

## 家族への説明

場面：病院訪問後、家族に心停止死下腎臓提供についての説明を行う

		3点	2点	1点	0点
0点⇒できていない、理解していない 1点⇒概ね、できていないが多少できた部分もある 2点⇒概ねできていると思われる 3点⇒問題なく出来ている					
1	事前準備・心構え	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①家族面談にふさわしい身だしなみをして臨む					
②家族説明の環境設定を行う（静かな個室の確保など）					
③家族構成・様子・キーパーソンの把握と、同席者を確認する					
④名刺、承諾書、問診表など必要物品・書類を準備しておく					
2	家族への説明内容	できる	ほぼできる	一部できる	できない
自己紹介（名刺、立場、スタンス、きっかけ）					
家族の状況把握（病状の理解度・臓器提供に関する本人・家族の意向の把握）					
提供対象臓器、組織について					
総意での承諾について					
承諾から摘出まで					
採血（HLA、感染症）					
術前処置について					
摘出手術について					
提供が出来なくなる可能性について					
費用について					
レシピエント選択					
レシピエント情報提供について					
強制でない事、撤回の自由について					
質問の有無・説明の理解度を確認					
問診表に沿った問診					
3	説明時の留意点	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①家族の理解度を把握し、わかりやすい説明（難しい医学用語を避ける）を行う					
②家族の体調や心情に合わせ、それを考慮した対応を心がける					
③質問を促し、一方的な説明にならない配慮をする					
④家族・医療スタッフからの質問に適切に対応する					
4	承諾書の作成	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①適切な時期に作成する（考える時間が必要と思われる場合は総意をまとめるまでの配慮を行う）					
②承諾書の記載方法を説明し、正しく記載できるよう説明する					
③記載内容を確認し、読み上げる					
④家族用に控えをお渡しする					
⑤今後、質問や変更が生じたときのためにC.O.の連絡先を伝え、家族の連絡先も確認する					

## 院内外調整（主治医・病棟スタッフとの調整業務）

場面：腎臓提供に家族が承諾された直後

		3点	2点	1点	0点
0点⇒できていない、理解していない 1点⇒概ね、できていないが多少できた部分もある 2点⇒概ねできていると思われる 3点⇒問題なく出来ている					
1	主治医に承諾になった旨を伝え、今後の流れの概要説明を行う	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①家族の様子・承諾の経緯・承諾書類の説明を行う					
②今後の具体的な流れを説明する					
③脳死診断の有無（今後の可能性）、項目、今後の治療方針について確認する					
2	採血の依頼を行う	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①採血の目的を伝える					
②採血容器と量を伝える					
③採血の方法を正しく伝える					
3	心停止前カニューレーションについて説明する	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①心停止前のカニューレーション施行の要件を説明する					
②心停止前のカニューレーション施行の意義を説明する					
③施行のタイミング、実施者、実施場所について説明する					
④カテーテルの仕組みや置入方法など説明する					
4	腎臓保護のためのヘパリン投与について説明する	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①ヘパリン投与の意義について説明する					
②心停止前のヘパリン投与の要件について説明する					
③ヘパリン投与のタイミングについて説明する					
④具体的な投与時期、量、方法について説明する					
5	検視の有無の判断及び、警察への連絡状況の確認を行う	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①検視の有無について判断し、主治医に確認できる					
②警察への第1報が行われているか確認する					
③担当となる警察署の連絡先を確認する					
④検視が行われる場合の提供時の流れについての説明を行う					
6	待機室（摘出チーム・検視班）について調整を行う	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①摘出チーム・検視班の待機の必要性、タイミングについて説明する					
②摘出チーム・検視班の待機場所の確保依頼を行う					
7	バイタル低下時（急変時）の連絡方法について調整を行う	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①急変時、Coへの速やかな連絡が必要な理由を説明する					
②Coの連絡先・連絡が必要なタイミングを伝える					
8	手術室への連絡体制・搬送方法・搬送経路の確認を行う	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①手術室の使用に関する説明（確保の必要性、摘出チーム入室のタイミング等）を行う					
②手術室への導線、搬送時間、入室方法について確認する					
③手術室への連絡方法、タイミング、連絡者についての調整を行う					
9	死亡確認前後の動きについて説明	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①心停止直後のCo、摘出チーム、検視班の動きを説明する					
②手術室への搬送時の留意点を伝え、速やかな搬送への協力依頼を行う					
10	手術後のご遺体搬送と死後の処置の確認ができる	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①エンゼルケアの場所の確認を行う					

