

スティック、同意書等) 全ては、研究終了後に、研究者の責任において消去、裁断、焼却処理を行うことをお約束いたします。

#### IX. 費用負担

本研究により、承諾いただいた参加者に費用の負担が生じることは一切ありません。

#### X. 研究成果の公表

研究成果の公表は、個人が特定されないような形で行います。また、ご希望があれば、研究成果の要約をご覧いただけます。

#### XI. 質問の自由

研究参加者の方には、いつでも、研究の内容について質問することができます。研究者はその質問に対して誠意をもってお答えいたします。

(III) 実際の面接時に用いたそれぞれの施設のインタビューガイドを以下に提示する。

##### (A) 聖隷浜松病院総合周産期センターインタビューガイド

###### 研究聞き取り内容

###### 〈終末期〉

・ 医師の説明は充分理解出来たか (難解な言葉は無かったか)

・ 意志決定するまでに十分な時間はあったか。

・ 意志決定に際して、医療者にアドバイスを求めたか

・ 意思決定後に考えが変化しなかったか

変化した場合、医療者に伝える事が出来たか

・ 看取りの時期の間に自分達のやりたいことを、児に行う事が出来たか、また、医療者から行える事について情報提供はあったか

・ 医療者からどのような関わりが必要だったか

###### 〈退院後〉

・ 医療者からのサポートは必要だったか どのようなサポートが必要だったか

・ 医療者以外からのサポートはあったか

・ 話を聞いてくれる人、理解してくれる人は

いたか。誰だったか

・ 家族関係に変化があったか

(夫婦間・児の兄弟・義父母など)

・ 児の死を兄弟にどのように伝えたか

・ 次回妊娠について不安は無かったか、病院などに相談したか

##### (B) 静岡県立こども病院PICUインタビューガイド

###### 聞き取り内容

—緊急入院 あるいは PICU 入室した時—

・ 医師の説明は充分に理解できたか

・ 誰か支えになるような医療者あるいはそれ以外の人はいたか

・ その時のご家族の思い、考えていたこと

お子様が生命の危機にある状況だとわかった時

・ 医師の説明は充分であったか

➤ 困難な意思決定をする状況があったか

◇ その場合十分な時間はあったか

◇ 意思決定に際して医療者にアドバイスを求めたか

◇ 意思決定後に考えが変化しなかったか

● 変化した場合医療者にそれを伝える事ができたか

・ 看護師の対応はどうであったか

・ 誰か支えになるような医療者あるいはそれ以外の人はいたか

・ その時のご家族の思い、考えていたこと

—お子様を看取る状況だとわかった時—

・ 看取りの時期にご家族のしたいことを、お子様に対して行うことができたか

・ 看取りに関して医療者からどのような関わりが欲しかったか

・ 逆に過剰と思われる関わりはなかったか

- 誰か支えになるような医療者あるいはそれ以外の人はいたか
- その時のご家族の思い、考えていたこと

ーお子さまが亡くなった時のことー

- 最期の時にご家族のしたいことを、お子様に対して行うことができたか
- 最期の時に医療者からどのような関わりが欲しかったか
- 逆に過剰と思われる関わりはなかったか
- 誰か支えになるような医療者あるいはそれ以外の人はいたか
- その時のご家族の思い、考えていたこと

ー退院後のことー

- 医療者からのサポートは必要だったか
  - 必要とすればどのようなサポートを求めていたか
- お子様の死を家族に伝える、共有する上で困難はなかったか
- 家族関係（夫婦、親子、兄弟間、義父母など）には変化があったか
  - 変化があった場合サポートがあったら良かったか
- 誰か支えになるような医療者あるいはそれ以外の人はいたか
- その時のご家族の思い、考えていたこと

ー現在のことー

- 入院中から現在まで、ご自身の支えとなっているもの、人など
- 辛い時に支えだと感じる人や出来事、印象的なエピソードなどについて
- 病院について退院後はどんな思いを持っていますか。再び訪れて医療者に会って話を聞きたいと思いませんか
- 病院から受けたかったサポート、ご希望などはありますか

(IV) インタビューで得られたデータの解析方法  
静岡県立こども病院で計画されている分析手法を以下に提示する。聖隷浜松病院の総合周産期センターでの分析もこれに準じて実施する。

1. データの取り扱い

録音したICレコーダーより逐語録をおこした文章とインタビュー時の状況を書き留めた文章をデータとして扱う。

2. 分析の視点

逐語録の内容と共にインタビュー時の研究参加者の表情や口調のメモを参照しながら、研究参加者の1) 子どもが入院し亡くなってから現在までの生活・心身の状況2) 入院中から現在までの悲嘆の支えになったこと3) 子どもを看取った病院施設や医療者から受けたかったサポートの有無を表現している内容に焦点を当てて分析する。

3. 分析の手順

- 1) 各研究参加者の逐語録全体のおおまかな意味を捉える。
- 2) 各研究参加者の逐語録全体を繰り返し読み、日々の生活・心身の状況や、悲嘆における支え、受けたかったケア等のキーワードを抽出する。
- 3) サブコード作成；調査結果をさらにサブコードを用いて微細に分析する。1つの意味単位で語られるキーワード、つまり①感情、②思考、③意思決定などを表現する最小単位から、できるだけ参加者の用いる表現に忠実にサブコードをつける。
- 4) 1次コード作成；時間軸に添って、複数名のサブコードの共通性・相違性のあるものを抽出する。
- 5) 2次コード作成；さらに抽象度をあげて1次コードの中で共通性・相違性のあるものを抽出する。
- 6) サブカテゴリー作成；時間軸と思いの枠を超えて2次コードの共通性・相違性からサブカテゴリーに分類する。
- 7) 得られた2次コード、サブカテゴリーの関連

性を繰り返し検討し、2次コード名・サブカテゴリ名の修正を行う。

8) カテゴリ作成；さらに2次コード、サブカテゴリの共通性・相違性からカテゴリに分類する。

9) コアカテゴリ；カテゴリ間の関連性から参加者の体験の主軸となるものを導く。

数例の分析から得られたコアカテゴリ、カテゴリ、サブカテゴリなどを用いて、全例の分析を行うこととする。

#### 4. 真実性の確保

量的研究で用いられる「妥当性」と「信頼性」に代わって「真実性」という用語で、質的研究の質の確保を用いる。「真実性」の評価にあたり、明解性、信用可能性、転移可能性、確認可能性という4点の基準を確認する。本研究では、「真実性」を確保するために、以下の事を行う。

