

# 令和7年6月11日 第72回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会 議事録

## 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7年6月11日（水） 16:00～18:00

場所：A P 虎ノ門 RoomC (11階)

### 出席者

秋山 千枝子委員、磯部 光章委員、小野 稔委員、笠原 群生委員、川口 有美子委員  
絹川 弘一郎委員、見目 麻子委員、米山 順子委員、齊藤 延人委員、境田 未緒委員、  
坂本 哲也委員、佐原 博之委員、杉江 英理子委員、外園 千恵委員、武富 紹信委員、  
藤野 智子委員、米村 滋人委員、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. 臓器の移植に関する法律施行規則の改正について
3. その他

### 配付資料

- 資料 1 今後の臓器移植医療のあり方について
- 資料 2 臓器の移植に関する法律施行規則の改正について（案）
- 資料 3 脳死下臓器提供を目的とした転院搬送の取扱いについて（報告）
- 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 臓器提供手続に係る質疑応答集（平成27年9月改訂版）
- 参考資料 6 臓器のあっせん業の許可等について
- 参考資料 7 法的脳死判定・脳死下臓器提供のための転院搬送チェックリスト（案）
- 参考資料 8 臓器の移植に関する法律施行規則の一部を改正する省令案について（概要）

○関口補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから「第 72 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。私は、本日の事務局で司会進行を担当させていただく関口と申します。よろしくお願ひいたします。委員の皆様方におかれましては、御多忙のところ御出席いただきまして、誠にありがとうございます。また、日頃より移植医療の推進に御尽力されておりますことを、厚く御礼申し上げます。

本日の会議は、Web を活用した会議とさせていただいておりますが、会議の進め方について御説明いたします。御発言なさる場合には、ビデオ及びマイクをオンにしていただいて、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。

続きまして、本日の出欠状況について御報告いたします。全 17 名の委員中、全員に御出席を頂く予定となっております。なお、藤野委員は 16 時半過ぎ頃、米山委員につきましては 16 時過ぎ頃に遅れて御参加となっております。また、武富委員につきましては 17 時過ぎに御退席予定となっております。また、本日は日本臓器移植ネットワークより横田理事長にオブザーバーとして御参加いただいております。よろしくお願ひします。

引き続きまして、資料の確認に移らせていただきます。議事次第、こちらに配布資料の一覧も掲載しております。次に、臓器移植委員会の委員名簿になります。それから、資料につきましては、資料 1 「今後の臓器移植医療のあり方について」、資料 2 「臓器の移植に関する法律施行規則の改正について(案)」、資料 3 「脳死下臓器提供を目的とした転院搬送の取扱いについて(報告)」となっております。また、参考資料については 1 から 8 まで付けております。以上が資料になりますが、お手元に資料はそろっていますでしょうか。不足がございましたら事務局にお申し付けください。Web の先生方も、不足がございましたらお申し付けください。よろしくお願ひします。なお、本日の会議資料は、厚生労働省のホームページに掲載しております。傍聴の方は、そちらを御覧いただきますようお願いします。事務局からの御説明は以上になります。

それでは、ここからの進行につきましては、絹川委員長にお願いいたします。

○絹川委員長 それでは、議事に入りたいと思います。最初は審議事項の(1)「今後の臓器移植医療のあり方について」です。事務局より、資料 1 について説明をお願いします。

○田中補佐 よろしくお願ひします。御説明します。まず 2 ページは、第 70 回の臓器移植委員会で提示しましたスライドになります。一番左の枠の部分に、脳死下の臓器摘出にいたるプロセスを提示しております。臓器提供施設、あっせん機関、移植実施施設というフローがありますが、真ん中の灰色の部分に、上 3 つは推計値、下 4 つは、時点は一部異なりますが実数値として人数を記載しております。「脳死とされうる状態」に該当する方が約 4,400 名いる中、様々な理由で徐々に人数が減りまして、最終的に実際に提供された方が、推計を行ったデータの基となる令和 4 年度では 105 名となっております。すなわち、様々なプロセスにおいて様々な理由で、御本人、御家族の御意思を十分にかなえられていない現状があるかと思います。

一番右の部分に、想定される課題と対応策を提示しております。臓器提供施設に対しては、連携体制構築事業において支援し、令和7年度からは、拠点施設を31施設に拡充しました。あっせん機関につきましては、ピンク色の四角の部分の②と③で示しておりますが、臓器あっせん機関を機能で分割し、その上でドナー関連業務実施法人として地域ごとに設置すること。また、院内ドナーコーディネーターの方には、より患者さんに近い場所で寄り添える立場として御活躍していただいてはどうかといった議論をしていただけていたところです。

昨年度から御議論いただきました臓器あっせんに係る体制強化の具体的な枠組みについて、こちらのスライドでお示ししているような体制を考えております。左側に現在、右側に今後の体制を提示しております。大枠としましては、ポテンシャルドナーの家族への説明と同意に関して、実施可能な施設では、自施設内で実施していただくことを念頭に置いております。その上で、各地域の施設をサポートするという枠組みで、地域で「ドナー関連業務実施法人」を全国に複数配置する方針としていまして、これまで御議論をいただけていたとおりとなります。

具体的には、緑の四角の部分になりますが、院内ドナーコーディネーターが活躍できる施設においては、院内ドナーコーディネーターの方が中心となって、院内で実施可能な業務、プロセスを進めていただこうと思っています。そして、その過程で、何度かドナー関連業務実施法人やJOTなどに介入していただく形を想定しています。一方で、赤の四角の部分になりますが、院内ドナーコーディネーターが今すぐ活躍できそうにないという施設においては、従来のように、JOT若しくはドナー関連業務実施法人、つまり今の院外のスタッフに依頼する形を今後も取っていただく形が現実的かと思っております。

その上で、院内ドナーコーディネーターが活躍できる施設における今後の取扱いについて、改めてお示しします。右側の灰色と薄い黄色の四角で示しているところになります。臓器提供病院のスタッフ、特に院内ドナーコーディネーターの方に関しては、現在はオプション提示まで行っていただいているところ、今後は同意取得まで実施していただくという方向性を考えております。こちらは従前、当委員会で御議論をいたしましたとおりです。その上で、特にスキルがある方については、臓器摘出術の管理等まで踏み込んで実施していただきたいと考えています。

一方で、こういった業務を実施するに当たりましては、コーディネーション全体の理解が必要であり、また質の担保という観点からも、今後、認定制を順次導入することを検討しています。こちらの部分に関しては、JOTなどと調整を行っていきたいと思っております。

