

あなたの善意が育てます。いのちへの優しさとおもいやり

つなげられる「いのち」がある

臓器移植は善意の提供により
成り立つ医療です。あなたの意思で
救える「いのち」があります。

 臓器提供の
意思表示を



運転免許証の意思表示欄

備考	
氏名	山田 太郎
性別	男
生年月日	1979.01.01
住所	〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1
氏名	山田 太郎
性別	男
生年月日	1979.01.01
住所	〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1

その他、健康保険証・
マイナンバーカード・
インターネット登録サイトにて
意思表示ができます。



目 次

ページ

巻頭言	
新年のごあいさつ	1
公益財団法人千葉ヘルス財団 代表理事 平山登志夫	
在宅ケア充実に向けての取材記事	2
小児難病在宅ケアをサポート	
千葉ヘルス財団在宅ケア部会委員 小俣 卓	
臓器移植推進に向けての取材記事	2
「意思表示」で救える命がある	
千葉ヘルス財団臓器移植部会委員 松宮 護郎	
令和4年度在宅ケア研修会	3
(テーマ 小児難病患者等への在宅ケア連携 ～医療的ケア児への支援～)	
講師 児玉 一男 氏 田邊 良 氏	
竹花真由美 氏 鈴木 昌 氏	
令和4年度地域在宅ケア研修会	13
(テーマ 海匝地域における在宅での看取りの現状 ～そのときにあなたは何かができますか～)	
講師 福島 俊之 氏 英 香代子 氏	
令和4年度臓器移植についての市民公開講座	19
(テーマ 肺疾患の治療と移植医療)	
講 師 鈴木 秀海 氏 川崎 剛 氏 原田 佳奈 氏	
体験談 秋元奈穂美 氏 飯田 恵以 氏	
講師派遣による臓器移植推進出前講座	33
臓器移植推進出前講座の実施状況	36
講師 河合 容子 氏	
2022グリーンリボンキャンペーン千葉の実施報告	38
(公財) 千葉ヘルス財団の事業 令和3年度	39
(公財) 千葉ヘルス財団役員および企画委員名簿	44

巻頭言

新年のごあいさつ



公益財団法人千葉ヘルス財団
代表理事 平山登志夫

あけましておめでとうございます。
皆様には、清々しい新年を迎えられたこととお慶び申し上げます。また、千葉ヘルス財団の事業推進に格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、千葉ヘルス財団は、関係団体、医療機関の専門職、行政をはじめ、多くの方々に支えていただき、在宅ケアや臓器移植等に関連した活動を行っております。

在宅ケアにおいては、新たな治療法や医薬品・介護支援機器等が開発されたことや、支援体制が整備され、患者のご家族の負担が少しずつですが、軽減されてきました。そのような中、財団では研修会等において患者支援を行っている方々からお話を聞き新たに発生した問題、若しくは、対応できていない問題を把握するとともに、関係者との共有を進めています。

たとえば、ALS等の難病患者の方が、勤務を続けるための課題や支援について、また、医療的ケアを必要とする児童が、新生児医療の発展によりこの20年間で約2倍、その内、在宅人工呼吸器を使用する患儿が約20倍となったことに対応できる支援体制の整備について、さらに、在宅ケアを担っている家族の高齢化問題についてなどです。

問題解決には、多くの関係者が主体的に考え、しっかり連携していくことが必要と考えておりますので、財団の活動が問題解決の一助となれるよう活動してまいります。

臓器移植は、世界では1963年に肝臓・肺、67年に心臓が行われ、日本でもほぼ同時期の65年に肺、68年に心臓が移植され新たな治療法として国民の関心と期待を集めました。しかしその後、68年の心臓移植においてドナーやレシピエントへの対応に疑念が生じたことから、臓器移植や脳死判定に対し国民の不信が発生してしまいました。

約30年後の97年に臓器移植法が施行され再び脳死患者からの臓器移植が可能になり、移植以外に治療法のない患者に治療の道が開かれました。

千葉ヘルス財団は91年の設立時から臓器移植に関する啓発活動を継続しています。

しかしながら、臓器移植で救われる患者さんはなかなか増えず2021年末実績で、移植待機患者約1万5千人のうち移植できたのは、わずか317人(約2%)という状況です。

当財団では、国民の臓器移植に対する関心の低さが大きな要因と考えております。臓器移植でしか根本の治療方法がなく移植を待ち何年・何十年も闘病を続けている患者さんがいることを、ご自身や家族の事として考えていただき移植医療に関心を持っていただけるよう引き続き啓発活動を続けてまいります。毎年10月にグリーンリボンキャンペーンや市民公開講座などを行いますので、皆様のご参加をお待ちしています。

また皆様には、ぜひ臓器移植に関する意思表示をお願いします。令和3年の総務省の調査では意思表示を行っている方は10.2%で、前回平成29年の調査より減少しています。「提供する」「提供しない」いずれも尊重されるご意思ですので、保険証や免許証などの裏に意思を記入し、そのことをご家族と共有していただくようお願い致します。

最後になりましたが、皆様のますますのご活躍とご健勝を祈念いたしまして、年頭の挨拶といたします。

令和4年度在宅ケア研修会

小児難病患者等への在宅ケア連携～医療的ケア児への支援～

令和4年度の在宅ケア研修会では、難病等を抱える小児の在宅療養者(医療的ケアを必要とする患者等)の支援を実施している医療、訪問看護、介護、行政関係者の講演を行い、小児在宅医療連携関係者の共通認識と意識高揚を図るとともに、今後の小児在宅療養者への支援体制の推進に寄与することを目的としています。

【開場】午後1時

日時 令和4年9月11日(日) 午後1時30分～5時

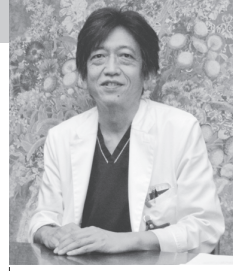
場所 ホテルポートプラザちば 2階ロイヤル 千葉市中央区千葉港 8-5

※JR京葉線・千葉駅モレール(千葉みなと駅より徒歩1分) (駐車場に限りがございますので、公共交通機関をご利用下さい。)

- 内容
座長 在宅ケア部会委員 小俣 卓
講師・演題
在宅診療所における医療的ケア児支援～東葛地域の実践を踏まえて～ 児玉 一男 氏(あおぞら診療所新松戸 医師)
子どもの笑顔を支える! 支えるための支援、医療とは 山田 良 氏(千葉県千葉リハビリテーションセンター 小児神経科 医師)
通所施設での、医療的ケア児への思いと支援、そして、本人達の気持ちと家族の思い 竹花真由美 氏(特定非営利活動法人Apoca a pococ 代表理事)
医療的ケア児等に対する県の支援体制について 鈴木 昌 氏(千葉県健康福祉部障障福祉事業課 課長)
受講者数及び対象者
受講者数 140名(入場無料・申込先着順)
対象者 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員、難病患者、その家族行政職員、一般県民など在宅ケアに関する者

小児難病在宅ケアをサポート

(公財)千葉ヘルス財団 在宅ケア部会委員 小俣 卓 医師に聞く 千葉県こども病院 小児神経内科



重い症状の小児難病が治療可能に

小児科の神経内科医として難病患者のケアに携わってきた小俣卓医師が、千葉県こども病院で最先端の高度な治療のかたちを、在宅ケアへの移行や災害時の対策にも取り組む。現場の思いを聞いた。
急増する医療的ケア児支援制度の充実に期待
『小児難病患者と携わってきた』
25年前に小児科医となった小俣卓は、現在小児科医として勤務している。研修時代に培った経験が、この分野に携わってきた。
『小児科医としての経験と、脳や神経の病気を持つ小児科医としての経験とを兼ねて、在宅ケア領域の支援が必要』
『難病と診断された子どもは、治療の場を問わずに、医療的ケアが必要な状態になる。』
『在宅ケア領域では、治療の場を問わずに、医療的ケアが必要な状態になる。』
『在宅ケア領域では、治療の場を問わずに、医療的ケアが必要な状態になる。』

おまたたく 小児科専門医・指導医。小俣卓医師(千葉こども病院)。小俣卓医師(千葉県こども病院)。小俣卓医師(千葉県こども病院)。

治療可能な小児難病

治療可能な小児難病が急増する医療的ケア児支援制度の充実に期待。小俣卓医師の経験と、在宅ケア領域での取り組み。在宅ケア領域での取り組み。在宅ケア領域での取り組み。

2022 臓器移植についての市民公開講座

10月は「臓器移植普及推進月間」です。臓器提供の意思表示にご協力をお願いします。

～肺疾患の治療と移植医療～

臓器移植は、臓器の機能が低下し、移植でしか治らない人に、臓器を移植し、健康を回復しようとする医療で、臓器提供者はもとより、広く社会的理解と支援がなくてはなりません。

日時 令和4年10月23日(日) 午後1時30分～5時(開場1時)

場所 ホテルポートプラザちば 2階ロイヤル 千葉市中央区千葉港 8-5

※JR京葉線・千葉駅モレール(千葉みなと駅より徒歩1分) (駐車場に限りがございますので、公共交通機関をご利用下さい。)

- 内容
座長 臓器移植部会長 竜 崇 正 氏
主催者挨拶 千葉県健康福祉部疾病対策課長
基調講演
「命をつなぐ肺移植」 鈴木 秀海 氏
「命をつなぐ肺移植」 鈴木 秀海 氏
「命をつなぐ肺移植」 鈴木 秀海 氏

「意思表示」で救える命がある

(公財)千葉ヘルス財団 臓器移植部会委員 千葉大学大学院医学研究院心臓血管外科学 松宮 護郎 教授に聞く

他国に比べ心臓ドナー(臓器提供者)が圧倒的に少ない日本で、いかに移植についての理解を広めていくかが課題となっている。千葉大学医学部(千葉市中央区)の心臓血管外科の医師として心臓移植手術を手掛ける、植込型補助人工心臓の開発にも携わる松宮護郎教授に、心臓移植の現状と今後について話を聞いた。



まつみや 護郎 千葉大学大学院医学研究院心臓血管外科学教授。千葉大学医学部附属病院心臓血管外科医師。

「提供できない」といわずに「家族間の意思共有を」といって、心臓移植の現状と今後について話を聞いた。心臓移植の現状と今後について話を聞いた。心臓移植の現状と今後について話を聞いた。

患者の行動制限をなくす心臓移植。心臓移植の現状と今後について話を聞いた。心臓移植の現状と今後について話を聞いた。心臓移植の現状と今後について話を聞いた。

令和4年度 在宅ケア研修会

小児難病患者等への在宅ケア連携
～医療的ケア児への支援～

2022.9.11 ホテルポートプラザちば

令和4年度在宅ケア研修会

小児難病患者等への在宅ケア連携
～医療的ケア児への支援～

日時 令和4年9月11日(日)
午後1:30～5:00(開場 午後1:00) **先着140名
入場無料**

会場 **ホテルポートプラザちば
2階 ロイヤル**
千葉市中央区千葉港8-5
※JR京葉線・千葉市モノレール「千葉みなと駅」より徒歩1分
(駐車場に限りがございますので、公共交通機関をご利用下さい。)

QRコード又は
裏面の申込書で
申込みください。

内容 講演

在宅診療所における医療的 ケア児支援 ～東葛地域の現状を踏まえて～ あおぞら診療所新松戸 医師 児玉 一男氏	こどもたちの笑顔！ 生活を！、 支えるための支援・医療とは 千葉県千葉リハビリテーションセンター 小児神経科 医師 田邊 良氏
通所施設での、医療ケア児者へ の思いと支援、そして、本人達の 気持ちと家族の思い 特定非営利活動法人poco a poco 代表理事 竹花 真由美氏	医療的ケア児等に対する 県の支援体制について 千葉県健康福祉部障害福祉事業課 課長 鈴木 昌氏

お申込み・お問い合わせ 公益財団法人千葉ヘルス財団(千葉県健康福祉部疾病対策課内)
TEL: 043-223-2663

主催/公益財団法人千葉ヘルス財団
後援/千葉県、千葉市、(公社)千葉県医師会、(一社)千葉市医師会、(一社)千葉県歯科医師会、
(一社)千葉県薬剤師会、(公社)千葉県看護協会、(一社)千葉県老人保健施設協会、(一社)日本ALS協会千葉県支部、
特定非営利活動法人千葉県腎臓病協議会、(一社)千葉県訪問看護ステーション協会、
特定非営利活動法人千葉県介護支援専門員協議会、社会福祉法人千葉県社会福祉協議会

令和4年度在宅ケア研修会【主催者挨拶】

日時：令和4年9月11日

場所：ホテルポートプラザちば

千葉ヘルス財団の平山と申します。開会にあたり、一言、ご挨拶させていただきます。

本日は、休日の午後にもかかわらず多くの方々に、ご参加いただきまして誠にありがとうございます。

現在コロナ感染症の第7波が続いておりますが、行動制限が発令されていないため会場での開催といたしました。しかしながら、医療や介護及び行政の現場からは多数の新規感染者の発生が続く中、対応に追われて参加が難しいとお話しもございました。

財団といたしましては、講師の方々にご協力をいただき本日の講演の内容を年明けに発行を予定している機関誌やホームページに掲載し、参加できなかった方々にもお知らせする予定です。

さて、本研修会は、在宅ケアを推進するため、医師、看護師、介護職員、行政職員並びに県民の皆様を対象に、毎年、開催している研修会です。

今年度は、「小児難病患者等への在宅ケア連携～医療的ケア児への支援～」をテーマに、長年小児難病と在宅ケアにかかわってきた3名の方からのお話と、県の支援体制について、県の担当課長からご講演をいただきます。

小児在宅ケアへの支援も、少しずつですが体制が構築されてきておりますので、それぞれの視点からお話しをいただき、現在の状況や今後求められる対策などについて皆さんと共通の認識を持ち、将来に向けた準備のきっかけになればと考えております。

本日の研修会が、難病を抱えるお子様やご家族への支援強化に繋がることを祈念いたしまして、簡単ではございますが開会にあたっての挨拶とさせていただきます。



主催者挨拶

当財団 在宅ケア部会長 平山 登志夫

講演

在宅診療所における医療的ケア児支援
～東葛地域の現状を踏まえて～

あおぞら診療所 新松戸
児玉 一男

1. 小児在宅医療の現状



小児在宅医療が徐々に必要とされてきた背景に、新生児・小児医療の進歩、それに伴う医療的ケア児の増加があります。図1にあるように医療的ケア児の総数は、全国で平成17年

の9400人あまりから2021年20180人と倍以上に増加し、在宅人工呼吸器の利用は2021年5214人と増加、25%を占めるに至っています。医療的ケア児が増加するNICUから退院できずにいる問題を契機に、医療的ケア児が在宅で過ごすのに必要な支援・社会資源が極端に少ない状況が浮き彫りになりました。その支援の必要性から在宅医療の需要は高まり、病院と地域の在宅支援ネットワークのつなぎ役として徐々に拡大をしてきました。

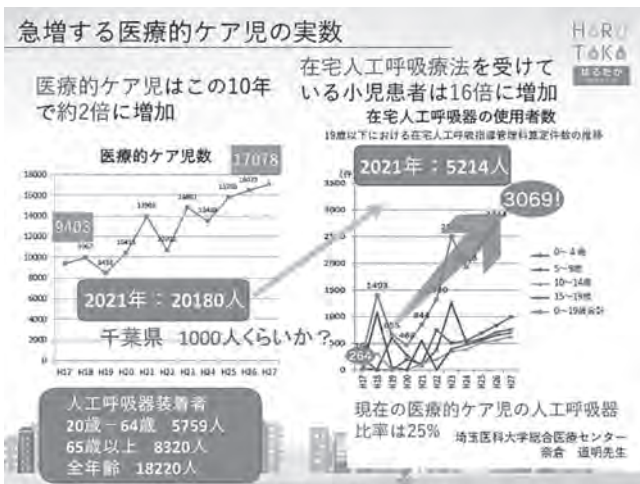


図1 急増する医療的ケア児数

2. あおぞら診療所の活動

1999年に松戸で設立したあおぞら診療所は、前述のような背景があり小児在宅医療に力をいれていきました。医療法人財団はるたか会を設立し、2011年には都

内での在宅医療の必要性の高まりを受けてあおぞら診療所墨田を開設しました。さらに2017年にあおぞら診療所仙台、2018年に静岡、2019年に世田谷と開設を続け、小児在宅医療の拡充を進めています。現在では小児患者1000人以上を超え、その殆どが医療的ケア児であり、6割ほどで在宅人工呼吸器管理を行っている現状です。今年千葉県京葉地域を対象にあおぞら診療所まくはりを開設するため準備をしてきました。

3. 東葛地域における現状

あおぞら診療所新松戸は松戸市新松戸に拠点を置き、松戸市内の成人患者約300人と周辺の東葛地域の小児患者約200人を対象に訪問診療を行ってきました。常勤医師7人、非常勤医師3人、看護師2人で24時間365日の診療体制を組んでおります。小児患者の対象地域は松戸・柏・流山・我孫子・鎌ヶ谷・白井・市川の一部としており、他に小児在宅を行う医療機関がないため車で40-50分程度の距離まで対応しています。実際には松戸市37%・柏市30%で3分の2を占めておりました。年齢は小学生以下が64%でしたが、小児科を卒業する高校生以上の患者が26%を占め、医療的ケア児の高年齢化が進む今後はさらに割合が増えていくと思われます。

小児患者の疾患は多岐にわたり、図2のようになります。様々な染色体異常や先天異常、筋疾患・循環器疾患・代謝疾患、また周産期要因の脳性麻痺、出生後では脳炎脳症後の後遺症などがありました。ほぼ全員が医療的ケア児ですが、他に脳腫瘍の終末期患者も4人います。

