

平成 27 年 6 月 9 日

報 告 書

あっせん誤りの再発防止等に関する第三者委員会

目次

1. はじめに	2
2. あっせん誤りの経緯	2
(1) 平成 26 年 11 月の事例（移植希望者への意思確認ルールの誤解）	2
(2) 平成 27 年 3 月の事例（システムの操作ミス）	3
(参考) 平成 24 年 8 月の事例（組織適合性検査の結果の読み違い）	4
3. 今回のあっせん誤りの原因	4
(1) コンピューターシステム及び業務手順等の問題	4
(2) 人材育成や研修体制等の問題	5
(3) 組織風土、コミュニケーション等の問題	5
(4) 職員間での危機感や責任感の認識の希薄化	6
4. 背景となる法人の管理運営体制等の問題	7
(1) 歴史的な経緯と JOT の職員体制の問題	7
(2) JOT の組織風土の関係（業務における「ミス」のとらえ方等）	9
(3) その他	11
5. 再発防止に向けた提言	11
(1) 特に重要であり緊急に取り組むべきもの	12
① 新たなコンピューターシステムの構築と既存システムの不備の掘り起し	12
② 最終確認・途中確認を目視で行う手順の導入（「業務基準書」の整備）等	12
③ 管理運営体制面での対策	13
(2) 緊急に取り組むべきもの	14
① 組織体制・スタッフ数と人員スキルの見直し、処遇制度の見直し	14
② JOT の業務の社会的意義やビジョンの共有	15
③ 日常のコミュニケーションの強化、職員の納得性の向上	15
④ 教育システムの見直し	16
(3) 将来的な課題	16
① 法人の運営形態について	16
② 移植医療に伴う知見の速やかな反映	17
6. おわりに	17
(参考 1) (公社) 日本臓器移植ネットワークの組織構成等	18
(参考 2) 第三者委員会委員名簿	19

1. はじめに

本委員会は、公益社団法人日本臓器移植ネットワーク(JOT)において昨年11月及び本年3月に発生したあっせん誤りに関連して、本年3月に厚生労働大臣からJOTに対して6月末を目途に再発防止のための改革の方針をとりまとめるよう指示がなされたことを受け、JOTに対して提言を行う組織として設置されたものである。

本委員会では、今回問題となっている誤りの実態、それに至る経緯、背景(JOTの内部体制上の問題、組織風土上の問題を含む。)等を調査し、その結果に基づき再発防止策をまとめることが任務とされた。本年4月6日、会議の進め方について準備会合を持ち、その方針に従って同月30日以降委員会が4回開催された。本年6月9日、委員会報告書がまとまったので、JOTに対して提出するものである。

本委員会は、設置自体はJOTの責任において行われ、会合はJOTの会議室等で開催されていたが、各委員はJOTの執行部から独立した立場の者である。また、これまでの経緯についてJOTの役職員からのヒアリングを実施したが、報告書のとりまとめはそれらの者が関与しない形で行った。委員会には、JOTの監事及び厚生労働省健康局疾病対策課移植医療対策推進室担当者がオブザーバーとして参加した。

なお、脳死下での臓器提供事例における救命治療、脳死判定や臓器あっせん等が適切に行われたかどうかについては、JOTの設置する「中央評価委員会」(臓器あっせん部分のみ)及び厚生労働省の有識者会議である「脳死下での臓器提供事例に係る検証会議」(救命治療等も含め全て：以下「検証会議」という。)において一例一例検証されている。今回問題となったあっせん誤りについてもすべて検証されているが、本委員会では、それらの結果も踏まえつつ、JOTの管理運営体制の問題も含めより総合的な観点から検証を行った。

2. あっせん誤りの経緯

JOTでは、平成26年11月及び平成27年3月に、あっせん業務の遂行に当たって大きな誤りが発生している。特に同年3月の事例では、その誤りによって、移植希望者のうち本来であれば移植を受けることができた者に対して移植が行われない事態となった。それぞれの事例の経緯は次のとおりである。

(1) 平成26年11月の事例(移植希望者への意思確認ルールの誤解)

平成26年11月15日に[]行われた脳死下での臓器提供事例において、JOTによる腎臓移植の希望者に対する意思確認の際、ルールの誤解のために、本来であれば意思確認を行うべきであった移植希望者に対して意思確認が行われなかった。

膵腎同時移植の希望者は、腎臓のみの移植の希望者と同じリストにも登録され、腎臓のみの移植の希望者としても意思が確認されることとなっている。本事例では、当初は膵腎同時移植が想定されていたが、結果的に膵臓の提供が断念されたことから、膵腎同時移植を希望していた者はその時点で腎臓のみの移植の希望者としての意思確認に切り替える必要があった。しかしながら、実際には意思確認の対象から外された。

なお、この誤りは、結果的に、優先されるべき者に移植が行われないような事態にはなっていない。JOT 担当者の判断により、後順位の希望者への腎臓移植手術の開始と同じタイミングで、主治医を経由して本来意思確認すべきであった移植希望者に連絡されたのだが、当該希望者は体調不良で、移植手術ができない状況であったと確認されている。一方、検証会議では、本来意思確認すべきであった移植希望者にそのようなタイミングで連絡したことは、当該希望者の精神的ケアの観点からは問題との指摘もなされている。

