

日時：令和3年6月16日（水）13:00～15:00

場所：AP虎ノ門 RoomJ（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、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、多田 義男参考人、野口 宏志参考人、林 昇甫参考人、芦刈 淳太郎参考人、松田 尚明参考人、大宮 かおり参考人

議題

1. 今後検討すべき論点について
2. 関係者からのヒアリング
3. その他

配布資料

- 資料1 今後検討すべき論点
資料 2-1 松田参考人提出資料
資料 2-2 多田参考人提出資料
資料 2-3 林参考人提出資料
資料 2-4 渥美参考人提出資料
資料3 今後の検討の進め方について(案)
参考資料1 臓器移植対策の現状について
参考資料2 「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）

議事

○磯部委員長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから、第55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まして、誠にありがとうございます。

まず、事務局から Web 会議に関する説明、出席状況の報告、資料の確認等をお願いいたします。

○吉屋補佐 事務局です。皆様には、事前に御連絡させていただいておりますが、今般の新型コロナウイルス感染症の発生状況を勘案し、今回も Web 併用のハイブリッド会議にて臓器移植委員会を行わせていただきます。これより、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、事前にお伝えしております電話番号にお掛けいただければ、お電話にて御案内させていただきます。

では、Web 会議の進め方について御説明いたします。画面下部に 4 つのマークがあるかと思いますが、一番左のビデオのマーク、左から 2 番目のマイクのマークが斜線になっており、ビデオがオフで、ミュート状態になっていることを御確認ください。もし、なっていない場合にはクリックし、斜線の状態にしてください。以降、御発言される場合には、ビデオ及びマイクをオンにいただき、まずお名前をおっしゃった上で御発言をお願いいたします。また、御発言が終わりましたら、再び、ビデオをオフにしてミュート状態にしてくださいようお願いいたします。

本日の出欠状況ですが、全委員から出席との御連絡を頂いておりますので、会議が成立することをお伝えいたします。本日は参考人として、筑波大学附属中学校 多田義男先生、総合病院聖隷浜松病院救命救急センター 渥美生弘先生、日本臓器移植ネットワーク事業推進本部 林昇甫本部長、広報・啓発事業部 松田尚明部長、また、文部科学省初等中等教育局教育課程課 野口宏志課長補佐に御参加いただいております。

引き続き、資料の説明をさせていただきます。資料 1「今後検討すべき論点」、資料 2-1「松田参考人提出資料」、資料 2-2「多田参考人提出資料」、資料 2-3「林参考人提出資料」、資料 2-4「渥美参考人提出資料」、資料 3「今後の検討の進め方について(案)」、参考資料 1 及び 2 があります。頭撮りは、ここまでとさせていただきます。

それでは、今後の議事進行を磯部委員長をお願いいたします。

○磯部委員長 それでは、議題に入りたいと思います。お手元の議事次第に沿って進めます。まず議題(1)「今後検討すべき論点について」、事務局からお願いいたします。

○吉屋補佐 事務局です。資料を共有させていただきます。資料 1、今後検討すべき論点について御説明させていただきます。下線の所は、前回の臓器移植委員会の御意見を反映させたものとなっております。1.「全体について」の項目においては、特に脳死判定に関する事項や虐待を受けた児童への対応等に関する事項については、まずは既に設置されている作業班等で現状と照らし合わせて検討を進めていくこととしてはどうか。その上で、当委員会でも再度、議論を行ってはどうかという御意見を頂いております。

2.の「普及啓発について」ですが、こちらは、幼少期から高校、大学、社会人に至るまで、年代別に行動目標を定め、臓器移植について家族と対話することに結びつく普及啓発を継続的に行うことで、臓器移植について考える文化を醸成することが大切ではないか。特に小・中学校における普及啓発が必要であり、文部科学省とも連携して取り組むべきで

はないかという御意見です。2 つ目としては、臓器提供ドナーが多い国に比べて、日本では「臓器提供を誇りに思う」と回答する割合が低い。普及啓発を進めるにあたっては「臓器提供を誇りに思う」ことにアプローチする方策を検討してはどうか。3 つ目は、近年の SNS 等の広がりによって、臓器提供事例の報道により個人が特定されることが危惧されることから、メディアは臓器移植に関する報道をしづらくなっている。ドナー家族が情報公開に同意しており、報道可能な個々の事例の情報提供が JOT 等からなされればメディアは報道しやすくなるため、そのような取組を検討してはどうか。また、将来的には、海外での取組を参考に、ドナー家族とレシピエント双方の希望があり、個人情報保護等の課題が解決される場合には、ドナー家族とレシピエントが対面等する取組の導入を考えてはどうかという御意見を頂いております。

3. 医療提供体制についてです。心停止後臓器提供について、我が国では心停止後に VA-ECMO を導入することは、基本的に従来の心停止後の臓器移植と変わりではなく、遺体の保存方法を変更するだけであり、遺体の尊厳に対する冒流行為であるともおよそ考えられない。本人の意思若しくは推定意思又は家族の同意があるならば、このような方法は法的・倫理的に問題はないと考えられる。むしろ、生着率の向上に資する点、家族のお別れの時間が確保される点等を踏まえれば望ましい方法ではないか。2 つ目の御意見としては、日本では脳死下臓器提供よりも心停止後臓器提供のほうが家族の同意が得やすい可能性があることから、心停止後臓器提供についても適切に情報提供することが重要ではないかという御意見でした。

小児の臓器提供について、3 つの御意見を頂いております。被虐待児からの臓器提供における主な課題として、虐待に係る証拠保全の問題があることや、代諾者による同意を認めるといった方策もあり得ることなどを踏まえ、将来的には虐待児からの臓器提供について、法改正も視野に検討すべきではないか。また、個々の事例が虐待事例に当たるかどうか判断するべく医療機関から児童相談所や警察に問合せをする際に、速やかに医療機関への回答がなされるよう事前の調整などの取組が必要ではないか。臓器提供における被虐待児の取扱いについては、ガイドラインに加え、現場で活用されているマニュアルについても改訂を行うべきではないかという御意見を頂いております。

また、実際の終末期の場面においては、医療者側が家族に対して臓器提供という選択肢を示すことが、家族間での臓器提供についての対話等を思い出すきっかけになることから、例えば全入院患者にパンフレットを配布するなど、医療機関において選択肢提示を必ず行う仕組みを検討すべきではないかという御意見を頂きました。

4 番、5 番、6 番の項目については、追加の御意見はございませんでした。事務局からは以上です。

○磯部委員長 ただいま、事務局から御説明がありました。これについての御質問、御意見については、ヒアリングの後に時間を設けたいと思いますので、先に進ませていただきます。

続いて、次の議題です。関係者からのヒアリングを行いたいと思います。ここでは、テーマごとにそれぞれ御発表いただいて、その後に議論を行っていきたいと思います。最初は、普及啓発に関するヒアリングです。この部分では、最初に松田参考人に、JOTの普及啓発の取組についての御発表を頂き、続けて多田参考人に、中学校の現場からの教育の御報告を中心に御発表いただきます。それでは、松田参考人から御発表をお願いいたします。

○松田参考人 日本臓器移植ネットワーク広報・啓発事業部の部長の松田です。今日は、当社団の「若年層に向けた教育に関する取り組み」についてお伝えさせていただきます。この取組については、当社団の諮問機関であります広報委員会及び教育関係の先生方からの御助言を受けて進めているものです。

基本的な考え方です。大きくは2つあります。1つは、各教育課程において合わせた形での「臓器移植を正しく理解する」ことです。例えば、このことと申しますと、15歳になると臓器提供の意思表示ができるようになります。中学生がこれを考える際、あるいは学習する際において、提供する立場にも移植を受ける立場にもなり得るといったところ、「提供する」あるいは「提供しない」「移植を受ける」「受けない」といった意思を自ら選べること、これらが等しく尊重されることなどについてです。

○磯部委員長 ただいま、スライドの調整中ですので、少々お待ちください。

よろしいですか。お願いいたします。

○松田参考人 大変失礼いたしました。続けさせていただきます。これらの意思と申したところは自らで決められること、そして、これらの意思と申したところは尊重されるべきことといったことが挙げられて、これらを理解した上で考えること、学習することが非常に大事なことと捉えています。

もう1つは、臓器移植を題材にした中での「いのちの大切さについて認識を深める」ことです。これらの2つのことが若年層への教育を進める上で重要なことであると捉えております。学習指導要領に関する関連性については、この後お話をされる多田先生にお任せしたいと思います。

次に、取り組みの目的と内容についてお伝えさせていただきます。目的は3つです。1つは、情報に接する機会の拡大です。2つ目は、適切な情報に基づく理解の促進です。3つ目としては、学びを通して、友人や御家族といった方々との対話を促すことで、社会全体の理解につながり、移植医療が身近にあるような社会づくりへの意識と行動の醸成を図ることです。

続いて、学習の支援の取り組みについてお伝えさせていただきます。取り組みは4つあります。1つ目は、授業で使えるような教材等の提供です。2つ目は、授業を実施する上で教育者を支援するセミナーの開催です。3つ目が、学校等に講師を派遣する出前授業です。4つ目として、逆に学校からJOTに生徒を受け入れて、受け入れの学習という形でやっております。一方的ではなく、双方向の形で取り組みを進めており、このような柔軟な

支援により学習の機会が生まれるという形で進めております。

続いて参考の資料ですが、現在、私どもは中学校を中心に取り組みを進めております。中学校といいますと、その数は多いといったところがありますので、学習の機会を広く提供する上で、学校にて授業を実施いただくこと、そういった御協力を頂くことが重要であると捉えております。教科としては、道徳をはじめ、このような教科においては臓器移植との親和性といった面が高いと言われております。このようなところで授業の実施につながればいいかなと考えています。

5 ページからは、学習の支援の取り組みに関する各論に入ります。まずは、教材などの提供に関してです。こちらのパンフレットは、厚労省において作成したもので、全国の中学2年生に配布しているものです。このパンフレットを活用して、先ほどの教科等で授業の実施につながるような形で、教育者向けの解説書をJOTが作成し、これを同送しております。そのほか、授業で活用できるような教材や資料といったものもありますので、こちらにおいては希望に応じてお出ししているといった対応もしております。

取り組みの2つ目です。授業の実施に向けて教育者を支援するセミナーについてです。対象は、教師をはじめとする教育関係者です。内容としては、臓器移植を題材とした学習の目的の持ち方、あるいはその効果のはかり方、これに加えて、臓器移植の基礎知識として基礎情報をお伝えさせていただいております。何よりも授業の実施で、臓器移植を題材とした授業の実施経験者の方々からの情報共有、これらの情報共有をした上で、授業の実施に向けての個々の課題の解決につなげております。特に、授業の実施者の使用した学習指導案、あるいは授業で使用しました配布資料、映像資料はそれぞれ、すぐに授業として役立つものですので、セミナーに参加された先生方には持ち帰っていただき、すぐに利用させていただいております。さらに、これらをホームページ等で展開することにより、多くの先生方が情報に接することができるような形で提供しております。

