公益財団法人 日本骨髄バンク 臨時理事会 議事録

1　日　時　　2022 年（令和 4 年）9 月 9 日（金） 17 時 10 分から 18 時 35 分

2　開催方法　ＷＥＢ会議
（本会議を WEB 開催することに関して全理事の同意を得た）

3　定足数
（１）出席理事 ： 13 名 / 現在数 14 名（以下五十音順、敬称略）
小寺 良尚（理事長）、岡本 真一郎（副理事長）、佐藤 敏信（副理事長）
浅野 史郎（業務執行理事）、加藤 俊一（メディカルディレクター）
石丸 文彦（理事）、鎌田 麗子（理事）、瀬戸 愛花（理事）、高橋 聡（理事）
橋本 明子（理事）、日野 雅之（理事）、福田 隆浩（理事）、三田村 真（理事）
注）定款第 46 条に規定する理事現在数の過半数を充足し、本理事会は成立した。
（２）欠席理事 ：１名
鈴木 利治（理事）
（３）出席監事 ： ２名
椙村 岳央（監事）、藤井 美千子（監事）
（４）陪 席 者 ： ２名
山崎 翔（厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室室長補佐）
石川 理矢子（厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室係長）
（５）事 務 局
小川 みどり(事務局長兼医療情報部長)、小島 勝(広報渉外部長)、田中 正太郎（総務部長）
中尾 るか（ドナーコーディネート部長）、関 由夏（移植調整部長）
渡辺 良輝(広報渉外部ＴＬ)、藤沢 基夫（総務部）、竹村 肇（総務部）、上原 淳(総務部)

4　開　　会
小寺理事長が臨時理事会の開会を宣言した。理事会運営規則第 3 条に基づき、事務局の出席が認められた。

5　議事録署名人の選出
定款第 51 条第 2 項により出席した理事長及び監事が議事録の署名に当たるとされた。

〔 議 事 〕
6　審議事項
第１号議案 ： 事務局の管理職人事案
第２号議案 ： 育児休業等に関する規則の改正案
第３号議案 ： ドナー適格性判定ＷＧ設置について

7　報告事項
1)　対面の考え方

2) 医療委員会報告
3) 同意撤回の考え方変更に伴う最終同意書の変更について
4) 調整医師の新規申請・承認の報告
5) 寄付金報告
6) 移植件数報告
7) 移植件数推移

8 審議事項の経過概要と結果（敬称略）

1) 第１号議案 ： 事務局の管理職人事案

小川事務局長兼医療情報部長が資料に基づき説明した。

定款第 41 条第 2 項第 3 号、及び第 54 条第 3 項に基づき以下の管理職人事を理事会にお諮りする。小島勝（現）広報渉外部長が 9 月 30 日付で定年退職する。それに伴い小川みどり（現）事務局長兼医療情報部長が（新）事務局長兼広報渉外部長兼医療情報部長となる。また渡辺良輝（現）広報渉外部広報チームリーダーが（新）広報渉外部長代理となる。

審議の結果、第１号議案は全会一致で原案通り可決承認された。

（主な意見）

＜小寺＞ これまでベテランであった小島勝広報渉外部長が 9 月いっぱいで定年退職されるのに伴うものである。広報渉外部に色々優秀な方が見えると思うがまだ少し経験不足というところがあるので、後継者が育つまで事務局長が当面部長の職を代行する。それから渡辺良輝チームリーダーが部長代理ということで職務を果たすということである。

＜岡本＞ 小川事務局長が部長を兼務するのは全く問題ないが、理事長が指摘されたように次の世代をしっかりと育てなくてはならない。それを見据えた形で人事を動かしていただきたい。小川事務局長の下にどのような人を置いてシームレスに移行していくかも踏まえた体制にしていただきたい。小川事務局長が色々なことができるのでやってしまうが、それだけではバンクのサステナビリティは繋がらない。その辺の検討をお願いしたい。

＜小寺＞ 事務局人事は色々な方が見えるので、事務局長はそこら辺の動向を一番よく知っていると思うし、後継者を育てるということが非常に大事だと思う。岡本副理事長の意見をよく踏まえた上でバンクを運営していただきたい。

