

厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室

日時：令和 5 年 7 月 6 日(木) 14:00～16:00

場所：AP 虎ノ門 RoomC(11 階)

#### 出席者

秋山 千枝子委員、浅井 篤委員、磯部 光章委員、笠原 群生委員、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 麻子委員、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

#### 議題

1. 国内の移植医療施策の推進に向けた取組
2. その他

#### 配布資料

- 資料 1 「臓器移植医療対策のあり方に関する提言」に対する取組  
資料 2 国内の移植医療施策の推進に向けた取組  
参考資料 1 臓器移植対策の現状について  
参考資料 2 臓器移植対策のあり方に関する提言  
参考資料 3 脳死判定上の疑義解釈に関する研究班資料  
参考資料 4 都道府県臓器移植連絡調整者の設置について  
参考資料 5 角膜移植の基準等に関する作業班開催要領  
参考資料 6 海外渡航移植患者の実態調査

#### 議事

○事務局 定刻になりましたので、ただいまから第 64 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、御多忙のところ御出席いただき、誠にありがとうございます。

まず事務局から、Web 会議の進め方について御説明いたします。本日は 5 名の先生に現地に来ていただいておりますが、残りの先生方は Web 参加です。Web 参加の方は、御発言される場合にビデオ及びマイクをオンにいただき、まずお名前をおっしゃっていただ

い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、ミュート状態にしていただくようお願いいたします。また、前回に引き続き、本日の臓器移植委員会も YouTube 配信をさせていただいております。よろしくお願いいたします。

引き続きまして、本日の出欠状況です。坂本委員から御欠席との御連絡を頂いております。また、加藤先生がまだ入られていないので 19 名中 17 名の委員の御参加ですが、会議が成立することをお伝えいたします。また、横田委員が途中退室される予定です。

引き続き、資料の説明をいたします。本日は少し資料が多めです。資料 1 は、「臓器移植医療対策のあり方に関する提言」に対する取組。資料 2 は、国内の移植医療施策の推進に向けた取組。参考資料 1 は、臓器移植の現状について。参考資料 2 は、臓器移植対策のあり方に関する提言。参考資料 3 は、脳死判定上の疑義解釈に関する研究班資料。参考資料 4 は、都道府県臓器移植連絡調整者設置について。参考資料 5 は、角膜移植の基準等に関する作業班開催要領。参考資料 6 は、海外渡航移植患者の実態調査となっております。では、ここからの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、早速議題に入ります。本日の議題は、その他を含めて 2 つです。まず最初の議題、国内の移植医療施策の推進に向けた取組について、事務局より御説明をお願いいたします。

○事務局 事務局より、「臓器移植医療対策のあり方に関する提言」に対する取組について、御報告いたします。こちらに関しては、以前の臓器移植委員会より提示している資料ではありますが、「臓器移植医療対策のあり方に関する提言」を受け、令和 4 年度は、各都道府県の普及啓発の活動実績の調査、小児の臓器提供におけるガイドラインの改正、そして脳死判定目的の転院搬送についての検討等が行われております。また、令和 5 年度においては、後ほど少し御説明いたしますが、臓器移植委員会の提言でも言及されておりました GCS3 レジストリ、脳死が疑われる患者さんの情報収集を開始しております。

また、法的脳死判定マニュアルの改定についての検討ということで、臓器移植委員会の提言において補助検査のあり方について検討するべきと言及いただいておりますが、こちらの点について、また臓器提供に関わるコーディネーターの負担ということで、都道府県コーディネーターのあり方について、我々で検討させていただき、研究班でも検討いただきましたので、御報告いたします。

○渡辺委員 すみません、何か途中から始まってしまっているのですが。全然声が聞こえていなかったです、最初。

○事務局 本当ですか。

○磯部委員長 どこから聞こえましたか。

○渡辺委員 今からです。

○湯沢委員 最後だけ。以上ですというところだけでお仕舞い。

○渡辺委員 そうです。

○事務局 本当ですか。失礼いたしました。

○渡辺委員 ええ、それ以前何も聞こえていないです。

○事務局 はい、承知いたしました。

○磯部委員長 確認をして、やり直しましょう。

○事務局 では、最初に戻らせていただきます。

○磯部委員長 今は聞こえていますか。

○渡辺委員 聞こえています。

○事務局 申し訳ございませんでした。少し戻りまして、「臓器移植医療対策のあり方に関する提言」ということで、これまでの取組について少し御紹介いたしますと。

○渡辺委員 すみません、今見えている画像がプレゼン用の画像ではなくて、発表者用の画像です。

○事務局 承知いたしました。少々お待ちください。こちらでいかがでしょうか。同じですか。

○渡辺委員 同じです。ディスプレイの入替えをしていただければ。

○事務局 これでいかがでしょうか。

○渡辺委員 また戻ってしまいました。

○磯部委員長 取組(1)というものです。

○渡辺委員 これで結構です。

○事務局 ありがとうございます。申し訳ございませんでした。

○磯部委員長 ほかの委員の皆さん、大丈夫ですか。

○外園委員 大丈夫です。見えます。

○平澤委員 はい、大丈夫です。

○事務局 ありがとうございます。申し訳ございませんでした。では、提言の取組について御説明いたします。既に取り組ませていただいた内容として、都道府県の普及啓発活動実績の調査、小児のガイドラインの改正、そして脳死判定を目的とした転院搬送について検討が行われております。また、後ほど御説明いたしますが、本年度より GCS3 レジストリ、これは臓器移植委員会の提言でも言及いただいておりますが、こちらに関して GCS3 に至って脳死が強く疑われる患者さんの情報の収集についてを開始しております。

また、本日御報告する内容として、法的脳死判定に補助検査を導入するべきであるという御提言、そして臓器提供に関わるコーディネーターの負担ということで提言に言及いただいておりますが、この法的脳死判定に関しては、横田先生が研究責任者ということで、補助検査のあり方について研究いただきました。また、我々のほうで都道府県コーディネーターの人材確保について検討させていただきましたので、その点について御報告いたします。

では、まず法的脳死判定における補助検査に関する研究結果について御報告いたします。「臓器移植医療対策のあり方に関する提言」において、脳死が強く疑われて、御本人や御家族に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等ができないために臓

器提供を行うことができない事例があることを受け、補助検査などの代替手段の導入について、例えば脳幹反射消失、無呼吸の診断が可能かどうかということを検討するべきであるとされました。それを受けて、厚生労働科学特別研究で、「現在の脳死判定基準で脳死判定が困難な事例における脳死判定代替法の確立に向けた研究」（代表者：横田先生）におきまして、補助検査等の位置付けを検討いただきましたので、その概要を私から御報告いたします。

