

# 臓器提供施設マニュアル

厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業

「臓器提供施設における院内体制整備に関する研究」

臓器提供施設のマニュアル化に関する研究班

平成 22 年度

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業  
「臓器提供施設における院内体制整備に関する研究」  
臓器提供施設のマニュアル化に関する研究班

研究代表者

有賀 徹 昭和大学医学部救急医学講座

研究分担者

篠崎 尚史 東京歯科大学市川総合病院角膜センター  
岡田 真人 聖隷三方原病院

研究協力者

芦刈淳太郎 (社)日本臓器移植ネットワーク  
荒木 尚 国立成育医療研究センター脳神経外科  
木ノ元直樹 木ノ元総合法律事務所  
寺岡 慧 国際医療福祉大学熱海病院  
中村 俊介 昭和大学医学部救急医学講座  
西山 謹吾 高知赤十字病院救命救急センター  
蜷川 純 東京大学医学部麻酔学教室  
山田 芳嗣 東京大学医学部麻酔学教室  
渡邊 淑子 杏林大学医学部付属病院看護部

## はじめに

「臓器の移植に関する法律」（以下、臓器移植法）が平成 21 年 7 月に改正された。この改正臓器移植法によって、脳死となった患者から提供される臓器の摘出が家族の判断などにより実行可能となった。実際には平成 22 年 7 月 17 日より改正臓器移植法が施行されたが、それに先立って限定的とは言え、親族優先提供のルールも実行されていて、いわゆる臓器提供施設においては、提供される臓器の摘出について少なからぬ準備が課せられている現状にある。

すでに、十年余に渡って、患者の意思がドナーカードなどによって確認される場合に、脳死下臓器提供が行われてきた歴史がある。しかし、年齢からみて、そのような意思表示に至らないとされていた小児のドナー候補例についても、今回の臓器移植法の改正によって臓器摘出の対象となり得るために、脳死判定の方法（別途、「法的脳死判定マニュアル」で言及する）について、被虐待児でないことの確認について、悲嘆する家族らへの対応についてなどにも、やはり標準的な方法論が求められるであろう。

そこで、この臓器提供施設マニュアルでは、提供される臓器の摘出が行われる施設において、通常 of 患者の看取りのなかで、患者の家族らに提供される臓器の摘出に関して情報提供を行い、必要に応じて理解をいざなうことや、上記を含めた関連する諸課題に対応するための標準的なあり方について詳述するとともに、必要な書類、事務手続きなどについても齟齬のないように必要にして十分な解説を加えた。

平成 23 年 3 月

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業

「臓器提供施設における院内体制整備に関する研究」

臓器提供施設のマニュアル化に関する研究班

研究代表者	昭和大学医学部救急医学講座	有賀 徹
研究分担者	東京歯科大学市川総合病院角膜センター	篠崎 尚史
	聖隷三方原病院	岡田 真人
研究協力者	(社) 日本臓器移植ネットワーク	芦刈淳太郎
	国立成育医療研究センター脳神経外科	荒木 尚
	木ノ元総合法律事務所	木ノ元直樹
	国際医療福祉大学熱海病院	寺岡 慧
	昭和大学医学部救急医学講座	中村 俊介
	高知赤十字病院救命救急センター	西山 謹吾
	東京大学医学部麻酔学教室	蜷川 純
	東京大学医学部麻酔学教室	山田 芳嗣
	杏林大学医学部付属病院看護部	渡辺 淑子

## 執筆者一覧

有賀 徹	昭和大学医学部救急医学講座
篠崎 尚史	東京歯科大学市川総合病院角膜センター
岡田 真人	聖隷三方原病院
荒木 尚	国立成育医療研究センター脳神経外科
木ノ元直樹	木ノ元総合法律事務所
寺岡 慧	国際医療福祉大学熱海病院
中村 俊介	昭和大学医学部救急医学講座
西山 謹吾	高知赤十字病院救命救急センター
蜷川 純	東京大学医学部麻酔学教室
山田 芳嗣	東京大学医学部麻酔学教室
渡辺 淑子	杏林大学医学部付属病院看護部
芦刈淳太郎	(社) 日本臓器移植ネットワーク

(敬称略、順不同)



# 臓器提供施設マニュアル

## 目 次

第 1 章	終末期医療における脳死下臓器提供	1
第 2 章	脳死下臓器提供の手順	2
第 3 章	臓器提供施設としての要件	5
第 4 章	親族優先提供について	6
第 5 章	被虐待児の判断と対応等	8
第 6 章	法的脳死判定を行うまでの標準的な手順	12
第 7 章	コーディネーターによる家族への説明と意思確認	14
第 8 章	法的脳死判定	19
第 9 章	死亡診断書の作成	20
第 10 章	検視等の手続き	21
第 11 章	法的脳死判定後から臓器摘出までの対応	23
第 12 章	摘出手術の準備と摘出チームへの対応	27
第 13 章	摘出手術と術中呼吸循環管理	30
第 14 章	摘出された臓器の搬送	34
第 15 章	家族対応・グリーフケア	35
第 16 章	報道機関への対応	39
第 17 章	臓器提供における病院事務の役割	43
第 18 章	臓器提供に係る費用	46

### 添付資料

1.	臓器提供に関する意思確認パンフレット	51
2.	医療機関における意思確認フォーマット	52
3.	児童虐待等に関する小児総合医療施設へのアンケート調査結果	56

### 付 録

1.	院内コーディネーターの役割	66
2.	臓器提供および臓器移植にあたって必要な書類一覧	68
3.	書式例	69
①	医師が作成する記録の書式例	
②	家族、遺族の承諾書等の書式例	
③	記録の閲覧請求書の書式例	
④	その他	
4.	臓器提供者(ドナー)適応基準	92



# 第1章 終末期医療における脳死下臓器提供

## I 終末期医療

終末期とは、適切な医療の継続にもかかわらず、回復が期待できずに死が迫っている時期であり、複数の専門職種の医療従事者によって客観的に判断される。終末期医療については、行政や各種の医療関連学会などでガイドラインの策定あるいは検討がなされている。

## II 「脳死とされうる」終末期における対応

脳死とされうる状態であると診断し、終末期と判断した後、担当医師は家族や関係者に対して、患者が「終末期の状態」に陥ったこと、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い状態であることを説明し、理解を得る。その後、本人の意思（リビング・ウィルなど）を確認する。

## III オプション提示

患者本人の意思（リビング・ウィルなど）を確認するとき、家族や関係者に対してオプションとしての「臓器提供の機会があること」を報せる。オプション提示については、以下のいずれかの方法を施設ごとに事前を選択しておく。

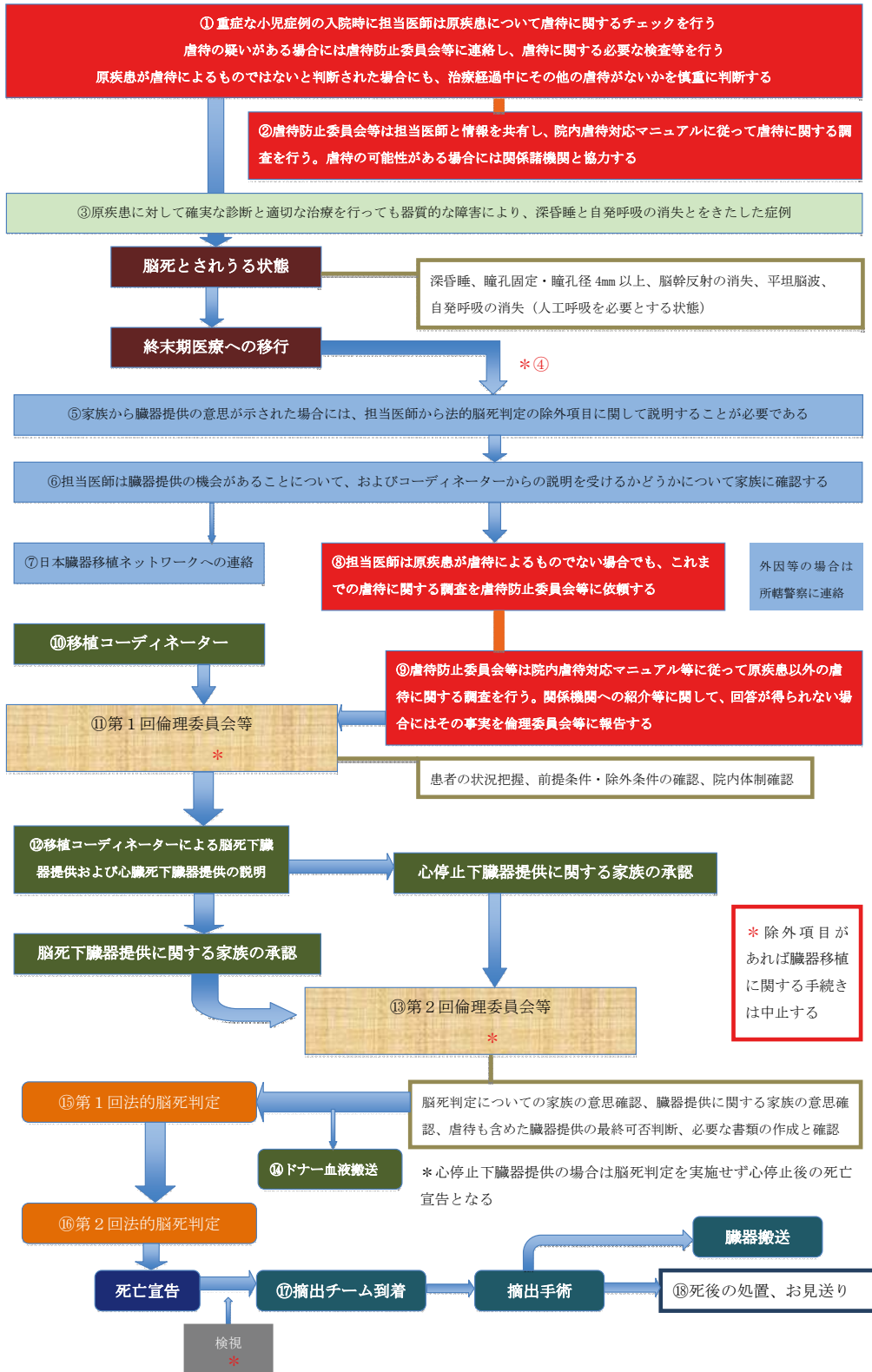
- ①「終末期」と判断した時点で担当医師が説明する。
- ②入院時（またはその後）に、「臓器提供に関する一般的な説明」をあらかじめパンフレットなどによって行っておく。
- ③入院時に“万が一”に備えて家族による意思の確認をしておく。
- ④その他：院内にドナーコーディネーターなどの職種を配置するか、あるいはそのような機能を病院内で構築する。

\*添付資料1、2参照：家族や関係者への臓器提供に関する情報提供シート（オプション提示説明）の書式例

## 第2章 脳死下臓器提供の手順

改正臓器移植法に準じた脳死下臓器提供のフローチャート（例）を示す。

臓器提供フローチャート（例）



18歳未満においては虐待を受けた小児からの臓器提供は禁止されている。したがって、被虐待児を除外する手順（第5章に詳述される）が必要であるが、18歳以上においてはこれらの手順は必要なく、フローチャートにおいて赤枠で表示された部分は除かれる。

① 臓器提供施設において、重症小児患者が入院した場合には臓器提供に関わらず、原疾患から明らかに虐待を否定する項目のチェックを行う。原疾患が虐待によるものではないと判断できる場合においても、治療過程中に日常生活等において患児が虐待を受けていた疑いがないか等について慎重に判断する。虐待による可能性を否定できない場合には、虐待防止委員会等に連絡する。

虐待が否定できない場合、原疾患以外にも虐待を疑わせる兆候が見られた場合は、虐待防止委員会等に連絡をする。この場合においては、虐待が否定できるまで臓器提供は実施できない。

② 虐待防止委員会等は担当医師らと情報を共有し、院内虐待対応マニュアルに従って虐待に関する調査を行う。虐待の可能性がある場合には関係諸機関と協力する。なお、担当医師らと虐待防止委員会等との情報共有については、家族に臓器提供の機会があることを告げる前に実施しておかなくてはならない。

③ 原疾患に関して確実な診断と適切な治療を行っても、器質的な障害により深昏睡と自発呼吸の消失とを来した症例は「脳死とされうる状態」と判断され、終末期医療へと移行する。

④ 担当医師は患者に知的障害がない場合、また児童の場合に虐待の可能性がない場合など、臓器提供の除外項目に関連することについて認識しておかなければならない。

⑤ 治療中に家族が臓器提供の意思を示した場合には、担当医師から法的脳死判定の除外項目について説明する。そして、患者が18歳未満の場合には臓器移植に関する法律に基づいて虐待に関する調査が必要である場合があることを説明する。

⑥ 治療経過中に虐待を疑わせる兆候がなく、臓器提供の除外項目にも当たらない場合には、担当医師は臓器提供の機会があることについて、およびコーディネーターからの説明を受けるかどうかについて家族に確認する。また、本人が臓器提供に関して何らかの意思表示を行っていたかについて把握するように努める。この場合においても、18歳未満においては法律に基づいて虐待に関する調査が必要である場合があることを説明する。

⑦ 家族の同意が得られた場合には、日本臓器移植ネットワークに連絡する。

⑧ また、原疾患が虐待によるものでない場合においても、臓器移植に関する法律に基づいてこれまでの虐待に関する調査を虐待防止委員会等に依頼する。

⑨ 虐待防止委員会等は、院内虐待対応マニュアル等に従って過去の虐待も含めた調査を行う。関係機関への紹介照会等を行った場合に回答が得られない場合には、その事実を倫理委員会等に報告する。

⑩ コーディネーターは第一次評価として医学的情報の収集、院内体制の確認などを行う。

⑪ 第1回倫理委員会等を開催する。委員会等においては、患者の状況把握、前提条件・除外項目の確認、コーディネーターとの打ち合わせ、院内体制の確認などを行う。

⑫ その後、コーディネーターは、家族に対して「臓器を提供しない意思および脳死判定に従わない意思」がないことを確認するとともに、法的脳死判定の概要について、および臓器提供を前提として脳死と判定された場合には、その時点で法により人の死となることについて説

明する。

- ⑬ 第2回倫理委員会等を開催する。家族の了承が得られた場合には、院内倫理委員会等において、虐待防止委員会等からの報告も受けて法的脳死判定実施の最終決定がなされる。心停止下の臓器提供の場合には法的脳死判定は行われず、心停止後の臓器提供となる。
- ⑭ レシピエントを選択するためにドナー候補者の採血を行い、日本臓器移植ネットワークはそれを移植検査センターに送付する。
- ⑮ 第1回法的脳死判定を行う。
- ⑯ 決められた時間間隔の後に、第2回法的脳死判定を行う。第2回法的脳死判定の終了時刻を以て死亡時刻とし、死亡を宣告する。終了後、法的脳死判定医は脳死判定記録書、法的脳死の適確実施の証明書を交付する。
- ⑰ 摘出チームが到着し、摘出手術を実施する。その後、臓器の搬送が行われる。
- ⑱ 死後の処置を行う。
- ⑲ お見送りをを行う。

## 第3章 臓器提供施設としての要件

法に基づく「脳死した者からの臓器提供」については、当面の間、以下の全ての条件を満たす施設に限定されている。

### ＜「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）第4＞

#### 第4 臓器提供施設に関する事項

法に基づく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こと。

- 1 臓器摘出の場を提供する等のために必要な体制が確保されており、当該施設全体について、脳死した者の身体からの臓器摘出を行うことに関して合意が得られていること。なお、その際、施設内の倫理委員会等の委員会で臓器提供に関して承認が行われていること。
- 2 適切な脳死判定を行う体制があること。
- 3 救急医療等の関連分野において、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専門医訓練施設（A項）  
(注) A項とは、専門医訓練施設のうち、指導にあたる医師、症例数等において特に充実した施設。
  - ・ 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

なお、「日本脳神経外科学会の専門医訓練施設（A項）」の規定については、当面の間、「平成23年3月31日現在における日本脳神経外科学会の専門医訓練施設（A項）」と読み替えて適用するものとされている。

また、児童（18歳未満）からの臓器提供を行う施設には、以下のような体制が必要である（第5章参照）。

### ＜「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）第5の1＞

#### 第5 虐待を受けた児童への対応等に関する事項

##### 1 児童からの臓器提供を行う施設に必要な体制

次のいずれも満たしていること。

- (1) 虐待防止委員会等の虐待を受けた児童への対応のために必要な院内体制が整備されていること。
- (2) 児童虐待の対応に関するマニュアル等が整備されていること。なお、当該マニュアルは、新たな知見の集積により更新される必要があること。

注) 「倫理委員会等の委員会」については、必ずしも「倫理委員会」や「脳死判定委員会」等の名称である必要はなく、個々の施設において倫理的な検討を行い、当該施設としての方針を決定する場であればよい。

## 第4章 親族優先提供について

### I 親族優先提供意思の取り扱い

親族優先提供は本人が臓器提供の意思とあわせ、書面により表示しておくことが必要である。担当医師はその旨を日本臓器移植ネットワークに連絡し、その後の確認を含めた作業は日本臓器移植ネットワークで行われる。

### II 自殺の防止

家族を思いあまるが故に自己の命を犠牲にしても家族に臓器を提供しようとする行為を防止するために、自殺者からの「親族を優先した臓器提供」は実施しないこととなっている。

親族優先がどのようにして実施されるのかは、ガイドライン等の規定を参照されたい。

#### <臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律（平成21年法律第83号）から>

（親族への優先提供の意思表示）

第6条の2 移植術に使用されるための臓器を死亡した後に提供する意思を書面により表示している者又は表示しようとする者は、その意思の表示に併せて、親族に対し当該臓器を優先的に提供する意思を書面により表示することができる。

#### <「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）第2>

第2 親族への優先提供の意思表示等に関する事項

##### 1 親族の範囲

臓器を優先的に提供する意思表示に関して法に規定する「親族」の範囲については、立法者の意思を踏まえて限定的に解釈し、配偶者、子及び父母とすること。この場合において、配偶者については、届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者は除き、養子及び養父母については、民法上の特別養子縁組によるものに限ること。

##### 2 意思表示の方法

親族に対し臓器を優先的に提供する意思は、移植術に使用されるための臓器を死亡した後に提供する意思に併せて、書面により表示することができること。

また、特定の親族を指定し、当該親族に対し臓器を優先的に提供する意思が書面により表示されていた場合には、当該臓器を当該親族を含む親族全体（1に規定する範囲の配偶者、子及び父母）へ優先的に提供する意思表示として取り扱うこと。

##### 3 親族関係等の確認

親族への優先的な臓器のあっせんにあたっては、親族関係及び当該親族本人であることについて、公的証明書により確認すること。

親族関係について、移植希望者（レシピエント）の選択の際に親族関係を確認できる公的証明書の入手が困難であることが明らかな場合には、入手可能なその他の公的証明書及び家族・遺族（複数が見込まれる）からの証言により、移植希望者（レシピエント）の選択を開



始して差し支えないこと。ただし、可能な限り速やかに親族関係を確認できる公的証明書により確認すること。

細則：親族への優先的な臓器のあっせんに際して親族関係を確認する公的証明書は、戸籍の謄本若しくは抄本又は住民票（配偶者であることが確認できる場合に限る。）とすること。

また、移植希望者（レシピエント）の選択の際に戸籍の謄本又は抄本の入手が困難であることが明らかな場合に確認する「入手可能なその他の公的証明書」は、住民票、保険証、運転免許証等であり、臓器を提供する意思を表示している者と移植希望者（レシピエント）の双方について確認すること。

#### 4 留意事項

(1) 親族へ臓器を優先的に提供する意思表示が有効に行われていた場合であっても、医学的な理由から、必ずしも親族に対し移植術が行われるとは限らないこと。

(2) 親族へ臓器を優先的に提供することを目的とした自殺については、これを防ぐ必要があること。

このため、親族のうちに移植希望者（レシピエント）登録をした者がいる者が親族へ臓器を優先的に提供する意思を書面により表示していた場合に、当該意思表示を行った者が自殺を図ったときには、親族への優先的な臓器のあっせんは行わないこと。この場合には、移植術に使用されるための臓器を死亡した後に提供する意思が書面により表示されていたものとして取り扱うこと。

(3) 移植術に使用されるための臓器を死亡した後に提供する意思に併せて、親族（1に規定する範囲の配偶者、子及び父母）以外の者に対し、臓器を優先的に提供する意思が書面により表示されていた場合は、優先提供に係る意思表示は無効であること。この場合には、移植術に使用されるための臓器を死亡した後に提供する意思が書面により表示されていたものとして取り扱うこと。

(4) 臓器の提供先を特定の者に限定する意思が書面により表示されており、その他の者に対する臓器提供を拒否する意思が明らかである場合は、親族に限定する場合も含め、脳死・心臓死の区別や臓器の別にかかわらず、当該意思表示を行った者からの臓器摘出は見合わせること。

## 第5章 被虐待児の判断と対応等

平成21年7月の臓器移植法の改正において、附則第5項として、被虐待児からの臓器が提供されることのないよう（虐待を受けた児童が死亡した場合に当該児童から臓器が提供されないよう）、医療関係者が職務上関与する児童について虐待が行われた疑いがあるかどうかを確認し、その疑いがある場合に適切に対応する必要がある旨の規定がなされた。

これは、臓器の摘出が虐待を隠蔽することに使われてはならない、また虐待を行った者は被害者である児童の利益を考慮した上で意思表示する立場にない、といった議論などを背景に規定されたものである。

### I 児童からの臓器提供を行う施設に必要な体制

児童からの臓器提供を行う施設（脳死下での提供に限らず、心停止下での提供の場合も含む）については、次のような体制の整備が必要である。なお、こうした体制は、当該医療機関における児童に対する通常の診療において日常的に機能している必要があり、臓器の提供に至る可能性がある場合に限られるものではない。

#### 〔1〕虐待防止委員会等の虐待を受けた児童への対応のために必要な院内体制

- ・担当医師任せとならないよう、施設内の関係職種による連携が必要である。
- ・名称は、「虐待防止委員会」に限るものではない。また、対象として児童を含んでいるなら、児童以外の高齢者等に対する虐待も対象とするものであってよい。
- ・委員会等の構成員は、児童虐待に対する知識を有していて、関係職種が幅広く関与するものが望ましい。
- ・また、虐待が行われた疑いがあるかどうかを的確に確認できるよう、日頃から児童相談所等の関係機関との連携を図るとともに、地方自治体などが実施する児童虐待防止対策に係る研修に積極的に参加する等、児童虐待への対応に当たる職員の資質の向上に努める必要がある。

#### 〔2〕児童虐待の対応に関するマニュアル

- ・このマニュアルにおいては、対応手順、院内外の連絡体制等を定める。マニュアルは、臓器提供に至る可能性があるか否かに関わらず、上記の院内体制の下で日常的に用いられていることが求められる。
- ・マニュアル作成に際しては、関係学会、行政機関等において作成された指針等を参照し、当該マニュアル中に参照した指針等を明記する。
- ・また、虐待対応に関する新たな知見の集積により、適宜マニュアルを更新する必要がある。
- ・なお、入院に至った原疾患が虐待によるものではないととりあえず判断されるのは、①第三者によって目撃されている家庭外での事故で、受傷機転に不審な点がない、②乗り物乗車中の交通事故、③誤嚥による窒息事故で第三者による目撃がある、④原疾患が先天奇形あるいは明らか疾患で不審なところがない場合である。これら以外の場合については、虐待の疑いの有無を慎重に判断する必要がある。また原疾患が虐待によるものではないと判断できる場合におい

ても、日常生活等において患児が虐待を受けている疑いがないか等について、慎重に判断する必要がある。

#### <参考>

本研究事業で行った日本小児総合医療施設協議会の会員施設を対象とした「児童虐待等に関する小児総合医療施設へのアンケート調査結果」（回答施設 13 施設、回答率 46.8%）（添付資料 3、56 ページからを参照）によると、虐待対応を目的とした委員会は、10 名前後で構成している施設が多く、構成委員としては、看護師、MSW、小児科医、精神科医、脳神経外科医、事務職員、臨床心理士が委員となっている割合が多かった。児童虐待の対応に関するマニュアルについては、いずれの施設でも臓器提供の場合に限らず、通常診療に対応したものとなっており、下記の文献を参考として作成されている。マニュアルにおける記載事項は、「対象となる児童」、「対応手順」、「院内連絡体制」、「院外連絡体制」、「児童虐待を疑う症状」、「フローチャート」が主なものであった。

