

令和7年度 第3回 臨床倫理監理委員会 議事録

日時：令和7年8月14日（木） 17時 - 20時

※Web 会議形式にて開催

出席者

委員長：三浦 清徳

副委員長：永松 健

主務幹事：梶村 慈

委員：岩瀬 明、織田 克利、小野 政徳、片桐由起子、岸 裕司、久慈 直昭、
倉澤健太郎、榊原 秀也、佐々木愛子、関沢 明彦、高井 泰、立花 眞仁、
谷口 文紀、中村健太郎、堀江 昭史、松村 謙臣

オブザーバー：苛原 稔、木村 正、久具 宏司、鈴木 直、三上 幹男

陪 席：小西 郁生、杉野 法広、廣田 泰、万代 昌紀

欠席者

岩佐 武、加藤 聖子（オブザーバー）、桑原 章、原田美由紀

[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>

1. 議事録確認

*：委員の先生方から意見なければ報告事項1の議事録については確定とさせていただきます。

2. 登録・調査小委員会報告

(1) ART 登録について 【資料2-1】

(2) 登録・調査小委員会報告について 【資料2-2】

*：定例の ART 施設登録数は 615 施設で表に示す通り。ART オンライン登録状況は、2023 年分は公開する準備を整えているという段階で、今登録が動いているのは 2024 年分と 2025 年分。2024 年分は 497,000 周期の登録が現時点で行われており、2025 年分に関しても 249,000 周期がすでに登録されている。施設申請の 5 年ごとの更新に関して、更新 41 施設のうち、40 施設において受理されて審査結果通知まで終了しているが、残り 1 施設の修正申請、修正が今まだ動いているところである。学会誌第 77 巻 11 号に登録・調査小委員会報告として、2023 年分の体外受精胚移植等の実施成績、いわゆる ART データブックの内容が掲載される予定だが、ホームページへの公開に関しては、それに先行して 8 月末を目途に今準備が動いているところである。

(3) 日産婦クローズド企画の周知確認について 【資料2-3, 2-4】

*：日産婦の ART 登録施設を対象としたクローズドの説明会で各施設に啓発した中で、安全管理研修が本当に 1 年に 1 回実施されているのかということに関し注意喚起を行った。これは多くの日産

婦の会員の先生方が関わっている日本卵子学会の胚培養士試験の面接試験において、研修があまり行われていないのではないかという意見を会員の先生方からいただくという背景があり、毎年1回、各ART施設から研修を間違いなく行っている、という書面を施設長と実施責任者の署名を持って提出していただいている。それを強調する形で各施設に発出する文書をブラッシュアップして、クローズドの会に参加していなかった施設にもきちんと周知をするということで、追記変更して施設にお渡しする予定。この署名を以て、安全研修が1年に1回実施されている、その注意喚起に相当する部分も全施設に署名を以てお知らせすることができるという取り組みである。

- *：生殖医療に関する安全管理の職員研修には、こういった研修が理想的だというひな形のようなものがあるか。日本生殖医学会では研修会があるのか、施設によって内容に差があるのか、教えていただきたい。
- *：ひな形のようなものはない。各施設で医療安全研修があるかと思うが、それに相当するような生殖医療に対する医療安全研修を行っているかという聞き方をされていて、その内容に関しては、特に指定していることは日本産科婦人科学会ではないし、関連学会でもそういった内容を発出しているということはないと理解している。
- *：やることかどうかも含めて、生殖の先生方とも相談しながら考えていた方がいいかと思いきコメントさせてもらった。
- *：ART施設認定でダブルチェック等施設要件のいくつか細かい記載があるので、そういったものを遵守することを職員向けに1年に1回は周知徹底していただきたいという内容であると理解している。
- *：例えば大学病院とかであれば年に数回、安全管理に関する講習会というのを全職員向けに行われていると思うが、そういう講習会を開催しているということでもよいか。
- *：生殖医療に関するという冠がついているので、病院でやっている安全研修には生殖医療に直接は関係ない講習内容も非常に多いかと思うが、関連しているところもあると思われる。その判断も含めて、施設長とART実施責任者の判断に委ねている。その2名の自署をもって、それぞれの施設で取り組んでいるということにしているが、施設の入職時の安全研修みたいな、新入社員を対象にした研修だけしかやっていない施設があるかもしれない印象を受けるという話がある。きちんと1年に1回、例えば取り違い防止に代表されるような研修を実施していただきたいという啓発である。
- *：今のような質問は相当数が日産婦に問い合わせが行く可能性があるが、どういうものが生殖医療に特化した研修になるか、Q&Aみたいなものは作られる予定はあるか。
- *：現時点でそういう予定はない。
- *：大手のハイボリュームセンターはいいが、確かに大学では全職員向けで相当しっかりした安全研修をするので、そこにさらに生殖のことを上乗せして特化したものを作るのは結構難しい。最近の生殖の話題とかで1年に1度やっている一般的な研修会みたいなものを合わせ技でやって、これをもって研修とするという考え方はある、特化したカリキュラムを作るのは難しいかと思う。
- *：逆にそこをはっきりしてしまうと各施設の負担が増えるので、一応生殖医療に関するという冠はついているが、施設長と実施責任者のご判断でということかと思う。一番大切なのは、1年に1回職員を対象にして実施していただきたいというところで、病院全体の研修が行われている施設では施設の判断でそれを当てるかどうか。その内容も含めてお任せするというところでよろしいのかと

これまで思ってきたところであるし、多くの施設はそのように判断している印象を受けている。

- * : Q&A みたいな形で、こういう事例というのを挙げるのは確かによいと思う。
- * : 何かプラスアルファの文言があった方が大学とかは判断しやすいとは思う。とにかく1回もやらず、ただ診療するだけみたいな人がやるのは絶対ダメだと思うが、1年に1度安全意識を高めた上で、様々な例えば副作用の報告などは総体としていいと思うし、ハイボリュームセンターはこんな内容をされているというような、箇条書きでもあったらよいのではないか。
- * : ART 施設登録の申請や審査に関する対応と非常に関連があると思っている。申請あるいは更新の手続きの中で各施設が使っている説明同意書を含めて小委員会では審査しているが、その中のコンセプトとして、「書くべきことは決まっているが、あえて学会としてはひな形を出していない」という対応をしている。最低限網羅しなければいけないところが書かれているか、明らかな誤りが無いかをチェックするという視点で取り組んでいる。安全研修に関しても施設の判断に委ねるところを広くしておいて、1年に1回は必ず全職員の方を対象にしてくださいという、その程度の発出の方がよろしいと小委員会としては思う。
- * : そういのが何らかの形で伝わり、問い合わせが多いということはない方がよい。問い合わせを扱う上で一個一個判断したように返事をするのがいいのかはお任せする。
- * : 事務局とよく相談しながら対応負担が多くならないよう、この文書を発出するまで検討させていただければと思う。

