

生まれてくるこどものための医療（生殖・周産期）に関わる
「生命倫理について審議・監理・運営する公的プラットフォーム」
（公的なサポートを受けアカデミアと社会が共同して設立する）についての公開討論会
- “できる”ことはすべてやっていいのか？ “ダメ”だとすれば誰が止めるべきなのか？ -

（三上） それでは、時間になりましたので、生まれてくるこどものための医療（生殖・周産期）に関わる「生命倫理について審議・監理・運営する公的プラットフォーム」（公的なサポートを受けアカデミアと社会が共同して設立する）についての公開討論会を始めます。本日は、お忙しいところ、たくさんの方々にご参加いただき、ありがとうございます。日本産科婦人科学会臨床倫理監理委員会の委員長の三上でございます。まずは、今回の公開討論会の質疑について再度ご説明いたします。

ライブ配信中のご質問について、視聴画面下よりご質問いただけます。どの登壇者への質問かを選択し、ご質問記入欄に内容を記入の上、送信ボタンを押してください。複数の登壇者に対しての質問、感想をお送りいただく場合、個別に投稿いただきますようお願いいたします。時間の都合上ご回答ができない質問への回答は、後日ホームページ上にて公開いたします。

それでは、本日の司会を務めていただく武藤香織さんと加藤聖子さんのご紹介をさせていただきます。武藤さんは東京大学医科学研究所教授でおられ、厚生労働科学研究、生殖・周産期に関わる倫理的・法的・社会的課題の検討のための研究の代表をお務めでございます。加藤さんは九州大学医学研究院臨床医学部門生殖発達医学教授でおられ、同時に臨床研究院長、九州大学病院院長補佐、そして日本産科婦人科学会の副理事長をお務めでございます。それでは、武藤さん、加藤さん、よろしく願いいたします。

（武藤） 三上さん、どうもありがとうございます。今ご紹介にあずかりました、東京大学の武藤香織と申します。今日は加藤聖子さんと一緒に司会をさせていただきます。よろしく願いいたします。

加藤さんから、木村さんのご紹介をお願いできますでしょうか。

（加藤） はい。同じく司会を務めます、九州大学の加藤聖子です。よろしく願いいたします。それでは、まず公益社団法人日本産科婦人科学会理事長の木村正さんよりご挨拶をいただきます。木村さん、よろしく願いいたします。

（木村） はい。日本産科婦人科学会で理事長を拝命しております木村と申します。理事長を拝命いたしましたのは2019年で、もう既に4年たちました。2009年から理事会メンバーに加えていただいて、倫理委員会に関する報告というのはずっと聞いてきたわけですが、専門の先生方が最高の叡智を集めて決められたことだからまあいいだろうということで、特に気にしておりませんでした。ところが、理事長になりましてから全ての会議体

に陪席させていただくようになりまして、倫理委員会に出させていただきますと、確かに全ての叡智を注ぎ込んだ議論がなされていたわけではありますが、その根底というものは私どもが作った見解というルールに従おうというものでございました。その見解というものはだいたい20年前ぐらいに整備されたものでございます。よくよく考えてみますと、20年前の価値観とか、あるいは技術的な限界などをそのまま引きずっているということでもあります。さらに私として気になりましたのは、我々日本産科婦人科学会という一学術団体が医療行為の許認可権を持ってしまっていると。そして、その背景にいる患者さん、あるいは女性の皆様のリプロダクティブオートノミー、自己決定権を奪う、あるいは侵害しているんじゃないかということが非常に気になりました。学術団体のあるべき権限とその責務というのは、その技術的な正当性を評価し、また、会員にその技術的な正当性や限界をきちんとお伝えし、そして一般の方々、利用者にはその技術のメリットと、そしてその限界などを適切に分かりやすくお示しするということだというふうに思います。これを超える行為を私たちはやっちゃっているのではないかと。私は大阪大学で、大阪から来た者でございますが、大阪の人たちが、権威を持っていない者が余計なお世話で人々に干渉してきますと、いつも「あんたは何様や」という言い方をして批判をするわけではありますが、その「何様」になってしまっているんじゃないかというふうに思った次第でございます。

今から思い起こしますと、約40年前、生殖医療というもの、すばらしい技術が誕生しました。その萌芽期には、社会にこの技術を理解して受け入れてもらうために私たち自らの自己規制というものが必要であったというふうに思います。しかし、今やこの技術は大変一般化され、もう皆さんがお使いになる技術になりました。こうなりますと、ノーマライゼーションという大事な考え方とともに、これは国として、あるいは社会全体が考えるべきことではないかというふうに思う次第でございます。その思いを学会として皆様、世の中に問いたいというふうに思い、本会を企画させていただきました。三上先生からまたスライド等ご提示があると思いますけれども、ご覧の皆様方、あるいは後々に視聴して下さる皆様方からご意見を頂戴するような場を設けております。ぜひ本会ホームページから、皆様からのご意見も頂戴したいと思います。本日は様々な皆様のご意見を聞くことを楽しみにしております。どうぞよろしく願いいたします。ありがとうございました。

(加藤) 木村さん、本公開討論会の趣旨をご説明いただき、ありがとうございました。それでは、講演に移りたいと思います。まずは、参議院議員、内閣府大臣政務官の自見はなこさんからビデオレターを頂戴しております。自見はなこさんのプロフィールは資料のほうに書いてありますが、簡単にご紹介いたしますと、自見さんは2016年に参議院議員選挙比例区(全国区)から当選され、現在、国会議員をお務めです。自見さんは小児科医でもあり、様々な医療をめぐる問題をその立場からご担当されております。それでは、自見はなこさんのビデオレター、よろしく願いいたします。

(自見) 参議院議員の自見はなこでございます。本日は、日本産科婦人科学会臨床倫理監理委員会主催によりまして、生まれてくる子どもたちのための医療を守る公的プラットフォーム

ームについての公開討論会のご講演の機会をいただきまして、誠にありがとうございます。木村理事長先生をはじめとしまして、また、三上先生も私の恩師でもございます。本当に多くの先生方に日頃から周産期医療を守っていただいておりますこと、まず心から感謝、御礼を申し上げたいと思います。また、私は、小児科の医師として勤務する中で、6年半前に国会に送っていただきました人間でございます。1期6年の間、成育基本法という議員立法で産婦人科医会、学会の先生方には大変なご尽力を賜りました。そのおかげあって、1年後に産後ケア法案、そしてこの度のこども基本法とこども家庭庁設置法案までの大きな道筋を先生方に作っていただいたというふうに理解しております。いよいよ4月1日から開設されますこども家庭庁、現在、私は準備室の小倉大臣をお支えする大臣政務官の役割をいただいております。一人ひとりのこどもたちや、あるいはお父さん、お母さん、養育者の皆様が幸せだと感じる事ができる子育て、ここをしっかりと追求していきたいと思っています。そのためにも、幸福、いわゆるウェルビーイングというものの概念の中にバイオ・サイコ・ソーシャルというものがございます。まず、心も体も社会も、この三つの要素が幸せであるという状態をしっかりと、私は医師であります、我々医療界として打ち出していく必要があると思っています。特にバイオ・サイコ・ソーシャルのバイオの部分の、いわゆる成育基本法の時から議論していただいておりますが、予期せぬ妊娠、あるいは10代の、大変残念ながら、虐待による妊娠もありますし、また、小さいこどもの虐待死もあります。こういった不幸の連鎖を断ち切るために私たち大人や政治や、あるいは政府が何をしなければいけないのか、これを今、大きく舵を切ったところでもありますので、どうぞ今日、このプラットフォームということでありますが、生殖補助医療を含めて、こどもたち、そしてお父さん、お母さんたちに深く日頃から関わってくださる先生方、皆様のさらなるご支援を、こども家庭庁、異次元の少子化対策も担当でありますので、お願いをしたいと思います。

お願いばかりで恐縮ではありますが、さて、私にいただいたお時間の中で、今日は公的プラットフォームのお話をということで演題を頂戴しております。先ほど申し上げました成育基本法は非常に大きな根っことなるべき法律であります、2018年の12月に成立をいたしました。その中で、性に関して、あるいは生殖ということに関しては医療現場の私たちの、いわゆるプロフェッショナルリティの意見をしっかりと反映してほしいということをもっと入れております。その後、産後ケア法案が成立をし、現在のこども基本法の下ではもう一歩、二歩進んだ形で、こどもの権利、児童の権利条約をうたっておりますが、これをしっかりと、国連がうたっているのと同じ項目を入れ込んでいます。一人ひとりのこどもが差別をされないということや、育つ権利や守られる権利、そして意見を表明する権利という、こういった大きな項目が入っているということになっております。また、4月1日にこども基本法はこども家庭庁設立に合わせて施行されますが、こどもの意見を聞くということ、意見表明権を確保するということが国、そして地方公共団体には義務になります。すなわち、こどもに関する政策を行うときに、それはこどもの意見を聞きましたかということが問われるということになってございます。一つ大変分かりやすい事例を申し上げれば、とある市で、

こどもたちが集う公園を突然閉鎖するという話題がありました。4月1日以降であれば、その決定をする際に、そのプロセスの中でこどもたちの声を聞いたのかということが問われます。こどもたちの声を聞いていなければ、それは明確に法律とは違うことをしていますということになるわけであり。そういった新しい概念が私たちの行政にも入ってくるようになるのがこれからの時代であります。

また、成育基本法、産後ケア法案、そしてこども家庭庁の設置と同時に、私のような議員の、こども家庭庁を作りたいんだという要望を聞いてくださったのは当時の総理であった菅総理であります。菅総理によって大きく光を当てていただいた部分もございました。それは、不妊治療の保険適用は現場の先生方も大変なご苦労をされたと思いますが、大きく今までの、保険適用、保険になじまない、保険ではないという整理から180度変えて、保険だと。保険にするのだと言って、もうブルドーザーのように突き進んだわけですが、その部分ですね。それと同時に、もう一つはAYA世代のがん、これも大きく先生方、取り組んでいただいておりますが、AYA世代のがんについても同じ、不妊治療の推進をする議連の、私は事務局次長でしたけれども、ここでAYA世代のがんにも予算をしっかりといただいて、10代のこどもたちに多い、もうちょっとちっちゃい子もいるかもしれませんが、小児がんのこどもたちの妊孕性の温存事業も先生方に始めていただいております。こういう成育基本法、産後ケア法案、不妊治療の保険適用、こども家庭庁と、そしてこども基本法と、トントントンという、こういう大きな流れがあります。かつ、異次元の少子化対策という中でさらに一層、いわゆる生命倫理も関わるような、不妊治療についてもさらに一層の光が当たってくることになろうかと思っております。

そんな中ではあります。先生方におかれましては長年、大変なご努力をこの領域にかけてくださっております。特に三上先生が委員長を務めております倫理審査についてでありますけれども、倫理監理委員会ですね。この下にあります倫理審議会では実に多くの専門家の学会の代表者、あるいは患者団体を含めました当事者の方々も入っていただきながら様々なご議論を今まで展開してくださっています。生殖補助医療といってもいろいろな分野がございます。NIPTのような分野もあれば、着床前の遺伝子の検査といったものも含まれます。実は、皆様もご案内のように、NIPTは私が厚生労働大臣政務官をさせていただいた時に加藤大臣の強いリーダーシップがあって、母子保健課という課、厚生労働省子ども家庭局の母子保健課でこれを、ある程度以上に数になってきたということや、請け負っている施設が、正直言って、かなり粗悪なものも含めまして、質の担保が必要だという状況になったことなどを受けて、加藤大臣のリーダーシップで、この監理といいますか、の部分もしっかりと役所で請け負うということになりました。NIPTの認証制度のために必要な新たな体制というものを当時の加藤大臣の下で打ち出していただいております。ご案内のような、出生前検査に関する専門委員会というものを厚生科学審議会の科学技術部会の中に置いていただいたということになっておりまして、情報提供や施設認証、そして制度の評価のワーキンググループ、三つのワーキングもしていただいているということでありまして、こ

の三つのワーキングは日本医学会であります。そこと連携する形で役所が動いているという、こういう仕掛けでございます。

現在は、先生方も、これを超えたところの、さらに着床前のところの重篤な遺伝性疾患に関しましては非常に重い議論を展開しているということでもあります。ここについて今後どのようなことが想定されるのか、私なりには一つお伝えしたいことがあります。それは、このようなアプローチを今後いろいろな場面でしていくことになると思います。特に第三者の精子や卵子の提供の部分もそうではありますが、今まではあまり議論がされることのなかった、こどもの出自を知る権利が、これからは、こども基本法が制定して施行されることとなりますので、ここ、正直申し上げて、大きく変わってくる分野になろうかと私自身は考えております。技術の進歩もありまして、今までは分かり得なかったようなことも生まれた後に、例えば自分の遺伝子上の父や母は誰なのかということを生まれた後に突き詰めることができるような、そういう事情もこれから10年、15年では急速に、ある意味、確立してまいりますので、本当に匿名のまま行けるのかどうかということも含めて十分に検討していく必要があると思っています。その中で、こどもの出自を知る権利や、こども自身の生存権、生きているという権利をどのように確保、担保することができるのかということが、倫理の面からでもあります。しっかりとした、こどもに対する説明責任も含めて求められてくる時代になります。これがたぶん1点、大きく、今までの生殖補助医療になかったパーツが新たに付与されるのではないかと思います。

です。生殖補助医療というものが進化していく中で、かつ、不妊治療が保険適用にされた中で、どの程度までをいわゆる学会で検討し、どの程度以降は国が受け止めるのかという線引きのラインも、ちょっとここ数年は、正直、揺らぎがあるのではないかと思います。私自身は、この生殖補助医療の中の、まずは第三者の精子・卵子提供のことにしましてはこどもの出自を知る権利の担保が十分に必要だと考えています。ドイツのような、その役割を医療機関が担うのではなくて、家庭裁判所などが担うような仕組みにしなければ、精子・卵子を提供した医療機関に将来、こどもが大人になったときに来て、自分の父や母が誰ですかと言ったときに教えてもらえるかどうかということを経済機関が判断するということはないのではないかと思います。むしろそれはドイツのように家庭裁判所なりの司法の手によって、こどもの出自を知る権利と、それから仮にそれを教えてはいけないような事情があるとする、そちら側の事情との勘案で、どちらがより、その権利の主張になりますが、より大なりというふうに判断されるのかというのは、ちょっと正直、医療機関の役割を超えているように思っていますので、どのぐらいかかるのかは分かりませんが、こども家庭庁ができれば法務省との連携も非常に強くなりますので、その辺りから、日本は養子縁組の国内的なデータベースがない国でもあります。市区町村の戸籍のところにはないので、我が国で生まれた子たちが外国にどれぐらい養子縁組で行っているか、国として把握する仕組みもないんです。ですから、こどものことをきちんと管理しようと思ったときに、もう少しこどもの基本的な人権の意味からどうそれに対応するのかということころは、さっき申し

上げた、数年揺らぐのだと思います。

その上で加えて申し上げると、こどもの出自を知る権利というのは非常に大きな位置として確立をされるであろうと思います。また、その後にお父さん、お母さんや、そして子どもたちが難病と向き合う中でどのように、国もそうでありますが、学会を含めてアカデミアと国が一体的にサポートできるのか、そして難しい判断をする際にどのようにサポート的な技術的助言もできるのかということが求められるんだというふうに思っています。ここについては、直ちに公的なものを作れというお声もあるのは重々承知しているんですが、さっき申し上げた子ども基本法が新たに4月1日から施行される中で、どこまで国が受け止めつつ、かつ、どこからが学会の先生方にやっていただくことなのかというところはちょっと揺らぎがあるのかなと私自身は思っております。とはいえ、先生方がアカデミアとしての役割を今までもしっかりと果たしてくださった。懸命に向き合ってくださいましたと思います。ものすごく荷が重たい話でありますので、ここについて、医学のアカデミアとして向き合っていたいただいたことには最大の敬意を私からも表したいと思っておりますし、これからも先生方のお力なくしては、こういった非常に難しい病気を抱えている、遺伝的な病気を抱えているお父さん、お母さんたちの、本当に腑に落ちるような解決策も見えないんだと思っております。ここは子どもたちの最大の利益のために、子ども家庭庁もそうでありまして、あるいは政治も学会もそれぞれの持っている最大限を出し尽くしながら、しっかりと人類の幸せのために貢献をしていきたいと思っております。

今日のシンポジウムは、そういったわけで、いろんなご意見が出るかと思っております。どうぞ私からは、繰り返しで大変恐縮ですが、こどもの最善の利益、そして子どもが自分の意見を表明する権利、そして差別されないということ、そういった、子ども一人ひとりに権利がしっかりとあるよということが4月1日から我が国で明確化されますので、その中で再びこの議論が発展的なものとなることを心から祈念をいたしまして私の講演とさせていただきます。これからも先生方とはしっかりと、皆様とはしっかりと議論をさせていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いをいたします。本日は誠にありがとうございました。

