

平成25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

救急医療におけるコーディネーター体制に関する研究

研究分担者 横田 裕行 日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野 教授
研究協力者 重村 朋子 日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野 研究生

研究要旨：脳死下臓器提供に際しては提供者家族への対応や脳死判定自体など解決すべき課題があり、脳死下臓器提供数の飛躍的増加に至らない原因とも言われている。その解決に大きく関わるのが移植コーディネーター、特に臓器提供側で対応するコーディネーターの活躍である。従来から日本臓器移植ネットワーク(JOT)と本研究班が共催で開催している「救急医療における脳死患者の対応セミナー」をコーディネーターの教育の機会としても位置付けることで、臓器提供施設の医師、看護師、臨床検査技師とともにコーディネーターが共同で臓器提供時の役割や今後の課題について議論した。本セミナーは平成19年度から実施して今回7回目であるが、上記目的のためにJOTコーディネーター、都道府県コーディネーターが参加して上記の問題点を共有し、かつコーディネーターへの教育の機会である。今後も本セミナーを企画、実践することで救急医療における脳死患者や家族への対応について、特にコーディネーターの視点から議論を深め、本邦の脳死下臓器提供、移植医療の発展に寄与したいと考えている。さらに、臓器提供者家族へより適切な対応が行えるように、選択肢提示から臓器提供、その後の臓器提供者家族の心理的な葛藤を調査した。コーディネーターは家族の提供に際しての心理的負荷に配慮するためにも、家族内での心理的負荷の違いを把握することが重要と考えられた。また、提供に至らなかった場合の心理的ケアも今後は配慮される必要があると思われた。

A. 研究目的

平成21年7月の国会で「臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律(いわゆる、改正臓器移植法)」が成立し、2010年7月からは本人の臓器提供に関する生前意思が存在せずとも家族の承諾があれば脳死下臓器提供が可能となった。それに伴い15歳未満の小児からの脳死下臓器提供も可能となった。改正臓器移植法施行後の脳死下臓器提供の理解や円滑な臓器提供を行う目的のために救急現場で活躍する医師、看護師、臨床検査技師、日本臓器移植ネットワーク(JOT)コーディネーターや都道府県コーディネーターが参加し、“救急医療における脳死患者の対応セミナー(以下、本セ

ミナー)”を開催した。

本セミナーは改正臓器移植法施行以前の平成19年から開催され、今回で7回目を迎えるが、小児を含めた法的脳死判定について、臓器提供施設に勤務する医師、看護師、臨床検査技師など医療スタッフに正確な脳死判定と法律やガイドラインの理解、判定後の家族ケア、さらには脳死判定に臓器提供意思の家族への確認方法などの研修を目的としている。また、JOTコーディネーター、都道府県コーディネーターが参加して脳死下臓器提供に関わる問題点を共有し、かつコーディネーターへの教育の機会でもある。

なお、本セミナーは日本救急医学会、日本臨

床救急医学会、日本小児救急医学会、日本脳神経救急医学会、および日本脳死・脳蘇生学会の協力を得た。

また、コーディネーターが臓器提供者家族へより適切な対応の参考となるように、選択肢提示から臓器提供に向けて、そしてその後の臓器提供者家族の心理的な葛藤を調査することにした。過去の研究で明らかにされているように、提供施設において脳死患者家族は様々な心理的苦悩（psychological distress）を体験する。特に、改正法後には、本人の意思表示が不明な場合は家族の意思により臓器移植が可能になったことから、選択肢提示には家族に大きな負荷がかかる。救急医療における脳死患者や家族への対応について、特にコーディネーターが臓器提供者家族の心情把握をすることは重要である。家族に対する先行研究では脳死患者家族であったが、今年度は脳死下臓器提供者家族へのインタビューを行い、提供施設における体験を中心とした家族の心情を把握することで、コーディネーターの臓器提供者家族の心理的ケアの方策に寄与することを目的とした。

B. 研究方法

I. セミナー開催に関しての方法

1) セミナー開催における役割分担

セミナーは当研究班と日本臓器ネットワークと共催で行うため、役割分担としてセミナー開催のプログラム作成やセミナー進行、受講者の意見集約、効果検証は当研究班が担当し、セミナー開催の準備や実施はJOTが行った。また、過去開催した本セミナーの受講者アンケートで指摘された内容を反映したテキストを作成した。

2) 受講者の選出

受講者 48 名は臓器提供の経験の有する、あるいはその可能性がある医療施設で勤務する

救急医、看護師、及び救急病棟に勤務する臨床検査技師等である。48 名の選出については例年同様、インターネット上で公募した。具体的には JOT ホームページ上で平成 25 年 8 月 16 日から同 9 月 20 日の間に募集を行った(図 1, 2)。上記応募者の中から、勤務地や職種などを考慮し、原則として抽選で 48 名を選出した。また前回から受講者として参加のコーディネーターについては 12 名募集し、その人選は JOT に一任した。

選出した 60 名（応募者 48 名とコーディネーター 12 名）を 10 人ずつの 6 グループに分けたが、各グループの構成メンバーは医師、看護師、臨床検査技師等がほぼ均等になるように考慮し、コーディネーター 2 名を加えて編成した。

