

財団法人 骨髄移植推進財団 P B S C Tに関する委員会

第7回 議事録

日 時： 平成22年1月24日(日)15:00~18:00

場 所： 廣瀬第一ビル 2F会議室

出席委員： 伊藤 雅治(委員長)
宇都木 伸、三枝 真理、坂巻 壽、鈴木 伸彦、田野崎 隆二、
豊嶋 崇徳、新田 恭平、日野 雅之、簀 正広、宮村 耕一、
森 慎一郎、結城 康郎 (以上、敬称略、順不同)

事務局： 平井 全(常務理事)、木村 成雄(事務局長兼総務部長)、
大久保 英彦(広報渉外部長)、小瀧 美加(移植調整部長)、
坂田 薫代(ドナーコーディネート部長)、他6名

傍聴者： 2名

1. 開 会

(1) 議事録の公開について

第6回委員会の議事録について、会議終了までに各委員で内容の最終確認を行うこととした。会議終了時に、各委員に確認を行ったところ、意見がなかったため、財団ホームページに公開することとされた。

2. 審 議

本日の審議は、(1)「凍結の可否について」、(2)「P B S Cの運搬について」、(3)「骨髄提供・P B S C提供の選択決定方法について」、(4)「P B S C移植施設・採取施設認定の考え方」、(5)「制度導入時の体制」及び(6)「ドナー手帳」について審議することとされ、このうち(5)以外は全て、これまで審議が十分でなかった案件であった。

(1) 凍結の可否について

標題の審議事項については、第3、4、6回委員会で審議を行い、方向性を確認したところであるが、その後研究班において新たな意見が出されたことから、本日改めて審議となったものである。

坂田ドナーコーディネート部長が、資料に基づいて以下のような説明を行った。

これまでの審議においては、末梢血幹細胞(以下、P B S Cという)ドナーから細胞が

充分採取できない場合は患者の生命に関わるることなることから、採取したP B S Cの細胞数を確認後に前処置を開始し、移植日まで当該P B S Cを凍結保存することを、採取施設の判断で可能とする、との方針を確認していた。そして凍結を認める際の「一定の条件」「その手続き」及び「費用負担」について検討してきた。また骨髄の凍結に関しては、財団の別の場で検討することが確認されていた。

今般、凍結に関して厚生労働科学研究班（以下、研究班という）から新たな意見が示された。それは「原則、凍結は行わない。ただし、患者にとって最適な移植希望日とドナー・採取施設の調整が不可能な場合においては、審査の上、凍結の可否を決定する」とするものであり、これまで審議してきた内容と方向が異なるものであった。そこで、改めてこの考え方について宮村委員よりご説明いただき、本委員会でご審議いただきたい。

続いて、研究班の主任研究員である宮村委員より説明があった。

研究班の会議において、分担研究員から、各国のバンクを確認したところ凍結を実施しなくても特に問題なく末梢血幹細胞移植（以下、P B S C Tという）が実施されている、との報告があった。また、日本造血細胞移植学会（以下、学会という）のドナー委員会から、血縁P B S C Tにおける細胞数と生着の関係について、C D 3 4 陽性細胞数が 1×10^6 以下の場合（注：全体の2.7%程度存在）においても生着しなかったというデータは無かった、との報告があった。

これら細胞数と生着との関係について新たなデータが示されたことから、研究班においては、移植に際して細胞数が少ないことを懸念する必要は特に関係なく、従って凍結を認めるべきではないとの結論となった。「但し書き」として、「日程調整等が不可能な場合等、施設が希望する場合には審査の上その可否を決定する」旨を付記することで、これを凍結の方針としたい。そこで本委員会での審議をお願いしたい。

以上の説明のあと、審議が行われた。

これまでの委員会の合意事項として、凍結は全面禁止するのではなく、一定の条件を満たした場合に移植施設の判断で実施可能とするとしていたが、本日提示された案では、凍結は原則行わないというものであり、それでは凍結の可否はどのように判断するのかについて意見が出された。

審議の結果、基本的に研究班の案を了承し、移植日と採取日の調整がどうしても不可能な場合や、移植施設がやむを得ず凍結が必要とする場合には、新たに設置する審査機関において事前に1例1例審査し、可否の判断をすることとした。なお、事後においてもその判断が正しかったかどうか検証することとした。答申の中では、このような仕組みを財団の中で具体的に検討していく、という整理をすることとした。

（主な意見等）

<伊藤> この委員会において「凍結」の方針決定までには様々な議論があったが、改めて本日出された案について、確認的な意味も含めてご議論いただきたい。また、この委員会では骨髄の凍結については触れないとしていたが、本日のP B S C凍結案に関連して、骨髄の凍結に関する考え方を再度確認していただきたい。田野崎委員、いかがでしょうか。

<田野崎> 当初から「原則、凍結は行わないほうが良い」と申し上げてきたので、本日の案は妥当と思うし、事務手続き等も実際に実施しやすいのではないと思う。

少し気になる点は、採取したP B S Cの扱いについて、「医療機関ではない財団が規定すべきではない」と言っておきながら、骨髄の場合は、採取したものは必ず使用するということが大前提であり、凍結に関する厳格な規定がある。これは矛盾していないか。全体のニュアンスが変化しているように思える。

<伊藤> 最終的に答申の中にどのように記載するか、改めて検討する。

<豊嶋> この案で構わない。この案でスタートし、課題を1つずつクリアしていけばよい。これまでいろいろと議論を重ね、ここに戻ってきたという理解である。

<坂巻> 以前から当院では原則凍結を行っていないので、よろしいかと思う。ただ、当院でもかつて凍結した事例があって、それが使用されないということがあった。この事例は、後から非血縁の骨髄が得られることとなり、採取した血縁P B S Cを使用しなかったものである。凍結すると使用されないケースが出てくるという印象があるので、原則凍結しないという結論は望ましい。

もちろん例外的に凍結を実施できる道は残しておくことが必要と思う。ただし、「患者にとって最適な移植希望日とドナー・採取施設の調整が不可能な場合」というのは、骨髄との整合性はどうなるのか。骨髄では必ずしも「最適な希望日」に移植が行われているわけではなく、「調整の結果としての日程」で移植が行われているのが常だと思う。P B S C Tのほうが基準がゆるいと感じる。まずは日程調整の努力をするべきである。

<伊藤> 但し書き以下の部分の適切な表現について、何かご意見はあるか。

<坂巻> 最初から「最適な移植日に調整できないから凍結する」というのはよろしくない。原則、移植日と採取日が合うように調整するが、やむを得ず移植日を変更する場合は凍結を認める、とでも言えばいいのか。

