

腎臓移植の現状と問題点及び将来像

(財)新潟県臓器移植推進財団

秋 山 政 人

1) はじめに

死後の臓器提供、及び臓器移植の話題を扱うとき、多くはそのプロセスやレシピエント(受臓器者)の予後などがクローズアップされ、提供者やその家族が直面する問題や、その原因に医療機関の考え方やシステムが影響している事を指摘する報告は極めて少ない。さらに臓器提供者の権利や臓器提供への期待権の確保の観点から、その遂行における臨床的・法的な問題点は数多く潜んでいる。

本発表ではドナーコーディネーターとしてこれらの問題点を克服し、さらにはその事で高機能・高資質病院の実現に寄与している、新潟県におけるDonor Action Program(以下DAP)を紹介し、

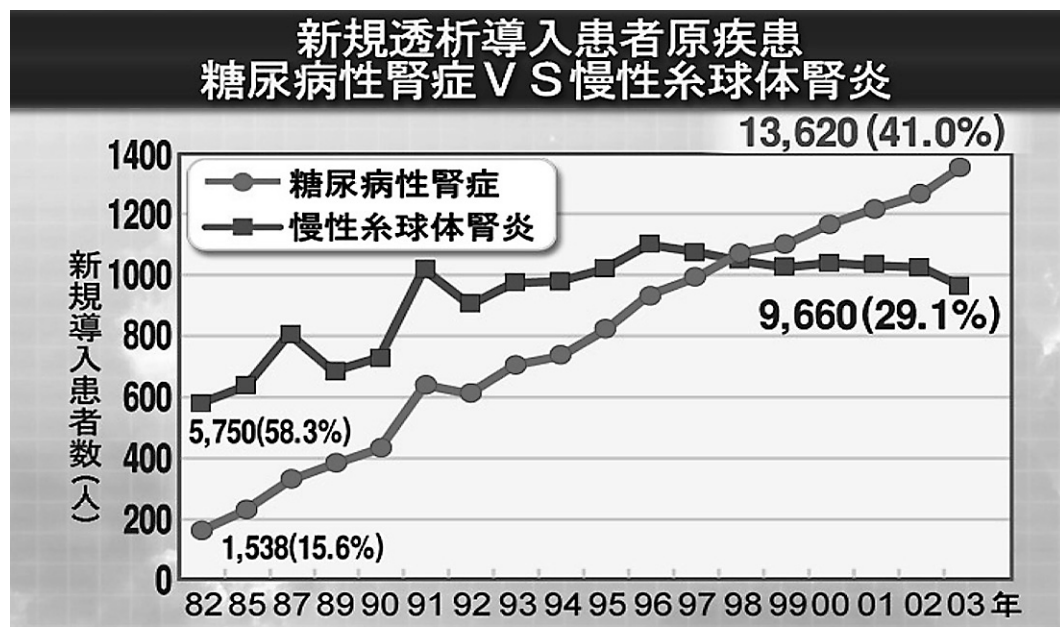
ドナー(提供者)とその家族が直面する諸事や医療機関のシステムの不備がもたらす問題点を提起して新潟県の試み、すなわち臓器提供しやすい環境づくりを紹介する。

2) 献腎移植の社会的現況と必要性

なぜ献腎移植が必要かを考えた場合2点をあげたい。それは透析患者の生活の質のことであり、医療経済の問題も潜んでいると考える。

血液浄化療法を必要とする新規透析導入患者の原疾患をみると、1998年を境に糖尿病性腎症の患者が急激に増えている。(スライド1)お示しのスライドは2003年現在のものであるが、既にこの時点で41%であり、近年では43%強が糖尿病性腎症

スライド1



による新規透析導入患者である。周知のように、厚生労働省の調査報告によれば我が国の糖尿病予備軍は880万人と推計され、さらに糖尿病が濃厚とされる方が740万人で合計1,650万人と発表されている。これの方がきちんと内科のコントロールを受けないと将来的には、透析患者の増加は「右肩上がり」ではなく「崖を登る勢い」ということになる。この事は「懸念」というより現実性が高いと考えている。

