

日時：令和6年8月14日（水）14:00～16:00

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、小野 稔委員、笠原 群生委員、  
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、藤野 智子委員、水  
野 紀子委員、湯沢 賢治委員、高原 史郎参考人、横田 裕行参考人

#### 議題

1. 今後の臓器移植医療のあり方について
2. その他

#### 配付資料

資料1	横田参考人提出資料
資料2	高原参考提出人資料
資料3	今後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	臓器の移植に関する法律
参考資料3	臓器の移植に関する法律施行規則
参考資料4	「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5	臓器のあっせん業の許可等について
参考資料6	心臓移植希望者（レシピエント）選択基準
参考資料7	肺移植希望者（レシピエント）選択基準
参考資料8	心肺移植希望者（レシピエント）選択基準
参考資料9	肝臓移植希望者（レシピエント）選択基準
参考資料10	腎臓移植希望者（レシピエント）選択基準
参考資料11	膵臓移植希望者（レシピエント）選択基準
参考資料12	小腸移植希望者（レシピエント）選択基準
参考資料13	角膜移植希望者（レシピエント）選択基準

参考資料 14 2023 年度財務諸表（横田参考人提出資料）

参考資料 15 日本における造血細胞移植・細胞治療 2023 年度全国調査報告書 別冊  
（抜粋）

## 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 67 回厚生科学審議会疾病対策部会」と「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、お盆最中のところ、また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、本日の Web 会議の進め方について御説明いたします。御発言される場合は、ビデオ及びマイクをオンにしていただき、お名前をおっしゃっていただいた上で御発言をお願いいたします。また、御発言が終わりましたら、再びビデオをオフ、ミュート状態にし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、もう既に youtube 配信が開始されております。何とぞよろしくをお願いいたします。

では、本日の出欠状況ですけれども、本日は平澤委員が御欠席とお聞きしております。また、本日は参考人として、日本臓器移植ネットワークの横田理事長、そして、大阪腎臓バンクの高原理事長にお越しいただいております。また、8 月より島田が室長に着任いたしました。島田室長、一言御挨拶をお願いいたします。

○島田室長 8 月 1 日付けで着任いたしました島田と申します。本日お集まりの皆様方におかれましては、日頃より臓器移植推進に御尽力いただきまして、この場をお借りして御礼申し上げます。本日は前回の審議会での御議論も踏まえまして、日本臓器移植ネットワークの横田理事長と、大阪腎臓バンクの高原理事長に参考人としてお越しいただきました。参考人からの御説明も踏まえて、委員の皆様方には、前回に引き続きまして、今後の臓器移植医療のあり方について御議論いただきます。より良い臓器移植医療に向けて、実りある有意義な意見交換が行われますことを祈念いたしまして、短いですが私からの御挨拶とさせていただきます。本日は、どうぞよろしくをお願いいたします。

○吉川補佐 続きまして、資料の説明をさせていただきます。今日は、少し多いのですが、資料 1 が横田参考人から提出いただいた資料です。資料 2 が高原参考人から提出いただきました資料、資料 3 が今後の臓器移植医療のあり方について、参考資料 1 が臓器移植対策の現状について、参考資料 2 が臓器の移植に関する法律、参考資料 3 が臓器の移植に関する法律施行規則、参考資料 4 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 5 が臓器のあっせん業の許可等について、参考資料 6 から 13 がそれぞれの臓器の移植希望者（レシピエント）選択基準、参考資料 14 が 2023 年度財務諸表、参考資料 15 が日本における造血細胞移植・細胞治療 2023 年度全国調査報告書別冊（抜粋）となっております。では、ここからの進行を磯部委員長をお願いいたします。

○磯部委員長 皆様、お盆のところ、また暑い中ありがとうございます。先月から、まだ

1 か月足らずですけれども、また引き続き、今回の会議になりました。本日はプレゼンテーションが2つ予定されておりまして、全体で2時間ですけれども、重要な課題が上がってきておりますので、是非、積極的に御発言いただいて、また要領よく会議を進めていきたいと思っておりますので御協力よろしくをお願いいたします。

それでは、議題1「今後の臓器移植医療のあり方について」です。前回も御案内しましたように、本日は臓器移植ネットワーク(JOT)の横田理事長にお越しいただいておりますので、まず、JOTの現状についてプレゼンテーションをお願いいたします。どうぞよろしくをお願いします。

○横田参考人 皆さん、こんにちは。今、御紹介いただきました日本臓器移植ネットワーク理事長の横田裕行でございます。よろしくをお願いします。

前回のこの委員会で、JOTに関して幾つか質問があったと認識しておりますので、本日は順不同になると思いますが、その質問にお答えする形で、話を進めていきたいと思っております。また、今、JOTの抱えている課題についても一部、お話をさせていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、共有したいのですが、共有されていますでしょうか。ちょっとお待ちください。ありがとうございます。

JOTに関する事業ですけれども、今さら皆さんにお話することもないのですが、極めて重要というように認識しておりますので、もう一度整理をしたいと思っております。このJOTの役割は、脳死も含めるのですが、死後に臓器を提供したいという方と臓器の移植を希望する方の橋渡し、臓器の移植を希望する方の登録業務、これも非常に社会的に重要と認識しておりますが移植医療の普及啓発です。前回の委員会で質問があった部分というのはこの部分と認識しておりますので、ここについて特にお話をしたいと思っております。まず前回、皆さんのほうから理事会、ガバナンスについてどうなっているんだというような質問、御意見があったかと思っておりますので、この部分からお話をさせていただきます。

日本臓器移植ネットワークの定款がございまして、その定款第21条には、理事の人数10名以上19名以内という記載があります。監事は2名以内ということで、定款の21条にはこのように理事会の職務についても記載されています。今回、新役員の選定があったわけですけれども、新役員の選定に関しては、このようなプロセスをへて新役員が選定されたということで説明させていただきます。第1回の役員候補選考委員会が、今年の1月5日に開催され、今回の新役員に関しては公募ということで、その期間は1月9日～同29日でした。この公募を受けて、第2回の役員公募選考委員会が開催され、それを受けまして臨時社員総会が本年の3月13日に開催されて新役員が選任されました。その後、3月21日に通常理事会がありまして、理事長、副理事長、専務理事が選ばれました。この通常理事会は毎年4回、具体的には6月、9月、12月、3月の年4回あります。JOTの事業年度は4月から翌年の3月末日という形になっています。

左のほうに記載してあるのが現在の16名の理事と2名の監事の名前と肩書きです。ち

よっと見づらくて恐縮ですが、この理事に関しての背景がどのようなものかをお話したいと思います。背景としては医師が9名です。医師は臓器の提供側の医師で、救急、脳神経外科、集中治療、脳外科のようなスペシャリティーを持っています。いわゆる提供側、提供側という言葉には私は少し抵抗があるのですが、今回はあえて提供側の医師と言わせていただきますと3名ということです。そして、移植の外科医が3名、そして内科医が3名で、医師としての背景は合計9名です。それから、医師と弁護士の両方の資格を持っている理事の方が1名おります。公認会計士の方が1名、都道府県コーディネーターの方が1名、レシピエントコーディネーターの方が1名で、この方は女性です。また、ジャーナリストが1名、経済学者が1名、この方も女性です。それから高校の先生が1名、この方も女性です。このような理事の構成になっております。監事に関しては、ここに書いてあるように、2名の監事が役割を担っているというような役員の構成です。

この役員に関してどのような業務がなされているかということですが、平成28年7月1日の公益社団法人日本臓器移植ネットワーク理事及び管理職職務分掌規程に記載されています。理事あるいは理事長、副理事長、専務理事がどのような業務をこなさなくてはならないのかを、この分掌規程に記載されています。そして今回、第三者委員会からの調査報告書を頂いて、それに関して、日本臓器移植ネットワークのガバナンスについて御意見を頂いております。2024年6月25日に、第三者委員会調査報告書を頂きました。その概要は1つ目として、JOTの組織内で意思決定におけるガバナンスが機能していない。2つ目として、重大な決定に際しては、理事会をはじめとするJOTの各機関における事前の審査決定を必須とする。3番目として、臓器移植に関して重大な判断を下す場合には、事前に所管の厚生労働省に問い合わせ、双方で十分なコミュニケーションを尽くすという内容です。日本臓器移植ネットワークとしては、翌日の6月26日臨時理事会を開催しまして、ここにあるような対応策を厚生労働省に報告させていただきました。すなわち、内部体制の強化として、移植医療の運用方針に係る決定に関しては、理事長、業務執行理事、業務執行理事というのは理事長、副理事長、専務理事ですが、並びに、全ての部門長と情報共有・協議した後に理事会を招集し、審査・決定をする。理事会において内部統制の基本方針を新たに定め、コンプライアンス体制の強化をする。また、意思決定の迅速化を図るため、理事会を随時開催できる体制を整備する。ここは非常に重要だと思います。

2番目、厚生労働省とのコミュニケーション強化と相互の課題提示や解決策の提示・助言等を頂くための恒常的な組織体制の整備です。これに関しては今、厚生労働省と協議をしている段階で、厚生労働省からの様々な通知と連絡を集約して、JOT内で速やかに情報共有をするためにJOTに総合情報統括部門、今は仮称ですけれども、このような部門を設置する。また、相互の課題提示や解決策の提示・助言を行う恒常的な組織体制を整備するに当たって一定の第三者性が確保されるように、法律の専門家を含む外部有識者等で構成されるアドバイザリーボードを設置するというような報告をさせていただきました。

これに関して、厚生労働省から、7月3日に事務連絡を頂きました。具体的には、先ほ

どお話したアドバイザリーボードについては外部の弁護士、経営者等で構成し、至急設置すること。2 つ目として、内部統制の基本方針についてはアドバイザリーボードの助言のもとに作成し、理事会に諮った上で提出すること。内部統制の基本方針に従い業務が行われているかについてはアドバイザリーボードに監督を求めること。3 つ目として、理事会、社員総会、コーディネーター向けの説明会、アドバイザリーボード等を開催する際には、事前に資料を提出すること。4 つ目として、臓器移植法、及びその運用に関する文書を作成する場合には、事前に厚生労働省に相談すること。5 つ目は、法律の運用に関する指針(ガイドライン)を定める主治医等から受けた連絡の内容やその対応状況、あっせんの実施件数や移植実施施設における移植の事態数などについて報告することです。

