

図 1 医療現場における医師と看護師の役割

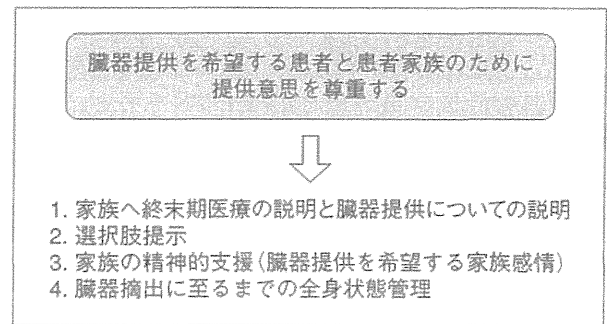


図 2 臓器提供におけるわれわれの役割

負担が増えている³⁾。

また、いつ臓器提供に対する業務がはじまるのかというと、臓器提供自体を死後のことと認識している方々もいるが、実はそうではない。どのような経過であれ、入院され医療を開始した際には意思表示カード所持の確認、家族からの希望、そして医療スタッフからの選択肢提示により臓器提供への対応がはじまる。つまり臓器提供とは死亡からはじまるのではなく、あくまでも本人の意思や家族の希望によって対応がはじまるため、入院後の治療経過中においても医療スタッフの対応が必要となる。

各医療機関の立場と責任

1. 負担・リスク軽減のために

臓器提供をどのようにとらえるか

脳死下、あるいは心停止下臓器提供のいずれでも“人の死”を前提とし、“死に行く者の臓器提供”があり、はじめて臓器移植が行われる。これまでの臓器提供症例においては、一部の医師あるいは医療機関により支えられてきたことは事実である。実際、すべての脳神経外科医や救急医が医療現場で積極的に臓器提供にかかわってきたわけではない。脳死診断や選択肢提示を行うことについても、日常業務の忙しさから非常に困難な状況にあるという一面があるからである。

多くの場合、医療現場で脳死あるいは全脳の機能不全を避けられない状況では、脳神経外科医や救急医は家族へ十分な病状説明を行ってから“脳死の診断”を行い、その後の治療方針を家族に問うこととなる。そのような状況では医師を含めた医療スタッフたちは病気に対する敗北や無念さを

感じている⁴⁾。もちろん、医師個人の苦悩は理解される一方で、看護師を含め医療スタッフは危機にある命のために最後まで治療を施す義務があり、死亡宣告時はもちろん出棺までは家族のためにもあらゆる努力を忘れてはならない。つまり脳死状態だからといって医療機関の努力を一方向的に終わりにすべきではない。法改正を踏まえ、だれであれ医療機関に属するスタッフは本人や家族の“終末期における意思のベクトル”を能動的に問い、そのなかで臓器提供の可能性を見出していく努力が必要になる³⁾(図 1)。

そのなかでみえてくる課題としては、本人や家族の臓器提供意思を確認するためには情報を抽出するための選択肢提示を、だれがいつ、どのタイミングで行うのかということがあげられる。多くの施設では選択肢提示を行うべきは主治医であるとしているが、多くの医師の苦悩はここを起点としている。前述のように、とくに救急現場で医師は患者を救うために医療を施しているのである。選択肢提示は死を意味することでもあり、“手のひらを返すよう”に簡単に提示できるものではない。そこで著者らの施設では移植医療支援室を院内に設置し、臓器提供に対する終末期医療とコミュニケーションスキルを中心に救急現場の支援を行っている(図 2)。

2. 終末期医療をどのようにとらえるか

いまだに終末期医療の認識やグリーフケアは緩和ケア病棟の特別なケアとして認識されているのみであり、系統だった医学教育は少ない⁵⁾。臓器提供症例ばかりではなく医療に取り組むには医療スタッフの終末期医療への意識、いわゆるグリーフケアの理解が重要である。

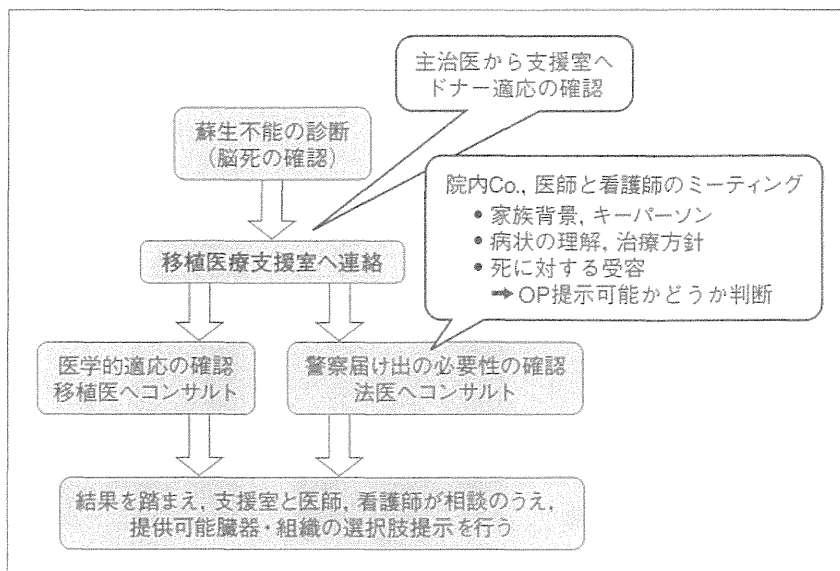


図 3 プロトコール

いまだからこそ高度な救急医療の現場では専門的な知識・技術とともに、医師への終末期医療の認識や教育が課題であるといえる。現在では日本救急医学会における『救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)』⁶⁾を参考とすることもできる。