現在の全国の透析患者数は27万人に達する勢いである。このままでいくと、透析ユニットの数と透析患者の数に不均衡が生じ、よって十分な透析環境が確保できない可能性がある。このことから、移植医療に治療法をシフトしていかなければ透析でしかすげれない患者さん、すなわち悪性腫瘍や感染症などのコントロールが不十分な移植適応外患者が透析を受けられない可能性が出てくる。併せて移植後の生命予後も十分な時代であり、生活の質も確保される。

また医療経済の問題もある。それはスライド2でお示しのように、透析人口約27万人に対し1兆3千億円の公費負担をしているのが現況である。我が国の総医療費30兆円で全ての疾病の公費負担分を賄っているが、このうち対症療法にこれだけの公費を支出している。我々の推測では2010年に透析患者が35万人程度に増えると考えており、その時には透析医療の公費負担は2兆円にまで増大すると予測している。他方腎移植は、移植をした年はむしろ透析医療より公費負担は多いが、2年目からは激減する。これらのことから、地域の透

スライド2

医療経済的・社会的側面

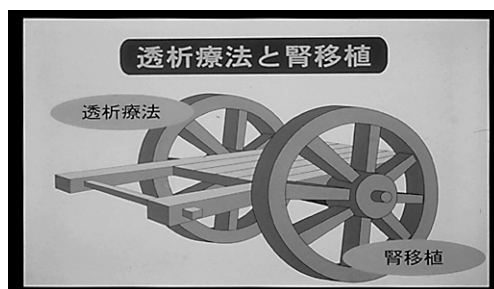
現在の総国家予算	約90兆円
国民総医療費	30兆円
透析医療費	1兆円
透析人口	22万人
維持透析費用	一人あたり年間500-600万円

腎移植費用	移植した年度 600-800万円
	移植後安定期 月平均10万円
	年間平均120万円

2010年の透析患者数予測：35万人

1. 5~2兆円を透析医療に使うことが許されるのか？

スライド3



析環境の確保、すなわち生活の質の面と、医療経済の問題から献腎移植は必要と考える。

ただし、「透析は悪くて、移植はいい」と聞こえるかもしれないが、我々は車の両輪で考えている。(スライド3)それはよい透析医療がなければ、良い移植はできないと考えているからである。すなわち移植がうまくいくかは、十分な内科治療の確保がもたらす良好な全身状態が必須で、また腎移植後、何らかの理由で腎機能が廃絶した際に透析再導入となる。しかし現在では「透析は車の大車輪、移植は車軸にも達しない」程の症例の差があり、よって車は真直ぐには進まないという環境が現実なのだと考えている。

そして「移植の王道」は、生体移植ではなく死体移植である。(スライド4)

スライド4

日本移植学会倫理指針

本文1 死体臓器移植

臓器移植の望ましい形態は、死体からの移植である。臓器の提供は、原則として社会全体のものであり、適正に活用されなくてはならない。移植実施にあたっては「臓器の移植に関する法律」を遵守して行う。

本文2 生体臓器移植

健康であるドナーに侵襲を及ぼすような医療行為は本来望ましくないと考える。特に臓器の摘出によって、生体の機能に著しい影響を与える危険性が高い場合はこれを避けるべきである。

➡ 移植医療の王道は死体臓器提供・移植である。

3) 救急治療現場で直面する問題点

(臓器提供意思の尊重の観点から)

1997年10月16日、臓器の移植に関する法律が施行された。この法律の画期的なことは、基本理念(第2条1項)に「臓器提供者の意思は尊重され

なければならない」とし、提供者の権利を明確に条文化したことである。(スライド5)この事は、1958年に施行された本邦初の移植医療の法律「角膜移植に関する法律」以来はじめてのことである。(スライド6)

臓器の移植に関する法律が施行され、国民の臓

スライド5

移植に関する法律

- 1958年『角膜移植に関する法律』
- 1979年『角膜及び腎臓の移植に関する法律』
- 1997年『臓器に関する法律』
心臓死下: 家族の同意
脳死下: 本人と家族の同意
- : 本人の同意は生前に文書

スライド6

臓器移植法(骨子)

1997.10.16施行

1. 提供する意思は、尊重されなければならない。
2. 臓器提供は任意にされたものでなければならない。
3. 臓器は人道的精神に基づいて提供されていることを鑑み、適切に移植術が実施されなければならない。
4. 移植術を受ける機会は、公平に与えられなければならない。

