

れますが、そういうものです。

それと別に、先生方が病院内で医療法、医師法の範囲内で行われるものというのがある、それがこの部分です。出口としては、こっちは保険収載として償還価格としてつくっている出口があって、下の医師法の部分では、手技料という形でつきます。ですから、現在臍帯血の移植に関しまして、あれ自身は医薬品・医療機器になっていないので、手技料ということで10万円入って、その10万円の中からたしかバンクにお金流れ込むという枠組みをつくっていたと思います。

ただ一方、ここここが連結していないというのは、日本の産業化ということから考えるとよろしくないのではないかというご議論があって、ハイリアドバイスドメディカルトリートメントイグザミネーションと書いて、済みません、これはよくわからない日本語なんです、高度医療評価制度、いわゆる先進医療という評価があって、先進医療というのは、新しい手技とかいうものを認めていきたいと思いますということなんですけれども、その中で未承認の医薬品とか、適応外の医薬品・医療機器を使ったものを認めようという制度が第3項先進医療というわけで先進医療の中にできました。それが連結することが可能になるということです。

今現在、先日たしか中丸功次先生が出されたリンパ球のがんワクチンの、たしか8個か10個のプロトコルのうち二つのプロトコルだけは、まあまあオーケーかなという形で、たしかアプルーブされたと記憶しています。積極的にこの制度を使うことによって連結する。特にここで特許、パテントがしっかりとがちがちにできていて、日本で産業化できるもの、マーケットがあるものというのは、ぜひともこの制度を使っていたらいいのかなと。

奥村先生や場集田先生のものというのは、今現在もしパテントがないのであれば、周辺のパテントというのがこれから十二分に押さえられているので、プロトコルという形の知財の押さえ方というのもあると思いますし、できるだけ日本国内で、お金が海外に流れ出さないように頑張っていたらありがたいなと思っています。

これは再生医療の出口という形で、さっき言いましたけれども、臨床研究、今ヒト肝の臨床研究に僕らは入りますけれども、それから異種医療を捨てていただくというコースと先進医療という形で捨っていくという方法、両方を使う。今何とか高度医療評価制度に連結することによって、いいものは大学の先生がちまちまやるんじゃなくて、企業さんが捨ててくださいというような制度ができるように。

高度医療評価制度も、開始当時は悪かったです。余りうまく運用できていなかったんですが、このごろようやく審査が回るようになって、開始から1年以上たっているんですが、ちょっと使える制度になったかなと思っています。

今現在進行形の規制改革のもので、先ほど全く書いたものと同じですが、かなり国として、特に内閣府のバックアップをさせていただいているということでございます。

貴重なお時間、ありがとうございました。

●田中            ありがとうございました。

大変大事なところを言っていただきました。奥村先生、また何か、こういうところを利用せれて、ぜひ。

では、遠藤さんの方から。

●遠藤            特には、今日はないんですが。コメントとするならば、通常の医薬品でしたら、フェーズIではB3の段階から企業さんがついてやるんですけれども、再生医療の場合でしたら、やはりフェーズI、フェーズIIまで何らかの公的サポートをしないと、なかなか前に進まないということで、それを逆に考えれば、商業ベースから見ると、残念ながらまだ魅力がちょっと足りないのではないかとというのが正直なところだと思うんです。

どこまで魅力を高めればいいのかというのがやはり問題で、それにあと何年かかるのか、その単価も適用されているのか、そういうものが何か印象を正直持っています。

●松山 特に、お金に関しては、なかなか企業さんに厚生省が直にお金を落とすというのがかなり難しいんですが、ただ、企業さんがついていても、臨研期という枠があって、1本、年間で1億で5年間というのが7本ぐらいあるんですよ。その拡充を今回今財務にお願いしていることがわかっていて、特にパイロットの5例とか10例ぐらいでいいのが出た部分で、だけど企業さんが行くまでにまだまん中抜けているよねというところは、そういうもので拾っていただくと。

それ実は、アドオンで日本医師会の小林さんという方が、SOPの作成とか治験のデータのサポートをしてくれるというおまけつきなので、やはり日本のCROではないんですが、CROに近いサポート機関では、日本医師会のチームが、やはり日本で最高水準なので、彼らのサポートをちょっと。取り入れるのは魅力があります。

まだ、ここら辺は、このごろだんだんと変わってきて、JSTの方もマッチングファンドの枠をかなり大きくしてくれているんですが、なかなか済みません、予算というのは単年度主義なもので、途中で変わらないというのがあってご迷惑を掛けているところがあります。

あと、物として見ずに、例えば何かテクニックのサポートシステムという形で販売するというシステムも当然あるんですけども、それも治験を実はしていただかないといけないんですが、医療機器デバイスとしてクラス3にクラス4であれば、治験のときに何本も同時に走らせることができるので、そういう出口はあるだろうと思っています。

今基盤研に来ておられる木下さんなんかは、専門家なので、一度ご相談されてもいいかもしいと思います。

今、特に機器に関しては、審査会自身も成功体験がないんですよ。審査会自身が今ガツとふやしてはいるんですが、うまくいくケースがないと、彼はトレーニングできない。だから、ぜひともそういうところでやっていただければひとついいかなと。やはりデバイスとして承認されていると、後の展開がかなりしやすいということで。

●遠藤 先ほどの、日本では物が審査の対象で、海外ではプロトコルという。

●松山 そういうイメージがある。

●遠藤 ありますね。多分それは非常に正しくて、確認申請をする場合は、プロトコル要りませんと言われるんですね。

●松山 それはね、実は確認して、9065通知の確認申請は、申請第2部で見るとは思いますが、あそこはプロトコル要らなくて、新薬の審査、1部から5部あるんですが、あそこで見るとは思いますが。

