

平成 17 年度第 2 回着床前診断の適応に関する WG 議事録

日時：平成 17 年 8 月 31 日（水）17:00~19:00

場所：ルビーホール「銀河の間」

出席者：倫理委員会委員長 吉村 泰典

委員長 大濱 紘三

委員 斎藤加代子、末岡 浩、杉浦 真弓、鈴木 良子、高桑 好一、

福嶋 義光、阪埜 浩司

オブザーバー 澤 倫太郎

陪席 久松美香（不育症友の会理事）

鈴木委員「まず、前回の議事録についてであるが、公開という形でよいか。」

吉村委員長「本会ホームページ上の一般のページで公開したい。会員でなくとも誰でも見るようにしたい。」

鈴木委員「ホームページ上のなるべくわかりやすい場所においてほしい。」

吉村委員長「この WG は着床前診断の適応を検討する WG である。着床前診断の適応となる疾患として習慣流産を含めて検討して頂きたい。現在、習慣流産に対する着床前診断はマスコミにより取り上げられ、社会問題になっている。また、着床前診断の本会の審査の方法についても併せて検討して頂きたい。現在は個々の事例に対して、審査小委員会で審査をしている。このような形式でよいのかについても検討して頂きたい。」

大濱委員長「前回の議事録の内容を前提に議論を開始したい。前回はフリーディスカッションを行った。PGD を出生前診断法の一つとして認めて良いのか。認めるとするならば絨毛検査や羊水検査とは同じなのか、また、どのように違うのか。前回の議論では染色体の均衡型転座を原因とする習慣流産を着床前診断の適応としてもよいのではないかとの意見があった。しかしその際には、21 トリソミーの胚の取り扱いなどの新たな問題点の指摘もあった。着床前診断の技術的な面についての議論は前回特にされていない。」

福嶋委員「人工妊娠中絶が国民的議論となっていない状況で受精卵の選別をどのように取り扱っていけばよいのか。どのようなスタンスで議論を進めていけばよいのか。妊婦の自己決定権として考えていくのか。」

大濱委員長「人工妊娠中絶が女性の同意だけでよいという議論がある一方で、PGD は現在個別審査となっている。この点について矛盾があるのは理解しているが、その点についてあえて議論しないという判断も必要かもしれない。」

末岡委員「産婦人科医師が人工妊娠中絶を実施することは仕事の一貫との理解が社会の中にはあるが、我々の行った人工妊娠中絶に対する医療者へのアンケートによれば85%ができるならやりたくないと解答している。つまり人工妊娠中絶は産婦人科医師にとっても非常に大きなストレスになっていることが伺える。」

鈴木委員「妊婦の自己決定権が必ずしも最優先とも思わない。人工妊娠中絶も母体保護法による条件付きの自己決定である。」

大濱委員長「週数も法で決まっている。」

福嶋委員「PGDをする、または、しないという議論と人工妊娠中絶は分けて考えたほうが良いのではないか。習慣流産は胎芽でいえば重篤な疾患と定義できるのではないか。」

末岡委員「染色体の転座を有する習慣流産と染色体の転座保因者を整理して考える必要がある。習慣流産には染色体異常保因者以外にも免疫性、子宮奇形、内分泌異常などさまざまな原因があり、習慣流産という概念を全て一緒にして着床前診断の議論をするのは正しくない。また、流産をしなければ着床前診断が認められないのか。保因者になぜ着床前診断ができないのか説明するのは難しい。」

鈴木委員「論点の整理は必要である。」

大濱委員長「論点整理という観点からの着床前診断と本日の資料について杉浦委員から説明をお願いしたい。」

杉浦委員「産婦人科学的には3回以上の流産を習慣流産と呼び、2回以上を反復流産と呼んでいる。流産および死産を繰り返すことを不育症という。習慣流産の原因は多くある。その一つが夫婦どちらかの染色体異常であり、これは習慣流産全体の7~8%を占める。均衡型転座が有名である。染色体異常以外にも抗リン脂質抗体などの自己免疫の異常、黄体機能不全や甲状腺機能異常などのホルモンの異常、凝固因子の異常、双角や中隔などの子宮奇形などがある。40~50%は原因不明といわれ、そのなかには胎児の染色体異常を繰り返している症例もある。相互転座の症例は4.5%を占める。習慣流産の原因は多岐にわたっており一つの疾患というよりは症候群ともいえる。この習慣流産に対するPGDは夫婦のいずれかが均衡型の転座の場合と夫婦染色体正常で、胎児染色体異常による習慣流産のスクリーニングが海外では実施されている。」