(加藤) 自見はなこさんのビデオレターをご覧いただきました。自見さんは、こどもの声を聞く、こどもの権利ということを主体とした子ども家庭庁についてご説明され、そしてこどもの出自を知る権利の必要性についても言及されましたが、まだアカデミアと政治の線引きのラインは数年は揺らぐだろうというご意見でした。今日、この公開討論会でまた我々の声を政治家の皆さんに届けていきたいと思っております。

それでは、次に産婦人科医のお立場から、日本産科婦人科学会の鈴木直さんに「公的プラットフォーム設立に向けた日本産科婦人科学会の取り組みについて」というタイトルでご講演いただきます。鈴木直さんのプロフィールも資料にあります。簡単にご紹介いたしますと、鈴木直さんは、現在、聖マリアンナ医科大学産婦人科の主任教授であります。そして、日本産科婦人科学会の臨床倫理監理委員会の副委員長という大役を今お務めです。では、鈴

木直さん、よろしくお願いいたします。

(鈴木) はい。聞こえていますでしょうか。

(加藤) はい。聞こえております。

(鈴木) 皆さん、こんにちは。公益社団法人日本産科婦人科学会臨床倫理監理委員会副委員長を担当しております鈴木直でございます。それでは、公的プラットフォーム設立に向けた日本産科婦人科学会の取り組みについて発表させていただきます。本日の発表内容は、この4つの内容となっております。まず、背景から説明させていただきます。

日本産科婦人科学会は、倫理的に注意すべき事項に関する見解を日本産婦人科医会の会員に遵守を求めて参りました。このスライドは、その見解あるいは考え方等をまとめたスライドでございます。1980年に体外受精、胚移植に関する見解を示して以降40年余り、生殖医療を行う産婦人科の医師と一般社会の約束事としての見解あるいは考え方を、日本産科婦人科学会の会員に対して遵守を求めてまいりました。しかしながら、あくまでもこの遵守は、学会員に対する自主規制であり、公的な管理を行っているということにはなりません。

生殖補助医療に関連した判例は、このスライドに示しますように、離婚後の親権に関する判例(1998年)、夫による嫡出否認に関する判例(1998年)等がございます。これらは、技術的内容に対する判例ではない一方、その技術は日本産科婦人科学会の会員が担当する生殖補助医療に関連した技術となります。裁判所は、これらの判例において立法府が関連立法の整備を行うことが好ましいという見解を示しています。その後、これら判例に対する公的な審議会として、2000年の厚生科学審議会(「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療のあり方についての報告書」)、2003年の厚労省生殖補助医療部会(「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」)、2003年の法務省親子法制部会(「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療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要綱中間試案」)、そして2008年お日本学術会議(「代理懐胎を中心とする生殖補助医療の課題—社会的合意に向けて—」)で審議が進められましたが、その報告書には、生殖補助医療に関する倫理的観点に関する公的な管理機関の設置の必要性が提言されています。その後、約20年前後経過した2022年に「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」が出されました。本法律の第4条、国の責務には、「基本理念を踏まえ、生殖補助医療の適切な提供等を確保するための施策を総合的に策定・実施するのが国の責務であり、その実施に当たっては、生命倫理に配慮するとともに、国民の理解を得るよう努める」、と記されています。さらに、知識の普及、相談体制の整備、そしてこれらの提供等を確保するために必要な法制上の措置等を講じるのが国の責務となっております。一方、私ども医療関係者は、「基本理念を踏まえて良質かつ適切な生殖補助医療を提供するように努める」よう第5条に記されています。日本産科婦人科学会は40年にわたり、倫理的側面に配慮しつつ、良質かつ適切な生殖補助医療を患者さんに提供できるように努めてまいりました。この法律によって、国には「国の責務」と「医療関係者の責務」を明確にさせていただきたいです。やはり、公的な管理機関設置が急務でありま

す。

さて、次に、生まれてくるこどもの利用に関わる「生命倫理について審議・監理・運営する公的プラットフォーム」の設立について発表させていただきます。

国が、法制上の措置を行い監理すべき事項と、国が法制上の措置を行うことが難しい事項の2点を、まずは明確化すべきかと考えています。すなわち、国が法制上の措置を行い監理すべき事項としては、法律の策定や保険診療となった生殖補助医療を行う医療機関の認定やデータ登録管理等、また胚培養士の国家認定、国の小児・AYA 世代がん患者等の妊孕性温存に関する温存検体の長期の保管・管理並びに施設認定とデータ登録管理等、今後起こり得る可能性のある死後生殖や代理懐胎等の課題が考えられます。一方、国が法制上の措置を行うことが難しい事項に関しては、公的プラットフォームを二つ（A と B）の設置が提案できます。例えば、公的プラットフォーム A の専門委員会が議論を行って報告書を発出し、公的プラットフォーム B の運営委員会がその報告書に沿って運営・監理を行うような、公的なプラットフォームの設置が一つの提案となります。なお、専門委員会の構成は医療関係者、法学・生命倫理の専門家、障害者福祉分野専門家等、様々な有識者からなる委員からなり、運営委員会の方は行政あるいは公的財団法人等に庶務を担当していただき、国が費用負担する形式が良いと考えます。公的プラットフォーム A と B で行うべき検討・監理事項は、生殖補助医療全般、着床前遺伝学的検査、出生前遺伝学的検査、医学的適応のない卵子凍結、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・管理等が考えられます。一つの参考事例として、NIPT 認証制度等の新たな体制に関するスライドを示します。専門委員会 A、そして運営委員会 B の二つの公的プラットフォームからなるこの体制は、日本医学会が、厚生労働省の担当課がオブザーバーとして参加する運営委員会を運営し、国の方針として掲げられる厚生科学審議会科学技術部会による専門委員会と共にこの制度を運営する体制であります。もう一つの参考事例としては、日本産科婦人科学会が 2020 年から 3 回実施してきた、重篤な遺伝性疾患に対する着床前遺伝学的検査に関する倫理審議会が、公的プラットフォーム A(専門委員会)に当たります。スライドに示すように多くの関係者、に公的プラットフォームへの参加を促すことによって、社会との合意を目指すことが可能になります。

さて次に、英国の取り組みに関して簡単に報告します。なお、この後の甲斐先生から詳細な報告があります。英国における公的管理機関は Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA) と呼ばれ、非府省型の公的機関であり、国の担当は保健大臣が主務を担当している組織となります。英国の非府省型の公的機関（HFEA）が、我が国における「生まれてくるこどものための医療（生殖・周産期）に関わる「生命倫理について審議・監理・運営する公的プラットフォーム」のモデルの一つ（日本版 HFEA）になると考えております。政府は、法令に根拠を持つ生殖補助医療に関する公的な規制を行い、法的な拘束力のない学術団体のガイドラインによって専門家は、優れた医療を提供することにあります。そして、国民や関連する患者団体や学術団体（日本産科婦人科学会）等が、社会との対話を通じ

て社会と共同して、公的なプラットフォーム（英国の HFEA 等）と共に、様々な課題を継続的に審議し国民的な合意を得ることが可能になります。日本版 HFEA 設置に先立って、理念法や設置法等のプログラム法設立の着手が必要となるとも考えています。なお、1985 年以降、アメリカ、ドイツ、フランス等の国においても、生殖補助医療や配偶子提供等に関する制度設計に国が関与する公的な機関あるいは管轄官庁等が設置されていることも付け加えておきます。

最後に、最近の日本産科婦人科学会の取り組みに関してご報告申し上げます。2022 年 2 月に木村理事長、三上委員長、吉村顧問とともに、「生命倫理に関わる生殖・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」を野田聖子内閣府大臣（当時）に提出いたしました。その際、野田聖子内閣府大臣から、具体的な案を日本産科婦人科学会から提出するようにご指示をいただいたことから、2022 年 7 月 29 日に要望書を提出いたしました。この公的プラットフォーム設置に関する上申に関しましては、その後、加藤勝信現厚労大臣、田村憲久元厚労大臣、三原じゅん子元厚労副大臣、橋本岳元厚労副大臣、今枝宗一郎議員等の多くの議員の方々に上申させていただきました。さらに、日本医師会と日本医学会連合にも上申してまいりました。そして、こども家庭庁政務官の自見先生にもご協力いただきながら、つい先日、田村憲久元厚労大臣に現状の最終報告を行いました。そして今週、こども家庭庁の母子保健課の山本圭子課長に上申したのち、4 月下旬に野田聖子代議士に最終報告に伺う予定となっております。

国は、2021 年の 4 月 1 日より小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業として 22 億円のがん患者等に対する妊孕性温存療法に係る経済的支援を開始しました。本研究促進事業に関係があり、今後想定されるあるいは方策を準備しておくべき課題としては、長期間にわたる精子や卵子等の検体保管が増加することから、妊娠期がんが増える可能性あること、死後生殖の問題が起こること、そして国の事業であるがんゲノム医療、未診断疾患イニシアチブによって病気の責任遺伝子が増え多く同定されている現状において、遺伝性がんや原因不明疾患の原因遺伝子に対する着床前遺伝学的検査等が想定されます。生命倫理に関わる課題であります。2006 年に、夫の死後約 600 日目に凍結保存精子を用いた死後生殖に関する松山事件に関する裁判がありました。最高裁は、死後懐胎子の父は懐胎前に死亡しているため、親権者になりうる余地はなく、子は父から監護、養育、扶養を受けることはありえず、父の相続人にもなり得ないことなどを理由として親子関係を認めませんでした。この判決の骨子としては、多角的な観点から検討し、親子関係を認めるか否か、認める場合の要件や効果を定める立法で解決されるべきだとしています。立法がない以上、法律上の親子関係の形成は認められなかったわけではありますが、この事案からもう既に 17 年も経過してしまっております。

厚生科学審議会又は日本学術会議は生殖医療等の倫理的課題に関して管理・運営を行う公的機関を設けるよう提言していますが、全て 15 年、20 年、22 年も昔の提言であります。公的な審議会で議論された結果が、その後も継続して審議されていない、日本のお粗末な現

状がございます。

そこで、日本産科婦人科学会は、生まれてくる子どもたちのための医療に関わる生命倫理について審議・監理・運営する公的プラットフォームの設立を、国に対して強く要望いたします。例えば日本版 HFEA 等の公的プラットフォームの設立や、あるいは厚生労働省もしくはこども家庭庁内に継続して審議できる審議会の設置を望みます。

繰り返しになりますが、生まれてくる子どものために生命倫理について審議・監理・運営する公的プラットフォームの設立を強く要望いたします。

以上、ご報告申し上げます。ご清聴、誠にありがとうございました。

(加藤) 鈴木さん、どうもありがとうございました。鈴木さんは日本産科婦人科学会からの立場として、これまで学会が行ってきた自主規制は決して公的管理ではないということで、公的管理機関の必要性を強く説明していただきました。そしてまた、例えば法制上の推移とか、管理とか、そういう国が管理できること、又は難しいこと、専門委員会、運営委員会などをしっかり提唱されまして、日本版 HFEA を作ったらどうだろうかというご意見だったと思います。そして、こども家庭庁はできましたが、そのこども家庭庁の中に、今から生まれてくる子どものためにやはり継続的な審議ができる場をぜひ設けてほしいというご意見であったと思います。鈴木先生、どうもありがとうございました。

では、次に、今度は小児科の立場からということになりますが、日本小児科学会会長の岡明さんに「小児科医の立場から」というタイトルでご講演いただきます。岡さんのプロフィールも資料にあります。現在、岡さんは埼玉県立小児医療センターの病院長、そして日本小児科学会の会長をお務めです。先ほどの自見さんの講演にも出ましたが、日本医学会の出生前検査認証制度等運営委員会の委員長もお務めになっております。では、岡さん、よろしく願いいたします。

(岡) はい。ご紹介、ありがとうございます。岡でございます。ただ今、鈴木さんから産婦人科の立場でということでお話しいただきましたけれども、私のほうは小児科医という立場からお話をさせていただきます。なお、本日発言をする内容は小児科学会としての公式な見解としてお話しするということではございませんので、その点はご了解いただければと思います。

さて、私たち小児科医の一つの立場は、ここに書いてあります、こどものアドボカシーの立場でございます。これはこどもの代弁者ということで、声を上げられない子どもたちの代わりに社会に訴えていく、そうした役割というふうに考えております。小児科医としては、まず生命科学の進歩や新たな医療技術、これはこどもを望むご家族、あるいは難病の子どもたちの支援にも本当に重要だというふうに思っております。ぜひ社会全体の課題として進めるべきものだというふうに思っております。ただ、生命科学の進歩によって今まで不可能だったことが可能になる一方で、必ず新たな生命倫理の課題も発生してきます。ですので、一定のルールや枠組みがある中で丁寧なご説明をして、ご家族の意思に基づいて、そして手続きを踏んで実施する、これは先端的な小児医療に共通する原則でございますが、その上で

一人でも多くの恩恵を受けられるようにすると、そういう責任を担っていると思っております。例えば、こどもの難病に対する遺伝子治療というのも既に開始をされています。新生児期にできるだけ早期に診断をして正常な遺伝子を導入するという治療が既にベッドサイドでは始まっております。これはまさに生命科学技術の画期的な進歩によるものです。ただ、一方で、出生前の生命科学については、その技術が病気を持つ子どもたちを排除するのではないかという懸念もございます。それは先ほど来お話がありました NIPT についてもそうですし、着床前診断についてもそうした注意が必要だというふうに感じています。こどもの視点で考えますと、生命科学が目指すものというのは、こどもの誕生を望み、生まれてきた子どもを育む社会ということだと思っております。例えば難病や障害があっても、その子どもが不幸であるというふうに決めつけて最初から排除するということは慎重に考えるべきだという立場です。小児科医の視点としては、子どもを育む社会という前に、そこに括弧付きで、障害の有無に関係なく、ここにそういう記載があるということが大事だというふうに思っています。それがまず視点の基本にあるべきかと思っております。

本日は、日本産科婦人科学会の皆様方からこうした場を提供していただきました。日頃から産婦人科の皆様方はこうした生命倫理の問題に正面から真摯に取り組まれ、私もその姿勢には深く敬意を表するものです。私たち小児科医、新生児科医は、一緒に周産期医療を担い、出生した子どもたちの成育を見守る立場です。生まれつき難病や障害を持っておられる方々とご家族を支援するということが大事な役割だと考えております。日頃よりそうした皆様とお会いしているということになります。

障害や難病を持つ方々は、生命科学の進歩に対して大変大きな期待を持っておられます。これまで治療法がなかったお子様の疾患に治療が開発されることを本当に心から望んでおられます。一方で、出生前診断などの生命科学の進歩はそうした方々を排除する風潮につながるのではないかという心配もされています。NIPT がそうですけれども、出生前に診断をすること自体が、生まれてきてはいけないということなのかという問いがそこにはあるかと思っております。日本の現代社会は障害や難病を持つ方々とそのご家族にとって元々生活のしやすい環境とは言えないのではないかと、それをさらに助長してしまうのではないかと私は懸念をしております。

我が国は共生社会を目指すこととして障害者差別解消法なども定め、社会としてみんなが努力をしているところです。障害者の社会参加、ノーマライゼーションについては、総論は、皆さん、賛成とおっしゃるのではないのでしょうか。しかしながら、各論としては、現在、それぞれの現場で地道な努力が必要な段階かと思っております。

これは私自身の個人的な意見を図にしたものですが、社会としては左の図のように共生社会を目指しています。ただ、現状では右側のように、社会参加のために、生まれつき障害や難病を持つ方々からの強い働きかけや努力がまだまだ必要で、社会参加の課題に取り組んでいる。そういったのが現状ではないかというふうに思っています。

生殖医療における生命科学の新規技術については、技術が生命倫理の課題を積み残した

まま既成事実化するのではないかという懸念があります。NIPTでは、妊婦さんの血液の検査で妊娠早期に胎児の染色体異常のトリソミーなどの確率が分かるようになっております。国内でも一定のルールの下で門戸が開かれており、こうして一度開いた門戸は二度と閉じることはないというふうに思われます。特に懸念をしますのは、生命科学の最新技術は当初の理念やルールを無視してなし崩し的に適用されがちな点があり、問題が生じるまで放置されていくという懸念を拭いきれないというところです。最近のゲノム医療については、私の目から見ても、規制を外れ、商業化の対象になってきているように思います。この点は非常に危惧するところで、生命科学技術の恩恵を受ける方がいっしょの一方で、このように「滑りやすい坂」を滑ってしまった後で、社会全体が変容してしまって、もう元には戻れないと後悔をすることがないように、進め方には気を付ける必要があるというふうに思っております。

例えば着床前診断について考えたときに、これは不妊症の治療で大変なご負担のかかっているカップルや、あるいは重篤な遺伝性の疾患が上のご兄弟にいて着床前診断を受けることを望まれるカップルの方々にとって非常に重要な技術かと思っております。ただ、着床前診断の際に、受精卵からは目的以外の多様な遺伝情報も把握することができます。また、生殖補助医療を受ける方が増加している中で、検査をお受けになる受検者の適応が拡大していく懸念もあります。例えば評価対象を一緒に得られる遺伝子情報にも拡大した場合に、妊娠が成立する受精胚であっても選択されないということで排除される、そういったような懸念があります。また、不妊症治療のために妊娠可能な受精胚の選択ではなく、優秀な胚を選ぶ、出生児のスクリーニングになる懸念、これはデザイナーベビーと呼ばれるような着床前診断ですけれども、そうしたものに移行するような懸念というの抱きます。

