

日時：令和3年11月11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、浅井 篤委員、有賀 徹委員、磯部 光章委員、猪股 裕紀洋委員、上本 伸二委員、小笠原 邦昭委員、小野 稔委員、賀藤 均委員、加藤 庸子委員、見目政隆委員、木幡 美子委員、米山 順子委員、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、西 恵美参考人、島崎 修次参考人、門田 守人参考人、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. 作業班からの検討結果の報告
3. 脳死判定・脳死下臓器提供を目的とした転院搬送における留意点について
4. その他

配布資料

- | | |
|---------|--------------------------------|
| 資料1-1 | 門田参考人提出資料 |
| 資料1-2 | 西参考人提出資料 |
| 資料2-1 | 医学的検証作業グループ報告書 |
| 資料2-2 | 小児からの臓器提供に関する作業班報告書 |
| 資料3 | 脳死判定・脳死下臓器提供を目的とした各学会からの意見の概要 |
| 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) |
| 参考資料3-1 | 日本集中治療医学会回答 |
| 参考資料3-2 | 日本脳神経外科学会回答 |
| 参考資料3-3 | 日本救急医学会回答 |

議事

○磯部委員長 それでは定刻になりましたので、ただいまから第57回厚生科学審議会疾

病対策部会臓器移植委員会を開催いたします。委員の皆様におかれましては、御多用のところ御出席いただき誠にありがとうございます。まず、事務局から資料等の御報告をお願いいたします。

○吉屋補佐 まず初めに、事務局に異動がございましたので、一言御挨拶をさせていただきます。新室長の木庭でございます。

○木庭室長 こんにちは。9月7日付けで移植医療対策推進室長に着任いたしました木庭と申します。どうぞよろしくをお願いいたします。

改正法施行から10年が経過して、この4月から臓器移植委員会で、積年の課題について様々に御議論いただけてきたと承知しております。これまで積み重ねてきていただいた御議論、これから頂きます御意見、こうしたことをしっかりと受け止めて、厚生労働省として、行政として、必要な対応にしっかりとつなげてまいりたいと考えておりますので、どうぞ御指導、御協力のほど、よろしくをお願い申し上げます。

○吉屋補佐 続きまして、Web会議について御説明いたしますが、御不明な点等がございましたら、事前にお伝えしている電話番号にお問い合わせください。まず、画面下部に4つのマークがあると思いますが、一番左のマイクのマーク、左から2番目のビデオのマークがオフの状態になっていることを御確認ください。もしなっていない場合はクリックをし、オフ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。御発言が終わりましたら、再びビデオをオフ、ミュート状態にさせていただくようお願いいたします。本日の出欠状況ですが、外園委員から御欠席との御連絡を頂いております。20名中19名の委員の御参加であり、会議が成立することをお伝えいたします。また、本日は参考人として、日本臓器移植ネットワークの門田理事長、北村専務理事、林本部長、全国手をつなぐ育成会連合会の西副理事長、医学的検証作業グループの島崎先生に御参画いただいております。

引き続きまして、資料の説明をさせていただきます。資料1-1「門田参考人提出資料」、資料1-2「西参考人提出資料」、資料2-1「医学的検証作業グループ報告書」、資料2-2「小児からの臓器提供に関する作業班報告書」、資料3「脳死判定・脳死下臓器提供を目的とした各学会からの意見の概要」、参考資料1、参考資料2、参考資料3となっており、参考資料3-1から参考資料3-3が、転院搬送における各学会からの御回答となっております。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 議事に沿って始めさせていただきます。本日は、ヒアリングも含めて、議論を要する議事が複数ございまして、時間を大変心配しているところです。必要なことはもちろんおっしゃっていただいて、要領よくご発言をお願いします。場合によっては積残しがあるかもしれませんが、なるべく要領よく進めさせていただきたいと思っておりますので、よろしくをお願いいたします。

議題 1「関係者からのヒアリング」です。まず、門田理事長からお願いいたします。

○JOT 門田参考人 ただいま御紹介いただきました臓器移植ネットワークの理事長を務めている門田でございます。よろしくお願いいたします。本日出している資料に臓器移植ネットワークの理事長という名前を挙げておりますが、私が臓器移植に携わって、今年で 50 周年ということになっております。そういった意味も含めて、自分の臓器移植に関する思いも含めて、お話させていただきたいと思っております。

まず最初に、本日は 2021 年の 11 月ですが、実は今から丁度 120 年前の 11 月に、東京大学医学部設立のときにいろいろとやられたベルツ先生が、日本に在留 25 周年ということで記念講演をやられているのです。そこで述べられたことを、最初に紹介させていただきます。

「西洋の科学の世界は決して機械ではなく、一つの有機体でありまして、その成長には他のすべての有機体と同様に、一定の気候、一定の大気が必要なのであります。西洋各国は諸君に教師を送ったのでありますが、これらの教師は熱心にこの精神を日本に植えつけ、これを日本国民自身のものたらしめようとしたのであります。しかし、かれらの使命はしばしば誤解されました。もともと彼らは科学の樹を育てる人たるべきでありましたのに、彼らは科学の果実を切り売りする人として取り扱われました。日本では今の科学の成果のみを彼らから受取ろうとしたのであります。この最新の成果を彼らから引継ぐだけで満足し、この成果をもたらした精神を学ぼうとしないのです。」

これが、今から 120 年昔の日本の状況だというように、既に 25 年日本に在留された先生が、相当強烈な批判を我々に投げ掛けたと考えられています。これを現在の日本に向けたら、どのようなことになるのでしょうか。このような前置きをして、話を進めたいと思っております。

これは私が臓器移植ネットワークにタッチするようになったときの、野本前理事長のときに、厚生労働大臣から法律に基づく指示書というものが出されました。あっせんミス、そのほかのことに対して、こういう指示が出たということで、以降、野本理事長以下、執行役員の皆さんが辞任され、その後に私が選ばれたということで、これにタッチするようになったということです。

その後、3 月の段階で、こういうものが出てきました。そのすぐ後にネットワークに第三者委員会を設置しました。本日、来ている北村専務理事が、そのときの委員長でした。そのような経緯で、その報告書を基に、新たな役員が選ばれました。そのときには、6 月までに報告書を出せと言われていたわけですが、当然ながら、とてもできないということで、遅れて 12 月に出しました。指示書に沿った形でやりました。その次の 4 月には、年度初めということで、組織体制も変えて、いろいろと現在まで 6 年と数箇月、それに向けてやっているところです。

そこで、これは皆さんがいろいろな所で見掛ける図だと思っておりますが、法律ができる前は、心停止後の提供だけで、その後に法律ができて、2 年遅れて脳死体から初めての提供があ

りましたけれども、一番多いときで 13 例、それ以降はほとんど増えないということで、これが増えないままできたということです。それから法改正がありまして、その後増えるようになりました。脳死体からの提供があり、このような状況になっています。それなりに前には進んでいるということが言えます。

また一方、移植成績を見ますと、我が国の移植医の先生方は非常に頑張られて、この成績は全世界に誇ることができるような成績を挙げていることも事実です。

そういうことで、私たちは厚労大臣の指示書に基づいて体制を改革するという一方で、これまでに 6 年たつということ、そして初めて法律ができてから、来年で 25 年が過ぎることになるわけです。それと同時に、改正法ができて 10 年というタイミングで、改めて、第三者評価委員会を設置し、我々を外部から評価してもらおうこととしました。

そこで日本における移植医療の現況をどう考えるか、これを評価し、今後の対応を考える。それから、我々が今やっている事業の総括をしていただくということでスタートし、今回その報告書を深尾先生から提出いただいたということです。委員には直接我々、今の JOT とは関係のない先生方をお願いしたということです。

そこでの全体的な総括です。JOT の予算と人員の数は少ないけれども、改革は進んでいると。しかし、その次に挙げているのは、移植希望者の願いをかなえられるにはほど遠い臓器提供数ということで、ここは非常に大きな課題だと。

それから一方では、1 人のドナーからの提供臓器数が世界で最も多く、移植成績が最高だということで、非常に頑張っているという評価も頂いたところです。

JOT の職員は働く条件が過酷で、働く内容がそういうことになっていますが、そういうことで働き方改革が必要、あるいは国を挙げての取組が必要ということで、言われるとおりのことですが、そういう総括をしていただいております。

そして、その総括の所に 9 つの提言が挙げられています。お手元にお配りしていると思いますが、まず、組織体制の強化と財務体質の改善、あるいはあっせん機能のさらなる強化、家族支援業務の確立と家族支援体制の強化、移植検査の質の担保と基盤強化、コーディネーターの質の担保、国家資格に向けたらどうだ、あるいは移植に関わる研究的なことをしろ、シンクタンクのようなものが要るのではないかと。特に、7 番と 9 番は、JOT の問題と言うよりも、国全体の体制の問題という形になりますが、これはまた後ほど具体的に述べますが、このような評価と提言を頂きました。多くのものは、私たち自身の努力によって解決できるものはあるし、我々はやらなければならないと考えている所でもあります。しかし、それ以外の我々だけではどうにもならないものとして挙げたものもあります。その内容だけをピックアップしたものをお示ししていきます。

この提言書の中の引用した箇所を挙げています。5 類型施設の整備とドナー意思の尊重の徹底ということです。まず、5 類型は非常に施設が限定されていて、更に、そのうち半分ぐらいしか体制が整っていません。法律ができて 25 年、この状態が続いているということに記載しています。それが駄目だったために、明らかなものだけでも、15 例の臓器

提供に至らなかった例がありました。あるいは、提供できる可能性のあるものがどのぐらい我が国にあって、どうなっているのかという、患者数の把握さえもできていないのが現状であるということです。

また、下のほうに書いているのは、提供できない所だからということで、どこかに提供したいという権利を主張された、提供を希望される方の搬送はどうか。これは控えるべきであるということが通知としてきている辺りは、これは課題ではないのかということです。

ほかに虐待児の扱いで、これは現場では非常に困っているということから、通常診療の中で得られる医療情報を基に判断するだけで十分ではないのか、最終的なことは司法によるものであって、提供の段階でできることではない、そういう辺りのことは明確にしておくべきではないかということが書かれています。

