

日時：令和5年11月15日(水) 12:00～15:00

場所：AP虎ノ門 RoomI(3階)

出席者

秋山 千枝子委員、浅井 篤委員、磯部 光章委員、笠原 群生委員、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、外園 千恵委員、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、有賀 徹参考人、賀来 典之参考人、平井 理心参考人、山永 成美参考人

議題

1. 脳死判定における補助検査
2. 臓器提供者（ドナー）適応基準の改正
3. 国内の移植医療施策の推進に向けた取組
4. その他

配布資料

- | | |
|-------|--|
| 資料1 | 脳死判定における補助検査に関する作業班の検討結果 |
| 資料2 | 臓器の移植に関する法律施行規則の一部を改正する省令案について |
| 資料3 | 「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）の一部改正案について |
| 資料4 | 「臓器提供者（ドナー）適応基準」及び「眼球提供者（ドナー）適応基準」の一部改正案について |
| 資料5 | 国内の移植医療施策の推進に向けた取組 |
| 資料6 | 平井参考人資料 |
| 資料7 | 賀来参考人資料 |
| 資料8 | 中尾参考人資料 |
| 参考資料1 | 臓器移植対策の現状について |
| 参考資料2 | 臓器の移植に関する法律施行規則 |
| 参考資料3 | 「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） |
| 参考資料4 | 法的脳死判定マニュアル |

- 参考資料 5 臓器提供者（ドナー）適応基準、眼球提供者（ドナー）適応基準
参考資料 6 - 1 （一社）日本移植学会提出資料 1
参考資料 6 - 2 （一社）日本移植学会提出資料 2

議事

○事務局 定刻になりましたので、ただいまから、「第 65 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。委員の皆様方におかれましては、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。

では、毎回のことでございますけれども、Web 会議の進め方について御説明いたします。御発言される場合にはビデオ及びマイクをオンにいただき、まず、お名前をおっしゃった上で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、ミュートの状態にさせていただくようお願いいたします。また、本日の臓器移植委員会も会議の様子を YouTube 配信しております。

本日の御出席の状況でございますが、平澤委員、上本委員が体調不良ということで御欠席の御連絡を頂きました。そして、今、藤野委員と小野委員がお入りになられていないかと思うのですが、今日は御出席というようにお聞きしております。秋山委員、水野委員が途中退出される予定とお聞きしております。

また、議題 1 の御報告を有賀参考人、議題 2 の御報告を山永参考人、そして議題 3 の御報告を平井参考人、賀来参考人、中尾参考人をお願いしております。平井参考人、賀来参考人は現地にいらっしゃるのですが、中尾参考人はちょっと臨床の御都合で御欠席というように伺っております。

引き続きまして、資料の説明をさせていただきます。今日はたくさん資料があるのですが、資料 1 は「脳死判定における補助検査に関する作業班の検討結果」、資料 2 は「臓器の移植に関する法律施行規則の一部を改正する省令案について」、資料 3 は「『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)の一部改正案について」、資料 4 は「『臓器提供者(ドナー)適応基準』及び『眼球提供者(ドナー)適応基準』の一部改正案について」、資料 5 が「国内の移植医療施策の推進に向けた取組」、そして資料 6 が平井参考人資料、資料 7 が賀来参考人資料、資料 8 が中尾参考人資料でございます。本日、中尾参考人はいらっしゃらないので、御説明は割愛させていただきます。

参考資料の 1 が「臓器移植対策の現状について」、参考資料 2 が「臓器の移植に関する法律施行規則」、参考資料 3 が「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)」、参考資料 4 が「法的脳死判定マニュアル」、参考資料 5 が「臓器提供者(ドナー)適応基準、眼球提供者(ドナー)適応基準」、参考資料 6-1 が「臓器移植における HBV 感染予防のための診療指針」、参考資料 6-2 が「HBcAb(+)ドナーからの臓器移植(肝臓以外)に関する緊急調査結果」となっております。

では、ここからの進行を磯部委員長にお願いいたします。

○磯部委員長 それでは、議題に入りたいと思います。まず議題 1、脳死判定における補助検査について、まず有賀参考人から御説明を頂きます。お願いします。

○有賀参考人 では、有賀から発言させていただきます。資料 1 であります。文言の書いた A4 縦、それから、それらを図示した A4 横の 2 枚であります。

脳死判定における補助検査に関する作業班の検討結果ということで、御報告申し上げます。脳死判定における補助検査に関する作業班からということで、令和 4 年の 3 月に公表されました「臓器医療対策のあり方に関する提言」において、脳死が強く疑われ、本人や御家族に臓器提供の意思があるにもかかわらず、脳幹反射消失の確認などができないために、臓器提供を行うことができない事例があったことを受けて、補助検査などの代替手段の導入などによって、脳幹反射の消失や無呼吸の診断が可能かどうか検討すべきであるとされました。

このことを踏まえて、令和 4 年度における厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)として、現在の脳死判定基準で脳死判定が困難な事例における脳死判定代替法の確立に向けた研究(研究の代表者は今日参加されておられる横田裕行教授ですが)において、法的脳死判定における補助検査の在り方についての検討が進められました。今般、各学会から推薦された班員等で構成する脳死判定における補助検査に関する作業班において、法的脳死判定における補助検査の導入等について検討を行って一定の結論を得ましたので、それらについての結果報告をいたします。脳死判定における補助検査に関する作業班については、この私が代表ということで議論に当たりましたので、今、ここで発言している次第であります。

検討結果ですが、現在の法的脳死判定、いわゆる竹内基準においては、深昏睡、瞳孔径が左右とも 4 ミリメートル以上である瞳孔の固定、それから脳幹反射の消失、平坦脳波、そして自発呼吸の消失、この①から⑤までの全ての状態が確認されることが求められております。

しかし、眼球の損傷や鼓膜の損傷、耳から血が出ているとか、それから高位の脊椎損傷、頭蓋を支えている頸椎の損傷によって②や③、要するに頭を振ったりとか光を入れたりとかいうような②及び③の確認が困難な場合が存在するので、そのような場合には確認できる項目は全て確認した上で、ここからですが、CT スキャンや脳血管造影等の画像診断で脳血流の消失を確認することによって法的脳死判定が可能であると考えられる。なお、小児についても同じようなやり方、当該方法の導入で可能であると考えられます。

対外式膜型人工肺(ECMO)を装着しているときに脳死判定を行う、これは⑤の自発呼吸の消失をチェックすることになりますが、脳死判定を行う際には Sweep gas の流量を低く調整する。自発呼吸の消失については、脳死状態にある患者さんが人工呼吸器に乗って呼吸をしているわけなので、人工呼吸を停止するというような作業をすれば刻々と、動脈血内の炭酸ガス分圧が徐々に上昇すると。一定の水準、60mmHg を超えれば、それでも

自発呼吸が出てこないというようなことであれば、呼吸中枢が駄目になっているということが確認されて自発呼吸の消失が判定できるわけですが、Sweep gas の流量を低く調整するというのは、この膜型人工肺に流す気体、空気は酸素の量が 21% ですが、それより高い濃度の酸素の入ったガスを流すということで、対外式膜型人工肺というのは膜を介してそのガスが患者さんの血液のほうへ移る。私たちの肺臓は肺胞がそのことをやっている。肺胞に入った空気が肺胞の膜を介して動脈、血液のほうへ移る。そして、血液がたくさん酸素をもらうというような仕掛けですので、その膜型人工肺に流す気体の流量を調整することで、患者さんの動脈血における炭酸ガス分圧の上昇を観察する。それが先ほどお話したように、60mmHg を超えて、なおかつ患者さんの呼吸中枢が復活されない、つまり自発呼吸の運動が見られないということになれば、膜型人工肺を装着していても、このようなガスの流量を調整することで患者さんの自発呼吸の消失を確認することが可能であるということでもあります。

3 つ目の○ですが、上記の内容も踏まえて、今後、法的脳死判定マニュアルの改定をすることが必要ですので、研究班等において詳細な議論を進めていただきたいという結論でございました。

次のページ、A4 の横については、今お話した内容の絵解きをしてございます。左側に法的脳死判定、いわゆる竹内基準については①②③④⑤の全てが確認されなければいけない。②と③についてチェックが全部できないときには、右側にありますように、脳血流の消失を画像診断として確認することができればよろしい。そして、⑤については、もちろん ECMO が付いていない患者さんに関しては、従来どおり人工呼吸器を止めるといったような操作をすればよろしいわけですが、そうではございませんので、対外式膜型人工肺の ECMO に流す気体の流量、それから酸素の濃度等を調整することによって患者さんの自発呼吸の消失を確認する。こういうようなことでもあります。

最後にお話しましたが、この絵にしましたようなことについての基本的なやり方、具体的な方法については、先ほど縦の紙の一番最後で言いましたが、法的脳死判定マニュアルを改定することによって、現場において、それに従って今のお話が展開できるようにしていきたいということでもあります。報告は以上です。

○磯部委員長 有賀参考人、ありがとうございました。今の報告を受けまして、対応について、事務局より説明をお願いします。

○事務局 では、事務局より対応について御説明します。資料 2 について御説明します。

「臓器の移植に関する法律施行規則の一部を改正する省令案について」です。改正の趣旨ですが、臓器の移植に関する法律第 6 条第 4 項におきまして、脳死判定基準及び手続を定めておりまして、脳死判定基準は厚生労働省令に委任されております。今般、厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会におきまして、脳死判定基準について、現行の方法によっては法的脳死判定が実施できない場合があるという課題が指摘されまして、先ほど有賀参考人から御紹介いただきました研究事業、作業班で議論を頂いていたところでした。それ

を受けまして、以下の改正、これから御説明する改正を行うことを考えております。

2.改正の概要です。臓器移植法施行規則第2条第2項において、脳死判定基準に眼球損傷、こちらは外傷にかかわらず損傷ですので、ほかの、例えば白内障等の目の損傷も想定しております。また、鼓膜損傷又は高位脊椎損傷のために、同項第2号に掲げる瞳孔の確認又は同項第3号に掲げる脳幹反射の消失の確認ができない場合に行わなければならない補助検査として、当該基準に「脳血流の消失」を追加する。そして、2つ目に、臓器移植法施行規則第2条第2項におきまして、脳死判定において確認する努力義務を課す事項として「脳血流の消失」を追加する。そして、その他所要の改正を行うことを考えております。この改正を御承認いただきましたら、具体的な検査方法については、先ほど有賀参考人からもお話いただきましたが、法的脳死判定マニュアルに具体的な検査方法を記載いただく予定でして、全国的な運用は法的脳死判定マニュアルに準じて実施いただくと考えております。

