

# 脳死臓器提供におけるドナー家族の悲嘆心理と看護介入に関する研究

著者名(日)	白井 太一, 佐々木 重幸
雑誌名	北海道医療大学看護福祉学部学会誌
巻	2
号	1
ページ	81-86
発行年	2006-03-31
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1145/00006908/">http://id.nii.ac.jp/1145/00006908/</a>

# 脳死臓器提供におけるドナー家族の悲嘆心理と看護介入に関する研究

白井 太一<sup>1)</sup>, 佐々木 重幸<sup>2)</sup>

北海道医療大学看護福祉学部<sup>1)</sup>

同 生命基礎科学講座<sup>2)</sup>

## 要 旨

脳死臓器移植におけるドナー家族の悲嘆心理および看護介入について、文献をもとに考察を行った。ドナー家族のたどる心理過程には、それを数段階に分類する危機モデルがいくつか提唱されているが、これは目安に過ぎずその順序通りの経過をとるとは限らない。脳死に至った肉親の「臓器移植を希望する」思いをかなえることが家族の悲嘆心理を和らげる働きがあるとも指摘されており、それは単に「移植に同意する」ことだけでなく、脳死ドナーである肉親がその思いに至るまでの過程を共有できた、そのプロセス自体に意義があるともされている。看護師は、移植に中立的な立場でドナー家族に正確な情報を提供し、家族が患者と過ごせる、あるいは家族間で意志の疎通ができる時間と空間を提供する、といった支援が求められる。また移植終了後の支援も重要であり、移植コーディネーターなどと共に継続的支援体制をアレンジしていくことが今後の課題になると思われる。

## キーワード

脳死, 臓器移植, 危機理論

## はじめに

わが国の脳死臓器提供は、1997年に臓器移植法が制定され開始された。この法律に基づき法的脳死判定後に臓器が移植された件数は2004年6月30日現在まで29件となっている。年間数例のみであるが、毎年必ず脳死患者からの臓器提供は行われている[1]。

脳死状態となった患者では、心臓死に至るまでは心臓も動いており、体温も保たれている。その状況下、患者家族は、肉親が脳死であり救命の可能性はないということを認識するには困難が伴うことが報告されている[2]。救命が不可能であることを認識するとともに、時には臓器を提供するか否かという選択を数日のうちに迫られることになり、大きな心理的ストレスにさらされる可能性がある[2, 3]。

本論文では、このような脳死臓器提供候補患者の家族（以下ドナー家族と表記）に対してどのような援助が必要か、文献をもとに考察した。

## 1) ドナー家族の心理に関する諸説

ドナー家族は、肉親が脳死状態であることを伝えられてから、臓器提供をするか、しないか、の決定には数日間の猶予しかないことが多い。ただ、このように

短期間のうちに患者の家族が様々な決断を迫られる、というのは、緊急治療を要する種々の病態でもみられる。例えば、重症外傷に対する救命的な止血手術、心筋梗塞に対するカテーテル治療など、様々な臨床場面で、患者の家族は手術の可否、輸血の可否など短時間のうちに決断を迫られる。ただこうした治療の多くは、それが「肉親の救命」のためには「唯一」あるいは「最良の」方法、ということを家族も認識して行われるのに対し、脳死移植におけるドナー家族は、自分の決断の目的が「肉親の救命」ではなく「未知のレシピエントの救命」にあることが大きく異なる。またドナー家族にとって、移植の決断が「唯一」ではなく、「移植をしない」という選択肢もあるので、同じ「短時間のうちに迫られる決断」といっても上に挙げた「緊急治療を要する患者の家族」とは、決断の性質が異なっていると考えられる。

