

(ヒト胚等の取扱いに関する指針)

第二〇条 生命倫理委員会は、ヒト胚等審議会の議を経て、ヒト胚等の取扱いに関する指針(以下「指針」という。)を定める。指針の変更についても、同様とする。

- 2 第一項でいう指針には、次に掲げる事項を含めるものとする。
  - 一 提供者に対する説明事項、同意取得手続き
  - 二 提供者個人情報保護のための措置、開示できる内容及び条件
  - 三 胚及び胚性幹細胞の輸出入の規制
  - 四 その他この法律の趣旨から必要と認められる事項

(監督)

第二一条 生命倫理委員会は、第一六条第一項の許可を受けた者又は第一七条第一項の許可を受けた者のヒト胚等の取扱いが、生命倫理委員会の定める実施基準に適合しないものと認めるときは、ヒト胚等審議会の議を経て、胚の取扱いの中止又はその方法の改善を命ずることができる。

- 2 生命倫理委員会は、前項の命令に違反した者に対し、ヒト胚等審議会の議を経て、許可の取消しを行うことができる。
- 3 生命倫理委員会は、この法律の施行に必要な限度において、第一六条第一項の許可を受けた者及び第一七条第一項の許可を受けた者に対し、その許可に係るヒト胚等の取扱いの状況その他必要な事項について報告を求めることができる。
- 4 生命倫理委員会は、この法律の施行に必要な限度において、その職員に、第一六条第一項の許可を受けた者及び第一七条第一項の許可を受けた者の事務所若しくは研究施設に立ち入り、その者の書類その他必要な物件を検査させ、又は関係者に質問させることができる。

(国会への報告)

第二二条 政府は、毎年、この章に基づく事務の処理の状況を国会に報告しなければならない。

## 第七章 罰則

(罰則)

第二三条 第一八条に違反して、人の属性を有する胚を人の体内に移植した者は、一〇年以下の懲役若しくは一〇〇〇万円以下の罰金に処し、又は懲役及び罰金を併科する。

第二四条 次に掲げる行為をした者は、六月以下の懲役若しくは五〇万円以下の罰金に処し、又は懲役及び罰金を併科する。

- 一 第一六条第一項に違反して、ヒト胚をつくる行為、同条第二項に違反して、余剰胚でないヒト胚を利用する行為及び同条第三項に違反して、許可を得ないで、余剰胚を利用する行為
- 二 第一七条第一項に違反して、許可を得ないで、人の属性を有する胚をつくり、又はこれを利用する行為

第二五条 次に掲げる行為をした者は、一年以下の懲役若しくは一〇〇万円以下の罰金に処し、又は懲役及び罰金を併科する。

- 一 登録を受けないで生殖補助医療機関が行う第五条第一項に定める治療又は治療の準備のための行為
- 二 第九条に違反して、対価を得る目的で、精子、卵子又は胚の授受のあっせんをする行為
- 三 第一四条第一項に定める契約のあっせんをする行為
- 四 第一五条に定める契約のあっせんをする行為
- 五 第一六条第八項に違反して、ヒト胚を動物の体内に移植する行為
- 六 同意なくヒト胚又は人の配偶子の提供を受ける行為
- 七 第一九条第一項に違反して、提供者の自由な意思決定による同意を得ずに、人の属性を有する胚を作成する行為、同条第二項に違反して、ヒト胚又は人の配偶子若しくは人の細胞を授受することについて対価を供与し、又はこれを收受する行為、対価を得て、ヒト胚又は人の配偶子若しくは人の細胞の授受をあっせんする行為及び同条第三項に違反して、正当な理由がないにもかかわらず、ヒト胚又は人の配偶子若しくは人の細胞の提供を受けた者の秘密を漏らす行為
- 八 第二一条第一項に定める中止命令又は改善命令に違反する行為、同条第三項に定める報告を怠り、又は虚偽の報告をする行為及び同条第四項に定める検査を拒み、又はこれを妨害する行為

附則

(検討)

第一条 第五章の規定については、この法の施行後三年を目途として、この法律の施行の状況を勘案して検討を加えるものとする。

第二条 生命倫理委員会は、毎年、この法律の施行状況の評価を行い、その結果を公表しなければならない。

(ヒトに関するクローン技術等の規制に関する法律の廃止)

