

# 子宮移植の臨床研究に際しての指針

平成 26 年 12 月 17 日

子宮移植プロジェクトチーム

## 緒言

ここに示す「子宮移植の臨床研究に際しての指針」（以下、「指針」）は、我々が 2009 年に立ち上げた子宮移植プロジェクトチームにおいて議論を重ね、ならびに 2012 年に当チーム内に設置した倫理委員会の意見を参考にした上で、その方向性を示すものである。

わが国において、実際の子宮移植術が施行されるに至るまでに、「指針」の内容の改定・追加等、今後もさらなる検討が必要であることは言うまでもないが、現時点における我々の基本的姿勢を明らかにすることにより、子宮移植医療の礎としたい。

2014 年 12 月 17 日

「子宮移植プロジェクトチーム」

阪埜 浩司（慶應義塾大学医学部産婦人科）

木須 伊織（慶應義塾大学医学部産婦人科）

三原 誠（済生会川口総合病院血管外科）

原 尚子（東京大学医学部形成外科・美容外科）

菅沼 信彦（京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻）

## 背景

近年の生殖補助医療技術の発展により不妊治療は急速に進歩し、多くの不妊夫婦に福音がもたらされているが、生まれつき子宮がない女性や子宮腫瘍などにより子宮を摘出された子宮性不妊患者は、自らの子宮で児を育て出産することは不可能であり、この新たな生殖医療の恩恵に浴することができなかつた。子宮性不妊患者が唯一夫婦間の児を得ることができる方法として、海外においては代理母による代理懐胎・代理出産が行われている国もあるが、倫理的・法律的・社会的・医学的な問題が多く内包され、わが国での実施は公的には認められていない。このような背景の中、近年の移植技術、微小血管吻合技術、組織保存技術の向上や免疫拒絶のメカニズムの解明、免疫抑制剤の開発に伴い、これらの子宮性不妊患者が自らの児を得るために、「子宮移植」による妊孕性再建が1つの選択肢として考えられるようになってきている。

多くの動物種を用いた基礎的研究により、その可能性が示されつつあるが、同時に諸外国においては臨床適用がなされはじめている。第1例は2000年にサウジ・アラビアで実施されたが、失敗に終わった。トルコでは2011年8月に施行され、2013年には妊娠に成功したが初期にて自然流産となった。2012年にはスウェーデンのグループが9例の子宮移植を行い、2014年10月には移植子宮からの世界最初の出生児が報告された。続いて2例の出産が明らかとなり、1例が妊娠中との情報である(2014年12月現在)。

我々も2009年から子宮移植に関して、子宮移植プロジェクトチーム(ホームページ: [pt-ut.org](http://pt-ut.org))として「子宮移植の臨床応用に関する研究会」を立ち上げ、頻回に勉強会・情報交換会を行ってきた。2010年からは、霊長類であるカニクイザルを用いた基礎実験を開始し、2011年には、子宮自家移植後の妊娠・出産に成功した。現在は他家移植においても基礎的検討を継続している。さらに2012年には当研究会内に倫理委員会を設置し、倫理的な問題を産婦人科医・形成外科医のみならず、移植外科学、倫理学、哲学、臨床心理学、看護学の専門家、さらには不妊患者会の代表者も交え、8回の委員会を開催し、臨床応用に向けたステップを歩んできた。さらに2014年3月には我々は日本子宮移植研究会(ホームページ: [js-ut.org](http://js-ut.org))の設立に寄与した。本研究会は既に2回の学術集会・講演会を開催し、医療関係者や一般国民に対する情報提供を行ってきた。

子宮移植は子宮性不妊患者が児を得るための生殖医療及び移植医療の一環として考慮される医療技術となり得ることが期待される。しかしながら、ドナーのリスクと心理・社会的負担、法的な正当性の確保など、重い課題も多い。わが国においてもその施行に関して審議しなければならない社会的状況がいずれ到来することが予想される。そのため、わが国における倫理的・法的・社会的基盤を熟慮し、本法の有効性と安全性を評価するために、十分な審議を尽くした上で、厳格に管理された臨床研究として実施されるべきであると考えられる。さらに子宮移植は通常の生殖補助医療技術と異なる医学的、倫理的、社会的な問題を包含しているため、以下の留意すべき点を、「子宮移植プロジェクトチーム」の「子

