

# 救命救急医療の家族ケアと コミュニケーション

【司会】

- 大島伸一 国立長寿医療センター総長  
 小中節子 日本臓器移植ネットワークコーディネーター部長  
 堤 邦彦 北里大学医学部精神科学講師・救命救急センター  
 野本亀久雄 九州大学名誉教授  
 長谷川友紀 東邦大学医学部公衆衛生学助教授  
 明神哲也 北里大学病院看護部係長



\*ご出席者50音順 この座談会は2004年4月20日に行われました。

## 救命救急看護の質を左右する グリーンケア

大島 われわれは臓器移植における提供臓器不足という問題を解決する科学的手法として、日本におけるドナーアクションプログラム(DAP)の開発を進めているところですが、その過程で提供ご家族に対するグリーンケア(悲嘆のケア)の視点に行きあたりました。グリーンケアは救命救急医療現場にある根本的なニーズです。今回は臓器提供プロセスを踏まえた救命救急医療における、家族ケアとコミュニケーションについてお話しいただき、わが国におけるグリーンケアの展開について考えたいと思います。

救命救急現場における家族ケアについて長年研究されてきた堤先生には、グリーンケアをテーマにしたDAPのワークショップを指導してい

ただいていますが、医療現場ではグリーンケアをどのように捉えているか、またこれまでのワークショップの感想を概説いただけますか。

堤 医療現場での家族ケアは、いわゆるホスピスや緩和ケアのようなエンドオブライフケアあるいは慢性期ではかなり進んでいるのですが、急性期においてはまだ十分に認識されていません。急性期では救命救急領域で医師や看護師の積極的な取り組みがあり、最近では看護領域で質の高い研究もみられるようですが、ポテンシャルドナーのご家族にとって家族の悲しみを癒す、あるいは悲しみを減じる1つの選択肢に臓器提供があるのだという認識はまだまだ足りません(表1、2)。ただ、臓器提供が現実味を帯びてきたことで医療側のモチベーションは上がっており、ワークショップには看護師に加え医師の参加者も増え、参加者からは臓

器提供の意義が非常にすっきりしたという声を多く耳にしています。

大島 実際に救命救急の場で看護にあたられている立場から、明神さんはグリーンケアについてどのようなお考えをおもちですか。

明神 もう十何年も前になりますが、私が救命救急の看護にたずさわった当初と比べ、現在は救命救急のスピードが格段に速くなっています。また、当時は人員も多く看護も背後にサポートする人が必ずいて、そのなかで失敗体験も成功体験もでき、そこからご家族への対応を修得していったのですが、現在は現場を回すので手一杯というのが実情だと思います。しかし、看護師のなかには家族ケアに対する問題に直面して苦悩している人も多く、燃え尽きる寸前で学会やセミナーに参加してやっと整理をつけるといった状況も少なくないのです。グリーンケアには非常に



大島伸一氏

高いニーズがあると思います。

**大島** 救命救急現場のご家族は非常に危機的な状況にあり、場合によってはパニック状態になっている。グリーフケアを修得する前と後では、ご家族とのコミュニケーションはど

う変わるのでしょうか。

**明神** 三次救急は情報が非常に少ないところから始まりますので、情報を取りながら相手をアセスメントし対応を考えなければなりません。その際、グリーフケアの視点があれば、危機的な状況のご家族に介入するための余裕が生まれます。医療側が冷静さを保てないとご家族のイレギュラーな反応を受け止めることができずに、介入を躊躇もしくは介入できなくなってしまうのです。

**大島** 介入することによって、どのような関係をつくるのですか。

**明神** ご家族と医療者との関係は多様で、時間とともに変化します。救急に運ばれてきた直後は、相手が求めていることよりも、まず安全な場所を確保してあげることが大切です。その関係を次にどのように切り替えるかを冷静にみきわめます。その際、余裕があればご家族との関係が少し

険悪なムードになっても修正をかけることもできるのです。

**大島** 時間軸に沿ったプロセスのなかで判断してゆくということですね。それはやはり経験から体得するものでしょうか。

**明神** これまでは経験のみであったと思いますが、経験は個人に蓄積されますのでその個人がいなくなると組織として対応できません。そういう点からも体系化が必要で、経験と体系化されたテキストとの両輪により効果的な修得が可能だと思います。**堤** 危機的な状況のご家族はショックによるパニックや悲嘆に暮れている。しかし、人間というのはたくましいもので悲しみから必ず立ち直ろうとする。グリーフケアにはそのプロセスを促進するという機能があります。慢性期は時間的に余裕があることから修正可能なケースが多いのですが、救命救急はご家族にとって

表1 看護師を対象とした最近の家族援助についての講演

- 第6回日本救急看護学会(2004年10月22、23日)  
教育講演「救急・移植医療における看護の倫理的側面」
- 第31回日本集中治療医学会(2004年)  
看護部会教育講演「クリティカルケア領域における家族援助」
- 第30回日本集中治療医学会(2003年)  
看護部門シンポジウム「臓器移植を受ける患者・家族へのケア—身体・心理・社会的側面から」
- 第34回日本看護学会総会(2003年)  
「緊急入院患者の家族に対する予期悲嘆への援助」  
「ICUの家族看護に関する研究—看護師が家族介入を困難に感じる状況(要因)—」  
「CPA患者家族への対応—考察—家族へのアンケートを試みて—」  
「生体部分肝移植患者及び家族が求めている移植経過に関連した情報と看護支援」  
「ICU・CCUにおける緊急入室時家族心理の考察—家族に行ったインタビューより—」
- 第4回日本救急看護学会(2002年)  
シンポジウム「救急・重症集中ケアにおける家族看護」  
—家族ケアにエビデンスを求めて—
- 第28回日本集中治療医学会(2001年)  
看護部門ワークショップ「臓器移植とヒューマンケア」
- 第3回日本臨床救急医学会(2000年)  
教育講演「臓器提供脳死患者家族援助を考える」

表2 日本看護協会が主催する臓器移植コーディネーター養成研修の概要

- 期間：5日間
- 参加人数：50名
- 目標  
臓器移植に対する正しい知識と理解を深め、移植者・提供者およびその家族の身体的・精神的・社会的側面における特徴を理解する。臓器移植における継続的な援助をするために、レシピエントコーディネーターを中心とした臓器移植コーディネーターの役割について学ぶ
- 参加条件  
臓器移植医療の実際 臨床経験5年以上で以下のいずれかの者  
(1) 臓器移植看護に携わる者  
(2) 臓器移植看護の役割を担うことを期待されている者  
(3) レシピエントコーディネーターを希望する者
- 研修内容
  - ・臓器移植法
  - ・静脈注射に関する安全管理
  - ・移植医療と倫理
  - ・免疫抑制剤の効用とその看護
  - ・レシピエントコーディネーター・ドナーコーディネーターの役割と活動
  - ・臓器別移植後の看護
  - ・演習

突然の出来事でもあり衝撃が大きく、修正も困難なケースが多い。それだけに立ち直るための援助が必要です。そこで看護学会などではいろいろなデータを出し合い状況を体系化し、危機モデルや危機理論を作ってツールとして使っているのです。