7 ページは参考資料ですが、既にお知らせしておりますとおり、中学校の道徳の教科書です。7つの教科書において、「臓器移植」を題材にした内容が既に掲載されています。このように、中学校においては教科書の利用が進むに連れて、授業の実施が増えてくるものと期待しております。

こちらについては、ある教科書の本文と発問の抜粋です。このような教科書の発問や本文の背景となるような情報について、適切に教師の方にお知らせすることで不安を和らげて、準備の御負担を減らす。ひいては、生徒の理解につながるものと捉えており、この辺のところを丁寧にやっていきたいと考えています。

続いて、取り組み③④です。学校へ講師を派遣する出前授業と、JOTにおける学習の受け入れについてです。これらにより学習の効果を確認あるいは経験していただいた上で、各学校での授業の実施へとつながるものと期待しています。これらによって、より学習の効果を高めたい場合などもあるかと存じます。その場合については柔軟に対応いたしますので、このような形で授業にプラスして、このような機会を御利用いただければと考えて

います。

以上をまとめます。まず、若年者の臓器移植の情報に接する機会の拡大を図ってまいります。授業の実施について強く支援していきたいと考えており、具体的には、中学校においては教科書の使用をベースにしたところの情報提供による支援を強化してまいります。また、高等学校あるいは小学校等において、教科書にまだ掲載のない所においては、学びのモデルのケースといったものを確立していき、学習指導案等を先ほどの教育者向けセミナーを中心として提案していきたいと考えています。また、必要に応じて教育資材等の開発にも推進してまいりたいと考えております。以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。続いて、多田参考人から御発表をお願いいたします。

○多田参考人 筑波大学附属中学校の多田義男と申します。本日、臓器移植委員会において、参考人としてこのような発表の場を頂戴し、心より感謝いたします。不慣れなため余り自信がございませんが、時間の限り一生懸命、現場の声をお伝えしてまいりたいと思います。皆様、よろしくお願いいたします。

簡単に私の略歴です。平成26年3月まで、都内公立中学校の教員を務めておりました。同年4月より、現職場にて勤務をしております。担当教科は、技術・家庭科の技術分野を教えております。御承知のとおり、小学校、中学校では、道徳は専門教員が教えるのではなく、担任が中心となって全教員で取り組んでおります。本日は、生命の尊さについて自ら考える態度を育てる道徳教育、新聞記事に掲載されたドナーとなった両親の手記を教材とした実践を発表させていただきたいと思っております。

道徳について、中学校の視点で御説明させていただきます。今回の改訂で教科化された「道徳科」は、御承知のように教科化されたことに伴い、教科書を使って子供たちに指導しております。教材に登場する人物の様々な生き方や考え方を学び、教師と生徒が共に学び、生き方を考えることを目指して進めております。私の今回の発表は、道徳の授業では毎回、主題としてテーマを決めております。今回は、生命尊重を主題とした臓器移植を通して生命について考え、現代的な課題である生命倫理についても考えていくという報告となります。

学校が生命尊重について学ぶ法的根拠を簡単に御説明したいと思っております。御覧のとおり、教育基本法では、第二条の教育の目標に取り上げられており、また、学校教育法第二十一条では、義務教育の目標で、このように取り上げられています。言うまでもなく生命尊重というテーマは、全ての学校の教育活動で行うということがしかるべきであります。全ての学校教育のどの活動かとなりますと、次の資料に示させていただきます「特別の教科道徳編」の中に位置付けられている学習指導要領の解説の中にあります。道徳の指導要領解説は大きく分けて4つに分かれており、生命尊重が一番下の「主として生命や自然、崇高なものとの関わりに関する事」の中に示されております。19番ですが、生命の尊さについて、その連続性や有限性なども含めて理解し、尊重するということとなります。こ

れが道徳教材で生命尊重が取り上げられる根拠です。ほかにも、自分のこととして考える等がありますが、今は複数の項目を1つだけにまとめていくというよりも、関連するようなことで学習を進めていくということになっておりますので、後ほどその発表をしてまいりたいと思います。

平成29年7月に告示された「中学校学習指導要領解説」に、先ほど申し上げたことがこのように記載されています。小学校では、「つながり」「生命を尊重する」とありますが、中学校では「連続性や有限性を理解して」とあります。そういう連続性とか有限性を考えながら生命尊重を行う教育ということで、教員たちは日々ちょっと苦労するところもありますが、後で出てまいりますけれども、難しさも感じております。

一方、今回の改訂で、現代的な課題についても触れるというような項目が増えました。現代的な課題というのは、科学技術や生命倫理などの持続可能な社会の発展に伴い、身近な社会的問題を自分との関係において、その解決に取り組もうということで多面的な考え方で学んでいくというようになっております。

では、現代的な課題というのは、どういうことかということ、下の3行です。これは、学習指導要領解説に載っている現代的な課題ですが、例えば食育、健康教育などで、全ては読み上げませんが、この中に臓器移植という言葉はないということです。また、生命倫理という文字もありません。学校においては、教育の推進など様々な取組が下りてまいります。生徒たちに考えさせたいと思う現場の教師ですが、限られた学習時間や教育課程の中で全てを押さえることは難しく、臓器移植については教科書に掲載されておりますので、教材化された教科書を使うということで、大変大きな意味を持っていることと考えられます。これはちょっと割愛したいと思います。

今回、道徳の授業で使いました教材は、新聞記事に掲載されたドナーとなった両親の手記です。2016年に臓器移植ネットワークが公表し、その後、各社新聞記事として掲載されました。小さなお子様をお持ちの御両親がインフルエンザ脳症で脳死と判定され、短い時間の中で、どのように判断していくかという苦悩をにじませた手記となっております。この教材を考えたときに、先ほど申し上げたよう、単なる臓器移植をどうするかではなく、生命尊重を中心として家族愛や思いやり、感謝など様々な項目が絡み合います。生命尊重を通して、日頃置かれている自分のあり様、これからどのように生きていくかなど様々な議論が交わされ、自分のこととして考えるということを目指しました。

授業記録からです。授業の発問構成は、この主な3つです。1つ目は、Aちゃんのお父様が綴ったAちゃんの「繋いだその命」についてどう思うか。2つ目は、「今でも会って抱きしめたい」というお母さんのメッセージについてです。最後は、「生きる」ということについてです。授業の形態は、あらかじめ4人のグループに分かれて2つに分かれます。1つはレシピエント側、臓器を提供される側になった家族の思い、そしてドナー側、提供することになった御家族の思い、それぞれどんな思いになったかを話し合います。これがそのときのシーンです。それぞれ分かれて、それぞれの家族の思いになって考えて、

その結果を互いに発表し合うということです。一部ワークシートを持ってまいりましたので御覧ください。左側が、レシピエント側の家族の話です。有り難いとか、これからどのように生きていくかという記述が見られます。右側のグリーンのほうは、ドナー側の家族です。御覧のとおり、自分の下した決断に苦悩する家族について真剣に話し合いました。全てを確認しますと、やはり量的にはドナー側の家族についていろいろな意見が出てくることが見られました。また、生命尊重だけではなく、お父さん、お母さん、自分の置かれている立場について考える結果になりました。一番右側が、お父さんの綴った「繋いだ命」についてです。お父さんの苦悩で、必ずしも簡単に決断したわけではない繋いだ命についてどう思うという発問に対して、「どうしてほしかったかな」などお父さんの気持ちになって、今でもAちゃんに下した自分の決断について苦悩する父親のメッセージがあります。ただ、そうはいつでも自分の子供の命がほかの人の命を助けることができたのではないかというように、納得するような気持ちにまで子供たちは達しました。

最後の発問なのですが、「生きる」ということについてどのように考えるかということです。レシピエント、ドナー側の思いを十分考えた後に、このような発問を出しました。御覧のとおり、生き方にはいろんな形があり、死んでしまった後にも「命」はずっとつながっていくのではないか。誰かの記憶に残っている限り、その人は生き続けるのではないか。また、ある生徒は、自分の役割を果たすことが「生きる」ことというような結論を発表していました。生徒たちは、今まで以上に生命について深く考える授業となったと、そのように記憶しております。

臓器移植をテーマにしたときの道徳科での生徒の学びです。臓器移植について考えることを主とするのではなく、生きることの大切さ、自分が今生きている不思議、将来、自分の身に起きてしまうかもしれない科学技術や医療技術の発達について深く考える、このようなことが現代的な課題のテーマとして非常に合っていたのではないかと私は考えております。

昨年2月、まだコロナがこんなにも広がっていないときに、JOTの御尽力によって、先ほども御紹介がありました富山大学の種市先生のお話を頂戴する機会を頂きました。授業が終わった後に、種市先生のお話でした。ちょっと右側の感想を読み上げます。臓器移植に関するお話をされると伺っていたので、その素晴らしさだけをお話しされると思っていた。少し文面が変わっていますね。しかし、あげたい、あげたくない、という権利があり臓器提供は正義ではないという言葉が私の偏見をとってくださいました。移植医療のことをしっかりと学習せず、移植という道を知らずに終わることは、間違いだと思います。だから私は、自分の親に縁起が悪いなど言われても自分の意思を示しておきたいと思うようになりました。本日はありがとうございました。（中学校3年女子Aさん）です。

その後、彼らは高校2年生となりました。今回このような発表の場を頂くことに当たり、当時、中学生だった男子生徒にインタビューをさせていただきました。彼は将来、自分は小児医療に関わりたいと話していた男子生徒です。ちょっと読み上げます。中学生だから

ちゃんとは話せないかもしれないけれども、自分や家族のことで悩みを抱え、自分自身もいろいろあったので、よい機会となったことを覚えている授業だった。高校に進学すると、保健体育や倫理の授業で様々なことを考え、ずっと生命や医療について今でも考えている。授業だけでなく、3年生のときに行った企画はとても有意義で、卒業のせまるあの時期だからこそ大切だと思った。授業が終わった後、この生徒は、家族と自分の意思表示について話したことをよく覚えていますと言っておりました。

カリキュラムマネジメントとして、中学校の教育課程では、どのように臓器移植を考えるかというのがあります。関連する教科は、この4つだと思います。理科や保健体育、社会科公民、社会科 公民には、「自己決定権」ということで「臓器移植」について学習という表示がありますが、理科や保健体育科には、直接的な言葉はありません。技術・家庭科では、家族の考えというように、「家族・家庭について」で、自分のことを考えるということになります。これは前回、瓜生原先生が御発表したもので、割愛させていただきます。

