

査手続きが終了した後でなければ臓器提供してはいけないというガイドラインに従い、脳死判定承諾書を得たのちに所轄警察への届け出を行った旨の説明があった。

5. その他 連絡事項など

院内 Co 研修会 6/26 (水) 13:30~17:00 神奈川県総合医療会館 2階A会議室

以上

H25 年度第 2 回院内ドナーコーディネーター連絡会 議事録

日時:平成25年6月10日(月)

17:00~19:00

場所:臨床講義室 No.2

司会:高橋 書記:荒川

参加者:小越、石井、徳重、早速、陸、市村、岩村、廣井、怡田、佐藤、数馬、山本、中村、
田海(県 Co) 高橋、荒川(敬称略)

欠席者:友田、濱田、押田 濱田(敬称略)

1. 勉強会(17:00~17:30)

「臓器提供の概要について」 神奈川県臓器移植 Co 田海さんより

参加者 新規 Co 3名 + 現任 Co10名 + 救急看護師 8名

2. 事例検討会(第3例目の脳死下臓器提供例) 高橋より

～ 家族の意志決定支援と専任・兼任 Co の連携を考える ～

(1) 臓器提供申し出から承諾書作成まで の場面

① 意思決定する上で必要な情報は?

- ・キーパーソンは誰か
- ・必要な情報は得られているのか? 医師からどう説明されているのか? どう理解しているのか?
- ・終末期ということを受け止められているのか? DNR をどう理解しているのか(挿管。心マ、薬剤など) 終末期をどうしたいのか?
- ・本人は生前意思表示をしていたのか? 今、それを聞ける雰囲気なのか?

② 家族支援に必要な関わりは?

- ・救急は DNR の IC は外来でされることや看護師が同席できない場合も多い。家族が皆同じ気持ちなのか確認するのが大切。今症例は姉の表情から移植に前向きでない印象を受けた。他の家族には言えないけれどという人の意見を聞くことも大切。
- ・小児では医師と事前に打ち合わせを行い、必ず Ns が IC に同席し、家族の反応を見ながら進めている。
- ・GICU でも医師から相談されることもある。Ns が観察して意見を伝えることもある。IC には同席できないことも多いが、IC 後に家族の受け止めを確認している。家族は患者に面会を重ね、時間の経過とともに家族の表情や話の内容に変化が見えることがある。(現状の受け止め)

③ 専任と兼任の Co の連携

- ・検査技師は脳波検査の結果(平坦脳波)でキャッチすることがある。
- ・薬剤師は「脳死とされうる状態」の診断時に薬剤チェックの依頼がきた。
- ・MSW は今回医療費のことで事前に相談があった。通常でも、移植に限らず家族の不安を整理することが大切。
- ・院内 Co が短時間でも集まり情報を共有することが大切。(実際に動き出すと、慌ただしくなり余裕がなくなる。)

(2) 承諾書作成から第2回脳死判定終了まで の場面

① 意思決定する上で必要な情報や家族支援に必要な関わりは？

- ・承諾書作成時の面接時は複数の Co (NW や県) や医療者に囲まれる状況にならないよう、パワーバランスを考えた椅子の配置を行う。
- ・揺れる家族の気持ち (変化) に早く気づく。いつでも質問できる環境や断ることができる事を担保する。Co や NW に情報を伝える。
(家族は脳死判定を見ることで、これだけやっても反応がない＝脳死であることを納得される事もある)
- ・家族にスケジュールをあらかじめ伝える。(脳死判定に関わる人員やメディカルコンサルトなど多くの人が訪れる)
- ・環境の調整：情報漏洩をとっても心配していた家族、隣室患者への音漏れや情報漏れを気にしていた。
→ 脳死判定には9・10・11の個室を使用するが、できるだけ9や11のフロアから見えずらい部屋が望ましい。(判定中の他患者入退室の調整も必要)

※ 今回は現場検証での警察の発言をきっかけに、情報漏洩の不安が増大し2回目の脳死判例中に提供臓器の変更があった。(提供の撤回についても提案したが、提供の意思は変わらず、脳死下腎提供になった)

② 専任と兼任の Co の連携：情報共有のタイミングや部署内外の調整

- ・当該病棟の Co を通じ、スタッフにもあらかじめスケジュールを伝え、準備物品や、検査中のケアがスムーズにいくよう協力してもらう。(脳死判定中の薬剤の交換が生じない、事前に気管内吸引を十分してもらう、呼吸器の設定等の記録を残す、挿管チューブの再固定を行ってもらうなど)
- ・例えば、臓器提供のために V/S が不安定でも CT に降りる場合、救急の放射線技師 (状況を知らない) との調整が必要。(機器の準備、移動で ME の協力が必要な場合もある)

(3) 第2回脳死判定終了から出棺まで の場面

① 意思決定する上で必要な情報や家族支援に必要な関わりは？

- ・出棺まで家族がゆっくりと付き添える環境の調整 → 検視・検案やメディカルコンサルトの診察等、ベットサイドを離れなければならない時間が生じる部分は、あらかじめスケジュールを伝える。
- ・検視・検案では病室に警察関係者が入るが、家族や他の面会者とも会わないような動線や時間の調整、ガウンの着用などが必要。
- ・小児の終末期は、家族にケア参加してもらえよう配慮している。
→ 一緒にシャンプーなどを行った。
- ・表情や言動などの家族の反応 (死亡宣告されても、それ以前と変わらない患者をみて違和感を抱いていないのか?) を記録に残し、ベットサイドでの様子を Co に伝える。(2回目の脳死判定終了時刻が死亡時刻だが、退室処理は手術終了まで行わない)
- ・同時に、摘出手術までバイタルが維持できるよう注意を払ってケアに当たっている。

※ 通常は2回目の脳死判定が終了し倫理委員会が終了→「死亡宣告」→「検視・検案」となるが、家族の疲労が強く帰宅されてしまい、翌朝にずれ、関係機関への影響が大きくなってしまった。