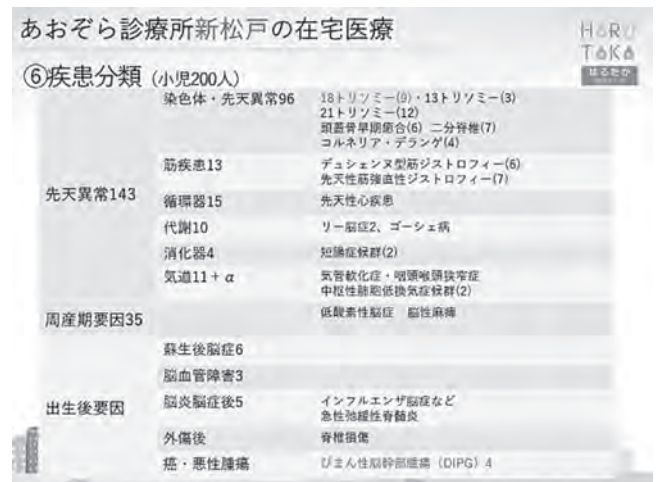


図2 あおぞら診療所新松戸 小児疾患分類

患者様の医療的ケアについては図3のようになりま
す。呼吸系の医療的ケアについて、気管切開は41.0%
(人工呼吸器併用が32.5%)、非侵襲的陽圧換気療法が
25.5%を占め、在宅人工呼吸器利用は合わせて58%を
占めております。栄養に関して、経鼻胃管やEDチュー
ブ・胃瘻の割合は合計66%を占めました。当然重複し
ている患者が大半であり、非常に濃厚な医療的ケアを
有している患者の割合が多いと考えられました。

緩和医療については、2021年1月以降20歳未満の在
宅看取り患者数は11人でした。脳・脊髄腫瘍4人、白
血病2人、他に悪性リンパ腫などが5人で、現在も脳
腫瘍4人をフォローしています。コロナ禍で病院での
面会が制限される中、在宅での療養希望は高まる傾向
にあり、また在宅医療の認知が高まるにつれて今後も
終末期を在宅で過ごすニーズは確実に増加していくと
思われます。

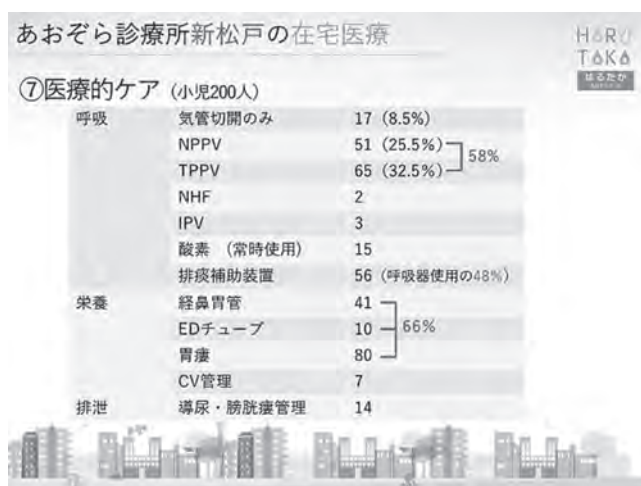


図3 あおぞら診療所新松戸
小児における医療的ケアの実数

4. 小児在宅医療の現場

主治医制ではなくチーム制であり、医師・PA
(Physician assistant)・運転手の3人で訪問を行
います。様々なICT技術を駆使して診療と同時にその
情報を共有することで、主治医制でなくチーム制で
あってもしっかりと患者情報を把握することが可能とな
り、かなり広い範囲で夜間土日も含めてしっかりと
した対応を可能にしています。訪問は月2回の定期往診
で診察・処方・処置などを行って日々の体調管理や療
養のアドバイスを行い、体調悪化時などは24時間電話
対応を行い、必要に応じて臨時で往診を行います。処
置は気管カニューレや胃瘻ボタンの交換、尿やCVな

ど各種カテーテルの管理を行い、在宅酸素や呼吸器に
よる呼吸管理も行います。採血などの検査は定期的ま
たは体調悪化時に行い、検査会社に提出なので結果判
明が翌日にはなりますが、CRP検査は診療所で迅速
に行えるので同日確認できます。新型コロナウイルス
やインフルエンザなどの各種迅速検査、補液や点滴抗
菌薬、高カロリー輸液などの点滴治療、輸血なども在
宅対応可能です。終末期の疼痛緩和にはオピオイドを
PCAポンプ使用で投与可能です。高度に医療依存が
高い医療的ケア児であっても、在宅で病院に近いレ
ベルでの治療を可能とすることで、不安なく在宅移行で
きるよう整備してきております。

5. 在宅での呼吸管理について

呼吸管理が必要な医療的ケア児者の病態について、
簡単に説明します。在宅人工呼吸器の使用法として
は、NPPV (Non Invasive Positive Pressure
Ventilation: 非侵襲的陽圧換気) の場合とTPPV
(Tracheotomy under Positive Pressure
Ventilation: 気管切開下陽圧換気) があり、それら
が必要な病態、代表的な疾患をあげると下記の①～⑤
に大別されます。①中枢性無呼吸・換気不全: 先天性
肺胞低換気症候群など ②呼吸筋の機能低下による換
気不全: 脊髄性筋萎縮症、筋ジストロフィー、ミオパ
チーなど ③気道の閉鎖や狭窄: 咽頭狭窄症・喉頭軟
化症、気管・気管支軟化症 ④胸郭変形による換気障
害: 脳性麻痺の側弯・胸郭変形・関節拘縮などによる
2次障害 ⑤唾液の気道への垂れ込み防止: 脳性麻痺
の嚥下障害で誤嚥を繰り返す場合) それぞれの病態
で気管切開や呼吸器管理の導入タイミングは異なるた
め、病態を理解して予測をつけて必要があります。

6. あおぞら診療所まくり開設について

東葛地域であおぞら診療所新松戸を中心に発展して
きた小児在宅医療ですが、千葉県で最も人口が多い地
域である京葉地域 (市川市・船橋市・千葉市の周辺)
では小児を対象とした訪問診療所がなく、殆どの医療
的ケア児は医療に関しては基幹病院との結びつきのみ
で日常生活を送っています。医療的・社会的要因によ
り通院困難がある医療的ケア児の支援として、このエ
リアにも訪問診療所を開設し、サポートする方向で準
備を進めてきました。今年10月1日にあおぞら診療所

まくはりを開設し、今後は基幹病院と連携しながらサポートを進めます。具体的には、JR線・京成線の幕張本後駅付近に診療所を開設し、千葉市・船橋市・習志野市・市川市・八千代市・四街道市などを対象地域とします。対象者は何らかの医療的ケアを有して通院が困難な児者、癌などで終末期を迎えて在宅療養を希望する児者ですが、基幹病院への通院も並行しながら診療にあたります。年齢は小児および小児期発症の疾患で成人に達した方も対象としております。訪問診療を希望される方は遠慮なく相談していただけたら幸いです。

こどもたちの笑顔を！生活を！、 支えるための支援・医療とは

千葉県千葉リハビリテーションセンター

小児科（小児神経科）

田邊 良



私は千葉県千葉リハビリテーションセンターに勤務し、小児科医として、障がい児者医療に携わらせていただいています。病院で働いている者の立場となりますが、本研修会

のような多職種に渡る支援者や、当事者家族に向けての話をさせていただく機会は、積極的に引き受けています。その理由は、日頃から働く中で感じることでもあるのですが、重い障がいを持つこどもたちの生活を支えるにあたっては、体調を整えるにあたっては、病院の診察室での外来診療のみで行えることは、限定的であると感じているからです。生活を支えるにあたって、体調を整えるにあたって、普段、家でどのようなケアを行えるか、学校や療育施設、成人通所施設にて、どのようなケアを行ってもらえるのかが、とても重要だと感じています。よって、こうした研修会で医師が話をすることによって、日頃からの疑問の解決や、ケアの意義を知ること、そして、結果として支援者の不安が一つでも減ってくれたのなら、大変意味のあることだと思っています。特に今回の研修会の対象となる医療的ケア児は、医療的ケアがあることによって、支

援者にとってのケアへの心理的なハードルが必要以上に生じてしまうことがあります。研修会を通じて、医療と福祉の架け橋に、医療と教育との架け橋に、病院と訪問型支援との架け橋に、その役割を少しでも果たせ、障がいを持つ子と、その家族の力に少しでもなればと考えています。そして、タイトルにもあげたように、こどもたちの笑顔につながっていただければと、願っています。

日頃からのケアの大切さは、言い換えると、例えば、肺炎になってから治療を開始するのではなく、肺炎にならないために普段からどのようなケアを行えるのか、後者の方が何倍も重要だということです。また、ここで大切なことは、家は病院ではない、ということです。病院では専門知識を持った看護師が、交代勤務の上で24時間体制でのケアに当たります。家で家族に同等のことを求めることは間違っています。在宅では家族にとって無理なく、生活とケアとのバランスを取りながら、体調を整えていくことが目指すべき形になっていきます。

今回の研修会では、スライド1にあげた、『一番かわいい時期に、いっぱいいっぱい、かわいがって欲しいな』、『必要以上に大変になって欲しくないな』、『親と子、それぞれの“自立”を目指して欲しいな』、これら3つをテーマにあげ、話をしました。

伝えたいこと

『一番かわいい時期に、
いっぱいいっぱい、かわいがって欲しいな』

『必要以上に大変になって欲しくないな』

『親と子、それぞれの“自立”を目指して欲しいな』

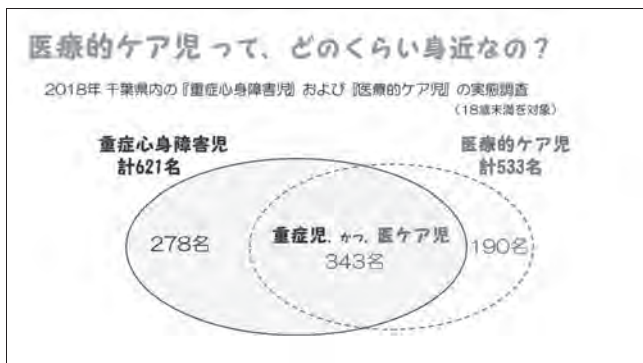
スライド1

『いっぱいいっぱい、かわいがる』、当たり前のことのように思われますが、障がいを持つこどもであっても、健常児であっても、必ずしも当たり前ではありません。親の価値観や、育児支援の有無によって、容易に左右されるものと言えます。特に障がいを抱える児の場合は、支援や協力の有無によって、より大きな影響が生じます。例えば、昼夜を問わず、1時間に何回

もの吸引手技が必要で、保護者が十分な睡眠や休息を取れないと、こどもに常には優しい気持ちではいられなくなってしまったり、心身のバランスが崩れてしまっても不思議ではありません。よって、医療的ケアを必要とする幼児にも、日中にこどもを安心してあずけられるサービスの充実が望まれます。医療的ケアを必要とする乳幼児の保護者への支援は、特に大切だと一人の小児科医として強く感じるところです。

『必要以上に大変になって欲しくないな』、これは医療的ケアを必要とする重症児において、感じる人が多い課題です。同時に医療者側、特に小児科医が重症児医療に精通することによって、減らせることが多い課題とも感じています。“必要以上に多数の内服薬になっていないかな?”、“注入時間は短くできないかな?”、“吐きやすい子に対して、吐きづらくする工夫はできているかな?”、“排痰がもっと上手にできれば、呼吸が楽になるのにな。”、こうした点になります。在宅生活での視点も取り入れて、必要以上に大変にならないよう、困難にさせないよう、意識していかなければなりません。

研修会では、その他の話題として、スライド2からスライド6にあげる内容に触れました。スライド2は、2018年に行われた千葉県内の『重症心身障害児および医療的ケア児の実態調査』の結果です。千葉県内の18歳未満の児で、重症心身障害児は621名、医療的ケア児は533名、重症心身障害児かつ医療的ケア児は343名の結果でした。医療的ケア児でいて、重症心身障害児ではない190名には、いわゆる“動ける医療的ケア児”と呼ばれるこどもたちが多く含まれています。



スライド2

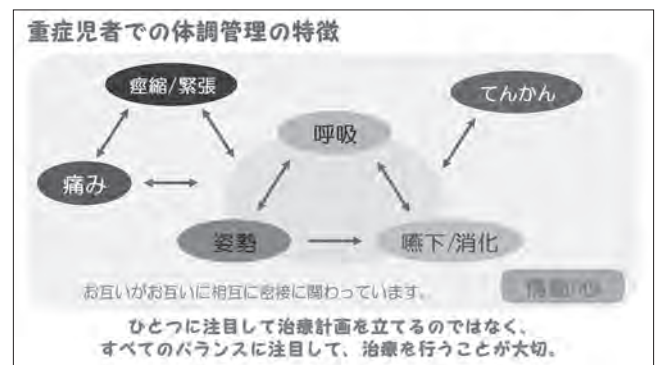
スライド3は、未来を見据えたアプローチの大切さ

を表わしています。現時点での困っていること、症状に対してのアプローチはもちろん大切です。一方、5年後、10年後を見据えて、支援者が目標や課題を家族に伝え、イメージを共有しながら、心の成長を促すことであったり、多くの姿勢を取り入れることを、進めていくことも同様に大切になります。さらに、小児医療の分野においてもアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の重要性が近年、指摘されています。



スライド3

スライド4は、重症児での体調管理の特徴をあげています。重症児は様々な症状を合併することが多く、その症状が各々、他の症状にも影響を及ぼしています。例えば、呼吸障害が強ければ、食事は上手には食べられません。また、治療として、抗てんかん薬の内服を行い、けいれん発作の頻度が減少しても、その薬の副作用によって、眠気やせろつき、吸引回数が増えてしまうこともあります。つまり、治療を行う際には、一つの症状のみに注目して治療計画を立てるのではなく、すべてのバランスに注目して治療を行うことが必要になります。



スライド4

スライド5、6は、2021年9月に施行された『医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律(医療的ケア児支援法)』に関する話題です。医療的ケア

児では、スライド5にあげるような個人モデル・医学モデルの障がいがあり、その結果として、同スライドの社会モデルの障がいが生じてしまう課題があります。このような社会モデルの障がいが生じることを予防することを目的とした法律が、医療的ケア児支援法になります。法律の施行により、医療的ケアを必要とするこどもたちに、こどもとしての当然の権利、環境が整うことが期待される場所です。また、医療的ケア児支援法により、各県に医療的ケア児支援センターの設置が義務づけられました。千葉県では、千葉県千葉リハビリテーションセンター内に、千葉県医療的ケア児等支援センター（通称、ぼらりす）が開設されました。開設に伴い、これまで以上に支援の充実と、関係機関との連携とを進めていきたいと考えています。

医ケア児が抱えることがある障がい		
個人モデル 医学モデル		社会モデル
<ul style="list-style-type: none"> ・視が上手に出せない ・お口から食事が摂れない ・体力が低い ・運動が苦手 ・言葉が苦手 	<p>こどもらしく、こどもたちの中で遊ぶ機会が得られない</p> <p>発達促進につながる経験を積むことができない</p> <p>体力向上の機会が得られない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・保育園、学校で医ケアを行ってもらえない ・保育園に入れてもらえない ・保護者が学校での待機を求められる ・保護者が就労につけない

スライド5

(愛称) **ぼらりす** 千葉県医療的ケア児等支援センター (2022.7月開設)

医療的ケアがあってもなくても、小児期のみでなく成人期も。



千葉県医療的ケア児等支援センター

ぼらりす

愛称の「ぼらりす」は、北極星の星で、空を見上げるといつも北の空で光を放つ北極星のように、千葉県のどこに暮らしていても、迷った時に道標となれることをめざして、命名しています。

“地域で支え合い、そして、輝いて”

スライド6

通所施設での、医療ケア児者への思いと支援、そして、本人達の気持ちと家族の思い

特定非営利活動法人poco a poco 代表
竹花 真由美



障害児を育てている保護者で、学校、通所、自宅以外での過ごす場所を作ろうとの思いでサークルから始め、2005年に特定非営利活動法人poco a pocoとして設立しました。

poco a pocoとは、イタリア語の音楽用語で、ゆっくりゆっくりとの意味です。焦らずゆっくりゆっくりと成長していこうとの思いです。

現在事業所として、生活介護い〜ぼ（重度の障害、強度行動障害、重度心身障害、医療的ケア）放課後等デイサービス ぼこあぼこ（肢体不自由児、重度の障害、重度心身障害、医療的ケア）児童発達支援ぼこあぼこ（重度の障害、重度心身障害、医療的ケア）の方々利用されています。医療的ケアとしては、経管栄養…鼻腔栄養、胃ろう栄養、吸引…鼻・口・気管切開、呼吸器…施設での使用者は現在いませんが、夜間使用、帰りに使用、来所前に使用、カフアシスト、インスリン注射、血糖チェック、導尿、ガス抜き、浣腸の方が通って来ています。様々な医療的ケアが必要な児者がいます。

医療的ケア児者は、生まれた時から、体調の変化、不慮の事故様々です。入院生活が長い方もいます。自宅で生活が始まると、医療的ケアは家族が行う事が主になります。初めての事ばかりで戸惑いながら子育てが始まります。できると思っていたがなかなか難しい、毎日毎日大変でクタクタになる。休まる時間がなかなか無いなどの話を聞きます。子育ての中に医療的ケアが含まれるので、本来必要な関わりがなかなかできない様子があります。

障害児者は日中どのような生活をしているのでしょうか？ほとんどの方々は、病院と自宅が主であり、その中で、通園に通っている・学校に行く・放課後デイサービス・通所・短期入所です。日中の生活が充実しているのでしょうか？充実しているのではと思う方も

いるかと思いますが、そこで何をしていますのでしょうか？親と一緒にしょうか？お友達と一緒にしょうか？楽しい場所なののでしょうか？行きたいと思う気持ちなのか？

また、自宅で生活しているとき何をしていますでしょうか？寝ている事・テレビを見ている事・音楽を聴いている事・父と母は何をしいのかかわからない・どうかかわっていいのかかわからない・遊び方を知らないなどの声を聴きます。親子の関わりがなかなか難しいと感じます。小さい時からの生活がその状況のため、様々な経験不足になっています。そのため、過敏・笑顔がない・好きな事・楽しいことがわからない・自傷・指を口に入れる・視線が合わない等があります。

いろいろなことを経験することが必要です。自宅でなかなかかわりが難しい、ため息ばかり父と母、一緒に遊んでもらいたいけどなかなかできない様子があります。通所で経験したことを伝えよう。・活動の内容を教える・～事したら、表情がかわったよ・びっくりしているような表情・手がいやいやな動きをしているような感じ・言葉をかけると、首が動いてきた等、を伝えると、「こんな事したことない」「自宅では絶対無理」「こんな遊びがあるんですね」「家でやってみます」父と母からこのような言葉があるとうれしく感じます。少しの発達と一緒に喜ぶことができるのはとてもうれしい事だと思います

通所に通う事とは・・・楽しい場所であること・笑顔が出る事・行きたい気持ちになる・好きなことが増える・苦手なことの経験・初めての経験・久しぶりの経験・そして安心できるところと気持ちを分かってくるところ（伝えたい気持ちを理解してくれる）もう一つ大事なことは、父と母の為ではなく、障害児者の為であることで主役であることではないでしょうか。

