

ディネーターである。プロフェッショナルとして熱意を持って解決を図るのだと。そういうことを私たちコーディネーターに声をかけてくださったと思います。しかし、実際私自身のいま仕事をしている状況は、実績は上がっており、うれしいことなのですが、365日24時間の拘束のなかで常勤として働いていますが、待遇は嘱託非常勤職員の与いです。提供斡旋時に病院にはりついでの仕事は超過勤務ですが、なんの手当もない、身を削ってのボランティアです。

移植コーディネーターの設置者である県が最大限努力して、それ以上の待遇は保障できないと言ってきます。仕事を減らせと言ってきます。本当はここに県行政の人も来てほしいのです。昨日も一昨日も、私、行政の人と話しているのですが、これ以上は県行政が対応できないところだから、国なりネットワークに要望してもらうしかないのだと、はっきり言われるのです。ここに臓器移植対策室の方もいますし、ネットワークの方もいらっしゃるので、逆に各県の行政に対して、なにかいい指導が出来るようであればしていただきたいと思います。

私自身は本当に熱意を持って仕事をしています。ですが、非常に疲労感も強いのです。疲れてくると、本当にこの仕事をつづけていけるのかと。やはりその待遇の部分を考えて思ってしまう。

長谷川 わかりました。業績に応じた、あるいは実際の職能に応じた待遇をいかに確立するかについて、片岡先生、コメントをいただけますか。

片岡 都道府県のコーディネーター活動については、コーディネーターさんの人件費なども含めてですが、以前は国の補助金で行われていましたが、平成15年度から一般財源化され、その財源も全体の経費としては地方交付税に含まれており、各都道府県において、各県の施策の優先度のなかで対応していくという仕組みに変わっています。

すなわち、制度的には、各都道府県において、それぞれの各県の優先施策のなかで考えていくという仕組みになっています。

しかしながら、都道府県のなかには、まだ十分に理解されていないところもあるかもしれませんので、先ほども言いましたが、来週都道府県の課長会議などがありますので、そのような仕組みになっていて、移植コーディネーターが大事だということを重ねて強調したいと思います。そのうえで地域の声を聞かせていただき、いろいろ状況なども教えていただければと思います。

長谷川 仕組みとしては県の裁量の範囲になっているわけですよ。

片岡 はい。補助金から一般財源化されて、各都道府県の判断となっています。

長谷川 それが周知されていない可能性はあります。

片岡 周知はされていると思いますが…。

長谷川 今回は、今後の活動展開を考えるうえで、出来るだけ異なった立場の方を交えてフランクなやりとりのなかで、議論することを目的にプログラムを作成しました。ある種の精神性とか方向性という問題もあれば、テクニカルな問題もあるということで、多方面にわたってやや欲張りなプログラムだったのかなという印象を持っています。

ただ、このテーマはこの1回で終わるような内容ではないので、出来ればまた継続して、いろいろな機会にさせていただきたいと思います。

それでは大島先生のほうから閉会のごあいさつをいただきたいと思います。

日本臨牀 第63巻・第11号(平成17年11月号)別刷

特集：臓器移植

ドナーアクションプログラム

長谷川友紀 篠崎尚史 大島伸一

総論

ドナーアクションプログラム

長谷川友紀¹ 篠崎尚史² 大島伸一³

Donor Action Program

¹Tomonori Hasegawa, ²Naoshi Shinozaki, ³Shinichi Ohshima¹Division of Health Policy and Health Service Research, Department of Social Medicine,
Toho University School of Medicine,²Cornea Center, Tokyo Dental College Ichikawa General Hospital,³National Center for Geriatrics and Gerontology

Abstract

Recent advances of organ transplantation accelerated shortage of organs. Donor Action Program (DAP) was developed to establish a proper donation process in a hospital using total quality management methodology. It has been demonstrated effective in increasing donation and has been introduced in 23 countries. In Japan preliminary study demonstrated that (1) DAP could be implemented and was likely to increase donation in Japan, (2) Japanese healthcare staffs were likely to underestimate social needs and clinical results of transplantation and to be suspicious about brain death, (3) they had limited knowledge and experience in communicating with family members of the deceased, and their needs for education were not satisfied. In order to implement DAP in Japan, an organization which is responsible for data management and development for educational program should be considered with high priority.

Key words: Donor Action Program, organ transplantation, organ procurement

1. 背景

1980年代後半以降、優れた免疫抑制剤の開発などにより移植医療は確立した医療となった。反面、適応疾患の拡大、移植希望患者の増大により、移植用臓器の不足は先進国共通の深刻な社会問題となった。臓器提供が円滑に実施されるには、医療側の体制整備のみならず、社会一般の理解と協力が不可欠である。スペインでは

「臓器提供が少ないのは、ドナーがないからではなく、潜在的ドナーを臓器提供に結びつけることができていないからである」との理念の下、実践的かつ体系的な教育プログラムの開発、院内コーディネーターの配置とこれを支援するネットワーク組織、インセンティブに留意した診療報酬支払システム、メディアとの共同による国民教育、など国をあげての試みが行われ大きな成果をあげている。これは Spanish Model

¹東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野 ²東京歯科大学市川総合病院角膜移植センター ³国立長寿医療センター

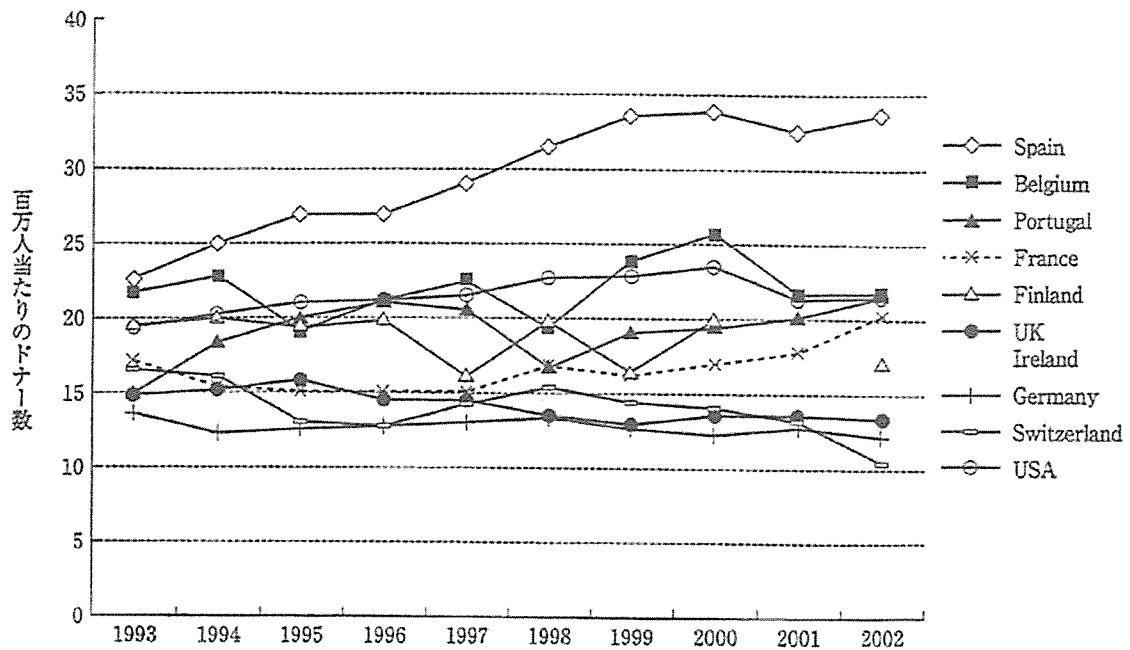


図1 ヨーロッパ、米国でのドナー数の推移¹⁾

と呼ばれ、各国の手本とされている¹²⁾(図1)。

特に教育プログラムとしては以下の3つが標準とされ各国において導入されている。

a. EDHEP (European Donor Hospital Education Program: ヨーロッパ臓器提供病院教育プログラム)

悲嘆家族と医療者との間のコミュニケーション技能を向上させるためのプログラムである。事例に基づき、悪いコミュニケーション例をビデオで見せ、改善点を指摘させ、ロールプレイで更に実践させるなどの工夫がされており、臓器提供のみでなく医療の他の分野でも利用可能である。

b. TPM (Transplant Procurement Management)

移植コーディネーター向けの少人数グループワーク、実習を主体としたプログラムである。上級コースは4日間の日程で、毎年11月にはバルセロナで英語でのコースも開催されており、実際上、ヨーロッパ各国における移植コーディネーターの標準教育コースとなっている。またイタリアでは、同コースを導入して独自に開催している。

ネーターの標準教育コースとなっている。またイタリアでは、同コースを導入して独自に開催している。

c. DAP (Donor Action Program)