ご家族へのグリーフケアは救命救急では、意思決定1つ考えても非常に重要なスキルです。実際の現場には時間的な猶予ありませんが、そういうなかでも間違いがあってはいけないのです。そういう難しさをも感じながらやっています。

### 移植医療のキーパーソン コーディネーターへの期待

大島 小中さん、ヨーロッパ臓器提供病院教育プログラム(EDHEP)ではグリーフケアの要素が重要視されていますが、わが国でもEDHEPはコーディネーター(CO)のなかで重要なものとして位置づけられてきたと思うのですが、実際にはグリーフケアは積極的に展開されてこなかったように思います(表3)。この点はどのようにお考えですか。

小中 現場ではじめからご家族に接している医療者に比べ、現状ではCOは臓器提供の選択肢が提示されてからご家族に接することになりますので、受傷の際のご家族の反応、心理的なプロセスを知っていることはとても有益なことだと思います。

大島 しかし、COからはなかなかニーズが聞こえてこないようです。

小中 実務者段階ではグリーフケアを念頭において1事例1事例に応じて慎重に家族支援を行っています。ただ研究論文などを発表する機会があまりないので、そのように感じられるのかもしれませんが、われわれがCOとして臓器移植にかかわりはじめた

1995年当時は、臓器提供の選択肢を提示することにはまだマイナスのイメージがありました。しかし、意思表示カードが普及し、本人の意思が理解されるようになり、その意思を尊重してよかったというご家族があらわれるようになって、堤先生のご研究のように臓器提供することがご家族の癒しにつながることも感じています。COにとってもグリーフケアを念頭においた家族支援のデータのまとめは急務であると考えています。堤 危機的な場面で適切な対応、援助をするには、そのための知識やス



堤 邦彦氏

表3 ヨーロッパ臓器提供病院教育プログラム(EDHEP)「悲嘆にくれる親族に対する対応と臓器・組織提供依頼」ワークショップマニュアルより(抜粋)

- 悲嘆にくれる家族に対する対応と臓器・組織提供依頼ワークショップの目的
  - ・死亡告知、悲嘆にくれる家族に対する対応、臓器・組織提供の依頼
  - ・コミュニケーション技術に対する意識を高め、練習する
  - ・家族にとって臓器・組織提供がもつ価値に対する意識を高める
- 提供を依頼するうえでの2つの障害
  - ・家族の悲しみを増したくないという考え
  - ・家族に接する方法に関する訓練がない
- 死別と離別によって呼び起こされる感情は多岐にわたる。家族と接する際には、医療者自身の個人的感情と専門的にみて正しいと考えられる対応を区別することが重要である
- 家族に対するコミュニケーションには次の点が求められる
  - ・家族の感情の理解
  - ・心のなかでその感情にネーミングする
  - ・その感情を家族に対して言葉で表現する
- 家族に対応する方法
  - ・家族に死の現実性を認識させる
  - ・情報を率直かつ直接的に伝える
  - ・家族のペースにあわせ、せかさない
  - ・苦痛を表現する自由と場所を提供する
  - ・家族の代弁者としてふるまう
  - ・家族が対処法を見いだす手助けをする
- 家族が提起する問題点
  - ・治療が不十分ではなかったか。無用な治療が続けられていたのではないか
  - ・治療についての情報が少なすぎる。質問する機会が与えられていない
  - ・医療者の対応が冷淡、事務的、高飛車であった
  - ・故人よりも臓器・組織のほうが重視されている印象がある
  - ・家族用の適切な待合室がない



明神哲也氏

キルを備える必要があります。スポーツ選手がトレーニングを続けて本番に臨むように、COには日頃のトレーニングとしてもう少し高いレベルの勉強を求めたい。

私はCOに対して非常に厳しい意見を述べますが、それはわが国の移植医療においてCOが非常に重要な役割を担っていることを痛感しているからで、その点をご理解いただきたいのですが、いまだに完成されていない臓器提供症例の数値データの整理や危機モデルの作成、COの役割の明確化などに至急取り組むべきではないでしょうか。臓器提供現場に対するエモーショナルなレターも有益かもしれない。しかし、移植医が生着率などを科学的に数値化して説得材料にしているように、救命救急医あるいは臓器提供病院側のスタッフに対して説得力をもつデータを出す必要があります。2003年11月に開催された臓器移植患者団体連絡会でドナーファミリーから「ドナーファミリーにもっと関心を持ってほしい」という要望が出されましたが、そういう訴えかけに応えるためにもデー

タをもって科学的に分析すべきなのです。

長谷川 堤先生とグリーンケアのワークショップのプログラムを検討する過程でも、いろいろな症例、つまり危機モデルと説得材料になる数字が欲しいと感じました。また、実際の現場での分業体制、それぞれの専門職の役割の明確化についても同時に検討してゆく必要があるでしょう。小中 COの研修プログラムはEDHEPと同様にロールプレイトレーニングから組み立ててきたのですが、現状ではCO業務基準書を基本に、まず自他評価を組み込んだロールプレイ研修を重ねます。次の段階として実際の事例検証のなかでのオンザジョブトレーニング(OJT)を行っています(表4)。提供事例反省会において、提供後の家族訪問も含めてCO

のとった行動とご家族の反応の記録をもとに事例検証し、反省点や改善点をディスカッションするなかから学んできましたが、COの資質に頼ってきた面も大きいと思っています。それを補うためのデータ整理を行い、教育プログラムに生かす必要性を感じています。

長谷川 体系化が必要ですね。体系化には「知識」「危機モデルとその典型例」「裏付けるためのデータ」が必要ですが、すでにある程度の材料はそろっているのではないのでしょうか。資質のある人材に教育したほうが効果は高いのですから資質は重要です。ただ、体系的な教育もそれに劣らず重要です。修羅場を通常業務のなかに入れると人間はそれを定常業務にできる。しかし、トレーニングを受けていなければ修羅場は修羅場のま

表4 都道府県臓器移植コーディネーターの教育研修について\*

#### 1. コーディネーター教育による到達目標

コーディネーター教育による到達目標は、コーディネーター業務の未習得者と習得者との二段階で設定されている。

コーディネーター業務の未習得者(第1段階)については

- ①支部コーディネーターの支援を得るまでに必須となる臓器提供時業務の習得(初期の病院対応と情報収集、ご家族へのインフォームド・コンセント)

コーディネーター業務習得者(第2段階)については

- ①献腎時のコーディネーションが主体となって行える
- ②脳死臓器提供の流れを理解し提供施設の準備支援や実際にコーディネーションチームの一員としての役割が担える

#### 2. 現在のコーディネーター研修の概要

日本臓器移植ネットワーク本部の主催による研修会(3日間)

- 1日目 ①献腎コーディネーションに必要な基本的な知識の修得
- 2日目 ①献腎コーディネーション業務の実習(疑似体験)
- 3日目 ①前年の斡旋分析、規定変更などを日本臓器移植ネットワーク本部より報告  
②複雑非定型な献腎コーディネーション  
③脳死臓器提供時のコーディネーション

研修対象者は、1日目は新規委嘱状交付予定者、2日目は委嘱状交付者(1段階)、3日目は委嘱状交付者(1・2段階)としている。

各支部による研修会

- ・コーディネーターの到達目標を当該支部内におけるコーディネーター業務の質の担保とし、支部内の現状に応じて実施(本部にて行う研修の補充)
- ・具体的には先輩コーディネーターによるOJT教育と集合教育を実施

