

日時：令和3年5月19日（水）10:00～12:00

場所：AP虎ノ門 RoomI（3階）

#### 出席者

秋山 千枝子委員、浅井 篤委員、有賀 徹委員、磯部 光章委員、猪股 裕紀洋委員、小笠原 邦昭委員、賀藤 均委員、加藤 庸子委員、見目 政隆委員、木幡 美子委員、米山 順子委員、外園 千恵委員、平澤 ゆみ子委員、藤野 智子委員、水野 紀子委員、湯沢 賢治委員、横田 裕行委員、渡辺 弘司委員、荒木 尚参考人、瓜生原 葉子参考人、林 昇甫参考人、芦刈 淳太郎参考人、松田 尚明参考人、大宮 かおり参考人

#### 議題

1. 第53回臓器移植委員会の御意見を踏まえて今後検討する事項
2. 関係者からのヒアリング
3. その他

#### 配布資料

- 資料1 第53回臓器移植委員会の御意見を踏まえて今後検討する事項
- 資料 2-1 瓜生原参考人提出資料
- 資料 2-2 湯沢委員提出資料
- 資料 2-3 荒木参考人提出資料
- 参考資料1 臓器移植の現状について
- 参考資料2 「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）

#### 議事

○磯部委員長 定刻になりました。ただいまから、第54回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会を開催いたします。委員の皆様におかれましては、御多用のところ御出席いただき、どうもありがとうございます。まず、事務局からWeb会議に関する説明と、委員の出欠状況について報告と、資料の確認等お願いいたします。

○吉屋室長補佐 事務局です。皆様には事前に御連絡させていただいておりますが、今般の新型コロナウイルス感染症の発生状況を勘案し、今回もWeb併用のハイブリッド会議に

て臓器移植委員会を行わせていただきます。

これより Web 会議について御説明いただきますが、不明な点等ありましたら、事前にお伝えしております電話番号にお問い合わせください。画面下部に複数のマークがあるかと思いますが、一番左のビデオのマーク、左から 2 番目のマイクのマークが斜線になっており、ビデオオフ、ミュート状態になっていることを御確認ください。もしなっていない場合はクリックを押し、斜線の状態にしてください。以降、御発言される場合には、ビデオ及びマイクをオンにしていただき、まずお名前をおっしゃった上で御発言をお願いいたします。また、御発言が終わりましたら再び、ビデオオフ、ミュート状態にさせていただきようお願いいたします。

本日の出欠状況ですが、上本伸二委員、小野稔委員から欠席との御連絡を頂いております。全 20 名の委員のうち、18 名の御出席ですので、会議は成立することをお伝えいたします。また、本日参考人として、同志社大学商学部准教授の瓜生原葉子先生、地方独立行政法人埼玉県病院機構、埼玉県小児医療センター、小児救急センター外傷診療科長の荒木尚先生、日本臓器移植ネットワークの林昇甫事業推進本部長に御参加いただいております。

続いて資料の説明です。資料 1、第 53 回臓器移植委員会の御意見を踏まえて今後検討する事項、資料 2-1 は瓜生原参考人の提出資料、資料 2-2 は湯沢委員の提出資料、資料 2-3 は荒木参考人の提出資料、参考資料は 1、2 の 2 つです。頭撮りはここまでとさせていただきます。

まず初めに、前回の委員会で御質問いただきました事項について回答させていただきます。長崎県、京都府の普及啓発の取組を御紹介したところ、脳死、心停止後の臓器提供の実際を教えてくださいという御質問がありましたが、2015 年から 2019 年の 5 年間の人口 100 万人比での臓器提供件数は、全国平均 4.1 件に対し長崎は 7.3 件、京都府は 3.8 件となっております。また、小学生対象の絵本・リーフレットに関しては、2000 年度より配布を開始しており、2011 年度に改訂を行っております。中学生以上向けの小冊子については、2004 年度から配布を開始しており、随時改訂を行ってきており、2018 年度に大改訂を行ったという経緯でした。それでは、今後の議事進行を磯部委員長をお願いいたします。

○磯部委員長 では、アジェンダに沿って議事を進めさせていただきます。議題の 1 は、第 53 回臓器移植委員会の御意見を踏まえて今後検討する事項についてです。御説明をお願いします。

○吉屋室長補佐 事務局です。資料 1 について説明させていただきます。第 53 回臓器移植委員会の御意見を踏まえて今後検討する事項です。まず、全体についてという項目ですが、平成 21 年の臓器移植法改正において、法改正後も臓器提供を希望する方は一定の割合から増加せず、心停止後臓器提供が脳死下臓器提供に移行するのみで、臓器提供の総数としては変わらないのではないかと指摘があった。現状は正に想定されたとおりの状況であり、臓器提供の総数を増やすために解決すべき課題を十分に検討し、現行法下に

において運用で対応できることと法改正が必要なことに整理して議論することが必要ではないか。また、臓器移植法の基本理念を確実に実現するため、更にどのような支援や仕組みが必要か検討することとしてはどうかという御意見を頂きました。

普及啓発については、移植医療について国民の理解を深めるために国及び地方公共団体が講じてきた様々な普及啓発のための施策に関して、どのような効果があったのか、確認及び評価することが必要ではないか。臓器移植医療に関して、医療従事者に対する情報提供が不十分ではないか。特に日本と海外とのドナー数の比較状況等の周知を進めるべきではないかという御意見を頂いております。

医療提供体制については、まず、心停止後臓器提供について、諸外国では脳死下臓器提供件数は頭打ちになっており、心停止後臓器提供を増やす取組が進められている。他方、我が国においては平成9年の臓器移植法制定から現在に至るまで、心停止後臓器提供が減少傾向であり、特に腎臓移植のみを希望する患者の待機年数が長期化していることから、心停止後臓器提供が実施できる体制の整備や海外の取組等の導入を進める必要があるのではないかという御意見でした。

小児の臓器提供については、1つ目として、虐待死した子どもから臓器提供がされることのないようにする法律の規定は諸外国になく、証拠隠滅を防ぐことだけが辛うじて当該規定を正当化できる理由であると考えられる。しかしながら、虐待がなかったことの完全な証明は不可能であり、子を亡くした親が自分たちのような子を失う悲しみを減らせるように、臓器提供を申し出た場合においても、虐待の疑いをかけられ、それを晴らすことができないという理由で拒絶されて、子は茶毘に付されるという、最も残酷な事態になりかねない。臓器移植に関する法律の運用に関する指針、ガイドラインの作成に当たっては、そのような点を踏まえ、児童相談所と警察に確認することのみをもって臓器提供を可能としたが、実際の現場ではその意図は伝わっていなかったと聞き、驚いている。本来なら、法改正が妥当であると考えるが、臓器提供に関わる者がこの問題を理解して、当該規定が提供を阻害することのないようにすることが課題である。

家庭内発生事案では、そもそも虐待の疑いを否定することは困難である。通常、ある程度の規模の病院では虐待を疑った場合は主治医ではなく、虐待に対応する院内の第三者委員会において、児童相談所に通告するかどうかを判断することとなり、虐待を受けたと疑われる場合には、児童相談所に通告することとなるため、児童相談所に通告されなかった患者については、虐待が疑われなかったと判断してよいと考えられる。ついでには、児童相談所に通告がなされなかった患者について、臓器提供可能と判断することで、特に主治医の負担は軽減され、臓器提供が可能になる事例が増える可能性がある。現場の負担を軽減する観点からも、このような運用を進めていくべきではないかという御意見でした。

あっせん機関については、JOT コーディネーターは適正な人数を確保できているのか、家族ケア等の増加する業務に対応できる人員配置を行うべきではないかという御意見がありました。ドナー家族支援の体制等については、ドナー家族のフォローが重要なことは言

うまでもないが、脳死と判定され得る状態になった際に、臓器提供に係る情報提供がなされた家族で、複雑な思いの中で臓器提供を希望しないことを選択した家族、あるいは臓器提供を希望されたが様々な理由で臓器提供が叶わなかった家族への対応も必要なのではないかという御意見がありました。人材育成については、特段意見はありませんでした。資料1については以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。ただいまの事務局からの説明につきまして、御質問、御意見を頂きたいと思います。いかがでしょうか。

○秋山委員 秋山です。普及啓発について前回も意見を述べましたが、医療従事者に対する情報提供が不十分ではないかということに関して、現状を詳細に知りたいと思います。もう一点は、医療関係者に向けてもですが、国民向けにも、AC ジャパンという広告をテレビでよく見掛けますが、インパクトがありますので、あのような広告も活用できるのではないかと考えています。最後に、医療提供者の体制について、小児の臓器提供についてですけれども、このところは、日本子ども虐待医学会などの学会の意見も聞きながら進めていただけたといいかと思いました。以上です。

○磯部委員長 事務局、コメントございますか。

○田中室長 ありがとうございます。医療従事者に向けた普及啓発の現状ですが、先日、私どもの発表があったと思うのですが、JOT を中心に普及啓発を行っておりまして、いわゆる医療従事者への普及啓発については学会等の取組など、より具体的なものを次回お示しできればと思います。AC ジャパンの広告についても、前回の資料にも一部そのような活用がございました。インパクトがあるということで、普及啓発を行っている JOT にもまた意見をお伝えしたいと思います。

小児の提供体制についてですが、小児の臓器移植については、この臓器移植委員会が昔、小児の臓器移植に関する作業班というものの設置を求めて設置をした経緯がございます。こちらの作業班には、御指摘を頂きました日本子ども虐待医学会の先生からも御推薦を頂いた委員なども入っておりますので、そちらの先生方ともお話をしながら、小児の虐待についての課題については整理をしていきたいと思っております。

○磯部委員長 よろしいですか。

○秋山委員 ありがとうございます。

○磯部委員長 ほかに。

○小笠原委員 岩手医大の小笠原です。今のお話ですけれども、これは私も脳外科医として、あるいは臓器を提供する側の感覚は、実は何年か前に 20 周年記念で旭川で私が講演したことがあるのですが、要するに、臓器移植が必要だということのアピールが我々にならないのですね。はっきり言うと。私はそのときの講演でも、なぜこの移植学会の人たちは我々の所に入ってこないのですかと、それをやってもらえませんかとお願ひしたのですが、いまだにそういうのが余りないのです。私はこの会に入っているから分かるのです。あと、JOT の副理事長ですからよく分かりますけれども、足りないことを、何と言いますか、臓

器移植をする側のアピールがほとんどないというのが現状です。私は病院長もやっていますので、どのくらいドナーが、レシピエントがいるのかもよく理解しているのですが、それがまず伝わっていないということが1つ。