まず前提として、提示を行う医師本人や医療スタッフが家族と同様に敗北感を感じたとしても、患者の死(脳死を含め)を受容することが必要である。これまであまり重視されなかったが、医療スタッフの葛藤に対するケアも、本来医療機関が対応すべきである。

しかし、その緊迫した救急の現場で患者本人や患者家族の尊い意思を引き出せるのは、患者本人を必死に治療している主治医(救急医や脳神経外科医)であることも事実である。

患者家族は突然見舞われた不幸に対し、悲嘆し、受け入れ、また悲嘆していく。どうにもならない死への受け入れは怒りさえ伴う。その受け入れの過程は個人によりさまざまで、長期に及ぶこともまれではない⁵⁾。そのことを踏まえ、著者らは臓器提供に対するプロトコールを作成し、個人の負担やリスクに十分配慮したうえでドナーとして適応があるかどうか判断できる院内の体制を構築した(図 3)。

臓器提供におけるプロトコールでは、選択肢提

示の場面で医師・看護師が家族の病状理解と終末期のすごし方について再評価できるよう検討した。この方法により、病状説明を家族がどの程度理解しているかが明らかとなる。

患者家族が理解ができていない、あるいは理解したくない状況であれば臓器提供どころではないため、再度スタッフによる家族への病状説明が必要となる。つまり臓器提供も含めた終末期医療に対する意識の向上には、コミュニケーションスキルが重要である。

3. 院内臓器提供対応システムとコミュニケーションをどのように構築するか

医療現場で移植医療や臓器提供(終末期医療を含む)などについての疑問や情報があれば、だれでも、いつでも移植医療支援室へ連絡ができるようにした。このことは選択肢提示数や選択肢提示を行う医師数の増加につながり(図 4)、ある程度現場への負担軽減を生み出したといえる。連絡内容は多岐にわたり、脳死判定のサポート依頼や突然提示された意思表示カードの扱い方などさまざまである。著者らの移植医療支援室の立場としては、主治医や担当看護師は現場で治療やケアに集中すべきであると考えており、各個人の裁量や各部門長の判断などで処理しなくてはならなかったこれまでの課題は院内システムで処理をしようとする方法である。

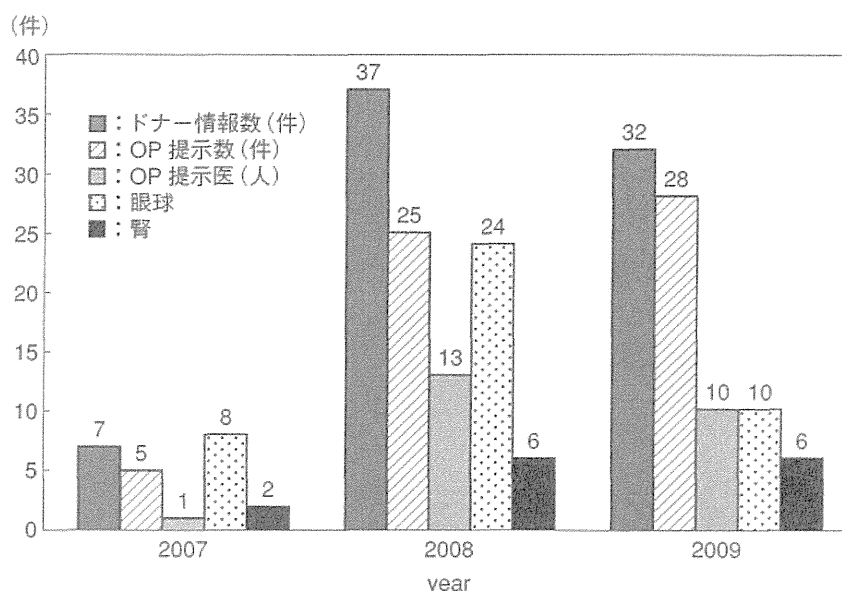


図4 院内における年次推移(2007~2009年)
左右がある臓器は1臓器を2件と表示, OP: オプション.

