

令和6年度 第1回 臨床倫理監理委員会議事録

日時：令和6年5月8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、小出 馨子、榊原 秀也、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：荻原 稔、加藤 聖子、木村 正、久具 宏司、三上 幹男

欠席者

岡田 英孝、関沢 明彦

[五十音順、敬称略]

定刻に委員長が開会を宣言し、議事を進行した。

<報告・協議事項>

＊ 令和5年度第5回臨床倫理監理委員会の議事録案について【資料1】

1. 登録・調査小委員会報告 【資料2-1, 2-2, 2-3】

＊：資料2-1、ART登録数について。2つ目が定例のARTオンライン登録状況である。2022年分の方が、妊娠予後未入力379件あり54万2935件という状況である。2023年、2024年も順次、順調に入力いただいているところである。

ART登録施設の登録申請審査について。今まで登録・調査小委員会では1、2の定例報告を主に報告していたが、毎月通信で多くの活動をしているためこちらも見える化させて報告しようと思いい、資料2-1の中の3の項目を作った。今年度に関しては、2024年3月1日からの申請受付分に関して、4月12日から26日までを期限として小委員会の通信会議で審査している。

その次の月の分は4月23日、それから別に一括登録に関するWebフォームの全面的なART登録調査申請審査を通信で4月23日から5月7日まで行っている。

その次に関しては5月4日から5月22日までで、通信で審査をしてもらっている。

ARTのオンライン一括登録については、登録・調査小委員会の中でアンケートフォームを作っているところだが、今年度から生殖・内分泌委員会の中にデータの利活用に関する検討小委員会が新しく立ち上がっており、今後利活用に合わせて登録の部分が生殖・内分泌委員会に移行していく中で、小委員会と連携しながらアンケートフォームを調整している。そのデータの利活用の小委員会ではデータ関係に非常に詳しい委員がメンバーになっており、具体的な提案を受けている。

一括登録に向けたアンケートは、登録・調査小委員会で実施していくことになるが、その結果を踏まえた今後については、生殖・内分泌委員会のデータ利活用小委員会で進んでいく。アンケート調査の結果を踏まえ、移管も含め進んでいく中での作業が続いているところである。

＊：理事会では指摘があったが、保険の診療が始まってから、その適用を超えている43歳以上や、保険診療の中でも43歳未満の患者の入力をしっかりして欲しいというのは、大切なデータを守っていくためだと思うが、入力者の努力があってどこまで入れ替えた方がいいかわからないか。

＊：2022年4月から保険適用になっているが、2022年分の54万2900件という数字を見ると、2021

年分までと同様の完成度をもって施設が入力している印象があり、また 2023 年分の 50 万件とがすでに締め切りまでまだ何ヶ月かあるが入力されていることを見ると、順調に変更なく各施設が入力しているように思われる。今後の 2024 年分、今診療中の部分に関しては見守りつつ、引き続き協力を仰ぐ方向でアナウンスを継続していきたい。ここまでの入力状況を見ると、保険診療になったことで入力に差し控えられる傾向は見えていない。

- *：突然クリニックの名前が変わり、数年たつが入力しなくなってくるなどの事例が出ないと良い。注視して行って欲しい。あと、利活用に関しての情報もぜひこちらで共有し、徐々に棲み分けができてくる中で何かあれば臨床倫理監理委員会でも指示が欲しい。
- *：今後進んでいく中で予算的なことも考えていかなければならない。適宜、臨床倫理監理委員会と連携を取って進めたい。
- *：何か課題があるようであれば、合同委員会なども開催を検討していければいい。
- *：一括登録のアンケートは終わったのか。
- *：終わっていない。アンケートの電子カルテのシステムやその選択肢に関して、今利活用の委員が具体的な次のアクションに繋がるような提案をしているところで、アンケートはスケジュールとしてはずれ込んでいるが、移管に向けて一気に動いているところだ。
- *：しっかりとしたものを作るということで、予定より少し遅れたということは十分理解できた。その先に向けてアンケートを行うという理解で良いか。
- *：そうだ。移管に向けた準備の設定期間の中でどのように移管していくのか具体的に見えていなかったところもあるが、今このアンケートの具体的な作業をしている中で非常にたくさんものが見えており、これが進んでいくとその先一気にスピードアップする印象を強く受けている。
- *：2022 年分の未登録施設ということで、具体的な医療機関名があるが、それに関して、資料 2-2 として提示したい。こちらが 2019 年に ART 登録施設の更新登録を行い、5 年に 1 度の更新ということで、今年度が更新の対象年度であるが、締め切りが過ぎているもの実際に申請が行われていないという状況だ。その施設の登録状況を確認すると、昨年 2023 年 11 月を締め切りとした 2022 年分の ART 登録に関して実施登録が行われていない。また、2023 年 2024 年、今登録が行われている部分に関しても登録がされておらず、2022 年、2023 年、2024 年と、登録に関して何も動いていないという状況である。その点に関して、事務局から可能な限りの通信手段をもって連絡しているが何のアクションもない状況が発生しているという報告である。
- *：これはこれまでの前例に則れば、地方連絡委員から連絡し、確認をしてもらおう流れでよいか。
- *：そのように理解しているが、それでよいか。
- *：これまでこういったケースはあるか。
- *：全く同じ事例という形ではないが地方連絡委員に確認をしていただいた例はある。
- *：ART 登録の登録更新申請がないというところではおそらく初めてだろう。ではこれは前例に則って対応する。
- *：該当地方の地方連絡委員に対して明日以降連絡・対応するというようにする。
- *：もう 1 つ、資料 2-3 について。こちらは学会で対応するというよりも問い合わせの報告に相当すると思うが、海外で卵子提供などの医療を受ける方が、卵巣チェックなど国内でできる様々な検査や診察、薬の処方を国内の医療機関に依頼する時に、その依頼を受けるにあたり、学会から基準や声明はないかという問い合わせがあった。学会がこれに関してルールを提示するものではないと思うが、医療機関側は学会からのお墨付きや、ルールに則ってやっている根拠が欲しくて問い合わせしていることなのかと思う。
- *：このような問い合わせは別の案件であったが、我々が声明を出すようなものではないし、診察を断っていること自体が正しいかどうかもある。リスクのある妊娠経過になるという意味では、診察を断るといふことか。詳細はわからない。
- *：この文章だけではわからないが受精卵を戻した後の妊婦健診という感じか。
- *：そうだと思う。
- *：厚生労働省からはそういう患者さんを診ないということはないようにと通達が出ている。妊

