

## 腎移植認定医 第10回集中セミナー

### 選択肢提示の方法

小野 元<sup>1, 2)</sup>、田中雄一郎<sup>2)</sup>

1) 聖マリアンナ医科大学東横病院 脳神経外科

2) 聖マリアンナ医科大学 脳神経外科

筆頭演者は本演題の発表に関する開示すべきCOIはありません。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## はじめに

- 救急医療現場における臓器提供は「終末期医療の選択肢の1つ」として存在している。
- 本人や家族にとって臓器提供への機会としても重要な項目であるが、脳死判定や選択肢提示はいまだに現場負担であり、今後の課題も多い。
- 自験例を含めて医療現場における選択肢提示に関わる諸問題について検討する。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 臓器提供への移行

- 不可逆的で致命的な脳損傷・機能不全から臓器提供の可能性
- 切迫した神経死の潜在的臓器提供者の同定に早期からの介入が重要
- しかし介入とは同意と異なり、その後の家族への説明が重要。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 臓器提供における法的脳死判定前後の負担

1. 脳死下臓器提供手続きのための所要時間：  
脳死とされうる状態の日時から提供者が手術室から退出するまでの時間は法改正前後で中央値38時間52分から46時間4分と延長。
2. 2回に及ぶ法的脳死判定
3. 脳死判定に伴う生理検査部門の負担
4. 脳死判定医(2名)の負担
5. 通常業務の縮小による医療機関および救急搬送の負担
6. **選択肢提示、家族ケアの対応**
7. 脳死とされうる状態を確認すること、提供適応確認の負担
8. 手術室の負担(定時手術のコントロールおよび夜間、休日に増える摘出)

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 歴史と法律及びガイドライン

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

### 我が国の臓器移植法の経緯

- 1958年:角膜移植に関する法律
- 1968年:和田心臓移植 世界で30例目
- 1979年:角膜及び腎臓の移植に関する法律
- 1985年:竹内一夫先生による竹内基準
- 1988年:日本医師会が「脳死を人の死」と公表
- 1989年:島根医科大学 生体肝移植1号
- 1990年:議員立法で「臨時脳死および臓器移植法に関する調査会」法案が可決
- 1997年:臓器の移植に関する法律(平成9年法律104号):  
「ドナー候補場合は脳死が死」「ドナー候補でなければ心臓死が死」  
その後、規則とガイドラインの作成
- 2009年:臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律:改正臓器移植法

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

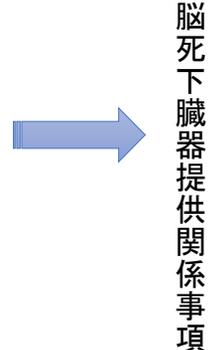
## ガイドライン

- 「臓器の移植に関する法律の運用に関する指針」  
意思表示可能な年齢、臓器提供施設に関する事項など  
運用上必要となる重要事項について定める。
- 平成9年10月8日 厚生省保健医療局長通知として提出

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針 (ガイドライン)の主な内容

- 1) [臓器提供に係る意思表示等に関する事項](#)
- 2) 親族への優先提供の意思表示等に関する事項
- 3) [遺族及び家族の範囲](#)
- 4) [臓器提供施設、移植施設](#)
- 5) [虐待を受けた児童への対応](#)
- 6) [脳死判定を行うまでの標準的な手順](#)
- 7) 脳死判定に関する事項
- 8) 生体からの臓器移植の取り扱いに関する事項
- 9) 組織移植の取り扱いに関する事項      など



2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 1) 臓器移植に関する意思表示等に関する事項

- ① 提供の意思表示は現行通り15歳以上のみ有効とする  
(民法上の遺言可能年齢等を考慮)
- ② 拒否の意思表示があった場合、年齢及び書面の有無にかかわらず臓器摘出や脳死判定は行わない
- ③ 知的障害等の臓器提供に関する有効な意思表示が困難となる障害を有する方  
については、当面、年齢に関わらず臓器摘出を見合わせる

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 4) 臓器提供施設としての要件

脳死した者の身体からの臓器提供については、当面、次のいずれの条件をも満たす施設に限定する。

- ① 倫理委員会等の委員会で臓器提供に関して了承が行われていること。
- ② 適正な脳死判定を行う体制ができていること。
- ③ 高度の医療を行う次のいずれかの施設であること。

大学附属病院

日本救急医学会の指導医指定施設

日本脳神経外科学会の基幹病院または研修施設

救命救急センターとして認定された施設

日本小児総合医療施設協議会の会員施設



2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 6) 脳死判定を行うまでの標準的な手順

### ①主治医等

家族等の状況を踏まえ、臓器提供の機会があることなどを告げること  
臓器提供に関する本人の意思の確認

### ②コーディネーター

家族等に対する必要な説明  
本人の臓器提供および脳死判定に係る意思の確認  
家族の脳死判定を行うこと及び臓器を摘出することに関する意思の確認

### ③脳死判定を行う医師

本人や家族の意思等を確認する上で法に規定する脳死判定を行うことなど

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 脳死患者の家族への系統的アプローチ (UNOS, OPO)

- 近親者の同定 (配偶者、成人した子供、親、兄弟姉妹、法的後見人)
- 不可逆的な神経損傷と脳死の説明
- 脳死判定 (死亡) 時間
- 臓器提供コーディネーターの家族への紹介
- 家族の脳死への理解と確認
- 臓器提供の依頼と詳細な情報提供
- 検討時間の付与
- 同意の獲得

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 家族の拒否要因(米国)

- 人種、エスニック(アフリカ系アメリカン、ヒスパニック)
- 心臓中心の見解、あるいは輪廻の文化、文化的価値観
- 遺体の温存、摘出への恐怖
- 早く終わらせたいという願望

患者・家族側

- 経験の少ない説明者
- 専門的でない、少ない説明
- 脳死宣告後、数時間経てからの臓器提供の話し合い
- 医療者の年齢による先入観
- その他

医療者・説明側

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

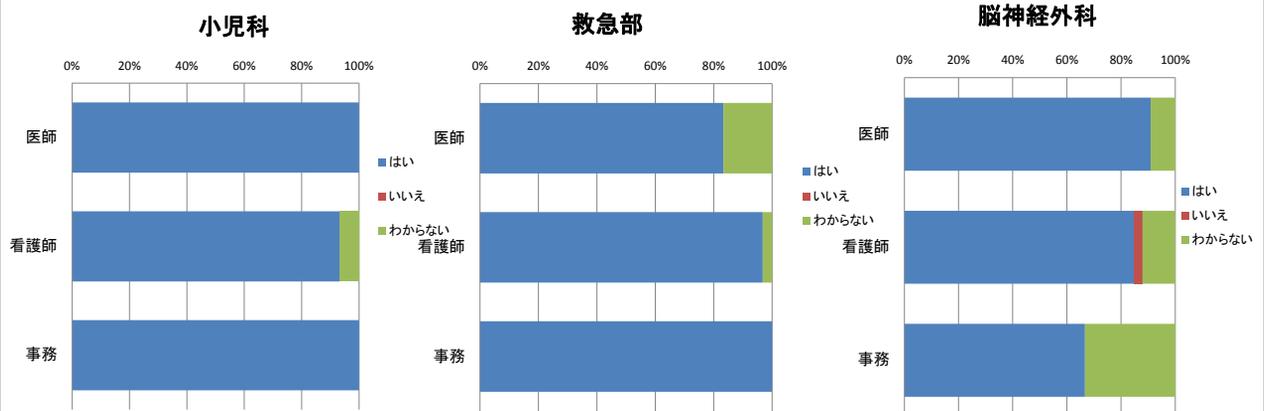
## ドナーアクションプログラム HAS(意識調査)