※ 手術室への出棟時、家族は「がんばってらっしゃい」と患者に声をかけ見送ることができた。その間、救急病棟の入室時間を調整し、静かに見送れる時間と場面を確保した。

② 専任と兼任の Co の連携：情報共有のタイミングや部署内外の調整

- ・ OR の術前訪問は可能か？ → 実際には他の手術をやっている可能性が高く、難しい。
- ・ ME はモニターや PCPS の管理、呼吸器の点検等を行ってもよいのか？
 - 必要時は声をかけて行うが、家族からは「ちゃんと見てもらっている」といわれることがあった。
- ※ 手術室が非常に混んでいて、なかなか入室時間が決まらなかった。
- ※ 死後のケアには入れなかったが、頭部に入っていた管もとれ、腫れて開いていた眼瞼も手術室内で縫合して閉眼でき、家族がとても喜ばれた。

まとめ

臓器提供発生時は、情報を集約・共有しつつ、役割分担することが重要。

現場の Co は勤務調整も必要となることもある。

直接関わる Co は限られるが、情報共有のミーティングや後日の症例報告で体験を共有していきたい。

3. その他

- ・ 現在 EICU 入院中の患者（窒息 POST CPA）家族が臓器提供を希望しているが、事故のため検視や司法解剖があり提供が難しい。（司法解剖がある場合、脳死下臓器提供は不可能となる）

しかしご家族は、本人が以前から献血をしており、人の役に立つことを望むだろうと提供希望が強い。納得できる形で最後の時間を過ごしていただけるよう、各機関（ネットワーク、警察機関等）とも調整をはかっている。

また、もしこの症例が提供可能だった場合は、2 の症例検討であげていた院内 Co を集めた情報共有ミーティングを行えるケースでもあった。

（詳しくは次回紹介予定）

- ・ 5 月調査票・ドナー情報について 高橋より (資料参照)

8A のケース紹介

白血病（終末期）の患者より「意識がなくなる前に」とカード提示があったと連絡あり。医師、看護師と本人との面接が可能かを検討し、看護師が本人に説明を聞きたいか確認した上で面接となった。ご本人より「骨髄移植を受け自分も役に立ちたいと考えた」と、登録された経緯を伺った。白血病は適応外のため提供意思はかなえられなかったが、「すぐに対応していただいてありがとうございます」との言葉をいただいた。

以上

次回 7 月 8 日（月）臨床講義室 2

17:00 から 勉強会（院内の流れ）

17:30 から 連絡会 手術室の実際について など

平成25年度 第3回 院内ドナーコーディネーター連絡会議事録

日時：平成25年7月8日(月) 17:00~18:15

場所：臨床講義室 No2

参加者：石井・市村・怡田・山本・数馬・陸・廣井・押田・早速・徳重・中村・高橋(書記)・荒川(司会)(敬称略)

欠席：小越・濱田・佐藤・岩村・友田・井出(敬称略)

1. 勉強会について

院内臓器提供の流れについて専任 Co 高橋よりスライドにて説明があった。

2. 症例対応報告について

脳死下臓器提供の手術室対応(当院2例目を中心)について兼任 Co 怡田よりスライドにて報告があった。

Q：脳死下臓器提供摘出手術時の、一般や三次の緊急手術に関しては受け入れ可能な状況であったか、また、緊急手術の制限が必要であったかについて質問があった。

A：摘出手術のほかに2部屋摘出チームの器材展開部屋として使用したが、緊急手術に支障をきたすような状況はなく緊急手術も受け入れ可能であり、緊急枠の制限はかけずに行えた。

Q：外回り看護師の負担感について質問があり、脳死下臓器提供時には追加要員申請について必要か確認があった。

A：役割自体は外回りを担当するため大きなものはないが、緊急手術等を踏まえると1名の増員があれば、心情的には安心できる。

3. 各種研修会報告について

神奈川県院内 Co 研修会へ参加者3名参加し、報告があった。

廣井：移植医療の概要について、学ぶことができた。

市村：神奈川県の取り組みを知れたことや、実際の心停止後の症例について報告があり、現場の大変さなどが理解できた。

県警症例検討会について専任 Co 高橋より県警症例検討会の概要の説明および内容報告があった。

6月の外因症例に関する課題(司法解剖となった症例)に対しては、県警症例検討会にて連携強化について話し合いが行われ、今後外因症例に関し、神奈川県臓器移植 Co を介して警察に対し事前コンサルトを行うことで事件性の有無や司法解剖症例等の事前把握に努め、家族に対して過度の期待や、医療者にかかるドナー管理等の負担が最小限になるよう改善を図っていく旨が報告された。

4. 6月の調査票・ドナー情報について

専任 Co 高橋より調査票の運用及びポテンシャルドナー詳細・介入報告あった。(配布資料参照)

5. その他 連絡事項など

① 専任 Co 高橋より調査票スキャン運用及びテンプレート(配布資料参照)での情報共有の一元化について説明があった。

Q：タイトル名および入力者、閲覧の流れについて確認があった

A：タイトルは「臓器提供に関する意思抽出」とし、入力者は支援室専任が調査票からの抽出情報を入力する形から入るが、更新は随時兼任 Co や医師、看護師が行っていく旨説明があった。今後システム連絡調整が整い次第配信予定のため、院内メールで周知を図ることが報告された。

② 一般病棟における潜在的ドナー抽出の取り組みについて概要が説明された。

③ 次回連絡会について8月は休会とし9月は医学部原論の齋藤先生より終末期における意思決定の倫理について講演がある旨、説明があった。院内 Co のみならず、病棟スタッフへの周知について連絡があった。後日案内ポスターを配信予定。

