

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

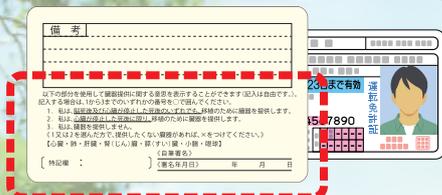
つなげられる「いのち」がある

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(例)



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
患者の人生に寄り添いたい 千葉ヘルス財団在宅ケア部会委員 権平くみ子	
臓器移植推進に向けての取材記事	2
腎臓病患者に臓器移植という選択肢を 千葉ヘルス財団臓器移植部会委員 中村厚	
平成30年度在宅ケア研修会	3
(テーマ 医療的ケアを必要とする子どもや家族が普通の生活を送るために)	
講師等 紅谷浩之氏 石井光子氏 飯塚真司氏 小宮山日登美氏 白木秀和氏 佐藤郁夫氏 野田玲子様・匠様	
平成30年度地域在宅ケア研修会	15
(テーマ 難病患者の災害に備えての準備と災害時の支援について)	
講師 武田飛呂城氏	
平成30年度臓器移植についての市民公開講座	18
(テーマ 知ろう学ぼう～ウィルス性肝炎と肝移植～)	
講師等 新井誠人氏 大塚将之氏 大塚剛氏 木内博文氏 柴尾裕加里氏	
講師派遣による臓器移植推進出前講座	26
臓器移植推進出前講座の実施状況 於 東海大学付属浦安高等学校	28
講師 笠原伸介氏	
2018 グリーンリボンキャンペーン千葉の実施報告	31
(公財)千葉ヘルス財団の事業 平成29年度	33
(公財)千葉ヘルス財団役員および企画委員名簿	36

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

皆様におかれましては、新たな気持ちで新年をお迎えのこととお喜び申し上げます。

また、平素からは公益財団法人千葉ヘルス財団の活動に格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼を申し上げます。

当財団は、保健医療分野に重要かつ新たな課題に対応していく団体として平成3年6月に県・市町村、医療機関、医療関係団体等のご協力により設立され、平成25年4月1日からは公益財団法人に移行し、早、5年が経過しました。

現在、当財団が推進しています事業に目を向けますと、在宅ケアの分野においては、地域において多職種の方々が協働しての在宅医療体制の構築が喫緊の課題となっており、又、障害者総合支援法の改正により、医療的ケアを要する障害児に対する支援体制を充実することが必要となっています。

臓器移植分野では、臓器移植法が施行され、20年が経過した中で、臓器提供が諸外国に比べ依然として低い水準にあることから、臓器移植推進への理解を深めることが大きな課題となっています。

このような状況の中、今年度の在宅ケア研修会では、医療的ケア児への支援対策が急務となっている現状を踏まえ、「医療的ケアを必要とする子どもや家族が普通の生活を送るために」をテーマに医療的ケア児の診療や生活支援に尽力されている三人の先生の基調講演を行いました。又、その後の在宅ケアを実践している多職種の方々並びに医療的ケアを必要されているご家族を交えたパネルディスカッションでは、参加者から活発な意見が出され、充実した研修会となりました。

また、近年、全国各地で大規模地震や豪雨災害が発生し、災害リスクが高まっていることから、「難病患者の災害に備えての準備と災害時の支援について」をテーマに君津市健康福祉センターとの共催で、地域在宅ケア研修会を開催しました。

臓器移植推進についての市民公開講座では、「知ろう学ぼう ウイルス性肝炎と肝移植」をテーマにウイルス性肝炎の治療と移植医療に造詣の深い千葉大学医学部附属病院のお二人の先生の基調講演を行いました。

又、その後の移植を受けられた方の体験談とシンポジウムでは、参加者から最新の肝炎治療の知識を得ることができ、大変役に立った等の意見が出され、有意義な公開講座となりました。

また、臓器移植を進めるためには、若い世代への啓発が特に重要であることから、今年度も県内の医学部学生、看護学生、高校生を対象とした臓器移植推進出前講座を開催しました。

