

PRESENTATION 3.

移植医の立場から

大島 伸一*

*国立長寿医療センター

私が厚生科学研究費をいただきながらドナーアクションプログラム、その前は病院開発プログラムということでやったのですが、この具体的な目標というのは、年間 2,000 腎、要するに 1,000 人からの臓器提供ですが、現状ではそれを全然達成していません。

6年ぐらいかかっていますがやっと上向きになり、ドナーアクションプログラムもこれで数年になります。ドナーアクションプログラムを導入した県が約 30%以上の増加率ということで、効果が多少出つつあるのかと思っています。しかし、ここに投入された厚生科学研究費の額を考えると、非常にじくじたるものがあるものですから、せめてそれぐらいの効果がないとたまりません。

つぎのステップに向けて、ドナーアクションプログラムを展開しています。私は、いまのところはもうこれしかないと思っていますが、これを展開して、あと 10 年以内に目標の 1,000 人、2,000 腎ですが、そして、5 年ぐらいでいまの 5 倍ぐらいまでは最低でもいってほしいというのが、私の思いです。

司会の長谷川先生から、アカデミズムからプロフェッショナルリズムへの脱皮ということで話をせよということなので、臓器提供の話から少しずれる話になるかもわかりませんが、最後はそこへ持っていきたいと思います。

私たちが関わっている業種というのは、非常に公共性の高い仕事で、しかも専門性の高い分野です。しかし、専門性ということより学問ということを経験しすぎますと、アカデミズム、要するに学者さんのほうが価値が高いと評価されてしまって、専門性・プロフェッショナルリズムが軽視され法人化問題にもつながっているわけです。私たちのような医療の分野に関わっている立場では、私たちの職能に対するニーズはいったいどこにあるのか。そして、そのニーズに対してわれわれの専門職能をどう使って応えるのか、これに尽きるわけです。

この視点を外してしまうと、学者さんになってしまうのかお役人になってしまうのか、私も国立長寿医療センターに移ったものですから、だ

んだんその気持ちが実感としてわかるような立場になってきたのですが、そういうふうにはなりたくないと思っています。

あえてプロフェッショナリズムの崩壊という書き方をしましたが、近代以降、大学に科学至上主義というような価値観が出来たのではないかと、科学が非常に価値があることは、もう誰もがわかっていますが、あまりに価値の偏重があったために科学を進める人間というのが、特権階級化されてきたようです。そして、本来実学であるべき医療という場に属している臨床医も、知らないうちに学者さんになってしまって、医師として「すばらしい臨床医ですね」と言われるよりも、「すばらしい学者ですね」と言われることを好むようになります。それがずっとつづいてきたものですから、大学の価値観がおかしくなってしまって、改めて医療事故問題などで、いきなりその実態がおもてに出されると大慌てで、いったい大学というのはどういうところなのだと。医療の最後の砦だと思っていたところが、ひょっとすると、とんでもない状況になっているのではないかと疑問を突きつけられて大慌てしているというのが、いまの大学の医学部の状況だろうと思います。

法人化問題というとお金のお話がいつも先に来ますが、大学病院だとか医療界における本質の問題は、こんなところにあるのだろうと私は思っています。

いま、世の中がいろいろなことがわかってきたために、逆にアカデミズムが崩壊しつつあります。完全に崩壊してもらっては困りますが、いままでとは逆の方向に向かいつつあると思います。

その理由は、人権意識が非常に高揚してきたこと、いろいろな情報がどこでも簡単に手に入るようになったこと、そしてなにかとんでもないことが起これば問題がすぐに噴出してくることです。そういったことから、大学であろうとどこの病院であろうと、医者であるかぎりには安全で質の高い医療を提供せよということがまず第一に求められるようになってきます。

