

表9 臓器提供病院としての参加の意思

	4 類型以外の病院 (n=64)
臓器提供病院となることを積極的に検討する	5 (7.8%)
条件が整備されれば、臓器提供病院になることを検討する	43 (67.2%)
希望しない	16 (25.0%)

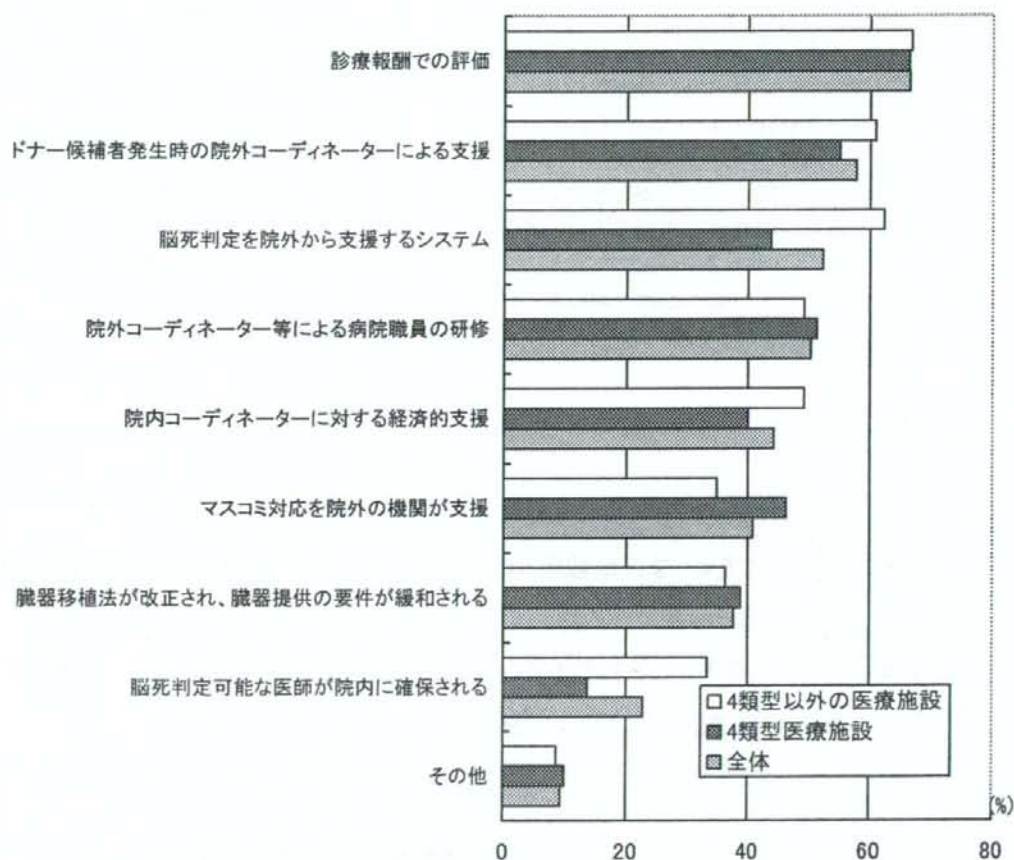


図3 臓器提供が円滑に行われるために望まれること

2009年2月14日

病院の臓器提供体制に関するアンケート調査ご協力をお願い

平成20年度厚生労働科学研究費補助金

(厚生労働科学特別研究事業)

「臓器移植拡大に向けた医療施設の整備体制に関する研究」

主任研究者 長谷川 友紀

移植技術の進歩とともに、移植を希望する患者は増加し、移植用臓器の不足は現在各国において深刻な状況となっています。日本では、約1万2千人が臓器移植を希望し、臓器の提供を待っている状況です。世論調査によれば死後、約40%の方が臓器提供を希望するにも関わらず、実際の臓器提供数は年間数百例に留まっています。また、脳死下ドナーからの臓器提供病院は475施設に限定されており、そのことが臓器提供数増加を阻止する原因の一つであると考えられます。

私ども研究班では、医療現場において患者の意思に基づき臓器提供が円滑に行われるための診療体制の整備、支援のあり方を検討するために、アンケート調査を行うことにいたしました。回答は調査目的以外に使用することはなく、統計的に処理しますので、個々の病院名が公表されることは一切ありません。

御多忙のところ誠に恐縮ですが、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

ご回答の注意

- 集計の都合上、2月末日までにご回答たまわれますようお願いいたします。
- 病院の代表者、または救急・ICU・脳神経外科部門の責任者の方に回答くださいようお願いいたします。
- 回答は、原則としてあてはまるもの1つに○をつけてください。()には適当な数字、文章でお答えください。

本調査に対する質問・問い合わせ先

東邦大学医学部社会医学講座

〒143-8540 大田区大森西 5-21-16

電話：03(3762)4151 (内線 2415・2416)

FAX：03(5493)5417

担当：城川、瀬戸、松本、長谷川

A. 診療の体制についてお伺いします。

問1 貴院の病床数、患者数、在院日数についてお教えてください。

問1.1 病床数

一般病床数： () 床

その他の病床： () 床

問1.2 平成19年度（または最近1年間）の平均在院日数（ ）日
（一般病床）

問2 貴院では、臓器または角膜の移植を行っていますか。

- a. 現在行っている
- b. 過去に行っていたが現在は行っていない
- c. 行っていない → 問3にお進みください

[問2.1は、問2で「a. 現在行っている」「b. 過去に行っていたが現在は行っていない」と回答された方がお答え下さい]

問2.1 どの部位ですか。（当てはまるもの全てに○をつけ、また生体、死体からの区別についてもご回答ください）

- 1. 腎臓 (生体 死体 両方)
- 2. 肝臓 (生体 死体 両方)
- 3. 心臓
- 4. その他臓器 (具体的に：)
- 5. 角膜

問3 貴院は、4類型医療施設ですか。

脳死下の臓器提供が可能な施設で、具体的には「大学附属病院」、「日本救急医学会指導医指定施設」、「日本脳神経外科学会専門医訓練施設A項」、「救命救急センター」をいいます。

