

昇圧薬の使用（薬品名 \_\_\_\_\_）

（ 有 ・ 無 ）

（ 有 ・ 無 ）

重篤な不整脈

（ 有 ・ 無 ）

（ 有 ・ 無 ）

その他判定を行った医師が特に必要と認めた事項

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

（記名押印又は自筆署名）

（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を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
- ・脳死判定を受けた者が生存中に脳死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。

臓器摘出記録書式例（省令第6条第1項）

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

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）

摘出した臓器の状態、臓器に対する処置

〔重量、血流遮断時刻、灌流開始時刻、灌流状態、人工呼吸器停止時間、ヘパリン化時間など〕

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〕

生化学的検査〔T-Bil、Alb、GOT、LDH、Cr、BUNなど〕

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

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・承諾した遺族

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

臓器摘出を受けた者との続柄 \_\_\_\_\_

臓器の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 ）

臓器のあっせんを行った者

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

（法人の場合は名称、所在地）

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 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

（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を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
- ・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。

臓器移植記録書式例（省令第7条）

臓器移植記録書

移植を受けた者

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日生

移植日時 （開始時） \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 午前・午後 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分  
～（終了時） \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 午前・午後 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

移植が行われた医療機関

名称 \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_

移植医 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

（又は所属医療機関の所在地及び名称）

移植した臓器の名称 \_\_\_\_\_

（左右の別及び部位の別を含む）

移植を行う必要性

移植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〕

生化学的検査〔T-Bil、Alb、GOT、LDH、Cr、BUNなど〕

免疫学的検査〔H I V抗体、H T L V－1抗体、H B s抗原、H C V抗体など〕

その他の検査の結果

移植を行うことに承諾がある ( 承諾がある ・ 承諾がない )

承諾者の氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

移植を受けた者との続柄 \_\_\_\_\_

臓器のあっせんを行った者

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

(法人の場合は名称、所在地)

移植医が特に必要と認めた事項

記録作成日 年 月 日

記録作成者(移植医) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

(記名押印又は自筆署名)

不使用臓器記録書式例（省令第15条第2項）

不使用臓器記録書

摘出を受けた者

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

摘出日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

摘出が行われた医療機関

名称 \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_

摘出した臓器の名称 \_\_\_\_\_

（左右の別及び部位の別を含む）

臓器のあっせんを行った者

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

（法人の場合は名称、所在地）

移植に使用しないこととした医師

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

（又は所属医療機関の所在地及び名称）

移植に使用しないこととした理由

医師が特に必要と認めた事項

記録作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記録作成者（移植に使用しないこととした医師）

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

（記名押印又は自筆署名）

移植術実施の説明記録書式例（省令第16条）

移植術実施の説明記録書

移植を受けた者

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

説明を行った医師 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

（又は所属医療機関の所在地及び名称）

説明日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

説明を行った場所

名称 \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_

説明を受けた者

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

移植を受けた者との続柄 \_\_\_\_\_

立会人の有無 （ 有 ・ 無 ）

有の場合 立会人の氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

説明した事項

〔患者の病状、移植術を実施した場合に得られる利益と危険、移植術実施までの手順、移植術に必要な検査、手術後の検査・服薬の必要性とその危険性、その他〕



記録作成日

年 月 日

記録作成者（説明医） 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(記名押印又は自筆署名)

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。

\_\_\_\_\_  
病院長 \_\_\_\_\_ 殿

<p>移植コーディネーター使用欄 ＜本人意思の確認＞</p> <p><input type="checkbox"/>ドナーカード、保険証、免許証等の文書</p> <p><input type="checkbox"/>臓器提供意思登録システム</p> <p><input type="checkbox"/>御家族に対する確認</p>
---

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 （記名押印又は自筆署名）

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  
（記名押印又は自筆署名）

立会人氏名及び所属

氏名 \_\_\_\_\_ 印（記名押印又は自筆署名）

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印（記名押印又は自筆署名）

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印（記名押印又は自筆署名）

所属 \_\_\_\_\_

臓器摘出承諾書書式例

(脳死下での臓器の摘出に用いられるもの：省令第6条第3項)

臓器摘出承諾書

移植コーディネーター  
持参書式

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×を付ける)

心臓・肺 (右・左) ・肝臓・腎臓 (右・左) ・脾臓・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並びに血管、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脾臓の一部・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。

\_\_\_\_\_  
病院長 \_\_\_\_\_ 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 (記名押印又は自筆署名)

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 (記名押印又は自筆署名)

立会人氏名 (及び所属)

氏名 \_\_\_\_\_ 印 ( )

氏名 \_\_\_\_\_ 印 ( )

