公益財団法人 日本骨髄バンク 第81回 業務執行会議 議事録

開催方法：コロナ禍の影響によりWEB会議形式で開催
（本会議をWEB開催することに関して全理事の同意を得た）
日　時：2022年（令和4年）1月14日（金）17:10～19:00
出　席：小寺 良尚（理事長）、加藤 俊一（副理事長）、佐藤 敏信（副理事長）
浅野 史郎（理事）、大久保 英彦（理事）、岡本 真一郎（理事）、金森 平和（理事）
鎌田 麗子（理事）、鈴木 利治（理事）、瀬戸 愛花（理事）、高梨 美乃子（理事）、
高橋 聡（理事）、橋本 明子（理事）、藤井 美千子（監事）
欠　席：谷口 修一（理事）、椙村 岳央（監事）
陪　席：なし
事 務 局：小川 みどり（事務局長）、関 由夏（移植調整部長）、小島 勝（広報渉外部長）、
中尾 るか（ドナーコーディネート部長）、戸田 泉（ドナーコーディネート部ＴＬ）
渡邊 善久（広報渉外部ＴＬ）、藤沢 基郎（総務部）、竹村 肇（総務部）
上原 淳（総務部）

（順不同、敬称略）

1）　開会

開会にあたり小寺理事長が挨拶した。

2）　業務執行会議の成立の可否

業務執行会議運営規則第6条により本業務執行会議が成立した。

3）　議長選出

業務執行会議運営規則第5条により業務執行会議の議長は理事長があたるとされ、小寺理事長が議長に選出された。

4）　議事録署名人の選出

議事録を作成するための議事録署名人は、業務執行会議運営規則第8条により議長と出席した副理事長が記名押印する。小寺理事長と加藤副理事長、佐藤副理事長がこれに当たるとされた。

5）　議事録確認

前回（2021年12月10日）の業務執行会議議事録を全会一致で了承した。

〔議　事〕

6）　協議事項（敬称略）

（1）初期相談医師設置要綱（案）

中尾ドナーコーディネート部長が資料に基づき説明した。

初期相談医師というのは初めての試みである。今までそのような形での医師はいなかった。初期コーディネート担当は、患者から指定のあった全国の適合ドナーに対して最初の

お知らせとなる開始シートや問診表を送付して、返送されたものの内容を確認し適格性判定基準に従って進行可否を判断する。終了するものはここで終了し、進められるものは全国7か所にある地区事務局に降ろしていく。そこからコーディネーターがついてコーディネートが始まる。初期コーディネート担当には地区事務局における地区代表協力医師のようなドナーの適格性など医学的内容の相談ができる医師の体制がない。そこで資料にある主に4つの目的で初期担当者が相談できる初期相談医師を置きたい。初期コーディネート担当はドナーの問診票を確認するので、その内容にあたって医学的な部分での質問があった場合にお答え頂きたい。適格性判定基準に照らして初期コーディネート担当は判定するが、明らかに不適格ではないが、経験上不適格とした方が良いのではないかという際に、例えば追認していただく。あるいは3番目が意外に時々あるのだが、適格性判定基準により不適格終了したドナー、例えば既往歴から先に進めないドナー候補者から「どうして自分はダメなのだ」とクレームがあった際などに、「骨髄バンクの基準だからダメなのです」というような説明ではなくて、もう少しその方に寄り添った医学的な理由も添えて説明ができればより良い。そのような際に説明するための医学的な知識をアドバイス頂きたい。初期コーディネート担当は日々がんばって作業しているが、より一層の医学的知識の習得、経験年数に違いがある中ではあるが対応スキルの均一化、そのような目的で事例検討を行い同席いただく。このような役割で初期相談医師という医師をお願いしたい。実はこの初期相談医師になっていただく候補の方がいる。2012年から2016年まで調整医師としてご活動いただいている先生である。横浜市立大学付属病院、その後異動なさって静岡県立がんセンター、小児科の先生でいらっしゃるので小児科として調整医師活動を多くしてくださった飯田博美先生である。お子さんを出産なさったのを機に勤務医をおやめになって現在は小児科専門の訪問診療を行うクリニックの非常勤の先生としてお仕事なさる一方で、ドナー登録会にもご協力いただいている。横浜市立大学附属病院にお勤めになさっている時に、バンクのドナー候補者になり骨髄提供をドナーとして経験している。これまで骨髄バンクに長くご協力くださっている先生でもある。まだお子さんも小さいという理由で当分は忙しい勤務医という形の勤務ではないと伺っているのでこの先生に初期相談医師をお願いしたい。それにあたり設置要綱（案）を地区代表協力医師の設置要綱に倣って作成した。いくつか気になるかもしれないところを説明する。第6条費用弁償、「初期相談医師は無報酬とする。ただし第3条の業務の処理のために必要とした経費については費用弁償規程における地区代表協力医師に準じて支弁する。」とさせていただいている。こうしたものを今までにもご覧になったことはあると思うが、地区代表協力医師や様々な本法人の委員会規程に基づいて設置された委員会の先生方、地区普及広報委員や説明員、調整医師など皆同じなのだが、その方々に対してバンクから報酬という形の支払いはしていない。これまで費用弁償という形をとりながらささやかな経費を支払いしている。初期相談医師が特別ということではなく、今活動していただいている皆様と同様の形で費用弁償させていただく。

