

合わせる事となっている。

- ① 虐待防止委員会等の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。

18歳未満の児童の実際の診療並びに臓器提供に当たっては、以下の手順で行わなければならない事となっている。

- ① 診療に従事する者は、臓器提供の有無に関わらず、虐待の徴候の有無を確認するよう努めること。また、その徴候が確認された場合は、虐待対応のための院内体制の下で、虐待が行われた疑いがあるかどうかを確認すること。
- ② 児童虐待が行われた疑いがあると判断した場合は、児童虐待防止法に従い児童相談所等への通告、警察署への連絡など関係機関と連携し、虐待対応を継続すること。
- ③ 虐待が否定された場合についても、関係機関に連絡した上で、虐待対応の継続の要否について検討すること。
- ④ 主治医等が家族に、臓器提供の機会があること等を告げようとする場合は、事前に虐待防止委員会の委員等と診療経過等に関して情報共有を図り、必要に応じて助言を得ること。
- ⑤ 施設内の倫理委員会等の委員会で上記①～④の手続きを経ていることを確認し、臓器摘出の可否について判断すること。
- ⑥ 施設内の倫理委員会等の委員会で虐待が行われた疑いがなく臓器摘出を行うことが可能であると判断した場合であっても、検視その他の犯罪捜査の手続きが行われる場合は、捜査機関との連携を十分に図ること。

#### (4) 主治医による診断

主治医が、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、脳死とされうる状態にある（器質的障害により深昏睡、自発呼吸消失を来し、原疾患の確実な診断及び適切な治療を行った事例で①深昏睡、②瞳孔が固定し、瞳孔径が左右とも4mm以上であること、③脳幹反射の消失、④平坦脳波の4項目を確認）と判断する。なお、患者が蘇生不能で終末期にあると主治医が判断したものの、脳死とされうる状態ではない場合においては、心停止下腎臓提供の可能性はある。

#### (5) 家族への臓器提供の機会の提示

主治医が、脳死とされうる状態にあると判断した場合、家族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、及び承諾に関する手続きは日本臓器移植ネットワークから派遣される移植コーディネーターによる説明があることを、口頭又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、意思表示カードの所持等、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努める。

#### (6) ネットワークへの連絡

コーディネーターによる説明を聴くことについて家族の承諾が得られた場合、直ちにネットワークに連絡する（0120-22-0149（24時間対応））。

連絡を受けたネットワークは直ちにコーディネーターを派遣する。脳死下臓器提供においてネットワークから派遣されるコーディネーターの人数と役割は、主に家族対応を担当するコーディネーター 1～2名、主に全体統括・臓器摘出・臓器搬送等を担当するコーディネーター 2～3名の計 3～5名である（図3）。

一方で、心停止下腎臓提供において派遣されるコーディネーターの人数は、2名程度であり、家族対応から臓器摘出まで一連のコーディネーションを担う。

#### (7) ネットワークおよびコーディネーターの役割

コーディネーターの役割は、中立的な立場として提供者の家族、臓器提供施設、移植実施施設とも公平に関わり、提供者およびその家族の意思を尊重して、移植が適正かつ円滑に行われるように、コーディネーション（調整）を行うことである（表2）。臓器移植法に基づき、眼球以外の臓器のあっせんはネットワークが一元的に行うことになっている。眼球については、各地域のアイバンクと連携を取る。

特に未成年者においては、コーディネーターが対応するに当たり手続きが異なることに留意する必要がある（図4）。

#### (8) コーディネーターの派遣・第1次評価

ドナー候補者発生施設に到着したコーディネーターは、病院関係者（病院統括者・当該診療部長・主治医・看護部長・事務長等）に①倫理委員会等の承認、②脳死判定を行う体制、③報道機関への対応、④患者が児童であった場合の虐待対応手続きについて確認する。また、コーディネーターの役割、家族への説明内容、臓器提供の手順等の説明をコーディネーターより行う。

コーディネーターは主治医よりドナー適応判断に必要な情報を収集し、第1次評価を行う。

#### (9) 家族への説明と承諾

コーディネーターは、主治医から家族に紹介された後、臓器提供の説明に主治医・看護師の立ち会いを希望するかどうかを家族に確認をする。コーディネーターは脳死下臓器提供及び心停止下臓器提供（心停止下臓器提供の場合は、心停止下臓器提供）について表3の項目について説明する。特に、脳死下臓器提供においては、①臓器を提供しない意思及び法に基づく脳死判定に従わない意思がないことの十分な確認、②脳死判定の概要、③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、法において人の死と判定されること、④本人が脳死判定に従う意思および臓器を提供する意思を書面

で表示し、かつ、家族が脳死判定および臓器提供を拒否しない場合、または、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、家族が脳死判定および臓器提供を書面により承諾する場合において、脳死下臓器提供を行うことができることを説明する。

また、親族優先提供の書面による意思表示が確認された場合は、必要な説明を行う。

なお、説明にあたっては、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ない。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。

家族の範囲については、原則として、配偶者、子、父母、孫、祖父母及び同居の親族の承諾を得るものとし、代表者が家族の総意を取りまとめることとするものの、前記の範囲以外の親族から異論が出された場合には、慎重に判断する。患者が未成年（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。

