

# 多胎妊娠は回避できるか

## —「減数中絶」問題検討の前提として—

青 野 透

### 1 多胎妊娠の増加

最近の不妊治療技術、特に体外受精—胚移植 (IVF—ET) や顕微授精に代表される assisted reproductive technology (ART) の進歩には目を見張るものがある。かつて、受精そして初期胚の形成という妊娠の最も肝心な部分には、産婦人科医は全く無力で、いわば人事を尽くして天命を持つという状態であった。自然の受精現象は、長さが10cm前後で内径も鉛筆の芯程度の卵管内というきわめて恵まれた場所で起こる。秒単位で進行していくこの過程を、生体内環境に近い無菌状態で人為的に再現する技術として開発されたのが体外受精である。卵管が塞がっていたり切断されていて卵と精子が出会う場がないので妊娠できない、そして、従来からある卵管形成術という方法によっても妊娠まで至らない、こうした卵管通過障害に対する不妊治療として登場したわけである。

ルイズ・ブラウンと名づけられた世界初の体外受精児が英国で生まれたのが、1978年のことである。従来の治療法に比してより少ない精子でも妊娠の可能性が得られ、また受精の有無が明確に確認できることから、男性側に不妊の原因がある場合や、最近増えている原因不明の機能性不妊の場合にも応用され①、その数は一直線に増え続け、すでに1991年の時点で、世界46カ国で13万8千人が体外受精の治療を受け、2万6千人 (18.8%) の女性が妊娠、1万6千人 (13.7%) が出産し、25%以上が多胎出産だったため、2万人を超える児が生まれるまでに至っている②。

IVF—ET とは、採取した卵と精子をシャーレの中で混ぜ合わせて受精させ、分割した卵(胚)を子宮内に戻す(移植する)方法であり、一般に体外受精と呼ぶ場合はこれを指している。この他、体外に取り出した卵と精子を一緒にして卵管内に注入する GIFT や、受精させた後、分割した卵を卵管内に移植する ZIFT といった方法もあるが、限られた施設でしか使われていない。以上の方法は、卵と精子を体外に取り出すものの、受精は自然に任せるものである。これに対し、顕微鏡下で卵の中に精子を人工的に送り込むのが、「(男性不妊治療に対する)究極の体外受精」といわれる顕微授精③である。これは非配偶者の精子を用いる人工授精 (A I D) による方法しかなかった重症の男性不妊症例に対しても適用できるとされる。

体外受精が普及した最大の原因は、体外受精法で最も侵襲的な採卵が簡素化できたことによるとされる。10年近く前まで、採卵は、全身麻酔や硬膜外麻酔をかけ、腹部に小さな穴をあけ、腹腔鏡で中を見ながら行うという、大がかりなものであり、女性側の負担も大きかった。しかし、その後、超音波下採卵が導入され、膣からのアプローチが確実・容易であるために、現在

ではほとんどの場合この方法である④。膣から針をつけたプローブ（端子）を入れ、モニター画面で卵胞を確認しながら、より安全に卵を吸い取ることができるようになった。軽い静脈麻酔により、30分たらずで済むため、外来だけで治療可能となり、入院なしで取り組む施設も増えている。採卵技術の簡素化は医療を行う側にとって、増加する症例数を消化しやすくなり、なにより、患者にとって体外受精がより受け入れやすい治療法となった⑤。

さて、現在ではマニュアル化しているとまでいわれる体外受精は、依然として成功率（＝生産率、出産にまで至る可能性）の低さが問題となっているが、生産率をあげる努力に伴って生じてきたのが、多胎妊娠という問題である。自然排卵を待って採卵していた時は、採卵しようとする時点で排卵のあとだったり、過熟になっていたり、成熟した卵をタイミングよくとることが非常に難しく、妊娠率も極端に低いものでしかなかった。その後、多くの卵を移植すれば、妊娠する割合が大幅に上がることがわかり、排卵誘発剤を用いて一度に多くの卵胞を成熟させる過排卵という方法が取られている。たとえば平成4年の日本でのIVF—ETのうち、自然排卵によるものは170例（全体の2％）でしかない（斉藤英和他「体外受精：最近の動向」『第24回日本医学総会誌 [III] 1995・名古屋』）。両方の卵巣を合わせて7～10個の成熟度の高い卵を取り出すことになる。そうして得られた卵を受精させ、複数の卵をしかも着床率を上げるさまざまな方策をとりながら子宮に入れるわけで、内視鏡で一個の卵を採取していた時には考えられなかったような、多胎妊娠が多数発生するという事態が半ば必然的に生じたわけである。

自然妊娠の場合、多胎妊娠率は、双胎では約100の分娩に1例といわれ、日本では約160の分娩に1例と推定されている⑥。3胎（品胎）は自然妊娠では7,500～9,700例の分娩に1例と報告されている⑦。多胎が自然に起こる可能性、それも3胎・4胎、さらにそれ以上になると、天文学的数字というべき頻度である。それが、不妊治療の普及により、1975年から91年までに28組の5つ子が生まれるなど、希有なことではなくなった。例えば、日本での四つ子の頻度は1951～68年に100万出産あたり0～0.50であったが、1975年に7.5となり、さらに1992年には19.7まで上昇している⑧。つまり、排卵誘発剤による過排卵や過剰の胚移植によって多胎が増加しているのである。「排卵誘発剤の開発以来、IVE—ET および ART による多胎妊娠の頻度は、それ以前に比べ10倍に増加している」⑨と指摘されている。

日本における具体的数字を挙げておくと、過去10年間（1984～1993年）の多胎妊娠の増加は、児数で3胎が408から858に（数比2.1倍：出生数全体に対する割合比2.7倍）、4胎が16から85に（数比5.3倍：割合比6.7倍）増えている（寺尾俊彦「多胎妊娠の予防に関する研究」平成6年度厚生省心身障害研究）。とくに、「1988年から91年まで多胎児の割合は1.29%・1.36%・1.37%・1.43%と増加をみせていた。年度の方向性を考慮した多胎児と単胎児の割合の変化の検定は有意差が認められた。僅か4年間という短い期間においても、多胎児の増加は著明であり、近年の増加傾向に拍車がかけられている」（浅香昭雄他「多胎妊娠の管理及びケアに関する研究」平成7年度厚生省心身障害研究）と指摘されている。

多胎妊娠は、日本では、「山下さんの（あるいは徳之島の）5つ子ちゃん」という呼び方に象徴されているように、多胎妊娠の明るい面のみがマスコミによって報じられてきた⑩。もちろん、多胎妊娠は、不妊症の男女にとって一度に複数の児を得ることができ、不妊症治療を再度受ける可能性は少なくなり、その点ではよいことである。だが、複数の児を希望する人たちであっても、同年齢の多数の児を育てることを最初から期待するものではないであろうし、実際に様々な困難が予想される。しかも、後に確認するように、多胎妊娠は単胎の場合と比較にな

らないほど、妊娠・出産をめぐる医学上の危険性の存在が指摘されているのである。倫理的な問題と並んで、多胎のため流産・早産や未熟児の出生が多くなるというリスクの存在のために、体外受精に対して「ほかに治療法がない場合の最終的な不妊症治療」という位置づけをする医師も多い。多胎妊娠の回避こそが人工生殖の最大の課題といわれるゆえんである。