\*これとは別に日本臓器移植ネットワークに所属するコーディネーターに対しての教育研修がある。



小中節子氏

まで、そこでは十分なパフォーマンスは期待できません。

堤 ワークショップを通じて思ったのですが、DAPあるいはEDHEPをひとつのテキストとして取り入れることもできると思います。

小中 日本臓器移植ネットワークでは、1999年からCOの業務規準書を作成し、その後毎年その改訂を行っています。現状へのキャッチアップを目指し、グリーフケアの視点から実際にまとめ、家族支援の体系化を進めたいと思います。

明神 看護についても以前から家族ケアの体系化の必要性は指摘されており、同様に緊急の課題だと思います。

それに加え救命救急の現場には、臓器提供作業の後にCOが引き継いだ後のプロセスがよくわからないというような不満があります。COの動きが明確になれば看護もCOの動きを想定して介入できると思います。

堤 提供家族の危機モデルについては、やはり日本でのモデルが必要です。ドナーの選定から臓器保存、摘出といったプロセスにおけるCOの対応は非常に的確ですが、それはある

意味マニュアル的な作業であり、なにかあったとしてもという言い方は変ですが、そういうときでも尾を引かないプロセスです。しかし、家族ケアでの行き違いはあとあと尾を引きます。そういう点からもエビデンスを積み重ねて危機モデルを作る必要があるのです。

明神 体系が確立していないのは看護も同じで、学会発表では特異的な事例ばかりが取り上げられるのですが、成功した事例はまとめられていないのです。以前、「個別性」という言葉がもてはやされましたが、まず標準的な体系があつての個別性だと思います。

小中 そのとおりですね。

大島 看護師と同様にCOは臓器提供現場の風を変える鍵を握っている。そのためには、臓器提供症例のデータ整理、危機モデルの作成に加え、グリーフケアへの取り組みが緊急の課題である。また、看護師やCOの役割の明確化も重要なテーマであるということですね。

### ティーチャーズトレーニング 手法を用いた グリーフケアの教育ツール

大島 長谷川先生、DAPにおけるグリーフケアの今後の展開についてのご意見をお願いします。

長谷川 臓器提供の現場でグリーフケアに対するニーズがこれほど高いというのは意外でした。しかもこれがDAPのニーズサーベイである病院意識調査(HAS)のなかで浮かび上がってきたことは、ニーズサーベイとしてのHASが非常に有効なものであるということの証明にもなった。グリーフワークがコミュニケーションの問題解決や、危機モデルによる体系的な教育につながるという点につ

いては理解いただけるのですが、臓器提供のオプション提示が悲しみを軽減するかという点についてはいまだ懐疑的で、この点は説得力のあるデータを提示する必要があります。

もっと大きな視点からみれば、医療サービスに対するニーズが変われば教育システムも含めて医療システムが変わらざるを得ないということです。これまでの講義中心の知識伝達型教育ではコミュニケーションスキルの修得は困難です。しかし、そのコミュニケーションスキルなしには、今求められている医療には対応できない。チュートリアル、双方向性、問題解決型などいろいろな教育手法が開発されてきていますが、そういった新しい手法を用いて新たな教育システムを作らなければいけない。コミュニケーションスキルのない医療は非常に満足度の低い、到達度の低い医療になるという意識を形成してゆく必要があるでしょう。

堤 先日、ベテランと若手40人ほどのCOを中心に静岡でグリーフケアのワークショップを行いました。私が1つのモデルとして研修会を行い、ベ



長谷川友紀氏

テランには研修しながら若手が研修するところも見てもらうようなスタイルをとりました。ベテランには、将来、研修のモデレーターをしてもらうためにも、このトレーニング手法は非常によい感触をもちました。

長谷川 そのワークショップには私も参加したのですが、非常に有効だという印象を受けました。教えることのできる人材をまず養成する、これをティーチャーズトレーニングといいますが、これを受けた人材がまたそれぞれ若手を教育することにより知識や技術の展開が加速します。グリーンケアには大きなニーズがあることがわかっていますので、グリーンケアをテーマとしたトレーニンググループは自然に増えていくと思います。しかし、われわれの目的としてはそこに臓器提供の要素を組み込んだプログラムを提供しなければいけない。今後のDAPの展開のなかで、臓器提供・幹旋についての体系化された教科書、あるいは教育ツールは至急の課題といえます。

堤 資格認定制度のような具体的な動きはあるのですか。私は、COはそうあるべきだと考えています。

小中 もちろんわれわれは、COの専門職としての資格制度の設定を目指しています。法的な問題などいろいろなハードルはありますが、いただいたアドバイスを真摯に受け止め、実績を重ねて正当な評価をいただけるように努力したいと思います。

長谷川 いま世界的に医療で注目されているのはチーム医療です。私の友人のオーストラリアの医療文化人類学者が冗談で言うのですが、高校を卒業した段階では仲がよかったのが、医師としてあるいは看護師としての教育を受けるにしたがって仲が悪くなり、現場ではチーム医療の対

極にあるような関係になる。管理職になって「チーム医療」を言いだすのですが、その頃には溝が大きくなりすぎて修正不可能な状態になっている。これは日本でも事情は同じです。どのように若いときからチーム医療をトレーニングし、コミュニケーションスキルをマスターしたらよいのか、これは非常に重要で、実際には医療安全がこれに火をつけました。チームのコミュニケーションが悪い現場は安全を維持できないのです。医療安全にチームワークは不可欠だからです。

大島 移植医療全体を見渡して、看護師やCOのそれぞれの役割、だれがどこで業務にあたって同じ内容になるという基準作り、その教育プログラムの構築が急務であるという点が浮かび上がってきましたが、野本先生いかがですか。

野本 非常に難しい問題です。これは死にゆく者と残る者とのかわりをどう考えるかということなのです。私は移植医療への取り組みと同時に、一方では30年間にわたり何万例という癌患者に臨床研究のリーダーとしてかかわってきました。その間に医療技術、特に普通の技術が大きく進歩し、そのためコミュニケーションスキルがなくても正しい診断ができるようになった。かつての名医は必死でコミュニケーションをして診断を下したものです。しかし、現在の診断はデータが重視されて、そのためミスは少なくなったが、人と人との付き合い方の比重は下がった。そこでなにが起こったかという哲学なき時代に入ったのです。体系がなくてもエピソード的いろいろな問題を引っ張り出すことで対応できた。ところがそのエピソード、すなわちワンポイント、ワンポイントを押さ



野本 亀久雄氏

えることで対応できた時代も終わりつつあるのです。今はきちっとした体系が求められている。患者さんやご家族との会話から、いわゆる機械的なデータでは表現されないものをどうやって引き出すかという時代が再び来たわけです。技術的にはあるレベルまで到達した、しかし技術だけでは超えられない壁にわれわれ医療関係者すべてがぶつかっているのではないのでしょうか。そんな推移を感じます。今こそそれぞれが体系を作る努力をすべきときが来たのかなと思いつつ、今日の話聞いていました。

