

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5月24日(水) 10:00～12:00

場所：AP虎ノ門 Room1(3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、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、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、渥美 生弘参考人、門田 守人参考人

議題

1. 関係者からのヒアリング
 - ・ 厚生労働行政推進調査事業移植医療基盤整備研究事業 「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」渥美 生弘 研究分担者
2. 国内の臓器移植施策の推進に向けた取組
3. その他

配布資料

- 資料1 渥美参考人提出資料
資料2 国内の臓器移植施策の推進に向けた取組
参考資料1 臓器移植の現状について

議事

磯部委員長 おはようございます。定刻になりましたので、ただいまから第63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。まず事務局から、会議に関する説明、出欠状況等の報告をお願いいたします。

吉川補佐 まず事務局からWeb会議の進め方について説明いたします。発言される場合には、ビデオ及びマイクをオンにしていただき、お名前をおっしゃった上で発言をお願い

いたします。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きますようお願いいたします。また、本日の臓器移植委員会から会議の様子を YouTube 配信させていただいております。不手際がありましたら申し訳ございません。そのようなことがないよう、できるだけ努めさせていただきます。

湯沢委員 吉川先生の声が全然聞こえません。最初から何も聞こえていません。

吉川補佐 すみません、失礼いたしました。こちらがミュートになっていたようで、申し訳ございませんでした。それでは、Web 会議の進め方について説明いたします。発言される場合には、ビデオ及びマイクをオンにしていただき、お名前をおっしゃった上で発言をお願いいたします。発言が終わりましたら再びビデオオフ、ミュート状態をお願いいたします。また、本日の臓器移植委員会から会議の様子を YouTube 配信させていただいております。よろしくをお願いいたします。

本日の出欠状況ですが、小野委員より欠席の御連絡を頂いております。19名中18名の委員が参加しており、会議が成立することをお伝えいたします。また、本日は参考人といまして、日本臓器移植ネットワークの門田理事長、厚生労働行政推進調査事業移植医療基盤研究事業の「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」班の渥美研究分担者に御参加いただいております。

では、5月1日より移植医療対策推進室に赴任いたしました野田より、御挨拶をいたします。

野田室長 5月1日付けで着任をいたしました野田と申します。よろしくをお願いいたします。

吉川補佐 引き続き資料の説明をいたします。資料1は、渥美参考人の提出資料です。資料2は、厚生労働省から国内の臓器移植施策の推進に向けた取組です。参考資料1は、臓器移植の現状についての資料です。よろしくをお願いいたします。

磯部委員長 本日は、議題がその他含めて3つありますので、順に進めます。まず議題1、臓器提供が行われる可能性がある事例に関し、早期に情報提供・共有をする取組についてです。先ほど御紹介がありました渥美参考人から報告を頂きます。渥美参考人、よろしくをお願いいたします。

吉川補佐 渥美参考人、よろしくをお願いいたします。聞こえていますか。

渥美参考人 はい。私からお話させていただいてよろしいでしょうか。

吉川補佐 はい、よろしくをお願いいたします。

磯部委員長 どうぞ。

渥美参考人 資料を共有させていただきます。聖隷浜松病院の渥美です。よろしくをお願いいたします。資料は共有できておりますか。

吉川補佐 共有いただいております。

渥美参考人 大丈夫ですか。私からは、救急学会の坂本先生、横田先生の御指導を頂きながらやってきた家族支援についての報告をさせていただきます。昨年、臓器移植医療対

策のあり方に関する提言がまとめられ、この委員会から報告をされております。今日は、そのうちの 2. の 3 つ目「臓器提供の可能性のある患者の家族に、確実に臓器提供に関する情報提示がなされるような仕組みを構築する」に関しての報告をさせていただきます。

これは皆さん御存じのとおり、救急医学会、集中治療医学会、循環器学会から出された 3 学会合同のガイドラインです。平成 26 年に出されているもので、その冒頭に書かれている文章がこちらです。「基本的な考え方・方法」の中で、私ども急性期の救命医療に携わっている者としては、重症患者さんを対象に治療を行っており、患者背景に関わりなく、とにかく最善の治療、措置を行っています。ただ、そのような措置をした中でも、やはり救命の見込みがないと思われる状況に至ることがあると書かれています。そのうちの 1 つが脳死と認識をしております。「その際の医療スタッフの対応は、患者の意思に沿った選択をすること」とガイドラインに書かれておりますが、それができているかどうかということが、今、救急医療の現場で問われているのだろうと考えております。

患者さんの思いにどのように向き合っていくかということがテーマになってくるわけですが、これは令和 3 年の世論調査のデータです。皆さん御存じのとおりかと思うのですが、臓器提供をできるような状況になったときに、臓器提供をしたいと思えますかというような問いに対して、一般の方々は約 40% ぐらいの方が「提供したい」、若しくは「どちらかといえば提供したい」に を付けているのが世論調査から見て取れます。

ただ、臓器提供は今年すごく伸びているとお聞きをしておりますが、年間 100 例前後でずっと推移してきております。一方、脳死患者はどのぐらい発生するかというのは、これはかなり前のデータなのですが、有賀先生の平成 18 年の報告によりますと、アンケート調査で少なくとも 2,000 例の脳死患者があるのではないかと報告をされております。現状は 100 例の臓器提供なのですが、少なくとも 2,000 例の脳死というような患者さんが出ているとして、その 40% が臓器提供の意思を持っていると仮定をしますと、800 例ぐらいの意思を持った、脳死になってしまわれた患者さんがいらっしゃるのではないかと。そこに大きな差があり、救急の現場で患者さんの意思がきちんと拾い上げられていない可能性があるのではないかと考えています。

逆の言い方をしますと、しっかり患者さんとともに、脳死になってしまった場合は患者さんと話をすることができないのですが、御家族としっかり患者さんの意思を考えていくことによって、臓器提供は増えていく可能性があるのではないかと考えます。提供と移植に関する 4 つの権利を JOT のホームページから持ってきていますが、提供する権利を守るためには、患者さんの御家族と一緒に患者さんの意思を考えていく必要があるということ。そこを真摯に現場でやっていく必要があるのだろうとっております。

ただ、臓器提供の可能性に気付くというのは、決して簡単なことではないと思っております。これは JOT のホームページからのデータですが、脳死で臓器提供になった患者の原疾患ですが、脳血管障害、頭部外傷、低酸素脳症と書かれています。多くは重症のくも膜下出血で、低酸素脳症と書かれているのは心肺停止の蘇生後、意外と多いのが縊首の後とな

っております。現実的にはそのような患者さんを見たときに脳死を想起するわけですが、なかなか治療している方々がそれを想起するのは難しいのかなとは思っています。いろいろ経験をすると、頭部外傷若しくは脳血管障害に低酸素を合併するような状況になったときに、脳死の患者が多いのかなということを日々の臨床から感じています。

こちらは隣の韓国のデータですが、IRODaT のホームページから持ってきました。韓国では、2010 年から脳死の患者さんの報告が始まったと聞いております。そうすると、臓器提供の数が飛躍的に伸びているというデータが見て取れます。それから、近年のコロナの時代になっても、そんなに臓器提供が減っていないのも特徴なのかなと感じた次第です。2021年のデータからすると、PMPでいうと8.56、442例の臓器提供があったと示されています。これは2018年のデータが2019年に報告されたものです。韓国は日本の人口の半分ぐらいなのですが、脳死としての情報提供が約2,400例、その中で医学的な適応があったのが1,800例、家族面談がしっかりできたのが1,400例ぐらいとどんどん絞られて、最終的には2018年は449例の臓器提供がなされたと報告されています。日本は人口が倍なので、同じような状況があるとすると、実は1万件ぐらいの情報があってもいいのではないかと考えることができるのかなと思います。

ただ、このような情報に誰が気付くのかは結構難しく、主治医の先生は治療に集中していると、なかなか臓器提供まで想起するのは難しいのかなとも思います。私自身も最初に臓器提供を経験したときは、脳幹出血の患者さんであったと記憶しているのですが、臓器提供なんて全く考えていなかったのですが、途中で急に血圧が下がって心停止直前ぐらいまでいって、蘇生した後で脳死の状態になったというのが最初の症例でした。そのとき、私自身は全く脳死ということに気付かなかったです。スタッフの1人が脳死かもしれないと言ってくれて、ハッとしたのを記憶しております。

一番気づきやすいのは、やはり集中治療医でしょうか。重症患者の主治医をサポートする立場で見ている集中治療医が気づきやすいのかなという印象を持っています。集中治療医は治療をするのと同時に、全身状態を悪化させないような管理に気を付けており、悪化する可能性が常に頭にあるのではないかなと思っています。そのようなことから、脳死になる可能性があるというのは気づきやすいのだろうと考えています。若しくは、専従の医師がいない集中治療室も多いかと思うのですが、ベッドコントロールをしている看護師の方が、人工呼吸器が付いている、状態がどうだというように全体を把握していることが多いので、その方が気付くことが多い。もう1つは、院内コーディネーターという方がきちんと活動していると、臓器提供の視点を常に持ちながら院内におりますので、患者に気付くことができるのだろうと思います。ただ、それぞれある程度トレーニングが必要だと思っています。

そのための医療者教育が十分になされているかどうかの問題になるのですが、その辺りの問題点から今日御参加いただいている横田先生の厚生労働科研から、臓器提供ハンドブックが発表されました。ある程度現場のスタッフが臓器提供全体を把握しやすいようなつ

くりになっていると認識をしています。また右のオレンジのほうは、荒木班で作られた小児版の臓器提供のハンドブックです。これらが1つのテキストになっていると思います。

それから、専門医の教育です。救急医の専門医のテキストになっているのが、救急診療指針です。現在は第5版が使われています。その中で、臓器提供はどのように記載されているかということ、法的な問題としての項目の中の1項目として扱われています。これですと、どうしても臨床の中でどのように臓器提供を扱っていいかというのを、なかなか理解するのが難しいですが、今は第6版の改訂作業中で、その中では人生の最終段階における医療の中の1つとして、臓器提供に触れていけるように編集が進んでいるところです。