それから虐待に関しても、小児科医はものすごく虐待に敏感で、児相もすごく敏感で、ちょっとでも何かあれば、できませんというように、恐らくそれが日本の現状ではないかと思えますので、それが実情だということを皆さんも御理解ください。現場はそういう感覚です。法律がどうか何とかという問題ではなくて、やはり日本の文化がそうさせていると、私は感じています。以上です。

○磯部委員長 横田委員、どうぞ。

○横田委員 横田です。画面がオンにならないので申し訳ありません。2つお話をさせていただきたいと思うのです。

(中断)

○事務局 事務局です、横田委員、聞こえますでしょうか。

○横田委員 すみません、途中で何か、不具合で切れてしまいました。聞こえてますでしょうか。

○磯部委員長 今は聞こえますけれども、最初のところからもう一度お願いいたします。

○横田委員 私、2つ御指摘させていただきたいのですが、まず、5番目に書いてあるドナー家族支援の体制ということは非常に大切で、前回のこの委員会でも申し上げたところです。JOTには非常に一生懸命、家族への支援というのをやっていただいているのですが、いろいろな事情で、希望してもその提供が叶わなかった場合とか、あるいは悩みに悩んだ末に臓器提供を選択しなかった家族というのがかなり多くの数いるということです。この支援を何か体制としてするのが必要なのではないかと、いつも現場の感覚として思っています。

それから、先ほど小笠原先生からもお話があったのですけれども、小児に関しては、先ほど田中室長からお話がありましたが、作業部会が当時あって、活発な議論があったのですけれども、作業が中断されたというようなこともあるので、是非ここはもう一度、この問題に関して論点を整理して、解決点を見いだす必要があるのかなと思っています。以上です。

○磯部委員長 小笠原委員から、移植する側からのアピールが少ないと、足りないのではないかという御指摘でしたけれども、移植関係者の方、何かコメントはございますか。あるいはほかの方。外園委員、お願いします。

○外園委員 質問ですが、ドナーの少ないことのアピールが少ない理由を、現場の先生の実感で教えていただきたいのですが、忙しくてできないのか、あるいはアピールしてドナーがあると、もっと忙しくなるのか、ちょっとそこら辺が分からないです。なぜ少ないのでしょうか。

○小笠原委員 小笠原が答えていいですか。

○磯部委員長 はい、小笠原委員、どうぞ。

○小笠原委員 ドナーが少ないという感覚がないのです。要するにドナー対レシピエントの比ですが、それがすごく乖離していることが、我々のドナーを出す側は理解をしていないということです。分からないのです。例えば、うちの消化器外科からこのぐらい生体肝移植とか脳死肝移植があるというのをほぼ毎週のように登録をしているわけです。私はその委員会の委員長ですから、かなり多いということは、その病院の中、責任者になると分かるのですが、現場の脳外科医はこのぐらい足りないということが分かりません。それから、レシピエントがすごく困っているということを理解していないし、ドナーが少ないという感覚は余り持っていないというように御理解ください。

○磯部委員長 心臓も全くそうですね。

○小笠原委員 だから、結果として少ないのです。現場が脳死をやりたくないというよりも、やらなければならないというような感覚がないと思ってください。やらなければならないという感覚がみんな芽生えた上で、では、どうすればできるようになるのか、あるいは今言った手間が掛かるというような、恐らくそういう議論があって、ですから、やっている所はすごくいっぱい出しているし、出してない所はすごく少ないという。恐らくドナーを出す施設で差があるのは、私はその認識の差ではないかと思っています。脳外科学会では毎年、今年もやりますが、臓器移植に関するシンポジウムを必ずやっています。やっていますが当然、関心が少ないのは事実です。ただ、学会としては必ずやるようにしています。来年は私も会長ですけど、大々的に脳外科学会でその臓器移植に関するシンポジウムはやろうと思っています。ただ、あくまでも脳外科側がそれをやるだけで、やはり移植側がこうやってくれというようなことを言っていたらいいと思うのですが、ということ、私は臓器移植の20周年のときに言わせていただきました。以上です。

○磯部委員長 問題を投げかけられた側の先生、もし御意見があれば。

○湯沢委員 水戸医療センターの湯沢です。私、日本移植学会で副理事長を務めておりますが、御指摘の点は重々承知しております。移植学会として救急医学会なり集中治療医学会、脳外科学会とも共同でシンポジウムをしているのですが、なかなかまだ行き渡っていないところが本当のところだと思います。そういう機会を是非これからも作っていただいて、移植学会としても、移植が必要な患者さんがどれだけいるのかということ、をアピールしてきておりますので、これからもよろしくお願ひしたいと思います。

○磯部委員長 ほかに御意見ございますか。

○渡辺委員 日本医師会の渡辺です。先ほど秋山先生もおっしゃられた普及啓発に関してですけれども、やはり無尽蔵にお金があるわけではないので、ある程度効果的な啓発活動をするには、評価をすることが必要だと思います。是非、この委員会でできるかどうか分かりませんが、啓発活動を行った場合に、それがどのような効果があったか。先ほど一番最初に、長崎県の提供の事例が7.幾つかでということを示されたのですけれども、あのようなことも含めて、実際の啓発活動の効果を判定して、より効果的な啓発活動を進める

という方向性がないといけないのかなと思ったのが1点です。

もう1つは、啓発活動に関連するかもしれませんが、文科省ががん教育を行っておりまして、がん教育の授業に何度か行ったことがあるのですが、子どもにとっては、がんに対する考え方というのは非常に変わってきていると思います。この移植ということを含めて、文化を変えるという発想がないといけないのではないかと思いますので、若年期からのそういう教育活動に関与するような啓発活動、つまり文科省の方にも入っていただいて、そのようながん教育に準ずるような形で啓発活動を行っていくほうが効果的ではないかなと思います。

それから、秋山委員がおっしゃったのですけれども、児相への相談をするときに、医療者は結構別の意味でハードルが高いです。つまりリアルタイムに電話を掛けても必ずしも児相は24時間電話に出られるわけではないので、場合によってはまたこういう事例が虐待事例として登録されているかというときに、必ずしも地域によっては教えていただけないこともあるので、その辺りの情報提供と、児相と医療者の連携というのを十分取っていただくように、この委員会からもおっしゃっていただければいいかと思います。以上です。

○磯部委員長 啓発活動の効果判定というのは、ドナーの数に帰着するわけですが、それは難しいですね。それ以前の何らかの判定が必要だということですね。

○渡辺委員 知っているかどうかもやはり大事だと思うのですが、どういうものかということとか、本当に基本的なことも、先ほどいろいろ御意見が出ましたけれども、理解されていないのではないのかなという気がいたします。

○磯部委員長 事務局、何かコメントはございますか。

○田中室長 普及啓発の評価については、この後、瓜生原先生からもお話があるかと思うのですが、評価は最終的には提供者数というような、本当の究極はそこだと思うのですが、その前にもっと細かな項目を丁寧に見ていくことが大事かと思っています。正しい知識を持っているのかとか。それから、もちろん知っているかもそうですが、御家族とも話したことがあるかなど、今回、JOTでも患者家族の方にお伺いした内容なども含まれていると思いますが、そのプロセスで聞いていく必要があるというようには認識をしております。ありがとうございました。

○磯部委員長 御意見はまだあるかと思いますが、ヒアリングがこれからありまして、その後にも御意見を伺う時間がありますので、先に進めさせていただきたいと思います。

続いて、関係者からのヒアリングということで、ここではテーマごとにそれぞれ御発表を頂いて、議論を頂きたいと思います。最初は、普及啓発についてのヒアリングで、瓜生原参考人、御発表いただけますでしょうか。よろしくお願ひします。

○瓜生原参考人 同志社大学の瓜生原と申します。行動科学・行動変容を専門としております。本日は、貴重な機会を誠にありがとうございます。移植医療について、社会システムの構築の視座で研究を行っております。また、ゼミ学生と共に、意思表示を促す社会実装研究を6年間実施してきました。それらを踏まえて発言をさせていただきたく存じます。

本日の内容とその要約は、このページ 1 にまとめております。これに沿って進めてまいりたいと思います。

まず移植啓発の方針です。今、先生方からいろいろ御指摘を頂きました。緑の縦の囲み線が病院内の臓器提供プロセスを示しており、これが円滑に進むことで臓器提供が増加すると考えております。また、これに影響を及ぼす因子は赤枠で囲んだとおりであり、複数あります。この中で、移植啓発で大切なのは、御家族の意思決定を助けることであり、それは、国民が臓器提供について家族と対話し、態度決定し、意思表示をし、それを更に家族に共有することの促進だと考えております。

では、現在の啓発にどのような課題がありますでしょうか。それは、啓発活動において、目的や対象者が不明確であって、内容がアイデアベースであって、活動の結果が測定されていない、評価が乏しいことが挙げられます。そこで、科学的根拠に基づく啓発活動が重要であると考え、私どもは、自らの活動でこれを意識して実施しております。Evidence Based Enlightenment activities は EBM に倣った造語なのですが、3つの視点を含んでおります。1 点目は、一方的な情報伝達から、対象となる人が主体的に考え行動できるような内容にすること。すなわち、知識の習得を超えて行動変容を促すことです。2 点目は、人々が行動変容を起こすメカニズム、それを支える多様な学問分野の行動理論、エビデンスに基づいて、活動内容、介入施策を考えることです。3 点目は、活動の測定、結果を測定することで、今、ディスカッションがあったところです。

これまでの研究から、臓器提供に関心がない人が関心を持ち、意思決定し、意思表示を行うメカニズム、また、それを促す重要因子を明らかにしてきました。行動結果として、意思表示率を測ることは大変重要なのですが、例えば、1 万 2,000 人が新たに意思表示をしても、それは 0.1% の増加にすぎず、これを指標にすると動きが大変見づらいです。また、関心がない人を 1 回の施策で意思表示まで促進するのは極めて困難です。大切なのは、一人一人の行動ステージが進んだのかどうかであって、私たちは、このステージを数値化して、施策の前後で測定し、施策の効果を評価しております。また、行動としてまだ現れなくても、行動促進因子の程度が上がればいずれ行動につながるため、促進因子についても数値化して評価をしております。これが具体的な評価項目と測定尺度です。イベントなどでは、質問数が多いとお答えいただけないので、60 問を精査して、重要な 10 問と 5 問を導出し、これを毎回測るようにしております。

次は、前回の資料で示した京都の取組とその結果を御提示したく思います。まず、運転免許センターにおける新規取得者を対象とした啓発です。大学生にとって運転免許を取得することは一大イベントです。その大切な日に、意思表示に向き合う施策を計画的行動理論を用いて考えました。命の大切さと責任を示すオリジナルポスターを掲示し、免許証の意思表示は重要であると認識させ、その後、試験合格後、免許交付までの待ち時間が約 1 時間ありますので、その時間を活用し、スマホで情報を提供するとともに、御守型の意思表示カードを配布し意思表示を試みてもらうものです。観察やインタビュー調査を行った

