

移植コーディネーター

長谷川 浩*

I 先端的医療とコーディネーション

今世紀半ば以降、急速な科学技術の発展に支えられて、各種の難治性疾患に治療への道が拓かれるようになったが、それと同時に、解決すべき様々な課題にも直面するようになった。

たとえばその1つに、多様な専門家の関与という問題がある。これまでは医師と患者との関係が医療の中軸をなしてきたが、今では薬剤師・看護婦・医療ソーシャルワーカー・検査技師・臨床工学技士・栄養士・理学療法士・作業療法士・言語療法士・臨床心理士・聖職者……などが、重要な医療従事者として参加するようになり、患者や家族をめぐる医療者との関係は複雑かつ多様になりつつある。

このような多様な専門家の関与は、必要とされる医療処置の多様性に伴うものであり、現代の医療が一種のビッグサイエンスに基づくかぎり当然の成り行きといえるが、適切な協調関係が展開しないときには、患者や家族など医療を受ける側の人々は、しばしば援助の谷間に置き去りにされてしまい、心身の新たな苦痛に見舞われかねない。先端的医療技術が患者や家族のニーズに適切に応えるためには、そこに関与する各種専門家の間の協調と、時と所を心得た柔軟な対処が必要である。

* 東海大学健康科学部教授

現在のわが国の医療体制をみるかぎり、多様な専門家の登場に即応した適切な協調関係と柔軟な対処は、いまだ十分に機能しているとは思えない。医療機関の多くは、医師を頂点にしたピラミッド型構造をなしており、各種専門家の主体的な参加を基本にしたチーム構成になっていない。言い換えると、患者と家族の福祉を共通の目標にして、保健医療のプロセス全体を見渡しながらか、医師を含めた各種専門家の技術を有機的につないでいくという作業が、どうしても欠落してしまうのである。このような作業がコーディネーションといわれるわけで、医療のリーダーシップをとる医師にそうした力量が備わっていれば、チーム医療が実現するはずだが、すべての医療場面でそれを医師に期待すること自体がかなり無理な注文であろう。

先端的医療では、医師の専門領域そのものが特殊化・細分化され、医療プロセス全体を見渡すことが困難になっているし、看護婦その他の専門職にしても事情は同じである。したがって、チーム医療を実現するには、全体を俯瞰しコーディネートのできる専門的人材がどうしても必要になるのである。

1992年に東京で開催された日本保健医療行動科学会主催の国際会議『ON HEALTH CARE IN THE 21 CENTURY』における東京宣言¹⁾のなかでも、高次医療とコーディネーションの問題が取り上げられ、次のように述べられている。

B. 高次医療のケア体制に関する提言

6. 高次医療では、高度な医療知識と技術が必要であるので、医療に携わる者の専門分化は避けられないが、患者や家族の立場からケアやケアの専門家をコーディネートし、適切な医療が提供され、個人が個人として尊重されるようなケアをうけられるためにコーディネーターの制度の確立が必要である。これには臓器移植のドナーとレシピエントのように、異なるニーズをもつ人々の間の調整相談も含まれる。
7. ケアの質を向上させるためには、患者や家族のケアに携わる者やコーディネーターの基礎的及び専門的な教育制度を発展させ、この領域の教育・研究資源を拡大、充実させることが不可欠である。

II 臓器移植におけるコーディネーション

先端的医療のなかでも、臓器移植は特に社会的な特殊性を帯びた医療である。というのは、善意に基づく臓器の提供者があって初めて臓器移植は成立するのだし、さらに他者の臓器、特に脳死者からの臓器を摘出して別の人に移植すること自体に対して、社会の合意がなければこの医療は実現しないからである。生物医学的観点からだけみれば、個体間の臓器の授受はそれほど難しくはないだろうが、これが医療として受け入れられるためには、ドナー候補者およびその家族の臓器提供の意思確認、迅速な組織適合性の判定、ドナーの管理と摘出臓器の搬送、臓器摘出医療機関と移植医療機関との間の連絡調整、ドナー家族に対する死別悲嘆の援助、レシピエント候補者の心身のケア、移植後患者の生涯にわたるヘルスケア、医療者ならびに社会一般への啓蒙活動……など、様々な次元の課題を迅速に解決しなければならない。もし、これらの課題の1つでもつまずけば、臓器移植は社会から受け入れられないであろう。たとえば、臓器の提供は、あくまでも善意に基づく自由意思によることが大前提になっているが、昨今問題になっているように、公共的な厳しいチェック機構を設けないと、臓器売買の危険性がある。金銭問題とか権力の強制が絡まないように、公的な保証が必要なのである。また、提供された臓器の配分に関しても、医学的な適合性ばかりでなく、レシピエント候補者の各種条件を勘案した公平性の確保が重要である。

これらの課題を解決するためのコーディネーション・システムが円滑に機能することによって、初めて臓器移植は社会的医療として定着するのである。

III 移植コーディネーターの種類と資格

臓器移植にかかわるコーディネーターは、その主要な業務の違いから2つに大別される。すなわち、ドナー側にかかわるドナー・コーディネーター（プロ

キュアメント・コーディネーター) とレシピエント側にかかわるレシピエント・コーディネーター (クリニカル・コーディネーターあるいはナース・コーディネーター) である。アメリカでは両者を併せて1つの資格とし、移植コーディネーターとして認定している (北米コーディネーター協会: NATCO)。わが国でも、移植コーディネーターの資格に関する検討が行われており、大方の意見はアメリカと同様に一本化の方向にある。