また、作成にあたり参考とした文献は、「子ども虐待の診療手引き」（日本小児科学会）、「子ども虐待対応の手引き」（恩賜財団母子愛育会日本子ども家庭総合研究所）、「臓器提供施設の手順書」（社団法人日本臓器移植ネットワーク）、「教職員・保育従事者のための児童虐待対応マニュアル」（埼玉県・埼玉県教育委員会）、「脳死下臓器提供者から被虐待児を除外するマニュアル改訂版」（山田不二子）等であった。

## II 虐待が行われた疑いの有無の確認に際しての留意事項

### 〔1〕確認すべき事項

虐待の疑いの有無については、各医療機関において作成したマニュアルに基づき、チェックリスト等により確認する。臓器提供が行われた後になっても、虐待に係る医学的評価を行ったかどうかを確認できるよう、必要に応じて、例えば2歳未満における虐待による頭部外傷を疑う際の眼底検査や、被虐待児症候群を疑う際の全身骨撮影などの記録を残しておくことが求められる。

なお、虐待の疑いの有無の判断に際しては、医療機関において発見可能なものを対象とするものであり、臓器移植との関連において、傷跡が治癒して確認できないような事例の確認までが対象とされているわけではない。

### 〔2〕他の機関からの情報について

児童が重篤な状態であり、時間が限られているような場合には、虐待の疑いの有無について病院が病院組織としての判断を下す過程において、参考情報を得るために児童相談所に相談することもあり得る。その際、児童相談所が該当患児のフォロー中であって、病院に協力要請がある等虐待の疑いがあることがわかった場合は臓器提供の対象とはしない。

### 〔3〕家族への配慮・対応

脳死を含めた重篤な病態に陥った子どもの家族は、一般的にかなりの精神的な葛藤状態に置かれている。特に、母親は自分が子どもを守れなかったという自責の念に囚われていることが多く、そのような家族の状況を考慮しつつ、虐待の対応を慎重に行う必要がある。担当医師が患児に対する治療に際して、家族との良好な関係を維持するためにも、虐待の疑いの確認については、虐

虐待防止委員会等の院内体制の下で、関連職種が連携して行うことが望ましい。

#### 〔4〕疑いがあった場合の対応

院内体制の下で、児童への虐待が行われていた疑いがあると組織的に判断した場合には、児童虐待防止法に基づき、児童相談所等へ通告するとともに、警察署へ連絡するなど関係機関と連携し、児童への虐待対応を継続する。

### Ⅲ 臓器提供を行う場合の対応について

#### 〔1〕虐待防止委員会等の委員との情報共有について

担当医師等は、虐待の疑いがないと判断し、臓器提供の機会があること等を告げようとする場合には、あらかじめ虐待防止委員会等のメンバーに相談する等、それまでの診療経緯に関する情報について委員会メンバーと情報共有をした上で、必要に応じて助言を得る。担当医師らの個人的な判断のみで進めてはならない。

#### 〔2〕倫理委員会等における臓器提供の判断について

臓器提供施設は、臓器提供の可能性のある児童が入院している場合に、必要に応じて倫理委員会等が開催できるよう、あらかじめ準備をしておく。そして、倫理委員会等においては、虐待に関しては虐待防止委員会等からの報告を受け、必要な手続きを経ていることを確認し、現状において臓器提供を行うことに問題がないかについて最終的な可否の判断を行う。これらの審議内容は議事録として残しておくことが必要である。

#### 〔3〕検視等について

倫理委員会等で臓器提供を行う判断をした場合であっても、刑事訴訟法に基づく検視や、その他犯罪捜査に関する手続きが行われる場合には、捜査機関との連携を十分に図ることが必要である（捜査機関との連携については第10章参照）。

なお、虐待が行われた疑いがある児童が脳死・心臓死の区別にかかわらず死亡し、司法解剖を行うなどの捜査上の必要性があると捜査機関が判断した場合は、当該死体から臓器の摘出はできない。担当医師にはその旨の連絡が入ることになる。このような場合には、臓器摘出を行わない。

#### <参考>

児童虐待については、その予防および早期発見や、被虐待児の保護及び自立支援に資することを目的として、「児童虐待の防止等に関する法律」（以下、「児童虐待防止法」）の下で、児童虐待防止に向けた取組が着実に進められているところである。児童虐待防止法において、医師や看護師等、職務の上で児童の福祉に関係ある者については、児童虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、児童虐待の早期発見に努めなければならないこと、また、児童虐待を受けたと思われる児童を発見した者は、速やかにこれを福祉事務所や児童相談所に通告しなければならないことが規定されている。

なお、児童虐待防止法における「児童虐待」とは、保護者がその監護する18歳未満の児童について行う次に掲げる行為をいう。

- ①身体的虐待：児童の身体に外傷が生じ、又はそのおそれのある暴行を加えること。
- ②性的虐待：児童にわいせつな行為をすること又はわいせつな行為をさせること。
- ③ネグレクト：児童の心身の正常を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、保護者以外の同居人による①・②と同様の行為の放置、その他の保護者としての監護を著しく怠ること。
- ④心理的虐待：児童に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力（配偶者の身体に対する不法な攻撃であって生命や身体に危害を及ぼすもの及びこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動をいう。）その他の児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

\*添付資料3参照：児童虐待等に関する小児総合医療施設へのアンケート調査結果

## 第6章 法的脳死判定を行うまでの標準的な手順

### I 脳死とされうる状態

患者の治療中に下記のように、法に規定する脳死判定を行ったとしたならば、脳死とされうる状態の臨床徴候を認めた時、担当医師等はその正確な診断に努める。下記の検査を1回行い、それらの項目の全てが満たされる場合に脳死とされうる状態と判断し、下記IIの手続きに進む。

#### 法に規定する脳死判定を行ったとしたならば、脳死とされうる状態

器質的脳障害により深昏睡および自発呼吸を消失した状態と認められ、かつ、器質的脳障害の原疾患が確実に診断されていて、原疾患に対して行い得るすべての適切な治療を行った場合であっても回復の可能性がないと認められる者。

ただし、下記 a) ～f) は除外する。

- a) 生後 12 週（在胎週数が 40 週未満であった者にあつては、出産予定日から起算して 12 週）未満の者
- b) 急性薬物中毒により深昏睡および自発呼吸を消失した状態にあると認められる者
- c) 直腸温が摂氏 32 度未満（6 歳未満の者にあつては、摂氏 35 度未満）の状態にある者
- d) 代謝性障害または内分泌性障害により深昏睡および自発呼吸を消失した状態にあると認められる者
- e) 知的障害者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者
- f) 被虐待児

かつ、下記①～④のいずれもが確認された場合。

- ①深昏睡
- ②瞳孔が固定し、瞳孔径が左右とも 4 ミリメートル以上であること
- ③脳幹反射（対光反射、角膜反射、毛様脊髄反射、眼球頭反射、前庭反射、咽頭反射および咳反射）の消失
- ④平坦脳波

※脳死とされうる状態の診断の際の自発呼吸の消失について

担当医師等が「法に規定する脳死判定を行ったとしたならば、脳死とされうる状態にあると診断した場合」と判断する場合においても、自発呼吸を消失した状態と認められることは前提となること。その場合の「自発呼吸を消失した状態」とは、中枢性呼吸障害により臨床的に無呼吸と判断され、人工呼吸を必要としている状態にあることをいい、必ずしも、法律に基づき脳死と判定する際に実施する無呼吸テストを行う必要はないこと。

### II 脳死とされうる状態と判断した場合

担当医師が脳死とされうる状態と判断した場合には、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、および承諾に係る手続に際しては担当医師以外の者（日本臓器移植ネットワーク等の臓器のあっせんに係る連絡調整を行う者（以下「コーディネーター）」という）による説明があることを口頭、または書面により告げる。その際、説明を聴くことを強

制してはならない。併せて、臓器提供に関して意思表示カードの所持等、本人が何らかの意思表示を行っていたかについて把握するように努める。書面であるか口頭その他の方法であるかを問わず、また年齢に関わらず、臓器を提供する意思がないことを表示した者からの臓器摘出は行わない。および、法に基づく脳死判定に従う意思がないことを表示した者に対して法に基づく脳死判定は行わない。また、担当医師等が家族等に対して病状や治療方針の説明を行う中で、患者が知的障害者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者であることが判明した場合は、年齢に関わらず、当面、その者からの臓器摘出は見合わせる。

なお、臓器提供の機会があることを告げる際には、ドナー適応基準を参照して行う。判断に迷う場合は、コーディネーターに問い合わせをしても差し支えない。

法に基づき、脳死と判定される以前においては、患者の医療、とりわけ終末期の医療について最善の努力を尽くす。

### Ⅲ 家族がコーディネーターによる説明を希望した場合の対応

家族がコーディネーターによる説明を聴くことを希望する場合、直ちに日本臓器移植ネットワークに連絡する。

ドナー情報フリーダイヤル 0120-22-0149（24時間対応）

※夜間・休日は留守番電話になっており、用件・氏名・連絡先等のメッセージを残すと直ちにコーディネーターが折り返し連絡する。

注)「臨床的脳死」という表現は使用しない

上記の「脳死とされうる状態」は改正臓器移植法が施行される以前の法律ガイドラインで、いわゆる「臨床的脳死」と言われていた状態である。「臨床的脳死」という表現は多くの混乱と誤解を招いたという経験から、改正臓器移植法施行に当たっては使用しないことになった。

## 第7章 コーディネーターによる家族への説明と意思確認

### I コーディネーターの派遣

連絡を受けた日本臓器移植ネットワークは、直ちにコーディネーターを派遣する。派遣するコーディネーターの氏名ならびに到着時刻はあらかじめ臓器提供施設に連絡される。コーディネーターは身分証明書を携帯し、常に提示できるようにする。

派遣されるコーディネーターの役割と人数は、家族対応を担当する者が1～2名、臓器提供施設と日本臓器移植ネットワーク本部等との調整統括者が1名、臓器摘出手術の調整者が1～2名の計3～5名である。

### II コーディネーターの臓器提供施設への到着

臓器提供施設に派遣されたコーディネーターは、病院統括者、当該診療部長、担当医師、看護部長、事務長等の病院関係者に、倫理委員会等の承認および脳死判定を行う体制等を確認する。また、コーディネーターからはコーディネーターの姿勢、家族への説明内容、臓器提供の手順等について説明が行われる。

コーディネーターは児童（18歳未満）の場合において、虐待を受けた児童への対応のために必要な院内体制があることについて、および当該児童への虐待が行われた疑いの有無について確認を行った結果、虐待が行われた疑いがないと判断されたことを確認する。このことが確認されなければ、臓器提供の手続きを進めることはできない。

### III 初期情報の収集およびドナー適応評価

コーディネーターは、家族に面会する前に担当医師の許可を得て、ドナー候補者の診療記録等からの医学的な情報（初期情報）を収集し、ドナー適応評価（第一次評価）を行う。この情報は日本臓器移植ネットワーク本部に送られ、必要に応じてメディカル・コンサルタントがドナー適応の可否を判断する。



## 第一次評価に必要な情報

- ・ 氏名、年齢、性別、入院日時、ICU 入室日時、入院施設名、担当医師名、連絡先
- ・ 意思表示の確認書類：書面（意思表示カード、健康保険証、運転免許証）、提供臓器、家族構成
- ・ (小児の場合) 母子手帳、療育手帳
- ・ 原疾患、現病歴、入院後経過、既往歴、手術歴、服用薬、喫煙歴、飲酒歴、渡航歴
- ・ 検視等の必要性、行政解剖・司法解剖の可能性
- ・ 血液型、身長、体重
- ・ 全身所見：感染徴候、外傷（角膜損傷、頸椎損傷）の有無と種類、心拍数、血圧、体温、尿量、心停止の有無とその時間
- ・ 治療内容：投与薬剤（中枢神経作用薬、筋弛緩薬）、昇圧薬の使用の有無と投与量、人工呼吸の期間・条件
- ・ 検査所見  
血算：WBC、RBC、Hb、Ht、Plt  
血液生化学：GOT、GPT、Al-p、 $\gamma$ -GTP、LDH、T-Bil、D-Bil、TP、BUN、Cr、BS、Na、K、Cl、Ca  
(検査が実施されていれば HbA1c、CK-MB、ヘパプラスチンテスト)  
動脈血ガス分析：pH、PaO<sub>2</sub>、PaCO<sub>2</sub>、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>、BE、SaO<sub>2</sub>  
感染症その他：HIV 抗体、HTLV-1 抗体、HBs 抗原、高力価 HBc 抗体、HCV 抗体、(CMV 抗体)、梅毒血清反応、CRP、細菌培養（気道分泌物、血液、尿その他）  
検尿：蛋白、糖、沈渣（RBC、WBC、円柱）  
胸部・腹部 X 線、心電図、超音波検査、頭部 CT または頭部 MRI 検査

## IV 脳死判定および臓器提供に関する家族への説明と承諾

コーディネーターがドナー適応に関する評価を終えた後に、担当医師はコーディネーターを臓器提供に関する説明者として家族に紹介する。

コーディネーターは家族に、臓器提供の説明に担当医師・看護師の立ち会いを希望するかどうかの確認をした後に、家族に対して①～④を説明する。

- ① 脳死判定の概要
  - ② 臓器移植を前提とした「法に規定する脳死判定」により脳死と判定された場合には、法的に人の死と判定されること
  - ③ 本人が脳死判定に従う意思がないことを表示していない場合（本人が脳死判定を拒否をしていない場合）であって（拒否していないことがまずは前提となる）、(A)「本人が臓器を提供する意思を書面により表示し、かつ、家族が摘出及び脳死判定を拒まないとき」、または (B)「本人が臓器を提供する意思がないことを表示しておらず(本人意思が不明であり)、かつ、家族が摘出及び脳死判定を行うことを書面により承諾しているとき」のいずれかに該当するときに（A または B の場合に）、脳死下臓器提供ができること
  - ④ 法的脳死判定を実施しない臓器提供（心停止下）については、別途説明する。
- 以上の説明の後に、下記の項目について説明および確認をする。

## 移植コーディネーターによる説明および確認項目

- ・家族の心情の把握
- ・家族構成の把握
- ・説明の継続を拒むことができること
- ・移植医療について
- ・ご本人の意思表示と臓器提供について
- ・ご家族の承諾について
- ・臓器提供を承諾された場合、患者に行われる医療行為について
- ・脳死判定と摘出手術の所要時間
- ・心臓が停止した死後の腎臓などの提供について
- ・臓器の提供ができなくなる場合
- ・摘出臓器が移植に用いられない可能性について
- ・臓器提供に関わる費用について
- ・移植を受ける方の選択方法について
- ・臓器提供後について
- ・臓器提供の承諾を撤回することの自由について
- ・情報公開について
- ・親族優先提供について

コーディネーターは、本人の臓器提供および脳死判定に係る意思について、家族に確認するにあたり、下記に留意する。

- ・健康保険証および運転免許証の意思表示欄（意思表示シール）への記載
- ・財布や手帳等での意思表示カードの所持
- ・書面や口頭による本人の何らかの拒否の意思の有無
- ・意思登録システムの意思表示の有無

また、臓器を提供する意思を書面により表示している場合には、併せて親族に対して臓器を優先的に提供する意思を表示しているか否かについて書面により確認する。

さらに、「有効な意思表示が困難となる障害を有する者であることが判明した場合においては、臓器摘出は見合わせる事」（「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）第1から）となっており、コーディネーターは、有効な意思表示が困難となる障害（例えば知的障害など）の有無を家族から聞き取り、かつ、既往歴・原病歴等から情報を得る。その可能性がある場合は、担当医師等の判断となるが、判断が困難な場合は、例えばかかりつけ医に照会することも一つの方法である。

コーディネーターは、家族が脳死判定を行うこと、および臓器を提供することを承諾する意思があるか否かについて確認する。なお、説明に当たっては、脳死判定の承諾を行うこと、および臓器を提供することに関する家族の承諾の任意性を担保する必要がある。したがって、承諾を強要するような言動があってはならず、説明の途中で家族が説明の継続を拒んだ場合は、その意思を尊重する。

また、家族の置かれている状況にかんがみ、家族の心情に配慮しつつ説明を行う。

家族に提供の意思がある場合には、臓器提供の意思が家族の総意であることをコーディネーター

一が確認し、脳死判定承諾書および臓器摘出承諾書を作成する。

なお、本人が未成年（20歳未満）であった場合には、特に父母それぞれの意向を慎重かつ丁寧に把握する。ただし、これは必ずしも、父親と母親のそれぞれに退席してもらって個別に確認することを意味するものではない。父母の間の意向が異なる場合は、家族で相談してもらい、時間を置くなど慎重を期す。

また、コーディネーターは、概ね摘出手術が開始される以前であれば臓器提供の意思を撤回することが可能であること、撤回することにより何らの不利益も受けないことを説明する。

## V 病院関係者への報告と打ち合わせ等

家族から脳死判定および臓器提供に関する承諾が得られた後に、コーディネーターは病院関係者に対し承諾が得られたことを報告し、本人の意思表示書面の写し（存在する場合）、脳死判定承諾書、臓器摘出承諾書を提示する。

さらに、臓器提供施設の許可および家族の承諾を得て、医療記録を確認し、この情報を日本臓器移植ネットワークへ送る。

### 採血検査

コーディネーターから担当医師に、HLA・感染症のための採血を依頼する。この血液検体を移植検査センターに搬送し、組織適合性（HLA）検査および感染症検査（HBs 抗原・HCV 抗体・HTLV-I 抗体・HIV 抗体・高力価 HBc 抗体・CMV 抗体）のうち、臓器提供施設で未検のものを実施する。

臓器提供施設は、施設で定められた手順に従い、脳死判定の実施を判定医に依頼する。加えて、検視等の手続きが必要な場合は、所轄警察署長への連絡を行う。

### ＜「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）第1＞

#### 第1 臓器提供に係る意思表示等に関する事項

臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号。以下「法」という。）における臓器の提供する旨の書面による意思表示（親族に対し当該臓器を優先的に提供する意思表示を含む。）の有効性について、年齢等により画一的に判断することは難しいと考えるが、民法上の遺言可能年齢等を参考として、法の運用に当たっては、15歳以上の者の意思表示を有効なものとして取り扱うこと。

臓器を提供する意思がないこと又は法に基づく脳死判定に従う意思がないことの表示については、法の解釈上、書面によらないものであっても有効であること。また、これらの意思表示が表示されていた場合には、年齢にかかわらず、臓器を提供する意思がないことを表示した者からの臓器摘出及び脳死判定に従う意思がないことを表示した者に対する法に基づく脳死判定は行わないこと。

知的障害者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者については、その意思表示等の取扱いについて、今後さらに検討すべきものであることから、主治医等が家族等に対して病状や治療方針の説明を行う中で、患者が知的障害者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者であることが判明した場合においては、年齢にかかわらず、当面、その者からの臓器摘出は見合わせる。

## ＜「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）第6の2＞

### 2 コーディネーター

(1) 連絡を受けた臓器移植ネットワークにおいては、直ちにコーディネーターを派遣すること。派遣されたコーディネーターは、主治医から説明者として家族に紹介を受けた後に、家族に対して、脳死判定の概要、臓器移植と前提として法に規定する脳死判定により脳死を判定された場合には、法において人の死とされていること、本人が脳死判定に従う意思がないことを表示していない場合であって、次のいずれかに該当するときに、脳死した本人から臓器を摘出することができること等について必要な説明を行うこと。

ア 本人が臓器提供する意思を書面により表示し、かつ、家族が摘出及び脳死判定を拒まないとき

イ 本人が臓器を提供する意思がないことを表示しておらず、かつ、家族が摘出及び脳死判定を行うことを書面により承諾しているとき

(2) 本人の臓器提供及び脳死判定に係る意思について、書面及び臓器提供意思登録システムにより確認の上で、第3の2に規定する範囲の家族に対して十分確認すること。

特に、臓器を提供する意思がないこと又は法に基づく脳死判定に従う意思がないことの表示については、十分注意して確認すること。

また、臓器を提供する意思を書面により表示している場合には、併せて親族に対して臓器を優先的に提供する意思を表示しているか否かについて書面により確認すること。

(3) 家族が、脳死判定を行うこと及び臓器を摘出することを承諾する意思があるか否かについて確認すること。

本人が臓器を提供する意思表示に併せて、親族に対し当該臓器を優先的に提供する意思を表示していることが書面により確認された場合には、親族への優先提供に関して必要な説明を行うとともに、該当する親族の有無及び当該親族の移植希望者（レシピエント）登録の有無について把握すること。

(4) 主治医は、家族が希望する場合には、これらの者の説明に立ち会うことができること。

(5) 説明に当たっては、脳死判定を行うこと及び臓器を摘出することに関する家族の承諾の任意性の担保に配慮し、承諾を強要するような言動があってはならず、説明の途中で家族が説明の継続を拒んだ場合は、その意思を尊重すること。また、家族の置かれている状況をかんがみ、家族の心情に配慮しつつ説明を行うこと。

## 第8章 法的脳死判定

### I 判定医の資格等

(1) 法的脳死判定を行う医師は、倫理委員会等の委員会において選任され、下記の条件を全て備えていること。なお、脳死判定医の氏名、診療科名、専門医等の資格、経験年数、その他の必要事項を記録し、求めに応じて提示できるようにしておくこと。

- a) 当該設に所属する者。
- b) 脳神経外科医、神経内科医、救急医、麻酔・蘇生科・集中治療医または小児科医で学会専門医又は学会認定医の資格を持つ者
- c) 脳死判定に関し豊富な経験を有する者
- d) 臓器移植に関わらない者

(2) 判定は2名以上で行う。ただし、少なくとも1名は、第1回目、第2回目の判定を継続して行う。

※ガイドライン第8の1の(4) (判定医) を参照

### II 法的脳死判定の手順と実際

法的脳死判定は、施行規則やガイドラインに則る必要があり、その具体的方法や、手順についてまとめた「法的脳死判定マニュアル」（厚生労働科学研究費特別研究事業「臓器提供施設における院内体制整備に関する研究」平成22年度報告書）を参照しつつ行う。

### III 家族の立会い

希望があれば、家族の立会いの下で脳死判定を行う。

### IV 死亡時刻

第2回目の脳死判定終了時刻をもって法的に脳死と判定する。死亡診断書の記載に際しては、第2回目の検査終了時を死亡時刻とする。

### V 法的脳死判定後の書類作成

法的脳死判定を行った医師は、下記の法的書類を作成してその原本を保管し、写しをコーディネーターに渡す。また、脳死判定の検査結果を診療録に記載するか、当該記録の写しを貼付する。

- (ア) 脳死判定記録書（施行規則第5条）
- (イ) 脳死判定の的確実施の証明書（施行規則第3条）

※付録3：書式例を参照

## 第9章 死亡診断書の作成

確実に診断された内因性疾患によって脳死とされうる状態にあることが明らかな場合は、担当医が死亡診断書の作成と発行を行うことが可能である。しかし、内因以外による死亡（異状死体など）の場合は所轄警察署長に連絡し、検視等が必要となる（第10章詳述）。

### I 死亡時刻

- (1) 法の規定に基づいて脳死判定を行い、その条件を満たした場合、脳死判定の第2回目の検査終了時を死亡時刻として、死亡診断書における「死亡したとき」に記入する。
- (2) 臓器摘出に係る脳死判定を行い、その後移植に適さない等の理由により臓器が摘出されない場合においても、脳死判定の第2回目の検査終了時を死亡時刻とする。

#### <「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）から>

##### 第9 死亡時刻に関する事項

法の規定に基づき脳死判定を行った場合の脳死した者の死亡時刻については、脳死判定の観察時間経過後の不可逆性の確認時（第2回目の検査終了時）とすること。

##### 第10 臓器摘出に至らなかった場合の脳死判定の取扱いに関する事項

法の規定に基づき、臓器摘出に係る脳死判定を行い、その後移植に適さない等の理由により臓器が提供されない場合においても、当該脳死が判定された時点（第2回目の検査終了時）をもって「死亡」とすること。



## 第 10 章 検視等の手続き

確実に診断された内因性疾患によって脳死とされうる状態であることが明らかである者以外では、法的脳死判定を行う前（脳死とされうる状態と判断され、家族より承諾書を得た後）に所轄警察署長に連絡する。これは、医師法第 21 条によって異状死体の届け出を行うこと、つまり法的脳死判定終了後に検視を受けることとは別途に連絡することが求められる。

