

命をつなぐ～誰かの未来を支えてみませんか～

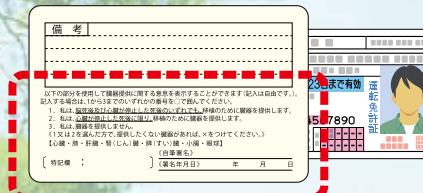
つなげられる「いのち」がある

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



その他に、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 理事長 竜 崇正

在宅ケア充実に向けての取材記事 2

患者と家族に寄り添った「個別化治療」を

千葉ヘルス財団在宅ケア部会副部会長 鍋谷 圭宏

臓器移植推進に向けての取材記事 2

臓器移植で助けられる命と絆に生きていく

千葉ヘルス財団臓器移植部会部会長 川越 一男

令和7年度在宅ケア研修会 3

(テーマ 在宅で療養する難病患者等への受診支援)

講師 川越 正平 氏 藤井 直枝 氏 原田 一樹 氏 竹内 公一 氏

令和7年度地域在宅ケア研修会 15

(テーマ 在宅ケアに関わるあらゆる支援者のためのメンタルヘルス講座

～支援者の笑顔のために マルシェ～)

講師 丁野 雪子 氏

令和7年度臓器移植についての市民公開講座 18

(テーマ 心臓病の治療と移植医療)

講 師 加藤 央隼 氏 渡邊 優子 氏 佐藤 克行 氏

体験談 平澤 弘章 氏

講師派遣による臓器移植推進出前講座 28

臓器移植推進出前講座の実施状況 30

講師 原田 公子 氏

2025グリーンリボンキャンペーン千葉の実施報告 34

(公財)千葉ヘルス財団の事業 令和6年度 35

(公財)千葉ヘルス財団役員および企画委員名簿 39

巻頭言

新年のごあいさつ



公益財団法人千葉ヘルス財団
理事長 竜 崇正

新年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。

私は、昨年の6月に千葉ヘルス財団の理事長に就任いたしました竜崇正と申します。財団とは、理事として6年間、在宅ケア部会と臓器移植部会の副部会長・部会長として20年間関わってきました。

前任の理事長である平山登志夫先生は、平成3年6月の財団発足時に理事と在宅ケア部会長に就任、平成26年度から理事長となり、お亡くなりになった令和7年5月まで理事長を務めて頂き、まさに財団の象徴といえる方でした。

平山先生は、医療法人晴山会平山病院で診療を行うと共に、社会福祉法人晴山会を設立し、介護老人保健施設などの多くの施設を運営し、多くの高齢者の介護などに携わっておられました。

平山先生が介護や高齢者福祉に関わり始めたころの我が国は、まだ病院での治療を終えた高齢者の介護を行う社会資源がない時代で、厚生省(当時)のモデル事業に参加し日本で初めて老人保健施設を立ち上げ、高齢者介護を開始したと伺っています。

近年は、千葉ヘルス財団の活動を通じ、難病などで医療的ケアが必要な児童への支援に力を入れておられ、患者の児童のみならず患者家族の在宅ケアを含む生活に关心をよせ患者と家族が精神的にも、経済的にも困ることなく安心して療養ができる社会を目指しておられました。

平山先生の思いの根底には、「困っている人を救いたい。手を差し伸べたい」がいつもあったと認識しています。その様な方の後任として、理事長を務めることとなり身の引き締まる思いを痛感しており、今後は財団の関係者の方々のご意見をいただきながら、千葉県と県内全市町村・医療関係団体及び県内経済団体の方から、設立時の目的として託されました「在宅医療、老人医療・難病医療・終末期医療、臓器移植に関する事業を3本柱とし、それらに包括的・弾力的に対応して、県民の保健医療の向上に役割を果たす」事ができますように事業を進めてまいります。

最後に私の自己紹介をさせて頂きます。

私は、1968年(昭和43年)千葉大学医学部を卒業し、その後千葉大附属病院・千葉県がんセンター・国立がんセンター東病院などで勤務してまいりました。

その後、千葉県がんセンター病院長を退職後、2011年から現在の浦安市の「浦安ふじみクリニック」で診療を行っています。患者の方は近隣の方が多く、がんの専門医として勤務していた病院時代には味わうことのできなかつた幅広い分野を診る総合診療医的な診療で、毎日が新たな学習とも思える日々です。

趣味は、学生時代から始めた登山、スキーで、若い時は日本国内にとどまらず、マッターホルン・モンブラン・ヒマラヤ・アンデスなど世界各国の靈峰に挑戦しました。今でも国内の山に年数回チャレンジしています。

ボランティア活動として、南米ボリビアにJAICAの協力で開院した日本病院での医療支援活動を1988年から毎年のように行っています。

ボリビアに限らず、世界では多くの患者が医療支援を待っています。これは日本でも同じで、制度の隙間で十分な医療や支援を受けられない難病患者や慢性期患者、臓器移植でしか根本的治療が無く長年移植を待っている患者と、それらの家族の方が将来に夢や希望を持ち生活できるよう財団の活動を進めていきたいと思っておりますので、皆様のご理解とご支援をお願い申し上げます。

最後に、皆様のますますのご活躍とご多幸を祈念いたしまして、年頭の挨拶といたします。

千葉日報掲載（令和7年8月20日）

患者と家族に寄り添った「個別化治療」を

(公財)千葉ヘルス財団企画委員会在宅ケア部会副部会長
千葉県がんセンター 食道・胃腸外科 栄養サポートチーム(NST)チアマン

鍋谷 圭宏 副病院長に聞く



鍋谷 圭宏
(なべや・よしひろ)

千葉大学医学部卒業後、同大学医学部第二外科(現千葉大学大学院先端応用外科)学教室に入局。1992~1994年米国コネル大学医学部胸部外科学に留学。2010年、県がんセンターの消化器外科主任医長、2014年に部長に就任。2021年、同センターの診療部長(食道・胃腸外科)、患者総合支援センター部長、2023年から同センター副病院長。The Best Doctors in Japanに7期14年連続選出。

30年以上前、鴨川市立保育院に外科医として赴任し、在宅診療にも携わった。高齢患者が多く、老いた介護の現実を目の当たりにした。医療に加え生活面での支援が不可欠であることを感じ、それ以降も外科医療とともに地域医療に従事。県がんセンターでは、患者総合支援センター部長としてがん緩和医療や在宅療養支援チームを率いた経験から、さまざまなどを学んだ。

近年、在宅医療のニーズは急速に拡大している。特にがん治療では、急性期病院の在院日数短縮が進み、治療後に自宅療養へ移行する患者が増えた。当センターでは2021年から支

援体制を強化し、緩和ケアの分野では患者への意思確認を重視している。しかし、「自宅で過ごしたい」と希望しても、家族の負担増や支援体制が不十分で実現が難しい場合もある。患者と家族の希望が異なるケースや、地域による支援内容の差も課題だ。この状況に対応するため、訪問看護ステーションや在宅診療所と連携しながら患者の望む療養環境を目指している。看護師や医療ソーシャルワーカーが、患者と支援医療機関を繋ぐ役割を担っているが、情報共有をさらに強化し、成功事例だけではなく課題や反省点も共有することで、今後の支援の質を向上させていきたい。

現在、訪問看護ステーションや在宅診療所などが全国的に増え、県内でも多様なニーズに応じた在宅ケアの提供が進められていく。医療技術や機器の進歩により、在宅での緩和ケアの幅も広がり、患者と家族の希望に沿った「個別化治療」を提供できる療養環境の選択肢が増えつつある。これらの最新の情報により、在宅での緩和ケアの幅も広がり、患者と家族の希望に沿った「個別化治療」を提供できる療養環境の選択肢が増えつつある。これまで協力して在宅療養支援を充実させることができた強く感じている。

千葉県がんセンターで、患者総合支援センター部長として地域医療を考え、在宅医療や緩和ケアの支援体制の充実に注力した。患者や家族の希望にできるだけ寄り添えるように「個別化治療」を目指す、同がんセンター 鍋谷圭宏副病院長に、在宅療養支援の取り組みについて話を聞いた。

千葉日報掲載（令和7年9月18日）

臓器移植で助けられる命と併に生きていく

(公財)千葉ヘルス財団企画委員会臓器移植部会長
五井病院・NPO法人「脳死移植を推進する会」

川越 一男 理事長に聞く



川越 一男
(かわごえ・かずお)

九十九里町出身。帝京大学医学部卒業。同大学附属病院救命救急センター勤務を経て、五井病院勤務。1992年、同病院理事長就任。1996年、市原市医師会理事。2002年、千葉県医師会理事。2011年、NPO法人「脳死移植を推進する会」理事長。2014年、千葉県医師会副会長。2016年、日本医師会代議員。

臓器移植との関わりは、アメリカ・コロンビア大学の移植医療の第一人者 加藤友朗先生との出会いが契機。先生の移植手術を受けた患者の国内のサポートを担当した。その後、患者から国内で加藤先生に移植後のフォローを受けないと要望があり、年に2回加藤先生を呼び、術後の患者を診てもうい、安心感を持つてもらおうと始まったのが2011年。国内の臓器移植手術経験者が、五井病院に集まる術後外来がNPOのスタートだった。救命救急医として、助けられる命を助け、助からない人は移植へ導くという思いで決めたNPOの名称は、当時かなりセンセーショナルだった。

臓器移植や生体移植は増えていくが、脳死移植に対しては、まだ受け入れられることは、まだ受け入れられることで、今後の支援の質を向上させていきたい。

アメリカ・コロンビア大学の移植医療の第一人者 加藤友朗先生との出会いが契機。先生の移植手術を受けた患者の国内のサポートを担当した。その後、患者から国内で加藤先生に移植後のフォローを受けないと要望があり、年に2回加藤先生を呼び、術後の患者を診てもうい、安心感を持つてもらおうと始まったのが2011年。国内の臓器移植手術経験者が、五井病院に集まる術後外来がNPOのスタートだった。救命救急医として、助けられる命を助け、助からない人は移植へ導くという思いで決めたNPOの名称は、当時かなりセンセーショナルだった。

臓器移植との関わりは、アメリカ・コロンビア大学の移植医療の第一人者 加藤友朗先生との出会いが契機。先生の移植手術を受けた患者の国内のサポートを担当した。その後、患者から国内で加藤先生に移植後のフォローを受けないと要望があり、年に2回加藤先生を呼び、術後の患者を診てもうい、安心感を持つてもらおうと始まったのが2011年。国内の臓器移植手術経験者が、五井病院に集まる術後外来がNPOのスタートだった。救命救急医として、助けられる命を助け、助からない人は移植へ導くという思いで決めたNPOの名称は、当時かなりセンセーショナルだった。

救命救急医として命をつなぐ医療に尽力。アメリカ・コロンビア大学の加藤教授との縁で移植医療と関わり、2011年にNPO法人「脳死移植を推進する会」を発足した、五井病院の川越一男理事長に、臓器移植の未来について話を聞いた。

救命救急医として命をつなぐ医療に尽力。アメリカ・コロンビア大学の加藤教授との縁で移植医療と関わり、2011年にNPO法人「脳死移植を推進する会」を発足した、五井病院の川越一男理事長に、臓器移植の未来について話を聞いた。

令和7年度 在宅ケア研修会

在宅で療養する難病患者等への受診支援

2025.9.21 ホテルポートプラザちば



主催者挨拶

千葉ヘルス財団 理事長の 龍 と申します。開会にあたり、一言、ご挨拶申し上げます。

週末からやっと気温が下がってきましたが、本日は、休日にもかかわらず多くの方々に、参加いただきまして誠にありがとうございます。

この研修会は、難病でご自宅等で療養を続ける方への支援を推進するため、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。

昨年度より会場への参加が体調やお仕事で困難な方も、聴講いただけるようインターネットによるオンライン配信も開始しました。今年度は会場参加者とあわせ120名を超える方に、聴講いただきます。

さて、本日の研修会は「在宅で療養する難病患者等への受診支援」をテーマとしております。在宅療養では、定期的な医療機関への受診の際に、病状の変化や当日の気象条件、更には家族支援者の急用などにより通院に支障が発生する場合もあります。

本日は、様々なやり方で受診に対する支援を行っている方々を講師にお招きし、訪問診療や受診センター、介護タクシー、オンライン診療などのお話をいただきますので、今後必要な時に利用をご検討いただ

ければ幸いです。

本日の研修会が、難病患者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。



竜 崇正 部会長

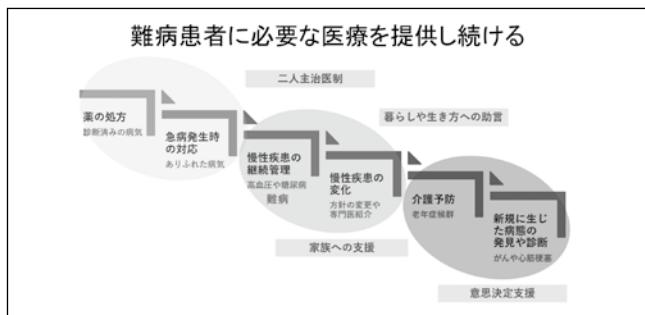
講 演

難病患者に必要な医療を提供し続ける
～在宅医療に取り組むかかりつけ医の
立場から～

あおぞら診療所
理事長・院長
川越 正平



この講演で申し上げたいことは、ぜひ難病の方にもかかりつけ医を持つことをお勧めしたい、という点です。特に難病の患者の方は病気の特性として、いずれ通院が難しくなることもあります。在宅医療を行っているかかりつけ医と早めに関係を作ることをお勧めします。

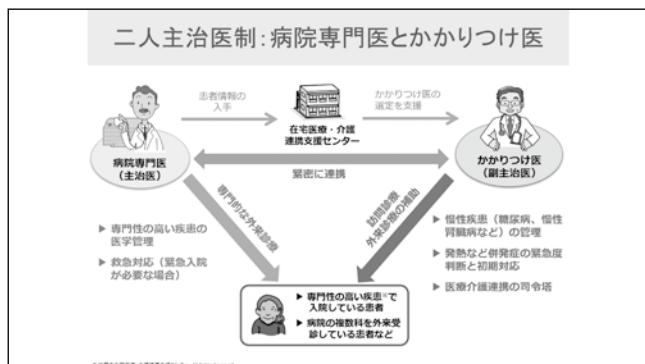


一般の方が人生の中でどのような時に医療を必要とするかを示した図です。

病気の進行や年齢による変化に応じ、必要な医療と上手につきあっていくことが理想です。本日の講演でお話する4つのキーワードをお示しします。

- ① 二人主治医制
- ② 暮らしや生き方への助言
- ③ 意思決定支援 (ACP)
- ④ 家族への支援

難病の方は慢性疾患を抱える方より、なおさら2人の主治医を持つ、人生の先々を考え暮らしを支援していくといった、4つの支援が必要となります。



松戸市医師会では松戸市から介護保険の在宅医療介護連携推進事業を受託し、在宅医療・介護連携支援センターを運営する中で、相談の受付・研修会・市民向け啓発活動などを行っています。

その活動の柱の一つとして、二人主治医制に取り組んでいます。

多くの場合、主たる疾患で大病院の専門医を主治医としていますが、主たる疾患以外を併発した場合、複数の診療科や病院にかかることがあります。

その方にふさわしい主治医機能はどのようなことか、誰に担ってもらうべきか、それは地域や医療資源の状況により変わってきます。

松戸市医師会の在宅医療・介護連携支援センターでは地域の医療資源の中からその患者に合ったかかりつけ医と繋がれるよう支援をしています。

そのことを二人主治医制と呼んでいます。

二人主治医制が推奨される状態像の例(高齢者の場合)	
推奨される状態像の例	効果を発揮しうる状態像の例
85歳以上である 3つ以上の診療科に継続受診している 病院医師が訪問看護を指示している 認知症と診断されていて指導を理解できない 要介護1以上の介護認定をすでに受けている 外来予約を忘れたたりキャンセルすることが多かった きちんと服薬できていないことが判明した タクシーを利用して受診している 院内移動に車椅子が必要になった 待合室で長時間待つことがつらくなってきた	80歳以上である 2つ以上の診療科に継続受診している 医師以外に外来看護師による追加説明を要する 外来で指導された内容を忘れてしまう 介護保険で要支援の認定を受けている 外来診療に長い時間を要してしまう 歯科や眼科の受診が途切れてしまっている 電車やバスを乗り継いで通院が負担になった 通院にあたり、家族の同行が必要になった 独居または高齢者のみの世帯の方

