

令和 7 年 9 月 4 日 第 74 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 9 月 4 日（木） 10:00～12:00

場所：厚生労働省 共用第 9 会議室

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、境田 未緒委員、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、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の運用に関する指針（ガイドライン）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の運用に関する指針（ガイドライン）の改正について
資料 3 令和 6 年 移植実施施設における移植辞退集計結果について
資料 4 令和 8 年度概算要求（臓器移植対策の推進）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」の全部改正案
参考資料 7 「「臓器のあっせん業の許可等について」の全部改正案について（概要）」
に関する意見募集に対して寄せられた御意見等について
参考資料 8 「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）の一部改正案に関する御意見の募集に対して寄せられた御意見等について

○関口補佐 定刻になりましたので、ただいまから「第 74 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いただいていることに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させていただきます。御発言をなさる場合には、ビデオ及びマイクを ON にしていただき、まず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、藤野委員、坂本委員、米山委員は御欠席となっています。また、本日は、公益社団法人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、現地で御参加いただいております。

引き続き、本日の資料の確認をさせていただきます。共有の議事次第、こちらに配布資料の一覧を掲載しております。委員会委員名簿、それから、本日は資料が 4 点です。資料 1 が今後の臓器移植医療のあり方について、資料 2 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)の改正について、資料 3 が令和 6 年移植実施施設における移植辞退集計結果について、資料 4 が令和 8 年度予算要求についてとなっています。また、参考資料は 1~8 となっております。お手元に資料はそろっておりますでしょうか。不足がございましたら事務局まで Chat や挙手等でお知らせください。また、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ので、傍聴の方はそちらを御覧いただきますよう、お願いいたします。

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 おはようございます。それでは、議事次第に沿って進めさせていただきます。まず、審議事項です。「(1)今後の臓器移植医療のあり方について」、資料 1 に基づいて御説明をお願いしたいと思います。よろしくお願ひします。

○田中補佐 事務局です。議題 1 について御説明いたします。まず、ドナー関連業務実施法人について御説明いたします。こちらは従前からの御説明どおりですが、本日もピンク色の四角の部分、②③で示すあっせん機関の部分について御議論いただきたいと思います。

前回から少々追記した部分がありまして、一番右の列に進捗状況について記載いたしました。臓器提供施設に関しましては、臓器提供施設連携体制構築事業において令和 7 年度には拠点施設を 31 施設まで拡充いたしました。あっせん機関につきましては、ドナー関連業務実施法人について現在も御議論いただいているところです。移植実施施設につきましては、レシピエント選択基準等の精緻化は本年度中の運用開始に向けシステムの準備中、登録移植施設の複数化につきましては、令和 7 年 3 月より既に開始しております。移植実施に関する実施件数や待

機者数等の見える化につきましては、今年 10 月の公開に向け準備を行っているところになります。

ドナー関連業務実施法人の業務開始に係るスケジュール案につきましては、前回の御説明とほぼ変わりませんが、本日の議論を踏まえ、臓器のあっせん業の許可等についての改正通知を発出し、新あっせん機関の公募を開始する予定としています。今後のスケジュールや必要な手続等について説明会を実施する予定です。

こちらは、ドナー関連業務実施法人と JOT 等の業務分担案になります。ドナー関連業務実施法人コーディネーターと JOT コーディネーターは、あっせん業務を遅滞なく行うに当たって綿密な連携が必要となります。各あっせん機関同士の連絡調整を一本化するなど、誤りが起こらない体制が求められます。今後は、あらゆる事態を想定し、対応策やチェックリストの策定など、各あっせん機関の役割を明確化しておく必要があると考えられます。

具体的な業務フローについては、スライドでお示しのとおりになります。業務分担に関する原則(案)を画面右側に提示しています。ドナー関連業務実施法人の管轄となった地域の第一報は、ドナー関連業務実施法人に統一することを原則としてはどうかと考えています。また、ドナー関連業務実施法人本部と JOT は、適宜、あっせんの進捗について情報共有を行いますが、情報連携ミスを極力減らすため、ドナー関連業務実施法人と JOT における情報共有には、同一のフォーマットや既に JOT に導入されているシステム等を使用することが必要と考えます。また、ドナー関連業務実施法人は、家族への承諾行為時に摘出手術やお見送りまでの全体スケジュールを決定します。JOT 側は、組織適合性検査の実施やレシピエントの選定、搬送経路の策定を行う必要があります。これらの実施には一定の時間を要することから、JOT とのスケジュールの調整が必要となります。以上より、全体のスケジュールの決定に当たっては JOT との合議が必要と考えます。

現行の都道府県臓器移植コーディネーターの方については、ドナー関連業務実施法人と JOT の双方からの委嘱を可能とし、現在と同様に業務を実施いただければと考えています。ただ、こちらにつきましては、まだ決定事項ではございませんので、引き続き、各方面と調整を行ってまいりたいと思います。情報公開については、現在、JOT で全国規模の情報を管理いただいていることや、情報の検索利便性等を考慮し、引き続き、JOT から公開していただくことを原則としてはどうかと考えています。さらに細かい業務分担についても検討、調整を行い、混乱を避け、誤りが起こらないようにしていく必要があると考えます。

6 枚目のスライドと 7 枚目のスライドにつきましては、以前と全く同等のスライドであり、参考として資料に追記していますので、適宜、御参照ください。口頭での説明は省略させていただきます。

次に、認定ドナーコーディネーターについて御説明いたします。こちらのスライドでは前回まで御審議いただきました認定ドナーコーディネーターの業務内容、特に同意取得等行為があっせん業に該当するのかどうかに関して再度整理を行いましたので、御報告いたします。これまで同意取得等行為というものは臓器のあっせん行為に該当するとして、JOT

が主体となって実施してまいりましたが、これらの同意取得等行為は、主治医が通常の診療行為と一連のものとして実施する行為としての側面も有していると考えられます。

一方、同意取得等行為は、通常の診療行為とは異なる専門性や臓器移植を適正に実施していくための中立性が求められるものになります。このため、同意取得等行為は医療機関において一定の要件を満たした上で、主治医の通常の診療行為と一連のものとして実施する場合においては、当該医療機関が反復継続して実施してもあっせん業には該当せず、実施可能とするという整理にしたいと思います。

その一定の要件は以下の①及び②となります。①としましては、専門性を担保するため、認定ドナーコーディネーターが同意取得等行為を行うこと。②としては、業務の中立性に配慮するため、説明等の場面にあっせん法人コーディネーター等が立ち会うこと。このあっせん法人コーディネーターには、都道府県臓器移植コーディネーターも含まれます。なお、①及び②の要件を満たさずに同意取得等行為を行った場合には、無許可で行う臓器あっせん業に該当する可能性があります。

改めて、前回お示ししたスライドを一部修正して再度御提示いたします。同意取得に至るまでには臓器提供基準を満たしているかの確認などが必要であり、御家族も一度の面談で全て決定できるわけではありませんので、現地の臓器提供施設には複数名のコーディネーターが入り、分担しながら業務を進めていき、御家族から臓器提供の意向があった場合には、同意取得に当たって複数名で面談を実施しております。以上のように、現在、承諾行為実施においては JOT コーディネーター若しくは都道府県コーディネーターが複数名、臓器提供施設まで来院し同意取得等行為を行っています。

以上が現在の体制になりますが、今後は右側のようになります。前ページでお伝えしたように、医療機関で承諾行為を実施するに当たって、特定の要件を満たした上で実施する場合にはあっせん業に該当しないという整理になりますので、これまで御審議いただきましたドナー関連業務実施医療機関という枠組みではない形で整理し直しています。ドナー関連業務実施法人においては、あっせん法人コーディネーターや都道府県コーディネーターが同意取得等行為を実施可能であるというのは従前どおりですが、医療機関においては認定ドナーコーディネーターが同意取得等行為を実施し、かつ、あっせん法人コーディネーターや都道府県コーディネーターが立ち会いを行うという条件下において、同意取得が可能となります。

