

第76回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会 議事録

日時 令和8年2月4日(水) 14:00～

場所 厚生労働省共用第8会議室(19階8号室)

開催形式 Web会議

議題 (1) 今後の臓器移植医療のあり方について

(2) その他

○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 76 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。よろしくお願いいたします。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いただき、まずお名前をおっしゃった上で御発言をお願いします。また、御発言が終わりましたら、再びビデオをオフ、ミュート状態にさせていただくようお願いいたします。

続いて、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、秋山委員が御欠席となっております。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参加いただいております。また、参考人としまして、長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻移植・消化器外科学教授の江口晋先生、東京大学医学部附属病院呼吸器外科教授の佐藤雅昭先生、京都大学医学部附属病院肝胆膵・移植外科/小児外科准教授の伊藤孝司先生、さらに、一般社団法人中部日本臓器提供支援協会の加藤庸子代表理事、同じく、中部日本臓器提供支援協会の剣持敬理事に御出席を頂いております。皆様、よろしくお願いいたします。

引き続きまして、資料の確認をさせていただきます。議事次第に配付資料の一覧も掲載しております。臓器移植委員会の委員名簿、それから、資料については、本日は資料が 1～6 番とさせていただいております。資料 1「今後の臓器移植医療のあり方について」、資料 2「江口参考人提出資料」、資料 3「佐藤参考人提出資料」、資料 4「伊藤参考人提出資料」、資料 5「加藤参考人提出資料」、資料 6 は事務局の「令和 8 年度当初予算案に関して」となっております。また、参考資料につきましては 1～6 となっております。資料については以上ですが、お手元に資料はそろっておりますでしょうか。不足がありましたら事務局までお申し付けをお願いします。また、本日の会議資料につきまして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いては、絹川委員長にお願いします。

○絹川委員長 それでは、議事に入りたいと思います。まずは、「今後の臓器移植医療のあり方について」、事務局より資料 1 について説明を頂いた後に、今日お招きしております参考人の方々より御説明をお願いしたいと思います。

それではまず、事務局より説明をお願いします。

○田中補佐 事務局になります。今後の議論の進め方について、こちらに 1 枚紙でスケジュール案をお示しします。令和 6 年 12 月に臓器移植委員会において取りまとめました臓器提供施設、臓器あっせん機関及び移植実施施設の体制の抜本的見直しに係る改革案について、それぞれ着実に施策を進めてまいりましたが、新たな臓器あっせん機関における業

務の開始が見込まれる中、当該改革案に加えて、移植実施施設支援などの取り組むべき事項について、以下のスケジュールで更なる議論を進めていく予定としております。今回においては、関係団体の方々からのヒアリングを実施することになります。よろしくお願いします。

○絹川委員長 それでは、これに引き続きまして、まずは、江口参考人より資料の説明をお願いします。

○江口参考人 よろしく申し上げます。共有をします。見えていますでしょうか。はい、ありがとうございます。本日は、参考人として御招請いただきありがとうございます。長崎大学の江口でございます。個人的には肝臓・膵臓移植を担当しております。今、日本移植学会でリカバリー環境の改善の委員長、あるいは、副理事長、総務委員長等を務めています。今日は、「移植内科医を取り巻く環境」ということをお願いされていますので、そこに絞ってサステナビリティの関係でお話していきます。

本日の内容です。まず最初の、令和4年の特研のアンケートの内容から発展させてくださいということで、もう一回復唱をしたいと思います。これは令和4年度の厚労の特別研究です。移植数が300例、あるいは500例に、脳死肝提供が、あるいは心停止も含めて増加した場合に、今のシステムで成り立つだろうかということで、サステナビリティに注目してくださいということでこの特研が組まれて、私が担当させていただきました。臓器、あるいは器材の搬送や院内環境整備というのは、今日は別の先生にお任せしてお話します。そのとき、分業制ということでアンケートを取らせていただきました。国内向け、あるいは海外の施設ということで、ちょうど2023年ぐらいまでのデータです。2、3年前というところでしょうか。アンケートは国内の121施設、それから、海外も29施設、知り合いを中心に幅広く世界の移植施設から回答を頂きました。パーソナルなコミュニケーションみたいな感じと思ってください。このようなアメリカ、あるいはヨーロッパの移植施設からです。

結果です。このときの回答、まずは術前評価はどこの科というか、何の科が中心にやっていますかということで、上が国内です。下が国外となっています。この対比で進めいきますと、術前の評価は、海外では内科の先生が7割方関わっている、もちろん外科医もですが。待機リストの登録は、国内外ともにコーディネーターの方だというのは余り変わらなかったです。ただ、待機中のフォローに関しては、国外では内科の先生がガッツリ診てくださっているのが国内とちょっと違うところかと思います。

それから、今度、移植後のことについて言いますと、移植直後の免疫抑制は外科医が中心というのは内外変わらないのですが、国外では内科の先生も結構絡んできているということです。それから、退院後の外来フォロー中の免疫抑制は、むしろ内科の先生がガッツリやってくれることが内外でちょっと違いがあるのが分かりました。感染症管理に関しては、なおさら内科の先生が感染症については国外では関わってきますが、国内ではいろいろなウイルスとかも含めて移植外科が実際には行っていることが浮き彫りになっています。

感染症管理はこのような形です。あと生活習慣です。体重とかいろいろな生活習慣病とか、そこは、国内では外科医がまだまだ関わっていることが分かりましたが、国外では内科の先生がほとんどフォローされて生活習慣も管理されていることが分かります。スクリーニングについても同様な形です。それから、これは終末期について聞きました。終末期の所では、国内では、やはり手術した先生が最後までというのがまだあります。ただ国外では、意外とドライと言ったらドライでしょうか、内科の先生が最後までということが多いようです。

では、どうしたら Transplant Physician を増やすためにいいでしょうかという問いを投げ掛けたところ、施設内で少しマインドを変えて新しい診療体制でやっていくとしたほうがいいだろうと。あるいは、教育、これは Transplant Physician も含めます。学会からの支援、インセンティブ、国家資格ということも挙がりました。ここは、誰が臓器提供のときにカテーテルを持って行くかという話も聞いて、これは今日は飛ばしますが、MEさんとかコーディネーターというのが海外では多いです。

ということで、この特研のまとめとしては、内科の先生が移植後の管理、特に生活習慣病の管理などいろいろなことに積極的に関わられていることを再確認したということです。そのための施策としては、教育システムやインセンティブ、国家資格などが挙げられたということです。

では、現況は日本ではどうでしょうかということで、ここからが今日、私が持って来ました。肝臓移植に関しては、今、JOT で御活躍中の蔵満先生が神戸大学時代に「肝臓内科医育成のための」ということでアンケート調査をされています。肝臓移植の 14 施設にアンケート調査を行って、その下の用紙がサマリーです。術前評価、レシピエント管理、外科医がほぼほぼやっている内容だったと思います。ただし、実際のところは、血圧や脂質管理、あるいは腎機能、耐糖能、このようなことに関しては内科のほうが外科医よりも長けているのは、もう皆さん認識されていました。ただし、移植学会の移植認定医の中で、内科の先生は、当時は 2.4% ということで、ここら辺も課題ではあります。実際、なぜ内科の先生が移植医療にもっと関われないかということでは、外科医の思い入れの強さとか、そこもありましたし、実際、症例数と知識、海外と比べたらそこはある意味否めないのではないかと。どうしても移植というのは外科医の職人技ということで、そこから始まって最後まで診るという流れがまだ少しあるのではないかとということでしたが、実際、何て言うのですか、サステナビリティを考えるにはタスクシェアと言いましょうか、分業、得意な所を得意な先生がやるというのが実際だと思います。

海外のことをちょっと見てみますと、これは、私がオランダに昔留学していました。そのときの状況を見てみると、私はフェローでしたので、海外では手術が中心、肝胆膵外科と移植を担当していましたが、ラウンドに関しては内科の先生が全部一緒に回ってくれて、意見も、かなり声が大きい方も多かったです。MDT ミーティングも内科が中心でリードすることも多かったと思います。長崎大学では、特に昔は C 型肝炎が多かったものですから、

内科の先生を早期から助教授に、外科の助教授に半年雇用しまして、その後内科に戻ってもらって、その先生を核として肝臓移植内科を育成してきたという歴史があります。私の前任の兼松教授がそこら辺に手を付けられました。ということもあって、昔は外科が最初から最後まで診たのですが、今はもう我々は恵まれていることに、手術の当日までは内科が主治医で診てくれます。ただ、手術の当日、手術後からは外科が診て、退院されたら閉診ということで、比較的我々は恵まれた環境で進めていますので、内科の先生も結構、論文とかをたくさん出しています。ということで、例えば、生体肝移植のときはドナーのダイエットなどはお得意ですし、肝生検もほとんど頼んでいますし、最近では、胆道・脳内視鏡もほとんど内科の先生にやっていただきます。

翻って、移植学会での取組を少し述べさせていただきます。日本移植学会では、Transplant Physician 委員会というのがあります。委員長は東邦大学の腎臓内科の酒井謙先生がお務めで、今日も参考人で、今、私の横におられる佐藤雅昭先生も Transplant Physician 委員会ということです。タスクとしては、私も改めて見ると、やはり内科として適応の所とか、あるいは教育の所、これは高校生とか中学生とかの教育も担当されておられます。それから、タスクシェア、タスクシフトということで、移植内科医の育成以外に、幅広く移植内科医がどのようなことができるかということも取り組まれているということです。まず、その成果物の1つとしてはハンドブックです。『Transplant Physician 内科医のための臓器移植ハンドブック』というのを、一昨年上梓されております。それから、昨年は腎不全、まだ移植の前の腎不全の治療選択の1つとしての腎移植ということで、内科の立場から執筆をされております。あるいは、Istanbul 宣言の endorse 等も内科の学会と一緒に働いているということです。これは教育ということです。あるいは、生体移植のドナーのその後と言いましょ、ドナーさんの透析導入をいかに減少させるかは、これは内科ならではの視点からの研究ではないかと思います。

