

題に直結していることが多い。つまり心停止下臓器提供は、死の3徴(心停止、呼吸停止、瞳孔散大)をもって死を認めたとうえで臓器提供が行われるため、心停止下臓器提供のドナー管理における呼吸管理(人工呼吸器)の扱いは終末期問題が絡み合う。

実際、入院時早期から生命予後不良が予想される場合や、患者本人の希望を含めた家族の希望と医療スタッフとの話し合いにより、臨床現場では気管内挿管や人工呼吸器の使用をさける場合もある。逆に、治療をより積極的に施していた場合の心停止下臓器提供では、治療の終わりや終末期医療の説明と家族へのケア、そして医療スタッフ間の認知がさらに必要となる。つまり、心停止下臓器提供業務が容易というわけでは、決してないのである。

支援室としては、倫理的問題があれば倫理委員会への報告と相談を行うが、基本的には主治医を含めた医療スタッフと家族の意見をもとに支援していく。本来は患者本人と家族の意思が最も重要である。臓器提供を含めた多くの医療行為において、医療側と患者家族側がともに不幸とならないように、より明確な体制整備が望まれる。

全体を通して：家族と協働する救急医療現場とは

脳死もしくは全脳の機能不全を避けられない状況では、家族はもちろん脳神経外科医や救急医の苦悩は理解されるであろう。その一方で、看護師を含め医療スタッフは最後まで治療を施す義務があり、死亡宣告時はもちろん出棺までは家族のためにもあらゆる努力を忘れてはならない。つまり、脳死状態だからといって医療機関の努力を一方向的に終わりにすべきではないと考える。

法改正を踏まえ、だれであれ医療機関に属するスタッフは患者や家族の“終末期における意思のベクトル”を能動的に問い、そのなかで臓器提供の可能性を見いだしていく努力が必要になる³⁾。

救急現場において医師は患者を救うために医療を施しているのである。選択肢提示は死を意味す

表1 医療現場への支援

病院：責任者(最終的な責任は病院がとる)
移植医療支援室：統括、連絡調整、警察対応
院内コーディネーター：支援室とともに現場のサポート
医師、看護師：家族ケア

ることでもあり、「手のひらを返すよう」に簡単に提示できるものではない。つまり、われわれ救急医療従事者は患者、家族、医療スタッフ、医療機関との“協働”において、あらゆるベクトルの可能性を否定しないように努力すべきである。

最近では、家族希望による臓器提供数の増加が見受けられるが、それは結果である。そのことよりも、選択肢提示や家族とのコミュニケーションがルーチンワークとして救急医療の現場に取り入れられることが、今後も重要であると考えている。つまり、特定の医療機関や担当医師・看護師に臓器提供の業務が集中することのない、継続できる提供病院としてのシステム構築が必要となる(表1)。

この稿を終えるにあたり、常に臓器提供を含めた移植医療に関してご指導いただいている、新潟大学大学院医歯学総合研究科腎泌尿器病態学分野の高橋公太教授、財団法人新潟県臓器移植推進財団の秋山政人先生に感謝申し上げます。また聖マリアンナ医科大学脳神経外科スタッフと救急救命センタースタッフ、移植医療支援室メンバー、医療安全管理室の吉野茂氏、法医学教室の向井敏二教授、最後に聖マリアンナ医科大学病院の三宅良彦院長に感謝申し上げます。

本研究は、平成21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」に基づき行われました。

文 献

- 1) 臓器の移植に関する法律、法律第104号、1997年7月16日公布。
- 2) 臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律(最終改正：平成21年7月17日法律第83号)。

- 3) 有賀 徹：脳死下における臓器移植を考える. 日本臨床 68：2161-2163, 2010.
- 4) 小野 元：聖マリアンナ医科大学におけるドナーアクションの試み. 今日の移植 20：205-210, 2007.
- 5) 永廣信治：脳神経外科の立場から. BRAIN and NERVE 62：575-581, 2010.
- 6) 小野 元：グリーフケアの意義. 腎移植のすべて. (高橋公太・編). メディカルビュー社, 2009, p 52-53.
- 7) 鹿野 恒, 大宮かおり, 山崎 圭, 佐藤朝之, 佐藤真澄・他：臨床的脳死症例家族に対する臓器提供に関する選択肢提示の試み. 日救急医学会誌 17：129-136, 2006.
- 8) 福嶋教偉：臓器移植ネットワークシステムの現状と展望. 日本臨床 68：2241-2145, 2010.
- 9) 秋山政人：ドナーアクションプログラムの現状と展望. 今日の移植 20：135-137, 2007.
- 10) 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン). 平成22年7月17日, 一部訂正.
- 11) 小野 元：献腎移植ドナーの適応と管理：脳死と心停止. 腎移植のすべて. (高橋公太・編). メディカルビュー社, 2009, p 29-33.
- 12) 向井敏二, 内ヶ崎西作, 一場一江：法医学から見た児童虐待死亡事例の課題. 子どもの虐待とネグレクト 9：289-297, 2007.