ところ、御守カードを捨てる人はおらず、11.8%がその場で意思表示をしました。

次は、無関心層を対象とした京都大階段における音楽フェスです。日曜日の午後、ふらっと出掛けた若年層に対して、音楽で足を止めてもらい、移植の現状、厳しい現状について知り、共感し、家族、友人に話してもらうことを行動目標としました。先行研究から得たエビデンスに基づき内容をデザインして、イベントの後、トラッキングも行いましたところ、家族と対話した人は88.6%という結果でした。さらに、若年層に対しては、年代別に行動目標を定めたイベントを行っております。大学生が保険証や免許証を手にしたときに記入するためには、高校生までに一度意思決定をする必要性が研究の結果示されています。そこで、高校生では、一度、意思決定をする、中学生は、臓器提供を多面的に考えて家族と話す、小学生は、自分の気持ちを形にして家族に伝える、園児は、自分の気持ちを伝える、やさしさを知るという行動目標を立て、例えば、園児に対しては、家族についての絵を描いてもらい、その展示イベントで家族から絵をほめてもらう体験の場を作ったり、小学生については、感謝の気持ちを伝える色紙やアルバムを作って家族に渡すイベントを実施しました。高校生は、複数の高校でPBL授業を実施し、その後、意思表示リーフレットを広めるための施策を立案し、プレゼン大会を催すというものです。いずれの年代においても、行動目標を立て、その結果を効果測定し、評価をし、足りないところはブラッシュアップして、次年度に継続することを行っております。

次は学校教育です。大きな変化は、2019年度より中学校で道徳が教科化され、主要7社の教科書に臓器移植が取り上げられたことです。ただし、臓器移植について学んだり、提供の有無を考えるのではなく、提供する人、受ける人、様々な立場に立って考えることで命の大切さに向き合う授業です。ここで重要なのは、いかに中学校の先生にこの授業に取り組んでいただくかです。義務教育ではありますが、やはり自分が躊躇してスキップしてしまうことも起こっています。この行動変容についての研究を厚労省厚労科研荒木班で行っておりますので、その一部を御紹介します。

6都道府県をピックアップして全中学校にダイレクトメールを送付しました。回答率は25%ですが、これは、ダイレクトメールの回答率の平均より高い水準です。その結果、2020年度は、6割の中学校で臓器移植に関する授業を実施していました。全国には1万222の中学校があるため、約6,000校が実施している計算になります。道徳は、数学や理科と異なり専任教諭がいらっしゃいません。英語、技術、体育など様々な教科の先生が取り組むため、授業実施へのハードルが高い状況が浮かび上がりました。しかし、実施後の満足度は高く、次年度への継続移行も見られ、一度実施していただくことの大切さが示されました。

また、補助資材があればよいとの回答が得られましたので、それを見てもみますと、実際に使われていたのは教科書会社の資料や、自分でネット検索した資料でした。しかし、どの情報を選んでよいのか分からないという声が多数あったため、情報を一元化したウェブサイトが必要と思われました。そこで、「生命の尊さを伝える広場」というウェブサイト

を作成しました。ちなみに、回答者の半数は、今まで臓器移植について考えたことがないとのことで、移植学会や JOT のサイトは、移植推進に偏っているのではないかという懸念が示されました。そこで、移植を前面に出さない、教員向けというところに意識をする工夫をしました。

また、授業実施での行動変容ステージを考え、授業を実施しようと思っっているけれど不安でいっぱいの人、一度実施をして更に工夫をしたい人と、対象別にコンテンツを選びました。コンテンツそのものは、JOT や移植学会の資材であり、そこへの誘導をスムーズに行っているものです。コンテンツの活用状況に関しては、冒頭で事務局から報告がありましたが、JOT の教育向け教材セットは、今年の公開以降、約 7,000 名が訪問しています。事前のインタビュー調査から、例えば授業の冒頭で移植を説明する 5 分程度の動画の要望が高く、動画は非常に有効に活用されていると思われます。また、キッズサイトの月間訪問数は約 4,000 人と高い利用率です。移植に関する用語を分かりやすく説明するサイトの要望も多く、キッズだけではなく先生方も活用されていると推測されます。これら有効なコンテンツを今後は更に周知していくことが必要であるため、例えば、厚労省と協働を進めて更に拡散していきたいと思っております。

この学校教育においては、中学校の道徳で確実に授業が実施されることが大切です。もし実施されれば、年間約 100 万人の生徒が臓器提供、臓器移植について考えることとなります。この 1 回で終わることなく、高校、大学と接続して自分事として移植医療を考える機会を提供することが、今後、重要な課題だと考えております。

最後に、海外と比べた場合の海外の状況から、日本の課題について考察をします。まず、欧州 4 か国の国際比較調査結果から、意思決定や意思表示を促す共通因子は、家族と対話すること、不安を軽減すること、コミットメントや誇りを高めることが明らかになりました。これは、実はページ 5 で示した日本の結果も同様であり、普遍的な因子であると考えられます。この因子を数字で比較すると、日本は、実は知識レベルは高いものの、家族との対話経験、そして誇りを認識している程度が非常に低いことが示されています。この現状を受け止め、ここを改善していくことが、今後、啓発で必要と思われます。海外の啓発事例を概観すると、スペインでは、移植者が誇りをもって移植のすばらしさを伝えていました。これは、臓器提供数が世界一であることがマスメディアを通して発信され、国民の誇りにつながっている結果であるとも考えられます。地域ではコミットメントが大切にされております。例えば、カタルーニャ地区では、毎週 15 名ずつ高校生がバルセロナ病院を訪問するプログラムがあって、毎年 1,000 名以上が体験しています。これによって、移植医療がお茶の間で日常に話題になっています。このような地域のコミットメントが大変重要になると考えております。

メッセージについてです。スペインでは YES を推奨しており、そして、米国においても、やはりそれは同様です。免許証の YES を増やすセカンドチャンスという警察とのタイアップは秀逸であって、ドナー登録が増えただけではなく、広告賞も受賞して多くの人に知ら

れました。また、ドナーはヒーローというメッセージも、誇りの醸成に寄与していると思います。

最後ですが、これらの海外の取組と比較し考察し得る課題は、ここに示す3点です。このうち③は、図に示す科学的な方法で解決可能であって、各地でこのような科学的に施策を立てるトレーニングを展開することが今後、重要であると考えられます。一方、①と②は非常に難易度が高いと思われます。私は、JOTの広報委員の役割も担っておりますが、あっせん機関内にあるために、YES、NO、どちらの意思も尊重することが第一義であって、あっせん機関内でYESを前面に押し出すエッジの効いたメッセージを発信することの難しさも、実は実感しております。また、①と②は連動しており、先ほど先生方が文化というところをおっしゃっていましたが、ドナーへ感謝を素直に伝えられるような社会、臓器提供や家族は誇り、社会の誇りと思える社会ということがあって初めて、①のYESの推奨が受容されるのだと思います。そのような社会の形成を目指してアクションすることが、今後、啓発で重要であると考えております。以上です。どうもありがとうございました。

○磯部委員長 ありがとうございます。瓜生原参考人におかれましては、普及啓発活動について、御自身のデータを踏まえて、非常に重要な御指摘を多数頂いたと思います。この時点でディスカッションさせていただきたいと思いますが、御意見、御質問がありましたらどうぞ。

○渡辺委員 日本医師会の渡辺ですが、よろしいですか。

○磯部委員長 渡辺委員、どうぞ。

○渡辺委員 大変すばらしい活動だと思って聞かせていただきました。特に2点、いいなと思いましたが、1つは、やはり幼少期からの、幼稚園からの活動を積極的に発想しておられるということだと思います。2つ目は、臓器移植というのをあえて前面に出さずに、命の尊さという形で入っておられたところが、学校などの現場で受け入れられやすいと思いました。命の尊さという形でいきますと、私が関係しております、中絶とか緊急避妊薬とNIPTなどに関連して命の尊さということを出していけば、例えば、学校にやっていただけない一番の理由は、やはり学習指導要領に入っていないことは動かないということだと思うので、是非、先生のデータをお示しいただき、中教審でそれを取り入れて学習指導要領に入れていただかないと、やはりがん教育のようにきっちりとした授業を学校に行っていないと思います。是非、先生、また情報を頂きまして、御提示いただき、文科省のほうにそういう形で委員会からもお願いしていただき、当方からもそのような活動をしていきたいと思っています。非常に貴重な情報を御提示いただきありがとうございました。

○磯部委員長 瓜生原参考人、何かございますか。

○瓜生原参考人 渡辺委員、どうもありがとうございました。私は、実は中学校のアンケートをして、義務教育の中に入れる、カリキュラムに入れる、教科書に載せることがこれほど効果が高いということ、影響力が大きいことを改めて実感したところであります。し

たがいまして、今、おっしゃいましたように、文科省に対して命の尊さの教育の大切さをこれから提示していくのが、大変必要であると感じた次第です。ありがとうございました。

○磯部委員長 ほかにいかがでしょうか。

○横田委員 横田ですが、質問よろしいでしょうか。

○磯部委員長 横田委員、どうぞ。

○横田委員 瓜生原先生、どうも御講演、ありがとうございました。大変勉強になりました。先生が強調されている行動変容というのは、臓器移植を考えるとところが目標になるのでしょうか。

○瓜生原参考人 私が世論調査の結果を見て一番問題だなと思うのは、どちらでもないという人が増えていることです。要は、無関心であったり、考えることをしていないことが、移植医療に限らないのですが、それを自分事としてできていないところが課題だと思っておりますので、先生が今おっしゃったように、無関心な人が臓器提供や臓器移植について考え始めること。さらに、自分の自己決定をすること。そして、それをちゃんと表明していいのだよという社会。YES でも NO でもということなのですが、それを表明して、それを決めて、それが社会に受容されることがとても大事だと思っております。

○横田委員 私がいつも思うのは、内閣府の世論調査で、臓器提供をしたいというのがいつも4割を超えますよね。

○瓜生原参考人 はい。

○横田委員 一方で、100万人当たりの臓器提供数は圧倒的に低くて、確か0.7位の数字だと思うのです。すなわち臓器提供をしたいという意味が日本人の4割超えというのは、恐らく、欧米のデータと比較してもそれほど少ないということではないとは思っています。しかし、実際の提供数がこれほど少ないところに、何か日本独自の、課題があるのかなと思っているのです。そこで行動変容という考え方で、ここの部分は改善されるのでしょうか。あるいは、そこは難しいのか、その辺はいかがでしょうか。