脳神経外科、小児科、救急部

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

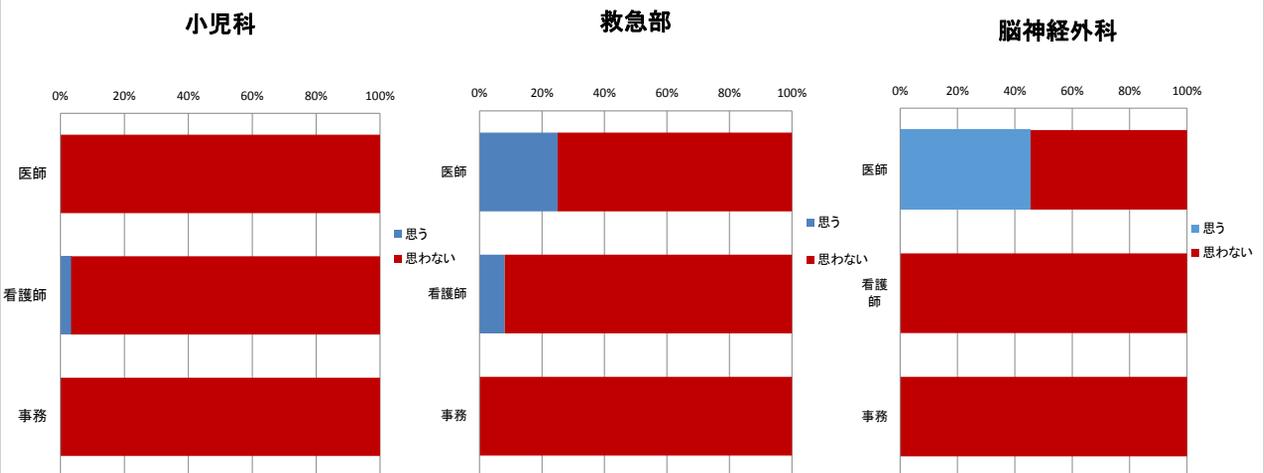
## 職員意識

臓器提供によって人の命が救われるか？



2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

ドナー候補特定における知識がある？



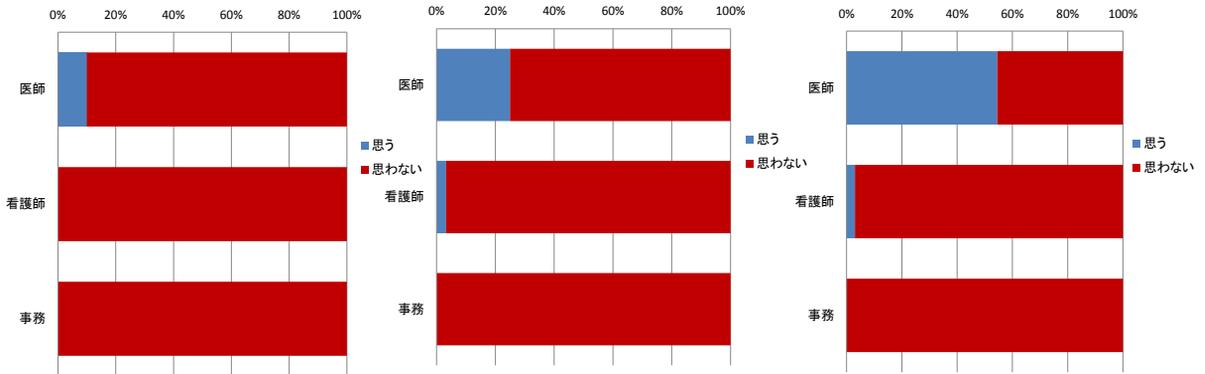
2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

### 臓器提供の話を切り出す能力がある？

小児科

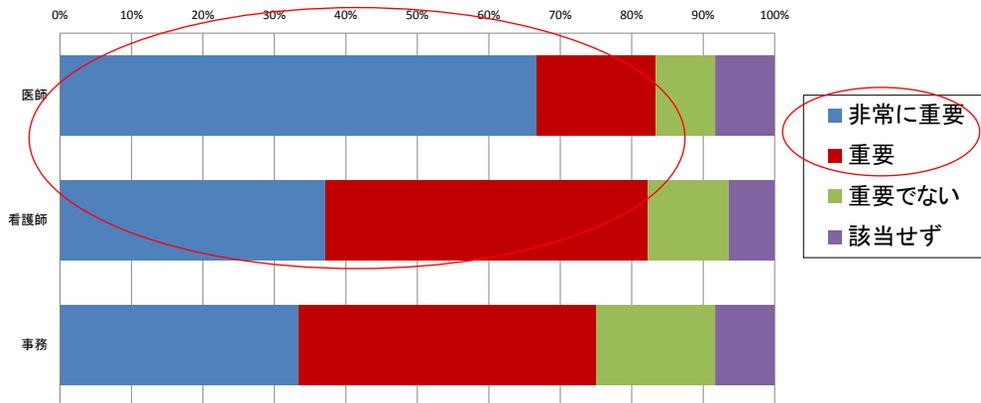
救急部

脳神経外科



2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

### 臓器/組織提供に対して病院が支援することは？ (3部門全体)



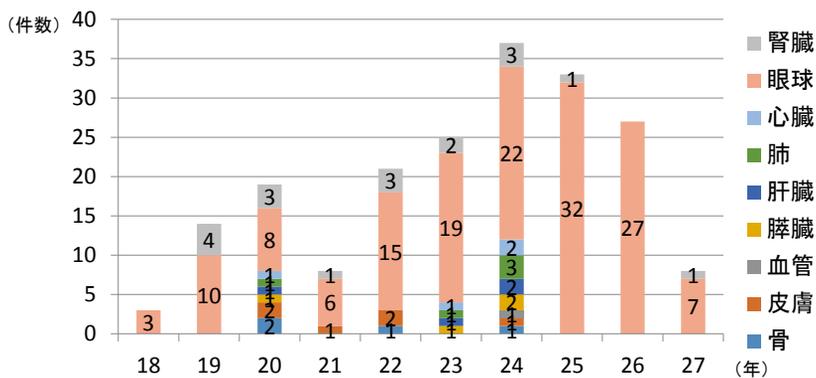
2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 自験例のまとめ

