

## 令和5年度 第2回 臨床倫理監理委員会議事録

日時：令和5年8月16日（水）18時～20時

※Web 会議形式にて開催

出席者

委員長：鈴木 直

副委員長：谷口 文紀

主務幹事・委員：杉下 陽堂

委員：岩佐 武、岩瀬 明、岡田 英孝、織田 克利、小野 政徳、片桐由起子、  
岸 裕司、倉澤健太郎、桑原 章、小出 馨子、関沢 明彦、永松 健、  
原田美由紀、堀江 昭史、三浦 清徳、銘苅 桂子、吉野 潔

オブザーバー：加藤 聖子、木村 正、久具 宏司、三上 幹男

欠席：苛原 稔（オブザーバー）、榊原 秀也、高井 泰、立花 眞仁

[五十音順、敬称略]

定刻に委員長が開会を宣言し、理事長のご挨拶の後に次第に沿って議事を進行した。

<確認事項>

・臨床倫理管理委員会新体制について 【資料1-1】

各参加者より挨拶をいただいた。

<報告・協議事項>

・臨床倫理観監理委員会規約について 【資料 1-2】

以下の報告が行われた。

＊臨床倫理監理委員会の業務として、産科婦人科学の研究および診療に関する倫理問題の検討および上申、学会会告に関する会員教育、見解に基づく登録の審査・認定・成績の報告、そして倫理問題に関する他学会および各種団体との交流並びに見解の調整がある。第4条では、本会に関連する倫理問題全般を検討するため、本会会員および議会で構成される倫理審議会を設置することができる旨が明記されている。2年の間で、倫理審議会開催の計画を予定している。

<確認事項>

・令和5年度第1回臨床倫理監理委員会 20230509 議事録(HP掲載版)案について 【資料2】

<報告・協議事項>

1. 登録・調査小委員会報告【資料3-1、資料3-2】

以下の報告が行われた。

＊7月31日現在のART登録数、ARTオンライン登録状況を説明。2021年分はこの後の報告の通りで、今入力が行っているのは2022年分。登録対象施設は587施設で、現時点で50万2444周期の登録。23年分も529施設が対象で随時入力。2021年は、全施設から登録をいただき、2022年についても587施設のうち13施設が入力を完了した。【資料3-1】

次にARTデータブック2021年分のホームページ掲載については明日の登録調査小委員会後に確定版を公開する。また学会誌75巻9号に掲載する予定。【資料3-2】

## 2. がん・生殖医療施設認定小委員会報告

令和5年7月24日現在の妊孕性温存療法実施医療機関(検体保存機関)、温存後生殖補助医療実施医療機関の審査・承認状況について 【資料4】

- ・妊孕性温存療法実施医療機関(検体保存機関):157 施設
- ・温存後生殖補助医療実施医療機関である妊孕性温存療法実施医療機関:137 施設
- ・妊孕性温存療法は実施しない温存後生殖補助医療のみの実施医療機関:2 施設

以下の報告と議論が行われた。

\* 令和5年7月24日現在の妊孕性温存療法実施医療機関、温存後生殖補助医療機関の審査承認状況及び資料4について説明。

### (1) 暫定施設の定義の見直しについて

ART登録施設に関する見解において、日本生殖医学会の生殖医療専門医資格を必須とする案が出ていて、現在日本生殖医学会と議論を進めている。日本生殖医学会が専門医制度を導入する以前より生殖医療を行なっている施設では、生殖医療専門医不在の施設もあることから、暫定施設としての承認期間(現状1年)についてどのように扱っていくのかは、現在調整中の日本生殖医学会との案件と連動する課題となる。その動向を注視しつつ、今後も引き続き検討する。

### (2) 施設認定規約について

3年後を目途として、認定がん・生殖医療ナビゲーターの常勤が必須となり、さらに施設ごとの年間症例数5例以上という必要条件を掲げている。この施設認定条件の継続の可否に関して、各条件を評価し検討する予定。さらに、認定施設の事例数を確認し、地域の実情を踏まえ考慮して検討する予定。

### (3) 仮承認施設に対する、「仮」条件に関する現状を確認する。

### (4) 温存後生殖補助医療施設登録が未申請の施設について申請を促す。

\* 日本生殖医学会が専門医制度を導入する以前より生殖医療を行なっている施設においては、日本生殖医学会の生殖医療専門医常勤を必須としない案等を日本生殖医学会に打診している。暫定施設の定義見直しを継続審議する。