■ 原 著

泌尿器科医による角膜提供

佐々木秀郎¹, 小野 元², 中村晴美², 武内みき², 吉野 茂², 上野聰樹²,
佐藤雄一¹, 宮野佐哲¹, 堤 久¹, 中澤龍斗¹, 江東邦夫¹, 北島和樹¹, 力石辰也^{1,2}

Support for corneal donation by urologists

¹Department of Urology, St. Marianna University School of Medicine,

²Transplant Support Service, St. Marianna University Hospital

Hideo SASAKI¹, Hajime ONO², Harumi NAKAMURA², Miki TAKENOUCHI², Shigeru YOSHINO²,
Satoki UENO², Yuichi SATOH¹, Satetsu MIYANO¹, Hisashi TSUTSUMI¹, Ryuto NAKAZAWA¹,
Kunio ETO¹, Kazuki KITAJIMA¹, Tatsuya CHIKARAISHI^{1,2}

【Summary】

【Background】 In Japan, corneal donation is extremely insufficient for the demand of corneal transplantation.

【Methods】 From February 2008, we started to propose corneal donation for families of patients who died in our department. We retrospectively reviewed medical records to analyze patients' clinical features and the calculated consent rate of families for corneal donation in the past 2 years.

【Results】 We had 39 patients (34 male and five female patients) who died of urological diseases including 34 urogenital malignancies, two systemic infections, and three other reasons. Among 39 deaths, five (12.8%) were unsuitable for corneal donation because medically contraindicated (three with hepatitis C infection and two with systemic infection) whereas the remaining 34 patients were considered medically indicated. For 22 of them, we proposed corneal donation to their families. Despite medically indicated cases for 12 patients, six were excluded from candidates for corneal donation due to old age (two cases, 88 and 94 years), lack of time to present the option to families because of sudden passing (two cases), no known relatives to contact (one case), and prior engagement as an applicant for body donation in medical school training (one case); the families of the other six patients were not approached for unknown reasons. Four (18.2%) of the 22 families who were proposed corneal donation agreed to the donation. Cadaveric corneas from the four patients were successfully transplanted into waiting patients.

【Conclusion】 Corneas can be donated for transplantation even from elderly patients who died of solid organ malignancies. Urologists and transplant surgeons in kidney transplantation should be aware of this and should make efforts to increase corneal donations.

Keywords: cornea, donation, urology

I. 緒 言

2010年7月17日、改正臓器移植法の施行を契機に、脳死下の臓器提供に関する記事が新聞紙上などで大きく扱われ、脳死下の臓器提供が再び国民の関心を集めた。しかし、角膜の提供については、提供側に大

きな負担をかける脳死下の提供ではなく、心停止後の提供でも十分可能なことはほとんど話題に上らない。

角膜提供は胸腹部の固形癌による癌死症例や、高齢者であっても可能なことは、現場の医療関係者にはあまり知られていない。泌尿器科医は、腎臓移植に関しては臓器の提供を受ける立場であるが、角膜については提供医になりうることを踏まえ、当科では2008年から死亡症例の家族には可能な限り角膜提供をお願いするように心がけてきた。われわれの調べ得た範囲で

¹ 聖マリアンナ医科大学腎泌尿器外科, ² 聖マリアンナ医科大学病院移植医療支援室

(2010・11・29 受理; 2011・1・20 受理)

は国内外含めて、移植医が中心となり担当患者からの角膜提供を増やす試みをしたという報告はなく、わずか2年間の集計ではあるが、当科の角膜提供への協力の試みとその成果を通して泌尿器科医による角膜提供の可能性を報告する。

II. 対象と方法

2008年2月から2010年2月までに当科で死亡した39例を対象とした。これらの症例を後方視的に検討し、年齢、性別、死亡原因、角膜提供のオプション提示の有無、オプション提示しなかった症例においては、その理由を調査した。