(2) 平成27年3月の事例（システムの操作ミス）

平成27年3月2日に[]行われた脳死下での臓器提供事例において、JOT 担当者によるコンピューターシステムの操作ミスにより腎臓移植のあっせんの優先順位が誤って出力された。それが修正されないまま使われたために、本来であれば移植を受けることができたはずの希望者に対して移植が行われなかった。

移植希望者のうち、誰に優先的に臓器あっせんを行うのかの決定にあたっては、JOTの管理する移植希望者の情報が登録されているシステムに、臓器提供者（以下「ドナー」という。）の情報を入力し、国の定めた基準（「臓器提供者（ドナー）適応基準及び移植希望者（レシピエント）選択基準」をいう。以下同じ。）により自動的に臓器ごとの優先順位のリストを出力することになっている。各事例では、その順序で実際に移植を受けるかどうか意思確認を行う形となる。本事例では、腎臓の移植希望者の優先順位の決定に当たり、担当者の操作ミスにより、ドナーの情報の一部（HLA：白血球の型）が反映されていない状態で優先順位のリストが作成された。

リストの作成にあたっては、JOT 内で複数の者がチェックすることになっていたが、

結果的には誤りを発見できないまま、腎臓の移植希望者の優先順位の決定が行われ、本来あつせんすべき者とは別の希望者に移植が行われた。

(参考) 平成 24 年 8 月の事例 (組織適合性検査の結果の読み違い)

上記の 2 つのあつせん誤り事例に先立ち、平成 24 年 8 月には、JOT 担当者が組織適合性検査の結果を読み違える誤りが発生した。

具体的には、平成 24 年 8 月 12 日に兵庫県内の病院で行われた脳死下での臓器提供事例において、腎臓の移植希望者のうちあつせんを行う者の選定に当たって行われるドナーとの組織適合性の検査結果の判読を JOT 担当者が誤った。その結果、国の定めた基準ではあつせんされるべきではない希望者に臓器が提供され、本来あつせんすべきであった希望者に移植が行われない事態となった。

3. 今回のあつせん誤りの原因

上記 2. で述べたあつせん誤りの原因については、それぞれの事例に際して JOT としても自己分析し、再発防止策を打ち出している。しかし、それが必ずしも十分なものとなっておらず、あつせん誤りがあるたびに、同じような原因分析と再発防止策の策定を繰り返す形となっている。これまでのあつせん誤り事例に関して、JOT として作成した資料や、JOT の役職員及び厚生労働省の担当者からヒアリングを行った結果等を整理した上で、今回のあつせん誤りの直接的な原因となっている部分について次のとおりまとめた。

(1) コンピューターシステム及び業務手順等の問題

JOT のコンピューターシステムは、既に 20 年以上前に作られた古いものを抜本的に改修できていないまま使用を継続している状況である。

しかも、小規模な改修を何度も繰り返してきているために、実情に合った運用マニュアル等は存在していないということであった。そのような中、マニュアル等で必ずしも明示されていない個々の職員の経験によってシステムが運用されてきており、間違った結果が出力されるリスクがこれまでも常に内在してきたということが言える。

特に、平成 27 年 3 月の事例では、コンピューターシステムの操作ミスにより出力された間違った優先順位のリストを見ると、HLA がドナーと全く適合していない移植希望者が上位になっており、また、ドナーの HLA 情報が記載されているはずの部分がブランク

になっているなど、明らかに通常とは異なる部分があった。それを見なかったのであればプロ意識の欠如であり、見た上で気づかなかったのであれば知識の欠如と言える。

また、平成 26 年 11 月の事例では、腓腎同時移植が断念された場合に腎臓のみの移植の意思確認に移ることに関する手順が明文化されていなかった。臓器ごとのあっせん手続については JOT において「業務基準書」が作られているが、想定されるすべての事例に関して業務手順が明文化されているわけではないことも、大きなミスが起きる原因となっているものと考えられる。

(2) 人材育成や研修体制等の問題

コンピューターシステムで対応できない部分を個人の能力・経験によりカバーする体制をとるためには、移植希望者へのあっせんの優先順位を決める基準の内容や、各種検査のデータの理解等、あっせん業務を行う上での技術的な教育が十分に行われる必要がある。それらの点についても、常勤役員からのヒアリングにおいては現在取組を進めているところとの説明もあったが、少なくとも現状が十分なものとは言いがたい。

また、コーディネーターに対して十分な研修等も行われずに、不慣れな管理業務（総務や経理）を兼務させられているという声もあった。このような処遇は、コーディネーターのキャリアパスとして、その他の業務も含めた経験をさせるという観点で行われており、その点では一定の見識に基づくものではあるが、それに対応した研修等と併せて行われている状態ではなく、個々の職員のモチベーションとしても、作業量・作業効率的にも、決して良い状態にはなっていなかったのではないかと考えられる。