2) 第２号議案 ：育児休業等に関する規則の改正案

田中総務部長が資料に基づき説明した。

育児休業等に関する規則は就業規則に記載する規則になる。規程ではないので改正に関して本来であれば理事会案件ではないが、働く職員にとって重要な規則であるのでお諮りしたい。

主旨である。育児・介護休業法が令和 3 年 6 月に改正され、令和 4 年 10 月 1 日から全面施行される。改正の主な内容は、男女とも仕事と育児を両立できるように、①雇用環境整備、個別の周知・意思確認措置の義務化、②有期雇用者も育児・介護取得要件の緩和、③産後パパ育

休（出生時育児休業）の創設、④育児休業の分割取得等が定められたことである。①②については現在の規則で既に対応できているので主に③④について法律改正に合わせるとともに、より職員が働きやすい環境を整えるべく関連する規則の改正をこのタイミングで実施したい。

次に改正内容について丸が 5 つあるが、上の 3 つが今回の法律の改正に伴うものである。1 つ目、育児休業について、今までは 1 回しか取れなかったものを分割して 2 回まで取得できるように規定する。2 つ目、育児休業開始日を柔軟化できるように規定する。今まで開始日が厳格に決められていたが、それを固定ではなく柔軟に決められるように規定している。3 つ目、産後パパ育休の創設に伴い、関連する条文 4 点を新たに規定する。4 つ目と 5 つ目は法律の改正とは関係ないが、4 つ目は、育児短時間勤務の時間について、業務に支障がない範囲で時間を変更できることが規則上明確でなかったので、明文化する。5 つ目、育児短時間勤務の時間について、子を養育する職員に特段の事情がある場合は、小学校第 4 学年以降も満 15 歳に達した日の属する学年の終わりまでは、1 日を通じて 2 時間を限度に所定労働時間を短縮することができるように規定する。今まで時短勤務は小学校 3 年生までとしていたところを特段の事情、例えば子どもが病気を持っているなどの事情がある場合には中学校卒業まで時短勤務を認める。以上の内容を規則に反映させることについて審議をお願いする。

審議の結果、第２号議案は全会一致で原案通り可決承認された。

（主な意見）

＜小寺＞　基本的には今回の法律の改定に準拠した形でのバンクの規則の改定である。これは事務局で来る 5 年くらいの間に、このような事例に当てはまる人は地区事務局も含めてどれくらいいるのか。

＜田中＞　産後パパ育休で対象になる可能性のある職員は数名いる。

＜小寺＞　中央事務局はある程度の人数がいるから吸収できるかもしれないが、地区事務局だと 2～3 名の所もある。その人たちにもこれは適用されるのか。

＜田中＞　産後パパ育休は男性が対象である。関東地区事務局以外の地区事務局に男性職員はいない。育児休業は地区事務局内で時間の調整をしながら取っていただく。

＜橋本＞　最後に病気の子がいたらというのが加わったが、育休の話ではないのか。

＜田中＞　育休のことは別で、時短勤務のことである。

＜橋本＞　最初から病気の子がいるのでという場合はこれに当てはまるということか。

＜田中＞　今の時点で子が小学校 3 年生までであれば時短勤務が適用できる。今回の改正では小学校 3 年生を超えても特段の事情がある場合は中学校を卒業するまで適用できるということになっている。

3）第 3 号議案 ：ドナー適格性判定WG設置について

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。

ドナーの適格性判定を現在は全国 31 名の地区代表協力医師にお願いしているが、判定の効率化により期間短縮したいということや、地区代表協力医師によって判断が異なる場合が見られていたという現状から、来年度より専任の医師に判定を依頼したいということを既に承認いただいたところである。トライアルを開始しようということで、まずは、現在、各地区にゆだ

ねている確認検査前のドナーの適格性判定を、初期コーディネート担当の部門で一律に実施するトライアルの準備をしている。そのためには例えばドナー適格性判定基準等の表記を読み手により解釈が分かるようなことがないように見直しや整理を行ったり、あるいは今判定基準にない条項を加えるかどうかなどにつき具体的に検討していく必要から、このＷＧの設置をしたい。座長はドナー安全委員会の副委員長であり理事でもある日野先生にお願いする。参加いただく先生としては中四国地区代表協力医師でありドナー安全委員会の委員である名和先生、関東地区代表協力医師である梶原道子先生、新たなドナー適格性判定医師に就任予定で理事、調整医師である瀬戸愛花先生と、現在初期相談医師をしている飯田先生の 5 名にお願いしたい。トライアルのための準備から関わっていただきながら、トライアルを開始して本格稼働していく中でも、随時先生方と相談していく必要があるため、設置期間は９月から１年間としたい。