さて、このようなドナー家族のたどる心理過程として、いくつかのモデル（以下、これらのモデルを危機モデルと総称する）が提唱されている（表1～3参照）[4-6]。

これらの危機モデルに共通しているのは、心理的な経過を3段階に分けたり（表1参照）6段階に分けたり（表2参照）と、いくつかの段階に分けていることである[4-5]。そして、各段階を細かく検討すれば差異は見られるものの、共通しているのは、はじめに驚愕や混乱といったショック状態があり、次に事実を否定したり、脳死患者を探し求めるといった、現実をうまく処理しきれない段階、その次に、次第に肉親がもう助からないのだということを受け入れはじめ、

## <連絡先>

佐々木重幸

北海道医療大学看護福祉学部生命基礎科学講座

石狩郡当別町金沢1757

TEL&FAX 0133-23-1852

E-mail sasakish@hoku-iryo-u.ac.jp

現実への対応ができてくる段階、最後に、肉親が脳死であるということを受け入れ、臓器提供を決断、または拒否して患者と過ごすという段階を経るとされることである。

ただしここで注意しなければならないのは、ドナー家族の心理経過は、決して段階を順に経過するとは限らないことである。上記を例にとれば「現実をうまく処理しきれていない段階」から、次の「現実への対応ができてくる段階」に進んだと思われても、すぐ前の「現実をうまく処理しきれていない段階」に戻ることもありうる。従って危機モデルは今の家族がどのような段階にいて、将来的にはどうなるかという、あくまでも1つの目安として活用すべきである。

## 2) ドナー家族にとっての臓器移植の意味

ドナー家族は、前記のような心理経過を経てくると考えられる。では、臓器移植を行うということは、その患者の家族にとってどのような意味を持つのだろうか。

家族が臓器移植に同意する理由としては、

- ・ドナーの一部でもいいからこの世に生きていてほしい
- ・本人の意思を尊重したい

があるという[7-8]。この事はドナー家族の実際の手記にも書かれている。

「『ひょっとして、他人の体を借りて、忠孝を生かす方法があるんじゃないだろうか』腎臓を提供するという形をとれば、忠孝を生かしてやることのできるのではないかと考えついたのです。」[9]

「これで忠孝が生きられる。たとえ、体の一部でも、他人の体を借りてであっても、忠孝がこの世に生きつづけられる道が見つかった。／それまで、私をさいなんでいた苦しみは、霧が晴れるようにきれいに消えていました。」[9]

これらの手記からは、ドナー家族の「ドナーの一部でもいいからこの世で生きていてほしい」という願いが読み取れる。

また柳田の作品において[10]、自殺未遂した息子が脳死の可能性を告知された父親は、息子が骨髄バンクに登録していたことを思い出した。そのため骨髄提供を主治医に願い出たものの、骨髄提供は適合者が見つからなかったため、主治医からその代わりとして腎臓提供を提案される。父親は息子の遺した手記を読み「それ（自己犠牲）を実現できずに死を迎えるのは実に悲しい事でしょう」「願わくは『自己犠牲』の機会を待つ」と記されていることに注目する。そして「医師が示唆してくれた腎臓提供という行為は、骨髄提供に十分に代わりうるものとして、息子は納得してくれるに違いないという確信を持つことができた。」そして、腎臓提供を決心した後は、「不思議なことに、息子

と永遠に別れるのだとか、息子は死んでしまったのだといった悲哀や惜別の感情が薄らいでいた。それどころか、息子の志を成就させるために最善を尽くそうという前向きな感情が強くなっていった。」という。

こうしたことから考えられることとして、脳死に至った肉親の意思を深く理解し、その思いをかなえる、ということがドナー家族の悲嘆心理を和らげる働きがあったと思われる。それはただ単に、脳死に至った肉親のために何かすることができた、というだけでなく、肉親が「臓器移植を希望する」という思いに至ったことを理解し、そこに至るまでの過程を、ある意味肉親と共有できた、と考えることもドナー家族の心に変化をもたらした要因かもしれない。「移植の決断」はそうした心の変化の「結果」であり、むしろそこまでの過程において悲嘆心理を和らげる効果があると思われる。

