XI. 各種付録

付録１：①膵腎同時移植手術に関する承諾書

承 1-(1)　膵臓・腎臓移植適応判定に関する承諾書

承 2-(1)　膵臓・腎臓移植手術承諾書

承 3-(1)　膵臓・腎臓移植手術承諾書（再確認）

②膵臓単独移植手術（腎臓移植後を含む）に関する承諾書

承 1-(2)　膵臓移植適応判定に関する承諾書

承 2-(2)　膵臓移植手術承諾書

承 3-(2)　膵臓移植手術承諾書（再確認）

③肝膵小腸コンポジットグラフト手術に関する承諾書

承 1-(3)　肝膵小腸コンポジットグラフト適応判定に関する承諾書

承 2-(3)　肝膵小腸コンポジットグラフト手術承諾書

承 3-(3)　肝膵小腸コンポジットグラフト手術承諾書（再確認）

付録２：「膵臓移植を受ける患者様へ　膵腎同時移植を受ける患者様へ」

付録３：膵臓移植適応判定申請書一式

付録４：膵臓移植実施施設認定・更新書類

①自己申告書

②膵臓移植準備状況報告書

③膵臓移植実施における協力確認書

膵臓移植実施施設・更新書類

④自己申告書

⑤膵臓移植準備状況報告書

⑥更新希望理由書(基準を満たさない場合)

※最新の付録は膵臓移植中央調整委員会のホームページを確認する。

膵臓移植中央調整委員会ホームページ：
https://www.ptccc.jp/

付録 1―①

膵臓・腎臓移植適応判定に関する承諾書

膵臓移植中央調整委員会　委員長　殿

患者氏名

生年月日　　年　　月　　日

私は、膵臓・腎臓移植に関する別紙説明書の内容につき充分説明を受け、これに加えて膵臓・腎臓移植の方法とその治療成績についても説明を受け、膵臓・腎臓移植を受けるについての基本的な知識を得ることができました。そして、私の現在の疾患と関連する全身状態についても充分な説明を受け、私の状態が医学的にみて膵臓・腎臓移植手術の適応と成り得るかの判定を開始していただくことを承諾しました。

そして、将来適合する臓器提供者が生じた場合には膵臓・腎臓移植を受けることを希望します。なお、将来この書類はいつでも自由意志で撤回することができることも理解しました。

診断名

説明年月日　　年　　月　　日

説明医師氏名　　所属科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

患者本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

連署人名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

本人との続柄（　　）

付録 1―①

膵臓・腎臓移植手術承諾書

移植実施施設 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設長 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 殿

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

私は、膵臓・腎臓移植に関する別紙説明書の内容につき充分説明を受け、これに加えて膵臓・腎臓移植の方法とその治療成績についても説明を受け、膵臓・腎臓移植を受けるについての基本的な知識を得ることができました。そして、私の現在の疾患と関連する全身状態についても充分な説明を受け、私の状態が医学的にみて膵臓・腎臓移植手術の適応であることを理解しました。

そして、将来適合する臓器提供者が生じた場合には膵臓・腎臓移植を受けることを希望します。なお、将来この承諾書はいつでも自由意志で撤回することができることも理解しました。

診断名

説明年月日 年 月 日

説明医師 所属科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

患者本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

連署人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

本人との続柄（ ）

※心停止ドナーからの臓器移植も 希望する 希望しない

（どちらかを○でお囲み下さい）

付録 1―①

膵臓・腎臓移植手術承諾書（再確認）

移植実施施設 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設長 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 殿

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 ＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

私は、膵臓・腎臓移植に関する別紙説明書の内容につき充分説明を受け、これに加えて膵臓・腎臓移植の方法とその治療成績についても説明を受け、膵臓・腎臓移植を受けるについての基本的な知識を得ることができました。そして、私の現在の疾患と関連する全身状態についても充分な説明を受け、私の状態が医学的にみて膵臓・腎臓移植手術の適応であることを理解しました。

そして、現在適合する臓器提供者が生じたことにより、膵臓・腎臓移植を受けることを承諾します。

診断名

説明年月日　　年　　月　　日

説明医師　所属科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

患者本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

連署人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

本人との続柄（　　）

付録 1―②

膵臓移植適応判定に関する承諾書

膵臓移植中央調整委員会　委員長　殿

患者氏名

生年月日　　年　　月　　日

私は、膵臓移植に関する別紙説明書の内容につき充分説明を受け、これに加えて膵臓移植の方法とその治療成績についても説明を受け、膵臓移植を受けるについての基本的な知識を得ることができました。そして、私の現在の疾患と関連する全身状態についても充分な説明を受け、私の状態が医学的にみて膵臓移植手術の適応と成り得るかの判定を開始していただくことを承諾しました。

そして、将来適合する臓器提供者が生じた場合には膵臓移植を受けることを希望します。なお、将来この書類はいつでも自由意志で撤回することができることも理解しました。

診断名

説明年月日　　年　　月　　日

説明医師氏名　　所属科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

患者本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

連署人名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

本人との続柄（　　）

付録 1―②

膵臓移植手術承諾書

移植実施施設 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設長 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 殿

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

私は、膵臓移植に関する別紙説明書の内容につき充分説明を受け、これに加えて膵臓移植の方法とその治療成績についても説明を受け、膵臓移植を受けるについての基本的な知識を得ることができました。そして、私の現在の疾患と関連する全身状態についても充分な説明を受け、私の状態が医学的にみて膵臓移植手術の適応であることを理解しました。

そして、将来適合する臓器提供者が生じた場合には膵臓移植を受けることを希望します。なお、将来この承諾書はいつでも自由意志で撤回することができることも理解しました。

診断名

説明年月日 年 月 日

説明医師 所属科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

患者本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

連署人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

本人との続柄（ ）

※心停止ドナーからの臓器移植も 希望する 希望しない

（どちらかを○でお囲み下さい）

付録 1―②

膵臓移植手術承諾書（再確認）

移植実施施設 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設長 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 殿

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

私は、膵臓移植に関する別紙説明書の内容につき充分説明を受け、これに加えて膵臓移植の方法とその治療成績についても説明を受け、膵臓移植を受けるについての基本的な知識を得ることができました。そして、私の現在の疾患と関連する全身状態についても充分な説明を受け、私の状態が医学的にみて膵臓移植手術の適応であることを理解しました。

そして、現在適合する臓器提供者が生じたことにより、膵臓移植意を受けることを承諾します。

診断名

説明年月日 年 月 日

説明医師 所属科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

患者本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

連署人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

本人との続柄（ ）

付録 1―③

膵臓移植適応判定に関する承諾書
（肝膵小腸コンポジット移植）

膵臓移植中央調整委員会　委員長　殿

患者氏名

生年月日　　年　　月　　日

私は肝臓、膵臓、小腸を同時に移植する肝膵小腸コンポジット移植に関して、移植の方法とその治療成績について説明を受け、肝膵小腸コンポジット移植についての基本的な知識を得ることができました。そして、私の現在の疾患と関連する全身状態についても充分な説明を受け、私の状態が医学的にみて肝膵小腸コンポジット移植手術の適応と成り得るかの判定を開始していただくことを承諾しました。

そして、将来適合する臓器提供者が生じた場合には肝膵小腸コンポジット移植受けることを希望します。なお、将来この書類はいつでも自由意志で撤回することができることも理解しました。

診断名

説明年月日　　年　　月　　日

説明医師氏名　　所属科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

患者本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

連署人名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

本人との続柄（　　）

付録 1―③

肝膵小腸コンポジットグラフト移植手術承諾書

移植実施施設 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設長 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 殿

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

私は、肝膵小腸コンポジットグラフト移植につき充分説明を受け、これに加えて肝膵小腸コンポジットグラフト移植の方法とその治療成績についても説明を受け、肝膵小腸コンポジットグラフト移植を受けるについての基本的な知識を得ることができました。そして、私の現在の疾患と関連する全身状態についても充分な説明を受け、私の状態が医学的にみて肝膵小腸コンポジットグラフト移植手術の適応であることを理解しました。

そして、将来適合する臓器提供者が生じた場合には肝膵小腸コンポジットグラフト移植を受けることを希望します。なお、将来この承諾書はいつでも自由意志で撤回することができることも理解しました。

診断名

説明年月日　　年　　月　　日

説明医師　所属科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

患者本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

連署人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

本人との続柄（　　）

付録 1―③

肝膵小腸コンポジットグラフト移植手術承諾書（再確認）

移植実施施設 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設長 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 殿