法的脳死判定は、こちらにありますように、深昏睡、瞳孔散大固定、脳幹反射消失、平坦脳波、自発呼吸停止の確認が必要になります。しかしながら、眼球損傷、鼓膜損傷、あるいは高位脊髄損傷の患者さんが、脳死が強く疑われる状態となった場合、若しくは体外式膜型人工肺 (ECMO) が装着されている場合は、現行で脳死判定ができません。脳死判定の項目を可能な限り行うことを前提として、脳血流の消失、あるいは聴性脳幹反応と体性感覚誘発電位で脳幹由来の波形の消失を確認することで、脳死の診断が可能であるという検討結果になりました。また、体外式膜型人工肺 (ECMO) を装着した患者さんで脳死が強く疑われた場合の脳死判定は、sweep ガスの流量の調整で脳死判定が可能であるという研究結果となりました。事務局からは、一旦以上です。

○磯部委員長 それでは、この研究班でおまとめになった横田委員から、コメントがあればお願いいたします。

○横田委員 横田です。ありがとうございます。この研究班は、本委員会にも参加いただいている、日本脳卒中学会の理事長でもあります小笠原先生にも加わっていただいて、例えば眼球損傷、あるいは、もともと目が御不自由で脳幹反射の一部である対光反射が評価できないという方々が、脳死下臓器提供という意思をお持ちであった場合でも法的脳死判定ができるようになると、少なからず脳死下臓器提供者数が増えるという本委員会の過去の報告もありまして、それを受けて立ち上げた研究班です。

海外でも、通常の方法で脳死の判定ができない場合には、ここに書いてあるように、脳血流検査を行う、あるいは誘発電位を用いた補助検査で脳死の判定をしています。脳死の病態のゴールドスタンダードは、脳血流停止です。脳血流の停止を判断する場合、どのようなモダリティーで判断するかをこの研究班では検討をしました。

それから、誘発電位に関しても、現在広く行われている聴性脳幹反応 (ABR) は脳幹の橋の部分から上位の評価しかできないのですが、体性感覚誘発電位は下部脳幹の評価もできるということで、聴性脳幹反応 (ABR) と体性感覚誘発電位を組み合わせることによって、かつ可能な判定項目は全て行うという前提で、このような補助検査を使えば脳死の判定ができるという結論とさせていただきます。それから、体外式の膜型人工肺 (ECMO) 装着の場合であっても、バイタルサインをチェックしつつ sweep ガスである酸素の流量を下げ、無呼吸テストを行うことができるという結論とさせていただきます。以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。それでは、以上の法的脳死判定に関する補助検査のことについて、御意見、御質問がありましたら、お受けいたします。いかがでしょうか。

小野委員、どうぞ。

○小野委員 小野です。横田先生、ありがとうございます。ECMO 下での無呼吸テストの sweep ガスの調整のことについて、もう少しお伺いしたいのですが、よろしいでしょうか。

○横田委員 はい。

○小野委員 sweep ガスの流量を減らす場合、それから FiO<sub>2</sub> を下げるという形で、酸素化と CO<sub>2</sub> を飛ばす所を、どこかバランスのいい所に持っていくというように理解をしたのですが、もう少し詳しく、どういう形で sweep ガスを調整されることを想定されているのか、少し専門的な内容になってしまいますが、教えていただけますか。

○横田委員 はい。ECMO を集中治療室あるいは救命センター、脳神経外科病棟等で使うときには、2 つ目的があると思います。1 つは心機能自体の補助、この場合には VA ECMO という形の回路で ECMO を使うと思うのですが、もう 1 つの場合は肺の補助、その場合は VV ECMO という形で、この ECMO を使うと思います。特に VV ECMO、肺の補助の場合には、バイタルサインや SpO<sub>2</sub> は十分に評価、モニターしながら、人工呼吸器の酸素濃度を一定時間 100% として、その後人工呼吸器を外し、10L の酸素をチューブから気管に流すという形で通常の方法で行う。それから、VA ECMO の場合にも、肺の機能は保たれている可能性があるので、モニターをしつつ Sweep ガスの流量を減らすことで無呼吸テスト、無呼吸の確認ができるのではないかと考えています。

ただ、VA ECMO の場合と VV ECMO の場合で、動脈血の分析が、VV ECMO の場合は 2 か所、VA ECMO の場合は 1 か所でいいという結論で報告書を書かせていただきました。以上です。

○小野委員 分かりました。ありがとうございます。

○磯部委員長 ほかに御質問、御意見はありますか。よろしいでしょうか。それでは、今のプレゼンテーションを踏まえ、この研究班の研究結果を基に、今後は作業班で検討することですね。作業班での検討をお願いいたします。

引き続き、事務局から報告をお願いします。

○事務局 事務局より、都道府県コーディネーターの人材確保について御説明させていただきます。都道府県臓器移植連絡調整者、今は都道府県臓器移植コーディネーターと呼ばれていますが、これについては、地域において臓器移植の普及定着を図るために果たす役割の重要性から、その設置にあたって効果的かつ積極的な推進を図っていただけてきたところです。今般の国内の移植医療推進にあたり、都道府県臓器移植コーディネーターの業務が重要であるという観点から、更に明確化するよう「都道府県臓器移植連絡調整者設置事業の推進について」という通知の改正を行うことを予定しています。

主な改正の概要ですが、ポイントを絞ってお話させていただきます。そこの 2 つ目、「臓器提供施設連携体制構築事業」等を活用して院内ドナーコーディネーター等の育成を行い、臓器提供に係る医療提供体制や、関係機関との連携体制を整備することを、今般の移植医療推進の取組と併せて追記させていただきました。

また、臓器提供可能者の発生時から、脳死が強く疑われる方の発生時から主治医及び院内ドナーコーディネーターと連絡を取りつつ、臓器提供の医学的適応の確認などの初動対応を実施いただくということ。そして、脳死が強く疑われる患者さん、臓器提供が可能な患者さんの臓器提供に係る意思の確認、臓器提供が可能となった場合、その家族に臓器移植について説明するとともに、承諾書の作成を行っていただくということ。また、上から3つ目のポチですが、当時、平成15年の通知の際は、小児からの臓器提供は想定されていませんでしたけれども、今般、お子さんからの臓器提供も可能ということから、円滑な移植の実施を図るため、医療関係機関、日本臓器移植ネットワーク、臓器提供施設うんぬんで児童相談所、そして福祉事務所という文言を追記させていただきました。

