

## 選択肢提示のあり方に関する研究

研究分担者 横田 裕行 日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野 教授  
坂本 哲也 帝京大学医学部救急医学講座 教授  
大宮かおり 日本臓器移植ネットワーク教育研修部 部長代理

### 研究要旨：

脳死下臓器提供に際しては臓器提供者に家族がいない場合を除いては、家族へ臓器提供の機会があることの説明、いわゆる選択肢の提示が必要である。現行行われている選択肢提示の方法や手順、その時期に関しては「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）に則って行われるが、救急医療の現場と一部解離している部分が存在しているため、患者家族や臓器提供施設に様々な課題や負担が生じている。本研究では現在の標準的手法である選択肢提示の課題やその解決策に関して研究を行った。さらに、平成26年度、27年度に本研究班と日本臓器移植ネットワーク（JOT）が共催した「救急医療における脳死患者の対応セミナー」の議論の中で選択肢提示の課題や解決法についての議論を今年度は本研究班の中で詳細に検討し、選択肢提示の現実的な手順を提示した。その結果、治療の過程で脳死判定の前庭条件となる不可逆的な全脳機能不全と判断された際に、①：入院時や治療の過程で意思表示カード等により脳死下臓器提供への意思があると確認されている場合、②：①以外の場合に分類し、検討した。また、施設として選択肢の提示をどのような手法で行うべきかに関しても、過去の臓器提供の経験数から3段階に分類し、それぞれ異なった対応法を提案した。

### A. 研究目的

平成 21 年 7 月の国会で「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）」が成立し、平成 22 年 7 月からは本人の臓器提供に関する生前意思が存在せずとも家族の承諾があれば脳死下臓器提供が可能となり、15 歳未満の小児からの脳死下臓器提供も可能となった。実際、脳死下臓器提供数は年々増加している傾向が認められるが、その数は年間 50 例前後である（図 1）。一方、平成 18 年度厚生労働科学特別研究事業「脳死者の発生に関する研究」報告書の 1 年間に脳死と判定されたのは 1,601 例と報告されている。また、内閣府の調査によると日本人の約 60%が臓器移植に関心があり、約 40%が脳死下臓器提供をしたいと回答している。このようなデー

タから考慮すると、現在の脳死下臓器提供数は極端に少ないと考えられる。その原因の一端に臓器提供施設となる救急医療施設や脳神経外科施設等での負担、特に選択肢提示に際しての手順の問題が以前から指摘されている。今回はこれらの視点から検討し、日常診療の現状と解離しない選択肢提示の手順を提示することを目的とした。

### B. 研究方法

現在のガイドラインに則った標準的選択肢提示法での課題を検討した。方法は平成26年度、及び平成27年度に本研究班と日本臓器移植ネットワーク（JOT）が共催した「救急医療における脳死患者の対応セミナー（以下、セミナーと略する）」で選択肢提示の議論を行ったが、そ

の内容を詳細に分析し、その結果をもとに患者家族や臓器提供施設となる救急施設や脳神経外科施設等における現実的な手順に関して検討を行った。

なお、セミナーの詳細に関しては前年度の報告書に記載したが、平成27年度の概要は以下の如くである。

受講者は65名で、職種はJOTコーディネーター、及び都道府県コーディネーター計11名、残りの54名は臓器提供の経験を有する、あるいはその可能性がある医療施設に勤務する医師、看護師、及び救急病棟に勤務する臨床検査技師等で、JOTホームページ上から参加者を募り、勤務地や職種等を考慮して選出した。セミナーの講義や実習は基本的に職種を平均的に分散させたグループ単位とし、1日目は講義、グループワーク中心のプログラム構成とし、2日目は体験的学習、実習を主体とした。

その中で、本研究班の研究課題でもある選択肢提示の問題点についてのグループワーク「脳死下臓器提供における手順の検討」がグループごとに行われた。様々な背景を有する3つの課題を提示し、1つの課題を2グループ、計6グループで議論する方法で行った。具体的な内容は以下のごとくである（図2）。すなわち、課題1は脳死下臓器提供に関する普及・啓発のポイント、課題2は選択肢提示に関する現行のガイドラインの問題点（図3）、課題3は臓器提供者が小児の場合の選択肢提示の問題点とした（図4）。

