体制整備状況報告書

1.病院の状況　　　(※不明な場合は、空白で構いません)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 施設名 |  | | | |
| 2 | 病床数 | 総病床数（　　　　　　）床 | | | |
| ICU　 （　　　）床  SCU　 （　　　）床  HCU 　（　　　）床  救命救急（　　　）床  ECU　 　（　　　）床 | | PICU （　　　）床  NICU （　　　）床  GCU　（　　　）床 | |
| 3 | 1年間の救急搬送件数 | 約（　　　　　　　）件 | | | |
| 4 | １年間に発生する死亡患者 | 約（　　　　　　　）例 | | | |
| 5 | １年間に発生する脳死患者 | 約（　　　　　　　）例 | | | |
| 6 | 脳死患者を主として扱う診療科 | 脳神経外科・神経内科・救急科・集中治療科・  麻酔科・総合診療科・その他（　　　　　　　） | | | |
| 7 | 臓器提供の選択肢提示を行った症例数 | (　　　　　　)例/年 | | | |
| 8 | 家族からの臓器提供の申し出への対応数 | (　　　　　　)例/年 | | | |
| 9 | 2016年から2020年の臓器提供数 | 脳死下  （　　　）例 | 心停止下  （　　　）例 | | 眼球  （　　　）例 |
| 10 | 病院機能評価の認定 | （□）あり  （ver：　　　　） | | （□）なし | |

2.臓器提供に関する体制整備の状況（2021年　月　日現在）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 脳死下臓器提供を行う施設としての必須の条件 | | | |
| 1 | 臓器摘出の為に開放できる手術室がある | （□）ある | （□）ない |
| 2 | 脳死下での臓器摘出を行うことに関して、施設の合意がある。 | （□）ある | （□）ない |
| 3 | 倫理委員会等の委員会で臓器提供に関して承認が行われている | （□）ある  （承認予定） | （□）未承認 |
| 4 | 適正な脳死判定を行う体制がある。 | （□）ある | （□）ない |
| （小児臓器提供を行う施設としての必須の要件） | | | |
| 5 | 虐待防止委員会等の虐待を受けた児童への対応のための体制 | （□）ある | （□）ない |
| 6 | 児童虐待対応に関するマニュアル | （□）ある | （□）ない |
| 脳死下臓器提供を円滑に行う為の体制 | | | |
| 1 | 臓器提供に関する委員会の設置  右記「（☑ある）の場合、委員会名  ①  ②  ③ | （□）ある | （□）ない |
| 2 | 院内コーディネーターの設置 | （□）設置済  ＊別紙に記載 | （□）ない |
| 3 | JOTや都道府県Co等の院外の移植医療関係者との連携がある。 | （□）ある | （□）ない |
| 4 | 脳死下臓器提供にかかわるスタッフの支援・連携を図る体制がある。（担当科の医師・看護師、呼吸循環管理を行う麻酔科医師、手術室看護師、病理医、検査技師、放射線科技師、輸血部、事務部等） | （□）ある | （□）ない  （□）一部無い  （　　　　　） |
| 5 | 臓器保存を念頭としたドナーの全身管理を行う体制がある。 | （□）ある | （□）ない |
| 6 | 摘出手術室に必要な準備を行う体制がある  （摘出器材展開場所の確保、借用物品・薬剤・器械・衛生材料など） | （□）ある | （□）ない |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7 | 実行性のある院内マニュアルが整備されている。  （マニュアルにあわせてフローチャートがある、臓器提供事例発生の際に進捗状況がわかるチェックリストがある等） | | | | | |
| ・心停止下提供 | （□）ある：作成日　　年　月、改定日　　年　月 | | | | （□）ない |
| ・脳死下提供 | （□）ある：作成日　　年　月、改定日　　年　月 | | | | （□）ない |
| ・法的脳死判定 | （□）ある：作成日　　年　月、改定日　　年　月 | | | | （□）ない |
| ・手術室対応 | （□）ある：作成日　　年　月、改定日　　年　月 | | | | （□）ない |
| ・虐待対応 | （□）ある：作成日　　年　月、改定日　　年　月 | | | | （□）ない |
| ・その他（　　　　　　　　）：作成日　　年　月、改定日　　年　月 | | | | | |
| ・その他（　　　　　　　　）：作成日　　年　月、改定日　　年　月 | | | | | |
| 上記マニュアルを適宜見直しができる体制がある。 | | | （□）ある | | （□）ない |
| 8 | 脳死下臓器提供の一連の流れについて、シミュレーションの実施状況について | | | | | |
| ・脳死下臓器提供の一連の流れ | | （□）実施済：  最終実施日　　年　　月 | | | （□）未実施 |
| ・法的脳死判定 | | （□）実施済：  最終実施日　　年　　月 | | | （□）未実施 |
| ・手術室対応 | | （□）実施済：  最終実施日　　年　　月 | | | （□）未実施 |
| ・その他（　　　　　　　　） | | （□）実施済：  最終実施日　　年　月 | | | |
| ・その他（　　　　　　　　） | | （□）実施済：  最終実施日　　年　　月 | | | |
| 9 | 院内研修会を開催する環境がある | | | （□）ある | （□）ない | |
| （昨年度の研修会内容） | | | | | |
| ① | | | | | |
| ② | | | | | |
| ③ | | | | | |

3.現在取り組んでいる活動

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 患者に対する健康保険証裏面の意思表示欄記入促進のり組み | （□）実施中 | （□）未実施 |
| 2 | 入院患者の意思表示を確認する取り組み | （□）実施中 | （□）未実施 |
| 3 | 患者からの移植医療に関する問い合わせ対応 | （□）実施中 | （□）未実施 |
| 4 | ホームページや院内に「脳死下臓器提供可能施設である」ことの提示 | （□）実施中 | （□）未実施 |
| 5 | 患者、地域住民向けの移植医療に関する勉強会の実施 | （□）実施中 | （□）未実施 |

4.院内コーディネーター名簿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※別添可）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 所属部署 | 職種 |
| 1 |  |  | 医師・看護師・MSW・事務  その他（　　　　） |
| 2 |  |  | 医師・看護師・MSW・事務  その他（　　　　） |
| 3 |  |  | 医師・看護師・MSW・事務  その他（　　　　） |
| 4 |  |  | 医師・看護師・MSW・事務  その他（　　　　） |
| 5 |  |  | 医師・看護師・MSW・事務  その他（　　　　） |
| 6 |  |  | 医師・看護師・MSW・事務  その他（　　　　） |
| 7 |  |  | 医師・看護師・MSW・事務  その他（　　　　） |
| 8 |  |  | 医師・看護師・MSW・事務  その他（　　　　） |
| 9 |  |  | 医師・看護師・MSW・事務  その他（　　　　） |
| 10 |  |  | 医師・看護師・MSW・事務  その他（　　　　） |
| 11 |  |  | 医師・看護師・MSW・事務  その他（　　　　） |
| 12 |  |  | 医師・看護師・MSW・事務  その他（　　　　） |
| 13 |  |  | 医師・看護師・MSW・事務  その他（　　　　） |
| 14 |  |  | 医師・看護師・MSW・事務  その他（　　　　） |
| 15 |  |  | 医師・看護師・MSW・事務  その他（　　　　） |