続いて、資料3です。「『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案について」です。1.の改正の趣旨の2つの○に関して、先ほど御説明したとおりですので割愛させていただきます。3つ目、また、研究班の研究結果を踏まえまして、先ほど有賀参考人から御説明いただきましたECMO、体外式膜型人工肺に関して、ECMOの装着時に、無呼吸テストに関し、脳死判定を行う際には、Sweep gasの流量を低く調整することで自発呼吸の消失の確認が可能であることを加えることが適当とされたことから、ガイドラインの改正を検討しております。

2.改正の概要です。まず1つ目、重複になりますが、脳幹反射の消失が確認できない場合に行わなければならない補助検査として「脳血流の消失」を追加した改正に併せて、ガイドラインの第8の1(1)にも「脳血流の消失」を追加します。そして、2つ目の○です。こちらも重複になりますが、施行規則第2条第2項の改正に併せて、ガイドライン第8の1(3)に、脳死判定において確認する努力義務を課す事項として「脳血流の消失」を追加します。そして3つ目の○、ガイドライン第8の1(2)において、無呼吸テストに関し、対外式膜型人工肺の装着時に脳死判定を行う際には、Sweep gasの流量を低く調整することで自発呼吸の消失の確認が可能であることを追記します。その他の所要の改正も予定しております。事務局からは以上です。

○磯部委員長 御説明は以上ですが、この報告につきまして、御意見等を頂きたいと思っております。いかがでしょうか。坂本委員、御発言をお願いします。

○坂本委員 公立昭和病院の坂本です。聞こえますでしょうか。

○磯部委員長 大丈夫です。

○坂本委員 ありがとうございます。今、御報告いただきました脳血流の消失を、法的脳死判定の基準の中に盛り込むことについては、長年この件について研究してきた自分としては賛成です。その中で1つ、ちょっと誤解を招くかもしれないというところは、高位脊椎損傷の方が脳死判定ができない理由というのは、瞳孔径や脳幹反射を見れないことより

も、主として、呼吸筋麻痺によって無呼吸検査が難しいという、呼吸の消失、ここで言う
と第5号に關与するところが問題になることが多いように思うのですが、高位脊髄損傷に
ついて、「2号若しくは3号」ができない場合のみであり、5号を含めていないというの
は、もしかしたら少し誤解を招くのではないかなと思って、ここに關していかがかとい
うのが私からの質問の1つです。よろしくお願ひします。

○磯部委員長 それは、有賀参考人、お答えいただけますか。

○有賀参考人 今お話の件は、そういう場合もあるかとは思いますが、本件の話の基本
的な筋は、資料1の2枚目のA4の横の、法的脳死判定①②以下が並んでいる四角い図が
ありますが、その③の、③は対光反射、角膜反射、それから眼球頭反射、前庭反射、咽頭
反射、咳反射、毛様脊髄反射とありますので、この眼球頭反射、つまり、もし医師でない
方で、眼球頭反射ってどうなっているのかなという話をしようとするれば、例えば、皆さん
が真っすぐ前を向いて、そのまま首を左に振る、また首を右に振るということをしたとき
に、目玉そのものは真っすぐ前を向いたままです。つまり、この反射について、首を、患
者さんは寝たままになりますが、頭側に術者が、術者というか試験する人が位置して、そ
して患者さんの頭を右に向けたり左に向けたりする。そのときに眼球は上を向いたまま
であるというものが眼球頭反射で見られるわけですが、脳死患者に關して言えば、そのよう
な反射はなくなっているので、ただ単純に目玉が左を見たり右を見たり、首と一緒に動い
てしまう、こういうことでもあります。ですので、そのことをもし見ようとするれば、頭と首
の付け根と言うか、頸椎の高い水準で外傷があれば、本件については危なくてできないと
いう話であります。そのときに、眼球頭反射ができる、できないという状況において、無
呼吸テストがどうかという話は、もし坂本先生が言うようなことがあれば、それはそれで、
CO₂を高くしてうんぬんかんぬんという話の中で、呼吸筋は、呼吸をつかさどる筋肉は磯
部委員長神経ですね横隔神経や肋間神経から、幾つかの神経で面倒を見てもらっています
ので、そういう意味では、坂本先生の言うようなことも場合によってはあり得ますが、基
本的には、今、私がお話した眼球頭反射に關連するような観点で私たちの議論は進んだと、
こういう話です。

○磯部委員長 坂本先生の御質問に答えていると思いますが、いかがでしょうか。

○坂本委員 坂本です。今のご説明で理解できました。眼球頭反射に關わる部分で脳死判
定がの困難ということで、呼吸筋麻痺時の無呼吸検査については、また別途考えるとい
うことで理解しました。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。

○事務局 小笠原委員が手を挙げております。

○磯部委員長 小笠原委員ですか、どうぞ。

○小笠原委員 中身は何の異存もありませんが、この省令を見ると、公布が12月上旬で、
施行が1月1日、それから、ガイドラインを見ても1月1日です。今、私はJOTの理事長
をやっていますが、現場にはこの話が全く行っていないくて、私は今、調べたのですが、例

えば、東京新聞とか北海新聞等でもう報道されています。何が起きているかと言うと、現場のコーディネーター、都道府県、これはどういうことだという質問がガンガンいっているのです。JOT も、それから現場のコーディネーターもこのことを知りませんので、これは一体どういうことなのかということを知りたいというところがあるので、このレクチャーをやっていたら、1月1日にこれをやられていたら、現場としては無理です。私ははっきり言いますが、JOT の理事長として、1月1日の施行はできません。これをちゃんと考えていただきたいということです。

○磯部委員長 要するに、タイムスケジュールの問題と。

○小笠原委員 そうです。そういうことです。

○磯部委員長 事務局の方にかかっていますが、これは確かに1月1日の施行と書いてありますが、今後の手順とロードマップについて御説明いただけますか。

○事務局 事務局より御説明します。先ほど私、資料2を用いてお話させていただきましたが、今後のスケジュールとしまして、まず省令の改正をさせていただき、それに準じて、ガイドライン、運用指針を改正させていただくこととなります。それを踏まえて、実際に現場で運用するための法的脳死判定マニュアルを、様々な知見を集めつつさせていただくこととなります。既に、実は脳血流の消失を確認して、法的脳死判定、補助検査として脳血流の消失を確認した事例もありますが、そういう事例も集めながら、全国的な運用というのはマニュアルの改正からさせていただくと認識しておりますので、喫緊すぐに、この運用を現場にやっていただくということは我々として考えておりません。

○磯部委員長 そうすると、小笠原委員の御懸念の、現場のコーディネーター等への周知期間はどれぐらい見込まれますか。

○事務局 改正の種々の時間を頂くということと、それから、法的脳死判定マニュアルに関しては、もともと厚生労働科学研究費の成果物として、同様に、次年度からの厚労科研で、この改正について御検討いただくこととなります。具体的には、脳血流の消失の具体的な方法であったりとか、あるいは、先ほどのECMOのSweep gasの流量であったりとか、そういうこととなります。現場も脳死下で臓器提供の御希望があるが脳幹反射が確認できない等の方がいらっしゃいますので、なるべく急いでさせていただくことは考えておりますが、そんなに早い期間でできるとは考えておりませんので、ちょっとお時間を頂くことになるかと思えます。

○磯部委員長 具体的な日程については、難しいようですが、数箇月とかそんな感じで考えてよろしいのですか。

○事務局 そのように想定しております。

○磯部委員長 その間に、現場への周知が可能であろうとお考えでしょうか。

○事務局 数々の改正がありますが、その改正について、例えば学会と協力したりとか、あるいは、我々の広報の手段で周知したりとかそのようにさせていただいて、現場の皆さんがお困りにならないように、かつ、御提供の意思を確実に酌み取るようにさせていただ

きたいと思っております。

○磯部委員長 小笠原先生、いかがでしょうか。

○小笠原委員 是非、現場への説明と、多分これ、コーディネーターは何のことか理解できないと私は思います。これは、割と医学的にはかなり難しい話だと私は思います。現実には血管撮影をやるとか血流を測るってどういうことということが、恐らく現場は混乱すると思うので、それを一番心配しています。あとは逆に、これに慣れている人は、あっ、これが出たのならやっていいじゃないってなってしまって、勝手にやられるという言い方が正しいかどうか分かりませんが、これはもし1月1日だとしたら、マニュアルが出たのもうやっていいよねということで、それで判断するようなことは起こらないのでしょうか。逆にそういうこともあり得ると思うのですが、専門家であればあるほど。

○磯部委員長 いかがでしょうか、事務局。

○事務局 既に実は、脳血流の消失を確認した事例もあるにはあるのですが、やはり、この脳血流の消失というものを確実に判定していただく、判断していただくためには、そのための標準化ということが必要だと思います。やはり、マニュアルというものができてからさせていただくというのが妥当であろうと考えておりますので、現場には少々お待ちいただくことになるかと思えます。

○小笠原委員 分かりました。そうしたら、待つということを是非、現場にも伝えていただかないと、恐らく現場のコーディネーター等は困るのではないかと。是非、その辺のところも現場に周知をお願いします。以上です。

○磯部委員長 おっしゃるとおりだと思います。事務局、その辺りを踏まえて、適正に齟齬のないように進めていただきたいと思います。ほかに御意見ございますか。

○横田委員 横田ですが、よろしいですか。

○磯部委員長 横田委員、どうぞ。

○横田委員 ありがとうございます。今、小笠原委員、それから委員長の磯部先生も言われたように、JOTのほうもそうなのですが、脳外科や救急の現場は、正にこの脳血流の評価というところを待っていたわけですが、周知のほうをきちんとしていただきたいと思います。現場の混乱のないように、メディアが先行するというようなことは結構、現場では混乱を招きかねないので、その辺は十分、周知のスケジュールを見極めて対応していただきたいと思います。以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。ほかはいかがでしょう。意見がないようであれば、これで手続を進めていただくことになると思います。判定基準の方法の変更ということですので、現場の混乱がないように、事務局としては周知徹底しつつ慎重に進めていただくということをお願いします。ありがとうございました。

引き続き、議題2、臓器提供者(ドナー)適応基準の改正について、まず、山永参考人より御説明いただきます。

○山永参考人 熊本赤十字病院移植外科の山永と申します。

○磯部委員長 どうぞ。

○山永参考人 どうぞよろしくお願いします。私のほうから、日本移植学会より、肝臓以外の臓器移植に関して、HBc 抗体の測定をお願いしたいというところと、あとは、臓器提供者の場合には、移植の適応を慎重に検討する旨の要望というのを outsas せていただきましたので、臨床学会の感染症委員会の委員としてお話を outsas せていただきます。資料 4 の改正の経緯のマルポツの 1 番目に当たりますが、現在の臓器提供者(ドナー)の適応基準におけます B 型肝炎ウイルスに係る検査の実施につきましては、「臓器提供者(ドナー)適応基準」及び「眼球提供者(ドナー)適応基準」に従って実施されております。現行の適応基準に従いますと、肝臓の臓器提供者においては、必ず HBs 抗原及び HBc 抗体を測定するとなっておりますが、肝臓以外の臓器提供に関しては、今現在の基準におきましては、HBc 抗体を必ずしも測定しないとなっております。

