

第78回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会

日時 令和8年4月15日（水）10：00～12：00

場所 厚生労働省 専用第12会議室（15階18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（移植実施施設支援）
 - （２） 移植実施施設における移植辞退集計結果について（続報）
 - （３） 変異型クロイツフェルト・ヤコブ病(vCJD)に係る臓器提供制限の見直しについて
 - （４） 脳死下での臓器提供事例に係る検証会議開催要綱の改正について
 - （５） その他

○村井補佐 それでは、定刻になりましたので始めさせていただきます。ただいまから第78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く村井と申します。どうぞ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、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。

御発言なされる場合には、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名の委員の皆様は御出席いただいております。

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。どうぞ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、こちらに配付資料の一覧を掲載しております。臓器移植委員会委員名簿。

それから、資料につきましては、資料1、今後の臓器移植医療の在り方について。

資料2、笠原委員提出資料。

資料3、移植実施施設に対する調査結果等を踏まえた今後の在り方について。

資料4、移植実施施設における移植辞退集計結果について（続報）。

資料5、変異型クロイツフェルト・ヤコブ病に係る臓器提供制限の見直しについて、資料5につきましては別添1、2、3を添付させていただいております。

資料6、新旧対照表、脳死下での臓器提供事例に係る検証項目及び検証手続についてとなっております。

また、参考資料につきましては、参考資料1～7までございます。

お手元に資料はそろっておりますでしょうか。不足等がございましたら、事務局まで申しつけください。

なお、本日の会議資料は厚生労働省のホームページに掲載しておりますので、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をお願いいたします。

○絹川委員長 それでは、議事に入りたいと思います。

（1）今後の臓器移植医療の在り方について（移植実施施設支援）についてですけれども、事務局より資料1と資料3について御説明をいただき、議論を行いたいと思います。

それでは、事務局より説明をお願いいたします。

○吉安補佐 まずは資料1の御説明に移らせていただきます。これまでの議論を踏まえま

した対応の進捗について改めてここで説明いたします。令和4年の3月の移植委員会におきまして取りまとめられました臓器移植医療対策の在り方に関する提言に沿って、臓器提供施設やあっせん機関、移植実施施設の3者に対する施策を実施してきております。

また、令和6年12月に臓器移植委員会にて取りまとめられました改革案の取組状況は以下のとおりになっております。

臓器提供施設に関しましては、臓器提供施設に対する人材育成などの実績などを踏まえ、令和8年度臓器提供施設連携体制構築事業では28拠点を選定しました。

あっせん機関に関しましては、ドナー関連業務法人について法的整理を行い、昨年9月に通知を発出し、一般社団法人中部日本臓器提供支援協会をドナー関連業務実施法人としまして今年の1月に許可したところであります。認定ドナーコーディネーターにつきましても法的整理を行いまして、臓器移植法ガイドラインを昨年の10月に改定し、今後、運用面の詳細について質疑応答集等にて周知予定でございます。また、診療報酬の臓器提供管理料に、認定ドナーコーディネーターにより同意取得が行われた場合の加算を新設していただきまして、令和8年の6月に運用開始が見込まれているところです。

移植実施施設につきましては、心臓レシピエント選択基準におきまして、より緊急度の高い待機者が適切に選定されるように、Status1Aの運用を今年の3月に開始しまして、腎臓と小腸におけるinactive制度も随時導入予定となっています。また、昨年の10月よりJOTにおきまして移植実施施設ごとの移植待機患者数の公表を開始しました。全臓器の移植におきまして、移植希望施設を複数登録できる運用も昨年の3月より開始しています。

以上の取組を踏まえ、令和8年の2月からは移植実施施設の体制強化について、本委員会にて検討を行っていただいている次第です。

こちらは先ほどのスライドと同じ内容になりますけれども、赤枠で囲っています移植実施施設に対する在り方を検討いただいております。移植実施施設に対する在り方に関する議論というのは、こちらにお示しのスケジュールで進めているところでありまして、本日は調査結果を踏まえた議論の2回目であります。追加の公表結果を含めて御説明し、今後御議論いただきたいと思います。

続いて資料3の説明に移ります。前回までの複数回にわたるヒアリングでは、多臓器の移植を実施しているハイボリュームセンターに対しまして支援が必要で、特に外科医だけではなくて麻酔科医や手術室運営に加えまして、看護師や内科医などに対する支援が必要との御意見をいただいております。それを踏まえまして、前回3月の委員会におきまして調査結果をお示しし、麻酔科医や認定レシピエント移植コーディネーターなどの人員配置について議論をいただいた次第です。

今回は前回までの議論を踏まえまして、地域との連携体制、また、教育面を含めた内容につきまして追加で御議論いただきたいと思います。

こちらのスライドは、前回に引き続き多臓器の移植実施施設における傾向をお示ししております。先ほど御説明したとおり、これまで臓器あっせん機関の改革に取り組んできた

ところですが、あつせんされた臓器が臓器移植を必要とする患者様に適切に移植されるためには、移植実施施設側の受入体制を強化する必要があります。本委員会の議論においては、複数の臓器移植に対応し、多数の症例が集中する医療機関の体制では、そういった強化が必要ではないかと御意見をいただいています。

では、そういった施設にはどのような人員配置がなされているのかということになりますけれども、麻酔科医や認定レシピエント移植コーディネーターの人員配置につきましては、前回の臓器移植委員会にて御議論いただきました。今回は移植認定医数や待機患者数についても改めてデータをお示ししたいと思います。

画面の下側に写っている表には、移植認定医数、外科医数、待機患者数、手術室数、手術数を挙げさせていただいています。ここで移植認定医数というのは外科医の中で認定を取った者の数のみを示しており、また、外科医数については大学病院のスタッフ、助教以上、成育に関しては常勤の員以上としております。手術数に関しても移植を行った数以外のがんや良性腫瘍に対する手術といったものも含まれています。麻酔科医の総数というのは移植手術以外の麻酔も実施しているために評価が大変難しいという点もありまして、今回のところからは列挙しておりません。

この表から読み取れる事項としましては、5年間で100例以上の施設、右の緑枠になりますけれども、この移植手術以外にも担う外科医の全体としては40名以上いたというのが分かっています。表の補足をしますが、赤字で書いているものは4臓器以上の移植実施施設を示していて、ここにある施設というのは、心臓、肺、肝臓、脾臓、腎臓のうち3臓器以上の移植を実施している施設で、過去5年間の総数を示しています。

また、先ほどのお話に戻りますが、待機患者数だけを見ていきますと、ハイライトで示している待機患者数というのが100名以上いるといったところが分かっています。また、移植認定医数は外科医のうち3割程度を超えているといったことが分かりました。

次に地域連携体制についてです。前回の委員会で御議論いただきました内容の延長になっています。多臓器の移植実施施設のほうが紹介元医療機関に逆紹介をしているという率が左上のアンケート調査で分かっています。そのうち多くの診療科で移植実施施設に対しまして年数回から紹介元施設には月1回程度通院しているという状況も分かりました。

一方で、逆紹介を実施していない診療科も一定数見られますが、その理由を集計しますと、紹介元医療機関では診療できないと考えているということが最多となっています。

また、右下の地域の医療機関への情報提供機会の有無というのを見ますと、多臓器の移植実施施設のほうが地域の医療機関への情報提供を実施している割合が低く、逆紹介先となり得る地域医療機関への移植医療への理解をより深める必要があると考えられました。

続いて教育・研究に関する内容になります。多臓器、ここでは4臓器以上の移植実施施設としておりますけれども、その施設では院外の医療従事者を受け入れたことがあるか、また、教育を行ったことがあるかという問いに対しまして、50%以上の診療科が院外の医療従事者を受け入れ、また、教育を行った経験があるとされています。ここには国内留学

といったところも含まれるかと思います。

また、重症症例や重大な合併症が生じた症例に対する診療科内での振り返りというのはいかなるものかと申しますと、約80%以上の診療科におきまして、そういう振り返りを実施していることが分かっています。これは多臓器の施設だけではなくて、それ以外の施設でも同様の割合で行っていることが分かりますが、より多臓器移植を行っている施設では、アクシデントやインシデントといったことが起き得るというところで、複雑な症例を扱っている可能性があり、振り返りを行っている率が少し高いのかなと思います。

また、それ以外の施設と比較しますと、英文論文数に着目すると、臨床系の論文、または基礎系の論文についても執筆数が高くなっていることが分かりました。

臓器摘出体制についても調査を行っています。本内容はあくまでも補足的内容でありまして、現状、改善策の一つでないということは、あらかじめ申し添えておきます。多臓器の移植実施施設におきましては、外科医の人数体制の観点のみを考慮しますと、摘出チームを派遣したとしましても、脳死移植を並列で実施可能であるといった診療科が11程度あることが分かりました。このオレンジで示しているところです。

