

厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課移植医療対策推進室

日時：令和6年月10月23日(水) 14:00～16:00

場所：AP虎ノ門 RoomC(11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、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、藤田 知之参考人、上野 豪久参考人、横田 裕行オ
ブザーバー

議題

1. 今後の臓器移植医療のあり方について
2. その他

配布資料

資料1	今後の臓器移植医療のあり方について(案)
資料2	今後の臓器移植医療のあり方について(概要)
資料3	心臓移植希望者(レシピエント)選択基準の一部改正案について
資料4	肝臓移植希望者(レシピエント)選択基準の一部改正案について
資料5	小腸移植希望者(レシピエント)選択基準の一部改正案について
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 （一社）日本移植学会提出資料
参考資料 14 日本腸管リハビリテーション・小腸移植研究会提出資料

議事

○吉川補佐 定刻になりましたので、ただいまから、「第 69 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、本日、参考人の方、オブザーバーの皆様におかれましては、御多忙のところ御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

いつもどおり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おきましては、ビデオ及びマイクをオンにいただきまして、マスクをされている方はマスクをお外しいいただきまして、まず、お名前をおっしゃった上で御発言をお願いいたします。また、御発言が終わりましたら、再びビデオオフ、ミュート状態にさせていただくようお願いいたします。

本日の出欠状況でございますけれども、外園委員が御欠席で、もしかして間に合ったらお入りになられるとお聞きしております。また、秋山委員と水野委員が少し遅れて御参加とお聞きしております。また、参考人としまして、本日は東京科学大学心臓血管外科の藤田教授、そしてオンライン上ですが、大阪大学医学部附属病院移植医療部の上野部長にお入りいただいております。また、オブザーバーとして、日本臓器移植ネットワークの横田理事長にも御参加いただいております。

引き続きまして、資料の確認をさせていただきます。今日もたくさんございますけれども、資料 1 が、今後の臓器移植医療のあり方について(案)、資料 2 は、前回の議論も踏まえました概要のワードです。参考資料は、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 6～参考資料 12 までは、心臓、肺、心肺、肝臓、腎臓、脾臓、小腸の移植希望者のレシピエント選択基準です。参考資料 13 が、本日、藤田参考人に御発言いただきます、日本心臓移植学会提出資料です。参考資料 14 が、上野参考人に御発言いただきます、日本腸管リハビリテーション・小腸移植研究会提出資料となっております。資料の説明は以上です。

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 それでは議題に入りたいと思います。本日は、御説明に引き続いて、皆さんの御意見を伺うことが中心になりますので、積極的に御発言いただいて、かつ要領よく

御意見を言っていただければと思います。まず、議題 1 です。今後の臓器移植医療のあり方について、事務局より御説明をお願いいたします。

○吉川補佐 事務局より、今後の臓器移植医療のあり方について(案)を御説明させていただきます。まず、1 枚目の資料です。先だってから議論いただく際に御活用いただいている資料ですが、脳死下の臓器摘出に至るプロセスと課題です。この対応策と書かれている所は、まだ検討中ではありますが、途中経過として、事務局の方針について示したものを記載しております。緑の所が臓器提供施設、赤の所があっせん機関、黄色の所が移植実施施設です。

まず、緑の所に関して、復習になりますけれども、終末期対応や臓器提供に対する臓器提供施設の負担あるいは経験不足から、臓器提供を断念していることがあります。また、臓器提供の適応に合致しないと判断された、あるいは御家族が JOT 等からの説明を希望されなかったという理由で、臓器提供に至らないということで、上 2 つの所の不慣れ、負担感ということに関して、臓器提供施設連携体制構築事業の拠点病院がない地域に拠点病院を設置し、オールジャパンで支援、カバーをしていきたいということで示しております。

また、赤の臓器あっせん機関については、日本臓器移植ネットワークさんとともに文言の調整をしましたが、複数年事例対応のために、JOT 等コーディネーターが家族の意向やポテンシャルドナーの急変に対応できず、あっせんに至らなかったこと、医学的観点、法令・ガイドラインの観点から、臓器提供の適応がないと判断され、あるいは、御家族が説明を受けた上で臓器提供を希望されなかったということで、臓器提供に至らないということが挙げられています。それに対する対応策として、②、③ですが、あっせん機関を機能で分割し、その上で地域ごとに複数のドナー関連業務機関を設置、そして家族に説明する業務を院内ドナーコーディネーターに委嘱ということに記載しております。

また、黄色の移植実施施設です。ドナー適応は確認したものの、レシピエントの理由、移植実施施設の体制により成立せずということもあります。これに関しては、④から⑥ですが、レシピエント選択基準等の精緻化、レシピエントの登録施設の複数化、そして移植実施施設ごとの移植実績、成績等の見える化と書いております。

先ほど御案内がありましたとおり、前回の臓器移植委員会においてまだまだ議論ができていないところもありますので、本日もお時間を頂いて、活発に御意見を頂きたいと考えております。

緑の①です。臓器提供施設連携体制構築事業の強化ですけれども、臓器提供の経験豊富な拠点病院が、経験が少ない連携施設に対して、教育やノウハウを供用するということが、令和 7 年度は、人口の多い大阪府、空白地帯になっている日本海側等への拠点病院の設置や遠隔地への支援について検討予定です。既に幾つかの医療機関から来年度拠点にというお話を伺っているところです。

こちらは再三御説明しているので、そのまま説明を続けさせていただきまして、②臓器あっせん機関の複数化の考え方ですが、この資料は、前回の第 68 回臓器移植委員会の資

料 1 を少し変えたもので、ただ、ほぼそのままです。臓器のあっせんに係る業務は、ドナーに関わる場所、そしてマッチングに関わる場所の 2 つがありますけれども、今、臓器提供事例が増えてまいりまして、日本臓器移植ネットワークでドナー関連業務、マッチング関連業務の全てを担っていただくことで、とても負担が増大しているということが挙げられています。前回の臓器移植委員会において、日本臓器移植ネットワークの負担軽減等の観点から、この案 1 と書かれている業務を整理しまして、マッチングに関わる業務と、ドナーの御家族に対する説明など、ドナーに関わる業務に分けるという方向でお話いただいたと認識しております。

この 9 月 18 日、前回の第 68 回の臓器移植委員会の議論を踏まえ、JOT への業務集中を軽減、そして、家族への説明等を効率的に進めるためのドナー関連業務実施法人を設立し、JOT の一部業務を移行することを検討していきたいというところです。ただ、課題として下のグレーの所にお示ししていますが、ドナー関連業務実施法人の複数設立に当たっては、コーディネーターの確保、コーディネーターの質の担保、そして法人ごとの費用配分やデータの供与、この仕組みを検討することが必要であろうと認識しております。

また、ドナー関連業務実施法人を地域に複数設置し、臓器提供施設と連携することで、JOT の業務集中を軽減、そして効率的にポテンシャルドナーの御家族に説明ができることが期待されていますけれども、地域のあっせん機関を複数設置するに当たって、人員確保等の課題をどのように解決すればよいか。また、ポテンシャルドナーの御家族への説明やマッチングとかだけでなく、ドナーの関連業務に関しては、ほかの様々なことがありますし、マッチングに関しても付随するたくさんの業務があります。これは事務局案としてイメージとして例示しているのみですけれども、ドナー関連法人にどのようなお仕事をほかにやっていただくか。マッチング関連業務を実施するあっせん機関、JOT にはほかにどのようなお仕事をさせていただくのか。この辺も後ほど御意見を頂戴できますと幸いです。

続きまして、コーディネーターの確保と質の担保の所です。ドナーの関連業務実施法人は、ポテンシャルドナーに関する連絡を受けた後、直ちにコーディネーターを派遣し、承諾の任意性の担保に十分配慮しながら、家族に脳死判定や臓器を提供することについて説明を行うことと「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)に記載されています。現在の JOT 等のコーディネーターの家族への説明等の質を担保しつつ、ドナー関連業務実施法人のコーディネーター及び院内ドナーコーディネーターに JOT の業務を一部移行するに当たり、数の確保もそうですが、質や公平性の担保をどのように考えていくかということを考えていかなければいけません。

こちら、臓器提供のプロセスに係るコーディネーターの役割分担のイメージと書かせていただきましたけれども、本日議論をするために、あくまでも例示しているコーディネーターたちの役割分担であります。具体的に御説明しますと、「脳死とされうる状態」と診断するのは主治医ですけれども、もう救命の見込みがないということをポテンシャルドナーの御家族にお伝えした上で、ドナー関連の業務を実施する法人、院内ドナーコーディネ