なお、所轄警察署長とは、脳死判定が行われる医療機関の所在地を管轄する警察署長をいうものである（平成 9 年 10 月 8 日健医発第 20 号 厚生省保健医療局エイズ疾病対策課長通知）。

### ＜臓器の移植に関する法律 第 7 条＞

医師は、死体から臓器を摘出しようとする場合において、当該死体について刑事訴訟法（昭和 23 年法律第 131 号）第 229 条第 1 項の検視その他の犯罪捜査に関する手続が行われるときは、当該手続が終了した後でなければ、当該死体から臓器を摘出してはならない。

### ＜「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）第 12 の 5＞

#### 5 検視等

犯罪捜査に関する活動に支障を生ずることなく臓器の移植の円滑な実施を図るという観点から、医師は、法第 6 条第 2 項に係る判定を行おうとする場合であって、当該判定の対象者が確実に診断された内因性疾患により脳死状態にあることが明らかである者以外の者であるときは、速やかに、当該者に対し法に基づく脳死判定を行う旨を所轄警察署長に連絡すること。なお、この場合、脳死判定後に行われる医師法（昭和 23 年法律第 201 号）第 21 条に規定する異状死体の届出は、別途行うべきものであること。

医師は、脳死した者の身体について刑事訴訟法第 229 条第 1 項の検視その他の犯罪捜査に関する手続が行われるときは、捜査機関に対し、必要な協力をするものとする。

医師は、当該手続が行われる場合には、その手続が終了した旨の連絡を捜査機関から受けた後でなければ、臓器を摘出してはならないこと。

「法第 6 条第 2 項に係る判定を行おうとする場合」とは、医師が、患者の状態について、法に規定する脳死判定を行ったとしたならば、脳死とされる状態にあると診断した場合であって、本人が脳死判定に従う意思がないことを表示しておらず、かつ、次のいずれかに該当することを確認した時点をいうものである（「臓器移植と検視その他の犯罪捜査に関する手続との関係等について」）。

- ア 本人が臓器を提供する意思を書面により表示し、かつ、家族が摘出および脳死判定を拒まないときまたは家族がいないとき。
- イ 本人が臓器を提供する意思がないことを表示しておらず、かつ、家族が摘出および脳死判定を行うことを書面により承諾しているとき。

検視や、その他の犯罪捜査に関する手続が行われるときは、捜査機関に対し、担当医師およ

びコーディネーターは必要な協力をする（「臓器移植と検視その他の犯罪捜査に関する手続との関係等について」）。

#### 捜査機関に対する必要な協力

##### ①当該捜査機関への連絡

脳死判定予定日時および場所

連絡責任者（医療機関の責任者またはこれに代わる者）の氏名、住所、電話番号

その他、必要な事項

##### ②書面の写しの提出

本人の意思表示書面（存在する場合）

脳死判定承諾書および臓器摘出承諾書

脳死判定の的確実施の証明書

死亡診断書

その他、必要な書類

##### ③検察官、警察官への便宜

待機する場所

患者の病室に入室するに当たっての準備

その他、必要な便宜

##### ④検視を行うに当たっての補助

検視等への立ち会い

人工呼吸器の取り扱い

患者の身体の移動

その他、必要な補助

捜査機関による検視、その他の犯罪捜査に関する手続が行われる場合には、その手続が終了した旨の連絡を捜査機関から受けた後でなければ、医師は臓器を摘出してはならない。

また、捜査機関による司法解剖が行われる場合には、当該解剖は心停止後に行うものとし、解剖が終了するまで臓器の摘出はできないことから、通例、眼球以外の臓器を臓器移植のために摘出することは困難である（「臓器移植と検視その他の犯罪捜査に関する手続との関係等について」）。

\*臓器の移植に関する法律 第7条は、脳死下での臓器移植が行われる場合だけでなく、心停止後の腎臓等の提供が行われる場合にも適用される。

\*児童において、虐待が行われた疑いがなく、当該児童から臓器摘出を行うことが可能であると判断した場合でも、検視等が行われる場合には、捜査機関との連携を十分図る（「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）第5の3(3)）。また、捜査機関に対する必要な協力をする中で、死亡した児童に対して司法解剖が行われるなど、虐待が行われた疑いが生じた場合には、臓器の摘出を見合わせる（「臓器移植と検視その他の犯罪捜査に関する手続との関係等について」）。



## 第 11 章 法的脳死判定後から臓器摘出までの対応

### I 法的脳死判定終了時

脳死判定医は、2 回目の法的脳死判定を経て脳死と判断した場合、脳死判定記録書・脳死判定的確実施の証明書を作成する。それぞれの原本を自らが保管し、写しをコーディネーターに渡す。そして、担当医師は法的脳死判定が終了したこと、およびその時刻を確認する。上記の結果に従って担当医師は、死亡診断書（2 回目の法的脳死判定終了時刻が死亡時刻）を作成する。

担当医師は、家族に脳死判定の結果を告げ、死亡宣告を行う。また、検視が必要な場合は、あらかじめ連絡していた警察に結果を報告し、警察による検視に協力する。

### II レシピエントの選択

死亡宣告後、コーディネーターは家族に臓器提供の意思を再度確認し、必要書類を日本臓器移植ネットワーク本部に送信する。ネットワーク本部はレシピエント選択基準に基づいて各臓器のレシピエント候補者を選定し、上位順に当該候補者の移植施設へ連絡する。

連絡を受けた移植施設ではレシピエント候補者にインフォームド・コンセントを行い、当該候補者がそれを承諾した場合、最上位のレシピエントが決定される。並行して摘出チームのドナー施設への派遣および移植手術への準備が進められる。

### III 死亡宣告後の家族対応

担当医師から死亡宣告がなされた後に、コーディネーターは提供される臓器の摘出から移植に至るまでの流れについて家族に再度説明し、今後の予定について家族と相談する。院内コーディネーターがいる場合は同席してもらう。

家族の面会や待機場所などについて十分に話し合い、よりよい時間を過ごせるように配慮する。

### IV 脳死から摘出手術まで

脳死と判定されてから摘出手術開始までの平均時間は、80 例までの平均所要時間によれば約 14 時間である。臓器提供施設ではドナー管理を行いながら、臓器摘出に向けての準備が行われる。また、メディカル・コンサルタントや移植施設から派遣された医師たちによる臓器の評価（三次評価）が行われる。ここで追加の検査がオーダーされることもあり、可能な限り協力する。

### V メディカル・コンサルタント（MC）とドナー評価

脳死判定後は、臓器保護を目的としたドナー管理に移行する。ドナー管理は、担当医師が引き続き行う場合が多いと思われるが、臓器提供施設が日本臓器移植ネットワークに応援を求めることにより、ネットワークから派遣された医師が行ってもよい。

平成 14 年 11 月以降、メディカル・コンサルタント（MC）制度が導入された。MC は、1 回目の法的脳死判定以降に必要な応じ提供病院に派遣され、ドナー候補者の二次評価を行い、2 回目の法的脳死判定後は担当医師とともにドナー管理を行うことができる。また、摘出手術における呼吸循環管理の支援も行うこともできる。

ドナー評価（表1）は、コーディネーターによる一次評価から術中の最終評価までの各段階において実施される。脳死判定後は、MC あるいは移植施設から派遣されてきたチームによる各臓器の三次評価が行われる。

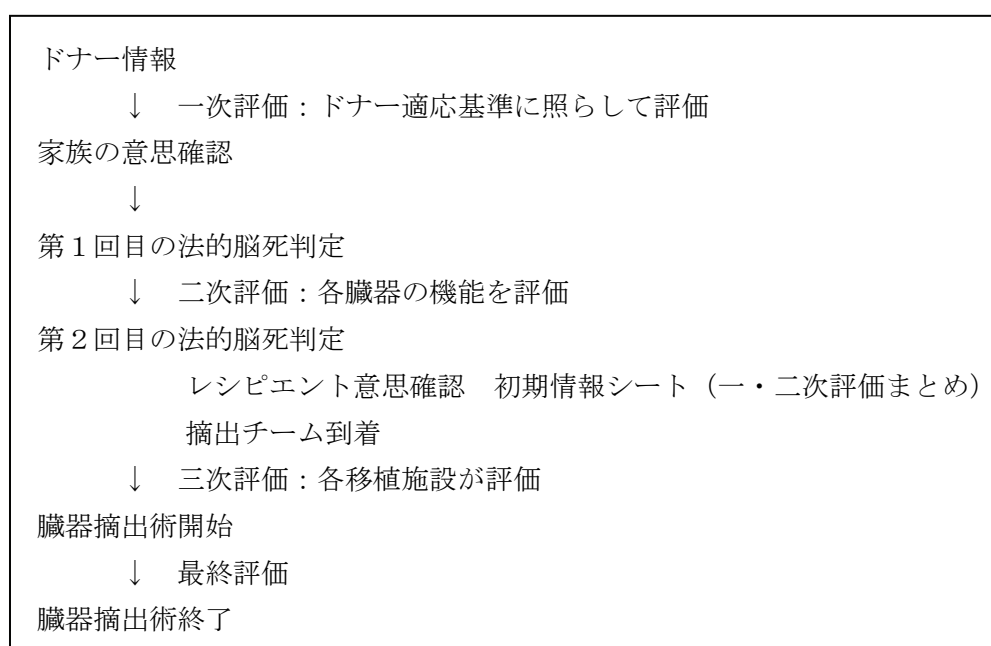
一次評価：移植コーディネーターがドナー適応基準に照らして、絶対的除外条件の有無を検討する。

二次評価：第1回目の脳死判定後、レシピエントが決定する前に、摘出臓器が移植に適しているか否かについて各臓器専門のメディカル・コンサルタントに依頼して行う。

三次評価：レシピエント決定後に、臓器摘出医または移植医が行う。

最終評価：臓器摘出の際に、摘出医が視診・触診によって評価する。

表1 ドナー評価の流れ



## VI ドナー管理目標

脳死判定以前の患者管理は、脳浮腫・脳腫脹を予防する管理が行われており、脱水傾向に管理されていることが多い。脳死と判定されれば提供される臓器を保護するための管理、および移植後のグラフト機能を改善するような管理が要求される。

### 〔1〕循環管理（表2）

脳死では末梢血管が拡張しているので、輸液・輸血などで血管内ボリュームを保つ必要がある。血圧低下に対してはまず輸液と輸血を行う。輸血は Hb10g/dl を目標に補充する。また、脳死では下垂体後葉からの ADH（バソプレシン）が枯渇し、血管抵抗が低下することに加えて、尿崩症により脱水状態になり循環が不安定になる。そこで尿崩症の如何にかかわらず、ADH を静脈内投与する方法が推奨されている。また、カテコラミン使用例では、ADH を投与することによりカテコラミンを漸減できることが報告されている。

体血管抵抗（SVR）を測定できるモニターがあればそれを指標として管理し、過量なカテコラミンの使用を避ける。SVR は 800-1200dyne・sec・cm<sup>-5</sup> を目標にする。

大腿静脈には手術中に脱血用カニューレを挿入するため、中心静脈路が大腿静脈に確保されている場合は、摘出術の開始前にできれば集中治療室内で中心静脈路を頸静脈に確保し直す。

表 2 循環管理の目標値

①収縮期血圧	
1 歳未満	≥ 65mmHg
1 歳以上 13 歳未満	≥ (年齢×2)+65mmHg
13 歳以上	≥ 90 mmHg
②心静脈圧	6~10mmHg (肺摘出が予定されている場合、やや低めとする)
③時間尿量	100ml/hr (または 0.5~3 ml/kg/hr)
④心拍数	
1 歳未満	120-140 回/分
1-6 歳	110-130 回/分
7-12 歳	90-120 回/分
13 歳以上	80-100 回/分
⑤カテコラミンは DOA10 μg/kg/min 以下	
ADH: 最初に 0.02 単位/kg を静脈内に 1 回注入し、その後 0.01~0.2 単位/kg/時間または 0.5~1.0 単位/hr 持続静注	
ノルアドレナリン (Nad)、アドレナリン (Ad) 使用症例では、ADH を積極的に使用し摘出手術開始までに Nad、Ad の順に減量していく	
⑥体血管抵抗: 正常値よりやや低い 800-1200dyne・sec・cm <sup>-5</sup> を目標とする	

## 〔2〕呼吸管理 (表 3)

咳反射が消失しており、喀痰排出ができないため肺炎などの感染症を誘発しやすい状態になっている。そのため肺炎・無気肺を合併する症例では頻回の気管支鏡による喀痰吸引が必須である。ドナー管理時に CT 撮影が必要になることがある。肺が移植用臓器として摘出される場合、人工呼吸器の設定は肺の過膨張を防ぐような肺保護換気を行う。最大気道内圧は 30cmH<sub>2</sub>O 以下、1 回換気量は 10ml/kg 以下の low tidal volume が望ましい。肺摘出チームとよく協議する必要がある。

表 3 呼吸管理の目標値

①PaO <sub>2</sub> が 70~100mmHg
②PEEP 5cmH <sub>2</sub> O で①を満たす必要かつ最低の FiO <sub>2</sub> とする
③従量式換気の場合
1 回換気量 10ml/kg
最大気道内圧は 30cmH <sub>2</sub> O 以下
PaCO <sub>2</sub> を 40±5 mmHg
④従圧式換気の場合
吸気圧は 20~25cmH <sub>2</sub> O
PaCO <sub>2</sub> を 40±5 mmHg

### 〔3〕電解質の調節

尿崩症のため電解質が異常をきたしやすい状態になっている。特に Na 濃度は 130-150mEq/L とするように補正を行う。この管理にも ADH は有用である。血糖は 120-180mg/dl を目標に管理する。

### 〔4〕低体温の予防

低体温を予防し、 $36 \pm 0.5^{\circ}\text{C}$  を目標とする。

## 第 12 章 摘出手術の準備と摘出チームへの対応

### I 摘出手術開始時刻の設定

摘出手術の開始時刻は、提供者の全身状態、臓器提供施設の都合、各摘出チーム到着の予定時刻、摘出後の臓器搬送手段（航空機、新幹線等の交通機関）、レシピエント（特に心移植について）への移植手術開始時刻、提供者の家族の意向等を考慮に入れながら、コーディネーターが家族、臓器提供施設、各臓器摘出チーム、各移植実施施設と協議の上で調整する。

摘出手術の開始時刻が決定したら、コーディネーターは担当医師、日本臓器移植ネットワーク本部および各摘出チームに連絡する。

### II 摘出チームの到着

摘出チームは臓器毎に 1 チーム 5 名程度で来院し、スーツケース 2～3 個およびクーラーボックス 1～2 個を持参する。多臓器の摘出となると 20 名以上のスタッフが集まることとなる。摘出チームのスタッフは所属を明示した身分証を身につけることとなっている。コーディネーターは、予定している摘出チーム医師の名簿を施設長に提出し、また各摘出チームの到着時刻を報告する。

全臓器の摘出チームが臓器提供施設に到着後、コーディネーターは摘出チーム派遣人員リストと照合する。その上で摘出チームを指定された待機場所に案内する。コーディネーターは各摘出チームの代表者を病院関係者に紹介する。

各摘出チームの担当者は、担当医師の許可を得て診療録を閲覧し、臓器提供者（ドナー）の診察を行い、第三次評価を行う。担当医師にはその時点で、必要に応じて臓器提供者の管理条件等の変更や追加の検査を依頼されることがある。

摘出チームが臓器提供施設において医療活動を行うには、あらかじめ当該施設の施設長の許可を得ることが必要である。摘出チームの構成員に変更があるときには、コーディネーターを通じて施設長の承諾を得る。

### III コーディネーターによる臓器摘出に関する事前調整

摘出手術に先立ち、手術室担当コーディネーターは関係部署との事前調整、物品確認を行う。

①手術室担当コーディネーターは、臓器提供施設の手術室担当者・事務担当者とともに下記に挙げた事項の確認を行う。

- ・借用物品、薬剤
- ・院外施設との連絡方法
- ・手術室担当者との連絡方法
- ・手術室使用可能時間
- ・手術室入退室方法
- ・医療廃棄物の処理
- ・摘出手術に関する費用負担

②摘出手術のための臓器提供施設での人員確保を行う。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・手術室外回り看護師 2 名</li><li>・摘出手術中の呼吸循環管理医（麻酔医）</li><li>・病理医</li><li>・放射線技師</li></ul> |
|--|

a) 看護師

手術室の外回りの役割を担う看護師は、当該手術室のことを熟知した臓器提供施設の看護師が担うことが好ましい。摘出手術の際の器械出しの看護師等は、摘出チームにおいて人員を確保することになる。

b) 摘出手術中の呼吸循環管理医

術中の呼吸循環管理を担う医師は、手術室を熟知した臓器提供施設の麻酔科医師が望ましい。どうしても人員の関係で臓器提供施設において麻酔科医師を確保できないときは、コーディネーターを通じて移植施設から管理医の派遣を要請することも可能である。

c) 病理医

臓器が移植に適するかどうかを、最終的に術中病理診断で判断する場合もある。そのため、摘出手術終了まで病理医と連携していることが望ましい。

d) 放射線技師

摘出手術終了時に、摘出術で用いた器材の体内遺残の有無を確認するために、胸部・腹部のレントゲン撮影を行う。

③摘出チームのための下記スペース確保が必要となる。

- a) 摘出チームの待機場所
- b) 摘出前のミーティング場所
- c) 手術室、および摘出用の器材を展開する場所

また器材・衛生材料は基本的に摘出チームが持参するが、次に示す物品の準備は臓器提供施設で準備する。

### 【器械・衛生材料】

- ・麻酔器・モニター
- ・吸引器 3台（10L以上）（1台は予備）
- ・電気メス 2台
- ・器械台 3台
- ・ワゴン 摘出予定臓器数
- ・点滴スタンド 摘出予定臓器数+3本
- ・除細動器 1台（除細動用滅菌済パドル+パッド）
- ・ペースメーカー 1式（滅菌済ワニロクリップリード）
- ・バケツ 2個
- ・ライトハンドル（ライトハンドルカバー）
- ・加温器 2～3台
- ・保温マット
- ・氷（臓器搬送用） バケツ2～3杯程度（未滅菌で良い）
- ・その他 不足した際の衛生材料

#### <借用可能な場合>

- ・滅菌ベースン 摘出予定臓器数
- ・手洗いブラシ、タオル、消毒液など
- ・アンダーウェア、帽子、マスク、サンダルなど

### 【薬剤】

- ・筋弛緩薬、輸液、輸血、アルブミン製剤など

#### <※以下については、臓器提供施設からの貸出を依頼される場合がある>

- ・胸部外科手術器材セット・・・費用規定あり
- ・腹部外科手術器材セット・・・費用規定あり

## 第13章 摘出手術と術中呼吸循環管理

### I 臓器摘出手術

- ①各摘出チームと移植コーディネーターは、ドナーの手術室入室前にあらかじめ摘出前ミーティングを行い、ドナーに関する事項、摘出予定臓器、摘出スケジュール、摘出手技、摘出手術中の呼吸循環管理、臓器搬送方法、閉胸・閉腹担当者の確認、摘出器材カウントの徹底などを確認する。
- ②ドナーの手術室入室の準備が整うと、手術室担当コーディネーターが、家族対応コーディネーターに連絡を取り、ドナーを手術室に迎え入れる。入室後、全ての準備が整った時点で、ドナ一家族に対し臓器提供の意思に変わりがないことの最終的な確認をとる。これらの次第を臓器提供施設に伝える。
- ③臓器の摘出に関わる関係者は、ドナーに対して礼意を失わないように留意する。各摘出チームのメンバーは全員、移植コーディネーターの指示に従って黙祷を行い、ドナーに対し敬意を示した上で摘出手術を開始する。
- ④摘出臓器は全て、可能な限り虚血時間を短くしなければならない。そのため、ドナーの手術開始時、各臓器の最終評価確認の終了時、全臓器の剥離確認時（全身ヘパリン化直前）、大動脈遮断時、各臓器の摘出時、臓器搬送開始時などに、レシピエント側と連絡を取り、臓器摘出と移植とが連携して行われるようにする。他の臓器と比べて心臓と肺は虚血に弱いため、また、小腸は剥離操作により損傷されやすいため、原則的に臓器摘出は、心臓、肺、小腸、肝臓、膵臓、腎臓の順に行う。
- ⑤摘出手技の実際
  - ・摘出手術におけるドナーの体位は仰臥位とし、両側上肢は挙上、もしくは体幹につける。
  - ・剃毛、皮膚消毒（消毒用イソジン液）を行う。
  - ・家族の臓器提供の意思に変わりないことを確認した後、黙祷を行う。
  - ・皮膚を切開（胸腹部正中切開）する。
  - ・胸骨縦切開、開胸、開腹する。
  - ・提供予定臓器に外傷や腫瘍、高度の動脈硬化性病変のないことを視診、および触診により確認する（最終臓器評価）。
  - ・心臓、肺、肝周囲、後腹膜、腎周囲の剥離を行う。灌流用カニューレ、脱血用カニューレを挿入できるよう、血管周囲の剥離、テーピングを行う。
  - ・膵臓の摘出が行われる場合は、十二指腸の剥離時に、胃管の先端を十二指腸まで挿入し、ポピドンヨード液 1L を注入する（最近はあまり行っていない）。
  - ・全身ヘパリン化（400～500 単位/kg）をする。
  - ・灌流用カニューレ、脱血用カニューレの挿入を行う。
  - ・上大静脈の結紮・切離をする。
  - ・下大静脈を切離し、心臓・腹部臓器の血液を右胸腔内にドレナージする。肺を摘出する場合は、腹部下大静脈に脱血用カニューレを挿入し、下大静脈からの脱血開始直後に、下大静脈を遮断・切開し、心嚢内へドレナージする。



- ・大動脈を遮断する。心筋保護液を注入する（心停止となる）。肺灌流液を注入する。
- ・心臓を摘出する。
- ・肺を摘出する。
- ・原則として小腸を摘出後に、肝臓、膵臓、腎臓の順に摘出する。
- ・バックテーブルにおける各臓器の切離・灌流・形成を行う。
- ・脾臓の一部、腹腔内リンパ節の摘出（必要な場合）を行う。
- ・血液・灌流液の吸引、異物の確認を行う。
- ・器材カウントと、レントゲン撮影により手術器具・ガーゼの遺残がないことを確認した後に、閉胸・閉腹を行う。

⑥臓器の摘出経過に関する記録については、手術室担当コーディネーターが記録を行う。コーディネーターは、臓器提供施設の手術室担当者にその記録を写して提出する。

⑦摘出手術の終了後において、摘出チームと手術室担当コーディネーターは、可能な限り手術室内の片付けや清掃を手伝う。医療廃棄物は、臓器提供施設の処理方法に従って、臓器提供施設が廃棄する。

## II 摘出手術中の呼吸循環管理

摘出手術中の呼吸循環管理は、原則として臓器提供施設の麻酔科医が行う。臓器提供施設で管理医が確保できない場合は、臓器提供施設から日本臓器移植ネットワークに管理医の派遣を依頼する。日本臓器移植ネットワークを介して、管理医が派遣される。

### 〔1〕手術室入室前確認事項

- ・手術開始の概ね1時間前に抗菌薬（術前から投与されていた薬剤）を静脈内に注入する。
- ・術中、急速輸液・輸血をすることが多いため、最低2か所以上の太い末梢静脈路が確保されていることを確認する。確保されていない場合は新たに確保する。
- ・加温が可能な急速輸血装置を用意する。術中は、太い末梢静脈路、もしくは中心静脈路のうち、カテコラミンや抗利尿ホルモン（ADH）が注入されていない静脈路に接続して使用する。
- ・大腿静脈には手術中に脱血用カニューレを挿入するため、中心静脈路が大腿静脈に確保されている場合は、頸静脈に確保し直す。できるだけ術前に集中治療室内で入れ換えをする。

### 〔2〕手術室入室

- ・病室から手術室への搬送中は、100%酸素による用手換気（もしくは搬送用の人工呼吸器による換気）を行う。
- ・脳死ドナーは除神経状態にあるため、体位変換や腹部圧迫により血圧が変動しやすい。ベッド移動は慎重に行う。
- ・循環動態が安定していることを確認したのち、モニターをポータブルから手術室用に切り替える。
- ・術中に大動脈が遮断され臓器の灌流が開始されるまでは、血圧（観血的動脈圧）、心拍数、心電図、経皮的動脈血酸素飽和度、中心静脈圧、尿量、動脈血ガス分析等のモニタリングを行う。
- ・上大静脈の結紮・切断前に中心静脈カテーテルを抜去する必要がある。このため、容易に抜去できるように中心静脈路の固定糸をあらかじめ切り、テープで固定しておく。