以上の説明の後、意見交換が行われ、全会一致で承認された。

（主な意見）

＜小寺＞　初期コーディネート担当というのは中央事務局の固有の業務である。そこで相談できるメディカルドクターがいなかったというのは、ここでコーディネート全体の

時間がかかっていたのかなと思う。それがこの設置によって改善するであろうということを期待している。

＜橋本＞　1月に上限1万8000円というのがあったが、どうして上限を設けているのか。そうでなくてもとても安い

＜藤沢＞　昔から規程されているのを踏襲している。経緯は存じていない。上限に達する回数の相談を地区代表医師も行っていないと思う。今後初期相談医師についてもそこまで相談しないということで踏襲している。

＜中尾＞　想像できる初期コーディネート担当者からの電話は週1回程度になるかと思う。初期コーディネート担当者も慣れてくるともう少しお伺いしたいことが発生してくる可能性はあるが、スタートする時点では月4～5回で上限にならずにできると思っている。上限があるということに関してはおそらく税金の関係とかあったのだろうと想像しているが、もし初期相談医師がもっと関わってくださり相談が多くなってきた場合には、地区代表協力医師とは別の形で考えた方が良いのはないかと心づもりはしている。現時点では想定される相談の回数から上限があっても大丈夫であろうと考えている。

＜小寺＞　これはコーディネート全体をスムーズに動かすという上で大事だと考えて良いか。

＜中尾＞　地区代表協力医師の経験がある先生はよくお分かりだと思うが、初期コーディネート担当に相談できる先生がいなかった結果、そこのところが分からないものに関しては、そのまま地区で開始になっていた。そうすると地区事務局が地区代表協力医師に改めて相談となり時間がかかっていた現状がある。そのような現状に照らして地区に降ろしてからではなく、ここでスピーディーにできると想定している。

＜加藤＞　私は大賛成である。地区代表協力医師との関係を整理しておかなければならないと感じる。事例検討に同席いただくという話があったが、これまで地区代表協力医師が事例検討に何らかの形で関与していたのか。地区によって判断に差が生じることがないように地区代表協力医師も関与する形で事例検討会があればよいのかなと感じた。

＜中尾＞　ご指摘の通りだと思う。ただ今回はこのような取り組みが初めてということもあって名前の通り初期判定医師ではなく、あくまで初期相談医師という位置づけで、事務局員の相談にお答えいただく立場と考えている。ここをより充実させ初期判定医師を置くということも今後の構想としては持っているが、現時点ではそこまでではない。あくまでも初期コーディネート担当が詰まってしまったときに気軽に相談できる医師。また事例検討というのは初期コーディネート担当者が先生に相談した日々の事例を通して互いのスキルや認識に均一化を図っていくためのものという位置づけで、地区代表協力医師がここに入る想定ではない。加藤副理事長のおっしゃる通り、本来であれば初期と地区の認識合わせも今後していく必要があると認識している。そうしたものにとって、これが第一歩になればという思いで取り入れたいということもある。

7)　報告事項（敬称略）

（1）医療委員会報告

関移植調整部長が資料に基づき説明した。

昨年12月に医療委員会が開催されたので報告する。新型コロナウイルス特別対応「凍結申請」継続の要否について審議した。事前に送付した会議資料の申請数に誤りがあった。今表示しているものが正しいものになる。申請数が11月末時点で427、ＢＭが296、ＰＢが131、移植実施が385、内凍結後の廃棄が2例ある。採取から移植までの中央値は10日となっている。凍結後病状等でDay0移植日を変更したケースがあった。理由は資料に記載している。結論として、この特別対応の凍結申請は継続するということになった。半年後を目途に状況を調査した上で改めて終了の時期について検討する。

