

Donor Action Program (DAP)のデータ管理

研究要旨

DAP (Donor Action Program) は、臓器提供を円滑に進めるための院内体制づくりの手法であり、マーケットリサーチや TQM (Total Quality Management) の手法に基づき、多くの国で導入され臓器提供数の増加に対しての有効性が示されている。本研究では、DAP では HAS(Hospital Attitude Survey、職員意識調査)、MRR(Medical Record Review、医療記録レビュー) の調査を行うことにより、当該病院のどこに問題、改善の余地があるかについて組織診断を行う。DAP のデータベースが整備され、レファレンスとして用いることにより、より高い精度で診断を行うことが可能となる。本研究では、DAP データの収集を行い、経年変化、職種別の特徴等について解析を実施した。

全体の集計結果では、一般に臓器移植に対しては好意的な回答が多い反面、脳死について懐疑的なものが看護師、事務職等に少なくないこと、ドナー候補者の特定・臓器提供の同意を得るために必要な能力・知識については、医師でも 2 割弱と少なく看護師ではごく少数であった。この点については教育研修において重点的に取り組むべきであると考えられた。また、MRR では家族へのオプション提示の割合は増加傾向にあった。

A. 研究目的

(1) 背景

世界的に移植医療が確立した医療となったのは、1980 年代の優れた免疫抑制剤の開発によるものが大きい。一方で、移植医療の提供できる適応疾患が拡大したこと、移植を希望する患者が増大したことなどにより、移植用臓器の不足は日本のみならず先進国共通の深刻な社会問題となっている。

また、一部の諸国における臓器売買をはじめとする人道的な問題に対する国際的な動きが高まり、国際移植学会によるイスタンブール宣言 (2008)、WHO (World Health Organization) による移植に関する指導指針の見直し (2010) が相次いで実施され、各国においては「移植用臓器の自給体制の確立」、「生体ドナーの生涯にわたる健康管理」、「臓器・組織の追跡可能な登録制度」を含む安全な移植の実施すべきことが明らかにされた。これは各国内における臓器提供の拡大を促すとともに、反面、これまで渡航移植を受け入れてきた国においては他国の患者について受け入れ要件を厳しくする動きが認められている。現

状、臓器不足による待機患者が多い我が国においては、ドナーを増加させるためのシステム作りは重要かつ喫緊の課題である。

(2) DAP (Donor Action Program) の概要

DAP は、マーケットリサーチの手法、TQM (Total Quality Management) の手法に基づき、臓器を提供できる病院を対象として、病院外部者 (DAP スタッフ：移植医、プロキュアメントコーディネーターなど、日本では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が該当する) と病院スタッフ (院内コーディネーターなど) が協同して、病院内における問題発見、アクションプランの立案・提示と導入、効果の検証を行うことにより、当該病院での良質で確実な臓器提供のシステムの確立を図る手法である。

a. 対象病院の選定

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 (理事長、院長等) の考え方、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。

b. 院内体制の構築

病院代表者に移植医療の状況、DAP の概要説明を行い協力が得られたならば、担当の病院スタッフを選任してもらい、以後はその病院スタッフと協同して活動を進める。

病院代表者への説明においては、相手の立場と関心を考慮することが何より肝要である。移植医療が医療全体の中で占める割合は大きなものではなく、相手に関心を有している事柄に DAP がどのような関わりを有しているか、いかに有用であるかが説明のポイントとなる。

医療の質管理に関心を有するならば DAP が TQM や病院活性化に利用可能なこと、医療安全・リスクマネジメントに関心を有するならば、臓器提供希望の意思が院内体制不備のために妨げられるならば患者・家族の期待権が損なわれたとして責任問題になりかねないこと、経済面に関心を有するならば診療報酬の金額、摘出チーム等との分配ルール、医療機能評価受診が予定されているならば院内体制構築が評価項目に入っていること、行政の方針に関心を有するならば都道府県からの協力要請等が参考になるであろう。

病院スタッフの職種は特に限定する必要はないが、院内で彼/彼女の言うことであれば耳を傾けようと思われるような人望を有すること、潜在的ドナーが多く発生する診療科・部署の情報が容易に入手できる立場にいること、などが参考になる。病院代表者は多忙なことが多いため、病院代表者を後見役として、別に院内スタッフを選任してもらった方が円滑に進むことが多い。

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 (職員意

識調査)と MRR (医療記録レビュー) が用いられる。

・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提供に至らなかったかを明らかにする(全診療科ではなく、脳神経外科、救急、ICU など一部の診療科のみを対象としたものでもよい)。これは、過去に一定期間の記録を遡って行う retrospective MRR と、開始日以降、潜在的ドナーが発生するたびにデータ入手を行う prospective MRR の2つの方法がある。

・HAS (Hospital Attitude Survey、職員意識調査)

病院職員に対する無記名自記式のアンケートであり、脳死、臓器提供についての、意識、知識、経験と態度、教育研修のニーズなどを明らかにする。

ともに DAP のデータベースをレファレンスとして用いることにより、日本全国の DAP 参加病院との比較検討等、より精度の高い組織診断が可能となる。

現状診断では、病院職員全体を対象にした HAS、過去の6カ月~1年程度の retrospective MRR を行ったうえで、病院での現状分析の結果報告を兼ねた講演会等の開催が实际的であろう。現状診断の結果に基づいて、特に重要な改善すべき課題、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、目標については具体的な指標を定め数値的に評価が可能なものであることが望ましい。

一定期間経過後、再度 HAS の実施(2回目以降は実施診療科・部署等、対象を限定した方がアクションプランの効果判定を正確に行うことができる) MRR の継続的なデータ収集、あるいは必要に

応じた他の調査等を実施し目標達成状況を評価する。目標が達成されたならば、現在の体制を維持強化するとともに、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再設定を行う。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、病院における他の活動にも利用が可能である。