そのために著者らは病院全体への学習会はもちろんのこと、医学生や研修医の段階から講義や学習会を行っている。つまり臓器提供についても、ほかの医療と同じように終末期を通して対応すべきであると考えている。しかし救急現場における搬送された患者家族の心境については前述のとおりであり、きわめて厳しいなかでの対応を迫られる。

家族には突然の出来事に対する動揺や不安が前面にあり、病名はなにか、患者本人は助かるのか、入院期間はどれぐらいなのかといった心境があり、臓器提供どころではない。しかし一方で臓器提供を望んでいる家族も存在し、個々の価値観は多様と考えられる。

臓器提供では負担やリスクは他の医療よりも多く、巻き込む部署や人が多いのも事実である。やはり実際の取組みは善意やボランティアのレベルではないため、より高度なコミュニケーションスキルが必要とされる。

4. 都道府県コーディネーターと院内コーディネーターの重要性をどうとらえるか

実際、臓器提供施設であっても臓器提供症例の経験がない、あるいは非常に少ない施設は存在しており臓器提供発生時の危機感は大きい。医療機関にはさまざまな特徴があり、それぞれにオー

グーメイドの体制整備を行えばよいが、大きい医療機関であればあるほど内部統制が困難であることが多い。この点に十分配慮し病院が組織全体としての問題ととらえなければ、システムを構築したとしても臓器提供や臓器移植は成立しにくい。

つまり院内システム構築には負担やリスクに対する取組みを必要とするが、特定の一部署、一個人ではシステム構築は困難であり、院内全体でのリスクマネジメントの一端を担う必要がある。実際の臓器提供時には、院内において負担やリスクの調査・確認そして評価・分析、意思決定に対し病院長直下の委員会と関係医師、倫理委員会、法医学、看護師、管理課、医事課など、多職種の一部署協力が必要で、病院外では警察関係の協力が必要となる。そして、それらの協力を得て実際に現場で活動しているのはコーディネーター(以下、Co)である。

一般的に移植や臓器提供における Co といえ、日本臓器移植ネットワークの Co のように思われがちであるが、地域や医療機関内では都道府県 Co と院内 Co が中心的な役割を担っている⁷⁾。各 Co の違いを表1に簡単に示した。

実際、各提供施設における円滑な臓器提供には、日本臓器移植ネットワーク Co よりもまず院内

表 1 各Coの違い

	ネットワーク Co	都道府県 Co	院内 Co
人数	28 名(2010/4)	52 名(2010/6)	1,575 名(2008)
設置(雇用主)	(社)日本臓器移植ネットワーク	行政, バンク, 病院など	各病院
臓器幹旋業	厚生労働大臣の認可	ネットワークより委嘱	委嘱なし
活動範囲	支部・全国	都道府県	院内
給与元	(社)日本臓器移植ネットワーク	行政, バンク, 病院など	所属病院であり, 原則活動費なし

Co や地域のまとめ役である都道府県 Co が, 初動から院内統括やドナー評価, グリーフケア, 家族への社会的支援などを行うためのスキルが重要となる。

そこで著者らの施設では院内 Co をドナーコーディネーター(15 名)とレシピエントコーディネーター(9 名)に分け, 院内 Co ワーキンググループ(CoWG)として活動している。そして CoWG の方針や院内への働きかけについては移植医療支援室から院内の委員会を経て, 病院としての活動内容として承認できるようシステム構築した。

院内 Co への教育やサポートについては院内の移植医療支援室ばかりではなく, 外部の都道府県 Co からの教育も必要とされる。つまり都道府県 Co は幹旋業務を行いつつ, 臓器提供発生時には院内において臓器搬送のために県警への調整やドナー家族へのグリーフケアも一緒に行うこととなる。

しかし, 円滑な臓器提供体制をとるための重要な役割をもつ都道府県 Co および院内 Co に対する認知度や社会的サポートは少ない。これまでの報告では新潟県における取組みが群を抜いており, 官民一体となったシステムの全国への広がり期待されている⁸⁾。

おわりに

すべての医療機関に移植医療支援室が必要なわ

けではないが, すくなくとも設置後, 選択肢提示やポテンシャルドナーの情報が増加し提供数も微増している事実から, 多少なりとも現場への支援ができたと思われる。つまり選択肢提示などを行う前に移植医療支援室がドナーの医学的適応の判断や事件性の有無の確認などの業務を担うことで, 医師と看護師は通常の治療と家族へのケアに集中できるようになった。重要なことは, 選択肢提示や家族とのコミュニケーションがルーチンワークとして救急医療の現場に取り入れられていることである。つまり特定の医療機関や担当医師・看護師に臓器提供の業務が集中することのない, 継続できる提供病院としてのシステム構築が必要となる。

文献/URL

- 1) 臓器の移植に関する法律, 法律第 104 号, 1997 年 7 月 16 日公布。
- 2) 臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律(最終改正), 法律第 83 号, 2009 年 7 月 17 日。
- 3) 有賀 徹: 日本臨牀, **68**: 2161-2163, 2010。
- 4) 永廣信治: *Brain Nerve*, **62**: 575-581, 2010。
- 5) 小野 元: 腎移植のすべて(高橋公太編), メジカルビュー社, 2009, pp.52-53。
- 6) 日本救急医学会: 救急医療における終末期医療のあり方に関する提言(ガイドライン)について, 2007 年 11 月 16 日, (<http://www.jaam.jp/html/info-20071116.pdf>)
- 7) 福嶋教偉: 日本臨牀, **68**: 2241-2145, 2010。
- 8) 秋山政人: 今日の移植, **20**: 135-137, 2007。

承諾から臓器提供までの家族対応と ドナー管理の現状と問題点

小野 元*

review article

Transplantation Now

Current status and issues of medical institution for organ donation including familial support

