

第1回脳死判定目的の転院搬送に関する作業班

日時 令和4年2月14日(月)  
18:00～

場所

開催形式 Web会議

○吉屋補佐 それでは定刻となりましたので、ただいまより第1回脳死判定目的の転院搬送に関する作業班を開催いたします。班員の先生方におかれましては、お忙しいところお集まりいただきまして誠にありがとうございます。今回の作業班開催にあたりまして、まずはじめに班員皆様の御紹介をさせていただきます。五十音順に御紹介させていただきますので、お一言ずつ御挨拶を頂ければと思います。まずはじめに、東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野教授の浅井篤先生です。

○浅井委員 浅井と申します。よろしくお願ひします。

○吉屋補佐 続きまして、総合病院聖隷浜松病院救命救急センターセンター長の渥美生弘先生です。

○渥美委員 聖隷浜松病院の渥美です。救急の現場で働いております。よろしくお願ひいたします。

○吉屋補佐 続きまして、岩手医科大学附属病院脳神経外科教授の小笠原邦昭先生です。

○小笠原委員 岩手医科大学の小笠原と申します。脳神経学会の脳死検討委員会の委員長を長年務めてきました。よろしくお願ひします。

○吉屋補佐 まだ御参加されておられません、香川大学医学部救急災害医学教授の黒田泰弘先生が今日御参画いただきます。続きまして、帝京大学医学部附属病院病院長の坂本哲也先生です。

○坂本委員 帝京大学の坂本です。皆さんこんばんは。よろしくお願ひいたします。今現在は、日本救急医学会の代表理事を務めさせていただいております。また集中治療と脳神経外科の専門医でもございますので、是非よろしくお願ひいたします。

○吉屋補佐 続きまして、神戸市立医療センター中央市民病院兵庫県臓器移植コーディネーターの杉江英理子先生です。

○杉江委員 皆さんこんばんは、神戸市立医療センター中央市民病院の杉江と申します。私、常時コーディネーターというよりは、何もないときはICUや救命センターの患者さんのケア、家族ケアをしておりまして、一たび臓器提供があるということであれば兵庫県の臓器移植コーディネーターとして活動しております。今日はよろしくお願ひします。

○吉屋補佐 続きまして、こちらはまだ御参加いただいておりますが、鹿児島県立大島病院救命救急センター医長の中村健太郎先生に御参画いただいております。

続きまして、白鷗大学法学部教授の水野紀子先生です。

○水野委員 水野と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。専門は法学系の民事法、民法を勉強しております。よろしくお願ひいたします。

○吉屋補佐 続きまして、京都大学医学部附属病院病院長の宮本享先生です。

○宮本参考人 京都大学の宮本です。現在日本脳神経外科学会の理事長も務めております。どうぞよろしくお願ひいたします。

○吉屋補佐 日本医科大学大学院医学研究科・救急医学分野教授の横堀将司先生です。

○横堀委員 日本医科大学の横堀でございます。私は脳外科医と集中治療医、救急医です。

また日本救急医学会の脳死臓器移植に関する委員会の委員長を拝命しております。引き続きよろしく願いいたします。

○吉屋補佐 なお、宮本先生におかれましては事務手続中のため、本日は参考人として御参加いただいておりますが、手続が済み次第、次回以降は班員として御参加いただくこととなりますので、本日は班員に準じたお立場で御参加いただきますことを御了承いただければと思います。また、本作業班の班長は、坂本先生にお願いしたいと考えておりますが、皆様御了承いただけますでしょうか。

(承認)

○吉屋補佐 ありがとうございます。また、本日の会議は Web のため非公開とさせていただいておりますが、議事録につきましては、後日公開となりますことを御了承いただければと思います。

続きまして、作業班開催にあたりまして、室長の木庭より御挨拶を申し上げます。

○木庭室長 皆様、こんばんは。厚生労働省移植医療対策推進室長をしております木庭と申します。本日は大変お忙しい中、この脳死判定を目的とした転院搬送に関する作業班に御参画いただける運びとなりましたこと、本当にありがとうございます。本日第 1 回ということで、簡単でございますが御挨拶をさせていただきたいと思っております。

まず、臓器移植の分野におきましては、皆様御承知のとおり臓器移植法が制定されてから 25 年、そして本人意思のみならず御家族の承諾によって、脳死提供が可能とする法改正が行われてから 12 年と月日がたっております。この間に現行のルールが医療現場にそぐわないようなことも多々出てきているという指摘がございまして、今年度かけて厚労省の審議会であります臓器移植委員会におきまして、課題の抽出、あるべき方向性について御議論を頂いてまいりました。

この脳死判定に係る転院搬送についても、そこで出てきたテーマの 1 つでございます。救急搬送された先で残念ながら懸命の治療をされたけれども脳死、臨床的な脳死の状態になってしまわれた方、その方に意思表示を示すカードが見つかったですとか、あるいは御家族から尊いお申出があったとかそういった場面において、例えばその病院で自体では脳死判定あるいは臓器提供ができる体制が整っていなかった場合にも、例えば転院搬送という形でその尊い御意思を酌み取る方法も検討すべきではないかという、そういった御指摘があったことを踏まえて、現場での運用に係るルールづくり、そういったことも必要だろうということで、関連する 3 学会の先生方に医師会と御議論を頂く必要があるということで、臓器移植委員会のほうからこの作業班の設置を提案されたという次第でございます。

本当に社会の、国民の皆様の御理解を得ながら進めていく臓器移植でございますので、大変皆様方、重要な御議論をお願いしているところでございます。大変お忙しい中とは承知をしておりますが、どうぞ忌たんのない御意見を頂けますことをお願い申し上げまして、御挨拶とさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

○吉屋補佐 また、私、事務局を担当させていただいております吉屋です。どうぞよろし

くお願いいたします。それでは以後の議事の進行は、先ほど班長として御承認を頂きました坂本先生にお願いしたいと思っております。坂本先生お願いいたします。

○坂本委員 改めまして班長の指名を頂きました帝京大学の坂本でございます。力が十分足りるかどうか不安ではございますけれども、脳死及び臓器提供等の経験が深い先生方と議論を進めて、世の中から信頼されるような結論を出したいと思っております。大前提として今回集まっていたいただいているのは救急、脳神経外科、集中治療の先生方ということであり、皆さん、結果的に脳死となる患者さんの立場に立って治療を進めている者でございますので、今回の取組事態が、結果としてももちろん臓器提供の数が増えるかもしれませんが、何よりやはりその亡くなる患者さん、あるいはその御遺族の皆さんの意思というものを尊重してその意思をいかすことを目指したいと考えています。たまたま搬送された病院では脳死判定ができないということが理由で、臓器提供の選択肢が狭められるということは、倫理的に適切ではないだろうという前提に立った上で、その解決策をどうするべきかということを経験していきたいと思っておりますが、皆さんそれでよろしいでしょうか。

(異議なし)

○坂本委員 ありがとうございます。それではまず、事務局に資料を準備していただいておりますので、事務局から資料1の御説明を頂ければと思っております。よろしくお願いいたします。

○吉屋補佐 事務局です。それでは資料1につきまして御説明させていただきます。1ポツ、作業班開催の経緯ですが、令和3年4月より、厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会におきまして、臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律が施行され、10年が経過したことを踏まえ、これまでの臓器移植に関する施策を振り返り、課題を整理するとともに、臓器移植を推進するための方策が検討されております。

令和2年1月に実施された脳死下臓器提供の現状に関わる意識調査では、脳死判定・脳死下臓器提供を目的とした患者の転院搬送に関して55.9%が希望すると回答していました。また、脳死下臓器提供を希望していたが、救急搬送された施設が脳死下臓器提供を実施できない施設であったため、脳死下臓器提供の意思がかなわなかったという事例が生じております。

そのような議論の中で、脳死下臓器提供の希望者の「臓器を提供する権利」を尊重するため、臓器提供手続に係る質疑応答集により、脳死判定目的の転院搬送を一律に控えるべきとされている運用の見直しを検討するべきとされました。

上記の方針に基づき、委員会より転院搬送の際の留意点について、日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本脳神経外科学会において、検討頂きご回答を頂きました。

これらを踏まえた委員会での議論の結果、転院搬送に関する運用を進めるにあたっては、各学会から推薦された班員等で構成する「脳死判定目的の転院搬送に関する作業班」において、留意点や課題の提示とそれに対する対策について、十分な議論を行うべきとされました。

2 ポツ、本作業班開催の目的は、各学会から御提出いただきました転院搬送における留意点に関して、作業班としての課題を抽出すること及びそれらを解決することを目的とし、作業班において議論を行う。なお、その結果は委員会に報告することとさせていただいております。

3 ポツ、各学会共通の御意見と検討が必要な項目とさせていただいておりますが、こちらは参考資料 3-5 より抜粋しており、こちらは臓器移植委員会で用いた資料となっております。まず、患者状態についての共通の御意見としましては、現在行いうる全ての適切な医療をもってしても回復の可能性がないと判断される状態であること。「脳死とされうる状態」の診断又は「終末期」の判断について、搬送元及び搬送先施設スタッフの間で共通認識をもつこと。検討項目と考えられますのは、転院搬送が可能な全身状態であるかどうか。可否の判断基準作成が必要ではないかということ。また、脳死とされうる状態の診断を必須とするかどうかというものが上げられております。

同意取得に関しましては、共通な御意見としまして、臓器提供の明確な意思の確認。搬送中の危険性。急変の可能性とその対応について。また、搬送後に臓器提供が行えない可能性や心停止後臓器提供への移行の可能性についてというものが共通の御意見でした。検討項目として、転院搬送に関する同意書の内容や手順は医療倫理、法的な裏付けが必要ではないかという課題の提起があります。

