

令和4年2月18日

要約：生命倫理に係わる生殖・周産期医療を管理・運営する公的機関の設置に関する提案書

(詳細は本文資料2を参照ください)

公益社団法人日本産科婦人科学会
理事長 木村 正
倫理委員会 委員長 三上 幹男
同 副委員長 鈴木 直

提案理由

生殖・周産期医療の中で、特に当事者男女の間だけではない生殖補助医療（ART）、着床前・出生前遺伝学的検査などについては、その運用・管理について一学会のプロフェッショナルオートノミーの範疇を大きく超えるものであり、さらに今後多くの問題点の発生が予想され、きちんとした管理を行っていくことは必要不可欠である。さらには、本件は少子化の日本においては国民全体の問題であることから、多方面の方の参加による審議の上での提言の発出、方向性を見極め・継続的な見直し、決定事項に関する管理運営を行う公的機関の設置をここに提案する。

生命倫理の対象、法律、指針の現状

産婦人科関連では、①人工妊娠中絶（母体保護法）、②生殖医療（生殖補助医療法：生殖補助医療の提供等及びこれにより出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する法律）、の法律が定められている。しかし、生殖補助医療法については運用の詳細について検討中である。一方で、出生前・着床前遺伝学的検査などの遺伝に関する、国民の一部に「命の選別」という懸念を持たれる検査については、現状では日本産科婦人科学会が社会に向けて公開している見解のみであり、この見解は学会会員以外に対する拘束力はなく、希望するカップルは日本で検査が出来ない時には海外へ渡航して検査を受けていることも多い。また精子・卵子・受精卵（胚）はすべて凍結され世界中に送付、世界中から受領することが可能な状況で医療界全体を包括する考え方の議論・対策は全くとられていない。

本邦での出生数・体外受精・胚移植の現状

少子化が大きな問題となっている中、ART 医療で生まれ児は今 14 人に 1 人であり、ART 医療の必要性は今後ますます高まってくる。また保険適用となることから、その医療施設の管理整備、統計データの管理も少子化対策の一環としては公的な機関が担うべきであり、生まれてきた児までも含めた調査研究などの推進が必要であると考えられる。

臨床医学会での運営管理としてはその限界を越えていると思われる事項（臨床医学会の限界）

1. 第三者を介する生殖補助医療（精子、卵子、子宮）の管理
2. 出自を知る権利（生物学的な親、育ての親）についての検討
3. 死後生殖（凍結精子・卵子・受精卵（胚）、卵巣組織等）についての検討ーがん・生殖医療との関係

4. 性同一性障害カップルにおいて生まれた子供についての検討
5. がん・生殖医療（精子、卵子、受精卵（胚）、卵巣組織等の長期保管・管理、死後生殖、将来的には代理懐胎）
6. ART 登録事業（施設・症例）人口動態統計（出生数は現在厚労省管轄で公表されている）に匹敵するような重要なデータ
7. ヒト精子、卵子、受精卵を扱う胚培養士は一般社団法人日本卵子学会又は一般社団法人日本臨床エンブリオロジストの会が個別に認定（日本産科婦人科学会の見解に従う義務はない）
8. 日本の家族観、多様な家族の形態（従来の概念に当てはまらない、新しい家族の形態）
9. 国民の生殖医療、遺伝医療に関しての Literacy を上げていくための教育
10. 産まれてくる子供の福祉、人権
11. これからさらなる発展が予想される遺伝学的検査に関しての運用・管理

海外での状況 参考資料 1

日本において公的機関が生命倫理に係わる生殖・周産期医療を管理運営するに際しての問題点・解決策

本邦では、ノーマライゼーションの理念、母体保護法の規定と人工妊娠中絶の現実との乖離が認められる。つまり、国が直接に規則（法）を策定することが困難である（着床前・出生前遺伝学的検査などについて）ことが考えられる。

解決策

現在、出生前遺伝学的検査（NIPT）に関しては、厚生労働省に NIPT 等の出生前検査に関する専門委員会（https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kodomo_145015_00008.html）、日本医学会内に出生前検査認証制度等運営委員会（<https://jams.med.or.jp/news/061.html>）が設置され、厚労省 NIPT 専門委員会での報告書（<https://www.mhlw.go.jp/content/000783387.pdf>）に基づいて運営委員会が実務を担当している。今後、この運営委員会で、患者への情報提供、NIPT 実施施設/検査所の認証、実施数（結果、予後）の把握、見直しを行い、厚労省の専門委員会に報告を行い、確認を受けるという予定である。形としては、厚労省は、厚労省専門委員会にての議論の事務、取りまとめを行い、外部機関での実務という形である。その費用に関しても国が負担していると聞いている。

上記の例を参考にすると、NIPT も含めて生命倫理に係わる生殖・周産期医療を管理・運営する公的機関の設置については、①生命倫理に係わる生殖・周産期医療について方向性を議論する委員会、② ①の委員会での方向性に基づいて実務を行う委員会、この2つの機能を持つ機関の設置が望ましい。生殖・周産期医療の目指すものは、母と子の安全を支援し、子の誕生を成し遂げ、生まれてきた子供を安寧に育む社会の実現であることから、こども家庭庁の中あるいは外殻団体、あるいは医療機能評価機構、専門医機構のような形で設置するべきであると考えられる。

資料

- 1, PDF 3 頁 諸外国における生殖補助医療の精度
- 2, PDF 4 頁 生命倫理に係わる生殖・周産期医療を管理・運営する公的機関の設置に関する提案書
- 3, PDF 14 頁 生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置の提案に関するアンケート調査結果

参考資料1

先進国ではARTに関する公的管理運営機関を設置

令和3年2月9日
調査及び立法考査局
行政法務調査室・課
社会労働調査室・課

諸外国における生殖補助医療の制度（米英独仏）

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス
根拠(関連)法	不妊治療クリニックの成功率及び認定に関する法律（連邦法）（1992） 食品医薬品局（FDA）規則（21 CFR Part 1271）（2005）	代理懐胎取り決め法（1985） 1990年ヒトの受精及び胚研究に関する法律 2008年ヒトの受精及び胚研究に関する法律	養子あつせん及び代理母あつせん禁止に関する法律（1989） 胚の保護に関する法律（1990） ヒト組織及び細胞の質及び安全に関する法律（2007） 臓器及び組織の提供、摘出採取及び移植に関する法律（臓器移植法）（2007改正） 着床前診断を規定する法律（2011） ※各州の「州医師会ガイドライン」も法的拘束力あり	民法典 公衆衛生法典 2004年生命倫理法 2011年生命倫理法
管轄官庁・管理運営機関	疾病予防管理センター（CDC） 食品医薬品局（FDA）	ヒト受精・胚研究認可庁（HFEA）－いずれの行政府にも属さない非府省型の公的機関。主務大臣は保健大臣	連邦保健省	社会問題・保健省 生物医学庁、卵子精子研究保管センター（CECOS） 州保健庁
生殖補助医療一般	・生殖補助医療を実施する医療機関に毎年の治療成績をCDCに報告させ、一般に公開 ・第三者提供の配偶子・胚を扱う施設は、ヒト細胞等を扱う施設としてFDAに登録	・HFEAが生殖補助医療等に係る認可・監督行政を一元的に行う ・生殖補助医療実施施設は認可制 ・法律婚・事実婚（いずれも同性婚含む）、単身者も治療の対象 ・着床前診断可	・生殖補助医療実施施設は臓器移植法に定める施設 ・法律婚・事実婚の男女カップル（ハンブルク州では、女性カップルにも第三者提供の精子による人工授精可） ・着床前診断は条件付きで可	・生殖補助医療実施施設は認可制（5年更新制） ・不妊等と診断され、生存しており（死後生殖禁止）、生殖年齢にあり、事前に同意した男女カップル（同性カップル、単身者は不可）* ・着床前診断は限定された場合にのみ可。実施機関は生物医学庁による認可制
第三者からの配偶子・胚の提供	・精子／卵子／胚提供一可 ・FDA規則により、提供者は感染症検査を受ける ・配偶子・胚の提供・受容可能年齢、条件等については、州によって異なる	・精子／卵子／胚提供一可 ・精子提供者は18～45歳、卵子提供者は18～35歳 ・提供者はHIV等の感染症検査を受ける ・1人当たりの配偶子提供件数は10家族以下 ・原則として規定額以外の金銭の授受禁止	・精子提供一可、卵子提供一禁止 胚提供一余剰胚のみ可（意図的な余剰胚の作製禁止） ・提供者はHIV等の感染症検査を受ける ・精子提供者1人当たりの妊娠回数は10回以下 ・余剰胚の提供は、早期の養子縁組として、NPO団体が仲介・関連医療を提供 ・精子提供は原則無償（若干の必要経費の授受あり）	・精子／卵子提供一可 胚提供一余剰胚のみ可 ・提供者は成人（18歳以上）又は子をもうけた経験のある者。精子提供者は18～45歳、卵子提供者は18～37歳 ・提供者はHIV等の感染症検査を受ける ・同一提供者の配偶子を用いて出生する子の数は10人以下 ・配偶子・胚の有償での取得等は禁止（交通費、休業補償の支払いはあり）
代理懐胎	・州によって異なる。代理懐胎契約を有効とする州、条件付きで有効とする州、禁止する州、何らの規定を持たない（判例法理に拠る）州	・営利目的の代理懐胎禁止 ・営利目的の代理懐胎のあつせん／広告禁止 ・非営利団体が金銭を受け取ってリストの作成・紹介・広告をすることは可（交渉参加は不可） ・代理懐胎の取り決めの履行に法的強制力はない	・禁止 ・代理懐胎のあつせん・広告も禁止	・代理懐胎契約は無効

* 女性の同性カップル・女性の単身者への生殖補助医療を認める内容を盛り込んだ生命倫理法改正法案が、現在フランス議会で審議中である。
〔出典〕三輪和宏・林かおり「イギリスとフランスの生殖補助医療の制度」『レファレンス』No.788, 2016.9, pp.29-51; 三輪和宏・林かおり「ドイツとイタリアの生殖補助医療の制度」『レファレンス』No.792, 2017.1, pp.33-59; 泉鏡子「ドイツにおける生殖補助医療と出自を知る権利—精子提供者登録制度と血縁関係に関する立法—」『外国の立法』No.277, 2018.9, pp.33-55; 各国法令等を基に作成。

令和4年2月18日

生命倫理に係る生殖・周産期医療を管理・運営する公的機関の設置に関する提案書

公益社団法人日本産科婦人科学会

理事長 木村 正

倫理委員会 委員長 三上 幹男

同 副委員長 鈴木 直

提案理由

1983年本邦初の体外受精児誕生（世界初の体外受精は1978年英国）以来、体外受精・胚移植の不妊治療への導入によって、①当事者男女の間だけではない生殖医療（配偶子提供、代理懐胎）、②凍結して保存すること（精子、卵子、受精卵（胚））、③出生前（妊娠成立前）に児の情報を知る（着床前遺伝学的検査）、が可能になった。本件は多くの倫理・社会的問題があるも、現状では日本産科婦人科学会の見解細則（日本産科婦人科学会会員への規則）のみで運用を行っている。特に当事者男女の間だけではない生殖医療、着床前遺伝学的検査などについては、その運用・管理について一学会のプロフェッショナルオートノミーの範疇を大きく超えるものであり、さらに今後さらなる新たなテクノロジーの発展導入に伴う多くの問題点の発生が予想される。さらにビジネス化の危険性もはらんでおりきちんとした管理を行っていくことは必要不可欠である。さらには、国民の生殖医療、遺伝医療に関する Literacy を上げていくことは緊喫の課題であり、特に義務教育の中に反映させるべきものであると考えられる。このように国民全体の問題であることから、多方面の方の参加による審議の上での提言の発出、方向性の見極め・継続的な見直し、決定事項に関する管理運営を行う公的機関の設置をここに提案する。さらに、臨床の一学会がすべての費用を負担してこれらの業務を行っており、公的な補助も全くない。確固たる財政基盤を有し、独立した運営が持続可能である機構が必要である。

生命倫理の対象、法律、指針の現状

生命倫理に関しては、①人体実験、臨床試験（臨床研究法、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針）、②脳死・臓器移植（臓器移植法）、③終末期医療（がん対策基本計画）、③遺伝子操作（生命倫理に関する取り組み 人を対象とする生命科学・医学系研究 https://www.lifescience.mext.go.jp/bioethics/seimeikagaku_igaku.html）、などの法律、指針が示されているが、安楽死、尊厳死などに関しては示されていない。一方、産婦人科関連では、①人工妊娠中絶（母体保護法）、②生殖医療（生殖補助医療法：生殖補助医療の提供等及びこれにより出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する法律）、の法律が定められている。しかし、生殖補助医療法については、生殖補助医療の提供等に関し、基本理念を明らかにし、国及び医療関係者の責務並びに国が講ずべき措置について定めるとともに、生殖補助医療の提供を受ける者以外の者の卵子又は精子を用いた生殖補助医療により出生した子の親子関係に関し、民法の特例を規定しているものである。つまり、現状は、第三者から精子や卵子の提供を受け、体外受精などの生殖補助医療で生まれた子について、親子関係を定める法律であり、その運用の詳細について検討中である。一方で、出生前遺伝学的検査（妊婦血液を用いて胎

児の染色体異常の可能性を調べる検査)、着床前遺伝学的検査(受精胚を用いて染色体異常、重篤な遺伝性疾患の原因遺伝子の有無、を診断する検査)、などの遺伝に関する、国民の一部に「命の選別」という懸念があるような検査については、日本産科婦人科学会が社会に向けて公開している見解のみである。この見解は学会会員に遵守を求めている自主的ガイドラインであり、会員以外に対する拘束力はない。そのために、希望するカップルは日本で着床前遺伝学的検査が出来ない時には海外へ渡航して検査を受けていることも多く、逆に海外からその実施について説明を行いに来ていた機関も散見される。また体外受精・胚移植が可能になったことで、精子・卵子・受精卵(胚)はすべて凍結され世界中に送れる状態である。このような状況の中で、公的な管理運営を行っていないのかどうか?医療界全体を包括する対策は全くとられていない。

本邦での出生数・体外受精・胚移植の現状

- 日本の2019年の出生数は86万人であり、少子化の一途をたどっている。
- その約86万人の中で14.3人に一人が体外受精・胚移植で生まれており、その8割程度が凍結受精胚からの児である。
- 母子保健法(昭和40年法律第141号)には、(医療施設の整備)第20条の2 国及び地方公共団体は、妊産婦並びに乳児及び幼児の心身の特性に応じた高度の医療が適切に提供されるよう、必要な医療施設の整備に努めなければならない、(調査研究の推進)第20条の3 国は、乳児及び幼児の障害の予防のための研究その他母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進のため必要な調査研究の推進に努めなければならない、と記載がある。
- しかしながら、生殖補助医療施設の施設登録整備、統計データ管理はすべて日本産科婦人科学会、単一の臨床学会が担当しており、しかも生後の児の発育までも含めてデータの収集は不可能である。

解説:少子化が大きな問題となっている本邦では、その対策として、今後ますますその必要性が高まってくる生殖補助医療が保険適用となることから、その医療施設の管理整備、統計データの管理も公的な機関が担うべきであり、生まれてきた児までも含めた調査研究などの推進が必要であると考えられる。

現在問題となっている生殖医療が抱える倫理的課題・社会的影響と検討・管理機関について

1. 出生前遺伝学的検査(NIPT)―医学会内に運営委員会設置(2021.8)、公的管理運営機関なし
2. 着床前遺伝学的検査(着床前診断)―日本産科婦人科学会倫理委員会、公的管理運営機関なし
3. 第三者の助けが必要な生殖医療
(ア)代理母―精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する報告書(平成15年4月28日)厚生科学審議会生殖補助医療部会2003年4.28、
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0428-5a.html> の報告書では禁止すべきと結論されている。それを受けて、日本産科婦人科学会ではその実施を見解として認めていない。その後の議論は行われていない。公的管理運営機関なし
(イ)提供卵子、提供精子―2020年秋に交付された生殖補助医療法により両院議員常任委員会で2年間を目途に検討中、日本産科婦人科学会より管理運営機関の設置を要望、公的管理運営機関なし、SNS上で多くの精子提供に関する内容が発信・裁判事例もあり、規制なし

4. 子宮移植—日本医学会子宮移植倫理に関する検討委員会（2021.7）報告書提出、運用を管理する機関としては、日本産婦人科学会と日本移植学会に一任、公的管理運営機関なし
5. 医学適応のない卵子凍結—日本生殖医学会よりガイドライン、日本産科婦人科学会生殖内分泌委員会より委員会報告、公的管理運営機関なし
6. 生殖医療のビジネス化—公的管理運営機関なし、規制なし

臨床医学会での運営管理としてはその限界を越えていると思われる事項（臨床医学会の限界）

1. 第3者を介する生殖補助医療（精子、卵子、子宮）の管理
2. 出自を知る権利（生物学的な親、育ての親）についての検討
3. 死後生殖（凍結精子・卵子・受精卵（胚）、卵巢組織等）についての検討—がん・生殖医療との関係
4. 性同一性障害カップルにおいて生まれた子供についての検討
5. がん・生殖医療（精子、卵子、受精卵（胚）、卵巢組織等の長期保管・管理、死後生殖、将来的には代理懐胎）
6. ART登録事業（施設・症例）は人口動態統計（出生数は現在厚労省管轄で公表されている）に匹敵するような重要なデーターを一臨床学会が管理している
7. ヒト精子、卵子、受精卵を扱う胚培養士は一般社団法人日本卵子学会又は一般社団法人日本臨床エンブリオロジストの会が個別に認定（日本産科婦人科学会の見解に従う義務はない）
8. 日本の家族観、多様な家族の形態（従来の概念に当てはまらない、新しい家族の形態）
9. 国民の生殖医療、遺伝医療に関しての Literacy を上げていくための教育
10. 産まれてくる子供の福祉、人権
11. これから発展が予想される遺伝学的検査に関しての管理・運用

解説：日本産婦人科学会は定款で、この法人は、産科学及び婦人科学の進歩・発展を図りもって人類・社会の福祉に貢献することを目的とする、と定めている。つまり、学会は学術団体として産科学・婦人科学の発展に貢献し、その結果の慰労を患者に定常して、福祉に貢献することが使命である。いろいろなルール、規則は、多くの立場の方が集まり議論して策定していくことが基本的な進め方と考えられる。その上で実践し、モニタリングを行い、生じてきた問題に対して継続的に審議を公に行い、運用を公的に管理していくことで、産婦人科医師は安心して、社会の福祉に貢献できると考えられる。

公的管理運営機関の設置に関する今までの検討・要望など

●精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する報告書（平成15年4月28日）厚生科学審議会生殖補助医療部会 2003年4.28、<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0428-5a.html> に中にその必要性言及。

●生殖補助医療の提供等及びこれにより出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する法律 2020年12月4日（生殖医療民法特例法、生殖補助医療法などの略称が用いられている）の中で、附則第3条で、①生殖補助医療の適切な提供等を確保するための次の事項その他必要な事項については、おおむね2年を目途として、検討が加えられ、その結果に基づいて法制上の措置等が講ぜられるものとする ○生殖補助医療及びその提供に関する規制の在り方 ○生殖補助医療に用いられる精子、卵子又は胚の提供又はあっせんに関する規制の在り方 ○生殖補助医療の提供を受けた者、精子又は卵子の提供者及び生殖補

助医療により生まれた子に関する情報の保存・管理、開示等に関する制度の在り方 ② ①の検討に当たっては、両議院の常任委員会の合同審査会の制度の活用等を通じて、幅広くかつ着実に検討 ③ ①の検討の結果を踏まえ、この法律の規定について、認められることとなる生殖補助医療に応じ当該生殖補助医療により出生した子の親子関係を安定的に成立させる観点から3の特例を設けることも含めて検討が加えられ、その結果に基づいて必要な法制上の措置が講ぜられるものとする、と指摘されている。ここで検討されている内容を一つの臨床学会が運営管理を行っていくことは到底不可能であることから、日本産科婦人科学会からは、公的管理運営機関設置については「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する提案書」について

https://www.jsog.or.jp/modules/news_m/index.php?content_id=1025、の中でその設置が要望されている。

●日本生殖医学会からも2009年に以下の提言 http://www.jsrm.or.jp/guideline-statem/guideline_2009_01.html が出されている。

6) 管理運営機関の必要性についての提言

本委員会では、管理運営機関の業務は、a) 提供者情報の保管管理、b) 出生した子についての情報の保管管理、c) 出生した子が成人に達した後の提供者情報開示請求への対応、d) 各施設の査察監督と治療実績の収集、統計処理及び公表、さらに e) 提供者が関与する生殖医療のこれからのあり方の検討等とすることを提言する。また、管理運営機関は、各施設から送付された配偶子提供者と被提供者夫婦の同意書を含む情報を、できるだけ長く保存する。

●NIPT等の出生前検査に関する専門委員会報告書 令和3(2021)年5月

<https://www.mhlw.go.jp/content/000783387.pdf> の中にも、

6 生殖に係る生命倫理問題の包括的・継続的審議の場の必要性

○現在、科学技術の発展は目覚ましく、特にライフサイエンス研究は社会の理解や受容の水準をはるかに超えるスピードで発展していて、様々な倫理的・社会的課題への対応を迫られている。本専門委員会において検討を行ってきた出生前検査だけではなく、着床前検査や第三者の配偶子提供や代理母による生殖補助医療、配偶子の凍結、生殖細胞へのゲノム編集など、出生前検査と同様の倫理的・社会的課題を内包する生殖関連技術は数多く存在する。

○諸外国においては、これらの生殖関連技術に係る倫理的・社会的課題について包括的に審議する公的機関が設置されている例が見受けられるが、我が国ではこのような機関は存在せず、個々の問題に対してアドホックに議論されてきたのが実状である。

○今後もライフサイエンス研究の発展が予想される中、我が国においても、生殖関連技術に係る倫理的・社会的課題を包括的かつ継続的に審議する場を設けることについての検討は喫緊の課題である。

●日本産科婦人科学会と本学会の会員の間で争った裁判の判決でも以下言及されている。

<http://www.cc.okayama-u.ac.jp/~mikiya/2007%20wadai%20inochi%20senbetsu.pdf>

2007.5.7

また、2007年5月10日、体外受精で得た問題のない受精卵を選んで子宮に戻す「着床前診断」を制限

する日本産科婦人科学会の自主ルール(会告)は、患者の子を生む権利を侵害するなどとして、会告違反を理由に除名処分を受けた〇〇院長と着床前診断を希望する夫婦ら 10 名が、会告無効確認などを求めた告訴に対して、着床前診断制限は適法であると東京地裁の判決が出た。以下 2007 年 5 月 11 日の読売新聞より引用する。中村也志裁判長は「会告の内容は公序良俗に違反しておらず、着床前診断の制約は違法ではない」と述べ、請求を退ける判決を言い渡した。一方で判決は、着床前診断の現状について、「学会の自主規制にゆだねられることが理想的とは言えず、立法による速やかな対応が望まれる」と、法制度の不備を指摘した。判決は、〇〇院長の処分無効についても、「学会の総会で承認され、適正な手続きだった」と述べた。

海外での状況

●HFEA (Human Fertilisation and Embryology Authority) 英国における生殖医療と生殖医学研究管理運営機関

1984 のウオーノック報告 (Warnock report) を受けて 1990 に成立した HFEAct (Human Fertilisation and Embryology Act) に基づき設立された管理運営機関。その機能は、当初、生殖医療と生殖医学研究実施施設への**ライセンス付与と査察**、情報収集保存管理と提供および広報活動、**生殖医療の臨床現場で用いられる実施規範たる Code of Practice の継続的な改訂作業** など。ただし、HFEAct の改正 (最終 2008 年) HFEA の改組 (最終 2017 年)、および生殖医療と生殖医学研究の進展の結果、その意義と機能は大きく変貌しつつある。

HFEA の HFEAct に基づく機能 (statutory function)

- to license and inspect clinics carrying out in vitro fertilisation and donor insemination treatment; 治療施設へのライセンス交付と査察
- to license and inspect the storage of gametes (eggs and sperm) and embryos; 配偶子と胚保存施設へのライセンス交付と査察
- to license and inspect centres undertaking human embryo research; 胚研究施設へのライセンス交付と査察
- to publish a Code of Practice, giving guidance to clinics and research establishments about the proper conduct of licensed activities; COP 出版による適切な指示
- to keep a register of information about donors, treatments and children born as a result of those treatments; 第三者の関与する生殖における情報の記録保持
- to keep a register of licences granted; 交付されたライセンスの記録保持
- to keep a register of certain serious adverse events or reactions; SAEO #
- investigate serious adverse events and serious adverse reactions and take appropriate control measures. SAE の調査と適切な対応 HFEA Annual report and accounts 2017/18 published 29 October 2018 による

●イギリスにおける生殖医療に対する法規制の変遷

1984 ワーノック報告:

(DHSS, Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology, Cmnd.

