

第2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3月24日(木)
14:00～

場所

開催形式 Web会議

○吉屋補佐 少し定刻より早いですが、本日御参加予定の皆様にご出席いただきありがとうございますので、ただいまより、第2回脳死判定を目的とした転院搬送に関する作業班を開催させていただきます。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誠にありがとうございます。本日は水野委員より大幅に遅れる若しくは御欠席との御連絡を頂いております。また事務局に異動がありましたので御紹介させていただきます。吉川美喜子室長補佐です。

○吉川室長補佐 3月1日から京都府立医大から赴任いたしました吉川でございます。何とぞよろしくお願いいたします。

○吉屋補佐 それでは以後の議事の進行は坂本班長にお願いしたいと思います。坂本班長お願いいたします。

○坂本委員 皆様、年度末のお忙しいところお集まりいただきまして、ありがとうございます。前回第1回のこの作業班で基本的な前提条件であるとか、あるいはこの作業班としての作業の目標ということについて、皆様と共有させていただけたかと思っております。それに基づいて、前回日本救急医学会と日本集中治療医学会には宿題をお願いしました。それらについて提出がありましたので、それらをベースにして本日は議論を進めていきたいと思っております。それでは早速議事に入らせていただきます。まず前回までの確認事項も含めて、脳死判定・脳死下臓器提供を目的とした転院搬送について、事務局から御説明をお願いいたします。

○吉屋補佐 資料1-1について御説明させていただきます。こちらの資料は、前回の転院搬送作業班での議論をまとめた内容となっております。まず1ポツは、本作業班開催の目的を前回同様記載しております。この作業班での検討結果は臓器移植委員会に報告することが目的となっております。

2ポツ目、本作業班の議論の前提として、前回議論を始める前に各学会の先生方に、それぞれのお考えを前提として班長よりお聞きいたしました。その中で厚生労働省で実施しております、5類型施設における脳死下臓器提供の体制の拡充及び法的脳死判定等に必要の人材の派遣等の施策の継続は重要である。その中で脳死下臓器提供希望者が発生した施設で脳死判定等が実施できない場合に限り、脳死判定を目的とした転院搬送を容認する。また、その枠組みにおいて、搬送元及び搬送先施設はいずれも5類型施設とするということが、本作業班の議論の前提と確認させていただきました。

3ポツ目が、前回作業班で抽出した課題と方向性ですが、作業班の中で合意いただいた項目と継続検討項目に分けさせていただいております。患者状態については「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持つこと。脳死とされうる状態の診断がなされていることが合意事項。検討項目としては、転院搬送が可能な全身状態についての可否の判断基準の作成であり、こちらは集中治療医学会に御作成いただきまして、資料1-2が該当しております。

続いて、同意取得については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。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、搬送先のスタッフに引き継いだ時点で主治医が交替となること。こちらは説明責任、薬剤等医療費負担等も含めてというような項目が合意事項でした。

検討項目としては、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あり、同意書のひな型が必要であることと、説明の在り方、関与する関係者を含めたフローの作成、この2項目については救急医学会に資料を御作成いただいています。資料1-3、1-4が該当しています。

搬送体制については、搬送元施設と搬送先施設の間には事前の連携体制の構築が必要。連携体制を構築した施設間のみでの搬送とすること。地域の実情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。搬送元施設を5類型施設に限定する理由としては、5類型施設以外からの転院搬送は、患者の救命を目的とした高次の医療施設への搬送であり、今回議論の転院搬送は脳死判定、臓器提供を目的としていることによること。また、脳死下臓器提供に際して提供施設に分配される費用の分配は、連携体制の枠組みや学会での議論に基づく民-民の契約に準じることが、合意された事項と認識しています。

検討項目としては、安全な搬送体制、搬送の可能範囲や搬送手段、スタッフの要件については、集中治療医学会に資料を御作成いただいています。こちらは資料1-5が該当しています。資料1-1については以上となります。

○坂本委員 事務局から御説明ありがとうございます。前回の作業班での議論を踏まえていただきまして、前回皆様で作ったコンセンサス、合意事項と、それから行うべき作業の一覧、その課題等について整理いただいています。ここまで前回のまとめと宿題について、何か御意見がありましたら、まずこの場で御発言をお願いします。いかがでしょうか。

前回の議論の整理というところまではよろしいでしょうか。それでは、皆様御異論がなければ、前回出された宿題について、今回第2回目として検討していくことにしたいと思います。前回の作業班では救急医学会、集中治療医学会にそれぞれ宿題を出しています。また事務局ではこの搬送に掛かる費用、それに対する報酬として往診料等の診療報酬の考え方について、整理をお願いしています。まず事務局からこの往診料等の診療報酬の整理について、御説明をお願いします。

○吉屋補佐 事務局です。今回のような脳死判定等の救急搬送における診療報酬上の整理について、地域医療計画課の救急室に確認しました。今回の転院搬送に関しては、先ほど坂本先生が御指摘いただきました往診料及び救急搬送診療料の算定が可能とのこと。こちらは転院先病院の病院救急車に転院先病院の医師が同乗して、転院元の重症患者を迎えに行き、転院先病院に転院させる場合ということになります。

診療報酬上評価されるものとしては、この2つの項目となっていて、搬送中の責任の所在についても、一般の救急搬送について確認しましたが、救急室の回答としては、搬送元施設及び搬送先施設の相談によるものではないかと、現場の運用での判断ということが、

救急室としての回答ということでした。事務局からは以上です。

○坂本委員 ありがとうございます。往診料と救急搬送診療料ということですが、ちょうどこの度令和4年度の診療報酬改訂で、この救急搬送診療料に関しては若干の改訂がありましたので、私のほうから少し補足説明をします。

今回令和4年度の診療報酬改訂で、これは臓器提供のためというわけではなくて、特にコロナ禍の中でECMO搬送が非常に多かったということもあり、ECMO等を装着した重症患者に対する搬送中の専門性の高い診療の必要性を踏まえて、これに関して救急搬送診療料について要件の見直しと、新たな評価が行われているということになります。

もちろん脳死の患者さんの搬送は人工呼吸器が付いていますので、このECMO等に含まれるということになります。これについては届出施設に関して基準に合致している場合には、1,800点が加点されるということで、その中で条件として関連学会の指針等に基づいた重症患者搬送チームが搬送を行った場合とありますが、これは後ほど、集中治療医学会から御説明いただく指針が該当しますので、この指針が脳死の患者の搬送にも通じる指針になると考えられますので、御紹介します。まず、ここまで皆様よろしいでしょうか。

○横堀委員 横堀です。ありがとうございます。病院間ではなくて、その間に搬送チームという形で第3の医療施設が入る場合というのは想定しようと思うのですが、その場合もこれが適用されるのかというのは、事務局いかがでしょうか。

○吉屋補佐 適用といいますと、救急搬送診療料でしょうか。

○横堀委員 そうです。すなわち転院元、転院先だけではなくて、搬送に特化した医療者、病院がもしそこに関わるとすれば、そこも算定が可能ということになると思うのですが、いかがでしょうか。

○坂本委員 具体的に言えば、例えば横堀先生の日本医科大学のドクターカーが帝京大学に出動して、帝京大学の脳死患者さんを、例えば慶応大学に運んだという際に、日本医科大学として何らかの診療報酬上の手当があるのかないのか、横堀先生そういうことですよ。

○横堀委員 そのとおりです。というのは、そこの責任が付いてくるかどうか分からないですが、基本的には患者さんの診療に当たる医師が責任を負うべきであるし、それに対しての報酬ということが一番分かりやすいのかなと思っています。そのような議論が救急医学会でもありましたので、お伺いしました。

○吉屋補佐 ありがとうございます。この場で即答することができませんので、担当課に確認し、後ほど皆様に情報共有させていただければと思います。

○横堀委員 ありがとうございます。

○坂本委員 第1回の作業部会でも、そのような脳死の発生した施設と、臓器提供施設と別の第3の施設が搬送の任に当たることは想定されるということで議論していただきましたので、その際の診療報酬等の在り方について、これに関してはもう一回確認していただくことにしたいと思います。これに関しては、今現在、脳死臓器提供以外に通常のECMOの患者な

どでも発生していることだと思しますので、実際の実例をもって厚労省のほうで何か御回答いただけるものと期待しています。

ほかによろしいでしょうか。それでは、それぞれの学会の宿題に入りたいと思います。まず救急医学会から始めさせていただきます。救急医学会からは承諾書についてと、連携フローについての具体案のひな型を出していただくということで、宿題を出していました。まず承諾書について、救急医学会から御説明いただければと思います。資料 1-3 です。よろしくをお願いします。

○横堀委員 日本救急医学会脳死委員会の横堀です。今日、御参加の杉江先生、中村先生、渥美先生とたたき台を作った上で、日本救急医学会脳死委員会の中でレビューを行ったものが、この資料 1-3 です。説明書と同意書、承諾書ということで 3 枚ありますが、お目通しいただければと思います。

