

生殖補助医療部会「検討事項」について

フリーライター・編集者 / フィンレージの会
鈴木良子

1) 「医師の裁量」について

- ・ 医学的適応の判断を「指定医療機関の医師の裁量」と表現しているのか、それとも「実施の可否」の判断まで含めて「医師の裁量」としているのか？ そこがよくわからない。
- ・ 実施の可否まで指定医療機関の医師の裁量とするのは、以下の理由から反対。

むろん、個々の事例についての「医学的適応」の判断は医師の領分であろう。しかし、医師によって判断が異なることも十分予測される。ある施設では適応になったのに、こちらの施設では適応にならないという事態が生じたら、振り回されるのは患者である。提供に積極的な医師のもとで、どんどん適応が拡大されていく心配もある。やはりある程度の基準（各論は後述）は必要と思う。

また、提供を実施するかどうかは医学的適応の判定とは別問題。後述するように、特に胚提供の実施を「医師の裁量」で決定してしまうのは大きな問題ではないか。現在の案では兄弟姉妹等からの提供に限って「公的管理運営機関への申請・審査が必要」となっているが、次項「生まれてくる子の福祉」との関連、また情報の一元管理という点から考えると、匿名の第三者からの提供であっても、**今後はすべて（AIDも含めて）運営機関に申請し、審査のうえ実施するほうが望ましいと考える。**

実施の可否を「医師の裁量にまかせる」のと、「申請・審査で決定する」では大きく違い、今後の議論も異なってくる。

そのためにも、まず「監督機関」と「実施機関（指定病院）」のあり方を決める必要があるのではないか（自分なりのイメージについては後述）。

2) 「生まれてくる子の福祉」について

複数の委員から再三、指摘されているように「生まれてくる子の福祉」をどのように担保するのか？ これについてあいまいなまま“提供者の条件”や“判定基準”について議論するのは問題があると思う。委員内で最低限の原則を確認、ある程度の合意をもって議論をスタートすべきではないか。

特に問題になるのは胚提供である。これを「受精卵養子」と表現する人もいるが、育てる両親と遺伝的なつながりがないという意味ではその通りであろう。産むという以外には養子と変わりない。通常の養子縁組（この場合は血縁のない未成年養子）であれば児童相談所が面接や訪問したり、委託期間を設けて親子関係の様子を見たり、最終的には家庭裁判所の許可で養子縁組が成立する。また、特別養子は家裁の「審判」が必要だ。これだけ煩雑な手続きと時間をかけ、家裁が関与するのも、子どもの福祉を可能な限り保障するためであるはずだ。提供を受けなければ妊娠

できないかどうかの「医学的適応」の判断はもちろん医師の領分だが、実施するかどうかは、やはり児童福祉の専門家などを交えた審査で決定するほうが望ましい。そうでないと、養子制度との整合性もとれない。精子提供や卵子提供も、同様の側面がある。「生まれてくる子の福祉を優先する」という理念を遵守するなら、なぜ養子制度がこれだけの手続きを必要とするのか、いま一度考えてみるべきではないのか。

* 前回の委員会で私が「何を最優先にするのか」と伺ったのも、こうした気持ちからである。

3) 実施機関のイメージ

- ・ 希望者夫婦&ドナーの至便性を考えると(検査、排卵誘発、カウンセリング等で何度も病院に足を運ぶようになると思われるため)各地方に1カ所、また将来的には各都道府県に1カ所くらいずつ欲しい。
- ・ 特に卵提供は、希望者の妻とドナーが同じ施設で同時に採卵をする必要があるため(排卵誘発中の慎重なモニタリングも重要)実施施設が全国1カ所では無理がある。

実施施設をどのように選定するのか? 立候補してもらい、条件を満たしている病院であればすべて許可?(その場合、地域的なばらつきが出るのでは? また精子提供のみ行いたい、などの施設も当然出てくると思うが?) それとも法律を根拠に国が一定程度、「指定」するのか?