娠の成立の方法にかかわらず、妊婦はちゃんと診るよというものが出ている。おそらく学会のホームページにも出ている。

- * : この問い合わせは、卵子提供でおそらく夫の精子を使って得られた受精卵を子宮に戻すにあたり、例えば内膜を厚くするための処方などだと思う。
- * : まだ妊娠はしてないということか。
- * : 内膜厚の測定やホルモン値の測定など提供卵子を使った ART に関わる診療ということで尋ねてきているのかと思う。
- * : それもやはり 1 人の患者として診ることになる。学会から何か出すということはもちろんないが、それは処罰をされるというものではないと思う。
- * : 医療機関とその患者の診療契約の話で学会は関係ない。
- * : 関係ないと思う。
- * : この質問は回答が欲しいのか。
- * : そうだ。回答が欲しくてわざわざ聞いてきている案件だ。
- * : 学会員でもあるので、今後も併せて丁寧に答えるべきだ。
- * : では回答案を作成して確認後返信する方向とする。

2. 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】

- * : 申請施設は現在、承認 39、条件つきで確認中のものが 2 施設。前回から 1 施設増えている。症例の申請数は新見解になってから 89 例で、承認 73 例、不承認 2 例、照会 4 例で、保留 8 例である。承認 73 例のうち 7 例が条件つき承認で、申請施設からの確認を待っている段階だ。小委員会で検討していることとしては、現在 8 月の情報公開に向けて、副委員長を中心に情報公開のあり方について準備をしているところである。申請施設からは、審議内容すべてを公開して欲しいという要望が非常に強いが、PGT-M 審査小委員会としては疾患名 = PGT-M の適用という誤解に繋がらないような公表のあり方を検討しているところで、病名や課題をサマライズして、審査の課題について公開するなどの工夫をどうするのか、コアメンバーで検討をして準備をしているところである。公表日程についても調整をしている。

申請数がかかり増えており、1 回の小委員会で 20 例ほどの症例を審査する状況になっている。担当幹事 4 名で申請書類を査読し、小委員会を開催しているが、約 1.5 ヶ月に 1 回程度の審査のペースのため、4 名では人員不足の状況に陥ってきている。査読をする担当幹事を 3 倍ほどに増やしたいと考えている。PGT-M に関連した施設から推薦していただくなど、きっちり査読・審査ができるような方を推薦してもらい、申請作業、査読作業を理解してもらえ、申請の意義の理解が深まることを期待している。担当幹事を増やすことを小委員会で検討し、関連施設に推薦を依頼しようと考えている。

あとは継続審議小委員会で話すべきかもしれないが、PGT-M が不承認になった方、或いは PGT-M ができなかった方が、その後どのような転帰をたどっているかの調査が必要ではないかということが、先日の日本産科婦人科学会の委員会企画で明らかになっており、どういった調査をするかについて、小委員会で検討していく予定である。

個別審査会で、承認・不承認・判断できないという投票形式があるが、判断できないについて、日本神経学会等から、これをどうカウントするのか、あり方についての検討という課題が出てきたので、これについても継続して小委員会で検討し、この委員会でも最終的に報告したい。

- * : 個別審査会も 4 回終わり、いくつか課題や指摘も出てきたので、仕組みを作った委員にも参画してもらい、課題を共有して審査のあり方を検討していくことを進めていく。
- * : 関連学会に意見書 A の作成を依頼しているが、意見書 A 作成の協力依頼をした当時の執行部が交代しているため、改めて意見書 A 作成の協力についてのお知らせをするという話があったが、連絡したか。

- *：その点についても、別の案件で日本外科学会に意見書を求めたところ、執行部が交代していて、どういう意義があるのかについて逆に質問が来ており、今後は定期的に説明会を開いていかないといけないと小委員会の中でも考えている。具体的には、年度が変わるところ等で意見書Aを求める関連学会に定期的な説明会を開催していきたいと考えている。
- *：前回の個別審査会のときに、遺伝カウンセリングのあり方について施設間で非常に差があるという指摘が日本遺伝カウンセリング学会の委員からあったが、日本産婦人科学会から、日本人類遺伝学会や日本遺伝カウンセリング学会に、遺伝カウンセリングの徹底を要望する必要があることも問題点だということ、生殖医療に関連する臨床遺伝専門医の資格について、ここ数年日本産科婦人科学会では講習会を開催していないが、関連する学会と再開するかについて議論した方がよいかについても提案したい。
- *：個別審査会の詳細になるが、患者にとって不利益に繋がる可能性があるカウンセリングの有無が議論になったことを伝えつつ、我々としてもしっかり要望していくというのが今の案件であった。PGT-Mは、個別審査が始まっていろいろなことがわかってきた。8月に審査結果を公表することになるので、どのような報告がいかを踏まえた上で、事前に一部メンバーで案を考え、7月に臨時の臨床倫理監理委員会を開催する予定である。その時にPGT-Mの審議結果に関する報告書の内容を議論し、認めていただいた後、常務理事会に報告していこうと思う。
- *：委員会内担当幹事に関しても、できるだけ早く12名に増員したい。継続的に次の世代を育てていく意味合いもある。
- *：前回の理事会で指摘があり、また委員会企画でも議論があったが、PGT-Mを受けられなかった人はその後妊娠中絶を選んでいるという話もあるのか。
- *：今のやり方で本当に制約することが正しいのかどうかよく分からない点がある。すなわち自費診療の中で、誰かが権限を持って可否を決めることに対して本当に良いのかという疑念がある。いろいろな意見があることも承知しているが、PGT-Mを実施することによる不利益を強調する人はいるが、実施しないことによる不利益を言う人が誰もいない。一体、これを断った人たちがどうなっているのか。産むこと自体を諦めたのか、出生前診断をしてそれで異常が見つかったら中絶をしているのか、それとも出生前診断をして、一部の人が言うように綺麗な心でそのまま出産しみんな喜んでいいのか、誰もわからない。だからそれを登録していくということだ。PGT-Mについてカウンセリングした段階で、或いは希望があった段階できちんと登録をして、それがどうなっているのかということをお我々は知っているべきではないかと思う。そのような動きが出ると世の中の見方も少し変わってくるのかもしれないし、そういった意味でやることのメリット、やることのデメリットが言われているわけだが、やらないことのデメリットは何なのかということ一度数値で示すべきで、そういう時代であると感じている。
- *：その点を話し合い、実施施設を対象にまず調査することから開始していこうと思う。
- *：小委員会で検討した上でまた相談したい。しっかり準備する。
- *：PGT-Mが抱えるいくつかの課題、例えば保因胚の取り扱い、或いはPGT-Mの実施における地域格差など、いくつか検証している課題について、公的プラットフォームの立ち位置で2月か3月に公開講座を開催することを検討している。公開シンポジウムと同じような形式で、結論を求めるといよりは皆で議論する場を設けたいと思い企画している。
- *：1施設でもいいので、PGT-Mを受けられなかった人の予後が出たら、きちんと調査することについて同意が得られるのではないかと思う。時間的に難しいかもしれないが、検討してほしい。
- *：公開でいろいろな意見を聞くこと、日産婦だけでなくこれまで個別審査会も含めて協力を仰いでいる学会、当事者なども含めアイデアを皆で考えていきたいと思う。

