

現在の体制を維持強化するとともに、次のより高度な目標達成を目指したアクションプランの再設定を行う。目標が未達ならば、その原因を分析し、アクションプランの修正を行う。このデミングの管理サイクル（Plan-Do-Check-Act）を繰り返すことにより、臓器提供プロセスの改善を図ることが可能である。

DAP で用いられている手法は TQM そのものであり、病院スタッフが習得した TQM 手法は、病院における他の活動にも利用が可能である。

(3) 本研究の目的

DAP は現在 24 カ国で導入されており、臓器提供数の増加に有効であることが示されている。日本においては、2000 年以降厚生労働科学研究班「臓器移植の社会的基盤に向けての研究」（主任研究者大島伸一）により日本への導入が図られた。

本研究の目的は、DAP を導入している日本の臓器提供病院から収集された HAS・MRR のデータをもとに、病院職員の知識・態度・行動の特徴等を明らかにするとともに、今後、臓器提供の増加を図る際の問題点や解決策について検討することである。

B. 研究方法

分析対象は、日本における臓器提供病院のうち DAP 実施病院に実施している HAS、MRR の調査データである。

2014 年度 1 月末までに HAS は、42,495 人からデータが得られており、その内訳は 1 回目が 26,602 人、2 回目が 11,017 人、3 回目が 3,847 人、4 回目が 533 人、5 回目が 535 人、6 回目が 496 人である。HAS の年度別・実施回数別集計を表 1 に示す。

2012 年度は 3 病院より 713 人、2013 年は 9 病院より 6,589 人、2014 年は 4 病院より 1,900 人のデータが得られている。HAS は 2 回目以降の調査実施が 2013 年度は 5 病院、2014 年度では 3 病院で認められた。参加病院数の年次推移

を図 1、HAS データ数の年次推移を図 2 に示す。

2 回目以降の結果は、初回実施の際明らかになった問題点の改善を図るためのアクションプラン実施後の効果判定に用いられるべきデータと考えられる。なお、データは年度末に病院から送付されることが多く、報告書作成はデータ入力済みの 38,292 人のデータの解析結果による。

また MRR は、43 病院より 8,445 人のデータが得られている。2012 年度は 4 病院より 690 人、2013 年度は 7 病院から 1,072 人、2014 年度は 5 病院から 317 人のデータが得られた。今回は、この 8,445 人を解析の対象とした（表 2、表 3）。

DAP で得られた HAS、MRR のデータは全てドナー・アクション財団（DAF）が運営する web サイトにおいてデータベースとして管理されている。

C. 研究結果

HAS の主要な結果を図 3-8 に示す。ここに示した結果は、全データをまとめ、職種別、年度別に集計したものであり、全体の動向をおおまかに示しているものである。

全体の動向からは、医師、看護師など医療職種においては、①一般に移植医療には賛成であり、半数弱のものが、死後自分の臓器提供を希望していること、②脳死を死の妥当な判定方法であると考ええるものは、医師の約 6 割に比較して、看護師では 4 割程度にしか過ぎないこと、③ドナー候補の特定、臓器提供の同意を得ることに必要な能力・知識を有すると考えるものは、医師で 2 割弱、看護師ではごく少数であること、がわかる。

実際には、全体との比較により各病院に特有の問題点などの現状を明らかにし、それらの問題点を改善するための教育研修（勉強会、セミナー等）などを実施し、HAS の調査結果を元に事前事後の比較を行うことで、その効果を明らか

にする。これらを繰り返すことにより、改善の PDCA サイクルを確立するためのツールとしての利用が想定されている。

MRR を用いることにより、以下に示す臓器提供の各段階のどこで脱落が多いかを明らかにすることが可能となる。

- ◆ 全死亡（病院全体ではなく、脳神経外科、救急・ICU 等の特定の診療科のみでも良い）
- ◆ 15 歳以上 75 歳未満（臓器移植法改正前）
- ◆ 医学的に適応
- ◆ 人工呼吸器の使用
- ◆ 脳死の前提条件を満たすことの確認
- ◆ 脳死の診断の実施
- ◆ 家族へのオプション提示
- ◆ Donor（脳死下臓器提供）
- ◆ Donor（心停止後臓器提供）
- ◆ Donor（組織提供）

このうち、「年齢」、「医学的に適応」、「呼吸器使用の有無」の各段階については病院が管理することはできない項目であるため、円滑な臓器提供が行えるための院内体制の構築には、それ以降の各段階における歩留まり率を如何に高めるかが重要となる。

図 9 には、MRR 全体の年次別集計結果を示す（ここでは 2009 年度以降を示す）。図 10（ここでは 2009 年度以降を示す）に示すとおり、全参加病院においても家族へのオプション提示の割合が年々、着実に増加していることがわかる。

MRR についても HAS と同様に、個別病院の問題を明らかにし、教育研修などの介入効果の判定ツールとしての利用を想定している。

D. 考察 と E. 結論

DAP の導入病院は増加傾向にあり、HAS、MRR とともにデータ数は増加しつつある。HAS、MRR は DAP における主要なツールであるが、全体の集計によ

りおよその動向を知ることが可能であるとともに、個別病院における問題把握、教育研修等の実施後等の介入効果判定のツールとして利用が可能である。

全体の集計結果では、一般に臓器移植に対しては全職種において好意的な回答が多い反面、脳死について懐疑的なものが看護師、事務職などに少なくないこと、ドナー候補者の特定・臓器提供の同意を得るために必要な能力・知識については、これを有しているものはごく少数であることが明らかとなった。この点については、個別の病院における教育研修の実施等、重点的に取り組むべき課題であると考えられる。

また、MRR では家族へのオプション提示の割合は増加傾向にあることが明らかとなった。個別の病院における教育研修の実施がオプション提示、臓器・組織提供数の増加をもたらすかは今後の検討課題である。

E. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

F. 知的財産権の出願・登録取得状況（予定を含む）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案特許
なし
3. その他

ドナー・アクション・プログラム(DAP)はドナー・アクション財団(DAF)の所有・管理する知的財産である。本研究班の研究分担者大島伸一は、DAPの日本における、紹介・利用・日本の状況に合わせた改変を行なうことについて、DAFより許可を得ている。また、研究分担者長谷川友紀は DAF の管理するデータベースへの日本からのデータ登録・管理責任者である。