宮移植の臨床研究に際しての指針」として提示し、関連学会ならびに多くの方々の論議や意見をいただきたく考える。

## 子宮移植の臨床研究に際しての指針

1. 子宮移植は従来の生命維持臓器の移植と異なり、女性のリプロダクティブ・ヘルス/ライツに鑑み、妊娠出産を可能にするという QOL の向上を目的とした臓器移植として位置付けられる
2. 子宮移植術におけるドナーは、通常の臓器移植と同様に生体および死体ドナーのいずれも候補者として考慮され、その尊厳と権利、安全確保は何よりも優先されなければならない。生体ドナーにおいては、あらゆる威圧を排除し、自発的な意思決定による提供が確保されなければならない。また精神心理的負担に対しては、継続的なカウンセリングによるサポート体制の整備が求められる
3. 子宮移植術におけるレシピエントは、子宮性不妊症により医学的に自らが妊娠出産することが不可能で、挙児を強く希望する者を対象とする。レシピエントの身体的リスクや負担に留意し、患者に十分な情報提供を行う必要がある。また精神心理的負担に対して、ドナーと同様にカウンセリングによるサポート体制の整備が必要である
4. 子宮移植によって生まれてくる子の人権と福祉は最大限に保障されなければならない
5. 子宮移植術実施前に、レシピエントならびにドナーに対して本法の内容、問題点、予想される成績や不利益について、事前に文書を用いて十分に説明し、理解した上での自発的な同意を受け、同意文書を保管する
6. 子宮移植に関わる費用の負担について、事前に患者と実施者間での合意を得る必要がある。また営利目的による子宮提供の斡旋、もしくは類似行為は決して行ってはならない
7. 子宮移植の臨床研究に際しては、法令、指針、ならびに倫理原則に則り、各種学会のガイドラインを遵守し、実施施設倫理委員会の承認を得た上で施行する
8. 子宮移植の実施には霊長類を含めた動物における基礎実験や、十分な手術手技の修練が必要である
9. 子宮移植は様々な領域にまたがる医療であることを認識し、幅広い職種で構成されたチーム医療体制のもと、施行されなければならない

10. 子宮移植医療に対する社会的コンセンサスを得るため、情報提供や意見の収集に努め、積極的かつ継続的に検討を加えていかなければならない

## 「子宮移植の臨床研究に際しての指針」の解説

1. 子宮移植は従来の生命維持臓器の移植と異なり、女性のリプロダクティブ・ヘルス/ライツに鑑み、妊娠出産を可能にするという QOL の向上を目的とした臓器移植として位置付けられる

(解説)

従来の移植医療では、生命の維持のために臓器の提供ないし移植が行われるが、腎臓や角膜などはいわば QOL 向上を目的とした臓器移植とも考えられる。さらに海外では手、四肢、喉頭、顔面などの移植も報告されている。子宮は生命維持臓器でも、直接に財を生み出す臓器でもないため、本法は新たな生命を生み出すことを目的とした臓器移植として位置付けられる。さらに、出産後に子宮を摘出することにより、免疫抑制剤の服用を中止することもでき、永久的ではなく一時的な臓器移植ともいえる。本法は QOL 向上のための医療技術であることから、全ての子宮性不妊患者に提供される医療ではないが、児が持てないことにより身体的、精神心理的、社会的負担を抱える患者は存在するため、児をもつ選択肢の1つとして考慮されてもよい医療と考える。しかしながら、本法の実施に際しては、養子縁組など児を得る他の手段も提示した上で考慮されるべきである。さらに、すべての女性にとって児を産むことが決して幸福主義に該当するとは限らず、子を持たないと決めた夫婦の選択も十分に尊重しなければならない。

2. 子宮移植術におけるドナーは、通常の臓器移植と同様に生体および死体ドナーのいずれも候補者として考慮され、その尊厳と権利、安全確保は何よりも優先されなければならない。生体ドナーにおいては、あらゆる威圧を排除し、自発的な意思決定による提供が確保されなければならない。また精神心理的負担に対しては、継続的なカウンセリングによるサポート体制の整備が求められる

(解説)