マーケットリサーチ、TQM(総合的質経営)の手法に基づいた病院における臓器提供システム作りの手法である³⁾。

各国における経験では、法律・制度の変更を含めて、これらの方策は単独では効果が乏しく、協調して進められる必要がある。例えばスウェーデンでは、法律の変更により臓器提供方式をopting-inからpresumed consentに変更したが、臓器提供は増加しなかった¹¹⁾。全体の調整をどのような組織が担うかを含めて、このような仕組み作りが重要である。

2. DAPの概要

DAPは、マーケットリサーチの手法、TQMの手法に基づき、臓器提供病院を対象に、病院

¹¹⁾ 臓器提供方式として、本人・家族から明確な提供希望の意思表示があるもののみが提供できるとするopting-inと、明確な提供拒否の意思表示がなければ提供希望と見なすpresumed consentがある。後者は臓器提供数を増やす効果がある。

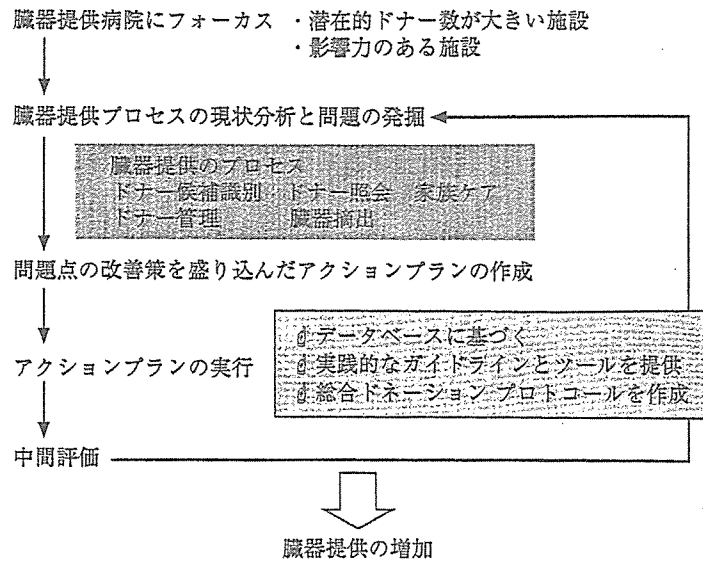


図2 ドナーアクションプログラムの流れ¹⁾

外部者(DAPスタッフ:移植医,プロキユアメントコーディネーターなど)と病院スタッフ(院内コーディネーター)が協同して,問題発見,解決策の提示と導入,効果の検証を行うことにより,臓器提供システム作りを図る手法である(図2).

まず,地域における対象病院を選定する.これには病院代表者の意向,病院規模,診療科(脳神経外科,救急,ICUを有する病院では潜在的ドナー発生数が多い),死亡患者数,地域における影響力(地域の基幹病院がDAPを導入した場合には波及効果が高い),利用可能な資源(人,物,予算)などを参考にする.

病院の協力が得られたならば,現状診断を実施する.これにはHAS(病院態度調査)とMRR(医療記録レビュー)を用いる.

a. HAS(hospital attitude survey: 病院態度調査)

・病院スタッフに対する匿名アンケートであり,脳死,臓器提供についての,意識,知識,教育研修のニーズなどを明らかにする.

・質問項目:職種,所属,個人としての臓器提供への考え方,移植医療についての一般的意

識,移植コーディネーターへの希望など.

b. MRR(medical record review: 医療記録レビュー)

・死亡患者の診療記録に基づいて,潜在的ドナーが臓器提供のどのプロセスで障害されたかを明らかにする(必ずしも全診療科ではなく,救急,脳神経外科など一部診療科のみを対象としたものでもよい.また過去の一定期間(retrospective)であるか,調査開始日を決めてそれ以降の調査(prospective)のどちらでもよい).

・以下の臓器提供プロセスのどこに問題があるかを明らかにするプロファイリングにより改善の可能性を探る.

臓器提供のプロセス:患者背景,診断,潜在的ドナーとして移植コーディネーターに照会されたか,脳死の診断,オプシオン提示²⁾,家族の同意,臓器提供の有無,提供されなかった理由.

現状診断の結果に基づいて,特に重要な問題,教育研修のニーズなどを抽出し,これらに留意したアクションプランを立案する.これは,責任者,期間,必要な資源(担当職員の教育,ル

²⁾ 家族に臓器提供という選択肢があることを告げることをいう.

ールや業務プロセスの変更を含む), 目標を明らかにしたもので, 目標については指標を定め数値的に評価が可能なるものであることが望ましい³³⁾.

一定期間経過後, 再度 HAS の実施, MRR の集計, あるいは必要に応じた調査などを行い目標達成状況を評価する. 目標が達成されているならば, 現在の体制を維持強化するとともに, 更に次のより高度な目標達成を目指したアクションプランの設定を行う. 目標が未達ならば, その原因を分析し, アクションプランの修正を行う. このデミング³⁴⁾の管理サイクル(Plan-Do-Check-Act)を繰り返すことにより, 臓器提供プロセスの改善を図ることが可能である.

DAP で用いられている手法は TQM そのものであり, 病院スタッフが習得した TQM 手法は, 病院の他の活動にも利用が可能である.

3. 我が国における DAP の展開

DAP は, 現在 23 カ国が導入している. 2000 年以降, 厚生労働科学研究班「臓器移植の社会的基盤に向けての研究」(主任研究者大島伸一)により我が国への導入が図られた³⁵⁾. 現在では 30 病院が参加しており, HAS は 6,791 人, MRR は 635 人のデータが得られている. DAP で得られたデータはすべてドナーアクション財団が運営するデータベースで管理され, 国際比較などが可能となっている.

これまでに行われた我が国 (n=5,039) とヨーロッパ諸国 (n=5,447, Finland, France, Greece, Hungary, Poland, Sweden, Switzerland, United Kingdom) との比較検討では, 我が国の医療スタッフは,

(1) 脳死を死の妥当な判断基準と考えるものが少なく, 自分の死後, あるいは家族の死後臓器提供を希望するものが少ないなど, 脳死と臓

器提供について消極的, 否定的である.

(2) 臓器提供希望者の割合を実際よりも過小評価する, また移植待機者数を実際よりも過小評価するなど, 臓器移植の社会的ニーズと効果を過小評価する.

(3) 臓器提供が家族の悲嘆を和らげることに ついて懐疑的であるものが多い.

(4) グリーフケアについて不十分な教育・限られた経験しか有していないために, 潜在的ドナー家族とのコミュニケーションをストレスと感じるものが多い.

傾向が示された³⁶⁾(図 3, 4).

これらの問題に対しては, ①医療スタッフに対する脳死・臓器提供についての教育研修による正確な情報の提供, ②我が国のデータを用いての臓器提供が家族の悲嘆を軽減することの検証, ③グリーフケアについての体系的な教育プログラムの開発, を実施することが優先度の高い緊急の課題であると考えられる.

既に導入が進められた, 5 県のうち 4 県においては, 臓器提供数の増大, 献腎情報の増加, および心停止前の情報提供など情報の質の向上が認められた. 我が国においても導入が可能であり有効であることが実証されつつある. しかし, DAP を導入してから効果が現れるまでに 2 年程度のリードタイムを要することから, DAP の更なる拡大には長期的な計画の策定が求められる. 現在は, 厚生労働科学研究班の活動として DAP が実施されているものの, 研究班の活動は時限であるため, 日本臓器移植ネットワークなど恒久的な組織によるプログラムの管理, スタッフの教育, データの管理が検討されることが望ましい.

4. 今後の展望

移植医療を円滑に進めるための手法として,

³³⁾ '入院患者の全員が入院時に意思表示カードの所持を確認されていること', '看護スタッフの 75% が家族とのコミュニケーションをストレスに感じることなく取れること', '潜在的臓器ドナーの 80% にオプション提示が行われること'などは目標設定の例である.

³⁴⁾ W. Edwards Deming (1900-1993) は統計学者で, 第二次大戦中の米国での軍事物資の生産, 戦後の我が国の産業界などで品質管理の発展に大きな貢献をした.