マルポツの 2 番目に移ります。今般、一般社団法人日本移植学会感染症対策委員会から、「HBc 抗体陽性の HBV 既往感染ドナー(肝臓以外)からの臓器移植における HBV 感染予防のための診療指針」を令和 5 年 10 月 1 日に公表 outsas せていただきました。それに先立ちまして、参考資料 6-2 にも当たりますが、そちらのほうで、肝臓以外の臓器においては、HBV の既往感染がある HBc 抗体陽性のドナーさんからの移植において、1.6% の伝播が疑われるケースがあったということがありますので、これまで肝臓以外の臓器では HBc 抗体は測定されていませんでしたが、肝臓以外の臓器の移植に関しても、HBc 抗体陽性の臓器提供者の場合には移植の適応を慎重に検討して outsas けていただきたいということで、移植学会として要望 outsas せていただいております。私からは以上です。

○磯部委員長 御説明ありがとうございます。事務局のほうで説明 outsas てください。

○事務局 事務局より、この御要望を受けての改正の内容について御説明します。この眼球提供者(ドナー)の適応基準は健康局長通知ですが、この両適応基準の肝臓以外の臓器の臓器提供者(ドナー)の適応基準につきまして、あるいは、移植の適応を慎重に検討する必要のある状態として、HBc 抗体陽性を追加する。また、その他所要の改正を行うことを予定しております。具体的な改正については、以下にお示ししております新旧対照表で御確認いただけたらと思います。心臓、肺、心肺、そして腎臓、脾臓、小腸、そして眼球提供者です。事務局からは以上です。

○磯部委員長 学会のレコメンデーションに基づいて、肝臓以外の諸臓器の移植について、HBc 抗体陽性のドナーについて慎重に行うという説明だと思います。御質問、御討議ございますか。いらっしゃらないようですので、これは事務局の提案どおりで進め outsas せていただきたいと思います。ありがとうございます。

引き続きまして、議題 3 に進めていきたいと思 outsas います。事務局から報告をお願いします。

○事務局 共有できておりますでしょうか。ありがとうございます。では、事務局のほうから、国内の移植医療施策の推進に向けた取組についてお話を outsas せていただきます。まず、今年度の臓器提供状況の推移について御説明 outsas せていただきます。今般御説明 outsas せていた

だいているところですが、令和4年度の脳死下の臓器提供数は、過去最高でした。脳死下・心停止後臓器提供の総数は、平成20年度に続き過去2番目に多いというところでしたが、令和5年度4月から10月末時点の7か月間ですと、脳死下の臓器提供、これは臓器の摘出に至らなかった方も含まれますが、68名の方が法的脳死判定が実施され、そして、10名の方の心停止後臓器提供がありました。昨年度より少し早いペースで進んでいるかなというところですよ。

15歳未満の方からの脳死下での臓器提供数の推移について御説明させていただきます。昨年度は、令和元年度と同等の臓器提供数でしたが、令和5年度の10月末時点で、つまり7か月間で15名のお子様からの臓器提供がありました。その月別の推移を下の表に示していますが、昨年7月21日に臓器の移植に関する運用指針(ガイドライン)の改正が行われ、8月1日から運用されたところですよ。そこから周知の期間を少し頂きましたが、今年度に入りまして、お子様からの臓器提供が増えてきたところですよ。虐待の扱いの整理がされたところですよ、恐らく事例の様子からも、その虐待の運用がうまく現場の中で行われたと認識しております。

そして、この2つが今年度の臓器提供の推移の御説明でしたが、ここからは、今般ずっと先生方に御協議いただいております国内の移植の推進に係る課題について、もう一度御説明させていただこうと思っております。我々事務局として3つの課題を考えております。

(1)臓器提供施設の地域偏在と絶対数不足です。現在、私どもは国庫補助事業で、臓器提供施設連携体制構築事業というものをさせていただいておりますが、この拠点施設、臓器提供のノウハウの供与や人材の派遣等を行う臓器提供の経験が豊富な施設は当時、令和4年度は14施設、現在17施設ですが、にとどまっており、東北、北陸、四国が空白地域であります。また、前回の7月6日、第64回の臓器移植委員会では磯部委員長より、東京23区、大阪、そして四国に拠点が無いというのは今後、拠点を設置するように進めてはどうかという御提案を頂いたところですよ。また、過去に臓器提供の経験があるものの複数回の提供に至らない施設であったり、今後体制整備を希望しているものの臓器提供の経験が無い施設が大体300弱あり、こういう施設、臓器提供の可能性があり、臓器提供の希望がある患者さんがいらっしゃるにもかかわらず、臓器提供の経験ができない施設に対して、どのような支援を行っていくかということが1つ課題であると考えております。

(2)臓器移植施設における救急科と移植関連科の院内及び地域での連携の強化です。臓器移植施設において、救急・集中治療科と移植関連科の連携が乏しいとの意見がありました。また、移植施設において、医療者に対する移植医療の普及啓発が十分でなく、臓器の提供に関する意思が尊重されていない可能性があることも指摘されております。この御意見を踏まえ、いかに院内及び地域で、移植医療の普及啓発、臓器提供・移植、この一連の医療の普及啓発を行っていくかということが課題であると考えております。

(3)臓器提供の意思の共有と医療機関における選択肢の提示ですが、臓器提供の意思について、提供したい・したくないのいずれかの意思が決まっている方は63.8%。その内

訳は、したいとおっしゃっている方が約 40%、したくないとおっしゃっている方が 24% である一方、実際にその意思を表示されている方が 10.2% でした。これまでに家族や親しい方と臓器提供についてお話をしたことがある方が 4 割 3 分というところですので、いかに親しい方、御家族と終末期の 1 つの選択肢である臓器提供についてお話いただくかというこの普及啓発を進めていくところですが、もう 1 つ、やはり近年、家族からの申し出ではなく主治医等からの臓器提供の意思確認がきっかけで臓器提供につながった事例が 8 割程度を占めているというところからも、医療者からの臓器提供に関する情報の提供が重要であろうと考えております。

これを踏まえ、前回の第 64 回の臓器移植委員会で、外園委員より、選択肢提示に関して積極的に取り組んでいる 3 施設、筑波大学、九州大学、岡山大学の御意見を聞いてはどうかという御提案を頂きましたので、その 3 施設から参考人として、今日おいでいただいたところです。事務局から以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。議論につきましては、参考人のプレゼンテーションが終わった後で、まとめてお受けしたいと思っております。では、引き続きまして、筑波大学附属病院の取組について、平井参考人に御説明いただきたいと思っております。お願いいたします。

○平井参考人 筑波大学附属病院で院内コーディネーターをしております臨床心理士の平井と申します。どうぞよろしくお願いいたします。スライドをお願いいたします。筑波大学附属病院は、茨城県にある国立大学病院で、特定機能病院となっています。次をお願いいたします。当院ですが、こちらのスライドに臓器提供事例数をまとめてみました。実は、当院は臓器移植法が改正されても、しばらくなかなか臓器提供が出なかったのですが、2016 年から数をコンスタントに上げています。これは、ひとえに医師、特に救急医が選択肢提示をしていった結果です。その医師というのは、ほかの施設で臓器提供を経験した医師が異動して、複数人そういう医師が集まったところで、こういう臓器提供をしていくというよりも、意思確認をしっかりしていく環境ができて、2018 年からしっかりと院内体制を整備していこうということになりました。

次をお願いいたします。こういった継続的な臓器提供を可能にした一番の要因は、先ほども言いましたが、医師による選択肢提示です。救命を一生懸命したのだけれども、救命が不可能という状態になったときに、主に救急の医師が最後まで治療の継続を一生懸命していくか、ある程度差し控えていくか、また中止するか、その中に臓器提供もあるという形で、全て臓器提供の意思確認というよりも、救命が難しくなった最後の最後まで医療者ができること、御本人そして家族が望んでいることを確認し合うというところを一番大事にしています。これは、全ての患者さんの尊厳を最後まで守るために、医療者ができることとして当院で取り組んでいる次第です。

こちらは参考ですが、筑波大学だけが増えているわけではなくて、茨城県全体の臓器提供の数です。特に 2022 年、2023 年を見ていただきたいのですが、筑波大学から、県内で

すが、今まで臓器提供をしていないほかの病院に医師が異動して、茨城県としてこのようにコンスタントに数が増えています。その医師も、臓器提供の前に、患者さんの最後の意思を確認したい、そういう思いで、新しく赴任された病院で関わっていらっしゃいますので、茨城県としてこういう形で、コンスタントに数が出ているという結果になっています。

次をお願いいたします。選択肢提示の流れですが、医師が一生懸命救命されます。しかし、救命が難しいというところ、脳死とされうる状態の判断となったときに、院内コーディネーターに相談が入ります。後でお示しいたしますが、筑波大学附属病院では、医師、看護師、臨床心理士、7名の院内コーディネーターがおりますので、特に身近にいる救急の医師、院内コーディネーターに相談が入り、また私のほうにも入り、茨城県のコーディネーターが院内におりますので、そこにも情報提供して、いろいろと連携をとって相談をしていきます。それで、医師から現状の説明をして、家族がそういったことを受け入れられるかどうかをしっかりと見ていただいてから、今後の方針の選択肢提示をさせていただいています。そして、意思決定支援ですが、こちらも病棟の医療に関わるスタッフにも共有して、患者さんの尊厳を守ることを一番にして、こういった流れでやっているのが当院の選択肢提示の流れです。

そういった選択肢提示を支える院内体制として、まず組織を作りました。2018年ですが、臓器提供・移植支援委員会を設置して、診療担当の副病院長を委員長にし、多職種、外部委員も入れて委員会を作り、ここから当院の移植医療の体制を決定していこうというようになりました。院内コーディネーターを配置して、医師が3名、看護師と臨床心理士で連携しながらやっています。

次をお願いいたします。まず、マニュアルの見直しを行いました。当院のマニュアルは、タイムテーブル式になっています。誰が何をいつどうするというのを明確にして、実施した時刻をどんどん書き写す形になっています。こちらは院内のホームページに掲載していますので、事例が発生したら、その場で印刷して皆が持ち寄って、今ここまでやった、誰が何をやるというのを確認しながらやっています。提供が終わったら、これを基に振り返りをして、随時、更新しています。種類としては、脳死下臓器提供、心停止後臓器提供、また脳死下から心停止に急きょ変わったという事例も経験いたしましたので、そういったマニュアルも作成いたしました。これによって、関係者によるシミュレーションもしっかりとやっています。