## 3. 重篤な遺伝性疾患を対象とした着床前遺伝学的検査に関する審査小委員会報告

### (1) 着床前診断に関する臨床研究申請・認可について(令和5年5月30日、令和5年7月27日) 【資料5-1、資料5-2】

- ・施設申請(新見解基準):36件《承認36施設(うち付記があるもの:2施設)》 【資料5-3】
- ・症例申請(2022年6月からの新見解基準):40例《承認26例、照会3例、保留11例》(承認例のうち3例は条件付き) 【資料5-4】

以下について報告が行われた。

\* 不承認となった症例については、指摘された根拠を覆される理由が記された場合には再申請が可能。前回のPGT-M審査小委員会の時に出された4症例の申請のうち、2症例で第三者遺伝カウンセリングのあり方について委員の先生から指摘があった。該当領域に秀でた臨床医が関わる症例が多く、これらの臨床医が第三者遺伝カウンセリングに関わるのが良くないのではと指摘された。重篤性の原則から外れる症例については意見書Aが必要となるため、事

前に申請施設に承諾書式 M3 の提出を求めるように対応をした。

問い合わせが来ている案件として、意見書 A を求めた日本整形外科学会からから、承認と非承認で 6 対 5 などの僅差の場合に多数決で決定してしまっているのか、また 6 対 5 の僅差の投票結果であったことを記載する必要があるか確認したいという連絡があった。

- \* 日本人類遺伝学会や日本小児科学会から 4 名、日本遺伝カウンセリング学会から 1 名委員を推薦いただいた。

### 3. 不妊症および不育症を対象とした着床前遺伝学的検査に関する審査小委員会報告

(1) PGT-A・SR 見解細則改定後の施設審査状況について(令和 5 年 8 月 9 日) 【資料 6-1】

(2) PGT-A と SR の違いについての施設への周知依頼について

以下の報告と議論が行われた。

- \* 2023 年からは新規申請は落ち着いた。PGT-A, PGT-SR 共に認可を受けている施設が増加した。申請中の新規申請施設 2 施設については、基本的に認める方向で進めている。変更申請の施設では、遺伝カウンセリング担当者など人的要件・施設要件に変更があった場合に申請いただいている。施設認定については 5 年ごとに更新しているが、その間に要件を満たさない場合があるという懸念が示されている。一方、施設内倫理委員会を設置しているので、そちらで施設要件を満たしているか評価いただき提出とする方法についても検討している。ART/PGT-M 認定施設についても共通の懸念があるため、年次報告の際に施設要件を満たしていることを確認することを検討中。年次報告は前年度の 1 月—12 月を提出いただく。

- \* PGT-A を実施する際に臨床遺伝専門医による遺伝カウンセリングは必要あるか？

- \* 遺伝カウンセリング担当者の要件として、臨床遺伝専門医資格は必須ではない。PGT-A を実施するときは、医療者による遺伝カウンセリングを実施する。

- \* 遺伝カウンセリングは非臨床遺伝専門医が担当しても良いものとなっている。

- \* 細則で、遺伝カウンセリング担当者の要件など違いがあり、PGT-SR では遺伝専門医によるカウンセリングが必要になっており、実施確認書を一例ごとに提出いただいている。PGT-A/SR 共に認定施設になっている場合、細則レベルでの違いに混乱が生じ、誤って対応したという相談が来ている。細則上の違いをはっきりさせるために、要点を絞り施設要件・実施方法・年次報告の 3 つに分け施設内で掲示などするのに便利な資料を全ての認定施設にメールで配布したいと考えており、承認いただきたい。

- \* 先ほどの遺伝カウンセリング実施の人的要件について、日本医学会の遺伝診療におけるガイドラインを確認したので共有する。こちらでは、【遺伝カウンセリングに関する基礎知識・技能については全ての医師が習得しておくことが望ましいと記載されている。(中略) 遺伝学的検査・診断を担当する医師及び医療機関は、必要に応じて、遺伝医療の専門家による遺伝カウンセリングを提供するか、または紹介する体制を整えておく必要があることも記載されています。】とある。臨床遺伝専門医は、この中にある遺伝医療の専門家の意味となる。医学会として認めている