氏名 \_\_\_\_\_ 印 ( )

(記名押印又は自筆署名)

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

臓器摘出承諾書書式例

(心停止下での臓器の摘出に用いられるもの：省令第6条第3項)

臓器摘出承諾書

移植コーディネーター  
持参書式

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×を付ける)

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並びに血管、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脾臓の一部・リンパ節の摘出を受けることに異存ありません。

なお心停止前に別紙に記載した臓器摘出手術に関連する処置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。

\_\_\_\_\_  
病院長 \_\_\_\_\_ 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 (記名押印又は自筆署名)

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 (記名押印又は自筆署名)

立会人氏名 (及び所属)

氏名 \_\_\_\_\_ 印 ( )

氏名 \_\_\_\_\_ 印 ( )

氏名 \_\_\_\_\_ 印 ( )

(記名押印又は自筆署名)

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

親族優先提供に係る親族関係確認書書式例（ガイドライン第2の3）

親族優先提供に係る親族関係確認書

移植コーディネーター  
持参書式

臓器の摘出を受ける者 氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

上記の者は、脳死後又は心停止後、移植のために臓器を提供する意思を書面に表示し、その意思表示に併せて、親族に対し、当該臓器を優先的に提供する意思を表示しています。

私は、親族への優先提供について説明を受け、十分に理解しました。

移植希望登録をしている下記の者（移植希望者）は、上記の者（臓器の摘出を受ける者）の（配偶者・子・父・母）であることに相違ありません。  
（いずれかに○）

なお、続柄について確認可能な戸籍の謄本又は抄本（配偶者の場合は、戸籍の謄本、抄本又は住民票）を、社団法人日本臓器移植ネットワークにすみやかに必ず提出いたします。

移植希望者 氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

移植希望登録をしている臓器 \_\_\_\_\_

社団法人 日本臓器移植ネットワーク 理事長 殿

記入日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

確認者

氏名 \_\_\_\_\_ 印 臓器の摘出を受ける者との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 臓器の摘出を受ける者との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 臓器の摘出を受ける者との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

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（ \_\_\_\_\_ ）

※確認者・説明者・立会人の氏名欄はすべて記名押印又は自筆署名

記録閲覧請求書書式例①（省令第9条）

（移植に使用されるための臓器を提供した遺族が請求する場合）

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 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

臓器摘出を受けた者との続柄 \_\_\_\_\_

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）

記録閲覧請求書書式例②（省令第9条）  
（移植を受けた者又はその者の家族が請求する場合）

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 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

移植を受けた者との続柄 \_\_\_\_\_

閲覧を請求する記録の種類

（臓器移植を受けた者の住所・氏名を記入する）

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

が受けた 臓器の移植（ 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）

記録閲覧請求書書式例③（省令第9条）

（臓器あっせん機関（法第12条第1項の許可を受けた者）が請求する場合）

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 \_\_\_\_\_

（法人にあっては、その事務所の所在地及び名称）

住所 \_\_\_\_\_

閲覧を請求する記録の種類

（脳死判定、臓器摘出又は臓器移植を受けた者の住所・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））

・ 臓器の移植（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）



臓器のあっせんの帳簿書式例（省令第13条）

あっせんを行った相手方の住所及び氏名  
（法人にあつては、事務所の所在地及び名称）

あっせんを行った年月日

あっせんを行った具体的手段

あっせん手数料

（注）臓器の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場合であつて、当該意思により当該親族が移植術を受けたときは、以下の書類を添付のこと。

- ・臓器の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表示した書面の写し
- ・臓器の摘出を受けた者と当該臓器を使用した移植術を受けた者との親族関係を明らかにすることができる書類