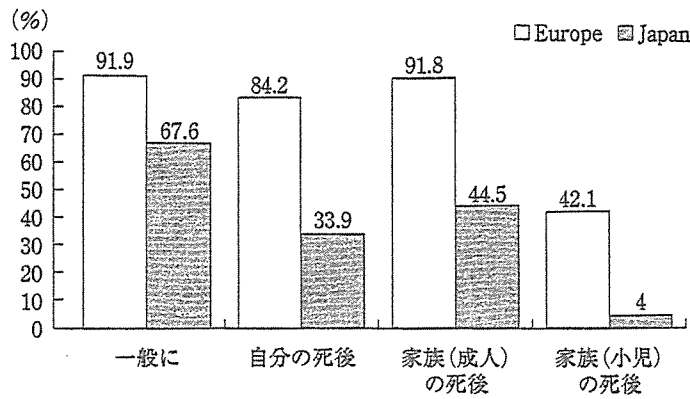


図3 臓器提供に賛成・希望するものの割合

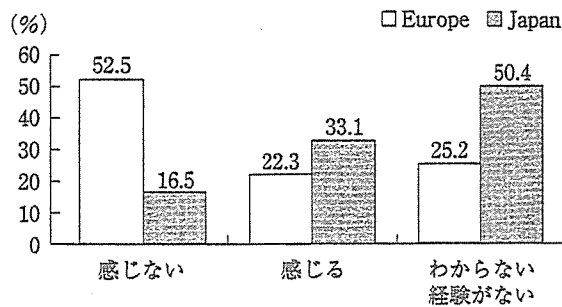


図4 家族に臓器提供の話を持ち出すときにストレスを感じるものの割合

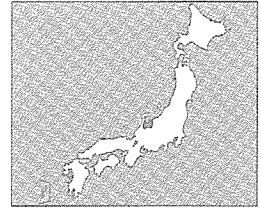
DAPは国際的にも効果が実証されている。我が国でも2000年以降導入され、臓器提供の増加など有効性が検証されつつある。DAPデータを用いた我が国とヨーロッパ各国との比較からは、医療スタッフに対する脳死・臓器提供についての教育研修による正確な情報の提供、我が国のデータを用いての臓器提供が家族の悲嘆を軽減

することの検証、グリーフケアについての体系的な教育プログラムの開発を早急に実施する必要があると示唆された。DAPの更なる拡大には長期的な視点に立った恒久的組織によるプログラムの管理、スタッフの教育、データの管理が検討されることが望ましい。

■ 文 献

- 1) 瓜生原洋子ほか：欧州における臓器提供の現況と推進への取組み—日本の臓器提供数増加に向けて—。移植 39(2)：145-162, 2004.
- 2) Alonso M, et al: Donor action in Spain: a program to increase organ donation. Transplant Proc 31(1-2): 1084-1085, 1999.
- 3) Donor Action Homepage(<http://www.donoraction.org/>).
- 4) 高橋公太(編)：献腎提供を増やすための取組み—病院システム確立を目指して—, 腎移植連絡協議会からの提言, 日本医学館, 2003.
- 5) Roels L, et al: Critical Care staffs' attitudes towards donation: a comparison between Europe and Japan, American Transplant Congress, Seattle, 2005.

第1回 富山県： 腎提供空白県からの“^{テイクオフ}離陸”



富山県：豊かな自然と300余年の売薬の歴史

1997年以降腎提供が活発化

石川県・福井県と並ぶ北陸3県の1つである富山県は、南北に伸びる日本列島の中心、日本海側の中央部に位置する。3,000m級の山々が連なる立山連峰や、険しくも美しい景観で知られる黒部峡谷など三方を山岳地帯に囲まれ、その山並みからの清流に育まれた米どころとして、またホタルイカやシロエビに代表される富山湾の豊富な海の幸など、豊かな自然が人々の暮らしや産業の礎になっている。

人口は約112万人。県民性は勤勉で真面目、家族や地域のつながりを大切にす穏やかで温かな心根が特徴と言われる。同時に、保守的の気質が強い中にも女性を中心にハネッ返りを生み出す積極性をも内包しているという。基幹産業は、現在は金属製品を主体とした製造業だが、富山県と言えば300余年の歴史を誇る売薬が全国的に知られる。その伝統と歴史を礎に、今日も国内有数の医薬品の生産地として知られている。

医薬との縁は決して浅くない富山県だが、移植の歴史を振り返ってみると、献腎移植が行われるようになったのは1987年。89年に富山県腎臓バンクが設立され、翌90年から献腎ドナー登録が開始されたが、96年まで県内からの提供はなくもっぱら他県ドナーからの提供に依存するという状況だった。しかしながら、95年4月の(社)日本臓器移植ネットワークの設立を受け、97年6月に県移植コーディネーター(Co)設置を機に状況が変わり始めた。同年には初の腎提供があり、99年の院内Co設置、2001年のドナー実態調査などの取り組み(表1)を積み重ねる中で2002年、県外への初の腎提供が行われるに至った。

かつては「腎提供空白県」とまで言われた富山県だが、いかにして脱却を果たしたのか。大島伸一氏が県内様々の施設で献腎移植に関わる方々にお話をうかがった。

富山県における臓器提供の歩みと今後の課題

司会：大島伸一 (国立長寿医療センター総長)
 出席：飯田博行 (富山県立中央病院副院長)
 泉野 潔 (富山医科薬科大学医学部看護学科地域・老人看護学助教授)
 西尾礼文 (富山医科薬科大学泌尿器科学)
 高橋絹代 (財団法人富山県腎臓バンク 移植コーディネーター)



大島伸一氏

表1 富山県における腎移植の歩み

1975年	2月	富山県立中央病院で最初の生体腎移植
1986年	11月	富山医科薬科大学で最初の献腎移植
1989年	8月	富山県腎臓バンク設立
1990年	7月	献腎ドナー登録開始
1997年	6月	県移植コーディネーター設置
1997年	10月	日本臓器移植ネットワーク設立 意思表示カードを用いたドナー登録開始
1999年	4月	院内コーディネーター設置19施設(2000年には1施設が加わり計20施設に設置)
2001年	10月	6病院でドナーの実態に関する調査開始
2003年～		ドナーアクションプログラム開始

1997年に始まった ゼロから無限大への飛翔

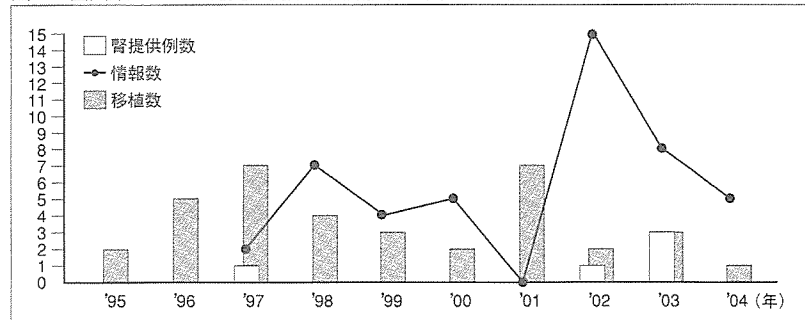
大島 富山県は文字通りゼロからの出発で、それがこの数年間で一気に腎提供が4例出ました(図1)。ゼロから1になれば無限大の“飛躍”だと思います。それが一気に4になったわけですから、これは無限大の“進歩”を遂げたと言ってよいでしょう。

飯田 ちょっと大きいです(笑)、以前は東海地区からいただいていたばかりであったのは事実です。ですから一時期、私などは名古屋の先生方に会うのが気が重いという時期がありました。
 泉野 僕は今でもそうですよ。

飯田 確かに、県外への腎提供が行われるようになったとは言え“輸入超過”はまだまだずっと続いているわけですから、申し訳ない気持ち常在に

ります。
 大島 腎提供空白県であることは問題だということがすべての医療者に認識されることが重要ですね。次に、その

図1 富山県における腎提供例数と臓器提供に関する全情報数、移植数の年次推移





飯田博行氏

問題を本気で、誰かがやってくれるのではという意識ではなく自ら必死に解決しようという人間の存在が必要です。富山県の場合、この2点については少なくとも本日ここにお集まりの飯田先生、泉野先生、西尾先生、高橋Coは皆さん持っていらっしゃる。さらに、全員の力を集結することについては、おそらく高橋Coはキーマンのお1人でしょう。

飯田 高橋Coが着任されたのが1997年で、この年に初の県内ドナーからの献腎移植が私どもの施設で行われました。ただこの腎提供は正直、偶然だっ

た側面が強いと思います。しかしこの点された火種が消えなかったのは、高橋Coがその後いろいろと我々現場の人間の意識に働きかける取り組みをしてくださったからで、97年以降、徐々に腎提供が活性化し2002年の県外への腎提供に繋がったと思います。

1999年4月に院内Co設置 19施設が配置に呼応

大島 その間の取り組みの1つが1999年の院内Coの設置ですね(図2)。

高橋 富山県はネットワークの中日本支部に属しているというのが幸運なところでして、愛知県や静岡県といった腎提供先進県と密に情報交換などをさせてもらっています。そのため刺激を受けることが多々あり、院内Coについても当時、静岡県で移植医療に大変

