

日時：令和6年7月26日（金）10:00～12:00

場所：AP虎ノ門 RoomI（3階）

出席者

秋山 千枝子委員、磯部 光章委員、小野 稔委員、賀藤 均委員、加藤 庸子委員、
絹川 弘一郎委員、見目 麻子委員、木幡 美子委員、米山 順子委員、坂本 哲也委員、
佐原 博之委員、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、

課題

1. 今後の臓器移植医療のあり方について
2. 報告事項
3. その他

配付資料

- | | |
|--------|--|
| 資料1 | 日本臓器移植ネットワークに対する大臣指示等について |
| 資料2 | 今度の臓器移植医療のあり方について |
| 参考資料1 | 臓器移植対策の現状について |
| 参考資料2 | 知的障害に係る療育手帳の保持者における臓器提供の意思表示の適切な取扱について |
| 参考資料3 | 第三者委員会調査報告書 |
| 参考資料4 | 第三者委員会調査報告書を受けての対応策について |
| 参考資料5 | 臓器のあっせんに係る業務の改善について |
| 参考資料6 | 移植実施施設における移植実施の辞退数等に関する集計結果等の提供について |
| 参考資料7 | 臓器の移植に関する法律 |
| 参考資料8 | 臓器の移植に関する法律施行規則 |
| 参考資料9 | 「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10 | 臓器のあっせん業の許可等について |

○吉川補佐 先生方、遅れまして申し訳ございませんでした。まだ、YouTube 調整がうまくいかないのですが、お待たせしておりますので、ただいまから「第 66 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、御多忙のところ御出席いただきましてありがとうございます。いつもどおりではございますが、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させていただき、まずお名前をおっしゃっていただいた上で御発言をお願いします。現地にいらっしゃる先生におかれましては、挙手など、お声掛けいただけますと幸いです。また、オンラインで御参加の先生方は、御発言が終わりましたら再びビデオをオフ、マイクは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。今、鋭意頑張っているところでございますが、つなぎ次第、会議の様子を YouTube で配信いたします。また、今日御欠席の先生の御希望もありまして、本日の会議に関しては録画をさせていただいております。

まず、今回から御参加いただく絹川委員、佐原委員に、一言ずつ御挨拶をお願いします。絹川委員、お願いできますでしょうか。

○絹川委員 ただいま御紹介いただきました、私は富山大学で循環器内科をまとめさせていただいております絹川弘一郎と申します。この名簿のタイトルは内科学会の支部代表となっておりますが、私は循環器内科医でございまして、日本循環器学会の心臓移植の委員長を現在させていただいております。また、心不全学会の理事長もさせていただいております。そのような関係で、今回この席に選んでいただいたものと承知しております。まだ全然、様子が分かりませんので勉強させていただきたいと思っております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○吉川補佐 絹川委員、どうもありがとうございます。続きまして佐原委員お願いいたします。

○佐原委員 日本医師会の常任理事の佐原でございます。今期から渡辺常任理事に代わりまして参加させていただくことになりました。私の出身大学は群馬大学で、成育医療研究センターの笠原先生の 4 つ上ということになります。卒業後は金沢大学の第二外科に入局して消化器外科を専攻しておりました。現在は、石川県七尾市でクリニックと特養、デイケア、ケアハウスなどの運営をしております。よろしくお願いいたします。

○吉川補佐 佐原委員、どうもありがとうございます。続きまして、こちらはお詫びでございますが、本日お配りしております委員の名簿に間違いがございまして訂正させていただきます。まず、磯部先生の財団の名称でございますが、榊原記念財団ということで間違っておりますし申し訳ございませんでした。次回より訂正させていただきます。また、賀藤委員のお役職でございますが、副院長ではなく院長ということでございます。この度、本当に失礼いたしました。次回以降、気を引き締めて、訂正させていただきます。

そして、本日は浅井委員、笠原委員が御欠席の予定でございます。引き続き、今日、資料が大量なのですが、資料の御説明をいたします。まず、資料 1 が日本臓器移植ネット

ワークに対する大臣指示等について、資料 2 が今後の臓器移植のあり方についてです。参考資料は基礎資料で、参考資料 1 が臓器移植対策の現状について、参考資料 2 が知的障害に係る療育手帳の保持者等々について、参考資料 3 が第三者委員会調査報告書、参考資料 4 がその対応策について、参考資料 5 が臓器のあっせんに係る業務の改善について、参考資料 6 が移植実施施設における移植実施の辞退数等に関する集計結果等の提供について、参考資料 7 が臓器の移植に関する法律、参考資料 8 がその施行規則、参考資料 9 がその運用に関する指針(ガイドライン)、最後に、参考資料 10 が臓器のあっせん業の許可等についてです。

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 お暑い中、たくさんの御参加いただきましてありがとうございます。本委員会メンバーが一部交代いたしました。御承知のように課題が山積してございます。本日はその本丸と言いますか、あっせん事業の問題と、それから提供施設、実施施設に関わる諸問題について、プレゼンテーションいただいた後で、皆さんから御意見を伺いたいと思います。事務局からそれぞれデータあるいは現状についての御報告がございしますが、なるべくディスカッションの時間を長くして、時間どおりに終えていきたいと思いますので、是非、御協力をお願いいたします。

では、議題 1「報告事項」について事務局からお願いいたします。

○吉川補佐 事務局より報告いたします。資料 1 を使って御説明いたします。日本臓器移植ネットワークに対する大臣指示等についてです。少し割愛しながら、なるべくディスカッションの時間を多く取ろうと思いますので、詳細は資料を御覧いただければと思います。「知的障害等の臓器移植に関する有効な意思表示が困難となる者」については、ガイドラインにおいて「当面の間、臓器提供は見合わせる」とされています。また、そのガイドラインにおいて、「有効な意思表示が困難となる障害を有する者であることの確認は主治医等から家族等に対する病状や治療方針の説明の中で行うこと」とし、「個別の事例に応じて慎重に判断した結果、臓器提供に関する有効な意思表示が困難となる障害を有していなかったと判断している場合には、他の条件を満たす限りにおいて法的脳死判定・臓器摘出を行うことができる」こととしてきておりました。

今般、日本臓器移植ネットワーク(JOT)において、その知的障害に係る療育手帳の保持者の臓器提供に係る意思表示を一律に無効とする運用を行ってこられたことが分かりました。その上で、こちらで一律無効ということではございませんという御説明、指示等をさせていただきましたが、本年 3 月 1 日にも当該運用一律無効とする運用を継続するよう JOT の前理事長が指示を行っていたことが判明いたしました。

本事案について、第三者委員会の実施と再発防止策の検討に関する大臣指示を行ったところです。大臣指示と、それから一律に無効としないようお願いしている措置が、こちらでございします。

それを受けまして、この第三者委員会による調査報告書がまとまりました。参考資料や、

こちらの資料を御覧ください。そして日本臓器移植ネットワークで、再発防止策についても検討いただいたところです。

続きまして、こちらとしても臓器のあっせんに係る業務の改善についてということで、7月3日に、移植医療対策推進室から事務連絡をお出しいたしまして、「アドバイザリーボード」の設置や、「内部統制の基本方針」に関しまして、アドバイザリーボードに助言を頂いた上で、そのとおりに業務が行われているかについて監督を求めること、そして主治医等から受けた連絡やその内容についての対応状況、あっせん実施件数や移植実施施設における移植実施の辞退数などについて移植医療対策推進室に報告をいただくことをお願いしております。また、これまでの移植実施・辞退の件数やその理由についても、日本臓器移植ネットワークに報告をお願いしているところですので、詳細は参考資料を御覧ください。事務局からは以上でございます。

○磯部委員長 ありがとうございます。それでは早速、この御報告についての質問、御意見を頂きたいと思います。挙手をしていただいて発言を頂きたいと思いますが、いかがでしょうか。木幡委員、どうぞ。

○木幡委員 フジテレビの木幡です。この件に関しましては、私は審議会のほうで、ずっと意見を述べさせていただきまして、15歳というところで区切ることの分かりづらさですとか、もともとは、やはり臓器移植法施行の際は非常に厳しいルールが課されてきたわけで、虐待及びこういった知的障害をお持ちの方に関しては基本的には見合わせるといったようなトーンでガイドラインも書いてあったかと思います。ですけれども、この度、15歳未満に関しては提供できるということになったのですが、やはり15歳以上は同じように見合わせるという形で、この審議会でも語られていたかと思います。ですから、そこはやっぱりノーマライゼーションの観点から、やはり今、厚労省の方におっしゃっていただいたように、ときと場合によって医師の判断の下にきちんと、一律に提供できないということではなく、ちゃんと意見を尊重するという方向であるならば非常に正しい、いい形であると思います。