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、年齢に関わらず、臓器摘出は見合わせる。

本人の臓器提供拒否の意思表示の有無を確認する。すなわち、臓器提供意思表示カードの所持、運転免許証や健康保険証の裏面の意思表示欄への記入、その他口頭または書面による意思表示の有無を家族に確認し、さらにネットワークの臓器提供意思登録システムでの登録の有無について確認する。本人の臓器提供を拒否する意思表示などが判明した場合、家族が提供に同意するとしても、提供することはできない。

家族の総意での承諾であることをコーディネーターが確認した上で、家族に脳死下臓器提供の希望がある場合は脳死判定承諾書および臓器摘出承諾書、心停止下臓器提供の希望がある場合は、臓器摘出承諾書を作成する。脳死下臓器提供の承諾の連絡を受けて、ネットワーク本部では、あっせん対策本部を設置し、概ね5名のコーディネーター、情報管理者が召集される。

#### (10) 病院関係者への報告と打ち合わせ

家族から脳死判定および臓器提供に関する承諾を得られた後、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する。脳死下臓器提供の場合は、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し、法的脳死判定の実施を依頼する。さらに、主治医の許可のもと、詳細にカルテを確認し、この情報をネットワーク本部へ送る。

#### (11) 提供者からの採血および検体搬送

コーディネーターは主治医にHLA・感染症のための提供者からの採血を依頼し、ドナー検査用スピッツに50～60cc採血してもらう。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、提供施設で未検のものを実施する。

#### (12) 法的脳死判定の実施（脳死下臓器提供の場合）

脳死下臓器提供においては、提供施設は脳死判定医を選任し、法的脳死判定を実施する（表4）。脳死判定医は、脳神経外科医、神経内科医、救急医、麻酔・蘇生科・集中治療医又は小児科医であって、それぞれの学会専門医又は学会認定医の資格を持ち、かつ脳死判定に関して豊富な経験を有し、しかも臓器移植に関わらない医師が2名以上で行う。脳死判定医のうち少なくとも1名は、第1回目、第2回目の判定を継続して行う。第2回目の脳死判定終了時刻が死亡時刻となる。

#### (13) 術前処置及び死亡宣告（心停止下臓器提供の場合）

心停止下臓器提供においては、脳死と診断されている場合に、家族の承諾の下、心停止間近の状況で、大腿動静脈からのカテーテル挿入及びヘパリンの注入の術前処置を行う。カテーテル挿入の目的は、心停止直後に灌流液により腎臓内の血液凝固を防止すること、及び心停止後の家族のお別れの時間を確保するためである。一方で、デメリットとしては、カテーテル留置が長期に及ぶと脚への虚血が起こる。ヘパリン注入の目的は、腎臓内の血液凝固を防止することである。心停止前にカテーテル挿入及びヘパリンの注入が行えない場合は、死亡確認後速やかにヘパリン注入を行い、心臓マッサージにより全身に行き渡るようにしつつ、速やかに手術室へ患者を搬送し摘出手術を開始する必要がある。

心停止下臓器提供において、心停止のタイミングを把握することが最も難渋するところである。循環動態を適宜把握し、不安定になった場合に、コーディネーター及び摘出チームが待機する必要があるため、主治医や看護師に連絡する目安（例えば収縮期血圧 60mmHg 以下、心拍 60 回/分以下、SaO<sub>2</sub> 95% 以下など）を伝える。

#### (14) 検視等の手続き

内因性疾患により脳死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（心停止下臓器提供の場合は承諾後）に所轄警察署長に連絡し、死亡確認後に検視が円滑に行えるようコーディネーターが調整する。司法解剖が行われる場合は、眼球以外の臓器提供は事実上、困難である。

#### (15) 臓器評価と呼吸循環管理（脳死下臓器提供の場合）

提供される予定の臓器の評価のために、ネットワークからメディカルコンサルタント医師が派遣され、提供予定の臓器の評価を行う。また、脳死判定後に、提供される臓器の機能を維持するため、提供者の呼吸循環等の管理（ドナー管理）が必要であるため、主治医等の提供病院医師とネットワークから派遣されたメディカルコンサルタント医師が共に行うことが多い。

#### (16) 摘出手術開始時刻の設定（脳死下臓器提供の場合）

摘出手術開始時刻は提供者の全身状態、提供者家族の意向、提供施設の都合、各摘出チームの到着予定時刻、摘出後の臓器搬送手段の確保、レシピエント（特に心臓移植）の移植手術開始時刻等を考慮に入れながら、コーディネーターが家族、提供施設、摘出チーム、移植施設と協議の上、調整する。

#### (17) 摘出手術に関する打ち合わせ

脳死下臓器提供の場合は、呼吸循環管理医師、手術室看護師、病理医師等とコーディネーターは臓器摘出手術に関する打ち合わせを行う。コーディネーターから、臓器摘出の流れ、各臓器の摘出予定時刻、各臓器摘出チームの人数、麻酔科医師・看護師・病理医師の協力依頼、手術室内のレイアウト、借用物品、手術室からの外線確保・携帯電話の使用許可、手術室看護師の支援内容、手術室への入退室方法等を説明、確認する。

