

半田市立半田病院脳死判定委員会設置要綱

(設 置)

第1条 この要綱は、厚生省の「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）第4の2の規定に基づき、半田市立半田病院脳死判定委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(組 織)

第2条 委員会は、次に掲げる委員をもって組織する。

- | | |
|----------------|----|
| (1) 副院長の職にある者 | 1名 |
| (2) 医師 | 4名 |
| (3) 看護師 | 1名 |
| (4) 中央臨床検査科 | 1名 |
| (5) 事務局職員 | 1名 |
| (6) 医学分野以外の有識者 | 1名 |

2 前項の委員は、院長が任命する。

(任 期)

第3条 前条第1項の委員の任期は2年とし、再任を妨げない。ただし、委員に欠員を生じた場合は、補充し、その任期は前任者の残任期間とする。

(委 員 長)

第4条 委員会の委員長は、副院長の職にある者をもって充てる。

2 委員長は、委員会を招集し、その議長となる。

3 委員長に事故あるときは、あらかじめ委員長が指名した委員がその職務を代行する。

(審 査 等)

第5条 委員会は、臓器移植にかかる脳死判定に関し、次に掲げる審査等を行うものとする。

- (1) 脳死判定基準に関すること。
- (2) 脳死判定医を選出し、その名簿を作成すること。
- (3) 脳死判定及び臓器移植に関する記録の保存
- (4) その他脳死判定等に係わる審査

2 委員会は、委員の2分の1以上の出席により成立するものとする。

3 委員会の審査は、出席委員全員の合意をもって決するものとする。

(脳死判定医)

第6条 脳死判定医は、次に各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 脳神経外科医、神経内科医、救急医、麻酔・蘇生科・集中治療医又は小児科医で、それぞれの学会専門医又は学会認定医の資格を持ち、かつ、脳死判定に関して豊富な経験を有する者
- (2) 当該臓器移植に関わらない者であつて、委員会によって選出され、かつ、半田市立半田病院倫理委員会（以下「倫理委員会」という。）で選定された者

2 今後、必要性に応じ、新たに脳死判定医を登録する場合には、委員会により選出し、倫理委員会委員長が選定するものとする。

(脳死判定依頼)

第7条 脳死の判定は、患者が脳死判定に従う意思がないことを表示していない場合であつて、次の各号のいずれかに該当する場合に限り、行うことができる。

- (1) 患者が臓器を提供する意思を書面により表示し、かつ、家族が摘出及び脳死判定を拒まないとき又は家族がいないとき。
- (2) 患者が臓器を提供する意思がないことを表示しておらず、かつ、家族による脳死判定承諾書（様式第1）が得られているとき。

2 脳死の判定を依頼しようとする者は、脳死判定依頼書（様式第2）に、脳死判定承諾書及び臓器摘出承諾書（様式第3の1、3の2）を添えて病院長に提出しなければならない。この場合、脳死判定依頼書はその患者の主治医が作成する。また、脳死判定承諾書及び臓器摘出承諾書はコーディネーターが説明し、患者の家族が署名、押印する。

(脳死判定)

第8条 脳死判定は、病院長が委員長に依頼し、委員長は、予め倫理委員会で選定を受けた脳死判定医を2名以上指名し、これを受けた脳死判定医が行う。この場合において、1人は、判定に関与してなければならない。

2 脳死判定医は、脳死判定後、その結果を速やかに病院長及び委員長に報告するものとする。

(記 録)

第9条 脳死を判定した脳死判定医は、脳死判定が的確に行われたことを証するため、脳死判定の的確実施の証明書（様式第4）、脳死判定記録書（様式第5）及び臓器摘出記録書（様式第6）を作成し、委員会に提出し、委員会は、これを保管しなければならない。

(記録の閲覧)

第 10 条 委員会は、臓器提供を行った患者の家族などから、臓器提供に関する記録の閲覧請求があった場合は、記録閲覧請求書(様式第 7)の提出を求め、閲覧に供するものとする。

2 前項の請求書は、委員会がこれを保管しなければならない。

(倫理的配慮)

第 11 条 委員会は、脳死判定に関し、倫理上の問題を生じるおそれのある場合は、倫理委員会に審議を依頼するものとする。

(庶務)

第 12 条 委員会の庶務は、病院事務局管理課において処理する。

(その他)

第 13 条 この要綱の施行に関して必要な事項は、委員会が別に定める。

附 則

この要綱は、平成 1 1 年 1 1 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 2 2 年 1 2 月 2 4 日から施行する。