特に、課題2で議論した現行のガイドラインに記載されている標準的な選択肢提示法の問題点やその解決法について今年度は研究班でさらに分析した。さらに、現状で最も現実的で、かつ患者家族や臓器提供施設となる救急施設や脳神経外科施設等に過大な負担をかけない方法に関して具体的な手順を作成した。

また、施設として選択肢の提示をどのような手法で行うべきかに関する、過去の臓器提供

の経験数から異なった対応法を提案した。

また、同時に帝京大学医学部付属病院で臓器提供候補者である患者の医療に携わる医師や看護師を対象として、脳死下臓器提供手続きのどの部分で負担を感じ、どのような支援を必要としているかを明らかにした。

（倫理面への配慮）

患者の特定個人を対象としておらず、また介入もない。個人情報を含まない研究で、対象からのアンケートなど侵襲を与える可能性のある調査を含んでいない。なお、医療職へのアンケート調査の場合は、アンケート対象の大学倫理審査と承認を受けた。

## C. 研究結果

### I. グループワークのプロダクト

グループワークとして議論された内容で以下のような課題が抽出されたと考えられた。

#### 1) 身寄りがなく、意思表示カードを有する場合の課題と問題点

意思表示カード所持の有無を家族に確認する手順である“脳死とされうる状態の判断”がなくなると考えられた。

#### 2) 脳死とされうる状態の判断がガイドラインに則っていない場合

標準的な手法と手続きで行っていない場合の“脳死とされうる状態”の判断に関してはどのように対応すべきか、また、“脳死とされうる状態の判断”は医師の判断であり、ガイドライン等で記載すべき事項でないのではないか。結局、“脳死とされうる状態”は脳死判定の前提条件と同様であることが確認された。

#### 3) 署名のない意思表示カードの場合の家族対応

実際の対応として意思表示カード自体は無効となっているが、意思表示カード所持の有無に関わらず、実際は家族に改めて選択肢提示を行うことになるので、混乱はないと判断された。

#### 4) 小児特有の諸問題

小児の問題としてそもそもの小児救急医療体制整備が機能しているのか、また被虐待児へ対応やその判断の困難性、小児での臓器提供における看取りと家族ケアの問題などが議論された。

#### II、グループプロダクトを踏まえての提案

脳死下臓器提供の際に比較的問題となる1)2)3)に関する課題やその解決法に関して本年度の本研究班では議論を行い、現行の法律に則った中で患者家族ケアを考慮し、臓器提供施設となる救急施設や脳神経外科施設等における現実的な手順、すなわち事前の意思表示の有無によっての現実な手順についての検討を行った。

#### III、施設別の選択肢提示の手法

JOTの資料によると平成11年2月に臓器移植法が施行されて以来、平成28年8月末日で計399例の脳死下臓器提供が行われ、それらは182の医療機関からなされている。その中で、この期間に脳死下臓器提供がなされたのが1件のみは88施設、2件47施設、3件22施設、4件11施設、5件2施設、6件3施設、7件5施設、10件3施設、14件1施設であった(図5)。一方で、厚生労働省によって行われたアンケートに対し、臓器提供施設として必要な体制を整えていると回答し、施設名を公表することについて承諾した五類型施設は390施設(平成27年6月末時点)存在することを考慮すると、脳死下臓器提供が施設として未経験である施設が約200施設存在することになる。

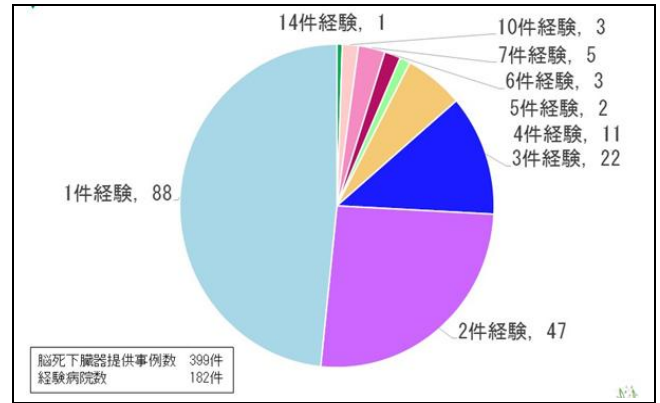


図5：脳死下臓器提供数と施設数 (JOT資料による)