○瓜生原参考人 ありがとうございます。もう一度、画面共有をさせていただいてもよろしいですか。多分、説明するのにそのほうがよいかと思います。

○磯部委員長 どうぞ。

○瓜生原参考人 先生がおっしゃったように、臓器提供をしたいという人は欧米並みだと思います。しかし、したいですかと聞かれたときにはそのように答えるのですが、実際に本当に自分事になったときにしたいのかと問われたら、またパーセンテージは落ちます。そして、きちんと意思決定して意思表示をしたいという行動や行動意図につながるところに影響を及ぼすのは、社会規範で、例えば誇りが形成されていたり、その行動はいいのだよと認めてあげることであり、この社会規範をもっと高めてあげれば、意思表示も増えていきますし、臓器提供してもいいのだと思うようになると、臓器提供も増えていくと思います。この誇りというのは、例えば、スペインは80%の人が思っているのに対して、日本人は6%です。ここに啓発をしていくこれからの課題があるのではないかと私は思っ

おります。

○横田委員 ありがとうございます。

○磯部委員長 ほかはいかがでしょうか。

○小笠原委員 小笠原ですが、よろしいでしょうか。

○磯部委員長 小笠原委員、どうぞ。

○小笠原委員 私も先生の意見に全く賛成で、やはり小学校から中学校の、精神が形成される時期にこれをやらないと、日本には根付かないと思っています。実は議連があります。ここでこういう話を持ち出していいのかわかりませんが、臓器移植の議連があります。議連では、必ず厚労省と文科省の役員の方が来ます。そのときに、議連の方々は、ちょっと言い方も悪いと思っているのですが、教育に関して結構お願いしているはずなのです。議員の方々も、医系の議員はよく分かっています、やっていただきたいと言うのですが、文科省はうんとは絶対に言わないです。ですので、私もやはり、全義務教育としてこれをプログラムに入れないと、これはもう文化は醸成できないと思っています。

もう1つですが、今の渡辺委員から御質問があった、ではなぜ希望があるのに少ないのかと。これは実は、1つは、やはりオプション提示だと私は思っています。実際に今の瓜生原さんの話を聞いた人たちは、やはりこれはやったほうがいいよねと、希望しようかと思うのですが、実際に自分の身内がそうなったときに、家族が普段話をしておいたとしても、こういうオプションがあるのだよと提示をしなければ、やはりそこにはリマインドされない可能性が高いと現場にいるとよく思いますので、やはりオプション提示というものも文化として当たり前だと。これを脳死の人にやるのではなくて、病院に来た患者さん、家族全員にそのパンフレットを渡して、それが普通だという文化を醸成することが、やはり一番いいのではないかと。その2つをまずボトムアップしていかないと、なかなか文化は醸成されないというのが現場で感じることです。以上です。

○瓜生原参考人 ありがとうございます。

○磯部委員長 ほかにいかがでしょうか。先もありますので、あとお一人ぐらいですか。

○猪股委員 猪股ですが、よろしいですか。

○磯部委員長 猪股委員、どうぞ。

○猪股委員 熊本の猪股です。瓜生原先生、大変ありがとうございました。以前から大変お世話になっております。ちょっと一世代前の移植医として、この教育の点についてはずっと前から必要性を痛感していたところで、臓器移植法の改正の前ぐらいに、九州の院内コーディネーター等を集めて研修会、勉強会をしたことがありました。教育を中心に絞った勉強会です。そのときに、実際に生体肝移植のドナーになった中学校の先生もお呼びして、現場の話も聞いたことがありました。その時点で、全国の都道府県の調査もしましたが、移植や提供にかかわる何らかの教育に関与していたのは30%程度の都道府県だったので、今日の御発表を聞いて、かなりそれは改善したのだなと思っています。

ただ、そのときに、現場の先生たちの意見として出てきていたのは、やはり行政、すな

わち教育委員会なのですが、そこからの働き掛けが全くないので、自分たちは動けない。それから、教師自身も教えるための知識を得る機会がほとんどないということでした。それから、教育委員会からは、児童に話すかどうかは親の判断になるので、判断能力がある大人にまず話すべきではないかというような、むしろ生徒への教育に否定的な意見もあったようです。そのときには、親と子どもが一緒の学級とかもあるのですが、そういう機会を使ってはどうかという提言もありました。命の大切さをメインテーマにすべきというのは当然、その頃からもあって、『あかつき』という出版社から出ている、そのときは副読本でしたが、命の大切さを学ぶ、という内容の提示もありました。中学生にお話をする、教育をするものに使われていて、そこで、いろいろな臓器提供の是非の判断に中学生を引き込むのは酷であろうという指導の中身も指導書に書いてあったりもして、随分、先生方も必要性は分かっているのだけれど、動きにくい状況がその時点で既にかなり明らかになっていました。

ですから、今現在、行政として実際にどの程度動いているのか。先ほどのお話の中にも少しありましたが、今現在、先生方はどのように評価して、それをどうしていったらいいかということについては御意見いかがでしょうか。

○瓜生原参考人 先生、ありがとうございます。実は、子どもたちというのは、移植医療はいいことだと思っているのです。それは、例えばテレビの影響だとかドラマでよく出てくるからです。むしろ、大人が難しく、学校にいろいろお願いをしても、学校の先生が、いや、うちは何かちょっとそういうのは親に反対されるから嫌ですと言われてたり、教育委員会もなかなか通らなかつたりするのですが、今回のように、指導要領の中に入って教科書に掲載されると、それは必ず、スキップしないでやらなければいけないということなので、それに向けて先生方は勉強会を自主的に開催して、どうやって教えたらいいのだということを中心に考えられます。どちらが先かということなのですが、教科書などに掲載をして、それを義務化していくというほうが、また、その資料をサポートしていくというのがいいのかなと考えております。お答えになっていきますでしょうか。

○猪股委員 はい、現場で私たちもできるだけその後押しをしようと思って、熊本でも少しずつやってはいるのですが、なかなか広がるどころまではなくて、行政からぼんと言っただけのが一番早いのかなという気はしておりました。

○瓜生原参考人 ありがとうございます。

○猪股委員 ありがとうございます。

○磯部委員長 まだまだあろうかと思いますが、大変重要な御指摘を頂いて、特に初等教育、義務教育の重要性を皆さん強調されましたので、事務局はよく意見を踏まえて御検討いただければと思います。先にいかせていただきます。

次に、心停止後臓器提供についてのヒアリングです。湯沢委員、どうぞお願いいたします。

○湯沢委員 水戸医療センターの湯沢です。心停止後の臓器提供について、日本と欧米、

現状と取組についてお話をさせていただきます。

まず、私の背景からお話させていただきますと、私は医師になって 39 年、一貫して臓器移植に関わってまいりました。臓器移植法が成立する前、15 年近くは専ら心停止後の腎移植に関わってきた、言わば古い移植医かもしれません。その 30 年以上も非常に困難な状況で、心停止後の臓器移植に関わった者として、本日のお話をさせていただきます。

まず、心停止後の臓器提供とはというところで、この委員の中には医療関係者でない方もいらっしゃいますので、そこからお話をさせていただきます。臓器移植は、臓器提供があつて初めて成り立つ医療ですから、どなたかから提供されなければなりません。一番多いのが生体移植で、健康な人からの臓器提供ですが、亡くなった方からの臓器提供、脳死下と心停止後の臓器提供が可能です。

提供できる臓器は、脳死下と心停止後で、これだけ違いがあります。心停止後の臓器提供というのは、臓器そのものが血液の流れが止まった状況でも、臓器自体の機能が保たれていなければなりませんし、また、移植直後での移植した機能が弱いときにも生命維持が可能でなければなりません。例えば心臓移植などでは、すぐに心臓が機能しない限り正常な生活ができないわけですから、すぐに機能することが大事だということになります。

実際に心停止後の臓器提供ですが、腎臓、眼球、膵臓を可能としておりますが、膵臓は現在、脳死下に提供されることが多いので、心停止後の提供はほとんどありません。臓器としては、腎臓、眼球ですが、眼球は角膜として組織移植されることになります。

この 2 つの脳死下と心停止後の提供の大きな違いですが、脳死下の提供ということになりますと、非常に厳密な脳死診断が必要になりますので、5 種類の病院のみに限定されています。心停止後ですと、通常の死亡宣告の後に提供に至りますので、手術室がある病院のどこでも提供ということになります。私自身の経験からも、一般病院で、たまたま手術室がほかの手術に使われていたとき、救急外来の処置室で摘出させていただいて、腎臓を移植に使ったということもございます。結局、たまたま 5 種類の病院に搬送された患者は脳死下の臓器提供ができますが、そうではない病院に搬送された患者は、脳死での提供ができないというのが現状としてございます。

それで、亡くなった方からの臓器提供は、この 2 つのパターンで脳死下と心停止後の提供になりますが、脳死下ですと、提供を承諾されてから 2 回の脳死判定、2 回目の判定後に死亡ということになりますが、摘出手術に至るまでの時間は 35 時間で行われております。一方で、心停止後の提供になりますと、赤い矢印の部分ですが、承諾してから死亡が宣告されるまでの間、全く時間が読めないということがございます。これは一般的には、日本では人工呼吸器のない状態で、自然の経過で亡くなってからの提供となりますから、全く時間が分からないということになります。

そこで、まずこの心停止後の提供の場合に、後でお話する前処置が可能かどうか。また、時間が全く読めないという状況、それから、亡くなったことが確認されてから摘出までの時間というのは迅速に摘出する必要がありますので、この難しさという問題があります。

結局、心停止後の臓器提供の難しい点は、心停止前の処置が可能かどうか。カニューレーションとヘパリン、抗凝固剤の投与があります。それから、先ほど来お話していますように、時間が全く読めないということです。それから、実際の摘出手術においては、迅速な手術が必要で、これには非常に熟練を要します。

脳死下と心停止後の臓器提供の差ですが、脳死下ですと、先ほどお話ししましたように、承諾後に2回の脳死判定を経て摘出手術に入りますから、言葉は悪いかもかもしれませんが、ワンパターンで進みます。一方で心停止後の臓器提供になりますと、バリエーションが非常に多くあります。以前、臓器移植法ができる前には、法律に囚われていなかったこともあり、点滴、昇圧剤、人工呼吸器などの条件を調整して心停止に至り、提供に至ったということはありますが、現状では結構厳しいことになっています。