●遠藤 ですから、確認申請終わって、その前の治験相談でプロトコルなので、松山先生おっしゃったとおりだと思います、日本のシステムは。

●松山 それが悪くて、実は物で最初からやると、ゼロリスクを日本は求めるので、そんなのは無理じゃないですか、どう考えても。

●遠藤 ほとんど重箱の隅をつつつくような世界になってしまいますので、非常にづらいところはあります。

●松山 だから、そこのところを今変えなきゃいけないという話を、実は早川先生としているのと。それから、重箱の隅をつつつくのは、実は最初に専門協議をしないからだろうという話にあって、今本省で今度刈さんが審査課長になりましたが、ナリさんたちと話をしているのは、とにかくアカデミアの先生に話を最初に聞いて、論点を整理して、そのところ以外のところは、重箱の隅をつつつくなということで、通知を改訂して、PMDAの設置法の中もちょっと何か書き変えないといけないんじゃないかという話をしました。そこまで大きなことができるかというのは、政情が不安定だとなかなか立法採用というのは難しいので、ちょっとそこは不可抗力的なところはあります。

●遠藤 リスクベネフィットで見れば、やはり物だけではちょっと不可能と思

ますので、変えていただけると非常に助かります。

あともう1点として、高度医療評価に関して、その積極的に利用しまして、今後フェーズⅡに持っていかうというお考えは非常にいいと思いますけれども、ただ現実を見てみますと、例えばメディネットとかテラとか、それを高度医療評価ではなくて、むしろ自費診療でやってしまって、国内だけで稼いでしまうという、そういうような発想の解釈が出てきているのも事実だと思うんですが、なかなか薬事の方に持っていかないというのがありますので。

●松山 あくまでも薬事というのは、自分たちからいってだめですねとなかなか言えるわけではなくて、薬事でポジティブなリスクとして償還価格がつくということ、向こうから償還価格をつけてほしいと。だから認めてくださいということに来てもらわないと対応ができないという実際のところがあります。

ただ、あれ自身がやはりデータをコレクションしていると、患者さんの生命予後を改善していないので、だから非常にゆゆしき問題であるという認識を持っていて、そのところは、今薬系機関を中心にいろいろやっているところです。

●遠藤 はい。

●松山 余りそこは言えないので申しわけないです。

●田中 この間、僕は非常にショックだったのは、材がスーパー特区で内視鏡を医療機器をやろうというときに、主立った日本のデバイスを開発しているメガのところは日本で審査を受けなくて海外に行くのは二つの理由がある。

今までその第1点は、僕らは理解していたんです、審査機構が弱いと。だから、遅いという点と同時に、やはり海外の医療技術の方が上ですと。医療技術が上だという意味は、これを市場化するとか、そういうインセンティブを含めて、非常に臨床科医がこれに積極的に取り組みますと。日本は、やはり忙しい臨床の中で取り組んでいる、そういう状況であるから、早いのはその二つの理由ですと。

そういう点では、これからやはりよほど臨床の現場力と企業とが一体となってやる仕組みをつくらないと、やはり依然として審査機構だけがよくてもなかなか難しい。

ちなみに、メイヨークリニックなんかは、たしか画像診断、放射線科医が200人いるんですね。その200人、一つの科に200人、その200人何しているのと言ったら、ある集団のドクターは研究開発をやって、それでアウトソーシングでお金を取ってくると。その科が潤うと言うんです。やはりこういう何か根本的な仕組みが違うので、そういう点も医療サイド、医療現場の方はちょっと考えないと、やはり難しいだろうなという実感をこの間、メガファーマじゃないですけど、そういうデバイスを開発する日本のトップクラスのところからそう指摘されて、ガクンときたんですけどね。

済みません、それでは、きょうは長時間、少し話題提供を含めて、今後どうするかということをご検討いただいたんですが、大体。

●町野 もし時間があれば、ちょっとご相談といいますか、一番最初の今の松山先生にもたくさんお伺いしたいことはあるんですけども、我々、先ほど冒頭に田中先生おっしゃいましたように、ことし田中班の報告書をつくらなきゃいけない。それでいつも我々はそちらに参加しているんですけども、ご存じのとおり、私たちの研究会、これをやっているのは、かなり多様な人が入っておりますと、来られますと、臓器移植法粉碎みたいな人から、それからどんどんやれみたいな人も、両極いて、私はそれをまとめる格好になっているんですけども、その人たちにやはり研究報告書を書いてもらおうと思っているんですけども、そうすると、余りにも全体の方針が違いますので、少し考えまして、ちょっとごらんいただきたいと思うんですけども。

1枚めくっていただきまして、全体の報告書は、こういうぐあいに構成ができておりまして、これで見ますと、国際的に見たらどうのこうのとか、それから最後に臓器移植の基本問題というのが入って、ここのところにも松山先生にも、それから小林先

生。

●田中 小林先生も入っていますね。

●町野 小林先生にもお願いしているところがあるんですけども、その2以下のところは、特に3のところ、かなり勝手放題を言う人がおりますから、いくつかこう、悪いことを言っているわけじゃなくて、勝手放題というのは、松山先生じゃなくて、いろいろたくさん足したような人がいますので、これを田中班全体のものとして入れるというのは、ちょっとやはり2、3は避けておいて、そして1のところのその3つ、私と、それから高橋先生、それから武下先生のを田中先生たちの研究班のに入れさせていただきまして、ほかは全部参考資料という格好で、我々の方の研究報告書をつくるということにしたいと思っておりますけれども、これでよろしいでしょうか。

●田中 ええ、僕もこの研究、町野先生のところで見かけて、確かにいろんな人たちがいて、またそれはそれなりにおもしろい研究をしている人もいるので、一応こういう臓器移植法の研究という形でやっていただくと、かえっていいんじゃないでしょうかね。そのとおりだと思いますし、ぜひ予算も十分使ってください。

●町野 ええ、本当に大変いつも予算をいただいて恐縮しております。そんなに余り寄与できずに申しわけないなと思っておりますけれども。

●田中 では、きょうは長時間ありがとうございました。



## 第 171 回国会 参議院 厚生労働委員会 第 22 号

(平成 21 年 7 月 6 日 (月))

.....