第三条 ヒトに関するクローン技術等の規制に関する法律(平成一二年一月六日法律第一四六号)は、廃止する。

受付番号: 33

受付日時: 平成15年1月31日

年齢: 50歳

性別: 女性

職業: 不明

所属団体: 不明

氏名: (匿名化の要否不明)

[この問題に関心を持った理由]

不明

【御意見】

精子・卵子提供の不妊治療について

私は、現在50才。結婚20年子供は、いません。

今回厚労省が一般から意見を募集という新聞記事を1/14付の新潟日報で読み、今までの自分の不妊治療を思い出し政府に対してのお願いなど意見を書面をかりて言いたいと思います。

1985年より1996年まで、不妊治療をしました。結婚3年目、1日でも早く子供が欲しかった私達は、やっと本格的な治療が出来たのは、私が、教師という仕事を退職してからでした。国立の病院は、午前中しか受付けずそのためには、仕事もアルバイト的なものしかできません。夫の男性不妊のため、様々な検査で1年。AIH 6回、IVF 12回と段階的に治療は進められました。そのたびに、1ヶ月の薬や注射そして採卵のための入院など、妊娠・出産というゴールまで、根気と時間と費用と精神力が必要なのです。1年間に3回 IVF を行えば、大学病院でも100万近いお金が必要です。保険のきかない注射、1本1万以上の注射を10本以上打たなければならないこともあります。私の場合は、2回妊娠、そして流産。1ヶ月入院したこともありました。しかし出産にはいたらず。年との戦いです。病院に通ううちに仲間も沢山できました。しかし実際には、子供ができた人は、数えるほど。40代になっても治療をする人は少なくありません。年とともに卵子は、悪くなり受精しにくくなったり、着床も神のみぞ知るの世界です。

“自分達の子供が欲しい”と考えるのは、ごくあたり前の考えです。

“子供が産めないのは、女じゃない”とか“子供は何人？”“いつ子供ができるの”普通に子供のできる人は、平気で言う言葉も、つらい思いをしている人にとっては、とてもつらく精神的に傷つきます。

可能性があるならどんな方法でもやりたいと思うのは、人間としてあたりまえの感情では、ないでしょうか。そういう立場にない方のみで、色々“ワク”を決めて欲しくないと考えます。私は、100本近い排卵誘発剤のフェルティノームやヒュメゴンなどの注射で、おしりが、赤くしこりになり、本当に続けられなくなりました。昔は、黄体ホルモン(ルテウム)も注射であった。

現在日本は、少子化・・・そして結婚10組中1組は不妊という時代。病気なのだから保険面や精神的な相談システムなど、これからの人達には、もっと治療がしやすくなって欲しいと考えます。

日本では、法律でできないので海外に行く方も多いか。しかし700万とか1000万とか・・・。お金持ちにしかできないことです。失敗の方が多いのですから。

ほとんど働く賃金を治療に当て、老後のことを心配する余裕もなく子供が持てぬまま、「これだけやったから良いことにしよう」とあきらめる夫婦も数限りなくいるのです。1冊のノートの記録から、コピーしたものも同封します。とてもとても大変なことなのです。ですから、現在、その治療を受けたい方には、受けられるようにしてやって下さい。公的、血縁などは、考えていくような方向にもって行って欲しいと思います。

子供のいない夫婦は、税金も沢山払っています。人には言えず治療している方も多いことでしょう。もっと明るく不妊治療そのものを考えていただきたいと思います。

安易に“子供がいなくていいわね。お金もたまるとしょ”という方のためにも、声を大きくして不妊治療は、お金が沢山かかること。若くして子宮をとってしまった方や、卵巣のない方など、自分の力では、解決できない方のために、国がもっと力になって下さるようお願いいたします。

AIDは認めているのですから。

私は、いつでも、悩んでいる方がいるなら、話を聞いてあげたいと思います。聞いて

もらう所もないのが現状です。現在病院で治療を受けている方々の意見を多くとり入れてくださいますことを心よりお願いします。これからの日本を背おう子供がちが、未来を明るく見通せる世の中。夢のある人生が送れるよう結婚してからも相談できる公的システムを、民間の病院は、かなり高額です。

皆が、自分の子供をもてる時代が来るとよいと考えます。若い子が、子供の命を大切に考えられる、世の中を、学校教育と合わせて考える必要があると思っています。

医学の進歩と、それにとまう回りの理解が必要です。IVFの初期を経験した私は、今、更年期に苦しんでいます・・・それは、別の問題ですが。

受付番号：34

受付日時：平成15年1月31日

年齢：40歳

性別：女性

職業：団体職員及びフリーライター

所属団体：(匿名化の要否不明)