大島 医療者と患者との関係のあり方は、技術の進歩、人件意識など時代背景によって非常にダイナミックに変化してきています。移植医療の場面は、ある意味でそれが典型的にあらわれる場面であり、30年以上前からの歴史的な推移をあらためて整理し、今後のあり方について整理してゆくと、移植医療に限らない新しい展開につながるかもしれません。本日はどうもありがとうございました。

# 臓器提供増加のために今なにが必要か — 病院意識調査の分析結果を基に —

【司会】

大島伸一

国立長寿医療センター総長

伊藤 靖

札幌医科大学高度救命救急センター

野本亀久雄

九州大学名誉教授

長谷川友紀

東邦大学医学部公衆衛生学助教授



\*ご出席者50音順 この座談会は2004年9月21日に行われました。

## わが国の臓器提供施設の 意識調査まとまる

大島 わが国の移植医療において臓器不足がきわめて深刻な問題だということは異論のないところだと思います。欧米では政策として、「プレジウムドコンセント (presumed consent)\*<sup>1</sup>」「リクワイアドリクエスト (required request)\*<sup>2</sup>」あるいは「病院からコーディネーター (CO) への通報義務\*<sup>3</sup>」などが展開され、効果も立証されつつある。それらの手法のなかでわが国固有の条件に合致し即効性が期待できるものを絞り込むなかで、ドナーアクションプログラム (DAP)

\*1 presumed consent：明確に臓器提供に反対の意思表示をしていない場合には、臓器提供を希望しているものとみなすこと。

\*2 required request：すべての死亡患者の家族に対して臓器提供について関心があるかどうかを担当医師が質問する制度。日本でのオプション提示に相当する。

\*3 重症患者が発生した場合に、担当医師が地域の移植コーディネーターに連絡する制度。

が浮かび上がってきました。

DAPは、わが国では厚生科学研究の「病院開発モデル事業」で試行していますが、当初はほとんどの関係者が提供プロセスでは意思確認が最大の問題であると考え、提供現場でのキーパーソンはだれかということに注目していました。もちろんその点も非常に重要ですが、今回わが国の病院意識調査 (Hospital Attitude Survey；HAS) の結果がまとまり、思いがけずあるいは本来なら知っていなければいけないことが改めて浮き彫りになってきた。

まず、わが国のHASの集計と解析をご担当いただきました長谷川先生から、解析結果の概要をご説明いただきたいと思います。

長谷川 DAPは提供施設への2つの調査が骨子となっています。1つは医療スタッフを対象にした知識、意識、経験の調査であるHAS。もう1つは過去のカルテをもとに、ポテンシャルドナーがどの段階で提供に至らなかったかを明確にする医療記録レビ

ュー (Medical Record Review；MRR) で、DAPは2つの調査をもとに当該施設の臓器提供における弱点を抽出し、対策を解決型で提案し効果を検証するプログラムです。

また、DAPには提供施設のマネジメントレベル、たとえば病院管理者、診療科長、現場スタッフに応じた臓器提供の意義・効果についての説明、また現場スタッフが重症患者の家族と円滑なコミュニケーションを可能にするためのグリーフケア (悲嘆のケア) のトレーニングが含まれています。このグリーフケアスキルは臓



大島伸一氏

器提供に限らず医療スタッフにとっては非常に魅力的なスキルに映るでしょう。

現在、HASは29施設から約6,400名分が、MRRは数百名分が集まっています。DAPは全世界で23カ国に導入されていますが、6,400名という数は日本1国でほかのすべての国のデータの合計に相当するほどの非常に大きな数です。日本とヨーロッパ8カ国のHASを比較すると、提供施設の臓器提供に対する意識の違いが非常に明確になります(図1)。

**日本は移植医療を過小評価  
しかし、研修へのニーズは非常に高い**

長谷川 「臓器提供の是非」については、ヨーロッパでは総論としてはほぼ賛成で、子供からの提供についても半数をやや下回る方が賛成しています。一方、日本では総論としての賛成が7割弱で、家族や自分からの臓器提供については5割以下、自分の子供からの提供に至っては4%です。

「脳死判定の妥当性」では、ヨーロッパでは8割が妥当としています、日本では「わからない」を合わせれば6割以上が妥当と考えていない。自分自身が患者の死について自信がない

状況で臓器提供のオプション提示を切り出すことができるのか疑問です。

「臓器提供はご家族の悲嘆を軽減する心の癒しになるか」には、ヨーロッパでは7割が「思う」と回答しますが、日本では約1割です。

日本は移植待機患者数に対する認識も非常に低く、全体として臓器提供、移植医療そのものを過小評価している。また臓器提供にかかわった経験にも乏しく、臓器提供に至るそれぞれのステップにストレスを感じています。これらがヨーロッパとの比較で最も顕著であった点です。

しかし、研修や教育に対するニーズは非常に高く、特にご家族に対するグリーフケアに関しては、非常に高いニーズがありながらそれを受けるチャンスに恵まれていないことが示されています(図2)。グリーフケアの研修プログラムを組むなど提供施設のニーズに応えていくこともひとつの方法だと思います。

**患者さんとご家族の権利である  
臓器提供を見過すことはできない**

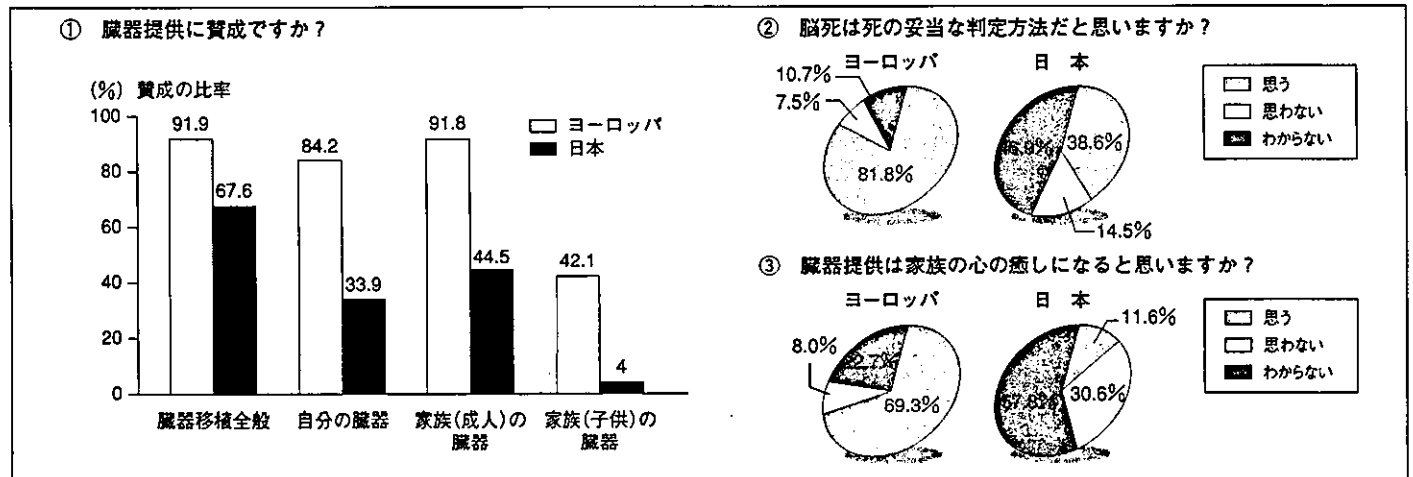
大島 伊藤先生は臓器提供に対する理解が深く実績もおもちですが、HASの結果をどうお感じですか。

