

アジア諸国における生殖補助医療の規制 —インド及びタイの規制制度を中心に—

社会労働調査室 三輪 和宏

目 次

はじめに

I 生殖補助医療の規制枠組み

- 1 規制を求める動き
- 2 ガイドライン又は法令による規制
- 3 国際不妊学会の調査結果から
- 4 「生殖ツーリズム」との関係

II インドの規制制度

- 1 デリーの法的規制
- 2 二つのガイドライン
- 3 診療施設に関する全国ガイドライン
- 4 生物医学研究のためのガイドライン
- 5 生殖補助医療規制法律案草案
- 6 生殖補助医療規制法律案草案の評価
- 7 今後の展望

III タイの規制制度

- 1 タイ医療協議会のガイドライン
- 2 タイの代理懐胎と民事法制
- 3 生殖補助医療に関する法律案作成の動き
- 4 生殖補助医療規制のための2010年法律案
- 5 今後の展望

おわりに

はじめに

生殖補助医療（Assisted Reproductive Technology：ART）は、不妊症の診断、治療において実施される人工授精⁽¹⁾、体外受精⁽²⁾、顕微授精⁽³⁾など専門的かつ特殊な医療技術の総称と定義することが一般的である⁽⁴⁾。しかし、具体的手法としては、非配偶者間人工授精⁽⁵⁾、受精卵を用いた着床前診断⁽⁶⁾、クローン化⁽⁷⁾、代理懐胎⁽⁸⁾などが行われる、又は禁止される国もあり、また適用の目的も、国によっては必ずしも不妊症の診断、治療に限られるわけではない⁽⁹⁾。したがって、生殖補助医療と捉えられる範囲については、この一般的定義と比べて広がる場合も

ある。

生殖補助医療の代表的な技術である体外受精については、ヒトに対する初めての成功例として、1978年7月25日の英国のルイズ・ジョイ・ブラウン（Louise Joy Brown）の誕生が挙げられる。アジア諸国においても、生殖補助医療はかなり早い時期から実施されている。例えば、インドにおけるヒトに対する体外受精の初めての成功例は、1978年10月3日のカヌプリヤ・アガーワル・アリアス・ドゥルガ（Kanupriya Agarwal alias Durga）の誕生とされている⁽¹⁰⁾。他方、代理懐胎についても、タイでは、1991年以来行われている⁽¹¹⁾。

近年、アジア諸国において、生殖補助医療が急速に普及してきており、インドでは、生殖補

-
- (1) 受精を目的として、精液を女性性管内に人工的に注入すること。
 - (2) 配偶子（精子と卵子）を取り出し、体外で受精させること。
 - (3) 受精障害（体外受精を行っても受精が起こらない）の症例、極度の精子過小症などに応用される技術で、顕微鏡の拡大下で受精の過程に人為的操作を加えて、受精を容易にするもの。
 - (4) 日本産科婦人科学会編『産科婦人科用語集・用語解説集（改訂新版）』金原出版、2003、p.254；『南山堂医学大辞典（19版、豪華版）』南山堂、2006、pp.1362-1363。原則として、本稿における医学用語の解説は、この両者によって行っている。
 - (5) 注入精液の提供者が配偶者でない場合の人工授精。
 - (6) 体外受精によって得られた初期胚（4細胞期又は8細胞期）から顕微鏡による操作で1、2割球を採取し、目的とする染色体や遺伝子を保有しているか否かを検査するもの。該当する染色体や遺伝子が存在しない場合に、残存割球を有する胚を子宮腔内に移植する。「胚」とは、多細胞動物の個体発生初期のものを指す。ヒトでは受精後約2～8週目までの個体を指す。
 - (7) クローニングとも言われる。同じ遺伝子を持つ個体を有性生殖によらず増やすこと。最も簡単には、受精後間もない時期にある胚を半分ずつに分ければ、人工的に双子を造ることができる。さらに、核移植を使えば、多くのクローン個体を誕生させることができる。「核移植」とは、ある細胞から抜き取った核を別の細胞に移植すること。核移植を受ける側の細胞核は、顕微鏡を用いた操作などで取り除く。例えば、分裂途中の受精卵中の核を、別のメスの未受精卵に体外で埋め込み、このメスの子宮内に戻し成長させるという受精卵核移植などの方法がある。
 - (8) 狭義の代理懐胎（traditional surrogacy）と借り腹（gestational surrogacy）に分けられる。前者は、あるカップルに由来する精液をカップル以外の女性に注入し懐胎させ、出生した子を依頼者カップルの子とするもの。後者は、あるカップルの配偶子を体外受精させ、その胚をカップル以外の第三者の女性（ホストマザーともいう）の子宮に入れて懐胎させること。
 - (9) 生まれてくる子の遺伝性疾患の診断や男女の産み分けの目的で実施されることもある。
 - (10) インドにおいて、医学上の正確な記録が残されている最初の体外受精の事例は、1986年8月6日のハルシャ・チャウダ（Harsha Chawda）の誕生であり、この事例を体外受精の最初の成功例とする者もいる。*National Guidelines for Accreditation, Supervision and Regulation of ART Clinics in India*, New Delhi: Indian Council of Medical Research and New Delhi: National Academy of Medical Sciences (India), 2005, p.4。インド医学研究協議会ホームページ <http://icmr.nic.in/art/art_clinics.htm> なお、本稿のインターネット情報は、いずれも2013年2月15日に検索したものである。
 - (11) Piyaporn Wongruang, "Police probe doctors tied to eugenics firm," *Bangkok Post*, March 6, 2011. Bangkok Post ホームページ <<http://www.bangkokpost.com/news/local/225030/police-probe-doctors-tied-to-eugenics-firm>>

助医療を施す診療施設 (ART clinic) の数が、20 万か所に上っている⁽¹²⁾。このような急激な変化を背景として、生殖補助医療の規制の必要性が認識され、生殖補助医療に関するガイドラインや法令の整備が進みつつある。本稿は、我が国とも関係の深いアジア諸国について、生殖補助医療の規制制度を概観するものである。特に、最近、法律による規制を導入しようとしているインドとタイについて詳述する。インドとタイは、日本人が、生殖補助医療を求めて渡航先として選択する国でもあり、その面から見ても、生殖補助医療の規制制度に関する情報が求められる国である。

I 生殖補助医療の規制枠組み

1 規制を求める動き

生殖補助医療が、実際に医療機関に普及し始めたのは、先進諸国でも 1980 年代初頭からであり、技術も進化を続けている。したがって、生殖補助医療の規制については、現在でもなお検討と施行が継続して進んでいるというのが、先進諸国であっても一般的な状況である。アジア諸国も、先進諸国の規制制度を学習しつつ、

自国の規制枠組みの整備を可能なところから始めている段階にある⁽¹³⁾。

先進諸国でも、アジア諸国でも、そもそも生殖補助医療の規制の必要性が認識され始めたのは、生殖補助医療の現状に「行き過ぎ」があるのではないかと、という懸念が、国民の間に広がってきたことが背景にある⁽¹⁴⁾。新聞・雑誌もこの問題を取り上げるようになり、反対運動を展開する市民グループも現れた。例えば、インドにおける代理懐胎サービスについて、著名な医学雑誌『ランセット (*The Lancet*)』は、2012 年 11 月に「インドにおける規制なき代理懐胎産業」というレポートを掲載し、代理母に対するリスク管理が十分になされていない等の問題点を指摘している⁽¹⁵⁾。タイの英字紙『バンコクポスト (*Bangkok Post*)』は、台湾人経営者が、ベトナム人女性に対してタイで代理懐胎サービスを有償で行わせていたところ、人身売買・無許可営業の疑いで警察に摘発されたという記事を掲載した。同紙は、同時に商業的代理懐胎サービスの法的規制の必要性についても触れている⁽¹⁶⁾。また、インドの人権団体であるサマ (Sama) は、生殖補助医療の法的規制に賛成の立場から、積極的に意見を公表している⁽¹⁷⁾。

(12) M.L. Dhar, *Need to Regulate Indian Surrogacy Industry*, 2011.5.13. インド政府報道情報局ホームページ <<http://pib.nic.in/newsite/efeatures.aspx?relid=72127>>

(13) 林かおり「海外における生殖補助医療法の現状—死後生殖、代理懐胎、子どもの出自を知る権利をめぐる—」『外国の立法』No.243, 2010.3, pp.99-136. <http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_1166428_po_024304.pdf?contentNo=1>

(14) Howard W. Jones, Jr. et al., eds., *IFFS Surveillance 2010*, Birmingham: American Society for Reproductive Medicine, 2010, p.10. 国際不妊学会ホームページ <http://www.iffs-reproduction.org/documents/IFFS_Surveillance_2010.pdf>

(15) Priya Shetty, “World report: India’s unregulated surrogacy industry,” *The Lancet*, Volume 380, Issue 9854, November 10, 2012, pp.1633-1634.

(16) 台湾人経営者には、その後有罪判決が出された。Wongruang, *op.cit.*(11); Minh Quang, “Chinese jailed in Thailand after trafficking Vietnamese woman for surrogacy service,” *Thanh Nien Daily* (ベトナムの英字ニュース・ホームページ), June 24, 2012. <<http://www.thanhniennews.com/2010/pages/20120624-chinese-jailed-in-thailand-for-trafficking-vietnamese-to-surrogate.aspx>>

(17) サマは、女性の健康と福祉のために活動するニューデリーの団体。サマとは、サンスクリット語等で平等を意味する。サマのホームページは <<http://www.samawomenshealth.org/index.html>> であり、サマの生殖補助医療規制に関する見解は、次のホームページに詳しい。Nivedita Menon, *The Regulation of Surrogacy in India-Questions and Concerns: SAMA*, January 10, 2012. Kafila ホームページ (インドに関連した社会問題について学者、ジャーナリスト、活動家などが情報発信するページ) <<http://kafila.org/2012/01/10/the-regulation-of-surrogacy-in-india-questions-and-concerns-sama/>>

他方、宗教団体が生殖補助医療に対して批判的な意見を表明することがあり、一定の影響を与えている。最も著名なものは、ローマ教皇庁教理省が発行した『生命のはじまりに関する教書 (Donum Vitae)』(1987年)⁽¹⁸⁾である。同教書の中では、体外受精も代理懐胎もローマ・カトリック教会の教えに反することが述べられている。また、胚⁽¹⁹⁾の尊重の重要性が述べられている。同教書の作成に当たっては、神学者だけでなく医学の専門家等も交えており、その議論の専門性・詳細性は、他の宗教団体と比較して特筆すべきものである。このように議論の水準が高いことと、ローマ・カトリック教会の信徒がアジア諸国にも広く存在していることから、同教書の立場は、アジア諸国で生殖補助医療の規制を検討する際にも、影響を与えている。

2 ガイドライン又は法令による規制

生殖補助医療を規制する手段には、①法的拘束力を直接的に伴わないガイドライン(指針)と、②拘束力を伴う法令とがある。法令による場合であっても、罰則の規定の有無が実際には法的拘束力の強さを左右するので、法令による各国の規制を一律に同程度のものと考えることができない点は、注意を要する。また、ガイドラインによる場合でも、法令による場合でも、生殖補助医療という技術の特殊性と、倫理的課題の複雑さ・重要性から、他の医療とは区別して新たな規制の枠組みを設けることが通例であ

る。

3 国際不妊学会の調査結果から

各国の生殖補助医療の規制の状況を広く調べた調査結果は、あまり存在していない。この種の調査で、世界で最も知られ引用頻度が高いものは、国際不妊学会(International Federation of Fertility Societies: IFFS)が1998年から3年ごとに取りまとめている生殖補助医療の国際比較である。2010年版(『2010年IFFS調査報告書 (IFFS Surveillance 2010)』)⁽²⁰⁾では、100を超える国々の調査が行われた。

『2010年IFFS調査報告書』の第2章「法令及びガイドライン (Legislation and guidelines)」の中から、アジア諸国の部分を簡単に紹介する(「表 アジア諸国の生殖補助医療の規制枠組み(西アジアを含む)」参照)。同調査報告書で、調査回答が得られたアジア諸国は西アジアを含めて、23か国⁽²¹⁾である。

まず、23か国のうち、生殖補助医療規制の法令を有する国は10か国、ガイドラインで規制をしている国が8か国(我が国を含む)、この種の規制が存在しない国が5か国である。アジア諸国の場合でも、既に何らかの規制が行われているケースが多いことがわかる。イスラム教が主要な宗教である国は、ヨルダンを除き、法令又はガイドラインによる規制が行われていることも注目される。ただし、イスラム教が生殖補助医療に否定的であるわけではない⁽²²⁾。ま

(18) *Donum Vitae: Il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione*, February 22, 1987. ローマ教皇庁ホームページ <http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for%20human-life_it.html> (邦訳は、教皇庁教理省『生命のはじまりに関する教書—人間の生命のはじまりに対する尊重と生殖過程の尊厳に関する現代のいくつかの疑問に答えて』カトリック中央協議会, 1987.)