また、選択肢提示の徹底ということで、先ほどもありましたが、選択肢提示というのがほとんどされない、所によってはする、所によってはしない、あるいはほとんど統一性も何もないという状態がずっと放置されているということです。欧米、韓国などでは、情報の提供が義務化されていて、罰則規定がある所もある。我が国もそういう方向に向かってやるべきではないか。そうすることによって増やすことは可能だろう。

更に、法の改正についても触れられております。特に上のほうでは、家族が臓器提供を承諾することによって、今は脳死は人の死ではなく、提供したときにのみ死になるということは、患者家族にとっては相当なものですが、患者本人の死を自らの決断で決定させられているというような、非常に辛い思いをするのだと。こういうことは解決してあげるべきであるということです。そういった意味において、脳死の定義、あるいは解釈を含めた法改正はやるべきではないかという意見を出していただいております。

そこで、もう一度我々の歴史的なものを振り返ってみますと、諸外国では 1980 年代前半には、臓器移植は一般医療になったということが結論されたと。私が関係していた肝臓でも、NIH でコンセンサスメETING というのが開かれて、そういう結論が出ておりました。しかし、我が国では、まだ脳死判定さえなく……。脳死判定のことで竹内基準が出されたのが 1985 年、今度は医師会のほうが、それを人の死とするかどうかということを検討されました。これは医師会の領域である。その次は脳死臨調です。政府が立ち上げた委員会で、ここでも認めると。少数意見があったけれども、脳死を認めるのだということになりました。それで、我々としてはできるのかなと思ったのですが、それはできるのではなくて、移植関係学会合同委員会が立ち上がりました。脳死移植はそして、なかなか法制化されません。できたのは 1997 年で、それまでに何度も法案の提出と廃案を繰り返しながら、1997 年です。

でも、そこでは「3 年をめどに見直すのだ」ということが書かれていましたけれども、ほとんど脳死の提供がないにもかかわらず、何の見直しもなく、ずっときました。

最終的にはイスタンブール宣言が発せられて、法律までできているのに、自国での移植

が進まず、患者さんが外国で渡航移植をするというのは、これは臓器売買に当たるとい
う外からの圧力があって、初めて法律が改正されたという経緯があります。こういう経緯
で、我が国の法律的なことは進んできています。しかし、なかなか思うように進んでいま
せん。

例えばそれを、私の専門ですので、肝臓移植で見えますと、これが死体からの提供を
受けた肝臓で移植された数が挙がっています。一番多いのは 2019 年ですが、100 例もい
っていません。それでも法律の改正があって、徐々に伸びています。伸びていることを見
ると、進んでいるのかなということですが、これに同じタイミングで、臓器移植登録をし、
待機患者として待っている、その待機患者の年々に亡くなった方をプロットしたものが、
赤い棒線です。このような形で、肝臓に関しては、移植を受けられる数よりも、手続まで
全て終わっている待機患者が、移植を受けた数以上の者が亡くなっています。トータルの
数を挙げていますが、約 2 倍半ぐらいの数の死亡者が出ているような状態が、いまだに続
いているということです。

こういう状況というのは全世界でどうなのだろうかということになりますが、これが全
世界の脳死提供数の登録をしているものです。2019 年のデータで、スペインからずっと
このようにあって、日本はやっとここで、71 か国中 62 番目です。我が国とすれば、2019
年が最も多かった年なのですが、このような状況に甘んじているということです。

それを今度は、我が国の国内で、実際に JOT にドナー情報として入ったものをプロット
しています。ここに挙がっているように、この全情報ですが、心臓が止まってしまった後、
ドナーカードを持っていたというような情報も全部含めて、全情報としています。実際
にはそうではなく、事前に報告のあったものと言うとこういうものです。2005 年からデー
タがありますが、その当時からほとんど増えていません。2019 年に少し増えただけで、
ほとんど変わっていません。この間、15 年以上いろいろなことをやってきているつもり
ですが、結果はこうなのです。そして、当然ながら、全世界と比べものにならないぐらい
の低い提供数が続いているということです。

こういう状態がずっと続いていることをどう考えるかということです。例えば韓国と我
が国を比較しています。韓国の 2018 年のデータですが、人口は日本の半分以下ですが、
連絡義務として情報が入ったのが 2,400 件、我が国は 290 件です。最終的には、450 ほど
の提供になっていますが、我が国では、その比率はよくなっていると言えるかもしれませ
んが、こういう状況です。とにかく、ここの連絡、情報が入っていないということが、ほ
とんど大きな課題だということは明らかに言えると思います。

これを、アメリカ、韓国、日本と比べてみますと、アメリカでは 1998 年に連絡義務化
され、韓国も 2011 年に報告が義務化されています。そういうことで、こういう形で増え
ていっていますが、日本ではほとんど何も変わらず、未だに低い状態ということになりま
す。

ときどき我々が出くわしますが、家族からの承諾をもらって、いざ摘出に近い段階に入

ったときに、「これは司法解剖が必要です」と言われた途端に、全ての臓器の摘出はなくなります。アメリカではどうなっているかを調べますと、アメリカでは検屍官が臓器摘出術に立ち会って、問題がなければそのまま摘出できると。1人でも提供できるもの、使えるものということになれば、形式的に、法律的には何とかだからというのではなくて、実質的に使えるか使えないかということで、方針を決めているということです。こういうことから考えていくと、我々がいろいろと工夫しなければならないこと、あるいはできることというのは、いろいろとあるのではないかと思います。

私たち JOT とすれば、常に言っていますが、提供する権利、提供しない権利の両方を認めましょう。それをちゃんと尊重しましょう。一方では、患者のほうの移植を受ける権利、受けない権利も含めて、人間の権利だというように、この権利を尊重することは当然のことである。しかし、今お話しましたように、上げたい人が上げられないシステムがいまだに残っている、まだ構築されていない。その結果として言えるかもしれませんが、受ける人、臓器移植の登録を済ませている人たちが、移植が受けられる人よりも多くの方が亡くなっている、受ける権利も与えられていない。こういう意味において、今我が国の臓器移植の問題の話をしておりますが、本当に民主的に、一人一人の人間の権利が尊重されている国なのかということをお問われたときに、どうなるのかと思います。

そういうことから、私は本日は臓器移植委員会という所でお話をさせていただいて、非常にうれしく思いますけれども、国の大きな臓器移植にかかわる方向を決めていただく一番トップのところにある委員会として、このような状況というものを、個別の小さな問題として扱うというよりも、もっと大局的に、あるべき姿ということをしつかりとやっていただくという方針を堂々と出していただいて、それについて個別にやっていくという形にする。個別の問題からスタートするというのではないのではないかと常に思っております。是非よろしくお願ひしたいと思います。

先ほど、私はベルツ先生の 1901 年の講演の話をしてしましたが、あのベルツ先生の話というのは、これではないのかなということで、もともとデカルトが 1600 年代に「哲学の原理」ということで書いておられます。この当時の哲学というのは学問全体です。「哲学全体は 1 本の樹木のごときもの。その根は「形而上学」、幹は「自然学」、そして、この幹から出ている枝は他のあらゆる諸学なのですが、結局 3 つの主要な学に帰着します。すなわち「医学」、「機械学」及び「道徳」。」これは 17 世紀の話ですから、このようになっています。基本はこのとおりだと思います。「道徳、ただし、私の言うのは、他の諸学の完全な知識を前提とする研究の知恵であるところの最高かつ最も完全な道徳ということ」で、こういう 1 本の樹木、こういうものによって学問全体、あるいは科学全体を担っていかなければならないということをおっしゃっています。

私は、このフランス語のことは分からないのですが、英語でインテグリティということ、統合という意味ですが、こういうような、1 本の樹木という、完全なもの、アンティグリティというのは完全無欠のものなのだという事らしいのですが、正に、そういうこと

を述べられている。そういう学問である、あるいは科学であるべきということで、移植医療そのものも、そういう見方でもって、これを完成していくということを考えていく必要があるのではないかと思うということです。

これで最後ですが、いつも使いますが、金澤一郎先生がお話された 10 年前の話ですが、日本というのは、本当に「イノベーション」という単語をみんな好むのだと。だけれども、日本でのイノベーションのときには大概にして技術革新、小さくものを見る技術、技術の革新ということでもって、多くのものがそちらに向かっている。しかし、本当はそのものを動かすためには制度全体を改革していかなければならない、制度改革ということが必要だということをおっしゃっている。

正に、私もそのとおりでと思うし、特に臓器移植の領域でも、正に制度の改革が必要になる。そのために何をどういう手順で、どう進めていくかという意識を変えていかなければいけない、国民全体の意識が変わっていかなければならない。意識改革をやっていく必要がある。

そして、もう 1 つ金澤先生が最後におっしゃられたのが、「もう 1 つの意識改革」です。我々は目先の、臓器が増えるうんぬんという目先の問題のための意識改革を発想するのだけれども、そうではなくて、その問題のもう 1 つの深掘りをし、その意識を大きく変えていくということを考えていくこと、少なくとも科学者である我々とするならば、そういうことを考える。そういう目でもって、臓器移植医療も眺め、その方針でもって。来年で移植法施行後四半世紀が過ぎることになるわけですから、新たなスタートで、是非やっていただきたいと思っております。ということで、私のお話を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

○磯部委員長 どうもありがとうございます。門田理事長からは、JOT の取組、第三者評価委員会の報告、我が国の移植の現状と課題のお話を頂きました。

ただいまの御発表に対して、質問、御意見を頂きたいと思えます。委員の先生方からお願いいたします。有賀委員、どうぞ。

○有賀委員 門田先生、どうもありがとうございます。門田先生の最初のベルツ先生のお話をお聞きしながら、要するに私たちの国は和魂洋才でずっとやってきたと。洋才の部分は、基本的には富国強兵というか、列強に負けないようにしようという流れですよね。最後のデカルトの話でもう一回思い出したのですが、例えばイタリアには国家生命倫理委員会というのがあって、またフランスには国家倫理諮問委員会というのがあって、先生のお話の最後のところの意識改革の部分で思いましたことは、国民の判断、意見を倫理に集約するような仕組みが欧州にはあって、それは我が国の仕組みとかなり違うというように書いてあって正にそのように思ったのです。