伊藤 私は十数年にわたり臓器提供にかかわってきましたが、DAPを最近まで知りませんでした。しかし、HASの結果は私がこれまで考えてきた点がよく現れており感心します。

脳死に対して懐疑的であるという点は、オプション提示をためらわせる大きな要因です。オプション提示のポイントは、臓器提供は患者さんの死後の事柄だという点です。われわれ救命救急医はご家族に対して、どうしたら救命できるかという観点で接しています。それをある時点で「患者さんが亡くなった時の話」に切り替える。それがオプション提示です。その切り替えには、やはり臨床的な脳死診断以外にない。臨床的な脳死診断を行い、その結果を家族に伝えることによって区切りをつけることが可能になり、家族もわれわれも「残念ですがこの患者さんは亡くなりました」という前提に立って、亡くなった時の話、つまりオプションを提示することができるのです。

臓器移植法の成立後に献腎が大幅に低下したのは、それまで曖昧なかたちで死亡後の話ができていたものが、脳死がクローズアップされたことで脳死判定を経ないと死亡後の話

図1 ヨーロッパ8カ国(n=5,447)と日本9県(n=5,039)の病院意識調査結果比較より







伊藤 靖氏

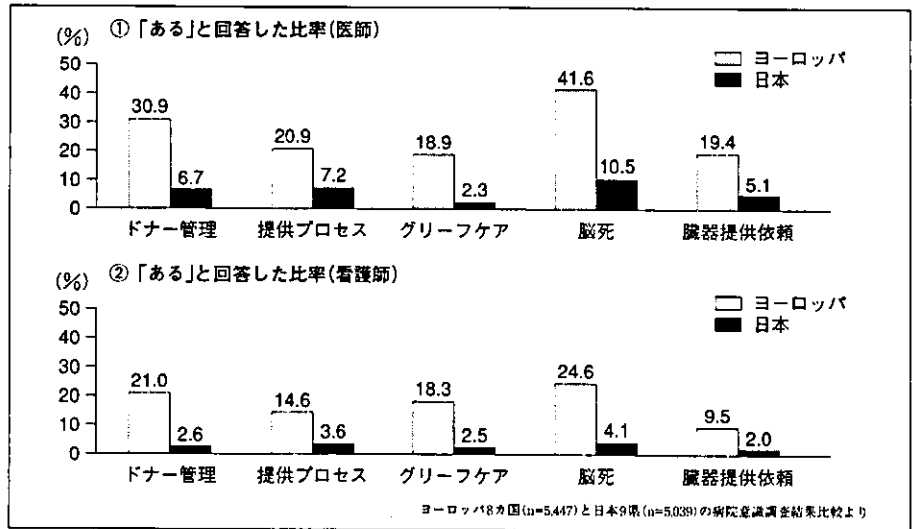
ができないシステムになったことが関係しているのではないのでしょうか。

それではなぜ脳死診断が行われないのか。私は移植医療の暗いイメージをいまだに引きずっていることが原因ではないかと考えています。医療関係者には根深いものがあるのではないかと。脳死は科学的な死であるはずですが、日本では脳死イコール移植というイメージから、脳死判定にもネガティブイメージがつきまどっているように思います。

それに加え現在の救命救急の現場には、臨床的脳死患者を収容する場が病棟にない。その2点が臓器提供を妨げているのではないのでしょうか。大島 救命する立場から死を前提としたオプションを提示する立場に変わるとは、精神的なストレスだけではなく、時間的、肉体的、経済的なさまざまなストレスを背負い込むことになることはとてもよく理解できます。

しかし、臓器移植法第2条の理念には「生前の臓器を提供したいという意思は尊重されなければならない」と規定されており、これによって日本で移植医療が正式に認知されたとは私は考えています。「されなければならない」ということは、罰則規定はありませんがある種の半強制的、努力義務的なニュアンスがあり、「権利の擁

図2 臓器提供にかかわる研修を受けたことがありますか？



護]であるという見方もできる。見方を少し変えて権利が侵されていると捉えたらどうでしょうか。

伊藤 札幌医科大学救命センターが臓器提供に力を入れるようになったのは、やはり「患者の権利」に着目したからです。患者さんご家族の権利である臓器提供の意思を尊重すべきである、という明確な方針を施設内で打ち出しました。救命救急医からみれば治療の延長ではないし、これまでの認識では本来的な業務でもないが、それは患者さんの権利だと。

当施設では2004年は提供が増えましたが、これは私だけでできたことではなく、脳神経外科を専攻した後輩が戻ってきて一緒に仕事をするようになったからです。彼は過去に提供にかかわったことがありますが、ある意味ではやはりまだネガティブなイメージをもっていました。彼がそのイメージを払拭できたのは、当施設での症例で提供ご家族に元気づけられ感謝されたという経験をもったからです。HASによるとヨーロッパでは臓器提供がご家族の癒しになることがかなり理解されているようですが、彼も実際の経験からその点

を実感したのだと思います。

上から押さえつけても効果は出ないでしょう。臓器提供は患者とご家族の権利であり、家族の救いになりうることを理解いただくしかない。

大島 臓器移植の普及啓発は、日本臓器移植ネットワークでは臓器斡旋とならぶ主要な業務です。ここまで踏み込んだ普及啓発は難しいとは思いますが、野本先生いかがですか。

野本 数年前までは移植医療に対するマイナスイメージがあって、私もずいぶんいやな思いをしてきましたが、CO諸君の感覚を通してみると去年くらいから雰囲気が変わってきたようです。これをもう一歩、積極的に動けるように進めるのが次の仕事になります。

世論の移植医療への抵抗感は少なくなっており、医療関係者もその雰囲気にそって踏み込む気持になりつつあるのかと思ったらそれは勘違いのようで、このデータでは私が考えていたよりも深刻な状況のようです。

### 臓器提供が評価されるシステムを提供側が立ち上げる

大島 積極的に臓器提供に理解を示



野本 龜久雄氏

した施設がありながら、それが広がりをみせなかった。成功体験が広がってくればという希望的観測もあったのですが、長谷川先生は今回の結果をどのように考えますか。

長谷川 HASでは医療関係者の意識の低さが示されましたが、医師を対象にしたアンケートではしばしば「知識はあるが意識が低い」という結果になることがあります。日本で決定的に欠けているのは「ヘルスサービスリサーチ」の概念です。これは医療サービスを「評価」し、その「質」、または「満足度」をいかに上げるかを研究するものです。われわれが慣れ親しんできた臨床研究は、固定的でコントロールされた系の研究を尊ぶ実験研究に近いものです。

ヘルスサービスリサーチの観点からは、患者やご家族に対し現況を説明し、あり得る選択肢とその結果について説明することがサービスの根幹をなしているのだという認識、そのコンセンサスをいかに確立するかということが問題です。これまでの個別の成功体験が広がらなかったのはシステム化できなかったからで、酒席でのコミュニケーションも重要ですが、それはスタートに過ぎません。工程を適切に管理する産業界のトータルクオリティーマネジメント(TQM)の手法概念を取り入れる必要