どちらかといいますと、今、時代が大分変わっておりますので、人権を尊重すべきということを強く言われております。そんな中で、やはり知的障害のある方に関しても、やはり提供が可能になることが望ましいと思いますし、現場のドクターたちからも、確かそのとき、最後まで差別を受けるのかみたいなことを言われることがあるということを知っておりますので、そこは今回の臓器移植ネットワークの対応ということも、きっかけになって、ここはもう、いっそのこと当初から申し上げておりますとおりの形になるといいなというように考えております。

○吉川補佐 事務局から、少しよろしいでしょうか。

○磯部委員長 はい、事務局から。

○吉川補佐 すみません、YouTubeの配信が開始されたようでございます。YouTubeで御覧の皆様方、本当に申し訳ございませんでした。当初、ちょっと開始がうまくいきません

で、先に始めさせていただきました。今のところ、資料1を用いまして事務局から資料1の内容を御説明いたしまして、木幡委員から御意見を頂いたところでございます。また、木幡委員等の御発言、それまでのところにつきましては議事録等を御確認いただけますと幸いです。

○磯部委員長 それでは、もう1人、湯沢委員からどうぞ。

○湯沢委員 湯沢でございます。臓器移植対策室からJOTに、こういう資料を提出しなさいというのが最後に書かれておりましたけれども、あっせん上、その対応状況とかと合わせて、実施件数や移植実地施設における移植実施の辞退数などについて移植医療対策推進室に報告するということになっておりますが、これは非常に大事なことで、我々、この厚生科学審議会のメンバーといたしましては、是非、JOTから対策室に提出されたデータを拝見したいものだと思っておりますが、いかがでしょうか。

○磯部委員長 はい、承りました。ほかに御意見はございますか。坂本委員、どうぞ。

○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。知的障害が疑われる場合でも本人が明確な意思表示をしていれば、意思表示が有効かどうかということに関しては、現場の判断も比較的しやすいのですけれども、本人の意志表示が明らかでなく、それまでの本人の希望を家族の付度のみで判断する場合は、やはりケースバイケースなので、一律ということは非常に難しいと思っております。

その中で、現場では主治医が判断に非常に迷う案件もあって、主治医が家族との話の中で個別対応ということになりますけれども、このときに、やはり法的な専門家、あるいは知的障害等についての専門家に現場の主治医を支援していただける体制がないと、現場での主治医の判断だけに任せるとするのは、なかなか現場での負担が多いかと、この件に関しては感じております。以上です。

○磯部委員長 分かりました。ありがとうございます。賀藤委員、お願いします。

○賀藤委員 賀藤でございます。坂本先生の言われたこととちょっと重なるのですが、僕は小児科医ですので知的障害者といわれる方々との診察とか医療に長く携わってきたのですが、まず1つ目、「有効な意思表示が困難な場合」とは、どのような定義なのだとおもうかと思っておりました。

ですので、この有効な意思表示が困難であるということは、どういう状況を意味するのかということきちんと、やはりどこかで議論すべきだろうと思ひますし、みんなで共有すべき内容だろうと思ひます。

もう1つ、いわゆる知的障害を持った患者さんで、その方の意思表示をきちんと汲み取るという、そのシステムをきちんと作らないと駄目だろうと思ひます。各病院、各施設で異なるということは絶対に避けるべきであって、医療倫理的に手続がきちんとなされているということが重要です。いわゆるアカウントビリティーの問題もありますし、社会に対して説明責任があるので、どのような手続を取って、そういう知的障害を持った方々の意思表示を汲み取ったのかということきちんと説明することができないと駄目だろうとい

うことです。その医療現場の先生、いわゆる救急診療科の先生とか、集中治療科の先生方に、医療倫理的に正しい手続きを全部負わせるのは困難であって、第三者の方が介入して実施することが必要です。知的障害者の方々に、意思表示に際してのどのようなサポートをすればいいのかについてきちんと、この際は議論して、こういうシステムを取ってくださうということをはっきりとすべきだろうと思います。

もう1つの問題は、療育手帳とは何ぞやということがまだまだ周知されていなかったということです。今回の件は、療育手帳を持っていることの根拠にされてしまったこと自体が大変大きな問題ですし、僕は差別的な発言だったと思っています。療育手帳は援護することが目的だったのに、今回は、この療育手帳という名前を使われてしまったことは、僕は大変大きな問題だと思っていますので、やはりこの療育手帳ということの在り方については、もう少し周知を図って、いく必要があります。最後に一番強調したいのは医療倫理で言われる手続的正義です。どういう手続を取っていかなくてはいけないということをはっきりと議論すべきだろうと思っています。以上です。

○磯部委員長 ほかによろしいでしょうか。秋山委員、どうぞ。

○秋山委員 秋山です。私も、障害の方への考え方は木幡委員に賛同いたします。また、その意思表示のやり方についても、今、賀藤委員がおっしゃったようにきちんと議論すべきだと思います。障害でない方に対しても、意思表示ができない方は病気で、ほかの病気にもあるのではないかと思いますので、障害者だからという議論ではなく、意思表示ができない方に関しての議論を進めて、ガイドライン等を検討していただきたいと思っています。以上です。

○磯部委員長 外園委員、どうぞ。

○外園委員 外園でございます。今回の問題は2つあると思っております、療育手帳を持っている方を一律にシャットアウトしてしまったということが非常に強い影響があると。その理由としては現場が大変ということで、現場が大変なこととシャットアウトすることとは別だと思っております。現場が大変であったら、今、委員の先生方から御意見がありましたように、現場をどうするかという、意思表示をどう汲み取るかという議論にいくべきところを蓋をしてしまったと。それに対して、JOTのほうで、誰もブレーキが掛けられなくて、ちょっと待てということが全くなかったように第三者調査報告書を読みまして思いますので、シャットアウトしてしまった組織体制が一番大きく、次の問題が意思表示が大変で、汲み取ることが現場では大変なのをどうするかというのが2番目の問題ではないかと思っております。

○磯部委員長 外園委員、ありがとうございます。ほかによろしいでしょうか。議論が大体収束して、まとまっていると思っておりますけれども、問題は、このガイドラインが平成9年に作られてから20何年たって、時代も皆さんの考え方や社会の通念が変わってきたと思います。いずれにしても、令和4年に我々が提言をまとめたときには、随分この議論をしまして、よい方向にまとまったと思いましたがけれども、ガイドラインを書き変えるとい

うところまで踏み込んで進めませんでした。

ということで、事務局を中心にガイドラインの改正をする、必要があると皆さんも認識していると思いますのでよろしくお願いします。

もう1点は、あっせん事業の現場の問題で、ガイドラインが遵守されていなかったという問題がございまして、委員からもございましたけれども、今後はJOTから提出されたデータについては、この委員会でも共有して、皆さんで適切にあっせん事業が行われているということを確認しつつ行うことが大事だと思います。そちらのほうもヒアリングを行うなり、参考人として呼び出すなり、事務局のほうで検討していただきたいというふうに思います。ということで、追加のご意見がなければ議題1については終了させていただきます。

続きまして、議題2「今後の臓器移植医療の在り方について」です。繰り返し議論をしているところでございます。現状について、事務局より御説明いただきたいと思います。○吉川補佐 事務局より御説明させていただきます。まず、本日議論させていただきたい資料の1枚目の内容ですが、後ほど戻りますが、諸外国の臓器提供が増えていき、確実に意思が汲み取られて、移植実施数も増えていっている中、我が国の臓器提供者数、移植数が極端に少ない状況です。この増加していない背景には、どのような課題があるかということで、後ほど是非、議論をお願いできたらと思っております。そのような中で、これまでの制度の改正や取組については、先生方もよく御存じのとおりかと思っておりますので、御覧いただいたとおりです。

そのような中で、令和5年度におきましては、脳死下からの臓器提供を行っていただいた方は116名、心停止後から臓器提供をいただいた方は115名ということでした。亡くなられた方からの臓器提供者数は131名ということで、過去最高の数となったところです。これには様々な家族の方々や御本人の尊い意思があったということで心より敬意を表したいと考えております。

ただ、そのような中で、各国の人口100万人当たりの脳死心停止後のドナーの方々の数ですが、我が国におきましては先ほどの述べましたとおり、ほかのアジア諸国に比べて極端に少ない数で、マレーシアよりも少なくなったということです。そんな中で移植医療を円滑に進めるためには、日本臓器移植ネットワークさん、アイバンクさんなど、あっせん機関であったり、臓器提供施設、移植実施施設それぞれについて、今後の見直しが必要ではないかと感じているところです。

あっせん機関の構造です。今、日本臓器移植ネットワークさんのほうで34名のコーディネーターさん、都道府県にいらっしゃるコーディネーターさん61名の体制で、日本全国のあっせんを行っていただいているところです。御家族に対する対応、臓器提供に係る法的脳死判定についての見守りとか、臓器摘出手術のマネジメント全てを担っていただいているところです。