## 院内外調整（手術室との調整業務）

場面：承諾後の主治医・病棟スタッフとの打ち合わせ終了後、手術室責任者との面会時

0点⇒できていない、理解していない 1点⇒概ね、できていないが多少できた部分もある 2点⇒概ねできていると思われる 3点⇒問題なく出来ている		3点	2点	1点	0点
1	挨拶し、現状を承諾になった旨を伝え、今後の流れの概要説明を行う	できる	ほぼできる	一部できる	できない
	①自分の立場を伝え、ドナー候補者が院内で発生している現状を説明する				
	②今後の具体的な流れを説明する				
2	協力依頼を行う	できる	ほぼできる	一部できる	できない
	①手術室確保の必要性の説明と部厚確保の依頼を行う				
	②搬出チームが持参できない物品の借用を依頼する（器械台、吸引器、バックテーブル、点滴スタンド、搬送用水など）				
	③搬出時のスタッフへの協力を依頼する（直接介助は不要だが外回り看護師が1名程）				
3	手術室の状況、環境を確認しておく。	できる	ほぼできる	一部できる	できない
	①手術室への連絡方法について確認する（夜間や休日の体制についても確認）				
	②手術室への連絡のタイミングについて打ち合わせを行う				
	③手術室への搬送経路について確認する				
	④搬出チーム、移植C.Oの更衣室・手術室への入室方法について確認する				
	⑤手術室から外部への連絡方法について確認する（携帯電話の使用依頼、内線電話等の使用について）				

## 院内外調整（摘出チームとの調整業務）

場面：腎臓提供に家族が承諾された後

		3点	2点	1点	0点
0点⇒できていない、理解していない 1点⇒概ね、できていないが多少できた部分もある 2点⇒概ねできていると思われる 3点⇒問題なく出来ている					
1	第一報の連絡	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①承諾になった旨を連絡し、チームの編成依頼を行う					
②ドナー候補者の概要（年齢・性別・原疾患、バイタル等）についての情報を伝える					
③ドナー候補者の腎機能についての情報を伝える					
④脳死診断の有無（今後の可能性）、今後の治療方針についての情報を伝える					
⑤今後の連絡時期、方法についての打ち合わせを状況を見ながら調整する					
⑥来院時期についての調整を行う（診察、器材搬入、カニューレーション施行等）					

場面：バイタルサインの低下時

		3点	2点	1点	0点
0点⇒できていない、理解していない 1点⇒概ね、できていないが多少できた部分もある 2点⇒概ねできていると思われる 3点⇒問題なく出来ている					
3	出勤依頼	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①出勤依頼を行う際、バイタルサイン等患者の容態を把握するのに必要な情報を的確に伝える					
②病院到着時からの摘出チームの動き（待機室へ誘導、手術室へ直行等）を調整する					
4	病院到着時	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①患者容態に合わせ、適切な誘導（待機室、手術室など）を行う					
②術前処置を行う場合、その調整を行う					
5	心停止切迫時	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①術前処置が行われている場合、心停止直後の灌流開始処置の役割分担などを打ち合わせしておく					
②摘出チームに手術室への移動と器材展開などの準備を依頼する					
③手術室にて待機中の摘出チームに手術室対応C.O.等を通して、適時、患者容態について報告する					
④心停止・死亡確認時は連絡し、手術室搬入の予測時間を伝える					

## 院内外調整（検視の調整業務）

### 場面1：検視班への協力要請

0点⇒できていない、理解していない 1点⇒概ね、できていないが多少できた部分もある 2点⇒概ねできていると思われる 3点⇒問題なく出来ている		3点	2点	1点	0点
1	所轄警察署(検視班)への第一報の連絡を行う	できる	ほぼできる	一部できる	できない
	①現状を説明する。				
	②検視が結んだ提供時の流れを説明する				
	③心停止前の出勤と待機の必要性があることを説明し、依頼をする				
	④検視時間の短縮を依頼できる				
	⑤連絡先、方法を確認する（日中、夜間・深夜、休日の各時間帯の連絡体制）				
	⑥連絡後、病院到着までの所要時間を確認し、連絡のタイミングを伝える				

### 場面2：検視班への出勤依頼

2		適切な時期（心停止切迫時）に検視班への連絡を行う	できる	ほぼできる	一部できる	できない
	①検視班に出勤要請を行い、待機の可能性、到着予定時刻の確認を行う					
	②死亡宣告後の検視の所要時間、タイミングについて再確認を行う					

### 場面3：検視班到着から心停止・死亡確認まで

6		検視班到着から検視までの調整を行う	できる	ほぼできる	一部できる	できない
	①待機中の検視班に、適時、状況を伝える					
	②心停止時、ただちに検視班に報告する					
	③家族の看取り終了後、速やかに検視班を誘導する					