氏名：(匿名化の要否不明)

【この問題に関心を持った理由】

全てが生殖補助医療を規制なしで進めたい一部の医師たちの既成事実の積み重ねを追認している形でしか進んでいないように感じる。肝心の「生命をどう考えるのか」という討論の積み重ねをせずに進んでいっているように見えるので。

【御意見】

今回のパブリックコメントを募集している“「生殖補助医療技術に関する専門委員会」報告書において提示された条件及びその具体化のための検討結果”の前提となっている、“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”に置いても、生命をどう考えるのかの根本的な討論がないように感じる。

提供胚による生殖補助医療は、直接的な言い方をすれば、「他人の子どもを自分のお腹で育てて生み、育てる」ということになる。まったく遺伝的につながっていない子どもの育てるのであれば、「なぜ、養子ではダメなのか。出産にこだわるのか」という理由がわからない。実際に、多くの人が「なぜ、子どもが欲しいのか」「なぜ、出産にこだわるのか」ということを真摯に考えているとは思えない。

「自分の子供」「血がつながっている」というのにこだわるのであれば、兄弟姉妹等血縁関係者からの提供を認めた方がすんなりいく。しかし、それを認めないとしているのはなぜなのか。

「第三者の胚を移植」するのであれば、血にこだわらないわけである。では、なぜ、養子はダメなのか。お腹をいためることにこだわるのか。

しかし、生殖補助医療の選択肢はほとんど広がっていく。「クローン技術が生殖補助医療である」という詭弁さえ一部の人に受け入れられてしまう社会がある。

こういう社会の中で、医師の既成事実の積み重ねとその追認を防ぎ、どこまでを生殖補助医療として認めるのか、その明確な理由等々を考えるうえで、なすべきことは社会的に広く「生命を我々がどう考えるのか」の真摯な議論ではないだろうか。

なぜ、そう思うのか。真摯な議論がないままに生殖補助医療が進み、それにあわせて具

体的なガイドライン(指針)が決められるという状況がこのまま進むのであれば、以下のようなことが危惧されるからである。

第3者からの胚、精子、卵子の提供に関して、提供の時点で優生思想が入ることになるのではないかと。また、生まれてきた子どもが親の期待に反していた場合に「第3者からの提供」という理由で、捨てられるのではないかと。

「子どもが欲しい」という要求に線引きなく進む社会の中で、借腹やクローン技術での出産というのも、生殖補助医療の範疇であるという声が上がっており、既成事実の中で突き進むのではないかと。

卵子や胚を体外に出したことで、遺伝子診断が出来ること、ヒトES細胞の研究が進むこと、の中で、私たちがどこまで正気でいられるのか、優生思想を配し確固とした倫理をもって対処できるのかは誰も保障できるものではない。

だからこそ、現在進んでいる医療を一時的にストップしてでも、私は生命に関する議論を広くすべきだと考える。具体的な政策はその後で十分だと思う。

受付番号：35

受付日時：平成15年1月31日

年齢：69歳

性別：男性

職業：なし(元牧師)

所属団体：不明

氏名：岸本 和世

#### 〔この問題に関心を持った理由〕

わたしは、かねてから生命倫理に関心を持っており、2000年3月まで牧師の仕事をしてきた。わたしは、「いのち」について考え、神学的なことはもちろんですが、次第に医学や生物学、遺伝子の分野についても、ひとりで学んで来ました。今は引退の身ですから、毎日インターネットの前で、主として海外からのさまざまな情報を取り込み、日々刻々展開する生命科学や倫理的な問題に触れ、色々学んでおります。

わたしの友人の木村利人さんの紹介で、2000年12月24日の「第28回先端医療技術評価部会」を傍聴する機会もありました。

この意見募集は、たまたま「情報サポーター」としてお手伝いしているホーム・ページ(ライフサイエンス・インフォメーション・ネット・LNET)『受精卵は人か否か』(代表者最相葉月)で知りました。

#### 〔御意見〕

<はじめに>

わたしは、岩波書店発行の雑誌『世界』1990年4月号(324-336頁)に、「生命倫理とは何かー日本における議論の貧困を憂うー」という題で、一文を寄稿しました。そこで主張し批判している状況は、10年以上経った今も、(日本産科婦人科学会など)の見解に、多少の「後追的進展」は見られるものの基本的には変わっていません。