搬送体制については、搬送元施設と搬送先施設との間には事前の連携体制の構築が必要であること。連携体制を構築した施設間のみの搬送とすること。地域の実状に合わせた搬送に関するマニュアルの作成。事前のシミュレーションの実施が必要ということが共通の御意見でした。検討項目としては、安全な搬送体制として、搬送可能な範囲、搬送手段、スタッフの要件について。また、転院搬送時の薬剤等医療費負担の整理。急変による死亡時の責任の所在。診断書の作成や説明責任等について。また、搬送元施設要件を、5 類型施設に限るか限らないかということが課題として上げられております。

今回、本日の作業班で検討する項目としては、まず、転院搬送における留意点に関して作業班としての課題を抽出すること。3 ポツ、「各学会共通の御意見と検討が必要な項目」の内容についての取捨選択となります。各学会からそれぞれ頂いた御意見の中から、さらに追加すべき事項について列挙いただければと考えております。さらに上記で抽出した課題それぞれに対しての解決の方策、今後の方向性を御議論いただければと考えております。事務局からは以上です。

○坂本委員 ありがとうございます。ただいま、事務局から資料 1 に基づいて御説明を頂きました。本作業班の目的は、今事務局で整理いただきましたように、各学会で既に転院搬送における留意点について意見を出しております。それについて、事務局で取りまとめておりますので、この内容を吟味して、まず課題として今回事務局が整理していただいた課題でよろしいかどうかを前半部分で確認をさせていただき、追加すべき項目等があれば、そこを検討していきたいと思っております。その上で、それぞれの課題について今後の作業

の方向性を検討することを行っていきたいと思います。まず資料1で、事務局で抽出していただいた課題と検討項目につきまして、過不足がございましたらこれについて委員の先生方から御意見を賜りたいと思います。共通項目等に、ある程度こういう考え方も、こういう検討も必要ではないかという点、あるいはこの点に関してはもう不要ではないかと、御意見がございましたら、委員の皆様から御発言をお願いしたいと思います。

○横堀委員 日本医大の横堀ですが。

○坂本委員 横堀先生お願いいたします。

○横堀委員 せん越ながら、まず、そもそもこれは転院ありきで既に話が始まっているとお見受けするのですが、この中で転院を控えるべきなのか、あるいは積極的に行うべきなのか、そのあたりの学会間の温度差や意見の相違はあるのか、知っておいたほうがいいのかと思います。

○坂本委員 ありがとうございます。今、横堀委員から非常に大事なポイントを1つ御指摘を頂いたと思います。これは日本救急医学会としても意見を出しているところですが、基本的にはやはり脳死の患者さんが発生した医療機関に対して脳死判定の支援を行って、そこから移動をせずに臓器提供をすることがより患者さんにとって安全ですし、また意思にかなうのではないかということです。その支援体制を強化していくことがより重要であり、ただし実際に、どうしても脳死判定と臓器提供ができない地域あるいは状況においては、例外的にこのような転院を認めるべきではないかというのが救急医学会の意見だったと思います。これにつきまして、発生医療機関に支援に行くよりも、その脳死患者を臓器提供施設に運ぶことを優先したほうが良いという考え方がもしあるとすれば、そのところについて少し議論しなければいけないと思いますが、この点につきましていかがでしょうか。脳神経外科学会の宮本先生いかがでしょうか。

○宮本参考人 脳神経外科学会脳死検討委員会委員長の小笠原先生の意見を後ほど聞いていただきたいと思います。私の意見としては、今坂本先生が言われたように、基本的にはやはり搬入された施設で脳死判定をしていただくのが患者さんの安定のためにも一番いいだろうというのは間違いなことだと思います。

一方で、脳死とされる状態になられた患者さん及び御家族などの御意向に配慮した医療を提供できる、臓器提供についてのご希望にそった対応を提供できるかどうかは考えておく必要があります。

一方で、脳死判定にはそれなりのエネルギーが必要ですので、提供ありきで進めますと、それを回避しようとするインセンティブが働いてしまいますので、転送ありきは是非避けたいと思います。そもそも転送ができる地域と、できない地域、たとえば離島も含めてあろうかと思っています。

一方で、もしこれを実現するとして、やはりもう1つ忘れてはならないのは転送を受け入れる施設の負担がかなりあるだろうと思います。そのためにICUを空けることになりますと、病院の収益にもかなり影響してまいりますし、働き方改革のほかにも影響してま

いますので、善意ややる気だけでは解決できない、やはり、その分のサポートがないとできないことだろうと考えています。小笠原先生、追加をお願いします。

○小笠原委員 今、宮本先生がおっしゃったとおりで、我々の要望書にも書いているのは、もう一度原点に戻り、全ての5類系で脳死判定ができるようにすることを考えてはどうかということを書面できちんと出していますので、原則はやはりそこではないかなと私も、この脳外学会の検討でもそうしていますので、その上でこれを検討するのはいいのですが、ありきだとちょっと、そこだけ決めて後から例えば、では受けた病院の負担とか何かを後から考えると、やはりそれは同時に考えていただきたいのがお願いです。以上です。

○坂本委員 集中治療医学会の先生は、いらっしゃいましたっけ。

○吉屋補佐 黒田先生です。

○坂本委員 黒田先生、今日は集中治療医学会の代表として来ていらっしゃいますよね。

○黒田委員 はい。今日3人、学会より参加させていただきありがとうございます。今日は私が、6時半から別の会議の委員長になっていて申し訳ございません。よろしく願い申し上げます。この集中治療学会の意見書が今添付されていると思うのですが、そのことに関して少し述べてよろしいでしょうか。

○坂本委員 はい。まず、その前に搬送ありき、転院ありきの方向でいくのか、やはり発生した施設への支援を原則としながら、脳死判定あるいは臓器提供がどうしてもかなわない場合の方法としてこれを議論するべきかについての御意見はいかがでしょう。集中治療医学会はどちらかと言えば、比較的転院搬送に積極的な意見書だったと思いますがいかがでしょう。

○黒田委員 ありがとうございます。積極的というか、その書面の一番最初にまとめがあるのですが、転院元の医療機関における「脳死とされうる状態」や「終末期」の判断におきましても、転院元の医療機関での患者管理にいたしましても、搬送中や転院先の医療機関においての臓器保護におきましても、どれもイーブンに、やはり集中治療学会としてはチームあるいは主治医や専門医、看護師さん、全体のチームとして精一杯提供ができるような、あるいは患者、家族の意向に沿えるような努力をしたいと思いますので、転院元だけ、転院先だけではないスタンスです。

○坂本委員 ちょうど今、集中治療医学会の意見書を出していただいておりますが、2つ目の段落で、「転院搬送を容認する」と表現がありますので、私の理解としては基本は脳死の発生した施設での脳死判定の支援が基本ですが、それがかなわないときには容認するところでよろしければ、大体3学会は同じ方向性かなと思いますが。

○黒田委員 はい。その次のページの一番真ん中に、集中治療医学会は、集中治療専門医が、1番、転院元の医療機関における「脳死とされうる状態」あるいは「終末期」の判断。2番、転院元の医療機関での患者管理。3番として、搬送中や転院先医療機関において。これは専門医のことにはなっていますが、それに貢献していくことを強調させていただいていることが、先ほど申し上げた根拠です。

○坂本委員 先ほど、脳神経外科学会としては働き方改革等も踏まえて搬送先病院の集中治療医の負担が増えるという懸念があるとのことでしたが、これに関しては集中治療医学会は、積極的に集中治療専門医として取り組ませていただきたいということでしょうか。

○黒田委員 はい、よろしくお願いたします。

○坂本委員 ありがとうございます。それでは、今の大前提のところに関しては、一応まず転院ありきでどこかの施設に簡単に患者さんを集めてしまう、あるいは発生施設で脳死判定を放棄してしまうことではなく、可能な限り発生施設で脳死判定及び臓器提供を考えますが、それがかなわぬ場合に容認される方法としてどうするかを今日は検討するという事で、これについて倫理や法学の先生から何か御意見はございますでしょうか。

○浅井委員 東北大の浅井ですが、よろしいでしょうか。医療倫理をしている立場で、私は脳外科、救急はしておりませんが、普通の一般内科医で現場のことはよく分からないのですが。原則として患者さんが運ばれた所で行って、例外として転送を考える方向性は大変結構だと思いますし、異議はありません。

1点、現場のことはよく分からないのですが。脳死、臓器移植の数が今後出張で支援をして増やすことが今は可能なのか、それとも、もう転送にもっていかないと数は増えようがないのか。この辺りのことは教えていただければと思うのですが。

○坂本委員 本件について、なかなか答えは難しいと思いますが。実際には支援の事業は各学会が、例えば脳波の判読が十分できるもの、あるいは無呼吸テストが適切にできるものなど、それぞれの分野での専門家を支援で出すことになっています。小笠原先生、それは脳神経外科学会、救急医学会等で仕組みは作っているが、まだそれほど数は出ていないということでしょうか。

○小笠原委員 小笠原ですが、いいえ、きちんと仕組みは作って私どもは支援は受けましたので。初発、1回目ですよ。1回目のときは支援は必要だと思いますが、1回してしまえば大体分かりますので。ですので、1回目だけは支援は必要だと思います。できるだけシンプルに動いています。