また、各地の臓器提供の連絡調整を行う上で、各都道府県に都道府県コーディネーターを複数名設置することが望ましいと記載させていただいています。事務局からは以上です。  
○磯部委員長 コーディネーターの人材確保についての改正案の概要を御説明いただきました。御意見、御質問があればお願いいたします。木幡委員ですね。

○木幡委員 確認なのですが、ということは、今まではここに書いてあるようなことができなかつたということですか。

○事務局 事務局よりお答えさせていただきます。

○磯部委員長 どうぞ。

○事務局 今までも、日本臓器移植ネットワークと連携して、初動対応の補助とか、臓器提供に係る承諾書の作成の補助等はしていただいていたのですが、是非、更に積極的に参画していただきたいと考えています。

○木幡委員 これから臓器提供が増えてきた場合は、やはり非常に重要な点かなと思ってますし、せつかく地域にいるコーディネーターさんをもっと活用するというのは、ありかなと思います。何か追加で御説明があれば。

○磯部委員長 事務局、どうぞ。室長から。

○野田室長 室長です。今の説明に追加させていただきます。今までの通知の中では、ある意味バスケットクローズという形ですが、その他必要なものは、もちろん通知上はできる形にしていたのですけれども、年限がたってきて、いろいろと変わってきたことでもありますので、今回、そこを明確化するという形で通知を改定させていただきたいと考えています。

○事務局 Webから幾つか御質問がありますので、私のほうで。

○磯部委員長 そうですか。画面が映らないのですね。

○事務局 そうですね。では、まず上から、渡辺委員、お願いできますか。

○渡辺委員 発言してよろしいですか。

○事務局 お願いいたします。

○磯部委員長 どうぞ。

○渡辺委員 コーディネーターの配置というのは、非常に重要なことだと思うのです。た

だ、先日の聖隷浜松の御報告でもあったと思うのですが、所属する施設によって待遇が異なる場合に、モチベーションが変わるのではないかとというのが1つ気になる点です。もう1つは、補助金か交付金かというところが今回の説明では明確ではなかったのです。もし交付金で財源が支出されている場合は、恐らく3分の1は補助されるのだろうと思うのですが、全額がこの目的に使われているかどうか。つまり、交付金というのは市区町村によって使い方が変わってきますので、地域ごとにどの程度の支援がされているのか。例えば1名でうまくいっていない所に複数配置するといっても、良い人材がなかなか集まらないのではないかとと思うので、可能であれば、各地域のコーディネーターの契約状況とか、移植の取り組み状況とか、先ほど申し上げたように交付金がどの程度支出されているか、配分されているかということ、もし情報がなければ、是非どこかで収集していただいて、検討させていただいたほうがよろしいのではないかなと思います。以上です。

○磯部委員長 事務局、よろしいですか。

○事務局 御指摘を踏まえて検討させていただきます。では、今3人お手が挙がっていますので、順番に平澤委員、お願いしてよろしいでしょうか。

○平澤委員 平澤です。聞こえますか。

○磯部委員長 はい。

○平澤委員 ちょっと質問なのですが、これは、別添表の内容のお話をしていますか。これは全部後になりますか、別添の新旧対照表の。

○事務局 はい。今回、新旧に関しては御提示していませんが、委員の先生方に御承認いただきましたら、新旧対照表も通知させていただこうと思っています。

○平澤委員 では、その内容について今お話しても大丈夫でしょうか。

○事務局 新規の内容についてお話いただけたらと思います。

○平澤委員 改正後の所なのですが、1、2の業務内容の2ページに当たる所の上から4行目です。「医療機関等に所属する院内ドナーコーディネーター等との協力も考慮することとし」というように、院内ドナーコーディネーターの協力も仰ぎながらと解釈できるような内容が盛り込まれているかと思うのですが、あくまでも院内。

○磯部委員長 すみません。皆さん資料を共有できていないと思うのですが、分かりますか。

○平澤委員 別添表にお付けいただいていた内容だったのですが。

○事務局 スライドにも院内ドナーコーディネーターという所で記載させていただいています。こちらです。

○磯部委員長 はい。

○平澤委員 そちらに、「ドナーコーディネーター等との協力も考慮することとし」と書いていただいているのですが、私たちは病院の職員ですので、指揮命令システムのトップはどうしても病院長であつたり看護部長ということになります。ですので、今後、もし協力関係を進めていただくということであれば、一度、病院なり施設に、お断りということでは

ないのですが、依頼文というか、何か協力に対する文書のようなものがあつたほうが、こういったことで協力関係をするときなどにも私たちは非常に動きやすいのではないかなと思ったので、御参考にしていただければと思い、御意見させていただきました。以上です。

○磯部委員長 よろしいですね。

○事務局 御指摘を踏まえて検討させていただきます。では、あと2人手が挙がっています。湯沢委員、お願いしてよろしいでしょうか。

○湯沢委員 湯沢です。1つ質問があります。都道府県コーディネーターは、全国に50何人かいるわけですが、提供の現場で摘出に関わってきた者としては、都道府県コーディネーターのレベルというのはピンキリで、何でもできる人もいれば何もできない人もいます。これをしっかりやっていくためには、相当な教育体制が必要なのではないかと考えています。それについて具体的なお考えを聞かせてください。

○磯部委員長 事務局、お願いいたします。

○事務局 事務局よりお答えさせていただきます。これまで都道府県臓器移植コーディネーターの教育というのは、日本臓器移植ネットワークで主に実施していただいていた。ただ、今般の医療技術の発展、特に、先ほど横田委員からの御発言等もありましたが、医療がどんどん進んでいく中で、日本臓器移植ネットワークかつ各種学会と協力の下、都道府県コーディネーターの育成ということで今、検討いただいているところです。

○湯沢委員 分かりました。

○磯部委員長 JOTに頑張ってくださいということですね。

○湯沢委員 院内ドナーコーディネーターについても同じことが言えると思うのです。それも、やはり同様の体制で教育していくことになるのですか。

○事務局 事務局より御報告させていただきます。この資料にも記載させていただいているのですが、今、厚労科研の令和5年度からの横田班において、院内臓器提供コーディネーターとか、それに付随して都道府県コーディネーターの役割の明確化、教育ということを検討いただいているところです。臓器提供が少しずつ増えてきている中、これらの方々の教育というのは喫緊の課題と捉えていますので、どんどん進めていただくよう支援していこうと思っています。