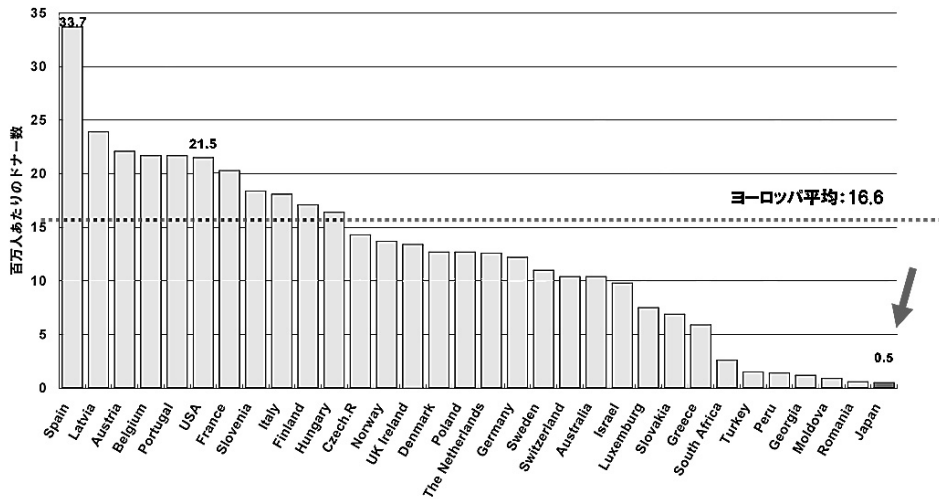
器提供意思を明確に表示すべく「臓器提供意思表示カード」への記入携帯を呼びかけた。しかしその意思を拾い上げるのは、各医療機関において医師の裁量に委ねたのである。救急等の医師にすれば、救命を尽くす事で精一杯、かつ多忙を極める救急現場の医師の多くは「意思表示カードをお持ちですか?」などと聴くゆとりも意識もない。また家族の同意で行える心停止下の腎・眼球提供の意思、すなわち潜在的臓器提供意思の抽出も十分とはいえない。さらに臓器移植法が規定する心停止下臓器提供と脳死下多臓器提供の手続きなどの違いは、救急現場にはさらなる混乱を招いたのも歪みない事実である。啓発の立場から言えば活動が足りないのかもしれない。

そのような状況で臓器提供者の権利は尊重されているのであろうか。私のコーディネーター生活13年の経験から多くの救急医・脳外科医とお付き合いをさせていただいているが、そこで見聞きしたことでいえば、当然のことながら救急現場で臓器提供の選択肢の提示とは救命を尽くした後の話である。すなわち救命医療と臓器提供は乖離した状況下で行われなくてはならないが、重症患者家族へ臓器提供の話を持ち出す事で救命治療を疎かにしているとの誤解を生じさせてしまうのではない、あるいは「救命が俺達の仕事」と救命治療以外は無関係と考えている場合も少なくない。他方、家族側から考えた場合、救命センター等の重症ユニットへ搬入される患者の多くは、慢性疾患患者とは違い、受傷・発症する瞬間まで元気だった方が多く、家族からすれば極めて受け入れがたい事象が突然襲ってくるのが特徴の医療現場である。すなわち家族にとっては急激に、また重く悲嘆を伴う瞬間である。しかしこの悲嘆は疎かにはできない。何故なら移植医療にかかわらず、悲嘆の軽減により家族の現実認識(事象の受け入れ)を即す働きがあり、すなわち予後不良の診断を告げることや、また家族にいろいろな協力を得る際に重要なファクターだからである。精神医学の言葉を借りれば「自己を取り戻す」事の促進である。

原因の一つとして本邦の医療・医学分野の専門的学習過程において心理系専門の一部を除き、「悲嘆家族のケア」のカリキュラムは体系的にはない事があげられる。またコミュニケーションスキルについても同様である。この事から、悲嘆に暮れている家族に対し「臓器提供意思の抽出」を行うのは容易なものではない。その事が上手くできている医師や看護師は、生まれ持ったセンスや自身の経験、自己学習によって習得されたものであると感じる。すなわち家族の悲嘆の軽減を図り患者の病状を理解させ、結果、回復の見込みがない由を認識させた後に臓器提供意思の抽出を図る事ができていない現状である。平たく言えば、家族が「早晚死が訪れる」という認識がなければ臓器提供、すなわち「死後の話」などは受け入れられるはずがない。この事が出来なければむしろしてはいけない話であると確信する。