表 1. HAS の年度別・実施回数別集計

| 実施年度 | 1回目 | | 2回目 | | 3回目 | | 4回目 | | 5回目 | | 6回目 | |
|------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|
| | 参加 病院数 | 件数 | 参加 病院数 | 件数 | 参加 病院数 | 件数 | 参加 病院数 | 件数 | 参加 病院数 | 件数 | 参加 病院数 | 件数 |
| 2002 | 19 | 3,060 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2003 | 9 | 3,276 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2004 | 3 | 522 | 4 | 380 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2005 | 5 | 109 | 3 | 912 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2006 | 7 | 2,525 | 4 | 1,054 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2007 | 3 | 194 | 7 | 2,311 | 1 | 29 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2008 | 7 | 1,755 | 3 | 615 | 2 | 687 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2009 | 11 | 6,536 | 3 | 998 | 5 | 1,538 | 1 | 295 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2010 | 8 | 1,720 | 10 | 3,758 | 4 | 1,112 | 1 | 86 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2011 | 1 | 247 | 1 | 29 | 1 | 80 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2012 | 3 | 713 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2013 | 4 | 5,828 | 1 | 74 | 0 | 0 | 1 | 152 | 3 | 535 | 0 | 0 |
| 2014 | 1 | 117 | 1 | 886 | 1 | 401 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 496 |
| 合計 | 81 | 26,602 | 37 | 11,017 | 14 | 3,847 | 3 | 533 | 3 | 535 | 1 | 496 |

表 2. MRR の都道府県別集計

| 参加都道府県 | 参加病院数 | 件数 |
|--------|-------|-------|
| 北海道 | 4 | 72 |
| 新潟県 | 4 | 786 |
| 富山県 | 5 | 3,361 |
| 神奈川県 | 2 | 647 |
| 千葉県 | 2 | 90 |
| 静岡県 | 2 | 544 |
| 愛知県 | 4 | 1,212 |
| 福井県 | 1 | 107 |
| 福岡県 | 12 | 867 |
| 大分県 | 1 | 30 |
| 長崎県 | 1 | 11 |
| 熊本県 | 1 | 25 |
| 沖縄県 | 3 | 693 |
| 合計 | 42 | 8,445 |

表 3. MRR の年度別集計

| 年度 | 参加病院数 | 件数 |
|------|-------|-------|
| 2002 | 2 | 114 |
| 2003 | 8 | 438 |
| 2004 | 7 | 464 |
| 2005 | 4 | 132 |
| 2006 | 7 | 699 |
| 2007 | 7 | 888 |
| 2008 | 15 | 986 |
| 2009 | 22 | 1,065 |
| 2010 | 13 | 1,056 |
| 2011 | 3 | 524 |
| 2012 | 4 | 690 |
| 2013 | 7 | 1,072 |
| 2014 | 5 | 317 |
| 合計 | 104 | 8,445 |

