

## 同意プロセス

NO.2

カードの有無 有 番号 1 2 3 ( )  
無  
行方不明 その他( )

### 家族へのオプション提示

なし  
家族からの申し出 その他( )  
あり  
担当者によるアプローチ  
 (病院スタッフ Co. その他( ))

### 反応

Key Person 賛成 反対 決定に至らず 反応なし  
 Key Person 以外 賛成 反対 決定に至らず 反応なし

## 臨床的脳死診断

有・無 1回目: 月 日 時 分 2回目: 月 日 時 分

自発呼吸 消失 自発あり  
 脳波 消失 脳波あり 施行せず  
 ABR 消失 波あり 施行せず  
 脳幹反射 施行 施行せず  
 対光( ) 角膜( ) 毛様脊髄( ) 眼球頭( )  
 前庭( ) 咽頭( ) 咳( )

## 血清学的検査

	入院時	未	月	日	入院時	未	月	日
RBC	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
PLT	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
GPT	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
HBs抗原	(-・+・未)	(CLIA、MAT法、)						
HCV抗体	(-・+・未)	(EIA、RIA固相法、)						
HIV-1抗体	(-・+・未)	(EIA、PA、ウエスタンブロット法、)						
HIV-2抗体	(-・+・未)	(EIA、PA、ウエスタンブロット法、)						
HTLV-1抗体	(-・+・未)	(CLIA、PA、FA、ウエスタンブロット法、)						
CMV抗体	(-・+・未)	(EIA、FA、CF、)						
ガラス板法	(-・+・未)							
TPHA	(-・+・未)	(PA、)						
ABO	_____	未	(カラム凝集法、)					
Rh Type D	_____	未	(カラム凝集法、)					
パルボB19	(-・+・未)	(EIA、)						

## I.C

開始時間: 月 日 時 分 ~ 終了時間: 月 日 時 分
出席者: Fa _____、Co. _____
主治医 _____、Nrs _____
承諾臓器: 心臓 肺 肝臓 膵臓 小腸 腎臓
組織: 皮膚 心臓弁 血管 角膜 骨 膵島
コメント: ..... ..... ..... .....

