

供が可能となるために当研究班は以下のことを提言する。

- 1, 意思表示カードの呈示を目的とした臨床的脳死診断は廃止する。
- 2, 臓器提供者家族への承諾書は簡略化し、省略可能なものは廃止する。
- 3, 法的脳死診断の第1回目と第2回目の間に臓器提供、臓器摘出に向けた種々の手続きが可能となるようにする。
- 4, 従来の脳死判定基準では判定が不可能な症例（鼓膜損傷、頸髄損傷、視力あるいは聴力損傷の患者）でも判定が可能な脳死判定新基準を作成する。
- 5, 集中治療室でしばしば使用し、中枢神経系に影響を及ぼす種々の薬剤を使用している際の、具体的な脳死判定の方法を明らかにする。
- 6, 臓器提供者の特定ができないようなシステムの構築が必要である。
- 7, 以上の問題点を解決する新しい脳死下臓器提供の手順を作成する必要がある。

F. 研究発表

- 1, 論文発表
 - 1) 大塚敏文：平成9年度厚生省厚生科学研究特別研究事業「臓器移植へむけた医療施設の整備状況に関する研究」
 - 2) 横田裕行、黒川顕、山本保博：厚生省脳死判定基準による脳死判定の進め方 救急医学 22:75-759,1998
 - 3) 横田裕行：脳死判定法 新・図解日常診療手技ガイド Medical Practice 18:234-240, 2001
 - 4) 横田裕行、黒川顕、山本保博：わが国における脳死の発生と臓器提供者の登録 救急医学 24:1765-1768, 2000
 - 5) 山本保博、横田裕行：日本臨床麻酔学会第21回大会（2001年10月18日）シンポジウム（臓器移植と手術室）：臓器提供サイドからみた臓器摘出手術の問題点
 - 6) 山本保博、小井土雄一、横田裕行、山本保博：第37回日本移植学会総会（2001年12月15日）、

2, 学会発表

G. 参考文献

- 1) 臓器の移植に関する法律、平成9年7月16日、法律第104号
- 2) 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）、平成9年10月8日、健医発第1329号
- 3) 臓器の移植に関する法律施行規則 厚生省令第78号 平成9年10月8日
- 4) 大塚敏文：平成9年度厚生省厚生科学研究特別研究事業「臓器移植へ向けた医療施設の整備状況に関する研究
- 5) 脳死下での臓器提供に係わる質疑応答集 1999
- 6) 法的脳死判定マニュアル 厚生省厚生科学研究費特別事業「脳死判定手順に関する研究班」平成11年度報告書
- 7) 田中秀治、松田岳人、島崎修次：脳死体における呼吸・循環動態・各臓器の変化とその管理、救急医 2000;24:1759-1764.
- 8) 横田裕行、黒川顕、山本保博、他：臓器提供施設からみた臓器提供手順の問題点、日救急医学会誌 2002;13:73-77

図1：脳死下臓器提供 14例における臨床的脳死判定からの所要時間

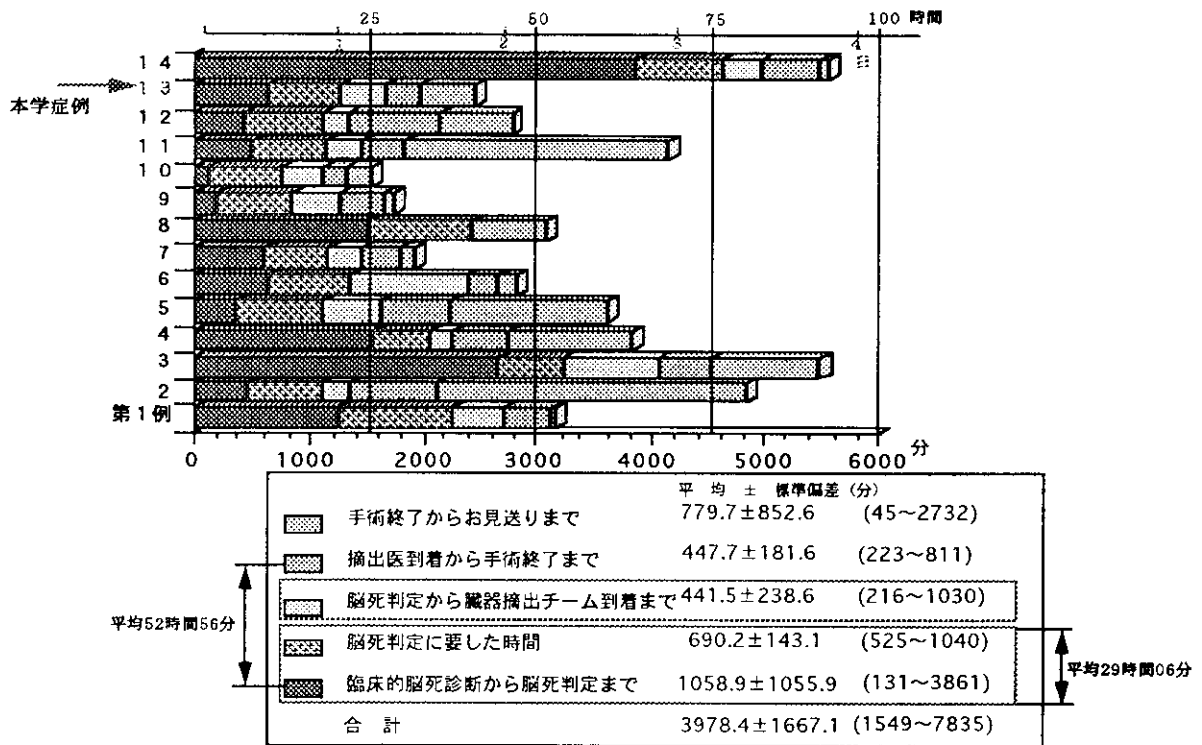
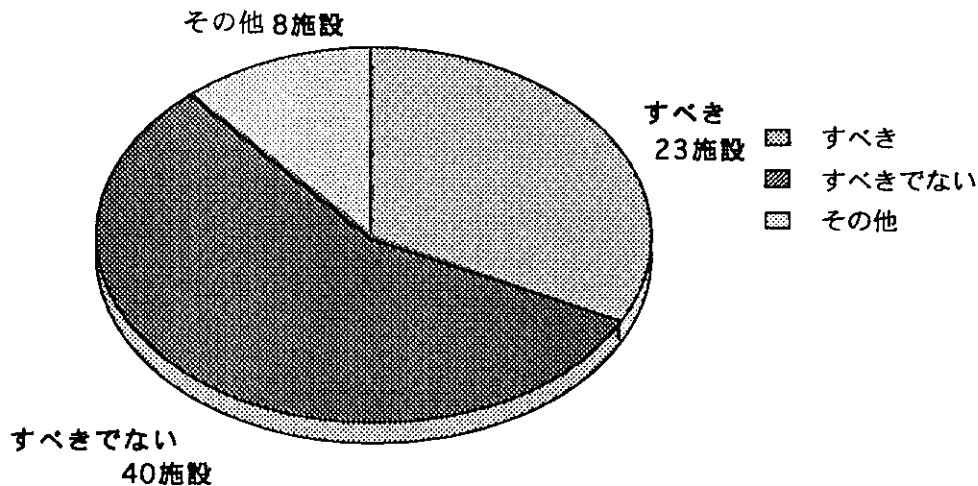