3) セミナー開催要項

セミナー開催日時は平成 25 年 11 月 16 日（土）13:00 から同 11 月 17 日（日）15:30 であった。受講者は前述のように医師、看護師、臨床検査技師等とコーディネーターであった。セミナー会場はテルモメディカルプラネックス（〒259-0151 神奈川県足柄上郡中井町井ノ口 1900-1）を一部使用して開催した。

4) セミナーのプログラム

セミナーは 1 泊 2 日で行われた。今回は受講形式を各グループ単位とし、1 日目は講義、グループディスカッション中心のプログラム構成とした(表 1)。2 日目は体験的学習、実習を主体(表 2)とした。

実際のプログラムに入る前に、今回新たな試みとして、各グループ内で自己紹介等を含むグループディスカッションの時間をとった。次に、座学として「臓器移植法と臓器提供の流れ」を説明し、ひき続き「脳死の病態」、「組織提供」、「院内コーディネーターのかかわり」、「ドナー管理」、「小児臓器提供（虐待対応を含め）」の講義を行った。次に、「院内調整のシミュレー

ション」がグループごとに行われ、最後にグループ代表者の発表と各グループのファシリテーターの講師の先生方のコメントがあった。

一日目の最後に「選択肢提示の実際」についてグループディスカッションが行われた。ここでのディスカッションのまとめは、2日目最後のセッションで発表するプログラム構成とした。

2日目は実技を重視したプログラム構成とした。2日目午前はグループごとに、6つのブースをローテーションする形式で行った。6つのブースは①前提条件・除外例・脳幹反射、②聴性脳幹反応(ABR)・脳波(EEG)、③無呼吸テスト、④摘出手術(準備)、⑤家族対応・選択肢提示、⑥小児脳死判定とした。

2日目午後は医師、看護師、臨床検査技師(社会福祉士2名を含む)、及びコーディネーターの職種別グループに別れ、脳死判定の実際、家族対応、脳波測定、あるいは臓器提供に関するコーディネーションなど各職種における脳死下臓器提供における役割について議論を深め、それぞれの議論内容を参加者全員に発表した。

さらに本セミナーで得た知識の確認を目的として受講者にポストテストを行った。

そして最後のプログラムとして2日目14時30分から前日の「選択肢提示の実際」について、グループごとにディスカッションのまとめを発表した。

II. 臓器提供者家族へのインタビュー方法

インタビュー対象は脳死下臓器提供者家族で18歳以上で、患者死亡後2年以上経ち、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とした。なお、インタビューにあたっては臓器移植ネットワークの倫理委員会の承認を受けた。インタビューへの協力は自由意志で行われ、個人が特定されないようコーディングされ、処理された。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した

インタビューの実際は脳死下臓器提供者家族を対象に日本臓器移植ネットワークのコーディネーターより研究目的の概略を説明し、面接の同意のあった臓器提供者家族に面接した。そこで再度目的の詳細を説明し同意があった場合に、半構造化面接を行う。半構造化面接はlong interview法を用い、カウンセリング様の関わりの中で家族の語りを中心に聞いていくという侵襲度の低い方法で行う。解析方法は質的帰納的解析(コーディングパラダイムに則った質的解析)を用いた。

C. 研究結果

I. セミナー開催に関して

1) 受講者の職種と地域

本セミナー受講者は医師、看護師、臨床検査技師(社会福祉士2名を含む)、移植コーディネーターで構成された。なお職種別受講者数は医師12名、看護師26名、検査臨床技師8名、社会福祉士2名と移植コーディネーター12名であった。また所属施設の地域は東日本(北海道、東北、関東甲信越)24名(医師5名、看護師9名、臨床検査技師3名、社会福祉士2名、コーディネーター5名)、中日本(東海、北陸)13名(医師2名、看護師7名、臨床検査技師2名、コーディネーター2名)、西日本(近畿、中国四国、九州、沖縄)23名(医師5名、看護師10名、臨床検査技師3名、コーディネーター5名)であった。

各グループは受講者の職種が偏らないように考慮し、内訳は原則として医師が2名、看護師4名、臨床検査技師等2名、移植コーディネーター2名であった。なお、社会福祉士2名については臨床検査技師グループに加わった。

2) 1日目講義

最初に JOT 副理事長大久保通方氏から挨拶

をいただき、同理事の小中節子先生の本セミナーの目的等についての説明があった。さらに、厚生労働省臓器移植対策室の廣瀬佳恵先生から移植医療や本セミナーの意義等について挨拶をいただいた。

各グループ内での自己紹介等ディスカッションの後、JOT 医療本部長の芦刈淳太郎先生から「臓器移植法と臓器提供の流れ」について詳細な説明があり、引き続き本研究班の日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野教授横田裕行より「脳死の病態」について、スライドを使用して脳死の病態や判定についてのケーススタディを加えた講義があった。

杏林大学病院組織移植コーディネーターの明石優美先生、および福井県済生会病院主任看護師で院内コーディネーターの米満ゆみ子先生からそれぞれ、「組織提供」「院内コーディネーターのかかわり」についての講義があった。

「ドナー管理」については、大阪大学医学部重症臓器不全治療学教授福嶋教偉先生から日本の移植医療の現状、特に脳死下移植、すなわち心、肝、肺、腎などの移植数やその成績の解説と、ドナー適応基準やドナー管理方法等についての簡潔で明快な解説がなされた。