現場の教師の声というのを簡単にまとめました。数年前と、実際に今は少し違っているように実感しますので、整理します。まず臓器移植のことを教えるということではなく聞くのではないかという不安、臓器移植のことをそもそも自分自身が理解していない、どのように授業をすればよいのかという声が挙がっています。私も実践して分かるのは、臓器移植について深く教えるのではなく、今ではWebなどで簡単に情報も手に入り、また様々なメディア、これはドラマもそうなのですが、いろいろ取り上げられているので、私の感覚では、数年前よりも取り上げやすいと思っております。

道徳科で臓器移植として扱う課題があります。それは、先ほど申し上げたように、臓器移植の意思表示を理解させようと指導するのではなく、道徳科では「生命の尊さ」を中心として、あるいは「家族愛」「思いやり・感謝」という側面から迫っていき、教師側が認識を持つこと。それから、教育課程の中でどのように位置付けられているか。これは中学校だけではなく、特に高校を意識したカリキュラムマネジメントが必要だと思います。

また、環境としては、現行の教科書では3年間で一度しか扱わないため、これはどうということかと申しますと、3年生あるいは2年生に臓器移植に関係する教材が1つしかありません。なので、非常に内容が問われます。ですので、教材として吟味が必要であると思います。これは教科書会社の関係だと思います。また、学校だけではなかなか拭えないものがありますので、先ほどのJOT様の発表のように、医療現場など移植医療に関わる方との連携・協力も重要だと思っております。

最後に、簡単なことですが、私事ですけれども中3の次男についてお話しさせていただいて、発表としたいと思います。今年3月に私の健康保険証が更新されたことに伴い、彼にも新しいものが渡されました。それを受け取ると、すぐに1にマルを付けました。慌てた妻が本人に問うと、道徳の授業で以前、臓器移植について学んだことがきっかけだという話となり、その後、家族で話し合う時間となりました。その教科書は光村図書ですが、平成28年に行った研究発表で掲載されることになりました。私も大変うれしかったので

すが、道徳で学んだ生徒たちがそのようになるといいなど、つまり、自分の命について、自分のその後についてどう考えればいいか、あるいは考えられる生徒になってほしいと思って授業や研究を行っておりましたが、まさか自分の目の前でそのようなことが起きるといふことに、大変感動しました。なので、どのような教材で多感な時期を迎えている中学生と話し合えるか、教材に載せることは大変重要だと思いました。用意した原稿と手元に用意したものが少し違っており、もたついてしまい、大変申し訳ございませんでした。以上で私の発表を終わりたいと思います。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。お二人の参考人からお話を伺いました。併せて、御質問、御意見を伺いたいと思います。まず私から松田参考人にお伺いします。非常に意欲的な取組と教材セミナー等をやっているからといって、大変素晴らしい活動をしていることを理解しました。教材は、3万部とか400件とか、あるいは厚労省の資料を11,000校に配ったとありますけれど、利用の実態についてのフィードバックは何か受けていらっしゃるのでしょうか。

○松田参考人 御質問をありがとうございます。パンフレットの利用に関しては、先日の瓜生原参考人からのアンケート調査の結果で、20%余りが授業で実際に使用しているという御発表があったかと思います。このほかについて残念ながら、フィードバックを受けた中で把握できる実数としてはありません。

○磯部委員長 最終的なアウトカムとしては、やはり提供数の増加になると思いますけれど、そこまで行き着くのは、なかなか大変だと思いますが、また利用の実態がどのように活用されているかについて御検討いただければと思います。

○松田参考人 ありがとうございます。

○磯部委員長 ほかに。委員のほうから御意見、御質問がありましたら、どうぞ。

○渡辺委員 よろしいですか。

○磯部委員長 渡辺委員、どうぞ。

○渡辺委員 日本医師会の渡辺です。松田先生と多田先生に1つずつお聞きしたいのですが、松田先生に対しては、資料や教材の中に、点字とか音声の資料が含まれているのか、それとも、まだ紙媒体だけなのかというのが、1つお聞きしたいことです。筑波大学の多田先生は、道徳の授業をなさっておられるのですか。これがベストと思われるかどうかということです。というのは、私が思いますのは、道徳の教科書に載っていることが最終目的ではなく、できれば学習指導要領の中に、がん教育のように掲載されて、全国で標準化されたような授業が均等にできるほうがいいと思います。そういう意味では、総合学習とか保健体育でも行えるというように、もっと機会が増えないと、なかなか全国での授業が広がらないのではないかなということです。先ほど多田先生もおっしゃったように、選んだ教科書とか、教えておられる教師によって影響が違ってくるといふのはできるだけ避けていただきたいというか、均等な同じレベルの授業が全国で行えるようにするには、やはり教科書に載るだけではなくて、いろいろな授業の機会に指導要領にのっとった形で

対応するほうがベストではないかと思うのです。その辺に関して、多田先生のお考えをお聞かせ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 では、まず松田参考人から。

○松田参考人 松田のほうから、前半の部分について、お答えさせていただきます。基本的に教材につきましては、漫画冊子とか、そういったものを紙媒体でお送りしているのが主です。ただ、ホームページ上に、PDF で、いつでもダウンロードできるような状態にしたり、動画なども、併せて提供するような形になっております。音声とかで、耳の不自由な方や目の不自由な方に対しての啓発用の資材といった形のもの、残念ながら存在しておりません。ただ、意思表示カードについては、点字のものがありますので、それは希望に応じて提供する形になっております。以上です。

○磯部委員長 では続いて、多田参考人からお願いします。

○多田参考人 お答えします。おっしゃるように道徳がベストだと私は思いません。道徳教材にも載っており、総合学習の中のテーマとしても扱われ、そして、今は中学校の保健体育の中には、その領域はございませんが文言として取り入れられたり、理科の中でどう扱うかは分かりませんが、少なくとも言葉だけでも入るということは重要なことであり、そういうものが結びついていくことが重要だと思っております。1つの教科、あるいは道徳で教えたからという指導だけでは、なかなか浸透しない。それから、渡辺委員がおっしゃるように、教材も大変重要だと思っておりますので、7社に掲載されているわけですが、読み比べてみますと、それぞれに差があり、課題もあります。なので、教える側の教師の質の統一も難しいので、同じ教材が載るということは、おっしゃるように解決にはなると思いますが、なかなか、でも実際には難しいのかなと思っております。以上です。

○磯部委員長 よろしいですか。ほかには、いかがでしょうか。

○横田委員 横田ですけれども、よろしいでしょうか。

○磯部委員長 横田委員、どうぞ。

○横田委員 日体大の横田と申します。松田参考人、多田参考人、ありがとうございます。私は、今申し上げたように日本体育大学に勤務しているのですが、日本体育大学には4つの附属高校があります。実は、昨年度、「命の教育」というテーマで4つの高校のうち3校で担当させていただきました。その中で脳死あるいは臓器提供という項目も講義の一部でお話したのです。その後アンケートを取ると、講義の対象は高校1年生ですが、ほかの項目よりも圧倒的に脳死あるいは臓器提供に興味を持っていました。これほど興味があるので、「きちんと高校の授業として取り入れたらどうですか」と先生方にお話をしましたが、なかなかテーマが難しく、やろうと思ってもできないんですよねというようなお答えをいただいたのです。多田先生は、特別に何か、この臓器提供や脳死という項目に関して、御自身でかなりの知識や情報を得た結果として授業を行うことができたのか、あるいは、そうでないのかを是非、教えていただきたいのですが、いかがでしょうか。

○磯部委員長 多田参考人、どうぞ。

○多田参考人 ありがとうございます。私の場合でお話をしますと、私が行った新聞記事掲載のものは教科書にも載っていないくて、当時は教科化されていませんでしたので、どの教材を使うかは、ある程度学校に委ねられていました。そこで、臓器移植について取り扱うからには、更に、私自身がかなりの勉強をいたしました。どういう臓器が提供できて、どういう状態が脳死というのかを勉強しました。それによって、私も自信を持って行うことができたのですが、先ほど松田さんからありましたように、JOT からの資料がかなり充実しておりますので、そういうものがきちんと届けば、ただ、ぱらぱら見るだけでも、ずいぶん知識としては入ってくると思います。実際に、これはやってみないと分からないというのがあるのですが、余り躊躇するよりもやってみたほうが。生徒のほうが、その辺はしっかりと認知しています。私ごとですが、昨日も息子と話をしたのですが、ドラマの影響も大きいようで、「コード・ブルー」というドラマなんかを見て、ずいぶん大きく自分は心を動かされたということで、現場の私たちが思っているように、怖いものに触るような感じではなくても、もっと生徒たちはきちんと理解してくれているのではないかと思います。

○横田委員 ありがとうございます。やはり普段おられる先生が、このようなテーマについて勉強する機会があったほうが、外部から講師を招くよりはいいのではないかと思いますので質問いたしました。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。

○湯沢委員 水戸医療センターの湯沢ですが、よろしいですか。

○磯部委員長 湯沢委員、どうぞ。

○湯沢委員 今、横田先生からもお話がありましたが、教育に関わるところで、私は移植医ですが、教育していただくのは移植についての教育ではなくて、あくまでも臓器提供だと思うのです。臓器提供の結果、皆さんに考えていただきたいのは臓器提供であって、もちろん、その先に移植があるのですが、松田参考人からの資料のスライド4にも、臓器移植を題材とした授業への支援ではなく、臓器提供であるべきではないかと私は思います。それから、多田先生の道德教育の題材で、臓器移植をテーマにしたというよりは、やはりこれは臓器提供を題材とされるという方向で考えられたほうが、考える立場としては、より適切ではないかと思いますが、いかがでしょうか。

○磯部委員長 お答えを求めますか。

○湯沢委員 移植医としての考えです。移植を前面に出すのではなくて、あくまでも臓器提供を。

○磯部委員長 参考人のほうから何か御意見はございますか。

○多田参考人 おっしゃるとおりだと思います。私たちは、移植ではなく提供についてのことを考えさせましたので、これから先、そのようなことで認識していきたいと思います。

○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。私から、松田参考人に1点だけお伺いします。教育

者向けのセミナーは、参加者が 160 名いらっしやって、フィードバックとしても 90%の方が授業をしたいということですが、この参加者は自発的ですか。それとも何か、意識の高い方に自発的に集まっていたのか、何か割当てのようなことをされたのか、どういうオーディエンスだったのでしょうか。

○松田参考人 御質問ありがとうございます。お答えさせていただきます。基本的に全国の学校にファックスで案内をしております。基本的には興味がある先生方が、このセミナーにご参加くださっているということと認識しております。

○磯部委員長 試みとしては、最初は意識の高い方でよろしいと思うのですが、今後はもう少し広がるような方向もあると思いますね。ありがとうございます。

○松田参考人 ありがとうございます。

○磯部委員長 よろしければ、この辺で、時間もございますので、先の話題に進みたいと思います。次は、幹旋体制についてのヒアリングです。林参考人からプレゼンテーションをお願いいたします。