この図で上に示しますように、出生前や周産期の生命技術の進歩により新しい治療法が開発され、その結果、障害や難病を持つ子どもと家族が社会参加しやすくなり、ノーマライゼーションを進め、共生社会を抱く、これが理想的なモデルだというふうに思います。しかし、下に示すように、出生前の医療技術によって、社会の側が障害を持つ方々への否定的な認識を持つことにつながるのではないかという懸念があります。つまり、障害があったら生まれてきてはいけないといったような見方につながるのであれば、ノーマライゼーションとは逆の方向に向ってしまうのではないのでしょうか。これは議論のための極論のように思われるかもしれませんが、今、実際に NIPT の診断の対象となっている疾患の当事者の方々を感じられていることでもあります。こうした優生学的な方向へ価値観を誘導しないためにも、そこには議論が必要であり、何らかの原則やルールが必要になってくるかと思っております。

本日の討論会に当たり、日本産科婦人科学会からは幾つかのご提案、宿題をいただいております。まだこれは小児科学会としての正式な見解ではありませんが、これまで NIPT に関する議論を踏まえて、最後に私なりの見解としてまとめたいと思います。生殖・周産期に関わる生命倫理の公的プラットフォームについては、NIPT では関係者を集めた国の専門委

員会で議論が行われました。この公的委員会では、現状に対する皆さんの非常に強い危機感の中で多角的な議論による合意形成がなされました。こうした議論に当事者のご家族の団体や支援する方々もご参加いただき、一定の合意をいただけたということは非常に、大変重要なことであったというふうに思っております。これが一つのモデルになるというふうに感じます。次に、できることは全てやっていいのかという問いですけれども、本日、私は、そうした社会は我々の本当に望む社会なのかという強い懸念を持っているということをお話しさせていただきました。「滑りやすい坂」を滑ってしまった先の社会のことも考える必要があります。私たち誰もが障害を持つ可能性があるということは忘れてはいけないと思います。最後に、ダメだとすれば誰が止めるべきなのかという問いをいただいておりますが、議論をした上で規制やルールを積み上げていくことが必要だと思います。生命倫理の問題というのは、結論に至るそのプロセスも非常に重要です。その際に私ども小児科医はこどものアドボカシーとして発言をする立場だというふうに考えております。以上です。ご清聴、ありがとうございました。

(加藤) 岡さん、どうもありがとうございました。こどもの代弁者である小児科医の立場から非常に有意義なご意見をいただいたと思います。やはり目指すべきは共生社会、障害の有無に関係なく子どもを育む社会というのは、皆さん、思うところではありますが、今、新たにいろんな技術が発達してきて、これをどう我々が考えていくか、やはり多くの懸念点がありますので、そういう意味でも、いろんな立場の方々からのご意見をいただきながらこの公的プラットフォームを考えていくことが重要かなと思った次第です。どうもありがとうございました。

では、次に、日本人類遺伝学会理事長の小崎健次郎さんのご講演をいただきます。タイトルは「網羅的遺伝子解析の光と影」ということですが、小崎さんのプロフィールも資料に載っております。2011年から慶應義塾大学医学部臨床遺伝学センターの教授で、2019年からは日本人類遺伝学会、日本先天異常学会の理事長をお務めです。では、小崎さん、よろしくお願いたします。

(小崎) はい。日本人類遺伝学会の理事長をしております小崎と申します。日本人類遺伝学会としての見解を示すものではありませんが、ゲノム解析の技術の進歩に伴う網羅的な遺伝子の解析が光と影を持つということを今日の議論の参考にしていただければと思い、登壇させていただきました。

人類遺伝学、臨床遺伝学という分野は、DNAに刻まれた遺伝情報を頼りに、ヒトゲノムの異常により発症する様々な遺伝性疾患を研究する分野であると考えております。ここ10年ほどの間で、網羅的な遺伝子解析の技術、すなわち遺伝子が全部で二万数千個ありますが、数がそろっているかどうか、あるいは数がそろっているばかりでなく、その内容、DNAのアルファベット、塩基の並びが病気の発症に関係あるか、ないかということ調べるができるようになりました。その結果、生まれた後、つまり小児科学の分野、あるいは成人の分野では様々な疾患の研究が進んできたわけですが、これを出生前に適用、あるいは着床前

に適用しようとしたときにどのような問題が起きるかということになります。

遺伝子の情報というのは、特殊性を有します。すなわち、将来を予測可能な場合があること、それから家族間で共有される場合があるということになります。それで、実際には予測の精度が必ずしも高くなかったり、予測が不可能な状況があること、あるいは家族の中で遺伝の情報は共有されますが、必ずしも発症するとは限らない、遺伝するとは限らないなど、一般の方や専門外の医師にあまり知られてない事項が幾つかございますので、遺伝カウンセリングが必要になります。我々の学会では、臨床遺伝専門医あるいは認定遺伝カウンセラーの養成を進めておりまして、これらの誤解を解くための啓発活動、診療活動を進めているところでございます。

網羅的遺伝子解析ということになりますと、代表的には全ゲノム解析になります。今日は、生まれてくる命ということですので、新生児の全ゲノム解析について最初に簡単にお話をさせていただきたいと思います。生まれた後に命に関わるほど重症だが通常の検査では原因が分からない新生児に対して全ゲノム解析あるいはエクソーム解析を行うという事業を進めておりまして、全国から解析依頼を受け付けております。300人弱の患者さんを解析し、約半数の患者さんで診断が得られ、診断が得られた患者の半数で新しい治療の糸口が得られた。つまり、薬物療法を開始したり、治療方針が大きく変更されたというようなことがございます。現時点では公的な研究費により実施されていて、健康保険などによる公的な制度による運営が望まれるところでございます。

少し全ゲノム解析よりは歴史の長い検査でございますが、マイクロアレイ染色体検査というのがございます。二万数千個の遺伝子がしかるべき数、通常は2になりますが、あるかどうかを網羅的に調べる検査で、複数個所に先天異常がある、あるいは先天異常に知的障害が合併している小児に対して保険適用が1年半前から認められております。遺伝カウンセリングが可能な施設で臨床検査会社に依頼が可能です。60ほどの疾患について保険適用となっております。確定された場合には予後に関する情報の提供や合併症に関する医療対応が可能になります。

出生後に実施されるときの問題点ではありますが、保険適用となっている60以外の疾患も診断され得ること、しかしながら超希少疾患と診断された場合には自然歴の情報がほとんどないということになります。また、疾患の発症とは関係のない個人差を異常と診断してしまうリスクがあり、過剰診断の可能性があります。これらの2点は、特に今後、出生前に用いられるときには特に注意が必要ではないかと考えられます。

出生前に遺伝情報が利用される状況、幾つかに類型化できると思いますが、一つは胎児に症状があつて実施される、胎児エコーなどで異常がある場合に実施される、それから家族歴から胎児に異常がある可能性がある場合、そして胎児に症状がある可能性は低いですがスクリーニング的に使われる可能性がある場合ということになります。羊水検査、絨毛検査、NIPTについてはこれまで議論されてきていると思いますが、有症状の場合の診断にマイクロアレイ染色体検査が使われたり、あるいはNIPTの拡張として、マイクロアレイ染色体検査

で確定診断されるような微細欠失が適応になるという可能性は、諸外国の動向を見ると、日本においても判断に猶予をまたない状況であると考えております。

超希少疾患の遺伝性疾患に関する情報伝達は、疾患に関する自然歴や合併症の情報を患者家族に正確に伝える必要があります。国内外の文献や診療経験のある医師からの情報収集とともに、当該疾患の患者家族会との連携が必要です。また、遺伝形式についての誤解を解くということは先ほど来申し上げていますが、重要な課題であります。

まとめさせていただきます。出生後には網羅的遺伝子解析が実臨床で用いられるようになっております。もし胎児の遺伝情報を両親に伝えようとするのであれば、特に網羅的な遺伝情報であればなおさら正確に伝えることが前提になります。胎児がある疾患に罹患しているとしたら、生まれてからどんな合併症が起きると予測され、どんな対応ができるかを正確に伝える必要がありますし、遺伝情報による予測の精度が高くない場合にはその旨を正確に伝える必要があります。3種類のトリソミーのNIPTを対象とした既存の体制では、他の頻度の低い遺伝性疾患の出生前診断への対応は困難と思われれます。

本日、生命倫理について審議・監理・運営をする公的プラットフォームについて議論がなされております。出生前診断における生命倫理、情報提供のあり方を学会横断的に考える必要がある。それから、各学会は自主的に運営されている団体であり、構成員に規範は示せるが、団体外に対して規制はできない。そして、3番目、これが最も重要だと思いますけれども、患者家族会も含めて幅広いステークホルダーが参画できる仕組みである必要があると思います。今後、ますます実用化が進む網羅的遺伝子解析を出生前診断に用いるとするならば、そのあり方を審議し、適正なシステムの運用を担保するための公的なプラットフォームが必要です。以上でございます。

(加藤) 小崎さん、どうもありがとうございました。小崎さんからは、小崎さんがずっとやってこられました網羅的遺伝子解析、新生児全ゲノム、あるいはマイクロアレイ染色体検査の光と影というところで、それが正確に伝わるかどうかやはり一番重要ということをお話しいただいたと思います。そして、そのためには幅広いステークホルダーが参画する公的プラットフォームの必要性をその立場からお話しいただきました。どうもありがとうございました。

それでは、前半最後になりますが、日本産科婦人科学会、現在顧問であります吉村泰典さんに「今なぜ子どもを守るための公的プラットフォームが必要か」というタイトルでご講演をいただきたいと思います。吉村さんのプロフィールも資料に載っておりますが、吉村さんは日本産科婦人科学会や日本生殖医学会の理事長を歴任されており、先ほど申しましたように、現在、日本産科婦人科学会の顧問という立場でこの問題に取り組んでおられます。また、第2次～第4次安倍内閣では少子化対策・子育て支援担当の内閣官房参与もお務めでした。それでは、吉村さん、よろしく願いいたします。

(吉村) はい。ご紹介、どうもありがとうございました。聞こえていますでしょうか。

(加藤) はい。大丈夫です。

(吉村) 「今なぜ子どもを守るための公的プラットフォームが必要か」というタイトルでお話をさせていただきます。利益相反はございません。

イギリスにおいてエドワード、ステプトーらによりましてヒト体外受精が成功してから遅れること5年で、1983年に我が国においても体外受精児が誕生しました。今年で40年が経過していますが、その間に国内外で起こった主な出来事を列記しておりますけれども、この多くは第三者を介する生殖補助医療によって起こった出来事でございます。この第三者を介する生殖補助医療に関しましては、否定的な考え方をされる方、人間の尊厳という立場から、そしてそれが女性の搾取につながる、あるいは危険であると、何よりも子の福祉に反するのではないかという反対の立場から、自己決定権を尊重される方においては肯定的な立場の方々、様々の方々がお見えになるわけであります。

こうした中で日本産科婦人科学会は、昭和58年にヒト体外受精に関する見解を出して以来、倫理的に注意すべき事項について会員に対して周知徹底を行ってきています。これらは改定も行われておりますけれども、この赤い字で示したものが第三者を介する生殖補助医療に関する見解であります。国のガイドラインあるいは立法がなかったために、日本産科婦人科学会が見解を出してきたと、こうした経緯があります。

国におきましても、こうした第三者を介する生殖補助医療につきましては、1998年に専門委員会ができ、その後、親子法制に関しましては法制審議会で検討し、実際のガイドラインにつきましては厚生科学審議会で検討しました。そして、2003年に大変すばらしいガイドラインができましたが、2004年の国会では、イラク戦争のこともありまして、法律になりませんでした。その後、代理懐胎につきましては日本学術会議で検討しました。これは時の法務大臣あるいは厚生労働大臣からの諮問を受けてのあり方委員会でございます。その後、自民党のPTもできました。ようやく、令和2年の12月、20年以上もかかりましたが、法律の親子関係に関する民法の特例法案が成立しました。この専門委員会以来、私、全ての委員会に参加してまいりましたけれども、四半世紀が経過したということもあり、非常に感慨深い出来事でございます。この2003年の厚生科学審議会におきましては大変立派な報告書ができております。施術の是非に始まりまして、親子関係に関する、例えば子を出産した人を母とし、同意した夫を父とするといったことも法律で明記すべきこと、あるいは子どもやクライアント夫婦に対するカウンセリングの機会、出自を知る権利までも言及しています。そして、実際、こうした医療を行う上においては管理運営のための公的機関を設けるとまで述べています。また、法制審議会におきましても、出産した女性を子の母とするということ、そして夫を父とする、また、精子の提供者は子を認知することができないといったことまで、ドナーの法的な立場まで明記、明確にしているということが決まっていたわけであります。

これがガイドライン、法制化されることはありませんでした。しかし、我が国において一つの大きな問題が起きました。性同一性障害のカップル、婚姻関係にあるカップルにおいてAIDで生まれた子どもが下級審におきまして国の嫡出子として認められませんでした。

AID は 1948 年から行われてきましたが、夫の同意を得て AID を行った場合には生まれたこどもは嫡出推定の及ぶ嫡出子であると解するのが相当であるという判断の下に AID を行ってきたわけであります。しかし、時の法務省のお考えは、性別の取り扱いの変更の審判を受けて男性となった者、これを認知者とする認知届けを受理することはできないという判断でありました。私はこの当時、理事長をしておりまして、法務省とも何度も掛け合いをしましたが、この判断は変わりませんでした。しかしながら、2013 年には最高裁におきまして、性同一性障害のカップルにおいて血縁関係がなくても父子認定はできるといった判断が出たということは大変喜ばしいことだったと私は思っております。その際には、やはり立法における速やかな対応が必要であるということも最高裁は述べています。

一方、母親に関しましては、以前から、妊娠分娩の母、いわゆる分娩の母ルールで法律上の母が決まっていたのですが、卵子を提供した母が本当に母ではないのか、代理懐胎を契約した母が母ではないのかといったようなことも大きな問題となってきました。2003 年でもありますけど、アメリカで代理出産をして出生届けが保留されたといった事件も起こりましたし、国内においても高裁と最高裁の判断が異なったということがございます。高裁におきましては、例えば代理懐胎においては依頼人とこどもとの血縁関係があるといったことから子の福祉には反しないのではないのか、また、社会がある程度受容しているだろうということで、高裁は母子関係を認めました。しかし、最高裁の判定では、親子関係の存否というのは一律の基準によって決められるべきであるという判断の下で、母子関係が認められませんでした。この際にも最高裁は立法による速やかな対応が必要であるということを述べています。しかしながら、こうしたことが全く立法化されないでいる間に、国外におきましては、例えばオーストラリアのカップルがタイで代理懐胎をし、双子であった 1 児がダウン症であったために引き取らなかったというような悲しい事件も起きました。

こうした国内外の情勢を受けまして、時の法務大臣あるいは厚生労働大臣から日本学術会議が諮問を受けて検討を行いました。その際には、原則として法律によって代理懐胎は禁止すべきである、試行は許されてよいとしました。そして、営利目的による代理懐胎は処罰されるべきであるという大変厳しい判断がなされたわけであります。また、法的な親子関係につきましては、生まれた子の母は分娩者とすべきであるということでありまして、生まれたこどもとクライアント夫婦の間に養子縁組、あるいはまた特別養子縁組によって親子関係を定立することが必要であるという判断がなされました。代理懐胎につきましては、国によって様々な判断があり、合法とする国、あるいは利他的な代理懐胎だけ許す国、禁止している国、我が国のように法律がない国、こういった国々、様々な国の対応によって異なります。

そして、ようやく、20 年の 12 月、第三者を介する生殖補助医療によって生まれた子の親子関係に関する民法特例法案が成立しました。これは、出産した人を母とするということと、要するに同意した夫による嫡出の否認ができないという、ただ単にこれだけのことでありましたがけれども、20 年かかってこういったことが成立しました。遅きに失した感はあるも

の、生まれてくる子の法的地位の定立というのは、私は大変意義深かったものではないかというふうに思います。この際にあまりマスコミは取り上げませんでした。私は、大いなる進歩とコメントしております。出自を知る権利は先送りされ、この議連におきましては2年をめどにこうしたことに対する対応を行うことになりました。

この法律では、国の責務として、ドナーの例えば確保とかマッチングなどの、提供のための措置を講ずるための施策を講ずるということを約束しています。法的な措置のみならず、しかも生まれてくる子ども、クライアント夫婦に対する相談体制を整備するということも約束しており、やはり国は法律で決めた以上は国の責務を果たすべきであるというふうに考えています。しかしながら、今議連で考えている第三者を介する生殖補助医療のイメージということになりますと、提供機関、実施機関からの情報を一元化して100年保存するという独立行政法人を認めています。しかし、ドナーのリクルートとかマッチングに対する対応が十分でないということは明らかです。出自を知る権利においては完全に子どもが行使できるような状況にはなっていないということが非常に大きな問題ではないかと思いません。

