

臓器提供時の院内コーディネーションに関する研究

研究分担者 三宅 康史 帝京大学医学部救急医学 教授

研究要旨：

現場でのバイタルサインから外見上、重症、重篤であったり、受傷機転が高エネルギーであった場合には、傷病者は救命救急センターに入院することとなる。懸命の治療にもかかわらず、結果として不可逆的な意識障害が遷延し、本人からの治療に対する意思決定が不可能な場合では、その予後が最悪の事態も想定されうるので、治療に当る医療スタッフと家族を含む患者関係者との間での綿密な意思疎通が欠かせない。しかし現実には、医療スタッフ側の多忙、説明時間不足の一方で、患者関係者側の動揺、短時間での関係者（親族）間での価値観を一致させることの困難さなど、多くの問題が残されたまま、患者の推定意思確認、関係者それぞれの現状への理解、今後の治療方針に関する関係者全員のコンセンサスが深まらず、結果的に医療担当者と患者関係者の間の成熟した信頼関係構築の遅延や相互不信が広がる危険性がある。入院の初期段階からその間に入り、医療カンファレンスへの参加と情報収集、患者家族に寄り添い綿密な話し合いを持つことにより、医療スタッフ側の説明内容の満足度のいく解説、患者家族の理解度の進み具合、そして現状での問題点を抽出した上で、中立的な立場に立ってその調整にあたる職として、“入院時重症患者対応メディエーター（仮称）”という役割を設定し、臨床現場に配置する事は、その解決策の一つとして医療スタッフ、患者関係者の双方にとって満足度の向上と言う点で大いに意味があると考えられる。患者が、最終的に脳死に至った場合は、家族関係者に対して、その精神的な支援活動の一つとして臓器提供の機会が存在することの情報提供も行う。今年度は、入院後に重度の意識障害が遷延する患者の家族・関係者に、疾患内容、今後の治療方針とケアの必要度、経済的・心理的問題を含め全面的にサポートする“入院時重症患者対応メディエーター（仮称）”育成のための①研修テキストの作成、②育成・資格付与のための研修会の実施、③この職種の役割が現場で認められ更なる活躍の場を全国的に広げるために診療報酬を算定出来るように準備すること、④研修会の展開と研修内容のブラッシュアップ、などを本研究の目標のなかで、最終年となる令和元年度は昨年度に作成済みの研修テキストを使用し、実際の症例に則したロールプレイを3例実施する研修・資格認定プログラムを策定した上で、受講者を募集、“入院時重症患者対応メディエーター（仮称）”育成・資格認定のためのパイロット研修会を複数回実施し、受講終了証を発行した。研修会後は、受講者にアンケート調査など実施し、これを参考に研修内容の改訂を図った。

研究協力者	北村 愛子	大阪府立大学地域保健学域急性看護学分野 教授
横田 裕行	日本医科大学高度救命救急センター 教授	佐藤 圭介 帝京大学医学部附属病院 医療連携相談室
和田 仁孝	早稲田大学大学院法務研究科 教授	池田 弘人 帝京大学医学部救急医学 准教授
会田 薫子	東京大学大学院 死生学・応用倫理センター 特任教授	

笠原 俊志 熊本大学救急・総合診療医学分野  
教授

林 昇甫 JOT あっせん事業部

別所 晶子 埼玉医科大学総合医療センター  
小児科

## A. 研究の目的

救命救急センターを中心とする重症患者受入れ医療機関では、重症患者の集中治療と管理を少ないスタッフで交替しつつ継続し、スタッフ以上に動揺し疲労困憊した患者家族に対して十分な時間を取ってわかりやすく説明することは決して容易ではない。最も家族が説明を必要としその置かれた非情な立場に強く理解を求めている時に、患者治療に専念することに時間を取られてしまい、信頼される大切な医療者-患者家族関係を構築することが容易ではない状況は、現場経験の多い医療者にとっては日常的である。重篤な病態に陥ってしまったことを患者家族に説明するに当り、相互の理解が進まない短時間のうちに、今後の厳しい予後を説明し理解を得る機会を作る事そのものが、担当する医療スタッフにとっては気が重く、説明のための時間を取るモチベーションを上げることは簡単ではない事もある意味、真実であろう。発症段階から重症であるが故に、裁量の治療を施すことができたとしても、家族の期待を大きく裏切る予後となることも少なくない。