私なりに考える「実施機関の条件」

ART(高度生殖補助技術=体外受精、顕微授精など)の実績がある

経験を積んだ不妊専門医がいる

精子凍結、胚凍結(と解凍)の設備・技術がある

ドナーについて必要な検査ができる

不妊や提供の問題について訓練された心理カウンセラー、バックアップの精神科医がいる

採卵、胚移植等の部屋が2つ以上ある(卵提供の際、ドナーと顔を会わせるのを避けるため)

入院手術等、緊急時(採卵時の出血、卵巢過剰刺激症候群など)に対応できる設備と技術がある

分娩施設がある(妊娠させたら終わりでは困る。多胎の問題もあるので分娩まで責任持ってケアしてほしい。仮に分娩は他施設でもよいなら、どのように連携をするか示しておく必要がある)

NICUがある(同上)

サポートグループを組織し、支援できる(できれば地元でも長期にわたるメンタルケアが欲しい)

- * 印を指定の『絶対条件』にすると、年間胚移植数1000以上の不妊専門病院のほとんどは「指定機関」になれなくなってしまう。要検討。しかし、卵提供を行う場合、緊急時の入院設備は、やはり不可欠ではないか。
- * 精子提供の適応かどうかの判断は泌尿器科医による精密検査が必要であり、精巣生検なども行うのであれば、やはり設備の整った施設ということになるが...? 「検査施設」と「実施施設」は違ってよいのか? 実施の可否を審査のうえで決定するのなら、それも可。

4) 統括センター = 監督機関のイメージ

- ・ 提供に関する情報は、臓器移植ネットワークのように、センターで一括管理し、コントロールする
- ・ 提供に関してはガイドラインを設け、提供がガイドライン通りに行われたかどうかチェックする。違反の場合は指定病院取り消し、監査の権限を持つ。
- ・ 長期にわたる医学的およびメンタルな面でのフォローアップ、調査、データの集積
- ・ 提供を受けた人たち、提供した人たちのためのサポートグループを組織し、運営を援助する。また、こうした人たちのための相談窓口（電話相談、面接相談）を設ける。
- ・ 提供にあたり、手続きの流れは次のような感じ。ここではセンターの「審査会」が実施の可否を決めるという前提である。

ケース申請（そのカップルが医学的適応を満たしているかどうか、検査結果や医師の意見書等の提出）、センターでは希望に添う精子等があるかどうかを確認する。

センターがケース確認。そこで初めて、実施施設において準備（詳細な説明、カウンセリング等）を開始する。この時点で“ドナー確保”（予約）もできる。

センターに対してIC、カウンセリングの終了報告、同意書の提出

センターは同意等、ガイドラインに沿った手続きが踏まれているかチェック。OKならセンターから「実施許可」が出る

許可が下りてから、排卵誘発等の処置を始める

センターに対して1回ごとに結果（妊娠の有無）の報告。

妊娠の帰結も報告（多胎、流産～生児獲得率、中絶、減数手術なども含む）

- * 1回の施術ごとに同意書を取るかどうか、要検討。
- * 最初に「ケース申請」を設けているのは、ICやカウンセリングなどくわしい説明がすべて終了し、希望をふくらませている夫婦に対し、「希望に沿う精子がない」「ドナーがいない」「ドナー精子を他の人に先に使ってしまった」「医学的適応を満たしていない」などと審査でひっくり返すことになっては残酷だからだ。まず基本的な事項を説明し、ドナーの有無などを確認してから、詳細なカウンセリング等のステップに入ったほうがよいと思う。
- * 妊娠の帰結は患者が病院に来なくなれば追いかけることができないが……。どこまで報告を義務づけるかは、要検討。
- * 提供された精子、胚の凍結保存は指定病院（実施機関）でよいと思われる。しかし、この場合、実施病院は公の「精子（胚）バンク」的な存在になる。特に精子は採取から移植まで、安全確認のためにタイムラグが生じるわけだが、採取費用や検査費用、凍結保存の費用は誰が負担するのか？ 「対価」と合わせて要検討。