1) 子宮提供者（ドナー）の対象は、生体ドナーと死体ドナーに分けられる。生体ドナーは親族及び第三者が、死体ドナーは脳死及び心停止患者が候補者として考慮される。いずれの候補者においても、臓器提供にあたり、自発的な意思決定であることが必須であり、移植の利益と危険性を十分理解し、外部からの強制が決して働いていないことに留意する必要がある。生体及び死体からの臓器提供による移植には各々のメリット、デメリットが存在し、現段階ではいずれが優先されるかは明示できないが、少なくとも生体ドナーの子宮提供に伴う身体的精神的リスクに対して最大限に配慮しなければならない。また、提供された子宮が出産後にはレシピエントから摘出されるという情報提供も必要である。死体ドナーに関しては、現段階では法的に本法の実施は困難であるが、将来的に厚生労働省、日本移植学会、日本産科婦人科学会などの主要学会へ本法の必要性の審議を要請し、わが国における臓器移植法、省令、ガイドライン等の改正を国に提案することも考慮する。死体ドナーからの本法の実施においては、臓器移植法で認可されている他臓器と同様に、臓器移植法の基本的理念である臓器提供に関する本人の意思の尊重、移植手術を必要とするものに対して適切な実施、移植手術を受ける機会の公平性の担保が遵守されなければならない。

2) 提供者の適正な年齢に関しては、国際的にもまだ臨床研究段階であることから十分な検討は行われておらず、エビデンスを持って明示することは困難である。可能な限り若年で閉経前のものが望ましいと考えるが、海外のこれまでの報告に準じて、出産歴があり、ホルモン剤刺激により月経の回復する閉経後の女性も考慮される。しかしながら、高齢の子宮を移植することで、その子宮を用いた妊娠出産のアウトカムは成功例が報告されたとは言え、不確実な点も多く、その危険性については議論の余地がある。また、死体ドナーに関しても生前に周期的な月経を有するものが望ましいと考えるが、同様に年齢の条件については現段階では言及することはできない。

また、子宮が他臓器と比較して拒絶されやすい臓器かなどの臓器の抗原性はヒトにおいては不明な点もあるが、本法におけるドナー・レシピエント間の HLA 適合に関しては、可能な限り一致することが望ましい。しかしながら、近代の免疫抑制剤の進歩により HLA ミスマッチの患者間でも多くの拒絶反応を制御できるようになったことから、そのミスマッチ数に関する規定は必要条件ではないと考える。



さらにドナーの選択は、実施施設での倫理委員会承認のもと、施設での厳密な適格規準、除外規準に則り、慎重に行われなければならない。

3) 本法におけるドナーのリスクは他の臓器移植と同様に何よりも留意すべき事項である。死体ドナーの場合には、ドナーのリスクは存在しないが、生体ドナーの場合は、身体的精神的リスクや負担は甚大であることが予想され、最大限の配慮が必要である。

生体ドナーは子宮摘出という侵襲的な負担を強いられることになる。そのため、手術に伴う合併症のリスクだけでなく、血管摘出に伴う後遺症、卵巣機能不全、子宮摘出に伴う性的行動や性的欲求の低下などが懸念される。これらのリスクに関して可能な限り情報提供を行い、本研究の内容を十分理解した上で同意を取得する必要がある。

精神心理的負担に関して、配慮やサポート体制を整備すべきである。臓器の提供はドナーの自発的な同意で行われることが前提であるが、他にドナー候補がない、周囲から促されたなどの消極的同意や強制圧力も存在し、ドナーになることへの葛藤が生じることも予想される。また生殖年齢のドナーの場合、ドナーの配偶者やその家族との間に移植に対する価値観の乖離が生じることも懸念され、ドナーの家族から十分なサポートを得られない状況が生み出される可能性がある。さらに、ドナーの術後の経過が良好でも、予想以上の術後疼痛やボディーイメージの変化、レシピエントの術後経過の様子により、不安抑鬱状態、無力感、絶望感などの精神的負担を抱えることも予想される。

本法において、ドナーが移植の利益と危険性を十分理解し、自発的な参与が保障された上で長期的な追跡やケアが行えるサポート体制の整備作りがなされるべきである。

3. 子宮移植術におけるレシピエントは、子宮性不妊症により医学的に自らが妊娠出産することが不可能で、挙児を強く希望する者を対象とする。レシピエントの身体的リスクや負担に留意し、患者に十分な情報提供を行う必要がある。また精神心理的負担に対して、ドナーと同様にカウンセリングによるサポート体制の整備が必要である