例えばこういった人員に余裕のあるハイボリュームセンターが移植実施数の中間から少ない施設に対しまして摘出手術を支援することで、ハイボリュームセンターのみならず全国的な移植手術数のキャパシティを増加させることが可能になるのではないかと考えています。青で示したところは摘出チームを派遣しなければ可能であるといったところで、レシピエント様の手術というのは手伝いがあれば十分にできるといった回答をいただいているところになっています。

画面の左下のグラフになりますけれども、摘出に割く人員の削減についても、それ以外の施設において要望割合が高くなっています。現在、摘出手術におきましては、臓器ごとに4名から5名程度の外科医が臓器提供病院に参集し、合計して15名から20名程度が集まります。移植実施施設がより多くの移植手術が受けられるよう、臓器横断的に臓器摘出手術を実施する体制を考慮しまして、摘出手術に係る人員の削減を検討してみてもどうかと現在は考えています。

同様の取組というのは、既に日本移植学会で互助制度として取組が始まっています。この取組の利用状況についても調査を実施しました。左上が他院の摘出手術を支援する、また、支援されたといったアンケートです。どちらも半数程度の施設で相互に臓器摘出に対する支援を行う、また、受けているといった状況が見られ、特に腹部臓器におきまして、その利用状況が高いということが分かっています。腹部に関しては、肝臓、脾臓、腎臓を扱っている施設ですけれども、6割程度の診療科がそのような取組をしている。一方で、心臓や肺に対して移植をする施設では2割程度の利用率となっていました。

ただ、こういった取組を充実させるためには、移植実施施設に臓器摘出を支援するチームを置くことと同時に摘出手術に必要な人員を効率化する必要があります。しかし、今、地域で摘出を担うことによりまして、移植医以外の人員が臓器を搬送する必要性が出てき

ます。こちらでも日本移植学会におきまして、臓器搬送業者におけます臓器搬送として企業搬送という仕組みがありますが、これを始めていただいております。

その企業搬送の使用率というのは、肺、肝臓、腎臓で使用頻度が高くなっております。働き方改革からも一定の効果があると思いますが、施設間の移動も含めた臓器摘出手術に割く時間は非常に長く、右上にあります佐原先生らが調べられましたドナー手術に係る拘束時間というのは、中央値が約16時間となっておりますので、そういった摘出手術に対する人員の効率化、また、摘出以外の人員による臓器搬送というのは、今後、移植数の増加に対応していくためには考えないといけない部分だと思っています。

前回の審議会の第77回と今回78回にわたりましてお示ししました調査結果の概要を提示しています。移植認定医数は施設当たり10名、認定レシピエント移植コーディネーターは施設当たり1,014名でした。集中治療医や土日・祝日の麻酔科医や手術室看護師につきましては移植医療以外にも御担当されているため、評価が難しいですけれども、お示しのような人数が配置されていました。また、多臓器の移植を実施する施設におきましては、脳死からの臓器移植が予定された場合に、可能な限り受け入れられるように手術室を調整する一定の仕組みが導入されている場合が多かったです。また、専従の認定レシピエント移植コーディネーターが24時間対応しているということも多かったという結果になっています。

また、適応のある患者を適切に移植医療につなげ、さらに退院後に連携したフォローアップ体制をより強固なものにするために、地域医療機関の内科医の移植医療への理解を深める必要があると考えられていました。

また、今回の結果になりますが、他機関の職員を受け入れたり、教育研修などを行って論文数がおのずと増えていることも分かっています。臓器摘出体制につきましても、臓器提供施設やその近隣の移植施設が摘出の支援を行うということで、移植受入施設の同時の受入件数が今後拡大することが見込まれるのではないかとといった結果になっています。

今回78回のところで調査を新たにしたものをつまみ食いの論点になります。前回の議論もつまみ食いまして、より具体的な記載をここで行っています。多数・多臓器の移植医療を包括的に実施する施設、今回は一定の実績のある施設を見ているといったことですが、そういった多数・多臓器の移植医療を包括的に実施する施設に求められる事項としましては、以下のようなことを検討してみてもどうかと考えています。

後ほど先生方の御意見を頂戴したいと思っておりますけれども、一つずつ見ていきます。

移植手術数については、複数の臓器移植に対応ができて、脳死臓器移植数が5年間で、ここは規定していませんが、ある一定数以上行われており、定時ある一定数の待機者数があるということです。

また、人員配置につきましては今回の一定の実績のある施設を見たときに、移植認定医数に関しましては、外科医につきまして10名以上いたということ。また、認定レシピエント移植コーディネーターにつきましては、専従の者を適切な数設置するということ。外科医については常勤の外科医、これは単に移植に携わる者以外のがん並びに良性腫瘍に対し

て手術を行っている方も含めますが、そういった方が35名以上いるということ。集中治療専門医は通常、医療を行った上で移植を受けるために必要な数なのですが、彼らにつきましては7名以上が望ましいだろうと現時点では考えています。また、土曜日、日曜日、祝日の体制構築というところで、当直の麻酔科医の先生、また、オンコール体制の麻酔科医や手術室の看護師さんの数はお示しのとおりです。

手術室運営につきましては、移植を受ける際の手術室の受け入れに対する対応方針が定まっております、内科医、集中治療医等のチーム医療が行われていることが重要かと考えています。

また、認定レシピエント移植コーディネーターが積極的に移植医療に参画していて、専従で行っていただくといったことが考えられます。業務内というのは明確に今後規定していきたいと考えています。

紹介・逆紹介、また、地域医療機関との連携につきまして、移植後は患者の希望を踏まえつつ紹介元医療機関に逆紹介をして、連携して診療実施していること。また、地域医療機関の内科医と移植医療機関の内科医との連携を強化しているということが挙げられます。現在は移植医療機関の外科医、また、内科医の間での連携が多く見られておりますが、それをより一般的に地域医療機関へ下ろしていく。また、移植機関との連携をさらに強化していくということが考えていることになります。

教育・研究体制につきまして、適切な連携や患者紹介のため、移植施設は地域医療機関の内科医などに移植に関する情報提供の機会を設けるということ。また、中堅施設の医師を育成していくために、院内の医療関係者のみならず、院外の移植医療に携わる医療関係者に対しまして一定期間の要請を実施することも挙げられます。これは国内留学等も含めます。研究の実施とその成果の公表、例えば3年間で10件以上の移植に関する英文論文を執筆しているということです。

摘出手術体制につきまして、自らが臓器提供施設になる場合や、近隣の医療機関で臓器提供があった場合には、ほかの移植施設に対しまして臓器横断的に摘出手術の支援を行える体制を有するといったことも一つの項目に挙げられるかと思います。

下の欄になりますが、小児に関しましては、今回成人と同様に調べておりますけれども、臓器提供数が少ないため、成人と同様の基準というのは困難かと思っています。小児移植に特化した施設に対しましては、別要件を定める必要があると現在考えています。

最後の2枚のスライドに関しまして、前回までのヒアリングの内容と議論内容を記載しています。

以上が資料3の説明となりますが、資料1、資料3を踏まえて御審議のほど、どうぞよろしくお願いいたします。

○絹川委員長　ありがとうございました。

それでは、今、御説明いただきました臓器移植医療の在り方に関する資料に基づきまして御議論をお願いしたいと思います。

今日は小野委員が当日の発言が難しいということで、ウェブに入っておられますけれども、事前に御意見を伺っております。ということで、事務局より、まず、小野委員の御意見を代読いただいた後、皆様からの御発言をお願いしたいと思います。

それでは、どうぞよろしくお願いいたします。

○吉安補佐 厚労省事務局から、小野委員からの御意見を賜っておりますので代読させていただきます。3点あります。

1点目、摘出支援につきましては同じ県を想定して回答されている可能性が高く、県境をまたいだ隣県施設への摘出支援まで考慮された回答ではない可能性がありますので、結果の解釈には注意が必要であろうということ。

2点目、働き方の観点を考慮すると、スライド8の中の人員配置というのは十分であるとは言えません。手術室運営につきましては移植以外の手術との関係性も十分に考慮する必要があり、今回の要件とは別に再度議論が必要であるといった点。

最後に3点目、そもそも休日に集中していることを解決すべきであり、平日に摘出手術が行われるような体制づくりを臓器提供施設からも話を聞きながら進めていくべきではないか。平日への分散化というのは院内体制不備による移植自体に一定の効果があると考えている。