(4) その他「ヒト精子・卵子・受精胚を取り扱う研究に関する登録」の様式に関する一部改定について【資料2-5, 2-6, 2-7】

- * : これは他の委員会との横断的な取り組みの一つでもある。ご本人の個人の現住所は個人情報の視点から必要なく、勤務地と連絡先があれば十分という判断で現住所のところが削除された。資料2-7は、「受精卵」が官公庁の用語で「受精胚」になったということに合わせてこちらの表記を変えた。

(5) ART 報告のスケジュールについて

・登録・調査小委員会と生殖・内分泌委員会のスケジュールの共有について

(登録・調査小委員会は8月、生殖・内分泌委員会は6月に委員会報告を掲載している)

- * : 現在、登録・調査小委員会からART報告を行っているが、今後、生殖・内分泌委員会に移っていくので、その報告が登録・調査小委員会では例年8月に行っていたところ、生殖・内分泌委員会報告が6月になるのでタイムスケジュールに齟齬が生じる。実際には2026年1月からの登録分がこれに該当するが、その報告書が2027年にまとまることになる。臨床倫理監理委員会と生殖・内分泌委員会とで連携してどのようにデータを出していくかを継続して審議していくことになる。
- * : 今までこの登録・調査小委員会で新規の申請あるいは施設更新の書類の審査など、ART登録のUMIN登録とそのデータの取りまとめを全部担当されていたが、UMIN登録と各施設が入れる大量のデータの一括登録システム構築をこれから両委員会で費用を出して外注し、生殖・内分泌委員会の方に分担される。ART登録事業の小委員会とデータの利活用の小委員会がタッグを組んで整えようという動きをしている。そこで時間の差が出てしまい、6月に様々な他の専門委員会と揃えた生殖・内分泌委員会報告をするが、ARTの登録のデータが出てくるのが8月末なので間に合わない。校正作業の後に登録・調査小委員会報告として掲載しているところに一部を揃えていただくと

問題ないかと思う。一年後のことだが考えていきたい。従通りだと少し難しい。

- *：ここの報告のずれというところをどう解決していくかということについては、今後8月に合わせるか、6月に合わせるか。
- *：他の委員会と一緒に6月にすることが難しいということになる。6月にデータを出すのは無理なので、一部は登録・調査小委員会として、生殖・内分泌委員会ではなくて、登録・調査小委員会の方とまとめてさせていただく。
- *：その発表、情報の公開の仕方を少し検討しながら詰めていくということによいか。
- *：会員の方には迷惑はかからないと思う。

3. がん・生殖医療施設認定小委員会報告

(1) 令和7年8月12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3-1】

- ・妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）：175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：172施設（うち、生殖医療専門医が不在のため、暫定施設として取り扱う施設：5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：5施設
- *：資料3-1が、検体保存機関と温存後生殖補助医療の実施の施設登録状況である。検体保存機関のみの登録施設が175施設、温存後と検体保存両方とも施設登録されているのは172施設、温存後のみを行う施設が5施設になっている。

(2) 妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）および温存後生殖補助医療実施医療機関の施設認定要件について 【資料3-2】

- *：妊孕性温存療法の実施医療機関の施設認定要件は掲示しており、令和3年と令和6年に修正したが、温存後の生殖補助医療施設についての施設認定要件については記載した要項は一切なかったので、加味するような形で施設認定要件を作成した。現在ある検体保存機関とそれに付随するような形で温存後生殖補助医療の実施医療機関をここに加味する形で要件を書いている。この検体保存機関、妊孕性温存実施医療機関のみに要件としてあるところについては、のみ、という形で記載している。施設認定要件においては、2026年の末（令和8年の末）に症例数が5例以上、がん生殖ナビゲーターなどが常勤でいることが必須条件になると2年くらいかけて幾度となく周知しているが、なかなかそれが浸透しない。カウンセリングも症例数に含むことは口頭では説明はしていたが、紙面の中ではまだ記載していないということがわかり、今回カウンセリングも要件に含むというのを追記したの新たな改定要件になる。

(3) 日産婦学会における委員会企画（クローズド企画）の内容の周知について 【資料3-3】

- *：日産婦学会委員会のクローズド企画などで説明してきたが、登録施設からは何度となく連絡がきて皆さん理解してもらえていないところが結構ある。今回このART実施登録施設の全ての施設にがん生殖医療施設認定必須条件に関する注意喚起という形で、理事長、臨床倫理監理委員会委員長、小委員長の連名で、今後がん生殖医療を行うためにはこれが必要というのを記載した依頼書を改めてお送りしたいと考えている。内容としては、施設認定要件に関わること、この中にはカウンセリ

ングも含むというのを下線できっちりわかるような形で説明文を記載した。それについて認識してもらったかどうか署名をいただいたものを送り返してもらい、周知を徹底していきたい。これまでもウェブなどで説明会を行ってきたが、周知ができていないことがあるので、こういう形で最終的な周知を行いたい。

- *：特に施設要件が変更になるところと施設要件の条件を満たすために、カウンセリングも 1 例として数えられるという点がしっかり周知できないとがん・生殖医療認定施設を維持できない施設が半分以上出てくるというような状況で、非常に医療に影響が出る。PGT-A・SR、ART 登録、がん生殖の委員会、PGT-M もだが、例年クローズドの会として他のプログラムと重ならない形で、早朝に伝達事項を毎回日産婦の学術集会に合わせて開催しているが、出席率が 30~40%というところが非常に問題と思う。各施設 1 人でもいいので、認定施設は参加しないとイケないと思う。
- *：今回の確認書において、先ほど説明された誤解が生じやすい点に限定して確認するという形で、例えばこの施設認定の中では、がん・生殖の場合には必ず生殖医療専門医が入ってなければいけないこともあるが、そこは今回は確認はしないということによいか。
- *：必要であれば一緒に施設認定要件もお渡しできればいいのかと思っている。
- *：これだけの形に誤解されると思ったので、この際それも周知する意味で一緒に聞いてもよいのではと思う。
- *：生殖医療専門医や施設を維持するために必要な最低要件の確認をしていただき、最終版を上げていただきたい。