平成 25 年度第 4 回院内ドナーコーディネーター連絡会
移植医療勉強会

『患者中心の終末期を支える意思決定支援の倫理』 アンケート結果

参加者：52 名 アンケート回収：37 名

1) 終末期の意思決定支援に関するご自身の考えをお聞かせください。

- 患者の意思が一番に尊重されるべき。生前によく話をしておくことが大切。
- 慢性期入院を繰り返している患者さんと接しているので、元気な時から患者の価値・信念・死生観などを知ることが大切になっている。
- 救急では家族に意思決定をしていただく場面が多く、いつも難しさを感じている。
- 患者・家族の意思を 1 番に考え支えたいと考えている。
- 意思の抽出を可能な限り行いたいと考えている。
- 途中で変わるかもしれないけれど、本人の意思を聞いておくことが大切。
- 独居が多くなった今、家族がいることが前提にならなくなってしまうのではないか。
- 患者への意思決定支援を医療者が行っていく役割があることを、認識できるようにインフォメーションが大切だと思う。
- 家族、可能なら本人を含め他部門と話し合う。決して自分の価値観にとらわれないようにする。
- 患者の終末期の理解・認識が医療者と異なっていることがあり、その時点から考える姿の大切さ・重要さを痛感している。
- 本人の推定基準として家族が意思決定をすることの難しさは、本人の事を考えれば考えるほど計り知れないと思う。
- あくまでも患者の意思が第一優先であり、意思決定可能な認知レベルが保たれている時から認識しておくことが大事だと思っている。個を尊重し最善を尽くす。
- 癌以外の臨床の場合、患者自身の意思決定がなかなかできていない。終末期であることの明確な状況の判断が難しかったり、その時には状態が悪くて本人へ告知出来ていなかったり、高齢であったり家族に委ねられる現状がまだまだ多いと感じる。その時の前に本人が今後の人生を見つめられる元気な時期に告知していくことが必要と感じる。
- 受け持ち患者の終末期の決定は答えが無いため難しいと感じた。
- 患者の意思決定を支えると言っても自分の終末期を決定できる人は少ない。ついつい自分の思いを押しつけているような恐さがある。
- 循環器疾患領域でも終末期医療が注目されてきており、新しい分野であることと癌や脳死とは違う線引きの難しい中での医療にジレンマや、関わりでの難しさを感じる。ストレスも大きい。
- 長期的に関わる中で医療者という立場を忘れそうになる時がある。やはり専門家の立場から患者のみではなく医療者にも情報提供がほしいと思った。
- 患者家族の意思の抽出や共有を医師・看護師・コメディカルそれぞれの役割の中で、どの職種が介入（イニシアティブ）をとり、チームとしてまとまって関わるかは状況によって変わるが、その全体調整を働きかける役割が看護師にはあると思っている。
- 答えが 1 つにまとまることはないので多方面から議論され続けることは大切なことだと思う。

2) 臓器・組織移植に関するご自身の考えをお聞かせください。

- ・生前に決めておく。
- ・患者や家族の意思を尊重し支援したいと考えている。
- ・提供により生活が改善することがあるため提供の意思がある場合大切にしたい。
- ・法が改正され多く実施されるようになってきていることは良かったと思う。
- ・提供の意思がある方の思いを尊重しコーディネートする職種が適切な評価をされる体制作り（国の体制）が重要。
- ・良い事であり推進されるものと考えているが、どう生きるかが整理できていないと、どう死ぬかまで考えにくい。
- ・移植のレシピエントは移植に対する考え方、捉え方が様々なことを日々実感している。それぞれの患者にどう対応するか悩む。
- ・提供するという行為に対して、その背景にある提供者の思いを100%解くことは不可能だと思う。手がかりとしては提供者の今までの経緯や周りとの関係性を知ることが大事。
- ・ドナーカードを免許証と一緒に携帯している。
- ・直接的に関わった経験がないため、自分が感じたこと等を言うには勇気がいるが、それでも違和感や質問をすること自体にも意味があると学んだので積極的に意見が言えるようにしていきたい。
- ・事前の意思表示は大切だが、実際ぎりぎりの状態にならないと自分の本音も分からない気がする。
- ・母親が存命している今は自分も臓器提供を迷う。臓器提供について治療と考えられない人が多いので確認するときはまだ抵抗を感じる。
- ・自分の場合を考えると難しく答えが出せない。自分の子どもの場合は提供したくないと思う。
- ・自分は人の臓器をもらってまで生きたくないと思っている人間なのに、人の心臓をもらってしか生きられない患者の支援をしていることが、患者想いの看護師ではないと思ってしまう。
- ・それぞれの考え方だとは思いますが、自分自身は提供する側、される側の理解・合意があれば良いと思う。
- ・仕組みや制度をよく知らない為に、どちらかというあまりいいイメージを持っていない。
- ・大切な人の場合はすぐに答えが出ないと思う。
- ・極端な話だが中国では誘拐されて臓器を売られてしまうという話があり、今後一般常識がなくなっていく中でどうなるか心配。
- ・患者や家族の意思で行うものであり医療者側から強要するものではない。提供したい・したくないという意見を引き出して心からの気持ちが見えるようにしたい。
- ・医療者側からすれば提供されたもので希望をもつ患者がいるのなら嬉しいが、家族側からすれば身体の一部がなくなることに違和感を覚える。

3) 意思決定支援でジレンマを感じたり、印象に残った場面をお聞かせください。

- ・医師が患者に説明し了解した上で高額医療を行っているが、とことん治療され（両方の人工心臓など）患者のQOLを考えるとどうかと思うことがある。
- ・意思決定の出来ない患者で医療者も家族もどうしてあげたら良いか途方に迷っていたが、患者を交えたCRをすることで、患者が重い口を開いてくれ意見の確認ができた。
- ・家族の中で意思が分かれていて、倫理委員会で移植に進めない時があった。