効果的に機能することが実証されていて大いに注目していました。もう1つその年の2月末に、国内初の脳死下提供が高知で行われ、富山県でもいつ発生してもおかしくない、対応できる体制を一刻も早く強化しておかなければとの思いを強く抱きました。そこで、県内20施設に院内Co設置のお願いの文書を発信しまして、19施設が即配置に応じていただきました。

大島 文書を発信しただけで19施設から了解いただけたのですか。

高橋 はい。やはりそれだけ第1例が高知で行われたことの現場に与えた影響が大きかった。次は自分達の番かもしれないという意識から、協力要請がすんなりと受け入れられたのだと思います。

ドナーの実態に関する調査、 そしてDAP参加へ

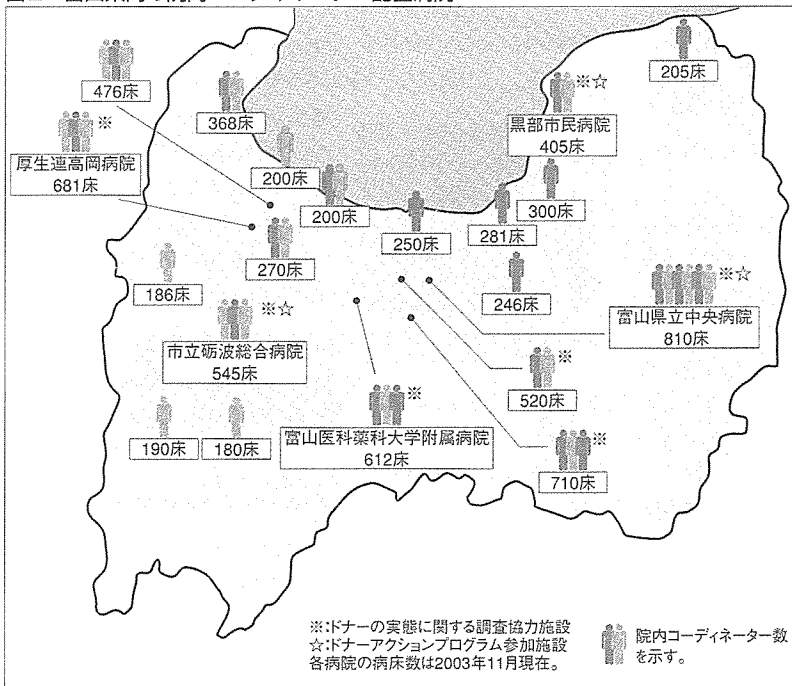
大島 次に2002年にドナーの実態に関する調査を行いました。

高橋 これは主に院内Coの活動を側方支援することが狙いでした。Co活動の効果を具体的に見せることで施設内での活動をより行いやすいものになりたい。もちろんドナーに関する問題点や課題を把握することで、今後の富山県における移植医療推進の鍵を見出すためでもありました。8施設にご協力いただきまして、院内Coの活動によって確実にポテンシャルドナーの把握が行われるようになってきていること、またポテンシャルドナーとしての可能性がありながらもオプション提示に至らなかった理由、有効ならなかった要因分析を行うことができました。

この調査と平行してもう1つ取り組んだのが、ドナーアクションプログラム(DAP)への参加を施設に呼びかけることです。2003年から3施設に参加いただいています(表2)。

大島 飯田先生の施設はその1つですね。DAPに対する施設の受け止め方などいかがでしょうか。

図2 富山県内の院内コーディネーター配置病院



1999年に富山県下19施設に院内コーディネーターが配置され、2000年にはさらに1施設に配置、現在20施設に配置されている。2001年にはこのうちの8施設でドナーの実態に関する調査が行われた。1999年以降、院内コーディネーター研修会が年4回開催されている。ちなみに2004年に開催された研修会のテーマは「群馬移植について」「福井県済生会病院でのコーディネーター活動」「グリーンケアに繋がるエンゼルメイク」「ドナーアクションプログラムの病院意識調査報告、ドナーの実態調査経過報告」。

飯田 当施設は県内初のドナー誕生の地ですし献腎移植は県内他施設に比べれば行われているほうです。それでも職員に移植医療に対する温度差があり、残念ながら施設をあげてという機運はまだ醸成されていません。腎臓内

科や泌尿器科の医師、腎臓移植や透析に携わっているナースを始めとするスタッフはいろいろなことがわかっています。しかしそれ以外の、むしろ大多数のスタッフはやはり腎提供・移植に対する理解はあまり深くない、当県の



泉野 潔氏

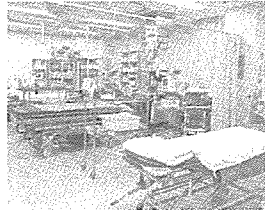
病院意識調査 (Hospital Attitude

腎提供を経験してみても

—厚生連高岡病院—

富山県下の腎提供5例のうち2例が提供された厚生連高岡病院(駒井杜詩夫院長、681床)。2例の腎提供に立ち会った同施設ICU・CCU部長の広田幸次郎氏は当時を振り返って次のように話す。

「それまでドネーションについては全く無関心の様相を呈していた地域でしたが、2002年から2003年にかけて立て続けに2例のご希望がありました。富山県西部の3次救急を担う施設として、ドネーションに対応できるシステムの準備を進めていましたので、2例ともスムーズに事を進められました。当施設のICUは、ICUスタッフとは別に



厚生連高岡病院の救命救急センター。院内Coには救命救急センター、ICU、脳神経外科の師長がそれぞれ担当している。

主治医の先生方がいらっしゃるって、人工呼吸管理など患者の全身管理を我々ICUスタッフが担うというシステムです。腎提供が行われた2例とも、それぞれ循環器、脳外科の主治医の先生がいらっしゃるって、オプション提示は主治医が行いました。私と循環器主治医の先生は大学病院勤務時にドネーションの経験があり、脳外科の先生もご家族・ご本人の意思があるのならば当然という考えでしたし、特に今回は2例とも従前にご家族から提供の意思が示されていたケースだったのでスタッフもとわりわけストレスなどを感じることはありませんでした。ドネーションのご希望はいつあってもおかしくない、その心構えと対応できる体制をきちんとしておくことの必要性を痛感しました」

ドナー発生の可能性が高いことを想定しての体制づくりのための取り組みの1つが、3名の院内Coの配置と彼らへの活動支援である。院内Coの1人でICU管理師長の東海洋子氏は、「富山県腎臓バンクで定期的に行われる院内Coの研修会の場を通じて、他施設で



東海洋子ICU管理師長



センター型ICUを持つ県西部の3次救命救急施設である厚生連高岡病院は、脳死臓器提供施設としての登録がされている。

の経験例を聞き、こういう場合はこうだねということをして3人のCoが少しずつ集めていたように思います。その情報の蓄積が実際のドネーションに役に立ちました」と語る。

同施設で院内Coが有機的に活躍していることはデータにも現れている。ポテンシャルドナー

が3年間で39件と県内で一番多い状況にあることが県の腎臓バンクのドナー実態調査で明らかになったのである。

「現状をしっかりと受け止め、なおいっそう頑張るよう努力したい」と広田氏。「ただ現状のシステム下でオプション提示を増やすのは

難しいと思っています。まだまだボランティア感覚が抜け切らず、うまくいけばうれしいが拒絶されると非常に消耗してしまう、それを恐れているところがあります。その感覚を払拭するには家族ケアに関するシ



東海氏の案内で厚生連高岡病院のICUを見学する大島伸一氏(写真右)

ステムをきちんとする必要がありますし、また現場医師の仕事が現実的に一昔前と比べると非常に増えていること

を解消しなければ大きな飛躍は難しいと思います」

それでも、広田氏が課題として指摘する患者・家族ケア充実への第一歩として、高橋Coのアドバイスを受け東海氏ら院内Coによって、まずはその意思をきちんと把握することへの取り組みが始まっている。看護記録にドナーカード所持について記載する欄を設けたのである。強制力はないが、同施設の次なるステップへの前進に向けての歩みは、少しずつだが確実に進められている。



臓器提供をめぐる懇談(写真左から大島氏、広田氏、東海氏)



西尾礼文氏

表2 富山県におけるドナーアクションプログラムの歩み

2003年 2月	協力施設選定(富山県立中央病院、市立砺波総合病院、黒部市民病院)
3月	ドナーアクションプログラム研修会に参加(参加者: 県Co、富山県立中央病院Co、市立砺波総合病院Co各1名)
6月	富山県内において長谷川友紀氏による講演会開催
8月	医療記録レビュー(Medical Record Review: MRR)開始
8月	黒部市民病院において病院意識調査(Hospital Attitude Survey: HAS)実施
8月~9月	富山県立中央病院においてHAS実施
11月	市立砺波総合病院においてHAS実施
2004年 3月	グリーンケア研修会出席