(解説)

1) 子宮移植術のレシピエント（受容者）の対象は、子宮性不妊症患者である。すなわち、子宮が存在しない、もしくは子宮は存在するがその妊娠出産の機能を有さない女性である。子宮性不妊症は先天性及び後天性に分類され、先天性は、生まれつき子宮や膣を欠損する先天性膣欠損症（MRKH 症候群）や子宮低形成、子宮奇形などが該当する。後天性は、子宮悪性腫瘍、良性疾患（子宮筋腫や子宮腺筋症など）、産後の大量出血などで子宮摘出を余議なくされた場合やアッシャーマン症候群のような子宮内の高度の癒着により妊孕能を失った場合である。

本法は、医学的に自らが妊娠出産することができない場合に適応となりえるが、移植手術の腹腔内操作により術後に採卵が困難となることも予想され、子宮移植術施行前にあらかじめ受精能を確認するために、胚の凍結保存が事前になされていることが望ましい。本法の施行には医学的かつ倫理的に慎重な配慮が求められるため、本法に加えての第三者の配偶子を用いる生殖補助医療は、現段階では適応外とする。

子宮頸癌などの子宮悪性腫瘍による子宮性不妊患者がレシピエントとなる場合は、免疫抑制剤による癌の再発の助長が懸念され、無病生存期間が5年以上であることが望ましい。

またレシピエントの選択は、実施施設での倫理審査委員会の承認のもと、各施設のプロトコルに則り、慎重に行われなければならない。

2) 本法におけるレシピエントの身体的、精神心理的リスクや負担は甚大であることが予想される。

身体的リスクには移植手術の合併症、移植後の免疫抑制剤服用による副作用及び合併症、移植子宮の拒絶反応、妊娠中の母体への危険性、産後の子宮摘出術に伴う合併症などが挙げられる。特に移植子宮による妊娠中のリスクに関しては海外での成功例の調査が必須である。また、手術前の検査や採卵、術後の頻回な定期検査、生殖補助医療技術の介入、妊娠中の頻回な妊婦健診や入院管理などの負担も患者に強いることになる。また、出産後には原則的に子宮を摘出することになる。さらに移植子宮が機能しない、もしくは移植子宮で妊娠や出産に至らない場合は、移植子宮を摘出しなければならない状況もあることに留意し、事前にその詳細を明示すべきである。本法の実施者はこれらの予想される身体的リスクやその対処法、さらには患者の負担に関して可能な限り情報提供を行い、本研究の内容を十分理解した患者に対して同意を取得する必要がある。

精神心理的には、手術前、周術期、術後、妊娠期、産褥期など各々の時期において、不

安、葛藤、緊張、期待、後悔などの様々な精神的状況に陥ることとなる。そのため、精神科医やカウンセラーなどによる継続的な精神心理的サポートは必須であり、その体制作りが求められる。さらにはレシピエントだけでなく、パートナーに対しても心理的サポートを行う必要があり、出産が達成された後においても両者へのフォローが行われなければならない。また、本法によって生まれてきた児に及ぼす精神的影響は不明であるため、児に対する継続的なフォローも考慮すべきである。本法により子宮性不妊患者に福音をもたらす可能性がある一方で、本技術の存在により、子宮性不妊患者を逆に苦悩に陥れる表裏一体の危険性もあることに留意すべきである。

#### 4. 子宮移植によって生まれてくる子の人権と福祉は最大限に保障されなければならない

(解説)

本法は第三者が関与する生殖補助医療の一つとして位置付けられるため、代理懐胎や第三者の配偶子を用いる不妊治療と同様に医学的、倫理的、法律的、社会的な問題に留意する必要がある。

自らの遺伝的継承を持つ児を得る手段である本法と代理懐胎は第三者の子宮を用いる点では類似するが、本法は自らが妊娠・出産することを目的とする点において代理懐胎とは大きく異なる医療である。代理懐胎は生まれてくる子の福祉の損害、親子・家族の社会通念の逸脱、女性の身体の商品化や児童の売買、貧富の差を利用した代理懐胎の斡旋及び依頼などの多くの医学的・倫理的問題を内包し、社会秩序に無用な摩擦や混乱をもたらす可能性を秘めているのはこれまでの厚生科学審議会、日本学術会議の答申や日本産科婦人科学会の見解の通りである。本法においても生まれてくる子どもの福祉の尊重を最優先に考えるべきであり、それが守られるように慎重な医学的、倫理的、社会的な配慮が払わなければならない。