これは臓器提供施設における臓器提供のプロセスです。こちらは厚労科研の調査ですが、

急性期重傷患者さんの受け入れから臓器摘出術までの一連のプロセスの中で、脳死を経て亡くなられたであろうと推測される患者さんが4,400人余りいらっしゃる中で、いわゆる法に基づく脳死判定を行ったとされたならば、「脳死とされうる状態」と言われている不可逆的全脳機能不全の診断がされた方が1,350名ということで、その中で臓器提供に関する選択肢提示(オプション提示)をされた方が1,113名、そして脳死下臓器提供が実施された方が105名ということです。

このようなプロセスを経て、臓器提供を実施いただいた経験がある施設は、おおよそ300弱です。令和6年に入ってから少し増えておりますが、そのうち過去に1例のみ臓器提供の経験という施設がおおよそ3分の1ということです。また、この300弱の施設に関しても地域間格差があります。令和5年度の脳死下臓器提供者数を人口100万人で割ったものと、平成10年(1998年)以降の総数を人口100万人で割ったグラフですが、御覧いただいたとおり、都道府県によっては臓器提供がなかなか行われない土地と積極的に実施いただいている土地との差が出ていて地域間格差が出ているところです。

話が変わりまして、移植実施施設の現状です。今現在、心臓の移植に関して11施設、肺11、肝臓移植23、膵臓移植21、腎移植122、小腸移植13、令和6年度に入ってから少し心臓移植施設が増えたというのがありますが、日本における地理的な設置の状況を日本地図に記載したとおりです。人口の多い所に集中している傾向があります。

こちらが各臓器における生存率・生着率を示したものです。日本におきましては、本当に先生方の御尽力もございまして大変よい成績で移植が実施されております。これは臓器別に成績を提示しておりますが、各施設の移植実施の体制とか、昨今の話題になりました辞退の数とか、そのような実績は公表しておりません。こちらを踏まえて、今般、臓器移植法の施行が約四半世紀が過ぎる中で、臓器提供者数は少しずつ増加している一方で、諸外国と比べると未だかなり低い水準です。臓器移植医療の中心となる臓器あっせん機関、提供施設、移植実施率の現状は先ほど述べたとおりですし、ここに書かれているとおりです。臓器提供者数が諸外国と比べて極端に少なく、また、増加していない背景、その中には臓器提供を希望されながらその思いが汲み取られなかった方、あるいは臓器の移植を待っておられながら移植ができなかった方が背景にいらっしゃると思います。このような課題をどのように考えていくべきか、是非、先生方の御意見を頂きたいところです。よろしく願いいたします。

○磯部委員長 現状について御報告いただきました。ドネーション側の課題と移植実施に関する課題は、非常に大きな問題があります。ドネーション側については提供施設の課題、あっせんに関する課題の2つに大きく分けられるのではないかと思います。まず、提供に関して御意見を伺いたいと思います。委員のほうから御意見がありましたらお願いします。佐原委員、どうぞ。

○佐原委員 日本医師会の佐原です。分からないことがあるので教えていただきたいのですが、8ページにプロセスがあります。先ほど議論されていた療育手帳を持った方がシャ

ットアウトされたということですが、これはどの段階でシャットアウトされたということになるのですか。

○磯部委員長 これは、事務局からお願いします。

○吉川補佐 事務局からお答えいたします。脳死とされうる状態の診断、右側の所は予後診断ですので、恐らくそちらは実施いただいているところと思いますが、療育手帳を持っているということで臓器提供ができないのではないかと判断され、この 1,350 人から 1,113 人の所で機会ロスがある可能性もありますし、臓器提供に関する情報提供を御家族にした上で、日本臓器移植ネットワークさんなり、都道府県のコーディネーターなりに連絡した上で、そこで臓器提供ができませんよと言われていた可能性もあるのかと存じます。

○佐原委員 主治医のほうには療育手帳を持っていることで、家族に臓器提供の説明をしてはいけないという話しは聞いていなかったと思いますので、そうすると、この主治医は家族に臓器提供の説明をした上で、コーディネーターが家族に説明する際に、「あなたはできませんよ」と言われたということでしょうか。

○吉川補佐 様々な可能性があるかと存じます。今回の知的障害の療育手帳にかかわらず有効な意思表示が困難となる患者さんがどのような扱いとなっていたかについて実態調査を実施している最中で、佐原委員からの御質問も含め、今後、調査が進められることと思っております。

○佐原委員 分かりました。もう一点は、脳死移植が行われた方に対して、脳死の判定が正しく行われたかどうかということを検証する場がありまして、この前、私も参加させていただきましたが、この 1,113 例から 105 例に至るまでの間、どういうふうにして移植までいかなかったかということを検証する場というのは、これまであったのでしょうか。

○磯部委員長 事務局、お願いします。

○吉川補佐 佐原先生に御参加いただいております脳死下臓器提供に関する検証の委員会ですが、おっしゃるとおりで、臓器提供が実施された方の検証になっております。いわゆる選択肢提示がされてから臓器提供に至らなかった事例についての検証する場は今のところはございません。

○佐原委員 仮にそういう場があったとすれば、なぜ、これは臓器移植に至らなかったのか。これは前理事長からこういうような通達があったからと、コーディネーターは説明したはずなので、そうすると、今回のことは事前にもっと早く分かったのではないかと思いますので発言させていただきました。私からは以上です。

○磯部委員長 事務局、野田室長からお願いします。

○野田室長 室長の野田です。今、御指摘いただいた件は、現状を検証する場、あえて言いますと、佐原委員にも御出席いただきました検証会議の前裁きをしている JOT の中にあるあっせん事例評価委員会は、あっせん事例について検証する場にはなっております。ただ、現状を聞いている話では、あくまでも脳死から臓器提供された事例のみを扱っているということで、正に今回あったような事例については、国のほうで把握できるところがな

かったという状況です。今回の事例も踏まえて、先ほどの議論でも、委員会のほうでお示しいただきたいという御意見を頂きましたが、先ほどの資料1の中で、7月3日付けのJOTへの移植医療対策推進室からの事務連絡において、JOTに対して指示をさせていただいた内容ですが、この主治医から連絡を受けた後に全ての事例について、厚生労働省のほうに報告することということを今回させていただきました。このJOTに対して主治医から連絡があった後の全ての事例になりますと、今回のように弾かれたかもしれないという事例については今後、全て国のほうに分かってくることになりますので、このような対応をさせていただいたということです。

もう一つ、この資料について、委員会のほうに示していただきたいと御指摘を頂きましたが、個人情報がない形で、厚生労働省としてもJOTから提供を受けるつもりではございますが、機微に触れるデータも出てくるかと思いますので、お示しの仕方については、また検討させていただきたいと考えております。

○磯部委員長 今後は開示していただけるということだと思います。よろしいですか。次に、平澤委員からお願いします。

○平澤委員 まず、事務局に確認をさせていただきたいと思えます。私たちは院内臓器移植コーディネーターとして活動をさせていただいていますが先ほどJOTの方の人数はあったのですが、今、実際に活動されている方はどのくらいおられるのでしょうか？こちらのほうに来る時間が掛かったりとか、都道府県コーディネーターの方にその間つないでいただいていたとかという現状が起きていると聞いているのですが、今はこういった状況でやっていらっしゃるのでしょうか。

○磯部委員長 あっせん体制について、事務局からお答えいただけますか。

○吉川補佐 御指摘のとおりで、こちらにも連絡が来ているところですが、日本臓器移植ネットワークのコーディネーターさんは本当に頑張ってお活動いただいているところですが、なかなか少ない人数で北海道から沖縄までのあっせんを従事していただいております、御家族の御説明となってもすぐに馳せ参ずることがなかなかできていない状況ということも現場からお聞きしております。この状況に関しても、是非、本日の委員会で、どうしていったらいいのかということをお議論いただけたらと思えます。

○磯部委員長 私からお伺いします。実際にコーディネートの定員が何人であって、実動が何人であって、実際に現場の事業に関わっている方が何人であるかについて、御説明いただけますか。

○吉川補佐 実は、国会答弁にもなりまして、今コーディネーターさんの定員としては58名です。実動に関しては何をもって実動とするというのは難しいところですが、日本臓器移植ネットワークさんにもお聞きしながら、次回、実動の数について御報告させていただけたらと思えます。

○磯部委員長 もう一つ伺いますが、コーディネーターさんの離職が多いという話をいろいろ伺うのですが、実態を御承知であったら教えてください。

○吉川補佐 実は、これも国会答弁になりまして、昨年度は5名がお辞めになられたとお聞きしております。また、採用もしていただいておりますが、総数としては少し減ってしまったとお聞きしております。

