



図2 家族辞退による腎提供非成立理由 (34件)

際に患者・家族を目の前にすると二つの倫理観のあいだで揺れ動いてしまうことがある。しかし、きちんと医療を遂行しようをすれば、理屈として、個人の倫理観ではなくチーム医療で対応し、患者側も医療者側も満足していけたらいいのではないかと考える。

昔からコミュニケーションといえば看護師における専売特許の要素もあり、ベッドサイドや立ち話による看護師と家族とのコミュニケーションは、医師ばかりではなく非常に重要な情報源であった。

つまり家族への説明内容は何度でも丁寧に行われ、その結果、家族が十分に病状を理解していることが重要となる。もちろん現代医療では説明にあたって、チームとして看護師なども参加することが大切である。特に救急現場における終末期は、高度医療による救命の途中のこともあり、型通りのDNAR(do not attempt resuscitation)codeではなく、それぞれの症例に応じた終末期対応が重要となる。

一般的に効果的なコミュニケーションとは、決定した、もしくは決定しようとしている目標を達成するための情報交換をお互いに成功している状況を示す。さらに目標を施行させようとするための必要な要素では、① 一方的にならないこと、② よく相手の話を聞き、理解すること、③ 自分の話を相手に聞いてもらい、理解してもらうこと、④ 対話を成立させること、などが大切となる。そして、情報交換に成功しているかどうかについては、個人的な経験と知識から現実問題に置き換え、解釈と認知が行われるのである。

さらに細かい構成要素を示すと、認識(相手の性格や家族関係・インテリジェンスなど)、分析(得た情報をもとに相手を知ること)、戦略(相手はどのように内容を認識しているのか)、交渉(なにを、どのようにして、どうしたいか)、権限(医療の必要性、家族の権利、医療者の立場)、教育(お互いに必要な知識を共有する)、監視(観察と効果判定)などがあげられる。

ここで問題となる点は、あくまで個人的な経験と知識には差があり、医師からの説明に驚きや困惑を示す家族や、家族のニーズに合わない医療行為や看護ケアを継続する医療スタッフにより、効果的なコミュニケーションが不成立になる状況である。さらに救急・集中治療の現場では、家族の精神状態について問題があげられる。それは対象の喪失、悲嘆反応、心理社会的問題などある。突然の急な出来事で治療参加が困難な状況で、情報の乏しさから状態受容の困難さが生じる。

今回、入院患者の家族への満足度をアンケートにて調査した結果では、入院後3日目の医師の説明不足に対する不満足度が看護師への不満足度として、10%ほど存在していたことがわかっている。これはいままで元気であった家族が、突然救急搬送されて入院し、治療困難な診断を突き付けられても、納得などするほうが難しい状況であるが、入院から3日目あたりで、これら説明は、家族と医療スタッフがお互いに理解しなければならぬ内容であるにもかかわらず、家族の理解度は予想よりはるかに低く、より必要とされている内容であると理解しなくてはならない。

そのためには効果的なコミュニケーションをもとに、一定の時間(状況を受け入れるまでの期間)と繰り返し丁寧な説明とが重要となる。もちろん、悲嘆家族とのコミュニケーションは、だれもが緊張し高いレベルの説明が必要となる。そして大切な家族の話であるがゆえ、対応時に、心情的配慮が少なく説明が簡素化し、説明が否定的となったり、コミュニケーション不足となるので注意が必要である。

加えて、臓器提供については別途説明が必要であり、早晚家族が亡くなることを理解していたとしても、家族の心情は揺らぐものである²⁾。そのため医療スタッフは、家族の心情に寄り添い最後までニーズへの対応を行う。臓器提供に至るまでの採血や処置など

についてはそのつど説明を行い、家族に了承を得たうえで行うことが基本である。

脳死下での臓器提供の場合には、家族の希望があれば脳死判定への立ち合いも可能なため、立ち合える場所の確保や、実際に行われている検査内容の説明などを、家族の希望に合わせて行う。希望する病室での過ごしかたを話し合い、家族のニーズに合わせた環境を整えることは重要である。