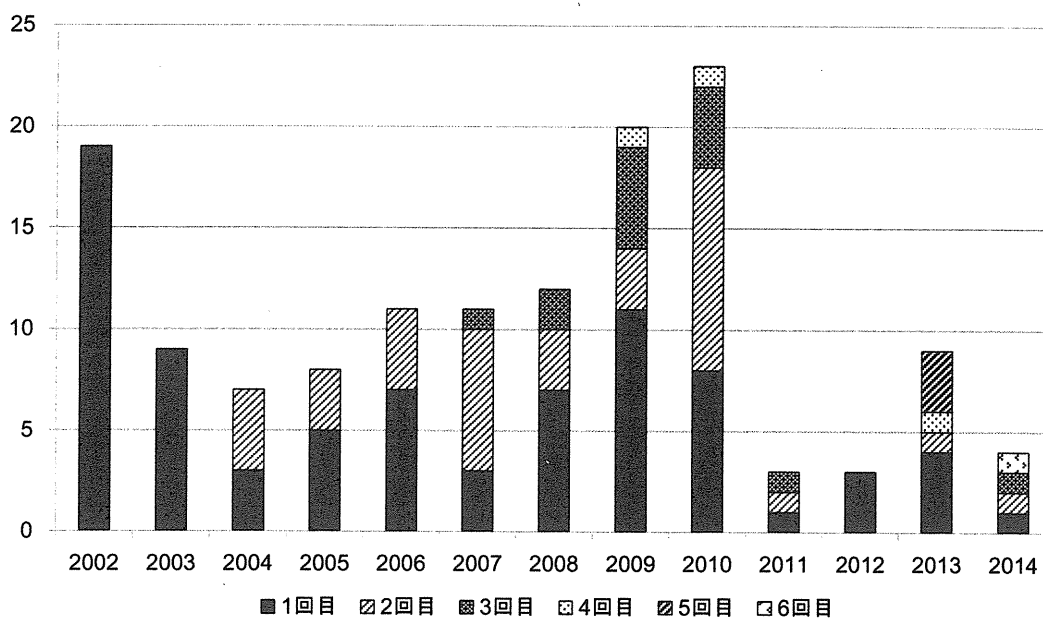


図1. HASの参加病院数*の年次推移
*参加病院:HAS データ参加病院とした

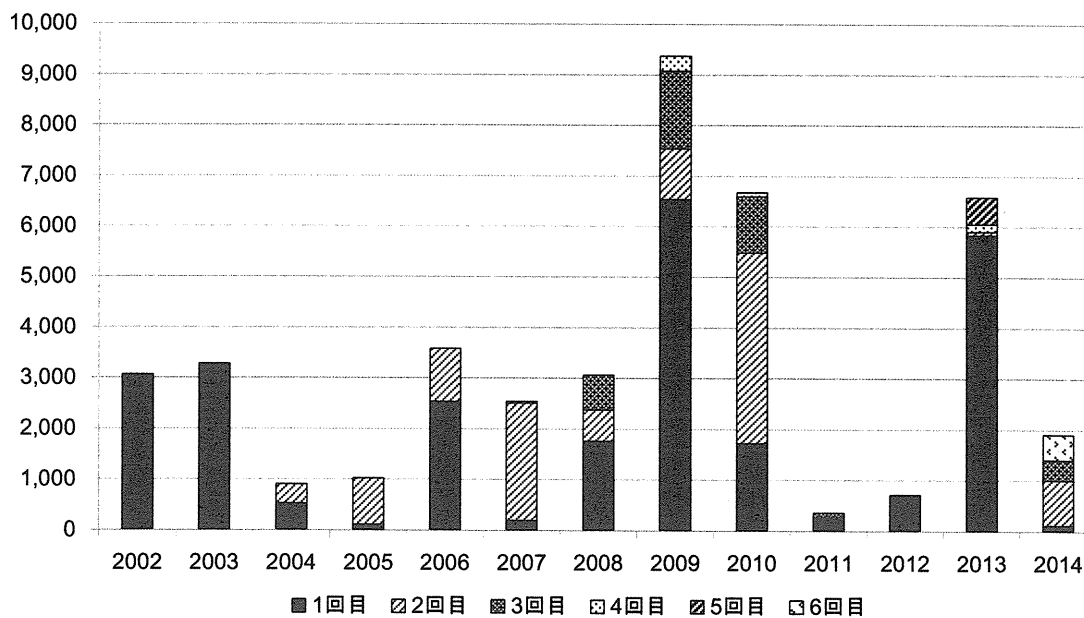


図2 HASデータ数の年次推移

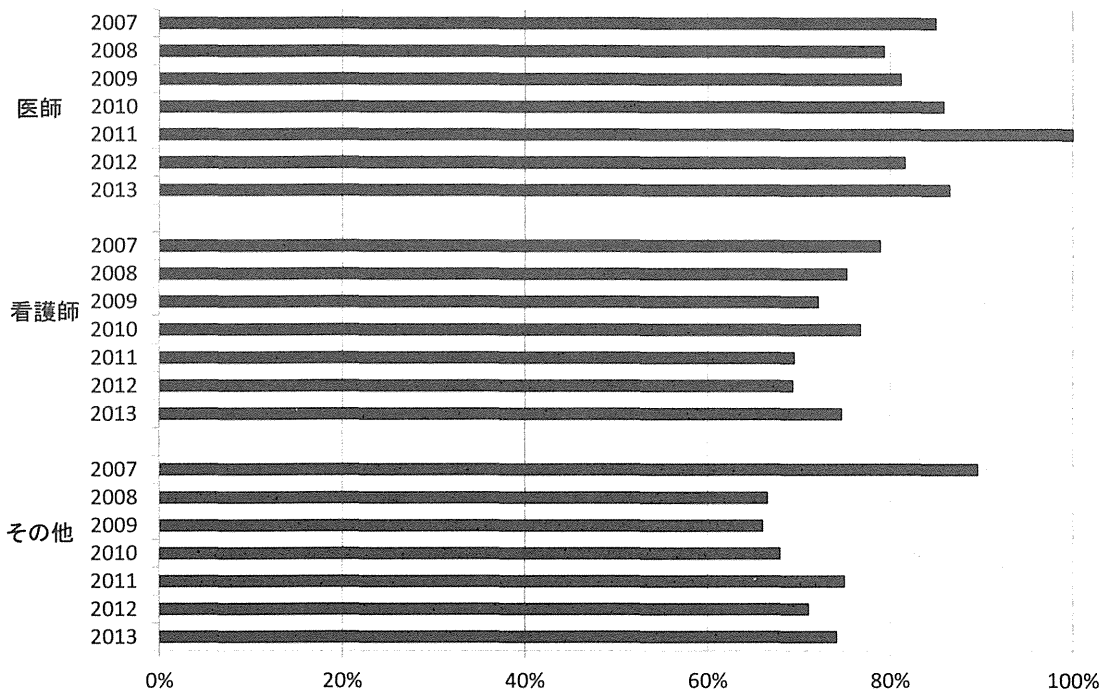


図 3. 移植のための臓器提供に賛成 (2007 年度以降を示す)

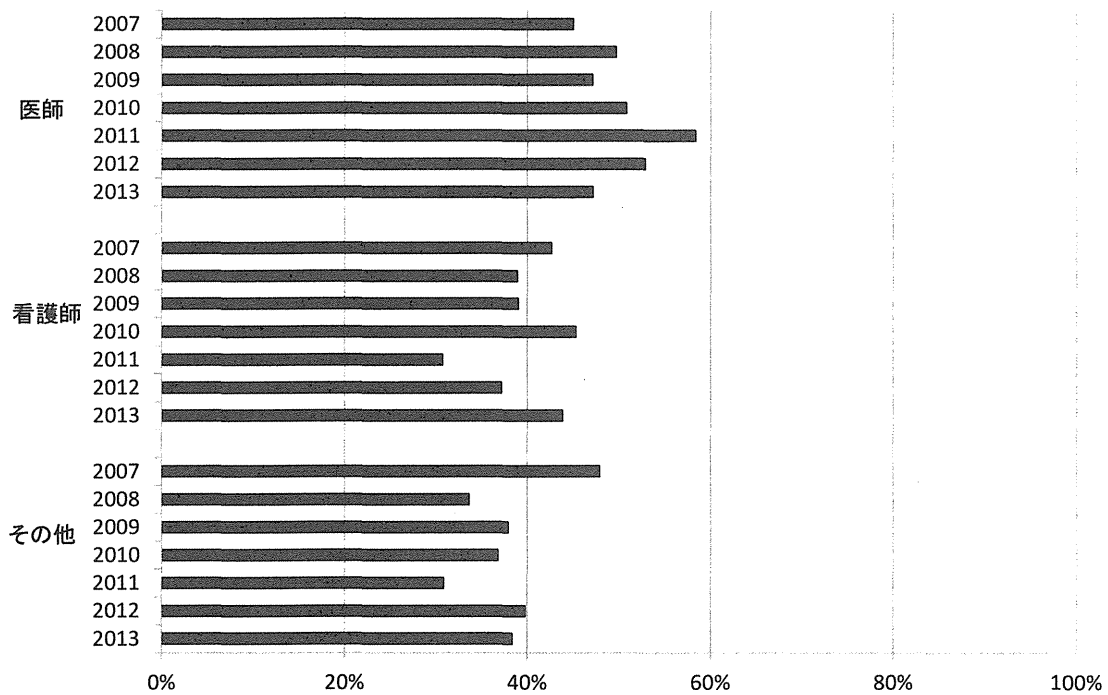


図 4. 死後、自分の臓器提供を希望 (2007 年度以降を示す)