医学会というのは、長谷川先生もちょっと触れましたが、学術集団と

して位置づけられています。これはアカデミズムの系譜を引いているわけですが、定款にもアカデミズムの学術に貢献することは、最も大きく一番最初に触れられているわけです。しかし、専門職能集団としての社会的な責任だとか役割については、臨床医学会であっても触れられているものはないか、非常に少ないというのが実情かと思います。これは日本だけの特徴かどうかわかりませんが、いままでの状況を象徴的にあらわしている一つのことだろうと思います。

プロフェッションというのは、もともと中世の時代には医者と法律家と聖職者だけに与えられたもので、ある種の特権階級といえは特権階級です。要するに社会から信用されなければならない職業です。医者は当然、人の生活だとか生命に直接関わる仕事でありますし、法律家は法律の判断によっては牢屋へ入れられたり、あるいは死刑になったりというところまでいくわけです。聖職者というのは、われわれ日本人にはなかなかわかりにくいことなのですが、直接市民の生活、あるいは生命のレベルで非常に大きな役割を持っていました。当時の、いわゆる大学と称される場所は、いまの学部のようなものはこの三つの部分を中心につくられてきた状況にあったわけです。

プロフェッションは、社会や国民の信頼によってしか成立しないということを考えますと、プロフェッションの集団の内部で自律的にコントロールする能力がないと、これはプロフェッションとして認められないわけです。専門性が高いということは素人にはわからない、あるいは普通の人にわからないことですから、自らが行動規範と、それを自律的に制御するシステムをなかに持たないとダメなわけです。このことは、自分たちの仕事に対する品質の保証であります。これがなければ社会は当然、信頼しないわけであります。

臓器移植医療について考えてみますと、大きな問題は臓器の不足ですが、これはもう誰もがこれについて異論ありという方はいないと思いますが、これを解決するときの前提は、日本では臓器の移植に関する法律がありまして、理念に「生前の提供の意思を尊重されなければならない

い]、と述べられていますが、この提供意思を尊重するという前提で、われわれがどう活動するかということになります。

問題を解決するための条件は、まず問題が存在することです。その問題がいったいどこにあるのか。もちろん、臓器の提供が少ないことに問題があるわけですが、さらに具体的な問題はどこにあるのか、それをどう見つけていくのかということは、つぎのステップで非常に重要な問題になりますが、そのつぎには解決をしようとする意欲です。すべて人でして、これがなければどんな問題も解決しません。

大多数の人間が解決をしたいと思えば、解決の方向性というのは割と簡単に向かうのでしょうけれども、当然利害損得、あるいは置かれている状況、立場によってまったく違いますから、理屈でわかっても感情がついていきません。あるいは、理念上はよくわかっていてもちっとも得にならないという状況は、いくらでもあるわけです。しかし、そういうすべての状況を含めて、誰かが解決への意欲を本気になって持たないと、解決が出来ないわけです。臓器移植の推進という問題は、移植医療に従事しているわれわれが解決の意欲を本気で持たないと、解決はありえないわけです。

また、ちょっと手前味噌のような話になりますが、病院開発プログラム、あるいはドナーアクションプログラムの導入の前にも、少数ではありましたが、コーディネーターを中心に、あるいは移植医のなかにも何人か、何10人といえないぐらいの数でしょうけれども、日本中のどこかになんとかしなければならぬ人たちがいて、その方たちが本当に一所懸命にやっていたけれども、なかなか空回りしてしまうことが多かった。それはなにかというと、普遍性が高く効果が上がる方法論を持たなかったことが原因です。

普遍性の高い方法論を持たなかったために、それぞれの地域で日本流の浪花節を重点に置いたようなやり方を含めて、頑張ってはいたのですが、それが系統的に継続されて展開されていくことがなかったわけです。したがって、なんとしてでも解決をしたいという意欲に方法論が加

われは、これはもう鬼に金棒になります。ただし、その方法論が正しくなければなりません。厚労省の科学研究は、その方法論が一定の評価が出来るものであることをきちんと立証するための研究です。その点について、かなり手応をいま感じつつあります。