ネーターに連絡をする。そして、ポテンシャルドナー情報の取得、これは医学的情報や御家族の情報を指しますが、そういう情報を取得し、脳死とされうる状態に至った後、その脳死判定・臓器提供に関する説明を、院内ドナーコーディネーターが行う。御家族はそのお話を受けて臓器提供についていろいろ考えられると思いますが、実際に同意書を作成するに当たっては、院内ドナーコーディネーターやドナー関連業務実施法人、都道府県コーディネーターの方々と連携をして同意書を作成する。そして、医療機関、主治医であったり脳死判定医に様々な御本人に関する医学的なことを実施いただきます、さらに臓器摘出術に関して、臓器摘出の時間等の管理においては、ドナー関連業務実施法人であったり、都道府県の臓器移植コーディネーターに実施いただく。そして、実際に臓器提供施設から最寄りの駅や空港、そこから先の移植実施施設への搬送に関しては、地域のコーディネーターであるドナー関連業務実施法人や都道府県コーディネーターの方々と日本臓器移植ネットワークのコーディネーターで連携して、臓器搬送経路の策定を行う。このようなイメージを提示しております。

これまでのコーディネーターの質の担保ですが、どのような教育だったり質の担保をされてきたか。院内ドナーコーディネーターの方への教育として、例えば各都道府県とか臓器提供施設連携体制構築事業の拠点病院に、院内ドナーコーディネーターの教育を実施いただいていると承知しております。また、あっせん機関のコーディネーター、都道府県とか JOT のコーディネーターに関しては、経験事例数等で評価しまして、級別に分類し、その級の昇級等に関してキャリアラダーの制度を導入して、教育を実施されているとお聞きしております。

今後の質の担保について、こちらで案として例示させていただいています。学術団体と JOT に協力していただき、認定院内ドナーコーディネーターのための教育を実施する、あるいは、これまでに様々な理由で都道府県コーディネーターとか JOT のコーディネーターとして職務経験があつて、しかし、今は退職されている方々もいらっしゃるかと存じますが、そういう業務経験のある方々を再雇用いたしまして、活用するという。そして、ドナー関連業務実施法人への業務移行の間は、全てのノウハウや業務の手順書等をお持ちなのが JOT コーディネーターですので、しばらくの間、JOT コーディネーターにサポートいただき、ドナー関連業務を実施するという。また、ドナー関連業務実施法人及び院内のコーディネーターの認定更新の仕組み等を検討していくのも、質の担保の案として挙げられるのではないかと考えております。

この御説明で、一旦、先生方に議論いただきたいと考えております。これまで、コーディネーターの人材確保や質の担保の話をしてきましたが、その次は、費用、お金の面やデータの供与についてです。臓器のあっせんに係るマッチング業務とドナー関連業務に分けて、それぞれの業務を別の機関が行う場合に、臓器提供施設、移植実施施設、それぞれのあっせん機関、法人の間で、費用の配分とかデータのやり取りが必要になりますけれども、それに当たって配慮すべきものとして、どのようなものがありますでしょうか。ここはイメ

ージですが、マッチング機関、ドナー関連業務を行う法人、臓器提供を実施する施設、サポートしてくださる拠点病院、移植を実施する施設、現在構築中の学会、移植学会、各臓器の移植関連の学会等が作成しているデータベースと、日本臓器移植ネットワークが持っておられるデータを突合したデータベースの作成、TRACER というのをやっていますけれども、このようなそれぞれの機関やハブとなるような所に対して、お金やデータをどのように配分するかについて、配慮すべきことを後ほど御意見いただきたく存じます。事務局からの説明は一旦こちらで終わらせていただきます。

○磯部委員長 従来、ずっと議論を進めてきたところで、少しずつ具体的な御提案が出てきたように思いますが、引き続き、皆さんの御意見を頂いて進めたいと思っていますので、御自由に挙手あるいはオンラインでも挙手を頂いて、御発言をお願いいたします。

それでは、会場の小野委員からどうぞ。

○小野委員 小野です。ありがとうございます。私は 2004 年以來メディカルコンサルタントという業務をやっております。多分、メディカルコンサルタントの現職で最も長い期間務めさせていただいており、臓器移植ネットワークのコーディネーターとは非常に長くやり取りをさせていただき、全ての業務を理解しているとは限りませんが、業務のかなりのところは理解して、これまで移植業務に携わらせていただいたと認識しています。

今般の臓器移植ネットワークの人材不足ということが、このような形でのあっせん業務とドナー関連業務の分割化といいますか、そちらのほうに来たというのは多少致し方ないところはあると思います。これまでに比べてかなり具体的な形で、その素案を示していただけただけことは、これから更に議論を深めるに当たり非常に有用であると、私は感じました。

その中で、やはりまだ具体的なイメージが浮ばないものの 1 つが、このドナー関連業務実施法人というものです。この法人は割と最近出てきたものですが、どのようなものを具体的にイメージをして、どのような人材で、あるいはどのような地域性をもってこれから構築していくのか。恐らく、日本の中で、地域均てん性をもって、この実施法人を作るとするのは容易なことではないと感じられます。ですので、モデル地域を作る、あるいは複数のモデル実施法人を地域に作って、構築して、それを日本全国に広げていくのだろうというのが、現在、私がイメージとして持っているところです。これが 1 点です。

○磯部委員長 先生、1 点ずつにしましょうか。

○小野委員 分かりました。

○磯部委員長 今の点は非常に重要な点なので、まず、この法人がカバーする地域をどう考えるかという点について事務局からお願いします。私も追加して、この法人の母体をどのようにお考えになっているのか、その辺の御提案なりお考えを伺えれば、併せてお願いいたします。

○吉川補佐 ありがとうございます。小野委員、貴重な御意見ありがとうございます。モデル地域、モデル施設を作ってはどうかと、非常に貴重なアドバイスでございまして、御意見を頂きましたことをお礼申し上げます。

また、具体的な、どのような実施母体というところは、検討に至る前の段階でございます。まず前回の臓器移植委員会で、この案1というところにしてはどうかという御意見を頂いたところで、まだまだ具体的なお話はできませんが、私どもといたしまして、公募という形を考えており、その中でどのような実施法人がふさわしいかということも検討していくのかと、現時点で考えています。ありがとうございます。

○磯部委員長 よろしいですか。では次の質問をどうぞ。

○小野委員 ありがとうございます。そうしましたら、今度は、院内ドナーコーディネーターのことについてです。どのような方向で、今後、いわゆる活性化教育、育成をしていくのかということを含めた御質問です。

院内ドナーコーディネーターというのは、いわゆる院内の、それぞれの病院の事情といいますか、中での取決めで、特に決まった基準なしに決められている病院が多いと認識しています。提供の多い病院においては、その病院なりの1つのコンセンサスといいますか、選定基準を決めて、院内ドナーコーディネーターを選定されていると理解しておりますが、これまでの厚生労働省や臓器移植ネットワークから、いわゆる900以上あるポテンシャルとしての臓器提供可能病院の中で、現実的に臓器提供がこれまであった約半数弱の病院の中の、更に複数臓器提供のある病院のみが、多分そのような基準を設けているかと思われます。そのような中において、認定というのは、ある意味では、モチベーション、キャリアアダー、キャリアアップですね、これを行っていく上では、極めて重要であると思いますが、これは、どの施設が、どのような形で、どのように認定するのか。その辺のイメージ感というのをどうお考えなのか、ちょっと教えていただければと思います。

○磯部委員長 事務局、どうぞ。

○吉川補佐 事務局からお答えいたします。先生がおっしゃるとおりでございます。現時点では、各都道府県、拠点病院、あるいは各医療機関が教育を実施し、独自の基準で認定をされているということを承知しています。そのような中で、連携体制構築事業でかなり活性化している地域の院内ドナーコーディネーターは、御活躍されておりますし、そうでない地域、施設もあると認識しています。そのような中で、本日、委員の方々にも、院内ドナーコーディネーターの経験がおありの方、あるいは院内ドナーコーディネーター等の管理をされている管理職の方、様々いらっしゃいますので、是非、委員の方々から今後の院内ドナーコーディネーターの認定、教育、質の担保、キャリアについて御意見を頂きますと幸いです。

○磯部委員長 それでは、賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 賀藤です。5 ページにある②臓器あっせん機関の複数化という所で、最後のほうに3つの課題を、事務局に挙げていただいたのですが、それに関連して、まず2つお願いできればと思っています。

1 つは、この課題に挙げられた3つの項目をきちんとやっていこうと思うと、多分コーディネーターの方の仕事はコーディネーターの仕事のみに集中して、他の仕事は行わない

ということにしていいただければと思います。陰に隠れて一番大事なのは、多分アドミニストレーションの機能だろうと思います。事務方の機能ですね。ですので、このコーディネーターの確保や質の担保したり、前回の委員会で提示された移植に関わる費用の複雑な分配管理を行うなど、結構、事務方の仕事は大変だろうと思われます。あとデータの管理となると事務方に加えて SE も必要になってきますので、その辺のアドミニストレーション機能をきちっとしていただきたいということが 1 つです。