(3) 本研究の目的

DAP は現在 24 力国で導入されており、臓器提供数の増加に有効であることが示されている。日本においては、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)により日本への導入が図られた。

本研究の目的は、DAP を導入している日本の臓器提供病院から収集された HAS・MRR のデータをもとに、病院職員の知識・態度・行動の特徴等を明らかにするとともに、今後、臓器提供の増加を図る際の問題点や解決策について検討することである。

B. 研究方法

分析対象は、日本における臓器提供病院のうち DAP を実施している病院が行っている HAS、MRR の調査データである。

2017 年 1 月末までの HAS の調査データは、50,572 人から得られており、その内訳は 1 回目が 27,236 人、2 回目が 11,017 人、3 回目が 5,928 人、4 回目が 2,588 人、5 回目が 2,042 人、6 回目が 775 人、7 回目が 516 人、8 回目が 470 人であった。HAS の年度別・実施回数別集計を表 1 に示す。

2014 年は 7 病院より 4,367 人、2015 年は 5 病院より 3,517 人、2016 年は 2

病院より 969 件のデータが得られている。そのうち、2 回目以降実施の病院は、2014 年が 6 病院、2015 年が 4 病院、2016 年が 2 病院であった。参加病院数の年次推移を図 1、HAS データ数の年次推移を図 2 に示す。

2 回目以降の結果は、初回実施の際明らかになった問題点の改善を図るためのアクションプラン実施後の効果判定に用いられるべきデータと考えられる。

また、MRR は 45 病院より 10,716 人のデータが得られている。直近 3 年間では、2014 年は 11 病院から 1,177 人、2015 年は 4 病院から 604 人、2016 年は 1 病院から 22 件のデータが得られた。今回は、10,716 人のデータを解析対象とした(表 2、表 3)。

C. 研究結果

DAP の導入状況は病院により異なる。集計結果は、全体の動向を大まかに示しているものとして取り扱うべきであるが、以下に、主要な結果を示す。

HAS の主要な結果を図 3-8 に示す。ここに示した結果は、HAS データをまとめ、職種別、年度別に集計したものである。

医師、看護師など医療職種においては、一般に移植医療には 6~8 割が賛成であり、半数程度が、死後自分の臓器提供を希望していること、脳死を死の妥当な判定方法であると考えられるものは、医師の 5~6 割に比較して、看護師では 3~4 割程度であること、ドナー候補の特定や臓器提供の同意を得ることに必要な能力・知識を有すると考えるものは、医師で 2 割弱、看護師ではごく少数であること、がわかる。

実際には、レファレンスとして用いることにより、各病院に特有の問題点などの現状を明らかにし、それらの問題点を改善するための教育研修(勉強会、セミナー等)などを実施し、HAS の調査結果を元に事前事後の比較を行うことで、その効果を明らかにする。これらを繰り返すことにより、改善の PDCA サイク

ルを確立するためのツールとしての利用が想定されている。

MRR を用いることにより、以下に示す臓器提供の各段階のどこで脱落が多いかを明らかにすることが可能となる。

- ◆ 全死亡（病院全体ではなく、脳神経外科、救急・ICU 等の特定の診療科のみでも良い）
- ◆ 15 歳以上 75 歳未満（臓器移植法改正前）
- ◆ 医学的に適応
- ◆ 人工呼吸器の使用
- ◆ 脳死の前提条件を満たすことの確認
- ◆ 脳死の診断の実施
- ◆ 家族へのオプション提示
- ◆ Donor（脳死下臓器提供）
- ◆ Donor（心停止後臓器提供）
- ◆ Donor（組織提供）

このうち、「年齢」、「医学的に適応」、「呼吸器使用の有無」の各段階については病院が管理することはできない項目であるため、円滑な臓器提供が行えるための院内体制の構築には、それ以降の各段階における歩留まり率を如何に高めるかが重要となる。

図 9 には、MRR 全体の年次別集計結果を示す（2009 年以降を示す）。図 10（2009 年以降を示す）に示すとおり、全参加病院においても家族へのオプション提示の割合が増加傾向にあることがわかる。

MRR についても HAS と同様に、個別病院の問題を明らかにし、教育研修などの介入効果の判定ツールとしての利用を想定している。

D. 考察 と E. 結論

DAP の導入病院数は年に異なるものの、HAS、MRR とともに累積データ数は増加しつつある。HAS、MRR は DAP における主要なツールであるが、全体の集計によりおよそその動向を知ることが可能であるとともに、個別病院におけ

る問題把握、教育研修等の実施後等の介入効果判定のツールとして利用が可能である。

全体の集計結果では、一般に臓器移植に対しては全職種において好意的な回答が多い反面、脳死について懐疑的なものが看護師、事務職などに少なくないこと、ドナー候補者の特定・臓器提供の同意を得るために必要な能力・知識については、これを有しているものはごく少数であることが明らかとなった。この点については、個別の病院における教育研修の実施等、重点的に取り組むべき課題であると考えられる。

また、MRR では家族へのオプション提示の割合は増加傾向にあることが明らかとなった。個別の病院における教育研修の実施がオプション提示、臓器・組織提供数の増加をもたらすかは今後の検討課題である。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

・瀬戸加奈子、高橋絹代、篠崎尚史、高原史郎、大島伸一、長谷川友紀：日本における移植医療の現状 - MRR データの解析から -、第 49 回日本臨床腎移植学会（2016 年 3 月 23 日～25 日）

G. 知的財産権の出願・登録取得状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案特許

なし

3. その他

ドナー・アクション・プログラム(DAP) はドナー・アクション財団(DAF)の所有・管理する知的財産である。本研究班の研究分担者大島伸一は、DAP の日本における、紹介・利用・日本の状況に合わせた改変を行なうことについて、DAF より許可を得ている。また、研究分担者