こちらは、集中治療医学会のテキストです。今は第3版が使われていて第4版の作成中なのですが、こちらも臨床の中で臓器提供が想起しやすいようにテーマを作り直して、改訂作業を進めている状況になっています。さらに、今年から横田先生の御指導の下、厚生労働科研の中で院内コーディネーターの育成に力を入れていきたいと思っております。ここでは、集中治療医学会で教育コースを作っていけるように、集中治療医学会の中で委員会を立ち上げて作業を進めようという段階になっています。救急・集中治療の終末期にしっかり対応できるような人材を育成する。その中で、患者さんの意思から臓器提供が見えてきたときには、そこにも対応ができるようにするということです。これは、多分誰か1人がやってもなかなか動くものではないので、多職種でしっかり関わっていけるようなチームの育成を、学会で進めていけたらと考えています。

さらに、病院1つで臓器提供を経験するのは、まだまだ少ない状況なので、地域ぐるみで連携をしながら進めていかなければいけないということで、今、臓器提供の連携体制構築事業が動いています。その中で教育の一環になるかもしれないですが、早期に臓器提供の可能性がある症例を共有することによって、経験したことがある人のサポート、経験したことがある病院のサポートが経験の少ない施設にも届くようになって、それぞれ勉強しながら進めていくことができるのではないかと考えています。

どのように患者と、その家族と協働していくかです。私は厚生労働省の御支援を頂いて2018年にスペインの視察に行かせていただきました。そこには、横田先生や江川先生のサポートを頂いています。その中で一番印象に残っているのが、バルセロナに勉強しに行ったわけですが、バルセロナから100キロぐらい離れた田舎のほうに3年前から臓器提供の取組を始めた病院があるから、そこに見学に行ったらいいのではないかと行かせていただきました。臓器提供の取組としてどのような取組を始めていたのかということ、そこはスペイン式で臓器提供を専門に扱うドクター、これは集中治療医が派遣をされて、拠点病院の中で臓器提供を進めていく取組を始めていて、そこを見てくださいということでお邪魔しました。

真ん中にあるのが救急外来で、お話を伺いましたが、緑のスクラブを着ている女性の方がTPM医、臓器提供の専門の先生です。手前に立たれている方がERのドクターです。私は救急の医者として、当時はERの先生とお話をいたしました。救急外来に貼られている

ポスターが左下にあるのですが、GCSが8未満の脳損傷の患者がいたら、このTPMのチームを呼んでくださいというポスターが貼ってあるのです。私自身は、当時臓器提供を進めなければいけないとは思っていたのですが、どのように進めたらいいのか迷いながら見学に行きました。救急外来で、こうやって臓器提供に関するドナー探しのようなことをされて、ちょっと嫌な気分になるのではないかなというのを想像して、ERの先生とお話をしていました。

このTPMの先生がやられていることは、この先生は集中治療医でGCS8未満の脳損傷で呼んでもらいます。チームでコールを受けて、まず何をやるかということ、速やかに家族ケアをするとおっしゃっていて、最初は余り理解ができていなかったのです。ERの先生に、「ちょっと嫌ではなかったですか」という問い掛けをすると、彼は「このTPMのチームが来てから患者さんの看取りがすごくよくなった」とおっしゃられたのが一番印象的でした。どうということかということ、今まで救急外来でもう助からないという状態になった患者さんは、ERの隅でひっそりと亡くなっているということが少なからずあった。例えばCPAの蘇生後だけれども、ちょっともう難しいとなったときに、そのまま救急外来の片隅で看取る。ただ、そういうときにこのTPMのチームが関わってくると、家族ケアをしっかりやってくれて、適切な場所に患者さんに移してくれる。例えば病棟なりICUに移してくれて、臓器提供の可能性があればその説明もしっかりして、次につないでいくということをしてきている。ああ、そんなことができるのだなというのが、本当にその当時は驚きでした。治療できない患者さんにも真摯に向き合う必要があるのだなということ、強く感じた次第です。

私自身救急外来で働いていて、助からない患者さんがいたときには、なかなかその患者さんのそばには足が向かなくて、次にやらなければいけない患者さんのほうに向かっていくという姿があったのではないかと考えています。それは必要な姿でもあるのですが、亡くなる患者さんにもきちんと注力をしていく必要があるのだろうと感じました。

そのようなことを厚生労働科学研究の横田班で議論をしていただいた結果として、重症患者の初期支援充実加算を厚労省でお認めいただいて、昨年から動いている状況なのだろうと思っています。これは、まず重症の患者さんが救急外来に来たときに、治療をしっかりしていくという方がほとんどであると思いますが、その中には亡くなりゆく方も含まれていると思います。普通に治療をする医師・看護師と患者・家族とで話し合いを行って、治療方針を決めていくことになると思うのですが、その話を十分に聞ける状態にない患者さんと御家族も多くいらっしゃる中で、そこをしっかりとつなぐメディエーターという方が活躍をする。その結果として、社会復帰の支援にもつながっていくと思いますし、残念ながら社会復帰までいかなかったとしても、スムーズに退院支援、転院支援につながっていくのだろうと思います。

その中の1つとして、残念ながら良くならないときに、患者さんの思いをしっかり聞き出して、場合によっては臓器提供にもつながっていく可能性があるなと考えています。基

本的には、このメディエーターという方は治療をする医師・看護師チームと、患者さんとその御家族にしっかりと話し合いの場に置いてもらって、目標を共有していく。そのための職種なのだろうなと思っています。そこで、もし臓器提供の可能性が出てきたら、院内コーディネーター等にバトンタッチをして、つないでいくのだろうと考えます。

その中で当院の取組なのですが、スペインで見てきた 2018 年から、当院の中では患者さんとその家族の支援チームを立ち上げました。そのチームのメンバーは、救命センターで医療に携わる救急科の医師、救命センターの中の ICU の専従、集中治療医の役割も、当院では救急科が担っています。その医師と看護師が中心になるわけですが、家族支援専門看護師と救急看護認定の看護師、ER、そして ICU。当院では、もう 1 つ救命救急病棟という所があるのですが、それぞれの管理者である、当院では師長ではなく課長と呼ぶのですが、管理者が参加をしてくれています。そして、救急認定のソーシャルワーカーなども参加をさせていただいて、家族支援を早期からしていくようなシステムを立ち上げました。

何をやっているかという、まずは家族支援の必要性を現場の看護師に評価をさせていただいて、必要だと思ったらこのチームにつないでいただきます。要するに、患者さんの病状を理解できないほど動揺している様子が見て取れる、若しくはこれからどんどん病状が悪化していくのではないかというような患者さん、生活背景が複雑で例えば精神疾患があるとか、経済的な問題があるということで支援が必要そうだなという方をチームにつないでくださっています。そして、病棟看護師さんとともに家族支援看護師さんや救急認定看護師さんが、これはフリーの看護師さんですが、一緒に家族対応をしていきます。

初期評価と家族の支援をしながら、ずっとそこで支援を続けるわけではなくて、退院支援のチームや精神科のリエゾンや緩和ケアのチームなど、それぞれの適切な所につないでいくような役割を果たしています。月 1 回、このメンバーが集まって振り返りをしながら、この症例はこうでしたということを皆で共有して、次への改善の糧としております。やっていることは、意思決定です。これは、いわゆるシェアード・ディシジョン・メイキングです。死生学入門から取らせていただきましたが、治療をしている医療ケアチーム、患者・家族。まずは、医療ケアチームから一般的な価値観で、こんな治療がおすすめですよというお話があると思うのですが、それを患者・家族に聞いていただきます。そして、その患者・家族はそれに同意して治療を進めるのではなく、患者・家族からもその患者さんがどんな患者さんだったのかということ、しっかり医療チームに伝えていただいて、ではこの患者さんならどんな治療がいいだろうということで、合意の上で治療を進めていくことになっていると理解をしておりますが、これを救急現場でやっていくことは決して簡単なことではないです。

まず、一般的な治療に関しての説明が理解できていない、全く覚えていないという患者さんも数多くいらっしゃいます。そのようなことを、しっかりサポートしていくこと。患者さんの人生観、死生観などを医療チームに伝えるのも決して簡単ではないので、それを伝えていく、サポートしていくこと、そのようなサポートをこのチームでしています。

これを実際に現場でやっていくわけです。最初は患者さんの御家族を支援している目的で始めましたが、やってみて分かったことは、医療チームも患者さんの家族とうまく意思共有ができなくて困っている、だから助けてほしいという声が少なからず上がってきて、その支援もしてくれています。両方とも、今まで困っていたということがよく分かりました。

昔は医師中心の医療というのがあったのだらうと思いますが、今は患者中心の医療です。更に進んで、今は患者さんを医療者が治すのではなくて、患者さんと一緒に病気に立ち向かっていく、一緒に病気に向き合っていくというような医療に進んでいるのだらうと認識をしております。これが重症患者さんで意識がなくなって脳死になってしまった場合は、患者さんや御家族とともに、その患者さんのために何が一番いいのか。治療ができなかったとしても、最後の看取りをどうしたらいいのかも含めて話し合っていく必要があるのだらうと思っています。

その中で当院のデータですが、家族支援が介入した件数を並べています。当初は月数件でしたが、昨年この重症患者初期支援充実加算が始まってから、体制をしっかりと整えました。それから、病棟のスタッフに周知を進めてきたことから、件数がすごく伸びてきています。その中で、当院からの臓器提供を挙げてみると、特に臓器提供が増えているわけではないと思うのですが、去年から始まって 2 例臓器提供があったこともあり、少しそのような話もしやすくなっているのかなと感じています。

患者さんや家族と協働するために、まず患者さんの家族と病状の理解を支援していくこと。患者さんの家族の思いを、医療チームとしっかりと共有していくこと。そのようなことができる、約 40%の方が臓器提供をしてもよいと考えておられるので、患者さんの思いが共有できれば臓器提供は増加していくのではないかと考えております。