次をお願いいたします。全入院患者さんに意思表示の確認をしています。こちらは入院の間診票の中に入れたのですが、ただ臓器提供の意思表示をしていますか、していませんかというだけではなくて、あなたの病気や命に対する考え方を教えてくださいというところで、もし回復の見込みがなければ延命治療についてはどう思われますかとか、最後の療養の場はどのように考えていますか、また臓器提供の意思表示をされていますかという3つの項目を入院の間診票、連絡先とかキーパーソンとか、いろいろ書く間診票があるのですが、その中に全入院患者さんに回答していただいています。その回答をカルテにクラ

ークさんが写してくださっています。そして、臓器提供の意思表示があるとなれば、電子カルテのヘッダーの一番分かりやすい所に、移植のシンボルであるグリーンのリボンが出るようにやっています。ですので、このリボンが出たら、医師のほうも臓器提供の意思表示を最後に確認しなければなど思っていただけのように、そのようにやっています。

次をお願いいたします。当院は、インセンティブ制度を設立し、運営いたしました。臓器提供をした所に JOT さんから配分があるのですが、それを病院に入れるのではなくて、関係者にしっかりと配分していこうと考えました。国立大学附属病院に、そういったインセンティブ制度をやっているかどうかを照会させていただいて、その結果を基に、当院で 2021 年から運用を開始いたしました。インセンティブ制度は、診療科であったり部門に配分することにして、配分額は、計算しやすいように定額にしています。ドナー患者管理をした診療科とか病棟という中で、選択肢提示をした医師がいる診療科にもちゃんと配分すると決めました。この金額に対して正直少ないという意見もあり、なかなか使いづらいという意見もあるのですが、こういったことを病院がちゃんと認めて推奨しているという姿勢が大事なのではないかと思って運用しています。

研修も適宜やっています。コロナのときは対面の研修ができなかったので、E-learning のコンテンツを作りました。こちらは、実は関係者の方が見られるように、茨城県内だけではなくいろいろな方にも見ていただけるように、配信もしています。他施設へも紹介していますし、筑波大学ですので、医学生や看護学生、脳死判定のコンテンツも入っているので、臨床検査技師の資格を将来取りたいという学生さんにも周知しています。

コーディネーターの業務も簡単に御紹介させていただきたいのですが、こちらは茨城県が制定している院内コーディネーター設置要綱です。日常業務と臓器提供発生時業務というように分かれてはいるのですが、当院はコンスタントに臓器提供をしているにもかかわらず、専任の院内コーディネーターはおらず、全て兼任のコーディネーターでやっていますので、通常業務との兼ね合いがすごく難しいところはあります。先ほどもお示したように、臓器提供が発生しなくても選択肢提示が出たときに、その前からいろいろ相談を受けていますので、臓器提供が起これなくてもその倍以上、今年になっては 10 例近くの相談を受けて対応しているので、業務の兼ね合いがかなり難しいことを困りごとの 1 つに挙げさせていただきました。ただ、臓器提供だけをしていくというわけではなくて、日常から各部門とのしっかりとコミュニケーションをとっていくことが院内コーディネーターの役割ですので、日常の業務からできることが臓器提供が起こったときにつながるのだという意識でやっています。

患者さんの家族の御支援なのですが、当院は院内コーディネーターだけでなく、病棟スタッフもすごく一生懸命やっています。入院中ですが、もちろん IC 同席もさせていただいて、意思決定支援もさせていただいています。ふだんから御家族の様子は、病棟スタッフとしっかりと連携をとりながら情報共有しています。法的脳死判定の立ち合いと書かせていただきました。私は臨床心理士で、法的脳死判定を見るときに、御希望があれば患

者さん家族にも立ち会っていただくのですが、これは本当に大切な儀式の1つだなと感じています。

皆さんも御経験のある卒業式とか成人式も1つの儀式ですよ。心理学的によく言われるのですが、自分の今いる所から1つ違ったステージに行くときに、そういった儀式は人類の中でいろいろな所で行われています。それは、法的脳死判定にすごく当てはまるのではないかなど。法的という名前がある中で、やることはしっかり決まっています、厳かに粛々と医療者が行っていく、それを家族がしっかり見守っていく。見守られる中で、患者さん家族の中でそれまで1つも涙をこぼさなかった御主人が涙を流されて、ああ、もうあちらの世界に行ってしまうのだなと言われたこともありましたが、50代のお父さんが脳死となったときに、高校生と大学生のお子さんがいらっしやったのですが、大学生のお兄さんがしっかりと1回目の法的脳死判定に立ち会って、2回目のときに、下の高校生のきょうだいのほうにも立ち会うように勧めていたのです。これは大事なことから、しっかり見ておいたほうがいいよと言って、2人で手をつないで、しっかりと両目を開いてお父さんの最期を見届けていたというのがすごく印象的でした。なので、そういった立ち合いというところでも、御家族の支援にしっかりなるのだなと思っています。

また、ICとかそういった場面だけではなくて、ベッドサイドや患者さん家族の控室にもよくお邪魔させていただいていますし、家族の希望はできるだけ聞いています。コロナのときでも面会は許可して、自由なときというようにしていました。感染対策はしっかり執って、ちゃんと面会も家族の希望どおりにしていましたし、小児のお子さんのときは、手術室でその子がすごく好きだった音楽をBGMで流すとか、そういったこともしています。摘出手術が終わって、帰室のときなのですが、院内コーディネーターが手配してくれるのですけれども、そのときに関係者、移植医の先生にもお願いして、オペ室からICUに戻るときは、そこにいる全ての医療者に患者さんの搬送に立ち会ってもらっています。ICUに帰室したときに、御家族がいるときもあるし、いないときもあるのですが、最後まで医療者がしっかりと御家族にお渡しするというところはさせていただいて、御家族もその辺りはすごく喜んでくださっています。

エンゼルケア・術創の確認も、病棟スタッフにもしっかりやっていただいていますし、私も随時、御家族の面談をさせていただいています。特に小児の場合は、小児専門の臨床心理士がいますので、御入院の間からお父さん、お母さんに関わってもらって、退院したら御家族と病院、医療機関は切れてしまうので、それがないように入院中からIDを取って精神科の外来も予約を入れてしまって、退院して何もないとすれば外来には来なくていいけれども、やはりつらいとか、何かあったらいつでも来てくださいねというような、そういう先を見据えたケアもさせていただいています。

次をお願いいたします。入院中だけではなくて、退院後もしっかりと御家族の気持ちを聞く場はあって、私も面談をしていますし、小児担当臨床心理士の面談もしています。また、当院は遺族外来や精神科外来がありますので、それにもおつなぎしますし、当院は入

院時にすぐお会計ができるわけではないので、後日お会計に来院していただくこともありますから、そのときに必ずお声掛けするようにしています。あと、去年やったのですが、感謝状授与式というのを当院で行いました。厚生労働大臣や茨城県知事から感謝状がその後送られるのですが、御希望によっては来院していただいて、可能な限り院内コーディネーターや主治医、事務の人たちもですけれども、関わった人が立ち会った中で感謝状を御家族に授与するというのもしています。

茨城県においては、いばらき腎臓財団さんのほうでドナー家族の心をケアする事業をされているので、それに協力させていただいていますし、茨城県は、県コーディネーターさんが足繁く御家族を訪問してくださっているので、そのお話を聴いて、提供側のスタッフのほうも御家族が元気にされているとか、つらい思いをしながらもしっかりと未来を見据えていらっしゃるというお話を聴くと、私たちが救われる思いがするところなんです。そういった形で、当院は臓器提供の体制を整えています。患者さんの尊厳を守るために、そして御家族の未来にも寄り添うために、そういった中でやっているのが私たちです。

これは、救急の教授ともよく話し合うのですが、選択肢提示をするときに、やはり本人の御希望が分からないとすごく悩まれます。その悩みに私たちはとことん付き合うのですが、やはり難しいなと思うときもあるんです。私たちが患者さん一人一人の生き方を尊重したいし、選択肢提示で行われる選択は、その患者さんが望む生き方の延長線であってほしいと思っています。いざというとき、御家族が判断するのが難しそうなこともあるので、そういった苦悩がないように日常で御家族又は大切な人と自分の生き方を話し合っほしいと思います。「山の日」とか「海の日」があるように、そういう一日があればいいなと思うんです。臓器提供にかかわらず、「わが人生を考える日」があれば、もっと皆さん一人一人が自分の命、生き方を見ていけるのではないかと思います。以上です。

○磯部委員長 平井参考人には、筑波大学における院内体制について、非常に分かりやすい言葉で御説明いただきました。平井参考人に何か御質問があれば、ここでお受けしたいと思います。賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 賀藤です。ありがとうございます。大変素晴らしい試みをされているので、大変感心いたしました。1つお教えいただきたいのが、スライドで全ての入院患者への意思表示確認を行っているという御説明があったのですが、例えば認知症の患者さんとか、知的障害といったいろいろなレベルの患者さんがいらっしゃったり、あとは、意思表示の困難な方がいらしたり、10代の小児がいる場合、その人個人がきちんと自分の意思を表示するサポートシステムは、どのようにされておりますか。

○平井参考人 サポートするシステムですが、グリーンリボンが出ますので、その患者さんについては、実は意思表示をしている、していない、分からないの3つなのですけれども、意思表示をしているという中に、提供したくないという意思表示も含まれています。そういう場面になりましたら、院内コーディネーターにもしっかりと相談していただいて、選択肢提示をしっかりとさせていただくようにというように周知はしております。

○賀藤委員 ありがとうございます。というか、するしないの意思表示が、いわゆる周りの方の誘導によって表示されたのではなくて、患者さん本人、いわゆる知的レベルがいろいろある、認知症の方もいらっしゃる。その場合に、そうではない第三者が見ても、この患者さんがこのようなサポートでされたことで、その患者さん自身の意思だと何人かで担保したほうがいいのかと考えたものですから。

○平井参考人 当院はそこまで細かい所は決めていなくて、実際、認知症であったり障害を持たれている方というところで、年齢もありますし、そういうところで選択肢提示のときに臓器提供の話というのは、ちょっとこの方は当てはまらないですかねというようなことは、院内コーディネーターからお伝えすることはあります。

○磯部委員長 続いて、小笠原委員から御発言をお願いいたします。

○小笠原委員 シンプルな質問です。今言われた中にメディエーター、今、メディエーターは国で保険点数が取れますが、メディエーターは活用されている、あるいは、おられるのでしょうか。