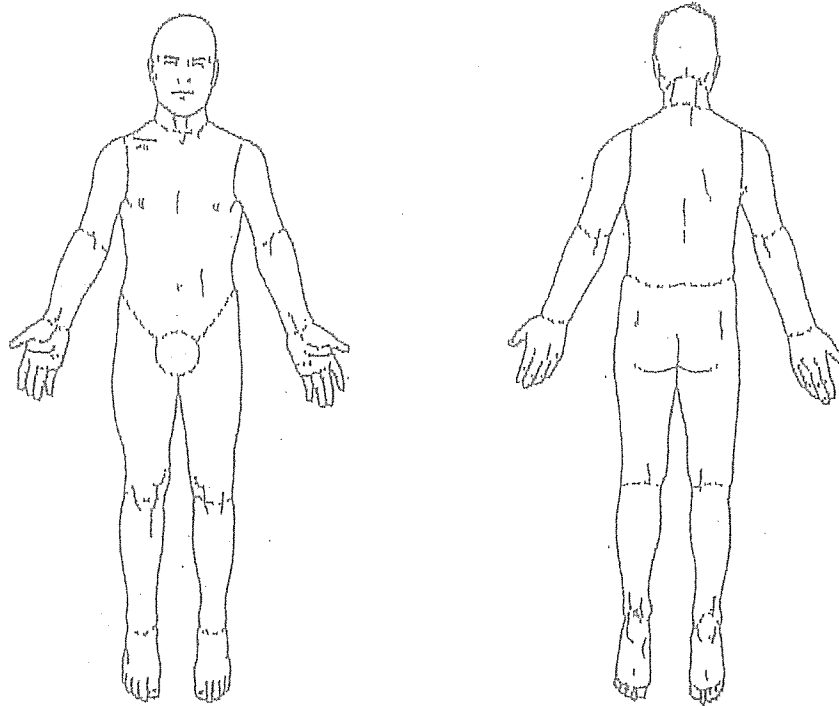
## ドナーについて

心停止時刻: 年 月 日 時 分
------------------

## 使用禁忌

* チェックすること	有無	有無	
①敗血症・菌血症(血液培養陽性)	<input type="checkbox"/>	⑭薬物中毒	<input type="checkbox"/>
②髄膜炎・脳炎	<input type="checkbox"/>	・有毒毒物の服用	<input type="checkbox"/>
③活動性梅毒(TPHA<1280)	<input type="checkbox"/>	・有毒化学物質の皮膚への湿潤	<input type="checkbox"/>
④活動性結核	<input type="checkbox"/>	⑮構造破壊された皮膚	<input type="checkbox"/>
④癩病	<input type="checkbox"/>	⑯軟部組織の外傷	<input type="checkbox"/>
⑤皮膚の感染、皮膚炎	<input type="checkbox"/>	⑰圧迫壊死(褥瘡を含む)	<input type="checkbox"/>
⑥その他伝染性疾患	<input type="checkbox"/>	⑱熱傷創または化学熱傷創	<input type="checkbox"/>
⑦ウイルス性肝炎	<input type="checkbox"/>	⑲自己免疫性疾患	<input type="checkbox"/>
⑧AIDS	<input type="checkbox"/>	・膠原病(確定診断された)	<input type="checkbox"/>
⑨進行性中枢疾患	<input type="checkbox"/>	⑳死亡原因、死亡時間が不明	<input type="checkbox"/>
・Creutzfeld-Jakob病(CJD)	<input type="checkbox"/>		
⑩悪性疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり
⑪悪性腫瘍	<input type="checkbox"/>		↓
・白血病	<input type="checkbox"/>	メディカルダイレクターへコンサルト	
・lymphomaなどの血液の癌	<input type="checkbox"/>		↓
・皮膚癌	<input type="checkbox"/>		コンサルト結果
⑫放射線治療中	<input type="checkbox"/>		
⑬化学療法中	<input type="checkbox"/>		

< 理学的所見を図示 >



理学的所見

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 生殖器の潰瘍、ヘルペス、梅毒などの性感染症 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> 肛門コンジローム等の肛門性交の痕跡     | <input type="checkbox"/> 発赤       |
| <input type="checkbox"/> 注射針跡                  | <input type="checkbox"/> 原因不明の黄疸  |
| <input type="checkbox"/> 刺青                    | <input type="checkbox"/> ( )      |
| <input type="checkbox"/> カポジ肉腫と思われる青色もしくは紺色の斑点 | <input type="checkbox"/> 異常なし     |

皮膚の状態

		異常あり	異常なし	詳細
<後面>	背中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	臀部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	大腿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	腕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<前面>	胸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	腹部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	大腿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	腕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



提供病院名

病院

平成 年 月 日

## Skin Bank Time Table

時 分	採取チームOpe室到着
時 分	消毒開始 ( 面)
時 分	皮下注射開始 ( 面)
時 分	採皮開始 ( 面)
時 分	採皮終了 ( 面)
時 分	消毒開始 ( 面)
時 分	皮下注射開始 ( 面)
時 分	採皮開始 ( 面)
時 分	採皮終了 ( 面)
時 分	採取チームOpe室退出

## 採取チーム派遣人員リスト

		氏名	施設名	所属
採取医	1			
	2			
	3			
	4			
外回り	5			
	6			
	7			

確認者氏名

## 組織提供承諾書

組織の提供を行う者

氏名 \_\_\_\_\_ 年 月 日生まれ (男 女)

住所 \_\_\_\_\_

私は、組織を提供することについて別紙の通り説明を受け、十分理解いたしました。  
この上で、上記の者の心臓が停止したのちに、組織の提供を受けることを承諾します。

また、この組織は、移植の為のみならず、組織移植医療推進のための教育・研究にも  
用いられることを併せて承諾します。

提供を承諾する組織 (摘出を承諾する組織は○で囲み、摘出を希望しない組織は×を付ける)

