

日時：令和3年7月29日(木) 15:00～17:00

場所：AP虎ノ門 Room J (3階)

#### 出席者

浅井 篤委員、有賀 徹委員、磯部 光章委員、猪股 裕紀洋委員、上本 伸二委員、小笠原 邦昭委員、小野 稔委員、賀藤 均委員、加藤 庸子委員、見目 政隆委員、木幡 美子委員、米山 順子委員、藤野 智子委員、水野 紀子委員、湯沢 賢治委員、横田 裕行委員、渡辺 弘司委員、中田 勝己参考人、林 昇甫参考人、北村 聖参考人、芦刈 淳太郎参考人、松田 尚明参考人、大宮 かおり参考人

#### 議題

1. これまでに出た主な意見について
2. 関係者からのヒアリング
3. 今後の検討の進め方について
4. その他

#### 配布資料

- |       |                                |
|-------|--------------------------------|
| 資料1   | これまでに出た主な意見について                |
| 資料2   | 中田参考人提出資料                      |
| 資料3   | 今後の検討の進め方について                  |
| 資料4   | 脳死判定・脳死下臓器提供を目的とした患者の転院搬送について  |
| 参考資料1 | 臓器移植対策の現状について                  |
| 参考資料2 | 「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン） |

#### 議事

○磯部委員長 それでは定刻になりましたので、ただいまから第56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。委員の皆様におかれましては、御多用のところ御出席いただき誠にありがとうございます。まず、事務局のほうからWeb会議の説明、それから委員の出欠状況、資料の確認等お願いいたします。

○吉屋補佐 事務局です。これよりWeb会議について御説明いたしますが、御不明な点等

ございましたら事前にお伝えしております電話番号にお掛けいただければ、お電話にて案内いたしますのでお問い合わせください。Web 会議の進め方ですが、画面下部に 4 つのマークがあると思いますが、一番左のビデオのマーク、左から 2 番目のマイクのマークが斜線になっており、ビデオオフ、ミュート状態になっていることを御確認ください。もしなっていない場合はクリックをし、斜線の状態にしてください。以降御発言される場合には、ビデオ及びマイクをオンにさせていただき、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。御発言が終わりましたら、再びビデオオフ、ミュート状態にさせていただくようお願いいたします。本日の出欠状況ですが、秋山委員、外園委員から御欠席との御連絡を頂いております。20 名中 18 名の委員の御参加であり、会議が成立することをお伝えいたします。また、本日参考人として、長崎県福祉保健部中田勝己部長、日本臓器移植ネットワーク事業推進本部林昇甫本部長に御参加いただいております。

引き続き資料の御説明をさせていただきます。資料 1、これまでに出了た主な意見について。資料 2、中田参考人提出資料。資料 3、今後の検討の進め方について。資料 4、脳死判定・脳死下臓器提供を目的とした患者の転院搬送について。参考資料は 1、2 となっております。頭撮りはここまでとさせていただきます。

それでは、議題に入っていきたいと思ひます。まず、議題 1、これまでに出了た主な意見について、こちら事務局のほうから御説明をお願いいたします。

○吉屋補佐 事務局です。画面を共有させていただきます。資料 1 ですが、これまでに出了た主な意見についてまとめております。本日は、前回の委員会で頂きました御意見を中心に御説明させていただきます。2. 普及啓発につきまはは 3 つの御意見を頂いております。がん教育のように、学習指導要領に臓器移植や臓器提供の文言が入ることにより、全ての学校において臓器移植や臓器提供を授業の題材として取り扱うこと、授業内容の均てん化などが図れると考えられることから、学習指導要領への記載を働きかけていくべきではないか。

中学校において教科書に臓器提供に関する内容が掲載されている教科は道徳だけであり、さらに、道徳においても限られた授業時間の中で題材として扱われることから、短時間で効果的な授業のため、使用される教材等の質を確保することが重要ではないか。

臓器提供に関する内容は、本来は道徳のみではなく、総合学習、理科等の各教科における多面的な観点から扱われるべき内容であるが、既に各教科においては非常に多くの内容を学習することとされており、現実的には各教科で臓器提供を扱い、多面的に学ぶ機会を確保することは難しいのではないかという御意見を頂いております。

3. 医療提供体制については、脳死判定・臓器提供を目的とした転院搬送については、質疑応答集において、控えるべきとされているが、この運用について、臓器提供を希望する方の意思を尊重する観点から、見直しを行うとともに、転院搬送が円滑に行われるような体制の整備を行うべきではないか。また、見直しに当たっては、関連学会等の意見を聴取するべきではないか。

臓器提供の意思があるにもかかわらず、脳幹反射消失の確認ができないため臓器提供を行えない事例が存在する。現在の法的脳死判定マニュアルにおいては補助検査が認められていないが、海外における補助検査の取扱いを参考に、法的脳死判定における補助検査の取扱いについて必要な検討を行ってはどうか。

臓器提供における知的障害者等の意思表示の取扱いについて、小児の意思表示の取扱いとの整合性も留意しつつ、今後見直しの検討をするべきではないかという御意見を頂きました。

選択肢提示については、選択肢提示後の受諾率は、日本と臓器提供数の多い韓国で大きな差がないと聞いている。そうであれば、日本で臓器提供が増えないのは、選択肢提示が行われていないためと推察できる。また、現在は国民にも臓器提供が認知されてきており、選択肢提示が行われないことに対して家族が不満を持つ場合もある。これらのことから選択肢提示を確実に実施する取組を進めるべきではないか。また、選択肢提示は終末期の家族ケアの1つであるとも考えられるため、適切な選択肢提示を行うための医療従事者への教育が重要ではないか。

選択肢提示の現状を把握するためには、現在行われている連携体制構築事業での GCS3 事例のレジストリによる詳細な経緯の確認が重要ではないかという御意見がございました。

4. あっせん機関についてですが、臓器移植コーディネーターのモチベーションを維持するための中長期的な取組として、コーディネーターの資格化が必要ではないか。また、資格化によってカリキュラムが確立し、いわゆる「コーディネーション学」を学ぶ環境が整えられると考えられる。加えて、例えばメディアと連携し、コーディネーターにスポットを当てて取組を周知することで、コーディネーターのモチベーションになると考えられる。資料1については以上です。

○磯部委員長 はい、ありがとうございます。ただいまの追加の御意見については、ヒアリングを行った後に時間を設けて、御質問等をお受けしたいと思います。

続きまして、次の議題で、関係者からのヒアリングを行いたいと思います。ここではテーマごとに、それぞれ御発表後に議論を行っていきたいと思いますのでよろしくお願いいたします。

最初の御発表は、都道府県の取組に関するヒアリングに関して、中田参考人に長崎県の現状についての御発表をお願いしたいと思います。中田参考人、御発表よろしく願いいたします。

○中田参考人 御紹介ありがとうございます。長崎県の福祉保健部長の中田と申します。本日は、長崎県の取組を紹介させていただく貴重な機会を頂きましてありがとうございます。長崎県がこの場の審議会での発表となったのは、行政あとは医療関係者の間で移植を進めていくための共通認識を進めていくための協議会、こういったものの運営が非常に特色があるのではないかと、また、移植の理解を進めていくために現場の先生方だけではなく、行政がかなり前面に立って対応してきたという経緯がありますので、そういったこと

が参考になるのではないかと思います。今日、御紹介をさせていただきたいと思います。資料はたくさんありますので、後で御覧いただき、今日御説明するのはポイントのみにさせていただきます。

長崎県を御存じない方がいらっしゃるかもしれませんので、一応、こちらが長崎県の概要となっています。ここに記載のとおり、赤○については移植施設、長崎大学病院では肺・肝臓・腎臓・膵臓、また長崎医療センターでは腎臓の移植が行われております。また大学では組織移植として、角膜・臍島・羊膜の実施も行われています。

これは移植の歴史です。昭和 40 年から非常に古い歴史をもって行っている経緯があります。特に、昭和 61 年からは県が主体となった推進会が進められておりまして、都道府県のコーディネーターも臓器移植法施行前から設置しておりまして、県としては歴史や経緯が非常に長くなっている状況です。

臓器移植の件数の経緯です。これは後で御覧いただきたいと思いますが、特に、長崎県では人口当たりになりますと、提供件数は全国でも多い傾向となっております。このような実績のある中で、こういった取組をしてきたのかということ、若干御紹介させていただきます。

