

臓器移植の経済学

臓器を共有する考え方

January 29, 2026 @ 経済産業研究所

齊藤有希子（早稲田大学政治経済学術院教授・RIETI 上席研究員）

伊藤由希子（慶應義塾大学大学院商学研究科教授）

Cool heads but warm hearts. (by Marshall)

※ 本研究は文科省科研費（挑戦的萌芽研究）「日本における臓器移植制度の課題の経済学的可視化と制度の提案」（代表者：伊藤由希子）ならびに、科学技術振興機構/RISTEX「再生医療の持続的イノベーション基盤構築に向けたELSIの検討」（代表者：八代嘉美）より助成を受けている。中央経済社「臓器移植の経済学」—臓器移植が「特別」な選択ではなく、医療として定着するための制度の提案— 2026年秋頃出版予定。

臓器移植を経済学的な観点から論じる意義：背景

- ・ 臓器移植は世界的に普及しているが、日本では極端に普及が遅れている。
普及率は国によって大きく異なり、医療の価格も大きく異なる（国際価格差）。
(普及率、国際価格差は医療制度と臓器移植政策に依存する。)
- ・ 移植医療には臓器が必要であり、世界的にも需要が供給を上回る（特に腎臓）。一方、心臓などは供給超過の国もある（脳死の数>>心臓移植の数）。
- ・ 臓器は希少であるが、価格がつかず、取引が困難である。
国際的に共有する（マッチングを一元化する）仕組みがヨーロッパでは進んでいる。
- ・ 臓器提供者、提供施設、あっせん施設、移植実施施設など、複数の意思決定があり、部分最適が全体最適にならず阻害要因にすらなる。現場の努力への依存。
政策（法律）により全体最適な資源配分にシフトさせる必要性がある。
- ・ 移植医療普及は、患者へのベネフィットのみでなく、財政支出の削減効果もある。

臓器移植を経済学的な観点から論じる意義：臓器移植政策の効果

オプトイン：本人が臓器提供に同意した場合に臓器提供。

日本を含む、アジアの多くの国々で、この制度を採用している。

臓器移植をGift of Lifeであると考え、慈善型の制度であると言える。

オプトアウト：本人または家族が反対の意思を示さない限り、臓器提供。

ヨーロッパにおいて主流であり、家族（遺族）の意思は尊重しつつ、社会として臓器を共有する（Organ Share）という考えに基づいている。

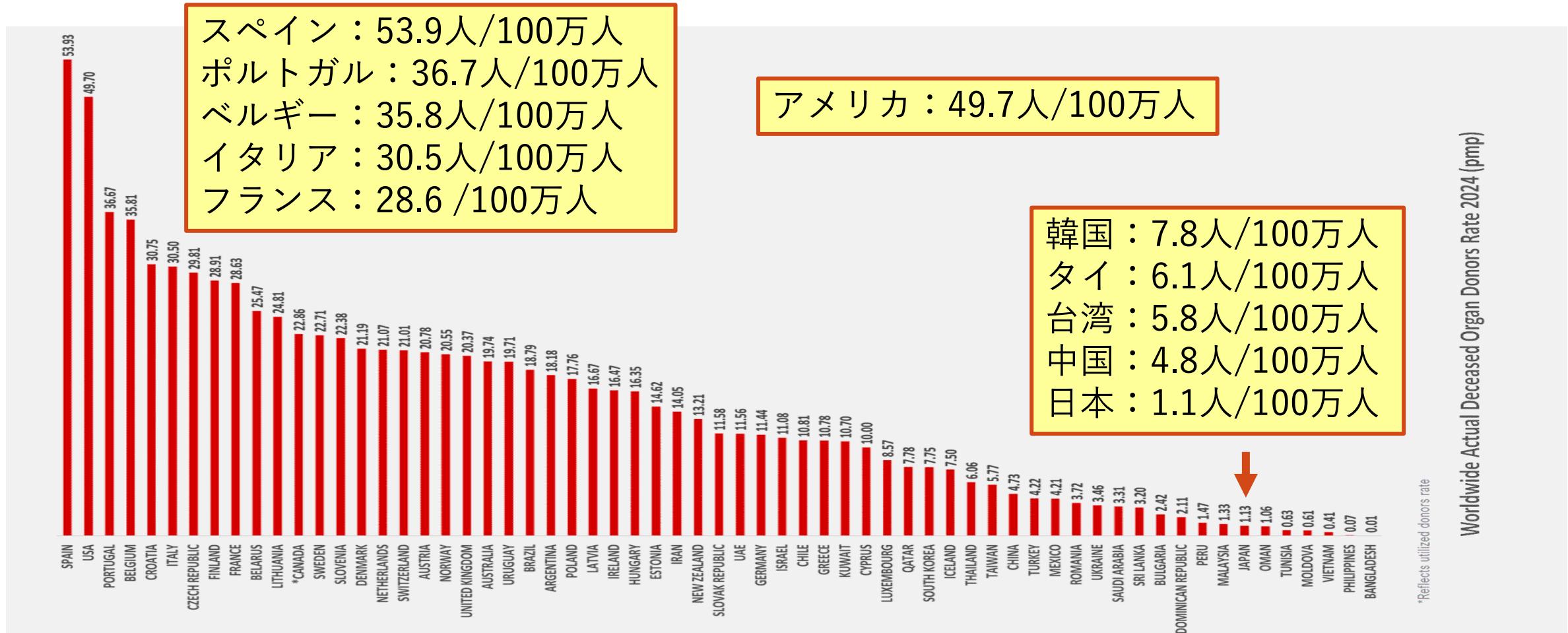
多くの国で、オプトインから制度変更し、ドナーの数が増えている。

【提言】

日本においても、オプトアウト（臓器を共有する考え方）を導入すべきである。臓器移植を、渡航移植などの特別な行為に依存することなく実施できるようにするには、臓器提供が件数として増えるとともに、移植を持続的に行う国の体制整備が必要である。オプトインの仕組みのまま、すべてを「任意」の現場努力に委ねる現状の仕組は、移植医療の体制整備を困難にしている。

臓器移植の現状：なぜ日本では普及しないのか？ 臓器ドナーの少なさ

オプトアウトを採用しているヨーロッパの各国においてドナー数が多い。
オプトインを採用しているアジアの各国では、ドナー数が少ない。アメリカは例外。



IRODaT (International Registry in Organ Donation and Transplantation) 2024

各國の例（オプトイン、オプトアウト、各國の特徴）

国・ドナー数 人口百万当り	スペイン (53.9pmp)	アメリカ (49.7pmp)	イギリス (20.4pmp)	シンガポール (4.7pmp)	韓国 (7.8pmp)	日本 (1.1pmp)
制定年	1979年	1968年	2004年	1987年	2000年	1997年
現行法改正年	2012年	2006年	2019年	2009年	2011年	2010年
死の定義	脳死	脳死	脳幹死	心臓死/脳死	心臓死/脳死	心臓死/脳死
意思表示	オプトアウト	オプトイン	オプトアウト	オプトアウト	オプトイン	オプトイン
脳死連絡義務	あり	あり	なし	なし	あり	なし
あっせん機関	ONT	UNOS	NHS Blood and Transplant	National Organ Transplant Unit	KONOS	JOT
各國の特徴	臓器提供施設ごとに、提供のコーディネーションを行うシステムを確立：TPM Transplant Procurement Management	脳死の患者が発生した事例を地域のあっせん機関に連絡する義務（罰則規定）がある：RRL Required Referral Law	2020年にオプトアウト方式に移行。家族が反対すれば臓器提供は行われないソフトオプトアウト方式	1987年に腎臓、2004年に全臓器でオプトアウトに移行。提供拒否の意思表示の場合は自身が移植医療を受ける順位が下がる	米国のRRLにならい、家族の承諾の有無を問わず、脳死の事例をあっせん機間に連絡する義務を課している	脳死下臓器提供を行う場合に、脳死をヒトの死と定義。家族の承諾を得て、脳死判定を行う

臓器移植を経済学的な観点から論じる意義：経済学の研究

臓器提供者のインセンティブに関する研究

Alvin E. Roth and Lloyd S. Shapley (2012年ノーベル経済学賞)

"for the theory of stable allocations and the practice of market design"

マーケットデザインによる臓器マッチング（米国）※オプトイン

腎臓移植において、家族などの臓器が血液型などの条件が合わずに移植ができない時、同じような患者の家族間で、条件が適合する人と腎臓を交換できる。

（患者家族が提供登録することで、患者が他者から臓器提供を受ける確率が高まる）

無償提供のインセンティブを高める。途上国等での臓器売買の抑止にもつながる。

※ 患者個人、患者全体の医療アクセスの向上

臓器移植を経済学的な観点から論じる意義：経済学の研究

臓器提供施設のインセンティブに関する研究

Ozbay et al. (2025)

"Economic Incentives and Organ Procurement: Evidence from a U.S. Reform",
NBER WP34140

米国のOPO (Organ Procurement Organization : 地域単位の臓器収集組織) に
Tier Ranking Systemが2019年に導入されたことの効果検証論文。
ランクの低い地域にペナルティ。

人口当たりの死後臓器収集率と移植確率を成果指標とする競争導入により、収集費用
が増加。

腎臓の効果検証では、臓器の収集数が1.5倍となる一方、調達費は2倍以上に拡大。
米国の人工透析は1人1年当り8万ドル（1200万円）であるため、
腎臓移植の増加は、5年間で人工透析を19億ドル節約する一方で、10億ドルの調達費用
増加になっており、移植費用を含めると、3.5億ドルの財政節約となった。

臓器移植を経済学的な観点から論じる意義：公衆衛生の研究

臓器移植制度の比較に関する研究

Triakid et al. (2014)

“A systematic literature review on the policies and economic evaluation of organ transplantations in EU” Epidemiology Biostatistics and Public Health – Vol.11-1.

オプトアウト制度を採用する国（例：スペイン、ポルトガル、ベルギー）では、オプトイン制度の国（例：ドイツ、オランダ）に比べ、人口当たりドナー率（pmp）が約2倍高い。

特に、スペインのモデル（明確かつ柔軟な管理構造、移植コーディネーターの役割強化）は、ドナー率向上に効果的である。

また、「ソフトなオプトアウト」（家族への配慮的アプローチ）が有効である。一方、脳死診断の基準や手順の違い、ドナー家族へのアプローチ方法の違い、臓器の追跡可能性や安全性の確保に関する法整備の不足などが、移植数の向上を妨げている。透明性の高い選定基準、倫理的枠組みの尊重、国際的な臓器取引の防止が不可欠。

臓器移植の現状：なぜ日本では普及しないのか？ 法律的背景

「臓器移植法」（1997年10月16日施行）

脳死によるドナーが認められた。

臓器提供には**本人の意思表示**が必要、15歳未満の臓器提供が認められなかった。

「改正臓器移植法」（2010年7月17日全面施行）

国際移植学会によるイスタンブール宣言（2008）**臓器売買を禁止し自給自足を求める。**

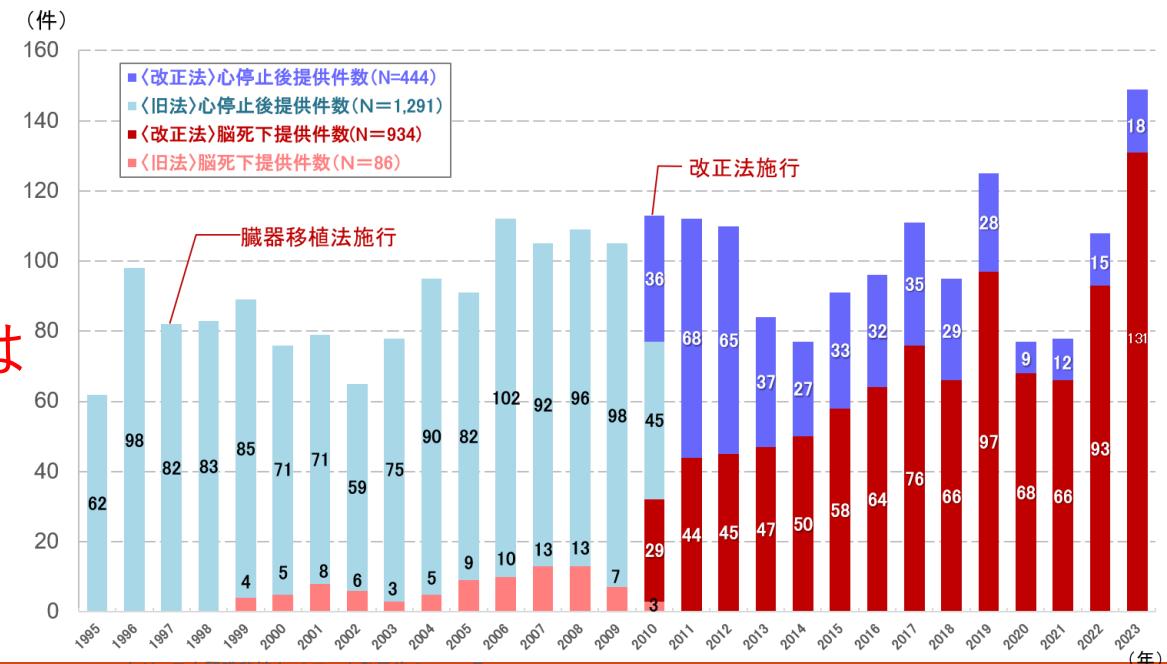
本人の意思表示が不明でも、家族の意思表示で臓器提供が可能（注）に。

（注）本人の明示意思が不要であることをオプトアウトとする意見もあるが、欧州で導入されているオプトアウトとは異なる。

臓器移植法施行後も脳死下のドナーは増えず、改正法施行（2010）後も、心停止に代わり脳死下の提供になった。

オプトインの自由意思に基づく**現行制度では抜本的に臓器提供を増やすことは難しい。**

※心移植は脳死下のみであるほか、脳死下では、多くの臓器を提供可能。

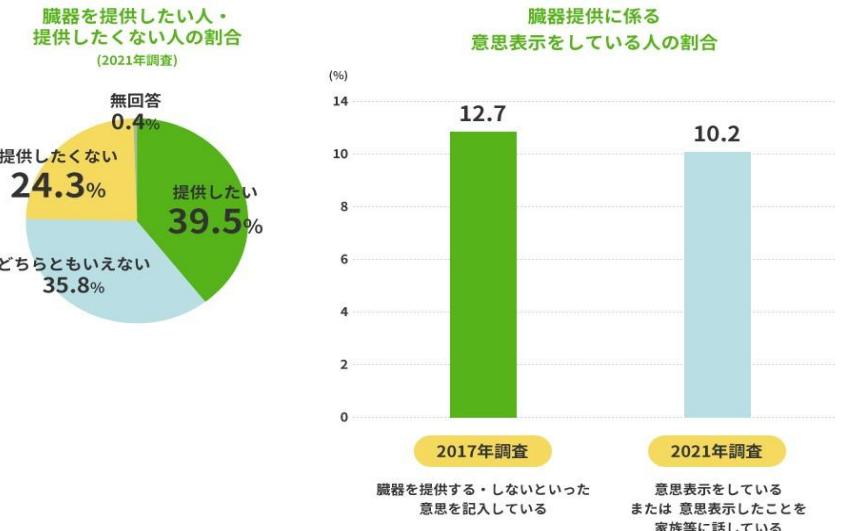
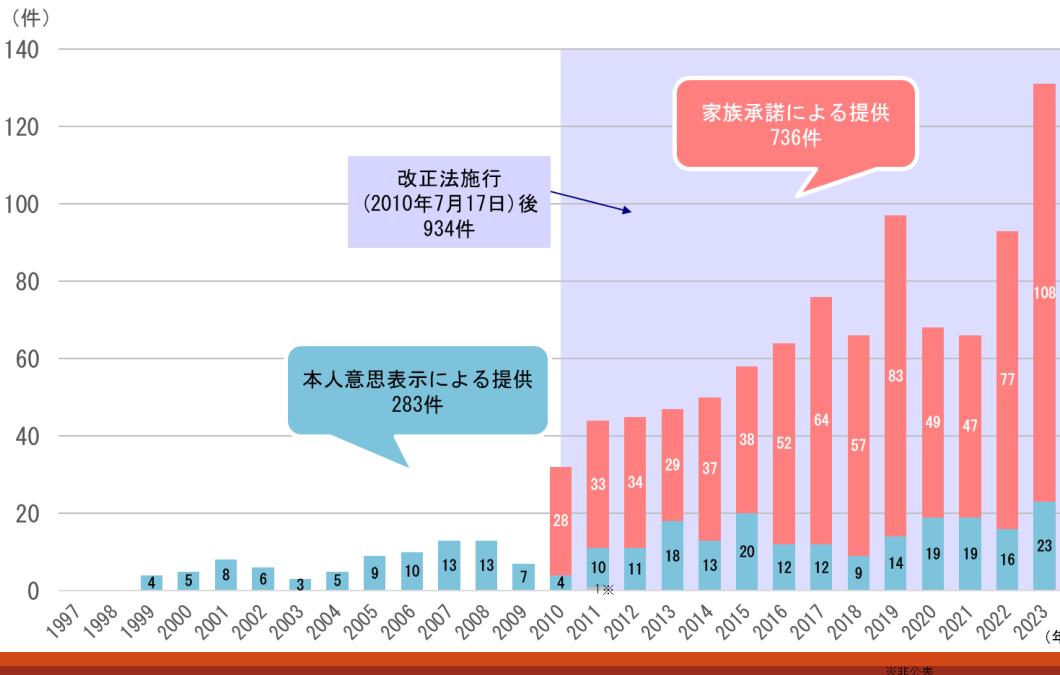