○平井参考人 本当にお恥ずかしいところなのですが、当院はまだメディエーターの加算が取れていないのですけれども、私が医療メディエーターとしても 10 年以上院内におりますので、要望がありましたらメディエーターとして入ることもあります。

○小笠原委員 ということは、資格の有無は別として、メディエーターというのを病院としてちゃんと認めているからその活動ができると、そういう理解でいいわけですね。

○平井参考人 そうですね。メディエーターの加算は取れていないけれども、実際のメディエーターであったり臨床心理士であったり、そういった人が今、そういった役割を担っているというところですよ。

○小笠原委員 分かりました。ありがとうございます。

○磯部委員長 続いて、米山委員からお願いいたします。

○米山委員 米山です。発表ありがとうございます。1 つ確認したいことがあります。選択肢提示の所のスライドなのですが、救命が不可能な状態と診断されたとき、そこですね。このどの段階で患者さんの家族のケアを開始されるのか。今の発表を聞くと、どうしても臓器提供ありきの家族のケアというように感じてしまって、あくまでもメディエーターとか、医療的な家族のケアの目的というのは、終末期のケア、ICU や突然の事故によって戸惑う家族のケアが重要なのであって、臓器提供するためのメディエーターではないというところが非常に重要だと感じておりますが、お願いいたします。

○平井参考人 私もそう感じております。発表で言葉足らずなところはあったと思います。日常の業務として ICU のスタッフであったり、心理士であったりというのが救命のところからずっと関わっております。そうした流れでの臓器提供となっておりますので、臓器提供があるなしにかかわらず、スタッフのほうでずっと関わらせていただいております。

○米山委員 もう 1 ついいですか。

○磯部委員長 どうぞ。

○米山委員 提供後も面談があったり、フォローしていくシステムができていて、必要があれば精神科でもフォローできるということが本当にいいシステムだなと思っております。できれば、どの医療機関でもドナー家族の提供後のケアを、医療からどうしても切り離されてしまうので、していただきたいというのが1つ希望としてありますし、できれば移植支援室でドナー家族のフォローをどの施設でもできるようにしていただければと思います。以上です。

○平井参考人 ありがとうございます。

○磯部委員長 ほかにはいかがですか。お手が挙がっておりませんので、よろしければ先に進めたいと思います。平井参考人、どうもありがとうございます。事務局、是非これはいろいろな方がお読みになれるような形で広めていただきたいと思います。

○事務局 承知いたしました。

○磯部委員長 続いて、九州大学病院の取組について、賀来参考人に御説明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。

○賀来参考人 よろしく願います。九州大学病院で小児救急をやっております賀来と申します。本日はこのような機会を頂き、誠にありがとうございます。私自身は、当院の中での院内ドナーコーディネイト委員会というものがあり、そこでの委員長もやっておりますので、そういった立場からお話をさせていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

私の働いている救命救急センター集中治療部ですが、常勤 28 名のうち、小児をベースにする人間が私を含めて 8 名いるという、小児に力を入れている施設でございます。私の働いている所は ICU がトータルで 22 床あり、救急で来る患者さん、その他、術後・院内急変の患者さん等、全ての集中治療が必要な患者さんは、この 22 床に入ってくるというところです。その中に 6 床、小児集中治療室である PICU があり、小児救命救急センターということで活動しているところです。

今回、私からのお話としては、臓器移植施設として、そして、小児を診ている施設としての立場からお話をさせていただけたらと思っております。特に、小児の臓器提供、臓器移植に関しては、臓器移植を受けて生きることができる子供たち、その一方で、受けられずに助けられなかった子供たち、こういったお子さんたちを診ている中で、臓器提供を選択する子供たちも診ている。そういった立場からのお話になると思います。

当院での臓器移植ですが、肝臓、腎臓をはじめ、いろいろな臓器移植が行われております。これは 1996 年からの肝臓の臓器移植になりますが、小児に関しても上に載っているように、数が年々増えてきている状況を御覧いただけるかと思っております。腎臓に関しても御覧のようになっております。もちろん、肝臓、腎臓ともに生体が多い中で、脳死あるいは心停止から臓器を提供していただくこともございます。

心臓に関してもまだ小児は 1 例ですが、臓器移植が行われ、小腸移植も行われています。こういった数ですが、トータルすると、ここ最近では年間で 100 例以上の方が臓器移植を受

けて退院していく状況です。そういった臓器移植施設の中での臓器提供というところをお話していきます。お子さんに関しても、急性肝不全で意識が全くないような状態で来られ、その中で肝移植を受けて元気に歩いて退院できるようなお子さん、そういった方々も我々は現場で見ているという状況です。

ただ、その一方で、臓器提供を受けられずに助けられなかった子供たちも間近に見てきています。これは、ICU で左心補助装置を付けて心臓移植を待っていた小学生の女の子が作った花です。花びらも色を染めたりして頑張って作っていました。これは母の日に渡そうと、この子がこっそり院内学級の先生と作っていたのですが、残念ながら、この子は脳出血を起こしてしまい、自ら渡すことは叶わなかったという、そして、最後、亡くなられてしまうという悲しいお子さんたちのことも経験している現場です。

そういった中で、臓器提供を選択する子供たちも経験しております。これからのお話は臓器提供に関してですが、これは我が国の臓器提供の件数ですが、当院での臓器提供の数は、大きな施設に比べると、そんなに多いわけではございません。2002 年に一番最初の心停止後の臓器提供があり、その後、脳死下が 2010 年にあり、しばらく間があいてという状況になっております。トータルで心停止下・脳死後ともに 7 例ずつ、10 歳以下の小児が 1 例ずつという数です。

これまでの経過ですが、脳死下の臓器提供は、10 年少し前に当院でもございました。このときは、主治医とその周りの人たちが何とか頑張りを続けて臓器提供に至ったという経験がございます。やはり、これは先ほどもお話がありましたように、1 回は臓器提供されていますが、複数回されるような施設が多くはないというのは、こういった、周りもかなり疲弊したというところもあり、やはり、臓器提供はちょっとという形で、心が折れてしまっていたところが正直あったと思います。

そんな中で、私どもが経験したお子さんが一人おり、その患者さんの紹介をします。救急ですから突然やって来るわけですが、中学生で、もともと持病のない生来健康な方が、学校で運動中に突然頭痛を訴えて、意識消失で倒れて救急搬送されて来ました。CT を撮りますと、御覧のように脳幹部の出血があり、脳外科としても手術ができる場所ではないということで ICU、集中治療室で様子を見ましたが、脳幹反射も消失する状況で、脳死という状況でした。私から病状説明し、その当時、私から脳死という言葉を出していなかったのですが、お父様から「脳死でしょうか。臓器提供できますか」と聞かれました。担当医である私は「できます」と、小児なので、いろいろとクリアすべき課題はありますが可能ですとお話しました。当然、九大病院もできると思っていたのですが、結局、臓器提供はできませんでした。この後述べますが、院内体制等が整っていなかったということで、こういった御希望を叶えられなかったことがございました。

私が発してもいないのに、このお父様は、なぜ、脳死、臓器提供という言葉が出てきたのかなと思い、いろいろと伺いますと、以前、お父様自身は脳死の方から臓器移植を受けられた方ということで、非常に理解のある方だということが分かりました。そういったお

父様を見ていたお子さんだったので、きっと臓器提供のことも考えていたのではないかと、今となっても思うわけです。

さて、その体制ができていなかったことに関して、児童からの場合はここに示していますように、虐待防止委員会等の、虐待を受けた児童への対応のために必要な院内体制が整備されていること。そして、そのマニュアルが整備されていること。そしてまた、倫理委員会等の手続が経られるようなマニュアルがあることが定められており、当時、当院では恥ずかしながら無く、本当に、悲しいというか、もう悔しい、恥ずかしい思いをした状況でした。なので、しっかり体制を作らなければいけないと、「臓器提供への道」という様々な取組をやってまいりました。

そもそも振り返ってみると、なぜ、小児に関して臓器提供ができていなかったのかということで、その当時、過去5年間の小児の脳死と考えられた症例を調べてみますと、小児集中治療室、PICUに入る症例のうち、亡くなる方が約5%で、また、全体の入室の1%、14例が脳死の状況であったことが分かりました。この内訳ですが、半数が院外心停止、原因は御覧のように様々ですが、入って来られるお子さんは、その他、脳出血、脳腫瘍、急性脳症等、御覧のような原因で入って来られて、それぞれに臓器提供ができたかどうか、あるいは選択肢提示が行われたか、そして、その中で提供意思があったかを振り返ってみます。

臓器提供の可否については御覧のように、○が臓器提供が可能であったらという症例ですが、当時は、知的障害、発達遅滞の方は臓器提供できませんでしたので、できないと判断されましたが、御覧のように、臓器提供ができたであろうという症例が幾つかございました。その中で振り返ってみますと、そもそも臓器提供できる状態だったのに選択肢提示すらできていなかった症例もございました。

これは一番最初に提示した症例ですが、そのほかにも、選択肢提示で提供意思を頂いていたにもかかわらず、虐待の除外、倫理委員会の手続をしている間に亡くなられてしまったという症例もございました。もう1つの症例は、心停止後の臓器提供ということになりました。こういった問題点を課題として考え、では、何をしたらいいかということで、御覧のように、小児からの臓器提供のマニュアルを作ったり、虐待対応・倫理委員会の迅速化等を行っていくことになりました。

一つ一つについて御説明いたします。臓器提供マニュアル、現在もいろいろな施設で小児に関してもしっかりとできていると思いますが、小児に関する事項を、先ほどの虐待の除外、倫理委員会等に関して、しっかり項目をフローチャートに入れるようにしました。その虐待対応・倫理委員会ですが、小児では必須とされていますが、特に、大学病院や大きな病院となりますと、委員長が大学教授の先生であったり、あるいは、いろいろな立場の方が入られますが、なかなか人が集まらないこともございます。休日開催が困難ということで、いろいろ見ると1年の約3分の1は開催困難で、急いでの開催が難しく、それに対応するためにバックアップメンバーという、代理委員をあらかじめ決めておいて、正規の

委員が対応できない場合はバックアップメンバーにすぐ声を掛ける。あるいは、会議の前にメールでも情報共有できる、審議ができるような形を作ることで、休日、お盆、お正月でも委員会が開催できるような仕組みを作りました。

次に、院内ドナーコーディネーター委員会というものを作りました。これは、最初にお話したように、主治医の負担はかなり大きいものがございますので、院内ドナーコーディネーターというものを作り、脳死判定あるいは脳死とされうる状態の判定のサポートをしたり、院内での啓発活動、あるいは臓器提供上の連携・連絡体制をしっかりとやっていきたいということで作りましたが、作ろうとした際にもいろいろな声がありました。