○磯部委員長 その辺りは今後、抜本的な見直しが必要な部分ではないかと思えます。ほかにはいかがですか。坂本委員からお願いします。

○坂本委員 坂本です。私は救急医ですので、こちらは提供側ということで、8ページの先ほどの資料についてお話をさせていただきたいと思えます。脳死とされうる状態の方から、脳死と診断を実際にされた方は3割で、その中の大半の方は家族への臓器提供の話がされているという状況はそのとおりかと思えます。ここに関しては、我々治療に当たる医師は患者が脳死とされうる状態となったときに、本人が臓器提供のカード等を持っていなくても、隠れた本人の意思があるのではないかということを考えて、御家族に臓器提供のオプション提示をするということが、最終的には患者さんの希望を叶えることの1つの方法であることに関して、我々救急医にとって、より広く共有する考え方が必要かと思えます。

ただ一方で、最近では患者さんが超高齢化している中で、その中で積極的な治療を希望されないという方もありまして、そういう方は人工呼吸器を付けて積極的な治療を続けていけば将来的に脳死とされうる状態になる可能性があっても、それよりも前の段階で御家族の希望等で積極的な治療から徹退されるというケースもあると思えます。

一方で、家族に臓器提供の情報を提供したうち、約10%しか提供に至っていないというのは、家族への情報提供について、我々救急医はニュートラルな立場で、すなわち是非提供してくださいという話ではなくて提供する道もありますよと話している場合が多いからだと思います。このように御家族の意思、あるいは本人の意思を最大限に尊重する形でお話した場合には、10人中9人はお断わりになっても、1人は希望されるという数値であり、この数値に関しては、現場の感覚に近い数字だと思っております。以上です

○磯部委員長 次に湯沢委員からお願いします。

○湯沢委員 湯沢です。JOTのコーディネーターの数が全然増えていないというのは、もう何年も前から言われていることで、我々も、とにかく何とかしてくださいということをおっしゃっているわけですが、採用してもすぐ辞めてしまっているのが現状だと思います。そのために対応できないで、提供の話があっても、ちょっと待ってくださいとか、そういうふうなことになるというのが現状であると。やはり、採用した人が辞めてしまっていくような組織というのは、その組織自体に大きな問題があるということで、何年か前にも第三者委員会みたいな所で、そういうことについて話し合われたことがあると思っております。それが確か、深尾先生が委員長になったものではないかと思っておりますが、それで、JOTの組織について都道府県コーディネーターから意見を求めたということがありますが、茨城県のコーディネーターはそこで意見を述べさせてもらったのですが、第三者委員会と言いつつも、実はズームでやったときに、向こう側に全部JOTのコーディネーターが並

んでいたのだそうです。とても第三者委員会なんていう話ではなくて、言いたいことも言えないで終わってしまったということがあったと私は聞いています。だから、もう少ししっかりとした JOT の体制というか組織にして、採用した人が辞められないような組織、これが最も大事なことで、はっきり言ってしまえば、今の JOT の組織そのもの、教育体制なども含めてですが、もう大問題ではないかと私は思っています。このことはもう何年も言っていることです。

もう一つは、JOT のコーディネーターの問題点として、少ない人数でやっていることから、どうしても都道府県コーディネーターに負担がかかっています。我々茨城県のコーディネーターは非常に一生懸命やっていた人ですが、JOT のコーディネーターが少ないがために、茨城県から新潟県や長野県まで、近隣の県でなくても遠くの県のあっせん症例のときに手伝わされていたのです。それが JOT のコーディネーターがいないものだから、手術室を担当したりとか、そんなことまでさせられていて、ちょこちょこ遠くまで派遣されていたということがあります。それで茨城県のコーディネーターは非常に優秀な人で、随分、その人がいたときには提供があったのですが、もうとても持たないということで、残念ながら辞められてしまったのです。それ以来、茨城県での臓器提供が少なくなってしまったということがあります。やはり、JOT のコーディネーターにしっかりといただかなくてはいけないことと、もう 1 つ、都道府県コーディネーターに対する JOT コーディネーターのいじめがあるというのはよく聞いています。それで辞めた人も都道府県コーディネーターの中にいます。その実態を語った文章を私は見せてもらったことがあるのですが、やはり、JOT のコーディネーターなり、JOT の組織そのものがもう駄目なのではないか、ここまで何度も言っても全然改善されないというのは相当ひどいものではないかと私は思っています。以上です。

○磯部委員長 では平澤委員、お願いします。

○平澤委員 私のほうから少しお話をさせていただきたいと思ったのですが、JOT のコーディネーターさんのこととか、都道府県コーディネーターさんのこととか、私も院内臓器移植コーディネーターを 20 年以上させていただいているのですけれども、そういった臓器移植のコーディネーターの歴史というのを見させていただく中で、昔からずっと、何ら体制が全く変わっていないとか。いつも言われることというのは、体制整備だったり、教育がどうのこうのというような話になるのですけれども。でも、きちんと体制整備を作ってください、そして私たち院内コーディネーターが現場で働きやすいような状況を整備していただいているような実感を感じる場面というのは正直、少ないと思っているのが残念だなと思っています。

ただ、実際に私たちは患者さんや患者さんの御家族の善意で、そのような御意思を頂戴したときには、やはり全力でそこをサポートして提供につなげたいという、その一心だけなのですけれども。そういったところの中で、組織の体制であったりとか、私たちをサポートしてくださるような体制というのが整っていないというのが、非常に私たちの仕事

をやっていく上での足かせになっているというのは事実かなと思います。

実際に私たちが勉強していく中で、やはり一番最後に何か迷ったときに聞くのは、JOTの方であったり、都道府県のコーディネーターの方に、私たちはこういうときはどうしたらいいでしょうかというような、いわば通常業務の合間を見てというか、イレギュラーの状態を私たちはそこを経験しながらやっていくわけなのですけれども、実際に現場では看護師の数が非常に枯渇していますので、臓器提供の患者さんが、ポテンシャルドナーが出たとはいえ、やはりそこに人を割くというのは、病院としても非常に苦渋の選択となっているのが現状ではないかと思うのです。

そういった意味で、院内コーディネーターのそういった活用というようなことが、議論で出てきているというのは、非常に有り難いことではあるのですけれども、実際に院内コーディネーターの9割が看護師で、実際にそういった院内コーディネーターの方々も、心理士さんであったりドクターであったり検査技師の方も今は入っておられるような状況であると思うのですけれども、病院全体としてそういった臓器提供を盛り上げていくとなったときに、どういうふうに私たちが動きやすいように整備していただけるかというところが今後、臓器提供の数の推移というものにも影響してくるのではないかと思います。

やはり看護師の中でも、実際に院内コーディネーターは、その中でも師長さんとか、管理職に付いているスタッフがほとんどであったり、認定さんであったり、皆さんはそういったスキルをしっかり持っていらっしゃるような方々ばかりです。ただ、こういった臓器提供というのは非常にイレギュラーな状態なので、常に情報としてアップデートされているわけではないので、私たちも常に臓器提供の話があると不安なのです。その中で、数人いる院内コーディネーターが全力でそうやって活動していけるというためには、やはりJOTであったり、都道府県のコーディネーターの方というのは私たちの心の支えになるので、しっかりその辺はサポートしていただきたいと思います。

そのために、この数十年の中で、今は退職された都道府県コーディネーターの方もいらっしゃると思いますけれども、その中で私たちも教えていただいて非常に勉強になった方々、いわばOGの方やOBの方々に、そういったJOTであったり都道府県コーディネーターの方々の教育の現場に戻ってきていただいて、私たちを支えていただくというのも一つの形ではないかと思います。また、院内コーディネーターの体制自体も、愛知県のモデルのように、移植対策室、移植支援室のような流れの中に、県のコーディネーターの方の同じような役割を担えるような院内コーディネーターの方を特別に設置していて、また、それを県やJOTの方がしっかりと、それを移譲されたような状態で、ほかの院内コーディネーターとは差別化するような形で、そういった方々と院内コーディネーターの方々が病院の中に両立されているというような仕組が他の病院でも増えてくれば、もしかしたら、そういった都道府県コーディネーターの不足の部分であったり、JOTの方々の役割が少し、担えないときの一つの役割として、私たちが活動できるような場所としてあり得るのではないかと思いますし、また看護師のキャリアアップとしても考えていくということを考え

ると、看護協会などのそういった大きな私たちの母体のほうにもしっかりとアプローチしていただきながら、本当に看護師を有効利用という言葉がちょっと雑かもしれないですけども、院内コーディネーターも全国にたくさんおりますので、そういったところの横のつながり、協力体制というのをしっかりできるような体制を是非、厚労省の皆様も含めたこういった委員会の中で御討議していただければと思いますので、よろしく願いいたします。長くなりまして、すみません。

○磯部委員長 貴重な御意見をありがとうございます。続きまして、賀藤委員。

○賀藤委員 賀藤です。大体言わんとしたことはまとまってきたと思うのですが、一つはJOTのガバナンスのなさですね。いわゆる前理事長の発言とか、周知の仕方とかいうのは、全然ガバナンスが効いていないということが1つです。