二人主治医制が推奨される状態を、例示しています。85歳以上である・3つ以上の診療科に継続受診している・訪問看護を利用している・認知症と診断されていて指示を理解できない・院内移動に車椅子が必要になったなどです。このような例に該当する方は、次の一手として二人目の主治医を構えるということも考えた方が良いと思い示しています。

かかりつけ医や二人主治医制が推奨される状態像の例	
1)主病の専門外来に加えて、その他診療科の外来を並行して受診する	
・多疾患が併存している(インスリン治療中の糖尿病や入院歴のある心不全、精神疾患など)	
2)外来診療の8割以上をかかりつけ医が担当するが、専門診療も必要	
・専門的治療の内容を頻繁に変更する必要はない疾患(認知症、てんかんなど)	
3)専門外来での治療が必要だが、いずれ通院が難しくなると予想される	
・専門的な治療を継続、調整している(外来化学療法中の進行がんやバーキンソン病など)	
4)通院が難しくなった患者(かかりつけ医が在宅医療として担当する)	
・精査や入院が必要な場合には、紹介元病院が対応する	
5)退院時や成人期に移行するにあたりケア移行の支援を要する患者	
・外来精査や入院が必要になった場合、紹介元病院が責任を持って受け入れまたは調整を担う	

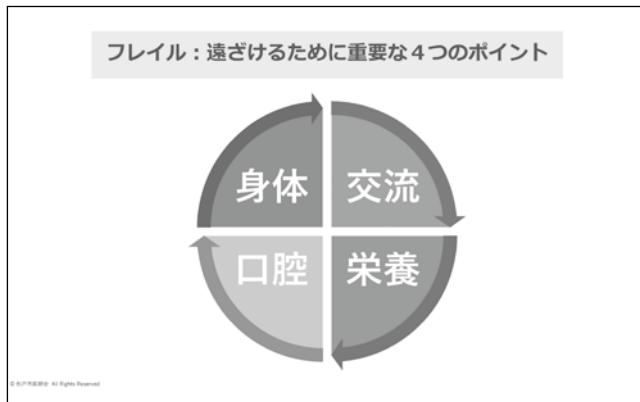
同じ内容を医師側から判断する場合の例を5つ記載しました。

二人主治医制推奨の状態像と見積もるべき課題の例						
状態像	疾患課題	通院課題	世帯課題			
				疾患課題	通院課題	世帯課題
1)多疾患併存	++	+	さまざま	3診療科以上 ポリファーマシー	タクシー利用	独居 高齢者のみ世帯
2)かかりつけ医>専門医	++	+	さまざま	認知症等あり	車椅子が必要	生活課題多 セルフケア不足
3)専門治療中だが いずれ通院が難しくなる	++	++	さまざま	身体機能低下	通院介助が必要	経済困窮
4)通院が困難	+	+++	さまざま	生命予後不良	交通の便が悪い バスや電車乗換	住環境 階段や坂道など
5)ケア移行が必要	+	+	++	医療処置あり	受診キャンセルや 予約変更の増	ダブルケア 家族不和等

前のスライドの5つの状態と考慮すべき課題の状況を表にしたものでです。

課題には疾病課題・通院課題・世帯課題があります。右側の表はそれぞれの課題の要素を例示しています。

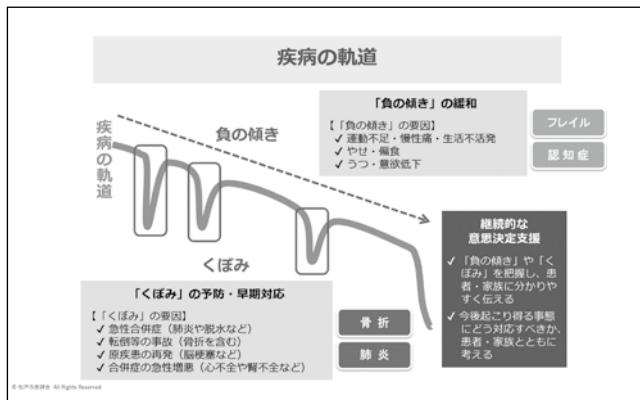
このような条件があればあるほど、早めの二人主治医制への移行が推奨されます。



二人主治医制ができること ②暮らしや生活への助言
次に、二人目の主治医がいたらどのようなことができるだろうか、ということをお話します。

医師として診療を担当していると、神経や筋肉のレベルでいうと治療の余地はまだまだあるのに、栄養や運動の問題で現在の身体の状態は既に悪い、という方もあります。

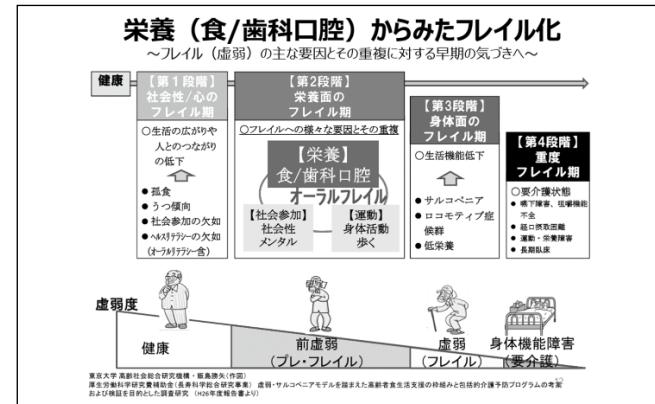
フレイルという言葉を耳にするようになったと思いますが、薬の効果と適切な運動、栄養が継続していれば、良い状態を少しでも長く維持することができるかもしれません。そのために、交流・栄養・口腔・身体などの重要な要素をお示しました。



長い経過のなかでどう変化していくか、ということを考える上で、「軌道」があります。

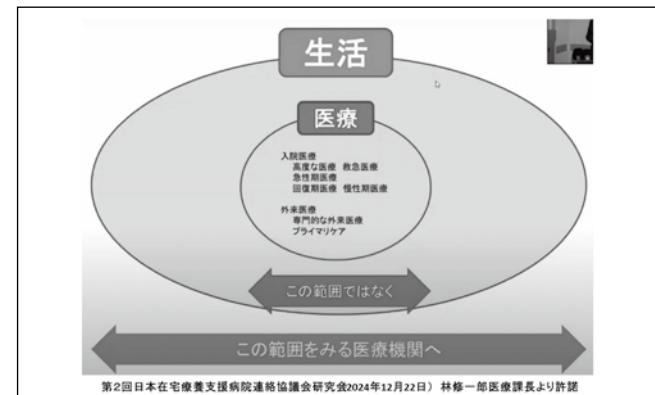
病気の軌道とは、病気が身体機能に与える影響を時間の経過で表したもので、時間とともに機能が低下し、最後は死亡となります。

できるだけ長く良い状態を保つために、負の傾きを小さくし、くぼみを遠ざけるために医療でできることのお手伝いをする、二人主治医制ではそれらを助言しています。

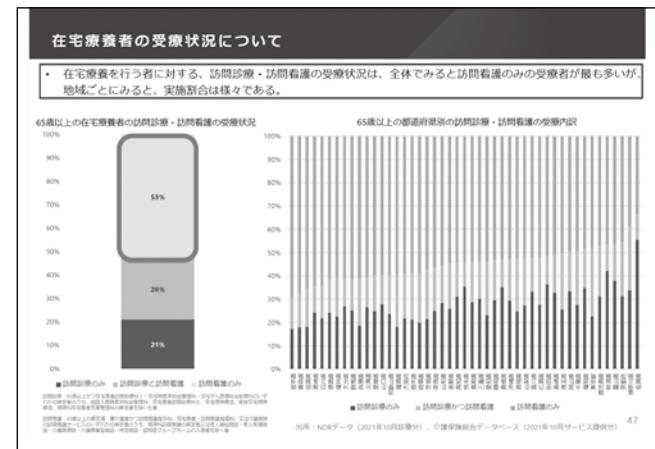


フレイルは虚弱になるという意味ですが、概ね最初に出てくる課題が、生活の広がりや人とのつながりの低下だと言われています。第2段階では栄養面のフレイル期、第3段階で結果的に外出が減る・生活範囲が小さくなるなど、身体面のフレイル期となり、第4段階の要介護に状態になる事が多いと言われています。

自分が今どの段階にいて、どうしたら次の段階に行くことを防ぐ・遠ざけることができるか一緒に考えるかかりつけ医がいた方が良いと思います。



このスライドは厚生労働省の診療報酬の資料です。医療機関は真ん中の医療の部分だけを診ていましたが、今後は生活の部分も診る必要があることを厚生労働省の担当責任者が説明しています。

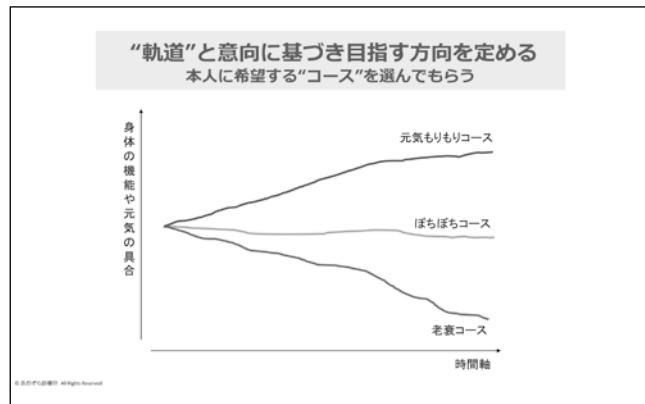


国のデータでは、65歳以上で在宅医療を受けている方のうち、53%が訪問看護だけを使っています。

21%が訪問診療だけを使っています。残りの24%が両方を使っています。

これは、53%の方は主治医が家庭の状況を知らない状況にあります。

出来れば、この方々の相当割合に二人目の主治医がついて家庭の状況を見た医師の助言を受けられるようになら良いと思います。



二人主治医制ができると③の意思決定支援です。このスライドは、当院で在宅医療を開始する時に患者さんにお見せしている資料です。

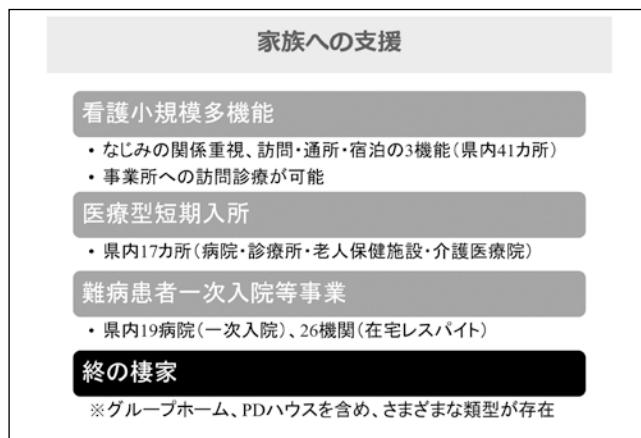
今の状態から3つのコースのうちどの軌道を希望しますかとご本人に確認しています。実現できるかは別として、ご本人の心持ちを聞くために、ご本人の希望を聞いています。この質問は認知症の方であっても、ご本人が何を希望しているかは、ほぼ正確に答えられます。認知症だから自分の希望を決めるることはできないということではなく、本人の意思決定ができるることを再現性をもって確認できています。



意思決定支援では、状態の変化に応じた継続的な意思決定支援が大事です。

その時々のご本人の言葉をカルテに残し他の機関の

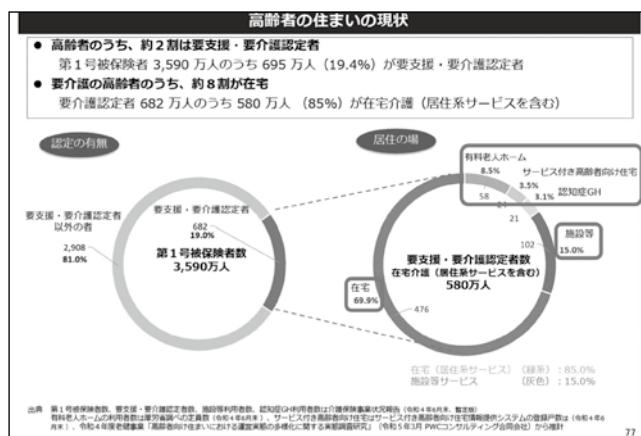
方とも共有し、いざという時に本人の意思を確認できるようにすること推奨しています。



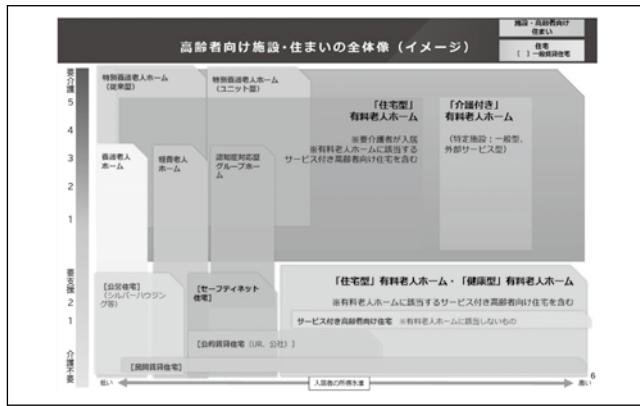
難病であっても、認知症・フレイルであっても日々の積み重ねが色濃く影響を及ぼすことから人生に伴奏してくれる。「主治医」からの生活に関する助言が本人の望む人生の選択に役立ちます。

二人主治医制ができると④家族への支援

千葉県内には、看護小規模多機能型居宅介護が41ヶ所あります。今後大事になってくる事業ですので、それぞれの自治体が誘致する、事業者が立ち上がることを推奨支援していく必要があります。医療型障害児入所施設は全国で197ヶ所、県内17ヶ所となり、受け入れ機関の整備が喫緊の課題だと県も認識をしています。在宅難病患者一時入院等事業についても全ての市町村に設置できているわけではなく、足りていないのが現状です。



要介護・要支援認定者は約700万人おり、その内の70%の方はご自宅で療養、15%の方が有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅で生活し、残りの15%が特別養護老人ホームなどの介護保険施設に入っています。



入居者の所得水準や要介護度により、入居施設が様々あり患者や家族の方が選択するのは困難だと思います。ケアマネジャーが助言してくれていますが、今後かかりつけ医もこのようないい助言ができるよう思います。

人生という旅に、健康に関する案内人となるかかりつけ医を持っていただくことを推奨いたします。

人生という旅に健康に関する“案内人”を持っていると安心

診断済みの病気だけを担当するのではなく、あなた自身に関心を寄せて関わってくれる医師を持つことを推奨します。

在宅医療に取り組んでいる医師は、特定の病気だけでなく、通院困難な方に生じる健康問題全体に責任を持つ形で診療しています。自分で完結できない診療内容については、専門科の医師や看護師をはじめとする医療専門職、そして、介護や福祉の力も活用して、患者を総合的に支援する経験を重ねています。

このように、かかりつけ医は多機関の医療職や介護従事者と力を合わせて、“地域全体が一つの病院”として機能することを目指しています。

通院が可能な段階から、在宅医療に取り組む医師とご縁を持っておくことをお勧めします。



スローライフであります必要な
なく、在宅医療の経験を
重ねているかかりつけ医
なら、頼りになります

©江戸川市保健会 All Rights Reserved

受診サポートをご存じですか？
～安心して受診できるようサポートします！～

市民活動団体地域ケアパートナー ほっと
代表
藤井 直枝



2014年千葉市との協働事業により、当団体ほっとが関わり「受診サポートのしくみ」・「受診サポート」が誕生しました。

受診サポートとは、病院の受診に付き添って患

者さんと医療と在宅介護の架け橋となる“つなぎ役”です。受診サポートは、患者さんの不安や疑問を医師にきちんと伝え、医師の説明を患者さんや家族、在宅介護の従事者に伝える支援をしています。

