

日時：令和3年12月23日(木) 15:00～17:00

場所：AP虎ノ門 Room J（3階）

出席者

秋山 千枝子委員、有賀 徹委員、磯部 光章委員、猪股 裕紀洋委員、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、外園 千恵委員、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、塚原 紘平参考人、北村 聖参考人、林 昇甫参考人

議題

1. 関係者からのヒアリング
2. これまでの議論と臓器移植委員会の提言の方向性について
3. 令和3年度移植医療に関する世論調査結果について（報告）
4. その他

配布資料

- | | |
|-------|--|
| 資料1 | 塚原参考人提出資料 |
| 資料2-1 | これまでの議論と臓器移植委員会の提言の方向性について |
| 資料2-2 | 「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）改訂（案）新旧対照表 |
| 資料3 | 令和3年度移植医療に関する世論調査結果概要 |
| 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 定刻になりましたので、ただいまから第58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ありがとうございます。まず、事務局からWeb会議に関する説明、委員の出欠状況と資料の確認をお願いいたします。

○吉屋補佐 事務局です。それでは Web 会議の進め方について御説明いたします。画面下部のビデオのマーク、マイクのマークが斜線になっており、ビデオオフ、ミュート状態となっていることを御確認ください。もし、なっていない場合にはクリックをし、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してください、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、再びビデオオフ、ミュート状態にさせていただきようをお願いいたします。

また、本日の出欠状況でございますが、浅井委員、上本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。本日、参考人といたしまして、岡山大学病院救命救急・災害医学科、塚原先生。日本臓器移植ネットワーク、北村専務理事。事業推進本部、林本部長に御参加いただいております。

引き続き、資料の御説明をいたします。資料 1、塚原参考人提出資料。資料 2-1、これまでの議論と臓器移植委員会の提言の方向性について。資料 2、ガイドライン改定案の新旧対照表。資料 3、令和 3 年度移植医療に関する世論調査結果概要。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、今後の議事進行を、磯部委員長をお願いいたします。

○磯部委員長 それでは議題に沿って審議を始めていきたいと思っております。まず議題 1「関係者からのヒアリング」で本日は塚原参考人をお願いいたしております。では塚原参考人、御説明をお願いいたします。

○塚原参考人 よろしくをお願いいたします。岡山大学病院の高度救命救急センター、救命救急・災害学医科の塚原といいます。スライドを共有させていただきます。少々お待ちください。スライドのほうは共有されていますでしょうか。

○磯部委員長 はい、大丈夫です。

○塚原参考人 それでは、私からは、当院が行っている臓器提供に関する取組をお話しいただきたいということでしたので、少しおまとめしました。よろしくをお願いいたします。

スライドの 1 枚目になりますけれども、こちらも皆さん御存じのとおりだと思います。世界の脳死下臓器提供数の中では、日本に関しては 100 人当たりのドナー数は 0.77、これは少し古いデータになって、一番最近のデータでいうと、現在は 0.99 となります。ただ、韓国と比較しても 8 分の 1 という数値は依然変わりなく、その他の国からも圧倒的に数が少ないということは明らかであります。

私の大学の講義で学生に「なぜこのように少ないのか」というふうに問いますと、多くの学生は、宗教・文化・死生観の違いではないかというふうに答えます。これは皆様も御存じですけれども、学生には本当にそう思うかどうかということ、話を進めていく形になります。

これは本来であれば、最新のデータを出すべきかもしれないのですが、平成 29 年の世論調査でどうだったか、平成 29 年の段階でも実際には自身が脳死/死亡と判定された場合

に、4割強の方が臓器提供希望を承諾するというアンケート調査です。また、家族の方が脳死/死亡と判定されて、本人が希望があるということが分かれば、家族の9割弱の方が、それを後押しすると。そして家族が脳死/死亡と判定されて、本人の意向が分からなくても、4割弱の方が後押しするという形で回答されています。現在は更に高い数字になっていると思われます。推定の年間脳死患者は2,000人ほど見込まれると考えると、自分自身が脳死と判定された場合、4割近くの方が希望されるとなれば、当時でも年間800人の脳死判定者が出るはずになります。しかし、リアルワールドで考えると年間100名という形になっているところを踏まえると、これは文化・宗教という形で捉えるのは難しいのではないかと考えています。

また、これは市川先生らが2018年にされた、非常に重要な調査でありますけれども、重症のお子さんではない家族、外来に普通に来たお子さんの御両親に調査をした結果、47.7というものが、「脳死は人の死ではない」と思っているというふうに回答されたのですけれども、きちんと説明を受けることができれば、62.3%の御両親は我が子の「脳死とされうる状態」というのは受容できるかもしれない。つまり、脳死というのを人の死というふうに捉えて、前に進めるかもしれないとお答えになっています。お子様でもそういう形で捉えていることを考えると、やはり宗教・文化・死生観で勝手に解決していないかというのが我々の考えという形になります。そこで、これだけ少ない理由に、やはり医療側に大きな課題があるのではないかと考えているところではあります。

私たち岡山大学病院の臓器提供は、ここ約3年間で17例の臓器提供を行ってきました。小児例2例、それから心臓死下の提供は3例を含んでいます。我々の中では「脳死とされうる状態」で診断した症例は30症例ありました。その中では5例の小児事例を含んでいます。

また、選択肢提示を行わなかった症例が6例というのは、3例は事件性が否定できないもの、それから1例は頸髄損傷を伴っていて、脳死の判定ができなかったもの、そしてもう2例に関しては、知的障害を有している者という形になります。選択肢提示を行った症例は24例になりますけれども、そのうち6割近くの方が脳死下臓器提供を選択され、そのうち2例は小児事例も含んでいたという形になりました。

1997年から現在にかけて見ますと、岡山大学の令和3年の8月の段階で11症例という形になりますが、その時点では全国で3番目に多いという臓器提供になります。2016年からすると、もう11例という形になりますので、我々も取組に対して提供数が上がっているという結果になっています。

これらの提供を比較的多くしている施設に共通することは何かということ、科内でも考えました。その内容としては、その地域での救急搬送件数が多く、地域の救急の拠点であること。それから、救急を諦めない高度な集中治療が可能な施設であるということ、1つ挙げられています。もう1つは看護師と連携した終末期医療が確立し、選択肢提示を「当然のこと＝患者の権利」として実行できるかどうかということが含まれているのでは

ないかと推測しているところです。

我々の取組としては1つ地域の救急医療をしっかりとやるという点で、できるだけ多くの重症患者を救命することで、その中に Candidate が発生する可能性があるということ。それから、脳死の患者さんで臓器提供のために転院というのは今はできないという現状の中で、やはり5類型施設、しかも5類型施設の中で臓器提供を既に経験があるという施設に運んでもらわないと、どうしようもないという現実があります。

救急では最初に取り掛かったこととしては、地域の救急システムを変えるという点で、消防法では、都道府県が救急業務と傷病者に関しては、当該患者の受入れの迅速かつ適切な施設に搬送するという点で、傷病者の搬送及び傷病者の受入れ実施に、ある程度の基準を作りなさいということがいわれております。

岡山県では、どのように決まっていたかという点、CPA、それから重症患者に関しては、現場から搬送時間が最も近い医療機関を選定しなさいということが当初ありました。そうであれば、なかなか重症患者で Candidate になりうる方が、やはり分散してしまうということがありましたので、現行では、それに対して傷病者の病状・推定する疾患に適した医療機関、つまり重症であればあるほど、3次の医療機関になるべく集約しなさいという形で、例外はもちろんあるのですが、MC と協力しながら、これらを実行していくという形に変えてきています。

あとは決して諦めない、救命にこだわるというところで、それができる医療機関というものも重要になってきます。やはり重症の患者さんが来て、一人のドクター、そして救急の初療で、やはり助けることができないと感じてしまった場合、多くの医療者は、個人の考えと、そして家族にそれをお話しし、DNAR、つまり治療を差し控える形になってしまう。早すぎる治療撤退がなされるのが非常に多く、いわゆる Slow code が存在すると考えられます。それに対して高度の全身管理と救命を目的とした先進的な治療というのは、やはりチーム医療でなされるものでありますので、きちっと救命にこだわって治療すること、その先に臓器提供があると我々は考えています。

その中で治療を全力でするということでは、何割かの方には BAD NEWS を伝えないといけない。それがかなりの医療者の負担になっている。つまり、BAD NEWS を伝えられないということは終末期のお話ができないという形になりますので、臓器提供の機会を失ってしまうことにもつながっています。BAD NEWS を伝える方法として「SHARe プロトコル」という方法があります。それに関して今回は、ここでは述べませんが、やはり全力で救命することが BAD NEWS の受入れを支持してくれると考えています。

では、BAD NEWS はいつ知らせた方がいいのかと。こういう臓器提供をするときに、多くの家族から我々が得られた1つの考えではありますが、レーザーポインタがちょっと表示ができなくて申し訳ないですけれども、この横軸は時間の流れで、縦軸が期待度になります。赤い線に関しては、家族の願いと希望という形になります。そして青い線が医療者の期待という形で、最初は家族とともに治療を頑張りましょうという話はしますので、家

族と医療者の気持ち・期待度は同じぐらいにありますが、終末期の認定、つまり治療がこれ以上できないという形をした場合、このグラフでいうと BAD NEWS を伝えていないケースになりますが、BAD NEWS をもし伝えなければ、家族はやはり、「もしかしたら助かるかもしれない」と。その思いが時間とともに膨れ上がってくるという形になります。それに対して医療者は、「もう、助からない」ということをチームでやはり知っていますので、その期待度は時間とともに下がっていく。そのギャップによって閉鎖的な感情になってしまったり、受入れができないということで、建設的なお話ができない状態を作ってしまうということになります。