## 手術室内業務

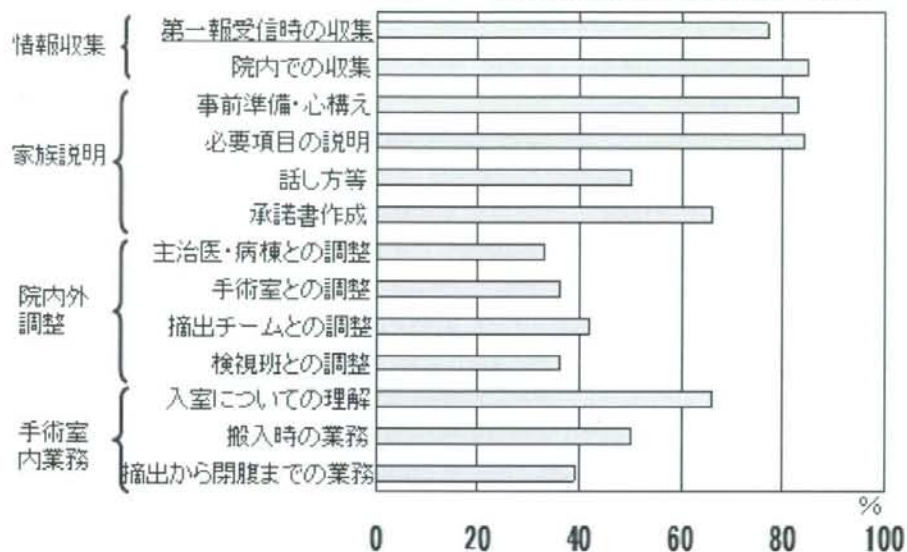
場面：手術室内で待機し、ドナーが搬送されてきた状況

		3点	2点	1点	0点
0点⇒できていない。理解していない 1点⇒概ね、できていないが多少できた部分もある 2点⇒概ねできていると思われる 3点⇒問題なく出来ている					
1	入室に関する理解	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①手術室に入室する方法を理解しておく					
②清潔・不潔区域の理解や、基本的な清潔操作を理解しておく（別紙用紙にて確認）					
2	搬入時の業務	できる	ほぼできる	一部できる	できない
①家族対応C○から、患者が死亡した連絡を受信。搬出チーム、手術室スタッフに伝え受け入れ態勢を整える					
②礼儀の保持に努め、執刀開始前に黙祷の声かけを行う					
3	摘出から閉鎖までの業務	できる	ほぼできる	一部できる	できない
カニキュレーション・ヘパリン注入時刻、心停止、死亡日時、入室日時などは、執刀前に把握し記載する					
灌流開始時間、灌流液の種類を確認する					
WITの記載を行う					
摘出の時間を確認し記載する					
摘出腎の状態を確認し記載する					
左右の腎臓の優先順位を確認し記載する					
摘出腎の方法（バックアップ方法と清潔範囲、保存液と添加薬、付属器官）について確認する					
C○が腎臓を受け取った日時を記載する					
器材カウントおよびレントゲンの確認を摘出医に依頼する					
摘出手術部位の縫合・ガーゼ保護状態（眼球提供がある場合は顔貌）の確認を行う					
終了後、黙祷の声掛けを行う					

【資料2】

達成度確認フォームを用いて把握した受講者の達成度

【九州地区の就業3年未満の都道府県Co(4名)】



脳死患者家族の心理的ストレスとオプション提示に関する研究

分担研究者 重村 朋子 日本医科大学学生相談室 助教

研究協力者 横堀 潤子 東京医科歯科大学

吉野 美緒 日本医科大学武蔵小杉病院

研究要旨

患者脳死下での家族の心情を把握することは脳死下臓器斡旋にあたり重要なことである。本研究では脳死患者家族の喪失の特性と脳死下での臓器提供にかかわるオプション提示に関する家族の心理を明らかにすることを目的とした。

脳死患者家族の死別に関する心理的負荷は予測されても、まだ闘病期間を経ての死別や予期せぬ死別との違いについて、客観的指標で考察した研究はない。今回は脳死を経て死別した家族、予期せぬ死別を経験した家族、闘病期間を経て死別した家族について質問紙を用いてその死別の影響について考察した。その結果、突然の思いがけない家族の死という点では脳死・予期せぬ死別の家族が闘病期間を経て死別した家族よりも心的外傷ストレス反応が高い可能性が示唆された。また脳死と予期せぬ死を経験した家族で比較すると悲嘆反応において未解決の悲嘆と葛藤の項目が脳死患者家族の群に高いことが見出された。

また脳死患者家族がオプション提示を受ける際にどのような心理状態であるのかを把握するために、家族に long interview 法を用いて面接し、retrospective に探索的研究を行い、質的分析方法により考察した。その結果脳死下の心理状態と同じく患者の病状を理解するとともに、それを認めたくないという否認の心性との二重構造がみられ、また利他的に役に立つべきという気持ちとそれに戸惑う葛藤が見られた。

脳死患者家族が心的外傷ストレスと葛藤的悲嘆の中で、オプション提示に対しては臓器提供に理解を示すとともに、なお死を認め難いという葛藤の中にあることが示された。

A.研究目的

患者が脳死を経て死別した家族の心理的負荷は予測されても、他の死別との差異について明らかにされていない。本研究では客観的指標を用いて脳死を経て死別した家族と、他の死別の家族を比較検討し、その心理的負荷の特性を明らかにすることを目的とした。また患者脳死下でのオプション提示に家族がどのような心理状態になるのかを把握するために、

脳死患者家族にインタビューを行い、レトロスペクティブに探索的研究を行った。

B.研究方法

1、対象

当施設に入院し、脳波が所謂平坦脳波、すなわち electro-cerebral inactivity (ECI)となり聴性脳幹反射が消失し、主治医から「臨床的脳死」と説明を受けた患者家族と心疾患または脳疾患に



て脳死の過程を経ず家族の予期なく死亡した患者家族および悪性腫瘍等により長期の闘病期間を経て死亡した家族で18歳以上患者死亡後6ヶ月以上経ち、認知障害がなく、面接に耐えられる心身の状態にある家族を脳死患者家族として対象とした。