受診サポートが、必要だと思ったきっかけは、①看護師の経験から、医療者と患者の認識のズレを感じ、患者の思いに寄り添いながら認識のズレを埋める懸け橋が必要と思ったこと、②介護者の経験より、介護者が医師に伝えることの困難さを感じたこと、③患者を経験し、受診の際に検査などで誰かそばに寄り添ってくれれば安心だと思ったという3点からです。ほっと立ち上げから受診の同行は行っていました。患者さん、医師、ケアマネさんより「役に立っているよ」と評価をいただいた頃、千葉市の提案事業の募集が目に留まり応募したところ、事業展開となりました。提案事業の内容は、「医療提供者と受けとる側との理解・認識の差によって生じる多くの擦れ違いを市民目線で埋めていただきたい。患者さんと病院をつなぎ患者さんの不安を軽減する助けとなるような活動を期待する」というものでした。

受診サポート養成講座

第2回受診サポート養成講座カリキュラム

場所：千葉中央コミュニティーセンター

日付	講師	内容	担当
11月8日	土屋田	オリエンテーション・受診サポートについて	・ほっと・看護師
8:	8:15~9:15 チアリーダーによる見送り	・ほっと	・土屋田
午前・後	10:00~11:00 オリエンテーション・受診サポートについて	・ほっと	・土屋田
午後	11:00~12:00 チアリーダーによる見送り	・ほっと	・土屋田
11月9日	土屋田	受診サポートの実践について	・ほっと
8:	8:15~9:15 チアリーダーによる見送り	・ほっと	・土屋田
午前・後	10:00~11:00 受診サポートの実践について	・ほっと	・土屋田
午後	11:00~12:00 チアリーダーによる見送り	・ほっと	・土屋田
11月10日	土屋田	受診サポート実践	・土屋田
8:	8:15~9:15 受診サポートとは	・ほっと	・土屋田
午前・後	10:00~11:00 受診サポート（実践について）	・ほっと	・土屋田
午後	11:00~12:00 チアリーダーによる見送り	・ほっと	・土屋田
11月11日	土屋田	受診サポート実践	・土屋田
8:	8:15~9:15 受診サポート（実践について）	・ほっと	・土屋田
午前・後	10:00~11:00 受診サポート実践	・ほっと	・土屋田
午後	11:00~12:00 チアリーダーによる見送り	・ほっと	・土屋田
11月12日	土屋田	受診サポート実践	・土屋田
8:	8:15~9:15 受診サポート（実践について）	・ほっと	・土屋田
午前・後	10:00~11:00 受診サポート実践	・ほっと	・土屋田
午後	11:00~12:00 チアリーダーによる見送り	・ほっと	・土屋田
11月13日	土屋田	受診サポート実践	・土屋田
8:	8:15~9:15 受診サポート（実践について）	・ほっと	・土屋田
午前・後	10:00~11:00 受診サポート実践	・ほっと	・土屋田
午後	11:00~12:00 チアリーダーによる見送り	・ほっと	・土屋田
11月14日	土屋田	受診サポート実践	・土屋田
8:	8:15~9:15 受診サポート（実践について）	・ほっと	・土屋田
午前・後	10:00~11:00 受診サポート実践	・ほっと	・土屋田
午後	11:00~12:00 チアリーダーによる見送り	・ほっと	・土屋田
11月15日	土屋田	受診サポート実践	・土屋田
8:	8:15~9:15 受診サポート（実践について）	・ほっと	・土屋田
午前・後	10:00~11:00 受診サポート実践	・ほっと	・土屋田
午後	11:00~12:00 チアリーダーによる見送り	・ほっと	・土屋田

12月～3月の間 1日病院での実習を行い 3月修了式を行い修了書を授与しました。

図1

第1回・2回の養成講座は、協働事業としての内容(図1)でした。

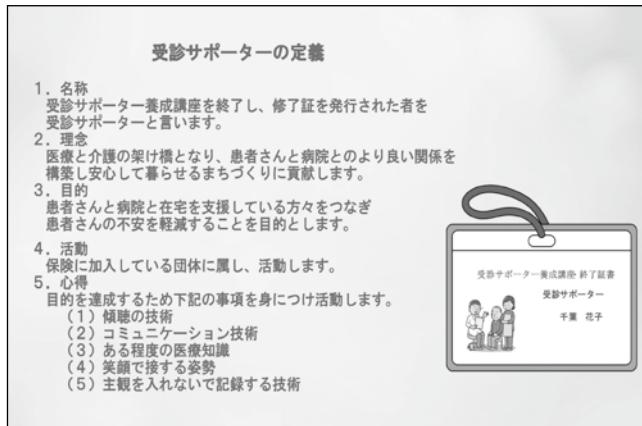


図2

第3回・4回は、ほっと独自で開催しました。受診サポートの定義（図2）を掲げ、修了書を以って活動しています。

次に「受診サポートのしきみ」についてご説明いたします。（図3）このように、皆さんの「困った！」に寄り添い連携ノートを繋ぎのツールとして、切れ目のないつなぐ支援をしています。

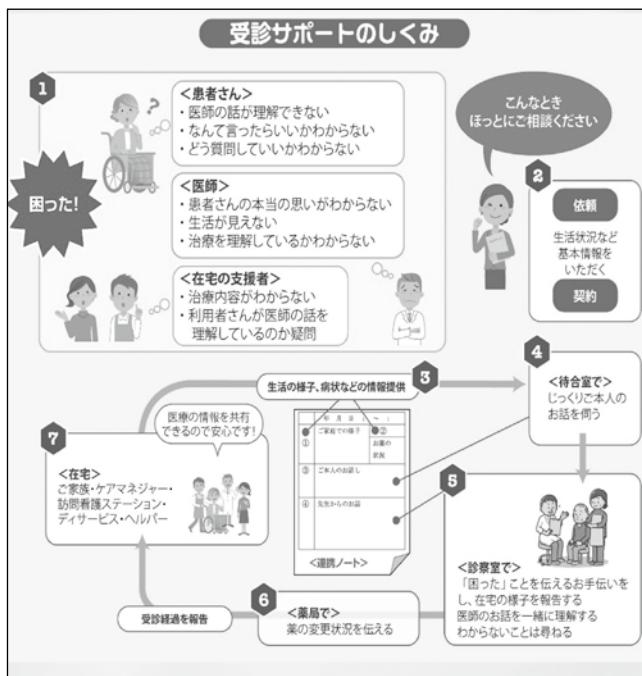


図3

＜事例＞86歳 男性 パーキンソン病

ほっとでは1回／週フットケアで訪問

受診の際に困っていることを、まとめて医師に話すようアドバイスしていましたが、毎日の記録を医師に見せてもパラパラと見ているだけで、話しても医師に伝わらないようだと、ケアマネジャーより受診サポー

トを勧められ、受診に同行しました。

まずは、毎日の様子、薬を飲んだ時間、動きが良い時間・悪い時間を記録してもらい、その中で動きが悪い時間帯をチェックし、ご本人と奥様と一緒に受診時に聞きたいこと3点をまとめてみました。

受診サポートは、あくまでも患者さんが主役なので、ご本人から話してもらうお手伝いを心がけています。この日も患者さんから3点話してもらうように作戦会議をし、サポートから医師に「今日は、3点お聞きしたいことがあるそうです。」と切り出しました。しかし、ご本人からはなかなか言葉が出ず、「サポートから言って」と言われた為、3点を伝え医師からのお答えを頂いたという経緯でした。（図4）サポート終了後、患者さん・ケアマネジャーさんよりコメントを頂きました。（図5・図6）

第三者（受診サポート）が入ることで診察がスムーズにいき、喜んで頂けました。

連携ノートがみんなをつなぐ

R.7年6月11日(水) 支援時間 14:00~15:30		お薬の状況 イーサードパールは余分にある。
ご家族での様子 ご本人のお話	①決められた時間に薬を飲んでいるが、19時~22時位になると動けなくなることが多い。	②昼間、急に動けなくなることがしばしばある。
	③急に全身の力が抜け足腰が機能しなくなった時の応急措置を教えてほしい。 「イーサードパールの量は増やさたくない」	④「血圧が高くなったり、低くなったりして心配」
先生のかかっておられたお話 業種変更 有・無)	Dr: お通じは出てる? → ご本人: 4日に1回くらい 動いて(不随意運動)困ることは? → 大丈夫	4/18~6/3の日常生活の様子を記録していただいたものをもとに①・②を報告し③の対処方法をお伺いします。
	①夕食後で動けなくなるのは、食事の内容による。タンパク質との関係もある。 タンパク質を多くとも言えない、かといってイーサードパールを増やすってことでもない。 ②イーサードパールは、1日6TまでOK。今は1日5Tなので、急に動けなくなったりも1T追加してください。 ③イーサードパールは、1日6TまでOK。今は1日5Tなので、急に動けなくなったりも1T追加してください。 ④(記載より)血圧の低い時もあるので、薬をつかうのではなく、1時的に高くなったりは、安静にして様子見てください。	次回受診予定 9月10日(水) (14:00~○○病院 神経内科)
備考		

図4

本人

診察に入ったら言えない。医師に伝えるのは難しい。

夫婦の間で、医師に嫌われるかもしれないから「これだけはいなよ」という事がある。

これまででは、医師の雰囲気からこの辺でやめてほしいな、これ以上言ってほしくないなど感じることがあった。今回は、全部は言えなかったけど、サポートに入つてもう少し言いやさしくなった。

患者の気持ちを直接聞いてくれることは少ないと思う。患者の立場に立った第3者が間に入ってくれるのは、非常に貴重だと思う。

患者は全てを言えないけれど、受診サポートがまとめてくれて患者や、家族が言いくらい事を言ってくれる。

第3者が入ったらスムーズにいきそななことがにじみ出てくるといいな。
次は、言えるかなという雰囲気が作れそう。

図5

ケアマネジャー

ケアマネの仕事のひとつに利用者の受診に同行する「通院加算」という加算があります。でも現実的には常勤で平均40件以上の利用者を担当している状況で1人の利用者の受診に数時間費やすことが困難な状況です。

受診サポートをお願いすることで、受診時に医師に伝えなければならぬことや、医師からの助言を正しく橋渡しして下さったり、毎回受診の経過をみていただくことで、ケアマネでは気付にくい利用者の状態や状況の変化にも気付いて報告して下さり大変助かっています。

図6

最後に、在宅で療養する難病患者さんへの受診支援で思う大事な事を3点あげてみたいと思います。

① 切れ目のないつなぐ支援体制が大事

徐々に進行していくという難病の患者さん、外出も困難になっていきます。在宅診療につなぐまで外来受診と受診後の外出の楽しみも含め安心して安全に行うため移動手段の支援と受診サポートをつなぎ支援することが大事だと思います。

② つなぐ支援を継続することが大事

つなぐ支援体制ができたら、信頼関係を築きチームで受診や外出できる支援をできるだけ長く継続することが大事だと思います。

③ 笑顔で暮せる支援をすることが一番大事

受診サポートを通して、患者さんの笑顔だけでなく、家族も医師も私たちも笑顔になれました。いつまでも笑顔でその人らしい生活を送れるように支えることが大事だと思います。

このように、安心して受診できるようにサポートするのが「受診サポート」です。

介護タクシー利用の実際

一般社団法人 日本福祉医療輸送機構

理事長

原田 一樹



私は、全国の介護タクシー団体のネットワーク「日本福祉医療輸送機構（通称JWMTO）」で、介護タクシー利用の認知活

動、介護タクシー事業者の事業存続のための活動、安全な移送のための啓蒙活動を行っております。

在宅で療養されている患者様やご家族にとって、「通院」や「転院」、「退院後の帰宅」といった移動の方法は大きな課題のひとつです。また、歩行が難しい方や医療機器を使用している方にとって、ご自宅から医療機関へ安全に移動することも大きな負担となります。そのようなときにご利用いただきたいのが「介護タクシー」です。今回は、介護タクシーの基本的な仕組みや利用の流れ、知っておくと便利な情報についてご紹介いたします。

介護タクシーとは？



介護タクシーとは？

介護タクシー（福祉限定）の定義

運輸局の営業許可を持つ「緑ナンバー」の車両です。ドライバーは患者様の介助（ベッドからベッドまで）を行って、通院・転院・退院などの医療目的だけでなく、食事や冠婚葬祭、旅行などの生活場面でもご利用いただけます。

類似サービスとの違い

「福祉有償運送」：訪問介護事業所が行う白ナンバー車両での介護（事前に事業所との契約が必要）。「施設送迎」：タクシーサービス等の事業所が運用する白ナンバー車両での送迎。「民間救急」：患者等搬送事業として消防局認定を受けた緑ナンバー車両での移動（多くの介護タクシー事業者は民間救急の認定も取得）

介護タクシーとは、国の許可を受けた「事業者ナンバー（緑ナンバー）」の車両で運行される福祉専用のタクシーです。ドライバーは車の運転だけでなく、乗降やベッドから車椅子への移動などの介助を行います。通院や転院といった医療的な目的だけでなく、外食や冠婚葬祭、旅行といった生活の場面でも利用できるのが特徴です。

似たような移動サービスとして「福祉有償運送」や「デイサービス送迎」、「民間救急」などがありますが、それぞれ仕組みやサービス内容が異なります。介護タクシーはあくまで「福祉利用が前提」であり、患者様に合わせた介助や機材がそろっている点が大きな安心材料です。

一般タクシーとの違い

近年は「ユニバーサルデザインタクシー（UDタクシー）」と呼ばれる、車椅子対応の一般タクシーも増えてきました。UDタクシーは通常のタクシー運賃で利用でき、すでに車椅子移動に慣れていらっしゃる方の移動には便利ですが、介助を専門としたサービスは

含まれていません。大型の車椅子に対応できない場合もあり、乗降にも時間がかかることがあります。

一方で介護タクシーは、ドライバーが身体介護の技術を持ち、車椅子やストレッチャー（寝たまま移動できる担架）などの機材を常備しているため、医療的なサポートが必要な方にも安心してご利用いただけます。

ドライバーの資格と安心の理由



介護タクシードライバーのスキル

必須資格
自動車二種免許の取得が必須。また、ヘルパー初任者研修以上の資格は認可資格ですが、ほとんどのドライバーが取得している。

専門的な訓練
介助技術、交通安全、感染症対策、旅客訓練などの専門的な訓練を受けている。特に事業者団体に加入している事業者は、しっかりとした研修体制があるため安心。

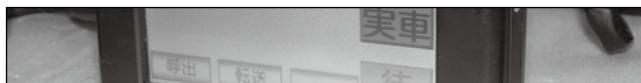
特許技術
車椅子での寝たまま移動技術など、患者様の様々な生活環境に対応できる技術を習得している。団体に加入していない個人事業者は自己流の技術があるもので注意。

5

介護タクシーのドライバーは、通常のタクシードライバーに必要な「二種免許」に加えて、介助技術や感染症対策、接客マナーなどの研修を受けています。ほとんどのドライバーは「ヘルパー初任者研修」以上の資格を取得しており、患者様の身体状況に応じて安全に移動をサポートできるよう備えています。

特に事業者団体に加盟している事業者は、研修制度が整っているため、安心して利用することができます。車椅子のまま階段を上り下りする特殊な技術を持つドライバーもあり、さまざまな生活環境に対応可能です。

利用料金について



介護タクシーの料金体系

基本料金の構成

- 1. 運賃
- 2. 機材レンタル料金
- 3. 介助料金

運賃料金、初乗り料金（例：900円）などは地域の慣習や事業者によって異なります。

割引制度

- ① 駐車者手帳をお持ちの方
運賃が1割引き（手帳の持主が必須）
- ② 車椅子タクシー券
各自治体が発行している助成券が使えます（使用可能かどうか、事前に事業者へ確認）

6

介護タクシーの料金は、一般的に以下のように構成されています。

1. 運賃：迎車料金や初乗り料金を含む

2. 機材レンタル料：車椅子やストレッチャーを利用する為の料金

3. 介助料：移乗や階段昇降、室内介助など、必要な介助に応じて加算

また、障害者手帳を提示すると運賃が1割引きになる制度や、自治体が発行する「福祉タクシー券」が利用できる場合もあります。詳細はお住まいの自治体や事業者にご確認ください。

常備されている機材

介護タクシーが常備する機材

基本装備

- 普通型車椅子
- リクライニング車椅子
- ストレッチャー
- 点滴棒
- 毛布やタオル等

要確認装備

- 酸素ボトル
- 痰吸引器
- 100V電源

民間急救認定事業者は血圧計や体温計なども装備しています



7

介護タクシーには、普通型車椅子やリクライニング型の車椅子、ストレッチャー、点滴棒、毛布などの基本装備が整っています。事業者によっては酸素ボンベや痰吸引器など、医療措置に必要な機材を備えています。利用を予定される際には、必要な機材があるかどうかを事前に確認すると安心です。