次いで静岡県立こども病院小児集中治療センター長植田育也先生からは小児臓器提供と被虐待児への対応について事例を交えて講義がなされた。(図 3a, 3b)。同講義の後に日本医科大学付属病院高度救命救急センターの荒木尚先生の進行のもとに「院内調整のシミュレーション」がグループごとに行われ、最後にシミュレーションの経過、総括についてグループ代表者から発表があった。発表に際しては各グループにファシリテーターとして加わった講師の先生方からコメントがあった(図 4a~4c)。

1日目の最後には飯塚病院脳神経外科部長の名取良弘先生による「選択肢提示の実際」についてグループディスカッションが行われた。こ

こではあえてディスカッションのまとめをせず、二日間のセミナーをとおして得た知識や経験を踏まえて「選択肢提示の実際」を考えるよう、2日目最後に設けたセッションで各グループのディスカッションを発表することとした。

(図 5)

3) 2日目午前グループ実習

JOT 日本提供施設委員会のメンバーを中心に6つのブースを設けた(表 2)。すなわち、①前提条件・除外例・脳幹反射、②聴性脳幹反応(ABR)・脳波(EEG)、③無呼吸テスト、④摘出手術の準備と実際、⑤家族対応・選択肢提示、⑥小児脳死判定のブースである。

①前提条件・除外例・脳幹反射

荒木脳神経外科病院院長の沖修一先生が担当した。厚生省脳死判定基準に基づいた脳死判定の中で、特に前提条件、除外項目、脳幹反射の評価方法の方法について体験的に学習するブースである。シミュレーター操作やモニター画面操作に関してはレールダルメディカルジャパン(株)協力のもとで行なわれた(図 6a)。

②聴性脳幹反応(ABR)・脳波(EEG)

日本医科大学多摩永山病院中央検査室久保田稔先生が担当した。厚生省脳死判定基準にて必須項目である脳波検査と、法的脳死判定にて施行が望ましいとされている聴性脳幹反応(ABR)に関して、測定方法とその評価方法を実習した。模擬集中治療室に脳波計と聴性脳幹反応測定装置を搬入し、ブース担当者が実際に測定して解説した。脳波検査では特にアーチファクト対策やインピーダンス低下の方法などを体験的に学習した。なお、脳波や聴性脳幹反応測定装置に関しては日本光電東京(株)の協力を得た(図 6b)。

③無呼吸テスト

高知赤十字病院救命救急センター長である西山謹吾先生が担当した。無呼吸テストは厚生

省脳死判定基準で必須項目であり、その侵襲性のために脳死判定項目の際に最後に施行することになっている無呼吸テストを実習するブースである。模擬集中治療室内でシミュレーターに実際の人工呼吸器を装着し、想定したシナリオの元にバイタルサインを変化させながら実習体験を行った。無呼吸テストを行う前の準備や、検査中の注意事項、例えば血液ガス分析装置の調整のピットフォールやデータの解釈などを解説した（図 6c）。

④ 摘出手術の準備と実際

手術室の手術台にシミュレーターと手術器械を配置し、摘出手術の空間的、時間的体験をするブースである。JOT 西日本支部コーディネーターの中村善保氏が事前打ち合わせから摘出手術までの流れにおけるそれぞれの段階での重要ポイントを詳細にわかりやすく説明した。続いて JOT 東日本支部コーディネーターの渡辺勇氏が、設置された摘出手術用模擬手術室において、使用する機材や手術室における各担当者の役割、待機場所等について説明を行った。（図 6d）。

⑤ 家族対応・選択肢提示のブース

聖マリアンナ医科大学脳神経外科講師小野元先生と日本医科大学学生相談室カウンセラー重村朋子先生が担当した。脳死診断がされた患者家族に対する医療側の対応に関して解説し、特に臓器提供の選択肢提示をいかにすべきかを解説するブースである。脳死下臓器提供に脳死患者家族の意思決定は重要である。特に、改正臓器移植法においては小児からの脳死下臓器提供が可能となり、家族への対応やその後のグリーフケアの重要性が強調された（図 6e）。

⑥ 小児脳死判定

静岡県立こども病院小児集中治療センター長の植田育也先生と日本医科大学付属病院高度救命救急センターの荒木尚先生が担当した。

改正臓器移植法の施行を踏まえ、6歳未満の小児における法的脳死判定の方法やピットフォールについて解説をした。また、被虐待児への対応や院内体制などについても解説を行った（図 6f）。

4) 職種別のブース

医師、看護師、及び臨床検査技師（社会福祉士含む）の職種別、およびコーディネーターに分かれ、脳死判定や家族対応、臓器提供に関するコーディネーションに関するそれぞれの役割、知識の確認や議論を行った。その後、それぞれの職種の代表から議論した内容に関して発表があった。またファシリテーターとして各ブースに参加した講師の先生方からのコメントがあった。（図 7a～7d）。

5) ポストテスト

ポストテストの内容は脳死判定、脳死の病態関連 25 問、臓器移植法、臓器提供手順関連及び組織移植関連 25 問の計 50 問とした（図 8）。職種別の獲得平均点は 100 点満点換算で医師 79.8 点（最高点 86 点）、看護師 79.5 点（最高点 90 点）、臨床検査技師 78.3 点（最高点 84 点）、社会福祉士 69 点（最高点 82 点）、コーディネーター 93.3 点（最高点 100 点）で、全体平均は 81.8 点であった。なお、グループ平均は最高 85 点、最低 79.8 点であった。職種別得点には、社会福祉士 2 名の得点は単独で算出した。全体平均は例年より高値であった（表 3）。

