

令和5年度 第5回 臨床倫理監理委員会議事録

日時：令和6年3月29日（金）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：岩瀬 明、岡田 英孝、織田 克利、小野 政徳、倉澤健太郎、小出 馨子、
榊原 秀也、関沢 明彦、高井 泰、立花 眞仁、永松 健、原田美由紀、
堀江 昭史、三浦 清徳、銘苺 桂子、吉野 潔

オブザーバー：苛原 稔、加藤 聖子、久具 宏司、三上 幹男

欠席者

岩佐 武、片桐由起子、岸 裕司、木村 正（オブザーバー）、桑原 章

[五十音順、敬称略]

定刻に委員長が開会を宣言し、理事長の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4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, 2-1】

＊一括登録についてスケジュールを作成しており、これで進める。入力項目やシステムの選定・運用についてのアンケートを作成しており、一括登録の登録内容を検討中である。この後、データ一括登録と、連携する生殖・内分泌委員会の小委員会で正式に6月からキックオフの話が始まり進めてもらう。

＊引き続き生殖・内分泌委員会の小委員会と連携を進めるように。アンケート調査の開始が少し遅れているが、4月の学術講演会でのクローズドセッション等でアナウンスされ、その後早急にアンケート調査を開始する予定になっている。

2. がん・生殖医療施設認定小委員会報告【資料3-1, 3-2, 3-3】

＊妊孕性温存実施機関としての登録施設は、現在、検体保存のみの保存機関としては168施設が登録されている。温存後、実施機関であり、検体保存を両方実施する施設が161施設、温存後のみを行う施設が2施設となっている。

資料3-3は2023年12月までの1年間に、卵子凍結含めた妊孕性温存療法とカウンセリングまで含めた治療をどこまで実施したかを施設ごとに登録されたものである。このうち、163施設が登録しているが、この中で黄色のハイライトをしているのが、意思決定の資格者がいない施設になり、現在72施設ある。全体の中で44%である。現在施設認定の委員会では3年後、つまり今年を目途とし、この意思決定支援者の設置が望ましいという文言で記載をしていた。やはり今後運営していくには適切ではないということで、現在小委員会の方で検討しており、望ましいという

文言を消し、必須とすることを含め検討している。本来ならば本日その決定事項をお伝えしようと考えていたが、全員からの承認がまだ得られていないため、次回の委員会の時に報告する。また、この施設要件が必要なことについて、4月の学術講演会の臨床倫理監理委員会企画でもアナウンスできればと思う。

*資料3-2について確認をしたい。暫定施設が6つあった中で要件を満たしたのは2つ、残りの4つのうち3つは温存後の生殖補助医療施設としてのみ、1つは精子と書いてあったが申請するということになったため暫定施設が5つがなくなった。1施設だけが専門医試験を近々受けるということで暫定施設として認めた。

暫定をどうするかという議論があった。資料3-3に関しては、小委員会では、各立場から厳しい意見もあったが、がん・生殖医療はがん治療を受けている患者が対象であることから、ただ生殖補助医療を用いて凍結保存だけでなく、年に1回の凍結保存の際の患者さんの心理的なケアも行うことが必要だ。よって当初の予定通り、意思決定支援等のサポートができる医療従事者が施設にいたることが望ましいと考える。少し施設認定のハードルを上げていく方針であったと思う。学術講演会企画で今回初めて、がん・生殖医療施設認定小委員会が登壇するので、新しく変わること等の重要な情報をアナウンスする。さらに、100強の認定施設に対して事務局からメールにてアナウンスも願います。

*制度が変わるアナウンスの仕方だが、メールだと見逃がしてしまうことが多い。非常に重要なことは郵便でも送っておくことが必要だ。本件はそれに該当する。

*4月の学術講演会でアナウンスし、8月にウェブでアナウンスするセミナーを設けようと考えているが、4月の段階で郵便でも送る。

*学術講演会のセッションで話した後、リマインドの形で行う。

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, 4-2】

*3月25日現在、新見解基準での施設申請があり、承認が39施設になっている。

また症例申請も、新見解基準で現在89例が申請された。そのうち承認が73例で、内7例は条件つき承認となっている。不承認が2例、照会が4例で、保留が8例という状況である。

その中で2月の2日間、個別審査会が開催され、3例すべて承認となっている。

日本神経学会から承認、不承認、判断できないという判定法について意見書を受けたが、それについて日本神経学会と日本産科婦人科学会とで話し合いが持たれた。日本外科学会については、今度意見書を求めることになったが、日本外科学会の執行部が交代し、どういう依頼・状況なのかがわからなくなっているとの要望があり、日本産科婦人科学会の方にもう一度、意見書についての説明を求められている。来月、小委員会で、説明の場を持つことになっている。

*個別審査会はこれまで3回開催され、1事例に対して第4回目の個別審査会を5月に開催する予定である。第4回目の審査会もこれまでの審査を踏襲する予定だ。しかし、個別審査会を経験し議論すべき課題も出てきた。PGT-M 審査小委員会のメンバー並びにオブザーバーとともに会議を開催し、これまでの個別審査会を振り返り、今後に向けた議論の場を設けたいと考えている。簡単に、患者からの問い合わせが届いた案件について情報共有したい。

*申請施設の患者さん個人から、審査が遅れており非常にストレスがかかるという訴えが届いたということがあった。それは審査の公平性の観点から非常に問題のある行動であり、申請施設には患者の今後の対応のあり方についても指導すべきと考え、今回この承認施設および患者に対しても、申請、診察、小委員会或いは学会事務局などに個別の案件で問い合わせや要望をすることは控えるように指導したいと考えている。

*日本のPGT-Mの患者が台湾に大量に流れているという情報がある。何か知っているか。

- *詳細については知らないが、国内で不承認となった症例は、海外に流れる危惧がある。
- *PGT-M の患者さんが台湾に流れる等でこれまでも何か困った事案があるか。
- *PGT-M を行っている施設の患者さんから問い合わせがあったという意味か。
- *そうだ。そういう施設から待たされている期間が非常に長いということだ。
- *その施設の多くの患者さんからあったということか。
- *1人である。
- *外国に流れているということは予想がされるが、具体的な情報というのは持ち合わせていない。
- *解析は日本で、採卵と移植は台湾という建て付けという話だ。詳細は明らかではないが情報共有した。