Survey: HAS)にも現れていましたが、脳死などに対する理解が低いのです(図3-①)。やはり医学生もそうですが、ナースを含め医療者がそういうことに対する教育を受けていないからだと思います。

大島 日本の医療現場、医療教育の場には、死生観が欠落している。そこが欧米の医療と決定的に違うところです。死生学にはサイエンスだけでなく宗教や文学などの要素も含まれていますが、そういう部分が欠落している。

飯田 避けているということもあります。尊厳死や安楽死の問題を医者の間でも医療スタッフの間でもディスカッションしない。そのため、脳死患者あるいはその家族に対するアプローチは十分ではありませんし、医療者の多くが家族へのアプローチに強いストレスを感じているのだと思います(図3-②)。

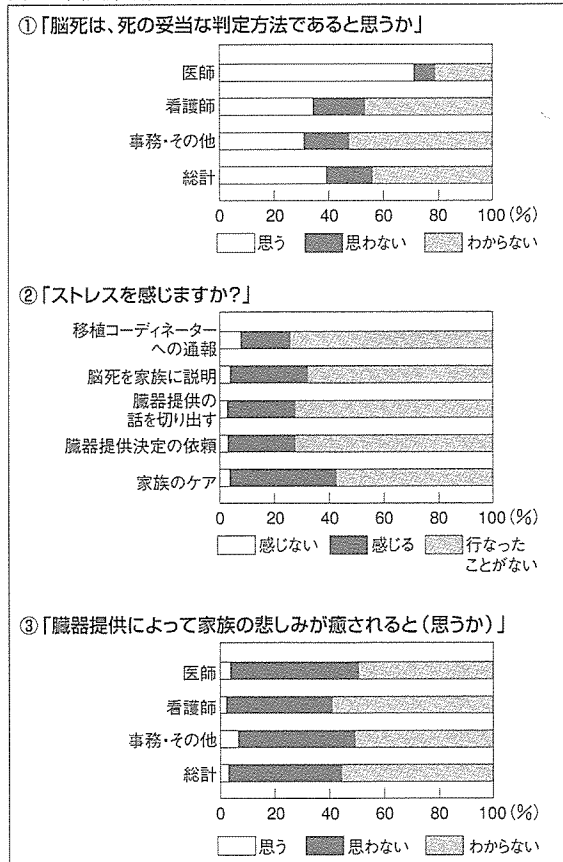
から、実際に摘出されるまでの2日間を大変な思いで過ごされたのだろうなというイメージしか残りません。患者さんがこうなりましたと報告する機会や反省会などの場がもっとあれば少しはイメージが変わるのではないかと考えることはよくあります。その方法論を高橋Coだけに頼るのではなくて、我々自身も何かよい方法はないのか考えなくてはならないと思っています。

大島 そのあたりが、ゼロからの離陸を果たした富山県の今の状況を、安定飛行レベルへとステップアップする次なる課題ということでしょうか。

泉野 日常的なシステムの中にどう組み込めばよいのかを考えなくてはならないと思っています。

飯田 医療一般の課題である標準化を移植医療でも実現することが今後の一番の課題でしょう。

図3 富山県病院意識調査(回答者834名)



HASで見た富山県の次なるステップへの課題

高橋 HASの中のグリーンワークに関するところで、臓器提供が家族の癒しにつながらないと思っている医療者が非常に多いのです(図3-③)。しかし、私が出会ったご家族は、すぐ癒されていると感じられました。フォローにうかがった際も提供したことをずいぶんと喜んでくださっていました。そのご家族の気持ちを、現場の提供側の先生に一生懸命伝えるよう努力はしているのですが…。

西尾 確かに現状では、救急の先生は臓器提供の申し出があって

移植を受けた患者さんの演出も医療者の務め

泉野 ところで私が常々疑問に感じていることに、移植を受けた患者さんが元気になると透析施設に行きづらくなるということがあります。これは富山県人の気質に由来していることなのでしょう。

大島 名古屋でも東京でも同じですよ。

泉野 そうなんですか。私は移植を受けた患者さんが「こんなに元気になったよ」と声を出してもらえればと前々から思っていました。ところが移植を受けた患者さんには「自分だけこんなにいい思いをして悪い」という感覚があるように思います。

西尾 宝くじにあたった方のように、自ら進んでハッピーさを吹聴しない。それどころか泉野先生がおっしゃるように後ろめたい気持ちのほうが強い感じがします。

泉野 でもハッピーであることを一番わかっているのだから、皆に伝えてもらうのが一番いいと思うのですが。

高橋 協力してくださる人もいますよ。医療スタッフや学校教育の場から自分から出てくださる方はいます。

大島 うれしいという気持ちを不幸な人の前では言にくいという感覚が人間の根底にある。その一方で、間違いなく役に立ちたいとも思っている。苦しみをわかっているから、こうすればハッピーになるよということはおわかってるし、それを伝えたいと思っ

ているはず。そこで後ろめたさを感じさせないように声を出してもらうには、我々がお願いして引っ張り出すことです。「無理やり連れてきた」と言

ってあげて、そういう雰囲気をつくってあげること。これも方法の1つと言えるのかもしれませんが。

高橋 それなら患者さんのためらいは確かに薄れます。

大島 最後にお1人ずつ今後富山県が現状からステップアップするための鍵、あるいは目標などをお話いただき

たいと思います。

富山県で年間5例が達成されれば 全国1,000の腎提供に結びつく

飯田 富山県はだいたいいろいろなことが全国の1/100なんです。例えば人口とか。だから以前から我々の間では、腎提供は、日本全国で1,000の腎提供を目標とすると、富山県で年間10腎提供できればすごくいいねと言ってきました。つまり5例が当面の目標値だと思っています。

泉野 私は、家族がこんなことをやるべきではないということを思わないようにするにはどうすればいいか。そのことを考える一番大切な時期にあると思います。その手法を何とか見つけ出せればと考えます。

西尾 次回につなげることで、そのためにもフィードバックの手法の確立を急ぐ必要があると思います。その際、富山県人の気質として先頭を切ってやるという部分が薄いので、どこかの病院でモデルになるような成功シーンをつくって、真似をする形で広めていくと



高橋綱代氏

いうやり方がマッチすると思います。

高橋 実はステップアップにあと1歩で踏み出せるというところにきていまして、例えば、院内Coについて、これまでのようにバンクからではなく県知事名での委嘱状配布が前向きに検討されています。また、院内Coを配置する病院トップを集めた連絡協議会をつくり、院内Coを下部組織として組み込んで側方支援ができる体制も計画しています。

大島 システム化の第1歩ができつつあるわけですね。素晴らしいことです。富山県での移植医療発展と皆さんのご活躍を心から期待しています。

Column



富山県の移植医療に携わる方々への期待

富山県が腎提供空白県から離陸されたこと、腎提供や腎移植への具体的な貢献もさることながら、腎提供の普及のために“なすべきこと”を実体ある形で浮かび上がらせた点はとても重要ではないかと思

います。数十年前、世界中が空白であった状態から、ポツポツと地域ごとに脱却したわけですが、当時は腎疾患、腎提供、腎移植、長期の術後管理のプロセスの全体像が明確ではなく、1つの要素が単発的に成功し移植につながったものの、“成功の流れ”に結びつけるのは困難でした。

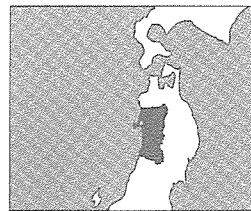
わが国でも、大島先生や私の世代は移植医療の具体的な姿を探究してきたわけですが、当時はやみくもに努力し、単発的な成功や失敗に一喜一憂したものです。現在、移植医療の先進地域(世界で、あるいは国内)では、移植医療のプロセスを構成する全要素が浮かび上がり、理想に近い形の臨床システムも理解できるようになりました。

このような背景をもちながら、富山県が空白から離陸されたわけですから、離陸の鍵となった要素、さらに拡大・発展するための要素は、先進地域での体験を

座標軸として、より明確に把握できると思います。全体像としての成功や次の発展に向けて要求される要素群を組み立てつつ進めることが、富山県では可能です。要求される重要な要素にこの問題に関わる人間集団が挙げられますが、富山県を分析すれば、提供施設のリーダー、移植施設のリーダー、その人々を結ぶ県Coの役割や具体的貢献が明確になります。富山県での離陸を県内での出来事にとどめず、広く全国に情報伝達し、次々と離陸する地域が増すことへのご協力をお願い致します。

野本 亀久雄(九州大学名誉教授)

