

厚生労働科学研究費補助金（移植医療基盤整備研究事業）

分担研究報告書

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：

救命救急センターに緊急搬送され、その病態が重症であるがゆえに長期的(不可逆的)に意識障害が遷延する例では、治療を行う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。しかし現実には、来院急性期に医療スタッフ側の多忙と、配慮不足が重なって、患者関係者側の動転、短い時間での患者本人、関係者（親族）間での諸々の価値観の相違など多くの因子が複雑に絡まり合うことで、特に重要な、患者本人の推定意思の確認、関係者それぞれの病態そのものへの理解度、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、最終的に医療チーム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。入院当初からその間に入り、医療チームの催す毎日のカンファレンスへ参加し情報収集すること、患者家族の相談に乗ることにより、医療チーム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、そして現時点での相互理解の進み具合を計った上で、未だ十分でないと考えられる問題点を把握し、中立的な立場からその調整にあたる立場として、新たに“入院時重症患者対応メディエーター(仮称)”と言う役割を設定し、重症患者の急性期治療に当る臨床現場に、適切に配置する事は、その解決策の一つとして医療チーム側スタッフ、患者家族とその関係者の双方にとって、結果の如何に関わらず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。

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“入院時重症患者対応メディエーター(仮称)”の定義の設定、②その役割を担う職種の選定と院内での立場の確立、③研修テキストの作成、④育成・資格付与のための研修会の実施準備、④この職種の設置により診療報酬を算定出来るように準備すること、④研修会の展開のための事務局開設と研修内容のブラッシュアップ、を本研究の目標とする。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、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。

研究協力者	佐藤 圭介 帝京大学医学部附属病院 医療連携相談室
横田 裕行 日本医科大学高度救命救急センター 教授	池田 弘人 帝京大学医学部救急医学 准教授
和田 仁孝 早稲田大学大学院法務研究科 教授	笠原 俊志 熊本大学救急・総合診療医学分野 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	林 昇甫 JOT あっせん事業部
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	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

元気に出掛けていった一家の主人が、仕事先での交通事故や突然発症の脳卒中、急性冠症候群などにより、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に搬送され、身元も既往歴もよくわからないまま救命治療が開始される。多職種の医療関係者がチームとなって最善の結果を目指して努力することとなる。入院直後の超急性期においては、担当医療者は画像診断を含む初期評価と救命蘇生処置に続いて、他科を巻き込んだ根本的治療を施行し、その後には遷延性意識障害の評価、傷害を受けた各重要臓器の保護療法、重症感染症への対応、栄養管理、持病の悪化予防を続行することとなる。一命は取り留めることができても、その後、本人・家族にとって大きな困難を伴う治療の選択とケアが長期にわたって継続される事になる。この間、愛する家族の一員に突如発生した非常事態に動揺を隠せない関係者に対しては、発症から現状までの診断・治療経過の説明を丁寧に行い、今後の治療方針、予後予測などを誤解なく正確に伝える必要がある。しかし、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。その上、発症段階から重症であるが故に、その予後が家族の期待を大きく裏切ることも少なくない。結果として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。

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信頼関係を構築していくための手段として、両者を仲介し対話を促進する専属の職種を配置することは、医療チームにとってその努力が報われ、患者家族にとっては不安を取り除き正常な判断を下すための情報提供と医療チームへの信頼が得られるため、大きな意義がある。

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、疾患内容、今後の大まかな治療方針とケアの必要度、起こってくる経済的・心理的問題を含め全面的に支援する職種を設定し、これを“入院時重症患者対応メディエーター(仮称)”と定義し、その行うべき専門的な役割を明確に設定する。その上で、②この役割を担う職種の選定と院内での立場の確立、③研修テキストの作成、④育成・資格付与のための研修会の準備と開催、⑤この職種の設置により診療報酬を算定出来るように準備すること、⑥研修会の展開のための事務局開設と研修内容のブラッシュアップ、を本研究の目標とする。

B. 研究方法

目標でも最初に記載したように、まず、“入院時重症患者対応メディエーター(仮称)”そのものを定義し、その役割を明確にする。そのために、研究協力者の全面的な協力を得て、米国臨床倫理メディエーションの実際の業務とその具体例、そして本邦でも広まりつつある救急・集中治療医療領域におけるクリティカルケア看護師、救急認定ソーシャルワーカー、臨床心理士が関与する重症患者におけるメディエーションについての情報・資料の収集を行う。

その定義をもとに、各職種の関与の仕方、業務内容を検討した上で、職種ごとの不足部分を補完し、職種・経験年数に関係なく隔たりのない標準的な資格として認定するためのテキストブック第1版の作成を行う。

“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)を策定する。講義前には基本的事項を、策定したテキストブック第1版で事前学習することが推奨される。