一旦、ドナー関連業務実施法人の話に戻ります。※1に書いており、参考資料6としてもお示ししていますが、平成9年に局長通知という形で「臓器のあっせん業の許可等について」というものが通知されております。これにおいては、あっせん業とは、①ドナーに関する業務、②レシピエントに関する業務、③ドナーとレシピエントの間の業務という形

に分けられます。また、2つ目のポツになりますが、①ドナーに関連する業務については、ポテンシャルドナーの家族への説明と同意、摘出チームの派遣、臓器搬送の管理等々であることを臓器移植委員会でお示ししてきたところです。

これらのあっせん業務については、これまで全てJOTが行ってきた経緯がありますが、その背景をひもといいてみると、下の※2に記載しておりますように、平成9年の日本臓器移植ネットワーク準備委員会において、それまでの本邦の移植医療の歴史なども踏まえて、JOTは、移植施設や臓器提供側の医療機関とも独立した立場で、そして、高い専門性を持つコーディネーターの確保が強く要請されるという報告がなされております。すなわち、独立性(第三者性)と専門性、質の担保が重要であるということになります。

一方で、あっせん業の全てをこれまでJOTが担ってきたということで、昨今の臓器提供数の増加に伴いまして、JOTに業務が集中し負担となってきたことがあります。また、JOT発足から20年以上の時がたち、臓器提供数も1,000例を超えた現状や、それが今後更に増加する可能性があること、また、COIの観点から、米国のように、ドナー関連業務とマッチング関連業務を担う法人を分けるべきという指摘が当委員会でもあったことなどを鑑みまして、業務の独立性と専門性を維持する一方で、業務の効率化についても図る必要があると考えております。そして、これらのバランスを今後とっていく必要があると考えています。

ドナー関連業務実施法人の組織のあり方につきましては、2月に御審議いただきまして、①公益法人であることが望ましい、②設置にあたっては、これまでのJOT同様、厚生労働大臣の許可を受けること、となりました。そして、前回も御議論いただきましたが、ドナー関連業務実施法人の設置にあたっては、「臓器あっせん業の許可について」という通知を改正する必要があると考えています。具体的には、お示しの表の一番右の列に記載しておりますが、コーディネーター等に関する組織要件と、報告徴収に関する認定要件などを記載することとしてはどうかと考えております。

こちらのスライドでは、「臓器あっせん業の許可等について」の通知改正案の概要を示しております。左の業務の範囲と書かれた青い四角の中の赤枠で囲った部分に、ドナー関連業務実施法人の業務内容を示しています。ドナー関連業務実施法人の業務内容としては、赤枠の①ドナー関連業務、具体的には、アとして、ドナー候補者の情報の取得、イとして、ドナー候補者の家族への臓器の提供に係る説明及び同意の取得等々になります。そして、この①に、下の赤枠の③の部分、ドナーとレシピエントとの間の業務が追加されると考えております。すなわち、この①と③がドナー関連業務実施法人の業務であり、最終的には、②と③の一部のみがJOTの業務になっていくという想定になります。

ただ、しかし、①と③の全ての業務を、法人設立時の最初からドナー関連業務実施法人が行うのはハードルが高く、非現実的であることも理解しておりますので、こちらの括弧付きの赤字で示していますように、(初めて許可申請を行う場合は、下線部の業務を行うのみでも許可申請は可能とするが、可及的速やかに全ての業務を実施可能な体制を整備す

ること)というように、できる部分から段階的に事業拡大をしていただければと考えています。また、これまで大臣許可は更新制とする方向で御議論いただいておりましたが、定期的な報告徴収という形にしたいと思っています。具体的には、右下の青四角の部分に書かれていますように、業務実施状況の報告は、1年に一度及び大臣が必要と認めるとき、立ち入り等に関しては、定期的及び大臣が必要と認めるときと改正したいと考えています。

そこで、再びドナーコーディネーターの専門性・独立性の担保という話に戻ります。1つ前のスライドでお示ししたように、あっせん業の一部に、ドナーファミリーへの説明と同意という部分が含まれますので、院内のコーディネーターの方に業務を移行するに当たって、こちらのスライドに挙げる2点が必要であろうという議論になるかと思います。具体的には、専門性の担保として、1つ目のポツで、研修を受講し、特に高い専門性を獲得していると認められる者を認定してはどうか。そして、2つ目として、高い専門性の獲得にあたっては、コーディネーション全体の理解と、御家族が本当に希望する終末期のあり方をしっかりと聞くことができるといった面談に関する能力の取得だけでなく、ロールプレーを用いた実践と実際の現場での主体的な経験（On the job training等）等を必要とするとしてはどうかと考えています。これらの具体的に設ける基準の高さに関しては、今後、関係学会やJOTと話を詰めていきたいと考えています。

また、2つ目、独立性の担保に関しては、院内ドナーコーディネーターが行う業務、特にドナー候補者の情報の取得又はドナー候補者の家族への臓器提供に係る説明及び同意の取得の部分の過程において、JOT又は都道府県コーディネーター又はドナー関連業務実施法人など、院外のコーディネーターが関与することを前提としてはどうかと考えています。そして、1ポツ目のこのようないくつかの関与に関しては、受動的な関与になりますが、それだけでなく、ドナーファミリー側から能動的に外部へ相談できるような相談窓口を院外に設置してはどうかと考えています。

また、ドナー候補者の家族への説明と同意というところがあっせん業の業務に含まれている以上、臓器提供施設の院内ドナーコーディネーターがそういった業務を担って活躍するにあたりましては、院内ドナーコーディネーターが活躍する医療機関全てにおいて、あっせん業の許可を得なければならないという立て付けになります。臓器の移植に関する専門的な知識と経験を有しております、臓器のあっせん業に関する独立性を担保した上で業務を行うことができる医療機関については、赤字で示していますように、「ドナー関連業務実施医療機関」と位置付けた上で、ドナー関連業務実施法人とは別の審査基準により、臓器のあっせん業の許可を行うことを考えております。独立性を担保するため、上の青四角の3行目の括弧書きの所になりますが、院外のコーディネーターが、ドナー候補者の情報の取得又はドナー候補者の家族への説明及び同意の取得等の過程において関与することとし、審査基準としては、下の青四角の①と②を考えています。

具体的には、①現状の5類型施設であって、臓器提供の経験が豊富な医療機関又は当該医療機関と平時から支援体制を構築している医療機関であること、②として、専門性の担

保になりますが、「ドナー候補者の情報の取得」又は「ドナー候補者の家族への臓器の提供に係る説明及び同意の取得」において、前述の認定ドナーコーディネーターに当たる者が行うこととすると考えております。すなわち、これらの条件を満たす医療機関は、「ドナー関連業務実施医療機関」と位置付けて、ドナー関連業務実施法人とは別の審査基準により許可する形で現在検討しております。