予約と利用のコツ

千葉県内のタクシー台数（2025年3月末）

タクシー種別	台数
一般タクシー	5493台
うちUD	1846台
介護タクシー	786台

介護タクシーの事業者数と予約のポイント

台数の現状

介護タクシーは一般タクシーに比べて台数が非常に少ない状況。そのため、ほとんどのが予約制となっており、その都度呼んでもお待たせ時間が長くなるのが現状。

予約のコツ

午前中は特に込み合う。可能であれば午後の利用がおすすめ。また、利用時間に幅を持たせて予約すると取りやすい。当日予約は難しい場合が多いので、ご予約はお早めに。

8

介護タクシーは一般タクシーと比べて台数が少なく、ほとんどのが予約制です。特に午前中は混み合いやすいため、できれば午後の利用や時間に余裕を持った予約がおすすめです。当日の予約は難しいことが多いため、早めにご相談ください。

介護タクシーを予約する際に必要な情報

通院の場合

- ・室内介助の必要性
- ・患者様の居場所（何階か）
- ・玄関など出入口の広さ・段差の状況
- ・使用機材の希望
- ・患者様の体格や身体状況
- ・酸素や呼吸器の使用有無
- ・付添者の連絡先など

退院・転院の場合

- ・お迎え病棟
- ・使用機材の希望
- ・自宅内の導線（退院時）
- ・身体の痛みの有無・場所
- ・点滴の状況（特に寝たきりの退院時は抜針が推奨）
- ・看護師・ヘルパー同行の必要性

医療機関へのお願い：出発時間を守っていただくことで、次の患者様に迷惑がかからず、待機料金負担も軽減されます。

事業者が知りたい情報

- ・患者様の容態（特にADL）
- ・転院・退院時の病室入室可否
- ・連絡先等（守秘義務あり）

予約の際には、以下のような情報を用意いただけとスムーズです。

- ・出発時間と出発地、目的地
- ・ご自宅や病院内での介助が必要かどうか
- ・建物の階数や玄関の段差の有無
- ・使用する機材（車椅子、ストレッチャーなど）
- ・ご本人の体格や体調、医療機器の使用状況
- ・ご家族や付き添いの方の連絡先

退院や転院の際には、病棟名や自宅内の導線、点滴の有無などを確認しておくことも大切です。医療機関には出発時間を守っていただけないと、次に利用する患者様にも迷惑がかからず、待機料金の負担も軽減されます。

よくある質問

介護保険は使えますか？

介護タクシーの運賃には介護保険は適用されませ

よくある質問

介護保険との関係

運賃に介護保険は適用できない。多くの事業者は介助料金に介護保険が適用できないが、一部、訪問介護事業所を運営している事業所は適用可能。
⇒通院等乗降介助、身体介護

通院の付き添い

事業者によって対応する場合としない場合がある。

人工透析の送迎

事業者によって対応する場合としない場合がある。

特別支援学校の送迎

事業者によって対応する場合としない場合がある。

地域や事業所によって違いがある

ん。ただし、一部の事業所では「訪問介護事業所」を併設しており、その場合は介助料金に対して介護保険が使えることがあります。

透析や特別支援学校の送迎も可能ですか？

事業者によって対応が異なりますので、必ず事前に確認しましょう。

生活保護を受給している場合は？

利用には福祉事務所のケースワーカーの了承が必要です。お支払いについては原則扶養親族の負担が優先ですが、難しい場合には事業者から自治体へ請求する仕組みもあります。

最後に

在宅で療養される方々の状況は本当にさまざまです。介護タクシーは、その一人ひとりの環境や体調に合わせて、安心で快適な移動を支える存在です。移動に不安を感じるときも、専門知識と技術を持ったドライバーが丁寧に対応しますので、ぜひ安心してご活用ください。

ご利用にあたっては、できるだけ早めにご予約をいたたくこと、そしてご本人の状態や必要なサポートを詳しくお伝えいただくことが、スムーズで安全な移動につながります。

「外出したいけれど不安がある」— そんなお気持ちを少しでも軽くし、患者様とご家族の暮らしに安心を届けられるよう、介護タクシーは今日も走り続けています。

デジタル活用で医療の隙間を埋める (オンライン診療の現状と今後について)

千葉県松戸保健所

所長

竹内 公一



医療におけるデジタル活用には、医療のあり方の見直しも必要である。難病等の療養環境へのデジタル技術の活用は、難病等に限らず様々な医療問題の克服につながる取り組みになることが期待される。

医療に活用されるデジタル技術は、多岐にわたる。

デジタルに記録する装置、記録を蓄え活用可能にする装置、通信装置、デジタル技術で治療するアプリなどがある。これらによって、遠隔医療が発展してきた。これから治療アプリや、人工知能活用なども進み、デジタル活用がさらに本格化するだろう。

今日の医療提供は、外来や入院に加えて、在宅医療が重視されていて、良い医療を行うためには、それらの適切な組み合わせが重要になっている。ここに、オンライン診療が加わって、さらに幅が広がるとともに、複雑になっている。ひとりひとりの患者にあわせて適切に組み合わせいかなくてはならない。

デジタル化は、オンライン診療にとどまらず、既存の外来や入院、在宅の医療をも充実させる。特に長期の療養が必要な難病等の療養では、複数の医療機関や専門医をデジタル技術で結ぶことで、かかりつけ医が担う療養の総合的な調整を高度にすすめることができ、より良い医療を効率的に提供できるようになるだろう。

かかりつけ医と専門医の連携を促す遠隔連携診療

我が国では、患者は、症状にあわせて専門診療科を自由に直接受診する。その結果、複数の専門診療科を受診することとなり、組み合わせの調整もなくそれから処方を受け、大量の薬があふれるという状況になっている。ひとつひとつの病気には対処されているよう見えるが、全身の健康という点では好ましくない。調整なしに専門診療科を受診するのではなく、かかりつけ医による調整が必要である。

長期療養については、訪問診療医が大きな役割を果たすようになってきた。病院の専門医による治療で安定し在宅医療が必要になった患者を引き受けて、全身的に包括的にケアを提供しており、専門医への受診も調整している。訪問診療に限らず、地域のかかりつけ医による調整の役割が広がることが望まれる。

かかりつけ医による専門診療科受診の調整に役立つのが遠隔連携診療である。遠隔連携診療は、患者が医師に対面受診中に、オンラインで別の医師が参加するもので、外来での活用が想定されているが、訪問診療でも、入院中でも可能である。専門診療を受けつつ、地域での生活を両立させなくてはならない難病等の療養で活用されることが期待される。

難病等の療養に遠隔連携診療を！

難病等は、専門医がどこにでもいるというわけではなく、はるばる遠方に受診しなくてはならないことが多い。その専門医は、専門を絞っていることが多く、専門以外のことになると、他の専門家を紹介することになる。長期の療養になれば、様々な診療科を受診しなければならない状況も発生してくる。遠方の医療機関を受診し、さらに多科を受診しなくてはならない不便さがあり、いざというときへの不安がある。難病等の専門医と地域のかかりつけ医がうまく連携することが大切になっているが、そのような機運は、専門医が働く大きな病院でも強くなっている。

難病等の患者は、安定していても継続的に専門医に受診する傾向がある。このため、他科紹介が必要な時には、難病等の専門医の管理のもとで他科への紹介が行われる。大抵は大きい病院の中で紹介されるので、必ずしも高度な専門性を要求されなくても、難病の専門医が働く大きな病院の複数の科を受診するということになる。そうしたことが繰り返され、大きな病院では、他科受診の調整や、高度な専門性を要しない院内紹介患者への対応に医師が忙殺されている。その分、大きな病院が本来行うべき専門性のある検査や処置に専門医が集中できなくなり、高度な検査や処置の稼働は下がり、経営的にマイナスになっている。

患者の状態が安定している場合、調整の役目を地域のかかりつけ医が担う方が、患者の負担も、専門医の負担も軽くなり、大きな病院の経営も良くなる。そこで、二人主治医という仕組みが目指されている。地域の身近なかかりつけ医が日頃の管理をするとともに、専門性が要求される部分には専門医が継続的に関わるという連携の取り組みで、遠隔連携診療の活用が期待されている。普及すれば、大きな病院への患者集中を解消できると期待されている。

この連携では、計画的管理が重要で、かかりつけ医と専門医と患者側の共通理解のもとで療養する必要がある。専門医も、定期的に診療に加わり、何かあったときにも対処できるように備えておく。あいにく、現状は、無計画に取り組まれていることが多い。

連携の前提となる情報共有とコミュニケーション

遠隔連携診療を活用した二人主治医のメリットは理

解されても、なかなか普及が進んではいない。医療機関の間の情報のやりとりは活発とは言はず、デジタル化も進んでいない。患者情報のやりとりは、紙の診療情報提供書が中心である。忙しさのためか、医師同士のコミュニケーションは乏しい。電話も、重症患者の緊急の依頼のような手続きには使われるものの、疾病の話は、あまりされていない。これまで、患者の治療方針について、しっかりと情報を共有して調整し、最適化するということが充分になされてはこなかった。結果として、それが専門的に治療を追加するばかりで、治療内容が増えるまま、それを整理する機会がなかった。

ようやく、デジタル化による情報共有が進みはじめており、マイナンバー制度は、その基盤となると期待されている。加えて、便利な健康アプリが増え、治療アプリも使われるようになってきた。情報共有については、条件が整いつつある。

一方で、医師同士のコミュニケーションの改善は困難な課題である。二人以上の医師のスケジュールを調整するのは簡単ではない。医師同士が、気持ちよく、約束の時間を決め、約束通りに患者についての話し合いを始められることが必要である。それには、スケジュール管理を徹底する必要がある。デジタルの力を使って進めていくことが望まれる。

リレーから二人三脚へ

情報共有と医師のスケジュール管理が実現すると、連携の形が変わる。これまで、リレーのような形式で、ひとたび専門医に紹介されると専門医だけ、かか

りつけ医に紹介されるとかかりつけ医だけの診療になってしまい、十分な話し合いをすることができなかつた。これからは、二人三脚形式で、足並みを揃えていくことができるようなる。これにより、医療が最適で計画的になり、いきあたりばったりでなくなる。急変時や、災害など、危機対応においても、円滑に医療が提供されるようになるだろう。

この連携は、必要に応じて、いくらでも拡大することが可能である。かかりつけ医にプラスして、内科に整形外科に皮膚科に眼科に…という具体に拡大した連携診療が可能となる。関係者の間にどのような役割分担や責任分担があるべきか、これから検討されなくてはならないが、データ利活用が進み、治療アプリが用いられるようになることも加え、かかりつけ医と専門医が適切に連携する環境が作られることで、難病等の長期療養の形が大きく変わることが期待される。医療全般も公衆衛生も、こうした進歩を受けて大きく変化する可能性がある。



講演座長の鍋谷圭宏副部会長



司会の大谷事務局長



受付・案内担当の委員の方々



講演の様子（その1）



講演の様子（その2）



講演の様子（その3）

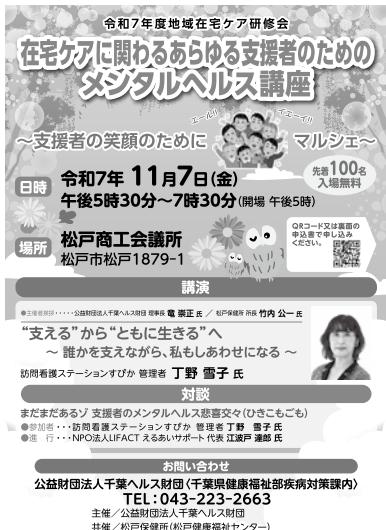


講演の様子（その4）

令和7年度 地域在宅ケア研修会

在宅ケアに関わるあらゆる支援者のためのメンタルヘルス講座
～支援者の笑顔のために マルシェ～

2025.11.7 松戸商工会議所



講 演

“支える”から“ともに生きる”へ
～誰かを支えながら、私もしあわせになる～

訪問看護ステーションすびか
管理者
丁野 雪子



地域包括ケアシステムでもご存じの通り、在宅支援が大変重責を担う時代が来ています。この時代は、在宅ケアの支援者が様々な課題を抱えており、支援者を助ける取り組みなくして地域包括ケアは機能不全に陥ると感じています。支援される人も大事、支援する人ももっと大事といつも感じています。そこで、今回は『誰かを支援しながら、私もしあわせになる』というテーマでお話をさせていただきました。支援者も利用者も笑顔になっていただきたいです。

1. はじめに：支援の現場で問われる「こころの健康」

在宅ケアの現場では、「支える人」が疲弊しやすく、相手のためを思うほど、自分の感情を後回しにしてしまうということが起きている気がします。人の世話をするのが得意な人ほど、正直でまじめで、責任感が強い方が多いでしょう。自分の事よりも相手のことを、強く考えているのではないでしょうか？

「支援=犠牲」ではなく、「支援=共に生きる」へ思考を転換することが大事だと思います。私が大切にしているのは、脳科学・心理学・NLPの観点から科学的に「自分を守りながら支える」支援の技術を学ぶことです。

2. 人は「使命」をもって生まれてくる

人生は、自分にしか果たせない目的（ミッション）があり、それを果たすために生きていると、聞いたことがあります。その目的を実現するには、潜在意識（無意識）との付き合い方が鍵。潜在意識（無意識）は脳全体の約90%を支配し、思考・感情・行動を自動的に導く役割があり、それは、幼いころからの思考や行動のクセとなって、意識せずに行動していることです。幼い子供は、周囲に気を使っていくうちに、自分の使命より周囲の人々に気を使い生活していきます。そのためにいつの間にか自分の使命が不明確になるようです。

また、人の行動にはすべて肯定的な意図があると言われます。その肯定的な意図は、潜在意識（無意識）によって意識せずに行動する思考や行動のクセとなって出てきます。潜在意識（無意識）の意図を理解すると、葛藤が減り、心が軽くなるというわけです。

自分の人生の使命は、潜在意識から顕在意識化すると、今行っていることの目的が明確になり、支援によるストレスを最小限にできると考えます。

3. 脳の仕組みを知って「自分の反応」を理解する

私見ですが、脳を三階建てビルモデルとして説明していきます。

一階が、大脑基底核：習慣・自動運転の脳と呼ばれています。ストレス時には過去のパターンに戻りやすく、過去の出来事から学習した、危険を察知する機能があります。敵か味方かと判断することで、爬虫類脳と言われています。

二階が、大脑辺縁系：感情・共感の脳。他人の感情に共鳴しやすい人ほどエネルギーを消耗しやすいと言われています。哺乳類脳と呼ばれています。

三階が、大脑新皮質：思考・創造の脳。「どうしたいか？」を言語化することで新しい神経ルートを形成する。人間らしい脳です。

自分も相手も、いきなり二階や三階に声をかけるようでは、警戒されてしまいます。ビルで言うと玄関に値する一階、つまり爬虫類脳を安心させて、二階、三階にアクセスするように近づいていき信頼関係を築く必要があります。いきなり思考を促す話し方は、警戒心が強く、心も思考もフリーズしてしまいます。脳のどの部分に話しかけるのかは重要です。

4. 原始時代に形成された「男女の脳の違い」

人を理解するときに大事になるのが、脳の機能の違いです。（機能としての性差）

男性は、原始時代、狩りをするための、一点集中脳と言われています。共感していくては動物を狩ることはできません。これは、目的・解決型（狩猟の名残）脳としての機能です。そのために左右の脳をつなぐ脳梁が小さい。それに比べて女性の脳は、家事・育児・地域の人との付き合い等マルチタスクが機能するようにできています。共感・共有型（子育ての名残）としての機能が得意です。つまり支援職に多い女性は共感力が高い人が多いかもしれません。感情の巣き込みが起きやすく相手の感情を受け取りやすいので、“線引き”を意識することが重要です。左右の脳をつなぐ脳梁は大きい。