○林参考人 はい。日本臓器移植ネットワークの林でございます。今、スライドを用意していただいておりますので、しばらくお待ちください。今回、厚生労働省のほうから、特に臓器移植コーディネーターの現状で、労働状況環境がどうなっているのか、委員の方から御指摘があったことを重点的にお話する中で、提供家族ケアの取組を少し紹介させていただくという流れで、お話したいと思います。

まず、JOT のコーディネーターの主な業務を理解する場合、大きく 2 つに分けられ、あっせん業務と支援業務になっています。あっせん業務及び支援業務が何に規定されて、何をよりどころにして実践されているかと申し上げますと、あっせん業務に至っては、法律や省令はもちろんのこと、運用に関する指針、つまりはガイドライン、局長通知で渡されるものと、あとは室長通知として運用指針の細則が、よりどころということになっています。具体的な内容は、非常に小さな文字で恐縮ですが、レシピエント適応基準、ドナー適応基準が全てのあっせん業務のエビデンスであるというように御理解いただければと存じます。

支援業務に関しては、明確な公的基準というのはありません。ただ、倫理 4 原則という学問体系があり、私たちとしては、これにのっとって業務行動の整合性、あるいはグリーンケアをどのような形で展開していくか、コミュニケーション技術をどのように展開していくかということ整理してきたという経緯があります。

次に、あっせん業務の概要についてですが、一般によく言われるのは、やはり病院という現地での対応というのが、イメージの中では多いかと思います。実際、具体的に何をやっているかという、まずは院内体制が整備されて臓器提供ができる基準に達しているかどうかという確認を行います。その上で、御家族への説明と、承諾を取り、法的脳死判定が適正に行われているかどうか、いわゆる基準通りに行われているかどうかといったチェック表を用いて、それを監査するような立場でもあります。ただ実際には、それ以外の仕

事で、非常に労力の大きな「意思確認」という仕事があります。これは何かと申し上げると、ドナーに関する医療情報を移植施設に提供し、レシピエントあるいは医療機関への移植の可否に関する「意思確認」を行うという動作です。これは、下の段の「レシピエント選定リスト」を用いて実際に行うのですが、ドナーの患者さんが発生した場合、その整合性を検証し、選定基準に基づいたリストから意思確認を行うという流れになっています。

私たちにとっては一番重要というか、この上の3つの業務を行うためには、情報の基盤が常に更新されていなければなりません。今現在、レシピエントとして1万5,000人が登録されているのですが、随時、重症度が変更になります。このような医療情報の変更も含めた登録管理業務、あとは水面下で行われているので余り知られていませんが、こうしたレシピエントの1万5,000人分の血清、検査体制の管理です。迅速な検査体制というものも、あっせん業務にとっては非常に重要であるということを御理解いただければと思います。

大体、1事例の臓器提供が発生した場合に、とれぐらいのコーディネーターが動くかということですが、おおよそ10名のコーディネーターが動きます。現地においては、リーダーが1人就きます。その上で、家族対応に1名、医療情報の収集に1名、手術室対応に1名、その他様々な書類管理等々があるので、おおよそ4名から5名で対応しているところですが、あっせん対応本部が東京にありますが、同時進行的に5名から6名で運用を行っています。これは班長を中心に、横に次席を置いて情報管理を行い、一斉に意思確認を行う際に、心臓担当、肺担当ということで、臓器別の担当を置いて、ほとんどコールセンターのような状態でレシピエントの意思確認を行っています。参考程度ですが、例えば心臓ということであれば、2、3時間から6時間ぐらいの間に、30以上の医療機関に連絡をして医療機関からの返事を待つということですが、これが入り乱れる形になるので、1臓器当たり1人で対応するという体制を取っています。

次に、支援業務の概要です。支援業務としては、意思決定支援、心理・社会的サポート、長期フォローアップ、それらを支える基盤整備というものがありますが、私たちが非常に大切にしているのは、提供をする権利だけではなくて、提供しない権利も堅持しなければならない立場です。そういった意味で、御家族の代理意思決定の任意性がしっかりと担保できているのかどうか、また、基準の中にある「家族の総意」でなければならないということがあります。御家族間の様々な人間関係もあるので、そういったことに最大限の配慮をしながらプロセス支援を行っていく。そのためには、倫理的視点に基づいた意思決定支援を行っていく必要があるということです。その他の活動については、後段に譲ります。

それ以外のコーディネーターの重要な仕事としては、移植施設委員会、提供施設委員会、移植検査委員会等の様々な現場の有識者の先生方で構成された委員会運営があります。これは、とにもかくにも、現場の声を反映しなければ実際のニーズに基づいた活動ができないという原点に立っています。それぞれの委員会の下には諮問委員会が置かれていて、あっせん事例評価委員会に至っては、全ての事例において、こちらで検証が行われ、最終的

には厚生労働省への報告が行われるということになっています。ざっくりですが、年間に30回程度、それ以上の委員会運営を全てコーディネーターで運用をしているというのが現状です。今現在は、我々が全ての事業の見直しを図るということで、第三者評価委員会というものを立ち上げていて、1か月に1回よりも早いペースで全ての資料を開示して、あらゆる取組に関する効果あるいは改善ポイントを評価していただいている最中です。秋ごろには、報告書という形で出てくると聞いています。

それ以外にも重要な取組があります。臓器移植対策事業は、厚生労働省からの補助事業として、大切な税金をお預かりしているわけですが、この運用業務ということも行っています。非常に多くの事業を与っているわけですが、その中でも、あっせん事業体制整備事業の中に、約10種類ほどの事業があります。お聞きになったことがあるかもしれませんが、院内体制整備支援事業、連携体制構築事業、あるいは心理的ケア事業や研修に関する技術研修事業も全て入っています。こういった中身に関する企画立案や、公募要項を作る、問合せがある、実際の内容を審査する。あるいは整理して各種委員会に諮るといった業務を全てコーディネーターで行っております。これ以外に、呼ばれば病院訪問も行います。後は、先ほどありましたが、教育機関の訪問として中学校に呼ばれるといったこともありますが、実は警察学校によく呼ばれます。検死等の内容の中で、移植がどのように関わるかというところのニーズがあるので、それにも応えたい。各種提供病院側からシミュレーションを行いたいので支援していただきたいということに関しても人員を派遣していて、波はありますが、多いときは1か月に10回程度、移植の有無にかかわらず、そういった活動も行っているところです。

あとは、水面下でほとんど御存知ないと思いますが、渉外業務として、臓器搬送を行う際に航空機を使うケースが非常に多いです。その場合、手荷物検査上で、手術機器が引っ掛かってしまったとか、クーラーボックスで臓器搬送をしているにもかかわらず、「開ける」と言われたりします。そういったトラブルというのは日常茶飯事ですので、JALやANAを始めとした航空業界の方々と定期的に議論をして、移植の理解を進めております。実際にマニュアルもあります。ただ残念なことに、現場に出てチェックをしている方々というのは、いわゆる委託を受けた警備会社であったりするということがあり、こういったトラブルが極力起こらないように、各業界と一緒に取組んでいるというのが実情です。

それ以外に、ロジスティックシステムの開発ということで、様々な搬送経路にはいろいろなトラブルがありますので、より効率的で、かつ安全な検体搬送あるいは臓器搬送を目指して、様々な運送会社や配送会社との交渉やシステム開発の議論を定期的に行っているところです。

また、研究業務というものもあります。研究開発業務ではありますが、今回、お話しはできませんが、御遺族に対する調査とか、疫学的なデータを国会報告しますとか、各種委員会からいろいろなニーズがあるので、それに合わせて様々な調査も行っています。これを

全てコーディネーターの手で行っているということです。

では、実際の移植コーディネーターの人員ですが、今現在は 35 名おります。看護師が 24 名、その他国家資格を持っている者が 6 名で、全体の 8 割ぐらいが、なにがしかの国家資格を持っているというのが現状です。こういう状況になると、業務上で非常に、労基法に引掛かるのではないかとということで、私が着任した 2017 年の当時の調査になりますが、かなり詳細に労働調査をさせていただきました。新人 4 名を除いた 26 名を対象に調査を行っております。

このグラフは、ちょうど 7 月の時点における 1 人当たりの JOT コーディネーターの 1 日平均勤務時間をグラフに表しています。横軸が 1 日から 31 日までで、縦軸が時間となっています。本来、こういったものを見せると問題になるわけですが、いわゆる 1 日 8 時間労働をはるかに超えている形での勤務体制であることがよく分かります。この棒グラフの青色の部分が日常業務に相当する労働時間です。ピンク色の部分が、あっせんに係る時間になっています。見ていただくと分かる通り、実際にあっせんが発生すると、通常業務が極端に低下するということが繰り返されてきたというのが実情です。先ほど申しましたが、7 月の時点では脳死の事例が 8 例、心停止下臓器提供に至っては、月をまたいで 5 例です。これは、我々にとっては平均的な事例が発出している月であったというように理解しております。

こういったことに関して、厚労省からの要望があり、実際に、どれぐらいのドナーが出ればコーディネーターが何人必要であるという指標を出してほしいということでした。年間ドナー件数当たりの必要なコーディネーターの推計指数ということで、1 日 8 時間以上は働かないという前提の下に、あっせん業務の必要人数と、通常業務も質を落としてはなりませんので、そういった条件設定をして算出した指数が、結論から申し上げますと、心停止後の臓器提供及び脳死下臓器提供の両方を合わせて、0.356 を掛けると指標になります。これを実数に当てはめます。2019 年は 125 件ありました。この辺の指数が正しいかどうかですが、54 人いなければ回らないということになります。これは通常業務もきっちり進められるという前提での数字になります。ただ、この年は実際には 32 名ですので、必要人数が全く足りない中で、通常業務とあっせん業務を同時に進行させて、あっせん業務を行うときは大体 3 日間は不眠不休の状態がずっと続いているというような悲惨な状況というのが臓器移植コーディネーターの世界です。当然、これを放置するわけにもいきません。これが 2017 年の調査でしたので、業務改善に向けた取組としては、絶対方針として業務量を削減・軽減していくこと。ただし、絶対的に質の維持・向上、質が下がらないということをお前提とすること。この絶対方針の下で、まず、JOT の組織の再編成を行いました。時間がないので詳細は割愛しますが、委員会や部会の設置をしたり、あるいは教育システムの確立を行ったり、様々なことを行っております。業務量の軽減としては、人員を拡充する必要があり、4 月採用だけではなく秋採用も導入し、今も継続しております。あと、この臓器移植委員会でも御承認いただきましたが、臓器搬送に係る外部委託をお許