中には、「もう病院内にコーディネーターはいるでしょ」と言われましたが、当院は臓器移植をやっていますので、レシピエントのコーディネーターはいますが、提供側のコーディネーターはいない状況でした。あるいは、九大病院は臓器移植をする病院なのだから「臓器をください」なんて言えるわけないでしょとおっしゃる方もおられ、「臓器をください」なんて全くそんなつもりはなく、もし、提供を希望されるのであれば、それをサポートするための委員会であることをお一人お一人に御説明し、何とかそちらの方向でいくことができたと思っております。

ただ、私自身も臓器提供に関しては深い知識があるわけではなかったのですが、このように、設置のためのワーキンググループを作り、ここで臓器移植の経験のある先生方は臓器提供のプロセス等もよく知っていますので、そのワーキンググループに入ってもらい、また、県のコーディネーターにも入ってもらい、どういった委員会、仕組みを作るのが良いかを話し合った上で委員会が発足しました。御覧のようなメンバーで、赤字は院内ドナーコーディネーターですが、救命センター集中治療部の医師、ICU 看護師長、脳外科や神経内科、あるいは脳波検査に詳しい臨床検査技師、生命倫理担当職、ソーシャルワーカーに入ってもらって、委員会を発足させることができました。

実際、この委員会ができて、どのような仕組みになったかということ、これは一般的な脳死の診断から、脳死とされうる状態、法的脳死判定までの流れですが、最初のところは病状説明を含めて主治医がやることとなりますが、その中で選択肢提示を主治医がやるか、あるいは、慣れていない場合はドナーコーディネーターが入って選択肢提示をするという形を作りました。

その後、意思表示があった場合、ここは主治医側としては負担が多いところだと思えますが、脳死とされうる状態の診断、あるいは、関係各科、各部署、あるいは委員会との連携に関してはドナーコーディネーターチームが対応する形ができるようになってきたと思っております。

そして、臓器提供とは少し離れるかもしれませんが、臓器提供を考えるということは終末期医療を考えるということで、先ほどの筑波大学でのお取組を拝聴しましたが、亡くなった後のフォローということでグリーンカードをお渡しして、心配なこと、お話されたいこと、いつでも連絡くださいとお話しております。また、臓器提供も含めてですが、やは

り倫理的に課題がある症例にも遭遇します。

先ほどもお話したように、倫理委員会に掛けようとする、なかなか人がそろわないこともありますので、もう少し現場に近い臨床倫理コンサルテーションチームというものを作ってもらい、その中で、診療当事者のみで判断が困難な事例、終末期、回復の見込みがない状態での治療の中止、ECMO や人工呼吸等を含め、あるいは、心停止後の低酸素性脳症の小児の家族から治療中止の申し出があった場合、どのような対応が妥当か。そういったことを治療に関係しない第三者も含めて話し合っているような仕組みも作ってまいりました。

そういったことをやりながら、実際、患者さんが来られたときに、御家族にどう説明をしていくか、選択肢提示していくかということになります。やはり、救命に全力を尽くすことは大、大、大前提になりますが、病状説明の現場としてきちんと医学的・客観的な事実と見通し、残念ながら、もうこれ以上頑張っても助けられない、いつか心臓が止まるときが来ますということは、しっかりと伝えるということです。脳死の場合は脳死であることをお伝えする。その中で、これからについてということで、できる限りの治療を続ける。無理な負担となるような治療を行わないという選択肢がある中で、臓器提供という選択肢もあることもしっかりお話していこうということで、みんなと話しています。

ただ、私どもは臓器移植施設でありますので、臓器移植することで助かるお子さん、大人も含めているわけですが、だからといって「臓器移植を待っている人がいます」とか、そういった「しましよう」といった立場でお話するわけではなく、もちろん「しないでおきましよう」という立場でもなく、中立的な、Neutral な立場からお話することは、しっかり心掛けております。

また、もし、選択肢提示を行わずに亡くなられたことを考えると、やはり、後になって御家族から「本人は臓器提供をしたいと言っていた」「あのとき臓器提供ができるのだったら教えてほしかった、叶えてあげたかった」という申し出もあるかもしれないです。そういった意味では、臓器提供の選択肢提示というのは、患者さん御家族の最後の希望を叶えるために必要なことだと考えますし、臓器提供というのは人生最後の選択肢・権利だと考えております。

さて、この選択肢提示になりますが、どのタイミングで誰が話すということも非常に悩ましいところと現場では考えております。臓器提供の意思表示に関しては各種カードの記載の確認がございしますが、特に、小児に関しては、本人の意思表示がされていることは希というか、まずないと思います。そういった中で、福岡県ではパンフレットを作ってもらい、見開きのこのようなものですが、回復の見込みのない終末期の方にパンフレットをお渡しするようにして、県の移植コーディネーターから話を聞いてみたいか、聞きたくないか、ただ単に、それだけをまず聞くことから始めて、そこでお話を聞いてみたいというお答えがあれば、詳しくお話するというステップを踏んだりすることもあります。

小児に関しては、成人と同様のタイミングでの選択肢提示確認は、個人的には早いかも

しれないと思っています。お子さんたちはふだんの生活の中で、そもそも亡くなることが想像されていない。そのときに「お子さんは近い将来亡くなります。臓器提供しますか」と言っても、御家族は亡くなることを御理解いただくところまで至らないのが現状かと思えますので、まずは、病状を理解していただくための時間をしっかり作り、それから、臓器提供の選択肢提示をやるように心掛けておりますが、やはり、タイミングは非常に難しいと思っております。

そういったお話を選択肢提示しますと、その中で「誰かのために…」とか「〇〇くんだったら…」とか「誰かと一緒にこれからも…」、そして、またどこかでまだ生きていたいと本人は思っているのではないかと、御家族も生きていてほしいと、そういったお言葉も聞かれたりすることも実際にございました。

とはいえ、臓器提供の選択肢提示、情報提供は、やはり御家族を悩ませることにもなりますし、御両親だけでなく、周りのおじいちゃん、おばあちゃんも含めて、家族もいろいろ悩んで、いろいろな意見が出てきます。その中で我々医療者が御家族に寄り添い、一緒に考える、悩むことも、最後に御本人と御家族に提供できる大事な医療ケアだと私どもは考えております。

このように、「臓器提供の道」と提示いたしましたでしたが、よくよく考えてみると、この「道」というのは「終末期・最後の時間を考える道」ということには変わりないのかなと考えております。九州大学病院での臓器提供と臓器移植に関しては、先ほど年間の臓器移植数をお示ししましたが、御覧のように臓器提供していただいている形になっております。小児でも1例ずつ臓器提供していただき、2016年に院内ドナーコーディネート委員会ができてから、少しずつではありますが浸透していったかなと。臓器提供を1回やると、かなり大変だったという記憶がありますが、これはいろいろな関係科、関係部署、そして、院外の摘出チーム、あるいはJOTの皆さん、コーディネーターの皆さん、いろいろな人が関わる究極のチーム医療だと思います。それをうまくコーディネートできるかが、1例1例、臓器提供をしっかりとやっていくために大事なことはないかと思っております。

そして、やはり負担は大きいです。ただ、お見送りの際に「〇〇病院に届けられた心臓がまた動き始めたそうですよ」と御家族にお伝えすると、「良かったです。ありがとうございました」と言ってくださった御家族もおられました。こういったことは、やはり家族にとってのグリーフケアにもなり、こういったことを聞いた我々医療者にとっても、患者さんを亡くすのは非常に悲しいことではありますが、グリーフケアになっているのかもしれないとも捉えております。

最後に、臓器提供という選択で希望を叶えたい患者さん・御家族は必ずいらっしゃいますので、臓器提供の選択肢提示は終末期医療ケアの1つとしてしっかり捉えてやっていかないといけないことだと感じております。臓器提供の啓発というのは、市民の皆様はいろいろとされていますが、こういった医療に関わる私ども医療者にとっても負担軽減も大事ですが、啓発、声掛けをしていくことが必要なことだと感じている次第です。以上です。

ありがとうございました。

○磯部委員長 賀来参考人、どうもありがとうございます。九州大学病院での臓器提供の取組について、御説明いただきました。賀来参考人に御質問、コメント等がありましたら、挙手をお願いします。米山委員、どうぞ。

○米山委員 米山です。賀来先生、ありがとうございました。質問ですが、選択肢提示について、スライド 38 だったと思いますが、誰がいつするのみたいな話があったと思います。そこで、メディエーターとかは入っているのかというのが 1 点質問と、メディエーターがもし入っているのであったりとか、ほかのスタッフがやっているのであれば、その家族のケアと臓器提供・移植に関する説明は全く別の人がされているのかをお伺いしてもいいでしょうか。お願いします。

○賀来参考人 ありがとうございます。メディエーターさんは入っていただきたいのですが、そういった立場の方がまだ恥ずかしながら当院にはいないという状況です。誰が選択肢提示をするかというところですが、こういった臓器提供できるような形での終末期、脳死を迎えられる方というのは、基本的には ICU の中にいます。ICU の患者さんを診ているのは、ほかの診療科と一緒に私どもになりますので、患者さんに近い立場になるので、ICU の中の院内コーディネーターが御家族に説明をして、その説明のときに ICU の看護師も入っていますので、そこで情報共有しながら、どういったケアが必要かといったことを話し合いながら進めているという現状です。

○米山委員 ありがとうございます。メディエーターがいなくても家族のケアができていく環境というのは、本当に素晴らしいと思いますし、家族のケアに関わるスタッフと移植に関わるスタッフが全く違うほうが、家族への負担は少ないと私は感じていますので、いい取組だと感じています。

最後に、1 点だけ、臓器提供が家族にとってのグリーフケアになるのではないかという御意見がありました。そういう経験になるには、医療者の尽力が必要なところが 1 点と、それがグリーフケアであり続けるためには、社会の理解が必要であること。社会に理解されなければ、臓器提供してよかったのかという疑問を持つ経験をしてしまうこともありますので、正しい普及啓発が必要だと感じています。以上です。

○賀来参考人 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。小野委員から手が挙がっていましたか。

○小野委員 小野ですが、米山委員と全く同じ質問でしたので、結構です。ありがとうございます。

○磯部委員長 分かりました。笠原委員、どうぞ。

○笠原委員 成育医療センターの笠原です。素晴らしい発表をありがとうございます。私も米山先生と同じ質問ですが、手前どもでは終末期、提供しない人のグリーフケアというのは、大変重要だと考えていて、緩和ケア科というのを小児で独立した診療科として持っています。先生たちの所では、そういった取組はなされていらっしゃるのでしょうか。それ