それに対して BAD NEWS ということを SHARE プロトコルできっちりと、しっかり伝えることができれば、家族の思いや希望というのは下がっていく形になりますので、医療者とのギャップが少なくなることで受入れの準備、そして建設的な感情という形で終末期の受入れができてくるという形になります。最近では予後予測ができるいろいろな医療機器も出てきていますので、BAD NEWS を、医療者の方はより早く気が付いて、終末期の認定をより早くすることができるようになりました。

それによって岡山大学でも、BAD NEWS をかなり早い段階で家族にお話しします。例えば非常に厳しい状態である、「だけれども 48 時間、我々に時間をください。その間はきちんと救命の治療をさせてください」というお話をよくすることがあります。そういう BAD NEWS はしっかり伝えるのですけれども、48 時間治療期間を与えてくれということを経験して家族と協力して行う場合、家族はやはり、その時点で、かなり期待が下がってはいるのですけれども、何とか 24 時間は、その期待を維持していきます。そして終末期の認定で更に BAD NEWS を、やはり難しい状態であること等を伝えることによって、医療者と、それから家族の思いが一緒になる時間を、より早くするということが最近できている印象があります。それによって我々の方から家族の思いとギャップがなくなったところで、終末期の方針決定の話をさせてもらうことによって、家族の方から「覚悟はしていました」という言葉とともに、前に進むことができるケースが増えているということが多いです。

受入れができなければ意思確認もできない。実は患者には臓器提供しない権利、それから臓器提供をする権利が両方あります。ただ、我々が何もしなくても、提供しない権利は保障されます。家族の中には一番最初に臓器不全に陥っているという説明があったために、提供するつもりでいた家族が、提供ということは、もうできないと思っていた家族もいらっしゃいました。我々から話し掛けたときに、既に臓器不全と聞いていたので、その話はないものだと思っていたという家族もいましたので、やはり我々はどのような形であっても、提供する・しないという権利を両方守るために行動しないといけないと考えております。

そのためには終末期のケアをしっかりする必要があって、岡山大学病院の EICU、救命救急センターの ICU でのチーム医療を少し説明させていただきます。たとえ回復困難な状態になっても、最後まで尊厳を持って生きるサポートをします。私自身やはり、最後どのよ

うに生き切るかということをよく家族に話をします。どうやって最後をみとりますかという言葉よりか、どうやって生き切るかということを実際に考えまじょうと、よく話をすることが多いです。また、患者・家族ケアチームに関しては、家族が終末期をどのように受け入れているかを確認します。終末期を理解していない状態で、つまり終末期を理解していないということは、まだ治療してほしいということになりますので、そこで臓器提供の話をする、家族は見捨てられた、若しくは治療放棄されたというように混乱することがありますので、必ず終末期であるということを理解しているかどうか、それをかなりの回数のカンファレンスで議論することがあります。また、看護師は家族が主治医の話を理解するサポートを行って家族の感情に対応します。最近では心理士にお願いすることもあります。

選択肢提示の基本方針としては、脳死とされうる状態を含む終末期と診断し、方針決定するまで、全力の救命治療を行います。終末期であることを家族が理解する前に、選択肢提示は決して行わないというルールです。それは、臓器提供は終末期の方針を受けての1つであるという概念の下に行っています。つまり終末期というのは、治療中断ももちろん選択肢の1つでありますので、治療を中断するという選択肢と並んで、やはり臓器提供ということをお話しできるかどうかというのが重要になってきます。そして終末期であることを医療者間で共有、家族の受入状態を看護師を含めた多職種カンファレンスで確認すること。医者個人で確認するのではなくて、多職種のスタッフで確認するということが大事で、タイミングもそこで図っているという形になります。

意思確認の基本方針に関しては、御家族に患者さんの生き方を考えてもらい、推定意思を導き出してもらいます。保険証、免許証、日記、これまでの会話等をしっかりと思い出してもらい、ということもあります。医療者は患者本人の推定意思を尊重し、患者家族にとって最善の方針をとれるように支援するということが、徹底して患者家族はどうしたいかではなくて、患者本人がどのように選択したいかと考えてもらうというのが、我々が徹底して行っている形になります。つまり、御家族が提供してほしいという状態になったときに、「提供してほしい」と聞いて、すぐ我々が動き出すのではなくて、そういう場合であっても御本人さんは本当にどう思っていたのかということ、少し1回話し合いまじょうかということをするということもあります。逆に治療を中断してほしいというお話が出てきたときに関しても、それは家族の思いなのか、本人の思いなのかということ、やはり家族と一緒に考え直して治療を進めていくという形を取っております。

そして、臓器提供を選択した家族においても、我々の場合は、実は、17件の臓器提供を行ってきましたけれども、意思カードを持っていた方は1人だけです。救急の現場でありますので、なかなかそういう現状になってくると。その中で、家族の最大の望みは臓器提供ではなくて、患者本人が助かることであるということ、忘れてはいけないと思っています。でも、それがかなわないのであれば、最善の選択肢を考えたい。つまり、本人の思いを尊重してあげたいということになります。その答えが家族にとって治療中断であった

り、臓器提供であったり、ただそれだけのことであるということ、我々はよく考えていかなければと思っております。

患者家族に対してのケアの一環としては、特に小さいお子様の提供に関しては、提供のために体を冷やしますので、帰ってきたときかなり冷えてしまっている体があるので、帰る前に手術室で体を温めて、手を触った瞬間に、まだ温もりがあるというのを確認して、「よく頑張ったね」と声を掛けてもらったりというような配慮をすることがあります。

また、これは当科の教授で中尾先生が提案されていることではありますけれども、心拍再開の連絡が、およそ御家族がお見送りをするときには連絡が入りますので、そのときに合わせて用意したバースデーケーキを出して、家族と一緒に2回目の誕生日をお祝いするというを行っています。これに関しては我々スタッフも、これをすべきかどうかと悩んだ時期がありましたが、やはり御家族からは非常にこれが嬉しかったというお話を、今はよく聞きます。やはり、それだけの関係性を作り上げて、臓器提供を行っていくのが、やはり大事なのかなと考えていることでもあります。

また、治療を選択した、つまり臓器提供を選択しなかった家族の言葉というのも、我々は大事にしないといけないと思っていまして、これは家族の言葉をそのまま抜粋していますが、これは自分の息子さんを提供したお父さんからです。「私たちは提供したいし、この子もきっとそう思うと思う。だから提供も考えたのです。だけど、私たちは、きっと、この子の臓器をもらった子を何としても探し出して、毎日抱きしめたい。そして成長をずっと見守りたい。その思いが今は抑えられなくて、これからの人生、とても苦しむと思うんです。だから臓器提供は諦めました。治療中断で進んでいきます。」というお言葉を頂きました。何と重たい言葉なのだろうと我々は考えまして、家族の気持ちを支援したという形になっています。

最後はまとめですけれども、転院が難しい今、救急システムを見直して、病院前から集約化を図る。これは転院の仕組みが出来上がるといっても、簡単には進んでいくものではないと考えていますので、やはり集約は1つの手段になると考えています。

それから、臓器提供は終末期の方針の1つであって、終末期でない状態では、我々は提供の話はいたしません。文字どおり「家族と寄り添う」中で、家族の希望ではなくて、本人の推定意思を引き出す。そして、我々が重要なポイントとして患者の権利を守る。この方に提供の話をしていいのかどうかということに悩むのではなく、提供の権利を得た患者には、必ず提供のお話をするという文化を医療スタッフに作っていくというのが、我々の中での取組になっております。以上になります。ありがとうございました。

○磯部委員長 塚原先生、どうもありがとうございます。御経験を踏まえた示唆に富むお考えを伺えて、大変参考になりました。どうもありがとうございます。それでは、今の御発言について、御質問あるいは御意見、コメントを頂ければと思いますが、いかがでしょうか。

○小笠原委員 すみません、小笠原ですが。

○磯部委員長 小笠原委員、どうぞ。

○小笠原委員 私、脳外科医なのですが、先生にお聞きしたいのは、2016年から急に、要するに、あのデータでいうと2016年前はやっていないということですよ。何があったのか、あるいは体制を変えたせいなのか、考え方をやったせいなのか。なぜ急に2016年から増えたかです。このお聞きしたいのが1つと、キーは患者・家族ケアチームではないかなと思って聞いていたのですが、それはどういう構成をしているのか。この2つを御教授いただきたいのですが。

○塚原参考人 非常にありがとうございます。体制自体は、実は本当は大きく変わってはいないのです。2012年に、僕がこちらに赴任をして1つ始めたことは、その当時から多職種のカンファレンスを開くタイミングを制限せずに、3分でも4分でもいいので、その日にもう必要だと思ったら集まって行う。多職種といいつつも、最初の頃はやはり看護師と医師なので正確には多職種ではなかったのですが、それでも看護師と医師の情報共有をするということと、それから、その当時に始めたときは、やはり、看護師がこういうことかもしれない、ああいうことかもしれないという意見が多かったのですが、そうではないと。患者の気持ちを酌み取ることで、患者本人が何をしたいかという勉強会を重ねていったので、システムとしては、今お話ししたシステムを2012年から続けていて、家族でお話をする際には、やはり家族もこの時間のない中で悩まれて、結果的には提供に至らなかった人が今までいたのですが、2016年を境に、同じような方法をしていたのですが提供をする数が増えてきたのは事実だと思います。ただ、その中にもう1つポイントは確かにあります。2016年から僕自身が考えていることとしては、それまでは、家族に考えてもらっていたのです。家族に提供したいかどうかを考えてくださいというお話をすると、家族はやはり提供は人の死を決めることになるので、法律的には家族であっても他人といわれることを非常に痛感したのですが、やはり自分の父親であっても自分の子供であっても、中にはやはり個人の死を決めたくないと言って提供を断わる方が大勢いらっしゃいますので、当時も家族に「決めてください」と言うと、家族は「私たちは決められないです」と。「私たちは、本人のことも聞いていないので決められないです」と答える方が多かったです。2016年ぐらいから、家族で本人がどう思っていたかを一生懸命考えてほしいと話をしたところ、かなり印象に残っている言葉としては、提供したお父さんの息子さん、提供した本人の息子さんが「僕は提供に関しては実は余り気が進まなかった。ただ、自分の父親の性格、自分の行動、考え、この2日間を考えたら、うちの父親は絶対提供すると言う。そうであれば僕は提供に関して賛同します」と。なので、もしかすると、その家族に以前と同じように、家族がどうしたいかを考えてと言っていたら、その家族では提供にならなかったのではないかと僕は強く思っています。2016年ぐらいから、もし変えたとするならば我々が力を入れる場所を本人がどのように考えているか、本人意思推定ということにかなり尽力するようになったのがきっかけではないかと思っております。

