

第79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 5 月 27 日（水） 14:00～16:00

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) その他

○村井補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第79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、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いたします。また、御発言が終わりましたら再びビデオをオフ、ミュート状態に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名の委員のうち、秋山委員、川口委員、境田委員、米山委員より欠席の御連絡を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。臓器移植委員会の名簿。

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あり方について。

資料2、移植実施施設における課題解決に向けた取組について（概要）。

資料3、移植実施施設における課題解決に向けた取組について（案）。

資料4、臓器移植実施体制推進支援事業となっております。

また、参考資料は1から7までとなっております。

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

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、引き取らせていただきます。

それでは、議事（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）」についてですけれども、事務局より資料1から4について御説明をお願いいたします。

○吉安補佐 事務局です。

今回、79回の審議会の資料1から4について順に説明をさせていただきます。

まず、「今後の臓器移植医療のあり方について」といった資料で、資料1になります。

本資料は、これまで臓器移植委員会におきまして議論されてきた内容と、それに対する対応の進捗を整理したものです。

令和4年3月の臓器移植委員会で取りまとめられました「臓器移植医療対策のあり方に

関する提言」に基づき、臓器移植に関する普及啓発の促進や、有効な意思表示が困難な方の意思の取扱いの見直し等に取り組んできております。

また、令和6年12月の委員会では、青枠の臓器提供施設、赤枠の臓器あっせん機関、黄色枠の移植実施施設の3者に対する体制の見直しの改革案が取りまとめられております。当該改革案に基づく取組状況は、右の下欄に記載のとおりです。

このうち、特に臓器あっせん機関につきましては、重点的な制度改革を行いまして、ドナー関連業務実施法人としまして中部日本臓器提供支援協会を許可した次第です。さらに、令和8年2月からは、黄色の枠であります移植実施施設の体制強化について検討を進めてきました。

令和6年12月に臓器移植実施体制の根本的な見直しに関する改革案を取りまとめて以来、取組を着実に進めているところです。特に、今回の議題の中心であります赤枠の移植実施施設に対する改革に関しましては、ドナー適合が確認されたにもかかわらず、レシピエント側の事情、または移植体制の問題によって移植が成立せず、中止となる事例が見られております。

こうした課題への対応として、④～⑥に記載のとおり、レシピエント選択基準の精緻化、レシピエントの登録施設の複数化、さらにはJOTのホームページにおきまして移植実施施設ごとの移植件数や待機者数を公表するなど、情報の見える化を進めてまいりました。

移植施設の体制強化及び支援に関する課題解決に向けて、記載のスケジュールに沿って議題を進めてきました。昨年12月に現状確認を開始し、本年2月以降、関係団体等へのヒアリングを2回実施するとともに、調査結果を公表しながら複数回の議論を行ってきております。本日は、これまでのヒアリング及び調査結果を踏まえた取りまとめについて御議論いただく場となっております。

続いて、資料2に移ります。移植実施施設における課題解決に向けた取組の概要について御説明いたします。

こちらのスライドが今回の取りまとめとなっております。脳死下臓器提供件数が増加している中で、臓器移植手術に対応する人員の不足などを背景に、院内体制が十分に整っていないことを理由として、臓器移植の受入れを辞退する施設が生じている状況にあります。

こうした課題について、第76回から第78回の臓器移植委員会におきまして議論を行っていただいた結果、特に多臓器移植に対応し、多数の移植手術を実施している施設において、人的、運営的な負担が大きいことが明らかとなりました。すなわち、移植医療の需要が増加する一方で、その受皿となる一部の施設に負担が集中しているという構造的な課題があることが確認されております。

このため、今後さらに臓器提供者数の増加が見込まれる中においても、安定的に移植医療を提供できる体制を確保する観点から、これらの移植施設が抱える課題を的確に把握し、その解決方策について検討を進めてきております。その検討に当たり、まず移植実施施設へのヒアリングや実態調査を実施してきています。現場における具体的な課題やニーズの

把握について、これから振り返りながら説明をしていきます。

5 ページに移ります。ここからは、過去のヒアリング及び調査の結果について順に説明を行います。

まず、移植実施施設へのヒアリング結果です。このヒアリングの中では、人的な体制、院内運営に関する現場課題に加え、具体的な提案が多く挙げられておりました。

例えば、日本においては、移植術前評価や術後の外来など、本来は内科的側面の強い業務におきましても移植外科医が中心となって担っている施設が多い状況にありますが、一方で、免疫抑制剤の管理や生活習慣病への対応など、長期フォローには内科的視点が不可欠であり、今後は内科医の参画を一層促進すべきとの意見がございました。

また、脳死下あるいは心停止後移植の受入れに当たっては、手術枠の調整やその他の緊急手術の制限など、院内全体で大規模な調整が必要となります。その結果、通常診療への影響が大きいことから、こうした負担への対応も重要な課題として挙げられております。

さらに、多臓器移植に対応する施設では、麻酔科医や看護師などのフォロー専門人材を同時に多数確保する必要がありますけれども、症例が一部施設に集中しているために、人的負担が限界に近づいているとの指摘がありました。このため、重点的な支援の必要性が示されております。

これらに加えて、成人移植とは異なり、小児移植につきましては術後の長期フォローにおいて心理的・社会的支援を含めた生涯支援が必要であり、成人移植とは異なる特性を踏まえた体制整備が求められております。