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 【資料5, 6, 7-1, 7-2, 7-3, 7-4, 7-5, 7-6, 7-7】

- * : PGT-A/SR の小委員会から、資料 5 は新見解になってから認定施設で、順次申請を出されたものに関して審査をしている。現在の認可施設は 229 施設である。PGT-A だけ実施する施設が 36 で、PGT-A・SR 両方を実施する施設が 193。多くの施設は、両方とも認可を受けているという状況である。新規申請施設に関しては書類には問題ない。ART 登録施設の申請書類に関しては、担当幹事に一通り申請している施設申請書の内容を確認してもらい、小委員会において最終的に全体で承認する。差し支えない内容に関してはゴーサインを出すという手続きで進めている。そういった中で、以前認定の取り消しがあった施設から申請があった。当該施設の責任者が生殖医療専門医を 1 度取得したが日本生殖医学会から取り消しがあり、施設認定も取り消されたという施設だ。今回、生殖医療専門医が取得できたということで再度申請があり、今回に関してはそれを認める方向で動いている。問題点としては、施設内の倫理委員会の審査内容について、その施設の認定取り消し前の 2022 年の審査議事録を提出してきており、今回新たな申請で倫理委員会が機能しているということを担保する必要がある。改めて施設の倫理委員会を開いてもらい、議事録を提出していただいた上で確認できれば認めるという方向で、今のところ検討している。あと、施設の登録事項に関する変更は特に問題ない。
- * : 症例チェックリストについて報告する。症例チェックリスト、PGT-A・SR の実施においては、動画を視聴したことの確認の書類と、PGT-A・SR を実施することに関して説明が行われたということのチェックをして、それをクリニック側に保存しておくということでスタートしていくが、その PGT-A や SR に関する説明が行われたというリストの一番下のところに、国立成育医療研究センターの倫理委員会を通した PGT-A・SR、PGT-M もそうだが、これらに関してデータベース化しいろいろな学術的な研究や日産婦の方のさまざまな報告に使われることがあるということ、新規症例で新しく説明同意をするものに関してはチェックリストの最後にチェックをしていただく、オプトインという形で施設に残しておくという形になっている。オプトインの話が出る前にその様式が作られたということもあり、患者欄のところに患者氏名となっており、患者署名、自署となっていない点について施設から指摘があり、施設によっては患者氏名を自書ではなく印字したものを使っているところもあるという質問があった。それではよくないと判断し、該当部分の様式を氏名ではなくて自署という形に今後変更し、運用していくことを小委員会の中で検討中だ。
- * : このハイライトを「自署」に変えるということか。
- * : そうなる。
- * : 自署で記入を求めるという報告だが何かコメント質問はあるか。こちらを進めて欲しい。
- * : 先進の状況について報告する。所属施設では登録を締め切り、あと 1 例胚移植をしたら、胚移植の必要性も満たすところになり終了が見えていることを報告する。
- * : 保険収載の先が見えるが、どのくらい後になるか。
- * : おそらく今年、企業が薬事を通らなければならない。システムの薬事承認を終えたのちに保険収載という形になると思う。企業は令和 8 年の改定に間に合わせるように努力すると言っているが、薬事がそこで取れるかどうかは不透明である。

4. がん・生殖医療施設認定小委員会報告【資料 3-1, 3-2, 3-3】

- * : 令和 6 年 4 月 30 日現在の、妊孕性温存の実施医療機関、検体保存機関については 166 施設、それから温存後の生殖医療実施機関については 160 施設、そして温存のみの実施医療機関については 3 施設ということになっている。
この 3 月末までに、それまで暫定施設として登録されていた施設が 6 施設あったが、その 6 施設の方向性がほぼ決まり、内 3 施設については、今後生殖医療専門医が在籍することがないだろうということで、温存後の生殖医療実施施設のみとして申請される施設が 3 施設、それから、2 施設については生殖医療専門医の常勤勤務が決定したということから暫定施設から通常の施設認定という形になった。残り 1 施設については、今年の生殖医療専門試験の受験が決まっているということから暫定を継続の依頼があり、この施設については暫定という形になっている。詳しい

