

を納得した家族の存在が必要で、その掛け橋がグリーンケアである。その事は移植医療とは関係なく救急の現場に存在しなくてはならず、それを DAP 導入機関が察知し、その整備をする事で DAP を加速させたと考察する。

E. 結論

新潟県において更なる献腎数の増加と臓器提供しやすい環境作り、さらには DAP の導入で悲嘆家族のケアの中から臓器提供意思の抽出を図るよう計画・実践してきた。

今年度の成果として、個票の回収は160例、献腎数10腎、DAP 継続は4施設という成果であった。献腎数にあっては、本県初の年間10腎の提供を頂いた事は重要である。(表2) またこの提供症例は、本人・家族の提供意思を叶えた事は言うまでもないが、提供家族の全ては感謝の気持ちで帰宅している。すなわち医療機関においては家族が納得する治療があり、そして臓器提供にも感謝をしていただけるような現状は大変重要である。この事が臓器提供を今以上に通常の医療に変えていく掛け橋になる事は間違えのないことと考える。その事が献腎を増やすきっかけである事が実感として認識された。来年度以降も継続してこの研究に取り組みたいと考える。

F. 研究発表

1. 論文発表

- ・高橋公太 腎移植は日本でどこまで普及するか - 腎移植を普及させるためには - 日本透析医会雑誌 社団法人日本透析医会 Vol.18 No.1 April.2003
- ・高橋公太 腎移植の効用とその限界 腎と透析 2003.10 Vol.55 No.4 563-567
- ・高橋公太 新潟県の病院開発と Donor Action Programの展開 日本透析医学会雑誌 第48回 (社)日本透析医学学術集会 総会 特別号(抄録) 2003. JUNE Supplement.1 689[TS2-4]
- ・高橋公太 移植学会との連携報告 平成14年度厚生労働科学研究費補助金「ヒトゲノム再生医療等研究事業」 平成15年2月14日 国立国際医療センター
- ・秋山政人 救急医療の現場から 「オプション提示は医療従事者の使命」 TRENDS & TOPICS IN TRANSPLANTATION Vol.14 No.1 2003
- ・秋山政人 臓器移植における家族ケアとコミュニケーション TRENDS & TOPICS IN TRANSPLANTATION Vol.15 No.1 2004
- ・秋山政人 移植コーディネーションの問題点 今日の移植 Vol.16 No.2 2003

2. 学会発表

- ・高橋公太 透析スタッフとして患者から聞かれた場合、最低限知って

いてもらいたい腎移植知識 平成15
年度透析療法従事職員研修

2003. 7. 25/26

・高橋公太 新潟県の病院開発と
Donor Action Programの展開 日本
透析医学会雑誌 第48回(社)日本
透析医学学術集会 総会 特別号

(抄録) 2003. JUNE Supplement. 1
689[TS2-4]

・高橋公太 移植学会との連携報告
平成14年度厚生労働科学研究費補
助金「ヒトゲノム再生医療等研究事
業」平成15年2月14日 国立国際
医療センター

・高橋公太 再生医学と移植医療
臓器移植の最前線 腎臓移植の現状
と課題 第26回日本医学会総会 学
術講演要旨 255 2003 福岡

・齋藤和英 中川由紀 熊谷直樹
石崎文雄 安楽 力 谷川俊樹 高
橋公太 片桐明善 若月秀光 若生
康一 秋山政人 無尿の死戦期を経
過し心停止前カニューレーションを行
わなかったドナーからの提供にも関
わらずimmediate functionが得られ
た献腎移植の一例 第37回 日本
臨床腎移植学会 2004.1.28/29/30
宮城松島

・秋山政人 齋藤和英 高橋公太
臓器提供をしやすい環境作り
「自発的な提供意思抽出はいかにあ
るべきか」 腎移植連絡協議会 松
島 2004. 1. 28

・秋山政人 齋藤和英 高橋公太
新潟県におけるDAPの展開 第37
回日本臨床腎移植学会 松島

2004. 1. 29

・秋山政人 齋藤和英 高橋公太
新潟県におけるDAPの展開 第39回
日本移植学会総会, 2003.

3. 社会貢献

・高橋公太 特別講演

「臓器移植を増やすには？」～
ドナーアクションプログラムと
は？～ 第38回上中越泌尿器科
検討会 2004.2.13 新潟長岡

・高橋公太 臓器移植フォーラム
2003 in 赤泊～「命 Reley for
you-臓器移植はあなたの意志をつな
ぎます。」～ 2003.10.5 新潟県
赤泊村

・秋山政人 臓器移植フォーラム
2003 in 赤泊～「命 Reley for
you-臓器移植はあなたの意志をつな
ぎます。」～ 2003.10.5 新潟県
赤泊村

