

日時：令和5年3月6日(月) 16:00～18:00

場所：AP 虎ノ門 RoomC(11階)

出席者

秋山 千枝子委員、磯部 光章委員、笠原 群生委員、小笠原 邦昭委員、賀藤 均委員、加藤 庸子委員、見目 麻子委員、木幡 美子委員、米山 順子委員、坂本 哲也委員、平澤 ゆみ子委員、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、江川 裕人参考人、剣持 敬参考人

議題

1. 臓器移植施策の推進に向けた取組（報告）
2. 日本移植学会へのヒアリング
3. 藤田医科大学へのヒアリング
4. 日本救急医学会へのヒアリング
5. その他

配布資料

- 資料1 臓器移植施策の推進に向けた取組
資料2 日本移植学会の取り組み
資料3 藤田医科大学の取り組み
資料4 臓器提供施設の取り組み
参考資料 臓器移植の現状について

議事

○磯部委員 ただいまから、第62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ありがとうございます。

まず、事務局から、会議の説明と出欠状況の報告、資料の確認をお願いいたします。

○吉川補佐 事務局より、まずWeb会議の進め方について御説明いたします。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、御自身のお名前をおっしゃっていただい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、ビデオをオフ、ミュー

ト状態にし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、浅井委員、上本委員、小野委員から御欠席との連絡を頂いております。19名中16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。本日は、参考人として日本移植学会の江川理事長に現地にお越しいただいております。また、藤田医科大学臓器移植科の剣持教授に御参加いただいております。

引き続き、資料の説明をさせていただきます。資料1は「臓器移植施策推進に向けた取組」、資料2は江川参考人提出資料、資料3は剣持参考人提出資料、資料4は横田委員提出資料です。参考資料1は「臓器移植の現状について」という資料です。

頭撮りはここまでとさせていただきます。報道のカメラは御退出くださいますよう、よろしくようお願いいたします。

それでは、今後の議事進行を磯部委員長をお願いいたします。

○磯部委員 本日は、議事が基本的に1項目で、ヒアリングが3つあります。それでは早速、議題(1)「臓器移植施策の推進に向けた取組」についてです。事務局から御報告をお願いいたします。

○吉川補佐 事務局から、臓器移植施策推進に向けた取組について御報告いたします。まず、先生方に大変お忙しい中お取りまとめいただいた「臓器移植医療対策のあり方に関する提言」、令和4年3月におまとめいただいたものですが、こちらの概要について少し振り返ってみたいと思います。大きく分けて4つの柱がありますが、1.臓器移植に関する普及啓発の促進、2.臓器提供の意思を公平・適切に汲み取ることができる仕組みの整備、3.医療技術の活用による適切な臓器移植の推進、4.多職種連携の推進による家族支援の充実ということで挙げていただいております。

我々としては、「臓器移植医療対策のあり方に関する提言」を受け、令和4年度、各都道府県への普及啓発とか、あるいは小児の臓器提供におけるガイドラインの改正、脳死判定目的の転院搬送に関する検討等が行われております。①の臓器移植に関する普及啓発では、今申し上げたとおり各都道府県の実態、②の臓器提供の意思を公平・適切に汲み取ることができる仕組みの整備として、虐待の判断基準の明確化、15歳未満の知的障害者等の取扱い、適切に臓器提供に関する選択肢の提示が実施されるような取組、そしてGCS3とか転院搬送といったことに取り組んでおります。

ガイドライン改正は前回、1月6日の臓器移植委員会で御報告させていただいたところですが、参考資料の23、24ページを御参照ください。「脳死判定目的の転院搬送に関する作業班」の取りまとめ結果ですが、参考資料の25ページに掲載しておりますので御参照いただけますと幸いです。これらを受けまして、院内体制整備事業とか連携体制構築事業ということで、GCS3レジストリ(終末期患者の治療実態)の調査を行って、それをいかしてマニュアルやシミュレーション等の活動を行う予定としております。また、転院搬送においては、自施設内で臓器提供を全うできない施設を対象として、複数のモデル地域での運営を行い、そこで検証を行うことを計画しております。

続いて、提言の3つ目、4つ目ですが、心停止後臓器提供移植の実態調査が行われたり、現行の脳死判定基準で脳死判定が困難な場合の補助検査の位置付けの検討、そして継続的な家族支援ということで、重症患者初期支援充実加算の新設等が行われております。こちらに関しても参考資料に掲載しておりますので、御参照いただけますと幸いです。

前回、1月6日の第61回臓器移植委員会の主な意見をまとめております。まず、1.臓器提供の意思を公平・適切に汲み取ることができる仕組みの整備ということで頂いた御意見として、選択肢提示の義務は医療者にあるため、急性期終末期医療に入院時重症患者対応メディエーターや院内コーディネーターが参画し、終末期患者・家族の意思決定支援を行うなど、医療機関内の体制整備が肝要である。臓器提供施設連携体制構築事業の拠点・連携施設等の数を増加させるべきである。拠点施設に臓器提供の経験の少ない連携施設からの相談窓口の設置を促すなど、拠点・連携施設間の関係を深めるべきである。この際には、都道府県コーディネーターを有効に活用することが大事である。脳死判定目的の転院搬送については、モデル地域でのシミュレーションを実施し、現場レベルでの課題の抽出と検証を行うべきである。脳死判定、臓器提供の意思決定は家族にとって精神的負担を伴うため、継続的な家族支援が重要であるという御意見を頂きました。

2.臓器移植施設の体制整備ですが、医師の働き方改革を踏まえ、臓器移植施設同士の連携体制の構築(互助制度)や移植施設の集約化、労働環境改善のための人材育成が必要である。今後、働き方改革等もあり、持続可能な移植医療のためにも臓器提供数が増えてくれば、将来的にブロック制での臓器搬送を考慮することが有用であろうというような御意見を頂いたところです。

また、海外臓器移植等の実態調査の予定について御説明いたします。平成17年の厚生労働科学研究費補助金「渡航移植者の実情と術後の状況に関する調査研究」というもので、国内のドナー不足の現状の打開及び国際倫理問題等に対応すべく、実態を把握するためのアンケート調査が施行されております。令和5年度は、厚生労働科学研究費補助金事業において、関係学会等と連携して、「医療機関を通じた渡航移植に関する実態調査」を実施する予定です。調査スケジュールは来年度を予定しており、日本移植学会、臨床腎移植学会、肝移植学会、心移植研究会、肺および心肺移植研究会に所属する会員施設及びその関連施設を対象として、ここに提示している調査項目の実態調査をする予定としております。事務局からは以上です。

○磯部委員 ありがとうございます。事務局からこれまでの取組と前回の議論の概要、今後の取組の実態調査の予定について御報告いただきました。委員からコメント、御意見、御質問等があればお願いいたします。湯沢委員、どうぞ。

○湯沢委員 小美玉市医療センターの湯沢です。海外渡航移植については、マスコミでも大分騒がれたこともあって、非常に関心を持たれていることだと思います。私は腎移植に関わってきて、平成17年の渡航移植の調査にも関わってまいりました。現実的に様々な団体を全て調査するのは絶対にできることではありませんが、今回、各関連の学会とその

関連施設、移植後の外来実施施設に声を掛けていただければ、十分な調査ができるものとして私自身は非常に期待しております。よろしくお願いいたします。

○磯部委員 ほかにいかがですか。平澤委員、よろしくお願いいたします。

○平澤委員 前回の振り返りということで事務局のお話をお聞きしていましたが、改めて院内コーディネーターと入院時重症患者対応メディエーターという役割に対する差別化の明確化ということについてお願いしたいと思います。

入院時重症患者対応メディエーターの方というのは、どちらかというとも御家族に沿ってという形が色濃くなりますので、臨床心理士さんなどが対応することがもちろん多いと思うのですが、臓器提供などのそういった急性期の変化とか、専門性をいかすような御家族からの質問というのはなかなか対応しきれない部分もあると思います。そういったところは、院内コーディネーターが、現場ではよく看護管理者が就いている所もあると思いますので、トータルマネジメント的に病院の中でもしっかりとした専門性をいかして、医療従事者であるというようなどころもしっかり位置付けをした役割というのを、是非ここで活動の明確化をしていただいて、そこに点数を付けていただいて、病院にも院内コーディネーターの設置を広く呼び掛けていただきたいと思いますというように希望いたします。以上です。