最後です。今後どうしていったらいいのかということで、ちょっと私見だけを述べさせていただきます。これは、American College of Physicians のサブスペシャリティの項目を並べていますが、その中の1つに Transplant Hepatology があります。サブスペシャリティの1つとして認められているということです。これがされている内容なのですが、Transplant Hepatology は、消化器内科、それから肝臓内科にとどまることなく、移植後のいろいろなケア、マネージメントについても精通することが書いてあります。実際、中をちょっと見てみますと結構な問題がありまして、問題というかクエスションがありまして、設問内容も移植前、周術期、移植後、移植免疫など、幅広い知識が求められて、そこに受かった方がこの称号を与えられるということのようです。これはそのものですが、Clinical Judgment、Communication、Empathy、Decision-Making、いろいろなことに移植内科医が関わるべきだということがコアスキルとして述べてあります。ということで、まとめますと、肝臓領域では、移植後の再発や免疫抑制、それから生活習慣病、特に MASH とか、そういう管理については内科の先生と一緒にやっていくのがなおさらよからうとい

うことで、我々外科医のほうも手術に少し集中できるような環境ができるのではないかと思います。ICU を退室したら並進するような環境を、今、退院まではまだできていないのですが、ラウンドも一緒に見れるような、そこからいろいろな知見を内科の先生も出していけるような環境づくりが必要かと思いました。以上、アンケート調査から、私見、それからアメリカの状況と述べさせていただきました。以上です。

○絹川委員長 江口先生、ありがとうございます。それでは今の御説明について、委員の先生方から質疑や議論がありましたら、お願いいたします。いかがでしょうか。武富先生、どうぞ。

○武富委員 江口先生、いつも大変お世話になっております。また、今日はこのような肝臓移植内科医についてのお話を聞かせていただき、どうもありがとうございました。やはり、実際に移植現場は外科医ばかりで、特に肝臓については一生懸命に頑張っているというのが実情なのですが、これをいかに肝臓内科を増やすかと言った今日のような話もありますが、実効的に、実際にこれをうまく浸透させていくためには、やはり何かインセンティブとか、若しくは体制で、例えば移植する施設には肝臓移植内科専任だとか、そのような条件を付けるなど、やはり何らかの縛りがないと、なかなか増えていかないと思うのですが、江口先生はどのようにお考えでしょうか。

○江口参考人 ありがとうございます。先生がおっしゃるようにインセンティブがあれば、もっと増えるのではないかと思いますし、施設の条件というのにその辺りが入ってくれば、きちっとした人材ができ、また、その方々に付いた人たちが育っていくということだと思います。

実際、まだそれができていない状況で、今、内科の先生に聞くと、肝臓内科の領域はウイルスも大分もう駆逐され、生活習慣の MASH のほうが大分薬も出てきて、今後いろいろな研究領域として肝臓移植内科というのは、大学院生の研究などいろいろなことのテーマとしては魅力的にまだ映るようです。

なので、外科医が今までデータを持って全然消費できていなかったところを、もしかしたら内科の先生とシェアして、内科の先生にもいろいろなことで、学問的あるいは教育的にインセンティブをプラスし、そういうアカデミックなインセンティブも付けば増えていくのかなと、これは私見もちよっと入っておりますが、そのように考える次第でございます。

○絹川委員長 ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。では、坂本先生、よろしくお願いいたします。

○坂本委員 坂本です。御説明ありがとうございます。海外の、特にアメリカにおける専門医の制度についてのところを興味深く拝聴いたしました。

私は、日本の制度を実は存じておりませんので、教えていただきたいのですが、日本移植学会の移植認定医というのは、内科系、外科系どちらからでも取れるというように認識しておりますけれども、内科系から取るハードルであるとか、インセンティブであるとか、

モチベーションとかはどうかと思いました。よろしくお願いいたします。

○絹川委員長 いかがでしょうか。

○江口参考人 移植認定医になるためにはということによろしいですか。

○坂本委員 はい、なるためのハードルと、あと、移植認定医の資格を持つことによるインセンティブがあるのかどうかということも含めて、教えていただければと思います。

○江口参考人 ありがとうございます。今のところ、認定医を取ったことでのインセンティブというのは、Honor 以外は実際、実効的なものはないかと認識をしております。小野先生のほうが詳しいかもしれませんが、すみません。

○絹川委員長 私も持っておりますけれども、ないと思います。小野先生、どうぞ。

○小野委員 小野です。移植認定医自体は、それによる診療報酬上のメリットはありません。また、その施設を移植施設として認定更新をする上で多少のプラスにはなりますが、法的な資格とは異なるために、マストではないと理解はしておりますが、取ったほうが好ましいということは事実でございます。

また、例えば、どこかの病院に就職する場合に、その施設が移植をやっている施設だった場合には割と移植認定医の資格があると優遇されますが、先ほど江口先生に肝臓のお話をさせていただきましたけれども、例えば、肝切除をやっているような施設で移植認定医の資格があるからといって優遇されるかと言いますと、必ずしもそうではありませんので、余り大きな、そういう目に見えるメリットというものは現在のところはありません。以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。そのほか、御質問、御意見、ありますでしょうか。外園先生、どうぞ。

○外園委員 ありがとうございます。委員の外園です。質問なのですが、アメリカで肝臓移植内科医になって活躍する場があると思うのですが、どのくらい肝臓移植の数の違いがアメリカと日本であるものでしょうか。やはり、勉強できるチャンスと活躍できるチャンスが大事ではないかと思ひまして、幾らインセンティブがあっても、やはり活躍する場がないと。もし、そうであれば勉強に海外に行って、日本もどこかに集約するか何か、ちょっと手段がいるのではないかと思いますので教えてください。

○江口参考人 ありがとうございます。肝臓移植に関して言いますと、日本とアメリカでは一桁、数が違うと思います。ただ、日本でも今は増えてきておりますし、実際、充足されてはいないので、そういうポジショニングがきちっとエンドースされたら活躍するチャンスと言いますか、まだまだ逆に未開拓な領域なのかなと思いますので、チャンスはあるのではないかと思います。

○外園委員 分かりました。ありがとうございます。

○絹川委員長 ほかはいかがでしょうか。江口先生、この肝臓移植の実施施設を選定するときに、例えば、内科サイドの協力というものは、これまでは余り求めてこられなかったのでしょうか。

○江口参考人 ありがとうございます。脳死移植の施設の選定は、日本肝臓学会を中心とした肝移植委員会で決めておりますので、内科の先生がその選定に関わってはられません。外科医だけで決めているものではございません。ただし、肝臓移植内科医の存在と言いますか、それで可否ということは今のところはそこまではないと思います。

○絹川委員長 ちなみに心臓移植の場合は、関連学会の協議会で実施施設の申請を受け付けて認定するのですが、一番古い時代は私は存じ上げておりませんけれども、私が入ってからは、基本的にはその施設の循環器内科が移植認定医までなくても、一応その移植に携わるキーパーソンがいるということをかかなり重要視して審査をしてまいりました。

今でもそういう状況で、やはり内科が協力をしていないプログラムは不十分ではないかという意見が、大勢を占めるようになっております。ですので、その施設認定のところで、ある程度縛っていくことは、必要になってくるではないかと思うのですが、既に認定されている場合においては、そこはまた違う仕掛けが必要かなと思います。

○江口参考人 ありがとうございます。更新のところで、もし、そういう制度、基準と言いますか、そういうのができますと、更新のところで関わることはできるのかもしれませんが、脾臓に関しては先生がおっしゃるように、確かに糖尿病内科医の存在が、かなり施設としては大きなところになっているというように私も認識しております。

○絹川委員長 ありがとうございます。ほかに御意見はよろしいでしょうか。それでは、本日頂いた御意見を踏まえて今後にかして、また更に Transplant Physician に関しての議論が深まることを期待したいと思います。江口先生、どうもありがとうございました。

○江口参考人 ありがとうございました。

○絹川委員長 それでは、続きまして佐藤参考人より、資料に基づ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。

○佐藤参考人 東大病院呼吸器外科の佐藤です。本日は大変貴重なこうした機会を頂きましてありがとうございます。

私からは移植実施施設側の立場ということで、お話をさせていただきます。立場上、私は肺移植を仕事としておりますので、まず東大病院における肺移植の受け入れ実施体制の現状、一部江口先生のお話とかぶるところもあります。そして、東大病院全体としての受け入れ体制という話をさせていただきます。

まず肺移植に関して、これは全国の肺移植の実施件数ですが、年々右肩上がりです上がってきています。昔は生体肺移植が多かったのですが、脳死肺移植が 9 割。去年は更にその記録を更新しているという現状です。

当院は幸いなことに国内では一番多くの肺移植を実施させていただいています。脳死の肺移植に限って言うと、昨年 52 件ということで、週 1 回以上のペースで脳死ドナーの摘出から移植手術まで行っているということになります。

これは施設別の移植件数の推移です。これは別に東大が多いことを自慢したくて出しているわけではなくて、見ていただくと分かるのは東大、京大、東北、福岡といったところ



に症例が集まってきている。議論としては移植実施施設の状況がひっ迫しているから、施設を増やせばいいという議論は当然あるのですが、実際に起こっていることとしては、やはり経験のある施設は難しい症例にもどんどん挑んでいくし、言い方が悪いですが 100 点満点のドナーさんは肺の場合は特に少なく、点数でいうと例えば 60 点、70 点でもこのレシピエントさんだったら、ここで移植するしかないという人にリスク覚悟で移植する。そういうチャレンジが経験のある施設はどんどんできるようになるのですが、逆に新しい施設、経験の浅い施設に関しては、やはりコンサバティブになりますので、なかなかそういうチャレンジはできない。そうすると、経験の少ない施設はずっと少ないまま、どんどん自然な集約化が進んできているというのが現状です。この辺りは今後、施設をどうするのかということを考える上で、あるいは施設間の連携を考える上で非常に重要なポイントだと思っています。

東大病院の今年の肺移植ですけれども、心肺同時移植を 9 年ぶりに行わせていただいたり、心移植後の肺移植をやったり、あとは ECMO bridge、最重症の患者さんに対して緊急の生体肺移植をした。そういった症例もあります。脳死肺移植に関しては、2 日連続の脳死肺移植になったのが 4 回、3 日連続が 2 回ありました。あとは同日に 2 例の肺移植をしたことが 1 回、一番忙しかったのが 8 月で 7 件の肺移植を行っています。幸い術後の 30 日、90 日、死亡はなしということで、長期生存においても日本の肺移植の成績は、ほかの臓器もそうなのですが、世界水準と比べるとかなりよい状況です。そこは誇りに思っています。

内情はというと、かなり苦しくて、これは病棟の患者さんの名前を隠していますが、どういう患者さんが入院しているかということを示しています。このときは呼吸器外科の 7 割が肺移植関連で、そのうち移植の後の感染症や拒絶で出戻ってきている患者さんが 8 人ぐらいいて、1 か月以上経過して、これもだんだん慢性期に移行している患者さんが 8 人ぐらいいるといことです。この辺りは正に内科の先生方のお力を借りて、更に効率よく診療ができるところです。逆に言うと、もう完全に外科医の仕事ではないということが相当増えてきているという現状があります。