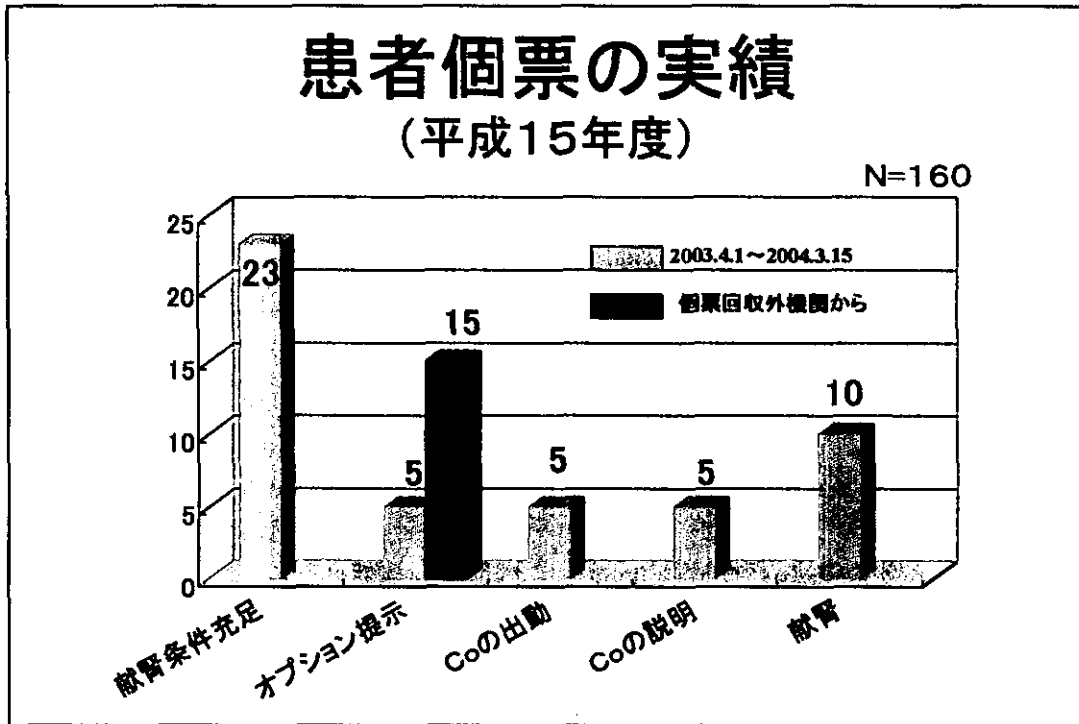


表 1

患者家族のケア

臓器提供に関わらず、超急性期～急性期、さらに絶命期を過ごす場合が多い部署である。すなわち家族に対して何らかのサポートが必要と感じた。

↓

Grief Care

OP提示は、grief careのツールの一つ＝「支え」の援助

悲嘆の反応をケアするのはスタッフであり、医療側からの情報により、自己を取り戻す。この体系的な関わりが重要で、その中でカードの所持等の情報提供も一つのツールと考える。

図 1

入院時意思 表示カード確認例(1)

看護サマリー聴取時、糖尿病カードや抗凝固治療者カードなどの所持と共に、臓器提供意思表示カードの所持確認を行う。

カード類をA4サイズのパウチにまとめ、各病棟に常備し、必ず看護師が供覧しながら確認を行う。

図 2

入院時意思 表示カード確認例(2) (救命センター用)

その他の情報

- ・診療に必要な情報カードの有無 有・無
- ・臓器提供意思表示カードの有無 有・無

日常生活の自立度

図 3

各年の献腎数

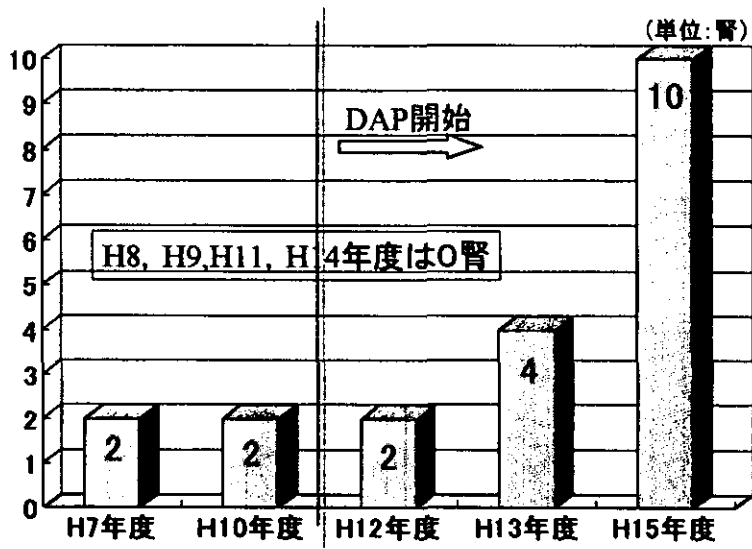


表 2

厚生労働科学研究費補助金（ヒトゲノム・再生医療等研究事業）
分担研究報告書
静岡県におけるドナー・アクション・プログラムの導入

分担研究者	鈴木和雄	浜松医科大学医学部泌尿器科助教授
研究協力者	大田原佳久	浜松医科大学医学部泌尿器科助手 静岡県移植コーディネーター
研究協力者	石川牧子	(財)静岡県腎臓バンク 静岡県移植コーディネーター
研究協力者	鈴木利昌	焼津市立総合病院臨床工学技師室長 静岡県移植コーディネーター
研究協力者	林 敬	静岡県健康福祉部疾病対策室長
研究協力者	大西陽子	(財)静岡県腎臓バンク事務局長

研究要旨

静岡県下でのさらなる献腎増加を目的として、昨年度に引き続き即効性の期待できる献腎推進病院開発事業を展開し、院内の組織的・恒常的な献腎推進システム構築の確立を目指した。さらに、ドナーアクションプログラム導入による病院実態調査も開始した。今年度の成果としては死亡前ポテンシャルドナー情報数、オプション提示数ともに昨年度と比較し約1.5倍に増加した。しかしながら、献腎承諾率の低さから実際の献腎数は伸び悩んでいる。今後、献腎承諾率を高めるべく、一般県民に対する献腎移植普及啓発活動とともに、オプション提示の質の向上を図る必要がある。

A. 研究目的

献腎増加を目指し、即効性の期待できる病院啓発を行い、組織的に恒常的なドナー確保のできるシステム作りを目的とした。本年度は死亡前ドナー情報の増加と、ポテンシャルドナー（PD）家族への臓器移植に関する情報提供（オプション提示、以下OP提示）を積極的に施行することにより献腎数を増加させることを主眼とした。また各病院での死亡前PD情報収集およびOP提示のルーチン化を目指した。

B. 研究方法

これまで行ってきた本研究と同様、

年度当初に各病院訪問を県移植コーディネーターと移植医で行った。研究参加16施設を訪問し、昨年度の状況報告と個々の病院における問題点およびその解決方法などを提示し、さらなる献腎推進を依頼した。これらの施設に対して毎月の個票提出を院内移植コーディネーター（IHCO）に依頼し、それらの個票の全てについて研究班参加施設のIHCO会議で検討を行った。なお、これらの個票はポテンシャルドナー（PD）情報を基本とした。どの症例がPDに該当するかどうかの判断はIHCO、あるいは各病院主治医の判断に任せた。個票を検討した結果から得ら

れた問題点、改善策などは、毎月 IHCO により各病院の提供スタッフに伝えられた。

また、静岡県行政からは県の献腎推進モデル病院指定事業が行われ、このモデル病院指定事業に参加している病院が前記 16 施設のうち 13 施設が含まれている。本モデル事業は病院内での臓器移植医療の推進を積極的に行い、患者の臓器提供に対する意思を十分に尊重するよう心がけるといものである。

ドナーアクションプログラム (DAP) の導入は 3 施設で院内意識調査 (HAS) を行い、2 施設で医療記録レビュー (MRR) を行った。これらの結果は各施設の IHCO を中心にした委員会で検討された。

C. 研究結果

1. 各施設への訪問

各医療施設を訪問する際に、前年度までの各施設での個票集計の結果 (表 1) について病院名を明記して報告した。病院名を明記することにより各施設の比較が行われ、当該病院がどのような状況にあるかが一目瞭然となるため、努力目標のひとつとなっている。

