

令和5年度 第3回 臨床倫理監理委員会議事録

日時：令和5年11月22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：杉下 陽堂

委員：岩佐 武、岩瀬 明、織田 克利、小野 政徳、片桐由起子、岸 裕司、

倉澤健太郎、桑原 章、榊原 秀也、関沢 明彦、高井 泰、立花 眞仁、

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

欠席者

苛原 稔（オブザーバー）、岡田 英孝、小出 馨子、永松 健

[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>

- ・令和5年度第2回臨床倫理監理委員会の議事録案について【資料1】

<報告・協議事項>

1. 登録・調査小委員会報告【資料2】

以下の報告と議論が行われた。

- *ART オンライン登録状況については、現在52万件の方が登録されており、まだ完全ではないが、2022年分は2021年分の周期数を上回っている状況である。
データの一括登録について検討している。今UMINは1周期ずつ登録しているが、各施設が行っているARTに関するデータ入力をそのままUMINに移行することで、重複の入力作業の負担を回避することを狙っている。
一括登録をする医療機関側もシステムに関係する支出が必要となる可能性がある点も含めて、意見を伺いながら進めたいと考えている。
- *一括登録の方が1回でできて簡単なのか。それともこれまでの方法と大きな違いはないのか。
- *二つの見方があり、各施設で別の様式でARTのデータを管理している場合、そのデータをそのままUMINに移行することができれば便利である一方で、UMINに入れたものをエクセル等で外部出力することもできるので、そこへ他に追加したい項目を入れていくという話もある。多くの項目を日常的に登録している施設にとっては一括登録の利便性が高い印象である。
- *大きなデータなのでハイボリュームセンターの先生方の要望が多いなら、データの精度も増すのではないかと。自施設で管理するデータだけ厳密に入力しているが、ARTのUMIN登録までは手が回らないというケースはあり得ると思うので、データの精度という点で一括登録がうまくいくのであれば良いと思う。ただ、UMINシステムとそれぞれの先生が使っているデータシステムと互換性があるか、最終的にはシステム同士の相性がいいかどうかが問題になると

思う。

- * 重複入力の手間を省く点では一括登録はとても良いことだと思う。一方で、一括登録に向けて何かそれぞれの施設が導入すべき設備が出てくるのは如何なものかと思う。ハイヴォリュームセンターの症例数が登録周期数に占める割合が大きい一方で、周期数の少ない医療機関にも同様の設備導入をお願いしなければならないのかという問題がある。日本のART登録施設は規模が様々なので一括登録を完全に導入していくことは難しいのではないかと考えている。希望する施設のみというのもまた難しい。電子カルテや入力ソフトなどとの相性についても慎重に検討する必要がある。検討事項は多岐にわたり、慎重な議論が必要だと考えている。
- * 特に大学や公的病院はARTのシステムを導入することに対してはかなり難しいところがあると思う。一方、ハイヴォリュームセンターにおいては、実は大手のベンダーが持っているART専用の電子カルテシステム3、4社では互換性があるので、導入しているハイヴォリュームセンターは導入可能となる。新しく設備導入が困難な施設では従来通り手作業での登録というハイブリッド形式が最終的な落としどころではないかと考える。
- * 特に助成金制度が保険適用になって登録件数の減少はないか。
- * 現時点で明らかな登録数減少は認めていないが、注視したい。登録周期数は増えているので、どこまで正確に妊娠転帰まで入れていただけるかが重要であると考えている。
- * SNSで卵子凍結を行なったこと公表したタレントがいるそうだが、その後このことで東京都から連絡があったのか。
- * 実際にどのぐらいの人が東京都の助成金に参加したのか数の方は確認させていただいたので、この会議の中で共有させていただこうと思う。先週末の時点で、卵子凍結を検討している人が参加必須のセミナーの受講者数は約5,000人であった。そのうち実際に卵子凍結実施を申請した人は850人ということであった。実施希望者は非常に多く、メディアでも5,000人という数字が随時取り上げられているが、実際に卵子凍結の実施を決めた人はそこまで多くない印象で、日産婦の動画などのメッセージは何らかの形で市民の皆さんに届いていると感じており、引き続きその方向で進んで行けたら良いと考えている。
- * ノンメディカルの卵子凍結に関しても、定期的に共有する事項があればお願いしたい。
- * 東京都に、卵子凍結希望者には日産婦の作った動画を必ず視聴いただくように依頼したが、今回の卵子凍結希望者の5000人は全員視聴した、と理解してよいか。
- * 東京都が準備したセミナーに参加しなければ採卵の助成金を受けられない形式になっている。セミナーは日産婦の動画内容を皆さんにお伝えする構成になっているので、伝えたいことはしっかり伝わっていると思っている。