さらに、今年度は、当財団の公益法人設立5周年を記念し、千葉県との共催で、グリーンリボンキャンペーン千葉を開催しました。会場の千葉ポートタワーでは、多くの方々に御参加いただき、又、チーバくんの参加もあり、盛況の中で街頭啓発活動、講演会、コンサートが行われました。

超高齢化社会を目前に控え、当財団の活動の社会的意義は益々、大きなものとなっていくと思っております。

当財団の運営も大変、厳しい状況にありますが、当財団の設立趣旨と新公益法人制度の趣旨に鑑み、より一層、事業の充実に努めてまいりますので、引き続き、ご支援を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

最後になりますが、皆様の益々のご活躍と本年が皆様にとって明るい未来へ繋がる1年になりますことを心から祈念申し上げまして新年の挨拶と致します。

患者の人生に寄り添いたい

千葉ヘルス財団 企画委員会在宅ケア部会委員 権平くみ子会長に聞く

権平会長は、千葉市訪問看護ステーション協会の事務局が置かれた介護施設、ちば訪問看護ステーションの所長を兼務する緩和ケアを推進した。在宅医療の

在宅の「みどり」で、患者と向き合う

現場で、小児から高齢者まで難病患者らに、日々のケアや、住み慣れた自宅でのみとくに長年携わってきた訪問看護のノウハウを伝える。フェニックスに、思いを聞いた。

個々の患者の人生に、しっかりと寄り添いたい

「小児患者の看護では、一人ひとりの人生に寄り添うことが大切だ。在宅医療は、患者の人生に寄り添うことができる。在宅医療は、患者の人生に寄り添うことができる。在宅医療は、患者の人生に寄り添うことができる。」



ごんだいら・くみ子 埼玉医科大学附属病院の外科、救急急症センターなどを経て2006年、都内の在宅ホスピスに勤務しながら緩和認定看護師の資格取得。同年、県訪問看護ステーション連絡協議会の理事。2008年より(一社)県訪問看護ステーション連絡協議会の会長。新潟県五泉市出身。

「実際の訪問看護とは、時間的には制約があるが、1人の患者とじっくり向き合い、仕事として、かつ、患者の人生に寄り添うことが大切だ。在宅医療は、患者の人生に寄り添うことができる。在宅医療は、患者の人生に寄り添うことができる。」

平成30年度 在宅ケア研修会開催

医療的ケアを必要とする子どもや家族が普通の生活を送るために

日時 平成30年9月23日(日) 午後1時30分～4時30分

場所 プラザ菜の花3階 大会議室 入場無料(先着180名)

●基調講演

- 在宅でクリックがはじめるキッズケア ～地域包括ケアシステムを見据えて～ オレンジホームケアクリニック代表 在宅医療専門医 紅谷 浩之 先生
- 千葉県の医療的ケア児への支援の現状と課題 千葉県 千葉リハビリテーションセンター 愛育園長 第一小児科 部長 石井 光生 先生
- 小児在宅医療の現状 在宅医療の推進に貢献した医師 医療法人社団 瑞科会 いづみかみクリニック院長 飯塚 真司 先生

●パネルディスカッション 適切な地域支援の実現に向けて～その役割と連携～

- 医療関係者セッションのよみ 管理 看護師 小宮山 日登美 氏 さかいり(訪問看護ステーション・千葉 主任 理学療法士 白木 秀和 氏
- 介護関係者セッションのよみ 相談支援専門員 佐藤 郁夫 氏
- 医療的ケアを必要とするご家族 野田 玲子 氏 様

●お申し込み・お問い合わせ 公益財団法人 千葉ヘルス財団 〒260-8667 千葉市中央区市場町 1-1 TEL: 043-223-2663

腎臓病患者に臓器移植という選択肢を

(公財)千葉ヘルス財団 企画委員会臓器移植部会委員 中村厚委員に聞く

中村委員は、1年前から、糖尿病性腎症で人工透析を受けている。自身の患者としての経験を生かし、臓器移植推進活動

人工透析患者の視点で、臓器移植を推進

「臓器移植推進活動」の開催に携わっている。臓器移植部会が主催する「人工透析患者の視点で、臓器移植を推進」の開催に携わっている。臓器移植部会が主催する「人工透析患者の視点で、臓器移植を推進」の開催に携わっている。