ので一度お目通しをお願いする。

\* 議事録と一緒に、このガイドライン Q&A の該当部分を委員で共有することになった。

【議事録資料 1】

\* メールで送るカバーレターの文章はこの文章が良い。理事会の報告事項にも挙げておくように。

## 5. PGT に関する継続審議小委員会報告

【資料 6-2】 【資料 7-1、資料 7-2】 【資料 8-1、資料 8-2】

以下の報告がなされた。

\* 今年新キャビネットで 8 月 7 日に第 1 回目の小委員会を開催した。新委員が加わったため、PGT-M に関して意見書 A を依頼する関連学会に対する説明で使用した資料の概要を共有した。2022 年 1 月から施行されている新見解で、遺伝医療としての部分と ART 医療を主にするという観点から、PGT-M と PGT-A/PGT-SR を分けて作成したという背景を説明した。PGT-M に関する重篤性の定義の部分に関しては、倫理審議会を経て、原則、成人に達する以前にという形で、成人以降に発症するものについても審査を妨げないという形になった経緯を説明している。審査の流れ、個別審査会に至るような流れについても背景として知っておいていただき、基本的な学会の理念として、幅広く社会に開かれた形で議論を行ってきた点や、様々な意見に耳を傾けてお互いに理解し合うように努めるというコンセプトについても説明した。また、PGT-A/PGT-SR に関しては、公開シンポジウムを開き見解・細則を新たに作成した。PGT-A/PGT-SR に関して見解は共通、細則はそれぞれ分けて使っているという点と、パブコメでも一番多くいただいた「PGT-A の対象として、なぜ反復流産・不育症と規定されているのか」という部分に関して、Q&A という形で説明した。【資料 7-1】

新しい見解を定めた後でこれから検討すべき課題に関して、小委員会で協議している。【資料 7-2】特にこの第三者カウンセリングに関してはクライアントや申請施設が厳密な第三者遺伝カウンセリングを依頼できる施設を見つけることが困難であるという点が指摘されている。該当領域専門の臨床遺伝専門医を同一都道府県内で探すことが非常に難しく、オンラインカウンセリングの導入の要望もある。しかし、遺伝関連学会からは、第三者遺伝カウンセリングをオンラインで実施することに慎重なご意見が出ており、現時点では第三者遺伝カウンセリングは必ず対面で行うということになっている。この点に関しては PGT-M 審査小委員会だけではなく継続審議小委員会でも検討していく課題である。意見書の提出の遅れなどで結果的に審議に時間がかかるという場合や、セットアップに関しての費用がかかる一方で、承認されるか不確実という点が課題となる。

また PGT-A/PGT-SR に関しては性別開示や、モザイク胚、保因胚の取り扱い、技術が進んできた場合 non-invasive PGT-A の取り扱いについても挙がる。

小委員会ではその他 X-linked の女性保因胚の胚移植の是非や、あるいは浸透率に関する課題が挙げられた。これまでは小委員会で浸透率に関してはほぼ 100%であるという前提のもとで議論が行われていたが、見解の変更もあり浸透率がある程度高いものの 100%ではない疾患も挙げられる可能性があり、浸透率に関する考え方もこの新たな見解政策のもとで検討が必要という意見が出た。こうした様々な論点を小委員会のその場の議論だけ解決することは困難であり、ある程度 Web での事前意見交換をしながら小委員会の場で結論を詰めていくという行程を検討している。

\* PGT に関する見解の改定が進む上で、継続審議小委員会で検討する事項が非常に大切になる。Web を含め解決できる課題や議論がある。

## 6. 定款・見解改定検討小委員会報告 【資料 8-1、資料 8-2】

- ・「本学会の見解を今後倫理的側面・ガイドライン的側面・施設要件などに分類。関連法の動向を注視し、時代背景との整合性を鑑みて、それぞれアップデート、取捨選択していく方針」を 8 月 7 日の小委員会で確認した。