このような重症患者における急性期の医療者-患者家族間の、現状ではどうしても避けられない溝を埋めるために、その間に入って必要な情報共有を促進し、相互理解を深めつつ最終的に短時間での信頼関係を構築していくための手段として、両者間のコミュニケーション促進を行う専属の職種を配置することは意義のあることと考えられる。

本研究では、入院後に重度の意識障害が遷延し

本人からの治療方針を含む意思確認が困難な症例において、その家族・関係者に、疾患そのものについて、重要な治療方針の選択、将来必要になるケアに関して、医学的問題の理解と解決のみならず、経済的・心理的問題を含め全面的に支援する職種を新たに設定し、これを“入院時重症患者対応メディエーター(仮称)”と呼称し、昨年度は、①メディエーター育成のための研修テキストの作成を行った。

今年度は②育成・資格付与のための研修会の実施を目指し、研修会のプログラム設定、講義資料の作成、講師の招聘、会場の確保と受講生募集、実際の研修会実施、実施後の受講修了証の発行、受講後アンケートの実施、それらを基にした普遍的プログラムの策定を行うことを最終年度の目標とした。

③この職種の役割が現場で認知され、更なる活躍の場を全国的に広げるために診療報酬を算定出来るように準備すること、④研修会の全国展開のための専門の事務局の整備と、研修会開催に当り講師が活用できるマニュアルやコンテンツの作成、なども合わせて必要になる。

そして患者が、最終的に脳死に至った場合は、家族関係者に対して、その精神的な支援活動の一つとして臓器提供の機会が存在することの情報提供も行い、結果として選択肢の幅を広げ、満足度の向上につなげる。

## B. 研究方法

最近の医療者向けの成人研修コースの乱立によって、結果的にインストラクター(ファシリテーター・講師)の負担軽減を目的に、日本臨床救急医学会などからは、新たな研修コースは半日(4時間程度)コースが推奨されている。

“入院時重症患者対応メディエーター(仮称)”の定義を元に、その育成のための研修プログラムを策定するために、その定義を参考に受講対象を

想定し、作成する研修コースのプログラムの前半に、“入院時重症患者対応メディエーター(仮称)”の配置に至った経緯の理解および医療メディエーションの基本的知識を身に付けるための、講義で使用するコンテンツ(パワーポイント)を策定した。

プログラム後半は、ファシリテーター1名と複数の受講者による患者家族、受け持ち医療者、入院時重症患者対応メディエーターの2者あるいは3者による重症症例のシナリオ(複数場面)を作成し、ロールプレイを通じて患者家族の心情と理解度、医療者側の短時間での説明とそれに伴う苦悩について模擬体験を通して学ぶ機会を設ける。

受講後には、受講終了証の発行とデータ管理、受講後アンケートの実施と、散会後の反省会で、研修会の振り返りと次回への対策を練った。

## C. 研究結果

### 研修会プログラムについて

4時間の研修プログラム(例)を表に提示する。以下のような、当メディエーターの役割をまずは講義を通して学ぶ。当事者間の対話を支援し、相互にポジティブな対話が実現するように支援するのがメディエーションであり、これを行う者はメディエーターと呼ばれている。医療現場におけるメディエーターの役割は、意思決定支援場面等での患者・患者家族と医療側の対話を支援し、信頼関係を構築・維持することである。メディエーターは、患者・患者家族に寄り添いながら、自らの見解や評価・判断は一切に示さず、ただ受け止めながら傾聴し、患者側の感情や表面的な主張にとらわれずに、その深層で患者や患者家族が本当に求めているものは何かを見極めていく。メディエーターは、医師や看護師等と異なり、医療チームの一員ではなく、第三の立ち位置を維持することが、患者家族との信頼を厳しい場面でも失わないために重要である。その上で、医療チームとの連携・協力や情