(19) 前掲注(6)

(20) 電子メールによる質問票を用いた調査結果を様々なテーマごとに整理し、100ページを超える大部な資料となっている。現在、2013年版の調査と編集が行われている。なお、この調査報告書の著作権は、米国生殖医学会(American Society for Reproductive Medicine: ASRM)が有している。Jones, Jr. et al., eds., *op.cit.*(14)

(21) 23か国の中には、香港等の主権国家でない地域も含まれる。

(22) 「イスラムの倫理と生殖」2011.3.22. 生殖テクノロジーとヘルスケアを考える研究会ホームページ <<http://azuki0405.exblog.jp/13206386/>> なお、生殖テクノロジーとヘルスケアを考える研究会については、同研究会ホームページ <http://tech_health.w3.kanazawa-u.ac.jp/index.html> 参照。

表 アジア諸国の生殖補助医療の規制枠組み（西アジアを含む）

国・地域名 (五十音順)	規制の種類（法令、ガイドライン）、 又は規制がないか	当該規制が胚の研究の 規制を含むか	生殖補助医療施設の 許認可機関
アブダビ ⁽¹⁾	法令	含む	あり
イスラエル	法令	含む	あり
イラン	法令	含む	あり
インド	ガイドライン	含む	無回答 ⁽²⁾
インドネシア	法令	含まない	あり
韓国	法令	含む	あり
クウェート	ガイドライン	含む	無回答
サウジアラビア	ガイドライン	含む	無回答
シンガポール	法令	含む	あり
スリランカ	ガイドライン	含む	無回答
タイ	ガイドライン	無回答 ⁽³⁾	無回答
台湾	法令	含む	あり
中国	ガイドライン	含む	無回答
トルコ	法令	含む	あり
日本	ガイドライン	含む	無回答 ⁽⁴⁾
ネパール	なし		無回答
パキスタン	なし		無回答
バングラデシュ	なし	無回答	無回答
フィリピン	ガイドライン	含む	無回答
ベトナム	法令	含まない	あり
香港	法令	含む	あり
マレーシア	なし		無回答
ヨルダン	なし		無回答

(注)

- アブダビとは、アブダビ首長国。アラブ首長国連邦を構成する首長国である。
- インドでは、「インドにおける生殖補助医療を施す診療施設の認定、監督及び規制のための全国ガイドライン」（本文の脚注35）に基づき、生殖補助医療を施す診療施設は、州の認定機関等に登録を行い、その監督を受けることとされている。
- タイのガイドライン（タイ医療協議会の「生殖技術を含む医療の基準に関する会告第21/2544号」（本文の脚注90）には、胚の研究を規制する文言は見られない。
- 我が国では、一般社団法人日本生殖補助医療標準化機関（JISART）が実施するART施設認定審査制度があり、2011年度には9つのクリニックが認定を受けた。認定を受けることは、その施設の医療の質がJISARTの定める医療標準に達していることを意味する。この制度は、民間の自主的制度で、許認可制度ではない。

（出典） Howard W. Jones, Jr. et al., eds., *IFFS Surveillance 2010*, Birmingham: American Society for Reproductive Medicine, 2010, pp.10-17. 国際不妊学会ホームページ <http://www.iffs-reproduction.org/documents/IFFS_Surveillance_2010.pdf>

た、法令による規制も進んできており、後述するようにインドやタイは、現状のガイドラインによる規制から、法令による規制へと転換しようとしている。法令による規制を行う国は、今後更に増えると思われる。しかし、アジア諸国で法令遵守が実際にどの程度普及しているか、については、わからない部分も多い。一般に、先進諸国以外の国における法令遵守は、先進諸国のそれに比べ十分でないことが多い。ガイド

ラインについては、遵守がなされているか否か、更にわからない部分が多い。実際に守られないことがあると指摘する文献も見られる⁽²³⁾。

次に、生殖補助医療の規制は、ガイドラインで行われる場合も、法令で行われる場合も、一般に、胚の研究に関する規制が同時に含まれている。これは、先進諸国にも共通した傾向である。生殖補助医療の実施と、胚を用いた研究は、例えば、生殖補助医療のために保管された胚の

(23) Andrea Whittaker, "Challenges of medical travel to global regulation: A case study of reproductive travel in Asia," *Global Social Policy*, Vol. 10 Issue 3, December, 2010, p.402.

うち、余ったもの（余剰胚）を研究用に用いるなどの面で関連が深く、同時に規制することが好ましいという考え方に基づくものである。例外的に、インドネシア、ベトナムでは、生殖補助医療の規制法令に、胚の研究の規制が含まれていない。

さらに、生殖補助医療の施設の許認可機関が存在するか、については、10か国から存在が報告されている。同調査報告書に回答を寄せた諸国全体（先進諸国を含む）のうち、約3分の2はこの種の機関を有しており、英国⁽²⁴⁾をはじめとし特に欧州先進諸国ではこの種の機関が整備されていることが通例である。それと比較すると、アジア諸国は整備が遅れている。

4 「生殖ツーリズム」との関係

生殖補助医療の規制は、国際的観点からも同時に見る必要があることを付け加えなければならない。近年、医療の分野に関しても、交通手段の発達と各国間の経済的・人的交流の活発化に伴い、国際的な垣根が低くなりつつある。すなわち、医療を、自国ではなく他国で受けることが可能になっており、他国での受診・治療の動きを「医療ツーリズム」と呼ぶことがある⁽²⁵⁾。このような状況下では、自国では生殖補助医療の規制が厳格であるため、それを避けて他国で生殖補助医療を受けるという選択もあり得る。例えば、自国では、第三者のドナーから配偶子⁽²⁶⁾を提供してもらうこと、あるいは代理懐胎サービスや性別選択のための着床前診断を受けることが困難なことを克服するために、規制がない、又は緩やかである国を受診先として選ぶということがあり得る。別に、治療費用が安

価な国、あるいは医療水準が高い国を選んで、生殖補助医療を受けるという選択もあり得る。

実際に、他国で生殖補助医療を受けるという選択をするケースは、先進諸国で珍しいことではなくなってきており、「生殖ツーリズム (reproductive tourism)」⁽²⁷⁾という言葉も生まれている。受診先の国として、しばしば選ばれるのが、アジア諸国である。特に、インド、タイは、従来からこの種の代表的渡航先となってきた。インドとタイが選ばれたのは、規制の緩やかさ、安価な治療費という要因によっている⁽²⁸⁾。「生殖ツーリズム」がこのように発達してきたことを考えると、生殖補助医療の規制は、自国の規制が適切であれば事足りるとは言い切れない。自国内で、生殖補助医療の規制が、事実上、完結し得ないという事態は、この種の規制制度の設計に新たな課題を投げかけている。この意味でも、しばしば生殖補助医療を受けるための渡航先となるアジア諸国の規制制度を知ることは大切なことと言える。

II インドの規制制度

インドは、生殖補助医療が発達している国として、よく知られている。近年、この分野の診療施設 (ART clinic) も、急速に増えている。特に、「生殖ツーリズム」の発展に伴って、生殖補助医療を外国人に提供するケースが増えている。インドで生殖補助医療を受けることは、価格が安い、技術水準が高い、代理懐胎や配偶子の提供が頻繁に行われているという理由によって、外国人にとって魅力的なものと受け取られている⁽²⁹⁾。

⁽²⁴⁾ 英国のヒト受精・胚研究認可庁 (Human Fertilisation and Embryology Authority : HFEA) が、このような機関のモデルとされている。

⁽²⁵⁾ 伊藤暁子「医療の国際化—外国人患者の受入れをめぐって—」『技術と文化による日本の再生—インフラ、コンテンツ等の海外展開—総合調査報告書』(調査資料 2012-1) 国立国会図書館調査及び立法考査局, 2012, pp.101-117. <http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_3533034_po_20120109.pdf?contentNo=1>

⁽²⁶⁾ 精子又は卵子。

⁽²⁷⁾ Whittaker, *op.cit.*(23), p.399.

⁽²⁸⁾ *ibid.*, p.400. インドとタイは、一般的に医療ツーリズムの渡航先としても著名である。

1 デリーの法的規制

インドの生殖補助医療の規制は、原則として、ガイドラインによっている。しかし、例外的に、デリー首都圏 (National Capital Territory of Delhi)⁽³⁰⁾には、生殖補助医療に関して同首都圏で適用される法令が存在している。すなわち、1995年8月9日にデリー議会で制定された「デリーにおけるヒトの人工授精に関する1995年法 (Delhi Artificial Insemination (Human) Act, 1995)」⁽³¹⁾である。同法は、人工授精を目的とした精液の提供等を規制するものである。

同法の内容は、次のとおりで、主として精液の保管と提供に関するルールを定めている⁽³²⁾。

①精液バンクを運営しようとする者に対しては、登録義務を課す (第3、4条)。②同バンクが精液を受領する前に、ドナーのエイズ検査を行い、陰性であった場合にのみ、その精液を受領する。受領した精液は、液体窒素による冷凍保存等により3か月以上保管し、その期間が経過した時点で追加的にドナーに対してエイズ検査を行い、再び陰性であった場合に初めて使用が許可される (第10～13条)。冷凍保存設備がない施設においては、1回のエイズ検査だけで精液の使用を容認するが、そのことに対する同意書を精液のレシピエント (最終的受領者) に

提出させる (第14条g号)。③精液のレシピエントは、エイズ等の性感染症の検査を受けなければならない (第14条b号)。④人工授精の依頼者 (夫及び妻) は、人工授精に関する同意書を提出しなければならない (第14条c号)。⑤精液のドナー又はレシピエントの身元情報に関する秘密を守らなければならない (第14条f号)。⑥人工授精を行う際に、精液をX染色体の精子とY染色体の精子に分別することは禁止される (第14条e号)⁽³³⁾。⑦無登録の精液バンクに対する罰則が存在する (罰金、又は重犯のときは禁錮もあり得る) (第6条)。加えて、一般的に同法の規定への違反に対する罰則として罰金が規定される (第16条)。

2 二つのガイドライン

インドにおけるガイドラインとして代表的なものは、次の二つである。すなわち、①「インドにおける生殖補助医療を施す診療施設⁽³⁴⁾の認定、監督及び規制のための全国ガイドライン」(2005年)⁽³⁵⁾と、②「ヒトを参画対象とする生物医学研究のための倫理的ガイドライン」(2006年)⁽³⁶⁾である。①は、インド医学研究協議会 (ICMR)⁽³⁷⁾とインド全国医科学アカデミー (NAMS (India))⁽³⁸⁾が策定した。②は、インド

(29) *Policy Brief: Assisted Reproductive Technologies (ARTs)*, Centre for Legislative Research and Advocacy (CLRA), July 2009, p.1. CLRA(インドの独立系のシンクタンク) ホームページ <<http://www.clraindia.org/include/ART.pdf>>

(30) 連邦直轄地

(31) Laws of India database(インド法データベース) <<http://www.lawsfindia.org/statelaw/2785/TheDelhiArtificialInseminationHumanAct1995.html>>

(32) 同法は、卵子の提供を規制する規定も有するが、これは人工授精に使用されるものではなく、体外受精に使用されるものと考えられる。(第2条h号、第14条a、d、f号等)

(33) X染色体とY染色体は性染色体と呼ばれ、性別決定を行う染色体である。精子をX染色体を有するものとY染色体を有するものに分別すれば、男女の産み分けが可能になるため、それを防止する目的である。

(34) 原語は clinic。インドでは、生殖補助医療を施す施設は、元々、民間の診療施設だけであった (*National Guidelines for Accreditation, Supervision and Regulation of ART Clinics in India, op.cit.*(10), p.ix)。このため、それらの規制が念頭にあり、clinic という用語が使われてきた。最近では、公立病院も、生殖補助医療を行っている。デリーの公立総合病院であるロク・ナヤク・ジェイ・プラカシュ・ナラヤン病院 (Lok Nayak Jai Prakash Narayan Hospital) は、この種の病院として知られている。

(35) *National Guidelines for Accreditation, Supervision and Regulation of ART Clinics in India, op.cit.*(10)

(36) *Ethical Guidelines for Biomedical Research on Human Participants*, New Delhi: Indian Council of Medical Research, 2006. インド医学研究協議会ホームページ <http://icmr.nic.in/ethical_guidelines.pdf>

医学研究協議会が策定した。インド医学研究協議会、インド全国医科学アカデミーともに、インドの先進的医学の在り方を検討するのにふさわしい、全国的組織・団体である。

①と②のガイドラインの性格であるが、これらのガイドラインは、法的拘束力を伴うものではない。また、インド医学研究協議会とインド全国医科学アカデミーに摘発権限があるわけではなく、基本的に医師や診療施設が自主的にガイドラインを遵守することを期待するという性格を持っている。しかし、インド医学研究協議会は、生物医学研究の推進・調整を行っており、ガイドラインを守らない場合は、研究資金等の面で、その後の研究がスムーズに進まなくなる可能性がある。また、臨床を行っている診療施設についても、ガイドラインから外れているという評価が広まれば、経営にマイナスの影響を与えるかもしれない。このような理由から、ガイドライン違反に対して、一定の抑止力がかかっていると考えられる。しかし、出生前診断を通じて子の性別選択を行うことが法律⁽³⁹⁾で禁止されているにもかかわらず、出生前診断を行い中絶を施すという性別選択がインドでは広く行われている現実もある。法的強制力のないガイドラインでは、守られないことが更に多く存在すると考えられ、実際に違反の多さを指摘する資料もある⁽⁴⁰⁾。

3 診療施設に関する全国ガイドライン

①の「インドにおける生殖補助医療を施す診療施設の認定、監督及び規制のための全国ガイドライン」は、100ページを超える大部な指針である。同ガイドラインによると、インドにおいて不妊の問題を抱える夫婦は1300万～1900万組と推定され、この中には生殖補助医療の適用を希望する夫婦も多い⁽⁴¹⁾。実際に、生殖補助医療を施す診療施設を訪れる夫婦が増え続けており、このニーズに合わせてこれらの診療施設が急速に増えている。しかし、生殖補助医療には、高い技術と十分な設備が必要であるものの、その条件を満たしていないのではないかと疑われるような診療施設があったり、悪質な診療施設から内容がよくわからない高額な費用を請求されたというケースも見られる。生殖補助医療を適用したとしても必ずしも成果（すなわち、子どもの誕生）が得られるわけではなく、依頼者は肉体的にも、精神的にも、また金銭的にも様々な困難に直面することが多い。実際に、生殖補助医療の成功率は30%に満たないと、同ガイドラインでは紹介されている⁽⁴²⁾。これらの諸課題に一定の方向性を与えるために、同ガイドラインは策定された。従来、インドには、生殖補助医療に関して、体系立った法制度やガイドラインが存在していなかったため、同ガイドラインの策定は画期的なことであった。

さて、同ガイドラインの内容を見てみたい。まず、その特徴は、体系性にあると言える。ガ

(37) インド医学研究協議会 (Indian Council of Medical Research, भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद) は、ニューデリーに本拠を置き、インドにおける生物医学研究の全国組織としての役割を果たしている。保健家族福祉大臣が主宰し、政府資金によって運営され、同研究の推進・調整が任務である。実際に多数の研究機関を管理している。ホームページは <<http://www.icmr.nic.in/index.html>>

(38) インド全国医科学アカデミー (National Academy of Medical Sciences (India)) は、ニューデリーに所在し、インドの医学振興のために活動する代表的な団体である。教育、シンポジウム開催、出版等を行っている。ホームページは <<http://www.nams-india.in/index.html>>

(39) 着床前及び出生前診断技術（性別選択の禁止）に関する1994年法 (Pre-Conception & Pre-Natal Diagnostic Techniques (Prohibition of Sex-Selection) Act, 1994) インド政府ホームページ <<http://india.gov.in/allimpfrms/allacts/2605.pdf>>

(40) Dhar, *op.cit.*(12)

(41) *National Guidelines for Accreditation, Supervision and Regulation of ART Clinics in India, op.cit.*(10), p.ix.