このほか、診療報酬や補助金の充実といった財政的支援、さらには拠点化を含めた医療提供体制全体の見直しの必要性といったところも意見がありました。

続いて、移植実施施設調査の結果の概要です。本調査では、心臓、肺、肝臓、膵臓、腎臓のうち3臓器以上の移植に対応可能な体制を有する施設を対象としています。なお、ここで言う「3臓器以上を扱う施設」というのは、同日に3臓器移植を同時に実施しているという意味ではなくて、各臓器の移植に対応可能な体制を有している施設としています。その上で、多数、多臓器移植を行う施設では、院内体制の確保が困難であることを理由に移植の受入れを辞退せざるを得ないとの意見が多く見られました。また、3臓器のみならず、4臓器以上の移植に対応する施設では、表にありますように、移植認定医や麻酔科医、レシピエント移植コーディネーターなどの人的資源が比較的充実しておりまして、なおかつ待機患者数も多数登録されていることが明らかとなっております。

手術室運営につきましては、これらの施設では移植時の調整合体制を整備している割合が高く、院内運営体制の構築が進んでいることが確認されております。

一方、下段にあります業務分担に関しましては、認定レシピエント移植コーディネーターの活用が進んでいるものの、術後外来などの内科的業務につきましては、心臓移植を除いて、依然として外科が中心で担われているという状況が確認されています。

引き続き、調査結果の概要②に移ります。地域医療連携につきましては、移植患者の紹

介数が多い地域では、地域の内科医の移植医療に対する理解が進んでいることが確認されました。すなわち、地域側の理解ということが紹介促進の重要な要因となっています。

一方で、多数、多臓器施設では、逆紹介の割合が比較的高いものの、情報提供が十分でない傾向も見られております。また、地域では十分な診療が困難といった不安から、逆紹介が進まないといったケースもあり、地域連携の強化が課題と示されておりました。

教育・研究体制についてです。多数、多臓器施設ほど、教育の実績、また、英文論文数が多く、医療人材の育成や研究の中核的な役割を担っていることも確認されています。

摘出体制につきましては、一部の施設で並列して移植手術を実施できる体制が整備されている一方で、摘出手術を担う人員の負担の軽減を求める、そういった意見も多く見られています。また、日本移植学会が中心に行っている人の支援といったところで、互助制度というのがあります。この互助制度や企業搬送といった摘出手術の取組は現在進んでいるものの、臓器ごとに利用状況に差があることも確認されております。

ここで先月の審議会におきまして公表させていただきました、3臓器以上の移植に対応している施設に対する調査結果について御説明させていただきます。本スライドでは、過去5年間の移植総数を棒グラフで示しております。また、赤字で示している施設は、4臓器以上の移植に対応可能な施設を示しています。

この結果を見ますと、特に移植件数が多い、過去5年間で100件以上の移植を実施している施設におきましては、幾つかの特徴が確認されています。具体的には、これらの施設では、移植に直接従事していない外科医も含めて外科医全体の人数が40名以上と比較的多く、また、そのうち約3割が移植手術に従事しているという状況にもあります。さらに、待機患者数につきましても100名以上と多く、移植医療に関する需要が集中していることが確認されました。これらの結果から、多数の移植を担う施設におきまして、人員及び患者の双方が集中している実態が改めて示されています。

そのほか、委員の皆様からは幾つかの重要な御意見を頂戴しております。まず、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、専従で複数名配置することにより移植医の負担軽減につながるのではないかという御意見がございました。また、コーディネーターの業務の明確化や教育システムの定型化を進めるべきであるとの指摘もございました。

さらに、移植実施施設から地域医療機関への情報提供をより徹底するとともに、連携したフォローアップ体制の構築が重要であるとの御意見もありました。

加えて、財政的支援につきましては、多数、多臓器移植を実施している負担の大きい施設に対しまして重点的に行うべきという意見がある一方で、移植医療全体の底上げにつながるよう、支援対象を広げるべきとの意見もございました。

このほか、多臓器移植を実施していない施設についても別の枠組みで検討すべきとの意見、移植実施の平日への分散化を進めるべきといった指摘、また、様々な観点から御意見がありました。

そういったヒアリング、調査結果を基に、今回の審議会におきましては、多数、多臓器

移植を担う施設におきまして、人的負担や院内調整負担が非常に大きい実態が明らかとなっています。

こちらのスライドは、先ほどお見せした3ページのものになっておりまして、これが今回の審議会でメインのスライドとなります。これまでの認識を踏まえて、支援対象とする施設の要件については以下の表のとおり整理しています。

まず、対象となる施設については、多臓器移植に対応が可能であり、脳死下及び心停止後の移植について一定の実績を有するとともに、一定数以上の待機患者を抱えていることを想定しています。

人員体制については、移植認定医、専従の認定レシピエント移植コーディネーター、さらには常勤の外科医に加え、集中治療科の専門医、麻酔科医、手術室の看護師などについて、通常の診療を維持しつつ移植医療に対応可能な体制を備えていることを求めています。

体制面では、土日祝日を含めた対応体制の確保や、脳死下または心停止後の移植発生時の手術室の調整方針を院内で整備していることも必要としています。

さらに、診療体制として、紹介時対応から術後集中治療、退院後の外来に至るまでの一連の業務について、内科医や集中治療科の専門医等を含めたチーム医療体制を構築すること。あわせて、認定レシピエント移植コーディネーターが積極的に関与し、適切な業務分担がなされていることを重視しております。