これに関しては、もう既に行われておりますが、このまとめと今の進捗状況をまとめますと、このようになります。まず、第三者委員会調査報告書からですが、理事会の意思決定の迅速化、これは先ほど申しましたように、従来は定期理事会しか開催していませんでした。年に4回の定期理事会だったのですが、今年の6月以降に関しては既に臨時理事会を3回開催しており、さらに、理事会の意思決定の迅速化を図り、JOTとしての情報の共有化、それから内部統制を図っています。理事会を随時開催できる体制を事務局の強化も含めて、このように整備をさせていただきました。

次に、厚生労働省からの事務連絡についての対応です。先ほどのアドバイザリーボードについては外部弁護士、経営者等で構成し、至急設置することということです。構成員は厚生労働省と協議することになり、コミュニケーションを取りつつ、アドバイザリーボードの位置付けと運営要領の協議に向けて今、具体的な作業に取りかかることになっていきます。これはJOTの顧問弁護士が公益団体の法律と照らし合わせた形で、これから厚生労働省とすり合わせをするために、日程調整を既に始めているところで、恐らく今月末には開催できるというような認識です。

次の2番目に関しては、アドバイザリーボードの設置を受けた段階で、作成することになるということです。3番目は、理事会、社員総会、都道府県コーディネーター向けの説明会、アドバイザリーボード等を開催する際には、事前に資料を提出することです。これに関して、臨時理事会や社員総会等の資料に関しては、全て厚生労働省に提出し、対応しております。4番目は、臓器移植法及びその運用に関する文書を作成する場合には、事前に相談することです。まだ該当する事案はありませんけれども、今後は当然そのように対応したいと思います。5番目は、法律の運用に関する指針(ガイドライン)に定める主治医等から受けた連絡の内容やその対応状況、あっせん実施件数や移植実施施設における移植の事態数などについて報告することですが、これは既に、今年の7月から全て厚労省に報告しています。また後で出てきますけれども、移植の医療あるいは提供施設から提供が成立した事案、そういうケースだけではなく、残念ながら提供に至らなかったという、いわゆるドナー情報に関しても、全て厚労省に提出をしていますので、ここに関しては既に対応しているところです。

また、財務状況についても質問がありました。このような棒グラフを作りました。左側の棒グラフが提供数、右側の棒グラフが移植数ですが、新型コロナウイルス感染拡大の最中は提供数、当然移植数も減ったわけですが、その後は、また再び増加の傾向になっております。

財務状況ですが、ブルーの棒グラフが収入、赤の棒グラフが支出です。一時、2013年から15、16年にかけては、支出が収入を上回るという状況が続きました。毎年5,000万から1億円の収支が赤字決算というような時期が続きました。それに関しては、2017年と2018年に、ある組織からの助成金を受けて、年1億2,000万円の助成を2年間継続することによって収支が保たれました。その後、日本移植学会等の学会との協議の上で、費用配分の比率を一時、10%から18.5%に引き上げていただいたのですが、現在は14%で、これも関連学会、厚生労働省と相談をしながら決めた費用配分です。このような収支で、昨年2023年度に関しては約2億円の黒字決算になっているというのが現状です。

次のページも同じグラフですが、中身を少し見ていただくということで、収入に関しては国庫補助金が約半分以上を占めており、今お話した費用配分、寄付金、会費、登録料等々の収入です。一方の支出に関して、一番多いのが人件費、それから委託費等々で、このように、昨年(2023年)度は約2億円の黒字でした。

最後に、この情報提供からのフロー、手順です。これは何と言っても、コーディネーターの皆さんの活動に関わるものです。実は、本件に関しても資料の提出ということを考えてのですが、コーディネーターの業務のマニュアルは、分厚い資料で、これをまとめるのはなかなか難しいので、例えば、こういうケースの場合にはこのような対応をしていますよというような流れをお示しして、お話したいと思います。例えば、ここで臓器の提供の事例があった場合に、ドナー情報の形でJOT日本臓器移植ネットワークに電話等により情報がくるわけですが、それがあつせん事業部に入って、そこで上級のコーディネーター、あるいは、上級ではないコーディネーターが電話を受けたときには必ず上級のコーディネーターに相談して、この流れが進んでいくこととなります。そしてJOTは、現地にコーディネーターを派遣します。コーディネーターは2名で対応することが多いということですが、その提供者のドナー検査が非常に重要になってきます。これは採血をして、全国の検査センターに依頼をします。検査の依頼の手配とか、あるいは検査センターが限られていますので、バイク便や血液の輸送の方法も本部のコーディネーターが対応をして調整するということです。

同時に、提供病院に関しては脳死の判定が行われるわけですが、ここに関してもコーディネーターには様々な相談が入ります。私は、もともと提供病院の人間でしたので、日本臓器移植ネットワークのコーディネーターには本当に様々ないろいろな相談をさせていただきました。例えば、脳死の判定のときによくあるのですが、ラザロ徴候といわれる異常運動が出てきて、それをどのように解釈するかというのは、画像等、あるいはその状況の説明をしながら日本臓器移植ネットワークのメディカルコンサルタントのアド

バイスを頂くこととなりますが、JOT コーディネーターにはその仲介をしていただくこととなります。

また、法律や法令に関するものの相談に関しては、必ず厚労省に本部から連絡して、現地のコーディネーターにフィードバックをするという体制で、二重三重のチェックをしているということです。同時に、2 回目の法的脳死判定が終了すると、レシピエントのリストが出てくるわけですが、提供者の方の HLA、それから血液型が合うかどうかをチェックしなければなりません。これも全国の腎臓、あるいは多臓器の場合に、血液を検査センターに運ぶという、この調整も非常に大変です。多臓器の場合には、全国で 4、5 箇所の検査センターに搬送するという業務、これも本部のコーディネーターが担っているわけです。

同時に、後で出てきますけれども、提供と移植する側の患者さんのリストが下位のほうになった場合には、これもまた再度、検査をしなくてはいけない、リセットしなくてはいけないという業務で、ここが非常に労力と時間が掛かるところです。具体的には、1 位から 300 番代まで下りるときもあります。そのような場合には、もう全部の確認をしながら検査をしていくということで、現場のコーディネーターあるいは JOT 本部のコーディネーター、それから意思確認者が昼夜を問わず努力した結果、移植医療が進むという手順になっています。

いずれにしても、場面場面で、全てチェックが入ることで、一人での判断ということは決してせず、間違いのないように確認をしている作業です。さらに臓器を搬送するときには様々な搬送手段を考えなくてはなりません。例えば、台風で予定していた航空便が飛ばなくなったり、鉄道の事故で搬送できなかった場合にどのようにするかということも、本部のコーディネーターや意思確認者、調整員が行っているところです。日常、毎日詰めている業務というようなことです。

やっと提供側の臓器が移植の施設に到着したところで、日本臓器移植ネットワークとしての本部、チームが解散します。もちろん現場にいるコーディネーターは最後まで対応をしなくてはならないと、このような流れになっているかと思います。繰り返しますけれども、そのときどきによって、チェックを必ず入れていることで、間違いがないように、JOT としては対応しているところです。

この臓器提供の仕組みというのは、この①②③④から⑫まで図に書きましたけれども、このような流れで臓器移植医療が成立することになります。様々な負担があるところでもありますけれども、それぞれの課題として 3 つ、ポイントとして挙げたいと思います。「現地あっせん対応の課題」として、現状としては臓器提供施設連携体制構築事業が積極的に動き出したこと。それから、つい先日、8 月 4 日と認識していますけれども、日本集中治療医学会、日本脳死・脳蘇生学会が中心となって、院内コーディネーターの養成コースが今回初めて開催されました。また、私も厚労科研で熱心に育成していて、今週の日曜日にそのセミナーがあるのでありますが、このセミナーは看護師や臨床心理士の医療資格を有

する方が多く参加する入院時重症患者対応メディエーターセミナーで入院現時点で 1,000 人以上にセミナー受講終了証をお渡ししています。こうした方々が移植コーディネーターとうまく連携をすることによって円滑な臓器提供に結び付くのではないかと思いますし、移植コーディネーターとの連携がますます重要になってくると、このように思います。

そして、新たな取組として、情報提供の収集はやはり、こういう状況ですので手作業は もちろん重要ですが、電子化のところを逐一取り入れていくこと。それから先ほどお話しました臓器搬送時の摘出チーム医師の誘導については、病院によって入口が夜間は違ふとか、コーディネーターはそれぞれに対応しなくてははいけません、こういうところも含めて課題なのかなと思っています。

本部の課題として、先ほどお話しました様々な検査の献体とか、あるいは臓器を搬送するための調整は非常に大変で、しかも順位が下位のほうに下がってくればそれだけ時間を要していて、限られた時間の中でそれに対応しなくてはいけないのですが、そこを、どのように効率的にうまくやるかは非常に重要だと思います。また、臓器搬送手段ですが、JOT が代行しているチャーター機、自治体ヘリ・救急車・警察車両、定期便、代行企業調整には実際に労力、いわゆる人手と時間が掛かりますので、ここをもっとスマートにしていかななくてはいけないと思います。移植施設・移植検査センターと JOT 本部の業務の見直しと連携強化というところです。

それから改善として、レシピエント選択基準は学会のほうに関連すると思うのですが、今の順位付けは、例えば心臓の場合は患者さんの年齢や体格、そのようなものが少し古いデータですので、マッチしないようなケースが上位にくることも実際に起きています。ですから、300 番まで下りていくようなこともあるのですが、こういうところは、やはり今後、考えなくてはいけないと思います。それから、さっきもお話したように搬送手段のところもそうです。

それから移植コーディネーターの課題としては、コーディネーターは非常に皆さん熱心に頑張っていて、しかもモチベーションが高い皆さんの集団です。一方で、これも厚労省に提出した資料ですが、昨年度は 5 名のコーディネーターが退職されています。退職率が 14.7%ということをお知らせさせていただきました。辞めた理由としては、本当に素晴らしい仕事ですが決まった時間に休暇が取れないとかで退職していきることがありました。ここは是非、これから都道府県コーディネーター、院内コーディネーター、あるいは重症患者対応メディエーターの皆さんと一緒に連携することで、うまく対応していきたいと考えています。

それから何と言っても、移植コーディネーターのモチベーションを上げるために、リスクトリスクトされる職業だと思いますので、認定とか資格化も重要かと思っています。前回の頂いた宿題について、以上のようにまとめさせていただきました。本日は、北村専務理事、あっせん推進本部の蔵満部長、山本事務局長と一緒にまいりました。どうか御理解を頂きたいと思います。お時間を頂戴してありがとうございました。