6) 「選択肢提示の実際」発表

1 日目の最後の飯塚病院脳神経外科部長名取良弘先生による「選択肢提示の実際」のセッションにおけるグループディスカッションからはじまり、二日間のセミナー受講から得た知識や経験を踏まえての「選択肢提示の実際」についてのディスカッションのまとめをグループ

ごとに発表した。(図 9a, 9b)

7) アンケート結果

アンケートはセミナー終了時に受講者に記載していただき、その場で回収した。内容は①プログラムについて、②講義の内容について、③セミナーの進行について、④会場場所や設営についての4項目をそれぞれ3段階(良かった、普通、悪かった)で評価していただき、その他自由記載の部分も設けた。

結果は各項目とも良かったと評価した受講者が最も多かった(表4)。「とても有意義な内容だった、知識向上になった」、「スモールグループシミュレーターが実践的な実習を体験できて良かった」、「他職種の方と意見交換ができ非常に有意義、他職種の働きもわかった」、「学んだことを自施設でも生かしていきたい」などの意見が多く寄せられた。一方、セミナーの進行について2名の受講者が悪いと評価した。また、講義内容が多く、スピードも速くついていけなかった、もうすこしゆとりのあるスケジュールが良いという感想や、自施設から一職種の参加はフィードバックに不安を感じる、複数の参加を希望との要望が多くあった。

II. 臓器提供者家族へのインタビュー結果

1) 対象者

脳死下臓器提供者家族 4 家族。家族の年齢 30 歳代～60 歳で死別後 2 年以上 4 年以内であった。臓器提供者との関係は、父、母、夫、妻、子であった。臓器提供者の年齢は 20 代から 60 代で、男性 3 名、女性 1 名であった。臓器移植法改正前の提供者は 1 名、改正後は 3 名であり、選択肢提示後に臓器提供を申し出た家族は 1 家族で意思表示カードに提供の意思が記入されていた。選択肢提示前に家族から臓器提供の申し出した家族は 3 家族であり、うち一例は意思表示カードに提供意思を表示され、2 例は家

族の意思による申し出であった。

2) インタビュー解析結果

解析の結果、時間経過と合わせて、4つの中核カテゴリーと 8つのカテゴリーが抽出された(表5)。以下【 】が中核カテゴリー、《 》がカテゴリー、「 」が家族の言葉とする。まず家族は患者の状態を知り「もうどうにもならない状態」「もうえーって感じで」「あの状態で・・・」と「もう」に表されるように《もうどうにもならない状態に驚愕》し、「だったらどうしたらよいか」「このまま亡くなるのもなんだし」「この状態なら約束を果たさないと」という、どうにもならない《この状態を何とかしよう》と言うカテゴリーが抽出された。これらから、まず初期の段階として【驚愕から何とかする】という家族の状態の中核カテゴリーとしてまとめられた。

次にこの「どうしたらよいか」が臓器提供の方向に動くことの前提として《家族の文化》というカテゴリーは抽出された。このカテゴリーには「どうせ灰になるのだから」「勿体ない」「役に立つ」という身体に対する考え方、「後世のため」「医学の発展のため」「献体でも」という社会貢献の思い、また家族で話し合っていた死生観などが入れられる。また、より臓器提供に至るものとして「そう話していた」ことや「意思表示カードに記入」などの本人の意思、患者本人の性格や日常の言動から「人のために何かするのが好き」といった家族の患者の思いの解釈などから《臓器提供者本人の意思や性格の読み取り》が抽出された。この二つのカテゴリーから【臓器提供に向く土台】を中核カテゴリーとしてあげた。

その後家族は《提供のお願い》と言う決断をする。そこには「何かできる」「こういうことでもしないと」「決めたのだから」という積極的な心理状態が見られた。と同時に「家族の中

にはまだ分かっていない人も・・・」「まだ考えられない人も」「この状況でなかったら」という、行動を前に進んでいこうとする人と、そのようにすることに困難を感じる人もいることが示された。また脳死と思われる状態に対して「本当にきれいで、肌も」「温かいし」「もしかして機械が壊れていたら」という分からなさ・不確実感や他者から「この決断をどう思われるか・・・」と案じる気持ちや揺らぎなどがあり、意思の再確認にあたって「辛かった」「嫌だった」と葛藤に触れられることへの反応などから《決定への葛藤》が抽出され、これらのカテゴリから【葛藤を抱えた提供のお願い】という中核カテゴリがあげられた。

提供後の家族は患者が亡くなったことに対して「亡くなっただけではなかった」「本人がした」「良いことをした」「めったにできないこと」ができたという、患者がこの世に遺した業として《死に生存の意味の付与》を行う。しかし「良いことをしたけれど言いにくい」「何でいろいろ言われなくてはいけないか」「公にはしにくい」という社会的論評に対しての心理的負荷や、家族間では「今でも話せない」家族内の齟齬などの《提供したことでの負荷》がみられた。このカテゴリから【提供の誇りと負荷】という中核カテゴリがあげられた。

また今回は臓器提供に関する家族の心情に焦点を合わせ、悲嘆との関係にあわせた質問法および解析ではないため、悲嘆との関係についてはカテゴリ化できなかったが、家族からは「悲しいことと臓器提供は次元が違う」「別のこと」という発言があった。