現在ですが、脳死診断が不可能な症例にこれが使われていること、提供になっていることが多い。それから、医学的な条件が悪いというのは、死戦期と呼ばれる、血圧が非常に低い状態での提供に至ることが多いということが問題になります。そこで、心停止の前に処置をすることがありまして、死亡診断後に直ちに血液を洗い流して抗凝固剤を入れる、また、臓器を冷やすということが可能になれば、心停止後の移植臓器の機能を温存することもできますし、そこですぐに摘出手術にいかなくても済みますので、家族の看取りの時間を長くすることもできますし、検視もすることができます。ただ、この条件としては、一般的な脳死の診断をされていること、家族が同意していることが必要になります。実際には、大腿動静脈にカテーテル、長い管を入れて、そこに血栓ができないようなヘパリンを注射するということが必要になります。

実際の本邦での心停止後の臓器提供の現状についてお話させていただきます。臓器移植法が制定されて以来、日本での臓器提供者の数は決して増えてはおりません。大体80から100前後を維持されているところです。そこへ昨年、2020年にはコロナ禍で提供が減少しておりまして、トータルの提供者数は非常に減っております。結果的に、多くの提供が脳死下に移っておりますので、心停止後の提供は極めて少なくなっているという現状が分かります。

それを月ごとの累積で示しますと、赤い線が昨年、トータルの提供者数の2019年の灰色の線が一番多くなっておりまして、2020年の赤い線は多少下回っております。さらに、2021年は今までで一番少ない数になっています。この内訳を見ますと、脳死下の臓器提供の場合には、灰色の線が2019年で、これが一番多いわけですが、赤い線の2020年も例年並みには維持されていたことが分かります。ただし、これは心停止後の提供ですが、極めて少なくなっていて、今年の黒い線も同様です。これは、全体の提供者が減っているところがある状況の中で、脳死下の臓器提供というのは先ほど来お話していますように、1つのパターンで時間が決まって提供になりますので、例えばPCR検査が可能であります、心停止後の提供ですと、その時間軸もなかなか見えないということもあり、それが1つの原因ともなり、心停止後の提供が減っているものと推察されます。

そこで問題になるのが、提供者数の減少がどのくらい続いているのかということです。心停止後の移植した腎臓の数です。腎臓移植の場合には、提供された県、同一県なり同一ブロック、地方での移植が優先されますので、ほぼイコール腎提供数ということになります。ここで見ますと、北海道では4年間移植がないということは、提供もないということになります。また、1年間で1例しかない所も全国に多く存在しています。実際に、2020年のトータルの心停止後の提供が9人ですから、この詳細はまだ出ていないのですが、たった9例の提供しかない。そうすると、先ほど来お話している熟練を要する摘出手術、これは時間との勝負と言いましょか、短時間で摘出する必要がありますので、この技術の伝承が不可能なほど減少していることが分かります。結局、心停止後の臓器提供の現在の問題点は、提供者の母数は変わらずに、脳死下が多くなっている。これは多くの臓器が使えるようになることが良い一方で、結果的には心停止後が激減しています。

心停止後の臓器摘出の特性は、とにかくバリエーションが多いということです。人工呼吸器が付いているか付いていないか、カニューレションがあるかないか、検視がどうかということで、この技術の伝承が不可能なほど減少しているのが最大の問題点です。それから、いつ摘出になるか分からないので、提供施設、摘出医、移植医の負担が非常に大きいということがあります。結果的に、心停止後の臓器摘出、移植はやらないという移植施設もあります。

ただし、心停止後の臓器提供には利点もあります。これは5類型以外の施設でも臓器提供が可能だということです。現状では5類型の施設に搬送された人しか臓器提供に結び付かないわけですが、これが可能になります。それから、広く多くの方からの臓器提供が可能であって、臓器移植法に定める提供に関する意思是尊重されねばならないということが、これで可能になります。

そこで移植学会の取組ですが、実は、2019年秋に心停止後の臓器提供がありましたが、摘出に至るところでトラブルがありまして、残念ながら移植に至らなかったという症例がございました。このために移植学会としては、そういう事態を避けるため、昨年2月、コロナ禍が始まった直後、最後の実会場での学会になったと思いますが、臨床腎移植学会の場で緊急セミナーを行いました。これは心停止後の腎臓摘出についての緊急セミナーです。これを開催したところ、150人の会場に、立ち見も入れて250人という多くの方が集まりまして、このような講演を行いました。

それ以外に日本移植学会では、ブタを使った摘出シミュレーション、これは脳死下の摘出を前提に行っていたものですが、心停止後の摘出も範囲に入れられています。それから、大腿動静脈のカニューレションが非常に難しい。最近はなかなかこういうものを見ることもありませんので、モデルを使ったハンズオンというのを行っておりますし、動画、アニメーションを使った摘出手術の動画も作られています。また、経験が少ないということから、地域で経験豊富な所から支援体制を計画しております。このマニュアルもしっかりしたものを作っております。後で述べます厚生労働科学研究での取組もあります。

○磯部委員長 恐れ入りますが、少しスピードアップしていただけますか。

○湯沢委員 分かりました。諸外国でも、脳死下の提供が頭打ちになっていることから、心停止後の提供も積極的に行われておりまして、いろいろなカテゴリーでの提供というのが実際に行われています。

これについてお話しますと、カテゴリーⅠ、カテゴリーⅡでは、ECMO を付けて臓器保護を行って、家族の到着を待つ。これで非常に多くの方からの提供が可能になります。ECMO と言いますと、新型コロナの ECMO をどうしても思い浮かべますが、それではなくて、あくまでも臓器の灌流と酸素化をして臓器を保護するということで、これも使われております。

もう1つは、生命維持装置から治療撤退し心停止を待つということも、諸外国では行われています。実際に海外の心停止後の臓器提供、ECMO を使うこと、計画しての生命維持装置からの治療撤退ということが行われておりまして、本邦に導入するためには、ECMO を使うためには法的な問題、倫理的問題、ドナー家族の受入れの問題があると思っています。中長期的には ECMO の導入、計画しての生命維持装置からの治療撤退ということが考えられると思います。

移植学会の取組の中で、厚労科研で行われているのが、心停止後臓器提供数減少への効果的な対策に資する研究ということで、私が研究代表者として、本委員会の委員の小笠原委員にも加わっていただいて、この学会からの代表で構成されています。これまでの厚労科研、文部科研の成果を取り入れて、一般医療機関に対する心停止後の臓器提供の普及啓発を行っていきたいと考えています。

最後にもう一度、5 類型以外の施設でも可能になりますし、広く多くの方からの臓器提供が可能になりますので、「臓器提供に関する意思が尊重されねばならない」ということがいかにされていると思っています。以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。湯沢委員からは、心停止後の臓器提供について、その概要と、コロナ禍で激減していること、今後の御提案等を頂いたところです。ディスカッションに移る前に、最後のほうで御説明いただいた ECMO は、コロナで使っている VV-ECMO ではなくて VA-ECMO ですが、この臓器の保護のために使用するということについて、法的観点、倫理的観点から問題がないかどうかということについて、それぞれ水野委員と浅井委員からコメントを頂けるとは思いますが、いかがでしょうか。水野委員からお願いいたします。

○水野委員 法的な意味からも、倫理的な意味からも、このような措置に問題はないと思います。もちろん臓器提供のために死なせたり死期を早めたりしてはいけないのが原則です。しかしこの場合は、心臓死で既にご遺体になっていて、ご遺体の臓器が傷まないように ECMO を利用するだけです。皮膚の移植のために皮膚を培養することは日常的にも行われていますが、その延長線上にあるのではないのでしょうか。ドナー御本人の提供意思もはっきりしておりますし、ご遺体の尊厳を損なう措置とも言えないでしょう。できる救命措

置をしないでわざと心臓死に至らせてからドナーにするようなことは、日本の手厚い体制の下で行われえないでしょうから、問題はないものと思います。

○磯部委員長 続いて浅井委員、いかがでしょうか。

○浅井委員 倫理的な側面からですが、私の理解では生命維持の撤退というのは中止をすることと理解して、発言いたします。ECMO の使用にしても、生命維持の中止、ウィズドローアルにしても、先ほど水野委員がおっしゃったように、御本人に臓器提供の意思があって、御家族が合意されているという状況であって、御本人の、潜在的なドナーの方の回復の可能性がゼロになった場合であれば、患者、ドナーの方のオーバーオール利益というものを考えて、つまり希望の実現であるとか、あとは心停止前の前処置の侵襲度が非常に小さいということであれば、それは正当化されると思いますし、何よりも移植の意向があって、それを進めているときに、臓器のレシピエントに入ってから生着率、成功率を最大化することは最も目指されるべきだと思いますので、そこで ECMO を導入するというのは、ある意味で非常によいことだと思います。

もちろん、患者の治療がちゃんとなされるということ、御家族の感情、看取りがしっかりとできるということは前提条件として大事ですが、レシピエントの QOL の向上、移植チームへの負担の軽減までも含めて考えて、ECMO 等を使うということは、究極的な第 2 条というようにおっしゃっていましたが、それを実現するために適切な手段だと思いますから、倫理的問題はないと考えます。

○磯部委員長 お二人の先生からの御発言で、臓器保護のために VA-ECMO を導入することについて、法的あるいは倫理的に問題はないという御発言を頂いたと思います。それでは、湯沢委員のプレゼンテーションに対して、御意見、御発言がございましたらお願いいたします。

○木幡委員 先ほど、ドナーはヒーロー、提供することは誇りというメッセージもございましたが、心停止下の提供も同じだと思っております。脳死ですと、まだ体が温かいとか、心臓が動いている状況の中で移植を決断するというのは、大変難しいことかもしれませんが、心停止のほうが、その辺は家族も決断がしやすいのではないかと考えております。

ですので、以前に私も、この会議だったか、心停止下の提供をもっと増やすべきだというようなことを申し上げたときに、何となく全体のイメージでは、脳死下をもっと進めていくので、そちらにシフトするようなことをおっしゃっていたように記憶しているのですが、そうではなくて、両方とも進めていくのがいいのではないかと考えております。特に角膜提供などは、もっともっと増えていくポテンシャルがあると思うので、どのような形でもいいので、ドナーになる、ドネーションをするということが増えるというのが、ひいては脳死下臓器提供の増加につながっていくのではないかなと考えております。

1 点、メディアが移植のニュースなどを伝えるに当たって、非常に大きなハードルがあります。それは何かと言うと、ドナーとレシピエントが特定されてはいけないというルールです。非常にドナーが少ない中、名前を出さなくても、住所を出さなくても、どうして