内容については資料 3-1 を見て何か不明点等あれば連絡をいただきたい。

- *：暫定についての議論は色々な意見があったが暫定として置いている可能性がある施設はまた残ってもらったという報告である。
- *：妊孕性温存実施機関の施設認定要件というのがある。これを制定したのが、令和 3 年 2 月 25 日であり修正をかける必要があった。主には次のページの 6 番と 7 番の黄色いハイライトを示しているところの 6 になる。この「ただし、令和 3 年度及び 4 年度については、経験を有さない施設も本事業への参加を可能として、この 3 年後を目途として」とあるが、年間 5 例以上の経験を有することが望ましい。7 に関しては、この 3 年を目途にして、がん・生殖医療専門心理士、それからオンコファティリティー・ナビゲーター・ナース、認定がん・生殖医療ナビゲーターなどの意思決定支援に関わる医療従事者が常勤していることが望ましいという、これは当初始まった時点では皆で議論した上でこのようになった。だがこれに対しては、この 3 年後を目途として、というのは今現時点であることと、施設認定の治療支援を行うがん・生殖医療専門心理士等の、「等」というのが曖昧な文言になるということから、文言を修正する必要性が出てきた。資料 3-3 の 6 番を同じように赤字に示しているように、令和 6 年以降についても経験を有さない施設については、参加を可能とする。なお、年間 5 例以上の経験を有することが望ましいということにしているが、この 3 年後の、令和 8 年の 12 月末日にはこれは必須条件とするということを記載している。今後新規に承認される施設については、承認後 3 年間の猶予後、この 5 例が必須条件になるということが記載されて、追記、変更になった。7 についても同様に、意思決定支援に関わるものについても、がん・生殖医療専門心理士、それ以降、オンコファティリティー・ナビゲーター・ナース、あと認定がん・生殖医療ナビゲーターがという形で、この 3 つの専門職について常勤としていることが望ましい、と変更している。これについては 3 年後の令和 3 年 12 月末日には必須条件とする。つまりこの 3 年間の間で、このいずれかの資格を持ったものが常勤であることが必須であるということに記載することになった。これを先日の小委員会の中で議論いただき承認を得たということで、今回ここで承認をいただきたいと思っている。ただ、この文言だけを書いているだけでは皆に伝わりづらいため、実際には学術講演会の時に開催するクローズドの ART 登録施設、実施施設向けの説明会でも、この点に変更があるということを各施設に説明した。これでも不十分だと言われかねないということがあり、8 月くらいに Web の説明会などを検討している。この認定がん・生殖医療ナビゲーターが常勤しているということが一番大きい問題になるというのが今わかってきているので、このナビゲーターを直ちに取ることを依頼することを企画している。あと、細かい文言について赤字で書いている形で修正をかけたい。
- *：令和 3 年の最初のこの要件の見直しの時期になったことより、十分に小委員会で議論した上でこの形になった。小委員会でもいろいろ意見があったが、最終的には当初ハードルを設けてここまで進んできた姿勢は崩さずに来たということであった。

内容だが、9 の見解がパブコメを受けてまた変わるのでこれはその時に修正すればいいと思う。一番下のがん・治療学会のガイドラインも年度内には出そうであり、これも変わったら文言の訂正を頼みたい。がん・生殖医療施設認定小委員会が始まった当初にも日産婦の施設に対して説明会をした記憶があるが、Web 説明会をぜひ開催して欲しい。

5. PGT に関する継続審議小委員会報告【資料 8】

- *：4 月に小委員会が行われ、そこでの検討事項について報告する。①では、どこまで PGT-M の小委員会での議事内容を公開するかという点に関してアンケートが行われる予定ということだが、こちらの小委員会でカウンターパートの意見も必要ではないかということで、関連の学会や患者団体などで幅広くどういったニーズがあるのか意見を集めてはどうかという意見を受けた。この点に関してはまず今回アンケートが終わった後でまた議論、検討いただく形になる。

②の性別の開示についてだが、性染色体の異数性についての別カテゴリーに関してはとりあえずすぐ作らなくてもよいのではないかと PGT-A 小委員会で検討されている。一般的な知識として

45Xのような性染色体の異数性がある場合にどのぐらいその流産の率があるのかという、知識そのものも広く情報提供していくことが大事ではないかという意見も出ている。

③に関してはまた協議事項としても検討したいが、PGT-MとPGT-Aの同時施行については先日来継続して検討しているところだが、結局PGT-A側から考えるのか、PGT-M側から考えるのかによっても、この小委員会の中で話し合っただけで着地点が出るものではないこともあり、コアメンバーで話し合うサブワーキングのようなものを作って、それぞれPGT-M、PGT-Aの委員長、あと副委員長の先生方にもご教示いただき話し合いを進めた上で、ある程度の案をまとめ親委員会で検討いただくと思う。具体的にコアメンバーで話し合うことに関して、後で議論いただきたい。

次に、⑧の地域差に関して。PGT-Mの実施施設に地域差があるのではないかという点に関して、学術講演会の委員会企画で、実際にエリアごとの件数、施設数を出してもらった。こちらは地域差があり得るという意見が出て、1つはコラボ申請、アカデミア側、ART側だけではその要件を満たせないが、それぞれが協力し合えば申請の要件を満たすというエリアもある。コラボ申請に関しては、原則一対一対応としてきている経緯もあり十分に知られていない部分もあるため委員会の企画の中で周知をいただいたところだ。具体的なデータとしては38施設あるがPGT-Mの正味の実施施設がない地域が25県あるという点、或いは実施施設がない地域として東北或いは北陸の2エリアはないというデータを示されている。

⑨に関しては先ほど公開講座のことを知らせてもらったが、保因胚は、軽度の症状が出る、出ないにかかわらず、基本的には非罹患胚という原則でこれまで審査等を行われていたが、そうはいっても心情的にどうなのかに関して小委員会の中で意見を受けている。これに関しては産婦人科医が多い継続審議小委員会の中での議論というよりは、委員からも他学会とも議論を幅広くする場を設けるべきなのではないかということで公開シンポジウムなどの提案をいただいた。そういう場を使いながら、この部分に関してぜひ他の学会も交えて意見が欲しい。

次に⑩だが、遺伝性腫瘍に関して、今後、申請されてくる可能性も考慮して、必ずしも浸透率の高くないものに関しての考え方も議論している。これに関しては浸透率のみではなく、重篤性の発症率等々考えなくてはいけない点がありどう判断するのか、切り分けられるのかということもある。そもそもが総合的に判断しているが、0か100かと判断できないものをどのように考えていくのかに関しては継続して検討していきたい。ここで出た議論として、申請後不承認になった、その後の転帰に関するデータが重要だという意見も受けている。

学術講演会の委員会の企画の中でPGT-Mの継続審議小委員会の検討事項に関しても紹介の機会を得た。そこの質疑で出た意見だが、PGT-A/SRに関しては切断点で予後が推測できるのか研究している医師もいる中で、第三者遺伝カウンセリングのタイミングについても質問が出た。これは、ある程度話を聞いた後に、最後にくるところがあるが、もっと早い段階で、クライアントに合わせた形で、ある程度フレキシブルなタイミングでやってはどうかという意見だと思う。あとはPGT-Aの検査精度が検査会社によって違いがないのか、クライアントにどのような形で結果を渡しているのかということも確認して欲しいという意見もでた。

