

図9. 年度別の臓器提供の各段階の割合 (2008年度以降を示す)

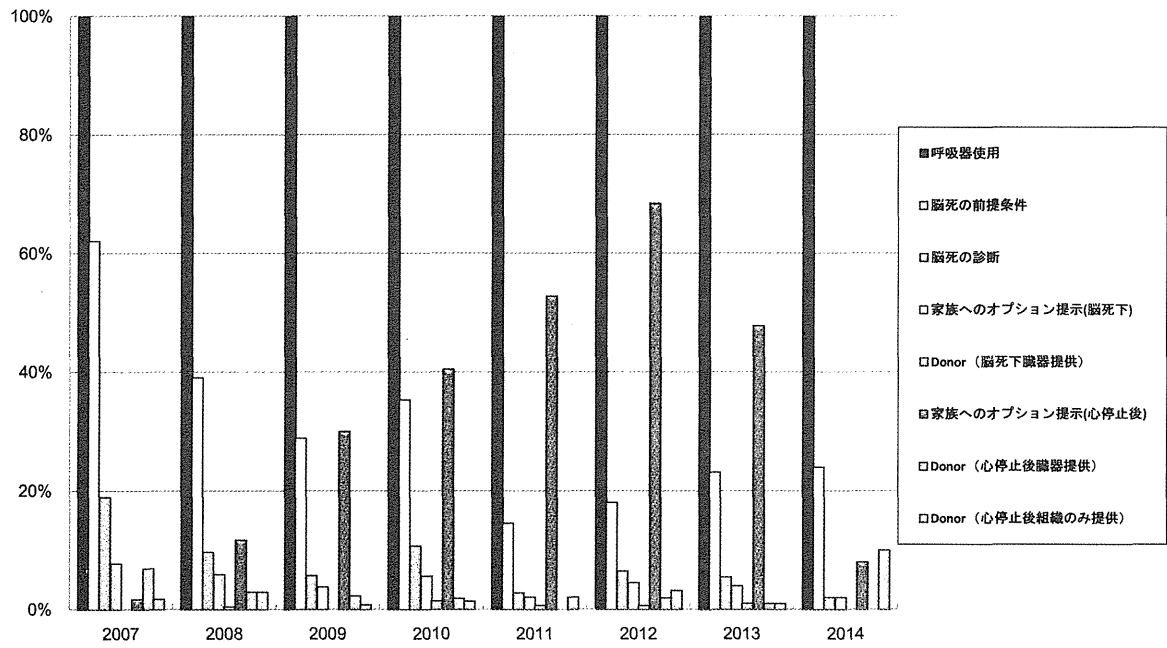


図10. 呼吸器使用=100%としたときの臓器提供の各段階の割合 (2008年度以降を示す)

<b>病院意識調査</b>
---------------

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、膵臓、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お考えですか。

< 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
- b) 非公式（業務外の）研修
- c) 一対一の話し合い
- d) 医師のミーティング
- e) 看護職員のミーティング
- f) e-ラーニング
- g) その他（具体的に）\_\_\_\_\_

25 研修は、どの程度の時間が最も適切と考えますか。（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切と考えますか。（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)

## 2. 死亡診断とドナーとしての認識

### 2. 1 脳死診断の前提条件は満たしていましたか？

はい  いいえ (5へ進む)

#### <脳死診断の前提条件>

\*器質的脳障害により深昏睡及び無呼吸を来している

\*原疾患が確実に診断されている

\*現在行い得る全ての適切な治療をもってしても回復の可能性が全くない

### 2. 2 重篤な脳障害の徴候は診療録に記載されていますか？

はい (該当項目を全て選び、2. 3へ進む)  いいえ (5へ進む)

↓

- グラスゴーコーマスケール < 5  角膜反射陰性  対光反射陰性  
 絞扼/咳反射陰性  毛様脊髄反射陰性  眼球頭反射陰性 (人形の眼現象)  
 平坦 EEG  無呼吸試験陰性  脳血流の消失  
 両側瞳孔散大  誘発電位  その他: \_\_\_\_\_

### 2. 3 重篤な脳障害の徴候を認めた場合には、臨床的に脳死の診断基準は満たしましたか？

はい  いいえ (5へ進む)

### 2. 4 患者は (臨床的) 脳死であると診断されましたか？

はい  いいえ (記載がある項目以外は5へ進む)

