

っている医師たちが、皆、そう言ったのです。つまり、肺臓が駄目だったと聞いた時に。

ある時点から、彼らも、私も、願わくば全臓器が、それぞれにきちんと困っている方々に届くようにと、そのように変わっているわけです。そう願ったけれども、肺臓が駄目で、「これ、駄目ですね」と。僕らにとってみれば、“軽く”言われてしまった。そうなると、気持ちが切り替わったなかで、「われわれだって、肺炎の予防ぐらいはできますよ」と思った。しかし、家族との基本的な約束もある。それから、契約という大げさかもしれませんが、「無駄な治療はしません」と言っていた。そんななかで、いつの間にか臓器提供に、いつ、どの時点でシフトしたのかわからない。でも、フッと「こんなことだったら」というふうに、皆が言うてしまう。

こういう状況というのは、私自身も予想していなくて、彼らといますか、集中治療の現場をやっている皆も、同じように、いったいどこでどう変わってしまうのだろうと、答えは出ないのかもしれませんが。同じように今後ともきっと悩むのではないかと思いますね。

司会 手続き的には、たぶんコーディネーターが来院して、いわゆる臨床的脳死のあとの、法的脳死判定の手はずなどが決まるあたりが、おそらくその切り替えの時なんでしょうね。コーディネーターの方から見ていて、そうですね。私たちは、治療の最終的な場面で、いま言われたみたいに、家族が「もうよけいなことはしないでください」と言われたら、まったくそのとおりでいいわけですから。

そして、その途中で臓器移植の話が具体化してきたときに、スイッチが入れ替わる。でも、入れ替えたときには、既に「そうしておけばよかったのに…」という状況がある。それはそれではない。メディカルコンサルタントから見ても、そうですね。

寺岡 それは、非常に悩まれるところだと思うんですけども、これは脳死に限らず、日常の現場でもよくあることで、心停止下の献腎でもあることです。「無尿」という報告が入ってくるものの70~80%は、輸液をしてラシックスを打てば尿が出るケースが多い。ですけども、脳外科の先生たちは、脳浮腫を防ぐためにそうされてきて、今は無尿だということ、治療行為としてそうされたのだから当然のことです。

その段階で、逆に脳のことよりも、移植に提供するだろう腎臓の保護のことを前面に出すというのはやはりとんでもないわけで、分かりやすく考えれば当然のことなのです。でも、おそらく先生がおっしゃったのは、その気持ちがどこかで、入れ替わってしまうようなところがあって、非常に悩みを感じられるところだと思います。

ですから、やはり法的脳死判定というのが、1つの区切りであって、要するに、現在の状況で臓器提供の承諾をしていて、脳死判定を家族が了解されて、承諾書にサインをされて、それで法的脳死判定を2回やった段階では、これはもう法的に「死」ということになるわけですから、そこからは、やはりご本人とご遺族の意思を生かすために、臓器保護をやっていただくというふうに割り切っていただくしかないのかなと。

それから、さっき先生がおっしゃった、いとも簡単に、“軽く”みえたという、それも

おそらく先方はそういうつもりではないのでしょう。しかし、逆にいうと、病的な肺を移植することは、レシピエントの生死にかかわる問題ですのでそうなんでしょうけれども、そのときのものの言い方というのがあるだろうなという気がします。

それからもう1つ。日本では、だいたい1週間、長い場合は2週間ぐらいかかることがあります。アメリカやヨーロッパでは、病院に入られて、脳死で臓器提供までの時間は2～3日ということです。それでも、心臓の提供は、全脳死者の臓器提供者の半分ぐらい、肺はさらに3分の1という統計が出ています。それに比べると、日本の場合は、かなり無理をして、心臓も、肺も使われていると思います。

そういう状況下で、その点では、なんとかして提供の意思を無駄にしないように、またそれによって、移植を待たれている患者さんに、少しでも多く移植をしようという努力をされているとは思っています。しかし、“軽く”というようにお感じになったとすると、私としては非常に申し訳ないと思います。いま、移植学会のほうで、ネットワークと移植医との調整をやっているところがありますので、そういったところで対応などに関しては…。先生は、そういう（クレームのような）おつもりでおっしゃっているのではないでしょうが、注意していきたいと思います。

司会 ありがとうございます。

葛目 あの、もの言いのことでお話ししたのではなくて、肺炎、肺臓炎という状況のなかで、ほんとうにいまの日本の臓器移植のレベルで、「やっぱり駄目だったのかな」という点です。もの言いか、そういったようなことではございません。