審議の結果、第３号議案は全会一致で原案通り可決承認された。

（主な意見）

＜小寺＞　今までは地区代表協力医師 31 名の意見を伺いながら調整していた。皆さんご存知の通り地区代表協力医師は大変忙しいのでどうしても時間がかかっていたところがある。今回、地区代表協力医師の方々は尊重しつつも、ワーキンググループとして適格性判定の専門家集団をつくるという考えである。これによってかなりコーディネート期間の短縮が図れるだろうというのが最大の狙いである。事務局で判定できないものが 10 件あると 5 名全員に行くのではなくて、瀬戸理事と飯田先生に５件ずつ行くのか。

＜中尾＞　現実的にトライアルから判定を担っていただくのは瀬戸先生と飯田先生にお願いする。ただそれをやっていただくにあたり、様々な検討をこのメンバーの知恵を借りながら適格性判定基準やどう判定していくかというところの整備をしていくのにＷＧの先生方に協力お願いしたい。

＜小寺＞　かなりの部分は 2 人で処理して、相談するのにこのＷＧのメンバーがいるということか。

＜中尾＞　はい、事前準備から、実施開始後もそのようになる。

＜小寺＞　このような体制でコーディネート期間の短縮をこの部分だけでもまずは短くしようという考えである。これは忙しい仕事だと思うが瀬戸先生はじめ担当の先生方、それをバックアップする日野先生、どうぞよろしくお願いする。

9　報告事項の経過概要と結果（敬称略）

1)　対面の考え方

小川事務局長兼医療情報部長が資料に基づき説明した。

7 月の業務執行会議で話題に出た件、議員連盟総会にて「対面実施すれば登録者が増える」という意見があったが、今後も世間から色々聞かれるだろうから、統一した見解を分かりやすく言語化しておくことが必要とされた。7 月 21 日にも全国骨髄バンク推進連絡協議会より対面実現を再検討するように要望書が提出されている。

バンクの対面に関する考え方である。7 月 8 日の業務執行会議で出された意見を基に案を作成し、7 月に開催されたドナー応諾率向上WGで「この考え方で良い」と確認された。ドナー登録を増やすこ

とが目的というのであれば、他の方策を様々検討している。審議会も含めて議論が尽くされ、対面は認めない方針が確認されている。匿名でなければ「任意」という根底が崩れる。その原則を超えてまで対面を認める理由が見当たらない。対面に伴うリスク発生時に、海外のように「自己責任で解決せよ」とはならない。万一金銭要求や再提供を直接依頼といった例が発生すると、日本社会においては取返しのつかないことになる。バンクの本来の原則と、日本の社会を考えると、敢えて対面を実施する必要はない。

海外を見ると例えばNMDＰでは対面するにあたり、これだけのインフォームドコンセントを行っている。「一度身元を明かすと、どんなに嫌な相手でも決して逃れられないことを十分理解した上で申請してください。嫌なことを聞かれたり、されたりするかもしれない。SNS であなたの情報を検索して、いろいろ探るかもしれない。あなたのことを他人に伝え、他人があなたに近づいてくるかもしれない。相手が嫌いなタイプかもしれない。これ以上会いたくないと思うかもしれない。メディアにさらされるかもしれない。あなたが患者で再移植が必要になった時、ドナーやドナー家族が口を出してくるかもしれない。あなたがドナーで患者が移植が必要になった時、患者や患者家族が提供を直接依頼してくるかもしれない。」「それでも良いですね」と言って両者が承諾すれば審査の上で身を明かすことができる。これは日本では全くなじまない文化である。色々な要望書が出てくるが、このような形で返事しようと思っている。

（主な意見）

＜小寺＞　バンクとしてこのようなことで対面をしないという確認である。皆さんのコンセンサスを得るためのものを作ろうということで今日に至ったと思う。他の団体から言われても同じように答える。

