

## 腎臓移植施設資格基準

(資格基準の制定)

第1条 公益社団法人日本臓器移植ネットワーク（以下「社団」という。）は、定款第6条第2項に規定する正会員のうち腎臓移植施設（以下「施設」という。）に係る入会の資格等について、以下のとおり定める。

(資格基準)

第2条 施設の資格基準は以下の各項による。

- 2 死体腎移植を行うにあたり、次のとおりの移植体制を確保できること。
  - (1) 腎移植手術及び術後管理に十分な経験のある日本外科学会又は日本泌尿器科学会の専門医2名以上が常勤として施設内に存在すること。
  - (2) 腎移植を担当する外科医、又は泌尿器科医のうち、少なくとも1人以上は腎臓の摘出術及び移植術を合わせて10例以上行っていること。
  - (3) 日本透析医学会の認定医である腎不全治療及び血液透析に習熟した専門医等が1名以上施設内に常勤し、移植チームとの連携が可能であること。
  - (4) 緊急手術の麻酔を実施する体制にあること。
  - (5) 院内にレシピエントコーディネーターがいることが望ましい。
- 3 適宜相談可能な（即時的に連携可能な）医師団として、次のとおりの体制を確保できること。
  - (1) 実施する腎移植の急性拒絶反応などに関する病理学的診断について判定経験のある病理医が施設内にいるか、又は常時外部に依頼できること。
  - (2) 呼吸器、循環器、消化器、内分泌、神経内科、糖尿病、精神科、感染症などの各関連専門分野の医師にコンサルトできること。
- 4 腎移植に関する臨床検査に常時対応できること。
- 5 腎臓摘出医師の派遣について、自施設の移植希望登録患者が移植候補者になった場合は、少なくとも1人以上の医師を摘出に派遣できること。摘出の派遣ができない施設は、地域で他施設との連携を取り、合同チームの編成または他施設の協力を得ることができること。
- 6 自施設での移植希望登録患者に対し、年に1度以上の適切な評価を行うこと。

(入会手続)

第3条 入会を申請する施設は、入会申込書(様式1)に、施設調査票(様式2)及び腎臓移植医推薦状(様式3)を添付して、社団理事長に申し込まなければならない。

(変更の手続)

第4条 正会員である施設は、施設調査票に記載した腎臓移植の経験がある医師に変更があった場合は、その都度社団に届け出なければならない。

(更新の手続き)

第5条 施設の資格は3年ごとに更新するものとする。

2 更新をしようとする施設は、更新申込書(様式1-1)に、施設調査票(様式2)を添付して、社団理事長に申し込まなければならない。

3 社団理事長は、前項の更新時において、何らかの理由で基準を満たさなかった場合は、1年を限度として更新の期間を延長することができる。

## 附 則

(施行期日)

この腎臓移植施設資格基準は、平成19年4月1日より施行する。

(施行期日)

この腎臓移植施設資格基準は、平成22年4月1日より施行する。

(施行期日)

この腎臓移植施設資格基準は、平成23年7月1日より施行する。

(施行期日)

この腎臓移植施設資格基準は、平成25年4月1日より施行する。

(経過措置)

第2条第6項に定める移植登録希望患者の評価については、初回の評価に限り、平成25年4月1日より平成28年3月31日(次期更新期限)までに、すべての登録患者を評価することとする。

## 更 新 申 込 書

公益社団法人日本臓器移植ネットワーク  
理 事 長 殿

公益社団法人日本臓器移植ネットワークに更新を申し込みます。

申 込 日	平成 年 月 日	
病院又はこれに準ずるものの名称		
住 所	〒	
電話番号	( )	
FAX 番号	( )	
代表者名	印	
社団に更新申請される方が上記代表者と異なる場合は下記にご記入下さい。		
代表者名	印	
代表者 職種または地位		
住 所	〒	
電話番号	( )	
FAX 番号	( )	
正会員種別 (○で囲んで下さい)	移植施設・HLA 検査施設・透析施設・提供病院 (救命救急センター等) その他 ( )	
備 考		
社団記入欄	会員番号	更新承認日 年 月 日

## 入 会 申 込 書

公益社団法人日本臓器移植ネットワーク  
理 事 長 殿

公益社団法人日本臓器移植ネットワークに入会を申し込みます。

申 込 日	平成 年 月 日	
病院又はこれに準ずるものの名称		
住 所	〒	
電 話 番 号	( )	
FAX 番 号	( )	
代 表 者 名	印	
社団に入会される方が上記代表者と異なる場合は下記にご記入下さい。		
社団入会代表者名	印	
社団入会代表者 職種または地位		
住 所	〒	
電 話 番 号	( )	
FAX 番 号	( )	
正会員種別 (○で囲んで下さい)	移植施設・HLA 検査施設・透析施設・提供病院 (救命救急センター等) その他 ( )	
備 考		
社団記入欄	会員番号	入会承認日 年 月 日

# 施設調査票①

(様式2)

年 月 日

病院名称		代表者名	
所在地	〒		
ブロック	北海道 ・ 東北 ・ 関東甲信越 ・ 東海北陸 ・ 近畿 ・ 中国四国 ・ 九州沖縄		
移植部門代表者		職名	
事務担当者		職名	
TEL	( )	FAX	( )
<b>当該施設の腎臓移植実績</b>			
	昨年の移植数	累計 ( 年～ 年)	
生体腎移植			
死体腎移植			
<b>腎臓移植の経験がある医師 (3名以上の場合は別紙)</b>			
氏名			
診療科			
職名			
経験症例数	生体腎移植	例	生体腎移植 <span style="float: right;">例</span>
	死体腎移植	例	死体腎移植 <span style="float: right;">例</span>
	死体腎摘出	例	死体腎摘出 <span style="float: right;">例</span>
学会名・認定番号			
<b>腎不全治療及び血液透析を担当する医師</b>		<b>麻酔を担当する医師</b>	
氏名		氏名	
診療科		診療科	
職名		職名	
経験年数		麻酔指導医等	指導医 標榜医 なし
学会名・認定番号			
<b>地域で連携をとることができる腎臓移植施設</b>			

# 施設調査票②

(様式2)

移植患者入院病棟の看護体制				
病棟責任者名		病床数	床	
看護基準				
看護者数	看護師	名	准看護師	名
	その他	名		
ICU設置状況	床 ( )			
院内コーディネーター設置状況	いる ( ) 名 ・ いない			
(相談可能な) 経験のある病理診断医				
所属・職名		氏名		
コンサルテーションできる医師 (医師団)				
	担当者氏名	所属	職名	
呼吸器				
循環器				
消化器				
内分泌				
神経内科				
精神科				
感染症				
免疫学的治療				
臨床検査実施体制				
	担当者氏名	所属	職名	
移植希望登録患者評価実施体制				
自施設での移植希望登録患者に対し、年に1度以上の適切な評価を行うことが できる ・ できない				

# 腎臓移植医推薦状

(様式3)

年 月 日

推薦者（指導責任者）			
氏名（自署）			
所属施設		診療科/役職	
TEL	( )	FAX	( )

被推薦腎臓移植医			
氏名			
所属施設		診療科/役職	
経験症例数	生体腎移植	例	
	死体腎移植	例	
学会名・認定番号			

<p>推薦の理由</p>
--------------

(注) この推薦状は日本移植学会もしくは日本臨床腎移植学会の評議員で、申請施設以外の施設に所属する医師が記載してください。