そこで、選択肢提示のあり方も今まで一度も経験していない施設(カテゴリーA:208施設)、過去1~4例経験した施設(カテゴリーB:168施設)、及び過去5例以上経験した施設(カテゴリーC:14施設)と分類して、それぞれのカテゴリーの中で選択肢提示のあり方についても検討した(提供件数はいずれも平成28年8月末日現在)。

#### IV、医療職へのアンケート

医師 94名、看護師 287名に調査票を配布し、医師 66名、看護師 276名から回答を得た。回収率は全体で 89.8%、医師 70.2%、看護師 96.2%であった

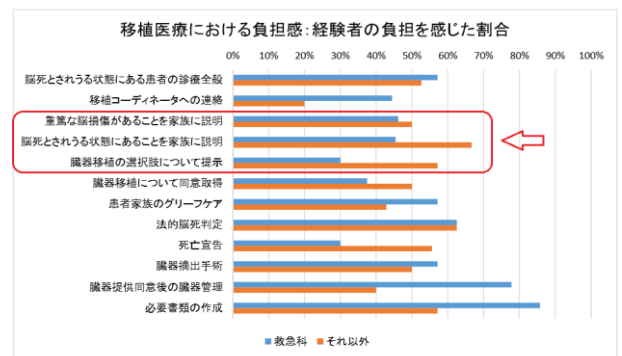


図6：移植医療における負担感

アンケートの結果の一部を記載すると図6のように選択肢の提示を含めた家族への説明や対応が大きな負担となっていることが明らかとなった(図6:四角部分、矢印)。

## D. 考察

### I、「脳死とされうる状態の判断」の位置付け

「脳死とされうる状態の判断」に関して以前は無呼吸試験を除いて、実質的な脳死判定と同様であり、臓器提供施設となる救急施設や脳神経外科施設等における過大な負担の大きな原因となっていた。最近では「脳死とされうる状態の判断」が主治医の判断や裁量が認められたことで、以前よりも負担が少なくなったと考えられる。しかし、「脳死とされうる状態」は脳死判定基準の前提条件にほかならない。すなわち、前衛条件は①器質的脳障害により深昏睡、及び無呼吸を呈している症例を確認し、②原疾患が確実に診断されている症例である。深昏睡はJapan Coma ScaleⅢ-300、Glasgow Coma Scale 3、無呼吸は人工呼吸器により呼吸が維持されている状態であるが、「脳死とされうる状態」はそれを確認する手順であるので、現状の法的脳死判定では前提条件の確認を2回行っていることになる。したがって、「脳死とされうる状態」は法的脳死判定の前提条件そのものであると解釈されるべきもので、本来は必要ない手順であると考える。

### II、法的脳死判定への手順、選択肢提示の手順

前述のように「脳死とされうる状態の判断」は脳死判定を行うため条件という意味があるが、脳死判定自体に同様の前提条件が存在するので、その必要性に医学的な根拠はないと判断する。むしろ、選択肢提示のための手順という位置づけである。すなわち、「脳死とされうる状態（改正臓器移植法施行前は“臨床的脳死診断と表現”）」を確認したのちに、患者家族に対して脳死下臓器提供の機会があることの説明、いわゆる選択肢提示が行うための手順である。したがって、対象となる患者が入院時、あるいは治療の過程の中で脳死となった際の臓器提供に関する意思表示が既に存在して際には、現行の「脳死とされうる状態の判断」を行う必要はないはずである。

そこで本研究班では日常診療の現状や家族心情への配慮、臓器提供施設となる救急施設や脳神経外科施設等における負担を考慮して、図6のような手順を提案するものである。

前述のような理由で「脳死とされうる状態の判断」はせず、主治医が不可逆的全脳機能不全、すなわち脳死判定の前提条件を満たすと判断、診断する。その後は患者の脳死下臓器提供に関する事前意思表示の有無によって手順を異なるものとした。すなわち、①：入院時や治療の過程で意思表示カード等により脳死下臓器提供の意思表示があると確認されている場合、②：①以外の場合、すなわち脳死下臓器提供に関する意思表示がない場合、あるいは不明な場合とした。また、患者家族がいない場合についても議論を行い、図7のような手順とした。