- a. 4類型医療施設である
- b. 4類型医療施設ではない

問4 貴院には、以下の部署がありますか。(当てはまるもの全てに○をつけてください。)

1. 脳神経外科
2. 救急（救命救急センターを含む）
3. ICU
4. 麻酔科

[問 4.1-2 は、問 4 で「脳神経外科がある」と回答された方がお答え下さい]

問4.1 脳神経外科の病床数は、どのぐらいですか。

() 床

問4.2 貴院は次のいずれに該当しますか。

- a. 日本脳神経外科学会 専門医訓練施設 A 項
- b. 日本脳神経外科学会 専門医訓練施設 C 項
- c. a. b. のいずれにも当てはまらない

[問 4.3-4 は、問 4 で「救急がある」と回答された方がお答え下さい]

問4.3 救急の病床数は、どのぐらいですか。(救急医療専用の病床でお答えください)

() 床

問4.4 貴院は次のいずれに該当しますか。

- a. 日本救急医学会 指導医指定施設
- b. 日本救急医学会 専門医指定施設
- c. a. b. のいずれにも当てはまらない

[問 4.5 は、問 4 で「ICUがある」と回答された方がお答え下さい]

問4.5 ICUの病床数は、どのぐらいですか。

設置基準を満たしているもの () 床
院内呼称で ICU としているもの () 床

[問 4.6 は、問 4 で「麻酔科がある」と回答された方がお答え下さい]

問4.6 貴院は日本麻酔科学会の麻酔科認定病院ですか。

- a. 麻酔科認定病院である
- b. 麻酔科認定病院でない

問5 貴院の脳死判定実施の体制について伺います。

問5.1 脳死判定が可能な医師数： () 人

問5.2 (問 5.1 の医師のうち) 脳死判定の経験のある医師数：
() 人

B. 臓器提供の状況についてお伺いします。

問6 平成19年度（または最近1年間）に、貴院で入院治療を受けた方について伺います。

問6.1 全入院患者数（実数）：（ ） 人

問6.2 うち死亡退院数（来院時心肺停止で蘇生に成功しなかった方は除きます）：

（ ） 人

問6.3 死亡退院患者のうち移植コーディネーターへの連絡を取った人数：

（ ） 人

問6.4 死亡退院患者のうち臨床的に脳死が疑われた人数：

（ ） 人

問6.5 （問6.4のうち）実際に脳死判定に準ずる検査を実施した人数：

（ ） 人

問6.6 死亡退院患者のうち臓器提供された人数：

心停止後 （ ） 人

脳死下 （ ） 人

問6.7 死亡退院患者のうち組織提供された人数：

（ ） 人

問7 貴院では、入院患者に対して「臓器提供意思表示カード」の所持の確認を行っていますか。

a. 行っている

b. 行っていない → 問8にお進みください

[問7.1-3は、問7で「a.行っている」と回答された方がお答え下さい]

問7.1 どのような入院患者に所有確認をしておいでですか。

a. 入院患者全員

b. 特定の診療科に入院する患者

（診療科： _____）

c. 病状に応じて医師・看護師の判断による

d. その他（具体的に： _____）

問7.2 所持確認は、どのようなタイミングで行っていますか。

- a. 入院が決まった時点
- b. 入院時
- c. 状態が悪化した時点
(具体的に：_____)
- d. その他(具体的に：_____)

問7.3 所持確認は、どなたが行っていますか。(当てはまるもの全てに○をつけてください。)

- 1. 主治医
- 2. 他科の医師(具体的に：_____)
- 3. 看護師
- 4. 事務職員
- 5. 院内コーディネーター
- 6. 県・臓器移植ネットワークのコーディネーター
- 7. その他(具体的に：_____)

問8 貴院には、臓器提供を実施するにあたってのマニュアルがありますか。

- a. ある
- b. ない

問9 貴院では、臓器移植コーディネーターとの連携が取られていますか。

- a. 連携は取られていない
- b. 連携が取られている
(連携を取っているコーディネーターは、)
 - 1. 県コーディネーター
 - 2. 臓器移植ネットワークのコーディネーター

問10 貴院では、院内コーディネーターがいますか(ここでは臓器提供に関する事柄を担当する方をいいます)。

- a. いる
- b. いない → 問11にお進みください

[問10.1は、問10で「a.いる」と回答された方がお答え下さい]

問10.1 院内コーディネーターの職種は何ですか。(当てはまるもの全てに○をつけ、また兼任、専任の区別についてもご回答ください)

- 1. 医師 (□専任 □兼任)
- 2. 看護師 (□専任 □兼任)
- 3. その他の医療職 (□専任 □兼任)
- 4. 事務職 (□専任 □兼任)

問11 患者の死期が迫っている場合、臓器提供という選択肢があることの説明（オプション提示）を行っていますか。

- a. 医学的に臓器提供の適応がある場合には、原則として全員に行っている
- b. 医学的に適応があり、本人の臓器提供の希望が他の情報から推測される場合に行っている
- c. 医学的に適応があり、家族の同意が得られそうな場合に行っている
- d. 家族が申し出た場合に補足的に行っている
- e. 行っていない
- f. その他（具体的に：_____）

問12 貴院では、平成19年度（または最近1年間）に、職員を対象とした臓器移植・臓器提供に関する研修を行いましたか。

- a. 行った
- b. 行っていない → 問13にお進みください

[問12.1は、問12で「a. 行った」と回答された方がお答え下さい]