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

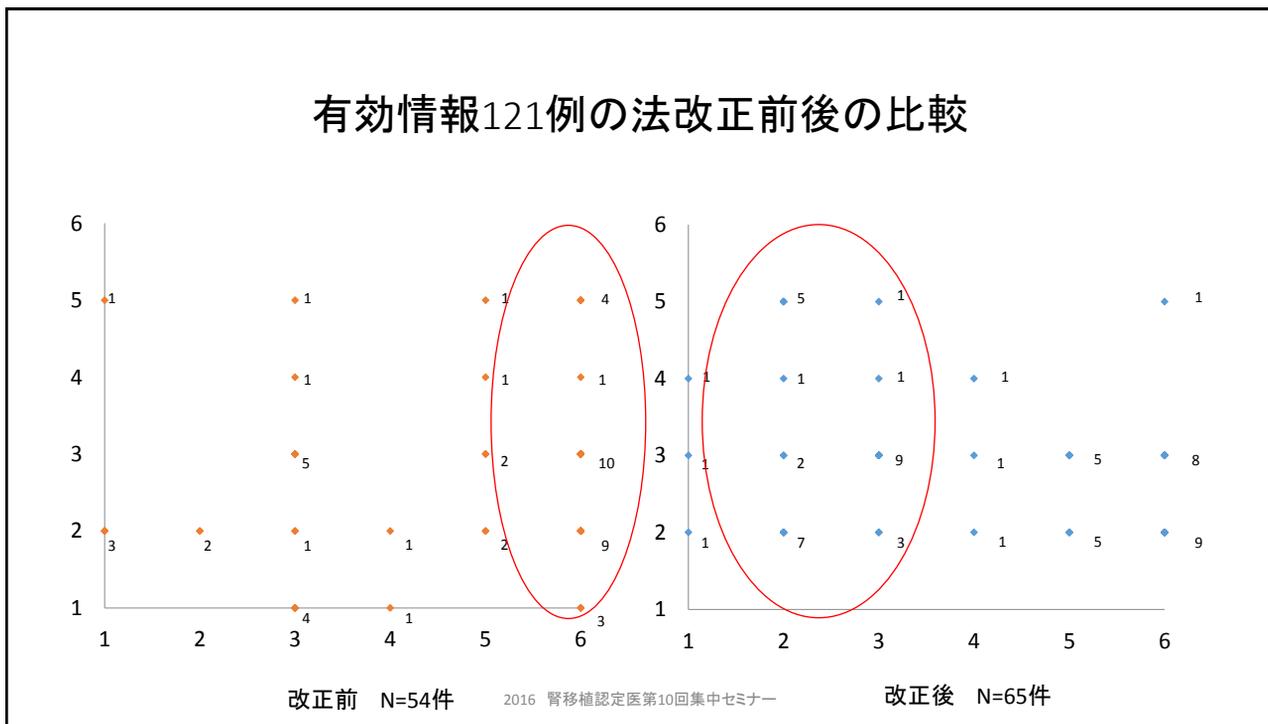
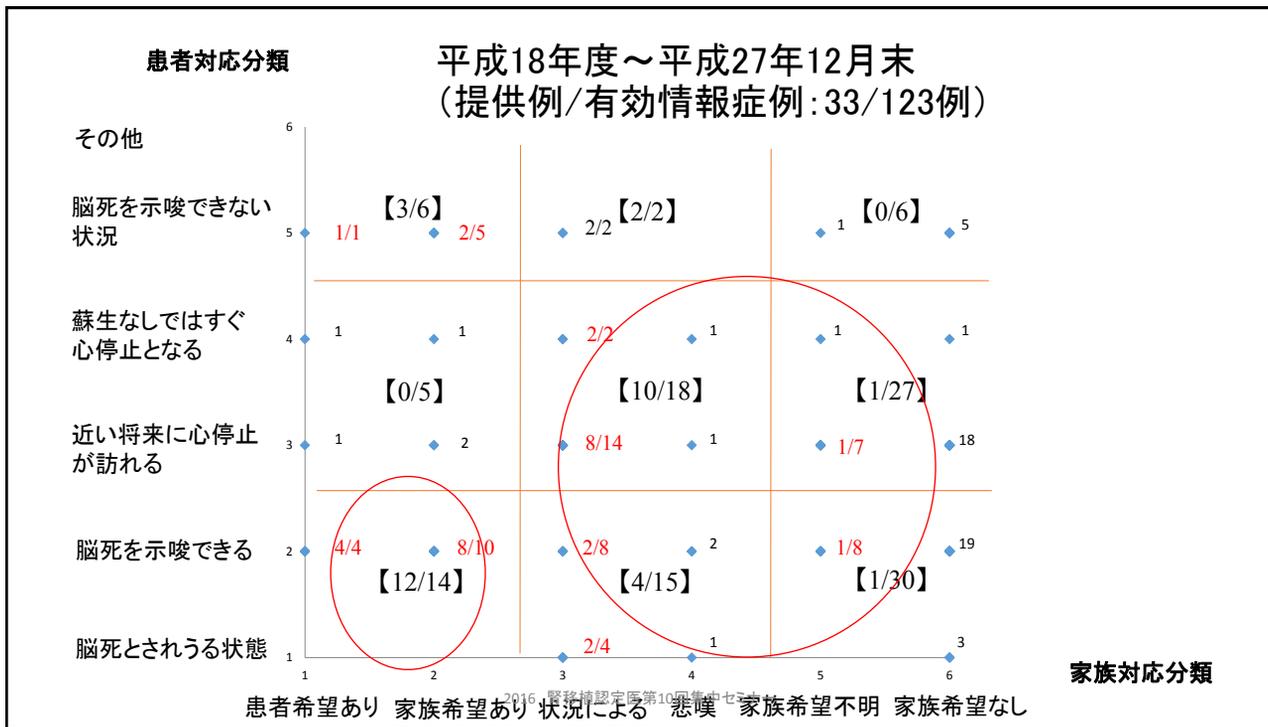
## 年度別 臓器組織提供件数