図6のような手順を採用すると、臓器提供への意思表示を確認する対象は、既に前提条件を満たしている場合になり、患者の意思や家族の承諾がある場合には法的脳死判定を行うことが可能となる。その結果、患者家族や臓器提供施設への過大な負担の原因となっている「脳死とされうる状態」の診断を行う手順を省略することができる。

### III、施設の特徴に応じた選択肢提示のあり方

平成11年2月に臓器移植法が施行され、既に17年以上が経過している。JOTの資料では、平成28年8月末日で計399例の脳死下臓器提供が182の医療機関からなされている。厚生労働省のアンケートでは臓器提供施設として必要な体制を整えていると回答し、施設名を公表することについて承諾した五類型施設は390施設（平成27年6月末時点）である。したがって、脳死下臓器提供が施設として未経験である施設が200施設前後存在することになる。そのような中で、脳死下臓器提供に関する選択肢提示のあり方も各五類型施設で異なるものと考えられる。我々が過去の脳死下臓器提供数によってカテゴリーAからCまでの三段階に分類した理

由もここにある。過去、一度も脳死下臓器提供を経験していない施設（カテゴリーA：208施設）では、選択肢提示の意味を十分に理解していない可能性が高く、患者家族から承諾を得た後の対応に関しても多くの不安を抱えていると推察する。脳死下臓器提供の意義や、その前提となる選択肢提示のあり方を院内で共有する努力が必要である。そのために、たとえばJOTや都道府県コーディネーターの啓発活動、またそのような組織や人材と密接に連携して院内シミュレーション等を行うことの重要性を認識させることが重要である。また、過去に1～4例経験した施設（カテゴリーB：168施設）では、選択肢の提示が今後もなされるような取り組みがされるべきであり、その手法を施設内で共有する努力が必要となる。そのために、脳死下臓器提供に関する定期的な院内シミュレーションが必要であろう。一方、過去に5例以上脳死下臓器提供を経験した施設（カテゴリーC：14施設）では、選択肢提示の意義は施設内で共有しているものと考えられる。そこで、今後も脳死下臓器提供がされるように選択肢提示を行う体制を整え、さらにその数が増加するような取り組み、たとえば医師を含めた院内スタッフへの継続的な教育と人材の育成が必要である。また、このような施設にこそ院内コーディネーターの配置が効果的であると判断する（図8）。

帝京大学医学部付属病院における医療職を対象としたアンケート調査では、臓器提供に関して医師や看護師等職種に関わらず一定の負担感が存在していたことが明らかになった。また、その負担感は移植医療に肯定的か、懐疑的かによっても負担の内容が異なっていることが判明した。すなわち、前者においては家族への説明や対応、後者の場合は書類や署名作成など、様々な手続き自体に負担感を感じていた。

#### IV、今後の課題

平成 25 年 10 月に「臓器移植に関する世論調

査（平成 25 年内閣府）の結果について」が厚生労働省移植医療対策推進室から公表された。同調査によると約 60%の人々が臓器移植に関心があり、50%弱が脳死下臓器提供を希望し、かつ「家族が臓器提供意思を表示していた場合、これを尊重する」割合は 87%と極めて高率である。このような数値と現在の脳死下臓器提供数（図 1）は大きな解離が存在する。すなわち、平成 18 年度厚生労働科学特別研究事業「脳死者の発生に関する研究」では当時の脳死下臓器提供施設である 4 類型（大学病院、日本脳神経外科専門医訓練 A 項施設、日本救急医学会指導医施設、救命救急センター）と呼ばれる施設、及び当時の日本脳神経外科専門医訓練 C 項施設、および日本救急医学会専門医施設を対象として年間脳死症例数の調査を行い、回答施設全体の年間死亡者数 30,856 例の中で、脳死と判定されたのは 1,601 例であったと報告している。これらの結果から、本邦における脳死下臓器提供数は本来予想される数値より大幅に少ない。

その理由の一つに、脳死下臓器提供の機会が生じる可能性がある救命救急センターや脳神経外科集中治療室での診療体制と大きくかけ離れた手順やルールが脳死下臓器提供の際には発生するためである。実際、脳死下臓器提供時に生じる人的、時間的、あるいは経済的な負担や脳死下臓器提供に関する患者家族への選択肢提示の手順が臨床現場の感覚と大きく乖離していることを過年度の本研究でも指摘した。