4. 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 7 年 7 月 10 日）

- ・施設申請（新見解基準）：承認 38 施設（うち付記があるもの：2 施設）【資料 4-1】
- ・症例申請（2022 年 6 月からの新見解基準）：156 例《承認 121 例、条件付き承認 14 例、不承認 6 例、照会 11 例、審査待ち 2 例、取り下げ 2 例》【資料 4-2】

*：PGT-M は認証施設が今 38 施設あり、一部、倫理委員会の条件を満たしていない施設に修正いただいている。この一年くらいは 38 施設で変わっていない。東北地域や北陸地域など一部の地域においては PGT-M の認定施設がなく、ART 施設と大学病院とで連携して申請も可能と案内したが増えておらず、この 38 認定施設で実施されているという現状である。38 の認定施設でも 1 例も申請していないところもあるが、おいおい増えてくるのではないのかと思っている。

(2) PGT-M 認定施設向け遺伝子バリエーション評価に関する講習会について

- ・昨年開催した PGT-M 認定施設に向けた講習会を 2025 年 12 月 21 日（日）に開催する
- *：PGT-M 認定施設向けに遺伝子バリエーション評価に関する講習会を本年 12 月 21 日（日）に予定している。バリエーション評価に関して最新のデータではないデータベースを使って申請されてきて、実際には最新のデータベースでは疾患遺伝子ではなく疾患感受性遺伝子で、ほとんど疾患への関与がないような遺伝子だった事例があったので、認定施設向けにバリエーション評価に関する最新のデータベースの使い方を周知することは重要ではないかということで始めた企画である。昨年 1 回開催しただけで、新規申請分については全ての施設から最新のデータを用いて申請されてきている。データベース自体が毎年バージョンアップされているので、こういった講習会を 1 年ごとに年末に開催しよ

うということになった。開始時間については、前回アンケートから 11 時や 10 時などかどうか。

- *：9 時スタートでは始発でも間に合わず前泊しないといけないという意見をいただいた。
- *：そろそろ周知をして日程を確保してもらった方がよい。

(3) 日産婦学会における委員会企画（クローズド企画）の内容の周知について 【資料 4-3】

- *：現状は紙で症例申請していただいているが、EDC を構築し今後はオンライン申請になるので、学術講演会委員会企画のクローズドの会で症例申請における注意点などを通達したが、それを確認したという確認書を 38 施設に送って確認する予定である。
- *：オンラインでの申請に取り組み 11 月から運用が開始されるが、簡単に登録できるような感じか。
- *：慣れれば簡単になると思う。紙の中から審査する項目を小委員会の担当幹事が拾い上げるという作業はサステナビリティがないので、申請施設に一部この枠に沿って入れていただくということ。ご意見があるのも見越して、Q&A に「なぜオンライン申請になったのでしょうか？」を作って、そのように返答するようにしようと変更した。

(4) 2024 年下半期の報告書案と PGT-M 統合報告書案について 【資料 4-4, 4-5, 4-6】

- *：新見解になった後、2023 年の 1 年分を 2024 年 8 月に審査症例結果として公開した。今まで 2 回公開を行ってきたが、これが 3 回目のリストになる。2024 年の下半期、7 月から 12 月に審査を行った症例で、新規症例が 28 例。不承認は 3 例で、既報告だが筋強直性ジストロフィー 1 型と、新しい不承認の報告としては、骨髄性プロトポルフィリン症、ミトコンドリアの 3243 変異である。今回リーフラウメニ症候群が出ているということも世の中に公開することになる。遺伝性腫瘍として網膜芽細胞腫に引き続いてリーフラウメニ症候群が 2 例、網膜芽細胞腫もまた新規で 1 例出ているということが公開される。過去にマスコミから新見解になってからの通しの報告がないのかというご意見をいただいたので、新見解での審査、申請症例を全例まとめて 124 例について統合報告書を新たに作った。こちらは遺伝子名などは割愛し、遺伝性疾患の大きなくりの疾患名で登録している。筋強直性ジストロフィーが 1 番多くて 20 例、中間型も含めてデュシェンヌ型が 12 例で、上の方は今まで通り神経筋疾患が続いている。ただ、網膜芽細胞腫、リーフラウメニ症候群、マルファン症候群が入っているので、新見解によって新しい重篤性の基準に該当するようなものも審査がされているということが、これを見てとっていただけるかと思う。
- *：この情報公開についてはこの委員会で皆さんの意見をお伺いした方がよいと思う。
- *：前文も上半分は 2024 年の上半期の審査結果の報告の時とほぼ同じ内容になっている。不承認の理由については、不承認になった症例の細かい内容をもっと公開してほしいという意見もいただいたが、先週の臨時の PGT-M 審査小委員会の方ではこれくらいの書きぶりがいいのではないかということであった。PGT-M 実施の基準である重篤性を満たすとは言い難いと判断されたため、疾患の発症を下げることに十分な科学的根拠がないため、というところまでの言及にとどめている。下半期報告と統合報告と前文について、親委員会の方でもご確認いただいてご検討いただきたい。
- *：「疾患の発症率」を下げるではないか。文言について、詳細に関しては各施設には詳しく伝えているか。あえて書かなくてもいいが。
- *：各施設にはもう少し詳しい内容をお返ししている。この報告では今まで 2 回とも言及はしてこなかった。

- * : PGT-M に関する日産婦用語集の日本語を変えており、単一遺伝子疾患に対する着床前検査とし、解説の中では、日本ではこの単一遺伝子疾患に対する PGT を重篤な遺伝性疾患を対象としているとした。「重篤な」というのは、単一遺伝子を対象とした着床前検査の中で重篤性を審査はしているが、今後こういった形にしていくとより議論がよりオープンになるかということも含めて「PGT-M」の言い換えの名称等について議論いただきたい。
- * : 英語のそのままとはニュアンスが違う委員会名にはなっている。何でも monogenic disorders だったらできるととられても危険かと思うので、この重篤なという文言は簡単には外しにくい。用語集との齟齬があるということは、使い分けたい。