報共有を行うこともメディエーターの重要な役割の一つである。

### プログラム例

時間割	内容	担当	備考
12:30-13:00	受付・資料・アンケート配付	事務担当	午前会場準備
13:00-13:05	主催者挨拶	横田、和田	
13:05-13:10	講習会に関する事務連絡	事務担当	
13:10-13:30	入院時重症 M の必要性と役割	横田・三宅	
13:30-14:20	入院時重症 M の基本的知識	和田	
14:20-17:00	ロール・プレイ(3人1組)3場面 インストラクション+準備 10分 ロールプレイの実施 15分 グループディスカッション 10分 全体振り返り(講師解説) 15分	和田 ファシリテーターの皆さん	
17:00-	修了証授与	横田	
	終りの挨拶	和田	
	原状復帰、班会議 & 反省会		後片付け

M=Mediator(メディエーター)

### 講義用資料

入院時重症患者対応メディエーター養成研修の講義部分で使用するパワーポイントの概要(一部)と使用するテキスト目次(前年度業績)を示す。

## 表1：テキスト目次

「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキスト(案)

- <緒言>
- <総論>
1. 救急・集中治療領域における重症患者の治療限界と救命困難例の支援
  2. 重症患者対応メディエーターについて：呼称、定義
  3. 救急医療におけるメディエーターの必要性と役割
  4. メディエーターが知っておくべき臨床倫理
  5. 意思決定支援
  6. メディエーターの育成とサポート体制
- <各論>
1. メディエーター業務の実際
    - a. 具体的な業務内容
    - b. 重症患者対応における患者家族との関係構築
    - c. 重症患者対応における診療チームとの関係構築（医師、看護師）
    - d. メディエーターと他職種との連携（MSW、臨床心理士）
    - e. 起こりうる問題について考えてみよう
  2. 急性期重症患者の病態と予後
    - a. 救急領域
    - b. 脳神経外科領域
    - c. 集中治療領域

実際のテキストブックの内容については、執筆者、主任研究者、分担研究者などによる調整の後に、初版として発行した上で、養成講習会を通じてブラッシュアップを繰り返し、第1版の完成版とする予定である。

### 家族支援の重要性

- 突発的な外傷や突然の疾病により入院した救急患者の家族は、精神的に不安定で治療方針やその内容の理解が困難である。
- 患者の病態変化が激しいため救急医、集中治療医や脳神経外科医等医療スタッフもそれらの対応に追われ、患者家族への説明に十分な時間を確保することができない状況がある。

↓

患者家族が十分納得した治療とならない場合が発生

↓

- 医師、看護師に加えて、**入院時重症患者対応メディエーター**（仮称：直接診療行為に関与しない者）が（チームで）患者及び患者家族の対応を行う。
- 患者・患者家族が治療方針・内容を十分に理解することを支援する。
- 患者・家族の意向を医師等医療スタッフに伝え、患者・家族が納得した治療を選択する際の意思決定を支援する。

### 救命困難な患者家族への支援

重篤で救命が困難と医学的に判断される患者さんの家族の精神的苦痛の軽減・克服、生活再設計を援助すること（医療ソーシャルワーカー業務指針、平成14年11月29日 健康発第1129001号）が出来る人材養成

↓

人材養成のための教材、プログラムを厚労省研究班で作成

↓

この研究班と急性期医療、救急医療に係る多職種で構成される日本臨床救急医学会と連携して作業を開始

令和三年厚生労働省科学研究費補助金・高度人材育成等研究費助成事業（脳神経医学基礎研究分野）「脳卒中・心停止下における臓器・臓器提供ドナー募集における満足度の向上及び効果的な提供体制構築に関する研究」（研究分担者 三宅康史）