スライド 8

世界の臓器提供者数 (2002年)

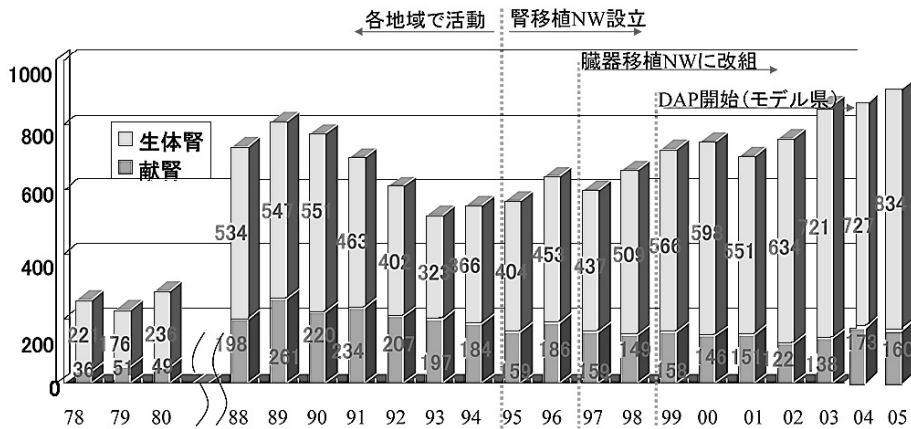


TPM (Transplantation Procurement management) International Registry Organ Donation Transplantation. <http://www.tpm.org/registry/regmondo.htm>, 31. 3. 2004より作成

移植 39(2) 145-162, 2004

スライド 9

全国の腎移植数の推移



Year

06年、年間献腎数197腎

※'97年以降は脳死下症例を含む

4) 問題点の整理

2002年の人口100万人当たりの臓器提供数をもとに、我が国は0.5人/pmpの臓器提供者数に止まり、

2007年の最新統計では0.75人/pmpである。(スライド8) さらに国内の腎移植数では、最近では年間1000件の腎移植数が行われているが、その8割は生体腎移植で、献腎移植は、年間130~200例に

スライド10

献腎が減少した理由とその解決策

<減少理由>

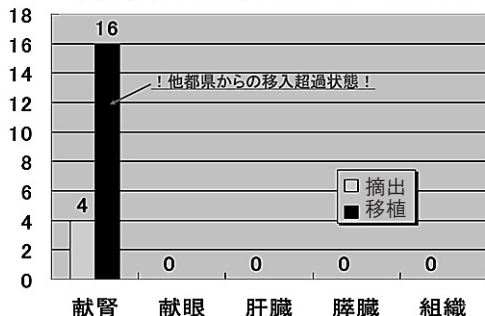
- 臓器移植法ができたこと。
 - ・脳死下臓器提供と心停止下臓器提供の混同
 - ・意思表示カードの記載不備(記載方法の周知及び理解が薄い)
 - ・脳死下臓器提供施設が限定されたこと。(必然的に施設格差が生れた)
- 日本臓器移植ネットワークが設立したこと。
 - ・移植医が提供現場を離れたこと(公正公平を配慮)
 - ・腎臓の分配方式(両腎とも県外にShippingしてしまう)

<解決策>

1. 市民公開講座、意思表示カード配布(患者会中心)等の啓発活動
⇒即効性なし……ポディーブロー
2. 病院開発、ドナーアクションプログラム等の院内システム構築
⇒即効性あり……ストレートパンチ

スライド11

新潟県の実績(95.4. ~99.3.30)



止まっている。(スライド9)ただし、1990年頃は愛知県を筆頭に年間200例超の献腎移植が行われてきた。なぜ献腎提供は減少したのだろうか。それは臓器の移植に関する法律が施行されたことと日本臓器移植ネットワークができたことにある。

臓器の移植に関する法律は、臓器移植推進のためのものであるが提供数を減らした原因は、脳死下臓器提供と心停止下腎提供という、いわゆる提供の仕方を2つにし、さらに脳死下臓器提供は意思表示カードを必要とし、心停止下腎提供は家族の承諾だけでも成立する、といった非常に複雑な制度になり現場が混乱したことにある。