移植医療に関する普及啓発活動については、1 番上に協議会というものを設置しております。ここは地域の住民や医療従事者、当然、行政も一緒になって連携しながら進んでいくものであります。その右下、情報担当者協議会というものを設けておりまして、これは県が指定しております協力病院におきまして医師や看護師の担当者を推薦していただきまして、県知事の名前で移植情報担当者として委嘱をさせていただいております。いわゆる、これは県としての重要な仕事だということで、知事の名前でしっかりと委嘱をして、院内のコーディネーター業務を行っていただいております。これらの会議については、毎年 2 回程度開催いたしまして、症例検討やグループワークなどを行っております。もう既に第 1 回目は 7 月 27 日にちょうど開いたばかりですが、そういった症例報告や院内体制への情報共有などを行ってきています。

地域住民の啓発活動についてです。これもいろいろな都道府県で実施されているかと思っております。本県の特徴といたしましては、県が取組にしっかりと携わっているということが分かるように、副知事を筆頭といたしましてこの啓発活動を行っております。このように、県内の様々な観光施設でも県民への啓発を行っております。

本県の特徴といたしましては、右下にありますとおり、全国と比べても、移植情報担当者いわゆる院内のコーディネーター業務を行う者について、医師の割合が多くなっております。左にありますとおり、この青い所、だいたい 60% 強の医師の方に携わっていただいております。その診療科の内訳は下のとおりです。

それらの今後の活動内容について御紹介させていただきます。基本的には、PDCA サイクルにて毎年毎年、改善点を見つけて発展を目指していこうという考えで行っております。

これは臓器提供の数の推移を示したものですが、1 つ、具体的例を申し上げてどういっ

た取組をしているのかを御紹介させていただきたいと思います。2011年、脳死下の臓器提供が実施された実例がありました。このとき、長崎県下の医療関連もいろいろ試行錯誤をしながら実現に至ったところです。ここの真ん中の黄色の所は、結果として脳死下の臓器提供につながったのですが、結果として、ドクター側のほうの手続きがとても大変だったので、自分としてはもう二度と関わりたくない、もうこりごりだなと、非常に御苦労されたという課題がありました。こういったことであれば、今後なかなか進んでいかないだろうということで、こういうような課題を解決するために、県の担当者又は移植コーディネーター等で、どうしたら今後進んでいくのかという検討を進めました。

これは先ほど紹介させていただきました、情報担当者会議のグループワーキングの状況です。このように、それぞれの少人数グループに分けて、それぞれで課題をディスカッションしていただき、まずは、それぞれの現場でどういったことが課題に上がっているのか、医療関係者だけではなくて、私どもの行政担当の課長、担当職員も一緒に入って課題の抽出を行っております。これも全国的な課題かと思うのですが、提供側病院の問題としては、人的負担、時間的負担、心理的負担、これが非常に大きくなってきた、こういった課題を今後、解決していかなければならないということです。

それに対して、どのように解決していくのかです。まずはしっかりと、臓器提供の機会があるということを県民の皆様、また入院患者の皆様にきちんと周知するという点については、パンフレットを作りました。このパンフレットも単に作ってそのまま終わりというのではなくて、これは長崎県として、行政として作ったパンフレットという位置付けにしまして、病院の判断も非常に大切なのですが、これは県からのお願いとして、それぞれこれを使ってほしい、これを活用して病院関係者に周知してほしいということで活用できるものとして作っております。ここでの特徴としては、同じパンフレットでも、この使い方や周知する方法については行政主体でやっというこを明確化して、病院独自の判断、なるべく負担にならないように工夫しております。

県としての対応方針としましては、行政が推進する医療であること、また個人の医師の負担ではなくて、病院全体の組織が取り組んでいく医療なのだということを今後の県全体の方針としてまとめております。また、それぞれ個人がバーンアウトしてしまうのではなくて、無理のない持続可能な方法で適切かつ安全なシステム・支援体制を構築していく基本方針をまとめております。

そのような方針の中で、毎年毎年様々な取組を改善しながら進めてきました。これも、1つ行政が主体的に関わった実例です。これは、各医療機関に対して、それぞれ臓器提供の周知をお願いする文章ですが、これらについても、右上に書いてありますとおり、長崎県知事の名前でそれぞれの病院に周知を行いました。これは、県として責任を持ってこの啓発に取り組んでいく1つの方法として行ったものです。

これは、医療関係者の方々が、それぞれ家族の方に説明する際の疑問、心配な点をいろいろグループディスカッションの中で挙げられておりました。それらに対するQ&Aとして

ここに考え方をまとめております。例えば、治療と関係のない臓器提供のことをなぜ主治医が言わなければならないのか。また、救命医療を行ってきたので、臓器提供を今更言うのはちょっと言い出しづらい。そういった、主治医として不安に思うことに関して、県として、これらについての考え方はこのように考えているということをきちんと明確化して、各医療機関にこういった考え方を参考として取組を進めていただくこととしました。

これらに取り組んでいく今後の実行体制の部分です。このような問題点を解決するために、そういった方法、考え方で進めてまいりましたが、まずは、このような周知啓発について、県としての啓発のパンフレット・ポスターを作成しております。これは入院されている本人若しくは御家族だけではなくて、病院関係者全員にも病院として、こうしたことに取り組んでいるのだということを分かっていたるように掲示を設置したものです。

今回、臓器提供に至った施設に関しましては、行政全体としての取組に協力いただいた位置付けとさせていただきます。そういった取組をされた施設に対しまして、県知事として表彰をさせていただきます。実際にこのように、担当の部長が出向きまして、関係者に表彰をさせていただいております。このようにそれぞれの医療機関に対して、行政としての取組の1つとして行ったのだということが、きちんと見える形で取組を進めました。

これは、推進協議会の体制です。平成 26 年に協議会が設立されてますが、JOT の特別地域支援事業に採択されたことをもって、この協議会を立ち上げました。病院の活動についても、この協議会がいろいろな支援を行っています。

これは、協議会の実際の運営の方法です。私自身もコロナ前は実際に自分も参加している。いろいろ議論をさせていただきましたが、ここに記載のとおり、単に講演とか講義というものだけではなくて、委員長自らがこの会を引っ張って行って、それぞれの病院・医療機関でどういった課題があったのかということ具体的に議論し、積極的な意見交換を行っていくスタイルです。また、これも行政が関わっていることがきちんと分かる形にしたいと思ひまして、この委員に関しましては、きちんと毎年毎年、知事からの委嘱状を交付させていただいております。私もこの会議に参加した際には、部長から知事の委嘱状をお一人一人お渡しさせていただきまして、行政としてのこの取組を進めていくということをきちんと明確化しております。

これはメンバーですので、後で御覧いただければと思います。先ほども申し上げたとおり、この推進協議会での取組は、これらのことを議論する形にしておりますが、方針としては、委員長がリードする形で、それぞれの課題を具体的に議論する形としております。

パンフレットも実際に作成をしてしております。ここにあるとおりですが、特に大事なものは下の所かと思ひています。今回、いろいろ県で作ったパンフレットも、単に作ればいいというものではなくて、これをどういう目的で作っていくのか、どういうときに使うのかをイメージして作成しているものです。これについては、若干補足をさせていただきます。例えば、2014 年に県で臓器提供に至らなかった理由を調査したときに、そのときにはそういった認識がなかったとか、時間がなかつたとか、いろいろな理由があるのですが、

1つ問題だと思ったのは、この3ポツ目の選択肢が提示できなかったというのが、重複回答ですが7件ありました。やはり、臓器提供の選択肢提示は心理的負担があったのだろうと考えました。そのために軽減策が必要であろうということで、一般市民・県民の方がどう思っているのかということもきちんと把握しておく必要があるのではないかと考え、県で長崎新聞のアンケートを使って調査をさせていただきました。これは公表されております2018年のWebアンケートの形で実施したもので、まず、そもそも臓器提供という選択肢があるかどうか、知っている人がだいたい半分の方。家族の救命が困難なときにその選択肢を思い付くと思いますかといったときに、絶対に自分で自信を持って思い出せるという方が大体30%でした。医療機関がそういったときに、臓器提供という選択肢もありますということを提示することを、どう思いますかと聞いたときに、こんなときに問題ではないか、とても悪い取組ではないかというのはほとんどなくて、それは必要なことでしょう、とてもいい取組だと思いますというのが半数以上、60%はあるということが分かっております。要は、そういう県民・市民の意識調査を基にして、先ほどの病院の先生方がそういった際に臓器移植の選択肢を提示することがどうなのかを迷っていたときに、このデータがあるといいのではないか。そういう選択肢を示すことはいいと思っている人がほとんど、どちらともいえない者を含めるとほぼ問題ないだろうと。もともとそういう仕組みを知っていても、そのときになって思い付くのは30%しかない、そのときに選択肢を提示していれば、きちんとできたのではないかとということが、このアンケートで分かりました。