当院で経験した症例を 1 例だけ提示をさせていただきます。40 代の男性で、くも膜下出血の方でした。御家族は奥様と 3 人のお子さんがいらして、働き盛りの一家の大黒柱が、朝、急にトイレで嘔吐をして意識がなくなりました。救急外来に来られたときの CT はこれで、くも膜下出血でした。意識レベルは GCS E2、V1、M4 という状況で、治療が始まりました。椎骨動脈の解離性の動脈瘤ということで、鎮静をして全身麻酔の下でコイリングの手術になりました。手術はうまく行って、ICU に戻ってきて、私は端から見ていたというような状況でした。

ただ、その日の夕方、手術がうまくいったということで御家族は一旦安心して御自宅に帰られました。一見、鎮静下で全身状態は比較的安定していたのですが、翌日の朝、瞳孔が散大したというような症例でした。そこで、もう一回 CT を撮るわけですが、主治医チーム、脳外科のチームは、これは水頭症が進行しているからとにかく治療だということで、治療を始めてくださっていました。ただ、私自身は集中治療医として ICU におり、前日から意識レベルが悪い、SAH が入室しているなど。年齢も若くてよくなる可能性が大きいとは思っていたのですが、悪くなったときには臓器提供の可能性もあるなというのが少し頭

の中にはありました。

患者・家族ケアチームの看護師さんに、しっかり支援をお願いしますねという話をしました。脳外科の先生には、患者ケアもしっかり入るようにしていますよということで、声を掛けておりました。決してこれは臓器提供を目的にというわけではないのですが、早い段階でこういう介入をしているということです。患者・家族ケアチームの看護師さんが、来院直後から患者さんの家族に関わっていただいています。動揺する妻子に寄り添いながら、御家族が病状を理解できるように支援をしてくださっていました。翌日、手術後に患者さんの病状が悪化しているときも、主治医から説明があって次の治療にというときも、家族の隣にいてくださっています。

残念ながら治療もうまくいかなくて、瞳孔が散大したままで、主治医からは脳死とされる状態にあるだろうというお話もされました。そのようなときにも家族支援の看護師さんは御家族のそばにいて、家族が泣き崩れているのをしっかり支えてくれていました。この家族は、特に中学生の真ん中の娘さんがかなり動揺されて、大声で泣かれて大変だった症例だったのですが、そこにもしっかり寄り添いながらサポートをしてくださっていたのを覚えています。そのような中で、病状がしっかり理解できたという判断をこの看護師がしてくださって、その中で臓器提供という選択肢もあると。要するに「自分は看護師ですが、患者さんの最後の看取りにどのようなことをやっていくのかを、御家族と一緒に考えたい」というような話をしてくださっています。その中の 1 つとして、臓器提供というものがあるので、どうでしょうかと。

当初は、そんなことは全然考えたくないというのが御家族の思いだったのですが、それでいいよという話をしながら、数日経過の後に、「やっぱりお父さんだったら」、「うちの主人は誰かのための役に立ちたいと思う」ということで、臓器提供につながったような症例でした。

当院では、そのときに当初は脳外科の先生が主治医として治療、患者介入に関わっておられるのですが、臓器提供の可能性が出てきたときには、このような役割分担で支えるようにしています。いろいろな院内対応に関しては、事務局、これはソーシャルワーカーが担当してくれています。患者さんの管理に関しては、臓器提供に向けての管理は少し特殊な部分もあるので、集中治療医がバトンタッチをして管理をするようにしています。家族対応に関しては、主治医の先生とともに病棟の看護師さん、そして患者・家族ケアチームの看護師さんが一緒に関わってくださっています。この意思決定のプロセスとして、しっかり家族を支えながらゴールを決めていくという作業をして、この症例は臓器提供になりました。

意思決定の後、JOT のコーディネーターさんに関与していただいた中で、しっかりと臓器提供をしたいという意思が固まり、臓器提供に向かったわけですが、多くの移植のスタッフの方にも来ていただいて臓器提供になりました。患者さんが摘出の手術に入っていくときには、御家族そろって大泣きされていましたが、臓器が出てきてそれが飛び立つとき

には、その家族支援チームの看護師も家族とともに付き添ってくださっていました。最終的に摘出の手術が終わって、これはうちの狭い ICU の個室なのですが、そこに患者さんが戻ってきて、最後に患者さんとともに病院のスタッフ、家族支援スタッフも含めて、病棟の看護師などとともに、患者さんの身なりを整えて、最後にきれいに身なりを整えている頃に、心移植の施設から私に電話が入りました。このときは、ちょうど当院で初期研修をした先生が心臓移植のチームにおられて、私に直接電話が入ったのです。摘出した心臓が新しい患者さんの下で動き出しましたという報告がありました。ちょうど、患者さんの御家族が医療スタッフとともに体をきれいにしているところに、そういう情報が入ってお伝えしました。本当に自然と涙が出てきます。要するに、患者さんの御家族と医療チームとが一緒になってゴールを目指して頑張ってきて、それが達成されたというのは、達成感、決して患者さんが亡くなっているのでもううれしいわけではないのですが、何かそういう気持ちがあるのだろうと、いつも感じています。

要は、患者さんの御家族としっかり協働していくこと、そのためには臓器提供の意思を適切に汲み取ることができる仕組みをきちんとつくっていく必要があるのだろうと思っています。終末期にある患者さん、その家族の思いを中心にしながら、患者・家族と医療チームがしっかり一体となって動いていくことが必要で、そのためには来院早期から、しっかり患者さんの御家族と医療チームとが向き合っていく必要があるのだろうと思っています。そのためには、臓器提供ができるようになってから患者さんや家族に関わるのではなくて、もっと早期の段階からしっかり情報共有をしながら、患者さんと医療スタッフがしっかりチームとなって向き合っていく。その中で、患者さんの思いとして臓器提供が出たときには、しっかり関わっていくことが必要だろうと思っています。早期からしっかり患者さんの御家族と向き合っていくこと、それが臓器提供だけではなくて、治療がうまくいくことにも必要なことだろうと思っていますので、是非そのような仕組みをしっかりと整えていけたらいいと考えております。以上で、私からの発表を終わります。御清聴ありがとうございました。

磯部委員長 渥美参考人、どうもありがとうございます。渥美参考人からは、韓国の脳死ドナー提供の現状、それから、いかに早くドナー候補であることに気付くかについて、医療者の教育あるいは患者家族の協力ということで、御自身が携わられていらっしゃる家族支援チームでの大変すばらしい取組をお話しいただきました。それでは、今の渥美参考人の御報告について、委員の中から御質問、御意見を頂きたいと思いますが、いかがでしょうか。外園委員、どうぞ。

外園委員 すばらしい御発表、御報告をありがとうございました。委員の外園です。メディエーターの説明と、後半はチーム医療という御説明を頂いたのですが、メディエーターは 1 人の人になると思うのです。最後に御説明いただいたチームの中では、どの人がメディエーターで、その中でメディエーターがどのように動かれたのかというのが分からなかったもので、チームを率いているのか、あるいはチームの中の 1 人がメディエーターなの

かがちょっと分からなかったので教えていただけますか。

磯部委員長 渥美参考人、どうぞ。メディエーターの役割について御質問です。

渥美参考人 御質問ありがとうございます。まだメディエーターの役割は、しっかり固まっていないところもあるかと思うのですが、私の中の理解としては、まず患者さんの御家族とともに治療のゴールをしっかりと決めていく役割が、メディエーターの役割だろうと思います。その情報に関しては、チームでしっかり共有していく必要があると思うのですが、まずは、患者さんの思いをしっかりと聞いていく役割というのがメディエーターなのだろうなと理解しています。

磯部委員長 そうですね。そうだと思うのですが、もう少し具体的な御質問ですよ。

外園委員 とてもいい経過の移植事例をお伺いいたしましたので、これをほかの施設に広げるときにどのようにするかということ、せっかくできているメディエーター、第三者、先ほどの加算の所でもメディエーターという言葉がありましたので、ちょっと具体的に知りたいなということでした。

磯部委員長 そうですね。渥美参考人、可能な範囲で結構ですが、現状で先生がどういう形で実際にこの役割をされているかということ、簡単に御紹介いただければと思います。

渥美参考人 これは、厚労省で保険点数をお認めいただいたので、多分、今はいろいろな施設でいろいろなやり方があるのではないかなと思っていて、このやり方を皆で共有していく必要があるのだろうなと思っています。今年でしたか、横田先生の研究班で、メディエーターの活用に関しての報告会のようなものもなされました。そのようなものが学会等を通して、いろいろな施設に広がっていけばいいのではないかなと個人的には考えています。横田先生からも御意見を頂けるとうれしいなと思いますが、いかがでしょうか。

磯部委員長 順番に、次は小笠原委員から御質問いただきます。

小笠原委員 2つあります。1つは、私は脳外学会の脳死の仕事と、脳卒中学会の責任者もやっているのですが、なぜこんなに、何て言いますかメディエーターの教育のあれが少ないのだと、いつも私が批判されています。要するに今、救急医学会がやられているのですが、メディエーター制度の聴講人数に制限が掛かっていますよね。これを何とかしていただきたいというのがお願いです。これは別に救急医学会だけの問題ではないと思うので、厚生労働省にももうちょっとメディエーターを育てる国としてのものを作っていただきたいです。学会任せではなくてというのが1つです。なぜかということ、保険点数が付いていますので、学会がやることではなく国がやることだと思っています。脳外科医、脳卒中医からの批判が非常に多いのです。

もう1つは、先ほどの渥美先生のデータを見ていただくと、血管障害が半分ぐらいですよ。私は日本脳卒中学会の理事長をやっています。先ほど3学会の合同がいかにもゴールスタンダードのように言っていました。実は脳卒中学会では、重症脳卒中患者に関する取扱いというか、どのようにすればいいかというものを学会としても独自に発行して

います。これは、京都大学のミヤモト先生が中心になって作ってくださったもので、ちょっと共有させていただきます。

これが脳卒中学会のホームページで、ここに脳卒中における終末期に関するガイドライン、下のほうのステイトメントの所に、脳卒中急性期の説明のあり方の提言というものを、既に3年ぐらい前から作り始めています。先ほど渥美先生が、臓器移植は飽くまでも結果であると。だから、重症脳卒中に対してこういうようなステイトメントあるいはあり方で、こういうことをやってくれと、それはあくまでも今、渥美先生が言ったとおりです。