ある施設では個票の提出がかなり少ないにもかかわらず、臓器移植に関する情報は確実に PD 家族に伝えられている。このような施設への訪問では、提供現場で安易にドナー適応を決定せず、広い範囲で個票情報を出してもらうよう指導した結果、その後、多数の個票が提出されるようになってきた。

また、施設長、あるいは提供部署の責任者などが当該施設の実態を改めて把握することにより、OP 提示数が増加した施設もみられるようになった。

意思表示カード確認については、アンケート方式によって全入院患者に対して意思確認を行う施設が 4 施設に増加した。

提供現場での問題として、どのような病状の患者にどのような OP 提示を行ってよいか分からないという疑問に対しては、OP 提示の簡単な事例集 (表 2) を配布して説明することで、かなり臨場感のある提供現場での OP 提示が指導できるようになった。

2. 個票集計結果

個票集計は本班研究参加 16 施設のうち実質個票の提出された 14 施設からのものであり、平成 15 年度の結果は平成 15 年 4 月から 12 月までの 9 ヶ月間の個票の集計である。参加施設数は前年度の 16 施設と変わりはないが個票数は 15 年度では 9 ヶ月間で 95 例となり昨年より若干の増加が予想できる (図 1)。

図 2 に示すように収集した PD 個票の中の死亡前の情報が確実に増加しており、死亡前に IHCO が得る PD 情報数が増加していることがわかる。以前は各施設の IHCO が死亡後のカルテからの PD 情報を収集していたのに比べ、最近では早い段階から IHCO に情報が出されるようになり、IHCO が PD 発生現場へ足を運んで情報を収集しうる環境に変わってきたことの現れであるといえよう。

これらの死亡前情報をアクティブ情報としてとらえることにより、様々な状況の中で家族への OP 提示が可能となる。OP 提示数、OP 提示率をみると、図 3 のように OP 提示数、OP 提示率ともに増加をみており、PD 家族に対して臓器提供の意思確認が高率に行われるようになってきていることがわかる。

図4はOP提示による献腎承諾数と承諾率を示したものである。図4に示す承諾数は、全体の献腎承諾数から家族からの申し出によるものを除き、OP提示によって献腎承諾に至った数を示している。OP提示が増加しているにもかかわらず、献腎承諾率の低さから、実際の献腎数は伸び悩んでいる状況にある。そこでポテンシャルドナー発生から献腎承諾または拒否に至る過程のどの段階に問題点があるかを分析した。

3. 個票分析に基づく献腎に至る過程の検討

図5は平成15年度の班研究参加施設16施設のうち、実際に個票提出がされている14施設からの個票を用いてPD発生から献腎に至る過程を示したフローチャートである。個票は全て各施設の院内移植コーディネーターがPDと判断したもので、医学的適応症例数は県コーディネーターが判断したものである。これらの個票集計からわかることは、1) OP提示数が増加したとは言え、OP提示に至らなかった症例が59例(62%)あり、2) 家族の悲嘆状況や時間的な要因などによりオプション提示が厳しいと思われる症例を省略したとしても、なお46症例(図5のその他)がOP提示できる可能性が残されていると考えられることである。次に献腎承諾率の低下を考える上で、承諾拒否の理由を検討した。承諾拒否の理由としては、家族の即答拒否が11例、35.5%で最も多かった。実際の詳細な理由は明確ではないが、「身体を傷つけない」、「そっとしておいて」、「早く家につれて帰りたい」などの理由や臓器提供の煩わしさなどが原因と考えられる。

4. DAP導入施設について

DAP導入を行った2施設ではDAP委員会も設立され、HASが既に昨年度に行われている。しかし各施設個々のデータ解析が行われていないため、これに対する対策は取られていない。またMRRについても詳細なデータ分析ができていないのが現状である。

1) A病院におけるドナーアクション導入状況

A病院については臓器移植委員会がそのままDAP委員会となりIHC02名を含む25名で構成されている。HASの詳細な分析は行っていないが、IHC0の毎月の研修から関係部署への伝達が行われており、腎提供現場での移植医療に対する認識度は高いものと思われる。A病院では基本的に2名のIHC0がPDに対応し、主治医との相談の上、IHC0がドナー家族にOP提示を行う体制を整えている。本年度は献腎に至る症例はみられなかったが、12症例のPDに対して6症例のOP提示がなされていた。図6は提出された個票をもとに、A病院(救急、ICU)における死亡患者数とOP提示に至る過程をフローチャートにしたものである。6例のOP提示の結果より、提供拒否の理由をみると「身体を傷つけない」、「そっとしておいて欲しい」などが上げられ、病院としての対応というよりはむしろ、一般啓発が必要と考えられる。一方、半数のPDに対してOP提示できなかったのは、患者家族の状況(患者病状、家族悲嘆)からOP提示に無理があると主治医が判断したものであった。これらからA病院を評価するならば、PDは確実にとらえられており、その中でOP提示可能と判断された症例については全例にOP提示がされているといえる。A病院の改善点は、死亡数に対してPD情報が少

ないことである。この点については共通フォーマットである MMR の分析結果を待つ必要がある。

2) B病院におけるドナーアクション導入状況

B病院のDAP委員会はIHC0 2名を含む救急部長、ICU部長、脳外科部長の5名で構成されている。本施設でもPD情報は主治医からIHC0に連絡されることになっており、そこから個票が提出される手順となっている。図7に示すごとく、本施設の個票状況を見ると死亡51例に対してPDは5例である。5例の個票のうち1例は医学的に脱落したものの、残りの4例にはOP提示がなされており、そのうち1例からの献腎が成立している。すなわち、B病院のPD情報はOP提示のしやすい状況にあるPDが意図的に選別されている可能性がある。本施設でも全ての死亡症例からのPDの選別を行う共通フォーマットであるMRRの分析を行うことで問題点が明らかになると考えられた。

5. 県行政・県腎臓バンクからの支援

静岡県では平成2年から県下の移植医による「静岡県腎移植担当医懇談会」が定期的開催され、献腎移植医療の向上、適切な腎配分を目指して検討を重ねてきた。一方、平成11年度から提供側の医師および移植コーディネーターで構成される会議（臓器移植に係る連絡会・年1回）が行われてきた。本年度よりこれらの会が統合された形で、移植医、提供側医師、移植コーディネーターから成る「静岡県献腎対策懇談会」（年3回開催）が県、腎バンクの協力を得て発足する運びとなった。本会は当該期間に県下で献腎されたケースに関する事例検討会および献腎に関する問題点などを検