脳死判定承諾書

脳死の判定を受ける者

氏名 _____

住所 _____

上記の者の脳死の判定に関する意思は、次のとおりです。(いずれかに○)

- () 臓器を提供する意思を書面により表示しており、脳死の判定に従う意思がないことを表示していません。
- () 臓器を提供する意思がないことを表示していません。また、脳死の判定に従う意思がないことを表示していません。

私は、脳死について説明を受け、十分に理解した上で、上記の者に臓器の移植に関する法律に基づく脳死の判定が行われることに異存ありません。

以上は家族の総意であることに相違ありません。

半田市立半田病院

院長 _____ 殿

社団法人 日本臓器移植ネットワーク

理事長 _____ 殿

移植コーディネーター使用欄
〈本人意思の確認〉

ドナーカード、保険証、免許証等の

文書

臓器提供意思登録システム

御家族に対する確認

年 月 日

氏名 _____ (印)

住所 _____

脳死の判定を受ける者との続柄 _____

説明者 社団法人 日本臓器移植ネットワーク

移植コーディネーター _____ (印)

立会人氏名 (及び所属)

氏名 _____ (印) ()

氏名 _____ (印) ()

氏名 _____ (印) ()

脳死判定依頼書

年 月 日

半田市立半田病院長 殿

担当医所属 _____

担当医氏名 _____ (印)

患者氏名 _____ 年齢 _____ 性別 男・女 病棟名 _____

疾患名 _____

経過 _____

患者は死亡後に、臓器を移植術に使用されることを拒否する意思を表明していませんでした。その家族も同意しているので上記理由により脳死の判定を依頼いたします。

臓器摘出承諾書（脳死下）

臓器の摘出を受ける者

氏名 _____

住所 _____

上記の者の臓器提供に関する意思は、次のとおりです。（いずれかに○）

（ ）臓器を提供する意思を書面により表示しています。

（ ）臓器を提供する意思がないことを表示していません。

私は、臓器の摘出について説明を受け、十分に理解した上で、上記の者が脳死後、移植のために臓器の摘出を受けることに異存ありません。

摘出を承諾する臓器（摘出を承諾する臓器は○で囲み、摘出を承諾しない臓器は×をつける）

心臓・肺（右・左）・肝臓・腎臓（右・左）・膵臓・小腸・眼球（右・左）

上記の臓器の摘出に伴って、別紙に記載した臓器に附属する組織ならびに血管、臓器あるいはその一部、及び周囲組織の摘出を受けることに異存ありません。また、移植手術及びその検査に必要な膵臓の一部・リンパ節の摘出を受けることに異存ありません。

以上は家族の総意であることに相違ありません。

半田市立半田病院

院長 _____ 殿

社団法人 日本臓器移植ネットワーク

理事長 _____ 殿

年 月 日

氏名 _____ (印)

住所 _____

臓器の摘出を受ける者との続柄 _____

説明者 社団法人 日本臓器移植ネットワーク

移植コーディネーター _____ (印)

立会人氏名（及び所属）

氏名 _____ (印) ()

氏名 _____ (印) ()

氏名 _____ (印) ()

移植コーディネーター使用欄

〈本人意思の確認〉

ドナーカード、保険証、免許証等の文書

臓器提供意思登録システム

御家族に対する確認

臓器摘出承諾書（心停止下）

臓器の摘出を受ける者

氏名 _____

住所 _____

上記の者の臓器提供に関する意思は、次のとおりです。（いずれかに○）

（ ）臓器を提供する意思を書面により表示しています。

（ ）臓器を提供する意思がないことを表示していません。

私は、臓器の摘出について説明を受け、十分に理解した上で、上記の者が心臓が停止した死後、移植のために臓器の摘出を受けることに異存ありません。

摘出を承諾する臓器（摘出を承諾する臓器は○で囲み、摘出を承諾しない臓器は×をつける）
腎臓（右・左）・膵臓・眼球（右・左）

上記の臓器の摘出に伴って、別紙に記載した臓器に附属する組織ならびに血管、臓器あるいはその一部、及び周囲組織の摘出を受けることに異存ありません。また、移植手術及びその検査に必要な膵臓の一部・リンパ節の摘出を受けることに異存ありません。

以上は家族の総意であることに相違ありません。

半田市立半田病院

院長 _____ 殿

社団法人 日本臓器移植ネットワーク

理事長 _____ 殿

年 月 日

氏名 _____ (印)