具体的な話は今日はしませんが、その方法論あるいは解決の意欲も含めて、プロとしていったいどうしなければいけないかということです。プロフェッションであれば、当然役割が明解であることです。自分の役割はこうである、このプロ集団の役割はこうであると。これが曖昧なプロというのは、ありえないわけです。そして先ほども言いましたように、内部での規範、これは倫理規定、あるいは評価基準も含めて自己制御、自己コントロールできる仕組みを持つことです。

臓器提供数を増やすとっていますが、そのニーズはいったいなにか。なんのために増やさなければいけないのか。これも答えは明解です。問題は、プロ、プロとっていますが、この場面でいうプロとは誰のことをいっているのか、そこが一番問題です。私はコーディネーターのみなさん方が主体であると思います。

私は愛知県で、まだ若かったころ、40代のころに、それこそ浪花節の手法だけで年間60腎、もちろん私だけではありませんが、愛知県中の移植医がみんな夜を徹して走り回って、あの当時600数10万の人口で、年間60腎まで出しました。その結果として、移植医がとにかく前面に出て、どういうことだと批判も含め世の中からいろいろなことをいわれましたが、なかでも非常に寂しかったのは、あの当時のコーディネーターの何人かのみなさんも、移植医のそういう活動に対して非常に批判的な言葉を弄うしたことであります。私は「そんなことは関係ない」と、ずっとやりつづけましたが、結果としては移植医が移植の提供の現場から手を引いてしまうことになりました。これは世論が大きかったわけですが、こういうことが歴史的にはあったと思います。そういう意味でもコーディネーターの責任と役割は大きいと考えています。

さて、そのコーディネーターの方たちがプロとしてどのようにドナー

アクションプログラムを活用していただけるのかですが、なによりもまず、どこでどのように臓器の提供が行われるのかですが、もちろん臓器提供の出来る病院です。そこで、どのように考えていけばいいのか。すでにいくつかの方法論を提示できる段階にきています。そのなかの誰がいったいキーパーソンで、キーパーソンはどこにいるのか。そして、どのようなプロセスが必要であって、そのどのようなプロセスが問題なのか。そして、誰がいったいその推進プログラムのキーパーソンになるのか、ということ解析・分析しながら、具体的にその病院、その地域に合った戦術を立てていくという方法であります。

繰り返しになりますが、誰が本気でこれをやろうとしているのか。それをいったいどう評価して、どうつなげていくのか。もちろん、移植関係者全体が解決への意欲を持たないことには、話にならないわけですが、そのなかで役割分担、いったい誰が主体になって動いて、バイプレーヤーとしてはどういう役割をどういう職種のどういう人間が果たしていくのか、ということきちんと整理して出していないと、なかなか具体的な実績にはつながっていかないのではないかと思います。

PRESENTATION 6.

アイバンク関係の立場から

篠崎 尚史*

*東京歯科大学市川総合病院・角膜センター

お招きいただきましてありがとうございます。私はアイバンク移植をやっています。現在ではそのアイバンク、そして組織バンクが集まり、組織学会をつくって、はじめてコーディネーターを学会認定しようとしています。また、今日は少し辛口のところを、ということでこちらの“臓器提供の増加へのプロセス”についてお話させていただきます。

ちなみに辛口のところはなにかというと、頂戴していたお題が、たとえば法律などで、なぜ国会が動かないか。いまの日本移植学会のワーキンググループで、大久保先生などと一緒に国会議員への働きかけを一緒にやらせていただいています。彼らのインセンティブに合っていない活動をやっても、なにも変わらない。こういうのが結論ですので、“相手を知る”，それは実はこちらにも出てきますので、こちらの話を進めさせていただきます。

アイバンクでやってきたことで、これが臓器に通じるかどうかわかりませんが、使えるところがあったら使っていただきたいと思います。臓器のほうをわれわれちょっと外れたところから冷静に見つめさせていただいていますと、現状での脳死下での提供は、将来まだ不明な部分が多いのかと思います。法律が変わるといっていますが、小児の問題、あるいはいろいろな問題が残っているのではないかと思います。