- 救急でお金もなく、家族が「治療しないでほしい」と言われた時。意思決定する人がいない時。
- 安全が保障されない環境に、患者が帰るといふ強い希望を持ち、家族のマンパワーもあまりない中、在宅調整が後追いになり退院となった時。
- 代理意思決定で悩む家族に何て声を掛けたら良いか。
- 患者と家族の思いと医療的に出来る事の違いを埋める事が難しい。また、患者本人の「もういい」という意思の裏に家族に対する遠慮があったりする時どのように対応すべきか悩む。
- 若い医師が少ない経験値を基に判断しコメディカルの意見を聞こうとしない場面が数度あった。
- 同居していない実子の意見が強く、嫁等が意見を言えない雰囲気を感じる時が結構ある。
- 医師とのやり取り、方向性の決定。(医師としては、やれる治療を全てやりたい。看護師としては本人の気持ちを尊重させたい)
- 高齢で時々つじつまの合わない言動がある認知レベル低下の患者が透析導入は延命治療だと言って拒否した。しかし認知レベル低下、判断力低下、状態を悲観してのうつ状態とし本人の意思表示に従うことに抵抗を示した事例。
- 終末期でありながら治療次第ではまだ効果があるのではないかと考えられる時。患者が思う生活を支援することが生命を左右する時(患者・家族)意思決定出来ない時は何回も話し合えば良いのか迷う。患者が終末期だと思ってない時もある。
- がん患者のセデーションや透析中止について数回話し合ったことがあるが、一定の合意が得られるときと、医師と対立したまま一応の方針が出た時があり、すっきりしないと思うこともある。その後のコミュニケーションが大切だとは思いますが難しい時もあった。
- 在宅で点滴治療しなければ退院はさせられない。本人は自己管理してでも治療を受けたいが家族はそこまで協力できない。そこまでして生きてほしくないと思っており何度も医師、看護師、家族でカンファレンスするが方針が決まらず、月単位で入院が伸びていった時。
 - 退院したい患者だが飲食において制限が守れない為カテコラミンがきれない。帰りたいなら制限を守れば良いと思うが、先が長くないから好きなものを食べれば良いとも思うし、患者がどうしたいか選択して良いと思うが先のことを考えようとせず(考えられない)今帰りたいと思うから医師、看護師が帰さないつもりで、何もしないとされてしまうこと。
- 十分に現状を受け入れられない患者が多く、意思決定への情報提供が行えない、意思決定が出来ない場合がほとんど。そういう人だとは分かるが何かあった時本人の意思でない方針になってしまうのではないかと思ひモヤモヤする。
- 痛みを取るための処置をすると意識が無いまま亡くなる患者。主診科と緩和チームの考えが異なった時に間に立ってとまどったが、患者に本当のことを伝える大切さを学んだ。
- 家族が終末期の状況を受けとめきれないと意思決定支援の介入が出来ずジレンマを感じる。
- 納得して決定した意思であっても、死を迎えると本当に正しかったのかと感じてしまう家族の思いがあるときの声かけやサポート。
- 独居で治療を希望する患者がいるが、治療する事で命を縮め在宅療養が出来なくなってしまう。
- 退院後の療養の場を選択する際の意思決定の場面で、患者、家族、医師と看護師の意見が合わず、より良い選択とは?と悩みジレンマを感じた。
- 低出生児で NICU に入院、予後もあまりよくない患者で、肝芽腫が見つかったが両親は治療を拒否。不妊治療の末に授かった子であったが、その子よりも次の子(治療計画)のことを考えていた。

- ・看護師さんならどうしますか？と聞かれることも多く、難しいと思った。
- ・緩和病棟の入院に際して、本人の意思表示確認を強要した。しなければならない。本人は本当は在宅を希望、また緩和病棟=死と思っているようで辛そうだったこと。
- ・患者の本当の気持ち（意思）とは反対に治療方針が決まるような場面があり、その時にジレンマを感じた。

4) 勉強会の内容に対する感想やご意見をお聞かせください。

- ・難しい問題を分かりやすく教えていただいた。奥が深いです。
- ・シリーズ化して欲しい（ex：事例を用いた内容）頑張って意思決定をした家族から、患者の最期の時に「本当にこれで良かったのか」「別の方法を選択していれば」という後悔を表した時の支援など、病院から去った後の支援が気になる。
- ・答えは複数ある。ギャップがあることを自覚する。という視点に気付かされた。
- ・普段もやもやと感じている部分を切り取り、言葉にすることで何をどう考えるか、考える糸口を頂いたと感じる。
- ・意思決定の支援は医療に関わる者にとって、避けられないこと。
- ・患者にとっての最善。チームとしての合意。“水をさす”ことを許すチームの育成。現場で悩んだら（固まってしまう）第三者に相談する体制が北里は整っているのだから活用するのも大切。答えは一つではないし、すんなり一つに決まった場合はむしろ疑問に感じる事が大切と様々学べた。
- ・ジレンマを表出・共有していくことが大切だと思う。
- ・事例を加えながら、またお願いしたい。
- ・本人の意思を尊重するとともに、意思決定での重要な点を踏まえて今後も調整していきたいと思う。
- ・臓器を受ける側についての意思決定の支え方を学びたい。病棟では移植を待つ側の人としか関わらないから、今回の勉強会でドナー側のことも分かって勉強になった。
- ・日々の患者家族の意思決定支援でも倫理的な事をもっと考えること。チームで考えてみる必要もあると思った。
- ・移植に関わる職種ではないため、初めて教えていただくことが多くあり勉強になった。実例があると更にありがたかった。
- ・違和感を大切にするという考えに共感した。医師がその先頭に立ってくれた場合、医療は変わっていくのだろうと思った。“ケースバイケース”これに尽きると思った。これに対応するにはコミュニケーションをとる事以外にはないような・・・。
- ・倫理に関してはその人その人によって捉え方が違って、答えが1つではないからすごく難しいというイメージがあり、それは今も変わらないが少し考え方を变えるだけでも良いのだということを考えさせられた。
- ・命を守る意思を尊重することが終末医療ではズレがあり、バランスを常に考えることが必要というのが実感した。
- ・患者に対してのみではなく色々な場面で意思決定支援が必要である。とても貴重な勉強会の企画をありがとうございました。

平成 25 年度 第 5 回 院内ドナーコーディネーター連絡会議事録

日 時：平成 25 年 10 月 21 日(月)17:15~19:00

場 所：臨床講義室 No2

参加者：濱田・山本・数馬・陸・廣井・早速・石井・濱田・押田・岩村・友田・中村・小越 田海(県 Co)
徳重・高橋(司会)・荒川(書記)

欠 席：怡田・市村・佐藤・井出(敬称略)

1. 勉強会「危機的患者・家族との関わりとチーム医療」(濱田) 内容は資料参照

- 危機的状態の家族が、経済的問題を抱えていて、それが気になってゆっくり患者の事を考えられない状況のケースや、家族がたった一人でサポートが無い中、悪化していく患者の現状を受けとめられず、医療へ疑念を持っていたケースを実際にみた。改めて医療者のサポートが大切だと感じた。
- GICU ではパニックを起こす様な本当に危機的状態の人はまれで、危機に陥らないようなケアが大事。
- 脳死患者家族の心理的プロセスで受傷(発症)時と終末期で驚愕期が二度来る事はあるのか?
→ プロセスを行き来したり、かぶったり、受容期まで至らずに終了してしまう家族もある。

2. 症例検討(石井・高橋)

1) 救急 40 代男性 縊首による POST CPA (調査票 2-2-3 妻)