要するに重症脳卒中に対して、どうやって患者さんに寄り添うかという提言を我々の所を出して、それは脳死臓器移植に偏っていません。現実的には脳卒中は、我々も飽くまでも結果だとしています。渥美先生は集中治療医と言われましたが、我々は国と一緒に脳卒中センター事業を基本法に基づいてやっています。そこに脳卒中医が全部いますので、むしろそちらにこういうことを回したほうが、臓器移植が増えるだろうということです。ポジショントークをするつもりは全くないのですが、臓器移植あるいは終末期医療に関するものは、既に学会として脳卒中センターで全部やっています。恐らく渥美先生の所も脳卒中センターに入っていますよね。なので、こういうガイドラインが行っていると思います。そういう方向で物は動いているということをお聞きいただきたいということ、是非メディエーターへの間口をもっと増やしていただきたい、これを是非お願いしたいということです。以上です。

磯部委員長 コメントということによろしいですね。

小笠原委員 最後はお願いです。メディエーターのことは、もうちょっとメディエーターの資格を取る間口を広げていただきたいというのが要望です。

磯部委員長 事務局、よろしくお願いいたします。横田委員、お願いいたします。

横田委員 横田です。聞こえていますか。

磯部委員長 大丈夫です。

横田委員 渥美先生、本当にありがとうございました。家族や患者さんの思いをしっかりと汲み取るということは、正にそのとおりだと思います。特に臓器提供の際は、そこが一番重要かと思っています。今、小笠原先生がおっしゃったメディエーターの件なのですが、実は、今週の日曜日にも講習会があります。渥美先生の所は、重症患者初期支援充実加算を算定されているということで、メディエーターも活躍されていると思うのですが、院内コーディネーターもおられるということで、その役割分担を具体的にどのようにしているのでしょうか。今回、このような入院時重症患者対応メディエーターのテキストができたのですが、メディエーターの皆様は臓器移植のことはそれほど詳しくない中で、院内コーディネーターとの連携が非常に重要になってくると思うのです。その辺は、先生の所はどのようにしているか是非お聞かせいただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

磯部委員長 渥美参考人、どうぞ。

渥美参考人 御質問ありがとうございます。うちは、メディエーターが2人いて、実は、

そのうちの1人は院内コーディネーターでもあります。ただ、メディエーターの役割としては、家族の思いをしっかりと拾っていくことがメディエーターの役割で、臓器提供の話が出たときには院内コーディネーターにつなぐというようにしています。だから、最初から臓器提供ありきの話は全くしていないということです。家族からその可能性があるなというのを最初に対応したメディエーターが感じたとき、そこに院内コーディネーターが関わるという仕組みになっています。

磯部委員長 よろしいでしょうか。

横田委員 院内コーディネーターがメディエーターということは、すごくスムーズだと思うのですが、そうでない施設がきっと多いと思います。

渥美参考人 そうですね。

横田委員 その辺はこれからまた教えていただきたいと思います。ありがとうございました。

磯部委員長 坂本委員、どうぞ、お願いいたします。

坂本委員 坂本です。ありがとうございます。渥美先生の先ほどのお話、大変共感するところが大きいと思います。我々は救急医として、やはり患者家族の潜在的な提供意思をどうやって汲み取るかということに関して、更に努力が必要だろう。そのための意思決定の支援というのも非常に重要かなと思いました。その中で、できるだけ早期からということは、実は自分自身の臨床を考えてみると、従来は、脳死になるまでは一切、臓器提供のことは考えず、患者の救命に全力を尽すことが大前提でした。その上で、やむなく脳死になってしまったら、その段階で臓器提供というオプションを初めて家族に話をするというプロセスを踏むことを、脳死になるまでは最善の治療を行っているという信頼を患者家族から得るための必要条件として、我々はやってきたと思います。

そういった中で、患者の思いや家族の思いを、より早期から理解して支援するために、臓器提供に関しての情報をどのタイミングで御家族に提供しているのかということ、やはり、そこに関しては先ほど渥美先生からありましたが、コーディネーターがつなぐのは、あくまでも脳死になってからなのか、あるいは、その前の段階でそういう可能性について言及するのかということについて教えていただければと思います。よろしくお願いいたします。

磯部委員長 渥美参考人、どうぞ。

渥美参考人 御質問ありがとうございます。今、坂本先生がおっしゃったことは、従来の方法と多分変わっていないと思います。まず大事なことは、全力で治療することが一番大切な点だと認識しています。全力で治療しているときは、家族が置いてけぼりになってしまっていることが今まであったのではないかと私自身は感じています。そこでも、全力で治療していますよという一言を、家族の脇で言ってあげる役割が多分必要なのだろうと思います。残念ながら、治療は頑張ったけれども、その後で患者さんが悪い方向になったときには、家族と一緒に悲しんでいく役割というのも変ですが、そういうフェイズが多分あ

って、一緒に悲しんだ中で、残念ながら脳死を主治医から伝えられたときに、その後で初めて臓器提供について動いていくことになると思います。これ以上良くなれないという情報が主治医から患者さんに入ったときに、それを受け止められたかどうかをしっかりと見極めていただいた上で、ちゃんと受け止められたところで臓器提供の話が選択肢の一つとして提示されると、そのような流れになると理解しています。

磯部委員長 よろしいですか。

坂本委員 ありがとうございます。

磯部委員長 それでは、平澤委員からお願いいたします。

平澤委員 渥美先生、ありがとうございます。私からは、院内コーディネーターの活動についてお聞かせいただきたいと思います。先生がおっしゃるように、院内コーディネーターの方がトレーニングをして、一人前にポテンシャルドナーの方に気付くというのは、すごく時間が掛かってくる部分もあると思います。また一番大事なのは、提供病院としてはやはり家族支援というような、家族をいかにサポートできるかというところが大事なのではないかなと思いつつ聞かされていたいました。院内コーディネーターは、メディエーターの中にも組み込まれていらっしゃるということだと思っておりますが、どうしても臓器提供になると皆さん兼務で仕事をされていらっしゃると思うので、そういった急なシフト変更とか、役割を院内コーディネーターに担っていただくというところでは、看護部の協力が非常に必要になってくるのではないかなと思うのです。先生の所は、そういった看護部との協力体制、臓器提供があったときに院内コーディネーターが全面的に動けるような仕組みは、どのように作られたのでしょうか。

磯部委員長 よろしいですか。渥美参考人、お願いいたします。

渥美参考人 御質問ありがとうございます。メディエーターと院内コーディネーターを兼務している方はフリーの方です。メディエーターは所属部署とは違う人になることになっていると思うのですが、所属部署の看護師さんだけだと、勤務変更でどうしても毎日毎日顔が変わってしまうのです。けれどもメディエーターさんがいると、その日の状況は現場の担当の看護師さんと共有しながらですが、話すときに、いつも同じ顔が患者さんの御家族と話をすることができるというのが大きなメリットの一つだろうと認識しています。当院では、その点は看護部の協力を頂きながらなのですが、教育担当として院内を横断できるような仕事をしている方がメディエーター、そして院内コーディネーターをやっているということで、比較的スムーズに動ける感じになっていると思っています。

平澤委員 ありがとうございます。フリーで動いているというのは、非常に大きなキーワードかなと思うのですが、移植施設を伴っていない提供病院だけで臓器提供を進めていこうとすると、どうしてもそういった勤務の兼務から、臓器提供になった途端にシフトを変えないといけないから、周囲の印象としては大変だというイメージが付きやすいので、体制整備がなかなか進まないという声が多く聞こえています。その中で、移植推進室という大きな部屋というか、そういった部署があって、そこに院内コーディネーターが所属す

るなり、メディエーターが所属するなりして、フリーで動けるという体制もあるのかなと、先生の所にもそういった移植推進室のようなものがあるのかなと思ったので少し質問させていただきました。ありがとうございます。

渥美参考人 移植推進室はないのですが、フリーでいらっしゃる方が1人いるというのは、すごく大きいと思います。

平澤委員 ありがとうございます。

磯部委員長 お二方から手が挙がっていますので、木幡委員と秋山委員に御質問いただいて、一旦この質疑を終了したいと思います。木幡委員からどうぞ、お願いいたします。

木幡委員 フジテレビの木幡です。聞こえていますか。渥美先生、どうもありがとうございました。韓国の事例は大変参考になり、全数把握というか、報告制度といったものが日本でもできるといいなと思いました。最近ちょっと感じますのは、SDGsとか社会貢献意識の高まりで、若い人を中心に臓器提供に対する抵抗感がだんだん少なくなっているように思います。ですから、提供を判断する家族の年齢も年々下がっていくわけで、提供したいという申し出は今後増えていくのではないかなと感じています。実際、今年は結構なペースで増えているので、もし提供したいという御意思があったときに、それをきちんといかすシステムづくりが大事だと思っているのですが、やはり救急現場の負担や、臓器移植ネットワークのコーディネーターの人数はまだまだ足りないと感じています。その辺りは本当に急がないといけないなと感じているのですが、実際、日本でこのように全数把握のようなものをおこなっていったときに、何が必要だとお感じでしょうか。また、どのように提言していくべきだと思いますか。

磯部委員長 渥美参考人に御質問でよろしいですか。

木幡委員 はい。

磯部委員長 では、渥美参考人、よろしくお願いいたします。

渥美参考人 御質問ありがとうございます。難しい問題ですが、まず大切なのは、救急の現場にいるスタッフが家族ケアをやることは、自分たちの仕事だということをしっかり認識するというのが一番大事だろうと思っています。これをJOTとかどこかに振るということになると、患者さんの最初のヒストリーに全然触れられなくなってしまいます。まずは現場のスタッフの仕事だということできっかりやって、臓器提供に実際につながるときには、JOTに動いていただかないといけないのですが、まずは院内で情報をしっかり共有して、助けが必要なときには連携体制構築事業などを利用し、情報支援をもらいながら現場で家族をしっかり支えていく体制を作ることが一番重要だと思っています。

磯部委員長 今の御質問の内容は、次の議題にも関わります。その中でもまたディスカッションができるかと思っておりますので、よろしくお願いいたします。それでは、秋山委員からお願いいたします。