どの家族も死にゆく患者を目の前にすると、後悔を多少なりとも抱くものであり、悔いのない看取りはないものである。特に、本人の意思が不明なままでの治療方針の決定や、臓器提供の承諾に関しては、本当にこれでよかったのか、と家族も自分を責めてしまいやすい傾向にある。そのため、医師・看護師は、家族の決断に対して共感し、肯定することが大切である。

このため日常からの情報交換と院内体制整備が重要であり、その積み重ねが家族支援の質の向上につながる。さらに看取りの環境づくりは重要であり、家族が十分な看取りができるよう環境を整え、看取りに対する要望があれば相談に応じる。手術終了後は通常どおりのお見送りの方法となるため、手術後の着衣に対する要望の有無、エンゼルケアへの参加などを確認し、最後まで家族のニーズにそえるよう対応する。すべての家族ケアは、医療チームとして家族を支援することが重要である。

まとめ

臓器提供の選択肢提示は、“主治医など”が行うこととなっているが、患者家族に一番近いのは看護師である。つまり、これからも家族からのニーズを拾い上げることが、看護師(もしくは新しい資格)には充分可能であると思われる。

しかし、そのためには、時代にあったスマートな教育や資格サポートが必要かと思われる。

最後に

救急の現場であっても、看取りの場の主役は患者と家族であることに違いはない。

終末期にある患者と家族に対して遠くから取り巻くようにみていて、あたかも医療者はもう介入はすんだことのように感じてはいないだろうか。もしそうであれば、その人らしい最期の迎えかたができるように、より介入することが必要である。そして、家族が持つ希望や方向性を肯定するためにも、後悔のないような医療スタッフとの協働が重要である。

文 献

- 1) 秋葉悦子：我が国固有の倫理観と脳死下臓器移植。Ⅱ. 脳死と臓器移植 臓器移植と倫理. 日本臨床 68(12) : 2234-2238, 2010.
- 2) 朝居朋子・他：心停止後腎臓提供のドナー家族の思いの分析. 死の臨床 27(1) : 76-80, 2004.

聖マリアンナ医科大学における脳死下臓器提供シミュレーションの結果と課題

長屋文子*¹⁾, 福澤知子*²⁾, 中村晴美・小野 元*³⁾

Implementation of a interactive of brain-dead donation case simulation as a training for medical staff and problem solving process in St.marianna University Hospital

当院は脳死下臓器提供施設であるが、法改正後、院内体制の妥当性が曖昧であった。そのため脳死下臓器提供シミュレーションを行った。結果として、行動レベルのマニュアルの作成が出来た。また職員の知識向上に有効であるという結果を得た。そして院内コーディネーターが行う家族支援が明確化した。家族対応を行う職員に対してのサポート体制強化、終末期医療の質向上のため、継続的な教育の必要性が今後の課題としてあげられる。

Key words : 脳死下臓器提供, シミュレーション, 家族ケア

聖マリアンナ医科大学は脳死下臓器提供施設であり、現在まで脳死下臓器提供を含め臓器提供を経験している。2007年、院内における臓器提供活動を行うため、月ごとの臓器提供支援委員会、それを運営する移植医療支援室、院内コーディネーターワーキンググループ(CoWG)が整備された。院内CoWGを組織する、院内ドナーコーディネーター(院内Co)は、救命医師、病棟手術室看護師、放射線技師、臨床検査技師、薬剤師、医事課職員の11名で構成されており、院内での普及啓発活動や臓器提供時のマニュアルの作成と整備を行っている。そして、臓器提供は“grief care”の一つであることを勉強会などで職員に普及啓発してきた。

しかしながら、臓器移植法改正後の院内体制やマニュアルの妥当性が曖昧であった。また、これまで知識伝達型学習として、法改正前から4回の学習会(座学)を開催し、臓器提供は、“grief care”の一つであることを普及啓発してきた。これらのアンケート調査結果として、理解度は比較的高く、知識の向上に効果的であったといえた。しかし、具体的な行動や情報共有への結びつけは不十分であるという意見があり、課題が残った。