D. 考察

脳死患者の家族心理は突然の死別への戸惑い、葛藤、理解と体験との不一致など、短期間の間に相反する思いが存在する。また、現段階では脳死下臓器提供は患者の生前意思が左右

されることを考えると、脳死患者家族への心的な負担は軽いものではない。臓器提供施設、あるいはその可能性を有する施設に勤務する医療スタッフは患者本人や患者家族の意思を叶えるために努力することは重要であるが、同時にそのような患者家族の心情を常に考慮して対応することが求められる。このような状況の下臓器提供家族の心情変化と経緯を配慮しつつ、臓器提供施設の医療スタッフから信頼関係を構築することが求められる移植コーディネーターの役割は大きい。そのような中で、今回のセミナー開催とアンケート調査結果の意義を考察してみる。

1) セミナー開催の意義

日本救急医学会が平成 18 年に公表しているように本来、脳死診断は患者の絶対的予後不良を判断するための純粋な医学的診断行為である。したがって、以前に報告したように脳死判定自体は患者、その家族、あるいはその関係者の社会的、倫理的背景、または情緒的なものにも影響されるものではない。しかし、脳死患者を担当する機会が多いと推定される救急医、集中治療医や脳神経外科医の中でも脳死判定が臓器提供と関連したものであるという認識が存在していることも否めない。

このような中で、脳死判定自体の意義や、判定した後の家族対応に関して、医療スタッフが共通の認識を有することの意義は大きいと考える。今回7回目のセミナーであるが第6回からコーディネーターも受講者として、臓器提供側の視点を中心とした本セミナーに提供側の医療スタッフとともに参加しているが、今回も、その意義の重要性を再度確認することができた。

今回で 7 回目となる本セミナーは臓器提供施設、あるいはその可能性が有る医療施設に広く認知されるようになり、参加応募も増加傾向

にある。救急医療の現場で活躍する医師、看護師、臨床検査技師など多職種が一同に会し、さらに移植コーディネーターと議論する機会を提供するセミナーとして意義深いと考えている。

毎回セミナー終了時に受講者にセミナー自体の意義をアンケートにて調査しているが、毎回受講者から高い評価を得ることができている。また、アンケートの中から毎年改善すべき課題を抽出し、翌年開催するセミナーのプログラム改善に向けての参考にしている。今回も座学形式や講義の内容や量について意見を頂き、次回開催する場合の参考にしたいと考えている。

臓器提供施設と移植コーディネーターが共に参加する本セミナー開催意義と重要性を再度確認し、次年度以降も可能であればより進化した形式で継続したいと考えている。

2) 臓器提供者家族へのインタビューの意義

家族が臓器提供を決断するには、まず家族の側の「どうしたらよいか」という想いの先を考えることから始まると思われるが、《決定への葛藤》のように、必ずしも家族が同時期に一致して考えているわけではなく「まだそう考えられない人も」おり、それが家族間の齟齬という《提供したことでの負荷》にもつながる。患者の突然の状態に驚愕する体験はほぼ同様でありながら、その状態をどう認識するか、その後の心情に差がある。ケアにあたる者は家族の提供にまつわる心理的負荷に配慮するためにも、そのような家族の動きの違いを把握することが重要と考えられる。家族が臓器提供の方向に進むには、その時だけの考えではなく、《家族の文化》と《臓器提供者本人の意思と性格の読み取り》が土台としてあることが分かった。家族は提供のお願いをしても、その背景には様々な【葛藤を抱えた提供のお願い】であるので、その心情を把握しながら対応する必要がある。

特に意思の再確認は家族の葛藤に直接触れるものであるため、その伝え方など配慮を要すると思われる。また、万が一提供に至らなかった場合は、悲嘆のうえに《この状態を何とかしよう》と【葛藤を抱えた提供のお願い】が崩れるのであるから家族の心理的苦悩は大きいと考えられる。現段階では提供に至らなかった場合は、その後の心理的ケアのシステムはないが、今後は配慮される必要があると思われる。提供後の家族は、ただ「亡くなっただけではない」臓器提供という行為が何かを遺し、遺された家族と繋がるものであるという誇りと共に、公私にわたる批判的論評と家族間の齟齬が負荷となる。臓器提供に関する社会の理解と事前の家族関の話し合いが重要であることが見出された。

本研究の限界は移植コーディネーターとの関係が良好であり、インタビューに積極的に参加された家族であること、また意思表示カードに提供の意思を表示していたか、選択肢提示前に提供の申し出をされた方であることである。したがって今後の課題としては本人の意思表示無く、選択肢提示後に提供を考えられた家族、また提供を申し出されたが、断念せざるを得なかった家族の心情把握が必要と考えられる。

E. 結論

平成21年7月には改正臓器移植法が成立し、その後脳死下臓器提供数が増加しているが、提供者家族へ対応や脳死判定自体、また関連する様々な課題など解決すべき課題が山積している。その解決に重要な役割を担うのが移植コーディネーター、特に臓器提供者家族を含め、臓器提供側で対応するコーディネーターの活躍である。そこで、本研究班ではJOT倫理委員会の承諾のもとに過去に脳死下臓器提供を経験した家族にインタビューを行い、その心理状態やその変化を考察した。

