

日時：令和5年1月6日(金) 15:00～17:00

場所：AP虎ノ門 RoomJ(3階)

#### 出席者

秋山 千枝子委員、磯部 光章委員、笠原 群生委員、上本 伸二委員、小笠原 邦昭委員、小野 稔委員、賀藤 均委員、加藤 庸子委員、見目 麻子委員、木幡 美子委員、米山 順子委員、坂本 哲也委員、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、北村 聖参考人、芦刈 淳太郎参考人、竹村 裕介参考人

#### 議題

1. 「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）の一部改正について（報告）
2. 「脳死下での臓器提供事例に係る検証会議」における対象事例の重点化について（報告）
3. 脳死判定目的の転院搬送に関する作業班からの検討結果の報告
4. 臓器移植施策の推進に向けた取組について
5. その他

#### 配布資料

- 資料1 臓器移植施策の推進に向けた取組
- 資料1-2 脳死判定目的の転院搬送に関する作業班の検討結果について
- 参考資料1 「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）の一部改正について（通知）（令和4年7月20日健発0720第7号厚生労働省健康局長通知）
- 参考資料2 脳死判定目的の転院搬送に関する説明書・同意書
- 参考資料3 脳死判定目的の転院搬送の連携フロー
- 参考資料4 脳死判定目的の転院搬送可否の判断基準
- 参考資料5 医学教育モデル・コア・カリキュラム（令和4年度改訂版）（抄）
- 参考資料6 臓器移植医療対策のあり方に関する提言（令和4年3月厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会）

## 議事

○吉川補佐 では定刻になりましたので、ただいまから第 61 回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会を開催させていただきます。お手数ですが皆様、お顔をお出しただいてよろしいでしょうか。小笠原先生、お顔出しいただくこと可能でしょうか。それでは、委員の皆様におかれましては、御多忙のところ御出席いただきまして誠にありがとうございます。本日の出席状況ですが、20 名中現時点で 18 名の委員の御参加であり、会議が成立することをお伝えいたします。また、浅井委員から御欠席との連絡を頂いております。また本日参考人として、日本臓器移植ネットワークから北村専務理事、芦刈様、竹村様に御参加いただいております。本日の会議は現地出席も含め、オンラインとのハイブリッド開催になっております。久しぶりの会議ですので、改めての御確認ですが、お手数ですが、御発言される場合にはミュート解除、そして、お名前をおっしゃってから御発言をお願いいたします。また、御発言されていないときには、ミュートの設定をお願いいたします。本日も円滑な議事進行に御協力、何とぞよろしくお願いいたします。では早速ですが、今回の委員会から新規に着任されました委員が 3 名いらっしゃいますので、順番に御挨拶いただこうと思います。では 50 音順に笠原委員、よろしくお願いいたします。

○笠原委員 皆様初めまして、国立成育医療研究センターの笠原と申します。小児の腹部臓器を専門に行っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○吉川補佐 ありがとうございます。見目麻子委員、よろしくお願いいたします。

○見目委員 ありがとうございます。見目麻子と申します。前回まで私の父が委員を務めてまいりましたけれども、10 年たったため、任期満了となりまして、周囲の皆さんと相談した結果、今回から娘である私が委員を務めさせていただくことになりました。

ちょっとだけ自己紹介させていただきたいのですが、私は小学校 3 年生のとき、当時 1995 年になりますが、アメリカで心臓移植を受けています。家族や病院の皆さん、そして何よりも心臓を提供してくださったドナーの方のおかげで、命をつなぎ留めることができました。その後周りの子供たちと同じように進学し、就職し、現在は会社員として日々働いています。小学生で終わっていたであろう私の人生を、現在に至るまで、27 年もの間延ばしてくれている、この移植という医療が、日本国内で発展できるように貢献していきたいと思っておりますので、皆さんこれから、どうぞよろしくお願いいたします。

○吉川補佐 見目委員ありがとうございます。では、坂本委員よろしくお願いいたします。

○坂本委員 皆様こんにちは。帝京大学医学部附属病院院長の坂本です。専門は救急医学で、現在、日本救急医学界の代表理事を務めております。前任の有賀徹に代わりまして、今回から救急医学の担当の委員として、参加させていただくことになりました。よろしくお願いいたします。

○吉川補佐 坂本委員、どうもありがとうございます。引き続き、移植医療対策推進室

の西嶋より御挨拶させていただきます。

○西嶋室長 移植医療対策推進室長の西嶋です。本日は厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会に御出席いただきまして、誠にありがとうございます。また、平素より厚生行政に多大なる御理解と御協力を賜りまして、厚く御礼を申し上げたいと思います。

本委員会におきまして今年の3月に、臓器移植対策の在り方に関する提言をおまとめいただきました。その提言を踏まえまして、厚生労働省のほうで対応をこれまで進めておりますので、本日の1点目は、その後の取り組みについての御紹介ということです。またそれ以外にも、今後の移植医療の在り方ということで、特に医師の働き方改革等が進んでおりますので、そういったことを踏まえた対応の方向性等について、委員の皆さまに御議論いただきたいと思います。また最後に、本日は角膜移植について資料を御用意させていただいておりますので、併せて御議論いただきたいと思います。本日は2時間という限られた時間ですが、活発な御議論をどうぞよろしくお願いいたします。

○吉川補佐 では引き続きまして、資料の確認をさせていただきたいと思います。資料1、臓器移植施策の推進に向けた取組、1-2は脳死判定目的の転院搬送に関する作業班の検討結果について。こちらは参考資料が6つあります。参考資料1が「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針の一部改正について。参考資料2が脳死判定目的の転院搬送に関する説明書・同意書。参考資料3が脳死判定目的の転院搬送の連携フロー。参考資料4が脳死判定目的の転院搬送可否の判断基準。参考資料5が医学教育モデル・コア・カリキュラム。参考資料6が皆様にまとめていただいた、臓器移植医療対策のあり方に関する提言です。頭撮りは、ここまでとさせていただきますがよろしいですか。では、以後の議事を磯部委員長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○磯部委員長 磯部です。議長として引き続き務めさせていただきます。それでは議題に入ります。まず、事務局から御説明をお願いいたします。

○吉川補佐 事務局より御説明させていただきます。本日、資料48枚ありますけれども、資料に沿って順番に御説明させていただきます。よろしくお願いいたします。

本日の目次です。まず、臓器移植の現状について御説明させていただきます。令和4年度までの臓器提供の概要ですけれども、脳死下臓器提供、コロナ禍で臓器提供自体は減少しましたが、令和4年度に入り回復傾向です。また全体として考えると、脳死下臓器提供自体は増加傾向にあるのですが、臓器提供数の総数はほぼ100人程度で横ばいとなっております。こちらが臓器提供・移植の現状ですけれども、近年、臓器提供・移植件数は増加傾向にありましたが、新型コロナウイルス蔓延下において、令和2年度の臓器移植数はかなり減少してしまいました。令和3年度は少し改善傾向にありまして、新型コロナウイルス前の水準に向けて回復してきている状況です。

こちらが、15歳未満の脳死下での臓器提供者数ですけれども、臓器移植法改正により15歳未満の脳死下での臓器提供が可能となった平成23年以降、令和3年度まで累計46例でした。令和4年度は12月13日までに8例で、新型コロナウイルス感染症蔓延前の水準

とほぼ同等のペースで臓器提供が行われております。

そのような状況ですけれども、日本は欧米やほかのアジア諸国と比べて、人口 100 万人当たりの心停止ドナー数が少ないというのは御覧のとおりです。臓器提供者本人の意思の確認方法は各国で異なりまして、例えば、アメリカですとオプトインです。イスタンブール宣言に基づいて、日本国内での臓器移植の推進が必要と考えられております。現状は、今御説明したとおりです。論点として、諸外国の状況を踏まえて、我が国の臓器移植の更なる推進のために、どのような方策を考えていくべきか、是非、御議論いただきたいと思っております。

○磯部委員長 ありがとうございます。現状と論点とお示しいただきました。コロナの中で増えてきたとはいえ、まだピークにはキャッチアップできていない状況で、諸外国に比べて我が国の臓器提供が際立って低いということも、ずっと変わっていません。これに関して更なる推進のためにどうしていったらいいか、御意見を是非伺いたいと思っておりますが、御発言ございますか。

○外園委員 よろしいですか。外園です。

○磯部委員長 外園委員、どうぞ。

○外園委員 3 月のときの議論がとても熱が入っていたと思うのですけれども、あのときに現場の救急医療に携わっている先生方から、現場からは余裕がない、時間的余裕がないという話が出ていたのがとても印象に残っていて、確かにそうなのだろうと。だから、今、助けようとしている命を持っているその人の御家族に対して、誰がどういうふうに話をするかという問題は、あのときの議論の中で全然解決していないのだと思っております。ただ、臓器移植を待っている患者さんたちがいるということを、何とかどこかに書き落としてほしいみたいな話をしていたので、やはりそこが大きな問題かと思っております。

2024 年の働き方改革が入ってくると、もっと大変なことになってきて、そのシステムに、医師が全部やるのかということもあると思うのですけれども、何か抜本的に変えないと、10 年たっても一緒なのではないかというふうに思っております。

○小笠原委員 小笠原ですが、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 私も今のお話には賛成で、前にも言ったのですけれども、今年の脳外科学会の総会で、私、臓器移植の会長だったので、特別シンポジウムで臓器移植をやりましたが、そのときに後から言われたのが、今メディエーター制度をやっていますけれども、一体どこまで進んでいるのだと。メディエーターが普及していないのですよね、はっきり言う。

私は脳卒中学会の理事長もやっているのですけれども、脳卒中学会ではメディエーターをうまく利用して、終末期医療をやろうと。終末期というのは、急性期と終末期です。そういうふうに学会全体でやっているのですが、やはりメディエーター制度をまだよく分かっていないのです。どこまで進んでいるのか我々も分からないので、そこをもっと厚労省

に進めていただきたいと思います。今、保険点数も付きましたので、それが周知されていないということが一番だと思います。

もう1つは、学校教育を何で我々にやらせないのだということです。私、実は岩手県で去年ただで、中学校と高校で生と死の話をしてきました。正直に脳死と臓器移植の話もしてきました。中学生、高校生は素直に受け入れます。これは国の県の教育委員会に、私は文句を言って、どうせ先生はできない、我々でやらせてくれということで、私、交通費だけ出せばいいということでやってきたのですが、やはり文部科学省がもう少し学校の先生ではなくて、脳死を見ている現場の人間に是非、高校生や中学生に教育する場を与えるような制度を作っていただきたいと思いますということを、私、前からずっと言っていたのですが。