○坂本委員 事務局のほうで画像共有していただけますか。

○吉屋補佐 承知いたしました。

○横堀委員 ありがとうございます。資料 3 がこちらになります。脳死判定目的の転送に関する説明書ということですが、まずネーミングがこれでいいのかというところも議論があったのですが、皆様方からそこについて御意見を頂きたいと思います。内容についても、これをひな型とした上で各地域によって、あるいは病院間によって取決めをここから大きく離れない程度、ずれない程度でやっていただくのもいいのではないかという議論がありました。

下のほうに行きますが、まず 1 ポツ、項番の 1 ですけれども、容体急変の可能性と医学的処置についてということで、もちろん移送に耐えうる容体であるということは認識していますけれども、不安定であるということで急変の可能性があるということは、こちらに書かせていただきました。あとは搬送中にも緊急の医学的処置が行われる可能性があるということについても言及しています。

2 番目の臓器提供が行われない可能性。これは搬送後に改めて再評価をした上で、やはり脳死下臓器提供にならないような症例があった場合の免責ということも、こちらに書かれています。

3 番目の搬送方法と手段。これは先ほどありましたが、医療チームが何か搬送中に起こった事象への対応をするということになる。これは転院先にもなり得るし、転院元の医療機関でもあり得るし、あるいは特別にスペシャライズされた搬送チームが任に当たる可能性もあるということです。

4 番目の脳死下での臓器提供を行わない場合の治療については、心停止後の臓器提供となる可能性があるということについて言及をしています。

次のページをお願いします。その後、心停止後の臓器提供の詳細等は、コーディネーターからの情報提供を行うということになります。この中でちょっと議論があった所は、責任の所在についてです。1 ページ戻っていただいた 3 ポツの所の搬送方法と手段について。

診療は同行している医療従事者が行うということで、同行している医療従事者がその責任の下に……への診療を行うことになるのですが、責任の所在をもっと明確にするべきかどうかというところを御意見いただければと思うのと、後は具体的に免責までもここに記すかどうかについて御意見を頂ければと思います。

次のページにまいります。同意書類のほうもまとめてお示しします。これについては、具体的に先ほどの説明書の中で説明をした内容が書かれていますが、御確認いただければと思います。今日御参加いただいている杉江先生、中村先生、渥美先生、何か追加コメントがあればよろしく願います。私からは以上です。

○坂本委員 ありがとうございます。それではまず、横堀先生の御説明に追加説明はありますでしょうか。杉江先生、中村先生いかがですか、よろしいですか。

○杉江委員 問題ありません。先生ありがとうございます。

○坂本委員 それではこの承諾書について、幾つか課題も御紹介されましたけれども、フリーに御意見を頂きたいと思います。御意見、御質問のある方は御発言をお願いします。

○宮本委員 宮本です。文面で「家族」という所と「御家族様」という所があって、これは統一すべきだと思います。あと内縁関係にあるような場合にどうするのか。家族などと書いておくのか、どうするのかということと、内縁関係で代諾が取れないときもありますし、承諾書という言葉も、今、横堀先生も同意書と言われましたけれども、同意という言葉を使うほうが慣習的には多いかなと思いました。あとこの承諾書の所に患者さんの氏名は書くべきかなと思いました。

あと1点ですが、先ほどちょっと申しましたけれども、家族などが代諾を拒否した場合にはどうするのかというのは、急性期医療でも問題になっていますけれども、ちょっと考えておく必要があると思いました。

免責については、やはり書いていただいたほうが医療機関としては有難いかなと、個人的には思いました。以上です。

○坂本委員 ありがとうございます。

○坂本委員 ありがとうございます。まず、御家族様とか御本人様ということに関して、一般的には説明・同意文書等では「様」は付けないので、「様」抜きがよろしいかという、宮本先生、そういう御意見でよろしいでしょうか。

○宮本委員 はい、ここだけ「御家族様」というのが、ちょっと違和感があったので、そういうふうに思いました。

○坂本委員 御家族の「御」は付けてもよろしいでしょうかね。

○宮本委員 はい、いいと思います。

○坂本委員 御本人、御家族ということで、「御」を付けて丁寧語にして、「様」はやめるということで、横堀先生、よろしいでしょうか。

○横堀委員 ありがとうございます。宮本先生、ありがとうございます。書面の中でも統一するようにいたしますのと、「様」は抜いて、御本人、御家族という形で統一をした

いと思います。ありがとうございます。

○坂本委員 それから、最後の紙が、同意書なのか承諾書なのかということで、これに関しては、同意書とされるほうが一般的ということですね。

○横堀委員 これも読んでいて私も思ったのですが、「説明」と「同意」という言葉で、今、統一をされていると思いますので、同意書という形でまとめようかと思います。

○坂本委員 それから、この3枚目の紙だけしかなくても誰が対象かということが分かったほうがいいので、ここに転院搬送となる患者の氏名も記載欄に書くということですね、宮本先生。

○宮本委員 はい、そうです。

○坂本委員 1枚目の一番上の所に患者の名前はあるのですが、この3枚がセットで出てくるかどうか分からないので、一応、3枚目は独立した同意書ということで、説明文書と同意書で分かれるので、同意書のほうにも患者の名前を書くということでもよろしいでしょうか。

○横堀委員 了解しました。そうすると、承諾者の上に患者氏名ということでもよろしいですか。

○坂本委員 どちらがいいでしょうか。まず承諾者があって、それから同意者になるわけですかね。

○横堀委員 院内の一般的なフォーマットも、もう一回確認して書きたいと思います。ありがとうございます。

○坂本委員 もう一つ、難しい問題を宮本先生に御指摘されたのですが、これはおそらく、脳死に限らず本人に意識がない、特に脳外関係に多いのですが、その場合の同意者に関して内縁者も含めるか、含めるとしたらそれは家族等という「等」を付けなければいけないのか、あるいは家族という言葉に内縁者も含むのかということです。そのところは、おそらくこの脳死の転院搬送の同意文書に限らない問題だと思います。この辺に関しては法律、若しくは倫理の専門家の先生方から御意見を頂ければと思いますが、いかがでしょうか。

○浅井委員 浅井です。厳密に、法律的に家族というのはどこに入るか分からないのですが、例えば、国が出している終末期医療のガイドラインでは、「家族等」で、いわゆる狭い定義の家族ではない方も含めるということにしているので、法律的に家族等の代理判断でOKということであれば、「家族等」がよろしいかと思いました。あと、この同意書、承諾書を訂正して同意書となると思うのですが、これの年月日の下の承諾者というのは代諾者になるのでしょうか。代理判断、代理同意をされているので、代諾者とされて、その上に患者さんのお名前を書くということになるのかと思いました。現時点では以上です。

○坂本委員 ありがとうございます。御家族等という「等」を付けて、等の中に内縁あるいは同居者、法的な後見人を入れるかどうかという辺りも含めると、非常に微妙な気がするのですが。余り何親等までとかは書き込まずに、御家族等の「等」の所は、あとはその

時々の厚労省の判断に従いますか、そんな感じでしょうか。

○杉江委員 坂本先生、少しよろしいでしょうか。

○坂本委員 お願いいたします。

○杉江委員 申し訳ありません。移植コーディネーターの杉江です。実は、臓器提供の承諾書を取るときに、身内が内縁の方しかいないと、現段階では同意が取れないのです。法的に定められた血縁者でないと、コーディネーターが説明する臓器提供の同意書は、心停止も脳死下も取れないので、ここで身内が内縁の方しかいなかった場合、恐らく、この転送のものは内縁の方が取ってもいいかもしれないですが、実際に臓器提供するとなると、内縁なのでできませんとなってしまうので、それを考えると、血縁者か家族としておいたほうが後々。

○坂本委員 2親等までですか。

○杉江委員 親等とは関係ないのですが、血縁であればよくて、ただ、それがすごく遠い、もう何十年も会ってない方だと、果たしてその代理意思をちゃんと受け止めるかというので、代諾者として適性があるかどうかはコーディネーターの判断となります。血縁者であればなり得るけど、内縁であると取れない、本人の意思があってもそれは認められない。

○坂本委員 非常に重要な情報をありがとうございます。ここに関しては、やはり最終的に臓器提供の法的な手続きができる人が、この搬送に関しても OK と言ってくれないと、そこで食い違いが出ると非常に大きな問題になりますので、そこは今の杉江先生のお話に合わせて、法的に臓器提供の代諾ができる人に限るということにして、それをどう表現するかに関しては、事務局の厚労省の宿題にさせていただいて、厚労省で法務と相談させていただいて、きちっとした定義を書いていただくのがいいように思います。皆様、御意見はございますか。