＜鎌田＞　対面の問題は、先生方からの意見にあったように年月を経て何度もこのような話が出てくるので、きちんとバンクとしての見解を示すのが良いと思うし今回このように示していただいて良かったと思う。私もこれまでに色々と検討する機会に参加させていただいて、その中で思うところはいくつもあった。今回出された方針や考え方で示されているが、これ以外の面でも公平性や基準の設け方という点でも問題があると考える。ドナーの数を増やすためにということを前提にして対面の要望が行われているが、そこで想定されている対面は見ている人が感動するような対面を想定している。そうすると、その時に対面が許される基準というのは元気になった患者であることが想定される。それを前提にすると、例えば移植をして元気にはなれなかった余命僅かの患者が亡くなる前にドナーに「ありがとう」と言いたい場合に対面は許されないのだろうかという話が出てき得る。私が申し上げるまでもなく移植は非常に厳しい治療で、移植さえすればみんな元気になるということではなくて、移植したことによって厳しい結果になる人もいる。それは患者の努力が足りなかったからだとかではない。本当に厳しい治療をみんな命がけでしてドナーや医療者の方々が支えて必死に頑張った結果、それでも元気になれるのは一部の人だけで、患者はそのような厳しい治療でも生きていくためにはこれが必要だからこそこの治療するのである。そのためのチャンスを提供するという意味では等しい価値をもっている訳で、ドナーが提供できるのは元気になるという結果ではなくて、そのためのチャンスを提供することができるのだという意味でその価値は等しく重い。その中で元気になれた患者

の、元気になることができたという結果に対するありがとうというのは提供してくれたドナーだけに向けられたものではなくて、提供してくれたドナー皆さんに対して向けられるべきものであって、この人とこの人をピックアップして取り上げるのはどうかと思うし、一方で、元気にならなかった患者は、元気になることができなかったばかりか直接「ありがとう」と言う制度があるにも関わらず、直接伝えることもできないというようなことで良いのだろうかという問題もあると思う。そのような観点からも、対面は非常に慎重に考えなければいけないことであるし問題をはらんでいるのではないかと考えた。

＜小寺＞　これはバンクが立ち上がった頃から常に問題になってきたことである。今回この理事会において現在のバンクの対面に対する考え方はこのようなものだと定めたということにする。

2)　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。

8 月 21 日に今年度第 1 回医療委員会が開催されたので報告する。公開の審議事項は 3 点である。①新型コロナウイルス特別対応「凍結申請」継続の要否。新型コロナウイルス感染拡大に伴い特別対応としている採取プロダクトの凍結は、2022 年 3 月末時点で申請数 522 例うち移植実施数 463 例、凍結後の廃棄 4 例である。結論であるが、廃棄症例数も少なく、特段大きな問題も発生していないため、現在の感染状況を鑑み当面継続とする。ただし転帰についての調査は、当委員会の論文が公開されたため調査については終了とする。

②ドナー適合検索・新検索エンジンについて。ドナー適合検索の「新検索エンジン」は、2019 年 9 月に導入予定だったが、諸事情により未導入のままとなっていた。この度、日赤より改めて「今年度中に新ロジックを稼働させたい」と説明があり、改めて変更となる仕様について事務局から報告した。新検索エンジンの主な変更点は、ミスマッチ数が少ない順に並ぶ（上位 100 位）、GVH 方向 0 ミスマッチドナーを加点、ミスマッチ減点が各座同点などである。結論であるが、GVH 方向マッチの加点が 1000 点と少なくなる。上位 100 人に希望するドナーが検索されない場合がある。希望のドナーが検索されない場合は事務局まで連絡をいただきたいと移植施設に案内することになった。

③末梢血用ラベルレイアウト（案）について。今年 4 月に生着確認用のドナー末梢血検体の取り違えについて移植施設から報告があった。安全情報を出している。そこで末梢血用スピッツのラベル作成をすることになった。結論であるが、採取施設では当日様々な作業もあり手間を少なくしたいため、ラベルの記入項目はドナーID のみとなった。