長谷川友紀は DAF の管理するデータベースへの日本からのデータ登録・管理責任者である。

表1. HASの年度別・実施回数別集計

年度	1回目		2回目		3回目		4回目		5回目		6回目		7回目		8回目	
	病院数	件数	病院数	件数	病院数	件数	病院数	件数	病院数	件数	病院数	件数	病院数	件数	病院数	件数
2002	19	3,060														
2003	9	3,276														
2004	3	522	4	380												
2005	5	109	3	912												
2006	7	2,525	4	1,054												
2007	3	194	7	2,311	1	29										
2008	7	1,755	3	615	3	780										
2009	11	6,536	3	998	5	1,538	1	295								
2010	8	1,720	10	3,758	4	1,112	1	86								
2011	1	247	1	29	1	80										
2012	3	713														
2013	4	5,828	1	74			1	152	3	535						
2014	1	117	1	886	2	1,431	1	1,158			2	775				
2015	1	634			1	958	2	897	1	1,008			1	516		
2016									1	499					1	470
合計	82	27,236	37	11,017	17	5,928	6	2,588	5	2,042	2	775	1	516	1	470

表2. MRRの都道府県別集計

参加都道府県	参加病院数	件数
北海道	4	72
新潟県	4	980
富山県	6	4,012
神奈川県	2	738
千葉県	2	90
静岡県	4	1,378
愛知県	4	1,666
福井県	1	154
福岡県	12	867
大分県	1	30
長崎県	1	11
熊本県	1	25
沖縄県	3	693
合計	45	10,716

表3. MRRの年度別集計

年度	参加病院数	件数
2002	2	114
2003	8	438
2004	7	467
2005	3	129
2006	7	699
2007	7	888
2008	15	986
2009	22	1,065
2010	13	1,056
2011	4	552
2012	5	728
2013	9	1,102
2014	13	1,419
2015	7	1,051
2016	1	22
合計	123	10,716