○坂本委員 ありがとうございます。

○小笠原委員 この間も、これは言っていないかどうかは分かりませんが、岩手県内の某病院で初めての脳死判定をやりましたが、順調に終わっていますので。

○坂本委員 ありがとうございます。もう1つの問題としては、この5類系に当たらない医療機関で脳死が発生したときにどうするかを1つ考えなければなりません。これは今日の厚労省の資料でもありますが、質疑応答集を見ますと、そもそも5類系に限るとしたのは5類系の所が脳死の判断、診断に優れているということだけではなくて、十分質の高い医療が行われた上で脳死になったことを担保するために5類系に限るのだと、元々なっていました。その条件を外して5類系以外で発生した場合も、脳死になった後は5類系の施設に運ぶことが可能かということは少し考える必要があるのかと思います。

また、必ずしも手術室がある施設で脳死が発生するとは限らないということで、内科的な施設で脳死が発生したときに、実際、臓器提供が行える設備のある施設に行かざるを得ないことも、理論的には有り得ると思います。私自身はそのようなケースがどのくらいの数があるのかに関しての具体的な数値は持ち合わせてはいないのですが、何かその辺は御知見のある方いらっしゃいますでしょうか。

○横堀委員 横堀です。

○坂本委員 どうぞ。

○横堀委員 すみません。もしお許しいただけるのであれば、救急医学会のコロナ禍におけるデータをお示ししたいのですが、事務局よろしいですか。

○吉屋補佐 はい、大丈夫です。

○坂本委員 では、共有をお願いします。

○横堀委員 ありがとうございます。これは、220 施設からの回答を得ました救命センターのリアルなデータになります。受入れをしたい所、転送させたい所、受入れや転送を両方とも行いたい所、両方とも行いたくない所の4つに分かれます。この2つ、どちらも受けない、どちらも行いたくないのは解釈が難しいので、受入れをしたい、転送をさせたい、この2群でいろいろと比較をしてみたのですが、特に救命施設、脳外科施設、小児科施設は余り差がなかったのです。

やはり話題として上げられているのが、先ほど小笠原先生がおっしゃったように脳死判定医の不足が大きいこと。それから、先ほど坂本先生がおっしゃったように手術室の確保が困難な所が、転院をさせたい施設に倍ぐらい多かったところになります。あと、終末期医療に関して実際に中のチームワークができていないか、あるいは病院のコストの問題、先ほど宮本先生のお話にもありましたが、きちんと、いわゆる脳死とされる状態の確認に対して、医療コストが付かないところを問題視している施設が多かったところでした。

専従の医師数や、救急の専門医の数はそんなに大きな変化はなく、その地域における重症患者さんの数、実際に受けている患者さんの数も少ないので終末期への対応をチームで行う、あるいは医療コストをしっかりと付けてあげるところも改善の1つになる余地があると思いました。これが救急側の現状です。以上です。

○坂本委員 横堀先生、ありがとうございます。横堀先生、これは救命救急センターが対象でしょうか。救急科専門施設が対象でしょうか。

○横堀委員 全救命センターに、坂本代表理事名で発出させていただいたところです。

○坂本委員 そうですね。ありがとうございます。これが、救命救急センターへのアンケートの1つの結果だと思います。

すみません。浅井先生、具体的な数がどのくらい増えるかはお返事できないのですが、今のようなアンケートから、そこにまだ余地があることを多少は酌み取れると思います。

○浅井委員 はい。現場で転送は非常に困難であって、患者さんにもよくないということであれば、極めて例外的にという考え方でよろしいかと思えます。以上です。

○坂本委員 ありがとうございます。それでは、ここまでを踏まえて大前提としてそのような形で、例外的に容認する場合にはどうしたらいいかということで、今後議論を進めていく方向性で考えていくことで、全体としての共通事項及び、課題の抽出、それらから検討事項等について各論を話す前に、まずこういう見出しが必要ではないかに関しては、先生方大体よろしいでしょうか。渥美先生お願いします。

○渥美委員 聖隷浜松病院の渥美です。先ほど坂本先生がおっしゃった5類型以外の施設で患者さんが発生した場合というの、やはり議論をしていくのかどうかというのは、ちょっと最初にまとめていただくと助かるなと思うのですが、5類型以外でとれくらいの症例が発生しているかなというデータはあるのでしょうか。

○坂本委員 すみません。ちょっと事務局にお聞きします。5類型以外での発生などに関しては、何かデータはお持ちかということと、それから、この親委員会から、今回この作業班に諮問が下ってきているわけですが、そこの中での5類型に関する議論は何かございますか。

○木庭室長 現在、先刻御承知のとおり、脳死下臓器提供は基本的に5類型施設というのが要件になっているわけですが、その理由としては、先ほど坂本先生のほうからもありましたように、考えられ得る最高と言いますか、非常に高度な治療がされて、それでもなお臨床的脳死の状況になってしまったということが、ある程度担保できるからということがあるというのは事実です。この脳死下臓器提供施設の在り方、5類型施設に限るべきかどうかという先生からあった御質問ですが、臓器移植委員会のほうでしっかりと議論をすべき話として、現在その話が臓器移植委員会に出ていたとか議論が尽くされたということはありませんので、今のところこの作業班においては仮にそういった形で選択肢が広がった場合に、現場でどういう注意すべきことが出るかなど、そういった前提の上で御議論を頂いてルールを考えていただければと思います。その上で、こういった議論があったということも臓器移植委員会のほうに報告をして、そこで改めて議論があるべきことと認識をしております。

現在、5類型施設以外で、そういった症例がどのくらいあるかというデータは、すみません。ちょっと手元に持ち合わせがございません。申し訳ございません。

○坂本委員 ありがとうございます。杉江さん、お願いします。

○杉江委員 神戸市立医療センターの杉江です。私は兵庫県内の臓器移植コーディネーターをしておりますが、県内だけのデータになりますが、毎年2、3件は5類型以外の二次救命施設から脳死とされうる患者さんが発生して、オプション提示したい等の問合せがございます。診断される先生方は、以前に大学病院等に勤められておられて、されうる状態、脳幹反射等を取ったけれどもそういう状態なんだと、実際に何件かは問合せがございます。

○坂本委員 ありがとうございます。兵庫県だけでも年間数件ということは、日本全国で言えば、数十件あるいは100件ぐらいはあるかもしれないということなのかもしれないです。その5類型の前提を外すかどうかということに関して、脳神経外科学会の御意見はい

かがでしょうか。

○小笠原委員 宮本先生、私が答えていいですか。やはり5類型を外されると、要するに今の議論は、まず、5類型がきちっとした脳死判定を作っていないということが問題だということですよね、今までの統計は。やはり、そこを先にやっていくべきだと私は思うのですが。基本的には5類型がちゃんとやれば、こういう議論にはならないはずなのです。それをやっていないから、こういう議論になると。まずそこをきちっとやってから、それから進めないと。私は病院の責任者もやっていますが、そのほかの病院のことを考えるとちょっと5類型を外されるのは非常に危険かなという。私自身が、負担が。

やはり、まず5類型でやっていただいて、これを実現化するかどうかは別、もし、仮に実現化したときに、そこで問題を抽出して広げるというやり方をしていただかないと、ちょっと早く進み過ぎだなと私は個人的には思いますので、まず5類型を進めることが第一で、だけど、できないのでやむを得なくという考え方をしていただかないと、ちょっと飛躍しすぎかなと思っています。

○坂本委員 ありがとうございます。恐らく、少なくとも5類型の医療機関の医療レベルをもって、全力で治療した上で脳死になった上で考えるということが適切であり、その5類型に関しては、そのような医学的な責任を負っているので、脳死の判定もきちっとできるべきだろうという理論でよろしいですね。

ちょうど中村先生がいらしていますが、一方で、島であるとか、へき地等で、そこに運ばれてくる5類型以外の施設でも治療をせざるを得ない状況もあると思います。そこで、もし脳死が出てしまった場合には、より高度の施設に運ぶという、脳死になる前に治療上の必要性で運ぶのと同じように、脳死になってからでも運ばないといけないような事情というのはございますか。

○中村委員 県立大島病院の中村と申します。私は奄美大島におりまして、実は奄美でも過去5年で5例の臓器提供をさせていただいています。実際、心停止間に関しては、環境的に腎移植をされる先生方が院内に常駐、待機できないということで、離島では心停止はできないという前提がまず一つありまして、その中で脳死下を頑張ってきています。

当院では過去5例できているので、1例目を皮切りに院内の体制としては、まずまず順調に走り出しているかなというように認識しております。ただ、やはり実状として、我々の病院は300床の病院なのですが、6部屋の手術室があって、麻酔科医の常勤医師が3名しかいないという状況がありまして、どうしても定時手術を全部中止してしまうということを臓器摘出前後の日でしないといけない。それから、緊急手術の対応ですら、なかなか難しくなる状況も当院では想定されるということで、ここは病院内でもコンセンサスは得られていないのですが、地域の5類型該当施設ではありますが、地域の救命センターで臓器移植をすると、そういう平時医療への影響が結構大きいというのが、離島から言えることかなというように思います。

○坂本委員 ありがとうございます。今回、5類型を外すということありきで議論をして

いくと、ちょっと議論の目的が別方向に行ってしまう可能性が、小笠原先生やほかの先生もおっしゃるとおりあるので、取りあえずは5類型の中で何らかの事情で脳死判定、若しくは臓器提供ができない場合に5類型間での転院搬送をどうするかということについて今回は議論させていただいて、その上でもっと全体の大前提として5類型以外での脳死発生をどうするかということに関しては、また別枠で親委員会において議論をしていただくということによろしいでしょうか。

○宮本参考人 宮本です。よろしいでしょうか。

○坂本委員 どうぞお願いいたします。

○宮本参考人 こういう議論は全国一律でというのが厚労省的な御希望だと思いますが、医療資源の多寡というのがありますから、なかなか難しいと思います。全国一律でという、議論自体が現実とは合わないと思います。坂本先生がおっしゃるように、少なくともこういう所では整備していこうという、まずコアの所を考えないと何も進まないのではないかなと思います。