住所 _____

臓器の摘出を受ける者との続柄 _____

説明者 社団法人 日本臓器移植ネットワーク

移植コーディネーター _____ (印)

立会人氏名（及び所属）

氏名 _____ (印) ()

氏名 _____ (印) ()

氏名 _____ (印) ()

移植コーディネーター使用欄

〈本人意思の確認〉

ドナーカード、保険証、免許証等の文書

臓器提供意思登録システム

御家族に対する確認

脳死判定の的確実施の証明書

脳死の判定を受けた者

氏名 _____ 住所 _____

性別 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

脳死判定の日時

（1回目の確認時） _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分

（2回目の確認時） _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分

判定医療機関

名称 _____ 所在地 _____

以下担当の判定医全員の氏名等を記載（1回目判定医と2回目判定医）

1回目判定医

氏名 _____ 氏名 _____

住所 _____ 住所 _____

（又は所属医療機関の所在地及び氏名）

2回目判定医

氏名 _____ 氏名 _____

住所 _____ 住所 _____

（又は所属医療機関の所在地及び氏名）

以下の全てに該当することを確認した上で脳死の判定を実施しました。

- ・脳の器質的な障害により深昏睡及び自発呼吸を消失した状態と認められる者
- ・器質的脳障害の原因となる疾患が確実に診断されている者（CT等の画像診断は必須）
- ・回復の可能性がないと認められる者

(2の2)

脳死の判定を受けた者は以下のいずれの者にも該当しません。

- ・ 生後12週（在胎週数が40週未満の場合は出産予定日から起算して12週）未満の者
- ・ 急性薬物中毒により深昏睡及び自発呼吸を消失した状態にあると認められる者
- ・ 直腸温、食道温等の深部温が摂氏32度未満（6歳未満の者は35度未満）の状態にある者
- ・ 代謝性障害又は内分泌性障害により深昏睡及び自発呼吸を消失した状態にあると認められる者
- ・ 自発運動、除脳硬直、除皮質硬直、けいれんが認められる者

脳死の判定に当たっては、以下の状態を確認し、少なくとも6時間（6歳未満の者では24時間）を経過した後に再度、以下の状態を確認しました。

- ・ 深昏睡
- ・ 瞳孔が固定し、瞳孔径が左右とも4ミリメートル以上であること。
- ・ 脳幹反射（対光反射、角膜反射、毛様脊脊随反射、眼球頭反射、前庭反射、咽頭反射及び咳反射）の消失
- ・ 平坦脳波
- ・ 自発呼吸の消失

脳死の判定に当たっては、中枢神経抑制薬、筋弛緩薬その他の薬物が判定に影響しないこと及び収縮期血圧（単位 水銀柱ミリメートル）が次の数値以上あることを確認しました。

1歳未満：65

1歳以上13歳未満：年齢×2＋65

13歳以上：90

| | | | | | |
|---|---|---|-------|----|---|
| 年 | 月 | 日 | 作成者 | 氏名 | Ⓔ |
| | | | (判定医) | 氏名 | Ⓔ |
| | | | | 氏名 | Ⓔ |

(*担当の判定医全員の記名押印又は自筆署名)

脳死判定記録書

脳死の判定を受けた者

氏名 _____ 住所 _____

性別 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

脳死判定の日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分

判定医療機関

名称 _____ 所在地 _____

判定医 氏名 _____ 氏名 _____

住所 _____ 住所 _____

（又は所属医療機関の所在地及び名称）

氏名 _____ 氏名 _____

住所 _____ 住所 _____

（又は所属医療機関の所在地及び名称）

脳死判定を受けた者及び家族の意思（ア～ウのいずれかに○をつける）

ア 脳死判定を受けた者が生存中に臓器を提供する意思を書面により表示しており、脳死判定に従う意思がないことを表示していない

→ 家族が脳死判定を拒まない又は家族がない

（ 拒まない・ 家族がない・ 拒んでいる ）

イ 脳死判定を受けた者が生存中に臓器を提供する意思がないことを表示しておらず、脳死判定に従う意思がないことを表示していない

→ 家族が脳死判定を行うことを書面により承諾している

（ 承諾している ・ 承諾していない ）

ウ ア又はイに該当しない

(5の2)

脳死判定を受けた者が生存中に親族に対し臓器を優先的に提供する意思を書面により表示している

(表示している ・ 表示していない)

脳死判定を拒まない・承諾した家族

氏名 _____

住所 _____

脳死判定を受けた者との続柄 _____

脳死判定への家族の立会いの有無 (有 ・ 無)