## 2、方法

脳死患者家族に対しては研究目的を明記した調査依頼書と返信用封筒を送付し、同意のあった家族に面接し調査の詳細を説明する。同意の得られた家族に面接後質問紙記入を求めた。質問紙は記入後面接者が直接もらい受けた。その他の家族には研究目的を伝え、同意のあった家族に質問紙を送付し、郵送にてもらい受けた。

## 3、質問紙およびインタビュー

(ア) Impact of Event Scale-Revised 改訂出来事インパクト尺度日本語版 (以後 IES-R)

Horowitzらによって開発されたIESをWeissらによって改訂版として作成された心的外傷ストレス症状を測定するための自記式質問紙である。侵入症状、回避症状、過覚醒症状を測定する22項目から構成されている。

(イ) 悲嘆反応尺度 (GRS)

Burnettらが作成した“Core Bereavement Items”を富田らが日本語訳した尺度である。35項目からなり、富田らは幼い子どもを失った親に関して「対象のイメージや悲哀感」「存在の感覚」「未解決な悲嘆と葛藤」「悲嘆の解決」の4因子を抽出している。

(ウ) 日本版精神健康調査票 (GHQ)

Goldberg, D.P.によって開発された質問紙による検査法で、主として神経症的傾向に関するスクリーニングテストの日本語版である。身体症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向の4要素のスケールから成り立っている。

(エ) インタビュー

半構造的面接 long interview 法  
(倫理面への配慮)

本研究は日本医科大学付属病院倫理委員会の承認を受けた。依頼状、及び返信は全て封書にて行い、研究・調査の詳細を説明し書面で同意を得る。調査データの分析は匿名化して行い、質問紙の結果は数量で表され、個人は特定化されない。収集した調査結果は日本医科大学内に厳重に保管され、コード化数量化された時点で処分する。

## C. 結果

### 1、対象者

質問紙回答は脳死患者家族9名、予期せぬ死別体験家族5名、闘病後の死別体験家族5名であり、インタビューは脳死患者家族14名であった。なお、心停止後の臓器もしくは組織のドナーの家族は2名であった。

### 2、質問紙結果

記述統計量は表(1)に示したとおりである。なお、家族、患者の年齢、闘病期間と各項目の相関は見られなかった。次にKruskal-Wallisの検定による3群の比較(表2-1,2)では闘病期間に有意に、IES-R(回避)とIES-R(過覚醒)が有意傾向に、悲嘆反応(未解決の悲嘆と葛藤)とGHQ(身体)が有意に、GHQ合計が有意傾向に差が見られた。

Mann-WhitneyのU検定による2群と1群の比較では、闘病後の死別群と予期せぬ死別・脳死を経ての死別群の比較(表3-1,2)で闘病期間は闘病後の死別群のほうが有意に長く、かつGHQ(身体)が優位に高いことが示された。またIES-R(侵入)(過覚醒)が有意傾向でIES-R(回避)は有意に予期せぬ死別・脳死を経ての死別群が高かった。脳死を経ての死別群と予期せぬ死別・闘病後の死別群は(表4-1,2)ではIES-R(回避)が有意傾向で、またIES-R(過覚醒)と悲嘆反応(未解決の悲嘆と葛藤)が有意に高かった。予期せぬ死別群と脳死・闘病を経ての死別群(表5-1,2)では闘病期間、GHQ(身

体)GHQ(合計)が有意に、また悲嘆反応(未解決の悲嘆と葛藤)GHQ(社会的活動)に有意傾向で脳死・闘病後の死別群が高いことが示された。

同じく Mann-Whitney の U 検定による 1 群ずつの比較では闘病後の死別群と脳死を経ての死別群(表 6-1.2)においては闘病期間が闘病後の死別群のほうが有意に長いが、IES-R (回避)(過覚醒)悲嘆反応(未解決の悲嘆と葛藤)は脳死群のほうが有意に高かった。予期せぬ死別群と脳死を経ての死別群の比較(表 7-1, 2)では悲嘆反応(未解決の悲嘆と葛藤)が有意に GHQ (社会的活動)が有意傾向で脳死群のほうが高かった。また闘病後の死別群と予期せぬ死別群(表 8-1, 2)では闘病期間、GHQ(身体)(合計)において有意に闘病後の死別群のほうが高かった。

### 3、インタビュー結果

Long Interview法による脳死患者家族の「もし脳死下でオプション提示(臓器提供意思表示カードの有無を尋ねられたり、臓器提供の意思の有無をたずねられたりしたら)を受けたら」ということに関してのデータを図式化したものは図 1 の通りである。患者の状態(脳死)を知った時は全員急性ストレス反応下にある。そこでは否認・解離・興奮状態に陥っている。しかしその中でも「そうなんだろう」という状況を理解しようとする(14名)そのような中でのカードの有無・提供の意思の話に対して、否認や解離状態の心理では「何の話か」(1名)「そんな話は聞きたくない」(1名)ということにもなり、有無を問う状態ではないといわれた家族は葛藤を生じなくて「ほっとした」(1名)という状態である。

しかしまた死を事実として受け入れようとする心の中では「もったいない」(2名)「いいこと」(2名)「人に役に立つ」(3名)「人の中で生き続ける」(1名)という思いが生じるが、それと同時に親戚がどう思うか「非情だ