○坂本委員 ありがとうございます。まず、今回の課題への対応という中では、5類型間での話ということで絞って話をしていきたいと思います。そこで出た結果について、また、それ以外の所で発生した場合については、別途考えるということできさせていただきたいと思います。

渥美先生、それによろしいですか。

○渥美委員 はい、ありがとうございます。承知いたしました。

○坂本委員 以上を踏まえた上で課題と検討事項について、特に過不足がなければ、それぞれの項目について議論をしながら、もし必要があればそこでまた足していくということで事務局はよろしいでしょうか。

○木庭室長 はい、お願いします。

○坂本委員 それでは、先ほど出していただいたそれぞれの検討項目について、分けて、解決の方策と今後の方向性等について議論をしていきたいと思います。

まず最初に患者の状態についてということで、ここについては、共通意見としてここに書いてあるような状況になっています。どこまで踏み込んだ検査や診断をするかは別として、脳死のつもりで運んだ患者さんが行った先で脳死判定をしたら脳死ではなかったというのは、これは非常に患者にとっても不利益ですし社会的にも大きな誤解を招くということがありますので、これについては、法的脳死判定ができないにしても、まず間違いなく脳死であるということが、搬送元及び搬送先の中で共通認識が持てるような状態が必要であるだろうということ、これに関しては3学会共通の意見とお伺いしております。その中で検討すべき項目としては、1つは、やはり全身状態が悪い中での転院搬送というのは、途中での心停止あるいは臓器が提供に耐えないような状態になってしまうということが起こり得ますので、それに対しての基準が必要ではないかという意見。

もう1つは、先ほどの脳死でなかった場合というのは非常に問題になるということがあ

るとすると、脳死とされうる状態の診断、これは厚労省の用語で言うと、法的脳死判定の中で、無呼吸テストを除いた検査及び神経医学的な所見を少なくとも1回はやるというようなことだと思いますが、それを必須とするかどうかというようなことが検討項目として挙げられております。この患者状態について御意見を賜れましたらお願いいたします。発言をよろしくお願いいたします。

○横堀委員 救命の横堀です。

○坂本委員 横堀先生、お願いいたします。

○横堀委員 されうる状態の診断ができるということは、無呼吸テスト以外の脳死判定ができる状態にあるということとすると、そもそもその法的脳死判定のハードルもそんなに高くないのではないかなと思っていて、もし、これは転院ありきでポテンシャルドナーの転院を増やしていくということに目的を置くのであれば、広く終末期の判断も含める。つまり、必須としないということも目的としてはあるのかなと個人的には思っております。すみません。以上です。

○坂本委員 そうすると、横堀委員からは、脳死であるかの判断は最終的に搬送先で行うので、それが極めて疑わしければ搬送してもいいのではないかという御意見でよろしいのでしょうか。

○横堀委員 もし、本当に転院を許容するのであればということになると思うのですが、これは是非、皆様方からの意見も頂ければと思います。

○坂本委員 ありがとうございます。この点に関していかがでしょうか。

○宮本参考人 宮本です。その5類型施設の中で法的脳死判定ができないという場合の一番のリスク段階になっているのは脳波ですかね。何かそういうデータがありますか。少なくともそのポイント以外については脳死とされうる状態の判断を必須としていただかないと。

原則論に戻りますが、5類型施設で脳死判定はできるだけその施設でしましようというのが基本であると私自身は思います。

○坂本委員 ありがとうございます。宮本先生、今のお話は、脳波は、いろいろとノイズの問題や技術的な問題もあって支援が必要となる一番多いパターンだと思いますが、それ以外の神経医学的所見に関しては、5類型であればきちっとやれるべきであるということですね。それから、無呼吸テストに関しては、このされうるという所ではまだやらなくてもいいかもしれないということですね。私自身、個人の意見としても、少なくとも神経学的な所見は全て取って脳死に矛盾しないということと、脳波に関しても、確かにノイズなどもありますので、難しいときもあるとは思いますが、少なくとも脳死とは矛盾しないような脳波であるということは、やはり見るべきかなとは思っております。

ほかに御意見はありませんか。

○小笠原委員 小笠原ですが。

○坂本委員 よろしく申し上げます。

○小笠原委員 今、宮本先生が言ったとおり、脳外学会の全体の意見も、やはり、きちっと最低限の脳死である状態との診断が必須であるというように学会員からの意見もありますので、私も脳波は別として、それ以外のものはきちっとやっていただかないと、それこそ先ほど言ったように、転送元が面倒臭いからじゃあ送ってしまえという、そこが頻発するのが非常に危険なので、それはやめていただきたいので、それをきちっと、5 類型ですからできるはずですので。もともとそれができないから、あつて話すとちょっと変なので、それは、やはりやっていただかないと。結局は、それが各施設の脳死に対する考え方が変わるのと、レベルアップにつながると思っていますので、これは是非やっていただきたい。脳外科医であれば、こういうのはできるはずですから、脳外科学会の立場から言うと。そんなに難しいことではありませんので、これは是非必須にさせていただきたいと思えます。

○坂本委員 ありがとうございます。ほかに御意見は。

○渥美委員 聖隷浜松の渥美です。やはり臓器提供の目的の転送であるならば診断は必要かなというように思いました。逆に、そうではない状況での転送ということになると、それ以外の高次転送ということになるのではないかなというように感じとしては受けます。以上です。

○坂本委員 それは、質疑でも、まだ脳死になる前の段階で高度の治療を行うために高度な医療機関に搬送すること自体は、もちろん問題はないですし、その結果として、その施設で最終的に脳死になってしまうということは、特にその高度な医療機関に来る前に、最初に診た所の医療が不十分だからという理由だけで、臓器提供はできないということには恐らくならないだろうというように思っておりますので、そこは大丈夫だと、私としては思っております。

○宮本参考人 宮本です。追加よろしいでしょうか。

○坂本委員 お願いいたします。

○宮本参考人 これは、そもそもドナーカードを持っている方、あるいは家族がそういう御意見の方、その御意向に沿った医療というか移植医療を展開するというのがベースにあるわけです。そうすると、重症疾患になったときにどうのように説明をしていたか、そして、御家族が転送でも脳死判定を希望されるときには、それに沿わないといけないわけですから、いい加減な診断をして搬送をするということは、御家族などの意向にも反すると、対応を裏切るということになります。やはり、ここはしっかりと診断すべきだというように思えます。

ポテンシャルドナーを増やしたいということなのだと思いますが、本来重症になって終末期と考えられるような状況になった患者さん及び御家族の意向に、どれだけ沿うかということが、まず最初でありきで、その上で結果としてポテンシャルドナーをとりこぼさないことが大切ということになるろうかと思えますので、やはり診断が大事かなというように思えます。

○坂本委員 ありがとうございます。全くそのとおりだと思います。私のほうからも一番

最初に確認させていただいたように、この件に関しては結果としてももちろんドナーは増えるかもしれませんが、何よりも脳死になってしまう患者さん、あるいはその御家族の希望をいかすということが、やはり最大の目標だというように思っておりますので、おっしゃるとおりだと思います。

それでは、患者の状態についてというところに関しての意見出しはよろしいでしょうか。一応ここでの議論としては、脳死とされうる状態の診断を必須とするということが意見としてはコンセンサスが得られたかなと思います。横堀先生、よろしいでしょうか。

○横堀委員 皆さんの御意見を伺いまして、そのとおりかなと思えました。

○坂本委員 もう片方のほうの検討事項は、もうちょっと技術的な問題で、転院搬送が可能な全身状態とはどのような状態かということについて、これは、集中治療医学会が幾つか意見を出していて、特に重症患者さんの搬送ということに関しては、一番それを専門とする学会ということもありますので、そのような専門家から、例えばカテコラミンの使用量がどのくらいであるか、呼吸の状態、例えば P/F 比や PaO<sub>2</sub> がどのくらいであるかというようなことは恐らく必要となってくるのかとは思いますが。

これは集中治療医学会、黒田先生はまだいらっしゃいますか。

○中村委員 黒田先生は抜かれたので、中村が代わりにお話をさせていただきます。

○坂本委員 よろしくお願いたします。

○中村委員 今、集中治療学会としましては、脳死とされうる状態の判断から脳死下の移植ドナーのマネージメントまで含めて、学会としてバックアップしていきたいということで、転院搬送の可否、脳死状態として判定されるかどうか、そこから含めてバックアップしていきたいというのが学会としての趣旨になっております。

○坂本委員 例えば、基準作りなどということに関しても協力ができるということによろしいでしょうか。

○中村委員 そうですね。

○坂本委員 ありがとうございます。

○小笠原委員 小笠原です。確認ですが、これはないという理解でいいですね、現時点ではないと。

○坂本委員 転院搬送が可能である基準ですか。

○小笠原委員 今回の検討項目の一番の基準は全身状態は、どういう場合に搬送が可能かとか、やってみないと分からないことがあるのです。一応コンセンサスを得ないと、やはり何かあったときに、それに合っているのかというように言われる。この辺は今現在はなくて、これから作るという理解でいいのですか。

○坂本委員 私の理解はそうです。ドナーについて、ドナーの臓器の状況を良く保つためにどのような基準でドナー管理をすべきかという基準はありますが、転院搬送の場で、その基準がそのままいかされるかどうかについては、今のところはっきりとした意見はないというように理解しております。

それでは、必要があればまたここに戻っていただくことにして、次の同意取得という所についてのお話をしたいと思います。共通している意見としては、やはりドナーカード若しくは患者さんの御家族の意思として明確な意思の確認、自発的な意思の確認、しかも、その中には搬送中のリスクというものに関して理解していただくということです。