- ・除細動パッドを手術創にかからないように貼付し、除細動器と連結する。また、体外ペーシングがいつでも行えるように準備する。
- ・成人においては、メチルプレドニゾロン 1 g と筋弛緩薬（パンクロニウム 4 mg、ベクロニウム 8～10mg、またはロクロニウム 50mg）を静脈内に注入する。ドナーは脳死状態であるが、脊髄反射は残るため、筋弛緩薬の投与が必要となる。
- ・脳死ドナーは視床下部の体温調節中枢が障害されているため、低体温になりやすい。冷却・加温両用のマットを用意し、大動脈遮断までは体温（中枢温）を 35℃以上に維持するよう加温する。

### 〔3〕 摘出手術中

- ・術前から投与されている循環作動薬は継続して投与する。呼吸循環管理の目標は、術前管理と同様である。
- ・術中は動脈血酸素分圧が 100～150mmHg 程度に維持できるよう、吸入酸素濃度を調整する（一般的に吸入酸素濃度は 40～50%）。肺の摘出が予定されている場合は、肺保護目的の呼吸管理が必要となるため、以下の設定を目安としながら、肺摘出チームと協議して呼吸条件を決定する。

一回換気量	10ml/kg
呼吸回数	10 回/分
I/E 比	1 : 2
PEEP	3～5cmH <sub>2</sub> O
吸入酸素濃度	40～50%

- ・原則として、吸入麻酔薬、麻薬は使用しない。
- ・皮膚切開・胸骨骨膜刺激時に一時的な血圧の上昇・頻脈を認めるが、開胸後に血圧が低下しやすいため、血管拡張薬や吸入麻酔薬は使用しない。
- ・除神経状態では、出血や静脈圧迫による血圧低下が起こりやすいため、術野を十分に観察し、血圧の変動を予測することが重要である。特に、上下大静脈の剥離、肺の剥離で血圧が低下しやすく、血圧低下時には摘出医に注意喚起を行う。
- ・血圧低下時には、輸血やアルブミン製剤の急速注入で対応する。摘出臓器の血流維持のために、末梢血管収縮薬（ノルアドレナリンやアドレナリンなど）の追加注入や増量は極力行わない。
- ・ヘマトクリットが 30%以上を維持するように輸血を行う。
- ・急速輸血に伴う血中カルシウム濃度低下に対して、カルシウム製剤の注入を行う。
- ・心臓の剥離操作中は、頻脈や徐脈などの不整脈を来しやすい。急激な徐脈に対しては体外ペーシング、もしくは術野での直接ペーシングを行う。頻脈、心房細動、心室細動に対しては体外パッドにて、もしくは術野でのパドルにより除細動を行う。
- ・全ての臓器摘出の準備が整った時点で、中心静脈路からヘパリンを 400～500 単位/kg 注入する。ACT の確認は行わなくてもよい。中心静脈カテーテルや肺動脈カテーテルが右房に挿入されている場合は、上大静脈まで抜去する。
- ・ヘパリンが注入された時点で ADH の注入を中止する。
- ・灌流用のカニューレ挿入時に血圧が低下することがあるので注意する。
- ・肺摘出の予定時には、術野で肺動脈本幹からプロスタグランジンを注入する。この際、血圧が

低下するが、直ちに大動脈遮断を行うので昇圧の必要はない。

- 全ての臓器の灌流用カニューレ挿入後、中心静脈カテーテルを抜去し、術野で上大静脈の結紮・切断を行い、下大静脈の切開後に、大動脈遮断を行う。
- 大動脈遮断の時点で、全ての輸血・輸液を中止し、加温装置を冷却に切り替える。部屋の暖房も停止する。
- 肺の摘出が行われない場合は、この時点で人工呼吸を停止する。
- 肺の摘出が行われる場合は、大動脈遮断後も人工呼吸を継続する。その際、心臓摘出を行いやすいように、換気回数・換気量を減らす。
- 気管遮断直前に、気管チューブを遮断部直上まで引き抜き、用手換気で加圧を維持する。
- 気管を遮断後、人工呼吸を停止する。呼吸循環管理は、この時点で終了となる。

#### 〔４〕手術の記録

臓器提供施設は、各摘出チームが作成するそれぞれの摘出手術記録について、その写しを保管する。

## 第 14 章 摘出された臓器の搬送

### I 摘出された臓器の搬送

- ①摘出された臓器は、摘出チームによりそれぞれ保存液の入った容器に入れられ、クーラーボックスに収納され移植実施施設に搬送される。
- ②それぞれの臓器を収納する容器には、臓器別、左右別を明示し、コーディネーターはこれを確認する。
- ③コーディネーターはあらかじめ病院事務担当者等と相談し、手術室から臓器提供施設の出口までの経路を確認し誘導する。可能な限り人目に付きにくく、通常業務に支障がない経路および出口が望ましい。
- ④原則として摘出された臓器は摘出チームが搬送するが、コーディネーターがその調整、搬送手段の手配、あるいは支援を行う。腎臓の摘出は、移植実施施設以外のチームが行うことがあるため、この場合もコーディネーターが手配あるいは支援する。
- ⑤日本臓器移植ネットワークあっせん対策本部では、臓器が移植実施施設に到着するまでの経過を最後まで追跡する。

### II 移植手術

- ①移植医は移植術を受ける者またはその家族に対して、移植術前に当該移植について説明を行い、移植術の実施の説明記録書（施行規則第 16 条）を作成しなければならない。また移植術を行った医師は臓器移植記録書（施行規則第 7 条）を作成しなければならない。
- ②摘出された臓器を移植術に使用しないこととした場合は、摘出医はその理由を臓器摘出記録書に記載（摘出医以外の医師が使用しないこととした場合は、不使用臓器記録書を作成（施行規則第 15 条第 1 項および第 2 項））した後に、当該臓器を所定の手続きで焼却する。
- ③移植術が終了した時点で、当該移植実施施設は日本臓器移植ネットワークにその旨を速やかに連絡し、コーディネーターから臓器提供施設およびドナーの家族に連絡する。

## 第15章 家族対応・グリーフケア

脳死患者の家族は、突然の出来事に戸惑い、嘆き、悲しみ、そして脳死を「死」として受け入れることができず、現実との間で心の葛藤が生じる。医療者は脳死患者の家族に対して、臓器提供の有無に関わらず、家族の心理的变化を察知し、複雑な気持ちを引き出せるような関わりをしなければならない。通常、移植コーディネーターは、公平な立場に立ちながら、臓器提供に関する説明を行う。医療者は、常に患者・家族の立場に位置し、家族の臓器提供に関する決断の変化や死別に対する受容過程などについて確認し、家族を保護していかなければならない。脳死状態にある患者の家族への対応に関わる看護師には、①家族の心理状態を理解する、②家族との信頼関係を維持する、③家族の精神的支えとなる、④家族がケアに参加できる環境を作る、⑤臓器移植に関与する関係者と家族との調整役となる、⑥家族の持つ疑問に対して情報を提供する、などの役割が求められる。

どのタイミングで臓器提供に関する説明をするのが良いのかは、個々の家族により異なる。そのため、臓器提供に関する院内表示をする施設や、入院時にオリエンテーションの一環として事前に説明する施設もある。医療者は、家族の精神状態を評価し、危機状態にある家族が示す危機プロセスについて把握しておく必要がある。臓器提供を決断した家族の心情は、「衝撃の段階」「防御的退行の段階」「承認の段階」「臓器提供の段階」「死後の処置からお見送りまでの段階」に分類される（表、38 ページ）。それぞれの段階に応じた看護の介入などが必要とされる。

### I 臓器提供プロセスと看護の介入など

#### 〔1〕第Ⅰ期 衝撃の段階

この時期の家族は、脳死とされうる状態の告知により心身の打撃を受け、「激しく泣き乱れる」「体を支えることができず倒れそうになる」「患者のそばに行けない、患者に触ることができない」などの状態に陥りやすい。この時期に医療者は、家族の傍で見守り、家族の反応をあるがままに受け入れ、感情を和らげる介入が必要となる。また観察した家族の心情について他の医療者へ情報の提供を行い、チーム医療として支援していく必要がある。

#### 〔2〕第Ⅱ期 防御的退行の段階

この時期は、患者の状態と予後について説明される時期である。しかし、多くの家族は患者の回復への期待をもち、患者の状態を受け入れることができない。この時期の家族には「患者の傍でじっと寄り添う」「無口で硬い表情となる」「医療者の言動に敏感になる」などの反応が見られる。ここでは、家族が患者に接する機会を持てるような配慮が医療者に求められ、無理に現状を受け入れさせようとする介入を避けなければならない。また、医療者は家族の立場に立ち、心情を共感的に理解して信頼関係を維持する必要がある。

#### 〔3〕第Ⅲ期 承認の段階

この時期の家族は、同じ状態が何日も続いて回復の兆しがない患者が脳死とされうる状態にあることを受け入れようとする。家族は現実を受容し始め、「患者が元気であった時のことを回想す

る」「患者のために何かしてあげたい」「患者の最後の思いを叶えてあげたい」などの言動が出てくる。この時期は医師から終末期医療について説明されるとともに、臓器提供に関してのオプション提示が行われる時期でもある。

看護師は、家族の心情に配慮し、家族の言葉に傾聴して家族のニーズを満たすことができるような援助が必要となる。また看護師ら医療チームは、最後まで患者・家族の自己決定に委ねられる環境を整える必要がある。また、臓器提供の有無に関わらず、看護師は「看護の内容に変わりはない」という姿勢を貫き、従来通りの最善の看護の提供を保証することと、家族が自由な選択をすることができるような関わりをすることが大切である。さらに率直な家族の心情を医師を含めた医療チームに伝え、オプション提示の時期を逸しないような配慮も必要である。

第Ⅲ期においては、臓器提供に関して家族がコーディネーターとの面談を希望するかどうかが確認される。コーディネーターとの面談を希望する場合には、インフォームド・コンセントに看護師も同席し、家族の立場で説明をともに受け、家族が十分理解しているかを確認する。必要がある場合には、再度コーディネーターからの説明が受けられるように調整しなければならない。

#### 〔4〕第Ⅳ期 臓器摘出の段階

この時期の家族は、脳死とされうる状態である患者の現実を受け止め、移植コーディネーターから十分な説明を受け、考えに考えぬいて臓器提供を決断する。しかし、家族にはその決断にもかかわらず、目の前にいる患者の心臓が動いているのに死とは思えないなど、一般的には死を受け入れ難い状況の中で「本当にこれで良かったのか」という臓器提供に対する迷いが残っていることもある。看護師ら医療者は、家族の心情を理解し、死別に対する受容過程についてや、家族の意思の変化ならびに家族間の意思の統一について確認しつつ、家族の思いを尊重し、家族の言葉への傾聴などを継続的に行う。このようにして家族の心理的变化に心を配り、家族を含めた関係者間において情報の提供・共有および様々な調整を行わなければならない。

また、臓器摘出が行われるまでの間、家族が思いを表出できる環境を整えるとともに、患者と家族がともに過ごせる時間の調節などにも心を配る必要がある。この時期の家族への関わりについては、移植コーディネーターだけでなく、常時家族の傍にいる看護師も、家族の様々な心理的变化を察知することが多いため、看護師と移植コーディネーターとは協力、連携して家族のケアにあたる。

移植コーディネーターは、手術室対応コーディネーターと家族対応コーディネーターとが来院することとなっていて、家族への対応は後者が担っている。看護師は、家族対応コーディネーターと十分に情報交換を行い、協働して介入できるよう心がける。

#### 〔5〕第Ⅴ期 死後の処置からお見送りまでの段階

臓器摘出後の家族は、言わば人生における最たる精神的危機・衝撃を体験し、愛する人との死別を経験したことになる。家族には、死別による悲嘆や臓器提供に対して「本当にこれで良かったのか」という迷いの一方で、「本人の意思を成就できた」「一部でもこの世に残せた」「何か意味のあることが最後にできた」などの肯定的な心理状態もある。臓器摘出の後に、コーディネーターは摘出の終了を家族に報告する。この時にも家族が気持ちを整理できる時間を設けるよう配慮する。

看護師やコーディネーターは死後の処置を行うに際して、家族が処置後の遺体と対面した時に

悲痛な感情を抱かないよう心がけなければならない。臓器摘出後の故人と家族との面会は、病室に戻って行く場合や霊安室で行う場合がある。どこで面会をするかなどについても臓器提供施設関係者とコーディネーターで十分打ち合わせしておく必要がある。臓器提供を行った摘出チームやコーディネーターは、ご家族の心情を考えて、故人へのお焼香やお見送りに参列することが望ましい。

臓器提供後の長期的な家族対応について、日本臓器移植ネットワークのコーディネーターは、家族の承諾を得た上で、葬儀への参列、移植を受けた経過の報告を行い、死別に対する心情を把握し、また家族を支援するなどしている。その一環として、レシピエントによるサンクスレターがコーディネーターから家族や臓器提供施設関係者に届けられている。医療者として臓器提供者や家族の思いを真摯に受け止め、サンクスレターを拝読することも、臓器提供に関わった医療者の務めである。

## II 家族支援とグリーフケアを充実させるための取り組み

家族の心情を慮る医療者の役割は、臓器移植法が改正される前も改正された現在も変わりはない。しかし、脳死下における臓器提供は、通常の医療と異なり、言わばスキルの向上が困難であることを否認しない。すなわち、必ずしも頻繁に行われるとは限らない臓器提供に関しては、教育環境や学習機会が乏しかったり、臨床経験を積むことができる **On the Job Training (OJT)** の機会が少なかったりせざるを得ない。したがって、臓器提供を決断した家族への医療者による支援やグリーフケアを充実させるためには、臓器提供の有無に関係なく、脳死となった患者の家族が示す心理プロセスを理解し、看護援助などを通して医療者のスキルを向上していく必要がある。

臓器提供に関わる医療者は、臓器提供に関する知識を十分に習得するとともに、コーディネーターの役割を十分に理解し、臓器提供者の家族に混乱をもたらすことがないようにしていかなければならない。特に、臓器提供に関わる看護師は、患者や家族が臓器提供を希望するならば、円滑に臓器提供が行える環境と人材を整え、「ドナーが最後までその人らしい生き方ができた」と家族に思える支援、つまり家族が臓器提供を後悔しないような支援を忘れてはならない。

表 脳死から臓器摘出までの家族の心理的変化プロセスと看護などの介入

第Ⅰ期 衝撃の段階	第Ⅱ期 防衛的退行の段階	第Ⅲ期 承認の段階	第Ⅳ期 臓器摘出の段階	第Ⅴ期 死後の処置から お見送りまでの段階
患者の状態 変化	患者の状態が重篤	同じ状態が数日続く 回復の兆しがない	臓器摘出に備えての全身管理 臓器摘出	臓器摘出後に遺体となる
家族の心理 変化	脳死の告知を受け、とまどい、嘆き、悲しむなど、心身の打撃を受ける	「脳死」を受け入れ現実的な対応を見せ始める ・病院での待機などにより心身ともに疲労を呈してくる	「脳死」を受け入れ臓器提供を決定したとしても、その決定に対してのとまどいがある ・臓器摘出後の葬儀などに関する心配や心配が生じてくる	・精神的危機や衝撃を体験し家族の一員との死別 ・臓器提供に対しての後悔のような思いと肯定的な心理が共存している
医師の介入	・脳死の告知 ・病状説明を繰り返し実施	・積極的または消極的な延命措置について選択などの説明 ・臓器提供に関するオプション提示 ・コーディネーターとの面談の確認	・第1回法的脳死判定 ・第2回法的脳死判定 ・法的な死亡確認 ・摘出チームによる臓器の評価 ・臓器摘出	・いわゆるエンゼルケアへの参加 ・お焼香とお見送り
コーディネーターの介入	・臓器提供に関するインフォームド・コンセントおよび書類の作成 ・医療スタッフとの情報交換	・臓器提供に関するインフォームド・コンセントおよび書類の作成 ・医療スタッフとの情報交換	・臓器摘出と臓器搬送手配と臓器搬送 ・臓器摘出直前に最後の意思確認実施 ・家族への対応	・家族に対し臓器摘出の終了報告 ・いわゆるエンゼルケアの実施 ・お焼香とお見送り
看護介入のポイント	・患者の現状を無理に認識させるような働きかけを避ける ・あるがままの家族の反応を受け入れ、患者と接する機会を多く持つ ・患者の容姿、外観の変化を最小限にとどめる	・家族にとって患者とのスキミングが取れる支援やケアへの参加ができる介入を行う ・家族とのコミュニケーションの場を設け、患者の回想や質問に対して傾聴する ・コーディネーターによるインフォームド・コンセントができる環境を整え、また同席する ・臓器提供に関して強引な選択を推し進めることなく、家族の立場に立ち、自己決定ができるような介入をする	・臓器摘出前の開始直前まで家族の決断についての变化などを確認する ・家族の心情や変化をコーディネーターや医療チームに情報提供をする ・コーディネーターとの情報交換を密にとる ・家族と接する時間の確保 ・臓器摘出直前まで、従来と変わらない看護の提供 ・臓器摘出術中に家族への声かけを行い、待機場所を確保する ・臓器摘出術中に家族の質問へ対応する ・臓器摘出術後の面会場所を準備する	・臓器摘出の終了報告後に、家族が気持ちを整理できる時間を作る ・家族からの質問などないかどうかについて確認する ・いわゆるエンゼルケアの実施 ・ご遺体と家族との面会場所の確保を行い、ゆっくりと面会ができる環境を作る ・出棺までの説明を行い、事務的手続き等に関する説明を行う ・お焼香とお見送り



## 第 16 章 報道機関への対応

医療行為は基本的には患者のプライバシーに属するものであるが、臓器提供・移植においてはその透明性を確保する上から、当該患者および家族のプライバシー権を侵害しない範囲で公表することが求められる。したがって、提供施設としてはその自主的判断に基づき報道機関に対応することが求められ、そのための広報体制を構築し、施設として統一的・組織的な対応をとることが肝要である。情報公開には提供施設、日本臓器移植ネットワークおよび移植実施施設の間で、提供者家族の希望を確認した上で、開示する項目、内容およびその時期について十分な連携を図ることが必要である。

### I 施設内広報体制

日本臓器移植ネットワークと連携し、施設として統一的な対応を行うためにも広報体制の構築が必要である。通常は事務職員および医師若干名で構成される。報道機関への対応はすべて窓口を一本化することが肝要である。

### II 報道関係者の立ち入り区域の制限

報道関係者の診療区域内への立ち入りを完全に禁止することが原則となる。そのためにプレス・ルームを設置することが有効な場合がある。プレス・ルームには電話回線、インターネット回線の設置を求められる場合もある。脳死下臓器提供の初期の頃にはプレス・ルームの設置を求められることがあったが、最近では特別なことがない限りその必要はない。

### III 報道関係者と患者・家族の接触の防止

診療区域以外の区域においても、プライバシー保護の観点から報道関係者が提供者家族および他の一般患者との接触を防止するために、報道関係者と患者・家族の出入りの導線を別にする必要があり、その点からもプレス・ルームの設置が有効である。

広報と報道機関との間で、立ち入り可能区域、患者との接触禁止（取材の制限）などについて、あらかじめ取り決めをしておくこともトラブル回避の点で有効な場合もある。

### IV 情報公開

#### 〔1〕患者のプライバシー権および個人情報について

医療行為は基本的には患者のプライバシーに属するものであるが、臓器提供・移植の場合はその透明性を確保する上から、当該患者および家族のプライバシー権を侵害しない範囲で公表することが求められることについてはすでに述べた。プライバシー権とは「そっとしておいてもらう権利：Right to be let alone (Wallen, SD, Brandice, LD, 1980)」を起源とし、今日では「みだりに個人情報を公開されない権利」、「自己の個人情報をコントロールする権利」という概念に拡大されつつある。基本的には憲法上の「基本的人権（第 11 条）」および「公共の福祉に反しない範囲での個人の尊重・幸福追求権（第 13 条）」により保障されている。

また、個人情報とは「生存する個人に関する情報であつて、氏名、生年月日その他の記述等に

より特定の個人を識別することができるもの（個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）第2条第1項）」と規定されている。また「他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む」とされており、情報公開に際しては特にこの点に注意する必要がある。

## 〔2〕 守秘義務

医師、薬剤師、助産師には刑法第134条により、保健師、看護師、助産師には保健師助産師看護師法第42条の2により、診療放射線技師には診療放射線技師法第29条により、守秘義務が課せられている。また個人情報保護法第21条は、個人情報取扱事業者（医療機関、日本臓器移植ネットワークなど）に個人情報の安全管理についての監督義務を課しており、この規定から事務職など医療職以外の従業者についても雇用契約上、守秘義務が課せられていると理解される。さらに日本臓器移植ネットワークの職員については、臓器の移植に関する法律（臓器移植法）第13条により守秘義務が課せられている。

以上により、すべての医療機関、日本臓器移植ネットワークの職員には守秘義務が課せられていると解釈される。しかし個人情報の保護は、法律上のみでなく、職業倫理から、さらに患者・家族との信頼関係の確保からも不可欠である。

また「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）第12の3「個人情報の保護」の項において、「移植医療の性格にかんがみ、臓器提供者に関する情報と移植患者に関する情報が相互に伝わることをないよう、細心の注意を払うこと」と規定されている。

## 〔3〕 情報公開の内容

臓器提供・移植に関わる情報公開においては、個人を特定しうる情報は公開しないことを原則とする。レシピエント、提供者相互の情報の遮断の観点からも、個人を特定しうる情報の公開は行うべきではない。その他の医学的情報、事実関係に関してもあらかじめ提供者家族の承諾が得られた内容のみを公表する。

臓器提供施設は、臓器提供者の入院に至る経緯、入院後の治療内容等を含む医学的情報のうち、提供者遺族が開示を承諾した内容にかぎり、情報を開示する。また、臓器移植実施施設は、患者の病状、移植された臓器、移植手術等に関する医学的情報のうち、患者本人およびその家族が開示を承諾した内容にかぎり、情報を開示する。日本臓器移植ネットワークが開示する項目を以下に示す。

### 1) 標準的な情報公開の項目

- ・提供施設：施設名あるいは所在都道府県
- ・提供者：年齢（10歳階級別）、性別、原疾患
- ・意思表示：表示の方法、表示された提供希望臓器、「その他」への記載、記載時期、家族署名の有無
- ・日本臓器移植ネットワークへの連絡受診日時
- ・脳死判定承諾書受領日時、臓器摘出承諾書受領日時、摘出承諾臓器
- ・法的脳死判定：第1回判定開始日時、第1回判定終了日時、  
第2回判定開始日時、第2回判定終了日時

- ・摘出手術：摘出チームの集合予定日時、摘出開始予定時刻、摘出終了予定時刻、摘出臓器、搬送経路  
 ※摘出開始時刻、移植実施施設・レシピエント、搬送ルートが最終的に決定した時点で FAX により通知
- ・レシピエント：年齢（10 歳階級別）、性別、原疾患、移植実施予定施設

以上、各移植臓器別に公表する。

※最終的には摘出チームの評価を待って決定することを補足説明

## 2) 本人の書面による意思表示がなく家族の承諾により提供となった事例

以下の項目について口頭で公表する。

- ・臓器提供に至った経緯
- ・家族の承諾の動機

## 3) 18 歳未満の提供の事例

年齢を以下の区分で公表する（実年齢は公表しない）。

- ① 6 歳未満、②6 歳～10 歳未満、③10 歳～15 歳未満、④15 歳～18 歳未満、⑤18 歳以上
- 提供病院において虐待を否定した手続きをコーディネーターが確認したこと（口頭で公表）

## 4) 親族への優先提供の事例

公表時期

- ・マスコミへの情報公開の連絡：摘出後、速やかに
- ・マスコミへの会見：情報公開連絡から約 2 時間後

公表内容

- ・臓器提供施設または施設所在地
- ・提供者：年代、性別、原疾患、意思表示方法と親族優先提供等の内容
- ・日本臓器移植ネットワークの連絡受信日時、臓器摘出承諾書受領日時  
 家族の摘出承諾臓器、親族に移植される臓器、臓器摘出日時
- ・レシピエント（親族）：年代、性別、原疾患、移植予定日、移植施設

### 〔4〕公開の時期

通常は下記の時間的推移の過程で、日本臓器移植ネットワーク、提供施設および移植実施施設間の連携の中で、提供者家族および患者家族の希望に配慮して公開の時期が決定される。現時点では図（後掲、42 ページ）に示すフローチャートに従って情報公開が行われている。