9314(1984)

1985 代理出産法 営利目的による代理母の斡旋と広告を禁止 ↓

1995 ヒトの受精及び胚研究に関する法律 Human Fertilisation and Embryology Act 1990

ヒトの受精及び胚研究認可庁 (Human Fertilisation and Embryology Authority) を設置 生殖補助医療によって生まれた子の親子関係の規定

2008 ヒトの受精及び胚研究に関する法律の全面改定 Human Fertilisation and Embryology Act 2008

「使用可能な」精子、卵子、胚の規定、DNA 改変の禁止、提供精子・卵子・胚、代理懐胎を容認 同性婚・独身者での生殖医療

2015 Human Fertilisation and Embryology (Mitochondrial Donation) Regulations 2015 疾患予防のためのミトコンドリア移植、同胞治療のための胚選別

＊参考資料 1 (諸外国における生殖補助医療の制度 (米英独仏))

●ドイツ国家倫理評議会(Nationaler Ethikrat)

ドイツ国家倫理評議会(Nationaler Ethikrat)について (<http://life-care.hss.shizuoka.ac.jp/news/20040924.html>) より引用改変して下記に示す。

国家倫理評議会は、2001 年 6 月 8 日に、連邦政府の決定〔閣議〕に基づき、生命諸科学における倫理問題をめぐる対話のための国家的フォーラムとして設置された。

委員構成

委員は 25 名。うち女性 8 名。現在の委員長は二代目、シュピロス・ジミティス教授 (民法、労働法、情報保護問題の専門家)、副委員長はレギーナ・コレック女性教授 (医学、神経生物学)。ほかに医師、生物学者、法学者、裁判官、生命倫理学者、哲学者、神学者、社会学者、建築学者、教師など、学際的な構成となっている。

会議の開催

評議会は月 1 回、全体会議 (約 6 時間) を開く。だいたい委員の 80% が出席するという。

全体会議場 このもとに四つの作業部会を置いて、クローン問題、バイオ特許、遺伝子診断およびバイオ・バンク、終末期医療のあり方を検討している。後者二つは最近始まったばかりである。各部会は月二回程度開かれている。

年に一回、公開大会 (Jahrestagung) が開催され、申し込めば誰でも参加できる。2002 年は「バイオ・バンク——科学の進歩のためのチャンスか、それとも人間“資源”の在庫一掃大売り出しか？

(Biobanken. Chance f?r den wissenschaftlichen Fortschritt oder Ausverkauf der "Ressource" Mensch?)」というテーマで講演とシンポジウムが行われ、大会記録が書籍として刊行されている。

2003 年には「他文化における出生前のいのちとの関わり方 (Der Umgang mit vorgeburtlichem Leben in anderen Kulturen)」というテーマで、生命倫理の文化的背景を比較文化論的に検討した。

公開大会は 10 時から 18 時まで丸一日かけ、250 - 300 名が参加したという。

これ以外にも、公開フォーラムが年 3 ～ 4 回開催される。2003 年からの 7 回のフォーラムのテーマは下記のとおり。

出生前診断 (「損害としての子」)

バイオ特許

終末期における患者の自己決定

臨床研究の倫理学とその国際的な規準

治療を超えるエンハンスメント

インフォームド・コンセント儀式的背後に——合意と情報と遺伝学

再生医療における組織移植——新しい移植医療の倫理をめぐって。

事務局体制

事務局は6名。事務局長1、専門調査官2（現在のスタッフの専攻はそれぞれ哲学と生化学）、広報担当官1、秘書官1、国際関係および作業部会担当官1。他に適宜臨時職員を雇用している。なお、事務局体制は十分かとのわたしの質問に、事務局長は、本当は専門調査官として、法律・社会科学分野であると2名ほどほしいと答えた。

これまで発表した見解

2001年12月 ヒト胚性幹細胞の輸入についての見解〔これについては松田純「ES細胞研究をめぐるドイツの激論」→<http://www.hss.shizuoka.ac.jp/shakai/ningen/gyou-ma.html>]

2003年1月 妊娠前と妊娠中の遺伝子診断

2004年4月 研究のためのバイオ・バンク

2004年7月 極体診断〔受精卵より排出される極体を用いて行う遺伝子診断。着床前診断の一つ〕

2004年9月 生殖目的のためのクローニングと医学生物学研究目的のためのクローニング

これらはすべて英訳され、ドイツ版、英語版ともに書籍として刊行されている。またHPにも全文が掲載されている。

以下の論文もドイツ倫理国家評議会の活動を示している

着床前診断をめぐるドイツの論争—2011年のドイツ倫理評議会答申を中心に—

(https://www.jstage.jst.go.jp/article/jabedit/26/1/26_63/_pdf)

本邦での状況（パブリックコメントより）

諸外国では、政府は法に基づき生殖補助医療実施医療機関を指定し、認定審査業務を医療と登録制の質の向上につなげる機会として活用することが多いようです。例えば台湾では、生殖補助医療実施医療機関は3年に一度、書面審査に加え、3名の審査委員（専門家）による1時間の実地審査を受けることとなっていますが、審査項目には人員や設備に加え、当局が無作為抽出した20症例の報告内容とカルテの突合審査も含まれます。オーストラリア、英国等も実地審査を伴う認定審査を通じて医療と登録制の品質保証を図っています。一方、わが国では都道府県等が特定不妊治療費助成事業の医療機関認定審査を行っていますが、生殖医療専門医が同行して生殖医療の質を高めようとする実地審査が行われているのは24%の都道府県等にとどまっており、事務職員による形式的な審査のみが行われる地域も少なくありません。ARTデータ登録についても妥当性の検証が行われていないため、ART-DBを用いた研究はその強みを活かし切れていません。生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関は、医療と登録制の品質管理に活用していくためにも有効です。保険適用にあわせて、生殖医療の均てん化とデータ登録に関する品質管理を行うことについても検討していただければと思います。詳細は令和元年度厚生労働科

学研究費補助金「不妊に悩む方への特定治療支援事業のあり方に関する医療政策的研究」分担報告書
「都道府県等における特定不妊治療実施医療機関の認定審査状況」(寺田幸弘)をご参照ください。

https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/192011/201907008A_upload/201907008A0009.pdf

日本において公的機関が生命倫理に係わる生殖・周産期医療を管理運営するに際しての問題点・解決策

本邦では、下記に示すノーマライゼーションの理念、母体保護法の規定と人工妊娠中絶の現実との乖離が認められる。つまり、社会として、人工妊娠中絶は女性あるいはカップルの自由な選択として認められている現状があることから、国が直接に規則を策定することが困難である(着床前、出生前遺伝学的検査などについて)ことが考えられる。

●ノーマライゼーションの理念

障害者基本法においては、全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり、を目指すことが掲げられている。

(NIPT 等の出生前検査に関する専門委員会報告書 令和3(2021)年5月

<https://www.mhlw.go.jp/content/000783387.pdf> より抜粋)

解釈：受精胚の選別、あるいは胎児が疾患や障害を有していることで人工妊娠中絶を行うことは、疾患やそれに伴う障害のある胎児の出生を排除することになり、ひいては障害のある者の生きる権利や生命、尊厳を尊重すべきとするノーマライゼーションの理念に反するとの懸念を持つ方がいる。

●旧優生保護法の反省

わが国においては旧優生保護法に基づき、優生手術が行われてきたことについて深い反省の下、優生思想が入り込むことのないよう、細心の注意を払い、ノーマライゼーションの理念が社会に浸透するように努め、妊婦等が社会的圧力を受けることなく、**妊娠、出産について自由な意思決定をできるようにしなければならない。**(NIPT 等の出生前検査に関する専門委員会報告書 令和3(2021)年5月

<https://www.mhlw.go.jp/content/000783387.pdf> より抜粋)

●母体保護法

我が国では、母体保護法上、胎児が疾患や障害を有していることは、人工妊娠中絶を認める条項として記されていない。しかし、胎児が疾患や障害を有していることにより、母体保護法が規定する身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害する恐れがある場合等に該当するものとして人工妊娠中絶を選択されていることも事実である。(NIPT 等の出生前検査に関する専門委員会報告書 令和3(2021)年5月 <https://www.mhlw.go.jp/content/000783387.pdf> より抜粋改変)

解決策

現在、出生前遺伝学的検査(NIPT)に関しては、厚生労働省にNIPT等の出生前検査に関する専門委員会(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kodomo_145015_00008.html)、日本医学会内に出生前検査認証制度等運営委員会(<https://jams.med.or.jp/news/061.html>)が設置され、厚労省NIPT専門委員会での報告書(<https://www.mhlw.go.jp/content/000783387.pdf>)に基づいて運営委員会が実務を担当している。今後、この運営委員会で、患者への情報提供、NIPT実施施設/検査所の認証、実施数(結果、予後)の把握、見直しを行い、厚労省の専門委員会に報告を行い、確認を受けるという予定である。形としては、厚労省には方針についての決定権はないが、厚労省専門委員会にての議論の事務、取

りまとめを行い、外部機関での実務という形である。その費用に関しても国が負担していると聞いている。

上記の例を参考にとすると、NIPT も含めて生命倫理に係わる生殖・周産期医療を管理・運営する公的機関の設置については、①生命倫理に係わる生殖・周産期医療について方向性を議論する委員会、② ①の委員会での方向性に基づいて実務を行う委員会、この2つの機能を持つ機関の設置が望ましい。生殖・周産期医療の目指すものは、母と子の安全を支援し、子の誕生を成し遂げ、生まれてきた子供を安寧に育む社会の実現であることから、こども家庭庁の中あるいは外殻団体、あるいは医療機能評価機構、専門医機構のような形で設置するべきであると考えられる。

生命倫理に係わる生殖・周産期医療を管理・運営する公的機関が行うこと

管理運営機関では、生命倫理などに関して議論を行う部門と運営を行う部門に分ける。

①生命倫理に係わる生殖・周産期医療について**継続的に**方向性を議論する委員会

方向性を議論する項目例（順不同）

- 生殖補助医療：施設認定、医師資格、胚培養士（ヒト精子、卵子、受精卵（胚）を扱う）資格（日本卵子学会並びに日本臨床エンブリオロジスト学会が認定）、実施数・適応・予後についての統計データ、情報発信
- 第三者を介する生殖補助医療（精子、卵子）：適応、精子、卵子収集、保管、情報管理（提供者と被提供者が安心して治療をうけることができる環境づくり、誰から（精子・卵子を）、どのような手順で収集、どう保存、誰に使い、その人たち、生まれた子供の情報を誰が、いつまで、保存するのか）、規制、出自を知る権利（生物学的な親、育ての親）、LGBTQ カップルについて
- 着床前遺伝学的検査について：適応、医師資格、施設認定、実施把握について
- 死後生殖（凍結した精子、卵子、受精卵（胚）、卵巢組織等）について（がん・生殖医療との関係）
- 出生前遺伝学的検査（NIPT）について
- 医学的適応のない卵子凍結について
- 生殖・周産期医療に関しての正確な情報の国民への発信について
- 継続的な当事者（生殖医療担当医、医療従事者と医療の享受を受ける方）たちからの意見聴取
- 少子高齢化における生殖補助医療について（適切な生殖年齢は？）
- 自然の摂理としての生物学的な妊娠の限界と、SRHR とのバランス
- 生殖ビジネスに関して
- 胚培養士について（国家資格？保険診療との関係）
- 不妊についての教育（義務教育での）
- 産まれてくる子供の福祉、人権

② ①の委員会での方向性に基づいて運営・実務を行う委員会

- 生殖補助医療：施設認定、医師資格認定、胚培養士（ヒト精子、卵子、受精卵を扱う）資格認定、実施数・適応・予後について調査（施設登録、症例登録（人口動態統計（厚労省管轄で公表）に匹敵するような重要なデータ））

- 第3者を介する生殖補助医療（精子、卵子）：施設認定、精子、卵子収集、保管、情報管理、規制
- 着床前遺伝学的検査について：適応、医師資格、施設認定、実施把握
- がん・生殖医療（凍結精子、卵子、受精卵（胚）、卵巢組織等の長期保管・管理）
- 出生前遺伝学的検査（NIPT）について
- 生殖・周産期医療に関しての正確な情報（検査、中絶、出産、育児、養育、行政サービス、など全体の見通し）の国民への発信
- 生殖・周産期医療に関しての患者相談機関の設置

生命倫理に係わる生殖・周産期医療を管理・運営する公的機関の基本姿勢

- 優生思想の排除
- 継続性
- 情報発信
- 透明性、公共性、客観性の高い管理体制
- 生命倫理に係わる生殖・周産期医療の日本国民全体への理解向上、社会の認知度向上
- 委員への女性の登用促進
- 政治からの独立性を担保する制度設計、構造設計

参考資料

- 臨床・研究遂行上倫理的に注意すべき事項に関する会告（日本産科婦人科学会）
https://www.jsog.or.jp/modules/statement/index.php?content_id=3
- 令和元年度厚生労働科学研究費補助金「不妊に悩む方への特定治療支援事業のあり方に関する医療政策的研究」分担報告書「都道府県等における特定不妊治療実施医療機関の認定審査状況」（寺田幸弘）
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/192011/201907008A_upload/201907008A0009.pdf

参考団体

- NPO 法人 OD-NET 卵子提供登録支援団体 <https://od-net.jp/about/about.html>
- JISART（日本生殖補助医療標準化機関） <https://jisart.jp/>

生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置の提案に関するアンケート調査

- ・調査期間: 2021年12月14日～2022年1月3日
- ・調査対象: 全ステークホルダー(会員・一般お知らせHP掲載／関連団体・学会・メディアへメール配信)
- ・回答者数: 688名

回答者属性

	回答数	割合
1) 日本産科婦人科学会会員	425	61.8%
2) 日本産科婦人科学会会員以外の方	263	38.2%
総計	688	100.0%

I 生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置に関して

(1) 生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置に関して(SA)

回答者属性	会員		非会員	
	回答数	割合	回答数	割合
1) 賛成	375	88.2%	246	93.5%
2) 反対	9	2.1%	2	0.8%
3) どちらともいえない	39	9.2%	14	5.3%
4) 不明	2	0.5%	1	0.4%
総計	425	100.0%	263	100.0%

(1-1)「賛成」の方に伺います。

生命倫理に関係する生殖医療に関する取り決めを行うための議論において、下記の中でどのような方が参加すべきと考えますか？(MA)

回答者属性	会員		非会員	
	回答数	割合	回答数	割合
1) 産婦人科医師	375	100.0%	223	90.7%
2) 小児科医師	313	83.5%	185	75.2%
3) 産婦人科小児科以外の医師	210	56.0%	135	54.9%
4) 医師以外の医療者	242	64.5%	156	63.4%
5) 当該の生殖医療を受ける患者(不妊症、不育症の患者など)	234	62.4%	184	74.8%
6) 当該の生殖医療に関係した先天性疾患の罹患者	194	51.7%	139	56.5%
7) 当該の生殖医療に関係した先天性疾患の罹患者の家族	198	52.8%	130	52.8%
8) 法律の専門家(弁護士など)	328	87.5%	194	78.9%
9) 生命倫理の専門家	314	83.7%	187	76.0%
10) 社会福祉施設の関係者	162	43.2%	101	41.1%
11) 国家行政施設の職員	196	52.3%	88	35.8%
12) 地方行政施設の職員	104	27.7%	51	20.7%
13) 国会議員	122	32.5%	58	23.6%
14) 地方議会議員	38	10.1%	24	9.8%
15) その他(→1-1-1へ)	30	8.0%	50	20.3%

(1-1-1)「その他」を選択された方に伺います。

上記以外に議論に参加することが望ましいと考えられる立場の方があればご記載ください。

自由記述

会員

胚培養士

臨床遺伝専門医

発生生物学者、細胞遺伝、免疫専門家、エンブリオロジスト(胚培養専門家)、生殖専門臨床心理学者

遺伝子解析技術を理解する、分子生物学などの基礎医学者、もしくは精通する医師、研究者

遺伝学的検査を実際施行する検査施設の職員

生物学を主とする科学者、哲学者、教育学者

心理カウンセラー

医療経済の専門家 (CEAやHTAの専門家)、人口学者(少子化対策として)、生物学者

医療系以外の学識経験者

生殖医療に携わっていない産婦人科医もしくは大学等の開業医以外

宗教家、義務教育教員

宗教家 哲学者 日本学術会議の構成員

社会学者

その他ではないですが、法医学の専門の方

産婦人科・小児科医師といっても、生殖医療・小児代謝異常専門だけではなく、周産期・新生児医療専門の医師や、地方医療の実情も理解している医療関係者も参加していただきたい。

厚生労働省役人

教師等教育者

危機管理の専門家

一般の女性(できれば、幅広い年代から複数人)

いわゆる「一般」の立場の人(=国民の代表)

このような議論は、これから親になる世代の教育(義務教育課程)に関わる方にも参加していただきたいです。

マスメディア、公衆衛生や社会学の専門家

新聞記者、医療ジャーナリスト

社会情勢により生命倫理も変化すると考えられるので、社会福祉関係に詳しい新聞などのメディアの意見も必要と思われます。

LGBTs団体の関係者

LGBTQを代表する方々、養子縁組に関わる方々

AIDで生まれた子ども、養子

提供候補者、子供を希望する同性カップル、結婚を希望しないシングルの女性

第三者を介する生殖補助医療で生まれた当事者、当該案件に興味関心のあるすべての国民

可能であれば提供された配偶子で出生した当事者(およびその家族)(匿名参加でも可)

非会員

胚培養士

臨床心理士、社会福祉士、保健師、AIDで産まれた子

臨床遺伝専門医、臨床検査専門医、受託衛生検査所

医療系学部の大学生、大学院生、医療バイオ系研究者

遺伝心理カウンセラー

配偶子提供に関わる議論において、児童福祉の専門家や海外の研究者の参加

認定遺伝カウンセラー

報道機関などから科学的教養のある者をオブザーバー参加。

保険会社

不妊治療施設の医師(AIDやPGTを積極的に行っている施設)、また、海外での不妊治療実施施設の情報を持っている方

不妊治療の保険適用に先行して取り組まれている欧州諸国の有識者、日本の未来を未来を担う若手研究者

泌尿器科医師、生殖医療専門医

男性不妊の専門家(泌尿器科医、男性科医など)

精子提供や卵子提供について、当事者研究をしている研究者

生殖補助医療におけるケア提供者、保育関係者や教育関係者

生殖医療関連の基礎研究に関わる研究者

生殖医療に関わる専門看護師・認定看護師も活用していただければ幸いです(遺伝看護専門看護師、不妊症認定看護師など)

生殖に特化した臨床心理士

上記のほか、文学者、宗教者、社会学者 等

上記それぞれの専門家のなかで、専門知識を有した上で、実際に当該の生殖医療を受ける側の立場になった方にも積極的に参加してほしい

助産師・不妊治療専門医・不妊治療に専門で関わる看護師・生殖医療カウンセラー・遺伝カウンセラー・当該の生殖医療を受けたいと願っている患者(LGBTのカップルで子供を持ちたいと望んでいる人々等)

宗教関係者

社会学者、哲学者

子どもの誕生にかかわる議論の場合、児童福祉の専門家

その他の専門家

遺伝学と神経学の専門家、遺伝子工学等(生物学系)の専門家の意見も必要と思われます。または発言の重要性が同様に担保されるように決議にはかならず、皆が平等の投票ができるなど、人数が産婦人科のみに偏るなどのことがないように人選にも配慮が必要であり、多数の学会からの推薦などを検討してほしいです。

国の指定難病を受け、遺伝性疾患の患者会代表(正しい活動をしている団体)

患者ではない当事者あるいはそうなり得る属性を持つ者

すまいる親の会等、当事者支援を行なっている団体の関係者

不妊不育の患者や元患者らが作る団体

一般市民から。上記専門家以外

一般の立場の人。男女比が1:1に近くなるように努めること、同じ領域から複数名が参加すること。

一般の立場として、生殖医療を受ける年代の男女

一般の有識者

女性は最低でも半数は入れるべきだと思います

この枠に当てはまらない一般の人、特に男性

女性

遺伝医療の専門家、一般人

ランダムに選ばれた一般市民

ドナーとして活動を行っている人

当該の生殖医療対象以外の障害当事者は必須、参加者の半数を女性に。社会学、障害学、哲学など社会への影響を考える専門家も入れるべき

当該の生殖医療対象以外の障害当事者 参加者の半数を女性に

当該の生殖医療に関係した罹患者やその家族の代表者

当該の生殖医療に関係した先天性疾患の家族会からの代表

当該の生殖医療により生まれた人

LGBTQ当事者

LGBTQに該当する方で生殖医療を希望する方

①精子ドナー・卵子ドナーに関わる仲介者 ②哲学者・宗教学者 ③遺伝学者

卵子提供した当事者、精子提供をした当事者、LGBT当事者で卵子提供した人、精子提供した人

性的マイノリティで子どもを望む人。第三者を介する生殖補助医療を受けてすでに子どもがいる人と、それによって生まれ、成人した人。

可能であれば提供で生まれたこられた方

(1-1)「反対」の方に伺います。
その理由を下にご記載ください。

自由記述 会員

法の整備が追いつかない医療には外部からの検討や意見を出す委員会が必要と考える。

法に基づかない規制はやるべきではない。

日本産科婦人科学会ではなく、さらに公的機関の必要性を感じない。

生殖医療における倫理観は個人により大きく異なっており、公的な機関が機関名にあるように管理権を保有すると、個々の患者の希望(公共の福祉に反しない範囲であっても)に沿えなくなる。海外で容認されているが、日本では一般には容認されていない医療(違法なものではない)を、個々の医師の裁量で実施することができなくなる。

時代によって刻々と変わる価値観・医療環境や医学の進歩に対して、一部の機関に属する人たちが、拘束力(強制力)のある権限を行使するのは十分に慎重であるべきだし、一度提言ができてしまえばなかなか柔軟に変えることが難しいと思われる。公的管理運営機関が存在した方がいいと思われる領域は、がん生殖の分野で長期凍結保存が必要となる精子、卵子、卵巣、受精卵、胚の保存に特化して設立されるなら賛成です。

今でさえ研究・臨床に対する規制は必要以上に多く、そのため活発な臨床研究が抑制されている。さらに現状でも十分安全に臨床・研究が制御されている。諸外国で規制が強いのは、自己統制の少ない国民性が日本より明らかなためであり、日本人のように自己主張を抑えすぎる国民性では、過剰な規制は進歩を妨げることばかりを助長するから。

公的管理運営機関では、形だけの組織運営になると思うので。

現在既に保健所からの監査も有り、これ以上の管理は必要を認めない。

何をどのように規制していくのか不明確なままだと、チャレンジすることが難しくなり、何事も進まなくなるため

「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する提案書」に書かれている「公的管理運営機関」と、「NIPT等の出生前検査に関する専門委員会報告書」に書かれている「公的機関」は異なるイメージのものであり、簡単にひとまとめにすることはできない。
(詳細)

「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する提案書」に書かれている「公的管理運営機関」は、卵子・精子・胚の提供の実施を認めるという前提のもとに、卵子・精子・胚の提供に関する制度の整備と実施施設の管理を行い、卵子・精子・胚の提供者および提供を受けて生まれた子どもの個人情報登録・管理し、必要に応じて開示するための機関として提案されていると思われ、「生殖関連技術にかかる倫理的・社会的課題について包括的に審議する公的機関」としては描かれていないと思います。一方、「NIPT等の出生前検査に関する専門委員会報告書」では、「諸外国においては、生殖関連技術にかかる倫理的・社会的課題について包括的に審議する公的機関が設置されている例が見受けられるが、我が国ではこのような機関は存在せず、個々の問題に対してアドホック的に議論されてきたのが実情である」と書かれており、この報告書に出てくる「公的機関」と、「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する提案書」に書かれた「公的管理運営機関」は必ずしも同一のイメージではありません。にもかかわらず、これらの2つの提案書、報告書を例にあげて、そうした様々な事項を広く包含する形で「生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関」を設置する提案をされているのは、あまりにも大きな話であり、提案内容の詳細がまったくイメージできません。今回の「生殖医療・生命倫理に関する 公的管理運営機関の設置の提案」を拝見しても、たとえば例にあげられている英国のHFEAではNIPTなど出生前検査・診断の議論は扱っていませんし、ベルギーの生命倫理諮問委員会では、精子・卵子・胚の提供者や提供によって生まれた子どもの個人情報の登録・管理などは扱っていません。そうしたことをすべて含む大きな機関を設置しようということなのでしょう。今回の提案書にある「先進国ではARTに関しての公的管理運営機関を設置」というスライドでも、米国の「管轄官庁・管理運営機関」はCDCとFDAであり、それをモデルにするのであれば一つの省庁をつくるようなイメージですが、そんなことがすぐにできるには思えませんし、英国のHFEAも大きな組織でありそれと同様の機関を設置することも簡単なことではないように思います。公的管理運営機関をつくることそのものに反対しているわけではありませんが、どのような規模の、どのような業務を担う、どのような機関を、どのような運営資金のもとで設置するのか、そうした具体的なイメージの提示なく、賛成か反対か問うことには賛成できません。