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, 5-2, 5-3】

- *PGT-A・SR 小委員会からは3点ある。1つ目は定例報告である。現在の認定施設は229施設、PGT-Aのみが36施設、PGT-A・SRの両方が193施設ということで、新見解になってから、新しく申請があったという一連の流れから徐々に落ち着いた状況になってきており、今、月に2~3件の申請が行われている。書類待ちという施設が1施設、審査中の施設が2施設ある。登録内容の変更申請については、施設の遺伝カウンセリングの担当者や、契約する会社の変更、氏名の変更などがあり、こちらも順調に行われている。
- 2点目はniPGT-Aに関することである。これはすでに報告事項として、日産婦の理事会で承認を受けた後に、先日全ART施設にこの内容で文面を送った。
- niPGT-Aに関しては、まず今の見解／細則の中では、PGT-A・SRの実施方法は基本的に生検による方法だけを認めていることと、niPGT-Aも胚の染色体に関わる情報を取り扱うものであるので、日産婦として広い意味でのPGT-Aの中の1つのものであると考えているために、生命倫理的側面の中では、基本的にniPGT-Aを一般臨床として行うことは、特に日産婦として適切ではないと考えている。研究ベースとして進めていくことに関しては、厚生労働省が出しているような指針に基づいて実施してもらうことになる。その際にも、生命倫理的な側面でPGT-Aに準ずるところがあるため皆から意見をもらい、このような文言の文書として発出した。
- 3点目は年次報告の件である。PGT-Mでは症例ごとの個別報告になっているが、PGT-A・SRの方は1年間でまとめて報告をしてもらっている。元々用意していた書式があったが、数の計算方法やまとめ方の指示が曖昧なところがあり、各施設の方から指摘があった。改めて委員会の中で練り直し、報告してもらう内容に齟齬がないよう、報告書式の内容を詳細に変更した。PGT-AとSR両方とも報告書フォーマットを修正している。報告に際して、様々施設から問い合わせがきており、よくある質問に関してはQ&Aを作成し、各施設に配布する。Q&Aは今後バージョンアップしていく予定である。
- *登録の事業に関しては、ART登録とどう割り当てをするか結局議論に決着がつかなかったように思う。年次報告はやってもらいつつ、ART登録の一括登録の時にPGT-Aのデータも可能であれば入れるという方向か。
- *毎年出すART登録の集計したデータブックの中にこのデータを入れるかどうかということか。
- *症例ごとのデータを入れた方がいいのではないかと議論が結構あったが、結論が出たか。
- *個票データとしては取れる形にはなっていない。少なくともこの報告書はART施設側の負担を考えて、そういった建て付けにはなっていない。もし個票データを取り、研究的な目的で使いたいという要望が強く、意見があれば、今後考える課題になる。少なくとも、現在のところは個票デ

ータを取ることはできない。

逆に、ART 症例登録の方は、それぞれのデータを登録する時に PGT 実施についてのチェック項目があり、ART 症例登録の中で PGT-A を実施したか否かを見ていくことはある程度はできそうだ。

*年次報告はこれでいいとして、今後 PGT-A に関して流産歴を含めた個別項目を増やすかどうかは今後また議論するという理解でよいか。

*流産歴があるかどうかといったことをチェックする項目を作るということか。

*ART 登録では PGT-A などのチェックがあるがその後の流産歴まではわからない。

*流産歴までは入力されないため、これを用いて研究するのは、現状では難しいと思われる。

*今後は検討した方がよさそうだという提案か。

*その時も議論になったと思う。今は ART 登録の施設に依頼する負担が非常に大きいので、現時点では難しいとなっており、確認した。

5. PGT に関する継続審議小委員会報告【資料 6】

*これまでの検討事項のまとめを資料 6 に記載した。今後の検討項目も予定されているが、検討したのも結論が出ていないものが多く、学術講演会の委員会企画でも共有しておきたい。

実際に日産婦のセッションでいろいろなフィードバックを受けており、新たな検討項目にしたいと思う。現在の見解を遵守することはとても重要だが、一方で国内の患者を海外に紹介する流れがあるとすると、見解のどの点に不満を持っているのかを検討していく必要がある。審議期間の短縮など難しい部分もあるが、何か要望、不満な点などあれば、こういった場で検討したい。

*検討事項のまとめの③だが、個別審査会を含めた PGT-M の審査に関して、一部の委員の負担がかなり大きくなっている。小委員会の幹事を増員し、教育も含めて検討していこうと考えていた。この審議会、継続審議小委員会ではまさに継続して課題を情報共有し解決していく大切な場となっている。いつのまにか消えてなくならないように、引き続きよろしくお願ひしたい。

6. 定款・見解改定検討小委員会報告【資料 7-1, 7-2, 7-3, 7-4, 7-5, 7-6】

*今回様々な改定案を出している。

まず、体外受精・胚移植に関する見解を、顕微授精に関する見解と合わせて、体外受精・顕微授精・胚移植に関する見解として新たに作る。これまでの会議でもあったが、顕微授精の技術がない段階で、体外受精・胚移植の見解が出て、さらにそこに顕微授精の見解を付け足したという経緯があり、スプリット法も含め現場では一連の流れとして施行しており、今回、体外受精・顕微授精を統合し現場に即した形にした。

次の序文は PGT に関するところも、ART 診療の重要な核となる部分でありそれに関する情報を足している。次のところは体外受精・顕微授精について、両方ともこれまでの見解に沿った内容で載せている。

実施責任者については産婦人科専門医であり、専門医取得後不妊症の診療に 2 年以上従事し、この登録施設で 1 年以上勤務していることとし、日本生殖医学会の生殖医療専門医であることが望ましいという、これまで通りとなっている。

次に、夫婦の定義を婚姻のみに縛られるものではなく事実婚も含むということを明記して現場の混乱がないようにしている。あと「受精卵」という言葉があったが、厚生労働省或いはこども家庭庁から出てきた文書には「ヒト受精胚」という言葉が出されており、今回改定する見解についてはそれに揃えて「受精胚」という表現で統一している。

次に、「本法の実施に関しては遺伝子操作を行わない」という項があったが、実はこのヒト受精

胚の作成を行う生殖補助医療に関する倫理指針や、ヒト受精胚に関する遺伝子改変技術等を用いる研究指針等の公的な指針では、遺伝子操作を行わないとは記載されておらず、胚移植を禁止している。遺伝子操作を行う研究は実施してよいとしており、そこに齟齬がない形で公的な指針に沿って実施するように、としている。凍結保存についても、体外受精・胚移植、ここも顕微授精と合わせたのでこのような名前、さらに PGT の情報も加えている。ここは用語の統一のみだが「受精胚」ですべて統一している。

