

別紙

令和5年度（一社）日本臨床腎移植学会 腎移植の体制に関するアンケート

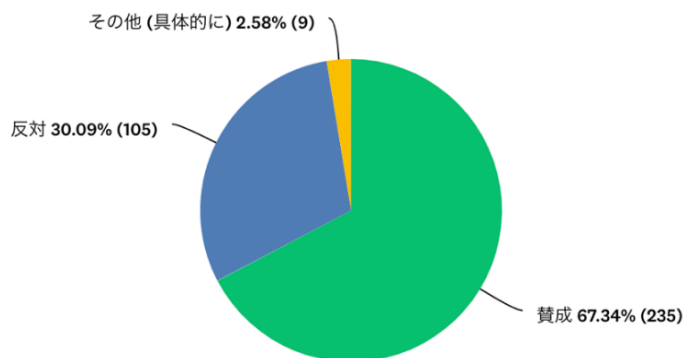
【目的】今般、無許可であっせん業を行った NPO 法人の事件や、脳死下臓器提供数の急増な増加等を背景に、腎移植医療の提供体制の再度討が望まれている。また、脳死下臓器提供数が増加に伴い、クロスマッチ検査数が大幅に増加しており、HLA 検査センターの負担が大きくなっている。日本臨床腎移植学会において、腎移植の質の維持や腎移植医療の透明性の確保に資する体制構築のため、腎移植医療提供に係る意識調査を実施し、将来構想の基礎資料とすることとした。

【調査概要】日本臨床腎移植学会員（1,339 名）を対象に、①脳死下・心停止後腎提供時のレシピエント選択に必要なクロスマッチ検査 ②腎移植実施施設の H P 掲載に関する意識調査を行った（令和5年6月9日～6月26日）。

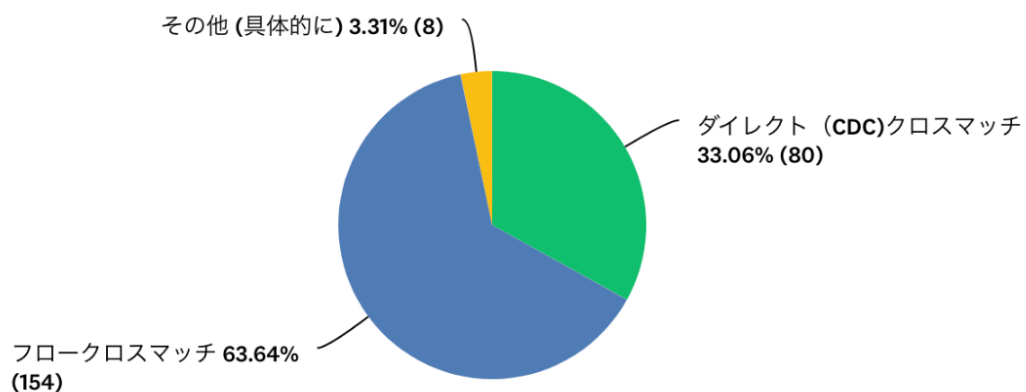
【結果】

回答：350 名（回答率：26.1%）

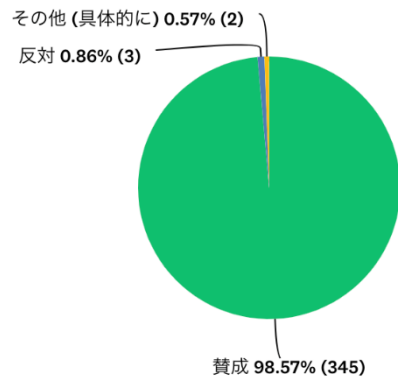
1. HLA 検査センターの負担軽減のため、HLA クロスマッチ検査をダイレクトクロスマッチ（レシピエント選択時必須）もしくはフローサイトクロスマッチの片方のみとすることの是非



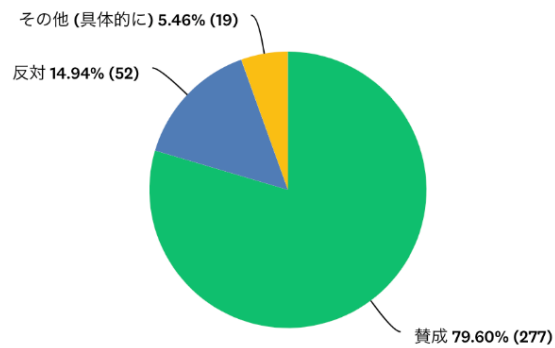
2. ダイレクトもしくはフローサイトクロスマッチ片方とする場合、どちらが望ましいか