臓器移植の現状：なぜ日本では普及しないのか？ 制度的背景

現行の医療制度における、限られた政策オプション：

脳死患者の発生事例のあっせん機関への報告義務（RRL Required Referral Law）など
医療機関（臓器提供施設）に対する強制力がない。インセンティブの仕組みがない。

オプトイン制度での自由意思の表示への無関心と意思表示の情報共有の仕組みの欠如：
4割が臓器提供したいとしているが意思表示は1割。（右下図：内閣府世論調査）
実際の臓器提供のうちほとんどが家族承諾（左下図）による。



臓器移植の現状：なぜ日本では普及しないのか？ 制度的背景

オプトインでは、臓器提供意思を活かせていない。

2023年は、**推計9568人の「脳死とされうる状態」→実際の臓器提供者132名（1.4%）**

出典：読売新聞（2024年6月18日）<https://www.yomiuri.co.jp/medical/20240617-OYT1T50193/>

オプトアウト制度への抵抗感：

臓器を奪われるのではなく、臓器の共有である。

共有することで、自身もメリットを受ける。保険としての考え方。

自身や家族が病気になり、臓器を必要とする可能性は予測不能。

生まれてくる子供が疾患を持つかどうか、妊娠発覚時に予測不可能。

生体移植が可能な臓器（腎臓の片方・肺の一部・肝臓の一部）であったとしても
家族が提供できるとは限らない。また生体ドナーへの侵襲が大きい。

オプトアウト制度を採用する国において、提供拒否率は0.1%から3%程度。

シンガポールでは、提供拒否の意思表示で医療を受ける順位が下がるという
ペナルティをインセンティブとしている。

臓器移植を経済学的な観点から論じる意義：臓器移植普及の効果

臓器移植普及の効果：

移植希望者がドナー数より圧倒的に多く、待機期間の長期化。待機中の死亡。
移植後は、移植前に比べて、生存率が大幅に改善。QOLも改善。

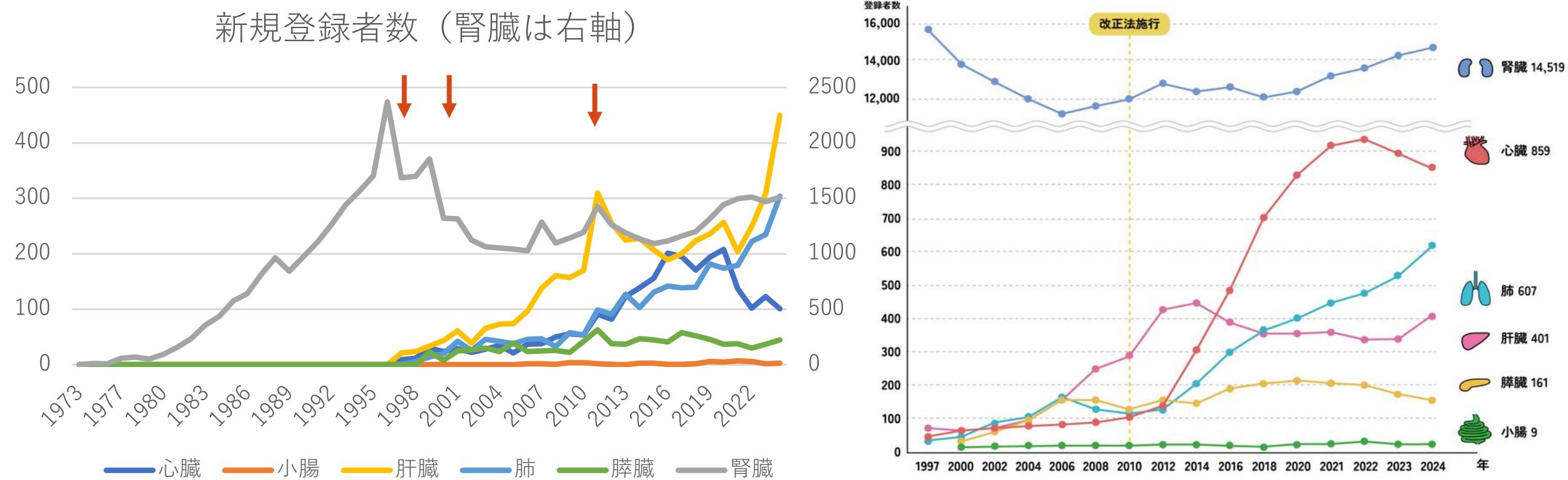
ドナーが増えて、待機期間が短くなることで、
待機中の死亡の回避可能。渡航移植の必要もなくなる。

生体肝移植が可能な臓器（腎臓の片方、肝臓の一部、肺の一部）について、
生体ドナー（家族）への侵襲（臓器の一部の提供に伴う負担）を回避できる。

医療費の財政支出が増える中、歳出の削減効果がある（人工透析から腎臓移植へ）
患者（入院治療・生活保護の長期化・身体障害者としての生活）から社会生活（就労・社会の支え手）への復帰

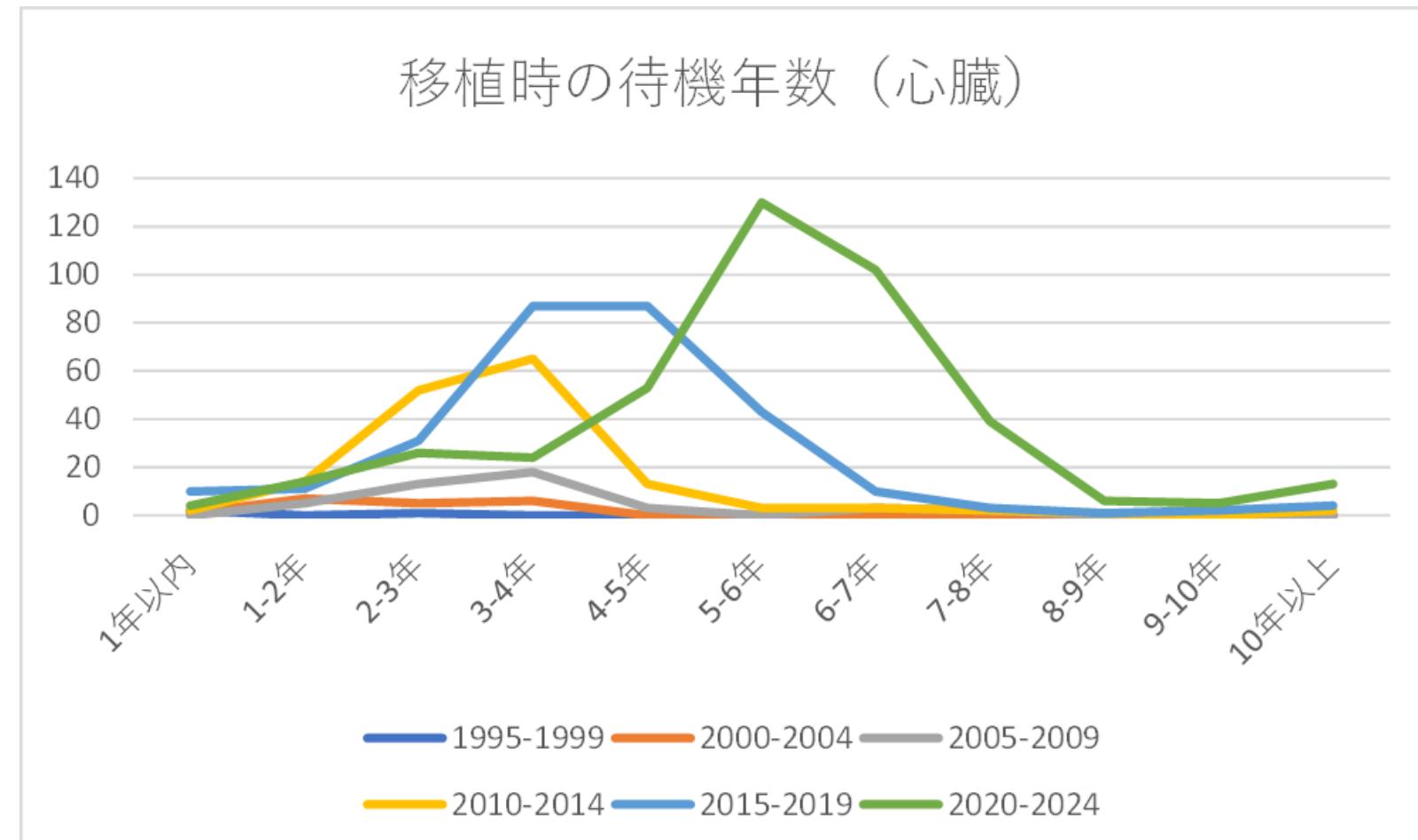
移植医療の現状：移植希望者の増加と待機年数の長期化（弊害、コスト）

臓器移植を希望する新規登録者数は増加傾向（2000年代に移植手術が保険適用）
一方で、臓器提供は不足しており、待機者の増加。
→ 待機の長期化の傾向がある（後述）



移植医療の現状：移植希望者の増加と待機年数の長期化（弊害、コスト）

平均待機年数 心臓：3年9ヶ月、腎臓：14年9ヶ月、肝臓：1年3ヶ月、肺：2年6ヶ月
特に心臓の待機の長期化が顕著（2020-2024年では中央値5~6年）



IRODatによると、日本以外の多くの国で、年間の心臓移植の数は脳死ドナーの数の3割程度（米国は39%）。

日本では脳死のドナーの数と心臓移植の数はほぼ同じ。ほとんどの臓器が使われる。

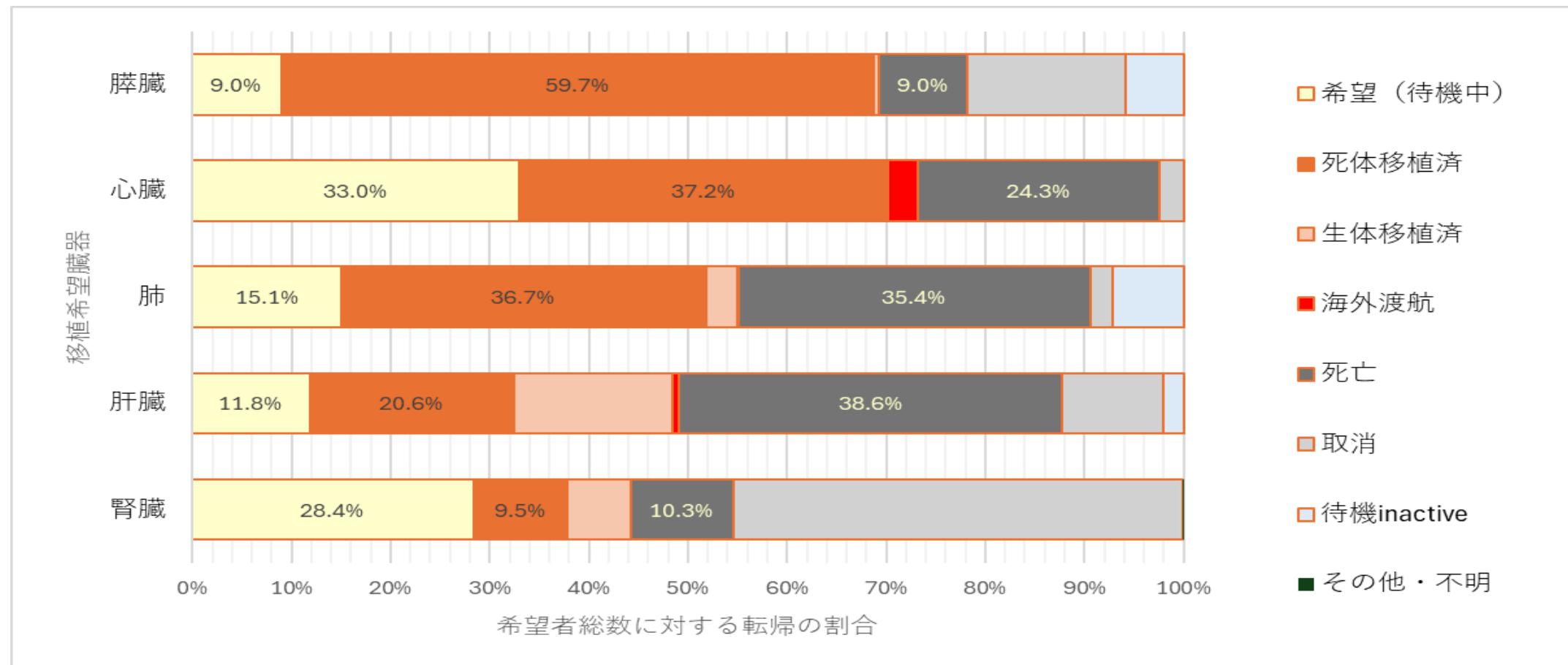
日本では1人のドナーから平均6件の移植手術が行われる（最大11件）。

移植待機の現状：待機の長期化や待機中の状態悪化（死亡や取消、累積）

腎臓 52308名：臓器移植(14%)、4割が待機を取消

心臓 2468名：国内移植(37%)、海外移植(3%)、待機(33%)、死亡(24%)