当院の肺移植の体制ですが、メンバーの写真を出させていただいていますが、呼吸器外科のスタッフが 8 人います。あとはトレーニングを積んでいる者が 3 人、大学院生などいますが、ポイントは内科医が今、3 人、肺移植に従事しています。これも当然、最初はゼロだったのですが、最初のうちは外科ポストを削って内科の先生を何とかリクルートするという現状がありました。移植に興味のある先生方はたくさんいるのですが、やはりポストがないのでなかなか来てくれないということが、一番大きな問題です。後で少し述べますが、寄付講座を今回作ることができたので、そういったものも活用して、現在、内科の先生に入ってきてもらっています。

あとは、移植コーディネーターが非常に重要な役割を果たしています。非常にたくさんの肺移植患者を抱えているのですが、2 人ということで、これもコーディネーターをたく

さん雇うこと自体が、看護師さんですが、病院の経営的なメリットが余りないということで、特にコーディネーターの認定を持っているような資格があったとしても、別に特にメリットはないというのが1つ問題となっています。

他施設との連携という意味で言うと、この今いるメンバーのうち3人は国内留学をしているメンバーです。九州大学、これは新しく肺移植を始めようとしている施設ですが、そこから2人、それから千葉大学は既に肺移植施設ですが、1人トレーニングに来ていただいているという状況になります。

内科の先生方の話が江口先生からありましたが、これは私がかつていたトロント大学ですが、肺移植を年間200件ぐらいやっているのですが、外科医が9人いて、外科医はほかの肺癌などの手術もしているのですが、肺移植プログラムに属している内科医が12名、外科医より多いのです。大部分が専属の肺移植内科医ということになっています。加えてトレーニングを受ける立場のフェローと言われる、私もかつてそうだったのですが、サージカルフェローが5〜7名いて、内科のメディカルフェローが5〜7名、ですから若い人たちが肺移植を学ぶためにトロント大学で、肺移植の内科のトレーニングを積んでいる。そういったシステムが構築されているわけです。これは日本と大きな違いだなと思います。トロント大学の呼吸器内科のページを見てみると、Lung Transplant がサブスペシャリティとしてあって、やはりアメリカで有名なクリーブランドクリニックを見ても、Lung Transplant がありますので、北米においては肺移植内科が呼吸器内科のサブスペシャリティの1つとして完全に確立しているということで、ここは日本の移植医療が非常に大きく遅れているところです。いろいろな臓器の中でも肺は特に遅れていると言われていますが、今後の大きな課題となっています。

移植施設の受け入れ体制というところに目を向けますと、一昨年元旦にこういった記事が出て、それでちょっと世間がざわついたわけなのですが、それを受けて当院で肺移植を受けた患者さんからかなり大きな寄付を頂いて、移植医を雇う、あるいはメディカルスタッフを雇うという試みを行っています。それが寄付講座としては次世代臓器移植開発推進講座ということで、これは肺だけではなくて、各臓器の担当者、それから麻酔科集中治療という立場の先生方を雇用しています。1人は呼吸器内科医で、それこそトロントで肺移植のトレーニングを積んできた内科医の先生を昨年からは雇用しています。あとはメディカルスタッフです。移植が大変なのは外科医だけではないということを強調したいと思いますが、特に技師さんや看護師さんはもちろんなんですが、やはり働き方改革で働き方の縛りは医者よりもずっと厳しいです。その人たちを特に土日に働かせるというのは、その人たちにとっても大きな負担ですし、非常に大きな制約がある。そういう中でやらなければならないということで、寄付を頂いたお金を使って人数を増やすという試みをしています。ほかにも看護師さんの働き方をよくするためのコマンドセンターなど、いろいろな取組をしているのですが、そうしたことが寄付でできています。ただ、寄付はたまたまラッキーだったからできているのであって、なかなか普通の状況ではこうした先行投資で移植

の体制を整えるというのは難しい現状にあるということになります。

それから、当院では海外からの受け入れもしています。かなりたくさんライセンスを取ってしてくれる留学生がいます。かつては日本人が海外で肺移植を学んでいたのですが、今は日本国内で肺移植を学べるし、逆にアジアのほかの国から肺移植を学びに当院に来てくれているという状況にあります。

また、施設間連携という意味では、そのドナーの摘出なども肝臓はかなり進んでいます。肺でもほかの施設と連携しての摘出が増えてきています。ある日のドナーは、九大から来た先生、千葉大から来た先生、あと福建省から来た Chen 先生、この 3 人がドナーに行っていて、レシピエントもほかから来た先生と、もともとうちにいた医師とでやっているということで、トロントもそのような感じだったのですが、やはり外から人が来て、勉強をかねて頑張って移植をやる。そうすることによって、ハイボリュームを支えている。そういう仕組みで回っています。

東大の受け入れ体制、肺移植に関しては国内外からの留学を受け入れている。他施設と互助、寄付講座での人材確保、呼吸器内科医の参加、バックベットの確保、これはちょっと触れる時間がなかったのですが、移植が終わった後の患者さんをどうするかというのは、非常に大きな問題で、施設間で連携して、そういうところで移植後 1 か月以上たった患者さんを診てもらえるように体制も整えています。

ただ、簡単ではなくて、いろいろ問題点があります。人の受入れに関しては、これは移植医療の均てん化、それから当院としては労働力の確保に寄与しているのですが、やはりポストは非常に不安定であり、このポストをどうするかというのは本当に毎回、頭をひねっているところです。この辺りが安定的に供給できると、この他施設との連携なども更にもううまくいってくるだろうと思います。寄付講座も同じことで、これも本当に一時的にラッキーなのでできているという認識ですが、やはりこのポストをどうやって確保していくかです。内科医に関しても全く同じで、先ほどからどうやったら内科医がという話なのですが、ポストがない。特に一時的なポストもそうなのですが、移植に関わった内科の先生方がその後どういうキャリアパスを歩んでいくのか、そのビジョンが描けないとなかなか若い人は移植に入っていこうとは思えない現状があります。ここは一筋縄では解決できない問題ではありますが、重要な問題だと思っています。

あとはほかの施設に依頼するというのは、言うのは簡単なのですが、やはりそこでの質の確保というものもあります。ただで働いてくれているわけですが、何らかのインセンティブがないと、ほかの施設に協力いただくのもだんだん難しくなってくるかもしれません。今、お話したのは肺に関してなのですが、東大全体として見たときのお話を少しさせていただきます。ドナー数が増えてきているということなのですが、東大の 1 つのいいところでもあり、悪いところでもあるのは、各臓器がかなり頑張っているのも、それぞれの臓器が日本で 1 番か 2 番に多くの移植をやっている。これは心臓、肺、肝臓を並べていますが、右肩上がりで上がっているわけです。ということで、かなり臓器移植に関しては頑張

っている施設です。

施設理由での辞退、これが一昨年の子日の記事で問題になったところですが、記事の基になった 2023 年は一番状況としては悪くて、30 件を超える施設理由での辞退が出てしまいました。ただ、その後、減ってきていて昨年が一番悪かったときの 3 分の 1 ぐらいに減ってきている。ゼロにはもちろんなっていないわけですが、院内で様々な工夫をすることで状況としては改善しています。

どういふふうに改善しているか、特に院内ルールが言葉として先ほども出てきていたのですが、何を改善したらそうになったのか、ほかの施設もだんだん東大と同じように大変な状況になってくることが予想されるので、参考になるモデルケースだと思っているのですが、1 つは定時手術の分散化です。当初、移植をやっている診療科の手術枠は月、水、金に固まっていたのですが、これをできるだけ分散させています。どうしてそういうことをしているかと言いますと、移植手術を緊急枠でやると、緊急手術ができなくなる。つまり、院内で発症した緊急の患者さんを他院に搬送して緊急手術をしてもらうということも、実際に東大病院で起こっているのて、これは医療安全上、非常によろしくないという問題があります。あとは緊急枠を使うにしても、3 つの診療科で移植をやっていますから、複数の臓器があっせんされたときに対応できない。そういったことで、できるだけ移植診療科の手術枠を分散して、定時手術と差し替えるという形で移植に対応することにしています。ただ、これはもちろんそれで全てが解決するわけではなくて、逆に言うと定時手術で飛ばされる、手術の予定が変更になる患者さんが院内でどんどん出てきているという現状があります。例えば肺がんを明日、受ける予定だったのだけれども、肺移植が入ったので 1 週間ずらさせてくださいという患者さんが続出しているという状況です。これは患者さんにも申し訳ないですし、病院の対応としてもその患者さんに対する説明など、非常に大きな労力を払っているところで、なかなか難しい問題です。

もう 1 つは、どこまで受けるかのルールということで、属人的にならないということをして原則としています。これは例えば臨床工学技士さんが働き方改革で時間がいっぱいなのでもう受けられませんかとなったときに、これはその人が断るといふのは、その人にとっては命がかかった臓器移植をその人の判断で断るといふのは、医療者にとっては本当に辛いですし、それが原因で辞めていく人たちが出ても全く不思議ではない、そういう状況です。ですので、属人的にならない持続的なシステムということで当院は部署をまたいでずっと検討しています。今、現在のシステムとしては、土日に移植をやった場合でも、仮に 1 臓器の移植をやった場合でも、その分の平日の手術枠を返却するというにしています。それによって麻酔科、看護師、それから臨床工学技士の休日を、逆に平日分に取り返すという仕組みにしています。そうしないと毎週末のように移植がありますので、当然、働き方改革で引っ掛かって、どこからか破綻してしまうことになりますから、そういうシステムを作らざるを得なくなっているということになります。

その結果なのですが、先ほどお示したように全体としては、施設理由で断る件数は減

ってきた。もうちょっと細かく見てみると、この応需率ということで、医学的に受諾可能だったドナーコールに対して、どれだけの受諾をしたかということで見てみますと、一番悪かったのが 2023 年で 80%を切っていたのですが、先ほどお見せしたように右肩上がり改善しています。平日に関しては、ほぼ 100%です。平日に関しては断ることは、もうほとんどなくなってきました。ただ、休日に関しては、まだ 90%未満ということになっています。あとは何臓器だったら受け入れられているか、1 臓器の場合は 100%受け入れられています。2 臓器の場合でも 100%にかなり近づいているのですが、3 臓器、つまり心臓、肝臓、肺が同時にあっせんされた場合には 7 割程度しか受け入れられていないということがあります。

