

## 沖縄県の臓器提供についての調査実施要綱

### 1 調査目的

死亡退院患者の医療記録を調査し、実際のドナー数と潜在的なドナー数を比べ、臓器提供のプロセスのどこに問題があるかを明らかにする事を目的とします。

### 2 調査項目

#### (1) 記載事項

1. 患者のバックグラウンド
2. 入院時の診断
3. 患者はポテンシャルドナーとして照会されたか
4. 脳死診断がなされたか
5. 臓器提供の同意プロセス、臓器提供の有無
6. 家族へのオプション提示の有無
7. 家族の意思決定の有無
8. 臓器提供されなかった理由
9. 転帰

#### (2) 調査方法

- ①施設内で業務として調査に協力していただく方を推薦いただき、その方とともに沖縄県保健医療福祉事業団職員が調査と集計を行う。
- ②調査期間は、契約の日から令和2年3月31日まで  
(調査対象カルテ：平成31年1月1日～令和元年12月31日)  
※施設全体ではなく施設判断で調査対象科（例：脳神経外科・外科・神経内科・内科・救急・ICU等）等を限定して調査する可能性あり。

#### (3) 調査結果

- ①調査結果に関しては、プライバシーの保護及び目的外使用の禁止など倫理面への配慮を十分におこないます。
- ②調査結果は集計されデータが報告されます。

施設名:

記入者:

《基礎情報》 記入基準: 調査病棟における死亡患者、または回復不能と診断された患者

診療科:	<input type="checkbox"/> 救急科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 麻酔科
	<input type="checkbox"/> その他( )				
ID(入院番号):	1 <input type="checkbox"/> 男 2 <input type="checkbox"/> 女		歳(死亡時)		
入院:	20 年 月 日	:	(24H表記)		
死亡:	20 年 月 日	:	(24H表記)		
意思表示:	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 未確認
	<input type="checkbox"/> その他( )				
原疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管障害( )	<input type="checkbox"/> 頭部外傷( )			
(診断名):	<input type="checkbox"/> 原発性脳腫瘍	<input type="checkbox"/> 心疾患( )			
	<input type="checkbox"/> 低酸素性脳症(原因: )				
	<input type="checkbox"/> その他( )				

選択肢提示を適切に行う院内体制整備のための分析に必要な項目ですので、可能な限り詳細にご記入ください。

はい いいえ

1. 患者に人工呼吸器を装着しましたか?  
1  はい 2  いいえ(4.へ)

2. 脳死診断の前提条件を満たしていましたか?  
1  はい 2  いいえ(4.へ)

(脳死診断の前提条件)  
① 器質的脳障害により深昏迷、及び無呼吸を呈している症例  
深昏迷: ジャハンニューマスケール(JCS) 300、グラスゴー・コマスケール(GCS) 3  
無呼吸: 人工呼吸器により呼吸が維持されている状態  
② 原疾患が確実に診断されている症例  
病歴、経過、検査(CT、MRI等の画像診断は必須)、治療等から確実に診断された症例  
③ 現在行いうるすべ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と判断される症例

3. 脳死(状態)であると診断しましたか?  
1  はい 2  いいえ(4.へ)

3-1. 脳死(状態)の診断項目

1 <input type="checkbox"/> 深昏迷	7 <input type="checkbox"/> 前庭反射消失 (JCS300/GCS3)
2 <input type="checkbox"/> 瞳孔散大・固定	8 <input type="checkbox"/> 咽頭反射消失
3 <input type="checkbox"/> 対光反射消失	9 <input type="checkbox"/> 咳反射消失
4 <input type="checkbox"/> 角膜反射消失	10 <input type="checkbox"/> 聴性脳幹誘発反応消失
5 <input type="checkbox"/> 毛様脊髄反射消失	11 <input type="checkbox"/> 平坦脳波
6 <input type="checkbox"/> 眼球頭反射消失	12 <input type="checkbox"/> 自発呼吸消失