(3) 組織風土、コミュニケーション等の問題

JOT の体制として、職員個人の能力・経験であっせん業務を支える形になっていた中、それらの職員自身の士気にも問題が生じていた。特に、個々のあっせん事例において、ドナーの家族への説明や臓器提供施設側との連絡調整、移植希望者への意思確認等に関して、中心的な役割を担うコーディネーターの配置や、処遇等に関する問題が明らかになった。

従来の JOT の組織人事体制については、24 時間体制で電話を受ける当番制がある、年俸制のため勤務時間の多寡等で給料に差が出にくいといった、労働時間や給与体系の観点からの問題が内在していた。コーディネーターの離職率も高い状態であったことを踏まえ、平成 26 年には、あっせん事例対応をした時間に応じた手当を出すなど一連の改革

が行われたが、職員ヒアリングでは、それらの改革に必ずしも納得していない者もいた。

具体的には、コーディネーターを含む JOT 職員に対して行ったヒアリングでは、平成 26 年からの組織人事体制の変更により処遇がダウンした、配置換えによって不慣れな仕事をこなさなければならなくなった、あっせん業務以外にも会議や講演準備等で多忙な状況であった、等の苦情が寄せられた。これらの変更が、今回問題となっているあっせん誤りにどのように影響したのかという点については確認できていないが、各職員の個人的な能力・経験によってカバーしなければならない業務に、誤りが生じる遠因になった可能性は否定できない。

これらについては、本委員会として、一連の改革の是非にまで立ち入ることは困難であるが、トップダウンで改革を進めるにせよ、職員における納得性の確保は必要である。組織のあり方や運営方針が職員に浸透していないという点については、役員及び幹部職員の責任が大きいものとする。

また、職員ヒアリングによると、JOT 内部では、上層部に対して意見を具申しにくい雰囲気があるということであった。さらに、常勤役員ヒアリングにおいて判明したところでは、ある役員が、今回の業務誤りにおいて、ある職員について「最も責任が重い」と指摘しているのにもかかわらず、当該職員の中に直接事情を確認されていない者がいた。これらのことを踏まえると、組織内コミュニケーションが十分に機能しておらず、いわゆる「風通しが悪い」状況になっていたことがみてとれる。

(4) 職員間での危機感や責任感の認識の希薄化

上記のような状況が背景となって、仕事のミスに対する危機感の醸成が弱まっており、あっせん業務の流れの個々の部分の意味が認識されないまま、「流れ作業」になっていたのではないかと考えられる。

職員からの話では、エラーがあっても、それを職員間で共有したり上司に報告したりしている様子が見えなかった。できないのではなく「共有まではしなくて良い」「エラーが見つかったのだからもう問題無いだろう」という感覚である。そのような感覚では、見つけた本人はよくても、別の職員では見つけることができないということにもなる。組織全体としての責任感の認識が甘いと言わざるを得ない。

特に、役員からのヒアリング及び厚生労働省からの情報では、平成 27 年 3 月に発生したあっせん誤りと同様の事例が約 5 年前にも生じたが、その際には職員によるチェッ

クで誤りが発覚し、検索をやりなおさせたので正しい優先順位でのあっせんができたとの話があった。大きなミスになることを防げたことは良かったが、その当時、それは重大な問題であり、関係者は共有して引き継がなければならないという認識がなかったことは大きな問題である。JOT では以前から危機管理意識に欠けるところがあったということである。

これは、上記の職員処遇や人材育成、また組織運営と表裏一体をなす問題である。このような状況の中で、今回のようなあっせん誤りが生じるような素地ができてきたものと考えられる。

昨今、一般の病院では、インシデント・アクシデントに関して各職員に報告を義務付け、例えば毎週打合せを行って確認するようなことを行っているが、JOT では、後述のとおり「安全管理会議」を設置して同様の取組は行われているものの、それが十分に機能しているとは言いがたい印象である。

どんなに完全なシステムを作っても、どこかに欠陥がある。したがって、ミスが起こることを防ぐためには、組織内において情報が正しく流通することが最も重要である。JOT では、これまで、担当者個人の能力・経験でミスを防いできたということは良いが、その問題点を職員間で共有したり上司に伝えたりする風土となっていないことは、上述のとおりである。

4. 背景となる法人の管理運営体制等の問題

上記3. で整理したこれまでのあっせん誤りの原因は、個別に見れば、JOT として適切に問題点を把握して解決を図ればよいものである。本委員会の任務は、むしろ、それらの個々のあっせん誤りがなぜ繰り返されてきたのかという原因を究明して、対策を提言することに重点がある。そのために、JOT の管理運営体制の問題、さらには、背景として我が国における臓器移植実施体制の構造も含めた分析が必要となる。

(1) 歴史的な経緯と JOT の職員体制の問題

JOT は、昭和 48 年に発足した「腎臓移植普及会」が母体である。昭和 50 年に社団法人化され、平成 7 年に「日本腎臓移植ネットワーク」に改組された。平成 9 年 10 月の臓器移植法施行に際し、「日本臓器移植ネットワーク」に名称変更され、同法に基づく厚生大臣（当時）からの許可を受け、多臓器のあっせんを行うことができる我が国唯一の組織としてスタートした。