しいたがいているといった部分で、こちらとしては非常に助かっているところです。様々な人員が拘束される今のルールでは、なかなか難しい部分があるので、コーディネーションアシスタントと呼ばれる新たな職種を導入したり、いろいろなことを行って、少しずつ改善に向けて努力をしているところです。あと、ちょっと驚かれるかもしれないのですが、もう白旗を挙げて労基署のほうにまいりまして、何とかならないでしょうかということで、直接の指導・助言を頂いて労働条件等の見直しも図っているというのが今の現状です。

次に、提供家族ケアの取組を簡単に御説明いたします。今までの家族ケアの取組というのは、レシピエントの経過をドナーの御家族に報告する、サクスレターの受け渡しを行う、ドナーファミリーの集いで、年1回多くの方にできるだけ集まっていただく、いつでも相談を受け取れるように専門ダイヤルや E-Mail 等を開設するということですが、例えばサクスレターの発出率が 30%と非常に低いというような現状があり、改善していかなければいけない点は多々あります。本日、着目していただきたいのですが、実はドナーの背景というのが非常に重要になってきます。法改正後から 2020 年 3 月 31 日までの 595 例を対象とした統計なのですが、死因別分例で見ると、いわゆる脳血管障害や心血管障害の内因性は 55%程度なのですが、自死・自殺が 17%(100 例)で、外因性も 25%認められるという状況です。しっかりとしたデータが世界中で余り出ていないので比較対照はできないのですが、ただ、印象としては、ちょっと自死・自殺が日本の場合は多いなという印象を受けております。これは、根拠がありません。

あと、ドナーの年齢別の内訳ですが、全体の数からすると 20 歳未満が全体の 8%を占めているというのが現状です。こういった小児の事例や死因別のドナー家族ケアというものを展開していかなければいけないのではないかと。その前提で、レシピエントコーディネーター部会あるいは家族ケア部会を新たに新設させていただいて、今現在、取り組んでいる内容に関する評価・検証あるいは新たな取組がないかどうか、新規事業の提言といったものを継続的にずっと取り組んできており、今も取り組んでいるという状況です。その中で、家族ケアに必要な「基本方針」ですが、やはり対象別にカテゴリーをしっかりと分けて実施していくべきだと。それは、内因性の疾患や外因性の疾患だけではなくて、特に自死・自殺の事例あるいは小児の事例には、しっかり取り組んでいかなければならないだろうと。それと同時に、先日この委員会でも御指摘があったとおり、臓器の未提供症例で、途中で中断した事例等に関しても、御遺族に対するケアはきちんとしなければならない。その中で、御遺族の意識調査をしっかりやろう、それをベースに、エビデンスとベースとのコーディネーションを確立していきたいというのが、今、我々 JOT の持つ家族ケアに対する必要な基本方針だというように御理解いただければと思います。

今年の 3 月に新型コロナがあつて 1 年遅れましたが、ようやく意識調査を行いました。単純な集計結果については既にホームページに出ております。ただし、意識調査をするだけではなくて、これをしっかり分析して、実際の業務に実装していく、業務の一環として取り組んでいます。そういった意味で現在、このデータを死因別あるいは年齢別といった

形での分析を JOT のデータベースと照合して詳細な分析を行っているところです。来週、ドナー家族ケア部会がありますので、詳細データの分析を更に進めていく予定です。

最後のスライドです。新たな家族ケアの方向性ということで事例として挙げました。この3つしかやらないという話ではありません。私自身が、がんの緩和ケアで長らく取り組んできたという傾向もあるので、とにかく傾聴する機会を増やしていくということが大事であろうと。そのためには、例えば「みどりのカフェ」というものを置いて、私たちの本部だけではなく、全てのオフィスをオープンにして、予約制にはなりますが、いつでもお話を聞きますよという形で、いつでも直に会ってお話できる環境を作ろうということで取り組み始めたのですが、新型コロナで少し頓挫しているところです。これからやろうと思っているのは2番目と3番目です。サポートグループ活動ということでは、臨床心理士を入れて、例えば自死・自殺であれば、それに関わる全ての御家族の方や、一部の御家族の方を集めて相互理解を含めていただくような取組です。今後、一番やっていかなければならないと思っているのは、臨床心理士による現地介入と現地との連携ということになります。これは小児領域・自死領域をまずは特化して、特定領域における現地介入を図っていきたいというように思っています。この後、渥美先生のほうから、恐らく医療チームに関して少し触れられると思いますが、こうした支援チームが少しずつ現場でできてきておりますので、今後、我々のほうで抱えている心理士やコーディネーターが現場の医療チームと連携していければいいかなと。こういったことを効率的に進めるために、今年度、家族支援センターを設置して、重点的に家族ケアに取り組んでいきたいと考えております。ありがとうございました。

○磯部委員長 林参考人からは、トピックスが多岐にわたりましたけれども、併せて御質問、御意見を頂ければと思います。いかがでしょうか。

○小野委員 東京大学の小野です。

○磯部委員長 小野委員、どうぞ。

○小野委員 林先生、現在の JOT の取組を分かりやすく、多岐にわたった内容を非常によくまとめて御紹介いただきまして、ありがとうございました。移植医療というのは、最近では徐々に変わりつつありますけれども、どちらかという陰に隠れてひそひそとやって社会の表に出ない、あるいは出てはいけないような雰囲気のある時代が随分長く続いて、それがようやく、そうではないのだという方向で、メディアの影響がすごく大きかったと思いますし、メディアも好意的な方向に取り上げてくれるようになってきて大分変わってきたと思います。それこそ、先ほど御紹介いただいたドナー家族の意識調査については、昨日の NHK のニュースでもその一部が紹介されましたが、かつて小児の臓器提供の御家族の取材でも NHK に出ていたのを御覧いただいた方々がたくさんいらっしゃると思います。これまでは、非常に重要で地味な作業ではあるけれども表に出ない、陰に隠れてやらないといけなくて肩身が狭かった。これは JOT のコーディネーター、ドナー家族、場合によっては移植を受けたレシピエントとその家族が、みんな何かすごく後ろめたいような雰囲気を

作ってしまった日本の社会、これはすごく大きな問題だと思っています。

その中で、これは話し出すと切りがないのですが、今、JOT のコーディネーターの過重労働の報告をしていただきましたが、非常に尊い作業をして、毎年、多くの新たな入職者がいるのに、多くは辞めていってしまうということです。これは働き方の問題もあるのですが、それと同時に、こういう仕事をしていることに対して誇りを持ち、胸を張って私は JOT のコーディネーターとして仕事をしているという誇りを持てるような仕事にしていく必要があるし、そのためには移植をやっている我々もそうでしょうけれども、社会全体、メディアが、こういう尊い仕事をしているコーディネーターに対して前向きの光を当ててあげないと、決して今の状況は改善しないだろうと感じています。これは、1 つは林本部長の考え方と、あとメディアでは、今日は木幡さんがいらっしゃっていると思うのですが、木幡さんがどうお考えになっているのか。そのお二人に御意見を伺いたいと思います。

○磯部委員長 では、林参考人のほうからいかがでしょうか。

○林参考人 非常に貴重な御指摘、御意見を頂きましてありがとうございます。私の私見ということではなく、当社団の理事長の方針でもございますし、私自身も強く感じていることがございます。それは、先ほど移植コーディネーターの誇りという言葉が出てきましたが、モチベーションを維持し、かつ質も維持しなければならない。なおかつ、多くの方々が、いわゆるあっせん業と呼ばれる、コーディネーターを目指していただける環境を作らない限り、小野先生が御指摘されたとおりの、陰の状態が延々と続くこととなります。そういった意味で、何としても達成しなければならないと考えているのはコーディネーターの資格化です。

ただし、この資格化については、もともと国家資格を有する者が非常に多いので、私たちの認識としては、もちろん国家資格化できればいいけれども、そうすると今度は逆に負の面も出てきます。例えば施設認定とか、様々な形で、いわゆる JOT に入ってコーディネーションはできないかもしれないけれども、いろいろな専門学校でコーディネーション学というものを目指せるような環境を作るためにも資格化は必要だろうと考えています。

あと、臓器移植コーディネーターの話だけをしていると、方々からいつも怒られるのですが、例えば組織移植の世界もございます。そちらもコーディネーターをたくさん抱えていますし、今、各病院で抱えている院内コーディネーターの方々もいらっしゃいます。本来であれば、全て共通の臓器移植コーディネーションという枠の中で専門性のある資格を制度化していくべきであろうと考えているところです。以上です。

○磯部委員長 御指名がありました木幡委員から、もし御意見があればどうぞ。

○木幡委員 すみません、もう一度、私に対する質問をお願いします。

○磯部委員長 小野委員、よろしいですか。手短にお願いします。

○小野委員 手短に申し上げますと、例えば臓器移植ネットワークのコーディネーターの方々是非常に激務をこなしながら、ずっと孤独の状態というか陰の中で、隠れた状態で仕事をしています。非常に尊い仕事で毎年、結構多くの若い方々が入職をするのですが、1

つは激務だということと、もう1つは全然光が当たらないというか、極端な言い方をすれば、自分たちのやっている仕事を認めてくれる人が誰もいない。もちろん、移植医である我々はそのに対して感謝と労いをしているつもりなのですが、それ以上に社会の中で自分たちは何をやっているのだらうという、非常に光の当たらない業務をやっています。むしろ、こういう人たちにこそ光を当てて、仕事に対するやりがいを持たせることが大事だらうということで、メディアもその役割は大きいのではないかということをお願いして、その辺のところはメディアとしてどのように感じられているのかなということです。

○磯部委員長 木幡委員、どうぞ。

○木幡委員 ありがとうございます。メディアとして、それから私はあっせん事例評価委員をやらせていただいたことで、その2つの観点から答えさせていただきたいと思います。まず、メディアとしては、コーディネーター密着というのは移植医療を理解する上で非常にいいと思いますけれども、そこも情報公開問題の壁があり、それをしてしまうとドナーとレシピエントの関係性が分かってしまうとか、なかなか難しい部分があります。ただ、その辺は我々もプロですから、うまく考慮した形でお伝えできればと思いますので、是非、そういったコーディネーターのすばらしい仕事にスポットを当てたような報道とか、先ほど来、メディアの力が大きいと、いろいろな方から言っていただいていますので、是非、そこはやっていきたいなと考えております。

それから、あっせん事例評価委員をやらせていただいたときに、コーディネーターの方はすごく自信なさそうに、何か注意されたらどうしよう、怒られたらどうしようみたいな感じで怖々と報告されていたような印象なのです。私はいつも、皆さんのやっていることは本当にすばらしいことで、命を繋いだんだよということで、もっとそこをしっかりと自信を持ってやってほしいなと語ったりしていました。でも事例が増えて経験値を積まないと、いつまでたってもなかなか自信というのは生まれないと思いますので、そこは数が増えるとともに、コーディネーターの数も増やして経験値を重ねていくのがいいのかなと思います。ありがとうございます。