III. 結果

死亡した39例は、男性34例・女性5例で、平均年齢は72±11.8(47~94)歳であった。死因は癌死が34例、敗血症が2例、その他が3例であった。患者家族への角膜提供のオプション提示は当科所属医師8人中6人により行われた。角膜提供の医学的適応のある症例は34例(87.2%)であった。医学的適応のなかった5例(12.8%)中3例がC型肝炎、2例が敗血症に罹患していた。医学的適応のある34例中、オプション提示が行われた症例は22例(64.7%)、行われなかった症例は12例(35.3%)であった。提示が行われなかった12例の理由は、2例が入院当日に患者が死亡したため、角膜提供のオプション提示をするには家族

との信頼関係が未構築であると判断されていた。また、高齢であることから担当医が角膜提供の適応なしと判断した症例が2例(88歳, 94歳)、同意を取得すべき家族が不在のため提示ができなかった症例が1例、医学教育用に献体を希望したため角膜の提供を断念した症例が1例あった。また医学的適応があるにもかかわらず角膜提供のオプション提示がされていなかった症例は6例で、非提示の理由は不明であった(図1)。

オプション提示の後、実際に角膜提供に至った症例は22例中4例(18.2%)であり、平均年齢は66.2±3.5(62~70)歳で全例が男性であった。死因は、前立腺癌2例、膀胱癌1例、腎癌1例で、全例が固形腫瘍による癌死症例であった。対象期間における当院全体の角膜提供は18例36眼であり、当科からの角膜提供数は院内全体の22.2%であった。提供角膜はすべて角膜移植に使用された。

IV. 考察

財団法人日本アイバンク協会によると、2007年度は角膜移植希望登録者数16,007人に対し献眼数は995人(脳死下4例、心停止下991例)、移植眼数は1,542眼(希望者数の9.6%)であり、角膜提供は絶対的に不足している¹⁾。そのため、一部の施設では、海外からの輸入角膜を用いている。その数は決して少なくはなく、2000年から2002年までの3年間では、年間

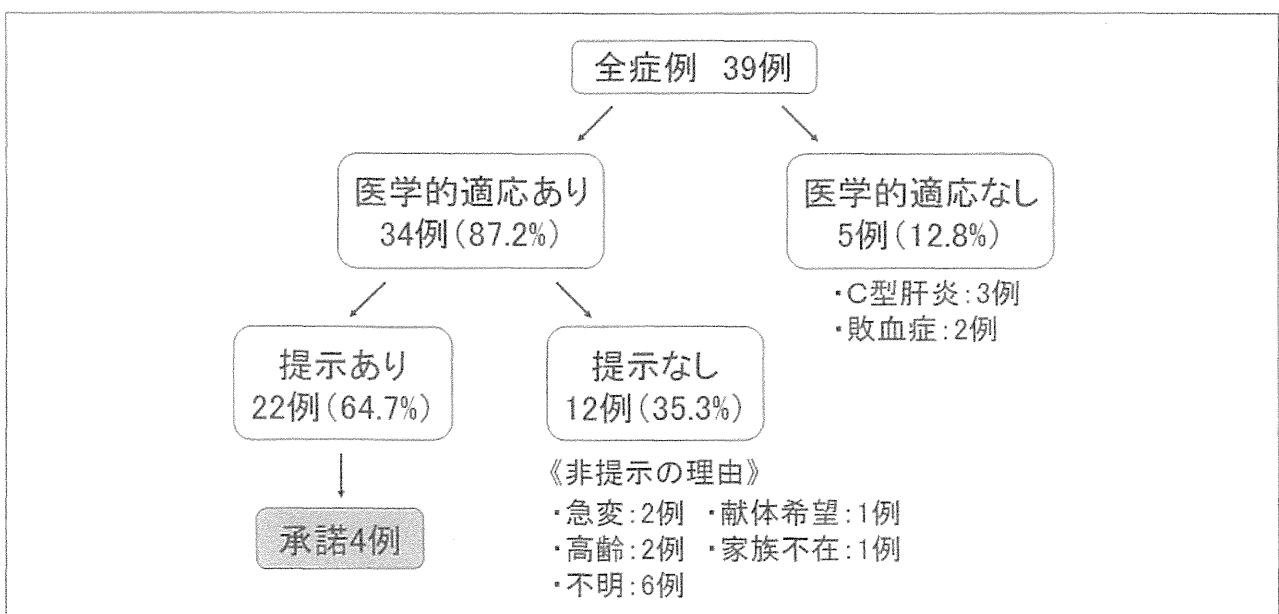


図1 死亡症例の経過

1,000例以上の輸入角膜が国内で移植されている²⁾。このように、不足する角膜提供に対して泌尿器科医も協力すべきとの考えに至った。それゆえ、2008年2月以降は当科における死亡症例で医学的適応のある場合には、原則として家族に角膜提供のオプション提示を行うようにしている。今回の2年間での検討では、承諾が得られた症例は4例と少ないが、われわれがオプション提示をルーチンに行う前の2000年10月から2008年1月までの約7年間での当院からの角膜提供は総数17例であり、当科からの提供は1例であることを考えれば十分意味のある数字であると考えられる。