○小笠原委員 ありがとうございます。非常によく分かりました。

○磯部委員長 ほかに、いかがでしょうか。有賀委員どうぞ。

○有賀委員 有賀から発言させてください。自分自身は脳神経外科医と、それから救急医をモザイクのように経験してきましたので、今の御発表は大変よく身にしみます。2つ質問があります。2つのうち1つは、今の小笠原先生の質疑応答にも少し関係があるのですが、最後の患者さんの件。治療中、選択した御家族の言葉とあり、この御家族は臓器提供をしていないとおっしゃいましたよね。それはそれでよく分かるのですが、実は同じ局面にあって、主治医は西日本のある病院の脳外科医ですが、この状況で御家族とお話をして抜管して、そして最終的に心停止で死亡を確認してということが、私個人的にも全くないわけではないのですが、その病院ではなぜか何箇月かたった後に、警察が、要するに殺人というふうなことで入ってきたのです。で、私自身がそうではないと意見書を書いて、結局事無きを得ているようではあるのですが、この場合には、御家族から見ると治療の中断を選択したことは、やはり御家族から見れば死亡の時間を無理やりこちらにしたという意味での負荷はどうなっているのか。

重症の呼吸不全で、そして、もうどうにもなりませんので抜管しましょう。で、それは自動的に心停止を迎えて亡くなる。これは、脳死やそういうややこしい話でなく、普通のお年寄りの不可逆的な呼吸不全の最終場面において、挿管したままでは幾ら何でもねということもあり、そういうふうになって普通に亡くなっていくことになるのですが、この場合には死亡時間は、心停止の時間だと思うのですが、ここら辺は、全体の脈絡の中でどうなっているのかについて先生の整理を聞きたいです。先生、もう1個いいですか。2つのうち、1個目をよろしくお願いします。

○塚原参考人 まず、非常に重要なポイントです。質問の内容を整理すると、脳死も同じように、第2回目の脳死判定が死亡時間になるように、治療を中断したときの死亡時間をどのように決めているかという質問で、1つ目はよかったですでしょうか。

○有賀委員 いいのですが、死亡診断書そのものは心停止だと思ったので。

○塚原参考人 なるほど。

○有賀委員 ですから、その診断書に行き着くそのプロセスが、御家族が選択している観点でいくと、かなりの同じように負荷が掛かるのではないかとあって、それで先生の全体の脈絡の中でどうなっているのかをお聞きしたかったです。

○塚原参考人 我々の方では、その withdrawal、いわゆる治療中断の点に関して、今お話に出てきた幾つかの方法があります。グレーなところもありますが、法律的に認められている抜管という点に関しては、実は我々も経験がありますが、これも基本的に臓器提供と同一で、本人の意思が明確であることと、やはり終末期であること。そして、もう1つは、やはり我々の所では、科内での総合的な判断プラス倫理委員会にかけて、倫理委員会での許可が得られているものみに、人工呼吸器の停止を行っている形になります。そういうケースも、実際ありました。

今回お示ししたケースは、御家族はそこまでの希望はされませんでした。ただ、集中治

療室から出ることができないかということは、家族は非常に強く思っていました、使っている薬が非常に、いわゆる血管作動薬系のお薬を大量に使っている状態で維持していましたので、それをやめることができれば、長期的な、いわゆる長期脳死という形で管理を見込めることがありましたので、まずは病棟に降りれるような形の状態が本当にできるかどうかということと家族と話をし、そのための治療中断をさせてもらったこととなります。なので、この子は事故になるのですが、最終的なこの子の死亡の原因は、心停止に至った、事故のいわゆる窒息という形が死亡原因になっていて、一番最後の所は、蘇生後脳症という理解でみとりをさせてもらっています。なので、ケースバイケースにはなると思っています。

長期脳死の方で、呼吸器が着いていれば、ほかは何もしなくても生命は維持できているような方に対して、例えば先生がおっしゃっている内容だと思うのですが、呼吸器を止めてほしい。いわゆる昔でいうナンシー・クルーザン事件の実話のようなことは、実は僕らはそこまでの長期脳死で行っていくことはない、その場合に関してはどうのように検討するかは、病院と倫理委員会で決める形になると思っています。お答えになっていきますでしょうか。

○有賀委員 よく分かりました。倫理委員会が、かなりの決め手ということを理解しました。どうもありがとうございます。私が現役のときには、そこまでの高い水準で、病院医療が組織的に倫理委員会を展開することがなかなかできなかった、ありがとうございます。

先生、もう1個いいですか。からっきし、そんなことを聞くのかと言われてしまうかもしれませんが、主な脳死下臓器提供病院、1997年10月17日からというのと、2016年4月からという、そのスライドの次のスライドなのですが、要するに、選択肢提示を患者の権利として実行していると書いてあるのですが、BAD NEWS を伝えることも患者の固有の権利と考えてされていることになってしまうのですか。私自身は、BAD NEWS を伝えるに当たって、医療者の、つまり私たちの医療者の自律というか、正しいことをきちんと患者さんに伝えることは私たちの仕事だという観点でやってきたのです。

結果的には患者の権利でもいいのですが、BAD NEWS をなるべく早い段階からきちんと伝えることにより、患者さんのきちんとした治療を全うすることと、患者さんの御家族がきちんと理解できることがうまくいくシンクロするために、BAD NEWS をなるべく時宜を得てやる話が、これは患者の権利もそうかもしれませんが、医療者が善行の原則に従って事実的にやるという基本的な考えでいいのではないかと思ったのですが、ちょっとそこら辺をコメントを頂けますか。

○塚原参考人 これは全て、いわゆる一般論としては非常に難しいのですが、やはり我々が働く高度救命で該当して来る人がかなり重症な人に限定していると思っています。

もう1つは、やはり最後の終末期を受け入れる時間が余りにもないので、それをいかに時間を作るかというために、今、我々が最善に思っている点ではBAD NEWS の伝え方、伝

えるタイミング、それが、あやふやではいけないのかなということがあり、今ほとんどのケースで脳波を着けています。やはり、脳波の精度がグンと上がっていて、ほとんどのケースが生命予後を外さずにやはり見ることができている現状があるので、それを用いることにより早く伝えることができている。それがなければ、恐らく先生がおっしゃるとおり、もう少しそんなに早く無理やり言うことは余りないと思います。なので、これは医学の進歩も併せてきているのかということも1つの見解です。

○有賀委員 ありがとうございます。

○磯部委員長 まだまだ御意見もあろうかと思いますが、時間のこともあり、後で時間がありましたらまた追加の御意見を伺うということで、ここは先に進めさせていただきたいと思います。塚原先生、どうもありがとうございました。

○塚原参考人 ありがとうございました。

○磯部委員長 議題2「これまでの議論と臓器移植委員会の提言の方向性について」です。資料2-1で、それぞれの項目に沿って御議論いただいて進めていきたいと思っています。今後の方向性が記載されておりますので、追加の意見がございましたら御発言いただきたいと思います。①臓器提供の普及啓発についてです。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。①臓器提供の普及啓発の今後の方向性についてです。現在、学校教育を受ける者から社会人まで、シームレスな普及啓発が重要である。義務教育段階における普及啓発については、厚生労働省が文部科学省と連携し、取組を進める。加えて、医療従事者への教育に関して、関係学会等を通じて取組を進める。臓器提供について、家族等と対話すること、意思表示を行うことに結び付く普及啓発の在り方、若年層に対する臓器移植医療に関する普及啓発について、厚労科研の研究班による検討を行う。このように記載しております。

○磯部委員長 方向性について御説明いただきましたが、これについて御議論いただければと思います。御意見のある方、どうぞ。

○渡辺委員 すみません、日本医師会の渡辺ですがよろしいですか。

○磯部委員長 渡辺委員、どうぞ。

○渡辺委員 今、御説明のあった2行目の「厚生労働省が文部科学省と連携して取組を始める」とお書きいただいたことは非常に有り難いのですが、文部科学省の方がオブザーバーでお出でになられて、そういう連携があるということは、そういうものも連携の中に入るとは思うのですが、もう少し踏み込んだ表現はしていただけないかなと思います。連携をするというのは非常にいいし、やっていただけるのだろうということはあるのですが、もう少し具体的に踏み込んだ内容があったらいいかなと思うのです。方向性について反対しているわけではないのですが、積極的な表現があるといいなと思いました。

○木庭室長 事務局です。渡辺先生、御意見ありがとうございます。特に、学校現場における普及啓発は厚生労働省だけでは完結できない部分でして、文科省と連携させていただきながら進めていきたいと思っております。