図2：ガイドラインは変更すべきか

(日本臓器移植ネットワーク関東甲信越ブロックセンター 第2回臓器の提供に関する懇話会資料から)



研究課題 臓器提供にかかわる看護師の意識および今後の課題に関する研究

分担研究者 山勢善江 日本赤十字九州国際看護大学助教授
研究協力者 山勢博彰 山口大学医学部保健学科講師
早坂百合子 日本医科大学付属病院高度救命救急センター婦長
渡辺淑子 杏林大学付属病院高度救命救急センター婦長
佐藤憲明 日本医科大学付属病院高度救命救急センター救急看護認定看護師

研究要旨

本研究は、脳死下での臓器提供側の医療施設における、主として看護システム上の問題点をクローズアップし、改善すべき課題や、検討すべき課題を明らかにする目的で行った。方法は脳死下での臓器提供を実施した施設の病棟看護管理者3名に、困難さを感じた事柄について聞き取り調査した結果を基に半構成的質問紙を作成し、臓器提供を行った18施設の看護管理者を対象にアンケート調査を実施した。

その結果、各職種毎の準備体制はできているが、職種相互の連携に問題があること。臓器提供を行った施設の中でもシミュレーションが行われていない施設が半数あったこと。脳死下での臓器移植を行う上で、院内システムの整備だけでは限界があり、ハード面・ソフト面・費用負担に関するシステムの整備が望まれていること。また、看護師が主体的に行っていくべき課題として、脳死下での臓器移植時の実際の業務の流れや、スタッフの勤務調整などについて情報を共有化すること、家族ケアにおいて重複した役割を担うコーディネータと、効果的な連携をはかること、ドナーおよび家族への終末期ケアについて検討すること等が明らかになった。

A. 研究目的

欧米での脳死からの臓器移植に関する看護研究を概観してみると、臓器管理するかに関するものや、ドナーの家族へのケアに関するものが多くを占めている。

一方、国内での臓器移植に関する看護研究は、臓器管理は勿論のこと、家族ケアについても事例研究にとどまるものがほとんどである。これは臓器移植法施行以来、脳死からの臓器移植が未だ18例（平成14年2月現在）であることを踏まえると、当然の結果とも言えよう。現段階では臓器移植が行われる際、臓器摘出を行う施設の看護師は、救命医療から、ドナー発生、脳死判定、臓器摘出、そして出棺まで、ドナーおよびその家族へのケアを担う医療者の一員である。しかし、これまでドナーおよび

その家族に関わる看護師の意識について調査したものは少なく、現状の問題さえ明らかになっていないのが事実である。そこで、本調査では臓器提供施設の看護師として、どのような点に困難さを感じたかについて明らかにし、今後の脳死からの臓器移植の社会的基盤整備に関する基礎資料とする。

B. 研究方法

- 1) 対象：臓器提供をおこなった施設の当該病棟の看護管理者18名。
- 2) 期間：平成13年10月～平成14年2月
- 3) 方法：①臓器提供施設の病棟看護管理者3名に聞き取り調査をし、臓器提供に伴う困難さの概要を抽出し整理した。②①の結果を基に作成した半構成的質問紙を18名に郵送し、回答記入後返送してもらった。

依頼用紙に質問紙は無記名であり、また返送は自由であることを記載し、研究参加への倫理的配慮を行った。

C. 研究結果

18名に質問紙を配布した結果、9名(回収率50%)から返信が得られた。

1) 臓器提供に関する院内の準備体制について

①各職種の準備体制

医師・看護師・その他の関連職種の各々の準備体制は「ほぼ整っていた」と答えたものが7名であった。

②シミュレーション・学習会の実施

シミュレーションや学習会を「行っていなかった」5名、「行っていた」は4名であった。行っていなかった理由としては、「マニュアルを作成したことで、実施可能という思いがあった」「脳死下臓器提供が予想以上に早く発生した」等があった。

2) 臓器提供に関する院内システム(施設・物品・人的資源等)について

「問題なし」と答えた者が5名、「少し問題あり」との答えが3名あった。どのような問題であったか尋ねたところ「マニュアルやシミュレーションでは中央手術室を使い、介助も手術室看護師ということになっていたが、実際には当日予定手術が組まれており、臓器摘出術をするための手術室も看護師の確保も不可能であった。このため通常稼働させていない手術室を使用し、救命センターの看護師が介助にあたったが、物品が不十分で中央手術室から集める必要があった」「摘出チームの準備不足物品を提供施設が拠出したが、このような場合のコストはどうなるのか」などであった。

3) 臓器提供時の看護体制について

①特別な看護チームの編成

「編成した」が4名、「編成しなかった」が4名であった。「編成した」理由やどのような編成にしたかの質問に対して「初めてのことであったため、各シフトで十分に判断力のある看護師が受け持つようにした」「家族へのサポートのため、担当看護師を決め、さらに婦長・主任で関わった」などがあった。また「編成しなかった」理由としては、「あえて特別な症例とは考えなかった」「入院中の他の患者への看護の質も保証する必要がある」などが述べられている。

②脳死判定・臓器提供・退院までの期間の看護体制上の問題点

ほぼ全ての施設で「問題なかった」と答えながらも、自由記述の部分では「脳死判定から退院までの所要時間の予測がつかず、スタッフの勤務調整が難しかった」と勤務調整に関する困難さについて述べていた。

4) 看護師と他職種との連携について

①医師との連携

「問題なし」8名であった。

②コーディネータとの連携

「問題なし」6名、「少し問題あり」3名であった。問題ありの内容は「看護師とコーディネータの役割分担が明確でなかったため、家族への対応でとまどった場面があった」など家族への対応に関するものが多かった。

5) 報道機関への対応について

「問題なし」4名、「問題あり」4名であった。問題があったと答えたのは、比較的早期に臓器移植が行われた施設であった。報道機関に対する問題は「患者の自宅まで行き、家族は家に帰れない状態であった」「廊下で食事をしたり、頻繁に携帯電話