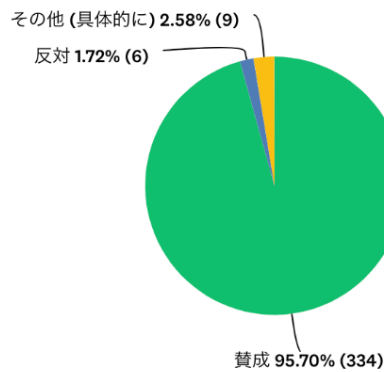
3. レシピエント候補が腎移植を受ける意思がない、もしくは悪性疾患等で当面腎移植の適応がない事例に対してクロスマッチ検査を実施しないことの是非



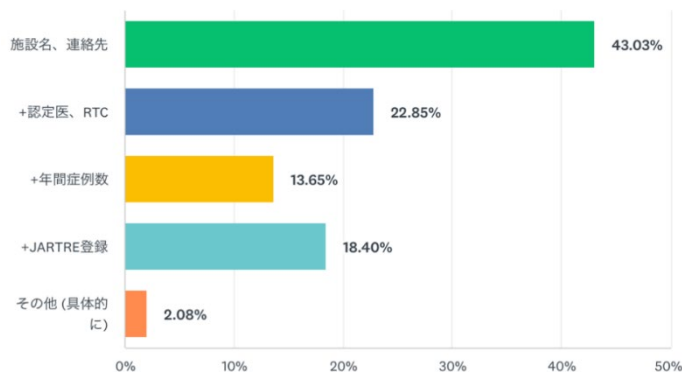
4. 「バーチャルクロスマッチ」(HLA タイピング結果や抗体特異性結果で仮想クロスマッチを行う)の導入の是非



5. (一社)日本臨床腎移植学会のホームページに献腎、生体双方の腎移植施設の掲載することの是非



6. (一社)日本臨床腎移植学会のホームページに腎移植施設を掲載する場合、掲載する情報



7. HLA クロスマッチ検査に関する自由意見（主なものを抜粋）

- ✓ 献腎移植の場合、ドナーの DQ も調べるべき。
- ✓ 検査センターへのインセンティブが必要で、登録料は無くすべき。
- ✓ 外注検査も OK とすべき。
- ✓ JOT の委員や厚労省の作業班で議論し、システムの再構築を実施すべき。
- ✓ 現状で問題なく、結果をどう判断するかは各施設の問題。
- ✓ 事前に抗 HLA 抗体の測定が必要。
- ✓ 血清を出していない人の検査を待つと検査室の負担になるため、そのような人の斡旋は中止にするか、以前の血清で行うかにすべき。
- ✓ JOT の負担（多くの移植施設への連絡）、検査センターの負担が軽減される事が第一であり、やむを得ない決断も必要である事は理解できる。
- ✓ 判定に A.I. を積極利用してほしい。
- ✓ 抗 HLA 抗体（シングル）検査を生体・献腎移植術前に保険を使ってより安価にできるようにしてほしい。
- ✓ 現在は行っていない施設への聞き取り、どうすれば復帰してもらえるか真剣に検討するべき。
- ✓ 検査結果の解釈は難しく、移植医と検査技師との連携やディスカッションが必要。それぞれ慣れた方法でされるのが良い。
- ✓ CDC +バーチャルクロスマッチなら FXCM は不要。
- ✓ レシピエント選択の順位決定の拠り所以上の意味はない。
- ✓ クロスマッチの結果がでてから出発できるようになるといい。
- ✓ 死体腎の移植直前検査については、技術の進歩に合わせて、簡略化すべき。
- ✓ 人材育成に力を注ぐべき。
- ✓ フロークロスマッチのみにすると高感作患者が移植を受ける機会が失われる可能性がある。
- ✓ フロークロスマッチ、バーチャルクロスマッチともに、陽性の定義を統一する必要あり。
- ✓ 献腎移植登録患者に inactive 制度を導入することで、不要なクロスマッチが減らせる。
- ✓ 検査実施機関により差が生じているので、ドナーの検体を保管し、のちに CD C ,FCXM の検査が可能にもらえる体制が望ましい。
- ✓ 具体的にどれくらいの逼迫状況であるのか公表すべき。早急に対策を講じる必要があります。
- ✓ 献腎移植は移植後腎機能が発現するのに時間がかかることもあるので、できればクロスマッチの十分な情報が欲しい。ただ心停止下ではダイレクトクロスマッチのみで簡略化することは検討される。