医療的ケア児者の父と母の言葉としてよく聞きます。「なんで、医療ケアの子だけが、分離が出来ないの？」「ずーっと一緒にいないと行けないの、いつまで一緒にいないといけないの」「学校行っても、みんなは離れているのに、離れる事が出来ない」「通園施設もずっと親子通園」「母親が休めるならばいいんです」と本人の事で考えることではない内容が父親の言葉。

そして預けたとき、離れることができたとき、「初めて預けたら、何をしたらいいのかわからなかった。」と笑顔で伝える。「久しぶりにランチできた」「体が休

まった」迎えに来た時の親の表情は笑顔です。たださみしいこととしては、預けることが日常の生活になると、預けることの意味と必要性が変わってくる事があります。本人の気持ちは考えないで、利用をするようになること、父と母とのかわりが少なくなってしまう事です、おかあさん・おとうさんを必要としています、父と母にしかできない事あります、それを分かって欲しいと思います。父と母はみんな大好きです、親の笑顔が大好きです。親の笑顔がないと笑顔がわかりません。小さい時から親の笑い声と表情を見ています。それで子供たちも笑顔になります。笑わない子供たちは笑顔を知らないのです。だから親の笑顔は必要です。

いろいろな経験は必要です、父と母と離れて過ごすことは必要ですが、忘れてはいけないことは、子供の笑顔は、親の元気の素。親の笑顔は、子供の元気の素。

保護者同士の会話・おしゃべりを、子供たちは近くで、ずっと聞いているだけ、黙って待っている子供たちです、でも、話をしている時のお父さん・お母さんは笑顔ですごくうれしそう。しょうがない、待ってよう。

子育てで少し休む時間は必要だと思いますが、子供たちの気持ちも考えてほしいと思います。行きたくない気持ちを体で訴えるケースあります。短期入所前に熱が出る、体調が悪くなる、ご飯を食べない等様々です。通所も短期入所・入所等すべて、安心して、楽しく過ごせる場所となって欲しいと願っています。また、慣れるために必要とよく聞きますが、慣れとは何でしょうか？よく考えてみて欲しいと思います。慣れるとは諦めることにもなると思います。

重度心身障害児者たちは、気持ちはたくさん持っています、ただ伝えるのがなかなか難しい事です、わからないからではなく、個々にわかって欲しいと思います。誰かの手伝いが必要です。それを理解していただけたらと思います。大変との言葉をよく聞きますが、できないことは、手伝いをしないと、生活はできません、それを分かっていたらただけたらと思います。

医療的ケア児等に対する 県の支援体制について

千葉県健康福祉部障害福祉事業課長
鈴木 昌



県障害福祉事業課では、障害福祉全般の業務を行っており、障害福祉施設や事業所の運営関係の指導、障害者虐待防止に関する施策、千葉リハビリテーションセンターの運営、そ

して、現在廃止に向けて利用者の移行を進めていますが、袖ヶ浦福祉センターの運営を行っています。そうした中で療育支援の部分で医療的ケア児の支援も行っています。

・医療的ケアを必要とする子どもに対する国の支援動向

医療的ケア児が年々増加している状況の中、令和3年9月に医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律が施行され、国、地方公共団体、保育所等設置者、学校等設置者の責務が位置づけられました。その中で、地方公共団体は、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に医療的ケア児及びその家族に対する支援を行うこととされています。

法律では、医療的ケア児及びその家族等に対し、専門的にその相談に応じ、情報提供等を行うこと、医療、保健、福祉、教育、労働等に関する業務を行う関係機関への医療的ケアに関する情報提供、研修、連絡調整を行うこと、これらの業務について、都道府県知事が、指定した社会福祉法人等に行わせるか、自ら行うことができることとされています。

なお、県では、令和4年4月に社会福祉法人千葉県身体障害者福祉事業団を医療的ケア児支援センターとして指定し、7月1日から相談窓口を設置しました。

また、障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しが行われており、厚生労働省社会保障審議会障害者部会において行われており、医療的ケア児の成人期への移行を見据え、成人期の生活に対応した障害福祉サービスにおける医療的ケアの評価のあり方について引き続き検討を行うこととなっています。

・これまでの千葉県の取組概要

千葉県では、平成23年度より医療的ケア児等支援のための取組を実施しています。

平成23年度から平成25年度の「障害児等支援訪問看護センター事業」は、小児の訪問看護等に先進的に取り組む訪問看護ステーションに事業委託し、障害児の在宅生活の支援を行いました。この事業の実施で把握した課題等を踏まえ、平成25年度及び平成26年度に国のモデル事業「小児等在宅医療連携拠点事業」を実施しました。

その後、平成27年度からは、「小児等在宅医療連携拠点事業」により、人材育成研修や医療的ケアのある子どもに対する相談支援手引書の作成等を行い、平成30年度には、県内の重症心身障害児者、医療的ケア児者について、具体的に、氏名、性別、生年月日、住所、運動機能と知的発達の段階、手帳の取得状況等を調査し、実態を把握しました。

また、医療的ケア児等の支援体制整備に関し、関係機関と連絡調整等を行うため、専門部局、部門で構成された「千葉県医療的ケア児等支援地域協議会」の設置や、市町村で医療的ケア児等の支援を調整する医療的ケア児等コーディネーターの養成研修を実施し、3年間で172名が研修を修了しました。今後は、研修修了者の活用とコーディネーターの配置を進めていくこととしています。

さらに、平成29年度から令和2年度にかけては、「医療的ケア児保育支援モデル事業」を実施し、保育所等において、医療的ケア児の受け入れを可能とするための体制を整備するため、看護職員や補助者の配置等に補助等を行いました。なお、この事業は、令和3年度からは一般事業化されています。

・第七次千葉県障害者計画、千葉県における支援の現状

第七次千葉県障害者計画には、障害のある子どもの療育支援体制の充実として、医師、看護師等医療関係者のスキルアップ、各市町村または圏域において関係機関の協議の場の設置、医療的ケア児に対する関連分野の支援を調整するコーディネーターを育成して配置を働きかけていくこと等の取組を掲げています。

協議の場については、令和3年度には31市町村（共同設置を含む）に設置されており、令和5年度末までに全市町村又は圏域での設置を目標としています。

また、医療的ケア児等コーディネーターは令和3年度までに13市6町に34人配置されており、令和5年度までに60人の配置を目標としています。

医療型障害児入所施設の入所定員については、現状、不足していると認識しておりますので、今後についてはしっかりと考えて取り組んでいきたいと思っています。

千葉県における医療的ケアの必要な子ども等への支援の現状				
○医療的ケア児等の人数及び生活拠点 (H30年度調べ) (単位:人)				
	計	在宅	施設	病院
重心児	621	516	92	13
重心者	874	398	466	10
医ケア児	533	431	76	26
医ケア者	419	206	203	10
○地域における協議会の設置状況等 (H4.4.1時点)				
令和3年度まで	22箇所(17市1町3圏域)			
令和4年度以降	新たに6市町(予定)			
○医ケア児支援調整コーディネーターの配置状況等 (H4.4.1時点)				
令和3年度まで	13市6町34人			
令和4年度以降	新たに5市町(予定)			
○医療的ケア児を受け入れている保育所等の数				
25 (H2年度)				
○新生児科等からの在宅移行支援研修受講者数				
32名 (H30年度及びH31年度)				
○小児等訪問看護師育成研修受講者数				
273名 (H30年度、H31年度、H32年度)				
○医療的ケア児等コーディネーター養成研修受講者数				
172名 (H30年度、H31年度、H32年度)				
○千葉県内の給養介護・医療型障害児入所施設				
6施設(4市)。定員588名 (H4.4.1時点)				

・千葉県医療的ケア児等支援センター

医療的ケア児と家族のニーズを把握して適切な支援につなげるために、令和4年4月1日、社会福祉法人千葉県身体障害者福祉事業団を医療的ケア児支援センター（通称：ぼらりす）に指定し、7月1日に千葉リハビリテーションセンター内に相談窓口を設置しました。センターでは、医療的ケア児等とその御家族の相談窓口として、専門のコーディネーターが様々な相談に対応し、必要に応じて各分野の専門職からアドバイスを行います。電話やメールのほか、医療的ケア児等と御家族がくつろげる空間である家族支援ルームでの相談にも対応しています。

○相談窓口利用時間：午前9時～午後5時

(土・日曜日・祝日、年末年始を除く)

センターでは、地域の体制づくり支援、看護師や保育士などの専門職に対する研修会の開催、実習の受入を実施し、医療的ケア児等を支援する人材育成も行っていきます。

なお、7月1日の相談窓口の開所の際には、県民の皆様様に障害福祉の分野、特に医療的ケアに目を向けていただきたいと思います。熊谷知事による看板の設置や、家族支援ルームの視察、来所していた医療的ケア児とその家族との対話の様子を、多くの報道機関に報道していただきました。



・令和4年度における千葉県の取組

まず、先にご説明した医療的ケア児等支援センター業務を実施します。この他、医療的ケア児等に対応する看護師人材確保のための支援として、NICUを設置する県内の周産期新生児科所属看護師等を対象とし、医療的ケア児等の入退院支援や退院後の訪問看護及び在宅医療に関する研修を実施します。また、医療的ケア人材として期待される潜在看護師等に対し、研修や障害児通所支援事業所等の就職先の紹介、就職後のフォローアップを実施します。

さらに、保健、医療、福祉、保育、教育等の分野における有識者等で構成される千葉県医療的ケア児等支援地域協議会において、医療的ケア児等の支援体制整備に関する関係機関との連絡調整、施策推進に関する協議を行います。

また、保育の部分では、医療的ケア児保育支援事業として、医療的ケアを必要とする子どもの受入体制の整備を推進するため、保育所等における看護師の配置や、保育士の喀痰吸引等に係る研修の受講等への支援の実施、在宅移行児童一時支援事業として、NICUやGCUに長期入院していた小児等を、保護者の要請に応じて一時的に受け入れ、人工呼吸管理、栄養管理等を含むリハビリテーション等を行う医療施設に対し、運営費の助成を行います。

その他に、県立学校看護師等指導事業として、医療的ケアを実施する県立学校が、安全で確実な医療的ケアを実施できるようにするため、児童生徒への手技を中心とした個別研修を行い、指導医による看護師及び医療的ケア担当教員への指導を実施します。

また、県立学校が安全で確実な医療的ケアを実施できるようにするため、千葉県の医療的ケアガイドラインについての検討を行うほか、医療的ケア専門性向上

研修の実施や医療的ケア課題検討会議として、医療的ケア児を取り巻く様々な問題について、関係者で協議し課題解決に向けて取り組みます。

医療的ケア児支援のための資源や人材の不足を実感しており、県として様々な面で支援ができるようにし、よりよいものにしていきたいと考えています。



基調講演座長の小俣委員



受付の様子



司会の大谷事務局長



基調講演の様子（その1）



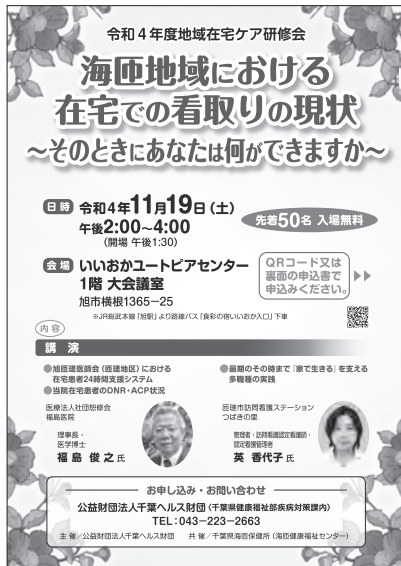
基調講演の様子（その2）

令和4年度 地域在宅ケア研修会

海匝地域における在宅での看取りの現状

～そのときにあなたは何かができますか～

2022.11.19 いいおかユートピアセンター1階 大会議室



「旭匝瑳医師会（匝瑳地区）における在宅患者24時間支援システム」
「当院在宅患者のDNR・ACP状況」

医療法人社団恕修会 福島医院
理事長・医学博士
福島 俊之



匝瑳市人口約34,000人、高齢化率35.5%を超える高齢化の進んだ地域にあり、旭匝瑳医師会（時は八日市場市匝瑳郡医師会）は在宅ケアに積極的に取り組んできた。平成4年から八日市場市匝瑳郡医師会の在宅ケア委員会所属医師を中心に、主治医・保健師・看護師・理学療法士・ヘルパーなどを交え、毎月1回の定例症例検討会を開催していた。この検討会の中で在宅患者の病状急変時に主治医に連絡が取れず、本人、家族は入院を拒否し、訪問看護ステーション看護師や保健師が非常に対応に苦慮した症例が報告された。これを受け、八日市場市匝瑳郡医師会では平成11年より当番医制の在宅患者24時

間支援システムを開始した。このシステムは、12名の医師と入院施設を持つ3つの後方支援病院が参加して開始された。現在は10名の医師と入院施設を持つ3つの後方支援病院が参加して運用されている。（図1）

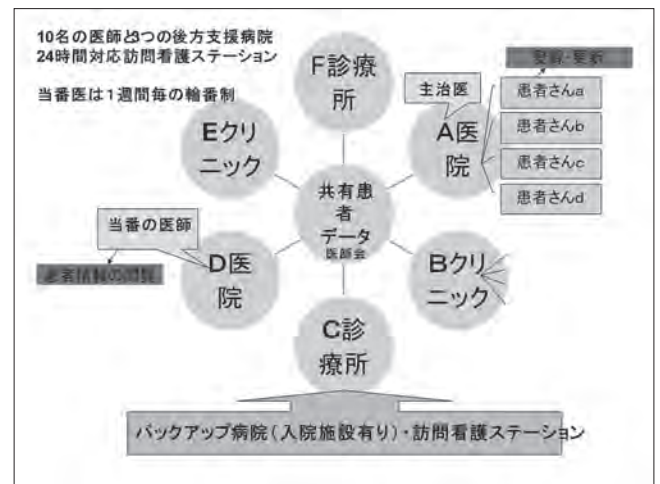


図1

当初このシステムは、主治医が医師会事務局にFAXで患者登録を行い、医師会から患者情報（病名・経過・治療内容・緊急時の対応・患者住所など）を当番医師にFAXし、当番医師が登録された患者情報のファイル、動態地図、連絡用ノート、携帯電話をカバンに入れて持ち、1週間ごとに次の当番医師に引き継ぐという非常にアナログ的な方式で開始された。（図2）



図2

この方式にはデータの登録や変更の際に医師会を経由するため、正月等長期の休みにタイムラグが発生すること、事務局の負担の増大、増加する情報量への対応、カバンの引渡し方法等いくつかの問題点(図3)があり、平成13年からITを利用した情報ネットワークの共有システムの構築を開始した。実際には在宅患者データベースサーバを設置し、各医師が暗号化されたセキュリティーソフトをインストールしたノートパソコンを持ち、各自が在宅患者データの新規登録、更新、削除をリアルタイムで行うこととし、平成14年4月よりシステム協力医師間で在宅患者所在地図を含む最新情報を、インターネットを通じて共有することが実現した。(図4)

患者登録などの作業はワープロ感覚で行え、パソコン初心者でも十分使いこなせるようにした。

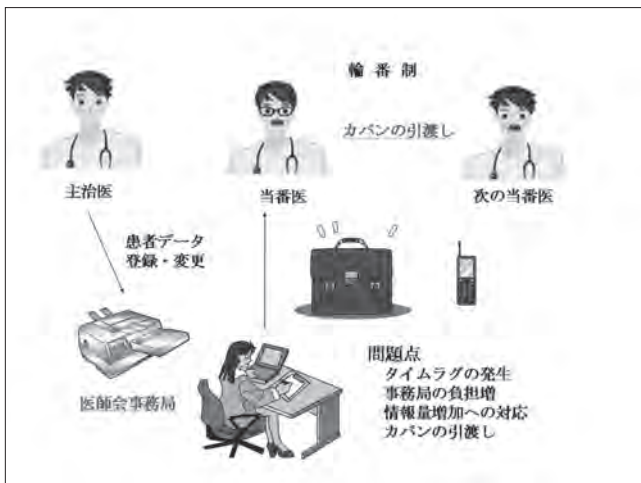


図3

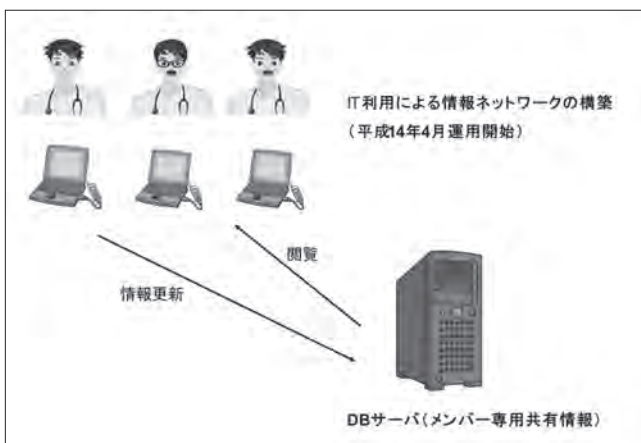


図4

この支援システムは(図5)に示すとおり寝たきりで通院が出来ず、基本的に在宅医療をうけており、システムに同意されたかたを対象としている。



図5

システムの運用例を図6、7、8で説明する。

同意の得られた患者宅には(図6)に示した連絡についての注意書きを置き、緊急時の連絡について説明をおこなっておく。

A医院の患者dの病状が悪化し、どうしても主治医に連絡が取れないとき、患者dは図6の2どうしても連絡がつかない時の連絡先に電話をする。この電話は医師会にあり、転送システムを用いて当番医の携帯電話に転送される。当番であるD医院の医師は自分のパソコンで患者データサーバからA医院の患者dの情報を見て(図7)、電話での相談や往診に出向くことになる。(図8)

連絡について

緊急時の連絡について
 往診を受けている旨お申し出ください

1. まず、かかりつけ医に連絡しましょう。
 電話・医院 A医院(仮)
 自宅 1234-56-7890(仮)
 携帯 090-1234-5678(仮)
2. どうしても連絡がつかない時は
 電話・携帯 090-8765-4321(仮)
 に電話して下さい。
 緊急支援の先生が応答してくれます。

かかりつけ医 住所 八日市場市ト-111(仮)
 機関名 A医院(仮)
 医師名 山田 太郎(仮)