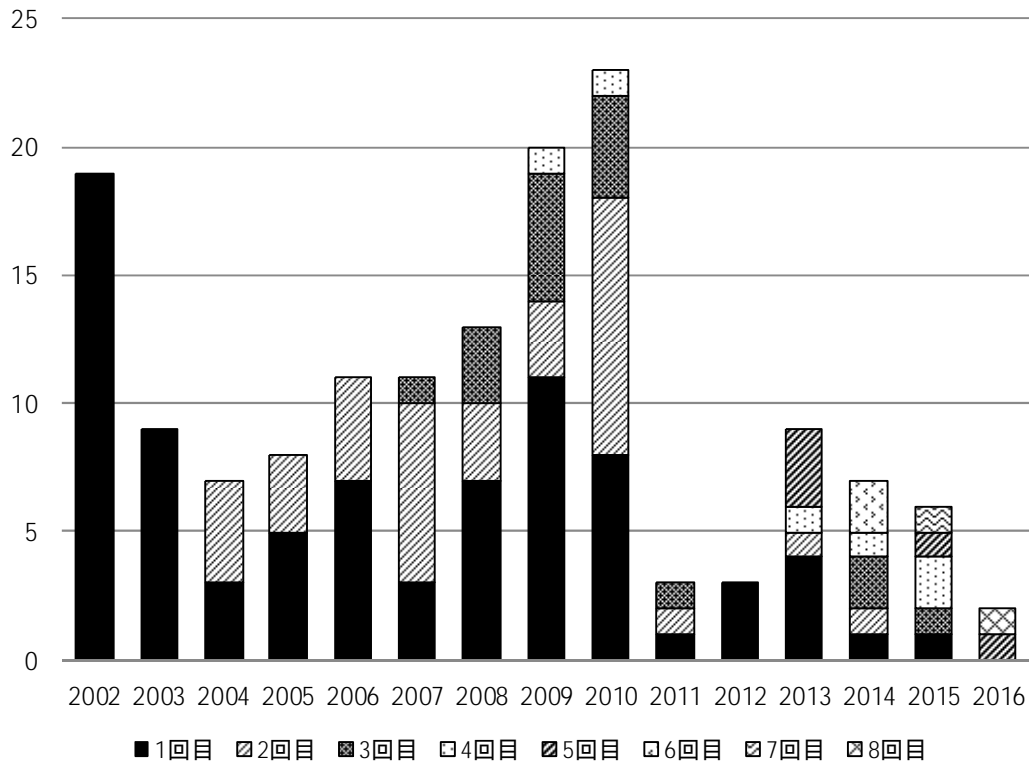


図1. HASの参加病院数*の年次推移
*参加病院:HAS データ参加病院とした

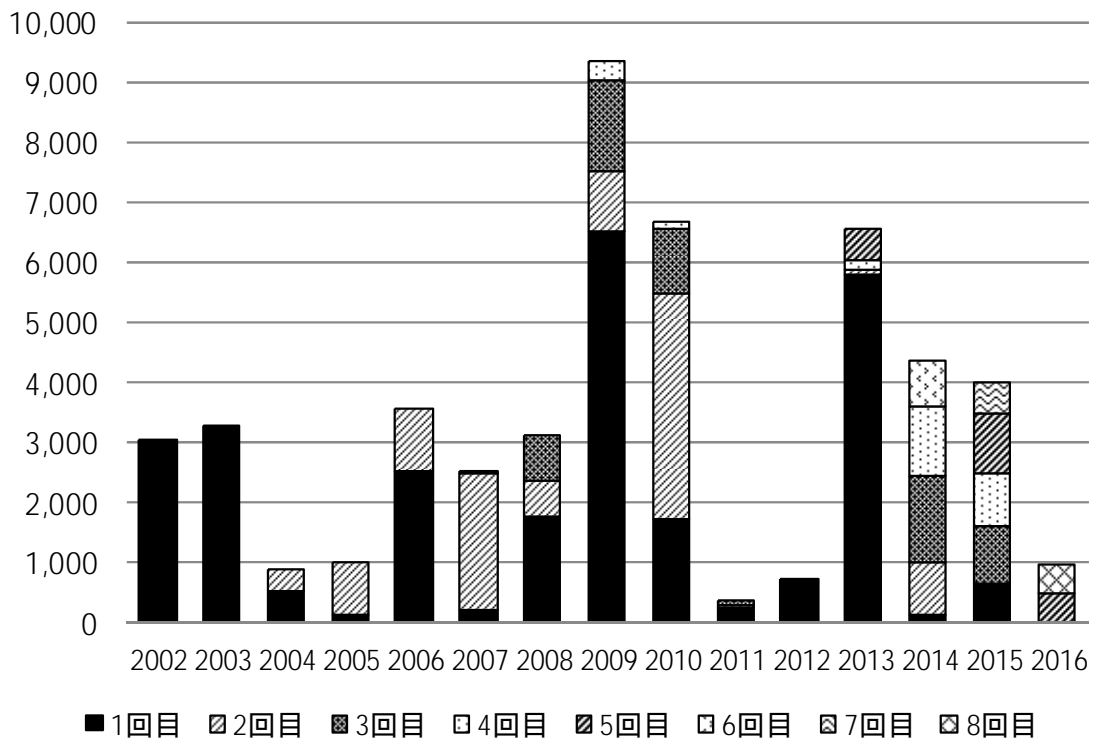


図2 HASデータ数の年次推移

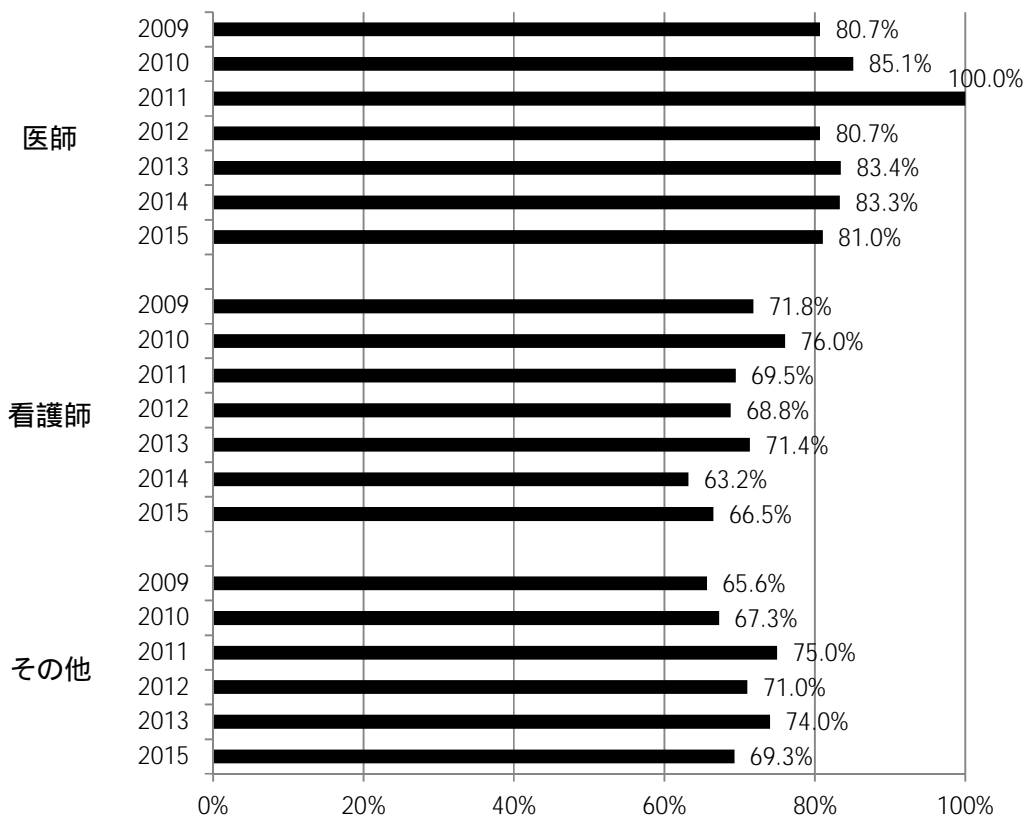


図 3 . 移植のための臓器提供に賛成 (2009 年度以降を示す)