司会 提供された先生方で、いまの質疑の状況に、何かひと言でも言わないと帰る気にならないということはありませんか。

§ 説明文書のあり方など

中村（千葉県救急医療センター） ごめんなさい。何度も。1つだけお願いがあって、これだけは有賀先生にも聞いてほしいと思ったのですが、コーディネーターの方が来ると、ご家族に平均30分以上のお話しをされます。十分な説明がされるということなのですが、僕が知っている限り、提供者に対しての説明のパンフレットなどが、ひと言でいうと、すごく簡単なのです。私も同席しましたけれども、30分の間、人がしゃべっているような質問に答える。一般の方ですので、いろいろな疑問が出てきて、それで30分かかっちゃうんです。しかし、テレビコマーシャルやポスターにももらった人のニッコリした写真は出ますけれども、脳死が何かを、ご家族も、ご本人も、ひと言でいうと、ぜんぜんわかっていないです。

私のケースですと、ご家族が迷ってしまうのは、「本人がこのことを知ってたかなあ」というところなのです。ほとんどの方が、献体ととても近いイメージをお持ちになっていて、愛している人が入院したときと同じなわけですね。われわれ救急ですと、入院して、「まだ望みがあるかもしれません」と言っている初日と、脳死判定をしているときの状況がま

ったく一緒なので、「このまま、体を切っちゃうの？」ということになって、「そんなことは、たぶんお母さんも理解していなかったと思う」という感じになってしまうのです。

ですから、パンフレットというか、ご本人への説明文書をわかりやすく、充実させていただいて、そこにご本人のサインなりなんなりを…。われわれがいま、何かをやるときには、同意書を取って、同意説明文書にも必ずサインをもらっていて、そのほかに必要な書類ももらっています。これだけ重要な案件なので、同意説明文書を充実させていただいて、そこにもご本人のサインがあって、願わくば、もう1人ご家族の署名がいただければ、現場でのご家族の迷いなどが少なく、われわれも、本当の意思に沿ってやるべきことをやれる。ほとんどの場合われわれは3日間家に帰れないですよ。「3日帰れないけど、頑張るか!」という気になるんじゃないかと思うのです。その点を、コーディネーターの方をお願いしたいと思います。

司会 わかりますよね。僕らが病院でつくる同意書も、「別紙のごとく説明した結果を、こちらの同意書に書く」ということで、別紙はたくさんありますものね。そういう意味では、ドナーカードなりなんなりは、遺書の代わりでしょうけれども、それならそれなりのことが書類としてあるべきだという話ですよ。

いろいろな意味で、日本の歴史は、ある意味でアリバイ的な…。遺書といえば、そのとおりなのではないでしょうか。ほかに…。湯山先生どうですか。

湯山 インフォームド・コンセントのことで少し。僕らの今後の臨床医としてのスタンスなのですが、以前、僕も有賀先生と、公立昭和病院で働いていた時に、亡くなった方がいたら、必ずオートプシーを取るようには言われました。A項施設では年間何例と決まっているのだからということで、僕は今でもその教えを守って、亡くなったら、家族にひと通りの考え方をきちんと説明して、カルテに「リジェクトされた」とか、「オートプシーが得られた」と書くようにしています。得られたら、「ああ、病理解剖だ。これでまた仕事が増える」という気持ちも少しはあるのですが。

ドナー情報の分析ということで、菊池さんがお話しされていた中に「意思表示カードなし」というところで、「心臓停止後の腎提供」というのがかなりの確率で得られているのではないかと思うのです。たぶん、ご家族も希望されていてというのがかなり含まれているのではないかと思うのですが、「脳死状態と考えられる」といった場合に、脳死下臓器提供はカードを持っていないと駄目なので、ご家族に「心臓停止後の腎提供という可能性もありますよ」という説明はあった方がよいように思います。今後必ずしなければいけないということはないでしょうけれども、若い医師たちに「こういう話をしろよ」という指導をすると、多少は普及してくる可能性があるのかなと…。あるいは、A項施設は提供の話をこれだけというようなルールなりを工夫すると、状況は変わってくるんじゃないかなとちょっと思ったのですが。

§おわりに

司会 ありがとうございます。

最後に、島崎先生にコメントをいただこうと思います。今のことも含めて…。

島崎 含めてというと、心停止後についてもということ？

司会 脳死状態と考えられるなかで、カードはなかったんだけど、ご家族にお話ししたら、心停止後に腎臓を出している…。

島崎 移植学会としては、ぜひ、そういうようにお願いしたいということで、実は現場ではそれをやっているんですね。カードを持っていないという脳死の患者さんがおられたら…。脳死の患者さんは、そうでない患者さんと比較して心停止後に組織提供をしていただきやすい。ですからそういうお話はしています。それが、心停止後の臓器提供ということになるのかな…。先の外科学会で寺岡先生と一緒に司会をさせていただいたときには、ECD (extended criteria donor) といって、要するに高齢者とか、条件が悪くてもドナーの幅を広げていこうと…。もともと、アメリカなどでも、移植用臓器の数が少ないというので、そういう考え方による方法を始めたらしいのです。結局、行き着くところは、心停止後の臓器提供ということで、腎臓以外にも、肝・膵、肺も入っていたかな。それは、臓器移植法とは関係なくなるのですが、そういうことも、これから一つの方向性としてはあるのかなと、このあいだの外科学会の司会をしていて思いました。