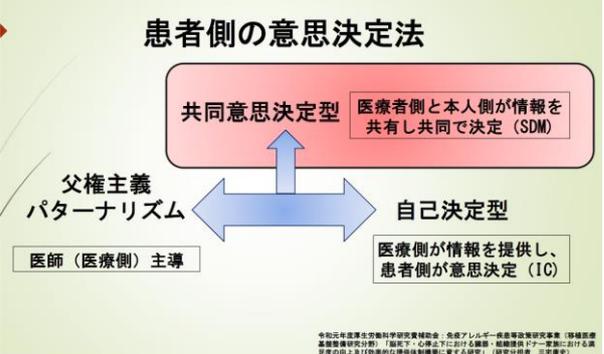
### 重篤な患者への対応の重要性は前から議論はされていた

- 2006年（平成16年）2月  
日本医師会「**医師の職業倫理指針**」（平成16年2月）  
末期患者における**延命治療の差し控えと中止**  
医師は**それなりに慎重に判断すべき**（中略）  
薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸、輸血、栄養・水分補給などの措置が問題となる。
- 2005年（平成17年）2月  
日本集中治療「**集中治療に携わる医師の倫理綱領**」  
その治療の**継続・中止に関しては、患者あるいはその家族の十分な理解と同意**のもとに行う。
- 2007年（平成19年）11月  
日本救急医学会  
救急医療における**終末期医療に関する提言**  
終末期に関して**具体的な定義と4つの対応**を示した。

### 入院時重症患者対応メディエーターの効果

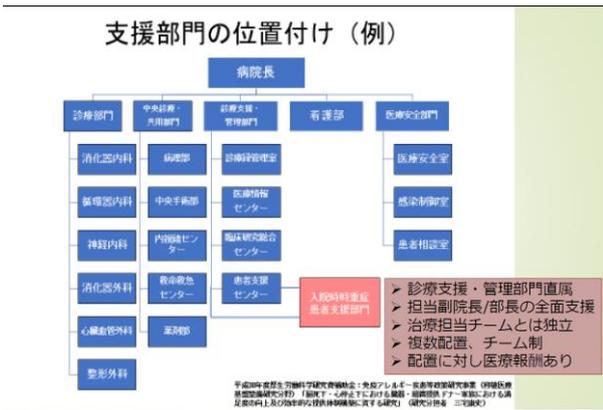
- メディエーターの配置は、重症患者の診療過程における家族の意思決定を支援する
- 救命救急センターや集中治療室等でも重症患者の対応における患者・患者家族の満足度の向上につながる
- 例えば、救命不能で看取りの医療が必要となった際などに、その選択肢の一つとして臓器提供に関する情報提供や意思決定過程の支援も可能となる

令和三年厚生労働省科学研究費補助金・高度人材育成等研究費助成事業（脳神経医学基礎研究分野）「脳卒中・心停止下における臓器・臓器提供ドナー募集における満足度の向上及び効果的な提供体制構築に関する研究」（研究分担者 三宅康史）

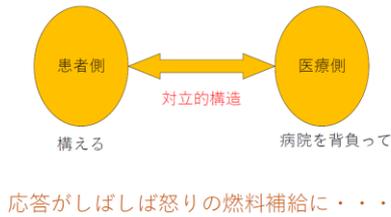


### 入院時重症患者対応メディエーター：診療チーム（医師、看護師）との関わり合い

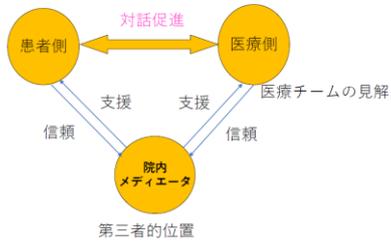
- メディエーターは**ケアの実施責任者でもなく、相談に応じて結果を導く役割でもない**。
- 重症患者を治療ケアする職種の中で、その調整能力を使い、**チームアウトカムを出す役割**を果たす
- 医療者と信頼関係と結ぶためには、自分の立ち位置を確認して、**誠実に対応することができるかの自己点検**から始まる。
- 診療チームにどのように入り、どのように位置して、どのように行動するのかを認識する必要がある。自分の役割を明らかにする