2. がん・生殖医療施設認定小委員会報告【資料3】

以下の報告と議論が行われた。

- * 令和5年11月現在の妊孕性温存療法の実検体保存機関として登録されている施設は165施設となっている。またその検体試料を使って生殖医療を行う、つまり生殖補助医療実施医療機関として登録されているのは154施設である。それから妊孕性温存療法を実施しない、温存後のみを行う実施施設は2施設である。

次回の実施登録について、12月までの1年間の実施件数をこれから登録していただき、それをもって次年度に更新するという形になるが、この実施要件として重要な点が2点ある。1つは原疾患の治療実施機関では原疾患をフォローするにあたり、認定がん・生殖医療ナビゲーターやがん生殖医療専門心理士、オンコファーマティリティー・ナビゲーター・ナースなどの意思決定に関わる医療従事者が常時常勤しているということが望ましいということと、検体保存を含めて年間5例以上の経験を有していることが望ましいという要件があり、これをクリアできていない施設が昨年度の報告で40～50施設ぐらい含まれている。これについてどのようにしていくかは今後委員会でも検討した上で報告したいと考えている。

- *令和2年に要件を決め3年を目途としてという時期が近づいてきたことから、小委員会では年間5例の実績及び心理支援・意思決定支援を行う医療従事者がいるかどうかを検討するという意見であった。これには日本がん・生殖医療学会で国の委託事業として進めている JOFR 登録事業との連携が必要となる。
- *日本がん・生殖医学会では、意思決定支援の人材育成として既に e ラーニングが始まっている。e ラーニングあるいは学会参加を通じて比較的容易に取得できるような形になっているので、意思決定支援の人材雇用に大きな障害はないと思う。その意味では、施設は意思決定支援を重視していない、あるいは重視したくてもできない状況にあるのではないか。また実際の登録に関しても、需要がほとんどないがとりあえず始めた施設が出てきているので、その辺りのバランス、地域性なども考えて行く必要があると思う。
- *来年度からは施設認定条件が必須になることを施設や会員あてに通知をしてはどうか。
- *2023年1年間分の症例登録をしてもらうことになるので、それをアナウンスする際に改めて認定がん・生殖医療ナビゲーターが必要である旨の文言を加えた書面をお送りすることを予定している。施設数を登録されているかを把握しようと思う。

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【資料4-1、資料4-2、資料4-3】

以下の報告と議論が行われた。

- *施設申請は新見解になってから38件申請があり、全て承認されている。症例申請については、2022年6月からの新見解のもとで54例申請があり、そのうち38例が承認、その他保留が12例になっている。申請から結果通知まで時間がかかる点については今後改善する必要があると思っている。
データベースの構築に関しては進んでいる状況である。委員会では、今年度の審査結果を来年8月を目途に年次報告を作成し公表する予定としている。
また、第三者遺伝カウンセリングの「第三者」の定義について、原則申請施設とは別施設で遺伝カウンセリングを行うということを小委員会でも確認し周知していくということで、文言等の統一・調整を図っているところである。

4. 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【資料5-1、資料5-2】

以下の報告と議論が行われた。

- *施設の認定状況について、10月の時点で新たに4件を承認した。現在審査中の施設は2施設である。
前回の会議でPGT-AとPGT-SRの違いについて周知文を送付するというので了承をいただいたが、各施設に対して通知を行ったので報告させていただく。
niPGT-A、いわゆる非侵襲性のPGT-Aのことであるが、胚を培養した培養液を使ってPGT-Aに似たことを行う技術を今後どう扱うかについて小委員会で検討をした。すでにいくつかの企業から各クリニックに製品として売り込む動きがあり、また海外でniPGT-Aのキットを扱っている企業から日本に導入できないのかという問い合わせが相次いでいるため、話し合いの場を持った。検討した結果、現時点においては、niPGT-Aについてはまだ臨床導入するだけの科学的根拠は確立していないので、これから臨床研究なども含めて検討していくのがよいということになった。すでに売り込んでいる企業もあるので、安易に使わないようにということを各施設に通知するという結論になった。
今後niPGT-Aを導入する場合は、見解・細則の変更が必要になるので、そちらとの連動も含め