話を使ったりして大変迷惑であった」「職員の自宅まで取材に来た」「家族になりすまして面会時間に病棟に入ろうとした」など、臓器移植開始当初は報道機関も自主規制が効かず、これらの過剰取材・報道に対して病院側はかなりの混乱が起こったわかる。

6) 脳死患者・ドナー患者への看護について

臨床的脳死判定・法的脳死判定・臓器摘出・退院までの全過程を通じて、6名は看護そのものに「問題はなかった」と答えている。しかし、2名は「法的脳死判定が終了し、ドナーになることが確定した時点から、本来ならば終末期ケアを積極的に行いたいところであるが、ドナー管理や検査があり、思うようなケアが行えなかった」と答えていた。

7) 脳死患者家族・ドナー家族への看護について

家族への看護については「十分なケアができなかった」としている施設が多いことが特徴である。その理由として「早期（臨床的脳死）から、個室を準備したかったが、病棟の状況からそれができず、家族が患者と過ごす時間が十分にとれなかった」「家族待機室を病棟近くに確保することができなかったため、連絡を密に取れず家族の状況を把握できなかった」「コーディネータと看護師との役割分担が十分に確認されていなかったため、重要な情報が家族に伝わっておらず、戸惑わせてしまう場面があった」等が記述されていた。

D. 考察

1) 院内の準備体制

回答のあった病院において、各職種毎には準備できていたが、職種間相互の調整が

不十分であり、シミュレーションが効果的に実施されていない施設が約半数あったことがわかった。しかし、各施設での一例目の臓器提供後は、院内全体でのシミュレーションや学習会の必要性を感じ、実施している施設が多くなっている。

2) 院内システム

ドナー発生から実際の臓器摘出までには数日間はあるものの、その間院内では通常の診療も行われており、マニュアルやシミュレーション通りに人的・物的資源を集めることが困難であったことがわかった。今後脳死下での臓器移植件数が増加すれば、院内のハード・ソフトともにスタンディングしておくことが可能かもしれない。また欧米のように脳死判定までが救急医の役割であり、その後の一連の手続きはすべてコーディネータが担うシステムがあれば、今回の調査結果のような院内システムの問題も解決される。しかし、現段階では院内にハード・ソフトを常にスタンディングさせておくことは費用対効果から考えても、全く現実的ではない。だからといって臓器提供施設の様々な負担を見過ごすわけにもいかないだろう。今後院内システムも含めた臓器移植一連のシステムを整備する必要があると思われる。さらに、臓器移植に伴う費用負担に関して「実際に脳死下臓器移植を行ってみて、実施施設が負担すべき人的・物的負担の大きさを認識した。臓器提供施設に指定はされているが、一民間病院には負担が重すぎる」との意見も聞かれた。これは平成12年度の太田宗夫らの厚生科学研究でも報告されており、費用負担の明確化が早期に望まれる。

3) 看護体制

特別な看護チームを編成した施設と、しなかった施設が4施設ずつであった。いず

れの施設でも看護体制上困難を感じたのは、脳死判定から退院までのスタッフの勤務調整であった。今回の調査結果では、主任や婦長など看護管理者がかなり実働やスタッフのフォローなどに入っていたことがわかった。今後は学会などを通じて、脳死下での臓器移植時の実際の業務の流れや、プラスαの人員調整が必要か否かなどの情報の共有化の機会が必要になるだろう。

4) 看護師と他職種との連携

コーディネータとの連携において、家族への対応の点で多少の問題があることがわかった。看護師はこれまで患者およびその家族を一つの単位としてケアする事を看護の役割と認識し、またそれを実践してきた。しかし、臓器移植が行われる場合、家族ケアの部分で看護師と重複した役割を持つコーディネータが存在する。患者・家族に関わる専門職として、お互いの役割を再確認していく必要があると思われる。今回の調査で、臓器移植後コーディネータとの反省会や、勉強会をはじめている施設もあった。

5) 報道機関への対応

比較的早期に脳死下臓器移植が実施された施設では、病院をあげて報道機関への対応に多大なエネルギーを費やしていた。当初の報道のあり方が社会的にも大きな問題となったため、その後は患者情報の公開時期やその内容について検討がなされたこともあり、現在ではそれほど大きな問題がなくなってきたことが、今回の調査結果からも明らかになった。

6) ドナー患者および家族への看護

今回の調査結果では、看護師はドナーおよびその家族に対して、終末期ケアを十分に行うことができなかつたと認識していることが特徴である。救急看護領域では、臨

死患者を看取る割合も多く、救急患者の終末期ケアについても学会等で話題になることもある。しかし、今回のような脳死下で臓器移植を行う患者の終末期ケアは、これまでの範疇では捉えきれない難しさがあったものと思われる。「前例がない」「何が正しいのかわからない」という不安を抱えながらの、暗中模索のケアだったのではないだろうか。ケアの正否は最終的には患者や家族に直接尋ねる方法しかないが、唐突に尋ねられる性質のものではない。今回の回答の中には、コーディネータとともに、定期的に遺族を訪れ仏前にお参りし、遺族との連絡をとっている施設もあった。脳死下での臓器提供自体が始まったばかりであり、さらにそのドナーおよび家族への終末期ケアは、救急医療や移植医療に関わる看護師にとって、今後検討すべき重要なテーマとなるであろう。

E. 結論

平成14年2月までに脳死下での臓器提供を実施した施設の病棟看護管理者を対象に、困難さを感じた事柄についてアンケート調査を行った。その結果以下のことが明らかになった。

- ①各職種毎の準備体制はできているが、職種相互の連携に問題があった。
- ②シミュレーションが効果的に行われていない施設ほど、様々な点で戸惑うことが多かった。
- ③院内システムの整備だけでは限界があり、ハード面・ソフト面・費用負担に関するシステムの整備が必要である。
- ④実際の業務の流れや、スタッフの勤務調整などについて情報の共有化をしていく必要がある。
- ⑤家族ケアにおいて重複した役割をになうコーディネータと、効果的な連携をはかることが重要である。

⑥臓器移植開始当初は報道機関への対応にエネルギーを費やした。

⑦ドナーおよび家族への終末期ケアについて様々な課題が残されており、脳死下での移植医療に関わる看護師にとって、今後検討すべき重要なテーマである。

分担研究報告書

『臓器提供病院における医師の役割と問題点』

分担研究者	大和田隆	北里大学医学部救命救急医学教授
研究協力者	北原孝雄	北里大学医学部救命救急医学助教授
	有賀徹	昭和大学医学部救急医学教授
	横田裕行	日本医科大学多摩永山病院救命救急医学助教授
	唐澤秀治	船橋市立医療センター脳神経外科部長
	野村知子	北里大学病院救命救急センター 移植コーディネーター主任
	加藤治	社団法人日本臓器移植ネットワーク チーフコーディネーター