図6

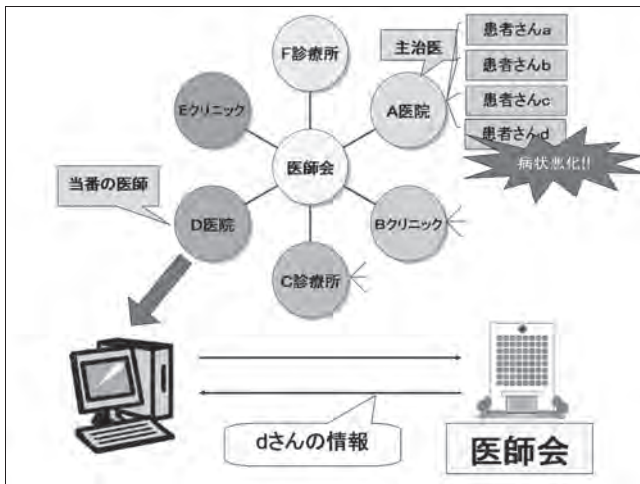


図7

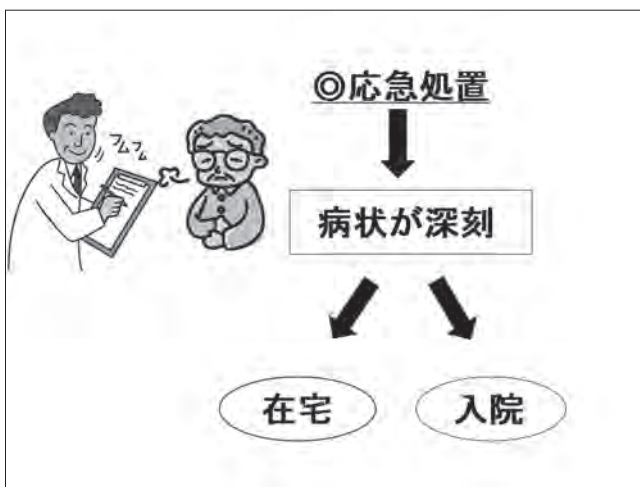


図8

現在は掲示板も設置し、病状悪化の可能性のある患者がいる場合でやむをえず不在にする際など、前もって当番医に連絡が出来るようになり、連携もより円滑になっている。

平成14年4月4月1日から令和4年6月30日までの延べ登録患者数544名、令和4年6月30日時点での登録患者数61名である。実際の緊急支援回数はコロナ禍以前は年3～10回であったが、令和3年7月1日～令和4年6月30日の支援回数は0回であった。

旭地区では全国有数の旭中央病院という大病院があり、共同での在宅医療は進んでいないが、在宅に特化した医療機関が2施設ある。

続いて令和3年7月1日～令和4年6月30日の間に当院から在宅医療を提供し、死亡された患者について

検討した。全死亡数は21名で在宅見取りの方が13名であった。在宅見取りの方は訪問看護の導入が多く、ACPIはほぼ全例で意思の確認（本人からの確認が困難な場合は家族からの確認）が取れていた。DNRについても5例で了解が得られていた。

最期のその時まで 「家で生きる」を支える他職種の実践

匝瑳市訪問看護ステーションつばきの里
英 香代子

I. はじめに ～看取りの捉え方～



「看取り」という言葉をどのように捉えていますか。医療・介護・福祉関係者にとって、死の場面を連想する言葉に捉えられがちですが、本来「看取り」とは、「そばにいて世話を

する」「死期まで見守る」という意味があり、在宅においては、最期のその時まで生きることを支える過程と捉えることができます。よって、看取りは、「死」ではなく「生」と捉え関わるのが重要です。支援者には、死期の迫っている人が「生ききる」ための技術や知恵、工夫の提供が求められています。

II. 家での看取りを視野に入れた準備

近年の新型コロナウイルス感染症の蔓延により、死期が迫っていても、家で最期の時まで暮らしたいと希望される方も増加傾向です。家での看取りを視野に入れた時には、以下のような段階を踏みながら多職種で関わる必要があります。

家で看取りはできるのか？ もちろん可能です

Step 1 本人・家族・介護者は、急を要するような治療、回復を期待するような治療、心肺蘇生を含む延命的な処置や治療は対象外になることなど、在宅での医療や看取りの特徴を理解し、了解する

Step 2 かかりつけ訪問診療医を決める

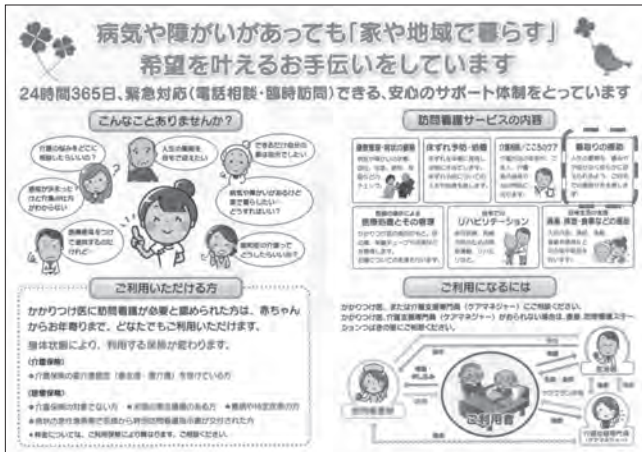
Step 3 「訪問診療」と必要時医師の指示での「訪問看護」による医療提供を受ける

Step 4 在宅看取りに対する本人・家族(本人が意思表示できない場合は家族)の同意を得る

Step 5 在宅療養中に、本人・家族の希望に変化や変更はないかを確認

Ⅲ. 看取り支援における訪問看護ステーションの活用

家での看取りは、多職種の連携のもと行われます。中でも訪問看護は、24時間対応体制をとっている事業所も多く、医療と介護にまたがるサービス提供が可能です。対象者の病状を踏まえて、生きるための生活をマネジメントする役割を担う訪問看護サービスは、看取り期においても有効に活用できる重要なサービスの一つです。どうぞご活用ください。



Ⅳ. 実際の事例を通して、家での看取りを考える

1. がんの痛みのある人を家で看取る

Aさん 70歳代男性。膵臓がん末期で、多発性肝転移・骨転移あり。家族・親族大勢に囲まれ、家で永眠されました。

1) つらくなく生きるための疼痛コントロール

Aさんは癌性疼痛による腰痛の出現があり、医療用麻薬を内服されていましたが、十分な徐痛には至っていませんでした。そのため、本人・家族・医師・薬剤師・訪問看護師が主に関わり、効果的除痛のための薬剤量の調整を行いました。経口内服が困難となり、医療用麻薬の持続皮下注射へ薬剤投与方法を変更しました。変更後も、継続して除痛を維持することができました。

2) 当たり前の生活を維持するためのサポート

～介護サービスの活用～

死期が迫っていても、当たり前に生活するためのサポートは必須です。Aさんに対し、介護支援専門員は、対象者の意向を確認しながら必要な介護サービスの提案と計画立案を行いました。その計画に基づき、訪問介護員は、Aさんが清潔に不快なく過ごすための支援や、家族への介護疲労の軽減および精

神面への労いなど、細やかに支援しました。そして、福祉用具専門相談員は、他職種と連携しながら、AさんのADL状況に合わせて福祉用具の迅速な提供を行いました。徐々に自分の思うように動かなくなっていく身体を持つAさんに対し、最期のその時まで、家で当たり前前に暮らせるよう支援提供がなされました。

3) Aさんらしく生ききるための土台創り

～医療サービスの活用～

在宅医は、定期的な訪問診療と身体状態悪化時に複数回の往診を実施し、病状と今後予測される状態についての説明を行いました。また、薬剤師や訪問看護師と密な情報共有を図りながら、適切かつ迅速に薬剤を処方しました。

訪問看護師は、Aさんの身体状況に合わせた訪問頻度の調整を行いながら、本人・家族・関係者へ情

報提供を行いました。また、Aさんの経口摂取量やADL、意識の低下に合わせて支援し、本人の意願であるビールを飲むことや、最期の時まで諦めずにAさんの意思表示を促す関わりを続けました。病状の変化に対する家族の不安に対し、定期訪問と24時間問わず臨時訪問で対応しました。

2. もう治療しないと決めた人を家で看取る

Bさん 60歳代男性。胃がん末期で高度貧血状態。Bさんは、積極的治療は行わず自宅療養を希望され、自分のことは最後まで自分でやりたい意思の強い方でした。家族は介護休暇をとって支援し、本人の希望通り家で永眠されました。

1) 入浴を継続したい本人の思いを叶えるために、 通所サービス利用時の急変を予測して対応する

Bさんは、徐々に低下する身体機能から、自宅での入浴に不安があり、デイサービスで入浴支援を受けていました。病状が悪化するにつれ、デイサービス職員から身体状態の急変に対する不安の声が聞かれるようになりました。そこで、関係者間で本人の意向とデイサービス職員の不安内容をもとに検討し、「心肺蘇生に関する事前指示書」を活用することで医師の承認を得て、デイサービス職員の不安の軽減を図るとともに、永眠されるまでの間、Bさんはデイサービスでの入浴を継続することができました。

2) 本人の意志を尊重するための手続き

当香取海匠地域では、三次救急を担う基幹病院の救急部門を中心に、地域の医療機関や消防署と連携し「心肺蘇生に関する事前指示書」や「不搬送に関する確認書」等が整備されています。本人・家族の事前の意思表示と主治医の承認及び書面の記載により、Bさんの意志を尊重した地域での対応が可能となりました。

3. 「家がいい」という老衰の人を家で看取る

Cさん 90歳代男性。廃用性障害、変形性膝関節症、臀部褥瘡、心不全。体重100kgを超える肥満体型でケアに対する拒否があったため、介護サービスの導入が困難で、介護負担が増大していました。

1) タイミングをみて介護サービスの導入を図り、 家族の介護負担を軽減する

Cさんは、寝たきり状態になっても、介護者への威圧的対応や介護サービス導入拒否が続き、介護者は心身の負担を抱えていました。そこで、介護支援専門員は、Cさんの身体状態や入退院などのタイミングを見逃さず、Cさんの理解を得ながら、徐々に介護サービスを導入していきました。

2) 最期を穏やかに過ごすために、 連日看護師が訪問し家族の気持ちを固める

老衰による身体衰弱は緩やかに進行するため、死に対する家族の思いを意図的に支援者が固めていく必要があります。Cさんの全身状態悪化が顕著になった頃より、主治医から特別訪問看護指示書の交付を受け、看護師の連日訪問を開始しました。

最期の時の理解を促すパンフレットを用いながら毎日支援し、家族は自宅看取りに対するイメージを明確にし、看護師に不安を表出しながら介護を継続することができました。

V. 在宅看取りを支援する専門職の実践から見えること

在宅看取りを支援する専門職は、①苦痛やつらさを取り除くことをあきらめずに、病気と向き合い、その人らしく生ききるための土台を創る、②当たり前前に生活するためのサポートは欠かせない、③介護サービス導入のタイミングを見極め、家族にも目を配る、④本人の思いを叶えるための、事前調整が必要かつ重要、であると考えます。

専門職の支援が、本人・家族への安心感となり、本人の「生ききる」を支える重要な要素であることを私たちは意識しながら、今後も実践し続けていきたいと思えます。



主催：(公財)千葉ヘルス財団 平山代表理事と
千葉県海匝保健所 井元保健所長 (左から)



講師：英 香代子 氏、福島 俊之 氏 (左から)



講演会の様子 (その1)



講演会の様子 (その2)



講演会の様子 (その3)

令和4年度 臓器移植についての市民公開講座

～肺疾患の治療と移植医療～

2022.10.23(日)13:30～ ホテルポートプラザちば2階 ロイヤル



2022 臓器移植についての市民公開講座
～肺疾患の治療と移植医療～

日時 令和4年 10月23日(日)
13:30～17:00 (開場 13:00)

会場 ホテルポートプラザちば 2階 ロイヤル
千葉県中央区千葉港8-5

先着80名入場無料
QRコード又はQRコードの読み取りで入場ください

プログラム

主催者挨拶 千葉県健康福祉部疾病対策課長 ◎ 座長 臓器移植協会長 電 崇正 氏

1. 「命」をつなぐ肺移植
千葉大学医学部附属病院呼吸器病外科 鈴木 秀海 氏

2. 肺移植が拓く未来
～内科医の視点から～
千葉大学医学部附属病院呼吸器内科 川崎 剛 氏

3. 患者さんの人生に寄り添って
～レジリエントコーディネーターという存在～
千葉大学医学部附属病院肺移植コーディネーター 原田 佳奈 氏

体験談

私の肺移植体験談
肺移植体験者 秋元 奈穂美 氏

日本の肺移植医療の現状
公益財団法人ちばヘルス財団 藤田 恵以 氏

お申込み・お問い合わせ 公益財団法人ちばヘルス財団 (千葉県健康福祉部疾病対策課内)
TEL: 043-223-2663

本日、臓器移植についての市民公開講座を開催するに当たり、主催者を代表し一言御挨拶を申し上げます。

はじめに、新型コロナウイルス感染症対応については、県民、医療関係者、関係機関の皆様の多大なる御協力をいただき、感染者が減少傾向となっています。9月には国から、高齢者・重症化リスクのある方に対する適切な医療の提供を中心とする考え方に転換し、新型コロナウイルスへの対応と社会経済活動の両立をより強固なものとした、Withコロナに向けた新たな段階に移行することが示されました。

重症化リスクをお持ちの方におかれましては、まだまだ不安な思いを抱えられていることと存じますが、県としましては、保健医療体制の強化、県民の皆様への適切な情報発信に努めてまいりますので、引き続き、御協力をお願いいたします。

さて、臓器移植法施行から25年、改正から12年経過しました。全国で脳死下での臓器提供数が増加傾向にある一方、内閣府の調査によると、臓器提供に係る意思表示をしている人は、およそ1割程度に留まってお

り、「する」「しない」の意思表示や、その意思の家族間での共有は、未だに進んでいないのが現状です。

臓器移植は、一人ひとりの意思表示とご家族の承諾、さらに、広く社会の理解と支援があって、初めて成り立つ医療です。

本日の公開講座を身近な方と臓器移植についての話をするきっかけとしていただき、より多くの方々と臓器移植への理解を深めていただけると幸いです。

結びに、お忙しい中、講演を快く引き受けて下さった講師の皆様にご感謝申し上げますとともに、御参加いただいた皆様の御健勝と御多幸を祈念して、私の挨拶とさせていただきます。



主催者挨拶

千葉県健康福祉部疾病対策課出浦課長

第1部 基調講演

「命」をつなぐ肺移植

千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学

鈴木 秀海

1. はじめに

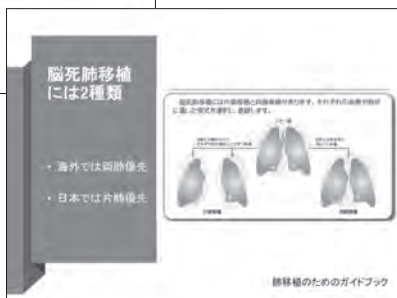
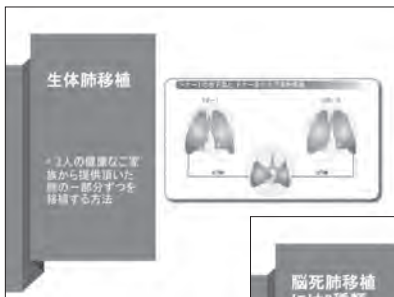


肺移植は、最大の内科的治療を行っても改善せず進行して死に至る慢性進行性肺疾患患者から病的肺を摘出し、提供されたドナー肺を移植する最終的な治療方法です。これまで

全世界で様々な努力と工夫を重ねることにより、ようやく世界に広く普及し、現在は一般的な治療法として定着しつつあります。しかし現在も多くの課題を抱えており、日本ならではの問題も数多く存在し、医療者のみならず、社会全体でその対策を考えていく必要があります。



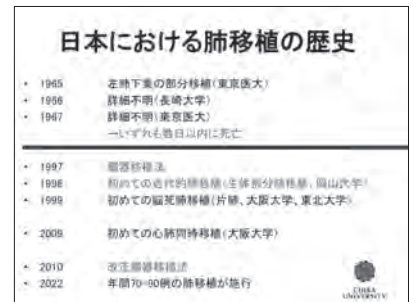
主に肺移植に関して、外科的な視点から概説して、その優れた点と、これから改善していく必要のある点を確認したいと思います。そのうえで日本全体、あるいは世界全体でこの移植医療をどのように発展させていくべきなのか一緒に考えて行きたいと思います。なお本寄稿に使用している図やイラストは「肺移植のためのガイドブック」と「臓器提供ハンドブック」から引用させて頂いております。



2. 肺移植の歴史と現状

まず肺移植の歴史から見て行きましょう。肺移植の臨床の第1例目は1963年の米国ミシシッピ大学のHardyらにより行われた左片肺移植を実施したものとされています。この症例は移植後18日目に亡くなられたわけですが、その後も1978年まで世界で38例の肺移植が行われるも、いずれも術後早期に死亡されました。しかし新規の免疫抑制薬であるシクロスポリンをカナダ、トロント大学のCooperらが肺移植で初めて導入し、1983年に長期生存例を得ることに成功し報告されました。

日本の歴史は1960年代から複数の施設で肺移植が試みられましたが、その後の移植に関連した脳死診断に疑問が持たれ、メディアや世論は臓器移植に批判的となりました。日本の肺移植は、1998年の岡山大学による生体肺移植から開始され



ました。翌年には大阪大学、東北大学で片肺移植が成功し、徐々に移植数は増加していくことになりました。脳死肺移植の数はあまり増えない状況が続きましたが、これを変えるきっかけになったのが、2010年7月の臓器移植法の改正です。これにより生前に脳死者本人から臓器提供の意思表示が行われていなくても、家族の同意があれば臓器提供可能となり、また15歳未満でも臓器提供が認められるようになりました。それまで主にドナー提供の不足から生体肺移植が脳死肺移植より多く行われていたのが、法改正を契機に脳死肺移植が多く行われるようになりました。

さらに海外では、両肺移植の方が移植後の経過が比較的良好であることから両肺移植が好んで行われていますが、日本ではドナーシェアリングの概念から可能であれば片肺移植を優先しており、現在も片肺移植と両肺移植がほぼ同じ数で行われています。現在は

