

第77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3月18日（水）10：00～12：00

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

<審議事項>

（1）今後の臓器移植医療のあり方について

<報告事項>

（2）医療者教育について

（3）令和8年度診療報酬改定について

（4）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77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。

私は司会進行を担当させていただきます、関口と申します。よろしくお願いいたします。

委員の皆様におかれましては、御多忙のところ御出席いただきまして、誠にありがとうございます。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、ウェブ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。

それでは、冒頭に失礼させていただきますが、事務局体制の変更につきまして、御報告させていただきます。

室長の島田が異動となり、後任として3月1日付けで新谷が着任いたしましたので、兩名より御挨拶させていただきます。

○島田室長 令和6年の8月より厚生労働省で移植医療対策推進室長を拝命いたしました、島田と申します。

このたび、3月1日付けで後任が着任いたしまして、私も3月26日付けで異動となります。

臓器移植は、非常に重要な施策でございましたので、引き継ぎ期間ということで、1か月弱設けておりますが、この間、臓器移植委委員会の先生方におかれましては、臓器移植施策の改革につきまして、様々御議論をおまとめいただきまして、心より感謝申し上げます。

私も在任中に、このような改革に携わることができ、少しでも適正に一步ずつ前へ臓器移植政策が進みますようにという思いで取り組んでまいりました。

この思いを後任に引き継ぎまして、引き続き厚生労働省において、しっかりと対策を進めてまいりたいと考えております。

今日も、どうぞよろしくお願いいたします。

○新谷室長 3月1日付けで移植医療対策推進室長を拝命いたしました、新谷幸子と申します。委員の皆様におかれましては、移植医療の推進のため、国の施策に関して日々御助言をいただき、どうもありがとうございます。

皆様に御指導をいただきながら、移植医療をより一層推進していくために努めてまいりますので、どうぞ引き続きよろしくお願いいたします。

○関口補佐 今後とも、よろしくお願いいたします。

続きまして、本日の出欠状況につきまして御報告いたします。

全17名の委員中、武富委員、米村委員は御欠席になります。また、齊籐委員におかれましては、後ほど、11時頃見込みですけれども、御参加される予定となっております。

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御参加いただいております。よろしくお願いします。

また、参考人として、東京大学医学部附属病院手術部教授、深柄和彦先生、TMGあさか医療センターER救命センターセンター長、黒田泰弘先生に御出席いただいております。よろしくお願いします。

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、こちら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、資料につきまして、本日は4点用意してございます。

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「深柄参考人提出資料」。

資料3が「移植実施施設に対する調査結果等を踏まえた今後のあり方について」。

資料4が「黒田参考人提出資料」となっております。

また、参考資料は1から6となっております。

お手元に資料はそろってございますでしょうか。不足がありましたら、事務局までお申しつけください。

また、本日の会議資料は、厚生労働省のホームページのほうにも掲載しております。傍聴の方は、そちらを御覧いただきますようお願いいたします。

それでは、ここからの司会進行につきましては、絹川委員長をお願いいたします。よろしくお願いします。

○絹川委員長 それでは、議事に入りたいと思います。

「今後の臓器移植医療のあり方について」から始めたいと思いますが、事務局より資料1について御説明をいただいた後に、深柄参考人より御説明をお願いいたします。

それでは、まず、事務局より説明をお願いいたします。

○田中補佐 事務局です。

資料1の説明をさせていただきます。よろしくお願いします。

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。

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ます中、当該改革案に加えまして、移植実施施設支援等の取り組むべき事項について、以下のスケジュールに沿って、臓器移植医療の状況について、今回は3名の参考人の先生をお招きしまして、外科の立場からの現状についてお話しいただきました。

今回は赤枠で囲っておりますとおり、関係団体等からのヒアリング2として、東京大学医学部附属病院手術部長の深柄教授をお招きしまして、手術部運営の視点からの現状をお聞きした上で、臓器移植の実施施設に対する調査を行っておりますので、その結果を踏まえて議論をしていただきたいと考えております。よろしくお願いいたします。

以上になります。

○絹川委員長 ありがとうございます。

それでは、引き続きまして、深柄参考人より、資料に基づいて御説明をお願いいたします。どうぞよろしくお願いします。

○深柄参考人 ただいま御紹介に預かりました、東京大学の深柄と申します。本日はよろしくお願いします。

今日は、脳死臓器移植と手術運営ということでお話をさせていただきたいと思います。

私、病院では手術部長、それから、材料管理部長、病態栄養治療センター長と、こういったところを兼任しておりますが、手術が中心ということで仕事をしております。

次をお願いします。

まず、当院の手術部の稼働状況ということで、移植に限らず、全体のこれまでの推移というものを御紹介したいと思います。

これは、毎年2001年から2025年までの毎年1月から12月の総手術件数、それから、定時手術件数、救急手術件数、これは、全部中央手術部だけです。外来の各外科の、例えば手術室だとか、眼科の手術室、外来にあるのですけれども、これは除いております。

これを御覧になっていただいて分かるように、毎年毎年手術件数が非常に増加しているということになります。

2019年に、一旦これは新型コロナウイルスの感染の影響を受けて、いろいろな手術室の稼働制限がございましたけれども、その後は、毎年毎年手術件数が増加して、過去最高の手術件数ということになっているわけでございます。

私は、2009年に当院の手術部に外の病院から戻ってきまして、2019年からちょうど部長を拝命しております、この新型コロナ、それから、その後の脳死臓器移植が急増する中で部長を務めてきたというわけでございます。

次のスライドをお願いします。

これは、毎月毎月外科系の教授会で報告をしているデータの一部になりますけれども、昨年1月から12月で、それぞれの診療科、一外とか、二外とか、三外とか書いてあるのは、今の臓器別再編成の前の名前になりますけれども、このように呼ばさせていただきますが、それぞれの診療科、定時手術列1列当たりで、基本的に在部時間は8時間を仮定しているのですけれども、この8時間を超えているか、超えていないか、超えたところを見て定時手術列の再配分を毎年検討しているわけでございます。

昨年は、御覧になってお分かりのように、8時間を超える診療科が、二外というのは、肝臓の移植を行う診療科です。それから、胸外と書いてあるのが心移植、肺移植を行う診療科ということで、どの診療科も大体8時間程度、やや8時間を超えているというところがございまして、精神科も実は手術室を使っています。電気痙攣療法というのをやっていて、これは、一瞬で手術が終わりますので、このように在部時間は短いということになりますが、手術枠を持っていると。

次をお願いします。

この折れ線グラフ、これが当院の中央手術部、Day Surgeryという部屋もありますけれども、これは、主に日帰りの眼科の手術を行っておりますけれども、定時手術列が20、それから緊急手術列が1、眼科のDay Surgery列が2ありますので、総計で定時手術としては22行っています。

これがどのくらい稼働しているかというのを、データをお示ししたものでございます。朝8時ぐらいから入部が始まりまして、ずっと大体目いっぱい手術室を使っている状況になりまして、そして、夕方5時、17時の段階でも、約10から11列の定時手術が残っている、また、緊急手術も行っているということになります。

こういった夕方5時以降の手術は、いわゆる遅番と言われる看護師、それから夜勤と言われる看護師が対応することということでございます。8時ぐらいになると、大体平均でいうと2列ぐらいの手術件数になります。

御覧になっていただいたように、脳死の臓器移植以外の高難度の手術医療も多数実施しております。

また、病院の在り方として、地域医療にも貢献をしようということで、関連のいろいろな病院から患者さんも引き受けているということでございます。そして、教育病院でございまして、若手・中堅医師の育成にも努めている。

さらに、今、緊急の母体搬送がございまして、これについて、もう入院されてくるとすぐに、緊急で帝王切開をしなければいけないというケースがございまして、これに対しては、手術部として基本的に断らないという体制を数年前からつくっているわけでございます。

次、こういった状況下、毎年毎年それぞれの診療科が、かなり高難度の手術を数多くやっていたという状況の中で、脳死の臓器移植の受入れは、手術部にとって、やはりマネジメントという点で非常に大変なことでございます。

次をお願いします。

なぜかという、1つは、いつも押し込まれるか分からない。もちろん、金曜日の移植ですと水曜日に電話がかかってきたり、木曜日に電話がかかってきたりしますが、1週間前から分かっているわけではございません。

さらに、何時に入室になるか、これも分かりません。未明ですね、午前3時、4時と言われることもありますし、午後の2時とか、3時と言われることもあります。

それから、当院の場合は、肺移植も心移植も肝移植も行っておりますので、何臓器申込みがあるか分からないのです。さらに、順調に進めば、このくらいで終わるだろうというときも、やはり非常に高難度の手術なので、予定の時間を大幅に超えることもございますし、先ほど帰っていった患者さんが、また、高出血で再手術ということが、翌日とか、当日中にあるということも、たまにあるわけなのです。