(42) *ibid.*

イドラインは、次の九つの章から構成されている。①序—生殖補助医療の簡単な歴史とその診療施設の要件。②生殖補助医療を受ける患者の審査—選考基準と起こり得る合併症。③実施規範、倫理的に考慮すべき点及び法的問題。④同意書面の例。⑤訓練⁽⁴³⁾。⑥将来の研究に関する展望。⑦社会の経済的弱者層への生殖補助医療サービスの提供。⑧ヒトの不妊症に関する全国データベースの構築⁽⁴⁴⁾。⑨全国諮問委員会⁽⁴⁵⁾の構成。この章立てを見ると、単に、生殖補助医療の規制のための指針としての性格にとどまらず、生殖補助医療の歴史、内容、将来像についても触れており、インドにおける生殖補助医療の全体像を示している。

このうち、特に「③実施規範、倫理的に考慮すべき点及び法的問題」を紹介する⁽⁴⁶⁾。まず、全体的な原則が、実施規範として箇条書きにまとめられており、次のa~iの九つに要約できる(3.1~3.2.10⁽⁴⁷⁾)。a. 生殖補助医療を施す診療施設は、州の認定機関等に登録を行い、その監督を受ける。b. 当該診療施設に責任者を置く。c. 生殖補助医療の患者とドナーに関する情報は、秘密にしなければならない。d. 治療に関連する情報は、全て患者に伝えなければならない。e. 治療は、書面による同意に基づいて行わなければならない。f. 1回の治療サイクルで、1人の女性に対して、三つまでの卵母細胞⁽⁴⁸⁾又は胚を使用することができる。ただし、37歳を超える女性の場合、着床に4回以上失敗した女性の場合、重症子宮内膜症の場合、又は胚の

質が悪い場合においては、例外が認められる⁽⁴⁹⁾。また、1回の治療サイクルで、1人の女性に対して、1人の男性又は女性に由来する配偶子又は胚だけしか使用することができない⁽⁵⁰⁾。g. 配偶子と胚の保管と取扱い上のセキュリティは、最高度に達成可能な水準のものでなければならない。h. 生体外で作られた胚を用いた全ての研究について、外部認定機関の承認が必要である。研究計画は、施設内の倫理委員会の承認を経てから、外部認定機関に提出されるものとする。i. ヒト胚を、動物に対して用いてはならない。

さらに、この実施規範から発展して、特に、次のような細部の事項を定めている。かなり詳細な内容まで定めていることがわかる。その概要を紹介する。

- (1) 一般的事項
 - (a) ヒトを複製する目的のクローン化は、禁止する。(3.14.10)
 - (b) 研究目的で、胚の商業的取引を行ってはならない。(3.11.4)
 - (c) 生殖補助医療は、配偶者の同意に基づいて行わなければならない。(3.5.6)
 - (d) 生殖補助医療を施す診療施設が提案した治療にかかる費用と、他の代替的選択肢は、患者に対して全て明らかにされなければならない。(3.4.6)
 - (e) 生殖補助医療を受ける際の同意書は、生殖補助医療を施す診療施設の外の第三者によ

(43) 生殖補助医療の技術等の教育・訓練。

(44) 不妊症と遺伝情報の関連性等の最新知見について情報蓄積をすること。個人情報を含むものではない。

(45) 生殖補助医療を施す診療施設の規制につき、政府に対して助言を行う機関。

(46) Chapter 3: Code of Practice, Ethical Considerations and Legal Issues.

(47) このガイドラインでは、3.2.1のような項目立てがなされている。本稿の記述に対応させ、根拠となるガイドライン上の項目番号を()の中に示す。

(48) 卵子の形成過程を見ると、次のような段階分けがなされる。卵祖細胞→卵母細胞(一次卵母細胞)→排卵の前後に減数分裂を行い染色体の半減した卵娘細胞(二次卵母細胞)→成熟卵子。成熟卵子が一般に卵子と呼ばれるものである。精子と卵子は、成熟性細胞と呼ばれる。

(49) この部分は3.5.12。

(50) 配偶子又は胚が複数の男性又は複数の女性に由来し、遺伝的出所がはっきりしない状態で治療を行ってはならない、ということ。

て、確かにインフォームド・コンセント⁽⁵¹⁾に基づいていることが保証されなければならない。(3.5.22)

- (f) 生殖補助医療を施す診療施設は、ドナーに関する計画又は代理懐胎について商業的要素を有する当事者になってはならない。(3.5.3)
- (g) 法律事務所及び精液バンクは、卵母細胞のドナー及び代理母を広告等の方法で募ることができる。同事務所及び同バンクは、卵母細胞又は代理母を生殖補助医療の依頼者カップル⁽⁵²⁾に提供又は紹介する際に、その費用を請求することができる。卵母細胞のドナーは、同事務所又は同バンクから、提供に当たり金銭的報酬等を得ることができる。金銭的報酬等を含めた、代理母と依頼者カップルとの間の交渉は、当事者同士で行わなければならない。(3.9.2)

(2) 人工授精・体外受精に関する事項

- (a) 精液バンクは、生殖補助医療を施す診療施設、法律事務所又は適切な独立組織が設立することができる。生殖補助医療を施す診療施設の場合は、治療を行う診療施設と分離して運営するものとする。精液バンクは、1人のドナーの精液を使用して妊娠に至らせる回数を10回までに制限しなければならない。生殖補助医療を施す診療施設又は患者は、精液バンクから受けた精液の使用で妊娠に至った場合は、精液バンクに対して報告しなければならない。(3.9.1.1、3.9.1.4)
- (b) 夫又は妻の親族又は友人が提供した精液の使用は、禁止される。生殖補助医療を施す診療施設は、適切な精液バンクから精液を入手する責任を有する。生殖補助医療を施す診療施設及び依頼者カップルは、ドナーの身元情報(氏名や住所)を知ることはできない。し

かし、両者は、ドナーに関する次の情報につき、精液提供を受ける前に精液バンクから可能な限り多く知る権利を有する。すなわち、身長、体重、肌の色、学歴、職業、家庭環境、病気・感染がないこと、民族及び可能であればDNA指紋。以上については、卵母細胞の提供の場合でも、同様に満たさなければならない。もしDNA指紋の作成が商業的に利用可能になれば、生殖補助医療を施す診療施設から依頼者カップルに、対価を得てDNA指紋を提供することができる。この方法では、ドナーの身元情報が明らかになることはない。(3.5.13、3.5.14、3.5.15)

- (c) 精液バンクは、ドナーの妻又はドナーが指定した他の女性に対して精液を排他的に使用することを目的とし精液を保管することができる。その場合、保管費用を請求することができる。(3.9.1.8)
- (d) 精液のドナーの年齢は、21歳から45歳まででなければならない。卵母細胞のドナーの年齢は、21歳から35歳まででなければならない。(3.6.2、3.7.4)
- (e) 精液及び卵母細胞のドナーは、適切な報酬を得ることができる。(3.9.1.3、3.9.2)
- (f) 死の間際の者から配偶子を収集することは、その妻が子を望む場合にのみ許される。(3.5.11)
- (g) 2人の男性の精液を混ぜて使用することは、禁止される。(3.5.18)
- (h) 胎児の卵子を体外受精に用いてはならない。ただし、研究の目的であれば許される。(3.5.17)
- (i) ドナーの精液を用いた非配偶者間人工授精⁽⁵³⁾を婚姻していない女性が用いることは、法的に禁止されていない。独身の女性にこの人工授精による子が生まれた場合は、その子

(51) 原語は informed consent。治療や治験を受ける場合に、その詳細を知らされたうえで患者が同意を与えること。

(52) 原語は couple。婚姻した夫婦が主として想定されているが、婚姻した夫婦に限定されるという記述は存在しない。

(53) 原語は Artificial Insemination with Donor Semen : AID。前掲注(5)

- はその女性の嫡出子と推定される。しかし、通例、婚姻している女性が、夫の書面による同意を得て人工授精を利用すべきである。常に、単身の親の家庭よりは両親がそろっている家庭に子が生まれた方が好ましく、子の利益を第一に考えることが求められる。(3.16.4)
- (j) 受精後のいかなる段階においても、又は胎児の中絶によって、性別の選択が行われてはならない。ただし、遺伝的異常が引き継がれることを避ける場合を除く。生殖補助医療を施す診療施設が、特定の性別の子をもうけるサービスを提供してはならない。(3.5.9, 3.5.10)
- (3) 代理懐胎に関する事項
- (a) 代理母は、45歳以下でなければならない。代理母になろうとしている女性が検査等の基準を満たした人物であることは、生殖補助医療を施す診療施設が保証しなければならない。(3.10.5)
- (b) 代理母を務めることができるのは、生涯に3回までである。(3.10.8)
- (c) 依頼者カップルにとり、未知の女性だけでなく、親族及び既知の女性も、代理母になり得る。親族に代理母を依頼する場合は、依頼者である女性と同世代の女性を選ばなければならない。(3.10.6)
- (d) 体外受精を用いた代理懐胎を依頼できる者は、原則として、妊娠・出産することが肉体的に、又は医学的見地から困難である患者に限定される。(3.10.2)
- (e) 代理母は、生物学的に無関係な子を生む際に、患者の1人として自分の名を登録しなければならない。代理母は、あくまで代理母として扱われ、その懐胎の依頼者の立場で登録されることがあってはならない。登録に当たり、代理母は、遺伝上の親に関して氏名、住所等の必要な情報を、全て提供しなければならない。出生証明書の親の欄には、遺伝上の親が記録される。また、生殖補助医療を施す診療施設は、代理母の氏名と住所を記録した証明書を、遺伝上の親に提供しなければならない。妊娠期間中にかかった代理母に関する費用及び産じょく期の療養費は、代理懐胎の依頼者カップルが負担しなければならない。代理母を務めることに対する金銭的報酬についても、依頼者カップルから得ることができる。金銭的報酬の具体額については、依頼者カップルと代理母の間で決定される。卵母細胞のドナーは、代理母になってはならない。(3.5.4, 3.9.2)
- (f) 代理母に対する支払の中には、その妊娠に関連した全ての費用が含まれる。生殖補助医療に関わる諸組織は、この種金銭的側面に関与することができない。(3.9.2, 3.10.3)
- (4) 体外受精と代理懐胎に関連した権利関係等
- (a) ドナー（配偶子又は胚の提供者）と代理母は、書面により、生まれてくる子に関する親権を一切放棄しなければならない。婚姻した夫婦が合意して生殖補助医療を通じて子をもうけた場合、子は、その夫婦の嫡出子と推定されなければならない。(3.5.5, 3.12.1)
- (b) ドナーに由来する（ミトコンドリアを含む）卵細胞質⁽⁵⁴⁾をその一部とする卵子から子が生まれた場合⁽⁵⁵⁾、子は、3人の遺伝上の親を持つことになる。この場合、卵細胞質のドナーは、子に関する権利を放棄しなければならない。(3.14.4)
- (c) ドナー、配偶子等のレシピエント及び生殖補助医療の依頼者カップルに関する情報は、秘密にしなければならない。(3.3.6, 3.9.1.7)
- (d) ドナーの配偶子を使用して生まれた子及び

⁽⁵⁴⁾ 卵子の持つ細胞質。

⁽⁵⁵⁾ 核置換（卵核胞移植 [germinal vesicle transfer : GVT]）による不妊治療を受けたケースなどが考えられる。核置換とは、例えば、若い女性の卵細胞質に高齢の女性の卵核胞（GV、減数分裂終了前に卵母細胞中に見られる大型の核）を置き換えて入れる技術。

その親は、子の健康に関連して、遺伝上の親の健康情報及び遺伝情報を知る権利を有する。(3.12.2)

- (e) 生殖補助医療を通じて生まれた子は、18歳になったときに遺伝上の親又は代理母に関する情報（可能な場合にはDNA指紋の複写を含む）を知る権利を有するが、その身元情報（氏名や住所）を知る権利は持たない。子に対して、養育した親が自ら、遺伝上の親又は代理母に関する情報を伝える義務はないが、他方、子にとって、その情報を知ることが重要になったときに隠してはならない。ドナーに関する情報（身元情報を除く）は、18歳以上になった子から要求があったとき等の限定された場合のみ、生殖補助医療を施す診療施設により、その子に明らかにされるべきものとする。(3.3.6、3.4.8、3.12.3)

4 生物医学研究のためのガイドライン

「2 二つのガイドライン」で紹介した、②の「ヒトを参画対象とする生物医学研究のための倫理的ガイドライン」は、治験など人体を用いた医学・薬学研究のための指針として、インド医学研究協議会が2000年に策定した「ヒトを被験者とする生物医学研究のための倫理的ガイドライン」⁽⁵⁶⁾を基にしている。医療技術の発展に伴い2000年のガイドラインを改訂し、タイトルを変更したうえで、生殖補助医療についても、近年の発達状況に鑑みて詳述することとしたものである。その内容は、策定期間が近接していることもあり、基本的に「インドにおける生殖補助医療を施す診療施設の認定、監督及び規制のための全国ガイドライン」（2005年）を受けている。

