

生殖補助医療への法規制をめぐる諸問題

～代理懐胎の是非と親子関係法制の整備等について～

第三特別調査室 いなくま としかず
稲熊 利和

1. 不妊治療の現状

男女のカップルのうち、10組に1組は不妊症と言われ、厚生労働省の推計では2002年に不妊治療を受けた患者数は約47万人とされている。不妊症とは、妊娠を望んで性生活を送っている男女が2年以上妊娠していない状態を指す¹。不妊の原因は、男性側では乏精子症や精子無力症が、女性側では卵管閉塞や子宮内膜症等が挙げられるが、原因のはっきりしないケースも多い。男性不妊と女性不妊の割合は、ほぼ1対1とされる。

不妊治療では、普通ステップアップ法が採用され、タイミング指導、人工授精、体外受精、顕微授精へと段階を追って進む。体外受精、顕微授精、胚移植²等を生殖補助医療（ART）と言う。生殖補助医療以外の不妊治療は、一般不妊治療と言う³。

不妊治療を行えば必ず妊娠するというものではない。妊娠率は人工授精で10%程度、体外受精でもそれほど高くなく、女性が35歳未満、初回実施、胚を4個移植する場合と限定して6割近くとされている⁴。女性の年齢で見ると、体外受精では32歳頃が妊娠率のピークとされており、35歳を過ぎると卵子の老化もあり妊娠率は急激に低下する。不妊治療を開始して、最終的に妊娠に至る割合は3割程度とされている⁵。

人工授精、体外受精、顕微授精等には、健康保険は適用されない。健康保険が適用されるのは、男性不妊では精管形成術、女性不妊では薬物療法、卵管形成術等の一般不妊治療に限られる。体外受精では1回につき40万～50万円の費用がかかると言われており、当事者の経済的負担はかなり大きい。なお、2004年度に国の特定不妊治療費助成事業が創設され、配偶者間における体外受精と顕微授精に対して1年度10万円を上限とし、通算5年間支給されることとなっている。2007年度には上限が20万円に引き上げられる見込みである。