呼吸循環管理医師は、基本的に提供施設の麻酔科医師に協力を依頼しているが、対応できない場合は、摘出チームとともに派遣することも可能である。

一方で、心停止下臓器提供の場合は手術室看護師と打ち合わせを行う。コーディネーターから、臓器摘出の流れ、腎臓摘出チームの人数、手術室内のレイアウト、借用物品、手術室看護師の支援内容、手術室への入退室方法等を説明、確認する。特に心停止下臓器提供において考慮する必要があるのは、心停止がいつ起きても対応できるようにすることである。つまり、日中の手術室の稼働状況、夜間等の連絡方法など詳細に調整する必要がある。

#### (18) レシピエントの選択

ネットワークのあっせん対策本部（心停止下臓器提供の場合は各支部）で必要データ（血液型・身長・体重・性別・HLA等）をコンピューターに入力し、レシピエント選択基準に基づき臓器ごとにレシピエント候補者の選定を行い、候補者リストが打ち出される。

#### (19) 臓器搬送

脳死下臓器提供の場合は、意思確認を行う前に、あっせん対策本部で臓器ごとの虚血許容時間や搬送許容時間を考慮に入れ、提供施設より移植施設まで安全かつ迅速に臓器搬送を行えるよう複数の臓器搬送経路を想定し搬送計画が立てられる。

心臓は防災・消防・警察等自治体のヘリコプター・チャーター航空機・緊急車両など、肝臓・脾臓・腎臓・小腸は定期航空機・新幹線など、肺は搬送距離によってチャーター機・ヘリまたは定期便・新幹線などで搬送されることが多いのが現状である。

心停止下臓器提供の場合は、腎臓の虚血許容時間が24時間と長くブロック内での搬送になるため、緊急車両、タクシー、新幹線などを使用することが多く、事前調整も不要である。

## (20) 移植候補施設への意思確認

脳死下臓器提供の場合は、ネットワークあっせん対策本部で脳死判定記録書及び脳死判定の的確実施の証明書が確認された時点で、臓器ごとに上位から順番に移植予定施設へ意思確認が行われる。連絡を受けた移植予定施設は、1時間以内にレシピエント候補者に移植を受ける意思を確認し、ネットワークあっせん対策本部にその結果を連絡する。

意思がある場合は、レシピエント候補者に対する最終インフォームドコンセントを行うとともに、摘出チームを編成し提供施設へ派遣する。さらに、移植施設は移植手術の準備を進める。

あっせん対策本部から移植予定施設に臓器搬送経路が提示され、移植予定施設が最終的に決定する。

心停止下臓器提供の場合は、各支部でHLA検査結果が判明した時点でレシピエント検索し、移植施設への意思確認が行われる。連絡を受けた移植予定施設は、レシピエント候補者に移植を受ける意思を確認し、当該支部にその結果を連絡する。

## (21) 摘出チームの派遣および第3次評価（脳死下臓器提供の場合）

各移植予定施設から派遣される摘出チームのリストがコーディネーターを通じて予め提供施設に提出される。移植予定施設から臓器ごとに摘出チームが派遣され、到着順に提供者を診察し、移植可能かどうか摘出手術前の最終判断を行う（第3次評価）。全ての摘出チームが揃った時点で摘出チームミーティング（提供者の病歴・病状、承諾までの経緯、脳死判定の経緯、手術室内での注意点、提供者に対する礼意の保持等）を行う。摘出チームが手術室内で臓器摘出の準備に入り、術前の器材カウントを行う。

## (22) 臓器摘出手術

脳死下臓器提供の場合は、提供者が手術室に入室し準備終了時点で、コーディネーターが家族の臓器提供意思が変わらないことを最終確認し、黙祷をした後に手順に従って摘出手術を開始する。

大動脈が遮断され灌流が開始されるまで、呼吸循環管理を管理医が行う。肺が提供される場合は、肺の灌流が終了後も換気を継続し、気管がクランプされた時点で換気を終了する。順次、臓器が摘出されて、摘出チームにより臓器が搬送される。

摘出手術終了後、術後の器材カウントを行い、レントゲン撮影をして器材の遺残がないことを確認する。その後、黙祷する。各摘出チームおよびコーディネーターが残り、手術室の後片付けを行う。

心停止下臓器提供の場合は、黙祷をした後に摘出手術を開始する。術前術後の器材カウントを徹底し、可能な限りレントゲン撮影をして器材の遺残がないことを確認する。手術室の後片付けを行う。

脳死下、心停止下ともにコーディネーターは摘出手術中に臓器の摘出経過記録を取る。また、事後に各摘出チーム責任者が臓器摘出記録書を作成する。

#### (23) 死後の処置とご遺体のお見送り

提供施設での通常の方法に従って死後の処置を行う。コーディネーター及び摘出チームは、家族および主治医の許可を得た上で、提供施設関係者とともにご遺体のお見送りをを行う。

脳死下臓器提供においては、コーディネーターがご遺体のお見送りを終了後、病院を辞去し、かつ各臓器が移植施設に到着した時点であつせん対策本部を解散する。脳死とされる状態にあると判断された時点から摘出手術終了・退室の時点までの平均所要時間は 46 時間 33 分であった (図 5)。

#### (24) 臓器移植手術

移植医は移植患者やその家族に対して、移植術前に手術についての説明を行い、移植術の実施の説明記録書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を作成しなければならない。摘出した臓器を使用しないこととした場合は、不使用臓器記録書を作成し、その臓器を所定の手続きで焼却する。