付録4：臓器提供者(ドナー)適応基準

2011年3月15日現在

	心臓	心肺同時	肺	脾臓(脳死下)	脾臓(心停止下)	肝臓	腎臓	小腸
1 右記の疾患又は状態を伴わないこととする。	(1)全身性の活動性感染症(注1-1、注1-2) (2)HIV抗体、HTLV-1抗体、HBs抗原、HCV抗体などが陽性 (3)クロイツフェルト・ヤコブ病(vCJD)及びその疑い(注1-3) (4)悪性腫瘍(原発性脳腫瘍及び治癒したと考えられるものを除く。)					(1)全身性の活動性感染症(注1-1、注1-2) (2)HIV抗体、HTLV-1抗体、HBs抗原などが陽性 (3)クロイツフェルト・ヤコブ病(vCJD)及びその疑い(注1-3) (4)悪性腫瘍(原発性脳腫瘍及び治癒したと考えられるものを除く。)		
2 右記の疾患又は状態を伴う場合には、移植の適応を慎重に検討する。	(1)心疾患の既往 (2)心電図、心エコー図などによる心疾患の所見 (3)大量のカテコラミン剤の使用(例:ドパミン10μg/kg/minにても血行動態の維持が困難な場合)		臨床的に肺疾患が存在する場合		(1)細菌感染を伴う腹部外傷 (2)脾の機能的又は器質的障害 (3)糖尿病の既往 (4)一過性の心停止 (5)低血圧 (6)低酸素血症 (7)無尿 (8)高Na血症 (9)ノルアドレナリンや15μg/kg/分以上のドーパミンの投与 (10)脾機能、肝機能の異常値	(1)病理組織学的な肝臓の異常 (2)生化学的肝機能検査の異常 (3)1週間以内の腹部、消化管手術及び細菌感染を伴う腹部外傷 (4)胆道系手術の既往 (5)長期の低酸素血症 (6)高度の高血圧 (7)長期の低血圧 (8)HCV抗体陽性 (9)HBc抗体陽性 (10)先天性の代謝性肝疾患の保有の可能性がある者 (11)重度糖尿病、過度の肥満、重症熱傷その他の重度の全身性疾患	(1)血液生化学、尿所見等による器質的腎疾患の存在 (2)HCV抗体陽性	(1)小腸疾患又はその既往 (2)細菌感染を伴う腹部外傷 (3)HCV抗体陽性
		肺の機能が良好であることが望ましい。 (1)肺コンプライアンスが保たれている(注2) (2)肺の酸素化能が維持されている(注3)				備考(注4)		
3 望ましい年齢	50歳以下	50歳以下	70歳以下	60歳以下			70歳以下	60歳以下

付記 上記の基準は適宜見直されること。

注1-1:「ウエストナイル熱・脳炎」の取り扱い

- (1)臓器あっせん機関は、臓器提供施設の医師に臓器提供者が4週間以内の海外渡航歴があるかを確認し、渡航歴がある場合にはPCR検査及びウエストナイルウイルスIgM検査等を行い、ウエストナイルウイルス陽性でないことを確認する。ウエストナイルウイルス陽性でないことが確認されない場合には、当該提供者の臓器を移植に用いない。
- (2)陽性とならなかった場合においても、臓器のあっせん機関は、移植医が患者に対して移植に伴う感染のリスクを十分説明するよう促すこと。

注1-2:「狂犬病」の取り扱い

- (1)臓器あっせん機関は、臓器提供者の過去7年以内の海外渡航歴、及び海外における哺乳動物による咬傷等の受傷歴を確認し、海外渡航歴及び受傷歴のある場合には、移植医に対して、狂犬病及び移植に伴うその感染リスク等について、患者に対して十分に説明するよう促すこと。
- (2)上記(1)の場合において移植が行われたときは、臓器のあっせん機関は、移植医に対して狂犬病の発症に関する患者のフォローアップを十分行うよう促すこと。

注1-3:「ヒト胎盤エキス(プラセンタ)注射剤」の取り扱い

- (1)臓器あっせん機関は、ヒト胎盤エキス(プラセンタ)注射剤の使用歴を有する者からの臓器の提供は、原則として見合わせる。ただし、当分の間、当該レシピエント候補者がvCJD並びに移植に伴うその感染リスク及び移植後の留意点について、移植医から適切な説明を受けた上で当該臓器提供者からの臓器の提供を受ける意思を明らかにしている場合にはこの限りではない。
- (2)上記(1)の場合において移植が行われたときは、臓器のあっせん機関は、移植医に対してvCJDの発症に関する当該レシピエントのフォローアップを十分行うよう促すこと。

注2:最大気道内圧<30cmH2O(1回換気量15ml/kg、PEEP=5cmH2Oの条件下)

注3:PaO2>300Torr(FiO2=1.0、PEEP=5cmH2Oの条件下)又はPaO2/FiO2>250~300Torr(PEEP=5cmH2Oの条件下)