原疾患名 _____

前提条件

器質的脳障害による深昏睡、無呼吸 (該当する ・ 該当しない)

原疾患を確実に診断 (該当する ・ 該当しない)

CT等の画像診断 (有 ・ 無)

回復の可能性がない (該当する ・ 該当しない)

除外例

生後12週 (在胎週数が40週未満の場合は出産予定日から起算して12週) 未満

(該当する ・ 該当しない)

急性薬物中毒 (該当する ・ 該当しない)

直腸温、食道温等の深部温が摂氏32度未満 (6歳未満の者は35度未満) の状態

(該当する ・ 該当しない)

代謝性・内分泌性障害あり (該当する ・ 該当しない)

(5の3)

| | 1回目の確認 | 2回目の確認 |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 開始日時 | 年 月 日 午前・午後 時 分 | 年 月 日 午前・午後 時 分 |
| 終了日時 | 年 月 日 午前・午後 時 分 | 年 月 日 午前・午後 時 分 |
| 生命徴候の確認 | | |
| 体温 (開始時) | (°C) | (°C) |
| (終了時) | (°C) | (°C) |
| 血圧 (判定前) | 収縮期 mmHg 拡張期 mmHg | 収縮期 mmHg 拡張期 mmHg |
| 血圧 (判定後) | 収縮期 mmHg 拡張期 mmHg | 収縮期 mmHg 拡張期 mmHg |
| 心拍数 (開始時) | (回/分) | (回/分) |
| (終了時) | (回/分) | (回/分) |
| 昇圧薬の使用 (薬品名_____) | | |
| (判定開始時) | (有 ・ 無) | (有 ・ 無) |
| 中枢神経抑制薬、筋弛緩剤等の薬物の影響 | (有 ・ 無) | (有 ・ 無) |
| 姿勢・運動の確認 | | |
| 自発運動 | (有 ・ 無) | (有 ・ 無) |
| 除脳硬直 | (有 ・ 無) | (有 ・ 無) |
| 除皮質硬直 | (有 ・ 無) | (有 ・ 無) |
| けいれん | (有 ・ 無) | (有 ・ 無) |
| 必須項目 | | |
| 深昏睡 | (JCS , GCS) | (JCS , GCS) |
| 瞳孔径 4 mm 以上 | (右 mm, 左 mm) | (右 mm, 左 mm) |
| 瞳孔固定 | (右: 有・無) (左: 有・無) | (右: 有・無) (左: 有・無) |

(5の4)

脳幹反射

| | | | | |
|--------|-----------|---------|-----------|---------|
| 対光反射 | (右:有・無) | (左:有・無) | (右:有・無) | (左:有・無) |
| 角膜反射 | (右:有・無) | (左:有・無) | (右:有・無) | (左:有・無) |
| 毛様脊髄反射 | (右:有・無) | (左:有・無) | (右:有・無) | (左:有・無) |
| 眼球頭反射 | (有 ・ 無) | | (有 ・ 無) | |
| 前庭反射 | (右:有・無) | (左:有・無) | (右:有・無) | (左:有・無) |
| 咽頭反射 | (有 ・ 無) | | (有 ・ 無) | |
| 咳反射 | (有 ・ 無) | | (有 ・ 無) | |

平坦脳波 (該当する ・ 該当しない) (該当する ・ 該当しない)

補助検査

聴性脳幹誘発反応 (有 ・ 無) (有 ・ 無)

自発呼吸

無呼吸テスト時の Paco₂、血圧及び不整脈

Paco₂

| | | | |
|-------------|------|-------------|------|
| (テスト前) | mmHg | | mmHg |
| (午前・午後 時 分) | | (午前・午後 時 分) | |
| (テスト後) | mmHg | | mmHg |
| (午前・午後 時 分) | | (午前・午後 時 分) | |

血圧

| | | | |
|------------|------|-----|------|
| (テスト前) 収縮期 | mmHg | 収縮期 | mmHg |
| 拡張期 | mmHg | 拡張期 | mmHg |
| (テスト後) 収縮期 | mmHg | 収縮期 | mmHg |
| 拡張期 | mmHg | 拡張期 | mmHg |

昇圧薬の使用 (薬品名_____)

(有 ・ 無) (有 ・ 無)

重篤な不整脈 (有 ・ 無) (有 ・ 無)

(5の5)

その他判定を行った医師が特に必要と認めた事項

判定結果 (脳死と判定される ・ 脳死と判定されない)