2014 年度の「その他」は該当データがないため空欄となっている。

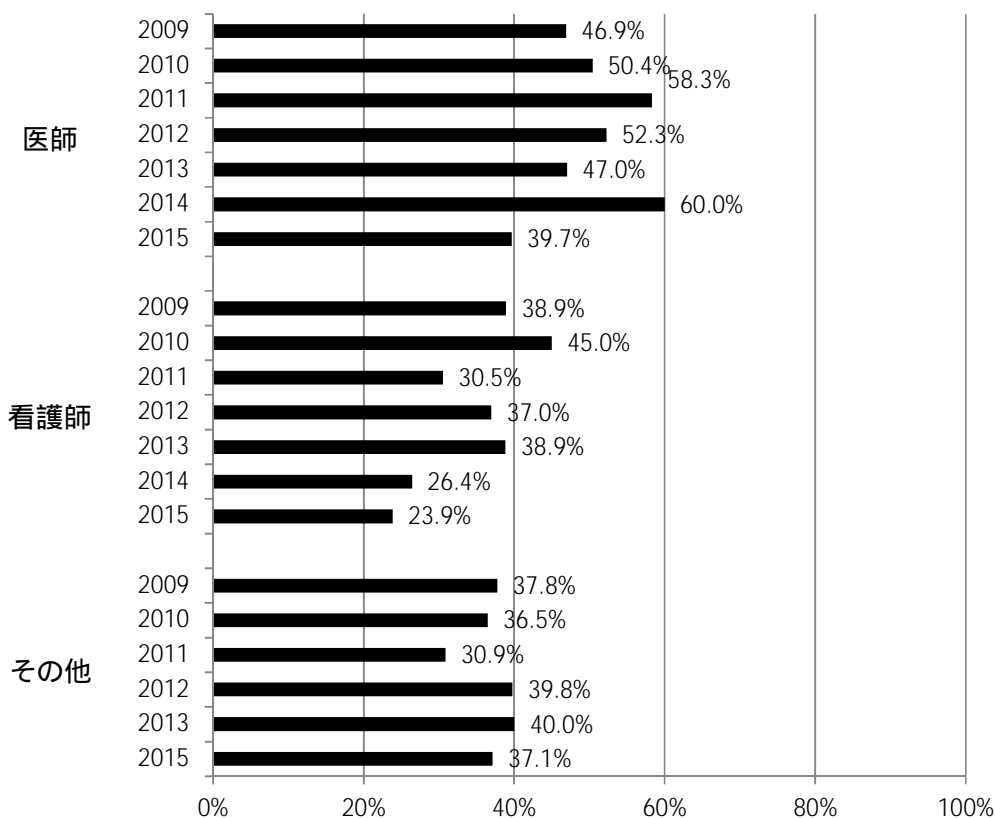


図 4 . 死後、自分の臓器提供を希望 (2009 年度以降を示す)
2014 年度の「その他」は該当データがないため空欄となっている。

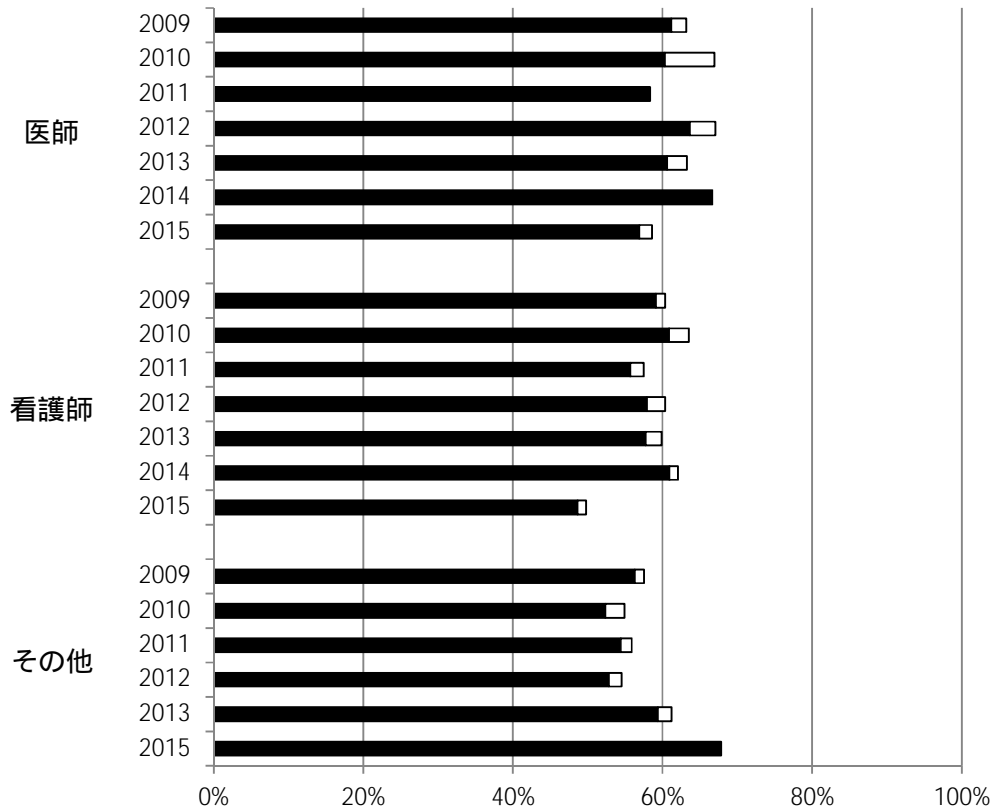