このような中で、脳死下臓器提供に係る様々な負担を軽減するための改善も行われている。例えば、臓器提供施設への負担軽減のため当該施設に勤務する脳死判定医 2 名で行うことが求められていた法的脳死判定は、一定の条件を満たせば、うち 1 名は他施設から支援医師として法的脳死判定に加わることが可能となった。それに伴い、法的脳死判定医となる医師の学術

集団である一般社団法人日本脳神経外科学会、一般社団法人日本神経学会、一般社団法人日本救急医学会、公益社団法人日本麻酔科学会、一般社団法人日本集中治療医学会、公益社団法人日本小児科学会は法的脳死判定時の支援医師のリストを臓器移植関連学会協議会を通して、JOT に提出している（図 9）。

脳死下臓器提供は本研究班で課題となった選択肢の提示のあり方だけではなく、様々な手順、それに伴う課題が山積している。それらの中で共通する部分が、家族対応や救急医療施設や脳神経外科施設等での負担である。法的脳死判定に際しての支援医師派遣の体制もそのような課題の解決法の一つとして実現したものである。脳死下臓器提供の際には院内で多くの医療スタッフが関与し、また院外の JOT コーディネーター、臓器摘出チーム、警察、そして時に報道機関への対応も求められる。

## E. 結論

脳死下臓器提供に際しては臓器提供者に家族がいない場合を除いては、家族へ臓器提供の機会があることの説明、いわゆる選択肢の提示が必要である。現行行われている選択肢提示の方法や手順、その時期に関しては「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）に則って行われるが、救急医療の現場と一部解離している部分が存在しているため、患者家族や臓器提供施設に様々な課題や負担が存在している。本研究では現在の標準的手法であるガイドラインの選択肢提示の課題やその解決策に関して研究を行った。さらに、平成 26 年度、27 年度に本研究班と日本臓器移植ネットワーク (JOT) が共催した「救急医療における脳死患者の対応セミナー」の議論の中で選択肢提示の課題や解決法に関しての議論を検討し、選択肢提示の現実的な手順に関して検討を行った。その結果、治療の過程で不可逆的な全脳機能不全と判断された際に、①：入院時や治

療の過程で意思表示カード等により脳死下臓器提供への意思があると確認されている場合、②：①以外の場合とした。すなわち、事前の意思表示の有無によつての現実的な手順に関しての検討を行った。また、施設として選択肢の提示をどのような手法で行うべきかに関しても、過去の臓器提供の経験数から 3 段階に分類し、それぞれ異なった対応法を提案した。

患者本人、そして家族の臓器提供に関わる想いを実現するために、救急医療施設や脳神経外科施設等の臓器提供施設となる可能性のある施設は図 6 で示したような対応を円滑に行うために、施設内の体制や JOT、都道府県コーディネーターや警察などとの連携を構築しておくことが重要である。

## F. 健康危険情報

## G. 研究発表

### 1) 論文発表

1. Takashi Araki, Hiroyuki Yokota, Akio Morita: Pediatric Traumatic Brain Injury: Characteristic Features, Diagnosis, and Management. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2017;57(2):82-93
2. 来栖薫、横田裕行、荒木尚：臓器提供と脳神経外科医—脳死判定の現況と今後の課題. *Neurosurgical Emergency* 2016; 21(2):151-154
3. Shoji Yokobori, Hiroyuki Yokota, et al: Subdural hematoma decompression model: A model of traumatic brain injury with ischemic-reperfusional pathophysiology. *Behav Brain Res* 2016; 25-May, doi: 10.1016/j.bbr.2016.05.055
4. Shoji Yokobori, Hiroyuki Yokota: Targeted temperature management in traumatic brain injury. *Journal of Intensive Care* 2016;27-Apr.

doi: 10.1186/s40560-016-0137-4

5. Nakae R, Takayama Y, Kuwamoto K, Naoe Y, Sato H, Yokota H: Time Course of Coagulation and Fibrinolytic Parameters in Patients with Traumatic Brain Injury. *Journal of Neurotrauma* 2016;33(7):688-695
  6. 横堀将司、横田裕行、他：Neurological emergencyにおけるモニタリングと急性期治療戦略. *脳神経外科ジャーナル* 2016;25(3):220-227
  7. 横田裕行：平成27年度厚生労働科科学研究補助金難治性疾患等克服研究事業（免疫アレルギー疾患等政策研究事業（移植医療基盤整備研究分野））「脳死患者の家族に選択肢提示を行う際の対応のあり方に関する研究」総括・分担報告書 2016.3
- 2) 学会発表
1. 横田裕行、他：円滑な脳死下臓器提供にむけて. *日本臨床倫理学会第5回年次大会*