重篤な遺伝性疾患を対象とした着手前遺伝学的検査で、他の PGT-A と SR は略語が記されていたので、ここも (PGT-M) と入れる案だ。「受精卵」という言葉があったのでここも「受精胚」にしている。文言だけなので、これでよいか確認いただきたい。

*今回改定する見解については、問題なさそうである。

*特に内容は変えていない。この見解は婚姻が事実婚も含むということ載せた。会告、見解と同列のところ載っているが、この会告の部分を消去した。これは前回の委員会で承諾を得た。これも前回の委員会で承諾された、パーコールに関しては一定の役割を終え、時代の流れとともにこの内容が診療を変化させるものではないということで、削除した。本日この臨床倫理監理委員会で認められれば、その後パブリックコメントに出し、1ヶ月間意見をもらう。その後理事会、総会と進めていきたい。

*これまでも何度かこの委員会でも報告してもらい、さらに先日の理事会でも報告した。1ヶ所だけ文言を変えた箇所があるが、最終的な確認をする目的で、本会議で報告してもらった。こちらはパブリックコメントを受けた後に早急に対応し、6月の総会で認めてもらうことになる。

*根本のところだが、体外受精・顕微授精・胚移植に関する見解の記載の仕方だが、体外受精、顕微授精、胚移植と3つが並列になっている。体外受精か、或いは顕微授精をして、その後に胚移植をする。だから、体外受精と顕微授精の間は点ではなく、スラッシュにするとよいと思う。このスラッシュというのは「or」という意味がある。どちらかというような意味なので、体外受精または顕微授精どちらかをやって、胚移植に進むという意味合いになるので、全部「・」ではなく、体外受精と顕微授精の間はスラッシュにした方がよいと思う。

*承知した。体外受精、スラッシュにする。

*ついでに言うと、その後の胚移植の場合は点でいい。

*抜けがないようにもう1回最後ダブルチェックを行うこととする。

*他の見解も確認して統一に持ってきてほしい。

*そうなる中の方にある「見解／細則」と並んでいるところがスラッシュになっているが、そこはスラッシュか。

*一般的に昔から「見解／細則」になっていたところが「・」ではないかということか。

*スラッシュで囲うところにこだわるのであればそうだ。

*これは元々の原案はどうなっていたか。

*スラッシュが必ずどんな場合でも「or」を示しているとも限らない。体外受精/顕微授精・胚移植のところスラッシュにした方がよいと主張したのは、この3つの文言が並んでおり、これが全部「・」だと全部並列になってしまうため、体外受精と顕微授精の間はスラッシュにした方がよいと言ったわけで、見解と細則というのは2つだけなので、並列であってもorであっても、どちらでも構わないため、スラッシュのままでもいい。

*「and」でも「or」でもよいところであり、今のままでよい。

*体外受精と顕微授精はどちらかになるということでスラッシュを入れるという意見が出た。体外受精－胚移植、或いは顕微授精－胚移植といったものがある。最初の並びをスラッシュにするという提案であった。スラッシュを進める。削除の見解はこれでよいが、今後は、特定生殖補助医

療の法案が国会を通過した時に、関係のある見解を見直す必要がある。

7. NIPT 等の出生前検査に関する専門委員会について【資料 8-1, 8-2】

*2024年3月に開催されたNIPT等の出生前検査に関する専門委員会の概要である。「はじめに」のところを供覧する。NIPT認証制度では、ご存じの通り13トリソミー、18トリソミー、21トリソミーの3疾患を対象としたNIPTを実施する医療機関等を認証している。なお、臨床研究は医学的意義のみならず、倫理的、社会的影響等についても考慮が必要だ。そこで右側の5を見ると、上から3つ目の臨床研究の実施に係る透明性の確保等で、透明性を確保する観点から研究機関の倫理審査に先立って、研究者は関連学会、日本産科婦人科学会、日本小児科学会、日本人類遺伝学会に研究計画等に対する意見を求める。実施された臨床研究は日本医学会、出生前検査認証制度等運営委員会を通じてこども家庭庁の専門委員会に報告を行うといった案が出た。これがそのスキームだ。透明性の確保等に関するスキームとしてのイメージは、中央に研究者と書かれているが、研究実施施設は、②施設内の倫理審査委員、その審査をする前に、①日本人類遺伝学会や日本産科婦人科学会、日本小児科学会に対して研究計画等に対する意見を求めて、各学会は研究内容や倫理審査委員会の構成等について確認して意見書を返すことになる。そして、研究者は意見書を踏まえた必要な対応を行って研究実施施設の倫理審査委員会において審査を行うということになる。その研究所は矢印③になるが、研究実施施設長の許可を経た臨床研究を、日本医学会出生前検査認証制度等運営委員会へ報告を行う。これは研究終了後等適切な段階においても適宜報告をするということだ。研究を行う前だけでなく、そのあと④、今度は日本医学会の出生前検査認証制度等運営委員会が、適宜NIPT等の出生前検査に関する専門委員会へ報告を行うことになる。最後に、得られた知見・課題等については必要に応じて検討を行い、臨床研究の意義やその結果について国民や研究者等に周知するといったスキームに決定した。これに関してはこども家庭庁から本会に報告される。この3学会に対して、このような流れで進んでいく旨、こども家庭庁から指示の手紙が届く予定だ。なお、日本医学会連合と関係学会に対して周知していく予定のことだ。

*②のところの、研究者は意見書を踏まえた必要な対応を行い、その後研究実施施設の倫理審査委員会において審査するというところで、日本人類遺伝学会と日本産科婦人科学会と日本小児科学会がそれぞれ意見を述べる。それに対してどのような反応を示したかを公表することが望ましいという部分がどこか見解の中には入っていると思う。透明性についてあえて触れていた。研究者と倫理審査委員会が、それに対応せずにやったということではなく3つの学会の意見を取り入れ、考えた上で検討し研究を開始、実施することを了承したということ、透明性をもって外に出すことが望ましいとなった。日本人類遺伝学会と相談し、「望ましい」という文言が入った。

*日本産科婦人科学会に研究計画が出された場合の対応は、具体的にどのように考えているのか。以前は、周産期委員会の中に周産期の遺伝に関する小委員会というのがあり、そこで意見書をまとめて臨床倫理監理委員会に出し、そこから理事会に諮ってよければ戻すなどの案もあったと思うが、今回最終的にどういう形にするのかを一応考えておかなければいけないと思う。