○参考人(町野朔君) 昨年末の衆議院に引き続きまして、参議院でも意見を申し上げる機会をいただいたことに心から感謝いたします。

私は、結論から申しますと、衆議院で可決され参議院に送られてきたいわゆる A 案を基本的に支持すべきであると考えています。

もちろん、A 案にも幾つかの問題はあります。その中でも、先ほどぬで島委員が問題にされましたような、ドナーによる親族への優先提供の意思表示を肯定する条文、それからもう一つは、児童の虐待が見過ごされてしまうことによって虐待死した児童から臓器の摘出が行われないようにすべきだという附則の五項が問題です。

前者については、死亡した提供者の意思を尊重すべきであるということなのであり、かねてより様々な意見のあったことは承知しております。しかしながら、これは移植を待つ人の医療的必要性に基づいて臓器の公平な配分を行うべきだという臓器移植の基本理念に反するものだと思います。

また、後者の方は、虐待死が見逃されてはならないということを経済虐待防止法においてではなく臓器移植の問題として規定してしまうことによって、日本社会に蔓延する疫病ともいえるべき児童虐待の問題を矮小化してしまい、児童虐待への国家的対応を遅らせてしまうものではないかという危惧をもたらすものであります。

死因の究明というのは、児童虐待に限らずすべて国家的に行われなきゃならない問題です。何も、臓器移植の問題で、小児の臓器移植あるいは一般的に臓器移植がやりやすくなったということによって初めて始められるべき問題ではないのです。これは、是非全般的な問題として考えていただきたいと思います。

以上のように、私は申し上げたいことはありますけれども、これ以上ここではそのことはやめたいと思います。A 案が法律になった後でも、今後、臓器移植の理念、児童虐待への対応システム全体について、幅広い国民的観点からの検討が積極的に行われなければならないと思っております。

さて、A 案は、「脳死した者の身体」とは、脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至ったと判定された者の身体をいう。」としております。これに対しまして、A 案は一律に脳死を人の死とするものであり不当であると、現行法の「その身体から移植術に使用されるための臓器が摘出されることとなる者であつて」という文言を復活して、これを挿

入すべきであるという意見もあります。

だが、A案も脳死を一律に人の死と断定しているわけではありません。A案は、まず、脳死を人の死と認めたくない人たちに配慮して、家族の脳死判定拒否権を認めております。脳死判定基準を満たしてから心停止に至るまで一週間以上、場合によっては三十日以上も時間が経過する長期脳死の例があること、特に小児に長期脳死の発生頻度が高いことが言われております。それは先ほどの参考人の御指摘のとおりです。A案によれば、このようなことを考えて、自分の身近な人に脳死を宣告してもらいたくないという家族の意思は尊重されることとなります。

さらに、A案は、臓器の摘出に係る判定は次の各号のいずれかに該当する場合に限り行うことができるとしております。つまり、臓器提供のときに限って脳死判定を問題にしているのです。

ここで、翻って現在の法律の方を見てもみますと、次のような構造になっております。まず第一に、脳死判定されたときに脳死がある。次に、臓器提供のときには脳死判定がなされるからそのときには人の死としての脳死が存在する。したがって、臓器提供以外の局面では脳死判定が行われないから脳死はない。また、家族が脳死判定を拒むときには脳死判定が行われないから人の死は存在しない。そういう順番になっております。そして、A案も、気を付けていただきたいのは、この点では変わりはないということでございます。

またさらに、A案は、死体という言葉ではなく脳死した者の身体という言葉を用い、遺族ではなく家族という言葉を用いています。これは現行法と同じです。これも脳死を一律に人の死と見ることはできないという立場への配慮だと思います。このことは、平成六年四月十二日に初めて国会に提出された臓器移植法案が、「死体（脳死体を含む。）」、「遺族」という表現を用いていたのとは対照的です。

以上のように見るならば、脳死を一律に人の死としない立場からの解釈を可能にするためだけにA案の六条二項を修正するということは、私は必要でないように思います。

以上は、A案と脳死の問題です。

ここで、脳死と人の死について少しだけ私の意見を述べさせていただきたいと思っております。混同を避けるために申し上げたいのですが、これは私の意見であって、A案がどのような思想に立っているかということとは直接の関係はないということでございます。

私は、脳死は人の死であると思っております。

第一に、死というのは社会の文化に基礎を置くものであり、個人が脳死と心臓死のどちらか死として選択できるというようなものではありません。第二に、臓器提供の目的があるときだけ脳死者は死者であり、そうでないときには生者であるというように、死の概念を移植目的によって相対化すべきでないように思われます。このことは先ほど島崎参考人が非常に明確に述べられたことでございます。

人間の生と死は、人々の目的を超えて厳然として存在するものです。我々は、生ける者

には生者にふさわしい尊厳を、死せる者には死者にふさわしい尊厳をそれぞれ与えなければなりません。この両者の境をあいまいにすることによって人間の尊厳が守られるということは私はないと思います。移植用の心臓の摘出は、提供者が死者でなければ認められるべきではありません。脳死者が生きている、生きている可能性があるというのであれば、心臓移植手術は行うべきではありません。

医師、コーディネーターという移植医療の方たちからは、生きている人から心臓を摘出して死に至らしめるのが心臓移植手術であるのなら、そのようなことは到底できないと聞かされたことがあります。また、人を死に至らしめてまで自分の子供を助けたいとは思わないという悲痛な叫びを患者の家族の方から伺ったこともあります。