と思われる」(1名)のではないかと、嫌がるのではないかと(2名)という思いが生じる。また身体を傷つけたくない(3名)、最後までこのままの状態(2名)という思いもある。身体に関するこの思いは過去の体験(1名)や昔から言われてきたこと(1名)である。そこで葛藤が生じるが、本人の意思(意思表示カード)により本人の気持ちを大事にしたいということ「本人の意思であるなら」(5名)葛藤解決に役立ち、提供も考えられる。また過去の体験から役立たせたいという気持ちから提供に至ることもある(1名)

しかし同時にまだ死を認めたくないという否認の気持ちも存在しており、医療になじみがなく日常生活からかけ離れた環境の中では医療者の言葉を信じるしかない、自分では判断できない状況になる。目に見えないものは「分からない」(5名)したがって「悔しい」(2名)思いが出てきている。その気持ちは死を認めたくないという否認の気持ちともつながり「その気になれない」(2名)ことになる。そのことは「脳死だけでも生きている」(2名)ということと関連し実際に提供の過程をイメージし「むごい」(1名)「はあー」(1名)という感覚も出てくる。また否認の気持ちの逆転のように、カードの話は「死を意味する」(1名)、もう生きていかなければ「どうせなくなるものだから」(1名)提供してもいいという思いも見られた。心停止後の提供の場合に、患者に施す処置による患者の外見の変化(1名)や「そのまま連れて行かれて」(2名)など家族がその説明を(聞いていたとしても)肌で体験して初めて感じるショックもある(2名)「分からない・見えない」(2名)「見えることが手掛かり」(1名)と関連して、実際に目に見えるものから受けるものが強い。身体の変化についてはそのことに関しては説明がほしかった(2名)と言うことも聞かれた。

「今振り返ると」では「本人の意思」は葛藤解決のためにもなり、話し合っておけば良かった

た(3名)、また自分はその後話すようにしたと(2名)述べていられる。またあの時点ではNoだけれども、今ならOKといえるだろうということもあった(1名)。

#### D. 考察

今回の研究ではまだ総数が少ないので、この結果をもって言い切ることはできないが、以下のことが推察される。

他の死別との比較においては脳死を経ての死別を体験した家族は予期せぬ死別を経験した家族と同じく、心的外傷ストレスを表す IES-R の全得点が高く、強い心的ストレスを受けている。これは脳死患者家族も予期せぬ死別という点では同じであり、予期せぬ死別が心的トラウマとなりうると言う過去の研究と一致する。しかし、脳死を経ての死別は、闘病を経ての死別や予期せぬ死別を体験した家族よりも有意に未解決の悲嘆と葛藤が高く出ている。この点の考察については今後の研究で明らかにしていく課題であるが、仮説としては闘病を経ての死別は現実生活もコントロールでき、死別に向かうための生活を徐々に準備でき、また予期せぬ死別は[突然]という大きな衝撃を受けるが、その後は死後として生活が動いていくが、脳死患者家族は一定期間「脳死」と言う言葉を聞きながら予想される死別の思いを持ちながら、突然現実的な生活を一時停止している状態であることが影響していることも考えられる。脳死は「死」は確実にいわれても、その間は完全に「死後」としては動けず、またその準備をすることで「死んだものとして」動くことへの戸惑いと罪悪感が生じる。また非日常・非常事態の時間が長くなれば当然心身の疲労が生じてくる。「いつまでこの状態が続くのか？」という思いが生じ、それは結果としては患者の死を待つことにつながり、そのなかで罪悪感が生じるなどの、患者に対する死別の思いと、生きていくものとしての現実に

生きているものとしての葛藤が生じている可能性が高いと考えられる。

なお、闘病を経ての死別群では闘病期間が長いのは当然であり、かつその家族が身体的には健康度が低いのは、長期の闘病が影響していると考えられる。

患者脳死下での家族は全員強い心的ストレス下にあり、このような状態でオプション提示がされれば、家族の心理状態は状況を理解しようという気持ちと、その状況を認めたくないという二つの気持ちに二分されていると考えられる。そのような中でのカードの有無・提供の意思の話は、死をより一層現実的なものにするこゝとなり聞きたくないなどの気持ちなど葛藤を生じる。しかしまた死を事実として受け入れようとする心の中では利他的な気持ちも生じるが、親戚や周囲の考えやそれにまつわる体験、そしてまた身体を痛めたくないという思いが生じてくる。身体に関するこの思いは過去の体験や昔から言われてきたことや無意識的なもの(日本人の身体に関する感覚)が影響している可能性が高い。そこで葛藤が生じるが、「本人の意思であるなら」それを大事にするということは、提供等に関して誰も非難できないという一つの「保障」となりこの葛藤解決に役立つ可能性が高いと考えられる。また過去の個人的体験から役立たせたいという気持ちから提供に至ることもあり、個人的要件もあると考えられる。

また状況を認めたくないという気持ちは、医療になじみがなく日常生活からかけ離れた環境の中では医療者の言葉を信じるしかない、自分が主体的判断ができないということとも連動し、「その気になれない」ことになる。患者脳死下の家族の思いとして見出せたことではあるが、家族にとって自分で判断できるのは五感で得られるもの、特に目に見えた現象である。したがって性の表象を目の当たりにするとそのことは「脳死だけれども生きている」ということと関