以下の報告と議論がなされた。

- \* 令和 2 年 12 月 11 日より施行されているいわゆる生殖医療法の中に国の責務と医療関係者の責務という記載がある。良質な医療を提供するのが我々医師の役目であって、ルールを決めるのは国の責務という方針が出されている。実際にその法律ができるのが、医療の進展からかなり遅れるという状況が続いており、日本産科婦人科学会の見解等の自主規制でやってきた歴史がある。「見解」は生殖補助医療が社会一般にまだ認められてない頃は、このようにしっかりやっていた方がいい、という会員を守るものであったのが、いつの間にか流れが変わりこれをしたら除名するという処罰の流れが一時期出ていた。これも 1 月に出た会告だが、定款に従って適切な対処とこれに従わなければ対処するというのが現在も続いている。ただ、これは本来の学会のやるべき権限を超えているというのが近年の本小委員会・臨床倫理監理委員会の流れとなっている。現在、見解は 20 のみ。今後特定生殖医療法案が通ると一気に流れが変わり、見解と特定生殖補助療法案との齟齬は許されないし、その時点で迅速に見解も変える必要がある。その前に C から H あたりの登録に関する研究関連と PGT 関連に関しては、委員会で議論し、Technical 関連までこの見解に残した方がいいのか議論を進めていく。専門医の常勤に関しては、日本産科婦人科学会と日本生殖医学会の協議が必要である。【資料 8-1】
- \* 資料内の 0624—見解の将来像の部分で倫理的側面・ガイドライン的側面・施設要件などの棲み分け、見解を元にした学会ガバナンスのあり方について 2 年間まずはしっかり議論を進めてほしい。
- \* 最も大切なことは、見解をもとにした学会のガバナンスのあり方である。見解を見ると、これを皆さん守ってください、守らなかった場合には処分することもありますということが書かれており、そのガバナンスをどうするかが最重要点であり、それで上の三つの棲み分け（ガイドライン的側面・施設要件）をしていくべきである。法律（生殖補助医療法）では倫理的なものは国が促すべきだと書いてあり、医師は正しい医療を提供することが法律で求められており、ガバナンスは国にお任せするという棲み分けをする。まだ学会がガバナンスを行うということをなくす方向性は前回の臨床倫理監理委員会の賛同を得ており、前期の理事会でも全員の賛同を得ている。理事会でも承認を得て進んでいくことを期待する。記者会見でもガバナンスを学会が放棄するということをはっきり明言しており、進めてほしい。臨床倫理監理委員会がしっかり検討して、本当に守るべき点はしっかり見解に書き、方向性としてきちんと見解を遵守する施設はホームページにきちんと出して、見解遵守施設であることを顕彰していくという形を考える。
- \* 見解で縛ることが学会の役割から難しくなっている。その反面、今まで見解を決めてきた方にとってほぼ法律になってしまうと新しいことが出たときに対応できない懸念をすでにこの領域の先生方は持っているだろう。そのあたりをどう落とすか、交渉が皆さんに理解をいただいてうまくいくことを祈る。この交渉のときに一番基礎的なコンセプトである、女性の自己決定、リプロダ

クティブライツという考え方を主張していくのが今の時代フィットするのではないかと考える。

- \* どこが学会の受けもちでどこが国がすべきなのか、あるいは公的プラットフォームの受け持つところはどこなのか、この委員会で種類分けしていただいて、そして交渉の場に持っていく流れになる。特定生殖補助法案がどう動くかを注視する。
- \* これまで学会が学会員に対して行ってきたガバナンスは、今後国が全国の医師に対して発揮するため法律を作っている。学会としては非常に荷が重いことを担い続け、そしてそこからはみ出た部分のことまで学会がやらざるを得なかった部分を、国がきちんと担うことを期待する。
- \* 現在過渡期にある学会にできることとして、2022年12月から生殖医療実施医療機関の登録に関わる誓約書と確認書を採用しており、施設の責任者と生殖医療の実施責任者の先生の自署の書類を提出していただくことを採用しているので共有する。
- \* この件はぜひこの小委員会で一緒に皆で考えていってほしい。B、Cといくつか分けていただいたところから着手し、委員会でも報告、協議を出していく。
- \* 現在、やるところは好き放題やっているところもある。その点を考慮すると見解をどう出していくのか情報も得ながら、世の中に訴えていくしかない。一方で出す形に気をつけないと、進歩を全部止める意見もあり、どうバランスを取るかをこれから知恵を使わなければならない。
- \* 子宮移植に関しては、慶應義塾大学での倫理委員会の結果を受けてから先に進んでいくとのことで待ちの状況であることが報告された。

#### 7. 生殖補助医療の実施登録施設における実施責任者の要件について【資料9-1、資料9-2、資料9-3】

以下の報告と議論がなされた。

- \* 日本産科婦人科学会としての考えを理解いただくため1月23日に作成した資料を情報共有する。日本産科婦人科学会のこの定款の中の施設認定において、実施登録施設が配置すべき人員の基準の2)、生殖補助医療の実施登録施設における実施責任者の要件は①から④に示す通りである。日本産科婦人学会の専門医であり、体外受精胚移植登録施設において1年以上勤務または1年以上研修を受けて体外受精胚移植の技術を修得した者は常勤であること、そして、日本生殖学会認定生殖医療専門医であることが望ましいとされてきた。2001年（平成13年）から2022年（令和4年）12月現在までのタイムラインを見ると、2002年10月から生殖医療専門医制度が開始、2012年からは新専門医制度が開始した。ART登録施設では2001年は557施設、2012年は552施設、2022年は616施設であったが、この内それぞれ94施設、87施設、そして58施設、併せて239施設（38.8%）に生殖医療を専門の医師が不在である。専門医不在のART登録施設は、2001年の94施設と、新専門医制度が開始した87施設と最近の58施設と分けて見ると、専門医不在率は9割、8割、そして最近でも5割であり、新制度開始後の登録施設においても半数が専門医が不在である。特に2002年以前では専門医制度がなく不在率94%であり、新専門医制度が始まった後も87.3%である。次に専門医制度不在施設の施設長の年齢を調べた。50歳以上が90%を占めており半数以上が60歳以上。専門医制度がない時代から日本の生殖医療を牽引してきた医師が院長である施設が少なくない。生殖医療の専門医不在施設における登録年と施設長の年齢の関係をみると、2002年以前