意見として出ていたのは、搬送先で臓器提供が最終的に臓器の状態が悪くなってできない可能性、あるいは脳死判定自体が何らかの理由でできなくて、心停止後の臓器提供に移行せざるを得ない可能性があることについて、同意を取るべきではないかという意見が各学会から出されております。ただ、これに関して、次の所でも出てきますが、この転院搬送に関して誰が責任を持って行うのか、その搬送元なのか搬送先なのか、あるいは、例えば県の中の搬送元でも搬送先でもないモバイル ICU チームみたいなスペシャルチームがやるような県もあるのかというようなことも含めて、その場合、どこで責任を持つのかということも考えなければいけないと思います。

まず、この同意取得についてということで、いかがでしょうか。

○水野委員 よろしいでしょうか、法学者の水野です。基本的な話をさせていただくのは、ここの作業班にはふさわしくないのかもしれないのですが、お許してください。四半世紀前に臓器移植法ができたときに、日本の臓器移植法は大きな掛け違いから始まっております。それは歴史的に明らかなことですので、一応確認させて下さい。

当時、脳死は死ではないと主張する、脳死や臓器移植そのものに対するものすごい反対論があって、いささか宗教的な対立の様相を帯びていました。生命のはじめにおける、妊娠中絶が殺人だという主張と重なるような対立が、生命の終わりについてもあるようで、激烈で動きのとれない状態になりました。それを私の指導教授でもあるのですが、加藤一郎先生が脳死臨調のキャップに就いて、この対立を収めて脳死臓器移植を実現するために彼が取った手段が、ドナーが自分でいいと言っているのだからいいじゃないかという自己決定の理屈でした。これは他の国でもみなそうになっているわけではなくて、むしろ意思を尊重するとしても、多くはオプトインではなくてオプトアウトで、つまり自分の身体を使ってほしくないという意思は尊重するけれども、逆に脳死状態になったときには意思表示がなくても使えるというほうが、いわば合理的な制度設計だということに世界的にはなっているのだらうと思います。でも日本では、本人の意思が必要だという制度設計で臓器移植法を設計しましたので、結果として大きな矛盾が起きたのは先生方は十分御存じのとおりです。一番問題だったのは、ドナーが自己決定できない小児移植が本では不可能であったために、国際的な非難を浴びてしまって、ようやく改正法ができたという経緯になっております。

そのように最初に大きな掛け違いがありますし、私は臓器移植法はいろいろと法的に下手くそな立法だと思います。改正法も、児童虐待の被虐待児をドナーにしてはいけないという規定も理屈に合わない話です。他にも、日本的な不合理な情緒的なところに配慮した臓器移植法の設計になっている部分があります。その結果、現場の先生方に、ものすごい

御苦勞と御負担を掛けることになりました。それでも先生方のおかげでここまでやってこれたことには、一法学者としてまた一国民としても感謝をしております。

しかし同時に、同意取得が正当化の唯一の金科玉条になってしまうのも、歪になってしまうリスクがあるだろうと思います。長期的に大きな目でみれば、かたくなに守るほどの原則ではなく、合理的な状況であれば、柔軟性はあっていいと思います。先ほど先生方が御本人の意思確認はとても大事だということについては何の異論もないとおっしゃっていただきましたが、最初にそのような立法の掛け違いがあると思う法学者としては、そのところが余りに硬直にならないような形の議論、現場のニーズに合った形の議論も可能だろうと思っております。以上です。

○坂本委員 水野先生、ありがとうございます。ただ、今の話は臓器提供に係る議論を根本から引繰り返ってしまう話になってしまうかなと懸念します。我々患者の治療にあたる現場としては、患者のためにベストを尽くす治療をして、その中で不幸にして脳死になったときに患者の意思を尊重する、あるいはもう一步進んで患者の意思を推定できる御家族の意思を尊重するというので、これまで臓器提供に協力してきております。それが今のようなお話しになってしまいますと、そもそもオプトアウトでいくべきだという話になってしまうと、ここは全く恐らくそもそも論のところ議論が成り立たなくなってしまうような気もするのですが。

○水野委員 もちろん法もオプトインで回っておりますし、それで進めていただくことに異論を申し上げるつもりはありません。ただ将来的には法改正も必要だろうと思いますので、少し法に対する距離感もお持ちいただければと思います。

○坂本委員 ちょっと本質論に入ってしまったので。

○水野委員 申し訳ありません。法学者は、そういう御迷惑なことをしでかす存在です。

○坂本委員 これは倫理学からは、どうなのでしょう。今のは法学的な見解とお聞きしましたが。

○浅井委員 医療倫理、生命倫理をやっている立場から言いますと、ドナーというか患者さんの明確な意思があるのが一番好ましくて、それが分からない場合は御家族の推定意思でやっていくということで、オプトインかオプトアウトか基準は世界的にいろいろ違うとは思いますが。両方使われていると理解しておりますので、現在の意思の確認は資料にもありましたが、臓器を提供する権利というものを尊重するという意味では、今の路線でやっていただければもちろんいいと思います。

1 つ質問なのですが、同意取得に際して搬送についての提案をするのは、これはどなたになるのか。つまり御家族のほうから、じゃあ転送してくださいというようなことをおっしゃる可能性は低いと思うので、現実問題としてどなたがそれを提案する方向になるのだろうかということ、今考えていたところです。以上です。

○坂本委員 ありがとうございます。宮本先生お願いします。

○宮本参考人 宮本です。私も、やはりここは同意取得についてと書かれると、これは非

常にディフェンシブな感じなのです。その前に、今御意見がありましたように、誰がどう説明するのかという、説明の在り方の問題だと思うのです。その中に同意取得についてがくるのかなとは思いますが。例えば、これは多分コーディネーターが少しは関与されないと進まない話ではないかと思ったりしたのですが。

○坂本委員 これは恐らく我々が通常一般に自分の施設で臓器提供を行っている場合も、基本的には同意取得の前に、いわゆるオプション提示と言われている、これから脳死になる可能性が高いという話をする段階で、もし脳死になった場合にはこのような選択肢があるということをも最初に切り出すのは、多くの場合主治医になります。もし詳しい話が聞き取れたければ、その後はコーディネーターとバトンタッチをして、コーディネーターが中立的な立場で、臓器提供をするとこんなことになるというようなことを具体的に話をしてくれるというパターンが多いのではないかと思います。

そのような中で、今まで自分の施設の限界でオプション提示ができなかった施設が、搬送を前提としたオプション提示というものがもしできるとすれば、転院搬送についてコーディネーターの方にも十分な知識と理解をもっていただいで、そのような道があるのだということ、患者さんの御家族が説明を希望される場合には説明をしていただくというのが、私のイメージです。

○横堀委員 横堀です。

○坂本委員 どうぞ。

○横堀委員 先ほど坂本先生のお話があったように、オプション提示を今行っているのは、主治医というのが大体8割ぐらいです。その中で、先ほどの患者さんを転送させたい、あるいは受け入れたいという比較をすると、やはり患者さんを搬送させたいという施設はそのほとんどが主治医がオプション提示を行っています。ですから、それが負担になっているのは事実のようで、先ほど宮本先生のお話にもありましたように、院内のスタッフあるいはコーディネーターの積極的な関与が1つの方策になるのかなとは思っております。以上です。

○坂本委員 ありがとうございます。

○杉江委員 杉江ですが、よろしいでしょうか。

○坂本委員 はい、お願いします。

○杉江委員 移植コーディネーターの立場から発言させていただきます。やはり宮本先生がおっしゃったように、患者さんの御家族に脳死下及び心停止後の臓器提供について説明するのは、コーディネーターが一番適任なのではないかなと思います。というのは、もし仮に転送になった場合、搬送先の病院に行っても、同じ県内であれば同じ県のコーディネーターが担当しますので、御家族にとっても負担が少ないのではなかろうかと思えます。

ただ、転院搬送の件までをコーディネーターが説明するのは、その施設間の事情等があるので、そこまでコーディネーターに求められるとちょっと厳しいのかなというのは印象としてあります。以上です。

○坂本委員 ありがとうございます。通常の1施設で完結する臓器提供に比べると、コーディネーターと主治医の役割分担をもう一步踏み込んで考えないといけない。これは課題として考えなければいけない問題かもしれないと思います。

○渥美委員 渥美ですが、よろしいでしょうか。

○坂本委員 はい、よろしく申し上げます。

○渥美委員 静岡県では臓器提供施設の連携体制構築事業というものを進めて3年目になるのですが、要するに施設同士がある程度連携体制を組んで進めています。その中でコーディネーターさんが動いていただくと、その施設の転送に関しても多分安心して話ができることになると思うので、御家族に接する前にその辺りの調整もできるようになるのではないかなと思います。もともと前もって連携体制を構築しておくことが、やはり必要なのだろうと考えます。以上です。

○坂本委員 ありがとうございます。今のお話は次の搬送体制についてでも出てくる問題だと思いますし、もしこういうことを進めていくのであれば今回のガイドラインの改定に伴って、コーディネーターとして考えるべきことについての医学的なことも含めた研修会等を、コーディネーター研修会等で行っていく必要があると、お話を伺っていて思いました。

ここに関しては同意取得だけではなくて、その前のいわゆるオプション提示の部分も非常に重要であり、臓器提供に関して十分な理解をしていただいた上で希望されるという場合に、初めて同意取得の手続に入ることになりますので、その前のところが大事です。それからここに関しては、やはりコーディネーターの存在、コーディネーターの役割が重要であるということが議論されたかと思います。一旦ここまでよろしいでしょうか。