連し実際に提供の過程をイメージし「むごい」という感じも持つことである。家族にとって自分で判断できる手がかりが「目に見えること」や体験することであるので、患者の変化などの外見などへの思いが強いと考えられる。そのことに関しては説明がましかったと言うことも聞かれた。実際に説明をしていたとしても、強いストレス下では説明がはいらないことや実際に体験して意味が分かるなどの問題もあると考えられる。

また逆に現実的にもう生きていけないなら「どうせなくなるものだから」提供してもいいという思いも見られた。

「今振り返ると」では「本人の意思」は葛藤解決のためにもなり、話し合っておけば良かった、また自分はその後話すようにしたと述べていられることは、日本人の死者との約束を重要なものとする傾向の強さ（山折哲夫）もあると考えられる。またあの時点ではNoだけでも、今ならOKといえるだろうということもあったが、この点は非常事態ではそれまで考えていることが、二次的になることがあるということから考えられる。マズローの欲求段階説で説明するならば、緊急事態で第二段階の安全欲求が脅かされるとそれより高次の、かつ成人してから身についた欲求は求められなくなるということにも考察される。「他者のために役立ちたい」というのが自我欲求とすると、解離や興奮・否認という防衛機制が働くのはより基本的な安全欲求が脅かされることになるので、その時点では二次的になる可能性がある。この状態でもOKという場合は事前に十分な話し合いや背後にそのご家族の死生観が確立している場合と考えられる。家族ご自身はすでに「意思表示カード」を持っていられても、ご家族である患者に対しては「あの時点ではNO」であったし、またご自身の意思については「家族は嫌だろうけれど」と述べていられる。ご自身は提供の意思があっても家族にはそのように思えないということは、

その他の統計にも表れているが、自身は亡くなってしまえばその後は構わなくても、家族は上記のようなさまざまな葛藤を背負うということの意味している。本人と家族の立場の違いがある。

また5人のご家族からは面接に対して「このように話ができよかった」「話ができ、避けていたことから新しく向かっていける感じになった」「聞いてもらい助かった」などの言葉をいただいた。また複雑性悲嘆が予想されたご家族（面接対象外）からは早い段階で話を聞いてもらえたらよかったという話をいただいた。悲嘆が複雑性悲嘆にならないためにも、強い心的ストレスを体験されたご家族には、カウンセリングなどの場の提供も必要と考えられる。

## E. 結論

脳死患者家族はその他の予期せぬ死別体験家族と同じく急性の強い心的外傷ストレス下にあることが見出せた。また脳死患者家族には未解決の悲嘆と葛藤という悲嘆反応がほかの死別の家族に比べて強い可能性が見られた。この理由については脳死期間中の葛藤、罪悪感、疲労などが考えられるが、今後の研究課題である。

またオプション提示について脳死患者家族は強い心的外傷ストレス下で状況を理解する客観的思考と感情的、感覚的に受け入れられない思いの二重構造の中で、様々な葛藤や思いが生じる可能性が予想された。

脳死下・心停止下臓器幹旋のコーディネートに当たっては強い心的ストレスを受け、様々な葛藤や思いのある脳死患者家族の複雑な心理状態を理解し、ご家族への心理的ケアも考えていく必要がある。

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1

## 1・記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値
対象者年齢	19	25	90	61.7
記入者年齢	19	31	75	56.5
闘病期間	19	0	3650	243.3
IESR侵入	19	0	28	8.5
IESR回避	19	0	23	7.3
IESR過覚醒	19	0	19	5.1
悲嘆反応1	19	8	24	13.7
悲嘆反応2	19	6	23	10
悲嘆反応3	19	6	19	10.8
悲嘆反応4	19	8	20	12.7
GHQ身体	19	0	5	2.3
GHQ不安	19	0	6	3
GHQ社会	19	0	4	1.5
GHQ抑うつ	19	0	4	1
GHQ合計	19	0	17	7.7

表 2-1、3群の比較 Kruskal-Wallis の検定

	死因分類数値	N	平均ランク
闘病期間	闘病後の死別	5	17
	予期せぬ死別	5	5.2
	脳死を経て死別	9	8.777777778
	合計	19	
IESR侵入	闘病後の死別	5	6.3
	予期せぬ死別	5	10.1
	脳死を経て死別	9	12
	合計	19	
IESR回避	闘病後の死別	5	5.4
	予期せぬ死別	5	10.2
	脳死を経て死別	9	12.44444444
	合計	19	
IESR過覚醒	闘病後の死別	5	6.2
	予期せぬ死別	5	8.8
	脳死を経て死別	9	12.77777778
	合計	19	
悲嘆反応1	闘病後の死別	5	8.1
	予期せぬ死別	5	8.9
	脳死を経て死別	9	11.66666667
	合計	19	
悲嘆反応2	闘病後の死別	5	6.7
	予期せぬ死別	5	11.3
	脳死を経て死別	9	11.11111111
	合計	19	
悲嘆反応3	闘病後の死別	5	7.8
	予期せぬ死別	5	6
	脳死を経て死別	9	13.44444444
	合計	19	
悲嘆反応4	闘病後の死別	5	9.2
	予期せぬ死別	5	11.4
	脳死を経て死別	9	9.666666667
	合計	19	