- ①見尾保幸・谷本司砂「体外受精・胚移植」星和彦編『不妊治療とそのケア』メディカ出版、1995年、101頁。なお、体外受精が、卵管障害をもった女性のためではなくて、もっぱら乏精子症の男性のために行われることが1980年の段階で指摘されている。ジーナ・コリア、斎藤千香子訳『マザー・マシン 知られざる生殖技術の実態』作品社、1993年、155頁。
- ②金城清子『生殖革命と人権』中央公論社、1996年、56頁。1989年の数字と比較すると「体外受精児を産んだ女性の数は90%増加し、出生児数は2倍に増えたことになる」。なお、1991年の「国別の出産件数では、アメリカが4,900件、フランスが3,800件で群を抜き、1,315件の日本は世界第六位だった」『日本の論点'95』文藝春秋、1994年、490頁。
- ③その急増ぶりについては、『日本産婦人科学会誌』47巻10号、1995年10月、1201頁参照。だが最先端の技術であり、問題も多い。『読売新聞』1996年1月31日夕刊は、「顕微授精での産児314人中5人に先天異常」と報じている。「患者の追跡が難しい不妊治療に伴う先天異常のデータが公開されたのは初めて」であり、その数値について学者によって評価が揺れていることを伝えている。不妊治療について議論が進まないのは、医療の密室性に最大の原因がある。
- ④斎藤英和・中原健次・伊藤真理子・斉藤隆和・河内谷敏・広井正彦「体外受精—最近の動向」『産婦人科の世界』47巻8号、1995年8月、7頁によれば、「全体の95.2%が経膈超音波による採卵であり、1.4%が腹腔鏡による採卵であった（1992年）」。
- ⑤福本英子『生物医学時代の生と死』技術と人間、1989年、99頁には、この技術の開発のひとこまが紹介されている。
- ⑥浅香昭雄・大木秀一「双生児の遺伝学」『生物の科学 遺伝 別冊5号 ヒトの遺伝』1993年、52頁。
- ⑦佐藤章・遠藤力・北野原正高・星和彦「体外受精の合併症とその対策 多胎」『臨床婦人科産科』49巻8号、1995年8月、1,097頁。
- ⑧今泉洋子「人口動態統計からみた多胎出産の動向—出産率と死産率—」『厚生指標』40巻6号、1993年6月、5頁他。
- ⑨佐藤章他、前掲、1,098頁。
- ⑩根津八紘「10年間の減胎手術の検討」『産婦人科の世界』47巻11号、1995年11月、41頁によれば、「産婦人科医ですら問題点を考慮せず、多胎妊娠を歓迎する傾向にある」。なお、イギリスでは1987年に排卵誘発剤による治療を受けた女性が7つ子を妊娠し、5児が生きて産まれたが、1週間以内にすべて死亡したことが報道され、不妊治療技術についての論争がマスメディアの場で始まったという。レナーテ・クライン編、「フィンレージの会」訳『不妊 いま何が行われているのか』晶文社、1991年、380頁参照。

## 2 多胎妊娠と排卵誘発剤・体外受精

日本の、新鮮胚を用いたIVF—ETのみでの多胎妊娠率は、1988年が18.6%、89年が23.1%、90年が28.1%、91年が20.8%、92年が19.0%である①。また、日本産科婦人科学会の「平成6年度の診療・研究に関する倫理委員会報告」では、新鮮胚、凍結胚および顕微授精のいずれの治療においても多胎妊娠率は18%以上と高率であった。さらに、「平成7年の生殖・内分泌委員会報告」では、94施設の集計によるIVF—ETによる分娩数をみると、多胎分娩は25.5%である。

1992年の成績では、「IVF—ET、GIFT、ZIFTを合わせた生産分娩数は1,059例であり、その

うち多胎分娩数は250例(23.7%)であった。その内訳は双胎214例(20.2%)、3胎32例(3.0%)、4胎3例(0.3%)、5胎1例(0.1%)であった。体外受精子の5人に1人が双子の多胎出産というわけである。なお、多胎妊娠のほとんどがIVF—ETによるものである」②。

以上は、人工生殖による多胎妊娠・出産の数値であるが、自然妊娠を含めた日本全体における多胎妊娠の増加の原因が、もっぱら人工生殖の普及にともなうものであることは次のようにしても確認されている。

まず、双子の場合、2卵性双生児(別々の卵子に別々の精子が受精し2個体として発育したもの)の出産頻度が上昇している。1974年の1卵性双生児と2卵性双生児の割合と比較した場合、1988年から91年の2卵性双生児の割合の方がはるかに高いことも明白である。すなわち、1卵性双生児と2卵性双生児の割合は、1974年が68:32であったのに対し、1988年は63:37、89年61:39、90年は59:41、91年は57:43(組数にして5,007:3,812)である。2卵性双生児の相対的割合の増加は長い年月の経年的変化にもみられ、特に近年はこの傾向は顕著であると特徴づけられる。このような変化は、不妊治療就中排卵誘発剤、体外受精の影響によると考えられる(浅香昭雄他「多胎妊娠の管理及びケアに関する研究」平成7年度厚生省心身障害研究)。

三つ子の場合も同様に、1卵性はもとはただ一つの受精卵であって、発生の初期に分離して三つの個体になったもの、3卵性は3個の卵子が別々の精子によって受精し、それぞれ独立の個体になったものである。「わが国で排卵誘発剤が使用され始めたのは1966年以降である。したがって、1968年以前と以降での多胎出産率を比較すれば、排卵誘発剤の影響をみることができ。1955～67年の資料を用いて、卵性別三つ子出産率を計算すると、1卵性が100万分娩あたり33であり、3卵性が4であった。一方、1974年の資料を用いてそれぞれの値を推定すると、30と12であった。したがって、3卵性三つ子の頻度は、1955～67年の値より3倍も上昇していることが分かる」「排卵誘発剤の三つ子への影響は1975年以降みられ、さらに1985年以降の上昇は、体外受精の影響も含まれる」③。

自然の妊娠では、ほぼ月に一回、一個ずついずれかの卵巣から排出されて卵管に入ってきた卵が精子と出会う受精卵となり、その後子宮に到達して着床する。卵巣内に数千ある原始卵胞のうち、脳下垂体から送られてくるホルモンによって成長を始め大きく成熟するのが、毎月たった一個ということなのである。2個の卵が成熟し、そのまま受精、妊娠すると2卵性の双子になることもあるが、非常にまれであるといわれ、自然の妊娠では2卵性以上の多胎はおこりにくい。したがって、増加している多胎児出産が多排卵によるものであり、多胚化(一つの卵に由来するもの)によるものは少ないことが確かめられ、もっぱら人工的生殖に原因があると明確に結論づけられたわけである。

さらに、日本産科婦人科学会の周産期委員会が周産期管理登録に参加している施設を対象にして実施した調査(1990年～92年)でも、3胎以上の出産280例中、原因が排卵誘発にあるものももっとも多く、47.5%と半数近くであり、次いでARTによるものが34.6%と約半分を占めていた。残りの17.9%が自然排卵によるものであったが、すべて3胎でこの群には4胎児はなかった④。

多胎妊娠の増加には時期的にこれまで二つの段階があり、「排卵誘発剤のhuman menopausal gonadotropin(hMG)が1975年に健康保険に適用され、排卵誘発による多胎妊娠が次第に増加し、一方、体外受精とGIFTを中心にしたARTによる多胎妊娠は1988年頃から急激に増えている」⑤と指摘されている。自然の状態では、排卵が近くなると、脳下垂体から卵