そういったことで、新聞でもこういった結果を公表しておりますし、これまで口答で選択肢を示していたのですが、なかなかそれはハードルが高いというときには、このパンフレットを使ってきちんとやろうという具体的な活用事例もありまして、実現に至った事例もあります。

こういった地域の県民・市民への意識調査、または、それを実際に使ってみてそれがうまく使えたかどうかをきちんと検証しながら、県としても啓発を進めているところです。

最後、まとめです。今回の移植に関する活動に関しましては、チーム長崎として一体となって活動をしております。またコーディネーターの配置等も積極的に行って、協議会にて関係者の意見を事業に反映させてきた経緯があります。国やJOTがやっていたような新規事業は積極的に応募して、毎年PDCAで体制を構築していこうという取組を進めてきたところでありまして。そういった取組が県としての最終的な成果につながってきているのではないかと考えております。私からの発表は以上です。

○磯部委員長 中田参考人どうもありがとうございます。中田参考人からは長崎県として行政主導で担当者協議会を開催して支援、表彰して、またパンフレットあるいは意識調査を積極的に行って情報共有、情報提供に努めていらっしゃるということです。結果として長崎県は全国で2番目の人口当たりの提供数があるという取組を御紹介いただきました。ありがとうございます。それでは今の御発表に対して御質問、御意見がありましたら委員

のほうからどうぞお願いいたします。

○賀藤委員 国立成育医療研究センターの賀藤と申しますがよろしいでしょうか。

○磯部委員長 賀藤委員どうぞ。

○賀藤委員 本当にすばらしい内容の御発表ありがとうございます。2 つほどお教えいただければと思います。スライドで御紹介がありました、例えば平成 30 年には県として医療計画を作ることにより臓器移植医療の目標値を掲げるとか、県庁という所の行政が積極的にこの移植医療への啓発活動に関わっていらっしゃることが、本当によく分かったのですが、本当によく分かったのですが、誰か旗振りがないとなかなか動かないのかと思ったのですが、何か積極的にこういう啓発活動に関わっていくきっかけがあったかどうか、あればどういうきっかけがあったのかをお教えいただければと思います。

もう1つは、御発表の中にはなかったのですが、今こういう移植委員会の所で検討している中に、小児の移植とかいろいろあるのですが、その前に啓発活動の1つとして学校での授業でなんとか移植について行えないか。学校の授業という場を使って啓発活動が行えないかという議論になっているのですが、そういう点に関して長崎県としてどのような方向で考えていらっしゃるか、お教えいただければと思います。よろしくお願いいたします。

○中田参考人 ありがとうございます。まずこういった推進協議会がなぜこのように発展してきたのか、もともと長崎県はかなり初期の段階から腎臓移植を進めていこうということで、長い歴史を持って取り組んできた経緯もあります。これはもう私の私見になってしまうのですが、やはり長崎大学をはじめ医療関係者の方々がこの取組をかなり積極的に支援してくださっている。そういう医療関係者のしっかりとしたサポートと支援があって、県も一緒に連携してやってきたということでもあります。

県といたしましても、先生方が非常に熱心にやってくださっているのに、何とか一緒に県としてもできることはないかということで、先ほど申したとおりこれは県全体としても進めていかなければいけない大きな課題だと位置付けて、一緒にやらせていただいております。

また、特に県のコーディネーターの方も非常に熱心にいろいろ取り組んでいただいて、そういうそれぞれ個々人の資質能力が非常にこういったものに反映されているのではないかと思います。

あとは学校関係については、まだこの協議会メンバーの中にも具体的な方は入っていない状況です。恐らく学校関係への普及啓発が今後の課題になってくるかなということで、検討していきたいと考えています。以上であります。

○磯部委員長 多分、御質問のお答えは、皆さんの意識が非常に高く、そういう機運が高まったということですが、何かきっかけとかあるいはリーダーシップとか、何かそういうことに関連する御質問ではないかと思うのですが、

○中田参考人 個人的には様々な方がかかわっているのかなと思ったのですが、エビデン



スを持って言いにくいところがありまして。

○磯部委員長 分かりました。

○賀藤委員 副知事さんという方までも街頭に出て啓発活動を行うなどというのは、ちょっとすごいなと思ったものですから質問させていただきました。

○磯部委員長 ほかに御意見、御質問いかがでしょうか。

○有賀委員 有賀ですけれども、よろしいですか。

○磯部委員長 有賀委員どうぞ。

○有賀委員 大変よいお話を聞かせていただいて、ありがとうございます。その中の長崎県移植推進協議会の取組というページに、県内3次救急医療施設の全施設合同での死亡退院調査というのが一番上にあつたのですが、スライドのページ数がないのですが、中田部長にはどれだかお分かりだと思います。この3次救急施設となると恐らく長崎県では先ほどの地図でいくと6、7、8施設ぐらいだと思いますし、その他の救急施設でも脳死で亡くなっている方が出ているのだとは思うのですけれども、その辺の県全体でどの程度の死亡が移植医療に結びつくのかというような議論はいかがでしょう。おおむねこのぐらい出てもいいのではないかと、それに比べて長崎県は今このぐらいなので、だから将来はこんなふうにしてこんなだというような議論になったと思うのですけれども、県全体としてどのぐらいの移植提供が出るだろうという、見込みはこの調査のときにはどんなふうにあつたのか、教えていただけますでしょうか。

○中田参考人 長崎大学とほかの3次救急施設で、死亡調査を行ったものであります。恐らく御質問の趣旨としては、今後それ以外にももう少し対象を広げて調査を広げていく可能性とかの御質問かと理解しました。

○有賀委員 ですから、この表そのものは該当症例に対応するときに提示がなかなかできなかったとか、そういうふうな調査だと思うのですけれども、具体的に何例ぐらいの死亡が、例えば脳死による死亡がどのぐらいあつたのか、その内小児がどうだったのか、だからしたがって全体としてはうまくいけばこれぐらいいけそうだという、そういうふうな議論、つまり医師たちが積極的にもうちょっと関わってくれたとすると、これぐらいいけそうだというふうな議論があつたのではないかと思ったので、今お聞きしました。

そうすると和歌山県が一番ですけれども、長崎県が一番の和歌山県より3倍多くなるという議論もあつたのではないかと、今お聞きした次第です。

○中田参考人 ありがとうございます。すみません、ちょっとその辺の詳細な議論までは私も直接把握できていませんでしたので、また確認できましたら、後で回答させていただきます。失礼いたしました。

○有賀委員 実は日本救急医学会と脳神経外科学会で、どのくらい脳死の患者さんが本当は発生しているのだろうかということを、何年も前に少し課題として研究したことがあつたので、長崎県全体でこれだけの組織的な対応が可能だとすると、かなり詳細な本当の意味でエビデンスになりうるような、そういうふうなデータがひょっとしたら出ていたのか

など思ってお聞きした次第であります。どうもありがとうございました。

○中田参考人 また調べて、後ほど事務局を通じて回答させていただきたいと思います。ありがとうございます。

○磯部委員長 ほかにいかがでしょうか。

○渡辺委員 日本医師会の渡辺ですけれど、お聞きしていいですか。

○磯部委員長 渡辺委員どうぞ。

○渡辺委員 最初の委員の御質問はお答えににくいと言われたので、違う質問の形でお聞きしたいのが、平成 24 年にグリーンライトアップを開始されたのは、長崎県行政の判断なのか、それとも何かほかからの依頼があって協議をして始められたのかというのが 1 点お聞きしたい点です。

もう 1 つは、現時点で長崎県がなさっている活動の主なものというのは、医療機関でそういう状況になったときの情報提供をしやすくするという活動が主なもので、一時的なもの、つまりそういう状況にならない場合に、一般的に県民に情報提供をしているというわけではないと理解してよろしいですか。この 2 点だけ教えていただければと思うのですが。

○磯部委員長 中田委員どうぞ。

○中田参考人 まず 1 点目ではありますが、ちょっと言いにくいと申し上げたのは、今回この取組については、行政だけではなくて例えば県選出の国会議員や県議員の方々をはじめ多数の方の後押しや理解もあったので、そういったことで行政や医療関係者だけではなくて議会の皆様からのいろいろな御支援、サポートを頂いたというのが大きかったのではないかと、私は理解しています。エビデンスを持って言えるかということ、ちょっと私の印象だったのでなかなか言いにくいと申し上げたのはそういった理由であります。

逆に言うとそのように県民や市民の皆様がそういう認識があったから、そういう議会の皆様とも一緒になって取り組めたのかなと思った次第であります。

2 点目の所でちょっと質問を聞き逃してしまいまして。

○渡辺委員 すみません、今なさっている活動というのが、主に医療機関での当該現場になったときの情報提供というのが主体であって、そういう状況になる前に、一般的に啓発するような県民活動というのは、今のところなさっておられないと理解してもよろしいですか。