問12.1 平成19年度（または最近1年間）に行った研修の回数、対象、内容についてお聞きします。

問12.1.1 開催回数 () 回

問12.1.2 対象者（当てはまるもの全てに○をおつけください）

- 1. 職員全体
- 2. 医師
- 3. 看護師
- 4. その他の職種
- 5. 特定の部署（具体的に：_____）

問12.1.3 研修の内容（当てはまるもの全てに○をおつけください）

- 1. ドナーの臨床的な管理
- 2. 院内の臓器提供プロセスの調整
- 3. 家族の悲しみのケア（グリーフケア）
- 4. 脳死
- 5. 臓器提供の意思確認
- 6. 意思決定における家族の問題
- 7. コミュニケーションスキル
- 8. コーディネーターとの連携
- 9. 臓器移植病院との連携
- 10. その他（具体的に：_____）

C. 臓器移植全般についてのご意見をお伺いします。

問13 今後、脳死下での臓器提供病院拡大が検討された場合、貴院は臓器提供病院として参加する意思はありますか。

- a. すでに臓器提供病院（4類型病院）である
- b. 臓器提供病院となることを積極的に検討する
- c. 条件が整備されれば臓器提供病院となることを検討する
- d. 希望しない

[問13.1は、問13で「a.すでに臓器提供病院（4類型病院）である」と回答された方がお答え下さい]

問13.1 現在、貴院において、臓器移植が円滑に行われる、臓器移植の拡大などのために行っておられる方策はありますか。（当てはまるものすべてに○をつけてください。）

1. 臓器提供意思表示カードの所持の確認
2. 臓器提供実施のためのマニュアルの作成
3. 職員を対象とした研修会の実施
4. 臓器移植に関する委員会の設置
5. 移植病院との定期的な連絡・連携
6. 県コーディネーターとの定期的な連絡・連携
7. 院内コーディネーターの配置
8. 臓器提供をプラスに評価する院内の仕組み（インセンティブなど）
9. その他（具体的に：_____）

問14 （貴院で臓器提供が行われると仮定して）、臓器提供が円滑に行われるようになるために、どのようなことが望ましいとお考えですか（当てはまるもの全てに○をつけてください。）

1. 診療報酬での評価
2. 院内コーディネーターに対する経済的支援
3. 脳死判定を院外から支援するシステム（専門医師の派遣など）
4. 脳死判定可能な医師が院内に確保される
5. 院外コーディネーター等による病院職員の研修
6. ドナー候補発生時の院外コーディネーターによる支援
7. 臓器移植法が改正され、臓器提供の要件が緩和される
8. マスコミ対応を院外の機関（臓器移植ネットワーク等）が支援してくれる
9. その他

（具体的な内容をお書きください）

問15 臓器移植全般について、ご意見がございましたらお書きください。

問16 貴院の所在地（都道府県）をお教えてください。

（ ） [都・道・府・県]

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。

返信用封筒でご返信下さい。

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

聖マリアンナ医科大学病院における臓器提供のあり方

研究協力者 吉野 茂 聖マリアンナ医科大学
研究協力者 小野 元 聖マリアンナ医科大学

研究要旨

臓器提供病院としての院内体制の整備に関する取組を行っている「マリアンナ・モデル」についてその経緯及び組織の現状及び課題について概観することを目的とする。このモデルの仕組みは、リスクマネジメントの視点からトップマネジメントに基づき行われている。その結果7つの課題があり各々について検討し対応してきた。今後の課題として、現場へのインセンティブをどのように配分していくのか、移植支援室の方向性をどのようにしていくのか、神奈川県1施設としてどのような位置づけにしていくのかがあげられた。「マリアンナ・モデル」が新たに院内体制整備に取り組む医療機関の参考になればよいと考えている。今後、移植提供を増やすためには、社会基盤整備のみならず各医療機関が患者の臓器提供意思を1つでも無駄にしないよう院内体制を整備することが必要といえる。

はじめに

当院は神奈川県川崎市に位置し、病床数1,208床（一般病床1,156床、精神病床52床）の大学病院である。4類型医療施設ではあるものの、臓器提供・移植施設双方の視点からも後発であった当院が臓器提供病院としての責務を担うべく、2年数ヶ月に及ぶ取組を経て「マリアンナ・モデル」として構築した院内体制整備の経緯を紹介するとともに、組織の現状や課題等についても報告する。

1 病院として臓器提供をどう位置付けたのか？

2006年（平成18年）、神奈川県は県内4大学病院（横浜市立大学病院、東海大学医学部付属病院、北里大学病院、そして当院）に対して「任期2年、各大学の持ち回りによる2名体制」の神奈川県臓器移植コーディネーター設置を依頼してきた。設置した大学病院に対して神奈川県は年度毎の補助金支給を行うことで「臓器の移植に関する法律」（以下法という）第3条に規定されている行政支援を

全うしているという立場を取った。背景には、当時、北里大学病院から輩出されていたコーディネーターが任期の定めが無いまま業務に従事し、まさに燃え尽きようとしていたことがあり、後になって我々はその事実を知ることになる。いずれにせよ、神奈川県のこの動きが我々の臓器提供に取組む端緒となった。

2006年（平成18年）当時、院内は臓器提供について、正確な知識・理解をしていたとは到底いえなかった。組織の基盤は皆無であり、およそ実効性の無いマニュアルと泌尿器科を中心にした移植側の教職員がおおよその流れを把握していたに過ぎなかった。脳死下臓器提供及び心停止下臓器提供に関しては、オプション提示など出来るはずもなく、家族からの申し出によるドナー対応が数える程であり、そのうち提供に至った症例は数件しかない状況であった。

神奈川県の依頼であるコーディネーター設置を当時の小坂橋靖病院長は軽視せず、院内の現状を考慮した上で、我々にコーディネーターの人選・調整に加えて院内の組織体制整備を下命した。病院長は、法の第2条にいう臓器提供意思の尊重が実現出来ないことは提

供施設の職責を全うしていないことを理解し、組織体制の不整備を組織的リスクと捉えて決断したのである。そして、この時から直接下命を受けた我々、脳神経外科医と事務職員という全国的にも稀有で異質なコンビが誕生し悪戦苦闘していくことになる。