改正臓器移植法にて、臓器提供施設となる救急医療施設ではさらなる負担と責任を負うこととなった。それは家族の意思(臓器提供に対する同意)のみで脳死下臓器提供が可能となったこと、小児の脳死下臓器提供が可能となったこと、そして親族への優先提供が可能となったこと、に対する医療機関への負担である。つまり医療機関は個々のさまざまな価値観の対応を迫られることになる。

しかし、このまま提供施設への負担を解決できなければ、逆に臓器提供数を阻害しかねない。実際、臓器提供承諾から提供までの問題点は各医療機関においてさまざまである。本稿では、提供施設におけるシステム整備と臓器提供における患者家族との関係について述べる。

Hajime Ono*

key words : 救急医療, 家族対応, 院内システム, 臓器提供

本邦でも1997年の「臓器の移植に関する法律」(旧臓器移植法)の制定¹⁾以来、脳死下臓器提供が行われてきた。しかし提供数はあまりにも少なく、現在でも臓器不全に苦しみ移植を待ちつづける方々にとっては大変厳しい状況にあった。このような現状を解決すべく、2009年7月には「臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律」(いわゆる改正臓器移植法、以下改正法)が成立し²⁾、国民の臓器移植に対する関心やマスコミ報道も大きくなった。そして改正法施行後、脳死下臓器提供数が増加し移植を受ける機会も増加した。

しかしいまだに解決できていない問題も残っている。それは臓器提供施設もしくは救急医療現場における負担とリスクである。救急医療現場では医師・看護師を含め通常業務でさえ多忙である現状において、臓器提供発生時の周囲に影響する負担やリスクは非常に大きい³⁾。しかし、臓器提供についても他の医療と同様に対応する必要がある。

り、臓器提供意思表示カードの所持確認、家族からの希望、もしくは医療スタッフからの選択肢提示により対応がはじまる。つまり、われわれ救急医療に携わる者は臓器提供に対して個々の対応ばかりではなく、入院後の治療経過中における医療機関としての対応を認識すべきと考えている。

入院時からの救急医療機関の対応

救急現場での大前提は可能な限りの救命医療の実施であり、救急医をはじめ多くの専門医と看護師などの医療スタッフが関わり高度医療が施される。いずれの専門であれ、各疾患に対して救命を使命に手術を含めた治療に全力を注ぐ。しかし、いかなる高度医療を施したとしても救命しえない命があることも事実である。

救急現場で患者家族は突然見舞われた不幸に対し、悲嘆し、受け入れ、また悲嘆していく。どうにもならない死への受け入れは怒りさえ伴う。その受け入れの過程は個人によりさまざま、長期

*St. Marianna University, School of Medicine, Department of Neurosurgery 聖マリアンナ医科大学脳神経外科