○磯部委員長 横田理事長から、プレゼンテーションを頂きました。JOT の組織の概要、それから財務の概要、業務内容について御説明いただいたところです。それでは、委員の方々から質疑、御意見を頂きたいと思います。挙手をされて御発言をお願いいたします。米山委員、どうぞ。

○米山委員 ありがとうございます。臓器移植ドナー家族の会の米山と申します。御発表ありがとうございました。コーディネーターの皆さんが、本当に大変な中、頑張っているというの、よく分かったと思います。質問なのですけれども、第一報から提供までの流れについてです。ドナー情報が上がってから、実際に病院に行って御家族様に御説明する時間というのは、どれぐらいになるのでしょうか。前回、少し時間が掛かっているというようなことを言われておりましたが、実際にはどのぐらいの期間で、患者さんの家族に御説明されているのかを教えてください。

○磯部委員長 横田参考人、お願いします。

○横田参考人 質問ありがとうございます。これは様々なケースがあると思うのです。ガイドラインには、速やかにコーディネーターを派遣するというように記載されています。ただ、そのコーディネーターも人数に限りがあるという中で、少し時間がかかったり、先ほど最後にお話しましたが、都道府県コーディネーターの皆さんに活躍していただいて対応を少しでも早くするという、そんな努力をしています。

○磯部委員長 御質問は、もう少し具体的な時間とか、そういうことなのではないかと思いますが。

○横田参考人 これは、なるべく速やかにということは当然ですけれども、場合によっては、すぐに対応できない場合もあるかと思っています。

○磯部委員長 米山委員、どうですか。よろしいですか。

○米山委員 3日、4日、5日、6日というように長く待たされることになると、御家族様の心労も非常に大きくなってくると思いますので、半日、なるべくなら1日以内に対応していただけるといいかなと思います。

○横田参考人 3日、4日ということはないはずですので。ありがとうございました。

○米山委員 あと、もう1つ質問してもよろしいですか。

○横田参考人 どうぞ。

○米山委員 事業内容に、ドナー家族のフォローのことの記載がありませんでした。具体的には、確かJOTさんは兼用ダイヤルと専用メールのほうを運営されていると思います。あと、コーディネーターの事務所への「みどりのカフェ」に訪問の予約をすると訪問できると聞いておりますが、実際にどれぐらいの利用があるのか、お伺いできればと思います。

○磯部委員長 横田参考人、どうぞ。

○横田参考人 横田でございます。質問どうもありがとうございました。家族のその後のフォローということですが、実は提供いただいた家族には様々な情報の提供をしております。リーフレットもお渡ししています。そのような中で、今、お話いただいた「みどりの

カフェ」の対応、これはそれぞれのコーディネーターが家族に対応するというのですが、実は昨年 2023 年度の実績、それから今年の実績でいうと、対応としては、0 件なのですが、ただ、専用ダイヤルと専用メールに関しては、それぞれ 8 件と 32 件で、これは昨年 23 年度の実績です。

それから、何といっても多いのがサンクスレターの対応です。昨年度の実績では 350 件、移植後の経過情報の共有というのが 274 件です。家族への対応、御配慮というのも、JOT としては極めて重要と考えています。あと、まだまだ周知の部分が十分でないということもあるかと思しますので、その辺も今後、頑張っていきたいと思っています。

○米山委員 ありがとうございます。

○磯部委員長 では引き続き、秋山委員、どうぞお願いします。

○秋山委員 秋山です。詳細な御説明ありがとうございました。14 ページの人件費のところですが、恐らくコーディネーターの出張等のお金が、多分含まれているのではないかと思います。臓器提供の数が増えているとなると、この人件費も増えていくのではないかなと思いますが、そこが増えていないというのは、ちょっと理解できないなと思ったのですが、そこはいかがでしょうか。

○磯部委員長 横田参考人、どうぞ。

○横田参考人 質問どうもありがとうございます。人件費は社内の規定のほうで決まっているので、実は都道府県コーディネーターのほうにも最近は非常に協力、活躍をいただいていますので、そういった面で 2023 年度は、若干ですが 2022 年度よりは増えているところです。

それから、臓器移植ネットワークの全職員の数が、若干減ったというようなところも影響があるのかなと思っています。以上でございます。

○磯部委員長 よろしいですか。では、次に佐原委員、お願いします。

○佐原委員 日本医師会の佐原でございます。現在、院内コーディネーターというのは、どのような役割をしているのでしょうか。また、各コーディネーターの役割に関して業務の整理をするということなのですが、今後どのような方向で考えているのかを、お聞かせいただければと思います。

○磯部委員長 横田参考人、どうぞ。

○横田参考人 どうもありがとうございました。実は院内コーディネーターの皆さんの数というのは 4,000 人、あるいはそれを越えるというように伺っています。ただ、その院内によって様々な活躍の場面が違っているというのが現状で、専従や専任というような方は、まだまだ少数だと認識しています。これからの臓器提供が増えていくに当たって、やはり院内のコーディネーター、あるいは、先ほど申し上げました入院時重症患者対応メディエーターという方々が、一番家族に近いというような位置付けになると思いますので、今後ますます活躍の場が広がっていくと、日本臓器移植ネットワークとしても期待しているところでもあります。

具体的に今、どのように活躍しているかというのは、これはそれぞれの施設によって、異なると思います。医療施設によっては移植の部門というのを立ち上げている医療機関もございます。ただ、その一方で、そうでなくて院内コーディネーターという名称を、通常の業務の中で頂いている方も多くおられるということで、院内の位置付けに関しては様々で、一概に言えないというのが、院内コーディネーターの現状ではないかと思っています。

○磯部委員長 磯部ですが、関連して私のほうから伺いますけれど、ときには、院内コーディネーターの方と JOT から派遣されるコーディネーターの方で、現場で意見の違いがあったり、確執があるようなこともよく聞きますけれど、そういった現場からの報告とか対応とか、何かされていらっしゃるのですか。

○横田参考人 確執といいますか。これは私がよく言っているのですが、それぞれの職種をお互いリスペクトして、そういったことが決して起こらないようにすることもコーディネーターに求められているというところを、今後更に強調していこうというように思います。移植医療を推進するに当たっては、都道府県、院内、そして JOT のコーディネーターの連携というのが必須になってくると認識しています。

○磯部委員長 そういった事例の分析とか統計とか、そういうことはされていらっしゃるのですか。

○横田参考人 統計までは取っていないのですけれども。今、実はコーディネーター、JOT のコーディネーターを個別に、私が 1 人ずつ面談をしています。そして更に近々、いわゆるコミュニケーションスキル、あるいはハラスメントに関する講習会を定期的に行うことを予定しています。9 月末日までには 1 回目の講習会を行って、それも 1 回に限らず定期的を開催していくというようなことを今、企画していますので、総務部と調整中でございます。

○磯部委員長 引き続きまして、湯沢委員のほうからお願いいたします。

○湯沢委員 湯沢です。質問をさせていただきます。JOT のコーディネーターは去年 5 人辞めて、14%というお話が先ほどありましたけれども、私が JOT をずっと見てきたときに、全然 JOT のコーディネーターが増えていないような気がします。毎年、ある程度採用しても、どんどん辞めていってしまうというのが現実だと思うのです。それで現在、実際に動いている JOT のコーディネーターの人数というのはどのぐらいなのですか。

○横田参考人 質問ありがとうございます。現在は 29 名ということでございます。

○湯沢委員 それで、JOT のコーディネーターが都道府県のコーディネーターと協力して、いろいろやっているというお話ですけども、実際に JOT のコーディネーターが足りないがために、私は茨城県にいたわけですけども、他県の支援に随分駆り出されてしまったがために、大変な思いをしていたと。だから、一緒に働くといっても、その都道府県で頑張っているのではなくて、JOT のコーディネーターが少ないがために働かされているということで、都道府県、茨城県のコーディネーターはそういうことで燃え尽きてしまったような現状もあるのですが、その現状はいかがでしょうか。

○横田参考人 ありがとうございます。やはり人数が少ないということは、私どもも非常に大きな課題として考えています。毎回、しかも優秀で倫理性の高い人材を求めているということで、この9月以降、また1人増える予定なのですが、引き続きコーディネーターのリクルートに関しては、JOTとしては力を注いでいきたいと思えます。今、湯沢委員からお話のあったように、都道府県のコーディネーター、それから何といても院内コーディネーターとの連携ということをもますます重要視していますので、JOTの活躍しているコーディネーターに関しても、そこところはしっかりと教育してまいりたいと、このように思っています。ありがとうございます。

○湯沢委員 しっかり採用していただいて、辞めないような体制を是非、作っていただきたいものだと思います。

○横田参考人 ありがとうございます。また、そのようにさせていただきます。よろしくお祈りします。

○磯部委員長 引き続きですけれど、前回の委員会では、コーディネーターの定員が58と聞いたように思うのですが、現員が29、退職が5名ですけれど、それで9月に1人雇うということですね。様々な問題が内包されていると思えます。まず湯沢委員の発言にもありましたが、到底、人数が足りていないだろうということが問題の1つです。また人数の不足が退職にもつながっている部分もありましょう。業務にも恐らく影響が出ているのではないかと思います。

今のお答えはしっかり受け止めました。引き続き教育と大幅な人数の拡充をしていただかないといけないと思えます。さらに人件費の問題ですが、JOTには国費が投入されています。大きな欠員がありながら全体として余剰の黒字が出ているということは問題ではないかと思えます。その辺をよく認識していただきたいと思えます。

○横田参考人 ありがとうございます。しっかり受け止めたいと思えます。

○磯部委員長 それでは、続きまして外園委員、お願いします。

○外園委員 すみません、3点ほど質問させてください。1つは、先ほどから続いているコーディネーターのことですけれども、恐らく2つ、ストレスと、そして給与ではないかと思えます。第三者によるストレスチェックのようなことは定期的にされているのかどうかということ。あとは、秋山先生の御指摘と一緒に思うのですが、時間外に出勤した場合の時間外手当が出ているかどうか。よくあるのは、時間外出勤した後、振替で休みなさいと。ところが振替で休めないのだということから、非常に不満が募る場合もございしますので、その2点、いかがでしょうか。

○磯部委員長 横田参考人、どうぞ。

○横田参考人 外園先生、ありがとうございます。横田でございます。ストレスチェックに関しては、産業医の面談を毎年9月に実施していて、さらに、より積極的に、やはりここは対応していかなくてはというような話を、実は理事会でも議論したところでございます。したがって、ストレスチェックはしているというところではございます。それから、時間外の給