<三枝> 確認させていただきたい。今回凍結の方針について新しい案が出てきたのは、プア・モビライザーとか、ドナーに有害事象が生じ採取が中止になるといったリスク等、当初の懸念事項がクリアされたから、という理解でよろしいか。そして、新しい案において、凍結を認める理由は日程的な面に限定される、という理解でよろしいか。

すこし話がそれるが、昨日行われた財団の関東地区ブロック会議において、骨髄の凍結事例が挙げられ、その中で、凍結を認める具体的な条件についてははっきりと示すべきであるとの意見が相次いでいた。ここで言う「患者にとって最適な移植希望日」とは具体的にどのような条件になるのか、この案ではよくわからない。単にスケジュール的なものであるなら、骨髄における凍結の議論と重なってくる部分があると感じている。

<宮村> それは重要な点で、これまで骨髄は患者にとって最適な移植日でなくても、日程調整の結果決定された日に移植を行ってきた。これには関係者の努力があった。そこは安易に変更すべきではない。今、具体的なことは申し上げられないが、一定の基準を設けることは必要である。骨髄とP B S Cを全く同じ基準で考えてよいかどうかは解らないが、多くの人の納得感を得られる基準でなければならない。骨髄の凍結については、別の場で検討することにしている。

<坂巻> 「最適な移植希望日」ということを幅広く解釈されないようにしたい。安易に凍結をしない理由が必要である。

<豊嶋> そうすると、凍結というのは原則として「緊急凍結」ということになる。

<森> これまでの議論とロジックがずれたように感じる。もともとプア・モビライザー

等、骨髄には無く、P B S C固有の問題に起因して凍結の議論がなされてきたと理解している。「日程が合わない」というのは骨髄、P B S C、共通の問題であり、であれば骨髄も含めて、財団のポリシーを決めることが必要になるのではないかと。

P B S C固有で起こりそうなケースとしては、採取医がドナーを診て、血管ルートが確保できないのではないかと判断し、凍結を求めることはあるかも知れない。

<日野> 血管アクセスが得られない場合については、ドナー不適格とする予定であり、そこはクリアできるのではないかと。

<伊藤> 他の方々のご意見はいかがか。

<宇都木> 審議の上可否を決定する、というのは、どこで誰が審議し、決定するということなのか。

<森> 骨髄のケースについては、凍結は原則禁止であるが、やむを得ない場合に緊急避難的に実施したケースは過去にもあり、その場合は先ず移植施設からの申請があり、財団の理事や委員会委員長で構成する「危機管理担当」が協議して決定することになっている。ただし、毎回緊急のことであり、限られた時間と情報の中、メール等で審議・意見集約し、決定している。

<伊藤> 財団の組織、という考え方でよろしいか。

<森> そうではある。ただし、この危機管理担当の審議は、緊急性の求められる状況の中、毎回ベストの判断ができるかということについて、個人的には検討の余地があると思っている。

<田野崎> 凍結の審査を行う委員会については、昨日の関東地区ブロック会議でもあったように、判断がぶれる可能性を懸念する声が多く、多くの施設から聞かれるところである。ぶれないような基準を決めて欲しい。また、緊急避難的に判断するのではなく、骨髄・P B S C共に対応できるようにしなければならないと思う。

<伊藤> 宮村委員に伺いたいが、「審査の上、可否を決定する」という点について、研究班では、骨髄と一体化する・しないの議論はあったのですか。

<宮村> 骨髄の場合を含めて、この委員会とは別の場で議論すべきであるという結論になっている。

<伊藤> この委員会としての結論、つまり答申書をまとめる上では、「凍結については審査の上可否を決定する」とはするものの、骨髄の場合を含めて具体的なやり方は別の場で検討して下さい、という整理をするということですか。

<宮村> 原則として凍結は実施しないものとする。ただし、施設からどうしてもという要望があった場合には、審査を行う道筋も残しておく。その1つの例が、どうしても日程調整がつかない場合ということになる。その他、ドナーが中心静脈へのアクセスを拒否し、血管ルートが確保できなくなった場合等いろいろなケースがあり、これらを個別に審査委員会で判断する、ということはどうでしょうか。

<田野崎> 基本的には骨髄と同等、つまり条件は変えずにおくほうが整理しやすい。P B S Cと骨髄の凍結に関して、公平性が保たれないようではよろしくない、という意見が多いものと思う。多くの移植医は骨髄を凍結することが望ましいと思っても、これまでルールでできなかつた、それがやり方によって、例えば緊急避難的ということであれば認められてしまう。これでは様々な意見も出てこよう。判断がぶれることが無いようにルールを決めて欲しい。P B S Cにおいても同じである。

<宮村> そうではあるが、例えば中心静脈へのアクセスの問題はP B S C固有の問題であり、このようなケースは個別に議論しなければならない。中心静脈へのアクセス

に同意が取れないドナーは不適格とするとか、今後決定していく事項である。また、細胞数が少なくても生着するというデータを示すことにはなるが、プア・モビライザーもP B S C固有の問題である。

< 田野崎 > P B S Cを凍結する理由は、プア・モビライザーや採血ルートの問題だけでなく、ドナーの安全性の確保という面もある。P B S C採取では、G - C S F投与期間のように、注意を要する期間が骨髄採取より長いため、凍結予定で患者が前処置に入っていないければ採取中止という判断がし易くなり、ドナーの安全性確保の観点から望ましいと思っていた。しかし、余程のことがない限り移植中止にはならないと思うので、やはり「原則凍結は認めない」で良いと思う。いろいろな事例があるだろうが、骨髄と同様に審議はできると思う。

< 伊藤 > 委員長として整理させていただくと、本日の研究班の案で、「原則凍結は行わないものとする」は異論が無いものと思う。そして、ドナーの安全確保、及び凍結を検討せざるを得ない事例については、財団の仕組み、つまりしかるべき審査機関で1例1例審議していくことが必要となる。その具体的事例について、本委員会で検討することは困難であるため、答申書には原則論を記載するというところでどうだろう。そして具体的な運用については、骨髄を含めて別途検討していただくということではいかがか。

これまであまりご発言のない委員の方々、いかがですか。

< 結城 > 凍結を実施しても、当該患者以外に「使いまわし」はしない、ということではよろしいですね。また、患者の都合で凍結をするのであれば、運搬に関して「当日中に」とか、条件を決めなくても良いように思うが。

また、凍結が安全だといわれるが、いったん凍結したものを解凍して移植するということは、素人考えだと本当に大丈夫かと思ってしまうので、安易に凍結はしないほうが良いとの思いはある。安易な方向には流れて欲しくない。