1) 明解性を確保するため、分析プロセスにおける決定根拠を明確に示すように努める。

2) データ収集の信用可能性を確保するために、事前に研究協力者の指導の下でインタビューの訓練を行い、また終末期のコミュニケーションスキルの講習会に参加し、研究者自身のインタビュー技術を高める。参加者の体験をより深く理解するために、インタビュー時に可能な限り思いの確認を言語的にフィードバックして行う。そして、研究の全過程を通して研究協力者による指導を受ける。

3) 転移可能性を確保するために、対象者の選択を十分に検討し正確に記述する。

4) 確認可能性を確保するために、得られたデータと分析過程の詳細は追認可能な形で整理し電子データと書面で保存する。

#### (倫理面への配慮)

実際に家族との面接を担当した聖隷浜松病院 NICU と静岡県こども病院 PICU においては、それぞれの施設の倫理委員会に研究の趣旨を説明し、

倫理委員会の承認を得て面接を実施した。

#### C. 研究結果

総合周産期医療施設である聖隷浜松病院 NICU で2005年1月から2010年11月までの6年間にNICUで看取った症例の中で両親が日本人である85症例(双退2組を含む)に研究の趣旨を記した手紙を送付した。その結果宛先不明の20名を除いた65名のご家族から返答があり、調査に協力すると回答されたのは15家族であった。2013年3月末の時点では15例のインタビューが終了している。

静岡県こども病院集中治療センターは2007年6月から2012年3月までの期間に死亡退院された54例に手紙を送付してそのうち宛先不明の11例を除いた43例が調査対象になり24例にから返事がありインタビュー希望者は21例であった。2013年3月末で9例のインタビューが終了している。

これらのインタビュー結果は現在逐語録として文章化され、計画された分析手法によって解析が実施されているが、予定より多くの36例の家族のインタビューが可能になったために、今年度内に終了することが不可能となり次年度において詳細な検討を行うことになった。

#### D. 考察

面接を終えたご家族から、このような思いをほき出す機会を与えられたことに感謝の意をあらわされたことは、我々医療者側が思っている以上にご家族の中には様々な思いが蓄積されていると思われた。やはりご小児がんなどの家族に限らず、新生児疾患や救急疾患などでお子さんを看取らなくてはならなかったご家族を支えていくチーム医療体制の構築が必要であると思われる。今回のインタビューの詳細な分析から今後の家族支援のあり方を検討すると共に、そのような体制の早期実現に向けて行動を開始することが必要と思われた。

## E. 結論

調査に協力していただいたご家族の割合が比較的多いのも、ご家族がより良い医療を受けたいという気持ちの表れとも思われる。この研究結果をもとにどのような終末期医療の体制が必要か今後も研究を継続しなくてはならない。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 臓器移植における遺族グリーフケアチームのシステムアプローチに関する研究

研究分担者 加賀谷 斉 藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学 I 講座准教授  
研究協力者 金子絵里乃 関西大学人間健康学部人間健康学科助教

### 研究要旨

臓器移植におけるグリーフケアの介入のタイミングは家族が亡くなられた直後がよく、その後も長く悲嘆のプロセスを支えていくことが望ましいと考えられるが、臓器移植は突然生じる事例であるため、少数の専任スタッフが 24 時間 365 日対応を行うことは困難である。そのため、看護師、社会福祉士、臨床心理士を対象とした、グリーフケアが可能な複数のスタッフ育成のためのシステム構築を目的とした。看護師に対しては臨床心理学的な教育が、社会福祉士に対しては医学的並びに臨床心理学的な教育が、臨床心理士に対しては医学的教育が特に重要と考えられた。また、グリーフケアを行うスタッフには多大なストレスがかかることから、援助者をサポートする仕組みを整えることが、援助者のバーンアウトを防ぐために重要であることがわかった。

### A. 研究目的

グリーフとは、愛着の対象の喪失による深い悲嘆を意味し、人が親しい人や大切なものを喪失したときに体験する複雑な心理的、身体的、社会的反応のことをいう。このような悲嘆を乗り越えるためには、その人が自分なりの悲嘆のプロセスをたどっていく必要があり、重大な喪失体験をした人に対しては、悲嘆のプロセスをサポートすることが望まれる。グリーフケアとは、この悲嘆のプロセスを支援することである。前年度の研究から、グリーフケアの介入のタイミングは家族が亡くなられた直後がよく、その後も長く悲嘆のプロセスを支えていくことが望ましいと考えられた。しかし、臓器移植は突然生じる事例であるため、グリーフケアを行えるスタッフが 1 人しか存在しない場合は、時に対応不能な場合が生じる可能性も高い。そのため、1 つの医療機関において、グリーフケアチームをシステムとして持つ必要性があると考えられる。本年度の研究目的は、グリーフケアが可能

なスタッフを育成するためのシステムを構築することである。

### B. 研究方法

当院で患者や家族に直接かかわることが多い、医療連携福祉相談部での勤務者を対象とした。当院の医療連携福祉相談部には医師 2 名、看護師 3 名、社会福祉士 7 名、臨床心理士 2 名、医療事務 7 名が所属する。このうち、グリーフケアを行うのに最も適しているのは臨床心理士と考えられたが、2 名の臨床心理士では、いつでも 24 時間体制をとることは不可能であり、またシステムとしてのグリーフケアチームを医療機関において構築するには、臨床心理士以外も人員もグリーフケアを行えることが重要と考えられた。そこで、今回は看護師、社会福祉士、臨床心理士を対象とした育成システムの構築を目指した。

- (1) 医師、看護師、社会福祉士、臨床心理士、事務員が参加しての討論会

育成を予定しているのは看護師、社会福祉士、臨床心理士であるが、実際にグリーフイングを行う相手は遺族である。広範囲な見方を行うために、医師、医療事務職も交えて討論した。

(2) グリーフケアに詳しい研究協力者による講演会

研究協力者による講演会を行い、講演内容や(1)の討論会で出た意見について、さらなる討論を行った。

今年度開催した会議や講演会の対象は医療関係者のみであり、自由参加形式で自由討論を行ったので、特別な倫理面の問題はないと判断した。

### C. 研究結果

(1) 医師、看護師、社会福祉士、臨床心理士、事務員が参加しての討論会

(a) 看護師が行うグリーフケア

3つの職種の中では医療や疾病自体に対する知識が一番深い。また、死に臨む患者や家族の思いを傾聴する訓練も受けている。しかし、臓器移植という特殊な環境下においては、死は少しずつではなく、急に訪れる場合が多い。その際のグリーフケアへの対応は自信がないという意見が多かった。特に心理学的な専門知識は十分ではなく、心理学的な教育が必要と思われた。