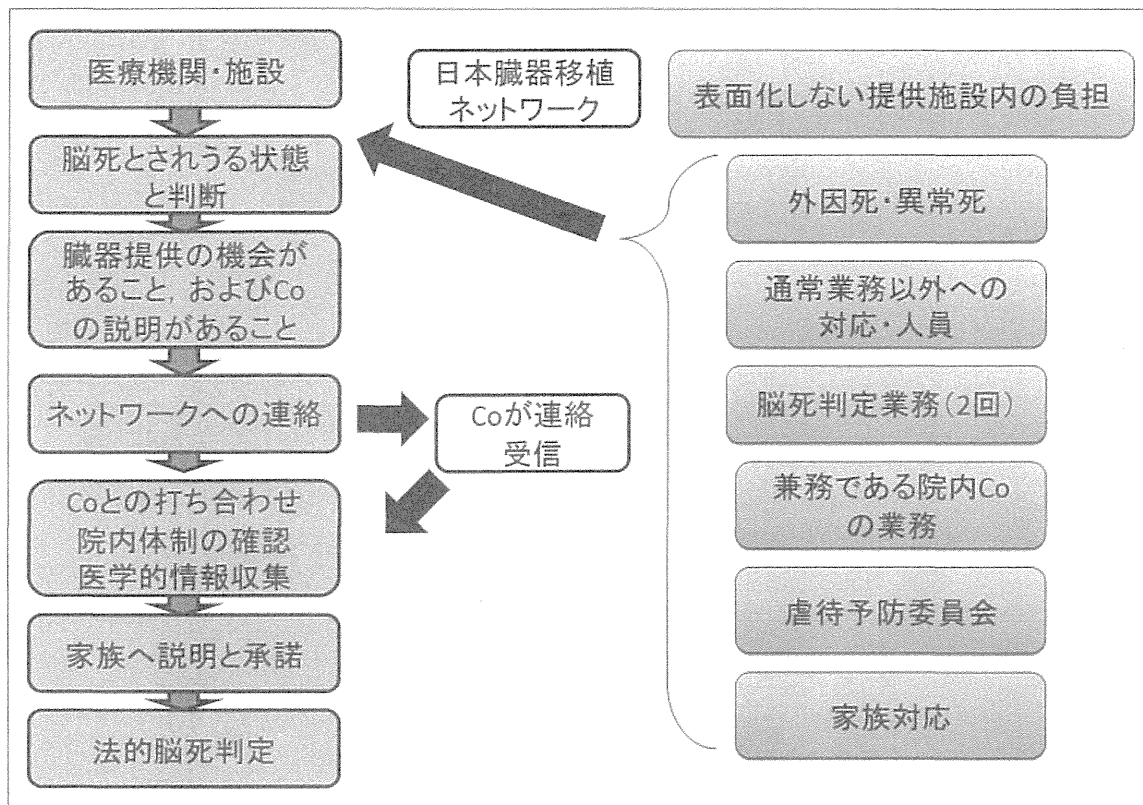


図1 脳死下臓器提供発生時の負担

に及ぶこともまれではない⁴⁾。

このことは臓器提供にかかわらず、共通の悲嘆反応である。そして脳死や予後不良を避けられない状況であると、家族へ十分な病状説明を行う救急医や脳神経外科医もまた、病気に対する敗北や無念さを感じているのである⁵⁾。つまり、高度医療への敗北感とともに医師をはじめ医療スタッフは、一人の人間として家族と同様に敗北感を感じつつも、患者の死(脳死を含め)を受容することがまず必要とされる。

ところが現在までの医学教育を振り返っても、グリーフケアを含めた終末期医療についてはあまりに学習機会が少ない⁶⁾。本邦の医学教育への言及は避けるが、今後、移植医療や臓器提供ばかりではなく医療に取り組むためには、医療スタッフの終末期医療への意識、そしてグリーフケアの理解は、一般の医療と同様に重要となる。

鹿野らの報告では、救急搬入から選択肢提示までの時間は平均3.2日で、選択肢提示から69.2%の症例が臓器提供となっていた。この理由としては、患者家族、移植コーディネーター(Co)、主治

医を含む医療従事者との間に信頼関係と話し合いがあり、十分な時間と環境(患者家族への静かな部屋の提供など)も重要であったとしている。この結果に対し、臓器提供に対する家族の意思についてはけっして希薄ではなく、入院後脳死となった患者を見守る家族の臓器提供に対する心境の変化は、医療従事者と家族とのコミュニケーション確立や積極的な選択肢提示により変化があったのだろうと述べている⁷⁾。

つまり医師や医療スタッフが家族と同様に敗北感を感じたとしても、患者の死(脳死を含め)を受容しなくてはならない。なぜなら、救命できない命を前にして患者本人や家族の意思を引き出せるのは、主治医を含めた医療スタッフであるからである。