< 日野 > 運搬に関しては、採取施設で凍結をするのではなく、移植施設に運んでから凍結を行うこととなるため、別途検討課題となっている。

< 鈴木 > P B S Cの凍結は血縁者間では広く行われているということなので、その安全性は確認されていると考えてよいか。

< 宮村 > 実際のところはわからないが、臨床の現場で頻繁に実施されており、これまで重大な事態が生じた事例は無い。ただし田野崎委員が言っているように、凍結のやり方が施設間でまちまちであるので、ガイドラインを定めてそれを遵守するようにしていく必要がある。それから、凍結をすれば細胞の質は低下することは否めない。

< 結城 > 凍結しておけば1年でも2年でも大丈夫、ということでないのであれば、何らかの基準、例えば凍結した場合は何日以内に使用する等を決めておくことが必要ではないか。既に基準があるのかもしれないが。

< 田野崎 > ご指摘の点も考慮して、ガイドラインを策定中である。

< 鈴木 > 移植施設からどうしても凍結しなければならないという要望があった場合に、財団はすぐに審査が可能なのか。時間の余裕が無いからといって、形式的になってしまうと、何のための審査かわからなくなる。

< 伊藤 > 私の理解では、事後に審査するのではなく、事例が発生した際に直ちに審査する、という理解なのだが。1箇所集まって審議するのではなく、電話やメール等で審議し、結論を出すということ。

< 坂田 > 骨髄の凍結に関しては、これまでルールが無かったので、緊急的に危機管理担

当の先生方に対応検討をお願いした。今後、凍結について審査をするということなので、あらかじめ審査委員や審査の方法・基準を決め、手続きを整理しておくことになるだろう。その際、医学的な中身については、関係する委員会で決めていただくことが必要になる。

<伊藤> 答申を受けて、事務局で具体化していくという流れになる。

<森> 現在骨髄の凍結についての判断は、財団の危機管理担当が、限られた条件で緊急避難的に審査しているもので、結果的にその判断が正しかったのか、事後に検証することは必要かと思う。この過程を踏まないと、1回判断したことが既成事実化してしまう恐れがある。

<伊藤> 事後の検証もその仕組みの中で行うこととしたい。

<坂巻> P B S Cの凍結については、現在血縁者間で一般的に凍結が行われていることから、非血縁者間では原則として凍結は行わない、というルールにしたとしても、これまでのやり方に引っ張られる可能性がある。しかし、凍結せずに移植を行っている施設も意外と多いかもしれない。施設に対して、生着のデータを示し、細胞数が少ないことを過度に危惧しなくても良いという情報提供をすることが求められる。

<伊藤> それでは、凍結については本日の議論を踏まえて、答申案の中で整理していくこととしたい。結論としては、原則凍結は行わないこととし、ただし移植日と採取日の調整が全く不可能な場合等、やむを得ず凍結が必要となる場合には1例1例審査機関にて審査し、可否の判断をしていくものとする。これには事後の検証も含む。こういった仕組みを財団の中で検討していく、という整理をさせていただきたい。そして次回の委員会で答申案を見ていただいて、最終確認をお願いしたい。

(2) P B S Cの運搬について

標題の審議事項は、P B S C採取に関するこれまでの議論の中で、採取したP B S Cの運搬を移植病院の担当医師等が行うことは、要員不足の折、大変困難であるとの意見が出ていたことから、事務局で検討をしていたものである。

小瀧移植調整部長が、資料に基づいて以下のような説明を行った。

現在、採取した骨髄の運搬については移植病院の関係者が担当しているが、要員不足のため手配が困難であるとする施設が多い。運搬中の事故等に関する患者への補償は、移植施設が行うものと解釈される。P B S Cに関しても基本的に移植病院が採取病院に取りに行くこととなるが、採取が2日に及ぶ場合はそれぞれ運搬しなければならず、困難さは骨髄以上である。

事務局ではP B S Cの運搬に関して業者に委託することが可能か検討し、実施案を策定した。その基本的な考え方は、業者による運搬を認めることとし、財団は業者の紹介を行い、業者と移植施設が委託契約を結ぶ、運搬は移植施設の責任の下で行う、業者に委託するか否かは移植施設の判断とする、運搬中の事故等については業者と移植施設の当事者間で対応する、というもの。

運搬中の事故、及び管理体制について懸念されるものの、現状の運搬体制と比較してリスクが高まるとは必ずしも言えないことから、現在業者と仕組みを詰めている段階であり、この仕組みを使用するかどうかは施設の判断に任せたい。

なお、療養費払いの適用については、現在必要な手続きを整理中であり、実現に向けて

関係各署に働きかけていきたい。

以上の説明のあと、審議が行われた。

審議の中では、単に費用対効果で結論を出すのではなく、P B S C 搬送の重要性を考えて当分は自分たちの手で運ぶことが望ましいという意見がある一方、管理上の観点から、逆に業者に委託するほうが安全であるとする意見も出された。特に後者について、常温で運ぶのではなく2~8 の温度管理が必要になるということであれば、業者のほうが適切に運搬できるとする意見があった。

また、運搬に際して業者の紹介はするが財団は事故等には関与しないとする姿勢について、一定の責任はあるのではないかとの意見が出された。財団が事前にチェックし、委託先として適した業者を紹介することが求められるとされた。

審議の結果、採取したP B S C は原則として当日中に移植施設に運搬することを前提とし、運搬業者への委託を認める方針が了承された。ただし温度管理を含めて安全性を担保する仕組みを構築することが鍵となることから、温度等の運搬の具体的条件について、研究班で結論を出すこととされた。

また、運搬の詳細な取り決めについては、移植病院と運搬業者で詳細を詰めることとするが、財団がこれに関与しないとするのではなく、責任を持って業者を紹介できるよう適正なチェックが求められることから、この点も含めて答申書にまとめ、次回最終的に検討することとなった。

(主な意見等)

- <伊藤> 今後の対処方針、及び懸念事項等が論点になるかと思うが、この案についてのご意見を伺いたい。
- <鈴木> 日赤(注:日本赤十字社、以下同じ)はいつ頃から運搬を業者に依頼しているのか。
- <小瀧> 日赤が血液製剤を医療施設に運搬する場合は、業者委託ではなく、自社または血液供給事業団の車を使用して運搬している。類似事例では、さい帯血バンクがさい帯血を各バンクから移植施設に搬送する際に業者委託を行っている事例がある。いつから委託しているか、正確な時期は今わからない。
- <鈴木> 過去に取材したケースで、日赤が廃棄すべき血液を委託された業者が廃棄せずに不正使用していた事例があった。どんなに契約を結んだとしても、担当者が「モノの価値」を解っていないと、細心の扱いではなくなってしまう。費用対効果だけを評価するのではなく、ルール等をきちんと定めるまでの間は、現状どおりで対応することが必要なのではないか。運搬業者に任せることにはリスクがある。
- <豊嶋> 確認ですが、NMDPでは骨髄は何で運搬していますか。
- <小瀧> ガイドラインには2~8 と記載されているが、常温で搬送している場合もあると聞いている。
- <豊嶋> P B S C を2~8 で運搬しなければならないとすると、運搬に関する素人である病院関係者では困難で、逆に業者に頼まないと温度管理ができない。2~8 というのは、世界的に正しいのですか。骨髄は常温運搬なのに、P B S C は厳格に冷やして運ぶというのは間違いはないですか。
- <小瀧> WMDAのガイドラインにも2~8 との記載がある。骨髄の記載はこれまで見ていない。
- <豊嶋> 温度管理の面で2~8 と決まると、モニターができない貨物室等に置くことは