*臨床研究の倫理的観点に関しては臨床倫理監理委員会が対応し、一方臨床研究の内容に関しては周産期委員会の小委員会が対応することになると思う。

*周産期委員会の中にある小委員会で確認した上で、臨床倫理監理委員会でも確認して理事会という流れでよいのではないかと。その意見書をもって、と思う。中身をしっかり把握している人もいなければならないし、臨床倫理監理委員会の中で議論をすることも必要だろう。理事会承認も必要だと思うので、基本的には周産期委員会の中で同じような委員会を作り検討した上で、流れていくのがよい。

*そうであれば周産期の中の小委員会がまだあるので、原案だけ作り、あとはこの委員会で議論し

成案にする道筋がよい。

- * こども家庭庁から本件に関する指示が近々来るので、その旨理事会を含めて情報共有していく方針とする。
- * この案は最初、研究者は日本産科婦人科学会に意見を求めるということだけであった。日本産科婦人科学会の中で、例えば日本人類遺伝学会の医師を呼ぶ等、小児科の医師を入れて行ってくれということも家庭庁からの意見だったが、そうすると日本産科婦人科学会だけがやっているということになるので、反論して日本人類遺伝学会と日本小児科学会に個別に送ってやってもらう形にした。こども家庭庁も、3つの学会をまとめると大変だということで、3つの学会で個別に話し合っただけの方が公明正大で透明性もあるだろうということで、この形にした流れがある。
- * 今回のNIPT領域に関する対応は、まさに公的プラットフォームで行うべき内容だ。こども家庭庁も関わっているので、公的プラットフォームの1つのモデルになる。理事長宛にこども家庭庁から指示が来たら、簡単にスキームを作りたい。
- * 非常にいいスキームができたと思う。ただこのスキームを見た時に、日本産科婦人科学会と日本小児科学会が縦の矢印の右側に並んでいて、日本人類遺伝学会だけが左側にある。何か蚊帳の外にあるように見えてしまう。この3つの学会は同列だということがわかるように3つとも左側に縦に3つ並べればいい。もし今後また作り変えることがある場合には気をつけてほしい。
- * 多分もう公になってしまっているが、次の委員会の時に指摘する。3つの学会は同列で意見を述べているということをしっかり示してほしいと言われている。
- * こども家庭庁の最初の案は日産婦しか記載がなかったので、そこの横に日本小児科学会、左側に日本人類遺伝学会を付け加えられた。空白を使ったのだと思う。
- * NIPTに関して他の疾患に対するものを適応に含めるかの研究をしたいという話はいろいろなところから聞く。実際動き始めると、それなりに何か出てくるだろうと予測をしておき、そういった場合に、日産婦の中での先ほどの周産期委員会の、遺伝に関する小委員会の中での役割とまたこの臨床倫理監理委員会の中での役割というのは、ある程度しっかり意味をつけておく必要があると思っている。やはり周産期委員会は学術的な方向から妥当性を検討する場所だと思うので、おそらく周産期委員会の中で、また倫理的な議論があるとなると、結構話がややこしくなるかもしれないので、ある程度学術的な側面から妥当性があるかを検討してもらい、臨床倫理監理委員会では生命倫理的な観点からの議論をするという、それぞれの委員会で何を議論するのかをクリアにしておくとうわりやすい。

8. 施設からのお問い合わせについて【資料9】

- * 海外に胚移送をすることに関する問い合わせがきた。これは凍結されている卵子、解凍にあたっての検討事項1に関してである。1というのは、学会の見解で体外受精の実施はART登録施設で行うこととしており、もし胚の移送をする場合も送り先はART登録施設でなければならないと解釈しているが間違っていないか。2番目、患者が海外移住するため、海外へ胚を送って欲しいという問い合わせがあるが、海外の胚移送は学会の見解に背くことになるのかということだ。回答案として、1番に対しては、凍結されている卵子はその卵子の由来する女性に、また凍結されている胚はそれを構成する両配偶子の由来する夫婦に帰属するものであり、その女性または夫婦は、当該ART実施登録施設に対し、凍結卵子または胚の保管を委託するというこれまでも凍結保管管理を委託していた施設が閉院になった場合には凍結胚の移送は実施されており、ART登録実施施設で保管が委託されているということから、「正しいご理解かと存じます」というふうに書こうと思う。つまりこれは患者さんが勝手に某凍結会社と契約するのではなく、しっかりART登録を行った実施登録施設に保管を委託するという、そこをハンドリングするといったことが必要だということだ。

ことなので、1番に関しては、「正しいご理解かと存じます」という回答をしようと思う。2の海外に関しては、ヒト胚及び卵巣凍結保存、胚移植に関する見解3番の卵子、胚の帰属から当然には学会反対することできない。ただし患者から胚移送業者等について質問された場合、特定の業者を提示すること等は当然行わないし、また代理懐胎を認めていないことから当該夫婦に代理懐胎を求めない、行わないように求めるが、本学会の見解は海外には及ばないため海外での代理懐胎を禁止することまではできないというこれまでの経緯より、2番目、凍結されている卵子はその卵子の由来する女性に、また凍結されている胚はそれを構成する両配偶子の由来する夫婦、またパートナーに帰属するものであることより、当然のこと本学会が反対することできないと考える。ただし本学会は、代理懐胎を認めていないので患者には代理懐胎は行わないよう、依頼するようという文言が、趣旨としては海外の移送を我々が禁ずることはできないということ。ただ見解の中で、国内においても代理懐胎は行わないと思うが、海外への移送は学会の見解には違反することにはならないといった理解で、返事をしようと思う。

過去こういった事例があるようであれば教えてほしい。

- *日産婦の見解はあくまで日本国内で有効な見解だ。しかも産婦人科の医者の中だけ、学会の中だけで有効な見解なため、海外に持って行ってしまったらそれはどのような使われ方をしても、日産婦としては何も非難することはできない。だから、代理懐胎についてはしないでおくように、という依頼をする程度のことしかできない。
- *以前に海外への移送は問い合わせがあった。そのときは、今話している、日本産科婦人科学会としては海外輸送を推奨するわけではないが禁止するというとも言っていない。担当医の判断でされるべきだが、日本産科婦人科学会は、当時は、いいか悪いかということについては何も言わないという返事をしたと思う。代理懐胎はその通りだ。
- *今回のケースは海外へ移住するケースだが、その時は移住だったのか。
- *日本から胚を送るということだ。
- *何か使用するということか。PGTとか。
- *海外で胚移植をするということだ。
- *日本産科婦人科学会の見解に則ってもらうことを希望するという程度だった。
- *今回は移住するので一緒に持っていきたいという話だ。
- *それは問題ないのではないかと思う。
- *代理懐胎についても、日本産科婦人科学会は認めていない。それしか言いようがない。