最後に、まとめスライドの再掲になります。院内ドナーコーディネーターが活躍可能な施設においては、認定ドナーコーディネーターを育成していただければ、「ドナー関連業務実施医療機関」として臓器提供プロセスを進めていただくことができ、ドナーや御家族、提供施設の ICU のスタッフ、JOT 等の様々な方の負担軽減を図ることができると考えています。もちろん、認定ドナーコーディネーターの 1 人、2 人だけに業務が集中しないように御配慮いただきまして、あくまでコーディネーション全体を理解しているという観点から、認定ドナーコーディネーターの方が中心となって、院内スタッフと一緒に業務を進めていく形が、ひいては、院内皆さんの負担軽減につながると考えます。また一方で、灰色で示している部分にはなりますが、もちろん、従来のように、同意取得のところから院外のコーディネーターにお願いするという運用についても、並行して続けていく必要があると考えています。

最初の議題に関して、スライドを用いた御説明は以上になりますが、あっせん業についての通知改正につきましては、本日の御議論も踏まえた上で、審査基準等についてパブリックコメントを実施する予定です。また、補足になりますが、費用に関する事項などについては、現在検討中になります。また、参考資料 6 として配布しています従前のあっせん業通知では、眼球の取扱いについても含むものではありますが、今回のあっせん業の通知の改正においては、眼球については従前どおりの取扱いとし、今後、改めて御議論いただきたいと考えています。事務局からの説明は以上になります。ありがとうございました。

○絹川委員長 ただいまの御説明について、委員の先生方から御意見をお願いします。いかがでしょうか。米村委員、お願いします。

○米村委員 東京大学の米村です。大変詳細な御説明をありがとうございました。確認のために何点かお尋ねいたします。今回御提示いただいた将来設計に関しては、法改正は行わずに、政省令の改正のみでこの運用に移行するという理解でよろしいかが 1 点目です。

それに関連して、最後から 2 番目のスライドで御説明いただいた「ドナー関連業務実施医療機関」が、「ドナー関連業務実施法人」とどう違うのかが少し気になっております。これは、法律上はあっせん業ということで同じカテゴリに入るのだけれども、しかし、政省令のレベルで別カテゴリのものとして位置付け、それについて認定基準を変えて認定していくというお話であったように私は受け取ったのですが、その理解で正しかったでしょうか。その際に、基本的に法人は法人単位で認定を出すわけですが、医療機関は 1 法人で複数医療機関を持っているケースがありますので、その場合には医療機関単位での認定になるという理解でよろしいかも、併せてお尋ねいたします。以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。事務局、お願いいいたします。

○島田室長 御質問ありがとうございます。厚生労働省移植室長の島田です。まず1点目の御質問ですが、こちらの運用については、臓器あっせん業については、参考資料6で示しております局長通知で定めております。法改正は行わずに、法律は遵守した上で、法律の枠組みを変えずに局長通知で対応する案ということでお示ししております。

2つ目の、ドナー関連業務実施法人と医療機関の違いについての御質問ですが、こちらも医療機関においてあっせん業をしていただく、あっせん業については、法律上、大臣の許可が必要であるとなっておりますが、医療機関においてはそのうちの一部の業務を実施いただけに過ぎませんので、ほかの法人と異なる手続を定めていくという案となっております。政省令での対応ではなく、局長通知のほうでの対応を検討しております。

加えて、医療機関単位か法人単位かという御質問ですが、資料の9枚目に示しております審査基準①ですが、「臓器提供の経験豊富な医療機関又は当該医療機関と平時から支援体制を構築している医療機関であること」が必要であると考えております。このことから、医療機関単位が現実的であるかと考えております。もし、法人単位のほうが適切であるといったような御指摘がありましたら、お願いできればと思います。以上です。

○米村委員 ありがとうございます。一言だけ。法律の第12条でこのあっせん業の許可の規定があるわけですが、「業として移植術に使用されるための臓器を提供すること又はその提供を受けることのあっせんをしようとする者は、臓器の別ごとに、厚生労働大臣の許可を受けなければならない」とあります。ここでは、「あっせんをしようとする者は」という書き方になっているわけですが、これは普通の法解釈であれば、「者」とは法主体としての権利能力を有する者ということになるのではないかと思いますので、自然な解釈はやはり法人単位の認定ではないかと思います。それを医療機関単位で運用するということは、全く不可能ということではないと思うのですが、それにはそれ相応の根拠や、きちんとした制度設計が必要であるように思いますので、局長通知でそれが実現できるかどうかは、正直に申し上げて私にはやや不安が残るという印象があります。以上です。

○島田室長 移植室です。御指摘ありがとうございます。御指摘も踏まえまして検討いたします。ありがとうございます。

○絹川委員長 そのほか、いかがでしょうか。磯部先生、どうぞ。

○磯部委員 磯部です。いただいた御提案で、おおむねこの方向で行っていただきたいと思って評価しております。8ページの御説明でも、独立性のことについて懸念されていることがよく分かりました。大事なことだと思います。将来的にあっせん機関が全部テークオーバーするにしても、過渡期的に臓器提供施設の主導であっせんをすることになると、レシピエントを抱えている施設では臓器提供に関してCOI(?)が起きてくる可能性があります。そこは非常に微妙な問題なので、臓器提供施設で判定なり提供を進める場合には、第三者の方を入れることが、当然必要だと思うのです。8ページの独立性の担保の所はいろいろと苦心された文言だと思うのですが、重要なポイントです。御説明にもありました

が、昔の和田移植で問題になったのは、レシピエントのチームとドナーのチームが渾然一体としてやったということが最大の問題点で、そのため移植医療は 30 年遅れましたので、万が一にもそのような懸念を払拭したほうがいいと思います。

例えば、我々が手術なりカテーテル手術をするときに、オンラインでインフォームドコンセントを取ることはありませんよね。そういった重要な話は必ず相手の顔を見ながらします。将来的にオンラインが当たり前になる時代があるのかもしれません、現状においては、第三者の方がスクリーンの上にいて、第三者ということで関与したというだけでは、心許なく、心配です。その辺りは、よい制度設計をしていただきたいと思いますので、意見として申し上げておきます。以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。事務局、いかがでしょうか。

○田中補佐 御質問ありがとうございます。先生の問題意識としては、オンラインでは少し不安が残るということでしたが、同意取得に至るまでの過程においての関与と考えており、同意取得自体においても関与するかどうかも含めて、少し具体的な方法については、今後、御意見を賜った上で検討していきたいと思います。ありがとうございます。