5. バウンダリー（心理的境界線）を引く力

バウンダリーとは「自分と他人の間にある目に見えない線」。女性の脳の様に境界線が弱いと他人の感情や責任を背負いすぎ、強すぎると孤立に繋がります。

適切なバランスは「共感しながらも自分を見失わない距離」ということです。

バウンダリーがしっかりと引けるという事に、自己肯定感が関係しています。心の器と言われたりします。心の器とは、感情や気持ちを入れる器の事です。これを潜在意識（無意識）というかもしれません。心の器が丈夫だと人の境界がしっかりと引けます。他人に振り回されることなく、自分らしく生きていけます。心の器の大きさや丈夫さを作り上げていくことが、しあわせにつながります。大きく丈夫な心になれば、人を振り回したり、振り回されたりすることがなくなります。自己肯定感が高まり、愚痴をこぼすよりもっと幸せになるための課題に取り組むことができるようになります。素直に「ありがとう」「ごめんね」が言えたり、辛さを表現できて、SOSが出しやすくなります。

バウンダリーに関する寓話の紹介

- ・口バと親子・カエルの登山・三匹の子豚

6. ストレス対処法 — 脳を整えるセルフメンタルケア —

- ① 呼吸法：腹式呼吸で副交感神経を優位に。1分で脳波が α 波へ戻る。
- ② セルフトークの見直し：「～しなければ」より「～してみよう」。
- ③ 五感を使ったリセット：香り・音・色で“今ここ”に戻る。
- ④ 小さな達成体験を脳に刻む：ドーパミンの報酬系を活性化。

7. まとめ：支えるから ともに生きるへ

自分を犠牲にしない支援が本当の意味で相手を支えることになるとを考えます。自分の心を整えることは「プロとしての責任」であり「愛の表現」と解釈できます。自分の人生の使命をもう一度確認して、目的を明確にすると、日々の目標が設定できます。その際に脳と心の癖を知り、感情を味方につけて、“支える”から“ともに生きる”への行動が加速すると思います。

終わりに

希望という種をまき、感情という土を耕し、行動という芽を育てれば、人生という花が咲くという言葉の様に、心を耕し、脳を育てて、笑顔で人生を再起動していただきたい。

更に朝に、心を整えると脳も整い、花咲く未来を創れます。そして、脳が耕されると、心に風が吹き人生が動き出すと信じています。つまり自分を信じて笑顔で生きることがしあわせだということです。

大変貴重で有難い機会をいただきまして、本当に幸せなひと時でした。

講演終了後の丁野講師と会場参加者との対談

テーマ：まだまだあるゾ 支援者のメンタルヘルス
悲喜交々

（回答者）丁野 雪子 氏

（進行）NPO法人LIFACTえるあいサポート
代表 江波戸達郎 氏



講演会の様子



講師 丁野 雪子



進行 江波戸達郎



対談の様子

令和7年度 脳器移植についての市民公開講座

～心臓病の治療と移植医療～

2025.10.19 ホテルポートプラザちば



主催者挨拶

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。

臓器移植については、平成9年に「臓器の移植に関する法律」が施行され、四半世紀が経過いたしました。この間、様々な関係者の御理解のもと、本年3月末までの間に、全国で1,181名の方から脳死下での臓器提供が行われており、令和6年度の脳死下での臓器提供は過去最高となりました。

一方、日本は、欧米や他のアジア諸国と比べ、国内における人口当たりの臓器提供者数は低い水準となっているなどの課題があることから、国の審議会において、昨年12月に、今後の対応方針が取りまとめられ、現在は、移植を希望する方が医療機関側の都合によらず、移植を受ける機会が確保されるように、移植を実施する施設を複数登録できる仕組みを整備するなど、臓器移植体制の見直しが進められています。

また、本年7月に内閣府で実施された「移植医療に関する世論調査」速報によると、臓器提供に関する意思表示をした者が約2割と、4年前の前回調査より増加したものの、引き続き、「臓器を提供する、しない」

の意思表示をすることや、臓器移植について考える機会を提供することが重要であると感じています。

このような中、本県では毎年10月の「臓器移植普及推進月間」に、千葉ヘルス財団と連携し、「グリーンリボンキャンペーン千葉」として、多くの方に、移植医療を「自分のこと」として考える機会を提供し、臓器提供の意思表示という具体的な行動につなげ、その輪を広めるため、千葉市中央公園前のセントラルアーチ等を移植医療のシンボルカラーであるグリーンにライトアップするほか、街頭啓発活動、本日の市民公開講座などを実施しているところです。

本日、ご来場の皆様には、この機会に臓器移植について理解を深めていただき、さらに、身近な方と共有していただけると幸いです。

結びに、お忙しい中、ご講演を快く引き受けて下さった講師の皆様に感謝申し上げるとともに、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。



千葉県健康福祉部疾病対策課 荒木課長

講演

心臓移植のいま
千葉大学医学部附属病院 循環器内科
加藤 央隼



みなさんは心臓移植と聞いて、どういったことを思い浮かべるでしょうか。心臓移植は実施件数も限られているため癌の治療や心臓のカテーテル治療とは違い、あまりなじみがないのではないかと思います。ですから、そもそも心臓移植がどのくらい日本で行われているか、どういった患者が心臓移植を受けるかなどについて知らないという人も多いと思います。そこでこの機会に心臓移植とはどんな治療か、どういった病気が心臓移植の対象になるかなどについてお話をしたいと思います。

心臓移植は臓器移植の一つです。臓器移植は病気や事故によって臓器の機能が低下し、移植でしか治らない人に、他の人の臓器を移植することで、健康を回復する医療であり、重症患者の最後の望みとなっています。多くの臓器が移植可能ですが、心臓、肺、肝臓、脾臓、腎臓、小腸の移植が一般的です。患者さんによつては、心臓と肺、脾臓と腎臓、肝臓と腎臓、肝臓と小腸など、2つ以上の臓器を同時に移植しないといけない方もいます。

臓器移植は亡くなった方から臓器提供を受ける死体臓器移植と生きている方から臓器提供を受ける生体臓器移植に大別されます。心臓は移植が可能な臓器の中で最も血流の遮断に弱いため、心停止後の臓器移植は難しく、日本では脳死下での臓器移植でのみ行われています。心臓移植が必要となる心臓の病気は拡張型心筋症、拡張相肥大型心筋症といった原因不明の心機能が低下する疾患や心筋梗塞などの虚血性心筋症が上位を占め、その3つで約8割となっています。その他にもさまざまな疾患が移植の対象となります。いずれの疾患も心不全となることで移植が必要となることに変わりありません。では、次に心不全とはどのような病気なのかという点についてお話しします。

心不全とは心臓が悪いために、息切れやむくみが起つこと、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です。心臓は全身、肺に血液を送るポンプの機能を果たしていますが、全身の臓器に十分な血流が送れなくなると、各臓器の機能不全を来し倦怠感や食思不振となって現れます。全身から戻ってくる血液を受け止めきれなくなると、むくみが出現しますし、肺への循環が破綻すると肺が水浸しになり、息切れ、呼吸困難の原因となります。心不全は症状の悪化、改善を繰り返しながら進行していくため、予後の予測が困難であるといわれていますが、決して予後が良い疾患ではありません。過去の報告では5年生存率50%と癌と匹敵するくらい予後が悪いということが知られています。心不全患者は全世界で6430万人、日本には120万人いるといいますが、一度心不全のために入院が必要となった人は4人に1人が30日以内に、2人に1人が6か月以内に再度入院が必要となるといわれています。120万人というと、人口の約1%であり、あまり実感がわきませんが、50歳時点でもみると生涯の心不全発症リスクは約20～30%となり、決して他人事ではありません。

では心不全と診断されたらどうしたらよいのでしょうか。まず治療の基本は生活習慣の改善です。減塩や禁煙、節酒、運動療法などは心不全の全ての段階で重要な要素となっています。構造的、機能的な心臓の異常が出現した段階においては心不全の発症を抑制したり、心機能の悪化を予防したりするための薬物治療が開始されます。息切れやむくみといった症状が出現し、心不全を発症した段階においてはさらなる薬物療法の強化の他、不整脈に対するカテーテルアブレーション、弁膜症や冠動脈疾患に対する外科的治療などが必要な人もできます。こうした治療を尽くしても病状の改善が得られない患者の最後の砦として心臓移植という治療があります。ただし心臓移植の基準は非常に厳しいものとなっています。まず前提として、日本では現時点では65歳未満でないと対象になりません。また心臓の状態について詳細に調べられており、あらゆる治療を尽くしても改善が得られない状態であること、心臓以外の臓器に大きな問題がないこと、治療をはじめとして生活全般や金銭面、精神面などのサポートをしてくれる同居できる介護人がいるということが条件となっており、心臓移植へのハードルとなっています。日本的心臓移植後の予後は

10年生存率88.7%と、海外のデータと比較しても非常に良好ですが、実際に治療を受けられる人は限られています。心臓移植の実施件数は年々増加しており、ようやく年間100件を超えるようになってきました。ただし日本的心不全患者が120万人で年間10万人が心不全で亡くなることを考えるとやはり、心臓移植を受けるというのは狭き門といえるかと思います。心臓移植の実施件数は臓器提供者の数により、およそ決まっており、日本は諸外国と比べると人口当たりの臓器提供者が少ないことが課題となっています。臓器提供のしくみは2種類に大別され、本人または家族が同意した場合のみ臓器提供が可能なopting in、生前に本人が臓器提供に反対の意思を示していない場合に臓器提供が可能なopting outとなっています。国により制度は異なりますが、日本と同様のopting inの制度をとっている韓国やドイツなどと比較しても日本の人口当たりの臓器提供者数は10分の1程度となっています。こうした状況により心臓移植を希望していても移植にたどり着けず亡くなってしまう人も多く存在しています。現在心臓移植の登録をした後に、移植に辿りつくまで5年から7年程度かかっています。移植が必要な程の重症な心不全患者がこれほど長期の待機期間を過ごすためには補助人工心臓のサポートが不可欠です。植込み型補助人工心臓は手術により心臓に取り付け、心臓の拍出をサポートする機械であり、重症心不全患者の予後・生活の質を改善させることができます。しかし、心臓を補助する強力な機械ではありますがいいことばかりではありません。ポンプという異物が血液に触れた状態では血栓を形成しやすく、脳梗塞などの血栓塞栓症のリスクがあります。こうした塞栓症の予防のためにワルファリンという薬剤を服用する必要がありますが、それでも塞栓症を発症することもありますし、逆に消化管出血や脳出血などの出血合併症を来すリスクもあります。その他にも電源を供給するケーブルが皮下を通っておなかから体外にでていますが、その周囲から菌が入り込み、感染を来すことで入院や手術が必要になる場合も少なくありません。また運動や入浴ができなかったり、バッテリーを常に携帯する必要があったり、こうした合併症のリスクが常につきまとうため、移植までの待機期間の短縮はやはり重要です。そのためには臓器提供者が増えるということが必要となってきます。内閣府

が定期的に臓器提供に関する世論調査を行っていますが、そこでは臓器提供をしたいという人が4割近くいる一方、臓器提供の意思をなんらかの形で表示しているひとは1割に過ぎないと報告されています。またこの調査では、本人の臓器提供への意思表示がなかった場合に家族が臓器提供の決断をすることが負担に感じるという人が85.6%と、多くの人が負担に感じるとされています。脳死というのはほとんどの場合、突然おとずれるため、家族の負担を軽減するためにも事前に臓器提供の意思表示をしていること、またそれを家族で共有していることが重要です。ここで大事なことは、臓器提供については希望してもいいし、希望しなくてもいいということ、またそれは何回でも変更できるということも覚えておいていただきたいことになります。

千葉大学病院は全国に12施設ある心臓移植を受けられる病院の1つであり、千葉県内で唯一植込み型補助人工心臓の手術ができる病院です。そのため千葉県内の多くの病院と連携し、重症心不全患者を受け入れています。千葉大学病院の役割として、臓器提供の意思を持つ方と移植を希望する方を繋ぐことができるよう、できる限りの治療とサポートを心がけています。

心臓移植の現状と課題

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科

渡邊 優子



国内の心臓移植の歴史では、1997年脳死での臓器提供が法的に認められ、臓器移植法が成立・施行され、1999年同法に基づく心臓移植を初めて実施した。2010年改正臓器移植法施行、件数は以降増加傾向である。

移植希望者数は、日本臓器移植ネットワークの情報によれば心臓移植希望者数は2010年以降増加傾向である。また国内の心臓移植件数は増加傾向であり、2023年には100例を超えている。

各臓器の移植後生存率(10年)では、心臓は90%程

度と非常に良い成績である。

国内の心臓移植データは5年92%、10年88%、15年79%と、海外のデータと比較(国際心肺移植学会のデータとの比較)では、非常に良い成績であることがわかる。重症心不全の方の救命治療として非常に確立された治療であると言える。

国内の移植件数と待機患者数の推移を見ると、移植件数は先に述べた通り年々増加してきて年間100例を超す状態となってきている。しかしこの増加傾向があっても、待機患者さんに対し充足するには全く至っていない。移植待機者の重症度、医学的緊急度はStatus分類にて表されるが、この最も重症度が高いStatus1の方の平均待機日数は5年となり、長期化の傾向が持続している。移植を必要とする方に機会が回ってくるのに非常に長い時間がかかっている現状が問題となっている。

移植を要するほどの重症心不全の方が長く待機する必要があるため、その待機期間を心不全をコントロールして安全に生活するため、現在は植込型補助人工心臓を装着して移植待機することが一般的となっている。国内心臓移植患者の移植前状態のデータでは、ほとんどの方が連続流植込型の補助人工心臓を装着している。

植込型補助人工心臓(VAD)とは、左室心尖部にポンプを取り付け、心臓に帰ってきた血液を吸い出し、上行大動脈に縫い付けた人工血管を通して全身に血液を送る医療機器である。移植を要すると判断された患者さんは、まずこの機械をつける開胸手術を行う。この機械を装着し、術後リハビリを経て、自宅に退院する。多くの患者さんが在宅での移植待機が可能となっている。機械はより小型化し合併症が軽減し、治療予後は良くなっている。移植をゴールとしないDestination therapyとしてVADをつける治療も2021年より開始されている。すでに海外で多くの患者さんがこの機器を使用し、長期間の生存が報告されており、移植待機、またDestination therapyとしても、重症心不全の方々の有効な治療法となっている。

心臓移植患者さんのVAD補助期間の推移を示したデータでは、長くは7年間と補助期間が長期化していることがわかる。

VADの合併症は、感染や神経機能障害が主なもので、感染はVADがドライブラインが腹部で皮膚を貫

通し、コントローラと接続しているが、この部位を侵入門戸とした感染症、これがポンプに波及すると重篤な状態となることもある。

植込型VADの生存率は、初回で装着した例では2年で91%、しかし現在の移植待機期間となる5-6年では20%を超える人が亡くなる可能性がある。

心臓移植適応は基準が定められており、移植以外に治療法がないこと、移植後の検査や免疫抑制療法を行えること、重症心疾患が対象である。適応条件は、標準治療を十分行なった上でも改善しない心不全であること、運動耐容能の著しい低下、補助循環依存、年齢は65歳未満、本人及びケアギバーの要件がある。

適応疾患は拡張型心筋症が主で、他に虚血性心筋症、拡張相肥大型心筋症などがある。

レシピエントの選択基準は、令和7年3月に改訂され、Status 1Aという「緊急に心臓移植を施行しないと短期間に死亡が予測される病態や疾患群で、予測余命1ヶ月以内の60歳未満の者」が追加となった。Donorが発生したときの、Recipient側の選択基準であり、実際に心移植が受けられるのは、その患者がStatus 1であること、しかも登録時で60歳未満であること、さらに血液型が一致していること、が実質上の必須条件となっている。

Status 1は次の(ア)から(エ)までの状態のいずれか1つ以上に該当する状態である。

- (ア) 補助人工心臓(VAD)を装着中の状態
- (イ) 大動脈内バルーンパンピング (IABP)、経皮的心肺補助装置 (PCPS)、セントラル体外式膜型人工肺(ECMO)又は補助循環用ポンプカテーテル
- (ウ) 人工呼吸管理を受けている状態
- (エ) カテコラミン等の強心薬の持続的な点滴投与を受けている状態

現在Status 1で待機中の方は主には(ア)が当てはまりVADをつけて自宅待機している方がほとんどである。

心臓移植の外科手術について、現在は同所性心移植が主流である。レシピエントの心臓摘出では、実際は心尖部にVADポンプがつき、上行大動脈にポンプの血流を全身に送る人工血管が縫い付けられている状態で、再開胸手術となるため、心臓を剥離し摘