第2回 秋田県： 真っ白なキャンバスだからこそ 上手く描けた移植医療の進展図



腎バンクも組織されていなかったが……

秋田県の移植医療は、最近までまったくの空白県であり、1980～90年代に全国的に設置が相次いだ腎バンクも、同県では組織されることがなかったという。

しかし、時代の流れのなかで95年4月、秋田県臓器移植推進協会が設立（05年あきた移植医療協会に名称変更）。96年6月に県移植コーディネーター（Co）が正式に配置され、移植医療への取り組みが本格稼働した。それからわずか4年後の2000年4月、全国でも6番目という早さで脳死下臓器提供が行われるに至り（表1、表2）、今日では最も潜在的なポテンシャルが高い県として注目を集めている。そのことを裏付けるように、本連載のホスト役である大島伸一氏が取材のために同県を訪れたこの日も、「入院患者のカード所持」の情報が寄せられていた。関係者待機という緊張感に包まれるなか、先の脳死下臓器提供が行われた由利組合総合病院を大島氏が訪問、関係各位を交えお話をうかがった。

表1 秋田県ならびに由利組合総合病院における取り組みの歩み

1995年	4月	秋田県臓器移植推進協会設立（2005年あきた移植医療協会に名称変更）。
1996年	6月	県移植コーディネーター（県Co）設置。
1997年	1月	秋田県：30透析医療施設責任者訪問開始
	3月	秋田県：病院講演活動開始（県Co、移植医）
	5月	県Co、由利組合総合病院院長へ協力依頼。
	6月	県Co、由利組合総合病院進藤氏へ協力依頼→由利組合総合病院の総合案内にカード設置、ポスター掲示開始される
1998年	8月	由利組合総合病院：医局説明会開催
	9月	由利組合総合病院：院内講演会開催
1999年	7月	由利組合総合病院：臓器提供シミュレーション実施
	10月	秋田県：臓器提供施設懇話会開始、参加者意識調査
2000年	4月	由利組合総合病院：県内初（全国6例目）脳死下提供を実施
	6月	秋田県：26救急医療施設に院内連絡担当者設置、会議開催
2001年	4月	秋田県：脳死・献腎調査（17救急医療施設院長へ院内Co設置依頼）
	12月	県Co・移植医、17救急医療施設院長へ院内Co設置依頼
2002年	3月	秋田県：第1回院内Co勉強会開催
	8月	秋田県：院内Co設置医療施設院内研修会開催開始
2005年	10月	秋田県：第9回院内Co勉強会開催

脳死下臓器提供成功のポイントと 残された課題

司会：大島 伸一（国立長寿医療センター総長）
 出席：進藤健次郎（由利組合総合病院副院長）
 佐藤 滋（秋田大学医学部附属病院血液浄化療法部助教授）
 企画・編集協力：
 土方 仁美（財団法人あきた移植医療協会移植コーディネーター）



大島伸一氏

マスクミを味方につけた対応が 院内のムードづくりに結びつく

大島 まずはじめにお断り申し上げておかなければなりません。実は本日この座談会には、秋田県Coの土方仁美さんも出席される予定でしたが、今朝ほど「入院患者のカード所持」の情報があり、現在秋田市内にて待機中とのこととで急きょ欠席となりました。ご家族へのアプローチなどまだこれからなのですが、もしドネーションということになりますと……。
 佐藤 私も中座して現地に向かわなくてはなりません。

大島 というように、秋田県における移植医療の高まりをまさに肌で感じながら、進藤先生と佐藤先生お二方にお話をうかがっていきたくと思います。

秋田県の状況が今日のような最大契機は、全国のなかでも早い段階での実施となった“第6例目の脳死下提供”ではなかったかと思えます。進藤先生、当時の状況は実際いかがでしたか。

進藤 第6例は、私どもはもちろんのこと秋田県において初、東北でも2例目という取り組みでした。ですから、静かに行いたいという考えではありましたが

周囲がそれを許してくれず、報道陣ははじめ様々な方が多数当院に押しかけました（表2）。

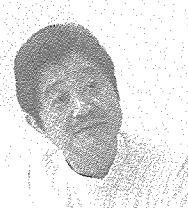
大島 さぞかし大変な騒ぎだったでしょう。

佐藤 私は秋田市内から報道を通じて見ていたのですが、意外に落ち着いた感じで、なおかつ由利組合総合病院の取り組みを各メディアが、とても好意的に報じていたという印象が強く残っています。

大島 それは何かマスクミ対策を講じた？

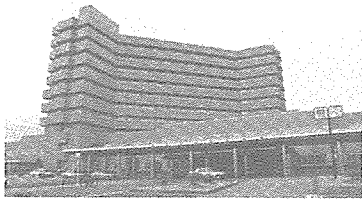
進藤 メディア側にはまとめ役となる代表1社を立てていただくようお願いし、そこを通じて情報を提供するというだけですが、それが功を奏したようです。代表社は地元のメディアで、記者会見は脳死判定後と臓器摘出後それぞれの段階で2回行いました。

大島 それはすばらしい対応です。マスクミと友好関係を築くというのは、移植医療のなかの実は大きなポイント



進藤健次郎氏

です。これまでも多くのドネーションに関わった方と話をすることがありましたが、大半の方はこう言います。「あの



JA秋田厚生連由利組合総合病院(22診療科・724床/うちICU6床)は、秋田県の西南、本荘・由利地区(対象人口12万人)の医療の中核を担う。国公立の病院が極めて少ないという秋田県の医療事情から、三次救急はもとより、訪問看護等の在宅医療、健康センターを設置しての保健医療の拠点としての役割も果たしている。



左から当時の脳外科病棟看護師佐藤氏と院内Coでもある脳外科医の菊地氏。

メディアの騒ぎに巻き込まれるのはたまらない。だからもう二度とやりたくない」と。しかし、メディアが騒ぐ最大の原因は結局、その時のマスコミ対応のまずさにあるんですね。例えばバラバラにメディアの質問に応じていると、どうしてもA社に言ったこととB社に言ったことにズレが生じる場合がある。するとメディアはどうしても不信感を持つようになって、移植のみならず病院にとってもマイナスイメージの報道がな



“第6例”の拠点ともなった手術部・ICUは同院3階にある。写真正面奥がICU。フロア全体にゆったりとスペースが確保されているため、摘出チームのスタッフが数多く詰め寄せたが混乱はほとんど生じなかったという。



進藤氏が“その時”に備えて収集した移植医療に関する新聞・雑誌の切り抜きファイルはダンボール2箱分にもおよぶ。

されてしまう。それが関わった当事者にとって、もう勘弁だということになって、せっかく芽生えた移植医療発展の契機という芽が摘まれてしまう。そういう事態が繰り返されてきたのです。進藤 おっしゃるような危惧は、私も先行文献などを見聞きするなかで認識していました。マスコミ対応は重要であると考え、先行事例5例のなかから見出したのが、ご説明したやり方だったのです。

大島 先ほど先生のオフィスに立ち寄らせていただいた際に(移植・臓器提供関連の)新聞記事や雑誌の切り抜きファイルを見せていただき大変感嘆したのですが、あれがこちらの一連の取り組みの知恵袋になったと。

進藤 はい。私は脳外科医ですが、以前から移植医療には非常に関心があり、移植医療に関する記事の収集をしてきました。それが役に立ったようです。

大島 なるほど。こちらの病院での成功の理由があらためて納得できました。事後のスタッフ・職員の反応はいかがでしたか。

進藤 「誇らしく思った」という感想が聞かれました。小さい町ですが、メディアが好意的に伝えてくれたことで町の方々も臓器提供を好意的に受け止めてくれた。それがまた職員にも伝わり病院全体のムードがよくなりました。

「脳死は脳外で生まれる」とのリーダーの信念が病院文化に

大島 脳外科医でいらっしゃる進藤先生が移植医療に関心を持たれているということは、われわれ移植医の立場からすると、ある意味で感動すら覚えるのですが、先生の移植医療に対する考え方をあらためておうかがいします。

進藤 脳死の患者は残念ながら脳神経外科の臨床の場で生まれます。他科からはゼロではないけれど、ほとんどが脳外から生まれる。そして諸外国では、そうした脳死患者から臓器移植という医療行為が、心臓、肝臓、肺とどんどん行われており、日本人医師も海外で活躍しているのです。目を転じれば、当院でも脳死の患者さんは年間何名か

表2 ドキュメント 第6例目脳死下提供(2000年4月:由利組合総合病院)

13日(木)	11:40	40歳代女性搬送される。くも膜下出血。意識がなく深昏睡。瞳孔散大して対光反射消失。まもなく自発呼吸が消失する。	
14日(金)	13:30	患者の父親から「臓器を提供したい」との申し出	
	16:15	臨床的脳死と診断	
	16:20	県の移植Coへ連絡	
16日(土)	11:15	移植Coから家族へ説明。承諾書受領	
	2:31	第1回法的脳死判定検査開始	
	12:30	第2回法的脳死判定検査開始	
	15:03	第2回法的脳死判定検査終了	
	18:00	病院にて記者会見	
	19:00	医学的理由で腎臓提供断念	
16日(日)	10:46	肝臓摘出手術開始	
	14:04	搬送開始(県警ヘリ、飛行機、愛知県ヘリ)	
	15:00	二遺体を見送る	
	15:30	病院にて記者会見	
	17:34	京都大学病院到着、直ちに移植が行われた	