角膜提供は悪性腫瘍による死亡症例からも可能であり³⁾、年齢的な制限もないことから、泌尿器科における死亡症例の中にはポテンシャルドナーが少なからず存在する。今回の検討でも、医学的適応⁴⁾あり(表1)と考えられる症例は死亡症例39例中34例(87.2%)であった(図1)。担当医の誤った認識で、高齢であることから角膜提供には適さないと判断して提示を行わなかった症例が2例あった。角膜移植には年齢によって減少する角膜の内皮細胞⁵⁾も含めて移植する全層移植ばかりではなく、内皮細胞を用いないパーツ移植などの方法もあり、これらの方法では高齢者から提

供された角膜も用いることが可能である⁶⁾。高齢を理由とした2症例のみならず、理由が不明な6例についても適応症例だった可能性があり、これらに対してオプション提示できていれば提供数がさらに増えていた可能性があり、今後改善の余地がある。

当院では2008年に移植医療支援室が発足し、病院全体として臓器提供を支援するシステムが構築されつつある。角膜提供に関しても、担当医の行うべきことは家族へのオプション提示とコーディネーターへの連絡のみであり、泌尿器科医に過重な負担を強いられることはない。このことも当科における角膜提供のオプション提示が定着した一因と考えられる。

V. 結 語

当科において、泌尿器科疾患で死亡する患者の87%が角膜移植のためのポテンシャルドナーであり、角膜提供のオプション提示に対する家族の承諾率は18.2%であった。角膜提供に伴う主治医の負担は少なく、腎臓に関しては提供を受ける側の泌尿器科医も、不足する角膜の提供に協力すべきと考える。

文 献

- 1) 財団法人日本アイバンク協会。
<http://www.j-eyebank.or.jp/>
- 2) 西田輝夫. わが国における臓器移植の実態: 角膜移植の現状. 日本の眼科 2003; 74: 1255-1258.
- 3) López-Navidad A, Soler N, Caballero F, *et al.* Corneal transplantations from donors with cancer. Transplantation 2007; 83: 1345-1350.
- 4) NPO 法人日本アイバンク運動推進協議会。
<http://www.npoeyebank-sk.or.jp/01about/index.html>
- 5) 天野史郎. 正常者の角膜内皮細胞. あたらしい眼科 2009; 26: 147-152.
- 6) 山田昌和, 望月弘嗣. 角膜移植の現状と将来. 医療 2004; 58: 499-504.

表1 角膜・眼球提供の条件

使用禁止眼球
➤原因不明の死: Death of unknown cause (異状死体等)
➤原因不明の中樞神経系疾患, 活動性ウイルス脳炎および原因不明の脳炎, 進行性脳症亜急性硬化性全脳炎
➤進行性多巣性白質脳症等の遅発性ウイルス感染症
➤細菌・真菌・ウイルス性全身性活動性感染症(敗血症)
➤HIV抗体・HTLV-1抗体・HBs抗体・HCV抗体が陽性, クロイツフェルトヤコブ病およびその疑い, 白血病, 悪性リンパ腫(Hodgkin病, 非Hodgkinリンパ腫)
➤Reye症候群, 眼内悪性腫瘍(網膜芽細胞腫, 癌転移眼)

(文献4より改変して引用)

臓器提供に求められるソーシャルリスクマネジメント

吉野 茂^{*1)}, 小野 元^{*2)}, 向井敏二^{*3)}, 亀井克之^{*4)}

Organ donation and social risk management development

改正臓器移植法施行後、脳死下臓器提供症例は増加している。しかし、マスコミ報道を通じた一般世論は、臓器提供に必ずしも肯定的とはいえない現状がある。国際水準に照らせば、わが国はようやく足並みを揃えようとしているところであるが、医療機関としてどう取り組んでいけばよいのか、聖マリアンナ医科大学における取組みを踏まえて、ソーシャルリスクマネジメントやリスクコミュニケーションの視点をを用いて、報告する。