胞刺激ホルモン (FSH) と黄体形成ホルモン (LH) が分泌され、これらの性腺刺激ホルモン (ゴナドトロピン) によって、卵巣が刺激され、卵胞が成熟して排卵が起きる。排卵誘発剤は、卵が成長しなかったり、排卵が起きにくい、また起きないという症例に対して、ホルモンの不足分を補う目的で使う薬である。

不妊の原因は多岐に亙るが、排卵の障害 (多嚢性卵巣症候群など) がその中でも大きな部分を占めている。その治療として、脳下垂体の視床下部に作用して卵巣の排卵を促進するホルモン (特に FSH) を放出させる作用をもつクロミフェンが使用されてきた。

これに対し、卵巣に直接働いて卵胞の発達を促すのが hMG (ヒト閉経ゴナドトロピン) である。クロミフェン療法では効果が得られない場合や、より質のよい卵が必要な場合に利用される。この薬は、FSH と LH の混合物である。まず hMG で卵巣を刺激して、卵胞が十分に发育したところで、hCG というホルモン (ヒト絨毛性ゴナドトロピン) を筋肉注射して、排卵を促す。この hMG—hCG 療法は、排卵障害に起因する不妊症治療に画期的な進歩をもたらした。hMG 療法を行った症例では排卵率は95%を越え、hCG には子宮の内膜を厚くして受精卵の着床を助ける効果もあるため、妊娠率は60~70%であるとされる⑥。

ところが、この療法における多胎妊娠率は21.1%と、自然排卵後の妊娠の約25倍、クロミフェン療法の約5倍で、さらに品胎以上の多胎妊娠率が30%以上と、きわめて高いことが指摘されている⑦。

次に、排卵誘発剤は、一回の月経周期に多数の卵を成熟させ排卵させるため、無月経などの治療や従来の不妊治療にも使われているが、今日では体外受精で成功率を上げるために欠かせない処置になっている。つまり、卵を多く採取し受精させ、複数の胚を子宮内に移植した方が妊娠を得やすいため、種々の卵胞发育刺激法が行われ、10個以上の採卵が全症例の4分の1以上を占めている例 (秋田大学医学部) が報告されている⑧。後で確認するように、戻す受精卵を多くすれば妊娠率は向上するが、それに伴い多胎分娩数も増加している。過排卵による多胎妊娠という問題は、その高い治療成績と表裏を成すものである。

- ①後藤康夫・神崎秀陽・森崇英「体外受精の成績 国内」『臨床婦人科産科』49巻8号, 1995年8月, 1,196頁。
- ②佐藤章他, 前掲, 1,098頁。なお、他の国の多胎出産率の上昇について、遠藤力・星和彦・佐藤章・北野原正高・柳田薫「不妊治療と多胎」星和彦編『不妊治療とそのケア』メディカ出版, 1995年, 194頁参照。
- ③今泉洋子, 前掲, 4頁。
- ④青野敏弘「多胎妊娠の予防は可能か」『産婦人科の世界』47巻11号, 1995年11月, 29頁。
- ⑤青野敏弘, 同上, 29頁。
- ⑥藤原敏博・堤治・武谷雄二「体外受精の合併症とその対策 多嚢性卵巣症候群の過排卵刺激」『臨床婦人科産科』49巻8号, 1995年8月, 1,103頁。
- ⑦安藤一道・水沼英樹・劉曉偉・長竹弘子・山田清彦「低用量 FSH 療法」『産婦人科の世界』47巻11号, 1995年11月, 3頁。
- ⑧福田淳・児玉英也・松井俊彦・清水靖・軽部裕子・田中俊誠「体外受精における卵巣過剰刺激症候群の予防対策の効果」『日本産科婦人科学会雑誌』47巻10号, 1995年10月, 1073頁。なお、レナーテ・クライン編, 前掲, 12頁によれば、排卵誘発剤を用いて、「一度に47個もの卵をとられたという例がある」という。

### 3 多胎妊娠の母児への危険

IVF—ET や ART による多胎妊娠の問題点は、自然による多胎妊娠の問題点と同じである。

以下の項目でも、自然による多胎と人工生殖による多胎との場合で有意の差はないとされる。

#### (1) 妊娠合併症の増加

双胎妊娠の場合の数字としては、「妊娠中毒症の発生率が単胎妊娠の5倍」であり、出産時においては、「子宮内圧が高まるため、前期破水が21%と高率になり、早産も43%と単胎妊娠の8倍以上」になると指摘されている①。

IVF—ET や ART を受ける女性の多くは年齢が高く、高年齢妊娠・分娩となるため妊娠合併症の頻度は高くなる。それに加えて多胎妊娠となると、流産、早産、妊娠中毒症、前置胎盤、常位胎盤早期剥離、前期破水(とくに早産期の前期破水)、分娩後出血、帝王切開率などの頻度が高くなる。妊娠初期での母体性器出血の頻度も高い。

とりわけ早産は、年齢に関わりなく、必発といってよい。前述の日本産科婦人科学会周産期委員会の調査結果では、IVF—ET および ART による多胎妊娠における双胎の妊娠期間は平均34.7週、3胎33.4週、4胎31.3週、5胎は27.8週となっている。早産率は双胎では40.6%、3胎、4胎、5胎は各々90.8%、83.3%、100%であった。単産児におけるこれらの頻度はおよそ5%前後といわれている③。

#### (2) 低体重児出生の増加

このように、多胎になればなるほど、早産率が高くなることから、出生児の体重は小さくなり、低出生体重児(2,500g未満)の出生が多くなる。日本産科婦人科学会周産期委員会の調査では、双胎で $2.018 \pm 672g$ 、3胎で $1.711 \pm 499g$ 、4胎で $1,409 \pm 348g$ 、5胎で $949 \pm 275g$ であった④。

#### (3) 出生児の罹患率の上昇

多胎出産の場合は児に対する後障害の発生率も高くなる。多胎妊娠による出生児は、単胎における低出生体重児に比べ、神経学的後遺症の頻度が高く、とくに超低出生体重児(1,000g未満)では20~30%といわれている⑤。後障害は、上記の周産期委員会報告によれば、双胎と品胎はほぼ4%であるが、4胎では10.2%、5胎では30.8%まで上昇する⑥。後障害の内訳では脳性麻痺、精神発育障害がもっとも多く、次いで未熟児網膜症である。単胎の場合との比較としては、1500グラム未満の極小未熟児における脳性麻痺の比率が「ほぼ倍」(大分県立病院の事例、「いのちのプリズム」『読売新聞』1995年7月15日)という報告もある。

#### (4) 出生児の形態異常の増加

多胎妊娠の場合、単胎妊娠に比べ、奇形の頻度が高い。外表奇形、内臓奇形を合わせた形態異常の発生率は、単胎妊娠の2%に比し、双胎から4胎で7~9%と高く、5胎では30.0%と高率であった⑦。

#### (5) 周産期死亡率の上昇

多胎妊娠の場合、子宮内胎児死亡も多い。多胎妊娠における周産期死亡率は、極小低出生体重児、超低出生体重児の出生が高頻度に認められるため高率となる⑧。

IVF—ET による妊娠例における周産期死亡率は高く、これらの大半が多胎妊娠例におけるものと報告されている。5胎以上では、児の生存はきわめて困難であるといわれる。