もう 1 つは、やはり前回の委員会までで何回か出ましたが、今の JOT のコーディネーターの方々の辞める率が高いという問題です。ということは、このまま新しい組織を作っても同じことを繰り返しても駄目なので、どのようなことが原因でお辞めになったのかということを中心にアンケートを取って、それをまとめて、きちんとそれに対応したもので組織を作っていけないと同じことが起こる。これは確保と質の担保と同じですが、そのようなことをお願いします。アンケートを取って、きちっとそれに対応していただきたいということが 1 つ。

あとは、今年度の委員会でも、最初のほうにありましたが、やはり、新しい組織を作るとすると、作った組織、新しい JOT、ほかの地域のドナー関連業務を行う法人のパフォーマンスがどのようになっているのかを第三者的に、COI もない人たちによる第三者委員会を作ってください、きちっと評価、それでもってしていただければと思います。以上です。

○磯部委員長 はい、御意見として承りました。

○島田室長 もし補足がありましたら。

○磯部委員長 それでは、横田参考人ですね。

○横田オブザーバー オブザーバーという形ですが、よろしいですか。

○磯部委員長 どうぞ。

○横田オブザーバー 今、賀藤委員から、コーディネーターがなぜ離職する割合が高いかというコメントを頂きました。前回もお話をいたしました、私はコーディネーターほぼ全員に面談をいたしました。その結果、皆さん異口同音に言うのは、本当にモチベーションの高く、やりがいは全員感じている。その中で、どうしても辞めなくてはいけないと理由は、予定が立たない業務内容であるということです。あっせんの対応件数が多いというのは良いことですが、ただ、やはり人数が限られた中で業務が集中してしまう、そういう中で予定が立たないというところが、一番の離職の原因になっていたということです。ですから、賀藤委員がおっしゃるように、この新たな法人でも同じようなことにならないように、そのような制度設計が必要なのかなと思っています。ありがとうございました。

○磯部委員長 ほかに御意見はありますか。秋山委員、お願いします。

○秋山委員 秋山です。6、7、8 ページについて意見を少し述べたいと思います。まず、6 ページからですが、この図を整理していただいて、非常に分かりやすくなっていると思いました。その際、この下を書いてある業務の内容ですけれども、マッチング関連業務をそこに集約していくとなると、その下を書いてある臓器摘出チームの派遣、臓器搬送の管

理は臨床的なところになりますので、今すぐは無理だとしても、将来的に、この左のドナー関連業務の臨床のほうに移していただいたほうが、より分かりやすくなるのではないかと思います。また、その際には、きちんとした引継ぎのマニュアルを作っていただいて、速やかにこの業務が確実に移るようにしていただければと思います。また、この図の中には学術団体の助言などが入る構図がないので、学術がどのように関与していくかということも、この図に加えていただけるといいかと思いました。

次に7ページですが、コーディネーターの役割分担のイメージの一番上に主治医という所があります。この主治医は、「脳死とされうる状態」を診断するという形で書いてありますが、終末期医療の1つとして捉えられるような考え方にしていただいて、主治医が終末期医療の中の1つとして脳死を診断するという内容のほうが、一般的に誰もが終末期医療に関わり、その中の1つが脳死の判定、移植に関与するという形にしていただいたほうがいいかと思いました。

8ページですが、これも私は十分理解できていないのですけれども、このドナー関連業務と臓器移植拠点施設、この臨床的なところは、保険で分かりやすく、透明性のあるようにしたほうがいいと思います。そこを保険で扱うことと、また、このマッチング業務あつせん機関のところは、また保険とは別になるのかもしれませんが、そのところを分かりやすく示していただけるといいかと思いました。以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。小野委員、どうぞ。

○小野委員 ありがとうございます。7ページのことについて少し確認といいますか、もう少し明確化をお願いしたいということで、お話ししたいと思います。現在、例えば終末期医療の一環として、終末期の受入れを各病院の中で御家族と進める医療メディエーターのシステムがあります。本日、参考人として御出席いただいている横田先生が別の団体として教育事業を行って、非常に多数のメディエーターができ、実際、臓器提供の1つの業務の一環として、医療メディエーターの方に、一定のレベルまで脳死の臓器提供というものを、オプションという言葉を使う方もいらっしゃいますけれど、1つのオプションとして説明いただく。それを最終的には、現在は院内ドナーコーディネーターが間に入る場合と入らない場合があると理解していますが、臓器移植ネットワークのコーディネーターが現場に行き、同意説明を行うと。そういうフローになっていると理解しております。

この図ですと、このメディエーターがどういう立ち位置になるかというのは非常に曖昧というか、分からなくなりますので。このメディエーターとドナーコーディネーターをどのようにバランスを取って、どういう役割分担にするのか、これまでも議論があったのですが、その議論が曖昧なまま、これまで来ていると私は理解しておりますので、ここは精緻化をしておかないと、コーディネーターとメディエーターのコンフリクトという、かえってマイナスの効果を出しかねないと思いますので、そこは是非ともお願いしたいと思っております。

○磯部委員長 では、オブザーバーの横田委員からどうぞ。

○横田オブザーバー 横田です。日本臓器移植ネットワークの立場ということではなくて、厚労科研で入院時重症患者対応メディエーターを養成している立場からお話をさせていただきます。入院時重症患者対応メディエーターというのは、秋山委員がおっしゃったような終末期を迎えたような患者さんの家族の意思決定支援のための新たな医療職種です。その中には、先ほどお話のあったように脳死とされうる状態の患者さんが当然いるわけで、そういった場合の患者さん家族の意思決定支援、潜在的に臓器提供をしたいという家族は世論調査でも多いわけですが、それがなかなか表出できないという状況、それを何とか意思決定支援のプロセス、介入の中で臓器提供につなげていこうといった役割でもあります。また、主治医からの説明も専門的な言葉を使ったり、あるいは主治医、受持ちナースも非常に忙しい中で、時間が限られている中で、分かりやすく家族に寄り添って説明をするという職種です。ただ、自分の意見を言うことは決してしないようにという指導をしています。あくまで患者さん家族の意思決定支援、それから、この潜在的な気持ちを表出するという医療職種です。先日、先ほどお話した JOT コーディネーターの面談の中で、ある施設で本当にそのメディエーターにお世話になったというコメントを頂きました。

先月末までに 1,200 名弱の受講修了証を発行しています。また、11 月 2 日にメディエーターの講習会を予定していますので、更に増えていくと思っています。以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。7 ページですが、これはコーディネーターの役割分担のイメージということです。大変参考にはなりますが、コーディネーター以外の部分の時系列で、まだまだ抜けているというか、これから議論しなくてはいけないところがたくさんあると思うのですね。特に、この絵ですと、JOT コーディネーターが一番最後になって初めて出てきますけれど、マッチングの段階から JOT は関わるはずだと思うので、その辺のイメージを、少し具体的にしていってほしいと思います。やはり懸念されることは、先ほども秋山委員、小野委員から出ていましたが、いきなり移行は難しいのではないかと御意見だったと思います。どうやって移行するかについては議論がまだ必要で、移行したとして、JOT と新しい組織との連携をきちんと書いてルールを作っておかないと、どこかで抜けることがあったり、あるいは重複して混乱したりということが懸念されます。重要な移行作業になりますので、JOT と新しい実施法人との業務分担、業務連携について、より具体的なイメージを今後出していきたいと私は思います。

ほかに御意見がありますか。平澤委員、どうぞ。

○平澤委員 今、先生からも御指摘いただいた 7 ページのスライドのドナーコーディネーターの役割の所なのですが、私ども院内ドナーコーディネーターというのは、そもそも業務を遂行するためにいる役割ではなくて、あくまでもポテンシャルドナーの御家族に寄り添うために院内の中で設置をされていると、そういう意味合いで自分たちを認識している方が多いのではないかとと思うのですね。ですので、今回、JOT のスタッフの方も少なくなってきたというところでの業務分担で、どうしても私たちが担わないといけないところがこれから増えてくるのは、もう仕方ないのではないかなと思ってはいます。しかし、その

中でも、その業務を進めていくに当たって、あくまでも今 3,000 人いる院内ドナーコーディネーターの 9 割はやはり看護師さんであって、また、その看護師さんの中でも管理職の方がやられているからこそ、院内で臓器提供するといったときのマネジメントがしやすい環境だったということを、是非、ここで皆さんに御承知いただきたいなと思っています。

また、院内ドナーコーディネーターを認定化していくことは、そういうようなキャリアを付けていただくのは非常に有り難いことですし、私たちのセカンドキャリアという意味では、そこをモチベーションにという考え方は私たちにとっても非常に有り難いところではあります。しかし、どうしても今の院内ドナーコーディネーターの設置の仕方というのが、もちろん地域にもいろいろ個別性はあると思うのですが、部署部署の持ち回り制というようなやり方をされている部署が多くて、ICU の師長さんになったからこの院内ドナーコーディネーターになってください、また、オペ室のスタッフになったから院内ドナーコーディネーターも一緒にやってくださいというような形。特に福井県では、2、3 年で異動に合わせて院内ドナーコーディネーターの方が持ち回りというような形での設置になっているので、院内ドナーコーディネーターの方の顔ぶれが変わってしまうというところで、質の担保が難しいと感じています。