もう1つ。最終的には国が脳死を死として認めていただきたいと思います、私ずっとそれは言っているのですけれども、脳死だけ、臓器移植のときだけ特別なのですよね。それがおかしいのです。根本的には脳死を死としていただきたいと思います、法律で。これは是非、国に要求したいと思います。この3つをやっていただかないと、現場の私から言うと進まないと思います。これが私の意見です。脳外科医、脳卒中医としての現場の意見です。以上です。

○磯部委員長 ほかにいかがでしょうか。

○賀藤委員 すいません、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 前職で経験した小児の脳死のドナーについて少し意見を述べさせていただきたいと思います。これを経験すると、やはり小児の脳死のドナーを出すということは、ものすごい大変なことでした。1つ感じたのが、入院している脳死に至る子供をケアしているICUチームに、脳死のドナーの話をさせるということ自体が大きな障壁かと感じました。そういうこともあって、脳死の次にドナーの話をどういうふうに持っていくかということについては、別のチームが行うシステムのほうが当然いいのですね。それが大学病院とか大きな病院なら、そのシステムができるかもしれないのですけれども、小児病院などの規模はそれほど大きくありませんので、いわゆる脳死のドナーの提供に関する保護者への説明には、現場の医療チームは一生懸命生かそうと思っているため、彼ら、現場のチームにドナー提供について説明させるのは、少しかわいそうだというのが、小児医療での実態です。

ですので、第三者のチームが改めて入っていくことが重要です。その第3者チーム、すなわち第3者の立場であり、メンバーには医師もいるし、看護師もいるし、ソーシャルワーカーもいるチームにコンサルテーションを行い、今後の方針を決定していくという、そういうシステムの構築が必要だろうと思います。

あとは、もっといろいろなたくさんの施設から小児のドナーを出すには、多分迷って踏み切れない施設への対応が重要だろうと思います。この小児患者をどういうふうにしたらいいのだろうと。各々の現場で脳死と判定していいのか。脳死を判定するチームを送るシステムもあると思うのですが、その手続きを実施するまで持っていくまでのブリッジです

ね。助けてあげる、背中を押してあげるシステムが必要なのだらうと思います。今こういう患者がいるのだけれども、脳死なら今後どういうふうに話を保護者に行い、脳死のドナーについて、話をするにはどういう手続で、どういうふうにしたらいいのだらうかという、気軽に相談できる小児脳死ドナーの経験のある委員からなる第三者の病院外の委員会かチームとか、そういうコンサルテーション機能を持つ体制が、小児関係では必要なのだらうと思います。このシステムは一定期間、あるいは短期間の役割であって、多分、結果が出て、全国的に5、6か所、もう10か所ぐらい小児のドナーが出る施設が増えれば、少し軌道に乗ってくるのだらうと思いますので、ある程度、軌道に乗るまでのシステムでいいのではないかと考えます。繰り返しですが、脳死のドナーを、特に小児のドナーを出すための、脳死判定とはまた別の相談、コンサルティングチームというものを設定してもらおうと、少し現場としては助かるのではないかというふうに考えました。以上です。

○磯部委員長 ほかにいかがでしょうか。

○米山委員 すみません、米山です。少しいいですか。

○磯部委員長 米山委員、どうぞ。

○米山委員 先ほどの小笠原先生の御意見を少しお伺いして、今、脳死判定を承諾するかどうかという判断、決断が家族にある現状にあります。これは、つまり脳死判定を受けるか受けないか、その人の死を決めることが、今、家族の決断にかかっている。それが非常に苦しいものである。そして、その後もずっとその決断について悩み続ける現状にある。私は脳死は人の死ではないと人から言われるたびに、では私は夫を殺したのだとやはり思います。ずっとその負担を、苦しみを抱えながらドナー家族として生きていく。これは日本だけなのですよね。そこの問題をなしにして、ドナー家族の支援、移植医療を進めていくことは、やはり私は難しいのではないかと思います。以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

○秋山委員 秋山ですけれども、いいでしょうか。

○磯部委員長 秋山委員、どうぞ。

○秋山委員 すみません、脳死の判定からかなり論点がずれてしまうのですけれども、移植のことを国民にもう少し知ってもらうために、日本に臓器提供を待っている待機者がどのぐらいいるかということ公表するのを検討してはいかがでしょうかと思います。例えば献血車で、血液のA型が不足しているとアナウンスされれば、協力しようと思う人たちがいるのではないかと思います。今、移植の待機者がどのぐらいいるかというのは、私たちには分からないので、その点を公表されてはいかがでしょうかと思います。

○水野委員 よろしいでしょうか。

○磯部委員長 はい、水野委員どうぞ。

○水野委員 先ほどから、法律で何とか脳死を人の死にすべきだという御意見が続いております。私も本当にそのように思います。脳死臨調を率いられたのは私の指導教授の加藤一郎先生で、加藤先生だったから何とかまとまったのですけれども、当時、脳死への反

発は相当なものでした。かなりの数の国民から脳死は死ではないという、今から考えるとよく分からないぐらいの反発が起きていて、それでも何とか脳死臓器移植を実現したいということで、脳死臨調は苦労しました。結局、ドナー本人が望んでいるのだから構わないという形で、かなり無理な設定をして、脳死は死ではないのだという人たちの反対に対応してしまって、それがずっと尾を引いているのだと思います。

ドナーの自己決定を正当化理由にしたおかげで小児の臓器移植ができなくて、ようやく平成3年になって小児臓器移植を可能にする改正ができたのですけれども、このときの改正もはっきり言うと、立法ミスがあったと申し上げていいと思います。児童虐待のおそれがあるときは移植しないという点が特に大きなミスでした。立法時の、何とか脳死臓器移植を実現するためにした妥協が、これだけ足を引っ張っているということでしたら、法律を変えるのはなかなか手間なのですけれども、もう本当は法律を、きちんと変えていかなくてはならないのではないかと思います。以上です。

○磯部委員長 ポイントが幾つか出てきたと思います。1つは現場のシステムです。メディエーター制度や判定を気軽にできるようなコンサルテーションのような、現場でオプション提示につながるようなシステムを、もう少し進めてほしいというのが1つだったと思います。

もう1つは教育啓発です。医学教育については、この後で議論があると思いますけれども、文科省に学校教育でという話は、前回の提言を出すときの議論でも随分したのですけれども、それを更に進めるということだと思えます。それから待機者の公表ですね。現状はどうなっていますか。北村参考人御意見を頂けますか。

○JOT 北村専務理事 既に公表しております。腎臓が非常に多いのですけれども、細かい数字まで公表しています。

○磯部委員長 それは、委員のおっしゃるように浸透していないということだと思えるので、それを更にどうやって一般に周知していくかということが、御意見なのだと思います。

○JOT 北村専務理事 ホームページに出しているということは、プッシュの情報ではないのです。だから、定期的に月1回どこか報道機関に、今月はこうなりましたとか、あるいはもっと言えば、待機中に亡くなった方がいらっしゃいます。非常に残念なことです。そういう方の数も出していいとなれば、それを出していくというようなこともあるかと思えます。

○磯部委員長 心臓で4年待つということもありますし、是非、その辺りを周知していただきたいと皆さんが思っていると思いますので、御検討ください。

あともう1つは法律の問題です。脳死の扱いについて、大きな妨げになっているだろうという御意見は幾つか頂きました。それぞれ少しレベルが違う話ですけれども、これは今ここで解決案は出ませんので、御意見を承って、今後これについて議論していくという形でここでは議論を納めたいと思います。何か追加でありますか。

○小野委員 小野でございますが。

○磯部委員長 小野委員、どうぞ。

○小野委員 よろしいですか。すみません。大分、時間がたっておりますが、今、学校教育の件、重要性については小笠原委員のほうからも御指摘があったのですが、実はもう既に医者になっている医療者自身が、移植のことをよく知らないというか、知ろうとしない、あるいは中には、反対という人はもちろん一定数いらっしゃるのですが、例えば私は心臓移植ですので、内科であれば循環器内科の分野になるのですが、循環器の外科医でも内科医を含めて、心臓移植があることは知っているけれども関わりたくないし、知ろうともしないし、興味がないと。そういう医療者自身の問題というか、医療者自身ももっと移植のことを、自分は積極的に関わることはないかもしれないけれども、もっとよく知ろうと。あるいは知る機会を設けるといったような、医療者自身への啓もうといったら少し言い過ぎかもしれませんが、そのような周知する機会を、やはり積極的に設定していくことも重要ではないかと思えます。

つまり、ある病院の中全体、あるいはこういう学会の中における全体的な意識のレベルといいますか、そういったものが前向きに向かないと、何か行動を起こす、何か新しい移植のシステムを変えていこうといったときにも、何となく雰囲気重いというような感じになりかねないので、そういった点も注視するというか、十分に考えながら進めていく必要があると思えます。以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。いろいろなレベルの教育、モチベーション向上、そういったことの盛り上げが必要だということで、学校教育から市民あるいは現在の医療者、そういったところが、これから大きな課題なのだろうということかと思えます。御意見ありますか。木幡委員、どうぞ。

○木幡委員 私は、臓器移植ネットワークの広報委員をやらせていただいておりますので、少しその立場から、限界を感じているという点がありますので、申し上げさせていただきたいと思えます。やはりどうしても、あっせん事業とセットになっている日本臓器移植ネットワークの普及啓発というのが、Yes も No も共にイーブンに尊重しなければいけないというような形でなければならないそうですね。

ですから、臓器提供を促すというか、是非、御検討くださいといったようなトーンの広報活動ができないというのがそもそもありまして、これはやはり大きな問題だと思っています。何かこの普及啓発の部分をネットワークから独立させるなど、何かそういった形でやらないと、Yes でもいい、No でもいい、皆さん取りあえず考えてくださいね、という普及啓発にとどまってしまっているのです。そこも少し問題かというふうに思っております。以上です。

○磯部委員長 それでは、貴重な御意見をたくさん頂きましたので、事務局のほうでよくおまとめいただいて、今後の議論に資するような検討課題にさせていただきたいというふうに思えます。

それでは、先に進ませていただきます。引き続き御説明をお願いいたします。



○吉川補佐 事務局より引き続き御説明いたします。2 つ目のチャプター、「臓器移植医療対策のあり方に関する提言」を受けた取組ということで、先生方におまとめいただきました提言の概要を、こちらにお示ししております。時間の関係で詳細の御説明は割愛させていただきます。大きく分けて4つ提言いただいたわけですが、それぞれに対して、現在、研究事業、作業班での検討、ガイドラインの改正等が行われました。それぞれについて少し御説明をさせていただきますが、補足としまして厚労科研、提言に対する取組のほかに、小児に関する臓器提供についての研究、先ほどありましたが働き方改革に向けて、移植医療のサステナビリティについて御研究いただいています。