GHQ身体	闘病後の死別	5	14.6
	予期せぬ死別	5	5.1
	脳死を経て死別	9	10.16666667
	合計	19	
GHQ不安	闘病後の死別	5	12.4
	予期せぬ死別	5	8.1
	脳死を経て死別	9	9.722222222
	合計	19	
GHQ社会	闘病後の死別	5	11.8
	予期せぬ死別	5	6
	脳死を経て死別	9	11.22222222
	合計	19	
GHQ抑うつ	闘病後の死別	5	10.8
	予期せぬ死別	5	7.3
	脳死を経て死別	9	11.05555556
	合計	19	
GHQ合計	闘病後の死別	5	13.3
	予期せぬ死別	5	5.7
	脳死を経て死別	9	10.55555556
	合計	19	

表 2-2

闘病期間	$\chi^2(2) = 11.9$ $p < .01$
I E S R回避(有意傾向)	$\chi^2(2) = 5.2$ $p < .10$ (有意傾向)
I E S R過覚醒(有意傾向)	$\chi^2(2) = 4.95$ $p < .10$ (有意傾向)
悲嘆反応3	$\chi^2(2) = 6.8$ $p < .05$
GHQ身体	$\chi^2(2) = 7.4$ $p < .05$
GHQ合計(有意傾向)	$\chi^2(2) = 4.8$ $p < .10$ (有意傾向)

表 3-1 闘病後の死別群と予期せぬ死別・脳死を経ての死別群の比較 Mann - Whitney の U 検定

	死因分類2	N	平均値
闘病期間	1.00(闘死)	5	899.0
	2.00(予死脳死)	14	9.1
IESR侵入	1.00(闘死)	5	4.2
	2.00(予死脳死)	14	10.0
IESR回避	1.00(闘死)	5	1.0
	2.00(予死脳死)	14	9.6
IESR過覚醒	1.00(闘死)	5	1.6
	2.00(予死脳死)	14	6.4
悲嘆反応1	1.00(闘死)	5	11.6
	2.00(予死脳死)	14	14.4
悲嘆反応2	1.00(闘死)	5	7.6
	2.00(予死脳死)	14	10.9
悲嘆反応3	1.00(闘死)	5	9.2
	2.00(予死脳死)	14	11.4
悲嘆反応4	1.00(闘死)	5	12.4
	2.00(予死脳死)	14	12.8
GHQ身体	1.00(闘死)	5	3.4
	2.00(予死脳死)	14	1.9
GHQ不安	1.00(闘死)	5	3.8
	2.00(予死脳死)	14	2.7
GHQ社会	1.00(闘死)	5	2.0
	2.00(予死脳死)	14	1.3
GHQ抑うつ	1.00(闘死)	5	1.4
	2.00(予死脳死)	14	.86
GHQ合計	1.00(闘死)	5	10.6
	2.00(予死脳死)	14	6.7

表 3-2

闘病期間	闘死群のほうが期間が長い p=.000
I E S R 侵入(有意傾向)	予死・脳死群のほうがスコアが高い p=.087(有意傾向)
I E S R 回避	予死・脳死群のほうがスコアが高い p=.034
過覚醒(有意傾向)	予死・脳死群のほうがスコアが高い p=.087(有意傾向)
G H Q 身体	闘死群のほうがスコアが高い p=.034



表 4-1 脳死を経ての死別群と予期せぬ死別・闘病後の死別群の比較 Mann - Whitney の U 検定

	死因分類3	N	平均値
闘病期間	1.00(闘死予死)	10	452.5
	2.00(脳死)	9	10.9
IESR侵入	1.00(闘死予死)	10	5.5
	2.00(脳死)	9	11.8
IESR回避	1.00(闘死予死)	10	3.5
	2.00(脳死)	9	11.6
IESR過覚醒	1.00(闘死予死)	10	2.2
	2.00(脳死)	9	8.3
悲嘆反応1	1.00(闘死予死)	10	11.7
	2.00(脳死)	9	15.9
悲嘆反応2	1.00(闘死予死)	10	8.7
	2.00(脳死)	9	11.4
悲嘆反応3	1.00(闘死予死)	10	8.6
	2.00(脳死)	9	13.2
悲嘆反応4	1.00(闘死予死)	10	12.8
	2.00(脳死)	9	12.6
GHQ身体	1.00(闘死予死)	10	2.2
	2.00(脳死)	9	2.3
GHQ不安	1.00(闘死予死)	10	3.1
	2.00(脳死)	9	2.9
GHQ社会	1.00(闘死予死)	10	1.2
	2.00(脳死)	9	1.8
GHQ抑うつ	1.00(闘死予死)	10	.8
	2.00(脳死)	9	1.2
GHQ合計	1.00(闘死予死)	10	7.3
	2.00(脳死)	9	8.2

表 4-2

I E S R回避 (有意傾向)	脳死群のほうが高い	p=.079 (有意傾向)
I E S R過覚醒	脳死群のほうが高い	p=.043
悲嘆反応3	脳死群のほうが高い	p=.010