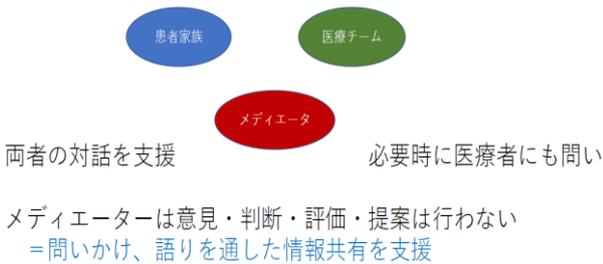
### ダイアログ構造



### メディエーション：三極構造



### 臨床医療メディエーションのプロセス



情報が共有され決定の質が高まるよう支援としての問いを发出

### 臨床倫理メディエーション：Clinical Ethics Mediation

- 終末期等の意思決定過程で意見の異なる家族をメディエーション
- ex. 呼吸器を外すかどうか 臓器提供するかどうか、など



### ロールプレイ用シナリオ

研修会の後半は、院内医療メディエーターのインストラクター資格を持つファシリテーター1名が3人の受講生に、患者家族、担当医療チーム、入院時重症患者対応メディエーターそれぞれの役割を演じてもらい、各立場ごとの台本をもとに、医療現場での状況に応じた対話を擬似体験しつつ、難解な医療情報のやり取り、心理的負荷と変化、予後予想の困難さとその理解と誤解の危険性、などに気付き、その解決策、対話方法を全員で討論する。

使用するケースのシナリオ(例)を紹介する。

症例1：壮年男性。仕事が終わり、帰宅して家族と夕食中に突然、卒倒。心肺停止で搬送。搬送中に心拍再開するも、来院後の検査で重症クモ膜下出血の診断、手術適応なし。介入要請あり。

ステージ1：患者来院後、家族がようやく揃った混乱時期。医療チーム、患者家族とそれぞれ2者面談。その後3者面談。

ステージ2：翌朝、臨床的脳死の時期。医療チームから現状についての情報提供の後、3者面談。

ステージ3：ステージ2の面談から1時間後。今後の方針について再度3者面談。

### 研修会開催に当たっての事務局機能

研修会の継続開催とその質の維持、認定資格、受講生情報の管理などが的確に行われる専用の事務局が必要である。

研修会の安定した複数開催には、アクセスの良い開催場所の確保とその費用負担、受講生の

募集のための開催予定の情報公開と確実な応募方法手段、受講費の徴収、キャンセル対応、開催者側のスタッフ募集、日当、交通費支払い、当日資料の印刷と配布、アンケートの回収と結果集計、受講後の修了証の印刷、受講生情報の管理、事務局維持費用の捻出、などがポイントとなる。

#### 令和元年度の講習会開催とアンケート結果、更なるプログラム・資料・シナリオの改訂作業

令和元年度、入院時重症患者対応メディエーター養成講習会は、早稲田大学9号館5階第1会議室において9月23日、1月13日の2回開催された。

第1回の受講者は、看護師8(うちメディエーター認定資格あり7)、臨床心理士1(同1)、医師1(同1)、救急救命士1(同1)、医療ソーシャルワーカー1(同0)、第2回目の受講者は、医療ソーシャルワーカー4(同0)、看護師2(同0)であった。

第1回終了後のアンケート結果からは、内容、理解度に関しては概ね良好、時間設定については短い、意見として、通常の業務としての医療メデイエーションとの違いを明確化して欲しいこと、各施設での取り組み、ERやICUでの特性、今後の展望、計画の紹介など追加の要望があった。この職種への大きな関心、多職種で介入することの意義などとともに、4時間での完結にはかなりの無理があるとの意見が出た。

#### D. 考察

突然発症で、救命救急センターなどに搬入され、本人の意識レベルが低下しているような重症患者に特有な状況を理解した上で、患者家族と医療チームとの間にその初期段階から介入し、相互理解の支援業務を行う者を「重症患者対応メディエーター(仮称)」と定義する。

「入院時重症患者対応メディエーター」の新たな役割を担う既存の職種として、看護師、医療ソ

ーシャルワーカー、臨床心理士、救急救命士などが考えられる。全国3,000人いる院内コーディネーターをその業務に当てる意見も提案されたが、この点については慎重な対応が必要と考えている。