このように、多胎は妊娠合併症や早産が多く、母児ともにリスクが高い。早産や子宮内胎児発育遅延のため低出生体重児が多く、しかも児の数だけ治療設備が緊急に要求される事態もある。新生児集中治療室(NICU)に長期間入院せざるを得なくなるが、不妊治療後の多胎妊娠に由来する低出生体重児の急激な増加は、NICUの不足という新たな問題を引き起こしつつあ

る。わが国の周産期医療のレベルは高く、多胎より出生した児の予後は諸外国と比べてもよいと評価される⑨が、低出生体重児を扱う NICU の数 (現在、200~300カ所) から限度がある。こうして、母親にとって児の養育および費用の点から問題があることは別にしても、医学上の見地から、多胎妊娠は極力避けるべきであるとされる。

①青野敏弘, 前掲, 30頁。

②佐藤章他, 前掲, 1,098頁。

③浅香昭雄・大木秀一「双生児の遺伝学」『生物の科学 遺伝 別冊5号 ヒトの遺伝』1993年, 53頁。なお、双胎の場合早産率42.2%・合併症78.1%, 以下同様に、3胎は85.5%・84.1%, 4胎は88.8%・95.0%, 5胎はそれぞれ100%という統計もある。矢内原巧・小田力・田原隆三・鈴木真「ガイドラインをどう決めるか」『産婦人科の世界』47巻11号, 1995年11月, 53頁。

④佐藤章他, 前掲, 1,098頁。

⑤佐藤章他, 同上, 1,099頁。「心身障害(主として未熟性による)発症率は、双胎で8倍, 品胎で20倍, 4胎で26倍」という指摘もある。我妻堯「多胎妊娠の減数術—諸外国の事情—」『産婦人科の世界』47巻11号, 1995年11月, 35頁。

⑥矢内原巧他, 前掲, 55頁。なお、藤村正哲・住田裕「超低出生体重児」『総合臨床』45巻1号, 1996年1月, 82頁参照。

⑦青野敏弘, 前掲, 31頁。

⑧松尾重樹・日高敦夫「母体・胎児管理」『周産期医学』24巻増刊号, 1994年, 541頁によれば、双胎の場合「周産期死亡率は、単胎に比し3~4倍高い」。

⑨新生児・乳児ともに死亡率は世界最低である。なお、周産期の諸問題に関して、荒井良『幼い生命と健康』, 山内逸郎『未熟児』, および吉村典子『子どもを産む』(いずれも岩波新書)がその全体像を知るのに参考となる。

#### 4 排卵誘発における多胎妊娠回避

『朝日新聞』(1996年2月11日付け)につぎのような記事が掲載された。「排卵誘発剤を使った不妊治療で起きやすい多胎妊娠などの副作用を防ぐ有効な方法を、徳島大と昭和大学のグループがそれぞれ開発した。薬を正常なホルモン分泌に沿って使う方法で、これまでのところ三つ子以上の妊娠例は出ていない。徳島大の場合、無排卵症の18人を39周期治療したら、排卵数は平均1.3個で、8割の周期では一個の排卵だった。うち4人が一人の胎児を妊娠した。従来の方法だと、無排卵症16人16周期の平均排卵数は4個で、排卵が一個の例はなかった」。

ARTにおける高い多胎妊娠率は、妊娠率を高めるために複数の胚を移植することに起因している。しかしながら、ARTが医療として成り立つには相応の成功率が確保されなければならないわけで、妊娠率の低下を招くことなく多胎を減らす必要が生じてくる。しかしこれは簡単に可能なわけではなく、現時点では、「多胎の発生を前提とし、周産期医学的管理の及ぶ範囲に胎児の数を抑える」⑩という姿勢で対策を講ずることになる。

高度の多胎妊娠を減らすための方策としては、まず排卵誘発の際に多発排卵を防ぐことが第一で、次いで胚移植の際に子宮に戻す胚の数を制限し、かつ妊娠率を保つ工夫をすることが重要である。排卵誘発剤の使用と体外受精とは区別する必要がある。体外受精の場合は、一部の医師が、多胎の可能性を承知で、必要以上に受精卵を母胎に戻していることに問題があるということになるが、排卵誘発剤の場合は、これを使う段階で多胎の問題は最初から想定される事柄である。

なお、患者の自宅での自己注射の事例が報道される（『毎日新聞』1995年12月31日）など、排卵誘発剤による不妊治療は、体外受精のような特別の施設がいらないので一般に普及しているが、排卵誘発剤の投与が、女性や生まれてくる子どもにどのような副作用をもたらすかは、明確な答えは出ていないことにも留意すべきである。日本でも、昨年、体外受精のために排卵誘発剤を使用した結果脳血栓になり半身まひになったとして、国と治療にあたった病院を相手として損害賠償を求める訴訟が提起されている②。排卵誘発剤については「医療者側の説明では副作用はほとんど（まったく）ないと言われることが多いが、排卵が起こらない場合には規定の投薬量よりもかなり多い量が処方されている。そのような場合に副作用がある」③という指摘もある。薬の卵巣への刺激が少しでも強すぎれば多胎の原因となり、この薬の性格上そもそも多胎の可能性を避けることは困難ともいえる。排卵誘発剤の販売量が「1981年から10年間で約5倍となり、1988年以降の伸びは特に著しい。多胎妊娠の増加もこれに一致」（水口弘司「臨床医学の展望 産科学」『日本医事新報』3747号、1996年2月、52頁）という傾向は続くと思われざるをえない。

もちろん、発育卵胞数を減らし、できれば単一の成熟卵胞の排卵を起こすために、上記の徳島大学のようなさまざまな試みがなされている。エストロゲン測定法、超音波断層法の進歩によって卵胞モニターが詳細に可能となってもいる。しかしながら、hMG療法中に複数の卵胞がほぼ同時に発育を開始することが多く、投与時期の検討などによっても、完全に多胎妊娠を防止することができていないのが現状である④。

- ①森崇英・神崎秀陽・後藤康夫「わが国における体外受精と問題点」『日本医師会雑誌』110巻7号、1994年9月、842頁。
- ②『朝日新聞』1995年9月25日。
- ③お茶の水女子大学生命倫理研究会著『不妊とゆれる女たち—生命技術の現在と女性の生殖権』学陽書房、1992年、89頁。
- ④桑原章・松崎利也・苛原稔・青野敏博「FSH—GnRHパルス療法」『産婦人科の世界』47巻11号、1995年11月、19頁。また、安藤一道他、前掲、11頁にも同趣旨の指摘がある。なお、多胎妊娠を起こしにくい、新たな排卵誘発剤の開発も試みられている。青野敏博「pure FSH」『日本医師会雑誌』110巻10号、1994年11月、参照。

## 5 体外受精における多胎妊娠回避—移植数の制限—

体外受精胚移植の操作のうち、体外受精の受精率は80%程度にまで達しているが、胚移植後の着床・妊娠率は15～20%と低い。移植胚数を2個、3個と増加すると、たしかに妊娠率は向上する。「例えば3個の受精卵を子宮に戻すと1.3人の児が産まれ、8個戻すと1.8人の児が出生するといわれている」①。他方、多胎分娩の発生率も移植胚数に比例して上昇し、3個では10.7%、4個、5個では約20%、6個以上では31.0%に達する②。多数の胚を移植すれば妊娠率も高まるが、多胎の発生率も高くなるというジレンマである。