て検討を進めていけたらと考えている。

- * PGT-A と PGT-SR の先進医療 B の状況に関しては、大阪大学とタカラバイオのものは正式に審査が通っており、すでに運用が始まっている。他のグループは厚生労働省とも相談を進めているがまだ開始にはなっていない。いろいろな課題はあるが少しずつ進めていけたらと考えている。
- * niPGT-A に関して確認だが、会員や施設に対してこの技術を使わないようにという旨の細則はないので、要注意であるという文言で周知をするという理解でよいか。
- * そのとおりである。その企業は通常の検査として売り込みをしている節があるが、PGT-A と同様、遺伝に関わる検査である旨を周知することになる。
- * niPGT-A に関しては、PGT-A 細則（資料 5-2）では採取する生検細胞と記載があり、培養液中の細胞は生検をしていないため齟齬にあたるということによいか。データは海外から出ていたかと思う。今後時期がきたら、日産婦として細則を変更する可能性も含めて検討するという報告によいか。
- * そのとおりである。これを本当に導入するかどうか、導入するのであれば見解・細則をどうするかを検討していくことになると思う。
- * 会則を改定して、臨床研究として学会が取り込んでいった方がいいのではないか。
- * 小委員会の方で細則を改定するか否か、臨床試験とした場合の日産婦としての関わり方について議論を重ねてほしい。もし見解を改定する場合には小委員会の先生方の専門的な知識が必要なので、ぜひ見解改定案をいただければと思う。

5. PGT に関する継続審議小委員会報告【資料 6】

以下の報告が行われた。

- * 10 月に新体制で小委員会を開催した。まず委員会の運用方法、どのように議論を進め、改定が必要な場合に挙げていくかということに関して、小委員会内の先生にご助言、ご教示をいただき、Excel のご意見事前確認シートというものを使うことにした。検討すべき項目を数個、あらかじめ小委員会の前に設定しておいて、PGT-M あるいは PGT-A/SR の小委員会の先生方からそれぞれの小委員会で挙げられている検討事項についてある程度その方向性に関してご意見をいただいております。その上でその委員の先生方にこの Excel シートに意見を自由に書いていただくという形にした。意見を集約した形で小委員会の資料として、事前にいただいている回答意見を踏まえて当日議論をすることで、より多くの委員の先生方からの意見を聞けるようになる形になっている。話し合いの結果、方向性が決まった場合には親委員会に上げさせていただき、最終的な方向性を決めていく。

検討した項目については、PGT-M に関する審査小委員会の検討した症例の内容の公開に関して、あと個別審査会の手続きや報告のあり方などに関して意見が出た。年 1 回の報告よりもっとこまめに提出する方がよいという意見もあったので、PGT-M 症例の内容の報告のあり方に関しては引き続き PGT-M 審査小委員会の先生方の方でもご検討いただき、またこの継続審議小委員会の方でも検討を重ねていければと思っている。

第三者の遺伝カウンセリングの質の担保については、元々前キャビネットのころからそもそも第三者遺伝カウンセリングは不要という意見や、第三者遺伝カウンセリングに代わるより適切な形としてしっかりとした情報共有のための動画などがあっても良いとする意見もあった。第三者遺伝者カウンセリングの要否、オンライン形式の可否について多様な意見が出ているので、PGT-M 審査小委員会である程度の方向性を決め、今の運用に即した実用的な形で方向性を決めていただき、継続審議小委員会の先生方にもお知らせする方向に進められればと考えている。

1 点、PGT-M と PGT-A/SR それぞれの小委員会でも決めにくいのが、PGT-M と PGT-A の同時施行というところになる。PGT-A が技術的に可能であるにも関わらず PGT-A をやってはいけないと

いうふうに日産婦側が決めて、クライアントが PGT-M による非罹患胚を胚移植したにもかかわらず、結果的には染色体の異数性があり流産になる、あるいは染色体の異数性を持った児が生まれるという可能性も十分考慮されるところがあり、同時施行は容認すべきという意見が出ている。一方で、PGT-A に関してこの要件を定めるものがありながら PGT-M をやっている人に関してだけはこの PGT-A は制限なく無条件にやっていいとなるとダブルスタンダードではないかという懸念が挙げられた。どちらの視点に立つかによって変わってくると思う。PGT-M と PGT-A の同時施行に関して委員会の方で何か方向性があればご教示をいただければと思っている。