生殖補助医療に関する部分に限定して内容を見ると、次のような特徴がある⁽⁵⁷⁾。まず、本来、人体を用いた医学・薬学研究を対象にしたガイドラインであることから、その最初に掲げている一般的原則のうち、第一の原則は、インフォームド・コンセントである。生殖補助医療の適用を求めるカップル、卵母細胞と精液のドナーに対して適切な助言を行い、十分な情報を提供したうえで書面による同意を得なければならないとされている。第二の原則は、適切なドナーの選択に関する原則である。①ドナーの健康チェックを完全に行うべきこと、②ドナーは、その配偶子のレシピエントの配偶者と極力肉体的特質（肌の色、目の色等）などが似ているべきことが述べられている。第三の原則は、配偶子と胚の尊重に関する原則である。保管期限（配偶子で10年以内、胚で5年以内）や使用方法（胚は受精後14日以内までを研究可能とする。配偶子と胚について国外への販売及び移転並びに国外での使用を禁止する）などの面から制限を加えている。また、配偶子と胚のドナーが親権を放棄すべきこととしている。第四の原則は、核移植⁽⁵⁸⁾又は胚分割によるクローン化に関するものである。ヒトのクローン化は否定されるべきものではないが、安全性、成功の可能性、実用性及び倫理面については、確立した考え方がないことが述べられている。ただし、特定のヒトを造り出すことを意図したクローン化研究は、現段階では禁止している。

また、項目を特に立てて、性別に関わる遺伝的な障害の検査の場合を除き、受精前の処置又は着床前診断を行い性別を選択することを禁じている⁽⁵⁹⁾。

他方、代理懐胎についても、幾つかの原則を

⁽⁵⁶⁾ *Ethical Guidelines for Biomedical Research on Human Subjects*, New Delhi: Indian Council of Medical Research, 2000. このガイドラインの概要は、Nisha Shah, "Review Articles: Ethical Guidelines for Biomedical Research on Human Subjects," *Trends in Biomaterials & Artificial Organs*, Vol.18 No. 2, January 2005, pp.174-177を参照。

⁽⁵⁷⁾ *Ethical Guidelines for Biomedical Research on Human Participants*, op.cit.⁽³⁶⁾, pp.98-101.

⁽⁵⁸⁾ 前掲注(7)

⁽⁵⁹⁾ *Ethical Guidelines for Biomedical Research on Human Participants*, op.cit.⁽³⁶⁾, p.103.

掲げている⁽⁶⁰⁾。特徴的と思われるものを列挙する。①代理懐胎は、代理母が、遺伝上、自ら及びその夫と無関係である妊娠をし、遺伝上の親に対して生まれた子を引き渡すという契約の下に行われるべきものとする。②遺伝上の親の確認は、診療施設でDNA指紋を基に行われる。③代理懐胎中に墮胎法⁽⁶¹⁾に基づき医学的理由で墮胎を行うことは、代理母の権利である。④代理懐胎契約は、法的に強制力を持つものである。妊娠と分娩の時期及び産じょく期に生じる全ての医療上の費用は、依頼者カップルが支払うものとして契約が行われなければならない。代理母の務めを引き受けることに対する金銭的報酬について、特に契約を行うことができる。⑤関係者の同意がある場合又は裁判所の命令がある場合を除き、代理母に関して蓄積された情報は秘密にしなければならない。⑥生殖補助医療を施す診療施設が、依頼者カップル等に対して、代理母をあっせんしたり、その候補者に関する情報を提供したりしてはならない。

5 生殖補助医療規制法律案草案

「2 二つのガイドライン」で紹介した、①、②のガイドラインは、各々2005年、2006年のものであるが、その後の生殖補助医療と関連産業の発達、加えてこれらのガイドラインの現実の効果に鑑みて、生殖補助医療に関して国のレベルの法律の制定が求められるようになった。インドにおける生殖補助医療の関連産業の規模

は、現在、年間250億ルピー（約430億円⁽⁶²⁾）を超えると推定され、特に外国人向けの代理懐胎産業の発達が著しい。多くの収入をインドにもたらすため「黄金の壺（gold pot）」と呼ばれている。生殖補助医療を施す診療施設の数も、20万か所に上っている。また、①、②のガイドラインが存在するものの、守られていないケースもしばしばである⁽⁶³⁾。さらに、代理母になる者は貧困層に属していることが多く、ある種の搾取があると言われたり、半ば強要して代理母を務めさせるというケースもある。このような事態を考慮すると、ガイドラインではなく、強制力がある法律によってルール作りを行うことが好ましいという意見が出てくるのは当然であろう。

前述したとおり、インドには生殖補助医療を規制するまとまった法律は存在していない。しかし、法律制定を目指し、インド政府が法律案草案（Draft Bill）を過去に2回作成している。二つの草案ともに国会に提出するには至っていないものの、政府によって体系立った草案が発表され、国内で生殖補助医療の規制に対する関心が高まったことは画期的であった。

具体的には、次の二つの草案である。一つは、2008年生殖補助医療規制法律案草案⁽⁶⁴⁾であり、もう一つは2010年生殖補助医療規制法律案草案⁽⁶⁵⁾である。2008年生殖補助医療規制法律案草案は、保健家族福祉省とインド医学研究協議会により作成された。この草案に合わせて、細

⁽⁶⁰⁾ *ibid.*, pp.102-103.

⁽⁶¹⁾ 1971年墮胎法（Medical Termination of Pregnancy Act, 1971）等 インド政府全国情報センターホームページ <<http://www.mp.gov.in/health/acts/mtp%20Act.pdf>>

⁽⁶²⁾ 1INR=1.7298円（報告省令レート [平成25年4月分]）

⁽⁶³⁾ Dhar, *op.cit.*(12)

⁽⁶⁴⁾ Draft Assisted Reproductive Technology (Regulation) Bill, 2008. PRS Legislative Research(インドにおける立法関係のシンクタンク) ホームページ <http://www.prsindia.org/uploads/media/vikas_doc/docs/1241500084~~DraftARTBill.pdf>

なお、本法律案草案については、抄訳（「生殖補助医療規制法案」（2008））がある。生殖テクノロジーとヘルスケアを考える研究会ホームページ <http://tech_health.w3.kanazawa-u.ac.jp/data/siryu/%5BIndia%5DThe-Assisted-Reproductive-Technology-%28Regulation%29-Bill-2008.pdf>

⁽⁶⁵⁾ Draft Assisted Reproductive Technology (Regulation) Bill, 2010. インド医学研究協議会ホームページ <<http://www.icmr.nic.in/guide/ART%20REGULATION%20Draft%20Bill1.pdf>>

則である 2008 年生殖補助医療規制法施行規則案草案⁽⁶⁶⁾も作成された。2008 年の両草案に対する国民の意見を受け（特に、代理懐胎が女性に対するある種の搾取的要素を含むのではないかという批判的意見を受け）、2010 年生殖補助医療規制法律案草案及びその細則である 2010 年生殖補助医療規制法施行規則案草案⁽⁶⁷⁾が、やはり保健家族福祉省とインド医学研究協議会により新たに作成された。2010 年生殖補助医療規制法律案草案は、インド法務省の審査を経て最終的な法律案とされ、政府の担当大臣から国会に提出されることが想定されるが、同省の審査に時間がかかっていると報道されている⁽⁶⁸⁾。

2008 年の二つの草案（法律案草案と施行規則案草案）と 2010 年の二つの草案の章立ては基本的に同じである。以下に、今後の法律制定を目指した方向性を最もよく表す 2010 年生殖補助医療規制法律案草案の概要につき紹介する。

(1) 国と州の専門機関の設置

生殖補助医療に関する専門機関を国及び州に設置する。具体的には、生殖補助医療に関する全国諮問委員会（National Advisory Board）及び州委員会（State Board）を設置する。前者は、生殖補助医療規制法が制定された後、時宜に応じてその細則の見直しを行い、加えて患者への情報提供のためのガイドライン策定等を行う。後者は、州内の生殖補助医療の計画の策定や、生殖補助医療を施す診療施設の州における登録機関の監督等を行う。（第 3～12 条）

(2) 診療施設等の登録

生殖補助医療を施す診療施設、生殖補助医療のバンク（精液、卵母細胞及び代理母を診療施設

又は患者に提供することができる専門施設。ART bank）及び生殖補助医療の研究機関は、州における登録機関に申請し、認可・登録を受けなければならない。（第 13～19 条）

(3) 生殖補助医療を施す診療施設に課された義務

(a) 患者等に対して、生殖補助医療の成功の可能性、利害得失及び費用等につき説明しなければならない。（第 20 条第 6 項）

(b) 患者、ドナー及び代理母に関する秘密を保持しなければならない。（第 20 条第 9 項）

(c) 患者、ドナー及び代理母について、あらかじめ感染症の検査を行わなければならない。（第 20 条第 1 項）

(d) 生殖補助医療の適用に関して、それを求めている全ての当事者から同意書を取らなければならない。特に、当事者のうちのいずれかの者が死亡した場合に、配偶子又は胚の扱いをどのようにするのかを書面で確定すべきである。（第 21 条）

(e) 生殖補助医療の実施に関する記録を 10 年間保持しなければならない。その後、この記録は、生殖補助医療に関する国の登録機関が運営する中央データベースに移される。（第 22 条）

(f) 代理懐胎を適用することが許されるのは、正常な妊娠・出産を行うことができない女性が患者である場合に限られる。（第 20 条第 10 項）

(g) 生殖補助医療を 21 歳未満の女性に適用してはならない。（第 20 条第 14 項）

(h) 依頼者の親族及び友人の配偶子を使用することは禁止される。（第 20 条第 12 項）

⁽⁶⁶⁾ Draft Assisted Reproductive Technology (Regulation) Rules, 2008. PRS Legislative Research ホームページ <http://www.prsindia.org/uploads/media/vikas_doc/docs/1241500084~DraftARTBill.pdf>

⁽⁶⁷⁾ Draft Assisted Reproductive Technology (Regulation) Rules, 2010. インド医学研究協議会 ホームページ <<http://www.icmr.nic.in/guide/ART%20REGULATION%20Draft%20Rules%201.pdf>>

⁽⁶⁸⁾ Ramesh Shankar, *Policy & Regulations: Assisted Reproductive Technology Bill still stuck in union law ministry*, 2012.11.7. Pharmabiz.com (インドの製薬関係のポータルサイト) ホームページ <<http://pharmabiz.com/NewsDetails.aspx?aid=72032&sid=1>>

- (i) 1回の治療サイクルで、1人の女性に対して、1人を超える男性若しくは女性に由来する配偶子又はそのような由来の下で生み出された胚を使用することは禁止される。(第23条第3項)
 - (j) 2人の男性の精液を混ぜて使用することは、禁止される。(第23条第4項)
 - (k) 死の間際の者から配偶子を収集することは、その配偶者が生殖補助医療で子を望む場合にのみ許される。(第23条第6項)
 - (l) 胎児に由来する卵子を体外受精に用いてはならない。(第23条第7項)
 - (m) 既知の遺伝病防止の目的等によらない着床前診断を行うことは禁じられる。また、特定の性別の子を授けるサービスを行ってはならない。精液をX染色体の精子とY染色体の精子に分別することは禁止される。(第24、25条)
 - (n) 依頼者は、配偶子のドナーについて身長、体重、民族、肌の色、学歴及び医療上の履歴等を知る権利があるが、その身元情報(氏名、住所等)を知ることはできない。(第20条第4項)
- (4) 配偶子及び胚等の扱いに関する規制
- (a) 生殖補助医療のバンクは、生殖補助医療を施す診療施設とは別に登録され、独立して運営される。(第26条第1、2項)
 - (b) 精液は、21歳から45歳までの男性からのみ提供を受けることができる。卵母細胞は、21歳から35歳までの女性からのみ提供を受けることができる。(第26条第3項)
 - (c) 卵母細胞をドナーとして提供できるのは、生涯に6回までである。(第26条第8項)
 - (d) 生殖補助医療のバンクは、配偶子及び代理母を広告によって募集することができる。引き受けた者に対して同バンクは金銭的報酬を与えることができる。(第26条第6項)
- (e) 生殖補助医療のバンクから精液の提供を受けた、生殖補助医療を施す診療施設は、その精液を1人の患者に1回だけ使用することができる。(第26条第11項)
 - (f) 妻又はパートナーが排他的に使用するという目的でドナーが精液を提供し、生殖補助医療のバンクで保管することができる。また、生殖補助医療のバンクは、そのための料金を徴収することができる。(第26条第15項)
 - (g) 配偶子の保管期限は、5年である。胚の保管期限は5年であるが、その後、胚のドナーの同意のうえで研究のために用いることができる。(第27条)
 - (h) 国外にいる者に対して、配偶子、接合子⁽⁶⁹⁾及び胚を販売、移転又は使用することは禁じられる。ただし、自らの配偶子及び胚を自らの使用の目的で国外に移転することは、生殖補助医療に関する全国諮問委員会の許可の下に容認される。(第29条第1項)
 - (i) 国内で、生殖補助医療を施す診療施設が不妊治療を行う目的以外のために、配偶子を販売することは禁じられる。また、国内で、接合子及び胚を販売することは禁じられる。(第29条第2項)
- (5) 胚の研究に関する規制
- (a) 研究目的で、配偶子及び胚を販売すること並びにそれらを国外へ移転することは、禁じられる。(第30条第1項)
 - (b) 胚を用いた研究は、保健家族福祉省保健研究局⁽⁷⁰⁾の許可の下に行わなければならない。(第30条第3項)
 - (c) 体外受精によるヒト胚を、原則として14日間を超えて保管してはならない。(第31条第1項e号)
 - (d) ヒトを再生するクローン化につながる研究

(69) 狭義には、受精完了後第1分割前の細胞を指すが、受精卵などの広義の意味に用いられることもある。(森英ほか編『図説 ART マニュアル(改訂2版)』永井書店, 2006, p.121.)