また、このアンケートでは、「生命倫理に関係する生殖医療に関する取り決めを行うための議論において、下記の中でどのような方が参加すべきか」というような選択肢が示されており、提案されている「公的管理運営機関」では、取り決めを行うための議論を行うことが主業務であると思われるような表記になっていますが、「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する提案書」にて述べられた「公的管理運営機関」が行う業務の中で重要な部分、すなわち、卵子・精子・胚の提供者および提供を受けて生まれた子どもの個人情報登録・管理、状況に応じて開示するという仕事は、大勢の個人のプライバシーを長期間保存し他人に開示するというデリケートで大変な業務であり、そうした機関を設置するというだけでも生半可な仕事ではできませんが、そうしたことが今回提案されている「公的管理運営機関」で実施することが実現するのかどうか、まったく見えません。今回提案された機関は、「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する提案書」にて述べられた「公的管理運営機関」の業務も行うことになっていくのでしょうか。そうしたことがわからないまま、賛成、反対を問われることには賛成できません。

非会員

公的機関を運営する人材の登用段階で、バイアスがかかるため

(2)生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置が実現していないことについて、現状改善の必要性、設置に向けた具体的な提案、今後日本産科婦人科学会に期待する活動などのお考えを自由にご記載ください。

自由記述 会員

胚や胎子は意見を表明することができない以上できる限りの衆智を集めて議論の上決めてゆくことが必要。しかしながら現実的には議論をまとめてゆくことはなかなか難しいと思われる。基本的には日本産科婦人科学会と日本生殖医学会が協力して提案し、管理運営機関で議論し、厚労省、国会で結論を出すというスキームを検討していただきたい。

鈴木雅洲先生は「法律をつくらせてはいけません」とよくお話されていました。これは、体外受精がチャレンジングな医療であったところのフロンティアの偽らざるお気持ちであったとおもいます。しかし、雅洲先生の時代の先生方のご努力が今結実し、ARTは今国民に身近な医療になっております。それに則して色々な仕組みも変化しないと歪みひずみが生じ現在は当会の背中にそれがすべてのしかかっているように思います。生命や命にかかわることはそれぞれが異なりますので多角的にみて許容できない事項は法律で禁じ、そのほかのことは表記運営機関でいろいろな領域の方々に参加いただき、終わりが無い、可能性もありますが議論を尽くしてゆく形になるのでしょうか。プレイヤーである我々はそのような機関にモニタリングされるとともに守られ安心して生殖医療に打ち込めればよいなとおもいます。

臨床および研究分野においても他の先進諸国にさらなる遅れを取っているとおもいます

倫理的課題について日産婦が単独で結論を出すには難しい面が多々ある事は日常診療においても実感致します。一方で、多分に専門的かつ先進的な学術領域において、詳しい内容を非専門領域の方々に理解して頂く事の難しさも感じます。ですが、倫理的な課題についてはやはり公的機関が一定の議論の下、責任を持って出すべき事だと考えますし、その倫理的回答なくして、効果的かつ継続的なデータ管理・分析などは難しいと思います。産婦人科医のような専門家が助言的立場で機関に入り、その上で、非専門領域の方々と意見を違えたとしても、その意見が機構で多数を占めるのであれば、専門家の活動に一定の制限などが加わる事は倫理に関わる医療においては仕方がないとも考えます。ただし、この議論においては透明性を持って、幅広い議論が必要であり、公開を原則とし一定層の国民の批判があったとしても、それに耐え得る議論構築および機構基盤が必要と考えます。そのためには確固たる財政基盤を有し、独立した運営が可能である機構が必要であり、その整備には多大な準備が必要であると思います。これまでの日本産科婦人科学会が有してきた貴重なデータとの連続性も必要になると思います。

倫理的にかなりデリケートな問題をはらむことから、慎重にならざるを得ないのは理解できるが、国として見解、方針を示さないことには、現場の医療者や患者が悩み、苦しんでしまうことになると思われるため、早期の実現を望む。

倫理に関して、技術的側面の発展によって、大きく変わりうるにもかかわらず、その技術の専門家が、今回で言うところの、遺伝子解析を実際に行う立場や、技術の進歩を目の当たりにみて、将来の技術を見通せる分子生物学者などの基礎医学に精通する人材の意見を汲み上げることなくして、倫理の検討はできないと思います。来るべき将来の技術予測無くして、現状の技術のみで議論するところに、限界がある。

様々な提案がなされていますが、現実実現したものほとんどない状態です。厚労省・立法府での活動が不十分なのが原因と思われます。また、提案の中に施設の調査などがありましたが、地方(県単位)で行われることが必要と思います。

様々な意見があり、また利害関係(特に小児科など)もあり、公的な管理で議論しても、それを一本化するのは無理があると思います。学会に対してはNIPTの現状なども考え、慎重にお願い致します。

無許可でNIPTを行っている機関には即時に中止させるべく、学会や国が動いてほしい。

本来、行政(国)が果たすべき役割を学会が担ってきた経緯があります。この公的管理機関を迅速に設置していただきたい。

平成10年の専門委員会設置以来、長年にわたり十分に議論は尽くされ、公的管理運営機関の設置の必要性も認識されているにもかかわらず、いまだに実現していない理由をまず確認する必要があります。例えば不妊治療の保険診療化が、菅元首相の鶴の一声で迅速に実行された事実を鑑みると、日本産科婦人科学会は厚生労働省等の官僚に働きかけるより、マスコミ等を巻き込んで政府が対応せざるを得ない状況に持ち込み、岸田政権の目玉政策の一つになるように誘導するしかないでしょう。

夫婦以外（一般ドナー、あるいは家族）の卵・精子を用いたARTは、希望するカップルには治療の選択肢となるべきと思います。一向に法律整備ができず、話が進まない状況であり、こうした機関が置かれ話が進展することを希望します。一方、代理出産については、妊婦が医学的リスクを負うので、十分な議論が必要で、慎重にあるべきだと思います。
不妊症の一番の解決法は、『第一子を20代で出産する事』『30歳以降、加齢と共に妊娠しにくくなる事』『出産後に輝く女性のキャリア形成を考える事』『性がある以上男女平等はあり得ない事』を中学校、高等学校にてきちんと教育することと考えます。そのことにより35歳以上のARTの数を限りなく少なくし、その後に保険適応を考えるべきと考えます。さらに生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の負担も少なくなると考えます。今述べてきたことは産婦人科医なら誰でも知っていることなのに、なぜ発言しないのでしょうか。
非常に難しい分野なので何らかの法的整備が必要とおもいます。
妊孕性温存事業は、その持続性や経済性、他科との幅広い連携の必要性から、日本がん生殖医学会と連携して、大学病院などの公的機関で行うようにするのがクライアントにとってベストと思われる。精子バンク、卵子バンクなどに関しても規制ばかり言うのではなく、やはり将来的には公的機関自らが行うのが筋だと思う。妊孕性温存だけは将来的に公的運営管理することが望ましいと考えます。
日本産婦人科学会には期待しない。設置することが必要とするなら、第三セクターでの管理機関設置が望ましい。運営資金は企業・保険連合から賄えばいい。学会、医会、厚労省などが主管すると現況に即した対応ができないと考える。
日本産科婦人科学会だけで生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置することは難しいと思われるので、行政主導で行っていただけるように日本産科婦人科学会は何らかの活動をするべきではないかと考えられる。
日本産科婦人科学会が主導的に関わってきた意義は大きいと思います。専門家集団として多様な意見を取りまとめた上で方向性を提示することが重要と考えます。学会が関与してきたことで逆に公的な機関の設置を行わなくても何とかなってきたことがむしろ設置を遅らせてきた要因だと思います。一定、適度な距離感を保つことも重要と考えます。
日本産科婦人科学会が管理運営機関として活動する方がいいと思います。
統合失調症のカップル（55歳のご主人が性交不能）に対して、初診時に排卵期だったので子宮内受精をお勧めしたところ「無料でできる4月からやりたかったのに誘導された」と和歌山県医務課よりクレームが入りました。他の方もいらっしゃる外来診療中に対応することが負担になりましたので、間で調整してくださる公的管理運営機関が必要だと切実に思います。今後ともご指導のほど宜しく願い申し上げます。
当事者（母親となる女性、当該疾患の当事者、家族）を巻き込んだオープンな議論の場が構築され、法整備が進むことを期待しています。この案件のみならず、SRHRの分野における女性の自己決定権が尊重されることを大切に考える専門家団体としての日本産科婦人科学会の役割に期待しています。
当該施設の様に地方のIVF施設においては、少数ながらも確実に未媒精卵や精子凍結保存の患者さまが存在します。しかしながら、いちクリニックの規模で凍結保存の施設申請が難しい点（がん治療病院との強固な連携が求められる）や申請が通ったとしても医療として永続的なものを保持できるか？（胚培養士の確保の難しさ）において不安を感じ申請に踏み切れない思いでございます。例えば、地方施設での未媒精卵や精子凍結保存したものを公的機関に輸送し、使用する際に返送してもらう、もしくは当該患者がの転居等により元の場所にはいない場合は、その地域の施設へ輸送し治療可能にするなどの公的機関と地域のIVF施設との連携の確立を望みます。
当院はART登録施設となってから20年以上ARTを実施し、毎年の成績報告も行っておりますが、国の管理が強くなるほど生殖医療のできる範囲が狭まっているように思います。（TESE-ICSIは泌尿器科の専門医が必要、がん生殖医療は生殖医療専門医であることが必要など） 現在生殖医療専門医の資格がない産婦人科でも、今後のART治療の選択肢が狭まらないようにお願いしたいです。
当院においては不妊に対する治療は積極的にしていないので、公的管理運営機関が必要か否か解りません。ただし、ARTの技術が発展し、現在の法律が実態にそぐわないことが多いと思います。

抽象的な意見で恐縮ですが、生殖医療の結果うまれる児を中心として議論が行われるべきだと思います。どうしても産婦人科が中心となりがちですが、そこは「コーディネーターに徹する」くらいの心持ち(もちろん医療を受ける女性の立場を軽んじて言い訳はありませんが…)であたるのがよいと思います。 また、患者の意見に耳を傾けるのはとても重要ですが、議論のうえでは俯瞰的になりにくいので、かわり方は慎重に考える必要があります。
第三者機関の設立は必要かと思われます(学会内だけで物事を進めるには問題が大きすぎるように思います)
対象を絞るのも難しく、全体を一堂に会して議論するのは難しいように思われました。①幅広い対象の方が議論できるような場(倫理審議会のような)を設定し、幅広い立場の方の意見を集めた上で、②専門的な委員会で検討するような2階建ての構造も考慮されるかと思いました。準備が整っている状況での②の場において、国会議員も参加していただけるとよいと思いました。
先天性疾患の罹患者や家族の声を聴いて、運営機関の目的を再確認するところから活動を始めたかどうか
設置のメリットが不明であること。運営内容、費用、管理体制が不明なので判断できない。
設置における予算獲得や議論の中で出てくる多様な意見を取りまとめることができるかどうか難しい問題と考えます。具体的な活動方針や方向性を決めてから、機関設置の必要性を訴えていくことが大事ではないかと思います。
設置できればうれしいが、産婦人科医・小児科医・国・倫理や福祉を担当する方々等々、現実には設置するにはたくさんの部署の関与が必要で、まだ想像がつかない
設置することが是とする前提のような設問はよくないと思う。
積極的に公的機関設置に向けて活動される事を期待します。
精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度に関して、今までは個人レベルの医療機関でも管理は出来てきたが、今後、数十年にわたる管理は困難です。 そのためにも、公的管理機関の設置は、早急に必要と思います。また、運営に関しても多くの非匿名の提供者を募ることは、個人レベルの医療機関では非常に難しいと思います。法律だけが先行すれば、今後、この医療は水面下にて行われるようになるかも知れません。そのあたりを十分に考慮のうえ、多くの提供者を確保し、我が国で適正な第三者の配偶子を用いた生殖医療を提供できるようなシステムを構築して頂きたい。
生命倫理的にジレンマの生じる事項、すなわち、異なる意見があることについては、特定の有識者を集めて議論の場を設けて決めれば良しとすることには違和感があります。なぜなら、議論に加わる人として誰を召喚するかによって、また、どのような議事進行を行うかによって、議論の方向性が大きく異なる可能性があるからです。本当は、物事の本質に迫るような洞察に富む議論をじっくり行って、中立的に、様々な人の意見を取り入れて優れた見解をまとめることが理想だと思われませんが、着床前診断や出生前診断の議論では、どんなに議論してもひとつの結論に至ることがないことは自明です。そうした中で、欧米では、検査を利用する人々の選択の自由を重んじる方向が大事にされるようになってきた歴史があると思いますが、本学会ではこれまでずっと「どうしても必要という場合以外はできるだけ制限する方向」が大事にされてきたように思われ、閉塞感があります。私は、PGT-Mの倫理審議会に呼ばれましたが、そもそも制限すべきなのか、個別審査が必要なのか、という点について議論しなかったにもかかわらず、制限することが決まっている中でどのような制限にすればよいかという議論に参加させられるのは苦痛でした。 多方面の人々とめごとを起こさずに物事を決めていくことの利点もあるかとは思いますが、本学会は、女性の知る権利、選ぶ権利をまもる立場にあると思います。他の専門家の意見を聞くことも重要ですが、同時に、本学会が、小児科医や遺伝の専門家の意見を尊重するあまり女性の権利を制限するのではなく、ある程度は小児科医や各疾患領域の専門家の意見に反しても、本学会が、女性の立場を尊重し、女性の意見を代弁して、女性の権利を擁護していく方向性も検討していただきたいと強く願います。 生命倫理は難しく、答えが必ずしも1つに定まらない側面があります。私的利益追求目的の逸脱が頻発する前に公的管理運営機関は確かに必要と思いますが、倫理専門の先生以外は皆が専門外なので難航しそうな気が致します。
生命倫理に深く関わる生殖医療が抱える諸問題を学術団体である日本産科婦人科学会が、会員に対して規制をすることで対応するのはもう限界だと思います。国家との独立性は保たれるべきですが、広く議論してもらう方がよいと思います。
生命倫理に関して一個人が意見を言うには、多くの学習、経験を積んだ上に多くの方々の意見をかんがえた上でできることと思います。 ゆえにどちらとも言えないとさせて頂きたく思います。

生命倫理についてすべての関係者のコンセンサス得ることは不可能であると考えます。医師・弁護士を主導としてある程度の枠組みを決めて議論を進めていかないと物事が決まらないと思います。
生殖倫理、生命倫理に関連する医療は、行われる社会の背景に依存する。したがって、国民の議論を広く喚起して、社会全体で議論する必要がある。しかし、一学術団体である学会が主導する現状では、専門家以外ではその領域に興味のあるごく狭いコミュニティ（患者団体など）の中での議論しか喚起することができず、限界がある。また、本来社会で広く議論を行うべき課題を一学術団体が行うがままにさせて、そこから巻き起こった批判を含めた議論の責任も学会に帰すのを見てみぬふりをしているのは、国としての責任逃れだとも感じている。その結果日本においてリプロダクティブヘルス・ライツが広がることが妨げられている。公的管理運営機関の設置は、国、社会として生命倫理、生殖倫理にきちんと取り組む、という姿勢を国内外に示すものである。また、（１－１）の回答に関連するが、運営機関には患者やその家族などの当事者は入れるべきではない。そのような当事者と専門家だけで運営を行うと、大多数を占める一般の国民の意見とは異なる偏った方向に進む可能性があり、広く国民の議論を取り入れるという当初の目的から逸れる懸念がある。当事者に関しては、専門家で運営を行いその議論の結果を国民に広く公開して意見を問う際に、必ず意見提出に参画するよう漏れることのないように働きかけ、とするのが妥当と考えている。
生殖補助医療の今後において、第三者胚の提供による出産、代理懐胎さらに研究・治療を目的としたヒトクローン胚の作製や遺伝子操作など様々な生殖医療に関する問題も考えられます。生殖補助医療の現状、問題点を分析法規制、生命倫理原則を整理・検討する場として公的管理運営機関は必要であると考えます。不妊で困っている方がより多く生殖補助医療を利用して頂けるよう願います。
生殖医療を実際に行っていると、患者さんの希望と倫理的な問題との間で板挟みになることをしばしば経験します。十分な議論の上で、規則が定められ、適切な管理が行われる形となる事は、患者・医療者双方にとってメリットが大きいと考えます。
生殖医療や出生前検査については倫理的な課題がある。社会にはさまざまな意見をもつ市民がおり、すべての市民が受け入れ可能な統一的な見解・指針を医療の当事者である学会が作成することは不可能である。また、このような医療によって恩恵を受ける可能性のある市民は当然存在しており、その人々の権利を制限する可能性のある指針を一学会が作成しても拘束力はなく、実効性は限定的である。さらに、一学会が見解や指針を十分な議論を繰り返して作成したとしても批判的な意見が出続けることは明白であり、倫理的・社会的な課題の解決にはつながらない。そこで、公的な機関が、さまざまな立場の市民や一般の多くの市民の意見を聴取し、意見集約して一定の方向性を示していくことが重要であり、さらに科学技術の進歩や社会の考え方の変化に対応して、その時代にあった指針や見解を柔軟に改定していく必要がある。そのために、このような課題に対応する常設の機関を設置し、継続的な議論を繰り返していくことが重要である。
生殖医療や産科は一部、お金儲けの手段になりつつある部位があると思いますので早急な対応が必要かと思います。
生殖医療は発展を遂げており、従来の民法では想定していなかった家族の形、子供の出生が当たり前になる時代になりました。卵子提供、精子提供、代理母、PGTなど、倫理的な側面はもちろん、法的な側面も重要であると感じます。いろいろな議論の行方を注視してきましたが、最終段階になると、司法判断に委ねるべき事項であるという点に着地し、なかなか進まないという話が多いと感じていました。さまざまな立場の人が、一同に会して議論をする公的な機関を設置することによって、議論の促進と具体的に現実的な着地点に辿り着けるようになることを期待します。学会としても、法の整備について働きかけをしていますが、すでに十数年に渡ってなかなか解決していないのが現実です。ヒトの生殖期間は限られています。何十年もかかって結果が出たとしても、問題提起したカップルたちが、それをすでに享受できない年齢になっている可能性が高いことは非常に多いと感じます。多角的視野からの議論を、同じテーブルについて一度に話ができるのは患者側にとっても、医療者にとっても、そして法律家や政治家にとってもプラスになると思います。ぜひ実現を応援しております。
生殖医療の諸問題は日本国内ではある程度のルール（日本産婦人科学会の会告などによる）が守られていると思われるが、患者は希望する技術等を求めて渡航している。海外で卵子提供を受ける人も、コロナ前はかなりの数に上っている。生まれた子の出自を知る権利などが保証されているとは考えにくく、日本できちんとした基準のもとで行われた方がよいと思われる。
生殖医療の在り方も大事だと思いますが、同時に養子縁組がもっと普及するような仕組みも欲しいです。また、家族の形は昨今では変化もあるので多様性が認められるような運営ができると良いと思います。（LGBTs、片親など）
生殖医療において目覚ましい進歩が見られるが、法制度が整っていない。倫理的な問題を多くはらむが、世界の趨勢とも合わせ、日本国民固有の価値観に基づいた法制化が必要です。まず、卵子提供、胚提供、死後生殖についてまず基本となる部分の法制度を確立し、これらの後に、代理懐胎、NIPT、着床前診断と進めていったらどうでしょうか。政府これらを推進する機関の設置をよびかけ更に国会で議論して頂くよう議員の方に働きかけたらどうでしょうか。これらの活動は患者さんとともに進めることが必要だと思います。
生殖医療・生命倫理諸問題を専門に扱う、独立した法人機関が望ましい。複数のアカデミア機関の代表としてどのような方が加わるかも重要である。特にトップは文科省や厚労省の天下りのような人事にならないでいただきたいし、腰を据えて取りくめる方であって欲しい。

生殖医療・生命倫理に関する倫理委員会などの会合が弁護士以外は学会幹部のほぼボランティアで行われているのがおかしいと思います。国会議員や公務員などと同様に、選抜された委員会メンバーはまともな報酬を受け、代表者としての責任を全うすべきではないでしょう。
生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関が設置され、学会のみで議論できるものではない問題を、多くの立場の国民で話し合うことのできる有意義な場となることを期待します。また、その議論内容はマスコミによってフェアに報道されるように各報道機関に協力をあおぐべきと思います。
生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設立は私も以前からその必要性を実感し希望してまいりました。そこで2、3意見を述べさせていただきたいと思います。生殖医療に関する運営部門と生命倫理に関する部門は分けて考える必要があります。生殖医療に関する問題点は喫緊の課題が多く、これに対して生命倫理の課題は多くの人の英知と思考に基づいてじっくりと議論が必要になります。百年河清を待っていれば生殖医療における現時点での課題は解決しません。拙速というより即断即決が必要です。生殖医療の公的管理運営機関の役割はEBMに基づいた医療を提供し、生殖医療ビジネスを駆逐することが重要な役割と考えます。また凍結卵子保存の必要性は医学的因子によるものは無論、社会的要因による保存も一般に行われていますが、保存期間が長くなればなるほど民間レベルでの保存には限界があります。院長が逝去されて保存していた卵子の取り扱いに困る場合など耳にするたびに公的な保存施設の必要性を痛感いたします。生殖医療は4月から保険適用になりますが、以前から保険適用を厚生省に具申ししていましたが、不妊は病気とは認められないという理由で退けられてきました。しかし今回保険適用が認められたということは厚労省も不妊は病気であり、医療として認めるということになります。ARTが医療行為であるならば医療行為は医師法に基づき医師でなければ行えないということになります。しかし、現実には医師のARTにおける業務は単に卵胞刺激(COH)、採卵、肺移植ぐらいであり、胚培養、顕微授精、着床前遺伝子診断(PGT)などの殆どの業務はエンブリオロジスト(胚培養士)が行っています。これは医師法違反になる可能性があります。従って、法を改正してエンブリオロジストにも生殖医療専門看護師のような国家資格を与えて業務範囲を規定する必要があります。まだまだ生殖医療には問題点や疑問点があります。生殖医療を受けた母体や児の予後については大きな問題は報告されていないとありますがこれは勉強不足です。ARTで生まれた児の長期予後はまだ研究段階であり胎内環境、培養環境による成人病の発現率などは結論が出ておらず、不妊治療を受けた母体の乳がん発生率はスウェーデンの大規模調査によれば有意差があります。どうか一日も早く公的な生殖医療運営機関を設立して我が国における生殖医療が医療として科学として正しい方向にsustainable developmentするように生殖医学のパイオニアとして切に祈念する次第であります。
生殖医療・生命倫理に関する議論は、多職種連携で行うことが望ましいと思います。
生殖医療・生命倫理に関して日本産科婦人科学会が主体で提案し学会機関内に運営機関を設置する方が良いと考えています。現在も学会が認定していない産婦人科クリニックにて体外受精が行われている事実には憤慨したいと考えています。
生殖医療、生命倫理に関する公的管理運営機関の設置と並行して、生殖医療に関わる法整備が早急に行われるべきだと考えます。また、これは今回の件とは少し主旨が異なると思いますが、参考資料にあった、「少子高齢化において生殖補助医療は必須」という文言には疑問を禁じ得ません。生殖補助医療による出生数が増えている背景には、晩婚化、晩産化の進行が色濃くあると考えます。若い世代が出産・育児に前向きになれない社会背景があることも大きな問題であり、これを一学会のみでどうにかできる訳ではありません。ただ、それは「若くてお金がないうちは出産・育児の優先順位を下げて、お金が貯まったら子供を作ればいい。自然にできれば生殖補助医療を活用すれば、年齢に関係なく妊娠できるから大丈夫。」といった考えも招きかねないのではないかと日々感じています。生殖補助医療はあくまで「妊娠・出産に適した年齢の方が何らかの理由で妊娠に至らない場合に、その妊娠および妊娠継続の手助けをする」という名目で行われるべきだと思います。妊娠・出産に適した年齢＝妊娠可能年齢ではないと思います。高齢妊娠により母体が負うリスクや、児の養育にあたり両親が成人まで継続的な支援を行うことができるかどうか、生まれてきた児が、将来的に親世代を支えるためにだけに酷使される可能性がないか、といった面についての検討はなされているのでしょうか。また、そういったリスクについて国民の理解はどれほど進んでいるのでしょうか。日本産婦人科学会は、高齢出産に伴うリスク(妊娠合併症のことのみならず、子宮体癌、卵巣癌、乳癌の増加、子宮内膜症や子宮腺筋症に伴う月経困難症の増加)について、大枠は性教育の一環として取り上げ、これから妊娠可能年齢となる若年世代を中心に啓蒙すべきではないかと考えます。
政府内に新たな省または庁を設置し、大臣を置き、医療・医学の専任の職員(WHOやNIH・FDAなどで相当な責務を負った経験者を事務方トップに据える)をもってきちんと立案し国会で審議して法律化してゆくと考えます。学会は純粋に学術団体であるべきで、政府に意見を言ったり圧力をかける団体になってはいけないと思います。
政治家に対する啓蒙が第一かと考えます。
少子化の中では生殖補助医療は必要不可欠である。が、第3者が介入する補助医療などの導で出自を知る権利にどのように答えていくべきかなど、法的・倫理的議論が必要である。今後発足する「子ども家庭家庭局」など横断的な議論ができる省庁などに公的管理機関が設置されることを期待します。
「子供が病気だったらどうしよう」という目の前の不安だけではなく、検査、中絶、出産、育児、養育、行政サービス、など全体の見通しを理解した者が対応できるのが理想。本当は産科医が対応できればいいのだが、現状その時間はとても取れないし、養育や行政サービスまで理解している方は少ない。認定遺伝カウンセラーがもっと普及したら、行政サービスを理解して対応できれば一番いいのではないかと。妊娠前からでも、男性1人でも相談できるといいと思います。