今、お示したとおり改善傾向なのですが、休日、それから 3 臓器、これが大きな課題になっていますが、やはり土日にドナーさんが多いという現状があります。これはあちこちで話題になっていますが、6 割以上が土日、祝日に集中しているという脳死ドナーさんの現状があります。これはいろいろな理由があると思いますが、特に土日には複数臓器が重なってあっせんされる傾向があります。この休日 2 件、あるいは休日 3 件が同時にあっせんされた日が相当数に上っている。逆に平日にそういうことは余り起こらない。ですので、東大病院の場合でいうと、3 臓器がアクティブに移植をしていますので、当然、複数ドナーが出たら必ず複数のコールが来るという状況なので、その中でどうしても受け入れられないケースが出てきてしまうということになってしまいます。

院内ルールによる施設辞退数を平日と休日で分けると、現在はもうほぼ全て休日ということになっています。ですので、東大病院としては各部署で継続的に議論し、持続可能なシステム構築を目指してやってきました。ただ、土日、祝日の体制強化、これは非常に難しく、やはり土日、祝日にいつでも出てこられる看護師さん、3 臓器分を常にそろえておくというのは、ものすごい負担です。本当に毎週それがあれば、それに合わせるのでしょうけれども、臓器移植はそういうわけでもないのです。そこが本当に難しいところで、よく消防署に例えているのですが、消防署で火事がないときに消防署員や消防車が待機していても誰も文句は言わないわけですが、病院でそれをやるためにはすごいコストが発生して、その人たちは遊んでいるわけではないにしても、病院としては何の収入にもならないと、やはりそういう体制はなかなか現実的ではないということになります。もし、これを本当にやろうと思ったら、それを補うだけの病院への補助が必ず必要になると思います。

そういったことで、当院の取組としては平日に関しては、かなりうまくいっているのですが、休日はまだまだ課題が多い。そして、もう 1 つは先ほども少し述べましたが、やはり移植による通常診療への影響はまだ大きな課題で、この問題を解決すればするほど、通常診療への影響が出ていくという現状があります。定時手術を移動させないといけない、それから移植をやっているときに緊急手術を受けにくくなるということで、まだまだ道半ばだなと感じています。

最後のスライドになりますが、シマヅ先生からこのスライドを頂いたのですが、いろいろ

ろな対策を練っていただいているということで、移植実施施設間摘出体制の構築、院内の内科医や連絡調整者等の育成・配置、地域の医療機関との連携、移植医療に対する教育の実施、これも全て本当に必要だなと思うわけです。僭越ながら少しコメントを加えさせていただくと、外科医の仕事も本当に大変なのですが、手術が大変なうちはまだ外科医はハッピーなのですが、例えば、当院はそうではないのですが、飛行機や新幹線の手配も外科医がやっていたり、あとは摘出の器械や灌流液の準備なども外科医がやっていたり、海外では当然、医者がやる仕事ではないわけですが、この辺もタスクシフトしたいのですがシフトする相手がいないければ、外科医がやらざるを得ないという現状があります。

一方で、外科医だけが大変ではないということは、本当に今日、強調させていただきたいと思います。麻酔科医、看護師、臨床工学技士、ICU など、このどのピースが欠けても移植医療は成り立たなくなります。これはある時点で、ドナーが出たときに全てがそろっていないと移植できませんので、ただ、全てそろえるのはものすごく大変なことです。でするので、やはりこれをそろえるためにも、病院としての努力は認めていただきたいと思いますところ です。

最後に内科医に関しては、江口先生に続いてになりますが、大きな部分ですが、内科医もただで仕事をしてくれるわけではなく、例えば縛りを厳しくして移植施設の認定基準にということも1つの大事なところではありますが、やはりその内科医自身にそれをやるメリットがなければ、なかなかこちらのほうに振り向いてくれないだろうなと思っています。そういうことなので、最後に一言申し上げますと、脳死臓器移植に緊急対応できる各部署の人材、外科医だけではなくて、そういう人材をそろえる。それから移植後に診れる内科医のポスト、こういったポストの確保にはやはり拠点となるハイボリュームセンターへの財政支援、補助金であったり、診療報酬、こういったものが非常に重要になってくるかなと思います。今日はここに来てさせていただいたので、是非、よろしくお願いいたします。御清聴ありがとうございました。

○絹川委員長 佐藤先生、ありがとうございました。この件についての質問や議論については、次の伊藤参考人の御説明の後に併せて行いたいと思います。伊藤先生、よろしくお願いいたします。

○伊藤参考人 よろしくお願ひいたします。京都大学肝胆膵・移植外科の伊藤です。共有いたします。これでいけていますか。

○事務局 事務局です。ちょっと共有ができておりません。

○伊藤参考人 これでいかがでしょうか。

○事務局 はい、できております。声も聞こえております。よろしくお願いいたします。

○伊藤参考人 京都大学肝胆膵・移植外科の伊藤と申します。よろしくお願いいたします。本日、私は京都大学における肝移植の実績と実情をお話させていただきたいと思います。本日の内容として、まず、現状 国内外の臓器移植統計とその背景にある課題についてお話させていただき、京大病院の取組と今後の課題をお話させていただきたいと思います。

日本での臓器移植数の件数は、現在、2024 年のものですが、心臓、肺、肝臓で大体、脳死で 107 件、生体で 336 件といったところで、腎臓では脳死 165 件、生体で 1,753 件、日本では総計で 2,681 件の臓器移植が 2024 年に行われています。翻って、アメリカでは 2024 年で 5 万 4,441 件といった数となっており、日本のほぼ 20 倍近い差があり、ほとんどが脳死といったところで、日本は生体移植に頼っているのが現状です。

アメリカの移植数の内訳を見ると、我々、肝胆膵・移植外科の肝臓移植の領域では、脳死では 1 万 854 件の脳死肝移植、生体でも 604 件と、日本の倍の生体肝移植が行われ、脳死では 100 倍の量の肝臓移植がされているといった現状です。翻って見ると、世界各国の脳死下臓器提供数の数は、先生方も御存じだと思いますが、日本は常に最下位といったところを推移しております。このような状況で日本の肝臓移植をやっています。

我々、京都大学におけるこれまでの肝移植の累積症例数としては 2,300 件の肝臓移植を行ってまいりました。2000 年頃には、最大 125 件の肝臓移植をしており、その後、徐々に数が減ってきて、また最近、ここ 2 年、2024 年、2025 年と、84 件の肝臓移植をしています。ただ、青いバーを見ていただくと分かるように、ほとんどが生体肝移植頼みというのが肝臓移植の実情で、我々の所で多いときでも 20 件弱といった脳死肝移植の数となっています。このような形で、我々、肝臓移植を京都大学で行っております。

成績は、我々の所では 1990 年から肝臓移植を行っており、徐々に成績のほうも上がってきており、小児、成人ともに 10 年生存率でほぼ 90%といった成績となっております。このように、成績はいろいろな肝臓移植の施設、日本の施設共に成績が良く、世界でも例を見ない成績となっております。ただ、やはり生体間移植というのがオンデマンドでできますので、予定登録手術としてすることができます。やはり肝臓移植の良好な成績を得るためには、移植のタイミングというのが非常に重要になってきております。

現在でも、日本全国で 5 年生存率は成人でほぼ 90%以上が見込まれておりますが、小児では大体 96%といったところです。適切な移植のタイミングで移植をするのが非常に重要で、早期に比較的状态の良いときに移植ができると、もうすぐに皆さん退院して、病床のほうもきちんと回る。やはり、かなり重症になってくると、なかなか退院ができない、そして病床を埋めてしまうといったところで、移植の数もなかなか増やすことができないといった状況で、この適切なタイミングでの肝移植が重要というのが一番大事なところです。

大体、いわゆる肝臓の障害度、Child 分類あるいは MELD スコアで、Child C が MELD の大体 18~20 弱ぐらいのところ、大体この辺りで移植をするのが術後の成績も一番良く、合併症も少なく、患者さんも元気になると言われております。この時期が移植の推奨時期と言われておりますが、現在、脳死肝移植に当たるのが成人の場合では MELD が 35 以上で、超重症症例しか、ほとんど脳死は回ってきていないという状況になっております。このような状態なので、なかなか脳死肝移植を受けられるチャンスが登録しても少ないというのが肝臓移植の現状です。

ここから、我々京都大学の話に移ります。これまで、2000 年は 300 件してきたのですが、2000 年代は移植外科の単科でやっておりましたので、移植に全ての力を注いでいたので、このように年間 100 例を超えるときもありましたが、2006 年以降は肝胆膵・移植外科といったように、肝胆膵の悪性腫瘍の緊急手術プラス移植をしています。一時期、我々、医療事故も起こしたこともあり、その影響でかなり減って年間 30~40 例弱となりましたが、最近は近隣の移植施設が肝臓移植をしなくなったこともあり、かなり紹介が増えて、現在では 84 件の肝臓移植をしています。

このように、かなり肝臓移植の数が増えてくると、ほかの手術との兼ね合いも出てきます。こちらは、我々当施設での高難度手術症例です。いわゆる高難度手術というのは、肝臓移植以外にも、膵臓の膵頭十二指腸切除、膵全摘あるいは肝臓癌での肝臓切除あるいは胆管癌の手術といった手術になりますが、この手術というのが大体 2023 年で 259 件、昨年で 300 件と、この高難度手術も増えてきております。全手術数、大体 700 件のうち半数以上、300 件近くが高難度手術という手術を我々は受け持っており、癌でも、進行した癌ということになります。

このような癌の中で修練といったところで、属人的にならないように若手の先生たちに修練というものが 3 分の 2 ほどありますが、このような形で外科医の育成も行っております。我々のチーム京都大学といったところで、教育体制・診療体制としては、組織的な技術継承を中心に行っております。属人的な、一般的には「神の手」に頼るのではなく、システムとして高難度手術を完遂する体制を構築しています。

まず、Supervisor 制度といった、教授 1 人を加えた Instructor がおり、その下に Supervisor がいて、そこはもう各診療のスペシャリストといったところになります。その下に、臨床でのクリニックからの Leader あるいは Chief がいて、その後、Trainee あるいは Resident が位置しています。このようにするためにも、誰でも一定の管理、術後管理や手術ができるといったマニュアルを標準化し、また、働き方改革によるチーム制を導入し、働き方改革に即した勤務時間管理を行っております。