○湯沢委員 大いに期待いたします。

○磯部委員長 はい。御質問の方は。

○事務局 最後に、秋山委員から手が挙がっていますので、秋山委員、よろしくお願いたします。

○秋山委員 秋山です。コーディネーターの役割というのが大変よく分かりました。質問なのですが、都道府県コーディネーター、院内ドナーコーディネーターともに、実施した後のドナーや提供者のフォローのためのネットワークにも関わっていると考えてよろしいでしょうか。

○事務局 事務局よりお答えさせていただきます。これまで、提供された後のドナー御家



族に関しては、日本臓器移植ネットワークコーディネーター及び都道府県臓器移植コーディネーターがフォローアップを行ってきたところです。こちらに関しても、引き続き JOT のコーディネーター、都道府県コーディネーター、かつ必要であれば院内ドナーコーディネーター等とも連携しながら、ドナーファミリーケアを実施していただけたらと思っています。

○秋山委員 よろしくお願ひいたします。ありがとうございます。

○磯部委員長 ほかにはいかがでしょうか。それでは、御意見は以上かと思ひますので、JOT の業務がどんどん増えてきて大変かなというのが皆さんの認識だと思ひますが、それも含めて必要な対応をしていただくようにお願ひいたします。

では、引き続き御報告をお願ひいたします。

○事務局 事務局より、引き続き国内の臓器移植施策の推進に向けた取組ということで、報告をさせていただきます。

これまで1月、3月、5月と2か月おきに臓器移植委員会を開催させていただきまして、特に臓器提供に関わる医療提供体制について議論いただけてきました。その中で挙げられた課題として3つあったと考えています。まず、その課題の1つ目として、臓器提供施設の地域偏在と絶対数の不足。そして、2つ目に関しては、臓器提供の意思の共有、医療機関における選択肢の提示。3つ目、救急科と移植関連科の院内及び地域での連携の強化ということで、課題を提案いただきました。これまでの議論で御提案いただいた取組を踏まえまして、対応案について検討しましたので、本日、委員の皆様にご確認いただきたいと考えています。

まず1つ目の課題ですが、臓器提供施設の地域偏在と絶対数の不足ということですが。令和5年度より、臓器提供施設連携体制構築事業の拠点事業を更に拡充するというをやってきました。連携施設が適切に選択肢提示を実施、そして臓器提供の意思を確実に汲み取るための支援として、器質的脳障害により深昏睡(GCS3)を認める者の治療経過及び不可逆的全脳機能不全に至った場合の御家族に対する情報提供、その実施状況を調査しまして、その結果を踏まえまして、臓器提供の経験が少ない施設でも、拠点施設の支援下で臓器提供ができる体制を構築しようと考えています。このGCS3レジストリに関しては、7月から既に開始されていまして、半年間、実施する予定となっています。

さらに先ほど申し上げましたとおり、我々はこの臓器提供施設連携体制構築事業を非常に重要な事業と考えていまして、拠点施設の拡充を図ってきました。令和5年度は17施設の予定です。ただ、再三お話をさせていただいてきたところですが、やはり日本全体を網羅できていないという状況です。東北地方であったり、甲信越、四国は、まだ拠点がなく、また、人口密集地帯である東京23区及び大阪府においては、拠点がありません。我々としては、この事業を今、申し上げた地域で積極的に御活用いただけるよう、医療機関に働きかけるなど、取組を行っていくよう考えています。

引き続き課題の2について、御報告をさせていただきます。臓器提供の意思の共有と医

療機関における選択肢の提示について、御説明します。

例えばアメリカや韓国等では、医療機関内の「脳死の可能性が高い患者」の情報をあっせん機関に報告し、そして、そのあっせん機関のコーディネーターが家族に臓器提供の情報提供を行う取組などが導入されています。人口 100 万人当たりの臓器提供数において、アメリカが約 67 倍、韓国が 13.8 倍、これは 2021 年のデータになりますが、そういう状況になっています。

日本においても、国内の移植医療推進に向けて「脳死の可能性が高い患者」の情報を早期に日本臓器移植ネットワークや関係施設と共有する体制の構築、いわゆるドナー候補となるような脳死の方の早期報告制度というものが要望されているところです。これまで 3 月や 5 月の臓器移植委員会の議論もありましたが、それを踏まえまして、脳死が強く疑われる患者さんを拠点病院及び JOT に早期に報告する、この報告を受けた拠点病院等は、前回の渥美参考人の御報告にもありましたが、終末期医療の支援であったり、その先に臓器提供の適応等のフィードバックであったりなど、もし臓器提供の可能性があるのであれば、御家族への情報提供を能動的に支援するという取組を考えています。

まとめますと、今後の取組(案)として、臓器提供施設連携体制構築事業の GCS3 レジストリ、先ほど御紹介したのですが、そちらを踏まえまして、家族に確実に臓器提供に関する選択肢提示がなされるよう、脳死が強く疑われ、臓器提供の可能性のある患者さんを医療現場に漏れなく把握していただいて、日本臓器移植ネットワークや拠点病院等に早期に情報を共有する体制、いわゆるドナー候補となり得る方、脳死が強く疑われる方の早期情報共有制度というものの構築を検討しています。事務局からは以上です。

○磯部委員長 ただいま、幾つか取組について御説明いただきましたが、御意見、御質問をお受けしたいと思います。

では、私からまず始めますが、この日本地図です。お話にもありましたが、非常に偏っていますね。人口が密集している例えば仙台地域が抜けています。八王子の施設が上がっていますが、人口が密集している 23 区、それから大阪、四国がありませんね。これらの施設はどうやって集めているのですか。手挙げですか、それとも事務局からというか役所のほうから問いかけているのですか教えてください。

○事務局 事務局より御回答します。こちらの現行の連携体制構築事業の拠点の施設に関しては、現在、手挙げされた施設に実施いただいているところです。

○磯部委員長 手挙げ、するための公募のようなことをなさっているということですか。

○事務局 はい、そのとおりです。

○磯部委員長 賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 賀藤です。手挙げで待っているとなかなか現状は打破しにくいかもしれないので、やはり移植手術をする病院は拠点になるということもちょっと考えておかないと、なかなかすぐには広まらないと思いますので、ちょっと御検討いただければと思います。