があります。

大島 もしも現在の施設から伊藤先生や脳外科医が抜けたら、またゼロに戻ってしまうと思われませんか。

伊藤 いわゆるサクセスストーリー、よかったという経験は今のスタッフにはある程度伝わっていますので、ゼロにはならないと思います。

個人的な成功体験からシステム化へという点では、よく言われることかもしれませんがインセンティブ、金銭的なもの以外の評価システムと過剰な負担を軽減させるための具体的なサポートではないでしょうか。

大島 ヘルスケアサービスは、根幹的には移植医療だけではなくあらゆる医療サービスに存在しており、臓器提供のオプション提示は長い目でみればその病院の医療の質を保証する大きな要因になる。個人的なインセンティブに依るのは非常に難しいかもしれない。それがひとつの文化なのかもしれませんが。

伊藤 病院が評価されるからという理由では現場はすぐには動きません。それならできる環境をまず作れ、こんなに忙しくてできるわけがない、やったって評価されないと。やはり現場で動いているのは個人です。せめてその病院に臓器提供を評価するようなシステムがあればと思います。

2003年にスペイン視察の機会をいただき、そこで臓器提供推進に成功した理由をみた思いがしました。院内COシステムも重要ですが、提供施設に対してインセンティブを与え、それが個人の評価につながるシステムがある。そしてそのシステムを作ったのは救命救急医だった。これは非常に大きなポイントです。

大島 移植医ではなかった。

伊藤 移植医が動くほど提供側は「移植をやりたいからだろう」という

うがった見方をしてしまう恐れがある。スペインは、システムを立ち上げたのが救急医だったのが、システムが普及した大きな原動力になったという気がします。

長谷川 移植医のシステムと、救急医のシステムではどのような違いがありますか。

伊藤 最終的には違いはないと思います。しかし、嫌々進めれば長く時間がかかるが、自分達のなかから動くものがいれば多くが賛同し早く立ち上がる、そのような点ではないでしょうか。

#### 提供医側中心の活動に期待

大島 今回のHAS分析では欧米との意識格差が明確になり、教育の重要性が明らかになりました。欧米との比較で議論が行き着くところは文化論や宗教論で、それを出されるとお手上げになってしまう。

長谷川 どんな社会でもあるニーズに対し、悩み議論し苦勞してステップバイステップで対応する。その過程を評価せずに結論づけるのは傲慢な議論だと思います。

大島 欧米の意識の高まりには歴史と教育も含めた過程があった。

長谷川 歴史はたいして変わらないでしょう。移植医療は60年代後半から始まり、これは全世界的にほぼ同じです。

大島 しかし、日本では約30年のブランクがあった。

伊藤 それは大きな違いですね。30年間を無策に過ごしてきました。

長谷川 パターナリズムのなかで患者の情報へのアクセスを許さずやむやまのまま過ごしてきた。移植医療の行方はまだわからない部分がありますが、医療そのものは大きく変わっています。情報の整備・公開、ア

クセスが非常な勢いで進んでおり、その流れのなかで移植医療を考えた方がいい。

**大島** DAPは23カ国のうち国レベルでの参加が11カ国あり、それらの国は国策として臓器提供を推進していますが、日本では積極的な公的バックアップが実感できない。

**長谷川** 日本では行政は倫理的な事柄に関してある種の規範や方向性を示すことを避けてきた。その影響は大きいと思います。

法律に関しては医療法における「インフォームドコンセント」など、努力規定が増えています。法規定は取り締まりから、努力規定や全体の方向性を示す基本法の下で個別法を作るといったスタイルに確実に移っています。

**野本** 法を改正しても動かないかもしれませんが、医療が大きな変革の時期にあるという感覚は、変わるよいきっかけになるのではないのでしょうか。臓器提供は施設も個人も評価に結びつかないが、努力すれば医療は確実によくなる。すなわち医療の場をよくすることと臓器提供を結びあわせないと動かないだろうということです。なにかプラスのものを一緒に組み合わせる。それが現在の医療の変革ではないのでしょうか。

**大島** 教育ではシステムやその意義を理解した救命救急医あるいは脳神経外科医が中心になることで、移植医よりはるかに効果的な展開が期待できるように思います。

**伊藤** 過去に何人か取り組んだ方がいましたが、なかなかうまく行かなかった。現在、北海道で藤堂先生が進められている協力病院体制も教育というアプローチでは実際に成功しつつある。提供側に積極的な方がでてくれば提供医も動いていくでしょう。残念ながら提供側は臓器提供や

移植医療への協力を業務として捉えていない。社会的な評価を受けるようなシステムがあれば動くかもしれませんが、現時点ではボランティアの域を抜けていない。

### 医療は変わる 医師のプロフェッショナルリズムは

**大島** 欧米との比較で日本はプロフェッショナルリズムが希薄ではないかという議論がありますが、臓器提供においてプロフェッショナルリズムという点から見たときにどう考えられますか。

**長谷川** 救命救急医にとって臓器提供はプロフェッショナルリズムの範疇にはないでしょう。しかし、医師としてのプロフェッショナルリズムにはある。問題は、日本の場合には、医師のプロフェッショナルリズムは臨床医としてのプロフェッショナルリズムではなく研究者としてのプロフェッショナルリズムであり、臨床医として「質」「安全」「満足度」にロイヤルティをおいたプロフェッショナルリズムではないことです。

今まで医療界は特殊だといったのが、産業界と同様の考え方をしないと社会的に相手にされなくなり、またすでに種々の部分で軋轢が生じています。研修医は労働者になり当直制度も見直されました。臨床医は実験研究論文よりも臨床成績、手術数を情報公開すべきだという議論が進んでいます。今、医療界は混沌としています。これは大きく変わりつつあるニーズに対して医療界が十分に対応できていないためです。

今後は学会主導でプロフェッショナルリズムの確立に成功した領域とそうでない領域では大きな差がでると思います。そのときの基本的な概念は、「良質なヘルスサービスとはなに



長谷川友紀氏

か」であり、その代表的な手法はTQMです。そのとき大きな壁になるのは、医者の非常に古典的な頭かもしれない。医者はこの国でも強情でなかなか変わらないけれども、データを与えられるとガラッと変わることがある。そのトリガーをだれがどういう形で引くのか。われわれは医師としてのプロフェッショナルリズムをしっかりと考える必要があります。

**大島** DAPを継続的に進めて行くにはどういう条件が必要でしょうか。

**長谷川** 現在の厚生科学研究班では継続性が確保できないため、常設組織が必要です。日本臓器移植ネットワークかNPO法人がノウハウやデータベースを管理するのが一番よいでしょう。臓器提供を前面に押し出さず、グリーンケアなどニーズの高い部分からはじめて臓器提供にかかわる教育に展開する。入院患者の意思表示カード所持の確認からスタートすると現実的です。DAPは非常によいコンテンツを提供できるでしょう。

**野本** 常設の組織を作らなければいけないのは間違いない。私は現在の日本臓器移植ネットワークのなかに組織を作るべきだと思う。社会のニーズが変わってきたことを感じ取り、素早く動くべきでしょう。

**大島** 本日はどうもありがとうございました。

# 臓器移植コーディネーター未来を語る

[同会]