これらに加えて、地域医療機関への情報提供や、移植後患者の逆紹介を含めた地域連携体制の構築、また、他施設医療従事者の教育や養成、研究成果の発表、並びに胸部や腹部臓器、臓器横断的な摘出支援体制の整備についても求めている方針としています。

その上で、こうした要件を満たす施設に対しましては、資料4で説明いたします臓器移植実施体制推進支援事業等を通じまして、包括的な体制整備、支援を行う方向で整理しております。

続いて、資料4に移ります。「臓器移植実施体制推進支援事業」というタイトルがついております。こちらの事業の概要について説明をします。

本事業は、一定の実績を有する移植実施施設への支援を目的とするものであり、令和7年度の補正予算が4.7億円ありまして、本年度令和8年度に全額繰り越しをしております。本年度におきまして1年間の事業として実施する予定です。具体的には、これまでヒアリングや調査結果を踏まえて委員の皆様の御意見を踏襲したような内容となっています。

まず、必要な経費につきまして、どのような施設にこういった事業に参入していただくかといったところですが、具体的には以下の4つの取組を実施する施設を移植実施推進施設として認定し、必要な経費について補助を行うこととしています。

1点目は、移植実施推進施設が中心となって、近隣の移植実施施設と連携し、臓器摘出チームを編成。また、近隣の臓器提供施設でドナーが発生した際に、その臓器摘出などを代行する体制の整備です。

2点目は、自分の施設におきまして移植医療に関する多職種の養成を進め、移植外科医

のみならず、ほかの職種と連携し、移植医療を担うことができる体制の整備です。

3点目は、移植が必要な患者が適切なタイミングで移植実施施設に紹介され、術後には地域において継続的なフォローアップが受けられるように、地域医療機関に対する教育、さらには情報提供を行うといった取組です。

4点目は、ほかの移植実施施設に所属する移植外科医や内科医等を受け入れ、実地教育を行う体制の整備となっています。

今後は、この公募を経て、移植実施推進施設を選定し、順次事業を開始していく予定となっています。

資料1から資料4の内容につきまして、説明は以上とさせていただきます。

○絹川委員長 ありがとうございました。

それでは、今ほど事務局から御説明がありました、今後の臓器移植医療の在り方に関する説明、また、この取組について御質問等がありましたらお願いいたします。いかがでしょうか。

今後のこの事業というのは、前回、前々回に少し出ておりました内容から、具体的な数字等は今後の課題ということで、もう少し幅を広げる可能性もあるというような理解をしているのですけれども、それは間違っていないでしょうか。

○吉安補佐 事務局です。

今回の要件につきましては公募に合わせて公表することとしておりまして、調査結果を基に我々のほうで要綱、また要件につきましては、書類審査等で適切に選定していく予定となっています。

また、現在、ハイボリュームセンターと言われているところを中心に議論がなされていたこともあるのですけれども、この事業に関しましては、今想定している数は10数施設まで含めるといったところで、現在のところ、ミドルレンジの施設まで想定している次第です。

○絹川委員長 ありがとうございます。

委員の方から御質問はございませんか。

これまで複数回にわたってアンケート、またヒアリングもされてきたところですから、この内容に関しては、皆さん、今回改めて疑義はないのかもしれませんが、本日、改めて違う視点から御意見をいただければと思います。

外園先生、お願いいたします。

○外園委員 委員の外園です。

1つ質問させてください。

最後の御説明にありました臓器移植実施体制推進支援事業の①～④の条件がかなり厳しいというか、既にこれをクリアしているところを支援して、今からクリアしたいところはなかなか届かない可能性もあるように思います。

移植実施推進施設が決まったときに、最終目標は移植数を増やすことだと思うのですが、

今すごく努力してたくさんされているところのエフォートは大変なものなのですが、結局、今やっていると、事業費が行ってしまうと、これからのところはあまり増えないという結果にならないのかなという懸念といいますか、頑張っているところの御褒美になって、これから頑張るところは増えないという結果にならないようにするにはどうしたらいいかと思いながら聞いておりましたけれども、その辺りは、背伸びして頑張るところに行くのか、もう頑張っているところに名称を与えるのか、どちらなのかなと正直思いました。質問というか、コメントです。

○絹川委員長　いかがでしょうか。

○新谷室長　御意見ありがとうございます。

資料４の臓器移植実施体制推進支援事業の①～④は、本事業における実施事項として、もちろん既にある程度の移植経験があるとか複数臓器の移植の実績があるみたいな要件をクリアしていただいて、申請していただいた上で、当方が認定した施設がこの事業費を活用して行っていただく事業になります。

ですので、申請いただいた時点でこの事業を全部やっていただいているという状態が必要なのではなく、支援のための費用を活用してこれに取り組んでいただくというものになります。よろしくお願いいたします。