ですので、院内ドナーコーディネーターを、現場で少しでも早く、それこそ動けるような体制に持っていくということで置くのであれば、最初にある程度形としてできている移植支援室であったり、移植対策室のようなものがある病院さんの中から、まずは、そういった院内ドナーコーディネーターという、いわゆる同意書の作成だったり、説明ができるようなドナーコーディネーターの方を設置していただいて、そこからモデル的にいろいろと仕事を派生させていただくという形でやっていただいたほうが。いきなり、そういった院内ドナーコーディネーターが 3,000 人いても、全くお名前、肩書だけで、なかなかそういった業務に携わっていない方も多分いらっしゃると思いますし、実際に、もう現場でばんばんやっていらっしゃる方もいらっしゃると思うので、そういった意味で、まずは、移植対策室でふだんから臓器提供などに非常に関わっておられる院内ドナーコーディネーターの方、若しくは都道府県コーディネーターを兼務していらっしゃる方から、こういった役割に就いていただけるといいのではないかなと思いました。

○磯部委員長 承りました。次に米山委員、どうぞお願いします。

○米山委員 米山です。先ほどから院内でのドナー家族への支援についてお話が出ておりますが、やはり、今 JOT が一手に担っておりますドナー家族への支援を、今後も何らかの形で続けていただきたいと考えております。その中で、具体的には、メディエーターが関わられて、ドナーコーディネーターの方が関わられた提供施設が、御遺族外来といったような形で御支援していただくのがいいかなと考えます。そうすることで、当時、思いを分かち合った人たちと関わっていけるのかなと思っています。

そして、もう 1 つ、やはり遺族ケア、家族ケアに関しては、長年、JOT が全ドナー情報を把握しながら支援してきてくださっておりますので、その知見というのは非常に大きな

ものがあると思います。実際に JOT には家族ケア部会という部会もありますし、機能していると非常に感じておりますし、尽力されていますので、私自身も関わらせていただいておりますけれど、そういった細分化というか、大元みたいな形で選択肢が複数あるような状況にしていだけるのがいいかなと思います。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。次に湯沢委員、お願いします。

○湯沢委員 湯沢です。ありがとうございます。6 枚目のスライドを出してもらえますか。ここでドナー関連業務実施法人と JOT の役割分担が書かれておりますが、役割分担で、ドナー関連業務実施法人の中にドナーの HLA タイピングというのがあります。私は組織適合性学会という HLA に関わる学会に関わっておりましたので、亡くなった方からの臓器提供があるときのタイピングに非常に困難な状況があるということを認識しております。これをドナー関連業務実施法人でやることはとても無理で、やはり JOT が音頭を取って、限られたタイピング施設でやることになりますので、ドナーの HLA タイピングは、この右側の JOT の仕事のほうに入るのではないかと考えています。それはいかがでしょうか。

○磯部委員長 事務局でしょうか。

○吉川補佐 湯沢委員、ありがとうございます。今までの JOT の知見というのはたくさんあると存じます。その中で、ドナーに最も近い施設であるドナー関連業務にも何らかの業務シェアというものもあり得るのかと思いますが、引き続き、こちらに関しましては検討させていただけたらと思います。

○湯沢委員 もう 1 つあります。7 枚目のスライドをお願いします。一番下の今後の質の担保ですが、皆さん、院内ドナーコーディネーターの教育や認定の仕組みについてお話をされていましたが、今後の質の担保の所に、「学術団体と JOT が、認定院内ドナーコーディネーターのための教育を実施」とあります。この学術団体というのは、どこの学会を想定しているのでしょうか。

○吉川補佐 事務局からお答えいたします。現在の厚労科研で既に実施されているものがありまして、日本集中治療学会さんと JOT さんとで共同して、教育のプログラム、コンテンツの作成を現在進行中でやっていると承知しております。それ以外にも様々な、例えば看護系の所などが想定されるかと思いますが、こちらに関しましても、有識者の方々と御相談しながら、よりよい教育について考えていければと考えております。

○湯沢委員 それは、メディエーターのシステムとはまた別に、そういう教育のシステムを考えているのですね。

○吉川補佐 はい。現在、そういうことを厚労科研でもやっていただいております。

○湯沢委員 そうですか。ありがとうございます。

○磯部委員長 学会も含めるのですか。

○吉川補佐 はい。そのように承知しております。

○磯部委員長 湯沢委員、それでよろしいですか。

○湯沢委員 はい。ありがとうございます。

○磯部委員長 ありがとうございます。次いで、佐原委員、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。私は現場の状況を知らないで意見をするのは恐縮なのですが、67回の委員会で、都道府県臓器移植推進組織協議会の大坂腎臓バンク高原理事長からのプレゼンがありました。この数回の委員会の話を聞いていると、新しいドナー関連業務実施法人というのは、都道府県臓器移植コーディネーターを中心に発展させて作っていくようなイメージを持ちまして、そして、それをサポートするのが院内ドナーコーディネーターの役割かなと思っておりました。このドナー関連業務実施法人と都道府県の臓器移植コーディネーターの役割の違いというのは、どう考えればよろしいでしょうか。

○磯部委員長 事務局、どうぞ。

○吉川補佐 事務局です。6枚目のスライドに提示しているような案の段階ということですが、医療機関には院内のドナーコーディネーターがいらっしゃるって、先ほどですと、御家族に寄り添い、臓器提供に関する御説明をさせていただくと。現在、都道府県コーディネーターの役割としましては、その御自身が管轄されている都道府県の臓器提供施設に関して、例えば、ドナーさんの情報を収集するなどといったことをやっていただいております。新しい法人のコーディネーターのイメージとしまして、これを各都道府県全部に作ることはなかなか難しいかと存じますが、かといって、1つというのも、これまでの経緯から考えにくいのかもかもしれません。そうなりますと、リージョン内の臓器提供から臓器移植にかけてのプロセスに関して携わっていただき、例えば、それこそ質の担保や、あるいは院内コーディネーターや都道府県コーディネーターだけでは臓器提供のプロセスがなかなか回らないところをサポートするなど、そういう役割も考えられるのではないかと考えております。こちらに関しては様々な御意見を頂きたいと思っております。

○佐原委員 ありがとうございます。先ほど新しい法人を公募するというような話もあり、それも一案だと思いますが、私は、今、事務局から御説明がありましたように、エリアごとに都道府県のコーディネーターを中心に組織を作っていくというのが現実的なのかと思って意見をさせていただきました。以上です。

○磯部委員長 関連して、1つ発言いたします。現状では、ドネーションもレシピエントの数も地域格差が厳然と存在していますので、エリアごとにこういう法人を設定されるということであれば、エリアごとのドネーションあるいは移植待機患者の差がなくなるような方向で組織作りを考えていただきたいと思います。

続きまして、木幡委員、どうぞ。

○木幡委員 木幡です。よろしくお願いします。今回のこの改革を実施する場合、大体、いつ頃それが形になるとイメージされているのでしょうか。このような大きな改革をする場合、どれぐらい時間が掛かるのか分からないので、そちらを教えていただきたいと思います。それと、その長さによっては、今もう既にドナーが増えているわけですから、今すぐにできることというものにも着手していくべきではないかなと考えております。その辺り

はいかがでしょうか。

○磯部委員長 事務局、どうぞ。

○吉川補佐 ありがとうございます。事務局からお答えいたします。木幡委員がおっしゃるとおり、少しずつドナー、臓器提供を希望する御家族や御本人も増えてきておりまして、それは、やはりこの臓器移植委員会で様々な議論を頂いた、あるいは臓器提供施設の先生方や医療スタッフの方々に御尽力いただいたことにほかならず、ただ、何より臓器提供を考えてくださる御家族や御本人が増えてきたからだと考えております。そんな中で、その方々のお気持ちが酌み取れないという状況は何としても避けなければいけない。そういう中で、今議論している内容というのは、可及的速やかに考えていかなければいけないと思っております。一方で、ずっとお話いただいているように、形ができていない、質が担保できていない状況で走り出すというのは、信頼に足る公平・適切な移植医療に関わる場所ですので、我々としても精一杯速やかに頑張らせていただきますが、先生方の御意見も頂き、確実に歩みを進めていきたいと思っております。そういう観点から、今すぐに、いつからどうこうということをお話できませんが、是非、先生方のお力も借りて考えていきたいと考えております。