○磯部委員長 それから、過去にドネーションが多い病院についても積極的に働きかける

など、やりようはありますよね、御検討ください。

○事務局 米山委員から手が挙がっています。

○磯部委員長 米山委員、どうぞ。

○米山委員 米山です。最後の対応案2の今後の取組の所で、家族に確実に臓器提供に関する選択肢提示がなされるようにという所なのですが、選択肢提示をすればいいというものではなく、こちらの記載にもありますが、移植医療の終末期医療の支援、これがなされるからこそ選択肢提示ができる。ただ本当に家族に臓器提供という言葉が伝えれば、できるかどうか、することができますよということを伝えればいいのではなく、この入院されている患者さんの命がもう助からない、最後の時なのだということをきちんと正確に伝える。それにはやはり家族に対する支援が必須になってくると思います。渥美参考人が前回言われたように、ICUの片隅でひっそりと亡くなっていく患者さん、こういう人たちが一人でも少なくなるように、きちんとICUのスタッフ全体でそういった家族を支えていく、そういう認識が不可欠であると思います。以上です。

○事務局 藤野委員からお手が挙がっていますので、藤野委員にお願いしてよろしいでしょうか。

○磯部委員長 どうぞ。

○藤野委員 今の米山委員の御意見ももちろんだということ踏まえして、是非、この4ページ、5ページでしたか、この資料の中のコーディネーターにメディエーターの方を参加させていただくのがよろしいのではないかと考えています。もちろんメディエーターの方は、そもそもポテンシャルドナーを拾い上げるということも、稼業として挙げられていたかと思いますが、今それは前面に押し出されているわけではなく、御家族の終末期の支援であったり、ギアチェンジを支えるというところで、かなり看護師は興味を持って、多く研修生も受けていますので、そのように活用していただけるのではないかと思います。以上です。

○磯部委員長 よろしいですね。

○事務局 はい、御指摘を踏まえまして、検討させていただきます。あと、秋山委員からお手が挙がっているようです。

○磯部委員長 秋山委員、どうぞ。

○秋山委員 秋山です。この脳死が強く疑われた患者さんがいた場合に、医師一人が判断して動くというのは、なかなか負担があるのではないかと思います。子供虐待の場合は、Child Protection Teamというものが各病院に作られています。CPTのようなチームが院内にあれば、更に終末期医療などの考え方が院内に広まっていくのではないかと思います。以上です。

○磯部委員長 脳死が強く疑われる患者を早期に報告する、これは大変結構なことで、是非そうなるといいのですが、「強く」や「早期」というのは基準がありません。これは結局JOTさんの負担になってきますので、どういう状態をいうのか、それから早期とって

も、どの辺りから報告するのか基準が必要だと思います。そのためには研究班による成果が必要なかもしれませんが、コンセプトはいいのですが、現場は困ります。それから、報告だけしておけばいいという形で、報告が殺到するような事態になると、JOTさんの機能に関わりますので、その辺も少し具体的に御検討なさったほうがいいと私は思います。

○事務局 ありがとうございます。御指摘を踏まえ、にどこに、どのような患者さんを報告するかということ、検討させていただこうと思います。

画面上2人とそれから現地で1人。

○磯部委員長 では木幡委員から、どうぞ。

○木幡委員 言葉の点なのですが、ドナー候補早期情報共有制度という言葉が、もしこのままお出しになると、いろいろ新聞やニュースに出たときに、ちょっと私は違和感があります。ドナー候補や早期などということも、まだ生きていらっしゃる患者さんを指しているので、海外ではどういうふうなネーミングなのか分かりませんが、ポテンシャルドナーをレジストリすることなのですね。ですから、ちょっと言葉もお考えになったほうがいいかなと思っています。例えば、候補という時点でもう早期の意味を含むので、ドナー情報共有制度、ドナー候補、候補もちょっと気になるといえば気になりますが、情報共有制度など、そこは言葉の面でももう少し配慮というか、お考えになったほうがいいかなと思いました。

○磯部委員長 はい、御検討をお願いします。オンラインでどなたか。

○事務局 横田委員と平澤委員からお手が挙がっていますので。

○磯部委員長 横田委員から。

○横田委員 ありがとうございます。横田です。このシステムは理解はできるのですが、社会的な理解ということ踏まえた形でのシステムと思うのですが、事務局としてはどのようなルールを想定しているのか、患者側や医療施設側が知らない間に自動的に登録されてしまうとなると、今、御意見があったようなところが非常に気になるのです。どのような仕組みを事務局としては考えているのか、お聞かせいただければと思いますが、いかがでしょうか。

○事務局 はい、事務局よりお答えさせていただきます。従前より臓器提供施設連携体制構築事業において、GCS3の患者さん、こちらは臓器提供だけではなく、終末期医療が必要な患者さんという理解だと思いますが、その方々を早期より拠点病院と共有すること、要綱上もお願いしてきたところですが、今回は、そのお願いをより具現化するといいますか、脳死が疑われる患者を拠点施設と共有してくださいということを明確にお願いした形でして、強制的に報告させるということではありません。やはり先ほど米山委員よりお話がありました、患者さんや御家族のために、終末期医療の支援の一環として、早期に共有いただくということを考えています。

○横田委員 それだと、いいと思うのですが、JOTに連絡するということが、臓器提供のための情報が自動的に、家族の了解なしにJOTに行ってしまう、そういう危惧という

のは発生しないか、いかがでしょう。

○事務局 事務局よりお答え申し上げます。こちらのポンチ絵にもありますように、先生の御懸念点は正しくそのとおりであると思っておりますので、まず早期に共有する相手というのは拠点病院で、その中で終末期、脳死とされうる状態になり、そして、臓器提供の説明を聞く御意思が御家族にある場合において、日本臓器移植ネットワークと必ず情報共有するという形が望ましいかと考えています。

○横田委員 分かりました。ありがとうございます。

○磯部委員長 平澤委員、どうぞ。

○平澤委員 すみません、ちょっと1点質問なのですが、こういった上告をJOTのほうに上げていくということになりますと、どちらかと言うと先生というよりも私たち院内コーディネーターのほうがアクティブに動けるので、私たちが担うような形になるのではないかなと想像しています。そうなりますと、特に内容であったり、どういうタイミングであるのかというようなことについて、先ほどもちょっとお話が出ていましたが、何かフォーマットのようなものがあって、そこに簡易的にチェックをするだけというような形で、第1情報というような形になるのか。そういったある程度の情報も最小限の中でやり取りができるように、また時間もある程度掛からないような形で、情報ができるような仕組みにさせていただけると有り難いと思いました。以上です。