- ↓
- ドナーとして認識されなかった  
 治療が中断された  
 治療を段階的に縮小 →  多臓器不全  
 敗血症  
 ドナー管理上の問題  
 その他: \_\_\_\_\_
- 患者が医学的に不適応となった  
(理由を選び、6へ進む) →  事前に診断されなかった悪性腫瘍  
 病理学的診断が不明  
 血清学的検査で陽性  
 その他: \_\_\_\_\_
- 蘇生成功せず  
 患者が全て (脳死下および心停止後・臓器および組織) の提供に反対 (記入終了)  
 患者が臓器の提供に反対 (6へ進む)  
 家族が全て (脳死下および心停止後・臓器および組織) の提供に反対 (記入終了)  
 家族が臓器の提供に反対 (6へ進む)  
 検視官/司法当局の拒否 (6へ進む)  
 移動/搬送上の問題  
 その他: \_\_\_\_\_

#### 【提供があった場合】

##### 脳死下提供の場合

1 → 2 → 3 → 4

##### 心停止後提供の場合

(脳死状態であったが心停止後提供になった場合は、心停止後提供と同じ)

1 → 2 → 5

### 3. 家族へのアプローチと同意

#### 3. 1 患者本人の希望状況（一つのみ選択）

- 患者の希望が不明のため、家族による決定
- 臓器提供に反対であることを意思表示していた
- 臓器提供に賛成の意思表示をしていた（意思表示カードを持っていた）
- 情報が得られなかった
- 希望を確認しなかった

#### 3. 2 病院の方針として、患者の臓器提供の希望状況に関わらず家族へのオプション提示を行いますか？

- はい  いいえ（3. 1で「臓器提供に反対であることを意思表示していた」場合には記入終了）

#### 3. 3 対象となる家族はいましたか？

- はい  いいえ

（3. 1で「臓器提供に賛成の意思表示をしていた」  
場合には3. 6→4. 1へ進む。それ以外は記入終了）

#### 3. 4 家族へのオプション提示はされましたか？

- オプション提示された
- オプション提示はなされなかった（理由の一つのみ選び、記載のある項目以外は5へ進む）

↓

- 脳死下ポテンシャルドナーとして認識されなかった
- 治療が中断された
- 治療を段階的に縮小（理由を選ぶ） →  多臓器不全  敗血症  
 ドナー管理上の問題  その他： \_\_\_\_\_
- 患者が医学的に不適合となった →  事前に診断されなかった悪性腫瘍  病理学的診断が不明  
（理由を選び、6へ進む）  血清学的検査で陽性  その他： \_\_\_\_\_
- 蘇生成功せず
- 患者が全て（脳死下および心停止後・臓器および組織）の提供に反対（記入終了）
- 患者が脳死下での臓器提供に反対
- 家族が全て（脳死下および心停止後・臓器および組織）の提供に反対（記入終了）
- 家族が脳死下での臓器提供に反対
- 検視官/司法当局の拒否（6へ進む）
- 移動/搬送上の問題
- その他： \_\_\_\_\_

#### 3. 5 家族へのオプション提示は誰が行いましたか？

- 病院スタッフ
- 家族からの申し出

連絡

3. 6 患者は脳死下ポテンシャルドナーとして（臓器移植ネットワーク、移植コーディネーターに）連絡されましたか？

はい（臓器・組織ともに）（連絡日時を記入）

はい（臓器のみ）（理由を選び、連絡日時を記入）

↓

- 患者が組織ドナーとして認識されなかった
- 患者が医学的に不適応となった →  事前に診断されなかった悪性腫瘍
- 病理的診断が不明
- 血清学的検査で陽性
- その他： \_\_\_\_\_

- 患者が組織提供を拒否
- 家族が組織提供を拒否
- 検視官/司法当局の拒否
- 移動/搬送上の問題
- その他： \_\_\_\_\_

連絡日時： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 時刻： \_\_\_\_\_ (24 時間表記)

いいえ（理由を選ぶ）

↓

- 脳死下ポテンシャルドナーとして認識されなかった (5へ進む)
- 治療が中断された (5へ進む)
- 治療を段階的に縮小（理由を選び、5へ進む） →  多臓器不全
- 敗血症
- ドナー管理上の問題
- その他： \_\_\_\_\_
- 患者が医学的に不適応となった（理由を選び、6へ進む） →  事前に診断されなかった悪性腫瘍
- 病理的診断が不明
- 血清学的検査で陽性
- その他： \_\_\_\_\_