○磯部委員 分かりました。ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、事務局から昨年3月に当委員会で議論を進めて提言をまとめて、その後の進捗について御報告いただいたところです。昨今、特に話題になっております渡航移植については、NPOそのものへの調査は限界があると思います。今後、厚労研究班で調査を進めていただくという計画を御披露いただきましたので、この案に沿って進めていただきたいと思います。

それでは、次の項目に移りたいと思います。日本移植学会へのヒアリングということで、3件ヒアリングがありますが、まず日本移植学会からの御報告をお願いいたします。参考人として御出席いただいております日本移植学会の江川理事長、よろしくお願いいたします。

○江川参考人 江川でございます。今日は少しお時間を頂戴して、日本移植学会の移植推進に向けた取組、どちらかというとも臓器提供のことにやや焦点を当ててお話をさせていただきます。

スライドをお願いいたします。こちらは一番大事な、我々がよって立つところということで、憲法第25条の生存権、「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」「国は、すべての生活部面について社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」、臓器移植法基本的理念の第2条「死亡した者が生存中に有していた自己の臓器の移植術に使用されるための提供に関する意思は、尊重されなければならない」、この2つが我々がよって立つところです。

移植学会が臓器提供推進に関わってくる源流というものについて、少し触れさせていただきます。私は、2015年に移植学会理事長に就任いたしました。その折、この真ん中のマリアッティ先生というスペインのバルセロナで有名な臓器提供の学校を開いた人ですが、

彼は救急医で、自ら汗を流しながらそのシステムを作り上げました。こちらに来ないかということで、翌年秋の 25 周年のアニバーサリーに、1 週間休みを取っておいでということでバルセロナ観光があるのだと思っていたのですが、そのまま国際セミナー、ワークショップへ参加して、これが私の考え方を完全に变えていくことになりました。

次をお願いいたします。集中治療医が主たる参加者で、政府が集中治療医、コーディネーター、管理者をセットで派遣しています。その国に合ったシステムを自分で構築する術を教える、1 人でやってつぶれないシステムを作るということを強調していました。一番大事なことはコミュニケーション能力だということでした。不思議なことに、これまでに日本人は 50 人参加していると聞いて、他国では指数関数的に増えているのに、なぜ増えないのだろうかということでした。

次をお願いいたします。この集中治療医たちといろいろ議論をして、彼らは決して遺族には強要しない、徹底的に患者と家族に寄り添う、臓器提供を通して臓器不全患者を救命しているのだという喜びを感じている、臓器提供は善であると信じている、死者・遺族の希望を叶える手助けをしているのだと、そして、ドナー候補者認定から摘出に至るまでが彼らの職務であると述べていました。なぜ増えなかったのかということですが、実際に、非常に熱心なコーディネーターたちが参加しています。医師は 5 名ほどです。病院に戻って、個人で少しは活動するわけですが、結局長続きせず、自然消滅したりバーンアウトしたりして、その火は消えていったということでした。

帰りの飛行機の中で、組織、社会の仕組みを変えるためにやることを 3 つ考えました。行動変容、システム設計、社会実装です。行動変容には、救急現場の医療者の「たましいに訴える」ということです。私が会った救急医療現場の人たちと同じたましいを持ったら、世の中は変わるということ、そして、システム設計と社会実装です。社会実装に関しては、救急関連学会主導で厚生労働省の研究事業を立ち上げていくことを考えました。このたましいについては、救急側と移植側の行動原理、それぞれ救急患者さんを助ける、臓器不全の患者さんを助けるという別の行動原理をどうやったら 1 つにすることができるかと考え続けました。まず、救急関連学会の理事長へ挨拶に行き、情報共有するために、こちらから提供関連学会へのブースを出展し、招いて講演してもらおうということ、そして、移植医療の喜びを分かち合うとともに、救急現場の痛みを移植医に共有するように教育、そして対話です。

次をお願いいたします。ちょっと前後するのですが、この写真の向かって左側の日本人が聖隷浜松病院の渥美先生ですが、彼がジローナ県の病院へ行って、ちょうど立ち上げの最中だったのですけれども、この話をしている中で、ICU で脳死になって亡くなっていく患者の亡くなり方が良くなったという、その姿を見て痛く感動して帰ってこられ、是非推進したいとおっしゃっておられました。それが印象的でした。それで、彼が使うスライドの中からヒントを得てこのスライドを作りました。意識改革、なぜ移植をするんですかということ。我々は、それまでは「臓器不全の患者を助けるため」、だから「臓器が必

要なのだ」と言っていました。そうではなくて、我々も「誰かのためになりたいという患者の思いに応えるため」と思おうではないかと。提供の希望に応え、その結果、我々の患者さんが元気になるのだと。このように、名古屋の救急医学会や仙台の脳神経外科学会にブースを出して、いろいろコミュニケーションを図ってきました。

次をお願いいたします。もう1つ大事なことは、過去のDTI参加者の中から、これほど思う人を4人選び出し、再度スペインに派遣いたしました。調査ミッションは、Human sources、Structures、Finance、つまり人、金、物がどのように動いているかを見てきてほしいということです。次をお願いいたします。これは、現場からiPadで作ったものが送られてきたもので、このように政府があり、Organ transplantation and provision officeあり、Organ transplantation and provision Core Hospitalsがあり、その関連施設があります。そして、お金がこのように、スペインは完全に全ての医療費を国が賄っていて無料ですから、日本とはちょっと違うわけですが、この右半分に注目して現在の臓器提供施設連携対策構築事業というものが出発しています。

次をお願いいたします。これは医学部の講義でして、真ん中のストレッチャーに乗っている学生は、役割で口にパイプをくわえて脳死判定を受けているのですが、こうやって実際に医学部の学生が授業を受けているところから医学部教育もやろうということで、コア・カリキュラムに移植医療と臓器提供を入れるという活動を始めました。

次をお願いいたします。ここで、改めて日本移植学会について紹介いたします。ミッションは移植へのアクセス整備、臓器提供環境整備、医療技術開発、人材育成・教育、社会インフラ整備、この最後は保険です。臓器提供に対する取り組みとして、「臓器・組織提供の患者、家族の意思を叶える」ためにということで、救急・集中治療・脳神経外科学会との連携に取り組みました。我々の責務ですが、「日本移植学会倫理指針」には、死体臓器移植、生体臓器移植、異種移植、医療情報の登録と患者個人情報、臨床研究、臓器売買の禁止をうたっています。さらに、学会員が違反した場合の罰則規定も定めてあります。

次をお願いいたします。時代が少し下って、2018年のイスタンブール宣言を昨年末、臨床腎移植学会、内科学会、腎臓学会、透析医学会の5学会で共同声明を発出いたしました。2018年のイスタンブール宣言のときに、移植学会は既にエンドースしていたわけですが、昨今の状況から、まず患者さんの多い腎代替療法に関わる5学会で共同声明を出しました。今後これに賛同する様々な学会がエンドースすることを期待しています。

次をお願いいたします。これがコア・カリキュラムです。左端にあります。文部省医学教育課、日本医学教育学会と連携して5年掛かりで、昨年春ついにコア・カリキュラムの中に入りました。緑が移植医療、黄色が臓器提供と脳死です。それまで入っていなかったのです。ここに入ったということは、医学部の教育の中でこれらを必ず教えなければならないということで、目的は、全ての医療者が移植医療について知識を持つことで臓器不全患者の移植医療へのアクセス確保、すなわち移植医療の紹介もなく臓器不全患者さんが亡くなっているという現状を打破すること、そして臓器提供を推進することで更に

患者さんを救命するという一方で、実際には日本移植学会の人材育成委員会が救急関連学会と連携しながら、教材や e-ラーニング、出前授業というものを計画しています。81 ある医学部の中で、実際に移植医がいる大学は半分もありませんので、こういった支援が必要になります。