転帰に関しては先ほどお話しした通りで、ペーパーワークの負担が大きいということもこの発表の中で検討された。

最後に、協議事項は先ほどの点になるが、親委員会に上げる前にコアメンバーで検討内容に関して話し合いその上で親委員会に上げる。特に今回に関しては、PGT-MとPGT-Aの同時施行について、コアメンバーで話し合う場を持ちたいということで、このスキームについて親委員会の中で検討いただきたい。

*****：膨大な継続審議すべき課題をしっかりとまとめていることに感謝する。PGT-Mの性別の開示について、PGT-MとPGT-Aの同時施行、あとは地域差、保因胚の件、そして、浸透率の高くない疾患に対するPGT-Mの審議、協議事項としてはPGT-MとPGT-Aの同時施行に関するスキームを図っていくことを含めた報告であった。この報告を初めて聞かれる委員もいるかもしれないが、細かい各論的な内容でも結構だ。誰か確認或いは質問はあるか。公開講座に関しては、ぜひPGTに関わる委員と、皆でどういう公開講座にしていくのか。一番は公開講座、公的プラットフォームを、実際みんな

などでやってみるということだ。例えば、昨年1月15日に開催した第三者の提供配偶子等々の公開シンポジウムをイメージしているが、日産婦だけでなく多くの関係者やその他の医師以外の方にも集ってもらい議論してみる。こういうことも国に対してもぜひ提示していきたい。テーマが多くて焦点が絞れなければ1個だけでもよいし、これをきっかけに2つ選んでもよいので協力いただき、公開講座に向けた準備を進めて欲しい。

- *：継続審議の中で特に保因胚の方は必ず含めたいというのはあるが、他に公開講座で取り扱いたいものがあるか、小委員会の中でも検討したい。
- *：協議事項の中で、小委員会の中ではたくさんの課題があり、時間内ですべて議論するのはなかなか難しいので、さらにサブワーキングのような形式で議論していくといった提案があった。こちらも全く問題ない。

6. 定款・見解改定検討小委員会報告【資料 9-1, 9-2】

- *：、パブリックコメントの最終的な親委員会での決定に進んでいきたい。体外受精・胚移植に関する見解と顕微授精に関する見解と、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の3つの見解の統合に関して、また、ヒト胚および卵子の凍結保存と移植に関する見解の改定に関して、パブリックコメントをもらった。
- *：今回、4月1日から5月1日まで、パブリックコメントに出して、会員に見てもらった改定案だ。これまでの委員会でもプレゼンしてきたが、「体外受精/顕微授精・胚移植に関する見解」ということでまとめた形になっている。次のページは新旧対照表を出している。次が受精胚および卵子の凍結保存と移植に関する見解で改定案をパブコメに出している。次が新旧対照表である。
- *：まず見解名を「体外受精/顕微授精・胚移植に関する見解」とする意見に関して。これは、受精に関する部分と胚移植のところで、同列ではないというところだ。いただいた意見には、見解はスラッシュでいくという返信案を考えているがどうか。
- *：これでいきたいと思う。次の意見は、体外受精の話とAIDの話で、途中からこの特定生殖医療法に関する話がこの論点になったところだ。今回の見解に関しては特定生殖医療のところは法律が出てからになり、今回の見解改定の守備範囲外ということで、あえてここの部分の加筆或いは今回の改定は控えると返信したいと思うがどうか。
- *：委員長、副委員長、一部のメンバーで案を考えて、あとオブザーバーにも意見をもらったものを、右の備考論点メモのところに記載している。こちらは現在対応することではないので、特定生殖補助医療の法案が国会に提出されたら見解内容の削除や改変が必要になってくる案件なので、対応を見送りたいと思う。次がいくつかに分けて議論が必要だ。「体外受精/顕微授精・胚移植に関する見解」に関する3番目の意見を少しずつ分けながらやっていく。
- *：3番目の適用、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、妥当だとしても、被実施者に有益であると判断されるものというのは恣意的に判断されると、無秩序な拡大に繋がる、実際、現状の生殖補助医療は、真に必要なもののみが行われるといえるのか、その現状把握がされていると思えないところに大きな問題が潜んでいる、という意見を受けた。あと引き続き、「出生時に有益という表現だが、これは実施時には判断できないばかりか多数の胚移植や着床前、出生前によって出生が許されない胚の存在を無視していると感じられる。さらに言えば、金銭等の対価を自分で育てることを前提として」等々と書いてある。この部分に対する対応を案として記載している。まず出生時に有益、というところだ。原文を見ると、本邦の利用に関しては我が国における倫理的、法的、社会的基盤に十分配慮し、云々と書いて、被実施者または出生時に有益性、有効性や安全性を確保することを前提に、良質な医療を提供する医療専門職としての必要なサービス、要するにこの被実施者またその出生時の有益性云々と、いろいろな方面のことに配慮して書いた文章を切り抜いたような形の意見だったので、これに関してはこの見解を作るときには1文1文がとても重いことを教訓とするということだが、全体として見れば対応せずということでもよいかと考えたがどうか。

*：これは大切な案件であり、今日議論をして結論を出したいので、一度読んでみたい。体外受精、これはスラッシュになる予定だが、顕微授精・胚移植、以下本法と称する、は、不妊症の治療及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、その実施に際して我が国における倫理的、法的、社会的基盤に十分配慮し、本法で有効性と安全性を評価した上で本見解並びに本技術を用いて関連する、見解細則は省略するが、に留意してこれを施行するといった前文がある。後ほどこの前文に関するコメントがあるので読んだ。1項と2項というのは、この通りだ。1項は、「体外受精は」が主語になっていて、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、及び本法を施行することが、被実施者またはその出生児に有益であるのを、判断されるものを対象とするというのが、一部欺瞞的であるということや、その他大きな問題がはらんでいる、或いは潜んでいるという意見だった。

2番目の「顕微授精は」の主語も、これは男性不妊や受精障害など、本法以外の治療によっては妊娠の可能性はないか極めて低いと判断されるもの、ここまでは体外受精の前文であるが、及び本法を実施することが、被実施者、またはその出生時に有益であると判断するものを対象とするといった言葉に対する意見だ。なお、8ポツに本法の利用に際して我が国における倫理的、法的、社会的基盤に十分配慮し、被実施者またはその出生時の有益性有効性、安全性の確保等、今回から日本社会に容認されうる良質な医療の提供に努めなければならないといった文言を記載している。こちらに関しては、これまでの見解を3つ合体させた上で、このように、定款・見解改訂検討小委員会では案を練って作ったわけだが、貴重な意見をいただいた。