では、提言の1.臓器提供に関する普及啓発の促進です。現在、厚労科研で、行動科学を基盤とした科学的根拠に基づく臓器・組織移植啓発モデル構築に関する研究をさせていただいておまして、この研究の目的としまして、臓器・組織提供数の増加を目指し、その障壁となっている啓発に関する行動課題を特定、その解決のための「行動変容」促進因子と方策を明らかにするというところで、研究をさせていただいております。

2.の1つ目、「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)の改正です。今年の7月20日にガイドラインの改正、8月1日に運用いたしましたので、その御報告をいたします。平成21年の臓器移植法改正から10年経過したことを踏まえて、提言をさせていただいたわけなのですが、その取組の結果として、この小児の臓器提供における虐待事例を除外する手順の明確化に対して御意見を頂きました。改正臓器移植法附則第5項におきまして、虐待を受けた児童から臓器が提供されないようにするとされておりますが、ガイドラインにおいて、虐待が行われた疑いがある児童からの臓器の摘出は行わないこととされております。このため、児童からの臓器提供については、死亡の状況等から虐待の可能性が低いと判断されているにもかかわらず、完全にそれが否定できていないことをもって、臓器の摘出が見送られる事例が生じているというのが現状ということです。臓器移植委員会におきまして、ガイドラインの記載によって現場の消極的な運用を招いていると考えられるため、適切な記載に改めるべきと議論いただきました。その結果、ご意見に対する方針としまして、ガイドラインの記載を「児童虐待防止法に基づく通告を行わない場合は、臓器の摘出を行って差し支えない。」と修正いたしました。

続きまして、知的障害者等における臓器提供の意思表示の取扱の明確化についてです。臓器を提供する旨の書面による意思表示については、民法に規定する遺言可能年齢等を参考にして、15歳以上の者の意思表示を有効なものとして取り扱っておりますが、意思表示が有効なものとして取り扱われない15歳未満の者のうち、知的障害等を持たない者については、遺族が書面により承諾しているときは臓器提供を行うことが可能となります。知的障害を持っている方については、たとえ遺族が臓器提供希望をしたとしても、臓器提供を行うことができないという不整合が生じておまして、臓器移植委員会としてガイドラインを改正しまして、15歳未満の知的障害者等について、遺族の書面による承諾により臓器提供を可能にすべきというふうに議論いただきました。その結果、ガイドラインの

改正として、15歳未満の知的障害者等について、知的障害等がない者と同様に遺族の書面による承諾により臓器提供が可能となるように、ガイドラインを改正いたしました。

引き続き取組としまして、2つ目、「脳死判定目的の転院搬送に関する作業班」の概要について御説明いたします。この作業班は坂本委員が班長として議論いただきました。令和2年に実施されました脳死下臓器提供の現状に関わる意識調査におきまして、脳死判定、それから脳死下臓器提供を目的とした患者の転院搬送に関して、5割以上の施設が希望すると回答していました。また、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も生じております。このことを踏まえまして、臓器移植委員会での議論の結果、転院搬送に関する運用を推進するに当たって、各学会から推薦された先生方で構成する「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、そしてそれに対する対策について議論を行うべきとされました。作業班で議論いただきました結果ですが、事務局から御報告いたします。

まず、もともと5類型施設で脳死判定等が実施できない場合、脳死下臓器提供の体制の整備及び法的脳死判定等に必要の人材の派遣等の取組を前提とするということは、そのまま継続すると議論いただいております。その上で、当該施設が脳死判定・脳死下臓器提供を行うことができないやむを得ない事情がある場合に限り、転院搬送を検討すること。また、その対象は転院搬送元も転院搬送先も5類型施設とするということです。そして、その転院搬送元と転院搬送先が、あらかじめ連携体制を構築した施設間のみの搬送としまして、地域の実情に合わせた転院搬送に関するマニュアルの作成や事前のシミュレーションを行うこととするということです。そのほかにも、その患者さんが転院搬送に耐えうる全身状態であるか、あるいは、どのようなことを御家族に確認しなければいけないのかということについても議論いただいております。また今後、実装に向けて更に検討すべき課題として、転院搬送後にも臓器提供が行えないと判断された場合の対応について、あるいは転院搬送の手段、どのような手段でその患者さんを搬送するのか、具体的にシミュレーションを実施し、課題の抽出を行うことを検討いただいております。事務局からは以上です。

○磯部委員長 御発表が多岐にわたりましたが、最初にご説明があったのは厚労科研が幾つか立ち上がっているということで、これはよろしいと思います。次にガイドラインですが、これまでの臓器移植委員会での様々な議論があって、それを基に昨年、提言を出しましたが、これに基づいたガイドラインの改正です。小児、知的障害者などでは議論した内容がガイドラインに組み込まれたと思います。3つ目が転院搬送に関する作業班の御説明でした。最初に、この作業班をまとめられました坂本委員から、もし追加の御発言があればいかがでしょうか。

○坂本委員 ありがとうございます。作業班の班長をさせていただきました坂本でございます。本件につきましては、脳神経外科、救急、集中治療等の専門家、ネットワークのコ

ーディネーターの方にも入っていただいて、今までガイドライン上は臓器提供のため、あるいは脳死判定のための転院は行わないことが推奨されていたのですが、これに対して本質的には、より安全な移植ということを考えれば脳死が発生した施設に支援チームが入って、そこで脳死判定と臓器提供が完結するのが理想であることを大前提としながらも、それがかなわないような条件の場合には、一定の対策、準備を取った上であれば転院搬送も可能であるという形での結論を出し、それに対しての様々なフローチャートであるとか、手順についての整備をさせていただきました。以上です。

○磯部委員長 それでは、今の厚労科研、ガイドライン、転院搬送に関してまとめてですが、御意見がありましたら御発言ください。横田委員、どうぞ。

○横田委員 横田です。ありがとうございます。厚労科研の立場から、今、坂本委員からお話いただいた転院搬送について、補足の説明をさせていただきます。転院搬送というのは、そもそも脳死とされる状態、あるいはそれに該当するような患者さんを他の医療機関に搬送するわけです。すなわち、非常にバイタルサインが不安定な状態で、安全に転院搬送しなくては行けないという大前提がございます。本来であれば、今、坂本委員がおっしゃったように、支援チームが当該の医療機関に出向いて法的脳死判定をすることが大原則だと思いますけれども、その当該医療機関で、どうしても施設の問題等々で法的脳死判定ができない場合に、転院搬送を1つの選択肢として考えなくては行けないということです。その際、搬送中にバイタルサインが安定していることが大前提です。2つ目に、そういったリスクも含めた転院搬送に関する承諾を家族に頂いていること。3つ目として、お互いの医療機関が様々なリスクの情報を共有していること。この3つが非常に大切だという議論が厚労科研のほうでもありました。厚労科研では幾つかモデル地区を設けまして、地域連携という形で連携体制を構築している状況です。坂本委員がおっしゃったような脳外科学会、救急学会、集中治療学会のガイドラインにのっとりた形の地域連携、転院搬送という形になると思います。

○磯部委員長 よろしいですか。ほかに御意見、御議論はございますか。坂本先生、どうぞ。

○坂本委員 小児の虐待事例の除外についての意見でも、よろしいですか。

○磯部委員長 どうぞ。

○坂本委員 今回の整理によって、この件に関してある程度分かりやすくなったと思います。ただ、法律にのっとり児童相談所に通告するかどうかの前の段階で、我々臨床的に、例えば骨折が多発しているとか、傷の部位等々から虐待の有無を疑うことはできますけれども、そこに更にそれまでの生活歴、家族関係といったことについて、児相や警察の意見が入ってこないと、病院に着いた後の情報だけで通告をするかどうか判断することは、なかなか難しいこともありますので、その前の段階で児相等に相談し、その上で通告すべきか否かの判断をしないと、現場において自分たちだけで虐待の有無を判断することは、CAPSのチームがあっても難しい事例があると思っています。以上です。

○磯部委員長 分かりました。横田委員、どうぞ。

○横田委員 横田です。ありがとうございます。今の坂本委員のコメント、質問の件ですが、児相への照会と通報を使い分けているのが、この委員会の作業班で議論したところです。照会というのは、過去、児相にそのような通告があったか、なかったか。そこを確認するということ。その情報を頂いて、当該医療機関の虐待防止委員会あるいは倫理委員会等々の議論の結果、虐待の可能性が低いと判断されたときには、臓器提供ができるという判断を作業班で議論させていただきました。補足の説明です。

○賀藤委員 賀藤です。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 子供の虐待は児童虐待の防止等に関する法律、いわゆる児童虐待防止法では、とにかく虐待をわずかでも疑ったら児相に通告することが求められており、それは結果的に間違っているでもいいのです。虐待を疑ったら児相に通告しなさいという義務になっています。後で間違っていたと分かっても、個人情報保護の点から言って、それは免責に当たると、これもきちんと法律で書かれています。ですから、医療機関としては児相に通告しないという結論に達すれば、それは虐待を疑うような状況はなかったと病院は判断したことになりますので、児童虐待防止法の文言をすごく慎重に考えているのだろうと思いますが、もう少しハードルを下げて通告していかないと、子供の虐待はまだまだ防止できないと考えます。児童虐待の有無の判断を病院はしません。判断をするのはあくまでも児相ということなので、もう少しハードルを下げてもいいのではないかと。いわゆる CAPS とか子供虐待に関するチームが大学病院などにはあると思いますので、もう少しハードルを下げていかないと、逆に子供虐待全体の数のほうにも、大きな影響を及ぼすことになるかと思えます。児童虐待防止法の文言を、もう一度見直す機会も必要なのかなと思った次第です。

○磯部委員長 昨年もあり議論したところですけども、よろしいですか。水野委員、どうぞ。

○水野委員 水野でございます。児童虐待につきましては、昨年も私は発言したかと思いますが、先ほど御意見がありましたように、とにかく虐待を見つけなければいけないという問題と、被虐待児から臓器を取ってはいけないというのは全く別の話です。諸外国では、むしろ児童虐待で亡くなった方はドナーの代表例です。虐待の証拠隠滅になるような臓器摘出はしてはいけませんけれども、死因がはっきりしてその証拠として必要になる臓器以外の臓器でしたら、ドナーになることに支障はありません。虐待死の事例がドナーの代表的な存在になるのは、自然なこと。ところが、なぜか児童虐待の防止の観点がこの紛れ込んでしまいました。全く別話なのですが、条文として入ってしまいました。この立法に対応するために、昔のガイドラインを作る法律家たちのメームに私も入っていましたが、どうしてこんな馬鹿な条文が入ったのだと、当時のメンバーはみんな怒っていました。でも、できた法律に反するようなガイドラインは作れないので、町野朔