報告事項は資料に記載している 7 点である。2 番目、コーディネート期間短縮ＷＧ報告でいくつか意見が出たので紹介する。早期連絡コース（ドナーに早い段階で移植希望時期を電話で伝える施策）について、非常に良い施策なのでぜひ進めて欲しい、ドナーが早い段階で終了してしまうので、早期連絡コースに指定するという作業が移植施設の方で負担があるということだが、運用の方をブラッシュアップして進めて欲しいという意見もいただいた。他にはドナープールのことで、コーディネートが進む人、進まない人のグループ分けするのが良いのではないか。応諾率の良い人、悪い人の振り分けをするべき。連絡の取れないドナーに対してＳＭＳで連絡して、外すような仕組みを作ってはどうか。先生方が使っているＷＥＢの方ではドナー

が前回のコーディネートでどのような理由で終了になったか確認できるので、それをＦＡＸでも確認できるようになるといい。ＳＭＳに関しては費用が掛かると説明したが、このような情報は重要で費用は掛かるけれどもよりよいドナープールになると思う。今後活かして欲しいといった意見をいただいた。

（主な意見）

＜日野＞　凍結の件である。資料にあるように廃棄で 2 件は患者死亡でやむを得ないものであるが、あとの 2 件は安全情報を出したがインシデントケースである。こちらはドナー安全委員会でも厚労省の私の班研究でもかなり重きをおいている。インシデントで廃棄されたというのはあってはならないことである。現在安全講習をさせていただいているが、すぐにこれは安全講習の中に取り入れて話している。研究班のメンバーである矢野先生に各施設に凍結についてのアンケート調査をしている。末梢血の凍結は各施設血縁で手馴れているが、骨髄の凍結は手馴れてないということもあった。少しその辺の調査も含めて啓発させていただきたい。

＜加藤＞　矢野先生の集計解析はいつ頃まとまるのか。

＜日野＞　ＷＥＢでアンケート調査してほぼ集まって矢野先生がまとめている。少なくとも次回の班会議では出せると思う。

3)　同意撤回の考え方変更に伴う最終同意書の変更について

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。

今までバンクでは設立時から最終同意後の同意の撤回はできないというルールを設けて、最終同意後の撤回を防ぐとしていた。今般その考え方を修正し最終同意後に撤回はできないという文言は外す。けれども、その後撤回することによって患者にどのような影響があるかをしっかり理解いただくことによって撤回を防ぐという考え方に変更した。今日の報告はその考え方に基づいてドナーへの説明で使う「ドナーのためのハンドブック」と最終同意面談で使う「最終同意書」の文言変更について報告する。

「ドナーのためのハンドブック」は今ちょうど改訂していて印刷に入る準備をしている。10 月以降には第 8 版ができる。第 8 版からこの内容を反映したい。資料にある通り今までは「署名・捺印後は同意を撤回することはできません」という文言が入っていた。それを削除し、「提供はドナーの自由意思によるものですが、最終同意が確認されると、患者側は移植の準備を進めます。そのため万一、最終同意確認後にドナーが同意を撤回すると、患者が適切な治療を受けられなくなる場合があります。特に移植のおよそ 2 週間前からは最終段階となる前処置に入るため、それ以降の撤回は、患者の命にかかわることもあります。最終同意には、とても重要な意味があることをご理解ください」という内容にしている。「同意を撤回すると、患者が適切な治療を受けられなくなる場合があります」という文言はこれまでも入れていた。そこに黄色のマーカーで示した所を追加した。追加した理由は以前、理事会でお諮りした際に、ここまで言ってしっかり撤回を防ぐ必要があるのではないかとのご指摘をいただき、前処置後は…というところを付け加えた。この内容で良いかは倫理委員会にもお諮りし、医療委員会、ドナー安全委員会でも報告している。こちらがハンドブックの文言の修正になる。

次に最終同意書の修正である。ハンドブックの内容を受ける形で同意書は作成した。資料 5 番目、「私は、最終同意後に同意を撤回すると、患者が適切な治療を受けられなくなる場合があること、特に患者の前処置開始以降は患者の命にかかわる場合もあることの説明を受け、理解しました」という文言

に修正した。先程の新しいハンドブックを使用しての確認検査を受けていただいたドナーが選定された以降はこちらの同意書を使用する。こちらに関しても10月以降の運用となる。