○磯部委員長 ありがとうございます。まだまだ御意見があろうかと思いますが、少し時間が押していますし、また次に機会がございますので先に進ませていただきます。次に、臓器提供体制についてのヒアリングを行いたいと思います。渥美参考人、御発表をお願いします。

○渥美参考人 聖隷浜松病院で救命救急センター長をしております渥美と申します。よろしく願いいたします。私のほうからは、提供の現場でどんなことが起こっているのか、どんなことを考えているのかというのをお話させていただこうと思います。

これは、今日御参加の有賀先生が、平成18年に出された厚労科研のデータです。脳死者の発生等に関する研究ということで、当時の4類型施設のアンケート調査です。そのアンケート調査からは、全国で少なくとも2,000例の一般的な脳死判定が行われていると。要するに臓器提供につながる可能性のある症例が、年間に少なくとも2,000例ぐらいある

ということです。正確なデータというのは取れないのですが、おそらくもっと多いのではないかと感じてはいますけれども、そんなデータがございます。

そんな中で、これは一番新しい平成 29 年の世論調査です。もし仮に、御自身が臓器提供をできるような立場になった場合、臓器提供をしたいと思いますかという調査に関しては、全体で 40%以上の方が「提供したい」、若しくは「どちらかといえば提供したい」と答えています。若年者を見ると、18~29 歳では 70%ぐらいが臓器提供をしてもいいという考えだということが分かります。

そんな中で、皆さん御存じのように、臓器提供というのは年間 100 例ぐらいを推移していて、それは実はあまり大きく変わっていないというところなんです。現状では年間 100 例ぐらいですけれども、患者の思いという所を無理くり計算してみると、年間 2000×0.4 で 40%が臓器提供してもいいと考えているとすると、年間 800 例ぐらいは出てもおかしくないということになるわけですが、ここには大きな乖離があって、それは臓器提供になるような症例は急性期の患者さんで、突然具合が悪くなった方が多く、考えられる時間がないというのが大きな要因かと思えますけれども、そのもともとの思いというのが、救急病院の中でしっかり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。

この提供と移植に関する権利として患者の意思、提供する権利というのが守られていない可能性があるのかなと思っています。この権利を守るためには、臓器提供ができるんだよということをきちんとお伝えする必要があります。ただ、急に具合が悪くなった患者さんや御家族に、その話をするというのは決して簡単ではないと思います。

では、なぜ患者さんと、その御家族の思いを臓器提供に繋げられないのかということですが、その理由として、こんなことが考えられるのかなということを羅列しました。医療スタッフが、臓器提供が可能であることに気づいていないということがある。もし気づいたとしても言い出せない。言い出しにくい。大変なことが起こるからこんなことは言えないみたいなどころがあるのではないかと。気づいていても、それを御家族に説明できない。若しくは施設の体制が整っていなくてそういうことができない。若しくは、5 類型施設ではないので脳死下臓器提供ができない。そんな理由があるのかなと感じています。

もう 1 つは、法的脳死判定の除外例となってしまうと臓器提供に進めないということですが。前回の委員会で小児の虐待の問題も取り扱われたとお聞きしていますが、虐待の否定ができないから進めない。眼球損傷があるとか頸髄損傷があるかもしれない。内耳の損傷があるかもしれない。そういう状態があって法的脳死判定ができないから臓器提供に繋がられない。若しくは、呼吸状態が悪くて無呼吸テストがうまくできないから法的脳死判定ができないとか、近年は ECMO を装着している患者さんも多くなってきているのですが、ECMO 装着中で無呼吸テストができないから、法的脳死判定ができなくて臓器提供ができない。そんな症例もあると思っています。

まず前半についてですが、今は各施設で臓器提供の経験数がとても少なく、年間で数例です。それでも多いほうというのが今の現状なので、そこをしっかりと各スタッフが認識

していくのはなかなか難しいのかなと思っています。

そんな中で、先ほど林先生からもお話がありましたが、厚労省の取組として臓器提供施設連携体制構築事業というのが始まっています。1つの施設だけでなく地域で束になってノウハウを共有していこうというのが、この事業の大きな目的かなと思っていますけれども、今、静岡県でも、このような事業を受けて進めているところです。

静岡県では、この連携体制構築事業が行われる前から、1つの施設だけで臓器提供を準備していくのは難しいだろうということで、県庁と相談し、県全体でサポートすることはできないかという話をしていました。そうすると県のほうから、まず各施設に対してアンケート調査を行い、実態に合わせてサポートする体制を作ろうということで、県のほうでアンケートを取ってくださり、チームの立ち上げを行うという話が進んでいたところに、この連携体制構築事業が始まり、そこに支援チームを置いて、県の疾病対策課長が県内の病院を回り、こういう事業に協力してくれということを各病院の院長にお話してくれました。それとともに、連携施設からも参加していただき、ちょうど3年目で、先日、採択のお返事が来たところです。静岡県では、聖隷浜松病院が基幹施設となっていますが、県内の5類型施設11施設がそこに連携して参加し、今、事業に取り組んでいるところです。

その中で、体制を整備するというので、みんなで考えながらやっているわけですが、これは横田先生の御指導で作りました『臓器提供ハンドブック』という本ですが、院内体制の構築にはこんなチームがあったほうがいだろうということです。

要するに、1人が言い出してもなかなか組織は動かないので、チームの中で情報共有しながら病院全体でサポートしていくことが必要です。医療ケアチームというのは、いわゆる主治医や看護師さんです。患者さんの思いをしっかりと把握していかないといけないので、治療だけでなく家族のサポートをしっかりとしながら、その治療のゴールをどこに持っていくかというのを医療ケアチームと共有していく必要があります。そして、残念ながら脳死になってしまって治療が難しいとなったときには、その患者さんの思いを御家族とともに考えていくことができるようになるのではないかと。その中で臓器提供の思いというのを、しっかりと医療チームが把握していくことができるだろうと思っています。もし臓器提供がスタートして、その意思をしっかりと確認できたのであれば、主治医だけでそこを進めるのではなく、病院全体でサポートしながら進めていくべきだろうと、そんな感じで体制を整えるように県内全体で話し合っているところです。先ほどお話したとおりで、家族支援というのが一番大切です。患者さんと、その御家族の思いを医療チームが共有することが大事だろうと考えております。

静岡県の連携体制構築事業でやったこととしては、その体制を整えるところは先ほどお話したとおりですが、それとともに、もし症例があったときには、施設を超えて手伝いに行くという取組を始めています。去年はコロナで施設を超えての人のやり取りは全くできなかったのですが、一昨年は4事例、このように他の病院にお邪魔して支援することができました。1つは、初めて脳死下臓器提供を行う施設にお邪魔して、初めてなので不安が

多いところを一緒に病院の中で見ながら進めていくということをやりました。また、心停止からの臓器提供にも立ち会ったり、ある程度慣れている施設には、臓器提供の経験がない施設のスタッフの方に見学に行っていたいただいて、こんな雰囲気で行っているんだなということを感じとってもらうこともできました。

そこで今年度、力を入れていきたいと思っているのが、GCSが3になった患者さんのレジストリというのをやっていきたいと思っています。GCS3になった患者さんというのは、これはグラスゴー・コーマ・スケールです。要するに意識レベルが悪くなって全く動かなくなった患者さんですけれども、その原因が脳にある患者さんのレジストリを行いました。そうすると、実はこの患者さんは臓器提供に繋がるかもしれないというのが、特にICUの管理者、ICUの先生、若しくは病棟のベッドコントロールをしている看護師さんは、患者さんがどうなっているかという全体像を一番よく御存じです。そんな方がGCS3になっているのをチェックすると、場合によっては臓器提供の可能性があると考えられるようになると思っています。そういう中で、できるだけ早く家族支援、患者さんの思いにも配慮しながらゴールを考えていく。後に、このレジストリの一覧表が出てくると、各施設で臓器提供に至るプロセスですね、実はこの患者さんは臓器提供がいったかもしれないと後から分かるかもしれません。そうなったときに、どこに問題があったのかを見ていくことができるようになるのかなと思っています。

実は今、自分の施設のICUで、どのぐらいの方が臓器提供に行く可能性があるのかという実数はなかなか把握できていないと思いますが、このレジストリを行うことによって、その臓器提供の可能性のある患者さんはどのぐらいいるのか。実はその中から臓器提供に至っていない方が多いのですが、臓器提供ができた症例の振り返りは先ほどのあっせん事例評価委員会に出ているわけです。しかし、そうではない症例に関しての振り返りができていないので、そこにも焦点を当てて、何が問題になっているのかを話していくことができるようになるかなと思っています。

これは、私が2017年に厚労省の御支援を頂いてスペインにお邪魔したときに見せていただいたもので、スペインのカタルーニャ州の事務局からいただいたTPMという各病院の臓器移植部門のActivityを示した一覧表です。名前は伏せていますが、一番左側に臓器提供病院の名前が並んでいます。その中でどのぐらいの情報が上がっていて、その中で医学的禁忌だったのはどのぐらいで、御家族が辞退した率はどのぐらいであり、どのぐらいの数の臓器提供が出ているのかという一覧表で、それを見ながら振り返りができるのではないかと考えています。

こちらは韓国のデータです。先ほど患者さんのレジストリで、どのぐらい臓器提供ができる方がいるかを知るのが大事だということでしたけれども、2010年に脳死とされうる状態の患者さんを報告するように義務化したところ、臓器提供が増えたというデータです。韓国では、それをKODAという所に報告し、OPOが病院に向かって患者さんの管理をして、その御家族と話をして臓器提供に繋げていくという取組をされているようですが、それに

よってかなり増えているという報告がされています。

ただ、一方で、今、日本でちょっと問題だなと思っているのは、臓器提供の意思確認をすると、更に御家族を傷つけてしまうことがある。現場にいと、こんなことを経験します。それは臓器提供したいと御家族が言っても、法的脳死判定ができないから、それは進められませんということが多いということなのです。例えば眼球損傷があって対光反射が見られないから臓器提供はできないという話であったり、ECMO 装着中で無呼吸テストの評価が難しいからできない、または虐待の否定ができないから提供できないということがあったりします。そうすると、御家族は自分の御家族が亡くなった上に、更に臓器提供という希望を託そうとしたところ、やっぱり駄目だということになって更に苦しみを加えてしまうことがあります。それに立ち会っている病院のスタッフは本当にやり切れない思いを抱えて、二度とこんなことはしたくないと思ってしまうことが多いのです。なので、臓器提供の思いというのが、しっかり繋がるような体制の整備が必要なのだろうと思っています。そこは虐待の問題、若しくは知的障害の患者さんが除外になっていすけれども、一方で、意思表示のできない小児例が臓器提供は可能ということにもなっていて、ここにはちょっと矛盾があるのかなと感じています。