もう少し踏み込んだ書き方という御指摘だったと思いますが、具体的にというところあるのかなと思いますけれども、具体的な取組を少しこちらに書かせていただいと、いう御趣旨でしたでしょうか。

○渡辺委員 例えば定期的に協議を開くとか、目に見える形の連携が進むのだなというイメージがあった方が、連携するぞという心意気はすごくよく分かるのですが、具体的にどうなるのだろうかという、なかなか進まないのではないかと、逆にそういった不安もありましたので、そういう意味で、もうちょっと具体的なことがあるといいなと思ってお願いした次第です。

○木庭室長 連携の具体的な形という趣旨と理解いたしました。こちらにつきましては、文部科学省とも相談をしながら、書きぶりを検討してまいりたいと思います。

○磯部委員長 例えば厚労科研の研究班の中で、文科省と議論を進めるというような形の解決もあると思うのですが、御検討いただければと思います。

ほかにいかがでしょうか。

○木幡委員 フジテレビの木幡です。

○磯部委員長 木幡委員、どうぞ。

○木幡委員 普及啓発についてですが、テレビ番組等で放送しますと、一気に登録の数が増えるというようなこともございますので、臓器移植というテーマが、できるだけ多くの人の目に入る、耳に聞こえるということが大事だと思いますので、教育ということをメインに書いていらっしゃるけれども、これまでのやり方、ポスター、Web、国民大会といったことに加えて、もう少しより効果的な方法、SNS もありますので、そういった多様なアプローチで普及啓発を模索するといったようなことも記載してみたいかがでしょうか。

○磯部委員長 それは、この厚労科研の研究班に期待する内容ということによろしいですか。この文言にも、そういうことを含まれた方がよろしいということでしょうか。

○木幡委員 そうですね。多様な、教育のみのことではなくて、今はWebメディアとか、拡散しやすいような状況になっていますので、そういったことも使っていくのはいかがかなと思いました。

○磯部委員長 少し書きぶりをということですが、事務局はよろしく願いいたします。

ほかにいかがでしょうか。

○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 横田です。以前も申し上げましたが、私も学校教育で、臓器提供あるいは脳死に関して講義をしたことがあるのですが、呼んでいただいた先生に聞くと、「非常に重要な問題ではあるけれども、自分たちでは子供たちに教えることができない」というようなことをおっしゃっていたのです。ですから、2行目から3行目の所に、「加えて、医療従事者への教育」というように書いてあるのですが、学校教育に直接関わっている教員の

先生方への、何かしらの教育というのが大切なのかなと思います。ここに「文科省との連携」というように書かれているのですが、先ほどの具体的な内容という話とも関係があるのですが、教員の先生方への教育も重要なのかなと思っています。

○磯部委員長 それも加えていただくということによろしいですか。

○木庭室長 御意見ありがとうございます。学校の先生方への普及啓発ということだと、文部科学省と連携した取組という部分も大きいと思いますので、ここは文部科学省との相談もありますけれども、御意見として承らせていただければと思います。

○磯部委員長 教育者への教育、啓発ということになりますね。

ほかにいかがでしょうか。

○猪股委員 猪股ですけど、よろしいでしょうか。

○磯部委員長 どうぞ。

○猪股委員 速効性を高めるためには、医療従事者の教育というのは非常に重要だと思っております。「関係学会等を通じて取組を進める」と書いてあって、「学会等」の「等」の中にいろいろ入ってくるのだらうとは思いますが、私自身は地方の病院の院長をしておりますが、学会だと、どちらかと言うと各職員、個人に関わることが多いので、一方で地方の病院というのは行政との関わりが大きいので、特に熊本県は、熊本県の非常に熱心な方が臓器提供に関しての組織化をしてくださったりもしているので、「等」の中にネットワーク等も入ってくるのですが、その中で、「自治体」とか「行政」という言葉も入れていただいた方が、地方にとってはいいかなというように感じました。

○磯部委員長 承りました。

ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。それでは先に進ませていただきます。御発言の機会は後でも設けられると思いますので、よろしくお願いいたします。

次は、②小児の臓器提供、③知的障害者等の意思表示。2項をまとめて御説明いただきたいと思います。

○吉屋補佐 事務局です。②小児の臓器提供についてです。前回御議論いただいた内容を踏まえて記載しております。今後の方向性について、医療機関においては児童虐待防止等に関する法律に基づく通告義務から、院内体制の下で虐待を疑えば児童相談所等に通告するため、通告を行わない場合は虐待を疑わないと判断される。現在のガイドラインの記載によって、小児の臓器提供の現場における消極的な運用を招いていると考えられるため、当該箇所を適切な記載に改める。ガイドラインの改正に伴い、臓器提供手続に係る質疑応答集の改訂を行う。また、被虐待児除外マニュアルについては、厚労科研の研究班により改訂を行い、小児からの臓器提供に関する作業班で承認した後に、関係学会を通じて周知する。また、被虐待児を除外するための相談体制について併せて検討を行う。このようにさせていただきます。

③知的障害者等の意思表示についてです。15歳未満の者からの臓器の摘出に関する知的障害者等とそうでない者との間の不整合の是正について、ガイドラインを改訂し、知的

障害者等であっても両親等遺族の書面による承諾により臓器提供を可能とする。15歳以上の者については、意思決定支援等を前提として、今後議論を行っていく。このようにさせていただきます。

○磯部委員長 ②と③については、前回かなり時間を割いて御議論いただいたところです。今後の方向性について、改めて御意見を頂けたらと思います。いかがでしょうか。賀藤委員よろしいですか、前回の意見が反映されてると思いますが。

○賀藤委員 はい、このままで。ありがとうございます。

○磯部委員長 よろしいでしょうか。では、先に進ませていただきます。

④心停止後臓器提供についてです。御説明をお願いいたします。

○吉屋補佐 今後の方向性として、心停止後臓器提供について適切に情報提供を行い、併せて体制整備を行っていく。心停止後臓器提供における問題点の解決のため、海外の取組を本邦に導入することについて、研究班等で検討し、その検討結果について本委員会で議論を行う。このようにさせていただきます。

○磯部委員長 こちらについて、御意見がございましたら御発言ください。

○有賀委員 有賀が発言します。今後の方向性の1行目の「併せて体制整備を行っていく」という所は、これまでに出了意見の2ポツ目にVA-ECMOを導入するうんぬんとありますが、そこら辺のことをいっているのですか。「体制整備を行っていく」というだけだと、当たり前だとなってしまう気がするのです。

○事務局 2ポツ目のことを記載しているというわけではなく、心停止後の提供であれば、5類型施設でなくても可能ではありますが、経験のない所に摘出シミュレーションを行う等、そのような体制整備という意味合いと考えております。

○磯部委員長 それを文言に含めなくてもよろしいですか。

○有賀委員 含めないほうがいいのですか。

○磯部委員長 了解されていれば。

○木庭室長 少し具体的な中身を。

○吉屋補佐 具体を記載させていただきます。

○磯部委員長 研究班で1回もむということになると思いますが、その方向でお願いいたします。

ほかにいかがですか。よろしければ、先に進ませていただきます。⑤選択肢提示についてです。事務局から御説明をお願いいたします。

○吉屋補佐 ⑤選択肢提示についてです。選択肢提示を確実に増やすための取組として、院内において、多職種の第三者が関与する取組、医療機関での選択肢提示の義務化、診療報酬化等のインセンティブの付加を進める。このようにさせていただきます。

○磯部委員長 これについてはいかがですか。

○水野委員 よろしいでしょうか、水野です。

○磯部委員長 水野委員、どうぞ。

○水野委員 選択肢提示そのものではないのですが、ここでずっと気になっていたことを発言させていただきます。家族の定義の問題です。昔、臓器移植に関する論文を私が書いたときにも指摘をしておいたのですが、日本の臓器移植法の家族の定義がむやみに広くて、家族の団体の中で、相談をして意思決定をしてくださいという投げ方をしています。諸外国の場合には、例えば子供については親が決めるとか、結婚している成人については配偶者が決めるとか、そして、その人が決定できなかつたときには、その次の順位というように明瞭な決定権者とその順位を決めてあります。でも日本では、漠然とした家族団体に最終的な意思決定を委ねているために、非常に近い家族、親であるとか配偶者であるとか子供たちはすごく賛成していて、本人の意思を活かしたいと思っているのに、遠縁の本家の大伯父みたいな人が臨終だというのでやってきて、「そんなことはまかりならん」とかいうので駄目になってしまうことが生じてしまいます。

決定権をもつ家族の定義と、そこにおける意思決定の決め方が、日本は非常に特殊な形になっておりますので、一度この問題もどこかでお考えいただく必要はあろうかと思えます。

○磯部委員長 全ての臨床医が臨床の現場で困っていることだと思います。おっしゃるとおりだと思います。この扱いはどうでしょうか。

○木庭室長 大変重く難しい御指摘を頂きました。家族の定義、恐らくそれぞれの国と、日本における家族の考え方というのは、それぞれ違うものなのだろうと思います。今、例示に挙げられたような、近い親族よりも、力を持っているような親戚の意見が通るようなケースがあるというお話もございました。「家族」を一義的に定義してしまうことで、そういうケースを一切排除することが、果たして望ましいことなのかどうかということもあるかと思えます。

非常に幅広い、社会的な側面も有する課題だと思いますけれども、現場で困っていることということで、御意見として、まずは受け止めさせていただきたいと思えます。

○磯部委員長 水野先生がおっしゃるとおりなのですが、なかなか、これを議論して定義をするというのは難しいこともあると思えます。

○水野委員 法律家としては、こういう曖昧な概念で情緒的に手続きを入れるのはよろしくないと思っております。専門が民法の家族法学者ということもありますので、家族の定義を曖昧にすることがどれだけ問題を孕んできたか、家族内の弱者が抑圧されてきたかという、日本の風土自体に対する疑念を持っていることも背景にございます。