図5．死後、家族（成人）の臓器提供を希望（2009年度以降を示す）
2014年度の「その他」は該当データがないため空欄となっている。

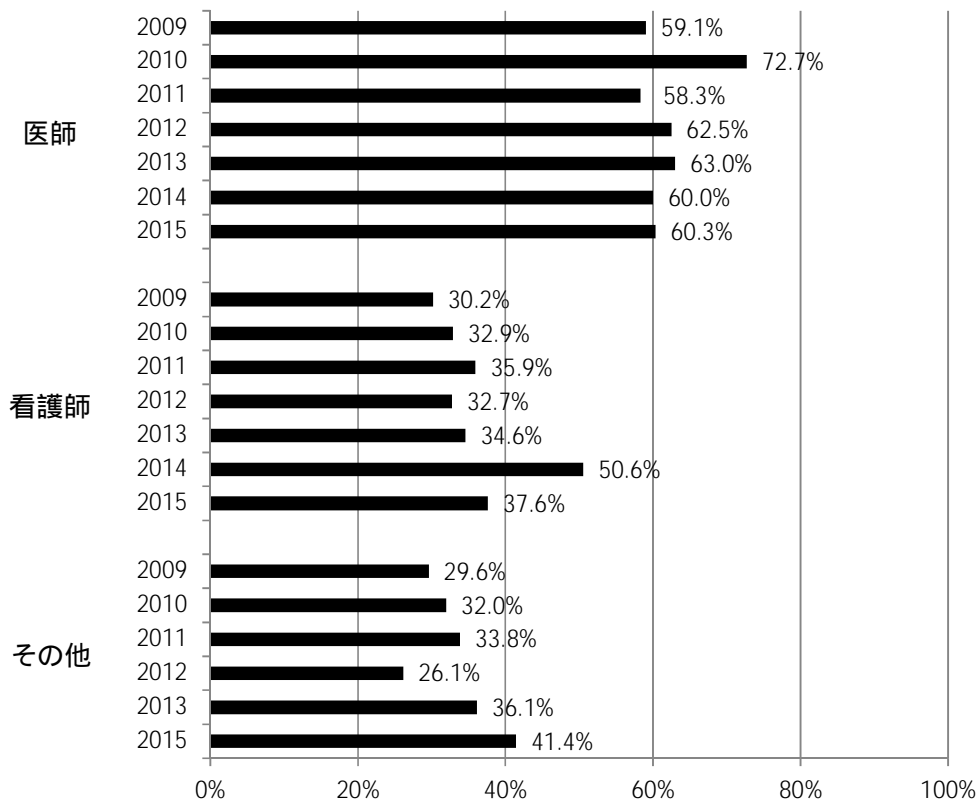


図6．脳死は死の妥当な判定方法（2009年度以降を示す）
2014年度の「その他」は該当データがないため空欄となっている。

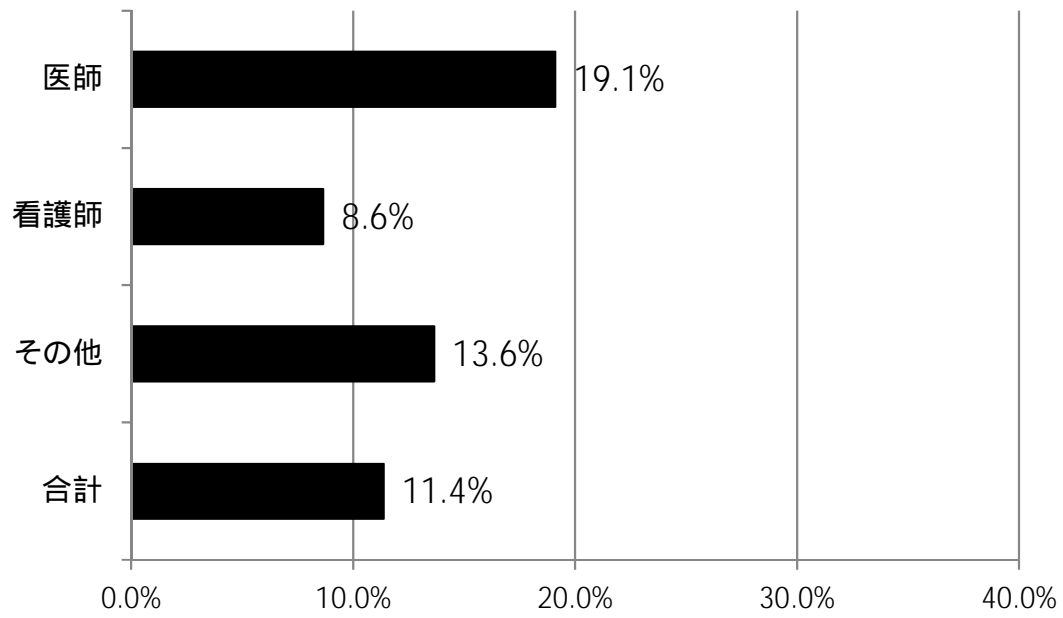