レシピエントは妊娠中も免疫抑制剤を服用することとなるが、免疫抑制剤の胎児への催奇形性の影響が懸念される。しかしながら、世界的にも多くの臓器移植後の妊娠、出産の報告やデータの蓄積により、現在は適正な薬剤の使用により免疫抑制剤の催奇形性に関しては通常の妊娠と大差はなく、催奇形性への影響は大きいとはいえないと考えられている。スウェーデンの出産例も妊娠高血圧症が発症し早産に至ったが、出生児ならびにその発育に異常は認められていない。一方で、臓器移植を受ける患者は背景に生命に関わる臓器の障害を抱えていることもあり、流産、妊娠高血圧症候群、子宮内発育遅延などの妊娠合併症が正常妊娠に比べ多い傾向にあることは留意すべきである。

ヒト移植子宮による妊娠の安全性は成功例が海外で得られたとは言え、未だ確立されておらず、母体ならびに胎児に対し不測の事態が起こる可能性がある。また、本法によって将来生まれた子どもに身体的精神的にどのような影響を及ぼすかは不明であり、子どもの福祉を尊重するためにもフォローアップ体制を整備する必要がある。しかしながら、本法で生まれた児は両親の遺伝的継承をもつ児のため、第三者の配偶子を用いた生殖補助医療で懸念される出自の告知などに纏わる大きな弊害は生じにくいことが予想されるが、その対応につき事前に配慮しなければならない。第三者の配偶子を用いた生殖補助医療が抱える生殖倫理問題が必ずしも本法に内包されるとは限らないが、第三者の子宮を用いて生まれてきたことに対する身体的精神的な不可測の影響に留意する必要がある。

また本法が代理懐胎と異なる医療である点は、本法では分娩者が依頼者、すなわちレシピエント本人であることにより、法的に親子関係を損なわれないさらには、代理懐胎

でみられる代理母の子の引き渡し拒否や依頼者の受け取り拒否の問題を懸念する必要はない。しかしながら出生児がドナーを知る権利、個人情報の管理など、今後考慮すべき問題もある。

なお、本法は生殖医療だけでなく、現行の移植学会のシステムに則りながら施行されるべきであり、現在の我が国の臓器移植医療体制のもとで正当に施行されれば、臓器売買の斡旋や臓器の商品化の危険性は少ないと考えられるが、最大限の留意をすべきである。

5. 子宮移植術実施前に、レシピエントならびにドナーに対して本法の内容、問題点、予想される成績や不利益について、事前に文書を用いて十分に説明し、理解した上での自発的な同意を受け、同意文書を保管する

(解説)

本法において、レシピエントおよびドナーの同意を確認することは極めて重要である。レシピエントや生体ドナーが婚姻者の場合はその夫の意思も確認すべきである。特に生体ドナーは子宮を提供することで、その夫婦に遺伝的な児を授かることができなくため、夫にも少なからず影響し、生殖倫理的配慮も求められる。また本法が現段階では臨床研究であることを明確に伝え、本法の内容、問題点、予想される成績や合併症などの不利益について十分に理解を得なければならない。さらに、研究の中止の判断を事前に慎重に決めることも考慮する。これには移植前の準備期、周術期、術後観察期、妊娠試行期、妊娠期、出産期が含まれ、各々の時期で評価される必要がある。これらを事前に文書を用いて説明し、了解を得た上で同意を取得し、同意文書を保管する。

6. 子宮移植に関わる費用の負担について、事前に患者と実施者間での合意を得る必要がある。また営利目的による子宮提供の斡旋、もしくは類似行為は決して行ってはならない

(解説)

1) 現段階では本法の実施は臨床研究段階となり、自費診療となることが予想される。その費用に対して、患者の自己負担、実施者の私的もしくは公的資金、献金（寄附金）などのいずれから負担されるかを事前に患者と実施者との間で合意がなされなければならない。研究期間中の合併症や妊娠出産に対する費用負担に関しては議論の余地がある。