2003年の時の公的管理運営機関の業務ということもありますけれども、私が今考える業務は、この五つは公的管理運営機関が行うべき業務であると思います。個人情報情報を長期に管理・保存していくことも必要です。出自を知る権利、子どもに対する対応も必要だと思います。また、配偶子の提供体制とかマッチング、そしてどのような医療施設でこういったことを行うべきか、この認定も必要になりますし、データを保存し、そして社会に対する公表ということも必要になってくるだろうと思います。通常の医療におきましては、クライアントの自律性と医療者側の論理があれば成り立ちます。一部の医療、例えば移植医療などにおいては社会の合意が必要ですが、生殖医療においては生まれた子の福祉を最優先しなければならないという特殊性があります。そういった生殖医療でありますけれども、大変難しさがございます。例えば日本で禁止をしても海外で行うことができる、生殖グローバル化の時代であるということでもあります。第三者を介する生殖補助医療においては、クライアント夫婦だけの問題ではなく、自分たちの問題だけでは完結しないということでもあります。また、この生殖医療の一番の難しいところは、権利を主張できない新しい命、子どもに対してどう責任を取るのかということでもあります。私は、半世紀に及ぼんとする生殖医療の関わりの中で、本当に生殖医療においては倫理的な完璧性を追求できないのではないかと考えています。

「今なぜひ子どもを守るための公的プラットフォームが必要か」ということでもあります。40年が経過し、我が国においても生殖医療は本当に多様化してまいりました。第三者を介する生殖補助医療をはじめとし、がん生殖医療もございます。着床前遺伝学検査もございます。近年、ノンメディカルな卵子の凍結というようなことも行われるようになってきております。こうした生命倫理、法的な問題などの対応が必要になってまいりますし、ドナーのリクルート、マッチングということは一医療機関ではできないものではありません。クライアント

カップル、ドナー、生まれてくる子どもへの十分なカウンセリングの機会の保障も必要になってまいりますし、個人情報の長期管理、医療実績の統計とか報告といったことが必要です。こうしたことを考えてまいりますと、子ども家庭庁内に常置的な生命倫理審議会を設置することが必要になります。また実際に行う場合には、やはり公的管理運営機関のようなものを考えていかなければならないと思います。

これが最後のスライドでありますけれども、時空を超えた絶対的な倫理というものではなく、倫理観というのは、皆さんもよくご存じのように、時代とともに、技術開発とともに変化する可能性があります。医療技術の進歩は新たな倫理的な問題や社会的状況を生み出すということになります。生殖医療において忘れてはならないことは、生まれてくる子どもは医療行為の実施に立ち会うことができないといったことであります。そのため、起こり得る社会的、法的かつ倫理的問題をできる限り想定いたしまして、国や社会が子の利益を代弁し、子の福祉を最優先するような方向性を提示すべきであると思います。以上で私の発表を終わらせていただきます。ご清聴、ありがとうございました。

(加藤) 吉村さん、どうもありがとうございました。吉村さんの50年にわたる生殖医療への従事の実験から、令和2年にやっと成立した、生殖補助医療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、ここにはしっかり国がそういう法制上の措置をすべきであるということが明記されている、それによってやっぱり国は責務を果たすべきであるというご意見を述べられました。そして、今なぜ公的プラットフォームが必要かということも、生殖補助医療の多様化に向けて、それにどう対応していくかにも関わってくるんですが、やはり自分で声を代弁できない、これから生まれてくる命、そういうものへの対応というのも我々にとって大事ではないかということも述べられたと思います。子ども家庭庁内に常置的な生命倫理審議会の設置をとという意見を強く述べておられました。どうもありがとうございました。

それでは、これで前半の部を終わりたいと思います。ここから休憩に入りたいと思います。事務局のほうにお戻しします。

(武藤) それでは、引き続き先生方のご講演をいただきます。後半の議論は、本日のテーマであります、生まれてくる子どものための医療に関わる「生命倫理について審議・監理・運営する公的プラットフォーム」について、法学あるいは倫理的な、社会的な観点から、4人の演者に講演をいただきます。最初のご講演は甲斐克則さんをお願いいたします。甲斐さんは、早稲田大学大学院法務研究科の教授を務められています。日本医事法学会や日本生命倫理学会の代表理事、また、内閣府の生命倫理専門調査会の委員を担われてきました。前半の鈴木直さんのご講演にもHFEAという英国の公的機関のお話が出てきましたけれども、甲斐さんは英国で1980年代に構想されたこの公的な管理機関のことをいち早く日本にご紹介になったお一人でもいらっしゃいます。それでは、甲斐さんから「英国の公的機関(HFEA)設置の経緯・運用から学ぶ制度設計」というタイトルでお話させていただきます。甲斐さん、よ

ろしくお願いいたします。

(甲斐) はい。それでは、私のほうから、「英国の公的機関設置の経緯・運用から学ぶ制度設計」ということで報告をさせていただきます。

今までのご報告にもございました、生殖医療の許認可に関して公的機関を設置すべきではないかと、こういう議論がようやく日本でも再燃してきました。「再燃」といいますのは、先ほどもご紹介がございましたが、かつてこういう議論は日本にもあったわけです。いつの間にかこれが、「消えてしまった」とは言いませんけれども、やや沈滞していました。ところが、ここ1~2年、関係者のご尽力によりまして、こういう動きがまた出てきたわけです。非常にありがたいことだと私は思っております。これまでは、日本の生殖医療について、学会主導のいわば自主規制、セルフレギュレーションという形でルール作りがなされて、実践されてもきたわけです。これは、一定の効果はあったんですが、これももう既にご報告ございましたけれども、やはり限界があるということが改めてまた自覚されるようになってきました。ということは、やはり関係者が望んでいるのは公的ルール、端的に言いますと法律ということになるかと思えます。そこで、今日のテーマの柱でもあります日本の公的プラットフォームをどうやって作るのか、ということ考えた場合に、英国で既に1990年に作られているHFEA、この設立がどうして可能であったのだろうか、どのように運用されているのだろうか、ということをお話しすれば参考になるだろうと思って、以下、報告をさせていただきます。

1978年に世界最初の体外受精児が誕生して、イギリス内でも賛否両論、分かれたわけです。イギリスの偉いところは、すぐ、そういう混乱が発生したときにルール作りをしようという動きが始まる点にあります。しかも、これがかなり綿密な計画で調査がなされ、立法へ持っていくという、非常に日本から見るとうらやましい、こういう動きがイギリスの特徴なんです。1982年にウォーノック委員会が調査を開始しました。これは、ご承知のとおり、メアリー・ウォーノックという議長を中心に、2年間かけて、非常に入念な、立派な報告書を出しました。これがウォーノック委員会報告書、Warnock Reportと言われるものでありまして、本文79ページ、そして64の勧告リスト、リコメンデーションのリストが加わっております。反対意見もきちんと載せております。索引も入れまして合計103ページでありました。私は、これが出てすぐ原文を取り寄せて分析をしたんです。非常に感銘を受けたことを今でも覚えております。その中の勧告1から17の中に、認可機関設置というものを勧告しております。これがなぜ大事かといいますと、この2年間の調査の中で、何と254の団体から証言を得て、その他いろいろ手紙とか付託書とか等々がございました。意見聴取もございました。695件のそういったものも分析をして、要するに多様な意見を調査段階からいろいろと調べ上げ、そしてどうやってこれをルール作りに生かすかということをごそこから抽出したということがまた偉いところです。参考になります。その中でさらに偉いのはその次のところです。つまり、どうやってルールを作るかといったときに、非常に厳格なルールの中に共通の倫理というものをスパッと求めなかったということです。倫理というの

は多様です。したがって、一本化しようするとなかなか意見がまとまらない。例えば、体外受精卵の法的地位というものは、我々法律家からすると非常に関心があるんですけども、これを言い出すと賛否両論、分かれてまとまらない。そこで、そういうことはもちろん議論として大事ではありますが、法律として何をルールとして決めるかというときには、最大公約数、これがイギリスらしいと言いましょか、法律で規制を行うということ自体について最大公約数をまとめていったと言いましょか、そういう観点で立法しようということでは合意ができたということでもあります。これによって社会の議論の喚起を促したんです。この中にはもちろんマスコミその他、いろんな団体の意見も取り入れて意見交換をしております。そうやってできたのが、先ほど来言っております HFEA であります。1990 年に法律ができました。Human Fertilisation and Embryology Act という、法律の名前と認可機関の名前が略すと同じになるんです。混同してしまいますけども、ここでは認可機関 HFEA ということでして、これを設置したということが目玉の一つなんです。条文を読みますと、2 条から 5 条、さらには 26 条、その中に詳細にこの機関の位置付けがなされております。その後、2008 年と 2015 年に改正がなされておりますが、大筋は、まだ今のところ維持されております。私はこれ、これと言いますか、この法律のほうですね。法律の性格というのは行政規制と刑事規制をうまく調和させたモデルであるということで、私の著書『生殖医療と刑法』（2010 年・成文堂）の中ではこれを「イギリスモデル」と呼んでおまして、私はこれが日本のモデルになるだろうということはかなり早くから言ってきたわけですが、これが今、関心を持たれているということに非常に感銘を受けているところでございます。

それでは、この公的機関である HFEA の運用とか課題、仕組みは一体どうなっているのでしょうか。詳細を語ると時間が足りませんので、骨子となるものだけを一応お手元のレジюмеで書き抜いております。「非省公的機関」と訳す人もおります。訳し方は難しいのですが、原語は、Non-department Public Body ということです。独立しているということです。権限としては認可、ライセンス賦与というのがメインです。ライセンスというのは、生殖医療に関わる、いろいろな配偶子とかの採取、保存、利用、こういったものについてのライセンス賦与、これがメインになります。最長 4 年、新規 2 年という期限で運用されております。査察をやったり、記録の保持をしたりするということでもあります。実際上は Code of Practice という実施規範、これで運用されております。これは、フレキシブルに随時改定がなされているわけでもあります。レジюмеには書いておりませんが、この法律の下でいろいろ規定があります。一言述べておきたいのは、委員会を作るわけですが、18 人の委員のうち、半数は一般人が入るという点が特徴です。何ををもって一般人というかというのは難しいのですが、要するに生殖医療の専門家以外の法律家とか経営者、経営学や社会学の専門家とか、患者団体の方々、あるいは宗教関係の方も入っております。ということで、閉じられたものではなくて、かなり幅広く人材をこの委員の中に取り込んでいるということが特徴であります。その中に六つの部門が分けられたりもしております。これは省略いたします。要するに、後からも言いますけれども、透明性を持った組織でなければならないということが特徴で

す。もちろん、この HFEA も、いろいろと問題といたしまししょうか、課題もあったわけで、一時期、HTA (Human Tissue Authority)、これは要するに Human Tissue Act という法律が別途ありまして、この中にこういう機関があるのですが、これとの統合案もありました。しかし、やはり統合はせずに HFEA は独自に存続させようということで、今日に至っております。なお今日も意義があると認められております。

さて、肝心のルールの中身です。特に法規制という観点に絞って言いますと、条文の 41 条 1 項から 11 項、ここに、私の専門は刑法でもあります。医事法と刑法なんですけども、処罰をするといったときに何を処罰するかということで 6 項目挙がっております。例えば、1 番目に初期胚の無権限創出・保存・使用も処罰しますよ、2 番目に配偶子の無権限貯蔵・使用も処罰しますよ、あるいは 3 番目にヒト胚・配偶子以外の生きた胚・配偶子の女性への移植も禁止しますよ、4 番目に虚偽情報による認可申請とか、5 番目に機関の関係者による情報開示とか権限濫用、最後に認可申請者による金銭・利益の提供・收受、という具合です。この禁止行為に代表されるように、公平性、透明性を確保するためにこういうルールが刑事規制を伴って決められているということを確認しておきたいと思います。

先ほども少し言いましたが、HFEA 自体、全く問題がないわけではないんです。運用上の課題というのは省略しまして、裁判になったケースもあるので紹介します。代表的な、有名なものだけ挙げております。例えば、1 番目に、婚約解消後、結婚直前に婚約を解消してしまったカップルの間で凍結保存胚を使ってよいかということが争われたエヴァンス事件という非常に有名な事件がありました。これは、結局、同意の撤回をめぐる争いになったんです。ヨーロッパ人権裁判所までも争われております。あるいは、2 番目に、精子の取違えといったケースも起きました。リーズ・ティーチング病院事件です。それから、3 番目目に、有名なイヤーワース事件です。これは、精子を凍結保存するに際して、温度の管理をミスして精子が使えなくなったということで損害賠償の訴訟が起こされた有名な事件であります。こういった事件で、いろいろと管理体制にも問題があったんですが、それでもなおこの HFEA は現在も総じてうまく機能しているということです。逆に言うと、こういう裁判例は日本でもルールを作るときに想定しておく必要があるということになりましょか。

ということで、最後のスライドになりますが、それでは、この英国の制度から日本が何を学ぶべきか、ということです。ずっと今まで議論がなされてきたとおり、公的プラットフォームによる生殖医療の公的コントロールということの意義、これは非常に大きいと思うんです。学会レベルでは手に負えないとすれば、ちょうど民法特例法もできまして、国の責務も明らかになりました。ちょうど今日の討論会がそれを象徴するように、公的な動きも出てきました。そういう中で、この公的プラットフォームをどう作るかということですが、これを作ることで全体として安定的な運営ができるのではないかと考えられます。コントロール機能がやはり非常に重要です。これはもう公的に作るしかない、と思います。法律を作るしかない、と思っております。ちょうど生殖補助医療が公的保険の対象になったということも先ほど報告がございました。そうすると、英国では NHS 制度がございましたけれども、

それと類比可能な状況が日本でも生まれつつあるということです。タイミングが良いのです。それから、「こども家庭庁」がちょうどできるということで、それとリンクさせて日本版の HFEA を創設する格好のチャンスであるということです。そのときに、基本的性格として、先ほど来言っております独立性、公正性、公平性というものをここに与えるべきです。構成メンバーもそういう観点を踏まえて考える必要があります。そうすると、私は、日本でもまさに今、その議論を深めていく必要があります、今日の議論はその出発点、新たな出発点になるというふうに思っております。この機会を逃してはならない、と思うんです。先送りすることはもう許されない、と私は思っております。今日の議論を踏まえて議論が進んで、最低限、今日の議論をきっかけとして、公的プラットフォームを作ることに向けて動き出すべきだ、ということをお個人的にも訴えて終わりたいと思います。どうもご清聴、ありがとうございました。

(武藤) 甲斐さん、ご講演、ありがとうございました。HFEA が生まれるきっかけになりましたイギリスのウォーノック委員会の報告書のご紹介、それから HFEA の運用の概略について、また、法規制の内容と、最近裁判があった事例が、この 10 年ぐらいの間に 3 件ありましたけれども、その裁判事例のご紹介もいただきつつ、しかし HFEA は総じて今もうまくいっているということをお話してくださいました。そして、今、民法の特例法、それから保険診療に生殖補助医療になったことや、こども家庭庁ができたことを踏まえて、このようなプラットフォーム、公的なプラットフォームの議論を日本でもしっかりと今進める好機だというふうに、最後、力強くご発言いただきました。どうもありがとうございました。

それでは、2 番目の演者をご紹介したいと思います。2 番目の演者は、高山佳奈子さんです。高山さんは、京都大学大学院法学研究科の教授を務められています。日本学術会議の会員であられ、また、日本刑法学会の理事、それから国際刑法学会の常務理事も担っていらっしゃいます。厚生労働省の母子保健課が、昨日発足したこども家庭庁にほとんど行ってしまいますけれども、そちらで生殖補助医療に関する専門委員会の委員も担っておられます。高山さんの研究テーマは非常に幅広く、また、法律の根源的なテーマを扱っていらっしゃるんですが、このような新しい医療の分野では、例えば国際的な協調が求められているゲノム編集に関しても論文を書かれています。本日のお話ですけれども、生まれてくるお子さんのための医療には様々な法律が関わってくる中、高山さんからは、日本の法律の秩序あるいは環境の観点から、日本に合った制度の考え方についてのご示唆をいただけたらと思っております。では、高山さん、どうぞよろしく願いいたします。

(高山) 高山でございます。ご紹介、ありがとうございます。私のほうからは、法律を制定して公的プラットフォームを作るべきであるという立場から、日本でこれを行う場合にどのような基礎的な確認事項があるのかということのご紹介を中心にしてまいりたいと思います。本当に基本的な事項の整理ですので、ご専門の先生方にとりましては知っている話ばかりだということになってしまうかもしれませんが、どうかご了承くださいます。では、始めます。

