

## [臨床と研究]

## 献腎移植

——レシピエント選択基準の変更——

小中節子\* 菊地耕三\*\*

\* (社) 日本臓器移植ネットワーク コーディネーター部 \*\* 同医療本部

## 要旨

移植医療の推進には“死後の臓器提供”と“提供臓器の移植”の双方の過程について社会の理解と信頼を得ることが必須である。1995年から公平・公正で適切な移植医療を系統的に運用するとして、レシピエント選択・ドナー適応そして臓器幹旋手続きなどが基準化され、第三者機関である日本臓器移植ネットワークがその役割を担ってきた。その後、本人意思を有する脳死臓器移植が実施され、献腎移植においても本人意思の明確な比率が増加傾向であるが、飛躍的な移植医療推進には繋がっていない。そのため心臓・肝臓などの移植希望登録者においては、余儀なく生体間移植・渡航移植の選択（約15%）や死亡転帰（約25%）がみられている。心停止後腎提供は7年間で568例と低迷しており、約13,000名の腎臓移植希望登録者に対応できる状況にない。また、移植腎の1年生着率87.0%、5年生着率72.7%とやや向上傾向ではあるが、新たに全国シッピング時などの阻血時間の短縮が課題とされた。

このような現状を受けて、公衆衛生審議会臓器移植委員会において現法上の制度運用面における改善事項が審議され、その1つとして腎臓のレシピエント選択基準およびドナー適応基準が検討された。結果、HLA適合度・提供施設と移植施設の地域・待機日数を同列視したポイント制によるレシピエント選択基準

と従来適応外のHCV抗体陽性者を条件付適応としたドナー適応基準が新たに作成された。2002年1月の運用開始から現在までの献腎幹旋10例では腎提供と同一県による移植が85%を占め、腎臓提供と同一県における移植実施が優先される結果となった。今後、HLA低適合や長期透析患者や高齢者などの合併症を有するレシピエントの移植機会の増加も容易に予測され、1年後の見直し時には新たな課題への対応が必要になると考える。

## 緒言

末期慢性腎不全患者の治療法は生涯を通して行わねばならないため、その患者のライフスタイルに応じて、renal replacement therapy (RRT) としての血液透析、CAPD、腎移植を組み合わせることが望ましいと言われている。しかし、治療法の1つである透析療法は患者にとって安全・安心で信頼のおける一般医療として確立し、実際は末期慢性腎不全患者のほとんどがこの透析療法を受けており、腎臓移植手術を受ける患者は極少数である。その大きな理由として臓器提供数の少ないことがあげられており、移植医療は成長段階の小児患者や出産を希望する患者など、QOLの向上を目的に強く希望する患者の選択肢になりえていないのが現状である。

一方、臓器移植医療は臓器提供者が存在してはじめて成り立つ医療であることから、この医療の推進には

“死後の臓器提供”と“提供臓器の移植”の双方の過程について社会の理解と信頼を得ることが大切だと言われている。わが国では約30数年前より臓器不全患者への根治治療として移植医療が取り入れられ、その後、その推進のために各方面から出される意見に対応して移植システムの構築を行い、1995年にはわが国唯一の移植システムの運用機関（日本腎臓移植ネットワーク）を発足させ、全国統一した医療への展開を行った。さらに、1997年にわが国で制定された“臓器の移植に関する法律”の目的を適正な移植医療の実施、その理念を任意で出された臓器提供意思の尊重と、移植を必要とする患者への適切な医療の実施および移植機会の均等とした。法律施行後は日本臓器移植ネットワーク（日本腎臓移植ネットワークが改組）が法律に遵守した移植システムの運用を担ってきた。

2000年11月に開催された公衆衛生審議会臓器移植専門委員会において、現法上の“制度運用面における改善に関する事項”の1つに、レシピエント選択基準およびドナー適応基準が指摘された。臓器移植委員会では、2001年2月に腎臓移植に関する専門家から成る作業班を設置し、レシピエント選択基準とドナー適応基準の見直しを行い、新たな基準を作成した。日本臓器移植ネットワークは厚生労働省健康局長通達を