(5)個別審査会に関する要望

・委員の再任の基準について 【資料 4-7, 4-8】

- * : 個別審査会の委員の中から指摘があった。委員の再任の基準が、個別審査会は明確になっていないので質問があった。個別審査会については委員の再任の基準がなく、設けた方がいいということで、その項目を資料 4-7, 4-8 に追加している。【4】着症前遺伝学的検査に関する臨床倫理個別審査会のところで新しく 4) を設け、「委員は 2 年を任期とするが、その再任を妨げない。」とした。PGT-M 審査小委員会のところにも 2 年を任期とするが再任は妨げないとなっているので、この項目を追加したいと思うがいかがか。
- * : 個別審査会の開催を検討したときに、どういった方が実際この個別審査会に入っただけかということもまだ不透明な状態でスタートしたということもあり、はっきりその辺りまでは規定しなかった。ある程度しっかり組織ができて運用されていることからすれば、任期に関する記載があった方が適切かと思う。2 年を任期とする、その再任を妨げないという、そういう記載で問題ないと思う。
- * : 遺伝性乳がん卵巣がんの方はまだ申請が来ていないと思うが、JOHBOC（注：一般社団法人 日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療制度機構）の学術総会に出て、シンポジウム等で PGT-M の話題が結構出ており、ディスカッションが進む状態になってきていると思うが、結構誤解があった。一つは、小児の重篤な遺伝性疾患だけは認められていたので、HBOC などは門前払いされているのではないかという話が出ていたので否定したが、そう考えている方はまだたくさんいるということ。もう一つは日産婦学会の中で、いずれ HBOC の PGT-M をどうするかという一般的な議論がなされるという期待、予測をしている方もいて、それも一つ誤解があった。一つ一つのその症例で検討していくということをまだ皆さんあまりご存じないので、よく周知しておく必要がある。来年度の JOHBOC の総会は、加藤聖子先生が会長として主催され、来年に万代昌紀先生が産婦人科遺伝診療学会を開催されるので、そういったところを利用して、PGT-M をいかにして申請するかということも皆さんに周知することが大事と感じた。
- * : HBOC については、様々な学会でも取り上げられているので、日産婦の審査のあり方については何度も発信していかないと、ホームページに出しているだけでは伝わらない。この委員の先生方はいろいろなところで関わっていくと思うので、ぜひ何度も何度も発言していただけたらと思う。

5. 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 【資料 5-1】

*：認定施設は PGT-A のみが 36 施設で、A と SR 両方の施設が 209 施設でトータル 245 施設。今回新たに 6 施設から申請があり、5 施設に関しては特に問題なく、1 施設は ART 施設を開いてから ART 症例登録を少なくとも一年分はしっかりしていただいていることを確認してからお認めする。細則の中に ART の診療実績があることが条件に入っているため、一年分はまず症例登録をしていただいているということで行っており、次の報告を待つということでは予定している。施設の登録内容の変更に関しては、事例問題なしということでは認めるとしている。

(2) PGT-A 細則の変更案について 【資料 5-2】

*：日本生殖医学会の方からガイドラインの改定で、PGT-A の適応に関して女性年齢が高年齢である場合に最終的な生児獲得率の面でもメリットがあるのではないかと報告が最近出てきているということを受けて、女性の高年齢というのを適応して追加できないかと提案いただいた。日産婦と生殖医学会のワーキンググループの中で話し合った結果と前回の臨床倫理監理委員会、小委員会の中での議論を経て文言を変更できないかと考えている。PGT-A のフルスペルを入れるというのは定款・見解改定検討小委員会で提案いただいた。以下の 1、2、3 のいずれかに該当する夫婦とするという適応の書き方で、従来は反復不成功と反復流死産で、そこに 3) の女性の高年齢の不妊症の夫婦と。前回の臨床倫理監理委員会の中では、現時点では女性年齢は 35 歳以上が目安となるという内容を議論いただいたが、「現時点」がいつかわかりにくい部分もあり、はっきりしている方がいいということで、2025 年 9 月の時点というかっこ付けで明記するということを考えている。女性の年齢が 35 歳がいいのか、もっと高い年齢がいいのか、逆にもっと若い年齢がいいのかは意見としては様々あるが、日本生殖医学会から 35 歳以上を検討いただけないかのご意見があったということと、現状の様々な海外の報告や状況、日本国内の状況を総合的に判断した上で、35 歳以上で考えていきたい。

(3) PGT-A 細則に関する Fine へのアンケート、会員向けのパブリックコメントについて

【資料 5-3, 5-4, 5-5】

- *：アンケートの結果から、当事者と診療に当たっている先生方の意見としても、3) の追加ということについては肯定的な意見が多いということではよいか。
- *：これは患者側と医療者側双方からすり合わせが十分可能なラインと思う。
- *：実際に社会的なニーズとしては、ここを加えるということが、中間報告では確認されているということではよいか。
- *：そうだ。
- *：短期間に膨大なデータをしっかりまとめていただいた。日本生殖医学会のガイドライン発刊の期限がある中で、学会員と当事者の方々の意見を聞いた方がいいと、日本生殖学会の先生方にもご理解いただいた上での今回の調査だった。膨大なデータであり、こういった情報を当事者の方々などに、これまで日本生殖医学会の関係の先生方が調査したことがあるかわからないが、いろいろところで情報共有をするとともに、この臨床倫理監理委員会では臨床倫理的な観点から、学会として

の意見や今後の対策などに持っていかれば良いと思う。実態調査を生かしていただきたい。この委員会は臨床倫理的な観点からの評価で良いと思うが、一方、この情報を他の委員会の先生方、日本生殖医学会の先生方にも共有していただくのも大事ではないかと思う。