あとは、やはりコーディネーターの方に、JOTではなく第3者が現在の職場環境や仕事をする際に障壁と感じていることなども含めて、聞くという良いきっかけにして、JOTの在り方を根本的に変えていくようなことを議論するJOTとは別の組織を作っていただいて、それによって今後のJOTの在り方を全て変えてしまうというぐらいの勢いでやらないと駄目なのだろうと思っています。なにとぞ御検討をお願いしたいと思います。

○磯部委員長 ありがとうございます。ほぼ意見も収束していると思います。JOTの組織体制と、それから現場に十分な指導が行き届いていないという大きな問題で、議題1の資料1のほうで、厚労省から7月3日付けで「あっせんに係る業務の改善」の指示ということで出ていますけれども、これで本当に改善するかどうか、正直なところ皆さんも懸念を持っているのが実情だと思います。皆さんがおっしゃったように相当な改革をしていただかないと、今後あっせん事業として続けていくのが非常に厳しい状況だと思います。それにつきまして今後、この委員会でも議論を更に具体的に深めて、事務局として抜本的な見直しをする方向で検討していただきたいということでまとめさせていただきます。よろしいでしょうか。事務局、何かありますか。

○吉川補佐 本日、御欠席の笠原委員からも、御自身のほうからのコメントということで頂いていますので追加させていただきます。ほぼ同じような内容ですけども、あっせん体制にかなり負担が掛かっているということで、レシピエント選定をする機関と、家族対応等を行う機関を地域別で別組織にしてはどうかという御提案を頂いています。

○磯部委員長 次に、提供施設の問題につきまして御意見をいただきたいと思います。

よろしいですか。提供施設について。外園委員、どうぞ。

○外園委員 先ほどのデータで、提供施設が偏っているということが出ていますが、提供施設は社会的ミッションとして提供に貢献されていると思うのですが、頑張っても見返りがないと思ってしまう可能性もあります。どこの病院も本当に人手不足で大変な中、提供する所と、ない所があると。

仕組みとして、やはり臓器提供に貢献されている所に、それなりに何か、病院としてのメリットが必要ではないかと。病院は今どこも本当に、とても大変で赤字で、働き方改革

で若い人は早く帰さなくてはいけないし、仕事が回らないということの中、何か回していく仕組みがいるのではないかと思います。

○磯部委員長 今の資料を拝見しますと、1例のみという施設が3分の1で、その背後には1例もやっていない施設がたくさんあるわけですが、1回だけやって、どうして1回しかやっていないのかということの検証が必要だと思いますし、それから都道府県の地域別を見ても、ゼロの所から相当数提供されているところまで幅が広いことも大きな問題です。こういった地域の問題もあって、よく解析していかないといけないと思います。御意見がなければ。野田室長、お願いします。

○野田室長 先ほどの議論でも少し御指摘いただきましたけれども、先ほど移植医療対策推進室を置いているところの支援ということで、あっせん機関の話のところから出てきましたけれども、現在、厚生労働省としましては、令和元年度より連携体制構築事業ということで、経験がない施設、更に言うと1回しか行ってない所は、事例ベースにはなるので、やはり初めてやったときに相当負担が掛かったと、ゼロの所からすると恐らく、経験がないからどうすれば良いか分からないということで困っていたというところがありましたので、脳死判定の支援、どういうことをやれば良いのかということから、実際に事例が起こった場合には支援をするということまでを行って来ました。さらに、今年度からは移植医療推進室ということで、臓器の評価の部分も含めて支援を行っていくということを始めます。

一方で、この連携体制構築事業の拠点施設につきましては、恐らく先ほどの裏返しになると思うのですが、全国に現状、ある程度整備できてきた状況ですが、空白の地域が幾つかあるというところもあります。そこについては、恐らく先ほどの御質問の裏返しの部分だと思いますけれども、そこは今後、空白の地域がないように、正に全国でどこの病院であっても支援が受けられるような形にしていけないと思っています。以上です。

○磯部委員長 要するに、人材育成が均一に、適切に十分行われていないということだと思います。人材育成というのは教育の問題もあると思いますし、終末期の家族ケアの教育であるとか、脳死判定あるいは臓器提供に関わる卒後教育とか院内教育とか、そういったことを十分に行っていくことも、提供施設を増やしていくことに必要なのではないかと思います。坂本委員、どうぞ。

○坂本委員 坂本です。先ほど臓器提供をしても努力の割に報われないのでインセンティブを付けるというような形でという話だったと思います。我々ドナーの治療に当たっている側からすると、臓器提供を行うこと自体に対するインセンティブというよりは、やはり脳死判定をきちんと行い、臓器提供のオプション提示をきちんとしてコーディネーターにつないだかどうかということと、そのことができている体制があるかということに対しては評価を頂きたいのです。最終的に提供に至るかどうかは御家族の判断になりますので、提供自体に対して直接のインセンティブというのは少し抵抗があると思いました。以上で

す。

○磯部委員長 藤野委員、お願いします。

○藤野委員 ありがとうございます。提供施設側からのコメントとなりますけれども、今、坂本先生がおっしゃっていたように、提供に対するインセンティブと申しますか、先ほどお話がありました連携体制のことで、もちろんそれをやりたいのですが、連携体制を出した病院は、結局は7:1(7対1看護配置)が危なくなってしまうとか、そういうところで非常に出す側の看護体制、医療体制というのが危なくなっているということもありますので、是非その辺りの協力ができる体制ということを、厚労省としてはお考えいただければというのが、1点ございます。

もう1点は、小さい施設も現時点では移植を行うようになってはいますが、まだ倫理検討の体制が整っていない病院もありますので、倫理的な視点を他施設も含めて検討できるような体制づくりということも必要なのではないかと考えています。以上です。

○磯部委員長 ほかによろしいですか。外園委員、どうぞ。

○外園委員 インセンティブももちろん大事なのですが、先ほど、ちらっとスライドが出ていましたが、教育に組み込むことも重要だと思われまます。ただし医学教育で教えるのは縦割りの教育なのですごく難しく、国家試験でも調べたら、余り臓器移植は出ていないのです。専門医の更新も関係ないということになってはいますが、例えば専門医を更新するためには、10年間に1回は臓器移植に何か関わるとか、何か教育のほうのシステムも大事かなと。それがメインではありませんけれども。以上です。

○磯部委員長 卒前卒後の教育ということですね。今、資料が出ましたけれど、インセンティブを付けた効果については事務局、いかがですか。

○野田室長 臓器提供のほうのインセンティブは長年言われてきた課題です。もちろん、これまでも個別の提供に際しては提供していただいた施設に対して、これはあくまで市民の契約の中になってきますけれども、採取術の中から幾分かお金が入っていたということはありました。

ただ、それはあくまでも採取術からというところでしたのでもう少し臓器提供、更にいうと、その前からの脳死判定などを含めたインセンティブができないかというところを御指摘いただいていたので、令和6年度の診療報酬改定に向けての議論の中で、厚生労働省の省内でいろいろと検討させていただきました。

その結果、いろいろと学会のほうからも御意見を頂いていたところがありますけれども、中医協の議論も踏まえまして、DPCでの係数にさせていただくということ今年度いたしました。

現場のDPCへの反応を見ていると、やはりDPCの係数が入ったことによって、もちろんこれで十分なのかという議論も一方で出てくるとは思っていますけれども、ある程度インセンティブになっているような御意見も頂いている状況です。以上です。

○磯部委員長 病院経営の立場からすると、DPCの係数が上がるということは非常に大き

なインパクトが私にはあると思います。具体的に額とか、実際の施行に当たっては課題もあろうかと思いますが、非常に大きなインパクトを持った改定ではないかと思います。また、これを検証していただいて、具体的な成果があるかどうかの検証をお願いしたいと思います。

ほかに、臓器提供施設に関する御意見はございますか。大体意見も出尽くしたと思いますので、今日の意見も踏まえて事務局のほうで人材育成、教育それからインセンティブ、そういったことを中心に御検討いただいて、まとめていただきたいと思います。よろしくをお願いします。

続きまして、移植の実施施設に関する議論をしたいと思います。御意見のある方は、どうぞお願いいたします。臓器によって偏りと言いますか、状況は違うのだとは思いますが。最近、新聞紙上でいろいろと偏り、あるいは十分に対応しきれていないというような議論が出て話題を呼びましたけれども。事務局から何か、御意見はありますか。

○吉川補佐 笠原委員から、3つ、4つの御発言を頂いております。まず、成人の移植実施施設数について、それぞれの臓器の適正化ということで増やすべき臓器もあろうし、減らす臓器もあるのかもしれませんが、適正化を図るべきであろうと。笠原委員は小児の移植の御専門でいらっしゃるの、小児に関しては、今のところ現状では、うまくいっているというようなコメントを頂いております。