○磯部委員長 はい。事務局、御検討ください。小野委員、どうぞ。

○小野委員 小野です。横田先生のお話、また平澤委員のお話とも関連するのですが、こういったスキームを今後進めていくのは、今ちょうど進んでいる臓器提供施設連携体制整備事業の一環というか、延長線上にあるものと十分理解できることです。やはり、例えば脳死判定が十分に自分たちの施設でできない場合のサポートというものが、提供施設の連携体制整備事業の1つの発端になっているわけです。今後、また脳死の診断をどうするかという大きな問題もありますが、こういったものを地域ごとに、臓器提供の連携施設体制整備ができていく地域が幾つか日本の中でもありますが、その中からどのような形で進めていくのがいいのかということをお提案いただきながら、各地域ごとに地域に合ったシステムを作っていくという形に、きつとなるのではないかなと想像します。

そういう意味では、先ほど磯部座長からもお話があって、4 ページ目のこの拠点病院がこれから17になる、でも、この17の病院が果たして拠点病院としてどうここに関わっていただけるのか、あるいは拠点病院のない施設はどうするのか、そういう大きな、今後のこのスキームを進めていく上での悩みの種はあるわけです。日本で一律でこれをやるというのは、多分難しいというのは、私も移植医の立場であり、東大からも提供のときにはお手伝いはしていますが、感じる場所ですので、言ってしまえば幾つかモデルケースといえますか、こういったものを現在進行している連携体制整備事業の中から、言ってしまえば成功事例を報告いただきながら、地域ごとに合った形で、キャッチボールを繰り返しながら、構築していくのがやはりやりやすいのではないかと。

このフローチャート上では、JOTに報告ということにはなるものの、今のJOTの体制ではこれは絶対不可能ですので、これはまた違った意味での体制強化をしていかないと、先ほどもあったとおり、いわゆる絵に描いた餅になりかねないというところもあります。そういったところは既に事務局にはお考えいただいているとは思いますが、そういったモデルケースをやりながら成功事例をうまく作っていただき、それをどういう形で各地域に落とし込むのかといったような政策的、あるいは研究レベルといいますか、そういったところを1つの発端にさせていただくことがやりやすいのではないかという印象は持っています。以上です。

○磯部委員長 よろしいですね。賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 僕は前の病院で同じような所に同じ脳死状態でドナーの説明をして、それでいきましょうというのと、ドナーにはなりたくないというのが一人一人いて、そうすると、同じ終末期医療をやっている、ドナーになってもいいですという家族の所には結構、ナースも来るし、ドクターも来るし、どうしても頻繁に人が来るのです。ドナーにならない人の所に余り人が来ない。一生懸命やっているのですが。ですので、終末期医療というものを平等にやるというところをどこに持ってくるかということ、きちっとやっていかないと、どうしても家族の側にとっては何か寂しい思いをすることも。その終末期医療のあり方というものは、ここで主に議論することではないのかもしれないですが、深く関わってくるので、終末期医療とドナーになるかならないかというのは、大きく関係します。ほかの所が担当するなら担当するで、終末期のあり方ということをきちっと議論していただければと思います。以上です。

○磯部委員長 はい、難しい問題だと思いますが、おっしゃるとおりです。検討の課題にしたいと思います。よろしく願います。ほかにこの話題に関して。

○浅井委員 東北大の浅井です。今のドナー候補早期情報共有制度、是非、進めてドナーの方の数が増えるといいと思いますが、一方で、ある患者さんの情報を、必ずしもその患者さんのためではないことで、ほかの所と共有するという意味で、要配慮個人情報やプライバシー、医療専門職の守秘義務ということもよく考えて、制度を作られるときにはその辺をしっかりと配慮して、偶発的に守秘義務違反が起きてしまう、それを後に家族が知って納得できない思いがあるなど、そういったことのないように配慮を頂ければと思います。以上です。

○磯部委員長 事務局は今の点について何か御検討されているのですか。

○事務局 先ほどフォーマットが必要という平澤委員のご指摘もありました。、また、どなたがどのような情報をどのように情報共有いただくかということは、先ほど小野委員からもお話がありましたように、医療機関、現場の先生方、あるいは連携体制構築事業に参加されている施設とも十分議論の上、検討を進めていきたいと考えています。

○磯部委員長 先の話かもしれませんが、情報がJOTに上がって、ポテンシャルドナーであるというふうに判断されたときの次のアクションは、どういうことを想定されているの

ですか。

○事務局 この脳死が強く疑われる患者さんを施設内で把握された後、それを拠点病院となる所と情報共有を頂くこととなります。この時点では恐らく終末期医療の実施も含めたコンサルテーションという形での情報共有になると思いますが、その上で、やはり御家族に情報提供を確実に行っていただき、御家族が少しでも臓器提供のお話を聞きたいと言われた段階において、確実に JOT に情報共有いただくという形が、最も御家族の心情も踏まえた、終末期医療の上での情報共有ということになると思いますので、ポテンシャルドナーというふうに把握されたが、臓器提供の御希望があるかどうかは分からない状況で JOT に情報共有されるのではなく、なるべく拠点病院で先に情報整理をしていただくという形が望ましいのかなとは考えています。

○磯部委員長 その辺が皆さん御懸念の個人情報の問題、それから終末期医療の問題に直接関わってくると思います。慎重に制度設計しないと、問題が起きかねないのでよろしくお願いします。大事な進歩にはなるとは思います、課題が多々あると思いますので、今の御指摘を踏まえて検討され、進めていただくようお願いいたします。

では、引き続き 3 番のプレゼンテーションをお願いします。

○事務局 事務局より、課題 3、救急科と移植関連科の院内及び地域での連携の強化について御説明させていただきます。これまでの 1 月、3 月、5 月の臓器移植委員会での議論にもありましたけれども、救急科と移植関連科の協力体制が重要であろうということをおっしゃっていただいていると認識しています。それを踏まえまして、協力体制を確立し、自施設内における脳死が疑われる患者さんの臓器提供の意思を確実に汲み取る体制の構築であるとか、あるいは患者さんの搬送から臓器移植までのプロセスを円滑に進めるための仕組みの構築が望まれていると考えられています。

こちらにお示しませんが、参考資料に提示しているスライド 23 にもありましたけれども、臓器提供を考える施設の中で、臓器摘出術を負担と感じる施設が相当数あるということが調査で分かりました。臓器提供に必要な人員(看護師、麻酔科医)、これは臓器摘出時の循環動態の管理等を行われる医師かと思いますが、そういう方々が確保されないために臓器提供の体制が整えられないとする施設もあり、是非、移植医の協力の下、地域内で臓器摘出術までを含めた支援を行う体制の構築が望まれています。