10. 日本生殖医学会との合同会議に関する報告【資料10】

*今日のメインテーマの一つだ。令和6年3月1日、日本生殖医学会より、これまでもこの委員会でも議論してきたが、日本生殖補助医療の実施登録施設の責任者が生殖医学会の生殖医療の専門医であることでいいのではないか。それによって起こる様々な課題に関してはいろいろ提案をして、日本生殖医学会の医師と、昨年末やっとウェブでしっかり議論をしたが、結論として答申がきた。

結果としては、もう少し時間をかけて話し合いたいという内容だった。

- *日本生殖医学会では専門医をART登録施設の条件にするというのは、大多数が反対意見であり、学会員の医師とマッチするよう議論したいという答えであった。
- *資料提示は今日が初めてだと思う。

2022年度からのART保険適用に際してART登録施設の実施責任者の要件として、仮に日産婦が提案するように生殖医療専門医であることとした場合には、生殖医療専門医が在籍していない施設

では ART を保険診療で行うことができないことになる。つまりこの度の保険診療となって広く国民の受益となるべき生殖医療が制限されてしまうことが危惧される。ART 登録は保険診療実施に直接関わる学会制度となっているため、日本生殖医学会としては ART 登録制度の改定によって一部施設の公的医療の制限が生じる可能性があることに留意し慎重に議論を進める必要があると考えているという返答であった。我々も同じことを考えてきた。生殖医療従事者が高い倫理観のもとに良質な医療を提供し、社会的信用を得ることの重要性は、論を待たない。将来にわたり優れた生殖医療従事者を育成することは生殖医療に関わる学術団体の重要な役割であるという認識は日本産科婦人科学会と共通するところである。日本生殖医学会の従事者資格制度を通して生殖医療に関わる人材育成を行い、本邦における生殖医療の進歩及び国民の福祉に貢献してきたと自負している。一方、公的医療の仕組みや商業主義的な医療活動の制限に関わる事項は、行政が主体的に担当すべきものであり、こと本件に関しては、学術団体の活動の特質から教育に重点を置くことが果たすべき役割であると考えている。これらを踏まえて ART 登録施設の実施責任者の要件として、生殖医療専門医を必須とするのに代わる案を、日本生殖医学会としては提案したく、慎重に検討した。なお、ART 登録制度等の、ART の適正実施に向けた活動についてはこれまで日産婦学会等の関係者が費やした多大な時間と労力に改めて敬意を払うとともに、本対案、代替案を検討する上では、ART 登録制度に係る確認書の負担がさらに増えることにならないよう配慮した。そして、提案の骨子は本会の教育制度である、生殖医療従事者講習会を活用して既存の倫理教育項目を拡充した生殖医療倫理講習を新設し、倫理教育の充実を図るとともに、良質な生殖医療を提供できるようその他の講習項目とあわせて受講を義務づけるものである。具体的には ART 登録施設の実施責任者の要件として 1. 日本生殖医学会の会員であること、2. 生殖医療倫理講習の定期受講、案としては 2 年ごと、母体保護法の指定医を参考にしてということだが、3. その他のすべての生殖医療従事者講習項目の定期受講、案としては 5 年ごと、既存の生殖医療専門医の更新条件を参考に提案する。この 1 から 3 である。さらに本会の生殖医療専門医の倫理観維持向上のために、生殖医療専門医の更新条件に、生殖医療倫理講習の受講も検討する予定である。日本産科婦人科学会として上記提案骨子につき検討し賛同する場合にはその詳細について、両学会共同で検討を進めたいと考える、という内容であった。条件に日本生殖医学会の会員であること、が入ることについて、会員ではない医師がいたことは驚きであった。生殖医療倫理講習の定期受講と、もう 1 つが、その他のすべての生殖医療従事者講習項目の定期事項に、さらに更新条件には生殖医療倫理講習の受講といった教育的な講習をしっかり行い、責任者としての任を全うしてもらおうということで、専門医というよりは講習を行うことが大切だという考えだった。

- *理解に苦しむことをする生殖医療専門医もいるので、専門医を必須にしても抑制できるものではないという意見も非常に多く、倫理観に訴えるしかないという意見が多い。あと、地方と都市部との乖離があるので、専門医を必須にすると、地方が本当に今までも疲弊しているが、さらに生殖医療を住民に提供できなくなる可能性があることが非常に問題である。現実的に直面しそうなことは様々な医師も懸念しているので、こういった提案をすることになった。
- *3 年くらい議論をして保険診療になったということ、先進医療 A に関しては専門医であることが必須であり、それ以外は日産婦 ART 登録施設であることになるが、実施責任者が専門医でないことはどうなのか。患者により良い医療を提供するには、しっかりとした日本生殖医学会の専門医資格を有することは、正しい考えではないのか。ただ、専門医制度がない頃から日本の生殖医療を牽引してきた医師などに対しては少し時間的な配慮や時限的措置、或いは新しく継承される時点から適用するなどの救済案がある一方で、厳格に行うべきだという案件である。
- *日本生殖医学会側が多くのごことに配慮した結果だと思う。最後の 3 つの条件に関して共同でどうするかを具体的に議論していくということなので、良い落としどころではないかと思う。
- *生殖医療専門医であることを必須とするというのが、なぜ良くないということになるのか、その理由がわからない。日産婦がずっと考えていた必須にできない理由は、生殖医療専門医という制度が始まるよりも前から、体外受精をずっとやってきた医師が結構たくさんいる。そういう医師

らはもう専門医を取れないのではないかということである。確かにそういう問題があるから、これを必須にできないというふうに考えている。それは例外として認めておけばいい。つまり、前から施設になっているところについてはそのままいい。ただし、そういう施設が新しい医師に継承する場合は、生殖専門医でなければいけないという形にさえしておけば、必須にするのが問題にならないのではないかと思う。具体的にこう3つのことを書いてあって非常によく考えて書いてあると思うが、日産婦の制度であるにもかかわらず、余りにも他の学会の中に入り込みすぎていると思う。ここに書いてある3つの要件は、生殖医療専門医の資格をとれば大体1度はクリアしているはずだ。だから、生殖医療専門医であることを必須にすることにして、その時限的な措置を設け、継承する時にはもうその特例はなくなると明記すれば、生殖医療専門医であることを必須とすると入れる方がすごくクリアで、わかりやすいと思う。