実際のチームのオールラウンド手術教育としても、1 人、Instructor 教授がいて、その後、肝胆系の Supervisor、膵臓系の Supervisor、移植の Supervisor といったところで、3 人 1 チームになって、その下に、移植だけではなくて、チームとして大体 1 チームに 4、5 人いるので、我々の所は臨床で病棟を見ているあるいは臨床に携わっている医師が約 15~20 名ぐらいいます。その中で、Leader とトレーニングをする Resident あるいは Fello がトレーニングをしながら、それぞれの医療を支えている状況で頑張っているところです。このように、Trainee、Resident に対して標準化を目指すため、京大では移植の肝臓、肺、腎臓の全てに移植マニュアルを作り、「京大式移植マニュアル」ということで移植の手術方法、術後管理を、誰でも管理、手術の修練を受けられるように、あるいはドナーの手術についてもこういうマニュアルを含めて行っています。このようにして手術を安全に遂行できるようにしている状況です。



その後、今度は術後の治療として、麻酔科・集中治療医との連携も重要になってきます。以前は、移植外科の単科のとき、従来は移植外科単独で管理をしていたのですが、やはりこのような状況で数がどんどん増えてくると、なかなか自分たちだけでは管理が大変になりますので、ICU・HCU 入室中は麻酔科・集中治療医と共同で併診しています。この麻酔科が、呼吸循環管理・ボリューム管理・ベッドコントロールで、我々外科医は免疫抑制剤の管理あるいはドレーン管理、あとは拒絶の評価といったところだけで、あとは全て、麻酔科の先生や集中治療の先生に治療をしていただいている状況です。また、現在、病棟に出れば我々が診ることになっておりますが、ICU、集中治療と麻酔科といったところで、HCU・ICU なので、大体、約 2～3 週間以上を麻酔科の先生たちが術後の一番大変な時期を管理していただいている状況です。

このような状況で、今現在、京大病院ではどのぐらい行っているかというと、総計になりますが、これまで肺移植で 413 件、肝臓移植 2,300 件、小腸移植、膵臓移植、腎臓移植といったところで行っております。このようにたくさんの移植数が我々京大病院でもありますので、現在のところ、麻酔科と集中治療の先生方と一緒にやっていると、京大病院は、実際の総病床数としては 1,131 床、手術室が 18 室あります。2024 年 4 月から ICU/PICU が 20 床、HCU/CCU が 20 床、救急の ICU/SCU、脳外科の脳卒中のストローク ICU が 20 床、ハイケアユニットが 60 床稼働しており、このハイケアユニットが理由で、麻酔、移植が緊急で入っても断られるというハード面での不安は現在なくなっており、必ず、ハード面で ICU/HCU が空いているので、こういった患者さんでも受け入れると言っており、現在、ハード面では特に問題なく、確実に受入可能となっております。

しかし、手術室の稼働として、現在 18 室稼働しており、土日、平日、祝日、必ず緊急手術のために 2 部屋確保しているといった状況で動かしております。土日、祝日の体制として、麻酔科医が当直 3 名、オンコール 2 名としており、看護師は当直 4 名、オンコール 1 名、我々肝胆膵外科医は当直 1 名、土日の各チームの当番が 1 人ずついるといった状況で診ています。ただ、土日、祝日の移植というのは、基本は肺あるいは肝臓のどちらか、両方とも非常に重症の場合は両方とも施行しておりますが、なかなか両方一緒に、2 つ使わせていただくととなると、外からの緊急あるいは院内発生の緊急に対応できないので、基本は肺あるいは肝臓のどちらかが土日、両方当たったときはすると。膵臓、腎臓、小腸というのは基本的に命にクリティカルな状況ではないことが多いので、肺や肝臓のない場合に施行しているのが実際となっております。

実際、このような形で、我々の「とある 1 週間の手術」になりますが、月、火、水、木、金と、我々肝胆膵移植外科でほぼ毎日手術枠を持っており、月曜日が 3 枠、火曜日が 1 枠、水曜日が 3 枠、木曜が 1 枠、金曜が 2 枠ですので、もし、これに脳死肝移植が入ってくれば、この枠 1 つ潰して 1 つを移すといったところでやっております。また、通常の手術でいっぱいなところにこの脳死肝移植が入れば動かさざるを得ない。延期した患者はどうするか。特に問題なのは、移植の方は非常に理解がいいので、「分かりました」と言って、

例えばレシピエントの方がいたら、そのレシピエントをずらして脳死肝移植が入ったりすることもあるのですが、通常の膵臓癌や肝臓癌といった患者さんの理解が得られる方もいるのですが、なかなか譲ってくれないというか、「嫌です」と断られる患者さんがいらっしゃいます。そうしたときはやはり脳死のほうを断らざるを得ないというようなことも発生してきます。また、では、延期した患者さんの入院費用はどうするのかと、来週の手術をどうするのかと、課題が山積みなところで現在運用している状況です。

これが、例えば、我々の肝移植による情報をホワイトボードに貼り付けているのですが、2025年6月時点で7月、8月とも生体肝移植の枠がいっぱい入っており、6月の場合は、もう脳死が2件入ったところですが、7月は生体肝移植が8件、8月は7件用意していて、この間に脳死肝移植が入ってくるという状況になっております。待機している患者さんが生体肝移植でこれだけいて、脳死患者さんの上位がこれだけいてみたいな形で、見たくて管理できるようにしています。1つ問題は生体肝移植の予定でいっぱいなところに、平日に生体肝移植の日に脳死肝移植が入ってくると、生体肝移植と脳死肝移植を同時にするのは、なかなか麻酔科の麻酔をかける先生が少ないようで、一緒にできるといったところがないので、平日に生体肝移植が入った場合は、脳死肝移植を待っている患者さんと生体肝移植の患者さんの悪いほうを考えようということで、悪い患者さんの手術をしているといった状況です。このように、多くの肝移植を予定すると、通常の肝臓癌、膵胆肝癌の手術も遅れるといったことが問題となってきております。

現場が直面している業務負担の限界として、手術枠の飽和といったことの調整が非常に難しく、どこで入れるかといったところで、緊急性の高い脳死肝移植が入ってくると、ほかの手術の患者さんも延期せざるを得なかったり、調整コストの患者さん負担というのがかなり大きくなる。あとは、人的リソースの枯渇といったところで、緊急の呼び出しに対応する麻酔科医、看護師、コメディカルの確保が困難で、スタッフの「使命感」のみでやっている。その中で、読売新聞のほうが、土日たくさん入っていますよといったニュースが出ていましたが、意外と土日は動きやすくて、平日の手術枠、外来などを動かす必要がないので、比較的やりやすい。ただ、大学病院の強みで、外勤やアルバイトなどもしておりますので、そういったところを飛ばして脳死肝移植をしますが、一番の問題は麻酔科医、手術部看護師などの問題があるかなといったことになります。

こうしたところで、休日・夜間の実態として、メリットは平日の外来診療、定期手術への影響は比較的少ないので、「動きやすい」ところはあります。しかし、デメリットとして、スタッフの確保が非常に難しい、働き方改革として労働時間との兼ね合いが出てくると、あとは、代償措置として、振替休日の取得、翌週以降の診療体制へのしわ寄せといったことが、まず大変になってきます。

やはり、我々は大学病院なので、最後の受け皿としての機能、特に小児の肝移植は、現在、西日本では京大病院でしかやっておりませんので、ほとんどの小児移植が我々の所へ回ってきます。高度な術後管理も必要ですし、あとは、1回、よその大学で肝移植をして

再移植の症例になるとなかなか難しいので、京大で受けてほしいということで紹介が来たり、あるいは肝臓だけではなく、肝腎移植あるいは肝小腸移植、肺肝移植などという、複数臓器移植は他施設ではなかなか困難なものがあり、我々の所でしています。

あとは、全国から紹介があったり、あるいは研究開発等もしないといけない。その中で先進医療として、今現在、切除不能大腸癌肝転移、肝門部領域胆管癌の肝移植といった先進医療も研究として行っていたり、あるいは医師主導治験として、iPS 由来の膵島細胞シートなどもしており、このような新規治療法開発・エビデンス構築といったことも大学病院の担う仕事です。

先進医療として、我々、当科の病院の波多野が中心となり、切除不能大腸癌転移に対する生体肝移植も現在動かしていたり、あるいは切除不能の肝門部胆管癌に関する生体肝移植といった、新たに、これまでされてきていなかった肝硬変だけではない、この癌に対する肝臓移植も増えてきているので、患者さんの紹介もあり、こういった癌に対する移植で、やはり癌は待ってくれないところもありますので、なかなか延ばせないといったことも化学療法との兼ね合いで難しい状況も出てきます。また、こちらのほうは、我々、研究として iPS から膵島細胞シート移植に医師指導治験を動かしているのです、こういったことも大学病院の使命として非常に大変なところになってきております。

最後のスライドです。先ほど、佐藤先生も述べられたように、世界トップ水準の成績が日本の移植医療では数が少ないですが、質は世界的に見ても極めて高い水準を維持していると思われま。ただ、やはり、それに対して徐々に移植数が増えてきて、過度な集約と負担といったところで、「最後の砦」となる施設に高難度手術が集中し、人的・制度的な負担が限界に達ししつつあるのではないかなと思っております。

こういう制度的支援といったところで、やはり一番はハード面よりも人材確保。人材が必要であり、やはり麻酔科のほう結構少ないところですが、京都府は麻酔科でシーリングが掛かっており、なかなか多くの麻酔科の先生を雇うのも難しいようですので、現在、そういったところと兼ね合いながら臓器移植をしています。以上です。御清聴ありがとうございました。

○絹川委員長 ありがとうございます。最初に肺移植の立場から佐藤先生、そして肝移植の立場から伊藤先生、それぞれ御説明いただきました。これらについて、委員の先生方から御質問や御意見を賜りたいと思いますが、いかがでしょうか。

どちらもハイボリュームセンターということで、それぞれ様々なやりくりをされておられるということですが、佐藤先生に少し伺いたいのですが、東大病院のここ 2 年前から比べて、2025 年の辞退の内訳で、ICU 理由というのがゼロになっておりますし、診療科理由というのもゼロと見てよいのかと思いますが、ここが具体的には、先生の手術枠調整というところからこのような結果になっているという理解なのでしょうか。

○佐藤参考人 ICU の理由がなくなっているのは。

○事務局 線を 1 本にしてもらっていいですか。上に多分。これですね。

○佐藤参考人 失礼しました。ICU がなくなったのは、特に運用を変えているわけではないのですけれども、だんだんその ICU の先生方が移植をたくさん受けることに慣れてきたので、うまく回せるようになったということが 1 つあるようです。