経済的にも、目のほうは歴史もありまして、保険もちゃんと適用されていますが、やはり腎移植というのがメインで引っ張っていかないと、移植全体というのは厳しいという感じがします。また、現行法での提供増加に向けた設計をもう少しプランニングするといいたろうと。逆にそのためには具体的になにをしたらいいのかがテーマにありますが、それはまさにシステム構築とマーケティングだと思っています。

腎提供の増加に集中していけば、自ずと数も増えます。先ほどからお話があるように、一般啓発活動はお金がかかって時間がかかる割には効果が薄い。これは文化を構築する作業ですので、本来はこういうものは文部科学省がやるべきで、厚生労働省にお金を出せというほうがおかしいような問題です。

やはり実際に、厚生労働省主体でやることは、本来のプロフェッショナルエデュケーション、いわゆる医療従事者の啓発活動に集中すべきことだと思いますが、いずれにしてもきちんとしたシステム構築をして、教育システム、教育というのは移植医療のなかのステークホルダーの教育と、その評価です。これは逆にいうと提供のことになりますので、たとえば、コーディネーターの教育であり評価であるというあたりが、システム化される必要がある気がします。また、資源が限られていますので、それを共有して集約して効率化する、というのは簡単です。

システム効率とマーケティング、これは非常に重要だと思います。今日は時間の関係で、この二つだけを話します。

システムですが、まず、システムは、ハード面では厚生労働省にも臓器移植対策室がありますし、(社)日本臓器移植ネットワークもありますし、都道府県にもコーディネーターさんがいる、ある程度揃っているのではないかと思います。逆に、われわれアイバンク業界というのはなんの支えもないわけですから、自前でやるかやらないか。やりたくない人はやらなくていい。やるのなら手弁当でやりなさいと、こういう状況です。その辺でいうと、ハード面はある程度あるのではないかという感じが、外から見ていたします。なかには、いろいろご不満がおありなのだと思いますが…。

ソフト面ですと、先ほどからも何度も聞かれる言葉でプロフェッショナルリズム、教育研修の問題があり、さらに評価支援システムです。いまは国民総評論家時代ですから、言いたい人はいろいろなことを言うのですが、評価はするが、評価だけして、ではどうするのかという意見はなかなか出てこないのが現状です。それをあまりヘテルに聞くと、いろいろな私的なものが出てくるので、プロフェッショナルのなかでの評価をし、それをサポートする支援システムが必要なのかという気がします。