日本臓器移植ネットワーク設立に起因する提供数の減少とは、それまで行われていた我が国の臓器提供啓発は、地域の移植医が自身の友人などの救急医に個別に、そして濃厚に啓発をしていた。しかしネットワークの設立趣意には「公正公平」という一言があり、そのため移植医を啓発現場か

ら撤退させ、その代わりに啓発にあったのはドナーコーディネーターであった。救急現場からすれば立場の不明確な人間が「臓器提供をよろしく」などと言われても、当然のことながら聞く耳など持たないという環境が出来上がったことにある。(スライド10)さらに前述(3)で述べた)の、救急現場における悲嘆家族のケアや救急現場でのコミュニケーション能力の問題も加味される。

そして救急現場への啓発と同時に、地域啓発も重要である。それは救急現場へのインセンティブを働かす配慮や、地域住民への啓発。また最近では慢性腎疾患(CKD)対策の問題など、いわゆる官民一体の活動も重要な要素であるが、それもままならないのが我が国の現況である。

5) 問題の解決1、DAP新潟県の展開
(総合臓器提供システムの構築)

以前の新潟県の献腎は極めて提供が少なく、いわゆる移入超過状態であった。言い換えれば関東管内に助けられているといっても過言でない状況であった。(スライド11)これを好転すべく、臓器提供について自主的・主体的に各医療機関が取り組み、さらにその事を県行政が後押しする態勢、すなわち官民一体の取り組みを開始した。(スライド12,13)そして重要なこととして、前述で述べたように、臓器提供システムを導入することで質の高い医療機関を実現し、臓器提供システムを構築することによる、いわば副産物を生むことができるDAPを展開することにした。導入から10年、その成果が表れ始めている。(スライド14)

そもそもDAPとは、ベルギーに本拠地を持つド

スライド12

献腎提供増のスタンス

○スローガン

臓器提供について自主的・主体的な取り組みができる地域を作る事(医療機関も)

⇒その取り組みとは…

- ・病院開発、及びDAPの手法を定着させる。
- ・患者会、行政、移植医、県Co、院内Co、各種支援団体、マスコミの7者一体の取り組み。
- ・医療機関整備と同時に県民への啓発。
- ・提供者、及びその家族。さらにレシピエントのQOL。すなわち双方に意味をもたせる環境作り。(心理的ケアと地域参加)

※潜在的提供意思を含め、その事を取りこぼさないシステム作り

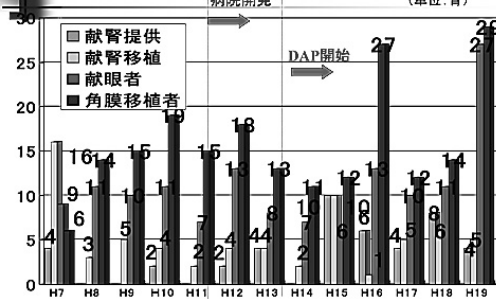
スライド13

病院開発の経過

- ・1999年10月・・・厚生科学研究(北川班)活動開始
県内の研究協力施設へ説明。
- ・2000年10月・・・厚生労働科学研究(大島班)
院内Coを5施設に配置、献腎1例。
- ・2001年4月・・・院内Co設置事業(行政)施行(10施設)
県知事による院内Coへの委嘱状交付、予算獲得。
献腎1例、脳死下多臓器提供1例。
- ・2002年10月・・・DAP開始を3施設で先行開始
病院職員意識調査(HAS)、患者個票(MRR)実施。
その他の施設は従来の展開。

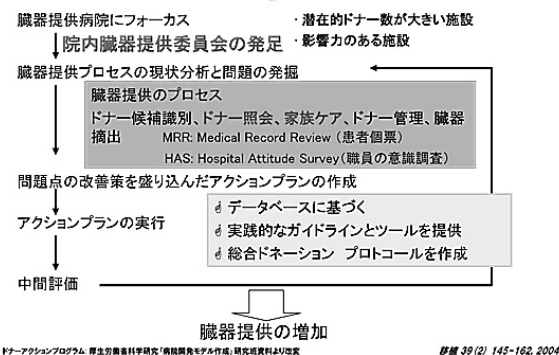
スライド14

各年の献腎数(新潟県)