肺、肝臓移植希望者の死亡率が高い。



移植医療の現状：移植は生存率を改善（ベネフィット）

移植後の生存率は、移植待機中の生存率を大きく上回る（1年、5年、10年）。

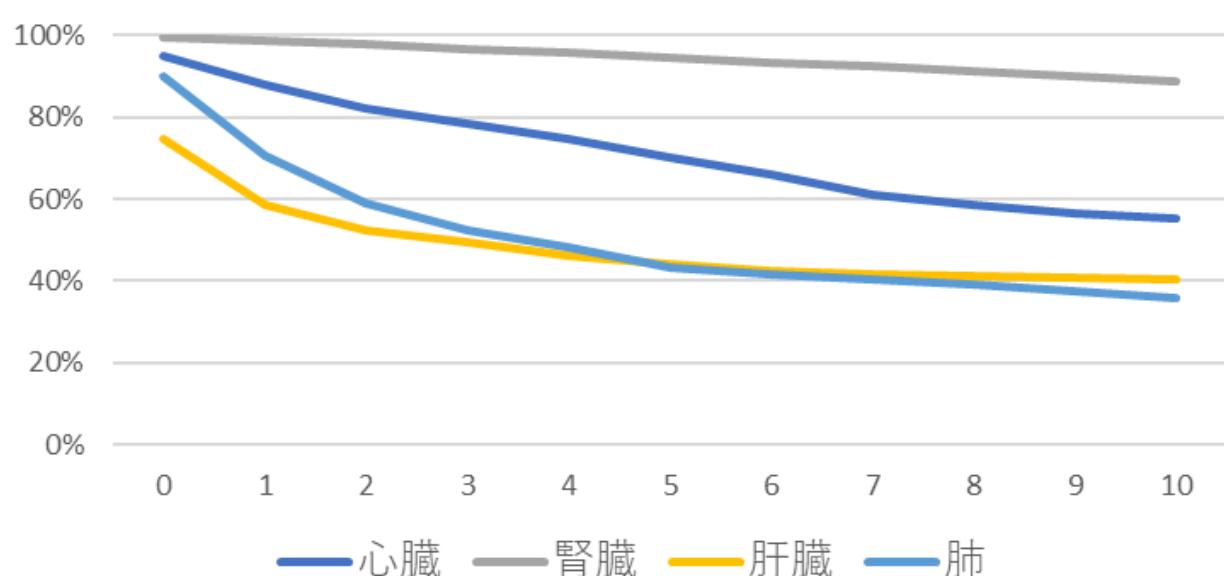
心臓 待機中→移植後 88%→95%、70%→93%、**55%→88%**

肺 待機中→移植後 70%→87%、43%→70%、**36%→59%**

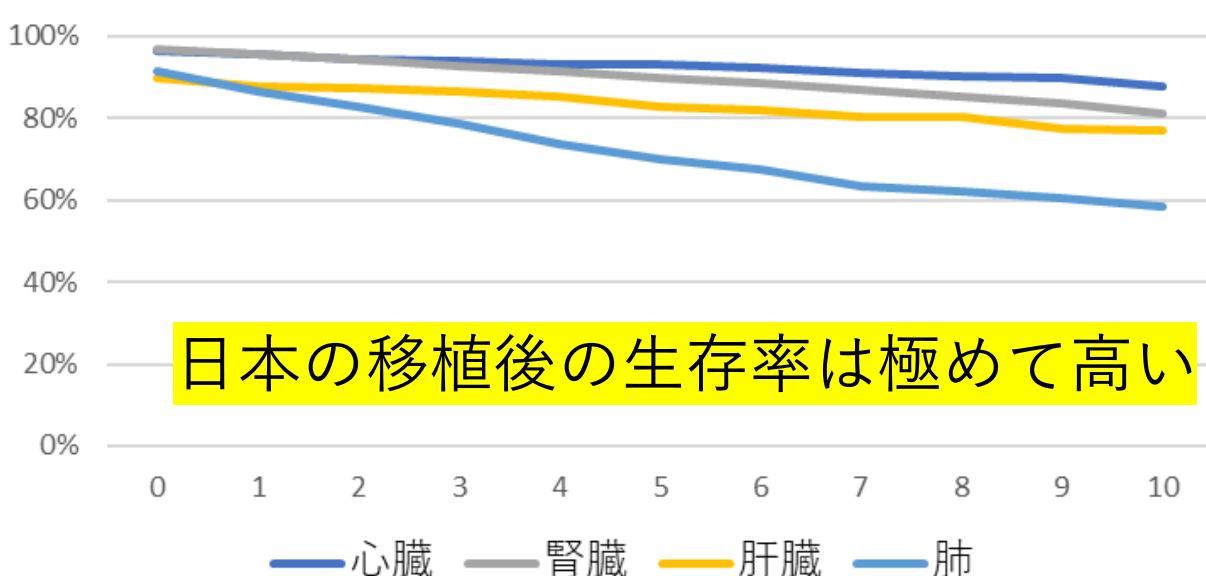
肝臓 待機中→移植後 58%→88%、44%→83%、**40%→77%**

（平均待機年数 心臓：3年9ヶ月、腎臓：14年9ヶ月、肝臓：1年3ヶ月、肺：2年6ヶ月）

待機中の生存率



移植後の生存率



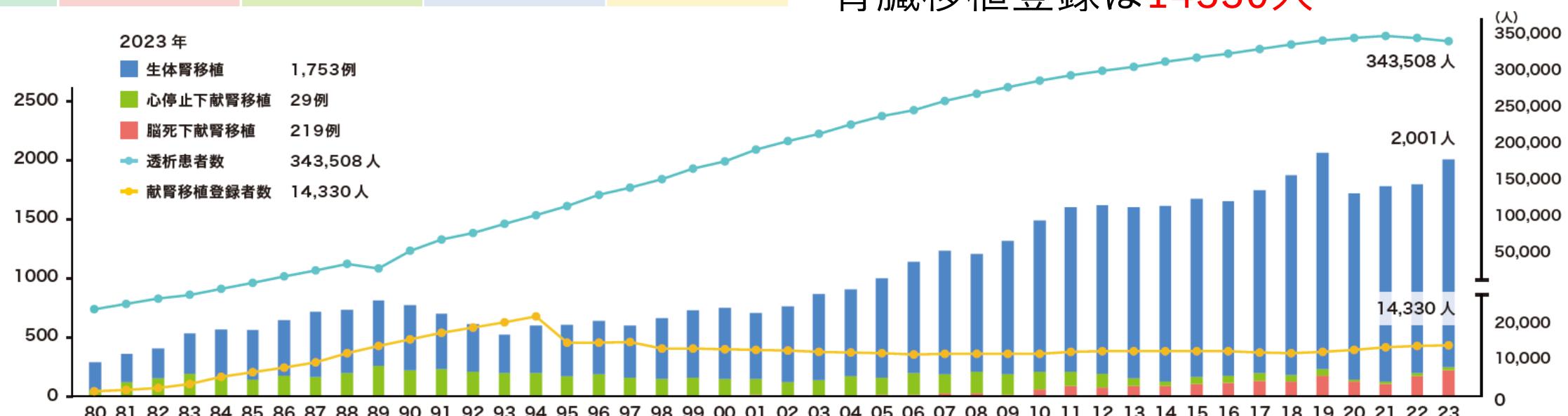
日本の移植後の生存率は極めて高い

臓器移植の費用対効果の検証：代替医療（人工透析）のコスト

	脳死	心臓死	生体	総数
心臓	115 (79)	0 (0)	0 (0)	115 (79)
肝臓	118 (86)	0 (0)	352 (336)	470 (422)
腎臓	219 (170)	29 (28)	1,753 (1,584)	2,001 (1,782)
脾臓	37 (30)	0 (0)	0 (0)	37 (30)
肺	119 (94)	0 (0)	9 (14)	128 (108)
小腸	3 (5)	0 (0)	0 (0)	3 (5)
全臓器	611 (464)	29 (28)	2,105 (1,934)	2,754 (2,426)

日本移植学会 「臓器移植ファクトブック」2023・2024
 () 内は2022年・角膜移植については日本アイバンク協会
 (2021) によると、国内1395件（輸入角膜1591件）

2023年の腎臓移植は2001例
 8割以上は生体間（3親等以内）の移植
 腎臓移植登録は14330人



人工透析の患者数は34万人（年間の医療費約500万円） 年間1.7兆円
 国民医療費48兆円の3－4%を占める。

腎臓移植：代替療養（人工透析）の過度な普及

血液透析

Hemodialysis(HD)

全国腎臓病協議会ホームページより

世界的には

- ・血液透析は移植までの経過措置
- ・腹膜透析が主流

日本は血液透析が人数・期間ともに長い

血液透析療法は、機械に血液を通り、血液中の老廃物や不要な水分を除去し、血液をきれいにする方法です。

日本では血液透析を選ぶ患者が圧倒的に多く（2012年末の調査で全透析患者の96.9%）、末期腎不全の治療法として主流となっています。しかし、世界的にみると国によっては血液透析療法以外の治療法が主流のところもあります。例えば、移植が普及している国では、血液透析療法は移植までの経過措置的な治療法であったり、腹膜透析療法が主流の国もあります。

一般的な血液透析の場合、1週間に2～3回程度、透析を行う施設に通いだしたい4時間以上をかけて血液を浄化します。このような施設は、大きな病院内にあったり、入院施設を持たない透析センター、腎センターといった名称のクリニックであります。現在、日本には4,000施設以上あります。患者は、住居や職場の近くなど通院に都合のよい施設、受けたい治療が行われている施設、設備面、通院送迎サービスがあるかどうかなど、それぞれの観点からもっとも自身に合った施設を選びます。

医療費は

血液透析では約40万円、腹膜透析では30～50万円程度（年間500万円）

患者負担額は

高額療養費制度

（特定疾病）

障害者医療費助成制度、

（身体障害者1級）

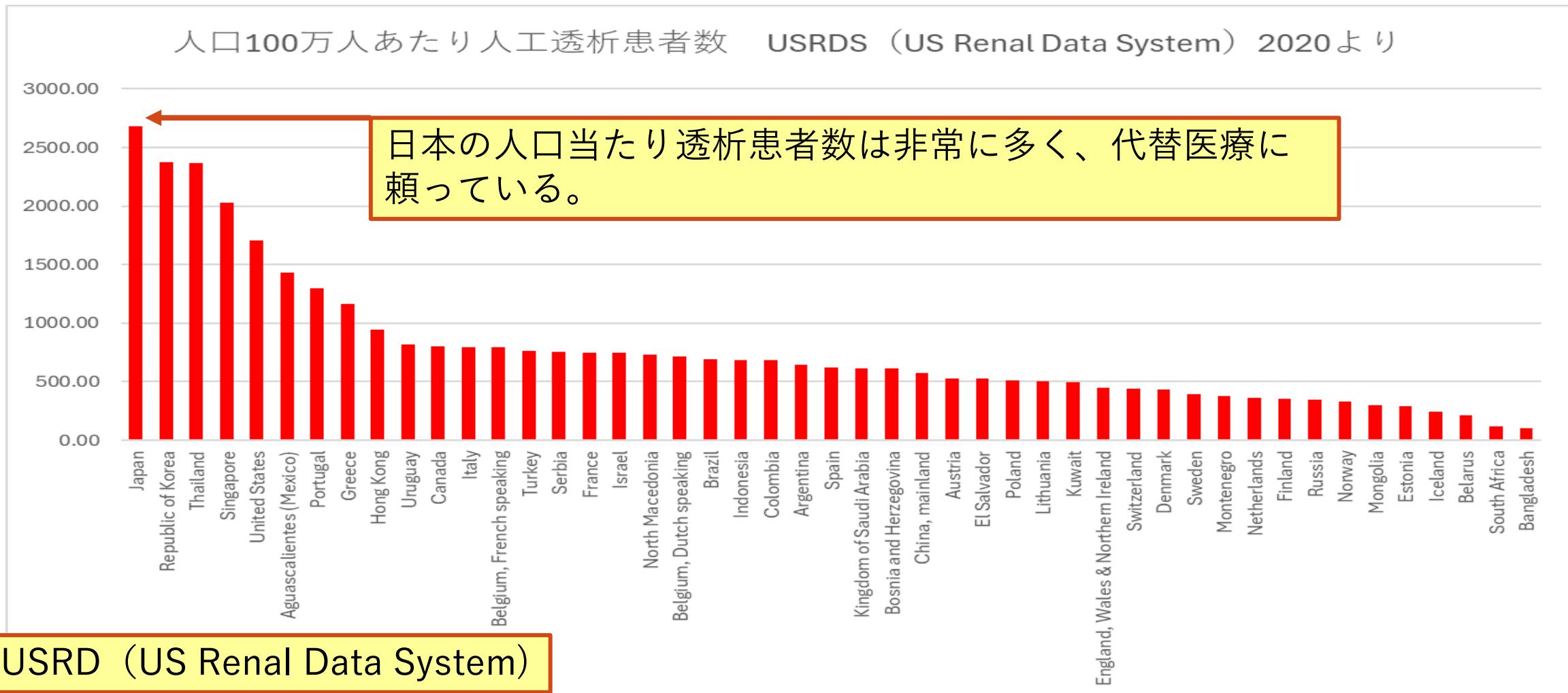
自立支援医療制度により

自己負担額はかからない仕組み

→世界的に突出した普及につながっている

医療費への影響：人工透析（腎不全）患者数と医療費の増大

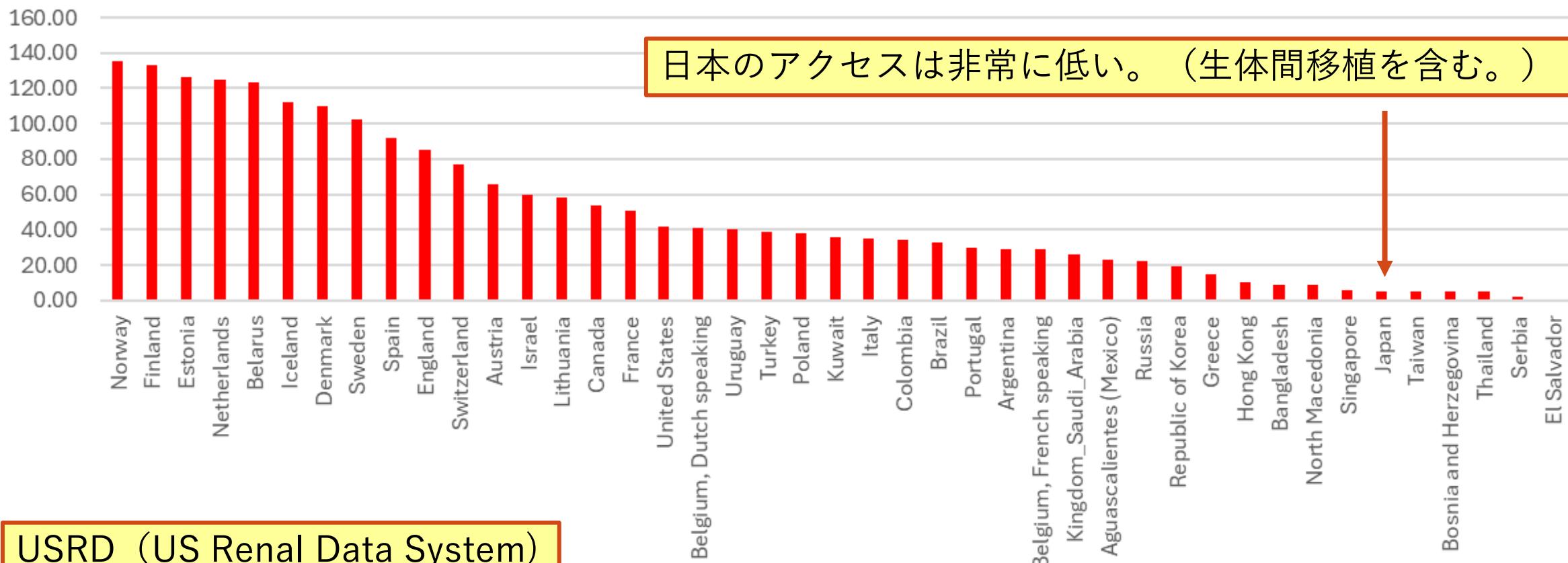
100万人当たりの人工透析患者は2725人（2024年）日本透析医学会（2024）
日本は世界で最も人工透析に頼っている。