○中田参考人 県民の啓発活動はこれまでもポスター、グリーンライトなどの取組等を行ってきて、あと新聞媒体を使った広報とか、こういったものを行ってきています。

○渡辺委員 分かりました、ありがとうございます。

○磯部委員長 ほかにいらっしゃいますか。

○横田委員 横田ですけれどもよろしいですか。

○磯部委員長 横田委員どうぞ。

○横田委員 日体大の横田と申します。本日説明ありがとうございました。大変先進的で

かつ積極的な取組に本当に感銘をいたしました。移植を推進するということは、移植を受ける皆さんにとっては直接メリットがある、ということで推進していくということはよく分かるのですが、提供する側、患者さん側家族あるいは提供する施設の、いわゆる提供病院と言っていいのでしょうか、それらに対するメリットというのは直接はないと思うのです。行政のほうで先ほど表彰状のようなスライドがありましたけれども、何か家族や、あるいは5類型と言われる施設に、何か支援なり、あるいは評価を与えるような取組というのはされているのでしょうか。

○中田参考人 何か金銭的な支援というものではございません。先ほど申し上げたとおり、もともと各医療現場の先生方が非常に熱心に御協力、御参加いただいている中で、行政としても一緒に取り組んでいこうということで、少なくとも現場の先生方に御負担をかけないように、このように行政主体といったところで取組を進めたり、表彰制度や委嘱状の交付などの取り組みを行っているところです。

また特にコーディネーターの方にはかなり熱心にいろいろ動いていただいて、平日頃各病院の先生方と意見交換、認識共有等していただいているのが、非常にこの取組が大きく進んだ要因なのではないかと思っています。以上です。

○横田委員 ありがとうございます。私個人は5種類の施設にとって臓器提供に対する情報提供を家族にする際のモチベーションになるのは、家族からの評価が上がること、高くなるということなのではないかと思っていますので、質問させていただきました。どうもありがとうございました。

○磯部委員長 ありがとうございます。いかがですか。

○猪股委員 熊本の猪股ですけど、よろしいですか。

○磯部委員長 猪股委員どうぞ。

○猪股委員 熊本労災病院の猪股と申します。非常に貴重な積極的なお話を聞いて良かったです。実は熊本県でも協議会のような組織は10年ほど前に作っていたのですが、主体はどうしてもある程度慣れた病院が主体になってきて、県が事務的なことをやってくださっているのですが、県はむしろ黒子に徹してくださっているような状況で今まで推移しておりました。

今日のお話はとても印象深かったのですが、1つ協議会の委員長が提供側である、それから副委員長が移植側であるということが、すごく感銘深くて、しかも同じ長崎大学の中のお2人がそれを引っ張っておられることが意義深いのではないかと思います。10年前に熊本県では作りましたけれども、どうしてもその当時の移植に対しての認識が大きい移植側が主体になって作られたまま組織が引きずられていて、この長崎県の組織の構成が非常に臓器提供の推進に有効なのかなと思ったのですが、これは作られたときからそういう体制でこられたのでしょうか。

それから、今施策でいろいろなことをされておられるのですが、その協議会でアイデアが出されてなされてきたということでよろしいのでしょうか。その2点をちょっと

お伺いできればと思います。

○中田参考人 ありがとうございます。私も聞いたところによりますと、このメンバーの構成もやはり提供側、移植側のバランスをいろいろ考慮して選考されたと聞いています。啓発の相談とかをしますと、移植側の先生方からも積極的にいろいろアイデアを出していただくのですけれども、最後は提供側の先生方もしっかりとお互い共通認識を持ってやらなければいけないということで、こういったお互いのそれぞれの立場で議論を進めてきたのが特色になっています。

あと具体的な施策については、当然行政側でのデータ分析の提供ということがありますが、やはりそれぞれの現状困っていることと、今後こうした改善点というのはやはり協議会主体でいろいろ立案しているような経過です。以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。まだまだ御意見があろうかと思えますけれども、時間も押しておりますので次の項目に進みたいと思います。追加の御意見につきましては、また後で御意見を伺う時間があるかと思えます。それでは、次はドナー家族に対してのヒアリングについて、米山委員お願いいたします。

○米山委員 ドナー家族の会、くすのきの会の米山です。今日はよろしくお願ひいたします。本日は私の経験から思うこと、ほかのドナー家族の言葉と臓器提供された御家族に対する調査のフリー記載欄から感じたこと、そして提供しない決断をされた御家族の言葉を聞いて感じたこととお話させていただきます。

私の夫は 2017 年の冬、自らの命を絶とうとして救急搬送されました。なんとか一命を取りとめたものの、状況は非常に厳しいものでした。余りに突然のことで茫然とする私ではありましたが、主治医、看護師の医療のスタッフという支えを得て、終末期の家族のケアがあったからこそ状況を受け入れ、臓器提供という決断ができたと思っています。

夫が緊急入院してから脳死と思われる状態になる可能性が高いと言われたのは、5 日目のことでした。そして提供を決断するまでは 7 日でした。本当に突然変わり果てた姿の夫を前にして、短期間に決断をしなければなりません。信じられないという困惑。

(音声中断)

○磯部委員長 ちょっとお声が。

○米山委員 最後のときをどうするのかを家族で探していく。スタッフの支えを得ても、夫の意思が明らかでも、臓器提供という決断は容易ではありませんでした。ドナー、臓器提供者、そのような言葉で表現されますが、それは私の夫のことであり、誰かの大切な人のことです。移植に使われる臓器はほんの数日前まで、ほんの数時間前までその人の中にあつたのです。ドナーが足りない、ドナーを増やすためにはどうしたらいいのか、そのような言葉を聞くたびに私は苦しくなります。ドナーになるということは、誰かが死を迎えそして決断をした御家族の悲しみを思うからです。このような家族を失うという悲しい思いをたくさんの人にしてほしくないと私は思うのです。

あるドナー家族の方の言葉を御紹介させていただきます。「臓器提供は不本意でした。

私たち家族の本意は娘が元気になって退院することでしたから。その本意が叶わないなら、不本意の中の最善を探すしかなかった。」この言葉はきっとたくさんのドナー家族の言葉を思いを表現していると思います。私も元気になった夫と退院したかったですから。でもそれが叶わないなら、不本意の中でどうすればいいか。何が正解なのか手探りで探していくしかないのです。その選択肢の1つに臓器提供があるのだと私は思います。

今年の1月末より実施されました、臓器提供された方の御家族に対する調査は、その集計結果がJOTのホームページに掲載されました。そのフリー記載欄を御覧になられましたでしょうか。私も読ませていただきましたが、その言葉1つ1つに共感したり困惑したり、様々な思いを抱きます。そして一瞬にしてあの日々に引き戻されてしまい、とても苦しくなってしまう。それらの言葉の中から一部御紹介させていただきます。

「この10年本当に提供してよかったのか、日々考える毎日を送っています。」納得したくて、これでよかったと思いたくて、でも思えなくて、そんな日々を10年も過ごしてみえる。臓器移植法が成立し、20年以上が経過しています。これまでどうして誰もドナー家族の声を聴こうとされなかったのか。私は疑問に思います。

もう少し御紹介させていただきます。「本人が移植を希望していなかったか、あちこち探した。そうであったら親の意思で子の命を絶つのにどのくらい気が楽であったか。このままでは家族も精神的に参ってしまう。決断への言い訳を探した。」このような思いを抱えて生活することは本当に苦しいと思います。私自身も自責の念を抱えて生きています。それを甘受しておりますが、小さくまとめられるときもあれば、飲み込まれてしまうこともあります。ほかの方は悲しみや苦しみとどのように向き合ってみえるのでしょうか。

この調査では「あなたは今臓器提供をしたことをよかったと思いますか」という問いに対して、よかった、ややよかったと答えた人が合わせて87%という結果でした。そうお答になっているにもかかわらず、フリー記載欄には御家族の複雑な心境が吐露されていました。では、このアンケート調査に参加されなかった人たちは一体どのような心境でいらっしやるのでしょうか。後悔されている方は一体どれくらいいらっしやるのでしょうか。私はここにもたくさんの移植医療の問題が課題があるのではないかと考えています。こういった声を拾い上げていくためにも、家族の会と全ドナー情報を持つJOTとの協働が不可欠と考えています。また、この調査に関しては、JOTの家族ケア部会の一員でもありますので、各分野の専門家の御意見も聞きながら、分析・解釈が必要と考えています。