8. 今後の腎移植のあり方に関する自由意見（主なものを抜粋）

- ✓ 生体腎ドナーの保護の観点からガイドラインの遵守を明確に。
- ✓ 移植医負担軽減のための制度改革。
- ✓ 腎移植手術施設と非手術施設（腎臓内科医）との連携の重視。
- ✓ 生体ドナーの術後フォローが不十分。診療報酬で優遇するなどドナーが受診しやすい環境整備が必要。
- ✓ フロークロス T、TB 陽性の人はダイレクトまでしてほしい。それが陽性なら斡旋されなくてもよい。
- ✓ 施設辞退の件数や内容もある程度公表すべき。
- ✓ 認定 RTC の資格所得のメリットがない。
- ✓ 瘵腎が優先されて献腎待機患者が滞っている現状を改善したいです。
- ✓ 移植後の follow をもっと様々ば病院でできるよう移植医内科医やコーディネーターにもインセンティブが付き魅力的な仕事になるように学会から行政に働きかけをすべき。
- ✓ 腎移植施設の集約化。
- ✓ 臓器摘出は病院業務に含まれず、摘出医の善意のみで実施されている。各地域内における摘出施設の輪番化など具体的な対策が必要。
- ✓ 献腎移植を増やすことが一番重要。
- ✓ 小児では腎移植施設と小児腎不全管理に習熟した施設との連携が密である必要があるが、患者さんに

は小児腎不全管理と移植に関する知識に習熟した施設の情報が無いのでアンケート調査などで現状を調査していただき可能であれば公開してほしい。

- ✓ ネットワーク本部に検査施設を開設すべき。
- ✓ 抗ドナー抗体陽性症例にもリツキシマブを保険請求できるようにしてほしい。
- ✓ 小児点数の見直し。
- ✓ 20代～50代への点数加算。
- ✓ 肝腎同時移植ルールの見直し。
- ✓ 成人（何代別）の平均待機期間の公表。
- ✓ 生体ドナーのみを対象とする施設、ドナーが発生した時にたびたび“施設として”（移植を）辞退するような施設は移植施設としてふさわしくない。
- ✓ 心停止ドナーも増加の可能性が高いと考えますが、臓器の質を担保すること、移植医の負担軽減の点からレスピレーターオフなど、controlled death について救急学会などと連携し、今よりもさらに積極的に周知・前向きに検討していくべき。
- ✓ 生体腎移植の施設登録が急務です
- ✓ OPTN policy に準じてドナーの拡大を考えるべき
- ✓ もっと献腎ドナー発掘にキャンペーンを政治家やマスコミ絡みで行うべき。
- ✓ 渡航移植の功罪・光と影をもっと国民市民に伝え、なぜ脳死下心停止下移植が必要なのか広報するべき。
- ✓ 医療従事者ですら市民に臓器移植をほとんど説明できない。医療者教育が不十分である。
- ✓ 生体でマージナルドナーという定義を使うことはやめるべき。生体ドナー適応を厳重にするべき。
- ✓ 腎移植数を増やすことが大義であるという観点からは、腎移植施設を制限することは慎重であるべき。
- ✓ 腎代替療法説明を行う医師が腎移植を経験しておく必要がある。
- ✓ 臓器提供を行わない病院は救急救命センターの認定を取り消す。
- ✓ 地域で移植後患者の診療ができる場を増やしていくことが必要。
- ✓ 献腎移植レシピエントの選定の際に、コンプライアンスなども適応の条件に含むべきだと思います。
- ✓ 登録患者の血清保存は移植希望施設で対応して頂きたい。
- ✓ 中規模病院であれば献腎移植が可能になるような方策、腎移植可能施設を増やす方策を考えていくべき。
- ✓ コーディネーターの確保。
- ✓ 生体の親族以外の提供、脳死下ではドナー家族へのお花代。
- ✓ 本当に困っているのは現場であり、現場の意見が反映されない（意見を伝える場がない）のは問題。早急に改革が必要と考える。
- ✓

本調査の結果は、今後の腎移植体制構築検討に活用させていただきます。

この度は調査にご協力いただきありがとうございました。