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

私は、肝膵小腸コンポジットグラフト移植につき充分説明を受け、これに加えて肝膵小腸コンポジットグラフト移植の方法とその治療成績についても説明を受け、肝膵小腸コンポジットグラフト移植を受けるについての基本的な知識を得ることができました。そして、私の現在の疾患と関連する全身状態についても充分な説明を受け、私の状態が医学的にみて肝膵小腸コンポジットグラフト移植手術の適応であることを理解しました。

そして、将来適合する臓器提供者が生じた場合には肝膵小腸コンポジットグラフト移植を受けることを希望します。なお、将来この承諾書はいつでも自由意志で撤回することができることも理解しました。

診断名

説明年月日 年 月 日

説明医師 所属科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

患者本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

連署人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

本人との続柄（ ）

付録 2

膵臓移植を受ける患者様へ
膵・腎同時移植を受ける患者様へ

移植関係学会合同委員会 膵臓移植中央調整委員会
膵臓移植実務者委員会編

付録２

－目次－

はじめに

１．移植を行うに当たっての準備
　１）術前検査と診察
　２）検査データ
　３）必要物品

２．合併症
　1）手術に伴う合併症
　　（１）膵臓移植に関連する合併症
　　（２）腎臓移植に関連する合併症
　2）拒絶反応
　3）感染症

３．注意すべき症状とその原因
　1）発熱
　2）嘔吐と下痢

４．自己管理について
　１）自己管理ノートの作成
　２）内服薬の管理

５．試験外泊について

６．日常生活で注意すること
　１）食事
　２）活動・運動
　３）肌の手入れ
　４）性生活、妊娠・出産
　５）その他

７．外来受診

８．おわりに

＜はじめに＞

膵臓移植、膵・腎同時移植を受けられたことにより，インスリン療法と透析療法から解放され，また，糖尿病による合併症の防止と改善ができ，生命予後と生活の質の向上が期待されます．移植後の良好な状態を保つには，積極的な自己管理が重要です．緻密な自己管理は合併症の早期発見，治療へとつながります．移植後は移植された臓器と一生涯つき合っていくことが必要です．

このパンフレットは，移植についての大切な知識を持っていただき，より良い生活をおくっていただくために用意されたものです．できる限りの情報を提供できるように作成しましたが，何か症状や心配事があれば，主治医（移植医，内科医），レシピエント移植コーディネーター，看護師などにいつでもご相談ください．

１．移植に行うに当たっての準備

１）術前検査と診察

移植決定まで、これだけの検査と診察が必要です!!

検査項目	内容
免疫検査	ドナーとのマッチングを検査する採血です
採血	感染症や異常がないかを調べます
尿検査	(自分の尿が出る方)朝一番の尿を採ります
心電図	心疾患, 循環状態の把握のために行います
肺機能	手術の適応と, 術後の活動能力の判定のために行います
レントゲン	胸部, 腹部の他, 耳鼻科, 整形外科領域の評価を行います
ＭＲＩ	脳血管、副鼻腔炎の評価を行います
胸部ＣＴ	胸部臓器疾患の評価を行います
腹部ＣＴ	腹部臓器疾患の評価を行います
マンモグラフィ	女性のみ　乳がんの評価を行います
骨密度	骨粗しょう症の評価を行います
咽頭培養	のどの細菌検査
尿培養（２日間連続）	尿の細菌検査(出来れば中間尿を採ります)
便潜血（２回）	消化管悪性腫瘍のスクリーニングを行います
胃カメラ	食道, 胃, 十二指腸の粘膜を肉眼的に観察します

付録２

心臓超音波検査	心機能検査を行います
腹部超音波検査	腹部臓器疾患の評価を行います
乳腺超音波検査	女性のみ　乳がんの評価を行います
頚部超音検査波	動脈硬化の評価を行います
甲状腺超音波	副甲状腺機能亢進症の評価を行います
心筋シンチ	心臓疾患の評価を行います
血圧脈波	動脈硬化の評価を行います
24 時間連続血圧測定	１日の血圧の変化を調べます

他科受診	
眼科	眼底検査
歯科	移植手術の適応について専門的に評価します
耳鼻科	移植手術の適応について専門的に評価します
精神科	移植手術の適応について専門的に評価します
泌尿器科	移植手術の適応について専門的に評価します
循環器内科	移植手術の適応について専門的に評価します（必要時）
消化器内科	移植手術の適応について専門的に評価します（必要時）
整形外科	移植手術の適応について専門的に評価します（必要時）

最後に全ての検査を基に総合的に評価し判断をします。

手術直後は、移植した腎臓の機能を知るために、ほぼ毎日採血があります。検査値は、午後にはわかります。痛みや安静状況がおちついたら、自身の状態を知るためにもチェックしましょう。

２）検査データ

※ここにあげているのは、主な検査項目です。

項　目	正　常　値	
白血球 （ＷＢＣ）	4000～9400	感染、炎症が起こると増加し、発熱を伴うことがあります。拒絶反応の時には増加し、免疫抑制剤の副作用では減少します。減少している時は体の抵抗力が低下している状態です。風邪を引きやすくなったり、傷口から菌が入りやすくなったりします。
赤血球 （ＲＢＣ）	364～487 万	貧血の時に下がります。
血色素 （Ｈｂ）	10.9～14.6	貧血の時に下がります。
ヘマトクリット （Ｈｔ）	32.2～43.0	貧血の時に下がります。
尿素窒素 （ＢＵＮ）	8～22	腎臓が良く働かないと上昇します。移植後はゆっくりと下降し、安定した値になります。
クレアチニン （Ｃｒｅ）	M0.6～1.0 F0.4～0.7	拒絶反応が起こると上昇します。
カリウム（K）	3.6～4.9	腎臓がうまく働かないと上昇します。上昇すると心臓の筋力が低下してしまいます。
血糖 （血漿 Glu）	空腹時 70～109	血液中の糖の濃度を表します。免疫抑制剤のメドロールの副作用で上昇することがあります。コントロールできないときは、糖尿病になってしまいます。
血清ｱﾐﾗｰｾﾞ	60～120	急性膵炎、拒絶が起こると上昇します。
血中Cﾍﾟﾌﾟﾁﾄﾞ	1.2～2.0ng/ml	インスリンがどのくらい膵臓から出ているか把握できる
尿蛋白	陰性	蛋白質は普通、尿中には排泄されません。
尿潜血	陰性	術後すぐは血尿となります。 退院後も尿の色を注意してみてください。
尿中白血球	1～4	腎臓や尿路の感染症の有無を診断する手掛かりになります。
尿中ｱﾐﾗｰｾﾞ	100～1200	急性膵炎、拒絶が起こると上昇します。
尿中Cﾍﾟﾌﾟﾁﾄﾞ	24～97μg/日	インスリンがどのくらい膵臓から出ているか把握できます

３）必要物品

手術にあたって、移植後の自己管理のために、入院準備＋以下のものが必要になります。

・Ｔ字帯５枚くらい＋平オムツ（サルバＬＬＤ 10 枚入り１袋）
（もしくはテープ付のオムツ 10 枚入り一袋）
・腹帯５枚くらい
（外来・または病棟でサイズを計ってから購入して頂きます。）
・大学ノート
・血圧計

入院後に詳しく説明します。
荷物の紛失のもととともなりますので、荷物は最小限でお願いします。
ご協力をお願いします。

２．合併症

１）手術に伴う合併症

移植後の手術に伴う合併症には，膵臓移植に関連するものと腎臓移植（膵・腎同時移植の場合）に関連するものがあります.

（１）膵臓移植に関連する合併症

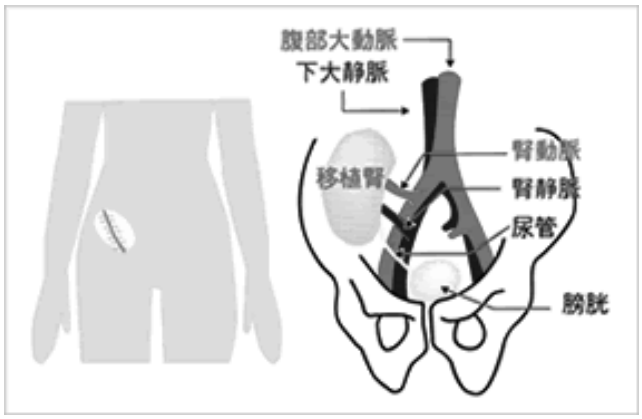
①血栓症：膵臓移植後には移植した膵臓に血栓症，特に静脈血栓症が起こることがあります（頻度約 5-8%）．血栓症が起こった時には，カテーテルによる治療や再手術が必要なこともあり，血栓が大きいと移植した膵臓を摘出せざるを得ないこともあります．しかしこの合併症はほとんどが移植後２週間以内に起こるため退院後に起こることはほとんどありません.