我々は、生の重み、死の重みを十分に理解しなければなりません。また、厳しい条件を付けさえすれば、あるいは慎重にしさえすれば、生きている人から心臓を取ってもよいのだということは絶対にありません。脳死したドナーからの臓器の摘出を認める現在の臓器移植法も、したがって、脳死は人の死であるという理解によらなければ実は成り立たない法律であるということに気を付けるべきです。

脳死に関する私の意見は以上のようなものです。

私の見解をそのまま法律にすべきだということであるならば、A案も不徹底だとしてそれを修正すべきだということになるでしょう。しかし、脳死をめぐる議論は、様々な死生観を前提にしながら、A案が法律になった後にも継続的に議論が続けられる必要があります。脳死に賛成する人、反対する人、それぞれが生と死の意味を問い続ける作業は行われなければなりません。私は、国民の死生観の重要性、脳死論の重要性、議論の重要性を十分認識するがゆえにA案を支持したいと思います。

さて、脳死臓器移植を認める以上、脳死判定は誤りなく行われなければなりません。それは、脳死が人の死であるかとは別に、また臓器提供の基準をどのように考えるかとは別の次元にある問題です。

これまで行われてきた脳死下での臓器提供事例に係る検証会議においては、脳死判定についての基本的な問題は発見されていないということです。一部で危惧されておりましたような、脳死判定、臓器移植を急ぐ余りドナーの救命措置がおろそかにされたということもないようです。医学研究者の綿密な作業を基礎として作られた厚生省令の脳死判定基準、それにも問題は指摘されておりません。

しかし、検証結果のすべてが公開されているわけではないために、検証の透明性に疑問が出されることがあります。これにつきまして、臓器移植委員会の末席を汚していた経験から申し上げさせていただきますと、私は、そっとしておいてもらいたいという御家族の心情を考慮するなら、これはやむを得ないところがあったのではないかと思います。

脳死臓器移植が異常、異例な医療ではないという認識を日本人、日本のマスコミが共有するようになって初めて、情報のより広い公開が可能となるものと思われれます。このため

にも、臓器移植法がA案のように改正され、脳死臓器移植が日本社会に更に定着することが必要であるように思われます。

小児脳死臓器移植を可能とするA案が法律になったときには、これは衆議院に提出されていたD案でも同じですが、小児の脳死判定が行われることとなります。

小児は成人と比較すると脳死判定に困難を伴うことがあるということが言われております。一つは、小児は体が小さいために、すべての脳死判定のための検査が物理的に難しいことがあるのではないかとことです。もう一つは、小児の脳が成人のそれに比して侵襲に対して抵抗性が強く、脳機能の可逆性も比較的に高いということです。これらのことは、先ほどの谷澤参考人が指摘されたとおりでらうと思います。

平成十二年の厚生省研究班の小児脳死判定基準は、これらの点を考慮して、修正齢十二週未満を脳死判定から除外するとともに、初回の脳死判定から二回目の脳死判定が行われるまで二十四時間以上を必要としています。現在の省令によると六時間ですが、小児についてはこれでは不十分と考えたのです。

法改正が行われ、小児の脳死判定を行うことになったときには、省令、ガイドラインの改正が行われることとなります。そこでは、以上のような小児脳死判定基準を基礎として、誤りのない小児の脳死判定が作られなければならないと思います。

以上で、現在の段階で私が申し上げるべきことはすべて申し上げさせていただいたと思いますので、私の話を終わらせていただきたいと思います。

御清聴ありがとうございました。

# 『臓器移植法の研究』の作成（案）

Version 09.07.18.

## 基本方針

- \* 厚労科研費による研究会の成果をまとめた書物として町野朔（編）『臓器移植法の研究』を印刷する。将来は、他の論考と併せて、『臓器移植法改正の論点』の続編として出版することも考える。
- \* 本書は厚労科研による研究の一つの成果ではあるが、厚労科研報告書とは別のものである。「I 日本の臓器移植法」の3篇（武下、高橋、町野）は分担研究報告書として、田中班全体の報告書にも寄稿することとする。
- \* 本書は、「参考資料」として田中班を通して厚労省に提出されることになる。
- \* 本書の論文はそれぞれの研究者の見解であり、編者（町野）のそれと同じではない。
- \* 字数は10,000字前後とし、A4にワープロで40×40字で入力するものとするほか、書式は基本的には自由とする。
- \* 締め切りは2009年12月15日とする。ファイルで事務局まで提出願いたい。[organtransplant@hotmail.com](mailto:organtransplant@hotmail.com)

# 目次

## I 日本の臓器移植法

- I-1. 臓器移植法の改正（町野朔）
- I-2. 日本における臓器移植—死体移植・生体移植、法とガイドライン  
（高橋公太）
- I-3. 脳死判定基準—成人から小児まで—（武下浩）\*

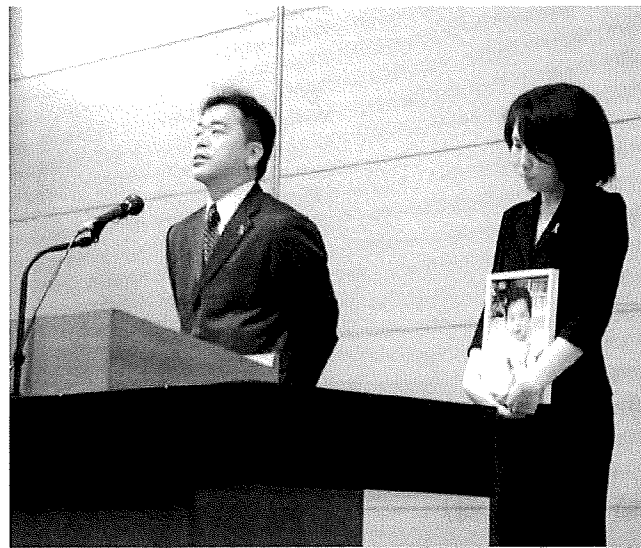
\* 提出済み。

## II 国際的に見た日本の臓器移植法

- II-1. イスタンブール宣言とWHOガイドライン（小林英司）
- II-2. アメリカ合衆国（佐藤雄一郎）
- II-3. EUと臓器移植（井田良）
- II-4. イギリス（佐藤雄一郎）
- II-5. フランス（近藤和哉）
- II-6. ドイツ（臼木豊）
- II-7. スイス（井田良）
- II-8. 韓国（趙晟容）
- II-9. 台湾（李茂生）