日本における出生前の人の法的地位というのは、これを明文で決めている法律がありません。ヒト受精卵とか胚というのは人間でもなければ財物でもありませんし、着床より後のことを言っている胎児という概念にも当てはまりません。そして、民法では「私権の享有は、出生に始まる」と書いてあって、そして刑法の墮胎罪は胎児全般を保護しているのですけれども、着床前の生命については対象ではございません。日本法では自己墮胎罪というものもございませんので、胎児は女性の身体あるいは女性の自己決定権の一部ではないという扱いになっているわけです。このように、今の法律上は受精卵と胚についての一般的な規定が法律の中にございません。無保護状態であるということも言えるわけです。しかしながら、憲法は基本的人権を今生きている人だけでなく将来の国民にも保障するという考え方を採っていますので、法律の具体的な規定はないけれども、人の命というのは将来の国民たり得るものとして憲法上価値があるものと位置付けられているということです。

憲法の考え方におきましては、これは日本法ということですが、公共の福祉という利益調整概念がございます。これは、複数の人権が対立、相互に矛盾する形で対立してしまうようなときにはこれを調整しなければならないということです。人権と人権とが対立する場合にこれを調整する原理が公共の福祉というわけです。そして、それを具体的な解釈に持ち込むための条文の例として、例えば刑法35条では「法令又は正当な業務による行為は、罰しない」といった条文もございます。そして、さらに具体的に申しますと、その中に含まれるんですが、母体保護法の妊娠中絶の規定を見ますと、「妊娠の継続又は分娩が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おそれのある」場合の中絶が一定の条件の下で認められています。すなわち、胎児の生命という価値のあるものが一方であるけれども、母体の健康というものもそれに対立するものとして考えられていて、そのバランスを取っているのが母体保護法で、これが正当業務行為になる人工妊娠中絶につきましてはその利益衡量によって犯罪が成立しないこととなるわけです。このように、日本法の特徴として、複数の人権や利益が対立する場合に調整するという考え方が全般に採られているということがあります。先ほどのご講演にも出てまいりましたけれども、日本法上は、絶対無制限の権利の保障というのは存在しません。人の命であっても犠牲にすることができる場合があります。例えば、正当防衛の条件を満たしたような形で人の殺害がやむを得ない場合もあります。したがって、人の尊厳というものを持ち出して何でも禁止するということは、日本法の考え方としてはできないことになっております。

さて、胎児や胚の生命が無保護状態にあったということは大変重大な事態なんですけれども、これが何十年にもわたって続いてきたことには大きな背景があるように思っております。非常に広く考えますと、実は日本というのは差別禁止がなかなか進まない社会でございまして、ヘイト社会なんです。ヘイト、差別に対する法的な規制がなかなか進まないということがございます。そして、それはいろいろな領域があるのですけれども、関連する問題としては旧優生保護法の問題がありました。いろいろな遺伝的な病気以外のものも含めまして、一定の事情のある人について強制不妊手術が大変広く比較的最近まで行われていて、

やっと救済が認められてきているというのが現時点の状態です。国がやってきた措置というのが違法だったということがやっと今確認されてきているということでございます。これが実は問題を動かす背景の一つになっているんじゃないかなというふうに私は事実的には思っております。しかし、まだ解決されてない問題はほかにもたくさんありまして、今の母体保護法では、健康に全く問題のない胎児でも経済的理由により中絶ができるわけですので、極論をしますと、幾ら受精卵や胚の取り扱いを厳しく制限しても、技術的には着床させてから中絶というのが経済的理由によってOKというふうに制度上なっていて、これはとてもグロテスクなことなんですけれども、今の法律の状態というのはこういう問題がある状態になっております。そこで、これをもう放置してはおれないということで、安全性や信頼性を確保できる法律の制度が必要であろうと考えます。そして、この問題の解決を今まで学会に押し付けてきたということは、国の任務が果たされていなかったということになると思われまます。大きな理由といたしまして、先ほどの憲法上の調整原理でありました公共の福祉というのは人権対人権の問題ですので、やはり法律のレベルで、民主的な議論の下に解決して基本原則が立てられなければならないだろうということ、それから、これも前のご講演にも何回も出てきておりますけれども、学会には強制権限がありませんので、問題事例が出てきたときの解決を引き受けきれないということがございます。

さて、その場合の調整原理といっても、いろいろな利益を調整しなければならないのでして、ここに幾つかいろいろな意見を挙げてみましたが、上のほうに書いてあるのは、例えば着床前診断に対してアクセルのような方向で働くもの、下のほうがブレーキの方向で働くような意見ということで例を挙げて書いてみましたが、例えば病気を克服したい幸福追求権、研究者の学問の自由ですとか、医師の職業の自由もございます。それから、コストも幾らでもかけられるというわけではありませんので、患者や国民の財産状態も問題になってまいりますので、一定の因子を排除してしまいたいという方向に働き得るものがこちらでございます。これに対し、下のほうに書きましたのは、それに対してブレーキをかける考え方です。将来世代のゲノムの多様性、人類の持続可能性につながるものですが、それから差別を受けない平等権、個人の尊重といった重要な価値を保持しなければなりません。最近、ヒトゲノム編集国際サミットのオンライン傍聴をしておりましたらば、小児科医の研究者の方が発表しておられて、その方は体細胞のゲノム編集によって筋ジストロフィーの治療をする研究をされている方でした。特定の遺伝子の排除ということはできるだけ避けなければならないというお考えを大きく二つの考え方から述べていらっしゃいました。それは、その特定の因子を持っている方々の尊厳とか差別を受けない扱いという問題、個人の問題と、それから将来の人類全体に対する問題として、ヒトゲノムの多様性というのができる限り維持されなければならない、人類としてこれは求めていかなければならないことなんだというふうに、大きなレベルと、それから個人のレベルの二つの論拠を述べていらしたのが非常に印象的でございました。いずれにしましても、こういった憲法上の価値があるいろいろな権利、利益が対立しておりますので、これを法律によって調整していくことが必要にな

ってくると考えられます。

そして、先ほど甲斐さんからのお話にもありましたけれども、日本法の仕組みとしましては、何かやってはいけないことをやった場合に何が起きるのかという法律効果と呼ばれるものにもいろいろなレベルの、いろいろな種類のものがある、それをうまく使い分けることが可能になっております。例えば、今、人身売買罪とか臓器売買罪という犯罪はありますけれども、胚売買罪という犯罪類型はないんです。犯罪としては定義されていませんけれども、胚の売買を行うといったような行為は民法で公序良俗違反として無効であるというふうに宣言することができるかと思えます。そういたしますと、例えば代金を払ってもらえないとか胚を引き渡してもらえないということがあっても、それに対して請求ができないということになります。また、具体的な被害者がいる場合には差し止めとか損害賠償なども民事上請求ができます。しかし、個人の被害者がいない場合には公的な統制が必要になってまいります。これには先ほど言及されました行政的な制裁と刑事制裁がありまして、行政制裁はいろいろな選択肢があります。刑事制裁の中にも、何かをやると直ちに処罰されるというタイプのものと、行政命令を一旦出して、それにさらに違反した場合に処罰するという間接罰方式と呼ばれるやり方との両方がありますし、刑事制裁の中身としてもいろいろなレベルのものがあるということです。このように日本法ではいろんな対応が可能であるということになっていきますので、とにかく何でも処罰するとかいうことではなくて、いろいろなパターンを考えて複数の制裁を複数の行為類型についてそれぞれ規定していくというやり方が柔軟に考えられるのではないかと思います。

そして、プラットフォーム形式が必要であるということも私も考えておりますけれども、その理由としては、全部の具体的なケースについてあらかじめ法律で定めておくことは不可能であるということがあります。しかしながら、基本原則、調整原理の基本的な考え方は憲法の問題ですので、やはり法律に定める必要があると思えます。例えばクローン法では1条の目的規定の中にいろいろな考慮すべき価値について書かれていますので、新しい法律を作って、まず1条に考慮すべき基本的価値を示して、それに基づいて具体的な仕組みを作っていくということが考えられます。学術会議24期ゲノム編集委員会に私も入っていたのですが、ここを出した提言は、できる限りゲノム編集技術を必要としない新たな治療法が開発されることを期待して、基礎研究は一定の条件で認めてもよいのではないかと、そういったようなことを書きましたけれども、とにかく対立し得るものの中でのバランスの取り方というものの基本的な理念を1条に書いて、具体的なところをその後に書くというやり方が考えられると思えます。そして、この調整の具体的なやり方ですけれども、人権を制約するルールは民主的な国会の手続きで定めなければならないというのを法律の留保の原則と申してしまっていて、学会に任せてしまうということではなく、これはやはり民主的手続きを踏んだ法律で定めるべきであろうということです。そして、細かいことまでは法律に書き込めませんので、行政的な規則に委ねる必要があるのも、公的なプラットフォームを作る必要がありますが、丸投げでは民主的統制に服していないことになっていきますので、基本的

考え方を法律に示す。枠組み、ほかのご講演の中ではプログラムの法律というふうに言われていたかと思いますが、基本原則とか基本的な考え方を法律で定めて具体的な判断を公的プラットフォームがそれぞれ担当するというやり方以外にあり得ないのではないかと考えております。

最後のスライドですが、日本に合った制度の構築に向けて前提にしなければならない点の確認のまとめでございます。現行の日本法上、受精卵や胚、胎児はまだ個人の尊重というのを享受していません。胎児は墮胎罪で保護されていますけれども、人間扱いにはなっていないわけなんです。そして、受精卵と胚は全然保護を受けていません。そして、法制度全体で利益衡量の考え方が採用されていて、人権と人権の調整原理ということが必要になってまいります。医師会とか学会は実効性の高い制裁を科すことができないという問題があり、その観点からも法律の制度が必要であると考えます。そして、これまでに参考になる例が日本の制度の中にもございまして、基本原則を法律で定めて個別判断を専門パネルに委ねている例が別の領域で幾つか先行しております。例えば倫理審査委員会、研究とか臨床に関してですね。それから、個人情報保護委員会とか認定再生医療等委員会といったような比較的新しいものに至るまで、似たような例が先行しておりますので、これらの経験を踏まえて、機能を発揮できる制度を法的に設計していくことが望まれると思います。ご清聴、どうもありがとうございました。終わります。

(武藤) 高山さん、どうもご講演、ありがとうございました。日本では様々な価値や利益が対立し得るときにこれを法律によって調整するということができ、また、その制裁でも様々な手法があるということをお教えいただきました。また、さらに様々な事例が起きる可能性に備えるために、基本的な法律の枠組みを示した上で、プラットフォーム形式での管理、監督が機能し得るであろうと。先例も参考にしながら検討すべきといったご示唆をいただいたと思います。どうもありがとうございました。

では、3番目の演者、ご紹介いたします。3番目は、永水裕子さんです。永水さんは、桃山学院大学法学部の教授を務められています。本日のテーマである生殖補助医療のほか、医療ネグレクトや、難しい病気を持つこどもさんの医療やその差し控えなどに関して、民法の中でも家族法、また、医事法の立場から、常に、生まれてくるお子さん、そして育まれるお子さんの視点を中心にしたご研究を進められていらっしゃいます。個人的には、環境省が進めている、1万人の親子を生まれる前から大人になるまで追跡するエコチル調査という研究プロジェクトで、倫理問題を検討する委員会で一緒にしております。では、永水さん、どうぞよろしくお願いいたします。

(永水) はい。どうもありがとうございます。永水です。本日は、生殖補助医療の規制ということでお話をさせていただきます。こちらにつきましては、昨年度の日本医事法学会におきまして、生殖補助医療と法規制ということで、今、医事法分野でも、法律で規制すべきではないかということについては非常に盛り上がっているところでもありますので、こちらで再度お話をまとめたものをさせていただくつもりであります。公的プラットフォーム

を設置する必要性があるということについて、それを中心にお話をさせていただきます。

まず、五つほど、公的プラットフォームが必要であるという理由を冒頭で挙げさせていただいております。これは日本産科婦人科学会が自主規制をされている、そして非常によく機能しているという、こういうお話があるんですけども、それでも自主規制にはやはり限界があるというお話、冒頭で木村さんもお話しになっていましたとおり、やはり一学会の権限を超えているという部分が非常に大きいということもあります。①から⑤まで読んでいきたいと思いますが、まず強制力がないということ、2番目に国民の意思を反映していないということ、それから詳細な記録を長期間保管しておくということは困難であるということです。そして、④に体外受精の実施数が多いということ、そして最後、生まれてきたこどもの親子関係が裁判で争われてきたということ、この事例が非常に多いということです。これらのことというのが自主規制の限界であり、かつ、法整備が必要だという理由になるかと思えます。それぞれちょっとずつ詳しく説明をしていきます。

まず、もう先ほど来から話が出ておりますとおり、学会は見解を遵守させるという仕組みを特に持っているわけではございませんということ。それから、大きいところとしましては、強制加入団体ではございませんので、見解を守らない医師がいたとしても、除名したとしてもその医師が医療を行うということは可能となっておりますので、違反行為をやめさせるという力はありません。

次に、これは先ほども出ておりましたけれども、国民の意思を反映していないということにつきましては、ある程度、もう自主規制では無理だということをお話ししたいと思います。確かに、日産婦が出している見解というのは関係当事者の意見を聴取するというふうになっているとしまして、基本的には医師の立場から技術をどのように利用するかについて検討を行って作成されたものであります。しかしながら、生殖補助医療といえますのは技術だけの問題ではございません。人々の生命観、それから家族に関する考え方、それから女性観、生命倫理などと密接な関係を持っているということを考えるならば、公的プラットフォームというものを設けて様々な視点からの検討というものが必要であろうというふうに考えております。

それから、先ほど3番目として挙げましたが、非常に大きい部分としましては、詳細な記録を長期間保管しておくというレジストリ、これが非常に重要なところで、現在、日産婦におきまして施設の登録とか症例登録、これを行っているわけなんですけれども、これは本来ならば公的な運営機関で行うべきことであるというふうに考えられます。このようなレジストリが本当に可及的速やかに作られなければならないという理由としましては、医療機関の閉鎖等によって記録が散逸してしまうと困ったことが起こるからなんです。例えば、取り違えなどの事故が起こったときに検証する必要性があります。これは日産婦が一度検証されたことがあったようなんですけれども、真実解明と再発防止に向けては一学術団体ではなくて公的な機関がこれを行うということが必要ではなかろうかというふうに思っております。それから、生まれてきたこどもの、いわゆる出自を知る権利との関係なんですけれども、

そもそも出自を知る権利を保障するためにはレジストリへの登録は必須の前提となっています。ずっと問題となっておりますのが、生まれてきた子どもが自分の将来結婚するパートナーになるという人を選ぶときに、その人ともしかしたら血縁関係があるかもしれないと。そういったときに調べることができる、こういうシステムは絶対に必要なわけです。それから、3番目としましては、正確なデータに基づく調査研究、政策策定の必要性というものがあります。そして、生殖補助医療、どんどんどんどん進んでいく技術であるという、こういう側面からしますと、データの把握と追跡、これは必要というふうに考えております。

それから、4番目です。体外受精の実施数はかなり多くなっております。2019年のデータによれば14人に1人が体外受精で生まれているということです。このように、一定数の、ほんの少ししか行われていないのではなくて、かなりの数、行われているということを考えるならば、国の責務としては、こちら、先ほどから出ております法律、この法律の4条に基づきまして、国としては施策、きちんと作るということ、これがもう必須となっております。

それから、5番目としましては、精子提供や代理母を利用して出生した子どもの身分関係をめぐる裁判というのが起こっております。こちらは吉村報告でも述べられたとおりなんですけれども、この新しい法律、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第9条、こちらは、他人の卵子を用いた生殖補助医療により出生した子どもの母親は産んだ人が母親ということ、それから第10条、他人の精子を用いる生殖補助医療に同意をした夫による嫡出の否認の禁止ということなので、ドナーの精子を使って子どもが生まれたといった場合であっても、夫はその子を自分の子ではないというふうに言うことはできないということ。この第9条と第10条によってある程度の解決は図られております。ただ、これ、裏を返せば、このように第9条、第10条、前提としておりますのは、精子や卵子の提供を認めるということをおそらく前提とした規定であろうというわけなので、これを認めるのであれば第三者提供に関する行為規制、ルールも法律で決めておく必要があるということが言えます。

今まで述べてきましたことから、法制度ができていないということによって患者さんがどうしても不利益を被る、あるいは、新しい生命が誕生するということが生殖補助医療の特色なわけなんですけれども、それからもう一つ、提供者等の第三者の関与という特色が生殖補助医療にはあるわけで、この実施に当たりましては、治療を受ける人の安全と利益、特に体への侵襲を受ける女性の利益と安全を担保するということが、それから生まれてくる子どもの福祉、それから提供者等の第三者として関与する者の権利保護を考慮すべきであろうということが言えるわけです。これを考えることができるのはどういう場かといいますと、学会による規制というのではやはり多少の偏りが出てくる可能性があります。なので、民主的な基盤を持つ法律に基づいて、法律で枠組みを決めて、理念を決めて、その上で権限を与えられた機関がこれらの管理をする、規制を実際に行うということが望ましいというふうに考えられます。甲斐報告で示されたように、法律で枠組みを決めておいて、詳細についてはHFEAのような機関を設けると。この機関に一定の権限を委任するというのが現実