○磯部委員長 大体どういうスパンかというのはいないのですか。

○吉川補佐 様々、関わるものがございますので、何ともお答えし難いですが。

○磯部委員長 分かりました。

○吉川補佐 ありがとうございます。

○磯部委員長 一応、お手が挙がっている方は以上ですが、追加でございますか。賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 今の続きなのですが、結局、現在の需要のレベルで、すごく頑張っている中で、これ以上新しい仕事に手を出すのは多分困難だろうと思われれます。では、院内コーディネーターや先ほどの新しく作る法人もこれからなので、これら全体を把握し、責任を持って、マネージする場所をどこに持って行くかが課題となります。これを JOT の方に任せるのは負担が大きすぎますので、やはり全体を誰がマネージするかということを決めておかないと駄目だと思います。

それと、いつからいつまでにやるのかというのは、今おっしゃったように、なかなか困難だと思うのですが、最初にいい提案があり、小野先生がおっしゃったように、院内コーディネーターや医療メディエーターを院内のポジションできっちりやっている所とやっていない所といろいろあるので、JOT との役割分担などをこれからきちんとしなければいけないとなると、これだったらきちんとやっていけそうだというモデル化した所を 1 か所か 2 か所作って行くことの方がいいと思います。そのようなモデル事業をやりながら少しずつ広げていく方法のほうがいいのかなと思いましたので、少しお考えいただければと思います。

○磯部委員長 事務局からどうぞ。

○島田室長 移植室長の島田でございます。いろいろと御意見を頂きましてありがとうございます。私からは2つあります。補佐の吉川も申し上げましたが、こういった状況の中、可及的速やかに取組を進めていくべきと考えております。一方で、先生方から御意見を頂きましたとおり、モデル的な取組や、若しくは移行期間といった考え方も踏まえて、着実に進めていく必要があるかと思っております。これが1点です。

もう一点は、JOT にこれ以上新しい仕事をさせるのはという御意見もあります。こちらについては、今まで JOT さんのほうで蓄積された知見は非常に多くあります。それは、組織としての知見と、またコーディネーターとしての実績、個人としての知見、双方あると思います。こういったものをお借りしながらでないと、日本全体の臓器提供、臓器移植を進めていけないと思っておりますので、そこは横田理事長にも御協力、御尽力をお願いしながら、一緒に進めてまいりたいと考えております。

○磯部委員長 随分、議論が出てまいりましたが、オブザーバーとして出席されている横田委員、これは JOT そのものが関わる事業になりますので、全体を通じて御意見があれば、この場で御発言ください。

○横田オブザーバー ありがとうございます。横田でございます。今、お話のあったように、JOT のスタッフは全員が高い倫理観、それから、何とか臓器提供をしていただく方、その家族、そして移植を待つ患者さん、その家族に橋渡しをしようということで、毎日、一生懸命業務をしております。一人としてこのようなスタッフが欠けるということが、新たなシステムの中であっては決してならないと思っております。全員が、この日本の移植医療に大きく貢献できるスタッフでございます。特にコーディネーターは、今お話のあったように、家族対応だとか医学的知識、あるいは搬送等と、様々な知識と技能を持っていますので、こういったすばらしいスタッフというのは是非一人として欠けないように、欠けているとしたら日本全体の移植医療が成り立たなくなると思っています。新しいシステムができるに当たって、是非その舵取り、制度設計をよろしくお願いしたいと思っております。私からは以上でございます。

○磯部委員長 もう一人、水野委員、これでこのセクションの御意見は最後にしたいと思います。水野委員、どうぞ。

○水野委員 最初の立法時に臓器移植法の前提となる考え方に大きな食い違いがあったことが、現場の御苦勞になっているように思います。つまり、立法時は脳死臓器移植そのものへの反対意見も強く、その影響もあったためか、臓器提供がドナーに対する加害行為、侵襲行為であるという前提で議論されました。そして脳死臓器移植を実現するために、ドナー本人がいいと言っているのだからと、本人の自己決定で正当化するという、無理のある臓器移植法の設計になってしまっております。その矛盾が現場の JOT やコーディネーターなどの御苦勞の源泉で、何とか実務の綱渡りをしていらっしゃるというのが、法学者の

一人としての感想でございます。献血でも、昔は売血が一般的だったのが、今のような献血制度が確立しましたように、臓器提供も例外的なドナーの献身というものではなくて、国民全体で遺体の臓器を利用しあう仕組みの構築であり、提供行為は加害行為や侵襲行為ではないという形で制度設計をきちんと見直していくことが、いずれは必要になるだろうと思います。現場の御苦勞は、その最初の立法時の大きな食い違いというか、矛盾に起因しているように思われ、胸を痛めながらうかがっておりました。以上でございます。

○磯部委員長 ありがとうございます。また御意見がありましたら、後で発言の時間は作りますので、一旦、先に進めさせていただきます。次の御説明を事務局からお願いいたします。

○吉川補佐 事務局より続けて説明いたします。先だって、移植実施に当たり、病院の都合であったり、あるいは、ほかにももちろん医学的な理由等で、各移植実施施設が臓器移植を実施できないということの問題提起をさせていただいたところです。厚生労働省として、日本臓器移植ネットワークと協力の下、令和5年の移植実施施設における移植実施の辞退等に関する集計を行いました。右肩に現在精査中と書かせていただいているのは、数値等の見直しを行っており、最終版ではないということを示しております。

御覧いただきますと、令和5年は脳死下臓器提供の方が131名いらっしゃいましたが、そのうち、様々な臓器が提供されますが、移植が実施された件数、臓器が移植に活用された数がこちらです。移植が成立しなかった、つまり臓器が移植に使用されなかったものが、こちらです。御覧いただきますと、例えば心臓においては、121名のドナーから心臓の提供がされたわけですが、この121名のドナーのうち6名のドナーの心臓が移植に使われなかったということです。加えて言及したいのが、他国に比べて非常に高い率で臓器を移植に導いてくださっているということです。こちらに関しては、我が国の移植を行ってくださっている外科の先生、内科の先生、レシピエントコーディネーターの御尽力によるものと承知しております。

そのような中で、例えば心臓で申しますと、6名のドナーからの心臓の提供が移植に導かれなかったと。現在、心臓の移植を待機されている方が何百名いらっしゃいますが、この6名のドナーからの心臓に関しても、移植実施施設を通じて移植待機者の意向を確認している中で、同じ方が何回も確認されているということになりますので延べ数ですが、こちらでお示しすると373名の方が臓器の移植を辞退したという形になっております。あるいは、移植実施施設が辞退したということになっております。

御覧いただきますと、黄緑、ライトブルー、オレンジ、黄色に関しては、医学的な理由で、モスグリーンの所が病院の体制、病院の事情によって移植が実施できないと。グレーの所、その他は、例えば搬送ができないなどということが含まれております。この黄緑、ライトブルー、オレンジ、黄色の医学的な理由によるものが、かなりを占めているということをお理解いただけるかと思います。もちろん、モスグリーンの所、病院の体制によって移植が実施できないということもあります。いずれにせよ、辞退ということが起こって

おり、あっせんの効率性の問題であったり、あるいは確実に臓器を必要とされている方に移植を実施いただくという移植医療の適正性について鑑みた上で、今般、レシピエントを選択し、優先順位を決めるレシピエント選択基準の精緻化が必要なのではないかと、現場の先生方、あるいは患者さんからも御意見を頂いているところです。

④医学的理由等による移植不成立への対策ということで、レシピエント選択基準等の精緻化に関しては、本日、藤田参考人、u 参考人に御発言いただく予定になっております。レシピエントは、適合条件、例えば血液型等によって候補が選定された後、様々な各臓器によって異なりますが、緊急性であったり待機日数であったり、搬送に掛かる時間等で優先順位が決められております。今般、ドナーとレシピエントのマッチングに際して、効果的かつ効率的なレシピエントの選択が可能となるように、基準の精緻化について御意見を頂いたところです。現在の基準を更に精緻化することであったり、現在でも、いわゆるマージナルドナーと言われているような方の臓器も移植につないでくださっておりますが、例えば、レシピエントの緊急度が高い場合には、優先的にあっせんが行われるようなことなどが検討されると考えております。

こちらに関しては、先ほど申し上げましたが、各臓器の移植の専門の学会の先生方に検討していただいております。この度改正を予定している所が、こちらのオレンジで示している所で、黄色で書いている所は学会等で現在検討中の所です。それ以外の所に関しても、先ほど示しました不成立の解析等を踏まえ、各学会の専門家の先生方に、検討について私どももお話をしていきたいと考えているところです。後ほど、このオレンジの所について、各参考人から御説明いただこうと考えております。

続いて、前回第 68 回の臓器移植委員会において、移植実施施設の実績の見える化について御検討いただきましたが、まだまだ議論し尽くされていないところがありましたので、改めて、事務局側から議論に活用しやすいように、公表する情報のイメージを作り、示しております。移植実施施設を選択する際に考慮する要素として、例えば地域性もあるかと思いますが、それ以外にも移植実施施設の実績などが参考になろうかと思っております。この選択する際の考慮の要素として、待機患者数であったり、毎年の移植実施数等の実績を、あっせん機関が公開することを検討しております。