秋山委員 あきやま子どもクリニックの秋山です。渥美先生、御丁寧な説明をありがとうございました。臓器移植がこのように丁寧になされているということを一般市民、国民

も知っておく必要があるのではないかと思います。重症患者に対しての診療体制があることを、聖隷浜松病院ではホームページ等で広報されていますか。

磯部委員長 渥美参考人、どうぞ。

渥美参考人 そこに気付いていなかったです。あまりホームページで公表したりはしてなくて、救命センターの当然の責務だろうと認識していました。

秋山委員 一般的なことでも、臓器移植がどのような流れでなされているかを知っておくのは、心積もりとして大事なことではないかと思いますので、御検討をお願いしたいと思います。

渥美参考人 ありがとうございます。

磯部委員長 それでは、時間もありますので、先に進ませていただきます。ありがとうございました。

それでは議題 2、国内の臓器移植施策の推進に向けた取組について、事務局から御報告をお願いいたします。

吉川補佐 事務局より、国内の臓器移植施策の推進に向けた取組ということで、渥美先生のお話に続きまして、我々が考えていることをお示ししたいと思います。今年度初めての臓器移植委員会ですので、少し丁寧に御説明させていただこうと思います。

令和4年3月に、当臓器移植委員会で「臓器移植医療対策のあり方に関する提言」をおまとめいただきました。これについて、御紹介させていただきます。大きく分けて4つの柱があります。1.臓器移植に関する普及啓発の促進ということで、国民の間に「臓器提供を誇りに思う」気持が醸成されるような取組を行うということで御提言を頂きました。

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です。これは大きく分けて4つありますが、小児の臓器提供について虐待を受けた疑いに係る判断基準の明確化、そして知的障害等をお持ちの15歳未満の小児についての臓器提供について、こちらに関しては昨年夏にガイドラインの改正を行っております。

また3つ目ですが、これは先ほどの渥美参考人のお話、あるいは前回の臓器移植委員会のお話でもあったと思いますが、臓器提供の可能性のある患者の家族に確実に臓器提供に関する情報提示がなされるような仕組みの構築。そして4つ目、こちらに関しては前前回の臓器移植委員会で御紹介させていただきましたが、脳死判定等のための転院搬送を実施できる仕組みの構築ということで、御提言を頂いております。

3.医療技術の活用による適切な臓器移植の推進です。心停止後の臓器提供の工夫がされており、医療技術の導入や実施可能施設の拡充を行うということ。そして、法的脳死判定において、法的脳死判定ができない場合においても、補助検査を導入するということについて検討するようにと御提言を頂きました。

4.多職種連携の推進による家族支援の充実です。移植コーディネーターや都道府県臓器移植コーディネーターの人材確保と資格化。そして、ドナー家族に対する専門的かつ継続的な支援体制。こちら先ほどのお話にもあったかと思いますが、こういう体制を構築す

るという御提言を頂きました。

その御提言を踏まえて、我々として令和 4 年度、令和 5 年度、そして令和 6 年度 of 取組、あるいは予定をさせていただいております。

1 つ目の普及啓発に関しては、現在厚労科研で、効果的な普及啓発について研究いただいておりますし、2 つ目の臓器提供の意思を適切に汲み取ることができる仕組みということで先ほど少し紹介いたしました。小児の臓器提供に関して、昨年度ガイドラインの改正を行いました。

また、脳死判定目的の転院搬送に関しては、前前回に坂本委員から作業班の検討について御報告を頂きました。それを受けて、今年度はモデル地域での転院搬送の運用ということとを予定しております。

そして、先ほど全例把握というお話が木幡委員からありましたが、令和 5 年度に関しては院内体制整備事業、あるいは先ほど渥美参考人から御紹介があった臓器提供連携体制構築事業の参加施設の中で、終末期患者さんの把握、症例数の把握と治療実態の把握という調査を行っております。

そして3つ目、医療技術の活用による適切な臓器移植医療の推進ですが、心停止後臓器提供、そして法的脳死判定における補助検査に関しては、それぞれ昨年度、湯沢委員、横田委員研究班のほうで研究していただいております。今後御発表いただく予定と考えております。

4 つ目、多職種連携による家族支援の充実です。先ほど渥美参考人から御紹介があり、横田委員のほうで研究あるいは育成をいただいているところですが、重症患者初期支援充実加算(入院時重症患者メディエーターの配置)の新設が行われており、今後、入院時重症患者対応メディエーターの役割、そして院内臓器提供コーディネーターの役割の明確化ということで、横田先生の研究班で具体的に活動指針を検討していただけると認識しております。

こちらを踏まえて、この1つ目のここに書かせていただいておりますが、やはり、この臓器提供の意思を確実に汲み取ることが重要であろうということで、前前回の第 61 回、前回の第 62 回の臓器移植委員会で議論いただいたところです。この選択肢提示のあり方について、どういうふうに入院時重症患者対応メディエーターさんと院内のドナーコーディネーターさんが参画するのか。あるいは臓器提供施設、拠点施設・連携施設数をもう少し拡充すべきではないかということや、先ほど述べましたが転院搬送について、また家族支援について第 61 回に議論いただきました。

そして、第 61 回に関しては先ほど木幡委員からもお話がありましたが、もし臓器提供数がもう少し増えてきた場合に、医師あるいはドナーコーディネーターさんたちの働き方改革を踏まえ、どういうふう意思を確実に汲み取り移植に届けるかということで、将来的に移植施設同士の体制の構築や移植施設の集約化、そしてまた将来的には移植のブロック制の導入なども御議論いただいたと記憶しております。

また 3 月の前回第 62 回で、入院時重症患者対応メディエーターさんの教育について。そしてもう 1 つ、入院時等に臓器提供の意思を必ず確認するなどの取組について御議論いただきました。あとは日本移植学会さん、日本救急医学会さん、そして施設の取組として藤田医科大学さんにも御発言を頂いて、臓器提供のために、移植医療に関わる者と臓器提供に関わる者が、日頃からコミュニケーションを取って協力体制を取ること、普及啓発に力を入れること、あるいはドナーさんとドナーになり得る方の全身管理について、御議論いただきました。また、藤田医科大学からは家族による臓器提供の承諾後からですが、臓器提供の過程を円滑に実施できるように移植医も支援すること。あるいは移植医療支援室、先ほど平澤委員からお話がありましたが、支援室を設置して院内外の整備、教育や普及啓発を移植医が率先して実施していること。そして、初診患者全員、あるいは集中治療室入出時に意思の確認を行っていること。そして、院内ドナーコーディネーターさんが臓器提供の可能性がある患者さんを全例把握し、臓器提供の適応を判断する。適応のある方は選択肢提示を全例行っているという取組を御紹介いただきました。

これらの第 61 回と第 62 回の臓器移植委員会の御議論あるいは御発言を踏まえて、整理させていただいた課題が 3 つあります。

1 つ目ですが、臓器提供施設の地域偏在と絶対数不足。臓器提供連携体制構築事業の拠点施設、先ほど渥美参考人から連携体制構築事業について御説明があり、ノウハウの供与や人材の派遣等経験が豊富な施設のことですが、令和 4 年度は 14 施設にとどまっており、例えば参考資料にもあるように東北、北陸、四国に空白地域があるということです。また、臓器提供の経験がある施設、あるいは我々で実施している臓器提供の実施可能な 5 類型施設の調査を行ったところ、臓器提供の経験はあるものの、過去 5 年間で 1 回程度の臓器提供にとどまっており、複数回提供することがない、患者さんがいらっしやっただとしても、複数回提供に至らない施設が 150 施設ぐらい。調査結果によると、今後体制整備を希望しているのですが、まだ臓器提供がない施設が約 125 施設ぐらいあるということです。令和に入ってから 5 年間で、複数例の臓器提供に至った施設が 25 例というところを考えると、このように臓器提供を今後、実施可能な施設というのが少なくとも 300 施設はあるであろう。そのような施設に対して、きちんと臓器提供を実施いただけるような体制を作るべきではないのかということをお我々は課題として考えました。

また 2 つ目に関しては、前回の臓器移植委員会の議論にもあったとおり、臓器移植施設における救急科、あるいは臓器移植を行う科の院内及び地域での連携の強化という点です。前回の臓器移植委員会において、臓器移植施設において先ほど述べた両科の連携が余り取れていない、コミュニケーションが取れていないのではないかという意見がありました。

こういう移植医療ができるような、かなり高度な医療ができる施設において、医療者に対する移植医療の普及啓発が十分でないのではないかという意見もありました。そういう場合に、臓器提供に関する意思が尊重できていない可能性があるとお指摘いただいたと認識しております。

また 3 つ目に関しては内閣府の調査によると、臓器提供の意思について、臓器提供をしたい・したくないのいずれかの意思が決まっている方は大体 63% ぐらいである一方、実際にその意思を表示している方は 10% 程度であるということ。かつ、これまでに家族や親しい方と臓器提供について話をしたことがある方の割合は 4 割で、かつ近年、家族からの申し出ではなく主治医からの臓器提供の意思確認がきっかけで、臓器提供につながった事例は 8 割程度です。そういう点からも、臓器提供の普及啓発、臓器移植医療の普及啓発ということを進めつつも、医療者からの選択肢提示が重要であるのではないかと認識しております。

また、この 3 つの課題については後ほど質疑応答のお時間を取っていますので、前前回と前回の臓器移植委員会、また先ほどの渥美参考人の御発表も踏まえて、この 3 つの課題について、今後の具体的な方策について御議論いただけたらと考えております。

最後の資料になりますが、当方からの報告です。前回の臓器移植委員会で御紹介させていただきましたが、海外渡航移植をされた患者さんの実態調査を実施しております。令和 5 年 4 月 3 日～5 月 15 日まで、横田委員の研究班の分担班で実態調査を実施していただいております。5 月 15 日、既に締切りは過ぎておりますが、現在回答のリマインドや解析中とお聞きしております。調査の目的、調査方法、項目については前回お示しさせていただいたとおりです。

当方からの御報告は以上です。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。論点が多々あるかと思いますが、委員の方から、ただいまの御報告について御質問や御意見を頂きたいと思っております。挙手をしていただいて御質問をお願いいたします。