また、移植実施施設として移植を実施した症例の数であったり、成績の公表を是非、進めていかなければいけないのではないのかというコメントを頂いております。あと、関連学会において、これは専門的なお話になりますが、高温臓器灌流装置の導入に向けた研究や実際に導入するための検討を進めていくべきだと、これはもう臓器提供の意思を、より汲み取ることができる、あるいは移植医療の成績にも資するし、その機械灌流を行うことによって医師としても働きやすくなっていくのではないのかというコメントでありました。また、診療報酬については、関連学会で更に取り組んでいきますというようなコメントも頂いております。

○磯部委員長 外園委員、どうぞ。

○外園委員 皮切りになればということで、眼科医として発言させていただくと、眼球提供があって全てが臨時手術になると、緊急手術になるのですが、もう全てがそろわないといけないのです。ナース、ドクター、そしてベッド。全部がそろわなくてはいけないのに加えて、働き方改革が入りましたので、特に、今年からは難しいです。研修医は時間外は働きませんということで、臨時手術には入らないみたいなことがあります。抜本的な解決に向けて、何か、全く新しい柔軟な対応が要るかもしれないと思います。例えば、移植のために臨時で出ていくナースなり、ドクターなり、インセンティブだけでは解決できないところもあるかなと思います。

○磯部委員長 今の登録システムは、私の知る限りではマイナーチェンジはありましたけれど 20 数年間、大きくは変わっていないのだと思います。昨今、待機患者が増えて、特

定の施設であっせんされたドナーを受け入れられないといった事態が報道されています。その辺りで何か、制度の問題あるいは現場の問題などがあればご意見を頂けますか。基本的に患者は、移植の施設で診断されて、そこに一旦登録されると変更はなかなか難しいですよ。そういったいろいろな課題があるのだと思いますけれど。見目委員、どうぞ。

○見目委員 ここには患者は私しかいないと思うので発言させていただければと思います。実際にドナーが出たときに、例えば病院の中のICUがいっぱいなときなどは、その病院の中では手術できないというのは理解できるのですが、長年待機している患者さん、あるいは御家族の身としては、もちろんお世話になっている病院で受けられれば、それが一番安心というところもあるかとは思いますが、長く待っていらっしゃる皆さんとしては、ほかの病院でもいいから受けたいという気持ちというのは当然としてあることだということに私としては理解していますので、現状ですと、1つの病院に登録するみたいな形になっていると思うのですが、何かしら隣の病院なり、何かこう、連携するみたいな形で、ふだん通っている病院とは違う場所でもいいので手術が受けられるという形が構築できたらいいのではないかなと考えます。

○磯部委員長 湯沢委員、どうぞ。

○湯沢委員 湯沢です。昨今、施設の都合で移植辞退というのが多いということは皆さんがおっしゃっているところですが、実態は、先ほどの対策室からの中にもありましたけれども、とにかくそれが具体的に、どの施設で、どのくらい施設の都合で断っているのかというのは是非、知りたいものだと思います。

それから、私は施設ごとの成績の違いというのはあるのではないかと思います。そういうことも明らかにしていくことも必要なのではないかと思います。いかがでしょうか。

○磯部委員長 ほかに、御意見はありますか。外園委員、どうぞ。

○外園委員 何度も恐縮です。見目委員がおっしゃっていたことは私も可能だと思っております。例えば、私は京都ですが、市内の複数の病院で移植ができる資格があれば、ドナーがあつて、自施設で角膜移植ができなくても、関連病院で移植をして、術後どこかで引き取るなり、自分が術後も診に行くことができるので、そういった全然違うシステムというのはあり得るかなとは思っています。見目委員から御発言を頂いて賛同いたしました。

○磯部委員長 実際に実施している施設、登録をしている組織の委員がいらっしゃいますけれど、御意見がありましたら。小野委員からよろしいですか。

○小野委員 東大の小野です。私は移植学会の理事長も拝命しておりますので、今回の、移植実施施設にはドナー情報が非常に多くても、病院のリソースの関係で受けきれないといったような問題があることは、十分に大きな問題であるということ認識しています。新聞報道があつて以来、あの新聞報道のデータは移植学会とは全く関係のない所から出たもので、私たちはびっくりしたところです。あの数値を受けた形で実態調査をさせていただき、調査の一部が、また更に報道されるということといった形で波紋を広げてきております。ちょっと御心配をお掛けして大変申し訳なく思っているところでございます。

一言で臓器移植と申し上げても、各臓器ごとによって待機の状態、また、どのくらいの期間は待機できるのかということ、それから全国に移植をできる病院がどのくらい分布しているのかということ、また患者さん自身が、実際に登録している病院で移植を受けたいのか、早く移植を受けたいのかということも大分個人差があります。いわゆる、これを同じ土台の上で、同じような論理で議論をしていくということはなかなか難しいということが分かっております。ただ、一番大事にするというか、大切にしなければいけないというのは移植学会のホームページでも、先日の移植学会の理事会の中で時間を掛けて議論をした結果、移植学会としては、まず何を重要視して、これから何を重視してやるべきかということについて、移植を待機している患者さんに対しては移植を受けたいという意味を最大限尊重してそれに対応していくことが最も大切であるということについて、理事の全回一致をもって移植学会のこれからの変わらぬ姿勢ということで学会のホームページで公表をさせていただいております。

そういう観点から考えると、やはり、ある施設に移植の登録の患者さんが多いというのはいろいろな理由があるわけですが、やはり移植はほかの医療と同列になかなか考えにくいところがあります。例えば、ここの病院はこの診療で成績が良く、患者さんの皆さんが治療を受けた後に非常にハッピーであるという様なことがあると、ある疾患に対しては、その病院に患者さんが集中するというのは、普通に、当然あることだと。正しい表現かは分かりませんが、いわゆる消費者心理というものに当たるわけで、医療も決してその例外ではないと思っております。

そういうこともあり、やはり実績があり、診療の成績が良く、チームワークの良い病院に多くの患者さんが登録をされてくるとするのは1つの自明の理であるということは疑う余地はございません。

もう1つは、やはり人口が多い地域というのは、言ってしまうと、臓器の不全というのは人口の数にかかわらず同じような割合で起こってくるために、やはり人口密集地域における患者数は当然多くなるわけで、そういった地域の移植を担う施設には、自然と患者のケアをすべき登録者の数も増えるということも自明の理であることは御理解いただきたいと思います。そうすると、一定の大都市圏に集中してしまうというのは、言ってしまうと報道の結果のとおりですが、その場合に、ではどのようにそれを解決したらいいのかというのが今の課された課題だと思っております。

大きく分けて2つの方法があると思います。1つは、今既に、この場で委員の先生方から御議論いただいたような形での、移植施設を決めてはいるけれども順番が回ってきた場合に、移植手術が登録施設でできない場合にほかの施設に依頼をするというのは理論的には可能なことであります。長い歴史的に実際にそれを行っている臓器があることは事実です。ほかの臓器についてそれが可能かどうかというのは、それぞれの臓器が関連する学会、研究会というのは、日本移植学会を1つの上として、それに関連学会があり、そういった学会で現在それぞれ議論を進めているところです。どのような結果になるかというのは、

最初に、皮切りに申し上げたとおり、臓器ごとにおけるニーズや問題点、また治療の様々な必要な経験等から異った結果に出てくる可能性はあるかということは考えております。

もう1つは、新聞でも一部報道されておりましたが、海外の大規模な移植センターというか、移植に限らずセンター病院というのは、臓器移植が基本的にあるということを前提に病院のリソース設計がされています。ですから、移植がきた場合に、それを受けるのが前提というシステム設計がなされています。日本の病院というのは、実は、臓器移植、特に脳死の臓器移植は緊急、臨時手術になるというのは先ほども発表があったとおりで、いわゆる緊急の、例えば、脳出血あるいは心筋梗塞、あるいは様々な急性腹症と呼ばれる病気あるいは重症の外傷は全部、これは緊急の手術ですが、実はその中の同列の1つとして臓器移植が置かれているというのが日本の移植医療の置かれている立場で、海外と決定的に違う立場になります。

それは何を意味しているかということ、臓器移植が起こったときは、ほかの緊急の手術と同じ、同列で同じ天秤にかけられた状態で、今日は、こんなにたくさん臓器移植をされたら、ほかの緊急もできないし、その緊急手術に対応する職員も確保できないといった、病院のシステム設計上のコンセプトが異っているというのが一番大きな問題であると、実は、これはもう多くの移植に関わる関係者が分かっているところですが、これを一朝一夕に変えるのは簡単ではありませんが、やはりここを変えないと、例えば、臓器のコールがあった場合に、私の病院ではできないから先生の病院でお願いしますということが実現しても、提供が今の2倍、3倍になったら、それが通用するかということ、全く通用しなくなります。ですので、グランドデザインを考えていく必要があるというところで、今、それをどうしたらいいのかなかなか結論はありませんが、今後、是非とも検討すべき事項であると思っている次第です。少し長くなりましたが、以上です。