また、移植成績の公表ということで、前回議論し尽くしませんでした。こちらに関しては、例えば移植実施数が少ない移植実施施設の成績の解釈が困難であること、移植成績の低下を恐れて、医療機関が難度の高い移植術を実施しなくなる等の意見を前回頂いたと思っております。このような意見を踏まえて、×と書いておりますが、当面は例えば生存率や生着率といった成績に関しては公表を行わないこととしてはどうかと考えておりますが、是非、委員の皆様からの御意見を頂戴したいところです。

最後のスライドです。移植登録施設の複数化です。こちらは何回も議論をしてきていただいたところで、私どもとしても準備をしていきたいと思っております。例えば腎移植においては、移植待機患者さんが移植を希望される施設を、第 1 希望施設、第 2 希望施設と

2 つ記載することができます。他の臓器の移植に関しても、このような仕組みを横展開していきたいと考えておりますが、ただ、臓器によって性質も異なりますし、考えるべきことも異なると思います。複数化する場合において、例えば登録施設数であったり地域性等、配慮すべきことがありましたら、是非御発言いただけますと幸いです。事務局からは以上です。

○磯部委員長 それでは、今御説明があった点について、御意見を伺います。挙手をしていただいて、御発言ください。秋山委員、どうぞ。

○秋山委員 秋山です。まず、9 ページの点で教えていただきたいのですが、このようなマッチングについて、将来的に AI などを活用することはできないか。それが、もし海外で実施されているようでしたら、教えてください。

○磯部委員長 それはどうでしょうか。小野委員、どうぞ。

○小野委員 小野が代理で回答いたします。海外は、まだ AI は使っておりません。ただ、UNOS、北米については、2028 年からアロケーションをまた新たに心臓については変更することが議論されて、今、具体的に AI を使ったデータ収集とアルゴリズム解析の準備をされているというのを、つい先日、米国のリーダーの KOL の方からお伺いしました。

私どもも、よく AI でやったらいいのではないかとされるのですが、AI をやる場合には、その条件に従って一定のラージボリュームデータがないといけないのです。例えば米国は心臓移植が今 4,000 件あります、日本は年間 100 件ぐらいで、この少ないデータでは多分 AI アルゴリズムは作れないと。私も、欧米の先生方から、日本も作ったらいいじゃないかと言われたときは、必ず、日本はまだ少し経験が足りないのだとお答えしているところです。御参考になればと思います。

○磯部委員長 よろしいですか。

○秋山委員 ありがとうございます。大変参考になりました。もう一点は、実績の見える化の公表についてです。事務局は公表しないと言われましたが、成績があるのであれば公表したほうがいいのではないかと思います。ただし、懸念されていたようなことはあり得ると思いますので、例えばデータは各専門の学会等の中に公表していただいて、一般的にそこに行き着くような一文、例えば詳細は各学会のほうにというようなことを入れておくといいのではないかと思います。

○磯部委員長 御意見として伺いました。笠原委員、どうぞ。

○笠原委員 国立成育医療研究センターの笠原です。

今の秋山委員の御意見に私も賛成です。移植実施施設の実績が見える化すべきだと思います。あくまで患者さん目線で考えた場合、どれぐらいの成績で移植が行われているのかをきちんと数字で表すことというのは、公平性をもって臓器移植施設を選択する上で、大変重要な患者さんへのインフォメーションになると思います。1 年生存率等は、アメリカ、イギリス、台湾などは施設の移植成績を全て出しておりますので、登録施設の複数化を考えているのであれば、出すべきだと思います。学会のホームページ等ではなく、しっかり

と国民に見えるようにすべきかと思います。以上です。

○磯部委員長 見目委員、どうぞ。

○見目委員 移植患者の見目です。私も、資料5の移植実施施設の実績の見える化の所でコメントさせていただきたいのですが、前回、私から質問させていただいた、ほかの医療においてこういった懸念があるので、その点は皆さんいかがでしょうかということで、むしろ私からお話を聞かせていただいたQであったかと理解しています。そのときに、委員の皆さんからも、海外などではそういった事例がなくはないものの、実績の公表はしているというお話もありましたので、私も基本的には公表するという方向でよろしいのではないかと考えています。

今までの意見と重複しますが、やはり第2の施設を選ぶための資料として、こういった生存率のようなものがないと、患者さんにとっては病院のロケーションだけを知っても、それ以上の、もちろん待機人数などはあるのですが、世間一般の人にすごく広くオープンにするかどうかは別ですが、患者にとってはやはり成績が重要な情報だと思いますので、是非拾いたいと感じております。以上です。

○磯部委員長 ほかにいかがですか。9 ページですが、私は心臓以外の臓器は実情がよく分からないのですが、医学の進歩は非常に早くて、特に心臓でいうと人工心臓の成績が大きく変わってきているところですが、適応基準は私が日循の心臓移植委員会委員長をしていた時代から10年以上変わっていないように思うのですが、見直しの速度が遅いと思います。学会のマターなのかもしれませんが、もう少しまめに、そのときの医学的な状況を踏まえて、優先順位や適合の条件を見直すような機会を設けていただければと、私は思っております。

ほかに御意見はありますか。絹川委員、どうぞ。

○絹川委員 現在の委員長として、お叱りはごもっともです。今回、初めて取り組んだのですが、今後とも、もちろん必要とあれば、ここに御相談申し上げて、随時レシピエントの選択基準について見直していきたいと思います。また、これに限らず、心臓以外の臓器の見直しについてもやっていくということで、統一していただければと。今までは、私たちは余りこれは変えてはいけないものではないかと何となく思っていたところもあり、そうではないということを教えていただいただけでも、大変参考になって、前に進むことができております。以上です。

○磯部委員長 笠原委員、どうぞ。

○笠原委員 今、見目委員から御指摘があったことの追加になります。患者さんからしますと、成績がないと、移植施設がどこにあるかまでしか分からないわけですので、繰り返しになりますが、成績は提示すべきかと思います。

また、先ほど来の議論を踏まえますと、今後は移植施設をリージョン化していくことも、手前どもの日本肝移植学会等で考えております。いわゆるリージョン制、OP0といったことも議論に挙げていくべきなのではないかと考えております。以上です。

○磯部委員長 引き続き、見目委員、手をお挙げでしょうか。

○見目委員 笠原先生、ありがとうございます。また話が変わり、レシピエント選択基準なのですが、私も今回この委員をさせていただいて、こういったグラフや表を初めて拝見しました。臓器によって、それぞれの特徴もあると思うので、事情は様々かと思うのですが、より直近の医療的な知見も変わってきているかと思しますので、心臓に限らず、是非ほかの臓器に関しても見直しをお願いしたいと感じました。

優先順位についても、もちろん待機の年数も重要なのですが、緊急の方が優先されているものだと私は勝手にイメージしていたのですが、意外とそうとも限っていないのだというのもありましたので、より緊急度の高い、危ない方から救っていただくのが基本というか、大枠はそういった方向性でよろしいのではないかと感じております。以上です。

○磯部委員長 やはり、アカデミアのほうのもう少し迅速な対応をお願いしたいという意見だと思います。湯沢委員、どうぞ。

○湯沢委員 湯沢です。笠原委員と見目委員の発言のとおり、学会でしっかり移植成績の公表はしていただきたいものだと、私も思っております。

もう1つ、違うことなのですが、9枚目の選択基準です。かつて、腎臓移植の作業班で、私はいろいろな検討をしていたことがあります。レシピエントの選択基準などを決めていたわけですが、それが、この前のこの委員会で聞いたところ、作業班ですと随分時間が掛かってしまうということがあったので、それをなしにして、この審議会ですということになっていると伺いました。是非、学会からしっかりとした意見をこの審議会に出していただいて、選択基準などを決めていただければいいと思います。

ただ、作業班のときには、腎臓移植外科医だけではなく、腎臓内科医の先生たちも加わって、内科的な判断が随分必要だったのです。ですから、もし学会としたときに、単独の学会だけではなくて、幾つかの学会で合同委員会のようなものを作って、そこで検討して、この厚生科学審議会に出していただけるような体制づくりが必要なのではないかと、私は思っています。以上です。

○磯部委員長 関連して、私も意見を申します。私も循環器学会の委員会の委員長をしており、作業班の委員でもありました。また、今はこの臓器移植委員会の委員をしておりますが、過程が少し複雑なのです。もう少し簡略化していただくとよいと思います。全てを作業班に委ねるということは必ずしも必要ないと思います。例えば、緊急度、医学の状況の変化に応じて、まめに変更していくシステムなど、その辺りの小回りもきくシステム、ルール作りをご検討いただけないでしょうか。作業班の在り方は多分20年以上前に作られたシステムです。心臓以外も恐らく同じような状況だと思いますので、こういった適合条件や優先順位等については急ぐ項目もありますので、作業班の作業をする項目や在り方を、厚生労働省で整理していただきたいと思います。よろしくお願いします。