### 〔5〕その他の注意事項

個人を特定しうるものではないと考えられる情報についても、「公開されることによって負担、不安の念を覚える」内容が公開された場合は、プライバシーの侵害にあたる（「私生活の平穩の保護」）。また家族の心情に十分に配慮して、慎重に公開内容を検討し、承諾が得られた内容のみを公開する。わが国においては、真実性・真実相当性、すでに公表されたことの重ねての公表、当

該個人の死亡は、プライバシー侵害の違法性阻却事由とはならない。当該個人の死亡によって人権は消滅するが、故人の尊厳、肉親の故人に対する敬愛追慕の情の保護の観点からプライバシー権は消滅しないとされている。

また疾患名については公開の承諾が得られた場合でも、公開によって家族・近親者が不利益を被る場合もあるため、十分な注意が必要である。さらに家族への取材による被害、精神的苦痛、意思決定前の報道による意思決定への影響などにも十分な配慮が必要である。

図 臓器提供の流れ、情報公開の時期と内容

臓器提供の流れ	情報公開の流れ	
	提供施設の対応	日本臓器移植ネットワーク(NW)の対応
脳死とされうる状態の判断 ↓ 家族説明・家族承諾 ↓ 第1回法的脳死判定 ↓ 第2回法的脳死判定 ↓ レシピエント意思確認 ↓ 臓器摘出 ↓ お見送り	・必要に応じて派遣コーディネーター(Co)(またはNWの広報担当者)に相談  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">             必要に応じた報道対応              ・NWによる情報公開文書の提供              ・報道関係者による立ち入り可能時期と場所の限定              ・NW報道専用ダイヤルの紹介              広報(03-3502-0550)           </div>  (記者会見等)	・家族に対し、情報公開の意味やその必要性と情報公開項目について説明  ・提供施設に対し、公開承諾内容、情報公開のタイミングについて説明  ・家族に情報公開の具体的内容について確認 ※情報公開の具体的内容は公開直前までご家族が熟慮される場合もあるので配慮が必要   ・厚生労働記者会および登録報道機関に情報公開①(ドナーに関すること、レシピエント第1候補者)   ・厚生労働記者会および登録報道機関に情報提供②(レシピエント決定、搬送ルート)

## 第 17 章 臓器提供における病院事務の役割

脳死下での臓器提供は、臓器の移植に関する法律（臓器移植法）、法施行規則および法の運用に関する指針（ガイドライン）を遵守して行われる。これらの法およびその施行規則、指針は、脳死下における臓器提供について、承諾手続き、法的脳死判定および臓器摘出などに関わる「要件、手続きおよび手順」を厳密に規定している。さらに原因疾患が確実に診断された内因性疾患以外の場合は、速やかに所轄警察署長へ連絡すること、当該患者が 18 歳未満の場合は虐待防止委員会等を中心に虐待防止マニュアルに従って虐待を除外すること、その上で倫理委員会等において虐待のないことを確認すること、さらに場合によっては児童相談所、所轄警察などへ連絡することが指針により規定されており、臓器提供に係わる手続きおよび手順はさらに複雑となる。

臓器提供に係わる業務は非常に多岐に渡るが、臓器移植法、施行規則、運用指針によって厳格に規定されているため、それらに基づいた施設内臓器提供マニュアル、児童虐待の対応に関するマニュアル、法的脳死判定マニュアルなどを遵守して行われなければならない。さらに通常の診療に係わる業務、とくに救命救急に係わる業務を行う中で、同時に臓器提供に係わる業務を行うという非常に困難な状況の中での業務となる。

上記のように臓器提供については一診療科の枠を超えており、担当科のみでなく病院全体の方針の下に組織的に行われる必要がある。したがって、多くの診療部門から診療支援部門、管理部門、各種委員会などと院内外に渡って連絡調整を行う事務部門の役割は非常に重要である。

### I 法的要件・手順・手続き・その他必要事項の確認

臓器提供に係わる業務は非常に多岐に渡り、しかも限られた時間内に臓器提供に係わる業務を行わなければならない。このような状況下で、医療職は医学的な対応に追われるため、法的要件、手順、手続きが適切になされているかについて、事務部門が言わばダブルチェックを行った方がより確実であろう。

- ①当該患者について脳死判定および脳死下臓器提供の法的要件を満たしているかについて確認したか
- ②18 歳未満である場合は児童虐待の対応に関するマニュアルに準拠した対応がなされているか（18 歳未満の場合には承諾手続きに入る以前から検討を行う必要がある）
- ③虐待防止委員会等に連絡がなされたか（必要に応じて委員会を招集）
- ④施設内倫理委員会に連絡がなされたか（必要に応じて委員会を招集）
- ⑤虐待が否定しきれない場合に児童相談所へ連絡がなされたか
- ⑥内因性疾患であるか否かが確認されたか
- ⑦内因性疾患でない場合に所轄警察署長に連絡がなされたか
- ⑧脳死判定医の資格要件が満たされているか
- ⑨脳死判定の手続きが法的脳死判定マニュアルに準拠しているか
- ⑩各種必要書類が決められた書式に準拠しているか
- ⑪各手順、手続きが、法、法施行規則、法の運用指針に基づいて作成された施設内臓器提供マニュアルなどに沿って行われているか（事前にシミュレーションが行われていることが望ましい）

上記の過程において逐一施設長に情報を集約する必要がある。また各部署がその業務に専念、集中できるように、事務部門がチェック、調整することが肝要である。施設によっては移植支援部ないし移植支援室を設置し、多岐に渡る業務の司令塔の役目を果たしつつ、全体の業務を統括しているが、臓器提供全般に係わる業務の適正かつ円滑な、そして組織的な遂行を支援する施設内のシステムとして参考にすべき方策の一つであろう。

## II 外部機関および施設内各部署間の連絡・調整

日本臓器移植ネットワーク、所轄警察署、児童相談所、厚生労働省、消防その他の行政組織、脳死判定支援組織、メディカル・コンサルタント、各臓器摘出医、報道機関など多くの外部機関、組織との連絡が必要となることがあり、これらに関する確認、調整を行う必要がある。

また、臓器提供においては担当科のみでなく、多くの診療部門、診療支援部門、管理部門、各種委員会の関与が要請され、病院全体の方針の下に組織的に行われる必要がある。したがって、多くの診療部門、診療支援部門さらには管理部門の間の連絡、調整を行ったり、施設長および各種委員会委員長の指示を受けて各種委員会委員への連絡等に当たったりと、事務部門が担う役割は非常に重要である。

## III 院内体制の確認

ドナー候補者の発生の連絡を受けた時点で、病院事務統括者（事務部長など）は事務部門の総括責任者として施設長と連絡を取りつつ、施設長の指示のもとに以下の業務を行う。施設内臓器提供マニュアル等で確認しつつ、各部署の人員配置と責任者の指定、それぞれの役割の分担、連絡方法を確認する。あらかじめ指定されている場合が多いが、当日の勤務状態などによっては変更が生じるため、このような確認が必要である。またドナー家族の待機場所、日本臓器移植ネットワーク・コーディネーターの待機場所、説明の場所、各臓器摘出チームの待機場所の設定、出入り口とルートの確認・設定を行う。可能な限り一般の受診患者およびその家族と交錯しないよう配慮することが望ましい。

また、報道機関が事前に臓器提供の可能性を察知して電話連絡がある場合も想定される。この場合は窓口を一本化して対応する必要がある。この場合の対応は、当然のことながら情報公開前と情報公開後では異なるため、あらかじめ対応について決めておいたほうが無難である。また報道関係者が来院した場合は事務職員が対応するが、この場合も情報公開前と情報公開後ではその対応が異なる。これらに対応する広報部（係）を設置し、あらかじめ対応内容を確認しておくことが望ましい（施設によっては広報部が設置されている場合もある）。

## IV 院内平常業務の維持の実際

ドナー候補者の発生の連絡を受けた場合は、直ちに当該施設の平常業務の維持のため以下の対策を講じる。

### 〔1〕 外来患者および入院患者の平穏な受診の確保

ドナー（候補者）の発生を報道機関が事前に察知した場合など報道関係者が殺到することが予想される。最近ではこのような状況に至ることはほとんどないと思われるが、万一に備えて対策を練っておくことも重要である。

- ①警備員の増員等により、正面玄関の確保と併せて入院病棟（救命救急センターなど）および診療棟など診療区域内への立ち入りを制限するとともに適宜巡視を行う。
- ②とくにドナー（候補者）の病室およびその家族の控室については、関係者以外の立ち入りを制限し、出入り口において職員を含む全員の身分証明書などを警備員等が確認する。

## 〔2〕報道関係車両の整理

ドナー（候補者）発生施設の立地条件にもよるが、救急車、一般来院者の安全の確保と周辺住民の交通の妨げにならないよう、当該施設の所轄警察署に協力を要請しその整理に当たる。

- ①報道関係車両（特に大型の衛星中継車両等）の路上駐停車の整理については、保安課が行うか、あるいは警備を外部委託するか、あるいは所轄警察署に協力を要請する。
- ②当該施設の一般来院者用駐車場への報道関係車両の駐車を禁止ないし制限する。
- ③上記①、②の措置を伴う混乱を避けるため、最小限度の報道関係者の待機場所および報道関係車両の駐車場の確保を考慮する（できる限り施設外が望ましい）。

## 〔3〕移植コーディネーター、臓器摘出チームへの対応

臓器摘出チームの到着時および臓器搬送時には、特に報道機関の取材を受けることが予想されるため、日本臓器移植ネットワークまたは移植コーディネーターと調整のうえ、以下の対策を講じる。

- ①移植コーディネーターの待機場所の確保
- ②臓器摘出チームの控室の確保（必要に応じて検視官の控室を含む）
- ③臓器摘出チームの駐車場の確保および到着時の控室へのルートの確保と誘導
- ④到着した摘出医の身分証明書の確認、あらかじめ配布された摘出医リストとの照合
- ⑤施設からの臓器搬出時のルートの確保と誘導

## 〔4〕電話取材等に対する対応

臓器提供に関する報道がなされた場合、ドナー（候補者）発生施設には報道関係およびその他外部の者から問い合わせ、あるいは意見等の電話が相当数かかってくるのが予想される。そのためその対応については、広報部（係）において一元的に対応することが望ましい。

- ①交換業務を行っている部署は、臓器提供に関する問い合わせについては、必ず広報部（係）の電話対応窓口に接続する。
- ②広報部（係）長等は、上記①への対応に当たるため複数の部下を含め、あらかじめ対応内容の想定をしておくことが望ましい。

## V 臓器提供に係わる費用の事務的手続き

臓器提供に係わる費用については、日本臓器移植ネットワークの費用配分規定に従って日本臓器移植ネットワークを通じて支払われる。後日、日本臓器移植ネットワークから病院医事課に連絡があるので、医事課はこれに従って手続きを行う（詳細は第18章を参照）。



## 第 18 章 臓器提供に係わる費用

脳死下死体臓器移植においては、同種臓器移植術、移植用臓器採取術（死体）に係わる診療報酬（表 1）および脳死臓器提供管理料が移植実施施設から請求される。これらの費用の配分は日本臓器移植ネットワークにより、臓器移植費用配分規定、臓器移植費用配分細則（脳死下提供、心停止下提供）および臓器移植費用配分細則別表に基づいて以下のように行われる。

### I 脳死臓器提供管理料の配分（図 1、2、4、6）

各移植実施施設より脳死臓器提供管理料が日本臓器移植ネットワークに支払われ、日本臓器移植ネットワークから臓器提供施設に 640,000 円が支払われる。臓器摘出術中の呼吸循環管理医師が移植実施施設から派遣された場合は、臓器提供施設へは 580,000 円が支払われ、60,000 円が呼吸循環管理医師を派遣した移植実施施設に支払われる。

また臓器提供者の感染症検査費用として 20,000 円が、日本臓器移植ネットワークより移植検査センターに支払われる。なお、心臓が停止した死後の献腎移植における感染症検査費用については、HLA 検査等の費用と併せて移植用腎採取術経費から 50,000 円が支払われる。

脳死臓器提供管理料、提供者感染症検査費用については、時間外、深夜・休日加算は算定されない。

法的脳死判定後、摘出された臓器が移植されなかった場合においても、日本臓器移植ネットワークの基金から 640,000 円（呼吸循環管理医師が移植実施施設より派遣された場合は 580,000 円）が臓器提供施設へ、20,000 円が移植検査センターへ支払われる。摘出手術の際に、臓器提供施設から摘出手術器材が貸し出された場合は、胸部外科手術器材セット、腹部外科手術器材セットそれぞれにつき 40,000 円が支払われる。

### II 移植用臓器採取術に係わる診療報酬の配分（図 3、4、6）

各移植実施施設より各当該臓器の移植用臓器採取術料相当額が日本臓器移植ネットワークに支払われ、各臓器の移植用臓器採取術料から日本臓器移植ネットワーク基金への積立金 20,000 円を差し引いた額の半額が臓器提供施設へ支払われ、残りの半額は臓器摘出医師を派遣した施設に支払われる（心・肺・肝が移植された場合）。

脾、腎が移植された場合は、各移植臓器の移植用臓器採取術料相当額から積立金 20,000 円および HLA 検査料の半額 15,000 円を差し引いた額の半額が臓器提供施設へ、残りの半額が臓器摘出医師を派遣した施設に支払われる。

臓器提供施設から摘出用手術器材として胸部外科手術器材セットが貸し出された場合は 40,000 円が、腹部外科手術器材セットが貸し出された場合は 40,000 円が、両者が貸し出された場合は 80,000 円が、日本臓器移植ネットワークの基金積立金から臓器提供施設へ支払われる。

日本臓器移植ネットワークの基金から HLA 検査料 30,000 円が移植検査センターへ支払われる。

臓器摘出術の開始時刻が時間外の場合は移植用臓器採取術に係わる診療報酬は 1.4 倍に、深夜、休日の場合は 1.8 倍に加算される。同時に HLA 検査料、手術器材セットの貸し出し料もそれぞれ加算される。



法的脳死判定後、摘出された臓器が移植されなかった場合においては、日本臓器移植ネットワークの基金から 130,000 円が臓器摘出医師を派遣した各施設に支払われる。

### Ⅲ 同種臓器移植術に係わる診療報酬 (図5、6)

各移植実施施設から、同種臓器移植術のうち特別会計手数料として 70,000 円が日本臓器移植ネットワークに支払われる。

特別会計手数料は日本臓器移植ネットワークの基金にプールされ、脳死臓器提供管理料および摘出医師派遣施設への支払いの不足分、メディカル・コンサルタント派遣費用（旅費：宿泊費を含む）、法的脳死判定のための支援医師（救急医・脳神経外科医）の派遣費用（旅費：宿泊費を含む）に充当される。なおメディカル・コンサルタントおよび脳死判定支援医師には別途謝金が支払われる。

リンパ球交差試験の検査費用として1件の移植（肝臓移植を除く）につき 50,000 円が当該各移植施設から日本臓器移植ネットワークを介して移植検査センターに支払われる。なお、脳死判定後摘出された各臓器（肝臓を除く）が移植されなかった場合においても、同額が移植検査センターに支払われる。

### Ⅳ 脳死下臓器提供関連費用交付金 (図6)

臓器提供施設における、報道機関への対応に係る費用（事務職員の時間外手当など）、情報公開に係る費用（院外で記者会見を行った場合の会場費など）、臓器あっせん業務と密接に関連する業務に係る費用（家族へ用意した個室の使用料など）、その他特記事項に係る費用などについて、日本臓器移植ネットワークに対して 2,000,000 円を上限として申請できる。

表1 臓器移植に係わる診療報酬

	移植術(円)	採取術(円)	脳死臓器提供管理料(円)	臓器搬送費用
心臓	1,431,000	612,000	142,000 *レシピエント1人につき	療養費払い
肺	1,167,700	617,000		
心肺同時	1,989,900	920,200		
肝臓	1,423,800	852,000		
膵腎同時	1,404,200	825,800		
膵臓	1,125,700	487,000		
腎臓	987,700	419,000		
小腸	保険適用なし			

図1 脳死臓器提供管理料に係る費用配分

例：臓器移植が5名に実施された場合

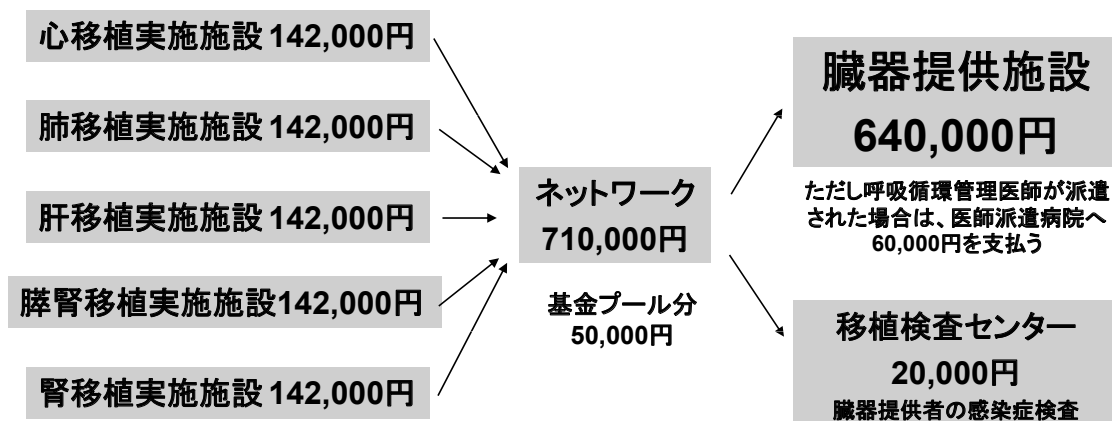
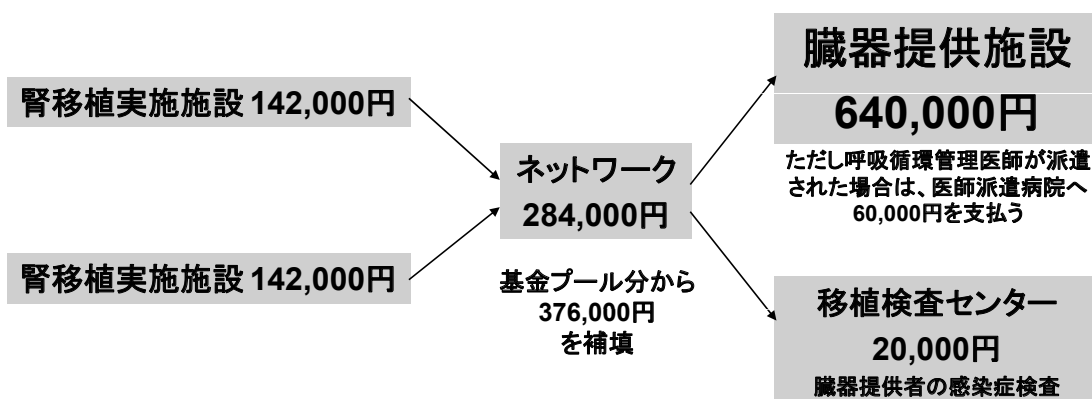


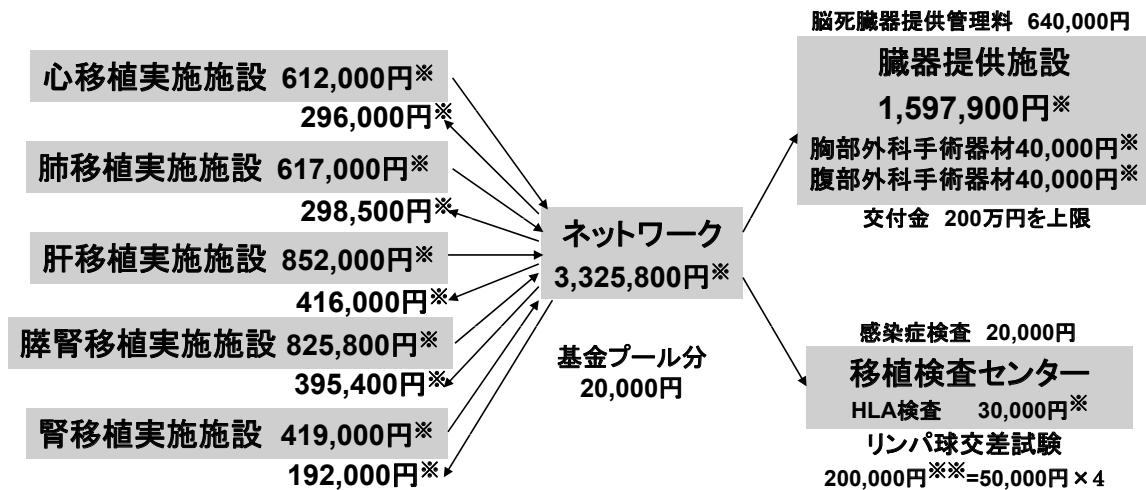
図2 脳死臓器提供管理料に係る費用配分

例：脳死臓器移植が2名に実施された場合



### 図3 移植用臓器採取術料に係る費用配分

例：臓器移植が5名に実施された場合

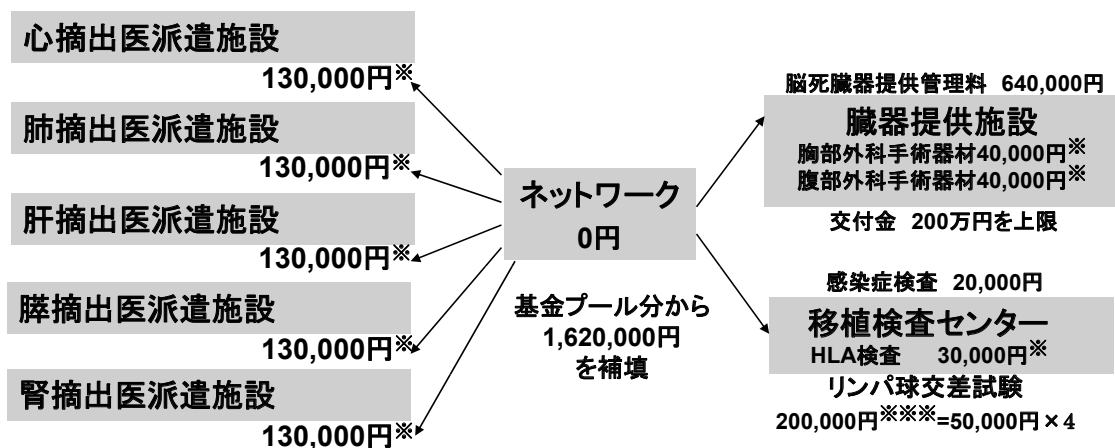


※ 臓器摘出術の開始時刻が時間外である場合は1.4倍、深夜・休日である場合は1.8倍が加算される

※※ 移植手術の開始時刻が時間外である場合は1.4倍、深夜・休日である場合は1.8倍が加算される

### 図4 脳死下で臓器が摘出された後に、移植されなかった場合の費用配分

例：5臓器が摘出され、いずれの臓器も移植されなかった場合

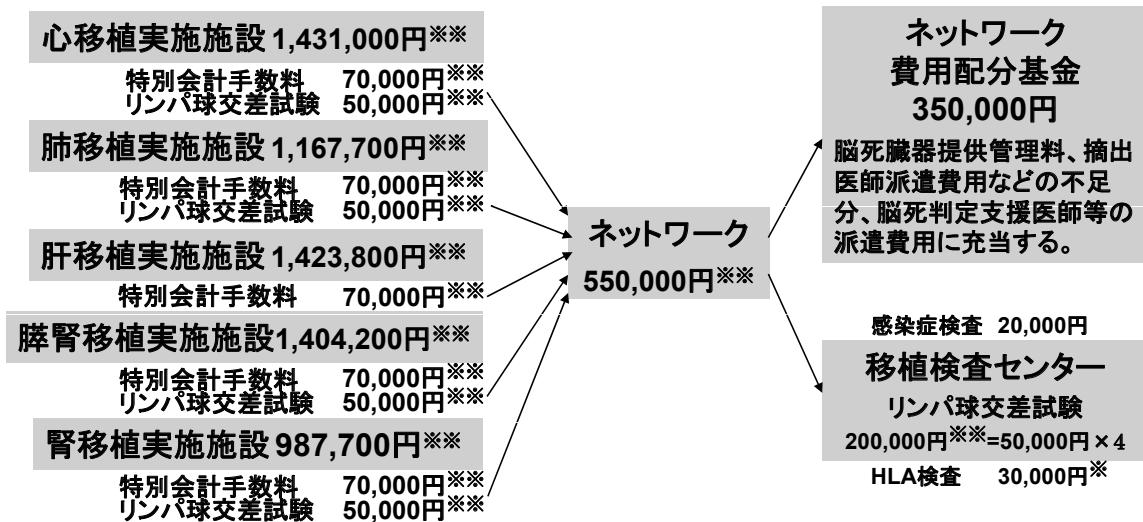


※ 臓器摘出術の開始時刻が時間外である場合は1.4倍、深夜・休日である場合は1.8倍が加算される

※※※ 移植手術行われなかった場合は時間外、深夜・休日加算はない

## 図5 同種臓器移植術費用に係る費用配分

例：臓器移植が5名に実施された場合



※ 臓器摘出術の開始時刻が時間外である場合は1.4倍、深夜・休日である場合は1.8倍が加算される  
 \*\* 移植手術の開始時刻が時間外である場合は1.4倍、深夜・休日である場合は1.8倍が加算される