受ける個人のニーズはどんどん増えていくことになるかと思います。ただ、法律的なトラブルもケースも種類とも増えてくると思います。生まれてきたときには生じなくても相続の段階でトラブルの元とか過去に遡ってわからなかったことを色々追及されるというようなことが起きにくいようにしてもらいたいです。
事なかれ主義で、重要な問題を先送りしてきた結果、現状を招いている。現場で患者と接する者からすると、患者や家族の悩みや不安を解決したい思いはあるが、学会、医会、厚労省から明確な指針や方向性が提示されず、一方で学会員であるが故に一方的な制約ばかり課せられている。一体いつまで臨床試験の延長で凌ぐのか。年数が経つと患者も年齢を重ねて年々妊孕性が低下する。そろそろ現実的な対応を求める。
施設登録、症例データ登録など　そして　そのデータ公開に関して　諸外国(CDC,HFEA)などを参考に　データ透明性を実行できる組織が必要です。
「本人の生殖の自由に関する権利」「児の遺伝情報に関する権利」など様々な問題があり海外では議論の末　すでに実施されている国も多い中で、日本人の社会的観念も鑑みて「社会として規制をかける」のか「本人の選択の自由」とするのか、医療の現場は板挟みの状態にあります。まずは公開された場での議論が必要であり、ぜひ今後も継続していただきたいと思います。
産婦人科学会のみで議論することに限界があるので、各方面から意見をきく必要がある
産婦人科学会が行っているNIPTやPGT-Aの議論や、それを広く公開して様々な立場の人の意見を聞く姿勢には、いつも感銘をうけております。学会として様々な苦渋の決断をされてきたかと思いますが、決断には責任を伴います。しかしながら、倫理的問題解決と法整備を要する事項を産婦人科学会が決定したとしても、継続的に責任を果たすことは困難かと思えます。産婦人科はあくまで公的管理運営機関の一因として、医療者としてその責任を果たすことが理想かと思えます。今後産婦人科学会に期待する活動としては、産婦人科学会が現在行われている全世代の女性を支える姿勢や対策が、少子化対策となるようなゴール目標の設定が　できればよいと思います。また、このような社会的な問題をより行政と連携してすすめていくために、大変なことと思いますが、産婦人科学会から政治家を輩出する、または応援するというのは可能なのでしょうか（やってはいけないことなのでしょうか？）。的外れでしたら申し訳ありません。
産婦人科医は重要な構成要員ではあるものの、中立の立場ではない(と社会から見られている)ため、産婦人科学会でないところに管理運営機関を置いたうえで、各立場の人間が集まって協議していく体制を取るべきだと思います。 また、症例登録などを行い、管理していくのであれば、倫理指針に則って行うような臨床研究の枠組みには限界がありますし、しっかりとしたデータベースを運営するにはインニシャルコストだけでなく、ランニングコストがかかります。そういったことを適切に行うのであれば、公的な機関が臨床研究と異なる枠組みで行うべきであり、百歩譲って学会に臨床研究として任せるのであれば、それにかかる費用は負担すべきだと思います。 産婦人科・小児科の一部の専門医だけでは難しい
産科婦人科学会と産婦人科医会、小児科学会、小児科医会が主導して機関設置を提言する。
産科婦人科学会での指針や規則の制定には限界があり、国の生殖医療、生命倫理の問題として方向性や規則の整備を、しかもなるべく早くしていただきたいと臨床を行いながら痛感しております。
昨今の生殖医療の進歩は、反面、生命倫理を脅かす危険性を孕んでいます。患者さんが妊娠を望んでいるから・・・何をしてもよいということは決して無いと考えます。また、法的にも、明治時代に作られた民法では、もはや対応できないことは明白で・・・この点は、法改正が全くできていない政府や国会議員などに積極的に働きかける必要があるのではないのでしょうか。
今後日本産科婦人科学会に期待する活動としては、精子・卵子バンクの運用をお願いしたく存じます。80年以上の記録の保持をよろしくお願い申し上げます。
今後、科学技術の進歩に伴い、胚に対するウィルスやゲノム編集を用いた遺伝子治療が安全に施行可能となることは容易に想像可能である。 こういった医療が実現するまでの過程においては、時代に合わせて、立法に迅速な対応を求める必要がある。それに対応するためにも、一括して対応可能な公的運営機関はあったほうが良いと思います。

今回の参考資料を拝見するまで、正直あまり考えたことがありませんでした。YouTubeで代理出産で子どもを授かった男性同士のカップルの動画を見ることがありますが、他にもすごいスピードで日本の価値観も変わっていくのを感じるので、海外に倣って国を挙げて法整備しないと数十年後に大変なことになるのではと考えさせられました。意見をまとめてくださる学会の皆さんには感謝・尊敬しています。
国民の理解を得るためには生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置が望ましいと考える。ただし、色々な意見が出て結論が出ない可能性もあると予想されるため、公的管理運営機関が議論された複数意見を提示し、必要があれば国会など立法府で法律を作ってもらうのが良いと考えます。
国民の理解と、リーダーシップをとる人材が必要
国内の各団体ごとに考え方や指針に差がある状態が改善し、当該患者や家族へのカウンセリングがわかりやすくなることを期待します。
国会議員への働きかけが重要かと存じます。
国が動かないのは、この問題が特定の職業集団だけの問題になっている点にあるのでしょうか。 多くの人にとって関心事でない案件を、わざわざ国が重い腰を上げてやろうとしないのはわからなくもない。 国民全体の問題であるということを、多くの国民に理解してもらい、重要政治案件と認知されるレベルまで持っていく努力が必要かもしれません。
国が設置する機関が管理することは重要だと感じます。
高齢や疾患に伴う卵巣機能不全等においてegg donationは現実的に実施されており、多額の費用を要している現状がある。特に疾患に伴う卵巣機能不全の方に、日本では認められていないこと、実際は費用は掛かるが海外でできるルートがある等の説明をすることになるが、公にできない後ろめたい感じが説明者にも患者側にも発生する。また、遺伝性疾患による出生前の検査について、着床前診断を求めるもの当然の希望であると考えられる。適切な医療を提供するために公的管理運営機関で世界の基準を参考に日本合った一定の基準を作成すること必要であると考えられる。
行政の怠慢と思います。学会も積極的に行政に働きかけてほしい。
行政のこの問題に対する姿勢が非常に消極的であると考えます。自主性に任されることで任意団体である学会は社会的非難に対して過剰に敏感となり、その手続きを厳格化する方向に傾いており、このため小規模のクリニックが参加しにくい状況となっていると思います。公的機関の設置は簡単ではないと思いますがそれが出来ることによってより裾野が広がることを期待します。学会には公的機関の設置によって会員がより簡便に倫理的問題を内包する診療が出来やすい方向に向かって努力して頂きたいと考えています。
広く国民にアナウンスすることが必要と考えます。
広く意見を募ろうとして現場を知らない第3者的(コメンテーター的)な方を機関の委員として入れると、議論が机上の空論になり、現実離れた理想論的になる懸念があるので、関係者のみの機関とすべきと思う。
公的機関を設置することにより、広く社会の意見を取り入れ、より偏りのない議論が可能になると考えます。ただし、それらの意見の重みを同一にするかについては一考が必要と考えます。本医療の専門家ではなく、当事者や関係者でもないため、行政関係者や国政・地方政治に関わる方を議論に入れる必要性はないと思いますが、議論の経過を見ていただくことは意味があると思います。
公的管理機関の設置の重要性は理解できますが、これにより本当に広く国民の意見が反映されるのか、昨今の政治政策を見ても個人的には不安です。 国民性から公的管理機関の指示には従うとは思いますが、これにより生殖医療施設の偏りや逆に少子化の後押しになる可能性はないのでしょうか？ この領域に関して、十分な知識のない医師の意見としてご理解いただければ幸いです。
公的管理運営機関設置に関する実情が具体的にみえてこないのですが、法整備とならび、諸問題を解決するには何としても機関の設立をお願いしたいと存じます。

公的管理運営機関を設置していただいて日本国内における不妊治療・高度生殖補助医療実施に当たってはっきりとしたルールのようなものがあつた方が良いと思う。一方で公的管理運営機関を設置しても結局はルールを守らない医療機関や患者も出てくるだろうから、設置したところで無駄に終わるのではという思いもある。
公的管理運営機関の設置実現については政治介入が不可欠であり、仮に設置が実現した場合でも、その円滑な運営に際しては政治力が必要であると思います。
公的管理運営機関の設置が提言されて20年以上経ちますが、全く動いていません。誰かが強力なリーダーシップをとって、機関創設のために具体的なことを積極的に決めていかないと実現は不可能と考えます。最終的には国の機関になるにしても、まず日本産科婦人科学会内にこのようなプロジェクトチームを作ることから始めるのが良いと思います。
公的管理運営機関の設置が実現するまでは、これまで通り日本産科婦人科学会には、うまれてくる子供と患者さんに優しい医療が本邦で提供されるようにご活動いただきたいと思います。
公的管理運営機関の重要性は2000年の卵子提供における厚生科学審議会先端医療技術評価部会、生殖補助医療技術に関する専門委員会で既に決められており、当時まだ計画中だった成育医療センターがナショナルセンターとしてこの任に当たると決まっておりましたが、実現していません。将来、生殖医療のあり方は多くのバリエーションが出てきます。卵子提供を用いた体外受精、AID、提供精子を用いた体外受精、これらの問題は全て医療ですので、日本産科婦人科学会が中心となって、あまり窓口を広くせずに運営したほうが良いと思います。治療に当たっては、医療従事者と患者との間では既に同意の契約が済んでいるわけですから、患者の参加は不要だと考えますし、また他の科の医師、倫理関係者等が入ってくると、まとまるものもまとまらなくなる。今までの苦い経験を思い出します。日本産科婦人科学会が具体案を国に提出し、許可を求めるという方向どうでしょうか。全てを行政、国に任せると永久に実現できないと思います。
公的管理運営機関による多方面、多職種からの意見を収集することと同時に、現在の実情を踏まえた専門家としての偏らない意見も把握し、現状と医学の進歩を見据えた見解を統合する組織、人員の育成、確保、配置が肝要になると思います。
公的管理運営機関としてできたとき、逆に議論が止まってしまうことはないか、心配します。この問題はどうしてもその時代時代の家族、生命の考え方に左右される問題ですが、「公的」となったとき、議論の俎上に挙げる人(これまではこれを日産婦が担っていたわけですが)がいなくなるのではないかと懸念いたします。
公的管理運営機関が設置されたとしても、クリニックや担当医師、カウンセリング対応者の力量によって正しい情報が患者さん側に伝わるのか不明であること。 患者さんからすると更に実施施設が少なくなること(承認施設が限定される)ことで他国と比較して検査が受け辛い可能性や承認施設のみの検査が独占される事が果たして良いことなのかは疑問です。 当院ではPGT-Aは行えない施設のため、必要がある患者さんには近隣のPGT-A実施可能施設へ紹介しています。 生殖医療を研修させて頂いていた施設では特別臨床研究に参加しており、当時カウンセリングに同席させて頂いたり、クリニックを卒業後にはNIPTや確定的検査での診断なども受けるむね、フローチャートに従って説明をしていました。しかしながら現在私どもが御紹介しているPGT-A実施施設ではそのようなカウンセリング体制や資料説明がなく、妊娠後に当院に戻ってきた際に追加検査の説明がなされないままに妊婦健診に來られる患者様がられるのも現状です。(実施施設はPGT-Aの特別臨床研究に参加している施設であってもです) クリニックレベルであってもばらつきがある中で、果たして一本化することが出来るのかは疑問です。 施設を登録する事と、患者さんに正確な情報を提示する事が平行できていないように感じるため、3を選択致しました。
公的管理運営機関があればより客観的な指標で評価できるようになると期待されますが、その分手続きが煩雑になったり、申請・許可等に時間がかかるようになると実際の診療には支障があるので、なるべくスムーズに手続きできる仕組みになればと期待しております。
公的な凍結物(胚、卵子、精子)の保存センター整備推進を期待しています。
公的でも、政治から独立した機関として設置されるのが公平だと思います。国の思惑と相反する推奨であっても出せるように。(米国ACIPのように)
公機関がどこからから制約や付度をしない・受けないか不安 規則を守らせる規制がない緩い日本のルールで会員が従うか不安
現状で可能な範囲でまず設置の上、速やかに活動を開始することが重要と考えます。

現在当院では、卵子の提供による体外受精の準備を進めています。当院、JISART加盟施設であることもあり、JISARTガイドラインに沿って進めています。しかしながら、民間施設では、信頼性や永続性という点で、とても不安定です。公的な身近な機関、保健センターや児童センターなどと、連携できる機関が設置されれば、うれしいです。さらには、あかちゃん縁組や特別養子縁組に対する窓口も併設していただけたらうれしいです。
現在は産婦人科学会のガイドラインにより産婦人科医の裁量に任されているばかりで、その後のある程度の基準の励行を守っている事の証明が必要と考えます。
現在の日本の出生前診断や不妊治療における生命倫理の問題は、患者と医療者の間で決められます。そのことは、患者の自由を保障する点で優れてはいますが、あまりに大きな責任を関係者に背負わせています。他国のように、国家として考えるか、という議論を行い、国としての指針を表明する(例:公費を出すから出生前診断を推奨、出生前診断による妊娠中断は原則禁止、等)ことが必要だと思います。この問題は、妊娠可能な女性や医療者だけではなく、すべての国民1人1人が、他人事ではなく、自分の問題として真剣に考えることが必要なのです。
現在の機運に乗じて、野田聖子少子化対策大臣を中心に有識者を集めて生殖医療法(ACT)を策定してもらう必要があります。
現在、海外での卵子提供による出産がほぼ野放しの状態で行われており、超高齢出産のリスクがあるにも関わらず、我々医師は法的に対処できない状態となっております。さらに、出自を知る権利についても、法的整備の無いまま民法772条の改正がなされております。倫理の面、さらには、自然の摂理としての生物学的な妊娠の限界と、SRHRとのバランスを法的根拠のあるものとして、整備することが急務だと日々感じております。 もちろん、生物学的な生殖限界についての所謂「性教育」は重要ですが、行き過ぎたSRHRも問題です。医師のバタナリズムは問題であり、今までのような旧態依然とした「指導」としての受胎調節は多様性を求める社会においてはもはや不可能です。私個人としては、多様性を認める社会は大歓迎なのですが、産まれてくる子供の福祉、人権についてしっかりと考えられた社会でなければ、配偶子提供による妊娠・出産にはすでに述べさせていただいた、超高齢出産のリスクのみならず、「育てられない子供たち」を生み出してしまいう結果につながりかねません。 子育ての費用が恐ろしく高くなってしまった現代においては、簡単に子供を産む選択は難しく、しっかりと人生設計を行う方々にとっては、出産の適した若年での子育てを躊躇してしまうのは当然であり、それらを含め、社会問題として、配偶子の管理のみならず、国に子育て支援を含め、わが国の妊娠・出産・子育て、教育について意見ができるような公的な生殖医療に関する運営機関の設置を強く望みます。 現況では、患者さんの生殖に関する権利を尊重するために見切り発車もやむを得ないかもしれませんが、第3者を介した生殖医療あるいは長期の保存が見込まれる小児に対するがん・生殖医療等には公的な管理が必須と思います。また、今後、医学的あるいは非医学的な適応による配偶子凍結が増加する場合、なんらかの理由で使用できなくなった余剰(廃棄希望)精子あるいは卵を、善意の臓器移植として治療的な精子提供あるいは卵子提供に組み込めるような公的体制が必要になるのではと考えます。生殖医療に関連する生命倫理は様々な立場の意見が交錯するため一朝一夕には解決できない問題が多いと思います。学会を中心としたWGの立ち上げと、現場(当事者)から行政および国民(議員)への働きかけにより、継続的に議論ができるような機関を早期に設置することが大事になると思います。
検査を受けたいと希望する人の声を最も重視して行ってゆくべきです。少なくとも疾患当事者の声よりも検査を受けたいと希望する人の声をもっと聞くべきだと思います。 また、現場で一生懸命対応している産婦人科医をもっとリスペクトするような状況を醸成すべきです。産婦人科医を信頼しないような議論が多すぎます。ほとんどの産婦人科医は優生思想論者ではなく患者さんと胎児の利益を誰よりも一生懸命考えています。それをもっと堂々と社会に訴えてゆくべきです。
決めるべきことなのか、決めるとしたら誰が決めることなのか、法で決めることなのか、など、根源的なことから始める必要があると考えます。満場一致はありえないでしょうし、多数決で決めることでもないでしょう。まず、そのことを確認しておいて、その上で、決めますよ、と言う必要があると思います。決めたとしても、横暴と言われるか、リーダーシップと言われるか、多分半々でしょうが、でも、話は進めなければならないと思います。
議論の際には、参加メンバーに偏りがなく各世代からの意見を集められることを希望します。
義務教育の性教育にも関わる問題だと思います。国としての指針が必要だと思います。
技術の進歩により今までできなかったことが可能になることは、人々の可能性を広げ、有用であり基本的には望ましいと思います。一方、技術の進歩は本来その技術を必要としない人々による自己の欲求を満たすための応用と、商業主義に基づく乱用を招きます。結果として、人々に誤ったメッセージが投げかけられ、国の政策すら損なわれているように感じられます。 技術は哲学を持ちません。開発する人が崇高な理念を掲げていたとしても、それを利用する側が理念を共有しない限り、このループは繰り返されます。非公式で構わないから、一刻も早く管理運営機関を立ち上げ、その中立的な活動や政策提言をもって公的組織として認めさせることを検討してはいかがでしょうか？産婦人科学会が作ってしまえばいいではないですか。世の中には自社のためではない活動をする組織を持ち、社会に貢献をしている企業もあるではないですか。国のトップダウンで設置されることを期待するのは時間の無駄であり、中立的な存在とすることもかえって難しいのではないのでしょうか？
機関があることにより、日本国民全体への理解を得、社会の認知度を高めることができる可能性と、機関の決定による制限が過剰になる懸念の側面があり、制限が強くなることの懸念が払拭できない。

基本的な考え方には賛同します。 ただ、各国の状況を見ると、公的機関の設置に関して法的なバックアップがあり、法に基づいて管理する機関という位置づけになっていると思われますが、日本では法がありません。この機関に生殖医療や生命倫理に関して議論する場を設置するとして、議論している機関が管理まで行うのであれば、現在の日本産科婦人科学会の立ち位置とそれほど変わりがないことになります。少なくとも「公的」というところで法的なバックアップに基づいて設置しているということができればよいと思います。
患者が検査実施するのに、近隣の施設で実施できるように配慮していただきたい。結果が異状ない場合は妊娠継続可能であり、異状の場合は、ウェブで全国一律の説明を聴講した後で、各個人がカウンセリングを近隣の基幹病院で実施していただくシステムにしてほしいです。 公的管理運営機関の指導の下、各クリニックとウェブでの説明・カウンセリング機関、基幹病院施設のシステム構築を管理運営する方式にしてほしいです。、申請許可された一部の基幹病院のみでの実施は、患者の利便性が大きく侵害されます。倫理に関する議論も大事ですが、システムについても患者、クリニック、基幹病院が協力できるシステム構築されるべきだと考えます
学会認定の倫理委員会や各施設の倫理委員会の運営があればよい
学会や医会での提言や指導に対して、全てを患者の希望という独善的な判断で治療を行っている医療施設が存在してるのも事実です。保険診療の場合には、反することを行っている施設に対して保険診療の側面から対応の改善を促すことが出来ませんが、自由診療の場合には施設自体の倫理観に期待するしか無いというのが実態であり、改善の必要性を感じます。
学会の枠を超えて、国民全体の問題として国に提案して頂き、学会、有識者、当事者だけではなく国民全体の意見をまとめる必要があると思います。
学会として喫緊の仕事は、国民的な関心事に盛り上げていくことと考えます。実際に議論が始まったら、中心から外れて専門的な助言を与えることに徹した方が良いでしょう。どうしても、実施している施設の意見が強くなり過ぎる傾向にあるので、引っ張られずにしっかり考えていただきたい。
海外で容認されている医療行為については、禁止するのではなく、報告制度(登録して報告する)を確立することで、いわゆるアンダーグラウンドの医療行為はなくなると思います。卵子提供を公認していないため、多くの患者が法外な料金の卵子提供を受けに海外に出ざるを得ないことが、最たるものです。日本で卵子提供を、登録制度をきっちりと確立すれば、海外の業者が暴利をむさぼることもなくなります。PGT-Aについても、条件を付けることにより、報告数と同程度のアンダーグラウンド症例が存在する可能性があります。日産婦は体面を考えるのではなく、患者のため、真の科学的データを集積することを目指すべきだと考えます。
過去の経験も今後の実務予定もないので、申し訳ありませんが何とも評しようがありません。
可能な限り広い門戸を開き、多くの意見を集めて頂くことを望みます。
何をするのが自分自身見えてないので、設置の判断がつかない。ただ、設置するのであれば、バランスの取れた人選を強く要望する。臨床経験豊富な現場をよく知っている人を複数人入れるべきだと思います。
一番尊重されるべきは当事者である妊婦とパートナーの意向であると考えます。妊娠しており産むのは妊婦であり、育てるのはお二人です。妊娠中ならびに生後の援助が物神両面でまだまだ不十分な現在、当事者でない第3者の意見の比重はあまり大きくしない方が良いでしょう。
一般的に生殖医療・生命倫理について考えたり意見を交換する土壌が日本には少ないと思います。理想的には様々な立場の人、多くの人が生殖医療・生命倫理について意見を出し合って日本の方向性を決めることが良いと思いますが、現状ではいわゆるオピニオンリーダーとされる識者の先生方中心に運営していくことになるのではと考えます。長期的にはやはり教育の場で、幼少期～思春期教育のテーマの一つにするべきだと思います。
医療者側にとっても患者側にとっても、現在のシステムでは不利益を被っていると考えます。学会は産婦人科医が大多数を占める組織であり、これが周囲からの反論などを受ける判断者と実施者の両面を担うため、に学会の自主規制は患者の利益よりも慎重論を尊重しすぎる可能性を秘めている。
医師会の協力、医師会の推薦の国会議員の協力も考慮？