5) 未解決の問題（検討していただきたいこと）

- ・ **ドナーをどのように募集するのか？** これまでのように医師が声をかけるというわけにはいかないであろう。公募か？ どこかにポスターでも貼るのか？
- ・ 胚提供のドナーは、不妊専門病院からも出るわけである。その**情報を入手するシステムをどのように構築するのか？**

- ・ そもそも、**通常の ART において、夫婦の胚をいつまで保存するか、どのように扱うべきかなどの包括的な規制がない**。学会では「生殖年齢を超えない範囲」などとしているが、では生殖年齢を超えた胚は、その後どうするのか。自動的に廃棄になるのか、「行く末」をその夫婦に決定させるのか。その際、夫婦の意見が分かれたら、夫と妻、どちらの意見が優先されるのか。凍結保存中に配偶者が死亡したり、離婚した場合はどうなるのか。まずここを決めてからでないと、胚提供の条件は決められず、また提供のためのシステムも構築できないのではないか。

当委員会の目指すところは「精子・卵子・胚の提供等に関する法律」(およびガイドライン)の作成のようだが、本来なら「精子・卵子・胚の取り扱いに関する法律」のように、提供されたものだけでなく、**通常の不妊カップルの配偶子、胚の保護も含めた包括的な法律とすべきではないのか**。提供など、「使い道」を先に法律で決めようというのは問題がある。これでは不妊カップルの胚が守られない。

*** 総合科学技術会議 { 生命倫理審査会 } での「ヒト胚の取り扱いに」についての検討状況はどうなっているのか？ 教えてください。**

6) 検討課題 (1) について

- * 会としても、そもそも反対している事項がいくつかあります。また、提供される側・する側になる当事者団体として、やはり「具体的にどう実施されるのか」が非常に気になります。そのため、かなり細部にまで踏み込んだ意見 (質問) になっています。医学面での間違い、また思慮不足の点があればご教示ください。なお、提供の実施の可否は「実施施設の医師の裁量」ではなく、これまで述べてきたようなシステムの中で「審査会が決定する」という前提で考えています。

提供された精子・卵子・胚による生殖補助医療全般に関わる条件

子を欲しながら不妊症 (*) のために子を持つことができない法律上の夫婦に限る

- * **生殖年齢の男女が拳児を希望しているにもかかわらず、妊娠が成立しない状態であって、医学的措置を必要とする場合をいう**

加齢により妊娠できない夫婦は対象とならない

体外受精の場合、30代半ばに入ると採れる卵の数も少なくなるし、妊娠率も下がる。40歳を過ぎればなお下がるし、流産率も上がる。これも「加齢による影響」と言われる。閉経 (平均で50歳前後) の10年以上前から、「加齢により妊娠しにくい状態」は始まっているのだろう。現実には、「加齢による妊孕力の低下」(現象面では卵が採れない、良好胚ができない、着床しないなど) で、卵提供を望む人もけっこういる。仮に年齢制限を「閉経」とした場合、40歳なら加齢による妊孕力の低下と思われるケースでも、卵提供が受けられるのだろうか？ 「45歳」と制限したら「44歳までなら卵提供が受けられる」ということになるのか？

この項は 加齢によるケースをすべて除外する (= 医学的適応に「加齢」を含めない) のが

目的なのか？ 閉経後の妊娠・出産を除外するのが目的か？ と はずいぶん意味が違うし、「受けられる人の条件」にも影響するので、もう1度しっかり確認したい。

なら、具体的な時期や年齢は設定せず、それこそ医師が「この夫婦が妊娠しないのは加齢によるものではない」と判断したケースのみ、申請すればよいのでは。また、拡大解釈を防ぐためには、「加齢による妊孕力・受精能等の低下で妊娠できない夫婦は対象とならない」としておくほうがよいと思われる（この場合、がっかりする不妊当事者は多いだろうが……）。