それでは、次の搬送体制についてです。ここについては、まず共通意見として、ある日突然脳死が発生したからお願いしますでは、きっと転院搬送は無理なので、その地域の中で搬送元の施設と搬送先の施設の間で事前の連携体制が必要になってくる。ここは気を付けないと、先ほど小笠原先生や宮本先生がおっしゃったように、丸投げ体質になってしまうリスクも伴っている問題もありますが、やはり事前の連携体制が必要です。あとは、実際にそのためのマニュアルが必要です。それから、いきなり突然本番というわけではなくて、シミュレーションも必要であろうというような意見が出ております。その中で検討項目としては、先ほどの搬送基準とも関わってきますが、安全な搬送体制をどうするのか。それから転院搬送時にどこまでが搬送元病院で医療費等を持つかどうかです。もう一つは臓器提供を行うと、そのことに関しての臓器提供元病院への診療報酬等があるわけですが、それを臓器摘出をする病院と搬送元病院で按分するのか、どちらかが全部取るのかという問題、これは先ほどの負担感との問題も関わってくると思います。

それから急変時の責任の所在ということで、これは倫理的な意味での責任の所在だけでなく、法的に誰が診断書を書くのかというようなことにも関わってきます。搬送元と搬送先以外に、集中治療医学会などで考えている、いわゆるモバイルICU的なECMOカーのよ

うに、重症患者の搬送を専門とするチームのようなものも地域によってはあり得るかもしれないと思います。搬送元の施設要件に関しては最初に議論したとおりで、ここに関しては今回は5類型から5類型へということでまず議論をしていって、その上でその先も及ぶ問題として、別議論として5類型以外に関してははしていただくことにしたいと思います。

この搬送体制について、御意見はいかがでしょうか。

○横堀委員 横堀です。

○坂本委員 どうぞ、お願いします。

○横堀委員 基本的に、付いている医師が所属をしている所に責任の所在があると。その代わり、そこに対価も発生するという考えかなと個人的には思っていたのですが、この辺りは法学の先生にもお伺いしたいのですが、誰が責任を持つかというところにお金も付くのかなと思うのですが、いかがでしょうか。

○水野委員 必ずしもそれだけではないと思います。責任も契約責任や不法行為責任と多義的です。もちろん対価も重要な1つの要素にはなりますが、どこの場所で誰に責任を負わせると全体の制度設計にとって一番効率的か、合理的かというようなことも、1つの要素になります。もし合理的で効率的な所にみさせると対価の問題がネックになるということでしたら、それからお金の問題を考えるということはあるだろうと思います。

○宮本参考人 宮本です。

○坂本委員 どうぞ、お願いします。

○宮本参考人 現実的な話として、すごく例外的なケースというように考えられるのですが、この脳死判定できない施設が搬出するということを考えると、そういう所にすごく有能な集中治療医がいるとか、あるいは ECMO も乗せることのできるような救急車を持っているということにはなかなかないですね。

○坂本委員 はい、おっしゃるとおりだと思います。

○宮本参考人 現実的には、恐らく高度な施設から迎えに行ってそこでバトンタッチするというのが、多分一番現実的かなという気がするのですが、それは救急の先生方、いかがですか。

○坂本委員 全くそのとおりだと思います。一般的に ECMO カーなども、やはり迎えに行ってそこで安定化させて連れて行くのが、重症の患者さんの搬送を安全に行う大原則だと思います。先生がおっしゃるように、この場合には臓器摘出側の搬送先から迎えに行って、そしてそこで必要な安定化処置をして、臓器摘出側の医師の責任下で搬送先病院に連れて行くのが医学的には一番妥当かなと思います。あとは、第3のスペシャルチームみたいなものがある県もありますので、そのような方に依頼することもあり得ると思いますが、原則は搬送先が迎えに行くことだと私は思います。これは中村先生、いかがでしょうか。

○中村委員 集中治療学会としては、先ほどの話でも出ましたが、脳死とされうる状態の判断や臓器の状態、それから転送が可能な状況かどうかという判断まで含めて、できれば搬送先になる病院から集中治療医が出向いて、そこで向こうの先生方ともディスカッショ

ンをして、患者さんの状態を評価して、搬送手段も含めて決めていくと。これが唯一安全に責任の所在も含めて明確にできる方法ではないかなというのが、学会としての話でした。

○坂本委員 ここに関しては、今までの議論で異論はないということで、搬送先から迎えに行くということによろしいですね。

○中村委員 はい。

○宮本参考人 そうすると、経済的な支援というのも基本的には迎えに行く施設に主に付けないと、負担がかなり大きいということになりますね。按分というのは、ちょっとおかしいかなと思うのですが。

○坂本委員 おっしゃるとおりだと思います。そういう形で迎えに行くのを原則として、その場合はそのバトンタッチした所から先に関して、搬送元病院からつながっている点滴をそのまま使うのか、全部搬送先病院のものに切り替えるのかという細かいことはあるかもしれませんが。そこから先は搬送先の責任下で、まだその段階では脳死診断ができていけませんので、法的にはまだ生きているという状態で、通常の診療報酬が発生するような患者の状態だと思いますので、そこでバトンタッチをして患者を運んで行くことになるのかなと思います。

○小笠原委員 小笠原ですが。

○坂本委員 はい、どうぞ。

○小笠原委員 私も医学的な搬送体制は、それで賛成ですし、お金の面も賛成です。そうすると、法的には救急車に迎えに来て乗せた時点で、既にそれは迎えに来た側の全ての責任になると。ここに例えば今のお金の話と、安全な搬送体制に、説明責任や診断書作成などの法的なことがありますよね。そうすると、それも全部その乗せた時点でバトンタッチというようにすると、非常に分かりやすいのですが、それは診療報酬上の問題と、法的な問題の2つあると思うのですが、この辺りはクリアされるのでしょうか。

○坂本委員 ありがとうございます。これは脳死に限らず、今、集中治療医学会が中心となって重症患者さんの搬送で ECMO カーで迎えに行って ECMO を導入して連れて行くというときと、同じような議論になるのだろうと、脳死だけではない問題だと思いますので。この辺りは集中治療医学会としては、重症患者の広域搬送についてガイドラインを作られていると思いますが、いかがでしょうか。

○中村委員 今作成中なので、まだ明確にお示しできるものはないのですが、そのような認識でいいかと思います。

○小笠原委員 これは法的にいいのでしょうか。診療報酬とか、我々が決められるものではないので。診療報酬の問題や法律の問題などは、要するに患者さんの所在ですよ。救急車が迎えに来て乗せた時点で、それは乗せた側の病院の責任になるとか、診療報酬もそこに付けるということに関しては、それは問題ないのですね。そこだけです。制度と法の問題なのです。

○坂本委員 これは学会に聞かれても、きっと分からないので。

○小笠原委員　そうですね。ですから、厚労省、法学者ですね。

○坂本委員　厚労省の事務局に直接お聞きしたほうが。厚労省は、この件はいかがでしょうか。

○木庭室長　今、先生方に御議論いただいている点ですが、搬送されている状況下では重症患者であると。亡くなられた方ではないので重症患者の搬送という取扱いになるので、先ほど先生方におまとめいただいたように、重症患者の搬送としての診療報酬の扱いになると考えます。脳死判定、そしてそれにまつわる様々なドナーの管理等については、通常の脳死判定、臓器提供に係る診療報酬と同様、基本的には搬送先の病院に発生すると。発生というか、一義的には受領するという取扱いになると考えます。

法的な責任うんぬんについては、これは基本的にはやはり重症患者さんの搬送と同じように、先ほどお迎えに行った先で搬送元の病院の先生方とお話をしてという話がありましたが、よくお話を頂いて両者納得の下で運用されるようになるのかなと思いますが、そこは先生方にどういうものが望ましいのか御議論いただくところかと考えています。

○坂本委員　事前の連携体制が必要。小笠原先生の質問は1点だと思います。つまり、今の診療報酬体系上、迎えに行った所がその病院に入って行って患者さんをバトンタッチして救急車が積んだ瞬間から、その主治医が代わって治療の責任も診療報酬も全部搬送先のほうに付くということが、法律や通知の解釈上、問題ないでしょうかというところに関して、問題ないと言っていたらここはきっと解決するのだと思います。

○木庭室長　通常の診療報酬については申し上げたとおりで、先生方のおまとめのとおりでいいのだと思います。法的な責任うんぬんについては非常にフアジーなところで、そこで全てのケースにおいて、ここから発生しますというのは決まっているわけではないと承知しておりますので、やはりそこは後々揉めることがないように話し合ってください必要があるのかなとは思いますが。

○横堀委員　横堀です。

○坂本委員　横堀先生どうぞ。

○横堀委員　トクターカーやドクターヘリで、例えばドクターカーで現場に出て病院の救急車に患者さんを乗せたときは、それがその病院の中であるという認識で私は考えていたのですが。その代わり、今度の救命士がプレホスピタルで活動するときも保険を請求できると考えたのですが、そういう考えではないのですか。その辺りがよく分からないのですが。

○坂本委員　それは、いわゆる往診に行っているということですね。

○横堀委員　そうです。往診料ということになりますので。

○坂本委員　往診に行って、相手が病院であってもそこに踏み込んで行って、患者さんを受け取った途端に往診が成り立つというか、搬送先医療機関の管理下に入るという。

○横堀委員　そうです。そこで責任の所在も発生すると。

○坂本委員　では、そこに関してはそのような解釈じゃないと、この制度設計はできない

ということで、厚労省に確認いただくということでいきたいと思います。

○木庭室長 承知しました。確認をしておきたいと思います。

○坂本委員 道義的責任がという話になるとやっかいなので、そうではなくて。

○

○水野委員 法的な観点と言ったときも、やはり先ほど事務局がおっしゃったように、診療報酬の問題と別に、例えば医療過誤で訴訟になったときに、どちらに過失があったか、連帯責任だろうかとかいう問題があり、それらもまた法的な責任と申しますので、恐らく診療報酬の法的な問題と性質決定をされておくのがよいかと思います。