さらに、特に、肝不全の手術、肝移植の場合は、肝不全をそもそもレシピエントが呈し

ていますので、凝固系がもう完全にダウンしているのですね、大量の輸血、何万ccという輸血も行う可能性があるとは。

これらの手術に、当院の看護師は、今、100名を超えて配置されていますけれども、新人が毎年十数名、20名ぐらい入ってきます。対応できるスキルを持った手術部の看護師は限られますし、対応できるスキルを持った麻酔科医は限られる。さらに臨床工学技士も限られるということなので、ある一定の人たちにかかなり負担がかかるということです。

この脳死の臓器移植の件数が、まさに私が部長を務めるようになってから急激に増えておりまして、その前から緊急手術がなかなか受けられないではないかと、いろいろほかの診療科から御批判を受けることもあったのですけれども、2019年から急激に増えて、特にこの2、3年というところは、非常に増えているところでございます。

ですので、定時手術数も毎年増加する中で、脳死の臓器移植の受入れが急激に増えているということです。

通常診療も脳死の臓器移植も、当院としては、もちろん手術を担当される診療科の先生が一番大変であるのですけれども、それを実施するための手術部関連のスタッフ、こういった方々も非常によく頑張ってやっていただいています。

こういう中で、一昨年の子日の一面記事でも、東大・京大・東北大で移植の見送りが60件超もあって、ちゃんとした仕組みができていないのではないかとということで御批判を受けているわけでございます。

当院の手術部としても、組織、施設の理由で受入れを辞退するというのをできるだけ避けたいと考えておりますので、この脳死臓器移植を安定して受け入れるために何をすればいいのか、これを手術部、そして、各診療科、麻酔科、臨床工学部、そのほかいろいろなスタッフ、看護部で何回も何回も繰り返しミーティングをしてきました。そして、いろいろなルールをつくってきたわけなのです。

1年1回とか数回しかなければ、みんなここを頑張ろうと言って乗り切れれば終わりなのですけれども、毎週のように週末には移植が2件、3件と入ると、それから平日も入ってくるという中で、安定して継続的に多くの脳死臓器移植を受けるため、同時に移植と関係がない手術患者さん、この方々も命をかけて当院で手術を受けに来ていらっしゃる方が大勢いらっしゃるわけなのですけれども、スタッフの犠牲のもとに、こういった体制をずっと継続していると、これは、もう崩壊してしまいますので、どうすればいいかということを考えてきました。

例えば、夜中だとか、土日に脳死の臓器移植が何時に入りますと分かっている、ほかの救急患者さんを受けて、そして、例えば、これが脳外科の手術だとか、あるいは大動脈の手術だとかということになると、10時間とか長時間の手術が入って、脳死臓器移植の開始時刻を遅らせなければいけない事態も生じてしまうのです。ですので、これは決して許されないと、虚血時間が何時間以内にやらなければいけないところがありますから、この手術開始時間はどうしても死守しなければいけないということになります。

ですので、当院では、何時に脳死臓器移植が入ります、入室しますという場合には、心移植の場合は入室の10時間前から、肺や肝臓の肺は12時間前から、手術部は基本的に外からの緊急の手術患者さんは受けられない状況ですよということを、各診療科、救急外来のほうに通達するわけなのです。

ただ、そうしますと、先ほどのように緊急の帝王切開であるとか、あるいは院内発生の手術が全くできないということになりますので、こういった体制を柔軟にしていくということで、今は、脳死臓器移植が開始する前までに終わるような手術であれば、クローズの間でも受け入れますとしているわけなのです。

次をお願いします。

次に、特に土日に複数の脳死臓器移植が入る場合には、多くの人的な資源の招集が必要になります。

もし、いわゆる日勤帯、朝8時にレシピエントが入室しますと、そして、夕方に退出しますということであれば、その時間帯の勤めている看護師が対応すればいいわけなのです。大体3人から4人看護師は配置しております。それから、麻酔科の先生も1人いらっしゃいますけれども、これが、もしもこの手術開始が未明であったりとか、夜勤帯からということになると、幾つもの勤務帯をカバーしなければいけないことになります。看護師の労務の状況というのは、何時間でも超勤してくださいということではできません。ですので、余分に働いていただいた時間は休んでいただかなければいけないのです。それで、人が足りなくなると、オンコールの看護師を呼ぶと、しかもそれが幾つもの勤務帯に及ぶということになると、何人も看護師を、この看護師は、もともと平日に定時の手術を担当するように割り当てられていますので、そうすると、その手術ができないということになってしまうのです。

ですので、これまで土日祝日に複数の脳死臓器移植施行の場合には、翌週以降の定時手術列を、その移植の手術を入れた診療科の定時手術から下ろしてもらっているという状況になっています。

ただ、これも看護師としては1勤務帯なので、実はかなり負担がかかります。ですので、下ろされた患者さんについては、例えば、がんで手術を受ける予定だった、その手術のために全ての調整をされてきて、御家族の調整もされてきたという手術が、いきなり何日か後になるとか、そういったことというのは非常に、そういった患者さんにとっては不都合になります。

さらには、これまでは土曜日に臓器をやったら、日曜日はもう受けられませんということだったのですが、昨年から、それも可能にするということで、1臓器だけでも入っても、翌週以降の定時手術1列を下ろしてもらって、土曜日に2列やっても、日曜日にまた臓器移植を受け入れるという体制をつくっているわけでございます。

それで、平日に脳死臓器移植が入って、これを先ほど申し上げた緊急手術列で、1列分で施行するとなると、ほかの救急患者の受入れに支障が出ますし、院内発生 of 緊急手術に

対応ができませんので、以前は、これは緊急手術列を使っていたのですが、これだと、もう回らないということで、当該の診療科の定時手術列と差替えを平日もさせていたでいるのです。

そうすると、少なくとも日勤帯は、定時手術を担当する予定だった看護師や、麻酔科医を配置できるということになって、脳死臓器移植以外の緊急手術にも対応ができる。

ところが、以前は2019年までは、御覧になって黄色いところが、実は、この脳死臓器移植に関わっている肝移植、肺移植、心移植の診療科なのですが、月、水、金に定時手術列がまとまっていて、ずっとこの状況が続いていたのです。これを何とかしなければいけないということで、外科系の教授会であるとか、いろいろなところで調整をして、お願いをして、これは2024年4月の手術枠、さらには、次をお願いします。

毎曜日に、これらの診療科の定時手術が2列以上あるようにして、平日の脳死の臓器移植でも差し替えで対応ができるようにということをやってきました。

こういった手術列の変更は、簡単に手術部が、こうだと言えはできるわけではなくて、外来とか、いろいろな勤務がびしっと決まっているそれぞれの診療科の中で、調整が非常に大変です。また、移植と関係ない診療科の手術枠も移していただくので、ほかの診療科の協力もいただきました。

こういった中なのですが、肺も、心臓も、肝臓も全部受け入れているということで、同時の臓器移植が頻発します。

これまでは、移植を受け入れると赤字になる、特に肺移植とかが赤字になりがちなのです。さらにはスタッフの負担が非常につらいです。ICUも2対1では到底対応ができなくて、移植患者さん1人に対応するために、何人も看護師が対応しなければいけない。

そうすると、マンパワーが足りないために、ICUのベッドが空いているのだけれども一般の患者さんを受け入れられないということも起こり得るのです。これまで非常に病院経営も苦しくなっておりましたが、これが、やはり東大病院の責務であろうということで一生懸命受けてきました。

通常手術への影響も、やはり人手が足りなくなったりとか、それから、超緊急の帝王切開、申込みがあつて10分以内、15分以内にやらなければいけないという手術もいっぱいあります。ですので、非常に厳しい状況になると思うのです。

ちなみに、これは、2024年の土日の脳死臓器移植の受入れと、その他の緊急手術を何件やったかということなのですが、移植を受けていなければ、非常に多くの緊急手術を受けられるのかというと、実はそうでもないですね。土日に脳死臓器移植が入らなくても、土曜日、日曜日1日あたりは、1.6件ぐらいしか受けていません。5件も6件もやっているわけではありません。ただ、その1件が非常に長い手術も多いということですね。

同時に、脳死の臓器移植を土曜日、日曜日に受けているときも、実は移植以外の緊急手術を0.6件ぐらい受けているということになります。ですので、こういう緊急事態だけでも何とか頑張ってやりくりをして受けているということがお分かりになるかと思います。



さらに、今、東大病院でも地域連携で、いろいろな患者さんを東大病院で引き受けますからということで、緊急の患者さんを受け入れたりするのですけれども、移植が入っているから手術ができませんと言って、結局ほかの病院に回すということもあって、こういった、せっかく地域連携の体制をつくっているのに、ここに支障が生じるということもまれに起こっております。

また、院内の緊急手術がどうしても受けられなくて、他院にお願いをするということも年間で、1ないし2回ぐらいは起こっていると思います。

このように、かかりつけ患者や入院患者での緊急手術とかができないということが、実際に生じております。

ですので、受け入れられる体制をつくっておくべきだということなのですが、人手も基本的には以前と同じで、インフラも以前と同じ、むしろ老朽化しています。それから、医療材料も医薬品も人件費もどんどん値上げしている中で、赤字経営の中で、どうやってつくるのだということで非常に頭を悩ませてきたわけなのです。