4. 臓器提供の適応はありましたか?  
(4-1に該当するもの以外は、5に進んでください)  
1  はい 2  いいえ(4-1.へ)

5. 患者の家族に臓器提供の意思確認をしましたか?  
1  はい (20 年 月 日 : )  
意思確認の契機  
 病院スタッフ  家族からの申し出  
2  いいえ(5-1.へ)

6. JOT/都道府県移植Coに連絡しましたか?  
1  はい (20 年 月 日 : )  
2  いいえ(6-1.へ)

7. 移植Coは患者の家族に説明しましたか?  
1  はい 2  いいえ(6-1.へ)

8. 移植Coからの説明に対する家族の反応

1  臓器提供に同意(8-1.へ)  
2  臓器提供に難色(8-2.へ)

8-1. 臓器提供に同意

1  脳死下臓器提供に同意  
2  心停止下臓器提供に同意  
3  眼球提供のみ同意  
4  組織提供のみ同意

9. 臓器・組織は提供されましたか?  
1  はい 2  いいえ(9-1.へ)

4-1. 臓器提供の適応外の理由(複数選択可)

1  全身性活動性感染症 7  HBs抗原陽性  
2  HIV抗体陽性 8  HTLV-1抗体陽性  
3  クロイツフェルト・ヤコブ病及びその疑い  
4  悪性腫瘍(原発性脳腫瘍及び治療済を除く)  
5  知的障害者の認定 9  司法解剖が確定  
6  被虐待児(18歳未満) 10  器質的腎疾患

記入終了

5-1. 意思確認をしなかった理由(複数選択可)

1  24時間以内の死亡 9  急変  
2  年齢 10  臓器機能の悪化  
3  家族がいなかった  
4  患者に提供拒否の意思表示あり  
5  臓器提供の対象と認識しなかった  
(理由: )  
6  家族が病状を受け入れなかった  
7  確認するタイミングを逸した  
8  その他( )

記入終了

6-1. 連絡・説明しなかった理由(複数選択可)

1  家族が連絡・説明を希望せず  
1-1  傷つけたくない 1-4  受け入れられない  
1-2  手続きがわずらわしい  
1-3  その他( )  
2  連絡または説明前に患者が急変した  
3  患者に提供拒否の意思表示があった  
4  家族から返答がこなかった  
5  その他( )  
6  不明

記入終了

8-2. 臓器提供に難色を示した事由

1  家族が提供に同意せず  
1-1  傷つけたくない  
1-2  受け入れられない  
1-3  手続きがわずらわしい  
1-4  早くつれて帰りたい  
1-5  自然に看取りたい  
1-6  その他( )  
2  家族の総意がまとまらず  
3  家族から返答がないまま患者が死亡  
4  家族からの返答前に臓器機能が悪化  
5  患者に提供拒否の意思表示があったことが判明  
6  その他( )  
7  不明

記入終了

9-1. 提供に至らなかった理由(複数選択可)

1  患者が急変した  
2  患者が医学的に不適となった  
2-1  全身性活動性感染症  
2-2  追加検査でHBs抗原陽性  
2-3  追加検査でHIV抗体陽性  
2-4  追加検査でHTLV-1抗体陽性  
2-5  追加検査でHCV抗体陽性(肝・小腸・腎を除く)  
2-6  クロイツフェルト・ヤコブ病及びその疑いの判明  
2-7  悪性腫瘍の判明  臓器機能の悪化  
2-8  病理学的診断上の問題  
2-9  その他( )  
3  家族が承諾を撤回した  
4  司法解剖をすることになった  
5  その他( )

記入終了

10. 提供された臓器・組織

1  心臓 4  肺 7  肝臓 10  脾臓  
2  腎臓 5  小腸 8  眼球  
3  膵臓 6  心臓弁 9  血管 11  皮膚 12  骨

記入終了