以上の3点の御意見をいただいております。

○絹川委員長 ありがとうございます。

その3点に関しまして事務局からはいかがでしょうか。

○新谷室長 移植医療対策推進室でございます。重要な御指摘だと承っております。まず、摘出支援に関しまして、隣県支援は想定していないのではないかという点に関して、重々に注意して解釈をしていこうと思うということと、実際に、支援の在り方の中で摘出支援も含めることになりましたら、隣県にまたがって支援することと自県を支援することに関して、負担感の違いとかも含めてしっかり見ていきたいと考えております。

また、手術室運営に関しては御指摘のとおりでございます。現在御議論いただいているのが、厚生労働省として、あるいは国として支援をしていく施設についてどういった基準が必要であろうかということを御議論いただく観点から、現在こういう施設になっていますという御提案ではありますけれども、おっしゃるとおりで、これで十分という数をお示ししているという認識ではございませんので、実際の負担感などに関しましても施設などの状況を今後注視していきたいと考えております。

また、休日に集中していることに関しましては、実際にそのとおりでございます。今後、様々な改革によって提供などが増えてくると、全て休日にというわけにはいなくなってくるという事情もあるかと思っておりますので、平日に移行していくことの課題なども今後しっかり掘り下げていこうと考えております。

以上でございます。

○絹川委員長 ありがとうございます。

それでは、委員の先生方から御意見をいただきたいと思いますがいかがでしょうか。

武富委員、いかがでしょう。

○武富委員 日本外科学会から北海道大学の武富でございます。私からは2点です。

先ほどの小野先生からの御意見にかぶるのですけれども、休日に多いというのは、どうしてもドナー病院の事情で、さらにはそれに乗じてレシピエントの受ける側も休日だと運用がよりしやすいというところはあるのではないかと考えています。

平日にこれを満遍なく移行していくと、当然日常の診療業務に大きな負担がかかってしまいますので、どうしても移植が週末に何となく集中しやすくなっている現状がありまして、平日移行するには、日常診療の中にどう落とし込んでいくかという大きな障害というか、例えば通常の手術室の運用もそうですし、あと、何よりもキャンセルされる、例えば手術をキャンセルされる患者さんが出た場合、なかなか移植だけのために毎日毎日部屋とか麻酔科医を空けておくわけにはいけませんから、どうしても平日になるとキャンセルの患者さんが出てきて、その方への対応というのが非常に置き去りになっているというのが、現場の我々としての意見ですので、その辺りを解決しないことには、均てん化して平日運用というのがなかなか難しいのではないかなと思います。

また、当然ここに麻酔科の数、そして、RCTの数等の記載がありますけれども、ほかに臨床工学技士とか、そういったもっと周囲を支えている職種の人たちもいらっしゃるもので、その辺りも今後これに入れていくべきかと思っています。

あと、内科医の先生には移植前後に御活躍いただきたいのですけれども、そこをどのようにして対応していくのか、促していくのかということも、まだまだ詰めないといけない課題がある気がしております。

以上3点です。

○絹川委員長 ありがとうございます。

事務局、この3点についてはいかがでしょう。

○新谷室長 ありがとうございます。

休日に多いという点に関して再度御指摘いただきました。今後、移植の症例が増えてくることで医療機関が恒常的に移植を打診されるということで、だんだん平日の枠を確保していただくことにつながっていくのかなと、期待といいますか、想定はしているところでございますけれども、実際に手術の枠を動かしていただかないとというところで御苦労が多いということをこれまでのヒアリングの中でも承ってきたところです。

そういった仕組みを実際にどのように設定していくのかということに関しましては、いろいろな医療機関で工夫されている事例を実際に御紹介いただきましたし、今後、実際に支援をしていくということになりましたら、そういった医療機関と緊密に情報交換をすることになりますので、その中でも拾って、事例の共有みたいなことで広めていければと考えております。

また、レシピエントコーディネーターをはじめ、臨床工学技士さんですとか、そういっ

た支える職種の重要性に関しましては御指摘のとおりでございます。今回、臨床工学技士さんに関しましては調査の中でお示しできていなかったところでございますけれども、実際に移植施設の現状を今後また見ていく中で把握できればと考えております。

また、内科医の参画につきましても、これまで重要性に関しましては前回の御議論などでもいただいていたところでして、今後、内科の学会などとも御相談しながら、どういった関わりが可能かということに関して、さらに詳細に詰めていきたいと考えております。

以上でございます。

○絹川委員長　ありがとうございました。

磯部委員、いかがでしょうか。

○磯部委員　榊原記念病院の磯部でございます。御提示の中で拠点化と言っているのか、条件を決めて施設をサポートしていくという御提案があって、私は基本的に賛成です。ぜひ進めていただきたいと思います。

国の施策に関わるような医療でありますので、効率よく、少子化になりますし、業務も非常に煩雑な事業です。外科医の数も減少傾向であるとか、状況を考えると移植だけではなくて我々が関係しているような循環器医療も含めて、集約化、拠点化がなかなか進みません。特に移植は特殊で、国費が投入され、かつ法律で規定されている医療です。ほかの医療とは違いますので、ぜひその方向の施策を進めていただきたいと思います。

その中で、移植の施設認定については、現在は医学会の下で各学会と各病院施設の自発的な審査の下で進められています。私も施設認定には随分ヒアリングをしたりサイトビジットしたり審査に関わりました。もちろん厳密に公平にやっているのですが、施設によってはかなり属人的な要素が見受けられることがあります。この教授が非常に熱心に移植のことをやっているのでも移植が始まったけれども、一旦その先生が退官されるとか、いらっしゃらなくなると、急にアクティビティが下がるというのが実は起きてきます。

今は施設認定にアカデミアが主導で全てを決めていますけれども、こういう医療ですの、国のほうが少し指導管理をして、ある一定の条件を求めるとか、積極的に関与しないと、施設間の成績のばらつきや件数の維持、クオリティ、継続性の担保をするために、施設の認定・改廃についても行政的な指導管理があってもよいのではないかと思います。

私からは以上です。

○絹川委員長　ありがとうございました。

この協議会で認定作業をさせていただいて、その後、合同委員会が最終決断をするという仕組みは今までずっと長らくやってきたのですが、例えばクオリティを担保するときに、行政の方が入ってこられる部分というのは、何かこれまで想定されたことはありますか。あまり今までないのです。ただ、磯部先生今おっしゃったような事例というのは実際に生じたわけでありまして、その施設が御辞退されるまでには、かなり長い時間がかかりました。それはあまり好ましいとは言えない事例だと思うのですが、そういう

ところについて、今後、この事業はこの事業として、今度は許認可のところ少し我々とのやり取りが生じるという可能性は、現状は考えておられないですか。

○出内補佐 厚生労働省事務局です。今御指摘いただいた点は非常に重要な点だと考えております。国としての指導管理ということに関しまして、磯部先生のほうから御指摘をいただきましたけれども、移植を実施する施設の認定というのが臓器移植法の制定時に日本医学会並びに病院間のアカデミアとして決めるという経緯がありましたので、現状こういう運用で続けてきたと承知しております。

ただ、今いただいた御意見も非常に重要な意見ですので、今後どういった形があり得るかという点に関しましては、また引き続き我々、また、医学会を含めて積極的に議論をしていくべきなのかなと考えているところでございます。

質問の点に戻りまして、拠点化の話が出たのですけれども、今回に関しましては、あくまで一定の移植実績がある病院を支援することについて議論をしているところでありまして、仮に拠点化ということで、磯部委員からも御発言がありましたけれども、現段階で何かしっかりと拠点という形で決めさせていただいてどうこうということまでは考えていないところになっております。ただ、拠点という案に関しましては非常に大切な観点かと思いますので、今後検討していくべき課題なのかなと思っております。

以上でございます。

○絹川委員長 ありがとうございます。

それでは、齊藤委員、お願いいたします。

○齊藤委員 日本脳神経科学会の齊藤です。移植が増えてきたときに、当然平日にもやらなくてはいけないのですが、そのときに2つほど考えておかななくてはいけないことがあります。

一つは、現状でいくと担当診療科、心臓なら心臓、肝胆膵なら肝胆膵の中で調整していただいているのですけれども、いずれ数が増えてくると、ほかの診療科にも影響を与えるようになってくる。ほかの診療科の定時手術を動かさなくてはいけないとか、そういう事態になってくるという課題が一つあります。

もう一つは、移植をやっているときに救急が止まってしまうのです。つまり、手術室が使えない状況であるというときに、そもそも最初から手術が必要かどうか分からないわけなので、そうすると、手術室をストップせざるを得ないということで、例えば脳神経外科的な救急対応というのがその間ストップしてしまうことになります。