当院の臓器提供の位置付けは、当時の病院長によるリスクマネジメントの視点からのトップマネジメントに基づいており、その基本姿勢は現在の三宅良彦病院長においても変更はない。ここで言うリスクマネジメントは、「医療安全」「医療の質」に置換される医療機関における狭義のものではなく、一般企業と変わることのない、総合的なマネジメントを意味する。では、何故臓器移植がリスクマネジメントに相当するのか？ ということになるが、臓器提供が安全かつ円滑に行われぬ場合、コンプライアンスも不可能になることから即組織としてのリスクに直結する。言い換えれば、患者の臓器提供意思に対して、病院が尊重の上、実現出来ないということになりかねず、法の第2条に規定されている臓器提供に関する意思が十分に尊重されるよう必要な対応をとることが望ましいと考える。故に院内における体制整備や院内コーディネーター設置は、組織としてのリスクを軽減するリスクマネジメントに他ならないのである。リスクマネジメントの手法は、病院、企業が組織である以上大きな差異はない。

2 取組みの経緯における7つの課題

2006年（平成18年）11月から、我々は本格的に院内整備に着手した。取組む過程で、問題点（課題）は大きく分けて7点あり、どのように検討し対応したのかを提示する。

(1) 都道府県移植コーディネーター及び院内コーディネーターについて

神奈川県への依頼に対し、当院は救命救急センター看護師を選出した。その上で、他3大学の関係者とも協議を重ね、情報共有と協力連携体制構築に努めた。神奈川県は、都道府

県移植コーディネーター設置と併せて臓器移植推進の一環として、病院の危機管理の一環であり必要なシステムであるから別段の補助はしないという立場で院内コーディネーター設置を提唱した。設置人数は最低でも1施設1~2名程度を必要とした。都道府県移植コーディネーターと異なる点は、専任専従ではなく兼務兼任で構わないこと、日本臓器移植ネットワーク発行の委嘱状を持たないことから、幹旋業務には従事出来ない事というものであった。

院内コーディネーターの業務としては2つの業務が提示された。普及啓発等の業務と臓器提供に関わる業務である。同じコーディネーターという呼称から、都道府県と院内の業務の違いを認識することに、当院を含め他3大学では混乱が生じた。

業務内容の区別が難しいことなどから、神奈川県からの委嘱状は出されていないが、当院は2007年3月に救命救急センター看護師3名を院内コーディネーターとした。また、活動内容を考慮し、看護師のみならず、医師・手術部・病棟・薬剤師・臨床検査技師・画像診断センター・医事課・管理課等関係部署から19名を院内コーディネーターとしている（全員が兼務）。当院の特徴として特筆すべきは、その人数もさることながら、病院全体の取り組みとして薬剤師・検査部・画像センターに人材を求めたことが挙げられる。臨床検査技師の院内コーディネーターは、特に脳死下臓器提供の際、大きな力となる。例えば、法的脳死判定の際の脳波測定（アーチファクトの確認、記録、感度）、ABR等重要の検査項目の円滑な実施は、2回行われる判定の時間短縮を含めてタイム・テーブルに大きな影響を与える。当院では、脳波測定のシミュレーションをこの院内コーディネーターを中心に実施しており、臨床医の不安を解消する一助になっている。

さらに、情報交換や活動指針を話し合う場として院内コーディネーターワーキンググループを臓器提供推進委員会の下部組織として編成し、月1回の定例会議を開催している

また、院内コーディネーターの院内での立場を明確にするために病院長名で委嘱状を発行した。そして、現在は、院内コーディネーターの構成を見直し、ドナー側とレシピエント側に分けて教育を含めた活動に従事している。

(2) 臓器提供支援委員会について

神奈川県臓器移植コーディネーター設置に向けて、2006年(平成18年)11月に院内移植コーディネーター推進部会を立ち上げた。以降翌年3月までの間、4回の会議を開催した。同時に、県内外他施設の状況把握を病院長は下命、先駆的な取組みをしている新潟県内の病院視察の実施、外来講師を招いた講演会の実施等を経て2007年4月に臓器提供推進委員会として正式な委員会として発足した。

発足に当たって苦慮した点は、

① 院内コーディネーターと会議の関係

院内コーディネーターに任命された看護師は、看護部の体制などもあり、委員会等会議の出席はきわめて難しい状況であった。院内コーディネーターワーキンググループが委員会の下部組織として位置付けられた事にはこうした背景がある。

② 関係部署との調整

臓器移植に必要な血液検査・脳波検査・レントゲン等の検査を所掌する臨床検査部や画像診断センターからの会議への参加は実際に症例が発生した場合の協力体制システムを考えても絶対に必要であると考えた。

そのため、関係者との間で協議を重ね、現在では院内コーディネーターをこの2部署それぞれに設置し、症例発生時の協力及び部内でのマニュアル作成にまで至ることが出来た。また、神奈川県警察との対応を重視する必要から法医学には主導的な参加を依頼した。

③ 大学生命倫理委員会との関係

当初、同じ内容を審議する委員会の設置は疑問視されていた。本学の中には8つの部会から構成される生命倫理委員会があり中でも脳死・臓器移植部会との関係を明確にする

必要があった。大学の生命倫理委員会は年4回程度の開催のため、突然発生する症例に迅速に対応することは難しいと考えた。そこで臓器提供推進委員会は病院内の組織として病院長直下とし、生命倫理委員会との整合性を確保するために脳死・臓器移植部会に、それぞれ数名のメンバーが相互出席することとした。相互に出席する方式になって以降、委員会名称は臓器提供支援委員会に呼称変更した。

いずれも小さい問題に見えるが、大きな組織の中で複数の部署が関わる場合は、時間をかけて調整することが肝要であった。現在は月1回の定時開催(症例が発生した場合は随時)となり、委員会に起因する現場の遅れを生じさせない体制を構築し、症例が発生した場合も主導的な立場を取ることを可能にした。