できず、誰が運ぶにしても非常に運びづらくなる。非血縁でP B S C Tを一般医療として開始した際、凍結は血液センターに依頼していた。そして、数時間かけて血液センターに運ぶ際は室温であった。ここで2~8℃が正しいとするのであれば、これを守ろうとすると運用がかなり煩雑になる。ただWMDAのガイドラインにそのように記載されているのであれば、守らなくてはいけませんね。

<小瀧> 記載はありますが、各国が遵守しているかどうかは別問題かと思われる。NMDPから日本にP B S Cをいただいた際には、常温で運搬されたケースもあった。

<伊藤> 温度の件に関しては、宮村委員、いかがでしょう。

<宮村> P B S Cが骨髄と違うところは血清の量が少ないということで、放置した際の細胞の活性を抑えるために低温にすることは望ましいのでは、という主旨で検討していた。

<伊藤> 豊嶋委員がおっしゃるように、温度管理が必要だと言う前提で考えたほうが良いのか。

<宮村> 研究班の中で、海外の情報等を収集して検討しているが、まだ不明な点がある。

<伊藤> 直接、海外の機関に照会することはできないのか。

<宮村> 問い合わせることは可能かと思う。ただ恐らく、実態はまちまちかと思われる。

<田野崎> 先日、国際輸血学会で韓国からの発表を聞いた。自家移植のP B S Cを対象とした調査では、室温で一晩保存したところ、4℃で保管をしていたものと比較して質が落ちていた。健常人ドナーからの細胞についても似たようなことであると考えれば、NMDPのように低めに温度管理をしたほうが良さそうということになる。これを決めるかどうかということになる。

<伊藤> 温度管理の有無はあるにしても、運搬を業者に委託することを認めるかどうか、委員会として答申にどうまとめるか、についてご意見をいただきたい。

<宮村> この件に関しては専門的な分野なので、研究班が責任を持つ内容だと思う。田野崎委員からは先ほどの内容を送っていただきたいし、各国の関連機関には問い合わせを行いたい。最終的に研究班のほうで結論を出すということでのよろしいか。

<伊藤> それでは今日のところは最終結論を保留するとして、次回までに研究班でまとめて欲しい。他にご意見はいかがか。

<結城> 2点ほど申し上げたい。まず、運搬に際して業者の紹介はするが、財団は事故等には関与しない、というのはいかがなものか。実際にはこれでは通らないでしょう。少なくとも業者のチェックは必要で、チェックの基準等は明らかにしておくことが求められる。

次に、採取したP B S Cは凍結の有無に関わらず当日中に運搬する、とあるが、「凍結の有無に関わらず」ということは、凍結して運搬した場合、しないで運搬した場合、2つの場合に分けての運搬管理体制が必要になる、ということ指摘したい。細かいが、文章上の問題である。

<伊藤> 原則は凍結をしないのであり、やむを得ず実施する場合も、運搬した後に移植施設で行う、ということかと思うが。

<小瀧> 先ほどの凍結の議論における結果と整合しておらず、失礼しました。「採取したP B S Cは原則として当日中に移植施設に運搬する」と訂正させていただきたい。

<鈴木> 最初は件数も少ないから大丈夫かと思うが、数が増えてくると取り違い等の問題が生ずる可能性があるのでは、海外での運用事例を知りたいところである。

<伊藤> 先ほど結城委員から指摘があった「財団の関与」については、答申案の中で考

慮してまとめて欲しい。

< 田野崎 > 鈴木委員の発言にも関連するが、業者に関しては、財団が詳細にチェックして、ここならば大丈夫といってくれないと、採取医も業者選定の判断がつかない。是非詳細なチェックをお願いしたい。

< 新田 > 運搬業者を使う場合は、キャリアボックスなどの運搬用資材を、財団も関わって開発することが必要かと思う。また、多少費用がかかっても、運搬業者に独自の配送ルートを作っていただくことも検討して欲しい。

< 豊嶋 > やはり温度管理がポイントとなる。2~8 で運搬するためには適切な運搬用資材が必要であり、ますます業者に委託することが必要となると考える。

< 鈴木 > 日赤に委託することはできないのか。

< 小瀧 > 確認するが、難しいと思う。

< 伊藤 > 運搬の問題については業者委託を認める前提で、ただし温度管理を含めて安全性をいかに担保する仕組みを構築するか、次回、答申案の中でまとめることとしたい。

< 三枝 > 最後に療養費払いの件で一言申し上げたい。現在、移植に使うさい帯血の運搬は、日通航空さんと献血供給事業団さんに委託して行っているが、前者は航空機を使用する場合は貨物扱い、それ以外はチャーター便(車)で運んでいる。後者はチャーター便(車)である。どちらの委託先においても患者さん宛ての請求書を出していただいているので、療養費払いで保険請求ができる。しかし「さい帯血を運搬する」ことに対する理解が低い場合がある。従って、請求書等の手続きに関して、療養費払いの主旨を業者にきちんと説明しておいていただきたい。

(3) 骨髄提供・P B S C 提供の選択決定方法(ドナーの意思決定)について

標題の審議事項については、第4~6回委員会で審議をお願いしたところであるが、その後研究班において新たな意見が出されたことから、本日改めて審議となったものである。研究班の一員である日野委員が、スライドに基づいて以下のような説明を行った。

1月10日に研究班の会議があり、その際に患者の希望をドナーに伝えるかについて、意見があったので本委員会に報告したい。

当初は、確認検査の段階で、ドナーの希望は確認するが患者の希望はドナーには伝えない、としていたが、ここでドナーが要望した場合患者の情報を伝えないのは問題ではないかとの意見が出された。その理由は、患者にとって最も良い方法を仲介するのが骨髄バンクの使命であり、ドナーが患者希望を知った場合により良い方向に選択が変わる可能性があるからである。一方、患者希望を伝えることはドナーにとっての意思誘導になるとの意見も存在する。