若い世代、医療関係者へもっと腎臓病に理解を

「腎臓病の症状は、初期はほとんど無症状で、進行すると尿が濁ったり、血尿が出たり、腰痛がひどくなったり、夜尿が増えたり、食欲不振や体重減少、全身の浮腫み、息苦しさ、めまい、頭痛、吐き気、嘔吐、意識障害、動脈硬化、高血圧、糖尿病、脂質異常症、骨粗鬆症、認知症、がん、心臓病、脳卒中、透析が必要になる。若い世代、医療関係者へもっと腎臓病に理解を。」



なかむら・あつし 1956年、大網白里市生まれ。東洋大学文学部卒。印刷広告会社の営業職を経て、特定非営利活動法人千葉県腎臓病協議会(千葉腎)理事、千葉ヘルス財団企画委員会臓器移植部会委員。大網白里市郷土史研究会事務局長。

「腎臓病は、臓器の機能が低下し、移植でしか治らない。臓器移植は、健康を回復しようとする医療で、臓器提供者はもとより、広く社会の理解と支援が必要だ。若い世代、医療関係者へもっと腎臓病に理解を。」

平成30年度 臓器移植についての市民公開講座

知るう学ぼう ウイルス性肝炎と肝移植

日時 平成30年10月14日(日) 午後1時30分～4時00分

場所 プラザ菜の花3階 大会議室 入場無料(先着100名)

●基調講演

- 主催者挨拶 千葉県健康福祉部政策課課長 齋藤 孝 氏
- 基調 公財)千葉ヘルス財団臓器移植部会委員 中村 厚 氏
- 講師 (1)「大々変わったウイルス性肝炎の診断」 国立大学法人体質医学部腎臓病学 新井 誠 氏 (2)「肝臓病の現状～肝臓病をもっと身近に～」 国立大学法人体質医学部腎臓病学 大塚 将 氏

●体験談およびシンポジウム

- 体験談 肝臓病体験者
- シンポジウム 臓器移植推進に向けて

●お申し込み・お問い合わせ 公益財団法人 千葉ヘルス財団 〒260-8667 千葉市中央区市場町 1-1 TEL: 043-223-2663

平成30年度 在宅ケア研修会

医療的ケアを必要とする子どもや家族が 普通の生活を送るために

2018. 9. 23 プラザ菜の花。

当財団では、療養生活を余儀なくされた人及びその家族が、住み慣れた地域で家族や地域の人々の中で、療養生活を余儀なくされた場合に、その人らしく生活できるよう、在宅ケアシステムの構築に向け、保健医療福祉関係者と地域医療及び住民が一体となり、その方策を考えるきっかけとなることを目的とし、在宅ケア研修会を開催しております。

さて、国内では、医療技術の進歩等に伴い、医療的ケア児が年々増加傾向にあります。医療的ケア児を介護するご家族の負担は大きく、その支援対策は重要な課題の一つとなっています。



主催者挨拶

当財団 在宅ケア部会長 平山登志夫

このような状況の下、今年度の研修会は、「医療的ケアを必要とする子どもや家族が普通の生活を送るために」をテーマとして、医療的ケア児の診療や生活支援に尽力されている先生の基調講演をはじめ、看護・介護・福祉に携わる職種の方々並びに医療的ケアを必要としているご家族の方にも参加していただきパネルディスカッションを実施いたしました。