こちらも前回お示ししたスライドの一部修正になります。業務内容の部分で示していますように、認定ドナーコーディネーターは選択肢提示補助に加えて、臓器の提供に係る説明及び同意の取得や臓器摘出術管理や臓器搬送に係る業務を行うことが、特定の条件下で可能となると考えています。こちらの表では、認定ドナーコーディネーター単独で業務を実施できないという観点から少し薄い水色で表現しています。

認定ドナーコーディネーターの認定要件については、画面下の表になります。座学・ロールプレイ・on the job training で構成され、現在、JOT が行っている研修カリキュラ

ムをベースに、コーディネーション業務の実施に必要な内容に限る形での研修を考えています。今回、この部分をより詳しく次のスライドでお示ししたいと思います。

こちらが認定ドナーコーディネーター研修の概要になります。画面左側、薄くなっている STEP0 と示している部分につきましては、認定ドナーコーディネーターを目指すに当たり、前提となるような基本的知識と位置付けており、現在、既に院内ドナーコーディネーターとなっている方であれば修得済みの知識と考えています。これらの知識面に不安がある方については受講を推奨しますが、正規の認定ドナーコーディネーター研修には含まれません。正規の認定ドナーコーディネーター研修は STEP1 と STEP2 の 2 段階構成を考えており、STEP1 においては、コーディネーションに必要な知識である 1 次評価チェックリストに基づいた情報収集や、あっせん法人への報告手法等を e-learning や講義形式で実施し、加えて、臓器提供に関する家族への情報提供に必要な基本的面談スキルを実践するためのシミュレーション演習を行う予定です。STEP1 を修了した方は STEP2 に移行していただきますが、STEP2 は on the job training 形式をとります。JOT の監修のもと、実際の提供事例において主治医からの第 1 報に対する対応、1 次評価チェックリストに基づいた情報収集や整理、そして御家族との面談、同意取得等まで経験してもらい、研修修了を目指すものになります。これら認定ドナーコーディネーターの研修については、日本集中治療医学会、日本救急医学会、日本移植コーディネーター協議会、JOT 等を母体とした協議会を設立し、STEP2 を修了した方を認定することを考えています。

こちらのスライドでは、認定ドナーコーディネーターの認定に当たるスケジュール案をお示ししています。スライド左側になりますが、現行の院内ドナーコーディネーターのうち、これまで JOT コーディネーター若しくは都道府県コーディネーターとして御活躍された経験がある方については、既に STEP0 に相当する基礎知識を十分に理解していると考え、STEP0 を省略し、STEP1 からの受講というふうに整理したいと思います。その中でも、現在、JOT からコーディネーターとして認定されている方については、STEP1、STEP2 共に省略することも可能としてはどうかと考えています。

一方、これから新たに認定ドナーコーディネーターになろうとする方については、STEP0 に相当する講習会の受講を推奨しますが、STEP1 の講習会の後に STEP2 を行い、それをもって審査委員会で認定する形を考えています。特に左側の方々については、既に一定以上の経験を積まれていることから、早ければ今年度中の認定も可能ではないかと考えています。

最後のスライドは参考スライドとなりますので、説明は省略させていただきます。事務局からは以上です。御審議のほど、よろしくお願ひいたします。

○絹川委員長 ありがとうございました。ただいまの御説明について委員から御意見を頂戴したいと思いますが、いかがですか。それでは、外園委員、お願いします。

○外園委員 御説明ありがとうございます。大分整理していただき、分かりやすくなつて現場に取り入れやすくなつたと思います。質問は 2 つあります。1 つは、院内コーディネ

ーターは兼任が結構多いと思いますが、専任か兼任かということに対して何か差別化とか、本当は専任が望ましいのですがドナーがないのに何をするのだということで、やはり、どこも兼任が多いと思いますので、そこをどういうふうに整理されるか、あるいは今から整理するのかということです。

あと、都道府県コーディネーターも、ドナーが少ない所と多い所がありますので、ある所で多くなると、都道府県を超えて応援に行くということがあった場合、あっせん機関と違って、業務の範囲についてどのように考えていらっしゃるか分かればもっと良いと思いました。2つです。

○絹川委員長 2点ですが、いかがですか。

○島田室長 移植室長の島田です。御質問ありがとうございます。まず、院内コーディネーターの専任・兼任ですが、ほぼ全ての医療機関において、兼任で取り組まれているのではないかと思います。というのは、ドナーの事例が出るのがそう多くありませんから、なかなか専任でということでお声は伺っておりますが、当室の連携体制構築事業において提供施設では、院内コーディネーターを専従などで置いていただくことが望ましいといったような、そういう規定もあるところですが、認定予算事業ではなく、認定コーディネーターにつきまして、専任・兼任というようなことではなく、質の確保が重要であると考えておりますので、その面は研修等で担保していかなければと考えております。

加えて、広域での支援というのは、県コーディネーターの御質問ということでよろしいですか。

○外園委員 例えば、京都でドナーがなく、滋賀で忙しいとなったときは、京都のコーディネーターが滋賀に行きます。そして、そこで時間外が発生すると。他府県に行くほうが給料が良いみたいなことになって、ドナーの少ない地域のコーディネーターのほうが収入が良いみたいなことにならないか。現実的にはそういうことが起こるので、他府県の応援を含めた包括的な都道府県コーディネーターの採用ができないかと思っていまして、質問させていただきました。

○島田室長 御指摘ありがとうございます。県コーディネーターのそういった労務的なこと、私ども地方交付税のほうで、県コーディネーターの活動費を国からはサポートしている整理になりますが、それぞれの県における普及事業を行っていただくということに加えて、この事例対応については、現時点においては臓器移植ネットワークから業務を委嘱していただくという形になっております。この仕組みを今後労務の管理の観点も含めて、あっせん法人が今後できたときに、どのようにしていくかということについては、引き続き検討ということで、(P)と書きましたが、おっしゃっていただいたような観点は、昨年度も臓器移植委員会で都道府県コーディネーターの ROP0 という団体からも、労務管理の整理が必要という御指摘を頂いたところですが、引き続きの課題と認識しております。

○外園委員 ありがとうございました。兼任だとどうしてもきめ細かくならないので、できるだけ専任で、時間があったら勉強するぐらいにすると、非常にきめ細かいところでス

タートできていいのではないかと思いまして、なるべくそういうことが進むようにお願い申し上げます。

○絹川委員長 ありがとうございました。それでは、武富委員からお願ひします。

○武富委員 北海道大学の武富です。5枚目のドナー関連業務実施法人と臓器移植ネットワークの業務分担について(案)の所に、ピンクの部分に「ドナー関連業務実施法人本部」と書いてあるのです。これは、あっせん法人を各地域に複数置くという認識だったのですが、1つの法人として、その本部があつて、それで各地域を管轄して、ここが統括して見ると。その横に置いてある現地CO、コーディネーターがそこの本部にいるのか、それとも、地域によって各々置くのであれば、この本部というのが分からぬのと、もし地域ごとに各々あっせん法人を置くのであれば、質の均一性の担保はどういうふうに考えていらっしゃるか。その2点についてお伺いしたいと思います。以上です。

○絹川委員長 いかがですか。

○島田室長 御指摘ありがとうございます。本部という単語を置くことで、少し分かりにくくなつたかもしませんが、事例が発生した場合、現状、臓器移植ネットワークにおいては、本部を臓器移植ネットワークの中に立ち上げて、対応いただいていると承知しております、そういうことを想定してドナー関連業務実施法人に本部を置いて、そちらが対応するようなイメージで本部と書きましたが、このドナー関連業務実施法人は、各地域において地域密接の業務を行つていただくという想定です。ただし、ブロックをまとめて業務を行つていただくようなことも想定しております、当該本部をそのブロックの中のどこに置くかとか、そういうことは法人の裁量であると考えております。複数法人をまとめた本部という意味ではなくて、法人の中の本部という趣旨です。

○武富委員 分かりました。そうなると、各々ブロックごとに法人が独立してきて、その事例ごとに本部がそこに立ち上がるということは分かつたのですが、そうなると、各地域ごとの法人の質の均一性というのはどういうふうに今後考えていかれるのですか。