70 - 90例程度の肺移植が年間に行われるまでに至りました。日本の肺移植後の生存率を見ても、生体肺移植と脳死肺移植ともに約73%と国際心肺移植学会の5年生存率が約55%と報告されているのと比較すると良好でありませぬ。日本の方が海外よりドナー不足が深刻で、より厳しい条件でも移植しているにも関わらずこの成績であることに対して、昨今学会等でも議論されていますが、あまり明確な理由はわかっていません。日本の丁寧な周術期の管理や家族のサポートなどはその要因のひとつではないかと個人的には考えています。一見順調にも見える肺移植医療ですが、やはり最大の課題のひとつはドナー不足であります。日本の平均待機期間は約3年であり、待機中死亡率は約40%にもなります。待機期間中の死亡を解析すると待機期間1年未満で約55%となっており、米国では中央待機期間が2.5カ月、登録後1年以内に約8割の患者が移植を施行されているのと比較すると大きな違いがあります。ドナーの確保が喫緊の大きな課題のひとつです。



3. 千葉大学医学部附属病院における肺移植の現状

千葉大学医学部附属病院は、2013年12月に肺移植認定施設として認定され、2014年7月に千葉県初となる肺移植（両側生体肺移植）を実施し、現在まで14例の肺移植を行ってきました。最初の1例目の主治医を筆者が務めさせていただき、非常に多くのスタッフや関係者の協力を頂き、準備から移植後の管理までを病院の総力を挙げて行いました。その経験がその後の肺移植の症例にも生



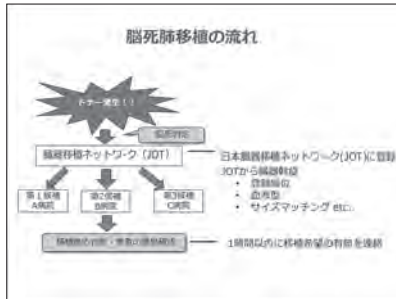
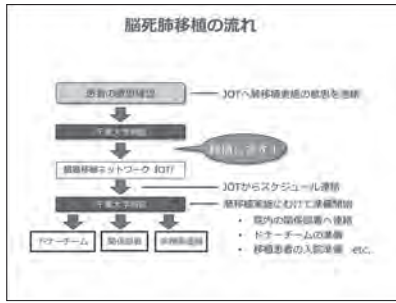
かすことができている、決して千葉大学の肺移植医療において忘れることのできない症例であります。

実際の脳死肺移植に至るまでの流れを見てみましょう。残念ながら脳死の状態を診断された場合、慎重にかつ多くの手順を踏んで移植に至るわけですが、時間の関係上7つのステップが数日のうちに行われることになります。そして、この際にも常に移植医療の原則である、提供する権利、提供しない権利、受ける権利、受けない権利の4つの権利を常に関係者全員が理解しながら進めていく必要があります。法的脳死判定の基準を満たした際には、日本独自の取り組みとしてメディカルコンサルタントという制度が導入されています。メディカルコンサルタントとは、通常脳死状態の患者では肺の治療や管理を積極的に行うことはしないので、移植時には厳しい条件で臨むこととなります。そこで少ないドナーを少しでも有効に活用できるようにすることを目的に、移植施設から専門医をドナー提供病院に派遣して、それぞれの臓器管理についての助言を行うシステムです。



脳死判定やメディカルコンサルタントの介入が終わると、臓器移植ネットワーク（JOT）から、臓器幹線順位で決められた候補病院に連絡が来ることとなります。この優先順位の基本は登録順位、血液型、肺の大きさを基に決定します。海外ではよりレシピエントの病状の進行も考慮したアロケーションシステムというのが導入されていて、より緊急度の高い人を優先する方法がとられていますが、日本での導入は現時点では難しいと考えられています。今のところ登録の早い人が優先というシステムで動いています。この連絡を受けて患者の意思確認などを行い1時間以内に移植希望の有無を連絡することになっています。良くレシピエントや家族にもこのシステムを説明しておくことが大事で夜遅くに突然連絡が来ることもしばしばありま

す。患者の意思確認を終えたら、臓器移植ネットワークに肺移植を行う旨を伝えて、ネットワークからのスケジュール等を確認して、千葉大学の院内の関係部署への連絡を一斉に行います。またほぼ同時にドナーチーム編成を開始します。また移植



患者の入院準備を急いで行い、麻酔科への連絡や手術室の使用状況や、術後は必ず集中治療室を使いますので、そのような関連部署との連携を確認していきます。摘出チームは臓器ごとに全国から集結することになります。各チーム5名程度で編成されていて、必要な器具や薬剤を持参して、ドナー提供病院に20名以上集まることとなります。手術直前まで、臓器の具合を評価して手術前に必要な打ち合わせを提供病院のスタッフ、摘出チーム、ネットワーク、コーディネーターを含めて行います。ここでもコミュニケーションは極めて重要になります。



実際ドナー摘出時には、多くの摘出する医師が適切な位置配置で手術機材に囲まれて準備します。肺の摘出チームは大体患者の上半身の左側に位置し、手術は心臓摘出チームと胸部チームとして共同して行うこととなります。タイムスケジュールが非常にタイトなので、即席チームでありながらもお互い助け合いながら、手術を行います。摘出された臓器は通常医師2名でクーラーボックスの中で冷却された状態で移植施設に丁寧に運ばれます。提供施設に残った医師は丁寧に創部を縫合し、黙祷を行った後ご遺体に死後処置と呼ばれるエンゼルケアを行います。提供頂いた御本人への敬意と残された御家族へのグリーフワークとして大

変重要です。

千葉大学医学部附属病院では、肺移植のためのレシピエントチームを編成して受け入れる準備をします。通常は全身麻酔で

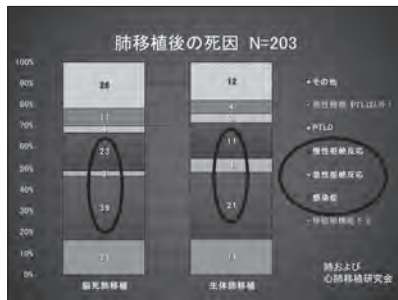


行う手術中は人工呼吸器管理で肺の管理は行うのですが、肺の状態がぎりぎりなので、昨今新型コロナウイルス感染症の診療で広く名前が知られるようになった、体外式膜型人工肺 (ECMO) や人工心肺をスタンバイしたりします。このような際には麻酔科、心臓血管外科の先生に加え、臨床工学技師等多くの専門家たちでカンファレンスを行い、情報共有を行うことが大切になります。手術の傷は、両肺移植の場合は、クラムシェル開胸と言って、両方の肋骨に沿った大きな開胸で行うことが多いです。非常に高度で複雑な手術となるため、一定のリスクを伴いますが、それらを個々の患者に対して良く吟味して対応を考えてから手術に臨むこととなります。実際に行う手術を簡単に説明すると以下の通りであります。肺は肺動脈と肺静脈と気管支の3か所まで体と繋がっているため、まずこの3か所を切離して片方の肺を摘出するわけです。その後ドナー肺を順番に、通常気管支、肺動脈、肺静脈の順に縫合することにより新しいドナー肺に入れ替える手術がおこなれます。両肺の場合は、これを左右順番に行うわけです。実際手術としては、簡単に説明すると上記の通り肺動脈、肺静脈、気管支を切離して、それぞれをつなぐ手術を行うだけなのですが、これにより本来は長く生きることが難しい難治性の肺の病気の方が、ドナーの方の善意により新しい命をつなぐことができるわけです。



肺移植は手術そのものも大変ですが、それだけでは成功とはいえず、移植後の管理も手術に負けないうらい重要になります。肺移植には大きく2つの合併症を特に注意して対応して頂く必要があります。それが、移植医療には必ず関係してくる拒絶反応と感染症です。

肺が呼吸で外気と交通するため感染もしやすいうえに、肺そのものが、リンパ節などをもっていて、免疫反応を起こしやすい臓器なので他の臓器移植よりもよりこの2つの合併症がさらに問題なると考えられています。移植によって他人の臓器が植えつけられることで、移植を受ける人の体にとっては異物と認識され、免疫の仕組みで拒絶反応が起こります。この反応を抑制するために免疫抑制剤を内服しますが、免疫抑制剤は移植肺だけではなく、それ以外の細菌などへの免疫も抑制することになるため、感染症にかかりやすい状態となります。このバランスが非常に難しいので、呼吸器内科や感染症専門の先生や移植コーディネーター、薬剤師とこまめに連絡、相談して患者さんや家族と一緒に取り組むことが重要です。肺移植後の死亡原因を見ると拒絶反応と感染症が多くを占めていて、この克服が私たちの課題でもあり、現在も様々な研究や取組が行われています。



そのような合併症をうまく乗り切った後の肺移植後の生活に関しては、学校生活を送れたり、仕事に復帰できたりと社会復帰できている人が多くを占めています。千葉大学で移植した後の患者から10年前の呼吸すること自体が苦痛でなかったころに戻れたようだと言ったと非常にうれしい言葉をもらえることがあります。肺移植前の患者さんは人工呼吸器に繋がっていたり、酸素ボンベを日常的に使用してベッド上でほとんど過ごしたりしている人も多いわけですが、移植を無事乗り切り、退院する際には花束を渡して記念撮影をして見送っています。酸素が外れて笑顔で自宅に戻る患者を見送るときは本当にうれしく思いますし、ドナー提供頂いたご本人、ご家族に改めて感謝する時間となります。

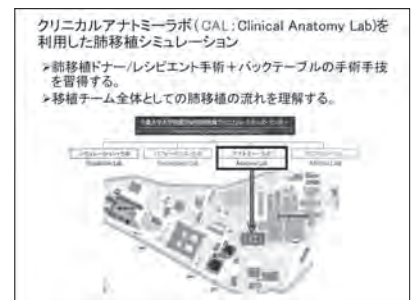
4. 肺移植のトレーニング

これまで千葉大学で肺移植を行う上で行っているトレーニング方法についてご紹介したいと思います。実際千葉大学では年間数例程度の肺移植を行っているのが現状で、大学病院という特性上メンバーも定期的に入れ替わるためチームの力を維持するためにも非常に重要な部分になります。

現在千葉大学医学部附属病院とは別の千葉大学医学部の建物内に、クリニカルアナトミーラボ (CAL) という御遺体を用いて手術のトレーニングを行うことができる施設を有しています。ここで実際の肺移植の手術技を習得し、チーム全体で移植の流れを確認できるようにしています。千葉大学はCALに関して全国でも先進的な立場であり、多くの診療科で利用してきました。医学部の建物が最近建て替えられたこともあり、ほぼ最新の手術室と同レベルかそれ以上とも思えるトレーニング室でシミュレーションを行うことができます。

実際の移植の時と同様にドナー班とレシピエント班に分かれ、それぞれ役割担当を分担して臨床での肺移植を想定したトレーニングを行います。

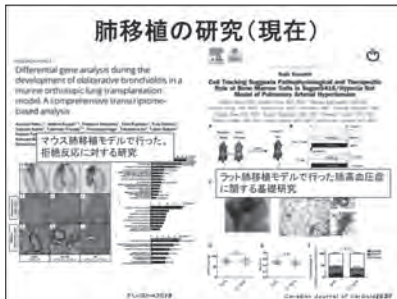
肺移植には、通常の手術ではやることのないバックテーブルという役割があり、摘出された肺を移植できるように整えるチームも必要になります。これも普段の手術ではトレーニングできないので、実際の肺移植に使用する道具を用意して、実際担当する先生同士で手順を確認するようにしています。トレーニングは手術室看護師やコーディネーターも参加し、医学生や研修医も見学している中で行われます。これまでも数回、このCALでのトレーニングの数日後に実際の脳死肺移植を行うことを数回経験しており、トレーニングの効果を実感するとともに、いつでも最高の移植医療を提供できる準備を全力で行って



います。トレーニングで行っているアンケート調査でもこのトレーニングの後に、より解剖学的知識が増した、手術の手順をより理解できるようになったと多くの参加者が回答しています。このトレーニングはほぼ実際に移植するメンバーで行っているため、普段からコミュニケーションをとり、チーム力を高めておくことにも重要な役割を果たしています。このトレーニングにはご遺体を提供頂いたご本人、ご家族の善意のもとで成り立っているものであり、そのことへの敬意と感謝を大切にしながら移植医療に携わっています。

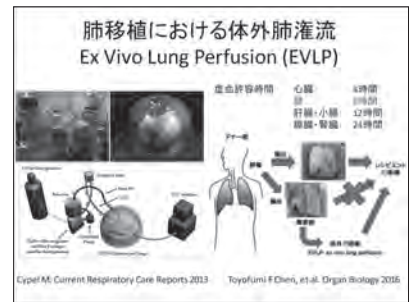
5. 肺移植の研究

千葉大学の呼吸器外科教室では古くから肺移植に関わる研究を継続的に行っていました。自分の指導医であった先生方が、1980年代から数多くの移植の研究を行っていました。自分も20年前に医局に入局した時からこのような研究に関わらせて頂き、これらの研究が日本の移植医療の基礎になっていることを実臨床でも感じています。現在も移植の研究は継続的に行っており、自分は10年前に米国に留学した際に、マウスを用いた肺移植モデルという高度な手技を習得してきたので、その技術を千葉大学に持ち帰り、今は若い先生達が、肺移植の課題である拒絶反応を克服するための研究を行ってくれています。またこの肺移植の技術を用いて呼吸器内科の先生とも共同研究ができており、日本の成績は諸外国より良好ですが、さらなる移植医療の改善を目標に日々研究も平行して行っています。



またその研究成果は日本肺及び心肺移植研究会などで発表を行い、関東に3つある移植認定施設である獨協医科大学、東京大学、千葉大学を中心に関東肺移植研究会を定期的に行っており、それぞれの施設での困っ

た症例などを持ち寄り情報共有するようにしています。また日本で中心的に肺移植を行っている京都大学には自分も含めて4名国内留学という形で研修させていただき、共同研究も行ってきました。また国内にとどまらず、自分は米国のインディアナ大学に2年間研究留学しましたが、他にも北米、ヨーロッパの施設とも交流しています。臨床のトレーニングには世界初の移植を行い世界最高レベルで移植を行っているトロント大学にこれまで5名の先生が留学しています。また私の先輩である安福和弘先生が現在そのトロント大学の教授になって世界を股にかけて活躍されています。そのトロント大学からの研究成果で活気的なものが、この体外肺灌流と呼ばれる装置で、これは肺摘出された後に、機械を用いて自動で換気と灌流という肺の機能を維持することで、より時間をかけて正確なドナー肺の評価を可能とするものです。まだ日本ではほとんど普及していませんが、今後ドナー不足が深刻な日本においても期待される研究成果のひとつです。



6. おわりに

肺移植医療は先人達の多大な苦労や工夫に加えて、非常に多くの人々のサポートの上で成り立っています。千葉大学の肺移植医療においても多くの関係部署の力を集結してようやく一人の移植患者を救うことができるのです。素晴らしい一面を持つ移植医療ではありますが、実際臓器移植を希望している人14000人に対して、実際移植を受けられた人は40人と約2-3%にとどまり、日本においてはまだまだ課題の多い医療です。これには移植医療に携わる人だ



けではなく、国民全体で考えていく必要があり、一人でも多くの方が移植医療に目を向けどのように将来を考えていくか話あうことが求められています。実際臓器移植について一度でも家族で話合ったことがある人は35.4%となっています。今回の市民講座が移植について考える一助となることを切に願う次第です。

肺移植が拓く未来 ～内科医の視点から～

千葉大学大学院医学研究院 呼吸器内科学

川崎 剛

1. はじめに



移植医療は、臓器提供者の善意のもとに成り立つ尊い医療であり、移植対象臓器の一つに「肺」があります。

移植医療においては、臓器提供候補者（ドナー）側の「提供する権利」と「提供しない権利」、被提供候補者（レシピエント）側の「提供を受ける権利」と「提供を受けない権利」の4つの権利に留意することが大切です。

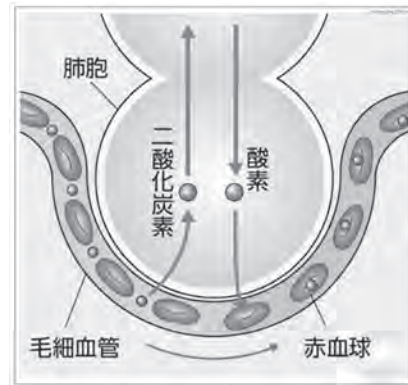
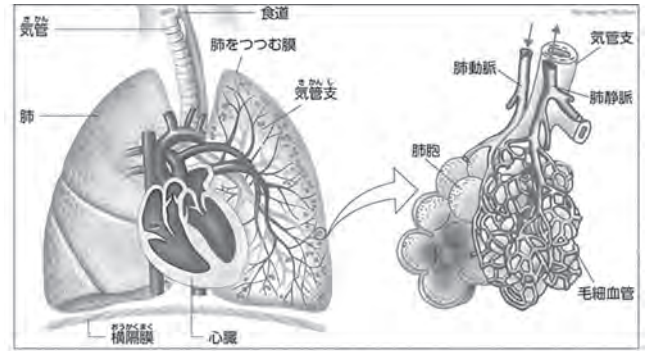
肺疾患を有する患者さんは、息切れなどにより身体活動がしばしば制限され、進行性の場合には生存期間短縮の懸念が生じます。肺移植は、そのような患者さんにおいて治療選択肢の一つとして検討され、移植後にはそれまで制限されていた身体活動が回復し、生存期間の延長をもたらす可能性のある「希望の光」ともいえる医療です。

呼吸器内科医は、肺移植待機中の患者さんの体調管理においてしばしば中心的な役割を担います。本稿では内科医の視点から、肺移植の現状と展望についてまとめたいと思います。

2. 肺の役割（図参照）

肺は心臓の左右に位置し、「体内への酸素の取り込み」と「体外への二酸化炭素の排出」という生命維持に不可欠な「ガス交換」に関する臓器です。この肺が有するガス交換の役割は、「呼吸機能」と呼ばれます。口腔、咽頭、気管、気管支といった「気道」の末端には、「肺胞」と呼ばれる無数の袋状の構造があり、

「肺」は主にこれら「肺胞」の総称を意味します。肺胞は心臓から枝分かれした「毛細血管」と呼ばれる細かい血管に取り囲まれた構造を形成しています。この肺胞-毛細血管領域においてガス交換がなされます。「呼吸器」とは「気道」および「肺胞」からなるガス交換に関連する器官の総称であり、「肺（肺胞）」は呼吸器を形成する一部位になります。