今後の検討予定項目に関しては、PGT-A の適応、特に年齢や性別の開示、あと先ほど説明いただいた niPGT-A についても話題提供という形で少しご意見をいただき検討していければと思っている。

- * PGT-M と PGT-A の同時施行に関しては科学的な見地からも非常に大切な案件かと思うので、継続審議委員会の中で少し早めに検討する場合は 3 つの委員会を同時に集めて議論するなどよいのではないかと。

6. 定款・見解改定検討小委員会報告【資料 7】

以下の報告と議論が行われた。

- * 倫理に関する 20 の見解についてどうしていくか、今後出てくる見込みの特定生殖補助医療法にお任せするものを A、改定されたばかりのものを B などのように分類し、特に G と H について小委員会で審議をし、いろいろと貴重な意見をいただいた。

まず、平成 18 年 4 月に発表された『「XY 精子選別におけるパーコール使用の安全性に対する見解」の削除について』に関しては、重篤な伴性劣性遺伝性疾患の回避に限って XY 精子選別におけるパーコール使用を認めてきたが、安全性が確立されていないとの理由から認めないとの立場をとるに至ったものの、現実には国内外の多くの施設でヒト精子の洗浄濃縮に使用され、重篤な副作用の発生報告もないという現状を踏まえ、パーコール使用の安全性に関する見解を削除した、ということを知らせるものである。これを削除することを親委員会提起したいということになったので、ご審議いただきたい。

- * これはもう削除でよいのではないかと。

- * 次は 3 つの見解の統合に関して。

体外受精・胚移植に関して運用に関する 3 つの見解があり、内容が時代に合っていない部分が出てきた。まず『体外受精・胚移植に関する見解』だが、体外受精・胚移植は不妊の治療、およびその他の生殖医療の手段として行われる医療行為であり、その実施に際しては、わが国における云々と書いてある。ここで言う体外受精・胚移植というのは当然顕微授精やそれに付随する医療行為も含まれていると考える。この中に実施責任者の要件も書かれており、体外受精に関する基軸となるような見解である。次に、『ヒトの体外受精・胚移植の臨床応用の範囲についての見解』について。この中で、体外受精・胚移植の技術をどこまで臨床応用していいかということ学会として決めるとなっている。小委員会の中で過去の経緯をご教示いただいたが、これは PGT 等の技術が出てきたときに、不妊治療以外にも体外受精・胚移植の技術が使われる可能性があることを加味して、適用範囲の歯止めのない拡大を防ぐため、本会において個別に審議し、本会があたかも適用範囲を決めるかのような表現になっていた。国の通達もあつたように適用範囲は法律で決めることなので、文言の変更の必要性があると考えられる。内容的には先ほどの基軸となる体外受精とのものと統合できるだろうということになる。

次は、『「体外受精・胚移植に関する見解」および「ヒト胚および卵子の凍結保存と移植に関する見解」における「婚姻」の削除について』について。この「婚姻」とは法律用語であり、実際の現場では婚姻の事実に関わらず事実婚含めて夫婦であれば実施するという姿勢が既に広まっており、この見解は役割を十分に果たしたということが小委員会の中で議論に挙げられた。