与に関しては、しっかりと支払わせていただいているということでございます。

○外園委員 ありがとうございます。次に、順位が下位の人になってくると、なかなか決まらないという話がありましたけれども、私たちもアイバンクを持っていますので、常に患者さんの状況というのは変わってきます。そこを、レシピエントの希望を出したときからの変化を知っているのは主治医ですので、先ほどの時間経過を見る中で、どこから主治医が入ってきているのかなと。オペ場があり、全身麻酔をかけられる患者の状況が、それに耐えられるとか、そういうことが分からない中で、かなりコーディネーターが大変な思いをされているんじゃないかなと思いましたが、そこがどうなっているのかなということです。

それと、私たちはアイバンクですので、眼球提供しか残らない段階で JOT コーディネーターがいなくなったということもあります。臓器ごとに全部をコーディネーターが対応するのは大変なのではないかと思いますが、どこから専門医に移しているのかということをお教えいただくと有り難いです。

○磯部委員長 横田参考人、どうぞ。

○横田参考人 ありがとうございます。これはもう 1 位から順番に、その移植施設に連絡を取る以外は、実際はできないところなので、少し整理が必要だというようなところもあるのですが、現時点では、やはり一例一例を確認していくというようなことが間違いないシステムなのかなと思っています。

○外園委員 待っているほうからも、できることがあるのではないかなと思われました。あと最後ですが、理事の 16 名の方はほとんどが兼任だと思しますので、そうしますと、事務局が相当しっかりしていないと、24 時間対応でいろいろなことができないかなと思ひまして。事務局はベテランでいらっしゃるということでしょうか。かなり事務局の担う役割も大きいかなと思ひました。

○横田参考人 おっしゃるとおり、事務局機能はしっかりやっていますので。ありがとうございます。

○外園委員 分かりました。ありがとうございます。

○磯部委員長 前半の質問に追加で伺いますけれど、レシピエントの情報が、体重が変わったり患者の病状や取り巻く状況が変わったりというお話がありまして、300 番まで落ちるということがありました。臓器によって違うと思いますが、そのレシピエントの最新の情報というのは、どうやって収集されているのか、入院されているレシピエントを管理されている病院からの申告なのか、あるいは JOT の側から、そういうアプローチをされているのか、どういう頻度でやっていらっしゃるのか、教えてください。

○横田参考人 ありがとうございます。これは移植の医療施設からの情報というようなことになっています。

○磯部委員長 待機病院からの報告を待っているということですね。

○横田参考人 現状では、そのような認識です。

○磯部委員長 やはり 300 番まで、ずっと遡るといのは大変な手間だと思いますし、いろいろ不具合が出てくる可能性があります。その辺は、制度を少しお考えになったほうがいいのではないかと思います。ドナー側にも、レシピエント側にも、病院側にもよい待機者の現況の把握システムを御検討いただければと思います。

では、続きまして賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 賀藤でございます。今までの御質問とはちょっと異なるのですが、もう少し大きな目で見ると、今の JOT の仕事はものすごく幅が広いですね。家族のフォローとか、普及啓発活動とか。また、メディエーターの方とか、臨床心理士の方の教育とか、いろいろな業務があります。あっせん業務というのは、ものすごく濃密で、時間も待ってられないとか多い業務です。JOT は、これら多くの、幅広い仕事をきっちりと間違いなくしなくてはいけない組織であるはずなのです。例えば、家族のフォローとか普及啓発活動は、例ですけれども、今後も JOT がやらなくてはいけないのか、再検討するべきではないかと思ひます。

JOT は、あっせん業務というものに集中して、きっちり人も増やして、そこに集中していったほうがいいのではないのでしょうか。今日、ものすごく深く、それでもって御丁寧な説明を頂いたのですが、その内容を実施しようと思うと、ものすごく大変なことだろうと思うのです。従来通り、それを、このまま JOT の組織でやっていくのかどうか。それともやはり、今後は少し業務のスリム化を図って、あっせん業務に集中していったほうがいいのかどうか、そこをちょっと教えていただければと思います。

○磯部委員長 横田参考人、どうぞ。

○横田参考人 ありがとうございます。これは私が答えるような御質問ではないのかもしれませんが、関連でお話させていただきますと、先ほどコーディネーターの業務というようなところがありました。これは私自身が提供側にいたときの反省も含めてですけれども、JOT のコーディネーターに全て質問をしていました。法的脳死判定の仕方とか、あるいは想定外の事態が起きたときにどのように対応するかとか、本来は、JOT のコーディネーターの方に相談するのではなくて、関連の学会だとか、厚生労働省のほうに対応を相談したほうがよかったというように思っています。

ですから、JOT のコーディネーター、都道府県のコーディネーター、それから院内のコーディネーター、重症患者対応メディエーターの役割、それぞれが業務分担というのをしっかりしていくということが、やはり大切であるし、提供の御本人、あるいは家族に対しても、より適切な対応ができるのではないかと考えていますので、先生の今の御意見は非常に重要というように認識しています。ありがとうございます。

○磯部委員長 続きまして笠原委員、どうぞ。

○笠原委員 国立生育医療センターの笠原でございます。いつも大変お世話になっております。私からは、はじめに横田先生また JOT の皆様方には、日頃から移植医療への貢献に大変感射申し上げたいと思います。どうもありがとうございます。

まずは継続的な分析と取組を、社会と共有することが非常に大事なかなど。そこから具体的な改善策が顕れて、目に見えてくるのではないかなどと思いました。

1 点目は、JOT のコーディネーターに派遣依頼が何件ぐらいあったのか。あとは、その転機がどうだったのかということを実際に数字をもって出していただけますと、課題の掘り出しにもなりますし、社会へ訴えやすいのではないかなどというように考えました。

2 点目ですけれども、それに引き続きまして、提供に至らなかった理由が何なのか。前回もディスカッションにあったと思いますが、長すぎる待機期間です。ある特定の臓器では、7 日以上 ICU ステイですと臓器の予後が悪くなるということも報告されていますので、そういったところを少し簡素化していけないか。また、提供に至らなかった理由とともに、移植に至らなかった理由というものもあるかと思っています。こちらは移植の施設の問題も多々あるとは思いますが、そこが 2 点目です。

最後は、今、賀藤先生からも少しございましたけれども、広報に関してなのですが、御提供の御家族の経験を、やはり個人情報保護という観点で余りに出さないでいますと、なかなか意思表示をしにくい環境を作ってしまう、移植自体の環境の改善を困難にするのではないかなど、少し思うところがあります。欧米ではレシピエントさんとドナー家族がお会いしたり、ドナー家族にレシピエントさんの心臓の音を聞かせたり、そういったイベントもございますので、今後はドナーさんの御家族に、そういった御意思があるようでしたら、考えていかれてはいかがかなどと思いました。以上でございます。

○磯部委員長 3 点の御質問がございました。横田参考人、どうぞ。

○横田参考人 ありがとうございます。1 番目と 2 番目は関連するので、一緒に答えていきたいと思っています。先ほども少し、プレゼンのところで触れました。この 7 月以降、日本臓器移植ネットワークに入った情報は全て、これは提供に至らなかったケースも含めて厚労省に報告しています。そういう中で、数字の集計が出てくると思っていますので、そのようにお答えさせていただきたいと思っています。どうもありがとうございました。

それから、家族の経験というようなところですが、これは実は広報委員会、あるいは広報担当にも関わってくるのですが、提供した御家族の会というのがございます。毎年ドナーの御家族のための集いというようなイベントが、毎年 1 回行われています。今年も 11 月 4 日に大阪で行われるのですけれども、そういった場面をうまく活用して、今、笠原先生から御指摘いただいたようなところを、社会に周知、あるいは啓発に進めていきたいと、このように考えているところでございます。

○磯部委員長 米山委員、どうぞ。

○米山委員 ありがとうございます。質問なのですが、賀藤先生からの御意見にもありましたように、海外では、あっせん業とドナー家族ケア、遺族ケアというのを両立している組織はなかったと記憶しておりますが、やはり私は、後々はあっせん業と遺族ケアは別の機関でなされるべきだと思っています。すみません、意見になりますけれども。以上です。

○磯部委員長 では、続きまして絹川委員、どうぞ。

○絹川委員 内科学会北陸支部代表の絹川と申します。日本循環器学会で心臓移植の委員長をさせていただいております。御質問が幾つかございます。このフローを拝見いたしますと、5日ということなのですが、恐らくこれはベストケースシナリオであって、恐らく様々な事情によっては後ろ倒しになるということもあるかと思えます。その後ろ倒しになるというところの事情とか、先ほど現地に着されるのは、さほど時間が掛からないということだったので、やはりそのようなところを、実態をお出しいただいたほうが、どこを改善すればよいのかということも明白になるのかなと思いました。ですので、このベストケースシナリオだけでは、やはり改善というところには結び付きにくいのかなというのが1点でございます。

それから、現地あっせんに切り換えていくという流れを御検討されるということで、それは厚労省の方もそのような御意見かと承知しておりますが、ただ、業務分担を今の院内のコーディネーターに分担させるというのは、かなりレベル差が大きいのではないかと思います。その病院ごとで、先生も先ほどおっしゃったように、兼任で「お前やれよ」みたいな感じで単にやっているという所もありますし、その施設が移植施設ならば、それなりの経験もあると思うのですが、ただ、5類型であってドナー提供の資格があるというだけの院内ドナーコーディネーターでは、かなりレベル差があるのではないかなと私は感じておりますが、その場合において、どのように均てん化していくのかというのは一つ、問題かなと思えます。

それから最後に、私自身にも当然振り掛かってくることなのですが、レシピエント選択基準の見直しというところで、他臓器については私は申し上げる資格はございませんが、心臓に関して言うと、基本的に医学的緊急度のほうが重要でありまして、なかなか体格とか地域とかということで分けるということは、その患者さんにとって、果たしてそれが利益なのかということなのです。

もちろん300番まで降りてくる理由というの、それなりにあると思えますし、ただ、それが体格だけで降りてきているわけではなくて、その途中で「体格もそれなりにミスマッチだ」というだけで、「この人は状態がいいからやらない」と。でも、「この人は状態が悪いから、体格がミスマッチだけれどもやる」とか、いろいろあると思うのですよね。そうすると、血液型みたいに、体格だけで全部振り分けてしまうと、やはり、そこで問題がそれなりに生じてくると私自身は感じているのですが。やはり、そのように待機順位が低いところまで降りてきた事例の検証とか、これまで余り表に出てきていないところなので、可能である限りで結構ですが、やはりそういうところも教えていただきたいと思えます。