(70) Department of Health Research : DHR. 同局ホームページ <<http://www.dhr.gov.in/>>

を行ってはならない。(第31条第1項f号)

(6) 患者とドナーに関する権利義務

- (a) 生殖補助医療は、独身者、婚姻した夫婦及び婚姻していないカップルを含む全ての者に対して適用することができる。カップルとは、共に生活をし、かつ、インドにおいて合法的な性的関係を有する二者を指す。(第2条h号、第32条第1項)
- (b) 未成年の子の親は、子の福祉に必要な範囲で、氏名及び住所等の身元情報を除くドナーに関する情報並びに代理母に関する情報を知る権利を有する。(第32条第3項)
- (c) 患者及びドナーに関する情報は、秘密にしなければならない。(第32条第4項、第33条第1項)
- (d) ドナーは、その配偶子により生まれた子に対する親権の全てを放棄しなければならない。(第33条第3項)
- (e) 配偶子等のレシピエントの身元情報を、ドナーに対して知らせてはならない。(第33条第5項)

(7) 代理懐胎に関する規制

- (a) 代理懐胎の実施に関する情報は、秘密にしなければならない。(第34条第12項)
- (b) 代理母の紹介は、生殖補助医療のバンクから受けることができる。同バンクは、代理母募集の広告を行うことができる。生殖補助医療を施す診療施設が、この種の広告を行うことは禁じられる。(第34条第7項)
- (c) 代理母を務めることができるのは、21歳から35歳までの女性である。代理母は、5回を超える出産をしてはならない。この出産には、自子の出産も含まれる。(第34条第5項)
- (d) 代理母の務めを希望する女性が既婚者である場合は、夫の同意が必要である。(第34条第16項)
- (e) 依頼者にとり未知の女性だけでなく親族及び既知の女性も、代理母になり得る。親族に

代理母を依頼する場合は、依頼者である女性と同世代の女性を選ばなければならない。(第34条第18項)

- (f) 代理母は、依頼者に対して卵母細胞を提供するドナーになってはならない。(第34条第13項)
- (g) 依頼者は、同時に二つ以上の代理懐胎サービスを受けることができない。(第34条第20項)
- (h) 依頼者カップルのうちの女性と代理母に同時に、胚を移植することはできない。(第34条第21項)
- (i) 代理懐胎の依頼者と代理母は、代理懐胎に関して法的強制力を持つ契約を結ばなければならない。(第34条第1項)
- (j) 利用できる場合は保険の費用を含めて、代理懐胎に要する一切の費用は、依頼者が負担しなければならない。これは、妊娠中、産じょく期及び子が親となる者に引き渡されるまでという全ての期間について行うものとする。さらに、代理母は、代理懐胎の務めを引き受けたことに対する金銭的報酬を受け取ることができる。(第34条第2、3項)
- (k) 代理母は、懐胎した子に関連した医療処置を受けることができるように、医療施設にかかっていなければならない。(第34条第8項)
- (l) 依頼者は、代理母及び生まれてくる子に適切な保険をかけることを保証しなければならない。(第34条第24項)
- (m) 出生証明書の親の欄には、依頼者の氏名が記される。(第34条第10項)
- (n) 代理母は、子に対する親権の全てを放棄しなければならない。(第34条第4項)
- (o) インドに居住していない外国人の依頼者又はインドに居住していないインド人の依頼者が、代理懐胎をインドで依頼する場合は、インド国内における後見人を定めなければならない。この後見人は、代理母の世話をすること、すなわち第34条第2項⁽⁷¹⁾に規定するとおり妊娠中及び産じょく期において世話をす

- ることについて法的な責任を有する者となる。この務めは、子が依頼者又は後見人に最終的に引き取られることになるまでの間、果たさなければならない。さらに、代理懐胎の依頼者は、所属国又は居住国からの正式な文書を生殖補助医療を施す診療施設に提出しなければならない。この文書には、インドから、依頼者の所属国又は場合によっては居住国へ、代理懐胎で生まれた子を連れ帰ることが可能であることを記さなければならない。この場合の代理懐胎には、ドナーから卵母細胞又は精液を提供して生まれた胚が使用される場合も含まれる。この正式な文書とは、例えば、依頼者の国の在インド大使館又は外務省が作成する書簡で、当該国が代理懐胎を容認し、生まれた子は依頼者の生物学上の子として当該国に入国できることを明確に述べたものである。もし、外国の依頼者が、代理母から生まれた子を、生後1か月以内に自ら又は法的代理人を通じて要求することがなく、引き取らないことになった場合には、法的には後見人がその子を引き取らなければならない。ただし、後見人が、その子を養子縁組のあっせん機関に引き渡すことは許される。子の引取りについて決定がなされるまでの移行期間においては、後見人が子の福祉につき責任を負わなければならない。養子縁組が成立した場合又は後見人が養育を行わなければならない場合には、子はインドの市民権を付与される。(第34条第19項)
- (D) インドの市民権を持つ者に限り、代理母を務める権利を有する。生殖補助医療のバンク及び生殖補助医療を施す診療施設は、外国での代理懐胎のためにインド人を受け入れ、又は送り出すことができない。(第34条第22項)
- (8) 子の身分
- (a) 婚姻した夫婦に生殖補助医療を通じて生まれた子は、その夫婦の嫡出子と推定される。(第35条第1項)
- (b) 婚姻していないカップル⁽⁷²⁾に生殖補助医療を通じて生まれた子は、そのカップルの嫡出子と推定される。(第35条第2項)
- (c) 独身の男性又は女性に生殖補助医療を通じて生まれた子は、その者の嫡出子と推定される。(第35条第3項)
- (d) 他のドナーから受けた卵細胞質を中に含む卵子の提供を受ける場合は、卵細胞質及び卵子のドナーは、親権の全てを放棄しなければならない。(第35条第6項)
- (e) インドにおいて、精液若しくは卵子の提供を受け、又は代理懐胎を用いて、外国の依頼者が子をもうけた場合は、その子はインドの市民権を付与されない。(第35条第8項)
- (9) 子の知る権利
子は、18歳になれば、ドナー又は代理母について、身元情報を除くあらゆる情報につき求めることができる。(第36条第1項)
- (10) 罰則
- (a) 生殖補助医療を施す診療施設は、性別選択に関する出生前診断の広告を出すこと等を禁じられる。これに違反した者は、5年以下の禁錮及び定められた罰金に処する。(第37条)
- (b) 遺伝学の医師、婦人科医師、登録された医師又は生殖補助医療を施す診療施設を所有若しくは経営する者若しくはこの種の施設において雇用され、かつ、名誉職の立場で行うか否かを問わず専門的若しくは技術的職務を行う者が、本法又は本法に従い定めた規則のいずれかの規定に違反した場合は、3年以下の禁錮若しくは定められた罰金又はその両方に処する。再犯の場合は、5年以下の禁錮若し

(71) 代理懐胎の費用負担を依頼者が行うという規定。

(72) カップルの定義は、本稿「5 生殖補助医療規制法律案草案」のうち(6)(a)参照。

くは定められた罰金又はその両方に処する。

(第38条第1項)

- (c) 出生前診断技術(規制と濫用の防止)に関する1994年法⁽⁷³⁾第4条第2項⁽⁷⁴⁾に規定する以外の目的で妊婦に対する出生前診断を行うために、生殖補助医療の適用を求め、又は遺伝学の医師、婦人科医師若しくは登録された医師に当該診断を求める者は、3年以下の禁錮及び定められた罰金に処する。再犯の場合は、5年以下の禁錮及び定められた罰金に処する。(第38条第3項)
- (d) 男性又はヒト以外の動物に対してヒト胚を移植することは本法への違反であり、3年以下の禁錮及び定められた罰金に処する。(第38条第4項)
- (e) 研究目的で胚を販売することは本法への違反であり、3年以下の禁錮及び定められた罰金に処する。(第38条第5項)
- (f) 配偶子のドナー又は代理母を獲得するためにあっせん人又は有料のあっせん業者を用いることは本法への違反であり、3年以下の禁錮及び定められた罰金に処する。(第38条第6項)
- (g) 本法又は本法に従い定めた規則のいずれかの規定に違反する場合で、本法で別に罰則の規定を設けていないものについては、3年以下の禁錮若しくは定められた罰金又はその両方に処する。再犯の場合は、罰金が追加される。(第40条)
- (h) 本法で罰せられるべき違反が会社により行われた場合には、違反の時点で会社の業務の

遂行において、会社を管理し、その責任を有する立場にある者は、会社と同様に、違反について有罪とみなさなければならず、訴追し相応の刑罰に処さなければならない。(第41条第1項)

- (i) 会社による違反の場合において、取締役、部長、書記若しくは他の役員同意若しくは黙認があるか、又はそれらの者の怠慢に起因するということが証明されたときには、それらの者もまた、違反について有罪とみなさなければならず、訴追し相応の刑罰に処さなければならない。(第41条第2項)

6 生殖補助医療規制法律案草案の評価

2010年生殖補助医療規制法律案草案については、生殖補助医療に関係する者を広く保護する役割を果たすと評価されているものの、必ずしも全てが評価できるものではないという意見もある。サマ⁽⁷⁵⁾は、次のような幾つかの問題を指摘している⁽⁷⁶⁾。

- (a) 生殖補助医療の適用を受けることができる者に、同性愛者が含まれるか否かについては、解釈が分かれる可能性を残している。すなわち、カップルとは、共に生活をし、かつ、インドにおいて合法的な性的関係を有する二者を指すこととされており(第2条h号)、ここに同性愛者が含まれるか否かが議論になるかもしれない⁽⁷⁷⁾。
- (b) 生殖補助医療が身体にリスクを与えることについて短期的な観点で考慮されているもの

(73) Pre-natal Diagnostic Techniques (Regulation and Prevention of Misuse) Act, 1994. [Act 57 of 1994]

(74) 染色体異常、遺伝的代謝異常又は異常ヘモグロビン症等の発見の目的であれば、出生前診断を行うことができるとした規定。

(75) 前掲注(17)

(76) Menon, *op.cit.*(17)

(77) 2010年の法律案草案に対しては、同性愛者は生殖補助医療を利用できないと解釈・記述する文献と、同性愛者も代理懐胎を依頼できると解釈・記述する文献の両者が存在している。

“THE ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES.” Law Teacher (英国の法律論文提供会社) ホームページ <<http://www.lawteacher.net/family-law/essays/reproductive-technologies-regulation-law-essays.php>>; Dhar, *op.cit.*(12)

の、長期的にどのようなリスクがあるのかについては研究途上にある部分もあり、このような長期的リスクへの配慮も何らかの必要になると考えられる。

- (c) 保管期限5年を過ぎた胚の研究目的での利用(第27条)について容認しているが、この種の研究についての規制が十分でない。
- (d) 代理懐胎において、代理母が遺伝的な母の立場になることを禁じているが、これは生まれてくる子に対する親権を代理母が主張することを防止する役割を果たすものの、商業的代理懐胎という側面を一層強める結果になる。同時に、代理母へは、遺伝的に関係のない第三者の胚が移植されることになり、自らの卵子を用いた妊娠に比べて身体への負担の度合いが大きくなる。
- (e) 代理母の出産回数について自子を含めて5回までとしているが(第34条第5項)、これは2008年生殖補助医療規制法律案草案が3回までとしていたこと(第34条第5項)と比較すると、規制が緩やかになっている。また、2008年と2010年の両法律案草案ともに、出産に至らない場合も含めて胚の着床を試みる回数を制限していない。これらの規制の内容が、母体の保護にとって十分であるか否かは、議論が必要である。
- (f) 依頼者は、代理母から生まれてくる子に適切な保険をかけることを保証しなければならないが(第34条第24項)、その内容が不明確であり、特に出生後の養育のプロセスでの保険の必要性を規定することが好ましい。
- (g) 代理懐胎を行う場合において、インド国内における後見人が定められるが、この後見人が生まれた子を引き取ることになったとき

は、その子を養子縁組のあっせん機関に引き渡すことが許されている。後見人の持つこの権限は大きく、濫用されないように何らかの監視が必要である。

このようなサマによる評価以外に、外国からの反応も見られた。インドは、代理懐胎について先進諸国の依頼者からのニーズが高い国である。2010年生殖補助医療規制法律案草案が実際に法律として成立した暁には、第34条第19項に示されるとおり、外国人が代理懐胎サービスをインドで利用するに当たって、その者の所属国又は居住国が正式な文書⁽⁷⁸⁾を整えなければならない。この規定について、先進諸国の国民で外国において生殖補助医療を希望する者の中から、インドの代理懐胎サービスを利用しづらくなるのではないかという心配の声が上がっている⁽⁷⁹⁾。今後、インドを代理懐胎サービスを受けるための主要な候補国(渡航先)と想定することが多かった、先進諸国の依頼者の動向に変化が生じる可能性がある。

7 今後の展望

インドは、生殖補助医療について、倫理的にあまり抵抗のない国である。インドにおける中心的な宗教であるヒンズー教では、生殖補助医療を進歩と捉えており、好意的な宗教的風土の中で生殖補助医療が急速に発達・普及してきた。実際に、生殖補助医療が不妊に悩む夫婦を助けるという目的で行われるならば容認される、と考えるインド人が多いという。クローン化についても、キリスト教世界ほどの抵抗感は見られない⁽⁸⁰⁾。

一方で、賃金・物価水準が先進諸国に比べて

(78) 依頼者の所属国又は場合によっては居住国へ、代理懐胎で生まれた子連れ帰ることが可能であることを記した正式な文書。

(79) オーストラリアは、インドで代理懐胎を利用する依頼者の多い国であるが、同法律案草案の成立後、インドでの代理懐胎利用が難しくなるだろうという意見も存在している。Arvinder S. Ranga, *Indian surrogacy changes may make surrogacy there for Australians almost impossible*, October 22, 2012. Australian Surrogacy and Adoption Blog(代理懐胎・養子縁組等の家族法上の問題について法的情報を提供するオーストラリアの弁護士のプログ) <<http://surrogacyandadoption.blogspot.jp/2012/10/indian-surrogacy-changes-may-make.html>>