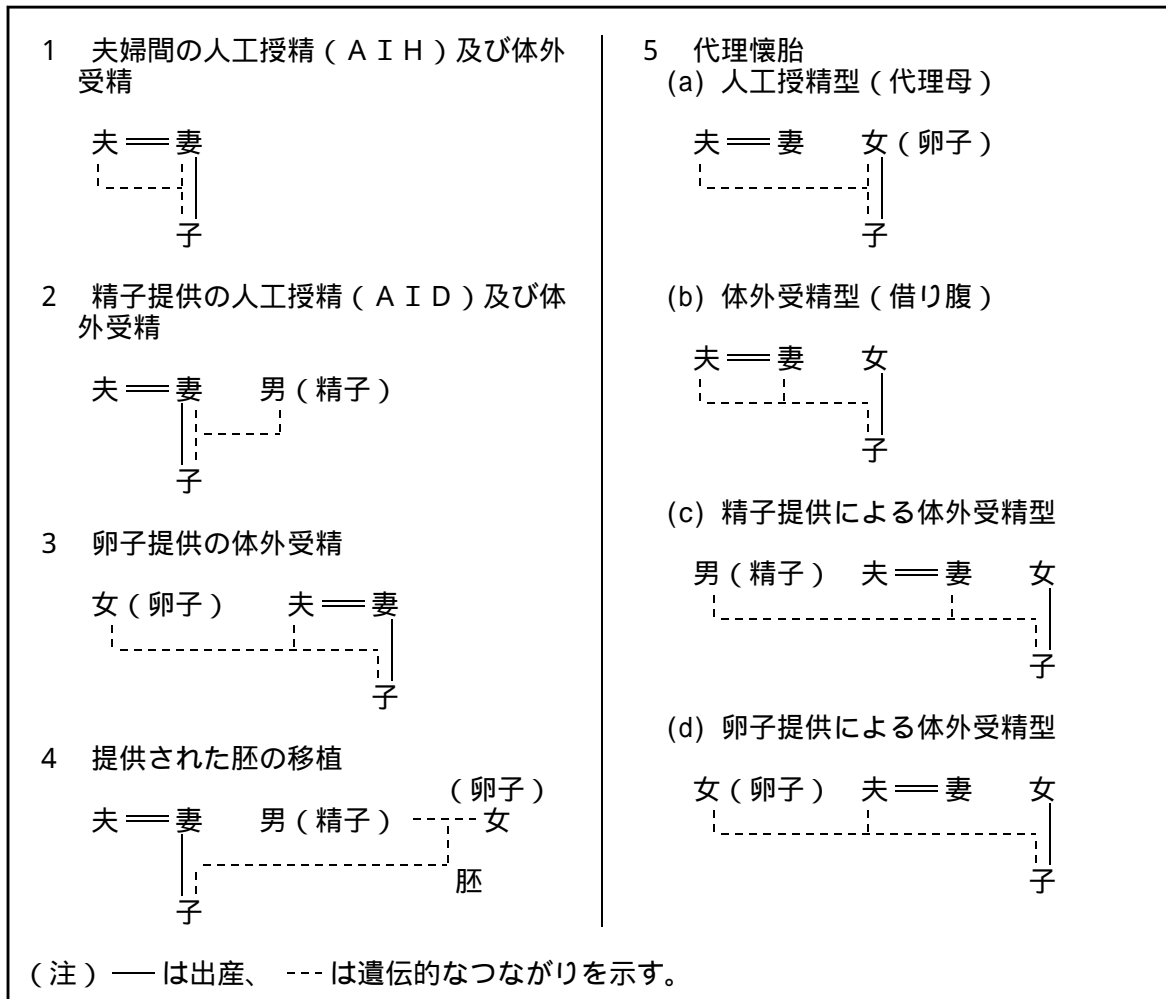
2. 非配偶者間の生殖補助医療がもたらす複雑な親子関係

無精子である、卵巣機能不全により卵子がない、老化により卵子として機能しないなどが不妊原因の場合には、夫婦間の精子・卵子による妊娠・出産はできない。第三者から精子、卵子、胚の提供を受ける道しか残されていない。また、夫婦の精子・卵子は正常でも、子宮がんによる摘出など子宮がない場合には、出産はできない。この場合は、第三者の子宮を借りる代理懐胎しか道はない。

こうした非配偶者間の生殖補助医療は、複雑な親子関係をもたらす。生殖補助医療が可能にした多様な生殖形態を図1に示す。

1の夫婦間の人工授精（AIH）及び体外受精では、親子関係の問題は生じない。2の精子提供の人工授精（AID）及び体外受精、3の卵子提供の体外受精、4の提供された

図1 生殖補助医療（ART）が可能にした多様な生殖形態



胚の移植は、いずれも非配偶者間の生殖補助医療となり、生まれる子は、生殖補助医療を受けるカップルの一方又は両方との間に遺伝的なつながりを持たない。

5の代理懐胎は、四つに分けられる。(a)は、依頼者夫婦の夫の精子を使って第三者の女性に対して人工授精を行うもので、代理母(Traditional Surrogacy)という。(b)は、依頼者夫婦の精子・卵子を使って体外受精を行い、その受精卵を第三者の女性の子宮に入れるものであり、借り腹(Gestational Surrogacy)という。(c)と(d)は、体外受精型であるが、第三者提供の精子又は卵子を使う。

アメリカでは、(a)の人工授精型は、生まれた子が代理母と遺伝的なつながりを持つため、代理母が生まれた子に対して愛着を抱きやすいとして近年はあまり行われな。妻の卵子が利用できないときは、(d)の卵子提供による体外受精型が選択されると見られる。

3. 諸外国における法規制の現状

ヨーロッパ各国では、1978年イギリスでの世界初の体外受精児誕生を機に、1980年代に生殖補助医療についての事例分析・報告書作成を積み重ね、1990年代に入って次々に規制法を制定するという展開をたどった。

イギリスでは、1990年に「ヒトの受精及び胚研究に関する法律」が成立。この法に基づいて認可庁（HFEA）が設立され、そのコントロールの下に生殖補助医療が実施されている。精子、卵子、胚のいずれについても第三者の提供による体外受精・移植を認めている。また、代理懐胎については、非営利の場合に限定して認めている。

親子関係は、法律によって明確に定義づけられる。原則として分娩した女性が母となり、人工生殖に同意した男性を父とする。ただし、代理懐胎では、妻の卵子又は夫の精子のいずれか、又は、両方が使用されているなど一定の要件を満たしている場合のみ裁判所は依頼者夫婦を両親とする決定を下す。代理懐胎について裁判所を関与させ、法律上の親子関係に疑義が生じないようにしたことが特徴である。