## 図6 臓器提供施設への費用配分

①脳死臓器提供管理料 640,000円(呼吸循環管理医師派遣費用を含む)

②臓器提供費用

心臓提供経費 (612,000 - 20,000) ÷ 2 = 296,000円

肺提供経費 (617,000 - 20,000) ÷ 2 = 298,500円

肝臓提供経費 (852,000 - 20,000) ÷ 2 = 416,000円

膵腎提供経費 (825,800 - 20,000 - 15,000) ÷ 2 = 395,400円

腎臓提供経費 (419,000 - 20,000 - 15,000) ÷ 2 = 192,000円

合 計 1,597,900円

③摘出手術器材費 胸部外科手術セット 40,000円  
 腹部外科手術セット 40,000円

④脳死下臓器提供関連費用交付金

200万円を上限として申請額に応じて交付

提供施設への支払い = ① + ② + ③ + ④ = 2,317,900円 + 申請額(≦200万円)

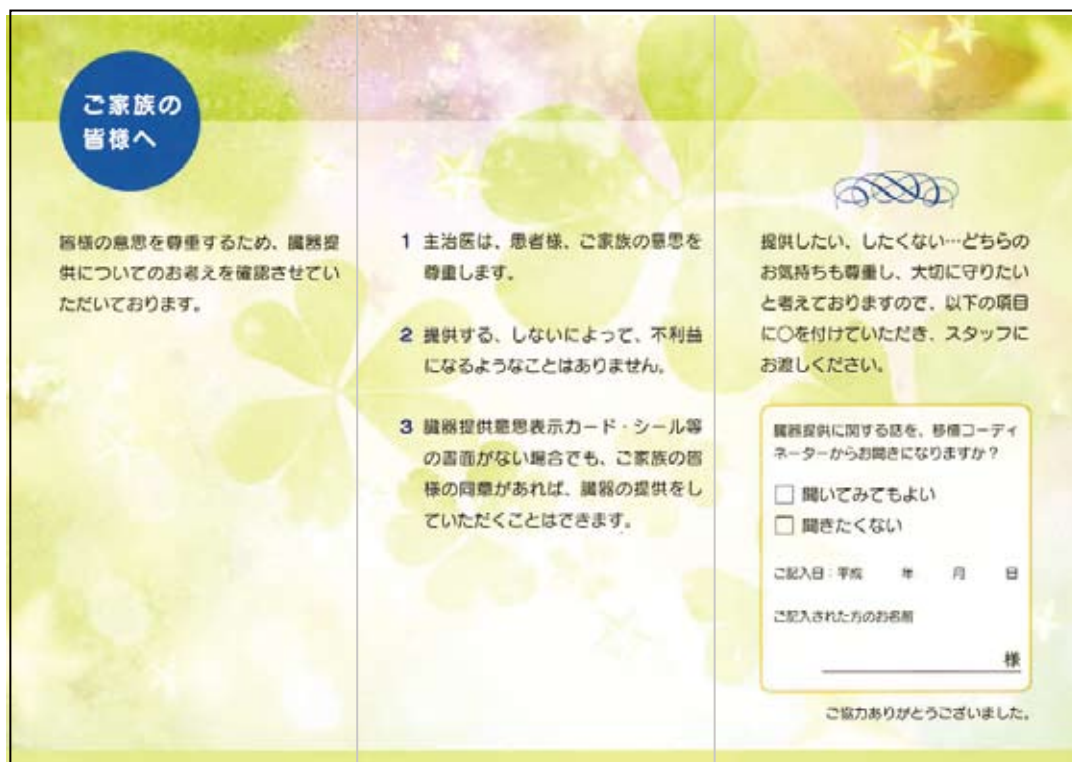
②、③については、臓器摘出手術開始時刻が時間外である場合は1.4倍、深夜、日曜、休日の場合は1.8倍に加算される。

添付資料1：臓器提供に関する意思確認パンフレット（厚生労働省作成）

〔外側〕



〔内側〕



添付資料 2 : 医療機関における意思確認フォーマット

平成 年 月 日

患者 : \_\_\_\_\_ さんのご家族へ

〇〇病院 \_\_\_\_\_ 科

次ページ以降の空欄部には語句を、□にはチェックをご記入ください。

記載・押印後は写しを診療録内に保管すること。(ただし、5のアンケートは回答時のみ写しを保管)

---

## 1. はじめに

---

大切なご家族が突然入院されましたことには大変驚かれたことと思います。全力をもって診療に臨んできましたが、これまでもご説明いたしましたように病状が思わしくありません。現在の病状につきまして、われわれ病院スタッフとご家族との間で、理解を確認し、終末期の医療を共有できるようにと願ってまとめさせていただきました。

---

## 2. 病名及び現在の病状

---

2-1. ジャパン・コマー・スケールで意識状態を判断しました。

- 目を覚ましている状態
- 刺激が無いと眠り込む状態
- 痛みで刺激しても目を覚まさない状態
  - 100: 痛みに対し、払いのける動作をする
  - 200: 痛みに対し、反応がある
  - 300: 痛みに対し、反応がない

2-2. 瞳孔を診察しました 瞳孔径 右 \_\_\_\_\_ mm / 左 \_\_\_\_\_ mm  
⇒つまり、 \_\_\_\_\_ です

2-3. 脳波検査で脳の機能を診断しました

- 活動脳波を認めます
  - 活動脳波が消失しています
- ⇒つまり、 \_\_\_\_\_ です

2-4. ベッドサイドで脳神経の状態を診察しました

- |        |                               |   |                                |
|--------|-------------------------------|---|--------------------------------|
| 対光反射   | <input type="checkbox"/> あります | / | <input type="checkbox"/> ありません |
| 角膜反射   | <input type="checkbox"/> あります | / | <input type="checkbox"/> ありません |
| 毛様脊髄反射 | <input type="checkbox"/> あります | / | <input type="checkbox"/> ありません |
| 眼球頭反射  | <input type="checkbox"/> あります | / | <input type="checkbox"/> ありません |
| 前庭反射   | <input type="checkbox"/> あります | / | <input type="checkbox"/> ありません |
| 咽頭反射   | <input type="checkbox"/> あります | / | <input type="checkbox"/> ありません |
| 咳反射    | <input type="checkbox"/> あります | / | <input type="checkbox"/> ありません |
- ⇒つまり、 \_\_\_\_\_ です

2-5. 自分で呼吸する力について診察しました

自分で呼吸を しています / していません

⇒つまり、\_\_\_\_\_です

---

### 3. まとめ

---

以上のことをふまえますと、脳自体への重篤な障害により、現在の脳はその機能を  
\_\_\_\_\_と判断されます。

誠に残念ながら、今後、自身でお話をされたり、呼びかけに応じ意思を伝えることができるまでに回復をうながす手立ては、現在の医学にはございません。また、この現状が続くと呼吸だけでなく、心臓が停止する可能性が高いと考えます。余病が併発されれば、その時期を早めることとなります。

したがって、これからのしばらくの時は、ご家族の皆さんにとっても最悪の事態を念頭に、心の整理をしていただくための重要な時間と考えています。また、面会されていない遠方のご親戚の方々など、お会いになりたい方がおられましたら、ご連絡をお取りいただくのが宜しいかと存じます。

いまの診療を続けながら、残されたご本人とご家族とのお時間をわれわれとともに見守って参りたいと思います。

---

### 4. 臓器・組織提供の選択肢（オプション）提示について

---

これからお示しする内容は、脳の機能が失われ、残念ながら救命が困難となった場合にご家族皆さんに対しまして、ご説明させていただいているものです。

患者さんご本人は諸事ご自分の意思を示すことができる状況にはありません。そこで患者さんがお元気なおりに、臓器や組織の提供につきまして、ご本人がどのようなお考えであったかということをおきかせ願えればと存じます。

また、ご家族の承諾があれば行える臓器・組織の提供があるということをご家族にお伝えした上で、ご家族のお考えをあわせておきかせ願えればと存じます。

つきましては、以下のアンケートにお答えいただければと思います。もとより、このアンケート記入は必須ではございません。あくまでもご家族とわれわれが、理解と納得を共有するための手立ての一つと受け止めていただければと存じます。

(患者氏名) \_\_\_\_\_ さんのご家族へ

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) 時 \_\_\_\_\_ 分

主治医サイン： \_\_\_\_\_ 印

看護師サイン： \_\_\_\_\_ 印



## 5. 臓器・組織提供の意思に対するアンケート

臓器や組織の提供については、患者さんやご家族の意思が最も重要です。提供したい・提供したくない、いずれの意思もわれわれは同様に尊重したいと考えています。

皆さんの意思を教えてくださいたいので、臓器や組織の提供についてのお考えをお伺いします。「臓器・組織提供についての情報を聞いてみたい」または「臓器・組織提供の話は聞きたくない」どちらのお考えであっても、診療において何ら不利益になるようなことはありませんので、率直なお気持ちをお答えいただければと思います。（個人情報保護は、当院の規定に従い、他の診療録とともに厳重に行います。）

あてはまるものに○で囲んでください。

①患者さんご本人は臓器提供意思表示カードをお持ちでしたか？

（臓器提供意思表示欄に記入した健康保険証／運転免許証も含む。）

はい / いいえ / わからない

②患者さんご本人とご家族の間で臓器・組織提供について何かお話になっていたことがありますか？

話していたことがある / 話していたことはない / わからない

③臓器・組織提供に関するお話を、専門の移植コーディネーターからお聞きになりますか？ご希望がございましたら、面談が可能な日時にお話ができる機会を設けることができます。

聞いてみてもいい / 聞きたくない

※専門の移植コーディネーターとの面談は患者さんの意思や権利を尊重するためのものであり、面談後の臓器・組織提供のご判断は自由です。

ご質問がございましたら、医師・看護師に遠慮なくお声をかけてください。ご記入いただきましたら、医師・看護師にお渡しく下さい。

平成 年 月 日

ご家族氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

医 師 \_\_\_\_\_ 印

看護師 \_\_\_\_\_ 印

### 添付資料3：児童虐待等に関する小児総合医療施設へのアンケート調査結果

今回の臓器移植法改正に伴い新たに臓器提供施設として加えられた、日本小児総合医療施設協議会の会員施設28カ所に対して、主に虐待防止委員会等と倫理委員会等の現状について資料に示したアンケート調査票を院長あてに送付して調査を行った。アンケート調査期間は平成22年12月1日から10日までの短期間であったために、19日までに回答があったのは13施設(回収率46.8%)であった。

#### 調査結果

- 1) 虐待防止委員会等の設置状況  
法改正以前より委員会が設置されていたのは11施設(84.6%)で法改正後に新たに設置した施設が1カ所、現在も委員会等が存在していない施設が1カ所であった。特に独立型の小児医療施設では全てに以前から委員会等が存在していた。
- 2) 委員会等の名称  
児童虐待防止委員会(4)、児童虐待対策委員会(2)、児童虐待防止推進委員会(1)、児童虐待対策会議(1)、虐待対応部会(1)、小児虐待対策チーム(1)、虐待ネットワーク委員会(1)、家族関係支援委員会(1)と様々であった。
- 3) 虐待防止委員会等のメンバー数  
最大19名最小7名で、10名前後で構成されている施設が多かった。
- 4) 虐待防止委員会等の構成メンバー  
委員会等が設置されている12施設の状態である。

医師			看護部	12
院長	3		MSW	10
副院長	4		臨床心理士	5
小児科医	8		保健師	2
産婦人科医	1		保育士	1
脳神経外科	6		OT	1
整形外科	4		事務職員	6
神経科	2			
小児外科	1			
救急医学	4			
精神科	8			
眼科	2			
新生児科	2			
放射線科	1			
消化器内分泌科	1			
公衆衛生	1			
発達小児科	1			
腎代謝科	1			
内科系	1			
外科系	1			

- 5) 虐待防止委員会等の委員長  
病院長(3)、副院長(4)、小児科部長(2)、救命救急センター長、保健センター長、小児神経科
- 6) 委員会の定期開催状況  
1回/月、1回/2月、1回/4月、1回/年、不定期
- 7) 緊急虐待防止委員会等について
  - a)緊急委員会の名称:小委員会、症例検討会、CA 検討会など
  - b)開催要求:MSW(4)、主治医(3)、担当科部長、発達小児科、委員会の委員長、児童精神科、保健センター、脳死担当副院長など
  - c)緊急開催メンバー:本委員会等のメンバーの一部が多い
  - d)開催時間:一施設が24時間対応、それ以外は平日昼間のみ
  - e)検討結果の報告先:総長(2)、病院長(7)、教授会(1)、児童相談所(1)、保健所(1)、不明(1)、脳死移植委員会
- 8) 倫理委員会等の設置状況  
一施設はこれまで治験倫理委員会のみであったので、臨床倫理委員会を新たに今後設置する予定。それ以外の12施設に以前から存在していた。
- 9) 倫理委員会等の委員数  
8名から21名まで、10名から14名が多かった。

10) 委員会等の構成

医師	
院長	2
副院長	5
小児科医	6
小児外科	1
産婦人科医	2
脳神経外科	6
整形外科	3
皮膚科	1
耳鼻科	2
精神科	2
新生児科	1
循環器内科	5
心臓血管外科	4
内科	1
腎代謝科	1
消化器内分泌科	2
公衆衛生	1
眼科	1
神経内科	1
血液再生	1
感染免疫	2
発達小児科	1
その他	2
検査部	1
放射線科	2
遺伝	1
治験	1

看護部	12
MSW	2
事務職員	11
薬剤師	3
臨床検査技師	3
放射線技師	1
弁護士	5
有識者	大学教授(3)
	学識経験者(3)
	看護協会
	外部小児科医
	地域住民代表
	学校長(2)
教員	

11) 倫理委員会等の委員長

副院長(4)、小児科(3)、病院長、研究部長、医療局長、精神科、耳鼻科、不明1

12) 倫理委員会等の定期開催状況

随時というところから、毎月という施設、1〜3月に一回という開催頻度であった。

13) 倫理委員会等の緊急開催

倫理委員会等の緊急開催については3施設が現在検討中と回答されている。それ以外の9施設については主治医もしくは委員会の委員長が開催要求を行っている。一施設はこの項目の回答がなかった。その構成メンバーは本委員会のなかで出席できるものとしているところが多い。その検討結果は総長もしくは病院長に報告する施設が大半であった。緊急開催時期は平日昼間とした施設がほとんどであった。

- 14) 臓器提供の経験  
成人の1施設だけが臓器提供の経験を有していた。角膜に関しては小児病院で一施設が提供の経験があった。
- 15) 脳死下の臓器提供  
3施設が現時点で可能と回答されていた。1施設は倫理委員会の承認待ちである。臓器提供が可能と答えた施設のなかでまだ虐待対策等の体制が整っていない施設があったが、成人ではこれまでも経験がある施設なので成人に関してのみ可能であると思われる。その他2施設は準備中であると回答あり、他の6施設は現時点では対応不可能との回答であった。
- 16) 臓器提供院内マニュアル  
準備中も含めた6施設の回答
- a) 臓器提供マニュアル  
1施設のみが以前から存在していたが、法改正に合わせた改訂はまだ実施されていない。
- b) 5施設の新規臓器提供マニュアルについて  
脳死下と心臓死下との両方に対応したマニュアルは1施設のみ、他は脳死下対応マニュアルとなっている。
- 17) 児童虐待の対応に関するマニュアルについて(7施設から回答)
- a) 臓器提供マニュアルとは別の独立したマニュアルである。  
全て独立した児童虐待対応マニュアルとなっている。
- b) 児童虐待に対する対応は臓器提供でもそれ以外でも同じである。  
4施設が同じであると回答し、他の2施設は不明である。
- c) マニュアルに含まれる用語  
対象者(6)、用語の定義(3)、対応手順(7)、院内連絡体制(7)、院外連絡体制(5) 症状(6)、フローチャート(4)、書式など
- d) マニュアルの作成時期は平成10年頃から最近まで様々であった。
- e) マニュアル作成に参考した文献  
子ども虐待対応の手引き(恩賜財団母子愛育会日本子ども家庭総合研究所)、臓器提供施設の手順書(社団法人日本臓器移植ネットワーク) 教職員・保育従事者のための児童虐待対応マニュアル(埼玉県・埼玉県教育委員会) 脳死下臓器提供者から被虐待児を除外するマニュアル改訂版(山田不二子)
- 18) 虐待を疑う場合の対応について
- a) 通常の診療において常にそのことには留意していたので特に今回の法改正によっても大きな問題は生じていない。  
はい 9施設 いいえ 4施設
- b) 問題と感じた理由(4施設)  
虐待疑い例の取り扱い、虐待の照会に関する個人情報保護法の問題、虐待事例の対応は個々に異なるので簡単には解決できない、主治医との情報共有、対策チームと虐待対応委員会との連携、倫理委員会との関係
- c) 問題の解決  
単純には解決しないとの回答であった。

## 考 察

### 1) 虐待防止委員会等について

今回の日本小児総合医療施設協議会の会員施設に関するアンケート調査で明らかになったことは、独立型の小児医療施設においては虐待対策が臓器移植とは関係なく以前よりその体制が整備されていたことである。逆に大学病院や総合病院においては臓器移植法改正を契機に体制整備がはかれることになったと思われる。このことは小児に対する虐待対策の全国的な基盤整備となり、被虐待児とその家族への支援体制がより充実していくことにつながると思われる。

その虐待防止委員会等の構成メンバーをみると、小児科医や精神科医だけでなく、虐待の所見に対応すべく脳神経外科医、整形外科医、眼科医、など専門的な検討がなされるような構成となっていた。またどの施設も看護部が必ず参加しており、その他のメンバーも含めたチーム対策体制がとられていた。

ただ問題になるのは、緊急の虐待対応が多くの施設で平日の昼間だけに限定されているので、今後の検討課題であると思われる。

### 2) 倫理委員会等について

倫理委員会については大学病院で治験を対象とした倫理委員会が設置されているが、これまでは臨床症例を対象としていなかったもので至急の課題となっているという回答が得られた。これも臓器移植法改正の波及効果と思われる。その他の施設では相応の体制が整備されていたが、この倫理委員会等についても緊急対応が課題となっていた。

### 3) 臓器提供について

これまで臓器提供施設とされていなかった独立型の小児医療施設においては、角膜の提供以外臓器提供の経験がなかったことは当然である。今回の臓器移植法の改正にあわせて体制の整備を開始している施設が6施設(54.5%)となっていることは、今後の小児救急医療体制整備に期待が持てる結果であった。

そして新たに臓器提供マニュアルを策定し、その運用において問題となったのは臓器提供者から被虐待児の除外方法であると回答があった。やはり臓器提供施設に過大な負担をかける方策をとっておく必要があると思われる。

## 結 語

日本小児総合医療施設協議会の会員施設においては、多くの施設で以前から虐待対応体制が整備されていた。また倫理委員会等についても体制整備がなされていた。ただそれらの委員会等については緊急対応が今後の課題である。そして臓器移植法改正を契機に、施設の体制整備が開始されていることが明らかになった。

平成22年12月1日

病院長 各位殿

**平成22年度厚生労働省科学研究費特別研究事業「提供施設における院内体制整備に関する研究」に関するアンケート調査のお願い**

拝啓

時下、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。常日頃から先生方皆様には大変お世話になっておりますことを心から感謝申し上げます。

さて、本年7月17日から改正臓器移植法が施行され、15歳未満の小児からの脳死下臓器提供が可能となりました。これに伴い、厚生労働省から「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)が示され、それを受けて臓器移植ネットワークから「臓器提供施設の手順書」が公表されております。これまでは平成11年には厚生科学研究費補助金「臓器提供施設マニュアル」が報告書として発刊され、これにしたがって臓器提供が実施されてきました。しかし法改正にあわせてこのマニュアルも改正の必要があり、今回新たに「提供施設における院内体制整備に関する研究」として研究する事となりました。

本研究の大きな課題として、これまで認めてこられなかった小児からの脳死下臓器提供があげられます。また改正法では被虐待児からの臓器提供が行われないう必要措置を講ずるものとなっております。この虐待に対しては院内体制整備がガイドラインで規定されており、その体制整備が急がれるところであります。そこでこのような小児の虐待対応に経験が深いと思われる日本小児総合医療施設協議会の会員施設での対応について調査を行い、その結果を会員施設以外での虐待対応が円滑に行われるように参考事例として報告させていただきたいと考えております。

先生方におかれましては、大変お忙しいと存じますが、当研究班の趣旨をご理解いただき、同封のアンケート調査用紙を貴院の担当部署の先生に記載していただくようお手配いただき、12月10日までに返信用封筒でご返信いただきますようお願い申し上げます。

最後になりましたが、時節柄どうぞ御自愛されますよう、また先生方の益々のご健勝とご活躍を心からお祈り申し上げます。

敬具

「提供施設における院内体制整備に関する研究」

研究代表者	昭和大学救急医学教授	有賀 徹
臓器提供班分担研究者	東京歯科大学角膜センター長	篠崎 尚史
	聖隷三方原病院院長補佐	岡田 真人
研究協力者	東京大学麻酔科教授	山田 芳嗣
	東京大学医学部附属病院麻酔科	蜷川 純
	国際福祉大学熱海病院院長	寺岡 慧
	国立成育医療センター脳神経外科	荒木 尚
	高知赤十字病院救命救急センター長	西山 謹吾
	木ノ元総合法律事務所	木ノ元直樹
	昭和大学医学部救急医学	中村 俊介

アンケート送付先

〒 433-8558 静岡県浜松市三方原3453

聖隷三方原病院 岡田真人



## 虐待防止等委員会および倫理委員会等についてのアンケート調査

1) 貴院においては虐待防止委員会等が今回の臓器移植法改正以前から存在していましたか? はい いいえ

2) いいえと答えられた施設に対しての質問です。  
法改正以後に虐待防止委員会等を設置した。 はい いいえ

3) 以下は虐待防止委員会等を設置されている施設にお尋ねします。

(1) 委員会の構成人数及びメンバーは? \_\_\_\_\_名

医師

小児科 産科・産婦人科 脳神経外科 整形外科 皮膚科

救急医学 精神科 法医学 その他( ) \_\_\_\_\_

看護職員 MSW 事務職員 臨床心理士・心理士 \_\_\_\_\_

その他( \_\_\_\_\_ )

外部委員(弁護士、児童相談所、保健所 \_\_\_\_\_)

(2) 委員会の委員長は? \_\_\_\_\_

(3) 委員会の開催

(ア) 定期的な開催 \_\_\_\_\_回/月もしくは \_\_\_\_\_ヶ月に一回

(イ) 緊急開催 平日の昼間のみ対応

休日も含めて昼間のみ対応

平日は24時間対応

24時間365日対応

緊急開催メンバー構成は

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ウ) 緊急委員会の開催要求者 \_\_\_\_\_

(エ) 緊急委員会の委員長は? \_\_\_\_\_

(オ) 委員会での決定事項の報告先 \_\_\_\_\_

外部組織

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(カ) 委員会の名称 \_\_\_\_\_

4) 倫理委員会等についてお尋ねします。

(1) 委員会の構成人数及びメンバーは? \_\_\_\_\_名

医師

小児科 産科・産婦人科 脳神経外科 整形外科 皮膚科

救急医学 精神科 法医学 その他( ) \_\_\_\_\_

看護師 MSW 事務職員 臨床心理士・心理士 \_\_\_\_\_  
その他( \_\_\_\_\_ )  
外部委員(弁護士、児童相談所、保健所 \_\_\_\_\_)

(2) 委員会の委員長は? \_\_\_\_\_

(3) 委員会の開催

(ア) 定期的な開催 \_\_\_\_\_回/月もしくは \_\_\_\_\_ヶ月に一回

(イ) 緊急開催 平日の昼間のみ対応  
休日も含めて昼間のみ対応  
平日は24時間対応  
24時間365日対応  
緊急開催メンバー構成は  
\_\_\_\_\_

(ウ) 緊急委員会の開催要求者 \_\_\_\_\_

(エ) 緊急委員会の委員長は? \_\_\_\_\_

(オ) 委員会での決定事項の報告先 \_\_\_\_\_

5) 貴施設ではこれまでに心停止後の臓器提供を経験されたことがおありですか?