それから、成績の公表については、皆さんのコンセンサスで、どなたも反対されていません。ただ、問題は内容ですよね。どこまでするのか。それから、今も意見がばらばらで

したが、学会がするのか、施設がするのか、あるいは厚生労働省のこの委員会から国のデータとして公表するのか、その辺りも整理していく必要があります。発表母体が大事だと思います。では、先に進みます。また御意見があれば、後でお伺いします。

次は、レシピエントの選択基準の議論になります。藤田参考人から、心臓移植のレシピエント選択基準について御説明をお願いいたします。

○藤田参考人 よろしくをお願いいたします。東京科学大学心臓血管外科の藤田と申します。本日は、心臓の参考人として参りました。

資料3を御覧ください。今回、心臓移植のレシピエント選択基準の一部改正について、要望させていただきます。皆さん、御存じのように、心臓移植においては Status1、Status2 と2つの優先順位のカテゴリーがありました。JOTのホームページを見ますと、これまで心臓移植を希望して登録した人は2,600人で、移植に到達された方がおよそ900人、そして死亡された方が600人という数字が出ています。また、Status1、最優先というふうにカテゴライズされている患者さんが、およそ70%です。ですので、本当の意味で最優先されている患者さんというのはマジョリティーであるというところに、少し違和感がありました。

これまでの改正の経緯としては、心臓移植において治療の状況で優先されるもの(Status1)として、補助人工心臓装着中の患者さん、IABP、PCPSなどを付けている患者さん、人工呼吸、そしてICU、CCU等の重症室に収容されてカテコラミンの治療を受けている患者さん、こういったものに1つ以上該当する人がStatus1でした。ただし、Status1にカテゴライズされる人が70%に及ぶこと、そして、Status1、又はStatus1の項目をいずれも満たさない者で、緊急に心臓移植を施行しないと短期間に死亡が予測される病態や疾患群の患者さんが、医学的緊急性が高いにもかかわらず、移植が優先されてこなかった場合があります。

今般は、日本循環器学会及び日本心臓移植学会の理事会によって、「緊急に心臓移植を施行しないと短期間に死亡が予想される病態や疾患群で、予測余命1ヶ月以内の60歳未満の者をStatus1Aとし、それ以外で上記の(ア)～(エ)を満たす者をStatus1とし、Status1A、Status1の順に優先すること」を要望させていただきます。

先ほど申し上げましたように、日本の心臓移植到達者900人に対して死亡者600人というのは、海外の数字と比較することは、統計学上、不可能ではありますが、アメリカのウェイティングリスト・モータリティがおよそ10%から20%と言われている中では、日本の心臓移植の成績は非常に良いという事実もありますが、ウェイティングリスト・モータリティを下げるという努力をするべきではないかと考えています。

そのバックグラウンドとしては、1つは、提供施設の皆様、JOTを含め国の皆様、こういった委員会の皆様の御努力によりまして、ドナーの数が増えてきて、最優先される患者さんにドナーを回したとしても、現在、待っておられる患者さんがそれほど大きな不利益を被らない数字にまで伸びてきたこと、これが、まず第1にあります。そして、第2に、

磯部委員長と見目委員から御指摘もありましたように、昨今の医療事情が改善し、人工心臓治療の成績が改善しています。そういった形で本当に救えない患者さん、例えば人工心臓治療が適応されないような重症の患者さんを、更に最優先するべきではないかという議論を、日本循環器病学会と日本心臓移植学会、そして日本移植学会の合同で、何度もワーキングを重ね、委員会を重ねた上で、今回の要望書の提案に至りました。どうぞ、御審議のほどお願いいたします。

○磯部委員長 ありがとうございます。それでは、ただいまの藤田参考人の御説明に対して、御意見があれば、挙手の上、御発言をお願いいたします。賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 賀藤です。ちょっと教えていただきたいのですが、現在の Status1 の項目よりも、より緊急度が高いと言われる Status1A を作るということですね？、そうすると、緊急に心臓移植を施行しないと短期間で死亡が予想される病態や疾患群というのは、現在の Status1 の中に含まれる状況なのですか。それとも、また別の状況が生まれるということなのでしょうか。

○藤田参考人 御指摘ありがとうございます。恐らく、Status1A に考えられる患者さんの9割以上は、Status1からのアップグレードになるかと考えています。具体的な疾患名については、海外のたくさんのほかのアロケーションシステムでは、具体的な病名が挙がっています。例えば、ECMOが付いておられる患者さん、Impellaが付いておられる患者さん、そして、人工心臓の適応がなくて非常に危険な状態にある患者さん、こういった患者さんが最優先にされている状況です。ヨーロッパでもアメリカでも、そうです。ですので、そういった患者さんはStatus1の中に含まれていますが、例えば先天性心疾患で人工心臓を付ける適応もなく、カテコラミンを投与することがかえってリスクになるような患者さんも想定されていますので、そこはStatus1からStatus1Aへアップグレードすると制限を設けるのではなく、広い目を見て、移植適応のある患者さんの中から、本当にリスクのある人を抽出したいと考えています。

○賀藤委員 ありがとうございます。緊急に心臓移植を施行しないと短期間で死亡が予測される病態、疾患群の定義なのですが、具体的にどういうもの、これだけだとすると、何かいろいろなものが入ってきそうで。

○藤田参考人 ありがとうございます。実は、学会の中では、かなり病名や状態については議論されています。具体的に病名を挙げるとすれば、先ほど申し上げた先天性心疾患、梗塞性心筋症、肥大型心筋症で人工心臓の適応がない患者さん、人工心臓を付けながらも心停止、劇症型心筋炎で心静止、全く心臓が動いてない人で右心の人工心臓が必要になってくる方、ARVCと言われる特殊な病気の方、あとは、人工心臓を付けているにもかかわらず心室細動が起こって、全く退院できない、クオリティ・オブ・ライフが非常に低下している患者さん、こういった患者さんをリストアップしています。

○賀藤委員 今の文書以外に、今、先生がおっしゃってくださった具体例、こういう疾患、こういう病態群が適応になるということは、周知をされるということですか。

○藤田参考人 そのとおりです。肝臓の Status1 の文言を参考にして、今回、心臓移植の文言も作らせていただいたのですが、肝臓においても詳しい病名というのは。先ほど磯部委員長からもおっしゃっていただいたように、刻々と新しい医療の進歩によってリスクの高かった人が下がったり、新たな助けられない疾患群がクローズアップされたりしますので、やはり臨機応変に対応するという事で、そこは学会で。具体的には、疾患群、病態に関してサブミットしていただいて、日本循環器学会の心臓移植適応委員会の中に Status1A 判定部会、絹川先生が委員長になられる予定ですが、そこに各学会からの推薦されたメンバーを 11 人ぐらい集結して、合議の上で、この人が Status1A なのか、どうなのかということ公平に判断する、そういう組織を作りたいと考えています。ですので、病名が明確でなかったとしても、私たち移植施設の中では、その病名に関しては学会のワーキングを通じてコンセンサスが得られていますので、そこに大きな混乱はないように考えています。

○磯部委員長 笠原委員、挙手されていますか。

○笠原委員 同じ質問です。後半のところで、従前の評価委員会と別の評価委員会を 1A に作るのかどうかという質問です。今、お答えいただいたので結構です。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。これは要望を伺ったということですのでよろしいですね。では、先に進めさせていただきます。引き続きまして、肝臓及び小腸移植のレシピエント選択基準の議論について、上野参考人から御説明をお願いいたします。

○上野参考人 よろしく申し上げます。今回、肝臓と小腸の参考人として参加させていただきます、大阪大学の移植医療部の上野と申します。

まず資料 4 を御覧ください。肝臓移植希望者選択基準の改正案についてです。改正の経緯ですが、小腸不全、小腸移植の対象患者の中には、腸管不全関連肝障害が進行して、肝移植が必要になる患者さんがいらっしゃいます。そのような患者さんに、現在、「肝小腸同時移植」が実施されています。具体的には、同一ドナーから肝臓と小腸を別々に摘出して、それをレシピエントに移植するという事になっています。ただ、特に小児において問題になりますのは、後で図で御説明しますが、肝臓と小腸を別々に移植すると、それだけ血管や胆管などの吻合が多くなってしまい、これを一括して摘出して移植をした場合には、移植が円滑に行われる。そのため、移植が円滑に行われるだけでなく、合併症も少なくなることで、移植を受ける患者さんへの負担が軽減される。これは、海外では非常に一般的に行われている移植となっています。ただ、現在、日本の状況で問題になりますのは、この手術を行うためには、途中で介在する膵臓も同時に移植することが必要になるということです。

今回、日本腸管リハビリテーション・小腸移植研究会、それから膵・膵島移植学会、臨床腎移植学会、肝移植学会、日本移植学会から、同一ドナーから肝小腸同時移植をする場合、膵臓移植、膵腎同時移植及び膵島移植の希望者がいない場合のみ、肝臓、膵臓、小腸