フランスでは、1994年に生殖技術に加えて人の臓器、遺伝子に係る医学技術全般を規制する生命倫理3法が成立した。生殖技術に対しては、国家的な管理と規制が行われる。第三者の精子又は卵子の提供については、遺伝的なつながりを重視し、生まれる子が夫婦のどちらかと遺伝的なつながりがあることが原則である。胚の提供については、余剰胚の譲渡を受けた場合だけが許される。代理懐胎は、代理母、借り腹のいずれも認めていない。

子どもの側からの「出自を知る権利」は、否定されている。精子又は卵子の提供者と子どもとの間には、いかなる親子関係も発生しない。法的な意味での母親は、出産した女性である。生殖技術を受けることに同意した父親は、あらゆる親子関係及び身分の訴えを禁止される。

ドイツでは、1989年の養子あっせん及び代理母あっせん禁止に関する法律及び1990年の胚保護法の2法で規制を行う。胚保護法は、刑罰をもって一定の生殖医療技術を広く禁止する。卵子の提供や代理母への人工授精のほか、胚の売却、譲渡、利用、同意なき受精、死亡した男性の精子を用いた人工授精、クローン等が禁止されている。

アメリカでは、連邦レベルの統一親子関係法が存在しているが、これは各州で親子法をつくることを定めるモデル法にすぎない。結局、具体的な生殖補助医療について法による直接規制はなく、自由放任といってよい状況である。これは、1970年代の中絶自由化をめぐる国論が二分され、生殖技術についてもこれに直結する問題として連邦全体での協議ができないことが影響している。また、自己決定、自己責任の価値観が重視される中で、他人に迷惑をかけない行為を規制する法をつくるのは難しいという事情があるとされる⁶。代理懐胎については、ニューヨーク州で契約無効とされるなど一部の州は認めていないが、50州のうち23州で許可又は許可と法解釈されているという。

4．政府における非配偶者間生殖補助医療についての検討経過

我が国には、現在生殖補助医療を規制する法律は存在しない。日本産科婦人科学会では問題が生じる都度会告を出し、会員にその遵守を求めているが、会告は任意団体における自主的なガイドラインであり、強制力はない。

1998年6月、日本産科婦人科学会の会告に反し、長野県で提供卵子による体外受精児が生まれたことが明らかになった。また、同年AIDによって生まれた子の父がだれであるかをめぐる二つの裁判が明らかになった⁷。こうした状況を受けて、旧厚生省の厚生科学

審議会先端医療技術評価部会の下に「生殖補助医療技術に関する専門委員会」が設けられ、生殖補助医療の是非、その規制の在り方、生まれてきた子の法的地位の安定のための法整備の在り方等についての検討が行われた。同専門委員会は、2000年12月に「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」(以下「専門委員会報告書」という。)をまとめ、一定の条件下で非配偶者間の生殖補助医療を認めることとした。また、遅くとも3年以内に必要な法整備を行うことを求めた。

専門委員会報告書を基に立法化を行うに当たっては、行為規制をさらに具体的に詰める必要があり、また、親子法制に関するルールを定める必要があった。そこで、厚生労働省と法務省において立法化に向けた具体的な検討が開始された。厚生労働省では、2001年6月に厚生科学審議会生殖補助医療部会が設置され、同部会は、2003年4月に「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する報告書」(以下「生殖補助医療部会報告書」という。)を取りまとめた(表1)。

生殖補助医療部会報告書では、専門委員会報告書の考え方が幾つか変更された(表2)。全体として見れば、生殖補助医療に対する制約をより強めたものとなっている。

法務省では、2001年4月に法制審議会生殖補助医療関連親子法制部会が設置された。同部会は、2003年7月、「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療により出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する要綱中間試案」(以下「親子法制部会中間試案」という。)を取りまとめ公表した(表3)。

しかし、立法化の動きは、ここまででいったん中断された。厚生労働省では、2004年の通常国会に生殖補助医療部会報告書に沿った法律案を提出する方向で作業を進めていたが、与党内から「子どもを産む権利を国が規制するのはおかしい」などの反発する意見が出され、政府提案による提出を断念したと報道されている⁸。

5. 生殖補助医療をめぐる主な論点

(1) 代理懐胎の是非

専門委員会報告書及び生殖補助医療部会報告書は、代理懐胎を認めていない。その理由として、代理懐胎は妻以外の第三者に妊娠・出産を行わせるものであり、妊娠・出産は母体にとって一定の身体的リスクを伴うこと、人を専ら生殖の手段として扱ってはならないとの基本的考え方に反することを挙げる。

