

## 生体腎ドナー死亡事故調査の経過報告と提言

2013年4月13日に沖縄の同仁病院において、生体腎ドナーの腹腔鏡下腎採取術で出血多量によりドナーが術中に死亡するという事故が起きました。

日本移植学会は、4月14日に第一報を受け対応を検討し、理事長とドナー安全対策委員会委員長の連名で、同仁病院に①事実の公表、②病院の調査委員会への外部委員の参加を求めました。外部委員としては、日本移植学会、日本臨床腎移植学会、日本泌尿器科学会、日本泌尿器内視鏡学会、日本内視鏡外科学会から選任された者がふさわしいと付記しました。また、日本移植学会として「緊急注意喚起」を起草し、学会員へメールで配信するとともに学会HPに掲載しました。その後、この事故が腹腔鏡下の腎採取術で起きたことから、詳細が明らかになる前でしたが、日本移植学会として、腹腔鏡下腎採取術の安全性を担保するため、本術式を行うに当たっての経験症例数を定めた「緊急注意喚起（第二）」を学会HPに掲載しました。

日本移植学会は同仁病院からの依頼を受け、学会役員から4名の外部委員を選出しました。このうちの2名は日本臨床腎移植学会から、1名は日本内視鏡外科学会から委嘱された者です。この4名が同仁病院から提出された資料の詳細な検討と現地調査を行い、外部委員報告書を作成しました。当初、日本泌尿器科学会と日本泌尿器内視鏡学会にも外部委員の委嘱を依頼し推薦を得ておりましたが、その後の移植学会側の連絡の不手際で両学会推薦の外部委員は調査ならびに報告書作成には関与することができませんでした。従って、外部委員報告書は、日本移植学会、日本臨床腎移植学会、日本内視鏡外科学会の3学会から委嘱された委員で作成いたしました。この報告書を、6月30日の日本移植学会ドナー安全対策委員会で確定し、同仁病院に送付し、7月3日に同仁病院より公表されました。

7月20日に、日本移植学会、日本臨床腎移植学会、日本泌尿器科学会、日本泌尿器内視鏡学会、日本内視鏡外科学会の5学会の代表者による「生体腎ドナー安全対策5学会連絡会議」を開催しました。この会議では、同仁病院から提出された資料と外部委員報告書をもとに、生体腎ドナーの安全性を担保するための今後の対応を検討しました。この結果、この事故が内視鏡手術手技に関わる事故ではなく、1) 採取腎取り出しルート作成時の盲目的手指操作により骨盤内血管を損傷したこと、2) 結果的に開創操作への移行の遅れがあったこと、を5学会の代表者が確認しました。

日本移植学会としては、当初、腹腔鏡下手術手技固有の問題によるものと考え、「緊急注意喚起（第二）」を公表しましたが、「5学会連絡会議」において腹腔鏡下手術手技自体が本件事故の原因に直結するものではないとの結論に達し、「緊急注意喚起（第二）」を解除することになりました。そして、生体腎ドナーの安全性確保のため、以下の提言をまとめ、公表することになりました。

- (1) 盲目的操作を行わないこと。
- (2) 出血などの問題が発生した場合、速やかに開創操作へ移行すること。
- (3) 手術中の緊急事態に、適切に対応する院内体制を整備すること。

腹腔鏡下（内視鏡下）移植腎採取術を行うに当たり、安全に施行しうる十分な経験と技術を持つことはもちろんであります。さらにこの提言に則り、手術の基本を厳守し、生体腎ドナーの腎採取術が安全に行われることを希求します。