日本産科婦人科学会の「生殖医学の登録に関する委員会」報告のまとめとして、1991年度のわが国の移植胚数と妊娠率・多胎発生率が発表されている。新鮮胚・卵を用いた治療実績では、移植あたりの胚の数は、IVF—ETは3.2で、その他を合わせた平均でも3.3である③。4個の胚移植が29.1%で最も多い。多胎の発生率では、単胎は79.2%であり、次いで双胎16.9%、三胎3.3%、4胎以上0.6%である。



また、移植胚数別に分析すると、2個では妊娠率16.4%、多胎率6.5%（以下同）、3個では24.5%と19.8%、4個では30.7%と23.1%、5個では27.5%と31.1%であり、多胎率は移植胚数の増加につれほぼ直線的に増加しているのである④。

さて、妊娠率を高めながら多胎率を抑えるという方策として、最も重要なのが、移植する数の制限である。

妊娠率を保ちながら多胎妊娠率を抑えるためには、以上の数字から、移植胚数は3個までに限るのが望ましいということになる。実際に、「生殖医学の登録に関する委員会」報告のなかで、「当面は妊娠率および多胎分娩率の両面を考へて、原則として移植胚・卵数を最高3個までとすることが重要と考えられる」と述べている。一般に3胎以上の妊娠例においては周産期のリスクが双胎妊娠の場合と比較すると格段に高くなるため、胎児数は双胎までが好ましく、そして移植胚数3個の場合には3胎になる可能性が低いからである。

受精卵の子宮への移植を3個以内とすることは、すでに先進国では常識とされる。46カ国の集計では3個の胚移植が40.5%でピークを示している⑤。ドイツでは3個を超える受精卵の移植を罰則付きで禁止している(1991年胚保護法)。日本でも上述のように日本産科婦人科学会は、多胎妊娠を避けるために原則として移植する受精卵の数を3個までにとどめることを推奨している。しかし基準は同じ3個であるが、結果は著しく異なっている。統計によれば、ドイツでは移植する受精卵の数は99%が3個以内である⑥が、日本では4個以上戻した周期が全体の49%とほぼ半数に達している事実がある⑦。違反行為に対する罰則が存在するか否かで違いが生じていると考えられる。成功率が体外受精先進国と肩を並べるまで達していることから、日本の技術水準の高さを誇る傾向も見られる⑧が、他国の常識である3個以内というルールを守らず、多数を移植しての成功率の向上であれば、誉められることではない⑨。多胎等の予期せぬ事態を最終的に背負わされるのは、医師ではなく、他ならぬ一人一人の女性だからである。

ルーチンに4個以上の胚を移植している施設が実際に多く存在する。各施設において移植胚数を3個以内に制限すれば、3胎妊娠の発生頻度は現在よりもかなり低下するはずである。しかも、質のよい受精卵であれば、戻すのは2個までにすべきだとのより積極的な主張もある⑩。

なお、多胎妊娠発生のリスク因子として患者の年齢があげられる。京都大学の統計では、多胎妊娠例においては患者年齢は非妊娠例や単胎妊娠例に比べ低い傾向にあり、不妊期間も短い傾向にあった。この統計から、「39歳以上の妊娠72例において双胎妊娠頻度はそれ以下の年齢と同じで20%程度であったが、品胎以上の発生は認められず、移植胚の個数を決定する時に年齢を考慮することが重要である。多胎妊娠はほとんどの例で初回治療において発生している。したがって、初回IVF—ET治療においては、39歳未満の年齢であれば品胎妊娠の発生を常に念頭に置くことが大切である」⑪との結論が導かれている。

このような細かな症例分析によって各症例を個別化し、多胎妊娠発生のハイリスク群をセレクトして、これらに対しては移植胚数を制限することが、多胎妊娠発生率を減少させるための不可欠の方策と考えられる。

結局、「体外受精の際には過排卵刺激を起し、数個から数十個の採卵を行うので、多発排卵に対する感覚が麻痺し、排卵誘発に際しても単一排卵を起す努力が疎かになっている。また不妊症外来では妊娠率が優先され、多胎妊娠の予防に対する配慮が不足しているのが現状である」という指摘⑫を体外受精を行う医師たちすべてが重く受け止めるべきであるといわざるを得ない。

- ①佐藤章他，前掲，1,100頁。
- ②青野敏弘「多胎妊娠の予防は可能か」『産婦人科の世界』47巻11号，1995年11月，31頁。
- ③森崇英・神崎秀陽・後藤康夫「わが国における体外受精の現況と問題点」『日本医師会雑誌』110巻7号，1994年9月，839頁。
- ④吉村慎一「胚移植法」『臨床婦人科産科』49巻8号，1995年8月，1,083頁。なお，森崇英・後藤康夫・神崎秀陽・中山貴弘「わが国における生殖医学の最近の傾向」『産婦人科の実際』44巻1号9頁以下参照。
- ⑤吉村慎一，同上，1,082頁。
- ⑥金城清子『生殖革命と人権』中央公論社，1996年，134頁。なお，岩志和一郎「ドイツにおける人工生殖の法律問題」唄孝一・石川稔編著『家族と医療—その法学的考察』弘文堂，1995年，401頁以下参照。
- ⑦『毎日新聞』1993年3月6日の記事には，その前年，9つの受精卵を子宮に戻され，4つ子を「母子ともに生命が保障されるぎりぎりの早産」の状態出産した母親の例が紹介されている。
- ⑧森崇英「女性不妊への応用とその実態」『生殖医療技術の進歩と生命倫理』メジカルレビュー社，1993年など。
- ⑨レナーテ・クライン編，前掲，354頁は次のように指摘している。体外受精の問題点の「一つは未熟児の割合が増加していること。もう一つは，多胎の比率が高いこと。さらに障害児の出生率が高いことも深刻な問題だ。そのほとんどは神経管の欠陥（二分脊椎）や心臓の欠陥（大動脈の転移）で，オーストラリアでは『自然な妊娠での1.5%にたいして2.2%もある。このような場合も勘定に入れ，オーストラリア政府の報告は『問題のない出生』の率は4.8%だと結論している。このような統計結果が，体外受精を受けようとしている女性に知らされることはほとんどない。体外受精の成功率は上がってはいない。むしろイギリスのVLAのような自主的な監視機関（たとえ新しい生殖技術に肩入れしているかたよった機関であるにしても）ができるなど，体外受精への監視がきびしくなったために，成功率は下がっている」。当然のことであるが，インフォームド・コンセントの徹底が行われているかどうかこそ，その国の医療の在り方を評価するキイ・ポイントになる。
- ⑩中山貴弘・藤原浩・森崇英「体外受精における着床率の検討」『産婦人科の世界』47巻11号，1995年11月，23頁。
- ⑪中山貴弘他，同上，27頁。
- ⑫青野敏弘，前掲，29頁。

## 6 体外受精における多胎妊娠回避—その他—

### (1) 受精卵の質的向上

個々の胚あたりの着床率を向上させる試みも多胎妊娠発生率の減少につながる。IVF—ETにおいて多数の胚を一度に移植する理由は，個々の胚あたりの着床率がきわめて低いからである。個々の胚あたりの着床率が向上すれば，必熱的に移植胚数を2個または1個に制限することが可能になる。同時に，移植回数を減らすこともできる。