#### (25) 情報公開

脳死下臓器提供においては、プライバシーの保護に最大限の配慮をしつつ、脳死判定と移植医療の透明性の確保が社会から求められている。家族の了承を得た範囲の具体的項目を第 2 回法的脳死判定が終了した時点で、ネットワークが厚生労働省記者クラブに情報公開を行う。特記すべき事例でない場合は、ファックスで情報公開を行い、適宜質問を受ける方法を取っているが、小児脳死下臓器提供事例や親族優先提供事例では、記者会見が必要である。

#### (26) 臓器提供後のコーディネーターの活動

コーディネーターは家族の許可を得た上で、葬儀参列やその後の家族訪問を行い、家族の相談や支援に努める。また、家族の希望があれば、プライバシーの保護について厳守しつつ、移植患者や臓器の状態について報告する。

同様にコーディネーターは提供施設の関係者へ、プライバシーの保護について厳守しつつ、移植患者や臓器の状態について報告を行う。さらに費用配分やネットワーク脳死下臓器提供関連費用交付金について説明する。

#### (27) 法的必要書類

臓器移植法に従って、法的必要書類 (①書面による本人の意思表示、②脳死判定承諾書、

③臓器摘出承諾書、④脳死判定記録書、⑤脳死判定の的確実施の証明書、⑥臓器摘出記録書、⑦移植術の実施の説明記録書、⑧臓器移植記録書、⑨不使用臓器記録書、⑩臓器のあつせん帳簿)の作成および保管が提供施設、ネットワーク、移植施設などに義務付けられている。



【参考文献】

1. Organ Donation and Utilization in the United States, 1999-2008 . 2009  
OPTN/SRTR Annual Report.

<http://optn.transplant.hrsa.gov/ar2009/default.htm>

表1. 心停止後提供の移植臓器数  
(米国UNOS)

|    | 2007年 | 2008年 |
|----|-------|-------|
| 腎臓 | 1,171 | 1,306 |
| 肝臓 | 306   | 276   |
| 膵臓 | 25    | 32    |
| 肺  | 16    | 34    |
| 心臓 | 3     | 0     |