○磯部委員長 どうぞ。

○横田参考人 ありがとうございます。300番に降りてきたのは、ちなみに心臓ではないので。ただ、別な臓器ということですが事情は一緒だと思います。

これはJOTだけの判断では当然できないので、関連学会、それから厚労省と協議の上、



いろいろなレシピエント選択基準というのは作っていかなくてはいけないと思っています。ありがとうございます。

それから、院内コーディネーターの活動というのは様々だというようなお話、全くそうです。私もプレゼンのときにもお話させていただきました。恐らく、まずは中核になっていく、あるいはモデルケースになっていくケースというのは、連携体制構築事業というのがありますが、そのような施設のコアの施設、基幹施設が主に院内コーディネーター、あるいは連携というような形で進んでいけたらなと思っています。

それから、先ほど典型的なケースのプレゼンをしましたけれども、おっしゃるように、これはもっと長いケースもあります。御家族の様々な葛藤の中で、どうしても時間がもっと必要だということが実はあります。そういったケースも、実は無視できないぐらいあるわけですね。

ここに関しては、やはり日本らしい丁寧な臓器移植医療は、やはり時間が掛かっても今のJOTのコーディネーターも、きっとそういう思いだと思いますし、提供側のスタッフもそのように思っています。一方で、提供いただける臓器を、バイオビリティの観点で時間が短いに越したことはないとも言えます。ですから、その辺のバランスを考えながら、対応していくというのが、JOT、あるいは全てのコーディネーターに求められる資質なのかなと思っています。原則、なるべく短い時間というのは当然だと思います。ありがとうございました。

○磯部委員長 佐原委員、手短にお願いいたします。

○佐原委員 日本医師会の佐原でございます。院内コーディネーターの件です。特定行為の認定看護師のように資格が設定されると、それを取得するというモチベーションが高い方も結構いらっしゃると思います。院内コーディネーターにも何らかの資格や認定があれば、モチベーションも上がるし、レベルも上がるのではないかなと思われました。意見でございます。

○磯部委員長 最後に、私から1点伺いますけれど、脳死のドネーション(臓器提供)自体は100件前後にだんだん増えてきて、今後も増えていくことを期待されます。JOTは、全国の唯一の組織で東京に本部があって、広く北海道から沖縄まで全部カバーされてやっている訳です。今後件数が仮に倍になってくるというような事態のときに、コーディネーターの足りないことも含めて、どのぐらいのキャパシティをもってやっていかれるという見込みを立てていらっしゃるのか、皆さんが心配しています。

今後、現地あっせんを増やすとおっしゃいましたけれど、まだロードマップも見えておりませんし、非常に大きな問題として捉えています。そこで現状を踏まえて今後の見込みについてJOTとしてはどうお考えなのか、教えてください。

○横田参考人 ありがとうございます。極めて重要なポイントだと思います。先ほど私がプレゼンした中で、コーディネーターの配置を赤丸でありました。現地のスタッフ、本部のスタッフは別な色でありましたけれども、そこを、今すぐ明日からというわけにはいか

ないのですけれども、やはりその業務分担というようなところで、対応する人数を、可能であれば少なくしていくということで、これから臓器提供の数が増えたときの対応が必要と考えております。

○磯部委員長 今後、議論が必要なところだと思いますので、よろしくお願いします。

それでは時間もございますので、次の項目に移りたいと思います。次のプレゼンテーションは、大阪腎臓バンクの高原理事長から、都道府県臓器移植コーディネーターや院内コーディネーターについて御説明いただきたいと思います。よろしくお願いします。

○高原参考人 高原です、よろしくお願いします。初めての方もいらっしゃると思いますので、簡単に自己紹介をいたします。私は移植医です。都道府県臓器移植推進組織協議会（以下ROPOと略す）役員の一人名です。私が発表する理由は以下の2つです。

1つは、これから都道府県コーディネーターの活動の説明をさせていただきますが、都道府県コーディネーターの活動内容だけでなく、臓器移植ネットワークやとJSTとか、患者会との関連する内容があり、都道府県コーディネーター自身がお話しするよりは、私が説明した方が理解しやすいであること、もう1つは、国際臓器提供の学会の役員を長年やっていたので、海外の事情など全体的な質問にお答えしやすいことです。

臓器移植そのものは、少し臓器提供が増え始めています。提供が1.5倍に増えるということは、瞬間風速は4.5倍です。それに対して臓器移植コーディネーターがどうすればいいのか？今回のプレゼンをさせていただきますと思います。

まず、ROPOというのは何か元は全国腎臓バンク連絡協議会という腎臓バンクの連絡会でした。主な活動内容は、都道府県に所属するコーディネーターの方々が、どんなふうな活動をされていて、どういう実態で、それに対して何を改善すべきか？そして都道府県コーディネーターの待遇改善を目的としていました。

それで、下線を引いたところを見てほしいのですが、都道府県コーディネーターの設置の主体は都道府県です。実際は、しっかり活動できている都道府県と、ほとんど活動できていない都道府県と両極端に分かれています。

どんな活動をしているか、については、2番に記載されていますように、都道府県における臓器移植に関する普及啓発事業、医療提供体制や関係機関との連携体制構築、そして臓器提供可能者が発生した際の活動です。特にJOTコーディネーターとは違う点で大事なところは、日頃の活動です。提供の可能性のある施設、提供施設という言い方はちょっと語弊があるのですけれども、一応その言い方をしますが、提供施設に定期的に訪問し情報提供を行います。

また提供に至らない場合もありますが、そのような場合は、後日、各提供施設で事例検討を行います。それにも都道府県コーディネーターは参加します。これは重要な活動です。

さらに、特に今、重要視されているのは、提供施設がいろいろなドキュメントを作成する際の援助を行うことです。

もう一つ重要な活動は院内コーディネーターを対象として研修・実習を行うことです。

もっと具体的には、院内コーディネーターとして、医師・看護師だけでなく、事務系の医事課の人にも院内コーディネーターとして活動してもらうことが臓器提供情報のリピート率に上がりますので、そのような院内コーディネーター設置のための活動を都道府県コーディネーターが行っています。

日頃の活動は多岐にわたっています。しかしこれからの日頃の活動は臓器提供が立て込むとそういうことができなくなります。

今年の6月から、DPCの係数が変わりました。過去3年以内に臓器提供が2例以上あると定期的に、1年間に大体大学病院であれば約1,000万円の収入が上がります。それだけではなくて病院の開設者、要するに病院長にとっては、係数が1点上がることは大きな意味があります。

そその結果、年間1,000万円の増収になるのであれば専任の院内コーディネーターを設置する病院も今後は出てくる可能性があります。

さて3番目ですが、看護師さんの割合が多いのです。

連携事業は成功しています。例えば先ほどのような施設では、院内コーディネーターも経験豊富な方がいらっしゃる。実際の斡旋業務については、そのような施設ではある程度任せていいのではないかと思います。

今JOTコーディネーターが全然足りないという話なのですが、都道府県コーディネーターの方や一部の院内コーディネーターにも現場での斡旋業務を任せてはどうでしょうか？ただし都道府県コーディネーターも全国で実質100名以下で不足しています。人口の少ない県でも2人ずつぐらいは欲しいのです。それも専任又は専従で。現状は、県から活動を制限されていて、県庁の中において、じっと事務をやっているだけで動けない都道府県コーディネーターも多いのです。

実際、都道府県コーディネーターの活動を大きく制限している県が多いです。ROPOからも脱退する県が増えています。この3年以上前からROPOは継続的に、主に聞き取り調査で調べました。

いくつかの某県では、初期対応だけをしろと、県のほうから命令が来ています。あと、JOTコーディネーターに来てやらせてもらえと。もっとひどい所は、アンケートなんかに余り答えるなど、そういうところまでできています。その結果、都道府県コーディネーターはすごく活動できている所と、そうでない所と両極端なのですが、できていない所が増えているのです。これからの大変なときに減りつつあるのです。しかも、業務が制限されつつあるので、かなりの危機感を私たちは持っています。

できている所とは県がいろいろなサポートをしてくれます。例えば、臓器提供できなかった場合でも、臓器提供ができなかったら保険は下りませんが、愛知県が独自に保証金を出すとか、大阪もそれをやっていますけれども。様々な活動ができる所と、そうでない所

が極端に分かれています。

まず、実態調査をしようということになりました。まず令和3年から5年。このときは主に聞き取り調査です。38団体に行いました。実際に、都道府県コーディネーターの方が、どういう所属か、どういう待遇か、どの辺まで活動できているのかということ調べました。

まず、収入源というのは、バンクのところが多いですから都道府県からの補助金と、医療機関からの寄付収入。例えば大阪の場合、公益財団法人で指定研究法人を取っていますから、腎臓バンクとして、透析病院からも寄付を頂いていますし、患者さんからも寄付を頂いています。ただ、実際問題は所属団体の財政が厳しい所の多いのが現状です。

では実際に、都道府県コーディネーターは、どの程度の経験のある方が多いかというと、ラダーレベルでは、A級、B級、C級のうちC級がまだ多いのです。ただ、ここで重要なことは、右のグラフのラダーレベルを見ていただくと分かるのですが、経験年数ではなくて、経験の症例数なのです。1年、2年の短期間でも症例の経験があれば、ラダーレベルが一気に上がる。つまり、ラダーレベルをどうやって、どのぐらいの人を集めるかという話ではなくて一人のコーディネーターの方が都道府県で、どれぐらいの症例数を集中してやれば経験の豊富な安定した信頼できるコーディネーターができるのかというふうに、理解していただければいいと思います。

それで、7ページなのですが、下線部分です。「記載量が膨大で負担」となっていますね。これは、私たちはROPOで調べました。

実際の都道府県コーディネーターの業務は世界中どこもあまり変わりません。大体タブレットみたいなものを持っていて業務をしながら入力しています。それが全部記録されていて、先ほど来の御質問にあったように、提供施設、コーディネーター、それから移植の施設とか、それぞれがちゃんとやるべきことをやったかどうかのチェックができるようになっているのです。

なぜ、日本がこんなに記録量が膨大なのか。特に都道府県コーディネーターの立場であれば、自分たちの記録の量が膨大であるだけでなく、提供の可能性のある初めて出た施設が、もう二度と出たくないという一番の理由は、やはり記録量が多い。なぜ、これだけの業務量になってしまったのかというのが一番の課題だと、このときは考えました。