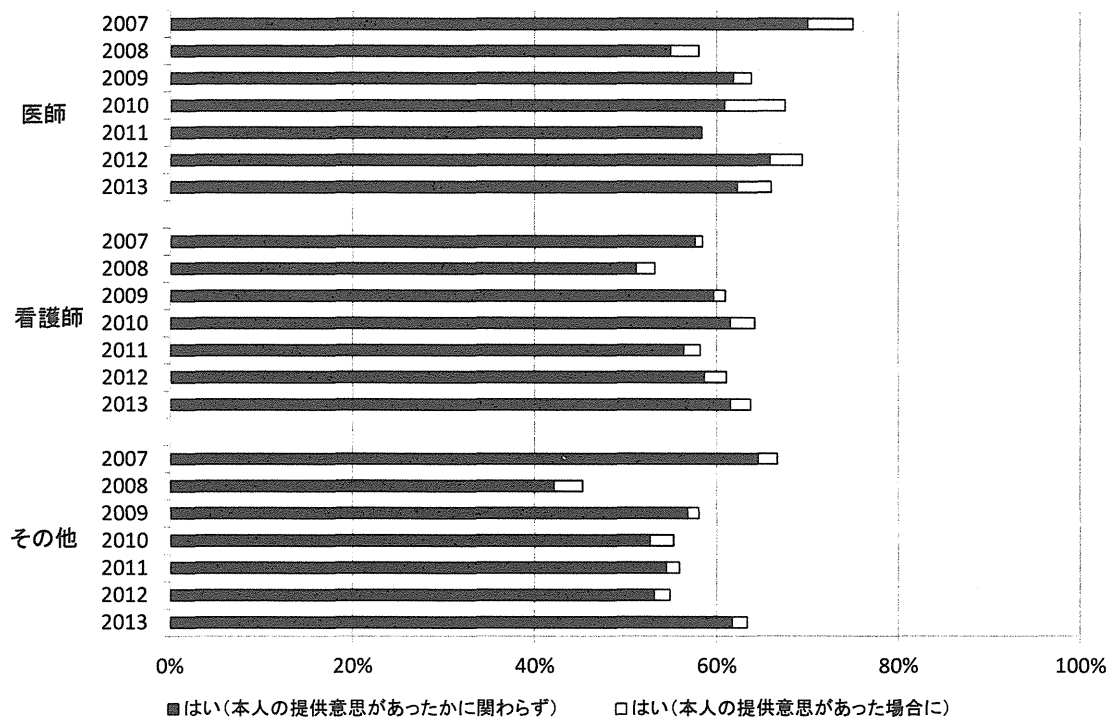


図 5. 死後、家族（成人）の臓器提供を希望（2007 年度以降を示す）

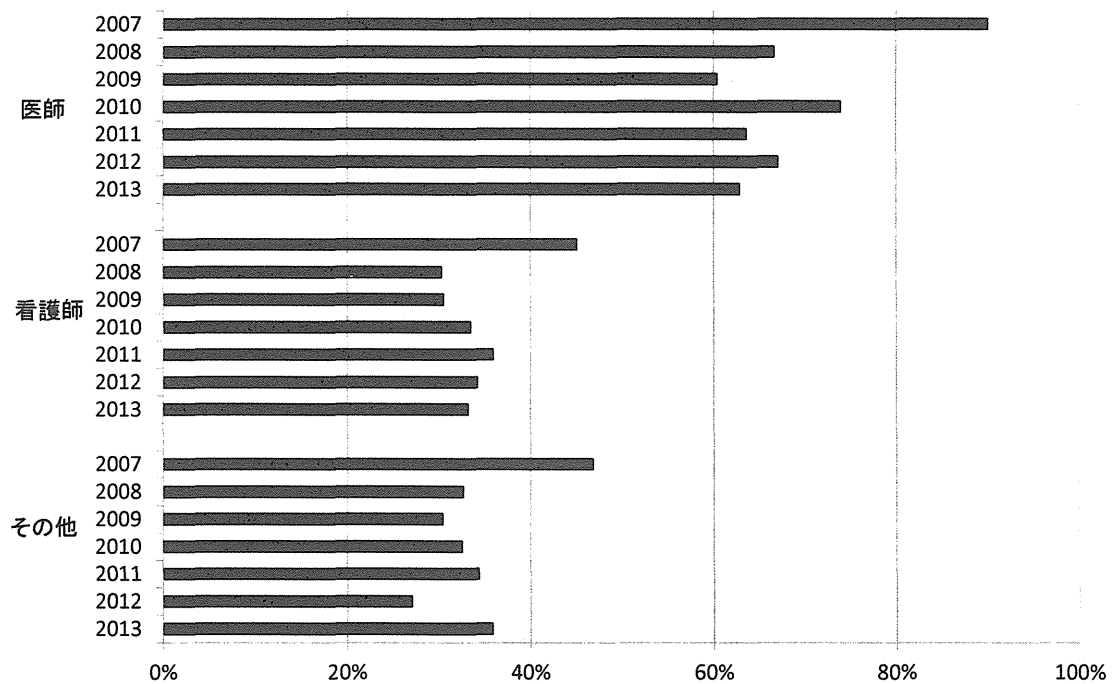


図 6. 脳死は死の妥当な判定方法（2007 年度以降を示す）

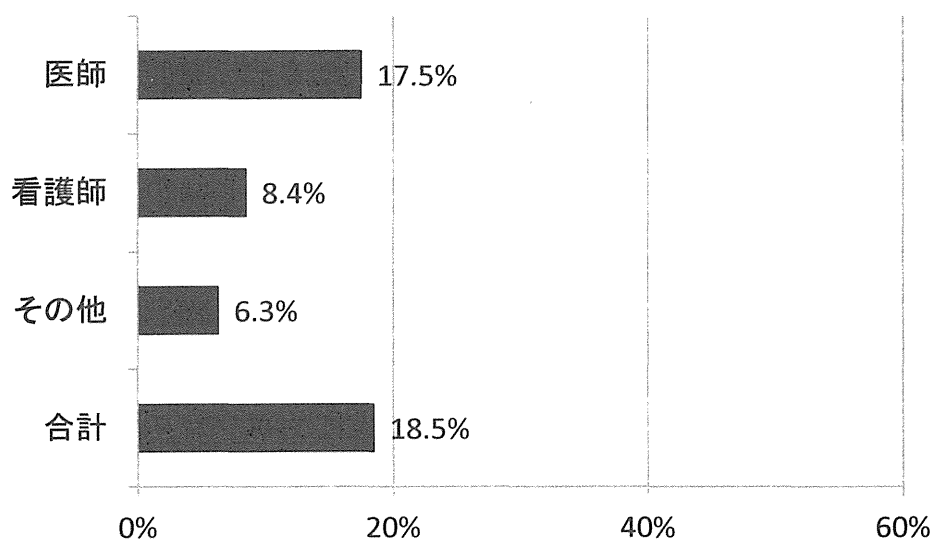


図 7. ドナー候補者の特定について必要な能力・知識をもっていると

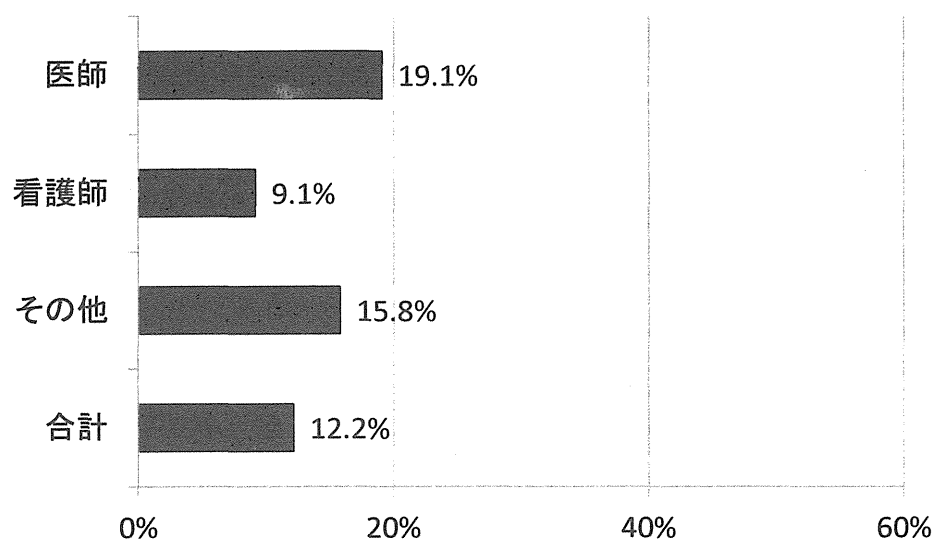


図 8. 臓器提供の同意を得ることに必要な能力・知識をもっていると

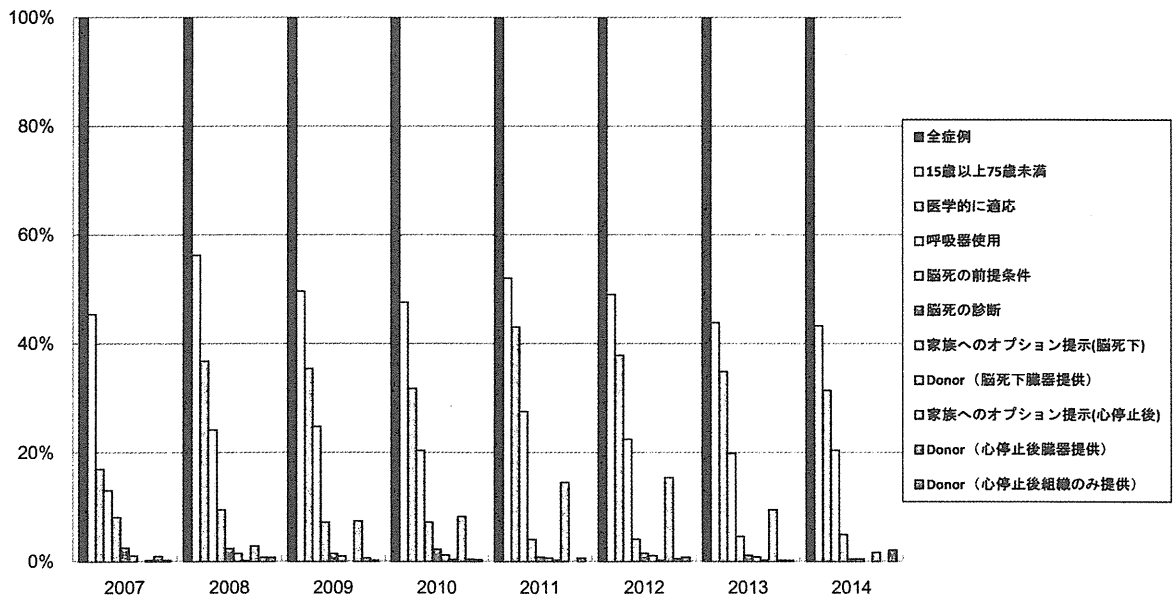


図 9. 年度別の臓器提供の各段階の割合 (2007 年度以降を示す)