研究要旨

本邦で脳死移植が普及しない問題点を臓器提供病院における医師の観点から検討するため昨年度は、臓器移植先進国（米国、ドイツ等）を中心に情報収集した。本年度は、その臓器移植先進国と本邦の相異を基に日本の臓器提供病院がいかに肉体的、精神的負担なく臓器提供に関与できるかについて医師の役割を明確にし、それに関わる制度などの改善策、問題となる課題について検討した。方法：本邦の脳死臓器提供について、臓器提供側の医師の意見、施設の状況を詳細に広く把握するため、アンケートを実施した。アンケート依頼先は既に脳死臓器提供を経験した施設、脳死臓器提供指定施設、そして脳死臓器提供指定施設でない救急告示かつ脳神経外科を標榜している施設 1990 施設を対象に実施した。結果及び考察：脳死臓器提供経験施設は臓器提供に比較的積極的な傾向にあった。脳死臓器提供は提供側医師にとって負担が大きく、その対策として、責任範囲の軽減、手続の緩徐が挙げられた。手続き上の改善に対しては、提供側医師の裁量を考慮し、自然な医療の流れで行うことが挙げられた。脳死臓器提供を増やす改善策として、提供医師の精神的、肉体的負担の軽減、ネットワークの啓発強化が挙げられた。移植法施行以降は、心停止下腎移植の提供数は減少し、脳死臓器提供未経験施設、指定外施設では、消極的になったとの回答があった。以上より現マニュアル・ガイドラインの改良を行い、救急医の裁量を考慮し、手続きに縛られず自然な医療の流れで提供できる手続きに改良すべきと考える。しかし一方で海外とは異なる日本独自の医師、家族間の関係を浮き彫りにした結果も得られ、意識改革の他、役割分担が整備され、提供側の負担を除く事が当面の代償と考える。6 歳未満の小児脳死判定、15 歳未満の意思表示の扱いについても、しかるべき基準の確立と救急医の負担を取り除く作業が合致できればこの問題にも進展がみられることと考えられる。

はじめに

昨年度は本研究にて、脳死臓器移植における提供側医師の態度、役割、意義につき脳死臓器移植先進国と比較、検討した。

その結果、諸外国においては、1) 脳死が死であることが広く浸透しており、脳死が特別な事象として扱われず、心臓死と同感覚に死という認識がある、2) 脳死は純医学的裁量範疇である、3) 脳死臓器提供は、通常の治療から逸脱することなく、脳死判定後死亡宣告し、後は専門家へと明確化されている路線に預けることができる、などから脳死臓器提供側医師には特段精神的、肉体的負担は存在せず、これが脳死移植を円滑に進めている一つの大きな要因であると考えられた。

今年度はこの結果を踏まえて、本邦において脳死移植が普及しない問題点を臓器提供病院における医師の観点から検討すべくアンケート調査を実施した。

方法

臓器提供側の医師の意見、施設の状況把握をアンケート形式で実施した。アンケートは、A) 脳死臓器提供経験施設、B) 脳死臓器提供未経験の脳死

臓器提供指定施設、C) 脳死臓器提供指定外施設（救急告示かつ脳神経外科を標榜）の3群を対象に行った。アンケート回収率はA)、B)、C)それぞれ18/18施設(100%)、227/395施設(57%)、403/1577施設(26%)であり、全体では629/1990施設(33%)であった。

アンケートは、1) 提供側の医師としての立場、2) 脳死臓器提供手続き、3) 脳死判定、4) ネットワーク、移植コーディネーター、移植医への要望、5) 一般の脳死臓器提供への認識、6) 死体腎提供、7) 小児脳死判定、8) 意思表示カードなどに関して施行した。

結果

1) 脳死臓器提供経験施設に対して
脳死臓器提供経験施設では、17/18施設が『脳死臓器提供が負担』であったと回答し、負担と感じた点は図1に示す。『マスコミ対応』89%『院内体制』72%に続き『精神的重圧』が67%にみられた。またこれを軽減する方策として、多いものでは、『提供側医師の責任範囲の軽減』『手続きの緩徐』がそれぞれ41%、『専門のドナー管理者を斡旋』が29%にみられた。

2) 現状に対して

a) 現在の脳死臓器提供施設の条件について (図 2)

A,B,C 3 群とも『条件を厳しくする』はほとんどなく、『現状』か『条件を緩くする』が多くを占めた。

b) 現在の脳死判定医の条件について (図 3)

A,B,C 3 群とも『現状でよい』が半数、『すべての医師が行える』とするものが 25%弱を占めた。

c) 現在の臓器提供意思表示カードについて (図 4)

『記入上の不備が目立つため書式を変更すべき』が、経験施設で半数以上にみられた。

d) 6 才未満の小児に対する脳死判定について (図 5)

『判定すべきでない』は A 群 6%、B 群 15%、C 群 18%と各群差があり、『基準を設けて判定すべき』が A,B,C 3 群とも半数以上あり、特に A 群 67%で前向きな姿勢が受け取れた。

e) 15 歳未満の臓器提供に対する意思表示の扱いについて (図 6)

A,B,C 3 群とも、『ある一定の年齢以下の場合には親権者の意思、それ以上は本人意思』あるいは『本人意思でなく親権者の意思で可能にする』は、A 群は 50%と B、C 群より前向きな姿勢が受け取れた。

3) 脳死臓器提供に対する提供側医師の態度 (図 7)

『脳死の患者全てに積極的に対応する』は A 群 17%、B 群 6%、C 群 6%と少なく、『脳死患者の意思、家族の意思を尊重する』といったものが A,B,C 3 群と半数であったが、A 群の経験施設で 56%と若干積極的な姿勢がみられた。

4) 脳死臓器提供はどこまで関与すべきか (図 8)

『初療から出棺まで全て関与』は A 群 50%、B 群 45%、C 群 30%の順で低くなり、『法的脳死判定まで関与』はその逆の傾向がみられた。経験と理論に格差がみられた。

5) 心停止下での腎臓提供に関して

『心停止下での腎臓提供の経験がある』は A 群 56%、B 群 43%、C 群 18%であり、経験がある施設に以下の質問を行った。

a) 移植法施行後の提供数の変化 (図 9)

『増加』は極めて少なく、『減少』—『不変』が大部分を占めた。

b) 移植法施行前後の対応の変化 (図 10)