○磯部委員長 よく分かります。この文言に含めるかどうかはともかくとして、厚労省の方には課題として受け止めていただくようお願いいたします。御意見は議事録にきちんと残して、議論の対象になるということについては記録を残させていただきます。

○水野委員 今回の文言にということまでは申しませんので、よろしくお願いたします。

○磯部委員長 ほかにいかがですか。

○平澤委員 よろしいでしょうか、平澤です。

○磯部委員長 どうぞ。

○平澤委員 院内コーディネーターについて、今回、横田先生の……班の取組として、メディエーターの教育という形で介入していただいていると思うのですが、そういったメディエーターの方の設置の義務であったり、内容には含まれているのかもしれませんが、それであったり、そういったものをしっかりと資格化をして、そういった方々の設置の義務化における情報提供の窓口を一本化して、先生方がどうしても日常業務の中で情報提供もしなければいけない、また、患者の管理もしなければいけないといった業務の負担を分散化する取組を、更に積極的にしていただけると、現場としては役割分担の明確化になって、私どもが、メディエーターを目指す方向性というか、病院に対して訴えていくところも非常にスムーズになるのではないかと思います。なので、そういったところも内容として具体的に進めていただければと思うのですが、いかがでしょうか。

○磯部委員長 多職種の第三者ということに関わってくるのだと思いますが、事務局はいかがですか。

○木庭室長 御意見ありがとうございます。医療現場では、患者の治療、コミュニケーション、様々な負担が多くて、先ほど岡山大学の取組をお聞かせいただきましたけれども、そのような理想的な形にならないようなこともままあるという話を伺っておりました。

一方で、選択肢提示が、臓器提供に結びつくきっかけとなるケースも非常に多いということもございますので、もちろん相応しい局面においてですが、選択肢提示がより多く実施されるように、医療現場、特に救急、脳外科の病棟といった現場において、多職種の第三者に家族とのコミュニケーション等を担っていただいて、現場の先生方、医療チームの負担を軽くすることがかなうような検討を厚生労働省で行っているところです。まだ具体化した形を申し上げることはできませんが、検討している状況でございます。

○平澤委員 ありがとうございます。

○磯部委員長 有賀委員、どうぞ。

○有賀委員 有賀から今のことで。これまでに出了意見の4つ目のポツですが、「現場にとって大きな負担であるので、第三者が関与する制度」とあります。この文章だと第三者がイメージできるのです。ところが、今後の方向性で、「取組として、院内における多職種の第三者が」と書いてしまうと、この第三者というのは、主治医と患者家族以外の者ということになるのかなと。そうすると、多職種の医療チームが関与するということが、むしろイメージとして楽ですね。多くのことが分かりすぎている厚生労働省の方が、今後の方向性のこの文章だけを、もし単独で書くとすると、この文章から得られるイメージが違ってきてしまう可能性があるのでは、そこら辺は、多少長くなってもいいので、上のポツをそのまま持ってきた方が。

私は、この「第三者」という表現でいいのか分からないのですが、本当の意味での第三者ではないですから。このような意見です。

○磯部委員長 事務局は御検討ください。

ほかにはいかがですか。よろしいですか。先に進みます。⑥脳死判定・臓器提供目的の転院搬送、⑦法的脳死判定マニュアルにおける補助検査数の位置付け。この2点について御説明をお願いいたします。

○吉屋補佐 事務局です。⑥転院搬送についてですが、今後の方向性として脳死下臓器提供の意思を酌み取るため厚労科研等の研究班等で課題の解決を行った後に、脳死判定・脳死下臓器提供を目的とした転院搬送を運用する。このようにさせていただいています。

⑦法的脳死判定マニュアルにおける補助検査の位置付けについては、厚労科研等の研究班において、今までの研究結果や、脳血流検査の取扱いを含めた海外の状況等を踏まえ、世界基準にのっとった検討を行った上で、ガイドラインや法的脳死判定マニュアルの改訂を行う。併せて、ECMO 装着下の無呼吸テストの実施等について研究班において検討を行い、ガイドラインや法的脳死判定マニュアルの改訂を行う。このようにさせていただいています。

○磯部委員長 御意見を伺う前に、この⑥について事務局から更に追加の御提案があるということです。事務局、お願いいたします。

○木庭室長 ⑥については、先ほど吉屋から申し上げました「脳死下臓器提供の意思を酌み取るため厚労科研等の研究班等で課題の解決を行った後に」という点についてですが、こちらの課題の検討を行うプラットフォームとして、厚労省に作業班を設けさせていただいて、その作業班については、関係学会から御推薦を頂くメンバーでの構成を想定していますが、そのようなプラットフォームで検討いただきたいと思いますと考えています。

○磯部委員長 今の御提案も含めて、⑥、⑦について御意見を頂ければと思いますが、いかがでしょうか。

○小笠原委員 すみません、小笠原ですが。

○磯部委員長 小笠原委員、どうぞ。

○小笠原委員 そうであれば、ここの所に必ず各学会から出た課題を含めた解決にしているだけませんか。要するに何を言いたいかというと、この前のときに3学会共通の課題という言い方をされましたが、それは間違いで、各学会が出て課題を全て解決していただきたいということが私の意見です。共通のものだけ解決しても、ものは解決しません。全てをちゃんと検討していただきたいということを、ここに書き込んでいただくために、各学会から出た課題を含めた解決というような表現にしていきたいということです。以上です。

○磯部委員長 よろしいですね、それは事務局の方で承りました。ほかにはいかがでしょうか。⑥、⑦はよろしいでしょうか。

では⑧です。臓器医療コーディネーターの確保について、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。臓器移植コーディネーターの確保についてですが、JOT コーディネーターを含む臓器移植コーディネーターについて、業務量に応じた適正な人数が配置

できるよう引き続き検討する。長期的にはコーディネーターのモチベーションの維持と質の担保のため、コーディネーターの資格化を検討する。このようにさせていただいています。

○磯部委員長 これはいかがですか。

○湯沢委員 水戸医療センターの湯沢ですが、よろしいですか。

○磯部委員長 湯沢委員、どうぞ。

○湯沢委員 私は臓器移植を専門とする外科医ですので、臓器提供の現場で多くの臓器摘出に関わってきました。そこで私は JOT のコーディネーターだけでなく、都道府県コーディネーターについて検討していただきたいと思い発言させていただきます。47 都道府県の中で、現状では 30 以上の都道府県ではコーディネーターは一人しかいません。そして心停止後の臓器提供、現状では腎臓なのですが、心停止がいつになるかわからないということもあって、多くの症例では JOT のコーディネーターでなく、都道府県コーディネーターに任せられているのが現状です。そのような現場で都道府県コーディネーターが一人というのは、荷が重過ぎるということになります。私の茨城県でも優秀なコーディネーター、小川直子さんという方だったのですが、8 年間、茨城県のコーディネーターとして昼夜を問わず 1 年 365 日、オンコールで働いてくれていましたが、それを支えるものがなく、ついに今年の 3 月で退職を余儀なくされたということがあります。せめて各都道府県に 2 人のコーディネーター体制は絶対必要だと思うのですが、いかがでしょうか。

○磯部委員長 これは事務局、よろしいですか。

○木庭室長 貴重な御意見ありがとうございます。本当に都道府県コーディネーターの方には大変な使命感を持って、職務に励んでいただいていることは本当に有り難く思っています。私どもとしても、都道府県コーディネーター、それぞれの県においてお一人と言わず、複数人体制でやっていただくことについて、実はもう財政措置としても整っているところですので、是非、ふさわしい方を見つけて複数人体制を都道府県に取っていただきたいと思っています。このことについて、御承知でない都道府県もあることも承知していますので、周知について改めて取り組んでいきたいと思っています。

○湯沢委員 金銭的な措置というのは、各都道府県に 2 人分のコーディネーターの雇用をするための予算はもう配分されているということですか。

○木庭室長 はい、おっしゃるとおりです。

○湯沢委員 分かりました。

○磯部委員長 この文言については、これでよろしいですか。JOT コーディネーターを含む臓器移植コーディネーター。

○湯沢委員 JOT コーディネーター、ここにちゃんと都道府県コーディネーターという言葉もほしいと思います。

○磯部委員長 という御意見ですが、いかがでしょうか。

○木庭室長 承知しました。

- 磯部委員長 承りました。
- 湯沢委員 ありがとうございます。
- 磯部委員長 ほかに、この⑧で御意見はありませんか。よろしければ、最後の項目、⑨ドナー家族に対する支援についてです。御説明をお願いいたします。
- 吉屋補佐 ⑨ドナー家族に対する支援ですが、上述したコーディネーターの適切な配置に加え、ドナー家族を多面的にサポートできるよう、臨床心理士等の適正な配置についても検討。このようにさせていただいています。
- 磯部委員長 これはいかがでしょうか。
- 米山委員 すみません、1つよろしいでしょうか。
- 磯部委員長 米山委員、どうぞ。
- 米山委員 提供施設内だけの支援だけではなく、臓器提供するしないにかかわらず、その決断は、ドナー家族、ノンドナー家族の精神的・心理的に大きな負担になりますので、継続的に中長期的に支援がされるようなシステムを作っていただきたいと思います。以上です。
- 磯部委員長 御意見はもっともなのですが、どう対応しましょうか。
- 米山委員 適切な配置についても検討とありますが、適切な配置と継続的な支援ができるようなシステムを構築という文言を入れていただく、提供施設で継続してサポートする等、JOT できちんとサポートする等、そのような何か中長期的な支援につながるような、選択肢が広がるようなことを検討していただけたらと思います。
- 磯部委員長 事務局、いかがでしょうか。おっしゃることは十分、理解できます。中長期的な支援について、少し具体的なことを加えていただきたいという御意見だと思います。
- 見目委員 よろしいでしょうか。
- 磯部委員長 すみません、米山委員からもう一度、事務局が理解が十分できていないので、もう一度、少し具体的な文言まで、誰を対象にどういうことを、この方向性として含めるのか、御発言いただければと思いますが。
- 米山委員 臨床心理士の配置だけでなく、何らか今の JOT の窓口がありますが、なかなかその支援が届いていないので、JOT で具体的にどのようにするか等あるといいなと思います。
- 小野委員 小野ですが、追加で発言してもよろしいですか。
- 磯部委員長 小野委員、どうぞ。
- 小野委員 今、米山委員の御発言の内容、私はすごくよく分かるのですが、いわゆる有資格者を配置することが問題なのではなくて、ドナー家族を多面的にかつ中長期的にサポートするシステムを作ることがまず先にあって、その上で臨床心理士等の配置も同時に考えるということなので、何が一番大事かという、多面的かつ中長期的なサポートということになると思います。ですから、この文章の書き方だと、臨床心理士の適正な配置についても検討と最後になっているのですが、何かこれが重きがあるように何となく見えない