(b) 社会福祉士が行うグリーフケア

医師や看護師に言えないことを患者や家族にぶつけられることは多く、心理学的な教育もある程度受けていることが多い。しかし、実際の臨床に生かすという意味では心理学の実践知識は不足している。また、社会福祉士は医師や看護師のように、医療現場で仕事をするを前提に学生時代に教育を受けているわけではなく、就職してから初めて医療現場に入る場合も少なくない。社会福祉的な面を除くと疾患自体の知識は不足しているため、家族よりも疾患についての知識がない場合はグリーフケアを行う際に

障害となり得る。

(c) 臨床心理士が行うグリーフケア

グリーフケアを行うには最も適している職種と考えられる。しかし、疾患自体の知識は社会福祉士と同じく、必ずしも十分ではないため、グリーフケアを行う場合に専門的な医学的知識の教育が必要と思われた。

(2) グリーフケアに詳しい研究協力者による講演会

「グリーフケアのエッセンス:援助者が心がけること」というタイトルで講演会を行った。援助者のグリーフとして、社会的に公認されないグリーフ、慢性的・複雑化したグリーフ、コンパッション疲労がある。コンパッション疲労とは、苦しんでいる人をケアすること、ケアしたいと思うことにより生じるストレスであり、他者が体験したトラウマとなるような出来事を知ることによって起こる感情的な反応である。具体的に援助者が抱えるグリーフとしては、身体的には不眠、思考停止、過食が、精神的には無気力、不全感、喪失感、自信喪失、死の衝撃、やりきれなさ、後悔の念が、社会的にはいらだち、不信感がみられる。グリーフケアは一般的に大切な人が亡くなった後から始まるが、通常では闘病中のケアがグリーフケアに繋がる。しかし、臓器移植におけるグリーフケアでは、闘病中のケアがない状態で開始せざるを得ないことが多く、これが困難さの一因となる。援助者をケアする環境も整えることが非常に大切であり、患者の死よりも援助者をサポートする仕組みが組織にあることが、援助者のバーンアウトの予防に有効である。また、看護師にとっては患者の死そのものよりも、仕事のシフトや勤務中の援助者の人数の方がストレスに繋がることも議論された。

### D. 考察

職種による違いはあるが、医学的知識をもつ

と得たいという声が多かった。臓器移植の際には交通事故，急な心肺停止，重篤な脳血管障害などの特定の病態や疾患が対象になることも多い。それらに対しての医学知識を習得することが，グリーフケアを行う際のスタッフの自信にも繋がると考えられる。また，看護師，社会福祉士の場合は臨床心理学的な教育を望んでおり，教育の充実がグリーフケアのシステム構築に必須であると考えられた。病院の場合，医学知識の教育は病院内部で比較的容易と思われる。しかし，臨床心理学的な教育は病院内部で必ずしも可能とは限らない。以上から，グリーフケアが可能なスタッフを育成するためのシステムとして以下を含む必要があると考えられる。

(1) 医学的知識の教育

臓器移植の対象となる原疾患はくも膜下出血，頭部外傷，蘇生後脳症，脳出血，脳梗塞，脳腫瘍の順に多い（「脳死下での臓器提供事例に係る検証会議 102 例の検証のまとめ」より）。これらの疾患自体に対する教育を行う。

(2) 心理学の教育

臨床心理学的な面から遺族の心理状態と具体的な対応方法を学ぶ。

(3) 援助者をケアする環境の整備

グリーフケアを行うスタッフには多大なストレスがかかる。援助者をサポートする仕組みを整えることで，援助者のバーンアウトを防ぐ。

(4) 知識や技術のアップデート

講演会やスタッフ同士の討論会で知識や技術を常に高めていく。

E. 結論

看護師，社会福祉士，臨床心理士を対象としたグリーフケアチームの育成システムを考案した。援助者個人個人の教育と援助者をサポートするシステムを同時に構築することが重要であると考えられる。臓器移植における遺族のグリーフケアは画一的なものではありえないが，現状では決して高頻度で行われているわけではなく，また，突然発生することから，いつ生じてもある程度対応可能なマニュアルの作成も必要かもしれない。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

脳死下臓器提供候補者家族にインフォームド・コンセントを行った  
臓器移植コーディネーターへの調査研究

分担研究者 朝居朋子 (社団法人日本臓器移植ネットワーク中日本支部)  
研究協力者 塚本美保 (社団法人日本臓器移植ネットワーク西日本支部)  
大宮かおり (社団法人日本臓器移植ネットワーク医療本部)

研究要旨

改正臓器移植法施行により、本人意思不明の場合の家族承諾による脳死下臓器提供が可能になった。これにより、臓器移植コーディネーター (以下、Co) からの臓器提供候補者家族への説明においては、本人の書面による意思表示が必須であった旧法下とは異なり、本人意思の推定を家族とともに丁寧に行ったり、家族の意思決定の根拠を明白にするなどの点に配慮する必要が生じたと思われる。本研究では、脳死下臓器提供候補者家族へのインフォームド・コンセント (以下、IC) や家族対応において、旧法下と改正法下において違いがあるのかどうかを明らかにした。

旧法下/改正法下で脳死ドナー家族対応を経験した Co は、旧法下と改正法下で対応に違いがあると思っていた。その最大の違いは、「旧法下では、ドナー本人の書面による意思表示が明確であり、それが家族の意思決定の根拠となったこと」であった。これは、旧法では本人の書面による意思表示が必須であったため、家族がそれを根拠に脳死判定を受けること及び臓器を提供することを選択したが、改正法下では必ずしも本人の書面による意思表示が必要でないことを背景とする。

Co にとって家族対応をするために学ぶ必要があると思われることは、①終末期の患者家族とのコミュニケーションスキル、②実例を用いた事例検討からの学び・経験共有、③脳死ドナー家族の対応のスキルである。

以上の結果を踏まえ、脳死下臓器提供という重要な家族の意思決定を適切かつ十分に支援し、臓器提供後の心情の変化に配慮した継続的な家族支援をCoが行えるようにすることが重要である。すなわち、本研究で明らかになった旧法下と改正法下における脳死下臓器提供候補者家族対応の違いに配慮した家族対応プロトコール及び教育研修プログラムを作成し、実務に役立つような研修を実施することでCoの家族対応の質の向上を図ることが、適切かつ適正な臓器あっせんのためには急務である。