安価であるため、インドで生殖補助医療を受けた場合にかかる費用も、世界的に見て安価であるという事実が存在している。例えば、代理母を務めることに対して支払われる金銭的報酬についての標準的相場は、米国 18,000～25,000 米ドル（約 167 万～233 万円）⁽⁸¹⁾、英国 15,000 米ドル（約 140 万円）、インド 5,000～7,000 米ドル（約 47 万～65 万円）とされている。このため、先進諸国の依頼者が、特に代理母をインドで求めるという傾向が見られる。インドで代理懐胎によって生まれる子の数は年間 25,000 人を超えるが、そのうち半数は、欧米諸国の依頼者によるものである⁽⁸²⁾。

このような環境下で行われる代理懐胎は、インドの貧しい女性にとって貴重な収入源になる一方で、身体的危険や負担を伴うため、搾取的側面が存在するという批判が出ている。実際に、インドの製造業の 1 日当たりの平均賃金は 206 ルピー（356 円：2008 年）⁽⁸³⁾であり、代理母を 1 回務めれば約 6～8 年分の報酬を得たことと同じになる。代理懐胎を務めた場合の報酬は、巨額である。しかし、代理母は、十分とは言えない医療環境の下で代理懐胎を行うことも多く、健康上のリスクにさらされていると批判されている。また、多くの場合、生殖補助医療を施す診療施設が準備した寄宿舎に複数の代理母が共同で住み、自分の家族との面会も限られるという実態であり、前時代的とも言える、このような扱いに対して批判がある。

今後、インドにおいて、生殖補助医療に関する法制度の整備が進む可能性は高く、生殖補助

医療の在り方が法的規制に服した形になることも十分に想定される。そのような段階になれば、現状に比べ、より優れた環境の下で、生殖補助医療が提供されるのではないかとインド国内では期待の目が向けられている。近い将来に、2010 年生殖補助医療規制法律案草案が法律案に整えられてインド国会に提出されれば、国会審議を通じて、生殖補助医療に関する議論が更に深化することになる。

III タイの規制制度

1 タイ医療協議会のガイドライン

タイは、生殖補助医療に関して特別の法令上の規制が存在しない国に分類される。タイでは、タイ医療協議会 (แพทยสภา)⁽⁸⁴⁾ の会告 (ประกาศแพทยสภา)⁽⁸⁵⁾ による生殖補助医療の規制枠組みが設けられている。この会告は、いわゆるガイドラインであり、法的拘束力が存在しない。同協議会は、専門職としての医師の管理や代表を行う団体で、法律⁽⁸⁶⁾に基づき設置され公的性格を有する法人である⁽⁸⁷⁾。具体的には、医師免許の付与、医学教育の管理、医療行為の管理等を行う。委員の半数も特定官職の役職者等が自動的に就任する仕組みになっている。このように、生殖補助医療に関する会告を行う同協議会が公的性格を有する法人であるため、その会告に反する医療行為に対しては一定の抑制力が効くと考えられる。しかし、同協議会には、法令上の制裁を行う権限があるわけではなく、摘発権限もないため、会告に反した医

(80) 「ヒンドゥー教と生殖」生殖テクノロジーとヘルスケアを考える研究会ホームページ <<http://azuki0405.exblog.jp/12651142/>>

(81) 1 米ドル = 93 円（報告省令レート [平成 25 年 4 月分]）

(82) Shetty, *op.cit.*(15), pp.1633-1634.

(83) 『データブック国際労働比較 2012』労働政策研究・研修機構, 2012, p.166.

(84) 英名: Medical Council of Thailand.

(85) 英訳: announcement.

(86) 1968 年医療専門職法 (พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511: Medical Professional Act B.E. 2511 [October 9, 1968])

(87) 職業団体であるタイ医師会 (แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์: Medical Association of Thailand) は、別に存在している。

療行為も実際は存在している⁽⁸⁸⁾。

(1) 会告第1/2540号

同協議会の生殖補助医療に関する会告とは、①生殖医療技術に係る医療の基準に関する会告第1/2540号⁽⁸⁹⁾と②生殖技術を含む医療の基準に関する会告第21/2544号⁽⁹⁰⁾である。①の会告は1997年のものである。この会告の第1条によれば、生殖補助医療は、人工授精、体外受精、胚移植、顕微授精等の範囲のものと理解されている。代理懐胎、着床前診断、出生前診断については、直接的には触れていない。しかし、例えば代理懐胎のプロセスで、体外受精が行われれば、生殖補助医療の範囲に含まれると考えられる。この会告に基づき、1997年以降の生殖補助医療は、次のような形で運用された⁽⁹¹⁾。

- (a) 生殖補助医療を施す医療機関において倫理委員会を設け、その委員会には少なくとも3人の委員を置く。
- (b) 生殖補助医療の実施の前に、予定される処置の全てについて夫及び妻から書面で同意を得る。この書面は、実施医療機関が準備する。
- (c) 王立タイ産科婦人科学会⁽⁹²⁾が生殖補助医療の監督を行い、年間報告書を作成する任務

を負う。

(2) 会告第21/2544号

②の会告は2002年のものである。生殖医療技術に係る医療の基準に関する会告第1/2540号(①の会告)に対して、②の会告によって幾つかの規制が付け加えられた。条文上でも、①の会告に対して、第4/1条と第4/2条が付加されると記述している。以下は、この二つの条の邦訳である⁽⁹³⁾。

第4/1条

生殖技術を含む医療において、生殖のためにヒトのクローン化を行うという方法が用いられるてはならない。

第4/2条

- 第3条に規定する医療に責任を有する、又は生殖技術を含む医療の提供を行う医師は、次の(i)から(iv)に掲げる医療の基準を遵守しなければならない。当該医療には、生殖の過程で用いられる男性又は女性の配偶子又は胚のドナーによる提供が含まれるものとする。
- (i) 婚姻した夫婦の場合において、妻が妊娠することにより子を持つことを希望するとき

(88) 「タイの Medical Council が卵子ドナー募集広告を調査」2011.10.5. 生殖テクノロジーとヘルスケアを考える研究会 [忘備録] ホームページ <<http://azuki0405.exblog.jp/14696884/>>

(89) ประกาศแพทยสภา 1/2540 เรื่อง มาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Announcement No.1/2540 on the Standards of Services Concerning Reproductive Health Technology) タイ医療協議会ホームページ <http://www.tmc.or.th/service_law03_5.php>

(90) ประกาศแพทยสภา 21/2544 เรื่อง มาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (ฉบับที่ 2) (Announcement No. 21/2544 on the standards of services involving reproduction technology) タイ医療協議会ホームページ <http://www.tmc.or.th/service_law03_7.php>

(91) *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives East and Southeast Asia*, New York: Center for Reproductive Rights, 2005, pp.181, 200. <<http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Thailand.pdf>>

(92) ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists)

(93) 米国防総省が運営するウォルター・リード陸軍研究所 (Walter Reed Army Institute of Research : WRAIR) という生物医学の研究施設の中にある被験者保護部 (Human Subjects Protection Branch) が提供する資料 "Development of the Ethical Guidelines for Research in Human Subjects in Thailand," 2007, p.35. <<http://www.wrairhspsb.army.mil/HSPBGuidance.aspx>> に掲げられた英訳から翻訳を行った。適宜、タイ語の原文を参照した。なお、この資料では、「生殖技術を含む医療の基準に関する会告第21/2544号」について、「...第21/2545号」と記述しているが「...第21/2544号」が正しい。

は、医師は、(a)生体内又は生体外の受精の目的で配偶子の提供をドナーから受けることにより、及び(b)妊娠の目的で胚の提供をドナーに求めることにより医療を行うことができる。

(ii) 婚姻した夫婦の場合において、妻でない他の女性が代わって妊娠することにより子を持つことを希望するときは、医師は、当該夫婦の配偶子間の受精に由来する胚を用いることによるのみ医療を行うことができる。

(iii) (i)及び(ii)の医療の提供においては、次の(a)から(d)に掲げる条件を遵守しなければならない。

(a) 売買であると判断され得る方法で、配偶子のドナーに対して支払が行われてはならない。

(b) 商業的懐胎であると判断され得る代理懐胎が行われるという形で、他の女性に対して支払が行われてはならない。

(c) 代理懐胎を行う女性は、夫又は妻の血縁者でなければならない。

(d) 胚の着床前診断は、必要かつ適切な診断に資する目的の場合においてのみ、実施することができる。性別の選択であると判断される方法において、この診断を実施してはならず、本規定に付された様式に従い、書面によるインフォームド・コンセントの手続を採らなければならない。

(iv) 責任を有する、又は医療を提供する医師は、(i)から(iii)に規定する基準に基づかない医療に

ついて、いかなる医療であるかを問わず、その実施前に王立タイ産科婦人科学会から承認を得なければならない。

②の会告により、具体的には、次の諸点が主に加えられたことになる。a. クローン化の禁止。b. ドナーからの配偶子及び胚の提供の容認。c. 代理懐胎を行う場合の胚の由来の限定(婚姻した夫婦の胚の利用のみを容認)。d. 配偶子の売買の禁止。e. 商業的代理懐胎の禁止。f. 代理母の限定(夫又は妻の血縁者に限る)。g. 着床前診断による性別選択の禁止。①の会告の段階では、生殖補助医療実施の手続に関する枠組みが設定されるにとどまっていたが、②の会告により、具体的な医療行為の禁止事項が入り、規制的性格が明確になった。実際に、タイの生殖補助医療を宣伝する団体のホームページを見ても、配偶子の売買の禁止が明確に記述されており⁽⁹⁴⁾、②の会告が浸透していることをうかがわせる。

反面で、実際の診療において、②の会告が守られていないのではないかと疑わせるような報告⁽⁹⁵⁾があるのも事実である。特に代理懐胎については、②の会告が必ずしも十分に守られていないことが、タイ国内では周知の事実となっている⁽⁹⁶⁾。このようなことから考えると、②の会告の実際上の規制力がどの程度であるかは、残念ながら不明である。

⁹⁴ *Egg and sperm donation*. Superior A.R.T. ホームページ <http://www.thaisuperiorart.com/assisted.php?cont_id=79>

⁹⁵ Whittaker, *op.cit.*(23), pp.402-403. この論文によると、性別の選択を目的とした着床前診断が民間のクリニックで行われていること、オーストラリアからの依頼者がこの目的でタイを訪れるケースがあることが報告されている。

⁹⁶ ②の会告では、a. 商業的代理懐胎の禁止や b. 代理母の限定(夫又は妻の血縁者に限る)が規定されることは、前述したとおりである。しかし、実際には、商業的代理懐胎を宣伝するホームページがあったり、商業的代理懐胎の法的規制がタイの課題であると評する意見も見られたりと、必ずしも同会告による商業的代理懐胎の規制が浸透していない実態がある。“Draft surrogacy act under consideration,” *Bangkok Post*, April 22, 2011. Bangkok Post ホームページ <<http://www.bangkokpost.com/business/economics/233141/draft-surrogacy-act-under-consideration>>; Rebecca Ponce, *Surrogacy and Adoption in Thailand*, July 16, 2010. HG.org ホームページ(世界の法律・政府関係の情報を提供するホームページ) <<http://www.hg.org/article.asp?id=19371>>; Pennapa Hongthong, *Surrogacy Bill's draft hits early problems*, January 15, 2007. The Nation (タイの英字紙) ホームページ <http://nationmultimedia.com/2007/01/15/headlines/headlines_30024144.php>

2 タイの代理懐胎と民事法制

1991年以來⁽⁹⁷⁾、タイでは代理懐胎が行われている。近年その発展は目覚ましく、現在では、代理懐胎を行うことができる国として、世界的に知られている。生殖補助医療の技術が進んでおり、かつ、代理母の健康状態がよく、子どもの扱いが丁寧であるということで、タイでの代理懐胎を求める外国からのニーズは高い。現在、タイには、直接的に代理懐胎を規制する法令が存在していない。代理懐胎は合法的行為であるが、規制が十分でない状況と言える。前述したとおり、タイ医療協議会のガイドラインの規制も、必ずしも守られていない⁽⁹⁸⁾。

ただし、タイの法令との関係を見ると、タイ民商法典（ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์）⁽⁹⁹⁾が親子関係に関する規定を有しており、これが関係法律となっている。同法典の関係箇所は、次のとおりである。

第 1536 条

女性が婚姻している間に、又は婚姻の解消後110日以内に産んだ子は、その夫、又は場合によっては夫であった男性の嫡出子と推定する。

（以下、省略）

第 1546 条

男性と婚姻していない女性が産んだ子は、その女性の嫡出子と推定する。

第 1547 条

夫婦でない両親から生まれた子は、その両親の事後的婚姻により、父の申請によりなされた登録により、又は裁判所の判決により、嫡出子とされる。

以上の規定から、配偶子を提供し代理懐胎を依頼した男性又は女性が、遺伝子の調査により遺伝的に父又は母であると科学的に結論付けることができても、民商法典上は、この男性又は女性を、代理懐胎で生まれた子の父又は母と推定することはできない。分娩を行った母が民商法典上、子の母と推定され、この母が婚姻していれば、その夫が子の父と推定される。もし、子の母が未婚であれば、（民商法典第1547条の事後的婚姻等が行われなければ）子の父として推定される者が存在しない。

このため、外国の依頼者がタイ女性に代理懐胎を依頼し子が生まれた場合、依頼者に対して養子縁組を行い、本国に連れ帰るという手続を踏むことが多い。この手続には、タイでは7か月程度を要し、依頼者はタイに滞在し手続を進めると同時に、生まれた子の養育を行うこともある。万が一、分娩した女性が、外国への養子縁組を急に望まなくなったという事態になると、子はタイに残らざるを得ない。このような事態も想定されるので、代理母を選定するときは信頼できる女性を選ぶ必要があり、妊娠中も変心がないように連絡を取っておく必要がある。このような手順の煩雑さを嫌う外国人もいる。このように現在のタイの法制では、代理懐胎で生まれた子の親が最終的に誰になるのか、複数の選択肢が存在し得る状況であり、代理懐胎の依頼者、代理母、子のいずれも、親子関係が不安定な状態に置かれている⁽¹⁰⁰⁾。

3 生殖補助医療に関する法律案作成の動き

(1) 規制法制定の動き

最近、タイでは、特に代理懐胎を中心として生殖補助医療を規制する法律を制定しようとする

(97) Wongruang, *op.cit.*(11)

(98) 前掲注(96)

(99) 英訳：Civil and Commercial Code.

