

厚生労働科学研究費補助金（免疫アレルギー疾患等政策研究事業）
「ソーシャルマーケティング手法を用いた心停止下臓器提供や小児の臓器提供を含む臓器
提供の選択肢提示を行う際の対応のあり方に関する研究」班
平成28年度分担研究報告書

急性期病院における終末期医療（人生の最終段階における医療）の一要素としての臓器提
供の選択肢提示に関する研究

研究分担者：名取 良弘 飯塚病院 副院長・脳神経外科部長

研究要旨

【背景】急性期病院の医師は、専門領域により治療方針（特に人生の最終段階の医療）が異なるのではないかという考えで、その差異を明らかにして、それぞれに対する方策を検討する。

【方法】(i) 医師へのヒアリングから、専門領域ごとの差があることを確認し、(ii) アンケート調査で明視化する。

【結果】(i) 医師ヒアリング：救急医と脳神経外科医には大きな差があった。特に人工呼吸器装着については、その担当している疾患の差からも大きな方針の差があった。(ii) アンケートは、現在回収中で、調査継続中。

【結語】アンケート調査を解析し、救急医と脳神経外科医、それぞれのアプローチ作成の端緒が見られた。しかし、臓器移植（特に腎臓）側の考え方で、心停止後の臓器提供のプロセスにより、対象患者が制限されていることが明らかとなった。今後、その全国実態調査を行うことが重要と考えられた。

A . 研究目的

急性期病院（特に救急救命センターを有する施設）では、患者の救命を第一に日常診療が行われている。救命できた場合には、自立支援・退院支援で MSW を中心とした多くの人的資源が投入され、医師や看護師の負担軽減が図られている。一方、救命困難となった場合には、人生の最終段階の医療（いわゆる「終末期医療」）となるわけであるが、医療保険制度上、現時点では十分な手当が行われているとは言い難く、医師や看護師の負担が軽減されていない。その環境下で、患者家族への臓器提供に関する選択肢呈示を行うことを勧めても十分な効果が得られていなかったことは、臓器移植法制定後の経過を見れば明らかである。

従来から、急性期病院の医師による臓器提供の選択肢呈示の不実施は、その医師の自覚がないからなどという非難が特に臓器移植医側から浴びせられ、その非難がいわれのない中傷であると急性期病院の医師が感じ、更に不実施率が高まるという悪循環に陥っていた。特に脳神経外科医にその傾向が強かったのであるが、一方で、救急医は、脳神経外科医の感覚ほどの拒否反応はない印象がある。この印象を、何らかの方法で見える化を行い、「急性期病院の医師」という一括りではなく、専門領域ごとのテーラードのアプローチができる方策を確立したい。

B . 研究方法

(i) 医師へのヒアリング：救急専門医と脳神経外科専門医へヒアリングを行い、研究者が持っている“印象”が正しいものであるかの予備調査として行った。医療施設でのヒアリングだけでなく、それぞれの専門領域の学会会場や、移植に関する関連学会で

も行った。

(ii) アンケート調査：救命医と脳神経外科医の共通で介入する可能性がある疾患群を特定し、その疾患に対する終末期医療の治療方針に関する調査用紙を作成して、調査を開始した。資材開発・郵送費は研究班が負担する。

C . 研究結果

(i) 医師へのヒアリング：救急医は、心肺停止（CPA）患者の治療において、当然のことながら、救命を図る目的で心拍再開を目指し治療を行い、その次に自発呼吸の再開を目指すという治療手順となっている。そのため、心拍再開はしたものの、脳損傷が一次性、二次性を問わず存在する場合には、自発呼吸再開の可能性がない患者（将来的に脳死となる可能性のある患者）が生ずることを認識しているが、CPA 患者治療の一環で致し方ないと考えていた。一方、脳神経外科医は、多くの脳死患者や重度の遷延性意識障害患者（いわゆる植物状態患者を含む）の主治医となり、それらの患者家族と長期に面談する機会を得ている。その患者家族の長期的な苦悩に直面した経験から、意識回復困難である患者と分かった時点での積極的治療を患者家族に勧めないという倫理観を持って対応している印象があった。