②術後出血：手術中には完全に止血を行いますが，術後に血栓予防のため抗血栓療法（血液を固まりにくくする治療）を行うため，移植した膵臓や手術で剥離した組織などから出血がおこることがあります．再手術する場合もありますが，膵臓がだめになることはほとんどありません．この合併症も多くは１週間以内であり，退院後に起こることはほとんどありません.

③腸閉塞（イレウス）：膵臓移植は開腹手術であり，移植する膵臓の十二指腸とレシピエントの小腸を吻合するため，術後に癒着性の腸閉塞を起こすことがあります．初期症状は腹痛，腹部の膨満感，強固な便秘，排ガスがなくなる，などですが，放っておくと，嘔吐，発熱，腹部の激痛，意識障害などが表れます．この合併症は退院後もいつでも起こることがありますから，このような症状があったらすぐに病院に連絡し受診してください．治療は軽い場合には絶食と点滴のみで治る場合もありますが，重い場合には手術が必要です．多くは移植した膵臓には影響がありませんが，膵臓が原因の腸閉塞では，膵臓を摘出せざるを得ないこともあります．予防としては，規則正しい食生活（後述します）と便秘気味の人は下剤で定期的に排便していただくことが大切です．

④移植膵炎：移植した膵臓に炎症が起こることで，腸閉塞，感染症，拒絶反応などが原因となります．症状は移植した膵臓付近に強い腹痛，発熱，腹水のためお腹が張るなどです．また悪心・嘔吐・下痢などの消化器症状も起こります．このような症状がみられたらすぐに病院に連絡し受診してください．治療は絶食，点滴，膵炎を抑える薬の投与（点滴）です．また原因によって感染症や拒絶反応の治療も併せて行います．

（２）腎臓移植に関連する合併症



①術後出血：手術中には完全に止血を行いますが，術後に血栓予防のため抗血栓療法（血液を固まりにくくする治療）を行うため，移植した腎臓や手術で剥離した組織などから出血がおこることがあります．再手術する場合もありますが，腎臓がだめになることはほとんどありません．この合併症も多くは１週間以内であり，退院後に起こることはほとんどありません．

②尿管・膀胱吻合部縫合不全：移植腎の尿管とレシピエントの膀胱を縫った部分の一部がつながらない合併症です．この合併症の多くは１週間以内に起こり病棟でのドレーンの量，生化学検査，造影検査などで診断されます．治療は経過をみて自然に治るものから再手術が必要な場合までありますが，移植腎がダメになることはほとんどありません．退院後に起こることはほぼありません．

③尿管・膀胱吻合部狭窄 : 尿管・膀胱吻合部が狭くなり，移植腎で産生した尿が膀胱に流れにくくなる合併症です. 症状は尿量の減少，移植腎付近の痛みや張る感じです. 多くは入院中に起こり，退院後に起こることは少ないですが，原因によっては数か月～1 年後でも起こり得ます. 治療はカテーテルで行う場合と再手術を行う場合がありますが，移植腎がダメになることはほとんどありません.

④リンパ嚢腫 : 移植腎付近にリンパ液が貯留する合併症で，ほとんどが入院中に起こります. 穿刺吸引またはドレーン留置，薬剤注入などで治ることが多いですが手術が必要な場合もあります. 移植腎がダメになることはほとんどありません.

2）拒絶反応

レシピエントの免疫システムが移植された臓器に反応し，それを排除しようとすることを「拒絶」といいます. 現在の免疫抑制剤を服用していると多くの方（80%以上）は拒絶反応を経験しません. 急性拒絶反応は移植後 1 か月以内に起こることが多く. その後次第に減少しますが，いつでも起こり得る反応です. 症状としては、発熱・倦怠感・血圧の上昇・尿量の減少・浮腫みの出現・体重増加・移植臓器の腫脹・検査データの異常がみられます。拒絶反応の診断には移植された腎臓の組織を一部採取する検査が必要になります。方法は，超音波エコーで部位を決め，局所麻酔後に行います. 生検用の針を移植臓器に穿刺し，ごく少量の組織を採取します. その際，少し痛みを感じることがあります. 生検後には出血等の合併症が起こる可能性があるので，生検後はベッドで安静となります. 定期的に血圧，脈拍，呼吸，体温を測定し，穿刺部位の観察，血液検査，尿中潜血反応で出血の有無を確認します.

3）感染症

移植手術後，拒絶反応を抑えるために免疫抑制剤を投与するため，免疫機能が低下します. この結果，感染症に対する危険性が高まることになり，注意が必要です. 感染症の初期症状として最も良くみられるのが発熱です.

身体がだるい，熱っぽい，寒気がする等，異常があれば体温測定をしてください. もし，37.5 度前後の微熱が 24 時間以上続いたり，38.0 度以上の高熱が生じた場合は，すぐに病院に連絡してください. 移植医の指示なく，発熱に対して薬を服用しないでください. 熱は下がりますが，感染症の治療にはなりません.

以下に移植後に頻度の高い感染症を説明します.

（1）サイトメガロウイルス

サイトメガロウイルスは，移植後の方に共通してみられる感染症です．サイトメガロウイルス感染症は，通常無症状または微熱（38℃以下）程度であり，血液検査で診断します．サイトメガロウイルス感染症は繰り返し発症することもあり注意が必要です．

（2）水痘帯状疱疹ウイルス

水痘・帯状疱疹ウイルスは，免疫抑制状態にある方にとっては重症化する場合があります．もし，水痘・帯状疱疹ウイルスにかかった既往があったとしても，免疫抑制状態にある方にとっては問題となる場合があります．

水痘の症状は水疱，発熱，全身倦怠感で，帯状疱疹の症状は帯状の赤い発疹（帯状疱疹）が胸部，腹部，上下肢，顔面等に現れ，強い痛みを伴います．発熱を来すこともあります．このような症状が出た場合すぐに病院に連絡してください．

（3）エプスタインバーウイルス（EB ウイルス）

EB ウイルスは単核球症を引き起こしリンパ球増殖を引き起こすウイルスです．EB ウイルス感染症の症状は，リンパ節腫脹（首や鼡径部のぐりぐり），発熱，全身倦怠感があります．1 つでも徴候があればすぐに病院に連絡してください．このウイルスに対しては早期発見，早期治療が必要です．

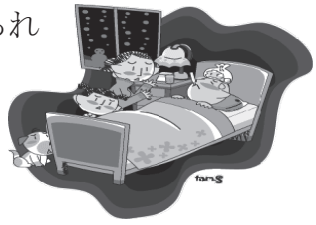
（4）PC 肺炎

PC 肺炎（カリニ肺炎）は免疫抑制状態にある方にとって重篤な疾患です．症状としては，発熱，かわいた乾性咳嗽，呼吸困難，胸部苦悶，全身倦怠感があげられます．症状は急速に進行するため，これらの徴候がみられたらすぐに病院に連絡してください．

カリニ肺炎が疑われたらすぐに入院し，ST 合成剤またはペンタミジンという薬等の点滴治療を開始します．胸部 CT 検査，胸部レントゲン，気管支鏡が診断の手助けとなります．人工呼吸器が必要となることもあります．

（5）BK ウイルス（膵・腎同時移植の場合）

BK ウイルスは移植腎に感染するウイルスです．自覚症状はなく，尿所見で感染様細胞がみられた場合に，血液，尿の BK ウイルスの同定を行います．ウイルス量が多い場合や腎生検を行い，腎臓に BK ウイルスがみられた場合には免疫抑制剤の減量，中止などを行います．



３．注意すべき症状とその原因

１）発熱

移植手術後はいろいろな原因で発熱がみられます．最も頻度の高いのは，前にも述べたように，感染症です．通常の風邪の場合も多いのですが，移植後は前述のように特殊な感染症も多いため自己判断ではなく必ず病院に連絡し指示を仰いでください．特に市販の解熱剤などで解熱しても，その間に感染症が進行している場合があります．

感染症以外の発熱の原因としては，拒絶反応，移植した膵臓の膵炎，急性胃腸炎（非感染性），腸閉塞，静脈炎などがありますが，いずれも早期の診断，処置が必要な場合が多いですので，必ず病院に連絡してください．