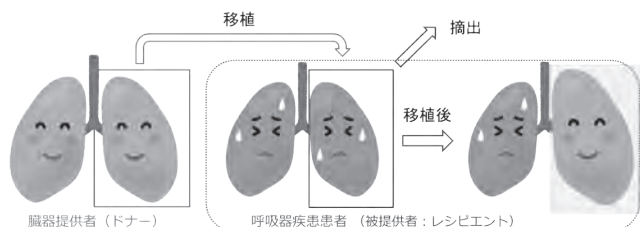
図引用元：<https://www.hamajima.co.jp/rika-binran/term/?/term/23322>

3. 肺の病気と治療

呼吸器は40種類以上の多様な細胞により形成されており、傷害された細胞は修復再生力により恒常性が保たれる仕組み（ホメオスタシス）が生体には備わっています。しかし、細胞機能異常の蓄積や急な外傷などにより、呼吸機能に一定以上の障害が生じると、低酸素血症をきたし、呼吸機能障害が重度の場合には生命維持が困難となります。呼吸器疾患は多様な疾患に分類されており、想定される原因に応じて、薬物療法や外科的加療などが行われます。しかし、いずれの疾患であっても、呼吸機能が障害される点が共通しています。呼吸機能が回復する場合がある一方で、現代の医療では根治が困難かつ進行性の呼吸器疾患も多く存在しており、さらなる研究を通じた診療の進歩が求められています。

4. 肺移植とレシピエント適応基準

肺移植とは、重度の呼吸機能障害を有する人に、臓器提供者の善意の下に健康な肺を移植して、呼吸機能を回復させる医療です（下図：イメージ）。肺移植における臓器提供は、脳死あるいは生体ドナーからなされ、倫理的な観点から脳死ドナーからの肺移植が優先されます。



本邦における肺移植レシピエントの「適応基準」「適応疾患」「除外基準」については「肺移植関連学会協議会2015年」により、以下のように定められています。

(<http://www2.idac.tohoku.ac.jp/dep/surg/shinpai/pg373.html>より抜粋して以下記載)

適応基準：

1. 治療に反応しない慢性進行性肺疾患で肺移植以外に患者の生命を救う有効な治療手段が他にない。
2. 移植医療を行わなければ、残余寿命が限定されると臨床医学的に判断される。
3. レシピエントの年齢が、原則として、両肺移植の場合55歳未満、片肺移植の場合には60歳未満である。
4. レシピエント本人が精神的に安定しており、移植医療の必要性を認識し、これに対して積極的な態度を示すとともに、家族及び患者を取り巻く環境に十分な協力体制が期待できる。
5. レシピエント症例が移植手術後の定期的検査と、それに基づく免疫抑制療法の必要性を理解でき、心理学的・身体的に十分耐えられる。

適応疾患：

- 1 肺高血圧症
- 2 特発性間質性肺炎
- 3 その他の間質性肺炎
- 4 肺気腫
- 5 造血幹細胞移植後肺障害

- 6 肺移植手術後合併症
- 7 肺移植後移植片慢性機能不全
- 8 その他の呼吸器疾患
 - 8.1 気管支拡張症
 - 8.2 閉塞性細気管支炎
 - 8.3 じん肺
 - 8.4 ランゲルハンス細胞組織球症
 - 8.5 びまん性汎細気管支炎
 - 8.6 サルコイドーシス
 - 8.7 リンパ脈管筋腫症
 - 8.8 嚢胞性線維症
- 9 その他、肺・心肺移植関連学会協議会で承認する進行性肺疾患

除外基準：

- 1) 肺外に活動性の感染巣が存在する。
- 2) 他の重要臓器に進行した不可逆的障害が存在する。
悪性疾患、骨髄疾患、冠動脈疾患、高度胸郭変形症、筋・神経疾患
肝疾患 (T-Bil>2.5mg/dl)、
腎疾患 (Cr>1.5mg/dl、Ccr<50ml/min)
- 3) 極めて悪化した栄養状態。
- 4) 最近まで喫煙していた症例。
- 5) 極端な肥満。
- 6) リハビリテーションが行えない、またはその能力の期待できない症例。
- 7) 精神社会生活上に重要な障害の存在。
- 8) アルコールを含む薬物依存症の存在。
- 9) 本人及び家族の理解と協力が得られない。
- 10) 有効な治療法のない各種出血性疾患及び凝固能異常。
- 11) 胸郭に広汎な癒着や瘢痕の存在。
- 12) HIV (human immunodeficiency virus) 抗体陽性

5. 日本の肺移植医療の現状

本邦では1997年の臓器移植法施行後、1998年に生体肺移植、2000年に脳死肺移植がそれぞれ初めて施行されました。2010年の改正臓器移植法の施行前は、ドナーになるためには、本人の書面による意思表示が不可欠であったため、脳死肺移植は10例程度にとどまり、生体肺移植と同程度でした。しかし、同法の施行

後には本人の意志が不明な場合に、家族の承諾による臓器提供が可能となりました。その結果、2010年以降は脳死肺移植の実施件数が経年的に増加しています。2021年には脳死肺移植74件、生体肺移植19件が実施され、2021年末時点で総計931例の肺移植が実施されています。また本邦の肺移植実施施設は、2022年10月時点で10施設が認定されています。

肺移植の実施件数が増加傾向の中、脳死肺移植の待機患者数も、経年的に増加しており、2022年8月末時点で520名と報告されています。本邦では臓器移植を希望している人数に対して、臓器移植を受けられる人数が諸外国と比較して極めて少なく、自国において臓器移植を受けられる機会が少ない国になります。そのため、脳死肺移植実施までの平均待機期間は約2年5ヶ月、肺移植待機中の死亡割合は約37%と報告されており、待機期間の短縮と待機中死亡の減少に向けた対策が課題となっています。細やかな多職種連携による医療サポート体制を通じた、肺移植待機中の体調管理が極めて重要と認識しています。

6. 千葉大学病院における肺移植適応評価の実際

臓器移植ネットワークでの脳死肺移植待機登録までには、計3回の肺移植適応審査で承認される必要があり、肺移植施設に紹介されてから、約3-6ヶ月の期間を要することが一般的です。

千葉大学病院における肺移植の問い合わせ窓口は、呼吸器内科の肺移植外来（毎週金曜日）が担当しており、初診では肺移植コーディネーターとともに肺移植検討の要否の判断と肺移植の情報提供を行っています。その後、肺移植適応検討を希望された場合には約2週間の入院精査を行い、医師、看護師（兼コーディネーター）、薬剤師、理学療法士、栄養士からなる肺移植アセスメントチームで適応評価を行います（1回目審査）。その結果、適応が承認され、患者さんおよびその家族が希望された場合には、千葉大学病院内で肺移植アセスメントチームとは独立した肺移植適応検討委員会で審査が行われます（2回目審査）。そこで適応が承認され、改めて患者さんおよびその家族が希望された場合に、臓器移植ネットワークでの登録可否の判断が委託されている中央肺移植適応検討委員会への審査へ進めます。そこで適応承認が得られると、漸く臓器移植ネットワークでの脳死肺移植待機登録とな

ります。肺移植外来の初診から待機登録までの経過には約6ヶ月を要しており、待機登録時点の年齢には制限があることにも留意して、適応評価を行うよう努めています。

7. 円滑な移植医療のために一人一人にできること

臓器移植ネットワークのデータによると、脳死臓器提供においては、本人の意思表示による提供が約25%、一方で本人の意思表示なく、家族の承諾のもとで実施されている割合が約75%と報告されています。そのような現状と脳死状態はいつ誰に生じるかは不明なことを考慮すると、仮に脳死となった場合に臓器提供を希望するかどうかについて、一人一人が日常において家族と考えを共有しておくことが大切と考えます。そのような行動により、仮に脳死になった場合においても、一人一人の臓器提供における権利（提供する権利、提供しない権利）が尊重されやすくなると想像します。そのため、市民公開講座など移植医療に関する持続的な啓発活動を通じて、臓器移植に関する意思を表出する機会が増えていくことが望ましいと考えます。

8. まとめ

- ・移植医療においては、臓器提供者側の「提供する権利」と「提供しない権利」、被提供者側の「提供を受ける権利」と「提供を受けない権利」の4つの権利があることに留意することが大切である。
- ・移植医療は、ドナーとその家族の善意の下で成り立つ尊い医療である。
- ・肺移植は難治性呼吸器疾患患者とその家族にとって、未来を拓く「希望の光」ともいえる医療である。
- ・移植待機患者数は増加傾向にあるが、ドナー不足のため待機期間が長期であり、多職種連携による待機中の体調管理が不可欠である。
- ・最後に市民公開講座などの移植医療に関する啓発活動を通じた市民の関心の高まりにより、臓器移植への意思を表出する機会が増えることが、「移植医療における権利を尊重した円滑な医療の実現」に繋がる。

参考リンク、資料

- 日本臓器移植ネットワーク
<https://www.jotnw.or.jp/>

- 日本移植学会
<http://www.asas.or.jp/jst/pro/>
- 日本肺および心肺移植研究会
<http://www2.idac.tohoku.ac.jp/dep/surg/shinpai/index.html>
- 肺移植のためのガイドブック
<http://www2.idac.tohoku.ac.jp/dep/surg/shinpai/pg183.html>

患者さんの人生に寄り添って ～レシピエントコーディネーターという存在～

千葉大学医学部附属病院肺移植コーディネーター
原田 佳奈

1) はじめに



臓器移植法の施行後25年を経て、臓器移植やドナー、移植コーディネーターという言葉が少しずつ浸透してきている中で、移植を必要とする人のことを表す「レシピエント」

という言葉は、未だあまり聞き慣れないと感じる方が多いのではないかと思います。そして、移植を必要としている方がどんな日々を過ごしているのかということもあまり知られていないのではないのでしょうか。

また、移植コーディネーターに関しても一口にコーディネーターと言っても、臓器提供に関する調整を担うドナー移植コーディネーターと、臓器提供を受ける患者に関する支援を担うレシピエント移植コーディネーターと、役割の異なる移植コーディネーターが存在しています。

今回は、臓器移植施設に所属し、移植を必要とする患者さんへの支援を担うレシピエント移植コーディネーターの立場から、患者さんと実際に関わっている場面における役割や支援について、お話をさせて頂きました。

2) 患者・家族の肺移植選択における意思決定支援

「意思決定支援」とは、患者さんやご家族が、十分な判断をすることができる情報を得た上で考え、納得した決断をすることができるようにするための支援のことです。

具体的には、医師が説明を行うインフォームド・コンセントに同席し、医師の説明に補足を加えたり、患者さんがより理解を深めることができるように難しい医療に関する説明内容を平易な言葉を用いて、移植に関する詳しい情報提供を行っています。

日本国内では肺移植受けることができる施設は2022年10月末時点で10施設と限られており、多くの患者さんは期待と不安を抱え複雑な気持ちで外来を受診されます。そこで初めて移植に関する様々な説明受け、その情報の多さと想像が付きにくい医療につよい不安を覚える方も少なくありません。

レシピエント移植コーディネーターは、医師と共に、患者さんの気持ちや理解に配慮しながら、移植に関する情報提供を行い、まずは移植について正しく知ってもらうことで患者さんやご家族の不安や疑問を取り除くことができるように努めています。移植のことを理解した上で、肺移植を選択したいと決めた患者さんに対しては、それぞれの患者さんの事情や希望に合わせて、さらに詳しい情報提供を行います。ここでは移植を受ける上での手続きや臓器待機中の注意だけでなく、移植後の生活についても患者さんの現状や将来想定される状況などをふまえながら説明を行います。

移植手術を受けた後には、生涯にわたって、免疫抑制剤などの服薬を継続し、様々な注意や制限を守りながら日常生活を送る必要があります。移植後の体調管理においては、患者さんの生活スタイルや環境、ライフプランが大きな障害や影響を与えることとなることもあります。そのため、移植を受けた後のご自身の生活や人生について具体的なイメージをもつことはとても大切です。

3) 長期待機期間中の意思決定支援

日本の脳死肺移植における平均待機期間は約2年半と報告されています。この年単位に渡る待機期間において、病気が進行し、経済的・社会的に従来の生活を送ることが難しくなったり、残念ながら待機期間中に亡くられる方もいます。患者さんの容態に余裕がない状況においては、患者さんやご家族がそれぞれ十分に考えたり話し合うことがしばしば難しくなります。そのような状況においても、レシピエント移植コーディネーターは、それぞれの気持ちに寄り添いなが

ら、「移植への希望をつなぐ集中治療の継続をするのか」、「苦痛の軽減をしながら穏やかな時間を過ごせるような緩和的治療を選択するのか」、といった移植をする人生・しない人生のどちらについても、本人、ご家族がその選択において、できるだけ十分に考慮したうえで決断できるように支援しています。

4) 生体肺移植選択における支援

脳死ドナーを待つことが難しい場合の選択肢の一つとして、生体肺移植があります。海外ではほとんど行われておらず、日本特有の医療になりつつあります。

生体肺移植は家族、親族から2名をドナーとしてそれぞれの肺の一部を移植します。レシピエント移植コーディネーターは、生体肺移植の場合にはドナーとなる家族・親族の意思決定支援にも携わっています。ドナーとなる方は、親や子供、配偶者など、大切な存在の方に当たり、患者さんの回復を望む思いと、実際に自身の健康体へメスをいれるリスクへの不安など、様々な思いの中で決断しなければなりません。また。一方で患者さんにおいても、家族にメスを入れてほしくないことと患者さん自身の判断で生体肺移植を希望しないこともあります。

生体肺移植においては、家族が家族を救うという、尊い思いの中で成り立つものであるからこそ、ドナーとレシピエントが十分に考え、結果としてそれぞれの思いが生体肺移植へとつながるように慎重に意思決定ができるよう支援しています。

5) 患者・家族・生体ドナーへの継続的支援

レシピエント移植コーディネーターには、患者さんのみならずそのご家族、そして生体ドナーとなった家族に対しても、健康管理支援を担う役割も持ち合わせています。

移植待機期間中においては、病気の進行と、それに伴う体力や筋力低下の進行の予防に努めていく必要があります。

兼務している病棟看護師として日々の経験を活かしながら、呼吸に関するケアや指導をしたり、医師や理学療法士、栄養士や社会福祉士などとも連携をしながら、長い待機期間の状態維持を目指しています。

移植後においては、術後急性期におけるケアやリハビリテーションをはじめ、自宅退院を目指して、様々

な移植後の健康管理に関する指導教育を行います。

肺移植を受けた患者さんの多くは、15種類ほどの薬を1日8回ほどに渡って内服し続けています。この中に含まれる免疫抑制剤は毎日決まった時間に飲む必要があり、前後に食事をしてはいけけないなど、薬を飲むだけでも多くの注意を守らなければなりません。この他にも、自宅でも肺活量をはじめとした、様々な自身に関するデータを測定・記録し、毎日の健康状態をチェックし、数値や症状から異常に気付くことができるようになる必要があります。また、免疫抑制剤を内服していることで、常に感染症にかかりやすい状態であるため、何気ない日常生活の中でも、様々なことに注意しながら生活を送る必要があります。

肺移植を受けた後は、多くの方は呼吸の状態が大きく改善し、リハビリテーションを継続することで、日常生活を取り戻すことができている方がたくさんいらっしゃいます。踏み出した新しい人生を守っていくことができるように、生涯に渡って健康管理支援を行っています。

6) 最後に

これまでの患者さんやそのご家族との出会いを通して、レシピエント移植コーディネーターとは、移植を通して、患者さんにご家族の人生を支えるという大切な役割を担っている存在と認識しています。

肺移植をうける患者さんは、多くの困難を伴う待機期間での日々を過ごし、想像を超える移植手術を経て、移植後、生涯に渡る治療の中で、新しい日々を迎えることとなります。この中で、レシピエント移植コーディネーターが患者さんに関わることができる時間はほんのわずかですが、移植を必要とする患者さんの人生に関わり、生涯に渡る生活、“生きること”を支えることができる、そのような臓器移植コーディネーターでありたいと思っています。

今回の市民公開講座を通して、レシピエント移植コーディネーターの移植を必要としている患者さんとの関わり、そして移植を受けた後の患者さんの人生など、臓器移植の“その先”について知って頂く、ひとつのきっかけとなっていたら幸いです。

参考文献：肺移植に関するガイドブック

(日本肺および心肺移植研究会)

第2部 体験談

私の肺移植体験談

秋元 奈穂美



私は、高等学校入学時の健康診断において異常が見つかり、病院を受診し様々な検査を行なった結果、「特発性肺動脈性肺高血圧症」と診断されました。

その後の1年半は通院・服薬と定期的な検査入院をしていました。

高校2年の3月からは、服薬に加えて、エポプロステノール在宅持続点滴を開始するため、カテーテルの挿入を行うと共に、在宅酸素を開始しました。

短期大学を卒業した2016年5月に3ヶ月の入院となり、この頃から常時在宅酸素を使用し、移動の際は車椅子を使用するようになりました。

この入院の時に日本臓器移植ネットワークに移植の登録を行いました。

その後1年半ほどの入院し、2018年に肺の移植手術を受けました。

約4か月間の入院後退院となり、現在は社会福祉士の資格を取るために専門学校に通っています！！

「特発性肺動脈性肺高血圧症」という病気が見つかったから肺移植の手術を行うまでは、たくさんの制限や諦めないといけないことがありましたが、肺移植の手術を受けてからは行動範囲も広がったり、新しく目指したい夢を見つけることが出来たりと、今まで自分の中で諦めていたことにも挑戦できるようになりました。

私が肺移植手術を受けることが出来たのも、臓器提供を行なって下さったドナーの方やそのことを決断してくださったご家族あってのことです。

そして、家族の支えがあったからこそ、私は入院生活や手術を受けることが出来ました。

千葉から遠く離れた移植手術を受けた病院まで、何度も往復してくれたり、入院生活の中でもたくさんの

心配をかけたと思います。

ですが今、手術を受けこうして元気でいられることを一番喜んでくれています。

病院の先生や看護師さんにもたくさんお世話になりました。

16歳から病院に通うようになって、何度も入院を繰り返してきましたがいつも私にとって何が一番最適な方法かを考えてくださりました。

肺移植手術を受ける前も受けた後も、たくさんの方に支えて頂いていることを実感しています。

ありがとうございました。

日本の移植医療の現状

公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク
移植コーディネーター

飯田 恵以



日本臓器移植ネットワーク（以下、JOT）は、死後に臓器を提供したい人（ドナー）やその家族の意思を活かし、臓器の移植を希望する人（レシピエント）に最善の方法で臓器が贈られるように橋渡しをする日本で唯一の組織であり、コーディネーターは、法令に基づく医療機関でのドナー情報への対応やレシピエント選定等の「あっせん業務」と、家族の意思決定支援や長期フォローアップ等の「支援業務」を担っている。