差し替え枠を提供してもらうことで、結構安定して受けられるようになりましたが、それは脳死臓器移植を行っている診療科の移植以外の手術を受ける患者さんにとっては、これも非常に御負担になりますので、こういった移植ではない患者さん、移植関連の診療科の移植を受ける患者さん以外の人も守らなければいけないと考えております。

さらには、頑張る外科医を大事にしなければいけないのだけれども、また、この先生入っていますね、昨日も入っていたねというのが頻発していますね。

それから、臨床工学技士の方々もそうです。看護師もそうです。当院ではオンコール手当は、実際に呼ばれるとつかないという状況なのです。ですので対応できるスタッフを育成していかなければいけません。

今回、診療報酬の改定で加算をかなりいっぱいつけていただいたということで、こういった人間的な問題とか、周りのインフラの整備に充てられるのではないかと期待をしているわけでございます。

それから、この推進支援事業ということも補正予算がついたということなので、これまで、恐らく昨年ぐらいまでは、当院で日本全国の脳死の肝移植、心移植、肺移植の4分の1近くを受けていて、最近はかなりドナーがいっぱい発生していらっちゃって、しかも多くの病院で受け入れられるようになってきましたけれども、こういった体制をいろいろつくっていくのに、結構みんなで頭を悩ませて、どうすればいいのだろうということで、本当に最初はゼロから始まっていました。

ですので、こういった我々の工夫というのを、いろいろな脳死臓器移植の受入れを開始した多くの施設でも参考にさせていただいて、よりよいシステムをもちろんつくっていただければいいのですけれども、どうやって移植医療と通常医療を両立させながらやっていくのかということの参考になればと思っています。

これらのことを期待しています。

以上です。どうもありがとうございました。

○絹川委員長 深柄先生、ありがとうございました。

東大病院における手術枠のやりくり等、様々な取組についてお話しいただきました。

これに関しまして、御質問、御意見はございますでしょうか。

このグラフを見ますと、やはり心臓移植も増えているのですけれども、肺移植が非常に増えているというのが明らかになっているようでありまして、先月は、その肺移植担当の佐藤教授にお越しいただいて、佐藤教授も、いろいろとこの枠についての工夫をしてきたのだというお話は伺ったところでございますが、もちろんそれは全体の診療科があつてのことでございまして、そのあたりのところを深柄先生は取りまとめていらっしゃるということでございますが、皆さん、よろしいですかね。

笠原先生、よろしくお願いします。

○笠原委員 深柄先生、大変貴重な資料の御説明をありがとうございます。

私も小児の臓器移植を実際にやっている者でございますけれども、先生の御資料を拝見いたしまして、手術列の調整自体が、少し臓器提供が増えるに従って、限界にだんだん近づいているのかなと感じました。

そもそも中央手術室の枠の中で臓器移植を回すということ自体の構造的な問題があるのではないかなと。

海外では、移植は専用のセンター、あるいは専用の手術室で、専用のICUもございまして一般手術を臓器移植が圧迫することは少ないと思います。今後、厚生労働省も拠点病院という事業を考えていらっしゃるようで、ぜひトランスプラントのORあるいはICU等の整備というのを、検討していくべきかなと、今後ますます臓器提供は増えていくと思いますので、そういう方向性も考えていただければなと思いました。

どうも深柄先生、ありがとうございます。

○絹川委員長 御意見ありがとうございました。

事務局のほうで、何か拠点については、この後、御説明いただけますね。それは、この次の資料のときに御説明いただくということになろうかと思います。

ほかには、いかがでしょうか。

特にございませんでしょうか。それでは、ありがとうございました。深柄先生、どうもありがとうございました。

それでは、この次は事務局より、資料3に基づきまして、先般、移植実施施設に対する調査結果というのを、アンケートをいただいた部分について、それを踏まえた今後の在り方を御提示いただきたいと思います。

それでは、よろしくお願いします。

○田中補佐 よろしく申し上げます。資料3の説明をさせていただきます。

こちらのスライドでは、脳死下の臓器摘出に至るプロセスと課題ということで示しております。

去年１年間を通じまして、あっせん機関の課題に対する対応策について、先生方に御議論いただきまして、いただいた御意見を踏まえ、ドナー関連業務実施法人の公募並びに認定ドナーコーディネーターの法的整理など、そういった施策につなげてまいりました。

こちらのスライドにおいて、移植実施施設の課題として記載しておりますが、今回の臓器移植委員会では、移植実施施設の体制により、移植が成立せず、中止となった事例が存在していること。また、前述のあっせん機関への対応策等により、移植までつながる事例の増加が予想されることなどを受けまして、移植実施施設に対する対応策を御議論いただきたいと考えております。

前回の臓器移植委員会におきましては、移植実施施設の外科医の先生を中心にヒアリングを行いまして、以下のような御意見をいただいております。

長崎大学の江口参考人からは、多数の移植を実施している諸外国においては、移植医療に関する業務のタスクシフトが行われており、地域による摘出手術の支援など、サステナビリティの確保が行われていること。

また、今後、移植件数の増加が見込まれる本邦においても、同様の取組を推進していく必要があるという御意見をいただいております。

また、東京大学の佐藤参考人からは、東京大学において実施しております取組を御紹介いただき、手術枠の分散化やルールづくり等を行っていただいていることを、御報告いただきました。

また、単施設での取組には限界があり、脳死下臓器移植に緊急対応できる人材の確保には、ハイボリュームセンターを拠点化し、財政的支援を行う必要があるという御意見をいただいております。

また、京都大学の伊藤参考人からも京都大学の取組を御紹介いただき、麻酔科と外科の併診体制についての御紹介がございましたが、やはり単施設での取組には限界があるということで、一定の集約化もしくは支援が必要であるという御意見をいただいているところでございます。

以上をまとめますと、多数・多臓器の移植手術を実施する施設への集約化と、支援が必要ではないかという御意見をいただいたものと考えております。

そこで、多数・多臓器の移植を実施する施設に対する施策を検討するため、令和７年１２月から令和８年１月にかけて、全移植実施施設に対する調査を厚生労働科学研究として実施しました。

調査対象施設数及び回答施設数は以下のとおりでございまして、回収率は比較的高いものとなっております。

以後、本調査結果の一部をお示ししたいと思います。

まず、多臓器の移植実施施設における傾向となります。

心臓、肺、肝臓、膵臓、腎臓のうち、３臓器以上の移植を実施している施設における過去５年間の死体移植の合計数をスライドに示しております。

3臓器以上の移植を実施している施設内においても、死体移植の実施件数には大きな開きがあるということが分かります。

緑の枠で囲っています施設に関しましては、過去5年間の死体移植総数が100件以上となっておりまして、本調査では、特に多数もしくは多臓器の移植を実施している施設に関する現状について分析を行っています。

こちらのスライドでは、多臓器かつ多数の移植を実施している、前のスライドにおいて緑色の枠で囲った施設について、ほかの3臓器以上実施している施設との間で、移植に関連する職種の配置状況や手術室の状況を比較したものでございます。

一部、当然の結果もございしますが、多臓器かつ多数の移植を実施する施設においては、施設当たりの移植認定医数が多く、1臓器当たりの移植認定医数の平均値も高くなっております。

また、手術室数や麻酔科の当直、オンコールにおける配置人数、手術室看護師のオンコール人数も多くなっております。

また、レシピエントコーディネーターの総数も多くなっております。なお、本資料におけるレシピエントコーディネーターは、レシピエント移植コーディネーター認定合同委員会等が行う研修を修了し、認定された認定レシピエント移植コーディネーターのことを指します。

多くは、看護師の資格を持ちまして、臓器移植の全過程において、移植医療チーム内外を円滑に調整し、医療チームと患者家族の間に立って両者の支援を行っております。

また、移植施設が約120存在する中、4臓器以上の移植を実施する施設は9施設に限られております。

本スライドでは、4臓器以上の移植を実施する9施設と、それ以外の施設の比較を行っております。

先ほどと同様の結果ではありますが、多臓器の移植実施施設では、麻酔科の当直やオンコールなどの配置人数が多く、手術室看護師においては、移植が多く実施されているため業務量が多いことが予想される一方、手術室看護師の配置人数が同等であることが分かりました。

また、画面下側のレシピエントコーディネーターについては、多臓器の移植実施施設において、専任で配置していただいている診療科が多く、施設当たりのコーディネーターの総数も多いという結果になっておりますが、1臓器当たりになると少なく、1人の方が複数臓器のレシピエントコーディネーターを兼ねているといった現状が明らかとなっております。

また、臓器の移植に対応する医療機関は、移植の実施も多く、多忙であると考えられる一方、こうした施設では、24時間対応をしていただいている診療科が大半を占めております。