2点目、コロナ対応ではない凍結申請条件緩和の可否についてである。コロナ対応ではない凍結申請とはドナーの採取日が決定した後に、患者の病状等で移植延期の希望が出た場合、一旦延期の調整をするが、例えばドナーの都合がつかない等で延期調整ができなかったときに移植施設から凍結申請できるというものである。これらの凍結に関して条件を少し緩和できないかという議論をした。結論として、使われないケースを増やさないためにもう少しデータを収集した上で検討するということで継続審議になっている。学会の移植施設認定委員会に、技術と人員のリソースが揃っているか、移植施設への確認を検討してもらうことも必要ではないかという意見も出た。

3点目、昨年発出した安全情報「凍結した骨髄液が冷凍庫の故障で使用できなくなった事例」についても議論した。結論であるが、これについても臍帯血を含むいずれのソースも安全に凍結できる管理体制があるか各施設に確認する必要があるのではないかということになった。これらを受けて年明けに認定委員会に要望ということで文書を提出している。

4点目、コロナ凍結の解析についてである。凍結症例については各施設に対して凍結前後の細胞数や生着したかどうかの調査を行っている。それらのデータを解析したものになるが、昨年の初めに1回目の解析を行い、その時点で症例数が100例であった。今回約360例の凍結症例が集まったので追加で解析をすることになった。また、凍結して移植した症例のその後の調査は大変貴重なデータであるため、今後も調査継続が必要とされた。

（主な意見）

＜小寺＞　凍結というのはコロナに限らず造血幹細胞移植にとっては重要な技術である。コロナを機会に大変たくさん行われた。これをつぶさに検討するということは将来に資すると思う。

＜岡本＞　確認である。凍結のクオリティに関しては、学会で移植施設のクオリティを確認するものを作ったような気がする。輸血というかmanipulationができるかできないかの基準を入れていたような気がする。もし将来的にそのようなところを発展させるのであれば、造血細胞移植学会の認定基準に触れて行けば、敢えてバンクで調査する問題ではなくて学会として把握することができると思った。

＜小寺＞　岡本理事が言われるように、これは学会で把握することである。そのようなデータがあれば、それを利用して1回チェックしてみる。必要であれば追加調査はするが、それを関部長、探してみてください。あると思う。

＜関＞　はい。

＜小寺＞　31件色々な理由で移植日がずれたのがある。使われなかったのが3件でずれたのが31件、これがなかなか問題だということだが、中身を見ると逆に凍結していなければ非血縁者間造血幹細胞移植ができなかったような症例もだいぶあるので、

問題と言わずに多少柔軟にこのようなものは判定というか評価しても良いと思う。もう一つ、成績の解析はぜひやらなければならない。これはNMDＰでもやられていて後から報告があると思う。日本は日本のやり方でやっていて特に凍結保存の方法が米国と違っている気がする。そこら辺も今後症例を増やして解析されるときには調査されると良いのではないかと思った。

続けて関移植調整部長が資料に基づき説明した。

ＨＬＡ検査のＮＧＳ法について 2020 年の 3 月から患者はＮＧＳ法必須、ドナーはオプション検査ということで検査の実施は 10%程度である。バンクから移植施設に送るＦＡＸ等でも「ＮＧＳ検査実施の推奨」の案内を送っている。医療委員会からは意見として現在の説明文が臨床医にはわかりづらいのではないかという意見も出て、このようなケースはＮＧＳ検査を省略できるというようなネガティブリストにしてみたはどうかという意見も出た。ＨＬＡ委員会からは意見の妥当性を支持する根拠がないということで改定は困難であり現在のままである。今後は各地区でブロック会議が予定されているので、バンクからＮＧＳ検査を強く推奨しますということで案内していきたい。最後に認定委員会の方へ認定更新の際に移植医師にＨＬＡセミナー受講を必須とすることの検討をお願いしたいという文書を提出している。

（主な意見）

＜小寺＞　実施を強く推奨しますというのは誰に出すのか。

＜関＞　移植医の先生方である。

＜小寺＞　ということは患者に出すのか。

＜関＞　患者のＮＧＳ検査は必須になっているので選定するドナーのＨＬＡ検査をＮＧＳ法で強く推奨しますと案内する。

＜小寺＞　患者に経費を払ってもらってでもドナーＮＧＳ法をした方が良いと言うわけか。

＜関＞　はい。

＜小寺＞　そうすると患者負担が増えるわけである。聞いたところではＳＲＬがすごく安くしてくれて 4 万 4000 円、それを患者に推奨すれば患者負担が増えてしまう。そこら辺はどうなのか。