医師への給料、医師・看護師の招へい、施設建設費など経営的にも困難だと思います。
遺伝性疾患当事者や家族などを議論の場に加えると感情論が先行される恐れがありますので、不適切と考えます。生殖医療については、メインとなる現場がプライベートクリニックであることから、様々な臨床研究に対するハードルが異様に低く、まずやってみてから検討する、という他科と比べても特殊な背景を持っていると思います。クライアントだけでなく、将来生まれてくる児への影響を加味し、現在数多く行われている施設独自のオリジナルadd-onについて整理していただきたいと思います。
リプロダクティブライツの観点からは当事者(カップル)の自由に任せてよいと思いますが、一定の歯止めは必要なのではと思います。年齢、流産回数、移植回数など基準を設けてその範囲内での自由決定権です。
もっと強く政治家に訴える。
まず何が問題となってその設置が進まないのか知りたい。
どのような性格の公的管理運営機関設置をどこに置くのか、またその組織構成メンバーは、などを議論する段階では各領域関係者から広く意見を聞くべきと考えます。私見としては、厚労省や文科省から独立した、例えば規模はかなり小さくなりまた役割は異なりますが、現在のPMDAのような位置付けの機関が適切ではないかと考えます。
どこも主体的に扱いたくないので、様子をうかがっているのが現状です。ひな形を学会で作って、議員、行政と意見交換しながら練り上げて、国が主導して設置するのが理想です。学会の要望のみでは通りにくいので、一般の世論を味方につけたいところです。事実婚などの課題については、産婦人科学会で決められる範囲は狭いとはいえ、現時点における学会なりのスタンスは決めておくべきです。LGBTはアカデミアからさらにずれるので、夫婦以外の一括りでもいいかもしれません。保険適用になる生殖補助医療、出生前、着床前、第三者をまとめた一つの管理運営機関が望ましい構図です。新たな機関の設立は非常にハードルが高いので、ナショセンを軸に進めるべきですが、既存の組織図に押し込められないと思いますので、子ども家庭庁との連動を視野に新たな部門として構築する必要があると思います。
すべての分野の方の意見に耳を傾けることはとても大事なことです。しかしすべての人が100%納得することは不可能ですし、膨大な時間を費やすことになります。議論は徹底的にしたうえで、妥協点を見出しスピード感をもって決定することが重要と考えます。
この様な大切なことを、しっかりと議論していくことは、大変重要なことと思います。進めていきながら、必要な部分は、変更を加えながら、形やルールを作り上げていく事は大切なことと思います。
この国の家族観、血縁関係、男女差別などに起因する結婚を大前提とする児獲得の考えが根深く残っていることが、この問題への対応を鈍らせていると思う。これから子供を持ち、育てる若い年齢層の人々の意見を吸い上げて欲しい。提供者は、(可能ならボランティア)匿名化したプール制として、感染症の検査や健康上の問題を抱えてい事を前提に提供回数を限定して提供者となって欲しい。この技術によって生まれた子供のフォロー(虐待などの有無)を行って欲しい。
この項目については、吉村泰典先生が日産婦理事長でおられたときに先生が提案されたことを思い出す。確かに日本では倫理に関する件では公的機関が積極的に関与することををはばかる傾向にある(逆に、そうでなければ高圧的に関与する)。また、西洋のように宗教的な下地があるところでは見解の一致が比較的容易であろうが、本邦のようにその環境にない場合は様々な意見が発出され、整理が困難であろう。しかしそれでも倫理に関する件においては日本国民全体としての統一見解を基に進めるべきであろう。そうしなければ勝手に進めるものがあることは今までも経験してきていることで、日産婦もそれらへの対応に苦勞してきたことはよく知られている。 公的機関の設置については賛成である。しかしその運営は困難を伴うことを覚悟しておく必要があろう。それでもこのような事項に関しては公的機関が日本の考え方をまとめ、運用するべきであろう。施設の管理や評価、特に倫理が絡む治療の可否や、その後の児の健康状態のフォローアップなどを効率よく実行することなどが考えられる。 しかし、日産婦がそのようなむづかしい問題をそこに丸投げすれば済むというのではない。日産婦は生殖医療における専門機関として、特に生殖医療を肌で感じ、毎日それらに接する機会のある専門家として、専門家としての意見を堂々と発するべきで、それは神聖な義務であろう。しかもそれが大きな力を持つべきである。倫理問題は必ず反対者がいる。それに対して「その道の専門家」としての意見は重要であることを自覚し、かつ、反対者に有無を言わせぬくらいの迫力を持って意見を発し、その義務を果たすべきである。日産婦としてもこの機会にこのような果たすべき責任を自覚しなければならない。そうして日本の産婦人科の全体の意見を代表する覚悟が必要と思う。 かなり強力なリーダーシップをとる人が必要だろう。ある程度のコンセンサスがないと立法まではもっていけないし、それを推し進めようという強い意思をもった国会議員が必要となる。このことについての議員の勉強会などあのだろうか。

PGT-Aを實際された患者さんの声が広く本当に学会に届いているのか甚だ疑問です。40歳を過ぎた患者の複数個の胚に100万近くかけて検査し妊娠に至らない、または妊娠しても流産することが少なくないということが一般的治療の範囲に入ってよいのかと最近思っています。 公的機関でもっと不妊症全般の患者の声や一般常識を持った方の意見を広く聞いて倫理や実際の医療の促進、規制に生かしてほしいと考えます。実際に治療する方のための法律や取り決めであって欲しいです。
PGT-Aなどを筆頭に、まだ体勢が整いきっていない分野の発展がめざましく、臨床を行うにも、研究を行うにも倫理的な問題が残る場面があるため、設置が必要と考えます。
NIPT等の出生前検査に関しては、検査結果を登録した施設、あるいは専門的な知識を要した方が勤務する施設が主体で行えるようにした方がよいのではないかな。
NIPTにしるARTIにしる、学会で決められたことに公的な効力を持たせるべき。違反すれば抑止力になるくらいのペナルティが必要だと思う。
2022年度の保険診療改定により、生殖医療に保険診療が適応される意義は「生殖医療も国民皆保険の一つ」と位置づけしたことである。国民皆保険の一つとなるからには「生殖医療内容の質・透明性・医療従事者の倫理性の高さ」が求められる。よって「公的管理運営機関」の設置は必須である。また生殖医療は受精卵を取扱うことから、(1)医療従事者には、高度の倫理観が求められ、(2)非常に侵襲的な(手技に熟練しないと生命危機の危険性の高い)医療であることを認識した、それなりの施設基準と複数名の資格保有者による複合的医療とすべきではないだろうか。
2007年の日本における裁判のように、現行のルールを守らない一部の医師のために、社会制度が崩壊する危機に簡単に陥る可能性があります。ルール遵守のためにも生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置は必要であると思います。
1) 制度化を図る担当者と現場の医療従事者や患者さんの意向との乖離・隔たりが著明、2) 決めた制度は硬直化させず、一定期間(5年程度)ごとに再考・修正する、3) 閉鎖的な議論は絶対に避けて頂きたい、4) 柔軟な、フットワークの軽い学会運営を期待する
・一学会で担うものではなく、国民的議論が必要だが、学会レベルでは国民に議論を求めることができない。 ・障がい福祉は手厚くなるどころか、高齢者福祉と比較すると後退しており、ノーマライゼーションに取り組んでいるとは言えない状況で生殖医療に関する技術を拡大していくのは、優生思想以外の何物でもない。しかし、日本産科婦人科学会が障がい福祉の充実にコミットできる立場にはない。ゆえに、ノーマライゼーションが実装されるように障がい福祉の充実に指導勧告できる権限を持てる公的機関が、生殖医療に関する管理も担うことを望む。 ・国のあり方を決める重要な議論であり、国民の代表である国会議員を巻き込む必要がある。まずは国会議員に勉強を求め、議論を促す取り組みが必要ではないか。
「本人の生殖の自由に関する権利」「児の遺伝情報に関する権利」など様々な問題があり海外では議論の末、すでに実施されている国も多い中で、日本人の社会的観念も鑑みて「社会として規制をかける」のか「本人の選択の自由」とするのか、医療の現場は板挟みの状態にあります。まずは公開された場での議論が必要であり、ぜひ今後も継続していただきたいと思います。
「第三者を介する生殖補助医療」での公的管理運営機関の設置の問題と、NIPTや着床前診断とは、意味合いが全く違う。「倫理問題」ということしか共通点が無い。 まずは、「第三者を介する生殖補助医療」についての公的管理運営機関を設置すること。その設置目的を明確にすること。 公的管理運営機関が存在して、その利用者、配偶子提供者をまず把握すること。それにより利用者、提供者のハードルがあがる。 また出自を知る権利を子どもが行行使するには、子どもにそういう医療で生まれたということを知らせることが出来る仕組みが必要。 公的管理運営機関は子どもの血縁者を把握して情報提供するだけでなく、子どもや家族の心身への影響をケアする機能も有する必要がある。 子どもが何歳になるまで情報を保存するのかという点も、出来るだけ長く保存する必要がある。というのは、いくつになっても子どもは自分の本当の親がどうなのかというのを態度で示さなくても心の底では知りたがるからだ。 2010年3月20日「第三者の関わる生殖技術を考える会」立ち上げ集会から数回参加したが、第三者を介する生殖補助医療で生まれた子供たちはそんなもの利用してほしくなかった、また、隠さずに話してほしかったと切望していた。
「諸外国では、公的な管理運営機関が設置され、多くの方々が加わったうえで議論が公になされ、公共性、客観性の高い管理体制の中で適切な情報が提供され、生殖医療が展開されています」ということであれば、あえてわが国の特殊性やこれまでの経緯は封印して、公的機関の設置母体、仕組み、管理方法、人選などは諸外国に倣うべきではないかと考えます。
「子供が病気だったらどうしよう」という目の前の不安だけではなく、検査、中絶、出産、育児、養育、行政サービス、など全体の見通しを理解した者が対応できるのが理想。本当は産科医が対応できればいいのだが、現状その時間はとても取れないし、養育や行政サービスまで理解している方は少ない。認定遺伝カウンセラーがもっと普及したら、行政サービスを理解して対応できれば一番良いのではないかな。妊娠前からでも、男性1人でも相談できるといいと思います。

公的管理機関の設置についての提案の内容を確認させていただきました。条件として、子供を希望されているご夫婦であり、また、加齢によるものを除くとされていますので、まさに現在od-netがされている内容と同じと思います。NPO法人のOD-netからの引継ぎを計画されていると思っていいいのでしょうか？。民間の法人になりますが、業務内容がかなりかぶりますので、平行ですすめてゆくのか、あるいはこの公的機関への吸収かは議論が必要かと思います。 Od-netの内容としての、現在までのご苦労は、ドナー登録は、ご本人は人助けと思い登録されるのですが、いざ内容を聞いて中止されたかた、またドナーとしての態度なども心理側から見て該当しないとのことで多くて約半数はドロップアウトとのことでした。カリスマ的なドナーとレシピエントの間に立ってくれるKさんがおられて献身的な業務をされています。電話連絡など大変のようです。公的機関としては、内容自体は、このod-netとかぶりますのでこれを強固にした形でいけるのではないかと考えています。 公的機関の権限をやや強くすることも必要ではないかと思ひます。心理カウンセリングやその他でJISART28施設がありますが、いまは第三者の卵子提供、精子提供は3施設ほどの施設しか対応されていないのが現状で、公的機関で多くの施設の参加ができるようになれば幸いと思ひます。 あとは問題点を箇条書きにします ・ドナーさんの保険　ドナーさんは危険を負いますので民間の保険にはいる必要があると思ひます。 ・高齢者は、いままでどおり、海外などにゆかれる可能性がのこります。実際の卵子、精子提供のおそらく1/5-1/6のかたへの登録となると思ひます。全体像をもっとわかるようにしたシステム構築は必要と思ひます ・第三者の提供でも、健康保険あるいは自治体の補助がうけられるようにしてほしいです ・マッチングや心理カウンセラーは（一か所（公的機関）で全部行ってほしいと思ひます。 ・対価の授与の禁止は、大義名分でのいのですが、実際交通費や心理カウンセリングの費用など自己負担？遠方であれば宿泊費なども考慮する必要がありますがあるので、公的資金は出せそうにないので、最初はそれでよいのですが、問題（ドナーをやめる可能性）は発生するおそれがあります。 ・1個しかドナーさんから卵が取れないことを回避するために、ドナーさんの認定は厳重なきまりを設ける必要があると思ひます。 ・提供者の死亡での胚廃棄とのことですが、配偶者が死亡して、提供者は生きていて胚凍結がある場合の記載がなかったのでそれも明確に定義している必要があると思ひます。 以上
--

非会員 胚培養士を国家資格にして欲しい、保険診療にあたり患者側から見ると医療資格がない人が胚を扱う保険診療は、不安に感じる方もいらしゃると思ひます。 高校性、大学などでは不妊症になる事の啓発活動を積極的にしてほしいです。 現状、小学生・中学生ではあなた達が産まれてきた事（妊娠の過程）は素晴らしいと教える時間が設けてあるが、不妊については一切ふれられていない。 教育課程のどこかで、啓発活動をしなくて40才でもすぐに妊娠できるといったまま、病院を訪れる方が一定数いる為。
胚の着床前診断をして辛い思いをする人が減ることを願ひます。一度の流産でもよくあることと産婦人科医は片付けがちです。2回目は次は大丈夫といひますが、何を思つて言つてるんでしょうか。これ以外でも不妊治療経験者でしか判り得ないことのほうがほとんどです。是非経験者の方をメンバーに入れてください。でないと本当の辛さや不妊治療中の方の意見や気持ちは伝わらないと思ひます。
立法府への働きかけ マスメディアへの提言
卵子提供で子供を2人産んだ当事者です。卵子提供が国内で整備されないことにより世間からの無理解に晒され続けています。子供たちにとっての福祉も保障されていません。人権も保護されておりません。まずは当事者親子が世間からの差別や偏見や無理解に晒されないように早急に国内での卵子提供を整備して欲しいです。法整備がされることで非当事者からの理解も深まります。これは海外の事例でも明らかです。何も決まらないと言うことは私たちの子供たちが学校でいじめにあった場合にもどうにもできません。とにかく子供たちの福祉を最優先に早急に決めて下さい。 私は不妊治療をしていたクリニックの院長から「卵子の老化だと思ひるので卵子提供が養子をおすすめします、うちの治療はこれで終わりです」と言われたため卵子提供で子供を出産しました。患者が卵子提供に切り替へたいと医師に伝えると難色を示す医師もあり、患者のその後の人生が医師によって左右されている。これはおかしいことだと思ひます。医師の個人的価値観や裁量ではなく「卵子提供を考えているならこちらに問い合わせて下さい」と認可クリニックを案内して欲しいです。統制の取れた平等な対応をして欲しいです。医師によって卵子提供の対応や案内にバラつきがあつてはいけな思ひます。提案書には卵子の老化は認めないとありましたが43歳までしか不妊治療の助成金が出ないのであれば、フランスのように43歳までは老化に関係なく国内で卵子提供が出来るようにして欲しいです。卵子の老化は認めないという精子提供と比較して差別だと感じます。また不妊クリニックですが、台湾の卵子提供をおすすめする不妊クリニックが幾つかありますが、台湾はドナーが匿名となっているためにおすすめするのをやめさせて欲しいです。匿名ドナーから産まれた子供がどうなるのか？十分に患者夫婦に説明もせず、日本から近い、金額が安いなど、こちらの面だけでおすすめしていることを強く感じます。まずは産まれてくる子供を最優先に考えての卵子提供だと思ひませんか？匿名ドナーを選ぶことは子供の福祉を最大限に優先しているとは私には思へません。ですのでは不妊クリニックからの安易な卵子提供のおすすめや、卵子提供の良い面だけを話すような無責任な内容の不妊クリニック主催の卵子提供お話し会なども取り締まって欲しいです。「台湾の卵子提供を不妊クリニックの医師から提案された」「有名な不妊クリニックの院長が卵子提供のお話し会で話していたことは本当か？」など、私のところにはたくさんの相談が寄せられています。充分な説明やインフォームドコンセントを受けずに、夫婦が安易な気持ちで卵子提供をして結果的に犠牲になるのは子供です。そのような厳しいことも話さないままの卵子提供は断固としてやめさせて欲しいです。子供が欲しい夫婦に安易に卵子提供をすすめているとしか私には感じられません。 2019年1月にボランティアで卵子提供の自助グループを作りました。以来、私一人でたくさんの相談に対応しています、はっきり言ってこのようなことはあり得ません。先進国と言われる日本で卵子提供の専門の窓口もなく、私のような一般当事者が相談に対応しているなど先進国としてあり得ないと感じます。専門家による専門の相談窓口を早急に設置して下さい。年齢に関係なく卵子提供を考えている全ての人が相談できる窓口の設置を早急にお願ひしたいです。 来年度からの設置についてはあまりにも準備期間が短く、公正な運営がされるのか不安があります。私は不妊治療を受けている患者ですが、現在の助成金から保険適用の回数引き継がれるのか、自由診療と保険診療は一緒に受けられるのか、保険適用されるオプション範囲など、これから審議される内容になるとは思ひますが、保険診療による治療費の増加や診療範囲の縮小などで負担の逆転現象にならないか非常に不安です。助成金は助成金額が流動的で今までも公平に受け取れていないケースもありますし、現状で一括管理している機関もありません。希望としては助成回数は来年度頭からリセットし、改めて不妊治療をスタートできる体制にしていただきたいです。どうか、一人でも多くの子供を望む人が治療を受けられるような制度で辛い治療にも少し希望が持てます。何卒、ご検討のほどよろしくお願ひいたします。

優生思想と母体保護の区別をしっかりとした上でご検討されてほしい
無精子症の夫婦に対して、AIDは戦後70年以上実施されてきているのに、存在しないもののようにずっと取り扱われています。いい加減、変化を起こす時期だと思います。体外受精はなぜだめなのでしょう？なぜ、助成金の対象外なのでしょう？「慎重な議論が必要だ」などと言って、70年以上何も進んでいません。夫婦間での治療ができない、絶対不妊の夫婦にはAIDという道しか出産する術が無いのです。不妊治療のひとつとして、夫婦間治療と差別せずに取り扱ってください。お願いします。
民間で簡単に検査を受けられるような体制を初めからつくるべきだったと思います。公的な機関ができれば、コントロールはしやすくなります。
夫が先天性疾患で精子を得られずAIDに進むも金銭面で負担が大きく治療を続けられず子供は諦めました。負担をどうにか少しでも減らせるようになれば良いと思い申請させていただきました。
不妊治療をしています。妊娠したものの高齢妊娠のため染色体異常の不安が付きまといました。結果流産しましたが、次の妊活にも再流産や異常の不安があります。子供を望む女性が幅広い選択ができるようなシステムをお願いします。
不妊治療やPGTAを行うにしても、日本では大学病院などの不妊外来、不妊専門のクリニックなどセンター化されていない。患者はまずどの施設で治療を受ける事が良いのかすらわからないため、一定の基準が満たされている施設かの審査を行うためにも必要であると考えます。審査は同意書など全てにおいての審査が必要だと思います。
不妊治療は、辛くて辛くて、毎日考えないことはなく、胸がずんと苦しくなるものです。6度の人工授精でも授かることができず、20代ですが、体外受精にステップアップのため、卵巣嚢腫の摘出術も受けました。夫の転勤のため他県にうつり、現在片道1時間30分かけて通院し、治療に専念するため私自身の収入がぐっと下がる、親にも気を遣わせてしまい申し訳ない、、、自分の存在意義とはとまで、本当に考えてしまうのです。いまいちど、こちら側に立って、考えていただきたいです。もっとメディアにもでて、よく勉強もしないで、生命倫理がなんとか言う議員が出ない世の中にしてほしいです。どうか、どうかよろしくお願いします。
不妊治療の保険適用について、子供を望む夫婦へ広く享受できるものであって欲しいです。女性の社会進出、晩婚化などを踏まえ、年齢制限や経済的負担の少ないものにして欲しいです。不妊治療のために仕事を辞めなくてはいけない、制度として存在していても現実問題として両立できない、制度を使えないなど働く女性にも厳しいのが現実です。結婚し、子供を望み、家庭を作りたい。それだけなのに、仕事や制度、経済的問題で不妊治療も諦めなければいけない様な現状をなんとしても変えて頂きたいです。
不妊治療に関する法制度や支援制度が進まない昨今、ようやく保険適用の動きが出てまいりましたがそれについても未だに当事者意識のないなんとなくのルール決めや支援の分断が行われていると強く感じます。治療を受ける人たちの必要とする事がなかなか汲んでもらえない現状に困っている患者はたくさんいると思います。
病気や個々の理由により、児を持ちたいという方にはある程度選択肢を増やしてあげてもいいのではないかなと思うから。
妊娠、出産は年齢のタイムリミットはもちろん、経済的なタイムリミットもあります。限られた時間とお金で治療をするため、病院選びも大変重要になると考えます。病院ごとに治療例の開示があれば、自分に合った病院に早く出会うことができ、時間もお金も無駄にせず治療が行え、結果成功率も伸びるはずで。公的に各病院のデータを収集、開示する機関があるべきだと考えます。