なので、かなり規模が大きくなってきたときに、それ専用の手術室を1週間続けて確保できるような、つまり今の病院経営でいきますと、手術室を空けておくことは病院経営に関してすごく打撃になりますので空けておくことはできないわけです。しっかりと使っていかななくてはいけないわけですが、もし、移植をもっとやることになったら、移植のために空けておくことによって、診療報酬で損をしないようなというか、むしろそっちのほうが得になるぐらいの制度にさせていただけると、体制整備というのは一気に進むと思

うのです。なので、その辺りを御検討いただければと思います。

以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

○新谷室長 御指摘ありがとうございます。

現時点では、恐らくそこまで空床確保といいますか、手術室の空きを確保しておくことに対して、何らかの手当をしなければいけないというほどの、残念ながら臓器提供件数の状況には至っていないのではないかと考えているところです。今後増えてきたときにどのように確保していくのかということに関しましては、件数を見ながら議論していく必要があるかとは思っています。

一方で、空けていることに関して何らかの支援をするということに関しましては、逆に空けておくことに関するインセンティブを働かせることになりますので、その両面のバランスを見ながら検討する必要があるのではないかと考えているところでございます。

○絹川委員長 ありがとうございます。

移植の診療報酬も今回かなり上がっておりますので、今後ともいろいろお考えいただければと思います。

米村委員、お願いします。

○米村委員 米村でございます。2点ほど質問、ないしコメントをさせていただきます。

まず1点目、先ほど磯部委員から御指摘のあった点に関連して、移植医療のクオリティの管理というのは非常に重要な課題であると私も考えております。ただ、私の認識では、これは移植医療に限った話ではなくて医療全般についてなのですが、それぞれの医療機関においてどのようなクオリティの医療が提供されるのかということについて、行政が直接関与する枠組みは基本的にはないと思います。これは、今まで必要がないと思われてきたからそうになっているというよりは、政策的にそのような方針が採られてきたというのが私の認識です。

基本的に、行政は医療・医学に関しては素人であるということがあり、具体的にどのような医療が適切かということについては、少なくとも事前規制の形では行政は関与しないことが望ましいというのが、従来の法制度の前提であったと認識しております。そのような理由から、医療法においては、医療機関の管理者は医師資格を有する必要がある、管理者を選任することで医療機関は医療の内容を適正化させるという仕組みが採られています。その管理者が不適任だという場合には、行政は管理者変更命令を医療法上出せることになっているのですが、具体的にどのような医療を行うのかということについて、直接的な命令その他の措置を執ることができません。これは、医事法の伝統的な教科書に記載されている内容であり、私自身も大学の医事法の授業では、医療法の基本的制度設計の問題として学生にもそのように説明しております。

日本の医療の基本的な制度設計はそうになっておりまして、再生医療や感染症医療

に若干の例外はあるのですが、基本的な考え方としては、行政が医療内容について口を出すということはないという前提で医療制度ができていることが、まず、根本にあります。

その上で、移植医療についてどのような仕組みをつくるべきかという問題を考える必要があります。従来の移植医療に関しては、先ほど事務局からも御説明があったとおり、アカデミアを中心に、レシピエントの選択基準や施設認定等を検討するという形になっています。その場面で、行政は関与するような、しないような、どっちつかずの状況になっています。どっちつかずという言い方が悪いのですが、法律の建前と矛盾しない形で、しかし、行政も一定の関与はするということで進めてきたところだろうと思います。ただ、それがうまくいかない事例があったときに、さらに強い行政の関与を前提とした制度設計に変えていくことができるかどうかという問題なのだろうと思います。

私の率直な印象を申し上げますと、なかなか簡単ではないと思います。少なくとも法律に、移植医療の質の向上に関する行政の権限が明確に書かれていれば、また別なのですが、臓器移植法において、行政が直接的に施設認定その他に関与できるという根拠条文もないという状況ですと、できることには限りがあるだろうと思っております。ですから、基本的には今のやり方をより拡大する形でアカデミアの関与を強めるという方向のほうが、私としては現実性が高いように思っており、その方向で何ができるのかということを検討していくほうがよいと考えております。これは質問というよりはコメントということで御了解いただければと思います。

もう1点は全く別の問題です。先ほど御説明いただいた資料の中で、各施設の移植件数と外科医の人数との関係を表にしたものをお配りいただいたと思います。資料3の2ページ目です。これを拝見しますと、緑の枠囲みになっている上位5施設というのは旧帝大系が中心で、こういった施設は非常に活発に移植医療をやっておられるものと思います。それについては大変よいとは思いますが、逆にこの5施設に偏りすぎていて、逼迫している状況にあり、場合によっては、移植の必要な患者さんがおられても院内体制が整わないので受けられないというようなことも起こる余地があるところかと思っています。ですから、もう少し裾野を広げたほうがよいというような発想で本日のお話をいただいたのだろうと思っていました。

そういう意味では、本日の資料の6位以下に掲載されているような施設、これは国立大学が多いようではありますが、そういう施設での移植件数をより増やしていくという方向で何らかの施策を採ることが望まれるという御趣旨かと思いました。

ただ、この上位十何位かまでの中に入っていない大学も当然あるわけで、私のほうでは、特に私立大学がこの中に少ないような印象を受けております。藤田医大さんは非常に頑張っておられるわけですが、私立大が全般的に、一般的な医療としてはかなり水準の高い医療を行っている大学でもここに含まれていない。移植医療に関しては件数がそれほど多くなっていないという印象がございます。これについて何か背景事情として有力なも

のを把握しておられるようであれば教えていただきたいと思います。

その上で、私立大学について何らかのてこ入れを行っていくようなことはあり得ないのかというところも併せてお尋ねしたいと思います。基本的に私立大学の場合は、外科医の人数としてはそれなりにおられるのではないかと思います。移植認定医がどの程度いるかまでは把握できておりませんが、外科医自体の人数はそれなりおられる状況であれば、地方の国立大学よりも都会の私立大学のほうが対応可能な状況があるかもしれないという気がしますので、その辺りも含めて把握しておられることがおありであれば、事務局のほうからお答えを頂戴できればと思います。

以上です。

○絹川委員長 米村先生、法律的な観点について御教授いただきましてありがとうございました。また、御質問の点、今、この上位5大学というところと、そのすぐ下に位置する病院、そして、さらに私立大学というところがこのリストに上がっていないというようなところで、今後、重点的に支援する対象についてもっと幅を広げてもいいのではないかと御趣旨ではないかと思いますし、私立大学に特有の事情があるのかというのは、それぞれの病院の御事情もあるかもしれませんが、もし、何かコメントできることがあれば事務局からお願いいたします。

○吉安補佐 今回の調査につきましては、心臓、肺、肝臓、脾臓、腎臓のうち3臓器以上の移植を実施している施設で過去5年間の移植数を出しています。申請された私立大学であったり、そもそも心臓移植や肺移植を行っていない、また、ほかの腹部臓器の移植を行っていない施設もありまして、3臓器ということに絞ってみると、残念ながら、私立大学の今回の調査では、ここのリストに載っていないということになりました。その観点からすると、固有の私立大学の問題といいますか、直面しているものが各々違うとは認識しているのですが、今回の調査からは外れていますので、我々の認識としましては、まだ推測の域を出ていないところになります。

もう一つ、先ほどありました緑色の5大学以外の赤枠に書いています4臓器以上の移植実施施設もお示しているのですが、全国で先生方、医療スタッフが日々診療に従事されまして、患者さんを多く救われているといったことが現状分かっております。政府としましてはこのトップ5の移植実施数の病院だけに着目をしたいというわけでは実はなくて、ミドルレンジの病院につきましても体制整備が必要だと現在は考えています。

今後、病院などの経過を見まして、その後、トップ5のような病院に移行していくような形が望ましいと考えていますので、今回の審議会と言えることとしましては、この結果でトップ5の病院に対して何か中心的にするというよりは、今、移植をある程度やっている一定の実績がある施設に対しましてより支援をして、外科医の先生方の負担を減らしたり、スタッフの拡充をしていただくと認識しています。

○絹川委員長 ありがとうございました。

それでは、外園委員、お願いいたします。

○外園委員 スライド9にある後押しする要件というか、こういう要件であれば後押しをするというお話だと思うのですが、この状態に行くまでも歯を食いしばらないといけない。歯を食いしばれたところだけを押しということでは広がらないのではないかと思います。