次をお願いいたします。これが市民への情報提供です。令和 4 年度は、25 周年記念事業として、全国 6 か所で市民公開講座を行いました。また、厚労科研の横田班、今日も参加されていますが、ばんだね公開講座への協力もしております。また、令和 5 年度は厚労科研の瓜生原班、こちらは行動変容の先生なのですが、この先生のプロジェクトに参加して、啓発委員会委員長である徳島大学の島田光生教授が分担を引き受けて、このような活動をしています。この活動そのものは、これまでもしているわけですが、瓜生原先生の評価、幾つかの行動、活動をしたときに、それがどのような結果を生み、それを更に良くするために何をしたらいいかという科学的な解析を加えるというところが味噌なのです。

次をお願いいたします。移植医がなすべきことです。今までは、どちらかというところと待っている立場であった我々が、あえて一歩前へ出て、臓器移植施設における臓器提供支援を自施設から地域へ広げることに取り組んでいます。大きく 3 つです。臓器提供事例発生時院内支援、ふだんの院内体制整備、病院内外の啓発です。移植施設といえども、臓器提供があるときに、事務方、手術場、看護師たちが何をしたらいいかということに慣れているわけではありません。そのときに、ふだん出掛けていって状況をよく知っている移植医が協力してサジェスションをし、体も動かすということを進めています。

院内の体制整備ですが、どの施設にもある程度の移植支援室といったものがあるわけですが、どちらかというところレシピエント、患者さんのためにどうやって医療をするかというのが目的です。そうではなくて、臓器提供にも踏み込んでいこうではないかと。実際、剣持先生がこの後発表されると思うのですが、それについて全国的な組織も作って推進されています。普及啓発は、院内はもちろん大事なのですが、地方公共団体と県、都道府県コーディネーターと、普及啓発活動で各都道府県担当を決めておりますので、彼らがチームを作って地域の 5 種類の啓発、市民への啓発を行っています。

次をお願いいたします。先ほど少し述べた連携体制構築事業ですが、今は 14 の連携の組みがあります。星印の所は移植施設で、中には非常に積極的に参加して進めている施設もあります。移植医がただ待つだけではなくて、縁の下で力持ちになって臓器提供の現場を支えるということです。今までは、どちらかというところ顔を出すのを遠慮していたのですが、患者さんを救うためにはそうはいってられないということで、一歩前へ出ていくようにします。

次をお願いいたします。これも厚労科研の成果物ですが、救急現場での患者さんの評価、管理について、移植医の立場から作成に協力させていただきました。幾つか大きな厚労科研の班が真ん中に縦に並んでいて、紫の所で移植学会の中にそれぞれ対応する委員会を立ち上げて、協力体制を整えています。

次をお願いいたします。救急・集中治療、脳神経外科領域学会と日本移植学会との連携として、大きく教育と研究と普及啓発の3つの現場で、学生の教育、研修医の教育、看護師の教育ということです。研究事業は今進めているところですが、臓器提供のドナーからレシピエントまで一貫したデータベースを横串で作って、臓器提供や移植成績の年次報告、WHOへの報告、成績向上のための研究に利用するという大きなものを作ろうとしています。また、各研究の学会間の連携は言うまでもありません。普及啓発においても、先ほどから述べておりますように、救急側と移植側が手を携えて啓発していくということがこれからは求められると思います。

次をお願いいたします。最初に述べた憲法と移植法でうたわれている臓器不全患者の救命と社会復帰、臓器提供の推進を目指すため、「移植医よ一歩前へ、手を携えさらに広く」ということです。御静聴ありがとうございました。

○磯部委員 ありがとうございます。それでは、引き続き藤田医科大学の取組について、剣持参考人に御発表をお願いしたいと思います。剣持参考人、よろしくをお願いいたします。

○剣持参考人 よろしくをお願いいたします。それではスライドを共有いたします。今回はこのような発表をさせていただく機会を頂き、委員の先生方に感謝をいたします。私からは、1施設の臓器提供と臓器移植、特に我々の施設では私たち移植医が臓器提供に積極的に取り組んでおりますので、その現状が御参考になればと思います。

まず、本邦の献腎移植の経緯を見てみます。私は1980年代から腎移植をやっているのですが、臓器移植ネットワークができた1997年以前は、地域で腎臓を摘出して、移植医の施設で移植するというようなことが行われていました。やはり公平、公正という点から、臓器移植ネットワークが発足しました。それまでは、腎移植医が腎提供のICをしていたと思いますが、腎移植医が腎臓を提供してくださいというのはNGで、コーディネーターが中立の立場でオプション提示をするということになりました。そこで、雰囲気としては移植医が臓器提供に関わるなというのが、我々移植医の中でもそういう風潮になりました。ただ、その頃から移植施設、提供施設と言われているのですが、そんな施設はもともとないのでして、例えば私がいた千葉大学病院、藤田医科大学病院があるだけで、臓器移植、臓器提供は、機能であって施設ではないと思っています。

ずっと思っていた疑問なのですが、移植医は臓器提供に関わるなという、このことは私の中にも入ってしまっていて、けれども、よく考えると、よく言われたのが移植医はレシピエントのために臓器が欲しいだけでしょということで、それだけではないけれども、移植医はレシピエントを救うために臓器が欲しいというのは、やはりそのとおりだと私は思います。それから、私の考えとしては、移植手術を行うのであれば臓器提供も同じように推進すべきだと考えますし、実は移植医こそ臓器提供するドナーへの敬意を持っているのです。これが反対に言われていたようなところもあります。それから、家族に移植のすばらしさを伝えられるのは、もちろん提供の先生方もきちんと情報を持っていてできるのですが、実際にガラッと変わる患者さんを見るのは我々ですから、ドナーの御家族にすば

らしさを伝えられることも移植医の大きなメリットなのだろうと思います。

これは私がこちらに赴任したときなのですが、そのときに病院長直轄の部門として、移植医療支援室を設置しております。ここでは私が室長で、副室長は院内コーディネーターの看護長がやっており、臓器移植部門と提供部門という2つの部門でやっております。

先ほど江川先生からも紹介いただきましたが、2014年に全国でこういう部門がある病院は横の連携を作りましょうということで、代表世話人は私がやって、コロナ禍のときを除いて、毎年このような協議会をしております。これは今年は、石田先生にやっただくものなのですが、実際、ここで見ていただくように、ほとんど全部が臓器提供のテーマが多いのです。現在は10施設ですが、これを増やしていきたいと思っております。

当院での取組について少しお話いたします。まず、こちらに赴任してやったことですが、ここに示すように、初診患者全員に対して診療申込書に臓器提供の意思があるかどうかを尋ねる項目を作っていただきました。これは自由記載ですから、書かない人は書きませんし、小児科でしたら親が書くということです。これは今まとめて大学院生の修士論文になるところです。もう1つは、高度救命救急センターにこのような「臓器・組織の提供の権利について」というパンフレットを作って渡しております。これは入院するときの必要書類と一緒に、看護師ないしは事務の方がそこに入れて渡すだけです。ただ、これによって、家族からのお申出が増加したのと同時に、選択肢提示が非常に増えました。

そういうことがあって、現在はパンフレットを渡して、ポテンシャルドナーのチェックは全て院内コーディネーターが行って、まずドナーの適応基準を満たすかどうかのチェックをいたします。適応基準を満たす場合は、全例に選択肢を提示いたします。これは、患者さんとの関係で主治医からしていただくこともありますし、主に院内コーディネーターに頼まれることが多いので、院内コーディネーター、あるいは両方からということで、全例に選択肢を提示しております。それから、月1回の支援室の定例会がありますので、そこで死亡退院患者調査を必ず行っております。後で言いますが、連携事業になりまして、連携事業の各連携施設もこれに参加していただいております。現在、院内コーディネーターは13名です。