救急医療現場の負担とリスクの軽減に向けて

1. 移植医療支援室によるサポート

医療スタッフだけの努力でこれら多くの問題が

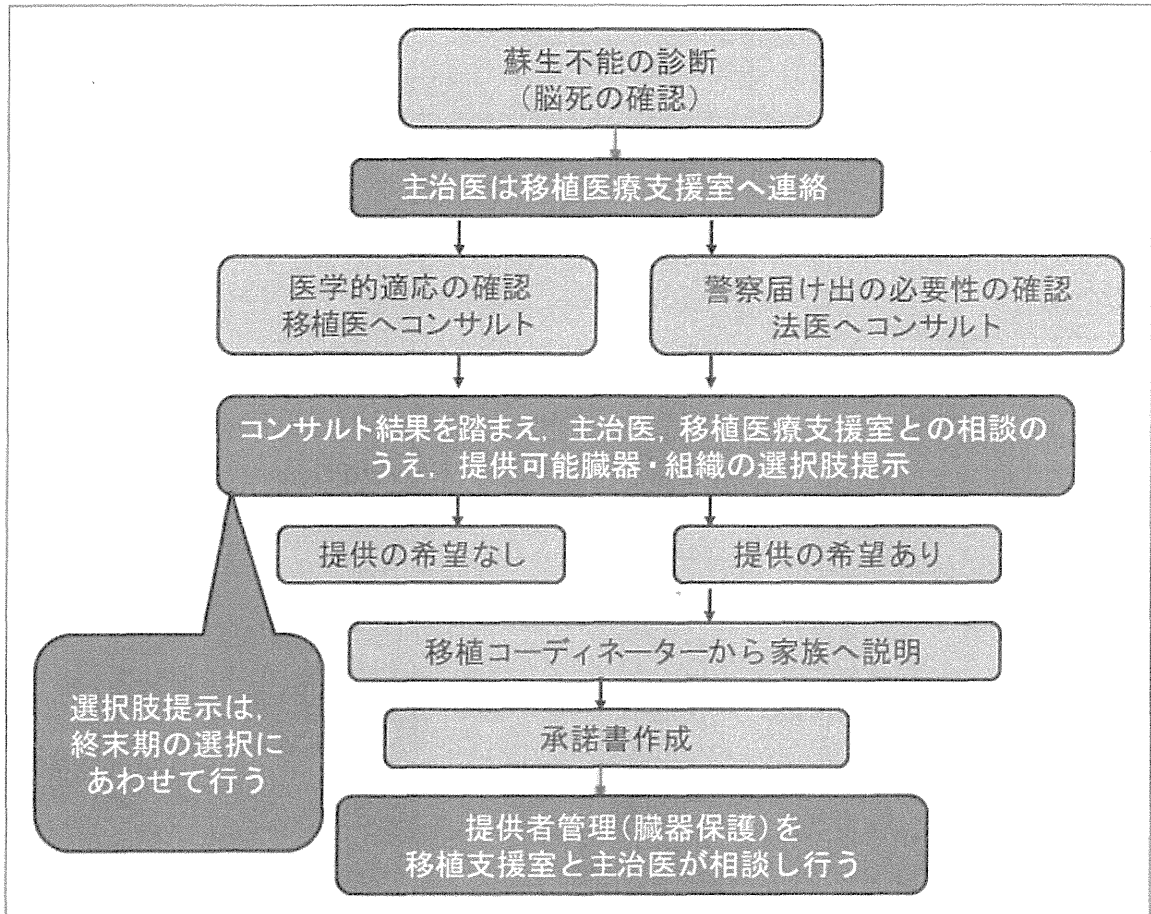


図2 臓器提供対応プロトコール

解決出来るわけではない。臓器提供発生時であっても、救急現場を併せ持つ医療機関の責務としては、救急搬入受け入れを不可能にすることはできない。また Walk-in にて来院される場合も同様に丁寧に対応しなくてはならない。通常業務もさることながら、病棟での急変や災害医療対応も重要視されている。現在多くの救急医療現場において人員配置は充分ではなく疲弊している状況では、主治医ら(本稿では救急医)は他のスタッフの協力を得ながら通常業務も行わなければならない。

これら現場の負担を踏まえ、筆者らは病院内の医療機関部門として移植医療支援室(以下、支援室)を設置した。特に救急現場における負担項目は多岐にわたるため、まずそれらを明示し問題を解決することにした(図1)。

最大の問題点は、改正法以前から存在する移植医療や臓器提供に対する患者や家族の意識や知識の不足であり、そのために生じる負担と拒否があ

る。これらを個人負担出来る医療スタッフは少数で、結果的には「自分たちの仕事ではない」と否定せざるをえない。

そこでまず筆者らの施設では、多くの負担や問題点の解決方法の一つとして臓器提供に対するプロトコールを作成し、個人の負担やリスクに充分配慮したうえで、ドナーとして適応があるか否か判断できる院内システムを構築した(図2)。

プロトコールでは、臓器提供発生時にまず主治医の行うべき項目として、支援室への連絡を最初に明示した。つまり、救急現場の専門スタッフだけで臓器提供について考えることを避け、支援室への連絡により臓器提供に対する適応を確認出来るようにした。

支援室では、基本的な感染症の有無や渡航歴・既往歴や基礎疾患、そして全身感染症の状況などを踏まえ、医学的な臓器提供の適応について判断する。さらには、虐待を含めた外因死もしくは異

常死に対する対応として、法医学との連携で適応を判断する。

そして支援室の判断をもとに、医療現場へ選択肢提示が可能か否かを伝え、主治医による選択肢提示を行う準備が整う。その後、選択肢提示を行うことになった場合でも、医師・看護師が家族の病状理解と終末期の過ごし方についてフィードバックできるようにした。

このプロトコールにより家族の病状理解がどの程度かが明らかとなるようになり、主治医からみて、予後不良の説明と終末期について家族の理解が出来ていない、もしくは理解したくない状況であれば、選択肢提示ではなく、再度主治医から家族への病状説明を行う。

2. 院内コーディネーターと都道府県コーディネーターの重要性

(1) 院内コーディネーターの活動

一般に臓器提供のCoといえば、日本臓器移植ネットワークのCo(JOTNWC)のことであるように思われがちだが、地域や医療機関内では都道府県Coと院内Coが中心的役割を担っている⁸⁾。各Coの立場や管理主、給与支払い元はまったく異なるが、それぞれの地域では都道府県Co、医療機関内では院内Coが活動している。実際、各提供施設において初動から円滑な臓器提供を進めるためには、JOTNWCだけでなく、院内Coや地域のまとめ役である都道府県Coの院内統括やドナー評価やグリーフケア、社会的支援などに対するスキルが重要となる⁹⁾。

そこで筆者らの施設では、院内Co(総計24名)はドナーCo(15名)とレシピエントCo(9名)にわけ、院内Coワーキンググループ(CoWG)として独自に活動している。そしてCoWGの方針や院内への働きかけについては、支援室から院内の委員会を経て、病院としての活動内容として承認できるようにシステムの構築をしている。

特に、法的脳死判定に対する院内Co(検査部)と、現場の担当医師・看護師に対する院内Co(看護師)、臓器摘出術に関わる院内Co(手術部)においては多くの負担が生ずるが、院内整備のために

は非常に重要な役割を持つ。

脳死判定に対する院内Co(検査部)においては、院内の脳死患者が救急現場だけに存在するわけではないため、脳卒中センター、循環器センター、各外科病棟の術後病棟、小児病棟なども含め、脳波計を用いて“脳死の診断”が可能か否か確認する必要がある。また実際の脳死診断では、診断をする脳死判定医師ばかりではなく、脳波測定に関わる専門技師の技術的サポートは重要となる。