先ほど齊藤委員がおっしゃっていた平日に移植できる仕組みがないと、夜中も働く、土日にも働くということで、そういうことについていける医師は、決して今の若い人は多くありません。米山委員がおっしゃっていた私学が進まないのは、一言で言いますと移植医療は割が悪いからなのです、私はそう思います。割が悪い医療、稼げない医療は私学ではできないという面もあるかと思います。そういった割の悪い医療は大学病院に集まってきて使命感を持ってやっている。ですので、スライドの右にあった5大学は相当な苦勞をされていて、頑張っていてるのが実情ではないかと拝察いたします。ですので、9番の後押しをするという件に関しては、そこを目指すというところがあれば、目指すところを後押ししていただくと進みやすいのではないかと思います。1点です。

あと、私はアイバンクとか角膜移植ですが、常に夜に移植をします。しかし、眼球の提供が増えてくれば平日に移植を組むことができるのです。ですので、平日に空き枠があってもそこに移植を入れるというスタイルをどこかテスト的にでもやっていただければ、それがいかにうまく進むかということが分かるのではないかと思います。例えば空き枠をつくって移植をして、それが80%埋まれば保険診療で空いたところも出すというような仕組みであれば、国のほうにつくっていただけるのではないかと思います。

以上でございます。

○絹川委員長 ありがとうございます。

1点目は、この要件は絶対的にここしか駄目なのか、それとも、もう少し拾い上げる優しさがあるかどうかという話だと思います。私もほぼ同じ意見を持っておりますが、事務局的にいかがでしょうか。また、日中のことに関してもコメントをいただけますか。

○新谷室長 まさにその点、一体どういう施設を支援していくべきかということに関しまして、本日のこの委員会で御議論いただきたい点でございます。その点に関して率直な御意見をいただければというところと、我々としては実際にそこに向けて頑張っていて、将来的にはもっともっと移植をやっていただける施設を押しべきだということであれば、そういった施設をどのように見分けていくのかという点に関しまして、我々としては要件を設定したいということがありますので、御示唆をいただければと考えるところです。

もう1点、空き枠を出すなどの仕組みを国が示すべきではないかということに関しましては、現時点では、どのように院内の手術の枠などを調整されるかは各施設によってルールなどが大分異なってくるであろうと認識しておりまして、そこに関して一律に現時点でこうしてくださいということをお示しするよりは、各施設の診療科の関係ですとか、あるいはガバナンス体制の在り方なども踏まえて、各施設に最適なところを見つけていただく。それをある程度ルール化していただくことまでお願いするのが、どの施設にとってもハッ

ピーな傾向になるのではないかと思っているところです。

以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。

それでは、坂本委員、お願いいたします。

○坂本委員 坂本です。今回、スライドの2番目で示していただいたトップ5の施設が多臓器、多数症例ということで、4臓器以上、また、5年で100人以上ということに関しては、実態としてはそのとおりでありますし、これらの施設に移植医療を牽引していただくということは基本的に大賛成です。

一方で、その水準に満たない施設でも、例えば3臓器以下、あるいはたとえ2臓器でも、症例数、あるいは待ち患者が多いところもあると思います。その中で、4臓器ということにこだわって、多臓器という方向で1例でもいいから臓器数を増やしたほうがいいのか。あるいは自分の得意な分野で、例えば腎臓と脾臓は頑張るとかのような臓器の種類ではなくて、症例数と待ち患者数を優先するのかという、その基本的な考え方について、拠点化を目指すに当たって、臓器の種類が少ないということが問題になるかどうかというところを教えていただければと思います。

それから、先ほども少し御意見が出ましたけれども、ドナー側、提供側の施設としては、どうしても臓器摘出の手術を平日になかなかやりにくい状況がありますので、私どもの提供側の事情で週末に偏ってしまうことはあり得ると思います。そこについても我々提供側で考えていかなくはならない問題かと思いました。こちらはコメントです。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。

この多臓器というところで、まず入り口が定義されているところに関する問題提起といいますか、必ずしも4臓器というようなことまで求めなくてもいいのではないかと御意見かと承りましたけれども、いかがでしょうか。

○吉安補佐 今回の調査に関しまして、多臓器、3臓器以上、4臓器以上に着目している理由としましては、先生方から御意見を賜りました手術室運営という観点にあります。例えば心臓移植、肺移植並びに肝臓、脾臓、腎臓で手術室の取り扱いということがあって、それは運用上、あるドナー様から心臓の要請があったと、また、肺の要請もありました、肝臓もありました、そうすると、一気に1つの病院の中で手術を同時並行することになります。そうすると、先ほどお話があった平日に手術をすることになれば、予定手術自体が全て移動してしまうこともありますし、土日になったとしても、看護師さん、また、麻酔科医、MEさんが集まらないということで、そういった状況が逼迫しているということをヒアリング上聞いているということで、そちらについては対応をしたいということが今回の調査の背景にあります。

また、先ほどお話があった得意な臓器移植、専従でされている例えば心臓、例えば肝臓、そういった施設というのは恐らく日本の中ではあると思いますし、我々も知っている施設

がございます。今後、そういった施設についても各委員の皆様とお話をしながら検討していきたいと思っています。

○新谷室長 もう1点補足させていただきますと、前回の委員会の際に診療報酬改定で臓器移植の点数が5倍に大幅に増加したという御紹介をさせていただきました。ある程度の不採算によって起こっていた問題などに関しては、これで改善してくる部分も多少あるかと思っております、そういったことを踏まえつつ長期的に見ていく部分がありつつも、1人の提供者さんが出たときに、もしかして、複数臓器の移植依頼が同じ施設に来た場合には、それでも施設側の問題でなかなか対処が難しい部分があるというお話をヒアリングでいただいていたところを踏まえて、今回のこの議論につながっているところでございます。

○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ございます。5ページの臓器摘出に関する事項の中で、現在、臓器ごとに4名から5名程度の外科医が臓器提供施設に参集しているということです。心臓、肺、肝臓では扱う専門家が違うので、当然臓器ごとになると思うのですけれども、全ての領域の臓器を摘出できるようなスキルを持つ専門チームというのは現実的なものなのでしょうか。これは特別な教育とか研修が必要になると思いますけれども、海外ではどのようにやっているのかということをお教えいただければと思います。

以上でございます。

○絹川委員長 事務局からお願いいたします。

○吉安補佐 私はもともと呼吸器外科医でして、肺移植に携わっている人間ですが、その分野だけに関しましては、アメリカ、カナダ等、ドナーの手術に専属で行っている医師がいます。また、医師でなくてナースプラクティショナーという方もいて、それは日本の制度と違うところになります。日本の現状、各施設からドナー手術に携わる人間、4～5名が行くというのでチームをつくることは可能かと言いますと、今回調べさせていただきましたページ5枚目の摘出チームを派遣したとしても可能であるというオレンジの部分が11診療科ありました。そこにつきましてはチームを組んで出ていくことが可能だと認識しています。ただ、ほかの施設とタッグを組んで1つのチームをなして、近隣の施設を支援していくといった状況につきましては、我々のほうではまだ把握できていません。今後、そういったチームができてくることを望んで今回の調査をしています。

○絹川委員長 ありがとうございます。

様々な御意見をいただきまして、この要件を具体的にどうするかという御意見をもう少し拝聴するところが少なかったかなと感じております。この5施設から抽出した条件だけでよろしいかということに関しては、複数の委員の先生方からもう少し、いわゆるミドルレンジまでをカバーするような要件でもよいのではないかというサジェスチョンをいただいたと思っております。具体的な数字ということは今日は難しいと感じておりますので、

今日の御議論を踏まえて、また検討していただければと思います。

それでは、この件に関しましては、これにて一旦終了といたします。

続きまして、笠原委員に今日はお越しいただいておまして、資料2に基づいて御説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○笠原委員 国立成育医療研究センターの笠原でございます。資料2を御覧ください。本日は、このような機会を与えていただき大変ありがとうございます。厚生労働省の皆様、委員の皆様、JOT、学会、そして、ドナーさんとその御家族の皆様に感謝を申し上げたいと思います。

本日、小児の臓器移植は成人と状況が少し違いますので、その御説明及び認定レシピエント移植コーディネーターの重要性について、お話をさせていただきたいと思います。

当センターの移植の御紹介を少しさせていただきますが、現在、心臓、肝臓、腎臓、小腸の4臓器を移植しております。開院以来、様々な挑戦をしまいましたが、腎移植は成育開院当初から開始しており、肝移植は2005年、小腸移植が2018年、心移植は2021年に開始しております。昨年、当センターの臓器移植は1,000例を超えております。

こちらが当センターの臓器移植の年次別の症例数ですが、肝移植が多いのですけれども、肝移植は年間60～70で、トータルで年間70～80例の小児の臓器移植を提供しております。

小児の移植外科医というのは何をしているのかといいますと、2つ臓器移植のやり方がございます。脳死の移植はドナーさんから全臓器をいただいて移植をする。生体はドナーさんが生存しておりますので、一部の臓器をいただいて臓器移植をするというやり方がございます。成育では、生体の肝移植を日本の60～70%を実施しております。