## III 臓器移植法の基本問題

- III-1. 生体移植と死体移植（奥田純一郎）
- III-2. 臓器売買（高橋公太）
- III-3. 病気腎移植について（相川厚）
- III-4. 脳死論の考察（辰井聡子）
- III-5. 死者の自己決定と小児臓器移植（中山茂樹）
- III-6. 小児臓器移植と児童虐待防止法（石井トク）
- III-7. ヒト組織の移植（磯部哲）
- III-8. 臓器移植と再生医療（松山晃文）
- III-9. 臓器移植と倫理委員会（塚田敬義）







2009年4月15日

日本経済新聞 2009年(平成21年)4月15日(水曜)

### 移植法改正へ

## 子供の臓器提供に道

#### 建論委員会、与野党議員、国会会で

【東京14日】改正臓器移植法（臓器移植法）の改正案が、14日午後の国会で、与野党議員らによる建論委員会が開かれ、議論が白熱した。改正案は、15歳未満の子供の臓器提供を認め、家族が判断できる仕組みにする。改正案は、臓器移植法改正案（臓器移植法）の改正案が、14日午後の国会で、与野党議員らによる建論委員会が開かれ、議論が白熱した。改正案は、15歳未満の子供の臓器提供を認め、家族が判断できる仕組みにする。改正案は、臓器移植法改正案（臓器移植法）の改正案が、14日午後の国会で、与野党議員らによる建論委員会が開かれ、議論が白熱した。改正案は、15歳未満の子供の臓器提供を認め、家族が判断できる仕組みにする。

改正臓器移植法（臓器移植法）の改正案が、14日午後の国会で、与野党議員らによる建論委員会が開かれ、議論が白熱した。改正案は、15歳未満の子供の臓器提供を認め、家族が判断できる仕組みにする。改正案は、臓器移植法改正案（臓器移植法）の改正案が、14日午後の国会で、与野党議員らによる建論委員会が開かれ、議論が白熱した。改正案は、15歳未満の子供の臓器提供を認め、家族が判断できる仕組みにする。

2009年7月14日

日本経済新聞 2009年(平成21年)7月14日(火曜)