これら3つの見解を統合し、時代に合った1つの見解にしていくことを今後進めていきたいと思っているので、ご審議いただきたい。

- * 以前の見解集を参照すると、2006年1月の見解では「不妊の治療として行われる医療行為であり」と書かれていたが、その次の2006年8月に改定した見解では「本法はこれ以外の治療によっては妊娠の可能性がないか極めて低いと判断されるもの、および本法を施行することが非実施者又はその出生時に有益であると判断されるものを対象とする」と現在と同じ文言に変わっている。2005年の倫理委員会で見解の改定を議論した際に2006年の段階では体外受精・胚移植は不妊治療にのみではなく着床前診断としても行うもので、不妊治療とは一線を画すものであり、不妊治療以外目的についても見解の中に入れるべきだということで改定されたという経緯になっている。これは同時に、臨床応用の範囲についての見解を統合した形になっているわけである。今の段階ではもうこの臨床応用の範囲についての見解は不要ではないかと思う。次に「婚姻」については、2014年の総会でこの文言の削除が決まった。「被実施者が挙児を強く希望する夫婦で」と書いてあり、平成26年よりも前は「被実施者は婚姻しており、挙児を希望する夫婦で」と書いてあった。つまり「婚姻しており」という文言が削除されているということである。改めて削除された旨のアラートを続ける必要性はないので削除でいいと思う。
- * 改定当時の時代背景を汲み取りながら本当に精緻に考えられた文言だと思うが、重なっているところがある。本筋は本当に考えた文章だと思うので、重なる部分をうまく整理したらよいと思う。
- * すでに前回の委員会で議論されているのではないかと思うが、体外受精と顕微授精の見解、胚の凍結の見解があるが3つまとめての見直しについては議論されたのか。
- * 前回は顕微授精と胚凍結の見解について議論はしていない。3つを1つに統合するのがよいのではないかということか。
- * そのとおりである。歴史的には顕微授精の技術がなかったときに体外受精・胚移植の見解を作り、顕微授精や胚凍結の技術が出た時にそれぞれ追加で見解を作ったという流れがあるので、今見るとIVFをするのに顕微授精や胚凍結は当たり前前に実施するのに、なぜ見解が3つあるのか疑問に思われるのではないかと思う。
また、今日の議論ではなかったが、多胎防止の見解もまた議論が必要である。これは技術的な問題なので見解ではなくガイドラインや細則レベルではないかと思う。
- * この統合の文章をこれから小委員会で組み立てていこうと思うが、その際に胚凍結や顕微授精、胚凍結についても含めることも検討する。
- * 体外受精、顕微授精、胚凍結は登録もそれぞれが3つに分かれているが、実際に胚凍結は一緒に、ホームページの施設検索でも混乱やねじれがあるので、ぜひ見解改定でスリム化して、他のところも併せてスリム化するのがいいと思う。
先ほど顕微授精と凍結保存を一緒にする話があった。確か多胎防止の見解が作られたときに凍結保存をすることが必須になったので、このときに凍結保存も一緒にできるという話があった。しかしそのまま今までできているので、これは考えた方が良く思う。
- * 従来、顕微授精の見解に沿って臨床を行ってきたが、今は生殖医療ガイドラインという別の規範が出てきており、また保険診療で実際に顕微授精が行われている。見解では顕微授精はそれ以外で妊娠が望めない方に限定されているが、実際には必ずしもそうではなく、初回のARTからsplit（一般体外受精と顕微授精を同時実施）で授精が行われる場合もある。見直されるのであればその現状との齟齬がない形で考えていただくとありがたい。
- * 顕微授精も含めて体外受精の見解を1つにスリム化するという案に対して、ガイドラインとの齟齬を無くす形にするという意見が出た。日本生殖医学会で作っているガイドラインと齟齬があってはいけないと思う。

7. 日本専門医機構認定専門医の資格の停止について【資料 8】

以下の議論が行われた。

* 日本専門医機構認定専門医の資格の停止について。

すでにこの委員会でも議論がなされて理事会に出した案件で、(4)の退会勧告にも同様のものがあったということをご指摘いただき、常務理事会で報告した内容をこちらでも報告したい。産婦人科専門医は、現在、専門医機構の専門医となっているので、現行の方で(3)会員資格の停止、本会の会員資格および専門医資格といったところについて、日産婦の懲戒の中に入れないでほしいという回答が日本専門医機構から届いた。このため、右改定案として「会員資格を3年の期間内に停止する。ただし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、本会から日本専門医機構に進言する」といった、抑止力となるような文言にすることを常務理事会で認めていただいた。また、(4)の退会勧告についても同様に「本会の会員資格を停止し、専門医資格の停止を進言し」といった、(3)と同じような立て付けにすることを常務理事会で認めいただいたので、報告する。

* これで良いと思うが、より正確に言うならば(3)・(4)ともに「専門医資格の停止」を「日本専門医機構の専門医資格の停止」という文言に変えてはどうか。従来の日産婦の専門医資格ではないことをここでははっきり提示すればいいと思う。

* 日本専門医機構の専門医であることを改めて明記するというのでいきたい。この文言を加えたものを次の理事会で承認いただいた上で進めていくという方針でいきたいと思う。

8. 臨床倫理監理委員会の英語表記について

以下の議論が行われた。

* 令和4年度第3回理事会で、臨床倫理監理委員会の英語表記は委員会に一任することが全会一致で承認されたが、臨床倫理監理委員会での後の議論をしていなかった。現在の表記は Ethics Committee だが、改定案として①Committee on Professional Conduct and Clinical Ethics と、②Committee on Scientific Conduct and Clinical Ethics の2つが候補に残っている。