臓器移植法施行後しばらくの間は、脳死下での臓器提供事例の数は多くても年に10件程度であった。その時期は、別途心停止下での腎臓提供に関するあっせんを行っていたことを含めても、業務量は現在ほどではなかった。実際、その頃にはあっせん誤り事例が短期間に複数発生するようなことはなかった。当時は、JOT発足時の体制で十分に対応することが可能だったものと思われる。

当初の臓器移植法では、脳死下での臓器提供は提供者本人の事前の書面による意思表示と家族の同意が必要であった。平成22年に施行された改正臓器移植法により、本人意思が不明の場合には、家族の書面同意で臓器の提供が可能となった。この改正により脳死下での臓器提供数は年50件前後まで増えることとなった。そこまで増えると、同時に2~3事例への対応が必要となる場合もあり、JOT発足時の体制だけでは対応できなくなっていることは容易に想像できる。

これは、JOTに所属するコーディネーターの数からも状況を確認することができる。臓器移植法改正前のJOTのコーディネーターの数は20名前後であり、法改正後は30名前後に増加しているが、平成27年4月1日時点での数は34人と、単純計算でも脳死下での臓器提供数の増加にあわせた人員増が行われていない。

なお、このような人員確保が行われていない理由は、予算上の制約のみではないことに留意する必要がある。平成26年度に厚生労働省からJOTに交付された補助金の内訳をみると、コーディネーターを42人雇用できるだけの予算が確保されているが、実際には現時点でもそれだけの数が雇用できていない（昨年11月のあっせん誤りを受けて同年12月に厚生労働省健康局長から出された業務改善指示を踏まえ、本年10月には42名を雇用する予定との説明があった）。また、最近の状況を見ると、JOTでは平成21年の法改正以降平成25年度決算まで国からの補助金を使い切れずに返還してきており、平成26年度決算に当たっても返還する部分が出る可能性があるとのことであった。

このようなことを考えると、予算上の制約というよりは、むしろ、JOTの体制として、コーディネーターの採用及び育成が計画的に行われてこなかったことが原因としては大きいのではないかと考えられる。コーディネーターが簡単に養成できるような職種ではないことを踏まえると、JOTとして適切な対応をしてこなかったことは明らかである。また、採用自体は行われても離職率が高いことについて、有効な対策を打つことができていないのも問題である。上述の平成26年4月からの一連の人事組織の改革の背景の1つとして、離職率の高さがあったという説明もJOTからなされているが、改革の趣旨・内容が職員の間浸透していないことは、既に指摘したとおりである。

特に、年間 10 件前後から 50 件前後に脳死下での臓器提供数が伸びていることを考えると、これまでは少数のコーディネーターがそれぞれの個人の考えで動いたとしても、それなりに対応できていたものが、より組織的な、チームとしての対応が必要となってくることは自明の理であり、組織としてのマネジメントの観点が重要となる。しかしながら、役職員へのヒアリングを行っても、その重要性について意識している者が限られていたことは極めて残念である。

厚生労働省によると、臓器提供を行う施設における負担を軽減する取組を今後進めていくとのことである。そうすると、今後年間 50 件前後から、さらに脳死下での臓器提供数は増えていくことも予想される。そのような増加にも対応しなければならないことを考えると、JOT におけるコーディネーターの採用・育成の体制を強化していくことは急務である。

(2) JOT の組織風土の関係（業務における「ミス」のとらえ方等）

役職員ヒアリングからは、この組織がもともとボランティア組織として設立されている中、「善意の人が集まってやっているのだから何処が悪い」という感覚があるのではとの印象を拭いさることができない。コンプライアンス意識や指示命令系統の確立も不十分である。コンピューターが古いと思っても誰も責任を感じておらず、最近まで改修に向けて努力をしてきた形跡も無いのがその証左である。

本委員会では、今回問題となっているようなあっせん誤りをどのように捉えているのか、今後常勤役員としてどのように対応していくつもりか等の点について、本年 4 月 30 日に野本理事長、大久保副理事長及び篠崎専務理事に対してヒアリングを行った。そこでは、常勤役員がそれぞれの役割を十分に果たし切れていないのではとの印象を強く持った。

野本理事長からは、どれだけミスを封じることができるかということが自分の仕事と認識しているとの発言があり、あっせんのミスの防止策としては、体制強化という観点から、第一にコーディネーターの教育の強化、第二に提供施設の体制整備への協力、第三に都道府県コーディネーターの活用を進めているとのことであった。

一方、情報が命の JOT であるにもかかわらず、情報の流れが悪く自分のところまで情報が来なかったとのことであった。これについては、情報の流れが悪いことだけに原因が求められるのかという点について疑義が残り、また、なぜ情報の流れが悪くなったの