また、レシピエントコーディネーターが各業務を遂行している割合についても調査を実

施しています。

画面左側、赤枠で囲っている部分になりますけれども、青色のバーで示しました多臓器の移植実施施設については、特に死体移植に関連します、JOCとの連絡調整や、摘出手術のロジスティックスに関する調整、また、移植後の書類報告などを担う診療科の割合が高くなりました。

また、画面右側になりますが、外来以外で患者からの相談に対応する窓口となる方のうち最も多いのは、レシピエントコーディネーターであるという結果となっております。

次に、手術室調整の現状について結果をお示しいたします。

こちらのグラフは、心臓、肺、肝臓、脾臓、腎臓のうち、4臓器以上の移植を実施する9施設における手術室の調全体制を示しております。

画面左側から順に御説明いたします。

平日かつ自科の枠がある曜日については、74%の施設において、自科の予定手術を翌日以降に延期して、死体移植を行っているということが分かりました。

また、平日かつ自科の枠がない曜日につきましては、57%の施設で他科の手術枠で自科の移植手術を実施していることが分かりました。

また、休日に死体移植を実施した場合であっても、80%の施設が平日も予定どおり手術を行っているということが分かりました。

また、一番右側になりますけれども、実際の運用は、緊急に対応すべき事項の状況等によるものと考えますけれども、施設として一定程度、臓器移植手術を優先していただける仕組みを設けているという施設が、多臓器の移植実施施設の50%弱に上ることが分かっております。

こちらでは、診療科間における業務分担に関する結果をお示ししたいと思います。

こちらのスライドでは、心臓、肺、肝臓、脾臓、腎臓、小腸のそれぞれの移植において、各業務を主として実施する診療はどこかという質問を行っております。

術後集中治療につきましては、全ての臓器で、青色で示す外科に加えまして、黄色で示す集中治療科の参画割合が一定以上あるという結果になっております。

術後集中治療以外のその他の業務に関しましては、特に赤枠で示しておりますとおり、心臓でのみ、だいたい色で示します内科の参画が高いという結果となっております。

特に紹介時対応、待機外来、退院後外来については、心臓以外の移植では、主として外科が担っている現状が明らかとなっております。

心臓移植においては、これらの業務は主に内科が担っておりますけれども、これらの業務については、診療内容自体が内科的であるということも踏まえて、移植医療全体の質を上げるために、心臓以外の移植における内科、外科の連携の在り方について検討が必要ではないかと考えられました。

続けて、地域の連携体制状況について、結果をお示しいたします。

地域の医療機関からの紹介が多い理由について、各施設に質問を行ったところ、地域の

内科医が移植医療、例えば移植の適応などについて十分に理解しているということが、地域の医療機関からの紹介が多い理由となっていることが明らかとなっております。

本スライドでの地域の医療機関というのは、地域の中核病院等も含めて、移植医療機関以外の医療機関というのを指しておりますけれども、移植手術を行う医療機関以外の医療機関の内科医が移植医療を十分に理解することによって、紹介を受ける移植施設においても、内科医が対応する可能性が向上し、移植を必要とする患者を適切に移植につなげることが可能となるのではないかと考えられます。

そして、退院後も地域の医療機関において適切にフォローアップを行う体制が構築できるのではないかと考えられます。

論点のスライドになります。

移植実施施設に対するヒアリング結果から、多数・多臓器の移植手術を実施する施設への集約化と、適正な支援が必要であるということが示唆されました。

そして、令和7年度厚生労働科学研究において、多数・多臓器の移植手術を実施する施設に対する施策を検討するための調査を実施し、以下に示すような結果を得ました。

こういった結果を踏まえ、今後の臓器提供の増加に対応し、質の高い移植医療を提供するため、多数・多臓器の移植医療を包括的に実施する施設を、移植実施拠点病院(仮称)として指定し、移植医療提供体制の強化に寄与する医療機関の支援を行うこととしてはどうかということで、今回御提案させていただいております。

また、それに当たって、上記の結果を踏まえ、以下の項目についてどのような要件が適切と考えられるか、委員の皆様にご議論いただければと思っております。

また、次回以降は、移植実施拠点病院(仮称)が満たすべき要件として、今回分析した事項以外に検討すべき事項にはどのようなものがあるか、御議論いただければと思っております。

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した。

これは、この前ヒアリングをさせていただいたものと、それから、別のアンケート調査との結果を受けて事務局で今後の移植実施施設の在り方についての論点をまとめていただいたものでございます。

委員の先生方から御質問、御意見等いかがでしょうか。

確認なのですが、スライド9枚目の土日に移植を緊急で行った場合に、休日にそのように実施した場合でも、平日の枠を返上することがないというのが8割なのですが、先ほどの深柄先生の御説明だと、先生方は、そこは返上されているということでしょうか。

○深柄参考人 はい、当院では返上していただくようにしています。そうしないと、もう人が回らないのですね。

○絹川委員長 そのところは、東大病院とその他の病院では、かなり大きな違いがあるの

かなと、このデータ見て拝見いたしました。

外園委員、どうぞ。

○外園委員 委員の外園でございます。御説明ありがとうございました。

現場の声をすくっていただくアンケートを非常に興味深く拝見しました。

やはり、献身的なドクター、ナース、現場のおかげで、今の移植医療は何とか回っていると思うのですが、私からの質問というか提案は、例えば、東大病院で教育を受けた医師が地元に戻って、そして、また拠点を増やしていくといえますか、臓器のドナーが増えていくことを目指しているわけなのですが、臓器移植が増えていく、そのロードマップが必要ではないかと思っています。例えば、5年後には拠点を増やして、教育を受けた人は戻ってそこでやると。臓器移植を学ぶのに、私が聞いた話では、海外だったら臓器移植の手術が学べると、でも、帰ってやれるところがないと思っている人もいますし、東大、京大、東北大、九州大、阪大で学んだ人たちが活躍できる場をどう広げていくかということをつくっておかないと、学んでもできる場がない。

あとは、やはり現場の献身的な努力だけでは、もう時代としては回らなくて、教育を受けたレシピエントコーディネーターなり、経験者がどのぐらい続けられているのかということの調査も要と思います。継続できないのであれば、それは非常に人材を逸失しますので、長く続けていただけるドクターも、コメディカルもというような仕組みづくりが要るかと思っております、意見なり、いろいろな皆さんのコメントをいただけたらありがたいと思います。

以上でございます。

○絹川委員長 ありがとうございます。

特に御意見はよろしいですね。

その点に関しまして、私も移植の実施施設認定というところが、結構そこはハードルになっているかなと思ひまして、やはり心臓移植などに関しては、なかなか分かっている人が1、2名いるだけではできないという現状はあるかと思うのです。

ですので、その辺り、施設を広げていく、そういうノウハウを広げていくというところに、何か工夫が要るのかなと感じているところでございます。ありがとうございました。

佐原委員、どうぞ。

○佐原委員 日本医師会の佐原でございます。

レシピエントコーディネーターについて何点か教えてください。レシピエントコーディネーターは、8ページの資料にありますように、JOTの調整であるとか、報告とか構築機関の整理とか、様々な業務をされているということを伺いました。

今、この移植実施施設において、レシピエントコーディネーターが充実すれば、かなりの問題というのは解決されるものなのではないでしょうか、これが、まず1点目です。そこから、少し伺いできればと思います。

○絹川委員長 これは、事務局でお分かりになりますか、それとも、例えば、杉江委員に

お聞きしてもよろしいですか。

○杉江委員 ありがとうございます。杉江でございます。

私は、あくまでも提供側のコーディネーターなので、何とも言えないですが、ただ、兵庫県でも腎移植施設のレシピエントコーディネーターさんとお話する機会等々はよくあります。

何とも言えないのですけれども、恐らく専従でレシピエントコーディネーターの役割を担うことができるというところで、何人か入れれば、移植の外来もするとか、いろいろあれば、ある程度、今のいろいろなところに負担になっているところというのは解決されるかもしれませんが、このレシピエントコーディネーターは多くは看護師なのですね。そうすると、看護師配置のところで、費用対効果のところで、人員としてそこまで看護部が出せないという課題も多くあるとは聞いています。というのが1つ。

あとは、レシピエントコーディネーターの役割は、私が今、明確に答えられないように、これをして、このようなところで、こうすると、移植側の負担がどれだけ軽減されるというのがもう少し明確化されると、では、これだけ人を増やせると言えるのではないかなと思います。

すみません、お答えになっていなくて、以上になります。

○絹川委員長 藤野委員もお入りのようでございますので、一言、もし御意見あれば。

○藤野委員 ありがとうございます。

私は、ドナーのほうを主に担当するのですけれども、やはり人数配置の件は、非常に以前から現場では抱えておりますので、今の議論をととても有意義に拝聴している次第でございます。

以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。

やはり看護部と、資格を持った方を配置するというところの現場の問題というのはとても大きくて、常々それは、この移植医療に限らず感じておるところでございます。

佐原委員、まだ続けて何かございますか。

○佐原委員 そうしますと、このレシピエントコーディネーターの役割などというのは、例えば、厚労科研等で研究をされたことがあるのかどうかということと、あと、現状のレシピエントコーディネーターの問題は、これは、人数の問題なのか、質の問題なのか、業務の問題とか、人件費の問題なのか。先ほど配置の問題というのがありましたけれども、それは、もしかしたら診療報酬上の加算とかで何とかできる問題なのかもしれませんけれども、どこが大きな問題なのかということをお教えいただければと思います。