日本産科婦人科学会では、2003年4月に会告を出して代理懐胎を禁止した。会告では、まず第一に子の福祉を最優先すべきとして、代理懐胎契約は児童の権利に関する条約が禁止する児童の売買又は取引に当たること、妊娠・出産により育まれる母と子の絆を無視することを禁止理由に挙げる。また、代理懐胎契約がきちんと履行されないおそれがあり、生まれた子の福祉の観点からも問題が大きいと指摘する。代理懐胎が行われているアメリカでは、1986年に代理母が母性に目覚め依頼者夫婦への引き渡しを拒否した、いわゆるベビーM事件が起きており、生まれた子が障害児だった場合には、依頼者夫婦が引き取りを拒否するおそれもあるという。さらに、産みの母、遺伝上の母と二人の母が存在することにより家族関係が複雑になること、有償であれば母体の商品化を招くこと、無償であって

表1 厚生科学審議会生殖補助医療部会報告書（2003年4月）の概要

<p>1 対象者</p> <p>子を欲しながら不妊症のために子を持つことができない法律上の夫婦に限る。加齢により妊娠できない場合は、対象にならない。</p> <p>なお、生殖補助医療によらなければ「妊娠できないかどうか」の具体的な判定は、医師の裁量とする。事実婚のカップルは、生まれてくる子の観点から問題を生じやすいとして認めない。</p> <p>2 受けられる生殖補助医療の施術</p> <p>(1) A I D（提供された精子による人工授精）は容認する。</p> <p>(2) 提供された精子による体外受精は、容認する。</p> <p>(3) 提供された卵子による体外受精は、容認する。</p> <p>(4) 提供された胚の移植を認める。ただし、他の夫婦が自己の胚移植のために得た胚に限る。精子・卵子両方の提供を受けて得られる胚の移植は認めない。</p> <p>(5) 代理懐胎（代理母、借り腹）は認めない。</p> <p>3 子宮に移植する胚の個数</p> <p>1回に子宮に移植する胚の数は、3個までとする。</p> <p>4 精子・卵子・胚の提供者の条件</p> <p>精子の提供者は、満55歳未満の成人とする。卵子の提供者は、既に子のいる成人に限り満35歳未満とする。ただし、自己の体外受精のために採取した卵子を提供する場合には、既に子がいることを要さない。同一人からの採卵の回数は3回までとする。同一人から提供された精子・卵子・胚によって妊娠した子の数が10人に達した場合、その者の精子・卵子・胚は使用しない。</p> <p>5 精子・卵子・胚の提供の対価</p> <p>精子・卵子・胚の提供に対する対価の授受は禁止する。ただし、実費相当分は認める。</p> <p>6 精子・卵子・胚の提供における匿名性</p> <p>精子・卵子・胚を提供する場合には、匿名とする。</p> <p>7 出自を知る権利</p> <p>生まれた子に出自を知る権利を認める。15歳以上の者は、提供者を特定できる内容を含めて開示請求ができる。</p> <p>また、男性は18歳、女性は16歳に達すれば、結婚した場合に近親婚とならないことの確認を公的管理運営機関に求めることができる。</p> <p>8 インフォームド・コンセントとカウンセリング</p> <p>インフォームド・コンセント（十分な説明と同意）及びカウンセリングを生殖補助医療を受ける夫婦及び精子・卵子・胚の提供者とその配偶者に対して行う。</p> <p>生殖補助医療の実施施設は、実施の都度生殖補助医療を受ける夫婦の同意を書面によって得る。また、同意は、生殖補助医療の実施前であれば撤回することができる。精子・卵子・胚の提供者及びその配偶者からも書面による同意を得る。</p> <p>9 実施医療施設及び提供医療施設</p> <p>生殖補助医療の実施医療施設及び提供医療施設は、厚生労働大臣又は地方自治体の長が指定することとし、一定水準以上の人材、施設、設備、機器等を有していることを求める。実施医療施設は、倫理委員会を設置する。</p> <p>10 公的管理運営機関</p> <p>同意書や個人情報の保存、出自を知る権利への対応のため、公的管理運営機関を設置する。夫婦の同意書は30年間保存する。親子関係に争いがあるときは、公的管理運営機関に開示請求することが可能。精子・卵子・胚の提供者及び生まれた子の個人情報は、80年間保存する。</p> <p>11 罰則を伴う法律による規制</p> <p>(1) 営利目的での精子・卵子・胚の授受、授受のあっせん</p> <p>(2) 代理懐胎のための施術、施術のあっせん</p> <p>(3) 提供された精子・卵子・胚による生殖補助医療に関する職務上知り得た人の秘密を正当な理由なく漏洩すること</p>
--