さて、隣県支援についてですが、これも先ほど御質問があったように、都道府県行政から活動制限が個々の都道府県コーディネーターにのしかかっており、十分に行えていません。お互いに助け合わなければいけないのに、お互いに助けにくい状況になっています。

さて、都道府県コーディネーターが実際にどれぐらいの収入を得ているか、についてはかなりの少額です。また交通費などの活動費も制限されており、自腹での負担も珍しくありません。

今年の4月なのですが、野田室長にアポイントいただき、詳しい調査をすると申し上げました。

それで、46 都道府県を対象にやりました。結果的には 85%～90%以上の返答を得られました。実は、日本移植学会の協力が大きかったです。

結果についてですが、まずコーディネーターの設置数を見ると、1 名のところが多いです。大阪も実は 1 名だけです。

では現実問題として、どんな業務が、都道府県コーディネーターで大変かということ、やはり先ほどから申し上げるように、報告書の作成とフォーカスシート。具体的には、やはり一番優先しているのは、初めて提供を出した施設の、提供後の事務作業をお手伝いすることとか、そういうことがすごく大事なので一生懸命やっているのですけれども、それも回り切れていない場合があります。

隣県支援は 55.8%ですが、これは決して高い数字ではありません。大事なときに、結構行けない。この県からは、あの人は頼りになるけれど今回来てくれなかったのは、やはり採用条件で、出にくい状況があるということがあるので、決してよい値ではありません。

隣県支援に係る一年間の勤務時間は最大 471 時間と、これはもっと増えればいいという話ではないのです。本当は活動時間が倍以上、3 倍ぐらいに増えてくれたら隣県支援もできるし、先ほど申し上げたのですが、日頃の活動ができていない都道府県コーディネーターが今は多いですから、本来の支援の活動ができるようになります。隣県支援は、臓器提供の少ない地域の都道府県コーディネーターが行っている場合が多いという、逆の現象になっています。

ということで、前半の私のまとめなのですが、私たちの都道府県 CO からの、この委員会に対する要望としては、都道府県コーディネーターの複数設置で、少なくとも 2 名は欲しいです。あと、恒常化という書き方をしていますけれども、やはり専任又は専従の方が欲しいです。事務をしながら外に出られない人では、ちょっと困るのです。お互いヘルプしないといけません。

あと、大阪を例に取りますと、三次救急救命施設が 20 あるのですが、その中で、日頃我々がターゲットにしている所は 8 つなのです。極端な話、JOT のコーディネーターの方が後から来られても、私たちと JOT と相談しながらできるのです。でも、三次救急救命施設で初めて出る所の場合、最初から JOT のコーディネーターと行かなければいけないこともありますから、どうしてもお互いにヘルプし合わないといけないので、労務契約の明確化というのは、どうしても技術的には必要だと思います。これが前半の私の依頼内容です。

大阪では、大阪府の知事が出すのですけれども、登録制度というのをやっています。総数 50 名ぐらいです。先ほど申し上げたように、複数の職種の院内ドナーコーディネーターがいる所からはリピート率が高い、これが 1 点です。

もう 1 つは、先ほど申し上げたように、今年の 6 月から施行された DPC 係数の変更によって、大きな臓器提供数増加が期待できます。その点を強調したいと思います。

くりかえしますが、都道府県コーディネーターの業務の中に、院内ドナーコーディネーター等との協力、それから院内ドナーコーディネーターの育成があります。この育成事業が大事なのです。例を示します。これは私が出ていますけれども、半年に一度、大阪府の主催で、院内コーディネーター研修をしています。私とか、都道府県コーディネーターがヘルプしますが、これは大阪府の職員がやっているのです。来月もやりますけれども、大阪府の府庁の中の一番広い会議室で、大阪府の職員さんがやってくれているのです。実際にはこのように、院内コーディネーターを集めるということは大阪府が直接、任命するという形を取ることによって、その人はすごく動きやすくなります。バンクからの任命では弱いのです。

もう1つの例を示します。ROPOの代表は山永ですが、熊本赤十字病院とか、2番目に岡山大学が書いてあります。こういう所が連携事業でかなり安定しています。そういう所が中心になって、周りの施設を集めたりして勉強会をするのです。そうしたら、新しく参加する施設も、1例しか経験のない所も、二度と嫌だと言いたいのも分かるのだけれども、ああすればよかったとか、どんどん変わっていきます。

日頃の活動と提供時の活動と、もちろん両方が大事なのですけれども、こういうように、ある程度連携事業で成功した所はどんどん先に行っていただいて、院内コーディネーターにかなりの部分をやっていただいたら、都道府県コーディネーターも楽ですし、JOTコーディネーターも楽です。つまり都道府県コーディネーターと院内コーディネーターとがどのようにしてヘルプし合うかということが今後の課題だと理解しています。

これが提供数は2~3倍に増えたときにどうするかということなのですが、今回の2回の調査と、聞き取り調査、私自身が約20の都道府県のコーディネーターと順番に、先ほどのアンケートとは別にヒアリングをしたのですけれども、やはり各都道府県コーディネーター2名では足りない。例えば東京都にはROPOがないのですけれども、東京だと6名ぐらい必要なのではないかと私は思います。大阪でも3名ぐらいは欲しいです。実際に全体では3倍ぐらいかなと思います。

また業務の簡素化が必要です。しつこいようですけれども、これをどうやってやるかというのは、これだけ複雑になって、こじれてしまうと、業務手順書がこんなのができてしまうと、簡単にはいきません。ここから先は私の個人的な提案ですが、世界中のコーディネーターがみんなやっていることは一緒だから、一回、台湾などへ見学に行ったらどうかと思うのです。あそこの副大臣は私の友達なので頼んだらいろいろ教えてくれますから。

あとは、実践的なトレーニングです。これは何が言いたいかというと、例えばJOTもそうですけれども、最初に遺族の方とか、ドナー家族に会いに行くじゃないですか。最初がすごく大事なのです。そこで本部とチェックしながらというのは余りよくないのですね。そうじゃなくて、そういうところの訓練としては必要ですから。あとは、手術場の中の業務も経験が必要です。何でもかんでも簡素化というわけにはいかないということです。最後は、かなりの部分を任せられるところは任せていきたいと思います。

すね。

最後に、これが2つ目の私たちの結論というか、お願いなのですが、院内ドナーコーディネーターの業務の明確化、あっせん業務への参画。これは全部ではなくても一部でも結構なのですけれども。あと、院内ドナーコーディネーターの人材育成と、院内ドナーコーディネーターの労務に対する評価ということが強く望まれます。以上です。どうもありがとうございました。

○磯部委員長 ありがとうございました。高原参考人からは、現場におけるコーディネート事業について、おまとめいただきました。それでは、質疑に移りたいと思います。御発言の方は挙手で、事務局からお願いします。

○吉川補佐 先に、事務局から。お休みの平澤委員より、御意見と御質問を頂いているところです。御意見としては、平澤委員は、福井県で院内ドナーコーディネーターをされているのですが、院内ドナーコーディネーターが家族に臓器提供を説明することのメリットについてです。外部のコーディネーターは、スーツの上から白衣という感じでお話いただくのだけでも、院内コーディネーターの場合は病院の職員ですので、白衣とか、病院のユニフォームを着ています。そういうスタッフが家族に寄り添うことで家族は精神的な負担なく話を聞くことができるし、また意思決定も安心してできると。その上で、都道府県臓器移植コーディネーターに院内コーディネーターをサポートしてほしいと。あと、高原参考人からおっしゃったみたいに、臓器摘出手術についても、院内コーディネーターが学べるような環境を作ってほしいという御要望でした。

また、先ほども御紹介があった臓器提供施設連携体制構築事業を全国に広げて、特に、それこそ岡山県とかの移植医療支援室というのが、地域全体、あるいは全国的をカバーしてサポートするというように地域全体をサポートするコーディネーターが設置されるとよいという御意見を頂いております。

質問ですが、実際のあっせんに都道府県臓器移植コーディネーターが参加したとき、あるいは隣県支援に行ったときの都道府県コーディネーターへの謝金の金額は、実際には幾らなのでしょうかと御質問を頂いているところです。

○磯部委員長 高原参考人、よろしくをお願いします。

○高原参考人 謝金ですか。

○磯部委員長 横田参考人、どうぞ。

○横田参考人 すみません。では私、横田から、よろしいですか。日勤帯に関しては、都道府県コーディネーターの謝金に関しては当該の都道府県の規定にのっとるという理解ですが、時間外に関しては、県外、あるいは県内のJOTから、金額もここに資料として持ってきたのですが、お支払いすることはできます。ただし、通常の日勤帯であれば、当該の都道府県の謝金のルールにのっとってという位置付けだと思います。

○磯部委員長 では、賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 賀藤です。いろいろ、御説明ありがとうございました。大変勉強になりました。

た。御説明の中で、都道府県コーディネーターですが、これは都道府県で、大きな差があることを提示していただきました。本当に何というか、移植という事業に関して全く無理解というか、それに近いような形になっている都道府県もあり、活動に大きな差が出ているという御説明がありました。個人的な考えで構いませんので、どうやったら改善できるというか、均一化できるかということについて、全く個人的御意見で構いませんのでお教えいただければと思います。

○高原参考人 少なくとも、はっきりしていることは、過去 30 数年間の我々の活動によって、個別の都道府県の中の関係者が、例えば、いくら患者会や学会が集まって、県庁や府庁に申し出ても、成功した例は 1 つもありません。ですから、今の現状のままでは難しい可能性が高いです。悪いことに、さらに、先ほど申し上げたように、最初の初期対応だけをして、あとは JOT のコーディネーターに来てもらえという所は今、少しずつ増えつつありますので、今の現状の今の通常のアプローチというか、県のお役人の方々や衛生部へのアプローチでは無理だと、そこだけははっきりしています。

では、どうすればいいかは分かりませんが、今、私たちがやろうと決めていることがあります。それは大阪と同じことで、先ほど申し上げた今回の DPC 係数で既に収入が上がっている所があります。そういう所の施設の実際の院長先生とかと一緒に、都道府県、大阪なら大阪、大阪は割りと協力的なのですが、そういう所にアプローチすることと、もう一度、患者会の方と一緒にいくということ、そこまでは活動方針が決まっています。今、6 つの県で、そのことをやることになっております。以上です。

○賀藤委員 厚労省の局長通知、課長通知というか、その形式でかつ努力目標ではなくて義務化という形でも、そういう効果はないということなのではないでしょうか。

○高原参考人 すみません、もう一言ください。

○磯部委員長 どうぞ。

○高原参考人 逆に、私も全部は把握していませんが、一部のというか、5 つ、6 つの県では、逆に県の衛生部が厚労省に、どうしたら、そういう設置をもっと増やせるかとかの御相談に来る場合もあるので、悪いばかりではないのです。でも、やはり悪い場合が目立っております。