A. 研究目的

本人意思不明の場合の家族承諾例において、脳死下臓器提供候補者家族へのCoのICの留意点や問題点を明らかにすること。

B. 研究方法

「18 年度厚生労働科学研究費補助金 (ヒトゲノム・再生医療等研究事業) 分担研究/移植医療の社会的基盤整備に関する研究/脳死臓器提

供を承諾した家族の心情とCoによるドナー家族ケアに関する経年的調査研究/脳死臓器提供を承諾した家族の心理に関する研究」で行ったドナー家族対応を担当したCoへの質問票をもとに、改正臓器移植法にフォーカスした質問票を作成、対象者に対し調査を実施する。

<主たる調査項目>

- 脳死下臓器提供候補者家族の意思決定から臓器提供までの懸念や関心



- 提供後の懸念や関心
- 家族への Co の具体的対応
- 旧法と現行法下での家族対応における違い等

<対象者>

2010年7月17日から2012年12月31日までの改正臓器移植法下の家族承諾例(計96例)で、脳死下臓器提供候補者家族に対しICを行ったCo(=日本臓器移植ネットワーク保管の脳死判定承諾書及び臓器摘出承諾書に署名をしたCo)日本臓器移植ネットワーク(以下、JOTNW)所属28名、都道府県所属31名計61名(2013.2.15付現職者)。

(倫理面への配慮)

調査依頼時に回答者には、調査協力は任意であること、回答内容はCoとしての評価につながらないこと、回答内容の守秘、終了後は調査票を適切な方法で破棄することを約束し、回答を以て調査協力承諾とみなした。

C. 研究結果

回答者数は28名(回収率46%)、JOTNW所属10名、都道府県所属18名。回答者の所属とキャリアとの関連は、表1のとおりである。

(表1) 回答者の所属とキャリア

| 所属    | キャリア年数 |      |        |        | 計  |
|-------|--------|------|--------|--------|----|
|       | 5年未満   | 5~9年 | 10~14年 | 15~19年 |    |
| JOTNW | 5      | 3    | 1      | 1      | 10 |
| 都道府県  | 8      | 5    | 3      | 2      | 18 |
| 計     | 13     | 8    | 4      | 3      | 28 |

回答者の所属と改正臓器移植法下(2010年7月17日施行)で2012年12月末までに担当した脳死ドナー家族対応数との関連は表2のとおりである。

(表2) 回答者の所属と改正臓器移植法下で2012年12月末までに担当した脳死ドナー家族対応数

| 所属    | 改正法下脳死ドナー家族対応数 |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | 計 |     |    |
|-------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---|-----|----|
|       | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 | 10 | 11 | 13 |   | 30≤ |    |
| JOTNW | 2              |   |   |   |   |   | 1 | 2 | 2  | 1  | 1  |   | 1   | 10 |
| 都道府県  | 1              | 4 | 4 | 3 | 1 | 1 | 3 |   |    |    |    |   |     | 18 |
| 計     | 3              | 4 | 4 | 3 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2  | 1  | 1  |   | 2   | 28 |

調査対象者の抽出は、JOTNW 保管の脳死判定承諾書及び臓器摘出承諾書に署名をした Co としたが、承諾書に署名したものの、自己認識では家族対応をしたと思っていない Co が対応数を 0 と申告したと思われる (JOTNW 所属 2 名、都道府県所属 1 名)。

回答者の所属と旧臓器移植法下(1997年10月17日施行)担当した脳死ドナー家族対応数との関連は表3のとおりである。

(表3) 回答者の所属と旧臓器移植法下で担当した脳死ドナー家族対応数

| 所属    | 旧法下脳死ドナー家族対応数 |   |   |   |   |   |   |    | 計  |
|-------|---------------|---|---|---|---|---|---|----|----|
|       | 0             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 | 19 |    |
| JOTNW | 4             | 1 | 1 | 1 |   | 2 | 1 |    | 10 |
| 都道府県  | 9             | 6 | 1 |   | 1 |   |   | 1  | 18 |
| 計     | 13            | 7 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1  | 28 |

脳死ドナー家族対応において、旧法と改正法で違いがあるかどうかについては、表4のとおりである。

(表4) 脳死ドナー家族対応において、旧法(1997年施行)と改正法(2010年施行)で何か違いがあると思いますか?

| はい | いいえ | わからない | 該当しない | 計  |
|----|-----|-------|-------|----|
| 12 | 1   | 2     | 13    | 28 |

違いがあると思うことの詳細については、下記のとおりである。

- 旧法下では、ドナー本人の書面による意思表示が明確であり、それが家族の意思決定の根拠となったこと(11名)

- 旧法下では、Co の面談時に家族が提供することをすでに決めていることが多かったこと（4名）
- 旧法下では、情報公開の取り扱いが大きくて、情報公開に対する家族の懸念も強かったこと（4名）
- 改正法下では、提供施設の院内体制整備も進み（例 複数回のシミュレーション、院内 Co 設置など）、病院側でも十分ドナー家族対応が行っていたこと（移植 Co のみに負担がかからず、医療スタッフとの連携が取れた等）（4名）
- 旧法下では、ドナー本人の書面による意思表示があるため、提供後の家族の気持ちの揺らぎも少ないこと（3名）

脳死ドナー家族対応を経験したことから、Co としての自分に何が必要だったか、あるいは自分に何が不足していたかについては、下記のとおりである。

- 終末期の患者家族とのコミュニケーションスキル（17名）
- 実例を用いての事例検討からの学び・経験共有（16名）
- 脳死ドナー家族の対応のスキル（こういう状況ではこういう問題が生じやすいのでこのように対処するなど）（13名）
- 脳死患者の家族の心情についての基礎知識（12名）
- 死別悲嘆についての知識（12名）
- カウンセリングのテクニック（11名）
- 脳死下臓器提供のプロセスがドナー家族に与える影響についての知識（10名）
- 脳死下臓器提供の情報公開の対応のスキル（8名）