○外園委員　分かりました。私が勘違いしましたように、そういうところもあるかもしれないので、広くそういうふうに周知できたらと思いました。ありがとうございます。

○絹川委員長　ありがとうございます。

それでは、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。

私も最後の推進支援事業のところで３点確認したいのですが、まず①の「近隣」というのは何か定義がありますかという点。

２つ目は、臓器の摘出の代行というのは義務なのでしょうか、それともやったほうが望ましいということなのでしょうか。

それから、②の「自施設の移植に携わる他職種」の「他」という字ですが、この字で間違いないのでしょうか。

以上３点をお願いします。

○絹川委員長　事務局、いかがでしょうか。

○吉安補佐　御質問ありがとうございます。

まず１点目の「近隣」というものなのですが、我々が今想定しているのは同県ということをもとに第１として、それを幅広く県をまたいで支援していただければと思っています。その範囲につきましては各施設でそれぞれ異なってくることがございますので、必ずこうしてほしいといった範囲は、現在のところは、我々のほうでは想定しているのですが、かちつとしたものは決めていないといったところです。

２点目の義務かといったところなのですが、こちらは努力をしていただいて、それに

近づくようにというふうをお願いする形となっていますので、必ずそうしてほしいという思いはあるのですが、義務とは違うといったところが申し上げられるかなと思います。

すみません。3点目を聞き逃しましたので、もう一度おっしゃっていただいてもよろしいでしょうか。

○佐原委員 ②の「自施設の移植に携わる他職種を養成し」の「他」という字ですが、これは「他」でいいのか。意味からいうと「多」かと思ったのです。

○新谷室長 御指摘ありがとうございます。

御指摘のとおり、この文字づらの中では、移植外科医とその他の職種というのと、その他の職種が複数であるということが並走して書かれておりますので、多分ここは御指摘のとおり「多」が適切だと思います。どうもありがとうございます。

○佐原委員 それで、1番目の質問のお答えに対してですが、同都道府県ということになると、同都道府県に2つ以上あるところを想定しているという意味なのでしょうか。

○新谷室長 御指摘ありがとうございます。

「近隣の移植実施施設と協力して臓器摘出チームを結成し」の「近隣」に関して、当方でこの範囲の移植施設と連携してくださいというような指摘をするつもりはございません。どの病院と連携しやすいか、あるいはどの医療機関のお医者さん方とふだんよく意思疎通を図っているかということは病院ごとに異なるものだと思いますので、そうした状況を踏まえながら、施設ごとに、あるいは移植チームごとに御検討いただければ結構かと考えております。

○佐原委員 明確に決めてはいないけれども、連携しやすいところならどこでも構わないということではよろしいですかね。

○大坪局長 佐原先生、ありがとうございます。

健康局長の大坪です。お世話になっております。

自分の施設以外のところをサポートいただきたいという意味で書いておりますので、手数が足りない、まだ技術がないといったところであっても、脳死患者が出たときにサポート体制を取っていただきたいという趣旨で書いておりますので、距離要件とかそういうことがあるわけではございません。

○佐原委員 分かりました。

○絹川委員長 ありがとうございます。

それでは、小野先生、お願いいたします。

○小野委員 ありがとうございます。

ただいまの議論とちょうど重なり合うところがございますけれども、臓器の提供があったときに、移植施設が遠方であった場合、もう少し分かりやすく申し上げますと、例えば、提供が東京であって、九州のほうの病院が移植施設になった場合に、九州のほうから4人程度のチームを連れてくるというのは大変費用もかかります。また、4人の超過勤務が発

生するということがございますので、例えば、東京は私どものチームが少しそれをサポートして臓器摘出をするといったことを今後進められて、お互いになるべく働き方改革で超過勤務時間を減らしながら、だけれども、臓器の移植あるいは摘出の経験を一定数集めて、両方の効果を求めているというふうに解釈できると思うのです。

その一方で、例えば、私どもハイボリュームセンターでありますと、それだけでなくも勤務時間が微妙なところを超えないように努力をしているつもりではあるものの、他施設の臓器摘出に協力していきますと超過勤務時間に抵触することもあり得まして、そこを毎回できるというわけではないというふうに私どもも理解はしておりますが、できる限りお互いに協力体制を取りながら、日本の移植はオールジャパンでしっかり協力体制をつくるといった基本的なコンセプトはしっかりと私どもは堅持していきたいと思っております。

私は移植学会の理事長という立場もございまして、移植学会としては、これまでも何度か臓器移植委員会で出てきた互助制度と呼ばれる、移植の臓器の摘出等あるいは臓器の搬送を含めて協力体制を取る。場合によっては、臓器の搬送については訓練を受けた専門業者に搬送を委託することも考慮しながら、現在、様々なプロジェクトを推進させていただいているところもございますので、ある意味でハイボリュームセンターという言葉の中に入っているのは、移植もそれなりの数をきちっとできると同時に、臓器の摘出のときも一定程度の外科医のシェアをすることも可能にするといった意味において、外科医の数をしっかりと確保しながらやっていくことも重要なことを同時に少し触れさせていただきます。

以上でございます。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。

私は今の話を聞いて気になったのですけれども、①の「推進施設が中心となり」というのはいいのですが、「近隣の移植実施施設と協力して」というのが、別に近隣の移植実施施設でなくても、要するに取りに来るところと協力すればいいわけで、そして、摘出チームも部分的に御協力をするわけですし、なおかつ、それはドナー提供をする病院は近くであることが普通だから、この2つの「近隣」は1個でいいのではないかなと思うのですけれども、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。

御指摘のとおりかと思います。臓器提供施設でドナーが発生した際に、その近隣にいるチームが臓器摘出を代行するという趣旨で、初めのほうの「近隣」は削除させていただこうかと思います。