○磯部委員長 事務局から、いかがですか。

○吉川補佐 ありがとうございます。事務局です。先ほどの賀藤先生からの御質問で、室長通知ということですが、実は昨年、久しぶりに室長通知を改正し、各都道府県で臓器提供に携わってくださっているコーディネーターさんの業務の明確化などを改定したところです。都道府県コーディネーターの方々の事業というのは、地方交付税交付金の措置になっておりますが、金額の見直しもさせていただいたところです。引き続き、そのような働きかけをしていきたいと考えております。

○磯部委員長 あと、お二人、手が挙がっていらっしゃいましたので、そのお 2 人までということをお願いしたいと思います。湯沢委員、どうぞ。



○湯沢委員 湯沢です。私は、臓器移植施設で働いており、それで都道府県コーディネーターも同じ施設におりましたので、その大変さはよく分かりました。それで、高原先生にお聞きしたいのは、都道府県臓器移植コーディネーターに、ちらっと話があったのですが、ラダーレベルというのがありました。S級からA級、B級、C級というのがあり、S級が0でした。今のです。S級というのは大分一番偉そうに聞こえますが、それが0で、A級、B級、C級と分かれています。この級によって何が変わるのかということと、具体的にそれは、どうやってレベルが上がっていくとかということになるのかを教えてくださいか。

○高原参考人 先ほど説明したことの繰り返しになりますが、S級は別なのですが、経験件数が5例ぐらを超えてくると、結果的にはほとんどBからAになります。ですから、私たち都道府県コーディネーターのお世話している側は、実はラダーレベルを余り気にしていなくて、データは取りますが、とにかく臓器提供、あるいは都道府県前、特に臓器提供を5件以上経験すると、必要とされるテクニック、能力は得られるだろうと。ですから、ラダーレベルというのとはそれほど重要ではなくて、やはりどれぐらい短い期間でどれだけの症例を経験できるか、5例以上経験できるかというのが大きいと、今回の調査では考えております。以上です。

○湯沢委員 S級が0というのは、どういうことなのですか。

○高原参考人 これは、3年から5年のやつなので、今回のやつでは、ラダーレベルは調べておりません、6年の分では。

○湯沢委員 そうですか。それから、その2つ前のスライド。

○高原参考人 JOTでは今、S級が14人で、都道府県は1人、合計が15人ということになっております。これは、直近のデータです。

○湯沢委員 実は、高原先生が出されたこれが、何かコーディネーターの位置というか、偉さというか、JOTが一番偉くて、都道府県コーディネーターがSで、院内コーディネーターが一番下みたいな、こういうイメージをどうして作られているのではないかと思います。いかがですか。

○高原参考人 ですから、今回の調査では、そこの所は余り重要視しておりません。とにかく、必要とされる能力を達するまでには、どれだけかという調べしか今回はしておりません。

○湯沢委員 ありがとうございます。

○磯部委員長 先生、質問の意味は、こういう位置付け的なシェーマが影響があるのではないかという御質問だと思いますよ。

○高原参考人 それは、あるかもしれません。

○磯部委員長 よろしいですか。あと一人、どなたでしたっけ。

○外園委員 外園です。

○磯部委員長 外園委員、どうぞ。

○外園委員 外園です。ありがとうございます。都道府県の臓器移植推進組織協議会が、腎バンクをベースにしていることを今回初めて知りました。私は今、角膜学会で、アイバンクの現状検討委員会の委員をしているのですが、都道府県の兼任だとドナーが増えないということが共通しています。もう少し私たちのアイバンクと連携できたらと思ったのですが、先ほどアイバンクのあっせんが収入になっているということでしたが、都道府県の中で大体何割ぐらいが、アイバンクも兼任されているのでしょうか。

○高原参考人 今回は調べておりませんが、30%以下です。

○外園委員 30%ぐらい。分かりました。

○高原参考人 これは、外園先生のほうが、私たちよりも詳しいかもしれませんが、私たちは何十年来、アイバンクにラブコールを続けています。

○外園委員 そうですか。

○高原参考人 ですが、もうアイバンクは応えてくれません。

○外園委員 すみません。

○高原参考人 理由は幾つかあります。世界的に見ても、組織と一緒にやっている OPO とか、そちらのほうがずっと運営状態もいいですから。本当は、一緒にやりたいと御理解ください。

○外園委員 もう、是非。今、ちょうど学会でアイバンクの在り方を検討していますので、是非、一緒にプランニングしたいと思います。

○高原参考人 是非、呼んでください。

○外園委員 はい。それと、専任が2人以上というのは全く同感ですが、院内コーディネーターにおいては、兼任でもいいから複数いて、任期をもってローテーションしていくことで、臓器提供なり、眼球提供なり、意識が浸透するのではないかと考えております。院内コーディネーターに関しては、人材育成を広げるということで、専任と兼任に関しては、先生はどのようにお考えでしょうか。

○高原参考人 どちらでもいいのですが、我々が最も重視しているのは、先ほど申し上げたように、連携事業でかなり完成に近いところがありますよね。そのところは、全国の5類型の中の多分10%どころか5%ぐらいしかないと思います。これを5%、7%、8%に増やすことを重要視しています。そうすると、その中の院内コーディネーターは専任の方もいらっしゃるれば、先ほど申し上げたように兼任だけでも事務系もいらっしゃる所もあると思います。ですから、やはり専任、兼任というよりも、そういう連携で成功した所に近いところで、どうやって増やすか。そのためには、院内コーディネーターは、そこでどうすればいいかということで、今度は、岡山大学パターン、長崎大学パターン、それから熊本日赤パターンがあるというふうに御理解ください。

○外園委員 分かりました。最後に、臓器だけでなく、眼球と組織移植のドナーもありますので、それを全部包括して分かっているコーディネーターが欲しいと思うのですが、それに関しては、実現可能でしょうか。

○高原参考人 御存じのように、組織移植のコーディネーターは、大阪など関西には、割りと組織の方もいらっしゃるからいいのですが、地区によっては、組織の方がいらっしゃらない所がありますよね。ですから、優先順位としては組織コーディネーター、私たちよく一緒に過ごすのですが、組織コーディネーターが対応できない地区をどうやって埋めるかということのほうが、優先度は高いと理解しています。

○外園委員 分かりました。ありがとうございます。

○磯部委員長 議論はつきませんが、時間もございますので、次に移りたいと思います。横田参考人と高原参考人から大変貴重な情報を頂きまして、私どもと情報共有させていただきました。この認識のもとに、今後、議論を進めたいと思います。それでは、ここで御退席いただきたいと思います。どうもありがとうございました。

引き続き、前回と本日の議論も踏まえて、今後のあり方について、さらに議論いただきたいと思います。事務局からご説明をどうぞお願いします。

○吉川補佐 事務局から、今後の臓器移植医療のあり方について御説明させていただきます。ちょっと時間もありますので、初めの3枚の資料は省略させていただきます。前回、第66回の臓器移植委員会での御意見、また、前回もかなり時間が限られておりましたので、改めて各委員にヒアリングを行い、新たに頂いた御意見も踏まえて、それぞれ臓器提供施設について、あるいは臓器あっせん機関について、そして移植実施施設について、それぞれの御意見をまとめさせていただきました。詳しい意見については割愛させていただきます。また、ご覧ください。

その上で、今回、更に御議論いただきたい内容としては、やはり同じように、臓器提供施設について、臓器あっせん機関について、そして移植実施施設について、それぞれありますが、法律家、倫理の専門家等にサポートを行っていただく必要があるのではないかという御意見を頂きました。その内容として、どのようなものが考えられるか。先ほど、高原参考人からもお話がありましたが、臓器提供ができない都道府県や施設がある中で、経験のない施設に対して、どのような支援が必要か。

そして、あっせん機関については、先ほど来お話がありますように、臓器提供の可能性のある方の情報共有、今でもかなりたくさんの方の情報を日本臓器移植ネットワークに受けていただいておりますが、さらに、共有情報数が増えてきた場合に、あっせん機関側が持続可能な対応をするためにはどのような体制を構築することが必要か。そして、都道府県コーディネーターや院内コーディネーターについてお話がありましたが、さらに、それを活用するためには何を検討しなければならないか。そして、先ほど来、臓器あっせん機関の業務の整理、スリム化、複数化といったお話がありましたが、あっせん機関による不公平が生まれないように、どのような体制が考えられるか。

また、移植実施施設においては、前回の議論では、レシピエントさんの移植希望登録施設の複数化であったり、あるいはレシピエントさん、あるいは臓器不全患者を診療されている医療従事者が移植実施施設を選択する際に、いろいろな情報を公表してはどうかとい

うお話がありました。その情報はどのようなものを公開すべきなのか、何を配慮しなければいけないのかについて御議論していただきたいと思います。また、大きなお話として、臓器移植を行う施設の院内体制の充実等のために関連学会が、そして我々、国がどのようなことを行うべきかを御議論いただ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 議論に移りたいと思いますが、御意見のある方は挙手で御発言をお願いいたします。賀藤委員、お願いします。

○賀藤委員 最初の1枚目のスライドで出していただきました倫理の専門や法律の専門の先生たちのサポート体制というところですが、ほかの大学病院等では既に行っているのかもしれませんが、このサポートの目標は、いわゆる脳死とされうる患者さんの全数把握をきちっと行うことなのだろうと思います。

なぜかという、脳死とされうる状態の患者さんが発生した場合は、もう救急の先生や集中治療の先生は患者さんを助けるために一生懸命やっていますので、その先生たちにそれ以上の負担をかけるのは、なかなか大変だろうということはもう分かっています。ですので、脳死とされうる状態の患者さんが発生した場合は、病院の院長に報告してくださいという義務化をしてはどうかと。院長には、その発生したことについては、定期的に国や若しくはJOTに報告するというのを義務化します。発生したと報告を受けた院長は、現場の先生方に負担を掛けるのではなく、全く第三者の委員会として、ある病院としては臨床倫理委員会があるのかもしれませんが、そこで、法律の先生や倫理とか、全く現場の先生と離れたグループが、患者さんの家族に対して、臓器提供の説明や医師確認を行うシステムがあってもいいのではないかと。そういうサポートを行う体制と、脳死とされうる患者さんの全数把握というシステムをリンクさせたものを作ってはいかがかなと考えていました。以上です。