その支援システムのなかではツールの構築と管理、あとはリソースの確保と共有。こういうことが重要なポイントだと思います。

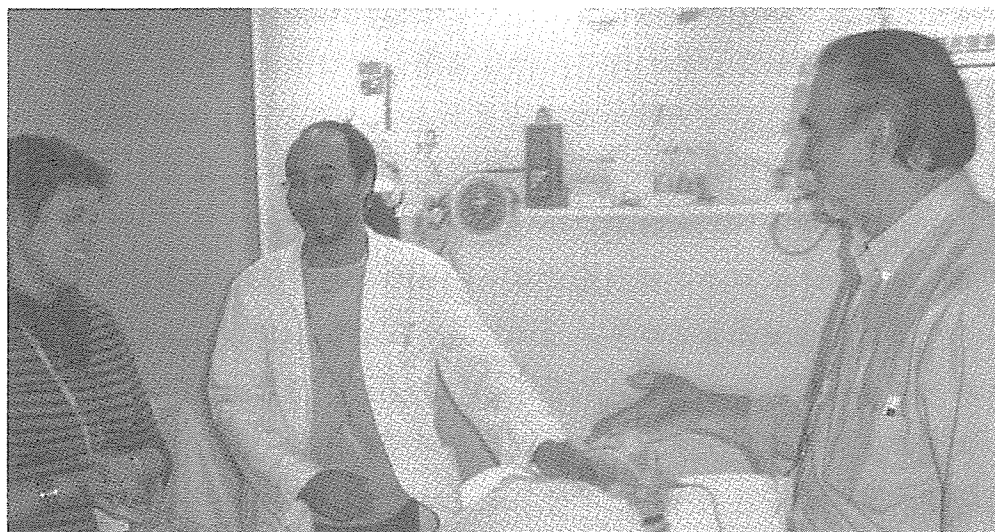


図1 TPM advanced course

ツールの構築というのは、教育システムの確立になるわけですが、どういう教育をして提供できるのか。先ほどからお話もありましたように、そのエデップでのグリーンワークが重要でしょう。これは最後にお話し申し上げますが、私たちの病院でも院内でのシステムをはじめました。そのなかでやはり看護師さんからのクレームが一番多いのが、「患者さんが亡くなったあとの家族のケアをどうするかは、私たちは知りません。そんなもの習ってません」と言うのです。非常に不安があるし、それに対する不満が出てきてしまう。そこを「ちゃんとこうやるんだよ」と。われわれもこうやってサポートできるということを申し上げたとたんに、なにか10数年の歴史がごろっと変わって、私たちの病院でも動くようになったわけです。

こういったものをどう提供するか。ただ、グリーンワークは教育で、たんなる一つのツール、道具でしかないわけです。もう一つはTPM (transplant procurement management)、これも非常にいいプログラムだと思いますが、こういうコーディネーターが本当にアクティブに行って、プロのなかでそういうものを習う、という教育システムであり、教育のツールです。

つぎに、ドナーアクションですが、DAP というのも、これもツールであり、これをトータルで管理し運営することが非常に重要であり、アクティブな実際の提供数の増加につながっていくのだらうと思っています。ちなみにアイバンクのほうでは、全国のアイバンクのうち、コーディネーターがいる有志のバンクがもうすでにこういったものを採り入れて動き出しています。

こちらは TPM のアドバンスコースです(図 1)。日本人は 4 人修了しています。この TPM は、先ほど長谷川先生のスライドにもあった、スペインで成功した一つの事例ですが、これだけではなく、ドナーアクションもやり、TPM もやりと、いろいろなことで動いているわけで、ツールの一つだと思います。

やはり、そのコースへ行けば、いきなりドナー管理をやらされて、「血圧が落ちた、どうするんだ。尿は 30 分で 1 リットル出た、どうするんだ」と、みんながパニック状態のなかにいきなり飛び込まされて、その管理を任せられるわけです。私は、アイバンクですから、はっきりいってかなり辛い状況でありました。

あるいはご家族とのファミリーインタビューをし、20 分間のビデオに撮られ、今度はかなり経験のある方たちが、それに対する評価を 1 時間かけてやってくださいます。それはこういういうときに、こういう言葉を使ったのは、やはりこういう影響が出るのではないだろうか、心理的な部分にまで深く入り、なぜああいう言葉を使ったのかと、かなり具体的に指摘されますので、頭がリフレッシュされます。

こういうことをやるというのは、日本の場合、いわばツールとして重要だと思うのですが、あとでちょっと述べますが、一つ感じたことは、役割分担の明確化がいま重要なのではないかと思うのです。

先ほどの厚生労働省の片岡室長のお話を聞いても、臓器移植に対して頑張ってやってくださっているというのを非常に強く感じるのですが、アメリカなどとくらべると、いわゆる厚労省ははっきりいって規制するだけです。アメリカには HARSA がありまして、HARSA は一応国の機

表1 マーケティング戦略

- | | |
|---|---------------|
| ① | マーケット・フィールド調査 |
| ② | クライアント調査 |
| ③ | リソース調査 |
| ④ | 戦略設計① |
| ⑤ | 訪問, インタビュー |
| ⑥ | ニーズ調査 |
| ⑦ | 戦略設計② |
| ⑧ | 評価と継続戦略設計 |