秋田県県民への啓発活動

秋田県における臓器移植推進活動の大きな柱の一つは県民への啓発活動である。意思表示カードの普及活動のほか、地域に密着した啓発活動として、一般ボランティア主体のフォーラム開催、医療施設・教育施設などでの移植パネル展示、商店街でのポスター掲示、消防学校での講義、看護・医学生と教職員へのリーフレット配布など多彩な啓発活動を展開している。また、メディアを通じた啓発にも力をいれている。写真右上は院内コーディネーター勉強会における家族の提供意思の確認をめぐってのロールプレイ、地元テレビ局の秋田放送に報道してもらった。



写真左:「ほだなことやじゃね」(そんなことはだめだ)「んだどもせ、おどー」(だけれども、おとうさん)…。息子の献腎移植をめぐっての家族のてんやわんやを秋田弁の劇にして上演。県民に身近なことでして認識してもらえるようにとの地道な努力が続けられている。

いる。制度が整えば、脳死下の臓器提供のご意思がある方に対応できるようにすることは、医療人として当然のことだというのが私の基本的な考え方です。

大島 先生のお話は、われわれ移植医からすると「全く、そうなってもらわないと困る」という話ですが、現実には救命救急の現場で「今まで必死に生かそうとした人が脳死になったとたん臓器提供しようなんて、人間として言えるか!」と怒鳴りつけられることも少なくないわけですね。

進藤 私は脳外科医としての教育の過程で、Do Nothingな状態、残念ながら患者さんにこれ以上何もしてあげることができない状態があるという教えを受けました。そしてその後の医師としての人生のなかで、移植を受けて元気に社会で活躍をされる人たちを見たり、当院の先代の副院長がご兄弟から腎移植を受けて非常に元気になられた姿を目の当たりにしました。移植しか治療法がないという患者さんがいて、成功すれば患者さんにとって最高だという経験を重ねるなかで、それができる立場にあるのは脳外科医ではないかと確信するに至ったのです。

大島 進藤先生の移植医療に対するお考えは、先ほど見学させていただいた脳外科スタッフの一人ひとりにもきちんと浸透し、文化として根付いている

ように感じられました。

院内Co設置への取り組みが“生きた情報”を増幅させた

大島 具体的な移植医療に対する貴院の取り組みについてもおうかがいしたいのですが。

進藤 院内Coが設置されたのは2001年です。いざという時の情報提供を最も拾いやすいよう脳外科医2名と、脳外科病棟およびICUの各看護師長1名の計4名が任に当たっています。また、年2回移植に関する勉強会が開催されています。いずれも本日欠席されている土方さんの熱心な働きかけが大きい。

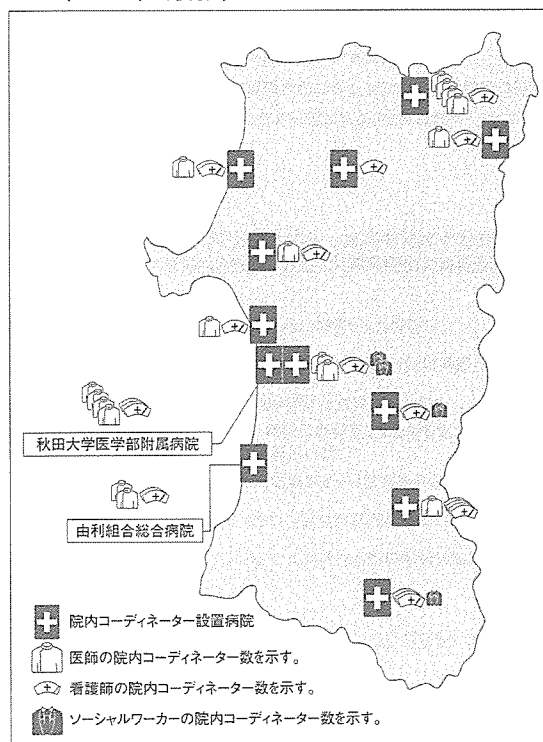
大島 院内Co設置は“第6例”以後なのですね。その辺の事情を含め秋田県全体の移植医療への取り組みについて、土方さんに代わって指導的な立場で一緒に活動されている佐藤先生からご紹介いただけますか。

佐藤 土方さんと由利



佐藤 滋氏

図1 秋田県における院内コーディネーター設置病院 (2005年7月現在)



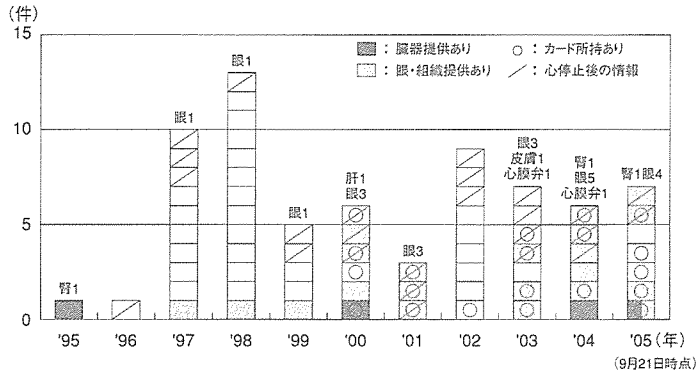
組合総合病院との関わりは、彼女が県Coとして赴任されてきた当時からありましたが、具体的に院内Co設置を働きかけたのは、2002年1月からの献腎レ

シピエント選択基準の変更という事態を目前に控え、移植医療をシステムとして確実に根付かせたいという目的があったからでした。

大島 現在までの3年半で、12の県内医療機関に47名の院内Coが配置されるに至ったようですね(図1)。

佐藤 決してそれで満足はしていません。ある程度の骨組みはできたが中核がない、本丸の脳外科医の先生方に十分に踏み込めていないという反省があります。進藤先生のように、臓器提供にご理解のある先生、あるいは少なくともそれが患者・家族の意思なら叶えましょうという思いの脳外科医の掘り起こしが不十分なのです。ただ3年半の成果として、寄せられる情報の“質”が間違いなく変わった。情報数は単純に増えてはいませんが、以前はなかった心停止前の“生きた情報”が増えてきたからです(図2)。

図2 秋田県の情報と提供の内訳

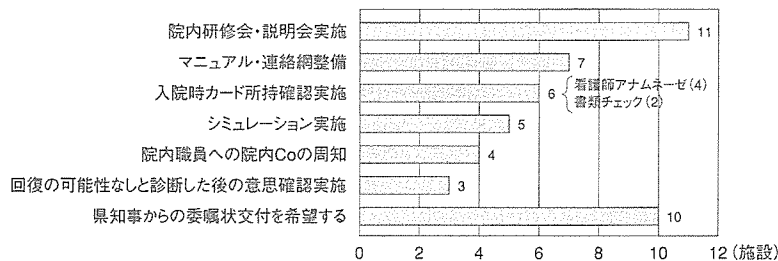


意思を確実に反映できるシステムの確立が最優先

大島 秋田県というのは元々腎バンクがあるのかなのかよく分からない、移植医療については全国有数の空白地帯の1つだったという認識が私のなかでは強い。

佐藤 おっしゃるとおりで、他県にあるような腎バンクは組織されていませんでした。1980～90年代にかけて東北各県にも腎バンクができ、移植希望者は各県で登録するよという事になった当時、岩手県が140人、山形県に110人と分散していきましたが、秋田県には移植施設もバンクもなかったためまったく動かなかった。私が秋田大学に赴任してきた時も登録者は1人でした。

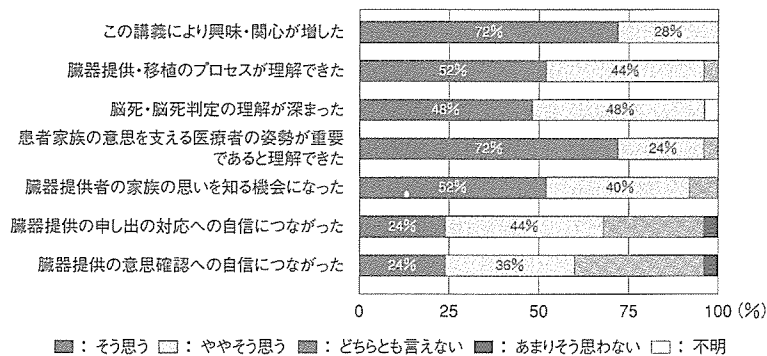
図3 秋田県における院内説明会と院内コーディネーター活動・院内体制整備の状況 (2005年9月現在)