Key words: 改正臓器移植法, 院内システム, リスクマネジメント, リスクコミュニケーション

改正臓器移植法施行

2010年(平成22年)7月に改正法が施行されて以降、32例に及ぶ脳死下臓器提供が行われている(平成23年1月末現在)。施行後しばらくの間、マスコミによる報道は、症例が発生するたびに、意思表示に関わる自己決定権と本人意思の有無、および家族の承諾のみでの臓器提供、ドナーコーディネーターの絶対的なマンパワー不足、街頭での意識調査など、断片的事象のみだけを捉えた必ずしも肯定的とはいえないものがめだつた。マスコミ報道は世論醸成に大きな影響力を持っていることを踏まえ、このような報道が継続的に行われれば適正な世論醸成が阻害されることを懸念する。

改正法施行は、わが国の臓器提供体制を国際水準に照らし、足並みを揃えようとしているものであり、同時に医療機関を含め社会全体が正しい認識を持つことが求められている。

リスクマネジメント論からみた臓器提供

聖マリアンナ医科大学病院においては、2006年(平成18年)からリスクマネジメントに基づく組織整備を主眼に置いて臓器提供に関わる院内体制構築に取り組みはじめた。医療機関におけるリスクマネジメントは、ときとして“医療安全”、“patient safety”と同義とされている。筆者らがいうリスクマネジメントは、一般企業におけるリスクマネジメントと同義であり、“リスクは常にあり、ゼロにはならない”という考え方に基づいている。具体的方法論として、リスクアセスメント、リスクトリートメント、リスクコミュニケーション、ソーシャルリスクマネジメントがあり、航空業界におけるCRM(crew resource management)などはその具体例としてあげられる。

抽出したリスクへの対応(リスクトリートメント)は、リスクコントロール(物理的予防)とリスクファイナンス(財務的手段の採用)とに分類されるが、これらは回避、除去、転嫁(保険)、保有の四つの手段からなる。リスク対応(リスクトリートメント)は、リスクの頻度と強度を組み合わせで評価・分析したうえで決定される。組織の基本的なリスク処理として、回避または除去がある。しかし、医療機関が臓器提供・移植に取り組んで、これをリスクと捉えてどうあるべきかを考える場合、回避も除去も不可能である。患者および家族の意思に対応できなければ、権利の阻害を医療機関は糾弾されかねない。一連の動きが世論醸成に大きな影響を持つマスコミにとり上げられた場合、組織的なレピュテーションリスクに直結する。以上を踏まえれば、リスクを保有したうえで組織としてどうあるべきかを考えて、システムを構築する必要性に迫られることになる。

リスク処理の意思決定は、平時においては組織的運用に基づくボトムアップを基本とするが、有事においてはトップダウン型の決断力が求められる。

聖マリアンナ医科大学病院の取組み

当院は、2006年(平成18年)から臓器提供に関わる院内体制構築に取り組みはじめ、2008年(平成20年)7月、円滑に業務を行うための調整弁として、移植医療支援室が設置された。異なる二つの体制から人員を供出し構成されている。さらに一連の流れを調整するため、院内複数多部署から多職種の院内ドナーコーディネーターおよびレシピエントコーディネーターを合わせて27名(ドナー側16名、レシピエント側11名)を任命し、活動している。体制を二分したのは、業務の性質による利害相反を回避し、職員の負担軽減を図る目的を意図している。

継続的な活動として、毎月1回、臓器提供支援委員会、院内コーディネーターワーキンググループを開催

*1) 聖マリアンナ医科大学医療安全管理室、*2) 同 脳神経外科学、*3) 同 法医学、*4) 関西大学社会安全学部

し、徹底した情報共有に努めている。DAP(donor action program)やTPM(transplant procurement management)を取り入れながら改正臓器移植法施行に対応するため、つぎのような施策を講じた。

1. リスクマネジメントに基づく組織整備

以下を検討課題として抽出し実行した。

- ① 医療支援室スタッフおよび院内コーディネーターを兼務で増員することによる、絶対的なマンパワー不足対応と業務分担によるスタッフの負担軽減、症例発生時の従事スタッフに対するインセンティブに関わる取決めを策定
- ② 移植医療支援室による関連4病院への包括的支援制度の検討、対応の標準化。
- ③ 終末期医療や小児からの臓器提供症例に対応するため、大学生命倫理委員会との連携強化
- ④ 小児科医の臓器提供支援委員会参加と虐待事例への対応としてMCAP委員会(虐待委員会)との情報共有