『積極的になった』は極めて少なく、『不変』が大部分で、B 群、C 群では『消極的になった』が 20%前後にみられた。

c) 心停止下腎臓提供減少の要因 (図 11)

A,B,C 3 群とも、『提供にかかわる煩

雑さ』が半数以上あり、『日常の激務』がB,C群で20%以上みられた。

『脳死移植との混同』『移植法の存在』はA群23%, B群10%, C群4%にみられた。

6) 脳死臓器提供手続きで改善すべきところ (図12)

『現状より詳細化してほしい』はA,B,C3群とも極めて少なく、『現状でよい』がA群33%, B群47%, C群35%であり、『救急医の裁量を考慮すべき』『手続きに縛られず自然な医療の流れにすべき』がそれぞれA群44%, 39%, B群14, 23%, C群11, 32%にみられ、A群の『救急医の裁量を考慮すべき』が特徴的であった。

7) 脳死臓器提供を増やすための改善策 (図13)

『提供医の精神的、肉体的負担の軽減』がA群67%, B群60%, C群54%と多く、次いで『日本臓器移植ネットワークの啓発強化』が約40%にみられた。『提供に協力した施設・医師へ何らかの恩恵』はA群の経験施設で39%と頻度が高かった。

まとめ

脳死臓器提供に関して、経験施設、未経験施設、指定外施設の提供側医

師より実態を把握した。

1. 脳死臓器提供経験施設は臓器提供に比較的積極的な傾向にあった。
2. 脳死臓器提供は提供側医師にとって負担が大きく、その対策として、責任範囲の軽減、手続の緩徐が挙げられた。
3. 手続き上の改善に対しては、提供側医師の裁量を考慮し、自然な医療の流れで行うことが挙げられた。
4. 脳死臓器提供を増やす改善策として、提供医師の精神的、肉体的負担の軽減、ネットワークの啓発強化が挙げられた。
5. 移植法施行以降は、心停止下腎移植の提供数は減少し、脳死臓器提供未経験施設、指定外施設では、消極的になったとの回答があった。

課題

以上の結果からの問題点は、大きく次の3点にしぼられる。

- 1) 現マニュアル・ガイドラインの改良

提供経験施設が特徴的回答を示した「脳死臓器提供手続きで改善すべきところ」のように、現マニュアル・ガイドラインによる縛りが精神的負担を大きくしている一つであると考えられる。救急医の裁量を考慮し、

手続きに縛られず自然な医療の流れで提供できる手続きに改良すべきと考える。

2) 日本の医療風土での臓器提供

昨年度、日本での脳死臓器提供を根付かせるために、移植先進国との比較を行った。今回の課題 1) でも挙げたように救急医の裁量の考慮や負担の軽減を取り除くこととし、具体的には提供医がかかわる時期は脳死判定までと理論上提言した。今回のアンケートでもその要望は明らかであったが、提供経験施設の半数が初療から出棺まで対応せざるを得ない現状を回答したと推察する。やはり海外とは異なる日本独自の医師、家族間の関係が浮き彫りにされた結果

であり、このあたりの意識改革も必要と考える。

但し、この意識改革は早々に変わる事ではないことから、具体的に脳死判定、家族対応、ドナー管理、移植コーディネーターの身分の確立及び権限の充実等、役割分担が整備され、提供側の負担を除く事が当面の代償と考える。

3) 6歳未満の小児脳死判定、15歳未満の意思表示の扱いについては、3施設とも、特に提供経験施設では顕著に積極的な対応の回答が多かった。これらを考慮すると、しかるべき基準の確立と救急医の負担を取り除く作業が合致されればこの問題にも進展がみられることと考える。

図 1

脳死臓器提供経験施設—負担に感じたところ

(複数回答可, %表示)