○絹川委員長 佐原委員、お願ひいたします。

○佐原委員 日本医師会の佐原です。7 ページの業務の範囲についてですが、前回の委員会で、新しい法人がどの範囲を担うかということで意見を述べさせていただきましたが、①臓器の提供者の募集及び登録のところは、新しい法人や院内コーディネーターの方が関わることでよろしいかと思います。ただ、③臓器摘出チームの派遣調整や連絡調整、広域的な臓器搬送経路の策定は、院内コーディネーターや新しい法人がすぐできるとは思えないということで、意見を述べさせていただきました。①は新しい法人や院内コーディネーターが関わることでいいのですが、③は JOT がこのまま引き継がずに行うということでもいいのではないか、これは議論が必要という話であったと思います。

一方で、これは議論を始めてから大分時間がたっていますが、JOT の方々の業務負担を軽減することが当初の目的であったと思うので、やはりスピード感を持って進めることも必要だと思います。モデル事業をまずやってみるという話もあったと思うのですが、そういうことも含めて、大体このぐらいの見通しでやるというようなタイムスケジュールを示していただくと、議論しやすいのかと思いました。以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。その点、事務局からよろしいでしょうか。

○島田室長 御指摘ありがとうございます。まず、7 枚目の業務の範囲の中の③連絡調整活動ですが、ここに書いてあるような広域的な臓器搬送経路の策定や摘出チーム派遣調整というのは、やはり全国的な活動になりますし、臓器移植ネットワークにおいてしかできないような活動が例示として書かれております。趣旨としては、ドナーの募集及び登録以外の各種連絡調整活動についても、ドナー関連業務実施法人の業務の 1 つと示さないと、臓器移植ネットワークとの連携の部分でうまく落ちない部分が出てくるのではないか、どちらにも係るようなお仕事として③が書いてありますので、そういった趣旨です。引き続

き、臓器移植ネットワークには、日本全国のマッチングに関する部分などを担っていただきつつ、できるところは地域でもやっていただけるように、地域内で完結するような搬送についてのみといったところを想定しております。

2点目はスケジュールについてです。こちらは可及的速やかに進めるべきということで、12月5日の審議会でもおまとめいただいたところです。できましたら、年度内に進めていけるようにということで、本日お諮りをしております。よろしくお願ひいたします。

○佐原委員 もう一回、1点目の確認なのですが、今の御返答は、広域的な臓器搬送経路の策定の話は、地域内の場合と全国的な場合とでは異なるという意味ですか。

○島田室長 例えは心臓などはチャーター機などで搬送しており、全国的にマッチングされておりまますので、そういったことは地域のドナー関連業務実施法人ではなかなか難しいことではないかと。比較的ブロック内で完結するような腎臓などは、タクシーなどで搬送されていることもありますので、できることがあればドナー関連業務実施法人でも担っていただけのではないかというところです。

○佐原委員 私は実際に移植の現場で働いていたわけではないのでよく分からないのですが、臓器を摘出するときに、心臓のあっせんはJOTでやって、腎臓のあっせんはそこでやるというように、役割分担するということになるのですか。

○島田室長 御指摘ありがとうございます。この臓器はどこの方にというような、全体的なマッチングは臓器移植ネットワークのシステムで担っていただきます。マッチングが決まった後で、具体的な搬送経路の策定のところで、例えばもうここはタクシーだろうということになれば、タクシーの手配はドナー関連業務実施法人でお願いしますということができれば、少しでも臓器移植ネットワークの負担が軽減できるのではないかと考えておりますが、具体的なところは、先生御指摘のように詰める必要がありますので、また臓器移植ネットワークと話を詰めてまいりたいと考えております。

○佐原委員 そうすると、臓器をどこに搬送するかというマッチングはJOTで行って、搬送業務は、地域内であれば、その地域の法人でお願いしたいとJOTから依頼がきて、それを受けた搬送の調整をすると。その地域以外は、JOTが調整するというような役割分担のイメージでしょうか。

○島田室長 詳細は、また今後、臓器移植ネットワークと詰めていきたいと思いますし、双方の法人がどうすれば最も効率的に間違いなく業務を進めていけるかは、今後詰めてまいりたいと考えております。

○佐原委員 分かりました。役割分担、業務の範囲が分かるように記載されたほうがよろしいかと思いました。

○絹川委員長 ありがとうございました。杉江委員、お願ひいたします。

○杉江委員 先ほどの佐原先生の質問のお答えになるかどうか分からぬのですが、今は臓器提供の場合に日本臓器移植ネットワークが各臓器の搬送先と具体的な搬送手段、例えは心臓で兵庫県なら、神戸空港までタクシーで行って、そこからチャーター機とか、その

1 つの病院から次の病院までヘリで搬送する。例えば肝臓なら、何時何分の一般の定期便に乗るとか、腎臓は何時のタクシーに乗るという、何の交通機関を使って何時何分にどこどこ駅に行って、何時何分に移植施設に着くかという搬送経路の一覧は、JOT が作成していただいております。

例えば、提供施設から最寄りの定期便で行く肝臓や肺など、一般的な空港に行く、その県の付近の空港に行くまでの搬送手段、新幹線の駅まで行くときの搬送手段というのは、例えばこれはタクシーですというところまで、今は JOT が作ってくださっているのです。実際に、タクシーと書かれていたら、もう既に今の段階で、現地に入る都道府県コーディネーターがタクシー調整をしています。ですので、タクシーを何時何分に調整するかというのは、その現場の中でオペスケジュールなどを見てするのですが、実際の細かい現地のタクシーなどの手段については、今もうやっているのです。ですので、恐らくチャーター機などを使うときは、臓器だけは JOT で、そのほかは独立法人でというのも余り現実的ではないと思うので、私の個人的な感覚なのですが、搬送調整は恐らく JOT が一括でレシピエント施設と調整をするでしょうから、その下ろした先の提供施設から最寄りの駅や、この空港は何分掛かるかといった地域特性のある調査や、何が最適な方法かというのは、その地域の独立法人と都道府県コーディネーターがその地域の状況を一番よく知っていますので、そこで協力しながら最適なものをしていけばいいのかと思いました。すみません、現状を少しお伝えさせていただきました。

○佐原委員 発言してよろしいですか。

○絹川委員長 何かありますか。

○佐原委員 今の件なのですが、先日 JOT の事務所を見学させていただきました。臓器搬送を調整する事務室には、大きな液晶モニターがいくつもあって、例えば心臓については、その病院のマークがあって、空港のアイコンと飛行機のアイコンと、また次の空港のアイコンがあって、ここまでタクシーで行って、この飛行機で行ってと、臓器別に細かく表示されていました。