２）嘔吐と下痢

嘔吐と下痢などの消化器症状も膵・腎同時移植ではよくみられる症状です．原因として，１．免疫抑制剤（特にセルセプト）の副作用，２．原疾患である１型糖尿病の合併症である胃腸症，３．感染性腸炎（サイトメガロウイルス腸炎，ノロウイルス腸炎，ロタウイルス腸炎，細菌性腸炎など）などがあります．しかしはっきりした原因がなくストレスなどで起こる過敏性腸炎もあります．

嘔吐や下痢は，脱水を引き起こし薬の吸収，血中濃度に大きく影響するため拒絶反応や免疫抑制剤の副作用発現の誘因となる危険性があります．セルセプトは下痢を引き起こすことがありますが，主治医に相談することなく薬を中止しないでください．拒絶反応の危険があります．

嘔吐した場合は，それ以上食事や飲水をしないようにしてください．１時間程度胃を休めるのがよいでしょう．もし，薬（特に免疫抑制剤）を服用して１時間以内に嘔吐したのであれば，病院へ電話・ご相談下さい．

下痢をしている場合は，食事への配慮が必要になります．繊維の多い食事，乳製品，カフェインは避け、脱水を防ぐため水分を多めにとるようにしてください．

嘔吐や下痢が長引く場合（成人で 12～24 時間，小児で 6～8 時間）は，病院に連絡して主治医に相談してください．点滴治療，検査などのため入院が必要になる場合があります．

４．自己管理について

１）自己管理ノートの作成

・0 時から翌日朝 23 時 59 分までを 1 日として記入します。
・体温・脈拍・血圧は、6 時・9 時・14 時・17 時、21 時に測定します。
・下記表を参考に記入していって下さい。
・尿の管が抜けたら、尿コップに排尿し室内トイレで排尿します。排尿時間と 1 回量を測定し　ノートに記入してください。便の時も尿は別に取り測定しましょう。

時間	飲水量		尿量		体温	脈拍	血圧	体重	血糖値	食事量	便	備考（薬など）
	時間量	合計	時間量	合計								

２）内服薬の管理

移植に伴い処方される主な免疫抑制剤やその他のお薬についてです。
これらのお薬は、基本的には生涯飲み続ける事になります。
移植後は、自分の体は自分できちんと管理するという心構えが大切です。そのため、患者さん本人が薬の名前や量、副作用をきちんと覚え、薬を自分で管理をしていかなければなりません。そして、生活習慣の中に、正確な時間に正確な量を服用していく習慣を築く事が大切です。患者さん本人が出来ない場合は、ご家族の協力が必要となります。

免疫抑制剤

免疫抑制剤は、移植された腎臓が拒絶されない様にするために必要不可欠です。これらは強力な薬であるとともに、いくつかの副作用も持っています。また、適宜、量を調節していく必要があるため指示された様に正確に服用しなければなりません。

自分自身の免疫システムによって、移植された新しい腎臓は異物として認識され、免疫の働きで移植された腎臓を拒絶しようとする反応が起こります。それを放っておくと、移植された腎臓は破壊されてしまいます。そのため、免疫抑制剤を服用する必要があります。
免疫抑制剤が少な過ぎると拒絶反応が起こり、多過ぎると副作用とともに感染症の危険性が増します。そのため医師からの指示に従って、正確な時間に正確な量を服用する事が非常に重要である事が分かって頂けると思います。

ネオーラル（シクロスポリン）

25mg カプセル　　50mg カプセル

投与方法

・投与量は血中濃度によって変わります。
・１日２回、１２時間毎に服用します。

注意点

・ネオーラル服用初期は、喉や胸に熱感を感じる事がありますが、徐々に慣れてきます。
・ネオーラルの副作用のひとつに歯ぐき（歯肉）の腫れを起こす事があるため、服用後に歯磨きする事をおすすめします。
・ネオーラルの血中濃度を測定する日は、採血の前にネオーラルを服用しないでください。採血後に服用して貰います。そのため、病院に薬を持ってくる事を忘れないでください。
・ネオーラルは様々な薬と相互作用がありますので、市販薬やサプリメント、健康食品等を飲む時は、医師や薬剤師等に相談してください。
・グレープフルーツジュースや一部の柑橘類（グレープフルーツ、ブンタン、スウィーティー等）によって、ネオーラルの吸収に影響があり、作用が強く出る事あるので飲んだり、食べたりしないでください。

副作用

腎機能障害（尿が少なくなる・顔や手足がむくむ・腎不全）
神経障害（手の震え・しびれ・けいれん）
高血圧
高血糖
多毛
歯肉の腫れ
膵炎
肝障害
骨髄抑制（感染症にかかりやすくなる、貧血、出血しやすくなる）
消化管症状（下痢、吐き気・嘔吐）

付録２

プログラフ/グラセプター（タクロリムス）

プログラフ　　*グラセプター*

0.5mg カプセル　　1mg カプセル　　1mg カプセル　　5mg カプセル

投与方法

・投与量は血中濃度によって変わります。
　（*プログラフ*）１日２回、１２時間毎に服用します。
　（*グラセプター*）１日１回、２４時間毎に服用します。

注意点

・プログラフ/グラセプターの血中濃度を測定する日は、採血の前にプログラフ/グラセプターを服用しないでください。採血後に服用して貰います。そのため、病院に薬を持ってくる事を忘れないでください。
・プログラフ/グラセプターは様々な薬と相互作用がありますので、市販薬やサプリメント、健康食品等を飲む時は、医師や薬剤師等に相談してください。
・グレープフルーツジュースや一部の柑橘類（グレープフルーツ、ブンタン、スウィーティー等）によって、ネオーラルの吸収に影響があり、作用が強く出る事あるので飲んだり、食べたりしないでください。

副作用

腎機能障害（尿が少なくなる・顔や手足がむくむ・腎不全）
神経障害（手の震え・しびれ・けいれん）
高血圧
高カリウム血症
高血糖
肝障害
骨髄抑制（感染症にかかりやすくなる、貧血、出血しやすくなる）
消化管症状（下痢、吐き気・嘔吐）

付録２

セルセプト（ミコフェノール酸モフェチル）

250mg カプセル

投与方法

・１日２回、１２時間毎に服用します。

注意点

・採血後に服用して貰います。そのため、病院に薬を持ってくる事を忘れないでください。
・セルセプトは他の免疫抑制剤と同様に白血球を減少させる可能性があるため、感染予防に気を付ける必要があります。

副作用

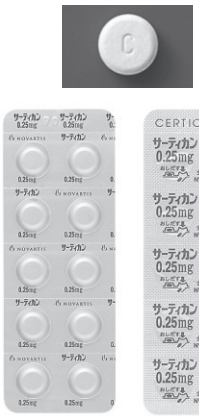
骨髄抑制（感染症にかかりやすくなる、貧血、出血しやすくなる）
消化管症状（下痢、吐き気・嘔吐）
肝障害

※血液型不適合患者さんは、手術４週間前から服用します。

付録２

サーティカン（エベロリムス）

0.25mg 錠



0.5mg 錠

0.75mg 錠

投与方法

・投与量は血中濃度によって変わります。
・１日２回、１２時間毎に服用します。

注意点

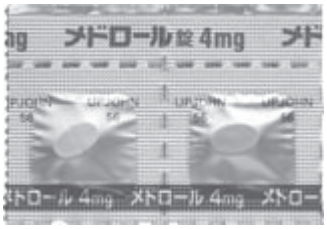
・サーティカンの血中濃度を測定する日は、採血の前にサーティカンを服用しないでください。採血後に服用して貰います。そのため、病院に薬を持ってくる事を忘れないでください。
・サーティカンは様々な薬と相互作用がありますので、市販薬やサプリメント、健康食品等を飲む時は、医師や薬剤師等に相談してください。
・グレープフルーツジュースや一部の柑橘類（グレープフルーツ、ブンタン、スウィーティ―等）によって、ネオーラルの吸収に影響があり、作用が強く出る事あるので飲んだり、食べたりしないでください。
・サーティカンの副作用のひとつに口内炎を起こす事があるため、歯磨き等の口腔内ケアを行いましょう。

副作用

腎機能障害（尿が少なくなる・顔や手足がむくむ・腎不全）
神経障害（手の震え・しびれ・けいれん）
高血糖
骨髄抑制（感染症にかかりやすくなる、貧血、出血しやすくなる）
消化管症状（下痢、吐き気・嘔吐）
脂質異常症
創傷治癒の遅延(傷の治りが悪い)