そのため、脳死下臓器提供症例を準備し、移動型シミュレーションにて妥当性の検討を行った。

体制

当院で構築した臓器提供対応プロトコルでは、医師が脳死としうる状態と判断した場合は、移植医療支援室に連絡を行う。臓器提供を希望された際は、移植医療支援室から院内Coに連絡が入り、院内Coが情報収集と臓器提供の適応の有無を確認し、神奈川県臓

器移植コーディネーター(県Co)に連絡をする。その後4回以上の院内会議を開催し、各関連職種と連携を取りながら、提供に向けて一連の流れを構築していく体制である。院内連絡や調整を、院内Coが主となり実施している。

方法

内因性・外因性の2パターンを準備した。それぞれドナー設定を行い、オプション提示から出棺まで一連の流れのシミュレーションを行った。実際の症例に近い状況にするため、開催時間は、通常業務時間中の3時間とした。参加者には、記述アンケート式意見調査を行った。また脳死下院内Coマニュアルの評価を行った。

結果

1. 第1回脳死下臓器提供シミュレーション(内因性)

1回目は、既存していた脳死下院内Coマニュアルを使用し、内因性脳死下臓器提供シミュレーションを行った。院内でははじめてのシミュレーションのため、脳死事例の発生から臓器提供までの一連の流れにおける院内の対応と、関係各機関との連携についての確認、既存のマニュアルの検証ということを重点に置き実施した。

参加職種は、医師、看護師、県Co、院内Co、委員会メンバー、看護助手、警備であり、参加人数は32名であった。開催場所は、夜間急患センターとし、夜間急患センター内を病室、ナースステーション、面談室、会議室に区切り設定した。ドナーは、くも膜下出血を起こした50代の男性と設定した。また法改正直後の実施であったため、臓器提供意思表示カードの所持はない設定とした。

プロトコルどおり、脳死としうる状態が発生したと、臓器提供希望であることを移植医療支援室に

*¹⁾ 聖マリアンナ医科大学 救命救急熱傷センター

*²⁾ 同 看護部

*³⁾ 同 移植医療支援室

連絡する場面からシミュレーション開始とした。

情報収集、適応基準の確認を行ったのちに、県 Co へ来院を依頼し、通常の症例どおり 4 回の院内会議の開催を経ながら、家族への説明、承諾書作成、脳死判定、死亡確認、手術室入室までの一連の流れを行った。脳死判定に関しては、時間の関係上、詳細は実施したこととし、脳波測定と環境チェックを on the job training(OJT)で行った。手術室内でのシミュレーションは今回実施しなかったが、参加者が手術室内での流れを把握できるよう、スライドを使用し説明を行った。

実施後、脳死下院内 Co マニュアルの妥当性を評価した。一連の流れで、報告・連絡体制は確立されており、各関連職種との連携は迅速かつ確実に図ることができた。しかし既存のマニュアルでは、院内 Co の動きのみの記載であり、他職種の動きの把握が困難な形式であった。そのため、マニュアルの改訂を行った。

参加者からのアンケート調査では、「脳死下臓器提供の一連の流れの理解度」は「よくできた」が 36.9%、「少し理解ができた」が 52.6%であった。「自分の役割について理解できたか」の質問は、「よく理解ができた」が 54.4%、「少し理解ができた」が 45.6%であった。参加者は、臓器提供に関する流れや自己の役割について理解ができ、各関連職種との連携の必要性を学ぶことが出来た。また、紙面ではなく実際のシミュレーションであったため、家族への声の掛け方、心臓が動いているなかでの死亡宣告などに戸惑いを感じたという意見があがった。しかし、家族対応の具体性が不十分であったため、家族ケアに対する課題が明確となった。

2. 第 2 回脳死下臓器提供シミュレーション(外因性)

2 回目のシミュレーションの開催時期は法改正後であり、当院でもこの時期に脳死下提供症例を経験した。1 回目のシミュレーション後に改訂した脳死下院内 Co マニュアルの評価と家族ケアを目的として、院内調整を行う院内 Co と、病棟スタッフとともに家族対応を行う院内 Co を具体的に設定した。