(東京)、2017.3

2. 横田裕行：重症頭部外傷治療への挑戦. 第44回日本救急医学会総会・学術集会 (東京)、2016.11
3. 横田裕行：神経外傷治療の現状と未来—重症頭部外傷とneurointensive care. *日本脳神経外科学会第75回学術総会* (福岡)、2016.9
4. 横田裕行：脳死判定における補助検査. 第29回日本脳死・脳蘇生学会総会・学術集会 (東京)、2016.6
5. 横田裕行：脳死下臓器提供時の課題と展望. 第19回日本臨床救急医学会総会・学術集会 (福島)、2016.5
6. 脳死下臓器提供の課題と今後～救急医の視点から～. 第56回日本呼吸器学会学術講演会 (京都)、2016.4

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし



# 臓器提供件数 (1997.1~2015.12)



図1:臓器提供件数(上のグラフが脳死下臓器提供数:日本臓器移植ネットワーク)

[http://www.jotnw.or.jp/datafile/offer\\_brain.html](http://www.jotnw.or.jp/datafile/offer_brain.html)





課題 1 : 普及・啓発のポイント  
(名取良弘先生)



課題 2 : 手順の見直し  
(横田裕行)

課題 3 : 小児の場合の選択肢提示  
(荒木尚先生)



# 表1: グループワークから明らかになった課題

- **身寄りがなく、意思表示カードを有する場合**

課題と問題点

意思表示カード所持の有無を家族に確認する手順である“脳死とされうる状態の判断”の必要性は？

- **脳死とされうる状態の判断がガイドラインに則っていない場合**

課題と問題点

脳死とされうる状態の判断自体を医師の神経学的な判断で可能とすべきではないか

- **署名のない意思表示カードの場合の家族対応**

実際の対応

- ・意思表示カード自体は無効
- ・家族に改めて選択肢提示

グループ名	A, B, C, D, E, F
選択した課題名	手順の見直し
問題点	<p>①虐待かどうかの確認</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の意向があればいいのではないかと虐待による死因とドナーになることは関係ないような。(現状では、虐待者が提供の承諾者、子どもの将来を決定することは倫理的におかしいと考えられるため適応外となる。)</li> </ul> <p>②脳死とされうる状態の確認、どの程度の検査をやる？</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医に任せる形になったことで、以前よりも効率がよくなったと思う。</li> </ul> <p>③オプション提示は、誰が、いつ、どのタイミングでやる？</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・もっと早い段階でオプション提示をすべきではないか？その分、家族が考える時間を増やせると思う。脳死判定と家族説明の両方を同時進行で行ってはどうか？時間がかかればかかるほど家族は疲れてしまう。(ある程度脳死状態と判断された段階でないと、落胆させてしまう可能性もあるので現状は慎重な段階を踏んでいる)</li> <li>・オプション提示の時期を逃すケースが多い。オプション提示＝臓器提供という印象を与えすぎているのではないかと早い段階で情報提供という形で回答をもとめなければ問題ないのでは？オプション提示が臓器提供の前提であるというのが問題。話を聞いたからといって必ずドナーにならないといけないというイメージを与えすぎており、負担になっているかもしれない。</li> </ul> <p>④院CoまたはNCoからの説明、登場のタイミング</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族が具体的な話を聞きたいとなったら、速やかに登場すべき。</li> </ul> <p>⑤承諾書、摘出書の二つの同意書があるけど必要か？</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・組織提供はまた別の承諾書が必要</li> <li>・承諾書は一つにまとめた方がよい。時間がかかるし、煩雑。</li> <li>・院Coのみで承諾書をとれるよう、法改正してほしい。</li> </ul> <p>⑥法的脳死判定は2回、妥当なのか？</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一回目終了時にレシピエントを探し始めてもいいか？</li> <li>・脳死と判定されてもまだ体は温かいし、生きているとしか考えられない。2回目の脳死判定ではなく、摘出の時間を死亡時刻としてはいけないのか？</li> </ul>

図3: 手順の見直しに関するグループディスカッションのまとめ(グループC)