討する会である。移植に携わる関係者が一同に集まり、それぞれの立場で意見を述べあうことにより、他施設での提供の状況や、提供に携わった医師、コーディネーターの現場の生の声が聞かれるため、献腎推進にとって非常に有用な情報提供の場となっている。

静岡県健康福祉部の平成15年度新規事業として「静岡県献腎推進モデル病院指定事業」が開始された。これは静岡県健康福祉部長名で県下の各施設長宛てに参加要請が出され、参加意思を示した施設がモデル病院と指定される。モデル病院に指定された医療施設は以下の事業を行う。

1. 院内移植推進委員会（またはこれに準ずる組織）を立ち上げる。
2. 病院職員、来院患者に対する移植医療の普及啓発。
3. 患者の意思（終末期医療や臓器提供等に関する意思）を可能な限り確認する。すなわち、可能な限りOP提示を行う。

県から指定された献腎推進モデル病院はインターネット上で県民に公開され、3年後には県が各医療施設の活動内容に応じた表彰を行うことになっている。このモデル病院指定事業に厚労省大島班研究参加16施設中12施設が参加し、さらに班研究参加施設以外の1施設を加え、計13施設が参加している。モデル病院に指定された病院では、臓器提供側の医師、スタッフの参加が必須となり、本年度のOP提示数増加の大きな要因のひとつとなった。

さらに、静岡県腎臓バンクの新規事業として「患者意思確認助成事業」が今年度から開始された。本事業はPD家族に対するOP提示に対して助成を行うものである。

D. 考察

前年度までの個票検討を引き続き行うことにより、各病院の問題点等が明らかになってきた。昨年度までの結果から個々の病院の問題点を明らかにし、それらを病院訪問時に指摘し、対策を講ずることにより、個票の数、個票の質が向上した。症例の個票内容が充実することにより、臨床データ、PD 家族の心的状況が明確に把握されるようになってきている。

本年度の特徴として、献腎件数は3件と減少したものの、献腎に繋がる可能性の高い心停止前PD情報がIHC0に伝えられるケースが増加していることがあげられる。また、OP 提示数も増加し、OP 提示率は36%となり、多くのPD家族にOP 提示が行われていることが解る。PDに対するOP 提示が増加した理由として考えられるのは、班研究参加施設への訪問活動に加え、「静岡県献腎対策懇談会」の開催、県行政・腎バンクによる「静岡県献腎推進モデル病院指定事業」、「患者意思確認助成事業」を実施したことが提供現場の医師、施設長の臓器提供に対する意識を高める結果につながったものと考えられる。

しかしながら、死亡前PD情報数、OP 提示数が増加しているにも関わらず、8%という献腎承諾率の低さから献腎数そのものは伸び悩んでいるのも事実である。拒否理由を患者家族の問題と取るべきか、病院自体の問題と取るべきかの判断は難しい。しかし「臓器提供の話聞きたくない」、あるいは「考えていない」と即答するケースが多いことはやはり、深刻な危機に直面した家族へのケアのあり方も再考する必要がある。さらに施設側の問題点として、OP 提示の時期、切り出し方などにも問題があると思わ

れる。これまで多くの献腎を行ってきた藤田保健衛生大学における最近の承諾率の現状をみると、以前に比べ承諾率が著しく低下しているとはいえ、OP 提示47例中、献腎承諾数9例、承諾率19.6%と報告されている(原 美幸ら、第37回臨床腎移植学会、2004)。総理府や静岡県のアンケート調査でも約20%前後の献腎承諾率が見込める計算になる(「献腎しても良い」が30-40%、「家人の意思を尊重して献腎に同意する」が約60%であり、計算上は18-24%の承諾率となる)。これから考えても静岡県における献腎承諾率を20%前後に高めることは十分可能と思われる。また、一般県民への啓発・普及活動が重要であることも忘れてはならない。

DAPを導入した2施設については、PDへの対応はかなり良好に行われていると考えられるが、ベースとなるHASとMRRの分析を十分に検討しなければならない。個票ベースで考えると総死亡患者数に対して、PD数がかかなり少ない可能性がある(図6, 7)。これは標準フォーマットのMRRを分析することで明らかとなる事柄であるが、個々の施設での分析が十分になされていないのが現状である。

欧米型DAPの問題点としては、全ての死亡患者データが求められるため、これら全てのMRRを収集、記録することにかかなりの労力を必要とすることがあげられる。限られた診療科とはいえ、本来の病院業務を持つIHC0にとってはかなり余分な労力を強いることになる。本班研究においても、当初は全死亡症例の情報提供を求めたが、あまりにも負担が大きいこと、静岡県のIHC0がPDの判断ができるレベルにあったことからPD症例に限定した個票収集となった経緯もある。また、

臓器提供が極端に少ない我が国の状況では、PDの把握と、PDに対するOP提示がどのようになされたかを詳細に検討することが重要な意味を持つと考えられる。

本プログラムを導入した2施設においては、今後HASとMRRの詳細な分析を行う予定である。またこれら2施設の状況から、いかにMRRの負担を軽減し、他施設への拡大導入を図れるかが今後の検討課題である。

E. 結論

静岡県下でのさらなる献腎増加を目的とし、昨年度に引き続き献腎推進病院開発事業を展開した。さらに、ドナーアクションプログラム導入による病院実態調査も開始した。今年度の成果としては死亡前PD情報数、OP提示数ともに昨年度と比較し約1.5倍に増加した。病院啓発活動に加え、県行政および県腎臓バンクの支援によるところが大きい。しかしながら、献腎承諾率の低さから実際の献腎数は伸び悩んでいる。今後献腎承諾率を向上させるためには、一般県民に対する普及啓発活動はもとより、腎提供側医師、スタッフに対するOP提示の時期や実施マニュアルの改善が急務である。

DAP導入に関してはHAS、MRRの十分な解析結果を待たねばならないが、DAPを他施設へ拡大導入するためにはIHC0の負担軽減を考慮する必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. 鈴木和雄、大田原佳久、石川牧子：ドナーアクションプログラム-静岡県での経験-。今日の移植、2004、印刷中