急変時 NoCPR 方針。専任と兼任 Co が介入時期や誰が介入するか検討を行なった。

心停止下臓器提供(脳死ではない)も考慮し 3 日目に病棟兼任 Co(リーダー)が妻に介入した。

→ 妻は「役に立つ事は良い事」と家族で話し合い、希望時は申し出ることになった。

→ 申し出無いまま経過。転院も視野に大部屋移動後、状態悪化し ICU へ戻り死亡(12 日目)。

大部屋リーダー(専任 Co 経験者)と専任 Co が希望確認の介入について検討し、死亡後に大部屋リーダーが再介入した。(最終的には家族辞退)

- 初回介入した Co は初回の介入後の結果が気になっていたが、確認のタイミングが難しかった。(安定後は聞きづらい) どう介入すれば良いのか? 再介入は家族の負担にならないのか?
- 記録から(妻) ①何がどうなっているのか分からない状態 → ②助からないなら気切を望まない → ③患者の日々の変化に気づいた事を表出している状態へと、変化が見える。(提供に関する記録は無)
- 再介入の結果、家族で話し合っていなかった。その状況を受けとめる事が大事ではないのか。
= 話せない状況だったのか? 負担だったのか?
- こちらの投げかけに対して「考えてみる」という返事ならば、最終確認はやはり必要ではないのか。
- 「聞いてほしかったのに、言ってもらえなかった」という人もいる。
- 子 2 人は受けと止め不十分な印象。(実母の面会時々あった)
- 妻は自責の念も予想され、誰か一緒に考えられる人が必要ではないか。
- 選択肢提示は皆にした方が良いが、家族が一人で聞くのは大変。(できれば 2 人以上がよい?)
- GICU でも自殺の場合は家族の衝撃が大きく、受けとめに時間がかかる。受けとめるまでは「臓器提供について」は優先順位が下がる
- 介入するのは専任 Co や専任経験者が多い。患者・家族の経緯を理解している現場の人が適任。逆に若いリーダーなら、専任が介入する事もある。
- Co がアピールしないと、メンバーは自ら意思表示に関する記録をソートする人は少ないのが現状。

2) 小児病棟からの問い合わせ症例の紹介

先天性心疾患で生後間もなくから手術を繰り返し、終末期となった児（生後10カ月）の家族が臓器提供を希望しているが可能かという問い合わせがあった。心疾患を持った子を持つ親として、誰かのお役にたてればという思いと同時に、児にどんな負担があるかを心配されている。

→ 主治医に生命予後を確認したが、心不全状態による全身状態悪化で臓器は適応外。眼球提供の下限3歳、組織提供について組織Goに確認した結果、骨、皮膚共に年齢適応外であった。家族へは主治医から説明された。

- ・入院中に他の児が亡くなっていくのを見ていく中で、そういった思いを抱いたのではないか。

3) 18歳未満の選択肢提示症例の紹介

18歳未満の交通外傷（調査票3-3-3母）が3病日の朝に治療の限界となった情報を確認。さらに、本人が以前臓器提供をしてもよいと家族と話していたという情報あり（病棟から）。

選択肢提示および脳死判定に備え、CAPSによる被虐待の否定（当院のCAPS履歴及び児童相談所への照会）と臨時CAPS委員会と緊急倫理委員会の審議を依頼（結果、疑いなし）と薬剤師に使用薬物の確認行なった。状態の悪化に伴い9病日（土）主治医からOP提示されたが、家族から聞く準備が出来たら両親揃って話を聞きたいと。週明け希望あれば脳波再検査へ、週末急変時は最終意思確認しない方針だった。結果、11病日（月）未明、死亡退院となる。

- ・児童はOP提示前に虐待の否定が必要（先に家族申し出あれば、その後に行なう）
- ・児童相談所の照会は本人と同胞について行なわれた。
- ・緊急医の倫理委員会は過半数の7名を集めるのに苦慮。一般人である院外メンバーの他、都内出張中や東病院遅番勤務後駆けつけて頂いて成立した。
- ・最終意思確認できないまま死亡退院となり、主治医も不消化の思いがあった。

3. 7~9月調査票・ドナー情報について

- ・眼球提供1件。（40代縊首）時間的に難しかったが、本人の意思表示があり検案を外部機関で行なった後近くの警察署で摘出となった。
- ・介入希望者はいたが、検案時間調整困難や眼球、組織なら辞退という事があった。
- ・連絡入らなかったケースあり、調査票の流れの再確認をお願いした。

4. その他

- ①下半期連絡会予定変更について 次回も症例検討を予定
- ②臓器提供・移植を考える神奈川の会 市民公開講座参加報告：3連休のため参加者が60人ほどだった。
- ③11月病院ニュースに徳重さんが移植関連の行事紹介を書いている。（11月末発行）

以上

日 時：平成 25 年 11 月 11 日 (月) 17:15~18:45

場 所：臨床講義室 No2

参加者：市村・山本・数馬・陸・石井・押田・岩村・友田・早速・高橋(司会)・荒川(書記)

欠 席：怡田・濱田・佐藤・廣井・中村・小越・徳重・井出(敬称略)

1. 勉強会「脳死判定に影響する薬剤」(友田) 資料参照

- ・脳死判定に直接影響を及ぼす可能性のある薬剤について(中枢神経作用薬・筋弛緩薬)
- ・可能であれば血中濃度を確認して対応する(4 半減期過ぎれば、ほぼ問題ないとされている)
⇒測定キットがある薬剤はごく一部、院内にあるのも限られており、外注は結果が出るまで数日かかる。
⇒測定できない場合「有効時間を見計らって行なう」とあるが、有効時間の設定が難しい。
- ・個人ごとの背景を考慮した血中濃度予測が必要(量、回数、持続投与か、年齢、性別、人種、肝疾患の有無など)
- ・直接影響を及ぼす薬剤でなくても、相互作用により影響を及ぼす可能性がある。(肝代謝を抑制する薬剤を併用している場合など)
- ・小児の痙攣などでノーベルバル®を使う事が多いが、点滴、内服で血中濃度は違うのか？
⇒血中濃度が上がる早さは違うが、一旦上がってしまえば半減期は同じである。

2. 症例検討「一般病棟(7C)での終末期患者への意思確認の課題」(山本) 資料参照

症例①90代女性 痙攣重積(11 病日目永眠)

症例②60代男性 視床出血(4 病日目永眠)

症例③70 第男性 誤嚥性肺炎(71 病日目永眠)