ドナーの「希望」ではなく、「承諾」という表現にし、ドナーがP B S C 採取と骨髄採取のどちらも承諾するのか、どちらかが「できない」、つまり「不同意」なのかを聞くという考え方にしてはどうか。

論点としては、患者の希望をドナーに伝えるかどうかであるが、伝えないとした場合、ドナーの希望を承諾(もしくは不同意)の形で患者に報告することでよい。また、伝えるとした場合、すべてのドナーに伝える、要望するドナーに伝える、と2通りあり、

その伝え方として、患者希望が変わる可能性を示唆して、現時点での希望を伝えるというやり方がある。どの考え方が適切であるか。

本件については、研究班の意見が一致していないので、この委員会でご意見を伺ってから、改めて研究班の会合に持ち帰りたいと思う。

以上の説明のあと、審議が行われた。

論点は患者の希望をドナーに伝えるかということであり、伝えた場合、伝えなかった場合について整理した。日野委員より、伝えないのであれば、ドナーには骨髄提供とP B S C提供の2つのケースの説明をして、もし選択に制限があるのであれば、どちらが不同意であるのかを確認することとする、またもし伝えるのであれば、最終的には変更される可能性もあることを示唆した上で、現時点での患者の希望を伝えることとする、との説明があった。議論の中で、ドナーが要望した場合に患者の希望を伝える、とするのが妥当であるとの意見が出された。

また、過去の委員会で、G - C S F投与中のドナーの健康被害について、極めて稀であるが脳血管障害等が生じる可能性があるとの説明があったことから、患者の希望を伝えた場合、結果としてそれがドナーに対する強制となり、ドナーの安全性が脅かされる可能性が否定できず、決してそのようになってはならない、との強い意見があった。これに対して、ドナーには自由意思に基づいて選択していただくということをよく説明することが必要である、との意見があり、もし不都合があれば「同意しない」(=承諾しない)旨を予め患者側に伝えることで、この点はクリアされるとされた。

審議の結果、患者の希望を一律にドナーに伝えるということはないが、ドナーが希望した場合にはこれを伝えるとすることで了承された。そして具体的なルール、例えば小児患者や再生不良性貧血等、治療上明らかにどちらか一方に効果があるとされている場合はどのように考えるか、等について、1つずつ決めていくことが必要とされた。そして本日の議論を研究班に持ち帰っていただき、次回研究班から具体案を示してもらおうこととした。

(主な意見等)

<伊藤> 難しい問題だが、実際にルールを決めなければならない。

<日野> 仮に患者希望をドナーに伝えるとしても、どちらか一方だけを伝えるのではなく、例えば、今はP B S Cを希望しているが今後骨髄に変更される場合もある、と可能性を伝えることが必要で、そうしないと混乱が生じる。結局のところは、両方の可能性を伝えることになるのだが。

<宇都木> 「ドナーが要望した場合に、患者の希望を伝える」とするのが一番すっきりしている。

<鈴木> ドナーが要望した場合に患者希望を伝える。そして、患者の希望が変わる場合があるので、両方の可能性を示唆する。ただし、これはあくまで患者の希望であって、ドナーは自由意思で判断するものとする。この3点を前提にして、ドナーは提供ソースに関して、承諾もしくは不同意で答えるという方法が、丁寧なやり方だと思う。

<森> N M D Pは確認検査に相当する場面で患者の希望をドナーに伝えているが、現場の医師に聞いてみると、患者側の殆どは「どちらでもよい」ということのようなのだ。どちらか一方に絞ると、ドナーが別のソースの提供を希望している場合、候補者から落ちてしまうからである。同時並行ドナーとして残しておくために、「どちらでも

よい」としているようだ。従って、実際には患者の希望を伝えていると言えるのかどうか、良く解らない。

<日野> 様々なケースが考えられる。患者側からみれば、とにかく移植したいというのであれば「どちらでも」と言うと思う。そこで、ドナーが「不同意」(=承諾しない)と言うのであればこれを説得することはできない。ドナーが骨髄とP B S C、共に「不同意」(=承諾しない)の選択をしている場合は終了となるが、ドナーがどちらかのみを不同意とした場合は患者がこれに合わせることになる。患者がどちらか一方を告げた際も、強制あるいは誘導とはならないという意味で、この案は適当かと思う。

<田野崎> 質問がある。最終同意の際にドナーはどちらか一方に同意することとなっている。導入当初は施設が限られるのでどちらでも良いとする患者が多いと思うが、将来的には、実際にどちらのほうが早く移植できるのかによって、患者側の選択が変わってくるケースも出てくるので、両方について同意を確認するほうが良いのではないか。

コーディネートにおいては、最終同意の後に施設の調整を始めるのであるから、ドナーの選択によって移植時期が遅れる可能性もあり、運用は難しくなるのでは。

<日野> P B S C Tを来年度導入するといっても恐らく1月くらいからとなり、また施設も当初は23施設程度を想定していることから、全てのドナー、全ての患者にP B S C Tの選択肢があるわけではない。導入当初なのか最初の1~2年なのかは解らないが、制限のあるコーディネートにならざるを得ない。P B S Cの採取時期は実際に動いて見なければ判らない。つまり最終同意の段階で、骨髄ならばこの時期、P B S Cならばこの時期、という情報を、ある程度移植施設へ報告できるものと思われる。

<豊嶋> 森委員のおっしゃったように、アメリカでは患者に選ぶ選択肢があるとされるが、実際には移植機会を逃がさないように「どちらでもよい」を選ばざるを得なくなってしまった、ということ。そこで患者の希望を聞くということは、その段階で選択を絞ってしまうことを意味しないか。「患者の希望を予め聞く」ということにすると、移植施設はどちらか一方を選ばねばならないと理解してしまうため、本来移植を受けられた患者が機会を失う可能性がある。アメリカの事例から学ぶことは、患者が選ぶということをあまり前面に出さないほうがいいのではないか、ということである。

ただし例外があって、小児疾患など医療上の観点から骨髄が適するという場合がある。この場合は明確に骨髄を選択できる体制を整えておかないといけない。

<伊藤> ルールは決めるものの、導入時は施設が限定されるので、将来形とは異なった取り扱いが必要になると思う。最初の段階から、患者の希望を全て聞くなどはあまり意味が無いと思う。

<日野> 患者側は結果的には「どちらでもよい」になるかもしれないが、希望は出してくると思う。ただ、今議論していただきたいことは、患者の希望をドナーに伝えるかということである。伝えないのであれば、ドナーには2つの提供方法の説明をして、もし選択に制限があるのであれば、どちらが不同意であるのかを確認するだけである。もし伝えるのであれば、最終的には変更される可能性もあることを示唆した上で、現時点での患者の希望を伝えることになる。