あと診療科理由は、これは何か学会だったり何だりというのが、たまたまあったかどうかというところであります。あと臨床工学技士の理由がなくなっているのは、これは 1 つは人員を、寄付講座に伴って増やしたことは関係していると思われれます。

○絹川委員長 ありがとうございます。ちょうどコロナ禍明けから急に移植が増えたことへの適応がうまく行っていなかったのが、この 2023 年の爆発的なこういう伸びになっているように見えますが。磯部先生ですか。磯部先生、お願いします。

○磯部委員 いや、先に笠原先生から手が挙がりました。

○笠原委員 磯部先生、どうぞ。

○磯部委員 磯部です。どうもお二方の先生、ありがとうございます。大変な御苦勞に改めて敬意を表しますし、大変だということを実感いたしました。やはり複数の移植をやる方、やる所、それからハイボリュームセンターについては、何らかのインセンティブを付けざるを得ないと思いますし、その方向で多分、厚労省も御検討いただけたと思います。多診療科が関わる、それから負担が大きいということは、重々みんなが承知しているところなのですけれども、先生方にうかがいたいのは、行政側に言うとしたら、どういうところにインセンティブ、つまり補助金なり診療報酬を付ければいいのか、何か御意見があったら教えてください。

特に経営サイドからこういうことが困っていると、こういうことに予算を付けていただきたいというような、何かアイディアなどがあればお伺いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○絹川委員長 それでは佐藤先生から。

○佐藤参考人 ありがとうございます。1 つは、やはり体制を整えているということ自体にインセンティブというか、報酬が必要か。救急などでも同じだと思うのですけれども、いつ来るか患者さん分からないのだけれども、その体制を整えることにお金が掛かるし、コストも含めてですけれども、そこの補助が、まず必要かと思います。

あとは、もちろんその実績に応じてというのはありますけれども、先ほどお示ししましたように、ほかの施設とも協力しながら移植の均てん化ということにも貢献しているというように思いますので、その点も御評価いただきたいと思います。思っております。

○絹川委員長 それでは伊藤先生、お願いいたします。

○伊藤参考人 ありがとうございます。私も佐藤先生と同じで、体制をきちっと整えているというところが評価していただきたいということもございますけれども、一番は、やはり我々、京大病院では麻酔科の先生が少なく、なくてということですが、施設として 2 例同時に、3 例同時にというのが受けざるを得ないといったところがございます。なので、それが、やはり大都市部ですか、麻酔科の医師のシーリングというのが結構、麻酔科

の先生たちからお話を聞くと足かせになっているようですので、やはり麻酔科の先生たちにも、我々、外科医だけではなくて麻酔科の先生たちに移植に対する、非常に難しい高度な麻酔を掛けていただいておりますので、そういったことへの配慮を頂ければいいのかと考えております。以上です。

○磯部委員 分かりました。ありがとうございます。

○佐藤参考人 すみません、今の点に関しては東大でも麻酔科からとても言われていて、何とかならないのですかということで、移植を学びたい麻酔科の先生も結構おられるみたいなのですが、シーリングがあるので、受入れができないということのようです。

○絹川委員長 ありがとうございます。それでは笠原先生、お願いいたします。

○笠原委員 佐藤先生、伊藤先生、本当にお忙しい中、大変なお仕事ありがとうございます。今お聞きしていて、集約化が、医療の質は担保する一方で、基幹施設の人的あるいは物理的なキャパシティを超える負荷が生じているのではないかと。特定施設の疲弊が全国の移植医療全体に影響を及ぼしている状況であるとお見受けいたしました。基幹施設を当委員会等で支える仕組みとして、どのようにやっていくべきなのかというのが、まず1つ目の質問です。

例えば、今ほかの医療も集約化ということが言われておりますけれども、集約化して基幹病院のようなものを作って、拠点病院のようなものを作っていくべきなのか、どのようにしていけば、この現在ハイボリュームセンターの負担が減っていくのだろうか、そのところを、まず1点目お聞きしたいです。

○絹川委員長 では、これは伊藤先生からお願いしましょうか。

○伊藤参考人 ありがとうございます。恐らく今、自然な流れで少し集約化されて、肝臓の場合は集約化されてきているのではないかと考えております。1点は、拠点として幾つか大きな病院が数を多くしていればいいと思いますが、ただ患者さんの利便性を考えますと、日本中、比較的近隣の所で受けられるということも、患者さんの利便性がございますので、そういう拠点病院で研修ができるような人材を確保できるような、そういった補助といったところで勉強しに来て、また地元に戻って、地元では急がないといけない患者さんなど、そのような肝臓移植なら肝臓移植ができるといったことになればいいと考えております。以上です。

○絹川委員長 佐藤先生、お願いします。

○佐藤参考人 私も全く同じ意見です。最初のほうのスライドでお示ししましたように、自然に、ある程度の拠点化というか、自然淘汰的になされてしまうので、逆にその拠点になっているハイボリュームセンターは、症例の少ない施設、あるいはこれから移植を始めようとする施設から、積極的に人を受け入れてトレーニングを積んで、地元に戻っていただく。そうすることで移植全体の底上げができると思いますので、増やせばいい、あるいは集中させればいいというよりは、全体のレベルアップということが大事かと思っております。

○絹川委員長 ありがとうございます。それでは2点目でございますか。

○笠原委員 もう一点よろしいでしょうか。同時に今少し議論されていないのが、日本の移植医療の特徴といたしまして、小児領域を中心に生体移植に大きく依存して発展してきた特徴がございます。小児の移植や高難度の生体移植、肺もそうございましたけれども、そこに伴う教育、技術継承というのは、国際的にも日本が貢献してきた重要な分野だと考えておりますけれども、現在の制度設計には生体移植は入っていません。完全に脳死移植の議論だけになっておりますので、先生方がお忙しい中、生体移植の議論というのは、制度設計の中にどのように組み込んでいくかということは、何か現場から御意見はございますでしょうか。生体と脳死両方やっている施設でそこはどうお考えでしょうか。

○絹川委員長 それでは伊藤先生、お願いいたします。

○伊藤参考人 ありがとうございます。脳死で、まだ今、高々150例ぐらいしか日本では出ておりませんので、そういった中で、やはり生体依存になりますけれども、これが500とか800とか1,000とかになってくれば、今現在、生体肝移植しているものが全てをほぼ脳死のほうに移行できるのではないかと考えます。

ただ、その途中で、この生体肝移植の技術というのは、非常に繊細で精緻な手術が必要になりますので、この技術を継承していかないといけないというところで、こういったことを我々中心にやっておりますけれども、生体肝移植ができれば脳死肝移植は恐らくそれほど苦難なくできるのでは、小さな……ゾーンにならないかというところで、現在、我々はトレーニングをしながら教育しているといった状況になっております。

今後こういったことを、拠点病院になった場合にいろいろな所から受け入れて、生体の技術をトレーニングしていくといったようなことがいいのではないかと。

○絹川委員長 佐藤先生、何かありますか。

○佐藤参考人 ありがとうございます。肺は肝臓よりも、小児の生体というのは少ないのですけれども、肺のほうでは小児優先提供というシステムになりまして、脳死ドナーの小児への提供が優先されるようになって、かなり脳死ドナーでの小児の移植ができるようになってまいりました。

やはり生体ドナーを使うことの問題、倫理的な問題点というのも非常に大きいので、理想的には全て脳死ドナーで賄えるというのが理想だと考えています。ただ、もちろん技術という意味では、肺に関しても生体肺移植の技術は、非常に脳死と比べても高いものが要求されるということで、一方で生体がなくなること当分はないだろうと思いますので、技術の継承は引き続き、これは我々の努力になると思いますけれども、やっていかないと感じております。

○絹川委員長 ありがとうございます。それでは時間もございますので、次に進みたいと思います。お2人の先生方、御意見ありがとうございます。また追加で御意見がある場合には、事務局までメールでお知らせいただければと思います。

それでは、次の議題に移りたいと思います。「(2)その他」と書いてありますが、事務

局から、まず御説明いただきまして、その後に加藤参考人より御説明をお願いすることになっております。それではお願いいたします。

○田中補佐 事務局です。先日、1 月 30 日付けで一般社団法人中部日本臓器提供支援協会(CODA)が、ドナー関連業務実施法人として許可されました。資料は参考資料 6 に入れていますので、御確認いただきたいと思います。それでは絹川先生、よろしくをお願いいたします。

○絹川委員長 それでは加藤参考人より、御説明をお願いいたします。

○加藤参考人 御紹介、ありがとうございます。藤田医科大学ばんだね病院の外科の加藤です。日頃の臓器摘出の折には、先生方に大変お世話になっておりましてありがとうございます。本日私のほうからは、一般社団法人中部日本臓器提供支援協会(CODA)の設立の経緯について、簡単ではありますが、説明させていただきます。

私どもの臓器提供数は、欧米に比べて極めて少ないのは周知のとおりです。隣の韓国の 7 分の 1 という状況で、何とかこれに追いつき追い越せといったところでしょうか。改正臓器移植法施行、厚生労働省の臓器提供数増加対策や学会による施設の取組などで、最近の我が国の臓器提供数は年々増加しており、昨年は 148 例と、最も多い脳死下での臓器提供数となりました。

臓器提供数が増加する中で、JOT や移植施設などの負担が極めて繁忙で、しかも増加しているということで、我が国の移植医療の脆弱性が露出したと言ってもいいかと思います。厚生労働省は、臓器提供施設の連携構築事業の拠点施設がない地域に許点施設を設置すること、また、JOT コーディネーターの到着遅れによるあっせん中止例などの対策として、臓器あっせん機関の複数化、家族に説明するコーディネーターの増員など、種々の対策を立てていただいて、これを提言しております。

JOT ではドナー関連業務とマッチング業務を実施しておりますけれども、全国をカバーするドナー関連業務は距離的、時間的、精神的、肉体的にコーディネーターへの負担が増加する一方です。そこで厚生労働省は、あっせん機関の複数化について臓器移植委員会での議論を経て、JOT が全国をカバーするマッチング業務を行って、ドナー関連業務を地域に設置するドナー関連業務実施法人が担うという体制が提案されました。確かにいらっしゃるまでの間に、待ち時間が数時間掛かることも多々経験しております。

