」するにあたっての「留意」すべき事柄として記載されないのはなぜでしょうか。

2の(3)について

「倫理委員会」は、「実施の是非を（“事前”に）審査する」だけではなく、“事後”の事柄についても責任を果たすことが求められる機関でなければならないと思います。

また、「倫理委員会」の“構成”については、「次に掲げる人的要件を満たすことが望ましい」という“要望”ではなく、その構成の基準を充たしていることが公的に確認される必要があるでしょう。わたしが『世界』に書いたような、“お墨付き”を与える機関になることのないためにも。

検討課題3に関して

この部分は、以上に述べたことを維持するような公的機関の管理体制が明確にされることに尽きると思います。

<おわりに>

わたしは「生殖医療」は「補助医療」も含めて、（子どもを持ちたい人の）“現在”よりも、（生まれて来る子どもの）“将来”を中心に据えたものであるべきだと考えていますから、「個人情報の開示」を基本にした方向が打ち出されることを望んでいます。

その点に関して、この課題に関わる方々に、英国の著名な哲学者であり、1984年に人間の受胎と発生に関する「ワーノック報告書」をまとめた調査委員会の委員長を務めたメアリー・ワーノック(Mary Warnock)氏が著した「Making Babies Is there a right to have children?」(Oxford UP, 2002年)を是非お読みいただきたいと思います。100頁ほどのこの本を通して、主として生殖に関連して、“権利”とは何を意味するのかについて、この著者から深い示唆を与えられました。

受付番号：36

受付日時：平成15年1月31日

年齢：30歳代及び40歳代

性別：(夫婦)

職業：会社員及び地方公務員

所属団体：なし
氏名：匿名希望

〔この問題に関心を持った理由〕

結婚して11年、不妊治療をずっと受けてきました。しかし、下垂体から放出されるFSHが高いままで、卵巣も萎縮している状態であり、受精可能な卵子の存在は期待できない状況が続いています。

同じ悩みを持つグループの中には、すでに、米国や韓国などでの卵子提供プログラムを実行しようとしている方々もいらっしゃいました。

しかし、平成12年12月の「生殖補助医療技術に関する専門委員会」報告書の報道発表を受け、この数年、貴部会に一途の望みを託してきたところです。

また、平成14年11月には、坂口厚生労働大臣が不妊治療の保険適用について前向きな発言を行うなど、わが国の不妊治療の進展及び普及に期待感を持っていたためこのパブリックコメント募集に参加するものです。

〔御意見〕

生殖補助医療技術の進展のため、平成10年10月から2年2カ月、専門委員会では、計29回も審議していただき、更に約2年、その条件整備及び具体化のため、貴部会で審議いただくなど、お忙しい先生方、厚生労働省の職員の方々の並々ならぬご尽力に、不妊治療を受けているものとして厚く感謝申し上げます。

生殖補助医療が着実に普及している中、この熱心で集中した審議と長い年月の結果が広く国民に理解され、『私たちと私たちの子孫のため、協和による成果と、全国にわたって自由のもたらす恵沢が確保され、その福利が享受できる』ようお願い、下記のとおり意見を提出するものです。

記

1 無知なる国民のひとりとして

「専門委員会からの報告書」は、次のような内容であるところまでは、思っていました。

- (1) 営利目的での精子等の授受、代理懐胎の施術やそれらの斡旋、秘密漏洩に罰則を適用させ、大きな社会問題となるような医療行為等を規制するもの
- (2) 一方で、必要な条件整備を進めていくということを条件に、上記(1)以外の精子・卵子・胚の第三者提供による生殖補助医療の拡大を認めるもの

この報道に接した時、不妊治療を受けているものたちは、わが国も他国の先進医療にようやく追いつくものだと言っておりました。

2 回を重ねるごとに抑制・規制を強化

しかし、貴部会が回を重ねるごとに、「安全性」の名を借りた、『精子・卵子・胚の第三者提供による生殖補助医療』の「抑制・規制」が色濃くなってきており、たいへん失望しております。

「認めるということはそれを推進するということとは別で、
やることについて禁止しないという考え方で、
認めるからどんどんやりましょうということではない」
(平成14年2月28日・第10回部会議事録より抜粋)