(100) *Surrogacy Draft Laws: A Move Towards Safe Regulation*, June 12, 2012. Isaan Lawyers（タイ・ナコンラーチャシーマー県のイーサーン・ローヤーズ法律事務所。タイ家族法に関連する事件を専門の一つにする）ホームページ <<http://www.thailand-surrogacy-law.com/surrogacy-draft-laws-a-move-towards-safe-regulation/>>

る動きが見られる。このように生殖補助医療に関して法的規制をかけることについては、かねてより議論が続けられてきた。実際に生殖補助医療の規制法の制定についても、既に10年近くの議論と検討があり、法律家、医師、人権活動家などの様々の分野の専門家、また利害関係者の意見を汲みながら、法律案の作成が進んできた。

特に、①近年急増する代理懐胎サービスをどのように規制するか、②商業的代理懐胎の禁止、③代理懐胎で生まれた子をどのように保護すべきか等の点が、大きな課題とされた。中でも、代理懐胎を通じて生まれてくる子の親を、現行制度どおり分娩した代理母とその夫とし続けるのか、それとも代理懐胎を依頼した夫婦とするのか、が最大の論点とされた。法律案の作成に当たっては、先進諸国の法制度の比較研究もなされ、特に代理懐胎に関する法制度については、英国、フランス、ドイツ、オーストラリアの事例が研究された⁽¹⁰¹⁾。このことは、作成する法律案が、国際的水準を満たすべきものになるように、との意図の表れである。

2007年には、法制委員会⁽¹⁰²⁾内に設置された小委員会により最初の法律案草案が作られ、同草案に対する国民からの意見を得た。その後、法律案が作成され、2010年5月には、この法律案に関する内閣の承認が行われた。法律案の名称は、

生殖補助医療を通じて生まれた子を保護する法律案 (ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์)⁽¹⁰³⁾ である。同法律案は、2011年4月26日にタイ国会の下院に対してアピシット・ウェーチャチーフ首相 (อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ、2008～2011年)⁽¹⁰⁴⁾ から提出された⁽¹⁰⁵⁾。2011年5月4日の下院本会議で、同法律案は議案の一つとして取り扱われたものの、同法律案についての審議は実際にはなされなかった⁽¹⁰⁶⁾。2011年5月10日に下院が解散され、同法律案は、結局のところ廃案となってしまった。同年7月3日の総選挙によりタイ貢献党による新政権が誕生し、首相もインラック・シナワトラ氏 (ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร、2011年～) に変わったが、新政権が、同様の法律案を国会に提出するには至っていない。

(2) 2007年の法律案草案

最初の法律案草案が作られた2007年当時は、①この種の法律を制定することは重要であるが、拙速になってはいけぬ、②法律の制定が、代理懐胎の依頼者に一方的に有利であれば容認できず、むしろ生まれてくる子の権利の保護が第一義的に重要であるなどの批判的意見もかなり出された。個別の論点としては、a. 代理懐胎を規制・監督する国の機関の新規設立、b. 代理懐胎の依頼者となるための要件の詳細化、c.

⁽¹⁰¹⁾ 先進諸国の事例研究の結果は、法制委員会(脚注⁽¹⁰²⁾参照)が2007年タイ憲法第142条第5項に基づいて作成した、この法律案に対する解説資料で紹介される。同解説資料は、社会開発人間安全保障省にある社会的弱者の福祉推進・保護・自立局(สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ) ホームページ <http://www.opp.go.th/news_30-06-53_22.doc> に掲載される。なお、該当箇所は、同解説資料中の ๓. ข้อมูลทางวิชาการประกอบการพิจารณา (3. 学術的検討) の項目である。

⁽¹⁰²⁾ คณะกรรมการกฤษฎีกา (Council of State)。タイの法制執務を行う組織で、首相に属する。法制委員会法に基づき運営される。我が国の内閣法制局に類似する。

⁽¹⁰³⁾ 英訳: Bill to Protect Children Born through Assisted Reproductive Technologies, No.167/2553, May 2010. 同法律案のテキストは、タイ法制委員会ホームページ <<http://web.krisdika.go.th/data/news/news10866.pdf>> に掲載。同法律案は、通称、代理懐胎法案(ทั้งนี้ ร่าง พ.ร.บ.การรับตั้งครรภ์แทน: Surrogacy Draft Law)とも呼ばれる。

⁽¹⁰⁴⁾ 前の民主党政権の首相。

⁽¹⁰⁵⁾ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. คลังสารสนเทศของสถาบันนิติบัญญัติ (Legislative Institutional Repository of Thailand) ホームページ (タイ国会下院事務局が運営する立法情報データベース) <<http://dl.parliament.go.th/handle/lirt/299803?show=full>>

⁽¹⁰⁶⁾ การประชุมสภาผู้แทนราษฎร ชุดที่ 23 :: ระเบียบวาระการประชุมและบันทึกการประชุม ไท国会下院ホームページ <<http://library2.parliament.go.th/giventake/hr23.html>>

代理母になるための要件として出産経験を加えるべきか否か⁽¹⁰⁷⁾、d. 代理懐胎を通じて生まれた子の親を、その依頼者であると決定するための手続の簡素化⁽¹⁰⁸⁾、e. 代理懐胎を依頼した夫婦が途中で死亡してしまった場合の対応策の整備、f. 代理懐胎を通じて生まれた子に親（依頼者か、それとも代理母や配偶子のドナーか）を選択する権利があるか否か、g. 罰則の整備⁽¹⁰⁹⁾などが挙げられた。2010年の法律案では、これらのうち、fの権利を付与することは全く認められなかったが、それ以外の六つの項目については対応策が盛り込まれることになり改善が図られた⁽¹¹⁰⁾。

4 生殖補助医療規制のための2010年法律案

生殖補助医療を通じて生まれた子を保護する法律案（2010年）⁽¹¹¹⁾の具体的内容であるが、まず、その目的については、同法律案に付された提案理由で次のように説明される。

近年の生殖補助医療の発達に伴い、不妊症に悩む人々に子どもが与えられる可能性が開かれてきているものの、タイの現行法制では、生殖補助医療を通じて生まれた子

の親として推定される者が、必ずしも遺伝上の親とは限らない、という問題が生じている。このため、遺伝的な繋がりにより親と推定するという方法に、制度変更を行う必要がある。また、胚を用いた研究や生殖補助医療に対して規制を設け、それらの適切な実施を図る必要がある。

この提案理由を見ると、同法律案は、生殖補助医療を通じて生まれた子の親を誰と推定するのか、を最も大きな課題としていることがわかる。併せて、研究活動を含めて生殖補助医療全般につき、広く規制をかけようとしている。

次いで、同法律案の各条項で定められる内容を要約して、紹介する。

(1) 生殖補助医療の定義

ヒトの精液及び卵子を使い、医学的に妊娠に至らせる方法で、人工授精等の、自然の方法によらないものを指す。（第3条）

(2) 所管大臣

本法律の所管は、社会開発人間安全保障省の

⁽¹⁰⁷⁾ 同法律案草案では、代理母になるのに出産経験は不要とされていた。しかし、出産経験がある女性であれば、親権を主張する可能性が低いと、依頼者との間で親権をめぐる紛争が起こりづらいと考えられることを理由に、出産経験を要件とすべきという意見も出された。この意見は、代理懐胎の依頼者側の立場にある者の意見であった。

また、同法律案草案では、代理母になるための要件として、①18歳以上、②婚姻している場合は夫の同意があること、③代理懐胎について医学上、倫理上及び法律上の研修を受けたことを示す文書を提出できることが規定された。

⁽¹⁰⁸⁾ 同法律案草案では、代理懐胎で生まれた子の親を依頼者夫婦であると原則的に定めたが、依頼者夫婦から裁判所に申立てを行い、裁判所の認定があって初めて、依頼者夫婦が親とされるという手続を踏むことになっていた。この規定に対しては、複雑な手続で、官僚主義的であるという批判がなされた。

また、男性の同性愛のカップル（依頼者）が、代理母の卵子を用いて代理懐胎を依頼した場合、生まれた子の親として、代理母は依頼者と同等の権利を持つとされた。これは、同性愛者が代理懐胎を依頼することを抑制する効果を持つものと理解された。

他方、依頼者夫婦が代理懐胎を通じて生まれた子に対して親権を有するという規定については、遡及適用の規定を追加して設けるべきであるという意見が出た。

⁽¹⁰⁹⁾ 同法律案草案では、例えば、商業的代理懐胎の禁止に違反した場合の罰則を規定しなかった。

⁽¹¹⁰⁾ *New Surrogacy Bill Drafted*, July 9, 2007. Thailand Law Forum (タイにおいて、タイ法律事情につき英語情報を提供する専門的・学術的団体) ホームページ <<http://www.thailawforum.com/news/news-july-p5.html>>; Hongthong, *op.cit.*⁽⁹⁶⁾

⁽¹¹¹⁾ 法律案に関する年号表記であるが、この法律案については、国会提出年ではなく、内閣による承認年を採用することが多いため、本稿でも2010年の法律案と記述する。

大臣とする。(第5条)

(3) 専門機関の設置

生殖補助医療、特に子どもの保護に関する専門機関として、幹事会(คณะกรรมการ)⁽¹¹²⁾を新たに設置する。その任務は、例えば、次のとおりである。a. 生殖補助医療を通じて生まれる子の保護政策の策定及び課題解決に関して、所管大臣へ助言を行うこと。b. 実施細則を決定するタイ医療協議会の監督。c. 生殖医療サービスの規制。d. 胚を用いた研究の規制。e. 生殖医療に関する倫理、法律問題等に関する研究の促進。f. 生殖医療に関する報告書作成(少なくとも年1回)。幹事の任期は4年である。(第3、7、8条)

(4) 裁判管轄・民商法典の適用

少年・家庭裁判所⁽¹¹³⁾が本法に関する争訟についての裁判管轄権を有する。生殖補助医療を通じて生まれた子の親権に関する争訟も、含まれる。ただし、最終審は、最高裁判所である。併せて、タイ民商法典の規定は、本法に反しない限り適用されるべきことも定められた⁽¹¹⁴⁾。

(第4、29条)

(5) 実施細則の制定

実施細則の制定は、タイ医療協議会が行う。実施細則で定める事項は、例えば、次のとおりである。a. 生殖補助医療のサービス基準。b. 生殖補助医療の依頼者の審査基準。c. 体外受精のサービス基準。d. ドナーの精液を用いた人

工授精を行うに当たって、婚姻した依頼者夫婦が提出を求められる同意書の内容。e. 精液及び卵子の検査基準。f. 妊娠中、分娩時及び産じょく期に代理母の健康維持のためにかかる費用を依頼者が支払うための基準。g. 胚の使用・保管基準。h. 性別の選択に繋がるおそれのある診断についての許容基準。(第15~20、24、37条)

(6) 医師の認可制

生殖補助医療を施す医師は、認可制とする。当該医師以外の者は、生殖補助医療を施してはならない。(第15、30条)

(7) 代理懐胎の規制

(a) 代理懐胎を実施する際に満たすべき基準は、次のとおりである。①代理懐胎を依頼できる者は、婚姻した夫婦で、子をもうけることができず、代理母を用いて子を持つことを希望する者に限られる。依頼者夫婦は、肉体的及び精神的に生まれてくる子の親であることの準備が整った者でなければならない。②代理母は、依頼者の親又は子であってはならない。③代理母は、出産経験のある女性に限られる。婚姻している女性の場合は、夫の同意が必要である⁽¹¹⁵⁾。(第21条)

(b) 代理懐胎の方法については、次の2通りが許される。①依頼者自身の精子と卵子による受精が行われて胚が形成される場合。②依頼者夫婦のうちの1人の精子又は卵子を用い、かつ、ドナーの精子又は卵子を用いて受精を

⁽¹¹²⁾ 英訳: Board of Directors.