* 海外で Scientific をつけている例があり、これが一番この委員会に近いと思い、提案させていただいた。

* どちらもいいと思うが、Scientific Conduct という部分について、Scientific だけで決めていないところがある気がする。それをいうと Professional でいいような気がする。

* Scientific という言葉がいいと思うが、Conduct との親和性でいくと Professional の方が Conduct に繋がりがやすいような気がする。Conduct という文言は必要なので、そう考えると1番の方がいいのかもしれない。

* 難しいが、社会的情勢も考えて、科学的根拠をもって我々は判断しているというものがいいのではないか。どちらかを選べと言われたら2番ではないかと思う。

* Committee on Professional Scientific Conduct and Clinical Ethics はどうか。

* それもいい意見だと思う。NIHのようにクリアに今のサイエンスをもとに決められたらよいが、そうではないところは引っかかる。Scientific Conduct にしたらいいと思うが、サイエンスとは違うという指摘をする人が出ないかという点を懸念している。

* Scientific Conduct の前に Professional が入ると、サイエンスだけではないというニュアンスが入ってくると思う。Scientific だけだと、純粋なサイエンスになり、少し足りない感じがするため、両方ということである。

* では Committee on Professional Scientific Conduct and Clinical Ethics というのでい

きたい。2022年12月の理事会では臨床倫理監理委員会に一任するという事だったので、変えたことを次回の理事会で報告する。

9. 特定生殖補助医療に関する法律案のたたき台について【資料11】

以下の報告が行われた。

*11月に、議連が【特定生殖補助医療の規律に関する法案について（たたき台） 特定生殖補助医療に関する法律案（仮称）（新規立法）】という案を出した。

日本産科婦人科学会としては2023年1月15日にシンポジウムを行い、当事者の方々からのご意見、パブリックコメントをいただいたものを議連に提出し、議連の総会でも出自を知る権利であるということを含めた意見を述べ、こども家庭庁との話し合いをもっていたが、蓋を開けてみると私たちの思いが十分に汲まれた内容にはなっていなかった。特に私達が主張したところの一つは、出自を知る権利のところである。ドナーの権利を守ることは確かに大切なことであるが、特に(3)、内閣総理大臣は第2-1による特定生殖補助医療により出生したとして、内閣総理大臣で情報が保存されている子であって成年に達したもの（以下単に情報が保存されている子であって成年に達したものと）からの情報開示の求めに応じて精子、卵子の提供者の情報であって個人を特定しないものとして省令で定めるものを開示するものとするという中身が、身長と血液型・年齢だけになっている。職業、遺伝的な背景などの情報は含まれず、テリングを行うことにおいて身長と血液型と年齢だけは何も話せないという意見があったが、この3つに規定されてしまっているということ、あるいは成年に達しないとテリングを行うことできないということ、また(4)当該提供者から氏名の開示について同意を得ている場合に限り、情報が保存されている子であって成年に達した者からの氏名開示の求めに応じ、当該提供書の氏名を開示するものとするなど、いろいろ気になる点がある。一方、このテリングが「特定生殖補助医療により出生した子に対する配慮」に関しては、本会や当事者の方々の意見が反映されたと考えている。

以上の4点について、生殖補助医療の在り方を考える議員連盟に要望書をお送りした。

*大勢の日本人が台湾に行っているが、その台湾ではマッチングのときに血液型を開示するらしいのだが、そのほかの情報開示はなく、その後のテリングは一切しない・言わないという形のシステムをとっているようである。テリングの概念を法律に組み込んでいただけたというのは一つ進歩だと思っている。

1番目については、台湾の例もあるが、子どもがいつ医療上自分の血液型が必要になるかわからないので、マッチングの際にやはり血液型は情報開示をお願いしたいということ、情報開示年齢が成人つまり18歳になっているのを、もう少し前からにしてもらいたいということを要望した。ただし、根拠がないといけないので、臓器移植の意思表示が15歳以上になっていることから、せめて15歳以上を提案したいとした。