も顔を出してしまったりすると、あるいはそうでなくても、今は SNS がありまして、分かってしまうのです。あれは誰だとか、そういうことがネット上に出てしまう。そうなりますと、本当に伝えることが難しいです。ですから、移植を受けた人も出すのも難しいですし、ドナー家族もなかなか出ていただけないし、メディアとしても、これが特定されたらどうしようということをいつも懸念しておりますので、その部分が何とかなると、もっと変わっていくのではないかと思います。海外では、ドナー家族と移植者が面会するというようなシーンを私も見たことがありますので、普及啓発の点において、例えばですが、この事例においては大丈夫というようなことがあれば、そこを何とか緩和していただけないかなと思っておりますので、是非よろしく願いいたします。

○湯沢委員 海外でレシピエントとドナーが一緒になって喜んでいっているというシーンはよく見るところでもありますので、何らかの形でそういうことが可能になっていくと、また更に提供も増える可能性があるのではないかと私も思っています。

○磯部委員長 新たな課題かとは思いますが、御指摘ありがとうございます。ほかに御意見はいかがでしょうか。

○有賀委員 湯沢先生のお話を聞いて、なるほどなと思いました。引き続いて水野教授と浅井教授が倫理的、法的な側面で発言されているのですが、浅井教授だったと思うのですが、御本人が同意しているという発言があったのですが、脳死下での提供の御本人のところに関して言うと、御本人が嫌がっているというようなことがあれば、もちろんやるべきではないのですが、今回の湯沢委員のようなプロセスで心停止下という話があったときに、既にこの患者は助からないというようなことで治療を撤退する。そのプロセスの中で ECMO うんぬんという話になっていくときに、御本人の同意があるかないかという話でいけば、同意がなければいけないという話では多分ないと思うのですが、もう一回、そこら辺を倫理的な部分も含めて、コメントを頂きたいのですが、いかがでしょうか。

○浅井委員 基本として同意があればということは、もちろん申し上げたのですが、それが不明であっても、明らかに反対をしていないであるとか、御家族の推測であるとか、そういったものを考えて、先生が御指摘のように、明確な同意がなくても大きな問題はないという意図で申し上げました。

○有賀委員 湯沢先生に一言だけ。カニューレーションをして死亡確認というのは、医学的にはその辺はいいことなのですが、死亡確認の直後にカニューレーションという話は、ECMO を回すに当たって、結構困ったプロセスになってしまうのですか。

○湯沢委員 心停止後のカニューレーションと言いますと、実は結構短時間でできることではないので、実際の臨床の現場で、これまでも心停止後の提供の場合には、可能な場合にはカニューレーションをして、スムーズに灌流に至っています。心停止後に ECMO のカニューレーションをしてということになると、時間的には厳しいことになるのではないかと思っています。

○有賀委員 了解しました。ありがとうございます。

○磯部委員長 ほかに御発言はいかがでしょうか。

○外園委員 心停止前に使った医療材料とか、そういったコストは病院が負担するのでしょうか。

○湯沢委員 臓器提供に関わる医療材料は、摘出手術代としてレシピエントの手術代から払われるもので、提供病院には一切負担が掛からないものとなっています。

○磯部委員長 水野委員、お願いいたします。

○水野委員 先ほどの同意の話なのですが、日本の臓器移植法は、脳死臓器移植に当たってドナー本人の積極的な同意をととても重視しておりますが、これは国際的には例外的です。こうなったのは、平成9年の臓器移植法立法のときに、当時、脳死は死ではないとする臓器移植反対派が非常に強かったためでした。私は、臓器移植の反対派には、遺体や遺骨に靈性をみて、遺体を損傷してはならないとする儒協文化圏の伝統があったように思います。対象的に、生命の始まりについては、胚となったら生命であるとするキリスト教文化圏では、中絶が殺人を意味することになって非常に重いこととなります。しかし、我々の社会では、脳死について、体が温かいうちに臓器を取り出すことについて、ある種の宗教的な抵抗が強かったのではないかと思うのです。脳死臨調を率いられた加藤一郎先生は、そういう抵抗をクリアして対立をまとめるために、妥協策として、ドナー本人が望んでいるのだから構わないではないかという厳格なオプトイン技法を使うことによって、脳死臓器移植を実現したという経緯がございます。

かくして、本人の積極的意思が、日本では非常に大きなキーワードになってしまって、小児臓器移植を平成21年の法改正まで不可能にしておりましたし、今も意思を表示出来ない障害児の臓器提供をできなくしているのですが、これは我が国特有の問題です。もちろん、本人が拒絶していたなら、それは尊重しなければなりません、やはり御遺体ですので、御遺体は本人のオプトアウトの意思がなければ利用できることにするほうがよいだろうと、個人的には思います。本人の積極的意思を重視するというのは、そういう経緯があったことですので、臓器移植法を立法してから何十年もたっておりますし、そろそろ我々も冷静に議論をしていいたいだろうと思います。

○磯部委員長 ありがとうございます。もうお一方ぐらいいらっしゃれば。よろしいでしょうか。それでは、大変重要な議論ができたと思います。3つ目のプレゼンテーションは、小児の臓器提供の現状についてのヒアリングです。荒木参考人、お願いいたします。

○荒木参考人 埼玉県立小児医療センターの荒木です。今から準備させていただきますので、よろしくお願いいたします。PDFは共有されておりますか。

○磯部委員長 大丈夫ですよ。お願いいたします。

○荒木参考人 ありがとうございます。それでは、小児の脳死下臓器提供の課題について発表させていただきたいと思います。今日は、このような機会を頂きまして、心より感謝いたします。多くの全国の小児医療従事者、それから、調査研究に携わってくださった分担班の先生方、あるいは、御相談を多々頂いた全国の救急医療関係者、脳外科、小児科、

多くの医療スタッフの思いを今日、代弁させていただく役割があるのではないかと考えております。

こちらは、林先生の JOT から頂いたデータですが、小児の脳死下臓器提供の 18 歳未満の臓器提供の実数は、2019 年 10 月の段階で 42 件で、総数としては 42 件なのですが、このグラフで特筆されたのは、2018 年から 2019 年の非常に著しい伸びでした。確かに実数としては非常に少ないのですが、少しずつ小児の脳死下臓器提供の実績が上がってきているということを実感していたわけですが、この直後に新型コロナウイルス感染症の影響によって、この伸びもとどまってしまったと認識しています。

果たして全国の多くの医療施設で、脳死の症例はどれくらい発生しているのかという研究については、平成 18 年に有賀先生がお示しになられたこのデータ以降、具体的な数値はありません。非常に画期的な御研究でいらっしゃると思うのですが、この際に示されたとおり、全国の脳外科の施設では、恐らく年間に 2 例程度、救急施設では年間 5 例程度。また、その他、ここに恐らく小児病院が入るわけですが、8 施設中で年間に 6 例、すなわち、1 施設当たり 1 例の脳死判定があるかどうかという実情であったと示されていますが、現在私が勤務している当地であっても、やはり年間に脳死判定をするような患者さんは、このように 1 例、2 例、3 例といったような実数であることは実感しているところです。

こういった背景を踏まえて、2018 年から厚労科研において、小児からの臓器提供に必要な体制整備に資する教育プログラムの開発ということで研究班を頂き、先ほど御発表なさいました瓜生原先生を筆頭に、小児の緩和医療の専門家あるいは小児医会、小児看護の専門家、臨床心理士の先生方にお入りになっていただいで研究を進めてまいりました。今日の発表の骨子は、そちらの研究の結果を共有させていただくことになるかと思えます。御覧になっていただきますとおり、2018 年から 2020 年までの間に、このようなロードマップで進めてまいりました。当初頂きましたミッションは、小児脳死下臓器提供を実際に行った施設に出向いて、どのような苦労があったのかということとその施設から聞き取って逐語録を作り、問題点を抽出して、個々の課題についてどのような対策が立てられるか考察せよということでしたので、実際に逐語録を作り、半構造型のインタビューを行って個々の解析に努めてまいりました。

左の枠の真ん中の所、研究計画・方法ですが、主にはここのポイント、実際に小児救急事例がどの程度発生しているのか、また、家族の意思確認をどうやっていたのか。今日問題となっている被虐待児の除外に関する実情、小児の終末期医療をどのように実践されているのか。家族ケア、看護ケア、こういったこと。また、教育に関しても瓜生原先生に行ってください、現在は令和 2 年を過ぎて、これをひとまとめにして教育ツールの開発に向かっていているところです。

全国のこの調査研究に参加してくださった施設、10 施設 11 症例に関して、現地に出向いておおよそ足掛け 1 年半、延べ 40 名の方から様々なインタビューをしてまとめてまい

りました。1枚のスライドにまとめますと、結果はこのスライドにまとめられたものが主なところですが、小児の脳死下臓器提供をためらわせた要因と、小児の脳死下臓器提供を実現させた要因とを対立させて、各々項目について検討いたしました。逡巡させた要因としては、一つ一つを述べますと、体制整備や制度の理解不足、こういった施設の問題、それから、様々な家族の問題、家族に対峙する際の様々な問題、家族関連の問題、3つ目は、虐待の除外判断に関する医療従事者の懸念、4つ目は病態そのもの、医学的要因に関する悩み、こういったことから臓器提供をためらったというように、4つの大きなカテゴリーを作っています。

対して、小児の脳死下臓器提供を実現させた要因としては、明確に家族が意向を示していた、あるいは、主治医や病院が前向きに捉えて、院内が協力一致した、それから、虐待診断が日常から成熟していたという側面、4つ目は、きめ細かな涙ぐましい家族ケア、この4つがやはり大きな要因であったとカテゴリー化しております。ためらわれた要因に関しては、課題を解決していかななくてはなりませんので、今後の研究で研究課題として取り扱っていくこととなりますが、臓器提供を実現させた要因というものは、こういった研究班の中だけでとどめておくのではなくて、他施設と共有したり、あるいは出版物として多くの人たちに知っていただく必要があるだろう。こういったところを理念として、例えばeラーニングを活用した教育システムの開発などにつなげていきたい。あるいは行政、警察、児童相談所などの諸機関との連携をする上において、相互理解を深めるための資料としたいと考えています。

例示いたしますが、どのような点に関して実際に逡巡したのかという逐語録を少し御紹介いたします。虐待の除外などを医療従事者がどのように捉えていたかということは、例えば一番上のコラムには、もっとすんなりとかという思いはありましたけど、ということ非常に控えめにお話しされておりました。2番目では、看護師が虐待チェックリストをチェックすると、虐待防止専門委員会に議題として上げて、もう一回作業をすると、必ずやっているのだと。また、ムカデの足のようなチェックリストとか、非常に煩雑に感じた。あるいは、あのマニュアルに書かれていないことでも虐待が疑われる兆候がある可能性は十分あるので、非常に議論が深まってしまう。また、マニュアルに書かれているネグレクトは完全に除外できるのかということが最終的に結論できなかったのも、総合的に判断した、こういった声が聞かれます。