私は、医療者はドナーの権利について情報提供を、誰からというわけではないですが、情報提供をする義務があると考えています。もう1つ、それまではどうしてもドナーが発生する所がNCU、脳神経外科、脳卒中科、あるいは救急科が主ですので、摘出手術までずっとそこにいるわけですが、それでは、各科の先生の負担が非常に大きいということで、2回目の脳死判定以降は、主科は我々の移植の科に移ることになります。主科ということで、主治医はもちろんそれまでの主治医なのですが、主科が変わることによって、いろいろな事務手続、例えばオペ室への入室依頼や採血の依頼などは全て我々がやるということになります。それから、もう1つはICUに全例転棟いたします。私どものICUは集中治療医ですから、全身管理、臓器管理が一番得意なのでそこでやっていただいて、呼吸器外科、循環器内科、それから我々腹部の消化器外科と共同して、肝、膵、腎の評価と管理を行っ

ている状況です。

主科は移植医で、ドナー管理は集中治療医ということで、主治医は元のままですが、これによって、圧倒的に脳外科あるいは救急科の主治医の負担が軽減されています。それから、集中治療のプロによる良好な全身臓器管理ができております。これも、やはり集中治療医の西田教授の理解がなくてはできないものでして、この場を借りて御礼いたします。

それから、コーディネーターですが、コーディネーターは最初は4人ぐらいでしたが、足りないということもあって、どういう人をコーディネーターにしたらいいかを考えました。統括としては、NCU・CCUのコーディネーターが統括をしています。これは先ほど出た瀨瀨さんという移植医療支援室の副室長がやっています。それから、組織移植もありますので、組織移植は院内コーディネーターとしてやって、総括をいただいています。出る場所だけではなくて、臓器提供のプロセスに応じて、脳死判定の技師さんにも院内コーディネーターになっていただいて、ICUの看護師、手術場の看護師、それから事務の方にも全て病院長からの委嘱状が発行されています。院内コーディネーターは、全て県からの委嘱状ももらっています。特に手術室は、昨日も摘出があったのですが、やはりその場に来ていただいて、手術場の看護師さんだといろいろな手術場からの連絡が非常にうまくいって、これはすごく良いと思っています。プロセスに応じた院内コーディネーターを配備しています。

もう1つ、当院の星長理事長と相談して、やはりコーディネーターを育成していかなければいけないという、それにはレシピエントだけではなくて、ドナー、レシピエント両方を育成していきましようということで、2016年からこれを立ち上げております。修士課程2年の社会人大学院というものになります。現在までに約20名が学んでおります。これは、レシピエントコーディネーターコースとドナーコーディネーターコースに分かれていくのですが、お互いに、例えばレシピエントコーディネーターコースの大学院生にも、ドナーコーディネーター向けの講義は受けていただくということで、ここで両方を知っていただくということもしております。

これが当院の実績です。昨日、脳死ドナーが出ましたので、全体で267件の臓器提供、心停止が多いのですが、脳死も18件行っております。臓器組織提供数が746件です。臓器移植も719件行っており、やはりこれが同等にならないといけないのかなど。骨や角膜が入っているのもっと減るわけですから、純粋な臓器と臓器移植の数が同じになれば役割を果たしているかなとは思っています。

それから、これは先ほど江川理事長からもありましたが、臓器提供施設連携体制構築事業も、4年目になりますでしょうか、行っています。拠点施設は私どもでして、現在はこの6施設となります。公立陶生病院は昨年からとなります。

これはコンセプトということですが、予算を頂きましたので、どのようにするかという、基本的に自助、公助、共助、互助の役割で分けて院内体制整備、院内体制整備事業というものがまた別にあってそれとかぶりますが、マニュアル作成や見直し、勉強会、講演会、

定例会を行うということ、講演会費や環境整備費等の補助も行います。それから、臓器提供支援ですが、実際に私どもの施設であった場合にはいろいろな連携施設の人が見学に来ます。さらに啓発活動ということで、シミュレーションやグリーンリボンキャンペーン等も我々が出かけて行ってやることにしております。これらの活動は、かなりたくさんの方が参加しています。

こうした事業の成果です。初年度に事業を開始して、2年目から臓器提供が出始めて、始めてから約3年で今のところ14例の脳死ドナーを出すことができています。もちろん我々の所が8例ですから一番多いわけですが、全ての連携施設から出ています。特にあいち小児は小児であるのですが、2例の脳死下臓器提供が出ております。今日御参加の加藤庸子教授のばんたね病院からも、初の脳死下臓器提供が出ています。ということで、3年間で14例の提供ができました。

施設初の脳死というのはすごく大変なのです。我々が行って摘出も行ったこともありませんし、あるいは脳死判定にもコーディネーターが行ってやったり、コーディネーションもしているということ、サポートができたということで、この連携事業は非常に有効だと思います。東海ブロックの全体のドナー数の半分から3分の1以上、多いときには7割ぐらいを占めています。

臓器提供推進のためにはということで、臓器移植委員会のロジックは正しくて、ドナー数が少ない、施設数が少ないということに集約されると思っています。施設数が少ないという部分を増やすために、この事業は非常に効果があったと思いますし、実績もあると思います。ただ、もう1つ、(3)のドナーの提供の意思を叶えられないことというシステム、これは(1)に含まれるのだと思いますが、ドナーの提供の意思を叶えられないという、例えば運ばれた病院では脳死提供ができない、法的脳死判定の項目を満たさなければ意思があってもできないというようなことを改善していくべきなのかなとは思っています。

それから、県内全体で臓器・組織提供をやっていかなければいけないということで、これも星長理事長と組んで、大村知事にも入っていただいて、AODAという臓器提供支援プログラムを2017年に立ち上げています。こういうフォーラム、去年はちょうど私は移植学会をやったので、25周年市民フォーラムということで、移植学会の次の日にWebでやったのですが、この写真はコロナ前にやったものです。大村知事、それから江川先生にも来ていただいて、みんなでディスカッションしました。高校生やメディアの人など、かなり多くの方が参加していただいております。こういう啓発活動も重要なかなと思います。

AODA、臓器提供の連携事業をやることによって、愛知県は常に上位の臓器提供数を確保できているのだらうと思います。ただ、この臓器・組織提供現場からの生の声というのがありまして、みんなうまくいっているかということ、そうではなくて、いつもいろいろなことをディスカッションしながらやっています。例えば脳死判定ですが、実はこの2週間に3例の脳死提供があったので、脳死判定をする医師の負担がものすごく高いのです。されうるはそんなに時間が掛かりませんが、されうるを含めると3回になるわけです。これが、

2 回が本当に必要なのですかと、2 名の医師が本当に必要なのですかと、あるいは 2 回のうち 1 人が同じでないといけないのではないかとというようなことを私のほうにも言っていますが、私が答えられるわけがないのですけれども、これも 500 例以上の脳死下臓器提供が日本である中で、やはり考えていただくことかなとは思っています。

それから、されうるの実施というのは何の保険請求ができません。したがって、ほとんど脳死だという人にやるのだらうけれども、例えばそこで次に進まない、これは完全にボランティアになるのです。それから、鼓膜損傷、瞳孔観察不能では脳死下臓器提供ができないというのは差別ではないかというような生の声があります。また、ドナー御家族の負担軽減に対しては、長時間かつ複数回の IC 等がありますし、特に今回は脳死ですが、心停止後の臓器提供の場合は長期待機になります。これは御家族にも負担ですし、施設も ICU のベッドが 1 つ取られますし、待機するチームにとっても負担ですので、これが本当に続けられるのかということもあります。

提供・移植の権利はこのようになっているわけですが、移植医は、私自身もそうですが、権利はもちろん尊重するのですが、結局集中するのは移植を受けたい、受ける権利に対する移植手術、それから移植後管理に集中していたと思いますが、藤田に来てからそれはいけないということになって、これは移植の全てのプロセスに移植医がサポートというよりは、中心的にやるべきなのかなと今は考えています。最初はいろいろなことがありました。しかしながら、やはり連携を取らないといけないということで、連携のためにはお互いを認めるというのが最初の私の方針だったのです。ですが、相手を認めるというのは、自分が相手より上に立っている言い方であって、最近ではお互いをリスペクトすることによって注意を払ってやっています。こちらがリスペクトしますと、相手も実はリスペクトしてくれることが多いので、必ずしもそうではないですが、それが多いということです。以上です。ありがとうございました。