先生などと一緒に、立法者のミスガイドラインで何とかカバーしようと考えたのが、ともかく児相と警察に連絡する、そして既往の虐待の履歴が残っていなかったら OK だということにすると、そういうガイドラインを作った記憶があります。

しかし、それは我々の意図と違う形で実際には運用されていたようで、虐待を完全に否定できないときには、臓器提供は行わない運用がされていたとうかがって、当時、苦勞しながら、立法ミスカバーするようなガイドラインを作ったつもりだった者からすると、不本意なのですけれども、ともかく虐待死した子供であっても、臓器提供の対象になることに何の問題もないはずです。ですから、そもそも立法がいけないのですが、その立法のミスを、どういう形ならカバーできるのか、現場のコンセンサスとして臓器提供を妨害する形にならないようなガイドラインが可能なのか、お考えいただければと思います。我々の作ったガイドラインは役に立たなかったようです。ただ、今度のガイドラインの改正も児相に通告する、すなわち臓器提供を行わないということとイコールになってしまいますと、我々が考えたガイドラインのもともとの筋よりも更に狭くなってしまわないか、心配です。本当は一番いいのは法を改正するということなのですけれども、この点についても将来的にはお考えいただければと思います。

○磯部委員長 この点はガイドラインが改正されたところですので、多分、今の議論を踏まえて、今後、現場の意見等を入れて更に検討すべき事項だと思います。そういう形でまとめさせていただきたいと思いますが、ほかにこのセクションで御意見はありますか。そうしましたら、3点目の転院搬送については、今後、この作業班の検討結果を踏まえて、先に進める方向でいくということで継続の審議としたいと思いますが、よろしいでしょうか。ありがとうございます。それでは、次の部分の御説明をお願いします。

○吉川補佐 事務局より引き続きまして、臓器提供の可能性のある患者の家族に確実に臓器提供に関する情報提示がなされるような取組、という提言に対してのスライドをお示しします。臓器提供施設の現状ですが、いわゆる5類型施設と言われる所はここにお示ししているとおりですけれども、908ある中で臓器提供の経験がない5類型施設が、大体6割ぐらいということです。一方、体制が整っている、整っていないという状況を見てみますと、体制が整っていないという所が半数以上という現状です。

選択肢提示の状況をお示しいたします。こちらは長崎県の3つの救命センターの調査で、1年間の死亡退院を調査した結果ですけれども、全死亡607のうち、全脳機能不全の診断であったり、臓器提供の選択肢提示が実施された事例は、およそ20%程度にとどまったという報告を頂いています。私どもは国庫補助金事業として、臓器提供施設を支援している事業を2つ持っていますが、1つ目が院内体制整備事業です。各医療機関の状況に応じて、院内の各部門間の連携及び、都道府県コーディネーターをはじめとする院外の移植医療機関との連携のもとで、院内コーディネーターの設置、院内マニュアルの作成、臓器提供を想定したシミュレーション、研修への参加等々に対して整備を支援する事業を持っていて、それぞれのプランについては御覧のとおりです。しかし、現時点で院内体制整備事

業に参加している 111 施設の中で、臓器提供の御経験がない施設が 46 施設あるというのが現状です。

2 つ目としまして、臓器提供施設連携体制構築事業がございます。こちらに関しては脳死下及び心停止後臓器提供の経験が豊富な施設から、少ない施設に対して臓器提供時の情報提供、脳死判定の実際、人員配置、マニュアル作成のノウハウを助言するとともに、事例発生時には医師、検査技師等々が応援に駆け付けるなどの支援を行っています。こちらに関して昨年令和 4 年 11 月に、現在、拠点となっている施設にお集まりいただき、活動報告していただきました。その内容を御報告いたします。

この事業は令和元年に始まりまして、その令和元年度ですと大体 2 割弱が連携体制構築事業に参加されていた施設からの臓器提供でしたけれども、令和 4 年度においては、半数以上が連携体制構築に参加されている施設からの提供でした。この事業により現場の負担や、あっせん、コーディネーションの負担も軽減されております。

次のスライドは、今、お話しました拠点施設の概要です。拠点施設は年々増加していて、13 都道府県、14 施設が拠点施設として活動していただいておりますが、御覧になってわかりますように拠点施設がない地域があるのが現状です。主にどのような活動をしていただいているかですが、大きく分けて 3 つありまして、事例発生時の情報共有の支援、日頃の臓器提供体制整備、あるいは医療者に対する教育・研修を行っていただいているところです。

駆け足になりますが、次のスライドで拠点施設の好事例を紹介しています。資料を御覧いただければ幸いです。先ほどメディエーターというお話がありましたけれども、連携体制構築事業に参加されている施設に入院時重症患者対応メディエーターや院内コーディネーターがどのように設置されているか。そして連携の施設数をお示ししています。入院時重症患者対応メディエーターについて、少し補足の御説明をさせていただきますと、集中治療領域において、特に重篤な状態の患者さん及びその御家族に対する支援を推進する観点から、患者さんの治療に直接関わらない専任の担当者である入院時重症患者対応メディエーターが、患者さんの治療を行う医師、看護師等の他職種とともに、当該患者さん、そして家族に対して、治療内容の理解及び意向の表明を支援するということです。そういう役割の方々がどれだけ設置されているかをお示ししたのがこのスライドです。昨年の令和 4 年度から始まった取組ですけれども、全ての施設で設置されているわけではないという現状があります。

ここで、今まで臓器提供の選択肢提示の現状について、また院内体制整備事業あるいは連携体制構築事業の概要について、御説明させていただきました。また、入院時重症患者対応メディエーターという新設されたスタッフ、そして臓器提供を行うコーディネーターの役割分担等々について、スライドでお示ししました。

論点としまして、今後、臓器提供施設を拡充するために、臓器提供施設連携体制構築事業及び院内体制整備事業を、さらに有効に活用することも有用であると考えますが、その

体制整備に関する目標あるいは具体的な運営方法について、どのような方策があるか。また、拠点・連携施設の適正配置について、今後、どのように考えるべきか。そして、新たに拠点・連携施設の間で体制を構築する上で、どのような点が課題となりうるか御議論いただけると幸いです。

○磯部委員長 このセクションでは、臓器提供施設の諸課題と拠点施設等の問題点、現状について御報告いただきました。論点として臓器提供施設を増やす、拡充するための方策、運営、連携、適正配置、そういったことを御提示いただいたところです。これに関しまして御意見のある委員の方、いかがでしょうか。

○賀藤委員 賀藤ですが、よろしいですか。

○磯部委員長 賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 私は小児だけに限って意見を申し上げます。多分、14の拠点施設の中に小児関係ですと埼玉県小児医療センターが入っていたと思いますが、その情報を国立成育医療研究センター病院に昨年まで在職していた私は知りませんでした。知らないということはどういうことかということ、小児病院を中心としたネットワークというか団体、日本小児総合医療施設協議会(JACHRI)がありますけれども、そこで全くこの情報が共有されていないということです。日本小児総合医療施設協議会は、全ての小児病院と100床以上の小児用ベッドを持っている大学病院、または民間の大きな総合病院の多くが今は入っていて、多分、全ての加盟病院の小児用ベッド数を合わせると約5,000床にはなりません。そのように多数の小児用ベッドを有する日本小児総合医療施設協議会という全国的な横のネットワークを有効に活用して、小児ドナーを増やす協力体制を組むような形も、事務局にお願いできればと思います。

○磯部委員長 ほかにいかがでしょうか。外園委員、どうぞ。

○外園委員 外園です。私は角膜の立場で移植に関わっているのですが、やはりポテンシャルです。アイバンクに提供してもいいけれども、よく知らないなと思いつつ亡くなっていく方の意思を、十分に酌んであげられていない方がたくさんいると思います。長崎県のデータを見て本当にびっくりしまして、700人ぐらいで臓器移植に至ったのが2と。これは意思がないのではなく、意思がある人の気持ちをすくえていない可能性があって、医療に関わる者の責務として、お亡くなりになったときに、感染症もなく白血病でもなかったら、あなたやあなたの御家族の臓器は、人のお役に立つ可能性があることを提示する義務が医療者にはあると思います。それが行きわたると、自然にポテンシャルのある人から臓器提供につながるので、マインドチェンジをしないといけないと思います。これからたくさんの方が亡くなっていく。生まれるより死亡が増えていく中で、ポテンシャルのある人の気持ちを、その人に耳を傾けることが余分な仕事になっているのが今の医療の世界なので、ポテンシャルのある人の気持ちをすくい上げていない。あるいは、すくい上げることが病院の義務であり、すくい上げていないのは、病院として十分ではないという考え方も必要なのではないかと思います。

○磯部委員長 ありがとうございます。横田委員、どうぞ。

○横田委員 横田です。ありがとうございます。失礼しました。先ほど小笠原委員からもメディエーターのお話があって、そのことについて資料の 30 ページでしょうか、メディエーターの資料があったので、補足と現状をお話させていただきたいと思います。メディエーターは実は日本臨床救急医学会と厚労科研のジョイントで講習会が開催されています。で、明日も実はメディエーターの講習会があるのですが、現在までに 329 名の方々が、この日本臨床救急医学会と厚労科研の共同で行われているセミナーに参加しています。先ほど資料にありました基幹施設、この連携体制構築事業の拠点施設の所に、メディエーターの配置がマルで掲載されていましたが、昨年 4 月に診療報酬が算定されるようになってから、非常に多くの方々の応募があります。1 回当たり 30 名の定員ですが、毎回、10 倍以上の応募があります。明日も講習会があるのですが、今年度、既に 8 回行われています。医療機関側の皆さんの応募の状況に応えられるキャパシティがないというのが、今の悩みなのですが、何とか頑張るべく多くの方に、特に拠点病院の施設の皆さんには、メディエーターの講習会を受けてもらうように努力をしているところです。

メディエーターは、臓器提供だけを目的としているわけではなくて、あくまで患者さん、家族側の意思決定支援、シェアード・ディシジョン・メイキングの際の意思決定支援というところで、このメディエーターの活躍があると私は認識しています。その中で臓器提供という選択肢が家族からあったときに、このメディエーターの活躍が、期待されていくと思っています。補足の説明でした。以上です。