斎藤委員「胎児の染色体異常を繰り返すケースは習慣流産全体ではどのくらいの頻度なのか。」

杉浦委員「18%程度と試算している。これは絨毛からの解析であり、すべて解析したと仮定したときのデータである。あくまで推測の値である。」

高桑委員「たしかに抗リン脂質抗体陽性例の流産の絨毛には染色体異常はない。こ

の結果から逆に抗リン脂質抗体が習慣流産の原因の一つといえる。」

福嶋委員「ヒトにおける流産の頻度は。」

吉村委員長「13%程度である。」

大濱委員長「染色体異常による流産はすべての流産の半分以上である。転座保因者の流産は全体の中では極めて少ない。」

久松氏「我々友の会協会の会員のなかでも染色体異常が原因の方は非常に少ない。ほとんどの方が別の原因と診断されている。」

大濱委員長「一般的な集団において均衡型転座の保因者は 500～600 人に一人いる。つまり 300 組に 1 組の夫婦が転座保因者である。」

鈴木委員「転座保因者における流産はどの週数で起きるのか。」

杉浦委員「多くは 12 週未満の初期流産である。」

大濱委員長「さらに杉浦委員より本日の資料について説明をお願いしたい。」

杉浦委員「染色体均衡型転座保因者の診断後の妊娠の転帰についてはわずかな報告しかない。我々は 1284 組の流産既往がある患者のうち 58 人の均衡型転座保因者を解析した。我々のデータでは均衡型相互転座保因者の夫婦の 31.9%が最初の妊娠で健児を獲得している。最終的には 68%が挙児に成功している。一方 ESHRE の報告では 68%の患者で PGD により平均 3.8 回の IVF で児を獲得している。つまり、自然妊娠でも IVF でも児の獲得率に大きな差異はないのである。染色体均衡型転座による習慣流産において PGD はひとつの選択肢とはなりうるが、夢の様な治療では決してない。さらには多くのほかの原因があるのかについて十分スクリーニングを行う必要がある。」

末岡委員「ESHRE の統計は半数以上が PGS であり、不妊患者を対象としている。したがって、偶然に数値が類似しているからといって、単純に比較することはできないのではないか。」

杉浦委員「単純な比較は難しい。着床前診断を行った場合と行わない場合を比較した報告はまだない。」

高桑委員「妊娠の予後はどうか。」

杉浦委員「1,284 例はすべて妊娠が帰結している症例である。」

鈴木委員「平均 3.8 回の IVF とは 3.8 回の採卵という意味か。」

吉村委員長「そう考えてもらって良い。」

末岡委員「PGD は受精した卵から診断して選び出す技術であり、まず受精し、良好に発育した妊娠可能な初期胚であることも条件となるため使用できる受精卵が限定されてしまうことから妊娠率が低下することはやむを得ない。」

吉村委員「PGD が夢のような治療ではないという事実を認識させることも重要

だ。」

鈴木委員「ESHRE のデータは心拍の確認であり、実際の児獲得率はさらに低いと考えられる。」

吉村委員「その通りだ。心拍が確認されれば 90% 以上は流産しない。染色体の相互転座保因者と診断されるとそれが原因と決めつけてしまうことがある。」

杉浦委員「習慣流産の十分なスクリーニングは必要。」

末岡委員「そこで原点に戻って、PGD の適応は習慣流産に対してか、染色体相互転座保因者に対してかを明らかにして議論すべきだと考えます。」

杉浦委員「原因は同じでも流産を繰り返す患者と胎児異常を起こす患者は別の集団であり、同一に扱うべきではない。」

鈴木委員「均衡型転座の保因者で流産を繰り返さないと PGD の適応にはならないのか。」

大濱委員長「流産を繰り返す苦しみを回避するという点で PGD の応用が可能なのではないか。」

斎藤委員「均衡型転座の保因者というだけで PGD を認めると適応の拡大が懸念される。」

末岡委員「均衡型転座保因者は 1/4 がモノソミー、1/4 がトリソミーの妊娠を発生させることがわかっているのに、流産をしなければ PGD をできないとすれば、均衡型転座の保因者で PGD を希望される方にどのように説明するのか。理解がえられるのか。」

鈴木委員「習慣流産患者の流産の回避という目的において選択肢の一つとなり得るのではないか。」

吉村委員長「本日は不育症友の会の方にも出席して頂いている。説明をお願いしたい。」

久松氏「本会は流産の患者の会である。情報公開を目的として開設された。おもにホームページを中心に活動している。会員は 140~150 人おり、その 95% が患者である。習慣流産の患者のうち染色体異常はごくわずかである。会員を対象にアンケートをとったところ、多くは選択肢の一つとして認めてもらいたいという意見が多かった。一定のガイドラインのもとで PGD を選択できる状態にしてほしいというのが我々の大多数の意見である。」

末岡委員「会員のなかで染色体異常による習慣流産はどのくらいいるのか。」

久松氏「今まで知る限り 3 名しかいない。原因が染色体異常とわかると会の活動からも距離をおいてしまう。」

吉村委員長「不育症の患者は不妊症の患者より非常に大きなストレスを感じている

と思う。ただし PGD にしても完全な治療法とはいえない。」

久松氏「可能性が開けるという点は大きい。我々患者に選択肢を広く与えてほしい。」

吉村委員長「すでに国内では大谷医師が実施していると報道されているが。」

久松氏「我々の会の会員がみんなそこにいっているとは全く思っていない。本当に PGD が必要な患者であったのかもわからない。」

斎藤委員「苦しみを支える専門家のシステムを構築したほうが良いという意見には賛成だ。」

鈴木委員「メンタル面の助けが必要なことは事実だ。」

澤幹事「相互転座の PGD では、21 トリソミーの胚をどうするのかという問題にぶちあたる。一番の問題点はここにある。」

久松氏「習慣流産の患者全員が PGD を望むものとは思っていない。選択できることで気持ちが楽になる。」

大濱委員長「本会としては PGD を行う場合の基準を決めるというスタンスである。いけないと決めるのではない。」

末岡委員「限定的に PGD を実施し情報やデータを学会が主体となって収集すべきである。そのガイドラインを学会がつくるべきだ。」

鈴木委員「適応の拡大を懸念するうえでいわゆる滑り坂理論はそれなりの説得力がある。」

福嶋委員「新しい技術にはそれなりの歯止めは必要である。」

吉村委員長「PGD の実施の際には、臨床遺伝専門医による遺伝カウンセリングの実施が非常に重要であると考える。」

以上で終了となった。