2. 行政対応(神奈川県自治体、警察、消防)

医療機関を指導監督するのは、特定機能病院であれば厚生労働省(国)、他は市や県など地方自治体である。改正法第17条の2にも規定されるように行政の果たすべき役割は大きい。しかしながら、その足並みや方向性が統一されているとは思えない現状がある。自治体の裁量に委ねられていることから、都道府県臓器移植コーディネーターについての考え方、助成金交付などは取り組む姿勢に左右され、都道府県によって大きな差があり、当院の場合も継続的な働きかけを必要とした。

警察対応については、神奈川県の場合、ドナー情報のうち例年40~50%が外因死症例であることから理解が得られ、年2回の症例検討会実施と県内3大学の法医学教授の全面的な協力による症例発生時のコンサルトシステムを構築、導入した。

現在、消防局と脳死下臓器提供症例発生時における臓器の搬送手段として、救急車およびヘリコプターの運用について協議している。

3. 世論醸成に繋がる啓発活動

適正な情報発信を行えるようになるため、医療機関で働く職員すべてが正しい情報を持つことが第一であると考え、移植医療支援室および臓器提供支援委員会を中心に“改正法条文骨子”、“親族優先提供”などテーマをあげてシリーズ化した研修会を開催した。さらに院内コーディネーターによって“院内コーディネーター通信”という広報紙を作成し、職員に対する存在や活動の周知を不定期ながらも行っている。他方、一般の患者などに対する普及啓発活動として、外来に3カ所設置されている電子情報モニターを有効活用し、改正法施行に関わる情報を放映した。

また、院外での情報発信として、区民祭への参加、県内複数医療機関で協働して市民公開講座を開催した。

4. ソーシャルリスクマネジメントの展開

医療機関だけではなく社会全体が正しく臓器提供を認識するために、ソーシャルリスクマネジメントを展開させることが有意であると考え、

ソーシャルリスクマネジメントとは、社会的なリスク(ソーシャルリスク)に対して、家庭(個人)、地域社会、企業、行政、国家が連携して対応するという概念である。したがって、家庭(個人)レベルのリスクマネジメントを起点に段階を経てそれぞれのレベルでリスクマネジメントを行き渡らせることが、最終的なソーシャルリスクマネジメントの展開に至らしめるものというアプローチである。それぞれの段階は当然のことながら相関しており、そのいずれかが欠けても成立しない。

(1) 家庭のリスクマネジメント

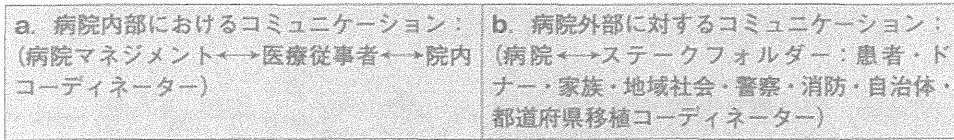
臓器提供に関わる意思表示と自己決定権、家族の承諾について、法は、国民一人ひとりに至るまで、臓器提供を正しく理解することを求めていることを意味している。臓器提供の始点は、法の第2条に規定する「臓器を提供する権利」に基づくものであるが、本人または家族の明確な拒否の意思表示がなければ、臓器提供を可能にする改正法は、“拒否”を含め意思を明確にする必要を国民に迫るものである。人が人として社会のなかでどう生きるのか、また、人生の終末期にどう処するのか、きわめて倫理的問題ではあるが、法律を正しく理解したうえで自己決定することが必要である。

わが国の現状は、各種世論調査でも明らかなようにこの問題に関する理解が浸透しているとはとてもいえない。そのためには、正しい情報を得られる環境もまた必要であり、個人と家族という最小単位におけるリスクマネジメントは、家庭のリスクマネジメントと言い換えることが出来る。

(2) 組織的リスクマネジメント

院内システム構築は組織的リスクマネジメントの展開と置換することが出来る。当院における取り組みや施策はすでに述べた。しかし、病院組織のリスクマネジメントを行き渡らせることだけでは充分とはいえない。前項“家庭のリスクマネジメント”でも述べたが、医療従事者ではない任意の個人が正しい認識理解のもとに意思表示を自己決定するためには、医療従事者が専門的知見に基づき情報発信することが必要である。