大島伸一

国立長寿医療センター総長

秋山政人

新潟県臓器移植コーディネーター

菊地耕三

(社)日本臓器移植ネットワーク医療本部副本部長

小中節子

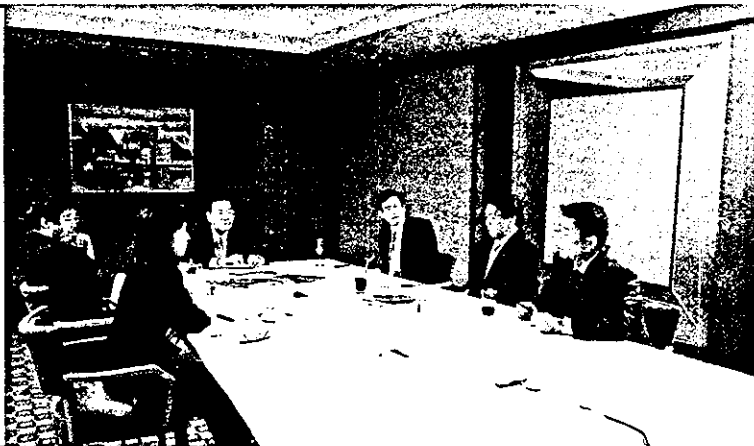
(社)日本臓器移植ネットワークコーディネーター部長

杉谷 篤

九州大学病院腎疾患治療部講師

長谷川友紀

東邦大学医学部公衆衛生学助教授



\*ご出席者50音順 この座談会は2004年10月7日に行われました。

## 移植医療は次の展開がみえつつある そのときCOは

大島 移植医療は臓器提供の上に成り立っている医療ですが、日本における臓器提供数はまだまだ少ないというのが現状です。この状況を改善するために、多くの人々がそれぞれの立場で努力をしており、近年、いくつかの県では実績が上がってきています。

菊地さん、小中さんは、日本臓器移植ネットワークにおいて、臓器の公平な配分という役割のほかに、移植の推進、啓発という役割、そして臓器移植コーディネーター(CO)の育成という多くの役割を担って活躍されています。秋山さん、杉谷先生は、臓器提供施設、あるいは移植施設の現場で病院開発プログラムの推進に携わり、長谷川先生は、私が班長として取り組んでいるドナーアクションプログラム(DAP)のステアリングコミッティーメンバーとして、病院開発プログラムの作成に尽力されています。

今日は、それぞれの役割をもった集団のリーダーの方々にお集まりいただき、ある種の方向性がみえてきた移植医療のなかで、それぞれのお立場での将来ビジョンとまたそのビジョンを見据えたアクションプランといえますか、今の状況でこれがかつたらこの5年後はあり得ないという要素について語っていただきたいと思います。

まず、3人のCOの方から臓器移植コーディネーションの現況、それぞれが描く移植医療、COの将来像をお話いただけますか。

秋山 私が新潟県で1999年にCO活動をはじめた当初は提供施設の玄関にも入れなかったのが、移植医とともにDAPなどの病院開発プログラムの導入や提供施設へと足を運ぶことを続けた結果として、毎年2腎ずつ献腎数が増加し2004年は9月末現在で5例10腎の提供へとつながりました。地域開発、病院開発は、「移植医」「CO」「院内CO」「患者会」「マスコミ」「各種支援団体」「行政」といった七者が一体となって進め、COが足

を使ってともに考えることが重要だと思っています。

当県の700床規模のある施設のリサーチで、入院患者の約1割の方が意思表示カードを所持されていました。また、臓器提供意思をかなえることの重要性についても、提供側の理解が広がっています。

遠くない将来、オプション提示がルーティン化するのではないかといい印象をもっています。そのときにはCOがどのようなコーディネーション



大島伸一氏

臓器提供が増えることでCO希望者も増え、おのずと質の高いコーディネーションも可能になる。それがわれわれの願いです。



秋山政人氏

承諾率も重要ですが基本は地域開発ですから、CO教育には地域開発プログラムも組み込むべきです。

ンをしたのかというなどの、「質」の問題に議論がスライドしてくる時期がくる。私はそういうことを考えながら歩いています。

さらにCOの承諾率が問われる時代も念頭におく必要があると思いますが、それを実現するのはやはり基本である地域開発です。

小中 新潟県のように地域で独自性を打ち出したところが成果を上げているように思います。最近では行政や移植医の先生方などの支援を得て、提供施設に院内COを設置する県が増えています。九州では最後の1県に院内COが取り入れられる予定で、また四国、近畿ともに県知事の院内CO設置依頼書などの比率が増えています。移植医療は着実に動いています。

現在、病院機能評価の評価項目に「臓器提供のオプション提示」など臓器移植に関する項目がありますが、甘い夢かもしれませんが、5年後には臓器移植医療全般が保険診療化できるのではないかと。そうすると現在COが主として行っている提供施設の方々への、オプション提示や意思表示カードの所持確認依頼だけでなく、もっと質の高いコーディネーションができないといけない。都道府県CO

も地域を巻き込んだコーディネーション、臓器提供時だけでなく日常的な地域開発、普及啓発が大きな役割になると思います。

菊地 普及啓発については、コンビニエンスストアの協力など企業の社会貢献事業の協力が得られるように力を入れており、それに加えて2004年は8,000万円規模の一般普及啓発プログラムが新たにスタートします。

将来像という点では、各地域にネットワークの支部を設置し、病院開発、斡旋、広報、データ管理などを専門ごとに分化する組織体制とCOの雇用の一本化を10年後には実現したい。私自身はそれを目標にしています。

また、脳死体からの臓器提供の流れのなかで、脳死後のドナー管理をCOが行うなど、技術面も伸ばしたいと考えています。

大島 杉谷先生はCOではありませんが、新潟県と同様に九州でDAPを取り入れ地域開発のリーダー的な役割をされてきました。九州の現状をどのようにお考えになりますか。

杉谷 福岡県は他県に腎を移出するような時期もあったのですが、現在では提供数は減少し、他県からの移入が増えて腎移植登録者数も減っています。やはり腎移植の結果がよくないと提供施設の医師たちのモチベーションにはつながりません。

また、COと二人三脚で2カ月ごとに提供施設で勉強会を開催することで、院内CO、救命救急医、脳神経外科医の理解をいただきつつあり、情報数が少しずつ増えています。

### CO組織と教育システムの再構築にただちに取り組みたい

大島 確かに移植医療に明るさがみえてきたように思う。しかし、矛盾す

るようですが、現実問題として臓器提供は着実に進んでいくのでしょうか。長谷川 産業界のTQM(総合的質経営)の概念を取り入れたDAPは、提供施設のかかえる問題点とその解決策を明示し、確実に成果をあげています。しかし、これは厚生科学研究「病院開発モデル事業」の一部として試行しているものですから、研究が終了すればDAPを続けることはできなくなります。DAPは継続した管理が最も重要であり、その点を非常に危惧しています。

小中 私は、DAPは病院開発のひとつのツールだと思っています。研究班がなくなったからといって、消滅しないものだと思います。

大島 私が40代の頃、愛知県で1年間に60腎の提供を受けたことがあります。これは100万人あたり5腎に相当しますが、この頃はただやみくもに突っ走り方法論もなにもなかった。当時走りまわった人もみな年を取り、ほかの地域よりは活発だとはいってもその当時のアクティビティは消滅していった。しかし、最大で100万人あたり5腎、つまり日本には最大1,000腎までのポテンシャルがあることの証明にはなる。しかし、それはシステム化された制度のなかでの活動