的であろうというふうに思われます。これにより、新たな問題が生じてきたときにも、法律を改正するまでもなく、HFEA が権限内で新たな問題に対応するということが可能であるからです。規定すべきことはといいますと、こちらに書いてあるようなことでして、実施機関の認定・監査、それから症例登録、それから出自を知る権利を中心とする、生まれてくる子の福祉を確保するための施策、治療を受ける人々の安全と利益の担保、精子や卵子の提供者等の第三者として関与する人の権利保護など、こういうことをきちんと規制していく必要があるということです。

公的プラットフォームの必要性としましては、新たな倫理問題に関しては、専門家及び関係当事者がそれぞれの立場から意見を出して話し合い、政策について提案するということが、これが重要なというふうに考えております。要するに、専門家、医療、看護、それから法学、生命倫理学、それから福祉とか、こういう専門家だけでなく、ステークホルダーを入れて様々な視点から検討するというフォーラムが必要であろうというふうに思います。

このような公的プラットフォームは独立機関が望ましいというふうに考えております。これはなぜかという、公衆の保護という観点からは政府から独立した機関がよかろうということです。このような機関は、政策という、あるいは様々な政治的な立場とは別の観点から重要な倫理的問題を扱う、こういうセンシティブな分野における実務を規制する、そして監視するという、こういうことができるような、ある程度、政治的な部分からは独立しているということが必要であろうというふうに思います。また、我が国におきましては、旧優生保護法などの経験から、生殖や家族に対して国家が介入するということが非常に懸念というものもあるというところ。それから、そのようなことを考えますと、ある派閥の利益に不当に利益を受けていない独立した機関であるというふうに社会に認めてもらうような、その独立機関が望ましいだろうと。そのためには、その構成員は広範にわたり、とりわけ専門家でない人々の利益、これは十分に代表されていなければならないというふうに考えます。簡単に言ってしまうと、先ほどから出ております、治療を受ける人、第三者の提供者、それから生まれてきた子どもです。生まれてきた子どもの観点というのはなかなか入ってこない。入りづらいと言われておりますので、生まれてきた子どもという、この人たちがしっかりと公的プラットフォームに入って話をする、そして多角的に議論するということが重要であろうというふうに思います。

これは現在の課題ということで、先ほども吉村報告で出てきたんですけれども、海外に行って提供精子・卵子を受けるとかいうような、こういうことも実際に行われております。これに関して、日産婦で、このような懸念があるということが、ここに表示されているように、生殖年齢を超えた女性とか、妊娠により健康に重大な影響を及ぼす疾患を持つ女性さえも、リスクに関する正確な理解なしに国外で治療を受けるという可能性がある。これは、出産するときに女性たちが医療機関にそのような事情を伝えていないということで、出産する女性及び出生する子の安全の確保についての懸念も多いというふうに言われているところです。これらの、国境を越えた生殖補助医療だとか、自分でやってしまう、DIYの生殖の間

題につきましては、生殖補助医療の質の担保及び子どもの福祉、生まれてくる子の福祉という観点から、国内制度を整備することによって減らしていくという必要があるのではないかとこのことが言えます。

甲斐報告に出てきました英国の現在の状況なんですけれども。やはり国境を越えた生殖補助医療とか DIY については問題となっております。ですから、市場規制の必要性があるよとか、様々なことが言われているんですけれども、最終的には規制をする意義には変わりはないよという形になっております。さらに、現在、法改正の準備ということで、HFEA という機関が人々から意見聴取を行っているということでありまして、このような形で人々の意見を反映させて、現在、出てきた問題に対応しようというふうに行っているという、こういうところも一つ参考になるのではないかなと思いました。これでおしまいです。どうもありがとうございました。

(武藤) 永水さん、どうもありがとうございました。五つの観点から、日本産科婦人科学会がこれまでやってきた自主規制の体制にはもう限界があるということをご指摘になりました。より具体的な公的プラットフォームの意義を挙げられています。特にこれまでのご議論で指摘がなかった点としては、永続的なレジストリの運営とか、それから追跡調査というものをしっかりした基盤の中で行うということをやったり一つの学会にお任せするという状況には限界があるということは大変示唆的であると思います。また、今後ですけれども、旧優生保護法への反省を踏まえますと、政府の関与というのは抑制的であるべきであって、治療を受ける人、第三者の提供者の方、生まれてきた子どもさんといった非専門家である当事者の方々の意見を取り入れた運営というものがこのプラットフォームに求められるということをご提案いただきました。どうもありがとうございました。

では、最後の演者は、神里彩子さんになります。ここまで主に法学の研究者の方々からお話をいただきました。最後に神里さんから、新しい生命科学の技術も踏まえたお話をいただきます。神里さんは、東京大学医科学研究所生命倫理研究分野の准教授を務められています。内閣府、文部科学省、それから厚生労働省など多数の委員会で生殖補助医療やゲノム編集技術に関連した議論をする委員をお務めになっています。日頃は、ヒトを対象とする研究倫理に関して、研究者と研究対象者が共に信頼関係を持って取り組める環境の整備に尽力されており、劇的に進展する生命科学の技術と社会を取り結ぶ研究を進められています。本日もそのような観点から、「生殖に関する倫理的・社会的検討課題の全体像」ということでお話をいただきます。では、神里さん、よろしくお願いいたします。

(神里) はい。よろしくお願いいたします。神里でございます。では、私からは、最後の登壇になりますので、これまでの皆様方のご議論で出てきました課題についての振り返りとともに、今後、将来起き得るだろうと思われるような課題についてもお話をしていきたいと思っております。

まず、最初は振り返りになるんですけれども、1978年に体外受精、胚移植技術が登場し、1つ目、2つ目の特徴がこの技術にはあったわけです。この特徴から、第三者から提供され

た配偶子や胚を用いた生殖が可能になって、これまで登壇の皆様がおっしゃられていたような課題が出てきました。とりわけ、20年前には海外における議題だなというふうに思っていたものとしては、例えばこちらの同性カップルだとかシングルの利用がありましたが、日本でまさにこれから直面する課題として取り組まなければならないものと思っております。また、ビジネス化の波というのもやはり日本の中でも押し寄せてきているように思っておりますので、こちらについての対応というのも検討しなければならないように考えております。

続きまして、第3の特徴としては凍結保存が可能ということでありまして、受精胚の凍結保存は古くから可能とされていきましたけれども、近年では卵子の凍結もできるようになって、それゆえに、若い女性の中で、凍結をしておくということが最近、割と普及しているように思います。してもよいかと、私、書きましたけれども、してもよいかということよりも、凍結をされるということになった場合に適切な説明を受けているのか、また、先ほど精子の保管についてイギリスで訴訟になったことがあるというお話がありましたけれども、長期にわたる保管が適切になされるのかという点について、我々は課題として取り組まなければならないかと思っております。また、特徴の4つ目としては、受精胚が体外で存在することが可能になりましたので、それゆえに研究が可能になったということがあります。

こうして、自然生殖ではあり得ないことが体外受精では実現可能になって、親子、家族の考え方に影響を及ぼす可能性があるという大きな変革であると考えられたため、生殖革命と体外受精は言われ、そして1990年代になると、イギリスをはじめ、多くの生殖補助医療を使う可能性がある国においては法整備がなされていったということになります。しかしながら、日本においては、先ほど来出ているように、2020年によりやく一部、親子関係について法制度になったという状況であります。

続きまして、小崎さんのほうからゲノム遺伝子解析のお話がありましたけれども、この技術が体外受精と掛け合わさることによって、1990年代以降、着床前遺伝学的検査を行うことが可能になりました。

このPGTによってもたらされた論点が、受精胚を選別目的で、そもそも不妊治療という話ではなく、体外受精で胚を作成してもよいのかという点、また、どのような人が利用していいのか、どのような目的で利用していいのか、そのときの疾患をどうするのかという話、また、成人後に発症するような可能性の高い疾患についてはどうするのか、そして流産の回避だとか性別選択、また、日本ではまだ議論に本格的にはなっていませんけれども、疾患を持つ子どものドナーとなれる子どもの選択という、救世主兄弟と言われているような問題もあります。特定の体の特徴、性質、能力を持つ子どもの選択ということはどうなのか、そしてこれらから命の選別にならないのか、優生思想を助長することにならないのかという問題が生じることになったわけです。

さらに、2000年の前後になりますとゲノム編集技術が登場します。これによって、体外受精で受精胚を作って、それをゲノム、遺伝子解析による知見を通じてゲノム編集をすると

いう、この三つの技術が掛け合わさって、受精胚のゲノム編集が行われることが可能になりつつある段階であります。これはまだ基礎的な研究を通常はしているところですが、ご承知のとおり、2018年には中国の研究者が HIV 感染防止目的で受精胚のゲノム編集を行い、双子の女兒を誕生させたということが報道されています。こちらの事例においては、そもそも医学的に必要だったのかということ、インフォームドコンセントは適切だったのか、そして倫理審査に関しても疑義があったということで、初歩的な研究倫理のところではつまずくような事例だったわけですが、そうでなかった場合にどうするのかということは今後の課題になっております。

今、現状、日本では、ルールとしては指針がありまして、この中で、基礎研究としてゲノム編集を行うことは一定の条件で認めていますけれども、それをヒトや動物へ移植することは禁止されていて、ただし、これが研究目的ではなく、医療目的で最初からもうやるぞというような場合においては、この規制はかからないこととなります。医療目的に関するルール作りが厚労省の中で行われましたけれども、まだ途中の段階であります。世界の動向としては、第3回の国際ヒトゲノム編集サミットが先般あり、その中で、この技術はまだ現時点では依然として臨床で使うことは許容できないとしておりますけれども、やはり将来的には解禁される可能性があるということで、ここも見据える必要があります。

そうなったときに、受精胚のゲノムも改変してよいのか、それは我々という、この今の世代が次の世代のこどもの心身に直接的な影響を及ぼしてよいのか、そしてさらにはその次の世代にも影響を与えることになることを決めてよいのかということ、生まれたこどもの安全性をどのように確保するのか、どのような人が利用していいのか、どのような目的で利用してよいのかということが論点として挙がってきます。さらに、最近は大阪大学の林教授のチームがオスのマウス由来の iPS 細胞から卵子を作成することに成功したという報道が Nature に出ています。これを使って別のマウスの精子と受精をさせたところ、出生率は低いものの、子のマウスが誕生したという成果が上がっているところです。これについて林教授は、まだ先のことではあるけれども、男性同士でこどもを持つことも理論的には可能になるが、今回の研究成果をヒトで応用していいのかという点について社会的な議論が必要だと述べておられます。今現在では、ヒトを誕生させるということは日本のルールでは禁止されていますけれども、これも今後考えなければならぬことかと思えます。

これについての特徴としては、体細胞から生殖細胞が作成できるということ、そして将来の話ですけども、男性の体細胞から卵子、女性の体細胞から精子を作成するというクロスセックスの配偶子の作成が可能になるかもしれないということがあります。そうすると、iPS 細胞由来の生殖細胞を使って体外受精をすることが可能になって、この技術を誰が利用していいのか、また、自分の体細胞由来の配偶子と自分の配偶子の体外受精によってこどもを持っていいのか、この場合は、生物学的な親は1名になります。どのような目的でこの技術を利用していいのか、そしてどのような体細胞を利用していいのかという点については、死者の細胞、幼児、胎児、市販の体細胞ということも考え得るところであります。自

分の知らないところで体細胞が利用されることへの対応はどのようにするのか、また、児の安全性ということ、そしてこちらにおいても出自を知る権利ということが問題として挙がってくるかもしれません。

こちら Henry Greely 先生、スタンフォードの先生ですけれども、この先生が著書の中で描いている未来像なんですけれども、iPS 細胞由来の生殖細胞によって体外受精をして、そしてそれを着床前診断する。こういうようなイージーPGD の登場、普及の可能性もあるのではないかと言っています。これは、コストが低下して、そして正確性、迅速性が向上した世界においては、こどもを持ちたいカップルは iPS 由来の体細胞を用いて胚を作成して、そして重篤な遺伝性疾患を排除して、そして残りについては、今度は疾患の発症リスクだとか容姿だとか特質、それを業者から結果報告をもらって、どれを移植するのかというのを決めるような世界であって、もしかしたらアメリカの妊娠の 90%がこのイージーPGD の利用をする日が来るかもとも述べておられます。

まとめとしましては、議論の必要性はあり、言うまでもなく公的プラットフォームが設置されることが必要であります。そして、これまでの議論というのは、一つ一つの技術や医療について、その利用・実施の妥当性、条件をその都度議論するという方法がなされてきました。しかしながら、今、国のレベルでの方針が未決定で議論が必要なことが山積しています。そういった中では、これを一つ一つの議論として手当てをしていくというのはなかなか難しい状態ではないかと思えます。今後も新しい技術が発展していくということはもう自明のことですので、先ほど甲斐さんのほうから最大公約数というお話もありましたけれども、社会の未来像というのをまず決めて、社会として守るべき価値は何なのか、私は、それはこどもの福祉だと思っていますけれども、どのような家族、親子を築くことができる社会があったらいいのかということ、今あるいはこれから生殖を考える時期を迎えようとする人、その人たちがこどもを持ち、そのこどもが生殖を考えるようになる時期、というような長いスパンのことをちょっと思い描いた上で決めて、それを制度設計して、そして出生児への影響など、データに基づく検証をしながら運用をしていくという方式に転換してもよいのではないかと考えております。以上です。ご清聴、ありがとうございました。

(武藤) 神里さん、ご講演、どうもありがとうございました。体外受精、胚移植の登場以降の技術の様々な積み重ねやその組み合わせによって全く新しい倫理的課題がこれからも待ち受けているということを示唆していただいたと思います。精子や卵子を体外に取り出したというだけでも当時は大変なことだったわけですが、今では大規模なゲノム解析技術の進歩、細胞の培養や操作技術の劇的な進歩、さらにこれに例えば AI の支援でも受けようならば本当にエンハンスメントの世界との境界はどうなってしまうのかということもあります。また、先ほど永水さんから、非専門家の参画というのは非常に重要だというお話がありましたが、神里さんからも重ねて、より若い世代の参画によって未来社会をきちんと描いていくということが重要だということは大変重要なご指摘だと思います。どうもありがとうございました。

それでは、今、全ての演者のご講演が終了したところですが、ここから約10分間のお時間をいただきまして、15時40分まで休憩とさせていただきます。また後半、質疑応答、それからディスカッションをさせていただきますので、ぜひお戻りください。

(加藤) ここからは質疑又は討論に入りたいと思います。まず初めに、視聴者の皆様から多数、ご質問をいただいております。全部ご紹介しきれない分は後でまたホームページ上で回答いたしますが、まずいただいた質問に対して対象者の先生にお答えいただきたいと思っています。まず、最初に岡さんに対して質問が来ております。質問ではなく意見ですがというところですが、特別養子縁組を支援する団体では、懸念として岡さんが挙げられていた問題が出てきているようです。一般的に出生前検査で行われているダウン症その他の染色体異常のこどもであるために、こどもの養育を放棄する方からの相談を多数受けていますということです。その実態を多くの関係者の方々に知っていただきたいと考えています、既に、懸念として挙げていただいた、障害や難病を持つ方を排除する意識が多くの方の中で起こっているのが現状ですという、質問というよりご意見ということですが、これに対しては、岡さん、どう考えられますか。

(岡) ありがとうございます。特別養子縁組を進められている皆さんは、私自身もお世話になったことがありますけれども、なかなか染色体異常のある赤ちゃんを自分のこどもとして育てるのが難しいというカップルもやはりいらっしゃいますので、そうした方の受け入れをしていただいている。本当にありがとうございます。いろいろな、もちろんカップルの事情というのもあるとは思いますが、なかなか障害を持つお子さんを受け入れられないという、そういったようなメンタリティというのは社会の中にあるかなというふうに思います。もしかしたら育てるのが大変で自信がない。いろんな事情があろうかと思えます。そういう中で一つ参考にしていただきたいとNIPTの中でも思っていますのは、ダウン症の家族会の方が、どういうふうにご家族が生活をされているかという調査をされています。その中で、必ずしも皆さん、不幸な生活を送っているわけじゃなくて、幸福感としては十分高いということが示されております。そういう意味で、私たち、私も含めてですけれども、十分に障害のあるお子さんとその生活の状況を知らないということがあります。そういう障害のある方、難病のある方と接して行って、その中で、実は見てみると、大変なことはあるかもしれないですけども、そういう方たちともっと親和感を持って共生できていくんじゃないかなというふうには思っています。ですので、そういったような、こういう、今日議論しているような生命倫理の問題のもう一つのベクトルとして、そういう障害を持ってる方、あるいは難病を持ってる方たちの生活を社会の中に受け入れて支援していくという方向性を持っていくということはとても大事なことではないかなというふうに考えております。貴重なご意見、ありがとうございました。

(加藤) 岡さん、どうもありがとうございました。それでは、次に吉村さんに対してご質問が来ております。代理出産に関して、代理母側の身体的、精神的な困難やトラブルが世界