今回の意見募集に関連して付せられている各資料の中にある二つの「日本産科婦人科学会・会告」(以下、「会告」と略す)ーその一つは、わたしの文章以前の1983年のものーに見られる姿勢で気になったのは、「ジュネーブ宣言によれば」の箇所です。その宣言のどこに「医療は医師と患者とのみから成り立つもの」という言葉があるのでしょうか。

それとも、わたしが見ることのできないような資料の中に、そのような決定的な「宣言」が述べられているのでしょうか。

このことを指摘した理由は、今回検討を求めている「報告書」に、繰り返しそれらの『「会告」に準ずる』とあり、「報告書」には、そのような「会告」に見られる姿勢に対する批判的な言及は見られないからです。その点を指摘した上で、『検討結果』についての意見を記します。

#### 検討課題1に関して

1の(1)の1)全般について

「<はじめに>」で言及したことからいって、「医師の裁量とする」場合の「医師が考慮すべき規準を国が法律に基づく指針として示す」ことの(具体的な)内容には、特に「インフォームド・コンセント」を中心とした、「検討課題2」ーそれについての意見は後述するーにおいて取り上げられていることが、厳密に守られていることが必要で、専門委員会の今後の検討に期待します。

1の(2)について

「子宮に移植する(はい)の数の条件」(「はい」の漢字を登録してあるのに出て来ないので、(はい)と記します)で、その数を「状況によっては、3個まで」としていますが、最近の英国などでは、成功率や経済的な理由で複数移植することによって生じる「欠陥や危険」が問題となっており、複数であることについての警告が出されています。そのことが(またまた)「医師の裁量」とされていることに危惧を感じます。

2の(1)について

ここでは「遺伝性疾患の検査」が取り上げられていますが、諸外国で問題とされているのは、当該の時期において知られていないような遺伝的な「問題」が数十年の期間を経た後に判明したということについてです。そうした「可能性」についてはどのように扱われるのでしょうか。

2の(4)について

「提供者と提供を受ける人との属性の一致等の条件」で、「血液型などを…合わせる」ことができない場合もある」ということは、生まれて来る子どもが将来そのことについての情報を知る可能性と知りたいという要求をして来る可能性が大であることを意味します。同じような意味で、「同じ精子・卵子・(はい)」を使用する第2子を認めるということもたらす、将来に生じる(上記と同じか、それ以上の)可能性も起きます。こうした点についてどのように考えられるのでしょうか。

2の(5)の1)について

英国では「出自を知る権利を認める」方向にあって、担当大臣が一旦それを予告しましたが、現時点ではそこ(案1)まで踏み込むことに躊躇が見られ、妥協的に(案2)が提案されているようです。

わたしは、この点について、「会告」に繰り返し述べられている「被実施者夫婦およびその出生児のプライバシー尊重」とか「精子提供者のプライバシー保護」の強調よりも、『生まれて来る子どもの「福祉」』に目を向け、それは何を意味するのか、どのようにそれを実現して行くのかの道筋を、まず明らかにされなければならないと思っています。それに関連したところからだけ、「プライバシー」がどのようにでなければならないのかを言うべきではないでしょうか。産科婦人科学会の使命は、「子どもを持ちたい人たちの希望を叶えさせること」にだけあるのではなく、さらに(たとえ、それがクローン児であったとしても)親たる人たちの希望が、「生まれて来る子どもの将来」に優先するとするのは誤りである、と考えます。

そこでは、法的な親(被実施者夫婦)はもちろん、提供者の責務・責任も最大限に自覚されなければならないのではないのでしょうか。なぜなら、その“責務・責任”には、“生まれて来る子どもの将来”のことが当然含まれるはずであって、生まれて来る以上は、その子どもの“福祉”の一部として“権利”が発生することをおろそかにしてはならないのであって、その点に関する言及と、そのことの関係者たちの“責務・責任”についての言及が不可欠だと思います。

#### 検討課題2に関して

##### 1の(1)について

1全体が、インフォームド・コンセントとカウンセリングのあり方について述べられているのですが、まず、インフォームド・コンセントとは、“双方向性を持つもの”であることに留意していただきたいと思います。1の(1)の「…に対する説明の実施」がたとえ「十分」であるとしても、それは、「提供を受ける夫婦は…説明を“受けた確認”を行なう」および、1の(2)の「同意の取得」とあるように、あくまで医師の側に立つ一方向的なものであって、「インフォームド・コンセント」のあるべき内容としては不十分だと思います。