＜小川＞　患者負担が増えるのは何とか防ぎたいと思っている。国に予算要望を出しているところであるが難しそうである。

＜小寺＞　患者の負担を減らすという理由では、なかなか要望は通らないと思うが、バンクドナーのクオリティを上げる意味でＮＧＳ法での検査を加えたいとすれば理にかなっているような気がする。患者は自分の費用もドナーの費用も払うわけであろう。

＜小川＞　患者自身のＮＧＳ法の費用はバンクが負担している。

＜小寺＞　なんとなく逆みたいな気もする。金森理事は何か意見あるか。

＜金森＞　特にない。最終的にはいずれにせよ患者負担が増える。

＜小寺＞　ドナーのクオリティを上げるために患者負担というのはやはりおかしいので、国に要望すれば良い。高梨理事は何か意見あるか。

＜高梨＞　今までＮＧＳ法のデータが集まらなかった理由は臨床医が、患者負担が 4 万円以上増えるということを患者に説明しづらかったという現状があって検査数が増えな

かったと思っている。サイエンスとしてはメリットがあるということを下記の場合という所にまとめてＨＬＡ委員会の結論とした。

＜高橋＞　ＨＬＡ委員会の先生方は従来の方法だと、ＨＬＡ ambiguity とか判定不能ということがある一定の確立で起こる。それを避けるためにドナーの検査もＮＧＳ法で行うという理論であると思う。それは結局、判定を確実にするということは移植患者の予後にもつながるという理論で、高梨理事のおっしゃった通りだと思う。そのような理論でお金の負担が増えるのは仕方がないということでこのような結論になったと推測する。それは考えても仕方ないことかなと思った。

＜加藤＞　佐藤副理事長にお伺いしたい。このようなものに療養費払いを転用することはできないか。

＜佐藤＞　結論から言うとできるとも言えるし、できないとも言える。保険局は療養費払いを増やしたくない。私が拝聴していた限りで言うと、正々堂々と診療報酬に含めてＧＶＨＤも含めて最終的には患者の予後にも影響するのだと徹底的に伝えて、ベネフィットとインプットがバランスするか説明できれば診療報酬もあるのではないかと思って聞いていた。

＜加藤＞　診療報酬となると次の改定のときに要望を出さなければいけない。先程、小寺理事長が言われたように、費用負担の在り方が少しいびつのように感じる。負担をバンクで考えることも必要なのかなと感じる。その前に国に要望を出すというステップが必要だと私も思う。

＜小寺＞　これは年間約 1200 のバンクドナーからの移植があるとして、1200 件かもっと発生するのか。

＜関＞　ドナー1 人を選定した数と考えると 1500 くらい必要になる。

＜小川＞　年間 6000 万円以上になる。

＜小寺＞　令和 5 年度以降の予算要求になるが何か良い方法を考えたい。せっかく患者負担金を減らしてきた。またそれを上げるというのはあまり面白くない。ちょっと皆様で考えたい。

（２）NMDP 年次大会報告

小川事務局長が資料に基づき説明した。

ＮＭＤＰは年に 1 度大会を開いている。昨年からＷＥＢで開くようになった。11 月 4 日にあった。私は後からオンデマンドで視聴した。ＮＭＤＰの採取移植件数であるが累計 10 万件を超えた。1 年間の採取は 6400 件以上である。コロナ禍でＮＭＤＰはいろいろな対応をしてきた。資料に一覧を上げている。①基本的に全プロダクトの凍結をした。特に 2020 年 4 月から 6 月は 96%を凍結した。基本的にＰＢを対象とした。ただし、再生不良性貧血については成績不良がわかったので、その後、除くようになった。②ドナーのコロナ感染リスクを客観的に測定できるツールを作成した。例えば医療従事者だとリスクが高い、感染がひどい地域だとリスクが上がるなど点数化して見えるようにした。患者がドナーを選択するときに活用した。③ドナーは確認検査をするために外に出て病院に行かなければならないがコロナによりそれが難しくなったため、思い切って確認検査の採血を中止した。代わりに電話やメールで聞いたり、手元にある健診結果等を代用してスクリーニングを実施した。④ドナーが自分でＧ－ＣＳＦ投与した。