先生の意識改革などの部分から意見と質問です。国民の倫理的なテーマに関して、今日は移植ですが、例えば男同士のカップルから子供を作るといったときには、男同士ではできませんから、女の人のお腹を使わせてもらうわけです。だから、女の人の子宮を商品化

するみたいな話が同時に起こるわけで、そういうことも含めて倫理として議論するような仕組みが、フランスとかイタリアにはあると言うのですが、今の先生のお話の延長線上で、国民の意識をそのような観点でまとめるような、こうすればいいのではないかというような話がありますか。場合によっては、今言ったフランスとかイギリスの社会制度と、我が国の社会制度の決め方の違いですよね。議員立法とかいろいろありますけれども、そこら辺は行政の方が知っているのであったら教えていただきたいなという気もするのですが、このように話がいくのであったら勉強してくればよかったです。教えてください。

○磯部委員長 門田参考人、どうぞ。

○JOT 門田参考人 余りに難しい問題で困りますし、歴史的に、和洋の話になってくると、話がますます複雑になってきます。

ただ、私が申し上げたいのは、どういう方向にいこうかということよりも、全国民の意見を代表できるようなシステムを作るかどうかということだと思っております。ですから、そういうような組織作りと言うのか、もっと分かりやすく言うならば、ひょっとすると教育制度です。教育そのもので、果たして日本国民がいろいろな意見を持って、いるかどうかということが問題になるのだらうと思っております。

例えば最近選挙が終わりました。あれほどいろいろと騒がれたけれども、投票率は 55%程度です。欧米では 80%、90%です。この違いがあります。それはいいのか悪いのか。あるいは福沢諭吉が学問のすすめを始めた頃には、やはり学問が基本中の基本であって、そうすることによって自分たちがどう生きていくかということを考えていく必要があった。ひょっとすると今の日本の教育制度というのは、考え方とか文化の程度が変わってくるなかで、果たして正しいのだらうかという辺りから考えていけば、我々がしなければならないことが、見えるのではないのでしょうか

。、我々が日本国において、しなければならないこと、多分そういうことの一環の先のほうに臓器移植があり、そうすることで移植も変わってくるのだらうと思っております。そういった意味においては、最も重要なのが国民の正しい人間教育をどう進めるかということではないかと思っております。答えになっているか分かりませんが、私の考え方です。

○磯部委員長 ありがとうございます。ほかに御意見はございますか。よろしいでしょうか。大変重要な議論ですし、移植医療を進めていくためにはやっていかなければいけないことだと思っておりますが、この場で結論が出るものではございませんし、時間もございますので、記録と心にとどめるということで、また個別の議論を進めていきたいと思っております。ありがとうございました。

それでは、2 番目のヒアリングでございます。臓器提供における知的障害者の取扱いにつきまして、全国手をつなぐ育成会連合会の副理事長の西様から御意見を伺いたいと思っております。どうぞよろしくお願ひいたします。

○西参考人 全育連の西恵美と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。これからは、事前に提出して御覧いただいております当会の意見書に沿って発言させていただきます。

初めに本会の成り立ちから活動の内容を少し説明させていただきます。一般社団法人全国手をつなぐ育成会連合会は、知的障害者の権利擁護と政策提言を行うため、全国 55 の団体が正会員となり、正会員の各団体がそれぞれに役割を担う有機的なつながりをもつ連合体として活動していくことを目的として発足したものです。

昭和 27(1952)年に、知的障害児を持つ 3 人の母親が、障害のある子の幸せを願って、教育、福祉、就労などの施策の整備、充実を求めて、仲間の親や関係者、市民の皆さんに呼び掛けたことをきっかけに、精神薄弱児育成会(別名:手をつなぐ親の会)が設立されました。昭和 30(1955)年に全国精神薄弱者育成会として社団法人となり、昭和 34 年(1959)年には、社会福祉法人格を得て全日本精神薄弱者育成会となりました。その後、平成 7(1995)年には「社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会」と改称しましたが、急激に進む少子高齢化や、社会福祉法人のあり方の検討が行われる社会情勢のもと、障害者福祉の運動を進める団体としてふさわしい組織となるべく、平成 26(2014)年に社会福祉法人格を返上し、任意団体として全国の育成会の連合体組織である「全国手をつなぐ育成会連合会」を発足いたしました。そして令和 2 年 4 月 1 日に、組織運営の透明性の向上と活動の活性化を図るため、一般社団法人格を取得いたしました。

主な活動内容は資料を御覧いただければと思いますので、割愛させていただきますが、本会の活動は、障害者権利条約が示す障害のある者となない者の平等の理念、あるいはノーマライゼーションの理念に根差しております。以下、これらの視点に基づき、知的障害者等による臓器提供の扱いの見直しについて、本会の意見を申し上げます。なお、臓器移植に関しましては賛否両論様々な立場があるものと承知しておりますが、あくまで現行法を前提として意見を申し述べます。

まず、15 歳未満の小児に関する事項についてです。結論としましては、本会として、15 歳未満の知的障害児については、知的障害のない子供と同じく、本人の意思表示は不可であるという前提で遺族からの書面による承諾によって臓器移植を可能とする運用、つまり原則の運用が妥当と考えております。

理由としましては、知的障害者の臓器提供に係る意思表示については、「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)において「知的障害者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については、年齢にかかわらず、当面その者からの臓器摘出は見合わせる」とされております。しかし、現状でも 15 歳未満の小児については本人の意思表示は不可である前提で遺族からの書面による承諾によって臓器移植が可能とされております。これは民法上の遺言有効年齢を参考に設定されたものと理解しております。遺言有効年齢の設定は明治民法下でのことであり、その妥当性についても議論はありますけれども、自身の処遇につき法的妥当性のある判断をすることができる下限年齢と考えるのが自然です。

そうなりますと、知的障害を「臓器提供に関する有効な意思表示が困難となる障害」として一律に扱うことについては疑義があるところですが、少なくとも 15 歳未満の小児につ

いての別異の取扱いをする合理的理由は見当たりません。よって、15歳未満の小児については、知的障害の有無にかかわらず本人の意思表示は不可である前提で遺族からの書面による承諾によって臓器移植を可能とする運用、つまり原則の運用にすることが妥当と考えます。

次に、15歳以上の知的障害者に関する事項についてです。結論から申し上げますと、本会としては、原則として、知的障害者についても知的障害のない人と同じ対応により臓器移植を可能とする運用も検討が必要と考えております。

理由としましては、まず、前提として、「臓器移植」とは、脳死状態となった人からの臓器提供に関する議論であると理解しております。その前提に立つ場合、近年の脳死状態者からの臓器移植の実態をみますと、2019年が本人意思表示14件に対して家族承諾が83件、2020年が同じく19件に対して49件で、相対的に家族承諾による臓器移植が多くなっており、少なくとも2016年以降は同様の傾向となっております。また、知的障害といっても、その状態像は様々です。一般論として中重度知的障害については、ガイドラインでいう「臓器提供に関する有効な意思表示が困難となる障害」に当たる可能性が高いと考えますが、一方で、軽度知的障害であれば、本人に理解できる形での情報提供を前提として、十分に意思表示は可能と考えます。その意味で、本人意思表示については臓器提供意思表示カードが基本になると考えますが、記載事項もシンプルですので、例えばカードの分かりやすい版、日本語表現を分かりやすくしたものなどを作成し、家族や障害福祉サービス等の支援者が情報提供を支援することにより、意思表明することができる知的障害者も多数いらっしゃると思います。

以上のことから、療育手帳、愛の手帳とも言えますけれども、そういう療育手帳の等級に応じて、例えば軽度判定であることが確認できた場合には、臓器提供意思表示カードを有効なものとして取り扱うといった運用は十分に可能と考えます。当然ながら、本人への情報提供に際しては、恣意的に移植の可否を誘導することとならないよう、厳密なガイドライン等を作成する必要があります。よって、臓器提供意思表示カードによる本人の意思確認が有効な場合には、本人の意思を尊重し、これにより難しい場合(臓器提供意思表示カードを所持していない場合を含む)などには、家族の判断を尊重することで、知的障害者についても知的障害のない人と同じ対応にすることの検討が必要と考えます。

なお、前述のとおり臓器移植については様々な意見があるところでございますが、残念ながら知的障害者だけでなく、子供や外国籍の人などが理解できる形での情報提供や意見聴取が行われた事例に接したことがございません。今般、臓器移植の対象について見直しを行う場合には、必ず直接の当事者にも意見を聞く機会を設けていただきますよう、強くお願い申し上げます。以上、発言いたしました。ありがとうございました。

○磯部委員長 西様、どうもありがとうございます。西様からは知的障害者等からの臓器提供に関する御意見を伺ったところです。この後、作業班のほうからこの件に関しまして具体的な提案、提言がありますので、ここでは西様の今の御発言の内容に直接関連するこ

とについて主に御意見を頂きたいと思いますが、何か御質問、御意見はございますでしょうか。

○賀藤委員 成育医療センターの賀藤でございます。どうもありがとうございます。1 番の 15 歳未満の小児に関する事項の所ですが、この御意見は私としても賛成なのですが、2 ページの中程に下線を引いて、「現状でも 15 歳未満の小児については本人の意思表示は不可である前提で」とあるのですが、今の同意を取る、いわゆるインフォームド・コンセントの流れでいきますと、インフォームド・アセントという言葉が御存じだと思いますが、小児においてもインフォームド・アセントという、分かりやすい言葉を使って、なるべく同意を求める努力をしていますし、ある程度理解できるというような前提で世界は動いておりますので、この 15 歳とは何であるとか書いてありますけれども、私自身、15 歳という年齢には余りこだわる必要はないのかなと。知的障害者の方がどうやって臓器移植に参加していくかという、家族と本人の関係だと思っておりますので、多分そこら辺はみんな御存じの上でこの文章が書かれてあるとは思っておりますけれども、15 歳未満の小児においての本人の意思表示は不可である前提というのが、どうしても小児科の立場から言うとちょっと言い過ぎかなと思ったものですから、申し訳ございません。