- *：これだけのしっかりしたアンケート調査の結果をいろいろな学会と共有するというのと、来年の日産婦のオープン企画の方でもぜひ取り上げていただきたい。
 - *：細則の改定の文言について、女性年齢は35歳以上が目安となるという記載だが、主体がどこなのか少しわかりにくいと感じた。日産婦と日本生殖医学会と合同で検討した上で、対象としてはこういうふうな夫婦とすると定義付けたと思う。そうした場合、女性の高年齢の不妊症の夫婦で、現時点2025年9月時点で対象となる女性年齢の目安は35歳以上、というふうに体言止めにするのもありかなと思った。もしくは35歳以上を目安とする、と主体的に日産婦のこの見解の中で判断をしたというメッセージにしてもいいのかなと思った。
 - *：目安とする、という形か、体言止めとする。
 - *：今回、当事者へのアンケート、また広い会員の方からご意見をいただいた。日産婦のこれまでのいろいろな方の意見を大切にして、物事を進めていくところが担保できたので安心している。また、多様な意見があるので、第78回日産婦のクローズ企画案とオープン企画案があるが、ぜひ皆さんに知っていただけたら良いと思う。
 - *：患者さん、現場に携わっている先生方の意見を広く集めていただいて、その上で構成を定めていただいたということで、ある程度皆さん納得して決められる状況にあるのではないかと思う。
 - *：次回の理事会に、今回の改定案の先ほどの「目安とする」、という形で、アンケートの最終的あるいは中間的なものの抜粋、グラフも報告するような形で提案する。
 - *：アンケートは最終結果としてまとめたものを、臨床倫理監理委員会、PGT-A・SR審査小委員会、理事会に出せる形で取りまとめたい。
- *：PGT-A・SRの2023年に胚移植を実施したものに関する最終の妊娠までの結果が今、ほぼ出揃っている状況で、いくつかの施設で報告が少し食い違いがあったところの調整をかけている。次の臨床倫理監理委員会での報告を見ていただき、昨年同様公表していくということで予定している。

6. PGT に関する継続審議小委員会報告

- ・新メンバーで委員会を8月26日に開催する。
- ・PGT-MとPGT-Aの同時施行について改めて議論を行う予定である。
- *：小委員会の第1回目開催を8月26日に予定している。継続審議小委員会ではPGT-A・SRの小委員会の適応が追加されるという部分に関して情報を共有するとともに、PGT-MとAの同時施行についても、改めて議論を行いたい。PGT-M申請されてくる方の場合、35歳以上の方というのは非常に多いと思う。一方で、35歳未満の場合にはやはり同時施行が認められないのかということも改めて検討したい。先期から引き続き、10数項の検討課題があった。また改めて今キャビネットでも検討していきたい。
- *：確かにPGT-Aの今回の細則変更に伴って、同時施行は申請者側から必ず出てくる申請だと思う。しっかり議論いただいて、おそらくニーズとしては必要ということになってくる。生殖医学会とも連携するような形で対応させていただきたい。

7. 子宮移植に関する小委員会について

- ・6/16 に日本移植学会の小野稔理事長、剣持敬副理事長と話し合い、慶應義塾大学の研究の進捗に合わせて、合同委員会の設置・開催を進めていくことを確認した。
- *：子宮移植は産婦人科以外に、移植医療の中の一つという非常に特殊な位置づけがある。日本医学会の審議があり、それを踏まえて日本移植学会の理事長、副理事長の先生方、移植学会における子宮移植のありようを意見交換した。最終的には慶應義塾大学における研究の進捗状況に合わせて合同委員会を設置していくことになった。目的は、慶應義塾大学等の子宮移植を行う施設が社会やメディアにさらされるようなことがないような適切なサポートを行っていくこと。一つ提案を受けたのは、日産婦学会等において子宮移植を取り上げるセッション、あるいは臨床倫理監理委員会のセッションをやることで、社会の必要性を見ていくという日産婦としてのサポートもあるのではないかと議論になった。研究状況も伺いながら、合同委員会によって議論を深め、突然子宮移植が実施されたという形にならないよう、社会やメディア等も含めた雰囲気作りをしながら子宮移植の実施に至るようにしたい。また、移植学会でも子宮移植という生死に関わらない臓器移植に関しての意見が様々であることから、唐突な印象を他学会や社会、メディア等に与えないような形で、適切に実施施設と連携を取っていくことを確認している。
- *：その合同委員会の設置については。
- *：8月、9月あたりで考えているが、実施にあたってはもう少し時間がある。海外等の子宮移植の学会もあり、そういうところの動きなどを見ながら進めていければと思っている。
- *：子宮移植の治療成績などについても、小委員会で検討していただきたい。学会での企画についても、来年の学術講演会委員会企画のオープン企画等でもし取り上げることができれば。
- *：まずは少しずつ取り上げていければと思う。

8. 定款・見解改定検討小委員会

(1) 「PGT-A 細則」の変更案について 【資料 6-1】

- *：1の検査対象のところは、先ほどの PGT-A 審査小委員会からの報告を優先して、委員会からの文言で最終的に載せたい。これを機会に細かい部分を、重複を避けて、文章を整えている。

(2) 「生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解」の変更案について 【資料 6-2】

- *：生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解で、「受精胚」で統一している。胚を取り扱う技術者に関し、はっきりと医師または胚培養士とした。胚培養士については日本卵子学会と日本臨床エンブリオロジスト学会による統一資格である日本卵子学会認定生殖補助医療胚培養士であることが望ましい、と明記した。体外受精/顕微授精のところは、日本生殖医学会認定医が専門医機構に移行していく方向なので、この改定の機会に生殖医療専門医であることが望ましいと変えている。実施施設が設置すべき倫理委員会は、未受精卵子や胚を凍結、保存することは、保険診療あるいは一般的な診療となり、倫理委員会の承認を得る必要がなくなっているため、実態に合わせて変えた。ただし、卵巣組織に関しては実施施設の倫理委員会の承認は必要である。最後に胚培養士がはっきりと定義されたので、いわゆる、を削除している。
- *：日本卵子学会等からの要望に応える形で、用語の変更についても理事会にあげていきたい。PGT-

Aについても用語集の文言が変更になっているのかどうかという点については大丈夫か。

*：これは用語集通りである。

*：用語集通りで了解した。(1)と(2)については理事会にあげさせていただく。

(3) 国内における減胎術について 【資料 6-3】

減胎術の効果、現状の把握するための調査の必要性（生殖・内分泌委員会へ依頼するなど）

*：卵子提供についての動きを、臨床倫理監理委員会の先生方に周知いただきたい。会員のグループが独自の団体を設立して独自基準で卵子提供について検討していくという新聞報道があった。こちらは減胎手術に関する記事で、大阪大学について記載されている。減胎術をどうするかに関しては、平成 15 年の厚生審議会で、母体保護法の範囲外で母体保護法が適用されるものではなく、行政や学会がルールを決めて運用すべきだということが出されたままとされている案件で、大阪大学はこれを進めてくださっている状況にある。学会としてできることといえば、例えば生殖・内分泌委員会等で多胎の状況について実態調査等をするをご検討いただければと思う。