（主な意見）

＜小寺＞　ＷＭＤＡからの指摘があったところで、「～できない」という表現は避けた。しかし同時にドナーには十分に最終同意の撤回がどのようなことを意味するのか分かっていただく文章である。

＜岡本＞　説明文書には「2 週間」という言葉が入っていて、同意書には入っていない。なぜそこで 2 週間に区切ったのか。同じ文章を使っても良いと思った。

＜中尾＞　ハンドブックには前処置を 2 週間前と以前から入っていたので入れている。最終同意書は文言が多くなりすぎるのを避ける理由で外しているのと、必ずしも 2 週間とは限らないということもあったので同意書では割愛している。合わせた方が良いか。

＜岡本＞　例えば 2 週間という言葉が独り歩きしてしまって、2 週間前であれば大丈夫だとか、そのように考えられることもあると思う。できれば整合性をとって「だいたいどれくらいですか」という具体的なことについては、説明をするときに補足するような形がクリアかなと思った。

＜中尾＞　2 週間という言葉を入れない方が良いか。

＜岡本＞　2 週間というところに注視されてしまうと困るので、「撤回するとこのようなことになります」というアウトカムをアピールすることが重要で 2 週間という言葉はいらないと思う。

＜中尾＞　検討する。

＜三田村＞　鎌田理事に確認したい。元々の文書には「撤回できません」という文言が入っていて、今回は若干マイルドな表現になる。これは法的な拘束力が以前の文書の場合にはあったと理解するのか。

＜鎌田＞　撤回できないことに同意したということは法的拘束力に基づいてあなたは同意したということで法的拘束力は生じるが、拘束力というものにどこまでの意味を持たせるかという問題になるかと思う。法的拘束力があるかないかで言えばある。

＜三田村＞　あくまでバンク事業におけるドナーの提供はドナー自由意志というところも含めて、文言が変わったとしても大きな変更はないという解釈でよいか。

＜鎌田＞　契約上撤回したからと言って強制できるものでもないので、実質的に効果として何を求められるかと考えると、文言の変更で実質的に違いがあるかというとないと思う。

＜小寺＞　簡単に言うともう少し品の良い表現になっていて、ドナーが十分撤回の重みを理解して下さると思う。

4)　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 4 年 7 月 1 日から 8 月 31 日の期間に新たに申請・承認された調整医師の人数は 7 名、異動・

辞退は2名、合計1207名である。

5) 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4年度7月と8月の結果を報告する。7月の件数1400件、金額1859万366円をいただいた。過去5年の7月としては1番多い金額となっている。8月の件数1145件、金額1113万4242円をいただいた。4月から8月までの令和4年度の累計は件数4699件、金額5228万909円となっている。大きな寄付をいただいた例として7月に個人の方から500万円、同じく7月に日本造血免疫細胞療法学会から200万円、8月に個人の方から200万円の大きな寄付をいただいて、また多くの方から寄付をいただいた。

6) 移植件数報告

田中総務部長が資料に基づき説明した。

2022年8月の件数は国内ＢＭが59件、国内ＰＢ25件、国際が0件で合計84件である。予算対比38%で昨年度を43件ほど下回るペースとなっている。

（主な意見）

＜小寺＞　ちょっと厳しい結果が出つつある。患者登録数もやや減っているということから、今後移植数がどれくらい増えるか。登録患者数が減っても実際には5割から6割しか移植されていない部分を上げれば移植の件数は増えるが、しばらく経過を見たい。背景には同じ血液系悪性腫瘍に対する他の治療法が普及してきたこと、それから非移植も含めて血液系悪性腫瘍に対する治療の中でバンクドナーからの移植は最も手間暇が掛かる治療なものであるから、コロナ禍で病院業務の多忙さが血液の専門医にも重くのしかかっている。そのような時代背景もあるのかと思う。バンクは移植件数が少しでも増えるようにドナーコーディネート期間の短縮を中心にして努力を続けたい。

7) 移植件数推移

小川事務局長兼医療情報部長が資料に基づき説明した。

理事長のお話の通り移植件数が減少している。減少傾向の原因について加藤メディカルディレクターに調べていただいた。移植件数を詳しく見て行くと黄色の部分が今年度である。本来年間1200件を超えるという計算で予算組をしている。この黄色い所を単純に5分の12で掛けて年間の総数を予測すると2022年度は1092件で1200件に足りない見込みである。次に新規登録患者数である。黄色のところが今年度であり極点に減っている。コロナの初期に非常に減ったがそれ以上に減っている。