もう1つ、ドナー家族の言葉を御紹介いたします。「大切なものを手放さなきゃいけない、それをどんな人がどんなふうに使っているのかを知りたい、見てみたいと思うことは、そんなに駄目なことなの。」父親がドナーとなられた当時中学生の息子さんの言葉でした。私はこの言葉に答えることができませんでした。様々なトラブルを予防するために、ガイドライン第12の3、個人情報の保護の記載があることを知っていました。私が当たり前のこととして受け入れていることに、純粋な思いで疑問をぶつけられました。

ドナー家族は透明性の保持のため、提供時の情報の公開をします。提供したくないとい

う希望も、もっと提供したいという希望もあるとのこと。情報の取扱いについては前回も議論がありました。情報の公開、SNS についてもドナー家族の希望が尊重されることを望んでいます。

私は御縁がありまして、提供しない決断をされた御家族とお話する機会を得ました。その声を御紹介します。「私は息子の心臓を止める決断はできなかった。」彼女のこの言葉を聞き、私はあの日のことを夫ではなく息子がベッドに横たわっていたらと想像しました。頭では脳死を理解しても、心は受け入れない。泣いてすがってモニターの心電図がフラットになるその瞬間まで、私はすぎるでしょう。

そして彼女は医療従事者、特に医師に対して強い不信感を話されていました。彼女の言葉をそのまま御紹介いたします。「あんたたちに何が分かる。」脳死と思われる状態だと言われたときに、彼女はそう思ったと言っていました。重ねて「夫とその親族が葬儀の相談を始めてショックだった。」と。5 年以上経過した今でも彼女は息子さんを失った悲しみを抱え、そして御家族の間にはぬぐいきれない溝があるようでした。

もちろん彼女はドナー家族ではありませんので、JOT の支援は受けていません。彼女はこんなにも苦しんでいるのに、どうして何の支援も受けていないのでしょうか。私は疑問です。そして彼女の言葉を聞き、私は様々なことに思いを巡らせました。私は提供するという決断をしましたが、提供しないという決断をしたかもしれなかった。そのように感じたとき、様々なことに疑問を覚えました。

臓器の移植に関する法律第 2 条、提供に関する意思は尊重しなければならない、とあります。これに提供しないという意思が含まれないのでしょうか。御家族にとって提供しないという決断、提供するという決断、どちらも同じように苦しいものであり、長期間思い悩むことには変わりはないように思います。そしてこの社会は、提供しない決断をされた御家族にどのように映るのでしょうか。

臓器提供を誇りに思うという普及啓発について、以前議論がありました。これは提供しない決断をされた御家族を生きづらいものにしてしまうのではないのでしょうか。そして提供しないという意思を持つ人にとって生きづらいものとなり、その意思を示すことが難しくなるのではないのでしょうか。

臓器提供という選択肢の提示をされた家族は、家族の過ごした時間、交わした言葉、そして本人の意思を寄り合わせ決断すると私は思っています。その決断に何らかの意図が混在することは、その決断を納得のいかないものに変えてしまう危険をはらむと考えます。提供する意思を尊重するために、どうあるべきなのか。それとともに提供しないという意思も尊重される社会、医療であってほしいと切に願っております。以上です。

○磯部委員長 米山委員からは、お身内の提供をされた体験から、提供した家族の思いを中心に御紹介いただきました。声を拾い上げること、後半では、提供しないという結論を出された方に対する対応といいますか、ケアについても、大変重い御意見を伺ったと思います。どうもありがとうございます。それでは、御意見、御質問があれば、お伺いしたい

と思います。いかがでしょうか。よろしいですか。もしよろしければ、JOT の林参考人から、御意見があればお願いしたいと思います。

○林参考人 JOT の林です。米山さん、非常に貴重なコメントを頂き、ありがとうございました。実際、例えば先ほどまで議論されていた選択肢提示について、厚労省のまとめられた、これまでに出了た主な意見についてという中でも書かれておりますが、選択肢提示は終末期の家族ケアの1つであるとも考えられているようですが、本当にそうでしょうか。

原則として私たち医療者は、一生懸命治療して患者さんを救おうとする。その結果としてどうしても救えない場合は、急性期終末期という事態を迎えることとなります。そういう場合においても、治療方針を立てる必要があって、これまで横田班や有賀班のほうで様々な報告書も挙げられておりますが、様々な選択肢がある中の1つに臓器提供というものがある。それを確認しなければ、言い方を換えれば、臓器移植法における提供する権利、提供しない権利を守れない。だから、臓器提供に関する選択肢提示が含まれている。我々JOTは、選択肢提示は医師として医療者として当然の義務だと理解をしております。

そういう状況の中で選択肢を提示されたご家族を思えば、選択肢を提示すること自体が家族ケアではないです。どのような状況の中でもちゃんと告知に向けた環境整備をして、丁寧に治療方針、いわゆる急性期終末期における選択肢提示を行うのが大切なのです。選択肢の提示を行う際にも様々な方法論もあります。それは、コミュニケーション・スキルもあれば、コミュニケーション・マインドと呼ばれる言葉もあるくらい、特にがんの領域では非常に重要視されております。がんの告知をはじめ、がん医療が展開される全てのプロセスの中で、いつでも緩和ケアを受けていただけるような、そういった現場での仕組みや病院に課せられた指定要件もあります。そういったところが移植医療の世界では全く議論されていない。

なおかつ、選択肢が提示された後の御家族に対するフォローアップ、そういったものも、どこまで議論がされ、取り組まれてきているのか。4年半前に臓器移植の世界に入って、俯瞰的に物事を見たときに、「何も具体的な対策がない、何なのだろう、これ」という疑問から、今回、ドナーの御家族に対する意識調査を始め、その中で米山委員にもお会いをし、初めてドナー家族が置かれている悲惨な現状を認識した。

でも、実は臓器移植コーディネーターたちは、みんな知っていました、そういった悲惨な状況を。ただ、個人情報ですので、言えない。そういう事実があることを、公に情報発信できない。なのであれば、意識調査を行って、情報公開を了解頂いた上で、生の意見を頂きたい。そういうことで、今200名程度ですが、ドナーの御家族の生の声がようやく世の中に発信できるようになった。そういう中で、今回、米山委員のこういったコメントは、非常に貴重だと、これが現実なのだと思っておりますので、是非とも臓器提供及びその先にある移植医療の発展のためにも、ドナー家族に対するケアについて、医療者全員が真摯に受けとめて議論をしていただきたい。米山委員の意見を聞きながら、強く感じておりましたので、ここでコメントをさせていただきました。以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。林参考人、米山委員の御発言の中で、レシピエントの情報公開の問題があって、ドナーはその情報を知りたいのだという真摯な御意見がありました。それについて現状と今後の方向性について、JOT でお考えになっていることを教えていただけますか。

○林参考人 これは JOT の内部では、日頃からずっと議論をしていることです。ただ、JOT 単体では、乗り越えられない大きな課題です。ドナーがレシピエントに会いたい、レシピエントがドナーに会いたい、それは人としてのごく自然な感情です。

こういった情報公開、あるいは引き合わせ。

○\_\_\_ 全然声が聞こえないのですが。

○磯部委員長 今、聞こえませんか。聞こえますか。

○\_\_\_ 今、聞こえています。今、聞こえました、声が。

○磯部委員長 どこから聞こえてなかったか、分かりますか。

○\_\_\_ 今、ずっと聞こえませんでした。

○磯部委員長 どこからでしょう。

○\_\_\_ 御講演の後ずっと聞こえませんでした。

○磯部委員長 そうですか。

○\_\_\_ 今から声が聞こえています、先ほどの有賀委員のお話から。

○磯部委員長 どうでしょうか。今、林参考人の話を続けていただいて、終わったところでもう 1 回御意見を伺いたいと思います。今の御発言をどうぞ続けてください。

○林参考人 私が今頂いた質問は、米山委員の発言の中にあつた、ドナーとレシピエントの間の情報公開の関係性についてだったかと思ひます。この件についてですが、JOT の内部では常に議論をしておりますが、JOT 単体では乗り越えられない課題だと思ひています。ドナーがレシピエントに会いたい、レシピエントがドナーに会いたい。これは人として自然な感情だと思ひておりますが、個人情報の問題、あるいはそれだけではなくて、様々な因子、そこによく指摘されるのが、金銭授受に発展するのではないかと、様々なリスク、そのリスクを回避することが優先された結果、完全に遮断をすると。ところが、海外では、少しずつ一定の条件の下で引き合わせるといふ取組が行われております。是非とも、この臓器移植委員会においても、引き合わせをすることが全面的に駄目なのか、あるいは一定の条件であれば OK となるのか、その辺の御議論を頂きたいと感じた次第です。