これは最悪な事態となったケースですが、虐待除外のプロセスによって臓器提供が実施されなかった一例としては、関東地方の病院に入院した15歳未満の男児は、家庭内の事故が原因で脳死の状態となりました。家族以外に事故の目撃者がいなかったため、虐待を完全には否定できないと病院では判断しています。この病院が設ける倫理指針では、警察などが事件性がないと判断しても、以下のように家庭内事故で家族以外の第三者の目撃者がいない場合は、脳死下臓器提供が可能とは判断しないと定めていらっしゃるのと、これは施設の判断です。これに加えて、院内のコーディネーターは、一点の曇りもない状態でな

いと脳死下臓器提供はできないと語ったということで、喧々諤々の議論があった。そして、多くの医療スタッフが涙ながらに訴えながらも、このケースは御家族の意向をかなえることができなかつたということです。こういった事態は、私も調査者として非常に同情するところがありますし、現在こういった症例が多々起きていることについて御認識いただきたいと思っております。

まとめますと、逡巡させた医療従事者の懸念の中で、やはりこのマニュアルに関して様々な問題があったわけですが、現在は赤で示した所のように、施設が自施設の取決めに従って個別に行っている、すなわち、10年前に比べると小児の医療従事施設では、虐待防止に関する手続が非常に習熟されました。それに対して、悲嘆に暮れている家族に対して虐待の既往を聴取しなくてはならないことについて、スタッフが苦渋の気持ちを持っているということ、すなわち、臓器提供の際の虐待診断は、一般の事態と比べて必ずしも特殊なわけではないため、標準的な判断でよろしいのではないかと我々は結論いたしました。また、多くの問題点について、種市先生らの班がまとめてくれていますが、実際に臓器提供が行われた施設においても、第三者目撃がなくともきちんと院内のプロセスを経て、それは問題ないという結論に達し、虐待の除外を行って臓器提供に至ったという施設がこれほど多くあるということです。

ですので、被虐待児のマニュアルの解釈において、多くの施設が困惑しているという現状、この内容について今後どのように解釈していけばいいかということについて、少し述べたいと思います。虐待の除外は、やはり日常臨床における施設判断が軸となるわけですが、これを何らかの指針等において縛りを設けるということは、非常にその動きを狭めることになり得ます。虐待の判断については当該施設が日常臨床で行っている範囲にとどめて、これについて議論していくということが原則ではないか。一定以上の経験がある施設が拠点となり、周囲の施設とともにカンファレンス等で情報共有していくという方策を提供したいと思っております。

また、なぜ虐待の子どもから臓器提供ができないのかということについては、そもそも論的な議論がアメリカでも昨今行われていることを2020年の論文で見付けていますが、やはり虐待児の親は、すなわち受傷原因や事故防止の失敗に関与した人間であるので、こういった人間たちに臓器提供の判断を委ねるということは、利益相反の可能性が出てきて刑事裁判上の結果に影響するのではないかとということが念頭に挙げられますけれども、こういった状況での刑事告発を疑問視しているのは、アメリカただ一州のみであると書いてありました。さらに、親を排除した議論や、臨床チームのバイアスに影響された臓器提供の意思決定というものは、ひいてはアメリカ特異的ですが、人種差別等の考え方につながる可能性があるので、この論文では訴訟代理人を加えたほうがいいのではないかと意見になっていきますけれども、これは日本の実情とは若干異なるのではないかと思います。

別の論文では、アメリカでも監察医制度というものが発達している州においては監察医の判断が作用するわけですが、監察医は起訴の結果に負の影響を与えたことで個人的責任

を問われることを恐れるという傾向があるそうです。ですので、やはりアメリカにおいても虐待のありなしの判断に関与する医師において、非常に大きなプレッシャーを抱えていると。しかしながら、全米検死官協会というのがあって、監察医拒否ゼロ運動を目指していると言っていますが、やはり現場での判断というのは、効果的なコミュニケーションが必要になると明示しています。

ここに挙げられている1つのケースレポートですが、これは非常に胸を打ちました。様々な議論があって、虐待の疑いのある子どもに対する嫌疑が多く機関によってなされたのだけれども、赤で示している所を見ていただきたいのですが、病院の法務チーム、リスクマネジメント、州政府のメンバーまでもがジョンの臓器提供の選択肢を支持し、母親の希望を尊重するために、一晩中、緊急に相談を受けましたと書いてあります。果たして我が国では、多くの意思決定者や責任がある部署がこれほど熱意をこめて母親の希望をかなえるために機能しているかどうかということ、胸に手を当てて反省してみないといけないのではないかと思います。

私たちは、この現制度の問題については、多くの意見を吸い上げようということで、小児救急医学会でも議論を重ねてまいりました。2019年のパネルディスカッションには、次の10年を迎えてどのような方向を目指すべきなのかということ、杉本先生、山田先生、会田先生、曾山先生をお呼びして議論を図りました。この際に、杉本先生からは、昨今の小児医療従事者の努力には本当に頭が下がる。私たちの考え方を次の世代に委ねたいとおっしゃっていただきましたし、山田不二子先生からは、代諾権の問題が臓器提供者から被虐待児を除外する本当の理由なのであれば、代諾権を認めてはならない保護者はどのような虐待・ネグレクトをした者なのかということ、明確に規定すべきだとおっしゃいました。そうすることによってマニュアルでは除外されるけれども、実際には虐待・ネグレクトを受けていなかった子どもがマニュアルでは除外される可能性はあるけれども、臓器提供の機会を奪われる可能性を減じることができるとおっしゃっていました。

実際にそのときに示されたスライドがこれなのですが、マニュアルにもこのように、除外者の中に被虐待児でない症例が含まれる可能性が残るが、臓器提供者から被虐待児を除外するためには現状ではやむを得ないと書いてあります。これは、マニュアルを作られた山田先生の御苦勞がここに示されていると思います。しかし、時代が過ぎて、一番最後に示す所、被虐待児でないと判断された場合には、臓器提供の道が再度開かれるような筋道を作って、臓器を提供するという尊い意思が確実にいかされていくことを期待したい。10年前に私たちに対してこれを期待されておられたのですから、今こそこのマニュアルに関しては、もう一度中身をしっかりと見直しをして、時代に合ったマニュアルに変えていく、そういう時期が来たのではないかと考えております。

残りは手短かに申し上げますが、班研究では、実際に親御さんたちが脳死に対してどのように考えているかのアンケート調査も行っています。これは外来患者に対するアンケート調査の結果ですが、親御さんが健康な子どもを抱きながらこのアンケート調査に答えてい

るのですけれども、我が子の脳死とされうる状態の受容は、あるいは、脳死下臓器提供に関して意思を尋ねられる場合、どう考えるか。臓器提供そのものについてどう考えるかということですが、比較的肯定的な意見が多いです。しかしながら、自分事として考えるまでには少し距離があるのだと思いますが、現状としてはこのような傾向が見て取れます。また、全国の PICU において脳死下臓器提供がどのように捉えられ、どう準備されているかということも、アンケートで7施設から聞き取っていますが、多くの PICU では必要性、準備というものに関して議論や準備は行えている。しかしながら、実際の方策については施設ごとにまだばらつきがあるということなので、今後 PICU に関するターゲットを深めていかななくてはならないと思っております。

また、看護ケアに関しても、非常に詳細な聞き取り調査からのまとめが日沼班において行われており、ここでは時間がありませんが、多くの看護師の皆様方からは、経験の蓄積がないので手探りで看護せざるを得なかった、だけれども、一生懸命やったというような声が多く見られています。これは、やはり教育プログラムの必要性があると叫ばれています。また、瓜生原先生の研究では、先ほど御説明がありましたが、中学校や学校での教育に関する研究がされています。こういった様々な成果については、小児版の臓器提供ハンドブックを、2021年7月になりますけれども、刊行予定となっております。こういった中で、今後、引き続き重篤な小児患者や終末期判断、臓器提供の意思確認がどのようにされているか、子どもの意思というものをどう位置付けていくのか。虐待除外判断については引き続き支援を行っていく必要がありますし、家族の悲嘆を理解してケアを実践するための具体的な方策を提示すること、また、社会啓発や学校教育、こういったことについて研究を進めるというミッションを抱いております。

これは、具体的な学会活動ですが、小児救急医学会では2008年、12年前から脳死問題について議論を進めてまいりました。今、説明させていただいている内容を多く皆と勉強してきたわけですが、最近では注目がアジアにまで至り、例えば南アフリカのケープタウンとか、あるいはインドからの委員会、セミナーの開催の依頼が来たりなどもしました。これは数年前のスライドですが、10年間で参加者総数700名の方々と、脳死下臓器提供に関して小児医療従事者の皆さんと勉強会を進めてきております。その1つの成果物として、このように小児版臓器提供ハンドブックというものを、調査研究に応じてくださった先生方に依頼して作成しています。こういったものができることによって、より多くの脳外科施設、救急医療施設、小児施設に、臓器提供の際の考え方について示すことができればと思っております。

最後のスライドですが、今後、一番大きな課題としては、病む子どもさん方のそばにいる御家族から医療施設がどのように信頼を得ていくのかということに、一番大きな焦点が当てられるべきではないかと思っております。このためには、臓器提供に関する意思の確認とか、家族への病状の説明に関する具体的な方策を病院が立てやすいように、分かりやすい考え方の筋道を示す必要があります。そして、やはり警察や児童相談所、そういった虐待診断

に關係する施設との連携を取っていかなくてはならない、こういったことをしっかりと明示していく必要があります。対して、学校教育あるいは日常生活の中での命の大切さに関する考え方の意識の醸成も必要になるかも分かりません。それ以上に必要なのは、現場での考え方が硬直、萎縮してしまって、先ほど示しましたように、やはり虐待の除外等に関する他機関からの批判を過剰に意識したり恐れる余りに、虐待除外に関する判断が硬直して、御家族の貴重な申出を叶えることができないというような事態にだけは陥ってはならないと思っております。こういったことをしっかりと認識しながら、この課題4つに関してしっかりと腰を据えて見つめてまいりたいと思っております。御静聴、ありがとうございました。失礼いたします。

○磯部委員長 ありがとうございます。荒木参考人には、小児の脳死下臓器提供に関して、特に虐待児の課題を中心にプレゼンテーションいただきました。それでは、ただいまの御発表に御意見がありましたら伺いたいと思います。