続けて加藤メディカルディレクターが資料に基づき説明した。

バンクの財政を考えると移植件数に比例しての収入になっている。そのような構造を考えるとかなり危機的な問題になり得るではないかということで、原因や将来の見通しについてまとめるように指示をいただいた。理事の日野先生、福田先生と、医療委員長の森慎一郎先生の 3 名に私からアンケートの形で意見を伺った。内容は今年度の移植申込数、移植件数の減少の原因について、私がいくつか考えられる原因を書いて、どれが主たる原因であろうかということを単純に丸をつけるだけだと重みが分からないので◎、○、△、×でつけていただくようお願いした。その結果がこちらである。主たる一番大きい原因というのが、非血縁の骨髄・末梢血幹細胞移植の他の移植方法、例えばハプロ移植や臍帯血移植が普及し成績が安定し始めているということで、移植の現場の先生方がそちらの方に徐々にシフトして来ているというのが主な原因ではないかということ。そして現在の顕著な減少は、やはりコロナ禍によるところが大きいのではないかということ。その 2 つに 3 人の先生方の意見が集中している。他のことについては 2 次的あるいは副次的なことではないだろうかという意見であった。そこで長期的なことも含めて今後どのような対応を考えて行くべきか、基本的な調査をやるべきかどうか伺った。今のコロナ禍で現場は大変なので、今はそのような調査はせずにもう少し落ち着いたところで、しっかりとした調査をした方が良いのではないかということで 3 人の意見は一致していた。

以上より、短期的には現在行っているコロナ禍対応の諸対策をさらに推進すること、中長期的には先ほど理事長から話があったが、50％～60％の方しか移植が実現できていないというのを 100％は無理にしても 10％でも 20％でも上げることができれば、つまりコーディネート期間短縮が飛躍的に実現すれば将来的には移植件数は需要の中での実現率を考えれば今の数と同じか増えることもあり得る。バンクとしてやるべきことは今進んでいるがコーディネート期間短縮の抜本的改革を迅速に実現することだと結論付けた。日野先生、福田先生から補足を、そしてアンケートでは聞いていないが他の先生の意見もぜひいただきたい。

（主な意見）

＜日野＞　基本的には加藤先生がおっしゃった通りである。1 つ書いた中にはコロナ禍で直前中止も結構ある。患者主治医の側からすると移植直前中止があまりに多いとそちらにも不安がある。最初から安定したドナーを選ぶという傾向もあるのかなと思う。

＜小寺＞　バンクドナーに対する信頼性というかシステムに対する非常時の問題である。

＜福田＞　1 番の原因は PTCy ハプロ移植がだいぶどこの施設でも安全にできるようになってきたこと。プラス保険適用で使えるようになったということで、ある程度件数が減るのはしかたないかなと思う。ただ移植までたどり着けたときにはバンク移植の方がまだ安全性が高いのかなと思うのでコーディネート期間短縮は継続して進めた方が良い。他に医療委員会のディスカッションであったこととして、最終同意後に断ったら危険なことになるというところにも繋がるが、バンクの移植で直前にドナー健康理由で提供できないというのが 1％か 2％くらいある。受ける側でも経験しているし、提供する側でも同じくらいの確率で経験している。臍帯血に切り替えて一旦は乗り越えることができているが、最終的に治療結果がどうなったのかというところまで調査はされていないのでバンク移植がダメになったイコールすぐ命に係るというところまではないが、そこから臍帯血に切り替えられ

ている例は多い。

＜小寺＞　非常に大事なポイントである。骨髄・末梢血がダメだから臍帯血という考えはやはりイージーである。それぞれの移植には特徴というかメリット・デメリットがある。治療戦略という点からすれば、バンクドナーがダメだから臍帯血に移行するというのは移植チームにとっても非常に辛い決断だと思う。ここら辺は今後さらに検討したいがバンクの理事会なのでアダルトドナーからの移植の確実性を今後もしっかり堅持してより多くの人が移植をスムースにできる体制を作るべく皆様方と努力したい。

以　上