現場の担当医師・看護師に対する院内Coのサポートでは、前述したように家族も医療スタッフも悲嘆しているため、正確な臓器提供に対する知識を提供するとともに集中治療と終末期医療に集中できるようにする。特に患者家族への心理的・体力的サポートへの対応は重要となる。その他に、支援室と医師・看護師の院内Coはドナー管理の支援も行う。

手術部の院内Coのサポートはやや特殊であるが、担当する麻酔科医とともに手術室の手配や人員配置を行う。これは摘出現場に直接関わる問題もあるが、それよりも通常業務に関わるマネジメントのほうが医療機関にとって大切となる。予定手術の時間変更や担当者の変更はそれだけでリスクとなる。また提供施設と移植施設の両方を合わせ持つ医療機関では、摘出臓器の取り扱い、手術室の出入りや待合場所など、ドナー側およびレシピエント側の患者や家族への配慮をしなくてはならない。

さらに筆者らの施設では院内Coの重要な仕事として、提供現場の問題点を情報として支援室を通して上層部にあげることがある。つまり、情報管理と問題解決も支援室とともに行うことが重要と考えている。

マスコミ報道に対するコントロールもこのなかに入るが、特定の1部署、1個人ではシステム構築は困難であり、院内全体でのリスクマネジメントの一端を担う必要がある。実際の臓器提供時には、院内における負担やリスクの調査・確認、そして評価・分析、意思決定に対し、病院長直下の委員会と関係医師・倫理委員会・法医学・看護師・管理課・医事課など多職種にわたる部署からの協

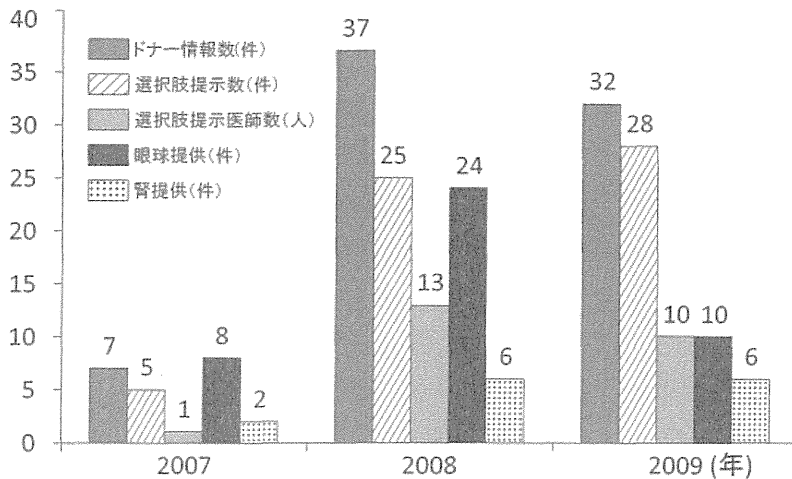


図3 年次ごとの変化
左右がある臓器は1臓器を2件と表示

力が必要であり、病院外では警察関係機関の協力が必要となる。

(2) 都道府県コーディネーターの重要性

このような院内体制や院内 Co への教育は本来、全国の都道府県 Co が行っている。そして院内では院内 Co とともに活動する。また都道府県 Co はあっせん業務も JOTNWC Co と同等に行いつつ、臓器提供発生時には臓器搬送のために警察との調整やドナー家族へのグリーフケアも一緒に行っている。

しかし、このように提供施設で円滑な臓器提供体制をとるための直接の役割を持つ都道府県 Co や院内 Co は重要でありながら、認知度や行政からの支援は少ない。この官民一体の動きについては全国でも新潟県の取り組みが群を抜いており、今後このシステムの全国への広がりが期待される⁹⁾。

承諾から臓器摘出まで

1. 臓器提供対応システム

医療現場で移植医療や臓器提供(終末期医療を含む)などに疑問や情報があれば、だれでも、いつでも、支援室へ連絡ができるようにした。このことは選択肢提示の数や選択肢提示を行った医師の数の増加につながり(図3)、ある程度現場への負担軽減を生み出したと思われる。

連絡内容は多岐にわたり、脳死判定のサポート依頼や突然提示された意思表示カードの扱い方などさまざまである。つまり主治医や担当看護師は、

現場では治療やケアに集中すべきであると考えており、各個人の裁量や各部門長の判断などで処理しなくてはならなかったこれまでの課題を院内システムで処理をしようとする方法である。

2. 家族の悲嘆とグリーフケア

救急の現場において搬送された患者の家族の心境はどうであろうか。当然、突然の出来事に動揺や不安が前面にあり、病名はとにかく、患者は助かるのか、入院期間はどれぐらいなのかといった不安な心境であり、臓器提供どころではない。しかしながら、悲嘆のなかでも臓器提供を望んでいる家族もいる。

そのようななかでのグリーフケアといっても多くの要素を含むが、まずは臓器提供を希望した家族の心情と体調への配慮である。他の家族と同様に死を受け入れ、さらに臓器提供を承諾することになり、精神的な落ち込みや時間的に拘束され体力を奪われる。グリーフケアの一環としては、十分に休息のとれる場所の提供や、病院から離れることができる時間の提供も必要となる。ときには、家族の体調管理(内服薬の処方など)を行う必要が生じることもあり、ベッドサイドで過ごす家族への声かけを忘れてはならない。そして現場で直接家族と接する医師や看護師は、家族と一緒に患者の髪や体を洗ったり、好きな音楽を聴いたり、写真を撮ったりできるような、患者と家族が過ごしやすい環境設定をすすんで整えることが大切である。