ドナーは、バイクでの単独交通外傷後、硬膜下出血を起こした 50 代の男性という外因性症例と設定した。外因性症例特有の警察との連携を重視した情報連絡体制の確認のため、警察の協力をいただき、検視・検案も行った。搬送経路確保の確認のため、手術室までへの実際に移動も行った。また、家族背景など詳細設定を伝えた家族役を設定し、看護師や医師には、自己の考えをもとに家族ケアを行っていくよう促した。1 回目では実施できなかった脳死判定は、脳死判定医が OJT を行いながら実施した。

参加職種は、医師、看護師、県 Co、院内 Co、委員会メンバー、看護助手、警備、県警察、所轄警察であ

り、参加人数は 61 名であった。

実施後、脳死下院内 Co マニュアルの妥当性或警察との連携についての評価を行った。警察や院内各種部署への報告連絡や確認事項はマニュアルに網羅されており、マニュアルは役割をわけたことで、より活動レベルは具体的なものとなった。家族ケアに関しては、家族の想いを把握しながら声掛けを行うなど、家族ケアを実践することで、家族ケアの重要性を再認識できた。

参加者へのアンケート調査では、「脳死下臓器提供の一連の流れの理解度」は「よくできた」が 76%、「少し理解ができた」が 17%であった。「自分の役割について理解できたか」の質問は、「よく理解ができた」が 87%、「少し理解ができた」が 9%であった。1 回目と同様、参加者の理解度は良好であった。外因性症例は内因性症例以上に院外の職種との連携が必要であり、煩雑な作業のなかでプライバシー保護を行いながら、いかに正確な情報をタイムリーに伝達していくかが重要であるとの意見も上がった。

考 察

法改正前の脳死下臓器提供は、意思表示カードと家族の同意にて成立していた。しかし法改正後は、家族の意思のみで提供が可能となった。つまり、法改正前後で大きく異なる点の一つは、家族の希望で提供が可能となったことである。これにより本人の代弁を含め、家族の意思を医療者はより確認する必要が高まった。そのため、移植に携わる医療者の知識の向上だけでなく、知識伝達型学習と参加体験型学習を効果的に行い、職員教育を継続していく必要がある。

また、脳死下臓器提供のシミュレーションを行い、院内 Co を院内調整 Co と家族対応 Co に役割をわけて対応する重要性に気づいたことからいえるように、知識伝達型学習で得られる知識だけでは、実際の症例への対応や知識のイメージ化が困難なことがある。院内 Co として、院内調整 Co と家族対応 Co に役割をわけたことで、院内調整だけでなく家族ケアに対しても活動することができ、体制の構築が出来た。

また、参加体験型学習を実際に行うことで、はじめて得られる理解や体験による効果がある。家族ケアに関しては、家族役・医療者役を体験し学習することは、非常に重要であった。この体験から、病棟スタッフが効果的な家族ケアや急性期における終末期医療の質向上のための体制づくりの必要性が明確化したと考える。

2 回目のシミュレーションの参加者は院内のごく一部である。これは、院内職員の臓器提供に関する意識の低さがあらわれていると考えられる。さまざまな職種が参加できるよう、院内教育や普及啓発活動が継続

して必要である。また、シミュレーション前後での職員意識調査(HAS)は行っておらず、院内全体の職員の移植医療に対する認識の具体的変化は確認できず、今後の課題としてあげられる。

結 語

- ① 参加体験型シミュレーションは、臓器提供症例に関する意識付けに有効であった。
- ② 参加体験型シミュレーションに家族ケアをとり入れたことは、院内 Co の役割としての家族ケ

アを明確化させた。

- ③ 移植医療の質を向上させるには、知識伝達型学習と参加体験型学習の効果を活かし、継続的な院内教育が必要である。

参考文献

- ・小野 元, 秋山政人, 高橋公太: 聖マリアンナ医科大学におけるドナーアクションの試み. 今日の移植(3), 2007.
- ・長谷川友紀, 篠崎尚史, 大島伸一: ドナーアクションプログラム. 日臨 63:1873-1877, 2005.