⁽¹¹³⁾ タイの第一審裁判所の一つであり、労働裁判所等と並び専門裁判所に分類される。タイ民商法典上の争訟や少年犯罪等を扱う。各地に設置される。

⁽¹¹⁴⁾ 依頼者と代理母の間で結ばれる代理懐胎契約は、現状では、その法的位置付けが不明確であったり、曖昧な部分が残されることがある。そのため、依頼者と代理母の間で、契約内容について紛争が起り得る状況であり、対応する法令の欠如も一因となり、解決が困難であることもある。特に、生まれてくる子の親権について、争訟が起ることがあった。同法律案は、この種の紛争を回避することを主要な目的としている。この回避策の一つの例として、同法律案では、争訟を扱う裁判所を少年・家庭裁判所と明確に定めることにより、争訟の解決手順を明確にした。このことにより、依頼者の権利の擁護及び生まれてくる子の保護に一定の進展が見られることが期待される。

⁽¹¹⁵⁾ ③は、代理母及びその家族が、生まれた子に対して何らかの権利を主張することがないようにする目的を有している。

- 行い、胚が形成される場合。ただし、代理母の卵子を用いることは、禁止される。(第22条)
- (c) 代理母の健康維持のためにかかる費用を依頼者が支払う。その基準は、タイ医療協議会が定める。(第24条)
- (d) 商業的代理懐胎は、禁止される⁽¹¹⁶⁾。(第23条)
- (e) 代理懐胎のためのあっせん者（ブローカー）となることは、禁止される。代理懐胎を取り仕切ったり、紹介したりすることで、報酬を得ることは禁止される。(第25条)
- (f) 代理母を募集する広告を行うことは、それが商業的なものであるか否かを問わず、禁止される。(第26条)
- (g) 代理懐胎の途中で、依頼者夫婦が2人とも死亡した場合は、裁判所により後見人を定めることができる。その際に、裁判所は、子の福祉と利益を第一に考慮すべきである。(第28条)
- (8) 親権者の推定
ドナーの配偶子を用いて生まれた子、又は代理懐胎を通じて生まれた子は、依頼者夫婦の嫡出子と推定される。子の誕生前に、依頼者夫婦のうちいずれかが死亡した場合であっても、依頼者の嫡出子と推定される。遺伝上の親又は代理母を、親と推定するという手続は採らない。(第27条)
- (9) 胚及び配偶子等の扱い
(a) 婚姻した夫婦の不妊治療のために用いる場合を除き、何らかの商業目的で胚を形成することは、禁止される。(第31条)
(b) 受精後14日を超える胚を用いた研究は、禁止される。ただし、冷凍保存期間は、算入しない。(第32条)
- (c) 精子と卵子による受精以外の方法でヒトを形造る処置を行うことは、禁止される。(第33条)
- (d) ヒトの精液、卵子、胚又はそれらの一部を動物に適用することは、禁止される。逆に、それらについて、動物のものをヒトに適用することも、禁止される。(第34条)
- (e) ヒト胚において、複数のヒトに由来する遺伝物質を混合させて、輸入、輸出、販売、保管又は使用することは禁止される。同様に、胚細胞において、ヒトと他の種の間で遺伝物質を混合させて、輸入、輸出、販売、保管又は使用することも禁止される。(第35条)
- (f) 精液、卵子及び胚の購入、販売、輸入及び輸出は、禁止される。(第36条)
- (g) 死者をドナーとして精液、卵子又は胚を使用することは、禁止される。ただし、書面により、あらかじめ不妊治療の目的で配偶者に対して使用することが予定されていた場合を除く。(第38条)
- (10) 罰則
罰則については、本法律案の条項ごとに禁錮若しくは罰金、又はその両者が定められている場合がある。例えば、生殖医療を施す医師が、タイ医療協議会が容認しない生殖医療の処置を行った場合は、1年未満の禁錮又は20,000バーツ（約62,300円）⁽¹¹⁷⁾未満の罰金に処することとしている。(第41条)
- (11) 経過規定
(a) 本法律案が成立してから施行までの間、タイ医療協議会が認める形で生殖補助医療を施している医師は、その業務を継続することができる。ただし、施行後90日以内に、王立タイ産科婦人科学会に対する報告を行わな

⁽¹¹⁶⁾ 同法律案の規定（「商業目的の代理懐胎を行うこと」を禁止する規定）では、実際に商業的代理懐胎を禁止するには十分でなく、脱法的な行為もあり得ることを指摘する意見もある。すなわち、「商業目的」について、限定的に解釈されるおそれがあるということである。“Draft surrogacy act under consideration,” *op.cit.*(96)

⁽¹¹⁷⁾ 1THB=3.1155円（報告省令レート [平成25年4月分]）

ればならない。(第47条)

- (b) 同じ期間について、代理懐胎の依頼者は、代理懐胎を通じて生まれた子を、自らの子と認めてもらうように裁判所に訴えることができる。(第49条)

仮に、同法律案が制定に至ったとすると、例えば、次のことが法制度化されることになる。

- a. 独身者や婚姻を行っていないパートナーが代理懐胎を依頼することはできなくなる。b. 代理母と子の間に、遺伝上の血縁関係はあり得なくなる。c. 商業的代理懐胎が禁止される。d. 従来、法的紛争の要因となっていた親子関係が整理され、依頼者が親と推定される。

他方、同法律案の内容について、更なる検討が必要とされる項目があることも指摘されている。すなわち、サンティ・プロムパット (นายสันติ พร้อมพัฒน์) 社会開発人間安全保障大臣 (2011年～) によれば、同法律案について、国民各界各層から数多くの意見を得たものの、更なる意見を得つつ、検討を要する項目がまだあるという。その一つが、代理母に各種の保険を適用する方法や範囲についての検討である。例えば、妊娠中に死亡したり身体障害状態に陥った場合の保険適用の方法や範囲をどのようにするかという課題がある。この場合、代理母に限らず、生まれてくる子をどのように扱うか、その子の立場を擁護するためには何をすればよいのかも課題となる。専門家の意見を聞き、解決の方向性を見出さなければならないテーマだという⁽¹¹⁸⁾。

同法律案の内容については、外国からも関心が寄せられている。例えば、オーストラリアに

は、タイで代理懐胎を希望する国民が少なからずいることを背景に、同法律案について在タイのオーストラリア大使館に問い合わせが寄せられているという。しかし、同大使館は、同法律案について詳細な情報を有しておらず、詳しい情報を知りたい場合は、タイ国内の弁護士に相談することが好ましいという見解を出している。また、代理懐胎を通じて生まれた子がオーストラリアの市民権を取得できるか否かにつき関心を持つ国民がいることに配慮し、同大使館ホームページ上で、市民権取得は2007年オーストラリア市民権法 (Australian Citizenship Act 2007)⁽¹¹⁹⁾によることを紹介している⁽¹²⁰⁾。

今のところ、同法律案と同様の法律案をインラック新政権が承認し、国会提出に至るか否かは、まだわからない状況である。しかし、前述のように、サンティ社会開発人間安全保障大臣が、同法律案の内容について意見を述べていることからわかるように、生殖補助医療に関する規制法の制定は、新政権の課題の一つと捉えられている。現在のタイの首相が女性のインラック氏であることから、女性の立場からこの問題が注目されるようになるのではないかと予測する者もいる⁽¹²¹⁾。

なお、同法律案の今後の行方について、筆者がタイ国内の複数の専門家に意見を聞いたところ、次のような回答が得られた⁽¹²²⁾。①インラック新政権は、前政権のときに作成された幾つかの法律案について、再検討をした後、閣議で承認することを考えている。再検討の対象となる法律案の一つが、同法律案である。実際に、同法律案は、インラック新政権の閣議で2回、議題として取り上げられた。しかし、優先順位が

⁽¹¹⁸⁾ พม. เตรียมผลักดัน ร่างกฎหมาย “อุ้มบุญ” เข้า ครม, December 27, 2012. หนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ ホームページ (タイの経済情報を扱うニュースページ) <http://www.thanonline.com/index.php?option=com_content&view=article&id=161283&catid=176&Itemid=524>

⁽¹¹⁹⁾ オーストラリア政府・連邦法データベース <<http://www.comlaw.gov.au/Details/C2013C00008>> 参照。

⁽¹²⁰⁾ *Children born as a result of a surrogacy arrangement in Thailand*, Australian Embassy in Thailand. 在タイ・オーストラリア大使館ホームページ <http://www.thailand.embassy.gov.au/bkok/DIAC_Children_surrogacy.html>

⁽¹²¹⁾ *Surrogacy Draft Laws: A Move Towards Safe Regulation, op.cit.*⁽¹⁰⁰⁾

高い政策課題が他に多く、同法律案に関する検討はなされず、先送りされた。②インラック新政権は、前政権と異なった政策を採る傾向があることと、生殖補助医療に関する規制法の制定は新政権にとって優先順位の高い政策課題ではないことから考えると、この種の規制法律案の国会提出がいつになるのか、予測が難しい。③2014年にはこの種の法律が成立するのではないかと考えているが、確実なことは言えない。

5 今後の展望

タイでは、仏教の思想から、配偶子の提供や代理懐胎について、不妊で苦しむ者への利他行為と捉えられることがあり、倫理的・精神的に生殖補助医療を受け入れやすい風土が存在している。また、我が国でも紹介されることがあるバンコクのバムルンラード国際病院 (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์)⁽¹²³⁾ のように先進的技術と設備を有する病院も幾つかあり、外国から「生殖ツーリズム」の目的でタイを訪れる者も多い。バムルンラード国際病院は、生殖補助医療を治療メニューの一つとして宣伝している⁽¹²⁴⁾。このように「生殖ツーリズム」の要求に応えるという側面からも、タイでは先進的な生殖補助医療が発達してきた。

しかし、生殖補助医療の発達の裏には、大きな課題も存在している。代理懐胎を通じて生まれた子を依頼者が自国へ連れ帰るために裁判に訴える必要があったり、また、貧困層の女性が生殖補助医療に関わることが多く悪徳業者によ

る代理懐胎サービスがタイ警察の摘発を受ける事例⁽¹²⁵⁾が存在したりと、問題視されるべき事件も散見される⁽¹²⁶⁾。貧困層の関わりが多いことについて、発展途上国における人権問題の一つと捉える考え方もある。これらの課題の解決が、タイの生殖補助医療に関する今後の大きなテーマである。その意味でも、生殖補助医療を通じて生まれた子を保護する法律案 (2010年) と同様の法律案が、再度国会に提出され、法律による規制が導入されるか否かは、注目すべき出来事と言える。

おわりに

IIとIIIにおいて紹介したインドの法律案草案 (2010年) とタイの法律案 (2010年) を読むと、幾つかの差異があることを見出せる。

第一に、条文の分量が異なる。インドの法律案草案は全50条 (35ページ) であるのに対し、タイの法律案は全49条 (12ページ) であり、インドの法律案草案の方が、詳細な規定振りになっている。タイの法律案は、タイ医療協議会が制定することとされている実施細則 (同法律案第15~20、24、37条) に、詳細部分を委任している。

第二に、代理懐胎を依頼するための要件について、タイの法律案の方が厳格である。例えば、①タイの法律案では、依頼者は「婚姻した夫婦」であることが求められるが (第21条第1項)、インドの法律案草案では、カップル又は個人が

⁽¹²²⁾ 本文の①、②、③の回答につき、各々、次の①、②、③の3者から2013年にEメールによる回答を得た。

① 王立タイ産科婦人科学会生殖医療小委員会会長 (チュラロンコン大学医学部准教授) のガムトン・ブルクサナーノン博士 (รองศาสตราจารย์ กัมร พฤษพานานนท์ 2月14日回答)

② タイ医療協議会会長ソムサク・ロレカー博士 (นพ. สมศักดิ์ โสฬ์เลขา 2月18、19日回答)

③ イーサーン・ローヤーズ法律事務所 (前掲注⁽¹⁰⁰⁾参照) に所属するセバステイアン・ブルッソー弁護士 (Sebastian Brousseau, Canadian Attorney-at-law from the Bar of Quebec. 2月13日回答)

⁽¹²³⁾ 英訳: Bumrungrad International Hospital.

⁽¹²⁴⁾ 「不妊治療センター」バムルンラード国際病院日本語ホームページ <<http://www.bumrungrad.com/jp/fertility-ivf-thailand-bangkok>>

⁽¹²⁵⁾ 前掲注⁽¹⁶⁾

⁽¹²⁶⁾ 「タイ (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)」金沢大学最先端・次世代研究開発支援プログラムホームページ <<http://saisentan.w3.kanazawa-u.ac.jp/document04.html>>

代理懐胎を利用できる（第2条h号、第32条第1項、第34条第1、7、20項）。②タイの法律案では、代理懐胎のために着床させる胚について、それを生み出した配偶子のうち必ず一つは依頼者に由来するものでなければならないが（第22条）、インドの法律案草案には、この種の限定は見出せない。③タイの法律案では、商業的代理懐胎は禁止されるが（第23条）、インドの法律案草案は、商業的代理懐胎を容認している（第34条第3項）。④代理母になるための要件として、タイの法律案では出産経験を挙げているが（第21条第3項）、インドの法律案草案は、この要件は課さず、生涯を通じた出産回数を5回までに制限している（第34条第5項）。

第三に、例外的にインドの法律案草案の方が、代理懐胎について厳格な規定を有する場合もある。すなわち、インドの法律案草案には、インドに居住しない者（特に外国人）がインドで代理懐胎を利用する場合の要件が規定される。具体的には、インド国内における後見人の選定、所属国又は居住国から受けた正式な文書の提出などの要件である（第34条第19項）。この正式

な文書を所属国又は居住国が発信するか否かは、未経験の出来事であり、入手に困難が伴うことが予想される。一方、タイの法律案では、国籍、市民権又は居住地による区別は規定していない。

以上のように、インドの法律案草案とタイの法律案には、細かな差異が認められるものの、強制力を有する法律による規制を導入しようという目的は共通している。生殖補助医療の急速な普及に伴い、規制強化が求められた結果の動きである。インドとタイにおけるこの新しい動向は、他のアジア諸国にも影響を与えると思われる。我が国でも、生殖補助医療の普及が進み、その法的規制は、必要性の検討を含めて大きな課題である⁽¹²⁷⁾。「生殖ツーリズム」に見られるように、生殖補助医療の分野でも国境の垣根が低くなり他国のサービスを容易に受けることができるようになった現代において、近隣のアジア諸国の動向は、我が国の規制制度の在り方にも影響を与えることになろう。

（みわ かずひろ）

¹²⁷⁾ 田村憲久厚生労働大臣（2012年～）の閣議後記者会見参照。「田村大臣閣議後記者会見概要」2013.1.15. 厚生労働省ホームページ <<http://www.mhlw.go.jp/stf/kaiken/daijin/2r9852000002sr6y.html>>

他方、日本学術会議は、「代理懐胎については、法律（例えば、生殖補助医療法（仮称））による規制が必要であり、それに基づき原則禁止とすることが望ましい」との提言を行っている。日本学術会議生殖補助医療の在り方検討委員会「対外報告 代理懐胎を中心とする生殖補助医療の課題—社会的合意に向けて—」2008.4.8, p.ii. 日本学術会議ホームページ <<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t56-1.pdf>>