図 7 . ドナー候補者の特定について必要な能力・知識をもっていると思う

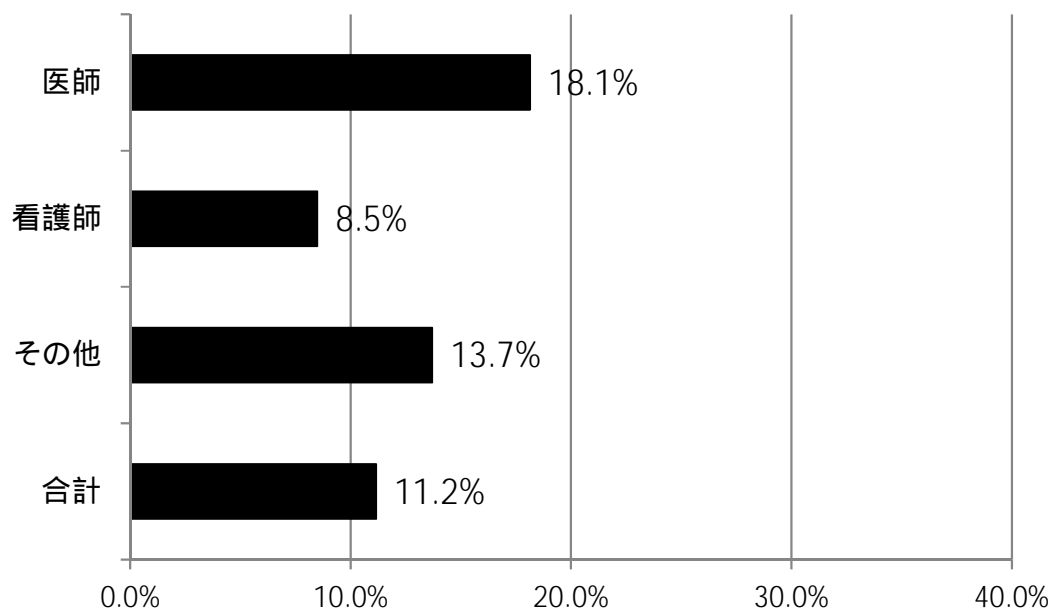


図 8 . 臓器提供の同意を得ることに必要な能力・知識をもっていると思う

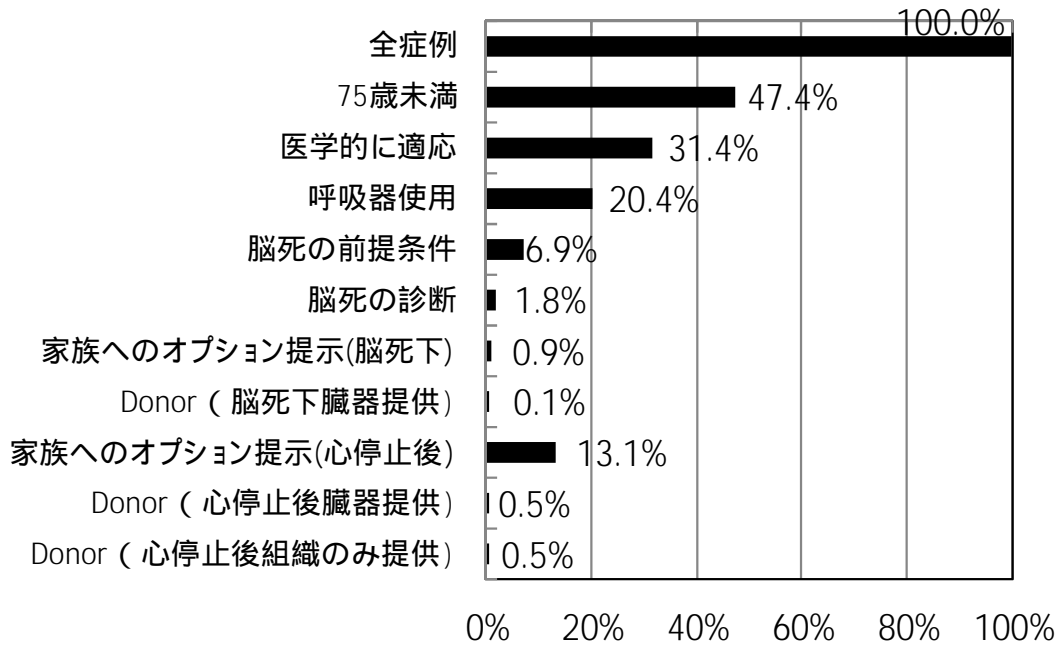


図 9 . 臓器提供の各段階の割合

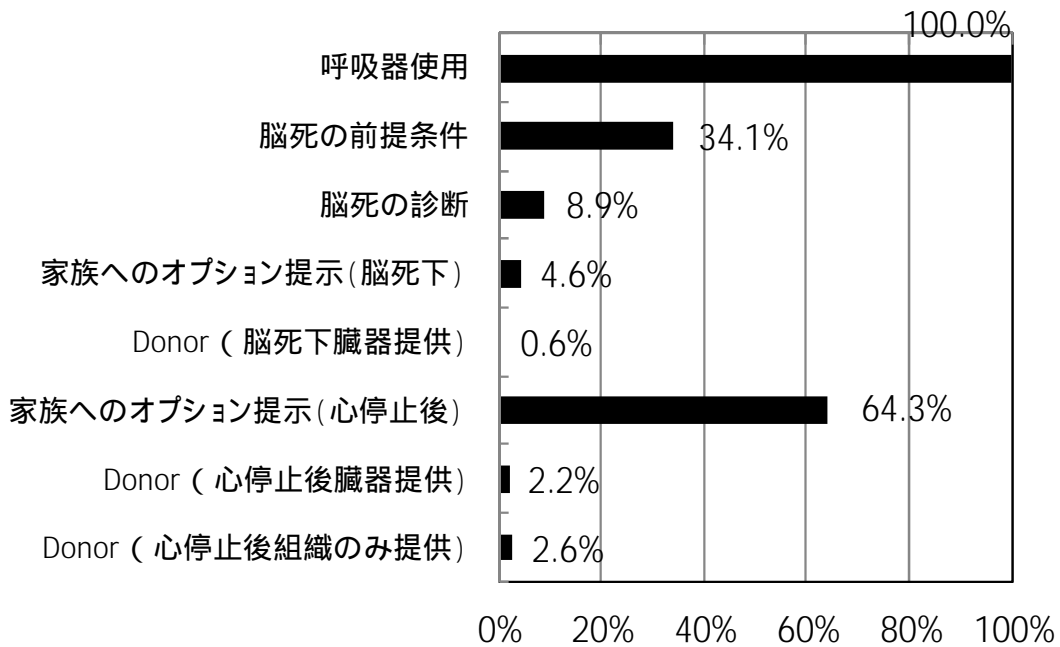