(3) 神奈川県警察との関わりについて

一見、無関係に思える警察と臓器移植との関係は非常に重要である。実際に患者の死に際しての検視・検案、司法解剖との相関に始まり、臓器摘出に際しての搬送まで場面ごとの関わりは非常に深く、協力は必要不可欠である。神奈川県の地域性の問題でもあるが、2008年(平成20年)における県内ドナー情報全50件のうち、約36%にあたる18件が異状死症例であったことを踏まえても、警察との関係重視は必要な対応であった。

外因死と一口に言っても受傷原因によって警察の担当部署が異なる。殺人や労災は刑事部捜査一課であり、交通事故は交通部交通捜査課である。患者が仮に臓器提供意思を意思表示カードで示していても、外因死であれば死に際し司法解剖を行うかどうかの判断は警察である。司法解剖となれば臓器提供は実現せず検視・検案に時間を費やしても同じ転帰を辿ることになる。

摘出した臓器の搬送については、都道府県によって交通事情を鑑みバトカーでの先導を行っている。神奈川県においても渋滞等諸問題の観点からバトカー先導は神奈川県警察内部ではマニュアル化されていたが、その依

頼・連絡方法等は医療機関には周知されていなかった。

以上のような事項に懸念を示した本学法医学教室 向井敏二教授のご尽力もあり、2007年（平成19年）から不定期ながら神奈川県警察本部捜査一課・交通捜査課と症例検討会を開催している。これにより連絡先の1本化が図られたことや症例を通じた情報共有がなされたことは、双方にとって非常に有意義であった。昨年の症例検討会からは北里大学からの参加があり、また、現場警察官の理解向上の一環として最近では県内の講演会に所轄の警察官が出席する等、活発な人事交流が行われるようになった。警察・医療機関双方の意識向上の傍証として、当院における法的脳死下多臓器提供症例の際、神奈川県警察本部自動車警ら隊のパトカーが羽田空港までいささかの混乱も生じることなく、臓器を乗せたタクシーを先導している。官民一体とは昨今色々な分野で聞かれるが、警察との連携・協力関係構築が必要不可欠なものであると痛感している。

他の都道府県、政令指定都市では、監察医制度を導入しているところもあり、警察の対応に差がある現状は望ましいものではない。特に外因死症例における事件性の判断は、医療とはまったく異なる視点からなされる。わが国において臓器移植は社会的信用を得ることが第1義と捉えるなら、法整備に併せて医療側のすべきこと、警察の責務・なすべきこと等について相互理解及び対応の標準化が望まれると考える。

(4) 終末期医療について

臓器移植が「人の死」を前提にしている以上、終末期医療とは当然密接な相関がある。厚生労働省は2007年「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表した。しかし医療と法律の共生が難しい中で作成されたガイドラインは漠然としていて医療の現場において有用であるとは言えない現状がある。全国の病院で終末期医療のガイドライン等を一般に公表している病院は非常に少なく、

当院では明文化もしていない。富山県公的病院長協議会は2006年5月に起きた射水市民病院の延命中止問題を受けて「がんの終末期医療に関する申し合わせ」を作成・公表した。そこで我々は財団法人富山県腎臓バンク 富山県移植コーディネーター 高橋絹代氏にご協力を仰ぎ、富山県において行政の担当者や病院関係者から話を聞くこととした。富山県内の各病院はこれを1つの指針として各施設のスタイルに合ったカスタマイズを行っていた。そしてその結果を協議会にフィードバックさせることで情報の共有化を図っていた。

富山県行政と富山県内の主たる病院がこの難しい問題に取り組んでいることに官民一体のあるべき姿があるが、そんな理想的な取り組み姿勢であってもがんに限局せざるを得ないところにこの問題の難しさと深刻さが窺えるのである。

当院ではガイドラインの存在が病院組織にとって有用であろうが、臓器移植という視点からはケースバイケースでの対応を難しいものにする恐れがある。臓器提供は終末期医療の選択肢の1つと捉え、その上で継続的な審議検討は行うべきであるとの結論に至った。

(5) 宗教的視点からの検討について

本学は全国的にも稀有なカトリック系医科大学であることから宗教的視点も考慮する必要がある。本学宗教学教授（神父）によると、少なくともキリスト教では臓器移植を否定しないとのことであった。また、わが国における宗教土壌は仏教にあることからいくつかの宗派を尋ねておくことが良策との指示を受けた。その後、浄土宗（浄土宗総合研究所）、浄土真宗（教学伝道研究センター）、天理教（おやさと研究所）の3宗派を尋ねた。いずれの宗派も当院の意向や考え方に異論を示すものの、直接否定することは無かった。これらの点を踏まえて当院が明確な姿勢を示し、確固たるシステムを持つことが重要であり、基本的には宗教と臓器移植とを分けて考えてもよいのではないかと結論に至った。

(6) マスコミ対応について

脳死下臓器提供は症例を重ねる毎に新聞報道も小さくなっているが、当院の事務局のマスコミ対応フローチャートは法施行当時の大規模なものままであった。そこで、我々は現状を踏まえて改訂を行った。実際、当院における脳死下臓器提供症例の際、日本臓器移植ネットワークからマスコミ各社に FAX 送付による情報公開のみで十分であり、当院に対する取材は電話も含め一切無かった。

当院を含め多くの医療機関ではアレルギー反応とも思えるほどマスコミには弱い。昨今の医療報道やマスコミ対策という単語が一般化していることから、マスコミに対してあまりよい印象を持っていない医療機関、医療従事者もいるのではないかと考える。しかしマスコミの持っている影響力の大きさをわれわれ医療従事者は認識するべきである。臓器提供症例に対する扱いは既に述べたように小さくなってきているが、啓発・啓蒙活動の実践に当たってマスコミの力は有用であると考えている。個人情報保護法等法的視点からすべてを公にする必要は無いが適正な情報開示を行い、コミュニケーションを取ることはマスコミとの良好な関係を構築することに繋がると考えている。マスコミ側も世論の動向に流されることなくどのような報道姿勢が求められているのかを考えるべきで、「国民の関心が薄いから」「法改正が進まないから」等の理由で扱いを小さくすることは適正なニュースバリューの判断がなされているとは思えない。