○磯部委員 剣持参考人からも、大変先進的で精力的な取組について御紹介いただきました。ありがとうございました。引き続き、提供施設側の取組について、横田委員から御発表をお願いいたします。

○横田委員 横田です。どうもありがとうございます。議事次第には日本救急医学会のヒアリングと書いてあるのですが、提供する際の医療施設の視点からというふうなことでお話をさせていただきます。

次をお願いします。提供施設側の医療施設ということになると、主に脳神経外科施設や救急の施設、集中治療、あるいは小児の総合医療施設というようなことになると思います。令和元年以降、厚労省からの研究事業として、学会ベースで委託を受けたのは、ここに書いてありますように、令和元年、平成 31 年から令和 3 年にかけて、当時大阪大学の救急医学の嶋津教授がされた「5 類型施設における効率的な臓器・組織の提供体制構築に資する研究」、副題として「ドナー評価・管理と術中管理体制の新たな体制構築に向けて」というものが 1 つあります。あと、令和 5 年度に予定されている「終末期医療から脳死下・

心停止後臓器提供に関わる医療の評価に関する研究」、これは日本医科大学の横堀教授が予定されています。なぜこのような研究がされているかということ、後でデータを出したいと思いますが、先ほど剣持先生も触れていましたが、臓器提供をする際の様々な負担が、どこの部分で負担があるのかということ、特に嶋津先生の研究班で行われたのは、臓器提供をする患者さんの全身管理が、極めて提供側の施設にとっては負担だということが明らかになっています。それで嶋津教授のマニュアルができたわけなのです。後で、そのアンケートの結果をお見せしたいと思います。

次をお願いします。今、お話したように、臓器提供に関わる負担は具体的にどこかということ、これは、日本救急医学会の脳死・臓器組織の提供に関する委員会で、一昨年9月27日から同年10月12日にアンケート調査をした結果です。J-Stageにも掲載されていて、一般の方々がダウンロードして読むことができますので、是非興味のある方は見ていただきたいと思いますが、全部を紹介していると時間がなくなってしまいますので、どんなことがアンケートで明らかになったかというのを少し紹介したいと思います。アンケートの対象は、当時295あった全国の救命救急センターです。その中で219、74%から回答を頂きました。何が一番明らかになったかということですが、以前から言われている提供時の負担はどういうところがあるかということ、これを次のスライドでお話いたします。

次のスライドをお願いします。例えば、患者家族への説明・フォロー、あるいは院内スタッフの調整、脳死判定に関わる業務といったことが主な負担であったわけですが、すなわち人材の確保が十分できない中で、さらに法的脳死判定ということになると、負担が掛かってしまうということが明らかになっています。

次のスライドのグラフですが、先ほどの嶋津先生のドナー管理のマニュアルにも通ずるところなのですが、やはり臓器提供になる患者さんをドナー管理することが非常に負担と感じているというのが、このアンケート調査でも明らかになっています。このドナー管理の困難性というのは、80%以上の施設で困難性を感じているわけですが、そういう中で、嶋津班で最後の年度は長崎大学の田崎先生がまとめられましたが、このマニュアルが、負担感の軽減に少しでも役に立つだろうと思います。このマニュアルは、最後にお話しますが、日本救急医学会だけでまとめたということではなく、関連の学会、すなわち日本脳神経外科学会、日本麻酔学会、日本集中治療等々の様々な学会が共同して作ったマニュアルであります。

次をお願いします。これは、先ほどお話した長崎大学の田崎先生からのデータです。少し前になりますが、2014年の1年間に長崎県で死亡した患者さん607例のうち、脳死下臓器提供に至ったのは1例だけだったのですが、その607例のうち、いわゆる脳死と判定された症例数が51例あって、いわゆる選択肢の提示をしたのが7例、そのうち脳死下臓器提供をされたのが1例というデータが出ていますので、これは紹介としてお見せしたいと思います。

次をお願いします。様々な負担の中で今、脳死下臓器提供ができる5類型と言われる施設は、現在、全国で908施設あるわけですが、そのうち脳死下臓器提供の体制が整っていない施設が半分あって、体制が整っている中でも過去1例でも臓器提供したのは、体制が整っている施設の半分です。行ふべきことの1つは体制が整っていない施設への支援、臓器提供の経験がない施設の支援、提供が一定以上ある場合には更に増やす方策を支援する方法を考えなくてはならないと思います。すなわち、今まで提供がない施設には提供できる体制を支援すること、あるいは1例以上提供した施設は、さらに円滑に臓器提供できるように支援する必要があると思っています。臓器提供数が少ない根底には、選択肢の提示、臓器提供に関する情報提供が十分されてないことがあるわけです。その背景には、負担感があるのは、いろいろなどころで言われているのです。そういう中で、私の研究班では、先ほどお話のあった入院時重症患者対応メディエーターの育成を行っています。また、医療施設間での連携、これは情報共有や情報提供、あるいは後でも出てきますが、法的脳死判定のための転院や支援ということも、この研究班で議論をしたところでした。それから、これも江川先生からお話がありましたが、何といたっても社会への普及啓発が大切になってくると思います。

次のスライドをお願いします。先ほど円グラフで示した主治医側の負担感ですが、患者さん側に臓器提供の情報提供をする、いわゆる選択肢の提示をするところというのが非常に負担と感じているわけですが、家族側にしても、やはり今まで重症で治療をしていた医療スタッフ、医師、担当看護師から臓器提供の話がされるのは、やはり一定の抵抗があるだろうと思います。そのような中で、いつも患者さんに寄り添って、患者さんの気持ちをよく分かっている入院時重症患者対応メディエーターという新しい職種を作って活躍していくという、患者さん御本人の元気なとき、あるいは患者さんの家族の意思が、臓器提供という意思があった場合に、それをうまく引き出す意思決定支援をするという意味で、入院時重症患者対応メディエーターという新たな職種の活躍が期待されているわけです。

実は、一昨日もその講習会を開催したのですが、令和4年度だけで、360名の方にこのセミナーを受講していただきました。今までトータルで449名の方が、この入院時重症患者対応メディエーターのセミナーを受講しています。1月末には、過去に受講した皆さんが発表会ということで、様々な課題や今後に向けた展望というお話をする機会も設けさせていただきました。先ほどありました院内コーディネーターとの連携が、正に一番重要だと思います。患者さんの元気なとき、あるいは患者さんの家族の臓器提供に対する意思を実現するために、入院時重症患者対応メディエーターと院内コーディネーターの密接な連携が非常に期待され、それが患者さん、家族の満足度にもつながっていくものと思っています。

次をお願いします。これは、先ほど嶋津班が作ったマニュアルであります。この一番上に、平成31年から令和4年と書いてありますが、これは令和3年の間違いです。失礼い

たしました。このドナー管理のマニュアルに関しては、先ほども話したように、日本救急医学会や日本脳外科学会、日本集中治療学会、日本麻酔学会、日本移植学会、日本組織移植学会、日本臓器移植ネットワークなどの組織が協力して、この立派なマニュアルを作成しました。まだまだ周知が十分されていないので、これが周知されてくると、先ほどのドナー管理が非常に負担だということも、だんだん変わってくるのではないかと考えています。

次をお願いします。最後に、脳死判定目的の転院搬送についてです。これは作業部会で坂本先生が担当されて、素晴らしい報告書、結論を出していただいたのですが、要するに脳死判定の目的の転院、法的脳死判定をするということですが、当該施設が法的脳死判定できないということであれば、原則は判定するための支援する人材、例えばドクターや脳波の測定をする技師さんが、その医療機関に行くというのが本来だとは思いますが。どうしても様々な事情でそれができない場合は、当該患者さんの搬送中のリスクを十分考慮した上で転院することもあり得るだろうと思います。そのときには、事前に十分に施設間で連携して、情報共有をして、家族の同意を得るということが重要であると思います。このような内容の作業班からの報告だったと思います。