上記の発言に対し、委員の誰も反論していないということを知った時、「専門委員会の報告書」の真意を知らなかった私は自分のバカさかげんをおおいに呪いました。

この方針のまま、貴部会が検討結果を出し、作成される法案や指針・ガイドラインが発表されれば、その抑制・規制の厳しさに(10人に1人といわれる)不妊治療を受けている方たちからはもちろんのこと、身近な人が治療を受けている国民の多くの方々、並

びに、民間の不妊専門クリニックから『また、法律で締め付けるのか』とたいへんな反発が噴出するものと考えられます。

多くの不妊患者は、不妊難民となって韓国や米国への渡航を余儀なくされるでしょう。

特に、下記の5つの締め付けにより、これまで行われてきたAIDも激減し、卵子の提供は皆無、胚にいたってはなおさらという状況に陥ることは、貴部会の多くの委員も認めているところです。

- ① 施設基準による締め付け
- ② 人的基準、カウンセリングによる締め付け
- ③ 倫理委員会の設置義務による締め付け
- ④ 働く女性の排除による締め付け
- ⑤ 啓発等の無作為による締め付け

3 修正意見等

～『非配偶者間の生殖補助医療は、国としてできるだけ行いたくない』と国民から勧
ぐられないために…～

(1) 施設基準による締め付け

ア 実施医療施設

- ① 配偶者間の生殖補助医療は、通常の不妊専門クリニックで多く行われています。非配偶者間の生殖補助医療は、感染症の検査、遺伝性疾患の確認までであるのに、何故、不妊専門クリニックではダメなのでしょうか？
- ② 非配偶者間におけるリスクは、インフォームド・コンセントにより患者は十分に承知しているものであります。非配偶者間の生殖補助医療を望む患者たちはリスクが多くても渴望しています。法的整備が行われる中で、(過剰な「抑制・規制」により)生殖補助医療技術が事実上、配偶者間だけに限定されてしまうというのは、あまりにもおかしいです。
- ③ 十部な医学的根拠がないわけですから、上記①が国民に理解されない限り、非配偶者間の生殖補助医療を受けるものは特別とみなされる、過剰な「抑制・規制」は、そのまま『差別問題』につながるでしょう。
- ④ 非配偶者間はインフォームド・コンセント、カウンセリングも手厚く行われるのに、(税金の投入された)高度な医療施設のみに限定され、一般の配偶者間ではこれが簡略化されるとなれば、『逆差別』も生まれます。
- ⑤ 非配偶者間におけるリスクは、配偶者間におけるリスクより高いというデータが十分に示されていません。まして、正常な卵子と精子、又は胚で実施される非配偶者間における生殖医療が、妊娠のむずかしい配偶者間におけるリスクより高いというのが、理解できません。
【高橋院長・第12回部会議事録(平成14年5月9日)より抜粋】
 - 「基本的には自然妊娠で出産した子どもに比べて、いわゆる異常児の率が高いというデータは出ていません。」
 - 「正直、第三者の配偶子を提供する医療というのは正直余り興味がないと。これはできて当然といいますが、医者としてのおもしろ味がないというのでも確かにあると正直言わせてもらいます。当然家畜と一緒にするので、こういったら失礼ですけど、いい受精卵をもらって、いい子宮にすれば、恐らく妊娠率は80%超えて当たり前なんです。そういうことで、技術的な問題は余り重要ではないのではないかと思います。」
- ⑥ ある委員の意見「ほかの生殖医療と第三者からの提供によるものとの医学的な面から区別するのは、理論的に考えておかしいし、ほかの人が読んで矛盾すると思います。科学的な根拠がないのに、ここだけ厳しくするのはおかしい