(7) DAP 及び TPM について

ベルギーで確立された DAP(Donor Action Program)は当院における臓器提供システム構築に大きな作用をした。臓器提供を前面に押し出したものではなく、患者家族の悲嘆ケア(グリーフ・ケア)、MRR(カルテレビュー)、HAS(職員意識調査)等から構成されている。当院は新潟大学大学院腎泌尿器病態学分野高橋公太教授のご教示のもと、平成 18 年度から導入し、平成 19 年度厚生労働科学研究「臓器移植の社会基盤整備事業」のモデル病

院として、DAP に基づいたドナーアクション(臓器提供推進活動)に取り組んでいる。特に HAS(職員意識調査)は、職員の意識の変化を可視化することが出来、院内における施策立案に非常に有用である。国際標準データベースに基づく集計は、院内の施策にとどまるだけでなく、世界の中の日本という比較検討も可能にする。あらゆる視点の可視化は、世界保健機関(WHO)が現在導入を進めているレジストリー制度にも共通している。悲嘆ケア(グリーフ・ケア)については後述するが、医師・看護師の「出来ている」「普段からやっている」等の過信を明確に気付かせることが非常に重要であった。コミュニケーション・スキルに直結する悲嘆ケアが、言うほど簡単に出来るものではないことを理解するには、実践形式のロールプレイングが極めて有効であった。

適応基準判断、ドナー管理、患者家族とのコミュニケーション等場面に即した能力向上を図るプログラムに TPM(Transplant Procurement Management)がある。より実践に近いこのプログラムは、人口 100 万人あたり臓器提供者 37 人という驚異的な数字を生んでいるスペインで開発された。わが国の現状を鑑みた場合、そのまま導入するのではなく、日本型ともいべきカスタマイズが必要と考えている。

DAP や TPM は、単に施設に導入すれば臓器提供が増えるというのではなく、ツールとして用いる我々の意識が極めて重要なのであると考える。

3 意思確認の方法

(1) Routine Reference System は、院内の全死亡について院内コーディネーターに紹介を行い、院内コーディネーターがオプション提示を行うものである。TPM の概念を基本に置いたこのシステムは、組織として臓器提供を可視化するには良いと考えたが、当院においては、残念ながら導入にまでは至っていない。しかしながら、救急医からの強い要

望も踏まえ、現在、心停止下臓器提供におけるフローチャートを作成し、実際に運用させるべく生命倫理委員会に諮る等、調整に入っている。背景には、現場救急医は、組織として後ろ盾がある状態であれば、選択肢提示をすることにさほどの抵抗を感じていないことが挙げられる。HASの結果もその意識の変化を明確に捉えている。

当初、拒絶的な反応を示していた救急医の意識の変化には新潟県臓器移植推進財団 新潟県臓器移植コーディネーター 秋山政人氏の全面的な協力が奏功しているのだが、救急医を対象に3回、同じ内容で選択肢提示のシミュレーションを含めた講演が救急医の興味を惹いた結果であると考えられる。院内システムというべきものではないが、現状では、月別に見ればばらつきがあるものの、選択肢提示

が行われない月は無い状態であり、それに比例してドナー情報も増加している(図1「当院における選択肢提示数及び提供数(2008年1月～12月)」参照)。ドナー情報数が増加すれば提供数が増加するのも必然であり、本格的な取組みに着手する以前は偶発的に年1～2件程度の発生であったが、導入後はドナー情報が増加した。(図2「当院における臓器別提供数の推移(2002年度～2008年度)」参照)

現在、当院においては神奈川県臓器移植コーディネーターが当院看護師ということもあり、医学的適応の有無等も含めた連携をとりながら、尚且つ、患者本人の状況も踏まえ臓器提供意思が推察される場合等に選択肢提示を行っている。

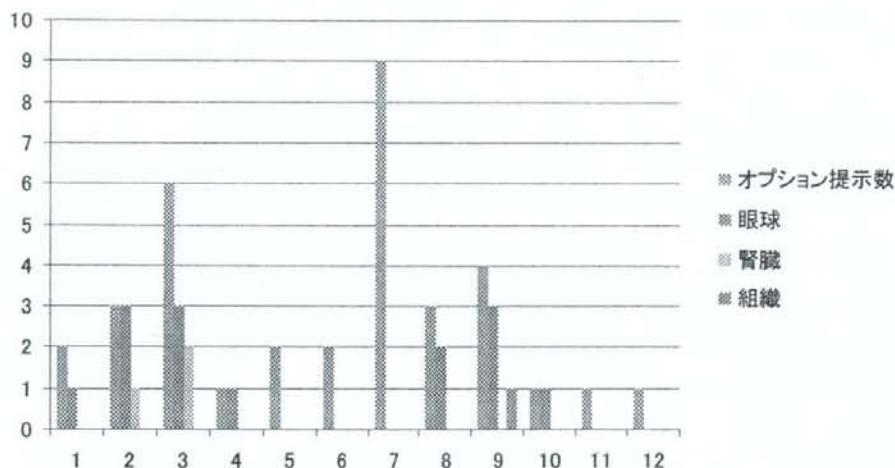


図1 当院における選択肢提示数及び提供数(2008年1月～12月)