#### D. 考察

旧法下での脳死下臓器提供を経験していない Co は回答者の約半数に上る。これは、旧法下で

の 11 年 5 か月間で脳死下臓器提供が 86 例（月平均 0.6 件）であり、症例を経験する機会が非常に少なかったこと及び回答者のキャリアが 5 年未満であることが理由であると思われる。改正法下での脳死下臓器提供は、改正法施行後 2012 年末までの 2 年 5 か月の間に 118 例（月平均 4.1 件）あり、症例が発生する都道府県も多岐にわたり、多くの Co が症例を経験する機会を得た。特に JOTNwCo は所属支部内の症例に広範に関わる機会があるため、JOTNwCo の経験数が多いが、都道府県 Co は自県または隣県での症例に限り関わる機会があるため、JOTNwCo に比して経験するが少ない傾向にある。症例経験の機会均等は、基本的に所属を越えての症例への関与ができないため難しいが、その代わりに経験した症例を共有して学ぶことの機会を確保することは JOTNw としても積極的に行っていきたい。

旧法下／改正法下で経験した脳死ドナー家族対応において、ほとんどの Co（11／14）は旧法と改正法で違いがあると思っていたことが分かった。そして、最も違いを感じることは、「旧法下では、ドナー本人の書面による意思表示が明確であり、それが家族の意思決定の根拠となったこと」であった。すなわち、旧法では本人の書面による意思表示が必須であったため、家族がそれを根拠に脳死判定を受けること及び臓器を提供することを選択したが、改正法下では必ずしも本人の書面による意思表示が必要でないことを背景とする。JOTNw のまとめによると、改正法下の脳死下臓器提供では、本人の臓器提供の意思がまったく不明（書面でも口頭でも意思表示なし）のケースが過半数にのぼるが、この場合家族の意思決定の根拠としては、「人の役に立つ（社会貢献）」「どこか一部でも生きていてほしい（生命継承）」「本人なら良いと思う（人となりからの推定同意）」等が考えられる。

脳死下臓器提供を承諾した後に家族の意思決定に迷いが生じた時にどこに立ち戻ればよいのか。本人の意思が明白であれば、遺された家族は

それをよりどころとして自分たちがした意思決定を肯定することができるが、本人の意思がない場合は難しい。「人の役に立つ（社会貢献）」「どこか一部でも生きていてほしい（生命継承）」という理由の場合は、提供された臓器の移植者の経過がよければ肯定的にとらえることができるであろうが、移植者の廃絶・死亡の場合はどうか。本人意思が存在すれば、臓器提供により本人意思の成就が完結し、意思決定をした家族は目的を達したと言える。しかし、本人の意思がない場合、「本当によかったのかどうか」と迷う家族も少なくない。そのことは、「旧法下では、Coの面談時に家族が提供することをすでに決めていることが多かったこと」「旧法下では、ドナー本人の書面による意思表示があるため、提供後の家族の気持ちの揺らぎも少ないこと」という実感とも矛盾しない。日本では、臓器を提供する時のみ脳死が人の死となるので、家族の意思決定によりドナーの死が決まることになる。この意味の重さを背負うには、本人意思の不在の状況下では大変厳しく酷なこともある。本人意思不明で家族承諾で脳死下臓器提供を決断する場合にはCoは家族の意思決定の重みを理解し、支える立場にある。そのためには、どのような言葉かけや対応が有効であったか経験知をまとめ、共有する必要がある。

また、家族対応をするに際し、Coとしての自分に何が必要だったか、あるいは自分に何が不足していたかという問いの答えは、今後の教育研修の企画立案に関係する。①終末期の患者家族とのコミュニケーションスキル、②実例を用いた事例検討からの学び・経験共有、③脳死ドナー家族の対応のスキルのニーズが高いことが判明した。どれも、脳死ドナー家族対応には必要不可欠な実践的なスキルである。

①に関しては、ドナーのほとんどは突然の発症により重篤で回復不可能な状態に陥った患者であることから、慢性疾患の終末期とは異なる患者家族の心理状態や特性に着目したコミュニケーションスキルが求められる。Coの教育研修プロ

グラムに組み込むことにより、家人の死が避けられないという最大の悲嘆の中にいる家族の支援を適切に行うことができる。

②に関しては、現在JOTNWで家族対応にフォーカスしたケーススタディを、精神科医のメディカルコンサルタント同席のもと、JOTNW Coと都道府県Coが参加し隔月で実施している。これまでのケーススタディは、支部単位で行われることがほとんどであり、貴重なケースの共有化が全国的に行われていたとはいえない。また、都道府県CoはJOTNW Coに比べると症例対応の機会が限定されるため（自県または隣県で発生したときに限られる）、週1例のペースで脳死下臓器提供が行われる今、地域を越えたケーススタディにより学びの機会を保障することはCoのスキルアップには重要である。逆にJOTNW Coは、症例に関わる機会はあっても、家族対応よりもデータ収集、手術室や搬送の対応等周辺の業務に従事することが少なくない。したがって、JOTNW Coにとってもケーススタディは家族対応を学ぶための貴重な機会となる。

③に関しては、18年度の先行研究をもとに『脳死下臓器提供家族対応プロトコール（平成19年度厚生労働科学研究費補助金 再生医療等研究事業 臓器移植の社会基盤整備に関する研究 脳死臓器提供を承諾した家族の心情と臓器移植Coによるドナー家族ケアに関する経年的研究）』を作成したことがあるので、改正法下の家族対応の特徴に着目して、この家族対応プロトコールの内容更新を検討している。Coのテキストとしては『コーディネーター業務基準書』（JOTNW作成）があり、あっせんの手順についてまとめられているが、「こういう問題にはこのように対処する」といったノウハウ的な部分は足りない。それを補完するために、実際に脳死ドナー家族対応を行ったCoから集めた経験知を1つの形にまとめ、共有し学ぶことが脳死ドナー家族に適切に対応できるCoを育成するためにも不可欠である。

## E. 結論

旧法下／改正法下で脳死ドナー家族対応を経験した Co は、旧法下と改正法下で対応に違いがあると思っていた。その最大の違いは、「旧法下では、ドナー本人の書面による意思表示が明確であり、それが家族の意思決定の根拠となったこと」であった。

Co にとって必要と思われるのは、①終末期の患者家族とのコミュニケーションスキル、②実例を用いての事例検討からの学び・経験共有、③脳死ドナー家族の対応のスキルである。

本研究で明らかになった旧法下と改正法下における脳死下臓器提供候補者家族対応の違いに配慮した家族対応プロトコル及び教育研修プログラムを作成し、実務に役立つような研修を実施することで Co の家族対応の質の向上を図ることが、適切かつ適正な臓器あつせんのためには急務である。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

朝居朋子他. 小児の臓器提供の分析. 移植 47 巻 2・3 号. 199-204. 2012 年

### 2. 学会発表

朝居朋子他. 脳死下臓器提供に至らない要因の分析. 第 48 回日本移植学会総会. 移植 47 巻臨時号. 271. 2012 年.