表2 専門委員会報告書と生殖補助医療部会報告書との間の主な変更点

	専門委員会	部会報告書	変更した理由
1 精子・卵子の両方の提供により新たな胚をつくること	認める	認めない	匿名関係にある男女の精子と卵子によって新たに作成された胚では、夫婦間の胚に比べ子の悩み苦しみはより大きくアイデンティティーの確立が困難。
2 兄弟姉妹等からの精子・卵子・胚の提供	認める	認めない	認めれば提供者の匿名性が担保されない。人間関係も複雑になる。兄弟姉妹等に対する心理的な圧力ともなる。
3 出自を知る権利に関し、当該提供者に係る個人情報の開示	開示しない	開示する	子にとって個人情報を知ることが、アイデンティティー確立にとって重要である。子が知りたいと望むときには、その意思を尊重する必要がある。

表3 法制審議会生殖補助医療関連親子法制部会中間試案（2003年7月）

1 母子関係 女性が自己以外の女性の卵子（その卵子に由来する胚を含む）を用いた生殖補助医療により子を出産したときは、その出産した女性を子の母とする。
2 父子関係 妻が、夫の同意を得て、夫以外の男性の精子を用いた生殖補助医療により子を懐胎したときは、その夫を子の父とする。
3 精子を提供した男性の法的地位 生殖補助医療のため精子が用いられた男性は、その精子を用いて懐胎された子を認知できないものとする。自己の意に反してその精子が生殖補助医療に用いられた場合も同様とする。

も代理母を心理的身体的に隷属状態に置くことになり倫理的に社会全体が許容していないことも理由に挙げる。

これに対し、先天性異常により子宮が機能を果たさない、子宮がんで摘出したなどの場合、代理懐胎は女性にとって自己の子を持つために残された唯一の道であり、認めてよいのではないかとの意見もある。代理懐胎について、2003年に行われた厚生労働省の「生殖補助医療技術についての意識調査」を見ると、代理母は「認められない」が32.1%に対し、「条件付きで認めてよい」は31.3%と賛否に大きな差はない。また、借り腹については46%が「条件付きで認めてよい」としており、認容度は代理母よりも高くなっている。

日本国内では、姉や実母が代理懐胎（借り腹）を行った例が公表されている⁹。第三者又は親族が無償で母体の提供を申し出る場合には、認めてよいのではないかとの意見も根強い。代理懐胎が盛んなアメリカでは、子を産めない夫婦の手助けをしたいとのボランティア精神で代理懐胎を引き受ける者が多いと言われている。また、有償といっても代理懐胎者が受け取る報酬は2万ドル前後で、出産リスク・妊娠期間中の休業補償を考えるとそれほど高額でもないと思われる。

しかし、我が国では、親族間以外では、無償で代理懐胎のボランティアを申し出る者が現れてくるとはなかなか考えられない。また、隠れたところで金銭の供与が行われ、結果として人間の体を商品とした商業主義がはびこるおそれもぬぐいきれない。親族間であれば商業主義のおそれは少ないが、本人がどこまで理解しているかは別としても、妊娠・出産という身体的なリスクにさらすことは変わらない。また、親族だからという理由で、女性にとって代理懐胎への圧力になる場合も出てくるおそれがある。さらに、無償を条件と

して認めた場合でも、実費はだれが負担するのか、実費の範囲はどこまでか、休業補償は含むのかなど、微妙な問題が生じる。

国内で代理懐胎を禁止することについては、アメリカなど海外へ行って代理懐胎を利用することをやめさせることはできないので意味がないとも指摘されている。アメリカでは、これまでに日本人夫婦が依頼主となる代理懐胎で100人以上の子が出生したと言われる。禁止により海外に行って利用できる裕福な者とそうでない者との間で不公平が生じるという。これは、国際的な各国共通の基準がないかぎり避けられない問題であり、このことをもって代理懐胎を認めよということにはならないだろう。