一方、臓器提供の選択肢が存在する、ということについては、もしドナー家族に「できれば移植をしたくない」という気持ちがあった場合、様々な葛藤を引き起こす可能性があることも理解する必要がある。実際の手記の中で、脳死臓器提供意思表示カードを持っていた17歳の娘が脳死状態となり、脳死状態になる前に母親は頭ではわかったつもりだったが、実際に脳死の娘の姿を目にしたら

- ・「いくら麻酔してもらっても痛んじやないか」
- ・「18年前に苦しんで生んだ命を自分が断つのか」
- ・「いくら娘の意思とはいえ、何でこんな思いまでして人を助けなきゃいけないの」

という心情であった。一方で

- ・「臓器提供を拒否したらドナーカードに記入した娘の意思はどうなるのか」

という気持ちとの板ばさみになってしまった。結局は鼓膜が破れていたために法的脳死判定ができず、死後の腎臓提供となったのだが、これが決まったとき、この母親はほっとしたという[11]。

また違う手記でも、頭ではわかっている、目の前に横たわる母親を見て脳死とは思えず、「寝ているとしか思えない母の体にメスを入れて心臓を取り出すようなことはできない」「母のぬくもりに触れられるだけでいい」「もう少しこうしていたい」という気持ちになり、脳死臓器提供には同意しなかった、という記述がある[12]。

以上のように、場合によっては「臓器提供を希望する」患者の意思と「できれば移植をしたくない」家族の思いとの間で葛藤が生じたり、場合によっては、患者の意思に反して臓器提供に至らないこともあると考えられる。

医療者は臓器提供という選択肢を提示する場合、ドナー家族は上記のように「ドナーカードに記入した患者の意思」と相反する感情を抱く場合があるというこ

とも知っておく必要がある。

### 3) 看護師によるドナー家族への精神的支援の実際

これまでは、ドナー家族のたどる精神的な経過を考えてみた。次に、実際にドナー家族になされた看護を文献から考察してみる。

考察したのは、K病院およびS病院の2つの事例である[13-14]。

K病院の場合は[13]、くも膜下出血により搬送されてきた40歳の妻が脳死状態になったが、脳死臓器提供意思表示カードを持っていて、家族(夫)も提供に同意した。そこで、脳死臓器移植法成立後、国内で初めて脳死患者からの臓器摘出が行われたという事例である。このときなされた看護をまとめると、

- ①国内初の移植ということもあり、マスコミから家族のプライバシーを守る、具体的には
  - ・家族控え室を、マスコミの目に届きにくく泊まり込める部屋に移動した。
  - ・家族が病棟に移る際には、マスコミに会わないように看護師が家族を誘導した。
  - ・外に出ると家族がマスコミに囲まれてしまうため、食事の手配をした。
- ②個室(どのような個室かは不明)を用意して、家族が患者とできるだけゆったり過ごせるようにした。
- ③夫の心理状態を把握するために、フィンクのモデル(表3)を活用し、
  - 衝撃の段階：自宅で妻が倒れ入院決定まで
  - 防御の段階：入院時より翌日の朝頃まで
  - 承認の段階：アイバンクカード・臓器提供意思表示カードの提出を決意した頃
  - 適応の段階：コーディネーターの話を聞きたいと申し出があった頃

と分けて、夫の心理状態の把握を行った。

- ④家族への病状説明は、プライバシー確保のため、ナースステーションの一角をアコーディオンカーテンで仕切って行った。

である。この中のプライバシーの確保は重要で、家族への病状説明は、できるだけ会話が外に漏れない個室で行うことができれば、さらによかったかもしれない。

また、家族がゆっくりと患者と時間を過ごすことができるように個室を用意したのも、重要な援助の1つと考えられる。なぜなら、前出の柳田の手記のなかで、脳死になった息子とゆったりと過ごすことができたおかげで、息子の意思を確かめることができたと言われているからである。