## 小児の脳死 基準作成へ

### 厚労省が研究班設置方針

#### 改正臓器移植法成立

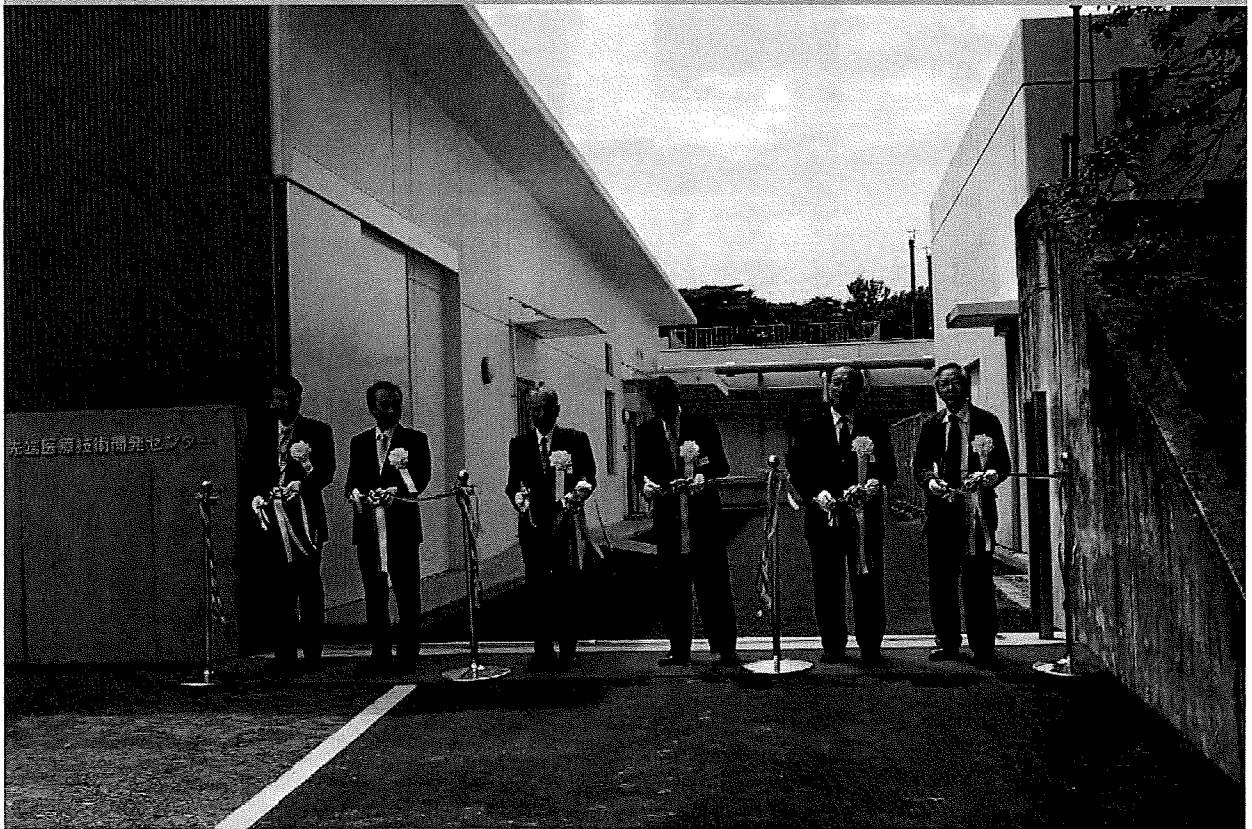
#### 6歳未満、回復力高く 提供家族の支援も強化

【東京14日】厚労省は14日、改正臓器移植法（臓器移植法）の改正案が成立したことを踏まえ、小児の脳死判定基準の作成に向けた研究班を設置する方針を示した。研究班は、小児の脳死判定基準の作成に向けた研究班を設置する方針を示した。研究班は、小児の脳死判定基準の作成に向けた研究班を設置する方針を示した。研究班は、小児の脳死判定基準の作成に向けた研究班を設置する方針を示した。

改正臓器移植法（臓器移植法）の改正案が成立したことを踏まえ、小児の脳死判定基準の作成に向けた研究班を設置する方針を示した。研究班は、小児の脳死判定基準の作成に向けた研究班を設置する方針を示した。研究班は、小児の脳死判定基準の作成に向けた研究班を設置する方針を示した。研究班は、小児の脳死判定基準の作成に向けた研究班を設置する方針を示した。



# CDAMTecフルオープン（2009年7月14日）



## 心停止豚モデルを用いた腹部臓器一括摘出技術コース

(2009年7月24日、CDAMTec)



## ドナー保護に関連する国際比較

- ‘ドナーを患者として扱う’
- 日本移植学会 ドナー登録委員会  
(厚労省研究班 高原班)
- イスタンブール宣言「Global Standard」との  
違い  
「肝移植研究会」ドナー調査委員会 アンケート

## 医学生教育に関する国際比較

9月16日 TTS、ステアリング委員のAlileza Bageru氏とU-Talk計画

- 医療関係者ですら、移植に興味がない？
- 移植を無視して医療が成り立つ？
- 338の脳死ドナー提供施設は機能する？
- 小児の脳死は？



# 第一回 U-Talkシンポジウム

(2008年9月20日、大阪)



平成21年度厚生労働科学研究費補助金  
免疫アレルギー疾患等予防・治療研究事業  
『再生・移植医療の現状と将来に向けての国際比較』

改正臓器移植法施行を見据えた  
本研究班本年度の課題  
移植施設の実績分布と施設間格差/QCをめぐって

09/08/02

本邦の腎移植症例数別施設数(2008年)

第42回日本臨床腎移植学会

年間症例数	施設数 (%)	症例数計 (%)
1～ 4例	59 (44.7)	116 ( 9.6)
5～ 9例	36 (19.4)	227 (18.8)
10～ 19例	22 (16.6)	307 (25.5)
20例以上	15 (11.3)	556 (46.1)
計	132 (100)	1206 (100)

09/08/02

## 本邦の施設あたりの肝移植症例総数 (～ 2008年)

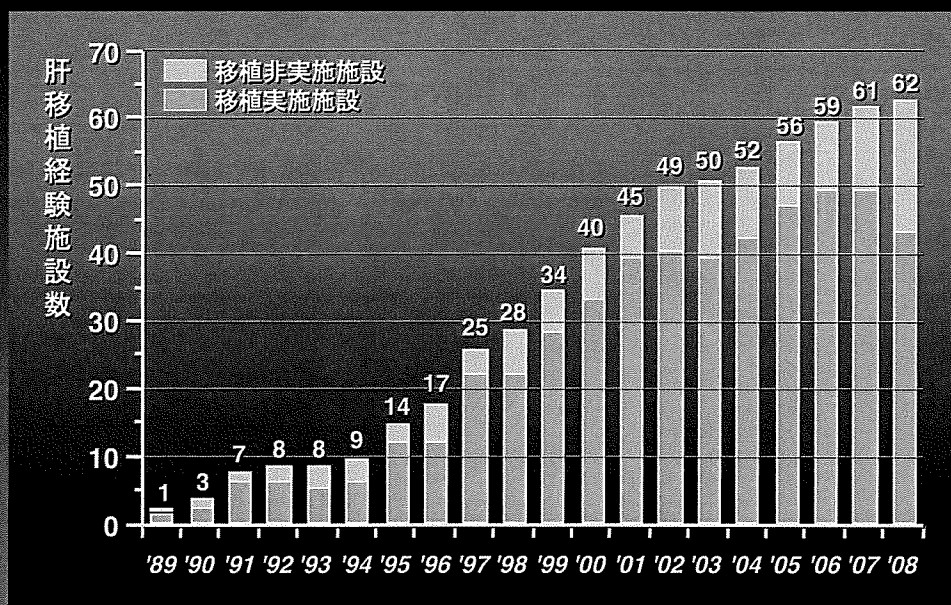
第27回日本肝移植研究会

累積症例数	施設数 (%)
1000例 ～	1 施設 ( 1.6%)
500例 ～ 999例	0 施設 ( 0%)
100例 ～ 499例	14 施設 (22.6%)
50例 ～ 99例	9 施設 (14.5%)
10例 ～ 49例	22 施設 (35.5%)
1例 ～ 9例	16 施設 (25.8%)
計	62 施設 (100 %)