平成18年4月～平成27年12月末

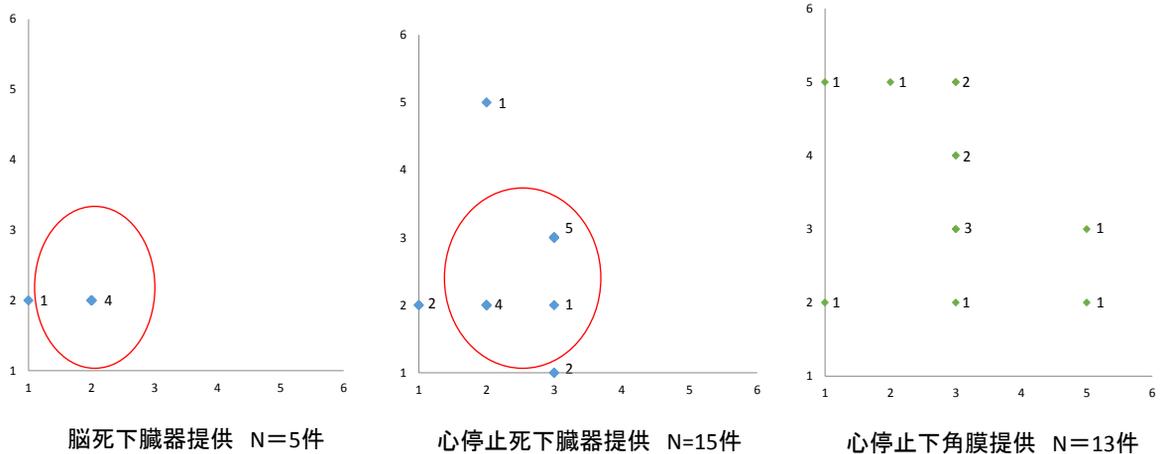


移植医療支援室 への情報数	4	18	35	37	44	53	56	58	56	27
提供件数	3	10	8	7	16	19	25	32	27	8

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

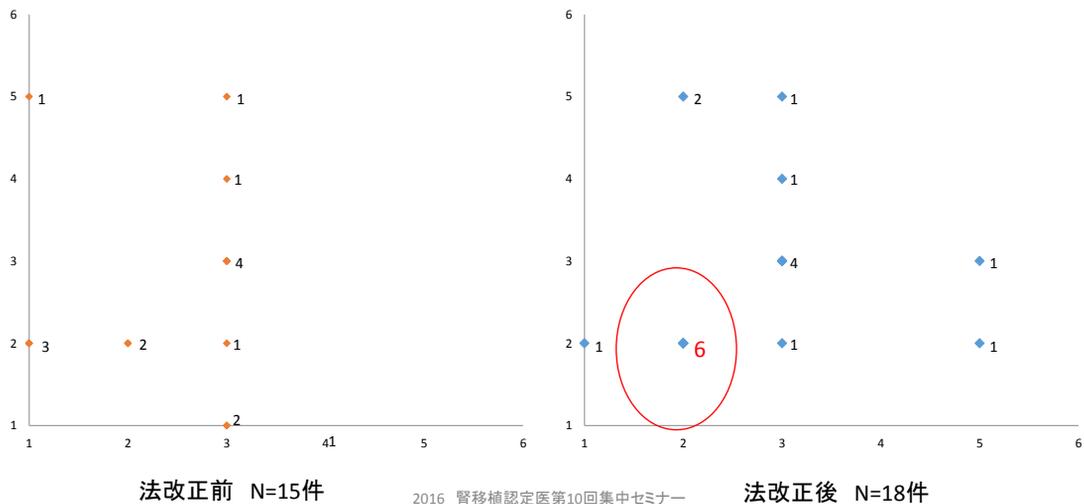


### 提供例33例の提供別分布

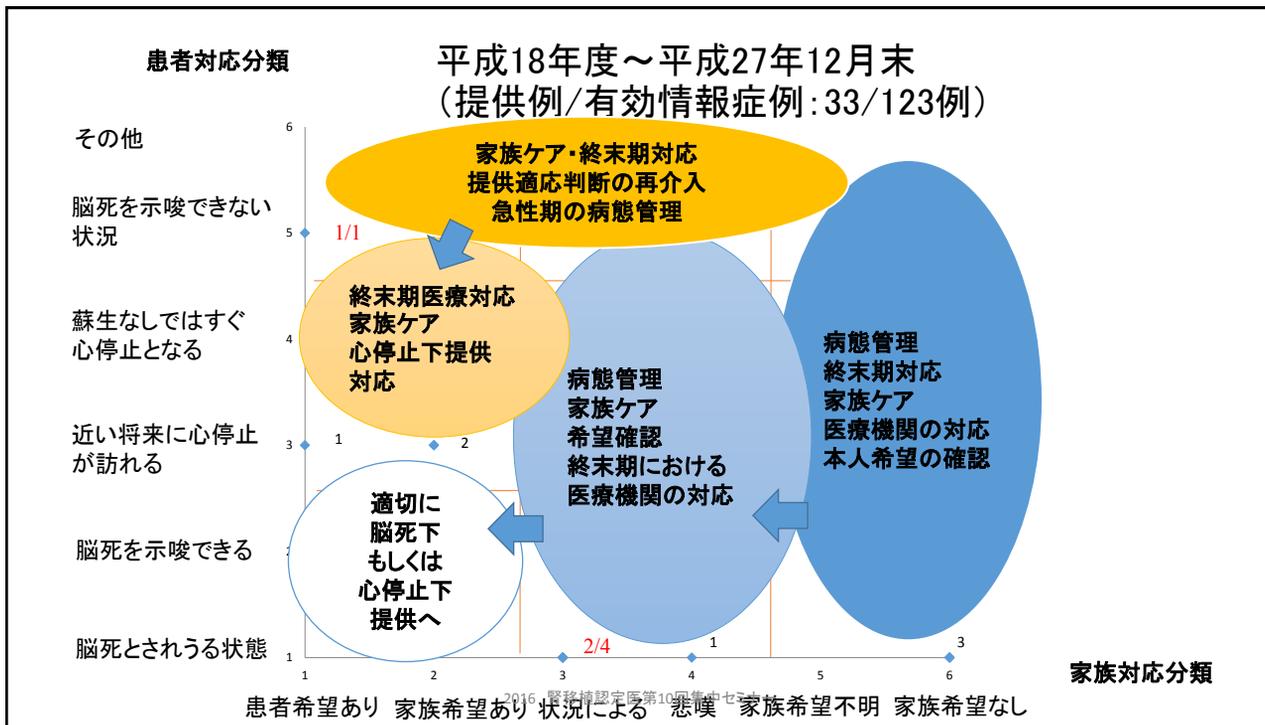


2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

### 提供例33例の法改正前後の比較



2016 腎移植認定医第10回集中セミナー



## 自験代表例(心停止下提供例)

- 65歳 女性
- 原疾患: 脳底動脈閉塞
- 経過: 自宅にて意識障害となり、救急搬送された。MRI画像にて脳底動脈閉塞の所見あり、血管内治療を行い再開通となった。  
しかし、翌日には小脳をふくむ脳幹梗塞となり病状説明を行った。

## その後の経過

- 自発呼吸は認めず、呼吸器管理を継続した。
  - 神経学的所見はGCS: 1T1 (JCS300)であり、瞳孔は2.5mmにて対光反射なく正中固定した。その他脳幹反射は完全に消失している。
  - さらに気管切開を施行し、栄養管理を経鼻管から施行。
  - 入院から1か月後、再度病状説明と今後の経過について説明。  
脳死とされうる状態なら脳死下臓器提供も可能と説明。
  - また、ここまではDNAR指示を家族が選択していた。
- その後、家族から延命治療の中止と臓器提供の希望が提出された。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 脳波測定とABR測定

- 脳波測定では平坦脳波に限りなく近い所見であった。
- ABRでは、両側反射を認めなかった。



- そのためこの時点では、「脳死とされうる」状況ではない。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 家族の意思と希望

### 1) 延命治療中止 希望

まず、病前に本人から延命治療については受けたくない希望あり。  
親戚ふくめて本人の希望に一貫して賛成している。  
具体的には呼吸器を外すこと、抗生剤等の治療は希望しないこと。

さらに、

### 2) 臓器提供 希望

脳死ならば脳死下提供をしたい。ほかの提供方法でもよい。  
病前、人の役に立ちたいという希望が本人にあり。  
家族も同意している。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 院内の反応と課題

- 家族の意思・希望をどのように院内でまとめるのか？提供のための呼吸器問題か？
- 終末期の対応については、具体例がこれまでにない（つまり相談が少ない）
- 終末期の課題がなければ、時間がかかっても角膜提供でよかったのに。
- 呼吸器を外すことは無理である
- とくに看護師の精神的疲弊
- 責任の回避（特に医師）
- 病院責任者らに一部否定意見あり
- 意外にも、事務の協力が得られた

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 倫理委員会対応

- 臨床倫理コンサルト体制の活用
- 需要項目は、「依頼理由」「医学的適応」「患者の意向」  
「治療者の意向」「判断能力」  
「キーパーソン/家族の意向/周囲の状況」「現場の評価/分析」
- 医療者側の考え方と家族の同意

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 院内での対応

- 倫理委員会での検討、病棟内でのカンファレンスなど複数回行う。
- 医療機関として対応可能な終末期医療の土台として、厚生労働省ガイドラインと3学会合同ガイドラインを使用する。
- 院内意見をまとめるにあたり、多数決や少数派の意見は消去せず、すべての意見を家族へ説明すると同時に、家族の同意を得る。
- カルテ記載や説明文書の作成と保存すること。
- 病院管理者への報告。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 終末期医療における臓器提供

- 日本救急医学会の救急医診療指針  
「患者と医療者は同じ目的に向かって協働する」
- 2006年2月 救急医学会「脳死判定と判定後の対応」  
脳死は臓器提供の有無にかかわらず正確に判断し、その診断結果を患者家族、あるいはその関係者に正しく伝えるべきである。  
しかし、脳死診断後の対応については患者本人の意思、患者家族、あるいはその関係者の考え方を十分考慮して決定する。  
とある。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 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～

2014年11月

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 終末期の判断 2014年11月4日 Web ページより抜粋

救急・集中治療における終末期には様々な状況があり、たとえば、医療チームが慎重かつ客観的に判断を行った結果として以下の(1)～(4)のいずれかに相当する場合などである。

- (1) **不可逆的な全脳機能不全**(脳死診断後や脳血流停止の確認後などを含む)であると十分な時間をかけて診断された場合
- (2) 生命が人工的な装置に依存し、生命維持に必須な複数の臓器が不可逆的機能不全となり、移植などの代替手段もない場合
- (3) その時点で行われている治療に加えて、さらに行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても近いうちに死亡することが予測される場合
- (4) 回復不可能な疾病の末期、例えば悪性腫瘍の末期であることが積極的治療の開始後に判明した場合

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 最終的には、心停止下提供へ

- 摘出医と都道府県コーディネーターとの連絡、DNAR指示の解除
- 摘出時間から逆算し、終末期医療への対応
- 家族ケア
- 家族への最終決定の確認
- ICU個室へ医療者と家族が入室
- 不必要である経鼻管の抜去
- 呼吸器設定、尿量、阻血時間の確認 (<2H)
- 家族ケアと看取り
- 2腎、2角膜の移植に成功

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 救急医療現場における選択肢提示が通常業務にならない要因