○磯部委員長 聞こえていらっしゃるんですね。米山委員の御発表が終わつた後、御質問をお受けしようと思つたのですが、多分どなたからも御発言がなかつたのは、聞こえなかつたのかと今理解していますが、その間に林参考人から、JOT の見解といたひますか、御意見を頂きました。林参考人のご発言はあとで時間を設けて再度伺うことにいたします。ほかに御質問、御意見がありましたら、どうぞ。

○横田委員 横田ですが、よろしいでしょうか。

○磯部委員長 横田委員、どうぞ。



○横田委員 日体大の横田です。米山委員、どうもありがとうございました。私も実は臓器提供の情報提供をしたときに、家族が本当に悩んだ末に臓器提供という選択肢を選ばなかったこと経験しています。何回もそのような経験があるために資料1の5番目に臓器提供を選択しなかった家族への支援も、意見として述べさせてもらったのです。ただ、一般的に寄り添うとか、家族の気持ちになるとかということは、よく言うのですが、そのような家族の皆さんに支援といっても、具体的にどのような形の支援がよろしいのか、もし御意見があったら是非伺いたいのですが、いかがでしょうか。

○磯部委員長 米山委員、いかがでしょうか。

○米山委員 御質問ありがとうございます。提供に至る経緯といいますのは、本当に家族がそれぞれ違うように、皆さん本当にいろいろな思いを抱えています。家族によってもお父様、お母様、息子さん、娘さんとか、そういう本当に皆さんが違うものを考えて持っていらっしゃる。なので、その人たちそれぞれ、こういう支援が必要なのだ、こういうケアがいいのだということを一元的に言うことは不可能だと思っています。その人が何をしてほしい、何を求めているのかをまず聞く。その声を拾い上げることをしていただきたいと私は感じております。以上です。

○横田委員 そういう支援者を、医療施設には必要な、人材といいますか、職種ということでしょうか。

○米山委員 そうですね、選択肢が多ければ多いほどいいと思っております。医療施設との信頼関係が構築されれば、提供施設でのサポートができればいいでしょうし、JOT と関係がうまくできたのであれば、JOT が継続して支援をしていく、そういう家族に合わせて支援を選べる必要があると思います。

○横田委員 ありがとうございます。

○磯部委員長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

○有賀委員 これは米山委員から大変重要なお話を聞いたと思って、質問させていただきたく思います。、しかし多分、米山委員も私たちも皆分からないのではないかと思います。、実はある新聞記者と話をしているときに、その人が新聞記者だというのはたまたまですが、要するに自分の父親ががんで最後は亡くなるのですが、主治医から A、B、C、D といった治療に関する選択肢を示された。息子さんの責任においてお決めくださいと言われてしまった。自分としてはある選択肢を述べて、そして患者さんは A であれ B であれ、何であれ、多分亡くなったとは思いますが、結局的に亡くなった。

今、お話を聞きながら、患者さんの御家族に全面的に責任を持たせた形で何かの選択についての決断をさせることが、本来的にどこまで医療としての在り方なのだろうかを、その話を聞いて以来、何年も問題意識を持ってやってきました。ですので、移植提供したほうがいいのか悪いのか、しないのかという話は、確かに今のこの国のルールにおいては、御家族に相当程度に負荷が掛かっていると。もちろんドナーカードがあって、それに従ってやっている場合もあるでしょうし、ドナーカードで OK が出ているけれども、御家族が

反対してできなかったという例もあるわけで、その後者に関してのみは、ドナーカードを書いた患者さん個人の、ある意味個人の自律ですよね、オートノミーというか。そういう部分について尊重するということが、実は御家族がそうになっていなかったと。にもかかわらず、社会のルールだけでは、インフォームド・コンセントという形で、本人の選択こそ最も倫理的であるという形に今なっていると。そこら辺に社会における医療からの御家族への大変な負荷を考えるのですが、米山委員からすると、今言った、米山委員が医療者としてサポートできるのかということがありますが、場合によっては宗教家を含めて、この社会がどういう形で個人のというか御家族の判断を、いろいろな形で支えることができるのかというものすごく大きなテーマについて、当座、米山委員の御意見がもしおありであれば聞かせていただきたいのですが、いかがなものでしょうか。

○磯部委員長　いかがでしょうか。

○米山委員　質問の趣旨ですが、家族が決断しているという現実に対して、どのようなサポートが可能であるか、求められていると思うかということによかったですか。

○有賀委員　それは後半でして、前半は、そういう局面に医療者なり、御家族なり、そして患者さんなりが、そういう患者さん御自身の意思を究極的に尊重するということを前提にしながらも、やはり御家族に最終的な負荷が大きく掛かっていると。これは、そういう社会の仕組みになっているのではないかと。それで本当によかったのだろうか、そういう意味で答えがあるのかないのか分からないので、お聞きしているのです。だから、治療法として A、B、C、D があったとして、私は D を選んだと。結局、父親は亡くなったと。これは私がいったい何をしたのだろうかという悩みで、ある日ある時、私を取材している新聞記者が私に聞いてきたと、これがこの話のきっかけだったのです。そういうことです。

○米山委員　まず、8割の方が御家族の意思で提供されているという現状があります。本人の意思表示で提供しているのが2割。本人の意思表示があったけれども提供しなかったという数については、私は把握しておりません。

今、御家族が全ての判断を委ねられているのが現状ですが、そこに関して倫理的にどうなのだという点に関しては、私個人の意見ではありますが、家族が過ごした時間、交わした言葉、それらで家族が判断すると、そのときその人が提供するという意思を示していたとしても、現状で提供しないという選択を家族がしても、きっとその人はそれでいいと思うだろうと。意思を示したけれども、結果は変わったことに対して、家族が過ごした時間とか、思いとかがあると思うのです。ですので、そこに関しては、家族それぞれの判断があつていいと私は思っています。それに対して納得できるかできないかは、その後のサポート・支援、その思いを拾い上げていく、聞いていくことを、その人たちが求めているかをしっかりと受け止めていくサポートが必要だとは思っています。

○有賀委員　それは病院なのでしょう。

○米山委員　それは先ほどもありましたが、その人たちが信頼関係を続けられない限り、自分

の心情を吐露することは不可能だと私は思います。私の場合、医療機関に入院したのは7日でした。7日間にいかに医療機関が家族と信頼関係を築けるか、そこにあると思います。○有賀委員 ですから、私も横田委員も、救急の現場で、救命救急センターで、そういう御家族とさすがに瞬間的に信頼は結べませんが、短い時間の中に信頼関係を結ぶための様々な努力をしながら、医療人として成長してきたということなのです。ですから、非常にいい関係性の中で終われば、場合によっては、今でもそうですが、正月が来ると患者さんから年賀状が来る。こういうことで、その患者さんは恐らく場合によっては私に相談をすることは多分あるのでしょうか。ただ、それはそのときたまたま居た医師の1人としてそうだったのかもしれませんが、それを全ての病院に普遍的に、そういう信頼関係を築くのが難しい局面にあっても、病院の仕事としてそれが課せられるのかどうかとっていたのです。

だから、日曜日に教会に行くことがもしあれば、そこで西洋の神父さんとお話をされるなり、檀家であれば和尚様とそのときの話をするなりということもあるのかなと思いつながら、長年考えてきたので、今質問したのです。

○米山委員 そういう選択肢があってもいいと思います。

○有賀委員 ありがとうございます。

○磯部委員長 御意見もまだあろうかと思えますけれども、結論がなかなか出るような話でもございませんし、難しい重い課題ですので、また引き続きこの委員会でも議論ができればと思います。一旦この議題、今のプレゼンテーションに対する御意見を終了したいと思えます。ありがとうございます。

それでは最初に事務局から説明がありましたこれまでに出了た主な意見についても含めて、全体を通じて御意見がありましたらお伺いしたいと思います。よろしいですか。では林参考人。

○林参考人 さっき話した内容が聞こえてなかったもので、同じようなことでもよろしいですか。

○磯部委員長 そうですね、失礼しました。先ほどマイク、スピーカーの問題がありまして、米山委員から御発言のあった、最初の林参考人のコメントがお聞きになれなかったと思えますので、改めて、林参考人どうぞ。

○林参考人 再度発言をさせていただきたいと思えます。米山委員、非常に素晴らしいコメントを頂きまして、私たち JOT としてもしっかりと家族ケアについて取り組んでいきたいと改めて思った次第です。そういう中で前段が選択肢提示という言葉でいろいろと議論が行われておりました。これまでに出了た主な意見についてというところで、厚生労働省がおまとめになられた内容の中に、選択肢提示は終末期の家族ケアの1つであるとも考えられるため、というまとめ方がされております。これは私どもからいたしますと、とても違和感のある表現でございます。先ほどの有賀委員の御発言にもありましたとおり、選択肢を提示するということは、いわゆる医療倫理における自律尊重原則、オートノミーの部分