メドロール（ソルメドロール）

4mg 錠



投与方法

・１日１回、服用します。

注意点

・メドロールは胃に刺激を与え、潰瘍を作りやすい薬です。したがって食後に服用して下さい。
・多毛や満月用顔貌（顔が丸くなる）、ニキビ等の副作用は、メドロールの量が減少すると症状も軽くなります。
・高血圧やむくみの原因となる塩分が体に貯まりやすくなります。また血糖が高くなりやすくなります。そのため食事内容にも注意しましょう。
・移植前よりメドロールを服用している人は骨がもろくなっており、骨折しやすい状態のため、転倒に注意しましょう。また腰痛や関節痛、その他、骨の痛みがある時は相談してください。
・皮膚が日光の刺激を受けやすくなっています。赤くなったりヒリヒリしたり日焼けしやすくなります。日差しが強い時には帽子の着用や日焼け止めクリーム等の使用で対応しましょう。
・多毛に対して毛を剃る事は小さな傷を作り、そこから感染する事もあるため出来れば刺激の少ない除毛剤を使用してください。
また、ニキビが出来やすくなりますが、薬用石鹸等で
洗顔し症状の悪化を防ぎましょう。

・眼圧が上がる事があり、眼鏡が合わなくなる事がありますが、メドロールの量が減ると元に戻るため、少し様子をみましょう。また、まれに白内障になる事もありますので定期的な眼科受診をおすすめします。

付録２

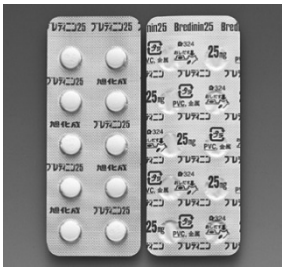
副作用

消化性潰瘍（胃の不快感、胸やけ）
顔・手足のむくみ（満月用顔貌）
食欲増加による体重増加
多毛
ニキビ
視力の減退
高血糖
骨粗鬆症、骨頭壊死
神経症状（気分のムラ、イライラ、不眠）
日光過敏
創傷治癒の遅延(傷の治りが悪い)

その他の免疫抑制剤

ブレディニン（ミゾリビン）

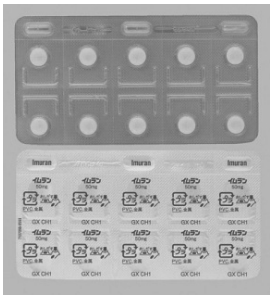
25mg 錠



50mg 錠

イムラン（アザチオプリン）

50mg 錠



投与方法

・１日２回、服用します。

付録 2

消化性潰瘍治療薬

免疫抑制剤やプレドニン錠の服用による副作用として起こる可能性のある消化性潰瘍（胃の不快感、胸やけ）の予防のため服用します。

パリエット錠

アルロイドG内用液

ムコスタ錠

抗血小板薬

移植された腎臓の機能の保持、心血管イベント（心筋梗塞、狭心症、脳梗塞等）の予防のため服用します。

バイアスピリン錠

アンプラーグ錠

抗菌薬

カリニ肺炎の予防のため服用します。

バクタ配合錠

降圧薬

高血圧を合併されている場合には、血圧を正常な状態まで下げる事が重要です。まずは、食事からの塩分制限が第一ですが、必要な場合は降圧薬を服用します。降圧薬は、その作用によっていくつかの種類があり、患者さんの状態によって服用する種類や量が決められています。

その他、薬の注意事項

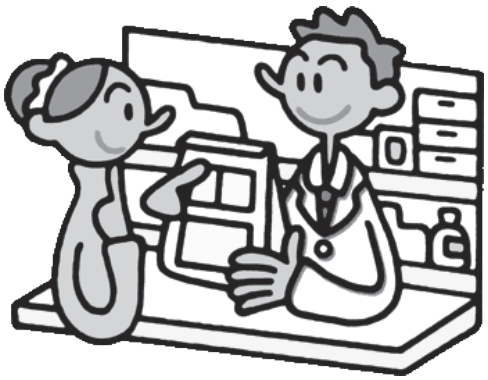
・薬を飲む前には必ずその薬の量は正しいか、時間は正しいかを確かめてください。

・免疫抑制剤（プログラフ、ネオーラル、サーティカン、セルセプト等）を飲み忘れた場合は、6 時間以内であればすぐに飲んで下さい。プレドニンはその日の内であれば、すぐに飲んでください。

・薬の副作用症状やいつもと違う症状があれば、医師、看護師、薬剤師等に報告してください。自分で勝手に判断して止めたりしないでください。

・薬の残数を自宅で確認し、受診の際には次の外来受診まで足りる様に処方して貰ってください。また、病院から帰宅される前に処方された薬と次回の受診日を必ず確認してください。

入院時から服用する薬の効果、副作用、用法・用量等について、薬剤師から服薬指導があります。また退院後もお薬に関して、どんな事でも何か不安や疑問があった時は、お気軽に薬剤師にご相談して下さい。



５．試験外泊について

移植手術後 3 週目頃に WJ カテーテルを抜きます。日付が決まり次第医師から説明があります。検査結果で問題がなければ試験外泊が許可されます。

外泊中の注意事項

- ◆ 退院後の生活をイメージする為に行う試験外泊です。自宅で日常生活を送る際、入院中の生活と異なり、困る点がないかをチェックして下さい。とくに食事時間や内服時間、検温の時間などは、退院前の調整が必要となることが多いので、自己調整するのではなく、外泊後必ず医師・看護師に相談してください。
- ◆ 外泊中も、体温、血圧、尿回数、飲水量、体重を自己管理ノートにチェックして下さい。
- ◆ 自宅周囲の散歩や混み合っていない時間帯での外出は、気分転換に良いとされ、許可されます。しかし過労が予想される運動や遠出、大勢の人と長時間面会すること等は避けましょう。
- ◆ 感染予防のため、うがい・手洗い・マスクの装着は確実に行ってください。
- ◆ 疲労を感じたら、早めに休んで下さい。異常があれば外泊中でも病院に連絡し、相談してください。
- ◆ わからないことがあれば、看護師に質問して下さい。
- ◆ 内服薬の確認をさせていただいています。

６．日常生活で注意すること

1）食事　　＊暴飲暴食に注意してください。＊

適量のバランスのとれた食事は，感染を予防し，治療にも役立ちます．良好な栄養状態は手術創の治療や体力，エネルギーの補給に役立ちます．良い栄養は薬の効き目を助け，副作用の防止にも役立ちます．

また食品を介して感染性腸炎を起こす可能性がありますので注意が必要です．特に移植後 6 か月は肉、魚介類、卵などを生や調理不十分の状態で食べないようにしましょう．特に貝類は要注意です．また食器や調理器具はいつも熱いお湯で洗剤を用いて十分洗いましょう．

ときには内服薬の副作用や，特殊な病態のため，下記のような制限や補充が必要になるときがあります．

（1）塩分

移植後に処方されるある種の内服薬は，体液の貯留をきたします．体液貯留は，急激な体重増加や手足のむくみで分かります．体液貯留や高血圧のある時は，低塩分食が有効なことがあります．

（2）糖分

免疫抑制剤やステロイドは，体がインスリンを有効に利用する働きを抑えて，高血糖をきたすことがあります．適切な食事療法は血糖のコントロールに有効です．

（3）カリウム

ある種の免疫抑制剤は，血清カリウム値を上げることがあります．
血清カリウム値が高くなりすぎると，心臓の拍動リズムに影響をすることがあります．高カリウムのときには生の果物や野菜は摂らないようにしましょう．

（4）カルシウム

制限ではなく，逆に，ステロイド内服中は一般に多目のカルシウム摂取が必要です．慢性腎疾患やステロイドは，骨からカルシウム不足をきたします．乳製品を１日３回以上摂ると，通常のカルシウム量を補えます．カルシウム製剤が必要になることもあります．カルシウム分の高い食事には，牛乳，ヨーグルト，チーズ，緑黄色野菜等があります．

2）活動・運動

・学校や職場の復帰時期については主治医と相談してください．
・自動車の運転は主治医と相談してください．
・激しい運動や，重労働は可能な限り避けたほうが無難ですが，するのであれば少なくとも移植後１年を経過してからにしてください．その場合も十分な休息，睡眠をとり規則正しい食生活，充分な水分摂取を欠かさないでください．