簡単に世界と日本の肝移植の歴史を振り返ってみますと、世界では1963年にスターツル先生が世界初の脳死移植を小児に実施しており、当初、成績が悪かったですが、免疫抑制剤、保存方法、術式の改善により、粛々と症例数が増加してまいりました。

一方、日本でも遅くない時期に死体肝移植が小児に対して実施されております。その後、25年の長い期間を経まして、ようやく生体肝移植が成功裏に実施されました。その後、1997年の臓器移植法の制定につながるわけでございます。来年30周年になります。

世界の脳死の臓器提供と生体の臓器提供の分布を見てみますと、左側の脳死の臓器提供は欧米で多く、右側の生体の臓器提供は中東からアジアに多いことが分かるかと思います。したがって、日本はドナーの提供が非常に少ないといった中で、ドナーに侵襲の少ない小児の生体移植を世界をリードしてやってまいったという歴史がございます。

多くの議論が重ねられ今から29年前の1997年に議員立法で臓器の移植に関する法律が制定されました。一方で、法案は生前に意思表示及び家族同意が必要で、15歳以上のみの提供を認めるものでございました。13年後の2010年に改正法案が施行されまして、家族同意で15歳未満も提供可能となり、成育医療センターでは6歳未満のドナーさんからの初の臓器移植を実施することができております。

一方で、生体移植で救命できない臓器もございます。小児の心臓移植の適応患者さんは

年間50例程度と報告されていますが、脳死ドナーさんは圧倒的に不足しております。また、準備のために必要な補助人工心臓が4000万と非常に高額で財的に厳しい現在の病院経営では保守がままならない状況でございます。小児心臓移植施設は全国で7施設と、こちらは既に集約されていると思います。

肝移植の現状ですけれども、生体の肝移植が96%でございます。小児移植は、昨今の少子化問題もございまして医療計画でも施設の集約化が議論されております。小児肝移植は既に集約化されており、年間10例以上実施している施設はこちらに書いてあります5施設になります。我々も適正なドナーさんの肝臓を分割して、2名の患者さんを同時に救命する分割肝移植なども進めております。

腎移植の現状でございますけれども、腎移植も同様の状況です。現在、腹膜透析の技術が非常に安定しておりますけれども、依然、生体腎移植が中心で、特に小さなお子さんでは61%が生体の腎移植になっております。しかしながら、透析に依存しない日常生活、成長・発達を送るために生体移植を選択することが多いです。臓器移植実施施設もおおむね右の10施設に限られているのが現状でございます。

生体移植は今回の議論からは外れております。したがって、先ほどの資料も全て死体臓器移植の数になりますが、生体ドナーの安全性を100%担保しないとならないため、定期移植は多いですが、現場の医療者、患者さん家族の負担は脳死移植と同様、またはそれ以上に大きいと言えます。生体移植に対しても診療報酬等の支援をお願いしたいと考えております。

移植医療は1人の人生を小児期から成人期まで支援する1本の線だと考えております。当センターでは臓器移植を受けられた患者さん11名が既に17名のお子さんを授かっております。今後、欧米並みに臓器提供を増加するためには、いま一度、脳死は人の死の議論、また、移植法のサステナブルに患者さんの療養環境を支援する基本法などの成立が望まれると思います。

この命のリレー、1本の線を支えるためには、引き続き研究の推進、また、行政、政治、病院、研究所、各部門と社会の理解が必要だと思います。特に困っているのは小児移植患者さんの移行期医療と地域での経過観察です。

現在、脳死臓器提供の増加に伴い、切迫する脳死臓器提供の施設の課題には、多くの政策支援を行政のほうからいただいております。左の上に様々な施策が書いてございますが、一方で、生体移植への人的・財政的支援が未整備かなと考えております。

小児の移植施設といたしまして、死体移植手術における施設内整備において、どのような取組を行っているかという質問がございました。こちらに記載してあります1～7が施設内の整備でございますが、当センターでは脳死移植手術はドナーさんの尊い意思をつなぐことを重視いたしまして、脳死移植手術は断らないことを原則に実施しています。評価されるべきは同意取得だけではなくて、この施設内の調整そのものであると考えております。

特に、診療報酬で評価されていないChild life specialist、業務は左側に書いてありますが、プリパレーション、ティーチング、メディカルプレイ、家族・兄弟支援、グリーフケア、また、退院準備や復学に向けた支援等、子供に特化したケアを行っております。特に小児で必要な心理的サポートにも御支援を願えればと考えております。

成人と異なりまして移植後に長い人生を外科・内科的に支えること、生涯にわたって免疫抑制管理、また、これが一番大事ですがBiopsychosocial life-longにサポートしていかないとならない。こちらが小児臓器移植の特徴でございます。我々医療者は病気自体を治すことに注視しすぎ、心理・社会的側面にまで視野を広げられていませんでした。ここを支援しない限り、OECD内で最多の子供の不登校、自殺など、そういった問題も解決はしないと思います。実際に成育医療センターで小児臓器移植に関わる人数を右側に書いてありますが、平時では215名、移植時には約45名の人数が臓器移植に関わっております。

先ほど述べましたように、子供の長期経過観察は大変重要な側面でございます。成育の病院全体の逆紹介率は136.4%と、これは全国の基幹病院で成育卒業生が勤務しているからで、臓器移植患者さんも成育在籍中に必ず担当しております。一方で、臓器移植後の移行期医療に関しましては大変難しく、Biopsychologicalな制度介入がないと、怠薬率が増加し臓器移植不全が増加すると、右側のケリー先生のほうから報告がされております。

このような状況の中で参考になるのは、基本法のあるがんや循環器の医療だと思います。小児がんを例に取りましたが、小児がんは地域医療計画、また、拠点化で国が支えております。移植医療も同じように、加算の議論だけではなくて医療の提供体制の設計まで考えていただければありがたいと考えております。

続きまして、レシピエントコーディネーターの重要性につきまして、こちらは移植学会のレシピエントコーディネーター担当理事でございますので、発言させていただきたいと思っております。

移植コーディネーターには3種類ございます。現在、議論が深まっておりますのは一番上の認定ドナーコーディネーターで制度的位置付けがございます。一方で、中段の認定レシピエント移植コーディネーター、以下RTCと呼びますが、制度的位置付けがされておらず診療報酬にもひもづいておりません。認定ドナーコーディネーターと同様に認定RTCも制度化し、教育、資格、財政支援を整備すべきと考えております。

認定RTCの制度は2010年に開始されまして、10学会の認定合同委員会による認定試験によって毎年認定されております。

認定制度が明文化されました規定にのっとり実施されておまして、5年以上の看護士経験、2年以上の臓器移植看護経験、または移植コーディネーターとしての1年以上の専従・専任経験、症例サマリー筆記試験、面接試験、学会参加などが点数化されております。また、ライフイベントに伴う更新の猶予もございます。

ただ、RTCの業務は各施設によりまして大きく差があり、粒度・範囲が組織依存しています。人員配置、担当臓器、あるいは役割に関しましても、右にございます役割が看護寄り

から調整主体までばらつきがございますので、こちらの業務の明確化・統一化を図るよう
に、現在RTC委員会で議論を進めております。

現在までに222名のRTCが全国で活躍しております。現在の課題はRTCの地位の向上です。
特に看護部内の異動等によって更新が困難である場合があること、診療報酬にひもづいて
いないため、雇用する財源に苦慮する施設があることでございます。

成育医療研究センターでは4名のRTCが活躍しております。移植前、手術期、移植後にレ
シピエントだけでなく生体ドナー、また、脳死ドナーさんへの家族へのサンクスレターの
対応も行っており、年間数千件の調整業務を行っています。移植医療の全工程をつなぐま
さに中核職種と言えるのではないのでしょうか。

以上、認定コーディネーター、認定レシピエント移植コーディネーターの構造的差を整
理させていただいております。左側でございますけれども、法令、業務、教育主体、教育
方針、診療報酬、今後はこの差を是正すべくRTCの活動についてエビデンスを発信しないと
いけない。特にRTCが関わると、例えば患者さんの満足度、あるいは入院期間が短縮する、
ひいては予後の改善が見込まれる、そのようなエビデンスの発信を何とかできないかとい
うことで、現在、委員会のほうで検討中でございます。

発表は以上でございます。どうもありがとうございました。

○絹川委員長 笠原先生、ありがとうございました。

先生方の成育医療センターの現状、そして、全国の小児の移植の臓器別の現状、そして、
特にChild life specialistの重要性、そして、先生方が評価会で取り組まれておられます
レシピエントコーディネーターの認定制度というところをお話いただきました。