と思います。」

→ この意見に対する議論が十分になされないまま結論がだされました。もともと、結論ありき だったのではと疑われやすい。

- ⑦ NICUの不足解消のために、非配偶者間の生殖補助医療を出汁にしないでいただきたい。
入院施設やNICUは、綿密な連携を行うことが確保されていれば当面、それで良いとすべきだと思います。
〔 配偶者間の生殖補助医療を行っている方から恨まれるのは嫌です。〕
- ⑧ 基礎研究室は不要でしょう。まして、技術研修医や新人の技術訓練などは通常の配偶者間の生殖補助医療、顕微受精でも必要な話であって、患者が渴望する「少ない第三者の卵子や精子、胚」を使って研修されるなんて、患者の感情を無視するようなものです。各実施医療施設で必ず必要なのではないでしょうか？
基礎研究室を義務付けるのはセンターだけであって、基礎研究室は都道府県ごとにひとつで十分かと思います。
「基礎研究室の併設が望ましい」程度の表現でないと、本当は、実施医療施設を認定するつもりはないのではと勘ぐられてしまいます。
- ⑨ 非配偶者間の生殖補助医療のために、大きな施設を整備・建設する補助金や税金が投入されても、実施件数が数件であれば、税金の無駄使いと批判され、非配偶者間の生殖補助医療を受けようとする患者は『差別』視されてしまいます。
実施医療機関には不妊専門クリニックも多く認定すべきだと思います。
一方でセンターの充実、配偶者間も含めた医療整備、通常分娩も対象とした成育センターの整備、充実を求めます。センターを中心とした連携が行われていれば、生殖補助医療を施す複数の施設、分娩を行う複数の施設、小児医療を施す施設は、当面、それぞれ別であって良いと考えます。
- ⑩ 非配偶者間の生殖補助医療を受けようにも実施医療機関が県内にひとつしかない場合、仕事を持っている女性は、休暇をたびたび取得しなければならなくなります。通常の生殖補助医療では、総合病院や大学病院でも診察、治療が行われますが、HMG-HCG療法など、長期にわたる注射、治療は職場（あるいは自宅）に近い不妊専門クリニックや産婦人科で（卵巢過剰刺激症候群など副作用の十分な監視のもと連携をもって）行われているのが実情だと思います。
また、不妊専門クリニックの方が妊娠率が高いですし、妊産婦や赤ちゃんも見なくて済みます。大学病院のように若い研修医のおもちゃ（研究材料）にされないのが安心です。

お願いですから、（非配偶者間だからといって）女性から「職業」や「医療機関の選択の自由」を奪わないでください。

イ 提供医療施設

- ① この施設が相当数ないと、提供される精子、胚、卵子の供給は滞り、結果的にこの制度は「絵に描いたもち」に終わってしまいます。
何年もの集中審議された時間や国民の期待に裏切らないためにも、相当多数の提供医療施設を確保する必要があります。
- ② 指定施設以外の医療機関から余剰の胚や精子、卵子の提供があった場合も、それを無駄にしないようなシステムが必要であると考えます。
- ③ 胚、精子、卵子の種類により提供医療施設の指定基準は異なるべきであって、医学的に異なるレベルのものを無理に厳しい基準に統一すべきではない考えられます。
- ④ インフォームド・コンセントやカウンセリングは提供された後であっても（凍結保存されている間に）開始可能にするべきだと思います。

- ⑤ 提供医療施設において、インフォームド・コンセントやカウンセリングが行える人的配置は望ましいことではありますが、そういった人的配置を提供医療施設内に義務づけるような「抑制」は必要性ないと考えます。
センターからカウンセラーを派遣すればすむことだからです。
- ⑥ 余剰卵子であってもそれが胚になれば、凍結保存が可能なことから胚の提供医療施設など、基準相当の培養設備及び培養スタッフを有する医療機関（実施医療機関には指定できないレベルである場合でも）では、余剰卵子に非配偶者からの精子をかけあわせ、凍結保存することまでの工程を認めても良いと考えます。凍結保存された当該胚は、移動できることから指定された実施医療機関に搬送することができると思います。
- ⑦ 今後、生殖補助医療以外への精子、卵子、胚の使用は医学の発展上、多くの需要があるものと考えられています。特に胚性幹（ES）細胞の供給を不必要に抑制することは、わが国の医療技術（再生医療を含む）を諸外国より低位なものにしてしまうことでしょう。
今回、厳格すぎる基準を設けて提供医療施設を抑制してしまうことは、生殖補助医療用の精子、卵子及び胚の抑制だけでなく、将来、不可欠なES細胞の供給を絶ってしまうことにつながるおそれがあります。

(2) 人的基準、カウンセリングによる締め付け

- ① 臓器移植のように、カウンセラーは出張するのが当然だと思っていました。
- ② もしくは、センター化されたところなど、カウンセラーがいるところに提供を受けたい希望者が出向くことができることから、連携の取れる体制であれば十分であると考えます。
- ③ カウンセリングにおいて、医療内容が配偶者間のそれと大きく違うのか違わないのかも説明し、あくまでも抑制する立場ではなく、（差別することなく）生殖補助医療を推進する立場で説明願いたいものです。