だけを除外したいなら、「加齢による」ではなく、はっきりと「閉経」もしくは年齢を表記したほうがよいのでは。しかし、この場合、45歳での「かけこみ卵提供出産」も起こりうるが？

自己の精子・卵子を得ることができる場合には、それぞれ精子・卵子の提供を受けることはできない（p22）

この項目は、そもそも不要ではないか？ 後段の「精子の提供を受けなければ妊娠できない夫婦のみが、提供精子による人工授精を受けることができる」という項のみで十分ではないか？ また、その際の適応は、現在のAIDの適応とほぼ同じ（無精子症、無精液症、または極度の乏精子症、精子死滅症などでさまざまな精子増強策や顕微授精などを行っても妊娠しない場合）でよいのではないか？ 理由は以下の通り。

「受精能力を持った生殖細胞」の例として精子細胞・精母細胞が挙げられているが、これらを用いた顕微授精の安全性は確立されていると言えるのだろうか？ 私にはそうは思えない。精子細胞等が存在することを「自己の精子を得ることができる」とみなし、適応から除外するのは、安全性がはっきりしていない実験的な技術を用いて夫婦間で妊娠をめざせ、と言うのと同じではないのか？ *未成熟卵（卵母細胞、卵子細胞と書かれているが、いわゆる未成熟卵の意と思う）についても、同様である。

また、仮に精巣などに成熟した正常精子があったとしても、その有無を確認するために（提供の適応から除外するために）精巣生検など負担のある検査を「受けなければならない」とするのも問題。むしろ、「可能性に賭けたい」と精巣上体回収（MESA）、精巣回収（TESE）などにチャレンジする夫婦もいるが、それよりは最初から「提供」を選びたいという夫婦がいても不思議ではない。

精子・卵子の提供を受ける要件として、「何を何回受けてからでない」と提供は受けられない」とするのも問題。この項および示されている検討課題は、**不妊夫婦をリスクのある検査・治療に追い込むだけではないか。**

〈優先順位について〉

臓器移植と違い、不妊は命にかかわる問題ではない。その意味で優先順位はつけにくい。仮につけるとしたら、そこには文化的・社会的な価値観が入り込んでしまうだろう（ターナー女性と早発閉経の女性、無精子症と極度の乏精子症、どちらに優先権があるかなどという議論は不毛である）。「申し込み順」としたほうが公平で、よけいな価値観も入り込まないと思われる。

提供精子による体外受精

女性に体外受精を受ける医学上の理由があり、かつ精子の提供を受けなければ妊娠できない夫婦に限って、提供精子による体外受精を受けることができる

精子についてはAIDと同じ。

問題となるのは女性の側の適応である。厳密に言えば、体外受精の適応は卵管性不妊だが、現実には子宮内膜症のほか、抗精子抗体のある人、また機能性不妊（原因不明の不妊）で人工授精を何度かくり返しても妊娠しない場合も体外受精の適応となっている。多嚢胞性卵巣（PCO）も適応とされているし、遅く結婚した女性に、高齢だからというだけで、体外受精を勧める施設もある。要するに排卵誘発や人工授精で妊娠しなければ、最終的にはすべて体外受精になっているのが現状だ。これらと同様の適応にするのか？ AIDを何度もくり返したのに妊娠しない場合も、提供精子による体外受精を実施するのか？ 以上についてはドクターの意見をお伺いしたい。

できた胚をどう扱うかも要検討。仮に妻から20個卵がとれて提供精子と受精させ、10個胚ができたとする。3個を移植して残りは凍結、運良く1回目で妊娠したら、残りの胚の“行く末”は誰に決める権利があるのか？ ドナーか、妻か？ 依頼者夫婦の合意か？ 実施するのであれば、そこも決めておく必要があるのでは。私は、妊娠確認と同時に自動的に廃棄すべきと考える。そうでないと後々大混乱（2人目に使いたいのので保存してほしいなど）になる。また提供によってできた胚を他のカップルの提供用に用いるのにも反対。