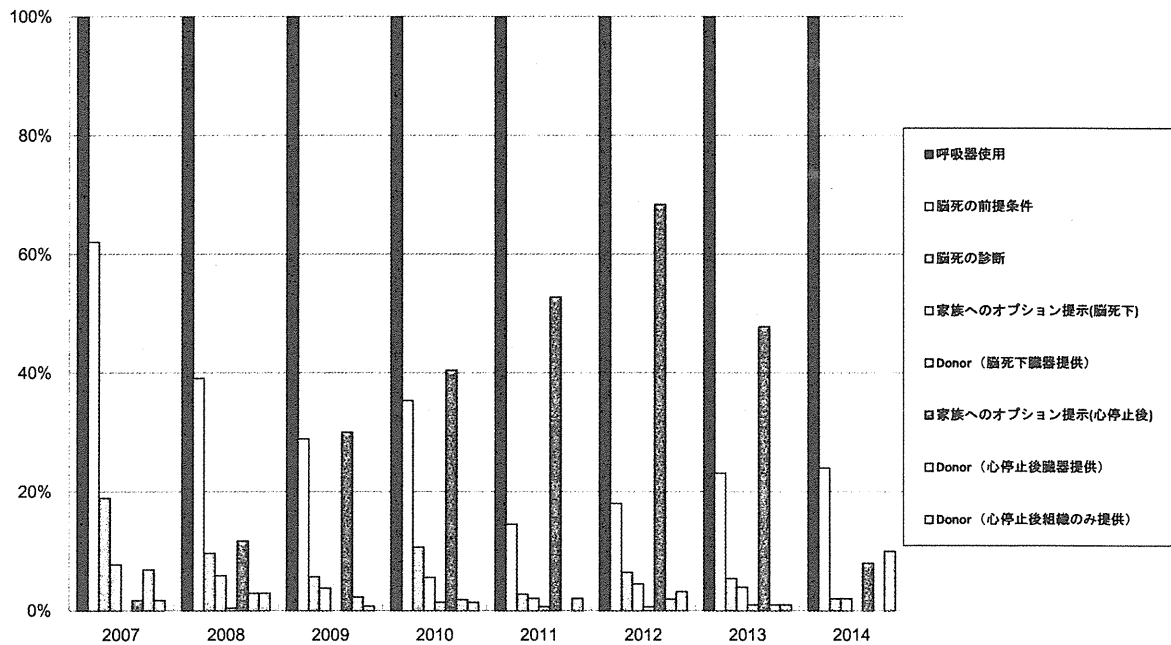


図 10. 呼吸器使用=100%としたときの臓器提供の各段階の割合 (2007 年度以降を示す)

平成 26 年 8 月 1 日

救急医療現場におけるクオリティ・マネジメント (QM) セミナー
参加者アンケート調査ご協力をお願い

厚生労働科学研究
「適切な臓器提供を可能とする院内体制整備と
スタッフの教育研修プログラムの開発に関する研究」
研究代表者 長谷川 友紀

救急医療現場におけるクオリティ・マネジメントセミナー (QM セミナー) は、急性期病院における終末期ケアの質改善を目的として、4 日間のセミナーを平成 24・25 年度の 2 年度にわたり開催して参りました。セミナーを受講後、参加者の皆様は院内での仕組みの構築、職員への教育の提供等、様々な活動をされていることと存じます。