ことはないので、とにかくドナー家族を多面的、中長期的にサポートできるようなシステムを確立することを検討と、これがすごく大事になってということです。

○磯部委員長 よく分かります。

○小野委員 そこだと思います。もう1つ、私が言いたいのは、そういうサポートできるシステムを、あるいは人員配置をどこで行うのかという具体的なものが全くないのです。これは多分、JOTだとJOTに設置する等、充実させる等、具体的な組織体についても触れるべきだと思います。

○磯部委員長 これに関して、もう一人、御発言がありましたか。

○見目委員 臓器移植患者団体連絡会の見目です。

○磯部委員長 見目委員、どうぞ。

○見目委員 的確な意見かどうか分かりませんが、実はこのドナー家族が提供した後、苦しんでいるという問題が、ずっと。

○磯部委員長 声を大きくしていただけますか。聞き取れませんので。

○見目委員 ドナー家族の方が、提供した後に苦しんでいるという方が結構いらっしゃるというのは、この問題というのは、ずっと以前から、例えば10年、20年前から、そういう意見は出続けているような気がするのです。したがって、私が思うのはJOTさんに依頼するだけではなく、ドナー家族の方々をもっと集めて委員会のようなものを作って、そこで意見を出してもらって、その意見を吸い上げるようなことを、もうちょっとやった方がいいのではないのかなという気がしています。いかがでしょうか。

○磯部委員長 お三方のご意見を伺いましたが、共通していると思います。やはりこの文言を見ると、臨床心理士を配置することが目的のような形に読めないこともありませんので、事務局の方、今の御意見を踏まえて中長期的、それから単に資格者の配置ということだけではなく、本当に多面的な形でサポートできるような体制を作ってくださいという御意見を踏まえて、文言を御検討ください。

○木庭室長 承知しました。

○磯部委員長 これについて、いかがでしょうか。ほかに御意見はありませんか。

○横田委員 横田ですが。

○磯部委員長 横田委員、どうぞ。

○横田委員 先ほどの塚原先生の講演にもあったのですが、今後の方向性の1つ前の文章のポツの所で、様々な理由によって臓器提供に至らなかった家族へのサポートも、やはり重要なのではないかと私は前に発言しました。提供した家族へのサポート、それはもちろん大切なのですが、提供に至らなかった家族へのサポートというのは、何かしらの方法でできないかと思っているのです。ちょうどその前の文章にせっかく記載されているので、方向性の所に何かそういうところも書けないでしょうか。

○磯部委員長 そうですね。事務局、御検討ください。確かにこれまでの議論の中で、出てきたことですので、方向性の中で反映させていただければと思います。この⑨について、

よろしいですか。一応、①～⑨まで御意見いただいて、追加の御発言があるかと思いますが、秋山委員ですか。

○外園委員 外園です。

○磯部委員長 外園委員、どうぞ。

○外園委員 御家族の支援に関することでの1つ課題と申しますか、本委員会が臓器移植委員会なのですが、私自身はアイバンクと日本組織移植学会に関わっています。現場では、ドナーになられる御家族の方の説明同意を重ねて取っていて、非常に時間が掛かって、非常に心理的な御負担を強要しているようなことがあります。そこが現場でスムーズに行くこともあります、なかなかそうではない。説明して、御同意いただくことを一元化できないかということが、現場では課題となっています。その問題を共有させていただければと思います。

日本組織移植学会では、定期的なコーディネーターの資格更新ということをしていて、しっかり勉強して現場のことを分かった人がいるのですが、その方たちが全部臓器移植のことを分かっているわけではない。逆もありますので、そういったコーディネーター業務をしている方がいろいろアイバンクにもいるし、組織移植にもいますので、JOTの方とどのようにできるかということをやっと模索しながら、いい形ができないかということ組織移植学会でも議題になっていますので、そのことを共有させていただければと思っています。

○磯部委員長 事務局、どうぞ。

○木庭室長 御意見ありがとうございます。私ども厚生労働省としては、一元化という御提案に全く異存はありません。いい方向だと思っています。ただ、具体的な手続については、JOTさんの対応が必要になりますので、もしよろしければJOTさんからお願いいたします。

○磯部委員長 JOTから御発言いただけますか。

○JOT 北村参考人 この点に関しては、問題意識を持っていて、JOTの中の委員会でも議論を始めています。ただ、そんなにすっきりいくものでもなくて、また現場の人々も両方を勉強しないとできないということもあり、すぐにといいわけにはいかないと思います。

1つ戻ってよろしいですか。ドナー家族の面に関してもJOTの中で、林本部長を中心に施設委員会の中にドナー家族を支援する委員会を立ち上げて、検討しています。ドナー家族のみならず、移植に至らなかった家族の支援もというお話がありましたが、それも議題になって検討は進めていますし、また臨床心理士、公認心理師の方を雇用して、そういう所に配置するというのも始めています。ただ、移植に至らなかった家族をどう把握するのか、あるいはドナー家族で悩んでいる人にどうアプローチしていくか、その人間的信頼関係がコーディネーターとどこまでできているのか、むしろ提供施設の主治医等いろいろなことがあります。

それからサンクスレターという制度があり、移植を受けた方からのお手紙等を届けたり

はしていますが、それ以外にいろいろ JOT の外ともネットワークを作って対応することもあり、いろいろ検討していますというところです。

○磯部委員長 この⑨のところは、皆さん、いろいろ思いがあって、それぞれ非常に至極もったもな御議論なのですが、検討とだけありますので、多様な意見があり、これについて検討するという形で記録にとどめて、具体的にどう検討するかについて進めていただければと思います。今、伺っただけでも多面的な御意見がありましたので、整理して文言を変えていただければと思いますが、そういう形でよろしいでしょうか。この⑨については、ほかに御追加で御意見があれば、外園委員どうぞ。

○外園委員 ドナー家族の御支援ということに関しては、どの移植も一緒だと思いますので、是非、JOT の中でそういった検討会があるようであれば、またオブザーバー的でもいいですが、組織移植学会も一緒に加わらせていただいて、やはり早く解決することがドナーになれる御家族の御支援になるので、ある程度スピード感を持ってと言いますか、一緒に検討させていただければ有り難いと思っています。よろしく願いいたします。

○磯部委員長 北村参考人、よろしいでしょうか。

○JOT 北村参考人 はい。

○磯部委員長 承りました。では、一応①～⑨まで終わりましたので、追加の御発言がもしあれば、この①～⑨全体を通じて御意見を伺いたいと思います。秋山委員から御発言はありますか。

○吉屋補佐 秋山委員がマイクの調子が悪いということで、コメントがチャットで来ますので、代読させていただきます。こちらの画質が悪くて申し訳ありません。

①の臓器提供の普及啓発についてですが、臓器移植に関わる医師だけではなく、医師全員の認知が必要だと思います。そのために文科省との連携に医学教育の充実をお願いしたいと思います。以前の委員会でも述べましたが、国民運動である「健やか親子 21」は医学教育に取り上げられ、国家試験にも出題されたことから認知度が上がりました。医師全員の意識の底上げのためにも医学教育への更なる扱いをお願いしたいと思いますということです。

○磯部委員長 先ほども医者への教育が一番早道だという御意見がありましたが、共通する御意見で、少し文言を調整しますか。秋山委員、そういう形で文言を調整して、また再提案するという形になると思いますので、よろしいですか。北村参考人、どうぞ。

○JOT 北村参考人 すみません、回答になるかどうか分かりませんが、現在、文部科学省で医学部のコアカリの改訂を行っています。コアカリというのは医学部の学生が6年間で学ぶべき、初等教育でいえば指導要領のようなものがありまして、モデル・コア・カリキュラムというのが正式な名前です。医学教育モデル・コア・カリキュラムですが、それにのっかって82 医科大学が教育を実施しています。その中に臓器移植という文言はあったのですが、余り多くなかったので、しっかり入れてもらうことと、実習において救急というか、そういう現場がもしあれば、そこに立ち会うということも含めて、書き込んでも

らうことをお願いしています。

同時に、今度は厚生労働省ですが、医政局にお願いをして、臨床研修における経験目標の中に、臓器提供等移植に立ち会える場合は、立ち会うようにということも書き込んでもらおうよう働き掛けをしています。どうなるか分かりませんが、移植室からも是非御支援をお願いいたします。