受け、この新基準に基づいた腎臓幹旋を2002年1月より開始したところである。今回は日本臓器移植ネットワーク（以下臓器移植NW）の現状を紹介した上で、レシピエント選択基準の変更と変更後の実施状況についてまとめ報告する。

### 1 臓器移植NWの現状について

臓器移植NWは移植システムを運営、維持するための非営利組織として設置され、公平・公正で適正な移植医療の推進とその普及・啓発を業務とする日本で唯一の幹旋機関である。日本を7ブロック（北海道、東北、関東甲信越、東海北陸、近畿、中国四国、九州沖縄）と沖縄サブブロックに分割管理している。業務の基本は厚生労働省の公衆衛生審議会臓器移植専門委員会が法に遵守して構築した移植システムと規定した基準である。

なお、幹旋業務に関する業務遂行者は各ブロックに配置された2~4人の移植コーディネーター（以下Co）であり、各都道府県に設置されている都道府県Coと協力しながら、年間通して24時間対応している。

#### 1) 普及・啓発

臓器移植NWでは、機関誌やニュースレターの出

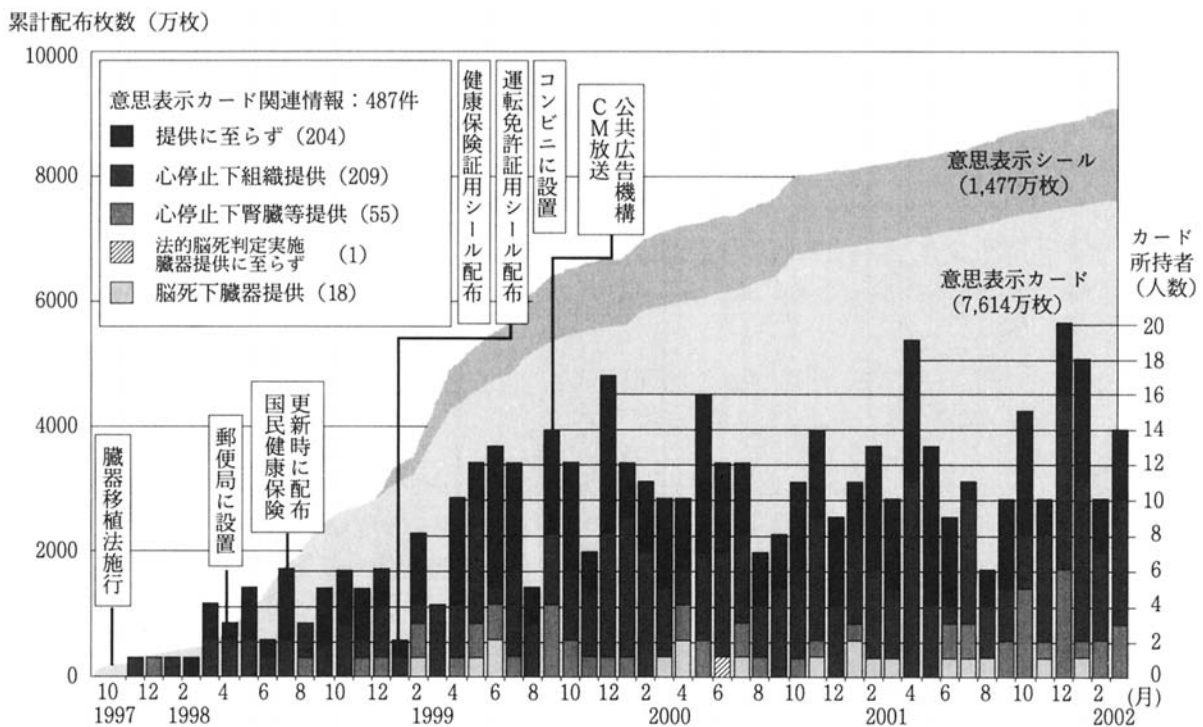


図1 意思表示カード・シールの配布状況と関連する情報件数 (1997/10~2002/3)