定義と役割を明確化した上で、その養成のためには、バックグラウンドの違う職種であることを念頭に置いた育成・資格付与のための研修会の実施、講義資料の作成、講師用のマニュアル作成と招聘、そして研修会の全国展開のための専門の事務局の整備、継続的な研修内容のブラッシュアップ、が必要であり、最終年度はそれを行った。今年度で開催した2回のコースの経験を通じて、処々の問題や疑問点を見だし、新たに活動が始めるメディエーターという実務経験からのフィードバックも加えて、より良いテキストブックの改訂、進化したコースの開催を継続していくことが肝要である。

その問題点をいくつか列挙し今後の課題を取り上げる。

①「入院時重症患者対応メディエーター」という呼び名である。未だ(仮称)を付けたままの使用にしているのは、これまで社団法人日本医療メディエーター協会 (<http://jahm.org/pg256.html>) が育成・普及に取り組んでいた院内医療メディエーター(医療対話仲介者)の医療メディエーターとの業務内容の違いへの指摘とともに、そのメディエーターという呼称を使うことへの、誤解に関する意見を多数頂いた。ただ、同協会が用いている日本語訳である対話仲介者という点では、正にその示す通りであり、現状で医療メディエーターの院内業務の中心をなしているコンフリクトマネジメントとは異なる点が、業務内容の違いがメデイエーションの持つイメージとして違和感を覚える部分ではないか。呼称として、入院時重症患者支援員と言う意見もあった。

②本来のメディエーターとしての学習、認定に関して、今回作成の4時間の研修の中では、医療メディエーターの認定者から指摘されている通り、

決して十分ではない事は理解しており、今後日本医療メディエーター協会の認定研修会への前もっての参加、新たなメディエーションに関する研修会の策定などを考えている。

③今後、開催回数が増える可能性が高い研修会に関し、会場設定、受講生募集、受講費用の徴収と管理、スタッフの調整と日当、受講生情報管理などの事務局機能の充実が必要である。受講費用をその原資とするのが原則ではあるが、初期段階においては学会の委員会費用、受託研究費などで対応することになる。

今回の報告書の内容は、第22回日本臨床救急医学会学術集会（2019年6月1日）や第12回日本メディエーター協会年次シンポジウム（2019年7月14日早稲田大学）、神奈川県移植医療連絡協議会（2020年1月24日）などの機会を捉え、その概要を説明し、会場及びその後メールなどによる質問を受け、積極的に意見交換を行い、今後の研修内容の改訂に役立てるよう配慮した。



日本臨床救急医学会・日本救急医学会合同企画 10:10～10:40

「入院時重症患者対応メディエーター育成にむけて」

座長 厚労科研 入院時重症患者対応メディエーターに関する研修検討委員会／  
日本医科大学付属病院 高度救命救急センター 横田 裕行

- (D) 基調講演：入院時重症患者対応メディエーター育成にむけて  
…厚労科研 入院時重症患者対応メディエーターに関する研修検討委員会／  
日本医科大学付属病院 高度救命救急センター 横田 裕行
- (D) 入院時重症患者対応メディエーターの紹介  
… 帝京大学 医学部 救急医学／  
厚労科研 入院時重症患者対応メディエーターに関する研修検討委員会 三宅 康史

■ 日本臨床救急医学会・日本救急医学会合同企画

入院時重症患者対応メディエーター育成にむけて

○三宅 康史<sup>1,2</sup>, 坂本 哲也<sup>3</sup>, 横田 裕行<sup>2,3</sup>, 曾山 明彦<sup>4</sup>

<sup>1</sup>帝京大学 医学部 救急医学, <sup>2</sup>厚労科研 入院時重症患者対応メディエーターに関する研修検討委員会, <sup>3</sup>日本医科大学付属病院 高度救命救急センター, <sup>4</sup>厚生労働省 健康局 移植医療推進対策室