○磯部委員長 コメントがございましたら。西参考人、どうぞ。

○西参考人 ありがとうございます。やはり 15 歳という線引きは、確かにどこから線を引くのかというのはいろいろなことで問題にはなると思います。それこそ昨今行われた選挙権に関してもそうですけれども、やはりしっかりした自分の意見を持っている 15 歳未満の知的障害のある方もおられるかとは思っています。重度から軽度、本当に手帳があるかないか程度の方ですと、いろいろな勉強というか、皆さまからの提供によって、いや、私は臓器を提供できるよという方も中にはおられると思っておりますので、確かにこの表現は、今の現行の法律の解釈が少し私どもでは変わってないのかなというように思いますけれども、世の中がそのようになってくるのであれば、大人と同じような形ではっきりとした意思表示ができる、また理解できた上での意思表示ができる方という場合は、自己決定という意味では、できる可能性はあるかというようには現状思いました。先生の御質問を聞いてから、今のところは私個人の意見ですけれども、全育連のほうに戻って、もう一度きちんと考えてみたいと思います。失礼しました。

○磯部委員長 実は後の作業班からの提案の中にも、15 歳ときっちりと線引きがされているところもございまして、また議論が必要かと思っております。ほかに御質問、御意見がありましたらどうぞ。

○横田委員 横田ですけれども、ありがとうございます。「小児からの臓器提供等に関する作業班」で、西先生からもヒアリングご意見を頂きました。今、西先生が言われた軽症、中等症の知的障害のように線引きがどうしても必要なのでしょうか。というのは、どこまでが中等症かというような、議論が起きてしまうようなことを危惧しています。西先生としてはそういう線引きがやはり必要だとお考えでしょうか。是非聞かせていただきたいと

思います。

○磯部委員長 西参考人どうぞ。

○西参考人 私の娘は重度の部類に入りますけれども、人によっては説明をして分かる、「分かった」と聞くと、「分かった」と。じゃあ、「自分の胃とか腸とかを欲しい人にあげてもいいか」と聞いたら、「いいよ」と言う方もいらっしゃるのですね。うちの子に関して言いますと、「こうする」と聞いたら、「こうする」と答える。「やめる」と言えば、「やめる」と言う場合もあるのです。それが知的障害の障害たるところなので、こちら側の気持ちで誘導してしまうということが重度の場合はどうしてもあるかと思えます。ただ、その重度だから、軽度だからという線引きをどこにするかは、確かに手帳の区分で分けるというわけには絶対にいかないとは考えておりますので、その線引きをどのようにするかは、専門的な医学的な知識とか、あるいはその子自身の理解の仕方にもよるのではないかと思いますけれども、なかなかその辺の線引きは本当に難しいなと今は思っております。

○横田委員 ありがとうございます。

○磯部委員長 ほかにいかがですか。よろしければ、この後、同じ論点がまたございますので、ここは先に進めさせていただきます。

それでは次の議題、作業班からの検討結果の報告を頂きます。まず、医学的検証作業グループの検討結果について、報告書の説明を事務局よりお願いいたします。

○吉屋補佐 事務局より御報告させていただきます。医学的検証作業グループの検討結果です。1.ガイドラインの改訂についてですが、作業グループの意見としては、現在、脳死とされうる状態の診断は「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」ことが臓器提供手続に係る質疑応答集に記載されているが、ガイドラインにおいても脳死とされうる状態の診断について、現状に即した記載にすること、という御意見があります。

またガイドラインの第8の無呼吸テストの項におきまして、「炭酸ガスではなく低酸素刺激によって呼吸中枢が刺激されているような重傷呼吸不全の患者に対しては無呼吸テストの実施を見合わせる」とされているが、一律見合わせるとしている運用を見直す必要があるかどうか研究が必要である。また、無呼吸テストにおいて「低血圧、不整脈等の反応が表れた場合、当該テストを継続することについての危険性があると判断された場合には、直ちに当該テストを中止すること」とされているが、無呼吸テストを中止する前に行うべき具体的な工夫について研究を実施することが必要である。

また、現在用いている法的脳死判定マニュアルは、平成22年度の厚労科研特別研究で有賀先生らが作成されたものですが、現在は記載のないECMO装着下の無呼吸テストの取扱いについての研究が必要ではないかという御意見もありました。

このような御意見等を踏まえて、具体的な方向性ですが、ガイドラインの改訂について、1つ目のポツは、脳死とされうる状態の診断方法についてガイドラインに記載するという項目、2つ目のポツについては、脳低温療法がガイドラインでは現在新しい治療法である

という記載となっているが、10年前時点のもので、現状に即して「新しい治療法」という文言は削除するという提案があります。

また、今後研究班等を設置して検討すべき事項として、以下の3項目が挙げられています。

2. 脳幹反射消失の確認ができない際の代替・補助検査の導入についてです。現状の法的脳死判定マニュアルでは、眼球損傷、全脊髄損傷等では脳幹反射消失の確認ができず、法的脳死判定を行うことができません。このような事例において、臓器提供の意思を尊重するため、代替検査を検討すべきである。その際、客観性のある科学的根拠に基づいた検査を導入すること。

具体的な検討方法は、新たに厚労科研等により研究を行い、その結果を臓器移植委員会において議論し、法的脳死判定マニュアルへの反映及びガイドラインの改訂を行うことが望ましい。また、研究の体制については、記載のとおり、様々な方々の参画が必要であるという御意見がありました。

具体的な方向性については、補助検査・代替検査の導入については、しかるべき班員から構成される厚生労働科学研究等の研究班において、今までの研究結果や海外の状況等を踏まえ、令和4年度を目途に十分に検討を行う。研究班の報告書をもって、法的脳死判定マニュアルの改訂やガイドラインの改訂を行うという方向性が示されています。

報告は以上です。

○磯部委員長 多岐にわたる項目がありますが、全体を通じて御質問いただきます。御回答は島崎参考人から頂くことになっております。いかがですか。

○有賀委員 島崎先生のいろいろな方々とのディスカッションの中で、今の御発表を俯瞰しますと、大きい1番と、大きい2番があって、大きい2番のほうは、脳幹反射などの確認ができないと言いますが、例えば、ECMOを使っているにしても、PaCO₂と呼吸中枢の相関関係が生理的な状況から少し変わっていくという状況においても、大きい2番の普通の方法ではなかなか難しいが、代替的な方法によって脳死の判定ができるという部分をより突き詰めていくと、全体が氷解するのではないかというのが私の意見なのですが。そういうふうな形での全体的な方向性のところは、島崎先生の全体の議論ではどんなふうになっているのでしょうか。

○島崎参考人 今回は提供施設からのドナーの脳死に関わる、主に医学的項目についての検討をA、Bの医学的検証班の12名で検討してくれということで、2つに分けたわけですが、具体的にはそれぞれの中身がきっちり分けられるものではなくて、おっしゃるとおり、2番は、主にこれは疑義解釈になりますが、これ全体が日常的に検証会議A班、B班で必ず度々問題になったり、あるいはこれはどうなのだろうかという、提供施設の問題がいろいろあるというように、日常的に出てくる問題をまとめたということです。中身を突き詰めていきますと、結構、医学的に非常に難しい問題もあるので、研究班を設けてやっつけようということで、今回その内容をお出ししたわけです。有賀先生がおっしゃっているの

は、1と2がどういう関係かということでしょうか。

○有賀委員 関係性と言うより、むしろ、1で挙げられてきた、例えばECMOの問題にしても、無呼吸テストがうんぬんとか、各症例によって創意工夫では乗り越えられない難しいテーマにぶつかったときに、2番に書いてある、特に2枚目に「海外における代替検査の導入」という言葉がありますが、外国では脳血流の停止をどういうふうな条件で停止だとするのか。例えば、すごくクラシックですが、脳血管撮影で言いますと、動脈相で斯く斯くしかじかとか、静脈相が出ないとか、いろいろな判断基準が海外では確かにあったので、そういうふうなことを私たちの国の基本的なルールとして決めておけば、ECMOの話にしても、呼吸中枢の刺激の話にしても、2番にある脳幹反射うんぬんの部分にしても、多くが解決できるのではないかと思いましたが、そういうふうな全体像の流れと言いますか、そちらのほうへ議論が集約するといいなと思いつつ、先生の議論はどうだったのかなと思ってお聞きした次第です。

○島崎参考人 分かりました。先生がおっしゃっているのは、これら全て、最終的には、脳血流の停止を具体的な形で説明できるようなものですよという、大前提としてのそういう文言を含めた中での、こういう代替検査、あるいはその他の取扱い等をしてくださいという、脳血流の停止そのものを大前提にした文言を必ずどこかに入れてほしいと。

○有賀委員 入れなくてもいいのです。最後にある、これから作って頑張らなくてはいけない研究班がもしあったとすると、恐らく、その研究班の多くの努力がその部分にかかってくるのではないかと考えていますので、必ずしもこの中に入れねばならないという話ではありません。

○島崎参考人 おっしゃるとおりで、今言った最終的な脳死の判定に関わるものは血流停止ということ、それは皆さんの共通のコンセンサスとして、一応は皆さんのコンセンサスはそこに集約されているとは思いますが。

○磯部委員長 結局、それを研究班のほうでどういう形にまとめていくかという方向性を示してほしいということが、この作業班の御提案だと思いますので、そういう形でもよろしいですね。ほかにいかがですか。

○島崎参考人 今の、血流停止、例えば、CTあるいは造影検査で血流停止が示されていれば、最終的には、その他の代替検査、あるいは補助検査等がそれなりにできなくてもOKだというようなものも、研究の中に入れろという意味もあるのでしょうか。

○有賀委員 あるかと言われれば、全くあります。よろしくお願いします。

○磯部委員長 それも含めて御議論くださいという、有賀委員の御意見だと思います。

○島崎参考人 はい。

○磯部委員長 ほかにいかがですか。

○横田委員 島崎先生が日本救急医学会の代表理事をされているときだったと記憶しておりますが、救急医学会として、この脳死に関して社会に提言をしています。その中に、脳死は純粋なる医学的事象であって、これはそれを受け取る患者側の対応というのは患者側