しかし導入当初の運用については、いくつかの制限がかかることから、異なるやり方になる。

- <鈴木> かつて議論されたG - C S F投与中のドナーの健康被害について、極めて稀であるが脳血管障害等が生じる可能性があるとのことだったが、ドナーにそのような持病があるにもかかわらず、患者の希望に応じてP B S C提供を選択する、といったケースが出てくることを恐れるものである。何か上手な仕組みはできないか。
- <伊藤> そう考えるのであれば、一律に患者希望を伝えない、ということかと思う。
- <宮村> 殆どのドナーが「提供はどちらでも構わない」という気持ちでいるだろうと考えるので伝えなくても良いとおもうが、患者がどちらを希望するか、はドナーが聞きたい情報かもしれない。注意すべきは鈴木委員のおっしゃるとおりで、誘導や無理強いになってはいけない。コーディネートのなかで自由意思で選択していただくことをよく説明することが必要だ。これができれば最初に伝えてもいいと思う。
- <平井> 財団のコーディネーターに意見を聞いたところ、P B S Cを含めたコーディネートでは、ドナーから「患者はどちらを希望しているのか」と必ず聞かれるであろう、という意見が多かった。そこで、三枝委員に伺いたい、「ドナーから要望があれば、患者の希望をドナーに伝える」ということにしないと、現実問題としてコーディネーターが立ち往生してしまうのではないかと思うが、いかがだろうか。
- <三枝> 血縁ドナーのコーディネートを行なっている中、患者はどちらを希望しているのかと聞かれることが多い。ドナーが患者の希望を聞きたいというのであれば、伝えるべきで、それがドナーの権利だと思う。私の立場から見てどちらが良いかを申し上げるとすれば、ドナーが希望すれば必要な患者の情報を伝える、というほうが望ましい。先ほど話があった、ドナーが無理をしてしまうのではないか、という意見に対しては、これまで骨髓バンクが一貫してドナーの自由意思を尊重したコーディネートを行ってきたという背景から、この場合も適切な運用が取れると思うので大丈夫だと考える。
- <新田> 前回、私はこの議論の際に、誘導する可能性があるので患者の希望はドナーには伝えないほうが良い、と意見を申し上げたが、今回の議論で「ドナーから要望があった場合は、患者の希望をドナーに伝える」という考え方のほうが良く整理できていると思った。
- <伊藤> 委員会のまとめとしては、患者の希望を一律にドナーに伝えるということはない、しかしドナーが要望した場合にはこれを伝える、という整理を前提にしたい。具体的なルール、例えば希望が明確な小児患者等をどのように考えるかについても含めて、具体的なルールを決めていくことになるだろう。日野委員には、この考え方に基づいて、次回に具体案を示していただければよいお願いしたい。
- <日野> 本日の議論を研究班の会合で伝え、改めて次回具体案を出したいと思う。

(4) P B S C 移植施設・採取施設認定の考え方

標題の審議事項については、第4回委員会で審議をお願いしたところであるが、今後の施設のあり方について事務局にその整理が求められていたものである。

坂田ドナーコーディネート部長が、資料に基づいて以下のような説明を行った。

これまでの議論の中で、今後の施設のあり方として、現在の骨髓と同様、移植を実施する施設は採取も実施する、いわば「ギブ・アンド・テイク型」を目指すのか、或いは安全

性が担保できるP B S C採取のセンター化を目指すのか、が課題となっていた。

骨髓の場合であるが、かつて財団の将来展望検討会議において「採取のセンター化」が議論されたことがあるが、その際には「採取施設の集約化は難しい」との結論となった。その理由は、骨髓移植に着目して血液内科を集約化することは地域医療の確保の観点から望ましくない、全国に存在するドナーの利便性に反する、採取医師に過大な精神的負荷がかかる恐れがある、等が挙げられていた。

これらの問題点は、基本的にP B S C採取においても同様に当てはまることから、「ギブ・アンド・テイク型」、つまり採取施設＝移植施設とする考え方を原則としたい。

以上の説明のあと、審議が行われた。

一般に医療において拠点化は望ましいが、血液内科の実情や全国に存在するドナーを考慮すると、なかなか実行は難しい。一方、拠点化の問題とギブ・アンド・テイクの問題は別の問題であり、集中して採取することは「手技の向上」とか「慣れ」といった観点では重要となる、との意見が出された。

審議の結果、拠点化という意味が骨髓採取或いはP B S C採取に特化するということであれば、これは必要なことであり、医療機関の実情を考慮して対応していただくこととされた。そして、現実には移植を実施するなら採取も実施していただくこと、つまりギブ・アンド・テイクが必要あり、これらの点を整理して答申書にまとめることとされた。

(主な意見等)

<伊藤> 確認であるが、P B S Cの場合も、移植をする施設は採取もするという考え方を原則としてよろしいか。

<森> 基本的に「ギブ・アンド・テイク」でよろしいと思うが、採取する場合、骨髓、P B S C、どちらか一方に特化するという方法も効率的かと思う。特化した場合、効率面のほか技術面においても向上が期待できる。

<田野崎> 施設によって状況は様々だと思う。採取を沢山行うという施設もあるかもしれない。かつて議論したが、採取をしてそれに見合ったインセンティブがあれば何も問題はない。「ギブ・アンド・テイク」を原則とすることは、これまでの経緯から見て否定するものではないが、将来的には違った方向性を考えてもいいと思う。

<新田> P B S C T導入時には施設数が限られる。同一病院で移植と採取が同時に行われるケースも出てくるので、患者とドナーが接触することはないか。

<坂田> そうならないように、施設の調整を行う。

<伊藤> 原則は原則として、医療機関の現状を考慮して、弾力的に運用できる仕組みを検討することとしたい。

<宮村> 私は拠点化が望ましいと考えているが、この案は事務局の考えか。

<伊藤> 直接P B S C採取についてではなく、かつて骨髓採取について「将来展望検討会議」で検討した際の方向性である。拠点化が望ましいが、血液内科の実情や全国に存在するドナーを考慮すると、なかなか難しいという結論であった。

<宮村> 最初からネガティブに考えるのはいかがか。集中して採取することは「技術の向上」とか「慣れ」といった観点では重要で、拠点化という意味が骨髓或いはP B S Cに特化するということであれば、必要なことではないか。

<宇都木> 今更質問するのも申し訳ないが、P B S C採取の施設と骨髓採取の施設は、重複しているのか。

<宮村> P B S C 採取施設認定基準のなかに、「骨髄採取認定施設であること」という基準があるため、完全に重複する。

<伊藤> 事務局に申し上げるが、拠点化の問題と「ギブ・アンド・テイク」の問題は別問題ではないか。医療機関の実情を考慮すべきで、そして、現実には移植を実施するなら採取も実施していただくこと、これが要点である。このあたりを整理して欲しい。