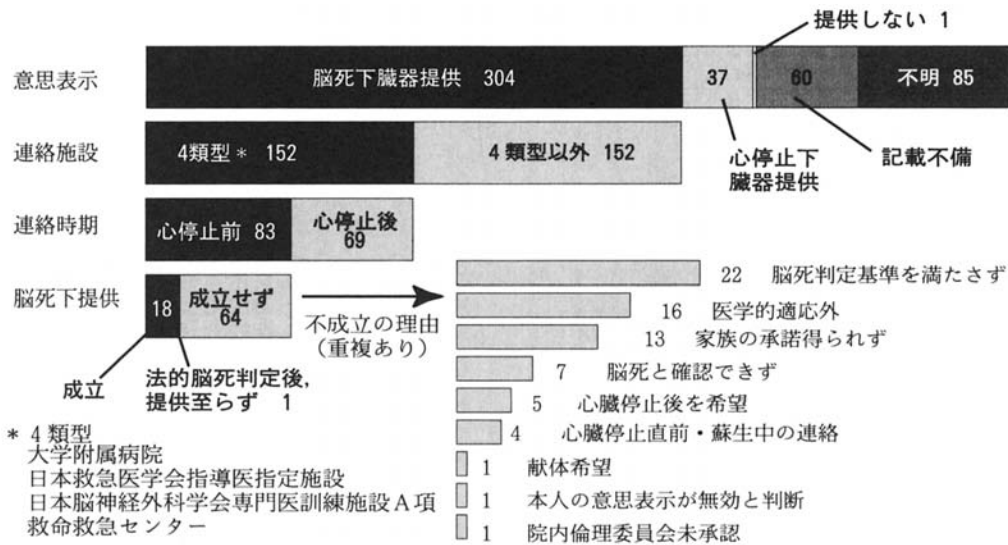


図 2 意思表示カード・シールによる情報 (N=487, 1997/10~2002/3)

版物やホームページ、そして移植 Co の活動を通じて社会へ移植医療の普及・啓発をしている。1997 年の法律施行後からは個々人に向けた普及・啓発を念頭に、臓器提供意思表示カードと運転免許証用シール・健康保険証用シールの作成・配布に努めている。意思表示カードの設置協力を各地方自治体の役所窓口、保健所、郵便局、運転免許試験所、コンビニエンスストアなどに得て、2002 年 3 月末までに 90,910,297 枚配布した。意思表示カード・シールを有した人の臓器提供者情報連絡は 2002 年 3 月末までに 487 名であった。この情報の内、脳死臓器提供に至ったのは 18 件に過ぎなかったが、それ以外に献腎 55 名と眼球やその他の組織提供 209 名が行われており、家族は可能な限り本人の臓器提供意思の尊重を望んだことが推察される (図 1)。

一方、本人の臓器提供意思を生かせなかった理由として、意思表示カードの記載不備や心臓停止後の連絡 (26.4%)、臓器提供可能施設以外の入院や脳死判定基準を満たさず (36.8%) などがああり、より具体的な普及・啓発の方法や臓器提供手続きに関する基準の再考が必要と考える (図 2)。また、条件が合わず余儀なく心臓停止後の腎臓提供になったのは 55 名であるが、この件数は全献腎数の 2 割弱を占めるに至っており、年次経過では増加傾向にある。このことは本人意思を有した献腎が増加傾向であることを示しており、普及・啓発の浸透がうかがえる。

表 1 臓器移植希望者登録状況

平成 14 年 4 月 30 日現在

	心臓	肺	肝臓	腎臓	脾臓	小腸
現登録者数	61	51	49	12,902	53	0
死体移植済	13	10	17	1,110	8	1
取消	7	0	13	8,698	0	0
死亡	32	22	60	1,121	1	0
生体移植済	—	6	52	763	—	0
海外渡航	8	0	5	—	0	0
その他・不明	0	0	0	97	0	0

2) 移植希望登録者数と死後の臓器斡旋数

臓器移植 NW は発足してから 2002 年 4 月末までの約 7 年間に、心臓停止後の腎臓提供 568 名と脳死後の臓器提供 19 名の臓器斡旋を行った。移植希望登録者との 7 年間あまりの登録者 (腎臓以外は臓器移植法施行後) の動態を表 1 に示した。移植手術の機会を得た人を、移植希望済みの欄に臓器別にまとめたが、上段の現登録者数に比して非常に少ないのがわかる。さらに、希望登録者の動態をみると、腎臓以外の臓器登録者の内、死亡した人は 112 名 (24.6%) で、救命のために余儀なくほかの方法である生体移植や海外渡航を選択した人は 67 名 (14.5%) であった。