医療機関における最大のステークホルダー(利害関係者)はいうまでもなく患者である。市民公開講座など適切なリスクコミュニケーションを行うことは、



↓ リスク情報の開示

- | |
|--|
| <p>① 臓器移植を取り巻くリスクについての共通理解：
→ リスクをめぐる状況についての価値観を共有</p> <p>② そのリスクにどのように対応するかについての共通理解：
→ リスク克服に向けた価値観を共有</p> |
|--|

図1 臓器移植に関する病院のリスクコミュニケーション

組織的リスクマネジメントのうえで必須といえる。

(3) ソーシャルリスクマネジメント

最終的な局面である社会(国)としてのリスクマネジメントは、行政、民間の別なく共通の認識を持つことが重要である。改正法においても、見直し再検討は盛り込まれている。では、誰が中心になって、わが国の現状をいかに正しく把握するのか、行政もまた、システムや体制整備が求められていると考える。そのうえで、現状に合わせた施策・法の制定が必要である。

家庭→組織→国という流れは、臓器移植に限ったことではないが、一連の流れが適切に動くために、マスコミの果たすべき役割もまた非常に大きい。そして、どの局面においても法の正しい理解は必要最低条件になっていく。

わが国のマスコミでは、ときとして偏向報道ともよべるジャーナリズムが横行する。正しい世論の醸成に導くためにも、断片的な事象を捉えることなく、バイアスのかからない中立な視点は不可欠であると考えられる。そのため、図1のようなリスクコミュニケーションの充実が今後一層必要となる。

結 語

臓器提供・移植に限らず、患者のニーズに答えていくことについて医療機関としてなすべきことに変わりはない。家庭→組織→社会(国)という連関・連携によ

るソーシャルリスクマネジメントの展開が適正に行われることが、国際水準に足並みを揃えようとしているわが国の臓器提供体制の確立に結び付き、移植医療が“あたりまえの医療”として認識されることに繋がるものとする。

参考文献

- ・小野 元, 橋本卓雄, 秋山政人, 高橋公太: 聖マリアンナ医科大学におけるドナーアクションの試み, 今日
の移植 120(3): 205-210, 2007.
- ・小野 元, 吉野 茂, 秋山政人, 高橋公太: 臓器提供
のための医療機関のあり方, 日臨 68(12): 2210-
2214, 2010.
- ・亀井克之: リスクマネジメントの展開と組織, 危険と
管理, 第36号日本リスクマネジメント学会, 2005.
- ・亀井克之: リスクマネジメントの基礎理論と事例, 関
西大学出版部, 2011.
- ・亀井利明: ソーシャル・リスクマネジメント論, 日本
リスクマネジメント学会 30周年記念出版, 2007.
- ・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.
- ・吉野 茂, 亀井克之: 医療機関におけるリスクマネジ
メントーリスクマネジメントとしての臓器移植体制整
備一, 移植医療における臓器提供システムー安全で適
切な提供にむけて一, (小野 元・編), 2009, p7-39.
- ・臓器の移植に関する法律, 法律第104号, 1997年7
月16日交付.
- ・臓器の移植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 臓器提供家族へのコーディネーターの役割

中村 晴美

はじめに

臓器提供は提供を希望する患者もしくは患者家族の意思により可能であるが、その希望や意思は「人の死」を目の前に突然決まるものではない。本来、家庭や教育の中で自らの価値観を備えておくべき事項である。しかし、多くの国民や医療現場では「人の死」が近づいたときに初めて医療現場で「人の死」と臓器提供や移植医療との矛盾に気がつく。

現在でも変わらない救急現場での臓器提供に対する負担に対して、コーディネーターが医療機関とともに、臓器提供を希望する家族の支援や、患者・家族への終末期医療の充実、現場の医師、看護師へのサポートを行っている。

また、最近では救急医療の現場を中心に、院内コーディネーターの設置も行われつつあり、臓器提供時の対応の重要性が高まっている。ここでは臓器提供を希望する家族へ対応するためのコーディネーターの役割について述べる。

1. コーディネーターの種類

コーディネーターと呼ばれる職種の主なものには院内コーディネーター（以下、院内Co）、都道府県コーディネーター（以下、都道府県Co）、日本臓器移植ネットワークコーディネーター（以下、NWCo）があり、雇用形態、活動内容などにより役割の違いがある（表3-2）。