09/08/02

## 本邦の肝移植施設数(～ 2008年)

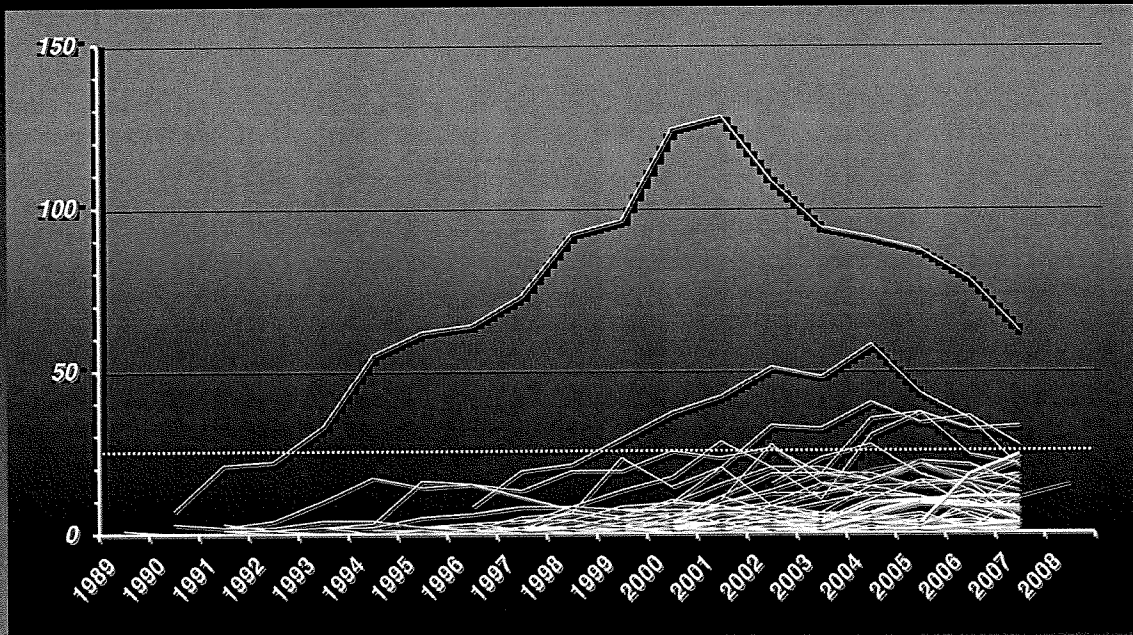
第27回日本肝移植研究会



09/08/02



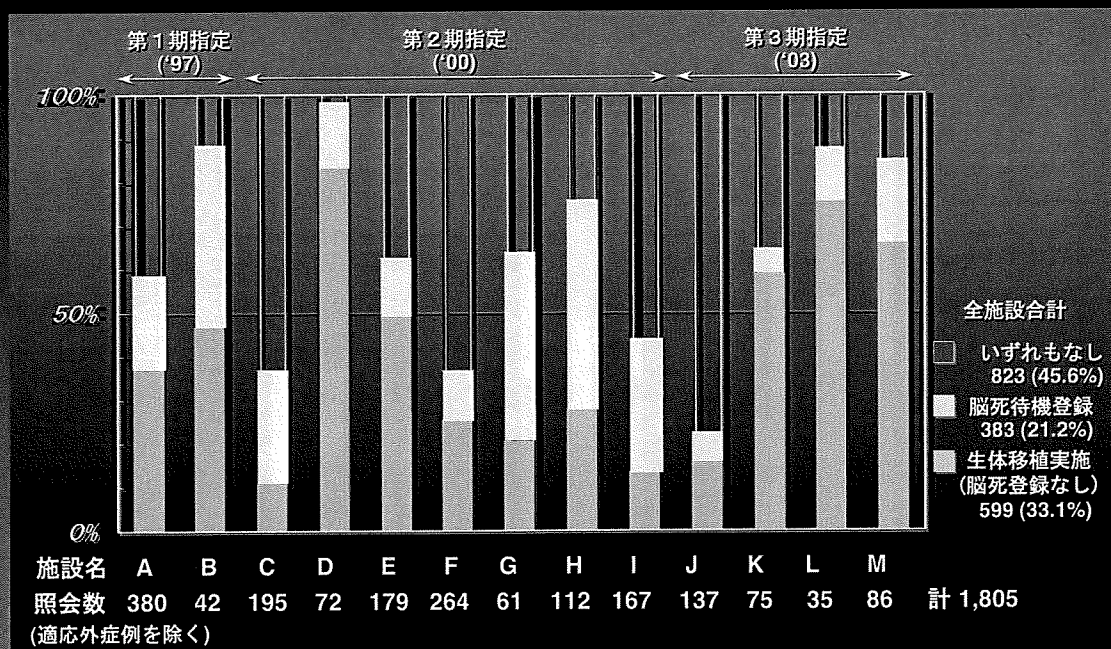
## 本邦における施設別肝移植実施数の推移



09/03/02

## 脳死肝移植認定13施設における成人移植適応症例の転帰 (2006/4/1 ~ 2009/3/31; 18歳以上)

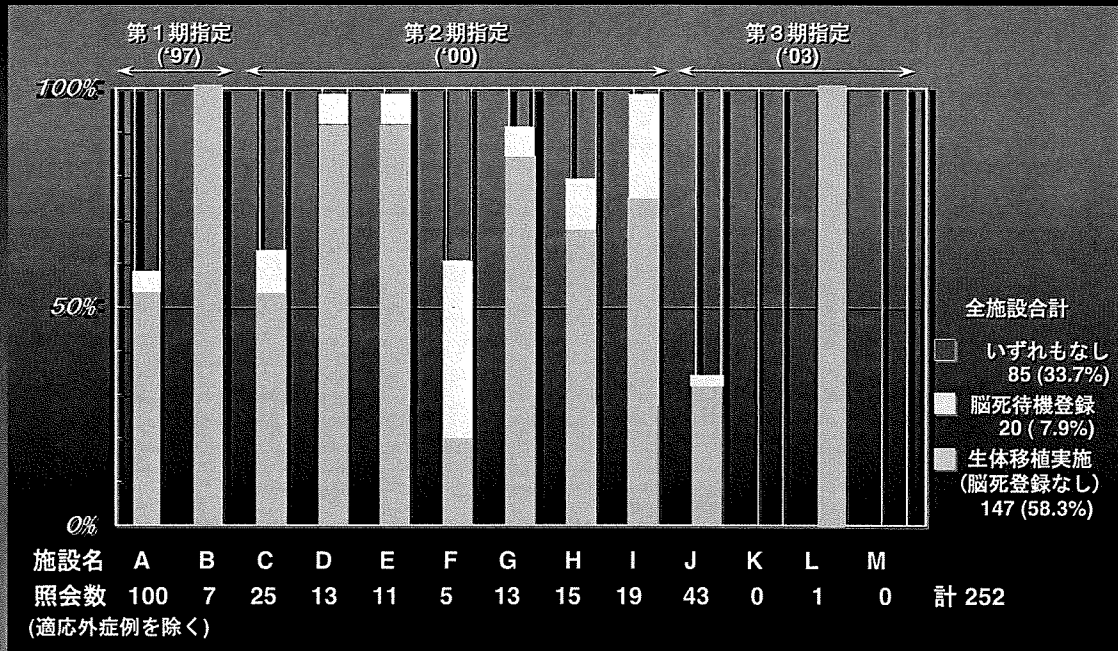
第27回日本肝移植研究会



09/08/02