○絹川委員長 それでは、笠原先生、お願いいたします。

○笠原委員 成育医療センター、笠原です。ありがとうございます。

今回、移植実施推進施設というものをつくって、そこが移植実施施設を支援する拠点病院のような形になる、集約化をしていくというふうに理解をしました。そちらで教育を推進し、臓器移植を推進していくという形になるかと思います。

1点、細かい話で申し訳ないですが、互助制度で臓器を取りに行ったときの費用配分のほうをできれば実装の前に明確化しておいていただけると大変ありがたいと思います。我々も手伝いに行くことが多いのですが、臓器摘出の費用の配分が非常に曖昧になっておりますので、そこはしっかり明確化していただければと思います。

もう一点目が施設の数でございますが、総額4.7億で、10分の10でございますが、10数施設ということですので、施設に行き渡るお金はそれなりに分散されていくわけですので、今後、地域性、小児と成人の違いを勘案した実施施設、拠点病院というのを考えていただければと思います。

以上です。

○絹川委員長　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。

まず、御質問いただいた費用配分の件に関しましては、臓器摘出術という点数が診療報酬のほうで措置されておりますけれども、それがどのように配分されるのかという点に関しまして、申請いただく施設の方々にしっかり御説明をしていきたいと考えております。よろしく願いいたします。

○絹川委員長　では、小野先生、もう一度お願いいたします。

○小野委員　笠原先生が御質問された互助制度を含めて臓器摘出を移植の実施施設以外がやった場合、あるいは混成チームでやった場合の費用配分の目安について、移植学会のリカバリー環境改善委員会のほうで、一定の配分比率の考え方という参考データを既に公表しております。

ただ、これは確定されたものではなくて、例えば、移植する施設から2名、近隣の施設から2名の外科医が提供病院に来訪してやった場合に、フィフティー・フィフティーという数字になるわけですが、その場合にどのように配分するのかといった、外科医の総数が4人だった場合に、4：0なのか、3：1なのか、2：2なのか、1：3なのか、そういう目安をつくっております。

ただ、これは厚労省等、国が定めたものではございませんので、言ってしまいますと一つの紳士協定といったものになります。これを国が定めるほうがよいのか、あるいは現場の私ども学術団体等が決めて、それにのっとった形で紳士協定的にやるのがよいのか、今後、もう少し詰めの議論が必要かもしれませんが、現時点では移植学会が提案した配分比率を使わせていただいているところでございます。参考程度に御紹介いたしました。

以上です。

○絹川委員長　ありがとうございます。

それで特にみんなが文句を言わないのだったら、別にそれはそれでいいような気もしますが、いろいろなお考えの方がいずれ出てくるかもしれません。情報をありがとうございました。

ほかにはございませんでしょうか。

見目委員、どうぞ。

○見目委員 ③の「術後は再び地域でフォローアップされるよう、地域の医療機関に対する」というところがあるのですけれども、これはもともと紹介してきてくれたような病院にフォローアップを頼むというようなイメージなのでしょうか。

○絹川委員長 いかがでしょうか。

○新谷室長 もともとの信頼関係という意味では、紹介された病院に戻りたいとおっしゃる患者さんが多いのではないかなと思うところですが、手術を行った病院との信頼関係とか、移植後のフォローが適切に行えるドクターがいらっしゃるかとか、患者さんの御希望、住まれている地域など、いろいろ勘案しながら個々の症例ごとに決定されるのかなと思っております。

○見目委員 そうですね。ここは患者として意見させていただきたいと思うところですが、もちろん患者さんにとっては家に近いところで通院できたほうが負担は少ないのですが、それを患者の希望で決めるというのは結構危険かなと思うところがあります。移植手術後のことは、やはりその専門の多くの患者さんを診ているお医者さんの下で診てもらう必要があると私としては思います。

例えば、採血とかいわゆる検査とされる部分を地元の病院で引き受けてくれて、そのデータを遠方の先生が見てくれるといった形であれば、患者にとっても近くで検査だけが受けられるみたいなメリットはあると思うのです。私自身も、そうやって地元の病院が協力してくれてありがたかった経験もありますので、いいのかなと考えられるのですけれども、診察みたいところはやはり専門の先生に診てもらうべきだと思います。

自分のケースばかりで申し訳ないのですけれども、例えば私の場合、そのときは自覚症状がなかったのに、定期的な通院にしたときに主治医が私の心音を実際に聞いて、このままだと拒絶反応のほうに傾きそうだから、そうならないように薬を調整したほうがいいという判断をしてくれたのですけれども、そういったことが果たしてもともと手術をしていないような地域の病院でできるかなというところが疑問です。そういった判断ができるのは、やはり数多くの移植患者さんを診ているからこそできることかなと思います。

また、これは私自身がかつて過去に見聞きしてきたことですが、通院が少なくてもいい先生がいるらしいとか、つらい検査も少ないらしいので、そっちで先生に診てもらいたいので先生を変更しますと、そうやって移動していった患者さんたちを今まで見てきたことがあるのですけれども、そういった方たちがその後どうなったのかというと、結局、その後状態が悪くなって亡くなっていることが過去にはあります。

通院が楽になる代わりに結果的に命を落とすようなことになってしまっただけでは元も子もありませんし、せっかく移植を受けられたという意味もないので、手術はもろんなのですけれども、その後の管理が重要な医療かなと思いますので、患者の希望で通院の場所を変えたり、通院の頻度を下げるみたいなことはすべきではないと私は思うところです。