- 蘇生成功せず (5へ進む)
- 患者が全て（脳死下および心停止後・臓器および組織）の提供に反対（記入終了）
- 家族が全て（脳死下および心停止後・臓器および組織）の提供に反対（記入終了）
- 患者が臓器の提供に反対 (6へ進む)
- 家族が臓器の提供に反対 (6へ進む)
- 検視官/司法当局の反対 (6へ進む)
- 移動/搬送上の問題 (5へ進む)
- その他： \_\_\_\_\_ (5へ進む)

3. 7 移植コーディネーターからの臓器提供の説明に対する家族の反応

- 提供に反対しなかった（賛成した）
- 条件付で臓器提供に賛成した（条件） \_\_\_\_\_
- 脳死下提供には反対だが、心停止後提供には賛成（5へ進む）
- 全て（脳死下および心停止後・臓器および組織）の提供に反対（記入終了）
- 臓器の提供に反対（6へ進む）
- 決定にいたらないまま以下になった
  - 検視官/司法当局の拒否（6へ進む）
  - 心停止（5へ進む）
  - 患者が医学的に不適合となった（6へ進む）
  - 移動/搬送上の問題（5へ進む）
  - その他：\_\_\_\_\_（5へ進む）
- その他：\_\_\_\_\_（5へ進む）

4. 摘出

4. 1 臓器を摘出した時点で、患者は脳死下ドナー(**Heart Beating**)でしたか？

- はい いいえ (理由を選び、5へ進む) → 蘇生成功せず  
ドナー管理上の問題  
移動/搬送上の問題  
その他：\_\_\_\_\_

4. 2 臓器の摘出はなされましたか？

- はい
- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 腎臓    | <input type="checkbox"/> 2 腎臓     |
| <input type="checkbox"/> 肝臓      |                                   |
| <input type="checkbox"/> 心臓      |                                   |
| <input type="checkbox"/> 1 肺     | <input type="checkbox"/> 2 肺      |
| <input type="checkbox"/> 脾臓 (全体) | <input type="checkbox"/> 脾臓 (ラ氏島) |
| <input type="checkbox"/> 腸管      |                                   |
- いいえ
- 検視官/司法当局の拒否
  - 蘇生成功せず (5へ進む)
  - 患者が医学的に不適応となった
  - 治療を段階的に縮小 (5へ進む)
  - 移動/搬送上の問題
  - 技術的/外科的問題
  - その他：\_\_\_\_\_

4. 3 組織の摘出はなされましたか？

- はい (該当項目全てを選び、記入終了)
- 角膜
  - 皮膚
  - 骨
  - 心臓弁
  - 脾臓 (ラ氏島)
  - 腱
  - 血管
  - その他：\_\_\_\_\_
- いいえ (理由を選び、記入終了)
- 患者が医学的に不適応となった
  - 移動/搬送上の問題
  - 検視官/司法当局の拒否
  - その他：\_\_\_\_\_

コメント：

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 5. 心停止後提供の場合

5. 1 あなたの病院には、心停止後臓器提供の指針（ガイドライン・マニュアルなど）がありますか？

はい いいえ

5. 2 心停止後ポテンシャルドナー（Maastricht 分類）

- カテゴリー 1 搬入時心肺停止（現場では CPR 実施、病院では実施せず）（コントロール下でない心停止ドナー）
- カテゴリー 2 蘇生成功せず（病院で CPR を実施）（コントロール下でない心停止ドナー）
- カテゴリー 3 心停止を待機（コントロール下の心停止ドナー）
- カテゴリー 4 脳死の診断中／後の（急激な）ショック、心停止（コントロール下でない心停止ドナー）

## 家族へのアプローチと同意

5. 3 患者本人の希望状況（一つのみ選択）

- 患者の希望が不明のため、家族による決定
- 臓器提供に反対であることを意思表示していた
- 臓器提供の意思表示をしていた（意思表示カードを持っていた）
- 情報が得られなかった
- 希望を確認しなかった