*：国内の医療における実態を調査する必要があるのではという提案だが、生殖・内分泌委員会でのかがか。

*：来月委員会があるので、そこでまず検討させていただきたい。

*：重要な調査になると思うので、お願いしたい。

*：多胎に関しては日本多胎支援協会（注：一般社団法人 日本多胎支援協会、JpMBA）が多胎の頻度をホームページに公開している。双胎は確実に増えている。最近の動向を調べていただくのもいいし、厚労科研のようなものを取っていただいてもいい。実は少子化に伴って NICU が空いているのであまり社会問題になっていないが、実際には育てる方にとってはやはり大きな問題なのできちんとしないといけない。学会が審査することはできないが、ガイドラインのようなことはあってもいい気はする。

*：ART データ登録でも多胎が増えていることが明らかになっていて、昨年公開した 2022 年は多胎率は横ばいだったが、ART による出生数が増えていたので多胎数は増えていた。これから公開予定の 2023 年では多胎率もそれまでに比べて少し増えており、また ART による出生数も増えているので、多胎が増えているということが見て取れる。

*：生殖・内分泌委員会の方で検討していただき、この調査について進めていただきたい。

(4) 学会規則等に関する検討 WG との連携について

*：総務委員会の中に学会規則等に関する検討ワーキンググループというのがあり、本学会に存在する見解やガイドライン等の規約等を交通整理していこうということになっている。定款・見解改定検討小委員会とも関わっていることなので連携して進めていきたい。

*：非常に重要な検討項目になるので、しっかりこの委員会でも情報を共有していきたい。

*：ワーキンググループで交通整理できるものはしていこうと思う。日常診療化しているものなどをガイドライン化していくなど。まず情報収集し検討を進めていく。

*：見解以外にもいろいろな指針等々、一つにまとめていく中で交通整理をするといった、2つの委員会とも密に連携しながらしっかり進めていければいいかと思う。

*：慎重に議論していただきながら、それぞれの立場もあると思うので、今後の方向性を決めていた

だけたらと思う。

9. 特定生殖補助医療検討小委員会【資料 7-1, 7-2】

(1) 議連への要望書案について

(2) AID 実施施設への匿名と非匿名に関するアンケート結果について

(3) 当事者夫婦へのアンケート案について

- *：去年の暮れに超党派の議員で配偶子提供、精子卵子提供に関する枠組みを決めようという動きがあった。特定生殖補助医療に関する運用検討小委員会は、この法案が通ったときに、日産婦がその運用をする立場として、どういうことを細かく決めていかなければいけないのか、患者様にどういうふうに伝えていかなければいけないのかを、法律ができる前提で実態に即した状態に運用するというで発足した委員会である。そのため生まれた方をサポートするカウンセラーや社会学者の方に多く入っていただいて、法律ができたときに出自を知る権利、つまり提供者と会える権利を重視する立場で、その運用を決めていこうという趣旨で、この委員会には出自を知る権利を重く見る方がたくさん入っていて、逆に匿名で AID をやっている先生方はあまり入っていない。ただ出自を知る権利に関して、議員の先生からも、例えば提供者に会うということを前提にすると提供者がいなくなってしまうという懸念もあったし、LGBTQ の方から、精子提供も卵子提供もそういう方にも、あるいは单身者にも範囲を広げるべきだという議論があり、そういった議論をしているうちに反対意見が多くなって、結局法案が廃案になってしまった。
- *：ただ出自を知る権利だけでなく、今まで見解で会員に長い間やらないでいただいている IVF-D などでも考える委員会はやはり必要だと思うので、本委員会は目的が発足当初と変わってしまっているが、存続する意義があると思う。学会として、当事者ができるだけ納得できる、かつ持続可能な枠組みを考えて精子提供・卵子提供という医療を社会に提供することを目指していく。
- *：法案は通らなかったのだが、まだ衆議院で改正した法案を再提出しようという動きがあり、議員連盟から日産婦としての要望案提出の依頼があった。資料は議員連盟に出そうと準備している要望書案である。骨子は、精子、卵子の需給を考慮し、提供型特定生殖補助医療の結果として作られる家族の幸せを考慮しつつ、我が国におけるこの治療の実績と、固有の文化に合った持続可能な枠組みを作ることである。いくら理想的なものを作っても、結局提供者がいなければこの医療はできないのでこれについても重く考えていこうと思う。二番は、子どもと福祉とか家族の幸せを第一に考えたときには、提供型特定生殖補助医療で生まれた子どもが自己の出自を知る権利、つまり提供者と会う権利は認めるべきであるということ。大多数の人にとって重要な遺伝情報というのは遺伝病ではなくて、自分が例えば 60 歳になった時に一体どこが弱くなってくるのかという情報はこれから先、長寿社会になった時に絶対必要である。この情報を得られないでよいと強制することは、倫理的には認められない、またその情報は提供者と会わない限り得られない。副次的には、一体自分がどういう才能を持っているか、若い人たちが道筋を決めるときにもこの情報はどうしても必要になってくる。三番目は、提供者は親ではないという規定を新たに作っていただきたい。これは前回議員連盟に要望書を出した時にも入っていたが、法案の中には入っていなかった。提供者をできるだけ募集しやすくすることと、提供者になった方と提供で作られた家族の間の無用な混乱を防ぐ。法的には他人だということをきちんと決めておかないと、今の法律は不妊治療に同意した親が親であるということしか書いていない。提供者は一体どういう位置になるかよくわからず、提供者が親になることもあり得るとい法律専門家の意見が多い。従ってこの規定がないと親や提供者双方に