法的脳死判定で、もし脳幹反射が見られなくて提供できない場合、下に書いてあるのは昨年の 8 月に出た世界的なコンセンサスで、JAMA に載った論文です。世界的なコンセンサスを見ると、臨床所見、いわゆる脳幹反射で判断できない場合は、脳血流の検査を参考にして判定するのがいいですよ、ECMO 装着下でも脳死判定はできるということが書いてあります。そのコンセンサスを作るに当たっては、日本の集中治療学会もエンドーズメントしています。今年集中治療学会では、それについてもシンポジウムが行われて、日本もこの方向性に付いていければいいなという話をしていたところです。

これは最後のスライドです。まとめさせていただきます。臓器提供の経験は各施設では少ないので、地域で協力して臓器提供の体制を整備していく必要があると思いますし、一番大事なのは、患者さんと、その御家族の思いというのを医療スタッフが共有できるような院内体制の整備が必要だろうと思っています。その思いが表面化したときに、その臓器提供の意思が無にならないように、バックアップできるようなガイドラインの改訂が必要なのではないかと考えています。以上です。御清聴ありがとうございました。

○磯部委員長 それでは、渥美参考人の臓器提供体制についての御発表に対して、御質問あるいは御意見を頂ければと思います。いかがでしょうか。

○渡辺委員 日本医師会の渡辺です。渥美先生、ありがとうございました。お聞きしたいことは、今、静岡県でなされているトライアルのことです。私は、これまでの委員会で、若年者からの啓発が重要だと思って、そういう発言をしてまいりました。その内容をお話したときに、日本医学会の門田会長が「いや、そういう問題ではない。医療現場で臓器移植を行おうという話をする機会自体が少ないので、日本では臓器移植がうまくいかないのだ」と言われました。日本と韓国で、家族等への情報提供の後、実際に臓器提供に至る確

率は変わらないのに、先ほど先生がおっしゃって、ここに提示されていますが、臓器提供に至らない一番の理由は、例えば医療スタッフが気付かないとか、言い出しにくいとか、家族に説明できないというようなところが課題だとおっしゃっていて、そこを解決してほしいという御意見を述べられました。

静岡県でトライされているような施設を超えた支援とか、GCS の登録をするという試みは、それを解決するのに有効と、3 年ですから判断は難しいと思うのですが、有効と思われるか。もう 1 つは、それ以外にも試みようと思っているトライアルがあるのか。この 2 点をお教えいただければと思います。

○渥美参考人 私自身も、若年者への教育も非常に重要だとは思いますが、それよりも一番大切なのは、病院のスタッフへの教育だと思います。

救急の現場で臓器提供ができるということを知る人が少ないというのが、一番大きな問題です。それができるとなったときに、どう動いたらいいのか。みんな自信がないので、それを地域全体でバックアップしながら、こうやったらうまくいくのだというのを共有していくというのは大切なことなのだろうと思っています。

そのために、私どもは施設を超えてのサポートもやりますが、それがうまくできるように、地域の中での研修会を繰り返しながら、その環境を整えているというところです。

○磯部委員長 ほかにはいかがでしょうか。

○横田委員 渥美先生、ありがとうございます。質問というよりコメントです。先生が最後におっしゃったように、家族の意思があるにもかかわらず、医学的理由で法的脳死判定ができない、例えば眼球損傷だとか頸髄損傷とか、そういう場合は、外国では補助検査を使って脳死の判定をするということなのですが、私が以前に調べたときに、もしそのような対応をすれば日本の法的脳死判定、あるいは脳死下臓器提供数は 3 割増加する、家族の意思も本人の意思も反映できるということを報告書に書いたことがあるのですが、コメントとしては、是非日本でも、海外がやっているような補助検査をうまく使うことによって、脳死判定ができるという道筋を作っていくてはいけなないと、先生の発表をお聞きして、更に強く思いました。

○磯部委員長 御意見として承りました。ほかにいかがでしょうか。

○賀藤委員 成育の賀藤です。渥美先生、ありがとうございます。私は小児科医ですので、少し気になったことがありました。例えば小児ですと、なかなか脳死判定をしづらいとか、経験がないというのがほとんどだと思うのです。1 つは、そういう経験のない所に、施設から経験のある病院に送っていただいて、それで脳死判定が可能かどうかを行うなど、そういう搬送はどうなのかなと思いました。

あと、今回はコロナで、子供のドナーが大分減ったものですから、そういうことでコロナの影響について、静岡県ではどうだったのでしょうか。教えていただければ有り難いと思いました。よろしく願いいたします。

○渥美参考人 日本ではまだ症例が少ないので、経験がある施設に転送して、しっかりと

患者さんや御家族の思いをつないでいくという方向ができればいいなどは思っていますが、Q&A 集の中で「できれば控えるように」というコメントの記載がありまして、なかなか動いていないというのが現状かと把握しています。

○磯部委員長 ほかにはいかがでしょうか。

○湯沢委員 渥美先生、ありがとうございました。私は水戸医療センターで移植医療を担当しているのですが、水戸医療センターの病棟の師長からお話を聞いたことがありまして、5年前に、その師長の親が脳血管障害で救急病院に運ばれて、その3日後に不幸にして亡くなられたわけですが、この3日間の間は非常にばたばたして、あっと言う間に亡くなってしまって、後で考えてみたら、脳死で臓器提供できたのではないかと。残念ながら、そういうお話は3日間の経過の中で1回もなかったと。後で考えてみたら、本当に残念な思いをして、親の臓器を使っていただけなかったので、非常に悔しい思いをしたという話を聞いたのです。

結局、3日間の中で誰も言い出してくれなかった、GCS3のリストができたとしても、それをその中から誰が、御家族にそういうことがあって臓器提供できるのだということ伝えるのが適切なのかということについて、お考えを聞かせていただければと思います。非常に残念な思いをしたというのをつくづく訴えられて、申し訳なかったという思いを私がしたものですから、先生はどうお考えでしょうか。

○渥美参考人 誰が言い出すかというのは、気付いた人が言い出せばいいのではないかと個人的には思っています。ただ、問題は私自身が救急医であり、集中治療の専門医であり、脳外科の専門医でもあるのですが、どこの教科書にも臓器提供のこの項目立てが明確になっていないというのは、大きな問題だと思います。

特に、一番重症を診る集中治療学会のテキストに、臓器提供のことが書かれていない。あとは、私も脳外科のトレーニングを受けたわけですが、脳外科医としては、脳死を作るのは脳外科医として敗北なのだというような教育を受けました。だから当初は、そこから命をつなげられるということは全く考えていなかったのですが、いろいろな御指導の下で、私自身はそこに気付くことができるようになったのです。しかし、それができていない脳外科の先生は非常に多いのではないかと思っています。要するに、そのドクター、病院の施設の中で病院のスタッフへの教育というのは非常に重要なのだろうと思っています。

○湯沢委員 ありがとうございました。

○木幡委員 フジテレビの木幡です。渥美先生、ありがとうございました。2つの意見と1つの質問があります。まず、先生のスライドで提供に至らない理由というのが、臓器提供が可能であることに医療スタッフが気付かない、気が付いても言い出せないというのは、非常に衝撃的で、法律施行で24年たっているのに、そういう状況なのかと残念に思いました。

それで、以前よりも確実に国民の理解というのは深まってきていますので、逆に、提示しなかったことで不満を述べられる方も増えてくると思います。フラットに、2つの権利、

提供する、提供しない、どちらでもいいので、何かリーフレットでもいいですけども、必ず提示するというようにしたらどうかと思いました。

もう一点は、知的障害のある方が脳死になった場合、現状は年齢にかかわらず提供ができないということなのですが、15歳未満は緩和できないのかなと感じました。先生と同じです。

最後に、提供のために転院するのは認められていないと認識しておりますが、家族に危険性を説明して理解を得られた場合、あるいは受入れ病院もOKであれば、この転院がOKになる可能性はあるのでしょうか。ある意味、これもドナーの提供意思をルールが阻んでいる事例かなと思いますので、こういうことはなるべく取り除いていけたらいいなと思いますが、いかがでしょうか。

○渥美参考人 救急の現場では、救急医は、とにかくその患者を助けようと思って必死に治療を行っています。なので、その主治医が気付けないというのは往々にしてあるものかなと思っています。

ただ、客観的に見ている第三者が、チームの中でそこに気付くというのは重要なのではないかと思います。主治医は、とにかくその患者を助けたい一心で治療をしているので、なかなか臓器提供まで思いがいかないというのは御容赦いただきたいとも感じます。

○磯部委員長 意見としては、そういうことを一般的に皆さんに、イエス・ノーでもいいから提示をされたらどうか、パンフレットなどをお配りになったらいかがかという意見だと思います。

○渥美参考人 そういうパンフレットは救急外来等にも張ってあります。ただ、なかなかそこに目が止まらないというのが現状だと思うので、しっかりと御家族と向かい合って話すということが一番大切なのだろうなと感じています。

知的障害の方の件については、私も何例か経験がございまして、臓器提供したいと御家族から申し出があった中で、臓器提供はできませんという話になって、「このようなところでも差別をされるのか」と泣いてお帰りになった家族がいらっしゃいます。是非、そういう方に対しても臓器提供できるような道筋が開けたらいいなと、個人的には考えております。

転院搬送については、私が決めることではないので、室長からコメントを頂ければと思います。

○田中室長 御意見をありがとうございます。現在、脳死判定目的のみの転院搬送については、臓器提供手続に係る質疑応答集の中で「控えるべき」とされております。ただ、この質疑応答集が出されたときにも、「臓器提供の意思を尊重するという観点から認めるべきであると考えられるのだが、今後どうするのか」という質問もありまして、「今後、臓器移植の普及や脳死、臓器移植についての国民全体の理解の状況を見極めつつ、臓器提供施設の在り方の中で検討される必要があると考えている」という答えを出しているところです。

今も御指摘がございましたが、国民全体の理解が進んできた中で、今後、この転院搬送については見直すことができるのかどうか、やるべき、やるべきではないといういずれの御意見もあろうかと思いますが、正に議論をするタイミングになってきていると、事務局も認識しておりますので、そういった観点から是非、検討させていただきたいと思っています。

一方、15歳未満の知的障害についても、改正の臓器移植法が審議された中で、国会の審議において、「有効な意思表示が困難な知的障害等の方からの臓器提供は見合わせるべきである」という明確な質疑があったというところで、その国会の質疑を踏まえて、現行のガイドラインの部分が出来上がっているというところなんです。ただ、皆様方から、小児との矛盾点というのかなり御指摘いただいているところですので、どのような形で、このガイドラインを変えられるのかということ、事務局で整理をさせていただきたいと思っています。