はい いいえ

6) 貴施設では脳死下での臓器提供を実施する体制が整備されていますか?

はい いいえ

7) 脳死下臓器提供の体制が整備されている施設にお尋ねします。

(1) 臓器提供院内マニュアルは臓器移植法改正以前から存在していましたか?

はい→(2) いいえ→(3)

(2) (ア) 臓器移植法改正にあたり臓器提供院内マニュアルを改正しました。

(イ) 臓器移植法改正を踏まえ、臓器提供院内マニュアルを改正する予定ですが、まだできていません。

(ウ) 臓器移植法改正後も以前の臓器提供院内マニュアルで十分対応できる。

(3) 臓器提供院内マニュアルを新たに作成された施設にお尋ねします。

作成されたマニュアルは心臓死下の臓器提供と脳死下臓器提供の両方に対応したマニュアルですか? はい いいえ

(4) 「児童虐待の対応に関するマニュアル等」について、

(ア) 臓器提供院内マニュアルとは別に独立したマニュアルを整備している。

はい いいえ

(イ) 臓器提供における児童虐待とそれ以外の場合の児童虐待の対応はマニュアルを含め同一である。

はい いいえ

- (ウ) マニュアル等に含まれる項目(複数回答)  
a. 対象者 b. 用語の定義 c. 対応手順 d. 連絡体制(院内)  
e. 連携体制(院外)f. 症状、状況等のチェックリスト  
g. フローチャート h. その他( )
- (エ) マニュアル作成時期 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月
- (オ) 主な参考文献(3つまで)

---

---

---

※差し支えなければ、児童虐待の対応に関するマニュアルを添付下さい。また、以下  
ご選択下さい。

- イ. 引用は差し支えない  
ロ. 病院名が出なければ引用して差し支えない。  
ハ. 引用に同意しない。

- (5)臓器提供院内マニュアルに作成について特に留意した項目は何でしたか？

---

---

---

---

8) 虐待を疑う場合について

- (1) 通常の診療において常にそのことには留意していたので特に今回の法改正によっても大きな問題は生じていない。 はい いいえ

- (2)「いいえ」とお答え施設にお尋ねします。

(ア)問題はどのようなことでしたか？

---

---

---

---

(イ)問題は解決していますか？ はい いいえ

(ウ)解決できない理由は何ですか？

---

---

---

---

---

---

以上です。ご協力ありがとうございました。

## 付録 1：院内コーディネーターの役割

### <ドナー・コーディネーターとしての院内コーディネーターの位置づけ>

Co 名	設置母体	設置形態	活動範囲	特 徴
JOT Co	JOT*	専従	全国	日本で唯一の臓器(眼球以外)の斡旋機関
都道府県 Co	各都道府県	組織 Co と兼任の場合もある	各都道府県内	JOT から委嘱を受けて活動
院内 Co	各病院の任意	多くは、他部門と兼務	所属病院内	医師・看護師・検査技師等立場は様々 「移植医療支援室」など、専従施設もある

\*JOT：社団法人日本臓器移植ネットワーク

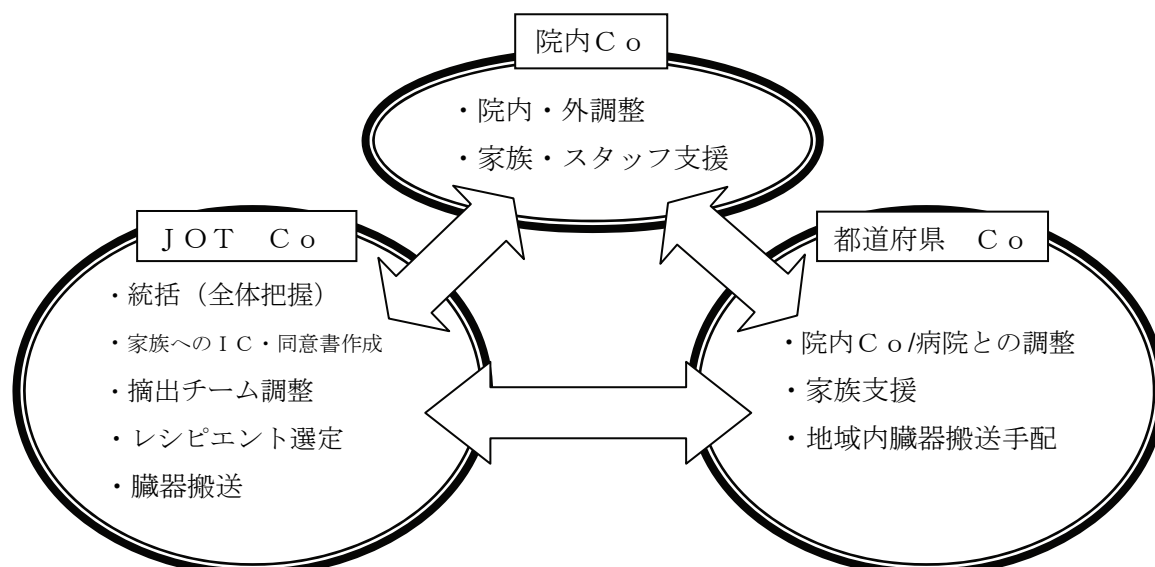
### <院内コーディネーターの役割>

院内 Co の役割は、所属施設で発生する提供事例のコーディネーションを、外部から来る JOT 所属 Co、都道府県 Co と協働し円滑に行う事である。最も大切な事は、**臓器提供希望者や家族の意思を尊重し、擁護すること**である。その為①ドナー家族への適切な情報提供、②自由な意思で判断出来る環境整備、③ニーズに合わせた精神的支援及び院内調整の役割を担う。特に、提供事例には、多くの院内・外関係者が関わる為、関係者間の連絡調整も重要となる。

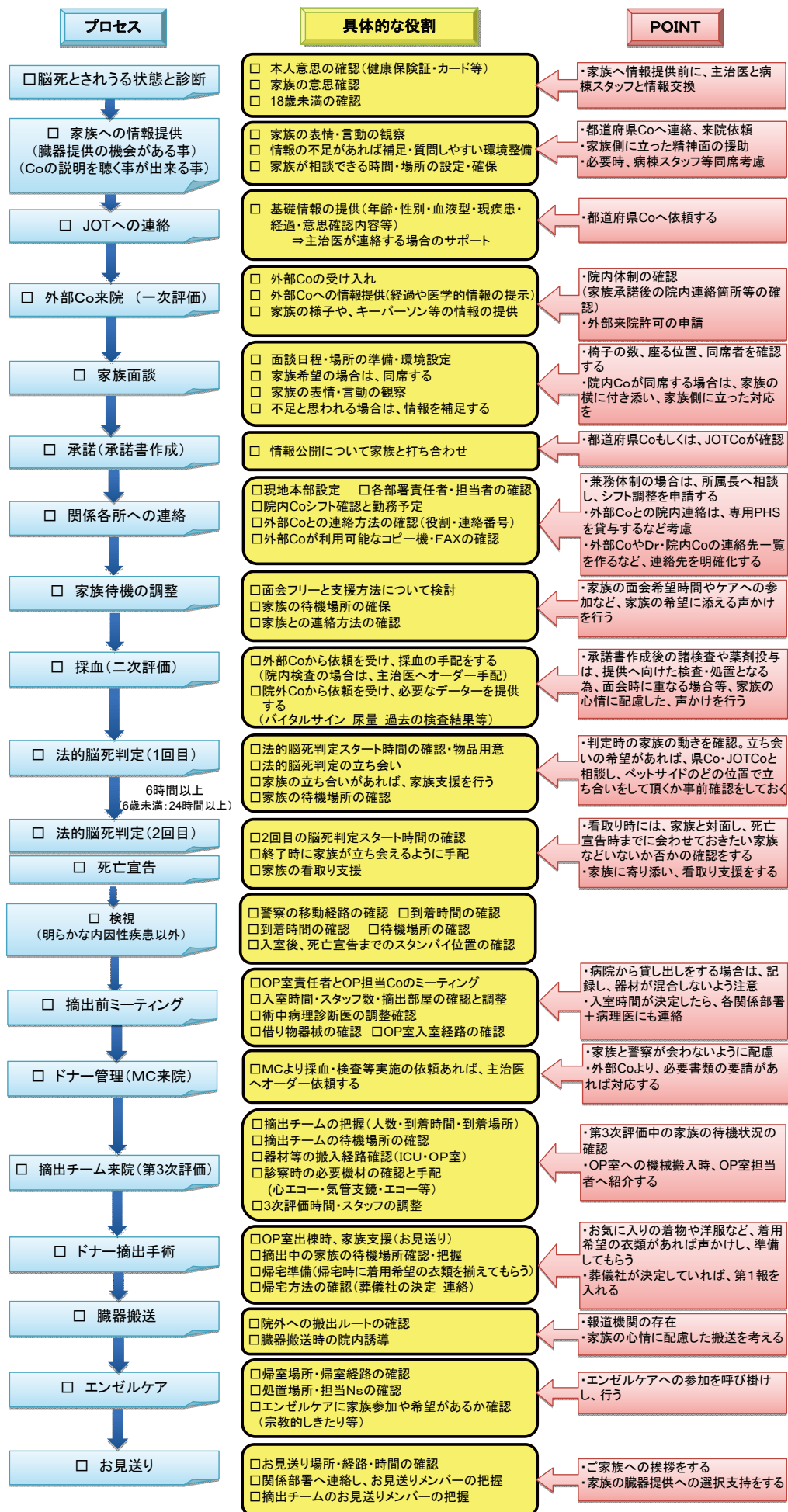
施設として、提供経験があっても、ドナー家族にとっては初めて経験する事であり、日本の現状においては院内スタッフの経験も十分とは言えない。家族・院内スタッフに対し、思い抱く不安や不明な点に気づき、迅速な対応で行動して行くことが、円滑で安全な提供へと繋がる。

提供事例以外の活動では、院内の体制整備やスタッフ教育も大きな役割である。コンプライアンス遵守の為の院内マニュアル作成⇒改訂⇒伝達、スタッフのニーズに応じたセミナーやシミュレーションの実施等、院内関係部署のコアスタッフと協力し、普段より事例発生へ向けた準備をしておくことが必要である。

～脳死下臓器提供における主な役割～



# 脳死下臓器提供時における院内Coの役割例



付録2 臓器提供および臓器移植にあたって必要な書類一覧

書類名	脳死下	心臓死下	作成者(署名者)	保管者					
				ドナー家族	判定医又はその施設	摘出医又はその施設	移植医又はその施設	あっせん機関	所管警察
1 本人の生前の意思を表示した書面(脳死判定)	※1	/	本人(同)	(所有) ○	—	○	○	○	□
2 本人の生前の意思を表示した書面(臓器摘出)	※1	※1	本人(同)	(所有) ○	○	○	○	○	□
3 家族が脳死判定を拒まない・承諾する旨を表示した書面	レ	/	家族(同)	—	●	—	—	○	□
4 遺族が臓器摘出を拒まない・承諾する旨を表示した書面	レ	レ	遺族(同)	—	●※2	○	○	○	□
5 脳死判定の的確実施の証明書	レ	/	脳死判定医(同)	—	●	○	○	○	□
6 脳死判定記録書	レ	/	脳死判定医(同)	—	●	—	—	○	□
(添付①) 判定に当たって測定した脳波の記録									
(添付②) 1及び2の本人の生前の意思を表示した書面の写し ※1									
(添付③) 3の家族が脳死判定を拒まない・承諾する旨を表示した書面									
7 死亡日時を確認することのできる書類	※3	※3	主治医・監察医(同)	●	—	○	○	○	□
8 臓器摘出記録書	レ	レ	摘出医(同)	—	—	●	○	○	—
(添付①) 2の本人の生前の意思を表示した書面の写し ※1									
(添付②) 4の遺族が臓器摘出を拒まない・承諾する旨を表示した書面の写し									
(添付③) 5の脳死判定の的確実施の証明書の写し									
9 不使用臓器の記録	レ	レ	摘出医・摘出医以外(同)	—	—	●※4	—	○	—
10 臓器移植記録書	レ	レ	移植医(同)	—	—	—	●	○	—
11 移植術の実施の説明記録書	レ	レ	移植医(同)	—	—	—	●	○	—
12 臓器のあっせん帳簿	レ	レ	あっせん機関	—	—	—	—	●	—

●：原本を保存 ○：写しを保存

□：「臓器移植と検視その他の犯罪捜査に関する手続との関係等について」(平成9年10月8日付け健医疾発第20号)第1 検視等の取扱いの4の(2)による。

※1 本人の書面による意思表示があった場合のみ。

※2 実質的に原本は判定医又はその施設が保管する。

※3 臓器の摘出・あっせんに当たっては、摘出医・あっせん機関は、臓器提供者の死亡の日時を主治医等から確認することが必要である。この確認については、摘出医・あっせん機関等の判断により、死亡診断書若しくはその写しの交付や、摘出記録書に記載された死亡日時の確認を主治医等に求めること等により行うものとする。ただし、脳死下臓器提供の際は、脳死判定の的確実施証明書の写しにより、死亡の事実及び日時を確認することができる。

※4 臓器を摘出した医師以外の医師が摘出した臓器を移植術に使用しないこととした場合は、当該医師が9の不使用臓器の記録を作成し、その勤務する医療機関の管理者が5年間保存しなければならない。

## 付録 3 : 書式例

### 1 医師が作成する記録の書式例

○脳死判定の的確実施の証明書書式例（省令第3条）	70
○脳死判定記録書式例（省令第5条第1項）	72
○臓器摘出記録書式例（省令第6条第1項）	76
○臓器移植記録書式例（省令第7条）	79
○不使用臓器記録書式例（省令第15条第2項）	81
○移植術実施の説明記録書式例（省令第16条）	82

### 2 家族、遺族の承諾書等の書式例

○脳死判定承諾書書式例（省令第5条第3項）	84
○臓器摘出承諾書書式例 （脳死下での臓器の摘出に用いられるもの：省令第6条第3項）	85
○臓器摘出承諾書書式例 （心停止下での臓器の摘出に用いられるもの：省令第6条第3項）	86
○親族優先提供に係る親族関係確認書書式例（ガイドライン第2の3）	87

### 3 記録の閲覧請求書の書式例

○記録閲覧請求書書式例（省令第9条）	
①移植に使用されるための臓器を提供した遺族が請求する場合	88
②移植を受けた者又はその者の家族が請求する場合	89
③臓器あっせん機関（法第12条第1項の許可を受けた者）が請求する場合	90

### 4 その他

○臓器のあっせんの帳簿書式例（省令第13条）	91
------------------------	----

脳死判定の的確実施の証明書書式例（省令第3条）

脳死判定の的確実施の証明書

脳死判定を受けた者

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

脳死判定の日時

（1回目の確認時） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

（2回目の確認時） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

判定医療機関

名称 \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_

1回目判定医（\*担当の判定医全員の氏名等を記載）

氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_  
（又は所属医療機関の所在地及び名称） （又は所属医療機関の所在地及び名称）

2回目判定医（\*担当の判定医全員の氏名等を記載）

氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_  
（又は所属医療機関の所在地及び名称） （又は所属医療機関の所在地及び名称）

以下の全てに該当することを確認した上で脳死の判定を実施しました。

- ・ 脳の器質的な障害により深昏睡及び自発呼吸を消失した状態と認められる者
- ・ 器質的脳障害の原因となる疾患が確実に診断されている者（CT、MRI等の画像診断は必須）
- ・ 回復の可能性がないと認められる者



脳死の判定を受けた者は以下のいずれの者にも該当しません。

- ・ 生後12週（在胎週数が40週未満の場合は出産予定日から起算して12週）未満の者
- ・ 急性薬物中毒により深昏睡及び自発呼吸を消失した状態にあると認められる者
- ・ 直腸温、食道温等の深部温が摂氏3.2度未満（6歳未満の者は3.5度未満）の状態にある者
- ・ 代謝性障害又は内分泌性障害により深昏睡及び自発呼吸を消失した状態にあると認められる者
- ・ 自発運動、除脳硬直、除皮質硬直、けいれんが認められる者

脳死の判定に当たっては、以下の状態を確認し、少なくとも6時間（6歳未満の者は24時間）を経過した後、再度、以下の状態を確認しました。

- ・ 深昏睡
- ・ 瞳孔が固定し、瞳孔径が左右とも4ミリメートル以上であること
- ・ 脳幹反射（対光反射、角膜反射、毛様脊髄反射、眼球頭反射、前庭反射、咽頭反射及び咳反射）の消失
- ・ 平坦脳波
- ・ 自発呼吸の消失

脳死の判定に当たっては、中枢神経抑制薬、筋弛緩薬その他の薬物が判定に影響していないこと及び収縮期血圧（単位 mmHg）が次の数値以上あることを確認しました。

1歳未満：6.5

1歳以上13歳未満：年齢×2 + 6.5

13歳以上：9.0

年 月 日

作成者（判定医）氏名 \_\_\_\_\_ 印

氏名 \_\_\_\_\_ 印

氏名 \_\_\_\_\_ 印

氏名 \_\_\_\_\_ 印

（\*担当の判定医全員の記名押印又は自筆署名）

脳死判定記録書式例（省令第5条第1項）

脳死判定記録書

脳死判定を受けた者

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

脳死判定の日時（\* 2回目の脳死判定終了時刻）

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

判定医療機関

名称 \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_

判定医

氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_  
(又は所属医療機関の所在地及び名称) (又は所属医療機関の所在地及び名称)

氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_  
(又は所属医療機関の所在地及び名称) (又は所属医療機関の所在地及び名称)

脳死判定を受けた者及び家族の意思（ア～ウのいずれかに○をつける）

ア 脳死判定を受けた者が生存中に臓器を提供する意思を書面により表示しており、脳死判定に従う意思がないことを表示していない

→ 家族が脳死判定を拒まない又は家族がない  
( 拒まない ・ 家族がない ・ 拒んでいる )

イ 脳死判定を受けた者が生存中に臓器を提供する意思がないことを表示しておらず、脳死判定に従う意思がないことを表示していない

→ 家族が脳死判定を行うことを書面により承諾している  
( 承諾している ・ 承諾していない )

ウ ア又はイに該当しない

脳死判定を受けた者が生存中に親族に対し臓器を優先的に提供する意思を書面により表示している  
( 表示している ・ 表示していない )

**脳死判定を拒まない・承諾した家族**

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

脳死判定を受けた者との続柄 \_\_\_\_\_

脳死判定への家族の立ち会いの有無 ( 有 ・ 無 )

原疾患名 \_\_\_\_\_

**前提条件**

- 器質的脳障害による深昏睡、無呼吸 ( 該当する ・ 該当しない )
- 原疾患を確実に診断 ( 該当する ・ 該当しない )
- CT、MRI等の画像診断 ( 有 ・ 無 )
- 回復の可能性がない ( 該当する ・ 該当しない )

**除外例**

- 生後12週 (在胎週数が40週未満の場合は出産予定日から起算して12週) 未満 ( 該当する ・ 該当しない )
- 急性薬物中毒 ( 該当する ・ 該当しない )
- 直腸温、食道温等の深部温が摂氏32度未満 (6歳未満の者は35度未満) の状態 ( 該当する ・ 該当しない )
- 代謝性・内分泌性障害あり ( 該当する ・ 該当しない )

**1 回 目 の 確 認**

**2 回 目 の 確 認**

開始日時                      年      月      日  
                                    午前・午後      時      分                      年      月      日  
                                    午前・午後      時      分                      午前・午後      時      分

終了日時                      年      月      日  
                                    午前・午後      時      分                      年      月      日  
                                    午前・午後      時      分                      午前・午後      時      分

**生命徴候の確認**

体温 (開始時)	(	℃	)	(	℃	)
(終了時)	(	℃	)	(	℃	)
血圧 (判定前)	収縮期	mmHg		収縮期	mmHg	
	拡張期	mmHg		拡張期	mmHg	
(判定後)	収縮期	mmHg		収縮期	mmHg	
	拡張期	mmHg		拡張期	mmHg	
心拍数 (開始時)	(	回/分)		(	回/分)	
	(	回/分)		(	回/分)	

昇圧薬の使用（薬品名 \_\_\_\_\_ ）  
 （判定開始時） （ 有 ・ 無 ） （ 有 ・ 無 ）

中枢神経抑制薬、筋弛緩薬等の薬物の影響  
 （ 有 ・ 無 ） （ 有 ・ 無 ）

**姿勢・運動の確認**

自発運動 （ 有 ・ 無 ） （ 有 ・ 無 ）  
 除脳硬直 （ 有 ・ 無 ） （ 有 ・ 無 ）  
 除皮質硬直 （ 有 ・ 無 ） （ 有 ・ 無 ）  
 けいれん （ 有 ・ 無 ） （ 有 ・ 無 ）

**必須項目**

深昏睡 （JCS ・ GCS ） （JCS ・ GCS ）  
 瞳孔径 4 mm 以上 （右 mm、左 mm） （右 mm、左 mm）  
 瞳孔固定 （右：有・無、左：有・無） （右：有・無、左：有・無）

**脳幹反射**

対光反射 （右：有・無、左：有・無） （右：有・無、左：有・無）  
 角膜反射 （右：有・無、左：有・無） （右：有・無、左：有・無）  
 毛様脊髄反射 （右：有・無、左：有・無） （右：有・無、左：有・無）  
 眼球頭反射 （ 有 ・ 無 ） （ 有 ・ 無 ）  
 前庭反射 （右：有・無、左：有・無） （右：有・無、左：有無）  
 咽頭反射 （ 有 ・ 無 ） （ 有 ・ 無 ）  
 咳反射 （ 有 ・ 無 ） （ 有 ・ 無 ）

平坦脳波 （ 該当する ・ 該当しない ） （ 該当する ・ 該当しない ）

**補助検査**

聴性脳幹誘発反応 （ 有 ・ 無 ） （ 有 ・ 無 ）

自発呼吸 （ 有 ・ 無 ） （ 有 ・ 無 ）

無呼吸テスト時の P a C O<sub>2</sub>、血圧及び不整脈

P a C O<sub>2</sub>  
 （テスト前） mmHg mmHg  
 （午前・午後 時 分） （午前・午後 時 分）  
 （テスト後） mmHg mmHg  
 （午前・午後 時 分） （午前・午後 時 分）

**血圧**

（テスト前） 収縮期 mmHg 収縮期 mmHg  
 拡張期 mmHg 拡張期 mmHg  
 （テスト後） 収縮期 mmHg 収縮期 mmHg  
 拡張期 mmHg 拡張期 mmHg

昇圧薬の使用（薬品名 \_\_\_\_\_）

（ 有 ・ 無 ）

（ 有 ・ 無 ）

重篤な不整脈

（ 有 ・ 無 ）

（ 有 ・ 無 ）

その他判定を行った医師が特に必要と認めた事項

記録作成日                    年    月    日

記録作成者（判定医）氏名 \_\_\_\_\_ 印

氏名 \_\_\_\_\_ 印

氏名 \_\_\_\_\_ 印

氏名 \_\_\_\_\_ 印

（記名押印又は自筆署名）

- （注）・脳死判定に当たって測定した脳波の記録（記録番号 \_\_\_\_\_）
- ・脳死判定を受けた者が生存中に臓器を提供する意思を書面により表示していたときは、当該書面の写し
  - ・脳死判定を受けた者が生存中に脳死判定に従う意思を書面により表示していたときは、当該書面の写し
  - ・脳死判定を受けた者が生存中に親族に対し臓器を優先的に提供する意思を書面により表示していたときは、当該書面の写し
  - ・家族が脳死判定を拒まない・承諾する旨を表示した書面を添付のこと。

臓器摘出記録書式例（省令第6条第1項）

臓器摘出記録書

摘出を受けた者

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日生

死亡日時 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 午前・午後 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

死亡の原因となった傷病及びそれに伴う合併症 \_\_\_\_\_

主な既往症 \_\_\_\_\_

摘出日時 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 午前・午後 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