○磯部委員長 この関係学会等という所に、共通試験実施評価機構とか、いろいろな団体が入ってこなくてはいけないということです。文科省だけではなく、諸団体を含めて取組を進めてくださいということが、御理解いただければよろしいのだと思います。外園委員、どうぞ。

○外園委員 外園です。もう1点、これに関して、文科省のコアカリキュラムは医師国家試験に関係しますので、そこに入れていただくと、言葉としては、知識としては入っていくと思います。その後、臨床研修の方でも努力目標にさせていただく件も、大変良いと思います。

もう1つ、その先に各分野にまたがる形で専門医機構が専門医のことをコントロールしていますので、そこに倫理教育等いろいろありますが、その中にうまく入ると長期的にこの臓器移植への理解を全ての専門医に持っていただくということが、具体的に非常に効率的にいくかなと思いました。コアカリキュラム、臨床研修医、その次の専門医というところに持っていけると、具体的に成果が挙がるのではないかなと思いましたが、加えて専門医の方法と。

○磯部委員長 分かりました。関係学会、それから関係諸団体で、その諸団体の中身については、事務局で把握しておいていただくということだと思います。ほかに全体を通じて、御意見があれば伺います。

○小野委員 小野です。

○磯部委員長 小野委員、どうぞ。

○小野委員 ⑧の臓器移植コーディネーターの確保の所です。今後の方向性という所が4行あります。2段落目の「長期的には、コーディネーターのモチベーションの維持と質の担保のため、コーディネーターの資格化を検討する。」ということになっています。非常に細かいことにはなるのですが、コーディネーターの場合にはいわゆるドナーコーディネーター、それからいわゆる脳死下を扱うものと心停止後の場合、心停止後の場合は組織移植コーディネーターも関わるのですが、それからレシピエントコーディネーターも入ります。レシピエントコーディネーターは、これは移植学会が認定レシピエントコーディネーターの制度を使って、一応、学会による資格化を推進しています。組織移植学会については、先ほど外園委員からお話があったとおり、組織移植学会の認定コーディネーターというシステムができてもう何年も随分長くたっています。ということで、これはいわゆるドナーコーディネーターのことであることは、この段落というと、項目からいえば明らかなのですが、切文的にここだけ取ってしまうとコーディネーターの資格化はされているとな

りかねないので、ドナーコーディネーターという言葉がこういう文章の中で適切かどうかは私も分かりませんが、例えばドナーコーディネーターの資格化、この資格化ということも実は非常にごまかしが入りやすい言葉なので、なかなか難しいのであえてこうしているのかもしれませんが、本来は国家資格化にすべき、こういう議論はずっと続いているのですが、国家資格化は難しいというところで、いつも打ち返されているのです。この辺の資格化のところをもう少し具体的に、例えばドナーコーディネーターの場合の認定資格はどこが行うのか、JOT のコーディネーターは実は御存じの方が多いたと思います、正式な資格試験を受けていません。ですので、そういった様々な歴史的な背景と、とは言いながらシステムを作っていかなければいけないし、モチベーションを維持しなければいけないので、単に資格化だけにしたのかもしれませんが、これだと何かすごく切文的に使われると弱いという印象があるのですが、いかがでしょうか。

○磯部委員長 事務局、お願いいたします。

○木庭室長 御意見ありがとうございます。まずここで指しているコーディネーターは、確かに長期的には裸になってしまっていますが、文脈からは臓器移植コーディネーターであると。「資格化を検討する」と非常にシンプルに書いてありますのは、問題意識としては、この委員会でも御意見を頂いたことが背景にはありますが、その選択肢としてはいろいろ道があり得るのだと思います。その選択肢を包含的に、ここでまず御提案としては受け止めさせていただいて、その選択肢を検討するところから、この次のステップに行くのかなと考えていますので、ここではシンプルに資格化を検討としていただければいいのかなと思っています。

○小野委員 小野です。追加なのですが、この裸のコーディネーターというと、これだけだと分からなくなってしまうので、臓器移植コーディネーターも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両方がありますので、直截的にドナーコーディネーターともし可能であればすべきだと思いますが、いかがですか。

○磯部委員長 それは承りました。資格化については、事務局の御意向もお有りのようですので、御意見として承りましたが、事務局のお答えのとおりです。JOT から御発言はありますか。

○JOT 北村参考人 北村です。小野先生、大変恐縮なのですが、JOT の移植コーディネーター、ドナーコーディネーターに関しては、しっかりした試験をしています。さらに試験に合格した人を S、A、B、C、一番初心者は C ですが、そういうランクにまで分けて、しっかり 1 つずつ上がっていく、それも試験と実績で上がっていくシステムを作っています。学会認定やその他の認定に劣らない制度をもってやっているつもりです。

それから、ここに書かれた資格化は国家資格だけではないと思っています。例えば臨床心理士というのは民間資格です。そういう資格をまずしっかり作って、資格認定組織等で作っていただいて、それが浸透しある程度の数になるようであれば、また国家資格へ格上げするというような戦略もあるように思いますので、国家資格か無資格かの 2 つ

ではなくて、公益団体等の民間資格という段階もあると思いますので、今後、是非御検討していただければ有り難いと思います。

○小野委員 ありがとうございます、北村先生。資格化については、既に JOT 委員の中でも随分長く議論していますので、是非ともこれは前に進めるようお願いしたいと思いません。

○磯部委員長 はい、承りました。ほかに全体を通じて、御意見があればお願いいたします。

○木幡委員 よろしいですか。木幡です。

○磯部委員長 木幡委員、どうぞ。

○木幡委員 1 つ質問なのですが、この提言の前に前文のようなものは付くのでしょうか。そもそも何で今出すのか等、そういったことは。

○磯部委員長 事務局、いかがですか。付くということです。

○木幡委員 そうですか、では、それもいずれ私どもの方でも見せていただけると。

○磯部委員長 多分、今後のことになるのだと思いますが、今、いろいろと御意見いただいて、相当、筆が入ると思いますので、その前文も含めて何らかの形で御提示いただいて、御意見を伺うステップがあると思います。そこについて御意見はありますか。

○木幡委員 とても大事な部分かと思しますので、そこを共通の思いということで、やはり来年は臓器移植法施行 25 年にもなりますので、その命リレーを通じて自国において命を救うのだという明確な方向性といったものも、しっかりそこに書いた方がいいかなと思った次第です。

○磯部委員長 事務局に伺いますが、これをまとめるときは、前文を加えられて、9 項目についてそれぞれ文言をこれから修正されるのだと思いますが、1 つの報告書のような形、提言のような形、で文書を出されるのですか。どういう形でこれをおまとめになるのでしょうか。

○木庭室長 そこも実は今、まだ検討中の部分があるのですが、提言としていただくにはもう既に今年度に、ある意味具体的な動きを終えるような項目もありますので、ただ何らか検討すべき項目としていただいた 9 項目について、御議論いただいた内容、そして御示唆いただいた方向性、何らかの形で文書としてまとめることは考えています。その形態は少し検討させてください。

○磯部委員長 ということで次のステップがありますので、またそのとき御意見を伺えると思います。①～⑨まで通じて、ほかに御発言はありませんか。それでは、今の修正の内容も含めて御了解いただいたということで、この議題を終わりにしたいと思います。

次は議題 3「令和 3 年度移植医療に関する世論調査結果について」です。事務局から御説明をお願いいたします。

○吉屋補佐 新旧対象表について御説明させていただいてもよろしいでしょうか。

○磯部委員長 新旧対象表について、御説明をお願いいたします。

○吉屋補佐 前回の委員会での御議論を踏まえ、ガイドライン改正案の新旧対照表について御説明いたします。右側が現在のガイドライン、左側が改正後の案です。第1の臓器提供に係る意思表示等に関する事項については、改正前の年齢にかかわらずという表現を、意思表示を有効なものとして取り扱う15歳以上の者のうちと、15歳以上に限定することで15歳未満の不整合を是正するという内容の変更です。

第5の虐待を受けた児童への対応等に関する事項としては、現在の虐待が行われた疑いがある児童が死亡した場合には臓器の摘出は行わないことの記載を、通常の診療の過程において、院内体制の下で児童虐待の防止等に関する法律第6条第1項の規定による通告を行わない場合は、臓器の摘出を行って差し支えないと変更することを記載しております。

2ページです。それに伴い、虐待が疑われる場合は、当該児童への虐待対応を継続することとした上で、臓器の摘出は行わないこととしております。(3)として、通告を行わない場合であって、市区町村、都道府県の設置する福祉事務所又は児童相談所が当該時点において虐待として介入していない場合には、院内倫理委員会等の確認のもとに臓器の摘出を行って差し支えないこと。

(4)の文章に修正を加えております。通告の後に虐待が行われた疑いが否定された場合については、当該時点において虐待として介入していないことが確認できた場合は、院内倫理委員会等の確認の下に臓器の摘出を行って差し支えないことという改正案を提示しております。

第6は、脳死とされうる状態の診断についてです。現在、質疑応答集に記載の文章をガイドラインに転記する変更となっております。内容は、「なお、その具体的検査方法について特段の定めはなく、各臓器提供施設において治療方針の決定等のために行われる一般の脳死判定と同様の取扱いで差し支えない。」という文章を追記することとしております。

第8は、脳死判定の方法です。脳低温療法については新しい治療法では既がないということで、現状に即した文章への修正とさせていただきます。説明は以上です。

○磯部委員長 前回の議論を踏まえた改正案の御提示を頂ました。これについて、特段の御意見はございますか。

○木幡委員 木幡です。よろしいでしょうか。

○磯部委員長 木幡委員ですね。どうぞ。

○木幡委員 私の理解が間違っていたら申し訳ございません。15歳以上の障害のある方が何らかの意思表示をしても、これは一律で無効になってしまうということでしょうか。例えば、障害のある方が御家族と一緒に話し合っていて決めていた意思表示や、軽度の知的障害者で本人の意思が比較的明確な場合でも無効になってしまうということでしょうか。