最近はオンラインでできるようなことももしかしたら増えてきているかもしれませんが、

私が今お話ししたようなことは、私自身が心臓移植を受けた患者なので心臓のことになってしまいますので、ほかの臓器に関しては状況が異なったり、そういったこともあるかなと思いますので、それは各臓器に詳しい専門の先生たちの御意見を聞いたほうがいいかなと思うのですけれども、手術したばかりの日の浅い患者さんにとってはきっとこれは分からないことなので、術後30年以上の私は、過去にそういった患者さんたちがいるのを見てきた身としては、患者の希望ではないような気がしていて、慎重にしていきたいと思いますので、ここは反対かなと考えております。

○絹川委員長　いかがでしょうか。

○新谷室長　御指摘の点はもっともで、我々も手放しで、もう来ないでくださいというように地域に送り返すことは想定しておりません。そのための「連携」という言葉を入れております。自分が信頼できるドクター、自分が信頼できる医療機関としっかりつながっていただいて、連携していただいて、そういった施設を教育していただく。教育した上で、そういった施設の内科医とかそのほかのドクターがどういったフォローアップをしていく必要があり、どのタイミングでどういう検査結果が出たら、通常のフォローアップ期間の前であっても元の紹介病院にコンサルトしないといけないうか、あるいは定期的に、お互いのタイミングではありますけれども、例えば3回は地元の病院に通っていただいても、1年に1回ぐらいは元の移植手術をした病院に通いましょうねといった双方の計画を共有していただいて、よく教育された、分かっている地域の医療機関の先生がその間診ていただく、何かあったらすぐに連絡が取れるような体制を築いていただくという意味で、地域の医療機関と連携し教育するという事業を入れさせていただいているところです。

○絹川委員長　よろしいでしょうか。

○見目委員　即答するのが難しいのですけれども、少なくとも日本の中では移植している人数が今の段階ではすごく多くはないので、もちろん教育をしていただくこと自体に反対するつもりはないのですけれども、その先生に委ねるというのは違うかなと思いますし、年に1回元の移植手術をした病院に行くというのは少な過ぎると思います。もう少し定期的な、例えば月に1度みたいな感じではちゃんと分かっている先生に診てもらうべきかなと思います。

○大坪局長　ありがとうございます。

今回の議論というのは、今後、提供体制が増えていったときに臓器の移植件数が増えることを見越して、今から何かを準備しておきましょうという話です。ですので、今は移植患者が少ないからいいではないかという話を今しているのではなくて、将来的にいろいろな対策を取っていく中で、提供数が増えていくと移植件数も増えていくであろう将来に向けてどういった手当てをしておくかという観点でお話をしています。ですので、資料4のところに書いてある項目につきましても、「適切なタイミングで」とありますけれども、そのタイミングを考えるのは移植医の先生だろうと思います。

患者様の数が増えていって、いろいろな移植実施施設のお話を伺っていると、外来の

フォロー数もかなりの数になっていて、それによって先生方の御負担もあろうかと思えますので、ここは今後適切な役割分担が必要であろうと。海外の状況などを見ているにしても、その役割分担は結構しっかりしているということを踏まえての今回の御議論であります。

だからといって、移植患者に不利益が発生するようなことをお願いしているわけではないのですけれども、地域の医療機関においても、例えば外科医ではなくて内科医であったとしても、こういったことに対しての教育の機会を得て、連携を取りながら役割分担をしていく未来というものを今考えておかななくてはいけないという趣旨で今回議論をしております。

○絹川委員長 患者さん御自身の立場としてはいろいろ御心配もおありかと思います。もしかしたら、小野先生、その点に関してお話があるかもしれません。

小野先生、いかがですか。

○小野委員 ありがとうございます。

見目さんの御発言は大変重要で、改めて我々がどういうふうに移植後の患者さんに接していくべきかというところをしっかりと教えていただいたといった感覚を持っています。

私の話は心臓移植に限定しておりますが、現在、臓器によっては必ずしも移植施設ではなく、それぞれの地域の病院で診ていただいている現状を私は知っております。

ちなみに、私どもは現在、心臓移植後は300人います。日本でも圧倒的に多いと思います。東京という立地もあります。自施設でやった移植の患者さん以外に、転居で東京にいらっしゃる方、また、渡航ではなくて海外在住中に移植を受けて日本にお帰りになった患者さんはどういう訳か私たちのところに集まってくる関係で300人ぐらいいるのですが、300人いますと正直外来はパンクしております。

現在、5～6人で手分けをして診ておりますが、その一方で、割と草創期の時期、今から15年以上前、20年前ぐらいに移植を受けた方は、例えば沖縄の患者さんは結構東大で移植をお受けいただいているのですが、沖縄の方は定期的に通ってくるのが現実的ではないということで、とある施設の先生方に東大でトレーニングを受けていただいて、現在、こちらで10人弱の方を診ていただいております。毎月メールでやり取りをして、必要に応じて、今はZoomがございますので、ウェブでのカンファランスをやりながら、見落としが極力なくなるような形で管理ができるように、これは現場での工夫という形になりますが、そのように対応しております。