この事例でもう一つ注目すべきは、患者があと2時間もとないだろうと医師が告げた際、同時に医師が最後まで救命のための努力を続けることを告げた事である。前出のドナー家族の手記の中で、脳死であると

告げられ即臓器移植されかねないと思ったが、医師が最後まで治療する旨伝えたところ、この家族はようやく安心したという記述がある[12]。また、他のドナー家族の手記の中でも、看護師が脳死の患者も他の患者と同様にケアすると家族に伝えたところ、その家族は安心してその患者との時間をゆったりと過ごすことができたという[10]。従って、最後まで最善を尽くす事を医療者は言葉でも示すことが、大きな安心感につながる事がわかる。家族や患者と接する時間の多い看護師は、まずこのことを家族に伝える事も大切な精神的援助になると考えられる。

次にS病院の事例を取り上げる[15]。この例では、心停止状態で入院し、その後脳死状態となった患者の脳死臓器提供をめぐる父親、母親の意見が食い違った。医療者は父親の意見が家族の意見であると判断し、臓器提供に積極的な父親にインフォームドコンセントを行った。対して母親にはあまり積極的な介入をせず、父親から臓器提供の同意が得られたので、臓器移植を前提に対応した。結局は家族の意見の不一致によって臓器提供は中止となった。患者が入院中、さえない表情の母親に看護師が面接を試みたが、母親が臓器提供に否定的な思いを表出することはなかった。また、母親から「家族の気持ちが医療者に伝わっていない」という不満も聞かれた。

これらの記載から推察すると、母親は当初から移植に反対であったものの、父親の手前、あるいは臓器提供を希望していた患者本人の意思と反することから、最初は反対の意思表示を明言しづらかった、ということが考えられる。また母親がいう「家族の気持ちが医療者に伝わっていない」という表現は、「移植に反対」と明言しなくても、「移植に反対の者もいる」「家族みなが移植に賛成しているわけではない」という気持ちを察してほしかった、ということが推察される。この事例の場合、父親へのインフォームドコンセントをした際、家族内でよく話し合っほしいことを伝え、その後家族全員の意見はどうかのかを、できるだけ早い時期に、本人及び父親に確認すべきであったと考えられる。家族の特定の人の意見が家族全体の意見であると決めつけてはならない、ということである。

以上2つの事例からわかることは、看護師は家族の気持ちを尊重することと、患者は個室に案内したり、マスコミから家族を遠ざけるといったプライバシーを保つなど、家族が患者とともに時間を過ごす環境を整えることが、家族への精神的援助になることである[15-16]。

### 4) ドナー家族への継続支援

ドナー家族の心情を理解する上で、前述した危機モデルを活用するのは1つの方法であるが、注意しなければならないのは、たとえ臓器提供に同意または拒否

する決断をしても、ドナー家族は、悲しみがその後も続いていく。すなわち、ドナー家族への継続的な支援も必要になる可能性がある。ドナー家族の手記のなかにも、臓器提供に同意した後は、

「それまで、私をさいなんでいた苦しみは、霧が晴れるようにきれいに消えてしまいました。」[9]、「息子と永遠に別れるのだとか、息子は死んでしまったのだといった悲哀や惜別の感情が薄らいでいた。それどころか、息子の志を成就させるために最善を尽くそうという前向きの感情が強くなっていった。」[10]というように、臓器提供に同意した場合は、前向きな感情を抱く事例がある。しかしながら、遺されたドナー家族の悲しみは何年も続く場合がある。実際、娘が脳死になり、一度は脳死臓器移植に同意したものの、中止になり1年が経過したのに、今でも娘が元気に帰ってくるのではないかと感じると述べている家族もいれば[11]、母親が脳死と判定され、やがて心臓死に至り、臓器提供を申し出たものの、臓器提供できる状態ではなかったため、その後「移植の意思表示をしなかったのは私のエゴではなかったかという自責の念」と「母の脳死を受容するのにあの期間は必要不可欠だった」との思いで葛藤した[12].という場合もある。したがって、ときには退院後もドナー家族への継続的な精神的援助が必要であり、臨床心理士など、心理の専門家による支援体制を作ることも必要と考えられる。具体的には、コーディネーター、臨床心理士などと調整して、ドナー家族が希望する場合は定期的にカウンセリングを受けられるようアレンジしていくことが望ましい。また病棟における状況を、コーディネーター、臨床心理士へ十分に引継ぎを行うなど、ドナー家族への継続支援の流れを作るのも、病棟看護師の業務の1つといえる。