プロダクト凍結後の移植成績である。①凍結の有無による違いは、生存率についてはなかった。②凍結関与の可能性ありとされたのは、血小板生着、急性ＧＶＨＤである。③採取から移植まで長時間の場合は、生着不全に関与していた。パンデミックが終わった後にプロダクト凍結をどう考えるかというディスカッションをしていた。凍結のメリットが色々ある。輸注日の融通がきく。患者の状態が良くない時は前処置開始をずらせる。デメリットとしては主に、スタッフの作業が増えるということ、運搬にナイトロジェン注入や温度管理モニターが必要、ＤＭＳＯが輸注時の患者の有害事象を増やす可能性がある。そのような話がされていた。このディスカッションの間に参加している色々な移植施設のスタッフが投票を行っていた。パンデミックが終わっても凍結したいかというアンケートを取っていて半々という感じであった。結論として現時点での解析結果から凍結の影響は限られる。これは移植成績とかそのようなことである。ただし今後も長期的な影響を注視する必要があるという結論であった。

ドナー年齢と移植成績である。随分前からＮＭＤＰでは若いドナーの方が、移植成績が良いというのはあったが明らかなデータが出ている。ドナー年齢 18 歳から 32 歳を 1.0 とした場合、33 歳から 50 歳、50 歳以上と年齢が上がるにつれて死亡のリスクも高まる。急性ＧＶＨＤのリスクも高まる。2 年生存率で 18 歳を０としたときに、ドナーの年齢があがるにつれてマイナスに傾く。ＮＭＤＰは最近まで 44 歳以下のドナーを選んでいたが、今では移植をする 88%のドナーが 40 歳以下である。ＮＭＤＰドナー登録者の山、一番多い人数は 31 歳で若い人が多い。生存曲線であるが、ドナーが若い方が成績は良い。

ドナーの選択について色々な話が出ていた。日本でもそうであるが、マッチ血縁の移植は年々減少している。マッチ血縁から移植できない人たちの中でバンクの非血縁ドナーが見つかる患者は 30%だけである。残りの 70%は、どの方法を選べばよいのかという話をしていた。データによると血縁のマッチを 1 としたときに、資料にある通りの結果となっている。非血縁 8/8 マッチの方がハプロよりも良いという結論であった。

ＨＬＡ情報についてである。こちらもかなり色々な角度から解析されている。ＮＭＤＰのドナーは登録時からＮＧＳ法であるので、ものすごい大勢のドナーのＮＧＳ結果データがある。そのため解析もやりやすいと思う。色々な角度から見てもやはりＤＱ、ＤＰまで見て移植するのがとても重要だということで、ＮＧＳ法で確認する必要性が強調されていた。

ＨＬＡ Ｔｏｄａｙというサービスを開始した話である。患者が移植が必要な病気だと診断された時点ですぐにスワブを取り寄せてＨＬＡタイピングをする。7－10 日以内にＨＬＡ検査結果もドナー検索結果もわかる。それによりすばやく移植ができる。それにより第一寛解期に移植できる患者が 40%から 65%に増加した。その結果、2 年無病生存率が上昇した。

Donor Readiness Score 導入である。検索結果で 90%のドナーは進行の可能性が大きいというか提供まで至る可能性が高い、22%では低い。何を基にしているかというと最近連絡を取り合ったドナーか、改めて意思確認できているか、ドナー登録方法がパソコンからかドナー登録会か等色々な角度から計算しスコア化して検索結果に載せている。

さらにＮＭＤＰではこの 1 年間で色々改善できている。ドナーコーディネート開始から 8 日以内に確認検査実施できた割合が 76%になった。第 1 希望移植日、患者が希望した日で採取できた割合が 62%になった。日本の場合では何月何日の週という週単位であるが、アメリカは日で希望を出している。それでも 62%がその日に採取実現させている。採取調整でアメリカの場合は、選定時点で 3 週間を切ったような移植希望日を出して来る。3 週間後、2 週間ちょっと後で移植をしたいと選定のときに希望してきてアメリカ国内であれば調整で

きている。それが62%なのはすごい。コーディネート開始の話で、開始時点で7週間後に移植したいというのがアメリカではできている。

それから数千の大企業の中から投票でミネアポリスビジネスジャーナル2021のTop3 Best Places to WorkにNMDPが選ばれた。Bill Young法というのがあり5年に1度議会で認定が必要で昨年再認定された。予算がついたとかそのような話であると思う。

Awardsで複数の団体・個人が毎年表彰されているが1例紹介する。ＨＯＳＡという医療関係の仕事を目指す2000人以上の学生からなる団体がBe the Matchとコラボした。中学生や高校生を含むのでドナーになれる人は少ないのだが1年間で1000万円以上の寄付を集めた。やり方としては毎月テーマを決めて対象を明確にして色々なところにＳＮＳを使って発信した。小グループ単位で活動し目標を達成するとポイント制になっていてポイント加算される。ポイントがトップ3の場合はミネアポリスにあるBe the Matchのオフィスに招待される特典がついている。今は2年目でもうしばらくコラボをやるということであった。いずれにしても日本と全く違う状況であるので、すべてお手本にしてできるかというと、なかなかそういう状況ではないが学べるところがいつものようにあると思った。