2. 学会発表

1. 鈴木和雄、大田原佳久：シンポジウム：静岡県の病院開発の試み。第91回日本泌尿器科学会総会、2003.
2. 鈴木和雄、大田原佳久、石川牧子：トワイライトセッション：静岡県における病院開発とDonor Action Programの展開。第48回日本透析医学会学術集会・総会、2003.
3. 大田原佳久、石川牧子、大西陽子、鈴木利昌、石川 晃、鈴木和雄、藤田公生：静岡県における平成14年度の病院開発の現状。第39回日本移植学会総会、2003.
4. 鈴木和雄、大田原佳久、大西陽子、石川牧子：シンポジウム：静岡県での臓器提供推進の取り組み。第30回日本低温医学会総会、2003.
5. Yoshihisa Ohtawara, Makiko Ishikawa, Toshiaki Suzuki, and Kazuo Suzuki : Hospital development for donor procurement in Shizuoka Prefecture, Japan. The 4th International Transplant Coordinator Society, 2003.
6. 石川 晃、石川牧子：死体腎摘出11例の経験。第8回静岡県腎移植研究会、2003.
7. 大田原佳久、牛山知己、鈴木和雄、石川牧子、鈴木利昌、石川 晃：脳死を経ないで献腎となる場合の問題点。第8回静岡県腎移植研究会、2003.
8. 中村公也、山内はるみ：臓器提供における病院の役割-臓器提供意思表示カード所持確認を通して見えたこと-。第8回静岡県腎移植研究会、2003.
9. 大田原佳久、牛山知己、鈴木和雄、石川牧子、鈴木利昌、石川 晃：脳死を経ないで献腎に至った3症例の検討。第37回日本臨床腎移植学会、2003.
10. 石川牧子、鈴木利昌、大田原佳久、

石川 晃, 鈴木和雄: 医療施設における院内移植コーディネーターの有用性の検討について—脳神経外科医師への聞き取りアンケート調査報告。第37回日本臨床腎移植学会、2003.

11. 山内はるみ、中村公也: 臓器提供における病院の役割—臓器提供意思表示カード所持確認を通して見えたこと。第37回日本臨床腎移植学会、2003.

12. 鈴木祥夫・八木光春、名波まり、中野優、武井秀憲、石川牧子、上野秋花: 臓器提供症例におけるエンゼルメイクの有用性。第37回日本臨床腎移植学会、2003.

表.1 病院訪問の際の配付・回収資料

	施設名	13年度			14年度(4~10)			11~12年度合計		
		OP/適応	提示率	献腎件数	OP/適応	提示率	献腎件数	OP/適応	提示率	献腎件数
1	A	4/7	57%	2	1/3	33%		13/27	48%	7
2	B	3/7	43%		1/5	20%	1	10/22	45%	4
3	C	1/3	33%	1	2/3	67%		9/28	32%	2
4	D	0/5	0%	—	0/2	0%		3/26	12%	1
5	E	3/7	43%	1	0/10	0%		4/63	6%	1
6*	F	1/1	100%	—	—	—	—	2/5	40%	—
7	G	0/0	0%	—	0/0	0%		2/3	67%	—
8	H	2/7	29%	—	2/3	67%		8/16	50%	—
9	I	4/7	57%	—	-	0%		4/8	50%	—
10	J	0/5	0%	—	0/4	0%	2	0/18	0%	2
11	K	3/3	100%	—	-	0%		4/5	80%	—
12	L	0/0	0%	—	0/2	0%	1	0/2	0%	1
13	M	2/11	18%	—	0/3	0%		2/20	10%	—
14	N	4/4	100%	2	3/3	100%		11/13	85%	2
15	O	3/34	9%	2	2/18	11%		5/53	9%	2
16	P	1/12	8%	1	0/6	0%		1/18	6%	2
17	Q	0/0	0%	—	-			0/0	0%	—
	計	31/113	27%	9	11/62	18%	4	78/327	24%	20

(平成11年~平成14年の病院別個票集計状況〔抜粋〕)

*6は研究協力施設以外の施設のデータ

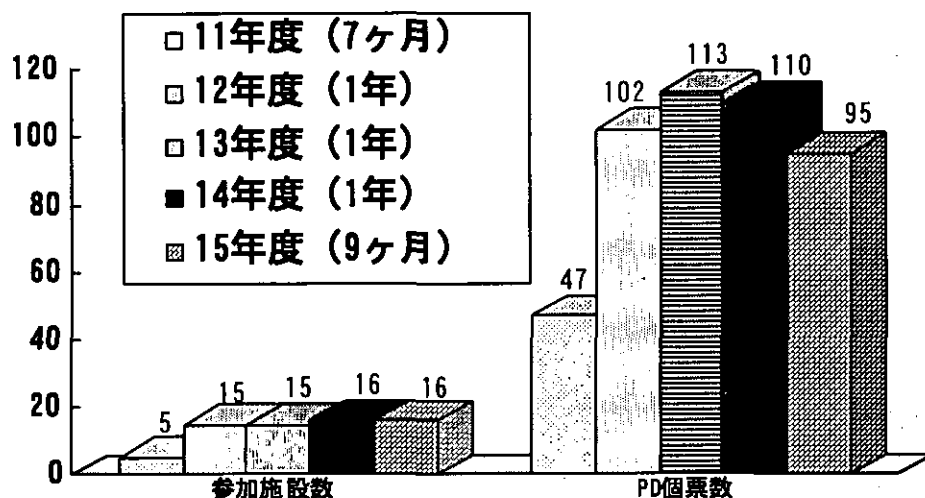
施設名のアルファベットは実際の資料上では病院名を明記してある。

表、2 OP 提示マニュアル (項目のみ抜粋)

1	標準事例 脳死であろうと思われ、回復が見込めないことをご家族に告げ、ある程度の期間を経て、家族がおおむねその死を受容していると考えられる時。
2	短時間事例 搬送された時点で、手術適応にならない（あるいは手術は可能だが回復が難しく、家族が手術を希望しない）ような場合で全てのご家族が死の受容はできないもの、ある程度冷静にものが考えられる家族もいる場合。
3	小児事例 患者さんが小児（自己判断ができないような幼児等）で、臓器提供の適応となった場合で特に急な事故の場合など。
4	脳死を経ない事例 脳死ではないが回復が見込めず、末期状態の適応患者さん（脳腫瘍、ALS等）の場合
5	術後事例 術後の回復が難しくなり、臓器提供適応となってしまった患者さんの場合