また、患者さんによっては、移植後十何年たちますと歩くのが大変になってしまって、通院ができないという患者さんが現実的には出てきます。そういった方に絶対に来いと言うことはできませんので、そういった方については、近隣で一定程度の移植管理の知識と経験をお持ちの先生を一生懸命探して、そういった先生方をお願いするというような現実的な対応と工夫も起こってきていることは事実であります。

今後、多くの施設が外来の患者さんでもパンクをしてしまうという現実が起こる可能性があるということは、先ほども局長が丁寧に御説明いただいたとおりでありまして、逆に

それに向けて我々は準備をしておかなければいけないと、私もこの提案を拝見して改めて感じた次第でございます。

以上です。

○絹川委員長　ありがとうございます。

今6人で診ていると小野先生が言っていましたけれども、最初は僕と小野先生の2人で診ていたのですけれども、どんどん増えてきて、恐らくこれからもっと増えていくと思われます。

私も実際には施設を移りまして、自分の東大に送って移植していただいた患者さんを何人も自分の外来で診ていますけれども、私はある程度の専門医だと自分なりに思っていますが、最初の時期、特に移植直後の時期は一番大事な時期ですので、かなり長い間、東大にまず一定の頻度で通っていただいて、落ち着いてから私が主に診るといような形にしています。臓器によってどのぐらいの期間を割り当てればいいのかというのはいろいろあると思うのですが、恐らくいろいろな工夫があるのだろーと思います。

昔は、皆さん、地方の方も移植施設に全員通われていましたよね。ただ、それが今後は難しくなってくるというのを少し御理解いただいて、それなりに医療者は万全に安全に行ける道を探しておりますので、御心配いただかなくてよいような方向に私たちは考えているつもりでございますので、御理解いただければと思います。

それでは、米村先生、お願いします。

○米村委員　米村でございます。

私も、先ほどの見目委員の御発言に関連して、意見を申し上げたいと思います。

私自身は元来循環器内科医であり、内科医が移植医療に関わることがかなり少ないことが移植医療体制の手薄さにつながっているのではないかと、以前から問題意識として持っておりました。

今回の御提案の中で、内科医との連携を重視するという方向性を盛り込んでくださっているのは大変ありがたいと思う一方で、その辺りの手当てを各医療機関に任せる形で本当にうまくいくのかという点について、不安に感じる部分がありました。

そういう状況で今し方の見目委員の御意見を伺って、このドクターは移植の経験があって移植患者さんを診るのにふさわしい知識と経験を持っている人なのだと、患者さんにはっきり伝わるような仕組みづくりがあったほうがいいのではないかと気がした次第です。

それは具体的には、人材育成と認定制度だと思うのです。人材育成を各医療機関に任せるとするのはやはり無理があるのではないかと気がしますので、これは、移植学会にお願いできるかどうかは分かりませんが、学会単位でそういった研修や講習のようなものを実施していただき、内科医でも最低限移植に必要な知識とスキルが身につけられる仕組みをまずはつくっていただく。その上で、適切な認定制度をつくっていただいて、どこの学会が認定するのかについてはいろいろな考え方があり得ると思いますけれども、学会が

一定の能力をそなえた医師に対して認定をすることによって、その医師は移植施設にいなかったとしても移植患者さんを診るのにふさわしい知識と経験を持っているということを明らかにすることができるのではないのでしょうか。そういう仕組みを整備していくことが、安定した移植医療体制の構築のために長期的には必要なのではないかと思った次第です。

今までも、内科医が参画しないからまずいということは言われていたのですが、小野先生をはじめ、外科の先生方とはとにかく頑張ってくださってしまうので、どうしても内科医が出ていかなければならないという状況になりにくく、内科医の側も危機意識が乏しいところがあるのではないかと考えております。その辺りの危機意識を持てもらうということも含めて、仕組みとして人材育成、認定制度の創設ということを考えていただければと思った次第です。

以上です。

○絹川委員長　ありがとうございます。

認定制度は、小野先生が理事長をされておられる移植学会で移植認定医という制度がございますが、残念ながら内科医は少ない現状というのはこれまでこの委員会でも何回も出てきたかなと思います。

私は一応まだ移植認定医を保持しておりますが、移植施設にいない人がそれを継続で取っていく、または、米村先生がおっしゃったように、移植施設にいた経験のない人が移植認定医を取るというのはかなり大変ですというか、できないのではないかなと思うぐらいです。そうなりますと、それと違うカテゴリーで、移植を担当するのではなくてフォローアップを担当するという観点で、別の認定制度があってもいいのかなと思います。

私は心不全学会の理事長をやっておりますが、そこでもそういう専門医制度の議論もしております。そういう中で、いろいろな学会とすり合わせて、米村先生から御提案いただいたような部分がどこかで担保できるようなことが、私が分かるのは循環器内科だけですけれども、その他の臓器移植に関わる内科医の育成に伴う認定医制度というのは、今後かなり重要な視点になってくるのかなと考えております。ありがとうございました。

それでは、武富先生、よろしくお願いします。

○武富委員　どうもありがとうございます。

私も、今お話のあった見目委員がすごく御心配されていたことは十分分かりますし、その辺りを見える化してしっかりとした体制をつくらないと、幾ら育成していろいろな講習会をやっても、やはりこちらに行きますというのでは難しいのではないかなと思います。