○磯部委員長 診療報酬が付いたということで、今後、普及・活用ということですね。大きな課題だと思いますので事務局の方、是非お願いします。時間が押してしまして、今、お手が挙がっている順番で坂本委員、湯沢委員、平澤委員、その順で申し訳ありませんが、簡潔に御発言をお願いいたします。

○坂本委員 ありがとうございます。坂本です。今、同じ救急医の立場で横田委員からメディエーターのお話が出ましたので、救急の現場で患者さん、それから御家族の表面に出ていない臓器提供の意思というのを、どうやって酌み上げるかということは、非常に重要かなと思っています。その中でメディエーターに入っていて、これはあくまでも説得に来るのではなく御家族の意思決定の支援をする。正しい情報を御家族に提供して自発的な判断を促す。あるいは、それに益するというのが、我々がメディエーターに期待しているところだと思います。以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。次は平澤委員です。

○平澤委員 平澤です。私どもの病院でも今年の 4 月からメディエーターを設置いたしまして、この 1 年で今のところ 45 件の対応をさせていただいています。そもそも、こういったセミナーに関して、先ほど先生がおっしゃっていましたように非常に人気で、4 回目の応募で、やっと参加できるメンバーもいます。私も最初のほうで受講させていただいたので、受講できてよかったなと思っています。先ほど出させていただいた中に、院内コー



ディネーターの設置とメディエーターの設置との比較の表があったかと思いますが、私たちは現場でやっている中で、院内コーディネーターとメディエーターの立ち位置というのは、住み分けするべきだろうと、この1年やってきて非常に感じます。というのは、今は臨床心理士を中心にやっていますが、横田先生がおっしゃったように、意思決定支援という意味で、家族のメンタルケアが非常に大事になってきています。そういった意味で、まずは初動の対応として、こういったメディエーターの専門家のトレーニングを受けた方が御家族に添う形で、私どもの病院では HCU、ICU に入院した段階で入らせていただいて、そこからその方の御家族の歩幅に合わせて、IC に対応させていただいたりという活動をしています。そういう意味で、今まで院内コーディネーターは何でも屋的な感じで、私たち 20 年前はいろいろな教育を受けてきましたが、そういった意味では、こういったメディエーターの方が御家族の心のケアを中心にやっていただき、そこから臓器提供のメンタルのところ、そして私どもにつなげていただくという意味で、非常に意味のあるポジションが設置できたなと期待しています。

ただ、1 点申し上げると、3 日間だけのこういった加算の対象になっていますので、どうしても土曜日、日曜日、祝日が重なりますと、そういった臨床心理士の対応が抜けてしまうところがあるので、そういった意味で期間をもう少し延長していただくと、導入がもうちょっと深くなっていくのではないかと考えています。以上です。

○磯部委員長 湯沢委員、どうぞ。

○湯沢委員 今、お話がありましたように、メディエーターというのは非常に素晴らしい制度だと思って、是非これから発展していただきたいと思っています。ただ、今もお話がありましたように、選択肢提示をされるのがメディエーターであって、例えば臓器提供についての具体的なお話ということになりますと、そこは院内コーディネーターだということになると思います。そのメディエーターと院内コーディネーターの立ち位置というか、役割分担がはっきりしていないような気がします。メディエーターの方に、臓器提供までの話をさせていただくのはとても無理なことだと思いますので、もう少し院内コーディネーターと、うまく連携できるようなシステム作りが必要なのではないかと考えています。

もう1つ、実は私、臓器移植医ではありますが、臓器提供のある病院にもいましたので、そこでつくづく思うのは、提供の現場では都道府県コーディネーターが有効に活用されていないことです。都道府県コーディネーターは全国にいますが、このレベルが全然違ってきますし、しっかり教育されていない都道府県もあります。一方で、都道府県コーディネーターにどこまでの仕事が任せられているかということ、実際には臓器提供の承諾を得るところから、臓器提供に至るまでのプロセスが任せられていないのです。これは全部、臓器提供ネットワークのコーディネーターの専門の仕事ということになっています。ところが都道府県コーディネーターは、実際には臓器提供ネットワークのコーディネーターが少ないものですから、結構、いろいろな仕事のために、ほかの都道府県まで引っ張り出されて大変な思いをしている割には、仕事が任されていないとつくづく感じます。私の知ってい

る都道府県コーディネーターはあるバーンアウトしてしまい、辞めてしまったということもありました。もう少し都道府県コーディネーターをしっかりと活用して、臓器提供の仕組みができるのではないかと私は常々思っています。以上です。

○磯部委員長 見目委員、どうぞ。

○見目委員 ありがとうございます。23 ページ目の長崎県下三次救急医療施設 3 施設の調査資料を拝見して思ったところですが、家族からの申し出の数というのは本当に少ないのだなという印象がありました。こちらは最初にいろいろ皆さんから御意見があったように、子供たちへの教育であったり、世の中に対する移植医療の啓発活動というところで、将来的に長い時間をかけて数が増えてくる可能性はあるのではないかと思いますし、患者としてはそうなってくれたら何て有り難いことなんだろうと思っています。ただ、今、現状で苦しんでいる患者の皆さんを救うためには、そういった将来的に数値が上がってくるころまで、どうしても待てません。選択肢の提示がないところから提供が出てくることはほぼないと思うので、誰が実施するのかは皆さんと議論が必要だと思いますが、今、お話のあったメディエーターのような方かもしれませんけれども、そもそも選択肢があるという事を患者さん、家族に提示していただくことが必要なのではないかと思います。

○磯部委員長 大体、意見は集約されているように思います。メディエーター、コーディネーターの役割をもう少し進めていただきたいということ。それから、マインドチェンジという言葉がありました。その辺は改善の余地が十分あると思いますので、事務局の方、よろしくお願いします。今後の議論に資するような御意見だと思います。また、賀藤委員がおっしゃったように、こういった情報が共有されていないことも、これからの課題なのだと思います。それでは、次のセクションに進ませていただきます。事務局、お願いします。

○吉川補佐 事務局より続きまして3つ目、臓器移植施設の体制整備について御説明いたします。各地域の臓器提供者数の現状という所ですが、令和4年度の臓器提供数はここにお書きしたとおりで、令和元年度、2年度、3年度と御覧いただきますと多少の偏りはありますが、臓器提供数の地域の偏りは徐々にではありますが改善されつつある状況です。そのような中、臓器搬送の現状ですが、日本臓器移植ネットワークは法令に基づくレシピエント選択基準によりレシピエントの選定を行い、臓器提供施設から移植施設まで、虚血許容時間内で移植を実施できるように安全かつ迅速に、臓器搬送経路や搬送手段を立案しております。移植施設は臓器提供施設に集合し、摘出後に移植施設まで搬送するということですが、御覧いただいて分かるように、かなり広域に搬送されております。業者による臓器搬送も開始されておりますが、やはり御自身の目で臓器を確認したい移植医の先生方もたくさんいらっしゃいますので、北海道から沖縄まで臓器を摘出し搬送する現状となっております。

参考になりますが、医師の働き方改革です。良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革が考えられているところです。概要につ

いては御覧のとおりです。

そのような中で、臓器摘出移植に関わる移植医の勤務実態で、こちらにいらっしやいます笠原先生におまとめいただいたデータです。日本移植学会働き方改革委員会におきまして、日本移植学会員を対象に、令和2年12月から令和3年1月にかけて行った臓器摘出に関わる移植医の勤務実態の状況です。摘出あるいは搬送に関わる時間は半日から1日、そしてお戻りになられた後、摘出手術のインターバルの有無で大半の方々がインターバルがない状況で、もしお休みがあったとしても、10時間程度の所がほとんどということでした。そのような中で、移植施設がどのような地理的な分布があるか、あるいは活動の状況がどのようなことかとお示ししたのがこのスライドです。令和4年3月31日時点の臓器移植施設数は心臓移植が11、肺移植が11、肝移植が25、膵移植19、腎移植124、小腸移植が13という状況です。令和3年度の脳死下の心臓、肺、肝臓の膵臓の実施実績ですが11例以上の移植の施設は心臓3、肺2、肝臓1でした。一方で1例以下の施設は心臓2、肝臓13、膵臓14という状況で、地理的な分布は御覧のとおりでした。

現状をお話しましたが、移植医はこのインターバル確保をできていない状況で、臓器摘出、搬送を行っておられます。特に、摘出施設が移植施設から遠方の場合におきましては、臓器搬送が移植医師の負担となっています。今現在、日本移植学会等で検討を行っているところですが、2024年度以降、診療に従事する医師、時間外・休日労働時間の上限が適応されることを見据え、移植施設医師の負担が大きい脳死下臓器摘出及び搬送を持続可能にするために、臓器あっせんの在り方、移植施設の在り方について、どのようなことが考えられるかを御議論いただきますと幸いです。

○磯部委員長 このセクションでは、搬送と臓器移植施設の現状、課題、今後についての御説明がございました。論点は今言われた通りです。御意見を頂きたいと思えます。上本先生どうぞ。

○上本委員 ありがとうございます。滋賀医科大学の上本と申します。もう1年ちょっとで始まる働き方改革ですが、これは大学病院にとったらかなり厳しい状況で、1つは連携Bということで地域医療を守るという方法もあるのですが、大学病院の場合は研究と教育があり、多くの方が裁量労働制を取っているわけですね。裁量労働制になりますと、これはほとんど講師以上裁量労働制なのですが、時間外は一般則の年間720時間という形になるので、極めて時間外労働というのを制限される状況になっております。720時間になると、週にすると15時間ですからかなり厳しい状況になります。それで、移植学会で6年ほど前に、肝臓移植に関しましてはブロック制を一度検討したことがあります。全国を7ブロックに分けて、レトロの解析ですが後ろ向きに見て、提供の数と移植の数がどれぐらい違うかということを検討したのですが、そのときは余り変わりがなかったということで、ブロック制もどうだという話はありませんでしたが、そのときにはちょっと時期尚早じゃないかということで、肝臓移植の場合は互助制度、臓器の提供手術においては全国的に標準化するためのマニュアルを作ったり、あるいはブタを使ったシュミレーション手術をしていま

したので、まず互助制度でやる話になって、それが今も続いていると思うのですが、この働き方改革が始まるとかなり厳しい状況になるので、互助制度とブロック制度もそろそろ考えていかなければいけないのではないかなと思っております。私は、もう現場から外れているので、今の状況は分からないところはありますが、現状も踏まえた上で、もう一度検討したほうがいいのではないかなと思っております。以上になります。