私どもの研究班では、平成 24・25 年度に開催した「救急医療現場におけるクオリティ・マネジメントセミナー」に参加された方を対象にアンケート調査を実施し、救急医療現場の質の向上、職員の意識向上、患者からの反応等、セミナー受講による効果について明らかにしたいと考えております。

皆様のプライバシーには充分配慮させていただきます。集計結果は、個人が特定できないように編集したのち、セミナーや学会等でご報告致します。

ご多忙のおり、まことに恐縮ではありますが、アンケート調査にご協力賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

アンケート調査ご回答の注意

- 平成 24・25 年度の「救急医療現場におけるクオリティ・マネジメント (QM) セミナー」に参加された方にご回答をお願いします。
- 集計の都合上、2014 年 8 月 15 日 (金) までにご返送ください。

<連絡先>

〒143-8540 大田区大森西 5-21-16

東邦大学医学部社会医学講座

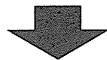
電話 03-3762-4151 内 2415

FAX 03-5493-5417 担当：瀬戸、大島

【院内での取り組みをお聞きます。】

問 1. クオリティ・マネジメント（QM）セミナーの受講後、医療の質向上を目的として開始した取り組みはありますか。（例：院内の終末期医療マニュアルの作成、臓器提供意思確認のための仕組みの導入、職員に対する移植医療についてのセミナーの実施、職員アンケート調査の実施など）

1. ある 2. 現在計画中である 3. ない



問 1 で「2. 現在計画中である」「3. ない」と回答した方は問 2 にお進みください。

問 1-1. 問 1 で「1. ある」と回答された方にお聞きます。

①具体的にどのような取り組みをされたかご記載ください

（複数ある場合はその中で代表的な取り組みを **3 つまで**ご記載ください）。

②院内で取り組みを行う際、うまく進まないなどの障壁（バリアー）の有無およびその具体的な内容、どのような対応をしたかについてご記載ください。

③取り組みを実施した結果、得られた成果の程度について、**もっともあてはまるもの 1 つに○**をおつけください。

| NO | ①具体的な取り組み内容 | ②院内で取り組みを行う際の障壁の有無 | 具体的な障壁（バリアー）の内容、および対応について | ③取り組みを実施した結果、得られた成果の程度 |
|----|-------------|--------------------|---------------------------|--|
| 1 | | 1. あった 2. なかった | 障壁 対応 | 1. とても効果が得られた 2. やや効果が得られた 3. あまり効果が得られなかった 4. 全く効果が得られなかった |
| 2 | | 1. あった 2. なかった | 障壁 対応 | 1. とても効果が得られた 2. やや効果が得られた 3. あまり効果が得られなかった 4. 全く効果が得られなかった |
| 3 | | 1. あった 2. なかった | 障壁 対応 | 1. とても効果が得られた 2. やや効果が得られた 3. あまり効果が得られなかった 4. 全く効果が得られなかった |

問2. 院内で取り組みを進めるにあたりどのような工夫をされましたか。

あてはまるものすべてに○をおつけください。

1. 部署を設置した
2. 委員会を設置した
3. 関係部署の管理者を集めて説明会を行った
4. 病院の管理者（院長、理事長等）の協力を得た
5. 関係委員会で説明する時間を設けてもらった
6. 関係する部署を訪問し説明を行った
7. 診療情報システム（電子カルテ、帳票など）の変更を行った
8. 予算を確保した
9. 事業計画の中に位置づけた
10. その他（具体的に：_____）

【あなたについてお聞きします。】

問3. 何年度のQMセミナーに参加しましたか。

1. 平成24年度
2. 平成25年度

問4. 職種を教えてください。

1. 看護師
2. 医師
3. 薬剤師
4. 事務
5. その他（具体的に：_____）

問5. 所属部署を教えてください。

（例：看護部救急救命、医療安全管理部、移植支援部など）

（_____）

問6. 肩書き・役職を教えてください。

（例：主任、師長、部長、ドナーコーディネーターなど）

（_____）

以上でアンケートは終了です。
お忙しいところご協力ありがとうございました。

| |
|---------------|
| 病院意識調査 |
|---------------|

本病院意識調査は、当院における臓器提供プロセス検討の一環となるものです。病院の重要な立場におられる職員として、この調査票へのご回答をお願いします。記入には10～15分程度かかりますが、すべての項目に回答をお願いします。回答頂きました内容が外部に漏れることは決してありません。ご協力ありがとうございます。

| |
|-------------------|
| 病院名： |
| 日付： 月 日 |

1 職業は何ですか。

医師

看護職員

その他

診療科の種別

(病院により診療科の種別わけは異なりますが、最もあてはまるもの一つを選んでください。混合病棟などで院内で独自の病棟呼称を用いている場合には、「その他」にチェックし、「西3」のように記入してください。)

ICU 循環器

循環器 (一般)

腎臓内科

ICU 一般

循環器 (虚血性心疾患)

その他： _____

ICU 内科

一般内科

ICU 外科

一般外科

ICU 神経内科

新生児

ICU 脳神経外科

神経内科

ICU 新生児

脳神経外科

ICU 小児

小児科

外傷・救急

外傷

麻酔

手術室

ここからの質問は、臓器提供に関するお考えをお聞きします。どれが正しく、どれが誤っている、ということではありません。あなたの個人的なお考えに最も近い答えをチェックして下さい。