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 選択肢提示

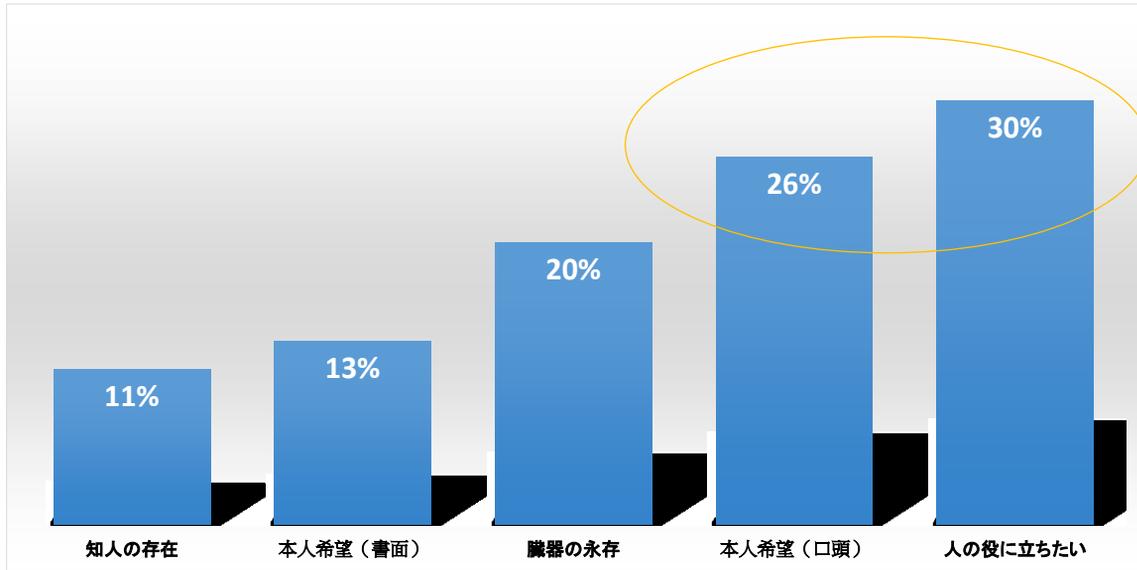
- 医療者が本人・家族へ「選択肢」を「提示」することは、大まかな「提供への意思」ばかりでなく、より具体的に「人の役に立ちたい」もしくは「臓器の永存」などを示す最後の機会となる。
- しかしその選択肢が、ただでさえ悲嘆にくれる家族へ更なる負担となってはならない。  
(重村先生)
- 負担はゼロにはならないが、少なくとも医療者は一緒に協働する必要がある。



2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

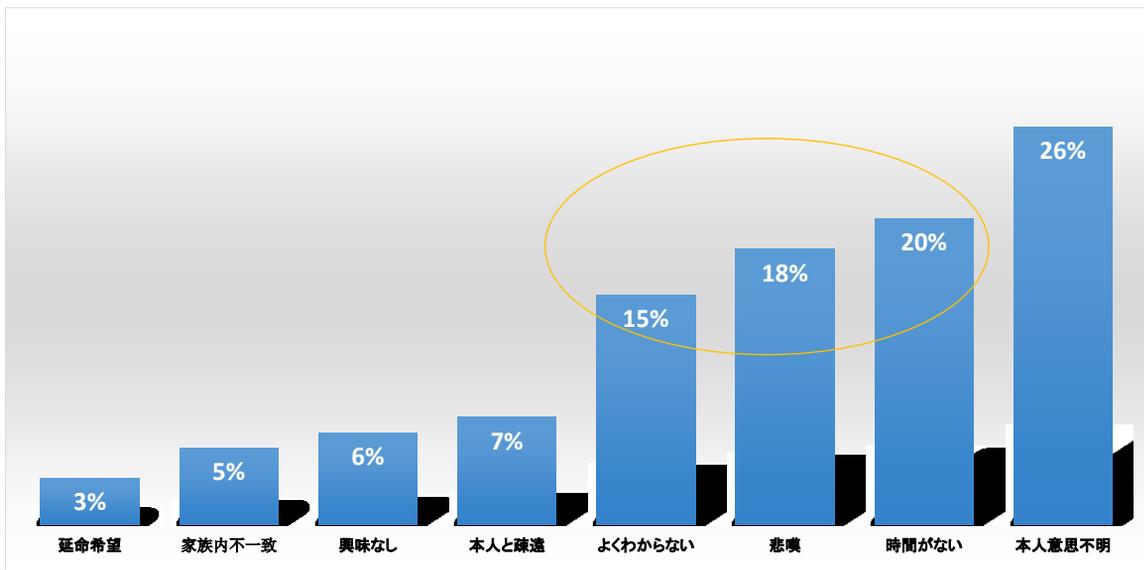
腎臓.jp - 12081014

### 自験例における家族の提供承諾理由



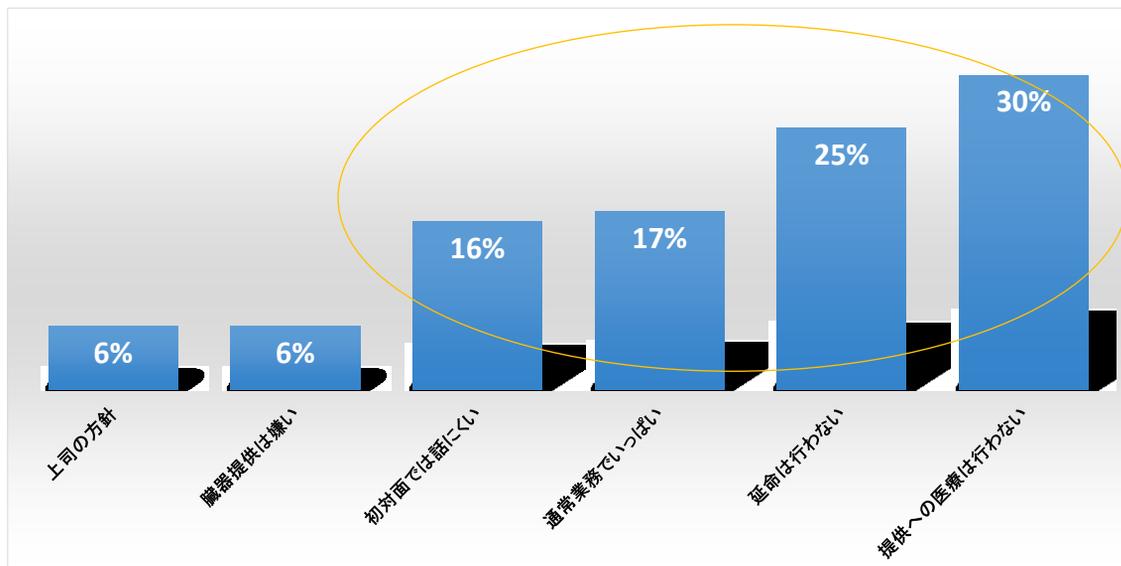
2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

### 当院における家族の提供非承諾理由



2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 当院における医療者側の否定的意見



2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 家族の拒否要因(米国)

- 人種、エスニック(アフリカ系アメリカン、ヒスパニック)
- 心臓中心の見解、あるいは輪廻の文化、文化的価値観
- 遺体の温存、摘出への恐怖
- 早く終わらせたいという願望

患者・家族側

- 経験の少ない説明者
- 専門的でない、少ない説明
- 脳死宣告後、数時間経てからの臓器提供の話し合い
- 医療者の年齢による先入観
- その他

医療者・説明側

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 家族の拒否要因(日本)

- 悲嘆が強い
- よくわからない、知識不足、文化的価値観
- 本人と話していない
- 早く終わらせたいという願望

患者・家族側

- 経験が少ないもしくは無い
- 専門的でない、知らない
- 延命治療対応とドナー管理はしない
- 対面にて話しにくい
- その他

医療者・説明側

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 資料集 承諾の手順

### (1) 臓器提供の機会があることの説明

問1 脳死下での臓器提供の場合、家族に臓器提供の機会があることを伝えるのはいつの時点か。

答 ガイドラインの第6の1において、**標準的な手段として**、主治医等が、患者の状態について、法的脳死判定を行ったならば、脳死とされうる状態にあると判断した場合以降において、家族等の脳死についての理解の状況等を踏まえ、臓器提供の機会があること等を告げる。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 問2 臓器提供の期間があることを家族に伝えるのは、臓器提供施設として法的な義務なのか。

答 臓器提供の機会があることについての説明は、**法的な義務ということではなく**、ガイドライン第6の1に規定されているように個別事例ごとに、主治医等が「家族等の脳死についての理解の状況等を踏まえ」伝えるべきか判断する。

ただし、本人の臓器提供に関する意思を尊重し、ご家族に提供するかしないかを判断する機会をお持ちいただくとともに、一人でも多く移植を必要とする方に移植の機会を提供するようにするという観点から、可能な限りお伝えいただくことが、法改正の提案の趣旨に沿う。(国会議員談)