とってリスクが消えず、他のインセンティブがある方しか提供者にはなりにくい偏った提供医療になってしまう。

具体的な要望だが、1. 情報の保存に関しては、法案の中でも 100 年間国立成育医療研究センターで保存すると明記されていたので、これはそのまま使っていただければ。ただ、卵子提供とかで親族、知人からの提供、姉妹からの提供は多いので、その情報もできたら国立成育医療研究センターで統合的に保存することは提案として書いてある。2. 出自を知る権利について、提供者は親ではないという法律を明文化してほしいということ、子どもと提供者が会うという文言にし、会うための支援について明記するということを謳っている。精子、卵子提供の際に提供者に匿名か非匿名か選択させ、この情報だけは治療開始時にレピシエントに知らせて、どちらかを選択できるようにする。廃案になった法案ではこの情報は書かれていないので、親は提供者が子どもに将来会うつもりがあるのかないかかわからない状態で提供してもらうという法案だった。最終的に 18 歳になったときに提供者が決めてくれればよく、子どもから要求があったということを提供者に伝えるが、あとは提供者の自由にといいことしか書いていなかった。問題点は、5 年あるいは 3 年後にもう 1 回この出自を知る権利について考え直すというのを謳っているが、一体どのくらいの人が匿名ではなくて、子どもに会ってもいいという状態で提供するのもわからないし、子どもが望めば提供者と会える方がよいというニーズが親の方にあるかどうかとも全くわからないという法案だった。18 年経ったときにデータが全くない状態で議論をしなければいけないというのは問題があるので、データを出すことをまず考えた。もう一つは精子提供と卵子提供は全く違い、精子提供の方は提供していただくときにストレスは少ないが、卵子提供の方は何回も通院をして OHSS のリスクを考えながら提供していただくことになり、両方とも同じように無償で非匿名とはすぐにはできないと思う。そのことも考えて匿名と非匿名を共存させるということも考えた。匿名で提供した場合でも子どもが 18 歳になって希望すれば開示の請求があったことを提供者に伝え、この時点で提供者の同意があれば、子どもが提供者と会えるようにする。気持ちが変わる場合もあり、18 年経ったときに社会の状況がどうか、遺伝情報をどのように考えるか変わっていると思うので、その時に提供者に少なくとも伝える道だけは残しておこうと要望案に入れてある。3. 供給機関と実施機関について、廃案になった法案では精子・卵子を集める機関とそれを斡旋する機関と、実施する機関は別々の機関であるように書いてあった。これは理想的ではあるが、諸外国では供給機関ばかりに負担が加わって結局誰も提供精子・卵子を集められず、実施機関が供給を受けることが難しいという状況になり、結果的に提供型生殖補助医療はできないという国がかなりの数ある。法案の提供機関→斡旋機関→実施機関という三者が独立した枠組みの他に、提供機関＝斡旋機関＝実施機関という一つの医療機関がすべての機能を有する枠組みを認めることを明記するというので、この問題はある程度緩和される。特に卵子提供では凍結が難しいという実務的な問題もあるため、この枠組みを認めないと多分できないと思う。4. その他では、血液型や人種に関しては治療開始前に開示することを認める。例えば、肌の色が違うとか、血液型が違うということで、親が子どもにきちんと話す前に、子どもが誰か他の人からこの親の子どもではないんじゃないかなんとかと言われることを防ぐため。個人を特定しない人となりなどの情報は、子どもへのストレスがより少ないと言われる就学前期での告知を進める意味でも、18 歳に達する前に必要に応じて実施機関が開示することを認める。前回の法案ではこの非特定情報も含めて 18 歳にならないと開示しては駄目と言われていた。議連に何度も質問したが、血液型、人種に至っても開示しては駄目という話だったが、それは倫理的ではない。どういう人が

提供したか、どういう職業についているか、その提供者が同意した範囲で個人は特定できないようにして子どもに話してあげることができるようにできた方がいいという提案である。また、精子提供では父親、兄弟、それから卵子提供では姉妹など親族や知人からの提供に対するカウンセリングについて、その特殊性を踏まえて支援する。父親、兄弟から精子提供を受ける場合、姉妹から卵子提供を受ける場合というのは遺伝的には非常に近いので、提供してもらう夫婦にとっては健康面では非常に安心で、目に見えており、隠れた病気があるということは非常に少ないと思うので。ただこの場合、あまりに提供者が近くにいるので、子どもに告知することが非常に難しいという問題が出てくる。精子提供の場合には、親族から提供してもらって、そのことを親が隠していて、後になって子どもは非常に傷ついたという例は本邦でも外国でもあるので、カウンセリングは非常に慎重にならなければいけない。それから、提供精子、卵子を用いた不妊治療全体の枠組みを広く国民に知らせるための方策、ガイドラインなどを行政が認めた形で公表する。実施機関に行き、同意書をよく見ないとわからないということではなくて、厚生労働省や子ども家庭庁のホームページに、こういうふうな形でやりますということを書くべきだということ提案している。これからやろうという人も、提供者も、子どももこういう枠組みでやっているということがわかりやすい。これは実施機関、それを監督する日産婦のためにもなるのではないかと考えている。

- *：これは議連に提出する要望書の叩き台ということによいか。
- *：そのとおりであるが、時間が迫っていることもあり大きな反対がなければ認めていただいて理事会に諮り、議連に渡したい。少なくとも日産婦としては法案ができなかったので、その医療を待っている、期待している患者さんに対してより良い医療を提供できるように継続していくことが大切ということも一緒に議連には述べていきたい。
- *：すごくよくまとまっているし、我々がずっと言ってきたことを非常に適切にまとめていただいた。そういうことを決める方々にこういう考えを地道にお知らせしてということは大事だと感じている。
- *：非常に難しい問題をよくまとめてくださっていると思う。一つだけ確認しておきたいが、出自を知る権利、生まれた子どもが実の遺伝上の親を知ることをぜひとも認めるような形に持っていっていただきたい。先ほど見せていただいたものの初めの方で、それがしっかり明記されていたが、最後の方で匿名か非匿名かを提供者が選んで、匿名を選んだ場合は18歳になったとしても生まれた子どもと会うかどうかは提供者が決める、提供者の同意があればというような形になっていた。そうすると、提供者が匿名と選んだ場合は子どもは会うことはできないことになってしまうということになるのが、初めの骨子のところと違うのかなと思って、そこはこういうふうなことになるのか。
- *：その通りである。この要望者案を出すときに、現在日産婦はAIDは匿名で動いているので、匿名で実施をしているAIDの実施施設にアンケートを行った。ただ、出自を知る権利は将来的にはやはり認めざるを得ないと思うので、このアンケートに答えていただくときに、匿名でやっている施設に、非匿名に一本化した方がいいか、それとも非匿名と匿名を両立させた方がいいかという二択で選んでもらった。日産婦に登録しているAIDの登録施設は17施設あり、回答いただいたのは10施設。10施設のうち両方並立がいいとしたのが7施設。非匿名のみというのが2施設。1施設は卵子提供のことだけ書いてAIDのことは書いておらず、回答がなかったのは7施設。非匿名も入れた方がいいという施設が9施設あり、匿名で現在治療を行っている施設に聞いたにもかかわらず半数以上が非匿名も入れた方がいいということは、非常に大きなことだと思う。非匿名は入れてもいいと