本法人を設立するに当たり、背景として藤田医科大学病院の取組について紹介いたします。当院は 1980 年代より心停止後の腎臓提供に積極的に取り組み、多くの実績を上げてきました。2010 年の改正臓器移植法施行による脳死下臓器提供の数の増加への対策として、スライドにお示ししているように数々行ってきました。2012 年に移植医療支援室を設置し、診療申込書への記載、初診患者への臓器提供意思の確認を行っております。円滑な臓器提供には院内コーディネーターの存在が必須で、2012 年当時は 4 名でしたけれども、現在では 14 名に増員しております。ポテンシャルドナーの把握や選択肢提示、評価を行っております。また、2 回目の脳死判定後にドナーを ICU に転棟し、ドナー管理を全

身管理のプロである集中治療医が行う体制とさせていただいております。ですから、主治医の責任は掛かってこないということです。

今年度は教育・研修育成のため、2016年に藤田医科大学保健学研究科に移植コーディネート分野の大学院を開校いたしました。患者への取組としては、初診問診票で意思表示の有無を確認、救命救急センターへの入院患者に「提供に関する権利」というパンフレットを作成して渡しております。御家族への臓器提供に関する説明の負担軽減のために一読いただいて、臓器・組織一括説明などの取組を行っております。以上のような取組を継続し、昨年末までに250件の心停止後臓器提供、23件の脳死下臓器提供を実施しております。250件の心停止後臓器提供数は国内最多です。また、当院では臓器移植も積極的に行っており、肺、肝臓、膵臓、腎臓の移植を行う多臓器移植施設でもあります。2024年からは中部地区で初めてとなる膵島移植も開始いたしました。

施設の取組に加え、県内の臓器提供数の増加を目的として、2017年にNPO法人あいち臓器提供支援プログラム(AODA)を立ち上げました。私どもは愛知県知事の大村様に特別顧問になっていただいて、県内の4大学病院と5類型病院が連携し、移植医療の普及、啓発、いのちの大切さを考える教育や指導、医療機関における臓器提供の体制整備支援などの事業を展開してきました。そのAODAの事業の一環として年に1回、10月には市民フォーラムを開催し、一般市民の方へ広く浸透し、移植の重要性あるいは提供の重要性を話し合っております。臓器提供や移植に関する啓発活動を行って来て、医療機関関係者だけでなく、高校生、大学生、メディアの方々、患者などが参加するパネルディスカッション、患者の体験談などを企画し、毎回100～200名ほどの参加者と共に話合いのフォーラムを持っております。

また、2019年からは厚生労働省の事業である臓器提供施設連携体制構築事業に参画し、当院を拠点として県内の5類型施設を連携施設とし、活動を行っています。2024年からは9施設を連携施設とし、移植医療支援施設型の事業を継続しております。連携施設に対しては電話やメール、適宜現地に赴いて臓器提供の適応判断、法的脳死判定の実施、御家族への説明、インフォームドコンセント、摘出手術などの支援を行っています。2019年10月から昨年7月までの約6年間で、拠点施設14例、連携施設15例、計29例の脳死下臓器提供を実施いたしました。特に今まで経験のなかった6施設が、拠点施設の支援によって初の脳死下の臓器提供を実施しており、本事業の有効性を実感しております。

また、連携施設の1つは複数回の脳死下臓器提供を経験し、2024年からは小児からの臓器提供施設連携構築事業の拠点施設となっております。以上のような取組や県内の従来型拠点施設である名古屋掖済会病院、あいち小児保健医療総合センターをはじめとする県内施設の努力によって、愛知県の臓器提供件数は継続的に上位を維持しております。

以上述べたように、当院及び愛知県での実績を背景に、この度の厚生労働省の事業であるドナー関連業務実施法人による地域での臓器あっせんシステム構築に賛同し、約1年前から設立の準備をしてきました。厚生労働省が提案した東海・北陸ブロック、すなわち愛



知、静岡、三重、岐阜、福井、富山、石川の7県を対象地域といたしました。複数回に及ぶ厚生労働省とのヒアリングに加え、メールでの助言を頂きながら進めてきて、法人の名称を一般社団法人中部日本臓器提供支援協会、Chubu Organ Donation Agency(CODA)として、中部地区7県の代表(医師、メディア等)による役員(理事、顧問)を決定いたしました。また設立時社員として、7県の都道府県臓器移植コーディネーターの所属する公益財団法人といたしました。7県の都道府県コーディネーターには個別に説明会を行い、御理解を頂きました。2025年12月5日、(一社)中部日本臓器提供施設支援協会が設立されました。臓器あっせん業の許可申請を、去年の12月24日に厚生労働省に提出し、2026年1月30日に厚生労働大臣からの許可証を頂きました。

あっせん業の対象は眼球を除いた6臓器、心臓、肺、肝臓、脾臓、腎臓、小腸です。CODAの組織図ですが、社員総会が最高意思決定機関であり、業務執行監督機関として理事会を設置しております。実際の業務執行は事務局長の下に、事務部とコーディネーション部を設置して行います。当初は事務部5名、コーディネーション部5名でスタートしますが、適正な業務量を維持するため、増員を考慮する予定です。事務部は事務部長1名、経理担当1名、総務人事担当1名、事務補助2名です。コーディネーターは、都道府県コーディネーターの経験のあるチーフコーディネーター3名、院内コーディネーターは経験のあるコーディネーター2名です。理事会のコンサルテーション組織として、アドバイザーボード、医学基準委員会のほか、各種委員会が設置されております。

CODAの役員を示したいと思います。特別顧問には愛知県知事の大村先生になっていただきました。理事長は私が務めさせていただきます。顧問及び理事は、移植医療に造詣の深い中部地区7県の代表の方々になっていただいております。提供側と移植側の医師、メディア関係、経営者などで構成されております。設立時社員として、7県の都道府県臓器移植コーディネーターの所属する財団法人の代表者となりました。

業務内容は、厚生労働省に示されたドナー関連業務を実施します。ポテンシャルドナーの情報の取得、院内コーディネーター支援としての臓器提供適応判断、御家族への説明と同意取得、いわゆる前半検査としてドナーの感染症検査とHLAタイピング、臓器摘出術に関連する業務、ドナー御家族の心理的ケアなどが主な業務となります。そのほかに円滑な臓器あっせんの実施のための種々の業務、各部署やJOTとの連絡、摘出チーム等の連絡などを実施いたします。現在逼迫するJOTの業務を、少しでもサポートしていきたいと考えております。

厚生労働省の作成した提供施設ドナー関連業務実施方針、JOT移植施設の業務内容等連携のシエマです。この流れを基本として、各県の特異性も考慮し、業務手順書を作成しております。法人のコーディネーターと各県の都道府県コーディネーター、施設の院内コーディネーターとの連携強化、役割の明確化が最も重要と考えております。円滑な臓器あっせんができるように、7県の都道府県コーディネーターや院内コーディネーターを対象として、今後、説明会やシミュレーションなどを繰り返し行っていく予定にしております。

また、法人での教育・研修プログラムの作成・実施も、今後の大きな課題となってきました。

最後になりますけれども、臓器あっせん業の許可が認められた現時点は、スタートラインに立ったに過ぎません。今後も JOT の協力を頂き実施研修などを経て、移植医療の原則である全ての意思をかなえるために、本法人の役割を果たしていく所存でございます。御清聴、ありがとうございました。

○絹川委員長 どうもありがとうございました。今の御説明に関して、どなたか質問や御意見はありますか。齊藤先生、お願いいたします。

○齊藤委員 日本脳神経外科学会の齊藤です。加藤先生、詳しい御説明をありがとうございました。比較的短い期間にこれだけのものを立ち上げられるということで、藤田医科大学としての取組も含めて、敬意を表したいと思います。私の質問は、結構な人を配置しなければいけないし、いろいろと新しい設備投資等も必要になってくると思うので、財政的な面での裏付けが十分シミュレートできるのかどうか、どういうところに力を注ぐ必要があるのかについて、現状での感触を教えてくださいと思います。

○加藤参考人 ありがとうございます。国庫の補助金が厚労省から、専業で入るべき収益や教育・研修プログラム、法人のコーディネーターの関係、JOT、院内等とあります。剣持理事のほうに少し話を振ります。

○剣持参考人 同じく理事の剣持と申します。これから続けるに当たって、先生のおっしゃるところが一番重要な問題です。これは厚生労働省と日々やり取りをしておりますけれども、原則として JOT のように、いわゆる厚生労働省側というか、国庫補助金が主となります。ただ、今は JOT でも基本的に各移植施設から、その一部を JOT に入れたりというところがありますので、その辺りのパーセンテージをどうするかというのを今考えております。

コーディネート費用は、10 万円を取られているだろうと思いますが、それも JOT と同じような形でやっていきます。恐らくこれでも試算すると、ちょっと厳しい状況になりますので、そこはやはり県内あるいは 7 県の寄付等で頑張るしかないかなと。うちの大学の理事長はもう赤字覚悟で、社会的な負担でやると言っていますけれども、それでは多分次にやる所が続かないと思いますので、そこは一生懸命頑張って、何とかプラマイゼロになるぐらいにはしたいというように考えております。

○齊藤委員 御説明、ありがとうございます。健全で適正な運用ができるように、声を大きくするべきところは大きくしていただいて、赤字を補給していただければと思います。

○絹川委員長 それでは磯部先生、お願いします。

○磯部委員 榊原記念病院の磯部です。数年にわたって厚生労働省、あるいは臓器移植委員会で検討してきたあっせんの法人が実現して、最初に手を挙げていただいたことは敬服しておりますし、感謝しております。ありがとうございます。私は、書面でも申請書を十分拝見しており、しっかりした組織であることは今日のプレゼンテーションでも確認いた

しました。財政のことは私も同様の心配を持っていますけれども、これから走りながら改善されて行かれると思います。1点だけ意見を申し上げます。

藤田医科大学病院は、脳死の移植のレシピエントの手術をする施設でもあると思います。日本の移植医療の原点が同一施設でレシピエントとドナー判定、脳死の判定とレシピエントの判定をして手術したということに、大きな禍根を残すことが過去にあったのは御承知だと思います。書面で見ると限り、何も心配はしておりませんが、事務局を藤田の中に置かれるということですし、CODA という名前が付いていても、藤田医科大学が中心になるということは自明ですので、きちんとレシピエントの移植施設とは全く独立した運営をされ、独立してやっていくということを、対外的にきちんとアピールしてはっきりさせていただいたほうが、後々禍根を残さないとは思っております。その点について、確認させていただきたいと思います。