- * 暫定措置の専門医は、今度新しいサブスペシャルティーの専門医制度の中では、10%以下でなければサブスペシャルティーとして認めないという、外形基準の中にも入っているのだから、あまり多いと専門医制度として機構が認めにくくなるような問題も出るかと思った。
- * 専門医個人の数としての10%以下であるためおそらく完全にクリアできていると思われる。
- * ただよくないと明記してある。サブスペシャルティーの専門医の、更新要件という形でこういった資格をしっかりと取っていくということを入れた中で管理していくと、サブスペシャルティーの専門医も運用するのは大変になるだろうと思われる。うまく抱き合わせていくと比較的理解されやすいし、学会としても取り組みやすいと思う。
- * 長く議論して、確かに日産婦の中では、時限措置で今は資格を持っていない医師がすでに実施している。この権限を奪うということに対しての問題がメインだったので、正直、日本生殖医学会の方から新しく全く別の方向の定期受講を提案されているのが意外だ。先ほどの話で、生殖医療専門医を持っているからといって必ずしもきちんと倫理に照らした活動をしていない医師もいるという話があったが、ただ定期受講をしたからといって受講の意図に沿って医療を提供するかは別の話だという気もするため、シンプルさや日本生殖医学会自体の学会の負担を考えると、生殖医療専門医を取っていることを要件とする方がシンプルである。
- * 非常に難しい問題だと思って聞いていたが、地方で専門医が少なくなることで患者さんへの医療の提供ができなくなるリスクがどれくらいあるのか状況が読めない。生殖医療専門医を取得したレベルの医師がいなければ、正当な医療自体が提供できない。そのレベルの医療が提供できないので専門医を取得する、そういった医療をちゃんとした医療提供という意味では生殖医療専門医がいた方がいいとは思ふことと、保険診療を考えたときに、今疑問視されている倫理的に非常に問題のある診療をする医師は保険診療ではなく自費診療をやるような方々なので、保険診療するために専門医を取ることを前提にしたとしても、その方々は別に専門医云々ではなく自費診療でいろいろな倫理的な問題とは関係なくやっちゃっているのではないかということもあり、そうなる保険診療、専門医というものが本当にハードル、抑止力になるかどうかは疑問だと思った。それから、他の科、例えば眼科や非常に自由診療の盛んな美容整形、美容形成では専門医は全然関係なく実施しており、生殖医学に関して産婦人科だけこういう専門医取得としてハードルを上げるというのも不公平だという印象もある。
- * すべては把握できなかったが、これだけ保険診療になり、国民、地方も都会も同じような治療を受けるのを目指す中で、均てん化する意味では単純になった方がいいと思う。だから保険になっているので自費のことをあまり視野に入れていないというところがある。それと、なぜこの生殖医療専門医をART施設の認定に必要にするのか、今までの経緯を学会事務に調べてもらい共有した。昔の話も聞き、医療の質を高める、当時おかしなことがあったときにやはり生殖専門医を望ましいとしたらいいだろうということの日産婦でそういったことが加えられたということ聞き、そこも全部調査した。日本生殖医学会の倫理委員会とも共有した。様々な意見、考えがあると思うが、どこでも抜け道でおかしなことをする医師はいるかもしれないが、それをどう抑制

するかが一番問題で、それは倫理的良心に訴えるしかないということになる。皆が言うように、倫理講習なんかしても流しているだけで聞いてない人もいるかもしれないが、それを何とか変えていく、しっかり考えてもらうのが一番大事だと思う。法律でもないと、抑制できないのかもしれないが、これが当然パーフェクトではないと思うが、この点も踏まえて両学会で検討したいというのが日本生殖医学会の意見だ。

- *生殖補助医療に関しては2020年に法律ができて、第4条に医師の責務が載っており、それは決して違反をした場合や公益性とかではなく、あくまでも何々を行うということだけなので、確かに罰則はないのだと思う。
- *こういう建て付けはシンプルな方がよく、どちらにしても倫理的な問題などいろいろ出てくるが外形基準しかないと思う。なので、そうなってくるとこの意見にほぼ一致した感じだ。
- *生殖医療専門医を取らずに長年、体外受精を地元で密着してやっている医師が一定数いるときに、年次を決めて、いついつまでの目途は生殖医療専門医とするとするだけだとおそらくその人はただ同じことをずっとやるだけになってしまうので、それより倫理講習を定期的に義務づけるという方が、まだ生殖医学会との関わりができるだろう。それが無理のない現実的なところかと思う。それとあとARTの保険診療はある程度、基本的な不妊治療であって、さらにその生殖医療専門医を持ってやるのであれば、より研究的側面を持った先進医療などをやることで差別化を図るというそういうふうな2段階の生殖医療体制みたいなものなのかなとその辺のところを理解していた。ただこの背景にいろいろな政治的なマターがあるのではないかと思うが、長年地元でやっている医師にどういう形で日本生殖医学会に参画してもらうのが現実的であるかを考えた上での制度だと思う。
- *何か悪いことをすることをしないようにするというのではなく、法律ができて医師の責務ということと保険診療ということから、日産婦としてその施設認定が保険の中に加わっている中においては、日本生殖医学会が作られている専門医を有する医師がいるわけだから、ということの論調で依頼していたため、専門医を取った人が悪いことをしたから懲らしめるというのが目的ではないと思っている。
- *質問だが、そういった地元で密着した年配の医師を存続できるようにというのはわかるが、もし保険診療が専門医でなくてもできるということになると、若い医師らが専門医を目指さなくなるリスクについてはどのような議論がされたのか。
- *それは十分出ている。専門医を取るプライオリティー、何のためにあるのかわからなくなるということだ。だからそこは、一段階上のステップになるかもしれないが結論は出ていない。指摘のように、受けなくなる可能性、実際に受けている医師も、今回だと合格者が100人もいない。一時よりは少し減っていると思う。生殖医学界でも十分問題として挙がっていた。
- *更新もされなくなる危惧があり、学会自体のアクティビティが非常に下がるのではないかとこのころも、すごく危惧される。
- *ARTが始まった頃から携わっており、試験も受けに行けない、忙しく或いは受けてもなかなか受からないという高齢医師がいて、もう諦めている医師をどこで区切るのかと、西日本の非常に多くの医師が、5年ほど猶予期間を設ける案を提示した際に5年では足りないと言うのである。例えば試験が必要になった場合に準備の時間が足りないそうだ。30代40代の院長もいるし、年配の先生もいるし、なかなか年齢で区切るのも何歳を区切りとするのかもあるし、そこも、非常に議論をしたがクリアカットに区切れない問題で、非常に難しい。
- *本来は国がある程度施設基準を作ればみんな納得しやすいが、日産婦と日本生殖医学会の2学会の関係性だけで決着をつけるとなると、双方の立場があるため平行線になってしまう気がする。それぞれの立場で最終的にどこに落とし込むのかは、聞いていてまだ本当に結論が出せない。
- *保険診療の生殖医療をするのに生殖医療専門医は必須ではないとなったら、確かに若い医師は専