2) 本法は、本法以外の医療行為によっては妊娠の可能性のない子宮性不妊患者に対して適応されるべきであり、その施行にあたっては医学的立場のみならず、倫理的、かつ社会的基盤が十分配慮されるべきである。営利目的で本法の斡旋もしくは関与またはその類似行為を行うことは決して許されず、金銭の授受はあってはならない。また、本法は特に第三者からの提供は女性の身体を資源化する側面や臓器売買の危険性を内包していることに十分留意すべきである。本法の商業主義的濫用により、生殖医療及び移植医療の適正な実施が保障されなくなるのは自明であり、臓器の提供にあたり、自発的な意思の上で行われることを確認しなければならない。これらは「臓器の移植に関する法律（臓器移植法）」（最終改正：平成 21 年 7 月 17 日法律第 83 号）の第 11 条臓器売買等の禁止及び第 12 条業として行う臓器の斡旋の許可に準じる。

7. 子宮移植の臨床研究に際しては、法令、指針、ならびに倫理原則に則り、各種学会のガイドラインを遵守し、実施施設倫理委員会の承認を得た上で施行する

(解説)

現在、我が国には生殖医療に関する法的規制が存在しないため、本法の施行にあたり医学的、倫理的配慮が欠如する場合は社会的秩序を混乱させる危険性がある。そのため、必ず施行者以外の第三者機関による審議は必須であり、少なくとも子宮移植ならびに関連技術実施施設における倫理申請及びその承認が得られなければ実施してはならない。また本研究に関係するすべての者は「ヘルシンキ宣言」、「臨床研究に関する倫理指針」に従って本研究を実施する。さらには、日本産科婦人科学会や日本移植学会などの主要学会へ可能な限り実施の報告をして公開に努める。



## 8. 子宮移植の実施には霊長類を含めた動物における基礎実験や、十分な手術手技の修練が必要である

(解説)

本法の施行には複雑かつ高度な手術技術が要求されるため、国際産科婦人科連合 (FIGO) のガイドラインに明記されるように、臨床応用の前には霊長類動物を含めた大動物を用いて十分な手術修練や基礎研究を行うべきである。またそれらの結果を含めた内容の公開を必要とする。非ヒト霊長類動物は解剖生理学的にヒトと類似し、臨床応用を見据えた前臨床研究として最適な実験モデルとして考えられるが、ヒトと比して体格が小さいことや対象が動物であることがゆえに周術期管理や免疫抑制剤の投与が厳密に行えず、動物実験としての限界が存在するのは否めない。そのため、霊長類動物での基礎研究の結果がヒトに必ずしも当てはまるとは言えず、さらにはヒトと霊長類動物においては、同じ霊長類であっても本質的には異なる生物であることから、臨床応用のための基礎実験の具体的な必要経験量や成績については一概に言及することは困難である。移植子宮による妊娠・出産例が得られたとは言え、子宮移植を安易に臨床適用することは戒められなければならない。

9. 子宮移植は様々な領域にまたがる医療であることを認識し、幅広い職種で構成されたチーム医療体制のもと、施行されなければならない

(解説)

本法の施行には、手術前の準備、手術、術後のドナー及びレシピエントのフォローや結果として生まれた児など多岐にわたるケアが求められる。それには、産婦人科医や移植外科医のみならず、精神科医、小児科医、内科医、麻酔科医、泌尿器科医、移植コーディネーター、看護師、カウンセラーなどの幅広い職種によるチーム医療体制が必要とされる。本法の実施には十分なサポート体制の基盤が構築された上で行われるべきである。

**10. 子宮移植医療に対する社会的コンセンサスを得るため、情報提供や意見の収集に努め、積極的かつ継続的に検討を加えていかなければならない**

(解説)

本法は移植医療のみならず、生殖医療の範疇に主に該当する。近年の生殖補助医療は躍進的な進歩を遂げているが、生命倫理観は時代や技術開発と共に変化するものであり、新たな医療技術は不可測の倫理問題や社会的状況を産みだす可能性がある。それゆえに本法の是非についても将来的に変化することも予想され、十分な情報提供の上、継続的に社会や子宮性不妊患者のニーズを調査し、実施されることが望ましい。子宮性不妊患者が自らの児を授かりたいという追求は個人の基本的な人権や幸福追求権であり、この個人的追求に対して社会的議論が行える基盤作りが求められる。