摘出が行われた医療機関

名称 \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_

摘出医 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

（又は所属医療機関の所在地及び名称）

摘出した臓器の名称 \_\_\_\_\_

（左右の別及び部位の別を含む）

摘出した臓器の状態、臓器に対する処置

〔重量、血流遮断時刻、灌流開始時刻、灌流状態、人工呼吸器停止時間、ヘパリン化時間など〕

摘出を受けた者に対する検査の結果

血液学的検査〔血液型、HLAタイプなど〕

生化学的検査〔T-Bil、A l b、G O T、L D H、C r、B U Nなど〕

免疫学的検査〔H I V抗体、H T L V－1抗体、H B s抗原、H C V抗体など〕

その他の検査の結果

臓器摘出を受けた者及び遺族の意思（ア～ウのいずれかに○をつける）

ア 臓器摘出を受けた者が生存中に臓器を提供する意思を書面により表示している  
（表示している ・ 表示していない）

→ 遺族が臓器摘出を拒まない又は遺族がない  
（拒まない ・ 遺族がない ・ 拒んでいる）

イ 臓器摘出を受けた者が生存中に臓器を提供する意思がないことを表示していない  
（該当する ・ 該当しない）

→ 遺族が臓器摘出を書面により承諾している  
（承諾している ・ 承諾していない）

ウ ア又はイに該当しない

臓器摘出を受けた者が生存中に親族に対し臓器を優先的に提供する意思を書面により表示している  
（表示している ・ 表示していない）

**臓器摘出を拒まない・承諾した遺族**

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

臓器摘出を受けた者との続柄 \_\_\_\_\_

**臓器の摘出を行う前に脳死判定の的確実施の証明書の交付を受けた（脳死判定を受けた者から臓器の摘出が行われた場合のみ）**

（ 受けた ・ 受けていない ）

**臓器のあっせんを行った者**

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

（法人の場合は名称、所在地）

**臓器を移植に使用しなかった理由（臓器を移植に使用しないこととした場合のみ）**

**摘出医が特に必要と認めた事項**

記録日            年    月    日

記録者（摘出医） 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

（記名押印又は自筆署名）

- （注）・臓器摘出を受けた者が生存中に臓器を提供する意思を書面により表示していたときは、当該書面の写し
- ・臓器摘出を受けた者が生存中に親族に対し臓器を優先的に提供する意思を書面により表示していたときは、当該書面の写し
  - ・遺族が臓器摘出を拒まない・承諾する旨を表示した書面（写しでも可）
  - ・脳死判定の的確実施の証明書の写し（脳死判定を受けた者から臓器の摘出が行われた場合のみ）を添付のこと。



臓器移植記録書式例（省令第7条）

臓器移植記録書

移植を受けた者

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日生

移植日時 （開始時） \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 午前・午後 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分  
～（終了時） \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 午前・午後 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

移植が行われた医療機関

名称 \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_

移植医 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

（又は所属医療機関の所在地及び名称）

移植した臓器の名称 \_\_\_\_\_

（左右の別及び部位の別を含む）

移植を行う必要性

移植を受けた者に対する検査の結果

血液学的検査〔血液型、HLAタイプなど〕

生化学的検査〔T-Bil、Alb、GOT、LDH、Cr、BUNなど〕

免疫学的検査〔H I V抗体、H T L V - 1抗体、H B s抗原、H C V抗体など〕

その他の検査の結果

移植を行うことに承諾がある ( 承諾がある ・ 承諾がない )

承諾者の氏名\_\_\_\_\_

住所\_\_\_\_\_

移植を受けた者との続柄\_\_\_\_\_

臓器のあっせんを行った者

氏名\_\_\_\_\_ 住所\_\_\_\_\_

(法人の場合は名称、所在地)

移植医が特に必要と認めた事項

記録作成日 年 月 日

記録作成者(移植医) 氏名\_\_\_\_\_ 印

(記名押印又は自筆署名)

不使用臓器記録書式例（省令第15条第2項）

不使用臓器記録書

摘出を受けた者

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日生

摘出日時 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 午前・午後 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

摘出が行われた医療機関

名称 \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_

摘出した臓器の名称 \_\_\_\_\_

（左右の別及び部位の別を含む）

臓器のあっせんを行った者

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

（法人の場合は名称、所在地）

移植に使用しないこととした医師

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

（又は所属医療機関の所在地及び名称）

移植に使用しないこととした理由

医師が特に必要と認めた事項

記録作成日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

記録作成者（移植に使用しないこととした医師）

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

（記名押印又は自筆署名）

移植術実施の説明記録書式例（省令第16条）

移植術実施の説明記録書

移植を受けた者

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日生

説明を行った医師 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

（又は所属医療機関の所在地及び名称）

説明日時 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 午前・午後 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

説明を行った場所

名称 \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_

説明を受けた者

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

移植を受けた者との続柄 \_\_\_\_\_

立会人の有無 （ 有 ・ 無 ）

有の場合 立会人の氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

説明した事項

〔患者の病状、移植術を実施した場合に得られる利益と危険、移植術実施までの手順、移植術に必要な検査、手術後の検査・服薬の必要性とその危険性、その他〕

記録作成日

年 月 日

記録作成者（説明医） 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(記名押印又は自筆署名)

脳死判定承諾書

脳死の判定を受ける者

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

上記の者の脳死の判定に関する意思は、次のとおりです。（いずれかに○）

- ( ) 臓器を提供する意思を書面により表示しており、脳死の判定に従う意思がないことを表示していません。
- ( ) 臓器を提供する意思がないことを表示していません。また、脳死の判定に従う意思がないことを表示していません。

私は、脳死について説明を受け、十分に理解した上で、上記の者に臓器の移植に関する法律に基づく脳死の判定が行われることに異存ありません。

以上は家族の総意であることに相違ありません。

移植コーディネーター使用欄

<本人意思の確認>

- ドナーカード、保険証、免許証等の文書
- 臓器提供意思登録システム
- 御家族に対する確認

\_\_\_\_\_ 病院長 \_\_\_\_\_ 殿

社団法人 日本臓器移植ネットワーク 理事長 殿

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印 （記名押印又は自筆署名）

住所 \_\_\_\_\_

脳死の判定を受ける者との続柄 \_\_\_\_\_

説明者 社団法人 日本臓器移植ネットワーク  
移植コーディネーター \_\_\_\_\_ 印  
（記名押印又は自筆署名）

立会人氏名及び所属

氏名 \_\_\_\_\_ 印（記名押印又は自筆署名）

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印（記名押印又は自筆署名）

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印（記名押印又は自筆署名）

所属 \_\_\_\_\_

臓器摘出承諾書書式例

(脳死下での臓器の摘出に用いられるもの：省令第6条第3項)

臓器摘出承諾書

移植コーディネーター  
持参書式

臓器の摘出を受ける者

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

上記の者の臓器提供に関する意思は、次のとおりです。(いずれかに○)

( ) 臓器を提供する意思を書面により表示しています。

( ) 臓器を提供する意思がないことを表示していません。

私は、臓器の摘出について説明を受け、十分に理解した上で、上記の者が脳死後、移植のために臓器の摘出を受けることに異存ありません。

摘出を承諾する臓器 (摘出を承諾する臓器は○で囲み、摘出を承諾しない臓器は×を付ける)

心臓・肺(右・左)・肝臓・腎臓(右・左)・膵臓・小腸・眼球(右・左)

上記の臓器の摘出に伴って、別紙に記載した臓器に附属する組織並びに血管、臓器あるいはその一部、及び周囲組織の摘出を受けることに異存ありません。また、移植手術及びその検査に必要な脾臓の一部・リンパ節の摘出を受けることに異存ありません。

以上は家族の総意であることに相違ありません。

移植コーディネーター使用欄

<本人意思の確認>

- ドナーカード、保険証、免許証等の文書
- 臓器提供意思登録システム
- 御家族に対する確認

\_\_\_\_\_  
病院長 \_\_\_\_\_ 殿

社団法人 日本臓器移植ネットワーク 理事長 殿

\_\_\_\_\_  
年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (記名押印又は自筆署名)

住所 \_\_\_\_\_

臓器の摘出を受ける者との続柄 \_\_\_\_\_

説明者 社団法人 日本臓器移植ネットワーク

移植コーディネーター \_\_\_\_\_ 印 (記名押印又は自筆署名)

立会人氏名 (及び所属)

氏名 \_\_\_\_\_ 印 ( )

氏名 \_\_\_\_\_ 印 ( )

氏名 \_\_\_\_\_ 印 ( )

(記名押印又は自筆署名)

臓器摘出承諾書書式例

(心停止下での臓器の摘出に用いられるもの：省令第6条第3項)

臓器摘出承諾書

移植コーディネーター  
持参書式

臓器の摘出を受ける者

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

上記の者の臓器提供に関する意思は、次のとおりです。(いずれかに○)

( ) 臓器を提供する意思を書面により表示しています。

( ) 臓器を提供する意思がないことを表示していません。

私は、臓器の摘出について説明を受け、十分に理解した上で、上記の者が心臓が停止した死後、移植のために臓器の摘出を受けることに異存ありません。

摘出を承諾する臓器(摘出を承諾する臓器は○で囲み、摘出を承諾しない臓器は×を付ける)

腎臓(右・左)・膵臓・眼球(右・左)

上記の臓器の摘出に伴って、別紙に記載した臓器に附属する組織並びに血管、臓器あるいはその一部、及び周囲組織の摘出を受けることに異存ありません。また、移植手術及びその検査に必要な脾臓の一部・リンパ節の摘出を受けることに異存ありません。

なお心停止前に別紙に記載した臓器摘出手術に関連する処置を受けることに異存ありません。

以上は家族の総意であることに相違ありません。

\_\_\_\_\_  
病院長 \_\_\_\_\_ 殿

社団法人 日本臓器移植ネットワーク 理事長 殿

\_\_\_\_\_  
年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (記名押印又は自筆署名)

住所 \_\_\_\_\_

臓器の摘出を受ける者との続柄 \_\_\_\_\_

説明者 社団法人 日本臓器移植ネットワーク

移植コーディネーター \_\_\_\_\_ 印 (記名押印又は自筆署名)

立会人氏名(及び所属)

氏名 \_\_\_\_\_ 印 ( )

氏名 \_\_\_\_\_ 印 ( )

氏名 \_\_\_\_\_ 印 ( )

(記名押印又は自筆署名)

移植コーディネーター使用欄  
＜本人意思の確認＞  
ドナーカード、保険証、免許証等の文書  
臓器提供意思登録システム  
御家族に対する確認



親族優先提供に係る親族関係確認書書式例（ガイドライン第2の3）

親族優先提供に係る親族関係確認書

移植コーディネーター  
持参書式

臓器の摘出を受ける者 氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

上記の者は、脳死後又は心停止後、移植のために臓器を提供する意思を書面で表示し、その意思表示に併せて、親族に対し、当該臓器を優先的に提供する意思を表示しています。

私は、親族への優先提供について説明を受け、十分に理解しました。

移植希望登録をしている下記の者（移植希望者）は、上記の者（臓器の摘出を受ける者）の  
（配偶者・子・父・母）であることに相違ありません。  
（いずれかに○）

なお、続柄について確認可能な戸籍の謄本又は抄本（配偶者の場合は、戸籍の謄本、抄本又は住民票）を、社団法人日本臓器移植ネットワークにすみやかに必ず提出いたします。

移植希望者 氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

移植希望登録をしている臓器 \_\_\_\_\_

社団法人 日本臓器移植ネットワーク 理事長 殿

記入日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

確認者

氏名 \_\_\_\_\_ 印 臓器の摘出を受ける者との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 臓器の摘出を受ける者との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 臓器の摘出を受ける者との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

説明者

社団法人日本臓器移植ネットワーク 移植コーディネーター \_\_\_\_\_ 印

立会人氏名（及び所属）

氏名 \_\_\_\_\_ 印（ \_\_\_\_\_ ）

氏名 \_\_\_\_\_ 印（ \_\_\_\_\_ ）

氏名 \_\_\_\_\_ 印（ \_\_\_\_\_ ）

※確認者・説明者・立会人の氏名欄はすべて記名押印又は自筆署名

記録閲覧請求書書式例①（省令第9条）  
(移植に使用されるための臓器を提供した遺族が請求する場合)

記録閲覧請求書

臓器の移植に関する法律第10条第3項（記録の閲覧）の規定により、下記の記録の閲覧を請求します。

閲覧請求の年月日      \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

閲覧を請求する者

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

臓器摘出を受けた者との続柄 \_\_\_\_\_

閲覧を請求する記録の種類

(脳死判定、臓器摘出を受けた者の住所・氏名を記入する)

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

が受けた ( 脳死の判定

- ・ 臓器の摘出 ( 心臓 ・ 肝臓 ・ 肺 ・ 脾臓 ・ 小腸 ・ 腎臓 ・ 眼球 ) )

に関する記録 (閲覧を請求する記録を○で囲む)

記録閲覧請求書書式例②（省令第9条）  
（移植を受けた者又はその者の家族が請求する場合）

記録閲覧請求書

臓器の移植に関する法律第10条第3項（記録の閲覧）の規定により、下記の記録の閲覧を請求します。

閲覧請求の年月日      \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

閲覧を請求する者

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

移植を受けた者との続柄 \_\_\_\_\_

閲覧を請求する記録の種類

（臓器移植を受けた者の住所・氏名を記入する）

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

が受けた 臓器の移植（ 心臓 ・ 肝臓 ・ 肺 ・ 脾臓 ・ 小腸 ・ 腎臓 ・ 眼球 ）

に関する記録（閲覧を請求する記録を○で囲む）

記録閲覧請求書書式例③（省令第9条）

（臓器あっせん機関（法第12条第1項の許可を受けた者）が請求する場合）

記録閲覧請求書

臓器の移植に関する法律第10条第3項（記録の閲覧）の規定により、下記の記録の閲覧を請求します。

閲覧請求の年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

閲覧を請求する者

氏名 \_\_\_\_\_  
（法人にあつては、その事務所の所在地及び名称）

住所 \_\_\_\_\_

閲覧を請求する記録の種類

（脳死判定、臓器摘出又は臓器移植を受けた者の住所・氏名を記入する）

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

が受けた（ 脳死の判定

・ 臓器の摘出（ 心臓 ・ 肝臓 ・ 肺 ・ 脾臓 ・ 小腸 ・ 腎臓 ・ 眼球 ））

・ 臓器の移植（ 心臓 ・ 肝臓 ・ 肺 ・ 脾臓 ・ 小腸 ・ 腎臓 ・ 眼球 ））

に関する記録（閲覧を請求する記録を○で囲む）

## 臓器のあっせんの帳簿書式例（省令第13条）

あっせんを行った相手方の住所及び氏名  
（法人にあっては、事務所の所在地及び名称）

あっせんを行った年月日

あっせんを行った具体的手段

あっせん手数料

（注）臓器の摘出を受けた者が生存中に親族に対し臓器を優先的に提供する意思を書面により表示していた場合であって、当該意思により当該親族が移植術を受けたときは、以下の書類を添付のこと。

- ・臓器の摘出を受けた者が生存中に親族に対し臓器を優先的に提供する意思を表示した書面の写し
- ・臓器の摘出を受けた者と当該臓器を使用した移植術を受けた者との親族関係を明らかにすることができる書類

付録 4：臓器提供者(ドナー)適応基準

2011年3月15日現在

	心臓	心肺同時	肺	脾臓(脳死下)	脾臓(心停止下)	肝臓	腎臓	小腸
1 右記の疾患又は状態を伴わないこととする。	(1)心疾患の既往 (2)心電図、心エコー図などによる心疾患の所見 (3)大量のカテコラミン剤の使用(例：ドパミン10μg/kg/minにても血行動態の維持が困難な場合)					(1)全身性の活動性感染症(注1-1、注1-2) (2)HIV抗体、HTLV-1抗体、HBs抗原、HCV抗体などが陽性 (3)クロイツフェルト・ヤコブ病(vCJD)及びその疑い(注1-3) (4)悪性腫瘍(原発性脳腫瘍及び治療したと考えられるものを除く。)	(1)血液生化学、尿所見等による器質的腎疾患の存在 (2)HCV抗体陽性	(1)小腸疾患又はその既往 (2)細菌感染を伴う腹部外傷 (3)HCV抗体陽性
2 右記の疾患又は状態を伴う場合は、移植の適応を慎重に検討する。	(1)心疾患の既往 (2)心電図、心エコー図などによる心疾患の所見 (3)大量のカテコラミン剤の使用(例：ドパミン10μg/kg/minにても血行動態の維持が困難な場合)	臨床的に肺疾患が存在する場合		(1)細菌感染を伴う腹部外傷 (2)脾の機能的又は器質的障害 (3)糖尿病の既往 (4)一過性の心停止 (5)低血圧 (6)低酸素血症 (7)無尿 (8)高Na血症 (9)ノルアドレナリンや15μg/kg/分以上のドーパミンの投与 (10)脾機能、肝機能の異常値		(1)病理組織学的な肝臓の異常 (2)生化学的肝機能検査の異常 (3)1週間以内の腹部、消化管手術及び細菌感染を伴う腹部外傷 (4)胆道系手術の既往 (5)長期の低酸素血症 (6)高度の高血圧 (7)長期の低血圧 (8)HCV抗体陽性 (9)HBc抗体陽性 (10)先天性の代謝性肝疾患の保有の可能性がある者 (11)重度糖尿病、過度の肥満、重症熱傷その他の重度の全身性疾患		
3 望ましい年齢	50歳以下	50歳以下	70歳以下	60歳以下	60歳以下	70歳以下	70歳以下	60歳以下
付記 上記の基準は適宜見直されること。								
注1-1:「ウエストニール病、脳炎」の取り扱い (1)臓器あっせん機関は、臓器提供施設(医師)に臓器提供者が4週間以内の海外渡航歴があるかを確認し、渡航歴がある場合はPCR検査及びウエストニールウイルスIgM検査等を行い、ウエストニールウイルス陽性でないことを確認する。ウエストニールウイルス陽性でないことが確認されない場合は、当該提供者の臓器を移植に用いない。 (2)陽性とならなかった場合においても、臓器のあっせん機関は、移植医が患者に対して移植に伴う感染のリスクを十分説明するよう促すこと。 注1-2:「狂犬病」の取り扱い (1)臓器あっせん機関は、臓器提供者の過去7年以内の海外渡航歴、及び海外における哺乳動物による咬傷等の受傷歴を確認し、海外渡航歴及び受傷歴のある場合には、移植医に対して、狂犬病及び移植に伴うその感染リスク等について、患者に対して十分に説明するよう促すこと。 (2)上記(1)の場合において移植が行われたときは、臓器のあっせん機関は、移植医に対して狂犬病の発症に関する患者のフォローアップを十分行うよう促すこと。 注1-3:「ヒト胎盤エキス(プラセンタ)注射剤」の取り扱い (1)臓器あっせん機関は、ヒト胎盤エキス(プラセンタ)注射剤の使用歴を有する者からの臓器の提供は、原則として見合わせる。ただし、当分の間、当該臓器提供者がvCJD並びに移植に伴うその感染リスク及び移植後の留意点について、移植医から適切な説明を受けた上で当該臓器提供者からの臓器の提供を受ける意思を明らかにしている場合にあってはこの限りではない。 (2)上記(1)の場合において移植が行われたときは、臓器のあっせん機関は、移植医に対してvCJDの発症に関する当該臓器提供者のフォローアップを十分行うよう促すこと。 注2:最大気道内圧<30cmH2O(1回換気量15ml/kg、PEEP=5cmH2Oの条件下) 注3:PaO2>300Torr(FiO2=1.0、PEEP=5cmH2Oの条件下)又はPaO2/FiO2>250~300Torr(PEEP=5cmH2Oの条件下)								

ドナー適応判断の際の問診 国・地域

疾患	対象国	渡航歴		見解	厚生労働省通達
		通算滞在歴	滞在期間		
クロイツフェルト・ヤコブ病	A-① イギリス	1ヶ月以上 (1996年まで)	1980年～ 2004年	左に掲げる欧州渡航歴を有する者からの臓器の提供は原則として見合わせるものの、移植医療における緊急性、代替性等にかんがみ、当面の間、欧州渡航歴を有する場合であっても、臓器あっせん機関は、レピント候補者の候案を行うこととし、当該レピント候補者が変異型加ワイルト・ヤコブ病並びに移植に伴うその感染リスク及び移植後の留意点について移植医から適切な説明を受けた上で、当該臓器提供者からの臓器の提供を受ける意思を明らかにしている場合にあってはこの限りではない。	平成15年11月12日 健発第0207009号改訂  平成17年6月20日 健発第0620003号改訂  平成22年1月27日 健発第0127第1号改訂
	A-② アイルランド、イタリア、オランダ、スペイン、ドイツ、フランス、ベルギー、ポルトガル、サウジアラビア	6ヶ月以上	1980年～		
	A-③ スイス	6ヶ月以上	1980年～		
	B-① オーストリア、ギリシャ、スウェーデン、デンマーク、フィンランド、ルクセンブルグ	5年以上	1980年～ 2004年		
	B-② アイスランド、アルバニア、クロアチア、ハンガリー、スロバキア、スロベニア、セルビア、モンテネグロ、チェコ、バチカン、ハンガリー、ブルガリア、ポーランド、ロシア、ウクライナ、マケドニア、マルタ、モナコ、ノルウェー、リトアニア、エストニア	5年以上	1980年～		
ウエストナイル熱・脳炎	海外全域	提供前4週間以内		渡航歴のある場合にはPCR検査及びIgM検査を行い、ともに陽性でないことを確認する。 陽性でないことが確認できない場合は移植に用いないこと。	平成15年7月1日 健発第0701003号 平成16年12月2日 健発第1202007号改訂 平成18年10月25日 健発第1025003号
重症急性呼吸器症候群 (Severe Acute Respiratory Syndrome; SARS)	WHOが公表したSARSの伝播確認地域 (平成16年11月末現在はありません) i 疑い例：38度以上の急な発熱・呼吸器症状を呈し、以下のいずれか1つ以上の条件を満たす者。 ①発症10日以内にSARSの伝播地域に旅行・居住した者。 ②発症10日以内に「疑い例」・「可能性例」を看護/介護/介護/接触した者。 ii 可能性例：疑い例のうち、次のいずれかの条件を満たす者。 ①胸部レントゲン写真で肺炎、呼吸器追症候群の所見を示す者。 ②SARSコロナウイルス検査の1つ又はそれ以上で陽性となった者。 iii 除外例：他の診断によって症状が説明できる場合は除外。	提供前3週間以内		①渡航歴・滞在歴がある場合は、臓器等は移植に用いないこと。 ②疑い例：完全回復し、治療後1ヶ月間は移植に用いないこと。 ③可能性例：完全回復し、治療後3ヶ月間は移植に用いないこと。	平成15年5月19日 健臓発第0519001号
狂犬病	海外全域	提供前7年以内		海外渡航歴、及び海外における哺乳動物による咬傷等の受傷歴を確認 ①渡航歴・受傷歴があった場合は、移植医に対して、狂犬病及び移植に伴うその感染リスク等について、患者に対して十分に説明するよう促すこと。 ②移植が行われたときは移植医に対して狂犬病の発症に関する患者のフォローアップを十分行うよう促すこと。	平成17年6月29日 健発第0629002号
新型インフルエンザ (豚インフルエンザ)	外務省より不要不急の旅行を延期するよう勧める危険情報が 発出されている国 (平成22年2月1日現在はありません) (1) 新型インフルエンザおよびその疑い(届出基準)に該当する場合 (2) 提供前7日以内に、新型インフルエンザおよびその疑い(届出基準)に該当する者を看護・介護・介護、同居、近距離で接触、気道分泌物や体液に触れたことがある場合	提供前7日以内		当該候補者の臓器等を移植に用いない。	平成21年4月30日 健臓発第0430001号 平成21年5月13日 健臓発第0513001号





---

## 臓器提供施設マニュアル

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業

「臓器提供施設における院内体制整備に関する研究（研究代表者 有賀徹）」

臓器提供施設のマニュアル化に関する研究班

発行 平成 23 年 3 月 30 日

研究分担者(班長) 篠崎 尚史

東京歯科大学市川総合病院角膜センター

〒 272-8513 千葉県市川市菅野 5-11-13 TEL 047-324-5800

---

制作 株式会社へるす出版事業部

〒 164-0001 東京都中野区中野 2-2-3 TEL 03-3384-8177

印刷・製本

株式会社メイク 〒 162-0801 東京都新宿区山吹町 350