表 5-1 予期せぬ死別群と脳死・闘病を経ての死別群の比較 Mann - Whitney の U 検定

	死因分類4	N	平均値
闘病期間	1.00(闘脳死)	14	328.1
	2.00(予死)	5	6.0
IESR侵入	1.00(闘死脳死)	14	9.1
	2.00(予死)	5	6.8
IESR回避	1.00(闘死脳死)	14	7.8
	2.00(予死)	5	6.0
IESR過覚醒	1.00(闘死脳死)	14	5.9
	2.00(予死)	5	2.8
悲嘆反応1	1.00(闘死脳死)	14	14.4
	2.00(予死)	5	11.8
悲嘆反応2	1.00(闘死脳死)	14	10.1
	2.00(予死)	5	9.8
悲嘆反応3	1.00(闘死脳死)	14	11.8
	2.00(予死)	5	8.0
悲嘆反応4	1.00(闘死脳死)	14	12.5
	2.00(予死)	5	13.2
GHQ身体	1.00(闘死脳死)	14	2.7
	2.00(予死)	5	1.0
GHQ不安	1.00(闘死脳死)	14	3.2
	2.00(予死)	5	2.4
GHQ社会	1.00(闘死脳死)	14	1.9
	2.00(予死)	5	.4
GHQ抑うつ	1.00(闘死脳死)	14	1.3
	2.00(予死)	5	.2
GHQ合計	1.00(闘死脳死)	14	9.1
	2.00(予死)	5	4.0

表 5-2

闘病期間	闘死脳死群のほうが高い	p=.026
悲嘆反応3 (有意傾向)	闘死脳死群のほうが高い	p=.070 (有意傾向)
GHQ身体	闘死脳死群のほうが高い	p=.019
GHQ社会 (有意傾向)	闘死脳死群のほうが高い	p=.070 (有意傾向)
GHQ合計	闘死脳死群のほうが高い	p=.044

表 6-1 闘病後の死別群と脳死を経ての死別群の比較

Mann-Whitney の U 検定

	死因分類数値	N	平均値
闘病期間	1.00(闘死)	5	899.0
	3.00(脳死)	9	10.9
IESR侵入	1.00(闘死)	5	4.2
	3.00(脳死)	9	11.8
IESR回避	1.00(闘死)	5	1.0
	3.00(脳死)	9	11.6
IESR過覚醒	1.00(闘死)	5	1.6
	3.00(脳死)	9	8.3
悲嘆反応1	1.00(闘死)	5	11.6
	3.00(脳死)	9	15.9
悲嘆反応2	1.00(闘死)	5	7.6
	3.00(脳死)	9	11.4
悲嘆反応3	1.00(闘死)	5	9.2
	3.00(脳死)	9	13.2
悲嘆反応4	1.00(闘死)	5	12.4
	3.00(脳死)	9	12.6
GHQ身体	1.00(闘死)	5	3.4
	3.00(脳死)	9	2.3
GHQ不安	1.00(闘死)	5	3.8
	3.00(脳死)	9	2.9
GHQ社会	1.00(闘死)	5	2.0
	3.00(脳死)	9	1.8
GHQ抑うつ	1.00(闘死)	5	1.4
	3.00(脳死)	9	1.2
GHQ合計	1.00(闘死)	5	10.6
	3.00(脳死)	9	8.2

表 6-2

闘病期間	闘死群のほうが長い	p=.001
IESR回避	脳死群のほうが高い	p=.042
IESR過覚醒	脳死群のほうが高い	p=.042
IESR悲嘆反応3(有意傾向)	脳死群のほうが高い	p=.083(有意傾向)

表 7-1 予期せぬ死別群と脳死を経ての死別群の比較 Mann-Whitney の U 検定

	死因分類数値	N	平均値
闘病期間	2.00(予死)	5	6.0
	3.00(脳死)	9	10.9
IESR侵入	2.00(予死)	5	6.8
	3.00(脳死)	9	11.8
IESR回避	2.00(予死)	5	6.0
	3.00(脳死)	9	11.6
IESR過覚醒	2.00(予死)	5	2.8
	3.00(脳死)	9	8.3
悲嘆反応1	2.00(予死)	5	11.8
	3.00(脳死)	9	15.8
悲嘆反応2	2.00(予死)	5	9.8
	3.00(脳死)	9	11.4
悲嘆反応3	2.00(予死)	5	8.0
	3.00(脳死)	9	13.2
悲嘆反応4	2.00(予死)	5	13.2
	3.00(脳死)	9	12.6
GHQ身体	2.00(予死)	5	1.0
	3.00(脳死)	9	2.3
GHQ不安	2.00(予死)	5	2.4
	3.00(脳死)	9	2.8
GHQ社会	2.00(予死)	5	.4
	3.00(脳死)	9	1.8
GHQ抑うつ	2.00(予死)	5	.2
	3.00(脳死)	9	1.2
GHQ合計	2.00(予死)	5	4.0
	3.00(脳死)	9	8.2

表 7-2

悲嘆反応3	脳死群のほうが高い p=.019
GHQ社会(有意傾向)	脳死群のほうがスコアが高い p=.060(有意傾向)