そういう業務を今新しい法人がやるかのように書かれていたので、それはどうなのかと思って質問させていただきました。現在、JOT と地域できちんと役割分担をしているということを杉江委員からお話を伺ったので、それでしたら納得できますので、それが分かるような書きぶりにされたほうがよいかと思います。以上です。

○絹川委員長 要するに、結局、現状その部分を触らなくてもいいのではないかという御意見なのだと思うのです。そこの業務負担はそう大きくないと。そして、またその部分は引き続き JOT が主体となってやるほうが分かりやすいのではないかとおっしゃっていると私は受け止めたのですが、その辺りは事務局、いかがですか。

○島田室長 ありがとうございます。具体的な業務分担をよく臓器移植ネットワークとも詰めて、分かりやすい資料とさせていただきたいと思います。御指摘ありがとうございます。

○絹川委員長 ありがとうございます。それでは坂本委員、お願いいいたします。

○坂本委員 坂本です。院内コーディネーターと、それから医療機関の認定という今回の御説明の方向性については、基本的には賛成です。その中で、先ほど磯部委員からも御説明がありましたが、院内コーディネーターの独立性の担保というところが非常に重要なところだと考えています。その独立性の担保という中で、病院長の命令の下で院内業務としてあっせん業を行うということになると、なかなか病院における治療からのあっせん業の独立性というところは理解が難しくなると考えます。あっせん業に関わる業務に関しては、病院ではなく法人のほうから委託を受けて、それを受託して、あっせん業に関しては、法人なり JOT の業務の 1 つとして院内コーディネーターが代行するような形で、そこに関しての指揮命令系統は病院からではないというふうにするような工夫が必要ではないかと、この図を見て考えました。以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。ちょっとまた違う話かなと思いますが、事務局的にはいかがでしょう。

○田中補佐 坂本委員、御指摘ありがとうございます。御意見を踏まえまして、もう少しお話を詰めていきたいと思っています。よろしくお願ひします。

○絹川委員長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。米村委員、お願いいいたします。

○米村委員 川口先生が先に手を挙げておられた気がしますが。

○絹川委員長 川口先生、お願いいいたします。

○川口委員 ドナーの家族の立場になって考えていますので、皆さんの御検討から外れた質問をするかもしれません、お許しください。基本的なところなのですが、ドナーコーディネーターがその患者の家族のもとに現れるタイミングというのは、どういうとき、どの程度のタイミングで現れるのでしょうかというのが 1 点です。

それから、誠意を尽くして説明をされた場合にも、断る家族はいらっしゃると思いますが、その場合は、次の何というのですか、ドナーではない療養のコーディネーターにおつなぎする必要があると思いますが、その点の検討というのはこちらではすることはできるのでしょうか。

○絹川委員長 ちょっと私は聞き取れなかったのですが、ドナーではない、何のコーディネーターとおっしゃったのですか。

○川口委員 療養が、この先、病院に長く入院していられるのかどうかとか、在宅で看取りたい家族も臓器提供はしたくないが退院しても療養する場所がない人とか、いろいろな事情の人がいると思いますが、そういう場合にはどのように療養支援につないでいただけなのかということが、すごく気になっています。

○絹川委員長 そちらは事務局、いかがでしょうか。ちょっとこれは、その部分というのは、この場の議論とまた方向性が違うように思います。杉江委員、今の御質問に関して、何か具体的に事例として御意見はありませんか。

○杉江委員 要は院内のコーディネーターがお話をした後、臓器提供ではなく、違う選択をした場合に、どのような方が関わってくれるのかといった御質問の内容でよろしかったでしょうか。

○川口委員 そうです。

○杉江委員 ありがとうございます。確かにそういう事例はあります。臓器提供の情報提供をされたけれども、やはり御家族がこのまま何もせず見とりたいとおっしゃる場合があります。恐らく、在宅に帰るケースは余りないのですが、小さいお子さんなどでは、まれにそういうケースはあるかと思います。あとは、療養の病院に移るなどです。在宅に帰るにしろ、違う病院に転院するにしろ、その際は、院内のソーシャルワーカー、地域連携のソーシャルワーカーが入って、恐らく先生と御家族と御希望も聞きながら、地域に帰るのであれば訪問ステーションの調整をされたり、療養の施設に帰るのであれば、そちらの幾つか候補を出して、御家族の御希望と、あとは患者さんの病状にもよりますので、そういう病状と、受け入れられる病院があるかどうかということをマッチして、お話が進んでいくかと思います。

あとは、御家族が断ったとしても、今の医療、ICUで受けているような医療は継続できるということは、多くの医療従事者はお伝えして、お断りになってしまっても、それはこの先、患者さんに提供される医療の質としては変わりませんよというのを、重々御説明していますので、その部分は御安心いただいてもいいのではないかなと思います。

○川口委員 ありがとうございます。是非、その点をドナーコーディネーターの研修の中に入れていただきたい、断った家族にも緩和ケアが必要であるというか、そういうところを入れていただきたいと思います。

○絹川委員長 ありがとうございました。では、米村委員、もう一度。

○米村委員 ありがとうございます。先ほどの坂本委員の御発言に関わるところで、1点、気になっていることがありますて、御質問させていただきます。要は、私のほうで実務的にどういう形でコーディネーションを行っているかを承知していないということなのですが、院内コーディネーターが活躍できる医療機関、という御説明が最初に事務局からあったと思います。その院内コーディネーターというのは、脳死臓器移植に特化した職種として存在しているのでしょうか。私の想像と言いますか、勝手に予想するところで恐縮なのですが、現状では、脳死臓器移植の件数からすると、1つの医療機関で脳死移植のコーディネーションだけを業務とする人を雇用するというのは、かなり難しいのではないかという印象があります。最近は、いわゆる CRC、臨床試験コーディネーターは専属の職員として雇用されているケースがかなり多いと思いますが、臨床研究がかなり活発に行われている大学病院やナショナルセンターレベルの中核的な医療機関であれば、そういう件数をコーディネーションするということで独立職の人を雇うことができるのだと思います。しかし、脳死臓器移植に関して、そういう独立職の人を雇用するということは、私は余り現実的ではないのではないかという印象を持っていました。そうだとすると、現状、CRC

として働いている方に研修を受けていただいて、脳死臓器移植が行われる際には、その脳死臓器移植の院内コーディネーターとして働いていただくことになるという、一種の便法も認めざるを得ないのではないかという気がしているわけです。そうすると、指揮命令系統を分けるというのは、それができればもちろんそれが望ましいとは思うのですが、どこまで実現可能なのかというところがやや不安に思えてきました。その辺り、事務局から、現状の見通しを御教示いただければと思います。