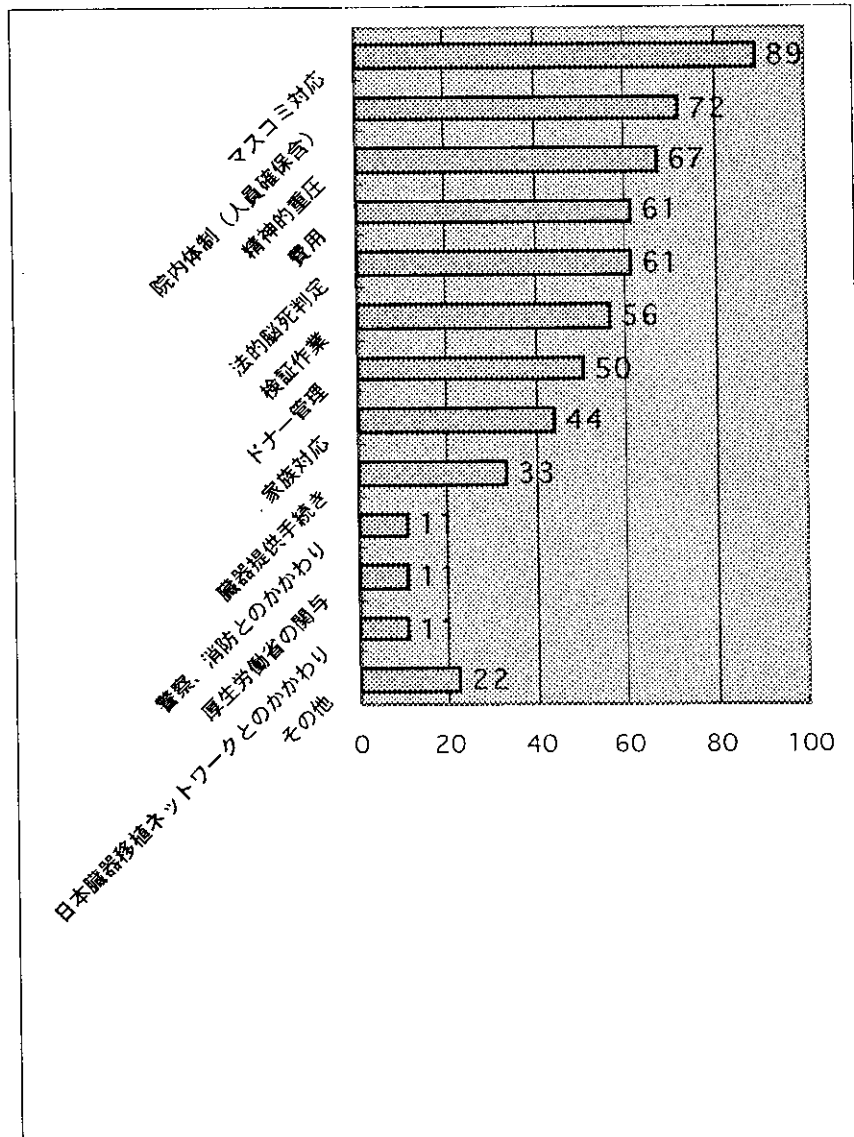


図 2

現在の脳死臓器提供施設の条件について

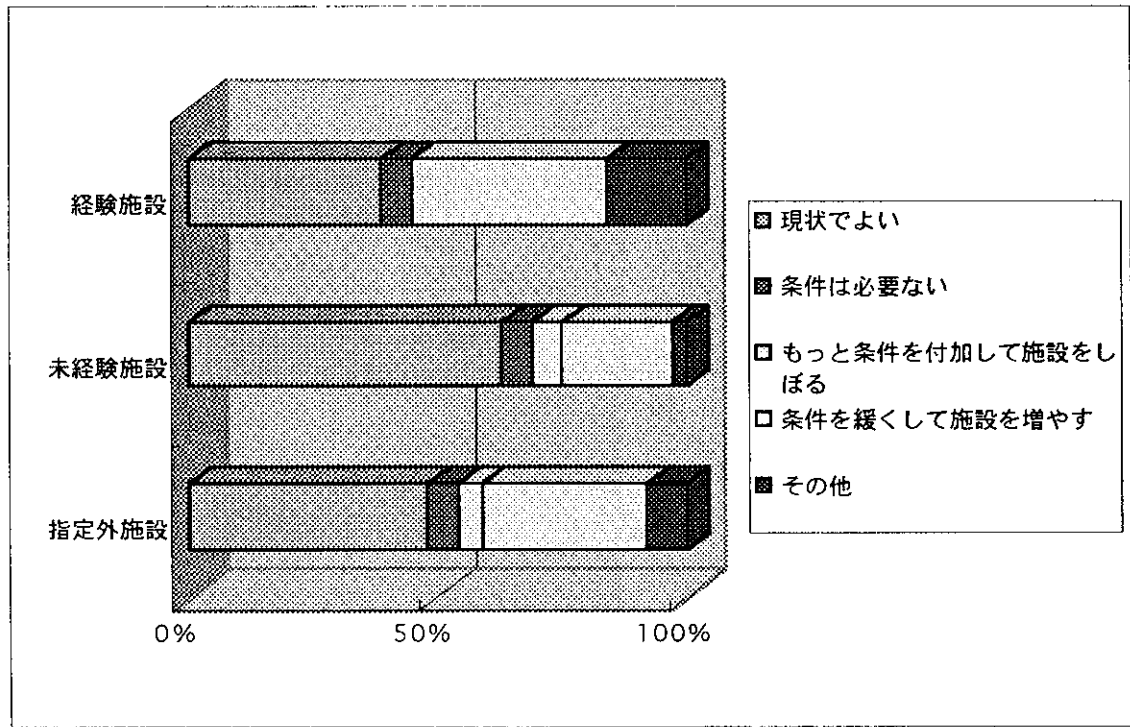


図 3

現在の脳死判定医の条件について

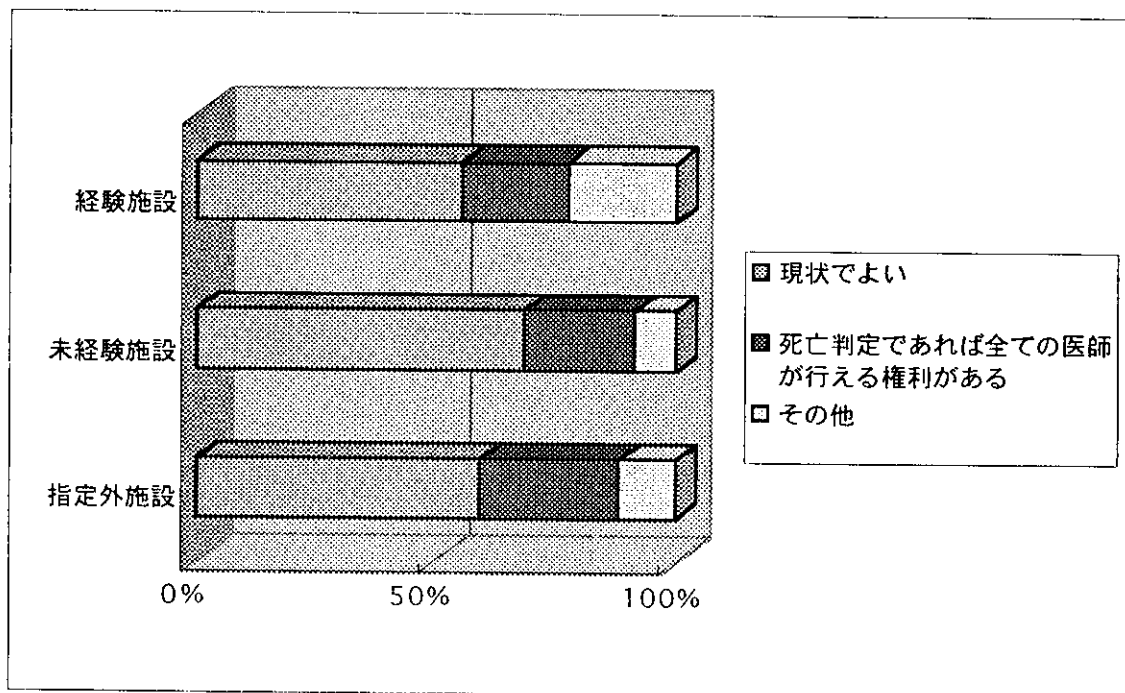


図 4