の考えで様々であっていいということも書かれています。純粋な医学的事象とは言っても、例えば敗血症は全世界で同じような基準を使っていると思いますが、脳死に関しては、それぞれの国々が独自に基準を作っているという現状もあるかと思います。最近はその統一しようとする動きも出ています。そういう中で、日本でまた新たに様々なデータを取って、新たな基準を作るということではなく、世界標準に合わせる基準にする議論はなかったのでしょうか。

○島崎参考人 今おっしゃっていたような、世界的な脳死に関わる診断の趨勢として、グローバルスタンダードのような方向へ向かっていると。それに関わってこういう議論をしよう。今おっしゃったような形での問題提起は特になかったです。先ほどちょっと言いましたように、日常的な医学的検証会議で出てくるような疑義解釈とか問題とか、そういうものに関わって今回は問題点等、あるいは研究班を設けてやるというようなことを出したわけですが、横田先生がおっしゃったようなところは非常に重要で、それから全然枝葉の先のほうを変えて、結局グローバルスタンダード等が大きく違ってしまおうと言いますか、余り本質的に関係ないよというような格好にはならないように、事務局とも相談してやっていきたいと思っています。

先生もよく御存じのように、救急医学会等で最初に脳死に関わることで学会として決めたのは、一部、門田先生がお話になったような所ともかぶるのですが、脳死は人の死であると。2番目は、脳死は脳死と診断しましょう。3番目は、法律を守りましょう。この3点が救急医学会で原則として出した脳死の診断基準の考え方ということです。それは今でも変わっていないと私は思っております。それをベースにして、グローバルスタンダードとできるだけ整合性が合うような形で検討していきたいと思っています。研究班の検討もそのような方向にしていきたいと思っております。

○磯部委員長 ほかにもし御意見があれば、どうぞ。

○渡辺委員 作業グループの検討結果の報告書の文章の表記について教えてください。1.の最後の2枚目の所の「今後研究班等で検討すべき事項」という表記に関しては、研究班を新たに作って検討すべき事項という意味と解釈してよいかというのが1つです。

何でそれをお聞きするかと言いますと、2.の一番最後にやはり「具体的な方向性について」という表記がありますが、こちらのほうは、新たに厚生労働科学研究等の研究班を作るとわざわざ書いてあって、そこで検討を行った報告書をもってガイドラインやマニュアルの改訂を行うという表記になっております。そうしますと、後者のほうは、研究班を作って、この委員会でマニュアルとガイドラインの改訂を行うという御提言なのか、前者と後者の違いが少し分りにくかったので、その辺りをお教えいただければと思います。

○磯部委員長 島崎参考人、いかがですか。

○島崎参考人 これは私自身の考え方としては、1.も2.もひっくるめて、必要なものは研究班を幾つか立ち上げて、その中で研究していただくということで、具体的には厚労科研のような形になるのかと思っていたのですが。

○磯部委員長 島崎参考人、事務局からお話いただきます。

○吉屋補佐 事務局です。御質問ありがとうございました。また、島崎先生、御回答ありがとうございました。島崎先生が御回答されたように、両者とも厚労科研等の研究班を設置することで検討していくものと考えております。

○渡辺委員 ありがとうございます。

○磯部委員長 渡辺委員、よろしいですね。議論は夫体進みましたが、基本的には、厚労科研等の新しい研究班を組織するなどして、この報告に沿って検討を行っていくということで、御同意いただいたものと思います。ガイドラインの軽微な修正の提案もありましたが、その点は修正をしていただいて、代替検査、あるいは補助検査の導入等について、今後検討した上で、ガイドライン、マニュアルを改訂して、この委員会で決定していくという手順になろうかと思えます。それではその方向で進めさせていただきます。ありがとうございました。

引き続き、小児からの臓器提供に関する作業班の御報告を頂きたいと思えます。事務局よりお願いします。

○吉屋補佐 事務局より報告させていただきます。小児からの臓器提供に関する作業班の検討結果についてです。まず 1. 「小児の臓器提供(虐待事例を除外する手順の明確化)」についてです。まず、現状・基本的な考え方ですが、児童からの臓器提供については、虐待の可能性が低いにもかかわらず、完全にそれが否定できないことをもって臓器の摘出が見送られた事例が生じている。死亡した我が子から臓器提供を申し出た親の臓器提供の意思は最大限尊重されるべきであり、我が子の死に直面した親の心情を考慮し、適切に虐待の除外が行われるべきである。

改正法附則第 5 項により、虐待死した子供から臓器提供がされることのないようにする規定が設けられた根拠については、虐待による死亡である場合、証拠隠滅を防ぐことのみが正当なものとして考えられる。一方、虐待した親の同意によって臓器提供させることを防ぐということが正当であるかについては、一部から疑問が呈され、虐待した親の関与を排除する場合には次順位者の代諾でもよいと考える意見もあった。

一方、虐待を受けた当事者の意見としましては、虐待を行った親のみの判断でなく祖父母まで含んだ家族の総意なら代諾してよいという意見がある一方、死んでまで自分を左右されたくないという理由で、将来、脳死臓器提供に対する認識が変化して、より当然のこととなるまでは、少なくとも現時点では、虐待を行った親が代諾に関与することは許せないという御意見もございました。

また、虐待による死亡の可能性が相当程度高い場合にのみ、臓器提供を見合わせるべきであるが、実際に児童が死亡した場合に、虐待の存否の確定や、その死への関与の程度について、医療現場が確定診断を行うことは困難である。そのような中で、改正法附則第 5 項には「虐待を受けた児童が死亡した場合」と記載されているにもかかわらず、ガイドラインには「虐待が行われた疑いがある児童が死亡した場合」と記載されていること

が、現場の消極的な運用を招いていると推察できる。虐待診療を行う医療機関については、改正法施行時から院内体制の整備が進み、地域における関係機関の連携も取られている。

作業班での意見です。医療機関は通常の虐待診療にのっとり、児童虐待防止法に基づいて、児童相談所等へ通告の要否を判断することが求められていることから、院内体制の下で通告を行わないと判断した場合に、院内倫理委員会等の確認のもとに当該児童から臓器提供を行って差し支えないと、ガイドラインに明記する。通告はしないが虐待の完全な否定ができないために臓器提供に至らなかった事例への対応が可能となると考えられる、という御意見がございました。

また、児童虐待防止法の通告義務の中には、虐待が行われていない事例が含まれる可能性を否定はしていないことから、通告を行っていない事例であって、その後、当該児童について虐待が行われたとの疑いが否定された場合については、臓器提供を行うことができることを明記する。

また、適切な虐待診療及び虐待の除外の判断の過程を経た上で臓器摘出が行われた後になって、何らかの事情により虐待の関与が疑われた場合については、摘出の時点では要件が満たされており、その違法性の阻却が後になってから無効になるものではないことが明記されることが望ましいという御意見もございました。

改訂の具体的な方向性についてです。まず、ガイドラインの改訂についてですが、ガイドライン第5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」の記載について、「通常の診療の過程において、院内体制の下で児童相談所等に通告を行う程度に虐待を疑う場合は臓器の摘出は行わない」という内容の記載に改める。なお、児童相談所・市区町村の照会、あるいは通告した結果、児童相談所が虐待の可能性はないと判断した場合には、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も明記する。

ガイドライン第5の2「虐待が行われた疑いの有無の確認について」において、児童相談所等へ通告を行う程度に虐待を疑う場合には臓器の摘出を行わないこと、通告を行わないと判断した場合であって、現在、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を明記するという方向性は示されております。

また、質疑応答集の改訂につきましては、2 ポツ目ですが、現在の質疑応答集には、児童相談所への通告後の取扱いについて記載がないため、新たに追記する必要がある。3 ポツ目で、児童相談所への通告と照会の違いについて記載する必要がある。また、実際に臓器提供に至った事例を記載するといった方向性が示されております。

また、被虐待児除外マニュアルの改訂についてですが、厚生労働科学研究の中で、小児の臓器提供について検討を行っていただいております荒木班においてマニュアルの改訂案を作成し、小児の作業班において確認を行う。確認後は関係学会を通じて周知を行うという方向性が示されております。

また、その他として、被虐待児の除外に当たって、相談体制の構築を検討するべきであるということも御提案されております。

2. 「知的障害者等の意思表示(知的障害者等による臓器提供の取扱いの見直し)」についてです。現状はガイドライン第1の事項におきまして、「知的障害者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については、その意思表示等の取扱いについて、今後さらに検討するべきであることから、年齢にかかわらず、当面、その者からの臓器摘出は見合わせる」とされている。このため、実際には有効な意思表示が困難かどうかにかかわらず、知的障害者等であることが判明した場合には、臓器提供を見合わせている事例が散見される。

また、有効な意思表示として取り扱う年齢については、15歳以上とされている。しかし、知的障害者等及び15歳未満の者は、ともに本人の意思表示の有効性が認められていないものの、知的障害者等を除く15歳未満の者は両親等遺族の書面による承諾で臓器提供可能であることから、知的障害者等との間で臓器提供の扱いについて不整合が生じていると考えられる。知的障害者等の臓器を提供する権利が認められていないことは問題である。

作業班での意見です。15歳未満の者からの臓器の摘出に関する不整合の是正について、ガイドラインを改正し、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という御意見。また、15歳以上の者についても、本人の意思を限りなく尊重することを前提に臓器の摘出を可能とすることが望ましいが、法制定時及び改正時の国会での議論において、拒否の意思があったことを否定し切れない等の観点から臓器の摘出を見合わせるとされたことを踏まえれば、より丁寧に検討を重ねる必要があるという御意見がございました。

改訂の具体的な方向性です。まず1つ目の○は、15歳未満については不整合を是正する内容に訂正するという御提案となっております。

2つ目、3つ目の○につきましては、知的障害者等であっても拒否の意思表示は有効であることから、適切な意思決定支援などに関して、また拒否の意思の確認方法について、質疑応答集などに記載するという方向性が示されております。