今後の取組(案)として、臓器提供施設連携体制構築事業の取組の中で、移植施設に臓器提供を支援する専従の臓器提供コーディネーター等を擁する専門部署を設置し、脳死が疑われる患者の臓器提供の意思を確実に汲み取り、かつ、そのような自施設の臓器提供体制が構築された後、自施設だけでなく近隣の地域の医療機関も含めた臓器摘出術まで含めた支援を行う体制を構築することを検討しています。そのような中で、以前、臓器移植委員会でも臓器移植施設の活動実績を公表してはどうかという御提案を頂きましたので、ここに提示させていただきます。事務局からは以上です。

○磯部委員長 救急科と移植関連科の連携についてのお話だったと思います。御意見、御

質問があればお願いします。

○事務局 湯沢委員と平澤委員から手が挙がっています。

○磯部委員長 湯沢委員から、どうぞ。

○湯沢委員 湯沢です。今、示されている最後のスライド、これは非常にショッキングなスライドで、私は驚愕しました。移植施設の中で提供が0だったという所もあるわけで、こういう所で何で臓器提供の取組、それなりに臓器移植をいっぱいしている大学病院が幾つか見てとれるわけですが、その中で提供が0だったり1だったりという施設がこれだけあって、何でこんなことになっているのか全く信じられない思いです。私の属していた所では、それなりに移植もしていたわけですが、提供も働きかけていました。こういうふうに、それなりに移植をしている施設で提供がないことについて今まで何か質問したり、何で提供がないかということについて問いかけをしたりなど、そういう動きというのは今までなかったのですか。

○磯部委員長 皆さん、御覧になってショッキングだと思いますが、事務局、何かコメントはありますか。

○事務局 事務局より、湯沢委員の御発言に御回答させていただきます。これまで公に移植施設に関しての活動について、お話いただいたことはございませんが、ただ、前々回の臓器移植委員会で、是非、移植施設における臓器移植数、臓器提供数を公表すべきであるというご指摘がありましたので提示させていただきました。

○湯沢委員 これを基に何か動きというか、何で提供されていないのかとか、それは JOT がやることなのか、厚労省がやることなのか、学会がやることなのかよく分かりませんが、やはり何らかの動きは必要なのではないかと思いますが、いかがですか。

○磯部委員長 いかがでしょうか。

○事務局 湯沢委員、御質問ありがとうございます。私どもとしましては、先ほどお示しました病院を評価するということがございませんけれども、是非、臓器提供の体制構築の御意思がある場合に、ここにお示ししています、例えば仮称ですけれども移植医療支援室の設置であるとか、あるいは連携体制構築事業の拠点、臓器提供の経験がない場合に拠点病院になるというのは難しいかもしれませんが、是非、事業の参加を御検討いただきまして、積極的に自施設の体制構築を考えていただけたらと思っています。

○磯部委員長 この資料はホームページ上に公開される資料ですよ。あとは JOT あるいは厚労省、それから学会で、これを見た上での議論があって然るべきだと思います。これは本当にショッキングな表なので、是非、各所で御検討いただいて詰めていかなければいけないのではないかと私は思います。

○湯沢委員 学会の立場で、私は日本移植学会の副理事長をしていますけれども、是非、これは活用させていただきたいと思っています。

○磯部委員長 ほかに御意見はございますか。平澤委員、どうぞ。

○平澤委員 平澤です。事務局に質問ですが、この表示いただいている移植施設の中で移



植対策室のようなものがある施設は、どのくらいあるのでしょうか。

○事務局 事務局より御回答いたします。正確に把握できていないわけでは無いのですが、幾つかの施設では既に設置されている施設もございます。例えば前々回の臓器移植委員会で御発言いただきました藤田医科大学等では、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が協同している移植医療支援室を設置しているとお聞きしています。

○平澤委員 委員の先生もおっしゃっていたと思いますが、日常的に移植医療に関わっている移植病院の先生方がたくさんいらっしゃる病院のほうから、こういった移植対策室というのを立ち上げていただいて、レシピエントコーディネーターさんもおっしゃると思いますので、ドナーコーディネーター、また、そういったコーディネーターなどもそこに属するような形での体制整備が整うといいなと思っています。以上です。

○磯部委員長 小笠原委員、どうぞ。

○小笠原委員 先ほど湯沢委員から、問いかけがあったのかという話がありました。旭川で確か法律が制定されて何周年かで大会をやられましたね。私がああとき臓器移植委員会の皆さんに何と言ったかと言うと、「なぜ、あなた方は我々のような提供が多い学会に積極的に関わらないのか」と、私は言ったはずですが、その後、全く反応がございません。私は脳外科学会の臓器移植委員長をずっとやっていますが、1回も問合せが来たことはありません。ですから、ああときに言ったにもかかわらず移植医は何もしていないというのが私の見解です。申し訳ないですけど。

私は病院長もしていますが、ようやく病院長をやっている臓器移植のことが分かりました。私は脳外科医ですので提供する側だけです。レシピエントとなる患者さんが出たときに病院で必ず検討しますね。本当にそれが正しいか病院で決定しますが、それでようやく移植のことが分かった。そんなものです。ましてや現場の脳外科のことで言いますと、分かっていないのです。その同じ病院の移植する側と話合いが何もできていない。多分、そうだと思います。ですから、我々出す側は余り積極的になれません。これはしょうがないのです。本当にこれが必要かどうか、移植医にその病院の中で積極的に発言していただかなければ進みません。

何でああときに言ったのに移植学会が何もしないか私はよく分かりませんが、無視されたとは思っています。私は招待されて講演したのです。にもかかわらず何も反応しない。申し訳ないですが、それが私の認識です。私の認識が脳外科学会の認識だと御理解ください。以上です。

○磯部委員長 1点、私から付け加えますと、リストにあげられているのはほぼ全て大学病院ですね。臓器提供は、コアカリキュラムにも述べられている医学教育の重要な項目の1つです。医学生の教育という観点からも大学病院は実践することが求められていると思います。そういうことも御考慮いただいて各関係機関で進めていただきたいと思います。それと、これは複数臓器の移植を実施する施設だけ挙がっていますが、心臓や腎臓だけやっているといった施設もありますので、更に裾野は広いのだと思います。それも含めて、