2 移植のために臓器/組織提供をすることについてどう思いますか。

賛成

反対

分からない

3a ご自身が死亡した後、臓器/組織を提供したいですか。

臓器： はい いいえ 分からない

組織： はい いいえ 分からない

3b 特に提供したくない臓器/組織はありますか。

臓器： はい いいえ 分からない



心臓 肺
肝臓 脾臓
腎臓 小腸
その他： _____

組織： はい いいえ 分からない



角膜 皮膚
骨 心臓弁
ランゲルハンス島
腱 血管
顔面 中耳
その他： _____

4 ご自身の死亡後の臓器／組織についての考えを、家族に話したことがありますか。

はい いいえ

5a 家族（成人）が死亡した場合、その臓器／組織を提供したいと考えますか。

はい（本人の提供意思があった場合に） はい（本人の提供意思があったかに関わらず）
いいえ 分からない

5b あなたの臓器提供に対する考えは家族の考えと一致しますか。

はい いいえ

子供がいる方は 6a を、子供がいない方は 6b をお答えください。

6a （子供がいらした場合）あなたの子供が死亡した場合、その臓器／組織を提供したいと考えますか。

はい いいえ 分からない

6b （子供がいない場合：いらしたと仮定して）あなたの子供が死亡した場合、その臓器／組織を提供したいと考えますか。

はい いいえ 分からない

7 臓器提供は、家族の悲しみを癒す助けになると思えますか。

はい いいえ 分からない

8 臓器提供によって、他の人の命が救われると思えますか。

はい いいえ 分からない

ここからの質問は、正しいと思うものを選んでください。

9 日本では、何パーセントの人が臓器提供を認めていますか。

25%未満 25～50% 50～75% 75%以上

10 日本では現在、臓器提供の待機者リストに何人が登録していますか（腎臓、肝臓、心臓、肺、脾臓、小腸、その他を含めて）。

< 500 500～2,000 2,000～5,000 5,000～10,000 > 10,000

11 待機者リストのうち、何パーセントの人が臓器移植を受けることになると思いますか。

< 10% 10～20% 20～30% 30～40% > 40%

ここからの質問は、あなたの知っている範囲でお答えして下さい。

12a 昨年、あなたの所属する病棟（科）に入院した患者のうち、臓器提供に医学的に適当であった患者はおよそ何人ですか。

なし 1～5 6～10 11～20 > 21 分からない

12b 昨年、あなたの所属する病棟（科）を入院した患者のうち、組織提供に医学的に適当であった患者はおよそ何人ですか。

なし 1～10 11～20 21～30 > 31 分からない

13a 昨年、あなたの所属する病棟（科）で臓器提供された人数はおよそ何人ですか。

なし 1～5 6～10 11～20 > 21 分からない

13b 昨年、あなたの所属する病棟（科）で組織提供された人数はおよそ何人ですか。

なし 1～10 11～20 21～30 > 31 分からない

14a あなたの所属する病院では、移植手術を行っていますか。

はい いいえ 分からない

14b あなたの所属する病院は、臓器/組織の提供に関与していますか。

臓器 はい いいえ 分からない
 組織 はい いいえ 分からない

15 次の文について、「そう思う」「思わない」「分からない」のどれかをチェックして下さい。

| | そう思う | 思わない | 分からない |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) 自分の病院には、脳死診断についてガイドラインがある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) 自分の病院では、臓器提供の同意を得るためのガイドラインがある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) 自分の病院は、臓器提供ではうまく機能している | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) 自分の病院では、組織提供の同意を得るためのガイドラインがある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) 自分の病院は、組織提供ではうまく機能している | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16 脳死は、死の妥当な判定方法である。 そう思う 思わない 分からない

16b 設問 16 で「思わない」・「分からない」を選んだ場合、その理由はなんですか。（あてはまるもの全てに）

- 脳死に関する情報が不足しているから
- 脳死の科学的な定義に対して疑問があるから
- 宗教や個人の価値観、哲学上の理由で
- その他（具体的に） _____

17a 次のような場合、ストレスを感じないでいられますか。

| | 感じる | 感じない | 行ったことがない |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) ドナー候補者が発生し、移植コーディネーターにそれを連絡する時 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) 脳死を家族に説明する時 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) 臓器提供の話を家族に初めて話す時 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) 組織提供の話を家族に初めて話す時 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) 臓器提供の同意を得る時 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) 組織提供の同意を得る時 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) 悲しむ家族を慰め、助ける時 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17b 次の項目に対して、あなたは必要な能力・知識を持っていると思いますか。

| | 思う | 思わない |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) ドナー候補者の特定 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ドナー候補者についての連絡 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ドナー候補者のケア | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) 脳死を家族に説明すること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) 臓器提供の話を切り出すこと | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) 組織提供の話を切り出すこと | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) 臓器提供の同意を得ること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) 組織提供の同意を得ること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18 昨年中にあなたが関わった症例数を記入して下さい。

| | なし | 1~3 | 4~6 | >6 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) ドナー候補者の特定 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ドナー候補者について関係機関（移植コーディネーター・ネットワーク等）への連絡 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ドナー候補者のケア | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) 重篤な脳の損傷について家族に話した | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) 患者の家族に脳死についての説明 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) 臓器提供の同意を得ること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) 組織提供の同意を得ること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19 ドナー候補者の家族に対して臓器提供の件を切り出すのに、最も適切なタイミングはいつだと思いますか。(一つだけ)

- 重篤な脳の損傷について家族に話すと同時に
- 1回目の(臨床的)脳死判定が完了した後に
- (臨床的)脳死したことを家族に知らせると同時に
- (臨床的)脳死したことを家族に知らせた後、また別の機会に
- 分からない

20 ドナー候補者が発生した場合に、移植コーディネーターが来院するタイミングとして、最も適切なのはいつだと思いますか。(一つだけ)

- 1回目の(臨床的)脳死診断が完了する前に
- 1回目の(臨床的)脳死診断が完了した後に
- (臨床的)脳死の診断後、臓器提供の意思確認をする前に
- 家族に臓器提供の意思確認をした後に
- 家族が臓器提供に同意した後に
- 分からない

21 昨年に移植コーディネーターが関わった活動について、どの程度満足していますか。

| | 満 足 | 不満足 | 該当せず |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) 臓器提供プロセスの調整 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ドナー候補者の臨床的な管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) 臓器提供の同意を得ること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) 臓器/組織提供に関する病院での教育 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) 病院からのニーズに対する全般的な対応 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

22 次のような移植コーディネーターの活動は、どの程度重要だと思いますか。

| | 非常に重要 | 重要 | 重要でない | 該当せず |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) ドナー候補者発生時の連絡に、迅速に対応すること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) 臓器提供プロセスにおける各病院職員の役割を明らかにすること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) 臓器提供意思確認が円滑に行われるための連絡調整をすること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ドナー候補者の臨床管理の支援 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) 臓器提供の話をもドナー候補者の家族に切り出すこと | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) 臓器提供に関する情報を家族に提供すること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) 家族に臓器提供の同意を得ること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) 臓器/組織の摘出、搬送、移植を調整すること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) 臓器/組織提供に関して病院職員を教育すること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) 移植に関して病院職員に教育すること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) 臓器/組織提供に関して一般市民を教育すること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) 移植に関して一般市民を教育すること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) 臓器提供・移植の結果を病院職員に知らせること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) 病院からの臓器/組織提供数増加を支援すること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23 次のような点について、研修を受けたことがありますか、また受けたいと思いますか。

| | | 受けた | 受けたい |
|----|----------------|--------------------------|--------------------------|
| a) | ドナーの特定 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) | ドナーの臨床的な管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) | 院内の臓器提供プロセスの調整 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) | 家族の悲しみのカウンセリング | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) | 脳死 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) | 臓器提供の同意を得ること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) | 意思決定における家族の問題 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) | コミュニケーションスキル | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) | その他（具体的に） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24 どのような形式の研修を受けてみたいですか。（該当するもの全てをチェック）

| | | |
|----|--------------|--------------------------|
| a) | 公式（業務としての）研修 | <input type="checkbox"/> |
| b) | 非公式（業務外の）研修 | <input type="checkbox"/> |
| c) | 一対一の話し合い | <input type="checkbox"/> |
| d) | 医師のミーティング | <input type="checkbox"/> |
| e) | 看護職員のミーティング | <input type="checkbox"/> |
| f) | e-ラーニング | <input type="checkbox"/> |
| g) | その他（具体的に） | <input type="checkbox"/> |