以上、提供する際の医療機関からの観点から見ますと、様々な負担がありますが、やはり先ほど江川先生がお話されておりました臓器移植法の第2項、移植を提供したいという意思は尊重されなくてはならないことを、患者さんの家族、御本人の意思を実現するために、少しでも負担感を軽減して、家族の意思、御本人の元気なときの意思を実現するように、このような体制を作っていくか、と考えています。私からは以上です。

○磯部委員 横田委員、どうもありがとうございます。3名の方から御報告いただきまして、移植学会、移植実施施設、提供施設という異なった視点からの現状の御報告がございました。印象に残ったのは、移植側から提供側へのアプローチがより重要であろうということでありまして、また、院内あるいは多施設間の連携が大事で、いかに負担を軽減していくかという、そういったことで潜在的な提供の需要をいかにいかすか、といった問題点や解決への模索について共通の視点もあったように思います。

質疑に移ります。御発言の委員は、3名の方のどなたへの御意見あるいは御質問であるかをお示しいただいた上で、御発言いただきたいと思います。どうぞお願いいたします。小笠原委員、お願いします。

○小笠原委員 3人の先生方に直接ではないのですが、私も基本は脳死というものをやめるといふか、死亡は全部脳死にすべきだと思います。これが全てだと思います。そうしてくれると、我々は何の負担もありません。今は2つの死亡の定義があって、これが最大の問題だと思います。先日も班会議で、法律学者もそれが問題だと言っていましたので、これは国会議員の仕事として、是非脳死を人の死にさせていただきたいのです。そうなれば何の問題もありません。これが全ての一丁目一番地ではないでしょうか。

我々脳外科医は、そうしてもらえば何の躊躇もありません。これを是非国としてやって

いただきたいというのが、私のお願いです。これは必ず議事録に残しておいてください。よろしくお願ひいたします。今月に議連でもありますので、私はこれを発言させていただきます。私はそう思っています。よろしくお願ひいたします。

○磯部委員 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。木幡委員、どうぞ。

○木幡委員 今、先生がおっしゃった点ですが、移植のときだけ脳死が人の死となるのは前からおかしいと思っていますし、その死を家族が決めるということは、かなり大きな負担なのではないかと思ひますので、是非そのような御検討もしていただけるといいのではないかと思ひます。

どの先生方ということではないのですが、今ニュースになっているような事案もありますし、それとは別に最近、小児の渡航移植の費用が5億円を超えるというようなケースが相次いでいて、これは異常と言わざるを得ないのではないかと思ひます。イスタンブール宣言以降もこういった渡航移植が後を絶たないのは、ひとえに国内の提供数が少ないことが背景にあると思ひております。法律施行から25年たって、このような現状というのは、そろそろ大きな変革をする必要があるのではないかと感じております。何より、国民の4割が臓器提供をしたいと思ひているにもかかわらず、これだけ少ないというのは、提供を希望するお気持ちがかちんと吸い上げられていないと言ひていいのではないかと思ひます。

ですから、剣持先生のお話にもありましたが、きめ細やかに意思を確認していけば移植につながれるということかと思ひますので、ここはちゃんと提供したい意思を尊重していただきたいです。これができていないというケースがあるとしたら、もしかしたら法律違反と言ひていいのかもしれないかもしれません。ですから、きちんと提供したいという人の意思を移植を希望する患者さんへにつないでいく、そしてこれを持続可能にしていかなければいけないと思ひます。

それで1つ、こういうデータがあるのかどうかということで、今、提供施設は900以上、移植施設も数多くありますが、実施件数が多い病院とそうでない病院とで、かなり隔たりがあるような気がするのですが、1例ずつJOTのホームページを見ればちゃんと載っていますが、病院ごとの提供数とか、移植件数を一覧にした資料があるといいのではないかと思ひます。よく、病院の疾病ごとの手術件数のようなものがあるように、そういったデータがあるのかどうか、それを見える所に提示するということはやっぺいらっしやるのでしょうか。

○磯部委員 それでは、事務局のほうからお願ひします。

○吉川補佐 事務局からお答ひいたします。臓器提供の情報を公開したくないという御家族がいらっしやる場合には、臓器提供施設などの情報は提示しないこととしておりますが、そのような症例を外した上でということであれば、臓器移植施設、臓器提供の件数というのは御提示可能というように思ひております。

○磯部委員 可能ということで、現状ではなされていないということですね。ほかにいか

がでしょうか。見目委員、お願いします。

○見目委員 移植患者の見目です。まず、本日の会議の発表をお伺いして、皆さんが移植の発展のために動いてくださっていることについて、1人の移植患者として大変有り難く思いました。

質問というか、厚生労働省側に1つ伺いたい点があります。先日、岸田総理のほうでも、直近の事件を踏まえて、臓器移植法の見直しを検討する、海外移植の実態調査も踏まえて、厚生労働省などの関係省庁において、臓器移植の課題も分析した上で対策を検討するというような発言をされたというメディアの記事を見ました。今回、政治側でも法律の見直しを行うというような流れがあるのならば、前回の会議でも、今皆さんからも出ていたような御意見、脳死を人の死とするような部分も含めて、これまで法律の改正でしかなし得ないような、国内で移植がより発展できるような案というのがきっとあったかと思うのですが、そういった案をこの皆さんで議論して、厚生労働省から政治側に提出するみたいなアクションというのは難しいものなのでしょうか。是非お伺いしたいです。

○磯部委員 これも事務局のほうでお答えいただけますでしょうか。

○西嶋室長 事務局でございます。見目委員から御発言があった件ですが、臓器移植法については、これまで議員立法で行われています。そして、先ほど来お話があります点については、非常に国民的な世論というか、そういう意見をどういう形で集約していくのか等、倫理的な問題等もあると思いますので、我々としては、先ほど御紹介いただきましたが、まずは本日御提示させていただいた渡航移植については実態を把握するということ、そして提言をまとめていただいているとおおり、国内での移植件数を増やすためにどのようにすればいいか、本日はヒアリングも頂きましたので、現行の法律の範囲内でできることをまずきちんとやっていくことを、学会等の先生方とも御協力させていただきながら進めていくというように考えています。

○磯部委員 現行の法の範囲の中でできること以外のことも求められていますので、それも是非この委員会で議論していただきたいというお話で、小笠原委員の御意見もそうだったと思います。御検討いただきたいと思います。賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 賀藤でございます。横田先生に教えていただきたいことがございます。メディエーターのほうなのですが、私は前職は小児病院にいたものですから、こういう仕事をする人を結構前からお願いしてやっていたことがありました。小児の臓器移植の話を持っていく場合は、ICUの医師などはなかなか大変だということもありますが、あとは小児患者の容体が急に悪くなって緊急入院してくるので、その場合親がパニックになっていて、その親の心のサポートをまずしてあげないと臓器の話は持っていけないと思っています。そのメディエーターというのが、今後大きな肝になってくるのだらうと思います。

今、移植を増やそうと努力をしている最中だと思うのですが、こういう重症な小児患者さんがいる病院では、どのくらいのメディエーターの数が必要なのではないのかという、おおよその人数のめどがあったら教えていただきたいと思います。それと、メディエータ

一を置いた病院でどのぐらいの効果が出ているのかということや、今後の計画について教えていただければと思います。というのは、子供においては、家族の心のケアというのはものすごく大切です、それができなければ、多分臓器移植は増えないと思っています。心のケアが全てだと思っていますので、教えていただければと思います。よろしくお願いたします。

○横田委員 ありがとうございます。2つの御質問を頂きました。1つ目はどのぐらいの人数が必要かということだと思います。今、1回の研修、午前と午後で60名がぎりぎりなのです。というのは、もちろん事前に勉強をしていただいて、それから様々なシナリオベースのロールプレイをやるのですが、10グループに分かれて3人ずつだと、1回30名がぎりぎりなのです。それで年間12回やって、今回360名に受講していただいたのですが、毎回応募者は10倍以上なのです。競争率が高いときには10数倍になってしまうほどです。その中で、なんとか人数を多くということで、1施設、本来はチームとしてメディエーターに活躍していただければいいのですが、今は人数を多く作ることを優先しています。