関であります。プロモーションに力を入れますので、その二つは逆に同じ政府機関のなかでも、ちょっと対立、という用語弊がありますが、一つは規制をかける。一つはプロモーションとしていくのだと明確にわかれています。日本の場合、一つの部屋で両方やらなければいけない。これは非常に厳しい状況で、いろいろご不満があつて、いろいろな批判も聞きますが、これを一つで出来ること自体に、私は感嘆しています。そのなかでも、やはりわかるべきだと思います。

もう一つは、たとえば(社)日本臓器移植ネットワークは、HARSAのような、UNOSとHARSAを混ぜたようなプロモーションに行くのだと思います。なにかそういったことでご批判があつた場合には、ネットワークが受け、この人とは切れているという状況があると、非常にお互いのコンプライアンスを乱すのではないかと思います。

また地方自治体が、そのなかでどう動くのか。都道府県のコーディネーターさんが、そのなかでどういう役割分担なのか、仮に院内コーディネーターさんがいるところでは、だんだんハードも揃ってきたし、そろそろ明確化して役割分担を決めるというようにリソースが出来るのではないかというわけです。これはアイバンクのセミナーで、コーディネーターさんに、だいたい年に数回、1日半～2日ぐらいのプロジェクトで行われるわけですが、そのなかで一番大事なイニシャルでやっていたかなくてはいけないコースと実践がマーケティング戦略です(表1)。

ターゲットの選別と戦略ということで、まずコーディネーターさんた

ちに、自分の地域でのマーケットのフィールド調査をしていただき、個々のクライアント調査をいたしまして、自分の持っているリソース調査、戦略を設計し、そのあとで訪問インタビューをし、相手のニーズを調査したうえで、もう一回戦略設計をやります。

そこで活動に入るわけですが、その後の自分たちの設計自体も含めました評価と継続的な戦略の設計をし直していくプロセスをやっています。やっているところは、実際伸びており、過去数年間で数倍の提供数になっています。

こちらの内容をお話しすると2日かかる話なので、一部だけご紹介します。たとえばマーケットフィールド調査というのは、当然ご存知だと思いますが、マーケットサイズですね。人口構成がどうなっていて、何人で、どの辺の年齢層の方がいる。まず、これは自分の地域の住んでいる人口からはじまるわけです。さらに、マーケットのフロー、ダイナミクスですね。どの程度の人が入ってくる。あるいは、たとえば提供の場合でしたら、交通事故などの外傷がどのくらいあるか、周りに高速道路があるかないかで、病院を判断する。

また、マーケットのコンストラクション。マーケット自体がどのように構成されているのかで、ちゃんと区別していただきます。そして、クライアント調査ですね。個々の病院になると思いますが、病院活動を行うわけですから、相手を知らずにこれを行っても仕方ありません。先生方にすると「そんなことまでやってるのか」とお叱りを受けるかもしれませんが、こういったことをやることによって、先生方のニーズなりバックグラウンドを理解したうえで、われわれが話せますので、そのくらい勉強してお会いするのは当たり前という感じがします。

マーケットサイズで一例だけですが、アイバンクにおけるマーケティング調査の実例の一つで、こういったことをずっと調べます。あとはコンストラクションですが、マーケットフローです。これは名前を消してきましたが、ある大学病院の状況で、だいたいこういったものをまず調べてもらいます(表2)。この前にもうちょっとマクロな調査が入ってい

表2 マーケット・フィールド調査
 ××大学医学部附属病院 病床数および患者数(平成11年度)