から登録されていた最初の 94 施設、2002 年から 2012 年の新専門医制度までの 87 施設では 70 歳以上の方が 25 施設、9 施設。直近の十数年間の 58 施設においては 30 代からおおむね 40～60 代の施設長が中心だった。

2017 年以降に登録された未更新施設においては、施設長年齢は 60 歳未満が大多数だが、70 代の施設長も存在する。今後新しく継承される時後継院長には専門医の取得を依頼したいと思う。施設長に生殖医療専門医資格を求める場合のシミュレーションをすると、懸念事項として、①専門医制度開始年で区切った場合、相当数（145 もしくは 58 施設）の ART 登録施設が影響を受ける見込みである点。②病院を継承し施設名が変わらない以前からある ART 登録施設であっても、経験のない非生殖医療専門医の後継院長に変わっている可能性がある点。③生殖医療専門医不在施設の施設長の年齢が 50 代以上の施設が 90%、60 代以上が 50%以上となっており、年齢で区切られる場合には基準が不明確になる点。④生殖医療専門医を取得する場合、一般的には 3 年間の研修中 1 年間は認定研修施設の専任が必須であることから、他施設の常勤になる必要がある点の 4 つが挙がる。

確認事項として生殖医療専門医は 5 年毎に更新が必要であるということ、専門医試験の合格率は年度によってばらつきがあるが 40～60%程度である点、また一般的には 3 年間の研修期間のうち 1 年は認定研修施設の専任で受けなければならないという点がある。

令和 5 年 3 月 14 日に日本生殖医学会理事長、そして日本生殖医学会生殖医療従事者資格制度委員会委員長に対し、生殖補助医療の実施医療機関の登録と報告に関する見解改定に関するお伺いの手紙を送り、何らかの救済措置案を設定し、一定期間生殖医療専門医と同等の資格があることを提案した。【資料 9-2】

6 月 15 日付の生殖医療の実施登録施設における実施責任者の要件改定委員会委員長からお手紙を受けた。【資料 9-3】

6 月 9 日に第 1 回の委員会を開催し、日産婦の対応について準備を開始いただいた。

日産婦の考えをよく確認し、日本生殖医学会で協力していただけることがあるかどうかを模索する方針となった。また合同委員会の設置を要望したが、改定委員会委員全員の参加をいただけることになった。

今後本件について日本生殖医学会と議論を進めていくことが必要になる。これは十分な議論や多くの方のパブリックコメントも必要であり時間をかけて日本生殖医学会と連携して検討していきたい。

\*例えば日産婦の専門医更新データをみると、75 歳を超えた医師は 50%ぐらいが専門医更新をしない。60 代の先生が専門医を新たに取得するのは非現実的な話だ。次世代の生殖医療を担う医師がきちんとしたトレーニングを受けているかという点と、どう両立させるかという問題になる。上手に交渉しながらまとめていただきたい。

\*サブスペシャリティ専門医について外形基準があったと思うがどうか。

\*サブスペシャリティの専門医制度では、カテゴリーが 1・2・3 と分かれている。カテゴリー 1 は機構が社会的に必要であると判断し指定する領域であり、そのために認定する専門医となっている。その中で認定されれば概形基準は不要だがそれ以外では必要。カテゴリー 2 の場合は概形基準を満たさないものは認めないと言われている。カテゴリー 3 という学会認定・機構承認の専門医は概形基準に必ずしもこだわらなくなっているが、なるべく満たす方が良い。あまりにも人数が少ない等は問題になる。