○横堀委員 横堀です。

○坂本委員 お願いします。

○横堀委員 ありがとうございます。僕も初めて知りました。多分、もしこういったことを知らなければ混同してしまう可能性もあるので、何か運用マニュアルみたいなものを作るときには、必ず入れておいたほうがいいのかと思いました。ありがとうございます。

○吉屋補佐 事務局から一言よろしいでしょうか。

○坂本委員 お願いいたします。

○吉屋補佐 ガイドラインの中においては、家族の範囲の所で、死亡した者の近親者の中から個々の事案に即し、慣習や家族構成等に応じて判断すべきものというものが大前提となっております。その後の注意書き、括弧書きのような意味合いで、原則として配偶者、子、父母、孫、祖父母、及び同居の親族の承諾を得るものとなっておりますので、個々の事案に応じて判断すべきというのが、この場では一番の回答になってくるかと思います。この実際の臓器提供の事例で、家族の中に婚約者、法的にはまだ家族にはなっていないのですが、家族相当ということで判断されて同意をしている事例もあります。あくまで個々

の事例で御判断いただきたいというのがガイドライン上の趣旨になっています。

○杉江委員 すみません。

○坂本委員 杉江先生、どうぞ。

○杉江委員 厚労省の本部の方にお願いがあるのですが、実は、JOT ではそのように通達されていないで、内縁だろうと婚約者だろうと血縁者でなかったら同意が取れないと降りてきているのです。そういった婚約者の方でも同意を取れていたという症例は今までになかったと言われているので、今の御時勢、やはりガイドラインと準拠していないというのは現場から声が挙がっているのですが、実際に同意を取る本部のコーディネーターは血縁でないと取れないという判断をされていますので、そこは厚労省と JOT ですり合わせをしていただくと、現場は混乱しないのではないかと思いますので、よろしくお願ひします。

○吉屋補佐 ありがとうございます。JOT と共有しておきます。

○坂本委員 それでは、ここを御家族等の「等」を付けるか、その定義をここに明記するか、あるいは更に解説書でそこを明記するかに関しては、今日は宿題とさせていただきたいと思います。

それから、宮本先生からもう一つあった、代諾者が否定した場合には、これは本人がいくら望んでいても代諾者がノーと言えれば臓器提供はできないので、転院搬送もしないということでもよろしいかと思いますが、これはいかがでしょうか。今の日本の法律上はそうなりますよね。明確に本人が臓器提供を書類で意思を表示していても、いわゆる血縁のある御家族が反対した場合には提供できない、したがって、そのための転院搬送もしないということでもよろしいかと思います。

○横堀委員 ありがとうございます。そのとおりだと思います。

○坂本委員 直接、この転院搬送とは関係ないのですが、先ほどのところで気になっていたのは、近いところからちょっと遠いところまで様々な血縁の方がありましたよね。これに関して、もちろん一番近い方がキーパーソンとなって代表して、みんなの意見を取りまとめてくれて、それで承諾が得られればそれが問題ないのですが、その御家族内で意見が割れたときの対応は、何かガイドライン上はありましたか。

○吉屋補佐 ガイドライン上の解釈ですと、代表となるべき者が家族の総意として意見をまとめていただくことになっております。

○坂本委員 その通りに行かない場合が問題になります。

○吉屋補佐 現場では、家族の中で少し意見が割れたりするような経緯もありますが、家族の話の中で皆さん同意されて、結果的に総意として承諾されたものであったり、どうしても反対の御家族がいて結果的に提供に至らなかった事例もあります。

○坂本委員 家族の中で、私が代表だ、私が代表だと、例えば妻と子供がけんかして、どちらか代表として決め切れないときには、もう臓器提供はできない。それから、代表となった者が自分の責任をもって家族の総意をまとめ切れないときも無理だと、そういうことでもよろしいわけですね。

- 吉屋補佐 はい、ガイドライン上はそのようです。杉江先生、どうでしょうか。現場としてもそちらでよろしいでしょうか。
- 杉江委員 そうです、間違いありません。
- 坂本委員 そのことに関しては、転院搬送する前の段階に遡って同様に考えないと、こちらだけ認めて、現場に行ってからそれができないことになるかと混乱するので、そのガイドラインの臓器提供の同意の判断と同じ基準をもって決めることでよろしいかと思えます。宮本先生からの御質問はこれで全てカバーできたでしょうか。
- 宮本委員 はい、結構です。ありがとうございました。
- 坂本委員 ほかに御意見はありますか。
- 横堀委員 横堀です。免責についての記載なのですが、そこがちょっと書き方が難しいので、もし御意見を頂ければと思います。いかがでしょうか。
- 坂本委員 3 ポツの所だと思えますが、「搬送中に起こり得る事象への診療は、搬送に同行している医療従事者が行います」ということなので、法的な責任は診療を行う医師にありますから、医師が診療を行えば、当然、責任は生じると思うのですが、それに関して、免責というのはいわゆる無過失責任みたいな話なのでしょうか。
- 横堀委員 そういうイメージでよろしいと思います。何かあったときのという。
- 坂本委員 患者の状態が悪化したときに、その結果自体に関しては法的な責任を持たないのが一般的で、つまり原因が無過失であれば結果に対して責任は持たない。ただ、もしそこに過失があったときにも責任を取りませんと宣言するのは、なかなか難しいと思うのですが。
- 横堀委員 そうですね。ですから、免責と言いましたが、少なくとも、これは ECMO とかの搬送でも書かれているのかもしれませんが、医学的処置に限界があるということは、説明で書いておかないといけないのではないかと思いました。
- 坂本委員 ありがとうございました。そうすると、どちらかと言うと1番の容体急変の可能性のほうですかね。
- 横堀委員 そうですね、どちらかと言うたら。
- 坂本委員 医学的な処置が行われる可能性があり、最悪の場合死亡することがございますというふうな形で。
- 横堀委員 はい、分かりました。急変をしたときも。
- 坂本委員 今の記載ですと、急変すると全力で助けますと言っているだけなので。最善を尽くしても亡くなることがありますと、ここではっきり明記しておくということでしょうか。
- 横堀委員 はい。
- 坂本委員 宮本先生、それでよろしいですか。
- 宮本委員 はい、何かやはり限界があるということを書いていただいたほうが、少なくとも迎えに行く病院は気持ちが悪くなるかと思いますが、いかがでしょうか。

○坂本委員 ありがとうございます。1 番の所は、恐らく急変する可能性がありますとあれば、我々医療従事者は急変したら死ぬこともあるのは当然だと思いますが、一般の国民から見ると、急変する可能性があるけれども、緊急に医学的処置を行われると書いてあるので、必ず助けてくれるのだと思ってしまうので、助けられないこともありますと明確に書いておくということにしたいと思います。

○黒田委員 黒田ですが、よろしいでしょうか。

○坂本委員 どうぞ、黒田先生。

○黒田委員 今の件に関して全く同意なのですが、そうであれば、その 1 番の太文字のタイトルが、少し免責のことが入るような格好にしたほうがいいのかと思いました。急変の可能性と医学的処置についてだけではなくて、その後何か付けるというふうに修正したほうがいいのかと思います、いかがでしょうか。以上です。

○横堀委員 ありがとうございます。では、この文言というか内容も少し加味しながら検討したいと思います。「可能性と限界」、難しいですね。「容体急変の可能性」と。

○坂本委員 「医学的処置の限界について」ですか。

○横堀委員 そうですね。ありがとうございます。

○坂本委員 ありがとうございます。ほかにありますか。

○浅井委員 東北大の浅井です。

○坂本委員 よろしくお願ひします。

○浅井委員 先ほど、横堀先生が最初に御質問されていたように、この説明書のタイトルですが、このタイトルでももちろんいいかと思うのですが、私の理解では、この転送先で移植が行われて、その目的でそこに転送するというのであれば、もちろん下の文章ではそのように書いてあるのですが、よりはっきりさせるためには、「脳死判定及び臓器提供を目的とした転送に関する説明書」になるのでしょうか。ちょっと文言は何とも言えないのですが、両方入れたほうがよろしいのかと思いました。

○坂本委員 ありがとうございます。実は私も同じことを考えておりました。「及び」にするか「・」にするかどちらかだと思います。日本語として分かりやすいので「及び」にしましょうか。「脳死判定及び臓器提供目的の転送に関する説明書」ということで、臓器提供という言葉タイトルに入れていただくことで、横堀先生、よろしいでしょうか。

○横堀委員 実は、これも議論が委員会でもありまして、臓器提供に関する説明というのは、転移先に移ってから改めてなされるものではないかという議論もありました。ですので、ここに含有するのもよろしいですし、分けて考えるのもありなのではないかと個人的には思います。