○賀藤委員 成育の賀藤ですが、よろしいでしょうか。

○磯部委員長 賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 どうもありがとうございます。大変参考になりました。成育は多分、脳死判定における虐待をどうするかということに関しては、余り積極的ではなかった施設ということで結構有名だったのではないかと思うのですが、大変身につまされる発表だったので、1つ成育でのここ1年ぐらいの流れを短く紹介させていただきたいと思います。うちのPICUでは、やはり脳死と虐待ということが大きな問題になっていました。今までは、虐待を完全に否定できない限りは、脳死判定に行くということにはしていませんでした。でも、今おっしゃっていただいたような内容で、それは余りにも硬直しているのではないかと考えて、ちょっと別な判断システムを作ろうということで、つい2か月前に、ある症例の経験を基に、全部システムを変えました。

○田中室長 賀藤先生、事務局ですが、こちらの会議は公開の会議になっておりますので、個人の情報が含まれない形で御発表いただけますか。

○賀藤委員 いわゆる家族以外の目撃者がいない家庭内事故の患者さんが運ばれてきた事例です。それで、この場合に脳死判定を行って、臓器移植の話をしてもいいかどうかというのが、PICUから私の所に来ました。一応その場合には、まずステップとしては、うちの院内には虐待を判定する委員会、通称「SCAN」と言っているのですが、その委員会で虐待の有無についての判断を求めました。それを求めるということと、あとは臨床倫理検討会というのがうちの病院にありますので、そこに上げてくれるようにという指示をしました。臨床倫理検討会の場で、虐待を判断する委員会（SCAN）では、このSCANチームは、主治医チームとは別のチームが動きますので、聴取した限りでは虐待を疑うような事象はないということで、児相には通告する必要はないという判断したいという報告でした。

臨床倫理検討会の委員には、弁護士の方も入っております。そういうところで判断して、

SCAN は児相に通告することはしないという判断であるならば、ここでもうワンステップとしては、この患者さんが住んでいる地域の児相と所轄の警察に連絡をして、そういう虐待を疑うような状況がこの家庭にあったかどうかの情報を得てくださいと指示がでました。それで虐待がなければ脳死の判定を行い、臓器移植のステップに入って構わないという臨床倫理検討会の結論を出しました。残念ながら御家族のオーケーは出されなかったのですが、そういうことで、今日御提示いただいたような形で、うちの施設としては虐待という問題をクリアしていければなと思っている次第です。以上です。長くて申し訳ございませんでした。

○磯部委員長 ほかにいかがでしょうか。

○横田委員 横田ですが、よろしいでしょうか。

○磯部委員長 横田委員、どうぞ。

○横田委員 荒木先生、ありがとうございます。大変勉強になりました。先生が臓器提供ができなかった、逡巡したという理由に、体制整備、理解不足というのを挙げられていましたが、具体的にどういうところをおっしゃっているのか。虐待ももちろんそうですが、正にこういうところをこれから改善しなくてはいけないと思って聞いていたのですが、いかがでしょうか。

○荒木参考人 横田先生、お伺いいただきありがとうございます。今日、そのような具体的な事例を示すことができればよかったと思っております。また報告書で文書としてお示ししたいと思います。具体的には、マニュアルを読んだり、あるいは臓器移植ネットワークに尋ねたところ、ほとんどが解決できたような問題、例えば具体的な脳死判定のやり方であったり、あるいは体制の作り方です。委員会の立て方とか、そういう本当にそもそも論、小児の脳死下臓器提供を行う上において、どのような準備が必要なのかという具体的な方策論について問題を感じていたということからためらっていたということであって、実は各々の施設に必ずキーパーソンとなる方がおられて、御家族の意思を叶えるのだという気持ちの下に、おおよそ最長の施設では1年半以上掛けて脳死下臓器提供に至った施設もありました。ですので、そういったものに関しては、方法論をきちんと学べば解決できる問題として、このような書き方にさせていただいた次第です。

○横田委員 ありがとうございます。極めて根本的なところですね。分かりました。ありがとうございます。

○水野委員 よろしいでしょうか。水野です。

○磯部委員長 水野委員、どうぞ。

○水野委員 ガイドラインを作成した委員会に加わっておりましたので、そこでの議論を少し御紹介したいと思います。委員会メンバーの法律学者たちは虐待児を除くという条文に対して、非常に批判的でした。しかも虐待のおそれを除くことになると、虐待をしていないという立証は非常に困難ですから、申し出た親がその理由で拒絶されて、遺体が茶毘に付されるという最も残酷な拒絶になります。どうしても脳死のドナーになるということ

が、ドナーに対する加害だという発想、つまり、脳死下臓器移植に対する否定的な価値判断がこのところに入り込んでしまって、その結果、虐待をされたような子どもが更なる加害をされるなどというのは、かわいそうだという発想が入ってきているのではないかと、非常に批判的でした。前回申しましたように、刑事裁判に影響してしまうようなある種の証拠隠滅というようなことがないのであれば、それ以外の点で被虐待児がドナーになることに何ら問題はないはずだという判断をする者のほうが、そのメンバーには多かったです。

ただ、そういう虐待をしたような親が代諾権を行使して、子どもに代わってドナーの判断をするということについては、よろしくないのではないかと御意見はありましたが、そのような立場の方でも、その場合には加害者ではない第二順位の代諾権者が直ちに代行すればいいはずであるという意見もありました。逆に、例えば本当に虐待した親であったとしても、それで自分の子どもの体を役に立ててもらいたいという判断をすることのどこが悪いのだと具体的に例として言われたので、非常に印象的に覚えているのですが、殺人を犯して死刑囚になっている人間が自分の体を臓器提供したいと言ったときに、そんな悪人の臓器は提供されるべきではないという判断を取るのかという議論までいたしました。ただ、何とんでもなく法律にのっとった形でのガイドラインを作らざるを得ず、法律に明らかに被虐待児を除くという条文が書き込まれてしまっておりましたので、その弊害をいかに少なくするかということで、作成班としては警察と児相等に確認して、それだけでいいということにしたつもりでした。

ただ、どうしてこういうことになってきたのかということをお考えすると、最後の最後はこういうことを行ったのは病院の責任だと、そういう運用が最後にあって、そうすると、病院の責任だと言われてしまうと、みんな病院が責任問題を逃れるために消極的になるというようなことがあったのではないかと。ここの部分は私の想像ですが、ガイドラインを作成した作成班の議論と現状の間の乖離が出てきてしまったということをもう少し考えてみる必要があると思いますし、将来的には立法そのものをお考え直す必要があるのだらうと思っております。以上です。

○磯部委員長 まだまだ意見はあろうかと思いますが、この問題については、今後も継続して検討が進んでいくものと思います。

○荒木参考人 1点だけ発言をお許しいただきたいと思うのですが。荒木です。

○磯部委員長 どうぞ。

○荒木参考人 今おっしゃった病院が責任を負うというようなお話ですが、病院は一生懸命やっていると。個人的には、法律というのは変えていただきたいと思います。そういうことは現場では実際に行うことができず、従うしか方法がない中で、やはり虐待によって臓器提供ができないと親御さんに伝えたときに、精神的に与えるストレスのほうが重大な加害ではないかと感じるところです。以上です。

○磯部委員長 それでは、恐れ入りますが、先に進めさせていただきたいと思います。全

体としてもし何か御意見がここであれば、お願いいたします。最初の、今後の検討する課題の所でもそうですし、また、瓜生原参考人の所の議論でもありましたが、文部科学省が関係する初等教育、義務教育における議論が必要であるという御依頼をたくさん受けておりますので、できれば事務局から臓器移植委員会に、文科省から担当者に会議のオブザーバーとして御参加いただいて、議論を深めていきたいというふうに提案させていただきたいと思っておりますけれども、何か御異存あるいは御意見はございますか。よろしければ、事務局はそのような対応でお願いいたします。

○田中室長 承知いたしました。関係部署と調整させていただきたいと思っております。

○磯部委員長 それでは、事務局から何かございますか。

○田中室長 皆さま、本日は活発な御議論をありがとうございました。本日横田先生からも少し発言があったかと思うのですが、虐待等の小児の課題について多くの御意見を頂きました。この小児の課題は、作業班で今まで少し御議論いただいていることでもありますので、本委員会で検討すべき項目を整理し、その後作業班において御議論頂き、詳細な検証等を行っていただくということにさせていただければと思っています。また、ガイドラインの中には医学的な事項も含まれており、その部分についても医学的検証作業グループがありますので、どういう課題を議論していくべきかということ、まずこちらの委員会でおまとめいただいた上で、作業グループで議論していただく方向で御検討いただければと思いますが、いかがでしょうか。

○磯部委員長 事務局からの御提案ですが、小児の虐待等の課題について、このような形で議論を行うということです。いかがでしょうか。よろしければ、今の事務局からの御提案に沿って、今後進めさせていただくということをお願いしたいと思います。

本日の議事は以上でして、ほかに議題は特にございませぬ。3つのプレゼンテーションを通じて、大変議論も深まりましたし、また知見も深まって今後役に立つ議論ができたのではないかと思います。事務局においては、本日の意見、議論を踏まえて論点をおまとめいただいて、引き続きヒアリング等を検討していただいて、更に深掘りをして今後の施策につなげていただきたいと思います。本日の議題は以上で終了です。ほかに委員から何か御発言はございますか。外園委員、どうぞ。

○外園委員 本日、ドナーを増やすための現場へのアピールが必要ということと、虐待のこと等、大変勉強させていただきました。ドナーを出す側にアピールして本当に増えるのかどうかということを考えましたときに、途中でも質問させていただきましたが、レシピエント側に医療費も行くということでしたけれども、私はアイバンクを30年以上していますので、ドナーをある所のキーパーソンが増やしても、そのキーパーソンが辞めるとこのドナーはなくなります。ですので、現場に余りにドナーになったときの見返りが少ないということも大きいのではないかとかねがね考えていましたので、ちょっとコメントさせていただきました。オプションを提示したときに、精神的な満足以外に何かその病院に見返りがあるのかなということのかねがね疑問に思っていますので、また教えていただ

けたらと思います。

○磯部委員長 御意見ありがとうございます。今後の課題ということで承ります。、大変大事な御提案だと思いますが、見返りということで議論をしていかなければいけないのだと思います。ほかに何か御意見はございますか。それでは最後に、事務局からお願いいたします。

○吉屋室長補佐 事務局です。本日は、御議論いただきまして、ありがとうございました。本日御議論いただきました内容については、議事録を作成した後に公開させていただきます。また、次回は6月16日(水)13時から15時での開催を予定しております。今回同様、ハイブリッド会議で開催させていただきますので、御参加のほどよろしくお願いいたします。事務局からは以上です。

○磯部委員長 それでは、本日の委員会は終了です。皆さん、御協力どうもありがとうございました。失礼いたします。