時間も限られておりますけれども、委員の先生方から何か御質問等はございますか。

私がお聞きしたいのですけれども、先生方は基本的に小児の病院ということで、RTCの方
も小児専属ということになると思います。ほかの病院では当然両方を見ておられて、RTCに
しても、例えば東大なら東大の小児のRTCがいたほうがいいのか、そういう部分的なお考え
を伺えますか。

○笠原委員 RTC自体、小児・成人と分かれておりませんで、また、RTCの学会等もあるの
ですけれども、非常に横のつながりが強くございますので、小児・成人で分ける必要はな
いと思います。

○絹川委員長 そこは特に、ほぼ職種としてつながりは同じ感覚で見えていけるということ
でいいのでしょうか。

○笠原委員 さようでございます。

○絹川委員長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。小児の特性というところを御説明いただきましたので、この御意見
を踏まえて、また今後の施策に生かしていただければと思います。

見目先生、どうぞ。

○見目委員 笠原先生、いろいろな御説明をありがとうございました。

私自身、小学生のときに移植している身でありまして、今、無事に社会人として毎日働いている状況です。本来であれば10歳ぐらいで私の人生は閉じていたところが、今も元気に働いているというような、本当に一般の方と変わらない生活ができているというところで、皆さんがこのように頑張ってくださっていることを大変ありがたく思っております。

いろいろなお話があったので、どこにコメントしていいのやらというところではあるのですが、生体移植に関しても支援の部分が必要ではないかというお話について、支援する事に対して特に私が反対するようなことはないのですが、ただ、生体よりは脳死のドナーの方からいただくほうが、提供する御家族の負担や、ご家族から提供してもらう患者さんの気持ちなどを考えると、望ましい形かなとは思いますが、より国内の脳死のドナーさんが増えていくほうが、本来であれば、形としてはよいのかなと考えております。

あと、大人でも子供でも同様かと思うのですが、学校生活や会社生活であったりというような社会との繋がりから切り離されてしまう期間が長くなればなるほど精神的な負担も大きくなってくると思いますし、復帰も大変かなと思います。患者を支える御家族の負担も長くなればなるほど大変になるかなと感じますので、笠原先生のお取組をはじめ、移植医療、お子さんを含めてというところが、より進んでいければよいのかなと思いました。

コメントまでという形なのですが、改めましてありがとうございます。

○絹川委員長 ありがとうございます。

そのほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、この議題はこれで終了いたします。

続きまして（２）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に基づいて事務局からお願いいたします。

○吉安補佐 移植実施施設における辞退集計結果につきまして、続報を御説明させていただきます。まず、移植実施施設におきましては、実態の把握をさせていただくために今回調査を行っておりますけれども、歴史的に日本医学会の移植関連学会合同委員会において選定がなされているのが、この移植実施施設になります。その数というのは以下のとおりになりますけれども、表に示しています。多臓器、多症例の移植を実施する施設が存在するといったところを先ほど提示させていただきましたけれども、その中には、残念ながら移植実施件数が少ないといった施設も一定程度存在しています。

質の担保の観点から課題が提起されているといったところになりますが、今回、令和２年から６年度、この５年間で移植実績を調べたところ、０件、移植がなされていないという施設の数であらわにしています。この５年間のうちに新設された移植実施施設については今回解析から省いています。幸いにして心臓や肺については件数が０件といった施設は該当しませんでした。肝臓や脾臓、腎臓、小腸で少しの施設があります。

しかしながら、JOTから移植手術の受託に関する意思確認が行われていないという施設もございますので、意思確認が行われたけれども、実際問題は移植に至らなかったという

件数がこちらの表で、これはピュアな結果となっています。肝臓では1件、膵臓で1件、腎臓が5件、小腸では1件といったところです。

前回の審議会のときにもお話があった辞退数というところで、令和6年度のものをお出ししますと、この緑で書いている院内体制の不備によって辞退が起きているといったところが問題視されていましたが、今回の調査について、本当にそのようになっているかといったところですが、5年間で移植実施数が0件であった施設において、その辞退理由を下のグラフで示しています。緑はドナーの医学的理由、青はレシピエントの理由、オレンジは体格差や年齢差、また、少ないのですけれども、虚血時間というのが薄い黄色のもので示されています。

この集計結果を見ますと、移植辞退をした理由の大半というのは、ドナー側、また、レシピエント側の医学的な要因だったというところ、また、小腸においては体格差や年齢差といった外的要因によるものが主であるということが分かっています。我々が最も懸念していた院内体制を理由とするものではなかったということが分かっています。また、院内体制を理由に辞退した例というのは小腸移植のみでありまして、24件のうち人員不足に起因するものが半数の12件、詳細理由が不明なものは半数になっていました。

小腸の手術をする方、どの移植医も非常に数が少なくなっているのですけれども、中でも小腸移植というのは特殊性がありまして、小腸移植をできる外科医が、もし、病気で倒れてしまうといったことがありますと、基本的には手術ができなくなる。そういったことも背景にある可能性があります。

以上が事務局からの報告となっています。

○絹川委員長 ありがとうございます。

ここ5年間、令和2年から6年度ですけれども、移植が1件もなされていない施設があるということで、その事情についてお聞きしたという内容でございました。

これに関しまして何か御意見はございますでしょうか。

事務局として、この結果を受けて何か対策・対応ということには至らないという判断でしょうか。

○吉安補佐 事務局としては、今回の実施目的が、辞退理由が院内体制だと取り上げられてしまっていたこともありまして、もし、そうであれば、そこに注目するといったところでしたけれども、ドナー、また、レシピエントの理由といったところで、現在進めている施策を進めていく方針で固めています。

○絹川委員長 総数としてはさほど多くはないわけではありますが、事情が医学的な理由であったということで、この結果を基に特段のアクションをするということではなく、全体の中で含めていくということで御了解いただければと思います。

それでは、この件についてはこれで終了とします。

続きまして（3）変異型クロイツフェルト・ヤコブ病に係る臓器提供制限の見直しについて、事務局から資料5に基づいて御説明をお願いいたします。

○出内補佐 資料5、変異型クロイツフェルト・ヤコブ病に係る臓器提供制限の見直しについて説明させていただきます。

クロイツフェルト・ヤコブ病は、発症すると抑鬱・不安などの精神症状で始まり、進行性認知症、運動失調等を呈し、発症から約1～2年で全身衰弱、呼吸不全、肺炎などのため死亡する疾患です。原因が不明である後発性クロイツフェルト・ヤコブ病が8割を占めているところです。

なお、この変異型クロイツフェルト・ヤコブ病は外部接種等により獲得されるプリオン病の一つで、イギリスをはじめとするヨーロッパ諸国を中心に報告されているところですが、ヨーロッパ以外で発生したほとんどの症例については、イギリス滞在歴があることが判明しているところです。

変異型クロイツフェルト・ヤコブ病の原因としては、1985年頃に英国で爆発的に発生しておりましたBSEの脳・脊髄などが食用に供されていたことに関連があることが示唆されており、その後の疫学及び各種の研究結果から変異型クロイツフェルト・ヤコブ病とBSEは同一の感染因子が原因であることが示されてきた歴史があるところです。

日本におきましては、平成16年9月の食品安全委員会におきまして、過去のBSE感染牛発生頭数と現時点までに発生した変異型クロイツフェルト・ヤコブ病患者数等の疫学的情報を用いて、将来発生する患者数を予測する考え方を利用すると、全人口1億2000万人における発生数は0.1～0.9人程度と予測されていたところでございます。

歴史的経緯としては以上となりますけれども、平成17年2月に国内初の変異型系クロイツフェルト・ヤコブ病患者が発生したことを受けまして、予防的かつ暫定的な措置として平成17年6月1日より1980年から1996年の間に英国に1日以上滞在された方からの献血が見合わせとされたことを機に、途中で改正もあったところでございますけれども、臓器提供についても欧州滞在歴等を聴取し、ハイリスクの患者から臓器提供を行う場合についてはレシピエントにその事実を伝え、メリットがリスクを上回る場合のみに臓器提供を行うことという制限を設けてきたところです。

結果的に、日本国内における変異型クロイツフェルト・ヤコブ病の発症者は1名であり、その方も献血や臓器提供が原因で発症したものではなく、英国の長期滞在歴による原因物質の摂取が原因と考えられていること、また、英国においても1995年までに変異型クロイツフェルト・ヤコブ病の発生原因である可能性が指摘されている機械的回収肉や脳・脊髄等の販売が完全に禁止され、感染拡大が終息していること等を受けまして、今後の感染拡大に関するリスク推計を厚生労働科学研究において行ったところ、欧州滞在歴等を理由として献血制限を撤廃したとしても、ヒト→ヒト感染をする可能性は限りなくゼロに近いというような研究結果が出ております。