（主な意見）

＜加藤＞　例年、大変参考になることが多く、その都度、日本のバンクにも導入可能なものはやって行きましょうと言い続けて来た。今回は岡本理事も参加されたか。

＜岡本＞　今回は参加していない。後で見られるということだが、まだ見ていない。

＜加藤＞　岡本理事が中心になって進めておられるコーディネート期間短縮WGでも検討していただきたいと思うことを含めて申し上げる。ドナー自身がＧ－ＣＳＦ投与というのは驚きに近い。例えば糖尿病患者がインスリン、血友病の患者が自己注射というのはトレーニングを経てやっているので十分できることである。これはトレーニングする機会はないのではないかなと思った。日本ですぐには無理であろうが、将来に考える必要が出てくるかもしれないと思った。それから、若いドナーがより良いというのは日本でもやっているがコロナ禍のために頓挫している。色々なプログラムを作っていかないと間に合わないことであるのでコーディネート期間短縮WGでの検討を我々も一緒にするがお願いしたい。ドナーになり得るかどうかのDonor Readiness Scoreはこのようなものこそ必要だと思っていた。6つの質問云々というようなものも1つの考え方かもしれないが、それよりも実用的だと思う。日本のバンクでもこれはすぐにでもできることであるので考えていただきたい。

＜橋本＞　医療関係の仕事を目指す2000人以上の学生からなる団体は非常に活発そうであるが日頃は別のことを色々しているのか。

＜小川＞　はい、学生である。

＜橋本＞　自分自身で移植を受けた人たちも混ざっているのか。

＜小川＞　そこまではわからない。

＜橋本＞　費用はNMDPが出してコラボしているのか。

＜小川＞　そうだと思う。あまり詳しい話はなかったがNMDPはとにかく若い人を取り込む努力を何年も前から続けている。その中で特に学生をターゲットにしている。どうすれば自分たちがあまり動かなくても寄付を集めたりドナー登録会をできるかということをすごく重視していて、ＳＮＳで発信するためのキャッチコピーを作る等

をＮＭＤＰのスタッフと学生団体が一緒に話し合って決めている。お金という部分はＮＭＤＰがかなり出しているはずである。

＜橋本＞　小児がんを克服して医療関係の仕事を目指している人たちが日本にもいてアイデアを交換しているのを見ている。そのようなところにも紹介出来たらいいヒントになるかなと思った。

＜小寺＞　確認検査で採血を中止したのは驚きだった。今後もやらないのか。

＜小川＞　いいえ、コロナがひどかったときだけである。

＜小寺＞　凍結保存の方法について、何かの機会に一度聞いていただけると良い。我が国は非常に簡易な方法でやっている。今は虎の門にいる牧野先生が作られた方法でやっているが、それでやっているとは思えない。岡本理事はどう思うか。

＜岡本＞　分からないので確認してみる。ちょっと話は外れるが、骨髄にしても末梢血にしても凍結したときに日本でも使わないのが 3 例ある。その時にそれをどのように説明するのかというところである。クオリティが良ければそれを保存しておいて次に使える可能性もなくはない。クオリティの問題だけだと思う。そのような形で凍結をしていると手術で許可をするとか、凍結を何らかの形で緊急避難的にやって自分で使うのは良いけれども、それを他の施設の移植に使うということは今はできないと思う。そのような可能性も含めて凍結をしているということであればドナーの善意を無駄にしない。その視点からも凍結を見ていかなければならないと思う。

＜小寺＞　小川事務局長、これは記録しておいてください。ドナーの善意が無になることをなくすという考えから、数としては決して多くないが大事なポイントである。

＜高梨＞　ＷＭＤＡの方でサーチリストにレディトゥーユーズ、レディトゥーシップの旗を立てましょうという話がある。凍結融解後のデータを載せればいいというような話が今進んではいる。9 割以上を凍結してしまおうかという特に北米のようなところだとやはり使わないものがあって、それをバイオバンクのような形にして登録を継続してレディトゥーシップということで使おうという話は出ている。同意の形など色々と悩んではいるようであるが、無駄にしないで次に使おうという意思だけはしっかりと持っていらっしゃるようであった。