- \*資料内の青色の部分の理解が少し甘いところもあるのではと感じている。地域格差や高齢医師のクリニックの問題がある中で、日産婦の方から生殖専門医を必須とする案が出ていることに戸惑われている先生が多かったように思うので、こちらは連携して良い制度ができるように進めていきたい。
- \*日本産科婦人科学会側のニュアンスが日本生殖医学会側に伝わっていない印象がある。しっかりコミュニケーションとっていただいたので、日本産科婦人科学会が求めていることと日本生殖医学会が受け入れられる範囲のことなどをしっかり話し合ったら良い。
- \*これは10年以前から挙がっている問題である。どうしても生殖医療専門医が必須となると現在診療している生殖医療施設で困るところが出てくる。その部分は日本生殖医学会の議論にお任せすることにして、見解がこのままだとまた新申請施設が生殖医療専門医不在にも関わらず申請する状況が続くため、今後まずは生殖医療専門医を必須にする等、部分的に変えることを検討しなければ永遠にこの問題が続く。
- \*今日は資料を出せなかったが、その後の議論で施設の継承などで院長の交代がある場合、施設責任者は生殖医療専門医であってほしいという話があった。全員が一律で生殖医療専門医を取得する必要があるというのではなく、今後の方向性を変えていくことでお願いしたい。
- \*生殖医療専門医であることが望ましいとなっていたので、うすうす将来は必須になるだろうという認識を持たれている先生は多いように聞いた。その辺がクリアになれば、非常にスムーズに行くのではないかと。

本事案に関しては、新しい臨床倫理監理委員会で担当者を決め、日本生殖医学会と合同会議等を開催する方針となった。

#### 8. ART 実施責任者の専門医資格失効について

- ・「ART 実施登録施設における実施責任者は産婦人科専門医更新を自分の責任のもと確実に行うことの確認書」の取得状況。
- ・専門医の更新を忘れ実施施設になれず ART 施設の登録が抹消されることが無いよう注意喚起している。

以下の報告と議論がなされた。

- \*施設の実施責任者は産婦人科専門医である必要があるが、更新を失念した人がいることが判明した。これは施設の実施責任者に対して確実に保険適用ができなくなる旨を伝えて、それぞれ確認書をお送りしている。3月31日の時点では78.1%の回収率だが、5月2日の段階では96%の実績登録施設で自主的に産婦人科専門医更新をする旨の確認書を取得している。100%を目指した連絡は5月2日以降残りの23施設に対しては追加連絡していないが、連絡すべきか。
- \*理事会で救済はしない方向性になっているので、形の上でも連絡すべきである。

#### 9. NIPT に関して、認可施設から送られてきた臨床研究のまとめの合本について

以下の報告と議論がなされた。

\*旧母体血を用いた出生前遺伝学的検査施設認定登録部会で、NIPTに関して認可施設から送られてきた臨床研究のまとめの合本が50部あり、学会で冊子を保管するか否かについてある。事務所の移転の準備があり、また現在は医学会がハンドリングしていることから、PDF化したものを事務局で保管することとし、合本50冊は廃棄する予定。

\*廃棄する方針が良いが、日本医学会の中で作ったものなので日本医学会に廃棄する旨伝えてから廃棄するというのが筋ではないかと思う。合本は日本産科婦人科学会の費用で医学会が作ったものである。廃棄に関しては、理事会で承認を得る方針となった。

#### 10. NIPT 厚生労働省専門委員会と医学会運営委員会の件

NIPT 厚生労働省専門委員会:2024年3月まで前委員長、2024年4月から新委員長が担当。  
日本医学会 NIPT 運営委員会:2024年10月まで前委員長、2024年11月から新委員長が担当。

現臨床倫理監理委員会委員長が、今後両委員会委員を引き継ぐことが承認された。

#### 11. 日本専門医機構認定専門医の資格の停止について【資料10-1、資料10-2】

・懲罰としての会員資格停止の場合には、『「専門医資格の停止」に相当すると判定した』と本会から機構に進言する。

以下の報告と議論が行われた。

\*学会の懲戒に関する内規で、本会の会員資格および専門医資格を3年の期間内で停止する、とすることに関して機構に打診した案件である。

\*見解違反の抑止力を高めるという目的で懲罰規定の中にこのような項目を入れることに対して日本専門医機構の方に問い合わせを提出し【資料10-1】、専門医機構が認定する専門医資格であるため、それ以外の団体が資格停止について言及することは不適當であるという返答が返ってきた。懲戒に関する内規に資格停止に関する記載することは控えてほしいが、各学会が専門医資格停止に相当すると判断した場合においては、機構にその旨進すれば検討いただけるとのことであった。【資料10-2】

\*専門医試験の受験や専門医試験更新の時には、日本産婦人科学会の会員であることが前提条件としてあるが、専門医更新の時には日本産科婦人科学会員である必要はないのか。

\*専門医試験を受験する時には産婦人科学会の会員であることが必要だが、専門医認定期間中には必ずしも必要ではない。例えば、専門医認定期間内に2年間の会費未納などがあり自動退会になったとする。産婦人科学会として退会の把握はできるが、即時に専門医取り消しには結びつかない。一度専門医認定された後では、更新のタイミングまでの間に縛りはないということを今回の回答で我々も再認識した。