*質問……『検討事項』p14【参考】の「配偶子の処分」「胚の処分」の項は、提供された配偶子・胚に関する案ですか？

提供卵子による体外受精

卵子の提供を受けなければ妊娠できない夫婦に限って、提供卵子による体外受精を受けることができる

現時点での卵提供は医学的なリスクの面から反対。卵凍結の技術の進展を待って、実施したほうがよい。

会としても『排卵誘発の副作用（卵巣過剰刺激症候群による呼吸困難や脳血栓：事例あり）、採卵での出血などが生じた場合、あるいは提供者が高度障害などを残した場合、誰がどう補償するのか。もし実施されるなら骨髄移植など同様の、公的補償措置が準備されるべきでは』というコメントを提出している。これについて、委員会はどうか答えるのか？ クリアにしてほしい。子どもが欲しいという思いは強くても、同時に「あんな大変なこと（排卵誘発）を人にお願ひできない」「人を傷つけない」と考える不妊当事者は少なくない。排卵誘発の大変さ、怖さを知っている当事者だからこそ、むしろ卵提供にためらいもあるのだ。十分なICやカウンセリングがあったとしても、結果として第三者の女性のからだを傷つけることになっては、申し訳ない。

仮に実施するのであれば……

未成熟卵の存在をもって適応から外すのは、前述と同様の理由で反対。

卵子提供を受ける要件として、「を何回受けてからでない」と提供は受けられない」とするのでも反対。

「受精を困難にする形態的・質的な明らかな異常」は言葉のうえでは「提供を受けなければ妊娠できない」ということになるがと思うが、現実にはどうなのか？ 加齢とは無関係に、毎回「異常卵」しか採れないというケースは、どのくらいあるのか？

現実には、卵の段階での形態異常や「受精しない」というケースより、受精以後の異常（細胞分裂が進まないなど）という悩みのほうが多いように思う。こうした「良好胚のできない」女性の少なからずが卵提供を希望しているが、このケースは除外？

具体的な適応としては、やはり日本不妊学会が試案として出している、早期卵巣不全、性腺形成異常、両側卵巣摘出のケースなどになる？

化学療法、放射線療法による卵巣機能喪失のケースはどうするのか？ 以上、ドクターの意見をお伺いしたい。

現在、若い女性の卵を用いた「卵の若返り」が試されている。先般「遺伝子改変ベビー」と表現され、問題になった。これはドナーの細胞質を希望者の卵子内に少量を注入したものと思われるが、卵の核そのものを取り替える「核置換」さえ検討されている（クローン法ではこの方法も臨床応用がイメージされているらしく、この方法でできた胚を子宮内に戻すことは禁止されていない）。いずれも卵提供が前提になる方法である。「加齢による妊孕力の低下」を適応から除外するのであれば「卵の若返り」は実質的に“禁止”になるが、そのように解釈してよいのか（不妊当事者中にはがっかり人もいるだろうが……）

できた胚をどう扱うかも要検討（精子提供による体外受精と同様）。

提供胚の移植

胚の提供を受けなければ妊娠できない夫婦が、提供された余剰胚の移植を受けることができる

会としても「**実質的には養子と変わらず、このようにしてまで生殖技術を実施する意味について、再度検討する必要がある**」というコメントを提出している。私個人も、胚提供には反対。養子制度との整合性の問題と、障害を持った赤ちゃんが生まれた場合、血がつながっていないことを理由に依頼者が子どもの引き取りを拒否する恐れもぬぐえない 法律でここまで担保できるか疑問。また、養子の場合、いまはできるだけ「**真実告知**」をする方向で指導されていると思う。胚提供による出産はまず告知されないと思われ、生まれている子をもらうなら真実告知、胚段階ならナイショという、「子ども」に対する2つの方針が同居しているのも（言ってみればダブルスタンダード）何かおかしい（特別養子に準じるならまた話は変わってくるが、その場合も障害の問題をどうクリアできるのかが不明）。「自分のおなかで産みたい」という欲求は十分に理解できるが、その欲求と子どもの福祉とどちらが優先されるのか、もう一度よく検討すべきである。養子の成立要件をゆるやかにし（現在は共働きだともらいにくいなどがある）養子をオープンに歓迎できる社会を築く努力をするほうが重要と考える。