○絹川委員長 厚労科研問題は、私は存じ上げないのですが。

○島田室長 御指摘、御意見ありがとうございます。

前回の臓器移植委員会で御発表いただきました江口先生のほうで、そういった外科医の負担軽減といった研究をしていただいたと思いますけれども、手元で、今すぐにレシピエ



ントコーディネーターさんについての言及について確認ができておりませんが、レシピエントコーディネーターさんについては、移植後の外来のフォローアップもしくは待機中の患者さんのフォローですとかを加えて、本日の調査結果の御説明にもありましたような臓器移植ネットワークとの連携など、様々な役割が期待されている中で、定型化されていないというのは、今、委員の先生方からも御紹介があったところでございます。

こういった方々に、もっと定型化する形で役割を担っていただいて御活躍をいただくような、そういうことで少しでも移植実施施設における業務が円滑にならないかと、そういった期待感での調査という形でまとめております。

先生方には、ぜひ、こういったことも含めて、今後、移植実施施設における支援の1つとしてレシピエントコーディネーターの活用ということも視野に御議論いただければ大変ありが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。

質の担保という御質問もいただいたと思うのですが、やはり教育のシステム化というのが、まちまちのように私には思えるところもありまして、そういう全国的な体制づくりというのが、もし可能ならば、それは大変よいことではないかと思えます。

佐原委員、ほかはよろしいでしょうか。

○佐原委員 そうしますと、現状では、厚労科研であるとか、あるいはアンケート調査とかの実態調査等では、明確にまだ把握はされていないということですかね。

○島田室長 今すぐには確認できませんけれども、現在、今年度走っている厚労科研においては、調査というのは把握してございません。

御指摘も踏まえまして、今後、既存の研究班に対する調査検討ということも含めて、考えてまいりたいと思います。

○佐原委員 分かりました。ドナーコーディネーターの何か研究があったように思ったのですが、今後また検討し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 それでは、磯部委員、お願いいたします。

○磯部委員 榊原記念病院の磯部でございます。

厚労省などのアンケート、大変参考になりました。なかに地域の医療機関の内科医の理解があることが移植のドナーの増加につながるという御意見がありました。

東大病院が熱心に、御苦勞の中で移植医療を進められているという状況も伺いました。わたしは地域の医療機関の1人として、現場の状況を少し申し上げたいと思います。私どもの病院は、成人、小児に通じて年間1,600件とたくさんの心臓手術をしています。また心不全の入院患者数も年間600以上で、また心筋症センターを設けていまして、中には若くて重症の方が多く、わが国でも有数の心不全治療件数があると思います。ところがこの数年、心臓移植の適用申請をしたことがございません。

理由は、私自身は9年前に現在の病院に赴任してきたときに、心臓移植に関して行政側の委員もしていましたし、学会活動や講演会活動などでも普及活動をしてきたこともあつ

て、この病院から移植の症例をどんどん出していこうと、小児については、移植もできるのではないかと、そういう意気込みを持っておりました。けれども、実際、適応検討委員会を設けて移植の申請をして、移植の施設とつながりを持ったりすると、一般の病院にはハードルが高く、例えば精神科がないから、この病院では申請できませんとか、ネガティブなことを繰り返し言われまして、適応委員会も有名無実になってしまいましたし、移植の患者さんを紹介することも無いわけでありませんが、循環器医が内科、外科、小児科合わせて100人おりますけれども、積極的に移植のことに関心を持って進めようとする機運が、正直言ってもうしぼんでいます。

いろいろ理由はあると思うのです。移植の施設の先生は、先ほどの東大病院の先生もお話でも、大変なことをやっていらっしゃることに敬意を表しますけれども、移植の業界のことを見ていますと、どうも皆さん、移植に関係している方たち、医師だけではなくて施設も含めて、大変な仕事をボランティア的にやっていらっしゃる、プライドも高いのだと思いますし、実際に忙しいのだと思うのですけれども、少し内向きになっているところがあるのではないかと感じます。もう少し平場の医療現場に移植の医療を広めるような情報提供なり、いろいろな支えとかをしていただけないかと思います。最近は移植に関する講演会も減りましたね。

移植施設は、大変なのは分かるのですけれども、内向きの論理が多いのではないかと感じてしまいます。移植医の先生方、直接関わっていらっしゃる先生方や移植施設が、移植医療を広めるようなことをやっていただかないと、私どものような循環器の専門病院でも、なかなか移植医療の知識、意識が高まりません。ぜひ御努力いただきたいなど、大変僭越ですけれども申し上げました。

以上です。

○絹川委員長 磯部先生、ありがとうございます。

私が怒られているような気になっておりますけれども、私は移植施設ではございませんが、現在、循環器学会の磯部先生の後継者として働かせていただいております。小野先生とも長い間つき合いがございまして、やはりそういう平場に出るということ、今後より一層を意識させていただきたいと思います。ありがとうございます。

それでは、見目委員、いかがでしょうか。

○見目委員 資料の10ページ目でしょうか、「臓器移植に係る業務分担について」というところを、私から少しだけ意見をさせていただきたいと思うのですけれども、私の場合は心臓移植をしています、まさに、今、調べていただいている資料のとおり、内科で診てもらっております。移植した臓器そのものは心臓なのですけれども、術後は心臓だけ診るのではなく、毎日薬を飲む関係などもありますので、ほかの臓器、例えば腎臓などといったところもトータルで診ていただいています。

手術の際には、もちろん外科の先生の手術に対する技術力みたいなところが多く求められるのかなと思うのですけれども、体全体を見ていただくという意味では、内科の先生に

診ていただくというほうが、臓器にもよるのかもしれないので、私の意見になってしまうのですけれども、私としては自然なのかなと感じています。

あと、私自身はアメリカで手術を、もう30年ぐらい前ですけれども受けておりますが、その際もチームの中に外科の先生はいらっしゃいましたし、実際の手術の執刀は外科の先生にしてもらっていますけれども、毎回の通院などで診てくださるメインの先生というのは内科の先生でしたので、そういった体制のほうがより自然なのかなと、一患者としては思うところです。

以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。

私は循環器の内科の人間で、長らく移植の前後を診てまいりまして、現在でも診ておりますが、多臓器でどこにそこが達成しづらい問題があるのかというのは、今後、多臓器の先生方とまたよく話していくよい機会になればいいかなと思っております。ありがとうございました。

恐らく秋山委員が先ではなかったかと。

○秋山委員 すみません、あきやま子どもクリニックの秋山です。

私は地域で診療を行う開業医ですけれども、これまで海外で心臓移植後のお子さんを1例、診療をした経験があります。

その経験をきっかけに移植医療に対する関心が高まりました。したがって、移植医療は高度専門医療ですけれども、移植後の患者さんは長期にわたり地域で生活されますので、移植施設と地域医療機関との連携体制を整備することが非常に重要だと考えています。

それから、少し話は変わりますが、先ほど東大での多臓器移植の課題の説明がありました。日本には、多臓器移植を実施できる施設が、先ほどの資料で5施設に限られているということを見ました。まずは、こうした多臓器移植を担う基幹病院の機能をさらに充実させることが必要ではないかと感じました。

その上で、第2段階として、これらの基幹病院の周囲に臓器ごとに専門性を持つ移植施設を拠点化して、ネットワークを整備していくことができないのかなと感じたので、意見としてお伝えいたします。

○絹川委員長 ありがとうございます。

事務局的にも、特にその点は、よろしいですね。恐らくそのような方針で進んでいくものかと思われます。

それでは、笠原委員、お願いいたします。

○笠原委員

今回の制度は、厚生労働省が所轄している脳死下臓器提供を中心に整理されているものと理解しています。

一方で、臓器によっては、生体移植、特に肝臓、腎臓等の割合は非常に多く、医療現場では生体移植も含めて移植医療全体を支えている状況があります。

5 ページを見ますと、やはり制度上の議論の中心が脳死移植であることは十分に理解しつつも、拠点病院の体制を検討する際には、実際に生体移植を含めた移植医療の負担の構造も一定程度勘案していただく必要があるのではないかなと感じました。

また、先ほど申し上げましたけれども、国立成育医療センターで肝臓、腎臓、小腸、心臓、移植を行っておりますが、小児医療は大分成人の医療と違いまして、脳死の臓器提供は少のうございます。例えば、がん医療においても、がんの拠点病院は成人と小児で分かれておりますので、拠点の整備においても、小児医療の特性をぜひ勘案していただければと思います。

最後ですけれども、先ほど佐原先生のほうからレシピエントコーディネーターについて御質問がございました。私、移植学会でレシピエントコーディネーターの担当理事をさせていただいておりますので発言させていただきますけれども、既に関連学会による合同委員会においてレシピエントコーディネーターの認定制度が実施されておまして、人材の育成には従事、取り組んでおります。