心臓弁    血管    気管    皮膚    骨    臍細胞    耳小骨

平成      年      月      日

\_\_\_\_\_ 病院

施設長 \_\_\_\_\_ 殿

東日本組織移植ネットワーク 代表世話人

島崎修次 殿

氏名(自署) \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

組織の提供を行う者との続柄 \_\_\_\_\_

説明者(自署) \_\_\_\_\_ 印

平成 年 月 日

病院

病院長

殿

## 御 依 頼

東日本組織移植ネットワーク（以下 本会）は平成11年2月に発足し、東日本における同種組織移植治療普及のために心臓停止後のご遺体から組織（心臓弁・血管・気管・骨・皮膚等）を採取・凍結保存し、組織の欠損や障害を持つ方に組織を移植し、多数の患者さんの救命やQOLの向上にむけて活動しています。組織温阻血時間をなるべく短くするために組織摘出を夜間、しかも出来るだけ清潔な場所で行う場合があります。本会の組織移植医療普及活動に対してご理解、ご協力をお願いしたく、特に貴施設で組織提供希望者があり、組織提供承諾書の提出があった場合、以下の項目について趣旨をご理解の上、ご許可をよろしくお願いいたします。

1. 組織採取を貴施設手術室またはそれに準ずる部屋を使用させていただくこと
2. ご遺族への説明・待機のための部屋を使用させていただくこと

組織採取の際には貴施設のご迷惑にならないよう、迅速を旨とし、必要な物品（皮膚消毒・手術衣・手術器械・採取保存器具等）は摘出チームが持参いたしますが、もしも現場でお借り上げた物品がある場合には後日責任を持って摘出チームが返却させていただきます。また、使用後の手術室の清掃等も遺漏無く行います。

以上、本会のご主旨をご理解の上是非ともご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

東日本組織移植ネットワーク 世話人 代表 島崎 修次

平成 年 月 日

東日本組織移植ネットワーク  
世話人代表 島崎 修次 殿

(施設名) \_\_\_\_\_

(施設長名) \_\_\_\_\_ 印

組織移植医療を目的とした心臓死後組織提供希望者（ドナー）からの組織採取に関して、下記について許可します。

#### 記

1. ドナーの組織採取を当施設手術室もしくはそれに準じる場所にて施行すること
2. ドナーの家族への説明ならびに待機を当施設にて行うこと



JSBN Lot No. \_\_\_\_\_

提供施設名 \_\_\_\_\_ 提供日 年 月 日 ( )

患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別  M   F  年齢 \_\_\_\_\_

原疾患 \_\_\_\_\_

採取チーム \_\_\_\_\_

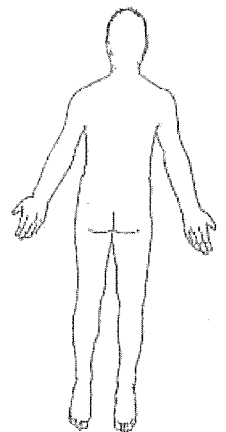
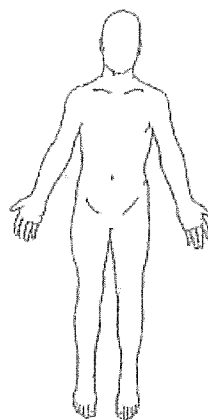
(氏名) \_\_\_\_\_

タイムテーブル

(前 背) 面	時 分	採取チーム手術室入室
	時 分	↓ 消毒開始 ↓ 消毒方法：イソジン→ハイポ→ヘキサック ( )
	時 分	↓ 皮下注射開始 ↓ 皮下注量：ソルラクト _____ ml
	時 分	↓ 採皮開始 ↓ デルマトーム：ジンマー ( ) パジェット ( ) ( )
	時 分	↓ 採皮終了
(前 背) 面	時 分	↓ 消毒開始 ↓ 消毒方法：イソジン→ハイポ→ヘキサック ( )
	時 分	↓ 皮下注射開始 ↓ 皮下注量：ソルラクト _____ ml
	時 分	↓ 採皮開始
	時 分	↓ 採皮終了
	時 分	採取チーム手術室退室