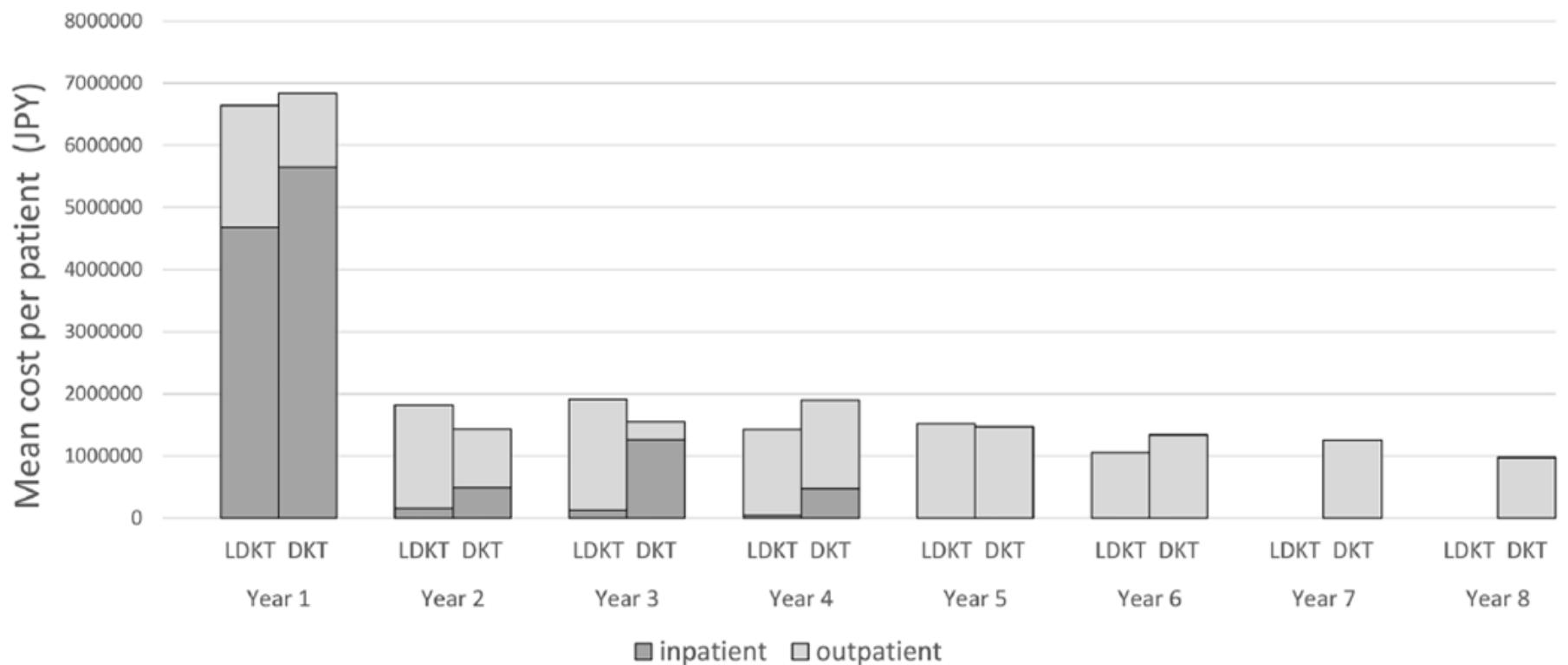
腎臓移植の現状：移植可能性の低さ

日本の人工透析患者の腎臓移植へのアクセスは1000名当り5名→ほぼ生涯透析
ノルウェー：135人/1000人 スペイン：92人/1000人→透析は移植までの経過措置

人工透析患者1000名に占める臓器移植（腎臓移植）実施数



腎臓移植の現状：移植医療は歳出削減効果がある



腎臓移植の
術前術後医療費
初年度
700万円
翌年度以降は
200万円
金銭的な負担面だけ
でも見ても
2年間で人工透析の
医療費を下回る
きわめて歳出削減効
果の高い医療

JMDCデータベース（レセプト情報）において、2005～2020年に腎臓移植を受けた事例 159例の術後費用の追跡

Hasegawa, M., Kato, H., Yoshioka, T., & Goto, R. (2025). The estimation of healthcare cost of kidney transplantation in Japan using large-scale administrative databases. *Clinical and experimental nephrology*, 29(3), 350-358.

日本における移植・採取費用 心臓：281万円 腎臓：142～198万円

移植術、採取術の診療報酬点数(生体移植除く)他

	移植術	採取術	臓器搬送費用 (2024年6月1日現在)
心臓	212,210点	68,490点	
心肺同時	286,010点	100,040点	
肺	139,230点 ^{※1}	80,460点	
肝臓	193,060点	86,700点	
脾臓 (心停止)	167,570点 ^{※2}	77,240点	
脾臓 (脳死)	112,570点	77,240点	
脾腎同時 (心停止)	195,420点 ^{※2}	84,080点	
脾腎同時 (脳死)	140,420点	84,080点	
腎臓 (心停止)	153,770点 ^{※2}	43,400点	
腎臓 (脳死)	98,770点	43,400点	
小腸	177,980点	65,140点	

療養費払い^{※3}

※1 両肺移植の場合は、45,000点を加算。

※2 脳死した者の身体から採取された脾・脾腎・腎を除く死体脾・脾腎・腎を移植した場合は、移植脾・脾腎・腎の提供のために要する費用として、55,000点を加算。

※3 療養費払い制度とは、被保険者が全額をいったん支払い、後に保険者に申請して、保険給付分の払い戻しを受ける制度。

あっせん業務に関する費用は、1つの臓器について、10万円を患者が、日本臓器移植ネットワーク（JOT）に支払う。

移植施設は、移植術・採取術の診療報酬と合わせて、麻酔加算・脳死臓器提供管理料（20万円）の診療報酬を保険者に請求

臓器提供施設は1臓器につき20万円+採取術の診療報酬の一部をJOTから受け取る。

これらに加え、JOTは年間の国庫補助金11.2億円であっせん業務を行う。（2024年度）

米国における移植費用 心臓 2.9億円 肺（片肺）2.7億円

臓器の摘出やあっせん業務にも1件あたり、2000万円～4000万円の経費がかかる
 (日本のJOTは1件当たり30万円・年間の国庫補助金11.2億円であっせん業務を行う)

TRANSPLANT	30 DAYS PRETRANSPLANT	PROCUREMENT	HOSPITAL TRANSPLANT ADMISSION	PHYSICIAN DURING TRANSPLANT ADMISSION	180 DAYS POSTTRANSPLANT DISCHARGE	OP IMMUNO- SUPPRESSANTS AND OTHER RX	TOTAL	日本円換算 (億円) (1\$ = 150円)
SINGLE ORGAN/TISSUE	移植前 (30日)	臓器摘出	医療施設 (移植)	医師 (移植)	術後 (180日)	免疫抑制剤他	合計	
BONE MARROW -	\$94,300	\$97,400	\$669,300	\$18,900	\$314,200	\$67,700	\$1,261,800	1.89
BONE MARROW -	77,900	36,100	275,500	11,500	129,800	46,200	577,000	0.87
CORNEA*	N/A	18,900	28,600	9,500	N/A	N/A	57,000	0.09
HEART	67,000	214,500	1,220,400	105,200	277,400	34,200	1,918,700	2.88
INTESTINE	43,100	170,300	1,019,800	86,200	379,400	30,700	1,729,500	2.59
KIDNEY	30,900	135,400	142,500	22,100	88,200	27,700	446,800	0.67
LIVER	60,600	175,500	552,100	60,600	141,500	27,500	1,017,800	1.53
LUNG - SINGLE	72,100	240,300	1,039,700	108,200	297,500	52,900	1,810,700	2.72
LUNG - DOUBLE	93,600	257,700	1,403,800	140,400	386,100	64,900	2,346,500	3.52
PANCREAS	27,200	119,600	279,000	30,200	126,800	26,600	609,400	0.91

MILLIMAN REPORT 2025 U.S. organ and tissue transplants: Estimated costs and utilization, emerging issues, and solutions February 2025

米国における移植システムの課題（移植費用は特に高額）

帝王切開術	日本	米国 (2019)	米国 (2024)
医療費	60～70万円	\$15,165 (167万円)	\$19,410 (292万円)
内訳・範囲	保険適用（原則3割）負担 帝王切開術20～22万円 入院費用（1週間）40～50万円	1ドル＝約110円 \$4,556 (Lowest) \$20,271 (Highest)	1ドル＝約150円 \$15,099 (Lowest) \$25,367 (Highest)
臓器移植	日本（採取術+移植術）	米国 (2019)	米国 (2024)
心臓	280万+諸経費	\$1,664,800 (1.8億円)	\$1,918,700 (2.9億円)
肺（片肺）	220万+諸経費	\$929,600 (1.1億円)	\$1,810,700 (2.7億円)
肝臓	290万+諸経費	\$878,400 (1.0億円)	\$1,017,800 (1.5億円)
腎臓	130万+諸経費	\$442,500 (0.5億円)	\$446,800 (0.7億円)
内訳等	その他入院費用（1週間） あっせん業務（患者・病院負担） 臓器提供費用（55万円） 臓器搬送費用（療養費払い）	1ドル＝約110円	1ドル＝約150円

スペインにおける移植費用 腎臓：611万円（標準偏差125万円）

レシピエントの重症度や地域によって移植費用は異なるが、全国平均で611万円

Autonomous Community	Year of Publication in the Official Gazette	Severity 1	Severity 2	Severity 3	Severity 4	Mean	Standard Deviation
La Rioja [25]	2023	EUR 26,515	EUR 29,378	EUR 35,011	EUR 60,742	EUR 37,911.5	±EUR 13,530.94
Madrid [26]	2017	EUR 16,573	EUR 18,839	EUR 26,964	EUR 47,806	EUR 27,545.5	±EUR 12,318.94
Murcia [27]	2022	EUR 28,199.36 *	-	-	-	EUR 28,199.36	
Navarre [28]	2019	EUR 26,946	EUR 29,856	EUR 35,580	EUR 61,730	EUR 38,528	±EUR 13,751.09
Basque Country [29]	2022	EUR 26,672	EUR 29,550	EUR 35,216	EUR 61,099	EUR 38,134.25	±EUR 13,610.37
Valencian Community [30]	2017	EUR 32,879.25 *	-	-	-	EUR 32,879.25	
National mean	-	EUR 28,294.94	EUR 27,563.87	EUR 33,958.74	EUR 58,206.26	EUR 33,926.53	±EUR 12,487.73
National standard deviation	-	±EUR 6876.68	±EUR 6808.07	±EUR 6800.35	±EUR 11443.04	±EUR 6950.05	

Abbreviations: NA: Not available, INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (National Institute of Health Management). * This does not include cost per severity. The unit cost per kidney transplant has been included.

Agüero-Cobo, L., Cobo-Sánchez, J. L., Mancebo-Salas, N., & Gancedo-González, Z. (2024). Costs Analysis of Kidney Transplantation in Spain: Differences Between Regional Health Services. *Kidney and Dialysis*, 4(4), 203-213.

海外への渡航移植（調査回答医療機関集計）

2023年3月時点の移植後外来通院患者数31,684名のうち渡航移植者数：543名（1.7%）
心臓移植は米国131名 腎臓移植は中国140名 肝臓移植はオーストラリア41名

	腎臓	肝臓	心臓	肺	合計
米国	58	36	131	2	227
中国	140	34	1		175
オーストラリア	0	41			41
フィリピン	27				27
ドイツ	0	2	11		13
コロンビア	0	11			11
ベラルーシ	0	5			5
インド	3	1			4
パキスタン	4				4
スウェーデン	0	4			4
カナダ	0	1	3		4
ベトナム	3				3
韓国	2	1			3
ブルガリア	2				2
タイ	1	1			2
イギリス	0	0	2		2

待機期間が長いことが致命的となり得る患者の中には、海外渡航（による早期移植）を選択する場合もある

※その他

腎臓（各1名）トルコ・カザフスタン

メキシコ・ブラジル・カンボジア

肝臓（各1名）台湾・アルゼンチン

エジプト・イタリア

※渡航移植者の過去5年以内の死亡38名

厚労省臓器移植委員会資料（2023/7/6）

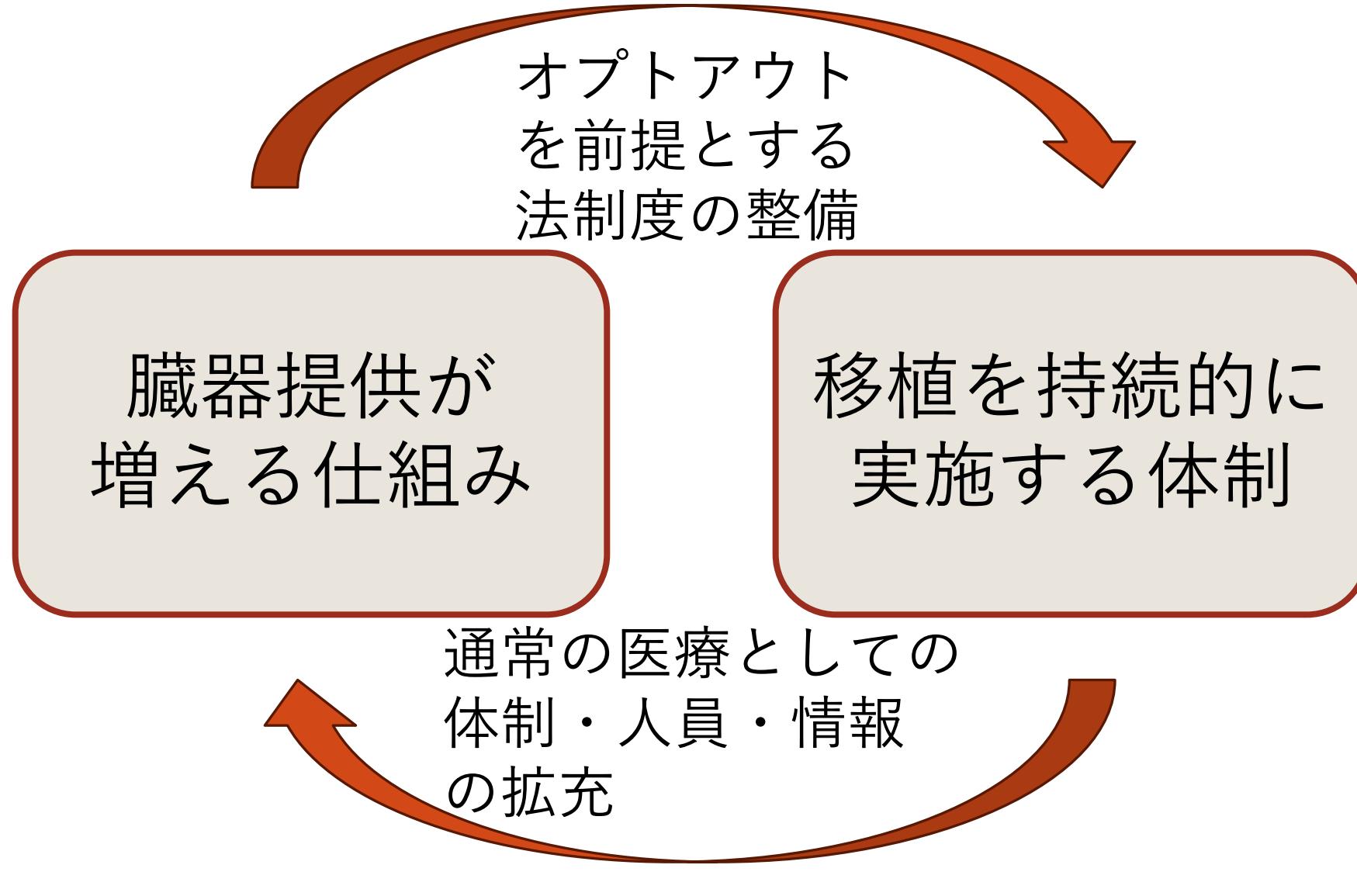
「海外渡航移植患者の実態調査」より作成

※海外渡航2名以上の国

臓器提供を件数として増やすことの重要性（示唆）

- 世界的に著しく低い普及率には大きな改善がみられていない
オプトイン方式のもと、本人同意あるいは家族の承諾による臓器提供が可能であるが、慈善型の制度では、臓器提供の大幅な拡大には至っていない。
- 臓器移植が普及しないことによる様々なコスト
 - 待機の長期化・待機中の死亡・QOLの悪化・代替療法の医療費
 - 心臓 待機の長期化（補助人工心臓）、待機中の死亡、QOLの悪化
 - 腎臓 人工透析の普及による医療費（公的保険）負担、待機患者のQOLが低い
 - 肝臓、肺 代替療法がないため、死亡率が高い、
渡航移植の負担（経済的負担・身体的負担・情報収集の負担）
米国での高額な移植費用→国内の医療体制を活かせていない。
慈善（小児移植の募金活動等）は、日本の医療体制の改善にはつながらない。
 - オプトアウト方式のもと、移植医療を普及させることによるベネフィット