\*懲罰のランクをつけ、段々重い懲罰になるように専門医の資格停止、学会会員資格停止としていたが、現在はどちらも懲罰の重さとして違いは無くなるということか。また、専門医認定後は学会会員である必要はないのか。

\*専門医更新時には専門医更新を認める産婦人科学会からの推薦が必要になる。その要件として産

婦人科学会会員であること、研修を履修済みであることが必要だ。学会費を2年間未納であった場合もその後気づいて後納すれば会員資格を回復できる規約があるようでレスキューされる。

- \*理論的には、退会と再入会を繰り返すことも可能だが、意義があるのか疑問だ。日本産科婦人科学会が機構に対して専門資格の停止を上申することができるためこの文言だけでも抑止力になる。
- \*内規に、機構に専門医資格の停止を上申する旨の記載があれば効力を発揮しやすくなり、抑止力としての効果がある。会員に対して会則に則っていただくように促す意味で大きな力になる。
- \*見解に大きく関わってくると思うが、更新に推薦しない権限がリストアップ学会にあるか。例えば今後我々の想定を超える重大な倫理的な批判があったときに専門医更新に推薦しないという方法を検討し得るか。
- \*専門医認定更新の条件を満たしているかを学会が判断した上で機構に推薦して、機構が専門医認定をするか最終判断をするという形である。専門医の更新を推薦しないという選択肢はある。

反対意見はなく承認された。今後は理事会でさらに議論を進めることとなった。

## 12. 匿名の告発について【資料 11】

- \*本内容を資料 11 の申し合わせに追記することが決定された。

## 13. 精子提供の体外受精・胚移植において、夫の死後に凍結胚移植が行われた案件の報告について

以下の報告がなされた。

- \*第三者精子提供の体外受精・胚移植において、夫の死後に凍結胚移植が行われた案件があった。夫が無精子症と診断されて、第三者提供精子を用いた人工授精を15回実施するも妊娠せず、該当施設独自のガイドラインに基づいてIVF-Dの準備を開始。その後、全胚凍結を実施、初回の凍結胚移植を行い、妊娠成立が確認された。この施設では、妊娠成立後に夫婦と面談することにしてしたが、面談の際に胚凍結には生存していた夫が急激に病状が悪化し胚移植の前に死亡していた事実が発覚した。施設側は死後生殖についての説明を行っていたが、夫の生前に夫婦で夫死亡後の胚移植についての相談はなされていなかった。施設からは、今後胚移植の同意書は本人の自署とするようにガイドラインを改訂すると報告を受けている。日本産科婦人科学会としては、弁護士に相談し、このような移植報告の取り扱いに関しては、現段階では先方からの報告書を受領したということを伝えるだけで良いとのご意見を受けた。先方からは今後改訂した独自のガイドラインを作成し、日本産科婦人科学会に報告するとの報告を受けた。
- \*お亡くなりになったのは夫であって、精子提供者が死んだわけではないため純粋な死後生殖とは違う。夫が死亡した後の凍結胚の取り扱いについては問題になる。
- \*シングルマザーが提供精子で体外受精を行う場合と同じ案件であり、まさに特定生殖補助医療案に関連する案件である。生物学的父親ではないが、父親不在での治療については問題になる。

## 14. 本会の特定生殖補助医療に関する法律案(たたき台)に対する質問について

以下の報告がなされた。

- \* 特定生殖補助医療に関する法律案に対する、本会からの議連に対する要望をHPに掲載した内容に関して、とあるクリニックから以下の質問があった。「特定生殖補助医療を実施する医療機関認定に厚生労働省の認定を受けなければならないと記載されているが、現時点で厚生労働省の認定を受けることが可能か？ 又、第三者の精子や卵子を用いた体外受精を日本産科婦人科学会として許可できるのか？」。本件に関しては、現在国が議論している特定生殖補助医療の動向を確認していただくようお願いした。

15. 「こどもまっぷ」と「クリオス・インターナショナル」からの非配偶者間生殖医療により妊娠に至った女性・カップルの分娩について質問

以下の報告と議論がなされた。

- \* 「こどもまっぷ」と「クリオス・インターナショナル」から非配偶者間生殖医療により妊娠に至った女性・カップルの分娩について質問があった。非配偶者間生殖医療によって妊娠に至った女性カップルが分娩をする際に、ある施設で分娩の拒否や対応が悪かった事案に関して日本産科婦人科学会の見解に関連した質問を2回受けた。「日本産科婦人科学会は、全ての妊婦さんが安全な医療を受けられるべきであると考えている。法整備を国に求めており、これまでの我々の活動はホームページに掲載している通りだ。日本産科婦人科学会は見解、会告違反以外のことで会員に対して会員通達を行う立場がなく、国が施設管理を含めて整備すべきであると考えている。日本産科婦人科学会の立場の限界をご理解いただきたい」旨を回答した。