選択した課題名	小児脳死下臓器提供の実践における問題点の抽出と再考
問題点	<p>&lt;OP提示をなぜためらうのか&gt;</p> <p>① 家族</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族の悲嘆を考えると言いにくい</li> <li>・ 「これ以上傷つけないで」の言葉が家族から出るとOP提示しにくい</li> <li>・ 提供したことに後悔してほしくない</li> <li>・ 家族の受容を大切にしたい</li> <li>・ 自分に知識や経験が無い・少ないとOP提示しにくい</li> <li>・ OP提示によって「治療を諦める」と思われる</li> <li>・ OP提示の時期が難しい</li> </ul> <p>① 脳死判定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 完全なる脳死じゃなかったら（小児の脳死には例外が多い）</li> </ul> <p>① 警察、検視</p> <p>警察の介入があって言えない</p> <p>&lt;OP提示に罪の意識…OP提示は悪いことか&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ （治療を諦めたと思われた）家族に責められるのではないか、OP提示をすることが冷たいように感じる</li> <li>・ 家族が提供の話をしてけると話しやすい</li> </ul>
解決策、対応策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ このような状態になったらOP提示するという決まりを作る</li> <li>・ 長い目で見ると今後親となっていく世代（中高生）をターゲットに普及啓発していく</li> </ul>

図4: 小児脳死下臓器提供の実践における問題点の抽出と再考に関する  
グループディスカッションのまとめ(グループD)