○坂本委員 ありがとうございます。

○浅井委員 東北大の浅井ですが、よろしいでしょうか。

○坂本委員 お願いします。

○浅井委員 今議論されていた迎えに行って救急車に乗って、そこでバトンタッチして責任が移るということについて、患者さん、御家族への同意取得の際の説明に是非とも加えていただいて、理解、納得していただいた上で移っていただくということは大事なかなと思いました。以上です。

○坂本委員 ありがとうございます。大事なポイントを御指摘いただきました。同意の中で先方から迎えに来た場合には、そこでバトンタッチをして、そこで主治医が交代しますということを理解いただくということですね。ほかに御意見はいかがでしょうか。搬送体制だけでなく、今までの3点いずれでも結構ですが。

○小笠原委員 小笠原ですが。

○坂本委員 お願いします。

○小笠原委員 今、坂本先生がおっしゃったように、この転院搬送がもし仮にOKになったときに、やはり雛形でこういうような同意書を取るというようなものを、どこが作るかわかりませんが、この作業班なのか厚労省なのかわかりませんが、その辺りはきちんと各施設がばらばらで作るのではなくて、是非雛形でこういう項目をきちんとインフォームドコンセントに入れてくれというようなものを是非出していただきたいと思います。以上です。

○坂本委員 ありがとうございます。私としても同意書の雛形が必要だと思います。それ以外に、コーディネーターも含めた全体のフローをどういう順番でお話をしていくのか、コーディネーターがどのタイミングで入ってくるのかということに関して、これはそうではなければいけないということはないですが、具体的な例として、代表例としてもし挙げられればいかなと思います。また、先ほどの搬送できるかどうかの基準等についても、これも必要な話なのかなとは思っています。

○宮本参考人 宮本です。

○坂本委員 はい、どうぞ。

○宮本参考人 説明のあり方というのは議論しておくべきです。、転送すればよいと考え

る転送元の病院だけに説明させるというのでは十分な説明ができないと思います。実際に責任を担うのは転送してもらい、迎えに行く施設ですので、両者で何か考えないといけないと思いますし、その前の説明のあり方を含めて、何らかのシステムを考えないといけないと思います。

○坂本委員 ありがとうございます。そういう面では、この搬送体制の最初の1行目にあるように、事前に連携体制の構築ということで、これはにわかに患者が発生してからバタバタしても駄目なので、その辺りの役割分担や説明に対する協力等についても、きちんと環境をつくっておかないといけないということですね。ほかに御意見はございますか。

○杉江委員 すみません、少しよろしいでしょうか。杉江です。

○坂本委員 お願いします。

○杉江委員 搬送元の病院に搬送先の先生が迎えに行くということなのですが、患者さんを搬送先の病院の先生が診察する、状況と一緒に、搬送元の病院の先生と確認することはありますでしょうか。というのは、コーディネーターが説明をする前に医療従事者に患者様の状態を確認するので、先ほど宮本先生もおっしゃっていましたが、搬送元の病院の先生だけの見立てではなくて、搬送先の先生がどのように捉えているかというのが共有できると安心かなと思ったのですが、その辺りはいかがでしょうか。教えていただけますと助かります。

○坂本委員 ありがとうございます。搬送先の先生は、おそらく、来て、患者さんの診察も行って、検査の所見も見て、場合によっては、その段階で、これは到底脳死の判定は無理だからみたいな話も起こり得るのかなとは思っています。これに関しては、おそらく、搬送先の先生方が来てからきちっとカンファランスを行って、それで情報共有をして、搬送元も搬送先も同じ認識で、脳死とみなしうる状態であり、なおかつ臓器提供の可能な状態であってということに関して、コンセンサスを得た上で実際のアクションに移るのであれば、それこそ、何かあったときに責任がどちらになるのだみたいな話になってしまいますので、というふうには思いますが。この辺に関していかがでしょうか。

○横堀委員 横堀です。先ほど中村先生のお話にあったように、受入先の先生が実際に患者さんを診て、そこで判断をして、それがコンセンサスとして共有されてというような、そのようなスキームが一番合理的なのかなと思いました。あとは、御家族の方と送り出す側の先生と受け入れる側の先生が、三者で面談をすることが許されれば確実かなと思いました。

○坂本委員 コーディネーターを入れて四者ですかね、そうしたらそこは。

○横堀委員 そうですね、四者ですね。

○坂本委員 コーディネーターが、搬送元から搬送先にくっついて行って、つないでくれる一番大事な役割だと、先ほどお話がありましたので。

○小笠原委員 小笠原ですが。

○坂本委員 お願いします。

○小笠原委員 私も今、理想的には今の話が一番いいと思います。搬送先と搬送元の医療者がきちっとそろって、コーディネーターと家族としてやるのが理想的なのですが、かなり負担が多いのではないかなと個人的には思います。ですから、その辺のところは、必須にするのが私は理想的だと思うのですが、その辺は、Web 会議等で情報をやり取りすることでも、電話はちょっといくら何でもと思うので、このような会議で情報をやり取りすることがいいのではないかなと個人的には。いろいろな各施設で、こういう医療情報を扱うものが各都道府県で整備されていますよね。そういうのを使ってやるのが多分、一番、私はそれも有りていいのではないかなと思うのです。これはちょっとなかなか難しいのですが、最初は四者で、できれば、慣れてきたら Web でもいいかなとちょっとは思います。ちょっと負担が大きいかなというのは個人的な見解です。ただ、そのように決めるということであればそれでもいいかなと思います。四者でやるということを決めてしまってもいいかなと、それだと一番間違いがないかなと思いますが、ちょっと負担感を感じました。以上です。

○坂本委員 ありがとうございます。

○宮本参考人 宮本ですが。

○坂本委員 お願いします。

○宮本参考人 やはり、現実的なことを考えると、Web でそういう説明会を持つ、そして、迎えに行く施設の医師が最終的に出向くわけですから、行って診察して、最終的に説明するというのがよいかと思います。ここはあまりハードルを低くしないほうがいいと思うのです。

○小笠原委員 分かりました。

○坂本委員 ありがとうございます。もちろん、迎えに行った後もそうですし、その前の段階で、迎えに行く段階で、少なくとも Web で顔の見えるような形で、きちっとドクターとドクターとコーディネーターが、ディスカッションするというのも重要なのかなと思います。ほかに御意見よろしいでしょうか。

○渥美委員 よろしいでしょうか。

○坂本委員 お願いします。

○渥美委員 聖隷浜松病院の渥美です。最近、施設間での連携を進めている中で、やはり、患者情報のやり取りというのがあるのです。基本的には、私は、連携の施設の先生を支援するという立場で入っているものですから、直接、その御家族とお話することはあまりありません。ただ、それでも、患者さんを自分の施設に移すということだと、それなりの責任感を持ってやらなければいけないなとは思っています。御議論があったとおり、判断の責任は転送先の病院ということをしっかり明記した上で、あとは、連携先の病院の先生方との信頼関係の中でやっていただくというのも 1 つの案かなとも思いました。小笠原先生がおっしゃるように、あまりガチガチに決めてしまうと負担感も大きいかなというのは、私の中に、日常からの経験からそのような感じがします。以上です。

○坂本委員 ありがとうございます。ねばならないというよりも、1 つの理想型というか、

モデルとして提案するのがいいのかなということでしょうか。ほかによろしいでしょうか。それでは、おおむね議論も、取りあえず、今日の段階での議論としては出尽くしているかなと思いますが、今日の議論、今、事務局で振り返って、一応、論点をもう一回整理して、みんなで共有させていただけますでしょうか。

○宮本参考人 宮本です。最初にもちょっと話したのですが、項目立てをするのでしたら、やはり、迎えに行く施設へのサポートということは、きちんと項目立てで検討すべきではないかと思います。

○坂本委員 ありがとうございます。具体的には、迎えに行く施設への金銭的なサポートになりますか。

○宮本参考人 そういうことです。そういうことも含めてです。

○坂本委員 ありがとうございます。

○宮本参考人 先ほども奄美大島の話でありましたが、予定手術を止めたりとか ICU のベッドを用意したりとか、それに加えて時間外勤務の賃金を払ったりとか、あるいはそれ以外のスタッフの負担というのもありますので、それはしっかりと議論をしないと、善意や義務感だけでは済まない問題とは思いますが。

○坂本委員 これはおそらく、今現在、通常の脳死患者から臓器提供施設になっている所はどこでも、いろいろな人件費や、それによって止めなければいけない医療などの部分に関して、かなり負担を背負いながらも、社会的責任ということでおそらくやっているのだと思います。それが、自分の所での治療の過程で生まれた脳死患者さんであれば、そういう負担もやむを得ないというところがありますが、他の病院からも引き受けることになる、そこはもう少し整理をして、しっかりとした、少なくとも、ものすごく損をするようなことがないような仕組みを作らなければいけないという、そういうことでよろしいですか。はい。それも課題にして、何らかの形で取り上げたいと思います。よろしいでしょうか。あと言い足りないことがあればどうぞ。