○島田室長 御指摘ありがとうございます。御指摘のとおり、各ドナー関連業務実施法人の質の担保、または、マッチングを担当する臓器移植ネットワークとの連携、こういったところは非常に重要であると考えております。こちらについては、それぞれ連携していただけるような枠組み、また、厚生労働省において、第三者機関を設置して、そういう所で定期的に業務をフォローしたり、そういうことも検討していきたいと考えております。

○武富委員 どうもありがとうございます。

○絹川委員長 続きまして、佐原委員からお願ひします。

○佐原委員 日本医師会の佐原です。質問は3点あります。まず、1点目は、5ページです。現行の都道府県臓器移植コーディネーターは、ドナー関連実施法人とJOTの双方からの委嘱を可能とするというのは非常に分かりやすい整理かと思いました。

このドナー関連業務実施法人と、JOTにおける情報共有に同一のフォーマット・システムを使うと書かれておりますが、現在は、都道府県臓器移植コーディネーターとJOTは同

じフォーマット・システムを使っているのかそうでしたら、そのまま使うということなのかということが 1 点目です。

2 点目は、10 ページです。現在も、中立性の観点から、実運用として 2 人以上のコーディネーターが同意に立ち会うことになっていますので、この体制をいかしつつ、医療機関の認定コーディネーターとドナー関連実施法人のコーディネーターが立ち会うというのは、すごく現実的で分かりやすい整理だと思います。「今後」について、当面は JOT のコーディネーターも関わることになるので、このあっせん法人コーディネーターの中には JOT も入るという認識でいいのかを確認したいということです。

3 つ目は、今後のスケジュールでは、今週にも新法人の申請、審査、認定、来年早々には業務開始となっていますが、JOT は新法人も含めた実際のあっせん業務が円滑に実施できるように、このシステム面、先ほどのフォーマットの話もそうですが、そういった整備について不備のないように至急対応する必要があると思います。来年度は予算を要求することになるのですが、今年度分については、今年度の予算の範囲でできるのか、あるいは補正予算を組むのかというところの 3 点を質問させていただきます。

○絹川委員長 3 点です。お願ひします。

○島田室長 御指摘ありがとうございます。まず、1 点目ですが、県コーディネーターが JOT のシステムを活用することについては、各種研修も行った上で実施されていると承知しております。なお、ドナー関連業務実施法人ができたときにどのようにシステムを活用していくか、情報セキュリティー上、規定等改正が必要かということは、臓器移植ネットワークに御相談しながら進めてまいりたいと考えております。

2 つ目の御質問は、あっせん法人に JOT が入るかというのは、10 ページの資料は、「あっせん法人の業務の一部をドナー関連業務実施法人等の業務として移行する」と記載しておりますので、こちらの JOT もあっせん法人に含まれるという整理でのペーパーとなっております。

3 点目については、後ほど報告事項で厚生労働省の概算要求について御説明させていただきますが、至急の対応が必要ということで、しっかりと対応してまいりたいと考えております。

○佐原委員 分かりました。それでは、今現在、都道府県の臓器移植コーディネーターと JOT の間では、同じシステムを使っていて、新法人も同じシステムを使うということでよろしいですか。

○島田室長 その方向で御検討をお願いしているところです。

○佐原委員 分かりました。ありがとうございます。

○絹川委員長 それでは、磯部委員、お願ひします。

○磯部委員 榊原記念病院の磯部です。質問 1 点と、コメントを 1 点させていただきます。質問は、コーディネーターの資格についての提示がありました。それについては特別異論はないのですが、過去のことを考えますと、JOT がずっとやってきて、コーディネー

ターさんの離職が多かったり、定員が半分にも満たないといった問題があったことも、今回の改革の背景の1つだと認識しております。今後、このシステムになったときに、少なくとも過渡期においてはコーディネーターさんの経験や職種は多様で、いろいろな地域、いろいろな資格を持った方がこの認定をされるということになるのではないかと思います。今後、その質の担保と、業務内容とか、再認定とか再教育、その辺をどういうふうに国として関わるのか。地域によってやり方が変わってくるようなことがあっては困りますし、そういったシステム上の管理を国はきっちりコミットしたほうがいいのではないかと思いますので、その辺の業務内容の管理についての御質問です。

コメントについては、私はこの委員会の前委員長だったこともありますて、このシステムを動かすのに多分3年か、もっと掛かっていると思うのです。問題点を皆さんよく認識していらして、よくここまで進めていただいたと思います。佐原委員もおっしゃいましたが、平成7年度から移行するに当たって、多分20数年ぶりの大きな大変革になります。移植医療は非常に注目も大きいですし、社会的な影響もあります。昔の話をして恐縮ですが、移植が20数年前に始まったときに、厚生労働省の方がおっしゃったことを覚えてますが、とにかく、一点の曇りもない症例を重ねるのだと。確かに、各施設5例ぐらいは全部チェック体制をしてということがありました。今回も過渡期において決して齟齬がないように、1例もミスを犯さないような形でやっていただきたいと思います。かつ、随分時間が掛かっておりますので、予定どおり平成7年度から円滑に進めていただきたいと、そういうコメントをさせていただきます。以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。1点目の御質問についていかがですか。

○島田室長 御質問、御指摘ありがとうございます。1点目、先生の御指摘は、臓器移植ネットワークや県コーディネーターのキャリアと言いますか、そういう部分でのことですか。

○磯部委員 そうです。新しい制度上のことです。

○島田室長 11枚目になりますが、臓器移植ネットワークのコーディネーターについては、臓器移植ネットワークのほうで研修を行っていただいております。新しくできるドナー関連業務実施法人のコーディネーターについては、まだ枠組みが決定しておりませんが、枠組みが決定するまでは臓器移植ネットワークの研修を受講していただくことを想定しております。今後は、ドナー関連業務実施法人が複数できたときに、地域ごとに教育が違ったり、質が違ったり、そういうことになっていかないように、※6に小さく書いてありますが、法人のコーディネーター養成研修については、全国均一性の観点から、将来的に複数のあっせん法人共同研修とすることを検討したいと考えております。

加えて、新しい認定ドナーコーディネーターの部分につきましては、現在、臓器移植ネットワークが行っている研修とは別の枠組みで今、検討しておりますが、13枚目になりますが、厚生労働省もその内容について検討を一緒に行って、右側にありますが、研修を今年度やってみて、今後更に認定講習会の内容の再検討ということも、厚生労働省がかん

でやっていくということを考えております。引き続き、こういった質の担保というのは、コーディネーターさんはかなりあっせん事業において中核ですので、これまで取り組んでこられた臓器移植ネットワークの取組も参考に検討してまいりたいと考えております。

また、システムの点について御指摘ありがとうございます。しっかりと早急に遅滞なく取り組んでまいりたいと考えております。

○磯部委員 よろしくお願ひします。

○絹川委員長 今、磯部先生から御指摘があった、いわゆる離職の問題というのは、業務負担を軽減するということで、恐らく改善可能になる部分だと思うのです。今やっていることというのは、業務負担を分散して軽減しようということだと思います。一方で、今、離職をされているという事実からすると、絶対的に入数としては、ある程度質が担保された人はいないと思うのです。そうすると、新たにリクルートする人たちを、質を担保しながら十分な数までそろえるのに、実際見込みとしては短期間で実現可能だと見込んでおられるのですか。難しいとは思うのですが。

○島田室長 そうですね。あっせん法人のコーディネーターさんの確保だと思いますが、今まで例えば臓器移植ネットワークや都道府県コーディネーターを経験されて、ほかの組織で勤務されている方もいらっしゃいますし、加えて、院内コーディネーターとして活躍されながら、ステップアップではないですが、さらに院外の取組にも関わりたいと思われる方もいらっしゃると思います。ここをいかに質とともに入数も確保していくか、また、臓器移植ネットワークさんほうでは離職防止の取組をどのように進めていくかということは、引き続き留意しながら取り組んでいきたいと考えております。

○絹川委員長 例えば、そういうポテンシャルがある人に対する宣伝と言いますか、こういうことを今後募集しますよという活動というのは、実際にはどこがやることになるのですか。ただ、こういうのが始まりましたと言って、これは十分周知できるものなのですか。