本日の機会を活用し、各職種の方々にお互いの役割と課題を共有していただき、地域や多職種で支える医療的ケア児への支援の一助になれば、幸いです。

第1部 基調講演

①在宅クリニックがはじめるキッズケア ～地域包括システムを見据えて～

オレンジホームケアクリニック
理事長 紅谷 浩之

・はじめに



オレンジホームケアクリニックは在宅医療を専門として、福井県福井市（人口約26万人、高齢化率28%）を拠点に活動しています。年齢や疾患を問わず患者からの依頼は断らないスタイルで、24時間365日対応可能な体制をとり、現在約300名（うち約40人が小児）の方々をみさせていただいています。在宅での看取り数は年間約100名です。当院では在宅医療を住民がHappy！に過ごしていくための「道具」と捉えています。スイッチを入れれば電気がつくように、蛇口をひねれば水が出るように、在宅医療が一人ひとりのHappy！な生活を支えるインフラになればと思っています。

・暮らしに、家族に、未来に、地域につながる

在宅医療においては辛い時や苦しい時だけでなく、その人の普段の状態を知っている必要があります。そのため、臨時や緊急の往診ではなく定期的な訪問診療が大切です。在宅医療は病院機能の出前ではなく、生活にフォーカスして幅広く活躍することが求められます。在宅医療を行う医師、または地域で活動する訪問看護師には「暮らしにつながる」「家族につながる」「未来につながる」「地域につながる」、以上の4つの視点が必要だと考えています。

<視点①暮らしにつながる>

在宅医療における主人公は一人ひとりの生活や暮らしであり、医療ではありません。従って医療を提供する場合は成果が暮らしにつながっていることが大切です。例えば、リハビリをする時にはADLをあげることそのものを目的にせず、「家の中のちょっとした段差を越えたい」といったような暮らしから生まれるニーズに応じて行くことを目的にすべきです。暮らしの中で大切にすることはそれぞれの家庭で異なるので、自宅を訪問することで生活者としての視野を広げていくと良いと思います。

<視点②家族につながる>

家族のライフサイクル(ファミリーライフサイクル)を理解してケアすることが大切です。主治医として担当しているのは患者本人ですが、そこには密接に関わる家族の存在があります。在宅医療の現場では、家族全体の状況を見渡した上での関わりが求められます。例えば、介護を担っている家族の体調もしっかりと管理して行くことで、患者の受けるケア全体の質を保ったり上げたりすることができるのだと思います。

<視点③未来につながる>

人間の生活機能と障害の分類法であるICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)に、時間軸の目線を加えて関わって行くことが大切です。患者の社会参画を踏まえて、将来の変化を予想していくことが求められます。もう一つ重要なのが在宅医療におけるACP(Advance Care Planning)、繰り返される意思決定支援です。結論を出すことが目的ではなく、悩み続けることを共有する意思決定支援です。長くその人の人生に伴走する在宅医療だからこそできるアプローチだと思います。

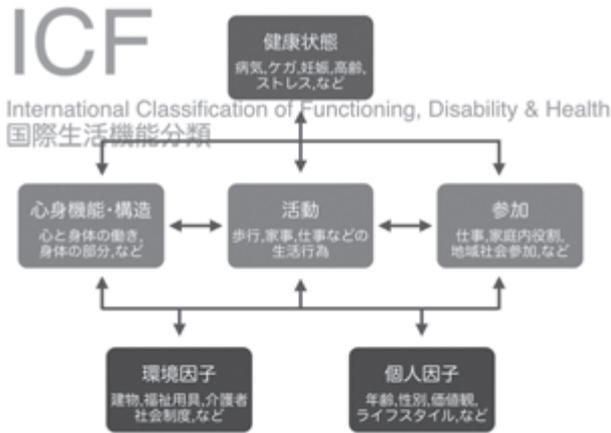
<視点④地域につながる>

患者の健康を支える上で、医療的な健康だけでなく社会的な健康度にも注目することが大切です。医療的に健康になっても地域とのつながりがあまりない場合、社会的な健康度は低いと言えます。アメリカの大学の研究では社会的な孤立が高血圧や糖尿病など病気の発症リスクを高めることも明らかになっています。社会的な健康度を高めて行くために、在宅というフィールドで働く医療者は患者と地域をつないでいく意識を持てると良いと思います。