移植医療における歴史を振り返ると、1967年に世界初の心臓移植に遅れず1968年に日本初の心臓移植が行われた。しかし、心臓移植レシピエントの早期死亡をきっかけに、脳死判定やレシピエント選定など社会の強い不信感を生んだ。その後、1997年臓器の移植に関する法律（以下、臓器移植法）が施行されるまで、30年余りを要した。臓器移植法施行により、『脳死で臓器提供をする場合に限って「脳死」は「人の死」となり、脳死下臓器提供が可能となった。この法律は、本人の書面による意思表示が必須であり、脳死下で臓

器提供が可能な医療機関の限定や法的脳死判定の厳格な基準等、世界で最も厳しい法律と言われた。その後、1997年から13年間で脳死下臓器提供数は87例にとどまった。また、書面による意思表示は民法に基づき、15歳以上が有効とされているため、体格の小さい小児は国内で移植を受けることができず海外渡航移植に頼らざるをえなかった。そのような中、2008年に国際移植学会のイスタンブール宣言により、海外渡航移植の規制等がなされたことが追い風となり、国内でも様々な議論を経て、2010年7月17日、臓器移植法が改正された。法改正後では、本人の拒否意思がない場合、家族の承諾で脳死下臓器提供が可能となり、15歳未満の小児からの臓器提供や親族への優先提供が可能となった。その後、2011年5月に親族に優先された心停止後腎臓提供、2012年6月に初の6歳未満の小児からの脳死下臓器提供、2019年には97例の脳死下臓器提供が行われ、コロナ禍にて一時的に臓器提供数は減少したものの、脳死下臓器提供の症例数は年々増加している。しかしながら、臓器移植を希望する方も年々増加し、現在約15000人が待機しているが、1年間で移植を受けた人は約400人と待機患者の2～3%であり、待機期間中に死亡する患者も少なくない現状である。

法改正後、臓器提供された方の約70%が本人の書面による意思表示はなく、家族の承諾で臓器提供に至っている。また、実際の脳死下臓器提供の時間経過をみると、入院から承諾書作成までは約4日、承諾～臓器摘出手術までは約2～3日であり、臓器提供をされた方の原疾患は、脳血管障害が最も多く、外傷、低酸素脳症となっており、急な発症により脳死に至る場合が多い。そのため、家族は、大切な人の避けられない死の前に、本人や家族を取り巻く社会的な状況にも対処しながら、様々な治療への決断や看取りの一つとして臓器提供について考えることとなる。さらに、臓器提供は本人の拒否意思がない場合には、提供意思表示の有無にかかわらず、最終的には家族が判断することになるため、その過程で様々な葛藤が生じることも少なくない。JOTにて法改正後の脳死下臓器提供をされた家族を対象に実施した意識調査 (https://www.jotnw.or.jp/files/news1/2021/20210930news1_assen_kekka.pdf) においても、「今さら“臓器提供しないほうがよかった…”なんて後悔したくない。子どもの意志だから…助かった人がいるのだから…納

得するしかない。正直、わからない。」等と、臓器提供をしたことは肯定的に受け止めていても何らかの葛藤がある様子が示唆された。コーディネーターとして、どのような決断も尊重し、家族と本人にとって最善の決断となるように意思決定支援をすることが重要だと考えている。家族は、臓器提供の意思表示があっても、その真意を知らなければ悩み、また、その意思を知っていたとしても意思表示がなければまた悩む。大切な人と「自分の考えや希望」を共有しておくことは、もしもの時、家族の支えとなると感じている。本市民公開講座をきっかけに、家族とまずは話してほしいと思う。



基調講演・体験談座長の竜部会長



基調講演の様子（その1）



基調講演の様子（その2）



体験談の様子（その1）



受付の様子

講師派遣による臓器移植推進出前講座

要綱

目的	臓器移植は、臓器の機能が低下し、苦しんでいる患者に対して、臓器を移植することにより、健康を回復しようとする医療で、広く社会の理解と支援があって成り立つ医療である。しかし、移植の機会を待っている患者の数に比べ圧倒的に臓器提供数が少ない状況である。そこで県内の学校、団体等の学習会に講師を派遣することにより児童・生徒・学生等に命の大切さや移植医療の現状を知ってもらい、臓器移植への理解を高めるとともに健全な子供の成長に役立てることを目的とする。
実施主体	主催：公益財団法人 千葉ヘルス財団 後援：千葉県 千葉県教育委員会 (公社) 千葉県医師会 (公社) 千葉県看護協会
講師の選定	内容は対象層、学年、学校側の要望に応じて実施。 1. 移植体験者やそのご家族 2. 移植に係わっているコーディネーター 3. 移植医療に直接関わっている医師 4. ドナーご家族
申請資格	千葉県内の小学校、中学校、中等教育学校、高等学校、専修学校、大学、短期大学、各種学校、各種団体等
申請方法	講師派遣を希望する各種団体等の代表者(担当者)は、希望日時、希望内容を公益財団法人千葉ヘルス財団に申請する。
申請先等	〒260-8667 千葉県千葉市中央区市場町1-1 千葉県健康福祉部疾病対策課内 公益財団法人 千葉ヘルス財団事務局 T E L : 0 4 3 - 2 2 3 - 2 6 6 3 F A X : 0 4 3 - 2 2 4 - 8 9 1 0 E-mail : mail@chiba-health.or.jp
講師費用	無料(講師費用は公益財団法人千葉ヘルス財団が負担する)
その他	児童・生徒・学生等が対象ですが、保護者の方も参加できます。 当財団では、事業評価として出席者からのアンケートをお願いしております。 講義により、必要とする備品(PCプロジェクター、投影用スクリーン)を準備いただく場合があります。

過去の実績

	対 象 者
24年度	医師等医療従事者 帝京大学ちば総合医療センター
	看護学生 順天堂大学医療看護学部 旭中央病院附属看護専門学校 千葉医療センター附属千葉看護学校 社会保険船橋保健看護専門学校 松戸市立病院附属看護専門学校 君津中央病院附属看護学校 千葉県立野田看護専門学校
25年度	医師等医療従事者 千葉県医師会ランチョンセミナー
	医学部学生 千葉大学医学部
26年度	看護学生 千葉県立保健医療大学 夷隅准看護師学校 旭中央病院附属看護専門学校
	医学部学生 千葉大学医学部
27年度	看護学生 千葉県立保健医療大学 安房医療福祉専門学校 夷隅准看護師学校 山王看護専門学校 旭中央病院附属看護専門学校
	医学部学生 千葉大学医学部
28年度	看護学生 千葉県立保健医療大学 淑徳大学看護栄養学部 千葉大学大学院看護学研究科
	医学部学生 千葉大学医学部
28年度	看護学生 亀田医療大学 千葉大学大学院看護学研究科
	高校生 旭中央病院(高校生対象セミナー) 千葉県立我孫子高等学校

	対 象 者
29年度	医学部学生 千葉大学医学部
	看護学生 淑徳大学看護栄養学部 千葉大学大学院看護学研究科
	高校生 敬愛学園高等学校
30年度	医学部学生 千葉大学医学部
	看護学生 安房医療福祉専門学校 千葉大学大学院看護学研究科 城西国際大学看護学部 船橋市立看護専門学校 佐原市准看護学校
	高校生 敬愛学園高等学校 東海大学付属浦安高等学校 千葉県立泉高等学校
	医学部学生 千葉大学医学部
元年度	看護学生 千葉大学大学院看護学研究科 城西国際大学看護学部 船橋市立看護専門学校 淑徳大学看護栄養学部
	高校生 敬愛学園高等学校 東海大学付属浦安高等学校
	医学部学生 千葉大学医学部
	看護学生 千葉大学大学院看護学研究科 城西国際大学看護学部 船橋市立看護専門学校
2年度	高校生 東海大学付属浦安高等学校
	医学部学生 千葉大学医学部
	看護学生 千葉大学大学院看護学研究科 城西国際大学看護学部 船橋市立看護専門学校
3年度	医学部学生 千葉大学医学部
	看護学生・栄養学生 安房医療福祉専門学校看護学科 淑徳大学看護栄養学部栄養学科 船橋市立看護専門学校 淑徳大学看護栄養学部看護学科 千葉大学大学院看護学研究科 千葉県立野田看護専門学校
	高校生 東海大学付属浦安高等学校 千葉県立千城台高等学校
	医学部学生 千葉大学医学部

	対 象 者
4年度	医学部学生 千葉大学医学部
	看護学生・栄養学生 安房医療福祉専門学校看護学科 千葉県立鶴舞看護専門学校 船橋市立看護専門学校 淑徳大学看護栄養学部看護学科 千葉大学大学院看護学研究科 淑徳大学看護栄養学部栄養学科 千葉県立野田看護専門学校
	高校生 東海大学付属浦安高等学校

令和4年度講師

1. (公財) 千葉ヘルス財団 臓器移植部会委員
宮田 昭宏
2. (公財) 千葉ヘルス財団 臓器移植部会委員
丸山 通広
3. 心臓移植体験者
河合 容子
4. 千葉県臓器移植コーディネーター
伊藤 総江

今年度の出前講座は、各学校のご協力により新型コロナウイルス感染症対策を実施し、1施設を除き対面講義にて開催することができました。出前講座は、臓器提供意思表示へのきっかけは勿論、臓器移植体験から学ぶ、命の大切さ、自分を取り巻く方々への感謝など受講者の心に響く素晴らしい講演です。また、出前講座を受講された方々に、臓器移植意思表示カードをセットにしたマスクケースの配布もいたしました。来年度も各学校に出前講座を実施する予定ですので、当講座をご活用下さい。



配布資料



千葉大学医学部



安房医療福祉専門学校看護学科 (ZOOMで講義)



千葉県立鶴舞看護専門学校



千葉大学大学院看護学研究科



船橋市立看護専門学校



淑徳大学看護栄養学部栄養学科

臓器移植推進出前講座の実施状況

心臓移植体験の伝え手となって

心臓移植体験者
河合 容子



私は子どもたちが小学1年生と6年生の時に、特発性拡張型心筋症を発症しました。

あれから、彼らも成人となり、私も長い待機期間を経て心臓移植を受けさせて頂き今に至ります。

心臓移植が必要。まさか自分の身にこのようなことが起こるなんて。

子育て、地域、学校、様々な活動をこなしていた私の身に突然、起こった出来事でありました。「予後が悪く完治する治療法はなく、心臓移植のみ」というくだりに頭が真っ白になった日のことを思い出します。

何の因果で？…何故私が？私は一体いつまで生きられるのだろう。

幼い子どもたちを前に途方に暮れる間もなく、だんだん病状は悪くなり、生きる希望も楽しみも失って、近づいてくる余命を感じながら遺書を書きました。

そんな私に射した光が「補助人工心臓」と「心臓移植」でした。

「河合さん、移植を受けて生きよう。まだやることあるよね。」先生の言葉に涙が溢れて止まらなかったあの日から私の生への思いは変わりました。

生きていることは当たり前ではなく、生きていることは奇跡だということ。

想像もつかない心臓移植に向かって、心臓に埋め込まれた補助人工心臓VADに助けられながら送る日常は、慢性心不全の壮絶な苦しみから解放放たれて、絶望から希望へ、死から生へと舵を切り、生きていることを再確認することができました。

しかしながら、同時に様々なリスクと隣合わせの日常でもありました。

VADを装着しながらも就寝中に亡くなっていた友人・家族のほんの少しの間の留守中に亡くなった友人・待機期間が長すぎて、持ちこたえられずに亡くなった友人……。

共に闘った友人たちが、次々と移植の日を夢見ながら旅立っていきました。

私も何度も刺入部の感染で入退院を繰り返し、出口のないトンネルをさまよひ移植への不安と葛藤を抱えましたが、それでも前を向いて進めたのは、信頼できる先生方をはじめ、医療スタッフ、待機仲間、移植仲間、そして2%の奇跡を信じて願ってくれた家族や友人たちのおかげであります。

自身が移植を受けて元気になれる根拠はどこにもないのに「私は生きるためにVADに繋げてもらった」のだと、強く思うことが出来ましたし折角VADを付けているのだからと、持ち前のポジティブ思考でこの10月に亡くなられた故木内博文氏（海外渡航心臓移植者）と一緒に移植待機者の演者として、あちこち回ったことは忘れられない懐かしい思い出です。

思えば、彼がVADを装着している私に、「河合さん、僕の講演を手伝ってくれませんか？」と言われたのがこの始まりでありました。

軽く「いいですよ」とお返事したところ、高校生900人の前でお話をすることに……。木内氏の演者育成の計画にまんまとはめられました笑。

移植医療の素晴らしさとドナーさんへの感謝をただただ伝える木内氏と移植待機中、VADを抱えながらの生活、未知の心臓移植への想いや葛藤を伝える私。聴講者の前で、VADを取り出して、実際に持ってもらったり、担いでもらったり、時には聴診器を持ち込んで、VADを植え込んでいる胸から聞こえる機械音を聞いて貰ったり、移植を受けた生き証人の姿は、何よりも説得力があり、待機者の移植を待つ悩みや葛藤の言葉は、聞く人に迫るものがあるのだと確信しました。



ここで何を伝えるべきかを木内氏から多く学ばせて頂きました。「僕とドナーは二人三脚で生きている。感謝しかない。」いつもそう話していた彼の言葉は移植を受けた私が今、同じように体現しています。

本当に生かされていることに感謝しかありません。

ドナーさんとのご縁を頂いた今も尚、引き続き移植体験の伝え手となることがライフワークとなりつつあります。

今年は、高校、大学、看護専門学校に加えて、企業や紙面でもお話をさせて頂く機会を頂きました。これまでの移植待機の時とは異なり、移植待機中の経験と、心臓移植を受けた経験と、ドナーさんと共に生きる今の3つの軸を1人で話すのですが、移植前と移植後では変化してきたことがあります。

これまでは、移植待機している当事者として、大変な中にある現状をお伝えすることと、意思表示をもらえることこそが移植医療の理解を意味し、待機者にとっては、それが支えだということ、移植医療は、病気の人を救うことが出来る素晴らしい医療です、ということを中心にお伝えしてきましたが、移植を経験して少し受け止め方に変化がありました。

移植手術に向かう前夜のことで、私は「万が一のときには、使えるものは全部使って欲しい。」と両親と家族に伝えました。勿論、カードに記入はしていましたが、自分の言葉でちゃんと伝えておきたい・・・そんな気持ちにさせられたのです。つまり、自分の命をどうしたいかを考え、その思いを家族に伝えることが、万が一の時の家族への優しさとなるということ、改めて身をもって経験したわけです。もしかしたら明日、迎えるかもしれない私の死が家族にとって悲しくて辛いだけのものにしないための意思表示。それは大切なひとへの優しさであり臓器提供に繋がることになれば、その思いは移植を待っている人たちに、連鎖していく。このことこそが、自分が今から受けようとしている臓器移植なのだと思います。

心臓移植を受けて、命を繋いで頂いたわけですが、命と一緒に頂いたのはドナーさんとそのご家族の優しさでした。みるみる元気になった私を見た家族も元気になり家の中が明るくなりました。NOを意思表示していた娘が、心臓移植の先に見えた移植医療の真髄に気づきYESを選び直し、生かしていただいた私は、子ども食堂を立ちあげ、子どもたちや子育て世代の居場所づくりを始めました。

そこには開催日になるとたくさんの親子や子どもた

ちが訪れます。子どもも大人もボランティアスタッフも、みんなが楽しそうです。私はその様子を眺めながら思うわけです。ドナーさん、全てあなたのおかげです。あなたとご家族の優しさが、ここに生きていますと。優しさがぐるぐる廻るわけです。移植って命を救うだけではない。そして救われるのは本人だけでもない。優しさへの感謝の思いはまた優しさとなって循環していくのですね。

しかしながら、この尊い医療がなかなか進まない日本です。

5年どころではない長い時間をVADで繋いでいる仲間たち。VADを入れられなくて、移植を待つために病院で暮らしている仲間たち。そして幼い子どもたちが、やむなく海外で移植を受けなければならない現実。インフラが整わない医療体制、まだまだ課題は大きくそして重いです。

そこを変えていく力はなんだろう、私に出来ることはなんだろう、と思うわけでやはり、出来ることはひとつ。生かされていることへの感謝と喜びをこの元気が続く限り、ひとりでも多くの人にお伝えする。これに限るのだと思われています。

今日もドナーさんと共に生きます。心からのありがとうを胸に抱いて。



2022グリーンリボンキャンペーン千葉の実施報告

臓器普及啓発を強化する為、今年も当財団では千葉県と共催で「2022グリーンリボンキャンペーン千葉」を実施いたしました。

グリーンリボンキャンペーンは、多くの人に、移植医療について知ってもらい、臓器のご提供者（ドナー）に感謝するとともに、移植で救われた命の素晴らしさについて知ってもらうイベントです。

グリーンリボンは、世界的な移植医療のシンボルマークとして活用されています。

今年度のグリーンリボンキャンペーンでは、県民の皆様様に臓器移植の意思表示をされている方の割合(10.2%)を知っていただくポスターを作成いたしました。

グリーンライトアップについては、昨年同様千葉都

市モノレールのセントラルアーチ（千葉中央公園前）を10月2日～31日（17:00～22:00）、新しく海浜幕張駅駅前シェルターを10月1日～31日（17:00～22:00）の間ライトアップいたしました。

このキャンペーンが、一人ひとりが移植医療についてご自身やご家族の方と考え話し合う機会や、臓器提供の「イエス、ノー」の意志表示のきっかけになっていただけたらと願っています。

また、10月2日（日）に千葉駅前にて街頭啓発活動を実施する予定でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響で中止とし、その代わりに10月16日（日）に船橋アリーナにて、千葉ジェツの試合観戦の方々にチラシ等の配布をし普及啓発を行いました。



2022グリーンポスター



ジェツポスター



配布活動写真



グリーンライトアップ（セントラルアーチ）



グリーンライトアップ（海浜幕張駅）

(公財) 千葉ヘルス財団の事業 令和3年度

1 在宅ケア体制推進事業

(1) 在宅ケア研修会

地域における在宅ケアシステムを構築するため、医師・歯科医師・薬剤師・保健師・看護師・介護福祉士・一般県民など、在宅ケアに関わる方々を対象に研修会を開催しました。

「難病と仕事のつながり」

千葉トヨペット株式会社

小田 重文 氏

※参加者数 91名 (入場無料)