スライド15

Donor Action Programとは



スライド16

具体的に・・・

- 1.院内システム作り → 施設毎のテーラーメイドシステム確立
 - ・ドナー候補の識別・・・ポテンシャルドナーの把握
 - ・ドナーの照会・・・院内外への連絡体制(事態の把握、コンサルトetc)
 - ・家族ケア・・・臓器提供に関わらず、急性期に於ける悲嘆の軽減プログラム
 - ・ドナー管理・・・基本的には主治医が行う。臓器提供の特殊性を考慮した全身管理体制の確立(主治医・看護師のサポート)＝移植側との連携
 - ・臓器摘出・・・関連部署の体制確立。
- 2.地域システム → 地域ネットワークの確立
 - ・官民一体での普及啓発・・・臓器移植医療に対する知識の普及
 - ・摘出等の臨床体制整備・・・広い県土をカバーする摘出体制
 - ・TQMの確立・・・臓器提供推進事業におけるトータルコントロールを担う部署の確立

スライド17

臓器提供を増やすには

臓器提供を前面に置くのではなく、

患者家族が納得のいく治療があり、

また家族の悲嘆の軽減に努めることが、

臓器提供を増やす事となる。

ナーアクションファンデーションが開発した手法である。システム整備の具体的なポイントは、ドナーの情報収集(ポテンシャルドナーの把握)、ドナーの照会(情報の伝達)、ドナー家族のケアとコミュニケーション、ドナー管理、臓器摘出である。すなわち院内における包括的な総合ドネーションシステムを構築する事にある。またシステムを作る上で、その医療機関の職員の意識調査HAS(Hospital Attitude Survey)を施行し、さらに死亡者カルテを精査するための患者個票MRP(Medical Record Review)で、その病院の職員の意識評価と死亡症例に対する治療はどうであったかを把握し、これをアセスメントとして、院内の臓器提供システム作成をより現実的にすることから始めた。また再評価を繰り返しその医療機関にあった最適な院内システム構築に勤める事とした。(スライド15,16)

さらにこのプログラムを実践する上で高機能病院としての付加価値を見出すこともできる。臓器提供における組織的なシステム、すなわち第三者機能評価Vor5が求めている項目を達成する事ができ、特にグリーフケア(悲嘆家族のケア)の手法を取り入れる事で、患者家族の精神的ケアを院内プログラムとして機能させることができる。すなわち臓器提供は誠心誠意の治療があり、患者の不可逆の状況を納得した家族の存在が必要で、その掛け橋がグリーフケアである。(スライド17)そもそも家族ケアは移植医療とは関係なく救急の現場に存在しなくてはならない事でもある。(スライド18)新潟県では2000年よりこの様なプログラムを導入し、患者の臓器提供意思抽出を無理なく行える環境作りに邁進している。既に県内で13病院が導入を図っている。

スライド18

患者家族のケア

救急とは、臓器提供に関わらず超急性期～急性期、さらに絶命期を過ごす場合が多い部署である。すなわち家族に対して何らかのサポートが必要である。

Grief Care

OP提示は、grief careのツールの一つ＝「支え」の援助

悲嘆の反応をケアするのはスタッフであり、医療側からの情報により、自己を取り戻す。この体系的な関わりが重要で、その中でカードの所持等の情報提供も一つのツールと考える。

この活動で臓器提供数が増えたかのように感じるが、単にスタートラインに立っただけと考える。それは救急現場での臓器提供意思が以前より抽出しやすい環境が構築してきたことにある。すなわちキッチンの箒の網目が少し小さくなっただけで今までは見逃されてきた臓器提供意思を拾えるようになったことにある。(スライド19)この現象は県内の特定の医療機関だけではなくスライドで示す複数の機関から提供されている。(スライド20)

13施設のうち2施設からのデータでみると、平成19年度の集計は、平成19年4月から平成20年3月までの約12ヶ月である。同期間のデータ収集合計は209例であり、このうちポテンシャルドナーは

スライド20

新潟県の臓器提供 (2006/1-12)