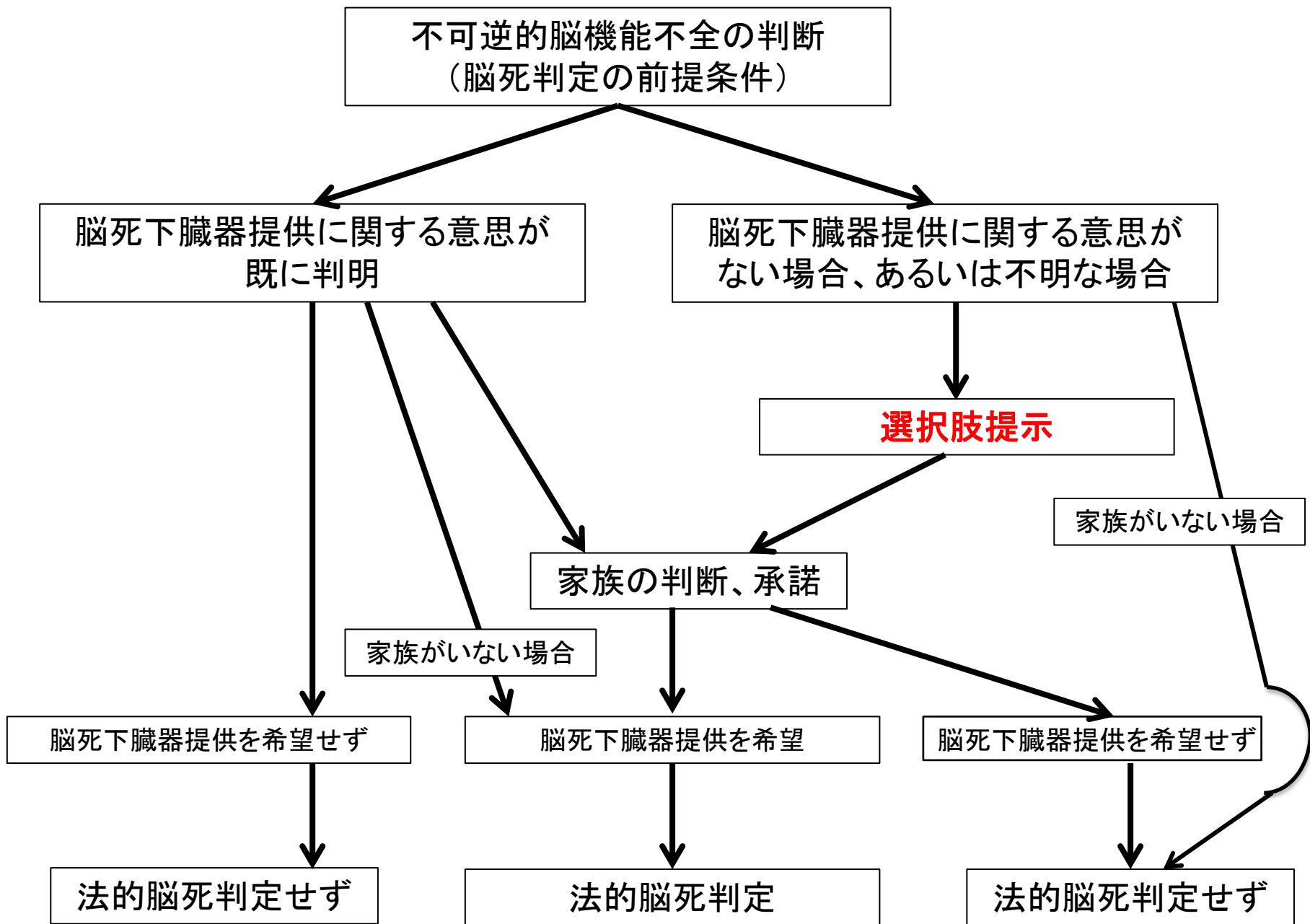


図7: 本研究班による法的脳死判定までの手順

# カテゴリーA

今まで一度も脳死下臓器提供を経験していないカテゴリーAでは、選択肢提示の意味を十分に理解していない可能性が高く、患者家族から承諾を得た後の対応に関しても多くの不安を抱えていると推察する。脳死下臓器提供の意義や、その前提となる選択肢提示のあり方を院内で共有する努力が必要である。そのために、たとえば**JOTや都道府県コーディネーターの啓発活動**、またそのような組織や人材と密接に連携して**院内シミュレーション等を行うことの重要性**を認識させることが重要である。

# カテゴリーB

過去に1～4例経験したカテゴリーBでは、選択肢の提示が今後もなされるような取り組みがされるべきであり、その手法を施設内で共有する努力が必要となる。そのために、**脳死下臓器提供に関する定期的な院内シミュレーションが必要**であろう。

# カテゴリーC

過去に5例以上脳死下臓器提供を経験したカテゴリーC:では、選択肢提示の意義は施設内で共有しているものと考えられる。そこで、今後も脳死下臓器提供がされるように選択肢提示を行う体制を整え、さらにその数が増加するような取り組み、たとえば医師を含めた院内スタッフへの継続的な教育と人材の育成が必要である。また、**このような施設にこそ院内コーディネーターの配置が効果的であると判断する。**

図8: カテゴリー毎の選択肢提示のアプローチ

平成 28 年 7 月 12 日

一般社団法人 日本脳神経外科学会  
理事長 嘉山孝正 先生  
一般社団法人 日本神経学会  
代表理事 高橋良輔 先生  
一般社団法人 日本救急医学会  
代表理事 行岡哲男 先生  
公益社団法人 日本麻酔科学会  
理事長 外須美夫 先生  
一般社団法人 日本集中治療医学会  
理事長 西村 匡司 先生  
公益社団法人 日本小児科学会  
会長 五十嵐隆 先生

### 法的脳死判定時の支援

#### 前略

臓器移植関連学会協議会は貴学会を含  
が参加し、円滑な移植医療システム構築

さて、昨年 7 月 30 日に厚生労働省で  
定の条件を満たせば、法的脳死判定医 2

能となりました。私ども臓器移植関連学会協議会は昨年 11 月貴学会に「法律に基づいた脳死判定にお  
ける判定医支援に関するアンケート調査協力をお願い」（別紙 1）をさせていただきました。

その結果、(別紙 2) のように 278 名もの法的脳死判定支援医のリストを作成することで、本年 7 月  
6 日に当初の予定通りに日本臓器移植ネットワークにそのリストを渡すことができました。移植関連学会  
協議会として心より御礼申し上げます。なお、法的脳死判定支援医の所属や個人名は日本臓器移植ネット  
ワーク以外には明らかにしないことを前提にご協力を頂いておりますので、ご理解の程、お願い申し上げ  
ます

この度の貴学会からのご協力は本邦における円滑な移植医療の推進に大きく貢献するものと存じます。  
どうか引き続きお力添えの程、お願い申し上げます。ありがとうございました。

以 上

臓器移植関連  
代表世話



図9: 法的脳死判定支援医師に関する臓器移植関連学会協議会から  
関連学会への報告と御礼の文書