# 図1. 心停止下臓器提供 フローチャート

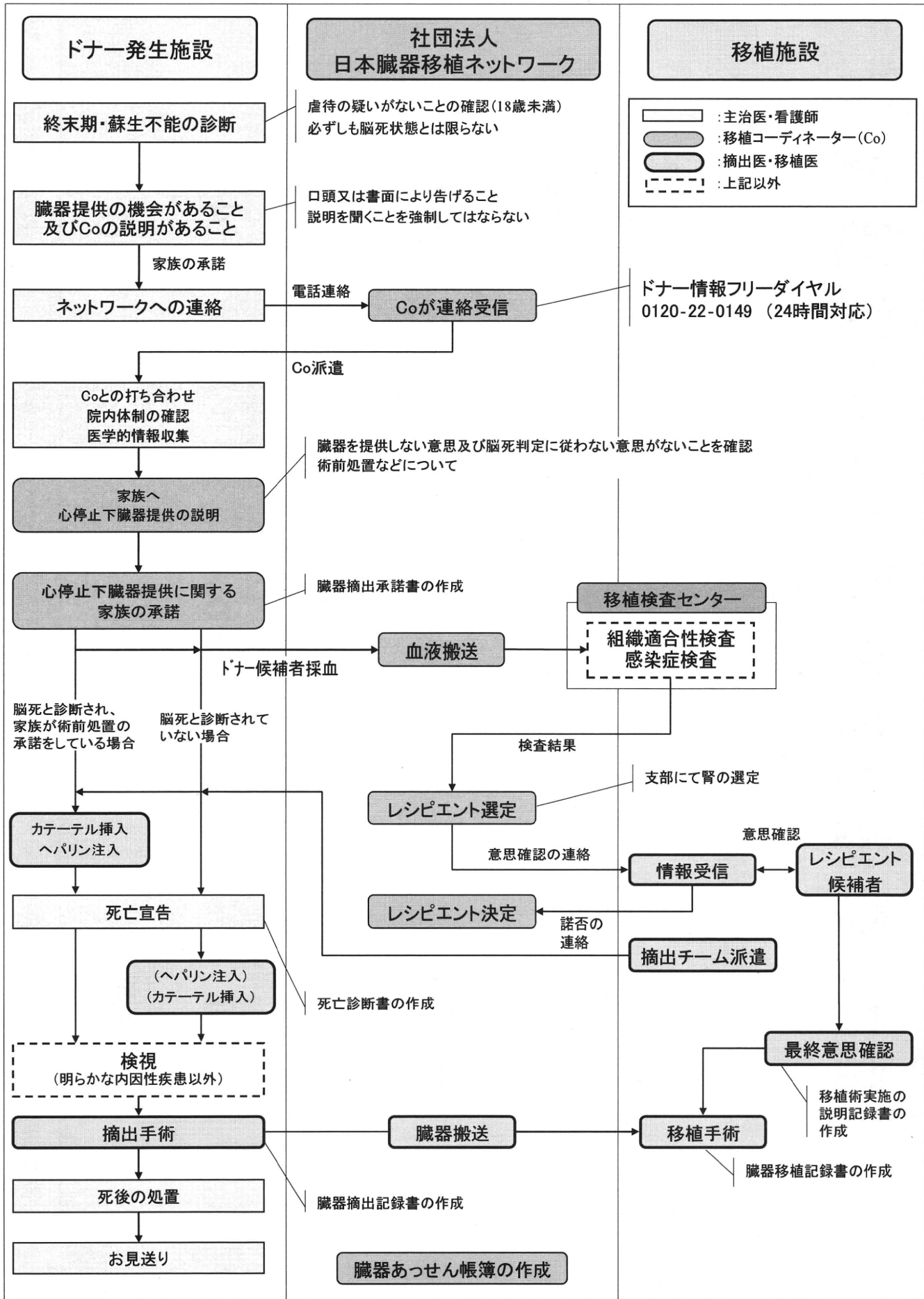