現在の臓器提供意思表示カードについて

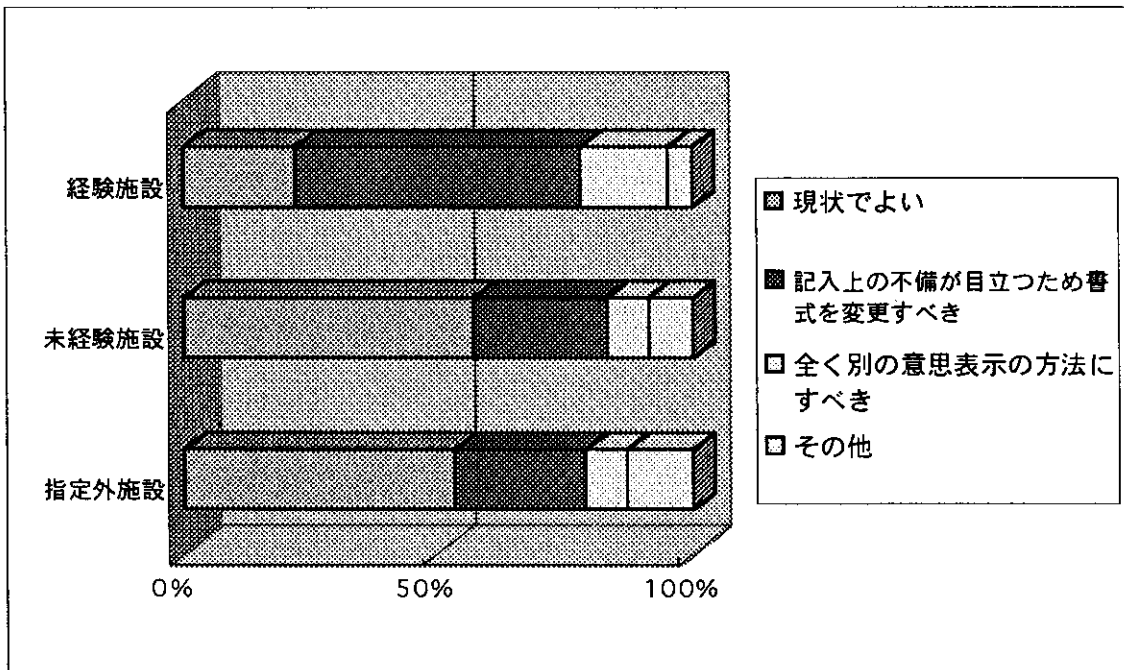


図 5

6才未満の小児に対する脳死判定について

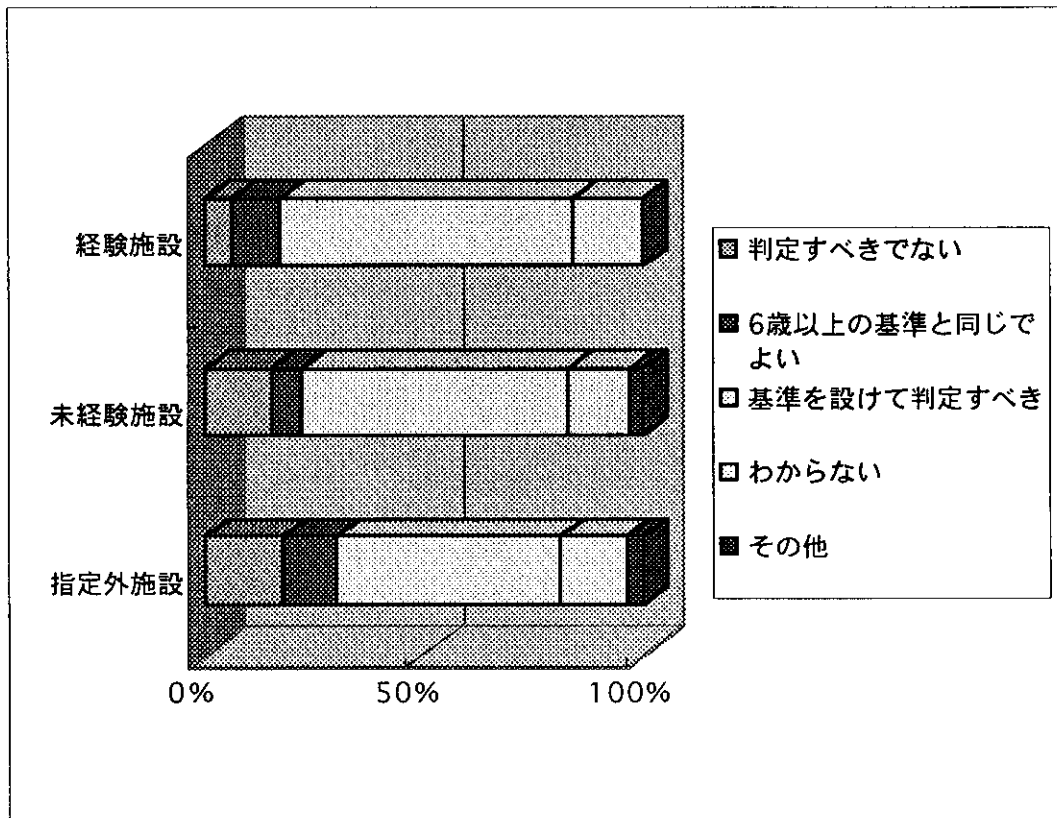


図 6

15 歳未満の臓器提供に対する意思表示の扱いについて