救命救急センターに入院し、その病態ゆえに長期的（不可逆的）に意識障害が遷延する例では、医療スタッフと家族を含む患者関係者との間で十分な意思疎通を図る必要がある。医療スタッフ側の多忙、配慮不足や患者関係者側の動機、関係者間での価値観の違いなどが原因で、病態の理解や治療方針のコンセンサスが進まず、結果的に両者の成熟した信頼関係構築が遷延する危険性がある。入院時からその間に入り問題点を把握してその調整にあたる役割として、新たに「入院時重症患者対応メディエーター（仮称）」を育成し現場に配置するための検討が、厚生労働科学研究費補助金「難治性疾患等政策研究事業「脳死下・心停止下における臓器・組織提供ドナー家族における満足度の向上」と及び効率的な提供体制構築に資する研究」の分担研究として始まった。来院して重度の意識障害が遷延する例に、家族・関係者に、疾患内容、今後のケア、経済的問題を含めサポートするメディエーター育成のための研修テキスト作成、研修会の実施など現在の進捗状況について、成り立ちまでの背景を含め紹介する。

Japan Association of Healthcare Mediators  
社団法人 日本医療メディエーター協会ニュースレター  
**JAHM News Letter**  
[ジャム・ニュースレター]  
第15号 (2019年11月1日発行)

**入院時重症患者対応  
メディエーターとは**  
三宅康史

救命救急センターに搬送され、重症な病態ゆえに長期的（不可逆的）に意識障害が遷延するケースでは、集中的に救命治療を行う医療スタッフと、突然連絡が来て状況が飲み込めず医療機関の待合室で右往左往する患者関係者との間で、十分な意思疎通を図る時間を取ることは非常に難しい。実際、医療スタッフ側の多忙、配慮不足の一方で、患者関係者側の動機、短時間での患者本人および関係者（家族）間での価値観の相違など、多くの因子が複雑に絡まり合っており、患者本人の推定意思の把握、関係者それぞれの病状への理解の程度、今後の治療方針に関する全員のコンセンサスが深まらず、結果的に医療担当者として患者関係者との信頼関係構築の遷延や相互不信が広がる危険性がある。

入院当初からその間に入り、医療カンファレンスへの参加と情報収集、患者家族との時間をかけた綿密な話し合いをもつことにより、医療スタッフ側の説明内容の細かな解説、患者家族の理解度の進み具合、そして現時点での問題と考えられる部分を把握した上で、中立的な立場でその調整にあたる職能として、新たに「入院時重症患者対応メディエーター（仮称）」という役割が設定される動きがある。臨床現場にそうした役割のスタッフを適切に配置することは、その解決策の一つとして医療スタッフ、患者関係者の双方にとって、満足度の向上という点で大いに意味があると考えられる。

表1 「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキストVer.01 目次

<編言>  
<総論>  
1. 救急・集中治療領域における重症患者の治療境界と救急体制の支援  
2. 重症患者対応メディエーターについて：呼称、定義  
3. 救急医療におけるメディエーターの必要性と役割  
4. メディエーターが知っておくべき臨床現場  
5. 意思決定支援  
6. メディエーターの育成とサポート体制  
<各論>  
1. メディエーター業務の実態  
a. 具体的な業務内容  
b. 重症患者対応における患者家族との関係構築  
c. 重症患者対応における診療チームとの関係構築（医師、看護師）  
d. メディエーターと他職種との連携（MSW、臨床心理士）  
e. 起こりうる問題について考えてみよう  
2. 急性期重症患者の病態と予後  
a. 救急領域  
b. 脳神経外科領域  
c. 集中治療領域



写真1 令和元年9月に行われた第1回パイロット研修会開催時の様子  
研修会中横田裕行 厚労科研研究班班長 日本救急医学会救命救急センター長/副教授

神奈川県移植医療連絡協議会（2020年1月24日）



写真2 第1回パイロット研修会で講演中の和田に孝日本医療メディエーター協会代表理事 早稲田大学 大学院法務研究科教授

#### グラム

- ③この職種の役割が現場で認められ、更なる活躍の場を全国的に拡げるために診療報酬を算定できるように準備すること（厚労省が対応中）
- ④研修会の展開と研修内容のブラッシュアップ

パイロット研修でわかったことから、ロールプレイ3症例の再検討、メディエーションについての知識が必要な受講生には4時間の講習を追加する予定である。患者が最終的に脳死に至った場合は、家族関係者に対して、精神的な支援活動の一つとして臓器提供の機会が存在することの情報提供も行う。