また、「救急医療における脳死患者の対応セミナー」を日本臓器移植ネットワーク(JOT)と本研究班が共催で開催し、臓器提供施設の医師、看護師、臨床検査技師とともにコーディネーターが共同で臓器提供時の役割や今後の課題について議論をした。本セミナーは平成19年度から実施して今回7回目であるが、上記目的のためにJOTコーディネーター、都道府県コーディネーターが参加して脳死下臓器提供時の問題点を共有し、かつコーディネーターへの教育の機会となった。さらに、臓器提供者家族へより適切な対応が行えるように、選択肢提示から臓器提供、その後の臓器提供者家族の心理的な葛藤を調査した結果、コーディネーターは家族の提供に際しての心理的負荷に配慮するためにも、家族内での心理的負荷の違いを把握することが重要と考えられた。また、提供に至らなかった場合の心理的ケアも今後は配慮される必要があると思われた。

F. 研究発表

1) 論文発表

1. 横田裕行：平成24年度厚生労働科学研究費補助金（免疫アレルギー疾患等予防・治療研究事業）「改正法後の脳死下臓器提供におけるコーディネーターに関する研究」研究分担「救急医療におけるコーディネーター体制に関する研究」報告書 2013. 5. 31
2. 横田裕行：法的脳死判定の結果と課題—102例の検証結果から—、移植、2013;48 (2・3)89-95
3. 荒木尚、横田裕行：小児の脳死判定と臓器

提供における諸問題、脳神経外科ジャーナル、2013;22(4)292-302

4. 荒木尚、横田裕行：一般的脳死判定の解釈について、日本小児救急医学会雑誌、2013;12(3)372-374

2) 学会発表

1. 横田裕行、荒木尚、有賀徹、池田寿明、岡田真人、多田恵一、永廣信治：円滑な脳死下臓器提供に向けてのワーキンググループ(WG)からの提言、第26回日本脳死・脳蘇生学会総会・学術集会、2013. 6. 8
2. 芦刈淳太郎、小中節子、荒木尚、横田裕行、野本亀久雄：臓器提供施設における院内体制の整備と脳死下臓器提供事例の経験、第26回日本脳死・脳蘇生学会総会・学術集会、2013. 6. 8
3. 重村朋子、吉野美緒、横田裕行：脳死ドナー家族の臓器提供に関わる心理過程に関する研究、第26回日本脳死・脳蘇生学会総会・学術集会、2013. 6. 8
4. 吉野美緒、重村朋子、川尻泰樹、小華和さやか、横田裕行：移植コーディネーターの精神的健康度・心的ストレスに関する研究、第26回日本脳死・脳蘇生学会総会・学術集会、2013. 6. 8
5. 横田裕行、有賀徹、木下順弘、坂本哲也、荒木尚、芦刈淳太郎：法的脳死判定の結果

- G. 知的財産権の出願・登録状況
なし

日本臓器移植ネットワーク | お知らせ - 2013年

臓器提供の橋渡しを行う日本で唯一の組織 - 日本臓器移植ネットワーク



Japan Organ Transplant Network Homepage
(公社)日本臓器移植ネットワーク

トップページへ

お知らせ

2013年08月16日

2013年救急医療における脳死患者の対応セミナー
提供病院における終末期医療の1つの選択肢
～提供病院における移植医療のあり方～

○目的: 救急医療現場では脳死患者が多く発生し、医師や看護師、検査技師、コメディカルにとってその対応に苦慮することがしばしばあります。本セミナーはこのような視点で脳死判定や判定後の医療者の対応、臓器提供を一つの選択肢として提示する意義を検討することを目的とし、好評をいただいた昨年に引き続き開催いたします。

○日時: 平成25年11月16日(土)13:00 ~ 17日(日)15:30

○対象: 医師・看護師・検査技師・コメディカル・院内コーディネーターなど 48名
臓器移植コーディネーター 12名 計60名

○内容: 講義: 「脳死の病態」「組織提供」「小児臓器提供(虐待対応も含め)」など

実習: スモールグループシミュレーターによる実践

グループ討議: オプション提示の実際、職種別の役割(医師・看護師・検査技師等)など

ビデオ・写真撮影を予定しておりますので、ご参加の方はご了承ください。

☆スケジュール(予定)は、[こちら](#)からご覧ください。

○定員: 60名 ※応募多数の場合は抽選とします。(参加者を10名×6チームに編成)

○参加費: 無料

○交通費: 支給(日本臓器移植ネットワーク規定に準ずる、宿泊は社団が手配)

○会場: テルモメディカルプラネックス

〒259-0151 神奈川県足柄上郡中井町井ノ口1900-1番地

小田急線秦野駅・JR二宮駅北口から車で10分

東名高速秦野中井ICより、秦野二宮線バイパス二宮方面(南)へ5分

○申込方法: 公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク ホームページ上で募集

※[こちら](#)の申込みフォームよりご応募ください。

○申込締切: 平成25年9月20日(金)

○結果案内: 10月4日(金)までにE-mail、またはFAXでお知らせ。(応募多数の場合は抽選)

○主催: 公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク、厚生労働科学研究費補助金事業「改正法後の脳死下臓器提供におけるコーディネートに関する研究」

○協力(予定): 日本救急医学会、日本臨床救急医学会、日本救急看護学会、日本脳死・脳蘇生学会、小児救急医学会、日本脳神経外科救急医学会、日本脳神経外科学会

◎問い合わせ先:

公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク コーディネーター部

〒107-0052 東京都港区赤坂2-9-11 オリックス赤坂2丁目ビル2階

TEL: 03-6441-2791 FAX: 03-6441-2792



[ホームページに戻る](#)

図1: セミナー募集要項



【臓器移植法と臓器提供の流れ・芦刈淳太郎先生】

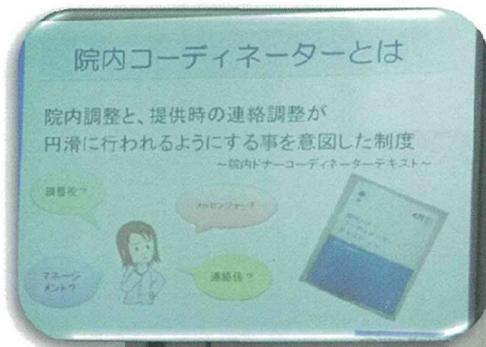


【脳死の病態・横田裕行】



【組織提供・明石優美先生】

図3a: 1日目講義



【院内Coのかかわり・米満ゆみ子先生】



【ドナー管理・福嶋教偉先生】



【小児臓器提供（虐待対応も含め）・植田育也先生】

図3b: 1日目講義

- 模擬脳死判定委員会（10名）
- ・ 脳死判定委員長
 - ・ 主治医（救急科、脳神経外科、小児科）
 - ・ 看護部長
 - ・ 受け持ち看護師
 - ・ 検査技師長
 - ・ 虐待対策委員長（小児科）
 - ・ 事務長
 - ・ 院内コーディネーター
 - ・ 基礎系の教授・文化人（反対者）
 - ・ 記録係/全体の評価（発表者：3分程度）



図4a: 1日目「症例検討/院内調整シミュレーション」(荒木尚先生)



図4b: 1日目「症例検討/院内調整シミュレーション」(荒木尚先生)



図4c: 1日目「症例検討/院内調整シミュレーション」(荒木尚先生)



図5: 1日目「選択肢提示の実際/グループ討論」
(名取良弘先生)

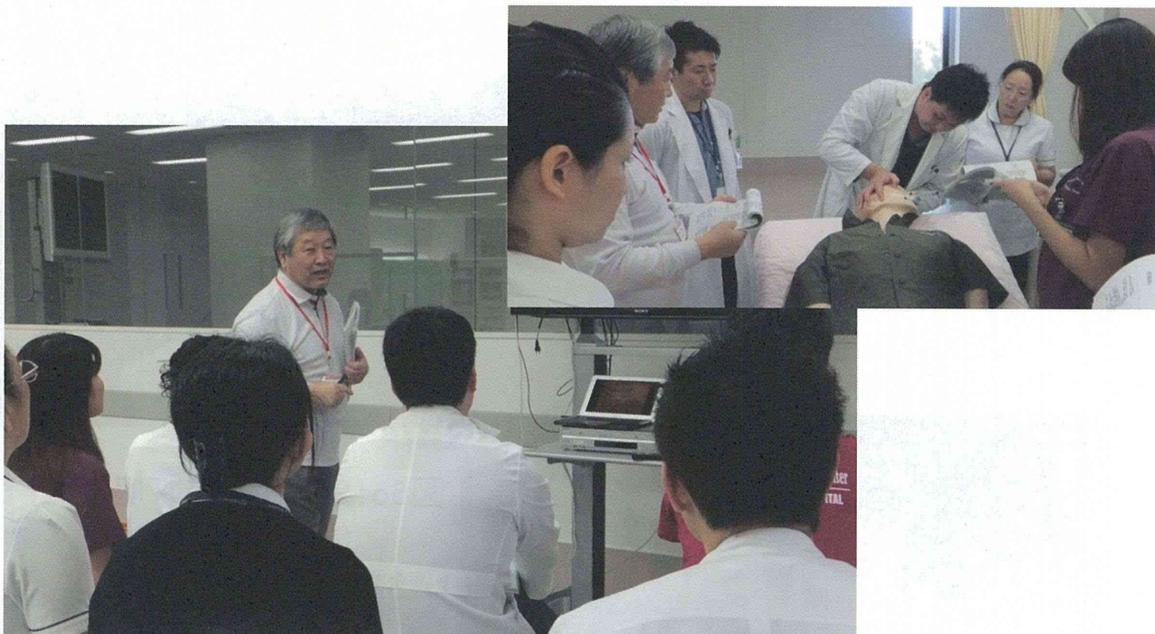


図6a:2日目 ①前提条件・除外例・脳幹反射のブース
(担当:沖修一先生)