○磯部委員長 事務局、お願いいたします。

○木庭室長 知的障害をお持ちの15歳以上の方ですか。

○木幡委員 はい、15歳以上です。

○木庭室長 知的障害をお持ちの方については、ガイドラインにおいて臓器提供いただく

ことが認められないこととされております。現状においては、臓器提供の意思があったとしても、知的障害がある方であれば臓器提供はできないことになっております。

このことについて、全国手をつなぐ育成会連合会等からも知的障害といっても障害の程度は様々であること、あるいは、意思決定支援の方法も使いながら何らかの意思を尊重することもできるわけなので、現在、知的障害者を取り巻く臓器提供の在り方についても検討すべきではないかという御意見を頂いたことを踏まえて、引き続き、こちらの委員会でも検討するようという御示唆を頂いたと承知しております。

○木幡委員 現段階では、ここまでということなのでしょうか。

○磯部委員長 前回の議論はそうであったと理解しております。

○木幡委員 知的障害を持たない人であれば、ノーの意思がなければ家族の承諾で提供できるけれども、知的障害を持つ方はそうではないという、そこで少し分断が生まれてしまうわけですね。

○磯部委員長 先ほどの検討事項にもございますが、この部分については継続して検討ということで、引き続き検討課題に上がっております。

○木幡委員 分かりました。

○磯部委員長 有賀委員、どうぞ。

○有賀委員 当面その者からの摘出は見合わせるというのは。そのすぐ上に、知的障害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あることが判明した場合においては、その者からですよ。ですから、知的障害があっても、有効な意思表示が困難でないというふうに判断すれば OK という話ではないでしょうか。

○磯部委員長 事務局、どうぞ。

○木庭室長 もちろん、知的障害であると認められない場合は有効な意思表示です。

○有賀委員 患者が知的障害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るので、ここでは臓器提供に関する有効な意思表示が困難でない程度の知的障害であれば OK ということの意味しているのではないかと読みました。

○磯部委員長 文言はそうだと思います。

○有賀委員 この手の文章は読み慣れていないので脳みそが貧弱なのですが、教えてください。

○木幡委員 そこを知りたかったのです。

○木庭室長 今、おっしゃっている所はガイドラインの。

○磯部委員長 第 1 の後半の部分だと思います。

○有賀委員 前段にも、有効な意思表示が困難となる障害を有する者については検討すべきであると。したがって、そういうことが分かった場合には見合わせる。しかし、そうでなければよろしいのではないかということ、私は一生懸命言っています。

○賀藤委員 賀藤ですが、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 これは、私たちの小児の病院では時々問題になります。いわゆる、臓器提供ではなくて、自分の病気や治療をどうするかなどが相談できたり、普段から患者自身が自分の意思で行動して、~~いて特に~~日常生活が送れていると判断していれば、私たちは、その患者の意思として認めています。

その辺りは、最終的に、主治医以外のチームが関与して、この患者はある程度自立していることが認められれば、その患者の意思として認めていいのではないかと考えております。

○磯部委員長 この文言を見ると、今、賀藤先生がおっしゃったように、現場に知的障害者が意思表示が困難かどうかの判断を委ねられているという解釈でよろしいのですか。

○木庭室長 おっしゃるとおりです。医療現場において、その方に知的障害があると、そのように診断、あるいは、主治医が判断した場合は臓器提供は適当でないということです。

○磯部委員長 前回もそういう議論をしたように思います。木幡委員、よろしいでしょうか。御意見はございますか。

○木幡委員 やはり、お読みになったときに、みんなが分かるような書き方がよろしいかと思えます。

○磯部委員長 おっしゃるとおりです。

○木幡委員 医療現場が混乱しないように分かりやすくということで、お願いできればと思います。

○木庭室長 これは修正の御提案でしょうか。

○磯部委員長 簡単に言えば、これでは分かりにくいという御意見です。皆さんが理解できないのではないかとという御意見です。

○木庭室長 根本の部分ですか。

○磯部委員長 これは、どう直したらいいのでしょうか。

○木幡委員 まず、すごく文章が長くて、一番上の 15 歳以上の者のうちうんぬんかんぬんとずっとあり、何とかは見合わせるかとあると「見合わせる」が強いので、やはり、これを読んで、知的障害の 15 歳以上の方は駄目なのだというふうに思ってしまうのではないかと。

○磯部委員長 2 つに分ければいいですか。事務局、どうぞ。

○吉屋補佐 事務局です。今回、運用を変更する意味合いで記載の変更を検討しております。15 歳未満の者に関してのみ不整合を是正するとしておりますので、事務局としては、現在までのガイドラインの文章に関してはこのままの状況で触らないと考えております。

○磯部委員長 そうなのですが、それでは分かりにくいという御意見なのです。事務局、どうぞ。

○木庭室長 今、吉屋が申し上げたことと重複してしまう部分もありますが、知的障害者の臓器提供の取扱いは、基本的に変えないという理解をしております。ただ、15 歳以下の部分については健常な方でも意思表示を有効なものとして、御意見はいろいろありまし

たが、取り扱わないとされている中で、同じ意思表示の有効性をめぐって取扱いがあるべき、小児の知的障害をお持ちの方については、一方では、臓器提供ができないというのは不整合ではないかと、論理的に矛盾するのではないかとということがありますので、今般、そこについてだけ扱いを変えると理解しております。

○磯部委員長 そのことを問題にされているのではなく、確かに、この文章は長くて、まず、どこからどのように理解したらいいか分かりにくいということ。それから、その部分だけ直して、元をそのままにしておこうとしているので、全体として分かりにくくなっていると。前半の臓器提供ができないことが強調され過ぎる様にとられかねないのではないかと、という御意見だと思います。

○賀藤委員 多分、これは 15 歳以上で知的障害がある場合は全て駄目ということに、この文章だととれますが、ただ、この部分だと、別途、意思表示が困難となる障害を有する者である場合はその限りではないというふうな表現になっています。

○磯部委員長 知っていることは 2 つですね。

○賀藤委員 2 つの意味に取れてしまうのです。

○磯部委員長 ガイドラインはすごく影響力が大きいです。皆さんの御意見にはうなづける部分がありますので、もう一遍、検討していただいて出した方がよろしいのではないのでしょうか。

○木幡委員 分かりやすくしないと変える意味がなく、理解できない文章を出すということは問題ではないかと思えます。トラブルの元になると思えます。

○木庭室長 承知しました。

○磯部委員長 多分、一部だけをいじったことで、かえって分かりにくくなったという事情なのだと思います。それでは、このガイドラインについては、このあとパブリックコメントという予定だったのですが、文言をもう一遍もまかせていただくということで御了解ください。

最後の議題は、「令和 3 年度移植医療に関する世論調査結果について」です。事務局より、御報告をお願いします。

○吉屋補佐 事務局です。令和 3 年度の内閣府の世論調査結果の概要について、一部抜粋して御報告いたします。今回の調査の注意点です。前回、平成 29 年までの調査においては調査員を用いた対面の調査を行っていましたが、今回は新型コロナウイルス感染症の状況を鑑み、郵送法の調査となっており、直接的な数値の比較ができないことを御了承ください。

臓器提供に関心がある人の割合は、令和 3 年度においては 65.5%でした。関心を持った主な理由は、保険証や免許証の裏などに意思表示欄があったからが 67%で、その後に、テレビ・ラジオ、新聞・雑誌等が続いております。家庭内での会話が 13%程度となっております。一方、意思表示をしている人の割合は 10.2%となっております。意思を表示していない主な理由は、不安感、抵抗感が上位に来ており、自分の意思が決まらないから

/後で記入しようと思っていたから、臓器提供するかどうかは家族に任せたいというものが続いており、臓器提供には肯定的だが意思表示はしたくないという方が 12%弱いたという状況になっております。また、家族等と臓器提供について話をしたことがある人の割合は 43%という結果でした。

御自分が脳死又は心停止後に臓器提供をしたい人の割合は、令和 3 年度の青色の「提供したい」は 4 割程度です。こちらは全体で 4 割程度となっておりますが、40 歳未満においては 55%程度が「提供したい」と答えている一方、70 歳以上は 20%程度となっております年代を経るごとに割合が減っていく結果です。

最後のスライドです。御本人が意思表示をしていた場合、その意思を尊重する人の割合は 9 割を超えている状況でした。一方、本人の意思表示がない場合の臓器提供の決断に対する負担感は、85.6%の方が負担に感じるであろうと回答されているという結果でした。こちらの詳しい調査結果については、記載されているように内閣府のホームページに掲載されておりますので、お時間がある際に目を通していただければと思います。以上です。
○磯部委員長 報告事項ですが、もし何か特段の御意見があれば伺います。よろしいでしょうか。これで 3 つの議題が終わりました。「その他」は、こちらからは特に用意はございません。全体を通じて、委員から御意見はございますか。では、最後に事務局からお願いします。

○吉屋補佐 事務局です。本日は、御議論いただきありがとうございます。本日、御議論いただいた内容については、議事録を作成した後に公開させていただきます。新旧対照表の知的障害者の記載については、事務局で検討した後、御相談させていただければと思います。次回の開催は、3 月 10 日(木)の 15 時からを予定しております。その臓器移植委員会では委員会提言のまとめについて行いたいと考えております。今回同様にハイブリッド会議での開催予定ですので、御参加のほどよろしくお願いいたします。事務局からは以上です。

○磯部委員長 それでは、第 58 回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会を終了いたします。御協力ありがとうございました。