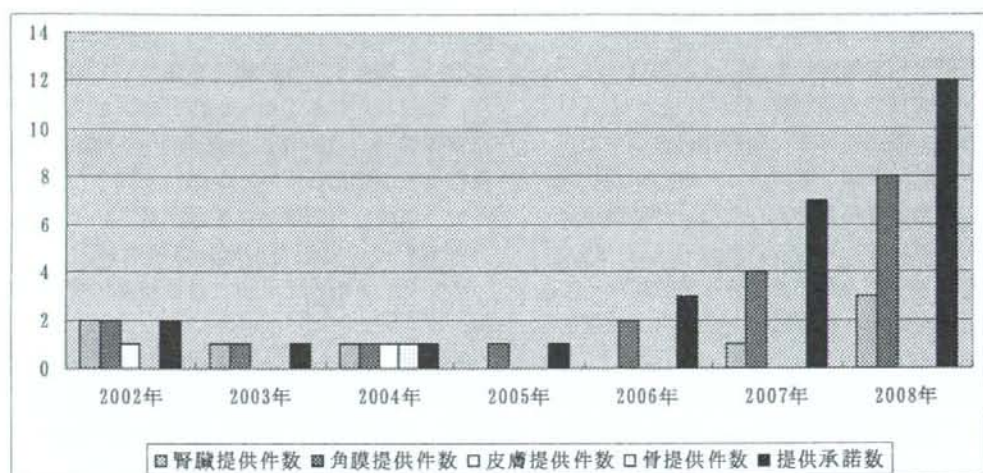


図2 当院における臓器別提供数の推移（2002年度～2008年度）

(2) 当院の選択肢提示で特筆すべき点として、泌尿器科医が積極的にオプション提示を行っていることが挙げられる。泌尿器科医がオプション提示を行う場合、当然の事ながら、腎臓提供は前提にならず、角膜提供を対象にしてオプション提示を行っている。提供側である救急医や脳神経外科医が主として行うオプション提示を移植側の泌尿器科医が行うことの意味は、提供側と移植側の相互理解を強力に推し進めることに繋がっている。副次的効果で角膜提供数も比例的に増加しているが、我々は数字での結果以上に、院内が組織横断的に同じ方向に向いていることに大きな意義を見出している。

4 組織の現状

取組み始めた後、救急医を中心とした医師側からのオプション提示が増加し、およそ1年を経た2007年（平成19年）10月、未だ発展途上とはいいながら、院内システムは不備を起さず心停止下臓器提供に成功した。2008年（平成20年）3月には1ヶ月で3件の心停止下臓器提供に成功する等、患者及び患者家族の意思を無駄にしないための院内システムは機能し始めた。度重なる症例が院内

における臓器移植に対する認識を広げること

に作用した。
2008年（平成20年）7月、現場に対してより実務的かつ組織横断的活動を可能にするべく診療協力部門として移植医療支援室が設置された。臓器移植に関わる診療科（眼科・泌尿器科・脳神経外科）から、室長・副室長2名計3名の医師を兼務で任命、専任職員2名（看護師・事務パート職員）の5名により構成されている。専任職員の看護師は現在、神奈川県臓器移植コーディネーターであるが故に、不在日は多い。実質パート事務職員1名のみで、18人を数える院内コーディネーターの取りまとめ、委員会庶務、ドネーションまでを管理することは不可能である。しかし、上層部は設置目的や部署の意義を理解しながらも、現状で組織的規模を大きくすることは難しいとの見解を示している。

（図3 聖マリアンナ医科大学病院組織図参照）

予算編成の際、財務部をはじめとする上層部は、神奈川県からの都道府県コーディネーターの設置補助金、臓器提供発生時に日本臓器移植ネットワークから提供施設に支払われる臓器提供管理料等を移植医療支援室の稼働収益として位置付けている。即ち、毎年度ご

とに恒常的に収益を約束されている部署では無いにも関わらず、設置に踏み切った背景には、院内組織として備えておかなければならないという病院長の判断が作用している。とはいえ、決して楽観視できない病院経営の中で多額の予算配分を講じることは、難しい現状にある。2名の専任職員人件費は、移植医療支援室の予算に計上されていない。当院の場合、人件費は大学法人本部での管理費目になっているからである。従って、全体の中の1部署という扱いである以上、相対的な比較の上では、少ない人員配置にならざるを得ない。移植医療支援室としての予算は、平成21年度当初予算として年間総額約95万が割り当てられている。内訳として、旅費交通費約50万、通信運搬費30万、残りが消耗品費、諸会費、コピー機等賃借料となっている。決して潤沢な状況ではないが、さりとて活動に支障が出る金額ではないと考えている。

5 今後の課題

(1) 現場へのインセンティブ

臓器提供に取り組み始めて、一貫して我々が考えていることは、「臓器提供にスーパースターは要らない。」と「移植医療をあたりまえの医療へ！」という2点に尽きる。実際に臓器提供症例を経験して実感したこと、安全かつ円滑に臓器提供を行うためには、携わる部署や人員が多数必要になるということがある。積極的に情報収集を行う過程で、牽引車の役割を担ってきた医師が退職や異動等の事由で臓器移植から離れるとその施設の臓器提供数が極端に減ったり無くなったりする医療機関があることに気が付いた。即ち、その医療機関は院内システムではなく、牽引車の役割を担ってきた「スーパースター」に頼ってきたことを意味している。他方、泌尿器科医を含む移植側を取巻く環境整備は整っている場合が多く見受けられている。当院においても、泌尿器科医が他施設に抽出チームとして派遣された場合の費用配分に關して明確な明文規定がある。

法が施行されて10年を越えている。脳死下臓器提供症例は施行後12年で81例にしか過ぎない。加えて昨今の報道を賑わしている通り、当院のみならずわが国の救急医療の現場は疲弊の極みにある。そんな中、「何故、臓器提供数が増加しないのか？」と問うたところで「何故、ただでさえ忙殺されている救命医が臓器提供意思を抽出しなければならないのか？」と返ってくることは想像に難くない。

提供側の整備なくして臓器提供数増加は見込めず、臓器提供なくして臓器移植は成立しない。「スーパースター」ではなく「院内システム」、つまりは病院としての業務という捉え方を基本にすることによって、業務の対価としての支出という考え方なら、摩擦無く受け入れられるのではないかと。そして、移植医療の位置付けが特殊なものではなくなるのではないかと我々は考えた。提供側に対する費用配分の必要性はこのような背景を起点にしている。

現在費用配分についての検討を進めているが、特筆すべきは、移植側である泌尿器科力石辰也教授が全面的な理解を示し、移植側の費用配分も含めた院内標準化に向けて積極的に活動していることが挙げられる。