CPA 搬送患者であっても、（心拍再開前であっても）脳損傷が疑われる場合には、脳の検査（頭部 CT）を可及的すみやかに行って、その状態把握に努め、重篤な状態であれば、患者家族に説明し、患者に対する心肺蘇生を中止するという方策もしくは、早晚自発呼吸の停止が予想される患者に対して人工呼吸器を装着しないという方策を実施していた。

(ii) アンケート調査：対象疾患を CPA 患

者ではなく、自発呼吸が早晚停止すると推察される患者群とし、これらの患者に人工呼吸器を装着する考え方を調査し、更にはその考え方に、臓器提供の選択肢呈示の実施の有無や取り組み方が影響していないかの確認が取れる構成の調査用紙を作成した。調査期間が取れず、回収が不十分で調査解析は次年度に持ち越さざるを得ない状況となっている。

【成果】 医師へのヒアリングにより、救急医と脳神経外科医には明らかな考え方の差があることが明確に確認された。その確認をアンケート調査で再確認する必要があるが、アンケート調査で対象とした疾患群を含め、以下のような対応が行われていることとなる。

救急医は、CPA 患者の救命を目指すため、心拍再開したものの自発呼吸が開始されない患者には、人工呼吸器を装着してその局面打開の治療を行い、病院によっては入院担当診療科に引き続きの治療を行っている。

以上の治療経過から、脳死患者を多く経験する素因が生まれている。

一方、脳神経外科医は、重篤な脳損傷を生じた患者に対しては、積極的治療を勧めず、早晚自発呼吸が停止することが推測される状態であれば、その状態であることを患者家族に説明し、人工呼吸器を装着したからと言って脳損傷の状態が改善するわけでないことを説明したうえで、人工呼吸器を装着しない方向の説明を行っている。

その点から、脳死とならないような治療方針となっているともいえる。

D . 考察

本研究では、急性期病院における医師の専門領域による終末期医療の考え方の差を

見出すことを目的としたが、救急医と脳神経外科医には担当している疾患の差もあるが、明らかな差異があることが分かってきた。この点から、臓器提供の選択肢呈示へのアプローチは、従前は急性期病院の一括りで行われていたが、救急医と脳神経外科医へは異なる手法を用いた方が良いと考えられる。

救急医に対しては、救急医が CPA 患者の心拍再開を第一目標としているので脳死患者が発生しやすいという状況、更には人工呼吸器を装着する確率が高いという状況を踏まえ、従来通り脳死下臓器提供に対してのアプローチを継続する。

一方、脳神経外科医に対しては、人工呼吸器装着の可能性が救急医に比べ低い点から、人工呼吸器を装着しないのであれば、その後の呼吸停止・心拍停止という流れになり、人工呼吸器を装着しなくなった時点で、心停止後の臓器提供に対してのアプローチを行う。

この方法の実施に当たり、臓器提供関係の各位に確認を取ったところ、大きな問題点が見えてきた。一部の臓器摘出チームが、心停止後の臓器提供の手順において、脳死を経なければ行うことができないと現在されている手技を必須としている点である。全国すべてのチームが同様ではないが、脳死を経なければ心停止後の臓器摘出を行わないという方針のチームがどれくらいの割合であるのか、まったく調査されておらず、次年度の本研究で調査し明らかにしたい。そのうえで、脳神経外科医へのアプローチを行うべきと考える。

以前より、臓器提供数の増加がないのは、提供側の要因、とされてきたが、重大な移植側の障害因子が出てきた。これが、臓器提供全体数が変わらず、法改正後に心停止から

脳死に移行しただけである最大要因である可能性が出てきたと考える。

E . 結論

急性期病院への臓器提供に対してのアプローチは、医師の専門領域により考え方が異なり、対応はテーラーメイドで行うべきである。一方、その実施においては、移植医側要因が障害因子となる可能性があり、この点を明らかにすることが求められている。

F . 研究発表

1 . 論文発表

なし

2 . 学会発表

なし

G . 知的所有権の取得状況

(予定を含む)

1 . 特許取得

なし

2 . 実用新案登録

なし

3 . その他

なし