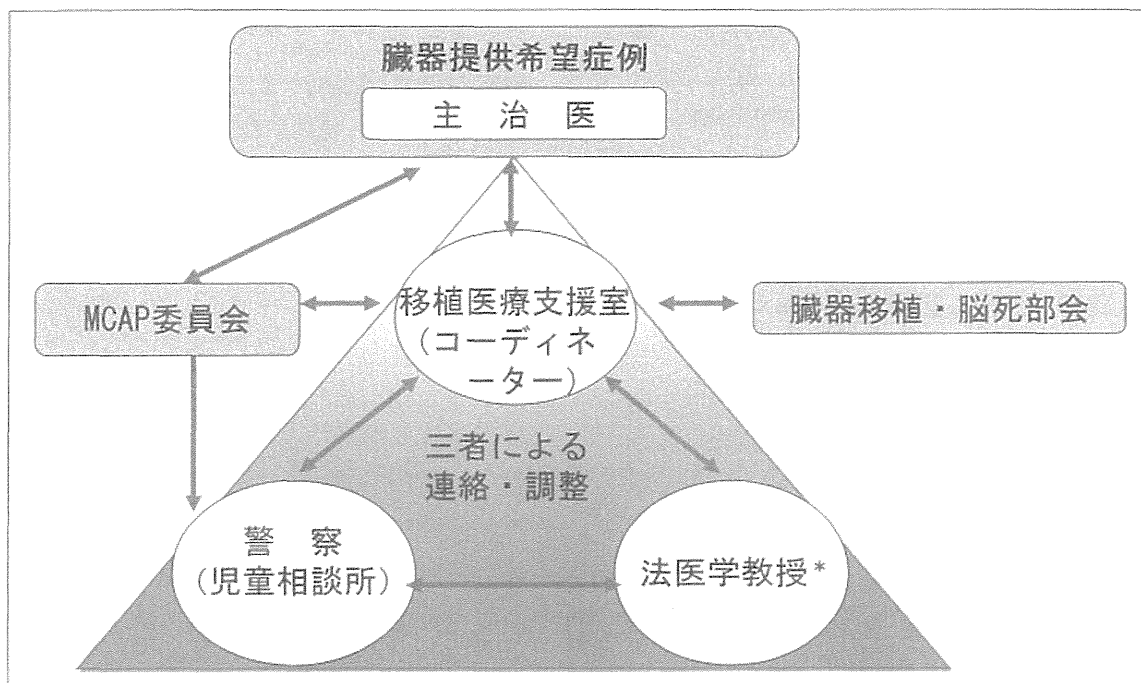


図4 小児において脳死・心臓死と判断された症例における臓器提供に関わるフローチャート

MCAP：虐待予防委員会。*神奈川県内3大学，聖マリアンナ医科大学，東海大学および北里大学の法医学教授を示す。

3. ドナー管理体制

すでに臓器提供における法的脳死判定やドナー管理については，論文やガイドラインの詳細な報告がある^{8,10,11)}。脳死下臓器提供であればメディカルコンサルタントによる協力もあり，救急医や集中治療医のサポートがあればそれほど困難ではない。

筆者らの支援室の特徴は，医療協力部門として主治医へのサポートを含めドナー管理を主として積極的に行っている。具体的には院内協力体制として，摘出臓器の状態を知るうえで可能な限り院内の各専門科医師に現場での診察や検査を依頼している。その結果として，現場のスタッフはドナー管理を行ううえでの指標が理解でき，加えて院内において周知にもなる。また医療スタッフの勤務交代においては，主治医や担当看護師を交えてドナー管理について周知し，出来る限り通常通りの勤務体制を行う。現在でも主治医への時間的拘束には各医療機関でさまざまな意見があると思われるが，あくまで院内における医療行為の一つとして負担はなるべく避けるようにしている。

4. 虐待対応(法医学，警察，児童相談所含む)

改正法後，小児の脳死下臓器提供が可能となり，院内での虐待への対応と警察への対応はさらなる医療機関の負担となっている。筆者らは院内の虐待症例に対する体制整備とともに，神奈川県警および児童相談所との連携を構築して対応している(図4)。

経験を積んだ救急医や小児科医もしくは脳神経外科医であれば，医療現場において虐待症例を見逃すことは少ないと思われるが，見逃される可能性もないとはいえず，詳しい調査が必要となる¹²⁾。加えて，虐待を疑った症例の既往歴や個人情報の確認が，臓器提供を踏まえる場合には問題となる。当然警察や児童相談所の協力は重要であるが，小児の臓器提供症例においては医療現場の協力ばかりではなく院内協力体制が必要となる。

5. 心停止下臓器提供

これまで多くの提供施設において心停止下臓器提供が成立していることは事実であるが，実際の心停止下臓器提供における問題は終末期医療の問