当院が検討している方向性として、

- ①ドナー主治医が所属する講座を臓器提供講座とし、一定の配分を実施。
- ②法的脳死判定を行った医師が所属する講座、病理診断を行う病理学、検案を行う法医学、臓器提供手術の際、麻酔管理を行う麻酔科（当院においては手術室の調整も麻酔科が行っている）等を協力講座とし、一定の配分を実施。
- ③医学部講座ではない中央手術部・看護部・事務部への配分実施
- ④生命倫理委員会委員、院内コーディネーター等の個人への配分実施。

の4点を基本にしている。施策として実施するためには、今しばらく時間をかけて継続的な審議を行っていく必要がある。問題点としては、講座と個人の重複配分に当たらない

ように理論構成をしなければならない。

(2) 移植医療支援室の方向性について

当院の移植医療支援室は、既に述べたとおり、設置されて日も浅く、病院経営の観点からも大幅な人的及び物的拡大は見込めないものとする。では、今後どのようにこの部署を生かしていくべきか？ 設置の目的と意義を具現化（多数の部署・人員を動かす）するには、移植医療支援室のスタッフが院内における臓器提供症例全般の調整弁とならざるを得ない。そのためには取組んできた7つの臓器提供に関わる課題を理解した上でコントロールできるマネージャーと、中核となりうる医師（診療部長のような役割を担っている医師ではなく、突発的に発生する事例に対して迅速に対応できるような専門医）が必要不可欠である。当院のような大規模病院の場合、このようなコントロール・タワー機能がない場合、情報の錯綜に始まる混乱に極めて陥りやすいのである。移植医療支援室のあるべき姿は、いかに少数の人数で多数を動かすか？ ということに尽きる。2009年（平成21年）1月、国内第78症例目の脳死下臓器提供症例を経験し、情報共有や集約等について、指示命令系統の整理、特に脳死下臓器提供症例の場合は時間に追われることからいかに簡略化し単純にするかで組織全体の動きが軽く出来るものと思料する。

(3) 神奈川県の一施設として

院内においても取組まなければならない課題は多いが、併せて神奈川県の一施設としてあるべき姿を模索せねばならない。前述したように神奈川県行政は「4大学を中心として」という立場であるが、4大学といいながら、その足並みも決して揃っているわけではない。特定の1個人、1施設が突出しているだけでは、臓器提供は決して増えないばかりか社会的機運の醸成にも結びつかない。病院間の積極的な情報共有と連携体制の構築は必至である。移植側は、施設の垣根を越えた混成摘出チーム編成を可能にし、県内で十分に機能している。提供側においても、ネットワークが出来れば組織的リスク軽減に繋げられるのではないかと思料する。昨年から本格的な活動を開始

した「臓器提供・移植を考える神奈川の会」がその役割の一端を担うべきものと期待している。

また、神奈川県警察が理解協力しているように、神奈川県行政に対しても継続的な働きかけは重要である。神奈川県は財政上の事由から2009年度（平成21年度）における都道府県コーディネーター設置補助金を年間で100万減額することを決定している。1度減額された補助金を増額に転じさせることは並大抵のことではないが、行政と民間の乖離を少しでも埋める努力が求められる。

結 語

臓器移植に関するわが国を取巻く社会の動きとして、国際的には2008年（平成20年）、国際移植学会により「イスタンブール宣言」が出され、海外渡航移植に対する国際的非難表明が実施された。世界保健機関（WHO）においても不正な臓器移植を防ぐため、移植者にレジストリーを導入し追跡調査を可能にする施策など、臓器移植の可視化や透明性の確保を盛り込んだガイドラインが策定されようとしている。そのような国際情勢に逆行するように、わが国においては、法改正論議もままならない状況があり、マスコミの関心の低さも相乗し国民の臓器移植に対する関心も決して大きくない。

臓器提供は各国の自助努力に基づかななくてはならない以上、わが国の現状は憂うべきものである。国内数ある医療機関の1つでしかない当院の取組みは完結したわけではなく、今後取組まなくてはならない課題も多い。臓器提供を増やすためには、法整備を含む社会基盤構築は当然の事ながら、現場最前線である各医療機関が患者の臓器提供意思を1つでも無駄にしないような院内体制整備を責務と位置付けることから始めるべきであり、取組む医療機関が1施設でも多くなっていくことがわが国における自助努力に通じるものとする。我々が推し進める「マリアンナ・モデル」が新たに取組む医療機関の一助となることを願う。

本稿作成にあたり、院内体制構築に全面的

なご協力をいただいた新潟大学大学院腎泌尿器病態学分野 高橋公太教授、新潟県臓器移植推進財団 秋山政人氏、当院のHAS分析、組織的施策立案にご協力いただいた東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野 長谷川友紀教授に深く感謝申し上げます。

また、本研究は平成 20 年度厚生労働科学研究厚生科学特別研究事業「臓器移植拡大に向けた医療施設の整備体制に関する研究」に基づきなされたことを付記いたします。

参考文献

- 1) 秋山 政人、齋藤 和英、高橋 公太：ドナーアクション：新潟県のケース、移植 39：383-388、2004
- 2) 臓器の移植に関する法律、法律第 104 号、1997 年 7 月 16 日公布
- 3) 臓器提供に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、健医発第 1329 号、1997 年 10 月 8 日制定
- 4) 長谷川 友紀、篠崎 尚史、大島 伸一：ドナーアクションプログラム、日臨 63：1873-1877、2005.
- 5) 亀井 克之、吉野 茂、小野 元：医療機関におけるリスクマネジメントの組織とリスク・コミュニケーション：情報研究 関西大学総合情報学部紀要 29：13-54、2008
- 6) 小野 元、榊井 良裕、力石 辰也、佐々木 秀郎、吉野 茂、中村 晴美、秋山 政人、高橋 公太：移植医療に対する脳外科医からみた神奈川県での試み：生体臓器移植の法的諸問題：78-83、2008