菊地耕三氏

日本臓器移植ネットワークとして、DAPを取り入れていくことができるのかをさらに検討していきます。



小中節子氏

2005年度からは臓器提供時のシミュレーションなどの病院開発に関する教育研修もスタートします。

ではなかったために、中心になっていた人がいなくなると、ちょっとしたことで消滅してしまうのです。

長谷川 今、COの将来の夢のお話をいろいろと聞かせていただきましたが、その夢を実現するための具体的なプロセスが弱いように思えます。

大島 普及啓発が大切なことはわかります。しかし、臓器提供が増えなければCOの活力はなくなる。逆に10倍に増えればCOの存在価値そのものが飛躍的に上がる。たとえば菊地さん、小中さんがこれまで現場で蓄積されてきた病院開発のノウハウをどのように次の世代に伝えるのか、その教育システム構築についてはどのように進められているのでしょうか。

小中 当初、最も優先されたものは臓器提供発生時の、中立の立場として法に遵守した公平、公正で適切なコーディネーションでしたので、COの教育研修もそこに重点をおいてきました。また、CO業務は業務基準書として明文化、毎年改訂しています。2005年度の業務基準書の作成を開始していますが、2005年度から提供施設研修会や臓器提供時のシミュレーションなどの項目も追加し、教育研修に役立てる予定にしています。

秋山 私は1996年から都道府県CO研修会に参加していますが、1998年の研修会終了後の意見交換会で「技術的な部分は先輩が蓄積してきたものがあるが、新人は病院のまわり方ひとつよくわからない」という発言をしてきました。都道府県COの教育には地域をまわるプログラムも組むべきだと思います。

大島 臓器提供の問題は、とにかくこの問題を必死になって解決したいという人がいないと解決につながらない。しかし、必死になって病院開発に取り組もうとしているCOに対する教育システム、キャリアパスをどのように構築するのか、そのビジョンがみえてこない。COは多くを求められる過酷な仕事です。ある県、ある地域を担当するCOは実は大きな責務を担っている。しかし、現在のCO組織は、情報の取り扱い方にしても、病院開発を含めたCOの教育育成システムにしても非常に不透明に思えるのです。

### COのリーダーは将来ビジョンと具体的なプランを示す義務がある

杉谷 私は日本臓器移植ネットワークへの要望が5つあります。1つは一般啓発。夏目雅子さんの広告が骨髄バンク登録を増やしたような、都道府県レベルではできないことを進めて欲しい。2つめは厚生労働省などへの折衝、3つめは都道府県COの支援、4つめはDAPを引き継いで管理・運営して行くこと、5つめは情報が集中するネットワークだからこそ、統計の専門家によってデータを解析し効果的な方針を打ち出して欲しい、の5点です。

菊地 先生方のご要望は現場の実感からのアドバイスとして、ありがたく受け止めます。普及啓発については、

いま動いているプログラムの結果をみてくださいとしか現時点では申し上げられませんが、期待していただきたいと思います。行政への働きかけについては、必要な事項は厚生科学審議会に検討いただくよう依頼しています。また、都道府県COの支援はもちろん惜しむことはありません。

DAPについては、日本臓器移植ネットワークが行う病院開発のツールとして取り入れていくことができるのかを、さらに検討していきます。病院開発と普及啓発、その2つを両輪に進んでいきたいと思っています。

長谷川 リーダーはビジョンがないといけなし、ビジョンをいかに実現するかの観点からの行動が期待されます。次の世代にノウハウを伝えるための体系的な教育システムの開発も重要です。今までのノウハウをシステム化し、次世代に伝えることはリーダーの責任です。新しくCOになるという人がいたとき、「私がここに入ってなにを学べるのか」「どのような社会的役割を果たすことができるのか」「社会的地位は？」といったことに明確に答えられなければならない。われわれはDAPの病院意識調査としては非常に多くの、世界的にみても大きなデータを収集するこ



杉谷篤氏

わが国の移植医療の中心にあるのが日本臓器移植ネットワークです。だからこそ期待しています。

とができました。また、DAPのなかでグリーフケアの問題を取り上げ、COや救命救急看護師を対象とした研修システムを作成中です。これらの情報が今後のCO活動の役に立つのでしたら協力は惜しみません。光が少し差ってきて方向がみえた今こそ、やるべきことを共通の認識にすべきだと思います。

大島 COの将来はCOが考えなければならぬ。COがたとえば看護師であれば、ある時期COを経験しその後、次に次のキャリアへと移った際に、CO経験が科長職に相当するようなキャリアパスを作るようなことも、この場にいるCOのリーダーの方々の

役割だと思っています。現在の百数十例の提供数を5年後に1,000例にするためには、どのようにCOを教育し組織を強化していくか、そのためのビジョンと具体的なプランをリーダーたちは明確に示さなければならない。そして実際に臓器提供が増えることによってこそCOになりたいという人も増え、COが競い合いながら質の高いコーディネーションができるようになる。そのような頼もしいCOこそ、一生懸命に移植医療の将来を考えている者の共通の願いではないかと思っています。

本日はどうもありがとうございました。



長谷川友紀氏

リーダーはビジョンがなければいけない。また、それをシステムとして実現するための行動力も求められています。

## COLUMN

### 「ギフト・オブ・ライフ作品展」作品に込められた子供たちの思い

2004年10月25～29日にかけて東京サンケイビル地下のパブリックスペースにて、「ギフト・オブ・ライフ移植を受けた子供たちの作品展」(共催：NPO日本移植者協議会・ノバルティスファーマ株式会社)が開催された。この作品展は、国際移植学会設立10周年にあたる1994年に世界各国に募集を呼びかけ、京都で初めて開催された。その後2001年に第13回世界移植者スポーツ大会にあわせて再募集された作品を加え、これまで日本各地で数百回にわたり開催されてきたが、東京での開催は今回が初めてとなる。

展示された約40点の絵画、書、作文、詩には、移植を受けて素晴らしい回復を経験した喜びやドナーへの感謝の気持ち、自分の将来への希望などに対する素直な思いが込められており、移植医療によって授けられた幼い命の確かな息づかいが見る者を感動させる。

移植医療の普及啓発はいまだ十分とはいえず、さまざまな施策がなされているが、ギフト・オブ・ライフの作品展は移植医療がもたらす効果を一般の方々にわかりやすく伝える、とても有意義な催しといえる。今後も引き続き作品の募集は続けられており、多くの作品が寄せられより充実した展覧会へと発展することが望まれる。



#### 募集要綱

作品は詩歌、手紙、水彩、クレヨン画、油絵など形式は問いませんが(立体作品は除く)。子供たちに自由に気持ちを表現してもらってください。

\*作品の応募は18歳以下の臓器移植者に限ります。

——— 詳しいお問い合わせと作品の送付先 ———

NPO日本移植者協議会  
〒530-0054 大阪市北区南森町2-3-20 プロフォートビル507  
TEL 06(6360)1180 FAX 06(6360)1126  
E-mail: nichii@guitar.ocn.ne.jp