○絹川委員長 ありがとうございます。いかがでしょう。

○島田室長 御指摘ありがとうございます。まず、院内ドナーコーディネーターについては、過去の調査において、全国に約3,000人いらっしゃるというデータがあります。加えて、今の5類型施設においては、参考資料1の27ページにお示ししていますが、現在、5類型施設の中で院内ドナーコーディネーターを配置している施設は半分強というデータとなっています。

一方、先生の御指摘のとおり、そういう方は専従でないだろうと思います。何かほかの業務もかけ持ちしながらというのは、御指摘のとおりです。脳死下臓器提供連携体制構築事業で、そういう院内ドナーコーディネーターを配置して活動いただくことについて支援しているところですが、主にそういう施設を中心に、今回御提案させていただきましたような同意取得などについての業務を担っていただけるようにできればと考えているところです。以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。それでは、外園委員、お願ひいたします。

○外園委員 委員の外園です。院内コーディネーターがこれから増えていくて、質の高いドナー提供に至ることが大事だと思いますが、その際に認定システムと教育が大変に重要なになってくると思います。先ほど、眼球はちょっと別にしてというお話を出ましたが、ドナーを希望される方にとっては、臓器、角膜、その他の組織も全部提供したいという方もいらっしゃって、これは臓器で関係ある、関係ないというのは法律の話なのです。過去に、臓器の提供はやめたけれども、角膜だけ提供できますというときに（？）、ドナーの医療情報をもう1回取り直すということは何度も起こっています。やはり移植ということで統括した教育システムがあったほうが、ドナーの御家族にと混乱をもたらさないので、そこは大事だと思っています。ドナー目線を考慮に入れていただきたいと思います。

自分の知る限りでは院内コーディネーターは兼任が多く、ふだんの仕事に加えてどれだけ心を込めてドナー対応ができるかというと、時間的な余裕がないために難しい場合も有ります。院内コーディネーターの任務を促進していくには、何がしか頑張っている病院へのインセンティブが要るのかなと思っています。そこは進める仕掛けを是非作っていければと思います。以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。よろしいですか、今の点については。それでは、秋山委員、お願ひします。

○秋山委員 秋山です。基本的なことをお聞きしたいのですが、終末期には主治医が寄り

添っているわけですが、この主治医の役割として、移植に関してはどのように考えればよろしいでしょうか。

○絹川委員長 ちょっと具体的に分からぬのですが、主治医の役割というのが移植に関してという御質問は、かなり漠然としていると思いますが。

○秋山委員 終末期のときに、家族に移植の選択肢があるということを、主治医はどの程度関わればよろしいのでしょうか。

○絹川委員長 もちろんそれは御説明をするのは、まず最初は主治医であると思いますが、その義務がどのくらいあるかということに関しては、我が国ではまだ明確化されていないと思いますが、それ以上のことはないと思いますが。

○秋山委員 ありがとうございます。終末期の医療に、やはり移植のことも加えた状況がこれから必要ではないかと思っていますので、情報提供というところは主治医が行ってもいいのではないかなと思っています。

○絹川委員長 ありがとうございます。それはおっしゃるとおりだと思います。それは学会等での活動にも、そういうことは尽力しているつもりです。どなたかもう1人、手が挙がっていますが。

○杉江委員 杉江です。すみません、時間が押している中、1点だけ。先ほど外園先生がおっしゃったように、今回、目のことは少し外されてという話だったのですが、眼球は臓器の中に最悪1つは入っているので何とかなる場合もあるのですが、是非、院内ドナーコーディネーターの説明などをするときに、組織移植のほうはかなり地域性があって、ネックとしては臓器や献眼のように全国同一の感じができるわけではないという課題がたくさんあるのですが、やはり移植する選択肢として、臓器が駄目でも心停止後の心臓弁、血管や、脾島は難しいのですが、その脾臓を断念したときの脾島など、かなり御家族にとって幅も広いです。やはり脳死での提供は嫌だ、だけれども心停止、でも腎は嫌だ、だけれども目以外の何かを提供したいというときに、そのエリアであればできる組織の提供というものがあります。なかなかガイドラインに遵守したもので臓器と同じような統一したものはできないのですが、やはり地域特性でもそういう選択肢があるので、是非このお話の中に、組織移植の学会とも協力して、そのお話を入れていただけると、御家族にとっても、本当に何回も説明を聞かないといけないという手間が、心的負担がかなり軽減されるかなと思いますので、ごめんなさい、私からのお願いではあります、是非、組織移植のほうも加えてお話を御検討いただければと思います。すみません、以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。そちらはよろしいですか。承りました。では、小野先生、いかがでしょうか。

○小野委員 小野です。いろいろ議論を拝聴させていただきまして、ありがとうございます。少し話が混乱して各論のほうにいってしまっていて、本来の議論から大分離れてしまっていると思います。院内コーディネーターの果たす役割というのは今日の議論の目的ではなくて、また改めてやらないと、これはこれまで長い歴史を持った議論で、まだ十分な

コンセンサスが得られていないところなので、これはここで議論はすべき内容ではないと思っています。

もう1つは、先ほど秋山先生が言われた主治医の問題、それから川口先生がおっしゃったドナーコーディネーターがどこまで業務をするのかという問題、その中の議論で入院時重症患者対応メディエーターの話が一切抜けていますので、これを御説明しないと、多分、委員の先生方は、どういうふうに今後、業務分担をしていくような青写真になっているかということを御理解いただけないと思います。ですので、事務局のほうは、今はどちらかというとあせん業の分割というところにフォーカスを置いてしまっているので、実際、その臓器提供するときの病院の中の動きがどうなっているかということを説明していないので、入院時重症患者対応メディエーターがかなり重要な役割をまず果たして、臓器提供がある程度見えてきたところからドナーコーディネーターと主治医も関与していくということになるというところがあるので、ちょっと議論が本論から離れてしまったので、そこはもう少し交通整理をして、事務局から説明をしていただくと、もうちょっと分かりやすいのかなと感じた次第です。