御検討いただきたいと思います。ほかにいかがですか。小野委員、どうぞ。

○小野委員 小野でございます。既にいろいろ議論されているところで、この資料は先ほどもございましたとおり公表されている資料です。これをどこまで前面に押し出した形で、各病院での臓器提供の推進に対するひとつの起爆剤に持っていけるかどうか。そういったところでもありましたけれども、小笠原先生も先ほど提供側の主張として御発言されてきましたように、こういった現実的なものを、例えば各大学病院とか、特に移植をやっている施設に送って現状はこうですということ、移植をやると同時に提供にも御協力くださいというのを、文書だけでいきますとインパクトが弱い。ただ、言葉は悪いかもしれませんが、これを出すと少し当て付け的なことになってしまうかもしれない。けれども、どこかそういう強い意思というのは、文書だけでなく、数字という事実をよく認識していただいた上でやる必要があると思っています。

かつては、移植する側が臓器がどうしても必要だけれども、それを提供側に直接交渉するというのはいけないと、そういう時代が長くありました。最近はそのような提供側と移植側が交渉、あるいはコミュニケーションをとることに対するハードルは大幅に下がりましたが、かつてはそういう時代があったことは事実でよく知っています。

ただ、そうは言うものの、実際、臓器提供に前向きに病院がいくかどうかというのは、もちろん核となる提供側の先生方、また移植側の実際に提供をサポートするような強い意思を持った移植医、これがいずれも必要になりますが、病院の執行部が現状のたくさんある病院のマネジメント業務の中に紛れてしまうと、特に文字だけだとインパクトが極めて弱いです。ですから、言ってしまうと、こういった数字をしっかりと突き付けるという形ぐらいの強いインパクトがあった上で、各病院がどう対応するのかは、その病院の執行部の責任ということになるのでしょうかけれども、そのぐらいの強い姿勢があってもいいのではないかという思いがあります。以上です。

○磯部委員長 外園委員、どうぞ。

○外園委員 この中で著しく増えたのが岡大病院、次いで増加しているのが九大と筑波ですけれども、コロナの時期に増えている岡大の数は驚異的で、なぜ増えているのかを、是非、知りたいと思います。そこにヒントがあるのではないかと思います。新型コロナで普通は減っていたところ増えた3病院、無理なら岡大だけでも、増えた要因をインタビューと言いますか、聞けるとよいと思いました。よろしくお願いします。

○磯部委員長 私からもう一点だけ聞かせてください。今、話題になっている表の前のページです。施設内における臓器提供関係者と移植医側の協力についてです。これは前回の藤田医科大学からも日本移植学会の江川理事長からのプレゼンテーションでも御提案された内容で、それを踏まえて事務局からされた御提案なのではないかと思っています。ぜひ進めたい内容ですが、1つだけ懸念は、その当該施設にポテンシャルドナーがいて、さらに移植対象患者として順番のトップに挙がっている患者が同じ施設にいるときのCOIと倫理的な配慮です。その辺の疑念を持たれない形にすることが非常に重要なことで、そ

これは制度上ちゃんと担保しておかないといけないと思います。「ドナー候補者の確認、情報収集」とありますけれども、そのあたりが心配になります。

○事務局 事務局より御回答させていただきます。前回の藤田医科大学の取組でもお話がありましたけれども、今、磯部座長から御発言いただいたとおり、脳死判定のところに移植の意向が組み込まれるということはあってはならないことだと考えています。そこまでは一般診療の中で終末期医療を行う、これが大前提で、救急・集中治療の先生方、若しくはその関連のメディエーターであったり看護師であったりという方々が終末期ケアを主となって行い、終末期の判断もその方々で実施されるかと考えています。その終末期の判断が下され、今後、救命困難となったところから移植に関係する医療者が関与するところと考えていまして、その線引きをした上で、このような取組を進めていけたらと考えています。

○磯部委員長 よろしくお願ひします。ほかにはよろしいでしょうか。木幡委員、どうぞ。

○木幡委員 私も会社で社会貢献を進める部署にいますが、会社の中でも部署を横断した連携とか、いろいろな方の協力を仰ぎながら進めなければいけないプロジェクトというのは大変難しく、そこで何が必要かと言うと丁寧な説明、そして、なぜこれをやるのかというところを明確にすると、みんな一緒に動いてくれるなというのが実感としてございます。これも少しそれと似ているのかなと思ひまして、移植を受けた患者さんがどれだけ元気になるかみたいなことも実際に見たことがなかったり、予後がどれだけすばらしいかとか、あとはドナー家族の悲嘆の軽減につながることもあるとか、そういったいろいろな要素をしっかりと丁寧に説明する。多分、移植というのは、いろいろな方が病院の中で関わると思ひます。その一人ひとりに、これは自分にも関係があることかもしれない、自分も何かアクションを起こせるかもしれないと思ってもらえるかどうかが、すごく大事なポイントかなと思ひています。また言葉のことを言って申し訳ないですが、臓器移植支援室、臓器移植という単一なワードで進めるのも、もしかしたら違っていて、終末期医療支援室とかアドバンスト・ケア・プランニング支援室とか、そういったもう少し広く終末期に考えなければいけないいろいろなことを含めた支援室みたいな感じで設置するのも、いろいろな人を巻き込む、自分事として捉えてもらうという点ではいいのではないかと思ひました。

○磯部委員長 御検討ください。ほかにはいかがでしょうか。大体、意見が出尽くしたようですので、プレゼンテーションに基づいた議事(1)はこれでよろしいですか。議事(1)に関して全体を通じて御発言はございますか。それでは、議事(2)のその他ということで御報告をお願いします。

○事務局 事務局からその他の御報告をさせていただきます。特に提示資料はないのですが、第61回の臓器移植委員会で議論いただきました眼球提供や角膜移植の体制の整備についてということですが、角膜移植の基準に関する作業班を設立しまして、その中で検討する予定としました。詳しくは配布している参考資料5を御参照ください。また、かねてより、この臓器移植委員会で海外渡航移植患者さんの実態調査を実施しますという

ことを御報告、御検討いただいていたところでした。移植医療を行っている医療機関の御協力もありまして、調査が無事終了しましたことを御報告いたします。調査結果の詳細につきましては、配布しています参考資料 6 を御参照ください。事務局からは以上です。

○磯部委員長 関連して何か御質問、御意見はございますか。用意した議題は以上でございます。先生方のほうから何か御発言はございますか。それでは、本日は大変貴重な議論いただきまして、資料に基づいて先に結び付く会議ができたのではないかと思います。事務局あるいは関係諸機関は、本日の議論を踏まえて、移植医療の発展に更なる御尽力を頂きますようお願いしたいと思います。事務局にお返しします。

○事務局 本日は貴重な御議論、ありがとうございました。次回の開催につきましては追って御連絡させていただきます。本日は本当にありがとうございました。事務局からは以上です。

○磯部委員長 それでは、本日の委員会は終了いたします。ありがとうございました。