渡辺委員 日本医師会の渡辺でございます。最後の 3 点のいずれでもよろしいのですか。

磯部委員長 大丈夫です。

渡辺委員 ありがとうございます。(1)の臓器提供施設の地域偏在と絶対数の不足ということと、(2)の 2 番目のポツの医療者に対する移植医療の普及啓発の問題というのは連携しているように思います。医療者というのは幅広いと思うのですが、移植に携わっておられる医師や救急におられる医師以外の全ての医師が臓器移植に対してある程度の見識を持つ必要があると思います。主治医、かかりつけ医というのは、家族が相談する身近な医師という存在ですので、その方々からの推奨や提言というのは非常に重要ではないかというように思います。

現在行われている施設が限られているのは、逆に言うと、臓器移植に慣れている所だけがやっていて、新たに踏み出すことができないというのは、医療者のほうの認識も十分ではないのではないのでしょうか。まず医師の認識を深めるには医育施設、例えば大学や研修施設、もっと元へ戻れば、学生の頃からもう少し移植医療に対する見識を深めていただくような施策というのをさせていただく必要があるのではないかなと思うのです。その上で、やはり専門の方が一部そのようなところに入っていくという形にしないと、興味がある方

や熱心な方、若しくは臓器移植の施設で勤務された方のみが、今、一生懸命努力をなさっておられるような印象がございますので、是非この底辺を広げていく、特に医療者の底辺を広げていくという観点が必要ではないかなと思います。これは恐らく厚労省だけではなく、文科省の関係でもあるのかもしれませんが、是非そのような広い施策を考えていただきたいというように思います。以上です。

磯部委員長 これもずっとこの委員会で言われ続けて議論されてきていることですね。事務局、何かコメントはありますか。

吉川補佐 先ほど御指摘いただいたとおり、若い世代からの医療者の卵からの教育というのは大変重要と認識しておりまして、今年度から医学コアカリキュラムのほうで、医師の卵に対して臓器移植や臓器提供に関する勉強をしていただくカリキュラムが作られることになりました。その中で、どのような教材を提供するのがいいのかといったことに関して、日本移植学会さんと日本救急医学会さんと協力して教材作りをされているというようにお聞きしております。そして、いかに若い先生方に臓器移植について深い見識を持っていただくかということも、御提言でも医療者教育というのは言及いただいておりますので、重要な課題と認識して取り組んでいこうと考えております。

磯部委員長 よろしくお願いします。関連して、私からお伺いします。(1)の1つ目、臓器提供施設の地域偏在と絶対数不足ですが、これは前から何度も調査をされているのだと思いますが、この上がっている数字については増えているのですか、あるいは増え方はどういう状況なのでしょうか。

吉川補佐 5 類型、つまり臓器提供が可能な御施設に関する調査で、体制整備が整っているとおっしゃっている施設は年々増えておりますが、実際、臓器提供数が大きくは変わっていないという現状というように認識しております。そのような中で、臓器提供連携体制構築事業等を利用して、体制は整っていてやる気はあるのだけれども、その一歩が踏み出せない御施設に対して支援をするような取組が重要というように考えております。

磯部委員長 それ、同じことをずっと言っているのですよ。いかに提供施設を増やすかということ、ずっとやってきていて成果が十分に上がっていないということであれば更に工夫していかないといけないなというように感じます。

手が拳がっておりますので、小笠原委員、お願いします。

小笠原委員 最初は厚労省へ質問された方に対する現場の意見。私は脳外科医で病院長もやっていますが、これを医師に全部やれというのは、はっきり言って無理です。働き方改革をやめていただければできますけれど、働き方改革で現場はほかの診療でも困っているのに、これを全部、選択肢提示を医者にやれというのは、これは現場監督の私は大反対します。そうであれば働き方改革をやめていただきたい。そうでなくてできるとすれば、さっき渥美先生が言われたように、やはりメディエーターなので、他職種です。その方が選択肢提示をしていただければすごく助かりますので、やはりこのメディエーターをうまく活用して終末期医療をやっていただいて、そこから選択肢提示もあるとい

うようなことを言っていたかないと、これを医師がやれというのは無理です。ただし教育は必要です。医学部教育は絶対やる必要があると私は思っていますが、現実的にこれを医師がやれというのは、私は大反対します。あくまでも、多職種でやっていただきたいというのが私の意見です。必ずしも急性期医療だけをやっているわけではないし、さっき渥美先生が言ったように、病院には集中治療医はそんなにいないのですよね、我々の所でも常勤はいません。ほかの仕事をしています。ですから、これはやはり特殊な病院であって、東北地方でも、恐らく集中治療医を専従でやっているところはほとんどないと思いますので、現実的ではないと思います。やはり現場の医者というよりも、是非、そういう係を作るといこうが実際に増えると思います。これは、いろいろな脳外科医からの現場の声です。以上です。

磯部委員長 御意見ということで、ありがとうございます。

横田委員 横田です。先ほど渡辺委員が御発言いただいた全ての医療者への教育はすごく重要だと思います。医療系の学生も含めて全ての医療者の教育というのが非常に重要だと思います。特にそれを感じたのは、先日、日本医師会の委員会で岡山県医師会長の松山先生が御講演されたのですが、県医師会を挙げて、いわゆる人生会議、ACP のことや臓器移植のことを取り上げているとのことでした。その結果として、例えば岡山大学医学部附属病院が、全国で一番脳死下臓器提供が多いと思うのですけれども、そういうことに反映されているというように会長の松山先生はおっしゃっていました。そういう取組というのはやはり非常に重要だと思いますので、小笠原先生も教育が大切だとおっしゃったことに同感する次第です。このような取組を医師会あるいは教育機関が積極的に展開していくということが重要なのかなというように思いました。コメントでした。

磯部委員長 ありがとうございます。続いて、湯沢委員からお願いします。

湯沢委員 湯沢です。私は最後に報告があった海外渡航移植について、ちょっとコメントさせていただきたいのですが、ここで話してよろしいですか。

磯部委員長 どうぞ、お願いします。

湯沢委員 私は移植医で、日本移植学会で副理事長をさせていただいて移植の現場にいるわけですが、この海外渡航移植の実態調査は、非常に興味を持って結果を待っているところです。ただ私は長年移植医をしているのですが、皆さんこの調査で出てくる結果を少ないと思わないでほしいと思うのです。

実は昨日 NHK でセンセーショナルな番組が放映されましたけれども、とんでもない数の渡航移植があると私は思っています。渡航移植を言うときに、皆さん、木幡委員もいますけれども、マスコミの取り上げ方で、例えば 5 億円を集めてアメリカで心臓移植をやりに行くのが美談として取り上げられて、募金をしましよみみたいなことと、今回問題になっている臓器売買での移植のために渡航をして移植をすることの区別が、一般の人にでき得るだろうかということが非常に問題だと思います。片方が美談で片方が犯罪だという、何でそうなのだということが全く報道されていません。こういうことについて国民の理解を

しっかりと得て、渡航移植を根絶することが絶対に必要だと思っています。

そのためには、根本的には日本の臓器提供が少ないから海外にということになってしまいうわけですから、とにかく我々移植医としては、日本国内で移植をどんどんしていきたいという思いがある一方で、結局は臓器提供が少ないということに行き着いてしまいます。先ほど来、いろいろな議論があるわけですが、海外に行くときに、結局、行こうとしている患者さんというのは臓器不全の患者さんですから、内科医に掛かっているわけです。そういう内科医がそもそも臓器移植を知らない。海外に行って移植しようとしている人に、「そんなのは駄目だ、臓器売買につながっていることなのだから駄目なんだよ」ということをしっかり言っていただく必要があります。そのためには、イスタンブール宣言を内科系の学会でもエンドースをしたということがありますが、まだまだ一般的ではありません。

この臓器移植医療について、医療者の教育ということも言われていますが、全国民に対して臓器移植医療というのはこういうものであって、海外に行くのは臓器売買につながっているのだから駄目だと、そこで、美談と臓器売買の違いをしっかりとアピールできるような、国民に対する教育というのも必要なのではないかと私はつくづく思っています。これはもちろん国民だけではなくて、患者さんを診ている内科医についての教育も必要だということも付け加えさせていただきます。移植医としてのコメントです。よろしく願います。

磯部委員長 ありがとうございます。順番でよろしいですか。上本委員からお願いいたします。

上本委員 滋賀医科大学の上本です。医学部教育に関して、以前コアカリキュラムに関して北村先生をお迎えして、そのとき、移植に関するコアカリキュラムはかなり広がっているお話がありました。単に脳死移植のお話だけではなくて、日本における臓器移植の現状という背景まで説明することということになっているので、我が国が先進国の中で非常に臓器提供が少ないということを、やはり学生の若いうちに説明することで、彼らは驚きの表情で見ますので、モデルコアカリキュラムでそういうところまで説明するようになったのは非常に大きいと思います。

一方で、学生が勉強するのは国家試験なのですが、以前、国家試験にお願いすることはできないかという意見もございましたが、やはり国家試験は非常に厳格なものでございますので、モデルコアカリキュラムのほうでしっかりとそこを強調していくことで、国家試験にも取り上げてもらう方向ではないかという意見がありました。以上、コメントです。

磯部委員長 事務局、よろしく願います。それでは会場の賀藤委員、願います。

賀藤委員 小児の心臓移植や体制のほうでちょっと携わってきたものですから。前職の成育医療研究センターで第1例目の移植ドナーを提供したときの経験なのですが、ドナーの手術の後、ドナーの子供となった患者家族のフォローはずっと続けていただきました。

ドナーの手術が終わって家に帰ってから、1 か月、2 か月というようにフォローのサポートをしていた人たちから話を伺ったところ、移植ドナーとなったことに関して大変良かったと、すごいポジティブな意見を御両親が持っていたということでした。ドナーとなった子供は縊首、首つり自殺だったのですが、突然そんなことが起こってしまった環境に置かれ、その後ドナーとなった子を持った両親が、すごくポジティブな感情を持っていたということにすごく安心したのです。