○絹川委員長 ありがとうございます。ほぼ時間が過ぎてきていますので、一旦ここでこの議論は、今日のところはこれで御意見を承るということにしたいと思います。

私自身の部分もちょっと一言申し上げたいと思います。ドナー関連業務法人、実施法人というものをJOTの業務負担軽減というところで提案をされている中で、途中でもお話をありがとうございましたが、そちらを、迅速にロードマップを作るというところをもう少し前に置いていただきたい。院内の部分というのは、それはいずれそういう部分というものは必要になってくる可能性はあると思いますが、先ほど来、あせん業を病院として受けることが妥当かどうかという御議論もいただきましたし、やはりもうちょっと議論が必要だと私自身は感じています。今日いただいた御議論の中にも、突き合わせると、いろいろと問題点というのはまだあるように感じていますので、この点については、もう少し深めた段階で、また御議論を頂くということに私としてはしたいと思いますが、よろしいですか。

○島田室長 厚生労働省です。様々な御指摘を頂きまして、ありがとうございます。冒頭、田中の御説明もありましたとおり、今後、これを実施するとなりますと、パブリックコメントを実施しまして、あせん業の許可に係る部分について幅広く御意見を頂きながら進めていく必要があると思っています。今回、院内ドナーコーディネーターのお話についても、併せて御議論いただきましたのは、そのあせん業というのは、米村先生も御指摘のとおり、法律において大臣が許可した方しかできないというところがありましたので、そういった院内でやっていただくという方向性は12月に出していましたが、それを実現するためにはどのように整理すればいいかということで、御議論いただいたところです。また、進め方については委員長と、パブリックコメントの実施や委員会の進め方を御相談させていただければと考えています。

○絹川委員長 ありがとうございました。それでは、この件については、これで一度終わ

りとさせていただきます。

それでは、次に事務局から、報告事項として、(2)「臓器の移植に関する法律施行規則の改正について(案)」、御説明をお願いいたします。

○出内補佐 厚生労働省の事務局です。資料2について説明いたします。まず、法律施行規則の改正について技術的な御報告を3点させていただこうと考えております。まず1点目、「法的脳死判定時の体温測定方法について」です。スライド3枚目に現在の法的脳死判定時の体温の基準と課題について示しました。法的脳死判定を行うにあたり、体温が低い患者については脳活動が低下することから、脳死状態に類似する病態を呈することがあります。そのため、深昏睡の判定に影響する全身状態であることを否定するため、バイタルサインのうち深部体温・血圧について、臓器の移植に関する法律施行規則で法的脳死判定を行う際の前提条件を設けています。施行規則においては、脳活動の低下を呈するほどの体温でないことを担保するため、「直腸温」の最低基準を設けています。

生じている課題は、施行規則において、体温の測定の方法を「直腸温」と限定しているところですが、深部体温であれば外気の影響を受けないことから問題は生じず、臨床現場で頻用している深部体温測定法である膀胱温・食道温・血液温等を利用可能にしてほしいとの要望が出されています。この点、現在、既に「臓器提供手続に係る質疑応答集」において、深部体温であれば測定方法を問わない旨を記載しているが、施行規則では定めておらず、施行規則改正を行って現状と合わせていただきたいといった指摘を頂いています。そのため、対応案として、直腸温と同等と認められる、深部体温であれば測定方法を問わないように、施行規則を改正したいと考えております。

2点目、「脳血流の消失の確認検査を行うにあたっての前提要件の変更について」です。法的脳死判定の実施にあたっては、施行規則第2条第2項に基づき「深昏睡」「瞳孔散大・固定」「脳幹反射の消失」「平坦脳波」「自発呼吸の消失」を確認することが求められています。しかし、眼球損傷、鼓膜損傷又は高位脊髄損傷により「瞳孔散大・固定」「脳幹反射の消失」の確認が困難である場合については、脳血流の消失を確認することで法的脳死判定を行うことが、令和5年の施行規則の改正により可能となっております。

生じている課題は、現在の施行規則では眼球損傷、鼓膜損傷又は高位脊髄損傷といった特定の外因性疾患のみを補助検査による法的脳死判定の対象としており、「瞳孔散大・固定」「脳幹反射の消失」を確認することが医学的に困難である内因性疾患等の場合については補助検査の対象となっていないところです。眼球損傷、鼓膜損傷又は高位脊髄損傷と同様に、医学的に脳死の評価が困難である状態を呈しているにもかかわらず、補助検査による法的脳死判定の対象とならず臓器提供が見送られた事例が発生していました。

そのため、対応案として「瞳孔散大・固定」「脳幹反射の消失」を確認することが医学的に困難である内因性疾患等の場合にも、脳血流の消失の補助検査の対象となるように施行規則を改正することを考えております。

3つ目、「法的脳死判定時の血圧の解釈の変更について」お諮りいたします。現在の法

的脳死判定時の血圧基準と課題は、先ほど体温について申し上げましたが、血圧が低い患者様についても脳血流が低下することから、脳死状態に類似する病態を呈することがあります。施行規則においては、意識障害を呈するほどの血圧ではないことを担保するため、「収縮期血圧」の最低基準を設けています。

生じている課題は、生理学的な観点から考えると、臓器血流の評価については、収縮期血圧に加え、平均動脈圧を中心に行われている状況です。近年、医療技術の発展に伴い、コロナ禍でも話題になった ECMO といった補助循環装置使用患者においては、収縮期血圧の評価が困難である状況となります。心機能低下、とりわけ体外式膜型人工肺(ECMO)等を要する状態の患者では、自己心臓による脈圧、この脈圧というのは、収縮期血圧から拡張期血圧を引いたものとなります。自己心臓の力が弱いと、この脈圧が微小となっています。そのような患者において、施行規則どおりの収縮期血圧まで上げるために、大量の昇圧剤を使用することとなり、患者様の負担になるだけではなく、提供が可能な他臓器の血流を落とすことになってしまい、このような臓器を移植不適にしてしまう可能性がある状況です。

そのため、対応案としては、補助循環装置を使用している患者や脈圧が低い患者からの脳死下臓器提供事例が発生していることを鑑み、平均動脈圧による評価も対象となるように施行規則を改正したいと思います。この際の平均動脈圧については、令和 6 年度厚生労働科学研究費補助金(移植医療整備基盤研究事業)「臓器提供に係る医療者教育に資する研究」により検証された値を採用したいと考えております。

省令改正に関する報告は以上となります。

○絹川委員長 ありがとうございました。御報告について御意見はありますか。笠原委員、お願いいたします。

○笠原委員 成育医療研究センターの笠原です。丁寧にまとめていただきありがとうございます。2 番の脳血流の消失なのですが、こちらは具体的には、例えば CT アンギオ、MRA や PET など、その辺の検査をお考えなのでしょうか、もし、お考えであれば、そういった検査の具体的なものを付記することは可能でしょうか。