門医を目指さなくなっていく。今生殖医療をやっている若い医師はとにかく専門医を取るということを一つの目標としてやっている。保険診療に必須でないなら、目指さなくなり、それは日本生殖医学会としても非常に問題だと思う。保険診療にあたって生殖医療専門医は必須であるという原則にした方がいいと思う。そして、さきほどの例外については、日産婦にいつART登録したかは全部調べればわかるはずだ。その中で最も遅くART登録した施設で、しかも生殖医療専門医がいない施設がいつかを調べ、それより後の人は全部生殖医療専門でなければならないとすると良い。その前の施設で生殖医療専門医がいない施設をピックアップして、例外として認めるが、あくまで例外であってその施設の医師は、何年以内に生殖医療の専門医になりなさいと言う必要はない。もうそのままでもいい。だから暫定専門医というわけでもない。暫定という言葉を使うとそのうちに専門医にならなければならないというイメージになるがそうではなく、不問とする。そのうち何十年か経つと閉院或いは継承するので、その時には生殖医療の専門医が必須という条件が加わるようにして長い目で見て必須化へ持っていくということが一番シンプルでよい。

- *その案を皆で2年弱かけて作った。
- *特に生殖医療は、産婦人科の中で一番倫理的側面が重要で倫理講習というのは必要でそれだけは必須にした方がいい。聞いてないという話もあるが、やらないよりはやっている方が生殖の倫理というのは重要だというメッセージになる。
- *具体的な案が3つあるが、倫理講習は日本生殖医学会の会員だったらわかっていると思うが、生殖医療専門医を更新するときに5年に1回更新するときに受講が必須になっている。生殖医療専門医であるということが必須の条件になっていれば、少なくとも5年に1回は倫理講習を受けているはずだ。生殖医療専門医必須であれば、この3つはカバーされているはずだ。
- *難しい問題だが、専門医であることのインセンティブがどう付与されていくのか今後変わっていく可能性があるものの、現状ではまだ走り出しの状況だ。一方で、生殖補助医療が保険化になったことは、医療が一般化されていったということにもなるので、そういった中で、非常に厳しい足かせを付すというのは、診療を狭めかねない、囲い込みと言われる可能性もあり、一般的にはどこに線引きを引くか、医師であるということに線引きを持っていくのか、産婦人科、標榜している科に持っていくのか。或いは産婦人科の専門医で線引きをするのか。さらに上位の生殖専門医とか二段階のサブスペシャリティに持っていくのかという、線引きをどこに持っていくかというところだが、サブスペシャリティに線引きを置くというところはあまりない。周産期専門医でなければできないこともさほどない。一般的な専門医であれば産科診療含めてなんでもできる。そうすると、線引きは気持ちとしては将来的に生殖専門医におきたいところは理解できるが、現状としては少し幅広く、一般的に専門医でなくてもできるところに、スタートラインを持っていった方が運用上は楽だ。
- *まず生殖医療専門医がいない施設が何施設ぐらいあるのか、日本生殖医療医学会でも調査したという話も聞いており、何施設ぐらいか知りたい。生殖医療専門医というのは何なのかと考えると、確かに産婦人科の専門医ではなくても産婦人科を標榜し開業しても構わないと思うので、そう考えると広く医療をという観点からいうと生殖医療の専門を持っていなくて生殖医療をやるというのもそれは結局、患者さんの側が例えば生殖医療専門医持っている先生の方がいいと思えば選択して受診すると言うところになるのかもしれない。こちら側から枠をはめることでもないと思う。最初は生殖医療の専門医の基本的に何年を目途として取った方がいいのではないかと、必須にした方がいいという意見寄りだったが、いろいろ聞いてるうちにだんだんわからなくなって結論が出ない。
- *結論が出ずに迷っている内容でもいいので発言してほしい。
- *生殖医療専門医を持っている方がすっかりしてわかりやすいと思っていたが、高齢医師が取得していないため、レスキューのために進まないという意見もあり確かにと思うこともある。ただ日本生殖医学会が出してきた案が、実施責任者で確かにこれまでこういう講習をしっかりと受けてい

ない医師もいるのではないか。つまり、生殖専門医を持っている方は更新のために勉強をする
が、取っていない医師は本当に自分でやっているだけなので、日本生殖医学会が提案するよう
な、責任者の中で日本生殖医学会に入っていない医師が本当にいるのか疑問だが、ひょっとしたら
そういう医師がいるのかもしれないので、せつかく提案があった内容を検討したらよいと思う。