3）肌の手入れ

プレドニン，メドロールなどステロイド剤の副作用として，ステロイド皮膚炎（ニキビ）があります．以下は肌の手入れの参考です．

・1 日に 2 回から 3 回，きれいに洗顔する．
・顔やニキビのある部分をきれいなタオルと薬用石鹸で洗う．
・クリームやオイルを含む石鹸は避ける．ニキビが悪化することがあります．
・頻繁に洗顔し，前髪が額にかからないようにする．
・化粧をしない．

ニキビが良くならない時は，主治医に相談してください．
また，ステロイド服用中は日焼け対策も重要です．日光への暴露は，皮膚がん，白内障の危険を高めます．特に午前 10 時から午後 2 時の間は長時間

日光にあたるのは避けましょう．防止，長袖シャツを着用，SPF 値が 30 かそれ以上の日焼け止めクリームを塗り，紫外線をカットするサングラスを着けましょう．紫外線は曇りの日も存在し，砂やコンクリート，雪で反射されます．

皮膚に異常があったら，主治医に相談してください．

4）性生活，妊娠・出産

十分元気になったら，性生活を再開できます．何か不安があるときは主治医と相談してください．免疫抑制状態にあるので，性病から自分を守らなければなりません．正しく使用すれば，コンドームは性交における微生物の感染予防になります．また，尿路感染の予防のために，女性は性交の前後に排尿してください．

妊娠・出産という選択は，配偶者，主治医，内科医，産婦人科医との話し合い等により決めなければいけない重要な問題です．勿論膵・腎同時移植後も妊娠，出産は可能です．ただし，移植後 1 年間は妊娠しない，1 年後に移植腎，移植膵の機能が良く拒絶反応もない場合に，胎児への危険性が低い免疫抑制剤や降圧剤への変更を行い，2〜3 カ月後に計画妊娠していただきます．もしもその前に妊娠が発覚したら，すぐに主治医に連絡をとってください．

数多くの女性の移植レシピエントが，健康な赤ちゃんを出産しています．しかし，低体重児，帝王切開のリスクは通常より高くなります．さらに移植臓器の機能悪化の危険もあります．現時点では母乳の授乳は避けるべきです．薬剤の母乳から新生児への移行をふせぐためです．

5）その他

・ペットを飼育する際は、感染予防に注意が必要です．（鳥類は原則禁止です）
・温泉旅行も半年間は控えたほうがよいでしょう．温泉は、源泉かけ流しの所を選んでください。循環式の入浴施設は避けましょう。

７．外来受診

・外来受診当日の朝は，免疫抑制剤の内服・食事の摂取はしないでください．内服薬は持参し、血中濃度の採血の直後に内服して頂きます．食事は採血が終了しましたらとっていただいて構いません．その他、CT など食事制限がある検査が同一日にある場合はこの限りではありません．

・自己管理表を持参して下さい．入院中の自己管理表を参考に，自分なりのチェックノートを検討してみられてもよいでしょう．また，外来受診時の血清クレアチニン値，免疫抑制剤の血中濃度の記載をするとよいでしょう．

・病院を受診する際は、感染症予防のため、マスクを着用しましょう。

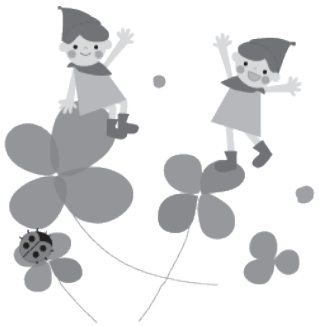
・手洗い・嗽を心掛け感染症予防を行いましょう。

８．おわりに

以上のことに気をつけられて，移植後もより良い状態で過ごされることを心から願っております．

＜異常があった時の連絡について＞

異常を感じた場合は、外来予約日を待たずに病院に連絡・受診して下さい。
異常を感じたらまず病院に電話をしてみましょう。夜間や日曜、休日でも構いません。慌てずに自分の状態を話して下さい。



付録 3

膵臓移植適応判定申請書

（2024 年 10 月改訂版）

（フリガナ）

患者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請書類内容：申－1～8、及び承 1-(1)または(2)

付録 3

北海道
東　北
関甲信
膵臓移植地域適応検討委員会　中　部　　ブロック　御中
近　畿
中・四国
九　州　　※該当するブロックを囲んで下さい。

膵臓移植に関する第１回目のインフォームド・コンセントが得られましたので、承諾書を添えて適応判定を申請いたします。

申請日（記載年月日）：　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

申請者（記載者）：所属施設名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先（所在地）　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話番号）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ＦＡＸ番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（メールアドレス）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主　治　医：　所属施設名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先（所在地）　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話番号）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ＦＡＸ番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（メールアドレス）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

移植実施施設：　所属施設名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（予定）

医師氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先（所在地）　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話番号）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ＦＡＸ番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊　申請者と主治医が同じ場合は、どちらか一方をお書き下さい。

付録 3

患者基本情報

・氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　・性別：　男性　・　女性

・生年月日：＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　　（＿＿＿歳）

〒　　-

・住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・電話番号：＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿

・現治療施設

糖尿病

施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　主治医 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

科　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（カルテ番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

透　析

施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　主治医 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

科　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（カルテ番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

眼　科

施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　主治医 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

科　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（カルテ番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

循環器科

施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　主治医 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

科　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（カルテ番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

・移植手術を希望する施設

施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　主治医 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

科　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・最適と思われる移植術式

☐（1）膵腎同時移植　　☐（2）膵臓単独移植　　☐（3）腎移植後膵臓移植

付録 3

身体的基本情報

・身長＿＿＿＿cm　・体重＿＿＿＿kg　・BMI＿＿＿　・血圧＿＿＿／＿＿＿mmHg

・脈拍数＿＿＿＿＿／分　・血液型：ABO ＿＿＿ 型　Ｒｈ （ ＋ 、 － ）

・HLA（既知の場合）：A（　　，　　）、B（　　，　　）、C（　　，　　）
DR（　　，　　）、DQ（　　，　　）

病状に関する情報

臨床診断

＃1.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＃2.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＃3.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＃4.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＃5.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＃6.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

現病歴：
現在まで（特に最近 2 年間）の糖尿病の程度、及び現在の治療（現在使用中の薬剤）について、特に代謝調節を困難にしている事由については、出来るだけ詳細に記載してください。長期入院治療を続けている場合には、入院年月日及び現在までの入院期間と退院を妨げている事情等について記載してください。

既往歴

＃1.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＃2.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＃3.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＃4.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

家族歴 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

現処方

＃1.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＃2.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＃3.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＃4.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＃5.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＃6.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＃7.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＃8.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＃9.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＃10.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

付録 3

膵内分泌機能検索

(1) 内因性インスリン分泌能廃絶の証明*

（　　年　　月　　日実施）

	血糖値（mg/dl）	血清 C ペプチド（ng/ml）
空腹時		

グルカゴン負荷試験　（　　年　　月　　日実施）

	血糖値（mg/dl）	血清Cペプチド（ng/ml）
0 分		
6 分		

その他の所見（例　膵全摘の既往、　OGTT 時のCペプチド低値など）

---

*血清 C ペプチドの測定には、高感度 CPR 測定系を用いること。腎不全患者（透析導入後、もしくは、eGFR<30ml/min/1.73m²）で、腎不全になる前の血清 C ペプチドデータがない場合はグルカゴン負荷試験を実施すること。

(2) 血糖管理の不安定性の評価※（膵臓単独移植を希望される場合のみ記載してください）

CGM による血糖変動　平均グルコース値：＿＿＿mg/dl、%CV：＿＿＿%

（原則 10 日間以上の CGM 検査結果を添付してください。）

重症低血糖（第三者の介助が必要）の既往：有り・無し

無自覚性低血糖の有無：有り・無し

重症低血糖についての詳細を以下に記入（別紙可）

※：膵臓単独移植の場合は血糖の不安定性が移植適応の判定基準に含まれます。従って CGM データの添付が必須になります。無自覚性低血糖とは、①交感神経症状が認められないまま中枢神経症状を示す場合、②症状が無いにも関わらず SMBG の血糖値が 40mg/dl 未満の場合、のいずれかに該当する場合です。