5. 4 病院の方針として、患者の臓器提供の希望状況に関わらず家族へのオプション提示を行いますか？

はい いいえ（5. 3で「臓器提供に反対であることを意思表示していた」場合には記入終了）

5. 5 家族とは連絡がとれましたか？

はい いいえ（記入終了）

5. 3で「臓器提供の意思表示をしていた（意思表示カードを持っていた）」場合には  
5. 8→5. 10へ進む）

5. 6 家族へのオプション提示はされましたか？

オプション提示した

オプション提示はなされなかった（理由を一つのみ選び、記載のある項目以外 6 へ進む）

↓

- 心停止後ポテンシャルドナーとして認識されなかった
- 患者が医学的に不適応となった→ 事前に診断されなかった悪性腫瘍 病理学的診断が不明  
(理由を選ぶ) 血清学的検査で陽性 その他：\_\_\_\_\_
- 年齢制限から外れている
- 蘇生に要する時間が長すぎた
- 温阻血時間が長すぎた
- 患者が全て（脳死下および心停止後・臓器および組織）の提供に反対（記入終了）
- 患者が心停止後の臓器提供に反対
- 家族が全て（脳死下および心停止後・臓器および組織）の提供に反対（記入終了）
- 家族が心停止後の臓器提供に反対
- 検視官/司法当局の拒否
- 移動/搬送上の問題
- その他：\_\_\_\_\_

5. 7 家族へのオプション提示は誰が行いましたか？

- 病院スタッフ
- 家族からの申し出



連絡

5. 8 患者は心停止後ポテンシャルドナーとして（臓器移植ネットワーク、移植コーディネーターに）連絡されましたか？

はい（臓器および組織）（連絡日時を記入）

はい（臓器のみ）（理由を選び、連絡日時を記入）

↓

患者が組織提供ドナーとして認識されなかった

患者が医学的に不適応となった→  事前に診断されなかった悪性腫瘍

病理学的診断が不明

血清学的検査で陽性

その他：\_\_\_\_\_

患者が組織提供を拒否

家族が組織提供を拒否

検視官/司法当局の拒否

移動/搬送上の問題

その他：\_\_\_\_\_

連絡日時： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 時刻： \_\_\_\_\_ （24 時間表記）

いいえ →  患者が心停止後ポテンシャルドナーとして認識されなかった（6へ進む）  
（理由を選ぶ）  患者が医学的に不適応となった→  事前に診断されなかった悪性腫瘍

（理由を選び、6へ進む）

病理学的診断が不明

血清学的検査で陽性

その他：\_\_\_\_\_

年齢制限から外れている（高齢・幼年）（6へ進む）

蘇生に要する時間が長すぎた（6へ進む）

温阻血時間が長すぎた（6へ進む）

患者が全て（脳死下および心停止後・臓器および組織）の提供に反対（記入終了）

患者が心停止後の臓器提供に反対（6へ進む）

家族が全て（脳死下および心停止後・臓器および組織）の提供に反対（記入終了）

家族が心停止後の臓器提供に反対（6へ進む）

検視官/司法当局の拒否（6へ進む）

移動/搬送上の問題（6へ進む）

その他：\_\_\_\_\_（6へ進む）

5. 9 移植コーディネーターからの臓器提供の説明に対する家族の反応

提供に反対しなかった（賛成した）

条件付で臓器提供に賛成した（条件） \_\_\_\_\_

脳死下提供には反対だが、心停止後提供には賛成

全て（脳死下および心停止後・臓器および組織）の提供に反対（記入終了）

臓器の提供に反対（6に進む）

決定にいたらないまま以下になった→

（理由を選び、6に進む）

検視官/司法当局の拒否

心停止

患者が医学的に不適応となった

移動/搬送上の問題

その他：\_\_\_\_\_

その他：\_\_\_\_\_

## 臓器摘出

### 5. 10 心停止後の摘出は開始されましたか？

はい

いいえ (理由を選び、5. 13 へ進む)

→  年齢制限から外れている (高齢・幼年)

蘇生に要する時間が長すぎた

温阻血時間が長すぎた

移動/搬送上の問題

検視官/司法当局の拒否

その他 : \_\_\_\_\_

### 5. 11 心停止後の摘出は最後まで行われましたか？

はい

いいえ (理由を選び、5. 13 へ進む)

→  蘇生に要する時間が長すぎた

温阻血時間が長すぎた

移動/搬送上の問題

検視官/司法当局の拒否

その他 : \_\_\_\_\_

### 5. 12 どの臓器が摘出されましたか？ (該当項目全て)

1 腎臓

2 腎臓

肝臓

膵臓 (全体)

膵臓 (ラ氏島)

腸管

### 5. 13 組織提供の照会がなされた場合、組織は摘出されましたか？

はい (該当項目全てを選び、記入終了)

角膜

皮膚

骨

心臓弁

膵臓 (ラ氏島)