朝居朋子. 院内外コーディネーターの連携～ドナー及びドナー家族のケア～. 第 46 回日本臨床腎移植学会総会. コーディネーター部門シンポジウム. 2013. 1. 31.

## G. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

### 1. 特許取得

なし。

### 2. 実用新案登録

なし。

### 3. その他

なし。

## 移植コーディネーターの役割に関する研究

研究分担者 芦刈淳太郎 社団法人日本臓器移植ネットワーク医療本部部長

### 研究要旨

平成 22 年 7 月の臓器移植法改正に伴い、脳死下臓器提供件数が大幅に増加したが、実際のドナーコーディネーターの業務に質的・量的な変化などが生じていることが予測され、その実態を分析することにより今後の業務のあり方やあるべき体制について検討することを目的とした。臓器移植法の改正前後を比較検討することとしたが、平成 24 年度は改正臓器移植法施行前の脳死下臓器提供事例において臓器提供施設に派遣したコーディネーターの人数について調査分析した。平成 20 年 5 月～平成 22 年 6 月の 19 例を対象として分析した結果、1 事例当たりで関与したコーディネーターの人数は、平均 5.2 名、最大値 6 名、最小値 4 名であった。日本臓器移植ネットワークコーディネーターは、平均 3.9 名、最大値 5 名、最小値 2 名、都道府県コーディネーターは、平均 1.3 名、最大値 3 名、最小値 1 名であった。平均 3.9 名のネットワークコーディネーターは、支部を超えての支援が見られ、都道府県コーディネーターは当該都道府県コーディネーターが家族対応を行うことが多く、2 人目以上は、隣県からの支援が見られた。

### A. 研究目的

平成 22 年 7 月に臓器移植法が改正され、脳死下臓器提供の件数が大幅に増加したが、それに伴い、実際の脳死下臓器提供事例におけるドナーコーディネーターの業務に質的・量的な変化などが生じていることが予測された。その実態を分析することにより、今後のコーディネーターの業務のあり方やコーディネーターのあるべき体制について検討することを目的とした。

### B. 研究方法

実際の脳死下臓器提供事例におけるコーディネーターの対応をレトロスペクティブに集計し分析する。また、臓器移植法の改正前後を比較検討することにより、コーディネーター業務の質的・量的変化を図る。平成 24 年度は、改正臓器移植法施行前の脳死下臓器提供事例において臓器提供施設に派遣したコーディネーターの人数について調査分析した。

対象とした事例は、改正臓器移植法施行前の

68 例目～86 例目（平成 20 年 5 月～平成 22 年 6 月）の 19 例とした。脳死下臓器提供が始まった初期は、コーディネーターの人数や体制がまだ試行錯誤段階であったため除外し、比較的記録が残っていた改正臓器移植法施行直前の約 2 年間を対象として調査した。

（倫理面への配慮）

本研究は、日本臓器移植ネットワークの承認を受けた上で行った。収集された調査データの分析に際し、個人が同定できないよう匿名化して行った。収集されたデータは、社団法人日本臓器移植ネットワークにおいて厳重に保管され、本研究の目的外には供与されない。

### C. 研究結果

改正法施行前の脳死下臓器提供事例において、1 事例当たりで関与したコーディネーターの人数は、平均 5.2 名、最大値 6 名、最小値 4 名であった。日本臓器移植ネットワークコーディネーターは、平均 3.9 名、最大値 5 名、最小値 2 名、都

道府県コーディネーターは、平均 1.3 名、最大値 3 名、最小値 1 名であった。

#### D. 考察

改正法施行前の脳死下臓器提供事例において関与した平均 3.9 名のネットワークコーディネーターは、支部を超えての支援が見られた。特に臓器摘出手術室の担当コーディネーターの派遣が多かった。また、都道府県コーディネーターは、当該都道府県コーディネーターが家族対応を行うことが多く、2 人目以上は、隣県からの支援であった。

#### E. 結論

改正法施行前の脳死下臓器提供事例において、1 事例当たりで関与したコーディネーターの人数は平均 5.2 名、ネットワークコーディネーターは平均 3.9 名、都道府県コーディネーターは平均 1.3 名であった。ネットワークコーディネーターは、支部を超えての支援が見られ、当該都道府県コーディネーターは隣県からの支援が見られた。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

我が国における臓器提供の現状. 日本内科学会 Vol. 102 No. 3 : 545-551、2013 年

##### 2. 学会発表

1) 「脳死下臓器提供におけるコーディネーターの役割と連携」、シンポジウム「心臓移植における麻酔科医の役割」、日本麻酔科学会第 59 回学術集会、2012. 6. 8、神戸。

2) 「臓器移植法改正後の小児移植の現状」、特別報告、第 34 回小児腎不全学会学術集会、2012. 9. 14、淡路。

3) 「日本臓器移植ネットワークの新たな効率的運用の取り組み」、シンポジウム「臓器移植法改正後 2 年を経て—『脳死下臓器提供における課題』」、第 48 回日本移植学会総会、2012. 9. 21、名古屋。

4) 「改正臓器移植法施行前後での臓器提供施設における時間的経過の比較検討」、第 48 回日本移植学会総会、2012. 9. 21、名古屋。

5) 「脳死下臓器提供 102 例の臓器あっせん業務の検証(レシピエント選択の状況)」、ワークショップ「脳死下臓器提供 102 例の検証と臓器提供のこれからの課題と対応」、第 48 回日本移植学会総会、2012. 9. 22、名古屋。

6) 「わが国における臓器提供の現状」、日本内科学会学術集会「第 40 回内科学の展望」、2012. 11. 11、長野。

7) 「改正法施行後の日本の臓器提供の現状」、シンポジウム「臓器提供プロセスにおける品質管理」、第 7 回医療の質・安全学会学術集会、2012. 12. 24、大宮。

8) 「小児臓器提供の経験」、第 9 回心臓移植セミナー「わが国の小児心臓移植の発展に向けて」、第 77 回日本循環器学会学術集会、2013. 3. 15、横浜。

#### G. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

平成24年度厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等克服研究事業  
(免疫アレルギー疾患等予防・治療研究事業) 分担研究報告書