図 10 . 呼吸器使用=100%としたときの臓器提供の各段階の割合

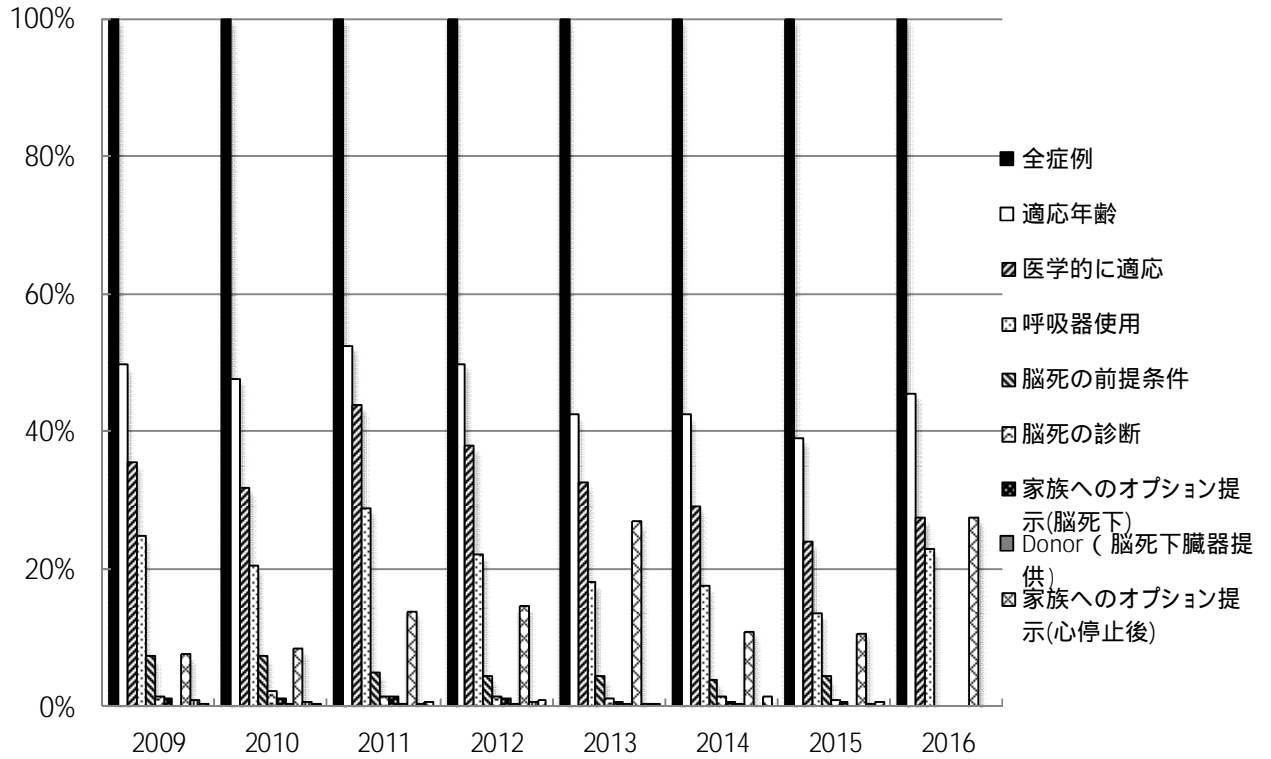


図 11 . 年度別の臓器提供の各段階の割合 (2009 年度以降を示す)

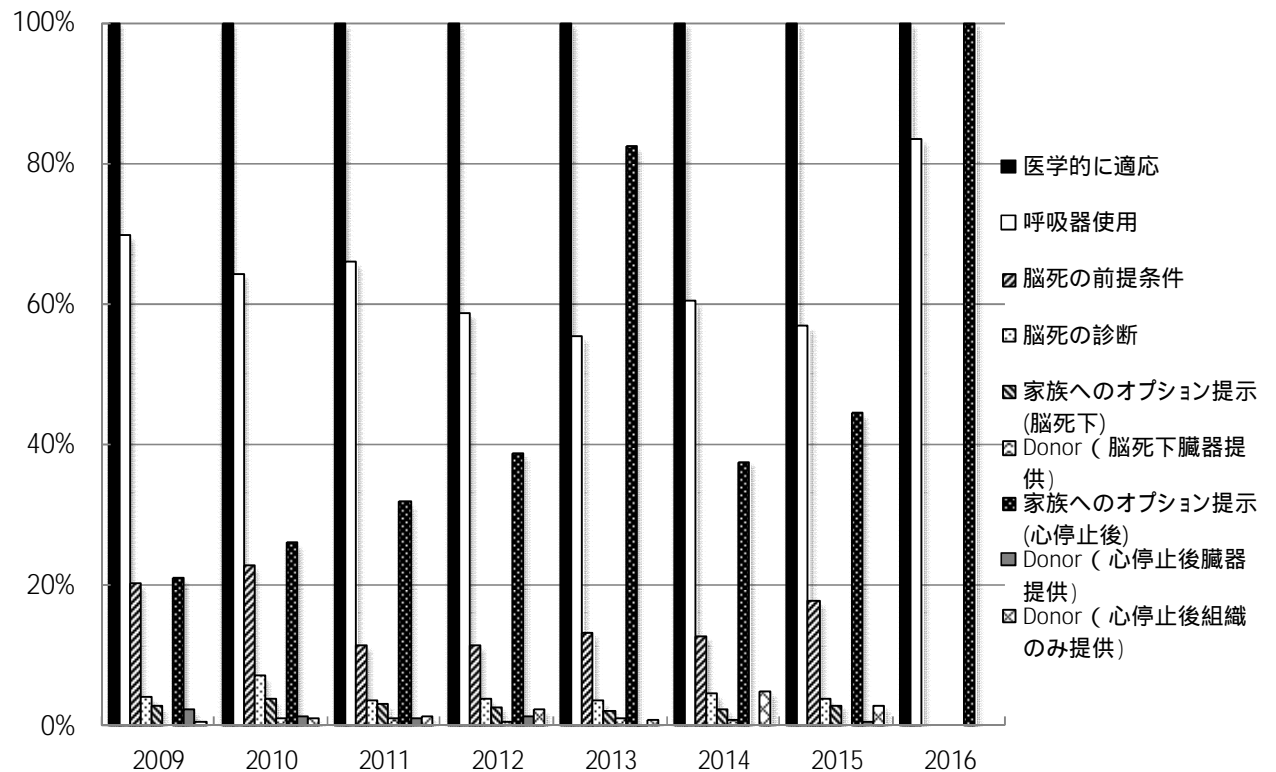


図 12 . 呼吸器使用=100%としたときの臓器提供の各段階の割合 (2009 年度以降を示す)