また、1995 年から 1999 年の 5 年間に斡旋した献腎移植 755 名の患者生存率と移植腎生着率を図 3 に紹介したが、5 年生存率 91.5% で、5 年生着率 72.7% であった。生着率には HLA-DR 抗原の高適合や阻血時間の短縮などが好影響していた。

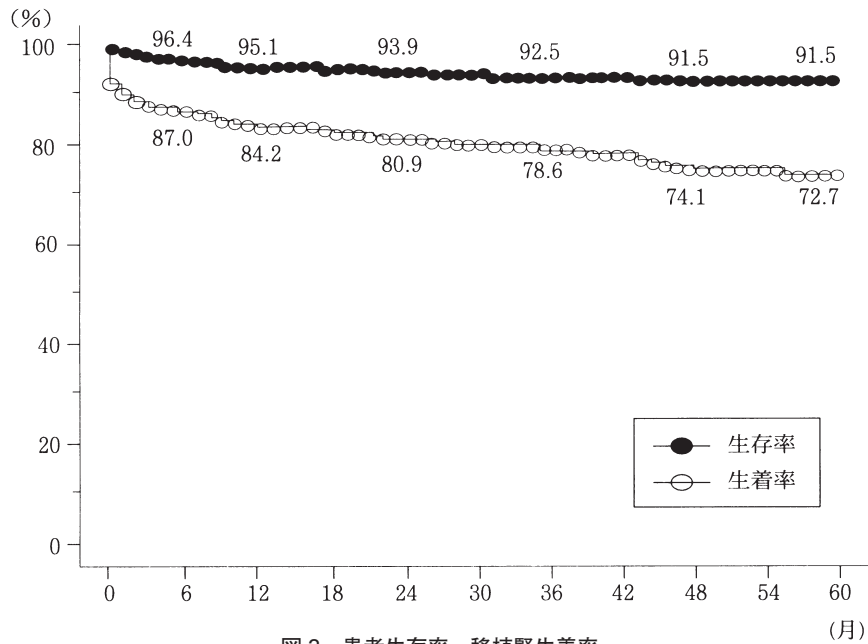


図3 患者生存率・移植腎生着率  
(n=755, 1995~1999年)

## 2 レシピエント選定基準の見直しの経緯

レシピエント選定には、移植機会の公平性確保と、臓器提供者の尊い意思を最大限生かすためにも、提供臓器の有効な活用とがきわめて重要とされ、わが国唯一の斡旋機関である日本腎臓移植ネットワーク（現日本臓器移植ネットワーク）の発足に伴い、長い間の懸案であったレシピエント選択基準の全国統一化が実施された。具体的には厚生科学審議会において公平性と移植腎の生着を一義としたレシピエント選択基準が定められ、日本腎臓移植ネットワークがこの選択基準に基づき、死後に提供された腎臓を斡旋するというものである。

移植腎の高生着率を考えたレシピエント選択基準は、多くが納得する所ではあったが、従来が県を対象にしてきたのと違い、公平性を盾にブロックや全国を対象としたレシピエント選択基準は、地域の移植推進のアクティビティに悪影響を与えると異論を唱える声が出た。

### 1) 腎臓レシピエント選択基準とその運用結果

腎臓レシピエント選択基準は、ABO式血液型的一致と、リンパ球直接交叉試験（全リンパ球またはTリンパ球）が陰性であることの前提条件と、優先順位が定められている。

優先順位はHLA型の適合と、レシピエント希望登録期間（以下待機期間）の長さとの2段階で決められる。

HLA型にはA座、B座、DR座があり、それぞれ2抗原を有し、臓器提供者（以下ドナー）が保有する抗原と、レシピエントが保有する抗原の適合数が多い順から高順位に選択されることになるが、3座の内DR座が優先される仕組みになっている。HLA型が6抗原適合した場合は全国のレシピエントが対象で、5抗原以下の適合の場合はブロック内の登録者が対象となる。