都道府県コーディネーターの教育・研修に関する研究

研究分担者 岩田 誠司 福岡県メディカルセンター 県移植コーディネーター  
研究協力者 小林 由起子 日本臓器移植ネットワーク 移植コーディネーター

研究要旨

本邦における移植コーディネーターは、大きくドナーコーディネーターとレシピエントコーディネーターに分類され、ドナーコーディネーターは、臓器の『提供』に関わる調整を行い、レシピエントコーディネーターは提供された臓器の『移植』に関わる業務を主として行っている。

ドナーコーディネーターには、(社)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、各都道府県が設置しているコーディネーター(都道府県コーディネーター)、そして、病院が自施設内に設置したコーディネーター(院内コーディネーター)の大きく3種に分類される。このうち、臓器提供の斡旋に関わる業務を行うのは、(社)日本臓器移植ネットワークのコーディネーターと、都道府県コーディネーターであり、都道府県コーディネーターは、(社)日本臓器移植ネットワークより業務委嘱が行われた形で、この斡旋業務を行っている。

そのような設置背景の差異はあるものの、ともに臓器提供希望者発生時には臓器提供が円滑に行われるよう、院内において調整業務(コーディネーション)の役を担い、その業務の内容や責任は同等のものである。

しかしながら、都道府県コーディネーターは、日本臓器移植ネットワークのコーディネーターと比較した場合、コーディネーション業務に携わる機会が圧倒的に少ない現状がある。都道府県C oは、基本的に自県内の提供症例を対応範囲としており、県境にとらわれず活動を行う日本臓器移植ネットワークコーディネーターと比べ、経験を積みにくい環境下にあることがその大きな要因である。また、日本臓器移植ネットワークのC oは、各支部内に複数のコーディネーターとともに在籍するが、都道府県コーディネーターは概ねコーディネーターが一人という状況下で業務を行っており、コーディネーター同士、共に刺激し研鑽し得る機会が少ない環境であることはいままでのない。

つまり、都道府県コーディネーターが、コーディネーション業務を早期に習得するにあたっては、その環境的な事情が大きな弊害となっていると言える。

今後、臓器提供症例の拡大を図り、個々の事例において十分な対応を行っていくにあたって、都道府県コーディネーターのコーディネーションスキルの習得方法の確立は早期に対処すべき問題と考える。

## A. 研究目的

都道府県コーディネーターが、より効果的・効率的にコーディネーション業務を習得にするための教育プログラムの作成を目的とする。

## B. 研究方法

昨年度実施した『コーディネーションの体験型研修会\*』の改善を図り、より効果的な研修手法としての確立を目指す。

(\*コーディネーションの体験型研修会：病院内において、『仮想のドナー』が発生したという情報をもとに、ICUや手術室等において、実際に即したコーディネーション業務を行う研修会。院内スタッフの協力や病棟や手術室を使用させていただき、可能な限り実際のコーディネーションに近い状況下で行う研修方法を指す。)

研修方法の改善にあたっては、昨年度、実施した参加者や、関わった協力施設のスタッフへのアンケート結果等を参考にした。具体的には、以下のように内容を改め、開催することとした。

- ①研修日程を1日から2日へと延長した。
- ②座学と併用して実施した。
- ③研修後はすぐに振り返りの時間を設けた。
- ④研修対象者をコーディネーション未取得の者から中程度の習得度の者へと変更した。

④に関してはH22年度の研究結果より就業年数4年以上のものを中程度の習得者と仮定した。

実施日 : 2012年12月1日～2日

実施場所 : 済生会八幡総合病院

対象 : 心停止下臓器提供のコーディネーションの経験がある就業4年以上の中堅都道府県コーディネーター

参加 : 3名

場面設定 :

- ①第一報受信～病院到着
- ②主治医からの情報収集
- ③家族説明・承諾書作成
- ④採血依頼
- ⑤主治医との調整
- ⑥病棟看護師との調整
- ⑦手術部スタッフとの調整
- ⑧摘出チームとの調整
- ⑨循環動態悪化時の対応
- ⑩死亡宣告～手術室搬送
- ⑪摘出手術

受講者の研修受講時の就業年数は以下のとおりであった。

|      | 就業年数  |
|------|-------|
| 受講者A | 5年7か月 |
| 受講者B | 6年8か月 |
| 受講者C | 5年1ヶ月 |

## C. 研究結果

コーディネーションの業務を、1. 第一報受信、2. 家族説明 3. 情報収集 4. 主治医、病棟スタッフとの調整、5. 手術室の調整、6. 検視の調整 7. 手術室内業務 の7つに分け、それぞれの業務内容をさらに細かく34項目に分類した。

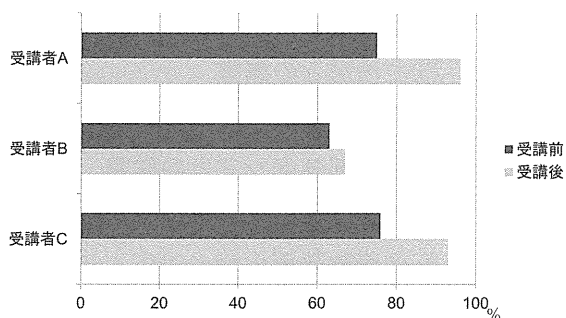
研修の結果は自己評価とし、以下のように1～4点の点数にて視覚化できるようにした。

- 4・・・できる、もしくはできると思う
- 3・・・ややできる
- 2・・・あまりできない
- 1・・・完全にできない



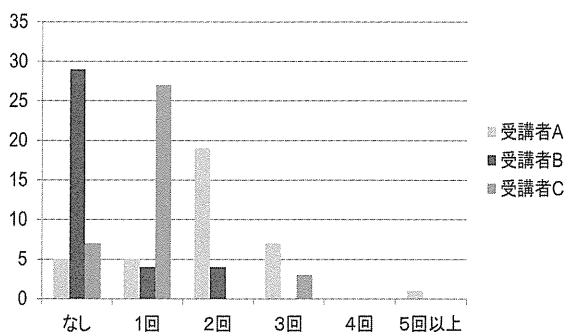
受講者に、研修を受講する前と受講した後で 37 項目について自己評価してもらい、算出した結果を以下に示す。