大島 それがいまや、移植関係者の中では知る人ぞ知る、いちばん進展の可能性が高い県として注目されるに至った。真っ白なキャンバスに絵を描いたのが、よい結果に結びついたのでしょう。

佐藤 歴史があるとそれだけ負の歴史も抱えるといわれます。それが分、進みやすかったのではないかと思います。ただ課題はまだ山積みです(図3)。大島 これは1つの提案ですが、例えば院内Coについて県に要嘱状を出してもらおう。そうすることで院内Co設置に対

図4 秋田大学医学部救急・集中治療医学分野臨床実習5年生への県移植コーディネーターによる講義後の調査結果 (2005年度中間報告)



秋田大学医学部では救急・集中治療医学分野教授の意向で2002年度より毎年、同分野臨床実習5年生に対して、県移植コーディネーターによる「救急医療における臓器提供の現状」について教育を実施。秋田県の医療の将来の担い手の間では、移植医療への理解が進みつつある。

して院内での理解が得やすくなり、実際の院内Coも活動しやすくなるという効果があるように思いますが。

進藤 それは大いにあると思います。院内Coの側から見ても、委嘱状をもらったというと何か違うものがある。形式に過ぎないかもしれませんがある種のステータスとしてわかりやすくアピールしやすくなりますね。

大島 オプション提示までも院内Coができる状況が生まれると。そこは議論が分かれるところでもあります。

進藤 いまのところ、院内Coはあくまで患者さんの情報に対してアンテナを張り、県のCoとの連絡役を担うのが主な役割と私は考えています。

佐藤 秋田県の県民感情までも考慮して、現時点では院内Coの設置をお願いする活動の際にも、オプション提示までの権限は要求していません。まず、患者・家族の意思を反映させてあげるシステムをつくるのが最優先事項であるとの認識から、現時点では院内Coは情報連絡係に徹していただきたい。もちろん将来的には、オプション提示にまで踏み込めたらと思います。

脳外科医がその気になれば移植医療は確実に進展する

大島 お二方のお話をうかがい、まだまだ発展途上ではあるけれど、やはり非常に高い可能性を秘めた県であるという確信をあらためて持ちました。最後に、今後の発展に向けてひと言ずつお願いいたします。

佐藤 私は大学で教鞭を執る立場にもありますが、その際、移植に携わる者の心得として、「走るな」「笑うな」「大声を出すな」という3か条を自らに課すよう指導しています。もう二度と移植医を呼びたくない、という印象を持たれたというケースも聞いていますから、それは避けなくてはいけないと思っています。

もう1つよくする話が、野球になぞらえて、「移植医はファーストであると心得よ」ということです。ピッチャーが素晴らしい球を投げてサードゴロに打ち取り、サードが素晴らしい捕球をしてファーストに投げてアウトになるが、その最後の段階で落球すれば元も子もない。移植医は移植医療というシステムの中で、そういうファーストの立場にいるのだと。最後に落球することのないように、関わった様々な方々の努

力を真摯に受け止めて行おうと教えています。

進藤 私は、脳外科医がこれからの移植医療のキーマンであると思っています。法律ができ社会の認知も高まってきたわけですから、脳外科医がきちんと脳死判定をし、患者・家族の意思を尊重する医療行為を行わなくてはならないと考えます。臓器移植が進展し多くの患者さんが恩恵を受けられるようにするには、日常医療として移植医療が定着するまでになるように、その一端を担って進めて行く責務があると考えています。脳外科医がその気になれば、この医療は必ず進むはずだと確信しています。

大島 大変貴重なご意見をいただきました。お忙しいなかありがとうございます。

【後日談：結局、提供への第一歩となるCoによる説明は家族の疲労が強いとのこと。後日行われ、臓器提供に対する家族の強い希望が確認されたとのことである。いずれにせよ秋田県における移植医療の進展を示唆する取材訪問であった】

Column



脳死下臓器提供をめぐる全国状況

法的脳死判定、臓器提供、臓器移植のプロセスへと進んだケースは、2005年11月でようやく41例目に達しました。救命治療、法的脳死判定について大きなミスは指摘されず、広く国民に信頼感、安心感を持っていただけるようになりました。また、臓器摘出、臓器搬送、臓器移植、術後管理にも医療ミスとよばれるよ

うなもの発生せず、臓器移植に対する国民レベルの信頼感は高まっています。

しかし、このような信頼感、安心感をベースにしてもなお臓器提供数が極めて少ないという現状に、この問題にかかわる人間として、どう対応してよいかとまどっています。同じような立場の人々は同じような悩みをお持ちだと思います。さ

まざまなレベルで打開のためのアクションが試みられましたが、これがカギだという要素に絞り込んでいません。提供に直接かかわる救急施設や脳外科医の先生方の御意見をもとに、現場主導型のアクションシステムを構築し直すしかないと感じています。

野本亀久雄(九州大学名誉教授)

愛知県における臓器提供の実態 に関する調査 平成十六年度報告書



(社) 日本臓器移植ネットワーク 中日本支部

チーフ移植コーディネーター 朝居 朋子

1. 調査の概要

平成十三年度より (社) 日本臓器移植ネット

トワーク中日本支部では「臓器提供の実態に関する調査」に取り組んでいる。北陸三県、三重県に引き続き、愛知県でも八施設（平成十七年七月現在）で実施されている。また、

愛知県は、平成十五年度に引き続き、十六年度も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「臓器移植の社会基盤に向けての研究」(大島班)に参加し、本調査の実施に対し、研究助成を得られた。なお、本調査は(社)日本臓器移植ネットワークへの国庫補助金「臓器提供推進連携事業費」の支給対象になっている。

2. 調査の目的

本調査の目的は、県下の代表的な救急医療施設における臓器提供候補者の発生状況を把握し、県内の臓器提供候補者の発生状況を推計することにより、今後の普及啓発活動の基礎資料とすることである。また、調査実施により、院内の臓器提供に対する啓発効果が期待でき、臓器提供発生時の院内体制整備が進ずると思われる。

3. 調査の方法

腎移植医や臓器移植コーディネーターが愛知県内の代表的な救急医療施設を訪問し、調査協力依頼を行う。愛知県施設内移植情報担当者(院内移植コーディネーター)を窓口として、図1に示す心停止後腎臓提供(献腎)の可能性のあった患者(以下「ポテンシャルドナー」)個票と調査協力部署の全死亡者数を調査協力施設から定期的に提出していただく。これらを事務局(社)日本臓器移植ネットワーク(中日本支部)で集計し、定期的に

開催される愛知県施設内移植情報担当者会議で検討する。個票に対する事務局コメントは、院内移植コーディネーターを通じて調査協力施設にフィードバックする。なお、調査の期間は計三年とする。

【図1】 愛知県の個票記載基準

対象：治癒不可能な致死的な症例で以下の献腎ドナー適応基準を満たすもの
献腎ドナー適応基準

1. 年齢70歳以下が望ましい。
2. 全身性、活動性感染症がない、またはないと思われる。
3. HIV抗体、HTLV-I抗体、HBs抗原が陰性(検査未施行の項目は除外)。
4. 悪性腫瘍がない、またはないと思われる(ただし、原発性脳腫瘍、あるいは完治したと判断されたものは除く)。
5. 入院時高度の腎障害がない、またはないと思われる。
6. クロイツフェルトヤコブ病ではない、またはないと思われる。

4. 倫理的配慮

臓器移植コーディネーターには、臓器移植法第十三条により守秘義務が課せられている。また、調査の導入には協力施設内の合意を得、個人を特定できるような情報は個票には記載しない。収集された個票は厳重に保管され、データはすべて数値としてのみ公表される(平成十七年度からは、個人情報保護法に配慮した対応を心がけている)。

5. 結果

(1) 調査協力施設の状況

十四年度調査開始から十六年度末までに、愛知県内七施設が調査に協力した(表2)。

(2) ポテンシャルドナーに対するアプローチの推移(死亡日で年度分類)

ポテンシャルドナー個票提出施設数は、十四年度一施設、十五年度五施設、十六年度七施設であった。十六年度のポテンシャルドナー個票数が増えているのは、新規の協力施設がレトロスペクティブにカルテレビュウを行い、作成した個票が多かったためである。なお、施設Aにおいては、本調査を通じて、院内移植コーディネーターがポテンシャルドナーを把握し、主治医にオプシオン提示を申し入れるシステムが完成している。

(3) 個票の分類

十六年度に回収された個票総数四十二件を分類したものが図3である。ドナー適応があったケース三十九例におけるオプシオン提示