○坂本委員 あくまでも「目的の転送」なので、臓器提供の説明書ではないので。

○横堀委員 なるほど。

○坂本委員 脳死判定及び臓器提供目的の転送ということであればよいですか。

○横堀委員 それなら分かりやすいと思います。「脳死判定及び臓器提供を目的とした」

ということですね。

○坂本委員　そういうことです。

○横堀委員　はい、ありがとうございます。

○坂本委員　浅井先生、ありがとうございます。ほかはよろしいでしょうか。

私が1つ気になっていた一番最後の所、この説明者と立会人という所が、後で出てくる連携フローですと、ここは搬送元、搬送先、コーディネーターの三者が対応するということですが、それぞれの立場を「立会人」とか「説明者」と言うのか、それぞれの3つを同等の立場で説明者として3人列記するのであれば、「立会人」というのは、ないほうがいいのかもしいかなと思いました。

○横堀委員　了解しました。ありがとうございます。責任の所在というか、責任者が誰かと、しっかりと話をし、責任を持って同意を取った人ということ、しっかりと。

○坂本委員　なるほど。そうすると、ここにあるのはあくまでも搬送に関する説明書だから、搬送に当たる人が説明者となって、コーディネーターと恐らく搬送元に関しては立会人になると、そのようなイメージでよろしいでしょうか。

○横堀委員　そうですね。何か立会人というイメージが、多分、あれだと思うので、何かほかに文言があればと思いますが。

○坂本委員　以上、おおむね30分ほど説明書と同意書についての議論をいたしましたが、ほかに御意見はございませんでしょうか。よろしければ、今、出た意見を基に救急医学会でリバイスしていただいて、最終的な確認をもう一回、この作業班でさせていただきたいと思えます。

それでは、横堀先生、次に連携フローについて御説明をお願いいたします。

○横堀委員　資料1-4を御覧ください。これについても、搬送元、臓器移植コーディネーター、更には搬送先病院、あるいはプラス搬送チームということで、第三者の医療従事者も含まれるということになると思うのですが、それぞれの段階における連携のフローについてお示しいたしました。

特に、早めの患者情報共有を心掛けるというところで、終末期判断がなされた時点で、③になりますが、1度患者の情報を共有しておくということになります。④⑤⑥で脳死とされうる状態が分かり、臓器提供の方針の話合いがなされた上で法的脳死判定ができないという状況であって、⑦の転院の判断ということになります。

最終的には、搬送先と搬送元が、両者ともに患者状態の把握と評価を合同で行った上で、先ほどお話をした転送の承諾書を取らせていただくということになります。誰が説明して誰がサインをするかというのも、法律の専門の先生に御相談したいところではございますが、ここでは⑨は横並びとして書かせていただいております。その後に転院の搬送ということで⑩です。⑪は患者の再評価で、これは転送先に移られてから再評価をして、改めて脳死下臓器提供が可能であれば、そこでまたフローが進んでいくということになります。

一番下の※は議論になったところで、転送承諾の取得というのは、転院搬送に付き添う

医療チームが搬送中の医療行為を行うということで、そのチームが中心に行うということになるというように決めました。そのほかは、⑧⑨⑩の辺りは合同で行いましょうということです。これについて、渥美先生から追加はありますでしょうか。

○渥美委員 特にございません。

○坂本委員 ありがとうございます。

○杉江委員 すみません。前回気付かなかったのですが、④の脳死とされうる状態なのですが、これは、搬送元の病院で、まだ脳死とされうる状態のときもあるし、診断が付いていないときもあるというように捉えて大丈夫でしょうか。脳死とされうる状態となると、脳波も全部終わっている状態ですけれども、脳波などができていない状態のときもあるという認識でよろしいですか。

○横堀委員 私もそう思います。脳死とされうる状態であれば、要は無呼吸テスト……は全部なされるという判断ですよね。そこまでできるような施設であれば、無呼吸テストもできるのではないかという話もありますね。

○渥美委員 聖隷浜松の渥美ですが、よろしいでしょうか。

○横堀委員 お願いします。

○渥美委員 脳死とされうる状態の判断のときは、一般的な脳波だけでいいということになっておりますし、脳死判定とはまたちょっと異なってくるのかなとは思っています。

○坂本委員 私が気になっているのは、コーディネーターと話をしますとか、転送先の病院と話をしますということは、患者情報を院外に出すということなので、家族と何の話合いもなしに、いきなり家族の知らないところでコーディネーターや転送先病院と患者情報の共有をしているように見えるところです。家族に、もし脳死だった場合に当院では診断ができない、あるいは臓器提供ができないのでなどというようなことを説明して、コーディネーターや転送先病院と情報を共有するということをお話してからでないと、個人情報が出せないのではないかと、これを見ていて思ったのですが、これについて横堀先生、いかがでしょうか。

○横堀委員 おっしゃるとおりかと思えます。終末期の判断がなされた後に、必ず御家族の方にその結果をお話する機会があると思えますので、多分②と③の間に、先生がおっしゃった段階というのが含まれて然るべきかなと思えます。

そうすると、②と③の間に家族への情報共有が入る、あるいは同意が入るということですかね。

○坂本委員 正式な同意は、もちろんもっと後でいいと思えますけれども、同意といっても、少なくともコーディネーターと連絡を取っていいのでしょうかということに関しては、少なくとも提供の場合はコーディネーターに連絡する前に、通常の脳死下の臓器提供を考える場合には、家族にそのことは普段聞いているように思います。

○横堀委員 了解しました。

○渥美委員 聖隷浜松の渥美です。静岡県の連携体制の中ではということになるかもしれ

ませんが、臓器提供の選択肢を御家族に出す前に、臓器提供をしてはいけないような禁忌情報のようなものがないかどうかを一応確認してからお出しする様な感じにしています。だから、そのときの情報を共有しておいて、進めていいのかどうかという判断も含めて、情報共有しながら進めていくというのが静岡県のやり方になっております。

○浅井委員 今の渥美先生に聞きたいのですが、禁忌情報を確認するときに、患者個人が同定できる情報も出しているのでしょうか。

○渥美委員 個人の情報は同定できないような情報の出し方で共有して、その選択肢の提示をした後で、やはりできなかつたということになると、御家族の混乱は深まってしまうこともありまして、そのような対応をさせていただいております。

○浅井委員 ③の所は、事前の何らかの承諾を得ると思うのですが、今おっしゃったようなことであれば、よく現場のことは分からないのですが、御本人を同定されないような形で共有というのは、個人情報をごとまで外部に出していいかというのは、法律の問題でよく分からないところはありますけれども、この辺ははっきりさせないといけないのかなと思います。

○坂本委員 恐らく個人が同定されるかどうかということだけでなく、病状などについて、全く相談なしに外に出すということに関しては、家族に少し抵抗感があるかもしれないなと思うのですが、この辺についてはいかがでしょうか。杉江先生、コーディネーターのほうに「御家族にはまだ何も話していないのだけれども」と言って相談がくることは、しばしばあることなのでしょうか。

○杉江委員 頻繁にあります。「何歳代の方で、今、脳死に近い状況なのだけれども」というぼんやりした情報から始まって、私たちが確認するのは、何歳代かという年齢と、感染症の菌、絶対禁忌ですね、敗血症血培がないかとか、HIVがないかとか、あとは血縁者が結構ネックになっているので、血縁者がいるのかとか、ガイドラインがまた変わりますけれども、知的障害などの判断がないかとか、そういった禁忌事項だけを確認します。

そうでないと、事前にオプション提示されて、行ってから家族の同意書を取ったら、療育手帳が見付かって提供できなかった症例があつて、御家族も落胆された症例があつたので、できたらそういった個人は特定しないのだけれども、絶対禁忌は分かるような情報を提供していただくと、コーディネーターとしても助かります。

○坂本委員 分かりました。その辺は見解の相違かもしれないですね。

○横堀委員 いずれにしろ、終末期の判断を終えたところで、それは家族に話をするタイミングはどこかであるのではないかと思いますけれども、それについては。

○宮本委員 終末期というのが非常に幅広い概念で、必ずしも移植の場面で言っているターミナルということとは一般的には違うところがあります。

ここの患者情報共有ということですが、その言葉が誤解を生むのではないかと思いますので、「移植禁忌状況の確認」とか、そういう形の言葉のほうが分かりやすいかなという気がします。

○横堀委員 よく分かりました。ありがとうございます。

○坂本委員 ⑤の家族への情報提供というのは、どちらかと言うとコーディネーターの仕事になるので、この段階ではコーディネーターに正式に入っていて、承諾が得られるかどうかは別として、コーディネーターから客観的な御説明を頂くというのが⑤ですよね。