要 CGM データ添付

(3) 現在のインスリン療法（別紙可）

インスリンの種類	投与法	朝	昼	夕	眠前

(4) HbA1c　＿＿＿年＿＿月＿＿日　＿＿＿%,　＿＿＿年＿＿月＿＿日　＿＿＿%

付録 3

膵臓移植の禁忌事項に関する情報

(1) 重篤な活動性の感染症の有無	有り・無し
(2) 悪性腫瘍の既往の有無*	有り・無し
(3) 進行中の壊疽	有り・無し
(4) 重度虚血性心疾患・重度心不全	有り・無し
(5) 重度脳血管障害	有り・無し
(6) 高度の神経障害	有り・無し
(7) 活動性の(前)増殖性網膜症	有り・無し

***5 年以内の既往が有る場合は、種類、ステージ、治療法、病理所見も含めて癌の主治医からのコメントを添付してください.**

1 型糖尿病であるか否かの評価

(1) 発症年齢　　＿＿＿才

(2) 発症様式　　糖尿病性ケトアシドーシス・その他（　　）

(3) インスリン治療歴　発症時より・その他（　　）

(4) ケトアシドーシスによる入院歴　　有り・無し

(5) 免疫学的検索　　ＧＡＤ抗体　（＋、－、未測定）（　　U/ml　　年　月　日実施）

ＩＡ－２抗体（＋、－、未測定）（　　U/ml　　年　月　日実施）

ＺｎＴ８抗体（＋、－、未測定）（　　U/ml　　年　月　日実施）

付録 3

腎機能の評価

現在の状況 : □腎移植後 □血液透析中 □ＣＡＰＤ中 □非透析慢性腎不全 □その他
＜死体腎移植に関する日本臓器移植ネットワークへの登録 : □登録済み・□未登録＞
腎移植施行年月日＿＿＿＿＿年＿＿月＿＿日
施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
主治医名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
腎移植に到った原因疾患（糖尿病性腎症・その他＿＿＿＿＿＿＿＿）
移植腎の内容（生体腎： から・死体腎）
腎移植後の経過・合併症（拒絶反応・感染症を含む）の有無

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

腎臓再移植の必要性 : 有り・無し
現在使用中の免疫抑制剤と投与量

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

血液透析・ＣＡＰＤへの導入時期＿＿＿＿＿年＿＿月＿＿日
施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
主治医名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
現在、非透析慢性腎不全・その他の場合は、必ず以下の記入を行なってください。
腎移植の必要性： 有り・無し
現在の腎機能： 血清クレアチニン＿＿＿＿mg/dl eGFR＿＿＿＿ml/min/1.73m²
腎不全に基づく症状 体液貯留（浮腫、胸水など） 有り・無し
体液異常（電解質、酸塩基平衡障害など） 有り・無し
消化器症状（悪心、嘔吐など） 有り・無し
神経症状（意識障害、麻痺など） 有り・無し
血液異常（高度貧血、出血傾向など） 有り・無し
日常生活障害の程度（ ）

網膜症の評価

視力（裸眼：右＿＿＿、左＿＿＿）、（矯正：右＿＿＿、左＿＿＿）
網膜症評価年月日＿＿＿＿＿年＿＿月＿＿日 評価眼科医名 ＿＿＿＿＿＿
右眼 NDR・SDR・PrePDR・PDR・失明 左眼 NDR・SDR・PrePDR・PDR・失明
PrePDR 以上の場合、移植手術時・後の現状の網膜症の状態（安定しているか）について、必ず眼科医のコメントを記載すること。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

神経障害の評価

末梢神経障害: 有り・無し
有りの場合（深部腱反射、末梢知覚検査、神経伝達速度など）
具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自律神経障害: 有り・無し
有りの場合（CVRR の低値、起立性低血圧、膀胱機能障害、消化管運動障害など）
具体的に ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

付録 3

動脈硬化性病変の評価

虚血性心疾患 ： 有り･無し

臨床症状（胸痛など）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

心電図所見（心電図コピー要添付）：

安静時**（必須）**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

負荷時＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（マスター、エルゴメーター、トレッドミル）

心エコー所見**（虚血性心疾患有りあるいは疑われる場合）**＿＿＿＿＿＿＿＿

冠動脈ＣＴ、冠動脈造影負荷あるいは心筋シンチの所見

（虚血性心疾患有りあるいは疑われる場合）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

胸部ＸＰ所見**（所見コピー要添付）（必須）**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

腹部ＸＰ所見＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

脳血管障害 ： 有り･無し

臨床症状（脳血管障害に起因する症状）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

頭部ＣＴ・ＭＲＩ所見**（脳血管障害有りの場合）**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

末梢血管障害 ： 有り･無し

臨床症状（間歇性跛行など）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＡＢＩ　　右 ＿＿＿＿＿＿　　左 ＿＿＿＿＿＿

その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以上の大血管障害が存在する場合は、必ず主治医または循環器専門医の全身麻酔下での手術が可能かどうかのコメントをつけて下さい。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

悪性疾患　有無の評価

上部消化管内視鏡検査**（所見コピー要添付）**

腹部エコーまたは腹部ＣＴ**（所見コピー要添付）**

便潜血（ヒトＨｂ法）：陽性の場合は大腸内視鏡検査

乳がん検診、子宮がん検診**（所見コピー要添付）**

腫瘍マーカー：**（所見コピー要添付）**

AFP（　　），　CEA（　　），　CA19-9（　　），

CA125　女性（　　），　PSA　男性（　　）

付録 3

呼吸機能検査、 経皮的動脈血酸素飽和度（SpO_2）の結果

一般検査項目

HBs-Ag（ +, - ） HBs-Ab（ +, - ） HCV-Ab（ +, - ）
WaR（ +, - ） TPHA（ +, - ）
HIV-Ab（ +, - ） HTLV-1-Ab（ +, - ）
CMV-Ab（ +, - ）

以下の項目について、最近 2 年間のデータがあれば記載して下さい。
（別に経過を示す表又は図を加えることも可）

検査施行日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	備考
WBC /mm³				
RBC /mm³				
Hb g/dl				
Plt /mm³				
尿蛋白 g/日				
尿 ALB mg/gCr				
尿ケトン体定性				
AST IU/l				
ALT IU/l				
γ-GTP IU/l				
ALP IU/l				
Ch-E U/l				
TP g/dl				
Alb g/dl				
T-Bil g/dl				
T-CHO mg/dl				
TG mg/dl				
HDL-C mg/dl				
LDL-C mg/dl				
Na mEq/l				
K mEq/l				
Cl mEq/l				
Ca mg/dl				
P（無機リン） mg/dl				
PTH-インタクト pg/ml				
BUN g/dl				
Cr mg/dl				
eGFR ml/min/1.73m²				
PT（INR）				
APTT 秒				
CRP mg/dl				

付録 3

附則

1. 本申請書は、1999 年 6 月 7 日より使用開始し、2001 年 3 月、2009 年 12 月、2015 年 3 月、2016 年 11 月、2017 年 8 月、2019 年 6 月、2020 年 5 月、2024 年 10 月に再度改訂しました。今後も、時機に応じて改訂することがあります。

2. 判定作業上必要な場合には、主治医に地域適応検討委員会への参加を求めることがあります。

3. 移植施行までの待機期間の取り扱い
   膵臓移植の適応と判断され、レシピエントとして登録された後は、レシピエント医療施設に　おいて、一般検査に加え糖尿病の進行度、腎症等の合併症の検査を定期的に行い、レシピエントの病態とその是正を行って下さい。
   また、移植直前は、移植実施施設において、それまでの検査結果を参考に必要な検査を行い、移植に向けての準備を行うことになります。

4. **移植ネットワーク登録後 2 年を経過した時点で再調査させていただきます。**移植施設の担当医から主治医及びまたは患者さん本人に連絡をさせていただきますのでよろしくご協力をお願いします。