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 終末期対応に対するいくつかの提言

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 厚生労働省（2007年 5月）

### 「終末期医療に決定プロセスに関するガイドライン」

- 急性期患者のみが対象ではない。治療中止だけでなく、ケアのあり方を示した。
- ①患者本人による決定を基本として、これが最重要である
- ②多専門職種<sup>1</sup>の医療・ケアチームが医学的妥当性と適切性を慎重に判断する
- ③疼痛、不快な症状の緩和、患者・家族に対する総合的な医療およびケアの必要性
- ④積極的安楽死を対象としない等。
- 方針が定まらない場合：複数の専門家からなるチームを別途設置して検討すること。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 厚生労働省の終末期ガイドラインの眼目

- 1) いかなる医療行為が殺人罪にあたるかを論ずることではない。  
終末期の患者の身になって考えることが重要。
- 2) 本来の医療の在り方は保身のためでなく患者のために医療を行うことが重要である。  
また、医療者が警察やメディアの介入を恐れて医療行為を決めるのは本末転倒である。（樋口範雄：2008）

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

# 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～

2014年11月4日 Web ページより抜粋

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 救急・集中治療における終末期の定義とその判断

### 終末期の定義

「救急・集中治療における終末期」とは、集中治療室等で治療されている急性重症患者  
に対し**適切な治療を尽くしても救命の見込みがない**と判断される時期である。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 3学会のガイドラインの基本的な考え方

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

- その際の医療スタッフの対応は、患者の意思に沿った選択をすること。
- 患者の意思が不明な場合は患者にとって最善と考えられる選択を優先することが望ましいが、それらを考える道筋は明確に示されていない。
- そのため、3学会での定義：救急・集中治療における終末期の定義を示した。
- その定義を考慮したうえで患者、患者家族などや医療スタッフによるその後の対応についての判断を支援する必要があると考える。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## ガイドライン

- 本ガイドラインは三学会の合意のもとに救急・集中治療における終末期の判断やその後の対応について、考える道筋を示したものである。
- したがって、本ガイドラインの使用を強制するものではなく、どのように使用するかは各施設の選択に委ねられている。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 終末期の判断

救急・集中治療における終末期には様々な状況があり、たとえば、医療チームが慎重かつ客観的に判断を行った結果として以下の(1)～(4)のいずれかに相当する場合などである。

- (1) **不可逆的な全脳機能不全**(脳死診断後や脳血流停止の確認後などを含む)であると十分な時間をかけて診断された場合
- (2) **生命が人工的な装置に依存し**、生命維持に必須な複数の臓器が不可逆的機能不全となり、移植などの代替手段もない場合
- (3) その時点で行われている治療に加えて、さらに**行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても近いうちに死亡する**ことが予測される場合
- (4) 回復不可能な疾病の末期、例えば悪性腫瘍の末期であることが積極的治療の開始後に判明した場合

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 延命措置への対応

### 1) 終末期と判断した後の対応

医療チームは患者、および患者の意思を良く理解している家族や関係者(以下、**家族らという**)に対して、患者の病状が絶対的に予後不良であり、治療を続けても救命の見込みが全くなく、これ以上の措置は患者にとって最善の治療とはならず、却って患者の尊厳を損なう可能性があることを**説明し理解を得る**。医療チームは患者、家族らの意思やその有無について以下のいずれであるかを判断する。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## (1) 患者に意思決定能力がある、あるいは事前指示がある場合

患者が意思決定能力を有している場合や、本人の事前指示がある場合、それを尊重することを原則とする。

この場合、医療チームは患者の意思決定能力の評価を慎重に評価する。

その際、家族らに異論のないことを原則とするが、異論のある場合、**医療チームは**家族らの意思に配慮しつつ**同意が得られるよう適切な支援**を行う。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## (2) 患者の意思は確認できないが推定意思がある場合

家族らが患者の意思を推定できる場合には、その**推定意思を尊重すること**を原則とする。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## (3) 患者の意思が確認できず推定意思も確認できない場合

患者の意思が確認できず、推定意思も確認できない場合には、家族らと十分に話し合い、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。

医療チームは、家族らに現在の状況を繰り返し説明し、意思の決定ができるように支援する。

医療チームは家族らに**総意としての意思を確認し対応**する。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

### (3)-1 家族らが積極的な対応を希望している場合

家族らの意思が延命措置に積極的である場合、あらためて「患者の状態が極めて重篤で、現時点の医療水準にて行い得る最良の治療をもってしても救命が不可能であり、これ以上の延命措置は患者の尊厳を損なう可能性がある」旨を正確で平易な言葉で家族らに伝え、家族らの意思を**再確認**する。

家族らの意思の再確認までの対応としては現在の措置を維持することを原則とする。

再確認した家族らが、引き続き積極的な対応を希望する時には、医療チームは継続して状況の理解を得る努力をする。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

### (3)-2 家族らが延命措置の中止を希望する場合

家族らが延命措置の終了を希望する場合、患者にとって最善の対応をするという原則に従い**家族らとの協議の結果、延命措置を減量、または終了する**方法について選択する。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

### (3)-3 家族らが医療チームに判断を委ねる場合

医療チームは、患者にとって最善の対応を検討し、家族らとともに合意の形成をはかる。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

### (4) 本人の意思が不明で、身元不詳などの理由により家族らと接触できない場合

延命措置中止の是非、時期や方法について、医療チームは患者にとって最善の対応となるように判断する。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 2) 延命措置についての選択肢

一連の過程において、すでに装着した生命維持装置や投与中の薬剤などへの対応として、

- ①現在の治療を維持する(新たな治療は差し控える)
- ②現在の治療を減量する(すべて減量する、または一部を減量あるいは終了する)
- ③現在の治療を終了する(全てを終了する)
- ④上記の何れかを条件付きで選択するなどが考えられる。

上記はいずれもDNAR指示とは異なる。

DNARについては後ほど説明します。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## II 医療チームの役割

- 救急・集中治療に携わる医療チームは、その専門性に基づき、医療倫理に関する知識や問題対応に関する方法の修得をすることが求められるが、それらの医療チームによって患者が終末期であると判断され、その事実を告げられた家族らは、激しい衝撃を受け動揺する。
- このような状況においても家族らが患者にとって最善となる意思決定ができ、患者がよりよい最期を迎えるように支援することが重要である。
- そのために医療チームは、家族らとの信頼関係を維持しながら、家族らが患者の状況を理解できるよう情報提供を行う必要がある。
- また、家族の一人を喪失することに対する悲嘆が十分に表出できるように支援する。終末期の家族ケアの詳細については「集中治療における終末期患者家族へのこころのケア指針」(<http://www.jsicm.org/pdf/110606syumathu.pdf>)などを参考にする。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## DNARについて

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## DNARについて

- 昨今、尊厳死や延命治療拒否の御旗のもと救命の努力が放棄されてはいないか？の疑問あり。
- DNARとは広い意味で終末期医療に含めれる。
- 終末期にある患者が、最終的な心肺停止時に自然な死を迎えられるように医療従事者が支援することである。
- DNARでは治療の不開始・差し控え・中止を意味しないため、同指示以外は通常の患者同様に最良の治療を提供する。
- DNAR指示は厚生労働省のガイドラインに準じる。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 終末期におけるDNAR: 医療機関と本人・家族との同意

- 医療機関が終末期医療の考え方と実施に対して、倫理委員会で議論し合意に基づいた医療プロセスを重視した終末期医療を実践できるならば、DNAR指示は可能である。
- 患者の人生の最終段階において、医療の過程で最終的な心肺停止時を自然な形で迎えることができる。
- DNAR指示については、患者・家族そして医療者の合意形成にプロセスを踏むことが特に重要である。
- DNAR指示や終末期の選択については、決定した後でも本人・家族へ適時確認が必要となる。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 家族との面接