以上の4つの視点以外にも、在宅医として多職種との連携を心がけています。在宅医療における多職種連携は、医療関係者はもちろん、医療以外の地域の多職種、例えば教育や保育の現場で働く人たちとも連携していく必要があると思います。

・医療モデルから生活モデル、そして地域モデルへ

地域包括ケアシステムを推進していく上で、いかに在宅医療が医療モデルから生活モデルへ、そして地域モデルへと展開していけるかがとても重要だと感じています。病気を抱えた人が家におり、そこへ診察に行き医学的管理や病気のマネジメントをするのがいわゆる医療モデルであり、病院機能の出前というニュアンスが強くなります。しかし、自宅で療養される方々は生活の中で病気を理由とした不便を抱えています。その不便を解消することはできないか、病気をみる視点から生活をみる視点になるのが生活モデルです。この視点に立つと、医学的な選択のみを提供し続けると、かえって生活が不便になる場合もあることに気付くことができます。そうすると当然、治療にかかる提案やアプローチも変わっていくことになります。さらに生活の場である地域へと目を向けると、病気を理由に地域とのつながりが不足しやすくなることも分かります。これからは病気とうまく付き合いながら、地域とのつながりを持ち続けるためのサポートも必要ではないでしょうか。この視点こそ地域モデルです。地域とのつながりを持てれば、生活での不便などを乗り越えていく力もつき、どんどん健康になっていくはずですよ。



この考え方はICFにも当てはまります。医療者、特に医師は「心身機能・構造」が改善した後に「活動」が改善され「参加」が促されると考えがちですが、実際には逆で、「参加」を通して「活動」が促され「心身機能・構造」が改善されると感じています。医療モデルから生活モデルへ、そして地域モデルへとシフトしていくためには「悪いとこつぶし」から「良いとこつなぎ」へと視点を変えることも必要です。これから社会の高齢化とともに多くの人が何かしらの慢性疾患や障害を抱えて生きていく時代になったとき、悪いところに注目していてもきりがなく、医療モデルに陥りがちになりますが、良いところに目を向け、その人のできることや地域で果たせる役割などをつないでいくことで地域モデルへと近づいていけると思います。

・医療的ケア児とともにつくる未来

医療技術の進歩を背景に、医療的ケア児と呼ばれる、人工呼吸器をつけたり吸たんなどのケアが必要だったりする子どもたちが増えています。私たちは2012年から彼らが地域で生活するための居場所を運営しています。また、夏の間は軽井沢に臨時的拠点を立てて、日本中の医療的ケア児が安心して遊びに来て泊まることもできる機会を提供しています。旅行ではなく暮らすということを大切に、非日常的な空間でありながらも、日常を丁寧に積み重ねています。そうすると子どもたちと医療者が、ケアする側とケアされる側ではなく、お互いにエンパワメントし合うような関係でいられることを実感しています。

ところで、子どもたちに「どこに行きたい?」と聞いても、そもそも経験がなければどこに行きたいかは答えられません。そんな子どもたちに0→1の経験をさせることこそ、医療者や大人の役割なのではないかと考えています。軽井沢では子どもたちの行動によって地域がより良い方向へと変化していく姿を目の当たりにしました。例えば、子どもたちが移動の際に利用したJRでは、初めは職員にも戸惑いが見られたものの、訪問を重ねるごとに対応はみるみるレベルアップしていきました。子どもたちは職員の研修のために行動した訳ではなく、軽井沢への旅を楽しんでいただけなのですが、それらの行動を通して対応レベルが上がって行くのだとすると、子どもたちが動かしている社会というのはとても大きいと感じます。こうした変化は医療者が先回りして講演会や呼びかけをしてもなかなか起きにくいものです。

2020年には東京でオリンピック・パラリンピックが開催されます。世界中から大勢の人たちが観戦のために日本へとやってくるでしょう。その時、どんな病気や障害があったとしても安心して行きたいところへ行き、好きな場所に泊まって、楽しめるような社会でありたいと思います。子どもたちはそんな社会を作っていくための原動力になってくれるはずですよ。