しかしながら、この制度は診療報酬や政策制度の中で十分にまだ位置づけられていないのが現状で、各施設の努力に依存しているのが現状です。

レシピエントコーディネーターは、移植医療の安全性と継続性を支える大変重要な職業だと思います。これは、令和6年10月の審議会でも意見をさせていただきました。現在、ドナーコーディネーター制度の制度が進んでおりますが、ぜひ移植医療はドナー側とレシピエント側の両方のコーディネーションの体制があって初めて成り立つ医療でございますので、患者さんへのベネフィットも大変大きくありますので、レシピエントコーディネーターのほうの評価、支援も検討する必要性があるのではないかと考えます。ぜひ検討をお願いいたします。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。

生体の問題、それから小児移植の問題、それからレシピエントコーディネーターの制度と、様々な行政とのひもづけという3点を御指摘いただきました。こちらのほうも取り入れて御検討いただければと思います。

それでは、よろしいでしょうか。この部分は、そろそろ時間となりましたので、次に移らせていただきたいと思います。

それでは、本日は、もう一人お迎えしております。黒田参考人から、医療者教育について御説明をいただければと思います。よろしくお願いいたします。

○黒田参考人 黒田でございます。資料をお願い申し上げます。

令和6年度厚生労働科学研究費補助金ということで「臓器提供に係る医療者教育に資する研究」ということで、令和6年から3年間ということで、今、遂行させていただく内容を御紹介しておきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

次をお願いいたします。

実は、この教育に関しましては、最後のほうのまとめに書いているのですけれども、医

療者ということで、多職種に対する教育と、それからドクター、それから看護師さん、ドクターも医療提供側ということと、臓器移植側というか、そういう格好で全部カバーするような立てつけに、今、なっております。

これは、まず、班としてやりましたことは、脳死下臓器提供の流れということで、実は私、前の日本集中治療医学会の理事長を拝命していましたので、集中治療という観点から、脳死下臓器提供の流れを少し整理したものでございます。

左から入院・救命救急医療があつて、重症脳障害患者さんで、全脳機能不全の疑いが生じれば、気づいた後、脳死とされる状態になるわけでございますけれども、その後で、御家族に選択肢提示をして、意思を確認した後、承諾書が取れば、法的脳死判定、1回目、2回目、それで死亡診断、摘出手術という流れでございますけれども、この言葉としまして、集中治療が、実は、この班研究に関しましては関連する学会で、同時に協力をいただきながらやっているのですけれども、集中治療という言葉に関しましては、この法的脳死判定を行う以前から集中治療が必要であるということを、この班として明らかにすることを示したところでございます。

すなわち、こういう重症脳症の患者さんに関しましては、必要な手術とか、検査とかをした後に、当然ICUに入って多職種のチームで、いろいろな先生方と、あと、メディカルスタッフがいっぱい集まって、患者さんの家族に説明しながら治療を行います。

その結果、重症脳障害が、やはりポイント・オブ・ノーリターンを超えて、不可逆的全脳機能不全になった場合にも引き続き、集中治療は継続しているだろうという概念、すなわち不可逆的全脳機能不全の集中治療というのがあつて、その上で選択肢を提示して、その上で承諾をいただいた場合は、法的脳死判定になるという流れが、非常に大きな重要なポイントではないかと思ひまして、こういう図を描いております。

すなわち、一番下の2つ、不可逆的全脳機能不全という病態がございますけれども、その集中治療に関しましては、法的脳死判定の前から集中治療を実際に行っているということ。

それで、救命救急医療から、もちろん一連の集中治療であるということで、シームレスに集中治療が続けられていると。500例の検討でも、11日間ぐらい、日本ではかかっている結果がございますので、そういうことをスライドで書かせていただきました。

その次をお願いします。

これは、もう一個、実は日本集中治療医学会は、救急医学会、循環器学会、それと今回は緩和医療学会も参加をいただきまして、終末期のガイドラインを改訂して、救急集中治療における生命維持治療の終了/差し控えに関するガイドラインということで、今、パブリックコメントを求めているところでございます。

ポイントに関しましては、緩和医療学会に入っていて、そういう意味で御議論いただいているところなのですけれども、この中で、これは、このガイドラインに載っている一番下に、本編の付録3というのを引用改変なのですが、改変したのは何かという

と、一番下に赤く「『臓器提供の選択肢』に関する情報提供」というのが、この選択肢の中の検討すべき事項として、このガイドラインに既に載っております。

その上で、検討すべき事項なのではけれども、選択肢は、当然臓器提供というのがあるだろうということは、いろいろなコンセンサスがどんどんできていっている過程かと思えますので、こういうところを示させていただきました。

すなわち、上の2つは臨床倫理的な検討、もう一つ右側は上ですね、shared decision making、それで「厚労省プロセスガイドライン」に沿ったSDMのACPの確認ということで、治療ケア後の再設定を行うのですけれども、その中に、生命維持治療を差し控え、生命維持治療を終了と同時に、今、終末期ガイドラインの中では、選択肢は検討すべき事項にはなっているのですけれども、臓器提供の情報提供がやはりあるということを、改めて学会としても認識して出しているというところでございます。

その次をお願いします。

この班では、実は今まで3年目にかかるのですけれども、先ほど言いました不可逆的全脳機能不全患者の集中治療マニュアルというのも、今年の1月13日に、これは日本集中治療医学会の雑誌に、こういう感じで出させていただきました。

これは、以前、日本救急学会と集中治療医学会で出していただいていたマニュアルを、その部分を改訂して、アップデートした内容でございますけれども、こういう先生方に頑張ってもらって、1月に出すという経歴がございます。

これは、2026年に出るのですけれども、これを先に出したのは、法的脳死判定のマニュアル、法的脳死判定をする前に、まず、不可逆的全脳機能不全患者さんに対する集中治療が、やはりシームレスに行われることが必要であろうということで、これを先に出していただいております。

次をお願いします。

その次は、実は去年の3月に先に出しました、法的脳死判定マニュアル2024でございます。

これは15年のときを経て改訂しまして、このときは関連する学会、日本集中治療医学会、日本脳死・脳蘇生学会、救急学会、脳神経外科学会、臨床放射線学会、神経学会、臨床神経生理学会、日本麻酔科学会、日本小児科学会、各学会の理事長の先生にお諮りして、委員を推薦いただきまして、それでずっと検討した結果で、こういうものを出しているという現状がございます。

その次をお願いいたします。

こういうものを踏まえまして、まず、この研究班では、多職種というか、マニュアルに沿った教育コースというのを、どんどんもっとしていく必要があるのではないかと考えております。

その次をお願いします。

これは、今年の6月26日に東京で準備しています法的脳死判定2024セミナーでございま

す。法的脳死判定を安全に確実に実践する。成人、小児、ECMO症例までを網羅するハンズオンセミナーということで、対象は多職種なのですけれども、実際は、臓器提供連携体制構築事業の施設の方々などが受講のメインになると思うのですけれども、この中でA、B、C、Dとありますけれども、Aが脳幹反射、Bが脳血流検査、脳波、無呼吸テスト、この4つを4グループに分かれて順番にみんな回っていくと。その中でいろいろな質問を受けながら、午後からのコースなのですけれども、こういうディスカッションをしながら、法的脳死判定2024の理解を深めていただこうと、また、質問をいっぱい受けることが必要ではないかと思っていますので、今、計画しているところでございます。

その次をお願いします。

これは既に先日終わったのですが、脳死下臓器提供コースの中で、当班には小児班というのがございまして、小児の脳死下臓器提供コースということで、3月15日に実施が済んでおります。

これに関しましては、赤いところの法的脳死判定・患者管理というところは、成人、小児というところがございしますが、それに加えて、その上のだいたい色の虐待対応、適応判断とか、薄緑の家族ケア、最後は院内・地域体制整備ということで、これは1日コースということで、まず、いろいろな小児の先生方の御尽力で、先日東京で行われたということを報告させていただきまして、また、今後、先ほどの法定脳死判定マニュアルのセミナーも、このコースも引き続き、次年度も計画していくことが必要かと考えてございます。

その次をお願いいたします。

それでは、1つ教育に戻しまして、医師の教育、医学科学生、研修医、専攻医、専門医、生涯教育ということで、まず書いております。

その次をお願いします。

これに関しましては、後でも出てくるのですけれども、医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂というのをもっとしてもらうことが必要だと考えてございます。

すなわち、今の令和4年度では、キーワード、集中治療、ヒット12と書いていますが、終末期、選択肢提示、臓器提供は、ヒット数1しかヒットしませんし、脳死もヒット数1ということで、不可逆的全脳機能不全はヒット数ゼロでございますし、提案としましては、救急・集中治療における生命維持治療の終了/差し控えのプロセスにおいては、検討すべき項目として臓器提供はあるだろうということを書いていただきたいと思いますし、また、先ほど言いました不可逆的全脳機能不全の病態及び集中治療、法的脳死判定ということも加えていただくことが必要だと思いますので、実は集中治療学会では、日本医学教育学会と、夏に集中治療教育に対するリエゾングループを形成するという事で合意いただいていることもございますので、引き続きこころを進めていきたいと考えてございます。