同時移植を可能とすると。これはコンポジットグラフトと呼んでいまして、肝小腸の同時のコンポジットグラフトの導入を要望させていただきたいと思います。その要望を踏まえて、選択基準を改正することを要望します。

言葉で説明すると、なかなか難しいのですが、現在、どのような術式で行われてるかといいますと、左の図のように、現在、肝臓と小腸を同時に移植する患者さんについては、一旦、肝臓と小腸を別々に摘出しています。そうすると、小腸と肝臓の間には門脈という血管、それから上腸間膜動脈、肝動脈という血管、それから胆管から十二指腸と脈管がありまして、それをわざわざ切り離して、レシピエントに修正、吻合するという状況になっています。それを、右の図のように脾臓も含めてコンポジットグラフトで移植しますと、そちらの血管、脈管については切離する必要がなく、一塊として移植することができます。ですので、脾臓、脾島など、脾臓を必要とするあっせんがない場合、肝小腸コンポジットグラフトで同時移植を実施するということで、患者さんにとって負担の軽減が期待されるということになります。

もちろん、脾臓を待機している患者さんが脾臓を得られないということが問題になるのですが、現在、このコンポジットグラフトを対象とする主に小児の患者については、脳死ドナー下での脾臓の提供というのは非常に少ないということ、これは適応疾患が少ないということからです。また、20歳未満のドナーの場合、小児のドナーの場合は、2腎とも20歳未満の腎単独移植レシピエントに優先的にあっせんされるというシステムのため、もともと脾腎同時移植が行われないということで、脾臓移植を待機している患者にとっては不利益にならないかと考えます。

以上のことから、今回、改正の内容としては、肝臓移植希望者選択基準の 3. 具体的選択方法(5)において、「肝小腸の同時移植において、脾臓も含めた移植を希望する者については、脾臓移植及び脾腎同時移植の希望者がいない事例のみ、肝脾小腸同時移植が可能である」を追加し、それに関連した所要の改正を行うことを要望します。以上、御審議のほどよろしくお願いいたします。

○磯部委員長 ありがとうございます。ただいまの上野参考人からの御説明で、御意見があればお伺いいたします。よろしいですか。もう1つ、小腸のほうをお願いいたします。

○上野参考人 引き続きまして、小腸移植希望者選択基準の改正について御説明します。こちらは小腸移植に関連してですが、改正の経緯です。現在、心臓、肺、肝臓、腎臓においては、小児臓器提供者から提供があった際には、小児移植希望者へ優先的にあっせんする、いわゆる小児優先という制度がありますが、小腸については、そのようなあっせんの制度がありませんでした。それから、小腸移植希望者については、感染等の医学的理由により当面の間移植を受けられない場合、若しくは、当面の間移植を受ける意思がない場合、移植候補に含まれないという制度についてもありません。一般的には inactive という制度です。

この2点について、小腸移植の適応評価学会である日本消化管学会から、「小腸移植希

望者が、医学的理由により当面の間移植を受けられない場合又は容体が落ち着いており当面の間移植を受ける意思がない場合には、小腸移植希望者の待機リストを『待機 inactive』とする」こと及び「臓器提供者の年齢が 18 歳未満の場合には、選択時に 18 歳未満の移植希望者を優先する」ということを要望したいと思います。以上の要望について、選択基準を改正することを要望させていただきたいと思います。

具体的な改正の内容としては、小腸移植希望者選択基準の 2「優先順位」において、「臓器提供者が 18 歳未満の場合には、レシピエント選択時 18 歳未満である移植希望者を優先する」を追加していただくことと、小腸移植希望者選択基準の 3「その他」において、「医学的理由により当面の間移植を受けられない場合又は容体が落ち着いており当面の間移植を受ける意思がない場合、『待機 inactive 制度』とする」ということを追加し、その他所要の改正を行うことを御検討いただければと思います。よろしくお願いいたします。○磯部委員長 ありがとうございます。今、小腸の選択基準の一部改正案について御説明いただきました。御意見はありませんか。

それでは、特にないようですので、先ほどの心臓、それから肝臓、小腸の移植のレシピエント選択基準について、事務局で基準改正に向けて対応していただくようお願いいたします。

用意した議題は以上で終わりですが、本日の前半で、今後の臓器移植に関する非常に重要な議論がなされましたので、更に発言をされたい方がいらっしゃったらお伺いします。湯沢委員、手を挙げていますか。湯沢委員、どうぞ。

○湯沢委員 湯沢です。大分、前の 8 枚目のスライドをお願いします。あっせん機関の複数化、実施法人ごとの費用配分やデータ供与とありますが、ここで費用配分についてちょっと触れさせていただこうと思います。

JOT から提供施設に配分される額が、かつて 10%だったのが赤字のために 18%になって、それをまた最終的 14%にしたというときに、集中治療医学会と脳神経外科学会、救急医学会の理事長と、日本移植学会のエガワ理事長と副理事長の私の 5 人で検討して、結局 14%に落ち着いたという経緯があります。そういうところで、仮にこういう複雑なあっせん機関が複数化となったときに、この費用配分がどうなっていくかということについては、相当、慎重に考えなければいけないことだと思います。何回か前に横田先生からお話があったと思いますが、最近、JOT は随分と黒字化しているということもありますし、ここで費用配分については慎重にもう一度考え直す必要があるのではないかと、私は思っています。以上です。

○磯部委員長 よろしいですね。おっしゃるとおりだと思います。慎重に御検討ください。

ほかに御意見、御発言はありませんか。米山委員、どうぞ。

○米山委員 米山です。もう 1 つ、お願いしたいこととといいますか、普及啓発についてです。いまだに、ドナー家族はお金を幾らもらったのですかというような質問をされる現状にあります。正しい知識、正しい理解が国民の皆さんになされるよう、ドナー家族である

ということ人を人に話すことが憚られるというか、躊躇するような社会であってはいらないと思いますので、是非、正しい知識の普及啓発のほうもしっかりとやっていただきたいと思います。以上です。

○磯部委員長 是非、よろしくお願いします。笠原委員、どうぞ。

○笠原委員 この改革で最も大事なものは、皆さんの最初の議論にありましてとおり、院内のコーディネーターの底上げというところになると思います。いろいろな学会あるいは組織がありますが、みんなで力を合わせてやっていくことがとても大事だと思いますので、例えば成功事例等がありましたら、是非、院内コーディネーターの活動というのを提示していただけますと、皆さんの院内コーディネーターの理解が深まるのではないかと考えています。それが第1点目です。

2点目が、診療報酬の話になってしまって申し訳ないのですが、入院時重症患者のメディエーターでは既に重症患者初期支援充実加算がありますが、可能であれば、ドナーのコーディネーター及びレシピエントコーディネーターにおいても加算を是非考えていただければと考える次第です。よろしくお願いします。

○磯部委員長 承りました。佐原委員、お願いいたします。

○佐原委員 先ほど、都道府県臓器移植コーディネーターを中心に、この新しい法人が発展していくのかなというようなイメージで、私はお話をさせていただきましたが、その後、モデル事業というような意見もありました。もし、そうであれば、どこかのエリアで、この都道府県臓器移植コーディネーターを中心にまとまってやる仕組みを作ってみる。これをモデルケースとして他のエリアへ広げていくというのが現実的なのかなと思ひまして、意見を追加させていただきました。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。続きまして、見目委員、どうぞ。

○見目委員 藤田参考人、上野参考人、先ほど、御説明どうもありがとうございました。こういった見直しをしていただいたのも、関係者の皆さんがたくさんいらっしゃる中で検討いただいて、本当に有り難いなと思ひましたので、この会は私しか患者がいないので代表して一言お礼をお伝えしたい次第です。

また、引き続きドナーが増えるということ自体が、そういった緊急性を優先できるというところにつながっているというお話もありましたので、ここの委員会の皆さんとともに、日本全国のドナーの増加というところを、引き続き取り組んでいければと思っています。ありがとうございました。

○磯部委員長 御意見ありがとうございます。ほかにはいらっしゃいませんか。

それでは、本日の議論はこれで終了にしたいと思います。事務局に伺いますが、4か月か5か月、ずっと毎月やっていますが、今後はどういうスケジュールでお考えでしょうか。

○吉川補佐 事務局からお答え申し上げます。今日、参考人のお二人から、心臓、肝臓、小腸についてのレシピエント選択基準の改正について、御要望いただいたものです。こちらに関しては、先ほどの磯部委員長からの御指示のとおり、改正に向けて必要な手続を可

及的速やかに実行していきたいと考えています。

また、資料 1 を活用した議論についても、どうもありがとうございます。こちらに関して、たくさんの意見を頂きましたので、事務局で整理しまして、こちらも速やかに私ども事務局の案として、今後のあり方の案として提示できればと考えています。

○磯部委員長 それでは、本日の委員会はこれにて終了させていただきたいと思います。どうも御協力ありがとうございました。