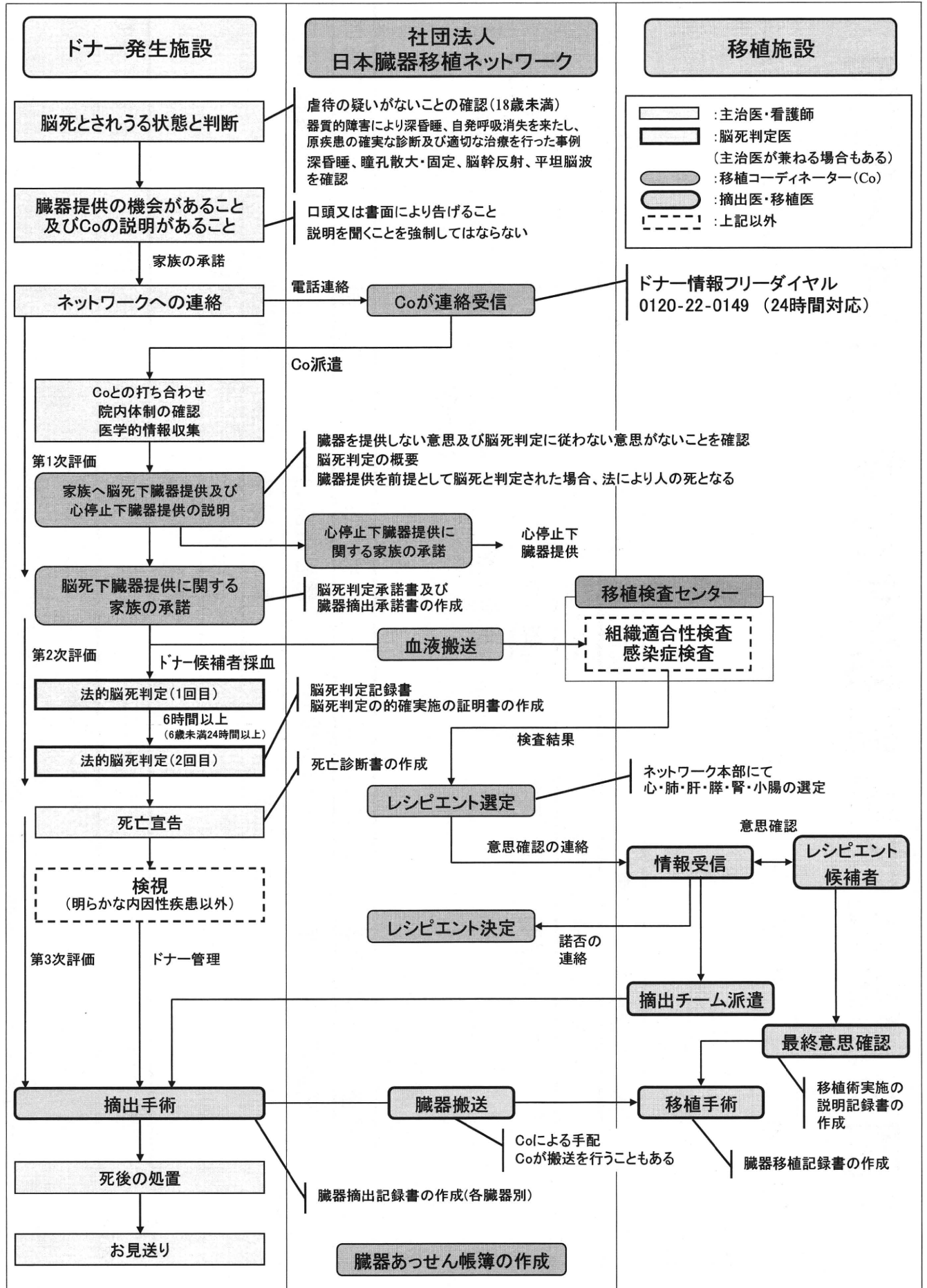
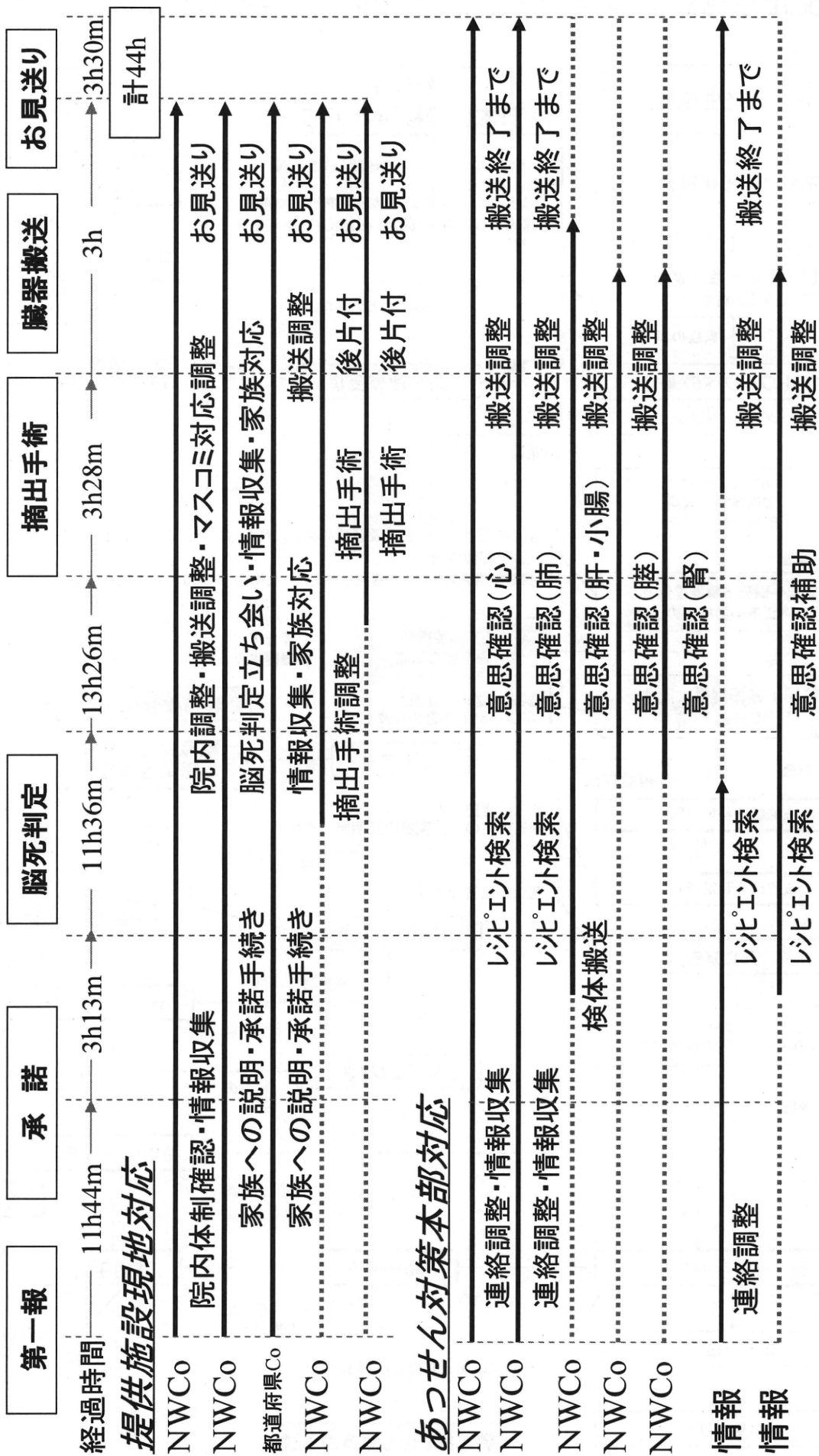