○磯部委員長 多岐にわたる御意見を頂きました。次に、実際に心臓移植の登録作業に関わっていらっしゃる絹川委員から御意見があれば。

○絹川委員 私は心臓移植の委員会の委員長をさせていただいております。従来、心臓移植の場合は、まず、日循のほうにデータを上げていただいて、そこで私たちが判定をして、適応と判定された場合にJOTに上がるというシステムをとってまいりました。最近はそのではなくて、実施施設で判定されたものを事後検証をするというシステムも、約4割ぐらい、もうそろそろ半分ぐらいはそうってきておりますけれども、原則としてはそういう形でやっています。

その中で、実際に移植が増えてきたときに、これをさばけるのかという話を、実は去年が115でしたが、一昨年で100を超えました。そのときに一応、委員会には代表的な移植施設の方が入っておられたので、議題としてアンケートを取ったのです。小野先生が横にいますのでちょっと言いにくいのですが、そのときは、皆さんは非常に楽観的で、大丈夫ということでした。関西の方などは、ドナーが300になっても大丈夫と言っていました。まあ、違ುದろという話なわけです。そういうように、やはり実際になってみないと分から

ないところがあったのかなと私は思っています。

実名を出して申し訳ないですが、現状は、恐らく国立循環器病研究センターは多分、心臓移植だけなので、かなり対応できると思うのです。ところが、ほかの大学病院などは、ほかの臓器の移植もやっておられますので結構、ほかの臓器と一緒に同日に移植になるということもあると伺っています。やはり、病院の性質ということが特化されていないというのは、小野先生がおっしゃったように、ある意味、移植に特化していないという部分からもありますし、もう肝臓も肺も心臓もやるというようなところが1つ、今回も多分、その部分も結構大きくターndダウンしたところに関わっているのではないかなと思います。それを仕切ってこなかったところに、ある意味、少し問題点があるのかと思います。ただ、これを今から切り分けということが出来るかというのはちょっと難しいかもしれませんが、今後はもう少しそういうところも考える必要があるかなと思います。

それから、臓器の移植に関わる時間が極端に長いのです。先ほど、順番に数が段々減っていったというのが数字で出ていましたが、患者さんの御家族に御説明した後、一割になってしまうというとき、恐らく、その後10日ぐらい掛かりますよという話なわけです。それはやはり、ちょっといろいろな意味で、いや、それはちょっと、もうそれなら無理ですということがあると思うのです。ここを何とかしてほしいわけです。非常に精密に組み立てられてきた日本の臓器移植なのですけれども、もうそろそろ、もう十分に精密にできているわけで、ある程度ここはこのくらいでいいというところを少しずつやらないと、ちょっと時間が掛かりすぎているというのが私の印象です。

時間が掛かりすぎているからこそ非常にたくさんのマンパワーが、JOTにも要るし、提供施設も時間をずっと要しているし、レシピエントの施設での摘出チームも長い時間が掛かるというようなことがあります。そういうようなところで、皆さんに負担が掛かっているというのが一つあると思います。そういう負担を乗り越えられるという前提で、私たちは心臓移植の実施設を認定してきています。そうすると自然に、とても大きな病院しか心臓移植をできないでしょうということ結局。例えば、私は東大で小野先生と一緒に十数年やってきましたけれども、私が今、移った大学で心臓移植ができるかということ、恐らく今の状況では無理だと思います。それは、もう人が足りないわけです。恐らく大概の地方の大学病院ではできないと私は思っています。でも、それができるくらいになれば多分、ドナーが500とかになったときには絶対に無理だと思うのです。だから、ドナーを増やすということはすごくよいことなのですが、では、受け皿をどうするのかというところは、やはり全体のフローがもう少しずつ全部が精密というように、ここでそういうことを申し上げるのが適切かどうかは分かりませんが、私が常々感じているのはそういうことです。改善策がすぐあるわけではないということは、皆さんもお分かりになっていると思うのですが、実情としてはそういうように感じています。

○磯部委員長 ありがとうございます。米山委員、どうぞ。

○米山委員 米山です。先ほど、臓器と移植に関わる時間がすごく極端に長いという御意

見があったのですけれども、実際にドナー家族の方が脳死判定に対して2日以上掛かりますというようなことを言われたときに、「仕事休めないな。じゃあ、辞めようかな」というふうに本当に頭によぎったのだというようなことを話されていまして、その方は仕事に対して職場の御協力があって何とか休むことができたから臓器提供をすることができたのだというふうにお話されていまして。その方も、病院に長く拘束されること、時間を取られることで移植を辞めてしまう、臓器提供を辞めてしまう方がいるのではないかとというふうにお話をされていまして、ドナー家族に対する負担が少なくなるという点でも、移植に関わる時間が、短くなるのは良いことだと思います。以上です。

○磯部委員長 問題が多岐にわたっています。なかなか解決し難い課題です。さらに忌たんのない御意見を頂きたいと思います。外園委員、どうぞ。

○外園委員 米山委員に質問なのですけれども。時間があつたほうが御家族の方が心の準備をできるというようなことはないのかなということを、ちょっと教えていただけたらと思います。

○米山委員 ありがとうございます。実際に、そのドナー家族の方の提供に対する思いというのはそれぞれ異なりますので、一様にこうだとは言難いところはあると思いますけれども。臓器提供をすると決めたからこそ脳死判定が行われるので、その後、長引くというのは心身ともに負担が大きいのかなということを思います。

実際に、脳死判定が1回でクリアできずに、2回行われた方などは本当につらかったということをおっしゃっていました。でも、その後で、その時間は自分との別れの時間を患者本人が作ってくれたのだというように意味付けておられました。ですので、こういった形にしても、それなりに皆さんは御納得されるのだとは思いますが、時間が短いほうが御負担が少ないという可能性は十分にあると思います。以上です。

○磯部委員長 移植後の生存率、生着率等についてのデータを公表すべきかどうかという意見が、議論があります。今日は資料の中で各臓器の、臓器全体での、これも各学会では発表されているデータなのだろうと思いますし、諸外国に比べて日本の成績がどうか、という話はいつも聞いているところでもあります。さらに、施設ごととか、様々な公表の仕方もあると思います。基本的には世の中に出ていないデータだと思うのですけれども、公表に当たっては様々な課題があるかと思っています。その辺りについて御意見はいかがでしょうか。よろしかったら小野先生、いかがでしょうか。

○小野委員 ありがとうございます。小野です。各施設ごと、各臓器ごとの移植後の予後公表ということ自体は、私も是非とも進めるべきだろうと思っております。例えば、最近各病院ごと、各診療科ごとにホームページを持っていらっしゃるけれども、そのホームページの中に手術の成績を公表している病院もあります。公表しなければいけないという決まりはありませんけれども、自分たちの実際に行っている手術という治療の結果を是非とも知っていただきたいということで公表されていると理解しております。

一方で、臓器移植の場合に、一部の施設では公表し、私どもも公表しています。見える

化をするという観点からにおいては、例えば、どれぐらいの移植の手術を行って、どのぐらいの手術の予後がありますということを公表することは決して悪いことではないと思います。

ただ、そこで一つ、気を付けなければいけないことは、重症の症例を積極的に移植をしている施設、特に肝臓と肺だと思えますけれども、重症の患者さん、いわゆる劇症肝炎を多くやっている所と、それから肺でも間質性肺炎をたくさんやっている所というのは、成績が悪くなります。これは国際的に分かっていることですので、このリスクアジャストをするような本来の評価というのが、移植の分野でまだ十分達成されておりませんが、そういったところは、やはり一定の配慮をしないと積極的にどんどん重症の方にも移植を実践している病院は、むしろ不利というのは、言葉として正しいかどうか分かりませんが、一般の国民の方から見ると「何だ」というふうな、そういう数字だけが一人歩きをしてしまうという、非常に危ない可能性があることを十分に知った上で、どう、それを公表に持っていくかという、その配慮は必要になってくると考えております。

○磯部委員長 ありがとうございます。ほかには、いかがでしょうか。そうしましたら、本日は皆さんからご意見を伺いましたので、実施施設につきましては登録の問題、それから施設を変わって移植するとか、それから、議論がありませんでしたけれども、地域の格差ですね。地域的な問題、今は心臓移植が約 10 施設という、非常に限られた所でしかできませんので、地方の方は自宅から離れた所で待機するという形になっているという問題もあります。

一方、病院の側からすると、この働き方改革の時代で緊急手術、それから小野先生がおっしゃった様々な緊急手術と同列で扱わざるを得ないという問題があります。様々な問題を今後時間を掛けずに事務局のほうで整理していただいて、今年度中に何らかの結論を出していただきたいと思います。こういう状況でも実際にドナーが、若干ずつでも増えてくることは確実だと思います。そのときにどのように対応していくかということ、検討しなければなりません。1997 年に成立した法律ですから、30 年近い経過の中で、社会情勢も変化し、ほころびもあると思います。このままでは済まない状況にきています。あっせん事業も、提供も、実施も、そういう大きな転機、臨界点を越えている段階だと思いますので、是非、厚労省の事務局の中で、それから学会でも提案をしていただく中で議論を深めて、本当に近々に、早々に結論を出していただきたいと希望します。