私も今の議論にありましたように、認定医制度を移植をやる側、コアで働く移植認定医制度ではなくて、特に入り口、患者さんを移植すべきかどうかを診てくれる、そして、移植後の患者さんを診てくれるような、ちょっと離れたサポートの研修制度とかそういうものがあると、患者さんに見えやすいのではないかなと思って聞いていました。

特に外来は、肝臓もそうなのですけれども、いまだに肝不全で移植が必要な人を、我々がその病院に出向いて、自施設に移してもらうか、これだとステロイドで治ります、透析

してもうちちょっと様子を見てくださいますとか、患者さんが入院中の病院に見に行かないといけ
ない場合があります。ですから、術後の患者さんのフォローも大変なのですけれども、
術前も大変で、ますます患者さんが増えていっているというのが現状です。

今回の施策は、何とかその辺りをサポートしようとしていただいているのだと思います
けれども、ぜひしっかりとしたサポートシステムというか、協力体制を敷くために、患者
さんへの見える化を推進した制度が必要になってくるのではないかなと考えております。

以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。

先ほどフォローアップというところを少しお話ししましたが、心臓に関しまして
も、移植の適応がきちんと分かるかどうかというのはとても重要なファクターでありまし
て、私ももう十数年ずっとそういうことの啓発などをやってきたつもりではございませ
けれども、なかなかそちらが進まないというのは実感しております。循環器の医者が往診に
行くというのも先生のおっしゃったとおりで、心臓移植も似たような状況がまだ続いてお
ります。

もちろん往診に行くことが駄目ではないのですけれども、その前に御施設の先生がもう
少し早い段階で御連絡いただければ、もっとスムーズな医療ができていくと思うことが
多々あります。そういう全体のスキームを踏まえて、人材育成に伴う認定というようなこ
とがあると割と分かりやすくなってくると思っております。その辺りのところは、今後全
臓器でいろいろ考えていただければなど。今日は、皆さんの御意見もございましたので、
そういうふうにお話しさせていただきました。

ほかはいかがでしょう。よろしいでしょうか。

様々な御意見をいただきました。見目委員の御意見は承りましたけれども、これは将来
の移植数増加へ向けての取組という形でございます。

何かありますか。

○見目委員 ありがとうございます。

いろいろな委員の方たちのお話、ありがとうございました。

先を見据えてそういった教育を進めていただきつつ、かつ、皆様のほうでも御意見をい
ただきましたけれども、この先生であればアフターフォローに強いみたいことが明らかに分
かる形であれば、患者の皆さんにとっても分かりやすいといえますか、お願いしてもいい
かなと思えるかなと思いますので、ぜひそういった形ですと患者としてはありがたいかな
と思いました。

○絹川委員長 ありがとうございました。

それでは、様々な意見を踏まえて、この取組については今回で一応の取りまとめをさせ
ていただくという方向にさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

それでは、次に報告事項に移りたいと思います。事務局からお願いいたします。

○吉安補佐 事務局です。

参考資料5～7について説明をさせていただきます。

まず、参考資料5につきましては、令和8年5月15日付で「臓器提供の手續に係る質疑応答集」の一部改正を行っています。主に認定ドナーコーディネーターに関する質疑応答を追加しています。

次に、参考資料6です。令和8年5月14日付で、「『移植希望者（レシピエント）の選択基準の一部改正について』の適用開始について」を発出しておりまして、腎臓と小腸のinactive制度を含め、追って通知することとしておりました事項について、適用日を5月19日にすることを通知しています。

続いて、参考資料7です。令和8年5月26日付で、「『臓器のあっせん業の許可等について』に係る質疑応答集」を発出しています。

以上、参考資料5～7につきまして、御参考として御覧いただけますと幸いです。

事務局は以上です。

○絹川委員長 ありがとうございます。

特に御追加はございませんでしょうか。

それでは、本日の議題はこれで終了いたしました。追加がなければ、これにて議論は終了とさせていただきます。

最後に、事務局からお願いいたします。

○村井補佐 最後に、大坪健康・生活衛生局長より御挨拶をさせていただきたいと思えます。よろしくお願いいたします。

○大坪局長 ありがとうございます。

改めまして、厚生労働省健康・生活衛生局長の大坪でございます。

本日は、長時間にわたりまして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。脳死下の臓器提供数は年々増加をしております、本当に先生方、皆様方の御協力のたまものだと思っております。毎年過去最高という数字になっておりますが、令和7年度は155名ということでお志をいただいたところであります。

このような中で、我々は令和6年12月のこの委員会でお取りまとめをいただきました三者三様の改革案を着実に進めてまいりました。今後、こういった取組を踏まえて臓器提供数が増えていきますと、移植の実施施設に対してかなりの負担が発生するのではないかと懸念をしております、そのために課題並びに対策案について本日まで議論をいただき、お取りまとめをいただきました。

その上で、今日なおまた幾つもお質問とかお知恵をいただいた部分がございますので、これは引き続き皆様とよく御相談しながら形にしていきたいと思いますと思っております。

引き続きの御支援、御協力をいただきますようよろしくお願い申し上げます、私からの御挨拶とさせていただきます。本日は誠にありがとうございました。

○村井補佐 ありがとうございます。

次回の臓器移植委員会の日程は未定となっておりますので、決定次第、改めて周知させ

ていただきます。

本日の臓器移植委員会につきましては、これにて終了とさせていただきたいと思います。
どうもありがとうございました。