臓器提供を持続的に実施する仕組み



脳死と推定される
患者への情報提供
と脳死判定の実施
(提供施設体制)

あっせん体制 (情
報・人材) 強化と
一元化
(コーディネータ)

移植実施施設の
地域単位での
集約化
(移植施設体制)

臓器移植の現状：なぜ日本では普及しないのか？ 担い手の負担

法律・制度

臓器提供

あっせん
業務

移植施設

1997年 蔓器移植法
2010年 同法改正

※いずれも議員立法
で定期的な法改正
が組み込まれない
※オプトイン
※あっせん業務の許可
が中心であり、医療
施設・人材に関する
規定がない

脳死が推定される状態
でも医療者から臓器提
供の提案を行いにくい

※救急施設の約45%でしか
法的脳死判定の体制が
整っていない。

※過去3年の提供施設は約
17%であり、現場の経験知
が乏しく提案回避する傾向。

あっせん業務
が土日に集中
し人材が不足

※1件の提供につき
5日間連続で対応
JOTに約30名
都道府県に約60名

※人材を分散させる
方向性での見直し

脳死下移植手術
(緊急手術) の
体制が整わない

※医師・専門人材の
緊急の招集が必要
医療者への負担
施設集約化の必要性

※コストに見合う対価
が伴わない

法体系と臓器移植の体制：通知や省令は法律に則り見直される



法律

臓器移植法

(臓器提供のルール)

(臓器あっせん業務の許可)

省令

施行規則（厚生労働省令）例）脳死判定基準など

通知

運用に関する指針（ガイドライン・局長通知）

運用指針の細則（室長通知）

例）

法的脳死判定マニュアル（厚労省研究班）の通知

提供施設マニュアル（厚労省研究班）の通知

各学会のレシピエント選択基準・適応基準の通知

法律に付随して、**運用体制（省令や通知）**を見直すことができる
法律が**予算の根拠**となり、人員・情報基盤等の体制強化ができる

オプトアウトは社会のセーフティーネットである

【現状：AS IS】

体制があっせん以外「任意」である
法的な規定がほとんどない

緊急性が高いにも関わらず
情報共有や意思決定プロセス
に大きな負担になっている

ドナーの9割の臓器提供意思は不明
本人意思不明・家族の責任が重い
医療者の心理的負担が重い

医療機関における実態も不明
医療プロセスの標準化に課題
経営上移植の持続が難しい



【オプトアウト: TO BE】

臓器提供のプロセスの標準化が可能
適切な予算や人員配置が国の責任となる

現場の努力（犠牲）への依存の軽減
情報共有や意思決定プロセス
に公的な資金や人材の支援が可能

脳死判定の増加
国民の関心の高まり
医療者の心理的負担の軽減

医療機関における実態の把握
医療プロセスの標準化・普及
移植の持続的体制・海外渡航回避

オプトアウトに移行した国の臓器提供数の増加

国	導入年	対象範囲	比較期間		提供者数 (100万人当たり)	
			導入前	導入後	導入前	導入後
オーストリア	1982	移植センター	1965-1981	1982-1985 1986-1990	4.6	10.1 27.2
ベルギー	1986	国全体	1982-1985	1987-1989	18.9	41.3
シンガポール	1987 腎臓	国全体	1970-1986	1988-1990	4.7	31.3
	2004 心・肝・角膜	国全体	2002	2004	1.0	1.9
イギリス	2020	国全体	2005～2018	2023	16.1	22.3

オーストリア・ベルギー・シンガポールについては、瓜生原葉子（2012）「医療の組織イノベーション—プロフェッショナリズムが移植医療を動かす」より抜粋。イギリスの事例については、IRODAT（各年版）を参照し、筆者追記

臓器提供意思表示の課題：臓器提供の決断は家族・家族の負担感に

問7. あなたは、仮に、ご自分が脳死と判断された場合又はご自分の心臓が停止し死亡と判断された場合に、臓器提供をしたいと思いますか。(○は1つ)

「移植医療に関する世論調査」
(速報) 2025年9月12日 内閣府

該当者数	提供したい (小計)	提供したい	どちらかといえれば提供したい	どちらともいえない	提供したくない (小計)	どちらかといえれば提供したくない	提供したくない	無回答
人 1,391	% 42.8	% 18.2	% 24.7	% 32.4	% 23.8	% 12.4	% 11.4	% 0.9

問9. 仮に、あなたのご家族の誰かが脳死と判定された場合又は心臓が停止し死亡と判断された場合に、その方が臓器提供について何も意思表示をしていなかった場合、臓器提供するかどうかは、本人の意思を丁寧に推定した上で、ご家族などの総意で決まります。あなたは、ご家族の臓器提供を決断することに対し負担を感じますか。(○は1つ)

臓器を「提供したい」
全体の43%

臓器提供の「意思表示をしている」21%

ただし、半数が家族との話し合いをしていない
本人意思の確認は
1割弱

→多くは家族が意思決定
家族の臓器提供の決断を
「負担に感じる」
全体の85%

該当者数	負担に感じる (小計)	大いに負担に感じる	負担に感じる	少し負担に感じる	負担に感じない (小計)	あまり負担に感じない	負担に感じない	全く負担に感じない	無回答
人 1,391	% 84.9	% 24.5	% 33.5	% 26.9	% 14.5	% 6.8	% 5.0	% 2.7	% 0.6

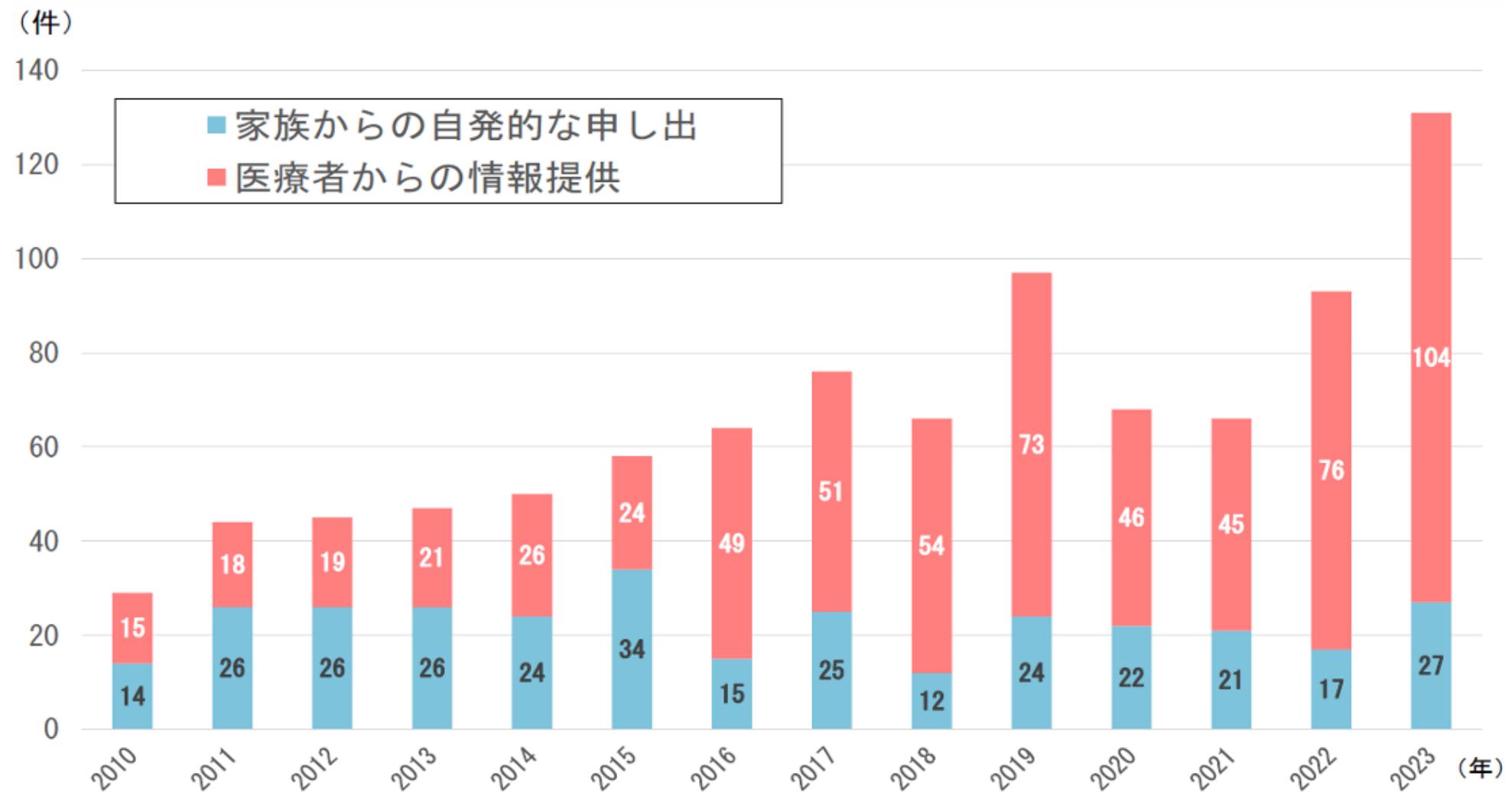
年代別の臓器提供意思 20歳代・30歳代では約6割が提供意思あり

脳死下又は心停止後における臓器提供の意思 「移植医療に関する世論調査」(確報) 2025年11月25日 内閣府

	提供したい (小計)	提供した い	どちらか といえ ば 提供した い	どちらと もいえな い	提供 したくない (小計)	どちらか といえ ば 提供した くない	提供した くない	無回答
20～29歳	59.8	30.4	29.5	20.5	17.9	9.8	8	1.8
30～39歳	56.1	21.6	34.5	26.9	17	11.7	5.3	-
40～49歳	48.9	19	29.9	33.9	16.7	7.7	9	0.5
50～59歳	49.3	19	30.3	33.1	17.6	8.6	9	-
60～69歳	37.4	14.2	23.1	38.4	24.2	12.1	12.1	-
70歳以上	26.3	13.3	13	34.8	36.2	18.1	18.1	2.7
全体	42.2	17.7	24.5	33	23.8	12.2	11.6	0.9

若年層を中心に臓器提供の啓発・教育の効果は見られているが、
 実際のドナーのうち、9割は意思表示が不明（家族と意思を共有していない・意思表示が確認できない）ため、本人の意思表示が十分に生かされていない。

脳死下臓器移植（改正法後）の提供の8割は「医療者からの情報提供」

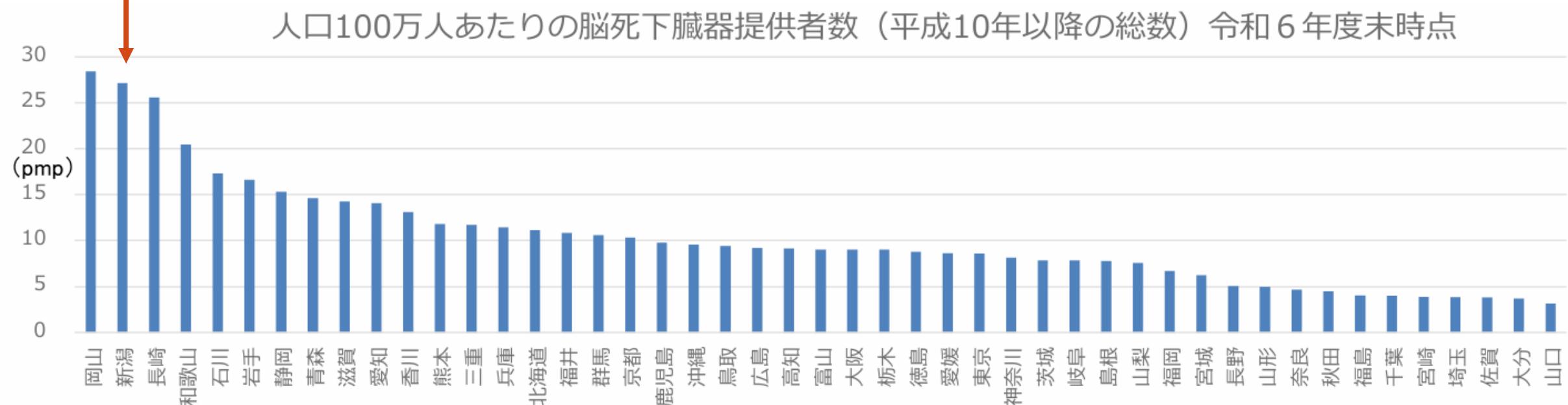


(資料) (公社) 日本臓器移植ネットワーク作成
厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会（第75回）令和7(2025)年12月24日参考資料1 (P.50) より引用

臓器移植の現状：臓器提供の地域差

新潟県魚沼基幹病院救急医・山口征吾氏によると、臓器提供体制を整えるために
脳外科医と、ドナー候補（重度の脳疾患や頭部外傷）に関する情報共有・連携を行うこと
救急医がオプション提示（脳死とされうる状態を確認し家族に臓器提供の選択肢提示）を行うこと
都道府県および院内コーディネーターとの連携を行うこと が特に重要

臓器提供は、病院ごとの体制整備・医師個人の姿勢に依存している



(資料) (公社) 日本臓器移植ネットワークが提供した情報を元に厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課移植医療対策推進室で加工

15

2025年12月24日「臓器移植対策の現状について」(厚労省・臓器移植委員会資料)

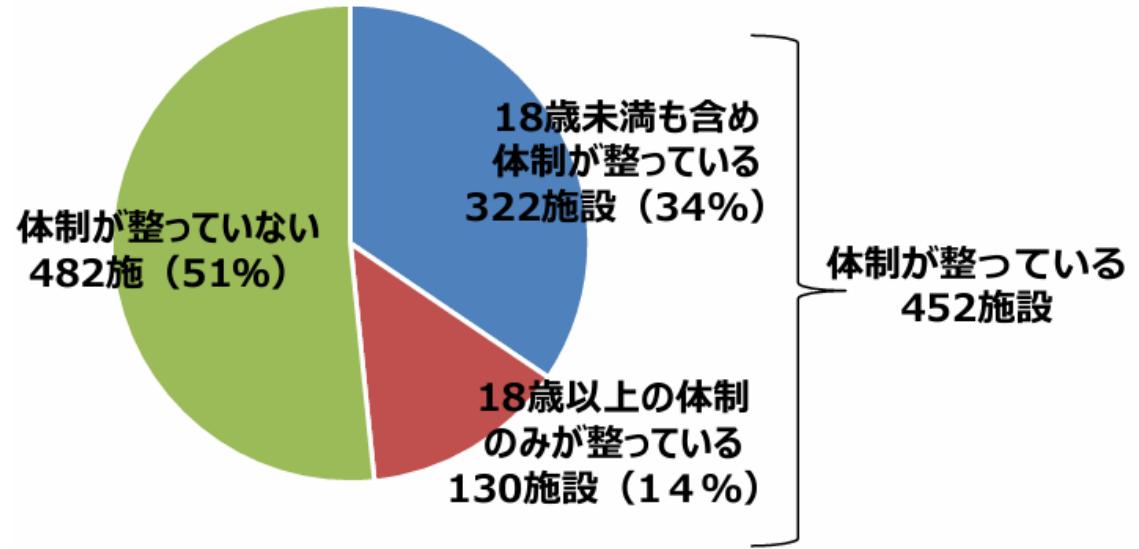
医師が脳死の「診断」に至らない+家族が意思決定できないという課題

国名		ベルギー	フィンランド	フランス	スイス	スペイン	日本
同意方式		推定同意	推定同意	推定同意	オプトイン	推定同意	オプトイン
調査期間		2006年1月～2007年12月				1991～2005	2023
ポテンシャルドナー (脳死とされうる状態)	実数	387	172	1051	209	11699	4412
	構成比	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ドナー特定 (脳死とされうる状態と診断)	実数	261	82	984	127		1363
	構成比	67%	48%	94%	61%		31%
ドナー照会 (家族に意向を確認)	実数	236	77	766			1113
	構成比	61%	45%	73%			25%
家族へのアプローチ (コーディネータが説明)	実数	209	76	691	98		316
	構成比	54%	44%	66%	47%		7%
家族の承諾 (承諾書の作成等)	実数	187	68	454	75		132
	構成比	48%	40%	43%	36%		3%
臓器摘出 (臓器提供の実施)	実数	187	60	453	70	5943	105
	構成比	48%	40%	43%	36%	51%	3%