出する必要がある。ドナーの方の心臓をレシピエントの方に移植する方法では、虚血時間を短縮させる目的で、“Biatrial Technique”が主流だった時代があつたが、最近は、“Bicaval Technique”が主流であり、心臓の洞結節が温存され術後の徐脈を回避、ペースメークが必要となる確率が有意に低下、右房の構造と機能が保たれるため、循環動態的にもより優れた結果が得られることが分かつてきた。

千葉大学病院は、国内の12ある移植実施施設の一つである。2012年植込型補助人工心臓(iVAD)、2018年心臓移植の実施施設認定を受け、2025年9月までにiVAD62例、心臓移植20例を実施した。術後のICU在室期間、在院日数は平均6日、53日程度だが、経過が良い例は期間は短縮傾向にある。手術入院死亡はなく、生存率は1,3,5年で100%となっている。

今後の課題は、臓器虚血時間と搬送の問題、またドナー不足がある。これまで千葉大学病院で実施した心臓移植の9割は遠方からのドナーで、チャーター機を使用すれば日本の端からでも2時間前後で搬送できるが、空港からの移動手段では、陸路、空路(ヘリ)での違いもある。また空港は当初羽田しか使用できなかつたのが、成田空港と交渉し使用可能となり、搬送時間短縮につながった経緯がある。心臓は虚血許容時間が4時間と他の臓器より短く、制限があるため、できるだけ近隣地域でのドナー提供が増えることが、この問題の解決策の一つとなる可能性がある。

**患者さんひとりひとりに寄り添い、
人の命をつなぐ**
～心臓移植コーディネーターの立場から～
千葉大学医学部附属病院
心臓移植コーディネーター
佐藤 克行



1. はじめに

心臓移植は、重い心臓の病気で自分の心臓が動かなくなった方に、健康なドナー（臓器提供者）の心臓を移植する医療です。レシピエント移植コーディ

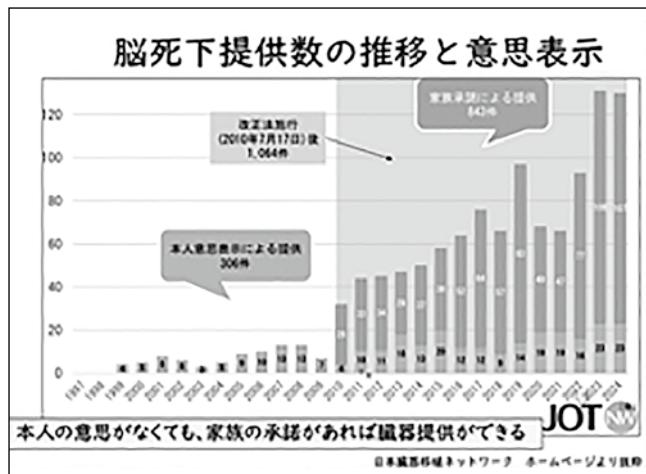
ネーターは、臓器提供を受ける患者さんやご家族に寄り添いながら、患者さんと移植チームをつなぐ役割を担っています。臓器移植を必要としている患者さんがどんな日々を過ごしているのか、どのような気持ちで過ごしているのかということもあまり知られていないかと思います。今回は、移植医療の現状や、患者さんの移植前後の生活、社会保障制度などについてわかりやすくお伝えします。

2. コーディネーターの役割

レシピエント移植コーディネーターは、移植前から退院後まで、患者さんとご家族を継続的に支援します。私たちの仕事は、単に「移植が成功するように準備する」ことだけではありません。患者さんやご家族が納得して移植に臨めるよう、情報を丁寧に伝え、悩みや迷いに寄り添うことも大切な役割です。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ることや移植医療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方の不安や疑問を取り除くことができるよう努めています。臓器提供が発生した際には、日本臓器移植ネットワークや病院内の他部門・他職種と連絡を取り合い、移植までの一連の流れを調整し、安全に臓器移植が進行できるように心がけています。移植後は、外来で移植後の生活指導やフォローアップまで寄り添います。「ただ臓器をつなぐだけでなく、“人と人の思い”をつなぐことが私の仕事です。」その信念を胸に、患者さんが安心して新しい人生を歩めるよう支援を続けています。

3. 日本の心臓移植の現状

臓器提供は、ドナー本人または家族の思いによって成り立ちます。日本では、1997年に臓器移植法が制定され、2010年の改正により「本人の意思がなくても家族の承諾で臓器提供が可能」となりました。しかし、移植を希望する人に対して提供される臓器はまだ少なく、年間の臓器提供はおよそ110件にとどまっています。現在、約800人の方が心臓移植を待機しており、実際に移植を受けられるまでに5年以上かかることも珍しくありません。千葉大学では2018年に心臓移植実施施設として認可を受け、2019年4月に第1例目を実施しました。2025年9月には通算20例に達しています。



4. 心臓移植までの待機期間

重症心不全になると、心臓が血液を十分に送り出せなくなります。このような患者さんは、心臓を助けるために「補助人工心臓(VAD)」を装着して、移植の日を待ちます。待機期間は平均で5~7年かかります。長い年月の中で、体調の変化や経済的な負担、そして何より精神的な不安と向き合いながら過ごしています。臓器提供発生時は移植登録している病院から突然電話連絡があります。「突然連絡がきてもどうしたらいいかわからない。話は聞いていたが不安だな。このままでいいけれどもなあ」とすぐに決断できないこともあります。その時は、患者さんの気持ちに寄り添い、十分に考慮した上で決断できるように支援しています。

5. 脳死下での臓器提供

提供された臓器は、日本臓器移植ネットワークの基準に基づいて、公平に分配されます。優先順位は「待機期間の長さ」「病状の緊急度」「血液型の一致」「体格差」「臓器搬送時間」などを考慮して決まります。臓器は生きた組織なので、摘出から移植までの時間（虚血許容時間）がとても重要です。心臓の場合は4時間以内に血

流を再開しなければならず、時にはチャーター機を使って迅速に運ばれます。移植に関する費用の一例として、チャーター機を使用した場合は臓器搬送費や手術費などを合わせると500万円以上になることもあります、保険制度や還付により実際の負担は大幅に軽減されます。

6. 社会保障制度と費用

心臓移植には高額な医療費がかかりますが、さまざまな公的支援制度が利用できます。たとえば「特定疾患医療費助成制度」や「身体障害者手帳の交付」により、自己負担を減らすことが可能です。補助人工心臓を装着している場合や、移植後に免疫抑制剤を服用している場合は「身体障害者1級」に認定されます。また、仕事や日常生活に支障が出た場合には「傷病手当金」や「障害年金」を受け取ることができますが、移植後数年間しか受給できないため、障害者雇用枠などを利用し社会復帰することが求められます。

7. 移植後の生活

移植を受けた患者さんは、免疫抑制剤を一生服用しながら、感染予防など多くの注意を守って生活しています。免疫抑制剤は、毎日決まった時間に飲む必要があります、前後に食事をしてはいけません。一方、免疫抑制剤は副作用も多くあり、副作用と一緒に向き合いながら、10種類以上の薬を内服する必要があります。なかでも、免疫抑制剤を服用することで感染症にかかりやすくなるなどのリスクがあるため、日常生活では次のような注意が必要です。

<在宅環境>

- ・室内を清潔に保ち、生花やカビを避ける
- ・定期的に寝具やカーテンの洗濯と交換をする
- ・雑巾や布巾は使用せず、ウェットティッシュを使用する

<生活上の注意点>

- ・調理後の食品はすぐに食べる
- ・生ものを控える
- ・飲み水は移植後1年間ミネラルウォーターを使用する
- ・歯や皮膚のケアを大切にする

医療チームは、こうした生活指導や定期検査を通じて、患者さんの社会復帰を支援しています。それでも、移植を受けた患者さんの言葉には希望が溢れています。

臓器毎の虚血許容時間・搬送許容時間

	虚血許容	搬送許容	手段
心臓	4 hrs	2-3 hrs	最速
肺	8 hrs	6 hrs	
肝臓	12 hrs	10 hrs	
小腸	12 hrs	10 hrs	
脾臓	24 hrs	22 hrs	安全・確実
腎臓	24 hrs	22 hrs	経済的

虚血許容時間とは、臓器がドナー（臓器を提供する人）から摘出されてレシピエント（臓器を受ける人）に血流が再開されるまでの時間のこと

す。「移植を受けてから初めてお風呂に入れたとき、“生きている”と実感しました。普通の生活ができることが、こんなに幸せだとは思いませんでした。」その背後には、ドナーとその家族、そして新しい命を託された患者さんの思いが重なっています。

8. おわりに

私たちは患者さんに伝えています。「臓器移植を受けた日を“二度目の誕生日”と思い、ドナーの方とご家族の思いに感謝して生きてください。」移植医療は、医学の力だけでは成り立ちません。ドナーの勇気と家族の愛情、そして社会の理解があってこそ成り立つ命のリレーです。一人ひとりが「もしもの時、自分はどうしたいか」を考え、家族と話し合うことが大切です。意思表示をすることで、誰かの命を救うことができるかもしれません。当たり前の日常が戻る喜びを、多くの方に感じてもらえるよう、これからも移植コーディネーターとして、命をつなぐ現場に寄り添い続けていきたいと思います。

＜参考リンク＞

- 日本移植学会
<https://www.asas.or.jp/jst/>
- 日本臓器移植ネットワーク
<https://www.jotnw.or.jp/>
- 2025年改訂版心臓移植におけるガイドライン
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Saiki.pdf

体験談

感謝！

心臓移植体験者

平澤 弘章

1. ご挨拶

本日は、このような素晴らしい場所で心臓移植の体験者として体験談をさせて頂ける事となりました平澤 弘章です。

私事となりますがこの



「ホテルポートプラザ千葉」は偶然にも18年前に私と妻が結婚式を挙げた場所です。そのような場所で心臓移植体験談をする事となるとはとても感慨深いものがあります。

今日は私の体調が悪い時にも瀕死の時にも常に最善の選択をして下さった医師や看護師さんのご講演の後の私の体験談なので、とても緊張しています。

本日は、発病から心臓移植待機者になるまでとそこから心臓移植に至るまでそして移植後の体験談をさせて頂こうと思っております。

2. 発病から心臓移植待機者になるまで

2003年6月頃の事でした。私は咳が止まらず「風邪」を引いたかな？と思い風邪薬と咳止めのシロップを購入して様子を見ていたが1ヶ月程経っても症状が改善されず流石に不安に思い近くの少し大きな病院を受診しました。そこで「気管支炎」だと診断され薬を頂き様子をみっていました。しかし3ヶ月程経っても症状は改善されずむしろ酷くなっていました。彼女から何度も何度も絶対おかしいから違う病院へ行ってみな！と言われ私は渋々ですが市内で1番大きい船橋市立医療センターを受診しました。

この頃には横になると咳が止まらなくなるので椅子に座って睡眠していました。今、思えば彼女のこの一言が私の運命と余命を変える事となりました。その彼女は今では妻となり今でも私を支えてくれています。

医師から「君、風邪じゃないよ！悪い処は心臓だよ！」と言われました。「えっ？」と思いながらも「ありがとうございました。次はいつ来ればよいのですか？」と帰ろうとすると、次はあの検査だ！この検査だ！と色々な検査をさせられ私が何度も帰る！と言つても「ダメ！入院だよ！」の繰り返しで最後には先生の指示で病棟の看護師さんが車椅子を持ってきてそのまま強制入院となってしまいました。

約10日後に病理の結果が出ました。医師から告げられた病名は「突発性拡張型心筋症」でした。

この病気は治らない病気です。徐々に悪くなり最終的には現在の医学では心臓移植しかありません。「10年生存率が約34%くらいです。」と余命宣告を受けました。はじめて「心臓移植」と言う言葉と現実が私の心身に入ってきた事を今でもはっきりと覚えています。

心臓が肥大した事により弁に隙間ができると血液が逆

流しているので心臓の負担を減らす為に人工弁にしましょう。と言われて数日後に人生初となる全身麻酔で弁置換術手術を行いました。この後あと8回も全身麻酔手術をする事になるとは夢にも思っていませんでした。退院後数年は息が苦しくなると入院をして強心剤を点滴し、2週間位静養して体をリフレッシュして退院、また悪くなったら入院の生活が続きました。最初は1年に1回くらいの入院だったのが、半年に1回となり3ヶ月で1回の入院となり「拡張型心筋症」を告知され13年が過ぎる頃にはほぼ毎月入院するようになってました。医師に言われた通り徐々に悪くなっていきました。この頃には不整脈も出てきたのでCRT-Dを胸骨の下に植え込みました。CRT-DとはペースメーカーとICDと言う除細動器が一つになった物です。

退院から次の入院までに1ヶ月もたなくなり、いよいよ県内で1番大きな千葉大学医学部付属病院へ紹介状を持って受診する事となりました。そして「すぐに入院し補助人工心臓（VAD）を着けて心臓移植を待ちましょう。」と提案されました。2016年3月3日に植込み型補助人工心臓の手術を受け最重症度のステータス1で心臓移植登録をして心臓移植待機者となりました。

3. 移植待機者から心臓移植まで

VADを装着し退院し医師の許可も出て「さあ復職だ！」と意気込んでいた私ですがそこには想像以上に高い壁が存在していました。VAD装着者には万が一の事態に備えて病院で訓練を受けて合格した「介助者」と言われる人と24時間365日常に一緒にいるという鉄の錠があったのです。

妻と80歳近くの両親が何度も千葉大学に通い合格してくれました。

復職には介助者の同伴が必須でした。「介助者をやっても良いよ！」と言う先輩や後輩がいましたが、会社は「会社が依頼した訳でもないのに業務時間外で業務以外の事をさせるのは好ましくない！」と受け入れてもらえませんでした。それでは妻を介助者として同伴してもらえば復職させて頂けますね？と提案すると数ヶ月後に、「会社には安全配慮義務があるので社外の人間を出入りさせるのはセキュリティー上の問題があるのではないか？」と払いのけてきました。その年に施行された身体障害差別保護法のお話をしましたが数ヶ月後に会社は「平澤さんに働いて貰う

ように努力しましたが復職には至らず申し訳ありませんでした。」との回答でした。予想はしていましたが罰則が無く所詮は努力義務で何の役にも立たない何の為の保護法だと痛感させられました。その後休職の申し出をしていないのに介助者を用意しなくてはいけないと言う私の自己都合として休職にさせられてしまいました。休職中にも、もし何かがあっても全て自己責任です！と一筆書いて提出します。その時も「もし平澤さんに万が一の事が起こりそれで従業員がトラウマでPTSDになったらそれに対する責任を負うのか？」など私を働かせようでは無く、働かせないようにしているとしか思えない対応でした。

何度もコチラの投げたボールに、何ヶ月後に理不尽な返事がくる事を繰り返しているうちにあっと言う間に2年の休職期間が終わってしまい就業規則により休職期間中に休職理由を改善できなかった事により復職どころか約20年真面目に務めるも自己都合退社する事となっていました。この時、個人は会社に貢献して会社を守り発展させようと尽くしても会社は個人を一切守ろうともしないと痛感させられました。

VADを装着して3年が経とうとする頃大きな転換期を迎えるました。人工心臓を動かすためにドライブラインと言う外部から電源を供給するケーブルが貫通している部分が感染し、その感染部位が広がり徐々に心臓へと近づいて来たのでした。このままでは移植までもたないかも…生き抜くためにリスクが高いのは承知の上でVADの交換手術に臨みました。手術は成功しましたがしばらく意識が戻らず2週間程人工心肺と繋がれて生かされている様な状態だったそうです。一度は人工心肺から離脱するもまた循環が保てなくなり再び人工心肺エクモを使用させて欲しいと病院から承認の確認の電話が来た時に妻は「流石にもうダメかもしれない」と万が一の事を覚悟したそうです。」そんな事が起きているとも知らない私でしたが、その数日後に何事もなかったように意識が戻りました。しかし一難去ってまた一難。意識がハッキリした時に足の感覚が無く全然動かせなかったのです。

なんと脳梗塞を発症していたのでした。脳梗塞のため血液をサラサラにさせる薬を強めたら脳出血てしまい、約3ヶ月間ベッド上での生活を余儀なくされました。トイレなど身の回りの事だけは自分で出来て他人に迷惑をかけない生活がしたい！その一心で辛いリ