それは、上記したように、被実施者夫婦や提供者の“責務(責任)”が不可欠・不可避である以上、医師の側からの「実施」に付いての「説明」だけでなく、“受ける側”からの“状況や事情”の「説明」と、それについての医師の側からの「コンセント」がなければなりません。それがなされて、初めて「コンセント」の果たすべき役割が果たされるのですから。

「会告」に付されている「解説」には、『体外受精・(はい)移植法の実施に際して、我が国における倫理的・法的・社会的な基盤が十分に配慮され、「体外受精・(はい)移植」に関する見解が、より正しく理解されることを目的として』いるとあります。“自然な”かたちで子どもを持つことが可能な多くの人たちにとって、この「技術」への関心や関与は低いでしょう。“子どもを産みたいけれども、医学的な障がいがある産めない人たちの希望を叶えさせる”という「目的」が、“子どもを産むこと”で完了するとの考え方に帰結するのであれば、「会告」が繰り返す「プライバシー」は、本「報告書」が究極的に目指しているものと相容れないものであると言わざるを得ません。その意味で、「検討課題2」で述べられている点は、内容的にさらに踏み込んだものでなければならないと思います。

わたしの意見が、この「報告書」の「生殖補助医療」の「技術」的なことに関するものであることを超えているというのであれば、厚生労働省は「生殖補助医療」そのものを検討する専門委員会を設置して、生命倫理的な観点からの根本的な検討がなされる必要があると思います。この「報告書」について、そのことも含んだ検討というのであれば、当然わたしが指摘していることもさらに検討されるべきではないのでしょうか。

##### 1の(3)について

ここでは、カウンセリングは「専門団体等による認定等を受けた当該生殖補助医療に関する専門的知識を持つ人」となっているけれども、現実にもそのような条件を満たす人がいるのか、いるとしても、その必要を満たすだけの人数を確保できるのか、疑問を感じます。

また、「カウンセリングを受ける者」について、特に②と④では法的な担保の問題がないかという点と、心理的な大きな困難が予想される点が気になります。また⑤では、関係する家族に情報が伝えられるので、それによるより困難な「プライバシー」の確保が可能なのか、「プライバシー」は前提されないものとして述べられているのが明らかではありません。

##### 2の(2)について

「実施施設」の業務は、「提供された精子・卵子・(はい)による生殖補助医療について“最終的な責任を負う”」とあります。「実施責任者」の「最終的責任」について、「具体的には」として記述されていますが、その記述から受けるものは、“誤りなく実施すること”(=“マニュアル・チェックを怠るな”)と言っているだけで、それが「最終的責任」と言うことなのだろうかと考えてしまいました。

「実施医師」の果たすべき役割についても、“マニュアル通りやること”と言っているだけ、という印象です。

繰り返しになりますが、この2の(2)で述べられていることから、この報告書で言うところの「生殖補助医療」は、“子どもを産みたいけれども、医学的な障がいがある産めない人たちの希望を叶えさせる”ことに止まるという印象がありますが、それでは不十分のそしりを免れないと思います。

特に、「生まれて来る子どもの福祉」に対する「実施医療施設」の役割や責任、例えば、“その子ども”に障がいがあった場合についての言及は不要なのではないでしょうか。この点で、2の(3)の「倫理委員会について」の、②で述べられている(「生まれた子に関する実態」という点が、「施設」が「実施」するにあたっての「留意」すべき事柄として記載されないのはなぜでしょうか。

##### 2の(3)について

「倫理委員会」は、「実施の是非を(“事前”に)審査する」だけでなく、“事後”の事柄についても責任を果たすことが求められる機関でなければならないと思います。

また、「倫理委員会」の「構成」については、「次に掲げる人的要件を満たすことが望ましい」という“要望”ではなく、その構成の基準を充たしていることが公的に確認される必要があるでしょう。わたしが『世界』に書いたような、“お墨付き”を与える機関になることのないためにも。

#### 検討課題3に関して

この部分は、以上に述べたことを維持するような公的機関の管理体制が明確にされることに尽きると思います。

##### <おわりに>

わたしは「生殖医療」は「補助医療」も含めて、(子どもを持ちたい人の)“現在”よりも、(生まれて来る子どもの)“将来”を中心に据えたものであるべきだと考えていますから、「個人情報の開示」を基本にした方向が打ち出されることを望んでいます。