(2) 地域在宅ケア研修会

在宅療養者がより安全かつ快適に療養生活が送れることを目的に、地域で抱えている在宅ケアの課題解決に向けての研修会を開催しました。



テーマ 在宅ケアの変遷とこれから

日時 令和3年10月31日 (日)

午後1時30分～5時00分

場所 ホテルポートプラザちば 2階 ロイヤル

内容 講演

座長 千葉ヘルス財団在宅ケア部会長

平山登志夫 氏

講師 「神経難病患者の新たな療養支援の模索

～ポストコロナを見据えて～」

内幸町在宅クリニック院長

今井 尚志 氏

「ALSと生きる

～前を向いて歩むための支援～」

日本ALS協会相談役

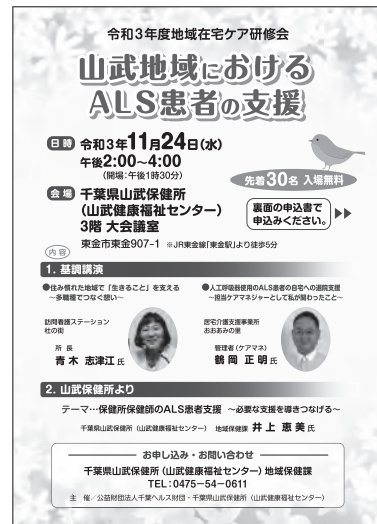
千葉県支部運営委員

川上 純子 氏

「訪問看護の歴史を紐解き今を考える」

カンナ訪問看護ステーション 代表

福井みさ江 氏



テーマ 山武地域におけるALS患者の支援

日時 令和3年11月24日 (水)

午後2時00分～4時00分

場所 山武保健所 3階 大会議室

内容 基調講演

「住み慣れた地域で「生きること」を支える
～多職種でつなぐ想い～」

訪問看護ステーション杜の街 所長

青木志津江 氏

「人工呼吸器使用のALS患者の自宅への退院支援
～担当ケアマネージャーとして私が関わったこと～」

居宅介護支援事業所おおあみの里

管理者 (ケアマネ)

鶴岡 正明 氏

山武保健所より

「保健所保健師のALS患者支援
～必要な支援を導きつなげる～」

山武保健所（山武健康福祉センター）
地域保健課主任保健師

井上 恵美 氏

※参加者数 40名（入場無料）

2 老人医療・難病医療・終末期医療体制推進事業

（1）在宅人工呼吸器療養者支援事業

在宅で療養をし、人工呼吸器を必要とする難病患者の方々を支援するため、吸入器、吸引器、パルスオキシメーターの人工呼吸器関連機器の取得費を助成しました。

補助金交付件数 5件

（2）在宅療養者支援事業

在宅で人工呼吸器を装着し療養する難病患者の方々に対して国立病院機構千葉東病院を通じて意思伝達装置を貸し出しました。（年度途中で日本ALS協会から国立病院機構千葉東病院に業務委託を変更）

貸し出し件数 0件

3 臓器不全対策事業

（1）臓器移植等普及啓発事業

①市民公開講座の開催

移植医療の普及・推進を図り、臓器移植に対する理解を深めるため、移植医療に従事する医療関係者や患者、一般県民を対象に市民公開講座を開催しました。

テーマ 心臓病患者の治療と移植医療

日時 令和3年10月31日（日）
午前10時～午後1時

場所 ホテルポートプラザちば 2階 ロイヤル
内容 基調講演

座長 千葉ヘルス財団臓器移植部会部会長
竜 崇正 氏

講師 「千葉県における心移植の現状」

千葉大学医学部附属病院心臓血管外科
黄野 皓木 氏

「心不全と心臓移植 現在とこれから」
千葉大学医学部附属病院循環器内科

岩花 東吾 氏
「心臓移植におけるリハビリテーションの関わり～心臓移植及び移植前の

待機期間において如何に身体機能を維持するか～」

千葉大学医学部附属病院
リハビリテーション科

小池 俊光 氏

体験談

「ドナーさんと一緒に」
心臓移植体験者

河合 容子 氏

「家族に贈られた最後の手紙」

ドナー家族

原澤美智子 氏

※参加者数 62名（入場無料）

②2021グリーンリボンキャンペーン千葉

臓器移植の普及啓発を強化するために、千葉県と共催でグリーンリボンキャンペーン千葉を実施しました。今年度のグリーンリボンキャンペーンでは、県民の皆様へ臓器移植の意思表示を知っていただくポスターを作成いたしました。臓器提供の「イエス、ノー」の意思表示、ご自身やご家族の皆様と話し合うきっかけになるような啓発ポスターを作成し、県内の関係機関に配布いたしました。

また、臓器移植推進月間である10月の1ヶ月間（午後5時～10時）、千葉都市モノレールのセントラルアーチ（千葉中央公園前）をグリーンにライトアップしました。



③臓器移植推進出前講座

医学部学生や看護学生及び高校生等を対象に次のとおり実施しました。

派遣講師

千葉県救急医療センター

(公財) 千葉ヘルス財団臓器移植部会委員

宮田 昭宏 氏

千葉大学医学部附属病院腎臓・胃腸外科

(公財) 千葉ヘルス財団臓器移植部会委員

丸山 通広 氏

心臓移植体験者

河合 容子 氏

東京歯科大学市川総合病院

千葉県臓器移植コーディネーター

伊藤 総江 氏

受講者数 1594名

実施日	施設名	受講者数
4/22	千葉大学医学部	115名
6/18	安房医療福祉専門学校看護学科	33名
10/1	淑徳大学看護栄養学部栄養学科	77名
10/22	船橋市立看護専門学校	40名
11/5	淑徳大学看護栄養学部看護学科	114名
11/19	千葉大学大学院看護学研究科	80名
2/14(午前)	東海大学付属浦安高等学校	139名
2/14(午後)	東海大学付属浦安高等学校	189名
3/3	千葉県立野田看護専門学校	187名
3/22	千葉県立千城台高等学校	620名
合計	10回	1594名

(2) 臓器移植推進特別対策事業

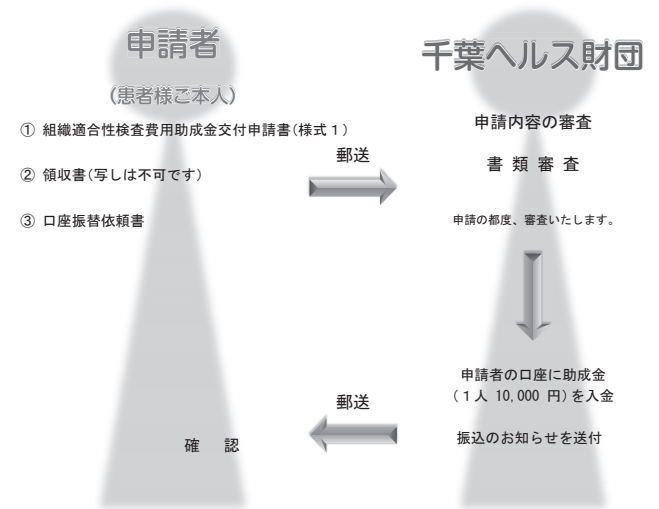
組織適合性検査費用助成

腎移植の推進を図るため、腎移植を希望し、日本臓器移植ネットワークに登録する場合に行う組織適合性検査に要する費用の一部を助成しました。

助成件数 21件

組織適合性検査費用助成金フロー図

* 要綱および様式は当財団ホームページよりダウンロードできます。検査終了後の申請となります。



4 広報事業

(1) ちばヘルス財団だよりの発行

(公財) 千葉ヘルス財団事業に対する理解と協力を得るため機関紙を2,000部発行し、市町村、健康福祉センター、関係団体等(約1,457カ所)に配布した。

(2) ホームページの運営

ホームページを積極的に活用し、当財団の各事業と運営状況等を随時更新し掲載した。

更新回数 年間およそ30回程度の更新

(3) 千葉日報に広告掲載

- ・ 当財団の事業紹介(30周年記念事業)
- ・ 在宅ケア研修会の開催案内
- ・ 臓器移植についての市民公開講座の開催案内
- ・ 2021グリーンリボンキャンペーン千葉の開催案内

(4) 千葉ヘルス財団設立30周年記念事業

①記念式典

(※新型コロナウイルス感染症の流行により中止)

日 時 令和3年10月31日(日)

午後5時30分～午後7時

場 所 ホテルポートプラザちば 2階ロイヤル
千葉市中央区千葉港8-5

内 容 ◎功労者表彰(12名)

団体：(株)千葉日报社・(公社)千葉県医師会・千葉県腎臓病協議会・日本ALS協会千葉県支部・介護老人保健施設晴山苑・九十九里ホーム病院・

(一社)千葉県製薬協会・医療法人芙蓉会五井病院、

個人：中村宏氏・竜崇正氏・

木内博文氏・松井宏之氏

※後日、感謝状と記念品を個別に授与

◎祝賀会 ※中止

②千葉ヘルス財団30周年記念誌の発行

作成部数：500部

配布先：出捐団体(者)、

県内市町村、関係機関(者)

他(468カ所)



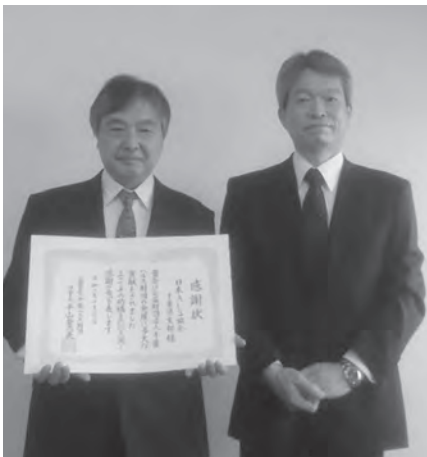
株式会社千葉日报社 様



公益社団法人千葉県医師会 様



特定非営利活動法人千葉県腎臓病協議会 様



日本ALS協会千葉県支部 様



介護老人保健施設晴山苑 様



九十九里ホーム病院 様



一般社団法人千葉県製薬協会 様



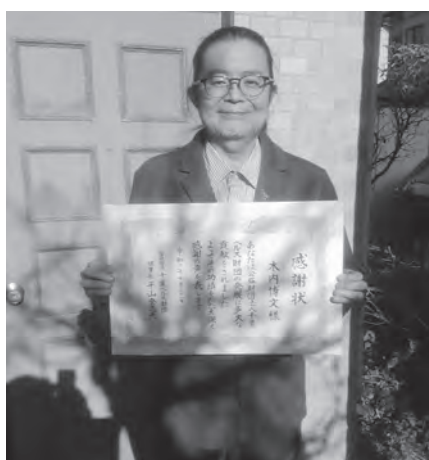
医療法人芙蓉会五井病院 様



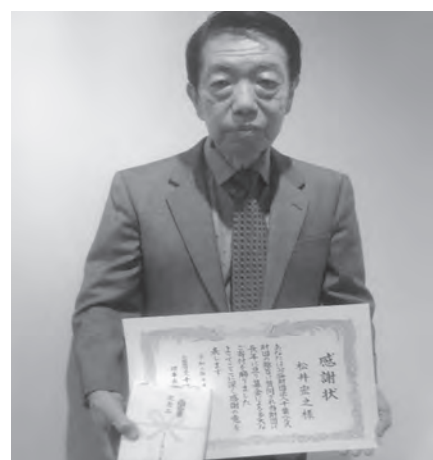
中村 宏 氏



浦安ふじみクリニック 院長 竜 崇正 氏



木内 博文 氏



松井 宏之 氏

令和3年度 ご寄付いただいた方々

	相手方	金額
1	東京歯科大学市川総合病院	48,514
2	医療法人社団松和会望星姉崎クリニック	5,745
3	九十九里ホーム	3,187
4	萩原 博	10,000
5	澤田いつ子	10,000
6	松井宏之	10,000
7	医療法人社団鎮誠会理事長李笑求	10,000
8	島田守夫	10,000
9	医療法人芙蓉会五井病院	100,000
10	野村瞭	5,000
11	日本ALS協会千葉県支部	100,000
12	山本哲男	10,000
13	川島貞夫	10,000
14	崎山 樹	10,000
15	能重 芳雄	10,000
16	戸谷久子	20,000
17	医療法人社団志仁会 薬丸病院	49,250

	相手方	金額
18	堤紳一	10,000
19	川上純子	20,000
20	医療法人社団天榮会 茂原機能クリニック	3,026
21	公益社団法人千葉県医師会	200,000
22	翠川鎮生	10,000
23	君津健康福祉センター	1,000
24	一般社団法人千葉県製薬協会	30,000
25	社会福祉法人晴山会	50,000
26	澤田いつ子	10,000
27	海匠地域振興事務所	1,081
28	夷隅地域振興事務所	1,500
29	吉田道子	20,000
30	医療法人社団芳英会吉野内科・神経内科医院	10,000
31	千葉県健康福祉部障害福祉事業課	700
32	千葉県君津地域振興事務所	1,610
33	東京歯科大学市川総合病院	44,248
		834,861

(公財) 千葉ヘルス財団役員および企画委員名簿

令和4年12月31日現在

評議員

氏名	役職等
入江 康文	(公社)千葉県医師会長
松谷有希雄	(一財)日本公衆衛生協会理事長
高原 正明	(一社)千葉県歯科医師会長
杉浦 邦夫	(一社)千葉県薬剤師会長
大澤克之助	(株)千葉日報社代表取締役社長

理事

役職名	氏名	役職等
代表理事	平山登志夫	千葉県老人保健施設協会会長
理事	竜 崇正	元千葉県がんセンター長 浦安ふじみクリニック院長
理事	増田 等	千葉県市長会・町村会事務局長
理事	井上 恵子	(公社)千葉県看護協会専務理事
常務理事	大谷 俊介	現当財団事務局長

監事

役職名	氏名	役職等
監事	本間 惇夫	(一社)千葉県製薬協会専務理事
監事	大川 哲夫	(株)かずさクリーンシステム

在宅ケア部会

役職名	氏名	所属等
部会長	平山登志夫	千葉県老人保健施設協会会長
副部会長	竜 崇正	元千葉県がんセンター長 浦安ふじみクリニック院長
委員	伊藤喜美子	千葉東病院 脳神経内科医長
委員	和田 浩明	公益社団法人千葉県医師会理事
委員	松岡かおり	公益社団法人千葉県医師会理事
委員	小俣 卓	千葉県こども病院 医療局診療部神経科部長
委員	藤里 正視	千葉県がんセンター副病院長
委員	宗田友紀子	一般社団法人千葉県歯科医師会 障がい福祉保健委員会委員
委員	渡辺 尚子	公益社団法人千葉県看護協会常任理事
委員	山崎 潤子	一般社団法人千葉県訪問看護ステーション協会会長
委員	松野 朝之	船橋市保健所次長
委員	川上 純子	日本ALS協会千葉県支部 運営委員
委員	塚田 真澄	山武保健所次長

臓器移植部会

役職名	氏名	所属等
部会長	竜 崇正	元千葉県がんセンター長 浦安ふじみクリニック院長
副部会長	川越 一男	五井病院理事長
委員	松宮 護郎	千葉大学大学院医学研究院心臓血管外科学教授
委員	入江 康文	千葉県透析医会会長
委員	高橋 功	地方独立行政法人総合病院国保 旭中央病院副院長
委員	丸山 通広	千葉大学医学部附属病院食道・ 胃腸外科診療准教授
委員	中村 厚	特定非営利活動法人千葉県腎臓病協議会
委員	宮田 昭宏	千葉県救急医療センター病院長

ご寄付のお願い

- ▶ 在宅医療の推進や臓器移植の推進などの財団の事業は、県、市町村、各種団体から頂いたご出捐金である基本財産と、その運用益(利子)及び善意の寄付で運用されています。
- ▶ 今後、これらの事業を充実し継続していくために皆様の温かいご支援をお願いいたします。
- ▶ (口座名) 公益財団法人 千葉ヘルス財団
- ▶ (フリガナ) コウザイ) チバヘルスザイダン
- ▶ (口座番号) 千葉銀行県庁支店 普通 2119731
- ▶ 京葉銀行本店 普通 8283781
- ▶ 千葉興業銀行本店 普通 6641891
- ▶ 千葉信用金庫本店 普通 0562044
- ▶ 専用の振込用紙をお使いいただく事により振込手数料は無料となります。事務局までご連絡ください。

事務局および問い合わせ

- ▶ 〒260-8667 千葉市中央区市場町 1 - 1
- ▶ 千葉県健康福祉部疾病対策課内
- ▶ 電話 043-223-2663
- ▶ ホームページ <http://www.chiba-health.or.jp>

公益財団法人 千葉ヘルス財団

平成3年6月に千葉県、市町村、医療関係機関・団体、企業等、県民の皆様の協力を得て設立されました財団法人千葉ヘルス財団は、公益法人制度改革関連3法の施行により、平成25年4月1日から、公益財団法人千葉ヘルス財団となりました。

県民の皆様の保健医療の向上と健康の保持増進に寄与するため、臓器移植の推進や在宅ケアの推進に関する事業を大きな柱として活動しています。

在宅ケア研修会の開催

地域における在宅ケアを推進するため、医師、看護師、介護職員、行政職員、県民の皆様を対象に研修会を開催しています。

在宅人工呼吸器療養者の支援

人工呼吸器を使用して在宅で療養している難病患者さんが吸引器、吸入器、パルスオキシメーターを購入する費用に対する補助制度を設け、在宅療養を支援しています。

意思伝達装置の貸出し

在宅で人工呼吸器を装着し療養する難病患者の方々に対して、独立行政法人国立病院機構千葉東病院を通じて、当財団が所有する意思伝達装置を貸し出しています。

臓器移植普及啓発

臓器移植の推進と理解を図るため、市民公開講座や専門医及びコーディネーターを講師として、ご希望の日時に実施する出前講座を開催しています。

臓器移植特別対策

腎不全患者の方がレシピエントとして日本臓器移植ネットワークに登録する場合に行う、組織適合性検査に要する費用の助成(上限1万円)を行っています。

令和5年1月

編集・発行／公益財団法人千葉ヘルス財団
事務局／千葉県健康福祉部疾病対策課内 〒260-8667 千葉市中央区市場町1-1
電話／043-223-2663
ホームページ／<http://www.chiba-health.or.jp>
メールアドレス／mail@chiba-health.or.jp