日本産科婦人科学会関係者様、生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関（以下、同運営機関）の設置を検討、政府にご提案いただき、誠にありがとうございます。ご提案にとっても希望を感じると共に、同管理運営機関の設置の際は、長年不妊治療に携われてる不妊治療専門医の医師、看護師、生殖医療カウンセラーの方には産婦人科医とは別枠で参画いただき、不妊治療当事者の治療の実態や実情が制度設計に反映されることを願います。
私は40代前半の不妊治療患者当事者です。不妊治療を8年にわたり受けています。治療を始めた当初は30代半ばで、当時は不妊治療をしていることを公表したとしても社会の理解も少なく、仕事と不妊治療の両立には大変苦労しました。最初の数年はタイミング法、次に人工授精とステップアップし、AMHや卵管造影の検査等を経て、ボリーブの切除は卵管を広げる手術等を受けましたが妊娠には至らず、体外受精にステップアップした際に第一子を妊娠・出産できました。出産したときはすでに40歳になっていました。第二子も出産後一定期間ですぐに治療を開始しましたが、余剰卵をすべて移植しても、何度採卵を繰り返しても、胚移植を繰り返しても、妊娠判定は常に陰性で、妊娠に至ることはできませんでした。子供に会いたい、子供を育てたい一心で生理が来るたびに毎周期通院し、転院回数は4回、採卵回数も胚移植の回数も途中から数えられなくなりました。不妊治療に費やした費用で中古住宅が購入できるほどになってしまいました。不妊治療を継続することは、期待と不安が入り乱れる治療のため、メンタルの不調も伴うものだと途中でわかりました。既にご存じのように、「不妊治療の実態に関する調査研究 最終報告書－厚生労働省」によると、2017年に約45万周期の治療が行われ、移植周期数においても約25万周期、妊娠周期数は約8万周期（治療周期に対して17.7%）、出生数は5.7万人（治療周期に対して12.6%）と成功率はとても低いです。45万周期から5.7万人を引くと、単年度で延べ約40万人の人が涙を流していることが推測されます。もちろん、こちらは延べの回数のため、複数回治療をされているので、実際に40万人ではありませんが、経年で見ると40万人の人数の子供を欲しいのに子供が授けられていない現状があるといっても過言ではないと思っています。そのため、「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度」の対象者の見直しをお願いしたいです。2021年6月に日本産科婦人科学会が提案頂いた「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する提案書」について、精子提供・卵子提供を受けられる対象者をみると「精子／卵子が存在しないか、または、精子／卵子に受精能力がない」または「精子／卵子が存在し、かつ、精子／卵子に受精能力がない」ことを医学的に明確に判断することができない人たちとありますが、妊娠のプロセスは9割が未知であり、患者の大半の不妊の原因はほとんどが不明であることをご理解いただきたいです。10年不妊治療に取り組んでも、50回採卵しても、50回胚移植をしても、全財産を投入しても妊娠できない人が一定数おり、それは決して一部ではありません。子供を育ててみたい人が経済的理由により治療を断念している実態があり、子供を産み・育てたいのに、授けられない人がたくさんいることをご理解ください。不妊は病気です。「何らかの理由で妊娠が難しい」人が不妊治療患者の大半です。治療をしても授けられない人たちが、一人でも産みたい、育てたいと思う人が親になれるよう、そして、一人で生きなければならない子供が少しでも減るように働きかけをお願いしたいです。妊娠、出産は様々なプロセスを経ます。卵が受精できたとしても、着床する能力、妊娠を継続できる能力、そして最後に母体・赤ちゃんが無事に出産にたどり着ける能力が必要です。「受精能力」ではなく「着床能力」、「妊娠継続能力（流産・死産などの不育症も含む）」も検討いただかなければなければ、精子や卵子を提供を求めて海外に渡航する流れは止められないと思います。生殖医療・生命倫理に関して幅広い当事者が議論をし、生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関が無事に設置され、法が整備され、海外に比べると限定的な日本の不妊治療に実態が将来的に提供精子・提供卵子の可能性が広がることを切に願っています。環境整備に向けてご尽力いただけると幸いです。
日本産科婦人科学会は難しい生命倫理学上の問題についてprofessional autonomyをしっかり発揮されていて立派だと思います。
日本の生殖医療では生命倫理において問題があるから出来ないという理由で行われない技術が多いですが、科学技術の進歩に生命倫理は遅れをとっていると思います。また先進技術提供のためには症例ごとに学会の承認が必要ですが時間を要するのが現状です。今後治療を必要とする患者さまに素早く適切な生殖医療を提供するためには、公的管理運営機関の設置が必要であると考えています。
日本で法律であろうとなかろうと、鎖国のようにいくら規定を設けても、必要な家族は海外で探して医療を受けて出産している。着床前診断、出生前診断、遺伝子操作・治療、精子・卵子提供による出産などで生まれた子供とその家族を保護する為に出生前から出産までカウンセリングと医療機関への紹介、データの保管管理、出生後の相談を一まとめに運営する独立した機関が必要だと考える。厚労省と新しくできる子供庁との連携も必要だと思う。生殖医療は、海外で受けられるものと同等のものを日本で受けたい。着床前診断の具体的な内容、受精卵の何分割した時にどこをどのように検査するのか、また全部検査できないのか、検査した後その受精卵の成長に問題は残らないのかなど 患者目線での細かな情報が欲しいと思っている。
日産婦及びそれ以外のものを含めたグループで具体的な試案を作成することが良いと思っております。
二点意見を送付します。①不妊治療院での公表データを見ての違和感 不妊治療院で治療データを渡されたのですが、産婦人科学会の採卵辺りの妊娠率と当該医院の分母不明の妊娠率が並列して記載されていました。また、AIHでの妊娠率のグラフにおいて累積妊娠率が100パーセントとなるグラフが載っていました。参考にできない数字なのでとりあえず当該医院の採卵辺りの妊娠率と妊娠成功するまでの平均期間を聞いたところ答えはありませんでした。最初のデータに関しては比較？するのはおかしいですし、AIHに関してはミスだと思います。このように全く参考にならない資料ばかり提示する不妊治療院を是正して頂きたいので公的管理運営機関の設置を求めたいです。②海外での代理出産ニュースを見て 資産のある方々(異性カップル、同性カップル含む)が代理母出産により出産し代理母の存在を全く無いもののように扱っているニュースを見るに生命倫理をよく考慮しての代理母出産が望まれると思いました。これは卵子提供等にも繋がりますが是非、公的管理機関で管理する対象にして欲しいです。
同性カップルへSNS等を通じて精子提供をされている現実について。個人間取引でリスクが高いが、そこで出生する子どもは確かに存在している。母体や子どものことを守ってほしい。日本は同性愛について後進国であり、そこに至るには遥かな年月を必要とする。まずは異性間パートナーにおける公的機関の設置、法整備を速やかに進めていく必要がある。
当事者や医療関係者の意見を直接きかないのに、どうやって取り決めをするつもりなのかわからない。年寄り男性が一方向的に決めるのではなく、10～40代の当事者で決めさせてほしい
提供精子や卵子を用いて治療をしている婚姻関係にある夫婦は、たくさんいると感じています。ただ、治療が出来る病院もかなり少なく、不妊治療助成金の対象からも外され、提供を受けてまで子を望む夫婦とそうでない夫婦との間に差があるのは不公平です。提供精子を用いて治療をした当事者からすると、数少ない病院へ治療のために何度も通院し(いつ妊娠できるか分からないので終わりは見えないのか)法整備がされていないため病院独自のカウンセリングを受けて、子どもの出自を考え、どう伝えるかも深く考えます。長い道のりを経てそれでもこの方法で子を授けられたらと薬にも縋る思いで進んでいるのです。先進国の中では、提供精子や卵子を用いた治療も保険適用にしていますし、提供を受けて治療することも普通の選択肢としてありますが日本はかなり遅れています。法整備をしっかりと整え、どの病院でも全ての夫婦が同じように治療を受けられる環境を作るべきだと強く希望します。
長年産婦人科学会においてディスカッションは行っていると思うが、個人情報、生命倫理に関わる懸案であるため、有識者のアドバイスを含めたさらなる検討が必要と思われる。
着床前診断を通すにあたり、学会を通すよりも時間がかかりそうだから良いとも悪いともいえない

第三者の関わる生殖技術では、医師－患者関係の外にいる人々が関与します。設置するのであれば、それらの人々の意見が入らねば民主的な議論はできません。それらの方々の身体を保護するため、医療者にも、様々な領域の専門家が入るべきと考えます。特に小児科の意見が入っていない現状は、生まれる方の安全性が無視された状態です。今後、日本でロングフル・ライフ訴訟が起きた場合の対処方法など、産科医（さらに不妊治療医を中心とした医師）のみで議論する現状は、非常に危ういものがあります。提供卵による妊娠が安全ではない事は既に報告されていますが、生まれた子が成人してロングフル・ライフ訴訟を起こした時、現場の医療者はどのように対応なさるおつもりなのかと疑問を抱いています。現場の方が、そのような問題を知るためにも、法律の専門家の意見も必要だと考えます。既に日本人女性が日本国内で中国人の代理母になった例があることや、日本人女性の卵が海外に輸出されていることを踏まえれば、国際的な法律に詳しい方も必要だと思います。そして現在、日本国内にいながら日本人女性が卵子を米国に販売できる現状を踏まえると、貧困女性の現状を説明できる福祉専門家も必要だと思います。生殖技術は、その支払いが可能な特定の階層にいる人々の意見が反映されがちですが、その様な方に利用される側の人々の意見を聞く必要があります。そのためには、社会的弱者の人々の身体が売買される現状、また女性の身体的負担が顧みられない問題について論じられる、生命倫理学の専門家（宗教、哲学、思想領域）も必要です。
体外受精を今まで4回していますが、未だに子供を授かっていません。高額な不妊治療を受けるにあたり、公的管理運営をなされていないのは患者側にとって不安要素でしかありません。不妊治療の更なる発展、保険適用に伴う協議の充実を目指すために運営機関を設置していただきたいです。
体外受精などが保険適用になりますが、年齢制限が一律43歳というのは不公平に思う。43歳以上でも、体外受精によって妊娠・出産に至る方もまだまだいらっしゃいます。採卵ができる限り、年齢制限は撤廃した方が公平だと思う。
多様な立場、考え、ステークホルダーの方の議論が、透明性高く、オープンに行われることを期待します。
専門家、当事者だけでなく、これまで全く無関係だった人も含め多様な人材で構成されるとよいと思う。
専門委員会および部会において、定められている「基本的な考え方」を遵守することが重要だと考えます。
精子売買や子どもの出生を知る権利など日本で問題になっているのにそれを管理する公的な機関がないのは何故なのでしょう。AIDを行う配偶者間の不妊治療には助成が全くないことも気になります。子どもが欲しいという気持ちは同じなのに配偶者か非配偶者かなだけで支援がないのはおかしいのではないのでしょうか。そもそもの不妊治療が自己負担で保険がきかないこともいけないことをしているのか、認められてないのかと感じます。不妊治療の助成だけではなく保険適用、非配偶者間の治療の助成や保険適用など行なって欲しいです。AIDで生まれた子が将来、出生のルーツを知ることができるようにしていただきたいです。
生命倫理の観点があるとは思いますが、無精子症やLGBTの患者に対しての非配偶者間での精子や卵子の使用が日本はとても遅れていると思います。そもそも、家族関の倫理というのは、夫と妻が結婚した上で成り立つものではないでしょうか？ 事実婚に対しても体外受精の保険利用が認められているのに、何故非配偶者間の治療は保険適応外なのか分かりません。
生殖補助医療を倫理面を考慮してどこまで許容していくか議論すると同時に、その操作を行う人についての議論も進めて欲しいです。資格・人数など、技術は進むけれどもそれに見合った人材が育成されているのか、マンパワーは十分なのか、現場任せではなくある程度の目安を設けてもらいたいです。
生殖補助医療が保険適応になる機会に合わせて、公的管理運営機関の設置について積極的に学会は活動してほしい。
生殖医療を必要とする方々、それに関係する方々の生の声を活かしてほしいです
生殖医療は、倫理的問題をはらむ内容が沢山あり、現状危惧されていることが起こる前に対策を行う体制づくりは急務だと思います。 期待する活動としては、子どもを妊娠適齢期で産めるような考え方を幼少期からの教育を通して培ってほしいと思います。
生殖医療の必要性を感じる人は少なからずいるはずですし、精子取引をはじめとした個人・民間での取引は規制できないと考えます。自分も女性同士の同性カップル当事者として子を持つことを望んでおり、精子提供を考えている者の1人です。公的機関がないことによる個人的な不安（個人で情報収集や提供者、医療機関などの協力者を探すことや、提供者の素質についてなど）の解決もそうですが、社会としても制度はないが需要はあるので不法地帯的に個人・民間での取り組みが行われトラブルに繋がる事も考えれば、しっかり公的機関により管理運営を行い、そうした事態を防ぐことは必要と考えます。
生殖医療の発展はすさまじく倫理的な考え方も時代で変化してきています。時代に合った指針を持ちながらもその技術を用いる当事者や家族への支援は、一施設の医療医者が担当するのではなく、公的な取り決めの中で実践されるべきと考えます。
生殖医療の多様化や柔軟性を向上するためにも、現状の問題点、課題を明確にして、今まで対応が難しかったケースに対応できるように活動されることを期待しています。
生殖医療の進歩と現状、個々の先天性疾患の専門家による見解の相違、この分野に関心のない方の様々な主張など、日本産科婦人科学会だけでは解決が難しい問題だと思います。今までの議論や活動を生かすためにも、日本医学会や遺伝関連学会などを集めた1つの会議で大まかな考えを取りまとめ、政治案件として国を動かすしかないと思います。
生殖医療が正しい情報提供、適切なサポート体制とセットで公平に提供されることを望みます。妊娠・出産までではなく、その先も十分に議論していただきたいです。先ずは有識者で取り決めを行い、当事者を含めた一般の人の意見を求めるのが良いと思います。

生殖医療が自由診療の枠内で行われてきた事で私的なものとして扱われてきた。それ故に各診療機関での裁量に委ねられてきた。各医療者は倫理観を持って日々の診療にあたっていると信じたいが、そこでは商業ベースであったり、患者との情が混入したりで、生命倫理とは違うレベルで治療が行われてきたという疑念は否めない。技術の進化により、従来の規定では賄いきれない事象が起こってくる。各個人の倫理観、使命感に頼るのではなく、公的管理運営機関を設置し、対象の医療機関が、患者が安心して治療を受けることができる環境が整っているか吟味、管理していく体制が必要と考えます。
生殖医療が始まって30年以上その間、行政も、法律家も、医師も全ての問題を先送りしており、今では問題が多方面にわたり、収集が付かない状態になっている。結局学会も手に負えなくなっているのだと思います。いまさら、とも思いますが広く意見を聞いて、将来の日本、人類にとっては、何が一番大切なのかを考えて行動すべだと思ひます。その大切なものが何かよくわかりません
生殖医療・生命倫理に関する公的機関の設置に向けて具体的な提案は、運営委員の女性の数の割合を、5割以上にすることです。バイアグラの保険適応の是非を議論し、来年4月からの施行にむけて提言した「不妊治療ガイドライン製作委員会」は、42名の委員のなかでたった2名が女性であり、男性の意見のみを強く反映していると言わざるを得ません。生殖に関しては、女性の身体的・精神的負担が男性よりあきらかに大きく、人生への影響が甚大であるにも関わらず、女性の意見が反映されないということは、間違っています。モーニングアフターピルの市販がまだ実現しないのも、経口中絶薬が存在し、WHOが時代錯誤な掻爬法をやめるように勧告しているにも関わらず未だに掻爬法・吸引法しか施していない今の日本を作ってきた理由がまさにここにあります。ぜひとも現在の状況を打破していただきたいと思います。
生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関は必要だと思います。様々な立場から広く意見をきいて、これから出てくる新たな技術をどのように利用するのがよいか、議論する必要があると思います。
生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置の必要性に強く同意いたします。国がそのような機関を設置し、国としての方向性を示すとともに、適切な医療が提供されるよう管理・監督する仕組みが作られることを期待いたします。 一方で、配偶子提供におきましては、国の対応に期待することのみならず、貴会の皆様に速やかにご対応いただきたいことがございます。貴会の「提供精子を用いた人工授精に関する見解」に基づき、民法にて親子関係が規定される遥か以前である70年以上前よりAIDが実施されてきました。貴会が医療行為として認め、これまで国内で1万人以上の子どもが生まれてきました。しかしながら、現在提供者不足が深刻化し、適切な医療を受けることができず、妊娠する機会を逃している無精子症のご夫婦がたくさんいます。なぜこれに対して適切な対応を取らず、国の対応を待ち続けているのでしょうか？2001年の厚労省母子保健課からの通達にて、AID以外は制度が整えられるまで実施を控えるよう指示されていることは理解しておりますが、それから20年が経過しております。2020年に民法特例法も成立いたしました。なぜ未だに提供精子を使った体外受精は実施が認められないのでしょうか？適切な医療を受けることは、患者の権利ではありませんか？ドナーが不足しているのであれば、なぜ海外からの提供配偶子の輸入を認めていただけないのですか？諸外国へ渡航しての治療が平然と行われている中で、なぜ国内で適切な医療を受ける体制は整備していただけないのですか？AIDは、夫婦間の人工授精と比べて治療費用が高額で、また、実施医療機関の数が少なく、遠方からの渡航により交通費や滞在費がかさんでいるご夫婦が大勢いらっしゃると思います。やむを得ず、SNS等を通じて精子提供者を見つけ、シリンジ法や場合によっては性交渉により提供を受けている方が、同性カップルや単身女性のみならず、無精子症のご夫婦においても増えてきていることをご理解されていますか？それは「自己責任」であり、貴会の責任ではないとお考えでしょうか？さらに、性同一性障害にて性別変更を行った婚姻夫婦について、貴会はAIDの対象として認めておりますが、AID登録施設の多くが受け入れを行っていない事実をどうお考えですか？差別が是正されるよう、AID登録施設にその受け入れを指示していただけないでしょうか？ そして、今後配偶子提供に関する議論が行われる際には、どうか当事者である患者のヒアリングを実施していただけますか。「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する提案書」を発表される際には、一切のヒアリングが行われなかったと理解しております。どうかよろしくお願い申し上げます。
生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置については知識がなく、的確なコメントができません。生殖医療や生命倫理の問題に関しては、近年不妊治療も保険適応になる方向ですすめられており、今後さまざまな検査や治療が普及してくると予想されますので公的管理運営期間の設置は必要と考えます。どのような職種の方で構成され、運営の財源などの整備が必要と思います。
生殖医療・生命倫理について、全ての生命の尊重と国民の幸福実現を目的として、中立的で公平公正な立場から活動可能な公的管理運営機関の設置が望ましいと考えます。またこのような機関は、利益相反状態に無い構成員により運営されることが望ましく、この観点から当該の生殖医療を受ける患者や、先天性疾患の罹患者および家族、生殖医療を提供する医療機関は、このような議論において意見を表明する事が必要不可欠であるが、方針決定において直接的には関与をしないことが望ましいと考えます。さらに、構成員は特定の性別や団体に偏らないよう留意が必要です。また、職能団体を代表して構成員が選出されている場合には、職能団体の肩書で一個人の意見を主張することなく、当該団体での概ねのコンセンサスのもと意見を表明する事が望ましいと考えます。
生殖医療、生命倫理について科学者のみではなく広い分野の人との議論が行われておらず、出生前診断等も一学会が主体に推し進めていることにも問題がある。

正社員として勤務しながら不妊治療を1年近く続けましたが、結局断念した患者の立場でアンケートに回答させて頂いております。 「生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置の提案」のスライド13pにあるとおり、貴学会の自主規制では限界があり、生殖補助医療を適正に実施するための制度整備や法整備、そのための公的な管理運営機関の設置は必要かつ早急に実現して頂きたいと考えております。また、スライド26pにあるとおり、生殖補助医療については非常に幅広い課題があり、当該公的管理運営機関は課題に応じて多様な専門家から構成されることが望ましいと考えます。 「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する提案書」(2021年6月)を拝見していくつかコメントさせて頂きます。 ・Ⅲ. 精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する提案 1 精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療を受けることができる者の条件 (1) 精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療を受けることができる者の共通の条件「加齢により妊娠できない夫婦は対象とならない。」 ○「卵子の提供を受けなければ妊娠できない」ことの具体的な基準は、専門的見地から行うべきものであることから、医師の裁量とする。ただし、実施に当たって医師が考慮すべき基準の具体的な内容として は、妻に妊娠の継続が可能な子宮があり、かつ、臨床的診断として自己の卵子が存在しない場合や、存在 しても事実上卵子として機能しない場合などの卵子の提供を受ける医学的な理由がある場合(別紙2「卵子の提供を受けることができる医学的な理由」参照)に限ることとする。」 「別紙2 卵子の提供を受けることができる医学的な理由 夫婦間の生殖補助医療を相当回数実施したが、受精卵が得られなかった場合や妊娠に至らなかった場合で、かつ、その原因が夫側にないものと医師によって判断されている」とありますが、相当回数が不明瞭ではないでしょうか。生殖補助医療を数回実施するだけでも妻側は相当疲弊しますので、目安等を設けることは難しいでしょうか。 ・P11にもある通り、出自を知る権利が認められず、自分のアイデンティティーを持たない子どもの話を伺います。P6の「基本的な考え方」にも書かれているとおり、「生まれてくる子の福祉を優先」することが望ましいと考えますので、子が望めば開示する制度を整えることには賛成です。
是非、国家としての生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置が必要だと思われます。特に非配偶者間の生殖補助医療の実施については、倫理面や子どもの出自を知る権利行使の問題も大きいため、政府の方針のもとに運営される機関の設置が必須です。どういった非配偶者間生殖医療の実施が許容されるのか、医療機関の認定・実施内容の管理や、記録の保管・開示支援など、役割としては大きいものが期待されると思います。 人類の歴史上、生殖医療のエビデンスは不十分であり、これからデータを積み重ね、世の中に公表されると思いますが、生殖医療の技術により誕生した子の明確な将来データが得られていないことについては積極的なデータ解析と情報公開が必要であると考えています。また、着床前診断や出生前診断については生命倫理に関わるとして議論がなされ進展が遅延し、最終判断をしなければならない患者に多大な負荷がある現状です。今後誕生する命に対する生命倫理の問題は大きいと承知していますが、生殖医療を受ける患者は「今を生きる人」であり、身体的、精神的、経済的苦痛を抱えながら辛い治療を受けているため、公的機関では誕生前の命ばかりを注視せず現在の日本の現状をよくリサーチの上で検討していただけることを願います。また、学会から大きく声を上げていただき多方面へ働きかけることにより、早急な公的機関が設置されること、そして生殖医療が大きく前進すること、を期待しています。
新規公的機関の設置ではなく、民営機関を既存の公的機関が審査・許可する制度の創設でも良いと考える。 生殖補助医療部会の「優生思想の排除」という思想には反対である。機関利用者・治療を受ける人自身の思想・選択は自由であり、尊重されるべきである。
色々問題がありますので、法整備が必要と思います。学会ができることには限界があると思いますし、一つの行政部署だけでの対応でまかなえないこととおあるかもしれません。貴学会が中心となる必要があると思いますが、患者さん(という表現が適切かは微妙ですが)を含めた当該者、カウンセリング者など、医師のみの意見ではなく、これに関わる全ての関係者が関わったほうが良いかと思いました。
少なくとも、公的機関が出来るまで、学会内に会員以外の専門家をメンバーに加えた常設の倫理委員会を設けて、問題ごとではない継続的な審議を行うようにしては如何でしょう。
小児外科医の立場から、生殖医療の結果、生まれてくる子供たちを十分ケアすることが最優先事項と考える。こどもの精神面、身体面どちらにおいてもどのような経過をたどる可能性が高いのか、生殖医療を受ける成人は十分考え、理解して医療を受けるべきであり、一方で行政は、こどもの精神面、身体面を支える体制を作る必要がある。さらに、生殖医療の許される範囲を透明化し、その範囲であれば堂々と医療を受けられること、さらにそうして生まれた子供たちも堂々と生きていけることが保証された社会であるべき。
女性の声を聞け。 生命倫理もけっこうですが、今生きている私たち女性の当然与えられるべき権利を日産婦が不当に奪ってない？妊娠出産は私たち女性が当事者で、医者にも男性にも換われないからこそ女性が自分だけで意思決定できるようにするべき。日産婦含め婦人科医は、旧時代的な危険で女性を危険にさらす流産中絶手術の廃止も促進しないし中絶薬は10万で保険適用外？簡単な中絶とかないですよ。全て痛みを伴う。男性は何にも痛くないですよ？医師も。だから安易な中絶簡単な中絶とか言ってしまうんだよ。自分たちが儲けるために新たな手術設備に投資もしないし、中絶薬の値段は外国の100倍ですか？クリニック経営してる人に、本当に女性の為の施策が出来る？無理でしょ。だから今こうなってる。 倫理とか言って、今の美味しい状況を変えない理由にするな。倫理とか言うなら、安易に中絶に追い込む男性に懲罰を与えれば済む話ですよ。 女性の人権を軽視し、女性の人生の主導権を女性に握らせまいとする日産婦に、これからの生殖医療の未来は任せられません。当事者は女性。 不妊治療の当事者(経験者ではなく、今頑張ってる人)、家族に先天性疾患がある人など、当事者が決めてほしい。
日産婦には、女性医師をトップにすることと、当事者の声を聞いたふりをしながら現状を変えず利益を貪り女性に苦痛を強いる傲慢な態度を改めてほしいです。