が質問です。以上です。

○賀来参考人 ありがとうございます。緩和ケアは非常に大事だと思っています。実は当院は小児科がんを扱っておりますので、小児緩和ケアチームというのがあります。そこでは、がんのお子さんだけではなく、がんではないお子さんにも対応してもらっているという状況ですので、臓器提供する、しないにかかわらず、回復の見込みのない状態のお子さんのケアの在り方とかも相談させてもらっているという状況です。

実は途中でお話しました、倫理コンサルテーションチームを当院は作りましたが、それも実は小児緩和ケアチームから話が上がってできたもので、やはり判断が難しい症例というのはありますので、院内でそういう機関を作って、倫理的なことも考えていこうという流れになっております。そういう形で緩和ケアの皆さんにも関わっていただいている状況です。

○磯部委員長 よろしいでしょうか。ほかにはコメント、御質問はありますか。よろしいですか見目さん、どうぞ。

○見目委員 平井さん、賀来さん、御説明ありがとうございました。私自身、小学生のときに移植手術を受けた患者で、今は社会人として毎日働いている人間です。御説明いただいた取組の数々、移植を受けた側の患者の1人として、本当に大変有り難く思いました。心折れるようなシチュエーションもあったというお話もあって、多くのハードルがあったであろう中、御尽力いただいて、本当にありがとうございます。

お話を伺って、いずれも現場での温かい医療の体制だったりサポートがあつてこそ臓器提供へつながるのだということころを、改めて感じた次第です。私自身は移植を受けた側の人間ではあるのですが、ドナーやドナーの家族の皆さんには、こういった温かいサポートが是非あつてほしいと、1人の患者として感じました。

あと、選択肢提示が、日本の課題の1つと言われている提供数を伸ばすための項目の1つかと思っています。平井さんのお話にあった問診票での全入院患者さんへの意思表示確認であったり、賀来さんのお話の中にありました院内ドナーコーディネーター委員会設置みたいな話、あるいは世の中への啓発が必要かと思いましたが、是非この辺りを事務局には御検討いただきたい。こういった具体例を踏まえて、何か取り入れていければと思った次第です。この辺り、事務局、いかがでしょうか。

○磯部委員長 事務局、どうぞ。

○事務局 まず、問診票においては、以前の藤田医科大学が参考人としていらっしゃったときも、同じような御報告をしていただいたと思います。我々といたしましても、そのような皆さんの意思を確認することは、もちろんその意思を酌み取ることができるだけでなく、臓器移植・臓器提供というところの普及啓発にもなるかと思っておりますので、検討していきたいと思っております。

また、院内ドナーコーディネーターにおいては、令和5年度から始まりまして、今日、御参加の横田先生に代表研究者をしていただいております厚労科研で、院内ドナーコーデ

イナーターの活動指針であったり、あるいは教育であったり、そういうことを御検討いただいているところですので、是非、本日御発表いただきました筑波大学、九州大学のお取組も参考にしながら、院内ドナーコーディネーターの方々には臓器提供の意思を確実に酌み取り、家族を支援し、そして臓器を希望されている方に確実に届ける働きをしていただけるよう、支援していきたいと考えております。事務局からは以上です。

○磯部委員長 湯沢先生、どうぞ。

○湯沢委員 湯沢ですが、九州大学病院と筑波大学病院は非常にしっかり活動されていて、敬意を表します。そこで、たまたま両方の施設ともメディエーターがまだいないということを知り、確か横田先生の班の研究から出てきたことだと思いますが、それだけしっかりした病院だから、メディエーターという方がいなくてもいいのかもしれませんが、そうではない病院でこそメディエーターが必要だと思います。そのメディエーターがなかなか普及していないことについては、制度設計上、何か問題がありませんか。質問です。

○磯部委員長 それは事務局ですね。

○事務局 ありがとうございます。事務局から対応させていただきます。メディエーターの研修である種の免状の発行は、横田先生の研究の下、今現在、臨床救急医学会で本当にお忙しい先生方がみんなで集まっていたいて、講習会をやっていたいて、近い未来にも講習会をされるということをお聞きしていたところでした。ただ、確かに必要な所に必要な数だけお届けできていないという現状は、私どもも理解はしております。かつ、臨床救急医学会にはとても御負担をお掛けしている現状も理解しているつもりです。

先ほどの話ですと、救急領域は少し特殊であるとか、そういう話もありましたし、必ずしもメディエーションというのは、救急現場にパッとこられた方だけではなかろうというところもありますので、是非、研究班と相談しながら、メディエーターという人たちはどういう人たちがなるのか、どういう学会で講習会をやっていくかということも含め、考えていきたいと思っております。横田先生には本当に御尽力を頂いていて、お忙しいのに申し訳ないと思っております。ニーズがあることは理解いたしましたので、相談していきたいと思っております。よろしく願いいたします。

○横田委員 横田から追加で言わせていいですか。

○磯部委員長 どうぞ。

○横田委員 リアクションボタンが見当たらないので、ごめんなさい。今のメディエーターの養成の件ですが、現在までに、677名の方が厚労科研と日本臨床救急医学会の合同のセミナーで修了証を発行しています。今週の土曜日にまた78名の受講者を予定しているのですが、厚労省の文書によりますと、特定の講習会だけで認定ということではないのですが、ただ、メディエーションというところ、知識と技術と、話しぶりとか、話すタイミング、目線の位置、座る位置等々を指導する際には、ファシリテーター、指導者を確保することがどうしても必要になってくるので、講習会で、例えば100人、200人まとめて講習をすることがなかなかできないのです。

ですから今、グループ制にして1回のセミナーで13グループ、そういった方法でファシリテーターを確保して講習会をやっているのですが、以前、脳卒中学会の理事長、JOTの理事長でもある小笠原先生から、もっとメディエーターを作らなくてはいけないという御指導を受けて、全くそのとおりに思っています。ただ、今のような養成あるいは教材の仕方だと、精一杯やっているつもりなのですが、このような状況です。ただ、施設には不公平のないような形で、応募者の属性の中から選出をさせていただいています。毎回、応募は定員の10倍以上ある状況で、なるべく公平に、しかも受講していただいた方には実際に活躍できるようなことで人選をしていますので、努力はしていくつもりですが、御理解いただきたいと思えます。以上です。

○磯部委員長　たくさん御応募もあるようですし、御尽力されているのは重々よく分かりましたが、まだ一般といいますか、医療界での認知度が低いように私は思えます。そういった方面でニーズを発掘していけば、更に充足していくのではないかとも思えますので、引き続き御尽力をよろしくお願ひします。

そうしたら、3人目に予定していた中尾参考人は御欠席ですので、プレゼンテーションは以上です。お二人の参考人の御発表とも非常に心に残る、重要な御指摘を含む御発表だったと思えますので、事務局は是非これを参考にさせていただいて、政策に反映していただくようお願いしたいと思えます。

議題3全体を通じて、国内の移植医療施策の推進に向けた取組、事務局からの取組についての御説明も含めて、コメントがあれば伺いたい。私から伺いますが、事務局から御発表で、今年度の提供数が足踏みのような状況です。コロナが明けてこれからどんどん増えていくかという期待も持っていたのですが、特に心停止下が引き続き減少していっています。今年度の傾向について、何か事務局はコメントはありますか。

○事務局　ありがとうございます。今年度の臓器提供の推移ですが、先ほど御説明させていただきましたとおりに、昨年度よりは少し数が多いかというところで推移しております。御指摘のように、参考資料にはお載せしたのですが、月によって臓器提供の数にばらつきがあるのが現状です。

ただ、今年度の特筆すべき傾向といたしましては、先ほど1枚にまとめさせていただいたものでお示ししましたとおりに、お子さんの臓器提供が非常に多いことです。御本人の生き様だったり、あるいは御家族の希望が、以前にも増して確実にくまれるようになっている年度ではないかと考えております。こちらはひとえに医療従事者の御尽力によるものと、そして国民の皆様は様々な出来事が昨年度、今年度ありましたが、その中で臓器提供・移植についてお考えいただいた結果だと考えております。引き続きこういう傾向のトレンドについて、何が寄与したのかということを検討しつつ、施策にいかしていきたいと考えております。事務局からは以上です。

○磯部委員長　委員から御発言がありましたら、どうぞ。湯沢委員、どうぞ。

○湯沢委員　湯沢です。今、対策室からお話がありましたように、今年度はとにかく小児

からの臓器提供が増えているということは、非常に特筆すべきことだと私は思っています。虐待の除外などが外されたということがありますけれども、こういうことについて報道の力もすごく大きいのではないかと私は思っています。報道は、従来の渡航移植を美談として報道するだけではなくて、日本国内で、こうやって小児での提供で小児が助かっているのだということをしつかり報告してもらいたいものだと私は思っています。

そして、前のこの委員会だったと思いますが、木幡委員からだったと思いますが、先日、脳死での臓器提供が1,000例を越えたわけです。それについて何らかのアピールといいたいでしょうか、そういうこともなく、少し報道で取り上げられていたぐらいですが、やはり、こういうのを1つのマイルストーンとしてしつかり報道して、これだけ日本でも助かっているのだとか、小児からの提供で小児が助かっているのだということ、少し報道の力も借りてというか、報道が積極的に動いてくれればいいのではないかと思っていますが、いかがでしょうか。

○磯部委員長 私も同じ意見で、最近の報道は1,000件関連だと思えますけれども、非常に好意的な、心を揺さぶるような、印象的な記事を何件か拝見していますので、さらにマスコミの方に御協力を頂くようにしていかなければいけないなとも思っています。木幡委員、どうぞ。

○木幡委員 湯沢先生、ありがとうございます。確かに、メディアが果たす役割というのは、このテーマにおいては非常に重要だと思って私もずっとやってきております。この度、1,000例ということのアピールしたらいいのではないかと、この委員会で私が申し上げて、ただ数字が1,000例というところで、これだけ報道されたというのは余り例がなく、下火だった臓器移植の報道が少し増えた、この10、11月だったかと思えます。やはり、そういうことがどのような影響を及ぼすのかという分析が必要かと思えます。やはり報道で出ると、提供が増える、あるいはネットワークへお問合せが増えるという傾向はあるようですので、引き続きこういった機を捉えて報道につなげていけたらなと思えます。

私が印象的だったのは、今回の1,000例の報道がYahooトップとかに上がったのですけれども、そこに付いたコメントで、一般の方のコメントが200近く付いているのです。それをずっと読み進めていったのですが、否定的、批判的なコメントがほぼないというか、社会の変化を感じました。これまでですと、必ずといっていいほどやや批判的なというか、反対だとか、そういう意見が多かったのです。ですけれども、これが変わってきたのです。社会が本当に変わってきている、考え方が変わってきている。