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て次回より良い開催を目指す。研修会の開催、受講生管理、などについては、事務局を設置し、安定した“入院時重症患者対応メディエーター(仮称)”研修会の開催を目指す。

“入院時重症患者対応メディエーター(仮称)”の院内における地位の確立、設置による診療報酬への反映なども目指す。

C. 研究結果

定義と役割

意識レベルが低下しているような重症患者においては、本人の意思決定能力は不十分であり、医療スタッフは本人の思想、心情、価値、人生観、死生観等を反映した個別で多様な人生の物語を知る家族らから話を聞き、本人がどのような人なのか、何を求めているのかを理解することが大切である。一方、入院時より意識レベルが低下しているような重症患者においては当該患者の診療に当たる医療チーム以外のスタッフによる患者家族のサポート体制の重要性が報告されている。このように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、メディエーション業務を行う者を「重症患者対応メディエーター(仮称)」と定義する。

当事者間の対話を支援し、相互にポジティブな対話为实现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。

テキストブック作成

作成してきた入院時重症患者対応メディエーター養成テキストの目次を表1に示す。テキストブックは講習会受講生に前もって配布され、事前学習が求められている。

表1

「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキスト(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

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2に提示する。入院時重症患者対応メディエーターの定義と役割をまずは講義を通して学ぶ。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。

表2: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)

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。仕事が終わりに、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

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会議室において令和元年年9月

23日、令和2年1月13日の2回開催された。第1回終了後のアンケート結果からの意見として、通常の業務としての医療メディ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、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

「入院時重症患者対応メディエーター」という新たな役割の重要性、関心の高さについては、救命救急関連の多職種が集まる学会や講演会、医療メディエーターのシンポジウムでこの話題について講演する度に、参加している参加者の多さや質問の多さ、その内容の深さにより十分実感することができた。この職種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、救急救命士などが挙げられている。それぞれ、得意とする分野、不得意な分野があり、この職種にとって最も良い職種を設定することは簡単ではない。むしろ、どの職種であっても、その長所を活かし、短所を補って、職種に関係なく最大限に活躍できるための共通のテキストブックの作成と、それを利用して多くの受講生に質の高い研修会を開催することは、その根本となり、意義は非常に大きい。

バックグラウンドの違う職種に対して、育成・資格付与のための研修会の実施、そのための講義資料の作成、講師の招聘、そして研修会の全国展開のための専門の事務局の整備、その上で、まずはパイロットコースを開催し、そのコース開催を通じて、処々の問題や疑問点を見だし、新たに活動を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、より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。

また、この職種が拡がり、院内で十分活躍するためには、医療機関での診療報酬への算定について、その早期

実現のために、日本救急医学会が日本臨床救急医学会などと協働して「入院時重症患者対応加算」として新たに要求している。

その活躍の場を確保するためにもう一つ重要なことは、院内でこの職種を孤立させないことである。医療機関の中で十分な支援と保護を受けつつ、その役割を十二分に発揮してもらうための支援体制作りのために、「入院時重症患者対応メディエーター」を採用する医療機関では、その役割とその効果を十分理解した医療安全担当副院長クラスの直属とし、その支援・庇護の下で、複数人の専属メディエーターが相互に情報共有しつつ、休日夜間を含めた対応が出来るような組織図の構築が必要である。これまでのクリティカルケア看護師、救急認定ソーシャルワーカー、臨床心理士が関与する重症患者におけるメディエーションなどを参考にして、その安定した運用のためのシステムを早急に構築する必要がある。

そしてこの「入院時重症患者対応メディエーター」による活動が起動した折には、その活動が当初の目的を達成したか否かの評価を定期的に繰り返し行う行為が重要であり、その評価指標の作成も必要となる。それを基に、養成のための講習会の内容を改善し、講師及び受講者の相応しい適性・特徴を把握しつつ、臨床現場で高い評価を受けるべく、なくてはならない存在としての「入院時重症患者対応メディエーター」を養成し、臨床現場で期待に応えられる役割を担ってより一層活躍することが期待される。

E. 結論

患者家族のみならず、治療に従事する医療スタッフ自身が、重症患者を首尾良く救命し、障害なく家族の元に戻し、患者家族から感謝されるような医療を目指したいと願う。それが救急・集中治療を生業とする医療スタッフ共通の望みであり、それであってこそ新たに救急・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。ただ現実的には、何とか

救命できても大きな障害を抱えて苦勞する患者、そしてそれを支える家族を目の当たりにする。

家族の、そして社会の役に立ちたいと頑張ってきた患者自身に、そして、どこかで誰かの役に立っているという気持ちを遺族も一緒に持てるよう、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という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

なし

2. 学会発表

- ・第22回日本臨床救急医学会学術集会
(2019年6月1日 和歌山)
- ・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 横浜)

G. 知的所有権の取得状況

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科学系研究科死生学・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科学系研究科死生学・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>