＜金森＞　凍結保存のことについてよろしいか。先程紹介あったが日本しかＣＰ−１は使っていないようである。輸血細胞治療学会で福島医大の池田先生が輸注時の副作用報告の調査を今後論文化されると思う。自家移植のときに日本国有のＣＰ−１を使ってそのときの副作用をまとめて論文化されていると思う。ＮＭＤＰはＤＭＳＯの副作用がデメリットに上がっていたので、その辺比較をすると日本のＣＰ−１を海外に売り出すチャンスかなと思った。

＜小寺＞　わたしも以前からそのようになると良いと思っていた。もう１つ、凍結の関与に可能性がありというところで、急性ＧＶＨＤが増加したとかＴ細胞キメリズムが低下したとかあるが、慢性ＧＶＨＤはどうなのかなど興味がある。これは少し雑談になる。1970 年代にまだＴ細胞Ｂ細胞を分けるモノクローナル抗体がない頃にステラ・ナイトという人が凍結保存のスピードと解凍のスピードでＴ細胞Ｂ細胞を分けることができるという報告をしていたことがある。凍結保存が造血幹細胞集団の中の他の色々な細胞の数やクオリティに変化を来すということは十分考えられる。長期に眺めて、悪いところばかりでなく良いところもあるかもしれないので大変興味がある。

＜加藤＞　岡本理事から、将来第3者患者への提供も可能にという話もあったが、臍帯血と違って簡単にマッチする方は見つかり難いと思う。今回使わなかった骨髄はどうなったのか。

＜小川＞　廃棄している。

＜加藤＞　廃棄というはとてももったいないので、それこそ色々な検査とかに役立てる道を考えてもいいのではないかと思う。金森理事、これは何委員会のマターになるのか。もし検討するとしたらドナー安全委員会になるであろうか。

＜金森＞　検討内容としては凍結保存した細胞の質になるのであろうか。

＜加藤＞　これだけ大量の骨髄を検査に使えることは今までそうそうなかった。ドナーの善意をそのような形で活かせる道もある。単に廃棄するのはもったいないと思う。

＜小寺＞　これは加藤副理事長もご存知だと思うが、バンクの根幹に関わるものである。その人のために採取したのであって他に流用されるのを避けるということで、使われなかったものは廃棄するということになっている。これを逆に廃棄しないで持っていて問題になった事例が過去にある。これは全体として検討しないとそう簡単にはできないと思う。

＜加藤＞　私もそのように決めた当事者の一人であるからわかっている。ただこのようにある一定の数で出てくるものについての対応はこれまでのように例外的に起こったことと少し事情が変わって来るかなと思った。理事長がおっしゃるように大きな枠でどうするかという上で議論が必要だと思う。問題提起として申し上げた。

（３）調整医師の新規申請・承認の報告

中尾ドナーコーディネート部長が資料に基づき説明した。

令和3年12月2日から令和4年1月4日に新たに申請・承認された調整医師の人数は4名、合計で1167名である。調整医師の認定に関してドナーコーディネート部で行った取り組みを少し報告したい。調整医師には確認検査、最終同意面談を担っていただく大事な役割がある。調整医師の人数が不足するという理由で確認検査がなかなか入らないなど調整困難な地域も今現実にある。そのような中で何ができるのか考えたときに、闇雲に人数を増やすだけで良いのかという考え方もある。調整医師の委嘱に関して言えば、先生方の手間を減らすという観点もあり2015年以降自動更新になっている。現在1167名いるが、この先生方がフルに活動しているかは自動更新ということもありわからない。毎年伺っていたときとは状況が変わっている。そのため今回3年間活動実態のない、確認検査等をお願いしていない先生の洗い出しを行った。なぜ止まってしまっていたのかという理由までは調査していないが、おそらく何かの事情で先生の方からしばらくできないからストップの依頼があった後に、再開して良いという連絡がないままにストップされたままだとか、何度もお願いしたけれども断られた先生をなんとなく頼まなくなってしまっただとか、そのような事情があったものと思われる。3年間活動実態のない先生が120名弱いた。地区とも相談して、その内62名の方に状況をお伺いするアンケートを先月送付した。返送期限を3月までにしているのでまだ半分ほどの返信であるが、活動継続が17名、辞退が9名であった。活動するとおっしゃってくれる先生の方が多かった。事情はどうであれ現時点で先生方が継続するとおっしゃっている。このことを大事に各地区事務局にこうした先生にぜひお願いするように声掛けをしている。