3. は検討事項ではございませんが、小児作業班からの提言となっております。1つ目が、当作業班での検討結果は、臓器提供数の増加を主目的とした議論によるものではなく、改正法施行からの約10年間において、小児の臓器提供の現場で問題点として指摘されていること等を議論した結果であることを強調したい。2つ目は、15歳以上の知的障害者等については、適切な意思決定支援を行った上で、本人の意思を限りなく尊重することを前提に、臓器の摘出を可能とすることが望ましいという意見が当作業班の結論であるが、その検討は臓器移植委員会に委ねることとしたいとなっております。

以上となります。

○磯部委員長 ありがとうございます。それでは議論になりますけれども、1. と 2. で、かなり内容が異なるので、順に 1. から御議論いただきたいと思っております。御意見がある方

は、どうぞ御発言ください。賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 1. は小児虐待のほうで。

○磯部委員長 そうです。

○賀藤委員 3 ページにある「ガイドラインの改訂」の最初のポツの所ですが、括弧で「通常の診療の過程において、院内体制の下で児童相談所等に通告を行う程度に虐待を疑う場合」と、「程度」という言葉を書いているのですが、現場にいる者としては、以前にも私は発言したことがあるのですが、確かに現在のガイドラインにございますように、「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」というガイドラインがあることで、ものすごく混乱しております。

と言うのは、現状では、虐待を疑えば児童相談所に通告します。疑った段階にです。通告しないということは、疑わないということになります。ですので、もうこれははっきりしていて、少しでも疑ったら通告するのですね。それで、虐待があったかどうかの判断するのは児童相談所か警察か、司法になると思いますので、虐待がある・なしは、私たち病院側は判断しません。疑いが少しでもあれば通告することになる訳です。虐待の多くは密室での行為なので、誰がどうしたかなどというのは病院自体では誰も分からないのです。密室で行われたことを判断するのは、例えば外表に表れているとか、骨折した跡があつて昔のことが分かるとか、あとは、絶対私たちは眼底を診ますけれども、眼底にいわゆるシェイクンベイビー(shaken baby)のような何か異様な出血がないとか、そういういろいろなところを全部調べた上で何もなかったら、これは虐待をしたかどうかは密室になってしまうので、医学的検査で客観的証拠が無ければ虐待の疑いはないと判断してすることになります。かつ、住む所と違った所から運ばれてくれば、それは私たちの所では、住所にある児相に、今までそういう通告があった家族かどうかということも確認します。それで実際に何もなければ、もう通告しないことになります

ということなので、私自身は最初の3ページにある「院内体制の下で児童相談所に通告を行う程度に」という、その「程度」というのは必要かどうか疑問に思うのです。院内体制の下で児童相談所に通告を行わないと判断した場合は、これは虐待を疑わないということになりますので、臓器の提供は二者択一の表現でいいのかなと感じたのですが、いかがでしょうか。

○磯部委員長 作業班の横田委員、お願いいたします。

○横田委員 作業班班長の横田でございます。賀藤委員、どうも質問ありがとうございます。実は、ここの「程度」という部分は、作業班の中でもかなり議論をした部分でございます。と申しますのは、これも先ほど事務局のほうから説明がありましたが、今回示した内容は虐待を疑う考えの道筋であり、現在厚労科研で作業中の研究班の報告書を待っている状況です。それにのっとなった形で、この虐待の有無の判断をするわけですが、今申したように、これはあくまで考えの道筋という位置付けですので、医療機関の個々の判断が重要と考えます。そこで、ここは「程度」という文言を入れたほうが適切ではないか

というような議論があったため、「程度」という文言が入ったということでございます。「程度」という文言があったほうが医療機関にとっては裁量の余地があるのではないかとこの配慮でございます。

○磯部委員長 賀藤先生の御意見は、裁量の余地なく決めてほしいと、そういうことですか。

○賀藤委員 と言いますのは、。少しでも疑いがあれば、先ほど最初に申しましたように、虐待があるかないかは私たちは判断しませんので、少しでも虐待の疑いが否定できなければ通告をしています。通告をしないということは、あらゆる客観的な、いわゆる虐待を疑う医学的な検査では何も所見がなく、または、先ほど申しました、実際にその患者さんの家族が住んでいる地域での児相への通告とか相談、事件がなかったということから判断すると、これはもう通告しない。虐待がなかったと判断するしかないのです。

現実としては、ほぼ虐待は密室での行為ですので、そこを曖昧にしまして「程度」という言葉が入ってしまったら、そこで何かグレーゾーンが入ってしまう。なかなか現場としては、ちょっとどうかと思った次第です。すみません。

○磯部委員長 いえいえ、大事なことだと思うのですが、ほかのどの摘出機関においても、そういうお考えが一般的なのでしょうか。

○賀藤委員 多分、まだこれはすごく躊躇している所もあるのではないかと思います。と言うのは、通告をすること自体が、申し訳ないのですが、最近では訴えられる場合があります。ですので、なかなか病院としてはサッと判断できないこともあるので、その辺はちょっと微妙な社会情勢になっています。

○磯部委員長 秋山委員から御意見がもしあれば、伺いたいと思いますが、いかがですか。秋山委員、いらっしゃいますか。御発言が聞こえませんが、ミュートではないでしょうか。

○秋山委員 秋山です。ミュートになっていました。申し訳ありません。

○磯部委員長 どうぞ、もう一回最初からお願いいたします。

○秋山委員 賀藤委員がおっしゃっているのが、よく理解できます。現在、病院内に子供虐待対応委員会というものがほぼ設置されていて、そこで検討されて判断されています。ですから、そのガイドラインが作成されていたときよりも、非常に現場は適切に虐待に対応されていると思います。ですから、今回のガイドラインは、現場に即した変更になっていると思いますので、このガイドラインの改訂に関しては、私は賛成をいたします。

そして、「院内倫理委員会等」と書いてありますが、そこに明らかに「子供虐待対応委員会」という文言も入れていただいたほうがいいのではないかと思います。以上です。

○磯部委員長 ですから、この「程度」というのを入れておいたほうがよろしいという御意見でよろしいですか。

○秋山委員 これは、私は入れなくてもいいと思っています。賀藤委員がおっしゃるように、虐待防止委員会で判断をされていくので、そこの判断でもいいかと思っています。

- 磯部委員長 分かりました。御意見ございますか。横田委員、いかがですか。
- 横田委員 「程度」に関しては、様々な議論があった中で、今回報告させていただきました。
- 磯部委員長 ほかに御意見があれば、お願いいたします。
- 有賀委員 今、通告するか否かの話になっているのですが、照会という話を中に入れると、例えば、これは通告をする価値のある症例ですかというような質問は、あっていいかなと思うのです。これは実は麻薬などの警察に届け出なくてはいけないかどうかというときに、「何で警察に言ったんだ」などという話にならないように、警察に「これはそういうふうな事例になりますでしょうか」というように意見を出して、だから警察に言うてはいるのですが、警察に通告はしないのですよね。そのような言わば詭弁を使うようなことが救急医療の現場であったのでお聞きしています。これは先生の所の成育医療センターは、通告をする価値があるかというか、照会というか、その辺のグレーゾーンというのは、いかがなのですか。
- 賀藤委員 グレーゾーンというのは、これは児童虐待防止法で疑った場合には通告しなさいという文言がありますので、少しでも疑いがあれば通告します。それはいわゆる通告しないということは疑いを持たなかったということ、はっきりこれはオール・オア・ナッシングで決まっています。
- 磯部委員長 グレーゾーンはないということですよ。
- 有賀委員 先ほどの、ここにある報告書の、これは事務局ですかね、通告と照会の違いについて記載する必要があると言っていましたよね。
- 吉屋補佐 事務局です。通告と照会の違いについてですが、作業班での御議論の中にあっただかと思いますが、照会は、今までに虐待の通告歴があったかどうかなどの照会を行うということで、まず虐待防止委員会等での病歴の聴取の一環として、児童相談所等へ照会を行うこと。それは照会を行っただけであって通告ではないということ整理してはどうかという御意見だったと理解しております。
- 横田委員 横田ですが、追加でよろしいですか。
- 磯部委員長 どうぞ。
- 横田委員 今、事務局がお話したように、救急医療機関にとっては、その対象の患者さんは初めての受診ということが多いので、過去に児童相談所の介入があったかどうかということを知ることができないので、今まで児童虐待の介入があったかどうかを兎相に問合せする、それを「照会」と言います。
- 磯部委員長 ということは、疑いがあるなしではなくて、それ以前の話だという理解ですね。
- 横田委員 はい、そうです。
- 磯部委員長 この作業班の意見に賛同する、つまりこの裁量を残したほうがいい、「程度」という言葉を残したほうがいいという御意見がございませうか。なければ、賀藤委員の

意見を反映した形での記載の方向で検討したいと思います。賀藤先生、具体的にどのような文言がよいでしょうか。正確な文言を確認させていただいてよろしいですか。

○賀藤委員 この3ページの文章の最後の、「臓器の摘出は行わない」というものを引用するとなると、「院内体制の下で児童相談所等に通告を行った場合は虐待を疑うこととなるため、臓器の摘出は行わない」。逆の文章のほうが私は良いと思います。

○磯部委員長 はい、分かります。

○賀藤委員 院内体制の下で児童相談所への通告を行わなかった場合は、臓器の摘出を行ってよいと。

○磯部委員長 事務局は了解されますか。では、今のような形で、正確な文言はまた示していただいて、その方向で、この部分については記載を変更していきたいと思います。ほかにこの1.について、何か御意見ございますか。では、1.につきましては、今の修正点を含めて、ガイドライン、質疑応答集に修正を含めた形で改訂を行うと。それから被虐待除外マニュアルに関しては、研究班で改訂作業を実施するということになると思います。よろしいですね。

では、2.のほうに進めさせていただきたいと思います。2.について御意見がございましたらお願いいたします。2.は知的障害者に関係した御提案に関してです。作業班からの御提案では、今回はこういう形でいくという直接的な提案ではなくて、議論を更に進めていくという方向になっています。過去に国会での議論もあったということですので、まだこの場で決定には至らないと思います。御意見を是非お願いいたします。