○島田室長 一義的には雇用主がリクルートすることになりますから、臓器移植ネットワークにおいては臓器移植ネットワークですし、あっせん法人はあっせん法人だと思います。私どもは、こういった新しい取組について説明会も開催する予定ですが、関係者に周知をしていくということ、学会などとも連携しながらと考えております。

○絹川委員長 ありがとうございました。それでは、秋山委員、お待たせいたしました。

○秋山委員 秋山です。移植を進めるに当たって、主治医の役割も重要ではないかと推察しています。その主治医の役割が、今回明確に示されてよかったです。今後、主治医の方々に対しても、役割について周知されますか。

○絹川委員長 いかがですか。

○島田室長 ありがとうございます。こちらについては、周知としては、私どもは通知や各種学会とか、そういう機会を活用した周知となると考えております。

○秋山委員 よろしくお願ひします。

○絹川委員長 外園委員、いかがですか。

○外園委員 先ほどの続きになるのですが、院内コーディネーターが兼任だと、ドナーが多いときに疲弊します。ドナーが少ないと照準を当てた人員配置だと、いつまでたっても増えません。専任を置いたときに、暇かと言うと、そうではなくて、ポテンシャルドナーとゆっくり話をする時間があったり、ドナーさんへの対応、ポテンシャルドナーの発掘にもつながります。大きく動かそうと思うと、多いほうに照準した人員配置にしないと、疲弊も生まれるし、去る人も生まれるし、きめ細かいこともできませんので、やはり、多いほうに照準を合わせて、まず、今年度はこのぐらいのドナーが欲しいから、このぐらいの人員配置にするという戦略があるほうが良いと考えます。そういうステップ・バイ・ステップのほうが世の中は動くと思いますので、是非、その辺りの御配慮を。この委員会ですら、他人事に言っているように聞こえますが、移植を待っている人は1日でも早く手術を受けたいので、切迫感を持った話合いをしたく、今の発言をさせていただきました。お願ひいたします。

○絹川委員長 いかがですか。これは院内に関することになりますと、その医療機関でのお考えというのも当然出てくると思いますので、その辺りは、金銭面も含めて検討が更に必要な部分があるのかと思っております。そのほかはいかがですか。この点については、皆さん御意見はもうよろしいですか。それでは、皆さんからいろいろ御意見を賜りましたが、大きな方向性について問題点はないと理解させていただきましたので、このまま進めてまいりたいと思います。ありがとうございました。

それでは、続けて(2)の「臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)の改正について」、資料2に基づいて御説明をお願いいたします。

○出内補佐 よろしくお願ひします。議題(2)として、「臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)の改正について」、お諮りさせていただきたいと考えています。こちらは令和7年2月26日に開催した第71回臓器移植委員会で提示させていただいた資料2を一部改変したものです。15歳以上の有効な意思表示が困難な者における臓器提供の意思表示に関する対応方針について、前回の議論から少し時間が空きましたので、経緯を簡単に復習します。

平成9年の臓器移植法設立時には、知的障害者等は拒否の思いを御本人が表示することができないかもしれないとの理由で、一律見合せるとガイドラインに記載されていました。その後、15歳未満の方に関しては臓器移植法改正に伴い、意思表示が有効でないを取り扱っている中、知的障害等有効な意思表示が困難となる障害の有無によって、臓器提供の可否に差異が出るというのは、ノーマライゼーションの観点から問題なのではないかという議論になりました。この有効な意思表示が困難な者的一律見合せを現在は15歳以上に限定しているところです。

ただし、当時の臓器移植委員会における取りまとめ提言において、臓器移植や臓器提供についての分かりやすい情報提供資材の開発や意思決定支援の方法の検討等を前提とし、15歳以上の知的障害者等からの臓器提供の取扱いについて、引き続き検討していくこと

を強く求めるとされていました。

今般、本提言に対する対応として、情報提供資材の開発や意思決定支援の取組が進み、障害のある・なし、年齢にかかわらず、家族等による本人の意思を丁寧に推定することを前提とし、有効な意思表示が困難となる障害を有するとされている方の臓器提供の意思等も尊重すべきではないか。それは本人が臓器提供する権利ではないかという御意見を多く頂いていたこともあり、昨年度より今まで複数回、御議論を頂いていたところです。令和6年12月から令和7年1月に掛けて実施したパブリックコメントを踏まえました令和7年2月の審議を追記しています。具体的には、意思表示が困難な方からの提供の困難性は、拒否意思が明確に認定できないからで、拒否意思があるかもしれない方から提供するのは問題であるという議論であり、本人の意思が不明な場合に遺族の同意により提供可能となる法の原則に誤解が生じないように十分留意すべき。現在の法解釈は拒否意思の有無の認定が困難な場合は、提供を行わないという形を基準にするほうが正確ではといったような御意見を頂戴していました。

パブリックコメント、審議会等の御意見を踏まえまして、関係団体等との協議も経ながら、再度、検討しました結果、御提示しているスライドのように改正することを検討しています。改正後は、意思表示等の取扱いについては、全ての者について本人の意思を尊重し、主治医等から家族その他の本人の意思を推定し得る者に対する病状や治療方針の説明の中で、個別の事例に応じて慎重に判断すること。なお、その際は、倫理委員会などの機会を活用し、必要に応じて、本人の医療やケアに関わってきた医療従事者等の助言を踏まえ、本人の意思を丁寧に推定することとし、本人の拒否の意思が否定できない場合は、拒否の意思表示があるとみなすことという形にしています。

前回、御提示させていただいた案からの修正ポイントとしては、意思表示ができない者からの本人の意思に反した臓器提供が行われないことを明確化するべく、本人の拒否の意思が否定できない場合には、拒否の意思表示があるとみなすことを入念的に明記しています。

なお、今回の改正については、15歳以上の有効な意思表示が困難な者についての取扱いを変更するものであり、それ以外の者については、障害の有無、年齢にかかわらず全ての者について本人の意思を尊重することは法律に記載されている基本的事項として、これまで全事例で本人の意思を丁寧に推定してきていただいていると承知しております。○絹川委員長 ありがとうございました。それでは、この件に関して、御意見を賜りたいと思います。いかがでしょうか。川口委員、どうぞ。

○川口委員 丁寧にヒアリングをしていただいたということを聞いています。ただ、私の立場としては、やはりちょっと述べたいことがありますので、述べさせていただきます。本人の提供の拒否又は提供の意思の推定が困難な場合は、臓器提供は行わないことということで、この一文が挿入されたと当事者団体はガイドラインの改正案を容認したと説明を

お聞きしているのですが、私としてはまだ釈然としないところがあります。私は障害者の地域生活をかれこれ 20 年以上、支援してきました。障害者総合支援法の前の、自立支援法のときから厚生労働省の皆さんと一緒にいろいろ考えながら医療的ケア関連の法改正にも関わってきたのですが、やはり知的障害者の自己決定支援というのは非常に難しくて、いまだに本当にその意思を尊重することができているとは思えないのです。知的障害者児の支援はまだ試行錯誤の途上にあって、日常的にはいまだに差別、有形無形の暴力にさらされた状況があります。残念なことに、日本の障害福祉の現状はまだその程度なのです。ですので、その差別にさらされている者に対して、臓器提供に関しては健常者と同じ扱いをしようということをノーマライゼーションという言葉で表現していいのかなど、すごくそこは引っ掛かりがあります。これはむしろ死のノーマライゼーションを先に進めるようなことではないかと思っています。

また改正案では知的障害者の意思がそのとき不明な場合は、近隣の者が推定はするということなのですが、その証言の真偽のほどはどのように短時間のうちに調査されて、また、立証することができるのでしょうか。顕在化されてない DV(家庭内暴力)というものもあります。家族が手をやいていて、それで施設に収容されているような知的障害者もいる中で、果たして、その家族が証言をしたり、あるいは DV をしているかもしれないということを、その施設の人たちは証言できるのでしょうか。あるいはまた施設内での待遇が外部からわからないという現実もあります。知的障害者の意思の確認が非常に不明確なので、推定された意思の真偽をどのように証明するのかは、もっと議論をすべき点だと思っています。ですので、私としては知的障害者本人の意思の推定は危ないと、明確な意思のみ尊重すべきではあって、そのためには本人の直筆の同意書のようなものが必要であると、いまだに考えています。ですが、その議論はもう済んでいるということであれば、先に進めたいということであれば、各種コーディネーターの研修の中では非とも障害者的人権に関するカリキュラムをしっかりと入れていただきて、先ほど磯部先生が述べられたとおり、一点の曇りもない、知的障害者から臓器を奪い取るための改正などと疑われないような改正案にしていかないと問題があるのではないかと思っています。以上です。