中で報告されています、この件に関して議論されたというお話が自民党、議連、産科婦人科学会からは聞こえてこないことが気になります、議論する上で代理母だけが置き去りにされているのではないのでしょうかというご質問ですが。

(吉村) 日本産科婦人科学会はもう何年も前に、代理懐胎については原則禁止という見解を出していますが、その判断は時代とともに、状況によって変わり得るということを明記しています。日本学術会議、先ほど私も報告しましたが、平成18年から20年まで3年間にわたって検討されまして、代理懐胎というのは要するに原則禁止としています。そして試行は許されてもよいという立場を取っているというのが日本学術会議の検討結果であります。自民党のPTでは、代理懐胎についても検討がなされていたわけですが、そのPTからの意見では、代理懐胎は要するに禁止しないという状況になっているというふうに思います。確かにご質問のように、代理懐胎の様々な大きな問題が起こっておりますし、例えば人間の尊厳の観点からも、女性の搾取につながるとか、あるいは危険であるとか、こういった意見が述べられていますが、現在においては禁止をしないという状況にあると思います。こうしたことに関しまして、日本産科婦人科学会も、こうした国の判断とか、そういったものに従っていくということが必要になってくるんじゃないかなと思います。

(加藤) 吉村さん、どうもありがとうございました。それでは、次は全体の方々に対してのご質問ということですが、内容から、小崎先生にお答えしていただきたいかなと思っております。ご質問の内容は、倫理を含めて、時代とともに変わるのは当たり前のこと、日本で何が遅れているかと思ったときに、こどもに教えていないことが根本ではないでしょうか、こどもの代弁者、代理というのも必要ですが、現代経済の投資などを教育していくべきだと耳にしますが、まず生命倫理とまで構えずとも、人としての成り立ちを教えることが必要だと思いますということで、また、国が責務をうんぬん言っても、国は胎児の病気を見つけることを想定していませんということで、こういった根幹に踏み込まないと難しいのではないのでしょうかということですが、小崎先生、何か検査をいろいろされているお立場として、ご意見ありますでしょうか。

(小崎) 小崎でございます。人類遺伝学の教育を中等教育、つまり中学校や高校でももう少し力を入れるべきではないかということについては少し前から議論が進められております。生物学については入学試験の出題対象になって、非常に詳しく教育を受ける場面があるわけですが、人としての生物学の中で生殖や人類遺伝学、あるいは人の遺伝性疾患について、もう少し教育を深めることの必要性はご指摘いただいたとおりと考えております。以上です。

(加藤) この質問は全体に対してということですが、ほかの方々で何かご意見、お持ちの方、おられますか。それでは、またこの件に関しましては後で、ホームページ上でお答えしたいと思っております。

(武藤) それでは、私から最初に、甲斐さんに来ているご質問を紹介したいと思います。なぜイギリスを比較対象として紹介されているのでしょうかという非常にシンプルなお質

問をいただいていますけれども、甲斐さんのほうからお答えいただくことは可能でしょうか。

(甲斐) はい。可能です。私は、イギリスだけではなくて、ドイツその他いろいろな国の調査を、現地調査も含めてやってきました。その中で、イギリスモデル、ドイツモデル、フランスモデル等々、そして日本で言えば日本モデルというのものがかつてあったのですが、それらをいろいろ比較検討してきました。先ほど講演でも申し上げましたけれども、やはりイギリスのようなフレキシブルな対応、これは非常に効果があるし、日本の現状を考えてもそれがモデルになるのではないかと、というふうに相当前から考えてきました。1980年代から考えてきました。これを今振り返ってみても、やはり間違いではなかったというふうに、今日のシンポジウムを聞いて改めて確信をしております。したがって、イギリスモデルが参考になると思いますが、日本がイギリスを参考にするにせよ、全くそのままでよい、というわけにはいきません。あくまでもモデルで近いものとして考えた場合に、法規制をするのであれば、イギリスのような制度設計をして、もちろん、これを日本固有のものとは組み合わせる必要があるかと思っておりますけれども、これが日本の目指すべき公的プラットフォームではないかということで、イギリスの制度に今回焦点を絞ってお話をさせていただきました。以上でございます。

(武藤) ありがとうございます。甲斐さんに関連してもう1問、それから、もし追加でご発言があれば高山さん、永水さんからもいただきたいと思うのですが、いただいているご質問は、公的プラットフォームの法的根拠を考えた場合、どんな立法措置が必要でしょうか、生殖医療全体を包含する枠組み法のようなものでしょうか、具体的な形、手順をお教えてくださいというご質問です。まず甲斐さん、いかがでしょうか。

(甲斐) 大変ありがたい質問です。まさにこれは核心に迫る質問だと思います。時間があつたらもう少し私も述べようと思っていたところです。イギリスは1990年の法律でかなり包括的な法律を作ったのですが、ただし、これは、5年間かけてじっくりと煮詰めてできた法律なんです。日本で同じものを、一気にそういう包括的な法律を作ろうとすると、やはり無理がある。状況も変わっていくところもあります。したがって、まず骨格となる法律、それは何かというと、どういう機関が今後コントロールを担っていくかということをもまず日本で議論をしてその法律を作っていきます。それに併せて、世界のいろいろな国の法制度を調べて、ここでまた最大公約数という言葉を使わせていただきますけれども、その中で、これだけは少なくとも刑事規制をしてでも禁止すべきだというものについては、もちろん刑事規制を取り込んでもよいと思いますが、あまり事細かに、「あれやるな」、「これやるな」と言うのではなくて、「最低限これだけはやってはいけない」というものは刑事規制で対応してよいとしても、あとは行政規制で対応するということでもよいと思います。行政規制は、先ほどの高山報告にもございましたけれども、いろいろな委任の仕方もあります。柔軟に対応できます。これが、イギリスモデルの魅力的なところなのです。日本にも、ご承知のとおり、いろいろなガイドラインとか、あるいは行政法規があります。法律も断片的ながらあり

ます。これらを突き合わせて考えると、日本は、そういうモデルを構想して、最低限、まず公的プラットフォームというものを法制度でどう作るかということを中心に議論して、詳細については、はっきりと禁止すべきもの以外のグレーゾーンの部分は順次、追って、規制の仕方も含めて、だんだんと構築していけばよい、と考えます。そういう2段階、3段階で考えていけばよい、と思います。そうすると、私は、向こう4~5年以内に良い制度ができるのではないか、というふうに今考えております。以上の回答でよろしゅうございますか。

(武藤) はい。ありがとうございます。高山さん、永水さんから何か追加で発言ございますか。よろしいですか。

では、次の質問に移りたいと思います。次は、高山さんへのご質問になります。患者、国民の財産権と優生学的考えはどのように調整されていくのでしょうか、財産が限られているという考えは優生学に親和性の高いことのように感じましたというご意見をいただいております。高山さん、いかがでしょうか。

(高山) ありがとうございます。全くご指摘のとおりだと思います。財産が限られているという考えは優生学に親和性が高いところか、日本では直結することに法律上もなっていると思います。すなわち、母体保護法では経済的理由によって母体の健康に著しい害が生じるおそれがある場合に妊娠中絶できますので、お金がないから、結婚しているカップルの間でも人工妊娠中絶はかなりたくさん行われているわけです。これは少子化の問題ともつながっていることでして、お金がないから普通の健康な赤ちゃんでも中絶をするということがたくさん日本で起きていまして、いわんや疾患因子を持っているお子さんの場合はますます経済的には大変でありまして、お金がないのでそういった因子は排除したいという考え方になりがちなわけです。しかし、これは国のあり方として非常に失敗しているやり方でありまして、親に負担がかかりすぎているという問題がいろんな場面で起きています。本当は、理想的には、お金は1円もかからない、全てのこどもはどのようなこどもさんであっても人類の宝であって、これを社会全体、国家全体で引き受けていくべきであるというのが本来のあるべき姿なのですけれども、現状の日本の少子化対策も含めて、国家の制度が全くそこからかけ離れたところにあります。財産がないので健全なこどもでも中絶するし、病気を持っているこどもはますます中絶ということで、優生学のほうを安易に選んでしまう流れになるということは非常に危惧されることでございます。これを改めないといけないのですけれども、ただ、その考えもスライドの中に書きました理由としては、財産が実際には限られているので、社会を維持できなくなるぐらいのコストまではかけられないというところでは、やはりどこかでは調整を考えないといけない場面も出てくるけれども、それは、本当は、理想的な国家の姿としては、お金がかからないようにということを全体で支えていく方向に進むべきなのだろうと考えます。ありがとうございます。

(武藤) ありがとうございます。では、次の質問は永水さんに伺いたいと思います。永水先生に伺いますと。日本版 HFEA を設け、一般人を入れて透明性を確保するに当たり、日本では例えば着床前診断を受けようとする、あるいは受けたことがある、さらには体外受

精を受けたことすら公にしたくない、匿名を希望する人が多いと思います、そうした中でどのようにオープンに議論を展開していけばよいのでしょうかというご質問なのですが、永水さんのほうから何かコメントをいただけることありますでしょうか。

(永水) ご質問、ありがとうございます。おっしゃっているようなことにあまり思い至ることができなかったということで、苦しい思いをさせてしまったかもしれないということに関して本当に申し訳なく思っております。ただ、匿名性を希望する方が多いということに関しては本当に、この技術を使うということに対する社会一般の理解があまりない、あるいは一部の方々しかもしかしたらこれを受けないというか、ほかの質問にもちょっとあったんですけれども、こういうプラットフォームだと大きい声の人しか発言できないというようなコメントも出ておりましたけれども、本来ならば、匿名で希望されても何か言いたいことがあるという方の意見をうまくすくい取らなければいけないというふうには思っております。ただ、どのような形でそれができるかということに関してはなかなかアイデアがあるわけではありません。恐らくなんですけれども、このような匿名を希望されている方は、いわゆる主治医の方などにももちろん何も意見を言いたくないということなのだろうと思います。なので、そのような、どういうふうにオープンに議論できるかというのはちょっと私も分からないのですけれども、オープンではないところで議論をするというようなことはあるかもしれません。すみません。木村さんがコメントをしてくださるということですので、お願いします。

(木村) よろしいでしょうか。木村でございます。そのようなことは当然あると思うんですけれども、最近、実は前回、第三者配偶子を用いた生殖医療に関するシンポジウムというものを本会でさせていただきました。その時に感じたのは、こんなに皆さん、フランクに意見を送ってくださるのかということでございます。だんだんこの問題が一般化してくるにつれて、この問題に関するタブー視、昔は本当にタブー視されて、第三者の、特に第三者精子を使った人工授精、AID、これを私も大阪大学で慶應大学に患者さんを紹介するに際してそういう患者さんも拝見したことがあります、本当にものすごい緊張感で拝見しておりました。もう絶対に人に見せないと。人に知られてはいけないという非常に強い緊張感がございました。しかし、そのようなものが少し解けてきているんじゃないかなという気はいたします。もちろんまだまだいろんなタブー視をされる方々、多くいらっしゃると思いますし、声を上げにくい方がたくさんいらっしゃると思いますが、今回の PGT-M、重篤な疾患に対する着床前遺伝学的検査の発端も、ある疾患の方が勇気を持ってメディアに顕名でおっしゃってくださったということがきっかけになっております。そのような動きがずいぶん社会的に出てきたのではないかなという気はいたしております。これはごくごく限られた事例かもしれませんが、決して悲観はしていないと私は思っております。ありがとうございます。

(武藤) 永水さん、木村さん、ありがとうございます。今の点に関連して、神里さんのご意見も伺いたいと思います。いただいたご意見は、公的なプラットフォームの設立では声が

大きい人が入りやすくなるという側面があるのではないかと思います、最も多く参画すべきは最も問題意識がない人々ではないかと思いますが、問題意識を持たない人たちの参画を促すためにどのような仕掛けや仕組みを考えていけばよいのでしょうかというようなことで、これはすぐ即答できるようなお話でもないかもしれませんが、神里さんの受け止めを少しお聞かせいただければありがたいです。

(神里) ありがとうございます。問題意識がない人をどう巻き込むかという点については、いろんなメディアもそうですけれども、いろいろな力を借りて、どういうところに問題があるのかということをお伝えしていくということはず一つかと思えますし、また、先ほどもちょっと申し上げましたように、若い女性の間では卵子凍結というのが結構話題になっているようなんです。そういうことから考えても、かなり問題意識は高まっているのかなという気もしております。また、やはり議論の場において、どうしても委員として並ぶ人というのはある程度、今もそうなんですけれども、年齢がいった人になるわけです。でも、私は、これから、自分のこどもを生むという方たちにぜひともご意見をいただきたいと思えます。自分自身を考えても、若い人の考え方はもうずいぶん変わってきているなという気がしますので、次の世代の意見をぜひとも欲しいと思っています。そういった一つの仕掛けとして、こども家庭庁の中に「こども若者いけんぷらす」という仕掛けを作っているようなのですけれども、そこは20代までの方、こどもじゃなくても、20代までの方が登録をしてテーマごとに意見を言うという仕掛けなんですけれども、これが成功するのかわかりませんが、一つこういう方法というのでも考え得る仕掛けかなと思っています。以上です。

(武藤) ありがとうございます。では、次のご質問で一旦ひと区切りにして、また余裕があったら質疑応答をしたいと思えます。次は、全体でどなたかお答えいただける方をお願いしたいということです。本日のお話全体をお聞きしていますと、こどもの権利については大きく取り上げられていますが、女性や親の権利についてはあまり言及されていないように思えます、中絶時の議論では女性と胎児の権利が対立しますが、女性や親の権利擁護についてはどのように組み込まれるのでしょうかというご質問です。これについて、ご発言いただける方、いらっしゃいますか。

(吉村) よろしいでしょうか。

(武藤) 吉村さん、お願いいたします。

(吉村) これは非常に大事な問題で、プロライフ、プロチョイスという問題点があると思えます。これはプロライフとプロチョイスの相克だとよく言われますが、当然のことながら、女性の権利と胎児の権利が対立するわけです。先ほど高山さんも母体保護法について言及されておりましたけれども、PGT-Aとか、あるいは出生前診断ということが通常に行われてくる状況になってくると、胎児条項も含めた母体保護法というのを、私は、もう一度再検討すべき時期に来ているのではないかというふうに思えます。最近では、SRHRと申しまして、Sexual Reproductive Health and Rightsですね。特に Reproductive Rights という概念というのは、私は、非常に極めてこれは大切になってくるだろうと思えます。女性が自らの

生き方を自らで決定することができるような社会、こういったことも含めまして、やはり母体保護法というのをもう一度考え直さなくてはいけないんじゃないか、そう言うべき時期に私は来ているような感じがいたします。以上です。

(甲斐) よろしいですか。

(加藤) 甲斐さん、どうぞ。

(甲斐) 今のご意見にちょっとだけ補足といいたしめようか、追加です。私も、基本的に今のご意見に賛成なのです。先ほど自分の講演で、時間足らずで少し割愛したところがありました。ご質問があった、女性の権利、人権についてです。私は、法規制をするに当たっても、かねてから3本柱を立てております。これは多くの人が言っているところでもあります。1番目は、今日も出ました子の福祉というもので、これは、一つの柱になります。2番目は、女性の人権、権利です。これは、やはり抜かしてはならない権利、問題だと思っております。その中身は何かかという、今ご指摘がございましたように、母体保護法について、名前は母体保護法ですけれども、法律の条文を見てみると、母性の保護という表現になっており、母性と母体の使い分けが、いろいろ立法経緯や改正経緯も含めて、非常に曖昧なところが残っているのです。その辺りも、検討する必要があります。ただ、母体保護法固有の問題もありますから、今回の公的プラットフォームでそこまで立ち入るかという、一応切り離して、並行して別途議論する必要があるかとは思いますが、やはり常時、この問題も検討しておく必要があるかと思っております。母体保護法の14条をめぐる問題も含めてそのようなのですけれども、それを補足しておきたいと思っております。もう1点、柱の3番目は、ビジネス化(商業主義化)の防止です。これも先ほどご指摘がございましたが、代理懐胎、代理出産について全面禁止ということでないにしても、最低限、このビジネス化については歯止めをかけられるのか、あるいは代理出産だけではなくて、配偶子のビジネス化とかいったようなものも、このプラットフォームを作るときに検討せざるを得ないテーマに挙がってくると思うのです。以上の3つの柱、その中でも女性の権利、人権はやはり重要だと思っております。以上が補足でございます。以上です。

(加藤) 甲斐さん、どうもありがとうございます。それでは、視聴者の皆様からの質問に対するお答えはここで一旦切らせていただきます。たくさんまだまだいただいておりますので、それに関しては個々にお答えいたします。

それでは、次に、今日は公的プラットフォームの公開討論会ということで、皆様、その必要性については強く述べられたところではありますが、もう一度、おさらいの意味で、簡単でいいですので、何で公的プラットフォームが必要なのかということに関して一言ずついただきたいのですが、まず鈴木さん、どうですか。