メディエーターもずっと家族に24時間付きっきりというわけにもいかないのです、先生がおっしゃるように、チームが作れたら一番いいというのも、我々は認識しています。ですから、来年度以降は、回数あるいは1回の人数を増やして、少しでも多く、あるいは1施設に複数人を配置できるように工夫をしていこうと思っています。ただ、ロールプレイをしなくてはいけないので、ファシリテーターの確保が非常に難しく、来年度以降は1回15グループということ想定しているのですが、だとするとファシリテーターを15人確保しなくてはならないという問題が出てきますので、その辺の課題があります。

それから、効果についてですが、これが一番大切です。先ほどお話したように、その当時に約380名ぐらいの方が受講していた段階で、発表会を1月末に開催しました。そのときには、いろいろな課題や、先生がおっしゃるような非常によかった点というものを発表いただいたのですが、これは各施設ごとですので、これからはきちんとデータとしてまとめて公表していくといったことは、我々としても重要だということに認識しています。現時点では少しでも多く受講していただくことを優先しています。今後、効果というものも少しずつ出てきて、それも検証できるのかなというように思っています。

○磯部委員 横田先生、その講習の母体は学会でやっていらっしゃるのですか。これだけのニーズがあって、競争率は10倍もあって、かつファシリテーターが必要だということになると、運営について更なる検討が必要かなというように思っています。

○横田委員 ありがとうございます。日本臨床救急医学会と厚労科研の2つの母体で修了証を発行しています。ですから、2つの組織でやっているのが現状です。ですので、修了証は日本臨床救急医学会の代表理事の名前と厚労科研の私の名前で発行しており、経済的な支援を厚労科研で少しさせていただいているというのが現状です。

○磯部委員 分かりました。拡大かつ継続性が必要だと思いますので、是非御検討いただ

きたいと思います。平澤委員、どうぞ。

○平澤委員 剣持先生と江川先生に、1 つずつ御質問させていただきます。よろしくお願いいたします。

まず、剣持先生のスライドのほうですが、私も非常に興味深く院内コーディネーターとして聞かせていただきましたが、先生の御施設には 13 名のコーディネーターの方がいらっしゃるということで、非常にシステムチックにプロフェッショナルな活動をされているなと羨ましく思ったというのが最初の感想でした。

その中で、役割が非常に明確化されていると思うのですが、院内コーディネーターの方、各々の経験年数というのはどのぐらいあって、コーディネーターになられたらずっとされる感じなのか、それとも施設で HCU にいる間とはというような感じで、異動があったら、また違うスタッフになるという感じで設置していらっしゃるのか、どういう形態でされているのかを教えてくださいたいと思います。

○剣持参考人 ほとんどが看護師ですので、看護部長の理解がないとできないので、看護部とよく話をして、あと検査技師は検査課の教授の所に行っているいろいろお願いするというのもしていますけれども、確かに看護部はある一定の頻度で職場が変わりますので、そういう場合には、そこにいる人の次の人を作ってというようにして回しています。ただ、かなり上の統括の人に関しては、職場が変わっても同じことをやっていただくということになっています。下の人でも 5 年目以上の人になっています。あとは、勤務の部署の交代があった場合には、申し送ってやっていただくということになっています。

意外と看護部長は理解があって、その人がやりたいと言うと、院内コーディネーターの場合は結構長く、次の人を 1 年かけて育てたら代わるというようにやっとなりました。最初はそのようなことは全くなくて、1 年ごとに代わっていて、これでは困ると言ったら、そこはだんだん理解していただいて、長くやっていただくような体制にはなっています。

○平澤委員 おっしゃるように、ある意味で看護師の異動というのでも、院内の中での啓発というか、院内での職員の理解を広げていくというような意味でも、非常に効果があるのかなというように実感しています。

○剣持参考人 そうです。最初は、せっかく院内コーディネーターを NCU でやっていたのに、一般病棟にとったら、一般病棟でも角膜提供などを一生懸命やってくれるのです。だから、院内コーディネーターの事例はそのまま残しておくことが多いので、最初は 4 人だったのが、今は結構増えたということになります。

○平澤委員 重ねて、入院時重症患者対応メディエーターさんの設置のほうはいかがでしょう。

○剣持参考人 既に認定を取っている人がいるのですが、院内コーディネーターが一生懸命やっているのです、そのどの部分をやるかというのが、一応教育プログラムなどいろいろ作ってはいるのですが、横田先生の講習にも今年も 3 人ぐらい行きましたが、そのように一生懸命やっているのですが、まだ機能はしていないと思います。一応います、臓

器提供の中ではまだ機能はしていませんので、これからだと思います。

○平澤委員 そこを担っておられた院内コーディネーターが出来上がっておられる施設なので、あえてという感じなのかなという印象がありましたので。

○剣持参考人 どこをやればいいのかという話になっているので、そこはきちんと役割分担しないといけないかなと思います。もう1つは、院内コーディネーターにも講習を受けてもらっているのです。だから、院内コーディネーターとして、いわゆるソフトを入れてもらうというか、重症患者コーディネーターの研修を受けてもらって、その部分もある院内コーディネーターというのがいいのかなと私見では思っています。そういうようなところですか。

○平澤委員 ありがとうございます。江川先生にも1点だけお願いしたいのですが、21枚目のスライドの院内体制整備の「移植医がなすべきこと」という所で、ドナーコーディネーターとレシピエントコーディネーターの活動の円滑化というようなことがあったと思います。移植学会では、レシピエントコーディネーターの認定制度はあると思うのですが、ドナーコーディネーターの認定制度については今後どのようになっていくのでしょうか。こういった認定制度があると、非常に私どもも活動しやすくなっていくのかなという印象を持ちました。

○江川参考人 まず、このスライドの中に書いた意味は、現場での他職種の支援をするというだけのことです。

今、御質問いただいたドナーコーディネーターの資格化については、昨年の移植学会の中の理事、幹事で、やることリストとして募集して挙がってきた中で、1番に挙がってきました。JOTのコーディネーター、都道府県コーディネーター、院内コーディネーター、さらに組織移植コーディネーター、臓器・組織に関わるコーディネーターは4種類おられるわけですが、それぞれ所属組織が違うし、仕事の内容もモザイクというところもあるし、組織に至っては地域的な散らばりもあります。ですから、その中で今、組織移植学会が逆に中心になって、そういったものの構想を作っているところです。例えば核になる資格というか、それを作って、それにそれぞれのアディショナルな資格を付与して行って、それぞれの専門性を高めていくというようなことを構想としては持っています。ただ、それを実施するに当たって、例えば教育、資格を与える、それを公的資格にするのか、国家資格にするのか、そういった運営をやる財団をどう作るのか、あるいは学会が集まった集団でやるのか、そういった議論もこれからしていくことになっていくと思います。

○平澤委員 ありがとうございます。

○磯部委員 ほかにはいかがでしょうか。湯沢委員、どうぞ。

○湯沢委員 湯沢です。最初に剣持先生の発表の中で非常に印象に残ったのが、藤田医科大学病院で臓器提供数と臓器移植数がイコールになるべきだというお話がありましたけれども、それは非常にすばらしい考えで、移植施設は基本的にはそうあるべきだと私自身も思っています。昨年度まで私が勤務していた病院でも、そこで移植をしていたわけですが、

そこで提供に向けての働きかけも随分行って、そこそこの提供をしてきたということがありました。しかし、数多くの臓器移植をしている施設であるにもかかわらず、実は全く臓器提供をしていないという施設が幾つかあります。移植学会で確か何年か前に集計したことがあったのではないかと私は記憶にありますけれども、移植学会としても、やはり剣持先生のようなお考えを持って進むべきではないかと私は思いました。

それから、私は移植と提供の両方に関わっていた病院にいたこともありまして、臓器提供の権利、臓器移植の権利を守っていくためには、移植医療の推進のため、結局、医療提供体制が整備されなければいけないことだと思っています。これがしっかり働いて、無理なく臓器提供と移植がされれば、移植が普通のように行われて、渡航移植がなくなることだとも確信しています。渡航移植とは呼びませんけれども、木幡委員もおっしゃったように、誰がどう考えても5億円のお金を掛けてアメリカに行って移植を受けてくることがまともなことだとは思いませんし、それが報道されていること自体も恥ずべきことなのではないかと私自身は思います。