まず，移植する胚がさらに分割し，着床・発育する能力があるかどうかを正確に判定する方法が求められている。10個近い受精卵の中から，いかにして着床能力を有する胚を正確に選択するかという問題である。妊娠が確実に得られる胚であれば，一個移植すればよいのではあるが，現在のところ，正確に胚の質を判定する方法はない。これまで，移植前の胚の質の評価は，割球の均一性などの形態学的な基準によって行われてきた。こうした形態的観察法以外の胚の評価法が模索されている①。

次に，共培養などを通じて胚の質を上げることが必要とされる。胚を体外で長期間培養し，桑実胚期，胞胚期になってから発育の場所である子宮内に入れる方法がもっとも生理的と考えられる。このためには，培養液の組成やPHなどの条件をより生理的なものにすることが必須であるが，最近ではそれ以外に共培養という技術が導入されている。卵や胚を単独で培養するのではなく，卵管上皮細胞，子宮内膜上皮細胞，などと共に培養するもので，胚の発育が良好

になるという効果を生んでいる②。

## (2) 着床率の向上

妊娠するためには、受精卵が子宮の内膜に着床しなければならない。子宮内膜側の因子に起因する着床不全の問題について取り組む必要がある。子宮内膜機能不全の治療により個々の胚の着床率を上げるため、具体的には、ホルモン分泌の調節を介して子宮内膜の受容性を高め、さらに、胚の発育と子宮内膜の分泌期変化のタイミングを同期させることが試みられている。

次に、移植した胚をできるだけ高い確率で着床させることを目的として、胚移植の方法に関しても工夫がなされている。従来のやり方は経頸管胚移植法と呼ばれているもので、細くてやわらかいチューブを子宮の入り口から入れ、内膜の上に戻す方法である。ところが、子宮頸管部が変形していたり、あるいは卵巣がはれているため超音波で子宮がとらえられない場合は、この方法では移植が難しかった。最近行われるようになったのは、膣からチューブの入った特殊な針を刺して、子宮内膜の中に直接胚を埋め込む方法で、経子宮筋層胚移植法と呼ばれる。一種の強制着床法である③。

受精卵の着床率は、自然妊娠で約30%といわれるのに対し、体外受精では子宮に戻す受精卵の1個あたりの出産率は6%にとどまっている。この原因について、過排卵が、低い着床率につながっている可能性が指摘されている。「女性の体は一月月に1個を排卵し、子宮内膜が着床の準備をする。だが、体外受精では薬を使って一度に7-10個も卵をとる。この刺激が自然に起きる着床しやすい時期を乱している」④。体外受精は、薬で体の変化を制御することで進んできたが、人の体はまだ微妙なところが多いという証左であろう。

## (3) 流産の防止

妊娠は着床で完了するわけだが、体外受精の目的が出産にある以上、着床後に流産することなく出産にまでこぎ着けなければならない。受精卵の側ではなくて、母体の側の問題としては、子宮筋腫や子宮内膜症などにより子宮や卵管が形のうえで異常をきたすことが流産の主な原因とされ、この治療が中心になるが、人工生殖の場合には、さらに高齢妊娠の問題が出てくる。

流産率は15%前後といわれるが、加齢も関係しており35歳以上では流産率25%という米国のデータがある⑤。「不妊治療に訪れる女性のほとんどが30歳以上。その半数近くが35歳を過ぎ、最近はますます年齢が上がってき」ている。厚生省によると、第一子生時の母親の平均年齢は1950年に24.4歳、65年に25.7歳だったが、94年は27.3歳と上昇している。「二十代では85%あった妊娠率が、30歳を超えると1歳ごとに3.5%ずつ減少する」⑥という報告もあり、今後ますますとくに高齢妊娠と流産との関係が体外受精の成否にとって重要になると考えられる。

## (4) 胚の凍結保存

さて、以上みてきたように、胚の培養条件などを改良して着床率をあげながら、移植胚数を最高3個までに制限していけば、結果として、余剰の胚ができることとなる。つまり、誘発剤を使って過排卵をさせれば7-10個の卵を得ることになり、しかも受精率が8割以上ということ、最低でも2-3個の、余剰の受精卵が出来ることになる。

この余剰の受精卵を凍結保存し、最初に入れた受精卵で妊娠に至らなかった場合に、次の正常周期に融解して再度試みれば、結果として多胎妊娠の予防につながるようになる。逆に、胚凍結保存を普及させることが、移植胚数の制限をスムーズに実現するために重要となる。胚の凍結保存は、現在では、体外受精・胚移植法の治療にはなくてはならない方法と位置づけられている。

そもそも、先にも引用したように、排卵誘発剤で多くの卵を得る、その結果として、その特異な内分泌環境のために、受精卵が子宮内に着床しにくいとの考えもあり、「受精卵を凍結保存しておいて、排卵誘発剤の影響がなくなってから子宮へ移植するほうが、直ちに移植するよりも着床の可能性が高くなる」とも言われている。

また、「採卵・受精の後になって、病気などの理由で受精卵を母体に戻すことができないとき、凍結保存ができないと受精卵を無駄にすることになる」、あるいは、「多数の卵が採取され子宮に戻す数以上の受精卵ができたときに凍結保存しておけば、次の移植のときには、排卵誘発剤の投与と採卵という危険を伴う手続きを省略できる」といったメリットが指摘されている⑦。

胚の凍結保存は、採卵の回数を減らし、母体の肉体的、精神的、経済的負担を軽減する。加えて、余剰胚にも生命体として生存の機会を提供できるという生命倫理上の配慮を払うこともできるとされる⑧。

日本では、1988年に凍結受精卵の治療周期は14周期あったが、翌年7月に、初の妊娠成功の報告があった。3月に母体から採った12個の卵のうち、10個を体外受精、うち4個の受精卵を液体窒素で凍結、4月に入ってこれらを解凍し、このうちの2個を母体へ戻し、一個が成功し出産たとされる⑨。その後、治療周期数も増加し、1993年に実施した周期は681周期であり、このうち分娩に至ったのは60周期あり、成功率も10.1%まで上昇している⑩。

なお、日本産科婦人科学会は1988年2月に、凍結受精卵の臨床応用についての条件の決定を行っている。1989年3月には国会でも安全性や倫理面での問題点の論議もされた。それぞれの大学や病院では倫理委員会で独自の基準、たとえば「凍結卵の保存は1年以内とする」などを設定している⑪。

移植胚数の制限により、質の高い余剰胚の増加が予想されるが、「胚凍結保存設備のない施設ではこれらを破棄せざるを得ないし、逆にこの設備が十分に普及していないことが、必要以上の胚を移植してしまう結果を生んでいると推測されている。平成5年度の凍結胚融解移植実施施設数は44であり、この方法がまだ限られた施設でしか行われていないことが分かる。また平成3年度の45施設、平成4年度の38施設と比べると、その数に変化はみられない。この原因は、主に胚凍結手技の煩雑さにあるといえる。現在の胚凍結方法であると1回の操作に3時間程度が必要となり、症例数の多い施設では施行数も限られてくる。また、凍結後の胚の管理などの日常業務量の増加も予想される。胚凍結法の簡易化が現在さかんに研究されており、将来的に低コストで所要時間の短い胚凍結法が期待されている。いずれにせよ、今後より多くの施設で胚凍結保存が普及することが多胎妊娠の予防に必須の条件である」⑫。ちなみに、森崇英・辰巳賢一「不妊診療の基本方針」森崇英編『不妊の診断と治療—最近の動向』（金原出版、1992年、12頁）は、「多胎発生率が高い」という体外受精の問題点は「胚凍結保存を導入することにより解決できる」との見方を示している。