その次をお願いします。

実は今回、終末期医療、臓器提供、脳死判定、eラーニングを作成しております。こ

れも実は、いろいろな医学科の学生から研修医、あと、専攻医、専門医まで全部をカバーするものを最初は考えていたのですが、学生用には難しいという御意見も確かにあったので、もう少しカスタマイズが必要かと思っていますけれども、まず、医学科学生用には、医学科教育の中でカリキュラムの改訂と同時に、eラーニングをつくりまして、その前後で、一番下に書いていますけれども、教育効果アンケート、学習前後、それから学習後に確認テストというのをつくってございます。

これに関しましては、研究分担者、研究協力者の帰属する大学を中心に実施するということ、AGMCにも協力を御依頼して、やはりいっぱい広げたはいいけれども、回収率が悪かったら大変なので、そこら辺も踏まえながら、今、検討しているところでございます。

その次をお願いいたします。

もう一個、研修医に関しましては、臨床研修病院全部ということも考えているのですが、やはりこの内容に関しましては5類型施設の研修医の先生方とか、専攻医の先生方には特に理解していただきたいと思っていますので、そういうことで、eラーニングをしていただいて、同じようにアンケートを取って確認テストをするということを、今、考えております。

その次をお願いします。

これがアンケートの学習前後でございますけれども、このようにグループホームか何かでチェックしていただくのですけれども、価値・権利・医療者の役割認識、終末期に関する医学的基礎理解、ガイドライン・制度の理解、脳死判定プロセスの構造理解、標準化教育の必要性、自己認識・教育評価、行動意図、受講後自由記述と書いてございます。

その次をお願いします。

終了後の確認テストは12個のクエスチョンで、臓器提供に関する基本的な考え方、医療者の役割、植物状態と脳死の違い、脳死の説明、脳死判定を進める上で確認すべき前提条件、脳死判定における補助検査の位置づけ、無呼吸テスト、法的脳死判定の流れ、脳死下臓器提供、選択肢提示として適切な状況、選択肢提示前の確認事項、臓器提供の対象外ということで、基本的なところを確認テストで確認すると計画してございます。

次をお願いします。

一方、これとは別に1時間のeラーニングを不可逆的全脳機能不全の管理と法的脳死判定ということで作成してございます。

これは、専門医共通講習として、日本集中治療医学会から専門医機構等にお諮りして、一応、1月に許可をいただきましたので、今、準備を進めているところでございます。

一応3か月間なのですが、これを見ていただいて、やはり見る前後で確認テストをしていただいて、テストに通れば合格と、このときは、講習会の必須項目という専門医共通講習として1単位となつてございますので、まず3か月やった後、今後どのようにするかを検討していくことが必要と考えてございます。

その次をお願いします。



これは、日本医師会の生涯教育の1枚目でございます。日本医師会の生涯教育の中身に教育普及と入れていただきました。臓器移植ということで、これも不可逆的全脳機能不全の集中治療、法的脳死判定ということで、約1時間のeラーニングをつくりまして、修正とか、本当にアップデートしていただいた上で、これを流して、やはり確認テストというか、テストをしていただいて、生涯教育としていただく予定で、今、準備というか、いつから見られるかはあれなのですが、準備がもう完了しているということを御報告いたします。

次をお願いします。

あと、看護師さんに関しましては、これはアンケートということであります。

その次を願います。

卒前教育と卒後教育に分けているのですが、今、看護師さんの教育では、コアカリに臓器提供の看護とか、基礎教育には脳死判定とか法制度の講義はあるけれども、実際は、その下の課題として、実践的教育が不十分とか、あるいは専門教育者の不足、時間数も制限がある、カリキュラム構築が困難ということだったので、4年制大学、短期大学、専門学校、その他にウェブ調査をしてアンケートを実施するということで、今、行っております。322施設です。

その次をお願いします。

目的は、移植医療教育の実施状況とか、内容、教授方法、担当者の実態、ドナーの意思決定支援が含まれているかというのが、一番ポイントかと思います。課題と困難は何か、ニーズと必要性の認識は何かということを目的としております。

このアンケートによりまして、期待される効果は、今後、移植看護教育カリキュラム構築とか、教育方法や教育内容の改善ということを考えてございます。

その次をお願いします、

これは、細かいのであれですが、アンケートの調査項目なので、これを322施設に送って、今、回収とか、少し回収率が悪いときは、催促をしたりしている現状でございます。

その次をお願いします。

今、途中経過では、6割の教育機関から回答があつて、何らかの講義はしていると、8割以上は、教育の必要性を強く感じている、やや強く感じているということがございました。

ただ、問題というか、カリキュラムに取り入れていないというところもございまして、時間的余裕がないとか、教える教員がいないとか、あるいは、6割の教育機関での回答ですが、今後の卒前教育に必要な支援は、教員の育成とか、教材ということが挙がっております。

その次をお願いします。

卒後教育に関しましては、今後の話なのですが、やはりもう働かれています方とい

うか、課題としては、臓器提供に関わった看護師に対する研究ということで、やはり経験不足とか倫理的葛藤など複合的な困難があるとか、あるいは教育機会や体制整備が不足しているということとか、実際は臓器提供時の看護に関する教育が十分な整理がされていないということを挙げていました。

それで、ターゲットを今回、アンケートでは専門看護師とか認定看護師さん、これは、この専門とか認定の皆さんは、やはり相談指導に係る専門職ですし、現場の課題を把握できますし、また、臓器提供時の看護における課題を集約できるだろうということで、この皆さんをターゲットとするアンケートを計画してございます。

次をお願いします。

これは、今からということなのですが、目的はCNS・CNさんに、臓器提供時の看護で直面している課題や困難、倫理的葛藤を調査すると、現場で継続教育として必要な卒後教育の内容、在り方を検討するというので、デザインとしては、もちろんアンケートなのですが、半構造化フォーカスグループインタビューということで、二段階で計画を、今、してございます。これは、今からということになってございます。

その次をお願いします。

医師のほうに戻りまして、先ほど内科の先生に関することも話題になったと思うのですが、内科系の先生ということで、酒井先生、小野先生に、この班では御尽力いただいています。

まず、内科系に関しましては、中学生、高校生、内科医の教育ということで、酒井先生に今やっただいただいています。

その次をお願いします。

これは、先ほども出ましたが、医学教育モデル・コア・カリキュラムということで、CSの2の4の中にこういう項目があって、移植医療とか免疫応答とか免疫抑制というのは入っている。これを踏まえて、もっとしていくということが必要だと、今、ここに書いております。

次をお願いします。

この2023年にコアカリにも項目が入ったということで、医学部とか初期研修医・専門医教育の各場面の臓器提供、臓器移植の教育が必要であろうと。

ただ、全国国公立私立医科大学におきまして、移植施設、非移植施設は混在しており、標準化されたコアカリができていないということで、移植学会におかれまして、教育資料のMP4化を委員で分担するというので、今、始まっておりますし、それを日本医師会、文科省、AJMCなどにもMP4を周知して、中高生から医療従事者まで、意義を知ってもらう工夫ということで、今、進んでおります。

次をお願いします。

実際は、総論として5本、各論6本の移植講義内容にMP4が、高校生、医学生向けが完成しております。

その次をお願いします。

また、もう一個は、先ほどの内科の先生が出てきましたけれども、内科医も臓器提供においても、ICU settingにて臓器提供の崇高な意思を酌み取るべきだろうと、これがDPC評価にもつながるだろうと、摘出チームにも内科を参画させ、遺族ケア、臓器早期運搬にも資するべきであろうということで、やはり内科の先生方に関する臓器提供、臓器移植に関する教育に関しては、もっともっと進める必要があるのではないかと考えてございますし、ICUという言葉でいくと、集中治療室は提供のときにも入りますし、もちろん移植後にも入るので、そこら辺に内科の先生にどんどん来ていただくということが、もっと必要なのではないかと考えてございます。

その次をお願いします。

外科のほうは、小野先生が移植外科医の現場教育担当ということで、今、進めていただいております。

次をお願いします。

目的としては、移植医療のニーズを適切に酌み取り、移植のプロセスを円滑に行うためには、内科・外科領域、これは、先ほどの酒井先生と一緒にいるのですけれども、そこら辺の目的に書いてございます。

先行研究で、移植外科医の育成が急務であることが示されていると。当分担班では、一番下に書いていますけれども、内科医の教育プログラムの策定とか、外科等のプログラム策定ということを、今、行っているというところでございます。

その次をお願いします。

研究方法に関しましては、実は、これは本当に現実的な、若手は移植に関して海外でトレーニングを積んできて、2行目ですけれども、欧米における臓器摘出のトレーニングを受けた若手外科医とベテランの先生方と一緒にするのですけれども、それによって、臓器摘出のルールを十分に分かっておられないということもあって、下から3行目ですけれども、インシデントというのが想定されているということで、日本臓器移植ネットワークとともにインシデント事例の解析を、今、行っているというところでございます。