で、それを保全するために行う医療者としての義務だと私たちは理解しております。それが大変だという議論はまた別にあるわけですが、その選択肢を提示すること自体が御家族のケアに当たるというわけではないと考えています。いわゆるがんの領域で、例えばでいうのであれば、がんの告知をする、そういった場合、あるいは再発告知を行う終末期の説明を行うのであれば、どういった環境を整備して、その上で告知あるいは説明を行うのか、しかもその告知、説明を行う中で、どのような言葉を用いて、どのようなコミュニケーション・スキルや、あるいはコミュニケーション・マインドをもって、患者さんやその御家族に説明をするのか。その説明が終わった後、どのような心理状態になっていて、それに対して我々医療者は自身の発言の下で、様々な心理状態に追いやっているわけですから、そこにはやはり責任が伴う。なのであれば、どのような形でフォローアップをしていくべきなのか。様々な段階に分けて、きっちりと患者さんのいわゆる気持ちの変化や心情の変化というものに注視しながら、医療者はプロなのでその部分をどのようにアセスメントをしながらケアをしていくのかというところが家族ケアだと、現場における家族ケアだと考えております。

米山委員の御発言の中には、頭では理解している、でも心は受け入れられないのだということがございます。闇雲に選択肢の提示をして、それを決めてくださいということ自体が、実は今の法律上では、御家族に対して、いわゆる親しい方、愛すべき方の死期を決めさせるということに等しいのです。だからこそ、最大限の配慮を行う必要がある。その様々な施策、例えば心理士を付ける、先ほどのいわゆる宗教的な観点でどなたかを付ける、取り組むべき選択肢はたくさんあると思います。様々なことを行って初めて死期を決めようとしている御家族の支援を行っていると言えるのだらうと。そういった行為全体を寄り添うというようによんでいいのだらうと思います。そういったことがありますので、選択肢提示という言葉自体が家族ケアに相当するわけではないということ。しかも家族ケアというのは形骸的なものではなくて、ほかの医療分野では様々な施策を打って実践されているところです。例えば医療チームを結成して、救急領域であっても、救急領域以外の心理的サポートチームを入れて、様々な人たちと話し合いながら個別にきっちり対応していけるような体制と取るとか、例えばそういった形での対応もできるだらうと考えております。一意見ではございますけれども、家族ケアというものがいかに重要かを今一つ御理解を頂きたいと思う次第でございます。以上です。

○磯部委員長 御指摘を頂いたのは先ほどの米山委員の御発言も踏まえて、これまでの意見についてのところの、選択肢提示は終末期の家族ケアの一つであるという件に関連したコメントだと思いますけれども、確かにそのような気もいたします。厚生労働省は、今日の米山委員のプレゼンテーション、また林参考人の意見も踏まえて、もう一度整理をし直していただいたほうがよろしいのではないかと私は思いますが、委員の方は今の点に関連して何か御意見はございますか。

○渡辺委員 日本医師会の渡辺です。米山委員の御発言、プレゼンテーションでの話とは

直接関係ないのですが、おっしゃられたことは基本的にはドナー家族という定義が、当然ドナーとなった人ということになると思うのですが、お話からすると、ドナーにならなかった方にも配慮がいるというようなことと、それから支援というのは当然ですけれども、ドナーになってしまった後の事後措置という印象があるので、ドナー家族に対して支援だけではなくて、本来は配慮が必要だということ。先ほど有賀委員が IC のやり方に関してお話をされましたけれども、そうすると例えば資料 1 の 5 ページで言うと、ドナー家族支援の体制が、配慮するかどうかということと、それからその下に、臓器を提供されなかった場合というのは、これはドナー家族と呼ぶのかどうかということになりますと、当然呼べないことになります、そうするとその方々への支援若しくは配慮というのは、JOT はできないのではないかと思います、システマ的に。そうするとどこがするのかということ。今後の進め方、資料 3 の⑨の所に、ある程度項目を設けなければいけないのではないかと思います。

これは事務局への意見で、別に米山委員にお聞きする内容ではないとは思いますが、そのように思いました。だから、ドナー家族に対する支援という書き方をしてしまうと、臓器提供をされた方だけに対する対応になるし、支援というのは済んだ後の事後措置ですから、配慮という言葉が要るのかもしれないと思いました。それからドナーになり得なかった方に対するものであれば、ドナー家族にという項目以外の項目が要るのではないかと思います。以上です。

○磯部委員長 大変よく理解できる御意見だと思います。

○木幡委員 木幡です。米山委員のお話を伺っていて、日本では移植のときだけ脳死が人の死になるわけで、その決定を家族がしているという現状。こういう現状だからこそ決める家族には重い負担がのしかかるのではないかと考えております。ちょっと究極的な話になってしまうかもしれないのですが、海外では提供したくない人だけが意思を示す、オプトアウトの制度も取り入れている国も多いわけですが、米山委員にちょっと、こういう貴重な機会なのでお話を伺いたいのですが、例えば制度がこのようにオプトアウト、基本的にどの人も脳死が人の死になり、そしてそういう状態になった方々からは臓器提供がされるようなシステムになっていた場合、脳の時だけ意思を表示する、こういうシステムだった場合、御家族の気持ちは何かやはり変わりますでしょうか。

○米山委員 御質問ありがとうございます。まず、脳死が人の死であるというのが法律で、臓器提供を前提とした場合のみ適用されている現状がありますし、かつ本当に温かい状態で何ら昨日と変わらない状態で死亡宣告を受けるのですね。それは全ての人が人の死として受け入れられるようになるということに対する現実味というか、実感が私にはないですけれども。どうですか、JOT はたくさんのコーディネーターの方がドナー家族と関わっているの、御意見は私は逆に伺ってみたいと思いますが、いかがでしょうか。

○磯部委員長 いかがでしょうか。

○林参考人 はい、ちょっとお答えづらい質問ですが、確かに私もコーディネータ

一の方々と毎日会話をしている中で、脳死のその状態で、皮膚も温かく呼吸もしているように見えること自体を感覚的に、例えばそれが死であることを受け入れるのは非常にハードルが高いというのは、経験のない方々にとっても肌感でお分かりになることだろうと思います。その一方で受け入れる方もいらっしゃいます。木幡委員がお話をされた、いわゆるオプトアウトであった場合であればどうかということについては、結局、究極的には提供するかしないかを決めなければいけないこと自体は変わりがないので、その負担に変わりはないだろうと思います。ちょっと余り明解な回答ができず申し訳ございません。

○磯部委員長　なかなか集約し難い議論になってきまして、とても大事なことですし、今まで少し議論として抜け落ちていた部分なのだろうと思いますので、非常に重要だと思うのですけれども。米山委員のプレゼンテーションを引き継いだ後、先ほどの渡辺委員のコメント、林参考人のコメントを踏まえて、厚生労働省のほうで一旦整理をし直して、また御提示を頂けるということで、この場はいかがでしょうか。

それでは、今の件以外のことで何か御発言がありますか。よろしいでしょうか。御議論どうもありがとうございました。本日も重要な意見、特に後半のプレゼンテーションに対しましては、更なる議論が必要ではないかと思っておりますので、事務局におきまして、本日の意見を踏まえて、今後の進め方等に追記、整理をして御検討いただきたいと思っております。また今後は、専門的な議論が求められる項目につきましては、作業班での検討も含めて進めさせていただきます、結果がまとまりましたら当委員会で御報告いただけるものと思っております。

では、最後の議題に移ります。議題4、その他について事務局よりお願いいたします。

○吉屋補佐　事務局です。資料4につきまして御説明いたします。画面共有させていただきます。脳死判定・脳死下臓器提供を目的とした患者の転院搬送について、前回の委員会においてこの転院搬送につきましては、その際の留意点を関連学会の意見を聴取すべきとの御意見を頂きました。磯部委員長と相談させていただき、臓器提供の関連学会として、日本救急医学会、日本脳神経外科学会、日本集中治療医学会に対しまして、こちらにお示しています資料4のとおり、転院搬送における留意点等について御検討いただく依頼をさせていただいております。各学会で御検討、御回答を頂いた後に、秋以降の当委員会で御議論いただければと考えております。こちら御報告となります。

続きまして、臓器移植ネットワークからの要望書について。

○磯部委員長　議事3がまだでしたので、今後の検討の進め方について、改めて事務局から御説明をお願いいたします。

○吉屋補佐　事務局です。資料3の御説明をさせていただきます。今後の検討の進め方について。今までに頂きました御意見の中から、項目を抜粋させていただいております。こちら、先ほど渡辺委員から御指摘がありました9番目まで含めまして、9つの項目。1つ目から、臓器提供の普及啓発、小児の臓器提供、知的障害者等の意思表示、心停止後臓器提供、選択肢提示、脳死判定・臓器提供目的の転院搬送、法的脳死判定マニュアルにおける補助検査の位置付け、臓器移植コーディネーターの確保、現状ではドナー家族に対する