○中村委員 中村ですが、よろしいでしょうか。

○坂本委員 どうぞ。

○中村委員 今の宮本先生の御発言とも関係する所なのですが、例えば、5 類型該当以外から 5 類型への搬送となると、脳死下臓器提供ができないという明確な線引きができると思うのですが、5 類型から 5 類型となると、線引きがなかなか難しくなってくると思うのです。そこら辺は、ガイドラインやチェックシートを作成し、どのような条件を満たした場合に転送が許容されるか、そういう線引きが明確でないと、今、懸念されているようなことが起こり得ると思いますが、その辺の線引きというのはこれからしていけるようなことでしょうか。

○坂本委員 そうですね。本来的に言えば、先ほども、今日の議論は振り出しに戻れば、そもそも 5 類型であれば、脳死の判断、臓器提供はできるべきだという「べき論」になるわけです。何らかの事情でできないような、例えば手術室がない施設とかというのがあっ

たとすれば、そこに関しては、事前にそのことに関して、搬送先医療機関と地域の中での連携体制を作って、お互いそこに関しての合意をしていなければいけないのだろうというのが今回の議論だと思います。

○中村委員 そうすると、場合によっては県境をまたぐ医療圏ごとの高次医療機関を含む5類型同士の連携で、状況に応じて、提供できない場合は転送するみたいな事前協定を結んでおくと、そういう認識でよろしいですか。

○坂本委員 はい。場合によってはシミュレーションの訓練を積んだりとかということも救急医学会の中では提案されていまして、そういう仕組みなしにいきなりやることにに関しては、やはり少し問題があるかなと思います。

○中村委員 ありがとうございます。

○坂本委員 よろしいでしょうか。それでは、事務局から、取りあえず、今日の議論の事務局としての取りまとめをしていただけますでしょうか。

○吉屋補佐 事務局です。御議論ありがとうございました。今、先生方から御議論を頂きました内容としてまとめさせていただきます。まず患者状態については、共通の御意見としては、提示させていただいた御意見のとおりかと考えております。検討項目の中で、転院搬送が可能な全身状態については継続的な審議が必要であり、この点に関しては、集中治療医学会で基準等をご検討・作成頂くと理解しております。また、脳死とされうる状態の診断を必須とするかどうかについてですが、こちらは「診断を必須とする」とことと理解しております。御議論の中で、脳波が取れないような医療機関では、脳波以外の所見のみを必須とするなどの御意見もあったかと思うのですが、脳死とされうる状態の診断、つまり、平坦脳波までの確認を必須とするということでもよろしかったでしょうか。ありがとうございます。

同意取得については、共通の御意見は提示の共通の御意見でした。検討項目としては、まずは同意取得の前の説明のあり方についてです。説明のあり方ですが、四者で行うのかWebも含めるのかといった御議論は、今後少し継続議論が必要と考えております。また、どのような形でどのような方が関わるかというフローの作成というものが重要ということもご意見として承りました。また、同意書に関しては、このような項目を入れるべきだという雛型の作成が必要であることと理解しております。また、その雛型の中には、責任の所在については、転院搬送先から迎えに来た時点で主治医が交代することなどの内容について含める、という御意見であったと考えております。

搬送体制については、共通意見としては、事前の連携体制が重要と認識しております。安全な搬送体制についても、先ほどの患者状態の項目での転院搬送可能な全身状態等を含めて、集中治療医学会で同様に御検討を頂くという御意見と思っております。転院搬送時の医療費負担の整理についてですが、こちらは費用配分をどうするか、また、転送先病院へのサポートということがありました。現在、法的脳死判定や脳死下臓器提供管理に関しての診療報酬は、脳死臓器提供管理料、（各臓器毎の）採取術というものが費用として

配分されるものとなっております。こちらは、移植施設、提供施設等で民民の契約の中で配分しているものですので、搬送先の施設が全額取るのか、多めに配分するのかというのは、連携施設内や学会間の中で御議論いただければと、事務局としては考えております。

急変による死亡時の責任の所在等については、搬送先スタッフが迎えに行った時点で全てが移るという御議論だったかと思えます。また、搬送先の施設要件としては、今回、5類型施設に限るという御議論だったかと思えます。また、冒頭の大前提になりますが、各学会の皆様の中で、転院搬送に関しては、まずは5類型施設の体制整備が必須であり、どうしても体制整備がかなわぬ場合は例外として容認するといった共通の御意見だったかと考えております。事務局からは以上です。

○坂本委員 ありがとうございます。先にまとめていただきましたように、今のような立て付けの中で、もう少し細かい手順等を議論して、そして班としての取りまとめをしていきたいと思えます。今日の段階で、集中治療医学会の役割、あるいは、その説明、同意の部分等々ということでしたが、これらについて、あと議事録をもう一回確認をした上で、それぞれ、もう一回、この作業班は、厚労省からはおおむね、一番スムーズに行けば3回程度で作業班としての結論をとということで依頼を受けているので、議論を円滑にするために、先ほどの搬送基準であるとか、あるいは、説明同意文書の雛型であるとか、これに関しては、それぞれ担当を決めて、少し草案を作っていた上で、次の作業班の議論に入りたいと思えます。事務局はそれでよろしいでしょうか。

○木庭室長 ありがとうございます。よろしく申し上げます。あと、フローというところはどのような。

○坂本委員 そうですね。

○木庭室長 そこもお願いできればと思えます。

○坂本委員 分かりました。おそらく、その辺のフローであるとかは、実際に、今、臓器提供で現場でやっている経験の多いのは、比較的救急科が、脳死判定後のコーディネーターとの話とかが結構多いと思えますので、横堀先生、そこら辺は救急医学会でお願いしてよろしいでしょうか。

○横堀委員 了解しました。

○坂本委員 ありがとうございます。では、そのような形で分担をしていくようにしたいと思えます。今日の段階での議論として、何か積み残していることは事務局、ございますでしょうか。

○木庭室長 事務局です、すみません。同意書の雛型については、どなたかに素案みたいなものを作っていただくような流れにはなりませんでしょうか。

○坂本委員 こちらも、先ほどのフローと合わせて救急医学会でよろしいですか。

○横堀委員 了解しました。

○坂本委員 ではそうさせていただきます。脳神経外学会、宮本先生と小笠原先生には、もう一回、全体を見てチェックをしていただきたいと思います。そうすると、今日の段階

で、一応、課題についての共通理解と、それから検討すべき項目ということ、それから、そもそもの今回の制度設計の大前提というか、そういう部分についての議論はおおむねできたかなと思います。今日は結構、議論が多かったので、もう一回、議事録をみんなで確認をしていただいて、そこでもう一回論点を整理して、その上で宿題をやって、次の作業班を行いたいと思います。時期的には、おおむね3月末とかそのような感じですか、事務局。

○吉屋補佐 次回の作業班は、3月24日木曜日の14時からを予定しております。

○坂本委員 ありがとうございます。それでは、早めに議事録を作っていただいて確認をして、もう一回、次の作業班への、それぞれの各学会にお願いする作業の分担を出して、それを進めていただいた上で次の会に入りたいと思います。ちょっと拙い司会で、なかなか論点が整理仕切れない部分もありましたが、何か、最後に、今日の段階でお伝えしておきたいことが委員の先生方からございますでしょうか。

○小笠原委員 小笠原ですが。

○坂本委員 お願いします。

○小笠原委員 これは坂本先生ではなくて厚労省に聞きたいのです。今日の議事録は臓器移植委員会に出てきますよね。要するに何を言いたいかというと、これを、脳外学会の中の脳死検討委員会で共有したいのですが、今日の議論を、議事録を。それができるのはいつ頃ですかという質問なのです。明後日、脳死臓器移植委員会があり、あれだと無理ですよ。

○吉屋補佐 事務局ですが、議事録は業者の方をお願いしております、2週間ぐらいの時間を頂くことになるかと思えます。通常、ほかの臓器移植委員会等でもそれぐらいのお時間は頂いているかと思えます。

○小笠原委員 そうすると、それが、要するに、公的にそれを公表してもいいというのは、確定しましたと厚労省から御連絡を頂くと、その時点で、脳外学会の中で共有してもよろしいという理解でよろしいですか。

○吉屋補佐 議事録に関しては、先生方皆さんに御発言を確認させていただいた後に公開しております。公開の場合は、ホームページに掲載させていただきますし、完成したものは早急に共有させていただければと思います。

○小笠原委員 分かりました。そうしたら、共有した時点で公開してもいいという理解でよろしいですね。

○吉屋補佐 はい、問題はございません。

○小笠原委員 分かりました。ありがとうございます。

○木庭室長 最終的な、確定した議事録はおそらく往復してからになると思いますが。

○吉屋補佐 皆さんの御意見を。

○小笠原委員 いや、分かりました。私、聞きますので、最後は。これは公開化していいですか、議論していいですかというか、学会の中で共有させていただきますので、なるべ

く早くそれをしたいなと思っていますので。

○吉屋補佐 承知しました。

○小笠原委員 よろしくお願ひします。

○吉屋補佐 よろしくお願ひいたします。

○坂本委員 ありがとうございます。おそらく同時に救急医学会でも共有させていただきます。ほかによろしいでしょうか。法学や倫理学の先生方もよろしいでしょうか。ありがとうございます、今日はいろいろとアドバイスを頂きましてありがとうございます。それでは、一応、今日の段階では議論をすべきことは尽くしたと思いますので、本日はここまでで、事務局はよろしいでしょうか。事務局に一旦、バトンタッチします。

○木庭室長 ありがとうございます。大変、密度の濃い、こちらで考えていた論点は、ほぼすべてカバーする形でいろいろな御議論を頂けたかなとっております。ありがとうございました。また、次回以降、更に踏み込んだ議論を頂ければとっておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。ありがとうございました。

○坂本委員 では、どうもありがとうございました。