女性の身体に関する決定の場に、とにかく女性の数が少なすぎるのが目に余ると感じます。世界的に見ても日本の女性医療は痛みを軽視されており、女性が自分の身体についての決定すらままならない(ピル使用の自由度など)ことも多いです。公的管理機関の設置は急務でしょうが、そこに関わる男女の数の偏りにももう少し敏感になっていただきたい。身体的に多大な負担を負うのは男性ではなく女性なので。
助産師・学会認定不妊カウンセラー、大学教授として、科研にて卵子提供で出産した女性やカップル(検討中を含む)のインタビュー調査をしています。卵子提供に対しニュートラルな立場で卵子提供自助グループの代表ともつながり、卵子提供を検討中の女性やカップルに熟考を促す関わりをしている者です。 以下、卵子提供を例に、「現状改善の必要性」「設置に向けた具体的な提案」「日産婦に期待する活動」について記載いたします。 【現状改善の課題】SNSが普及し、40代～50歳前後の女性が卵子提供で出産した記事が増えつつあります。そのような影響もあるのか、最近では50代、55歳でも簡単に妊娠出産できると考える方や長期的な養育責任に対する認識が薄れている方の相談に応じることが増えました。中には、熟考せず50歳で妊娠してから中期中絶した女性も存在し、生命倫理や子ども福祉の観点からドナー生殖について考えさせられる事例が増えていると感じます。一方、家族関係が良好で恵まれた環境で育つ卵子提供子も存在しています。 私は、40歳代、特に45歳以上の女性には妊娠出産する母子のリスクや育児の負担、親の健康問題(更年期症状、がんなどの闘病、加齢による体力低下等)や老親の介護と育児の重複の可能性のほか、子どもへの告知、子どもがヤングケアラーになるかもしれないこと、20歳前後離れた親とのPTA活動等、現実的な観点を伝えて熟考を促すようにしています。しかし、50歳を目前にした又は50代の当事者はとても焦っており、現実的な熟考に至らないケースが多いと感じます。50歳目前まで自己卵でARTを続け、その度に60-70万円ほど支払い、1000万越えのカップルが少なくありません。医療施設では妊娠率や生児を得る確率などが示されていることが多いですが、当事者は、医師から治療終了を告げられないため、失敗するたびに高額支払うことに感覚がマヒしていたと語っています。45歳以上の治療成績はわかっていますから、もっと若い年齢の時点で医師から治療の終了を告げてもらえたら・・と思う事例ばかりです。もちろん、治療終了を告げておられる医師もいらっしゃいますが、50歳、それ以上まで自己卵治療をしていた女性の主治医はそのような告知されていません。このような現状は、当事者側のみならず、医療者側にも結果が出ないとわかっている高額な治療を続けるという倫理的課題を感じざるを得ません。結果的に、50歳前後から55歳以上の高齢女性が最後の砦となる卵子提供に進んでおり、今後はさらに卵子提供で出産する女性の年齢が上昇するのではないかと思います。このような現状の改善が早急に必要ではないかと考えます。 【設置に向けた具体的な提案】 設置を検討するメンバーの中には、生殖医療に精通した医師や看護職、生命倫理や社会学、法学の専門家が入るとよいと思います。ドナー生殖を見れば、海外の多くの国が認めており、多様な家族形成が認められるようになっていきます。大学生など若者たちは多様性を尊重するようになってきていますので、今後はこれまでに以上に多様性を認め合う社会に変わっていくことが予想されます。そのような現状や多様性の観点も踏まえておられる専門家がメンバーに入って欲しいと思います。 また、当事者目線で発言できる立場の方も入っていた方が、当事者抜きの議論にならず、様々な観点から意見交換ができ、有益な機関が設置できるように思います。 【日産婦に期待する活動】 精子提供、卵子提供は水面下でかなり増加していると思います。出自を知る権利の法整備ができるまで、第三者が関わる生殖医療をお認めにならないということになりましょうか。民法特例法ができた時点で、ドナー生殖は半ば認められ、卵子提供する方は増えているように思います。そこで、貴学会に期待することは、出自を知る権利の法整備が進まないという課題がありますが、43歳以上で保険適応外となった不妊カップルに対し、貴学会はどのような立場で対応されるのかについて、できるだけ早くお示しいただくことが、多くの不妊カップルに望まれるように思います。 また、生殖年齢をはるかに超える50歳代の妊娠に対し、それが母子にとってどのようなリスクがあるか、とりわけ、生まれてくる子どもの幸せのためにどのような問題があるかについてお示しいただき、メディアに取り上げていただくことで、正常な判断をなくしているカップルにブレーキをかけていただくことを切に望みます。 不適切な表現がありましたらお詫び申し上げます。
出自を知る権利を保障するために必要な関連資料は、長期間の保存が必要。私的機関では、長期間にわたる保存には困難が伴い、出自をする権利の保障が十分に担保されない。精子・卵子・胚の提供についても、公的機関が管理運営することにより、商業主義が排除され、適切な費用を算出できる。提供者、利用者間ともに公的機関を信頼することから、提供や利用が促進され、生殖医療の進化が期待できる。
主な問題は以下だと思います ・不妊治療施設の実績開示が都道府県・施設任せになってしまい記載ミスなどが多発していること ・精子提供卵子提供の公的な管理運営機関がないこと ・利害が発生する医師が学会を通じて各種ルールを決めていること ・国民や患者に対して正しい情報提供を行う組織がないこと ・胚培養士の国家資格化などを主導する組織がないこと あくまで第三者が公正な立場で生殖医療について議論し運営される組織が必要です。
自分が経験していないことは憶測でしか考えられないと思うので、今不妊治療している人や不妊治療していた人など「経験者」を機関に所属させてほしい。
時代とともに、生殖医療や生命倫理のありかたや、日本人自体の価値観が大きく変化すると思います。そのため、このような機関を運営するにしても、年齢構成や性別構成、価値観、診療領域の幅というものを意識してほしいと思います。現在の日本の公的な機関の長が、定年を超えている高齢が目立ち、高齢者のその時代の価値観が色濃く反映しています。そのため、年齢、価値観の幅、診療領域など幅をもってほしいと思います。少なくとも65歳以上がこのメンバーに入らないよう工夫してほしい、かつ、定年に達したら、潔く辞退してもらえよう整備が必要。

私は無精子症の男性です。結婚しており、先日、子を授かりました。日本産科婦人科学会の指針にしたがった医院で、提供精子を使った生殖補助医療を受けて、子を授かりました。いまは大変幸せですが、治療は長期間を要してしまいました。希望としては第二子も考えていますがそこに向けて、またまた授かった第一子の生きていく社会のことを考え意見します。生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置が実現できていないことは、無精子症の夫婦への提供精子での生殖補助医療がいまだ社会的に(十分に)認められていないことのひとつの現れだと思います。機関ができ、高いハードルが設けられるとしても、それにより社会的に認められていくことがなによりも大切です。現状、社会的に認められていないかのような扱いをされることに私はショックを感じますし、子が成長していく際に、まるで自分が社会的に許されていないかのように感じてしまうかも危惧します。私や子と似た境遇の方は多いと思います。その点から、検討をしていく必要を感じます。どうぞよろしくお願いいたします。
私は不妊不育症の患者です。 長きにわたって自由診療のもと発展してきた生殖補助医療の業界は、医療機関ごとの技術や治療方針などにバラつきがあり過ぎます。 患者にとってはどの医療機関でも等しい水準とガイドラインに基づいた治療が受けられることが理想である一方、自分に合う通院先をどう選べばいいのかわからず、ギャンブル状態です。 不適切な治療を受けたり必要な治療への案内がなかったりする場合、時間と金銭面のロスを重ねるうちにさらに加齢が進み、挙児の可能性が遠のきます。 患者が医療施設を適切に選べるよう客観的な成績の開示を望むのと同時に、患者への治療コーディネーター的な機能の設置も期待したいです。 とにかく患者が最短ルートで妊娠出産できるよう、個々人の治療経過と通院先や他院の特徴を突き合わせて転院先を案内してもらったり、セカンドオピニオンを得られたりできればと考えます。
私は日本医学哲学・倫理学会会員です。11月にオンラインで全国大会が開催され、ALS患者やDIIにより出生し実の父親が分からない当事者の方などをゲストスピーカーにお招きしご講演頂き、討論を行いました。しかしどのような主題で大会を開催しても、それらの主題について本学会が社会や政府に対して具体的な提言をしたり、声明を出したりはしていないと思います。医療従事者の会員の場合は他学会や自身の臨床においてそうした意見表明をしたり具体的に行動することも多いかと思えます。一方で人文社会系の学会員は学会で学んだことを土台に、厚労省の専門部会の委員を務めたり、勤務先の倫理委員会のメンバーになったりしているのが現状かと思えます。 日本医学哲学・倫理学会自体に限って言えば、他の医学系の学会と異なり、学問の観点から社会に直接貢献する機能を果たせていないというのが現状だと思います。生命倫理に関する課題が生殖医療をはじめとしてより高度化、複雑化する中で、専門性に基づく実効性のある倫理判断へのニーズが増しているのであれば、既存学会の枠を超えて、具体的実効的な提言や判断を行う公的専門機関の設置が必要と考えます。 ただし、学術会議でさえも特定の政治傾向に服属させられそうな状況を鑑みれば、この公的機関については政治からの独立性を強固に担保する制度設計、構造設計が必須かと思われます。その意味で国会議員や行政機関職員は百歩譲ってもオブザーバー参加にとどめたいところです。機関メンバーの選出は公選制が理想ですが、専門性や社会的な関心のあり方からして難しいのであれば、現在の学術会議と同様のコオプレーション方式が妥当かと思えます。(最初どうするか、という問題はありますが。) 上のチェックボックスは計9つチェックいたしました。比率はすべて均等がいいのではないかと個人的には思います。私がより重要と考えているのは、会長や理事会等における討論の内容をより充実させ説得力を持たせるために、常勤のリサーチャーを配置することです。個人的な関心に基づいて研究するのではなく、喫緊の課題について会長の指揮の下、調査研究を行うプロフェSSIONALがこうした独立公的機関においては求められるのではないのでしょうか。 私は第三者精子提供を行った父親という当事者の立場ですが、現状の改善を強く感じています。特に、SNS上を通じた安易かつ危険な精子提供が指数関数的に急増している実態があることと、学会にて認められたAID制度も子の出自を知る権利を確保できないものであるということが非常に大きな問題であると感じています。これらの問題について、知り合いの国会議員、厚生労働省、医師、NPO、当事者、ドナー児、他関連学会の委員等の様々な方のお話を直接または間接的にお話をお伺いしましたが、大半の方は現行の制度・ルールに否定的な考えであり、そのルールが改善されないのは産科婦人科学会の責任であると指摘しています。一方、貴学会の様子を伺うところでは、そうした指摘や改善の提案の既に受けているにも関わらず、主体的な検討がなされていないように感じております。 さて、そのうえで、AIDの観点においてはそのような学会ルールが改正されることが強く求められている状態ですが、民間精子バンクの活用や出自を知る権利の確保といったことが認められれば、当然ながら公的管理運営機関は必要となります。なぜならそうした総合的な機関がなければ出自を知る権利確保のための一元的な運用を行う主体がなく、また民間精子バンクは倒産等のリスクもあるからです。私の所属している金融業界で言えば、証券の売買の仲介者たる証券会社は民間企業であり、証券取引所自体も民間企業ですが、証券取引自体は証券等監視委員会によって常に監視の目に晒されています。AIDにおいても、そのオペレーション自体は専門性を持つ民間に任せるべきだと思いますが、上記のような倒産リスクや一元的管理は民間には無理ですので、公的な機関が管理すべきと考えます。設置にあたっては、イギリスのように倫理性を高めた結果、実態的に使いづらい制度になってしまって却って患者の不満を高めてしまい、結果としてSNSでの提供増加や他国でのAID実施に流れるようなことがあっては意味がないと思います。国会議員の先生の中には、国がお墨を与えるかどうかと国民が自己責任でやるかどうかは違うという方もいましたが、私はそれは単なる政治家の無責任だと思いました。政治家が国民の幸せに責任を負っているのであって、自らの施策の結果のみに責任を負っているではありません。貴学会におかれても、どうか多くの人を幸せにする形での制度設計を進めていただきたいと思います。 それを考えれば、医師だけの制度設計はありえません。なぜなら、医師は制度設計の専門家ではなく、かつ患者やドナー児の声を拾えていないからです。この分野は、40代患者と20代患者でも全く意見が異なります。40年前のドナー児と20年前のドナー児でも意見が違います。当事者の声を聞くといっても、一部の方だけではなく、より多くの声を聞く(あるいはより多くの声を聞いている精子バンクの方やNPOの方の声を聞く)べきだと思います。もう少し申し上げると、失礼ながら、患者達は医師が高い倫理観を持っていると思っていません。実際、今やテクノロジーが発達した時代ですので、不適切な料金体系・誘導が数多く確認されています。実際には多くの方が高い倫理観をお持ちなのでしょうし、私自身はその真偽について意見するほどの根拠を持ち合わせていませんが、少なくともそうした疑わしい目が向けられている現状において、当事者(や当事者に味方している人)を議論に巻き込んでおくことが、貴学会や医師の立場を守るためにも重要だと思われます。もちろん、建前だけ入れるというわけにもいきませんので、そうした方々を交えた活発な議論を期待いたします。
私は現在顕微授精中の不妊治療患者です。アメリカなどでは第三者機関が不妊治療クリニックの成績などを公開しているのに、日本はそういったものがなく、疑問を感じていました。不妊治療の保険適用化は大変嬉しいのですが、現在の運用では一律の基準での成績はわかりません。それぞれのクリニックが、自院の成績が良いように切り取って、見せかけられてしまいます。不妊治療患者は必死です。時間との戦いの中で、1日でも早く妊娠するために本当に良いクリニックを選ぶ基準の一つをくださることを願います。
私は現在、精子提供を受けた方と思っています。夫に問題があると知ったときは離婚も考えましたが、何度も話し合いを重ねて精子提供という選択をしました。そこまでしてでも自分の子、私達夫婦の子が欲しいです。素人なりに出来る限りの事、リスクなどを調べました。担当医にも話を聞きました。私の強い希望で子供を産むのは難しいことではありませんが、そうして生まれた子が将来、法やガイドライン等が無いことによって起こる問題に、必要以上に悩んだりしてしまうのかと思うと不安です。 このような問題に不安を持っている方はたくさんいると思います。私達のような人達が安心して子を持つ環境、提供者の方々が安心して協力することが出来る環境を、早急に整えて頂きたいと思います。

私は、昨年トランスジェンダーの旦那と結婚しました。結婚する前から子どもについて考えており、いつか子どもを持ちたいと思っていました。その時は、当たり前のようにトランスジェンダーの旦那と結婚しても、何らかの形で自分と血が繋がった子供を授かることはできるも思っていました。しかし、詳しく調べてみるとまだまだ日本では精子バンクが知られていないですし、誤った悪い印象ばかり報道されているように思います。LGBTQの方でも子どもを授けられるようなカナダやアメリカのような柔軟な国になってほしいです。日本では現在同性カップルやトランスジェンダーの方が精子バンクを利用することはグレーゾーンになっているため、行動を実行しようとしても、とても難しいのが現状です。異性夫婦でも同性カップルでもシングルでも平等に権利があると思います。 精子バンクや卵子バンクの利用を日本でも積極的に認めて、国内で利用できるバンクを増やしてほしいです。 不妊治療クリニックすべてがバンク利用する患者に対応できるようになってほしいです。 バンクを利用する人にたいしても、不妊治療の助成金ができるようにしてほしいです。
私は、ターナー症候群の娘をもつ母親(50代)です。 ちょうど30年前にターナー症候群の患者会を設立して以来、当事者や親御さんからの様々な悩み相談に対応してまいりました。また、20年ほど前からは、若くして卵子がなく悩み苦しむターナー症候群、早発閉経、卵巣欠損、スワイヤー症候群、がんサバイバーの女性達からの悩む声も数多く聴かせていただいております。 患者会として、1999年に「提供卵子による不妊治療促進についての要望書」を日本産婦人科学会に提出したり、国会議員へ向けての講演や要望書提出など20年以上にわたり、法制化実現を願い、ロビー活動をしてまいりました。 そして、平成13年～15年の厚生科学審議会生殖補助医療部会での委員にも参画させていただき、当事者の思いを代弁してきました。なかなか法制化が実現しない中、2012年には「NPO法人卵子提供登録支援団体」を設立し、卵子ドナーを募る窓口の責任者として9年間活動を続けております。これまで、400名の卵子ドナー希望者の声をお聞きしております。 また、海外で卵子提供を受けた女性(早発閉経)の声、国内のあるクリニックで希望する数だけ卵子を買って出産された女性(高齢女性)の声、エージェントから多額な費用を要求されたご夫婦の声なども数多くお聞きしております。 ①現状改善の必要性 ➡ 2003年の報告書ができてから今年で19年が経ちますが、実際に実現されたのは2020年の親子関係の法整備に留まっています。法整備が遅れ、公的管理運営機関の設置が実現していないため、海外に卵子提供に行かれたかたの多くは、高額な費用(500万円～800万円)を支払ってアメリカやタイに行ったにも関わらず、妊娠しなかった方も数多く存じております。海外での卵子提供をされたかたの多くは、専門家によるカウンセリングもなく、生まれた子どもの権利や福祉も守られない状況です。タイの医療機関で胚を3個移植されたターナー女性、アメリカからタイの医療機関へ個人情報流出されたご夫婦など、心身ともにリスクがある海外でしか卵子提供ができない状況にあります。 レシビエントの条件やドナーの条件、子どもの知る権利や卵子ドナーの補償など、早急に公的管理運営機関の設置の重要性を感じています。また、長年活動する中で日々感じることは、レシビエントおよびドナーは、提供治療前には必ず生殖専門家によるカウンセリングが必要であること。「出自を知る権利」よりも、「親が子に真実を伝える責務」のほうが非常に重要だと感じています。そして、ドナーの権利としてドナーの個人情報開示は、精子・卵子ドナー本人の了承が必要だと思いますので、公的管理機関が間に入って、その支援を行うべきだと思います。 晩婚化が少子化の原因になっているとよくお聞きしますが、最近は20代～30代の若い女性達も「結婚願望がない、子どもは欲しくない、生みたくない」という声もよくお聞きします。なので、「自分の卵子が誰かの役に立ってほしい」と。(卵子ドナー希望者からの声) 私の娘はターナー症候群(30代)で、看護師をしております。娘自身は性染色体欠損で生まれましたが、新型出生前診断(NIPT)や着床前診断(PGD)は賛成派です。NIPTは子が生まれる前に診断されるので、親として自己決定や心の準備ができるし、PGDも同じく自己決定ができ、その前後の支援も受け入れやすいとのことでした。 ②設置に向けた具体的な提案 ➡ 2020年民法特例法が成立し、親子関係が明確になりました。2年を目途に検討していかれると聞き期待しておりますが、この検討期間も様々な立場の人が参加して議論していくべきだと思います。先のご質問にも記載しましたが、精子ドナー・卵子ドナーに実際関わりのある仲介者、哲学者・宗教学者、遺伝学者も議論に参加すべきだと思っています。 卵子ドナー希望者の背景や想いなど、私でお役に立てることがありましたら、当法人の活動を通じてお話しさせていただきますので、何なりとお申し付けください。 ③日本産科婦人科学会に期待する活動 ➡ 人間は一人一人背景も考え方も違いますので、医療技術の進歩によって賛否両論があるのは当然だと思います。しかし、すべてを賛成方向また反対方向に進めていくのは、自己決定ができなくなってしまうし、何より人生の価値を見出そうとする人間の幸福を否定することにもつながっていくと思います。医療技術の進歩と共に様々な問題がおきてくる中で、当事者自身が正解と納得のいく答えを導き出していけるように、今後も支えていただければと思っています。そこには、強制もなく搾取もなく、自発的な自己決定ができるように寄り添っていただきたいと思っています。しかし、母体のリスクがある高齢出産の助長にはつながらないように、産婦人科学会の先生方にルールや規制をお願いしたいと思っています。 そして、医療技術の希望としまして、将来的にIPS細胞で卵子造成が成功し、その卵子で安全な妊娠・出産が可能になるように技術が確立してほしいと思っています。日々、女性の健康、母子の健康、生命誕生などにご尽力くださっている産婦人科の先生方には、心より感謝申し上げます。これからも、先生方のご活躍をお祈り申し上げます。ありがとうございました。
私は、これまでに非配偶者間人工受精を35回受けました。なかなか妊娠に至らず、今年から海外ドナー精子を利用し、国内で採卵・体外受精及び顕微受精を始めました。他に治療の選択肢が無く、治療を受ける事になりました。私と同じ治療を受けている人が何人もいます。私は産まれて来る子供には事実を伝える予定です。様々な事情があり、不妊治療をしている夫婦がいる事実を理解していただきたいです。 今の日本では、私達が受けている治療を認めず、批判する人も居ると思います。それは、治療が公に認められていない事が原因の1つであると感じます。 今後は、何よりも提供精子、卵子、胚を使用して産まれてきた子供達が『自分は産まれて来て良かった』と考える社会環境を整えて欲しいと思います。
私が直接接する分野としては、遺伝性疾患における妊娠、遺伝リスクに関することではあるが、技術の進歩は目覚ましく、所属学会だけの視野では不十分なこと、アップデートが遅れることも問題である。他分野の意見の統合や、医師以外の分野(一般の国民を含めて)の議論・周知が必要であることを考えると、公的管理運営機関を設置し、推進を図るのが望ましい。
子どもを産み、育てる権利の保障ということに関し、あまりに伝統的家族観を前提とした施策しかなされてないが、今日の多様な家族のありようを踏まえたときに、第三者からの精子・卵子提供により形成された親子関係を社会的に受け入れない明確な根拠はないと考える もちろん、出自を知る権利の保障は課題ではあるが、それは制度の不備の問題であり、生殖医療を受ける患者とその子に負わすべきでない 公的管理運営機関は、安易な生殖ビジネスや優生思想を排除するために必要であると考える
子どもが欲しくても授けられない方々が、安心できる生殖医療公的機関を通して医療提供を受けられるようになり、今の心労や、高額な金額も改善されるような生殖医療機関の実現が望まれる。そして、その公的医療機関と社会福祉、産婦人科とつながることで、予期せぬ妊娠で育てられない親子とを繋げ、虐待死する子どもを防ぎ、年齢や病気や身体的に生殖医療を受けられない方々へ子どもをもつ喜びを持ってもらえるような公的機関になることを期待します

産婦人科学会は遺伝子診断だけでなく、正常な子を正常に埋める方法、胎児モニタリングの方法などの開発をもっと積極的に行ってほしい。 また遺伝子治療の進歩が期待され、エビジェネティクスな遺伝子制御が判明してきていることを考えると、NIPT等は病気の無い子を産むための検査ではないことをもっと強調するべきだし、将来子供を持ちたい若い男女には適切に遺伝や遺伝子に対する学ぶ機会、また周産期の感染症に対する知識等をもっと積極的に行えるように運動してほしい。 小児神経科にくる子のことも産婦人科の先生には学んでいただきたいです。
今回の第三者機関設置は、例えばオーストラリア・ビクトリア州のような配偶子提供による子どもの知る権利周りのための整備だと思いますが、不妊治療施設の公正な監査機関も必要ではないかと考えます。 アメリカではCDC、イギリスではHFEAという独立した公的監査機関が不妊治療施設ごとの体外受精治療実績を管理・監視し、またその情報を詳細にオープンにしています。また、本邦におけるがんの生存率データの公開も、自身の家族ががん宣告を受けた際、病院選びに参考になりました。 こういった意味での第三者機関を設置することを、日本産婦人科学会には検討していただきたいです。 また、学会の医師は臨床の現場を離れて久しい方も多いと思われ、現状に属していない制度となり形骸化してしまうことのないよう、新しい制度や機関を設置する先は、現役の臨床医、また現役の治療当事者をメンバーに加えることを望みます。
今回のアンケート趣旨からは少しずれるかもしれませんが、医療機関を介さない、個人間での精子提供ビジネスが横行していると聞きます。公的な受け皿がないために危険なビジネスを利用せざるを得ない女性を生み出していることにもなっていると考えます。公的な受け皿を整えることは、引いては安全な生殖医療を提供することにもつながると思います。
国に1カ所兼任にするのではなく、専属の医師を2-3名＋眼痔春スタッフ、法律の専門家で構成される人員を配置する中央機関を設置すること通いかと思います。各地域にももし設置が可能でしたら、そこは兼任でセンターとして位置づけることが良いかと思われます。
広く、議論することが望ましい。日本産婦人科学会自らオープンな議論を提案することに敬意を表します。
公的管理機関の規則があれば、患者さんにも一線が提示しやすくなるかと思えます。 学校でも女性が何歳から何歳までに妊娠を意識しないといけな(何歳以上は奇跡に近い、などハッキリしたメッセージなど)と見解が出せて、教育もしやすくなるといいなと思えます。
公的管理運営機関の設置も含めて、学会の指針や規則ではなく、罰則も含めた法律をまず制定する必要があると思えます。
公的管理運営機関ができることにより、出自を知る権利が迅速に認められるようになるのではないかと期待します。
公的に議論する場がないことで、かえって個人の選択に批判、非難、賛同などが直接伝えられるため、当事者の精神的な面でのサポートがより困難になっている。一方で、特定の疾患の当事者や家族が個人の主張を展開することで、議論がしにくい現状もある。また、医療者も産科・小児科のみでの討論で利益が相反するため、ゲノム医療の広がりなどを考慮すると、他の領域の医療者も含めて検討していく方向が望ましいと考える。こうした場づくりとして、日本産婦人科学会がイニシアティブをとり、多職種・多領域・多年代の対話の場を、国や地方自治体と協働して作っていただけたら幸いです。
現状改善の必要性:背景には高齢出産社会や少子高齢化問題もあると思えます。複合的な要素が絡む社会問題と考えますので、社会全体を巻き込んだ議論が必要だと思います。設置に向けては、日本産科婦人科学会から少子化担当大臣へ要望する形で大臣の指揮の下で学会のみではなく、患者団体や関連団体等を巻き込んで議論を進めて頂きたいと思えます。
現状改善のため、生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置を強く要望します。 理由は、貴学会がおっしゃる通り1学術団体で生殖医療に関連する全てを扱うことはプロフェッショナルオートノミーの範疇を大きく超えていると考えるからです。 生殖技術は日進月歩で進化し、家族のありかたも時代とともに大きく変化してきています。全ての技術のメリットデメリットについて解説し、私たちが生殖において大切にすべきことや多様な家族のあり方について国民と共に開かれた議論をすべきです。 また公的機関の土台としては、諸外国と同様に、ベーシックな(法律婚・事実婚)カップルの不妊治療についても管理が必要だと考えます。なぜならベーシックな不妊治療は、どの技術においてもその基礎となる部分だと思うからです。そのためベーシックな不妊治療においても治療実績の管理・監視を含め公共性、客観性の高い管理体制の中で患者が適切な情報を得られるような体制作りを強く要望します(法整備においても、非配偶者間生殖治療のみならずベーシックな不妊治療についての議論がなされるべきだと考えています) これまで貴学会の会則のみという運用によって、なかなかルール作りが進まず多くの子を望む女性やカップルが苦しんできました。今後迅速に「多くの方々が加わったうえで議論が公になされ」、選択肢が増加すること、そして質の高い生殖医療の提供がなされることを願っています。 なお議論に際しては、必ずその技術を求める当事者である患者や関連団体、現場臨床医の意見を吸い上げることを必須としてください。よろしくお願い致します。
現在高度生殖医療が保険適応となりますが、最初に期待していたような内容ではなく、むしろ保険適応になることでこれまで以上に負担額が増えたり、結局年齢制限、回数制限はそのままこれからの治療に対して希望が持てるようなものでは無さそうです。 実際に不妊治療をしている方の意見も取り入れ、本当に望まれている対応をしてほしいと思いました。 すでに体外受精を開始しているアラフォーの人達にとっては今回の保険適応は希望の持てる政策とはならないようでとても残念です。