(鈴木) ありがとうございます。今日の発言でも述べさせていただきましたが、基本的に日本産科婦人科学会の見解は学会員に向けた規制であるということでもあります。当然、生殖補助医療等を行う産科婦人科学会の会員の皆様に対する規制を儲けることは、大切なことでもあります。しかしながら、医学の進歩と技術の進歩に伴って、倫理的側面も時代に合わせ

で大きく変化することになります。その点から、私たちだけで全ての取り決めることが難しい時代になりました。すなわち法制度の中で、法制上の措置を行い管理すべき事項とそうでない事項をうまく分けながら考えていくということが必要であります。日本産科婦人科学会が見解を設けて40年間経過した現状は、以前の状況とは異なっております。そのようなことから、法律が2020年に策定された中にも記されているように、「国の責務」と「医療関係者の責務」を、今一度よく考える必要があります。我々は国と社会と共に、患者さんのため、生まれくる子どもたちのため、女性のために考えを講じる時期になったのだと思います。ですから、学会だけじゃできないからこれを投げるといふ、先ほど木村さんがおっしゃったように、我々が「何様や」といふのも、まさにそうなのかもしれません。以上でございます。

(加藤) ありがとうございます。では、岡さん、小児科医の立場から一言お願いします。

(岡) はい。小児科医の立場としては、子どもたちの代弁者としての発言を引き続きしていかないと、というふうに強く感じています。そういう中で、単に産科婦人科学会と例えば小児科学会というだけではなくて、NIPTの時に発揮されましたように、関係者を集めて国の専門委員会で議論すると、そういったような、非常にいろんな方に参加していただく議論の場というのがあったことが非常に重要だったというふうに感じています。その時にいろんな立場の方に非常に強い危機感を持って真摯に議論をしていただいた。多角的な議論をしていただいて合意形成に至った。これは本当に大変なご苦勞だったと思いますけども、それは非常に大変な成果だったというふうには思います。そうした議論を引き続き行くと。その場合には、先ほど、例えば学会の中でだけであると民主的じゃないんじゃないかというようなご指摘があって、本当にそのとおりだと思います。どういった方に入っていただくかということも含めて、公的なところで議論していただくということは非常に重要ではないかというふうに感じております。以上です。

(加藤) ありがとうございます。では、小崎先生、お願いいたします。

(小崎) ありがとうございます。小児科の医師も、それから産婦人科の医師もそれぞれ、子どもや、それから女性の立場を考えて、良かれと思って様々なことをしていると思うんですが、それぞれの専門性の中でどのようなほかの意見があるかということを見直す場面というのは非常に重要だと考えますし、また、それぞれの間以外にも、実際の患者さんの生活、家族の生活について真摯に学ぶ、そういう機会が必要だと考えます。そういったことを総合するためには公のプラットフォームが必要だと考える次第です。以上です。

(武藤) ありがとうございます。では、吉村さん、お願いします。

(吉村) ありがとうございます。今日のテーマでありますけども、生殖・周産期に関わる子どもをめぐる問題というのは、これは純粋に医学的な問題というのは、ほとんど私はないような感じがいたします。これには社会的あるいは倫理的、法的、様々な問題点があると。我々の、要するに学術団体を超えた領域で話し合いを持たれるということが私は大事だということを常々感じておりました。やはりこういった問題は公的プラットフォームで、例えば是非論をはじめとして決めていただくというステップが必要なのではないかというふう

に思います。以上です。

(加藤) ありがとうございます。では、甲斐さん、よろしいですか、一言、必要性について。

(甲斐) 既にもう講演の中でもお話ししたところでございますけれども、要するに、議論の場というのは、断片的にはいろいろな学会レベルとかでシンポジウムを開催したりとかするのですが、今日のシンポジウムを聞くと、いろいろな分野の方々の間に、これまた最大公約数が得られたと思います。今日は、この「最大公約数」という言葉をやたら使いますが、「自分たちの産科領域だけでは対応はもうどうにもならない」という点は共通して認識されていると思うのです。私ども法律家から見ても、そう思うのです。せっかくこういう気運が盛り上がったし、いろいろな状況を勘案しても、ちょうど今がそういう議論をする格好の時期でもあるし、そういう中で、まさに公的な議論の場を設け、そして単に議論の場を設けるだけではなくて、制度設計に向けて具体的に動き出すということを今やらないと、また「いつやるんですか」ということになるんですね。先延ばしをもうすべきではない、と私は思うのです。「あのとき引き延ばしたからこうなった」などということがもうないように、後悔しないように、今こそが、私は絶好のチャンスと思うのです。いろいろな状況が噛み合い、丁度「こども家庭庁」ができたというのは、まさにそのシンボリックなことです。シンボルだけに終わらせてはならない、と思うのです。これをきっかけに具体化していくことが、もはや避けて通れない選択肢だと私は思います。以上です。

(加藤) それでは、高山先生、永水先生、神里先生には先ほどの議論あるいはご発表で必要性については強く述べられておりましたので、皆様、必要性ということについては、これは共通した、一致した意見だと思っておりますが、では、なぜ今までそれが実装できなかったのかということについてちょっと考えていきたいと思いますが、これに関しては吉村さん、ご意見ありますでしょうか。

(吉村) はい。1998年から、要するに90年代の後半から2000年代にかけて様々な問題点が起こりました。これに対して、国も検討しなくちゃいけないという気運が高まったわけです。その当時は専門委員会も実に29回もやっているのです。そして、法制審議会も15回ぐらいやっているのです。そして、厚生科学審議会に関しては27回もやっているのです。現在と違いまして、こういった委員会がなかったということもありまして、非常に熱心にその気運が高まったわけです。ところが、どうして成立しなかったかということ、これは社会の関心もあったかと思えます。イラク戦争で2004年に国会に上程されなかったということがあって、社会の関心が急激に冷めてしまったんです。代理懐胎で起こった時にまた問題が再燃しました。こういった問題に関しては、マスコミの対応が極めて大事だと思います。それともう一つが、やはり政治の力です。どうしても立法の速やかな対応というのが必要な部分は必ず出てくるんです。問題が社会的に非常に話題になっているときは立法府も関心を持ちますけれども、現在のようになってだんだん落ち着いてまいりますと、議員立法で決めようとか、ガイドラインを決めようとかいう気運がなくなってしまいます。こども家庭庁がで

きて少し盛り上がっておりますけれども、今やらないとなかなかできないんじゃないか。今までできなかったというのは、そういった立法府の対応と、それから社会の、要するに注目度、それが大きな影響を与えていると思います。

(加藤) 分かりました。今日の公開討論会、いろんな方に聞いていただけていたらいいなと、本当にそう思います。それでは、必要性が確認され、なぜ今まで実装されなかったかというご意見もいただきましたが、今後の進め方について少し議論していきたいと思います。今日、本当にすばらしいご意見、そして案なども出ましたが、これが絵に描いた餅にならないために我々は今からどうしていけばいいのだろうかということについて少しご意見をいただきたいと思いますが、永水先生、必要性を含め、いろいろご提案いただいていたと思うのですが、その点に関して何かございませうでしょうか。今後、具体的に我々はどう動くべきかというところなんです。

(永水) 我々というと。

(加藤) 我々というか、この公的プラットフォームを作りたい人間としてはということ。

(永水) 現在、先ほど来から出ておりますように、こども家庭庁ができたということがありまして、この問題、あるいはこどもという存在に対する関心というものが徐々に高まってきたと思いますので、そういう意味では社会の関心というものを高めていくということが、先ほどもお話にありましたが、一つですよね。あともう一つは、本当に法律の枠組みとしては、先ほどの、最初、何でしたっけ。最大公約数でしたっけ。あれではないですけども、もう初めのところは割と、例えばレジストリだけとか、あるいはどこに権限を与えるというような形、それからどういう目的でこの法律を作るといふ、この大まかな理念と、監督する機関とレジストリなど、必要なところだけはもう決めましょうよというふうな形で、国会議員の方に腹をくくっていただいて、そこから先は、細かいところは省令とか、そういうもので動かしていくというふうなアピールをするよりないかなというふうに思います。

(加藤) 分かりました。高山さん、御意見ありますか。

(高山) はい。甲斐さんとだいたい一緒なんですけれども、報告で申し上げましたとおり、差別の問題に対して国が意図的に取り組みを怠ってきたような歴史がございませう。今、それが解決されつつありますので、このタイミングでぜひ実現できればと思うんですが、初めから大きな、英独仏のような包括的な生命倫理法を目指すべきだという意見もあるんですけども、あんまりそれは現実性がないと思っております、ちっちゃいところから始めて、できればだんだん広げていくというやり方のほうが現実的ではないかと思っております。所轄官庁をどうするかということについても、こども家庭庁がありますので、それを中心としていくのがいいのかなと思っております、ほかに厚労省とか文科省とか経産省とか、いろいろ入ってきますとどんどん大変になっていきますので、小さいほうが機動的なので、そういうふうな始めるということと、それからプラットフォームのメンバーについてはあまり細かく考えてなかったんですけど、まだ発言できない将来世代の人類の立場を代弁する人というのは必ず入れる必要があるかなというふうに思っております。以上です。

(加藤) 神里さん、いかがでしょうか。

(神里) ありがとうございます。まず、すぐできることというのを考えると、こども家庭庁に検討していただくというのは一つかと思えます。こどもに関しては、こどもの医療という話、そして生命倫理となると、生殖補助医療のみならず、ほかにも課題があって、例えば小児の臓器移植の話だとか終末期の話とかあるわけなんです。こども家庭庁はこどもに関する生命倫理についても検討していただく必要があって、その中の一つとして生殖というのは大きいテーマですので、ぜひとも検討する場所を作っていただきたいと思えます。それと同時に、生殖ってすごく人間の根幹に関わることで、その自由とか権利を制約するということはとても大きい話でありますので、そこは民主的なプロセスを取った法律がやはり必要であるかと思えます。先ほど甲斐さんからご紹介があったように、とにかく根幹を作ると。その根幹を作って、何が絶対駄目ということ、まず意見を集約して、絶対駄目というところを決めて、それ以外に関しては、どうやったらこどもの福祉をかなえながら、そしてこどもを持ちたいという人たちの希望もかなえながら運用するのがリーズナブルなのかということ、これを現実的に政策に落とししていくという方法がいいのではないかと考えております。以上です。

(加藤) ありがとうございます。様々な方々からご意見をいただき、今後こうしたらいいんじゃないかというサジェッションを受けたところですが、それを踏まえて、最後に鈴木さん、最初に発表された時に、できること、できないことと分けられて提案されていましたが、どうでしょうか。公開討論会の皆様のご意見を聞いて、今後の進め方。

(鈴木) 当然できること、できないことということ、理解する中で、我々は国に公的プラットフォームを設置していただきたいと強く願っております。今日、法学の先生からの大変素晴らしいご講演を拝聴して十分理解できましたが、先ほど吉村さんがおっしゃっていたように、このような議論を我々が行う場合にどなたに伝えていけばいいのか？私どもは、本日のこの閉鎖空間で公開討論会に参加していただいている方々にだけに伝えるだけでなく、マスコミの方々のサポートをいただきながら、社会的合意を得るために社会にさらに発信していく必要性があります。神里さんがおっしゃったように、若者たちの意見も聞く必要もあります。長きにわたる私どもの取り組みが、画餅に帰すことが無いよう、すなわち絵に描いた餅にならないよう、信念を持って前進させる責務を有しているのだと考えております。我が国において20年近くも議論が継続されてこなかったわけですが、困ってる患者さんが存在します。小児科の先生や関係する方々とともに、これからも継続して議論ができるよう、我々が先頭に立って前進させる必要性があると感じました。

(加藤) ありがとうございます。それでは、もうお時間も来たようですが、最後に、一緒に司会をしていただいた武藤さんにまとめをしていただきたいと思えます。

(武藤) 急にすごいボールをもらってしまった。まとめはするのが野暮なほど皆様からたくさんのお意見をいただきました。今、鈴木さんがおっしゃっていたことにちょっと付け加えたいなと思ったのは、今日はこの問題にとっても関心のある方々にお越しいた

だいて、たくさん議論ができましたが、これをどうやって、例えば地域にある不妊相談のセンターとかが全国の都道府県にあるわけですけれども、そういったセンターとか、その地域のコミュニティの中でもこの話はどんどんしていただきたいと思いますし、草の根の話題の広げ方というのも非常に重要じゃないかなと思っています。そして、最終的に、ここに集まっているメンバーだけでは法律を作ることができないので、何とか本当に国会議員の方々に忘れられないようにしてもらおうということがとても大事で、そのためにできる限り力を皆さんで尽くしていきたいなというふうに思っております。今日は本当に皆様方、たくさん重要な視点を届けていただいて、ありがとうございました。それから、今日、視聴者の皆様方からも本当にたくさんのご質問をいただいているんですけれども、ちょっと時間の関係で全てお答えすることはできませんが、いただいたご質問に対しては全て回答を付して日本産科婦人科学会のウェブサイトのほうで公開されるというふうに聞いておりますので、ぜひそちらをご確認いただければと思っております。視聴者の皆様、それからご登壇の皆様、今日は本当にどうもありがとうございました。

では、最後に、日本産科婦人科学会臨床倫理監理委員会委員長の三上幹男さんから閉会のご挨拶をいただきたいと思えます。三上さん、どうぞよろしく願いいたします。

(三上) 日産婦の臨床倫理監理委員長を拝命している三上でございます。本日は長時間にわたり、司会、そして演者の先生方、ありがとうございました。また、視聴していただいた皆様、ご質問いただいた皆様、どうもありがとうございました。まず、先に今後の事務連絡をしたいと思えます。本公開討論会の動画は来週の、火曜日から、4日から4月16日の日曜日まで動画を配信する予定になってございます。関連の方々にも連絡をいただければとお願い申し上げます。今回は、その動画配信時にも視聴者からのご意見をいただくことになってございます。その最初のところに、今回の公的プラットフォームの設立に関して賛成か反対かというアンケートが加わってございまして、そして質問、ご感想を投稿できるようになってございます。ページがそのようになってございまして、最初の質問が、公的プラットフォームの設立に賛成か反対かのアンケートで、そしてその後に、登壇者の誰に対してのご質問、ご感想が記入できるということになってございます。これに関しては何回も質問できますので、ただし、最初の、公的プラットフォームの設立に関して賛成か反対かのアンケートに関しては1回ということで、何回かするときには既に回答済みということで選択をいただければと思っております。

今、武藤さんからもお話のあったように、いただいた質問に関しては、社会との対話を行うということですので、本日答えられなかった部分も含めて、日本産科婦人科学会、そして演者の皆様方にご回答いただき、ホームページに公開するという予定にしております。そして、そのことに関してもメールなどで広報していきたいというふうに考えてございます。今後、この会議録を作成し、そしてそのまとめということで報告書を作成いたします。そして、その報告書へのパブリックコメントもいただいた上で、報告書プラスパブリックコメントと併せて立法府、厚労省、議連などに提出するようになります。以上が事務連絡

でございます。

最後になりますが、今回、議論を行った公的プラットフォームは、既にいろんな先生方からお話がありましたけども、もう 20 年以上前から既に、作ったほうがいいといわれていることでございます。しかしながら、なかなかそれが実装できない、全く動きが見られないということでございます。欧米では、甲斐先生のお話にもありましたけども、体外受精が始まって数年後には大きな公的な議論が行われた上で、一定のルールが策定され、そのルールの下で行われているということでございます。この生殖医療、生殖補助医療というのは、少子化の中においてはまさにがん医療にも匹敵するぐらいの大切な医療になってきているということもあります。現在、5 人に 1 人の赤ちゃんは何らかの生殖医療を受けて誕生しているということ、そして 13 人から 14 人に 1 人の赤ちゃんは体外受精で赤ちゃんが誕生しております。先ほど議論も何回も出てきましたけども、実際、日本のいろいろな矛盾のある中で、法整備ができる部分と、そして法整備がなかなか難しい部分、高山さんがお話しになっていましたけども、利益衡量を考えながら検討していかないといけない部分というのがあるということが今日明らかになってきたと思います。今後、公的サポートを受けてアカデミアと社会が共同して設立する公的プラットフォームで、そのようなことに関して、法整備ができない部分に関して大きく議論を行って方向性を決めて、そしてさらに監理・運営を行っていくことが、大切です。ですから、早急に公的プラットフォームが設置されるべきであることをここで大きく社会に発信して、そして国に対しても言っていきたいと思います。今回の議論の内容がまさに絵に描いた餅にならないようにするためには、社会全体が大きく声を上げることが必要です。今回、メディアを含めて皆様方、いろいろところでこれに関して議論をしていただければなというふうに考えてございます。

最後になりますが、日本産科婦人科学会では、今回の提案、このような公的プラットフォームが絵に描いた餅にならないようにするために何がいいかということに関して、今、議論も交わしております。今まで学会が社会に対して示してきた会告、見解の立ち位置ということも今後どうしていけばいいかということも日本産科婦人科学会ではこれから検討していく予定にしております。またいずれかでその進捗を、メディアを通して報告したいと考えております。本日は、皆様、どうもありがとうございました。これにおいて閉会としたいと思います。どうもありがとうございました。

[了]