何を言いたいかというと、国民への普及啓発について、私だけが見ていないのかもしれませんが、テレビの公共広告・コマーシャルを余り見ないのですよね。もうそろそろ遠慮せずにきちんとテレビで、いわゆる公共広告機構が実施しているコマーシャルがありますよね、いろいろな社会的なことに関して。ですので、移植医療に関してのポジティブな面をきちんとテレビで宣伝するという事は、そろそろやってもいいのではないかと思います。うに思いましたので、御検討いただければと思います。

磯部委員長 よろしいですか。続いて、木幡委員のほうからお願いいたします。

木幡委員 木幡です。湯沢先生が御指摘の件でございますが、全くおっしゃるとおりだと思っております。小児の渡航移植と臓器売買といったワードが一緒くたに伝えられてしまっているということ、これは本当に私たちも伝えながら良くないなと思っておりますが、ただ、やはり今なかなか移植がニュースになりづらいというのもありまして。もっと積極的に臓器移植についての正しい報道を戦略的に増やしていく、タッチポイントを増やしていくみたいなことも重要かと思っております。例えば、臓器移植法施行からもうすぐ 26 年になって、間もなくですが、これまでの提供者 = ドナーの総数が 1,000 例になります。ということは、やはりそういったタイミングで、数字というものに結構メディアは飛び付きますので、是非、厚労省のほうや臓器移植ネットワークのほうから、情報を全メディアにアナウンスしていただくなどといったことをしていただければ、ポジティブな報道も増えていくのではないかなと思っております。

あと、どうしても取材に応じてくれる患者さんがなかなか見つかりません。特にテレビにおいては顔を出してくださる方はなかなかいない、移植の理解が深まっていないというのも背景にあるかと思っております。また、日本では提供した人と移植を受けた人がつながってはいけないという大原則がありますが、普及啓発に向けて、この人とこの人なら双方 OK だからということで、そういった報道も可能にさせていただけたら有り難いです。

小児の渡航移植に 5 億というのも、これをまた美談にしてはいけないと思っておりますし、なるべく、日本の臓器提供が増えない背景もセットで伝えているつもりではございますが、なかなかそこが伝わっていないということでありましたら、是非、ポジティブな発信を意図的、戦略的にタイミングを見つけてやっていく。そして、メディアがやはりそれを積極的にキャッチしていくということも必要なのかなというように思いました。ありがとうございました。

磯部委員長 事務局のほう、よろしくお願いいたします。続いて平澤委員、どうぞ。

平澤委員 ありがとうございます。今ずっとお話を伺っていて、院内コーディネーター、病院で働く一看護師としても、そういった移植医療体制を病院の中でどうやって整えていくのかというようなこと、自分の病院だったらどういうふうにやっていけるのだろうかというようなことを考えていました。私たちのような中規模病院というような所が多分一番多いのだと思いますが、なかなか臓器移植医療、臓器提供に二の足を踏んでしまうというところで、どういったチーム作りをしたらいいのかということが、やはり目に見えて分かっていないというところが大きいのだと思います。私も少ないながらも臓器提供を経験させていただいたときに、やはり院内コーディネーターと、新しく出てきたメディエーターとしての活動のすみ分けというのは非常に重要ではないかというように感じていました。

院内コーディネーターは、どうしても私たちは白衣を着て仕事をしていますので、患者さんや患者さんの御家族にとっては、やはり自分たちを救ってくれる、救命に尽力してくれる役割の人なのだというような思いで私たちに胸襟を開いてくださいます。そういった意味で、御家族のいろいろな気持ちの変容というものを聞かせていただいたり、見聞きするような立場になっていくわけなのですが、臓器提供になったとき、そこが急に臓器提供にシフトするというようになったときに、その御家族の気持ちを誰が支えるのかというのは、やはり院内コーディネーターの看護師側の私たちが支えるべきだというように思うのです。そうなったときに、やはりスーツを着た JOT の方や、臓器移植の都道府県のコーディネーターの方が来られてお話をしたときに、そういった話を聞いてしまうと、もう断われないのではないかなというような御家族の複雑な思いの中で、私たちにいろいろな気持ちを吐露していただくわけなのですが、やはりそういった意味で、院内コーディネーターは家族支援、家族ケアというようなところを中心に活動していくというようなことを考えると、そういった臓器提供というような事柄が出てきたときには、やはり専門のスタッフというのが、逆に院内の中でも必要なのではないかなというように思います。それが今メディエーターというような形なのか、どうなのかという結論はちょっと分かりませんが、1 つヒントとしてなるなというように思っていたのは、藤田医科大学病院の藤田モデルというのは、私たちの中では大きいかなというように思っています。やはりその施設の中のスタッフなのだけれども、都道府県コーディネーターとして国や県から委嘱状を受けて、そういった有事の際には臓器提供チームの一員として、JOT の方々の仕事の補佐をしながら、また私たち院内コーディネーターの気持ちも汲み取りながら働ける中立の立場の方がいて、そういった移植推進室というような中で、しっかり活躍されている場があるというようなのは非常に大きいと思います。私たちの活動を今後考えていく、チーム作りをしていく上では1つの見解になってくるのではないかなというように思いました。これは1つの感想です。以上です。

磯部委員長 ありがとうございます。笠原委員、お願いいたします。

笠原委員 ありがとうございます。まず渡航移植に関してですが、こちらの教育等は大変大事だとは思いますが、なかなか根絶するには至らないでしょうし、手前ども

がやるべきことというのは、肅々と今増加してきている国内の臓器移植をきちんと行えるその体制づくり、そちらのほうに重点を置くべきではないかと思えます。余りそういう報道に左右されずに、しっかり国内の臓器提供及び移植を実践していくのが大事ではないかと思えます。

もう一点は、救急の現場の大変なお話、渥美先生の貴重なお話を聞かせていただきましたけれども、やはり根底にある臓器移植のときだけ脳死は人の死であるという事、脳死と言われる状態を家族が決断する流れではなく、医療者あるいはその関係者で脳死は人の死であるということ、しっかり言えるようなそんなふうに変えていけたらいいのではないかと思考いたします。以上です。

磯部委員長 よろしく願いいたします。米山委員どうぞ。

米山委員 ありがとうございます。家族としてですけれども、やっぱり医療で病院に行ったときに早期に家族の対応をしていただけるというのは本当に重要なことだと思います。臓器提供という話が出てからいろいろな人がぞろぞろ関わってくるというのでは、とても信頼関係はできないと思えます。メディエーターという方が入られて、中立な立場で専門的な知識を持った方が関わられることは、家族の方にとって病状の理解、精神的なフォローとして本当に重要だと思います。先ほどおっしゃられたように、移植のコーディネーターの方とメディエーターの方が協力されて家族の支援をしていく。そして臓器提供という話になってからコーディネーターが来て移植についての話をする。そのように分けられたほうが家族の方もスムーズに理解できるのではないかと思います。そして臓器提供をした後も、医療で中長期的にドナー家族を支援する仕組みを是非作っていただきたいと思えます。

JOT だけでなく、その移植に関わられたコーディネーターの方が、いつでも私たちの所に話を聞きに来てほしい、そのような対応ができる。渥美先生の事例の紹介でもありましたけれども、奥様と 3 人のお子さんが提供を決意されて、中学生の娘さんがひどく動揺されていた。その方が 2 年後、3 年後、10 年後も、あのときのあの判断はどうだったのだろうと思ったとき、その決断の揺らぎを支えてくれるのは、やはり提供した病院であって、移植を提供した病院もその 1 つに入っていたいただければと私は感じております。以上です。

磯部委員長 ほかによろしいでしょうか。海外渡航については今調査中ということなので、内容についてコメントはできないと思うのですが、私も昨晚の NHK の番組を見ました。臓器移植に対してネガティブで、不快な思いを持たれるような番組でした。今後アンケート調査が出て、恐らく国会で議論なりあるいはプレスリリースを予定されるのだと思えますけれども、先ほど木幡委員の話にもありましたが、機会を捉えてという意味では、これは非常に大きな機会です。湯沢先生がおっしゃったように、要するに提供数が少ないからこういう事態が起きるのだということですね。よく国民の方には実態を理解していただけるようなプレスリリースなり、報道につなげていただきたいと思えます。非常に残念な事件ですけれども、是非この機会を捉えていい方向に向かうような形の議論につな

げていただきたいと思います。よろしく申し上げます。

ほかに御発言、外園委員どうぞ。

外園委員 最初の質問とも関連するのですが、メディエーターという良い制度が生まれて、今育ちつつあるときに、専任であるか兼任であるかがとても大きいとあっておりまして、専任でメディエーターが動くときに、ドナー候補がいないと暇なのではないかという意見がもしかしたらあるかもしれないのですが、御遺族対応をされますから時間はいくらあっても大丈夫だと思うのです。兼任だとやはり普通の業務に追われますし、小笠原委員もおっしゃったように、是非数を増やしていくこと、そしてどなたかおっしゃったように兼務でないことが大事ではないかと思います。

臓器移植というのは縦割り教育や縦割り医療の中で、横系の立場の人が増えると多分うまくいくのではないかと思います。その意味でも、メディエーターというのは鍵になると思いました。

磯部委員長 見目委員どうぞ。

見目委員 先ほど湯沢先生がおっしゃったように、普及啓発については、国民の皆さんに移植医療を知っていただけたら、患者としては大変有り難いと感じています。どうしてもネガティブな部分が報道される機会が多くて、国民の皆さんの心にも残りがちになってしまうのではないかと感じています。移植医療が何かよく分からない、余り良くないことなのではないかというような印象を持っている方も、世の中には多いのではないかなと感じています。

すぐの効果にはならないかもしれないのですが、事務局の方に質問ですが、例えば厚労省から、小学生ぐらいの子どもたちの道徳の授業の一つとして組み込むとか、そのような子どもの頃から正しい知識を付けてもらうようなことができないのかなと感じています。例えば子どもたちが家に帰って、家族と話してくれるかもしれないです。直近での効果はないかもしれないですが、そうしたことを厚労省から何かアクションするというのは難しいことなのでしょうか。