○磯部委員長 順に外園委員、小笠原委員、秋山委員の順に進めさせていただきます。

○外園委員 外園です。質問なのですが、臓器移植に携わる医師が摘出に行って戻って、その医師が手術して休む間もなく働いているのは、さっきのスキームなのですか、その摘出医師が自分の目で確めないといけない現状が少し理解できなくて、角膜はアイバンク同士でデータを見て、それを受け取っているの、そうならない理由が今1つ理解できなくて、それはどういうことなのかなと思いました。

○磯部委員長 どなたか、御回答いただけますか。笠原委員どうぞ。

○笠原委員 成育医療センターの笠原です。、私は腹部の臓器移植をやっているのですが、やはり肉眼で見ないと脂肪が肝臓に付いていたり、腎臓に腫瘍がないか、小腸がきちんと働くかどうかと、肉眼で実際自分の目で見ないと確認ができない臓器、状態が実際にございます。その臓器を持って帰ってそのまま植えるわけではなく、植えるための準備としてバックテーブル手術もやらなければいけませんので、その準備の手術も2時間ぐらい掛かるのです。そうしますと、なかなか実働の働いている医師は休む時間がなくて、やはり先ほど上本先生がおっしゃったとおりにリージョン制を取るとか、互助制度を利用する、あるいは移植施設をもう少し集約化していかないと、今後の働き方改革には耐えられないと現場でも考えております。

○磯部委員長 小野委員は、この件に関しての御意見ですか。

○小野委員 はい、そうです。

○磯部委員長 では、どうぞ。

○小野委員 よろしいでしょうか。小野でございます。ありがとうございます。私は心臓移植に携わっておりますが、移植チームは、いわゆるレシピエントを移植するチームが大体4人ぐらい、ドナーチームは心臓の場合は東大の場合は2人派遣で行っております。さらに我々は定時の手術もやって、普通の手術をやっている横で移植をやったりということもよくやっていますし、あとICU管理をするドクターがいるということがあるので、結局ドナー手術から帰ってきたスタッフのメンバー。笠原委員が説明していただいたとおり、心臓の場合にもいわゆる異常な形態がないかどうか。また、卵円孔開存という状態がないかどうか。そして、肺の提供がある場合には左心耳を切除しますので、その切除した所を縫合する操作を同じバックテーブルでやる関係で、やはり1時間ないし2時間ぐらい少しお手伝いいただき、それから休める場合には休みますし、あるいは外来がある場合は外来をやらなければいけませんし、あるいは外勤に行かなければいけないという、やはり収入も大学病院はもう本当に安い給料で働かされていますので、それから外勤に飛んでいく場

合もよくあります。

ですので、心臓の場合には朝 8 時か 9 時ぐらいに帰ってきて、午前中お手伝いいただき、午後から外来をやる、あるいは外勤に行く形ですので全く休む間もないのが現状で、そういう中で言ってしまうと情熱と責任感とやる気で、心臓移植はお願いしているところです。マンパワーがもっとあればいいのですが、大学の場合にはポストという限られた数の中でしか医者の運用ができませんので、ポストがないからということであれば、外科医が本当に欲しくても外科医は雇用してはならないという、様々な制約の中でやらざるを得なくなると、先ほどの御質問のとおりになってしまう現状です。以上です。

○磯部委員長 小笠原委員、どうぞ。

○小笠原委員 働き方改革ですが、これは簡単で連携 B をするから駄目なので、我々のところはもう言っているかということ、9 時間インターバル、インターバルは取れません、はっきり言って無理です。ということは、A になればいいのです。それで、私は現場の医者に時間外を出せと言ったら何と言われたか、我々は患者を助けるために B にはなりません、A でやります。A だと 9 時間インターバルはいらぬですね。それで、労使関係で言うと、これは 36 協定という労使関係が成り立てばいいので、私も病院長をやっていますので、時間外を書けと言っても、いや先生私は書きません。36 協定ならいいでしょと言われました。これは、小児科医も一緒です。ですので、それに対して労基に聞きました。あるいは厚生労働省の労働の方に聞きました。さあ、あなた方どうする。こういうふうに言われたら、どうしたらいいですかと聞いたら、返事しませんでした。国というものは、こんなものです。もし過労死が出たら、あなたはどうか責任取るんですかと言ったら、何も言いませんでした。ただ、我々の所は、そういう時間外が 9 時間インターバルが取れない所は、みんな A で出す。それは医者の方々の覚悟だと言っていましたので、厚労省の方々、是非これを認知しておいてください。以上です。

○磯部委員長 次に、秋山委員お願いします。

○秋山委員 貴重な移植医の健康保持をすることは、喫緊の課題ではないかと思いましたが。そのためには、今議論されている従事するスタッフを増やすこと、人材育成、そして労働環境をよくしないと人材は集まらないのではないかと思います。人材育成と労働環境の改善は車の両輪として、是非厚労省も含めて取り組んでいただきたいと思います。

○磯部委員長 よろしいでしょうか。お手の挙がっている方はいらっしゃいませんか。湯沢委員どうぞ。

○湯沢委員 私もリタイアしましたが、かつて腎臓移植を中心にやっておりましたので、完全にブロック制でその地域ごとに提供されて移植を行っていたことがあります。そうしますと、そこに出向いていくのにも、実際持って帰ってきて移植ということにも、非常に時間が短縮される、時間が短くてできていたことがあります。

先ほど、現在の日本の移植施設の全国分布を提示されましたが、とてもそれに耐えるだけの数がないのですが、もし移植施設が充足した際にはブロック制、地域ごとの提供で移

植ということも、腎臓以外の臓器でも考えていったいいのではないかと思います。以上です。

○磯部委員長 働き方改革についてはここで議論もなかなか難しいと思います。やはり基本的には過重な労働になっていることがコンセンサスではないかと思いますので、働き方改革にあわせた制度をどうするかということ以前に、医師の生活のクオリティーも含めて改善していかなければいけない実態を、事務局の方も御理解いただき、今後の検討課題にさせていただきたいと思いますが、そういうことでよろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、先に進めたいと思います。事務局お願いします。

○小野委員 小野でございます。

○磯部委員長 小野委員どうぞ。

○小野委員 ありがとうございます。今、湯沢委員からも腎臓はブロック制で運用されていて、非常にうまく運用していると心臓移植をしている私どもからは拝見しております。御存じのとおり、米国でも UNOS と呼ばれるアロケーションのセンターがあり、そこで UNOS(アメリカ)の中もリージョンの地域に分けて、また地域の中での距離などで優先順位を決めたりという配分システムを取っています。湯沢委員が御指摘したとおり、心臓移植も今年 2022 年は確か 79 か 80 くらいですので、過去から言うと比較的多いほうではありましたが、今後やはり今の厚労省の方針からすると、例えばこれが 120 や 150 などに増えた場合には、私どもは大体日本全体の 3 分の 1 から少なくとも 4 分の 1 の心臓移植をやっていますので、例えば年間 30、40 の数をやるようになった場合には、例えば沖縄まで行って沖縄から飛行機で運んでくる、北海道に行って北海道から運んでくることも、いわゆる全国が 1 つのブロックになっていると、帰りはいいとして行くまでの時間に相当時間が掛かるのですね。ですので、そういう意味での移動時間はそのまま拘束時間にも関係しますので、一定の数まで増えた場合には心臓の場合にも、やはりブロック制を導入しないと多分続かないことは間違いなく、働き方改革以前の問題として、そういう形にしていく必要は、近い将来必要だろうと考えております。以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。よろしいですか。それでは、先に進めたいと思います。次、どうぞ。

○吉川補佐 事務局より引き続き、報告事項、その他について御報告いたします。まず、前回の臓器移植委員会で議論いただいた内容ですが、脳死下での臓器提供事例に関わる検証会議における対象事例の重点化です。臓器移植医療が一般の医療として国民の間に定着するまでの暫定的な措置として検証会議が行われておりますが、医学的観点、あっせんの観点に基づいて、全例を対象に検証を行ってございましたが、臓器移植委員会において検証事例の重点化について検討が行われております。

概要ですが、経験豊富な施設、以前に 3 例以上臓器提供経験を有し、継続的な臓器提供を実施している施設の医学的な検証は行わないことと、本人の意思表示がある場合はあつ

せんの観点からの検証は行わないということです。

重点化については、令和4年9月1日以降の検証事例から適用しており、医学的検証作業班は7回、あっせん事例評価委員会は4回、検証会議は4回開催し、速やかに、かつ、しっかりと検証が行われている現状です。

続いて、JOT データセンター構想を御紹介いたします。移植患者さんの登録や移植後の追跡を日本臓器移植ネットワーク(臓器移植の学会・研究会)、それぞれ実施されております。かつ、複数箇所でデータベースとして管理されている状況があり、また、各データベースによって、登録項目や管理方法がそれぞれ異なっております。全臓器の移植予後の検討、あるいはWHOだったり、アイロだったりへの報告時に課題が生じている現状です。既存のデータベースを活用しつつ、データ登録のプラットフォームの一元化、そしてドナーデータを含む効果的なデータベースの構築を進める必要があるということで、今、検討いただいているところです。実装に向けて主な検討課題としてデータ項目、どのようなデータをそれぞれで蓄積していただくのか、あるいはどのようにデータを収集するのか、御家族や御本人への同意取得の方法、登録の方法、そしてアウトプットや管理について、日本臓器移植ネットワークで構成されたワーキンググループで検討いただいているところです。

次に医学教育について、モデル・コア・カリキュラムについて御報告いたします。平成13年に医学生・歯学生が卒業時まで身に付けておくべき必須の実践的診療能力に関する学習目標等を示した、モデル・コア・カリキュラムが策定され、何回か改訂されております。令和3年に新たな改訂に向けて検討が開始され、今回、臓器・組織移植・提供分野において、新たに「CS：患者ケアのための診療技能」に、「終末期医療における臓器・組織提供選択肢提示の意義について概要を理解している」が加えられております。事務局からの報告は以上です。

○磯部委員長 ここでは検証対象の重点化、JOT のデータセンター構想について、医学教育のカリキュラムに臓器移植医療のことが含まれたという御報告を頂きました。JOT の北村専務理事、何か御意見はありますか。

○JOT 北村専務理事 モデル・コア・カリキュラムについて、少し御説明とお願いがあります。大学の先生はよく御存じかと思いますが、モデル・コア・カリキュラムというのは、大学医学部教育における資料要綱のようなもので、全ての82医科大学で教えなければいけないというものです。実際、卒業時までと書いてありますが、4年生のときに、CBT(コンピューター・ベースド・テスト)という教養試験を受けますが、その試験範囲になっています。