（主な意見）
＜小寺＞　これは大変大事な調査である。やる意思のある調整医師の先生方には大いに協力していただきたい。

（４）寄付金報告

小島広報渉外部長が資料に基づき説明した。

令和 3 年 12 月の寄付件数は 2333 件、金額は 5826 万 9578 円の寄付をいただいた。この 5 年間の月間の金額では 1 番多かった。12 月はバンクＮＥＷＳの発行月でもあり毎年寄付が多くなる。今回は個人から 3000 万円の寄付をいただき大変大きな金額になっている。令和 3 年度 4 月～12 月までの合計は件数 9534 件、金額 1 億 2375 万 5008 円となっている。金額の内訳であるが、今申し上げたように個人から 3000 万円の寄付があり、その他に読売巨人軍から 200 万円毎年この時期にいただいている。また個人から 100 万円の寄付をいただいた。その方の家族から、患者は移植できなくて亡くなったが常にバンクを心の支えにしていたというメッセージをいただいた。

（主な意見）
＜小寺＞　コロナ禍という状況で月間では最も多い金額になっていて大変ありがたい。

（５）移植件数報告

小川事務局長が資料に基づき説明した。

12 月の移植件数は 98 件、内ＰＢは 28 件であった。4 月から 12 月末までの累計は 891 件で、このまま 3 月までいくとおそらく 1200 件弱になる。

（主な意見）
＜小寺＞　冒頭にも申し上げたが移植施設は拠点病院を中心に、このような中で大変がんばっておられる。それが反映されているように思う。

（６）その他

金森理事がアフェレーシスナース制度について説明した。

2010 年に日本輸血・細胞治療学会で看護師向けの教育と資格制度を立ち上げたときにバンクに依頼があった。私は当時地区代表協力医師であったが推薦を受けて骨髄バンクの名前も使わせて欲しいということも含めて参加している。学会に認定された看護師はまだ 300 人弱だと思うが、残念ながら１：２で病院の看護師より赤十字センターの方が多い現状である。病院によってはアフェレーシスに積極的に機械の設定から末梢血幹細胞の採取中のケアまで行っている施設も増えてきている。その制度を今後もぜひ続けて欲しい。私がアフェレーシスナース審議会メンバーを辞退させていただいて、駒込病院の輸血細胞治療の奥山先生が既にメンバーとして入っているので、骨髄バンクとして奥山先生を後任ということでお認めいただきたい。

（主な意見）
＜小寺＞　奥山先生は今バンクの委員会に入っておられるのか。
＜金森＞　ドナー安全委員会のメンバーで私が委員長のときからであるからもう 10 年以上されていると思う。
＜小寺＞　金森理事はなぜやめてしまうのか。
＜金森＞　現場を離れたのでそろそろ交代かなということである。
＜小寺＞　それでは奥山先生にお願いするということでお認めいただけるか。
＜一同＞　異議なし

小寺理事長が予算案について説明した。

令和 4 年度の移植医療全体の予算は対前年度比 101.7％である。臓器移植の方が 5000 万円くらい増えているので移植医療全体としては 101％ということになっている。この内造血幹細胞移植対策の推進は 24.3 億円である。この中で骨髄移植対策事業費だけ 600 万円減ってしまっている。他はだいたい横並びである。これはどうしてなのか木場室長、山崎室長補佐に伺い、できたらもう少し増えないかということをお願いした。単年度予算のオンライン等を活用した骨髄等提供者確保対策事業について削ったということである。令和 3 年度に単年度事業経費でついたＳＮＳと連動してどのように若年層獲得に結び付けるかという若年層開拓の調査費 600 万円が削られた。これは決まってしまったことなので仕方がない。令和 5 年度の概算要求を今こちらから出しているところで、5 つか 6 つの項目を出している。いずれにしても困難かもしれないが、先程も出ていた初期担当医師やその他色々と出している。山崎室長補佐の考えもお借りして少しでも国庫補助が増えるように努力していきたい。理事の皆様からもこんなものもぜひ要望したらどうかというアイデアがあれば事務局にお寄せいただければと思う。

（主な意見）
＜加藤＞　例年、国の予算が作られるスケジュールは決まっているが、厚労省の素案が出ていく時期を考えるとあまり先に我々が要望しても追いつかないので 4 月か 5 月くらいまでにバンクの要望を出していくという我々のスケジュールも決めて置く必要があると思う。どのようにするかは理事長を始めとして皆で考えて行くべきだと思う。あまり先のことではなく、例えばオンラインのことで経費が必要であるとすれば、盛り込んでいかなければいけない。調査費はもう終わったことであるが、そのようなことは必要かと思った。
＜小寺＞　2 月、3 月の会議でまとめてしまうくらいのスピードでやりたいと思う。

以上