かという点について分析がなされていなかった。

本委員会としては、根本的な部分を変えないと、一定の改革を行ったとしても、今後また情報が流れずに澱んでしまうことになることを危惧する。熟練したコーディネーターが自分で見つけた問題点を上司に報告しないような人的な問題があるのではないかとの問に対して、理事長はそのようなことは感じることはないとのことだったが、それは本委員会の印象とは異なる。

大久保副理事長からは、4年前に専務理事に就任した当時の最優先課題は公益社団法人化及び財源問題であり、それらを主として担当していたことから、安全管理について対応するようになったのは、平成24年8月のあっせん誤りが同年10月に発覚してからであるとの話があった。

副理事長としては、平成24年8月のあっせん誤り事例を踏まえて、同年10月に新たに設置された「安全管理会議」の責任者として、「インシデント」「アクシデント」の共有等を進めてきたとのことであった。しかしながら、実際に同会議が有効に機能していたとは言いがたい。平成26年11月のあっせん誤りに係る再発防止策をまとめる際、中心になったのも副理事長であったとのことだが、その報告を厚生労働省に提出した直後に平成27年3月の事例が起こっている。

副理事長としては、改革の途中段階で職員の緊張感や管理体制ができていなかったことは残念であり、もう少し突き詰めて対応すべきであったとのことであったが、病院等で実際に業務を担当している安全管理の専門家に協力を求める考え等は無かったとのことである。チェック体制を突き詰めてやっておくべきだったとのことではあったが、何をどうチェックするかまで具体的に指示されていた形跡は無い。教育を受けて技量のある者が対応するとの説明もあったが、その教育もされていたとは認められない。

篠崎専務理事は、平成25年7月に専務理事に着任した。着任後に担当した事務局改革に当たって、各部からのヒアリングを行ったところ、下位職のコーディネーターの定着率が悪く、昔ながらの年功序列の体系で、人事組織上も病院の看護部的な「コーディネーター部」に全てのコーディネーターが在籍する形態であった。そこで、一般の会社のように各部の所属長の命令で動くような組織に変えることを考えたとのことであった。また、給与制度が年功序列型の考えだったものを、業務を評価して昇給することができるようにしたこと、教育研修を体系化してその評価に基づき職位も俸給も変わるというようにしたこと等の説明があった。

専務理事からは、全職員へのヒアリング結果から言えば、中堅や若手のモチベーションは決して低くないが、管理する側の職員が管理をするという意味と意義を理解していなかったことがミスに繋がったということはあるとの説明があった。また、改革の進め方については拙速だった部分があるかないかであれば、あると思うとのことであった。

以上の常勤役員からのヒアリング結果、及び厚生労働省からの情報等を踏まえると、全般的な印象として、平成 26 年度から実施しようとした人事組織改革の失敗がミスの遠因ではなかったかと考えられる。また、公益社団法人化や財務省の調査への対応で忙しかったことで内向きの仕事ができなかったとの説明もあったが、本来常勤役員が行うべき安全管理の統括が 3 役員ともできていなかったのは残念である。

昨今、医療機関においては、医療安全対策として「ヒヤリハット」「インシデント・アクシデントレポート」の収集がシステムティックに行われており、それによって、致命的なミスを防ぐことにつながっている。これは、1つの重大事故の背後には 29 の軽微な事故があり、その背景には 300 の異常が存在するという「ハインリッヒの法則」を引用するまでもない。職員 1 人 1 人が、致命的なミスに至らないような「ヒヤリハット」事例についても、すべからく他の職員と共有し、それによって致命的なミスを防ぐということであり、現在どの医療機関においても行われている。JOT においても形としては「安全管理会議」が設置されているが、今般のあっせん誤りの状況をみても当該会議が具体的に機能しているとは言いがたい状況である。

(3) その他

その他、JOT には本部の他に 3 つの支部（東日本、中日本及び西日本）があるが、移植希望者へのあっせんの優先順位を決める方法等は統一されているものの、患者の登録手続きや検査の手順等を含め、周辺部分の業務についてはそれぞれの支部に独自の方法があり、統一できていないということも判明した。これについては、平成 24 年 8 月に発生したあっせん誤りの事例において、検査結果の報告書の様式が異なることが JOT 担当者による検査結果の判読の誤りにつながっている。既に統一されているものもあるが、その他については支部ごとに対応方法に異なるものが残っているとのことである。100 名足らずの組織において業務方法が統一できていないということも理解しがたいところではあるが、いずれにせよ、このような状況をみても、JOT が組織として統一性がとれていないということが言えるのではないか。

5. 再発防止に向けた提言

(1) 特に重要であり緊急に取り組むべきもの

今回生じている JOT のあっせん誤りは、本来は移植を受けることができたはずの移植希望者が移植を受けられなくなるという極めて重大な結果をもたらしており、今後このようなことが二度と生じないよう万全を期すことが喫緊の課題である。特に、コンピューターシステムの問題とヒューマンエラーの問題の両方の観点から、効果的な対策を早急に実施することが重要であり、また、そのような体制を可能とするために、法人の管理運営面での刷新を行うことが極めて重要である。