○絹川委員長 ありがとうございました。いかがでしょうか。

○島田室長 御指摘ありがとうございます。本件については、令和 4 年の臓器移植委員会で取りまとめられた際からの引き続きの検討事項ということで、その後、分かりやすい情報提供資材の開発や意思決定支援の取組などを進めてきたということで、加えましてパブリックコメントや各種団体との意見交換を数次重ねまして、このような形で取りまとめをさせていただければと考えていますが、御懸念の点は御指摘いただいたとおりで、更に現場で御家族の方や親しい方というところで、意見交換、どういった方向性にするかということを個別事例において御検討いただく際にコーディネーター等は非常に重要な役割を担いますので、そういった研修において、どのようなことができるかというのは引き続き検討したいと考えています。本人の医療やケアの経過に関する情報、そういった医療のプロ

セスにおいて、どのようなことが話し合われたか、御本人の人生観、価値観、置かれた環境、総合的な判断となりますので、現場において丁寧にこれまでも推定してきていただいていると考えていますが、今後についても、そういう取組を進めていきたいと考えています。

○絹川委員長 ありがとうございました。それでは、米村委員が手を挙げられています。

○米村委員 今の点に関連して、一つ申し上げたいと思います。このガイドライン改正に当たっては、私も以前この臓器移植委員会の場で意見を申し上げまして、その意見も取り入れていただいたものと思っています。基本的には、この改正案の方向性で適切であろうと考えているところです。そのような判断に至る理由として、やはり健常者とこの知的障害がある方との関係をなるべく均一化したいというお考えがあるというのは、大変よく分かるところです。ただ、それは言っても、やはり一定の違いが残るということはやむを得ないというところで、このような改正案になっているのだろうと認識しています。

その意思の推定が危ないのではないかという御意見が、今、直前で川口委員からありました。基本的に臓器提供意思というのは、ほぼ常に推定によらざるを得ないというところがあります。もちろん御本人の、これは知的障害者の場合ということではなくて、一般的にということなのですが、御本人の意思表示カードその他によって、意思が明確に示されればよいというところがあるわけです。ただ、意思表示カードですら、私はよくいろいろなところでそのように申し上げているわけですが、いわゆるインフォームドコンセントとは同意の質が全く違います。基本的に、インフォームドコンセントはきちんと説明をされて、専門的な知識について説明をされた上で同意をしているということで、御本人の意思を適正なものと扱ってよいと、そういう前提があるわけですが、臓器提供意思というのはそういう前段となる説明がありません。例外的にある場合もあるかもしれません、常にあるわけではない、むしろない場合が圧倒的に多いという状態にされている意思表示ですので、本来的に御本人が誤解されていたり、あるいは何かしらのときの思い込みや激情によって書かれているという可能性も否定はできないわけです。ですから、そういう可能性も十分踏まえた上で、最終的に臓器提供を行うかどうかというのは、やはり推定によらざるを得ない部分があります。その推定の度合いが知的障害者の方の場合には強くなる。そういうことではないかと私自身も理解しているところです。ですから、これは知的障害者の場合だけではなく、一般的に臓器提供において御本人の意思推定というのは、どうしても多かれ少なかれ必要になる。それを適正な形で運用していくというのは、臓器移植に関わる者全てが、全ての事例において念頭に置くべきことではないかと思っています。

それが、その推定の中身が、通常の健常者の場合にはいわゆる移植意思の推定というところであるのに対して、知的障害をお持ちの方の場合には拒否意思の推定であるというところが、やや違っている。そこだけは違いが残るのですが、しかし、大枠の状況では違いないと私自身は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。特によろしいですか。それでは、見目委員、お願ひいたします。

○見目委員 私自身は移植手術を受けた身の人間なので、先ほどの川口委員とは異なる方向性の意見かもしれないのですが、今回のこの最後の一文の、本人の拒否の意思が否定できない場合は、拒否の意思表示があるとみなすという一文だけを見ると、やはりこれまでであれば提供の決断をしてきてくださったような方々に、若干迷いを与えてしまうような表現ではないかなと感じられて、私としては、まだ少し懸念があるかなという気はします。ただ、こちらに関しては、以前から厚生労働省としても、何度も修正を重ねていただいて、以前よりは大分丁寧な全体の内容の記述になってきているかなと感じます。先ほどの御説明を伺って、これまでの提供の判断に踏み切ってくださった方々に関しては、変更はないというような御判断をされたということであれば、これ以上の反対は、私からはないかなと考えています。

ただ、もしもこの今回の変更によって、何かしらの誤解が生じるような臓器提供の妨げになっているような事例が見られた場合に関しては、そのときには再度、是非、見直しを行っていただけたらと考えています。以上です。

○絹川委員長 横田理事長から、コメントがあります。

○日本臓器移植ネットワーク横田理事長 ありがとうございます。委員長の絹川先生からの御許可を頂きましたので、日本臓器移植ネットワークとしてちょっと確認をしておきたい点がありますので、よろしくお願ひいたします。

先ほど、事務局からの説明で、これは私の聞き違いかもしれません、現時点では知的障害の場合には一律臓器提供はできないと、私は聞き取れたわけですが、例えば療育手帳を持っている方でも、昨年の令和6年5月27日だったと思いますが、その厚労省からの文書では知的障害者、そして療育手帳を持っている者であっても、主治医等の判断で臓器提供に関する意思の表示が可能である場合には、臓器提供できるという文書が発出されていますが、そのような理解で現時点ではよろしいですか。先ほど何か一律、現時点では駄目だと聞こえてしまったのですが、その確認です。

○絹川委員長 失礼しました。それでは、見目委員の御意見について、いかがでしょうか。

○島田室長 見目委員の御指摘、ありがとうございました。前回、この件について議論した際にも、同様の御指摘を頂きました。これまで法の基本理念において、本人の意思を尊重して現場で御対応いただいていると承知していますので、これまでどおりの御対応でということでお願いしたいと考えています。

次にJOTの横田理事長からの御指摘ですが、御指摘いただいたとおり、説明の部分で平成9年からガイドラインは何度も改定してきておりますので、当初、知的障害者は一律見合せということで、そちらについて意思表示困難者等についてということで、表現を見直してきています。こちらの説明の所で不十分だったかもしれませんので、御理解のとおりと承知しています。

○絹川委員長 境田委員、お願いいいたします。

○境田委員 ありがとうございます。中日新聞の境田です。先ほど見目委員から障害者の家族の方のそれぞれのお話を伺って、非常に難しい問題があるし、解釈がいろいろできてしまうということも問題だなとは思いますが、現在の言葉においてはいろいろ考えていただいた言葉なのだろうと思いますが、少しお伺いしたいのは対応方針の所には提供意思が推定できないなど拒否の意思が否定できない場合は、拒否の意思があるとみなすとなっています。改正案には、その提供意思が推定できないなどという言葉はなくて、本人の拒否の意思が否定できない場合は、拒否の意思表示があるとみなすとあります。この提供意思が推定できないなどという一文があるかないかによって、ちょっとニュアンスが、現場で判断される方が受け取るニュアンスが少し違うのではないかと思いますが、この対応方針にある文章というのは、どこかに残るのでしょうか。その2つがあると、ちょっと現場での対応に迷いが生じる可能性も、今でも迷うとは思いますし、丁寧な推定がもちろん必要だと思いますが、ここで対応方針という中にある言葉が残るのかどうかというのを少しお伺いしたいなと。

○絹川委員長 この2ページということですか。

○島田室長 御指摘ありがとうございます。ガイドラインにおける記載は、3ページのとおりです。加えまして、ガイドラインを運用するに当たって現場のコーディネーター等の参考になるような質疑応答集を作成予定です。本日の議論も踏まえまして、そちらにも具体的にどのように対応するかということも記載を検討しているところです。