ハビリを頑張りました。本来自分で言う事ではないのですがあの時の自分は本当に良く頑張った。要介護5の認定でスタートしましたが退院する時には要介護3になっていました。更には作業療法士さんに、その動きは要介護3の動きじゃない！介護保険詐欺だ！とイジられるほどの動きになっていました。こうして約1年10ヶ月に及ぶ長い入院生活にピリオドを打ちました。夏に入院したので2回も病院で年越ししちゃいました。そして元号も平成から令和に変わっていました。入院中は妻や家族を初め医師や看護師さん、理学、作業、療法士さんその他沢山の病院スタッフさん達に支えられ自分の足で退院する事が出来ました。

退院後は納得のいく動きには程遠い動作を訪問リハビリで調整してもらいながら入院中に出来なかったゲームをしたり仕事以外で料理したりとやりたい事をしながら数年間平穀な日々を送っていました。そんなある日、お昼の準備をしていると電話がなり千葉大学心臓外科の先生からでした。また薬の量が変更になったのかな?と思いましたが次の瞬間、「適合するドナーさんが現れました。これから移植を受けられますか? 1時間以内にお返事を下さい!」と虚を付かれるフレーズでした。ひと呼吸して冷静になり受けたいです!とお伝えましたら「これからすぐに来て下さい!」と言われそしてすぐに準備をして病院へ向かいました。

「これで10数年前の日常が戻ってくるかも」と想うと嬉しいはずなのに、手放しに喜べる様な感情が正直全く湧いてきませんでした。それは現在何処かの地でドナー様とご家族様は私とは全く逆の脳死と言う受け入れ難い事実に直面しているからです。

午前中にドナーの心臓が到着して移植を行うとの説明で逆算して深夜2時に手術室に入りました。心臓移植の虚血時間は4時間以内なので私は先にVADやCRT-Dを外して到着後すぐに移植手術が出来るよう開胸状態で待機するためです。手術台に上がった私は全身麻酔の前に1分程時間を頂きました。

胸に手をあて自分の心臓に「今までよく耐えてくれた。持ちこたえてくれて有難う！」とお礼を言いドナー様やご家族の方には言葉にならない感謝の念を送りました。この時、余りにも温かい厚意に感謝の涙がとまりませんでした。時間下さった医師にお礼し麻酔開始。心臓移植術が始まり私は移植待機者から心臓移植者になりました。

4. 心臓移植を受けてから現在に至るまで

手術は成功、すぐに目覚める事ができ手足も手術前と変わらない程にシッカリと動きます。約6年間24時間365日食事もトイレもシャワーもベッドでも片時も離れず1番近くに一緒に居たVADがベッド上には無くなっていて「あっ！移植したんだ！」と言う実感がありました。目覚めた私は先ずはドナー様に感謝の気持を念じ御冥福をお祈りしました。無事に終わったと思われた手術ですが一筋縄に行かないのが平澤です。VADは無くなってしまったがおへソの右側に人工肛門が着いていたのです。術後の医師の話によるとVADをつけていた待機期間が長くドライブラインの直腸への癒着が酷く移植後は免疫抑制剤の影響で出血などしてしまうと感染リスクがより高いので急遽人工肛門を着けたとの事です。実際に生活してみて人工肛門はとても憂鬱でしたが今後、免疫抑制剤の量が落ち着いて再手術に耐えられるようになつたら閉じても良いとの事で、移植から11ヶ月後に人工肛門を閉じる手術を行いました。

人工肛門を閉じた私は病気が理由で更新が認められず失効されてしまった免許証をまた教習所に通い一から取り直し再び運転者になりました。そして社会復帰を目指し1日約6時間、週3日のバイトを1年半行い体を慣らし2024年からは正社員として福祉のお仕事を始め社会復帰を果たし障がい者さん達の生活をサポートする仕事に就いています。それもこれも全て、脳死と言う絶望の失意の中でありながら私に命のバトンを繋いてくれたドナー様とご家族様には感謝の気持ちしかありません。ドナー様は私を救うだけではなく私の身を安じて心配してくれていた私の家族や友達たちの想いも救ってくださいました。そして今では重度の障がい者さん達の生活をも支えてくれています。

そんなドナー様やご家族様には感謝の気持ちで一杯です。日々感謝の気持ちを胸にこれから私が生涯を終えるその時までドナー様と二人三脚で感謝の人生を歩んでいきます。



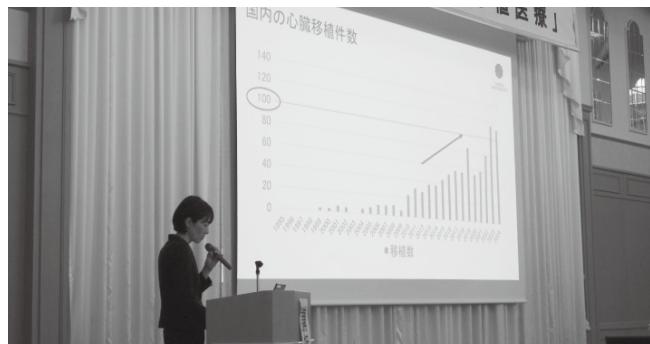
講演・体験談座長の松宮副部会長



司会の大谷事務局長



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）



講演会の様子（その4）



講演終了後、座長(千葉大学医学部附属病院心臓血管外科 松宮教授)を囲んで集合写真

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つ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つてもらい、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. 移植医療に直接係わっている医師 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：043-223-2663 F A X：043-224-8910 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）を準備して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
	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
26年度	医学部学生 千葉大学医学部
	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
27年度	医学部学生 千葉大学医学部
	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

	対象者
28年度	医学部学生 千葉大学医学部
	看護学生 竜田医療大学 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
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
元年度	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 淑徳大学看護学部・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
2年度	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
	高校生 東海大学付属浦安高等学校
3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
	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
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栄養学科 千葉大学大学院看護学研究科 淑徳大学看護栄養学部看護学科 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

対象者	
5年度	医学部学生 千葉大学医学部
	看護学生他 安房医療福祉専門学校看護学科 千葉科学大学看護学部 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 淑徳大学総合福祉学部社会福祉学科・教育福祉学科 船橋市立看護専門学校 淑徳大学看護栄養学部栄養学科
	高校生 鎌ヶ谷西高等学校 東海大学付属浦安高等学校
	医学部学生 千葉大学医学部
6年度	看護学生他 淑徳大学看護栄養学部看護学科 安房医療福祉専門学校看護学科 千葉科学大学看護学部 船橋市立看護専門学校 千葉大学大学院看護学研究科 亀田医療大学看護学部 市原看護専門学校 淑徳大学総合福祉学部社会福祉学科・教育福祉学科 淑徳大学看護栄養学部栄養学科
	中学生・高校生 東海大学付属浦安高等学校 千葉県立幕張総合高等学校看護学科 昭和学院秀英中学校・高等学校
	小学生 匝瑳市立八日市場小学校
	医学部学生 千葉大学医学部
7年度	看護学生他 安房医療福祉専門学校看護学科 千葉科学大学看護学部 船橋市立看護専門学校 千葉大学大学院看護学研究科 淑徳大学総合福祉学部 淑徳大学コミュニティ政策学部 淑徳大学看護学部 淑徳大学看護栄養学部栄養学科
	高校生 千葉県立生浜高等学校 東海大学付属浦安高等学校

令和7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. 肝臓移植体験者
原田 公子
5. 千葉県臓器移植コーディネーター
伊藤 総江

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。

令和6年度には、初めて小学校・中学校にて出前講座を実施いたしました。いのちの大切さについて学び考えたりする為、心と体を育むことができます。

また、講座後のアンケートでは「臓器提供について、家族で話し合う場を作る」や「Yes, Noでも意思表示をする」「日本の臓器移植の現状を知って驚いた」などの記載があり、命について、考えるきっかけになっています。

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と冊子を配布いたしました。

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



淑徳大学看護栄養学部



安房医療福祉専門学校



東海大学付属浦安高等学校

臓器移植推進出前講座の実施状況

生体肝移植を乗り越えて／家族の絆が繋いだ命

～生体肝移植という選択

そして、ドナーとなった二女の決断～

肝臓移植体験者

原田 公子



1. 自己紹介と家族構成

私は、夫・長女・二女との4人家族で、4年前、当時58才だった私は、当時27才だった二女から生体肝移植手術を受けました。

当時、余命半年と宣告された私には、家族からの肝臓提供の手術でしか助かる道はなく、二女からの臓器提供で命を繋ぐことが出来たのです。

どんな手術をして、どんなふうに治って、今を生きているのかお話をします。

2. 臓器移植とは

病気で機能しなくなった臓器を健康な臓器と取り替える医療の事です。

移植できる部位は、心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球(角膜)です。

手術方法として、死体移植と生体移植の2通りあります。

死体移植とは、死亡した人・心停止した人からの臓器提供手術、生体移植とは、健康な親族等からの臓器提供手術です。

臓器移植においては、「大切な4つの権利」というものがあります。

臓器提供をする権利・臓器提供をしない権利

臓器提供を受ける権利・臓器提供を受けない権利

それぞれ、正しいとか間違いというものではなく、いずれも尊重されます。

それぞれの人の希望や考え、思いが一致した時に、成立する手術です。

死体移植手術を希望している待機者の数は約16,000人で、実際に移植手術を受けることが出来た人は、

600人程度です。

「必要としている」に、「あげますの人」が追いつきません。これが悲しい現実です。

3. 病気のはじまり

2018年5月 胃痛で、胃の内視鏡検査を受けた事が始まりでした。胃潰瘍が治った跡があるけれど悪い所は無く、痛み止めの処方のみでした。

8月 胃痛・むかつき・胸やけが強くなり頻繁に痛み止めを飲む。

11月 日中、吐き気で何度も大量に血を吐き気が遠くなっていく中、自力で、救急車を呼び遠くにサイレンの音を感じながら、記憶は途切れています。

胃静脈瘤破裂で緊急手術でした。

胃静脈瘤は、胃の血管がこぶの様に膨らんでしまう状態のことで、これが破裂してしまうと大量出血で命に関わる危険性があります。

1週間ICUで、生死をさまよっていたそうです。

気が付いた時、泣きながらも安堵の顔をした家族の姿がありました。

「ここ何処?私どうしたの?」と理解できずにいると、「目がさめてよかったです。死んじゃうかと思ったんだから」と言われ、私の方がびっくりしてしまいました。

一ヶ月半位の入院で、先生からとても危険な状態だったと言われたことで、「死んじゃうとこだったんだなー」と理解できただけです。

4. 治療・病名

2018年12月 残っていた4個～5個の静脈瘤の治療を始めました。次が破裂したら、かなり危険だったそうです。

病名は、門脈圧亢進症という肝臓の病気でした。

2019年1月 千葉大学病院に転院し静脈瘤をふさぐ手術を受けました。

4月 高熱と体調不良のため再入院。

2020年1月～40度超えの高熱で4～5回入退院を繰り返す。

8月には、かなりお腹が膨らんできていました。水がたまりはじめて、生まれる寸前の妊婦さんのようでした。

連日大量の鼻血と、両足のつり、激しい痙攣を伴う悪寒、40度を超える発熱が日に何度も起こるようになってきました。

この頃、コロナの緊急事態で、通院治療しかできず水を抜くのと点滴と輸血のため連日病院通いでました。

10月位には、食べられない、寝られないの毎日で、息が苦しい、お腹が苦しいから「早く楽にして、お願ひ」の毎日でした。

5. 余命宣告

2021年1月 肝臓外科に転科、検査の結果、非アルコール性脂肪肝炎からの肝硬変でした。

余命は半年後と告げられました。その瞬間、「えっ？ 何言ってるの？ 誰の事？ 何で？ こんなに簡単に本人に言っちゃうの？ うそでしょ？ どうして？」マークが頭の中を駆け巡っているだけでした。パニック状態で何の言葉も出てきませんでした。

付添いの二女が、移植すれば治るんですよね？ と先生に問うと「大丈夫だよ、治るよ、がんばろう」と話してくれました。本人と治療方針を決めるので、今は本人につらいことでも、伝えるんだそうです。

治療法は移植しかないので、手術を検討するよう言われた帰りの車で、二女は「手術すれば治るんだからしよう！ 肝臓あげるから、心配しないで大丈夫！」と明るく笑顔で言ってきました。

私は、「あ一半年か一、何か悪いことしたかな？ バチあたったの？ 何やらなきゃいけないの？ いや、やり残してる事ってなんだっけ？ 今もうこんなに動けないのに無理！ 何もできないよー！ 私って50代で死んじゃうんだ。お母さんごめんなさい！」とパニくるだけでした。

二女は何度も「私の肝臓あげるから手術しよ！」と言っていました。

「それは無理だよ。大切な娘の肝臓もらうなんてできないよ」と何度も答える私にお菓子を半分あげるよ！ くらいの感じで肝臓あげるよと話すんです。

まだ結婚すらしていなのに、こんなに大切な娘の体に、大きなキズを残すなんて考えられない！ これからの未来を生きていくことが大事なんだから、もし失敗したらどうする？ そんなのダメ！ ありえない！

「あげる・もらえない・あげる・もらえない」の繰り返しでした。

6. 臓器移植決断

日に日に体調が悪くなっていく私に「早くしないと死んじゃうよ、お願ひだから私の肝臓もらって！ たとえ成功しなくても手術を受けてくれないと私は一生後悔だらけで生きて行けなくなっちゃう、ママを死なせるなんてできないよ！ せめて適合検査だけでもすぐに受けて！ それがダメならあきらめられるから！」大泣きで諦めないとと言われて、はじめて「そうか私生きなきゃいけないんだ、自分だけの命じゃないんだ、そうだ生きよう、生きなきゃ、生きたい！」との心からの叫びでした。葛藤の末大きな決断でした。

適合検査は、一致で二女はピョンピョン飛び上がって喜んでくれ、すぐに生体肝移植手術をオーダーしました。

7. 生体肝移植手術

手術の前日の夜も、おしゃべりして笑って過ごせました。初めての手術に「怖いなー、痛いのかなー、目がさめなかつたらどうしよう」と泣き事を言つたら「麻酔するから大丈夫、全然痛くないよ！ 寝ている間に終わるし、何も怖いことなんて無いよ！ 先生たちに任せていればいいんだよ。大丈夫！」と、同じく初めての手術を受ける二女が言い、私をリラックスさせてくれました。

手術時間ほぼ予定通りで、レシピエント約12時間、ドナー約10時間の大手術の結果、生体肝移植手術は成功。手術後は、ほぼ無菌状態の個室に移動しました。

ICUでの集中治療は、レシピエント1週間、ドナー2日間でした。

手術室に入る時に、看護師さんが来て「さあ行きますよ。がんばりましょう！」と励ましてくれたけど、なんと歩いて連れて行かれたんです！

私は、テレビで見たストレッチャーに横になってガラガラガラって連れて行かれる時、手を握り「がんばって」と家族に見送られ「ありがとう。がんばる」と手術室に入り、ドアがガシャーンと閉まるのだと思っていたので、

「歩くんかいー！！」とみんなで笑いながら手術室に向かいました。

二女は、別々の手術室に入る時「さあ、気持ち良く寝ている間にちゃちゃっと手術してもらおうね！ ママ後でねー。がんば！」笑いながらの入室でした。

二女が手紙をくれました。

「手術を受ける決心をしてくれてありがとう。私の肝臓貰ってくれてありがとう。ママ大好きだよ！」
こんな尊い気持ちを持った子に育ってくれてありがとうございました。涙が止まりませんでした。

8. 手術後(入院中)

ドナー（二女）

手術の経過は良好で、予定より2日早く12日間で退院。傷跡は、とてもキレイで芸術的です！先生方のウデの良さと丁寧な配慮をうれしく感じました。

若い人はすごいね！と驚かれる位回復が早かったそうです。少ししたらキズがケロイド状になりましたが、形成外科で治療していただき、今はとてもキレイです。

レシピエント(私)

手術後が一番痛くてつらくて大変でした。毎日の検査や体に入った管やガーゼの交換、週に3回の血液検査・コロナ検査・血管確保に術後すぐ始まったリハビリ、体のムクミ、寝たきりでの腰痛、身動きできない痛み、10本以上体に刺さっている管が痛すぎて、毎日「拷問タイムだー」と騒いでいました。