したがって、今までCBTあるいは国家試験には、臓器移植は出ていません。今後、これが書かれて、これで教育された人はCBTから臓器移植、ここに書かれた項目ですが、貧弱といえど貧弱ですが、この内容が試験範囲になります。我々は、2年がかりでこれを書き込んでもらうように文科省に掛け合ったり、パブリックコメントを出したり、いろいろ苦労したのですが、ようやく載せてもらってよかったと思っております。

次の課題は、看護にもモデル・コア・カリキュラムはあります。薬剤師にもあります。こういうところに載せてもらうというのもあります。それから、厚生労働省は専門学校を管轄しているので、看護の教育カリキュラムを決めている指定規則があります。看護だけでなく、臨床工学技士や臨床検査技師、公認心理師などにもコアカリがあります。この全てに臓器移植の学習を義務付けていただきたいので、臓器移植ネットワークと一緒に活動をお願いしたいと思います。

さらに、もっと大きなものですが、小野先生がさきほどおっしゃったように、研修医の教育に移植が入っていません。最近ガイドラインを変えたばかりで、我々が掛け合っても、割とけんもほろろだったような記憶があるのですが、研修医が2年間の研修の間に、選択肢提示を経験するという文言を是非入れていただきたい。救急を回っているときに、選択肢提示というのは何だということの理解とともに、実際、研修医は医者ですから実践できるはずですので、それを体験し、家族の痛みや、あるいは、もしうまくいったときには、どういう気持ちになるかを体験してほしいと思いますので、研修医の指導ガイドラインというのがありますが、そこに是非臓器移植を入れていただきたいのがお願いです。お時間を頂き、ありがとうございます。

○磯部委員長 湯沢委員、どうぞ。

○湯沢委員 湯沢です。私は日本移植学会で登録委員長をしているのですが、今回、JOTのデータセンターができることを非常に嬉しく思います。ただ、ここで少し私が心配するのは、そもそも今の日本移植学会の登録事業は、かつて厚生労働科研で、当時、大阪大学の高原先生が厚生労働科研で構築したインターネットのシステムを使っています。それを作るだけで相当お金が掛かりましたし、毎年、データを入力していくインターネットのシステムを維持していただくだけでも、またとんでもなくお金が掛かっていることがあります。

それらを維持するための経費は、臓器ごとの学会や研究会が支払っていただいているわけですが、相当な額になります。また、データの利用については、そういう経費でお金を払っているので無料で提供されて、臓器ごとのいろいろな統計のデータとして使われています。私が心配するのは、臓器移植ネットワークがデータセンターを作ったときに、それを作るのには相当なお金が掛かることだと思いますし、実際、このシステムは生体臓器移植も含めてということになりますから、毎年相当なデータの数になるわけですが、これもランニングコストをどこがどう負担するのかということと、かつて臓器移植ネットワークにデータをもらおうとすると、とんでもなく高いお金が掛かっていたのです。そういうことについて、データを簡単に利用できるシステムとして運用されるかどうか少し危惧されることを、ここで追加させていただきます。以上です。

○磯部委員長 竹村先生。JOTの参考人です。お願いします。

○JOT JOTの竹村です。御質問ありがとうございます。正に移植医の皆さんが御心配されている部分だと思います。まず、費用に関してですが、開発費に関しては、現在、御予算を頂いていますので、開発自体は可能かと思っています。ただ、予算に関しては、死体移



植に関わる部分ではありますので、生体移植の部分に関しては、移植学会からの費用が必要になってくるとなっております。

開発そのものに関しては、現在あります移植後の経過情報を収集しているシステムを拡充する形で考えておりますので、新たにシステムを本当にゼロから作るのではなく、今の既存のものを拡充する形ですので、開発費や期間も比較的ローコストで短期間で抑えられるとは思いますが、システムのランニングコストも移植後経過のランニングの部分で賄うことが可能と考えております。

また、データの利用に関しては、データの利用にかなり高額なお金が掛かるということですが、そちらは元としてはドナーデータの手書きになっているものをデータというふうにしこしていく。そこに関する人件費が高額になる最大の理由でしたが、一応、来年度の中でドナーチャートなどのドナー情報や各種データに関しては、電子化する方向で進んでおりますので、そちらの電子化ができましたら、ローコストで提供することができるようになるかと思っております。

最後になりますが、データの利用に関して、学会としてどうなるのかですが、まだ議論しているところではあります。原則的には JOT だけで持つということではありません。学会と共同で利用していくということで、個人情報保護法などをしっかりと遵守する形で行っていかうと考えております。これまで学会のほうで行ってありました流れとは、そこまで大きく変わることなく、入れる側の負担としてとにかく二重に登録しない、一元的に登録できる。そして、ドナーデータを有効に活用すること、もちろん個人情報やそういったところにはケアした上で、活用していくことができるようになることを考えております。以上です。

○磯部委員長 上本委員、どうぞ。

○上本委員 モデル・コア・カリキュラムのことでよろしいでしょうか。

○磯部委員長 どうぞ。

○上本委員 選択肢提示の意義に関して、非常に大きなインパクトだと思います。大変ありがとうございます。それと比較するとそれほどインパクトが大きくはないのですが、移植医療の我が国と世界の状況についてというのがあるのですが、これは 6 年前の平成 29 年のときには、単に移植医療の種類と適用を説明することということだったと思うので、これも結構インパクトのあるメッセージになっているのではないかと見ていたのですが、いかがでしょうか。

○磯部委員長 北村専務理事、これでよろしいですか。

○JOT 北村専務理事 おっしゃるとおりです。単に知識として知っているレベルから、機会があれば、移植医療に参画できるというレベルに深めたいと思っております。どうもありがとうございます。

○上本委員 やはり、我が国の臓器移植が非常に遅れていることを学生たちにメッセージできるのは、非常に大きいのではないかと思います。ありがとうございました。

○磯部委員長 ほかにこのセクションで御意見はありますか。外園委員ですね。

○外園委員 私は国家試験の委員もしていますが、今年、作問の基準の改訂の年だったのですが、臓器移植は縦割ではなくて横の医療なので、例えば眼科・耳鼻科とか、そういう縦割では改訂するのはすごく難しく、一応、私は意見を申し上げたのです、臓器移植のことを入れてほしいと。そうすると、今年の作業は減らす作業ですということで、なかなか増やすことをさせてもらえなかったのが1つです。

もう1つ、学生は今コロナでWebの授業になっていますので、移植を理解するための60分ぐらいのビデオを作って、それを全国の大学に送ることも、実際問題可能かと思っています。意見です。

○磯部委員長 ほかはいかがでしょうか。では、いろいろ御意見は出ましたが、事務局、大事な御意見だったと思いますのでよくまとめてください。が、先に進ませていただきます。

では、最後のセクションが角膜移植のことですね。では、続けてどうぞ。

○吉川補佐 事務局より角膜移植の現状について、御報告をさせていただきます。次のスライド、眼球提供・角膜移植の状況の推移です。献眼者数は減少傾向でして、特に新型コロナウイルス感染症拡大下で、更に減少傾向が見られております。その結果、角膜移植の待機(登録)患者さんの推移ですが、献眼者数の減少に伴いまして、待機されている方が少しずつ増えてきている状況がありまして、やはりこの新型コロナウイルス感染症蔓延下において、増加しているスピードがまた上がっている状況です。

そして、アイバンクの設置状況をお示しします。献眼者数が減少傾向にある中で、過去3年間の献眼者数が10人以下のアイバンクは4割、そしてあっせんの使用眼数が10眼以下のアイバンクはおよそ4分の1という状況でした。全国で54のアイバンクがある中で、このような状況です。

一方、逆に献眼者数が101名以上のアイバンクが3施設、使用眼数が101眼以上のアイバンクは10施設ということで、かなり活動に偏りが見られます。ちなみにアイバンクの業務ですけれども、主たる業務は眼球提供希望者の登録、そして眼球摘出、あっせん、そこから御遺族の対応、病院対応と多岐にわたっておりますけれども、取り扱っている眼球の数というのに差異があるという現状です。

このような眼球提供そして角膜移植の現状をお示ししましたがけれども、このような現状の中で近隣のアイバンク同士で連携、そして眼球の摘出・あっせん等を行っている所もあるとお聞きしております。また昨今、新しい技術(内皮移植等)に対応したドナー眼の取り扱いというところも検討が必要とお聞きしております。

論点ですけれども、全国に54あるアイバンクの活動状況に差があること。例えば、眼球のあっせんは近隣のアイバンク同士で連携する。活発なアイバンクを基幹バンクとして業務を集約化、新しい技術に対応することといったことが考えられますけれども、それを可能にするために、どのようなスキームが必要かということです。また、コーディネーシ

ョンに関わるスタッフさんたちの質の向上のために、どのようなことが考えられるか議論いただけますと幸いです。

○磯部委員長 献眼について、献眼が減っていること。それから待機者が増えていること。スタッフの質の問題を御提示いただきました。これについて平澤委員から追加の御発言ございますか。

○平澤委員 ありがとうございます。アイバンクに関しましては、私も今、看護師として働いておりますけれども、10年前に病院のほうでもともとアイバンクの支援をしていたという社会的背景がありましたので、そういったところで私がアイバンクに出向する形で、一から財団法人から公益財団に移行するというタイミングで、お手伝いに出向する形で行かせていただいたのです。実際に行ってみて、非常にびっくりしたことも多々あったのですけれども、それはやはりこういった臓器移植と違いまして、そういった医療的なライセンスを持った人というのが、非常に少ない中で運営されているというのが印象としてあります。今、54のアイバンクがあると報告を頂いたかと思うのですが、その中でも実際に県のコーディネーターの方も兼務でやられていたりとか、大学病院の中でやっていて、経営基盤もさまざまであるとは思いますが、その中でも大概是皆さん事務の方が1人いらっしゃるって、献眼の情報が入ると、そこの連携している病院の先生方がICを取りに行つて、同意書を取つて、そして献眼の摘出をして、帰ってきて眼球の処理をして、移植ができる状態まで全て加工するといった、いわゆる本当にそういったコーディネーションというようなところに携わっていらっしゃるような専門のコーディネーターの方というのが、非常に少ない中で運用されていたというのが現状でした。その中で組織移植学会というような、いわゆる眼球は臓器なのですが、角膜だけになりますと組織というパーツ移植になりますので、組織移植学会という中で、1つの教育的な知識であったりとか、テクニカルな部分での教育が始まっていくのですが、今、実際に47名の認定コーディネーターの方がいますが、アイバンク関係の方は9名のみで、その中でも国家資格を持っている方は5名の方しかいないと聞いています。そういったバックグラウンドが非常にさまざまな中で、事務の方しか設置されていないようなアイバンク。また潤沢に献眼が出ている所は事務の方プラスコーディネーター、専属の方もいらっしゃる所もあります。しかしながら、コーディネーターの方もそういったトレーニングが十分に行われていないという中で、私たちはそういった安全面の危惧を非常にしております。日本アイバンク協会もあるので、JOTさんと違って、あっせん業がある組織ではありませんので、どちらかと言うと、普及推進や現場のいろいろな情報を統括して、アイバンクに情報提供してくださるという立ち位置でやってらっしゃったりしますので、そういった意味では、まだまだ組織としては成熟されていないというか、非常に歴史は長いのですけれども、そういった印象を受けています。私自身も実際に、アイバンクコーディネーターという役割でやらせていただいている部分もあるのですけれども、安全管理という意味でも確実なというか、医療安全的な目線も含めた安全管理、また、そういった知識の部分もしっかり教育ができる