3番目については、個人が特定されない特性の情報をもう少し開示情報に入れてほしいということで、例えば性格、体格、趣味、職業等というのを入れている。

4番目については、第七の条文の文章に、今この提供する情報について回答があったときは、というところがある。提供時に同意した情報をその後にも変えられると困るので、情報開示の諾否には提供時の同意にあるということをしかり明文化してほしいと思っている。そして4番目の後半は、もしもその後提供時に同意した情報を拒否するようなことがあったときは、家庭裁判所で判定してほしいということを入れている。4番はハードルが少し高いかと思うが、議連としても少し運営に検討を加える、何年か後に見直すことを考えてもらいたいという情報もあるので、言うべきことは言うとおこうということを入れていく。我々の希望の強い順に入れさせていただいている。今回我々はこの4つに絞って要望している。

条文を読んでいただくとわかるが、死亡したときの同意が得られていないというのを強調して書いている。実はそれ以外の顕名か匿名かとかいう内容を示唆するような文章がない。そこは

あえて提供時に顕名、匿名を明らかにするか否かについては要望せずに、自由に裁量できる部分として残しておいた方がいいと思い、今回は特に触れなかった。

- *元々顕名なしで匿名だけだったものを大分押し返したわけだが、匿名でもそういった特性、個人が特定されない特性などの情報がテリングで必要なので、伝えていただきたいというのが我々の一つの要望であった。

10. その他

- *来年の第76回学術講演会での臨床倫理監理委員会企画は、PGT-Mに関する現状、PGT-A/SRにおける現状、PGTに対する現行の見解における課題とその論点、そしてがん・生殖医療施設における現状、この4つとさせていただく。
公的プラットフォーム設立準備委員会は総務委員会の下で活動しており、来年1月に第2回の委員会を対面で行う予定である。PGT-Mと出自を知る権利の2つを取り上げたいと思っている。20数年ぶりに重篤性の定義を変更したところもあるので、我々がどのようにPGT-Mの症例審査を行っているのかをいろいろな方にわかっていただくようにしたい。これがいかに社会的合意の中で、公的プラットフォームの一つの大切な案件であるかということも解説していこうと思っている。
- *PGT-Mにおいて我々がどれだけ苦労して見解を含めて進んできたのか、公的なプラットフォームの中でどういう立ち位置になるかといったことを知っていただく良い機会になると思う。出自を知る権利のこともあり、ちょうど次の通常国会が年明けで良いタイミングなので、場合によっては当事者の会に参加していただき、何か要望を行った後、メディアも含め、いろんなところから議連に提案ができればと考えている。
- *NIPTの専門委員会で臨床研究の実施についての議論が行われる予定になっている。1年前の日産婦の理事会で今後の実施について承認を得ている内容である。これは周産期委員会の方から提案されたもので、基本的には研究の代表となる施設の倫理委員会で承認を受けた後に、日産婦に報告していただき、周産期委員会の中で検討して理事会に報告し、必要な時には意見を戻すということになる。研究の主たる責任を持つのは施設の倫理委員会ということで、それを専門委員会に報告して研究を開始するという決まり、理事会承認を得ている。元々専門委員会の指針の中には、NIPTの3つの疾患以外の疾患に関しては医学会の運営委員会の中で臨床試験の形で進めることになっている。ポイントは、日産婦が審査するのではなくて施設の倫理委員会がきちんと審査するということである。研究の主体は運営委員会が認める基幹施設、連携施設であると思う。連携施設で行う場合には基幹施設も研究立案に関与するべきだろうということである。研究の倫理審査は基幹施設が行うべきで、連携施設で行うにしても基幹施設でしっかり行う様に規定することによって倫理委員会の質が担保されるということだと思う。研究立案や倫理審査の留意事項は研究を行う人たちもその審査をする施設も知っておいてもらった方がいいと思うので、日産婦から出している「日産婦の生命倫理を考えるに際しての基本姿勢」、「出生前に行われる遺伝学的検査に関する見解」、あと周産期委員会からの「NIPT実施時の留意点」をしっかり理解していただくということである。この専門委員会がそういう留意点をしっかり書いた方がいいということを提案しようと思っている。基本的には厚労省の方でも研究代表となる施設の倫理委員会、研究を立案する人に関しては専門委員会からある程度留意点を出した方がいいと思っている。
- *研究、基本的には基幹施設が中心になってやるという形がいいと思うが、現状連携施設の中だけでやろうとする研究も動こうとしているということも聞いているので、倫理委員会が関与するような形で基幹施設が中心となる形がいいと思う。

以上をもって議論を終了し、閉会した。