採皮部位の記入

- 採皮部位：前面 胸部 ( 右 左 )
- 腹部 ( 右 左 )
- 腕 ( 右 左 )
- 大腿 ( 右 左 )
- 下腿 ( 右 左 )
- 背面 背中 ( 右 左 )
- 臀部 ( 右 左 )
- 大腿 ( 右 左 )
- 下腿 ( 右 左 )
- その他・問題点



所属 \_\_\_\_\_

記録者 \_\_\_\_\_

# 皮膚組織採取時 チェックリスト

提供施設名 \_\_\_\_\_

採取実施日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (KYO- - - )

採皮チーム(氏名) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**評価** (3:良い 2:普通 1:悪い)

- |                             |   | きれい                      | 薄い                       | ぼろぼろ                     | 規格外                      |
|-----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) <u>礼意を尽くして採皮ができていますか</u> |   |                          |                          |                          |                          |
| 処置前の合掌、黙禱の実施                | (3 2 1)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 処置後の合掌、黙禱の実施                | (3 2 1)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) <u>体位の確保</u>             |   |                          |                          |                          |                          |
| 顔面圧迫の解除の実施                  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 腹臥位                         | (3 2 1)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 伏臥位                         | (3 2 1)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 手の位置の確認                     | (3 2 1)   | (部位: _____)              |                          |                          |                          |
| 3) <u>消毒の確実な実施</u>          |   |                          |                          |                          |                          |
| ガウンテクニックの確実な実施              | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| 手洗いの確実な実施                   | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| 消毒 イソジン消毒の実施                | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| ハイポ消毒の実施                    | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| ヒビテン消毒の実施                   | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| 4) <u>適切な皮下注の実施が出来たか</u>    |   |                          |                          |                          |                          |
|                             | 出来た 出来ない  |                          |                          |                          |                          |
| 背中                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
| 臀部                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
| 大腿                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
| 腕                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
| 体幹                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
| その他                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|                             | (部位: _____)                                       |                          |                          |                          |                          |
| 5) <u>採皮機材のセットアップ</u>       |   |                          |                          |                          |                          |
| デルマトームのセットアップ               | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| デルマトームの刃の取扱い                | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| 針の取扱い                       | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| 6) <u>採皮手技について</u>          |   |                          |                          |                          |                          |
| 適切な皮膚の牽引                    | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| 的確な採皮                       | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| 7) <u>採皮後のお身体に対する処置</u>     |   |                          |                          |                          |                          |
| 吸水パットの巻き方                   | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| 止血処置、縫合処置                   | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| お身体の清拭                      | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| 8) <u>採皮後のチェック</u>          |   |                          |                          |                          |                          |
| 組織片の回収                      | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| 使用器材チェック                    | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| 手術室の清掃                      | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| 9) <u>提供病院スタッフへの配慮</u>      |   |                          |                          |                          |                          |
| 入室時挨拶                       | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| 手術後お礼                       | (3 2 1)   |                          |                          |                          |                          |
| 10) <u>その他</u>              |   |                          |                          |                          |                          |

以上について、皮膚組織採取術時確認致しました。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属 \_\_\_\_\_

組織移植 Co 氏名 \_\_\_\_\_

活動内容

提供者 氏 性別 年齢 歳

提供病院

診療科名 主治医

原疾患 発症日

採取実施日 意思表示カード所有

提供臓器・組織

摘出・採取チーム

対応コーディネーター名

(活動報告書記載例)

- 1/1  
(月)
- 12:00 ○○よりドナー情報第一報を受信
  - 12:10 コーディネーターを提供病院へ派遣
  - 13:00 提供病院に到着 第一次情報収集
  - 14:00 インフォームドコンセント開始  
ご家族は提供に前向きで、意志が強い
  - 14:40 インフォームドコンセント終了  
承諾書の作成
  - 15:00 スキンバンクチーム杏林を出発
  - 17:30 スキンバンクチーム提供病院に到着
  - 17:40 皮膚採取術開始 (別紙参照)
  - 19:40 皮膚採取術終了
  - 19:50 お見送り
  - 20:10 提供病院を辞去

活動報告がNo. 1にて終わらなかった場合、同様に記載していく

## 問題点

- ・ 第一報から採取手術までの一連の流れで気付いた点
- ・ 提供病院での家族対応の問題点
- ・ 組織採取時の問題点
- ・ 他の組織バンクとの連携における問題点
- ・ 今後、改善すべき目標