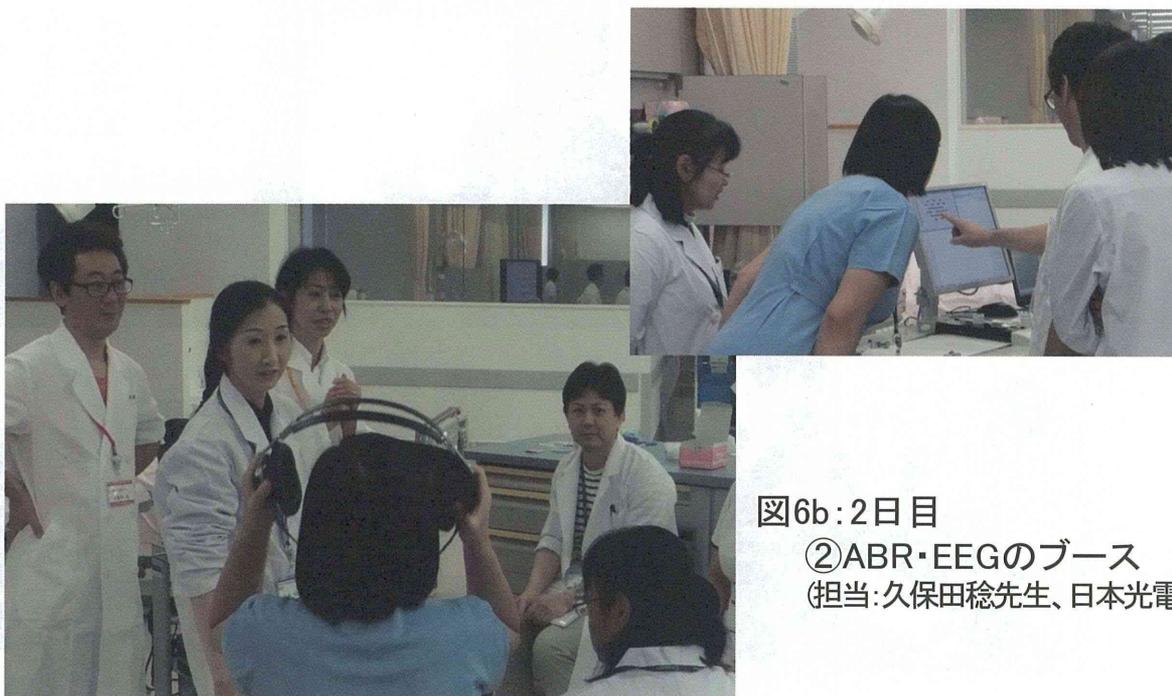


図6b:2日目
②ABR・EEGのブース
(担当:久保田稔先生、日本光電)



図6c:2日目③無呼吸テストのブース
(担当:西山謹吾先生)

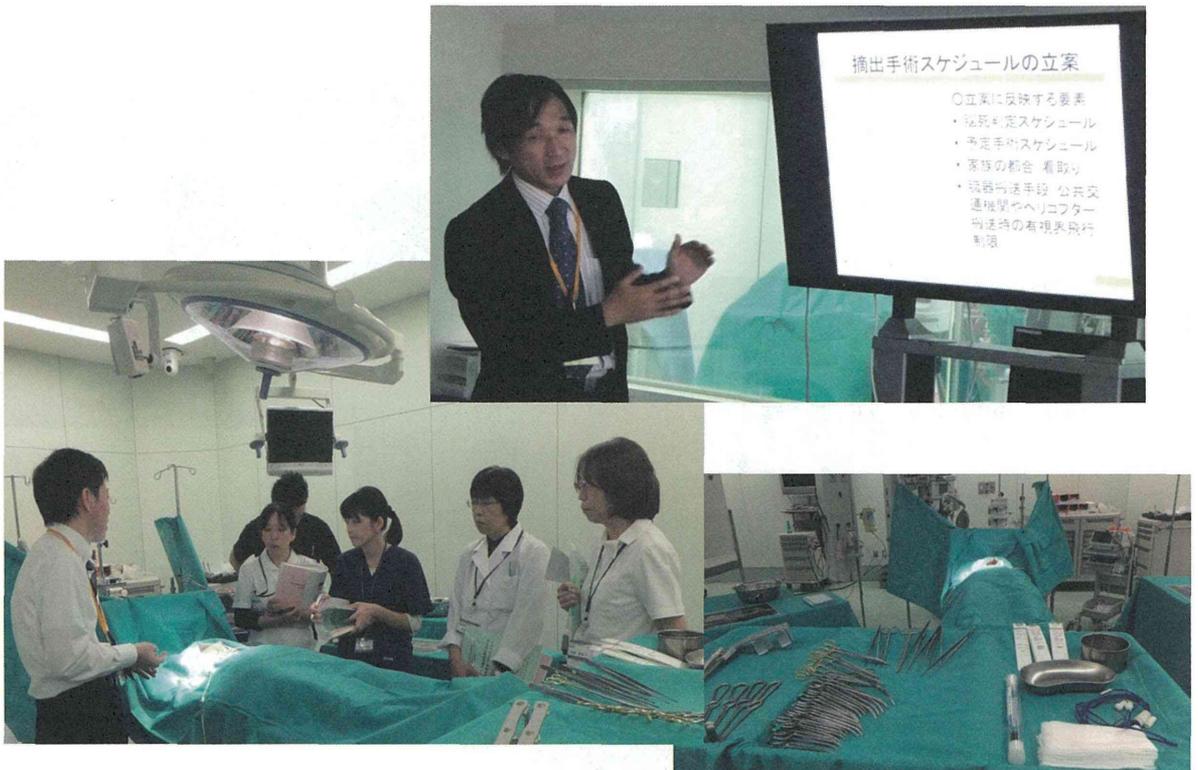


図6d:2日目④摘出手術(準備)のブース
(担当:中村善保先生・渡辺勇先生)



図6e: 2日目 ⑤家族対応・選択肢提示のブース
 (担当: 重村朋子先生・小野元先生)



図6f: 2日目④小児脳死判定のブース
 (担当: 植田育也先生・荒木尚先生)