- *がん・生殖医療を行う施設認定のところでも話が合ったが、生殖医療専門医を必須条件としては
いるが、同様にやはり生殖医療専門医がいない施設が何施設かあった。そう考えると、この3つ
の条件が出たことに関しては、ある程度逆に妥当性があると思っている。ただしその場合にも暫
定措置を設けることによって、そういう施設を救うことができるのではないかと思う。一方で、
例えば腫瘍専門医であれば、子宮体癌のロボット手術とかに関しては腫瘍専門医がやはり必須条
件になっているので、その辺りはバランスが必要だと思うが、暫定措置を設けることで、許容で
きるのではないか。
- *：生殖医療専門医は10年以上にわたって改変をしてきて、今のような安定的な専門医として運営
されているということに対して、今回の問題は今後どのように変わっていくかわからないところも
ある。違ったレギュレーションを設けるということになっていると理解している。
- *ART 施設で生殖医療専門医を持っている施設は1施設しかないような状況なので、生殖医療専門
医を持っていることを条件にすると、医療圏の中で困る地域が出てくる。意見としてはこの日本
生殖医学会からの提案が実態に即している案だと思う。将来的に、専門医を目指す先生たちは、
ART 施設で生殖医療専門医を持っているということに実態としてはなっていくと思うが、或いは
上の年齢の医師たちはまだ生殖医療専門医を持たなくても、実際開業している医師はたくさんい
ると思っている。意見としては、日本生殖医学会のこの提案に賛成だ。
- *何かを変更・決定すると、全員にとって不都合がない設計というのはどうしてもできず、どこか
の条件の人は少し大変になってしまったり、不利なことが起こってしまうというのは避けられな
い。でも、その中で何か決めなければならないとなったときには、まず何が理想か、一番いいの
かというのを考えて決めるしかない。それをするとこのくらいの人不利になってしまう。その
人をどう救済するか、上手く運用していくには何年後であればこれで一本化できるのかというの
を考えて、それでいくのであれば、もう早くに、5年後とか10年後にはこうする、というのを知
らせなければ動き始められないので、どうしようかと考えて時間が長くなればなるほど、その理
想のところに行くまでに時間がかかってしまうので、まずは、こういう形が理想的だと思うとい
うのを決めるのがいいと思う。
- *現時点でも若い生殖専門医ではない医師が新規で登録申請をする施設はある。現在でもそれが進
行し続けている。一方で生殖専門医の立場で考えると、これまで生殖専門医を取得しているとか
何かがあるということにはなかったが、最近は先進医療で、社会的な卵子、未受精卵凍結もだが、
専門医でなければできないというのが出てきている。そうすると日本生殖医学会の会員から、専
門医だけにしてくれという声が、しぼんでしまっているのかなと思う。そういうのもあり、逆に
地方からすると、生殖専門医に縛ると困るという声があるので、どんどんそういう施設が増えて
きて、生殖専門医を取ろうというモチベーションが誰も出ないということもある。苦渋の決断で
一旦はこの場は置いておいて、先進医療が一旦保険診療になった時に、また生殖医療において専
門医が何でもないというふうになった時にもう1回議論し直すというのが一つかと思う。あとは
学会は会員、そして社会のためにあるので、この現時点で生殖専門医で縛ることがもしかしたら
日産婦会員或いは社会のためにならないという視点もある。
- *地方では試験を受けに行くのはなかなか難しいという意見も出ていた。
- *ある県で、その生殖医療専門医になるための研修施設がない、登録施設で1年間研修することも
かなわないと、こういう立場の人間が地方にいるということをぜひ先生方にはわかってほしいと
いう訴えがあった。確かにそういう立場の医師がいて、本当に杓子定規に生殖専門医でなければ
ならないと言ってしまうと、そういう医師たちは困ると思う。ただ、その議論の中で保険診療に

なったから、一般診療だからという言葉がよく出るが、生殖医療に関しては生命をつくる医療であり、やはりそのハードルは高いと思う。日本生殖医学会が言うのが不思議で、日本生殖医学会は自分たちがやっている専門的な学問というのをどうとらえているのかなと思うときがある。どちらかというと専門医でなければならないというのを反対するよりも、専門医を取りやすくするシステム構築を日本生殖医学会がしたらいいのではないかと思う。特に、最初に言っておくと、私は今まで日産婦が出してきたその案は悪くないと思っている。ハードルが高い、高齢の方たちはもうそのままでもいい、別に今から取らなくてもいい。ただ日本生殖医学会が言っているようにこういう講習は受けてほしいというのはいいとして、今度は若い人たちが会員になって何年以内の人たちと言うくりでいいと思うのが、そういう人たちがやはり専門医を取りやすい、取れるシステムを日本生殖医学会が考えるべきではないかと思っており、地方で取れない、若い人たちは何かオプションを受けるとか、それこそeラーニングしてeテストするなどでもいいと思う。なので、そういった努力を日本生殖医学会はするべきではないか。高齢の医師はもう取らなくてよく、生殖医学会が出してきた講習会受講案でいいと思うが、やはり今から全部に当てはめると数人の方が言われていたように若い人たちのモチベーションが下がって、別に専門医を取らなくてもいいとなってしまふことに対して日本生殖医学会はどう考えているのかと感じる。婦人科腫瘍学会が、専門医がいる施設では予後が良いというデータを出した。あれは専門医をしっかりと構築してきた学会の一つのプライドだと思う。その辺りを日本生殖医学会の理事が出ていると思うので、日本生殖医学会として専門医をどうとらえるのか、自分たちの医療に対するプライド、責任というものを話し合ってもらいたい。

- * 今日ここで結論を出すつもりはない。理事会の直前に日本生殖医学会からの報告が届いたので、本日の臨床倫理監理委員会で共有した。両学会共同で検討を進めていくという返答でよいか。
- * 我々も様々な意見があったことを伝える。
- * 会議を行う方向でいくことを今日この委員会で決めてもよいか。理事会でまた報告していきたい。次5月に委員会があるのでその前くらいまでにやるかどうか含め、また相談させてほしい。
- * 専門医という言葉を出すと専門医にみんなが引っ張られる。今もう認定されているところはいい。新しくする場合だけにするというのは確かに一つの手かなと思う。あとはそれ以外の人たちはこれをしっかりやってもらうのを、本当にすべての臨床、ARTをやっている医師に伝わっているか少し疑問に思う。
- * 日本生殖医学会と丁寧に話をする方向性で進める。

11. ノンメディカルな卵子凍結について【資料11】

- * こども家庭庁のウェブサイトに「卵子凍結ってなんですか」というページがあり、その中で日産婦の委員会で作成したポスター、動画を入れさせてほしいという要望があった。その中の文章が、社会的凍結、ノンメディカルと文言が統一されていなかったのも、そこに関しては家庭庁に意見を伝えたが、日産婦のこういった動画をしっかり見ていただくということに関するものだ。内容について認めてよいか。こども家庭庁に日産婦の動画を使ってくださいと伝える。
- * ただこのウェブサイトに入るのが難しい。とても深い階層にあるので、見る人がいるのかと思うことを、こども家庭庁に伝えた。

12. 第76回 学術講演会 臨床倫理監理委員会企画について【資料12-1, 12-2】

- * 例年通りの企画である。

以上をもって議論を終了し、閉会した。