腱

血管

その他 : \_\_\_\_\_

いいえ (理由を選び、記入終了)

患者が医学的に不適合となった

移動/搬送上の問題

検視官/司法当局の拒否

その他 : \_\_\_\_\_

## 6. 組織提供

### 6. 1 組織提供は検討されましたか？

- はい いいえ

### 6. 2 入院時診断・既往・社会的状況は、組織ドナーの条件を満たすものでしたか？

- はい いいえ（理由を選び、記入終了）【組織により可能な場合がある】

↓

- HIV罹患、HIV陽性、HIV感染のハイリスク行動  
活動性悪性腫瘍  
心血管組織 - 心内膜炎（心筋炎）  
心血管組織 - 長期の副腎皮質ステロイド処置  
未治療の梅毒  
クロイツフェルトヤコブ病・その他のプリオン病（家族歴も含む）  
膠原病の既往（SLE・慢性関節リウマチなど）  
筋骨格組織 - 局所照射  
筋骨格組織 - 急性中毒（シアン化合物・鉛・水銀・金）  
筋骨格組織 - 組織感染症  
目の組織 - 網膜芽腫の既往・眼内腫瘍・角膜ジストロフィー  
狂犬病  
硬膜移植の既往  
ヒト下垂体由来の成長ホルモン投与歴  
皮膚組織 - 既知の有毒な化学薬品や毒による皮膚毒性  
皮膚組織 - 潜在的な悪性母斑  
皮膚組織 - 放射線療法、化学療法歴  
皮膚組織 - 皮膚疾患  
ウイルス性肝炎（症例により可能な場合があり得る）  
その他： \_\_\_\_\_

## 家族へのアプローチと同意

### 6. 3 患者本人の希望状況（一つのみ選択）

- 患者の希望が不明のため、家族による決定（6. 6へ進む）  
組織提供に反対であることを意思表示していた  
組織提供の意思表示をしていた（意思表示カードを持っていた）  
情報が得られなかった  
希望を確認しなかった

### 6. 4 患者の登録状況に関わらず家族へのオプション提示を行いますか？

- はい いいえ（6. 3で「組織提供に反対であることを意思表示していた」場合には記入終了）

### 6. 5 家族とは連絡がとれましたか？

- はい いいえ（記入終了）

6. 3で「組織提供の意思表示をしていた（意思表示カードを持っていた）」場合には  
6. 8→6. 10へ進む）

6. 6 家族へのオプション提示はされましたか？

オプション提示した

オプション提示はなされなかった（理由を選び、記入終了）

↓

心停止後ポテンシャルドナーとして認められなかった

患者が医学的に不適応となった→  事前に診断されなかった悪性腫瘍  
 血清学的検査で陽性

病理学的診断が不明

その他：\_\_\_\_\_

患者が全ての（脳死下および心停止後・臓器および組織）提供に反対

患者が組織提供に反対

家族が全ての（脳死下および心停止後・臓器および組織）提供に反対

家族が組織提供に反対

検視官/司法当局の拒否

移動/搬送上の問題

その他：\_\_\_\_\_

6. 7 家族へのオプション提示は誰が行いましたか？

病院スタッフ

家族からの申し出

連絡

6. 8 患者は、組織のポテンシャルドナーとして連絡されましたか？

はい（連絡日時を記入）

いいえ（理由を選び、記入終了）

↓

組織ドナーとして認識されなかった

患者が医学的に不適応となった→  事前に診断されなかった悪性腫瘍  
 病理学的診断が不明

血清学的検査で陽性

その他：\_\_\_\_\_

患者が全て（脳死下および心停止後・臓器および組織）の提供に反対

患者が組織提供に反対

家族が全て（脳死下および心停止後・臓器および組織）の提供に反対

家族が組織提供に反対

検視官/司法当局の拒否

移動/搬送上の問題

その他：\_\_\_\_\_

連絡日時： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 時刻：\_\_\_\_\_ (24 時間表記)

6. 9 移植コーディネーターからの臓器提供の説明に対する家族の反応

提供に反対しなかった（賛成した）

条件付で組織提供に賛成した（条件）\_\_\_\_\_

組織の提供に反対（記入終了）

決定にいたらないまま以下になった（理由を選び、記入終了）

検視官/司法当局の拒否

患者が医学的に不適応となった

移動/搬送上の問題

その他：\_\_\_\_\_

その他：\_\_\_\_\_