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 家族との面接の目的

- ラポール形成
  - ① マップの把握
  - ② 家族心情の理解
  - ③ 希望やニーズの把握
- 意思決定支援
  - ① 理解しやすい情報提供
  - ② 正しい理解を促す説明
  - ③ 意思決定への具体的な支援

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 提供側に必要なコミュニケーション

- 選択肢提示・インフォームドコンセント  
説明・理解・意思への判断
- 医療機関内・関係機関との関係構築  
院内COや病院管理者、警察、法医学、児童相談所、移植医などとの関係
- 周囲へのグリーフケア  
家族・本人・医療スタッフの心情変化への理解

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 選択肢提示への支援

- 意思決定への心理的な配慮
  - ① 選択肢提示には患者家族との協働により、家族の選ぶ結果が異なる。
  - ② まず、患者・家族の生活感や価値観を知ること。
- 意思決定へのジレンマや葛藤への配慮
  - ① 情報や知識が不足していないか？
  - ② 相手の価値観は明らかか？
  - ③ 多角的な視点から支援できているか？
  - ④ 他の家族からの影響や過大な期待はないか？

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 家族の価値観やニーズを尊重する

- Evidence Based Medicine (EBM): 科学的根拠に基づいた医療
- Narrative Based Medicine (NBM): 患者さんの「物語」に基づく医療

EBMは重要であるが、臨床現場では科学的根拠ばかりではない事実も説明し、信頼関係を重視することが必要である。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## マップ・コミュニケーションについて

- コミュニケーションはだれでも行っている。
- 医療者であってもその方法は「自分なりの方法」であり、無意識である。
- 「失敗」「痛み」を経験すると少し振り返る。
- 放っておくと、すぐにもとに戻る。
- 表情、声の調子・発音・速さ、言葉などで受け止め方は変わる。  
(メラビアンの法則)



2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

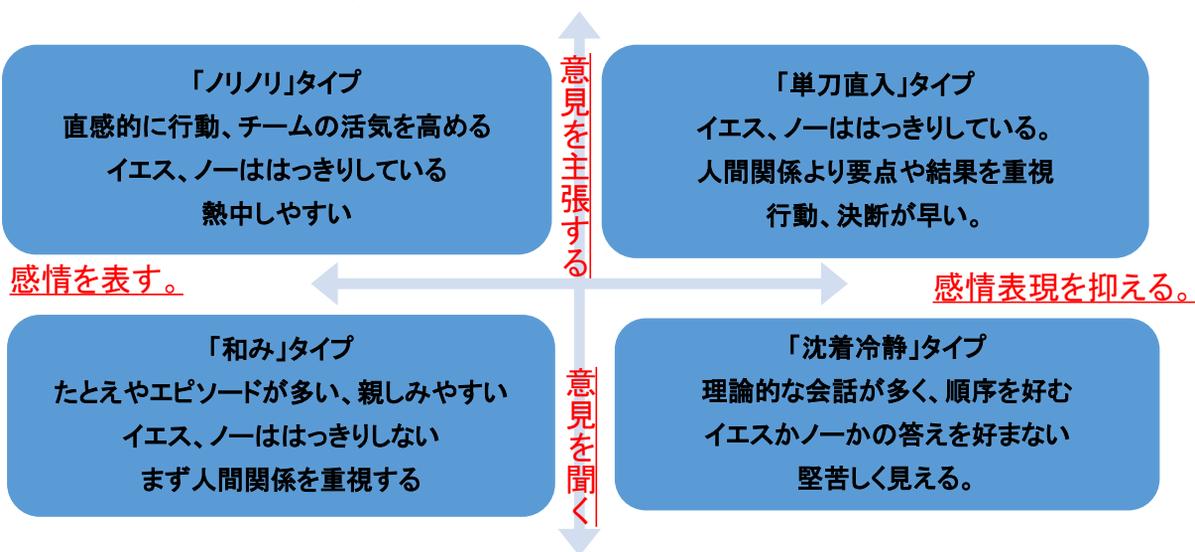
## なぜ伝わりにくいのか？伝えようとしませんか？

- 自分の「価値観」「考え方」「感じ方」は無意識に独自に作り上げられている。
- 伝える内容や伝え方については、自分と近い人になら通じやすく、反対もある。
- しばしば、臨床現場では耳にする話である。



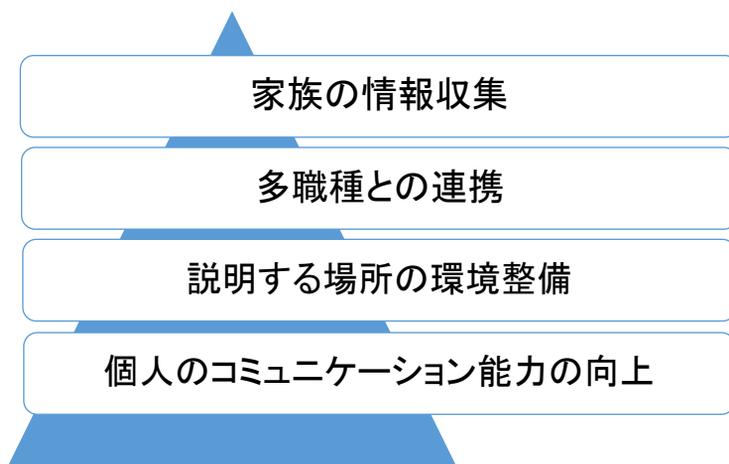
2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## ソーシャルスタイル



2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

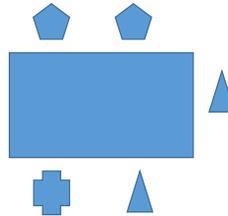
## 重要な事前準備



2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 説明するための環境整備

- 場所  
明るい・落ち着ける・プライバシーが守られている
- ポジション  
90度法・対座法・並列法
- 距離と空間  
90cm－1m
- 時間  
相手が集中できる時間



2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 医師と患者・家族関係モデル

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

①パターンリズム:

医師の役割⇒ 親や保護者

医師(自分)が最良とって考える治療法に、さらに自分の意見を強く述べて同意を得る。患者の選択は軽視される。

「治療はAだ!」「Aにしたほうがいい!」

支持率は10%でよいから、熱心な固定信者を得たいならこのモデル。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

②討論モデル:

医師の役割⇒ 先生や友人

医師は意思決定に必要な情報をすべて説明する。さらに専門家の意見や自分の考えも示唆し、患者の合理的な選択を支援する。

「治療にはAとBとCがあります」「私ならCにしますが、みなさんのお考えは如何ですか?」

超安定政権で支持率は50%!

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

### ③通訳モデル:

医師の役割⇒ カウンセラー

医師は意思決定に必要な情報をすべて説明する。加えて患者・家族がどんな価値観や悩みがあるのか明らかにして助け船を出す。

「治療にはAとBとCがあります」「AとBは侵襲が高いので悩めますね」

「そうしたらCとAの一部を組み合わせてみましょうか...」

などと助け舟をだす。

これも支持率20%の超安定政権間違いなし！

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

### ④情報提供モデル:

医師の役割⇒ 医療の専門家

医師は患者の意思決定に必要なと思われる情報をすべて説明し、そのあとの決断はすべて患者・家族に任せる。パターンリズムの対極にあるモデル。医師は自分の考えやアドバイスは一切与えない。

あくまで患者・家族の意思が尊重される。

「治療法にはAとBとCがあります。みなさんの希望の通り、言われるようにしますからみなさんが選んでください」

あまり、患者・家族と関わりを持ちたくないなら、このモデルが最適！！

支持率8%

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 患者・家族とのコミュニケーション

### ・悪い知らせを伝えるときの注意事項

- ①絶望しないように言葉を選ぶ
- ②プライバシーを保ち中断できる時間を用意する
- ③誰に話すかを整理する、特に病気の自然史と選択肢
- ④医学的な専門用語や隠語は控える

ここまでは、通常。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 患者・家族とのコミュニケーション

### ・悪い知らせを伝えるときの注意事項

- ⑤伝えている事実は、聞く側では差がある(良かったり悪かったり)
- ⑥事実に困難感があれば、軽減できるように努める
- ⑦可能な限りポジティブメッセージを送る
- ⑧支援方法(家族・親友)や信念・希望を理解する
- ⑨何か前向きに評価できる事柄を探し伝える
- ⑩今後の治療方針の計画や支援方法を計画する。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## コミュニケーションスキル学習会