②千葉県の医療的ケア児への支援の現状と課題

千葉県千葉リハビリテーションセンター
愛育園園長 第一小児科部長 石井 光子

1. 医療的ケア児の背景



新生児医療の進歩に伴い、昨今の障害児の様相は大きく変化しています。以前は救命できなかった重度の仮死分娩や奇形のこどもたちが濃厚な医療ケアを抱えながらNICUを退院してくるようになってきました。その結果、運動障害も知的障害も重度で、かつ医療的ケアが必要な超重症児が、地域社会の中で生活するようになってきました。

さらに昨今は、早産児ゆえの呼吸器系の未熟性に伴い、NICU退院後も酸素療法や気管切開や人工呼吸器が必要なこどもが増加しています。このような子ども達は運動障害が軽度な医療的ケア児であり、知的障害はあっても軽度です。それゆえ障害者手帳が発行されず、福祉サービスの対象にならないことが多く、一方で日常的に医療的ケアが必要なために、保育園や幼稚園に通うことができず、地域に居場所がないということで、大きな社会問題となりました。

さらに昨今は、早産児ゆえの呼吸器系の未熟性に伴い、NICU退院後も酸素療法や気管切開や人工呼吸器が必要なこどもが増加しています。このような子ども達は運動障害が軽度な医療的ケア児であり、知的障害はあっても軽度です。それゆえ障害者手帳が発行されず、福祉サービスの対象にならないことが多く、一方で日常的に医療的ケアが必要なために、保育園や幼稚園に通うことができず、地域に居場所がないということで、大きな社会問題となりました。

そのような現状を受け、平成26年6月に「児童福祉法第56条の6第2項の規定が施行され、地方公共団体は、医療的ケア児が適切な支援を受けられるよう、体制を整備しなければならなくなりました。

2. 医療的ケア児とは

医療的ケア児とは、様々な疾病により、乳幼児期に長期入院した後、退院後も人工呼吸器、気管切開、たんの吸引、経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障害児のことです。千葉県でも800人前後存在すると推定されています。

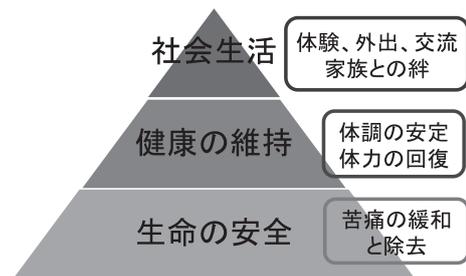
医療的ケア児の障害象は様々ですが、大きく3つのパターンに類型化されます。

①先天性の心臓・呼吸器系や内分泌・消化管系の疾患のために様々な医療的ケアが必要ですが、運動障害は軽度で日常生活の自立度が比較的高い児です。多くの場合、会話や歩行が可能です。

②末梢神経や筋疾患のため、運動障害は最重度で人工呼吸器も必要ですが、知的障害が軽度な医療的ケア児です。寝たきりで自ら移動はできませんが、多くの場合、意志疎通が可能です。

③重度脳原性疾患や代謝神経疾患などの脳障害のため、重度の運動障害と知的障害を合併している重症心身障害に伴う医療的ケア児です。寝たきりで意志疎通困難な最重度の医療的ケア児です。