そのためには、臓器提供の現場、移植医療の現場、またこれに関わる関係各学会、臓器移植ネットワーク、最後は厚労省の移植医療対策推進室でとなりますが、皆さん大変なことは、今日の御発表を見てもつくづく分かったことではございます。皆さん、なんとか力を合わせて、私も微力ながら関わっている者として、なんとか移植医療の推進をしていきたいと思っておりますので、力を尽していただければと思います。以上です。

○磯部委員 私から剣持参考人と江川参考人にお伺いいたします。共通の話題で、剣持先生のプレゼンテーションの中で、移植医が積極的に提供側に関わる活動をされているということで、私は感銘を受けました。そして、江川先生からも同じような行動をされているということをお伺いしましたが、私はずっと心臓移植の臨床に関わってきてまして、基本的にレシピエント側の医師なり医療者は提供に余り関わってはいけないという、不文律のような、そういった概念をずっと持っていました。

今のプレゼンテーションをお伺いしても、パラダイムシフトのような感じがします。例えば実際に脳死のポテンシャルドナーが出たときに、レシピエント側は、病院の中にはある程度の段階までは入ってはいけないと、そんなことまでルールがあるように思います。先生方がお示しされているような移植、レシピエントに携わる医療者が積極的に提供に関わるということについては、全体のコンセンサスが得られていることなのか、そういったルール上の問題が何もないのか、現状と今後のことについて教えていただければと思います。剣持先生からいかがですか。

○剣持参考人 全体図を江川理事長から示されるのだと思うのですがけれども、うちの例でいうと、まず私もこちらに来るまでは先生と同じような考えを持っていましたし、そうたたき込まれたところもあります。ただ、うちの場合は今の理事長の星長先生が、臓器移植をやる者は臓器提供の意思を叶えるということも同じようにやらなければいけないという考えの人でしたから、うちの大学の中では、最初に臓器提供、ドナーの主科がうちになる

というのでもいろいろとありました。

やはり、そういうことはすべきではないという考えの人もいたのですが、いろいろと議論をしていくと、うちの場合ですが、「我々提供側は、この人が臓器提供していいのかどうかも実はよく分からなくて、先生たちがやってくれて本当に助かる」というようなことを言われたこともあります。そういう議論をしていますと、段々とですね。あとは、昨日もそうなのですけれども、最後に患者さんが、摘出した先生方に話を聞きたいと言われたので、肝臓はすばらしかったですよということで、本当にありがとうございましたという、そこに関わっていますので、それが関わってはいけないとは、私はどう考えても思えなくて、それで患者さんが、1人のレシピエントが救われるということを生の声で言ってあげるのは非常にいいのではないかとということで、法律的なルールはないと思いますが、不文律は確かに今もいろいろな施設であると思います。

ただ、うちの大学の中では、それはほとんどなくなってきて、私が室長ですから、室長がそういうことをやっていいのかといったようなことは今は全くないので、臓器提供は増えているのではないかと考えています。答えになっているでしょうか。

○磯部委員 全く同感なのです。やはり皆さんのコンセンサスを得てうまく持って行ってほしいなということで、あえて御質問しました。江川先生はいかがですか。

○江川参考人 ありがとうございます。今、剣持先生がおっしゃったことを整理して言いますと、このスライドにも書いてありますが、この連絡調整の支援という、現場から見て、家族が臓器提供に同意後とあえてここに書いてあります。すなわち脳死判定、現場によっては集中治療の先生がたまたまそういう病院で移植医だというような特例は別として、家族の意思を酌み取る段階までは、やはりここはやや控えておいたほうがいいたろうと思います。ただ、家族が同意された後、これは家族本人が臓器提供を希望されているわけですから、せっかく差し上げるその臓器をベストな状態にするには誰が一番いいかということ考えたときに、移植医はそこで出てくる役割があると思います。

それが、もともとメディカルコンサルタントとして、移植医がネットワークから、こういう状態で管理を手伝ってほしいと言われると、例えば東大の心臓外科の先生が、あるいは東北大学の呼吸器外科の先生が関東近辺までタクシーで飛ばして来て、心臓の管理をし、気管支鏡で痰を取って、患者さんの臓器の状態を良くして帰っていく。そして、順番が決まったら、自分の所だったとあって、またその病院に行くといったことが頻回に起こっていて、それを見て救急医の先生方が、それだったら我々のほうがプロだからということで、この研究班の中のこのマニュアルも立ち上がっていくという、そういう中で相互に協力し合うということになっていきます。ですから、この移植施設であればメディカルコンサルタントが走るわけではないですから、そうやって一番、臓器を良くしてあげる術を知っている人間として関わるということで、全く不自然ではないのではないかと、今はこのようになっています。

○磯部委員 ありがとうございます。是非進めていただきたいと思いますので、よろしく

お願いします。ほかにいかがでしょうか。見目委員、どうぞ。

○見目委員 再び質問というより、厚生労働省への意見といいますか、御相談なのですが、今回の剣持先生のお話の中で、院内での取組として初診患者さんへの臓器提供の意思確認であったり、救命救急センターの入院患者さんへのパンフレット配布といったことが、御家族からの申出の増加につながったという話がありましたが、既に効果があったという話なので、この会議の課題としても挙がっている国内のドナーの不足ということに対する有効な案の1つではないかと私は感じました。もちろん、移植に対応できる病院に限られることかなとは思いますが、対象となる病院については、厚生労働省の取組の1つとして是非広く施策として展開していただけると、患者としては大変有り難いと感じましたので、この辺りを実行できるか否かというところ、若しくは現在の法律の範囲内で実施、検討いただけるものなのかどうかということについて御意見を伺いたいです。

○磯部委員 事務局、いかがでしょうか。

○西嶋室長 事務局です。見目委員から御指摘のあった点ですが、今日は藤田医科大学の病院の中の連携に対して、そして初診患者さん全員へのアプローチ等々について御報告いただきましたが、これは現行の制度の範囲内で、逆に言えばできるということで、医療機関によってどこまでできているのか、あるいはどこまでできていないのか、本当にいろいろなのだろうと思います。ただ、今日いろいろと先生方からもお話がありましたように、院内でできることというのが、ある程度例示、そして学会としても御示唆いただきましたので、今後この委員会においても、厚労省のほうからどういった形ができるのかと、また皆さん方に御意見を頂きたいということで整理をさせていただきたいと思います。

○見目委員 是非よろしく願いいたします。

○磯部委員 では、秋山委員、どうぞ。

○秋山委員 先ほどの見目委員の御意見と重なりますが、今回、移植の歴史や移植の熱心な取組の現状を知ることができてとてもよかったですと思います。ありがとうございました。市中にいる私のような診療所の医師が、このような状況をまだよく知らないということが残念でなりません。国民も同じではないかと思えます。本日のような内容も、やはり報道等で国民に周知していただけないかと思いました。よろしくをお願いします。

○磯部委員 国民に広く周知するというを事務局のほうでも御検討いただいて、何らかの方法でパブリックに報告なり周知するような方向で是非お願いしたいと思えます。よろしいでしょうか。

3名の先生方からプレゼンテーションをしていただいて、また委員からも大変活発に、そして建設的な御意見をたくさん頂きました。今後国内の移植医療を更に推進することが、この委員会の目的あるいは国の政策であると思えますので、施策にまとめていただいて、次回以降の委員会でも御提示いただければと思います。是非よろしく願いいたします。

それでは、これで用意した議題は終わりました。何か御発言のある委員はいらっしゃいますでしょうか。ないようでしたら、事務局のほうにお戻しいたします。

○吉川補佐 本日は活発な御議論をありがとうございました。次回の開催については、また追って御連絡をさせていただきます。事務局からは以上です。

○磯部委員 それでは、本日の委員会は終了といたします。長時間にわたり御議論いただきまして、どうもありがとうございました。