ですから、こういった方々が臓器提供をしたいという意思を示したときに、きちんとそれをいかしてあげる体制作りをしておかないといけない。これは、もう喫緊の課題だなと思っています。ですから、やはり提供施設での、先ほどプレゼンテーションがあったような素晴らしい独自の取組、全入院患者に確認するとか、そういったシステム作りを是非進めていただきたいと思いました。

また、先だって報告された早期情報共有制度があったかと思いますが、ああいったこと

も、今日は報告がなかったですが、どのようになっているのかなども教えていただければと思います。

○磯部委員長 ありがとうございます。よろしいですか。御発言ありますか。事務局、どうぞ。

○事務局 早期情報共有制度についてという御質問でしたので、本日の資料にはしていませんでしたけれども、参考資料に早期情報共有について示しております。少々、お待ちください。参考資料の 53 枚目になります。先だつての第 64 回の臓器移植委員会で御報告をさせていただきました。こちらの取組については、次年度からの臓器提供連携体制構築事業で様々なプランを今考えておりますけれども、国庫補助事業の中で、終末期となり得る、脳死が疑われる患者さんを連携施設と拠点施設で情報共有いただき、終末期ケア、家族のケアの中で、もし臓器提供の御希望がある、適応がある場合には、確実にその情報提供をするという、そこに拠点病院が連携病院に対して支援をするという取組を進めていこうと考えております。令和 6 年度からの取組になりますけれども、このような形で進めております。事務局からは以上です。

○磯部委員長 続いて、渡辺委員からの御発言、どうぞ。

○渡辺委員 日本医師会の渡辺です。湯沢委員、木幡委員の意見にも関係するのですけれども。やはり広報に関して、今までも情報発信をなさっておられるのは重々承知しているのですけれども、レシピエントが命をもらってどれだけ社会的に助かったか、生活を送れる方が増えたかという当事者の声というのが、またこれも個人情報ではあるのでしょうか、実際に生きている方の意見というのは非常に重いような気がいたします。これまで数とか、そういうことを強調されているところがあると思うのですけれども、人の声として紹介していただくことを考えていただけないかなというのが 1 点です。

もう 1 つは、これもマスコミにおられる木幡委員がおっしゃったことに関係するのですけれども、ネットというのですか、SNS というのは結構今、新聞、テレビ以外の情報源としては大きな力を持っていると思います。広報の仕方として、マスコミも非常に大事だとは思っているのですけれども、ネットもある程度活用することを行政の方もお考えになったらどうかと思いましたので、御検討いただければと思います。以上です。

○磯部委員長 コメントありますか。よろしいですか。事務局、どうぞ。

○事務局 先だつての累積 1,000 例目のこともありましたし、ちょうど 10 月に 1,000 例目があったというところで、臓器移植普及啓発月間と重なったというところもありまして、行政の SNS であつたり、あるいは広報雑誌、そしてラジオなどで臓器移植・提供についての広報をさせていただいたところです。渡辺委員の御指摘のように、レシピエントの広報についても大変重要かと認識しておりますので、今後、そのような広報も検討していきたいと考えております。事務局からは以上です。

○磯部委員長 SNS はいかがですか。

○事務局 SNS も、行政は X であつたり、YouTube とか、そういうところの広報の媒体を

持っておりまして、今年度もさせていただきますけれども、次年度より充実した普及啓発ができるように検討してまいりたいと思います。ありがとうございます。

○磯部委員長 よろしくお願ひします。小野委員、どうぞ。

○小野委員 本日は、筑波大学と九州大学から院内の取組について非常に素晴らしいお話がありまして、これを何らかの形でほかの施設でも参考にできるように、発表資料などをホームページなどで公開されるのだらうと思うのですが、やはり、このホームページに公開してアクセスをしていただくのは、一定の、それに対して前向きに考えているというか、どうにか現状を打開したいという強い思いがある施設、あるいは関係者が多くて、なかなか、言ってしまうと、余り前向きではない人たちはそういった所にアクセスしないのです。

しかし、すごくいいお話だと思いますし、私は本日のプレゼンテーションのビデオをそのまま、うちの東大病院の執行部にきちんと聞けと言いたいぐらい、すごく勉強になりましたし、もう少し何らかのインパクトのあるような、せつかくの今日の話をかす方法も考えたほうがいいのではないかなと思った次第です。例えば、個人的なことを言えば、今日の御発表の Zoom のビデオを頂きたいとか、そういった何らかの形で少し一歩進んだ情報提供が可能なのかどうか、そこをお伺ひしたかったのですが。

○磯部委員長 私も同じ意見です。今の会議を YouTube 配信しているそうですが、きちんと手続を踏んで YouTube に上げるなり、ホームページに載せるなり、してはいかがでしょうか。公的な所でそういった動画情報なり、誰かのお話なり、先ほどのプレゼンテーションなりみたいなものを載せていただくと、かなり反響を生んで、いい方向に進むのではないかと思います。事務局、何か御意見ありますか。

○事務局 本当に、本日来ていただきました参考人のお二人に素晴らしいお話をしていただきまして、ありがとうございます。このようなお取組を確実に横展開できるように努めてまいりたいと思います。御指摘、ありがとうございます。

○小笠原委員 小笠原ですが、一言いいですか。10 秒でいいです。

○磯部委員長 どうぞ。

○小笠原委員 広めるのは簡単で、AJMC とか、それから病院機能評価機構に出せばできます。それができるかどうか分かりませんが。病院評価機構でいつも講習会を私がやっていますけれども、あれに出して議論をさせればできますし、AJMC で講演してもらえれば、医学部長病院長会議ですよね、多分、簡単にできると思います。厚労省が圧力を掛けてもらえればできると思います。以上です。

○磯部委員長 厚労省なり、JOT のホームページを利用するというのも、まずはできることだと思います。ほかに御意見ありますか。外園委員、どうぞ。

○外園委員 タイミングがずれてすみません。本日、本当に筑波大学と九州大学のお話が素晴しくて、心に残る、医療の在り方を感じましたが、なぜ、ほかの大学病院が進まないのかということをとて残念に思い、かつ、どうしてなのかということが見えてこないのです。やはり、鍵になる方がとても頑張られて、1 つの成果がうまく回っているように見

えるのですが、鍵になる人が現れるのを待ったのでは全然進まないのです。せっかく御発表いただいたので、特に賀来先生が、心が折れそうになったけれど折れなかったと数回おっしゃっていたので、ほかの大学病院は心が折れて駄目になったのか、その辺、臓器提供が進まない大学病院に聞いてもキーパーソンすらいないから、聞けても分からないから、うまくいかれている筑波大学と九州大学が駄目だったかもしれないとしたら、どういうことが要因だったかみたいなコメントを教えていただけたら有り難いと思いました。

○磯部委員長 お答えいただけますか。お二人とも。いかに苦労を克服されたかという一般的な感想だと思えますけれども、よろしければ。

○平井参考人 確かにキーパーソンは大事だと思います。当院は救急科の井上教授なのですが、何と言ったらいいのだろう、私が院内コーディネーターとして、ふだん医療コーディネーターとして各診療科、病院のあらゆる部門とネットワークがあったというか、そこに深く入り込んでいたというのはすごくキーになったのではないかなとは思うのです。今日は発表してなかったのですが、臓器提供が終わった後の各部門、病理であったり、表に出ないような所、検査部とか、そういう所の関わりはすごく、患者さん家族のケアもあるのですが、そういった部門のケア、医療者のケアもかなりしています。正直、最初のほうはみんな泣いたり、すごいつらい思いをして心が何度もみんな折れているのですが、それでもドナー家族さんの笑顔があったとか、サンクスレターでレシピエントの方がこんなに元気になっているというのを根気強く伝えてきました。それが今の結果になっていると思いますし、国立大学病院だったので、病院長、トップがどのような考えであるかということも、すごく大きいのではないかなと思います。当院はすごく協力的であるので、そういったところは私が動きやすかったというのがあります。すみません、お答えがしっかりできていないのですが、そこの辺りかなと思います。

○外園委員 ありがとうございます。

○賀来参考人 九州大学の賀来です。御質問、ありがとうございます。当院もどうしてここまで、うまくいっているかどうかは別にして、形が何がしかできているほうかもしれないですけど、やはり先ほど示した、こういった臓器提供できなかった症例を経験すると、きちんとならないとなという気持ちになるところはあると思うのです。ただ、できなかった経験を各施設でやればよいというわけではなくて、そういうことはあってはいけないと思うので、そういった経験の共有をどういう形でやればいいのか。最初は私だけの経験だったのですが、やはり仲間が増えていったということが大きなところかなと思います。これがほかの施設でどういった。あとは、先ほど筑波大学から出たように病院長の理解とか、病院としてやらないといけないのだというような施策というか、何かそういったものがもっとできると、現場も、上がやれと言うからやるものでもないと思うのですが、やはり病院全体としての雰囲気もできるのかなとも思ったりもしました。

また、あとは心理的なケアです。私も脳死の1例目を経験したときは様々な感情があって、一瞬ですけども、もうやりたくないと思ったことも正直あるのですよね。そういっ

たところのケアも大事になってくるのかなというところでは、まとまりがないですけども以上です。

○外園委員 ありがとうございます。岡山大学は今回、資料だけなのですけども、かなり共通で終末期医療の在り方を3病院ともすごくしっかりされていて、横の連携ですね。大学病院は横の連携が取りにくいものですが、それが素晴らしいです。あと、トップが重要だと思いました。大学病院は今どこもとても大変で、働き方改革により、余計な仕事ができないし、かつ、経営もすごい大変なので、働きにくい状況にあります。やはり、ここは何か仕組みが要るのかなと思ひまして、厚労の方、一緒に考えていけたらなと思ひます。ありがとうございました。

○磯部委員長 今、発言いただいたような、ノウハウをいかに伝えていくかということが、先ほどのマスメディアの話もありましたし、ホームページやSNSの使い方もあると思ひますが、こういった情報を是非伝えることを真剣に、発想を変えてやっていかないと、頭打ちかなという感じもします。今日お話があったような、皆さんの努力とか、効果とか、現場の心の問題とか、そういったことが国民に広く伝われば、多分、また1つブレイクスルーが出るのではないかと、今日、そのような思いがいたしました。是非、皆さんと事務局でやっていただきたいと思ひます。ほかに御発言ありますか。

これで議題は全て終了です。最後に事務局からお願いいたします。

○事務局 本日は御議論いただきまして、本当にありがとうございました。お忙しい中、お昼の時間帯にどうもありがとうございました。次回の開催につきましては、追って御連絡させていただきます。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いたします。どうもありがとうございました。