海外事例は、瓜生原葉子（2012）「医療の組織イノベーション プロフェッショナリズムが移植医療を動かす」（P.140 表5-6）中央経済社より引用
 ※ベルギー・フィンランド・フランス・スイスについては、Roels et al. (2008) 参照による ※スペインについては、Matesanz and Dominguez-Gil (2007) 参照による。日本については、横堀（2023）の推計値を踏まえた厚生労働省移植医療対策推進室資料（2025）より筆者作成

臓器移植の現状：臓器提供施設のうち、体制が整っている病院が少ない

5類型施設のうち、脳死下での臓器提供体制を整えている施設数



大学附属病院 178

日本救急医学会指導医指定施設 164

日本脳神経外科学会基幹施設又は連携施設 704

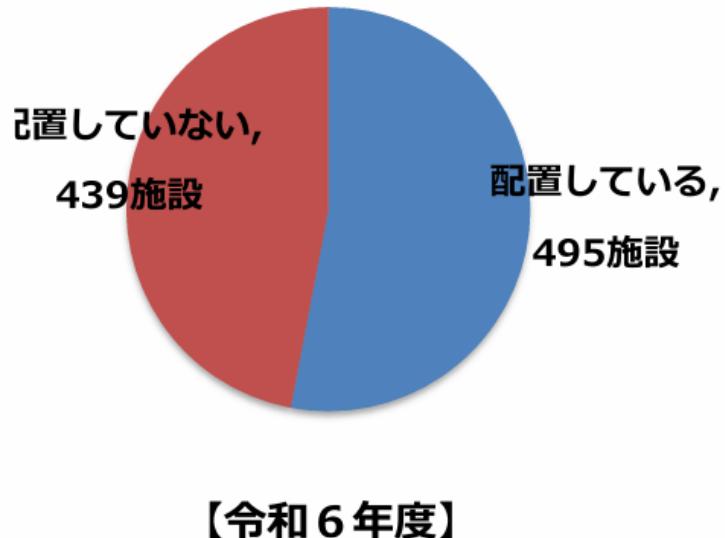
救命救急センター 301

日本小児総合医療施設協議会の会員施設 52

人工呼吸器があり、医療技術として「脳死」状態を維持できる施設

計934施設

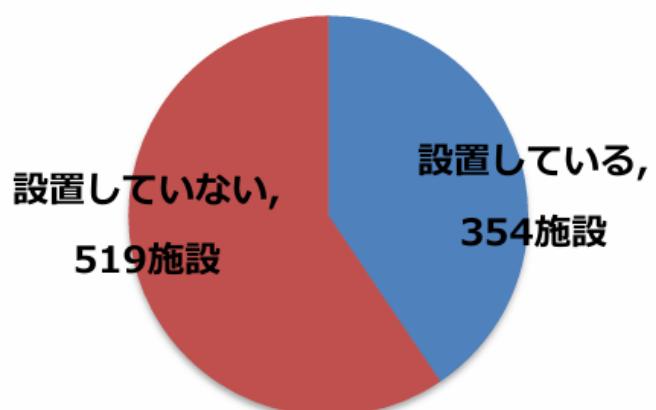
【令和6年度】



院内ドナーコーディネーター配置の有無

院内の医療者が兼務で対応している場合が多い

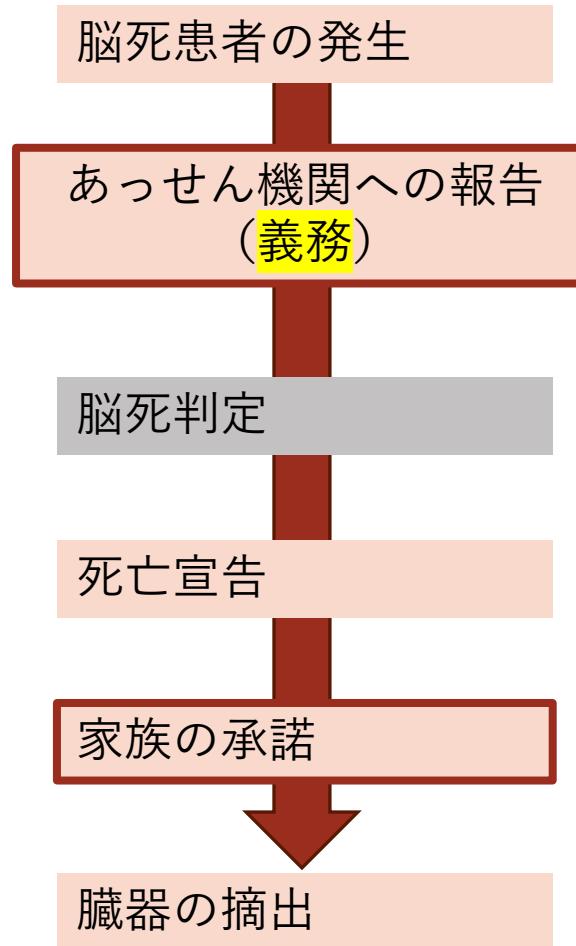
【令和6年度】



入院時重症患者対応メディエーター配置の有無

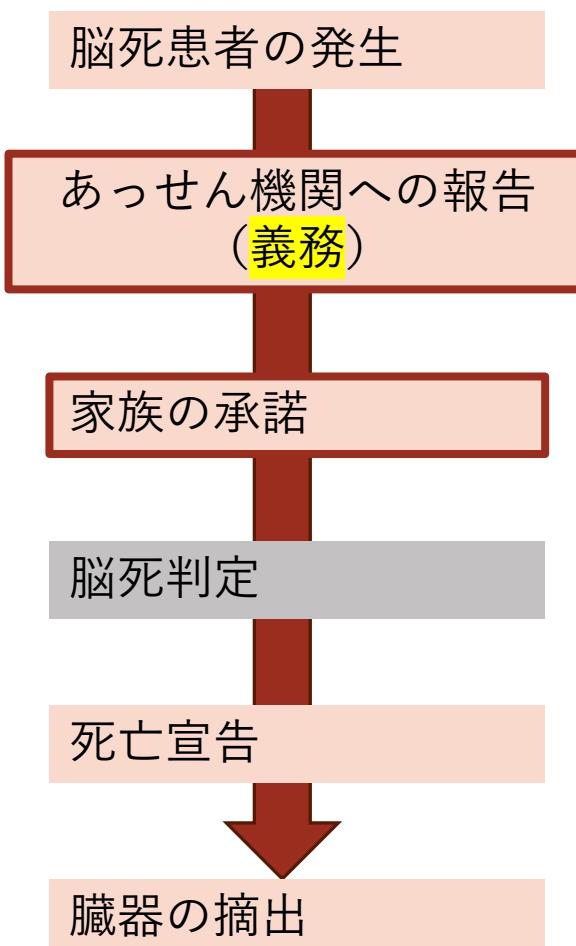
脳死下臓器提供の流れの米韓日の比較（オプトイン）

アメリカ



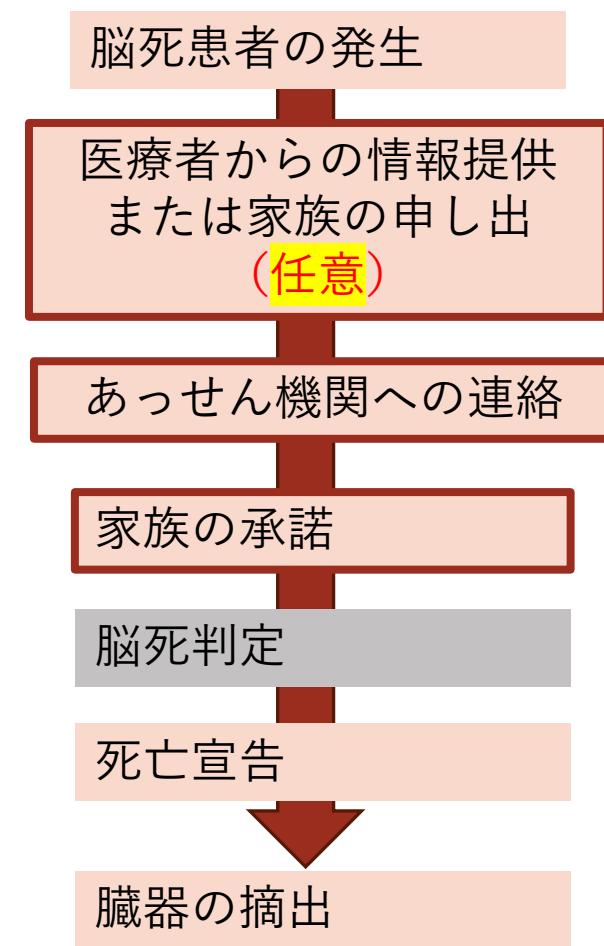
あっせん機関 (UNOS) への報告
は義務 + 脳死がヒトの死

韓国



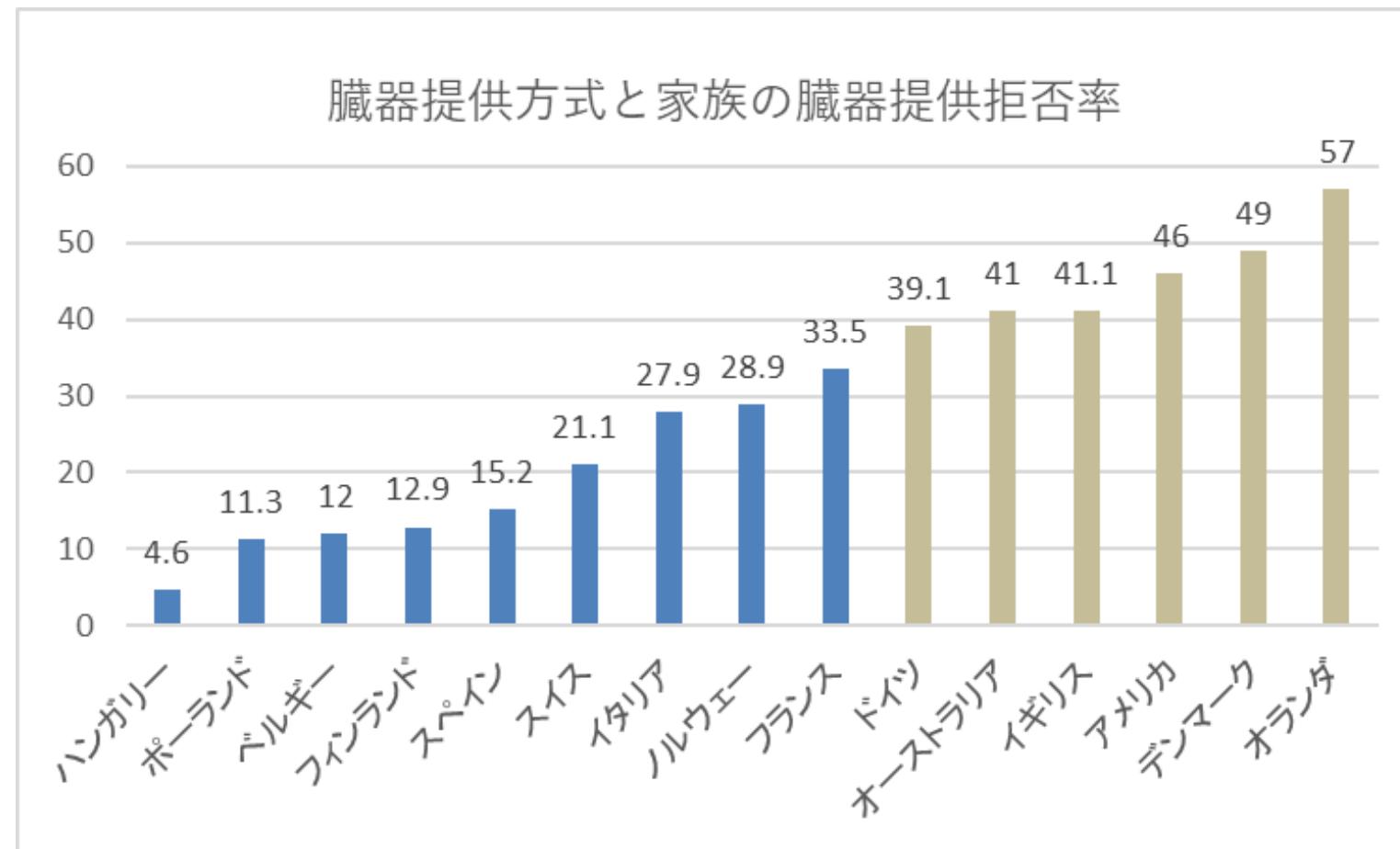
米国にならい、2011年からあっせん
機関 (KONOS) への報告義務化

日本



国内年間推計1万例全例の脳死患者の報告は
医療機関の協力を得るのが事実上困難
行政に情報の利活用の法的根拠がなく
義務化は難しい (ヒアリング結果)

オプトアウト方式の特徴：家族の臓器提供拒否率が低い



オプトアウトの国
家族の臓器提供拒否率が低い

オプトイントの国
家族の臓器提供拒否率が高い

制度設計と家族の意思には
内生的な関係があるものの
制度設計が社会に定着することは
家族の受容にもつながる



瓜生原葉子（2012）「医療の組織イノベーション プロフェッショナリズムが移植医療を動かす」

(P.135 図5-5) 中央経済社より引用。Association of Organ Procurement Organizationのデータによるもの。

※スイス（当時）は州によりオプトイント・オプトアウトが異なる。

イギリスやオランダでは当時はオプトイントの制度。オーストラリアは現在は、州によりオプトイント・オプトアウトが異なる。

スペインの例（臓器移植の先進事例：スペニッシュ・モデル）

1979年 臓器移植法（オプトアウト方式）

1989年 あっせん組織であるONT（Organizacion Nacional de Transplantes）の設立

80年代、オプトアウト方式下においても

- ・すべての脳死患者が臓器提供に適合するかどうか確認されていない
- ・医療者のコミュニケーションスキルが乏しく、家族からの提供承諾率が低いという問題があった。（Matesanz and Miranda, 1996）

オプトアウトだけでは、臓器移植を拡大できない、という課題に対応するため

- ・国レベルの取り組み（ONTの移植コーディネーションシステム）
- ・地域レベルの取り組み（17行政区ごとに、臓器提供病院を支援）
- ・臓器提供病院に院内コーディネータを配置し、臓器提供の全プロセスの責任者として育成を図った。（TPM: Transplant Procurement Management）