磯部委員長 事務局、いかがでしょうか。

吉川補佐 見目委員、ありがとうございます。御指摘のとおりで、お子さんが学校で勉強をしてきてそれを自宅に持って帰って、御家族と臓器移植や臓器提供のお話をするとするのは非常に重要と認識しておりまして、今日の資料には提示してないのですが、厚労科研の荒木班という所で、ちょっと小学校では生き死にということについて、恐らくまだ理解が追い付かないだろうということから、中学校道徳教育で臓器移植や臓器提供が組み込まれたところから、どれだけの学校で講義がされているかということ調査いただいて、多くのほとんどの学校で講義をしていただいていたというような御報告がございました。やはりそういうきっかけで、御家族とお話できてよかったという生徒さんの意見もあるとお聞きしております。こういう調査あるいは取組を続けていき、是非国民の多くの方々に移植医療について、正しい姿を知っていただけるような啓発事業が行われるといい

など考えております。

また、厚生労働省としましても、全中学校の中学校 3 年生 15 歳の方全員、あるいは教育委員会に臓器移植に関するリーフレットをお送りしております。それを用いて授業をしていただいたり、家族でお話いただいたりとか、そういう効果もあるというようにお聞きしております。事務局から以上です。

磯部委員長 よろしいですか。次、秋山委員、お願いいたします。

秋山委員 秋山です。先ほど米山委員が、ドナー活動は長期にフォローしていく必要があるという話がありました。また、岡山では医師会が非常に協力的でいらっしゃるという話も聞きました。私たち開業医はかかりつけ医として地域にいますので、是非かかりつけ医も仲間に入れるような、地域で見守られるような体制も検討していただきたいと思いません。よろしく申し上げます。

磯部委員長 ほかにはいかがでしょうか。木幡委員の手が挙がりましたか、どうぞ。

木幡委員 すみません、フジテレビの木幡です。提供の意思確認という点で、臓器移植ネットワークの意思登録システムというものがあると思うのですが、私も登録をされていて、もし私が脳死になったら、このシステムを使って「YES」の意思が確認されて、それがいかされるのかなと思っていたら、実はこちらは「NO」の確認だけに使われていると聞いたことがあるのです。もしそうだとしたら、せっかくこのシステムを作って、かなりお金も掛かっていると思うので、是非意思の裏付けというか確認の際に、「YES」の意思を確認するという点でも活用すべきだと思っております。

もう少しデジタルな仕組みというのも活用した意思確認とか選択肢提示、また御家族の方への説明についても、臓器移植ネットワークのコーディネーターが対面で丁寧になさっているという点はよく分かってはおりますが、そこに行く前に、例えば臓器提供ってこういうことなんだよというような説明動画のようなものを QR コードなどで提示をして、御家族の方に御自宅などゆっくりとした環境で見させていただいて考えてもらうなど、いきなり会うというのはハードルが高いかと思っておりますので、ぜひそのような仕組みも、動画を作って QR コードを提示するという点でしたら、現場の負担もそれほどないと思っておりますので、やっていくべきではないかなと思っております。

磯部委員長 それでは時間もございますので、JOT の門田理事長に御参加いただいておりますので、今の御質問を含めて、それから提供を増やしたいということで議論をしているわけですが、もし実際に提供数が増えてきたときに、どういう体制で対応していかれるのかという心配もございますので、その辺りも含めて御発言いただけないでしょうか。

門田参考人 ありがとうございます。理事長を務めております門田です。今日のお話を聞かせていただき、この委員会がいかに真摯に、本当に素晴らしいディスカッションを続けていただいていると、非常にうれしく聞かせていただきました。

最初に渥美先生のお話、スペインから学んだということからスタートされましたけれども、今、素晴らしいことやっておられますが、本当に全てのものが、このお話の中にあっ

たのではないかなと思っております。どういうことかと言うと、結局我々が、ついどちらかと言うと、私たちが移植医ということでスタートして 50 年ほどになりますけれども、そういう立場で移植をするんだという方向で多くの場合、移植を、提供をする人を増やすというふうな感じで、ついものを見てしまう。

先ほども話がありましたけれども、必ずしも全てがそうではありませんが、やはり、移植を中心に仕事をしている限り、そういう形に行かざるを得ないということではありますが、そこで改めて今日のディスカッションを全体的に、本当に移植ということもさることながら、医療の現場のお話、そして、その医療の現場で何が重要なのか、病気を治療することだけではないということが、今日はまたしっかりとディスカッションされていたと思いますし、また、それにいかなる人間が参加すべきか、あるいはどうあるべきか、また、それができるにはどうするのか、また教育の問題など、いろいろな幅広い話題を出していただいていると思っております。非常に有り難いことだと思います。

そういった意味で、基本的な教育ということで、医療者あるいは医師、医療者全体あるいは国民もというような話がありましたけれども、結局、医療というものは非常に特殊なものであるかのごとく思っておりますが、受けるのは全国民です。それで治療する立場にあるのが医療者ですが、けれども全ての人間に関連があるということは、知らざるを得ない、知らずにはおれないというような立場にあるものが医療です。

だから残念ながら、今回の NHK の番組でもそうでしたけれども、何か別な世界のように、ものを見るという社会が出来上がっているというような認識を、皆さんは持っておられると思いますが、是非、私たちは今、目指すべきことについては、本当に必要な重要なものは何なのかというようなことと、果たして日本人が生死、その生を、あるいは死をどういうふうに考えているのかというようなこと、この臓器移植というのは、そのぎりぎりのところに存在し、ほかの何よりも正にそこにいるというのが我々の領域だと思います。

そういった意味において、やはり医療者の教育もさることながら、国民一人ひとり、先ほど小学校からのという話がありました。小学校からの教育も非常に重要だと思います。しかし、そこで考えておかなければいけないことは、結局、受動的に授けられる知識を受けるといって教育ではないんですね、生死というものは。これが正しい、これが良い悪いというものではなく、それを考えるということをして、それを知った上で医療者が何を考えるかということをしていくことが、やはり基本中の基本だと。ですから、少しこれは遠い話になるかもしれませんが、そういうものをベースに考えていくことが必要なのではないかなと、今日の皆さんの話を聞かせていただきながら思いました。

ちょっと時間がありませんので余り長々と話しても仕方がありませんが、先ほどおっしゃっていただきましたように、これから先、増えていくということが出ておりますが、実際問題、先ほども出していただきましたけれども、コロナ禍で、ぐっと落ち込んだ 2 年間で違って、去年はぐっと増えてまいりました。100 例を超えて 108 例でしたか、というようなことでございまして、また今年に入って現在まで、1 月から 5 月までの間に既に 67

例、昨年の半分よりももっと上の数字で、このまま行けば 130 以上、150 というぐらいのペースかなとちょっと思っておりますが、そういうことになっており過去一番多かった 2019 年を超えてきているということで、そこで、心配していただいておりますように対応がどうなのかということになります。

正直言って、この 4 月には月間で提供にまで至ったものが 19 例ありました。19 例ということは、その情報がまた更にその 1.5 倍以上入っているわけですから、そのような状態で 30 人ほどいるコーディネーターでどうなんだということですが、本当にぎりぎり、ぎりぎりというか、先ほどありました働き方改革うんぬんと言われたら、残念ながら仕事ができないというような状況になってきております。しかし我々は断れない。これはどうしたらいいのですかと厚労省のほうに、働き方改革のほうにお尋ねしなければならないようなことになるわけですがけれども、実際問題そういう状況で、非常にうれしい厳しさでございました。

それで今そのペースにはいってませんけれども、そういう状況だということで、これに耐えられるかどうかというのは、やはり長いこと少ない数でやってきているということで、それに慣れてしまっている。それは我々だけではない、移植病院もそうですね。移植手術もそうなっているということからすると、こういうものというのは一気に倍増して、理論的には 10 倍ぐらい、韓国並みにはすぐになるはずだというようなことになると思いますが、もしそのようになったら現地側は絶対に対応できなくなるというのが私の一番の心配です。

そういった意味で、私は今の動きをそのまま維持どころか、どんどん進めていただきたいとは思いますが、余り急速になると問題ですので、段階的に進めるということを是非考えていただきたいと、このように今日はお願ひしたいと思ひます。それと同時に、ここに移植施設の先生方もいらっしゃるわけですので、これから先、移植医療全体がコーディネーターの仕事、医師の仕事、医療者の仕事やうんぬんという縦割りの発想は、是非この機会にしばらく忘れていただきたい。日本の今の状況というのは非常に良い方向に行っていると思ひますので、これをうまく乗り切るためには全関係者が協力していただき、今を乗り切り、そしてこれを軌道に乗せ、更に増やしていくということに御協力いただきたい。私が申し上げたいのはこの最後の一言でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

磯部委員長 木幡委員の御質問の回答はございますか。脳死の意思について「YES」「NO」を。

門田参考人 ごめんなさい。私は手続上のことは分からないのですが、私個人の意見を言わせていただいでよろしいでしょうか。意思表示というものと、それから提供というものは、現場でその事態が起きたときということと必ずしも一致するものでは決してないということで、そのような意思表示をしていくということと、自分の気持ちとしてやっていただくということ、そして、それを家族内においてディスカッションしていただくというこ

とは非常に重要だと思います。それが何かの、それでもってこうなる、こういうふうに決まっているというような考え方ではないのではないかなと、ちょっとお答えにならないかも分かりませんが、以上でございます。

磯部委員長 ありがとうございます。それでは、本日は本当に大事な、重要な御意見をたくさん頂きました。事務局におかれましては、ヒアリングの御発言も含めまして、国内の移植医療をより一層推進するための施策にまとめていただいて、また次回の委員会で見解を御提示いただければと思います。どうぞ、よろしく願いいたします。それでは、本日の議題は、「その他」は特に用意しておりませんので、以上で終わりでございます。もし委員から何か御発言がありましたらお願いします。それでは、どうもありがとうございます。事務局、よろしく願いいたします。

吉川補佐 本日は活発に御議論いただきましてありがとうございました。先ほど磯部委員長からおっしゃっていただきましたとおり、次回の開催についてはまた追って御連絡させていただきます。事務局からは以上でございます。

磯部委員長 以上でございます。どうも本日はありがとうございました。