図2. 改正臓器移植法施行後の脳死下臓器提供 フローチャート



# 図3. 脳死下臓器提供の業務分担と時間

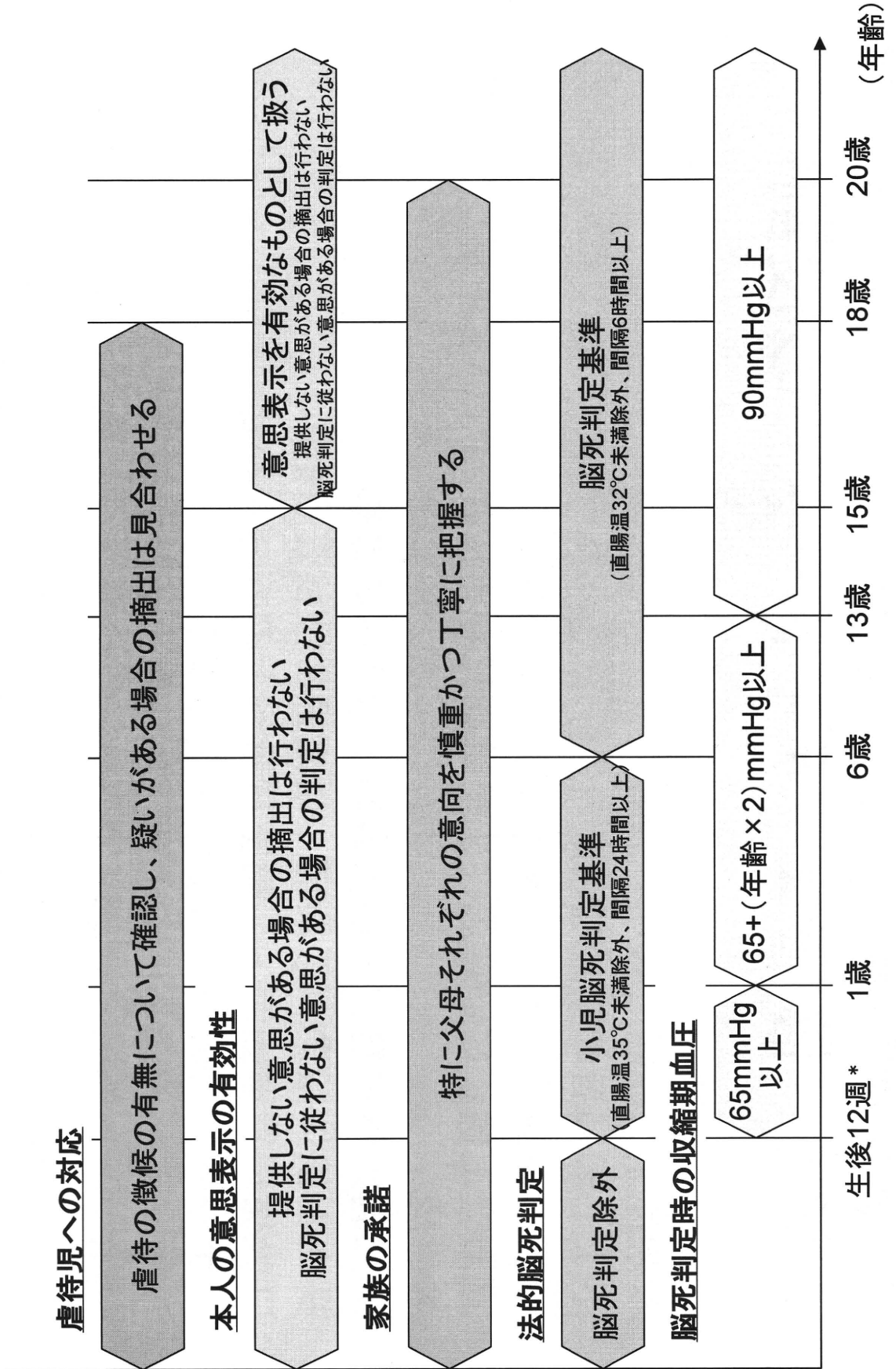


Co: コーディネーター 情報: 情報管理者

## 表2. 移植コーディネーターの役割

- ・ 病院体制の確認と説明
- ・ ドナー候補者の第1次評価
- ・ 家族への説明（インフォームドコンセント）
- ・ 臓器を提供しない意思、または脳死判定に従わない意思がないことを確認
- ・ 脳死判定承諾書および臓器摘出承諾書の取得
- ・ 採血と検体搬送（感染症・組織適合性検査目的）
- ・ 呼吸循環管理医師・手術室看護師との打ち合わせ
- ・ ドナー候補者の診療情報から情報収集
- ・ 摘出手術の立ち会い・調整、摘出手術の支援
- ・ 摘出臓器の搬送の手配
- ・ 家族の支援、ご遺体の死後処置の援助及びお見送り
- ・ 臓器移植法に基づく手続きおよび法的書類の確認
- ・ ネットワークあっせん対策本部および厚生労働省への報告

# 図4. 提供者の年齢による取り扱い



\* 在胎週数40週未満のときは出産予定日から12週

# 表3. 移植コーディネーターによる 家族への脳死下臓器提供説明項目

- 書面による意思表示と家族の承諾について
- 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
- 法で定められた脳死判定と臓器提供について
- 提供には家族の総意としての承諾が必要であること
- 脳死と脳死判定について
- 脳死判定から臓器提供までの流れ
- 摘出手術の所要時間
- 摘出手術後の遺体の処置
- 臓器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
- 異状死体の場合、検視等の必要性について
- 費用について
- 移植患者の選択方法及び親族優先提供について
- 本人の拒否の意思表示について
- 臓器提供後の報告
- 承諾を撤回できることの自由について
- 臓器提供に関する情報公開について



# 表4. 法的脳死判定

## I. 前提条件の確認

器質的脳障害による深昏迷、自発呼吸消失や頭部CT等による原疾患の確実な診断があり、全ての適切な医療によっても回復の可能性がない症例

## II. 除外例の確認

生後12週間(在胎週数40週未満のときは出産予定日から12週間)未満、脳死類似状態(薬物中毒、低体温、代謝・内分泌障害)、有効な意思表示が困難となる障害を有する者、虐待の可能性(18歳未満)

## III. 生命兆候の確認

- 収縮期血圧90mmHg以上(13歳以上)、65+(年齢×2)mmHg以上(1~12歳)、65mmHg以上(1歳未満)
- 直腸温32°C未満除外(6歳未満は35°C未満除外)
- 心拍・心電図等の確認(重篤な不整脈がないこと)

## 第1回目脳死判定

- ①深昏迷
- ②瞳孔固定、両側瞳孔径4mm以上
- 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、咳反射)消失
- ④平坦脳波  
(補助検査:聴性脳幹誘発反応の消失)
- ⑤自発呼吸の消失