その点に関して、この課題に関わる方々に、英国の著名な哲学者であり、1984年に人間の受胎と発生に関する「ワーノック報告書」をまとめた調査委員会の委員長を務めたメアリー・ワーノック(Mary Warnock)氏が著した「Making Babies Is there a right to have children?」(Oxford UP, 2002年)を是非お読みいただきたいと思います。100頁ほどのこの本を通して、主として生殖に関連して、“権利”とは何を意味するのかについて、この著者から深い示唆を与えられました。

受付番号：36

受付日時：平成15年1月31日

年齢：30歳代及び40歳代

性別：(夫婦)

職業：会社員及び地方公務員

所属団体：なし  
氏名：匿名希望

〔この問題に関心を持った理由〕

結婚して11年、不妊治療をずっと受けてきました。しかし、下垂体から放出されるFSHが高いままで、卵巣も萎縮している状態であり、受精可能な卵子の存在は期待できない状況が続いています。

同じ悩みを持つグループの中には、すでに、米国や韓国などでの卵子提供プログラムを実行しようとしている方々もいらっしゃいました。

しかし、平成12年12月の「生殖補助医療技術に関する専門委員会」報告書の報道発表を受け、この数年、貴部会に一途の望みを託してきたところです。

また、平成14年11月には、坂口厚生労働大臣が不妊治療の保険適用について前向きな発言を行うなど、わが国の不妊治療の進展及び普及に期待感を持っていたためこのパブリックコメント募集に参加するものです。

〔御意見〕

生殖補助医療技術の進展のため、平成10年10月から2年2カ月、専門委員会では、計29回も審議していただき、更に約2年、その条件整備及び具体化のため、貴部会で審議いただくなど、お忙しい先生方、厚生労働省の職員の方々の並々ならぬご尽力に、不妊治療を受けているものとして厚く感謝申し上げます。

生殖補助医療が着実に普及している中、この熱心で集中した審議と長い年月の結果が広く国民に理解され、『私たちと私たちの子孫のため、協和による成果と、全国にわたって自由のもたらす恵沢が確保され、その福利が享受できる』ようお願い、下記のとおり意見を提出するものです。

## 記

### 1 無知なる国民のひとりとして

「専門委員会からの報告書」は、次のような内容であると考え、思っていました。

- (1) 営利目的での精子等の授受、代理懐胎の施術やそれらの斡旋、秘密漏洩に罰則を適用させ、大きな社会問題となるような医療行為等を規制するもの
- (2) 一方で、必要な条件整備を進めていくということを条件に、上記(1)以外の精子・卵子・胚の第三者提供による生殖補助医療の拡大を認めるもの

この報道に接した時、不妊治療を受けているものたちは、わが国も他国の先進医療にようやく追いつくものだと思っておりました。

### 2 回を重ねるごとに抑制・規制を強化

しかし、貴部会が回を重ねるごとに、「安全性」の名を借りた、『精子・卵子・胚の第三者提供による生殖補助医療』の「抑制・規制」が色濃くなってきており、たいへん失望しております。

「認めるということはそれを推進するということとは別で、やることについて禁止しないという考え方で、認めるからどんどんやりましょうということではない」  
(平成14年2月28日・第10回部会議事録より抜粋)

上記の発言に対し、委員の誰も反論していないということを知った時、「専門委員会の報告書」の真意を知らなかった私は自分のバカさかげんをおおいに呪いました。

この方針のまま、貴部会が検討結果を出し、作成される法案や指針・ガイドラインが発表されれば、その抑制・規制の厳しさに（10人に1人といわれる）不妊治療を受けている方たちからはもちろんのこと、身近な人が治療を受けている国民の多くの方々、並

びに、民間の不妊専門クリニックから『また、法律で締め付けるのか』とたいへんな反発が噴出するものと考えられます。

多くの不妊患者は、不妊難民となって韓国や米国への渡航を余儀なくされるでしょう。

特に、下記の5つの締め付けにより、これまで行われてきたAIDも激減し、卵子の提供は皆無、胚にいたってはなおさらという状況に陥ることは、貴部会の多くの委員も認めているところです。

- ① 施設基準による締め付け
- ② 人的基準、カウンセリングによる締め付け
- ③ 倫理委員会の設置義務による締め付け
- ④ 働く女性の排除による締め付け
- ⑤ 啓発等の無作為による締め付け