思うが、一方で大多数の施設が両方やった方がいいとしており、提供者が集まるかどうかかわからないということが主な理由であるし、またこのアンケートとは直接関係がないが卵子提供は全く未知数だということがある。要望案を出すときに精子提供と卵子提供を分けるわけにはいかない。卵子提供で全部非匿名にして、提供者は必ず子どもに会わなければいけないとして卵子の提供者が集まるのかは、現状で JISART などで行っている卵子提供はほとんど姉妹からの応募で、卵子提供者はいるが結局最後まで提供しないで終わってしまうという。インセンティブの問題もあるが、非匿名にしてしまうと提供者は集まらなくなるだろうということも考えた。ただこの要望書で提供者が嫌と言ったらずっと匿名のままかという、その一つの安全弁として親がそれを選ぶことができるということがある。親が匿名でもいいと言ったときは匿名になってしまうかもしれないが、親が非匿名を選んできれば、子どもは提供者に会える道がかなり広がる。また二つ目として親がたとえ匿名を選んだとしても、少なくとも子どもが会いたいと言ったら、匿名と言って提供した提供者にも子どもがそう思っているという知らせだけは送るということにしている。中途半端かもしれないが、現状で日産婦が出す要望案としてはこのくらいが限界と判断した。

- *：現状ではここが精一杯というのはよくよくわかった。
- *：AID の施設にアンケートを取られたが、AID 施設では結局は提供者が減ることをどうしても恐れるので、生まれた子どもたちがどのように考えているかという、ぜひ彼らからの意見をできる限り反映させるようにしていただきたい。
- *：今後また廃案になったものをゼロから作っていくための叩き台としての提案ということで、非常に現代に即した話を盛り込んでいただいて、とてもありがたく拝読した。けれども、それができるのがいつか全くわからない中で、それができるまでの間の日産婦としてのスタンスというもの、これまでと同様に法律ができるまではというモラトリアムの姿勢でよいのか、あるいは少しニーズに即した医療として提供されることをある程度認めていくのかということころは、大きな差になってくるかと思うが、そこについてはいかがか。
- *：その通りだと思う。一度廃案になって、この不安定な国会でこのまま塩漬けになってしまうという可能性は十分ある。日産婦は会告として匿名の AID だけを認めている。しかし現状は非匿名の AID を行っている施設もあり、また匿名、非匿名にかかわらず D-IVF をやっている施設もあり、さらに卵子提供についてもあらたな団体が立ち上がった。法的枠組みができるまで AID のみを認めるという医政局長通知があるから仕方がなかったのであるが、日産婦の見解は現状にそぐわない上に、現状この治療はほとんど野放しになっているという問題がある。そこで法律がすぐに成立しない場合、第一段階としては、精子提供の見解から匿名は外した方がよい。非匿名に強制するわけではなく、匿名でなければならないという縛りをなくして、その方向で議論をしていった方がいいだろう。ただこの時に、提供者は親ではないという法律がないので、その状態で非匿名をあまりに進めることは危険が伴う。提供者は親ではないという法律ができるまでは抑制的に慎重に進んだ方がいいだろう。第二段階として、体外受精の見解に「夫婦に限る」があるので、卵子提供も D-IVF もできないが、これは外す方向で議論をした方がいいだろう。D-IVF とか卵子提供もできるようになり、どういう方法でやった方がいいか枠組みを考える必要があるとは思うが、この二つの見解を外してしまえば先に行くことはできると思う。議連の動きを見つつ、もし動かない時には日産婦としても考えていくべきである。提供の対価については、精子提供はだいたい 10,000 円か 20,000 円で落ち着いているが、卵子提供をどうするかは未知数である。精子提供と同じかゼロにしてしまうの

は非現実的だと思うが、逆にあまり高いのも問題があると思うので、柔軟に話していく必要がある。商業的なバンクを全部認めてはいけないのかということについても、特に提供者は日本国内では集まらないとなってきた時には考えないといけないときが来るかもしれない。最初から絶対使わないとは言わないような方向で議論を進めた方がいいと思う。

- *：現代に即した形で、日産婦としては見解の改定を行いつつ、お子さんを望む人たちには寄り添っていくというスタンスを一步前に進めると理解した。
- *：この資料に基づいて、定款・見解改定検討小委員会等で議論していただくということによいか。
- *：これから委員会を通して親委員会との協議が必要であるし、その時にはエビデンスとして子どもからのアンケートも必要である。これから親になろうとしている方のアンケートも必要だと思う。以前に比べれば、子どもに話す、子どもに提供者のことを知ってほしいということが増えていると思うので、その意見は議員への要望にもかなり力になると思う。
- *：卵子凍結を東京都などが公費でやりだしているのだから、それをここに載せるのかどうかは少し考えておいた方がよい。特に対価ありの場合。原資タダで対価だけもらえるということが起こりそうな気がする。そのあたりはまた追々でいいが、考えていただければと思う。

10. PGT-M に関する倫理審議会について 【資料 8】

・報告書、質問回答集について

- *：4月5日に行った倫理審議会の報告書を、多くの幹事が細かく内容を確認して作った。その後さらにチェックさせていただいて、今まとめてほぼ出来上がっている。それぞれの発言をしていただいた方などにも内容の最終確認をした上で、次の理事会には報告をしていきたい。見ていただいて何か問題あればコメントをいただければと思う。
- *：膨大な資料をまとめていただき本当にありがたい。また委員会企画等で情報公開していく必要がある。

11. 第 78 回 学術講演会 委員会企画について

- *：来年の学術講演会の委員会企画で、現時点で ART 登録施設や PGT-A・SR、PGT-M、がん・生殖医療施設の小委員会からの重要な連絡事項ということでクローズド企画を 90 分で申請している。また、オープン企画は国内における生殖医療倫理の現状と課題ということで、課題や検討事項、社会に向けて発信しなければいけないようなこと、今関連する委員会が 6 つくらいあると思っている。この中で 90 分になるので、委員会として絞っていききたいので、各小委員会の委員長の先生方と検討させていただき、最終案を確定していききたい。委員の先生方からオープン企画に関して、何かご提案があればお願いしたい。

12. 施設からのお問い合わせ等について

- *：施設からのお問い合わせ等については、今回は特に報告事項等はなかった。

委員長が閉会を宣言し終了した。