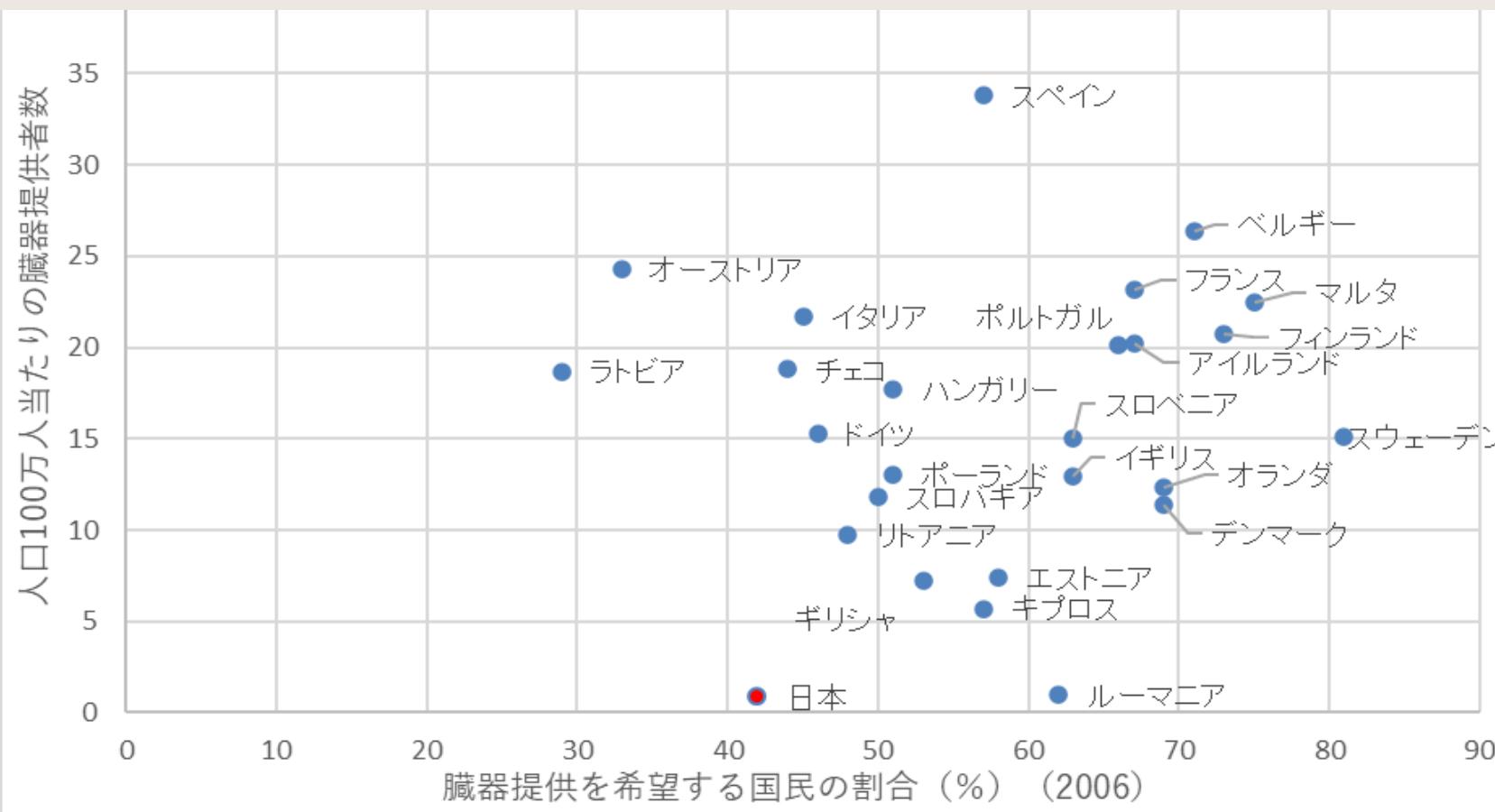
脳死の患者や家族に最も近い医療者に対して、ONTが国として体系的な教育プログラムを検討し、コーディネーターに高い社会的地位を与えている

欧洲において必ずしも国民の同意（臓器提供希望）が高いわけではない

オーストリア・ラトビアは臓器提供希望割合は日本より少ないが、提供件数は約20倍

イタリア・チェコ・ドイツ・リトアニアも日本と希望割合は変わらないが、提供件数は約10～20倍

臓器提供数世界一のスペインでも、希望する国民の割合は6割程度で、相対的に高いわけではない。



「国民の広範な合意（臓器提供希望）がなければオプトアウトにできない」というわけではない

オプトアウトを導入するだけでなく、人員や情報など、制度を活かす運用体制が重要

瓜生原葉子（2012）「医療の組織イノベーション プロフェッショナリズムが移植医療を動かす」（P.116 表5-2）より引用
2006年のEurobarometer Survey、日本については2006年時点の内閣府アンケート調査結果と臓器提供者数（人口100万人あたり）

欧洲世論調査 (Eurobarometer) 本人提供意思・家族同意意思は約5割

本人提供意思 EUROZONE 平均55%

QE3 Would you be willing to donate one of your organs to an organ donation service immediately after your death?

	UE6 EU6	UE9 EU9	UE10 EU10	UE12 EU12	FI / AT /SE	UE15 EU15	EURO ZONE	NON EURO	NEM10 NMS10	NEM12 NMS12	UE25 EU25	UE27 EU27	UE29 + MK	UE30 EU30	UE31 EU31
TOTAL	5557	8959	9959	12539	3034	15573	15207	11581	9205	11215	24778	26788	29792	29292	30292
Oui Yes (同意)	3054 55%	5090 57%	5609 56%	7116 57%	1945 64%	8907 57%	8413 55%	6250 54%	4700 51%	5182 46%	13924 56%	14692 55%	15553 52%	15319 52%	15814 52%
Non No (不同意)	1481 27%	2327 26%	2630 27%	3214 26%	691 23%	3966 26%	3987 26%	3161 27%	2617 28%	3449 31%	6429 26%	7124 27%	8835 30%	8662 30%	8983 30%
NSP DK (分からぬ)	1021 18%	1542 17%	1720 17%	2208 17%	398 13%	2701 17%	2807 19%	2170 19%	1889 21%	2583 23%	4425 18%	4971 18%	5404 18%	5310 18%	5495 18%

家族提供同意平均52% 不同意平均26%

QE4 If you were asked in a hospital to donate an organ from a deceased close family member, would you agree?

	UE6 EU6	UE9 EU9	UE10 EU10	UE12 EU12	FI / AT /SE	UE15 EU15	EURO ZONE	NON EURO	NEM10 NMS10	NEM12 NMS12	UE25 EU25	UE27 EU27	UE29 + MK	UE30 EU30	UE31 EU31
TOTAL	5557	8959	9959	12539	3034	15573	15207	11581	9205	11215	24778	26788	29792	29292	30292
Oui Yes (同意)	2842 51%	4856 54%	5352 54%	6803 54%	1784 59%	8492 55%	7909 52%	6389 55%	4816 52%	5376 48%	13422 54%	14229 53%	15213 51%	14978 51%	15469 51%
Non No (不同意)	1477 27%	2217 25%	2498 25%	3045 24%	695 23%	3769 24%	3884 26%	2629 23%	2165 24%	2895 26%	5969 24%	6575 25%	8067 27%	7910 27%	8201 27%
NSP DK (分からぬ)	1238 22%	1886 21%	2109 21%	2691 22%	555 18%	3313 21%	3414 22%	2562 22%	2224 24%	2944 26%	5387 22%	5983 22%	6512 22%	6404 22%	6622 22%

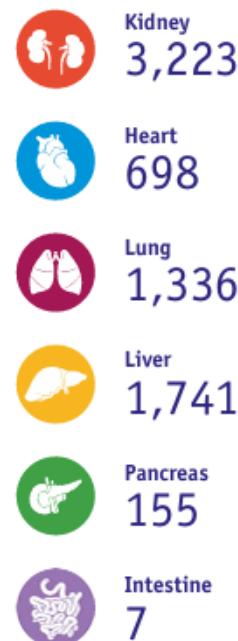
希少な臓器を共有するEurotransplantの仕組み（1967～）

Facts 2024

Deceased donor organs transplanted in 2024

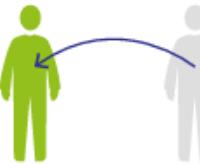
Total

7,160



Recipients of deceased donor organs in 2024

6,275



Deceased donors used for transplantations in 2024

2,181

New patients on waiting list in 2024

9,184

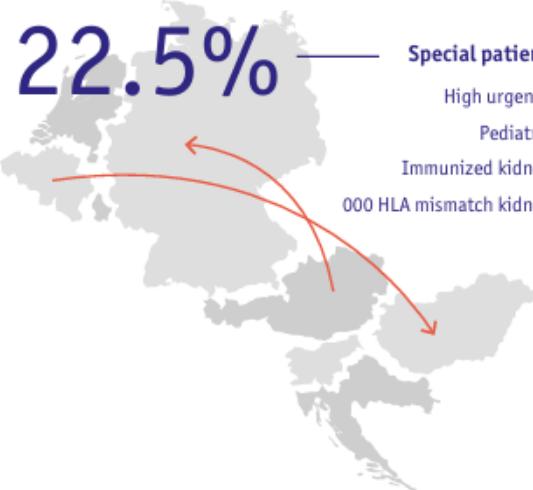


Patients on active waiting list (31.12.2024)

13,570

Cross border exchanged organs in 2024

22.5%



Special patients groups

High urgency recipient

Pediatric recipient

Immunized kidney recipient

000 HLA mismatch kidney recipient

Transplanted outside donor country

Transplanted in donor country

44.8%

49.5%

28.1%

51.2%

オーストリア・ベルギー
ドイツ・ルクセンブルグ
オランダ・クロアチア
スロベニア・ハンガリー
の8か国で構成

ライデン（オランダ）の本部
で8か国の待機者リストを一元化し、ドナーの国籍に関わらず、統一の優先順位によりマッチングを行う。

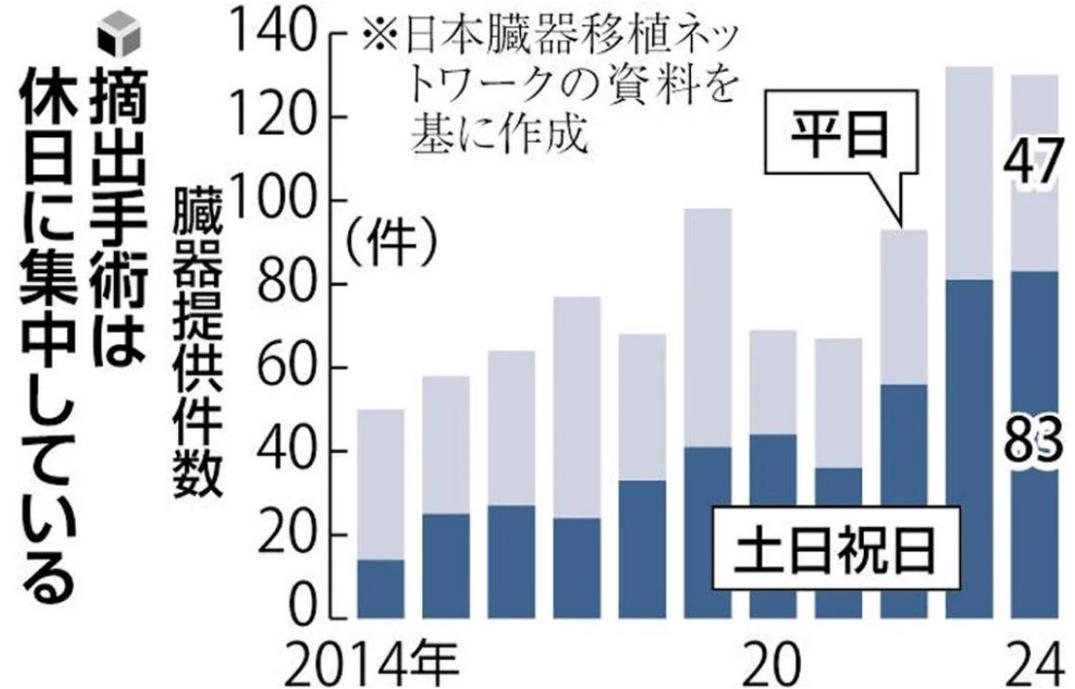
国境を超える臓器の搬送が全体の22.5%

小児待機者・緊急性の高い待機者においては約半数の臓器が国境を越えて提供される。

Eurotransplant Annual Report 2024 より引用

臓器提供の増加に伴うあっせん業務や移植手術の逼迫

COVID-19後の脳死下臓器提供の増加（2024年130件）+約3分の2が土日に集中



「脳死下の臓器提供手術が休日に集中、昨年は130件中83件…過去最多・移植施設ひっ迫の懸念」
読売新聞（2025/02/21）

あっせん機関はドナー家族への説明
レシピエント・移植施設への連絡を担う
(計15名が5日間連続で対応。各臓器ごとに
レシピエント・臓器の搬送手段など調整)

1人のドナーから最大11（平均6）の移植摘出
虚血許容時間は、心臓4時間～腎臓24時間

週末に移植施設側の臓器摘出チームが、臓器
提供施設で臓器を摘出する。
土日でないと
・緊急手術の手術室
・緊急召集できる人員（医師・看護師）
が確保できない、という事情。

2024年（臓器提供130件中）のあっせん中止事例

「令和6年移植実施施設における移植辞退集計結果について」第74回 厚生科学審議会 疾病対策部会 臓器移植委員会

あっせんが中止された事例について、移植実施施設が移植を辞退した理由は下記の通りです (1レシピエントにつき1つの理由を集計)



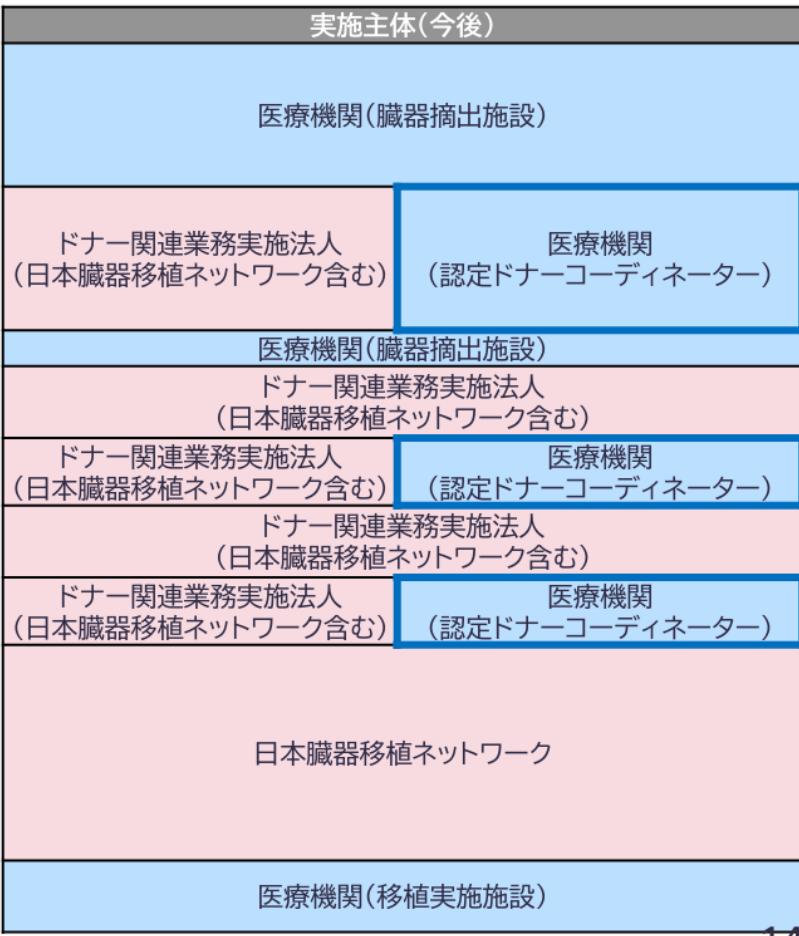
中止と判断されるまで選定された移植候補者の移植実施施設に移植の諾否を確認し、集計したもの。
移植施設は、得られた医学的情報をもとに移植候補者に連絡した上で、移植の諾否を判断している。