67例であった。このうち献腎に至った症例は2例4腎である。過去3年間の献腎数を人口100万人比(各年4月1日現在の新潟県人口)でみると、平成17年度の献腎提供者4名(人口2,434,992人)1.64人/pmp、平成18年度の献腎提供者4名(人口2,418,700人)1.65人/pmp、平成19年度の献腎提供者2名(人口2,406,443人)0.83人/pmpであった。献腎症例数の人口比においては、各年度とも、わが国の献腎提供症例人口比0.75人/pmpを上回った。

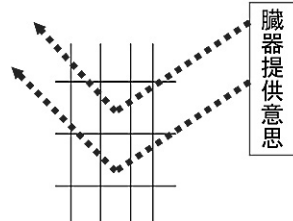
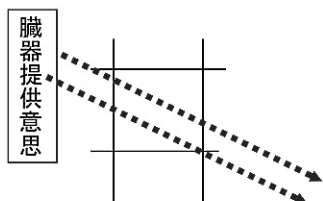
また平成19年度の献眼にあつては、13例26眼の提供であった。内、医学的理由で献眼のみになったのは3例である。献腎・献眼合わせて15例の中で、臓器提供意思表示カードを所持していたのは

スライド19

増えたようで増えていない・・・スタートラインにたっただけ！

今までは患者の臓器提供意思を取りこぼしていたがその意思を、以前より拾えるようになっただけ。

「臓器提供意思の尊重」といえるような院内システムを今以上に構築し、患者・家族のニーズに答えられる医療機関を作りたい。



4例であった。特記として15例中12例は主治医によるオプション提示であった。臓器提供希望確認は、ポテンシャルドナー67例のうち、医療機関の選択肢の提示数は34例（50.7%）である。（スライド21）

スライド21

医師によるインフォームドコンセント （病状説明・・・死の現実認識）

自分たちの仕事の集大成を告げる場である。（プロセスではない）

・初期診断、治療選択

・患者・家族のコース

・看護師の奮闘や配慮

・家族への配慮（グリーフの要素）

その治療がどうであったかを図る時、その多くは予後判断のICに集約される。したがって自身や病院（スタッフ）の情熱と治療戦略、その事が理解されるか否かはたった10から15分程度にかかっている。……ICの重さはここにある。

6）問題解決2、新潟県の行政支援

医療機関への整備と併せて、臓器提供しやすい環境作りで忘れてはいけないのが行政支援である。いわゆる官民一体の取り組みである。これは新潟

スライド22

官民一体の活動

患者団体、行政、移植医、県Co、院内Co、マスコミ、その他支援団体

1. 患者団体：
 - ・県内各地の透析患者に対する「腎移植の学習会」の開催。
 - ・街頭キャンペーン、県のイベントへの協賛。
2. 行政：
 - ・県知事名の感謝状及び院内Co委嘱状、パンフレットの作成
 - ・県民大会の開催、院内Co研修会の開催、広報誌への掲載
 - ・県出先機関への周知
3. マスコミ：
 - ・県Coの定期的なTV番組への出演（ローカルワイドショー）
 - ・新聞（ドナー家族の近況やレシピエントの生活など）

県の特徴でもある。（スライド22）新潟県行政の移植に関する基本スタンスは「健康面における県民の安全・安心の確保」であり、特に慢性腎臓病対策の一つの柱としての位置づけである。（スライド23）

これまでの新潟県行政は、移植医療においては臓器移植コーディネーターを設置しているに過ぎず、特に主だったものはなかったが、2000年4月に、院内コーディネーターを名誉職と位置づけ、県知事の委嘱状交付を行っている。これは各地で試みられているが、本県においては、行政がこの

スライド23

地方行政のスタンス、役割

健康面における県民の安全・安心の確保

- ・（とくに）慢性腎不全対策の推進
 - 全国264,000人強、新潟県内4,400人強の人工透析患者：今なお増加傾向
 - 移植に至ることのできた人はほんの一握り
- ・ 予防の観点からの糖尿病対策との連動
 - ポピュレーション・アプローチが重要

事を重要視し、我が国初の県単独事業として院内コーディネーターの整備に予算を投じた。このことは画期的な事である。

新潟県では、臓器提供における行政整備は、活動当初（1999年）は各種のインフラ整備はゼロと言っても過言でない状況であった。現在では、提供者に対し厚生労働大臣感謝状と共に県知事感謝状も交付されている。また院内Co研修においても、県費により年間2回程度開催され、臓器提供における行政支援が県内に浸透してきている。