1) 院内コーディネーターの役割

院内Coは、当該都道府県内の医療機関における移植医療の啓発、普及活動と臓器提供に関する業務に従事するために設置され、それぞれの職種

（医師、看護師、臨床検査技師など）との兼務で任命されており、（社）日本臓器移植ネットワーク院内コーディネーターテキスト（第1版）によると、全国の院内Co設置状況（2008年）は、38都道府県、658施設に1,575名の院内Coが活動している。しかし、院内Coの設置の有無や委嘱状などの交付については、各都道府県に委ねられている現状である。医療の現場の一番近くで患者や患者家族、医療者のニーズを把握し対応できる重要な役割であり、今後の提供施設にとって最も重要な役割を担うと考えられている。

2) ネットワークコーディネーターと都道府県コーディネーターの役割

NWCoと都道府県Coの主たる活動として、「ドナー情報への対応（斡旋活動）」と、「普及啓発活動」がある。このように2種類のドナーコーディネーターの活動内容に大きな違いはないが、NWCoが広い範囲で活動しているのに対し、都道府県における地域への具体的な普及啓発においては、都道府県Coが中心に行っている点が大きく違う。

2. 臓器提供発生時のコーディネーターがかかわる家族対応

1) 家族へのインフォームド・コンセント

臓器提供を希望し、専門的な話を聞いてみたいと希望する家族へは、斡旋資格があるコーディネーターとの面談が可能であることが「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）に示されている。家族は移植医療に関する具体的な説明を受け、それについて十分理解したうえで、臓器提供の意思があれば承諾書を作成す

表3-2. コーディネーターの特徴

	院内コーディネーター	都道府県コーディネーター	日本臓器移植ネットワークコーディネーター
斡旋業	委嘱なし	JOTNWより委嘱	所有
雇用主	病院	行政, バンク, 病院など	JOTNW
活動	院内での本来業務と兼任して活動	所属する都道府県, 雇用形態, 勤務形態により活動内容・範囲が異なる	専任で業を行える
斡旋活動	院内で発生した提供に関与	都道府県内で発生した提供に関与	支部内および全国で発生した提供に関与
普及啓発活動	院内における普及啓発	都道府県内を中心とした一般, 病院啓発	支部内を中心とした一般, 病院啓発

ることとなる。この際の説明は、斡旋資格のあるNWCo、もしくは都道府県Coが行う。説明に際しては、家族が臓器提供について自由な意思決定ができるよう支援する姿勢で取り組んでいる。

家族面談に際しては、事前に面談室の準備や座る位置、家族背景などを確認しておく必要がある。また、家族の様子や反応を一緒に観察し対応していくために、面談にはできる限り医師や看護師、院内Coに立ち会いを依頼している。

家族面談では、まず病状および臓器提供に対する理解度の確認を行う。病状に対して、家族が正しい認識をもち、患者の状態を受容しているかどうかを確認する。臓器提供に関する説明は、患者が終末期にあることを理解された後に行われるものであり、患者の病状について受容されていることが前提である。そのため、家族に正しい認識がないと判断した場合は、NWCoもしくは都道府県Coからの説明は中止することになる。

また、臓器提供に対する理解度の確認として、意思表示カードやシール、保険証や免許証の裏に臓器提供に関する意思の記入がないかどうかを確認する。臓器移植法改正後より、本人の提供しない意思は重要とされているため、患者自身が口頭でも臓器提供について拒否の意思がなかったかどうかは必ず確認を行っている。

面談中は、家族の表情や言動、終末期や死に対

する受け止め方、本人の意思に対する受け止め方、他の家族の受け止め方を引き出すよう介入し、家族の総意による承諾であることを十分に確認している。また説明後は時間を置き、冷静に考える時間をもってもらうよう配慮することもある。

重要なことは、患者や患者家族にとって正しい意思決定を支援することが目標である。そのために、臓器提供を希望してもしなくても、家族が選択した方針について後悔のないように支援していくことも大切である。また、医師や看護師、院内Coと情報を共有し、説明後の家族の様子について一緒にフォローしていく必要がある(表3-3)。

2) 承諾書作成後から提供に至るまでの家族ケア

患者が終末期であることを受容し、臓器提供について理解したうえで承諾書が作成される。しかし、死にゆく家族に対する心理的・精神的不安は計り知れない。早晚家族が亡くなることを理解していたとしても、家族の心情は揺らぐものである。そのためコーディネーターは家族の心情に寄り添い、最後までニーズへの対応をしていくよう心がけている。

NWCoもしくは都道府県Coは、臓器提供に必要な処置や検査についてその都度説明を行い、家