ついで、HLA型の適合度の順位が同一のレシピエントが複数存在する場合は、待機期間の長い人が優先される。

小児提供腎に係るレシピエント選択基準は、15歳以下の小児の死体提供腎の場合は、全国の15歳以下の全登録者を対象としてレシピエントを選択するとしていた。そのとき、前提条件としてのABO式血液型は非適合者以外のすべてを対象とし、一致と適合は同一条件とされた。但し、コンピューター検索上リストアップされた登録者の中に、HLA-DR抗原が1個以上適合している人が存在しない場合には、従来どおりの成人を含めた選択を行うとしていた。

日本臓器移植ネットワークでは、1995年4月発足当時からこのレシピエント選択基準に沿って死後提供

された腎臓の幹旋を行ってきた。献腎移植（n=755, 1995～1999年）統計結果によると、移植腎生着率は1年87.0%、5年72.7%とやや向上傾向であるが、透析離脱不能例が8.4%で、Primary no function (PNF) 無機能腎は1.7%となっていた。生着率に摘出腎の阻血時間の影響がうかがわれ、温阻血（提供者の心停止から還流開始まで）30分以内と、全阻血時間（提供者の心停止から移植腎の血流再開まで）12時間以内の移植腎がより生着率の高い傾向がみられた。温阻血短縮には心停止前のカニューレーションの実施や、心停止から腎摘出までの移植Coの迅速・適切なコーディネートが大切になる。全阻血時間には腎臓搬送時間の影響が大きく、毎年約10～15%の他ブロックへの SHIPPING に対する臓器搬送時間の短縮を考えた搬送計画が必要となる。他方、県単位の腎提供と腎移植数のアンバランス、特に献腎数の多い県ほど腎移植数が比率的に少ないなどのアンバランスが目立っており、この状態が献腎移植医療推進に悪影響を及ぼすと懸念する声が出されている。

## 2) 新しいレシピエント選択基準の一部改正の経緯

全国統一したレシピエント選択基準による幹旋から5年余りの経過、そして臓器移植法施行から3年経過した2000年11月に開催された公衆衛生審議会臓器移植専門委員会（以下臓器移植委員会）において、献腎移植および脳死臓器移植の医療実施および推進上からみた現法上の“制度運用面における改善に関する事項”の1つにレシピエント選択基準およびドナー適応基準が指摘された。2001年2月開催の臓器移植委員会において、この課題の検討・改善に向けて臓器別の作業班が設置され、腎臓移植に関する作業班は4回のレシピエント選択基準およびドナー適応基準に関する検討会議を開催した。その結果、作業班は腎臓移植後の成績に従来のHLA型適合度に加え阻血時間が影響する点と、現在のレシピエント選択基準による幹旋結果として、献腎数の多い県に移植数の少ない傾向は県のインセンティブがなくなる点を理由として、新たに“腎臓移植希望者（レシピエント）選択基準骨子案”を提案した。この骨子案では選択の前提条件を、①ABO式血液型の一致、②リンパ球直接交叉試験陰性、③レシピエント検索はブロック内の登録者を対象とする、の3点とし、優先順位にポイント制を取り

入れた。小児については成長に関わるとして別途点数を加算するとしている。具体的選択法は搬送時間・HLAの適合度・待機日数、そして小児の場合は小児加算点数の合計点数の高い順とした。それぞれの点数を決めるに当たっては地域、HLA、および待機日数のウェイトを1:1:1程度とし、さらに、①献腎の多い県では最大90～95%の範囲でドナー発生県での実施、また、少ない県でも最低1腎の移植のできる配点、②小児は待機日数1年以内で移植ができる程度の移植実施の確保ができる、としていた。作業班ではこのコンセンサスに基づきレシピエント検索のシミュレーションを行い、この結果を踏まえ臓器移植委員会に新たな選定基準（案）を提出し、2001年10月11日の第4回臓器移植委員会にて“腎臓移植希望者（レシピエント）選択基準（表2）”が決定された。ドナー適応基準の具体的項目は後述するが、同様の手続きで新たなドナー適応基準に変更された。