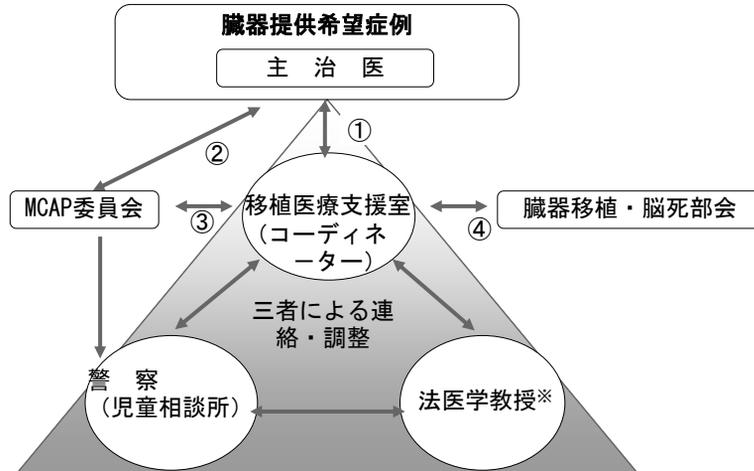
2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 脳死下臓器提供シミュレーション



2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

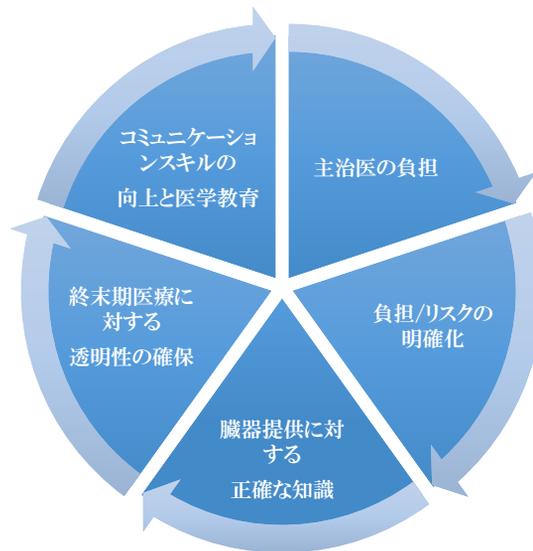
**虐待を含む脳死・心臓死と判断された症例における  
臓器提供に係るフローチャート**



・法医学教授とは、神奈川県内3大学「聖マリアンナ医科大学」、「東海大学」及び「北里大学」の法医学教授である。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

**現場負担を整理・軽減するために**



2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 選択肢提示支援方法の検討の試み

- 各医療機関の「臓器提供」対応は様々で、段階的なプロセスは必ずしも一定しない。
- むろん、準備ができる施設では支援方法がある程度を決めて行う方法はある。
- A: 支援室対応で提示する
- B: 院内パスや紙面で伝え、提示する
- C: 都道府県パンフレット・リーフレットを渡して提示する
- D: その他、複合での提示
- 画一的な支援で十分なのか、対応は家族ごとに検討考察が必要。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 時間経過で臓器提供は減少させないための照会 (UNOS)

- Imminent neurologic death (切迫する神経死)
- 70歳以下
- Coma
- Ventilator
- 3 brainstem reflex ( light reflex, corneal reflex, cough reflex)
  
- FOUR Score
- GCS:E1VTM1 (eye open, movement)
- 3 brainstem reflex
- Spontaneous respiratory

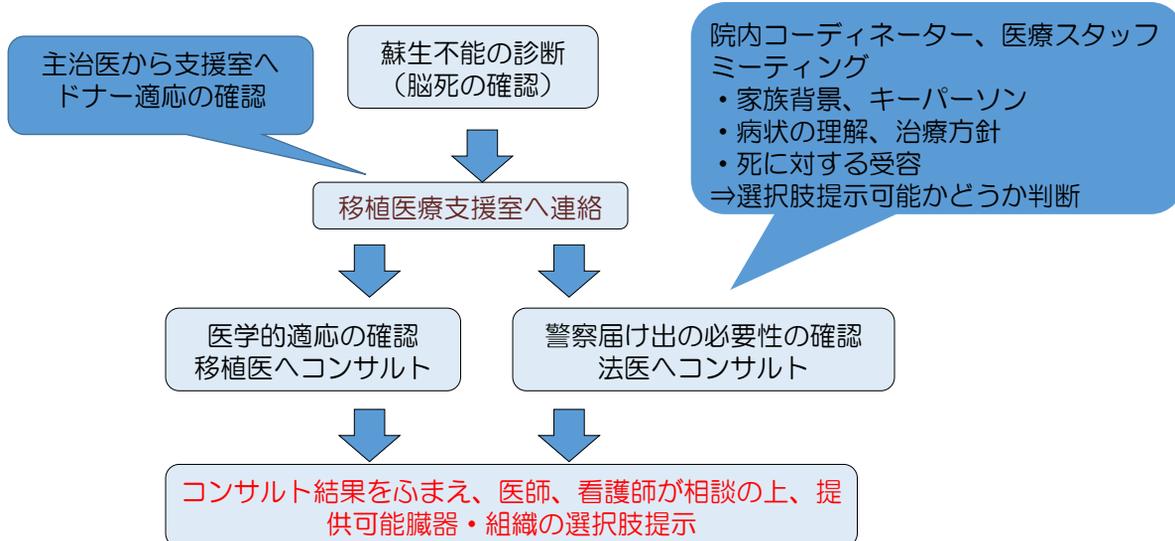
2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

脳死下提供と心停止下提供

選択肢提示の方法が異なるか？

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 臓器提供対応 プロトコール



2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

- 脳死下提供：  
改正法以前から同様である。適切な治療を行い、  
担当医師が「脳死であろう」と推定した症例ならば、概ね支援室に  
情報が入る。その後、無呼吸テスト以外の脳死判定を行い、提示する。
- 心停止下提供：  
脳死下提供との違いは「**様々な提供への入り口**」があること。  
救急外来で搬入直後の症例から、手術後数週経過した症例など。  
脳死状態とは無関係に、**助かる見込みのない終末期**であればあり得る。  
そのため、家族の終末期医療希望を確認する。倫理的に話し合う必要があれば  
協議する。  
さらに提供希望には、**終末期対応とドナー管理を含めて提示**する。  
そのため、提示の方法もガイドラインも異なる。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## まとめ

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 緩和ケアの定義 (WHO:1989年)

- 緩和ケアとは、治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケアである。

痛みやその他の症状のコントロール、精神的、社会的、そして霊的問題の解決が最も重要な課題となる。

緩和ケア目標は、患者とその家族にとってできる限り可能な最高の QOLを実現することである。

末期だけでなく、もっと早い病期の患者に対しても治療と同時に適用すべき点がある。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 緩和ケアの定義 (WHO:1989年⇒2002年)

- 緩和ケアとは、治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケアである。・・(中略)・・末期だけでなく、もっと早い病期の患者に対しても治療と同時に適用すべき点がある。



最大の変更点: 患者の状況を限定していない

- 緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処(治療・処置)を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

## 選択肢提示：医療者が患者・家族の日常生活の話をお聴きすること、話すこと

- EBMと同様にNBMとは患者・家族との対話を重視した医療である。
- 人それぞれの物語を生きており、病名を与えることだけで医師は満足してはならない。  
(河合隼雄先生)
- 電子カルテなどの普及もあり、医療者に「聴く」努力が少ない傾向もある。
- 聴く：語る側からすれば、言葉を確かに受け止めてもらった出来事であり、医療者は物語を簡単に否定や破壊をすることのないよう適切な対応を求められる。
- 数歩、患者・家族の生活に踏み込むと、そこに選択肢提示の答えがある。
- その準備のために、終末期の正確な診断と判断を！！

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー

- ご静聴ありがとうございました。

2016 腎移植認定医第10回集中セミナー