### 3 修正意見等

～『非配偶者間の生殖補助医療は、国としてできるだけ行いたくない』と国民から勧められないために…～

- (1) 施設基準による締め付け  
ア 実施医療施設

- ① 配偶者間の生殖補助医療は、通常の不妊専門クリニックで多く行われています。非配偶者間の生殖補助医療は、感染症の検査、遺伝性疾患の確認までであるのに、何故、不妊専門クリニックではダメなのでしょう？
- ② 非配偶者間におけるリスクは、インフォームド・コンセントにより患者は十分に承知しているものであります。非配偶者間の生殖補助医療を望む患者たちはリスクが多くても渴望しています。法的整備が行われる中で、（過剰な「抑制・規制」により）生殖補助医療技術が事実上、配偶者間だけに限定されてしまうというのは、あまりにもおかしいです。
- ③ 十部な医学的根拠がないわけですから、上記①が国民に理解されない限り、非配偶者間の生殖補助医療を受けるものは特別とみなされる、過剰な「抑制・規制」は、そのまま『差別問題』につながるでしょう。
- ④ 非配偶者間はインフォームド・コンセント、カウンセリングも手厚く行われるのに、（税金の投入された）高度な医療施設のみに限定され、一般の配偶者間ではこれが簡略化されるとなれば、『逆差別』も生まれます。
- ⑤ 非配偶者間におけるリスクは、配偶者間におけるリスクより高いというデータが十分に示されていません。まして、正常な卵子と精子、又は胚で実施される非配偶者間における生殖医療が、妊娠のむずかしい配偶者間におけるリスクより高いというのが、理解できません。  
【高橋院長・第12回部会議事録（平成14年5月9日）より抜粋】
  - 「基本的には自然妊娠で出産した子どもに比べて、いわゆる異常児の率が高いというデータは出ていません。」
  - 「正直、第三者の配偶子を提供する医療というのは正直余り興味がない。これはできて当然といいますが、医者としてのおもしろ味がないというも確かにあると正直言わせてもらいます。当然家畜と一緒にするので、こういったら失礼ですけど、いい受精卵をもらって、いい子宮にすれば、恐らく妊娠率は80%超えて当たり前なんです。そういうことで、技術的な問題は余り重要ではないのではないかと思います。」
- ⑥ ある委員の意見「ほかの生殖医療と第三者からの提供によるものとを医学的な面から区別するのは、理論的に考えておかしいし、ほかの人が読んでも矛盾すると思います。科学的な根拠がないのに、ここだけ厳しくするのはおかしい

と思います。」

→ この意見に対する議論が十分になされないまま結論がだされました。もともと、結論ありき だったのではと疑われやすい。

- ⑦ NICUの不足解消のために、非配偶者間の生殖補助医療を出汁にしないでいただきたい。  
入院施設やNICUは、綿密な連携を行うことが確保されていれば当面、それで良しとすべきだと思います。

〔 配偶者間の生殖補助医療を行っている方から恨まれるのは嫌です。〕

- ⑧ 基礎研究室は不要でしょう。まして、技術研修医や新人の技術訓練などは通常の配偶者間の生殖補助医療、顕微受精でも必要な話であって、患者が渴望する「少ない第三者の卵子や精子、胚」を使って研修されるなんて、患者の感情を無視するようなものです。各実施医療施設で必ず必要なのではないでしょうか？

基礎研究室を義務付けるのはセンターだけであって、基礎研究室は都道府県ごとにひとつで十分かと思えます。

「基礎研究室の併設が望ましい」程度の表現でないと、本当は、実施医療施設を認定するつもりはないのではと勘ぐられてしまいます。

- ⑨ 非配偶者間の生殖補助医療のために、大きな施設を整備・建設する補助金や税金が投入されても、実施件数が数件であれば、税金の無駄使いと批判され、非配偶者間の生殖補助医療を受けようとする患者は『差別』視されてしまいます。

実施医療機関には不妊専門クリニックも多く認定すべきだと思います。一方でセンターの充実、配偶者間も含めた医療整備、通常の分娩児も対象とした成育センターの整備、充実を求めます。センターを中心とした連携が行われていれば、生殖補助医療を施す複数の施設、分娩を行う複数の施設、小児医療を施す施設は、当面、それぞれ別であって良いと考えます。