- ・約 6 カ月間の 3 症例だったが、いずれも意思表示なく、DNR の方針となったが、介入のタイミングが難しい。
- ・症例③は HB (+) のため医学的適応外だったが、医師にその判断は難しい。
- ・入院時情報提供用紙に「意思表示の有無：分からない」と記入されている場合、状態が悪くなった時に確認しづらい。
⇒ 三次救急外来調査票の「状況に応じて介入希望するか？」の項目が組み込まれていると確認しやすいのでは？
入院時情報提供用紙の内容を入れる看護プロフィールは医師が見ないので情報共有がむずかしい。
調査票のように配布できないか。(ただし血液内科は適応外)
- ・高齢者が多く、医師、看護師とも臓器・組織提供の対象外と思いがちである。また、実際に希望があった場合どこに連絡するのか、何をしたらよいのか流れを知らない。
⇒ 医師(主治医クラスを含め)と看護師対象に、一般的知識と実践で役立つ内容の勉強会が必要。
- ・症例②は神経内科がかかりつけで無い場合、救急病棟に入院となる。調査票で「分からない」と記入した場合でも、その後提供を希望する場合もある。
- ・救急医は他に比べて臓器提供に対する意識が高い。逆にそういった経験のない一般病棟医は高いとは言えない。11~12 月に脳神経外科・神経内科医師に声をかけて勉強会を実施予定である。(神内は東病院の医師も合同で行なう予定)
- ・ICU では DoCo が周囲(医師や Ns)に「この人は(意思確認をする)対象かも知れない」と投げかけ、介入するかどうか問題提起している。色んな意見が出るのが大事で、結果的に臓器提供の意思を確認する

事が、患者の権利として意識される事が大切ではないか。

- それぞれの病棟、診療科の現状にあわせたドナー情報の吸い上げが必要ではないか。

3. 小児ドナー情報概要報告（陸）（次回12月にあらためて症例検討を予定）

- 13才 POST CPA（OP提示の可能性視野に臨時CAPS委員会と臨時医の倫理委員会を開催）

低体温療法終了後、脳波・ABR検査実施し終末期のIC時にOP提示となった。両親は本人の意思は分からないが、2人で話し合った上で「提供しない」という選択をされた。

- 連休中だったが病棟Goから支援室に連絡が入り、主治医と情報共有、方針の確認が行えた。
- 医師間の考え方の違い（臓器提供をするなら早く意思を確認し、臓器保護を始めたほうが良いのでは？と、家族が「話し合ってみる」といった結果を待つという考え）が明らかになった。
- 病棟スタッフの動揺（他に重症患者がいて、若いスタッフが受け持つ事が多かった）があり、早くから支援室が病棟に介入し、カンファレンスに参加した。「どう接して良いのか分からなかった。」という思いを整理する事につながった。

4. 10月調査票・上半期ドナー情報（高橋）

- 配布率、回収率とも改善している。
- 9～11月の間に小児の臓器提供の可能性を考えたケースが3例あった事からも、今後も小児の臓器提供が起きる可能性は高いかもしれない。

5. その他

1) 12月19日（木）17:30～ 臨床講義室1

移植医療講演会

「小児救急医療と臓器提供」 静岡県立こども病院 小児集中治療センター 植田育也先生

※ 当日お手伝いをお願いします。

※ 院内放送は早速さんが担当予定。

2) 次回予定 12月9日（月）17:15～ 臨書講義室2

小児症例検討 「終末期の家族支援 を考える」

※ 実際に小児の臓器提供の介入経験のある他県のGoを招く予定です。

他、JATCO総合研修参加報告予定（市村、佐藤）

以上

日時：平成25年12月9日(月) 17:15~19:00

場所：臨床講義室 No2

参加者：石井・岩村・市村・怡田・山本・数馬・廣井・友田・徳重・早速・中村・佐藤・小越・押田(司会)
荒川(司会) 高橋(書記) (敬称略)

オブザーバー：吉田・水上・辻・佐々木・30スタッフ3名・組織移植コーディネーター笠原・群馬県臓器移植コーディネーター稲葉氏・神奈川県臓器移植コーディネーター田海氏・

欠席：濱田・陸・井出(敬称略)

1. 11月調査票報告

専任 Co 高橋より、角膜提供の2件は本人の意思表示無し、家族の介入希望ありからの提供で、辞退となった症例2件は本人意思表示あったが院内 Co から一般的説明を行い辞退となった症例であった。また、別紙資料に沿い報告があった。

2. JATCO 研修報告

佐藤：3日間集中講義の中で、移植医療の現状や意思確認の必要性について確認することができた。

市村：臓器提供が終末期のひとつの選択肢であるという認識を改めて実感した。家族・患者の意思や権利と向き合うことの必要性を感じ、意識を高めて病棟スタッフへも働きかけを行っていきたい。

3. 「小児臓器提供における意思決定支援とグリーフケア」についてスライドおよびDVDにて群馬県臓器移植コーディネーター稲葉氏より講演があった。(資料別紙参照)

Q：救急外来においては小児CPAの患児などは、蘇生治療中の現場をみせるような関わりを行うが、PICU等の治療場面においても必要という認識でよいか。

A：どのような状況見てもらうかはケースバイケースであるが必要と考える。脳死の診断についての考え方にも通じるが治療を打ち切るためでなく、限られた命を知らせて納得いく看取りを考えるために必要ではないか。曖昧な判断は家族を混乱させると思われる。アナムネをとるときなどの背景を十分に押さえ、知るための関わりが重要

感想1：管理者として6年前小児臓器提供を見てきた経過の中でも、家族がどのような医療が行われているかを知ることは重要で、その症例も親戚が過去に意思確認をされた経緯から両親が家族から申し出であった。他児の急変場面を家族が見たこともひとつのきっかけでもあった。医師・看護師間の認識のズレを修正していくことが必要と感じた。

感想2：日々の関わりやつながり、IC場面だけでない関わりは特に重要で、今までの背景を引き出すことが大事ではないかと感じた。

4. 症例報告(終末期患児・家族への意思決定支援と看護の実際/終末期に関わる看護師のジレンマ)について陸の代行として辻主任より報告がされた。

1) 病棟スタッフより家族との関わりで苦慮した点などについて以下が語られた。

- ・実際の関わりの場面では、自分たちの関わりが合っているか、方向性は間違っていないのかと、もやもやした感じがあった。
- ・医師や看護師も家族のよりより最後を考えたときにさまざまな価値観の中での思いがあった。
- ・形式的なカンファレンスではなく、勤務終わりや休憩中など自然とどうしたらいいのかといった看護師間の思いの表出があり、このことはとても看護師間にとっては有意義な時間でジレンマの共有にもなっていた。