○絹川委員長 ありがとうございます。いかがでしょうか。

○出内補佐 御質問ありがとうございます。御提示いただいたように、具体的には CT アンギオ等で脳血流の消失を確認することとなっています。具体的な方法については、持ち帰らせていただき、どこに明記するか等については考え方させていただきたいと思います。

○笠原委員 どうもありがとうございます。

○絹川委員長 そのほか、いかがでしょうか、よろしいでしょうか。それでは、この件は御報告のとおり、また、追記については御検討いただくということで進めたいと思います。

続いて、報告事項(3)「その他」ですが、事務局から何かありますか。

○出内補佐 厚生労働省、事務局です。資料 3 について御説明いたします。「脳死下臓器提供を目的とした転院搬送の取扱いについて」、御報告いたします。脳死下臓器提供への

意思が明確であるときの転院搬送の取扱いについては、過去の経緯から遡ると、法的脳死判定・脳死下臓器提供の実施可能施設は5類型施設に限られており、「臓器提供手続に係る質疑応答集」において、脳死下臓器提供のみを目的とした転院搬送については控えるべきとされています。このため、臓器提供意思表示カードで提供意思が示されているなど、脳死下臓器提供への意思が明確であるときでも、転院搬送ができない取扱いとなっていました。

この点、「臓器移植医療対策のあり方に関する提言」（令和4年3月厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会）を踏まえて設置された、「脳死判定目的の転院搬送に関する作業班」より、脳死下臓器提供を目的とした転院搬送について、地域の実情に合わせた転院搬送に関するマニュアルの作成等の条件付きで容認するという答申がまとめられました。また、令和5年1月の臓器移植委員会において、転院搬送に関する技術的事項として、①転院搬送後に臓器提供が行えないと判断された場合の対応、②転院搬送の手段や地域における関係施設との連携、この2点についてさらに検討することとされています。

この点の検討結果は、令和4年度厚生科学研究費補助金「地域の中核機関と周囲の医療機関との連携のあり方に関する研究」の実証実験により、本人又は家族の脳死下臓器提供への意思が明確であるとき、脳死が疑われる状態となった患者様を、脳死下臓器提供を目的として5類型施設以外あるいは5類型施設であっても必要な体制整備が困難な施設から、搬送に伴うリスクを家族及び医療者が十分に認識し、かつ回避対策を講じた上、体制が整備されている臓器提供施設へ患者を搬送することに関して、問題なく実証実験を完遂できたと御報告をいただいているところです。

御指摘いただいた、転院搬送後、臓器提供が行えないと判断された場合の対応や、転院搬送の手段については、地域差が大きいことから、地域の実情に合わせた転院搬送に関するマニュアルを作成する際に十分に検討しを行うことが必要であると結論付けられています。

これらを踏まえ、本人又は家族の脳死下臓器提供への意思が明確であるときは、厚生労働科学研究により作成された「法的脳死判定・脳死下臓器提供のための転院搬送チェックリスト」を参考にすることで、転院搬送の実施について容認することを考えております。御報告は以上です。

○絹川委員長 ありがとうございました。搬送についての取扱いですが、御意見、いかがでしょうか。よろしいですか、特に御意見がなければ、御報告のとおりとさせていただきたいと思いますが。川口委員。

○川口委員 基本的な質問かもしれないのですが、搬送先の病院で、脳死判定を行われて、脳死ではないといった場合はどのような扱いになるのでしょうか。

○絹川委員長 搬送をされた後にということですね。事務局、お願ひいたします。

○出内補佐 厚生労働省、事務局です。御質問ありがとうございます。搬送先の病院で法的脳死判定を行った結果、脳死ではないと判断された場合には、その点は、脳死下臓器提

供は実施できないことになりますので、改めて、御家族等を踏まえ、どのような人生の終末期をより良く過ごせるかということを御検討いただく、当然、医療者も加わった上で検討していただくというような形になります。その点についても、あらかじめ転院搬送を行うとした地域については、マニュアル等に記載するなど検討をしておいていただくというような形になります。

○川口委員 ありがとうございます。ALS の患者家族の療養のコーディネートをしているので気がかりなのです。治療の必要がないから早く退院してほしいとか、ほかの病院に行ってほしいと言われることが多々あるので、そうなると患者は行き場所を失ってしまいますので家族としては脳死判定テストや臓器提供を選ばざるを得なくなるという、無言の圧力がどの家族にもかかっているということ。そんな立場にある家族へのサポートもこのシステムの中に必要な配慮として位置づけてコーディネーターに指導していただけたと思います。

○絹川委員長 ありがとうございます。要するに、送り手側と受け手側の双方の合意事項があつて初めて成り立つことですから、今、御懸念の材料についても、やはり、しっかりと事前に決め事をしておくことが重要ではないかと思われます。

○川口委員 よろしくお願ひします。

○絹川委員長 ほか、いかがですか。よろしいでしょうか。それでは、この件については、その点もしっかりと留意するということで、お認めいただきました。

続いて、更に「その他」です。

○出内補佐 厚生労働省、事務局です。看護学教育モデル・コア・カリキュラムの改正について御報告いたします。まず、医学教育モデル・コア・カリキュラムの改正についてです。医学教育に関しては、令和4年11月18日に医学教育モデル・コア・カリキュラムが改正され、「臓器・組織移植提供分野について」新たに「終末期医療における臓器・組織提供選択提示の意義について概要を理解している」という一文が加えられています。

この度、看護学教育に関するモデル・コア・カリキュラムにおいても、臓器・組織移植提供分野について、身体を守るしくみと異常に対する看護実践、専門知識に基づいた問題解決能力といった項目に、「臓器提供は終末期の選択肢の1つであり、臓器提供に関する情報の提示は終末期の家族ケアの1つであることを理解している」といったことを含む3項目が新たに加えられましたので、御報告を申し上げます。以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。これは大変必要なことだと思われますが、いかがでしょうか、よろしいでしょうか。これは何もないですよね、ありがとうございました。それでは、この件は文科省と連携するということになっております。

これにて、本日の議題は全て終了いたしました。御追加で何か、委員からありますか。もしあれば、少し時間がありますので承りますが、なければ、最後に、事務局からお願ひいたします。

○関口補佐 本日は、議事とさせていただいた「今後の臓器移植医療のあり方について」、

また「臓器の移植に関する法律施行規則の改正について」等につきまして、委員の皆様方におかれましては様々な御意見を頂戴し、活発な御議論を頂きまして、誠にありがとうございました。次回の臓器移植委員会の開催につきましては、また追って御連絡させていただきたいと思います。事務局からは以上です。

○絹川委員長 ありがとうございました。それでは、本日の委員会は、これにて終了いたします。先生方、どうもありがとうございました。