これを見ていただき、先ほどの意見をもう1回読む。「今の疑問の中で実際の生殖補助医療に真に必要なもののみが行われていると言えるのか。その現状把握がなされているとは思えないところに大きな問題が潜んでいる」ということと、「出生時に有益という表現はこれ自体が欺瞞的とさえ感じる」といったことだ。

その一つ前の被実施者に関しては、恣意的に判断され無秩序な適用の拡大に繋がるといったことだが、この意見はこの通りであるが、被実施者に有益であると判断されるもの、出生時に有益はARTに限らず生殖医療すべてに共通することなので、本当は前文に生殖医療は本来健康な人に対し挙児を目的とする人工的侵襲を加えるものである。よって、その侵襲は被実施者に有益であると判断され、かつ、その行為によって出生する児の福祉に十分配慮されたものでなければならぬといった、全体の精神を述べる形で、それぞれの行為に修飾をつけなくてもいいように思っていた。或いはこの精神を8ポツの先ほどの項目できちんと示していると考え、8の項目を上記の括弧のような記載にして、1と2のところをあえて、先ほどの被実施者に有益であるもの、或いは出生児に有益といった文言は入れないで置くといったことなどの提案をいただいた。ここまでコメントはあるか。

*：前文の精神は確かなことを言っているもので、対応せずでもいい気もするが、こう取る人もいるか、という気もする。それで今こういうことにしたら全体はまとまると思ったが、これを変えるのは相当労力があるので、今は置いておいてもいいのではないか。生殖医療そのものが侵襲があるわけでそれをちゃんと考えてやるべき、児の福祉を考えるとはずっと本会が言ってきたことだと言ったらいいと思う。これを全部入れるのは大変だ。

*：元の見解の部分を作った時は、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、だけが書かれていた。そのあとで、被実施者に有益であると判断され云々そこら辺のところなぜ入れたかということ、着床前診断を行うようになったからだ。着床前診断を行う対象の人は、不妊症ではない。だからこれを入れないとできないだろうということで、これを入れた。その時はもうこれでいいと思われたが、今これを読んでみると、それが本当に有益なのかどうかはわからない。さらに言えば、出生児に有益というのがここに書いてある通り、完全に除去される方の受精卵を無視している。だから着床前診断をするのがいいことだという前提として書かれている。我々は確かにいいことだと思ってやってはいるが、本当にそうなのか、結局は倫理的な問題になってくる。この被実施者に有益であると判断されるというところはなしにしてしまってもいいのではないか。これ以外の治療によって妊娠の可能性がないか極めて低いと判断され

るものという原則だけを書けば、その原則には当てはまらない、いわゆる不妊症ではない人もやっつていいとなる。実際その5行目に書いてある現状の生殖補助医療が真に必要なもののみが行われているといえるのか、についても全くその通りだが、結局追認する形の文章にしてしまってもいいのではないかと思う。原則というのをに入れておけば、被実施者の有益云々という問題があるような文章を書かなくても済むのではないかと思う。

- *：原則云々というのが一番いい解決かと感じた。体外受精で生まれる子どもが10%くらいになるが、これはこれ以外で妊娠できないものの範疇を超えた医療になっていると思う。しかし、今まで日本産科婦人科学会が営々と守ってきたその対象をできるだけ絞りながらやってくるということも一方では正しかったわけであり、これらを総合すれば、原則云々というのが一番いい解決だと感じる。
- *：現状それしかない。原則これ以外の治療によってというふうにするということに賛成する。
- *：一言追加すると、本心はあまり現状を追認したくはない。これ以外の方法では妊娠しないという、本当に限られた人だけに絞るべきだという気持ちはあるが、今更それを言っても仕方ない現状になってきている。見解の方をそれに合わせてしまってもいいという忸怩たる思いだ。
- *：生殖補助医療は本来健康な人に対し挙児を目的とする人工的侵襲を加えるものである。よってその侵襲は原則被実施者に有益であると判断され、かつその行為によって出生する児の福祉に十分配慮されたものでなければならない、という文言に、原則と入れてこれを例えば鏡文にするかどうかについてはどうか。
- *：もう少し練って、他の見解の鏡文との整合性を考えず変えて、そこを見てもらい本法とする、不妊症そこで医療行為であり、あと我が国における倫理的、法的、社会的基盤にも十分に配慮、云々という文章がある。そここのところの整合性を出した方がいいと思うのと、出生児に有益という箇所は取ってもいいかもしれない。
- *：その出生する児の福祉に十分配慮されたというのはどうするか。
- *：それをどこか総論に入れる。
- *：我が国における倫理的、法的、社会的基盤に十分配慮し、本法の安全性や有効性を評価した上で生まれてくる児の福祉にも十分留意して行う、という言い方はどうか。
- *：そうだと、この体外受精はと顕微授精はという内容が、後半が被実施者または出生児に有益だというこの文言に対しての意見だったので、この1と2を少し改変するということか。
- *：そうだ。被実施者に有益というのはもちろんであり、前文でこの治療によっては妊娠の可能性はない、ここに「原則」をつけて、されるものに実施する、くらいでやめるかだ。
- *：1と2の文言はやはり必要か。
- *：あえていらないかもしれない。
- *：男性不妊や受精障害などだ。
- *：もう自明のことだ。男性不妊に関してもやっているわけではない。受精障害として最初から半分ICSIという戦略のところもある。追認をし過ぎてはいけないうことは確かにそうだが、スプリットをやっているところも結構ある。
- *：臨床で生殖補助医療を行う委員も多いと思うが、いろいろな意見が欲しい。
- *：1番と2番を見ていてどちらにも入ってくる被実施者またはその出生児に有益であると判断されるもの、の部分はうまく文章を変えて、その精神はこの前文の中に入っている形にして、前文を読めば着床前診断をやることも含まれることがわかるようにすればよいと思う。1番と2番は適用を書いているところであり、あくまで不妊症の中で非常にシビアなものだけを適用としている。1番も2番も原則としてシビアなものだけだという文章にしておけば、前文の中に書かれていることを読み込むことにより着床前診断はここに入ってくるといえると思う。
- *：1と2は残すけれども、後半の部分は前文に盛り込むということか。前半の部分、1と2だ。その「原則」といった言葉を入れて欲しいといった意見であった。定款・見解改定検討小委員会が始まって今2期目だが、パブコメをもらい比較的大きく変更する場合は、もう1回これを確認する必要はないか。当然これまでも十分考えてきたが、パブコメで貴重な意見を受けたので、こ