きょうの話で、いくつか興味があったところを考えました。1つは、これが厚生科研、「脳死発生等に関する研究」ということで、実際には回答率は、横田先生、30%ぐらいだったのでしょか。30%の回収率のわりには、すごく情報量も多くて、行政を含めて、何らかの脳死患者に対応する資料としては、大変価値があると思いました。おそらく、厚生科研のお金としては、大した額ではないわりには、得られた情報量というのは、この何十年間で、脳死下あるいは脳死発生等を含めて、すごくコストパフォーマンスがいい。有賀先生に一生懸命やっていただいて…。

ただ、30%の回収率ということで、実態は60%を超えると、かなり…。今回の結果は傾向であって、ほんとうの実態は60%を超えるぐらいの回収率があればいいなと思っていた。一部質問等も変えてやったほうがいいんじゃないかという話もあったので、行政の方にはぜひとも単年度ではなく、少なくとももう1年ぐらい同じような方法で回収率を高めてやってみたい。やるとしたらわれわれも考えるので、ぜひそこのところを考えていただきたいと思います。それだけの価値のある、今回のデータであると思いました。ドナーアクションプログラムとか、そっちの方策を考えるうえでも、方向性を示す資料として非常にいいと、僕は個人的にも思いました。

それともう1つは、ドナー側の、脳死患者発生の頻度を見てみると、ドナー施設のインセンティブを、何らかの方法で高めるようなことを考えないと、最終的にはなかなか脳死患者の実態もわからないし、移植数も増えないだろうと思います。ぜひともそのへんのところを、これも厚労省にお願いしたい(笑)。具体的に言いますと、臓器の提供がある場合

だけの脳死の診断料って意味があまりわからない。脳死患者は、たかだか1600例でしょう？30%で、3倍には増えないとして、おそらく増えたとしても年間2000例でしょう。2000例の診断料を増やしたからといって、すごい財政負担がかかるわけじゃないと思うので、ぜひとも、年間2000例ぐらいのものは何とかしていただけるように考えて下さればと思います。

それからもう1つは、お金だけの問題じゃないですから、施設がドナーを出すことの意義というのでしょうか、社会的意義も含めて…。これは、有賀先生もかかわっておられる、病院機能評価のなかに、脳死提供施設に関することが入っているのですが、その評価の点数を高くするとか、臓器提供を出せば評価点数がいまの評価以上に高くなるとか。

僕は、提供する施設というのは、機能評価の面からみると、かなり高い病院の機能をもっていると思うのです。だから、そういう意味でも、ぜひとも先生にお願いしたいと前から思っていました。有賀先生が、機能評価のサーベイヤーなどをやっているのです。

私は、データが出てくる途中からずっと班員の皆さんと一緒に解析、解釈を含めて参加していたのですが、非常に興味深かった。そういったところです。原労省にはぜひともよろしくをお願いします。

司会 僕らのマジョリティは、善意というか、よい人たちばかりが集まって、一生懸命やっているのが実態というように考えていただきたい。そうしますと、仕組みそのものは、行政がつくっていかなければいけないと思います。私たち市民の立場でその仕組みがつくれるかという、町の仕組みはつくれるかもしれませんが、国の仕組みはつくれません。そういう意味で、原労省にはぜひよろしく。

では、発言されなかった方もおられたようですが、とりあえずこれできょうは終了とします。ちょっとだけ定刻を過ぎました。どうもありがとうございました。また、いろいろなことがありましたら、こういうメンバーを含めて勉強を進めていかねばならないと思います。本日はどうもありがとうございました。引き続きよろしくをお願いします。(4月18日)
(終了)

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金
特別研究事業 総括研究報告書

脳死者の発生等に関する研究
平成 18 年度 総括研究報告書

発行：平成 19 年 3 月 31 日

発行者：主任研究者 有賀 徹
昭和大学医学部救急医学講座
東京都品川区旗の台 1-5-8
TEL：03-3784-8744
FAX：03-3784-6880

制作：株式会社へるす出版事業部
東京都中野区中野 2-2-3
TEL：03-3384-8177
FAX：03-3380-8627