(2) 法律上の親子関係の決定

生殖補助医療部会報告書では、第三者からの精子、卵子の提供を認めた。また、胚の提供についても余剰胚に限って認めた。このため遺伝的な親子関係と法律上の親子関係が異なるケースが生じることから、疑義が生じないようルールを定める必要が生じた。

民法では、婚姻関係にある男女間に生まれた子は嫡出子とされる(民法第772条)。また、婚姻関係にない男女から生まれた子は非嫡出子とされ、父子関係は認知によって定立される。母子関係は、認知を定めた規定が存するにもかかわらず(同第779条)、分娩という事実によって生じ、認知を要しないものとされている¹⁰。このように法律上の親子関係は遺伝的な親子関係を基礎とすることを原則とすると考えられる。しかし、この原則が民法すべてにおいて貫かれているわけではない。

例えば、民法第772条により夫の子と推定できる場合には、夫のみがその嫡出を否認できるのであって、他の者は、たとえ遺伝的な父であってもその嫡出親子関係を否認することはできない。法律上の親子関係と遺伝的な親子関係が異なり得ることは、現在の民法も認めているところである。法律上の親子関係は遺伝的な関係を原則とするとの考え方があるとしても、生殖補助医療によって生まれた子にこの原則をそのまま当てはめなければならないという必然性はない。たとえ、遺伝的な親子のつながりはなくとも、生まれた子のために安定した養育環境が十分に整備され、子の福祉が担保されるならば、法律上の親子関係を認めることは十分考えられる。

親子法制部会中間試案では、母子関係について出産した女性を母とする従来のルールを踏襲した。世界的にもこの考え方が一般的である。出産という外形的な事実にかからせることによって母子関係を明確にすることができる、自然懐胎による子とできるだけ同様に扱うことが可能になるなどが理由に挙げられる。第三者の卵子を使って出産した女性は、生まれた子を育てる意思も持っている。代理懐胎の場合には代理母が実母となる。代理懐胎は禁止される方向にあったため、これを容認するような例外は設けられなかった。

なお、海外で代理懐胎が行われた場合、母子関係について準拠法選択の問題が生ずる。代理懐胎では依頼者たる「親」と出産した「親」の二人の「親」が存在する。アメリカのカリフォルニア州では、代理懐胎で生まれた子について必要な書類を提出すれば、依頼者夫婦を「親」とする裁判所の決定が出される。仮に我が国で出産者が実母とのルールを定めた場合には、「親」の本国法、つまり依頼者夫婦の本国法である我が国のルールが準拠

法として選択されるため、実母がいないという結論が導かれる。

父子関係については、親子法制部会中間試案は夫の同意によることとした。精子提供による妻の懐胎に同意した夫は、出生した子を自らの子として引き受ける意思を有しているため、同意した夫を父とし、親の責任を負わせることが相当であるとの理由による。

また、親子法制部会中間試案では、精子を提供した男性は、子を認知できないものとする。これは、注意的な規定とされている。なぜなら生殖補助医療を受けるカップルが法律上の夫婦に限定されているならば、その子は自動的に夫婦の嫡出子となり、認知の訴えが起きる余地はないからである。精子の提供者は、出生した子の父となる意思を有していない点から見ても、第三者が父となることは子の福祉に反するおそれがあるとする。

(3) 出自を知る権利

第三者から精子・卵子・胚の提供を受けた場合には、生まれた子にとって、法律上の父母とは別に遺伝上の父母が存在することになる。子どもが成長して後にこのことを知った場合、悩み、苦しんでアイデンティティーの深刻な危機を迎え、だれが親であるかを知りたいという切実な願いにとらわれるという。外国では、1984年スウェーデンにおいて初めて出自を知る権利が子に対して認められた。その後スイス、オーストリアなど、この権利を認める国が増えてきている。

生殖補助医療部会報告書では、本人に生殖補助医療を受けて生まれた子であることを告知すべきものとし、その子が15歳に到達した後は、提供者の情報について、個人を特定する個人情報を含めて本人が開示請求できるものとしている。

なお、個人を特定する個人情報については、専門委員会報告書では開示しないとしていたが、生殖補助医療部会報告書では開示へと変更された。その背景には2002年の報道番組において、AIDによって生まれ成人した子が自己のルーツを求めて苦しむ姿が放映され、子の苦悩の大きさが改めて認識されたことがあったと指摘されている¹¹