○加藤参考人 ありがとうございます。先生としては文面的なことを、少し追記したほうがよろしいというようなアドバイスでしょうか。

○磯部委員 申請書を拝見する限り、文面は十分独立性が担保されているというように私は理解しております。しかしいろいろな記者会見やメディアへの説明などもあると思うのです。文面を出すというよりも、立場を御認識いただいた上で、そういうスタンスを貫いているということはアピールされたほうが良いのではないのでしょうか。口頭であれ何かのインタビューの席上であれ、明確にされるということです。古い我々の世代あるいは上の世代の方たちは、やはりまだトラウマのように思っていて、いまだに思うところがありますので、メディアもそうかもしれません。そういうことを御指摘させていただきました。

○加藤参考人 大変貴重なアドバイスをありがとうございます。心に止めておきたいと思います。

○絹川委員長 ありがとうございます。それでは佐原委員、お願いいたします。

○佐原委員 日本医師会の佐原です。加藤先生、素晴らしい取組を御紹介いただきましてありがとうございます。15 ページの 7 県の都道府県臓器移植コーディネーターの所属団体が、設立社員ということになっているのですけれども、この 7 県の臓器移植コーディネーターが今後、CODA のコーディネーターのメンバーとして加わることになるのでしょうか。

○加藤参考人 では、剣持理事から。

○剣持参考人 理事の剣持です。決してそういうことではなくて、都道府県コーディネーターは今までどおり、都道府県コーディネーターのまま役割を果たしていただくということです。法人のコーディネーターはそれとは別に、先ほど言ったように 5 名いるということです。ただ今後、どちらかと言うと法人のコーディネーターが JOT のコーディネーターの役割を果たしていく。最初は JOT に助けられながらやるのでしょうかけれども、そのうちにそういうことになりますので、都道府県コーディネーターが決して法人のコーディネーターになるわけではありません。ただ連携を強化していかないといけないので、正会員に

なっているということなのです。

○佐原委員 そうすると、CODA のコーディネーターと都道府県のコーディネーターと、連携を密にしてやっていくという形ですか。

○剣持参考人 そういうことです。JOT のコーディネーターの役割をしていたところを法人のコーディネーターがやって、都道府県コーディネーターには今までどおりのサポートをしていただく。さらに最近では院内コーディネーターがかなり育ってきましたし、認定の制度も進んでいるので、今後は法人コーディネーターと都道府県コーディネーターと認定コーディネーターの三者の密な連携が、やはり地域に限ると可能性が。全国でやると難しいですけれども、地域だとみんな顔の見える関係がもう既にできているので、更に連携を強くしていきたいと思っております。

○佐原委員 分かりました。私は石川県の出身なので、期待しております。よろしくお願いします。

○加藤参考人 できれば年内に何回かの勉強会などを、是非ともオンラインではなく、オンラインで顔の見える関係でやっていけたらいいなと考えております。

○佐原委員 よろしく申し上げます。

○絹川委員長 ありがとうございます。それでは外園委員で最後としたいと思います。よろしくお願いします。

○外園委員 御説明、ありがとうございます。多くの方が期待していると思うのですけれども、2 つあります。これから続く、あと 1 施設、2 施設増えるときの模範というか、基準になります。コーディネーターの身分や給与が決して恵まれてない中で、先ほどの収支のこともあったのですけれども、やはり皆さんがなりたい職種になれるようにということでの身分と給与の確保ですね。非常に時間外が多いので、それをお願いしたいというのが 1 つあります。

あとは教育ですね。私はアイバンク等に関わっています。アイバンクとの連携もこれからどうするかというのが課題ですが、何かいい形でアイバンクと情報交換なりをさせていただきたい。藤田の摘出件数の中でも、250 件中 60 何件かは眼球です。今回、眼球は省くということで設立されているので、アイバンクは別に動きますが、良い連携をしたいと眼科学会も考えておりますから、密な情報交換をしたいと思っておりますので、よろしくお願いします。

○加藤参考人 ありがとうございます。

○絹川委員長 それでは、この件についてはここで議論を終わりたいと思います。追加の御意見がありましたら、また事務局までお寄せいただければと思います。それでは次の議題です。資料 6 に沿って、事務局から御説明いただきます。

○関口補佐 ありがとうございます。それでは、続きまして資料 6 について説明させていただきます。資料 6 につきましては令和 8 年度の当初予算ということで、そちらについて御説明させていただきます。令和 8 年度予算案につきましては、昨年 12 月 26 日に閣議決

定されており、移植医療対策の推進として、令和 8 年度当初予算案 38 億円、前年度 37 億円に対して 1 億円の増額としております。このうち、右の半分のほうですけれども、臓器移植対策の推進として、14 億円、前年度 12 億円に対して約 2 億円の増額としております。主な増額要因としましては本日、議題にも挙がっています、報告にも挙がっておりますが、臓器あっせん機関の運営費を補助している臓器移植対策事業費について、JOT のみが今やっている眼球を除くあっせん業務につきまして、JOT の業務負担を軽減し、物理的距離の課題を改善することで、より効率的なあっせんが可能となるよう、ドナー関連業務を実施する法人を各地域に設置して、JOT から当該業務を移行する取組を進めているところです。こちらにつきましては令和 7 年度につきましてもあっせん機関の運営費として半年分を計上しており、令和 8 年度につきましては年間の運営費として計上し、こちら 11 億円となっておりますが、実際は小数点の端数の関係ですが、実際 10.5 億円という形で、前年度比約 1 億円強の増額という形でしております。

また、2 番目として臓器提供施設連携体制構築事業費については、事業内容としましては前年度から大きく変更はございませんけれども、令和 8 年度当初予算は 2.8 億円、前年度 2.7 億円に対して若干の増額をさせていただいております。このほか、点線枠のところですが、こちらは前回、第 75 回臓器移植委員会でも御報告をさせていただいておりますけれども、令和 7 年度補正予算として、ドナー関連業務に関するシステム改修経費に 1.5 億円、こちらにつきましては正にこの、今回 CODA が立ち上がったのですけれども、そちらと連携するためのシステム経費となります。また、臓器移植実施対策推進支援事業として 4.7 億円を計上しており、臓器提供施設臓器あっせん機関及び移植実施施設の更なる体制強化を進めていきたいと考えております。

次のページです。次の資料は、最初に申し上げました臓器あっせん機関の運営費を補助している臓器移植対策事業費の補助内容に関する資料となります。適正かつ、安定的に臓器のあっせんが行われるよう、臓器あっせん機関に所属するコーディネーターの人件費等について国庫補助を実施しているところです。令和 8 年度予算案では、ドナー関連業務実施法人におけるコーディネーターの人件費等に加えて、当該法人が臓器あっせんを行うに当たって、必要な JOT のシステム整備費等を計上しております。また、当該補助金の事業メニューは本資料の下半分の表で整理しており、こちらの左の事業メニューの所ですが、1. あっせん業務関係事業費、2. あっせん事業体制整備費、3. 普及啓発事業費、4. 運営管理費等経費、5. 初度設備費としております。各臓器あっせん機関に対しては、各機関からの申請を踏まえて、令和 8 年度予算額を上限とした上で、厚生労働大臣が必要と認めた額を交付することとしています。説明は以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。それでは、この説明について委員から御質問や御意見ございますでしょうか。特になければよろしいかと思います。それでは、ありがとうございます。これにて本日、御用意させていただいた議題は全て終了いたしました。御追加で委員の先生方から何か御意見や御発言ありましたら承りますが、いかがでしょう

か。

○島田室長 笠原先生からチャットがきているようなので、議事録を残すためには、もし、よろしければ御発言されますでしょうか。

○笠原委員 島田室長、どうもありがとうございます。成育医療研究センターの笠原でございます。議論はされていたとは思いますが、CODA というのは、Korea Organ Donation Agency、韓国のドナーのあっせん業務を行っている所 KODA が K で始まるのと、C で始まるのの違いはございますが、英語ですと同じコードという呼称になってしまうかと思えます。JOT と CODA が一緒に仕事を業務を行っている上で、少し心配になるのですけれども、よろしかったでしょうか。

○絹川委員長 それでは、加藤先生まだ入っておられますか。

○加藤参考人 ありがとうございます。ちょっと剣持理事のほうから。

○剣持参考人 すいません、今、笠原先生はおっしゃるとおり読み方が全く同じなのですよね。この件に関しては、もちろん議論はしました。その中で、うちの星長理事長のほうが、むしろ同じにしろという、同じというか読み方が同じでも中部では C だから、最初は別の東海、北陸ということだったのですけれども、これはうちの理事長の強い意思で CODA になったという経緯がございます。これが世間的に、何か問題がある、間違えるということであれば、また検討しなければいけないので、その辺はまた御意見が出ればと思います。

○笠原委員 ありがとうございます。その強い意思で、是非引っ張っていただければと思います。ありがとうございます。

○絹川委員長 そのほか、御追加ないですか。見目委員どうぞ。

○見目委員 患者の見目です。今日はどうも皆さんありがとうございます。藤田医科大学は、もともと移植医療に積極的かつ上手に取り組まれていた病院の 1 つと認識しておりますので、移植を受けた患者の 1 人として、今後 CODA のほうにも大変期待を寄せておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。その一方で、ほかの参考人の方の中にも、使命感をもって頑張ってくださいという方がやはりとても多いなと感じておりました。ただ、この何ていうんでしょう、さっき CODA の話でもちょっと出てきましたけれども、使命感だけで押し進められることではない部分も多々あるのではないかと思いますので、今日話を踏まえて、厚労省のほうでもこれから検討いただけるのではないかと考えているのですが、財政的な支援であったり、仕組みづくりをより一層進めていただければと一患者としては願っているところです。以上です。

○島田室長 厚生労働省移植室長の島田です。御指摘ありがとうございます。まず、前半の移植実施施設の先生方からのお話も踏まえまして、補正予算でも確保はしておりますけれども、引き続き臓器移植委員会の先生方にも御議論いただきながら、どのような支援を実施していけるかということを検討してまいりたいと考えております。また、ドナー関連業務実施法人につきましては第 1 例目ということで、CODA の大臣許可させていただきま

したが、こちらが JOT と連携してうまく日本の移植医療を適正に実施していただけるように、私どもも財政的な面も含めてしっかりと支援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した。それでは、これにて議事は終了したいと思います。最後に事務局からお願いいたします。

○関口補佐 本日は委員の皆様方におかれましては、また、参考人の皆様も含め、様々な御意見を頂戴、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、多くの検討すべき課題が引き継ぎありますけれども、今後も様々な御議論をお願いするかと思いますが、引き続きよろしくお願いいたします。以上です。

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