「子どもの出自を知る権利」との関係もある。少なくとも自分が提供で生まれたのか否かを知ることができるという点については、この委員会でも合意の範疇だと思う。その場合、精子・卵子など配偶子の提供であれば、事実を知ったときにもまだ受け入れる余地はあると思うが、胚の場合、「**実の両親から胚の段階で『いらぬ』と捨てられた、人に譲られた**」という感情を持ちし

ないか？ 仮に胚提供の条件に子どもを成していることを加えた場合、「兄弟姉妹は実の両親のもとで育っている、じゃあ自分は何なのか」ということになり、よけい「見捨てられ感」が強まるのでは？ 子どもが知ったときの衝撃の大きさ、混乱、嘆きや怒りを考えると、賛成できない。また、提供者が心理的・物理的に生まれた子どもを捜し求める（場合によっては引渡し要求など）こともあり得る（子どもが死亡したなど。自分たち夫婦に子がなければ、なおさら）。提供した夫婦のその後の心や人生を考えても、問題が大きすぎる。

仮に実施するのであれば、男性はAIDと同様、女性は卵提供と同様の適応ではないか。また、実施する場合、「良好胚がほとんどできない」というケースの扱いがやはり問題になる。なぜそうなるのか、原因がはっきりしないことも多いのではないだろうか？ 卵提供、精子提供を受けてもやはり良好胚が得られないケースもあるかもしれない。これも広い意味では「胚の提供を受けなければ妊娠が難しい」と言えるわけだが……。ドクターの意見を伺いたい。

何をもって「余剰胚」とするのか確認が必要である。「当該夫婦が使用しないことを決定したもの」というのは不十分。使えるのは「使用しないことを決定し、かつ夫婦双方が提供に同意した胚」である。意見不一致の場合は用いることはできない。「使用しないと決定したこと」イコール「提供用に用いていい」ということではない。「廃棄」を望む夫婦もいる。夫婦の胚の扱いについて、まず検討してほしい。

また、実施するのであれば、法律であれガイドラインであれ**「余剰胚」「使用しない」という表現は避けてほしい。**子どもが見たとき「余った子」「使わない子」というイメージを持つ。

ただし、卵子の提供を受けなければ妊娠できない夫婦も、卵子の提供を受けることが困難な場合には、提供された余剰胚の移植を受けることができる。

前述のような理由で胚提供にはそもそも反対。しかし委員会としてあえて胚提供も「OK」という結論を出すのなら、「胚をもらいたい（双方とも血がつながってなくてよい）」という夫婦の希望は尊重してもよいと思う。ただし、その場合は養子制度との整合性を十分に検討してほしい。

* 卵のシェアリング、兄弟姉妹等からの提供については、また改めたい。

また、胚の提供を受けなければ妊娠できない夫婦は、余剰胚の提供を受けることが困難な場合には、精子・卵子両方の提供によって得られた胚の移植を受けることができる

これを認めるのは、会としても反対。個人的にも絶対に反対。胚提供以上に、子どもが事実を知ったときの衝撃、混乱が大きすぎる。まったく無関係の、顔を合わせたこともない男女の間でできた子という事実は、人の心が受け入れられる範囲を超えているのではないか。「子どもの福祉を優先する」というのであれば、知ったときにどうなるかも考えるべき。どうせ親は告知しないのだから……という前提で考えるべきではない。パブリックコメントでもこの件に対する反対意見は多く、もう一度よく検討すべき。

以上です。続きはまた改めて提出します。