○小笠原委員 私がよく理解できないのは、転送側の搬送チームに、そんなに早く情報を渡す必要があるのですか。これはすごく急いでいるように思うのですが、これはコーディネーターとの間では普通の臓器移植のオプション提示でいいのですが、転院先の病院に早くから情報共有、それは向こうは準備を早くしなければいけないという意図でこのようにしたのかなとも思えるのですが、これはもっと後でも、例えば家族への⑤の後でもいいような気がするのですけれども。だって、ここでまだ臓器移植という話はないわけですから。あるのは⑤からという話なので、そうであれば、その時点で。⑥だとちょっと遅いと言われれば遅いかもしれませんが、⑤のときに「家族に言いますけれども、よろしいですか」と聞けばいいような気がするのですが、これは現場がどう考えるかなのです。あと搬送する側の都合ですね。

○横堀委員 ③の時点で転送先や搬送チームにまで情報が行っているというのは、多分事前の準備をより早くするためというイメージかなと思っていたのですけれども。渥美先生、その辺はそういうことでよかったのでしたっけ。

○渥美委員 早めに情報を共有するというのは、まず大前提として、その施設に支援が行けたら支援をするというのが大前提になっていると思うので、そういう手配を考えて、早めにするというイメージを持っておりました。

○横堀委員 そうすると、③の後に、もしかしたら④⑤⑥を転送先の先生が、そこに行けるタイミングを作るということですかね。

○渥美委員 おっしゃるとおりです。できるならば地域の連携の中で病院の支援をして、その病院で完遂できるということを、まず第一に考えます。それができなかったときに、転送の判断をする。そういう流れかなと思っております。

○宮本委員 私も小笠原先生の意見に賛成で、実際にはこういうことをするにしても、フローチャートに書き込むというのは問題が多いのではないかと思います。実際には、先ほどお話のあったような、移植の禁忌事項についての確認というのはするのだけれども、これだと、この時点でも脳死判定、移植、そして転送ありきのフローチャートになっているから、なかなかフローチャートに書き込むことは難しいかなと思います。

○坂本委員 そうすると、終末期の判断、それから脳死とされうる状態というところまでは、搬送元病院で適切に進めていただいて、脳死とされうる状態という診断が付いたところで、御家族にその話をするとき、「法的脳死判定及び臓器提供は当院ではできないけれども、転院搬送してできる可能性もあるので、そういう御説明をコーディネーターからお聞きになりますか」と話して、ご家族が聞きたいということでしたら、そこでコーディネーター

ネーターに正式に相談をするというような流れが、本来の流れでよろしいでしょうか。その前に非公式に一般論として行う、「このような病気なのだけれども、大丈夫かな」のような個別の相談は、このフローには乗せなくてもいいというような御意見だったと思います。

○横堀委員 転院のためのフローということを前提でこれを作っておりますので、おっしゃるように、渥美先生が言う、スタッフを招へいして自前で何とかできる状態を作ることが前提なのですけれども、それはまた別のフローとして準備をしておくのがいいのかなと、今、思いました。ありがとうございました。

○坂本委員 ③④⑤については、手を入れる必要があるということです。

ほかに、この連携フローについての御質問、御意見はございませんでしょうか。⑨で出てくる承諾書などは単に言葉の問題ですが、先ほどのものからすると、「転送同意書」に書き換えるということではよろしいですね、横堀先生。

○横堀委員 了解しました。

○坂本委員 それぞれ自分が搬送元病院になった立場、転送先病院の立場になった場合、臓器移植コーディネーターとして、自分の立場で業務フローを考えたときに、今のお話のようなタイミングと作業でよろしいかということです。杉江先生、コーディネーターとしていかがですか。

○杉江委員 このタイミングであれば、大きな問題はないかなと思います。コーディネーターとしても、このタイミングで情報をもって転送施設と共有していくのだなということがよく分かるかと思います。

○坂本委員 「このタイミング」というのは、どういうことでしょうか。

○杉江委員 現場のコーディネーターとしては、いつ、どのタイミングで搬送元から情報をもって、今後どのように動いていくかというのは見えるので、この流れで。

○坂本委員 今までの議論としては③の患者情報共有というのは一旦外して、脳死とされうる状態の後の所というぐらいで、コーディネーターへの連絡は④と⑤の間ぐらいの意見だということでしょうか。

○杉江委員 それでも問題は特に。脳死とされうる状態の診断が付いてから情報が来ることもありますので、その段階になっても、そんなに大きな問題はないと思います。

○坂本委員 ネットワークのコーディネーターとして正式に情報を受けるのはその段階で、その前に、いわゆる非公式の事前相談のようなものが来る場合があるということですよ。

○杉江委員 どこまでが非公式なのかが分からないのですけれども、脳死とされうる状態の診断が付く前から相談をもらうパターンもあります。脳死とされうる状態の診断が付いたところを正式な情報とするのであれば、事前情報は幾つか上がってきますけれども、それは非公式のものとなりますね。ですので、コーディネーターとしては、脳死とされうる状態の診断が付いた後に情報をもって、それは全く流れとしては不自然ではなくて、遅くもありませんので、この段階で初めて情報共有ということでも問題はないと思います。

○横堀委員 改めて確認ですが、③の段階で、例えば移植禁忌の確認をできるのであれば、ここを移植禁忌の確認ということに書き換えて、転送先の病院については、この段階では情報共有しないで、コーディネーターと搬送元の病院の間だけの移植禁忌の確認等を含めた、詳細ではない情報共有というイメージでよろしいでしょうか。そうすると、③と④の間か、④と⑤の間かというのは、そんなに実質的には問題はないということであれば、私は③でいいのではないかと思います。

○坂本委員 この搬送元病院というのが、我々の考えている5類型の中で、既に移植の実績があるような救命センターなどではなくて、5類型ではあるけれども、余り経験がない、あるいはほとんど今までやったことがないというような施設を念頭に置かなければいけないので、そういう所であると、ここで書かれているように早めにコーディネーターと相談しないと、どうしていいかわからないというようなことになってしまうのかもしれないですね。

○黒田委員 図としては連携フローなのですが、③は移植禁忌の確認ということが出てきて、それは臓器移植コーディネーターと搬送元の病院とだけが共有するという理解でよろしいでしょうか。

○坂本委員 横堀先生、転送先は省くということでもよろしいでしょうか。

○横堀委員 そのように認識しております、今の議論の中では、③の時点では移植禁忌の確認等を含めた、その程度の情報共有ということだと思っていました。

○黒田委員 ありがとうございます。

○坂本委員 確かに、臓器提供の方針とか、転院搬送の方針というのは、家族の意向を聞く前に転送先に情報が行ってしまうと、家族としては、全くそんな気はないのに先走りすぎだという感情を与える可能性はありますものね。

○宮本委員 このフローを現場だけのクローズドのものにしておくのか、班としての報告書に出すのかで、大分扱いが違ってくると思うのです。実際には、ここでいろいろな情報を共有されていても、これがオープンな資料になると、患者に対して脳死とされうる状態と判断していないのに、その前に脳死下の移植のことを勝手に情報共有しているということになるのは、実際にはそういうことをせざるを得ない状況はあるのだろうと思いますけれども、これを公的な文書として出すのは難しいと私は思います。

○坂本委員 まず、前提としては、今ここで議論していることに関しては、臓器移植委員会のほうに出しますので、公式の文書となるつもりで作らなければいけないと思います。

それから、私も宮本先生と同じで、脳死とされうる状態が確定するまでは全力で治療に当たって、そこで脳死とされうる状態になった場合に臓器提供のオプションを考えるとというのが、我々がずっと今まで考えてきたロジックですので、脳死であることが決まる前に、治療と臓器提供を同時に考えるような誤解が生じるというのは、信頼を失うもとになるということで私は反対です。

○横堀委員 そうすると、総じて④と⑤の間に移植禁忌の確認を入れるというのがよろし

いですかね。

○坂本委員 そうだと思います。脳死とされうる状態というところで、ここに関しては法的脳死判定ではないけれども、Point of No Return で回復の可能性がなくなった状態となります。そこで救命治療に関しては、そこから先は無益になるということで臓器提供を考えるということで行くのかなと、今までの我が国の脳死判定と臓器提供に関しては、そのロジックの下で進められてきたと思います。

○横堀委員 分かりました。それでは、④、⑤のほうに移していきたいと思います。

○渥美委員 坂本先生がおっしゃるとおりだと思うのですが、その意味をもって終末期の判断が②にあるというのは、全力の治療が終わるのはその時点だと私自身は認識しておりました。

○宮本委員 もう一度申し上げますけれども、終末期というのはかなり広い概念を持っていて、例えば脳卒中を繰り返して寝たきり状態になるのも終末期であれば、がんの終末期も終末期であって、決して脳死に近いところだけではないので、ここは微妙な表現かなというようには感じます。