ここに来てある程度大きく変わることになるが、これも我々の判断で進めてしまってよいか。

- *：一言付け加えると、この被実施者または出生児に有益であると判断されるという文言が、1番と2番の中に入っている。この1番と2番はその適用を言っている文章だが、その中にこれが入ってくると、着床前診断をすることは間違いなく、受ける女性と出生児には有益だという、除去されてしまう受精卵が完全に無視されてしまっている形になるという倫理的な部分の問題がある。この文が適応の中に入っているためだ。この精神を前文の方に入れてしまえば、1番と2番のように具体的なことを書いた適用の中に入らないことにより、障害者を除去するニュアンスを消し去ることができると思う。そういう観点から、前文の中に盛り込むといい。
- *：前文3行目だが本見解並びに本技術を用いた関連する見解や細則、で切れて、他の見解が並んでいる。これは必要か。関連する見解や細則に留意し、被実施者または出生時に有益であると話せるものを対象としてこれを実施するというような形に短くしてもいい。これが一番基礎になる見解であり、ここに見解、細則を書く必要はないと思う。検討して欲しい。
- *：それなら一旦この見解は延期し、ここに関する見解は現状においてパブコメをしたらこう意見が出たので理事会に1回諮った方が良くと思う。今急いで変えなければならぬ特段の事情はない。来年に向けてでもいい。今いろいろ意見が出てここだけで決めて通すというのは厳しい。
- *：そのためのパブコメであるので、意見を反映する準備をしてきたのだが、それも大切なパブコメに対する対応かと思う。
- *：その通りである。今までの意見をまとめると、結局この1と2は、適用に関して述べている前文に書く。そして8のところは前文と重複するので不要ではないかという理解でよいか。
- *：そのとおりである。8の内容も前文のところにも必要なものがあれば加えた案を作っていくということだ。
- *：見解の経緯について、なぜこの一文がついたのかを可能な限り残す形で作ってこの形になった。もしこの委員会でやはりこれについてパブコメをするべきだということであれば従いたい。
- *：1番から9番まで並んでいる各項目は具体性を持って述べている文言なのに、7と8だけは精神を述べている。やはり前文に取り込む方がいい。6番目は精神を述べている部分はあるが、「取り扱う」だから実際に手を動かして取り扱う部分が入っており、これはそのまま残してもいい。
- *：取り扱いだが、今までもたくさんの見解改定をしてきたが、パブコメを行った結果修正したものは理事会にかけないで出していたか。理事会に諮っていたように思うがどうか。
- *：理事会に諮っていたように思う。
- *：そうすると逆に、また1年延期ではなく一応案を早急に作り直し皆に見てもらいつつ、当日の朝の理事会で検討いただき総会に出す、まだ一部残っているといい。
- *：些細なことも含めパブリックコメントを求めたものがある以上は、理事会で判断しないと臨床倫理監理委員会だけでは責任が重すぎる。
- *：理事会で皆の意見を再度諮ることとし、1年の延期ではなくそこに間に合わせるようにするという方針でいく。
- *：それでいいと思う。
- *：その場合、理事会の前に案を作って理事に前もって配って内容を確認してもらっておいた方がよい。当日資料として配られるだけではなかなか意見が出ない可能性がある。
- *：そうしたい。
- *：もう1つ、倫理指針を遵守ということは、倫理指針が変更された場合はその内容に関わらず盲目的に従うということか。日本産科婦人科学会の倫理指針は必ずしも各種研究の倫理指針と一致するものではない。研究倫理の指針という文言があるが、今の内容でいくと国が定めたといった文言を頭につけておくのもよいという意見を受けた。こちらは前文の方に入れていく中で改定した案を作っていく。
- *：国が定める指針には従わないといけないのは当然なので、一言伝えておいたらいいのではないか。元々この文章はそういう意味のことを言いたいわけではない。誤解されるようだったら「国が定めたものには従う」くらいでいい。