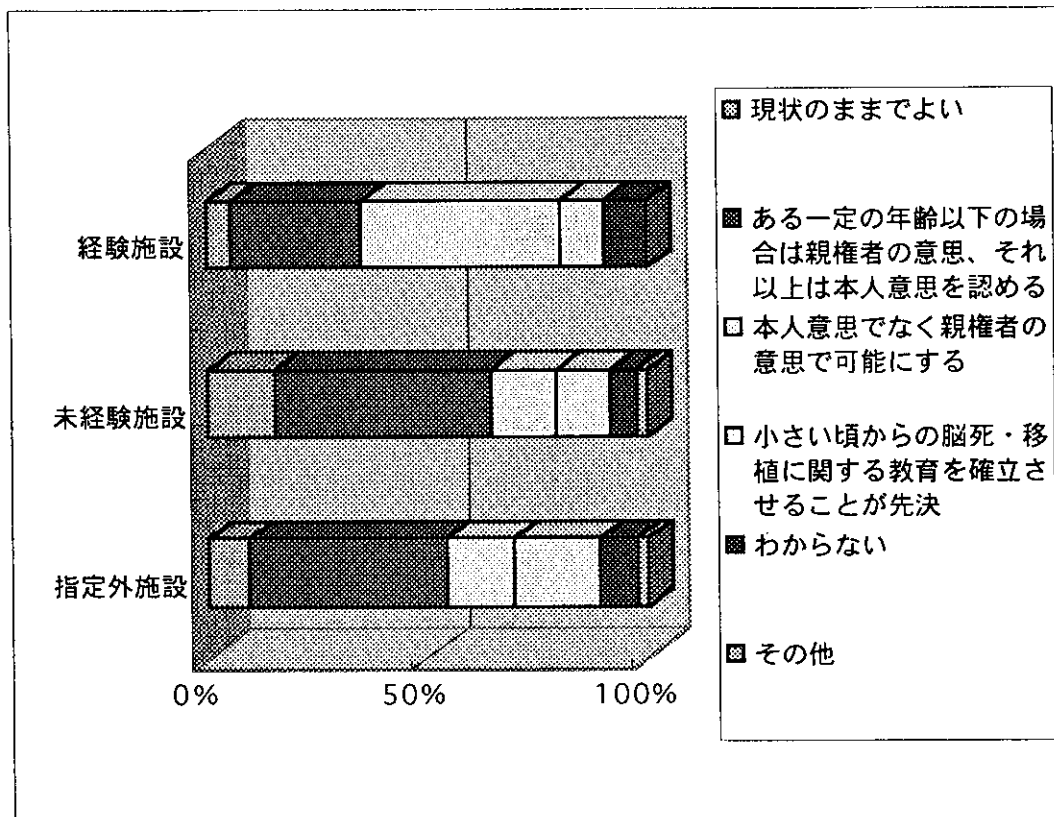


図 7

脳死臓器提供に対する提供側医師の態度

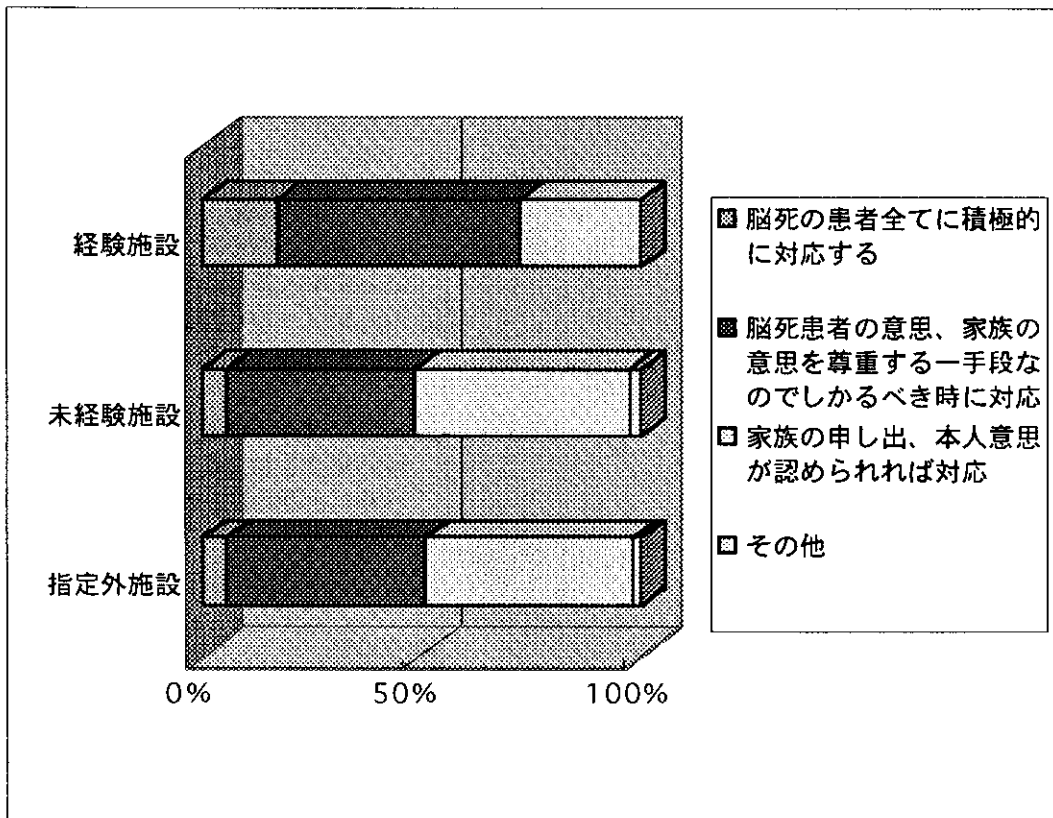


図 8

脳死臓器提供はどこまで関与すべきか

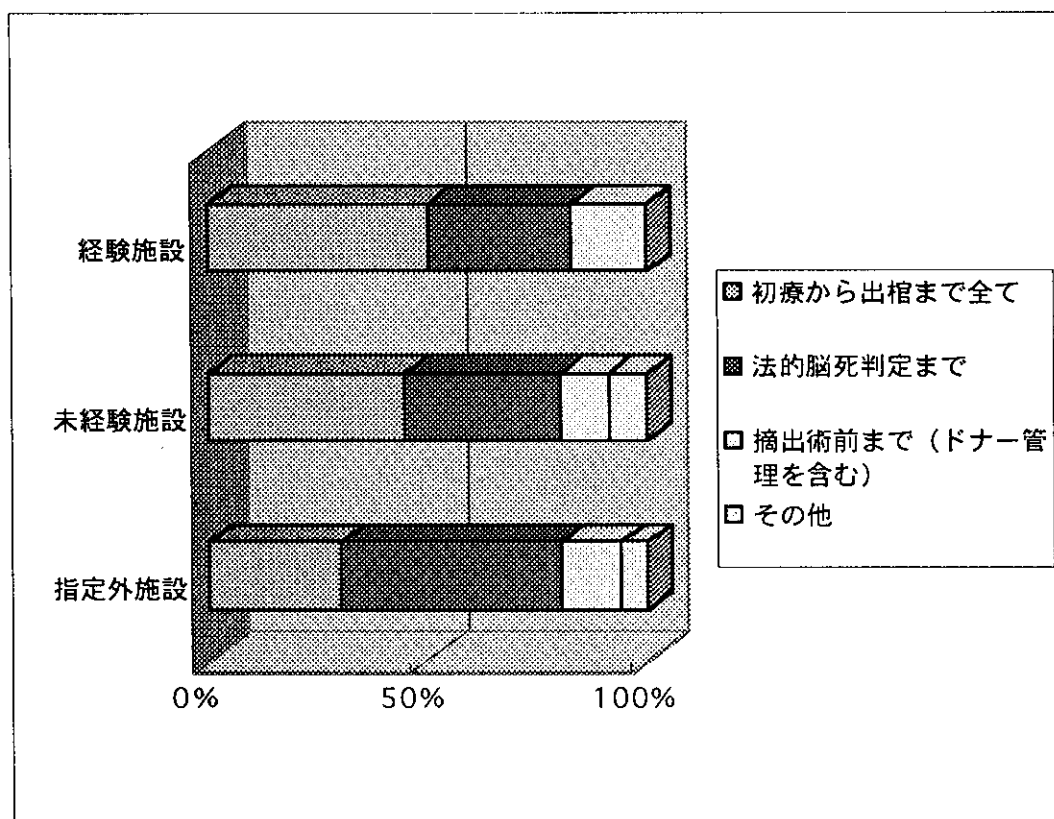


図 9

心停止下腎臓移植一提供数の変化