ということで、この議論についてはよろしいですか。

○野田室長 ありがとうございます。四半世紀が過ぎた中で、色々な綻びということをおっしゃっていただきましたけれども、そういうことが起こってきている状況だと認識しておりますので、時間を置かずに何回か、この臓器移植委員会を開かせていただきたいということで考えております。

また、本日、御議論をいろいろと頂きましたけれど、言い忘れていたということもあるとは思いますが、事務局で、次回に向けて、委員の先生方にもお聞きして、今回の議論

も踏まえた上で議論の内容を、次回まとめた形でお示しをするという形で、次回の議論は今回の議論をさらにさらステップアップできるよう、御用意させていただきたいと考えております。

○磯部委員長 是非、よろしく申し上げます。一応、本日用意した議題は以上です。委員から何か、ほかに御発言がありましたら、関連した話題、あるいは、それ以外でも結構ですが、何かありますか。木幡委員、どうぞ。

○木幡委員 次回以降でいいかと思いますが、やはり、移植医療というのは第三者、そのドナーがいなければ成り立たない医療で、非常に特殊かなと考えております。国民の意識という点で言いますと、本当に 20 年前、提供することに抵抗が大きかった時代から今は大分変わってきていると思います。報道をしても、Web 上のニュースに付いているコメントとかを見ても、移植医療に対する理解が広まっているなど感じています。やはり学校を回って、「命の授業」を行っている先生などに聞きますと、学生さんたちが、臓器もったいないよねみたいな、臓器ロスみたいな言葉を使って表現していると伺いました。それだけ、やはり、これからどんどん提供したいのだという非常にポジティブな意見が出てくる中で、しっかりと受け皿を用意しておくというのは本当に重要なことで、提供する、しない、移植を受ける、受けない、この 4 つの権利がきちんと尊重されるべきだと思っております。提供したかったのに、できなかったみたいな人たちが悲しい思いをしたり、そういうことのないようにしっかりと制度を整えていくところにきているかなど。まだ 100 例ちょっとでこうなっていて、もっと一方で亡くなっている患者さんもたくさんいらっしゃいますし、待機している患者さんもたくさんいらっしゃいますので、是非、そこはお願いしたいと思っております。

最近の報道なども見ましても、結構、マニアックな報道が多いかなと思っておりますので、どちらかと言うと、そもそも論として、この移植医療を 1 人からマックス 11 人が助けられるような医療なのだから、希望を持てるような報道をもっとやっていくべきだなと、自分のことも踏まえて思っております。そうしていくことが、ひいては医師たちのやりがいにもつながったり、またコーディネーターさん、本当に命のリレーのお手伝いをするという、すごくやりがいのある社会的意義の大きい仕事をなさっていると思っておりますので、やはり、そういう方たちが心理的安全性を持って自分の仕事に誇りを持ってできるような環境を整えなければいけないなと感じました。

次回以降、是非、国民への普及啓発という点でも、今、それをやってしまうと、もっと増えて大変というような考え方ではなくて、是非、そこも併せて、臓器移植ネットワークの中の広報委員会の委員を私もさせていただいていますけれども、どうしても臓器移植ネットワークの中で広報活動をやっていると、積極的に臓器提供を促すような発信ができないという、非常にハードルがあります。ですから、そういった広報機関というか、そういった機能は、もしかしたら、そのネットワークの中から切り離してもいいのかなというふうにも感じております。以上です。

○磯部委員長 大変良いまとめをしていただきまして、ありがとうございます。もう1人、佐原委員から、どうぞ。

○佐原委員 日本医師会の佐原です。資料2の8ページの表なのですが、施設の受入れの問題で、臓器移植ができなかった例が報道で取り上げられていますが、そういった例というのは、この中のどこに入るのか。先ほど、療育手帳の件で、今は調査中ということだったので、次回の委員会までに、この表をもう少し細かく精緻化していただくと、議論しやすいのではないかなと思います。よろしくお願いします。

○磯部委員長 これは、当該施設での受入れができなくても移植が受けられなかったということではないですね。小野先生、どうぞ。

○小野委員 小野です。今の御発言に少し追加という形でお答えいたします。新聞でも報道されておりましたけれども、例えば、私ども、東京大学で臓器の移植が同時に3つとか重なることがたくさんありまして、その場合は、1つの臓器を断らざるを得ないといった経験があったということです。病院ごとのリソースによって断る理由は様々でしたが、その場合、情報のあった、提供のあった、臓器がどうなったのかという問題ですが、そこも移植学会では調べさせていただいておりまして、全て別の施設で移植をされているということです。ですので、いわゆる、ちょっと言葉は非常に悪いのですが、無駄になったということではありませんので、その辺は、それぞれの臓器ごとに複数の施設が順番ごとの患者さんを登録しておりますので、残念ながら上位で登録をしている待機の方が移植を受けられなかったけれど、もう少し、どのぐらい下位かというのは、また臓器によって違いますが、その方に移植を受けて頂いているということになっております。

○佐原委員 分かりました。どうも、ありがとうございます。

○磯部委員長 ほかに発言はありますか。見目委員、どうぞ。

○見目委員 私も木幡委員にかぶせる形にはなるのですが、私自身は90年代半ばに海外で移植を受けた身でして、それこそ、ほぼ30年近くの時間が過ぎようかなというところに近付いているので、そういったところを踏まえても、やはり、この今の日本の状況をもう少し1段階上げていかないといけないと感じています。

ただ、海外でもきっと、どこかでこういった壁みたいなものは恐らくあったのであろうとは思いますが、今、やっとなら日本にもそういったドナーが少しずつ増えてきてきているというような状況がやっとならあるかと思っています。日本オリジナルのやり方に余り固執しすぎずに、海外に学べそうな所は学びつつ、そこを皆さんと一緒に乗り越えていければと考えています。私みたいな、もちろん移植が必要になるのはどういった年代かというのは全然ばらばらなのですが、その病気の子どもたちが大人になれるような形に持っていったらなと考えます。以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。ほかに御発言のある方は。外園委員、どうぞ。

○外園委員 やはり、今回の療育手帳を持っている保持者がシャットアウトされたという件は、とても重くて。JOTに権限、権限と言いますか、JOTができないと言ったら、もう

できないみたいな感じで、客観的に判断する部署がないように思いました。JOT が 2 つあったらいけないのかなと思います。アイバンクは少し多いというか、54 もあるのですけれども、同じようなことをする違う機関があれば、言っていることが妥当かどうかとか評価ができます。あとは不可抗力的な天災などがあつたときのリスク管理でも、あつせん機関は複数あつたほうがカバーし合えるのではないかとということを思いました。

もう 1 つが、どういった方が役員なのかとホームページを拝見しましたところ、JOT の役員というのは、医師が全員男性なのですね。医師以外の中に女性が入っていらっしゃるのですけれど、JOT の理事のうち医師が全員男性というのは、正直、前時代的と言いますか、30 年前は医学部の女性が少なかったのでやむを得なかったと思います。ただ現在は、移植医療で活躍する女性は数多くいらっしゃいますので、やはり、ダイバーシティと言いますか、もう少しバランスを取った役職の構成が必要ではないかと思いました。

○磯部委員長 JOT の組織については議論していくということになっておりますので、委員長から提案ですけれど、JOT の理事長あるいは責任者の方に、参考人として、あるいはヒアリングをする形で、この席上で議論をしていただくといいのではないかと思いますので、御提案させていただきます。ほかに御意見はありますか。

どうもありがとうございます。様々な意見がありまして、今日はスタートみたいな形で、これを礎にして、これから議論を深めて、何らかの結論を出すということを是非、進めてください。

それでは、最後に事務局からお願いいたします。

○吉川補佐 本日は、御議論いただきまして、ありがとうございました。限られた時間で御意見を頂きましたので、先ほど室長からも申し上げましたとおり、また、一人一人委員の方々から言い足りなかったこと等、ヒアリングをさせていただきつつ、次回に準備をさせていただこうと思っております。また、御指示いただいた参考人のことであつたりとかも準備をさせていただこうと思っております。

次回の開催につきましては、今、日程調整中ですけれども、追って御連絡させていただきます。

それから、本日、開催に当たりまして、YouTube がうまく配信できなかったことをお詫び申し上げます。配信できなかったときに、本日お配りしておりました委員名簿に間違いがあつたことを謝罪させていただいたのですが、再度、座長の磯部先生の御所属の財団法人のお名前が間違つておりまして、榊原記念財団であつたこと、そして、賀藤委員の役職が、肩書きが副院長と記載されておりましたが、院長先生でいらっしゃいます。訂正して次回に備えさせていただきます。本日は、本当に申し訳ございませんでした。

では、本日は、どうもありがとうございました。

○磯部委員長 本日の委員会を終了いたします。どうもありがとうございました。