2001年12月25日に、厚生労働省健康局長から日本臓器移植NWへ新しいレシピエント選択基準およびドナー適応基準による死後の腎臓幹旋実施の通達が出された。日本臓器移植NWでは検索用コンピュータプログラムの仕様変更と移植希望登録者・会員施設などの関連機関へのインフォメーションを行った上で、2002年1月10日より運用実施の運びとなった。

## 3) 新しい腎臓移植希望者（レシピエント）選択基準

### ① 前提条件

前提条件はABO式血液型の一致と、リンパ球直接交叉試験（全リンパ球またはTリンパ球）が陰性であることである。

### ② 優先順位

搬送時間（阻血時間）、HLAの適合度（ミスマッチ方式）、待機日数、小児待機患者がそれぞれに点数化されており、その合計得点の高い移植希望登録者から順に選定される。

- 搬送時間（阻血時間）については、ドナーが発生した同一都道府県内の移植実施施設への移植希望登録者に12点、ドナーが発生した同一県以外のブロック内の移植実施施設への移植希望登録者に6点の点数が与えられる。
- HLAの適合度については、カウント方法を従来

表 2 腎臓移植希望者（レシピエント）選択基準

## 1. 前提条件

- (1) ABO 式血液型の一致
- (2) リンパ球直接交叉試験（全リンパ球又は T リンパ球）陰性

## 2. 優先順位

- (1) 搬送時間（阻血時間）

地 域	点 数
同一都道府県内（注）	12 点
同一ブロック内	6 点

\* 移植希望者の登録地域は移植希望施設の所在地（都道府県）とする。

- (2) HLA 型の適合度

DR 座の適合数 （ミスマッチ数）	A 座及び B 座の適合数 （ミスマッチ数）	点 数
0	0	14 点
0	1	13 点
0	2	12 点
0	3	11 点
0	4	10 点
1	0	9 点
1	1	8 点
1	2	7 点
1	3	6 点
1	4	5 点
2	0	4 点
2	1	3 点
2	2	2 点
2	3	1 点
2	4	0 点

- (3) 待機日数

待機日数 (N) ≤ 4014 日：待機日数ポイント = N/365 点

待機日数 (N) > 4014 日：待機日数ポイント = 10 + log<sub>1.74</sub> (N/365・9) 点

- (4) 小児待機患者

小児待機患者（16 歳未満）については 14 点を加算する。

## 3. 具体的選択法

移植希望者（レシピエント）の選択順位については、2. の（1）～（4）の合計点数が高い順とする。ただし、これらの条件が同一の移植希望者（レシピエント）が複数存在した場合には、臓器搬送に要する時間、医学的条件などの事項に配慮する。

また、PRA（Panel reactive antibody）レシピエントが保有している抗体の特異性を調べる検査が可能な場合は PRA 検査陰性を満たすこととする。

（注 1） 地域は、原則として、都道府県、ブロック内他都道府県とする。ただし、地域の実情を踏まえ、（社）日本臓器移植ネットワークにおいて複数の都道府県を統合したサブブロックを設置することも可能とする。

（注 2） 1 年以内に移植希望者（レシピエント）の登録情報が更新されていることを必要条件とする。

（注 3） HCV 抗体陽性ドナーからの移植は、HCV 抗体陽性レシピエントのみを対象とするが、リスクについては十分に説明し承諾を得られた場合のみ移植可能とする。

（注 4） 新ルールの下での状況について、実施後 1 年のデータが蓄積された時点で新ルールを検討するが、必要があれば追加すべき事項について検討する。

のマッチ方式からミスマッチ方式（ドナーにある抗原でレシピエントにない抗原の数）に変更し、0ミスマッチから6ミスマッチまで14点から0点の点数を与えている。

- ・待機日数については、10年までは1点/年を与え、11年目からは待機年数25年で15点を目処に点数を与えている。
- ・小児待機患者（16歳未満）については、すべての対象者に14点を加算する。

### ③ 具体的選択方法

移植希望者（レシピエント）の選択順位については、①～②の合計点数が高い順に選択する。これらの条件について同一の移植希望者（レシピエント）が複数存在した場合には、臓器搬送に要する時間、医学的条件などの事項に配慮して選択を行うよう改定された。