○境田委員 そうしますと、そちらの対応のほうには、この提供意思が推定できないなどということが、一部が入るということですね。

○島田室長 現在検討中ですが、ガイドラインにはお示しの3ページの文言で記載をしたいと考えています。具体的に研修の場など、そういうところで具体的にどのように本人の拒否意思否定を判断するかということは御指摘があると思いますので、その辺りの考え方を改めて検討していきたいと考えています。

○境田委員 丁寧な対応をお願いしたいと思います。やはり文章だけでは、なかなかいろいろな解釈が生まれてくると思いますので、その辺、一律で対応が、ばらつきがないように、遺族の方、その遺族というか当事者の方、脳死になった方、障害のある方もない方も丁寧に意思を推定していただければなと思います。以上です。

○絹川委員長 そのほかよろしいでしょうか。外園委員、お願いいいたします。

○外園委員 ありがとうございます。先ほど、川口委員がおっしゃっていた一律にすることで、かえって障害を持つ人に不利益にならないかというのは、本当にそういう面の懸念をしっかりと払拭するといいますか、減らす努力が必要で、やはり手引きが非常に重要になってくると思います。手引きというのは普通1回作ってしまうと終わりになってしまうのですが、やはり現場の方のいろいろな経験を踏まえた手引きをできるだけ頻回に改定していくことで、とても現場が働きやすくなります。現場の方の声が一番大事だと思います。

現場でおかしいと思ったときにも、ちょっと声を挙げやすいこと、たった一人でドナー対応できませんので、そこにはナースやコメディカルがいっぱいいらっしゃるので、誰かがおかしいと思ったときに、そういうことを相談できる窓口と、あとその経験をできるだけリターンすることで、手引きがいいものになるといいのではないかと思いました。以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。これ、現在はどうなっているのですか、何か対応マニュアルのようなものは、これはJOTでされているのですか。

○島田室長 ありがとうございます。現在も、このガイドラインの下に質疑応答集を作っていますとともに、臓器移植ネットワークでも業務マニュアルを作成をされて対応いただいていると承知しています。外園先生の御指摘もごもっともですので、対応を検討していきます。

○絹川委員長 よろしくお願ひいたします。では、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。私、今、いろいろな方の意見を聞きながら、改めて読んでみたのですが、先ほど口頭ではこれまで対応していた方については変わらないというふうに言われてはいたのですが、ここだけを読むとそのようには読めないのかなと思いました。抜本的に全ての人に対して何かハードルが上がってしまうように解釈してしまうこともあるので、この辺りはあらゆる記載で丁寧に書かないと現場でかえって誤解してしまうのではないかなと思いました。これは障害がない方に対してはハードルが上がってしまって、障害がある方については、先ほど川口委員が言われたように逆に潜在的なDVなどという話になると、なるほどなと思いながら伺っていたのですが、どちらにとっても誤解されやすい表現なのかなと思いますので、ここの所を今回の議論を踏まえて、もう少し分かりやすく書かれてはどうかなと感じました。以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。これについては、かなりいろいろな経緯もありまして、引き続き、できる範囲で検討させていただきたいと思います。川口委員、どうぞ。

○川口委員 ありがとうございます。今、おっしゃられた佐原さんと外園さんの御意見と全く同じ気持ちです。引き続き厚労省で研究班のようなものを立ち上げて、意思決定支援というものは障害福祉のほうでの研究はずっと続いているのですが、そことリンクしてくる話だと思いますので、是非、その多様な意見もくみ上げるよう、研究として取り組んでいただけるようにお願いいたします。

○絹川委員長 ありがとうございます。そのほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。幾つか御懸念の点もありましたし、できる範囲があるかということは事務局と私で、また検討させていただきたいと思います。この件は、これで今日の審議としては終了させていただきます。

それでは、引き続きまして、今度は報告事項となります、「その他」、資料3について事務局から御説明をお願いいたします。

○田中補佐 よろしくお願ひいたします。次をお願いします。こちらのスライドでは、令

和 6 年の移植実施施設における移植実施の辞退件数に関する集計結果をお示しいたします。令和 6 年は脳死ドナーの方が 130 人おられました。上段の表で、移植成立件数とあっせんが中止された件数、右の灰色の部分に移植が成立しなかった件数を提示させていただいています。

あっせんが中止された件数と移植が成立しなかった件数について御説明いたします。肺や腎臓など体内に 2 つある臓器については、この 2 つの数字が異なる場合が存在しています。

例えは肺では、右肺があるレシピエントの方に受諾、移植することが決定し、反対側の左肺が 1 位の方から順番に移植の打診をされたものの、最後までどのレシピエントの方にも受諾いただけなかった場合、その左肺を、当初右肺のみを頂く予定になっていたレシピエントにお渡しして、結果として両肺移植となる場合があります。こういった場合には、左肺に関しては全員に打診をしたもの、引き取り手がいなかったということで、あっせんが中止された件数を 1 件というようにカウントいたしますが、結果として、左肺、右肺ともに移植になっており、破棄されているわけではありませんので、移植が成立しなかった件数としては 0 件とカウントしております。こういった事例が肺や腎臓など、2 つある臓器では発生し得ますので、あっせんが中止された件数と移植が成立しなかった件数が異なる数字となっております。

次に、下の棒グラフについて説明いたします。このグラフは、あっせんが中止された事例において移植実施施設が移植を辞退した理由を集計しております。1 レシピエントにつき 1 回ずつ打診を行い、辞退された場合に、この辞退された打診を 1 回と計上しグラフを作成しております。

具体例を挙げますと、1 人のドナーの心臓に対して、待機している 1 位のレシピエントに打診し、その 1 位の方がドナーの医学的理由によって移植を辞退された場合には、ドナーの医学的理由を 1 件計上します。次、待機 2 位の方に打診を行って、その 2 位の方が院内体制を理由に移植を辞退された場合には、院内体制を 1 件計上します。こういったようにこちらの棒グラフは作成されております。すなわち、例えば 1 人のドナーの臓器に対して全ての施設が院内体制を理由に断って、最終的に臓器が破棄されているといったわけではありませんので御注意いただきたいと思います。

その前提を踏まえまして、下の棒グラフについて解説いたしますと、移植辞退の理由の 1 位はドナーの医学的理由となっており、次いで院内体制となっています。

ドナーの医学的理由が多い理由について、簡単に御説明いたします。例えば心筋梗塞後の心臓であったり、また、脂肪肝の肝臓など、医学的に見て一般的に使用が困難と判断されるような臓器が提供された場合には、比較的下位の方まで打診されますので累計数が多くなっております。

また、肺で、特に院内体制の理由が多いように見受けられますが、そもそも肺というのは先ほど御説明したように、1 人のドナーから最大で 2 つの臓器、2 人のレシピエントに

打診される可能性があります。1つの施設に2つの肺移植チームを置くことが現実的に難しいといった理由もありますので、もう片方の肺を受ける施設的余裕がないことが、ほかの臓器に比べて多々発生するというのが原因の1つと考えております。事務局からの説明は以上になります。

○絹川委員長 ありがとうございます。報告事項ではありますけれども、御意見がございましたらお願ひいたします。笠原委員、お願ひいたします。

○笠原委員 成育医療センターの笠原です。小腸を見ますと、体格差が大分あっせん中止の理由になっておりますので、これは担当学会に相談して体格差の基準を決めていただけすると、大分あっせん事業部の業務が減らせるのではないかと思いますので、是非御検討をお願いいたします。

○絹川委員長 事務局、どうぞ。

○田中補佐 御意見ありがとうございます。御意見として承りたいと思います。

○絹川委員長 磯部委員、お願ひいたします。

○磯部委員 榊原記念病院の磯部でございます。一般的な話なのですが、心臓移植の登録者、待機者は今は800～900人ぐらいいらっしゃって、若干低下傾向なのです。理由は様々で、体内式の人工心臓があるとか、内科治療が良くなつたのかもしれません。ただ、待機期間が5年とかになつていて、忌避というか、待ちきれないというような状況が現実的になかなか改善していかない状況もあるかと思います。その中で、提供された臓器が院内体制で使われないと言われますと、当たり前の話ですけれども、提供した臓器がうまく活用されていないととらえられます。背景として、病院の中の体制として医師の働き方改革とか、それから、消化器外科も心臓外科も医者が高齢化していて、新しい方がなかなか参入してこないという非常に現実的な問題と、その病院の働き方改革の影響で業務が逼迫していると。我々は働き方改革にあたつて業務分担を進めてタスクシフト、タスクシェアを強力に進めて、何とかクリアしている状況ですけれども、正直言つて、こういった急性期の臓器を扱う外科、あるいは内科もそうですけれども、ますます逼迫しています。