①中山貴弘他、前掲、24頁。

②齊藤英和他、前掲、7頁。

③『朝日ジャーナル』1991年10月25日号の「特集 体外受精」でこの方法が取り上げられており、その後の状況が『Balloon 特別編集 赤ちゃんが欲しい』1995年12月号138頁で確認できる。

④『朝日新聞』1994年11月13日。

⑤『朝日新聞』1994年11月20日。

- ⑥「いのちのプリズム 不妊治療4」『読売新聞』1995年7月9日。
- ⑦金城清子，前掲，51頁。
- ⑧森崇英他「わが国における体外受精の現況と問題点」『日本医師会雑誌』110巻7号，1994年9月，843頁。
- ⑨緋田研爾『精子と卵のソシオロジー』中央公論社，1991年，191頁。
- ⑩斎藤英和他，前掲，5頁。
- ⑪『読売新聞』1995年8月9日付けによれば，「広島市の医院で，体外受精で子供を出産した女性が，凍結保存していた別の受精卵を約2年後に使うて再び妊娠していることが分かった。受精時は同じでも，誕生日が違いうきょうだいの誕生になる」。
- ⑫中山貴弘他「体外受精における着床率の検討」『産婦人科の世界』47巻11号，1995年11月，27頁。なお「平成6年度 診療・研究に関する倫理委員会報告（平成5年分の体外受精・胚移植等の臨床実施成績）」『日本産科婦人科学会雑誌』47巻4号，1995年4月，447頁参照。

## 7 多胎妊娠後の問題へ

日本受精着床学会の会長（中村幸雄杏林大学教授）は，「多胎妊娠は不妊症治療における陰の部分であり，学術発表などにおいてもこの問題を正面から取り上げることを忌避する心理が働いて，社会的コンセンサスを得ないまま，ずるずると今日に至ったことは否定し得ない事実である」①と率直に述べている。さらに，臨床医に向けて最新の体外受精の技術を詳細に紹介した，『体外受精マニュアル』（『臨床婦人科産科49巻8号』1995年8月）の冒頭で，坂元正一日本母性保護産婦人科医会会長は，「医学と医療，ことに“いのち”に関わる産婦人科領域に考えておかねばならないこと」として，多胎問題そして減数手術を中心に論じている。

多胎妊娠の問題が，ようやく昨年，関係学会のシンポジウムのテーマとなるほどまでになったのは，優生保護法に違反し許されないと指摘されてきた減数中絶の公表を契機としたものである。だが，今日においても，医師の中には，「減数中絶の問題は過渡的な問題でしかない」との見方に立つ人々も多いようである。その根拠になっているのは，「減数中絶が必要であるか否か，あるいは是か非かの議論は，多胎妊娠の回避によって不要となる」というものである②。確かに，多胎妊娠がなくなれば，減数中絶は是非を論ずるまでもなく，そもそも不必要な技術となる。けれども，いつか多胎妊娠がなくなる時がやってくるという想定には無理があると言わざるをえない。

まず，自然妊娠による多胎の可能性は永久に消えるものではないであろう。加えて，人工生殖による妊娠について，上記6までで確認できたことは，少なくとも，当分の間は，多胎妊娠をゼロにすることは無理であるということであった。

さらに，体外受精の場合に，仮に受精卵を（3個までではなく）1個に制限し，それが完全に守られた場合でも，人工生殖における1卵性多胎妊娠の頻度の高さの問題が残るのである。つまり，「IVF—ETやARTでは，多数の受精卵や卵を母体に戻すため多胎妊娠が約20%に起こり，これらの多胎妊娠は，多卵性の多胎がほとんどであるが，Muasherらの報告において，IVF—ETで母体に1個の受精卵を移植しても3.6%に双胎妊娠が認められたと報告している。これは自然に起こる双胎妊娠より高率である。WenstromらもIVF—ETおよびARTによる妊娠例では，一卵性双胎の頻度が，自然妊娠によるそれよりも高率であったと報告している。Deromらは排卵誘発剤による妊娠でも一卵性双胎が多いと報告しており，これらの報告を合わせると，排卵誘発剤による卵およびそれらによる受精卵は，卵分割をしやすいたことが考えられる。しかし，この点について解明は現在なされていない」。しかも，「多胎妊娠において予後が

悪いものは一卵性の多胎である」③と指摘されているのである。

多胎妊娠回避の対策は、このような一卵性多胎を視野の外に置いてきた。排卵誘発剤の改良・使用法の改善、そして体内への受精卵移植の数の制限によって、多胎のほとんどは防ぐことができるであろう。だが、「人為的に得られた卵が卵分割をしやすい」という事実を前に、人工生殖において多胎妊娠を完全になくすことは不可能といわざるをえない。

加えて、すでに報道されているように、学会が認めていない非配偶者間体外受精を実施する施設が今後増えるとすれば、多数の胚移植の可能性が高まり、逆に多胎の問題はより一層、注視すべきものとなろう④。

結局、自然による妊娠であっても、人工的な妊娠であっても、多胎妊娠をゼロにすることはできない。人間の力、技術の力ではそこまではどうしようもない。しかも、減数中絶は絶対にすべきではないとして、多胎妊娠を予防するための方策のみを考え、医療の場においてそれをいわば、人体実験とも見まがうような形で試みる愚だけは排除しなければならない。

こうして、問題は、避けようとして避けることができない多胎妊娠が必ず存在することを認めたくえて、その場合にどのような対応が可能であり（吉田啓治『多胎妊娠の基礎知識』ピネバル出版、1996年が指摘しているような、多胎児のケアの質を高めていく努力も要求される）、またどのような選択肢を社会が認めていくかという問題になるのである。つまり、多胎の回避を進めること、妊娠を目的とした生殖技術それ自体における改良と並行して、多胎妊娠となった場合に、現在のように、多胎のまま妊娠継続をするか、多胎のすべてを中絶するかという二つの選択肢しか許されていないかのごとく論じていていいかという問題を考えていくことになる。当然のこととして、多胎妊娠後の一つの対応策として、今存在する技術（そして他の国で認められている治療法⑤）としての減数中絶の問題を避けてとおることができないわけである。

しかもそのさい、医療の公平性ということを考えれば、多胎の理由が自然であるのか、排卵誘発剤や体外受精によるものであるのかという区別は、減数中絶を認めるか否かの議論に含まれるものでないことも明らかである。

純粋に医学的見地から見て、双胎の場合に、1胎ならば妊娠継続が可能だが、減数が許されないなら、2胎とも中絶するしかないという母体の状況も現実存在する⑥。その場合に、どのような方法を選ぶのが、医療行為として適切なのか。こういう問いに医師たちは答えなければならぬはずである。