薬の影響で手が震え携帯が使えず、個室で出入り禁止だったので 医療従事者しか来なくテレビがお友達でした。

私は2～3か月の入院予定でしたが、高熱や炎症等で長引き、6か月間病院で過ごしました。

早くお家に帰りたい。コロナで家族にさえ会えない事が一番つらかったです。

せん妄

ママはせん妄なかったよねー？と言ったら娘たちに大爆笑されました。

ひどかったらしいです。「私は殺される死体番号をつけられている。市原の海岸にすてられる。」と訴えていたそうです。

それと「毎日ドーベルマンが起こしにくる」とか、「部屋の壁が富岳36景で飾られている。」とか言っていたそうです。

ドナーの二女も、すごく怖い夢をみてうなされ、少しせん妄があったよと言っていました。

私の体が新しい二女の肝臓に拒否反応を起こし高熱を出した時、二女は「かわいい娘ちゃんの肝臓、拒否ってんじゃないよー」とドア越しに叫んできて、キズ口が痛いのに笑いでたいへんでした。

退院する、ひと月前位から髪がごっそり抜け出し

て「ハゲてしまうー！」と気が気じゃなかった。

シャンプー後の洗面台は、大量の抜け毛でまるでホラー映画のようでした。

その後の帰宅してからのハゲ方は早くあっという間にモンチッチのようになってしまいました。

9. 退院後の生活・病状

ドナー

最初は、週に一度の通院検査から、今は一年に一度、何の問題も無く過ごせている。

レシピエント

週に一度から今は6週に一度の通院で検査。現在は体重管理ができるようになり、検査結果の良さに先生が驚いています。経過も良好で薬の量が以前の半分以下になりました

2022年5月 帯状疱疹に罹患し3か月位ほぼ寝たきりだった位の痛さだった。(免疫抑制剤の影響も)
8月カーブスに入会

そのころ体力はゼロに等しく、握力は12Kgしかなくペットボトルのフタを術後2年位自力で開けられなかつたため、筋肉をつけ体力を取り戻す決意で始めました。

最初は運動靴に履き替える事さえやっとから、今は週に2～3回のペースで通い続けられている。

10. 私たちの今

ドナーから

術後4年が経ち、すっかり痛みも大変さも忘れている。この手術のおかげで今当たり前のように母に対して「おはよう・いただきます・ありがとう・ごちそうさま・おやすみ」が言える日々がとてもうれしい。

レシピエントから

二女の肝臓が私の体の中に着実に根付いて、しっかり良い子に育ってくれました。

同時に二女の肝臓機能もちゃんと元に戻って健康でいてくれる事がとてもうれしいです。以前のように行旅ができる、一緒に時間を過ごすことができ、普通の事が出来ている今がとても幸せです。

11. 私たちのこれから

ドナーから

友達から羨ましがられるほど仲の良い母娘関係だったが、手術を経験してから更に親子のつながりが強くなった。いくつになっても親離れ、子離れができなかったが、今は宮古島で暮らしています。

私達のこの元気な姿をみんな見てほしいし、移植手術について伝えるお手伝いができたら嬉しいなと思います。

レシピエントから

この新しい命を大切に健康で笑顔でいられることが毎日の目標です。

この気持ちを大切に、私達が伝えられる事は何でも提供したいと思います。

2度目の人生をプレゼントしてくれた二女と以前の様に毎年ハワイに行けるように、この体を大切に毎日笑顔で生きてていきます。

12. 臓器移植医療への思い

ドナーから

多分中学の時授業で移植について学ぶ機会があり、当時私には関係ないんだろうと思い、臓器移植って考えられない!と思っていました。

けれど自分の大切な家族に臓器移植手術が必要となつた時真っ先に私が助けないと!と思えました。

本やネットで調べ、コーディネーターさんに聞き、たくさんの情報と知識を得るため必死だった。ドナーに名乗り出た時は、怖いなんて言つていられないし、思いもしなかった。当たり前のことが自然とできたという事だった。

大手術でしたが、今の医療は発展していて医療従事者の方々のサポートがあるから安心できました。

こうした経験者から伝えられる事が大事だと思います。生きていく中で、自分自身や身近な人が移植手術を必要とする事があるかもしれません。

その時は、このお話を思い出してほしいと願います。

レシピエントから

以前聞いたお話で、生体移植で父親が必要とする臓器を家族の皆さんに相談したら「あんな父親にあげたくない」と移植が成立しなかったんだそうです。もらいたい父親・あげたくない息子、両方とも大切な権利なので何とも言えませんが、そうなつてしまつた背景を考えたら苦しくなりました。

4つの権利がうまく交わって、一つの臓器も無駄にせず、一つでも多くの命が救われることを、心から願っています。

13. 体験して思った事

ドナーから

全ての人たちに感謝の気持ち持てる様になりま

した。

家族・友人・医療従事者全ての方々が一つのチームになった。コーディネーターさんから「私達はチームだからね」と言つていただけた言葉が今でもどんなに心強かったか忘れられない。心のケアにも感謝です。

全てに恵まれたとても貴重な手術でした。毎年5月11日は私たちの大切な記念日として、二人でプリクラを撮りに行くのが楽しみです。

その時は日常で忘れてしまっていることを思い出します。

私たちのチームの強い愛情を!

レシピエントから

普通ではできない体験をさせて頂いて60才前にして人生観が変わりました。感謝という言葉の重みと大切さも。

二女に「とても大きな犠牲と勇気の決断を一度も迷わずドナーになってくれてありがとう。そしてごめんね」と伝えたら「ママに貰った肝臓をママに返しただけだよ。大したことないよ。当たり前の事」とカッコよく素敵でした。

手術の傷跡をママを助けた勝利の勲章だから恥ずかしくないよと以前と変らずビキニを着てはしゃいでいる姿が眩しくうれしいです。

私達を支えてくれた全ての方々に心から感謝しております。その気持ちを持って私達が経験したこと、色々な思いをお伝えし誰にでも起こりえる事に不安や心配が無くなるよう、少しでも移植手術のことを知って頂きたいと願っています。



出前講座の様子(生浜高校)

2025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に「2025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になります。

今年度のグリーンリボンキャンペーンでは、「優しさを移植希望者に届けたい」をキャッチフレーズにポスターを作成しました。

内閣府が行っている世論調査では、39.5%の方が「自分が脳死の時臓器を提供したい」と回答しています。

臓器移植では、臓器をあげたい・あげたくない・もらいたい・もらいたくないの4つの権利があります。提供したいと回答した方が約40%もいるのに、全国で臓器提供が出来た方は、年間150人程度です。

提供したいとの希望をかなえる方法として、臓器提供意思表示カードに記入することや、自分の意思を家族と共有しておくことが重要です。

皆さんの優しさが、命をつなぎ・誰かの未来を支えることに繋がる事を訴えた内容になっています。

グリーンライトアップについては、毎年恒例の千葉都市モノレールのセントラルアーチ（千葉市中央公園前）を10月2日～31日(17:00～22:00)、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。

街頭啓発活動については、10月5日(日)に千葉駅前、10月18日(土)に、ららアリーナ東京ベイにて、意思表示カード入りちーばくんマスクケースや千葉ジェッツとコラボした意思表示カード等を配布し普及啓発を行いました。

また、千葉県庁本庁舎1階渡り廊下にて、①臓器移植医療とは②臓器提供の流れ③移植後の生活④意思表示の方法を解説したバナーを展示、冊子やバッジの配布をし普及啓発活動も行いました。



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



街頭啓発活動 (ららアリーナ東京)



街頭啓発活動 (千葉駅前)



千葉県庁本庁舎 1階渡り廊下

(公財) 千葉ヘルス財団の事業 令和6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。



日 時	令和6年9月22日(日) 午後1時30分～5時00分
内 容	オンデマンド配信 令和6年9月29日から 同年10月28日
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
講 演	「医療的ケア児等への切れ目のない支援」 ～小児から成人までの 入園・就学・就業支援～
座 長	千葉県こども病院 こども・家族支援センター長 數川 逸郎 氏
講 演	「ライフステージを見据えた地域の 支援体制づくりを目指して ～ぱらりすの取り組み～」

講師 千葉県医療的ケア児等

支援センターぱらりす

コーディネーター 景山 朋子 氏

「成人期移行を見据えた医療的支援」

講師 千葉県医療的ケア児等

支援センターぱらりす

医師 石井 光子 氏

「壁のない世界」

講師 認可保育園ナーサリーホーム小仲台

園長 嘉壽 素直 氏

稻毛駅重症心身障害児支援事業所ボヌール

作業療法士 米元 鯉菜 氏

「医療的ケアを必要とする児童生徒が

在籍する小中学校等の現状について」

講師 千葉県教育庁教育振興部

特別支援教育課指導主事

柳沼 史義 氏

「重度訪問介護利用者の大学就学支援事業」

を利用して大学に通う」

講師 東京情報大学 学生 原 昂大 氏

「医療的ケアのある方の就労への挑戦」

講師 社会福祉法人 りべるたす

理事長 伊藤佳世子 氏

参加者数 239名 (入場無料)

(会場参加 83名) 参加者アンケート実施

(オンデマンド参加 184名※28名重複あり)

(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。



日 時 令和6年11月18日(月)
午後2時から午後4時

場 所 勝浦市芸術文化交流センター キュステ
勝浦市沢倉523番地1

内 容 テーマ
「ALSの疾患理解と患者・
家族の療養支援について
～よりよい生活を送るためにできること～」

講 演 「ALSにおける基礎知識と
知っておきたいこと」

講 師 国立病院機構千葉東病院脳神経内科
診療部長 伊藤 喜美子 氏
「ALS患者・家族との関わりや
支える中で感じたこと」

講師 日本ALS協会千葉県支部事務局長
大山 孝二 氏
「夷隅管内におけるALS等
神経難病患者支援について」

講師 夷隅保健所 地域保健福祉課
技師 渡邊 優香 氏
「夷隅管内におけるALS等
神経難病患者支援について」

参加者数 20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補助しました。

補助金交付件数 8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。

貸し出し件数 9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。



日 時 令和6年10月13日 (日)
午後1時30分から午後5時
オンデマンド配信 令和6年10月20日から
同年11月19日

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 テーマ 臓器移植の治療と移植医療
座 長 臓器移植部会部会長 竜 崇正 氏
講 演 「肝臓の病気～診断から治療まで～」
千葉大学医学部附属病院 消化器内科 診療講師 叶川 直哉 氏

「肝臓疾患に対する肝移植の位置付け」
 千葉大学医学部附属病院 肝胆膵外科
 助教 仲田 真一郎 氏
 「移植医療という選択を支えるために
 ～レシピエントコーディネーターの
 立場から～」

千葉大学医学部附属病院 患者支援部
 副看護師長 上野 奈美 氏

体験談「肝臓移植で2度目の人生」

肝臓移植体験者 原田 公子 氏

参加者数 76名（入場無料）

（会場参加 42名） 参加者アンケート実施
 （オンデマンド参加 34名
 ※3名の重複あり）

②2024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。グリーンリボンキャンペーンでは、県民の皆様に臓器提供の「イエス、ノー」の意思表示や、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）と海浜幕張駅前シェルターをグリーンにライトアップしました。

10月6日に千葉駅前、10月19日にららアリーナ東京ベイにて意思表示カード入りチーバくんマスクケースや千葉ジェットとコラボしたクリアファイル等を配布し、街頭啓発活動を行いました。



③臓器移植推進出前講座

医学部学生や看護学生、高校生などを対象に次のとおり実施しました。

派遣講師

千葉県総合救急災害医療センター 宮田 昭宏 氏
 千葉大学医学部附属病院腎臓・胃腸外科

丸山 通広 氏
 心臓移植体験者 河合 容子 氏
 腎臓移植体験者 吉田和香子 氏
 千葉県臓器移植コーディネーター 伊藤 総江 氏

受講者数 1,443名

実施日	施設名	受講者数
4/19	千葉大学医学部	121名
6/24	淑徳大学看護栄養学部看護学科	95名
7/5	安房医療福祉専門学校看護学科	34名
8/26	千葉科学大学看護学部	14名
9/9	船橋市立看護専門学校	34名
10/30	千葉大学大学院看護学研究科	86名
11/6	亀田医療大学	113名
11/8	市原看護専門学校	137名
11/11	淑徳大学総合福祉学部社会福祉学科・教育福祉学科	140名
11/21	東海大学付属浦安高等学校	416名
12/17	昭和学院秀英校	42名
1/10	淑徳大学看護栄養学部栄養学科	81名
1/16	千葉県立幕張総合高等学校看護科	40名
2/7	匝瑳市立八日市場小学校	90名
合計	14回	1,443名

(2) 臨器移植推進特別対策事業

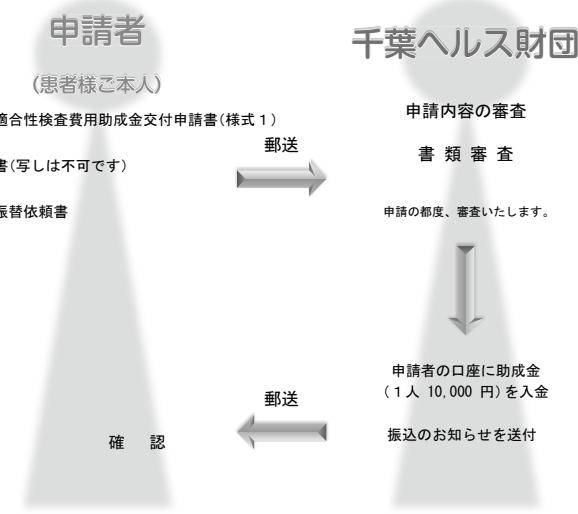
組織適合性検査費用助成

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 17 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1,453か所)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

- ・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

(4) 千葉県広報誌「ちば県民だより」への

記事掲載(10月号)

- ・臓器移植についての市民公開講座の開催案内

令和6年度 ご寄付いただいた方々

	相 手 方	金額
1	大塚祐司	700,000
2	銚子市役所健康づくり課	9,539
3	九十九里ホーム病院	29,582
4	独立行政法人総合病院 国保旭中央病院	26,029
5	松井宏之	30,000
6	海匝地域振興事務所	1,284
7	一般社団法人千葉県製葉協会	30,000
8	香取地域振興事務所	800
9	翠川鎮生	10,000
10	長生地域振興事務所	509
11	吉田道子	20,000
12	印旛地域振興事務所	901
13	東京歯科大学市川総合病院	47,389
14	佐原泌尿器クリニック	20,000
15	君津地域振興事務所	704
16	崎山 樹	10,000
17	一般社団法人千葉県薬剤師会	10,000
		946,737

(公財) 千葉ヘルス財団役員および企画委員名簿

令和7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
大河原伸浩	(一社)千葉県歯科医師会長
眞鍋 知史	(一社)千葉県薬剤師会長
中元 広之	(株)千葉日報社代表取締役社長
山崎晋一朗	千葉県病院事業管理者

理事

役職名	氏名	役職等
理事長	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
理事	川越 一男	医療法人芙蓉会 五井病院理事長
理事	佐々木 悟	千葉県市長会・町村会事務局長
理事	金子 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 悅夫	(一社)千葉県製薬協会専務理事
監事	田中 成幸	(株)ちばぎん総合研究所 経営コンサル第二部担当部長

在宅ケア部会

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	鍋谷 圭宏	千葉県がんセンター副病院長
委員	伊藤喜美子	千葉東病院 診療部長
委員	川越 正平	公益社団法人千葉県医師会理事
委員	松本 歩美	公益社団法人千葉県医師会理事
委員	數川 逸郎	千葉県こども病院こども家族支援センター長
委員	宗田友紀子	一般社団法人千葉県歯科医師会 地域保健Ⅱ委員会委員長
委員	鈴木美智子	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	高橋 綾	夷隅保健所次長

臓器移植部会

役職名	氏名	所属等
部会長	川越 一男	医療法人芙蓉会 五井病院理事長
副部会長	松宮 譲郎	千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科教授
委員	東 仲宣	千葉県透析医会会長
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	吉田 道子	特定非営利活動法人 千葉県腎臓病協議会監事
委員	宮田 昭宏	千葉県総合救急災害医療 センター病院長
委員	伊藤 総江	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

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に、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8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