25 研修は、どの程度の時間が最も適当と考えますか。（一つだけ）

- 1時間未満 1時間 2時間 3時間 4時間 5時間

26a 研修を受ける時間帯としては、いつがよいですか。（複数回答可）

- 06:00～09:00 09:00～12:00 12:00～15:00
 15:00～18:00 18:00～21:00

26b 基本的な研修を受けた後に追加研修をe-ラーニングで受けるとしたら、どの程度の時間が適当と考えますか。（一つだけ）

- 1時間未満 1～3時間 3～5時間 5～7時間 7時間以上

ここからの質問は、あなたご自身に関するものです。

27 年齢 18～24 25～34 35～44 45～54 55歳以上

28 性別 男 女

29 現在の職種につかれて何年経ちますか。

- <1 1～5 6～10 11～20 >20

30 移植コーディネーターに対して、何か助言や提案がありますか。

31 臓器／組織提供についてどのようなことに関心がありますか。

32 臓器／組織提供を増加させるためには、何を改善したら最も良いと思いますか。

医療記録レビュー記入フォーム

国コード: MRR 番号: 病院コード:

病院名/番号: _____

記入者名: _____

日付: _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入方法:

- ・ 各セクションの該当欄にチェックして下さい。
- ・ 必要な場合には「その他」をチェックして、具体的にご記入下さい。
- ・ 追加のコメントは末尾のページにご記入下さい。

1. 一般患者情報 (すべての場合に記入)

入院番号 (ID): _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

診療科 (一つ選んで下さい)

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ICU 循環器 | <input type="checkbox"/> 循環器 (一般) | <input type="checkbox"/> 腎臓内科 |
| <input type="checkbox"/> ICU 一般 | <input type="checkbox"/> 循環器 (虚血性心疾患) | <input type="checkbox"/> その他: _____ |
| <input type="checkbox"/> ICU 内科 | <input type="checkbox"/> 一般内科 | |
| <input type="checkbox"/> ICU 外科 | <input type="checkbox"/> 一般外科 | |
| <input type="checkbox"/> ICU 神経内科 | <input type="checkbox"/> 新生児 | |
| <input type="checkbox"/> ICU 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 神経内科 | |
| <input type="checkbox"/> ICU 新生児 | <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | |
| <input type="checkbox"/> ICU 小児 | <input type="checkbox"/> 小児科 | |
| <input type="checkbox"/> 救急・外傷 | <input type="checkbox"/> 外傷 | |
| <input type="checkbox"/> 麻酔 | <input type="checkbox"/> 手術室 | |

年齢: _____ 歳 _____ ヶ月

性別: 男 女

宗教: _____

入院時診断 (一つ選んで下さい)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 脳血管障害: 出血性 | <input type="checkbox"/> 急激な失血/血液量の減少 |
| <input type="checkbox"/> 脳血管障害: 虚血性 | <input type="checkbox"/> 脳以外の動脈瘤 |
| <input type="checkbox"/> 脳血管障害: その他/不明 | <input type="checkbox"/> 心停止/心筋梗塞 |
| <input type="checkbox"/> 頭部外傷: 自動車事故 | <input type="checkbox"/> 心疾患/心不全 |
| <input type="checkbox"/> 頭部外傷: 転落 | <input type="checkbox"/> 脳腫瘍以外の悪性腫瘍 |
| <input type="checkbox"/> 頭部外傷: その他/不明 | <input type="checkbox"/> 消化器系疾患 |
| <input type="checkbox"/> 低酸素性脳障害 | <input type="checkbox"/> 神経系疾患 |
| <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 | <input type="checkbox"/> 感染症/敗血症 |
| <input type="checkbox"/> 中毒/薬物過剰摂取 | <input type="checkbox"/> 肝疾患/肝不全 |
| <input type="checkbox"/> 髄膜炎 | <input type="checkbox"/> 多臓器不全 |
| <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 腎疾患/腎不全 |
| <input type="checkbox"/> その他: _____ | <input type="checkbox"/> 肺疾患/呼吸不全 |
| | <input type="checkbox"/> 肺塞栓 |

入院日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 時刻: _____ (24 時間表記)

死亡日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 時刻: _____ (24 時間表記)

死因

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 脳血管障害：出血性 | <input type="checkbox"/> 急激な失血/血液量の減少 |
| <input type="checkbox"/> 脳血管障害：虚血性 | <input type="checkbox"/> 脳以外の動脈瘤 |
| <input type="checkbox"/> 脳血管障害：その他/不明 | <input type="checkbox"/> 心停止/心筋梗塞 |
| <input type="checkbox"/> 頭部外傷：自動車事故 | <input type="checkbox"/> 心疾患/心不全 |
| <input type="checkbox"/> 頭部外傷：転落 | <input type="checkbox"/> 脳腫瘍以外の悪性腫瘍 |
| <input type="checkbox"/> 頭部外傷：その他/不明 | <input type="checkbox"/> 消化器系疾患 |
| <input type="checkbox"/> 低酸素性脳障害 | <input type="checkbox"/> 神経系疾患 |
| <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 | <input type="checkbox"/> 感染症/敗血症 |
| <input type="checkbox"/> 中毒/薬物過剰摂取 | <input type="checkbox"/> 肝疾患/肝不全 |
| <input type="checkbox"/> 髄膜炎 | <input type="checkbox"/> 多臓器不全 |
| <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 腎疾患/腎不全 |
| <input type="checkbox"/> その他：_____ | <input type="checkbox"/> 肺疾患/呼吸不全 |
| | <input type="checkbox"/> 肺塞栓 |

担当医：_____

担当医の専門領域：_____

入院時診断、既往、社会的状況は、臓器提供の条件を満たすものでしたか？

はい いいえ (該当項目を選び、6へ進む)

↓

- HIV 感染
- クロイツフェルトヤコブ病
- 活動性結核
- 無顆粒球症
- 再生不良性貧血
- 頭蓋外腫瘍 (5年未満)
- 血友病
- HBs 抗原陽性
- 狂犬病
- 敗血症

患者に人工呼吸器を使用しましたか？

はい (2へ進む) いいえ (5へ進む)