○磯部委員長 転院搬送については、今、意見もございましたが、個人的には私も、今は循環器の単科病院におりますので、終末期に家族からドナーカードが出てくるということもあり、対応に非常に苦慮するというのも現実にございます。今お話がありました、是非とも関連学会等の意見を集約して、転院搬送に関しての留意点等を確認して、先に進めていただきたいと思います。

○見目委員 患者団体の見目です。2つお聞きします。1つは、先ほど脳死判定をするときに眼球が壊れていたりということで難しいときには、補助検査をするということで、ほかの国ではできているし、横田先生も、それをやると30%ぐらい提供者が増えるのではないかというお話がありました。これを実現させるためのネックというのは、法律なのでしょうか、それ以外のことなのでしょうか。

2つ目ですが、韓国の事例を見ても分かるように、脳死者の全ての情報が上がってくれば、それによって提供者数が増えると思うのです。これは1回目の会議でも指摘があったと思うのですが、全情報が上がることによって数が増えるのではないかと私も思うのです。今は全部の情報が上がっていないからこそ、数が足りない。その数が足りないのは、どこに理由があるのか調べているのですが、逆に、上のほうから数を全部つかんで、その中で、なぜできないのかを追っていく方法のほうが、もっと手っ取り早いのではないと思うのです。そのようにして、全部の情報を吸い上げる、全部の情報を義務化するような可能性はないのでしょうか。その辺について教えていただければと思います。

○渥美参考人 補助検査と言うか、平成22年に有賀先生がまとめられた法的脳死判定ガイドラインの中で、除外基準として、脳幹反射が見られない症例は除外するとなっているので、そこで除外してしまったら、それ以上は進めないというようなガイドラインになっています。なので、それを改訂していく必要があるのだろうかと考えています。

○見目委員 それは法律の改正ではなくて、ガイドラインを改訂すればいいということなのですね。

○磯部委員長 その辺りについて、横田委員から御意見はございませんか。

○有賀委員 シャベってもよろしいでしょうか。

○磯部委員長 どうぞ。

○有賀委員 今、渥美先生が言われたガイドラインの議論のときに、ガイドラインがそのように決まったのは、「何はともあれ、法律があるので、その法律に従うべきだ」という議論があって、そうになりました。ですから、ガイドラインを変えるというときには、法律はそうだけれども、その法律はこのように解釈するというような意味での、法律の解釈の仕方を変えないと、ガイドラインを変えるという話にはならないのではないかという話の流れが、当時の議論です。引き続き、横田先生、渥美先生、その他の方々が、今言ったような形でものごとを変えていくということは期待したいとは思いますが、当時はそういうことでした。

○磯部委員長 事務局からコメントはありますか。

○田中室長 御指摘の点については、法律の第6条の4において、「医学的知見に基づいて厚生労働省令で定めるところにより行う」というのが、法律には書いております。一方で、省令で、脳幹反射の消失、ABRの消失、というようなことが定められていて、更に個々の検査については、御指摘のあったマニュアルに従う、準拠して行うことというようになっておりますので、必ずしも法改正が必要とは思っていませんが、省令若しくはガイドラインの改訂は必要だろうと考えています。

○磯部委員長 是非、それを事務局のほうで御検討を進めていただければと思います。

○田中室長 承知いたしました。

○渥美参考人 もう1つの質問に関して、全数を把握するということですが、全数を把握するためにGCS3とあって、全く動かなくなってしまった症例のレジストリをして、その中で臓器提供の可能性がある症例の数を把握して、その中で実際に臓器提供ができた症例の数を把握するということができればということで、今年はそういう取組をさせていただいているところです。

○見目委員 今の質問は、恐らく先生にお聞きするというよりも、むしろ厚労省のほうにも教えてもらいたいと思います。全情報を上げてくるということは必要な状態になっているのではないかと思うのですが。

○磯部委員長 事務局、いかがでしょうか。

○田中室長 御指摘、ありがとうございます。全情報を把握することも重要だということは、渥美先生の御発表からも感じているところです。ただ一方で、御指摘のあった情報を義務として収集するということは、それこそ法改正が必要な事項になろうかと思えます。つまり、医療機関が、この情報を必ず上げなくてはならないという義務化というのは非常にハードルが高くて、そこについては相当な議論が必要だと思っています。

○米山委員 1つよろしいでしょうか。

○磯部委員長 米山委員、どうぞ。

○米山委員 家族の会の米山です。渥美先生、ありがとうございました。臓器提供に至らない理由として、医療スタッフが臓器提供である可能性に気付かない、気付いても言い出せない、気付いても家族に説明できないとありましたが、臓器提供というものは終末期の家族をケアする選択肢の1つだと私は考えています。その選択肢を提示するということは家族をケアするということで、その家族のケアというものは、本当に深い苦しみと悲しみの葛藤の中で行われるもので、救急医療に関わる人たちが救命というものを最優先に考えている中で、その家族をケアするという、臓器提供を提示するという意識を変えることは、実はすごく難しいことだと私は感じています。

その中で、臓器提供というものを提示して、患者の家族に寄り添っていく難しさ、困難さというのを、もっと広く周知されるべきだと私は考えています。以上です。

○磯部委員長 御意見として承りました。

それでは、本日は文部科学省から課長補佐の野口参考人がお見えですので、ここでコメントがございましたらお願いいたします。

○野口参考人 文部科学省教育課程課の野口と申します。本日はお呼びいただきまして、また貴重な機会を頂き、誠にありがとうございます。また、日頃から普及啓発活動を教育現場で尽力している事例について教えていただきました。心から感謝を申し上げたいと思っていますところでは。

本日のお話の中で道德の話がございました。多田先生からもお話がありましたように、道德については「考え議論する道德」ということをお示しさせていただいています。単純に、教師がこれはいい、これは悪いと頭ごなしに言うのではなくて、世の中に出ると様々な難しい問題がある中で、生徒自身が考えて、本当にこれは正しいのかということをお自分事として捉えるというのが大事なのではないかとということですが、正に今回お示しいただいた事例はそういったことで、現場でなかなか難しい中、御努力されているところなのかなということを感じたところでは。

また、道德以外については、これは先ほどのお話の中で少し資料でも触れられておりましたので、皆さん御承知のところかもしれませんが、高校の保健体育の授業の中で、臓器移植制度について適宜触れるというように、学習指導要領の解説に書いてあります。学習指導要領自体は大綱的な基準として、かなりシンプルな内容になっています。基本的には、国は大きな方向性を示して、現場の創意工夫を促すというのが基本なのですが、それだと分かりにくいということで、文部科学省で解説を作って、正に制度の内容を解説しておりますが、そういった中で、高校の保健体育の中で臓器移植制度のことに触れるように促しているところでは。

この学習指導要領自体は、平成28年、平成29年に改訂されて、正に今新しい指導要領に基づく授業が、昨年度小学校から順次スタートしているところですので、この指導要領に基づく取組が着実に進むように努力していきたいと思っていますところでは。

また、先ほどもありましたが、学校現場の先生方にとっては、文字どおり国語、算数、

理科、社会だけではなくて、様々な教育活動を行っているところですので、現場の先生の負担を減らす、理解を深めるという意味で、今日は様々な教材であるとか、取組を御紹介いただきましたが、我々としても、臓器移植についての普及啓発に、厚生労働省を含めて、連携しながら取り組んでまいりたいと思っていますところ。

○磯部委員長 ありがとうございます。

それでは、議事(3)その他について、事務局から何かございますか。

○田中室長 資料 3「今後の検討の進め方」について、簡単に御説明させていただきます。既に4月21日、5月19日については、本委員会を記載のとおり実施させていただいておりますが、本日、6月16日に関係者からのヒアリング等を行わせていただきました。次回、7月29日に、また関係者からのヒアリングと論点の整理をさせていただきたいと思っています。そして、本日の資料にもございましたが、8月からは小児の臓器提供に関する作業班などによって、医学的・専門的事項の検討ですが、本日も課題を幾つか頂きました。知的障害の方の臓器提供について、補助検査について、こういったことの進め方など、8月から検討をさせていただきたいと思っています。

これらの作業班の検討、まとめをもって、秋ぐらいに本委員会における提言の取りまとめに向けた議論を始めさせていただきます。この委員会のスタートの頃にもお伝えいたしました。年末頃をめどに、本委員会の提言の取りまとめを行いたいと考えています。以上、進め方について御説明させていただきました。

○磯部委員長 事務局より、今後の進め方についての御提案がございましたが、これについて御意見は何かございますか。

○見目委員 1つお願いがあります。今後の関係者のヒアリングということなのですが、できれば、JOTの門田理事長にお越しいただけないかなと思うのです。その理由は、以前に門田先生にお越しいただいたときに、今後何年間でどのぐらいの数に提供者が増えるようにされたいという御趣旨の発言を頂いたと思うのです。現状は、それに遠い状況だと思うのですが、その目標を達成するためには、現時点でどのようなことを必要だと思われるのかをお聞きできれば有り難いと思っています。

○田中室長 承知いたしました。先ほど林参考人からもお話がありましたが、今、JOTにおいて、それぞれの事業、普及啓発や連携体制などの各事業について、第三者の評価を受けていただいているところと承知しています。秋ぐらいには、そちらの評価はまとまるということでしたので、その評価と併せて、門田先生にお話を頂く機会を得たいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

○見目委員 結構です。ありがとうございます。

○磯部委員長 ほかに、この検討の進め方について御意見はございますか。

○賀藤委員 成育の賀藤です。先ほど、知的障害者の件があったと思うのですが、15歳以上と15歳以下で区別するような議論もあったかと思うのです。知的障害者の件は、もし可能でしたら年齢は問わないで、そういう前提で御検討をお願いできればと思います。

よろしくお願ひいたします。

○磯部委員長 事務局には、今の御意見を参考にして進めていただきたいと思います。

○田中室長 承知いたしました。

○磯部委員長 ほかにはいかがですか。よろしいでしょうか。では、本日も御議論をありがとうございました。大変重要な意見を多数いただけたと思います。また、事務局におかれましても幾つか今後の課題が出てまいりましたので、今回の意見を踏まえて論点をまとめ、またヒアリングの検討をしていただいて、次回の委員会も、また深掘りしていただいて、議論を進めていただければと思います。

本日の議事は以上です。最後に、委員のほうから御発言があればお願ひいたします。よろしいでしょうか。最後に事務局からお願ひいたします。

○吉屋補佐 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、後日、議事録を作成した後に公開させていただきます。また、次回は7月29日(木)の15時から17時の開催を予定しております。今回同様、ハイブリッド会議で開催させていただきますので、御参加のほど、よろしくお願ひいたします。

○磯部委員長 次回御予定ください。それでは、本日の委員会は終了でございます。どうも御協力をありがとうございました。