○坂本委員 私からの提案ですが、救命治療の次が、いきなり脳死とされうる状態で、終末期の判断というのはなくてもいいように思うのですが、いかがでしょうか。

○小笠原委員 私も、それは非常にシンプルで分かりやすいと思います。

○横堀委員 終末期の判断というのは、宮本先生がおっしゃったように、受け手によってイメージがかなり変わると思うのですが、ここで言う終末期というのが、救急3学会の終末期ガイドラインにのっとった終末期の判断ということになると、結構クリティカルな治療をやって、それでもうまくいかなかったという意味合いがあるところになるので、残しておかないで削ったほうが齟齬がないのか、あるいはしっかりと治療をした上で駄目だったケースに対して、このフローが続くのだということを残しておくのか、どうでしょうか。

○宮本委員 ③を下に持っていくのであれば、終末期の判断というのは基本的には書く必要はないと思うのです。坂本先生が言われたとおりでいいのではないかと私は思います。

○横堀委員 分かりました。②ですね。

○坂本委員 ①救命治療、②脳死とされうる状態、③移植禁忌等の情報共有がコーディネーターとあって、④家族への情報提供ということで、このときは既にコーディネーターが参加をするという感じかなと思います。

○横堀委員 分かりました。ありがとうございます。

○坂本委員 このフローについて、ほかに御意見はございませんでしょうか。結構ここは大事なところかなと思います。よろしいでしょうか。時間もございますので、今の内容で救急医学会に完成していただくということにしたいと思います。

次に、集中治療医学会の宿題に進みたいと思います。よろしいでしょうか。黒田先生、集中治療医学会の宿題の御説明をお願いいたします。まず1-2からお願いします。

○黒田委員 1-2 ですね。集中治療医学会は、宿題を 2 つ頂きました。1 つは、今、御覧になられている転送が可能な状態か否かの可否の判定基準。もう一つは、重症患者の搬送のときの指針ということで、2 つ頂いております。まず、1-2 をお願いいたします。これに関しては、タスクフォースと委員会で検討しております。はじめに、ポイントとしては、説明とかに関してはこの学会のジョブではないのですが、いろいろ議論が出たことだけこのはじめに書いております。臓器提供が目的の転送患者では、通常重症患者の搬送時よりも急変のリスクが高いということで、急変リスクが高いということはもちろんなのですが、それ以外に関しては重症患者の搬送と相違なく考えていだろうと。そのことに関しては、後で読みます資料 1-5 の重症患者搬送のマニュアルということで、そこを参照していただきたいということにしております。

もう一つは、先ほど議論いただいた同意書のこととか、集中治療医学会のマスターではありませんが、やはり家族から十分な理解が得られているということが重要ということをはじめに書かせていただいて、もう一つメインの可否の判定基準に関しては、かなりケースバイケースということが多だろうということをタスクフォースで話をして、最終的には主治医という表現がどうかはまた御議論いただきたいのですけれども、ケースバイケースなので主治医の判断ということで、可否の判定基準は非常にシンプルな呼吸循環動態のみの簡素なものとしております。転送可否は個々の患者の状態に応じて主治医が判断するという文章にしております。

その下の判定基準をお願いいたします。判定基準はこの 3 つだけになっております。まず、脳死とされる状態である可能性が高いこと。次に、学会としては一番大事なのはここだと考えておりますが、無呼吸テストに耐える呼吸循環動態であるという表記にさせていただきました。その中身に関しては、その下の 3 なのですが、転送に際しての目標値を満たす状態であるということです。これに関しては、今まで日本臓器移植ネットワークのドナー適応基準等、あるいは、特に心臓のドナー適応基準で昔から採用されている文章をここに持ってきました。すなわち、その中でも呼吸に関しては 2 つだけ、最大気道内圧 30cmH₂O 以下、もう一つは Pao₂ が 300 以上もしくは Pao₂/FIO₂ が 250~300 という 2 つだけにしております。

その下の循環の所を見ていただきたいのですが、このときは、循環に関しては収縮血圧と、大量のカテコラミンが使用されていないという 2 つだけにしております。血圧に関しても、先ほど言いましたように、今までに公開されております臓器移植ネットワーク、厚労省のドナー適応基準の文章から血圧を年齢別に持ってきているのが同じものです。もう一つは、大量のカテコラミンが使用されていないという文言に関しても、その下に書いていますが、2011 年 3 月 15 日の厚労省の文章からこういう表現がありましたので、それをそのまま持ってくるのがいだろうということで、タスクフォースで案として出させていただきました。この解説なのですが、その真ん中の*から言いますと、繰り返しになりますけれども、臓器移植ネットワークの「臓器提供者(ドナー)適応基準」などを参考に作成

したとなっております。上記の呼吸循環動態の目標値に満たさない場合は、転送に耐えられないだろうという文章にしております。

その下の脳死とされうる状態における上記以外の全身管理目標は、患者毎に微妙に異なるため、繰り返しですが、本基準では上記のみのシンプルな呼吸循環のみの目標値といたしました。

2 つ*の心臓臓器提供者(ドナー)適応基準で示された、大量のカテコラミンの、この大量という意味に関してどうなのかということは、学会でも非常に議論になったのですが、やはり今までの既存に公開されている文章をそのまま持ってくるのがいいだろうということで、余り数値を書かないほうがいいということになりました。結局は、先ほど言いましたように、厚労省、JOT で公開されています「ドパミン 10 μ g/kg/min にても血行動態の維持が困難な場合」(2011年3月15日)というのが出ておりますので、目安とさせていただいたのと、今はノルアドレナリンやアドレナリンというものも結構頻繁に使われておりますので、解説のような文章にはなっているのですけれども、カテコラミンインデックスというのがあります。これも数字を出すのはやめて、ノルアドレナリンとかアドレナリンが使用されている場合は、これらの力価はドパミン、ドブタミンの100倍として換算するとしています。ちょっと解説文章になってしまいましたので、適切かどうかはあれなのですが、すなわち明確な数値は書かずに、既存の基準をそのまま判定基準ということにさせていただきます。

その下をお願いいたします。運用に関して3つ書いたのですが、実は今読んでいて運用面は削除してもいいのではないかと思います。すなわち、この資料1-2には判定基準だけではないかなと思っております。学会提案内容を説明いたします。運用、判定基準を全て満たした場合に、家族に転送の説明を行う。2番、転送を行う際には、心停止・急変リスクが高いことへの理解が家族から得られていることが条件であると。これが得られていない家族においては、転送の適応にならない。転送可否は、個々の患者の状態に応じて主治医が判断するというにしております。どうぞ御意見、御指導をよろしくお願い申し上げます。

○坂本委員 それでは、この基準について御意見、御質問等がございますか。まず最初に私からです。判定基準の1と2は、基本的には法的脳死判定ができる状態かどうかということであって、ここで今求められている搬送基準、転送のための基準とは直接関係ないのではないかなという気がしました。これを読んでいて、3とは大分異質のような気がしました。それから、3番の*に、これを満たさない場合は転送に耐えられないという言葉がありますが、これは厳密に言うと、転送中の死亡の可能性が高いので転送に耐えられないのか、これを満たさないで転送しても臓器提供に耐えられるような臓器が出せないという意味なのか。もともとのドナー適応基準に関しては、あくまでも臓器の適切なプリザベーションというようなことで考えられていると思うので、これを読むと、適切に提供に資するような臓器を維持するような状態かということと、転送中のリスクが高いかということ

が、同じ基準で何となく語られているように思えるのですが、そこはいかがでしょうか。

○黒田委員 その点に関しては、タスクフォースでもいろいろ意見が出たのですが、先ほども言いましたように、明確な基準の数字を出すというのは控えたほうがいいのではないかという議論の下で、お話しさせていただきます。実は、搬送基準に関しては、2 番の無呼吸テストに耐える呼吸循環動態ということ、メインにしたほうがいいだろうというのがタスクフォースの意見でした。ところが、現時点で公開されている無呼吸テストに耐える呼吸循環動態というものの指標に関しては、実は麻酔学会にしても厚労省等の基準に関してもありませんので、何かないかということで先ほど言われた臓器、特に心臓とかのドナー適応基準から少し持ってくるのが、一番リーズナブルではないかという意見もあって、それでこういう折衷案というか、そういうものになっております。ただ、メインは無呼吸テストに耐えるであろうという、呼吸循環動態ということを示すのが転送可否の判断基準としてはいいのではないかというのが、タスクフォースの意見です。

○坂本委員 そうすると、搬送中の心停止のリスクが高いからやめようというような話ではなくて、行った先で法的脳死判定が無呼吸テストも含めてできるような状態であるということの基準ということなのですね。

○黒田委員 そのようにするのが転送可否の判断基準として転送元の病院、転送先の病院あるいは搬送チームの主治医が使用する指標としては一番納得する確率は高いのではないかという議論で、このようにしております。