病棟	病床数	入院			外来		
		入院患者延数	1日平均入院患者数	平均在院日数	外来患者延数	1日平均外来患者数	平均通院日数
第一内科	84	21,073	57.6	33	33,900	138.9	20
第二内科	84	21,309	58.2	47.9	33,901	138.9	21.2
第三内科	42	19,510	53.3	51.7	27,644	113.3	20.3
老年科	—	5,650	15.4	49.7	7,207	29.5	26.1
第一外科	88	24,999	68.3	42	12,160	49.8	13.3
第二外科	88	19,440	53.1	33.4	10,943	44.8	11.4
脳神経外科	32	16,027	43.8	58.7	8,426	34.5	12.4
整形外科	80	24,767	67.7	42.1	35,496	145.5	13.1
産科婦人科	59	22,838	62.4	23	19,356	79.3	15.8
耳鼻咽喉科	45	15,422	42.1	43.8	19,717	80.8	8.5
眼科	45	15,158	41.4	17.3	43,578	178.6	12.2
精神科神経科	66	14,466	39.5	57.3	30,190	123.7	32.3
小児科	87	15,481	42.3	25.8	12,271	50.3	8.4
放射線科	37	11,297	30.9	35.7	23,258	95.3	15.4
皮膚科	35	9,426	25.8	36.9	27,497	112.7	9.8
泌尿器科	35	13,119	35.8	26.2	16,322	66.9	12.7
麻酔科	5	369	1	12.2	5,315	21.8	7.3
歯科口腔外科	8	5,541	15.1	25.4	19,647	80.5	6.9
形成外科	—	3,323	9.1	19.7	5,539	22.7	8.5
合計	920	279,215	762.9	34.3	392,367	1,608.1	13.3

るわけですが、それでこういった情報が出まして、その病院における病理解剖数がどう落ちているのかとか、そういった調査を全部かけていただいて、それで持ってきてもらいます。そのなかで設計をするわけです。

たとえば、この病院でこうなってきたときに、果たしてこのままで

いいのかどうか。病理解剖数が減っていいのか。国の基準もありますし、大学病院として維持するためには、ということで、そこで出来ることをこちらから助言して、なにかわれわれが入ることで病院のプラスになれることはないか調査をします。これも名前を消してありますが、その地区のほかの病院も、こうやって全部調査しまして、そのなかでどこをターゲットにどういうマーケティングをしていくのかやっていますから、もう少し教育プロジェクト、先ほど行ったDAP、ドナーアクションであり、TPMであり、行く人たちのツールとして大事なこともありますし、もう一つは行く前のちゃんとしたマーケティング調査というのも、しっかりシステムとしてやってから行くべきでしょう。

移植する先生方というのはなるべく手術室にいていただけるような環境をつくるのが大事であり、たとえばわれわれは目のほうですが、眼科の先生は手術室にいてくださって、手術してくれればいい。その前も後ろもわれわれがフォローしますというのが、いいシステムなのだろうと思い、われわれはそこで頑張っています。

出来ればこういったリソースも、これが正しいとはけっして思いませんし、多分やっていくうちにいろいろ問題もあります。全国のアイバンクでは、とにかくクレームが一番多い臓器幹旋機関の一つではないかと思しますので、いろいろな問題を抱えていると思いますが、そういったことを改善しながら、地域で問題がある場合には解決能力を持たせるような、いわゆるネットワーク、役割分担、組織化、ということが出来ると、臓器増加には非常にいいのではないかとということで終わりにしたいと思えます。

総合討論

司会 長谷川友紀*

*東邦大学医学部社会医学講座 医療政策・経営科学分野

長谷川 どうもありがとうございました。

これまでのご発表に関係した質問など、あるいは言い足りなかった、私に是非これを言わせてくれというのがあれば、どうぞおっしゃってください。

高橋 富山県の臓器移植コーディネーターをしている高橋です。まず厚生労働省の片岡様にお願いがあります。

まず、学校教育のなかでパンフレットを全部に配ってもらえるというのは非常にありがたいことで、画期的なことと思います。一方的に配るだけだと充分ではないので、是非そこに都道府県のバンクやネットワークへの疑問があった場合などに、学校がアクセスしやすいような一覧も付けてもらおうと、私たちがあとに活動しやすいので、是非検討していただきたいと思いました。