記録作成日 年 月 日

記録作成者 (判定医) 氏名 _____ (印)
氏名 _____ (印)
氏名 _____ (印)
氏名 _____ (印)

- (注) ・ 脳死判定に当たって測定した脳波の記録 (記録番号 _____)
- ・ 脳死判定を受けた者が生存中に臓器提供の意思及び判定に従う意思を書面により表示していたときは、当該書面の写し
 - ・ 脳死判定を受けた者が生存中に親族に対し臓器を優先的に提供する意思を書面により表示していたときは、当該書面の写し
- 家族が脳死判定を拒まない・承諾する旨を表示した書面を添付のこと。
- ・ 脳波及び聴性脳幹誘発電位の記録用紙を添付のこと。

臓器摘出記録書

摘出を受けた者

氏名 _____ 住所 _____

性別 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

死亡日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

死亡の原因となった傷病及びそれに伴う合併症 _____

主な既往症 _____

摘出日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

摘出が行われた医療機関（臓器提供施設）

名称 _____ 所在地 _____

摘出医 氏名 _____

住所 _____

（又は所属医療機関の所在地及び名称）

摘出した臓器の名称 _____

（左右の別及び部位の別を含む）

(5の2)

摘出した臓器の状態、臓器に対する処置

〔重量、血液遮断時刻、灌流開始時刻、灌流状態、人工呼吸器停止時刻、ヘパリン化時刻など〕

摘出を受けた者に対する検査の結果

血液学的検査〔血液型、HLAタイプなど〕

血液生化学的検査〔T-Bil, GOT, GPT, LDH, Alb, Cr, BUN など〕

(5の3)

免疫学的検査 [HIV 抗体, HTLV-1 抗体, HBs 抗原, HCV 抗体など]

その他の検査の結果

(5の4)

臓器摘出を受けた者及び遺族の意思（ア～ウのいずれかに○をつける）

ア 臓器摘出を受けた者が生存中に臓器を提供する意思を書面により表示している
（表示している ・ 表示していない）

→ 遺族が臓器摘出を拒まない又は遺族がない

（拒まない ・ 遺族がない ・ 拒んでいる）

イ 臓器摘出を受けた者が生存中に臓器を提供する意思がないことを表示していない
（該当する ・ 該当しない）

→ 遺族が臓器摘出を書面により承諾している
（承諾している ・ 承諾していない）

ウ ア又はイに該当しない

臓器摘出を受けた者が生存中に親族に対し臓器を優先的に提供する意思を書面により表示している

（表示している ・ 表示していない）

臓器摘出を拒まない・承諾した家族

氏名_____

住所_____

臓器移植を受けた者との続柄_____

臓器摘出を行う前に脳死判定の的確実施の証明書の交付を受けた（脳死判定を受けた者から臓器の摘出が行われた場合のみ）

（受けた ・ 受けていない）

臓器あつせん者

氏名_____ 住所_____

（法人の場合は名称、所在地）

(5の5)

臓器を移植に使用しなかった理由 (臓器を移植に使用しないこととした場合のみ)

摘出医が特に必要と認めた事項

記録日 年 月 日

記録者 (摘出医) 氏名 _____ ⑩

(記名押印又は自筆署名)

- (注)
- ・臓器摘出を受けた者が生存中に臓器提供の意思を書面により表示していたときは、当該書面の写し
 - ・臓器摘出を受けた者が生存中に親族に対し臓器を優先的に提供する意思を書面により表示していたときは、当該書面の写し
 - ・遺族が臓器摘出を拒まない・承諾する旨を表示した書面 (写しでも可)
 - ・脳死判定の的確実施の証明書の写し (脳死判定を受けた者から臓器の摘出が行われた場合のみ) を添付のこと。

記 録 閲 覧 請 求 書

臓器の移植に関する法律第10条第3項（記録の閲覧）の規定により、下記の記録の閲覧を請求します。

閲覧請求の年月日 年 月 日

閲覧を請求する者

氏名 _____

（法人にあつては、その事務所の所在地及び名称）

住所 _____

臓器摘出を受けたものとの続柄 _____

閲覧を請求する記録の種類

（脳死判定、臓器摘出を受けた者の住所・氏名を記入する）

氏名 _____

住所 _____

が受けた（ 脳死の判定

・臓器の摘出（心臓・肝臓・肺・脾臓・小腸・腎臓・眼球））

に関する記録（閲覧を請求する記録を○で囲む）