○坂本委員 ありがとうございます。それから、ドパミンの量の所については、心臓提供ができるための基準ではなかったかと思えます。

○黒田委員 おっしゃるとおりです。これは、ドナーマネージメントの所の適応基準ですので。

○坂本委員 例えば心臓以外の腎臓と肝臓のみを提供するという方に関しても、やはりドパミンの量はこのような規定になるのでしょうか。

○黒田委員 いいえ。基準ではドパミンは心臓の所しか出ていなかったと思えます。

○坂本委員 そうすると、脳死下で転送先で腎臓と肝臓のみを提供するという場合には、ドパミンの量に関しては、余りこういう形で明記しないほうがいいようにも思うのですが。

○黒田委員 先生、ありがとうございます。実は、そこら辺の意見も確かにございまして、原案としてはかなり議論があったところなのですが、大量のカテコラミンが使用されていないという表現しかできないのではないかという意見があったのも事実です。ただ、数字を書くとするばということ、ここに持ってきたということです。逆に中村先生、杉江先生等、何かコメントの追加がありましたら言ってもらえたらと思いますが、いかがでしょうか。

○中村委員 鹿児島県立大島病院の中村です。今、黒田先生からもあったとおりののですが、数値目標を設定するというのはなかなか難しいのではないかなというのが、意見が割れたところです。ニシダ先生などは、やはり明確にカテコラミンインデックスなり数字を

指し示したほうが、今後いろいろな人間が関わっていくミッションなので、いいのではないかなという御意見もあったのですが、冒頭で黒田先生が述べられたようにケースバイケースで、状況に応じてその場の主治医で判断していくしかないかなということで、数値目標というのは、ひとまず現状でいろいろな所から見出された数字をお示ししたというところ。それ以上に大事なかなと思うのが、搬送中の状態が急に変わることに対して、家族の十分な理解が得られているかということのほう。実は大事なのではないかなと思います。ですので、この数字は、私個人としても余り示す必要はないのではないかなと感じております。以上です。

○横堀委員 横堀です。

○黒田委員 どうぞ、お願いいたします。

○横堀委員 大量のカテコラミンが使用されていないという私のイメージは、カテコラミンを使ってもまだ余力があって、搬送中に多少、血圧が上下して下がったときも、カテコラミンをダイヤルアップすることができるような、そういう状況なのかなと思うのです。ですので、例えばカテコラミンの極量を使っていないとか、何かそういうイメージかなと個人的には思っています。いかがでしょうか。

○黒田委員 横堀先生、ありがとうございます。正しくそのとおりで、極量というのも、ノルアドレナリンが 0.1 μ なのか 0.2 μ なのかというような数字は、ちょっと出せないと思いましたので、そういうことも含めて、この表現になったというのが現状です。

○横堀委員 分かりました。ありがとうございます。いわゆる薬理的に、例えば普通は 20 μ までとかというのがよくあるではないですか。それを書くのか、あるいはその辺は個々で判断するのか、多分、個々で判断になると思うのですが。

○黒田委員 ありがとうございます。

○坂本委員 中村先生が強調していた家族の理解等については、先ほどの説明書と同意書の所にも関わってくることで、それらがきちんと運用されていれば、こちら辺は本来は既に理解が得られていると考えてよろしいのでしょうか。

○黒田委員 私はそのように思っているのですが、やはり搬送基準を作るに当たり、はじめにの所で少し書いておきたい、中村先生の御意見も入れて私もそう思ったので、ちょっと文章に書きました。ただ、もちろん先ほど横堀先生が示された説明書と一緒にして運用することになると思いますので、そちらで記載していただいた上に、こちらでも前書きとして書いたというところです。

○坂本委員 両方に書いておくことは、先ほど最初に宮本先生からもありましたが、やはりリスクの高い搬送であるということに関しての、理解を求めるといのは同意書にも書いてあるし、こちらにも書いてあるということではよろしいのかなと思います。ほかによろしいでしょうか。

○渥美委員 渥美です。よろしいでしょうか。

○坂本委員 どうぞ。

○渥美委員 転送ができるかどうかという判断基準が必要で、臓器提供ができるかどうかというのは、転送した後のドナーの管理でよくなる可能性も随分あるのではないかなとも感じるのです。ですので、今回必要なのは、転送に耐えうるかどうかの判断基準なのかなと思いました。以上です。

○坂本委員 先ほどの話で、脳死判定ができるかどうかの基準であるとか、臓器がプリアーブされているかどうかというような基準ではなくて、本来は転院搬送がリーズナブルなリスクの中でも行えるかどうかを示すべきものではないかということですね。私も最初にそう思って御質問したのですが、なかなかそれは難しいので代わりにこの基準を用いたということだと思えます。

○黒田委員 坂本先生、よろしいでしょうか。

○坂本委員 どうぞ。

○黒田委員 おっしゃるとおりかと思うのですが、先ほど言いましたように、そうであればというか、転送基準というのがコアな所が、今、出されている転送に対しての目標値を満たす状態であると、呼吸のシンプルな2つ、循環の血圧と大量のカテコラミンを使用されていないということだけが、判定基準になるような気がしています。それ以外の文章は全然なくても、前書きとその文章だけでもいいのかなという気はしています。以上です。

○坂本委員 これにも関連するので、もう片方の集中治療医学会の宿題である指針の資料を見せていただいて、総合的にまた議論したいと思えます。黒田先生、それでよろしいでしょうか。

○黒田委員 ありがとうございます。資料1-5の、今の資料ですが、これは、実は厚労省から、また別件で集中治療を要する重症患者の広域搬送ガイドラインという宿題を頂いております。先ほどの一番最初の議論にありました、重症患者搬送指針の関連学会の指針という所に相当すると理解しているのですが、集中治療医学会としては作成委員会を作って、指針を作ってまいりました。実は、原案は推奨度や解説を含めたものですが、運用面のタイミング等もあって、理事会で承認していただいたのが、今出ている指針です。はじめの中にCOVIDと、対象としてはもちろん臓器提供目的だけではなくて、COVID、ECMO搬送もあるのですが、第2パラグラフの4行目に、これは臓器移植や高度小児外科手術等でもという文言がありますので、学会としてはこの指針を、今日の資料としてお出しするのが一番いいだろうという判断になっております。

その下ですが、これも見ていただきますとお分かりになるように、項目としては前書きの後が、1ポツが、重症患者搬送チームの位置付け、施設、施設というのは、例えばどういうチームを出せるかということです。3番目は構成ということで、医師、看護師、臨床工学技士の条件などを書いております。短く個々の数字も省いて一番基本的な指針を出そうということで、学会としては作っております。

その次をお願いいたします。2ポツが、搬送チームの後に搬送の準備ということで、搬送手段の選択ですが、車両や医療機器ということでもありますし、輸液ポンプとか、医療機

器に求められる性能、薬剤、電源・医療ガス、酸素ポンプ等のことなのですが、これも具体的に数字は避けて、まず項目をお示しするのがいいだろうということで、このようにしております。その下をお願いいたします。搬送前のリスク管理と安定化処置です。

その次に3ポツの搬送の実際ということで、モニタリング、気道・呼吸、循環、意識・鎮静、閉鎖腔の管理、これは航空搬送とかを想定しているのですが、温度・湿度、その次が医療機器のモニタリング、搬送中の診療記録ということです。実は、先ほども言いましたが、指針ですので一番基本的な必要な項目だけを挙げさせていただいております。この後、集中治療医学会としては指針内容を具体的に示したものは、また別途ガイドラインというか、推奨度および解説を含めたものを今作っている状態なのですが、まずはこの指針をお示ししようということで作成したのがこれなので、臓器提供の目的の移送に関しても重症患者の搬送ということで、これに沿ってやっていただいて、判定基準に関しては、今、議論いただきましたシンプルなものを採用というか、もっていただくというのがいいのではないかとというのが学会の結論です。以上です。

○坂本委員 集中治療以外から見ると、かなりハードルの高い搬送基準で、これを満たさないと搬送できないとなると、かなり厳しいというところもあるかもしれませんが、これについて皆様、御意見、御質問等はいかがででしょうか。指針なので、あるべき搬送体制という、少し理想像が書かれているのかとも思います。ただ、一方でこのぐらいの準備をきちんとして、最善を尽くして運ぶべきだというメッセージにもなるのかとも思います。黒田先生、恐らく脳神経外科医とか、神経内科とか移植の担当の先生だけでは、このような搬送チームを作るということは非常に難しいので、集中治療医学会としては、集中治療医がこのような業務を分担するという宣言をしたと考えてよろしいのですか。

○黒田委員 そうですね。前回の班会議で申し上げましたが、学会としては搬送元病院、移送、搬送先病院においても集中治療医学会として集中専門医とか、他職種でチームに参画していかなければいけないというのが、学会のスタンスと考えております。

○坂本委員 集中治療医学会の覚悟を示した文章ということでしょうかね。作業班の委員の先生方、いかがででしょうか。これを基にして、どういたしましょうか。黒田先生、先ほどの基準の所は単純に呼吸循環の指標ぐらいにして、そうしたら、ここはシンプルにされますか。