① 新たなコンピューターシステムの構築と既存システムの不備の掘り起し

平成 27 年 3 月のあっせん誤り事例に関して、平成 26 年度補正予算においてシステム改修に関する国庫補助が行われるとの説明があったが、実際にそのシステム改修が完了するのが 27 年度中ということである。新たなシステムに関しては今後の臓器あっせんの動向を踏まえて構築していく必要がある。

既存システムに関して、今回のミスの原因となった部分は既に応急処置が行われたが、その他にも不具合が起こる可能性がある。については、現行のシステムの未知なる不備を掘り起こし、対処方法を検討する必要がある。

② 最終確認・途中確認を目視で行う手順の導入（「業務基準書」の整備）等

これまでは「意識の高い担当者が自発的に確認していた」から問題無いという意識が蔓延していたが、今後はそのような意識から脱却し、必ず確認する必要がある。既に、平成 26 年 11 月のあっせん誤り事例を踏まえた厚生労働省からの指示により、「業務基準書」の大規模な見直しを行い、情報の最終確認、途中確認を目視で行う手順を導入することであった。したがって、可及的速やかにその作業を進め、機械的な業務において抜け落ちが無いような体制を作るべきである。

なお、最終目的は詳細な業務基準書を作るのではなく、適切な臓器あっせん業務を行うことであることは言うまでもない。そのためには、例えば個別の臓器あっせん事例における反省事項を踏まえて、必要に応じた業務基準書の改訂を行う体制を作るべきである。そのような PDCA サイクルをしっかりと日常業務に組み込んで業務基準書に反映させることにより、経験を積む中でより適切な対応ができるようになってくるものと思われる。

また、一般的には、コンピューターへの手入力作業の正確性を担保するために、同じ内容を複数の担当者が別個に入力し、その結果を照合することが行われている。同様に、JOTにおける移植希望者の優先順位の決定に当たって、同じ臓器について複数の担当者が同時に別個の端末でドナーの情報等の入力を行い、コンピューターからの出力結果を照合することが、本来であれば望ましい姿である。端末数の確保など、複数担当者による入力を同時に行うための体制を作ることが困難な場合には、最終的な優先順位の決定を行うまでの時間が伸びることになるデメリットも考慮の上で、複数担当者による入力を同じ端末で順次行ってその結果を照合することも検討すべきである。

③ 管理運営体制面での対策

今回問題とされたあっせん誤りの再発防止に当たって、上記のコンピューターシステムの問題への対応、及び目視による確認を行う手順の徹底がもっとも直接的な対応策ではあるが、本委員会でのヒアリング等を通じて、法人の管理運営体制そのものについても問題が指摘されている。法人運営の活性化を図り、今後安定的に臓器あっせん業を行うことができるようにするためには、それらの問題についても緊急に対応する必要がある。大きく分けて、常勤理事の問題及び理事会の体制の問題に分けられる。

今回、常勤理事3名に対するヒアリングを行ったが、そもそも、人員体制が100名に満たないような法人規模の団体において、常勤理事が3名も必要なのかという問題がある。しかも、その3名がそれぞれ役割分担の下で、法人運営に対して適切に貢献しているのであればよいが、ヒアリングの結果を見ても、そのような状況とは思えなかった。

基本的な考え方としては、臓器移植に関する専門的な知識があり、かつ、一定規模の組織運営の経験があるなど、組織マネジメントについて十分な知見のある者が常勤理事となり、日々の法人運営に当たる形とすべきである。その他の第三者的な視点は、非常勤理事の立場で、理事会における議論に反映させればよいものであると考える。さらに、常勤理事は1名のみとして、他の理事についてはすべて非常勤とする選択肢も十分にあり得ると思われる。そのような体制とすることにより、迅速な意思決定が可能になるものである。

また、今回の業務あやまりに関して理事や監事が適切な関与を行ったのかという点については、関連の理事会の議事録等を精査した結果、本委員会としては疑問が残った。本来であれば、理事や監事は、第三者的な視点を含めて、常勤理事を監視・支援する立場で積極的に関与を行うべきものであるが、あっせん誤りの報告を受けても有効な対策を打ち出すこともなされていない。また、そもそも理事会にほとんど出席していない理

事もおり、理事会が有効に機能していたとは言いがたい。今回の機会に、理事会の構成についても検討して、真に機能するものに変えていくべきである。

なお、今回のヒアリングにおいて、JOTとして組織人事改革を行うために、平成25年にコンサルタントに依頼したが、結局当該コンサルタントからの提案に基づく改革が理事会で承認されず、約1200万円のコンサルタント料を支払っただけで終わってしまったという事実が判明した。依頼した後、業務の進捗状況を的確にフォローできていないがために、全く提案が役に立たなかったということは、予算を無駄遣いしたということであり極めて問題である。JOTとしてはその際の経緯や関係者の責任については不問としているようであるが、法人の責任としてそのようなことは許されず、今回の機会に適切に関係者の責任を問うべきではないかと考える。