## E. 結論

今後、入院時から病態そのものが重篤で強い意識障害が継続する症例、あるいは病態の進行により不可逆的な意識障害が生じる症例がなくなることはない。ただ、治療に従事する医療スタッフ自身が、結果がどうであっても患者家族から感謝されるような状況が、救急・集中治療を生業とする医療スタッフ共通の望みであり、それだからこそ新たに救急・集中治療を目指す優秀な若手研修医がこの領域を目指すモチベーションになると信じている。その中で、不幸にも最終的に脳死に至った症例の家族関係者に対して、将来にわたる精神的な支援活動の一貫としての臓器提供の機会が存在することの情報提供を行うことは、双方の満足度の向上のために必要な過程であると思われる。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- ・日本脳死脳蘇生学会誌 32 巻 2 号座談会『脳死下臓器提供の現状』
- ・JAHM 第 15 号ニューズレター『入院時重症患者メディエーターについて』

### 2. 学会発表

- ・2019年5月30日～6月1日第22回日本臨床救急医学会(アバローム紀の国 会長：加藤正哉 和歌山県立医大 教授)にて、「入院時重症患者対応メディエーター育成に向けて」セッションを設け詳細を報告。
- ・第12回日本メディエーター協会年次シンポジウム (2019年7月14日早稲田大学)

## 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

## 【参考文献】

1. 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン ～3 学会からの提言～
2. 平成30年度厚生労働科学研究費補助金：免疫アレルギー疾患等政策研究事業（移植医療基盤整備研究分野）「脳死下・心停止下における臓器・組織提供ドナー家族における満足度の向上及び効率的な提供体制構築に資する研究」
3. 平成29年度厚生労働科学研究費補助金：免疫アレルギー疾患等政策研究事業（移植医療基盤整備研究分野）「脳死下・心停止下における臓器・組織提供ドナー家族における満足度の向上及び効率的な提供体制構築に資する研究」
4. 清水哲郎：『臨床倫理セミナーテキスト 臨床倫理エッセンシャルズ 2016年春版』、東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座、2016。
5. 日本老年医学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」  
<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf>

6. 会田薫子：患者の意思を尊重した医療およびケアとは：意思決定能力を見据えて．日本老年医学会雑誌 2013;50 (4) :487-490.
7. 清水哲郎：生物学的<生命>と物語られる<生>—医療現場から．哲学 2002;53(1):1-14. 看護, 38:672-679, 2015.
8. 日本医師会生命倫理懇談会：『「説明と同意」についての報告』、1990.
9. 清水直樹：小児集中治療における終末期医療の特徴と課題 — 両親とどう関わるか．ICU と CCU 31:215-221, 2007.
10. Roter D: The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. Patient Educ Couns 39:5-15, 2000.
11. 清水哲郎：『臨床倫理セミナーテキスト 臨床倫理エッセンシャルズ 2016 年春版』、東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座、2016.
12. Iserson KV: Is informed consent required for the administration of intravenous contrast and similar clinical procedure? Annals of Emergency Medicine 49:213-233, 2007.
13. 前田正一：第 4 章インフォームド・コンセント、前田正一・氏家良人共編『救急・集中治療における臨床倫理』、克誠堂出版、東京、2016、pp. 41-54.
14. 有賀徹：救急医療と生命倫理 — 救急医療における倫理的な視点・考え方について．有賀徹・手嶋豊共編、『シリーズ生命倫理学第 10 巻 救急医療』、丸善出版、東京、2013、pp. 1-15.
15. 日本外傷学会、日本救急医学会監修：外傷初期診療ガイドライン JATEC 改訂第 5 版、2017. へるす出版
16. 日本救急医学会、日本神経救急学会、他監修：ISLS ガイドブック 2018. へるす出版
17. 日本臨床救急医学会 総監修：救急現場における精神科的問題の初期対応 PEEC ガイドブック 改訂第 2 版．2018, へるす出版
18. 日本母体救命システム普及協議会 総監修：母体救命アドバンスガイドブック．2017, へるす出版
19. 日本医療メディエーター協会  
HP<http://jahm.org/pg256.html>