現在25歳です。 不妊治療を始めて5年です。体外受精で一回70万かかります。先月顕微授精をはじめておこないました。お会計は90万円でした。 不妊治療は精神的、経済的、体力もどん底に落ちます。 若くても子供ができない現実突きつけられています。救いは旦那の収入が平均よりも多いとことが救いです。ただ毎月社会保険に8万円払ってるにも関わらず不妊治療は保険適用外。何のために税金を納めてるかわかりません。日本は収入が多い人から税金を集めております。 とりあえず保険適用にしてほしいです。
現在、不妊治療が自由診療として行われていることから、不妊治療の質と金額には相当なバラツキがあります。私自身は無精子症の夫の妻であり、不妊治療(採卵手術)により、あと一步のところまで命を落とすほどのずさんな管理を受けました。また、そのように命の危険にさらされる人も実際に目にしてきましたが、不妊治療は周りの人に言いづらくデリケートな問題であるため、がんなどの疾患と比較して患者の意見は反映されにくい分野であると思います。特に私たちのような男性不妊を専門とする医師は少なく、男性不妊の医師と男性不妊患者の妻に対する不妊治療の医師が連携して治療を行うことは少ないために、無精子症の妻の不妊治療の質には非常に深刻な問題があります。男性不妊の専門家は少ないと聞きますが、公的機関が設置される際には、男性不妊の専門家も加わり、男性不妊患者の統計データを蓄積していただきたいです。また、不妊治療を保険適用化することによって、不妊治療の質を均一にしていきたいです。どうかよろしくお願いします。
結婚年齢の高齢化が進んでいる現状や、病気によって妊娠が困難な方へのサポートと同時に倫理的な考えの担保のためにも専門的な機関の設置をして頂くことに賛成致します。
形骸化した機関にならないよう、自由な議論と学術的精査・倫理規範に則った生殖医療の管理・運営ができる機関を設置してほしい。
机上の空論ではなく、治療中の者、治療を終えた者、治療によって生まれたと知る者の当事者としての意見から現実の問題や改善点を見つけてほしい。
基本事項は必要と思うが、ケースごとに考えていくことのほうが大事だと思う。
癌治療などでは既に始められていることであり、保険適用されるのであれば生殖医療にも第三者機関が必要と考える。第三者機関が無い状態では常に患者の立場は弱く、不適切または非効率な治療を受けることになったり、不当な治療金額の支払いを余儀なくされる。
看護師としてNICU、GCUで勤務していました。 医療者として患者様に向き合う時の指標になるものが欲しかったです。
患者夫婦やその親族がどのようなことを希望されているのか、また一般人がどう考えるかを十分に調査して、その中で最良の治療ができるような選択肢を作してほしいと思います。法整備も必要と考えます。夫婦の離婚や死別の問題もあるため、それを考慮しながら進めてほしいと思います。
患者の希望を打ち消すような公的機関になるのであれば、不要と考えます。子供がほしいと望む人に可能な治療を提案、提供できる機関であって欲しいです。 現在、日産婦では第三者提供の体外受精を勧めないと明言されているため、各医院では前向きに対応することができません。すでにこの現状が日本の生殖医療を衰退させているように思えます。諸外国、特にヨーロッパでは異性夫婦だけでなく同性カップルにも無償で治療が認められています。このことを知ったとき、日本は「普通」に産める人にしか人権がないのだと実感しました。 わたしたち一般人はこうして声をあげていますが、実際にその社会をつくっていくのは業界の方々だと思います。患者の苦しむ声に気づいて欲しいです。そして、男女関係なく、望む人全てに同等に治療を提供できる国であるべきだと思います。どうか患者の希望となるような公的機関の設置をお願いいたします。
活動の透明性を維持し、途中経過報告などいつでもオンデマンドで拝聴できると嬉しく思います。
学会での協議の必要性。また、産婦人科だけではなく、他科との連携をはかるように希望。連携だけではなく、他科の人材が委員会にはいれるようにすることも大事
開かれた議論の場が必要なことは論を俟たない。ただし、あくまで経験豊富な専門家が主導すべきである。
海外に比べて、胎児健診や胎児治療が進んでいない現状を変えてほしいです。 胎児治療を受けられる週数までに胎児疾患が見つけれられる体制づくりをしてほしいです。
欧米の先進国と比較しても生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置がされていないことについては、早急に改善する必要があると思っています。参加メンバーについても学会以外にも幅広く選定していただければと考えております。
英米などでは診断技術の進歩に伴い、日本に比べて数年から10年分くらいの進んだ取り組みがなされている状況と拝察いたします。医療の当事者(医療者と患者・患者家族など)の立場に立った真剣な議論と深い考察が必要な問題であり、丁寧に議論を進める必要があると思われます。また、日本の報道機関は先進的な遺伝子解析技術や医学・医療の状況を深く理解しうる専門知識のある者(博士号取得者)が希少であり、こうした技術進歩が国民に還元・啓蒙されにくい状態であるが、その様な者を募り(場合によっては育成を促し)、当該運営機関にオブザーバーとして参加させ、一般市民への啓もう運動も同時に並行して取り組むのはいかがでしょうか。政治家(議員)は参加させるべきではないと思います。

運営機関に関しては当事者をメンバーに入れることを強く望みます。また個人クリニックの医師の利益優先となるような組織にならないようにお願いしたいです。
医療技術の進歩と倫理の変革について時代に即して、多面的かつ継続的に議論を行い、その上でルールを作っていくための機関と認識いたしました。先進国でも非常に得意な日本の現状を把握して、障害や疾患を長く治療管理する小児医療関係者にも積極的に関与していただき、さらには他国の現状などの情報も引き続き広く情報共有して頂くことを期待いたします。
医師以外の多種多様な方々（弁護士や生命倫理の専門家、患者、患者家族、一般人など）の意見は、恐らくそれぞれの分野の方々において捉え方・見え方が違うため（多面体のような印象）、多種多様な方々を一同に集めた運営機関などができれば、少し前に進むのではないかと思います。
医師や培養士などの独断で進められている事などを散見し、このままで良いのかと思っていたので、是非とも公的に管理をしていただきたい。生殖医療専門医ではない医師が開業している施設では特にそう思う。詳細な管理が必要ではないかと思う。
遺伝性腫瘍のPGTなどを含め、あるべき将来像を示して頂きたいです。
ヨーロッパ諸国を倣って早期の法整備が必要。法整備は進みにくいので、数年後にも見合った進んだものを提案すべき。少子化問題を解決するべくよろしくお願いいたします。
もう少しセクシャルマイノリティに理解のある国になってほしいと思います。それに伴い、不妊治療に関しても、幅広く選択できるようにしてほしいです。
ミトコンドリア病患者家族として、出生前診断、着床前診断等、核移植など、技術の進歩の前に、気持ちが追いついていかない状態です。ミトコンドリア病は、複雑で、治癒は困難、かつ重篤な進行性の病気です。患者家族の皆さんは、治療薬の開発を待ち望んでいますが、かといって、皆さんがいつも不幸のどん底にいるわけではありません。そのような病気を抱えることになった子どもと共に生きること、価値観が変わり、生死についても深く考えるようになります。子どもが親を成長させてくれたと多くの親ごさんが語られます。一方、ミトコンドリア病は遺伝形式もさまざま、一概には言えませんが、兄弟で発病した方、また兄弟を生むことに躊躇し、深く悩んでいる方もおられます。その葛藤する家族の気持ちをおいてきぼりに、議論が先に進み、また、実践が始まっていることに、不安になります。ミトコンドリア病は、イギリスでは核移植が認められ、日本でも研究目的であれば、認められることになりました。けれども、患者会を始め、患者さんたちには、誰からも何の説明もなく、また患者会の中でも、議論は起こっていません。非常にデリケートな問題で、考え方も様々なので、簡単に議論の対象としにくい面もあります。それでも、時代はどんどん進んでいきます。そんな中、公的管理運営機関の設置は、必要性の可否というより、絶対条件であると思います。現在、上記のように悩む患者さん、患者家族に十分な情報を提供したり、悩みに応じてくれる機関はありません。日々の病状への対応だけでも、大変な状況にある患者さん、患者家族です。生殖医療においても、患者、患者家族への支援を大きな柱にしてほしいと願います。
まだまだ女性に偏りがある生殖医療のイメージを払拭するために公的管理運営機関によりマネージメントされる事で男女の問題として扱いやすくなるのではないかと思います。同時に、生殖医療・生命倫理のマネージメントだけでなく、性教育活動も行う機関したらどうか。
ヘルシンキ宣言はあくまで医学研究についての宣言で、業務としての生殖医療を論じるには相当に無理があります。日本の多くの大学倫理委は研究については審査しますが、業務は門前払いというところが大半で、生殖医療に携わる現場が悩んでも取りあっていただけません。そして観察研究と介入研究について後者の観点しか頭になく画一的な審査しか行わず、生殖医療の根底となる遺伝子・染色体解析技術の改良研究は大きく制約を受けています。誰のためにもならない倫理的規制による日本のゲノム解析技術の立ち遅れは大きいです。さらに言えば正確な遺伝子・染色体解析技術の知識をもって論じられなければ公的機関が設置されても根っこのない画餅的議論に終始すると思われます。よって臨床遺伝専門医、臨床検査専門医等のこの分野の専門医を1-1-1で挙げました。さらには大手衛生検査所、遺伝子解析企業やクリニック、バイオインフォマティクスの参加が正確な議論のためには望ましいと思われます。
プライバシーにかかわることなので、すべて公的機関に委ねることがよいかわかりかねる。

トランスジェンダー男性の妻です。 提供で生まれてきた子が提供を理由に安心安全な生活を脅かされることのない社会であることが大切と考え、この委員会がその実現への大きな一歩となることを望みます。 下記は当事者家族として大変だったことなどです。 ①出自を知る権利を担保したいと考えつつも医療機関では情報開示がなく葛藤しながら提供を受けた ②医療機関の提供精子について見通しの立たない待機期間があり精神的に不安定になり心療内科を受診するようになった ③高度不妊治療を受けたくても提供精子では受けられないと断られ続け、自分の受けたい医療をなかなか受けることができなかった ④医療費助成が対象にならなかった ⑤結果的に私たち家族は医療機関での提供では妊娠せず、知人から精子提供を受けて子を授かりました。 今のところ知人との間にトラブルはなく良好な関係ですが、今後トラブルが起きないとは言いきれません。 子の出自を知る権利や親権などについて事前に口頭で相談はしていますが書面を交わしているわけではありません。 本来なら提供を受ける前の段階で適切なやりとりを交わすことが子の権利保証や福祉において大前提であるべきと考えますが、提供を受ける側として提供者へどこまで求めているのか探り探りになっているところがありました。 提供を受ける側としてはやっと出会えた提供者に過度な負担をかけることで提供を断られてしまったらどうしようという思いが先行し、一番に考えなければいけない子どもの権利保障や福祉がおざなりになってしまうのも事実でとても苦しい思いがありました。 以上です。 様々な事情により提供でしか子を授かるとうことができない方の医療体制や情報管理などを整備することが子どもの権利保障や福祉に大きくつながると考えます。 子どもを授かりたいと願うことに理由はありません。この幸せな願いから誕生する尊いのちも社会を構成しています。 いろいろな難しい問題が孕んでいることも承知していますが、この件について放置し続けることでよい結果につながるとは思えません。 早急な設置と議論を求めます。 どうかよろしくお願いいたします。
どうしても産婦人科となると副務的な位置づけになり、方針決定に至らいていることにいら立ちさえ感じます。これからは産科婦人科は確固たる独自性の職務に基づき役割に自信をもって発揮してほしい。また構成には直接的対象の患者会(当事者)、遺伝カウンセラーが参加した公的管理運営機関の設置が望ましい。必要とするもの、支えるものが入っていないので、実現していない理由にもなっているのではないかと思います。
セクシャルマイノリティでも家族をもちたいと願っている人たちについて、全く議論が追いついていない。
すでに第3者を介する生殖補助医療を受けて出産した夫婦や選択的シングルマザー、生まれてきた子がいる中、公的管理運営機関の設置は急を要すると考えます。 また子を望む人が、できるかぎり子を授かることができるような社会を望むと同時に、生まれた子が出自について悩んだ際、安心して相談できる環境が必要と考えます。
このたびは、このようなアンケートを実施してくださりありがとうございます。私は出自を知る権利のありかたなどを研究しておりまして、その一環で、第三者配偶子を用いた生殖補助医療のありかたの検討も行っていました。これまで精子ドナー13名のほか、AIDで生まれた方5名、さらに遺棄児など出自を知らずに苦しむ方々や、特別養子縁組あっせん団体等へのインタビューも行っていました(詳しい研究成果はただいま発表準備中です)。 それら研究のなかでみえてきたことのひとつが、公的な第三者機関の有用性です。今後の生殖補助医療のありかたや、生命倫理の問題を考えるにあたって、当事者の意見を聞いていくことは欠かせないことは諸先生方もご指摘のとおりですが、ヒアリングそのものや、そのまとめを行うこと、そしてそれをまとめたうえで当事者間の調整を行うにあたっては、第三者機関が欠かせないと思います。これらは弊研究内にて当事者からも指摘がありましたし、私がインタビューを行い、考察をしていくなかでも、実際にその必要性を実感したところです。ぜひ設置の早期実現をお願いしたいと思います。 また、議論を行うにあたっては、ぜひ社会福祉職の意見にも耳を傾けていただけたらと思います。あるいは、ぜひ社会福祉職を活用することをご検討いただけたらと思います。私は研究だけでなく実践の場での活躍をめざしたいと思い、研究と並行して、数年前からこども園にて保育士および幼稚園教諭として、子どもの保育・教育、そして家庭支援に従事し始めました。私が主に担当しているのは妊娠中～未就学児ですが、この時期に、親に対しては、出自を知る権利(真実告知)に関する適切なカウンセリングや助言を行うこと、場合によってはその現場に寄り添い、立ち合い、告知を手伝っていくこと、そして子どもに対しては、出自に関する幼少期からの教育を行っていくことができればよいのではないかと思います。これらを行うにあたって、公的な管理運営機関があるとよいのではないかと思います。公的管理運営機関には、各施設への研修や指導を行っていただけたらありがたく存じます。 (医師の先生方は、家庭に立ち入ることへ遠慮されることが多いと伺っております。我々保育の現場では、家庭支援も重要な職務ですので、家庭に立ち入ることなど日常茶飯事です。ぜひ我々に期待してください)ご多用のところに恐縮ですが、ご検討の程、ぜひよろしくお願いいたします。

このアンケートは12月13日に公開され、締め切りが1月3日です。年末年始をはさむ3週間は、個人でも団体でも、回答を検討するには短すぎます。本気で広く一般の意見を求めるのであれば、回答期間を長く設定すべきでした。 貴学会が実現したいと考えられる「公的管理運営機関」はどのようなものなのか、提示された資料からはよく分かりませんでした。「公的管理運営機関」の設置に「賛成」と回答したのは、生殖技術や生命科学、生命倫理については、多くの人々の間で議論すべき時期に、すでになっていると考えるからです。 「NIPT等の出生前検査に関する専門委員会」が、「公的管理運営機関」のかたちとして近いように見受けませんが、これも厚生労働省のもとに置かれています。生殖技術や生命科学、生命倫理は、学会によるプロフェッショナルオートノミーの範疇を超えますが、主体が省庁になればよいというものでもありません。広く社会の中で、多くの立場からの議論がなされる場のあり方自体が、問われていると思います。どういう場であれば好いから、検討が必要です。 何れにしても、今後「公的管理運営機関」作られるとすれば、期待するのは次のようなことです。 * 公共性、客観性、透明性を保つ * 「機関」の基本的な姿勢を明らかにする * 商業主義の排除、優生思想の排除は必須 * 「機関」を構成する個人と団体を公開する * 構成する個人と団体の選任は、ジェンダー平等、障害者の参画を必須とする * 会議の日程、検討する議題を事前に公開する * 会議録を公開する * 構成する個人と団体以外が、意見を送ることができる * 意見に対して回答がなされる * 送られた意見と、それが反映されたかどうかを公開する(非公開を望む場合は除く) UMINデータの公開が中々実現しないので第三者機関として機能してほしい。当事者の意見が入りにくいので、意識してほしい。精子提供など、無規制状態の問題があるので改善してほしい。日本産婦人科学会の構成員の女性比率が低いのであれば見直して(増やして)ほしい。
AIDを日本で始めた慶應は、ドナー減少に伴いAIDの新規受付を停止しており、いち組織でこの医療を継続することは非常に難しい状況にあると感じております。併せて、国会では助成対象に夫婦間治療の事実婚カップルが対象になったのにも関わらず、男性不妊や非配偶者間での治療を行う法的に婚姻している夫婦が除外されるという差別が起きています。 どのような治療内容であっても、子供を望む夫婦・カップルは等しく医療を受けられることを当たり前とするには、公的機関を設置することがひとつの指標となるのではないのでしょうか。今、AIDをはじめとする非配偶者間治療はよくわからないから、何となく避けられているように感じられます。理解するための努力もされているとは思えません。ただ、いち患者や当事者が声を上げても、この国はマイノリティを排除しようと動くので、声は届きませんし、届けても無視されるのが常です。その中で、公的機関が現状理解の手助けや、医療が必要な当事者の声を国に届ける役割を担えるなら、何十年も放置されてきた状況が改善に向かう可能性があると思います。 出自を知る権利を時期尚早だと言う前に70年放置した反省はないのか。AIDだけ体外受精ができない理由は何なのか。実施病院の少なさによる地域格差は是正されなくていいのか。子供を産んだ後のサポートを当事者AIDにより出産しましたので、当事者として生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置を望みます。 自らの経験のみではありますが、たくさんの媒体から情報を調べて個人で当該治療を行う医療機関を探し、自分に合う医療機関で受診、治療に進むには多くの労力が必要であり、医療機関ごとの考え方の違いなどもあり、個人での限界も感じます。多種多様な治療方法について広く門戸を開くことも、少子化対策にも繋がるのではないかと心から思います。
「子どもを育てる気はない」、「妊娠して子供が産めればよい」という考えをもつ女性に対し、不妊治療を提供している現状があります。 不妊に悩み、不妊という事実を受け止め、子どもを迎えるまでのプロセスの支援が乏しいために、そのような感情を抱くようになったのかもしれない。 夫婦と生まれてくる子どもの幸福のための医療になってほしいと思います。
貴会倫理委員会を中心とした内向きな「プロフェッショナルオートノミー」に依拠する2019年NIPT指針改定は、厚生労働省の介入により頓挫した事実は厳しく自己批判すべきである。 貴会が、今般従前の「プロフェッショナルオートノミー」にのみ基づくことなく「公共性・客観性」を担保した管理運営機関設置の提言は、公益社団法人として本来のあるべき姿として一定の評価をしたい。 但し、構成員としての法律家については、従前の固定したメンバーではなく新たな人選を要望する。
なお、2013年4月1日から現在まで少なくとも2019年6月21日まで6年2ヶ月間の臨床研究であるNIPTデータ公表は、貴会の重大な責務であることを改めて指摘する。

「生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置の提案に関するアンケート調査」

ご協力をお願い

2021 年 12 月 15 日

日本産科婦人科学会

さて、日本産科婦人科学会では、2021 年 6 月「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する提案書」

(https://www.jsog.or.jp/modules/news_m/index.php?content_id=1025) にて、その管理運営を
になう公的機関の設置を提案いたしました。さらに遡ること 2003 年には、同様の報告書が厚生
科学審議会生殖補助医療部会から提出され、公的管理運営機関の設置が提案されています。ま
た、昨今では、NIPT 等の出生前検査に関する専門委員会報告書 (2021 年 5 月)

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000783387.pdf>) でもその必要性が指摘されています。しか
しながら現在のところ、実現に至っておりません。過去の着床前遺伝学的検査に関する裁判事
例、新聞論説にても繰り返し同様の指摘が行われてまいりました。

日本産科婦人科学会では、上記の精子・卵子・胚の提供、着床前遺伝学的検査、出生前遺伝学
的検査、子宮移植、がん生殖などについて議論してまいりました。しかしながら 1 学会でそれを
扱っていくことはすでにプロフェッショナルオートノミーの範疇を大きく超えていると考えてい
ます。すでに諸外国では、公的な管理運営機関が設置され、多くの方々が加わったうえで議論が
公になされ、公共性、客観性の高い管理体制の中で適切な情報が提供され、生殖医療が展開され
ています。もちろんプレイヤーとしての産婦人科医師がかかわっていくことは重要と思われま
すが、広く社会の中で議論を行い、永続的に管理を行っていく機関が必要です。公的管理運営機
関の設置により、広く国民の理解を得たうえで生殖医療を進めていくことが可能となり、ひいては
生殖医療を必要とする方々への適切な医療を提供できると考えております。生殖医療に関して
は、今後新たな技術が時を待たずして導入されていく可能性が高く、その必要性を痛感しており
ます。

今回は、日本産科婦人科学会令和 3 年度第 3 回理事会 (2021 年 12 月 11 日) での承認を得
て、日本産科婦人科学会会員だけでなく、広く一般の方々へもご意見を伺うことにいたしまし
た。こちらの資料 (生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置の提案) をご参考いた
だき、本アンケート調査にご協力をいただければ幸いです。本調査内容は今後の参考にさせてい
たいただきます。

下記の URL よりご回答をいただければ幸いです。

【ご意見の送付先】 (締切り：2022 年 1 月 3 日)

「生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置の提案に関するアンケート調査」

(次ページの回答用紙にご記入ください)

【2022 年 1 月 3 日まで】生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置の提案に関するアンケート調査

■生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置の提案につきましてアンケート調査へのご協力をお願い申し上げます。

※個人情報の取扱いについて：ご登録いただいた情報は今回のご回答の集計以外には利用いたしません。

「日本産科婦人科学会における個人情報保護に関する取組みについて」

http://www.jsog.or.jp/modules/sitepolicy/index.php?content_id=1

締切り：2022 年 1 月 3 日（月）

氏名：

勤務先：

メールアドレス：

I 生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置に関して

（1）生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置に関して（必須）

- 1) 賛成（→1-1 へ）
- 2) 反対（→1-2 へ）
- 3) どちらともいえない
- 4) 不明

（1-1）「賛成」の方に伺います。生命倫理に関係する生殖医療に関する取り決めを行うための議論において、下記の中でどのような方が参加すべきと考えますか？（複数回答可能）

- ・ 1) 産婦人科医師
- ・ 2) 小児科医師
- ・ 3) 産婦人科・小児科以外の医師
- ・ 4) 医師以外の医療者
- ・ 5) 当該の生殖医療を受ける患者（不妊症、不育症の患者など）
- ・ 6) 当該の生殖医療に関係した先天性疾患の罹患者
- ・ 7) 当該の生殖医療に関係した先天性疾患の罹患者の家族
- ・ 8) 法律の専門家（弁護士など）
- ・ 9) 生命倫理の専門家
- ・ 10) 社会福祉施設の関係者
- ・ 11) 国家行政施設の職員
- ・ 12) 地方行政施設の職員
- ・ 13) 国会議員
- ・ 14) 地方議会議員

・ 15) その他 (→1-1-1 へ)

(1-1-1)「その他」を選択された方に伺います。上記以外に議論に参加することが望ましいと考えられる立場の方があればご記載ください。(30 字以内でご記入ください)

(1-2)「反対」の方に伺います。その理由を下にご記載ください。
(2,000 字以内でご記入ください)

(2) 生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置が実現していないことについて、現状改善の必要性、設置に向けた具体的な提案、今後日本産科婦人科学会に期待する活動などのお考えを自由にご記載ください。(2,000 字以内でご記入ください)

II ご回答者様について

(3) ご回答者様属性 (必須)

- 1) 日本産科婦人科学会会員
- 2) 日本産科婦人科学会会員以外の方

以上です。ご協力ありがとうございました。