- ⑩ 非配偶者間の生殖補助医療を受けようにも実施医療機関が県内にひとつしかない場合、仕事を持っている女性は、休暇をたびたび取得しなければならなくなります。通常の生殖補助医療では、総合病院や大学病院でも診察、治療が行われますが、HMG-HCG療法など、長期にわたる注射、治療は職場（あるいは自宅）に近い不妊専門クリニックや産婦人科で（卵巣過剰刺激症候群など副作用の十分な監視のもと連携をもって）行われているのが実情だと思います。

また、不妊専門クリニックの方が妊娠率が高いですし、妊産婦や赤ちゃんも見なくて済みます。大学病院のように若い研修医のおもちゃ（研究材料）にされないので安心です。

お願いですから、（非配偶者間だからといって）女性から「職業」や「医療機関の選択の自由」を奪わないでください。

#### イ 提供医療施設

- ① この施設が相当数ないと、提供される精子、胚、卵子の供給は滞り、結果的にこの制度は「絵に描いたもち」に終わってしまいます。何年もの集中審議された時間や国民の期待に裏切らないためにも、相当多数の提供医療施設を確保する必要があります。
- ② 指定施設以外の医療機関から余剰の胚や精子、卵子の提供があった場合も、それを無駄にしないようなシステムが必要であると考えます。
- ③ 胚、精子、卵子の種類により提供医療施設の指定基準は異なるべきであって、医学的に異なるレベルのものを無理に厳しい基準に統一すべきではない考えられます。
- ④ インフォームド・コンセントやカウンセリングは提供された後であっても（凍結保存されている間に）開始可能にするべきだと思います。

- ⑤ 提供医療施設において、インフォームド・コンセントやカウンセリングが行える人的配置は望ましいことではありますが、そういった人的配置を提供医療施設内に義務づけるような「抑制」は必要性ないと考えます。センターからカウンセラーを派遣すればすむことだからです。

- ⑥ 余剰卵子であってもそれが胚になれば、凍結保存が可能なおから胚の提供医療施設など、基準相当の培養設備及び培養スタッフを有する医療機関（実施医療機関には指定できないレベルである場合でも）では、余剰卵子に非配偶者からの精子をかけあわせ、凍結保存することまでの工程を認めても良いと考えます。凍結保存された当該胚は、移動できることから指定された実施医療機関に搬送することができると思えます。

- ⑦ 今後、生殖補助医療以外への精子、卵子、胚の使用は医学の発展上、多くの需要があるものと考えられています。特に胚性幹（ES）細胞の供給を不必要に抑制することは、わが国の医療技術（再生医療を含む）を諸外国より低位なものにしてしまうことでしょうか。

今回、厳格すぎる基準を設けて提供医療施設を抑制してしまうことは、生殖補助医療用の精子、卵子及び胚の抑制だけでなく、将来、不可欠なES細胞の供給を絶ってしまうことにつながるおそれがあります。

#### (2) 人的基準、カウンセリングによる締め付け

- ① 臓器移植のように、カウンセラーは出張するのが当然だと思っていました。

- ② もしくは、センター化されたところなど、カウンセラーがいるところに提供を受けたい希望者が出向くことができることから、連携の取れる体制であれば十分であると考えます。

- ③ カウンセリングにおいて、医療内容が配偶者間のそれと大きく違うのか違わないのかも説明し、あくまでも抑制する立場ではなく、（差別することなく）生殖補助医療を推進する立場で説明願いたいものです。

#### (3) 倫理委員会の設置義務による締め付け

これこそ、何故、実施医療機関内に設けなければならなのかが説明しつくされておられません。都道府県内にひとつあれば十分であってその方が（実施機関ごとではない方が）公平な判断が下せるのではないのでしょうか？

#### (4) 働く女性の排除による締め付け

実施医療機関や提供医療機関が少ないことは、結果として働く女性の排除につながることになるので、対象医療機関は多く認定していただきたいです。

#### (5) 啓発等の無作為による締め付け

「これからの我々の務めというのは、卵子の提供をできるだけ募っていくということが重要な課題ではないかと思うんですね（平成13年12月21日・第8回部会議事録より抜粋）」

矢崎部会長のおっしゃったとおり、具体的な取り組みが必要と思われまます。

については、配偶者間で体外受精が行われる際、生殖補助医療に携わる医師は余剰の配偶子の提供を積極的に声がけしていくよう部会として提言すべきと考えます。

#### 4 最後に

× 「理想論を掲げすぎ、当面の実現は不可能な制度・施設をガイドライン化した結果、第三者の提供はほとんどありませんでした。数年後、見直しますので それまで待っててください」