#### まとめ

脳死臓器移植におけるドナー家族への精神的援助について、文献をもとに考察を行った結果、ドナー家族に対し、移植に賛成、反対の立場に立つのではなく、正確な情報を提供し、家族が患者と過ごすことのできる時間と空間を提供する、といった支援が求められることがわかった。また本文では、主に病棟での支援に主眼を置いたが、患者退院後もドナー家族の悲しみは続くため、退院後の支援も必要である。患者の退院後は、ドナー家族に対し移植コーディネーターのみならず、臨床心理士などの専門家と連携した継続的な支援体制を作る事、例えばドナー家族に対する定期的なカウンセリングのアレンジメントなどが今後の課題になっていくと考えられる。

#### 参考文献

- [1] 日本臓器移植ネットワークホームページ  
available from  
URL : <http://www.jotnw.or.jp>  
(accessed on May,5,2004)
- [2] 木村喜久江. ドナーファミリーの心を癒してほしい デジタルトランスプラント  
available from  
URL : [http://www.jotnw.or.jp/community/d-transplant/vol15/15\\_01.html](http://www.jotnw.or.jp/community/d-transplant/vol15/15_01.html)  
(accessed on July, 6, 2004)
- [3] 廣田典祥. 死体腎移植における悲嘆家族への臓器取得のアプローチの原則. 移植 1999; 26(2) : 182-184
- [4] 渡辺淑子. 脳死患者家族に対する看護. 救急医学 2000; 24(13) : 1826-1829
- [5] 三宅克典. 臓器提供家族への対応. 救急医学 2002; 26(1) : 91-94
- [6] 小島操子. 看護における危機理論危機介入: 第1版, 金芳堂, 京都市, 2005年, p 50-53
- [7] 松本幸恵, 鎌倉里美. 脳死患者家族への関り—臓器提供を希望する家族への心理プロセスを知る—今日の移植 1998; 11(2) : 249-252
- [8] 岡田篤志. 臓器提供とドナー家族の悲嘆心理—内外の文献研究から—  
available from  
URL : <http://www.med.osaka-u.ac.jp/pub/eth/oj2-2/okada.htm>  
(accessed on June,13,2004)
- [9] 吉川隆三. ああ、ター君は生きていた: 第1版, 河出書房新社, 東京, 2001年, p 51-52
- [10] 柳田邦男. 犠牲, わが息子・脳死の11日: 第1版, 文藝春秋, 東京, 1995年, p 50-161
- [11] 娘が脳死になった ~17歳ドナーの真実~. 中日新聞朝刊 1999年10月14日~18日
- [12] 大野綾子. 脳死移植について —母の脳死体験を通して—  
available from  
URL : <http://www.lifestudies.org/jp/kanso018.htm>  
(accessed on July,2,2004)
- [13] 東洋子. 脳死による臓器提供を選んだ人への看護のかかわり. 看護学雑誌 1999; 63(10) : 900-905
- [14] 堀口みゆき, 仁木恵美子, 五十嵐美恵子. 脳死患者への看護を振り返る ~家族が臓器提供を希望した症例から~. 日本集中治療医学会雑誌 1999; 5: 314
- [15] 宮林郁子. ドナー家族に対しての看護者の役割. 脳と発達 2000; 32(5) : 445-448
- [16] 久米龍子. 臓器提供における看護師の役割. Quality Nursing 2002; 8(5) : 59-65