(3) 倫理委員会の設置義務による締め付け

これこそ、何故、実施医療機関内に設けなければならなのかが説明しつくされておられません。都道府県内にひとつあれば十分であってその方が（実施機関ごとではない方が）公平な判断が下せるのではないのでしょうか？

(4) 働く女性の排除による締め付け

実施医療機関や提供医療機関が少ないことは、結果として働く女性の排除につながることになるので、対象医療機関は多く認定していただきたいです。

(5) 啓発等の無作為による締め付け

「これからの我々の務めというのは、卵子の提供をできるだけ募っていくということが重要な課題ではないかと思うんですよね（平成13年12月21日・第8回部会議事録より抜粋）」

矢崎部会長のおっしゃったとおり、具体的な取り組みが必要と思われます。

については、配偶者間で体外受精が行われる際、生殖補助医療に携わる医師は余剰の配偶子の提供を積極的に声がけしていくよう部会として提言すべきと考えます。

4 最後に

× 「理想論を掲げすぎ、当面の実現は不可能な制度・施設をガイドライン化した結果、第三者の提供はほとんどありませんでした。
数年後、見直しますので それまで待っていてください」

このようなことになっては、多くの国民から理解を得ることはできないと考えます。

第20回部会（平成14年11月21日）で、石井教授や矢崎部会長の言われた『隗より始めよ』のお言葉に賛成です。

一気に遠大な制度・施設で実施するのではなく、まずは、できることから、実績づくりから始めるべきだと思います。

生殖補助医療を着実に普及させたのは、国公立の総合病院だけの力によるものではありません。

地元の不妊専門クリニックが地域に根ざして、患者（特に不妊女性）の立場に立った医療が（競争原理がうまく働き）行われた結果だと思えます。

先生方のお言葉のもうひとつの意味である「言い出した者が着手すべき」として、当面、（患者が仕事を辞めることなく通院できる）地元の不妊専門クリニックにも門戸を開けておくことが必要不可欠であると考えます。

受付番号：37

受付日時：平成15年1月31日

所属団体：社団法人 日本産科婦人科学会 倫理審議会

氏名：委員長 米本 昌平

委員 池澤 優、片山恵利子、斉藤加代子、塚崎 克己

平岩 敬一、三木 妙子、南 砂、吉村 泰典

〔この問題に関心を持った理由〕

本倫理審議会は日本産科婦人科学会からの「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療」に関連する「代理懐胎」、「胚の提供による生殖補助医療」、「精子・卵子の提供者を匿名の第三者とする点」についての諮問に対し、慎重な協議を経て、倫理審議会答申書を日本産科婦人科学会に提出している。本倫理審議会としても審議事項の共通性から厚生科学審議会における「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療のあり方」についての議論を当初より注目している。

〔御意見〕

本倫理審議会としては「倫理審議会答申書（諮問事項 胚提供について）」の提出をもって意見とする。以下にその全文を記載させて頂く。

倫理審議会答申書

— 諮問事項 胚提供について —

平成14年6月4日

日本産科婦人科学会倫理委員会
倫理審議会

| | |
|-------------|-------|
| 池澤 優 | 片山恵利子 |
| 齊藤加代子 | 塚崎 克己 |
| 平岩 敬一 | 三木 妙子 |
| 南 砂 | 吉村 泰典 |
| 米本 昌平 (委員長) | |

倫理審議会答申書

一 諮問事項 胚提供について 一

平成 14 年 6 月 4 日

日本産科婦人科学会
会 長 中野 仁雄 殿
倫理委員会
委員長 野澤 志朗 殿

日本産科婦人科学会
倫理審議会
委員長 米本 昌平

平成 13 年 8 月 17 日の日本産科婦人科学会からの審議事項について、本審議会はこれまで 11 回にわたって会議を開催し討議してきた。審議事項のうち、胚提供について審議を終えたので、別紙の通り答申する。

審議事項は相互に関連した課題を含んでおり、慎重な審議が必要であるが、問題の重要性に鑑み、結論に達した事項から順次答申するものである。なお、最終的にはすべての審議事項について包括して答申することを予定している。