ですから、この院内体制の問題を解決する方向でやっていかないと、今後ドナーの数が増えてきたときに、それを生かし切れないという状況が起きるということが懸念されます。やはりこの体制を考えていかないと、状況を改善できないのかなと思います。この表は非常に示唆に富む数値だと思いますので、これは行政だけの問題ではなくて、我々臨床側、アカデミアの問題でもありますし、あるいは医師会や行政、労働問題関係者等、様々なステークホルダーが協議していかなければいけない問題だと思います。その点を意見として指摘させていただきます。以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。一点付け加えますと、循環器内科医も減っておりますので、こちらのほうについても是非お願いしたいと思います。

○磯部委員 ありがとうございます。おっしゃるとおりです。

○絹川委員長 御意見を頂きました。ほかはいかがですか。米村委員、どうぞ。

○米村委員 一点質問させていただきたいと思います。先ほど磯部委員もおっしゃったとおり、この集計結果の表は大変示唆に富むものでありまして、いろいろなことがこのグラフから読み取れるかなというように思っておりますけれども、院内体制の件ももちろんそうでありまして、本当に院内体制によって移植ができないというようなことは、可能であれば避けたいと私自身も思っておりますので、そういう方向で対応策が検討いただければと思っております。

それとはまた別かどうかよく分からぬのですけれども、一点お尋ねしたいのは、その右上に御参考ということで、移植が成立しなかった件数というのが、恐らく最終的に移植用臓器の引き受け手がいなかったというか、数になるのではないかというように思います。それがやはり多いのは、好ましくないというように考えるところなのですが、膵臓が 34 と、かなり多いというところがあるように思います。これは小腸もかなり多いのですけれども、この辺り、膵臓や小腸が最終的に移植に至らないという理由がどういったものなのかというのを御教示いただければと思います。小腸は、そもそも登録者が少ないのかもしれませんのですけれども、膵臓についても背景事情を併せてお教えいただければと思います。以上です。

○絹川委員長 では、室長、お願ひします。

○島田室長 御指摘ありがとうございます。まず膵臓、小腸の部分ですが、小腸は御指摘いただきましたとおり、令和 6 年の待機者数が 8 人ですので、一方、脳死ドナーは令和 6 年は 130 人ということで、比較的よりフィットする小腸を待って断られているというような形かなと思います。これは実際に待っていらっしゃる方は 8 人に対して、何度も何度も打診いただいていると、そういう状況となっております。

膵臓のほうは、私の理解では、比較的に待てる患者さんも待機していらっしゃるというようなことも影響しているかと思いますが、あとは、しっかりとドナーの適応基準のほうで、使えない、そもそもあっせんに回らない膵臓というのは、限定せずに、例えば一部 HbA1c とか、そのような糖尿病と診断されていなくても、少し数値が高くて、仮にそれを打診してみて、こういったドナーさんの膵臓がありますけれども、いかがですかということで案内した結果、その数値であれば使えませんというような形が、比較的そういった隠れ糖尿病ではないですけれども、数値が出て、あっせんに使われていないというような膵臓が多いのかと推測しております。こちらの集計は今回、JOT さんのほうで行っていただきましたので、私どもは精緻に事例ごとに検討ができているわけではないですが、そのように承知しております。

加えまして、磯部先生からも御指摘いただきました院内体制事由の部分ですけれども、こちらにつきましては、昨年度も御指摘を頂きまして、院内体制が理由であっせん中止、これは直ちに院内体制だけが理由であっせん中止になったわけではないのですが、お断りになられた理由の中にはそういうことがあったということです。それで下位のレシピエン

トに行ってしまうと、優先順位が高いその患者さんが後回しになるようなことになつてはいけないので、昨年取りまとめていただいた方向性で、複数移植施設に登録できるようにというような取組は進めているところです。

加えまして、次の報告事項ですが、移植施設に対する支援というのも何らか実施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。笠原委員、お願ひします。

○笠原委員 成育医療センターの笠原です。少し補足させていただきますと、小腸は室長がおっしゃるとおり登録数が少ないと、腸管リハビリテーションがかなり進歩しておりますので、適応自体がかなり減ってきてるのが現状です。

膵臓に関しては、こちらの統計がどうなっているか定かではないのですけれども、どちらかというと、膵単独よりも膵腎移植が多いから、単独の数がこのように多くなっているのではないかと推測しております。以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。私、これを見ると、横の幅は全部一緒なのだけれども、これは、数字自体は大分違いますよね。心臓はトータルで 1,000 ちょっとで、肺はもっと多いのですけれども、これは 2 つあるからという御説明で、それは理解可能だと思いますけれども、やはり心臓は多いですよね。いわゆるドナーの理由でというのは。でも、結局、成立しなかったのは 12 件しかないわけだから、ここがこの前から言っている JOT の業務負担になっているところになりますので、そのような意味もここには含まれていると思いますから、横田理事長には引き続き御検討をお願いしたいと思います。ありがとうございました。もう、よろしいですか。

それでは、事務局から資料 4 について御説明をお願いいたします。

○田中補佐 令和 8 年度の概算要求について御報告いたします。令和 8 年度は、令和 7 年度予算が括弧書きの 37 億円であったのに対し、49 億円で要求しております。内訳としては造血幹細胞移植対策が 31 億円、臓器移植対策が 18 億円となっており、臓器移植については臓器提供施設、臓器あっせん機関、移植実施施設の 3 者がバランス良く体制強化することを目的としております。

事業の概要にあるとおり、①の臓器移植対策事業費についてはドナー関連業務実施法人の設立に当たって、設立や移行期における十分な支援を行うことで、ドナー関連業務実施法人の設立地域の拡充を図っていきます。②の臓器移植体制総合推進支援事業費については、今年度までは「臓器提供施設連携体制構築事業」として行っていたのですが、来年度からは移植実施施設にも支援を行っていきたいと考えており、内容の拡充を行うとともに、名称を変更しているところです。こちらについては、次のスライドで御説明いたします。

令和 8 年度より新たに実施する臓器移植体制総合推進支援事業では、令和 6 年に、院内体制が整わないことを理由とした移植実施施設の移植辞退が明らかになったこと等も踏まえ、また近年、臓器提供数が増加していることも鑑み、今後の移植実施件数の増加に対応していくために臓器提供体制だけでなく、移植実施体制についても強化を行っていきます。

これまで行ってきた臓器提供体制の強化については、臓器提供支援型施設(仮称)と整理した上で、当該施設が引き続き臓器提供に不慣れな施設を支援していきます。

加えて新設する移植実施体制の強化については、移植実施総合推進施設(仮称)の設定を検討しております。移植実施総合推進施設(仮称)においては、内科医を中心とした患者管理体制や移植実施施設間の摘出実施体制、その他、地域における移植実施体制の構築等、一定の事業を実施する施設に対しての支援を考えており、これらの取組によって移植実施施設や臓器あっせん機関が移植実施数の更なる増加に対応できるようになるのではないかと考えております。事務局からの報告は以上です。

○絹川委員長 ありがとうございました。これも報告事項ですけれども、御意見はありますか。見目委員、お願ひいたします。

○見目委員 資料の中で、来年度は普及啓発の費用も増額して要求されるということで、大変有り難く感じるところです。これに関連して、1つ意見を述べさせていただければと考えています。渋谷ヒカリエ、皆さんも御存じかと思いますが、そちらのほうで今年の春にDeathフェスという、死をテーマにしたフェスが開催されました。イベントでは、例えば遺骨をダイヤモンドにするサービスや、スタイリッシュな仏壇をデザインする企業などが参加していたり、棺桶に入る体験ができたりといった内容だったのです。このフェスに以前、こちらの委員会でも委員を務めていらした木幡さんが、臓器移植に関するブースを出展されるということで、私も一個人としてお手伝いで参加してきました。