中止の最大の理由は「ドナーの医学的理由」であるが、次いで、肺・心臓において
「院内体制」が理由となっている。移植認定施設のうち、実際には移植の実績が乏しいところもあり、一部の施設に集中しているが、それらの一部施設においても体制は脆弱で、移植手術の集中や土日への集中に適応できない。移植摘出チームを自院から派遣することが慣例となっており、報酬がコストに見合わない。

日本における臓器あっせん機関の分割（2025年12月厚生労働省方針）

- ・臓器あっせん機関を機能で分割 + 摘出施設で認定ドナーコーディネーターがあっせん
 - ・ドナー関連業務実施法人の設立
- ※「中部日本臓器提供支援協会」（藤田医科大）が許可申請中

業務内容	実施主体(これまで)
急性期重症患者の受け入れ 「法的に判定したら脳死とされうる状態」の判断 家族に「脳死とされうる状態」とあると説明 家族に「臓器提供に関する説明の希望の有無」を確認	医療機関(臓器摘出施設)
ドナーとなり得る者の情報の取得 家族への臓器提供に関する説明 家族からの臓器摘出に関する同意の取得 臓器摘出に関する承諾書の作成	日本臓器移植ネットワーク
法的脳死判定 ドナー候補者の感染症検査 HLAタイピングの実施	医療機関(臓器摘出施設)
臓器摘出術の管理(臓器摘出術の記録) 臓器摘出チームの受入調整・連絡調整 地域の臓器搬送経路の策定	日本臓器移植ネットワーク
ドナー家族及び遺族の心理的ケア レシピエントの募集及び登録・医療情報の管理 移植候補者の選定・優先順位の策定 組織適合性検査 移植実施施設への移植実施の有無の打診 臓器摘出チームの派遣調整・連絡調整 広域的な搬送経路の策定	日本臓器移植ネットワーク
移植臓器の評価 臓器摘出	医療機関(移植実施施設)



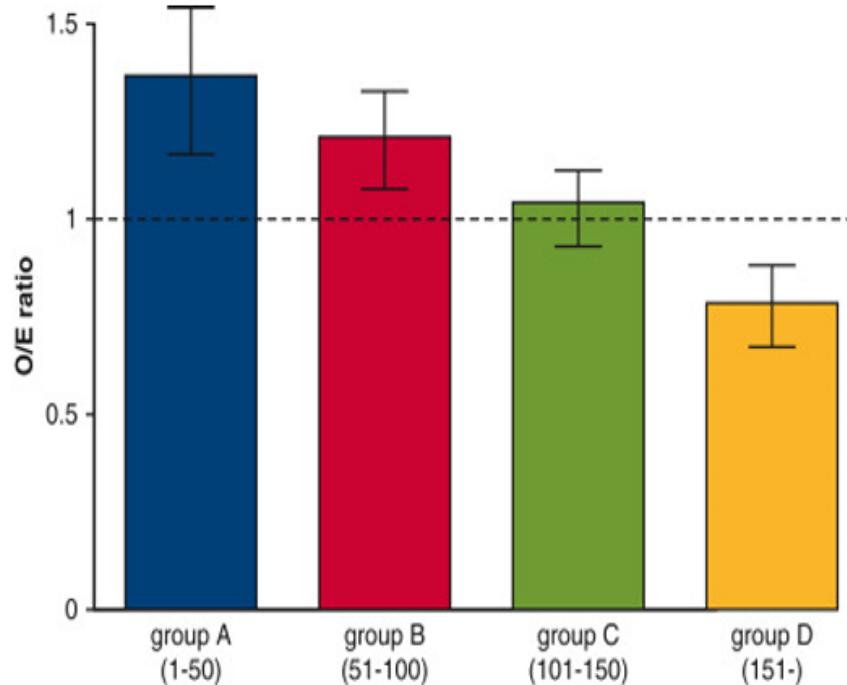
ドナー家族への情報提供やの同意取得を担当できる人材や組織（医療機関やあっせん法人）を増やす事で、負荷を分散させることが目的

人材育成機能を広く現場の努力に委ねる体制

↓
継承すべき情報の分散
人材や組織対応の質の差がますます大きくなる可能性もある

表の出典：厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会（第74回）令和7（2025）年9月4日

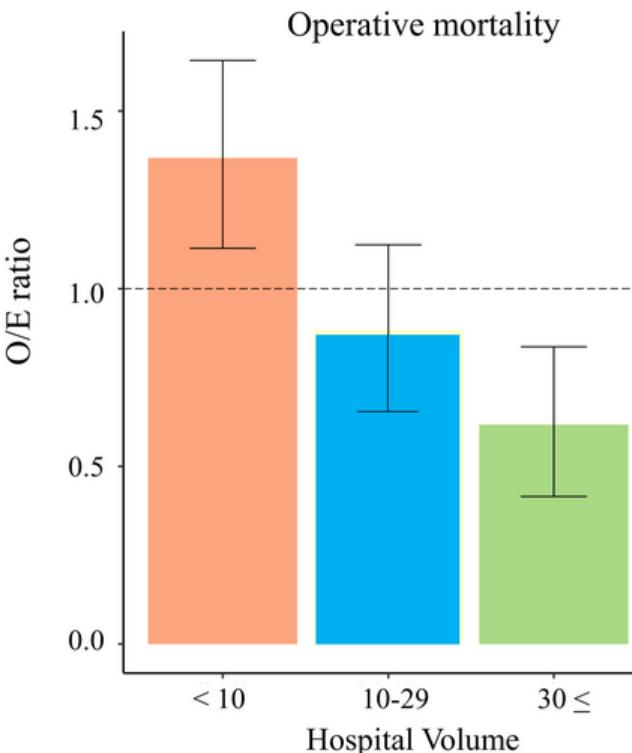
負担の分散は良策か？：移植施設の集約化の必要性



(図4) 施設規模別全症例の死亡率に関するO/E比²

縦軸：O/E比、横軸：年間手術症例数

先天性心疾患の手術に関する
年間症例数と死亡率の関係
日本小児循環器学会（2025）



Oshikiri et al. (2025)

食道がんに対する従来型
低侵襲食道切除術（C-MIE）
の年間症例数と手術死亡率

特に外科領域では
臓器の種類や
手術の難易度に関
わらず、症例数の
多い医療機関の治
療成績が高い

+

医師数の多い施設
の方が、医師一人
の担う業務負担が
軽く、働き方改革
にもつながる

臓器移植が報われる対価（移植医療件数に応じた施設報酬）の設定

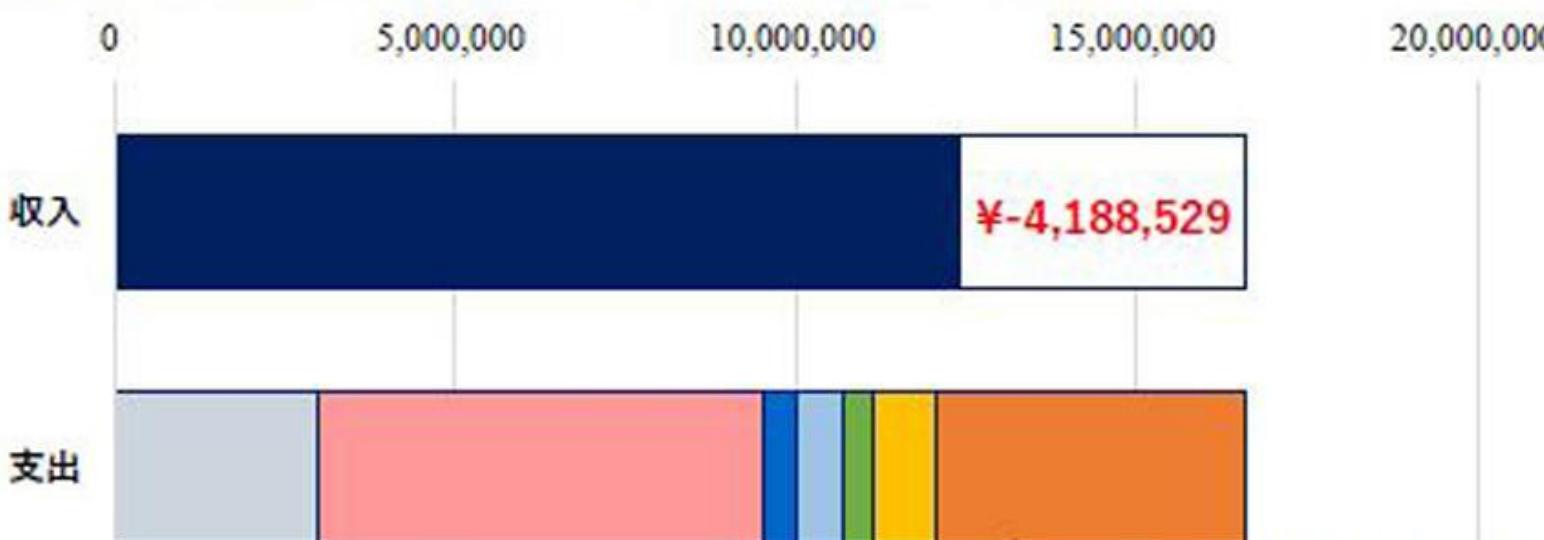
国立大学病院における臓器移植手術の費用

症例別原価計算の結果、A大学病院における34症例のうち、32症例が赤字であった（平均：-2,893,415円）。

※1 A大学病院におけるケース（在院日数：69日）の診療実績について、国立大学病院管理会計システムHOMAS 2を用いて算出した。

※2 入件費は所要時間に基づき職種別（時給単価：医師5700円、看護師3700円、その他職種4000円）に換算し、その他費用は、院内実績に基づく1日あたりの平均額を固定値として算出した。

肺移植症例（2024年度症例）における原価計算の一例^{※1}



国立大学病院長会議（令和7年度第2回記者会見資料）2025年7月9日
<https://plaza.umin.ac.jp/~nuh-forum/report/kaigi/pdf/250709.pdf>

臓器移植を行うほどに赤字が増える状態



- 移植施設ごとに「負担を分散する」

- 寄附があれば、「自院の人員を補充」するのが現場努力



- 集約化の流れに逆行
- 収支データを施設を越えて共有できておらず、予算要求も付け焼刃



移植医療の持続に悪循環

移植の実施体制に関するまとめ

1. 移植医療は、ドナーの意思を活かし、患者の生命を支えるセーフティーネットとして不可欠である。オプトアウトは、過剰な医療費の抑制・地域差の是正・運営体制の効率化につながる共助の社会の保険として必要な仕組みである。
2. 脣器提供の少なさは仕組みの問題（推定1万人の脳死→約100名の臓器提供）
文化や国民の総意の問題として解決を先送りすれば、移植医療の持続性が危ぶまれる。
 - ・本人意思が共有されず、家族に負担（情報共有の仕組みがない）
 - ・臓器提供施設ごとの対応の差（移植の可能性を提示できない）
 - ・移植実施施設の人員体制が脆弱（あっせん・移植術が週末に集中：人材難と資金難）
3. 現状の政策は、あっせん機関の分割や、移植施設の集中の回避（分担）により、一機関あたりの負荷を抑制しようとしている。これは国際的な潮流（情報や資源の管理を一元化する、国主導の取り組み）や日本社会の変化（人口減少）に逆行しており、持続可能とは言えない。

臓器提供が「増える」×「円滑に移植を実施する体制」

臓器の共有は少子高齢化社会の中、**自国で臓器を確保し移植医療を実施するため**に不可欠。

渡航募金と異なり、単なる利他を越えた社会全体の体制強化（疾病への保険）となる。

法律上のオプトアウトの明確化は、あらゆる実施細則やガイドラインでの、**人員・予算・情報の拡充につながる。**

オプトアウトを前提とする法制度の整備

臓器提供が
増える仕組み

移植を持続的に
実施する体制

通常の医療としての体制
人員・情報の整備

ヒアリング協力者 ※敬称略

吉田 学（多摩大学医療・介護ソリューション研究所客員教授（元厚生労働事務次官））
島田 志帆（厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課 移植医療対策推進室 室長）
田中 康介（厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課 移植医療対策推進室）
出内 主基（厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課 移植医療対策推進室）
藏満 薫（日本臓器移植ネットワーク事業推進本部長・肝臓外科医）
山口 征吾（新潟県魚沼基幹病院・救命救急センター長）
関口 悟（JCHO仙台病院副院長・統括診療部長・移植外科診療部長）
河口 義邦（東京大学医学部附属病院・肝胆膵外科医）
米村 滋人（東京大学大学院法学政治学研究科）
瓜生原 葉子（同志社大学商学部）
波多野 将（鳥取大学医学部/前東京大学医学部附属病院・循環器内科医）
嶋田 朝子（東京大学医学部附属病院・臓器移植医療センター・移植コーディネーター）

※本発表資料は筆者個人の見解および知見に基づいてまとめたものであり、上記の協力者の方々個人、および所属組織や団体の立場や意見を代表するものではありません。発表内容についての全ての責任は筆者（齊藤・伊藤）にあります。

参考文献

IRODaT: <https://www.irodat.org/?p=database>

USRDS: Annual Report 2025 <https://usrds-adr.niddk.nih.gov/2025/>

日本臓器移植ネットワーク : <https://www.jotnw.or.jp/>

国立大学病院長会議 <https://plaza.umin.ac.jp/~nuh-forum/report/kaigi/pdf/250709.pdf>

Eurotransplant : Annual Report 2024 <https://www.eurotransplant.org>

Health Care Cost Institute <https://healthcostinstitute.org/>

瓜生原葉子 (2012) 「医療の組織イノベーション プロフェッショナリズムが移植医療を動かす」 中央経済社

日本小児循環器学会 (2025) 「先天性心疾患の手術を行う施設の 集約化（地域拠点化）に関する提言」

江口晋 (2023) 「臓器移植のサステナビリティ向上のための課題解決に向けた研究」 厚生労働科研費報告書

横堀将司 (2023) 「終末期医療から脳死下・心停止後臓器提供に関わる医療の評価に関する研究」 厚生労働科研費報告書概要

有賀徹 (2010) 「臓器提供施設における院内体制整備に関する研究」 厚生労働科研費報告書概要

富岡勉・他 (2016) 「臓器移植を考える議員連盟からの決意表明」 『移植』 Vol.51-1, 1-6

Agüero-Cobo, L., Cobo-Sánchez, J. L., Mancebo-Salas, N., & Gancedo-González, Z. (2024). Costs Analysis of Kidney Transplantation in Spain: Differences Between Regional Health Services. *Kidney and Dialysis*, 4(4), 203-213.

Hasegawa, M., Kato, H., Yoshioka, T., & Goto, R. (2025). The estimation of healthcare cost of kidney transplantation in Japan using large-scale administrative databases. *Clinical and experimental nephrology*, 29(3), 350-358.

MILLIMAN REPORT (2025) "U.S. organ and tissue transplants: Estimated costs and utilization, emerging issues, and solutions." February 2025

Ozbay et al. (2025) "Economic Incentives and Organ Procurement: Evidence from a U.S. Reform", NBER WP34140

Triakid et al. (2014) "A systematic literature review on the policies and economic evaluation of organ transplantations in EU" *Epidemiology Biostatistics and Public Health* – Vol.11-1.