1. プロキュアメント・コーディネーター

アメリカでは、主として地域の臓器提供センター (Center for Organ Recovery and Education: CORE) に所属し、ドナー側に関連する各種の業務に従事する。その主な業務は以下のとおりである。

a. 臓器提供を促進するための病院施設、地域社会への啓蒙活動:

地域病院の救急救命センターに向向いて、脳死の判定基準やドナーの管理、臓器提供のための同意書の記入法などを指導する。臓器提供に協力してもらえるように、常時スタッフとの話し合いを行う。地域社会に対しては、ロータリークラブなどの協力を得て、臓器提供の現状や臓器を必要とする患者数など、臓器移植に関する情報を提供する。

b. 臓器提供の連絡を受けてから移植手術までの現場における活動:

摘出病院と移植病院との間の連絡調整、摘出された臓器の維持管理、移植病院までの搬送などに従事する。

c. 臓器提供の協力者とのコミュニケーション:

ドナーの遺族に対する臓器提供の依頼、悲嘆プロセスの援助とか精神保健専門家などへの紹介、そして移植後には提供病院とドナーの遺族に、レシピエントの移植経過の概略を報告する。

2. クリニカル・コーディネーター

主にレシピエントのケアに専従するコーディネーターであり、アメリカでは移植センターの臓器別移植チームに所属している。その主な業務は以下のとお

りである。

a. 移植医療の普及啓発のための社会活動：

プロキユアメント・コーディネーターと同様な社会活動を行う。

b. レシピエント候補者に対するオリエンテーション：

移植医療のプロセス全体を、わかりやすく患者や家族に説明し、患者と家族が移植医療を選択するための基礎情報を提供する。

c. レシピエント候補者の決定のための心身のアセスメント：

医学的な健康データばかりでなく、パーソナリティ特性や将来のコンプライアンス行動の予測、社会的支援条件などについてアセスメントを行う。

d. レシピエントの待機者名簿への登録：

レシピエントに関する情報を待機者名簿に登録する。アメリカでは、UNOS (The United Network of Organ Sharing) に登録する。

e. 移植手術までの心身のケア：

臓器の提供が得られるまでの間、患者の病状は悪化するかもしれないし、待機期間中に精神的に混乱するかもしれないので、必要に応じて心身のケアを行う。

f. 術後から退院までの間の看護ケアコンサルテーション：

ICU や病棟の看護婦が患者の看護ケアにあたるので、クリニカル・コーディネーターは主にそのコンサルテーションを行うことになるが、場合によっては、ドナー情報の提供のような問題に関して、直接のケアにあたることもある。

g. 退院後生涯にわたる心身のケア：

移植後のレシピエントは、生涯にわたって免疫抑制剤を服用しなければならないとか、感染症とか合併症に備えなければならないなど、常時の健康チェックが必要になるので、その援助を行う。また、患者によっては、健康保持のための行動変容も必要になるので、リハビリテーション・プログラムの管理と指導がコーディネーターに求められる。

h. 生体臓器移植の場合のドナーの管理：

生体臓器移植では、ドナーとレシピエントは同じ病院に入院するので、クリニカル・コーディネーターはドナーの心身のケアにも責任をもつことになる。

IV むすびにかえて

アメリカの移植コーディネーターは、NATCO の認定を受けたスペシャリストであり、その職業的背景をみると、医師・看護婦・救急救命士・臨床検査技師など様々だが、なかでもレシピエント側を担当するクリニカル・コーディネーターは圧倒的に看護出身者が多い。むしろ、それぞれの移植センターがクリニカル・コーディネーターを採用する条件として、大学卒業の正看護婦（RN）で、外科看護や ICU 看護の経験者を求めるので、勢いそうなるのであろう。

わが国については、いまだ脳死者からの臓器移植が社会的に認められていないので、移植コーディネーター業務も主として生体もしくは心臓死体からの腎移植への関与に限定されており、またレシピエント側のコーディネーターについては関係者の間でもあまり認識されていない。だが将来の移植医療に向けて、移植医療全体の構図のあり方や移植コーディネーターの養成と資格化の問題が、厚生省関係の研究班において論議されているところである^{2),3)}。

脳死を人の死として認めるかどうか、臓器提供に関する生前の意思表示をするかどうか、そしてまた家族の臓器を他者に提供するかどうかなどは、まったく個人のプライベートな判断に属する問題であり、一律に処理できる事柄ではない。それだけに、個々人の意思を尊重し公平かつ適切に移植医療が実践されるためのコーディネーション・システムの充実が強く求められているのである。

参考文献

- 1) 日本保健医療行動科学会：東京宣言『21 世紀のケアシステムを提言する』, 1992.
- 2) 北川定謙・他：臓器移植の社会的問題に関する研究班（B 班）総合報告会・報告書, 平成 5 年度厚生科学研究費補助金・臓器技術臨床研究開発事業, 1994.
- 3) 厚生省：平成 5 年度厚生科学研究費・臓器技術臨床研究開発事業・研究報告書, 1994.