○横田委員 横田のほうから、追加でよろしいですか。

○磯部委員長 はい、横田委員、どうぞ。

○横田委員 先ほど西参考人がお話したことで、ほぼこの作業班のまとめと一致しているところなのですが、15歳未満については、知的障害がない一般の子供たちと同じような対応でいいたろうということですが。

2つ目に、15歳以上の者についても、先ほどお話もありましたけれども、誘導のない十分な支援によって、臓器提供を可能とする方向性の議論をしても良いのではないかということですが。ただし、委員長が言われたように、以前に国会の議論もあったという経緯から、15歳未満とは違った、より慎重な議論が必要ではないかという結論でございました。以上です。

○磯部委員長 御意見はございますか。秋山委員、どうぞ。

○秋山委員 今の横田先生のお話でとてもよく分かりましたので、その説明が分かるように書いていただくと助かります。

○磯部委員長 これは事務局と作業班のほうで御検討ください。ほかにもございますか。

○賀藤委員 もう1つ、いわゆる内容については全然私は賛成なのですが、先ほど申しましたように、15歳というのはどうしても引っ掛かっているので、これはどうしても法律上15歳と決まっているなら仕方ないので、実態は15歳という年齢制限

は私たち小児科医は全く気にしておりません。年齢を本当に設けるのかどうか、年齢によって患者さんに対する対応としては、多分、現場は変わらないのではないかと考えています。

○磯部委員長 事務局、いかがですか。

○木庭室長 御意見ありがとうございます。この 15 歳以上という年齢については、この臓器移植の制度の中では、ガイドラインのほうで定められているものでございますけれども、これは民法上の遺言の有効性、効力が発生する年齢、すみません、正確な言葉がこの報告書にはございますが、その年齢が 15 歳とされているものを引っ張ってきている、そこを紐づけているものなのです。ですので、もしこのガイドラインにおける 15 歳という区切りの年齢を変えるのであれば、非常に近い概念である民法上の遺言の有効性を認める年齢と、方向性を積極的に変えていくということとなりますので、なかなか難しい議論になってくるのかなと理解しております。

○磯部委員長 賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 でしたら、どうしてもガイドラインに記載される場合は、今、室長がおっしゃった、ちょっと別の民法みたいな、遺言とか何かの、その表現はちょっと考えていただいて、どうしても 15 歳という数字は必要なのだということを、現場のドクターに分かるような感じで書いていただくと、いいかと思います。多分、小児科医は、今、15 歳というのは全く意識していませんし、小児科学会も成人に達するまで診るといのように宣言していますから、その辺はちょっとまたお考えいただければと思います。

○磯部委員長 はい、それはよろしいですね。ほかによろしいでしょうか。おおむね先ほどの西参考人の御意見に沿った形の提案となっておりますが、一部未解決の部分もあるようですので、この委員会ではおおむねこの形で御了承いただいたということにいたします。15 歳以上についても、本人の意思を限りなく尊重して臓器摘出を可能にするという方向で、更に委員会で議論を続けていくということです。この御提案を了承していただいたということで進めさせていただきます。

それでは、最後の議題です。脳死判定・脳死下臓器提供を目的とした転院搬送における留意点についてです。3 学会に、この委員会から委員長名で御意見を伺って、その意見をおまとめいただきました。では、これは事務局のほうからお願いいたします。

○吉屋補佐 事務局です。資料の御説明の前に、前提のお話をさせていただきたいと思っております。現在まで厚生労働省においては、5 類型施設における脳死下臓器提供の体制の拡充や、法的脳死判定等に必要人材の派遣等の施策を実施しており、この方向性を変更するというものでは、決してありません。しかしながら、脳死下臓器提供の体制整備が困難である施設が一定数存在しているという状況がありまして、令和 2 年度に当室で実施しました 5 類型施設アンケートにおいては、全国 891 の 5 類型施設の中で約半分が体制整備が整っていない状態となっており、また、そのうち約 300 程度の施設は今後も整えることができない、整えるつもりはないというように答えているという状況があります。そのような

施設及び5類型に該当しない施設においては、脳死下臓器提供の希望がかなえられないということが危惧されることから、今回、この転院搬送の議論になったと考えています。

資料の説明をさせていただきます。まず、1. 患者家族の同意取得の際の留意点についてです。脳神経外科学会からは、脳死判定や脳死下臓器提供、搬送の危険性について十分な説明を行う、臓器提供が困難となる可能性、搬送中の急変の可能性に対する同意が必要である、搬送元施設と搬送先施設は共通の認識で説明を行うという御意見があります。また、同意書の内容や取得の手順について、医療倫理や法律の専門家による確認が必要であるという課題の御提案もあります。

集中治療医学会においては、患者状態として「脳死とされうる状態」又は「終末期」と判断される患者を対象とする、搬送中の急変の可能性等について説明する必要がある。

救急医学会においては、「現在行いうる全ての適切な医療をもってしても回復の可能性がないと判断されること」について、搬送元と搬送先が共通した認識を持つこと、搬送中の危険性等について説明し同意を得る必要があるという御意見が挙げられています。

2. 患者の搬送の体制に関する留意点です。脳神経外科学会からは、搬送車の検討が必要ではないか、また、医療費の負担先の検討が必要ではないかという課題の提案があります。

集中治療医学会においては、協力連携が必要であること、「脳死とされうる状態」又は「終末期」の判断が行われた後の転院搬送が推奨されることが挙げられています。

救急医学会では、地域医療圏の状況を鑑みた包括的な病院間連携体制の構築と搬送チームを確立すること、搬送体制に関する手順書及び転院搬送に関するマニュアルが作成され、医療機関等で共有すること、また転院搬送の事例が生じた際には、検証を行い、マニュアルの修正を行うことが挙げられています。

3. 事前の連携体制に関する留意点としては、脳神経外科学会は、搬送中の急変による死亡時の責任の所在を明確にする必要がある、各都道府県内に数箇所の拠点病院を設置し、周囲医療機関と事前の連携体制を構築することが必要である、その連携体制の中で、定期的なシミュレーションが必要であるという御意見があります。

集中治療医学会においても、事前の搬送シミュレーションを行うことが望ましい、救急医学会においても、シミュレーション等を実施することが望ましいという御意見になっています。また患者情報及び対応方針を共有するべきであるという御意見になっています。

4. その他、御意見です。脳神経外科学会からは、患者状態として「脳死とされうる状態」の診断が必須ではないかという御意見、転院搬送に耐えられる全身状態か判断する科学的根拠に基づいた基準が必要ではあるという課題の御提案となっています。

集中治療医学会は、地域ごとのシステム確立が必須であり、転院搬送を円滑に運用するために協議会を設置し、ネットワークを構築することが望ましいという御意見です。

救急医学会においては、転院搬送を極力控えた上、脳死判定医等を派遣し支援することを基本と考えるが、以下の要件を認める場合は容認するということで、派遣支援を受ける

ことが不可能、あるいは自施設での脳死判定及び脳死下臓器提供が困難であること、各医療圏において事前の取り決めがなされている場合、回復の可能性がないと判断されることが搬送元施設及び搬送先施設で共通認識として確認されることが挙げられています。また枠組みとして、臓器提供施設連携体制構築事業等において、病院間連携を持つモデル地域において転院搬送業務を拡大し、検証した後に普及を図ることが重要と考えるという御意見となっていました。

御意見を抜粋させていただくと、各学会共通の御意見と検討項目がありましたので、事務局でまとめさせていただいています。患者状態については、現在行いうる全ての適切な医療をもってしても回復の可能性がないと判断される状態であること、「脳死とされうる状態」の診断又は「終末期」の判断について、搬送元及び搬送先施設スタッフの間で共通認識を持つこと、これが共通の御意見と考えられますが、転院搬送が可能な全身状態かどうかの判断基準の作成や、脳死とされうる状態の診断を必須とするかどうかについては、検討が必要かと考えられます。

同意取得については、臓器提供の明確な意思の確認を行うこと、搬送中の危険性、搬送後に臓器提供が行えない可能性や心停止後臓器提供への移行の可能性について説明し、同意を得ることが共通の御意見となっています。転院搬送に関する同意書の内容や手順は医療倫理、法的な裏付けが必要であろうと考えられています。

搬送体制については、搬送元施設と搬送先施設の間には事前の連携体制の構築が必要であり、連携体制を構築した施設間のみの搬送とすること、地域の実情に合わせた搬送に関するマニュアルの作成、事前のシミュレーションの実施が3学会共通の御意見となっています。安全な搬送体制の検討、転院搬送時の医療費負担の整理、急変による死亡時の責任の所在の明確化、また搬送元施設要件を制限するかどうかということが検討項目として考えられました。資料の御説明は以上です。

○磯部委員長 臓器提供を目的とした患者の転院搬送が可能になりますと、臓器提供数の増加についてもかなり大きなインパクトがある変更になると思いますが、3学会の意見の共通部分と、課題を今まとめていただきました。これについて、御意見、御質問を伺いたいと思います。いかがでしょうか。

○平澤委員 平澤と申します。よろしいでしょうか。

○磯部委員長 はい。

○平澤委員 提供病院のほうから、少しお伺いをさせていただきます。これは今回、転院搬送については、5類型病院の中でも経験の少ない所から5類型病院への転院搬送という印象があるのですが、ほかにも心停止下提供施設のような、5類型以外の病院から5類型の病院への搬送というようなことも考えられるかなと思いますが、いかがでしょうか。

○磯部委員長 事務局、いかがでしょうか。

○吉屋補佐 御質問ありがとうございます。こちらに提示させていただいているとおり、

搬送元施設要件については、少し検討が必要な項目とは考えています。5 類型ではない施設の場合は、脳死下での臓器提供はすることはできませんが、5 類型施設においては、体制整備が整うこと、またはスタッフの派遣によって、場合によっては脳死下の臓器提供ができるということもありますので、御質問の搬送元施設要件は検討項目と考えています。