平成19年4月より新たな試みとして「臓器提供院内環境づくりモデル事業」と「提供腎県内移植推進事業」を事業展開した。この事業の特徴は、臓器提供の院内システム構築のために税金の投入を決定したことにある。この事はわが国初のことと認識する。（スライド24）

スライド24

政策的バックアップ＝車軸

■ 院内環境モデル事業

→ 臓器提供意思の尊重、患者家族ケアなど、様々な観点から院内整備を手がける施設に対し10万円/年の助成する。

■ 提供腎移植推進事業

→ 献腎待機者へは、時間を問わず緊急手術の連絡が入る。その際、何時でも手術できる全身状態を確保するため検診エビデンスを配り、年1回以上検査を実施してもらう。

「臓器提供院内環境づくりモデル事業」とは、患者の臓器提供意思の尊重、患者家族へのケア・サポートが適切かつ円滑にできる院内環境を作るために3病院程度を選定し、県コーディネーターによる個別訪問指導を行うと共に、年間10万円を上限にその活動に対する助成金を交付することで

ある。助成を受けようとする際には以下の活動を行う事を条件とし、その活動設計を申請し審査する。

- 臓器提供に対する病院としての方針の明確化
- 臓器提供院内マニュアルの整備
- 職員に対する臓器提供意思に掛かる教育
- 提供家族に対する心理的ケア体制の整備
- 県コーディネーターとの連携体制整備
- 臓器提供発生時の院内体制整備

この事業は県内3病院を対象としスタートした。平成20年度は、5病院に増枠しこの事業を継続する予定である。

「提供腎県内移植促進事業」とは、本県の臓器提供数増に伴いレシピエントの移植手術の受け入れ態勢も整備する必要が出てきた。特に献腎において、献腎移植直前の術前検査において、全身麻酔手術不能の心不全、胸部X線に陰影、腹部CTで悪性新生物疑い（後に確定、手術）など、レシピエントの移植術適応外疾病が相次いで発見され、総阻血時間が40時間を超えるという事態も発生した。このことから、本県において緊急腎移植術施行の際には、術前の確認検査のみで移植術に移行できる環境を早期に整備する必要があると考えた。このため透析治療中の献腎移植希望待機者に対し、検査を年1回程度実施するなど、透析施設において日常診療における検査に特段の御配慮をいただくようお願いした。

4) まとめ

臓器提供意思を尊重する方法は、単にその意思を抽出するのではなく、不可逆的病状に陥った現状を認識できる家族があり、その上で臓器提供意思の尊重が行える環境を構築する事が先ずもって重要である。その事は医師個人の力ではなく、院内システムとして、さらには地域システムとして構築しなくてはならないと考える。新潟県におい

て献腎数の増加と臓器提供しやすい環境作り、またDAPの導入で悲嘆家族のケアの中から臓器提供意思の抽出を図るよう、さらに全国の見本となるよう計画・実践してきた。

今年度の成果として、献腎数は2例4腎で、また見逃せない点は、ポテンシャルドナー数が平均化し、さらにポテンシャルドナー数に対するオプション提示の割合が50.7%と、初めて50%を上回った事も大きな成果である。すなわちシステムは軌道に乗りつつあることを指す。まとめて述べるなら、医療機関においては家族が納得する治療があり、そして臓器提供にも感謝をしていただけるような現状ができてきている。この事が臓器提供を今以上に通常の医療に変えていく掛け橋になる事は間違えないことと考える。その事が献腎を増やすきっかけであるといえる。(スライド25,26)

スライド25

結語

- 移植医療は、患者のQOL、医療経済の面で有用
- 臓器不全患者が「移植」の治療を選択できる環境作り
- 提供側も移植側も無理なく行える地域づくりが必要
- 提供システムがもたらす副産物は、機関の質の向上とサービスの向上が必ずついてくる。

スライド26

まとめ

- ・DAPや院内Coなど、手段を生かすには地域一体の活動が重要
- ・臓器提供システムは、質の高い病院を育て、作る事ができる。
- ・現場と行政の共同が車の車輪を形成する。
- ・全ては官民一体の取り組みである。

臓器提供を前面に置くのではなく、患者家族が納得のいく治療があり、また家族の悲嘆の軽減に努めることが、臓器提供を増やす事となる。