付録 4－①

自己申告書

この度、貴委員会が示されました、膵臓移植実施施設に関する基準を当施設は全て達成しており、その準備も完了し膵臓移植を実施する意志があります。

貴委員会による施設監査の受け入れも施設長の同意の上実施可能です。

ここに必要書類（論文別冊を含む）を添付し、報告致します。

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

施設名・診療科名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診療科責任者署名・捺印

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

施設長署名・捺印

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

移植関係学会合同委員会　殿

膵臓移植中央調整委員会　殿

付録 4－②

膵臓移植実施準備状況報告書

1. 申請施設の名称、所在地

2. 申請者（氏名、所属、連絡先住所、電話番号、FAX 番号）

3. 膵臓移植チームの代表者（氏名、所属、役職）

4. 膵臓移植チームの構成員一覧
（氏名、所属、役職、役割分担、腎臓移植の経験の有無・経験症例数なども、分かれば併記して下さい。）

5. 膵臓移植手術及び患者管理への参加経験者
Ⅰ．膵臓移植手術参加医師リスト: 氏名、所属、役職、略歴
（以下の内容を必ず記載して下さい。）
a. 経験した施設名
b. 当該施設における身分
c. トレーニング期間
d. トレーニング内容（経験症例数なども、わかれば併記して下さい。）
（注：当該施設の責任者の確認書を必ず添付して下さい。
書式は Recommendation letter あるいは Certification を想定しています。）
Ⅱ．患者管理（血糖管理、等）参加医師リスト
氏名、所属、役職、略歴（以下の内容を必ず記載して下さい。）
a. 経験した施設名
b. 当該施設における身分
c. トレーニング期間
d. トレーニング内容（経験症例数なども、わかれば併記して下さい。）

6. 膵臓外科手術件数（最近 5 年間の年次別・疾患別・術式別件数）

7. 膵臓移植に関する研究実績（業績目録、別刷：大動物を用いた膵臓移植論文には印を付す。）

8. 腎臓移植手術件数（最近 5 年間の年次別症例数・生体／献腎別件数：
腎臓移植を担当する医師の所属施設での実績を含めます。）

9. 連携する日本糖尿病学会専門医・日本腎臓学会専門医
Ⅰ．日本糖尿病学会専門医リスト　（氏名、所属、役職、日本糖尿病学会専門医登録番号）
Ⅱ．日本腎臓学会専門医リスト　（氏名、所属、役職、日本腎臓学会専門医登録番号）

10. 麻酔指導医リスト
Ⅰ．麻酔指導医リスト（氏名、所属、役職、登録番号）
Ⅱ．腎臓等の移植手術の麻酔経験の有無・経験症例数

11. コンサルテーションを受けうる循環器内科・神経内科・眼科医
Ⅰ．循環器内科・神経内科・眼科医リスト（氏名、所属、役職、略歴、専門医等の登録番号）
Ⅱ．協力体制

12. ICU の概略
Ⅰ．規模と稼動状況
Ⅱ．スタッフリスト（氏名、所属、役職）

付録 4－②

13. 看護体制の概要
　Ⅰ．移植患者の看護についての経験（移植臓器別経験数）
　　（海外研修者があれば氏名、所属、役職、研修施設、研修時期）

14. 緊急血液透析
　Ⅰ．血液透析に関与する医師リスト（氏名、所属、役職）
　Ⅱ．協力体制

15. 緊急心臓カテーテル検査
　Ⅰ．コンサルテーションを受けうる医師リスト（氏名、所属、役職）
　Ⅱ．協力体制

16. 膵臓・腎臓移植後の急性拒絶反応の病理診断
　Ⅰ．病理学的診断を行う医師リスト（氏名、所属、役職）

17. 移植膵・腎生検について
　Ⅰ．実施体制
　Ⅱ．検査の責任者・担当者（氏名、所属、役職）
　Ⅲ．実績

18. 免疫抑制療法
　Ⅰ．コンサルテーションを受けうる医師リスト（氏名、所属、役職）

19. 免疫抑制薬の血中濃度の測定について
　Ⅰ．実施体制
　Ⅱ．検査の責任者・担当者（氏名、所属、役職）
　Ⅲ．免疫抑制薬血中濃度の測定方法と所要時間

20. 感染症に関するコンサルテーションを受けうる医師
　Ⅰ．コンサルテーションを受けうる医師リスト（氏名、所属、役職）

21. 細菌培養等について
　Ⅰ．実施体制
　Ⅱ．検査の責任者・担当者（氏名、所属、役職）

22. CMV 検査等について
　Ⅰ．実施体制
　Ⅱ．検査の責任者・担当者（氏名、所属、役職）

23. 病院全体としての支援体制
　Ⅰ．倫理委員会等のメンバーリスト（氏名、所属、役職）
　Ⅱ．貴施設における膵臓移植に対する倫理委員会等の承諾書のコピー

24. インフオームド・コンセントの手順と書式及び膵臓移植手術承諾書
　Ⅰ．レシピエントへのインフオームド・コンセントの手順と書式（患者への説明書）のコピー
　Ⅱ．膵臓移植手術承諾書のコピー

25. 臓器提供施設との間での臓器の摘出、移送に関する手続きの概要

26. 膵臓移植実施マニュアル
　Ⅰ．膵臓移植マニュアル
　Ⅱ．手術前後の看護マニュアル

27. 移植コーディネーターのリスト（氏名、所属、役職）

付録 4－③

膵臓移植実施における協力確認書

当科は施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿における膵臓移植の実施にあたり、同施設が膵臓移植に関する実施要綱に則り移植が適切に施行されるよう、これに協力します。

＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿＿日

施設名・診療科名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診療科責任者署名・捺印

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

移植関係学会合同委員会　殿
膵臓移植中央調整委員会　殿

付録 4－④

膵臓移植実施認定施設更新申請書

自己申告書

現在，膵臓移植実施施設の認定更新基準を当施設は全て達成しており，膵臓移植を実施する上で支障がありません．ここに報告致します．

貴委員会による施設監査の受け入れも施設長の同意の上実施可能です．

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

施設名・診療科名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診療科責任者署名・捺印

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

施設長署名・捺印

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

移植関係学会合同委員会　殿
膵臓移植中央調整委員会　殿

付録 4－⑤

移植関係学会合同委員会　殿
膵臓移植中央調整委員会　殿

膵臓移植実施認定施設現状報告書

1. 施設の名称，所在地

2. 膵臓移植チームの代表者（氏名，所属，役職）

3. 膵臓移植チームの構成員一覧（氏名，所属，役職，役割分担，を併記して下さい）

4. 腎臓移植手術の経験者（他施設での経験含む）［直近 5 年間］
   腎臓移植手術医師リスト：氏名，所属，役職（以下の内容を必ず記載して下さい）
   a. 経験した施設名
   b. 当該施設における身分
   c. 経験症例数と役割（術者，助手等）
   d. その他のトレーニング内容

5. 膵臓移植手術の経験者（他施設での経験含む）［直近 5 年間］
   膵臓移植手術医師リスト：氏名，所属，役職（以下の内容を必ず記載して下さい）
   a. 経験した施設名
   b. 当該施設における身分
   c. 経験症例数と役割（術者，助手等）
   d. その他のトレーニング内容

6. 脳死または心停止ドナーからの腹部臓器摘出手術の経験者［直近 5 年間］
   腹部臓器摘出手術医師リスト：氏名，所属，役職（以下の内容を必ず記載して下さい）
   a. 経験した施設名
   b. 当該施設における身分
   c. 経験症例数と役割（術者，助手等）
   d. その他のトレーニング内容

7. 連携する医師団（日本麻酔科学会専門医・日本糖尿病学会専門医・日本腎臓学会専門医）
   Ⅰ．日本麻酔科学会専門医リスト　（氏名，所属，役職，専門医登録番号）
   Ⅱ．日本糖尿病学会専門医リスト　（氏名，所属，役職，専門医登録番号）
   Ⅲ．日本腎臓学会専門医リスト　（氏名，所属，役職，専門医登録番号）

付録 4－⑤

8. 膵臓移植登録患者リスト（日本臓器移植ネットワーク登録日，ID 番号を記載）

9. 日本膵・膵島移植研究会膵臓移植実務者委員会出席状況
（過去 3 年間の出欠について報告すること）

10. 過去の実施症例（自施設症例、全症例）とその成績
症例数および術後 1 年，3 年，5 年の患者生存率（%）・膵グラフト生着率（%，患者死亡を膵グラフト喪失と考えた場合）・腎グラフト生着率（%，患者死亡を腎グラフト喪失と考えた場合，SPK のみ）を，術式（SPK，PAK，PTA）別に記載して下さい

付録 4－⑥

更新希望理由書（基準を満たさない場合）

膵臓移植実施施設の認定更新を希望しますが，当施設は現時点で更新基準を満たしておりません．膵臓移植実施認定施設現状報告書に加えて，本書類を提出しますので，認定更新の可否につきご審議お願いいたします．

１．満たしていない基準について

２．基準を満たしていない理由，今後基準を満たす見込みと計画について

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日
施設名・診療科名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診療科責任者署名・捺印

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

施設長署名・捺印

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

移植関係学会合同委員会　殿
膵臓移植中央調整委員会　殿