胚提供について

胚提供による生殖補助医療は、認められない。精子卵子両方の提供によって得られた胚はもちろんのこと、不妊治療の目的で得られた胚で当該夫婦が使用しない胚であっても、それを別の女性に移植したり、その移植に関与してはならない。また、これらの胚提供の斡旋を行ってはならない。その理由は、このような手法による妊娠出産には、生まれてくる子の福祉の観点から看過し得ない問題が含まれているうえ、現行の法秩序や医療体制など日本の社会基盤のもとでは十分対応できない問題が含まれているからである。

精子・卵子・胚の提供に対する認識

平成 12 年 12 月の厚生科学審議会・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の報告『精子・卵子・胚の提供による生殖補助医療のあり方についての報告書』（以下、専門委員会報告書とする）は、わが国においても匿名の第三者からの精子による人工授精（AID）が認められてきた現状を踏まえたうえで、これをさらに拡張し、「第三者からの卵子または胚の提供を受けなければ妊娠できない夫婦に限って、第三者から提供される卵子を用いる体外受精および胚移植を認める」としている。また、専門委員会報告書は、卵子の提供が実質的にきわめて困難であろう事態を考慮し、医学的に卵子の提供を受ければ妊娠できる場合においても、胚の提供をもってこれに代えることを認めようとしている。しかし、第三者からの精子提供による AID が長く行われてきている現実を根拠として、第三者からの胚提供による生殖補助医療を承認するという専門委員会の立場は、精子または卵子の提供と、胚の提供との

差違を重要視しないものであり、それはいわゆる「滑りやすい坂道」を下る危険に通じる論理とも言えよう。

第三者からの卵子提供による体外受精と胚提供

第三者からの卵子提供による体外受精自体、専門委員会報告書などで認める方向性は示されているものの、例外的事例を除いては、日本では未体験の医療である。したがって、胚提供による生殖補助医療の是非の問題は、卵子提供による体外受精が実施に移され、これに伴って生じる諸課題が検討されて社会的基盤が改善される見通しがたった後に、取り上げるとしても遅くはないであろう。

胚提供を認めない論拠

不妊治療に用いられなかった胚の提供による生殖補助医療は、卵の採取など提供する側に新たな身体的負担を課するものではないため、胚を提供する夫婦と、これを用いて不妊治療を受ける夫婦の双方に対してそれぞれ十分な説明を行ったうえで、自由な意思による同意を得て行われるのであれば、医学的見地からはこれを認めないとする論拠に乏しいように見える。また、卵子の提供が想定されにくい日本の現状に鑑みれば、卵子提供があれば妊娠できる夫婦に対しても、提供胚をもって生殖補助医療を行なってもよい、とする主張にもある程度の理由がある。しかしこれらを考慮したとしても、胚提供による妊娠は、以下に述べる理由によって認められるべきではない。

① 生まれてくる子の福祉

胚提供による生殖補助医療の結果生まれてくる子には、遺伝的父母と、分娩の母および社会的父という異なる二組の親がいることになる。兄弟についても理念的には二組存在することになる。精子・卵子ともに提供され体外受精させた胚を用いるとしたら、不妊治療で用いられなかった胚を用いる場合よりも、さらに問題は複雑になる。そのような子は、発達過程においてアイデンティティーの確立に困難をきたすおそれがあり、さらに思春期またはそれ以降に子が直面するかも知れない課題（子の出生に関する秘密の存在による親子関係の稀薄性と子が体験し得る疎外感、出自を知ったときに子が抱く葛藤と社会的両親への不信感、出自を知るために子の生涯を通して続く探索行動の可能性）も解明されてはいない（参考文献 1、2）。また胚提供によって生まれた子が、障害をもって生まれ、あるいは親に死別するなど予期せぬ事態に遭遇した場合、前者では社会的親に、後者では事情を知るその親族に、その子の養育の継続を期待することは難しくなる可能性が高く、子は安定した養育環境を奪われる危険にさらされるかもしれない。生まれてくる子という最重要な当事者が不在であるかのような議論はすべきではない。

② 親子関係の不明確性

実親子関係は遺伝的なつながりがあるところに存在する。そのようなつながり（たとえ親の一方とだけだとしても）にこそ、自然の情愛と撫育を期待しえる基盤があると感じるのが一般的な捉え方であろう（註）。その視点からみるなら、胚提供における法的親子関係については誰が親であるのか（遺伝的親なのか、分娩の母とその夫な