2) 院内 Co より以下の感想がだされた。

- ・関わりの丁寧さを感じ、とても家族もよい時間が持てたのではないかと感じた。
- ・カルテ上のDrの記録も詳細かつ丁寧で、看護師の関わりや家族の心情もよくわかり病棟スタッフの

丁寧な関わりが感じられ、とてもよい関わりができていたのだなと感じた。

- 低酸素脳症となったことの背景を家族が理解したり乗り越えるきっかけとなる家族内でのひとつひとつのステップアップが終末期においては必要なのではないかと感じた。
- 選択肢提示やその後の家族の関わりがとても丁寧にされているように感じた。

3) 症例検討において以下の質問が出された。

Q. 同胞への関わりや家族への配慮などはどのようにしたのか。

A. 面会等は窓越しにされていて普段と変わらない様子ではあるようだったが、末妹は「自分にはみんなで何か隠し事をしている」などの言動が母に向けられているといった状況があった。学校関係者は家族の希望で面会はしていない状況。同胞の学校関係者には状況を伝えフォロー依頼したという情報が得られた。

Q 同胞への IC について配慮する点や考慮するなど

A 稲葉 Co より、経験した症例では親の不慮の事故からの脳死の経緯についてどのように伝えるかについて両親や医師と情報共有や支援体制を整え、親御さんから子供へ伝えた経緯があった。小児といっても10才前後では十分自分のことも周りのことも認識している。しっかりと意思決定していく輪のなかに参画させてあげることが重要。

日 時：平成 26 年 1 月 20 日(月) 17:15~18:30

場 所：臨床講義室 No2

参加者：岩村・市村・陸・怡田・山本・廣井・友田・徳重・早速・中村・佐藤・押田・小越・高橋(司会)
荒川(書記)(敬称略)

欠 席：濱田・石井・数馬・井出(敬称略)

1. 報告事項

1) 前回の小児の症例報告について(陸さんより)

病棟では初めて選択肢提示された症例で、医師間の意見の違いもあり正解のない中、主治医も試行錯誤だった。スタッフは当初戸惑いを感じていたが、家族の反応(提供について考え、終末期を受け止めていく姿)や、カンファレンスを通じて、徐々に終末期を支えるという意識が高まった。

2) 移植医療講演会報告(荒川・高橋)

「小児脳死下臓器提供における課題と現状 ～現場の不安を紐解く～」静岡こども病院の植田先生

- ・小児科医も多く参加があった。前述の小児症例があったこともあり真剣な質問が相次ぎ、非常にタイムリーな企画となった。(全参加者 86 名)
- ・感想カードにも「非常に難しい問題」「考えさせられた」とありながらも、「考え方が整理できた」「家族の対応を考えることができた」「臓器移植も看取り医療の一部」「家族と日頃話し合っておくのが大切」という意見があった。
- ・静岡こども病院では、グリーンケアチームがあるが、終末期を受け止められないまま死を迎えた家族に対して先生の連絡先(名刺)を伝える、相談先(こども病院の OB 医師など)を紹介することもある。スタッフのグリーンケアは、デスクカンファレンス(医師も参加)等で語る場を持っているとの事だった。
- ・3 月に小児科医も含めた、静岡こどもに施設見学を計画している。(報告は次年度に)

3) 症例報告(別紙参照)(高橋)

18 歳 SAH 入院時から状況厳しく、入院 2 日目に平坦脳波・ABR(-)確認し主治医が脳死に近いと父に IC。Co も同席し選択肢提示行っただが、その際は結論が出なかった。翌 3 日目に急変時 NoCPR、病理解剖の希望があるが、提供については迷っていた。4・5 日目昇圧剤使用下でも血圧、利尿低下。連日の IC・意思確認は家族を追い込むのではないかと判断し、心停止後組織提供を視野へ。入院 6 日目に死亡となり Co 面接し眼球提供(および病理解剖)となったが、家族の反応は心停止後の腎臓提供も可能だと捉えていた。

①選択肢提示のタイミングをどのように調整していくか

入院当日より主治医と治療方針を確認、選択肢提示に向けた情報共有を開始。主治医は家族に脳波検査結果を示し、厳しい状況を理解できるよう何度も説明しており、家族の受け止めにみて 2 日目選択肢提示となった。リーダーNs とも情報共有し提示後の家族のフォローを依頼した。

- ・入院日は急変した話と一緒に聞くのは混乱して受け止めは難しい、その後に時間を空けて行うのがよいのでは。

②選択肢提示後の最終意思確認のタイミングはいつが適切だったのか?

- ・身体的に提供可能なぎりぎりのタイミングは 4・5 日目だった。

- ・ 選択肢提示・意思確認するのは誰か？→ 現在は医師、現場の Co、支援室の Co が行っている。
- ・ 正確な情報を伝えるタイミングが難しい。(心停止後腎提供を行うには事前の準備が必要)
- ・ 連日主治医・リーダーと情報共有していた。家族の心情が看護記録に残されているが、カンファレンスは行っていない。
- ・ Co しか確認できないわけではない。病棟 Ns、Dr など患者家族に関わっている人が、くみ取るのも自然である。
- ・ 継続して担当できる Ns がいるとよい。
- ・ 家族は患者の死を受け止めてからでないと難しい。どこから家族は考えていたのか？今振り返ると、病理解剖を希望した時期(3日目)だったのではないかと。(Co は「病理解剖」と「臓器提供」の大きな決断を一緒に考えられるのか？という心配があった。)
- ・ 4・5日目「連日の IC や意思確認は家族を追い込んでしまわないか？」という Co 側の思い
⇒ 「提供をするか・しないか」ではなく、「話を聞きたいか否か」を聞けばよいのではないかと。
- ・ 自分だったら「知りたかった」と思う反面、確認のタイミングが難しい。連続して聞かれるのは混乱するかも。
- ・ 先に話しておく、家族で話し合える時間ができるのでは。
- ・ DNAR の方針を決めるときに話すのは、混乱している時に良いのか？と思うが、自分の家族なら聞いた方が良いとおもった。