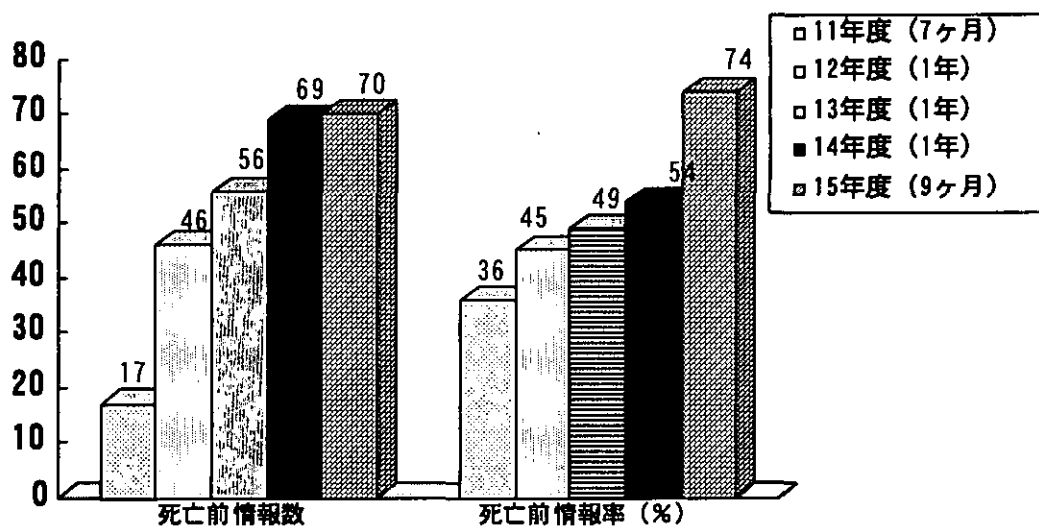
ここでは項目のみを記載しているが、実際の資料ではどのようなかたちでドナ一家族に対応するかが記載されている。

図.1 研究参加施設と個票数の推移



参加施設数は16施設と昨年度と変わりはないが、実際の個票提出施設は14施設である。PD 個票数は最終的な年度終了時点では昨年程度となると予想される。

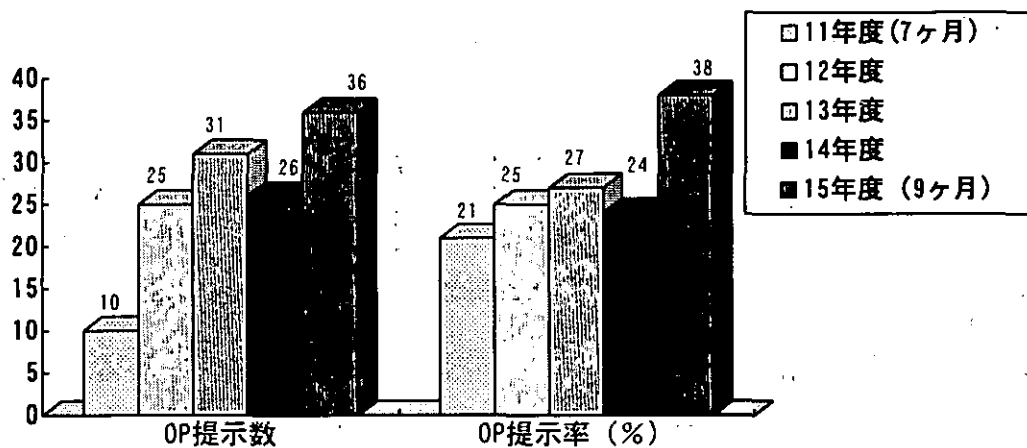
図. 2 死亡前個票数と死亡前個票率の推移



・死亡前情報数は、死亡後の医療診療記録から作成した個票ではなく、心停止前に IHCO が PD 情報を入力し作成した個票数である。

・死亡前情報率：死亡前個票数 / PD 個票総数 × 100 (%)