また、腎臓提供者（ドナー）適応基準において、HCV抗体陽性者からの腎臓提供が禁忌事項から慎重に適応を決定する事項に変更されたことから、HCV抗体陽性ドナーからの腎臓提供が可能となり、HCV抗体陽性ドナーの場合は、移植希望登録者の内HCV抗体陽性のみを対象として選択を行うことが新たにルール化された。

## 3 新選択基準における配分状況

新しい腎臓移植希望者（レシピエント）選択基準の運用が開始されてから2000年3月15日までの間に10件の腎臓提供を頂き20件の腎臓移植が実施された。腎臓提供者発生地域の内訳は、関東甲信越ブロックが4件、東海北陸ブロックが3件、近畿ブロックが1件、中国四国ブロックが1件、九州沖縄ブロックが1件であった。

新しい腎臓移植希望者（レシピエント）における10件のレシピエント検索において、ドナー発生県と同一県に所在している移植実施施設に登録されているレシピエントが5位以内にリストアップされた確立は80%であった。それらの検索結果をもとに意思確認を行った結果、すべて検索順位5位までのレシピエントに移植が実施されており、ドナー発生県と同一県に所在している移植実施施設で腎臓移植が実施されたのは、20件の腎臓移植のうち17件、85%であった。

移植が実施された20件のHLA適合度（ミスマッ

チ数）は、DR1-A・B2ミスマッチが最も多く10名、次いでDR0-A・B2ミスマッチ2名、DR1-A・B1ミスマッチ2名、DR1-A・B3ミスマッチが2名、DR0-A・B1ミスマッチ、DR0-A・B3ミスマッチ、DR0-A・B4ミスマッチ、DR2-A・B3ミスマッチが1名であった。

移植が実施された20名のうち、16歳未満の小児に移植された件数は2件であった。

## 4 腎臓提供者（ドナー）適応基準

腎臓移植希望者（レシピエント）適応基準の改正とともに、腎臓提供者（ドナー）適応基準も改正された。新臓器提供者（ドナー）適応基準を表3に紹介したが、腎臓提供者（ドナー）適応基準では、ウイルス抗原抗体陽性者などの禁忌事項と、器質的腎疾患の存在などの慎重に適応を決定する事項とに分けられた。

禁忌事項では、クロイツフェルト・ヤコブ病およびその疑いの項が追加された。次に従来の腎臓提供者（ドナー）適応基準では禁忌であったHCV抗体陽性ドナーの取り扱いが、慎重に適応を検討する事項へと改正された。この改正によりHCV抗体陽性ドナーからの腎臓提供が可能となり、腎臓提供者増加の一助になることを期待した。作業班の検討結果によれば、サブタイプIbのHCV抗体陽性ドナーからサブタイプIIbのHCV抗体陽性レシピエントへの移植などについては、現在のところ問題となった症例はなく、またリバビリン・インターフェロン併用療法がサブタイプIbのC型肝炎患者に良好な成績を収めていることから、主治医が十分なインフォームドコンセントを行った上で慎重に適応を決定するとされている。

## 結 語

1995年から公平・公正で適切な移植医療を系統的に運用することを一義として、全国統一した基準による臓器斡旋が行われてきた。意思表示カードの普及率や本人意思の明確な献腎比率などから、わが国における全般的な移植医療の普及・啓発は浸透されつつあると考えられる。しかし、過去7年間の臓器斡旋件数の低迷傾向は不変であり、さらに、移植腎生着率は向上傾向だが、新たに全国 SHIPPING 時の臓器搬送などによる阻血時間の短縮が課題となった。