(2) 緊急に取り組むべきもの

上記において、今回のあっせん誤りと直接関係する問題への対応、及び法人としての管理運営体制の問題への対応について述べたが、管理運営体制の適正化とあわせて、円滑な法人運営を行うために緊急に取り組むべきものについて整理した。総括すれば、役員及び幹部職員がリーダーシップを持って円滑な法人運営を行う体制を作るべきということであり、また、そのようなリーダーシップの下で職員教育をあわせて行っていくべきということである。具体的には、①～③の観点によるリーダーシップの確立と、それに基づく④による教育体制の整備が必要である。

① 組織体制・スタッフ数と人員スキルの見直し、処遇制度の見直し

今回のようなあっせん誤りを防ぐためには、個々人の能力・経験だけではなく組織的な対応が必要である。すなわち、

- ・ コーディネータの採用にあたっては処遇水準を見極めて適切なものとし、早急に人員体制を整えること
- ・ 個々人が、自らの業務のみに注力するのではなく、他の職員の業務も頭に入れつつ仕事ができるように努力すること
- ・ 各部の管理職が、各担当者のそのような取組を支援し、それぞれの部での業務対応が可能な範囲を広くしていくこと
- ・ さらには、役員が、重ねて全体を見渡して、漏れが無いかどうかを二重三重にチェックできるようにしていくこと

が体制として求められる。

その意味で、役員及び幹部職員の役割は極めて重要である。自分の目の前の仕事だけをやればいいということではなく、自分の部下にいかに関わってもらおうかという点にも心を砕かないといけない。それができなければ管理職ではない。個人のことでなく、いかに組織のことを考えて仕事ができるかということが重要である。

また、平成26年度からスタートした新たな処遇制度が、職員の間で不公平感が出ている原因の1つとなっていることは、ヒアリング結果からみても明らかである。具体的な改善の方向性は今後検討の必要があるが、いずれにせよ、このままの形で何も新たな対応をとらずに体制を継続することは問題である。職員からのヒアリング等も実施した上で必要な改善を図っていくことが重要である。

② JOTの業務の社会的意義やビジョンの共有

今回のような事例が起きないようにするためには、根本的には、JOTが組織全体としての体制の構築、役職員の役割分担の徹底を含めて、組織としての「ガバナンス」をどのように働かせるのかという点につける。このためには、

- ・ 基本的な考え方の方向性の一致、「ビジョン」と「ミッション」の共有
 - ・ 個別案件を処理するための役職員間のコミュニケーションの円滑化、いわゆる報告・連絡・相談の徹底
- の2点が重要である。

特に、ヒアリングの状況を見ると、流れ作業のように一つ一つの意義を考えずに業務を行っていることが非常に大きな問題の1つである。ある業務を行わないとどのような問題が生じるか、行うとどのような利点があるのか、各職員において臓器あわせ業務の社会的な意義を共有することが重要である。特に、「いのちをつなぐ」ことを使命とするJOT職員として、ドナー及び移植希望者の立場に立つことを常に肝に銘じて業務を行うべきであり、組織としてもそのような個々の職員の想いをはぐくみながら、全体として効果的・効率的な業務ができるような体制を作るべきである。

③ 日常のコミュニケーションの強化、職員の納得性の向上

ヒアリングにおいてもJOT内の役職員間のコミュニケーションが円滑に行われていないことが明らかになった。そのようなことを防ぐために、定期的に役職員の間で懇談会を実施する等により、現場の声を吸い上げるための取組が必要である。

特に、職員のヒアリングでは、昨年から進められている組織人事の改革について、納

得していない者が多くみられた。これは、職員が改革の趣旨を理解していないことの責任もあるものと考えられるが、いずれにせよ、役員及び幹部職員は各出先機関の意義、スタッフ配置の妥当性等も含めて組織体制や人員配置の意味を浸透させることが必要である。それにより、職員の納得性も高まり、業務実施がスムーズにいくことになると思われる。

④ 教育システムの見直し

HLA の検査結果や検索条件等の数値の意味について研修を充実する必要がある。また、その際には、一般的な知識の習得ということではなく、業務に直接的に資するような形で行われることが必要である。特に、(1) の②において言及している新たな業務基準書と有機的な連携を図り、PDCA サイクルをまわして必要に応じて適宜業務基準書の更新・改定を行うことにあわせて、研修の内容も変えていくことが大切である。

(3) 将来的な課題

臓器移植法に基づく臓器あっせん業務を行う組織は厚生労働大臣の許可を必要とし、その具体的な業務方法等については関連の行政通知等により細かく規定されている。臓器のあっせんは公平・公正・平等・中立の立場から行われるべきであり、公的機関が行うことが望ましいが、歴史的経緯から公益社団法人である JOT が法に基づく許可を得て行っている。この現状を考えると、本報告書において (1) 及び (2) で提言した再発防止策を的確に実施することに加えて、長期的にはさらに組織体制を強化するための検討を行う必要がある。