【表①研修受講前後の業務習得度の比較】



また、研修前に自身が主体となって関わったコーディネーション業務が 34 項目中どれくらいあるのか受講者別にその経験値をまとめたものが以下の表である。

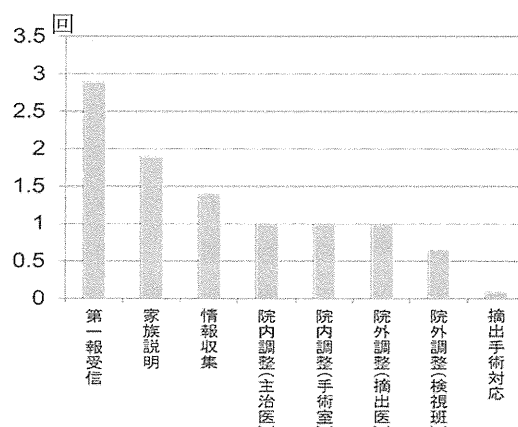
【表②研修前に自身が主体となって関わったコーディネーション業務の項目数】



実際に主体となって関わった経験数を業務別にまとめたものが以下の表となる。

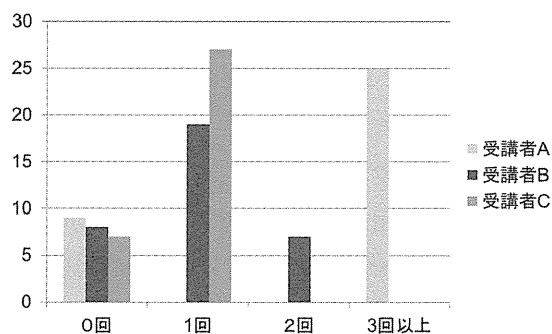
(症例対応の経験数は受講者 3 名の平均値)

【表③コーディネーションの経験数業務別】



受講者が、今回の研修前にコーディネーション業務の研修を受けた業務項目及びその頻度は以下のとおりであった。

【表④受講経験のある項目数とその頻度】



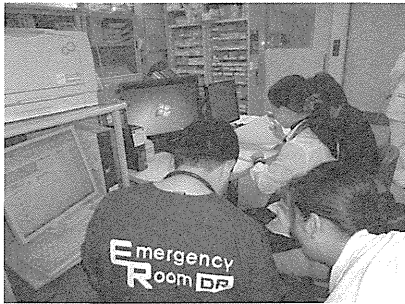
研修風景



医師から第一報を受信



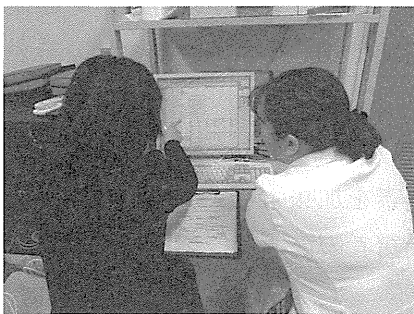
手術室スタッフ調整



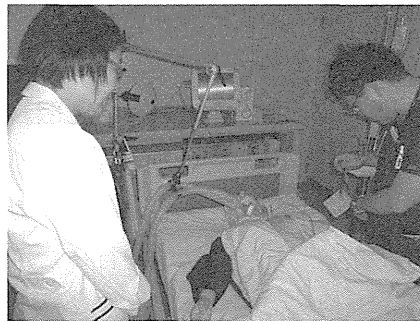
主治医・看護師からの情報収集



摘出チームとの打ち合わせ



電子カルテからの情報収集



死亡確認



病棟看護師との調整



摘出手術

## 【考察】

昨年度に引き続き、コーディネーション業務の習得にあたって、模擬ドナーを想定した医療機関内での体験型研修会の有効性を検証した。

今年度は、就業年数が最短でも5年1ヶ月を経過した受講者であり、コーディネーションの実務経験や研修経験はこれまでに多く積んでいる状況を想定していた。しかしながら、結果として、研修前後の業務の習得度（自己評価）には受講者によって大きな差異が生じた。

受講者Aや受講者Cと比較し、受講者Bはそもそもの業務習得度が低いうえ、研修後の業務習得度の伸びもあまり見られなかった。（表①）

受講者Bは、参加者のうち、最も就業年数は長かったが、他の参加者比べ、主体となって関わったコーディネーションの経験が顕著に少なかった。コーディネーションを構成する34の業務のうち、29の業務（85%）において過去に主体となって関わった経験が一度もない状況であった。

受講者のスキルを均一にするために、同等の就業年数でメンバー構成を行ったが、都道府県Coは、地域のアクティビティによって症例経験に差が生じやすく、受講者間のスキルに差が生じている。

現実的には、就業年数ではなく、症例の経験数がスキルの向上に大きく影響しているため、受講者のメンバーを構成する際には考慮すべき事柄と思われた。

また就業後5年以上の受講者であっても、斡旋時の現場研修においては、コーディネーション業務のうち、23%（受講者3名

の平均）もの項目について研修を受けた経験がないことが判明した。（表④）

さらに、中堅の都道府県Coは初動から単独で関わる可能性が高いため、コーディネーション業務の前半部分に関しては主体的な関わりの経験はあるものの、中盤以降の業務に関しては、主体的な関わりの経験が少ないという偏りが生じていることも明確になった。（表③）

実際のドナー情報対応時には、症例の時間軸の中盤よりJOTCo.が関わり、それ以降の業務に関してはその介入に依存している状況が予測された。

## E. 結論

- ・昨年に続き、『仮想のドナー』が発生したという情報をもとに、医療機関の協力を得て、実際に即したコーディネーション業務を行う研修会を開催した。
- ・同等のスキルを持った受講者でメンバー構成を行い、そのレベルに合わせた研修内容を提供することがより効果的と思われた。
- ・「就業年数」のみならず、「症例の経験数」という要素を加味することで、スキルの均一な受講者の構成が行えうと思われた。
- ・各業務内容を事前に把握したうえで受講することが、体験型研修では有効であったため、座学との併用にて実施することが望ましい。
- ・新人の都道府県Coは各業務ごとの体験型研修を行い、まずは個々の業務の習得に力点をおくことが先決と思われた。
- ・中堅の都道府県Coには、一連の流れを体験し全体像を把握する機会を提供するこ

とで、より理解を深める効果があると思われた。

- ・中堅の都道府県 Co は、研修経験の少ない中盤以降の業務の習得に重点を置き 実施することが効率的と思われた。
- ・開催に際して、病院の協力が不可欠であるため、施設の使用やスタッフの協力に関し、より負担をかけないプログラムの工夫が必要であると思われた。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

#### G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他