○黒田委員 それがいいのではないかと思います。気道内圧とかPFとかPao₂と血圧だけにして、大量カテコラミンが使用されていないということにして、その下のただし書も全部省いてもいいのではないかなと思いました。判定基準ですので、運用も削除したらいいのではないかと思います。

○坂本委員 議論の上で、集中治療医学会からそのような御提案を頂いております。脳神経外科、救急の先生方、倫理、法律の先生方、何か御意見はございませんか。

○渥美委員 渥美です。よろしいでしょうか。

○坂本委員 どうぞ、お願いいたします。

○渥美委員 今、お示しいただいた資料 1-5 ですが、転送が決まったときに、このような準備をして転送しなければいけないということをお示しいただいたと理解して、すごく有用なのではないかなと感じました。以上です。

○坂本委員 あるべき転送の姿を示していただいているということですね。ほかに御意見はございませんか。

○中村委員 坂本先生、よろしいですか。中村です。

○坂本委員 お願いいたします。

○中村委員 我々は奄美大島という離島なので、自衛隊機も含めていろいろな航空機で患者さんを本土や沖縄に搬送する場面があります。IABP バルパンが付いていたり、場合によっては ECMO が付いていたり、日常的に割とそういうことをしているのですが、何となく数値指標というのは明確に示されたものがあつたほうが、そういうことを日常的にされていない医療者にとってはいいのかなという気も、一方ではしています。ただ、渥美先生からもあつたように、実際に状態は悪いのだけれども、転送先でしっかりとしたドナーマネジメントがなされた結果、すごくいい状態になっていくというケースも考え得るので、そういう意味では、あえて数値指標というのは今まで話しているように設定せずに、ケースバイケースで判断するというようにしたほうがいいと思っているのですが、いろいろな方がこれからこういうミッションに関わることを考えると、やはりある程度の、例えばノルアド 0.3、0.2 μ とか、そういう数値としての目標値を設定したほうが、今後運用していきやすいのではないかと、いかがなものなのでしょうか。

○坂本委員 そうすると、数値目標はあつたほうがいいということですか。

○中村委員 あつたほうが、今後いろいろな施設でこういうことをしていきやすい体制になっていきやすいのか。

○坂本委員 そうですね。ここでは、もちろん呼吸循環に関しては示していただいている、今回、脳死下で臓器提供をするということが前提の搬送なので、例えば ECMO 搬送があるかといえば、ECMO が付いたままの人に無呼吸テストも含めて脳死判定をできるのかといったら、基本的には厳しいでしょうし、ECMO が外れるまで管理してから臓器提供というのもちょっと現実的ではないだろうとすると、そもそも脳死下でなおかつ ECMO 搬送というのは、余り現実的ではないだろうとかというような、幾つかそういうことは出てくると思うのです。

○中村委員 そうすると、症例に応じてそこに関わる医療者でディスカッションして、搬送の適応を決めていくというようなスタンスで、お示しする形でよろしいでしょうか。

○坂本委員 それがよろしいかなと思いました。

○中村委員 ありがとうございます。

○坂本委員 あくまでも脳死判定をするということで、ECMO が付いていたらできないということは、無呼吸テストに耐えられない状況だということになりますが、それはちょっと例外として、少なくとも腎機能がどうか肝機能がどうかという形で、腎臓や肝臓が

臓器提供に使えるか使えないかという話は、ここではちょっと切り離して、あくまでも心拍を維持したままで運ぶためのリスクが最小限にできているかどうかというところかなと思います。

○中村委員 ありがとうございます。

○坂本委員 それでは、この方向で、これに関してはもうちょっとリバイスが必要だと思いますが、集中治療医学会で再検討していただくということでもよろしいでしょうか。

○黒田委員 了解いたしました。

○中村委員 1と2というのは、最初に先生がおっしゃられたように、判定基準も外したほうがよろしいのでしょうか。

○坂本委員 大前提といえば大前提ですよ。

○黒田委員 そうですね。

○坂本委員 脳死とされうる状態であるということに関しては、これは恐らくその前の関連フローとかでも示されているので、脳死とされうる状態以外で行うことはあり得ないと思いますので、そこに関しては前提として、ここではあえて書かなくてもと思います。確かに搬送先で無呼吸テストができるような状態であるということに関しては、盲点になる可能性があるのも、そういうようなピットホールとしては、それこそもうちょっと簡単な例で言えば、鼓膜損傷があつて脳死の判定ができないとかというような単純な場合があったりするわけですよ。そういうときに、もちろん心停止下だったらできるとかという話もあると思いますが、その辺について法的脳死判定ができるかどうかということに関しては、搬送してからできないということがないように、事前に十分検討しておくことは、あつてもいいかなと思いました。

○中村委員 そうすると、適否の判断をするというよりは、先ほどのフローの禁忌の確認というところで法的脳死判定に耐えられない、脳幹反射の項目しかり無呼吸テストしかりというところを、フローの中に盛り込んでいただくほうがよろしいですよ。

○坂本委員 そうかもしれないですね。例えば両側眼球破裂があつたと言え、それで何ともならないわけですから。

○中村委員 またちょっと協議いたします。ありがとうございます。

○黒田委員 ありがとうございます。

○坂本委員 それでは、大分議論が煮詰まってきましたが、一応、宿題に関しては、今日皆さんで御議論していただいたと思います。これからのことですが、一応、厚労省から全体で3回ということをめどとさせていただいているので、次回の作業班をまとめとさせていただいて、今日の宿題のリバイスしたものの最終チェックと、本作業班から臓器移植委員会へ出す報告書の下書きに関しては、厚労省にお願いしたいと思いますが、これについての議論を行っていくということにしたいと思います。事務局、そのような手順でもよろしいでしょうか。

○吉屋補佐 ありがとうございます。事務局です。次回の作業班では、そのようなことを

実施させていただければと考えております。また、今回の作業班で御指摘いただいた内容を踏まえて、各学会で資料の訂正をされるかと思いますが、資料の訂正に関しては、今後、臓器移植委員会に報告を行って、運用を行うことが適切だと判断された場合ですが、運用を行っていく中で齟齬等がある場合は、適宜改訂することは可能と考えておりますので、その点も踏まえて、今回御検討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 あくまでも、ここは作業班ですので、最終的な臓器移植委員会から出すガイドラインなり提言なりの草案を作っているということで、我々が専門家として最終的な案を作って臓器移植委員会に上げて、臓器移植委員会の責任で公開すると。事務局、そういう理解でよろしいでしょうか。

○吉屋補佐 作業班で御検討いただいた内容について、報告書として御報告させていただきます。それに基づいて、臓器移植委員会の委員の皆様で、実際に転院搬送自体の運用を開始してよいものかどうかという御議論を頂いた上で、判断すると考えております。

○坂本委員 報告書は作業班の責任の下で臓器移植委員会に出させていただきます、その報告書を基に議論いただいて、今までのガイドラインの中での原則として転院搬送はしないというところの見直しをするかどうかについて、この報告書を基に御議論いただいて御判断いただくということですね。

○吉屋補佐 はい。

○坂本委員 作業班の委員の皆様、そういうような作業工程になっております。それを前提にした上で、今日の議論を踏まえた上で今までの議論を形にして、報告書にするということしていきたいと思いますが、それぞれの立場からよろしいでしょうか。宮本先生、いかがですか。

○宮本委員 結構です。

○坂本委員 そういう方向でよろしいでしょうか。浅井先生もよろしいですね。

○浅井委員 結構です。

○坂本委員 分かりました。では、全体としては今の事務局の御説明の方向で進めていきたいと思っております。一応、用意した本日の議題についてはおおむね以上ですが、追加で今日の全般にわたって何か御発言のある委員の方はいらっしゃいますか。よろしいですか。では、本日の議事はこれで終了ということにさせていただきます。

それでは、座長からは本日の議論は終了ということにしたいと思っておりますので、事務局に進行をお返ししたいと思います。

○吉屋補佐 事務局です。本日の御議論の内容については、前回同様、議事録が出来上がり次第、早急に先生方に共有させていただければと考えております。次回の作業班は、日程調整に御協力いただき、4月25日(月)18時からを予定しております。Web開催とさせていただきますので、御参加を何とぞよろしくお願いいたします。

○坂本委員 既に前回の確定版の議事録については、我々学会の委員会でもこのような議論があったということで共有させていただいておりますが、今回の議事録に関しても修正

が終わって確定版が出来たら、それぞれの学会で関係者の中で共有させていただくということによろしいですね。

○吉屋補佐 よろしくお願いいたします。

○坂本委員 杉江先生、是非ネットワークでもこのような議論が進んでいるということ、十分 JOT で共有していただければと思います。

○杉江委員 承知いたしました。

○坂本委員 それでは、次回のアナウンスも頂きましたので、本日の作業班についてはここで終了させていただきたいと思います。お忙しい中、皆様どうもありがとうございました。