(4) 凍結精子による死後生殖

凍結精子を使って夫の死後に体外受精を行い、子を妊娠・出産したケースにおいて父子関係が裁判で争われる事例が現れた。民法には、このような死後生殖を想定した規定はない。2006年9月4日の最高裁第二小法廷判決では、胚を子宮に移植する時点で夫が存在していない以上、婚姻中に懐胎したものとは言えないとして親子関係を認めなかった。

日本受精着床学会は、凍結精子を使った人工授精・体外受精を実施する場合夫の生存を確認する必要があるとの見解を示しており、事実上死後生殖を禁止している。生殖補助医療部会報告書でも提供者の死亡が確認された時点で精子・卵子・胚を廃棄すべきことを定めているが、死後生殖の問題を本格的に取り上げて議論してはいない。

死者から子が生まれることは、本来あり得ないことで自然の摂理に反すると言える。生前に認知するとの本人の意思が明確であれば認めてもよいとの意見もあるが、生まれたときから父が存在しないなど子に対して十分な成育環境が提供されるかどうかも疑問である。反倫理的という観点から法で禁止することが望ましいし、死後生殖における親子関係につ

いて法解釈だけでは疑義が出てくるので、立法による整備を行うことが必要であろう。

6 . 終わりに

晩婚化に伴う出産年齢の高まりは、不妊化の傾向を強めている。不妊に悩む多数のカップルにとって、生殖補助医療は子を持つための希望となっている。体外受精・顕微授精による出生児数は年々増加し、2003年には17,400人と全出生児数1,123,610人の1.5%を占めた。少子化対策の観点からも生殖補助医療の役割は見逃せないものとなっている。

一方で、代理懐胎や凍結精子による死後生殖など、生殖補助医療がもたらした問題が表面化している。2006年9月にはアメリカにおける代理懐胎で生まれた子の出生届について、その受理を命じる東京高裁決定が出され、これを機に社会の関心も高まっている。政府は改めて生殖補助医療に関する法整備に取り組む方針を固め、代理懐胎の是非や民法上の親子関係等について日本学術会議に検討を要請するに至った¹²。

生殖補助医療に関する法整備は、先延ばしできる問題ではない。生殖補助医療に対する法規制を行うことについて国民の間で意見が分かれる点もあるが、親子関係法制を含め、早急に立法化に向けた議論を進めるべきであろう。国民の意見が分かれる点については、将来の見直しにおいて規制を解除する道を残すなど工夫を行うとともに、何よりも生まれてくる子の権利や福祉を最大限尊重して検討することが望まれる。

【参考文献】

平井美帆 『あなたの子宮を貸してください』 講談社、2006年3月

-
- 1 日本産科婦人科学会での定義による。世界保健機関（WHO）では、不妊期間を1年間とする。
 - 2 卵子が受精してできた受精卵は、その後分割する。分割した受精卵を胚と呼び、体外受精・胚移植法では、採卵後3日目乃至5日目に2～3個の胚を子宮内に移植する。
 - 3 人工授精は、一般不妊治療に分類されることが多いが、厚生労働省のように生殖補助医療に分類する場合もある。高度生殖補助医療という場合には、人工授精は含まない。
 - 4 第165回国会参議院少子高齢社会に関する調査会会議録第4号5頁（平18.12.6）
 - 5 第165回国会参議院少子高齢社会に関する調査会会議録第3号8頁（平18.11.22）
 - 6 第164回国会参議院少子高齢社会に関する調査会会議録第5号7頁（平18.4.5）
 - 7 1998(平成10)年9月16日東京高裁決定及び1998(平成10)年12月18日大阪地裁判決。
 - 8 『中国新聞』（平14.1.25）
 - 9 長野県の諏訪マタニティークリニックの根津八紘院長は、2006年10月15日の記者会見で自ら手がけた代理懐胎5例を説明。4例目は、子宮がんのために子宮をなくしてしまった娘のために実母が代理懐胎をしたケースだった（出所：諏訪マタニティークリニックホームページ）。
 - 10 1962(昭和37)年4月27日最高裁第二小法廷判決では、「母と非嫡出子間の親子関係は、原則として母の認知をまず、分娩の事実により当然発生する」とした。
 - 11 水野紀子「生殖補助医療と法」『法の支配』141号（2006.4）57頁
 - 12 『朝日新聞』（平18.12.1）によれば、日本学術会議では1年をめどに見解を取りまとめたとしている。