イベントとしてはフェスという形式とヒカリエという土地柄もあり、気軽に遊びに来た方や、買物のついでに寄って行かれるような方々も多くいらっしゃって、ほかのブースを見る中で臓器移植のブースにも立ち寄って、私たちの説明なども聞いてくださった結果、「帰って家族に話してみます」というような方がいらっしゃったり、私個人としても参加した意義を非常に感じられたイベントだと思っております。特に終活というものが、世の中でも取り上げられていますので、そこも移植医療の相性はいいものであるなど感じました。

普及啓発の活動の例として、移植医療の市民公開講座やグリーンリボンのイベントを開催されるケースが、これまでも多いかなとは感じているのですが、それに参加する方々というのは、もともと移植に関心の高い方、あるいは関係者の皆さんであったり、割と毎回同じような参加者が多いのではないかと、私自身は経験的に感じています。ただ、日本の課題である、ドナーの数を増やしていくかといけない、なってくださる方を探していくかといけないという点においては、もともと関心の高い方への継続的なアプローチというより、1人でも多くの方が知って家族で話し合う機会を設けていただいたり、免許証やマイナンバーカードの欄に記入してもらうことを増やしていくほうが、意義があると私は考えています。

そういった意味で先ほどお話したDeathフェスのような、移植が主でないイベントにも出展していったほうが広がりがあるのではないかと考えます。是非、その辺りを御検討い

ただいて、従来とは違うタッチポイントというのを探していっていただきたいと思います。こちらのリクエストは厚生労働省なのか、あるいは差し支えなければ本日、JOT の横田さんもいらっしゃるので、御意見を伺えたらと思います。いかがでしょうか。

○絹川委員長 いかがでしょうか。

○島田室長 御指摘、ありがとうございます。私ども、臓器移植ネットワークや都道府県と共に国民大会というものを実施しており、昨年度は鳥取でした。これは謀ったわけではないのですけれども、横で年金の普及啓発イベントも行われていて両方やっていたので、たまたま通りがかかるて参加されるという方も多いと承知しております。こういったイベントの在り方については、御指摘のとおり検討し直すと言いますか、インターネットやSNS の時代なので、改善する必要があると思っております。今年度は世論調査も実施しておりますので、そういった結果も踏まえ、普及啓発の在り方については検討していきたいと考えております。

○絹川委員長 ありがとうございます。横田理事長。

○日本臓器移植ネットワーク横田理事長 見目委員、どうもありがとうございます。JOT の横田です。今、室長が言わされたところもそうですけれども、見目委員が言われた臓器移植を目的としたいろいろなイベントだけでなく、もっと広いところというものが非常に重要なと思います。例えば先月、夏休みこども霞ヶ関見学デーというのが厚生労働省で行われ、日本臓器移植ネットワークもブースを出させていただきました。非常にびっくりするぐらい、部屋に入り切れないぐらいの子供たちや保護者の皆さんのが来られました。それだけ臓器移植というのは社会的な関心が高いのだと、つくづく思いました。そういった意味で様々な機会を設けて、JOT としても臓器移植の普及啓発に頑張っていきたいと思います。どうもありがとうございました。

○見目委員 年金のイベントをたまたまやっていらっしゃったとか、私としても国民大会に決して反対するつもりではないのですけれども、それ以外の違う目的で来た方たちを巻き込めるようなところも、是非発掘していけたら大変有り難いと思っています。よろしくお願ひいたします。

○絹川委員長 ありがとうございます。それでは佐原委員、お願ひいたします。

○佐原委員 日本医師会の佐原です。まず令和8年度概算要求において、新たに一部実施施設への支援について、予算措置を検討していただいていることに感謝したいと思います。最近、様々な報道でも取り上げられているように、全国の医療機関の経営状態は極めて厳しい状況にあります。全国の病院の7割が赤字と言われております。特に移植を実施しているような、高度な医療が行われる医療機関の経営状況は極めて厳しい状況にあります。先ほどの資料の移植実態調査を見ても昨年度同様、施設事由により移植辞退が多いという状況でした。移植実施施設における移植に関わる人材、医師もナースも不足している。あるいは普段の余裕がないと、移植医療というのはなかなか難しいと思うので、現状において厳しい状況を早急に体制強化する必要があろうかと思います。

事業の支援メニューとして幾つか挙げられていて、これは抜本的に大事なことだと思います。内科医を中心とした患者管理体制の構築や、移植実施施設間の摘出実施体制の構築を盛り込んでいただいているのはいいと思うのですが、今後の移植実施件数の増加に対応するには、更に踏み込んだ実施内容が必要ではないかということも、議論が必要だと思われます。先ほど磯部先生から御意見がありましたように、外科医が高齢化しているとか、新たに外科医になる医師が足りないといった根本的な問題もあります。やはり現場の意見を反映して、現場の役に立つものにしていただきたいと思います。

そこで 2 点質問します。まず 1 点目です。今回の対策というのは、移植実施施設からのアンケート調査やヒアリングなどを反映しているかどうかです。2 点目は、現在も移植実施施設が疲弊しておりますので、早急な対応が必要ということで、もちろん来年度の予算もそうですけれども、今年度の補正予算の対応もあるのか。この 2 点を伺いたいと思います。

○絹川委員長 いかがでしょうか。

○島田室長 御指摘、御質問をありがとうございます。まず対応については、内科医関係は参考資料 1 の 37 枚目にある、「臓器移植のサステナビリティ向上のための課題解決に向けた研究」を実施いただきました。海外と比較して術前、術後、移植後、内科医の参画というのが日本限定期であるということで、今後の移植数の増加に対応するために、内科医の参画促進という方向性を御提案いただいている。加えて、複数施設間摘出の支援というのは、学会のほうでもそういった取組を進めていただいて、必要だという声も伺っているところです。調査も私どもで重ねて実施し、必要な支援を検討していきたいと考えております。加えて予算ですが、補正が実際に行われるかというのは、私どもが判断できることではありませんけれども、しっかりと先生方の御指摘も踏まえて、対応を検討していきたいと考えております。

○佐原委員 ありがとうございました。とにかく現場の方々のためになるような対策を、是非お願いしたいと思います。よろしくお願いします。

○絹川委員長 よろしいでしょうか。外園委員、お願いします。

○外園委員 基本的には、佐原先生や磯部先生がおっしゃっていることと同じです。国立大学の赤字が 2024 年度は 265 億円という記事は、私も何度も読んでしまいました。それに対して 8 月末に文科省が、来年度の予算請求に 60 億円出しているという記事を見たところなので、18 億円が少なく見えてしました。やはり現場は、あらゆることが大きく変わってきています。移植医療というのは、本当に喜んでいただける医療なのですから、収支という側面からみると、働いた割にお金にならないとみなされうるムードが現場で生じてしまう可能性があります。逆に考えると、ここに何かでこ入れするチャンスでもあるのです。

移植をする医療施設への支援というのを太字で書いてくださっていて、委員会の意見も入れていただいてうれしく思うのですけれども、5.1 億円だと、50 の病院に 1,000 万円ず

つだと思ってしまいました。文科省のてこ入れに負けないで、50 億円ぐらいお願ひできたらと、勝手なことを思いました。それぐらいちょっとした記事にも、大学病院の勤務医は注目しております。よろしくお願ひします。

○絹川委員長 私も同意いたします。是非お願ひしたいと思います。よろしいでしょうか。それでは、この件についてはこれにて終了いたします。

以上をもちまして、本日の議題は全て終了しました。追加で何か御発言はありますか。よろしいでしょうか。それでは最後に、事務局からお願ひいたします。

○関口補佐 本日、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。現在、まだ多くの検討すべき課題があります。今後も様々な御議論をお願いすると思いますが、引き続きよろしくお願ひいたします。事務局からは以上です。

○絹川委員長 本日は大変活発な御議論を頂きました。また今後、進めてまいりたいと思います。これにて終了したいと思います。ありがとうございました。