- \* 全ての妊婦が安全な医療を受けられることは基本である。国際学会でも同様の案件が問題になっていて、どの国も同様の問題を抱えていることがわかった。世界的にもこういう医療が徐々に深まっていくのではないかと。

16. ノンメディカルな卵子凍結動画への意見感想について

- \* 理事会での決定事項（顕名の意見・感想に対する対応の仕方）を再確認した。

17. 6月29日に友納理緒代議士、自見はなこ代議士、7月21日に武田俊彦元医政局長、8月3日にこども家庭庁成育局母子保健課木庭愛課長、8月3日に国立成育医療研究センターのスタッフと面会した件について

以下の報告がなされた。

- \* 6月29日は友納理緒代議士に公的プラットフォーム設置に関する要望のため面会した。なお、これまで相談にのっていただいていた自見はなこ代議士にも現状を報告し、学会内に公的プラットフォーム設置準備委員会を設ける件を報告した結果、武田俊彦元医政局長をご紹介いただいた。7月21日に、武田俊彦元医政局長と面会し本件に関する現状等を相談した。8月3日には、こども家庭庁成育局母子保健の新しい課長と面会し、本件に関する現状等を相談し要望した。また同日、国立成育医療研究センターの病院長、企画戦略局長、産科部長等と面会した。

- \* 国立成育医療研究センターは女性の健康に関するナショナルセンター構想が進んでおり、そちらと合体させて公的プラットフォームも入れてもらえないか前向きに検討いただいている段階。こども家庭庁がオブザーバーとして入っていただければ、行政、議員、国立医療研究センター、学会という形で準備を進めていくことを考えており、公的プラットフォーム設置準備委員会を設置する予定。9月2日の理事会への提案を予定している。

\*最終的に厚労省が動くために、以前も学会は関与しないという立場を表明することが重要で効果があった。前向きに検討いただいております、成育医療センターも予算がついて動き出しているのが良かった。

\*国立成育医療研究センターの企画戦略局長は元母子保健課長である。国が動くときには、行政なのか、あるいは国会なのか切り分けて考えないと国は動きづらい点がある。今回の案件は、国会を動かさなければならず、法律作りをサポートしてきたが非常に動きが遅く、曖昧な状況で行政に投げようとするので行政も受け取れないという構造があった。行政が納得するものを国会に作っていただきたい。代議士の先生を巻き込みながら、臨時国会の中で質問などしていただき、行政が動かざるを得ないような状況に絞り上げていくのが良い。

## 17. その他

以上を持って議論を終了し、20時30分に閉会した。

議事録資料1：日本医学会ホームページ「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」Q&A（2022年3月改定）より抜粋

**Q** このガイドラインでは遺伝カウンセリングをどのように位置づけていますか？

**A** 遺伝カウンセリングは、疾患の遺伝学的関与について、その医学的影響、心理学的影響および家族への影響を人々が理解し、それに適応していくことを助けるプロセスです。このガイドラインでは、確定診断を目的とした遺伝学的検査の際の主治医による事前説明と、検査結果の説明も遺伝カウンセリングの一つであると考えています。したがって、遺伝カウンセリングに関する基礎知識・技能については、すべての医師が習得しておくことが望ましいと記載されています。また、遺伝学的検査・診断を担当する医師および医療機関は、必要に応じて、遺伝医療の専門家による遺伝カウンセリングを提供するか、または紹介する体制を整えておく必要があることも記載されています。

**Q** 遺伝医療の専門家による遺伝カウンセリングとはどのようなことを意味しているのでしょうか？

**A** 非発症保因者遺伝学的検査、発症前遺伝学的検査、出生前遺伝学的検査、及び着床前遺伝学的検査等においては、被検者はその時点では患者ではないことが多く、通常の医療の枠組みの中で対応することは困難であることが多いと考えられます。また、治療法・予防法の確立していない疾患の発症前遺伝学的検査や、選択的中絶が考慮される出生前遺伝学的検査等では、倫理的問題を解決する必要があり、遺伝医療あるいは遺伝カウンセリングの専門家がチームで関与することが望まれます。わが国には、遺伝カウンセリングの専門家を養成する制度として、例えば、医師を対象とした「臨床遺伝専門医制度」<<http://www.jbmg.jp/>>と非医師を対象とした「認定遺伝カウンセラー制度」<<http://plaza.umin.ac.jp/~GC/>>があります。