母児の身体的危険は別にしても、不妊症で悩み、子どもが欲しくてたまらない場合であっても、一度に何人も生まれては経済的にも人手や住居の面でも育てることが困難になることは目に見えている。そのようなときにはたして、多胎の全部を産むか、胎児すべてを中絶するかという選択肢だけでいいのか。かりに全部中絶すると、次に治療を受ける時には年齢が高くなり、それだけ妊娠率が低くもなる。産む・産まないの自己決定を実質的に保障するためには、医師が専断的に提示する医療上の理由だけではなくて、それぞれの女性の幸福観にもとづく理由も意味あるものとされるべきではないのか⑦。

そもそも、胎児すべての中絶はどのような論理で合法化されるのか。優生保護法上、数を理由とする中絶は許されていないとして減数中絶を批判する論者は、胎児全てを中絶することを許している現状をどのように正当化するのか。胎児の数を理由とする中絶を合法と考えるならば、減数中絶も許容されるはずである。

もちろん、胎児すべてを中絶する場合、優生保護法に基づくのではなくて、刑法上の

緊急避難として可罰性がないとする解釈も可能である。優生保護法が存在せず、厳しく墮胎罪を適用していた大審院の時代にも、胎児を排出しなければ妊婦の生命に危険が及ぶ恐れのある場合は、緊急避難に該当し、犯罪ではないとした判例がある⑧。しかし、緊急避難に根拠を求める場合には（優生保護法に正当化根拠を求める場合も同様であるが）、その行為によって失われる法的利益がより少ない方途を選ぶこと、つまりたとえば3胎をすべて中絶するのではなくて、2胎ないし1胎を残すことの方が、望ましいことは明らかである（石井美智子「人工生殖の問題点—妊娠と中絶の法律学—」『仏教』34号、1996年1月、参照）。

IVF—ETの新鮮胚を用いた治療成績は、妊娠総数も1985年では64人であったが、1993年には3,730人の妊娠総数となり、急速な伸びを示している。一方、不妊の女性からみれば、成功率が低いこと、費用が高いこと、そして多胎の危険があることが、体外受精の問題点になっていることは明らかである⑨。

減数中絶については、学会の対応とは反対に、不妊症治療の専門医のうち75%が賛成し、患者の半分以上が4胎以上の場合には希望したいと答えている⑩。このような数字をどのように受けとめればよいのか。

不妊症に悩むカップルは10組に1組、日本で推定200万組が不妊であり、うち1万組以上の男女が毎年体外受精の治療を受けている。「産む・産まない」の自由をすべての女性に平等に認めていくためには、不妊という少数者の立場にたって、具体的な権利として「いつ、何人産むか」ということを認めていくべきだと思われる。その象徴的問題として減数中絶の問題がある。この法的側面からの位置づけについては、別稿でさらに検討することとしたい。

- ①中村幸雄「多胎をめぐって」『産婦人科の世界』47巻11号、1995年11月、1—2頁。1995年7月開催の第13回受精着床学会のシンポジウムの内容がこの「特集 多胎をめぐって」にまとめられている。
- ②中谷瑾子「多胎妊娠に対する減数（減胎）術をめぐって—法律家の立場から—」『産婦人科の世界』47巻11号、1995年11月、73頁。坂元正一「減胎手術に関するコメント」『産婦人科の世界』47巻11号、1995年11月、79頁参照。
- ③佐藤章他、前掲、1098、1100頁。なお、一般に「一卵性の多胎に奇形発生率が高」（遠藤力他、前掲、197頁）く、双胎での胎児奇形率は「1卵性の場合2卵性より50%もその確立は高い」（高木哲・細野剛良・光田信明・水木次郎・谷澤修「多胎妊娠時の管理」『産科と婦人科』58巻8号、1991年、1302頁）。なお、水口弘司、前掲、53頁参照。
- ④『毎日新聞』1995年7月29日。「医師（西日本の産婦人科医院の）によると、排卵誘発剤を使い妻から6つの卵子を採取。夫と3人の提供者の精子をまぜ、体外受精した。このうち受精したのは4つの卵で、数日後、子宮に戻した。すべての卵が着床すれば、四つ子を妊娠する可能性があり、その場合減数中絶を実施する予定である」と報じられている。
- ⑤各国の状況については、中谷瑾子、前掲論文参照。
- ⑥根津八紘、前掲、47頁は、明確にこの場合を減数中絶の適応対象としている。
- ⑦拙稿「自己決定の思想と優生保護の解釈—法的権利としての人工妊娠中絶の自由—」『金沢大学大学教育開放センター紀要』15号、1995年8月、参照。
- ⑧大審院判決大正10年5月7日刑録27輯257頁。なお、減数中絶を含め、中絶をめぐる議論が徹底的に展開されないのは、刑法の墮胎罪の規定の撤廃にまで踏み込んだ議論がなされないからと考えられる。
- ⑨体外受精と多胎妊娠との関係についての最近の新聞報道を挙げておく。『朝日新聞』1995年11月7日は、「香川医大で5つ子」として、体外受精によって妊娠した「香川県内の主婦28歳が男児4人、女児1人の五つ子を出産。母親と4児の経過は順調だが、297グラムで生まれた男児は約2時間後に亡くなった。厚生省によると、五

つ子誕生は全国でこれまでに20例ほどある」と報じた。さらに、『毎日新聞』1996年2月4日は、渡米し「体外受精で三つ子を妊娠した女性（47歳）が、昨年10月、出産のため入院していた東京大学医学部附属病院で、アレルギー治療薬を投与されたところショックで植物状態に陥り、3人の胎児も死亡した」ことを報じている。

⑩矢内原巧他、前掲、55頁以下。不妊症治療登録施設の医師100名と患者2,143名の回答結果である。なお、『毎日新聞』（1995年9月22日付け）では、生殖医療に取り組む65施設の回答結果として、「減数手術に関しては、『実施はやむを得ない』という意見が30施設（48.3%）に及び、『実施すべきでない』とする23施設（37.0）を上回った」としている。

#### 付記

本稿は本学公開講座「人間学としての女性学」（1995年10月～12月）の講義ノートから構想が始まりました。公開講座のコーディネーターとして労を惜しまれなかった本学文学部教官中野節子先生、また予定の時間を超えて討論に参加され、貴重なご意見を述べられた受講生の方々にお礼を申し上げます。

さらに、本稿の完成は、本年2月に完成したばかりの「平成7年度厚生省心身障害研究」の貴重な資料をお送りくださった、山梨医科大学教授浅香昭雄先生を初め、本誌前号の拙稿をお読み頂いた方々からの、とりわけ医療関係者からのさまざまなサジェスションなくしては、不可能でありました。この場を借りて感謝の意を示させていただきます。

#### 校正時点での追記

6月18日、国会最終日前日に全く審議がなされないまま、優生保護法改正案が成立した（公布は6月26日、施行期日は公布日の3カ月後）。法律名は「母体保護法」となり、法目的における「不良な子孫の出生を防止」、精神病患者等に対する本人の同意によらない優生手術（新しい法では「不妊手術」）や人工妊娠中絶の規定がなくなるなど、障害者差別との批判を受けてきた優生思想に基づく部分は、制定からほぼ半世紀を経て削除された。しかし、他の先進諸国に類のない「配偶者の同意」条項（結婚しなければ性行為はないものとする、法のタマエ主義が如実に現れている）には手をつけておらず、これを含め、女性の「産む・産まない」権利の確保という観点からの抜本的見直しが今後の課題となろう。