2001年10月の臓器移植委員会において、さらな

表3 ドナー適応基準

2001年11月1日改正

	心臓	心肺同時	肺	脾臓 (脳死下)	脾臓 (心停止下)	肝臓	腎臓	小腸
1 右記の疾患又は状態を伴わないこととする。	(1) 全身性の活動性感染症 (2) HIV 抗体, HTLV-1 抗体, HBs 抗原, HCV 抗体などが陽性 (3) クロイツフェルト・ヤコブ病及びその疑い (4) 悪性腫瘍 (原発性脳腫瘍及び治癒したと考えられるものを除く.)					(1) 全身性の活動性感染症 (2) HIV 抗体, HTLV-1 抗体, HBs 抗原などが陽性 (3) クロイツフェルト・ヤコブ病及びその疑い (4) 悪性腫瘍 (原発性脳腫瘍及び治癒したと考えられるものを除く.)		
2 右記の疾患または状態を伴う場合には, 移植の適応を慎重に検討する。	(1) 心疾患の既往 (2) 心電図, 心エコー図などによる心疾患の所見 (3) 大量のカテコラミン剤の使用 (例: ドパミン 10 μg/kg/min にても血行動態の維持が困難な場合)		臨床的に肺疾患が存在する場合	(1) 細菌感染を伴う腹部外傷 (2) 脾の機能的または器質的障害 (3) 糖尿病の既往		(1) 病理組織学的な肝臓の異常 (2) 生化学的肝機能検査の異常 (3) 1 週間以内の腹部, 消化管手術及び細菌感染を伴う腹部外傷 (4) 胆道系手術の既往 (5) 重症糖尿病 (6) 過度の肥満 (7) 重症の熱傷 (8) 長期の低酸素状態 (9) 高度の高血圧または長期の低血圧 (10) HCV 抗体陽性	(1) 血液生化学, 尿所見などによる器質的腎疾患の存在 (2) HCV 抗体陽性	(1) 小腸疾患またはその既往 (2) 細菌感染を伴う腹部外傷 (3) HCV 抗体陽性
				(4) 一過性の心停止 (5) 低血圧 (6) 低酸素血症 (7) 無尿 (8) 高 Na 血症 (9) ノルアドレナリンや 15 μg/kg/分以上のドパミンの投与 (10) 脾機能, 肝機能の異常値				
		肺の機能が良好であることが望ましい。 (1) 肺コンプライアンスが保たれている (注1) (2) 肺の酸素化能が維持されている (注2)						
3 望ましい年齢	50 歳以下	50 歳以下	70 歳以下	60 歳以下	40 歳以下		70 歳以下	60 歳以下
付記 上記の基準は適宜見直されること。								

注1: 最大気道内圧 < 30 cmH<sub>2</sub>O (1 回換気量 15 ml/kg, PEEP=5 cmH<sub>2</sub>O の条件下)

注2: PaO<sub>2</sub> > 300 Torr (FIO<sub>2</sub>=1.0, PEEP=5 cmH<sub>2</sub>O の条件下) 又は PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> > 250~300 Torr (PEEP=5 cmH<sub>2</sub>O の条件下)

備考) 摘出されたドナー肝については, 移植前に肉眼的, 組織学的に観察し, 最終的に適応を検討することが望ましい (移植担当医の判断に委ねる)。



る移植腎の生着率の向上と献腎増加を目指し、従来の HLA 適合度の最優先基準から、HLA 適合度と地域や待機日数を同列視したポイント制によるレシピエント選択基準と、従来適応外の HCV 抗体陽性者を条件付適応としたドナー適応基準が新たに作成され、2002 年 1 月より運用を開始した。この基準は医学的要素と患者本人の意思や地域などの個別的な要素を取り入れ、より身近に柔軟な対応で地域展開することでこの医療の推進を目指すものであると考える。狭義では臓器提供地域と同一地域における移植が増加することで、県単位の移植医療推進が促進されることを目指している。一方、HLA 低適合や長期透析患者・高齢者などの合併症を有する比率の高いレシピエントの移

植機会増加も容易に想定でき、レシピエントの意思確認などの斡旋手続き遂行や移植医療の実施にはより慎重さが求められる。

なお、日本臓器移植 NW をめぐる財政環境はきわめて厳しく、日本臓器移植 NW 自体の組織の統合を含む財政構造改革とともに、2002 年 4 月 15 日より臓器斡旋に要した経費の一部をコーディネート経費として 10 万円を臓器移植術を受けた方から徴収開始したところである。わが国自体の医療費の考え方（医療経済）の影響が大きいと思われるが、この医療の確立においては医療費のみならず斡旋に要する経費をも念頭において、現実に成り立つ財政的な構造改革の必要性を痛感している。