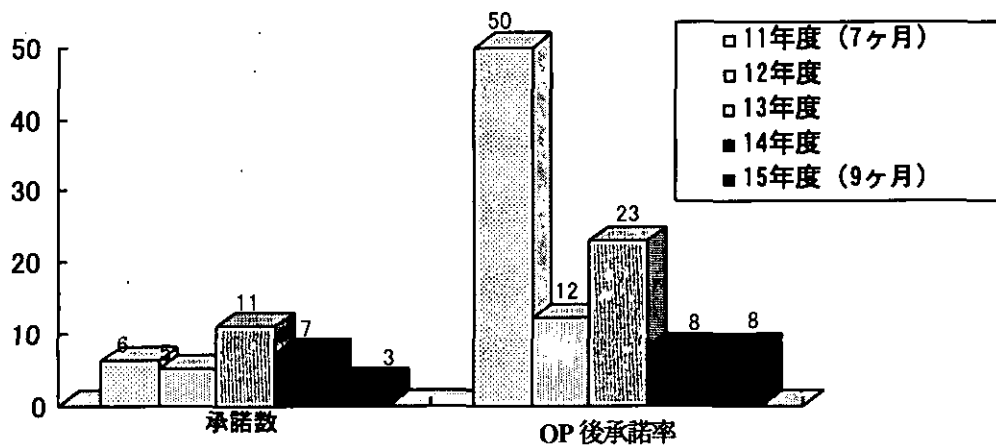
図.3 OP提示数とOP提示率の推移



・OP提示数は、主治医あるいはIHCO、看護師からPD家族に臓器提供についての話を聴くか、聴かないかを質問した数である。

・OP提示率： $PD \text{ 個票数} / OP \text{ 提示数} \times 100 (\%)$

図.4 OP後の承諾数と承諾率



・承諾数：献腎承諾数全体からドナー家族の申し出による承諾数をひいたもの。

・OP後承諾率： $OP \text{ 提示によりド献腎承諾した件数} / OP \text{ 提示数} \times 100 (\%)$

図.5 平成15年度の静岡県におけるポテンシャルドナー発生から献腎承諾または拒否に至る経緯と拒否理由

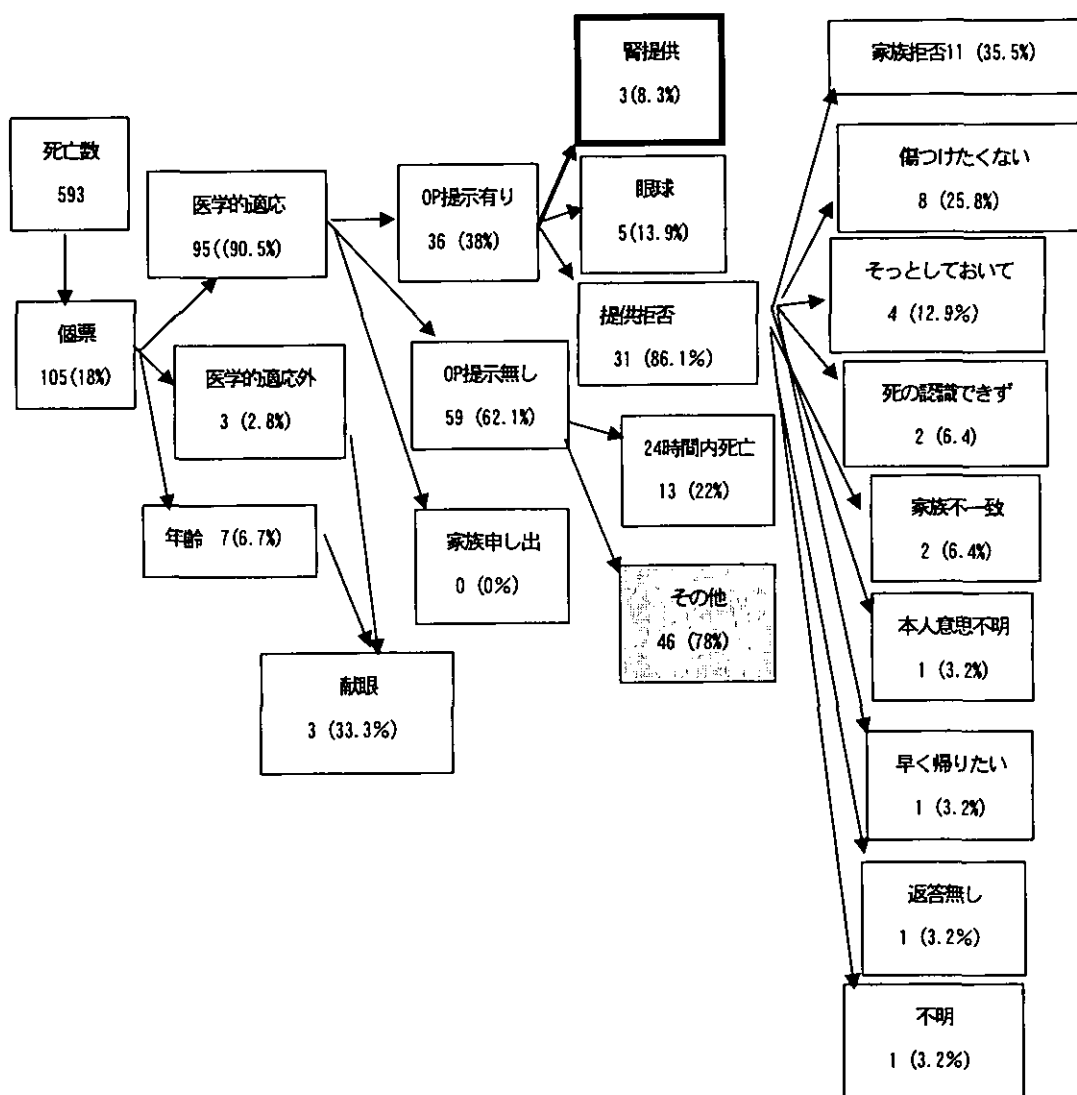


図.6 A病院におけるドナーアクション (個票集計より)

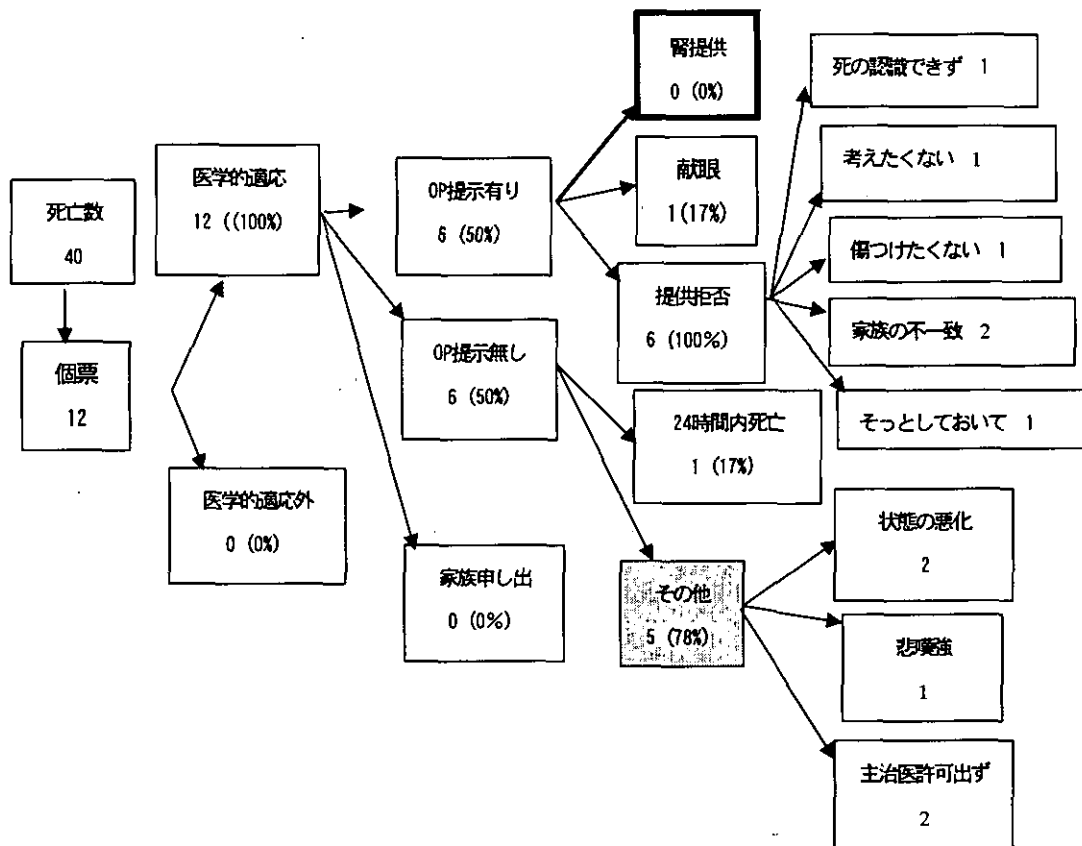
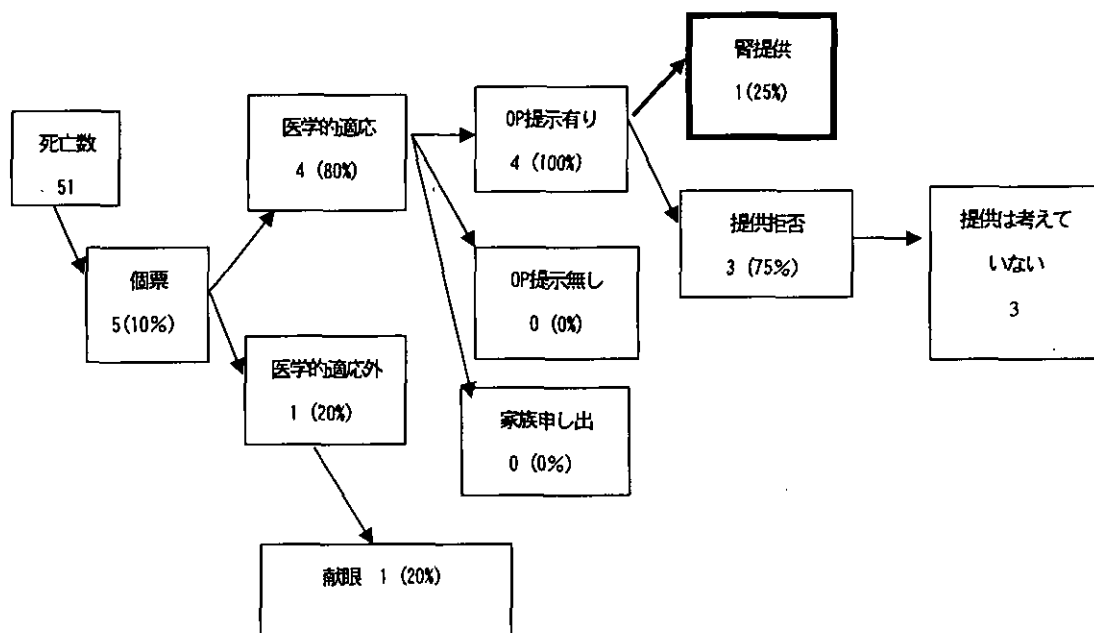