<その後の支援室 Co の話し合い>

選択肢提示後、家族が決めていない時

- ・ 「少し考えていただきたい」と前置きし、「もし、提供を希望される場合、心停止後の腎臓提供は外部の人を呼ぶなど事前に準備が必要なので、間に合わなくなることがある。そのため、ぎりぎりのところでこちらから確認させていただく事がある。」と言って、了承を得ておき、最終確認のタイミングをはかる。
- ・ 「もし希望があるならすぐお話を聞く機会がありますが、希望されますか？」と、最終確認の際に聞いてみる。

等の具体的方法を考えてみた。

※既往の川崎病について

- ・ 病理解剖：今回は脳だけでなく胸・腹部臓器と血管についても行った。もし脳死下提供希望なら脳のみとし、腎提供希望時は腎臓を除いた臓器とする方針を、あらかじめ主治医と確認していた。
- ・ ただし、(川崎病の既往がある臓器の)提供可能かの判断はNWに確認となる。

2. 新病院開設に向けた院内体制整備について(高橋)

1) マニュアル(別紙3「脳死下臓器提供フローチャート」参照)

2回目目の倫理委員会の開催時期変更について医の倫理委員会で認められた。

(従来) 2回目法的脳死判定 → 2回目倫理委員会 → 死亡宣告 → 検視検案

(新) 2回目法的脳死判定 → 死亡宣告 → 検視検案 → 2回目倫理委員会

今後、病院の経営会議にかけた後マニュアル差し替え予定だが、現在の自部署のマニュアルについては、本日配布したフローチャート(2穴あき)に差し替えてほしい。

2) 今後の体制整備

① マニュアル

- ・ 現行マニュアルでは、臓器搬出ルートは「新棟地下1階、資材庫横出入り口」となっているが、実際には「既存棟地下1階 薬品搬入口」を使用している。新病院移行後は変更となるため、この差

し替えは行わない。

- ②ヘリポート：現在の第2グラウンドから新病院屋上へ変わる。新ヘリポートは設備上夜間も使用可能だが、運用時間やドクターヘリとの関係も含め具体的な内容が未決定である。グラウンドも併用の可能性がある。（騒音で運用開始時間が遅い場合、風などの気象条件で屋上が使えない等）
- ③脳波検査：対象が入る可能性のあるPICU、EICU、救急病棟個室、GOCU、SCU側個室の環境測定を、生体モニターが配置された段階で事前に行うよう準備中である
- ④脳死下臓器提供移動型シミュレーション（H26.11月予定）：
マニュアル見直し → 変更したものでシミュレーション実施 → 修正・確定へ

3. 確認事項

- ・次回連絡会では、まとめとし本日配布した「平成25年度活動報告」の用紙に各自記入したものを発表してもらう。（用紙は発表後当日提出）
- ・2月神奈川県院内コーディネーター研修会参加希望確認
- ・3月17日（月）17:00～ 支援室連絡会議（全体）臨床講義室2

次回 平成26年2月10日（月）

場所 臨床講義室 No2

以上

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

(雑誌)

平成23年度

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
篠崎尚史	イスタンブール宣言以降の組織の取り扱い	HAB NEWS LETTER	Vol. 17 (2)		2011
篠崎尚史	イスタンブール宣言後のWHO・国際移植学会の取組み	医学のあゆみ	237 (5)	368-372	2011
篠崎尚史	臓器移植の社会的基盤構築	医学のあゆみ	237 (5)	363-367	2011
篠崎尚史	移植コーディネーターのコミュニケーション教育の検討	移植	46 (suppl)	263	2011
篠崎尚史	フェムト秒レーザーによる角膜移植術の医療経済分析	Pharama Medica	29 (6)	141-146	2011
Groth S, Noël L, Matesanz R, Dominguez-Gil B, Chapman J, Delmonico F, Jacquelinet C, Levin A, Vivekanand J, Ahn C, Alejandro Torres M, Núñez JR, Delmonico F, Dominguez-Gil B, Shaheen F, Gill J, Rahmel A, Shinozaki N, Capron A, Manara A, O'Callaghan G, Chapman J, Obrador G, Singh H, Biller Andorno N, Garcia-Gallont R, Moazam F, Nol L, Rudge C, Vathsala A, Dominguez-Gil B, Manyalich M, Martin D, White S, Abela CJ, Aguiar MJ, Akinsola A, Al-Mousawi M, Saldas IA, Rodriguez MA, Ashkenazi T, Ashuntantang G, Avsec-Letonja D, Salah Ben Ammar M, Brezovský P, Bušić M, Carmona M, Coene L, Coll E, Constable F, Danninger F, Danovitch G, De Frutos Sanz A, Del Río FJ, Deulofeu R, Dhitavat V, Di Fabio JL, Diouf B, Doyle P, Duro Garcia V, Dzhaleva T, Ehtuish E, Ezekiel L, Gautier S, Ghadiok G, Gompou A, Groth C, Grunnet N, Gupta S, Hafner V, Hilal Abdou M, Jakobsen A, Kirste G, Küü svek A, Kwék TK, Kyriakides G, Soon KK, Lausevic M, Leichtman A, Magnússon S, Mahillo B, Mahipala PG, Maio R, Mangan TP, Marazuela R, McCartney TB, Mehta G, Metwalli N, Minina M, Morales Billini F, Moreno E, Müehlbacher F, Muller E, Nanni Costa A, Nathan HM, Ndihokumbayo JB, Niño Murcia A, O'Callaghan G, O'Connor K, Odongo I, O'Neill F, Oosterlee A, Ott MO, Øyen O, Pavlou A, Perner F, Perojo L, Procaccio F, Reis Nothen R, Reznik O, Hasan Rizvi SA, Luis Rojas J, Rosendale J, Rowinski W, Rozental R, Saeed B, Salmela K, Sánchez Ibáñez J, Saxena M, Schlitt HJ, Sharma V, Srivastava RK, Susalit E, Szabó Z, Takahara S, Tibell A, Tsoulfas G, Valdivieso López A, Vandewoude K, Vera E, Wahyuningsih A, Wang H, West LJ, Wikler D, Yongfeng L, Young K, Zota VG, Zafalon G, Shen Z.	Third WHO Global Consultation on Organ Donation and Transplantation: striving to achieve self-sufficiency	Transplantation	91 Suppl 11	27-28	2011