○磯部委員長 ほかにいかがでしょうか。湯沢委員から、どうぞ。

○湯沢委員 湯沢です。どう考えても、今のJOTの体制で全国をカバーして対応するというのは無理だと思います。何度もほかの委員からも発言がありましたように、あっせん機関と、家族や臓器提供に対する機関を完全に分けたほうがいいと思います。レシピエントの選定はアメリカのようにUNOSがやって、各地域に家族対応、提供に対応するためのOP0が、アメリカにはありますが、そのOP0が各地域で対応するような組織づくりが必要なのではないかと、私は思っています。

それから、もう1つです。前回、厚生労働省からJOTに、移植施設の辞退数などのデータを提出するよということがあり、そのデータは厚生科学審議会の我々委員にも共有したいということで、お話をさせていただきましたが、先ほどJOTから、それは提出したという話がありました。我々には開示していただけないのでしょうか。以上です。

○磯部委員長 最後の点、事務局からいかがでしょうか。

○吉川補佐 事務局からお答えいたします。先ほど横田参考人からお話がありました「あっせん」、あるいは「あっせんにならなかった事例」の対応状況についてというデータを

ちょうど頂いたところでございます。現在は内容を精査中でございますので、どのようなものを先生方に御共有できるかどうかということも含めて検討してまいりたいと思っております。

○磯部委員長 次いで笠原委員、どうぞ。

○笠原委員 成育療養センターの笠原です。皆さんが申し上げているとおり、JOTのあっせんの業務、大変喫緊の状態かなと考えています。手前どもは臓器移植施設であり、提供施設でもございますが、臓器の幹旋のリージョン制を考えたほうがよろしいのかなと思います。もう一点は、欧米で既に臨床応用されている機械環流装置は保存時間を大きく延ばすことができますし、臓器移植までの時間を、ある程度調整できますので、機械環流の臨床応用を強く、多臓器で進めていくべきではないかと思っております。既に欧米で普通に使用されており、移植手術時間が調整可能で、臓器移植の数も増えております。臓器移植を受ける患者さんにとっては大きな福音となり得るものですので、前向きに検討されてはどうかと思っております。以上です。

○磯部委員長 木幡委員、お願いします。

○木幡委員 フジテレビの木幡です。私からは、ドナーはこれからどんどん増えていくと思います。今、臓器提供の意思を全部の患者さんに確認することはできていないのですが、多分、ポテンシャルドナーは実際はもっといるのではないかと考えています。今やるべきことは、それを今やってしまうと対応が追いつかないということですので、コーディネーター不足やJOTの問題への対処が本当に急がれると思っております。その間に、助かる命が助からないということになってしまうと、これはもう大問題になると思っております。

先ほど来、聞いておりました都道府県のコーディネーターは臓器移植ネットワーク所属ではないということなのですが、例えば全員をJOTのコーディネーターとして採用するというか、所属はそこに置いておいて、ただ、勤務地は全国で、地域の業務を担当する人として動かすということではできないのでしょうか。JOTのコーディネーターが全国に毎回毎回行くということは大変なことだと思いますので、場合によっては、そのようなことをしなくてもよくなるみたいな形が、もしかしたら理想なのかなと思っておりました。先ほどのアイバンクのコーディネーターも一緒にするという形で、全部ネットワークのコーディネーターにしてしまうということは、予算の問題などいろいろあるのかもしれませんが、どうなのかなと思っておりました。

それから、患者さんの家族への説明は、以前もこの会議でも申し上げましたが、もちろん直接行ってしっかりと丁寧に御説明するというのは大事だとは思っておりますが、これからどんどん提供者が増えていったときに、簡単な説明動画のようなものをしっかりと1個作って、丁寧に間違いのない言葉使いで伝えれば多くの人に同じように説明できる。取りあえずは、これをまず聞いてくださいという形で、話を聞きたいという御家族の方には提示するというのもできるのではないかと思っておりました。以上でございます。

○磯部委員長 続きまして藤野委員、どうぞ。

○藤野委員 ありがとうございます。私は臨床にいる看護師の立場からということで、先ほど JOT さんの御意見にもありましたように、増員をするという前提でお伝えいたします。既に協力事業やメディエーターを使っての人員増強ということを進めているということですが、臨床にいる看護師及び、ほかの職員を有効に使っていくというときには、DMAT の体制のあり方がいかなと個人的には考えています。つまり、通常は院内で勤務していますが、発生したとき、有事が起こったときにはそちらのほうにシフトをします。ただし、それを行っていくには診療報酬などでのメンバーへの何か補填がない限りは、病院としては体制が組みきれませんので、是非、その辺りを含めて御検討いただければと思います。以上です。

○磯部委員長 外園委員、どうぞ。

○外園委員 よろしく申し上げます。先ほどの作業のスライドに沿って申し上げますと、脳死下臓器提供の体制が整っていない病院、施設であっても、眼球提供はどこでもできます。昨年、眼球摘出の手引を作りまして、もうすぐホームページを公開しますので、どここの病院でも、御自宅でも眼球は摘出できますので、それを知っておいていただきたいと思っています。

それから、臓器あっせん機関の複数化に賛成です。複数あることでバランスが取れて、協力もできて、何か地震などがあった場合の対応もできてリスク管理ができます。レシピエントの移植希望登録の複数化は、それが見える形、透明化されていたらいいのではないかと。先ほど順位が下がっていたときということがありましたが、レシピエントの待機情報も常にアップデートして、アップデートした日が分かれば最新情報が分かりますし、そこが近くの A 病院と B 病院で受けられるように登録して、それが見えていたら、患者さんの情報を共有することで JOT の方の負担も減るのではないかと思います。以上でございます。

○磯部委員長 よろしいですか。賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 すみません、短く、たった一言だけです。今日、横田先生がいろいろ苦勞されて、プレゼンもやっていただきましたが、これらの内容はものすごく大変で、全てを現実化しようと思うとなると、これは無理だと思います。やはり、第三者が入って全て JOT を解体するような気持ちで業務内容も全て分割化して、JOT の在り方というものを再検討しなくてはいけないと思いました。以上です。

○磯部委員長 あと、よろしいですか。それでは、議論を集約していきたいと思っています。今の御意見、先ほどの参考人に対する質疑の中での御意見、また前回のことも含めて、まず提供体制につきましては、連携体制の構築事業を全国に広げること、それから今現在、JOT が一手に引き受けている業務を分業化するという業務分担のことが出てきたと思います。それからコーディネータの数は、JOT も都道府県も圧倒的に少ないという認識で、これを増員していくことが必要である。特に院内のコーディネータを更に活用して、家族対応とか、院内コーディネータ、都道府県コーディネータがサポートして分業していく体制

を取っていくべきである。それから、あっせん機関が現在は JOT が一手にやっておりますが、分業して中央の業務分担をレシピエントの選定、それから現場の対応は地域等のコーディネータが行っていくような体制にする。そういったことが、提供体制について挙げられた意見であろうと思います。

それから、移植の実施施設につきましては、前回の議論で、移植の成績を可能な限り公表して、患者が移植施設を複数選択できるような体制も取っていく。それから眼球については、先ほど外園委員からございましたけれども、積極的に進める体制を作っていくということですね。大体そんな意見が出てまいりました。何か追加で、御発言の方はいらっしゃいますか。小野委員、どうぞ。

○小野委員 ありがとうございます。小野でございます。この複数施設に登録をする方向で各学会がいろいろ議論を進めていると認識しておりますが、そこで議論をしている中で気が付いたことなのですが、例えば新聞報道にあるように、一部の施設に、1つの臓器のみならず複数の臓器の移植が多数ある場合に、多数の臓器の移植を同時にできないために辞退があることは御存じのとおりですが、そのために、複数施設に登録を可能にするということになりますと、待機している患者さんの立場から言うと、もし例えば、私ども東大が3臓器の移植があるために、いずれかの臓器を患者さんが受けられないときに、第2施設という言葉が適切かどうかは別問題として、その第2施設で必ず受けられると錯覚してしまいかねないのです。つまり、複数施設でできるというのは、当初の登録施設でできなくても、必ずどこかでできるという誤解を招きかねない表現である。つまり、例えば複数施設のもう1つの施設も、必ずしもいろいろな事情で、常に移植が受けられるとは限らないということです。

逆の立場で言うと、複数施設に登録していて、第1施設がいろいろな事情で移植できないときに、第2施設は必ず移植をしなければならないという強制力を持たせると、また、このシステム自体が非常に問題になるという問題点をはらんでいることが少し明らかになってまいりましたので、一応、ここでそういった議論がされたことを少し情報共有させていただきたいと思います。以上です。

○磯部委員長 はい。続いて笠原委員、どうぞ。

○笠原委員 ありがとうございます。私は、先ほど申し上げた機械環流装置のことは、臓器移植施設でできる努力として、是非、議事録に残しておいていただきたいなと思います。

また欧米ですと UNOS と OPO が分かれているのは、レシピエント選定と家族対応を同じ施設でやると、COI になるのではないかと思います。やはり日本も登録、斡旋、家族対応、広報業務を分けてゆく方向で考えていったほうがよいのではないかと考えております。以上です。

○磯部委員長 お二人からの御意見を承りました。ほかによろしいでしょうか。湯沢委員、どうぞ。

○湯沢委員 湯沢です。すみません。最後に笠原先生がおっしゃったこと、私も非常にそ

のとおりだと思います。うがった見方をすると、例えばですが、自分の家族が臓器不全で亡くなりそうだからと、家族同意を強要するなんていうことが出てくる可能性だってあるわけですね。だから、あっせん機関と家族対応を同じ施設でやることは絶対にあってはならないし、COIになることだと、私も確信しております。

○磯部委員長 はい、承りました。それでは、事務局には、今、多様な意見が出てまいりましたけれども、御意見をまとめていただいて、それをもとに、次回の方針案を出していただければと思います。どうぞよろしく申し上げます。

本日はたくさんの情報共有と、また、皆さんから活発な御意見を頂きまして、かなりシステムの改善につながる議論ができたのではないかと思います。

それでは、最後に事務局からお願いいたします。

○吉川補佐 事務局でございます。本日は大変重要な議論を頂きましてありがとうございました。先ほど磯部委員長から宿題を頂きましたけれども、本日の意見等をまとめまして、次回には、方針案を提示したいと考えております。次回の開催につきましては、日程調整中でございます。追って、御連絡させていただきます。事務局からは以上でございます。

○磯部委員長 それでは、本日の委員会を終了いたします。どうも御協力ありがとうございました。