図.7 B病院におけるドナーアクション (個票集計より)



厚生労働科学研究費補助金（ヒトゲノム・再生医療等研究事業）

分担研究報告書

DAP のデータベース管理についての研究

分担研究者	長谷川友紀	東邦大学
研究協力者	篠崎 尚史	東京歯科大学市川総合病院
研究協力者	大島 伸一	国立長寿医療センター
研究協力者	高橋 公太	新潟大学
研究協力者	鈴木 和雄	浜松医科大学
研究協力者	藤田 民夫	名古屋記念病院
研究協力者	高原 史郎	大阪大学
研究協力者	吉田 克法	奈良県立医科大学
研究協力者	相川 厚	東邦大学
研究協力者	Leo Roels	Donor Action Foundation
研究協力者	浅川 一雄	ノバルティスファーマ株式会社

本研究は、DAP と同じデータセットで収集を行なった情報について、共通データベースにデータを登録し、その利用可能性について検証を行なった。DAP の手法に基づいて得られたデータを、各国が協同で構築するデータベースに入力し、自動的に分析・報告書作成が可能であることが示された。このようなデータベースの構築は、参加国の相互利用、国際比較、各国におけるプログラム改善のために重要な情報を与えることが期待される。反面、データエクスポート機能、医療関係職種が国により異なること、が相互利用において問題であることも指摘された。今後は、データの共同管理、利用ルールの確立を図る必要があると考えられる。

A. 研究目的

Donor Action Program(DAP)は Donor Action Foundation (DAF)の開発した病院開発手法である。特徴は、(1) ABC 分析などマーケットリサーチの手法を用いた対象病院の絞込み、(2) 臓器提供プロセスの病院、その他にもたらす効果について、病院経営者、診療責任者、現場スタッフなどマネジメントレベルに応じた説明について知識と技能の修得、(3) HAS(Hospital

Attitude Survey)、MRR(Medical Record Review)を用いた対象病院の問題点の抽出と、院内(院内コーディネーター)・院外スタッフ(県移植コーディネーター、移植医)協同による執行計画(アクションプラン)の立案・実施、(4) 数値指標を用いた目標管理と、執行計画の見直し、である。近年、医療界においても産業界における工程分析、TOC(Theory of Constraints)の概念を用いたパス法が導入されつつあるが、この概念を臓器提供プロセスに応用したものとなっ

ている。

本研究班（及び先行研究）では、ほぼ同様のモデルを構築し、平成 11-13 年度にかけて、モデル県を設定し、導入可能性、効果の検証を実施してきた。この間、モデル県の拡大とともに、平成 14 年度からは、国際的整合性にも留意して、(1) 収集情報について DAP のデータセットと共通化を計り、(2) DAF の管理する DAP 実施国共通のデータベース構築への参加可能性について検討を行なった。本年度は、DAP と同じデータセットで収集を行なった情報について、共通データベースにデータを登録し、その利用可能性について検証を行なった。

B. 研究方法

データは、すでに DAP を実施している 5 県 23 病院より、平成 16 年 3 月までに得られた 4194 例である（表 1）。無記名式調査票により職場内で配布・回収した。(1) 病院勤務の特徴としてシフト勤務であること、(2) DAP の対象として病院全体を対象としたものと、特定の部署のみを対象としたものがあること、(3) 対象職員数が把握されていない病院があること、から回収率は不明である。調査票を分担研究者 (T.H.) のもとに集め、2 人リソースパーソン、3 人の入力担当者により入力を行なった。

C. 研究結果

以下の観点から、データベースの評価を実施した。なお、MRR については、2 病院より 116 例が得られた。今年度は HAS につ

いて検証を行なった。

・データ項目

データ項目については、医療職種について一部に日本の状況とは異なる点が認められた。日本の職種に比較してオリジナル版ではより詳しく区分されていた。これについては、日本語版作成時に、基本的なレイアウトは継続したまま、日本の状況では該当しない項目を明示することにより誤記入を避けることで対応した。

・データ収集

調査対象として、病院職員全体を対象とすべきか、あるいは（救急・脳神経外科など臓器提供が生じやすい）特定の部署のみを対象とすべきかについてコンセンサスは得られていない。一般に臓器提供について病院職員全体の認識を高める観点からは前者が、病院全体の同意を得るための時間・手続きの煩雑さを考慮した場合には後者が推奨される。現時点では、対象病院の状況に合わせて、病院全体を対象としたものと、特定の部署のみを対象としたものの両者が混在している。ただし、データ上は所属部署、職種により層別化をはかることは可能である。

・パスワード管理

DAF ではデータベース管理者を各国 1 人定め、その管理下で、より下の階層としてパスワードの発行を認めている。日本でも同様の管理を実施することとした。

・データ入力

データ入力では、入力者間の判断の相違を