また、院内コーディネーターが広がるように努力したいというご発表がありました。その後の菊地さんの発表でもあったとおりに、もう32の都道府県には設置されていて、さらに6県が検討中です。残りの地域に広がるのも目に見えていると思います。そこで是非お願いしたいのは、現場で働いている院内コーディネーターの人たちの活動がボランティアにならず、評価される行政指導をしてほしい。通達だけだと、「やったか、やらなかったのか」、「出来たのか、出来なかったのか」、がわかりません。是非、結果や効果を評価してほしいと思いました。

そのつぎに、菊地さんの発表についてですが、まず、ドナーの実態調査を行って、シュミレーションを行って、という開発プログラムがスライドで出ましたが、誰が主体となってやろうとしているのかをお聞かせいただけますか。

片岡 各中学校に配るパンフレットですが、もう印刷してまして、臓器移植ネットワークの問い合わせ先は書いてありますが、各都道府県のコーディネーターなり、支部への連絡先

は、今回は書かれていません。

今回は第1回目ということもあり、そもそもこういうことに各中学校の先生たちがどれだけ協力していただけるかどうか、併せてアンケート調査も行うことにしております。そのなかで「授業でどう活用されていますか」とか、活用の状況について聞くこととしていますので、いまのいただいたご意見については、今回はすでに発送しておりまして間に合いませんので、来年の参考にさせていただきたいと思います。

ちなみに、都道府県と教育委員会にも併せて配っています。都道府県に対しては、来週都道府県の課長会議がありますので、そういうことも含めて話をしたいと思います。

それから、院内コーディネーターの件につきまして、その後のフォローなどについては、また勉強させていただきたいと思っています。

菊地 普及啓発のプログラムは、ネットワーク主体です。

高橋 最初にドナーの調査を行ってという図がありましたよね。それについてです。

菊地 主体はネットワークです。

高橋 ネットワークが主体と考えておられますか。

菊地 はい。

高橋 前半のコーディネーター部門のセッションにご参加されましたか。

菊地 行きました。

高橋 19の発表のなか、院内コーディネーターが発表したり、院内コーディネーターに関する発表が実は15もありました。そのなかで、たとえば九州地区はすごく普及啓発でいいアイデアを出しているという報告や他県における院内コーディネーターの活動内容が報告されていきました。

そこでも示されたとおり、その菊地さんが示されたプログラムは、もうすでに多くの地域で行われています。したがって、

これからネットワークに期待することは、そのプログラムを行うことではなく、実際現場で出てきている困ったところをどうカバーしていくのか、もっと具体的にどう援助するのかだと思うのです。

日産最高経営責任者のゴーン氏をテレビでよく拝見しますが、そのすばらしさは、現場に行き、その現場の声をしっかり把握し、現場の声を大切にして経営に生かしているということだと思うのです。そういう現場の問題を把握し解決しようとする姿勢がネットワークには欠けているのではないかと私自身は思います。

実際、菊地さんは各県で行っている会議などに来られたことはないですね。現場を見てください。本当に、是非お願いします。

菊地 今後、可能なかぎり、是非いろいろなところに行かせていただきたいと思います。

高橋 お願いします。

長谷川 現場から吸収した知識を、普遍的なものとして横展開を図る、知識のマネジメントは重要ですね。心しないといけない話だと思います。

藤井 福井県臓器移植コーディネーターの藤井です。いま、高橋さんの話の流れを受けて、私たちの事情も併せてお話いたします。

福井県は幸いにして、非常に県行政として積極的に一般啓発、病院啓発に関わってくださっており、年々実績が上がっています。本当に行政の力が強くて、私自身の一番の相談役が実は行政の方々です。私の話を非常によく理解してくださって、移植医療が非常に大事な事業だということをよく理解してくださっている。パートナーとしても非常に、私は仕事がしやすいのです。

先ほど大島先生のお話のなかに、この事業の主体は移植コー