注4: 摘出されたドナー肝については、移植前に肉眼的、組織学的に観察し、最終的に適応を検討することが望ましい(移植担当医の判断に委ねる)。

ドナー適応判断の際の問診 国・地域

疾患	対象国	渡航歴	見解	厚生労働省通達	
クロイツフェルト・ヤコブ病	A-① イギリス	通算滞在歴 1ヶ月以上 (1996年まで) 6ヶ月以上 (1997年から)	滞在期間 1980年～ 2004年	左に掲げる欧州渡航歴を有する者からの臓器の提供は原則として見合わせるものの、移植医療における緊急性、代替性等にかんがみ、当面の間、欧州渡航歴を有する場合であっても、臓器あつせん機関は、レピト候補者の検索を行うこととし、当該レピト候補者が変異型クロイツフェルト・ヤコブ病並びに移植に伴うその感染リスク及び移植後の留意点について移植医から適切な説明を受けた上で、当該臓器提供者からの臓器の提供を受ける意思を明らかにしている場合にあってはこの限りではない。	平成15年11月12日 健発第0207009号改訂  平成17年6月20日 健発第0620003号改訂  平成22年1月27日 健発第0127第1号改訂
	A-② アイルランド、イタリア、オランダ、スペイン、ドイツ、フランス、ベルギー、ポルトガル、サウジアラビア	6ヶ月以上			
	A-③ スイス	6ヶ月以上	1980年～		
	B-① オーストリア、ギリシャ、スウェーデン、デンマーク、フィンランド、ルクセンブルグ	5年以上	1980年～ 2004年		
	B-② アイスランド、アルバニア、アンドラ、クロアチア、サンマリノ、スロバキア、スロベニア、セルビア、モンテネグロ、チェコ、バチカン、ハンガリー、ブルガリア、ポーランド、ポズナナ・ヘルツェゴビナ、マケドニア、マルタ、モナコ、ノルウェー、リヒテンシュタイン、ルーマニア	5年以上	1980年～		
ウエストナイル熱・脳炎	海外全域	提供前4週間以内	渡航歴のある場合にはPCR検査及びIgM検査を行い、ともに陽性でないことを確認する。陽性でないことが確認できない場合は移植に用いないこと。	平成15年7月1日 健発第0701003号 平成16年12月2日 健発第1202007号改訂 平成18年10月25日 健発第1025003号	
重症急性呼吸器症候群 (Severe Acute Respiratory Syndrome; SARS)	WHOが公表したSARSの伝播確認地域 (平成16年11月末現在はありません)  i 疑い例：38度以上の急な発熱・呼吸器症状を呈し、以下のいずれか1つ以上の条件を満たす者。 ①発症10日以内にSARSの伝播地域に旅行・居住した者。 ②発症10日以内に「疑い例」・「可能性例」を看護/介護/同居/気道内分泌・体液に触れた者。  ii 可能性例：疑い例のうち、次のいずれかの条件を満たす者。 ①胸部レントゲン写真で肺炎、呼吸窮迫症候群の所見を示す者。 ②SARSコロナウイルス検査の1つ又はそれ以上で陽性となった者。  iii 除外例：他の診断によって症状が説明できる場合は除外。	提供前3週間以内	①渡航歴・滞在歴がある場合は、臓器等は移植に用いないこと。 ②疑い例：完全回復し、治療後1ヶ月間は移植に用いないこと。 ③可能性例：完全回復し、治療後3ヶ月間は移植に用いないこと。	平成15年5月19日 健臓発第0519001号	
狂犬病	海外全域	提供前7年以内	海外渡航歴、及び海外における哺乳動物による咬傷等の受傷歴を確認  ①渡航歴・受傷歴があった場合は、移植医に対して、狂犬病及び移植に伴うその感染リスク等について、患者に対して十分に説明するよう促すこと。  ②移植が行われたときは移植医に対して狂犬病の発症に関する患者のフォローアップを十分行うよう促すこと。	平成17年6月29日 健発第0629002号	
新型インフルエンザ (豚インフルエンザ H1N1)	外務省より不要不急の旅行を延期するよう勧める危険情報が発出されている国 (平成22年2月1日現在はありません)  (1) 新型インフルエンザおよびその疑い (届出基準) に該当する場合 (2) 提供前7日以内に、新型インフルエンザおよびその疑い (届出基準) に該当する者を看護・介護、同居、近距離で接触、気道分泌物や体液に触れたことがある場合	提供前7日以内	当該候補者の臓器等を移植に用いない。	平成21年4月30日 健臓発第0430001号 平成21年5月13日 健臓発第0513001号	

---

## 臓器提供施設マニュアル

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業  
「臓器提供施設における院内体制整備に関する研究（研究代表者 有賀徹）」  
臓器提供施設のマニュアル化に関する研究班

発行 平成 23 年 3 月 30 日  
研究分担者(班長) 篠崎 尚史  
東京歯科大学市川総合病院角膜センター  
〒 272-8513 千葉県市川市菅野 5-11-13 TEL 047-324-5800

---

制作 株式会社へるす出版事業部  
〒 164-0001 東京都中野区中野 2-2-3 TEL 03-3384-8177  
印刷・製本 株式会社メイク 〒 162-0801 東京都新宿区山吹町 350