## 第2回目脳死判定

第1回目脳死判定終了後、少なくとも6時間(6歳未満は24時間)を経過した後に上記①~⑤を再度確認  
第2回目の脳死判定終了時刻が死亡時刻となる

図5. 脳死下臓器提供90例の平均所要時間

|                                     | 平均所要時間  |
|-------------------------------------|---------|
| ① 脳死とされうる状態にあると判断<br>(旧法下での臨床的脳死診断) | 2時間57分  |
| ② 第一報受信                             | 5時間36分  |
| ③ C oによる家族への説明                      | 6時間10分  |
| ④ 家族の承諾 (承諾書受領)                     | 3時間54分  |
| ⑤ 第一回法的脳死判定開始                       | 2時間41分  |
| ⑥ 第一回法的脳死判定終了                       | 6時間33分  |
| ⑦ 第二回法的脳死判定開始                       | 2時間16分  |
| ⑧ 第二回法的脳死判定終了                       | 1時間10分  |
| ⑨ 意思確認開始(移植施設への連絡開始)                | 12時間55分 |
| ⑩ 摘出手術開始                            | 1時間21分  |
| ⑪ 大動脈遮断                             | 2時間13分  |
| ⑫ 摘出手術終了・退室                         |         |
| 脳死判断終了～摘出手術終了・退室                    | 46時間33分 |

### 第3章 臨床医学

#### 臓器提供とコーディネーション

#### 家族へのインフォームド・コンセントと家族対応

朝居朋子 社団法人日本臓器移植ネットワーク

##### 1. 脳死下臓器提供

「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)」(以下ガイドライン) 第5の3によって、死後の臓器提供においては、臓器移植コーディネーター(以下 Co) は家族へのインフォームド・コンセントに始まる提供の一連の流れに関与することになっている。

脳死とされうる状態と判断された後に、主治医等が患者家族に臓器提供の機会があることを告げ、家族が Co の説明を希望すれば、主治医等が日本臓器移植ネットワークに連絡する。連絡を受けた日本臓器移植ネットワークは Co を派遣する。

インフォームド・コンセントにおける Co の基本姿勢は、①本人意思と家族の希望を尊重する。②脳死判定及び臓器提供について十分かつ適切な情報提供を行い、家族が自由な意思決定ができるように支援する。③家族の総意を十分確認して承諾手続きを行う。家族への説明においては、家族の心情に配慮し、平易な言葉を用い、説明を聞くことの任意性を担保する。

表1に家族への説明項目を示す。

表1 家族への説明項目

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1) 移植医療について</li><li>2) 脳死判定と臓器提供について</li><li>3) ご家族の承諾について</li><li>4) 脳死と脳死判定について</li><li>5) 承諾後から臓器の摘出まで</li><li>6) 臓器摘出の手術について</li><li>7) 臓器の提供ができなくなる場合</li><li>8) 臓器提供に関わる費用について</li><li>9) 移植を受ける方の選択方法について</li><li>10) 臓器の提供後について</li><li>11) 臓器提供の承諾を撤回することの自由について</li><li>12) 情報公開について</li></ol> |
|--|

特に、4)、5)、6)、12)の脳死下臓器提供に特殊な内容については、家族が理解しやすいように説明する。

本人の書面による臓器提供の意思表示がない場合は、拒否の意思表示がないことの確認が必要である。運転免許証や健康保険証、臓器提供意思表示カード、インターネットによる意思登録システム、家族からの聴取などから行う。知的障害等の有効な意思表示が困難となる障害がある場合は、臓器提供ができないため、その有無を家族に確認する。

改正法下では、下記の要件で親族優先提供が可能である。①ドナー本人（15歳以上）が臓器を提供する意思表示に併せて、親族へ優先提供の意思を書面により表示している、②法律婚における配偶者、実の親子関係または特別養子縁組における親子関係にある者が移植希望登録をしている、③医学的な条件（適合条件）を満たしていることである。臓器提供の意思表示を書面で示している場合は、親族優先提供の意思表示についても確認する。

承諾をする家族の範囲については、ガイドライン第3「原則として、配偶者、子、父母、孫、祖父母及び同居の親族」と規定されている。最終的には、どの範囲の家族・親族を総意の対象とすべきかについて、キーパーソンが判断する。Coは家族関係・状況を的確に把握し、キーパーソンに過度の負担とならないように、意思決定を支援する。臓器提供者が未成年の場合は、父母それぞれの意向を慎重かつ丁寧に把握することが求められている。

家族の総意として脳死下臓器提供を決意したら、代表者が脳死判定承諾書および臓器摘出承諾書に記入する。Coも署名し、承諾書作成後も摘出手術開始までは撤回が可能であることを家族に伝える。

承諾書作成後、法に定められた2回の脳死判定と死亡宣告、提供予定臓器機能評価、ドナーの呼吸循環管理、臓器摘出術等が行われる。この間、家族がドナーとどのように過ごしたいのか、臓器提供に向けての家族の心情に配慮しながら、看取りの環境整備を行う。身内を失う家族の思いに添いつつ、臓器提供及び移植が円滑に行われるように、Coは医療スタッフと連携を取り、適切な家族支援を行う。

## 2. 心停止後の腎臓提供

心停止後腎臓提供について説明する場合にも、本人の拒否の意思表示がなかったことを確認し、家族の総意で承諾を得ることは、同じく必須である。

体内灌流用のカニューレションなどの術前処置、腎臓提供できない場合があることなどは、家族にとっては想定外の場合もあり、十分説明する。

承諾後から心停止までは、家族の看取りの時間・環境を確保できるように、医療スタッフと協働する。