その結果を受けまして、薬事審議会血液事業部会安全技術調査会において、今後、欧州滞在歴のみを理由に献血制限を行うことを撤廃するということが令和8年1月に決定したところでございます。過去、献血制限に合わせまして臓器提供制限も見直したところであ

りまして、今般、血液事業部会の結果を受け、臓器提供制限についても見直しをさせていただき予定とさせていただいております。

また、同様の考え方で設定されてきておりましたヒト胎盤エキス（プラセンタ）注射剤の使用歴に関する制限も併せて撤廃する方針といたします。この改定につきましては、日本赤十字社の献血問診システムの改修が令和8年秋頃をめどに終了し、運用開始となることから、臓器提供制限についても時期を合わせさせていただき形で、令和8年秋頃に撤廃とさせていただき予定です。時期が確定しましたら、ドナー適応基準及びレシピエント選択基準についての改正通知を発出させていただきことを検討しております。

以上、報告ベースですけれども御審議いただければと思います。

○絹川委員長 ありがとうございます。

これに関しましては特に御質問がなかろうかと思いますが、よろしいでしょうか。それでは、次に移りたいと思います。

続きまして（４）脳死下での臓器提供事例に関わる検証会議開催要項の改正について、事務局より資料6に基づいて御説明をお願いいたします。

○出内補佐 資料6の新旧対照表に基づいて、脳死下での臓器提供事例に係る検証項目及び検証手続についての要綱の改正について御説明をさせていただきます。

脳死下での臓器提供事例につきましては、平成9年の臓器移植法制定後、1例目から脳死下臓器提供の透明性の確保並びに正当性の検証という観点から行ってきたところでございます。令和4年の改正におきまして、臓器移植委員会での議論を踏まえ、検証対象は前例ではなく、一部削減をするような形で検証の質を保つという方向の改正が行われておりました。今般、臓器移植委員会においても御議論いただいております日本臓器移植ネットワーク以外のあっせん機関が認可されたこと、並びに認定ドナーコーディネーターによる、医療機関内での同意取得等が生じることを踏まえまして、検証会議の対象項目として追加させていただきところとさせていただいております。

具体的には、1の検証項目のところ（３）社団法人日本臓器移植ネットワーク、現在は公益社団法人となっておりますけれども、JOTさんによる臓器あっせん業務の状況を検証すると書いているところ、臓器あっせん機関による臓器あっせん業務の状況を全て検討するというような形にさせていただいております。

2の検証手続でございますけれども、そうは言いましてもJOTさんは過去1,300例ほどの臓器提供を対応してきたというところで、新設の臓器あっせん機関ですとか、認定ドナーコーディネーターさんについては現在対応していないところがございます。そういった不慣れな方に関しましては、最初のうちはしっかりと検証する必要があるということで、特段の事情がある事例として、JOT以外の臓器あっせん機関があっせん対応した症例並びに医療機関において同意の取得を行った症例等につきましては、しっかりと検証を行うということで明記させていただいております。

そのほか、3ページの下のほうを先に御説明させていただきますけれども、医学的検証

の中で法的脳死判定の内容として、除外例の該当に15歳以上かつ知的障害者等の臓器提供に関する有効な意思表示が困難となる障害を有する者でないことというような文言がございましたが、今般、令和7年10月の臓器移植法ガイドライン改定に伴いまして、除外例からは外されたことを踏まえまして、この要件を削除させていただいております。

4ページ、令和7年の省令改正並びに令和5年の省令改正におきまして、平均動脈圧での脳死判定が可能となったこと、脳血流消失の確認検査による代替検査としての法的脳死判定が可能となったことを踏まえまして、これらによって脳死判定が行われた場合には検証を行うこととさせていただいております。

最後ですけれども、この検証会議、医学という観点とあっせんという観点の2観点から検証を行ってりましたが、医学の検証の要綱の中にあっせんに非常に近い臓器提供に関する説明を聞くかどうかの家族への意思確認でありますとか、ネットワークへの連絡手続、これは現在のJOTを指していますけれども、JOT臓器あっせん機関への連絡手続ということが入っていましたが、こちらについては現在、あっせん事例評価委員会というもので検討しておりまして、医学のほうからは実態としてなくなっているところを受けまして、こういったところを適正化させていただいたという次第になります。

改正の要点の説明については以上となります。

○絹川委員長 ありがとうございました。

一連の省令の改正がずっとここに盛り込まれているという内容で、この検証を会議においてもその部分を反映させたということで、特にそれ以外の項目はないと承知しておりますが、特に御意見はございませんでしょうか。

それでは、これでこの議題は終わりとしたいと思います。

以上で本日用意していた議題は全て終了いたしました。

委員の先生方から何か追加で御発言はございますでしょうか。

秋山先生、お願いいたします。

○秋山委員 あきやま子どもクリニックの秋山といいます。笠原先生の御発表のときに意見を言うのが遅れてしまったので、ここで一つだけ意見を言わせていただきます。

日本における脳死下臓器提供が少ない、十分な機会が得られていない状況なのではないでしょうか。そうであれば、さらに進めていく必要があるのかと思います。国民の理解をもう少し進めていくために、例えば臓器移植に関する基本法の整備などがあつたほうがいいのではないかと思います。検討していただけないかと思いました。

以上です。

○絹川委員長 笠原先生、何か御意見はございますか。

○笠原委員 秋山先生、ありがとうございます。

私もできましたらサステナブルな臓器移植の医療体制を構築していくためには、行政からの支援は必要かなと考えております。また、来年度は臓器移植法成立から30年になりますので、いま一度、国民の間で脳死は人の死なのかどうか、その辺の議論をしっかりとし

た上で、基本法成立となっていけばいいなと思っております。

目の前にいる患者さんに真摯に向き合い、しっかり医療を提供するのは当然として、また、行政と一緒に働いていく、一緒に何か考えてより多くの患者さんが臓器移植によって救命できるように尽力してまいりたいと思います。

○絹川委員長 それでは、外園委員、いかがでしょう。

○外園委員 最後に、先ほどの平日か休日かということと言い忘れたことがありますので、一言です。臓器移植に手厚い保険点数をいただいて本当に御配慮に感謝しておりますが、平日の移植のほうをはるかに安全ということをもう1回考えておきたいといえますか、理想は平日に万全の体制で移植することが患者さんにとって最善であると思います。夜中、疲れきった状態で移植するというのは決してよくないですし、患者さんの安全管理という面でも、皆さんが必死でやっているから安全にできているだけであると思いますので、今すぐ無理でも、何年か先には平日に臓器移植が普通に安全に行える体制というのを目指すべきで、そこが現場の人の歯を食いしばることだけに頼ってはいけないと思います。

一言ですけれども、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。

今後の検討課題として受け止めさせていただきたいと思います。

ほかにはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、本日の委員会は全ての議題を終了いたしました。

最後に事務局からお願いいたします。

○新谷室長 1点、いただきました御質問・御意見等に対してコメントさせていただいてもよろしいでしょうか。貴重な御意見をありがとうございました。

まず、秋山委員の脳死下の移植が十分に行われていないのではないかという御指摘に関しまして、参考資料の20ページにありますとおり、現状で移植をお待ちいただいている患者さんがまだまだ多いという状況ではございます。一方で、臓器移植に関しましては、少なくとも脳死下の提供に関しましては、提供者の御意思、善意の御意思に依存しているといえますか、善意の御意思をもって成り立つものでございますので、皆様の理解を進めていただいて、移植いただく御意思のある方からの御意思が無駄にならずに適切に移植につながるということを進めていくことが重要であると認識しております。引き続き国はその支援に取り組んでまいりたいと思っております。

また、基本法の制定に関する御意見をありがとうございました。現在の臓器の移植に関する法律が議員立法によって立法いただいているという性質もございますので、まず、国民の皆様の御議論が進み、皆様の方向性を持って国会につながるということが重要かと思っておりますので、引き続き折に触れて先生方にも御意見を賜れますと幸いです。

また、平日の移植が理想ということに関しましては、まさにそのとおりだと思います。移植に取り組んでいる職員の方々の御負担の軽減、平日の医療の安全性という観点からもぜひその方向に進むように引き続き支援してまいりたいと思いますので、引き続き御指導

をよろしくお願いいたします。ありがとうございます。

○村井補佐 それでは、本日は、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した。

次回の臓器移植委員会の日程は未定となっております。決定次第、周知させていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

事務局からは以上となります。

それでは、本日の臓器移植委員会はこれにて終了いたします。ありがとうございました。