受付：2005年4月8日

受理：2006年2月17日

**表1 渡辺淑子ら(2000, 文献4より)**

第1期 衝撃の段階

突然の出来事に心理的に混乱し呆然とする, 号泣する, などの反応が見られる。

第2期 防御的退行の段階

現実的には患者の状態を受けとめられない状態にある。このストレスのために家族は「同じ事を何度も聞き返したり, 医師からの説明を何度も求める」「無言で硬い表情」などの反応が見られる。

第3期 承認の段階

「脳死」を受け入れるようになり, 現実的な対応をするようになる。家族は「患者のためになにかしたい」などの思いが出現してくる。

**表2 三宅克典(2002, 文献5より)**

初期 : ショック, 混乱, 無感覚, 非現実感, 変様態

第I期・驚愕: 罪責感, 敵意, 拒否, 取引, 詮索行動, 苦悶, 希死観念

第II期・抵抗: 抑うつ, 引きこもり, 自尊心低下, 悲哀感

第III期・虚脱: 無力感, 無関心, 感情の平板化, アパシー

第IV期・現実受容: 平静, 開放感, 現実世界への関心, 理性的思考

第V期・見直し: 意味の探求, つぐない, 希望, 発想の転換, 新たな決意

第VI期・自立と再統合: 新たな同一性の獲得, ユーモア, 人格的成長, 新しいライフスタイルの確立, 新たな友人の獲得

**表3 フィンクの危機理論(2004 文献6より)**

衝撃の段階

最初の心理的ショックの時期。強烈なパニック, 無力状態を示し, 思考が混乱して計画や判断, 理解することができなくなる。また, 胸苦しさ, 頭痛, はきけなど, 急性の身体症状をあらわす。

防御的退行の段階

現実直接的にかかわるのはあまりに恐ろしく圧倒的なために, 無関心あるいは多幸症の状態を示す。現実逃避, 否認, 抑圧, 願望思考のような防衛機制を用いて自己の存在を維持しようとする。

承認の段階

現実直面して, 変化に抵抗できないことをさとり, 自己イメージの喪失を体験する。深い悲しみや強い不安が出るが, やがては, 現実を認識して, 自己を再調整する。

適応の段階

積極的に現実に対処していける時期。新しい価値観や, 自己イメージを獲得していく。現在の自分のできる能力で満足できる経験が増えて, 次第に不安が軽減する。

A study on the grief of brain-dead donor families and nursing intervention in organ transplantation

Authors : Taichi Shirai<sup>1)</sup>, Shigeyuki Sasaki<sup>2)</sup>

Affiliation : School of Nursing and Social Services<sup>1)</sup>,  
Division of Medical Sciences<sup>2)</sup>,  
Health Sciences University of Hokkaido

Abstract

We examined recent literature concerning the grief of brain-dead donor families and considered optimum nursing intervention in organ transplantation. The psychological processes seen in brain-dead donor families have been classified into three or four steps, as was described in the crisis model. In clinical settings, however, the brain-dead donor families do not always follow these steps orderly. The grief of brain-dead donor families is often relieved by organ transplantation, which is a will of the brain-dead donor. This is probably due not only to that they would respond the donor's will, but also to that they have followed the process about how the brain-dead donor had the will of organ donation and deeply sympathized with it. The nursing staff should offer correct information to the brain-dead donor families on neutral ground to organ transplantation, and should make an attempt to provide comfortable environments with the brain-dead donor families to go through the last time with the donor and to communicate fully with each other. Nursing care for the brain-dead donor families is also important after organ transplantation. Coordinating efforts are encouraged to obtain the close cooperation of specialties that is essential for the consecutive mental support to relieve the grief of brain-dead donor families.