## 脳死肝移植認定13施設における小児移植適応症例の転帰 (2006/4/1～2009/3/31; 18歳未満)

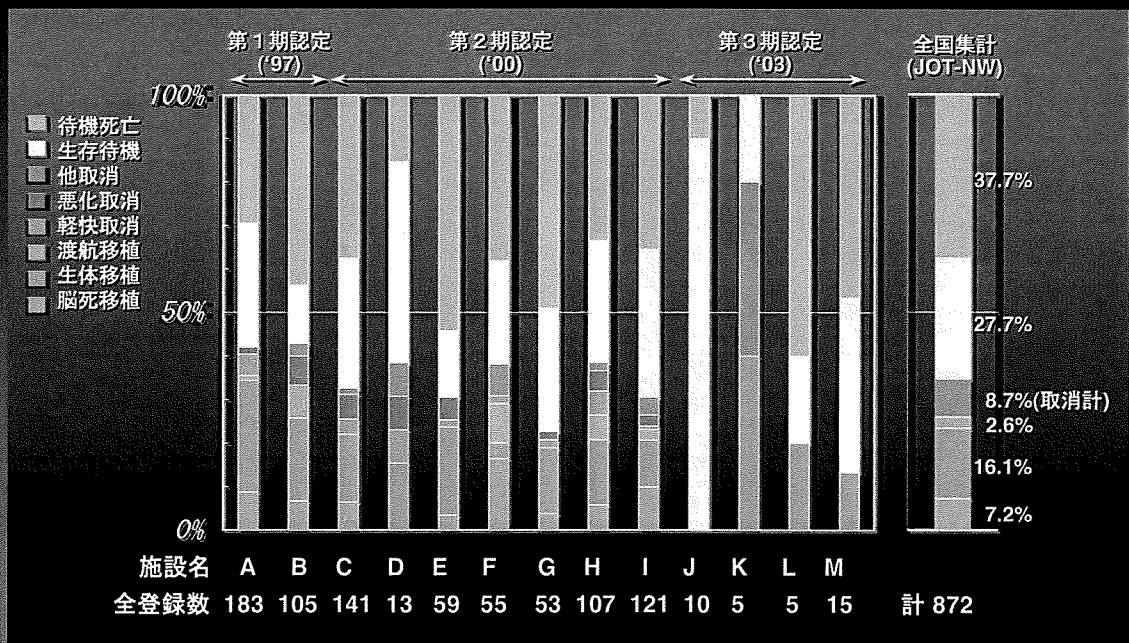
### 第27回日本肝移植研究会



09/08/02

## 脳死肝移植認定施設における登録症例の転帰 (～2009/3/31; 全年齢層)

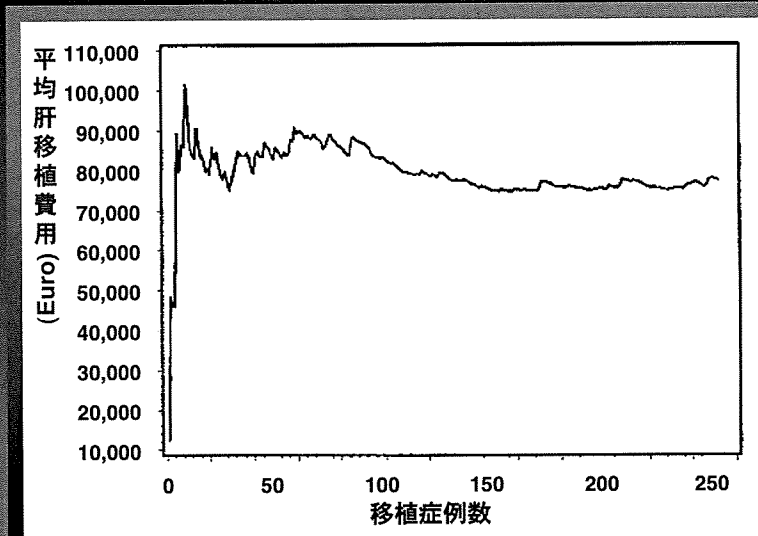
### 第27回日本肝移植研究会



09/08/02

# 肝移植医療における学習曲線と医療費

症例数あたりの平均医療費



疾患別: FHF, 門脈血栓, 腎障害 > アルコール性肝硬変

*Transplantation 2003;75:1731 - from Italy*

09/03/02