- *：こちらは早急に対応していく。
受精胚と置き換える案件で意見を受けたが、批判的な意見かと思う。こちらに関しては、死後生殖が第三者の死後の繋がりのことなどを書いている。この資料は事前に見ていただいているということで進めていきたい。右側の、あえて無視しているということになるのでこちらは対応しないでいこうと思う。生殖年齢ということの文言も大切なところは書いてあるが、見解では定めないということなので対応しない。
- *：年齢は随分議論があつて、最終的には定めるのをやめるという結論になった。
- *：こちらは対応せず、意見をいただいたということで丁寧に行きたいと思う。それでよい。その次の4番に関しては、「胚培養士等の」という文言を入れるという結論である。
- *：今回の改定、「実施協力者」というところを、「胚培養士等の実施協力者」と変更し、別の見解になるが、登録と報告に関する見解でもこの胚を取り扱える技術者というところを変更して欲しいという意見だ。また、今回の改定の実施協力者のところで、「なお胚培養士は日本卵子学会、日本臨床エンブリオロジスト学会認定胚培養士であることが望ましい」と追記して欲しいという意見を受けた。それに対する対応案だが、この意見の通りであり、「実施協力者」のところに「胚培養士等の実施協力者」を入れていく。今回の改定ではなくて次回以降の改定になるが、この実施登録施設の見解のところも胚培養士という文言を入れるという方向でまた小委員会の方で検討していくと返答したい。
- *：「実施協力者」を「胚培養士等」という言葉に加えるということはこれから国家資格を目指し2つの学会で認定のやりとりをされていると思うが、胚培養士といった文言を入れることで対応したい。各学会の文言は、継続審議ということで進めていく我々の案だ。
- *：これは今、逆に学会を指針にしてしまうと動きと違ってきてしまう。ここで統一した試験をしていると書いてあるが、この試験がいつまで両学会の名前を冠するのかわからないので、ここはあえて言わないほうがいいし最終的な国家資格を目指す方向で動いており、厚労科研もそういう動きを示しており今は継続審議でいいのではないか。
- *：「実施協力者」の文言は「胚培養士等の実施協力者」に変更する案に関して、他意見はあるか。これで進める。
- *：施設登録の申請書のタイトルが、この見解のタイトルと同じになっている現状があり、今は体外受精・胚移植に関する申請書、顕微授精に関する申請書になっているすが、この見解が改定されるにあたり登録申請書のタイトルや内容のマイナーチェンジをするのがよいのではないか。
- *：それは小委員会で行って、特別な手続きなしと判断してよい。
- *：いいと思う。ここで今共有したので問題ない。
- *：この「胚培養士等」のところについて解説しておきたい。元々の見解は「いわゆる胚培養士」として、「いわゆる」がついていた理由は、「胚培養士」という言葉は、日本卵子学会（その当時は日本哺乳動物卵子学会）が作ったもので、まだ完全に市民権を得た言葉にはなっていなかった。一方、日本エンブリオロジストというカタカナで書くものもあり、別の学会が作った言葉であるため取り込むのは不適切だという状況があり、「いわゆる」という言葉がついた。それを外してしまっても、「胚培養士」という言葉が完全に国家資格を目指すものになっていると考えられるのであれば、「胚培養士」と言ってしまうといいと思う。
- *：今はもう「胚培養士」という文言でいい。
- *：実際に生殖医療に携わっている委員の意見を入れればそれでよい。
- *：今は「胚培養士等」という言葉が「エンブリオロジスト」という言葉を含むのか。同じ対象であれば一つなので、「等」というのは大変使いやすい文言であると思う。
- *：実施協力者としか書かれていなかった理由は、当時は胚培養士自体が少なかったためである。実際、体外受精を実施するにあたって医師ともう1人、看護師と一緒にやっているという施設もかなりあったので看護師もこの実施協力者の中に入っていた。でも今は看護師と医師だけで実施する施設はまずないと思ってい。そうであれば胚培養士「等」というのは入っても構わない。
- *：看護師といった文言を入れる案も実はあった。

- * : そうだ。「等」のところだが、実は施設登録の段階で、実施協力者で看護師のところと胚培養士のところが両方とも必須になっており胚培養士と看護師という案もあったが、やはり生殖補助医療における胚培養士の重要性についての考えがあり、あえて「等」にした。
- * : 登録のところで看護師というのもあるということ継続していくのか。
- * : そうだ。外形に医師と看護師と胚を扱う者、というところが変更していく部分の1つであるという認識でよいか。胚を扱うものとしてという外形に看護師は入っていないが、実施施設登録には必ず1名以上の看護師を登録するという形で対応している。
- * : 実施を協力するということだ。そこの齟齬を含めてお願いしたい。今後は胚の取りかえを扱う、になるのか。
- * : そうだ。胚培養士の数が少ないことから、胚を扱うもの或いは医師という書かれ方だったが、学会名の冠をつけずに何をもって胚培養士かという問題が残るのかもしれないが、胚を扱うものというところを具体的な標準的な職種で、見解に合わせて申請書の内容も変えていくように理解している。完成版に合わせて対応したいと思うがよいか。
- * : 胚を扱うものというのは、医師でもよい。
- * : 今は医師、胚を扱うものを括弧医師でもいいという書かれ方になっている。
- * : ということは、医師と胚培養士両方いなければいけないということはないということか。
- * : 医師と看護師がいればよく、その医師が胚を扱えれば胚培養士がいなくてもいいのが現状ではある。
- * : だから医師が自分で胚を扱えばそれでいい。それはそのまま継続するということになるか。
- * : 今のこの論点はとても大事なポイントであり資料を共有したい。これが現在の実施登録施設の見解になる。今回改定していないが今後改定をしなければならなくなる見解だ。必要不可欠な基準要員は、実施責任者、実施医師、看護師、それから胚を取り扱える技術者。ここのところが「胚培養士等」になってくるということになる。
- * : 「医師或いはいわゆる」を抜かして「医師或いは胚培養士」ということか。「いわゆる」が要らないということか。
- * : 「胚培養士」という文言が市民権を得たとみなすということだ。胚を扱える④というのは①、②の医師が④も兼ねることがあっていい、という構成である。
- * : この文言ではそうだ。だから最低限自分ですべてやる医師が1人いて、もう1人看護師がいればできるということだ。
- * : それでは胚培養士等の実施協力者といった文言に見解を変えるということで認められたということで進める。理事会に向けて資料を作っていくたい。また、臨床倫理監理委員にはメールで事前に共有するので、コメントがあれば出して欲しい。
- * : 理事会のメンバーに事前に審議したい内容をメールで回覧すれば見てくれると思う。

7. 施設からのお問い合わせについて

- * : 今回は特にない。

8. NIPT 等の出生前検査に関する専門委員会について

- * : NIPT との出生前検査に関する専門委員会に関して臨床研究を行うにあたり、日本小児科学会と日本人類遺伝学会にそれぞれ各施設が事前に問い合わせをして、その元で日産婦としてはそれを受け入れ、また施設に戻すといったスキームがあったが、こちらに関しては、その後母子保健課から連絡がなく今日報告することはない。母子保健課の連絡を待って資料を示す予定だ。
- * : 流れでは各学会に母子保健課から指示があり、各学会連名で各施設にこれを配布するという手前まで来ていたが、日本医師会の文言が入ったところで止まっている現状だ。もし情報があれば頼みたい。

9. 日本生殖医学会との合同会議に関する報告

* : 9 の日本生殖医学会の合同会議は議論する時間がないので次回準備をして議論していきたい。

10. 特定生殖補助医療法案について

* : 6月23日の国会の会期に間に合うかどうかという現状だった。こちらにも何か情報があれば伝える

11. 公的プラットフォーム設立準備委員会に関する報告

* : 総務委員会マターだが臨床倫理監理委員とも情報共有したい。1月1の会議は公開シンポジウムのような形式で多くの方にも参加してもらい公的プラットフォーム設立に関する公開講座という仮称で開催していきたい。また事前に相談する。

12. その他

* : 次回の臨時会議では、臨床倫理監理委員にも PGT-M の審査結果に関する報告のあり方に関して報告し議論してもらい、さらに理事会に進めていきたいと思っている。参加願いたい。

以上をもって会議を終了し、閉会した。