などを記載する

## フォローアップ

- ・ ご家族訪問時の様子
- ・ 提供病院への報告の様子
- ・ 訪問時に受けた質問や、今後のフォローアップについて

などを記載する

感謝状希望

移植後報告希望

感謝状送付

送付日

移植後報告日

センター長	副センター長

2006 年  
臓器組織移植センタードナーファイル  
KYO-06 - -

報告日 年 月 日

報告者 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# 「ドナー情報」チェックリスト

提供施設名 \_\_\_\_\_

採取日 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 ( )

## Mac へ入力

- Donation Report
- Information Sheet
- Preservation Sheet
- 在庫データ
- フォローアップ
- その他 ( )

## VAIO へ入力

- ドナー情報受診一覧
- Skin Bank Time table & 派遣人員リスト
- 提供病院への報告書
- その他 ( )

## 提供病院関係者

院長 \_\_\_\_\_  
診療科長 \_\_\_\_\_  
主治医 \_\_\_\_\_  
事務 \_\_\_\_\_

看護師長 \_\_\_\_\_  
看護師 \_\_\_\_\_  
手術室 \_\_\_\_\_



# 「ドナーファイル」作成リスト

提供施設名 \_\_\_\_\_

採取日 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 ( )

## ファイルするもの

- Donation Report
- 組織提供承諾書
- ドナー情報用紙
- Information Sheet
- 感染症データ
- Procurement Sheet
- 採皮チェックリスト
- Preservation Sheet
- Skin Bank Time Table&派遣人員リスト
- 出張採皮証明書
- 凍結皮膚保存表
- レコーダー用紙
- 採皮物品チェックリスト

担当 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

病院 御中

過日はスキンバンクに御協力を賜り、誠に有り難うございました。

ご提供日	年 月 日
ご提供者	様 歳
原疾患	
ご提供組織	皮膚 枚(約 100 cm <sup>2</sup> ) (部位……)
	その他(心臓弁・血管・眼球)
摘出チーム	日本スキンバンクネットワーク (採取チーム名 )

【ご提供いただいた皮膚について】

現在、日本スキンバンクネットワークの保存施設である杏林大学スキンバンクにて厳重な管理の下、凍結死体同種皮膚として保存しております。今後、全国各地の広範囲熱傷患者様に移植させて頂く予定です。

【ご遺族の方への対応】

ささやかではございますが、東京スキンバンクネットワークより、感謝状を送付させて頂きました。移植後の報告等、今後ともお悔やみと感謝の念を持って、対応させて頂く所存です。

杏林大学組織移植センター内  
日本スキンバンクネットワーク事務局  
組織移植コーディネーター

〇〇 〇〇

別添資料2

## 西日本組織移植ネットワーク書式

## ドナー情報用紙

第一報受信 \_\_\_\_\_ 年 月 日 時 分 (JOT \_\_\_\_\_ Co.・提供施設 \_\_\_\_\_)

情報受信時 : 心停止前 心停止後提供施設 不明

施設名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

診療科名 \_\_\_\_\_ 主治医 \_\_\_\_\_

ドナーについて 不明

ドナー候補者名 \_\_\_\_\_

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 歳 M・F

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

発症日時 \_\_\_\_\_ 年 月 日 時 分 血液型 \_\_\_\_\_

入院日時 \_\_\_\_\_ 年 月 日 時 分 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

原疾患 \_\_\_\_\_

既往歴 \_\_\_\_\_

経過 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

海外渡航歴 \_\_\_\_\_

無有不明 \_\_\_\_\_

 ウエストナイルウイルス クロイツフェルト・ヤコブ病 重症急性呼吸症候群 (SARS)

その他 明らかな外傷 (無・有) 手術痕 ( ) 検死 (無・有・未定)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

死亡時刻 死亡前情報

\_\_\_\_\_ 年 月 日 時 分 (心停止時刻・脳死診断時刻)

記録者 \_\_\_\_\_ 日時 \_\_\_\_\_ 年 月 日 時 分