ような体制を取っていただきたいなと思っています。

実際に今、眼科の先生方の負担も非常に増えていると私どもも聞いておりますので、そういった中で、角膜の眼球から移植のできる状態に加工できる切片処理の部分、一部のコーディネーターの方が担っていらっしゃるバンクが、10か所に満たないと思うのです。コーディネーションからテクニカルの部分まで総合的にやっていらっしゃる方々がコアになって、中核の高度医療アイバンクのような形で地域に幾つか設置をされるような状態、今後そういった全国54バンクのアイバンクの知識や技術の向上などに努めていただけるような組織の体制づくりをしていただけると、非常に現場としても助かるのではないかなと思っています。以上です。

○磯部委員長 外園委員、どうぞ。

○外園委員 ありがとうございます。私もアイバンクのメディカルディレクターをしているのですが、アイバンクができてちょうど60年になります。初めて日本にできたのが1963年なので、その頃新幹線もなくインターネットもなく、各都道府県に1つずつできて、1つずつ作ることで、そういったドナーの方の気持ちを酌んでいたと思うのですけれども、今は情報網が整備できていますし、角膜を運ぶのは割と容易できちんと運べますので、基幹バンクができて集約することで、非常に質の担保と安全性が向上することは間違いないと思います。その旗を振るためにお墨付きが欲しいというか、旗を振りたい人は何人かいますし、どうやったらいいのかも見えていますので、実際に台湾ではアイバンクを2つくらいに集約してうまくいったと聞いています。毎日ドナーがあると、専任の人がいて仕事はスムーズにいくのですが、ドナーが0か1という所は兼任の人がドナーがあったら驚くというようなことで、地域差も多いのできちんと基幹アイバンクができれば、非常に有用に回っていくのではないかと思います。

それと、ドナーは新型コロナの影響で令和2年度と3年度は減りましたが、街に人が多くなるとドナーが増えるという印象があり、この秋からは増えています。とても社会の影響を受けますし、また増えてくるに当たってきちんとアイバンクを整備できたらと思っています。それからアイバンクに関わる人は特に資格は求められていないのですが、資格を持って、かつ有能な方もいらっしゃるのです、そういう方をコアにして作業を進めると、大変うまくいくと思います。

○磯部委員長 この件に関して、ほかの委員から御意見ありますか。この臓器移植委員会でも、私の記憶の中でこの議論は聞いたことがないですね。知らない事ばかりで、一般にも認知が低いのではないかと思います。いいご提案を頂きましたが、どのようなスキームづくりが必要かということを考えるのは、役所の仕事ではないかと思いますので、スキームづくりの基盤を事務局のほうで検討いただいて、科研あるいは作業班など、比較的小さな領域だと思いますので、事務局で御専門の方を中心に御議論いただければと思います。平澤委員、御追加でしょうか。

○平澤委員 私はアイバンクに関わる前に院内コーディネーターをさせていただいていた

のですが、やはり臓器提供自体は非常にハードルが高い中で、心停止下の臓器提供から始められるというか、IC ができる、こういった献眼、角膜提供というところから病院の中での臓器提供に関する意識の底上げができるという意味では、非常に献眼の活動というのは病院の中でフィットしたということを感じています。なかなか臓器提供というと、あれをしないといけない、これを勉強しないといけない、この体制整備をしないといけないというふうに、病院全体で非常にいろいろな動きというものを求められる中で、献眼は心臓が止まったあと、10 時間以内に御家族に判断いただいて眼球摘出ができれば、次の方の角膜となって移植ができるという意味で、御家族がなかなか心臓が止まる前からいろいろな判断を迫られる脳死下や心停止下の臓器提供からいきなり始めるより、献眼の活動を導入して、臓器提供が少しずつ病院の中で普及推進できたという話もよく聞いておりますので、そういった意味で、アイバンクの活動を導入していただいて、臓器提供の活動に少しずつ発展させていただくのもいいのではないかなと感じています。

○磯部委員長 ありがとうございます。よく分かりました。それでは事務局のほうで少し整理していただいて、引き続きこの委員会で検討するということでよろしいでしょうか。それでは本日の議題はこれで終了ですが、各委員から本日の話題、それに関連したこと、それ以外のことも結構ですので、御意見や御発言がありましたらお願いします。木幡委員、どうぞ。

○木幡委員 ありがとうございます。フジテレビの木幡です。今日はいろいろな意見を洗い出す場なのかなと思いました。少し違った角度から幾つか述べさせていただきたいと思います。今、SDGs の普及などで社会全体の空気が大変ボランティア意識が高まっていると思います。ですから、そういった中でドネーションの意識を更に高めるチャンスではないかと考えております。生きている間にもできるドネーションというものもあります。お金の寄附もそうですが、献血、ヘアドネーション、骨髄ドナー、臍帯血ドナーなどもあります。そして死後も、今おっしゃっていただいたような角膜のドナー。また、心臓や肝臓といったように一人から 11 人に臓器提供ができるということは、実はほとんど知られていない。私もいろいろな人に話をすると、「えー、そんなにできるの」と言われます。まずは入りやすいドネーションとセットにして、身体にまつわる様々なドネーションを 1 つの傘の中に入れて、情報提供するというのもいいのではないかなと思います。

もう 1 つ、これは唐突に聞こえるかもしれませんが、臓器移植という言葉のイメージ、これが少しギョッとされてしまうこともあります。ですから、ヘアドネーションが当たり前に言われているので、これをオーガンドネーションと少し言葉を変えて提示するような場面もあってもいいのかなと思います。

最後にまた全然違う観点なのですが、移植を希望する方、臓器移植を希望して待機患者さんになる方、そういった場合には必ずその方々には臓器提供の意思表示をしてもらうということを、待機登録の義務というか条件にはできないでしょうか。海外ではそういったことを義務付けているところもあるやに聞いておりますので、そのように多角的にいろいろ

できることからやっていく、スピードアップしていく、移植法施行してもう 25 年もたっておりまして、やっていかなければならないのではないかと思います、述べさせていただきます。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。外園委員どうぞ。

○外園委員 ありがとうございます。二点述べさせていただきます。1 つは先ほどの過酷な移植医の日常を伺ったのですが、若い先生、若い医師はそれには付いていかないのではないかと。私の眼科ですら、ブラックと言われて入局者が少なくなったりしているのも、とても苦労しています。しんどい所を選ばないのが今の若い人なので、若手の移植医をどう育てるかというのは課題ではないか。今、移植医の年齢構成の棒グラフを見たことがないのですが、どちらかという年齢のほうにシフトしていないのかなというように、ちょっと思いました。

そうすると、移植の数を上げていこうという動きの中で、移植医が足りなくなっただけじゃありませんし、どうやって経験させて、やり甲斐を持たせていくかというのが課題ではないか。例えば医学部は女性が 40% となっていますので、その中に外科系をしたい人がとても多い。そういう人たちが成り立つ移植医療というのが課題だと思いました。

もう 1 つ、今回、角膜のことを取り上げていただいて、委員になって初めてでとても有難いと思っております。角膜は必ずしも救急でなくてもいいし、90 歳代でもドナーになります。そして、御遺族のほうも「アイバンクのドナーになって満足している」というような角膜提供をたくさん経験していますので、そういった理想型をできるだけまたお伝えしたいなと思いました。ありがとうございました。

○磯部委員長 水野委員、どうぞ。

○\_\_\_ 水野先生、ミュートです。

○水野委員 申し訳ございません、水野でございます。2002 年から 2003 年にかけてフランスにおりました時に、フランス政府がパリの市庁舎で展覧会をしておりました。芸術家たちに臓器移植をテーマにした芸術作品を造ってもらって、そしてとても高名な画家たちや造形画家たちがみんな、こぞって寄附したのか貸し出したのか、観客は無料で入れて、「命のバトン」というテーマの、美しい絵がいっぱいで、血だらけの心臓めいた絵もあるのですが大変迫力のある展覧会でした。会場には、臓器提供のパンフレットが置かれていて、広報活動をしておりました。臓器移植の先進国でもそういう形で様々な広報活動しているのだなというのが非常に印象的でした。すみません、エピソードだけでございます。以上です。

○磯部委員長 はい、ありがとうございます。ほかにいかがですか。笠原委員、どうぞ。

○笠原委員 笠原です。先ほど申し忘れたことですが、26 ページ、国の御支援の体制構築事業で、参加施設からの臓器提供が 18% から 51% と増加傾向にございます。一方で、27 ページを見ますとかなりの地域差がありまして、先ほど賀藤委員からもありましたがジャクリ施設など、横の連携をもう少し利用することで、小児あるいは成人、いろ

いろな病院や施設がありますので、横の連携をもう少し強くすることで、まだ臓器提供の改善の余地があるのではないかと考えております。必要に応じて、施設の拡充等を今後考えていっていただいたほうがいいのかと思います。以上です。

○磯部委員長 ほかはよろしいですか。本日は大変多岐にわたって、今後の議論すべき課題がたくさん見えてきたと思います。こういう機会を作っていただきましてありがとうございます。本日の意見を事務局のほうで整理していただいて、今後の議論を深めて頂きたいと思います。この委員会は皆さん非常に活発に御提案がございまして、課題だらけだということです。是非、いい議論のもとにいい施策につなげていただきたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。事務局、お願いいたします。

○吉川補佐 本日は長時間にわたりまして御議論いただきまして、どうもありがとうございました。しかも年始早々で本当にありがとうございます。本日御議論いただきました内容につきましては、議事録作成後に公開させていただきます。また、次回の委員会につきましては、現在開催時期を検討しております。開催時に改めて日程調整の御連絡をさせていただきますので、御協力をお願いいたします。事務局からは以上です。どうもありがとうございました。

○磯部委員長 以上です。御参加、ありがとうございました。