<坂田> 事務局が提案しているのは、現状の骨髄においては採取施設の確保が困難な状況であり、移植は積極的に実施されても、なかなか採取を引き受けていただく施設が少ない。そこで、ギブ・アンド・テイクと書かせていただいた。森委員のお話にあったように、将来的には骨髄を主体に採取するのか、P B S C 主体なのか、施設の特徴はあってもよいかと思う。

<伊藤> それでは、本日の議論を踏まえて、答申案の中で整理していただきたい。

(5) 制度導入時の体制

標題の審議事項について坂田ドナーコーディネート部長が、資料に基づいて以下のような説明を行った。

導入時においては23施設程度を想定するとこれまで説明しているように、全国すべてのドナーに対してP B S C 選択の機会を与えることは、当初は施設面で対応することができず、一定の制限を設けることとなる。

まず、施設認定であるが、採取施設は認定基準を満たし、サイトビジットを必須とする。移植施設については、先ほどの議論にあったように、採取施設としての認定を受けていることとしたい。体制の整う施設から認定を行っていく。

次に、患者の条件については、骨髄のほうがP B S C よりも治療に適しているとされる場合（小児疾患や再生不良性貧血など）は、例外的にコーディネートの過程で患者希望とドナー選択の調整を試みることもあるとする。

P B S C 選択を可能とするドナーについては、ドナーがP B S C 採取認定施設に通院が可能であること、患者とのH L A がフルマッチであること、患者がP B S C 移植認定施設で移植予定であること、以上の条件を定めた。

これら条件を考慮して、導入当初のコーディネート体制は、従来の骨髄コーディネートを実施しつつ、P B S C 提供を選択可能な一部のドナーに対してP B S C コーディネートを導入する、というやり方になる。

P B S C T の導入に当っては、既存のコーディネート支援システムに対して大規模な機能追加を行うことが前提となっており、システム予算について22年度に国庫補助を要望したが、結果として予算が認められなかった。そこで、財団が自主財源でシステム開発を実施するかどうか、その進め方について別途検討しなければならない状況であり、さらに一定の条件を加える必要がある旨、申し添えたい。

以上の説明のあと、審議が行われた。

サイトビジットのあり方について意見が交わされた。凍結は原則実施しないことになったが、どの施設にも凍結を実施する可能性はあるため、凍結を実施しない施設を書類審査

で済ませるのは適切ではなく、必ずサイトビジットを実施すべき、との意見が出された。また、凍結は血縁者間P B S C Tにおいては凍結を実施しているので、これを認めることとなるが、今すぐにサイトビジットを実施するのではなく、1~2年のうちに、輸血学会のガイドラインを満たしていくように、学会等が施設に呼びかけていくことはできないかとの意見もあった。

現実には、財団のドナー安全委員会の体制では、当面の23施設のサイトビジットについても要員が不足しており、実施は不可能であるとの意見が出された。

審議の結果、制度導入に当って当面の23施設のサイトビジットは必要であり、要員に関しては財団の各委員会や学会等の協力を仰いで、是非対応していただきたいとされた。具体的な方法・体制については事務局で検討し、各方面へ相談させていただくこととなった。

(主な意見等)

- <三枝> 導入時の環境から考えると仕方ないが、P B S C 採取する施設でないと移植ができないとすると、患者に不公平感が出てこないか。
- <伊藤> 23施設というのは、両方の条件を満たしていると考えていいか。
- <宮村> 採取はしなくても移植できるようにすると、採取を引き受ける施設が増加せず、ゆくゆくは患者の不利益に繋がると考える。将来的には全ての認定施設で、骨髄或いはP B S Cの採取を行い、移植も行うことになるのが望ましい。ただ、導入時は限定された施設で採取・移植を行い、安全性を確認していくことが必要である。
- <三枝> 導入当初の少ない施設においては、同一地域に1つしか施設が無い場合、患者とドナーが遭遇しないような配慮が必要になる。そこで23施設は公表することが求められる。
- <坂田> 財団の体制の中で、どの程度対応できるか検討することも必要である。また、認定施設は骨髄でも公表されているので、P B S C 採取・移植認定施設についても公表する。
- <田野崎> サイトビジットについて。凍結は原則実施しないことになったが、いずれの施設にも凍結を実施する可能性はあるわけで、「凍結を実施しない施設は、サイトビジット対象ではなく書類審査とする」というのはいかがなものか。
- <日野> 凍結保存を実施する場合は、サイトビジットを実施する。問題はサイトビジット要員である。現在ドナー安全委員会の医師が実施しているが、限られた期間で全施設サイトビジットを実施するのは不可能であるという事情がある。誰にご協力をいただくか検討している。
- <田野崎> 現在、輸血学会で院内の細胞処理のガイドラインを定めていく流れの中で、サイトビジットのような機会が無ければ、なかなかガイドラインが根付かないのではないかと懸念している。輸血学会としては、財団でサイトビジットを実施すると伺っていたので、これは良いことだと考えていた。実施いただけないとすると、輸血学会で何らかの対応を検討せざるを得なくなる。是非、財団のサイトビジットと連動させていただくことを希望する。
- <宮村> 凍結が原則実施しないということになったので、骨髄も含めて同じ条件とも考えられるので、この委員会だけでなく、全体に関わることもかもしれない。
- <田野崎> 凍結の議論の際には、サイトビジットはその条件に入っていたと思うが、今の話だと、実際にはサイトビジットは実施しないということか。そうすると「凍結保存は認めない」という理解になってしまうが、よろしいのか。