○磯部委員長 要するに5 類型以外の所からの搬送については、現状では前提としていないということですか。これから検討するということですか。

○吉屋補佐 現状としては、対象として考えてよいのではと事務局としては考えています。

○磯部委員長 その方向で検討するということで、よろしいでしょうか。

○平澤委員 はい。もう1つよろしいですか。

○磯部委員長 どうぞ。

○平澤委員 福井のような地域ですと、5 類型病院はすごく限られてくるのですが、やはり少ない5 類型の中でそういった転院搬送となった場合、受け入れまでの準備や、逆に受け入れた後の病院への負担というものが非常に懸念されると思いますが、搬送先の5 類型病院を誰がどういう基準で探すとか、誰がそのような御判断をするのかなど、責任の所在も一緒に並行して進めていただきたいと思います。これはどこがこういったことを主導して整えていただけるようになるのでしょうか。

○磯部委員長 要検討事項に入っていますけれど、事務局、いかがですか。どこが主体となって検討を進めていくのか。

○吉屋補佐 このような主体としては、研究班等での検討というものを想定しています。

○平澤委員 はい、ありがとうございます。きっと搬送先にしますと、主治医の問題や病院内全体の影響や負担というものはかなり大きくなるのではないかと思いますので、それに伴うようなインセンティブやメリットがある程度提示されなければ、なかなかこの受入れということは非常に厳しいのではないかと感じていました。以上です。

○磯部委員長 事務局の方は、御意見を研究班のほうに反映させてください。ほかにいかがでしょうか。

○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 私の脳神経外科学会でまとめたのですが、今のお話と全く同じです。多分、これをやられると、働き方改革が全くできなくなるという意見が多くありました。特に、今、5 類型以外と言いましたが、5 類型以外でやられたら、岩手県の医療は全部崩壊します。多くの地方の脳外学会の脳死検討委員会のメンバーも言っていたので、まず首都圏、要するに医療資源が多い所でモデルでやっていただきたいと思いますということが、私たちの意見です。これを地方に広げられたら、働き方改革はできなくなります。お願いします。

○磯部委員長 事務局からどうぞ。

○木庭室長 ありがとうございます。こうしたプラクティスはできる所、できない所が、当然、リソースが均一にあるわけではありませんので、難易度は地域によってあると思

ます。そもそもこれを始めるに当たって、こういった共通の認識の下でやれるか、そのルール作りをまずしていくことが最初の一步を踏み出すに当たって必要なのではないかということで、おっしゃられたとおり、ある程度実効性のあるような形で、経験のある医療機関の先生方の間や、研究班の中で、検討いただく必要があるとは存じますが、まずそのルール作りを始めるといふことと思っています。

○小笠原委員 すみません、小笠原ですが。

○磯部委員長 どうぞ。

○小笠原委員 今のお話は、多分、このように思っているのです。現場は、5 類型が脳死の、要するに脳死を、きちんと体制を整え、だから罰としてこれをやるんだという認識になっています。ですから、やはりこれをやる意図と、それから 5 類型はきちんと整備をするということをしちゃんと説明をしないと、現場の反発はかなりのものです。是非、それを御理解ください。きちんとその 5 類型を進めないからだということなのか、それともどういう方針でいくのか、こっちを優先するのか、それとも 5 類型に整備をするということなのかを、それをきちんと説明をしないと、現場はかなり混乱しますので、これも是非説明をお願いいたします。以上です。

○磯部委員長 最初に、事務局から、そういう前提でというお話がありましたが、更にそれをきっちり徹底していくということで、研究班で検討していくということだと思います。ほかにいかがでしょうか。

○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 湯沢委員からどうぞ。

○湯沢委員 こういう議論がされていることを、非常に好ましいことと私は思っています。私は腎移植を主に行う移植医なのですが、これまで多くの心停止後の提供に関わってきました。この中で、明らかに脳死なのに、たまたま 5 類型以外の施設に救急搬送されたために腎提供しかなかったという御家族、何人もの症例を私は経験しています。その際に、御家族から非常に残念な思いを聞かされたということが何度もありまして、是非、本人なり御家族の思いを生かすために、いろいろ困難な点はあるとは思いますが、是非、解決して、搬送を可能にしていだければと思います。よろしくをお願いいたします。

○磯部委員長 ほかにいかがでしょうか。3 学会の共通の部分として、ネガティブな意見はないわけで、いかに運用していくか、あるいは問題点を解決していくかという方向で検討していくということだと理解していますので、今、伺った意見は全部研究班に反映させるということになると思います。さらに御意見があれば伺いたいと思いますが。

○小野委員 小野ですが、よろしいでしょうか。

○磯部委員長 小野委員、どうぞ。

○小野委員 私は心臓移植をやっている移植医の側ですので、こういう発言がふさわしいかどうか分からないのですが、もし脳死臓器提供のために搬送が実現した場合のことを考えたときに、病院によっては、事前に、脳死は疑わしいのだけれど、きちっとした法的脳

死判定ができない状態で5種類の病院に搬送されて、そこで正式に脳死判定が行われるというパターンと、もう1つは、例えば5種類病院間での搬送があった場合に、法的脳死判定はきちっとできたのだけど、提供が、その病院では整備ができていないので、提供のできる5種類の病院に搬送する、こういうパターンも多分想定されていると思います。そのときに、前者の場合はいわゆる患者の搬送という考え方なのですが、後者の場合には、2回法的脳死判定をしてしまうと死亡になってしまうので、死者の搬送という考え方にきつとなってしまいます。ですので、死者を病院間で搬送するということ、非常に微妙な法的なそういう解釈につながりかねないので、その辺のところも少し御検討いただいたほうがいいのではないかと感じました。以上です。

○磯部委員長 患者状態についての要検討項目の中に入っている事柄だと思います。検討が必要だということだと思います。ほかにはいかがでしょうか。

御意見は大体出たと思いますが、先ほど申し上げましたが、3学会共通して後ろ向きの意見は基本的にはないと思います。この諸課題を解決すべく研究班等で検討していただき先に進めていくということで、ここではまとめていきたいと思いますが、よろしいでしょうか。ありがとうございました。

以上で本日の議題は終了しました。委員の先生方から何か御発言がありましたら、どうぞお願いいたします。

○見目委員 患者団体の見目ですが、よろしいでしょうか。

○磯部委員長 見目委員、どうぞ。

○見目委員 今日は、門田先生から内容を御説明したものをお聞きしたのですが、1つお伺いしたいのですが、門田先生には、数年前に、先生が着任して少ししてからこの席上にお越しいただいて、今後、現状の臓器移植数をどのぐらいに持っていきたいと思われているのかというような話がそこであったと思います。その際に、先生は、その当時の現状の100例を5年後ぐらいに年間1,000例ぐらいにすることを目指したいというお話をされたと私は記憶しているのです。そのことについて、5年近くたったからどうこう言う気は全くないのですが、その御発言の立場から考えたときに、今、その目的に到達させるためには何が一番欠けていると思われませんか。先ほどのいろいろな御説明からすると、連絡をするということが韓国やアメリカでは義務化されているから、そこが大きいのかなと聞いたように思いますが、先生御自身はどのように思われているのでしょうか。御意見いただければ幸いです。

○磯部委員長 門田参考人、よろしいでしょうか。

○JOT 門田参考人 ありがとうございます。おっしゃられるとおりです。過去15年間のJOTに入った情報のグラフを出しましたが、一切増えていないのです。これをやらない限りは増えません。その理由はどこにあるかということ、ついでに言わせていただきますと、多くの場合は5種類病院の体制の問題、それからそれぞれの病院におけるその選択提示の情報が与えられるかどうかというようなことなどです。ですから、これらを前に進め

れば、必ず情報が増え、提供数は増加します。韓国の例もありましたように、情報が増加すると、情報数と提供数の幅が広がるかも分かりませんが、必ず増えると思っています。それをするかしないかによる。5年間のうちにやっていただきたかったが、5年間で増えると言ったのは確かに思い出しましたが、そのように韓国並みにはいける可能性は十分あると私は信じています。ですから、それはまだほとんどできていないということが、大きな課題ではないかと思っているということを今日は申し上げたつもりです。

それと一緒に考えていただきたいと思ったのは、人間それぞれの基本的人権です。提供する権利、受ける権利、提供しない権利、その権利を確認してあげてくださいということ、今、多くの場合、知らされず、確認をされずにいっているということが大きな課題だと信じています。以上です。

○見目委員 ありがとうございます。

○磯部委員長 ほかに御発言はありますか。

○小笠原委員 今、門田先生が言われた話で確認の件ですが、先々週、脳神経外科学会でもそのシンポジウムをやりましたが、やはり現場の負担が余りに多いということがオウサツされて、中村記念病院、それから飯塚病院、名前は出ませんが、2人が一生懸命やっていますが、やはり負担が多過ぎるということで、やはり医者ではなくてコーディネーター、要するにメディエーターのようなものをもっと国としてちゃんとしてほしいというのは、多くの意見でした。

現場の医者は、選択提示は多分恐らく無理です。私は現実的には無理だと思います。ですので、やはりそういうメディエーターを増やすということを、是非、行政のほうで、厚労省のほうでもうちょっとやっていただきたい。それがお願いです。みんなその要望がありました。以上です。

○磯部委員長 事務局、何かコメントはありますか。

○木庭室長 貴重な御意見ありがとうございます。メディエーターについては、私どものほうでも、かねてより必要性についてご意見を頂いていましたので、具体的な検討を今進めているところです。

○磯部委員長 よろしく申し上げます。それでは、時間になりましたので、最後に事務局からお願いいたします。

○吉屋補佐 事務局です。本日は、御議論いただきましてありがとうございます。本日御議論いただきました内容については、議事録を作成した後に公開させていただくこととしています。

次回の開催は、11月25日木曜日の15時から、今回と同様にハイブリッド会議の予定としています。2週間後と開催間隔が短くなっていますが、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 本日は重要な課題がたくさんありましたが、実のある議論をしていただいて、1,000例という目標に向かって進めていければいいなと感じましたが、また2週間後

ということですので、引き続き議論を進めていきたいと思います。本日の委員会は以上です。ありがとうございました。