① 法人の運営形態について

まず、JOT の現在の組織形態は公益社団法人であり、最終意思決定機関は社員による社員総会であることから、社員の意向が優先される構造となっている。しかしながら、臓器あっせん業務の性質上、ある特定の時点における社員の意向が優先されるような形態ではなく、公平・公正・平等・中立的運営がなされる体制を考えるべきである。

臓器移植法に基づくあっせん業務の執行機関としての JOT の性格を考えると、法人の基本的な体制維持に必要な経費は、引き続き国費により賄われるべきものである。一方、個々のあっせん事例における経費については、診療報酬によってまかなわれる部分や、普及啓発活動等に関連して寄付を募る部分もある。それらを含めて財政基盤の強化を進めるべきである。

JOT の運営を直接的に行う業務執行理事や総務部門の職員には、組織マネジメントに関する十分な知見を持っていることに加え、臓器移植法を始め関係法令の趣旨を正しく理解し、運用することができる者が着任すべきであろう。それらの者が、職員に対する適切な教育も行うような体制を作ることに向けて検討を進めるべきである。

② 移植医療に伴う知見の速やかな反映

本委員会では、今回のあっせん誤りの背景にある臓器移植に関する制度そのものに関する議論も行われた。

例えば、臓器移植における免疫抑制剤の進歩による臓器生着率の向上などがある。一般的に、国内外の移植において心・肝などの臓器では HLA は重要視されていない。一方、現在の我が国における腎移植基準では HLA の適合を重視している。厚生労働省の厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会でこれらについては議論されていると聞くが、諸外国での実情を踏まえ、新しい科学的知見を移植医療の現場にも速やかに導入できるよう要望する。

また、移植医療制度に関する国民の意識を高めていくことが重要であり、臓器移植に関する普及啓発をさらに進めていくべきという意見もあった。これらの意見は、本委員会の任務と直接は関係していないが、今後より良い制度を作っていく上でいずれも重要な点であり、JOT としても必要な検討を行っていくべきものとする。

6. おわりに

臓器あっせん業務は、臓器を提供される方から臓器を受ける方に「いのちをつなぐ」ことが使命である。臓器あっせん業務は、極めて公益性が高く、万が一にもあっせん誤りにより国民の移植医療に対する信頼を損なうようなことがないよう万全を期すべきである。

これらの観点も含め、JOT においては組織基盤の強化を進めるべきである。臓器移植法制定当初のように脳死下臓器提供の件数が少ない時代ではなく、今後さらに事例が増加することが見込まれる中、体制強化は急務である。本委員会からの提言を踏まえ、JOT において早急に改革方針を立てることを望むものである。

(参考1) (公社) 日本臓器移植ネットワークの組織構成等

(参考2) 第三者委員会委員名簿

(参考1) (公社) 日本臓器移植ネットワークの組織構成等

1. 正会員 475名 (平成27年3月31日現在)

(内訳)

① 移植実施施設	219施設	⑤ 腎バンク等	41バンク
② 透析施設	51施設	⑥ 団体	12団体
③ 移植検査センター	52施設	⑦ 個人	52名
④ 行政	47都道府県		

2. 賛助会員 219名 (平成27年3月31日現在)

(内訳)

団体会員8団体、個人会員211名

3. 理事 16名

(内訳)

- ・ 常勤理事 3名
理事長(常勤) 野本 亀久雄(九州大学名誉教授)
副理事長(常勤) 大久保 通方(元日本移植者協議会理事長)
専務理事(常勤) 篠崎 尚史(前東京歯科大学市川総合病院角膜センターアイバンクセンター長)
- ・ 非常勤理事 13名
(内訳) 医師10名(移植医6名、救急医2名、内科医1名、公衆衛生1名)
コーディネーター1名 法律家1名 消費生活アドバイザー1名

4. 職員体制 (平成27年4月1日現在)

<本部> 40名 (うちコーディネーター13名)

- ☆事務局長 ○ 総務部
- 事業推進部 ○ 教育研修部
- あっせん事業部 (臓器提供施設、移植実施施設等との日常的な連絡調整等を担当)
- あっせん対策部 (臓器提供事例の際の具体的なあっせん業務を担当)

<支部> 27名 (うちコーディネーター21名) (東日本、中日本、西日本)

(参考2) 第三者委員会委員名簿

(50音順: ○は座長)

- 岩尾總一郎 (医療法人社団茅ヶ崎セントラルクリニック理事長、
慶應義塾大学医学部客員教授)
- 北村 聖 (東京大学医学教育国際研究センター医学教育部門教授)
- 星長 清隆 (藤田保健衛生大学学長)
- 本田麻由美 (読売新聞東京本社編集局社会保障部次長)
- 宮澤 潤 (宮澤潤法律事務所所長)
- 村上 賀厚 (有限会社ノリ・コーポレーション代表取締役、
グロービス経営大学院客員准教授)

オブザーバー

- 森 達郎 (東京国際埠頭株式会社代表取締役社長、JOT 監事)
- 阿萬 哲也 (厚生労働省健康局疾病対策課移植医療対策推進室長)
- 菊田 高章 (厚生労働省健康局疾病対策課移植医療対策推進室長補佐)