支援と項目を挙げさせていただいております。それぞれの項目につきまして、検討する内容について記載しております。

2番目の小児の臓器提供、3番目の知的障害者等の意思表示や7番目の法的脳死判定マニュアルにおける補助検査の位置付け等につきましては、専門的な議論が求められることから、2番目、3番目につきましては、小児からの臓器提供に関する作業班において、7番目については医学的検証作業グループにおいて方向性の検討を行うこととし、その結果をもって、残りの項目とともに本委員会で検討を進めることにしてはどうかとしております。今後のスケジュール案ですけれども、8月頃から小児の臓器提供に関する作業班及び医学的検証作業グループによる医学的専門的事項の検討。秋頃より委員会提言の取りまとめに向けた議論を継続させていただき、年末頃を目途に委員会提言の取りまとめを行っていきたいと考えております。以上です。

○磯部委員長 ちょっと順番が前後しまして失礼しました。今の議事3について、今後の進め方について御説明を頂いたところですが、御意見を頂きたいと思っておりますけれども、その前に、本日御欠席の秋山委員より、これに関連してコメントを頂いておりますので、事務局から代読していただくということをお願いいたします。

○吉屋補佐 秋山委員からのコメントを読ませていただきます。「普及啓発、選択肢提示の両方に関連することですが、医療者への教育が非常に重要と考えます。今後どのように行っていくのか、十分に検討することが必要だと思います。例えば、『健やか親子 21』はもともと国民の認知率が13%と低いものでしたが、医師国家試験の問題として取り扱われるようになってから、小児科ではその認知率が向上しています。それを参考に、臓器移植医療に関しても国家試験や各種専門試験の問題として取り扱うように働きかけることも一つの方法ではないでしょうか」。以上です。

○磯部委員長 今の秋山委員の意見も含めて、御説明いただいた今後の検討の進め方について御議論いただきたいと思っております。何か御意見ありますでしょうか。よろしいですか。それでは今後の進め方につきましては。

○有賀委員 有賀です。①からずっと並んでいますが、先ほど来、救急側においてやらなくてはならない様々なことが出てきております。例えば今の①～⑨までの中でも、例えば心停止後臓器提供のエクモの話も出ましたし、それから5番目で言えば、選択肢提示後の様々な御家族のフォローアップという信頼関係というのもそうですし、それから6番目の転院搬送を受けて、臓器提供をするというような様々なことが提供側に課せられるわけですが、この委員の中に、私も含めて病院の院長とか副院長とかやった方や、現に院長をやっておられる方がおられるので、恐らく病院というのはほとんどのスタッフ、職員が基本的には心意気で仕事しているという話でいいのですけれども、やはり何らかの形で財政的な観点からの病院への支援というような話も、どちらかに入れておいていただきたい。、それである意味、それこそ提供側も病院の人たちが安心して本件に取りかかることができるような、そのような背景を整えていただくという、そういう意味での財政的な支援につい

ても少し考慮いただくと有り難いと思います。これは長年そう思ってきてもなかなか真っ正面から言ってもしょうがないというようなことが結構あったのですけれども、せっかくなので発言しますか。今日みたいに根源的な話がどかーんと出ましたので、そういう意味で財政的な支援がないと安全・安心という部分への厚みが絶対に厚くなりませんので、そこら辺の書きぶりなり何なりをお願い申し上げたく思います。以上です。

○磯部委員長 先生よく分かります。ありがとうございます。今後の検討の進め方の中に今の御意見、是非反映させていただきたいと、委員からの重要な御指摘です。よろしくお願いします。ほかにいかがでしょうか。よろしいですか。今後の検討の進め方について、お二人の意見も踏まえて、再度整理していただくということで、よろしくお願いします。今後は作業班との検討もありますし、その過程でまた煮詰めていただきたいと思いますので、結果がまとまりましたら、委員会のほうに御報告を頂きたいと思います。

前後して大変失礼しました。その他について大事な点だけもう一度改めて、資料4はほぼ御説明いただきましたね、概略で結構です。

○吉屋補佐 事務局です。資料4をお示ししております。前回の委員会におきまして、転院搬送については、その際の留意点を関連学会の意見を聴取すべきとの御意見を頂きましたので、日本救急医学会、日本脳神経外科学会、日本集中治療医学会に対しまして、こちらのとおり転院搬送における留意点等について、御検討いただく依頼をさせていただいております。各学会で現在御検討いただいているところでありまして、御回答を頂いた後に、秋以降の当委員会で御議論いただければと考えております。

もう1点、その他の中で取り上げる項目として、JOTからの要望書です。こちら臓器提供者、ドナー適用基準のウイルス性感染症検査について、となっております。現在臓器移植医療におけるウイルス性感染症検査は、ドナー適用基準に従って実施されており、現状の記載は、HIV-抗体、HTLV-1抗体、HBS抗原、HCV抗体などが陽性のみとなっております。一方で、感染症検査技術の進歩に伴い、新技術に応じた各感染症の診断ガイドラインが作成されております。こちらはHIV感染症の2020年版のガイドラインのフローチャートですけれども、スクリーニング検査で陽性となった場合は、確認検査を実施することとされております。また、こちらはHTLV-1の感染の診断のためのフローチャートとなっておりますけれども、こちらも同様、一次検査で陽性となった場合、確認検査を行い、判定を行うとされております。JOT内の移植検査委員会では、最新の感染症診断ガイドラインに従って判断することが望ましいと結論されておりますが、現在のドナー適用基準には、抗体陽性の際の確認検査の必要性が明記されていないため、今後ドナー適用基準の改正を検討いただきたいとの要望となっております。なお、ドナー適用基準の改正につきましては、当委員会での承認が必要となります。事務局から以上です。

○磯部委員長 2点御説明を頂きました。転院搬送の各学会への御案内につきましては、8月末までが御回答の期限で御依頼申し上げているところですので、意見がそろったら、秋以降の委員会でこれについて取り上げて御議論いただきたいと思います。2点目のウイ



ルス性感染症の検査につきましては、こちらの議決が必要、審議会としての同意が必要という事項になりますので、また喫緊の課題ですし、今後メール審議を行わせていただいで対応したいと考えますが、メール審議をすることについて何か御意見がございますか、よろしいでしょうか。御意見がないようですので、この件につきましては今後メールで審議をさせていただくことに、御了承を頂いたこととさせていただきます。

以上で、本日の議題は全て終了しております。委員の先生方から何か全体を通じて御意見、御発言がありましたらどうぞお願いいたします。

○湯沢委員 水戸医療センターの湯沢ですが、先ほど発言したくて、マイクが入らなかったので発言のタイミング逃しました。HTLV-1 感染症は非常に重要で、私は 6、7 年前に厚労科研の指定研究で実は移植患者の感染症について調べさせていただきました。HTLV-1 感染症は非常に発症までの時間が長くて、重症化することが少ないとされているのですが、生体移植で非常に短期間で重症化することが分かったというのが厚労科研の成果で、ニューイングランドジャーナルとかにも掲載されたのですが、非常に高率で重症化することが分かりました。もともと亡くなった方からの提供は禁忌とされていたのですが、より精度の高い検査が求められておまして、生体腎移植でも全例、今詳細に検査するのがガイドラインに示されておりますので、是非できるだけ早い時期に正確な検査ができるようにすることを要望したいと思います。よろしくお祈いします。

○磯部委員長 ありがとうございます。事務局は今の御意見も踏まえて、メール審議に載せていただき情報提供と審議をお願いいたします。ほかにいかがでしょうか。

最後に、事務局からお願いいたします。

○田中室長 本日は御議論いただきましてありがとうございます。たくさんの御意見を頂きましたので本日の議論を踏まえて、まとめ次第皆様に本日の意見を踏まえたご意見及び進め方について、メールでお送りをさせていただきます。作業班が始まる前に、本委員会の中間報告ということで、こちらの資料の作成をさせていただきたいと思いますので、是非御協力いただきたいと思います。

また、次回開催は秋以降を予定しております。日程が決定次第、御連絡をさせていただきます。今回同様、ハイブリット会議で開催予定ですので、皆様どうぞ御参加のほどよろしくお祈いいたします。少し秋まで時間が空きますけれども、また今後も引き続き皆様から御協力いただき、よりよい移植医療対策を進めてまいりたいと思っております。どうぞよろしくお祈いいたします。本日はありがとうございます。

○磯部委員長 それでは、本日の委員会は終了でございます。どうも御協力ありがとうございました。