その次をお願いします。

これは、インシデントの重篤レベルで、具体的には、もう数字が出ていまして、それは、また研究報告書のほうで挙げていきたいと思っております。

その次をお願いします。

この2023年の4月からインシデント事例の収集があつて、摘出時のインシデントは全臓器で見られており、移植される臓器の事例数に比例して増加すると。移植する臓器が多いと、やはり増えると。

施設を越えた情報共有と臓器摘出手技の標準化教育が重要であることが明らかになったと書いてございますので、引き続き進めていただければと思っております。

その次に行きます。

これは、黒田班の全体のまとめでございますけれども、一番上が、マニュアルが2つできたということと、マニュアルに沿った教育コースを行っていく、小児科もありますし、法的脳死判定のセミナーもやっていく必要があると計画してございます。

それを基にドクターに関しましてはeラーニングをつくって、教育アンケートと確認テストをします。

対象は、医師会にお願いしている生涯教育と専門医共通講習が始まるのと、5類型施設をメインでの研修医、専攻医に対してと、医学科学生ということで、これは、どこまでちゃんと広められるか、今、検討しているところでございます。

看護師のほうは、基礎教育に関する卒前教育、卒後教育を、今、進めていただいているところでございます。

また、ドクターに関しては、内科・外科医ともに、教育ツールの作成と運用ということをして、今、行っています。

その次をお願いします。

あと2枚なのですけれども、今後の課題ということで、医学科学生、看護師さんの卒前ですけれども、これは、実は先ほど最初に言いましたけれども、臓器提供は、救急・集中治療における生命維持治療についての選択肢として検討すべき事項となつてございます。

選択肢自体には、まだガイドラインにはそのまま入れていませんけれども、先ほどお示しした図は、当然ながら選択肢の1つであるということをして、これを教育していくことが必要なのではないかと思つてございます。それが2行目です。

それで、モデル・コア・カリキュラムの次期改訂に含まれていないということなので、これに関しましては、医学科学生も看護基礎教育に関しても、ともに進めていくことが必要だと考えてございます。

その次、これが最後ですけれども、医師、看護師さんにおきましては、教育に必要な項目で、救急・集中治療における生命維持治療についての選択肢としての臓器提供。

それから、不可逆的全脳機能不全の概念、集中治療。

法的脳死の概念及び法的脳死判定プロセス。

これは、特に内科、外科の先生方への教育というか、内科の先生方への教育ということも、もっともつとめる必要があるのではないかと考えております。

僕からは以上でございます。ありがとうございました。

○絹川委員長　ただいま黒田参考人から、詳細にわたり、比較的多職種、それから、卒前、生涯教育を含めて、教育の必要性と、それに対する取組について解説をいただきましたが、委員の先生方から。

○島田室長　補足の御説明をよろしいでしょうか。

○絹川委員長　どうぞ。

○島田室長　厚生労働省移植室長の島田です。補足の御説明をさせていただきます。

黒田先生には、非常に多岐にわたり研究班でお取組いただいている内容を御紹介いた

きましたけれども、簡単に御紹介させていただきますと、まず、医師の卒前教育につきましては、医学教育、モデル・コア・カリキュラムに令和4年度に位置づけられて、令和5年度が周知期間で、令和6年度1年生の教育から始めていただいているということで、まだ、新しいモデル・コア・カリキュラムで教育された卒業生は出ていない、ほやほやの状況でございます。

看護につきましても、令和6年度のコアカリに位置づけられて、令和7年度周知期間で、令和8年度入学生から適用ですので、これからというところで、研究班の先生方にコンテントなどを御検討いただきながら、大学教育での御活用という働きかけを御検討いただいているというステージでございます。

加えまして、佐原先生もお手を挙げていただいておりますけれども、日本医師会の生涯教育におきましても、今年度から、こういったものも中身に入れていただくということで、御相談させていただいて、かなり最近の取組といたしまして、医学教育、卒前と生涯教育という部分ですけれども、こういった臓器移植も含めていただいていると。

こうやって研修医に対しては、まだ少し、先生の研究の取組の状況ではございますけれども、専門医の部分についても共通講習ということで、こちらも新しい取組として、今年度からという最近のホットな情報を共有いただきましたが、前半の議題でございましたような私ども移植の拠点病院について、今後どのようにしていくかということも、臓器移植委員会で御議論いただきたいと思いますので、ぜひ教育という観点につきましても、この機会に御意見をいただければありがたいと考えております。

補足でございました。失礼いたしました。

○絹川委員長 それでは、川口委員、いかがでしょうか。

○川口委員 川口と申します。

主に都内で、在宅で人工呼吸療法を行っている重度の障害を持っている方々の支援をしている、さくら会という団体の理事をしております。

集中治療医学会等4学会において、終末期ではない人からの生存維持治療の中止というガイドライン改正案が提出されたことを存じ上げておまして、どうしたものかなと思って、先生方にも御相談したいなと思っていたところです。

まだ議論が足りていない部分があるので、あまり拙速にこの話を進めるのは少し危険な気がしております。今、申し上げたいことがあまりにもたくさんあるので全部は言えないのですけれども、お願いしたいこととしましては、医学教育の中に、ドナーの選定をする前に救命治療を優先するという、臓器を摘出したいという気持ちで治療を中止するようなことがないように、医学教育の中にしっかりと盛り込んでいただきたいと思います。さもないと大変なことが起こりそうな気がしておりますので、よろしくお願いいたします。

○黒田参考人 川口先生、ありがとうございます。

本当に重症の患者さんの救命救急医療、集中治療を一生懸命続けるということは、本当に大前提と認識しておりますので、今後また、いろいろ意見交換をしたいと思います。よ

ろしくお願い申し上げます。ありがとうございます。

○絹川委員長 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ございます。

16ページ目について、意見や質問ではないのですけれども、私からも一言、お話しいたします。

黒田先生、日医の生涯教育講座の作成、誠にありがとうございました。

皆様、現在、この講座ですけれども、最終編集作業中と伺っております。近日中にリリースということになりますので、また、よろしくします。

こういった形で日医会員にも生涯教育として啓発していきたいと思いますので、また、よろしくお願いいたします。

以上でございます。

○黒田参考人 ありがとうございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○絹川委員長 そのほか、御意見、御質問いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、この件は、これにて終了いたします。

続きまして「（３）令和８年度診療報酬改定について」ですが、これは、事務局からお願いいたします。

○田中補佐 事務局でございます。

令和８年度の診療報酬改定についての資料を参考資料６としてつけておりますので、委員の先生方につきましては、御参照いただきたいと思います。詳細な説明は、事務局からは省略させていただきますが、どうぞよろしくお願いいたします。

以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。

それでは、次の報告事項「（４）その他」に移ります。

○関口補佐 事務局です。

現在、次回の臓器移植委員会の日程については未定となっておりますが、また、決定次第、周知させていただきたいと思います。どうぞよろしくお願いします。

○絹川委員長 本日御用意した議題は、全てこれにて終了いたしました。

委員の先生方から御追加で何か御発言がございましたら、この機会に承りますが、いかがでしょうか。

外園先生、どうぞ。

○外園委員 音声の調子が悪くなってしまいました。申し訳ありません。

教育のところなのですが、コアカリキュラムの改訂と、あと、私、国家試験のところにも関わりましたけれども、臓器移植が横断的であるために、協力が非常に難しくなっておりますので、かなり強制的に教育することをしないと、私自身、医学部医学科の教育で取り入れようとしても、余裕がないというのは非常に分かりますし、国家試験も６年間委員をしましたけれども、縦割りなので、国家試験はすごく臓器移植をつくりにくいのです。

ですので、何が大変かというのは資料の作成なので、何か教育に関してもっと強いアクションをしないと難しいなと思っています。

すみません、少し音声が悪かったようなので、このぐらいでコメントをさせていただきます。

○絹川委員長 黒田先生、何か御意見ございますか。

○黒田参考人 ありがとうございます。

国家試験に関しましても、どうやったらいいのかなと思っているので、少し御相談しながら進めたいと思います。カリキュラムもそうですし、授業でやっていってもらわなくてはいけないですし、かつ、国家試験にも出るという体制を今から、結構、偉い先生方にまたお諮りして進めたいと思います。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○外園委員 すみません、ありがとうございます。

○絹川委員長 ほかに、御意見いかがでしょうか。

大丈夫でしょうか。それでは、本日は、これにて終了いたします。

最後に事務局からお願いいたします。

○関口補佐 本日到きましても、委員の皆様方におかれましては、様々な御意見を頂戴し、活発な御議論をいただきまして、誠にありがとうございます。

現在、引き続き多くの検討すべき課題がございますが、今後も様々な御議論をお願いするかと思います。引き続きよろしくお願い申し上げます。

事務局からは以上となります。

それでは、本日は終了となります。ありがとうございました。