- <宮村> 凍結は血縁では実施しているわけで、認めないとする事は現実にできない。今すぐにはではなく、1~2年のうちに、輸血学会のガイドラインを満たしていくように、学会等が施設に呼びかけていく必要があるかなと思った。しかしガイドラインを根付かせていくために、凍結を実施する施設の品質管理等について、財団のサイトビジットで見ていく方法も研究班で検討したい。
- <伊藤> 当初の23施設程度については、移植施設・採取施設を総体として、やはりサイトビジットを実施することが求められよう。場合によっては凍結があり得る、という前提で対応することが必要だ。
- <日野> 23施設については、事前アンケートでガイドラインの遵守も可能と見込まれており、凍結を実施することとなっても基準は満たす可能性が高いと考えている。ただしサイトビジットの条件に入れるかどうかは別問題で、この場で判断していただきたい。
- 緊急避難的にP B S Cの凍結を実施する場合に、サイトビジットで確認しておけばよいわけであるが、骨髄を考えた場合、骨髄では緊急避難的に凍結を行う場合があるが、特にサイトビジットのチェック項目に入れているわけではない。そこで、骨髄との整合性が取れなくなってしまう。
- 実際問題として、23施設のサイトビジットはドナー安全委員会では対応不可能なので、もっと大きな組織で実施いただくようお願いしたい。
- <田野崎> 誤解を避けるために申し上げるが、輸血学会の指針は凍結のためだけのものではなく、細胞処理のガイドラインである。P B S C採取を行うためのガイドラインでもあるので、凍結する・しないに関わらず検討していただきたい。
- <伊藤> 要員をやり繰りして、何とか23施設程度についてはサイトビジットを実施していただきたいものである。
- <坂田> 月に2施設くらいのペースでスケジュールを組むことは可能と思われる。
- <日野> ドナー安全委員会の委員で、麻酔医を除くと血液内科医師は3名しかいないので、この陣容で全てを対応するのが不可能であるということ。あとは一時的に医療委員会にお願いするか、このP B S C T委員会にお願いするか、その程度しか考えられない。
- <伊藤> 何とか関連委員会や学会で協力、対応していただきたい。具体的な体制について事務局から相談させていただければと思う。いったん事務局で引き取って、宮村委員、日野委員など関係される方でご検討を是非よろしくお願いしたい。
- <新田> 今後どのくらいの割合で施設が増えていくのか、見通しについてお聞かせいただきたい。
- <坂田> 過去、この委員会で資料を出させていただいたが、およそ年間20~25施設程度増やしていく計画である。3~4年かけて100施設くらいにしていきたい。
- <新田> 資金が不足している施設に対して、財団が何か補助的な制度を考えているか。
- <坂田> 財団の財政から考えると厳しいと思われる。

(6) ドナー手帳について

標題の審議事項については、採取後のドナーフォローアップについて審議した際、その

内容について再整理が求められていたものである。坂田ドナーコーディネーター部長が、口頭にて以下のような説明を行った。

ドナー手帳については本委員会において、P B S Cドナーに対して、ご自身の健康への意識を高めること、P B S C提供後、短期及び中長期の期間に健康上問題が生じた場合に、医療機関に情報提供を行うこと、を目的としてドナー手帳を交付するとされた。その後、P B S Cドナーだけでなく骨髄ドナーに対してもドナー手帳を交付したほうが良いとの意見があり、その発行元を含めて、目的や必要性を整理して事務局で再検討するよう求められていたものである。

学会では、血縁・非血縁の骨髄ドナー・P B S Cドナーの中長期フォローアップの方針を統一して、その一環としてドナー手帳を導入する考えがあるとのこと。学会では現在、中長期フォローアップとして採取後5年間はアンケートを実施しているが、今後は、それ以上経過した後に定期健診等を受診する際に手帳を提示して、健康上問題があった場合に報告していただく仕組みを作りたい、とのことであった。また、中長期のドナーフォローアップは財団と共同で実施したいとのことであった。

これを受けて、中長期のフォローアップのあり方については学会と調整を図りつつ、ドナー安全委員会等で検討することによろしいか、また、ドナー手帳を交付することになった場合、学会と共同発行することを検討してよろしいか、以上、ご審議いただきたい。

以上の説明のあと、審議が行われた。

審議の中で、中長期もさることながら、G - C S Fの投与期間中の万一のドナー健康被害にもドナー本人やご家族が適切に対応できるよう情報を充実させねばならない、との意見が出された。

審議の結果、事務局提案の通り、中長期のフォローアップのあり方については学会と調整を図りつつ、ドナー安全委員会等で検討すること、ドナー手帳を交付することになった場合、学会との共同発行を検討することとされた。また、中長期ではなく、急性期の事態にも適切に対応できるよう、手帳の内容を検討していくこととされた。

(主な意見等)

<鈴木> 学会と財団とでしっかりとした中長期フォローアップをすることは良いことだ。一番気になるのは、中長期もさることながら、G - C S Fの投与期間中のドナー健康被害である。万一に備えて緊急連絡先まで書いてあれば不安感も解ける。善意のドナーなのであるから、敢えて病院名や担当者も記載すべき。そして詳細はホームページに誘導し、万一の場合の対応についても繰り返し告知しておく。このくらいの配慮は必要である。

<坂田> 骨髄では、提供ドナーに「骨髄採取前をお願いしたいこと」という冊子を渡し、注意事項や連絡先を伝えている。ドナー手帳に関しては、学会は中長期のフォローアップを中心に考えているようだが、P B S Cドナーに対しても骨髄同様の冊子を作成し、G - C S F投与やP B S C提供について情報提供を充分に行うことが可能と考える。

<鈴木> できれば手帳に書いて欲しい。その理由は体調が悪くなったときは、本人よりも家族がうろたえるケースのほうが多いのではないか。いろいろな手段で情報提供することは無駄にはならない。重複しても行うべきである。

<新田> G - C S F投与は原則通院でとされているが、帰宅後に自分で制御不能な事態

になり、採取病院に行く余裕がなく最寄の医療機関に運ばれた場合、必要な情報が書かれていたほうが良いと考えるが、いかがか。

<伊藤> そのようなことも含めて検討させていただくこととしたい。本日事務局から提案のあった2点に関しては、この通りでよろしいかと思うが、今日の議論を踏まえて答申案にまとめてまいりたい。

(7) 答申案について

標題の扱いについて、平井常務理事が口頭にて以下のような説明を行なった。

これまでP B S Cの導入に当って、様々な課題について鋭意ご審議いただき、前回までの内容を踏まえて、取り急ぎ答申案を提示させていただいた。本日はこの場で説明させていただく時間が取れないが、この形式でよろしければ、この内容に本日の審議結果を加えて、至急答申案をまとめてまいりたい。

次回の2月28日に答申案について審議いただきたいことから、事務局としては本日の議論を加えてこの答申案の改訂版を至急まとめ、委員の皆さまに送付させていただきたい。その後の進め方については、大変恐縮ではあるが、送付させていただく改訂版にお目通しいただき、委員の皆さまのご意見を事務局にお戻しいただく。そのご意見を反映したものを次回の委員会にお諮りして確認いただき、という段取りで進めたい。改訂版はできるだけ早く作成し送付いたしたいが、それに対するご意見を21日くらいにいただければ幸いである。ご多忙のところ申し訳ないが、よろしくご協力いただきたい。

伊藤委員長より、答申案をまとめる方針について事務局の説明の通りでよろしいか確認がなされ、全員了承した。

3. 今後の予定

次回の日程について、以下のとおり開催することが確認された。

「第8回(最終回) 委員会」 2月28日(日) 10:00 ~ (3時間程度)