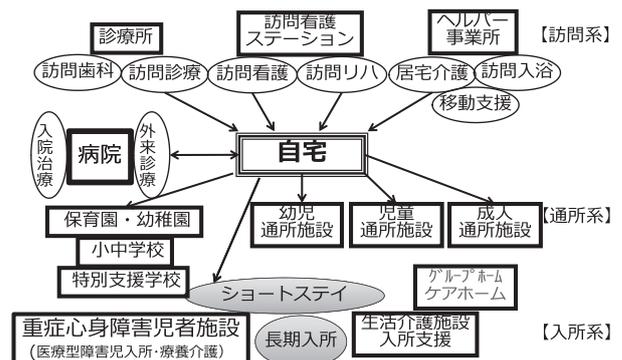
3. 医療的ケア児の生活を支える要素



医療的ケア児を支える要素を図のように3段階で考えた場合、医療者は『生命と安全、苦痛の緩和と除去』という視点を重視してしまいます。しかし当事者は『体験、外出、交流、家族との絆』さらには学習や仕事といった社会生活を重視しています。生命の安全の保障だけではなく、子どもも家族も普通の生活をしたいと望んでいます。具体的な声として、同じような子どもを持つママ友が欲しい、もっと気軽に外出したい、兄弟にもっと構ってあげたい、家族で旅行に行きたい、同世代の子どもと触れ合いたい、幼稚園に通わせたい、兄弟と同じ小学校に通わせたい、就職したい、などの声が聞かれます。

4. 医療的ケア児へのそれぞれの支援と課題

医療的ケア児への支援には様々な資源があります。それぞれの現状と課題について述べます。



①医療機関

医療的ケア児にとっては必須の支援です。様々な医療費助成（子ども医療費助成や小児慢性特定疾病医療費助成や重度心身障害者医療費助成）があるので、診療報酬制度の範囲内なら十分に利用できます。また小児期であれば、地域の基幹病院小児科における外来・入院診療受け入れは、比較的良いと思われま。しかし小児科から成人診療科への移行が上手く進まないため、成人期の入院治療の受け入れ先が少ないことが大きな課題となっています。また小児期に比べて医療費助成制度が限られるため、医療費負担が大きくなる方もいます。

②訪問系医療

診療報酬制度の範囲ならば、前項で述べた医療費助成が使えるので大変利用しやすいです。千葉県では小児に対応できる訪問看護ステーションはかなり増えてきましたが、医療的ケアのある小児に対応してくれる訪問診療所はまだ少ないのが現状です。訪問リハビリは、需要・供給ともに近年急激に増えています。訪問歯科診療のニーズは多いのですが、対応可能な歯科診療所はまだ少ないです。訪問系医療は病診連携をベースとした医療的ケア児への主要な支援ツールとして、今後さらに発展が期待されます。

③訪問系福祉サービス

日常的な介護支援に対して、居宅介護や移動支援を時間帯に応じて細かく利用することが可能です。訪問看護との併用で見守りとしての居宅介護を利用する場合もありますが、医療的ケアに対応可能な介護福祉士はまだ少ないのが現状です。また、訪問入浴や移動支援の利用条件は市町村格差が大きく、医療的ケア児が使えないことも多いようです。法的にも一定の研修を受ければ介護職でも個別の医療的ケアに対応することが可能です。今後は医療的ケア児に対応できる介護職の育成が大きな課題です。

④教育機関

看護師を配置して対応可能な範囲で医療的ケアを実施している保育園や幼稚園もありますが、その数はまだ非常に少ないのが現状です。一方、小中学校に看護師を配置し医療的ケアに対応している市町村は徐々に増えてきており、H29年度は県内に47名の医療的ケア児が市町村の小中学校に通学しています。また千葉県内の特別支援学校には非常勤講師として看護師がそれ

ぞれ必要な数だけ配置され、人工呼吸器を含め多様な医療的ケアに学校職員が対応しています。しかし年度初めや送迎・宿泊学習には家族の協力が求められることがあります。

⑤通所サービス

通所事業所は、家庭や学校以外の療育や生活の場として、あるいは母親の就労支援のための預かりの場として、ニーズも高く重要な支援ツールです。事業所によっては人工呼吸器など濃厚な医療ケアがあると利用できないことも多く、施設の数はあるも内容が追いついていません。看護師配置を前提に、医療的ケア児へ対応力を高めていくことが今後の大きな課題です。

⑥短期入所

夜間看護師が駐在しない福祉施設では、医療的ケアの内容によって短期入所利用の制約があります。一方で、医療機関である医療型障害児入所施設の多くは、重症心身障害に伴う医療的ケア児の受け入れは良いのですが、動く医療的ケア児の受け入れには消極的であるという課題があります。医療的ケア児が在宅生活を継続していく上で、短期入所は非常にニーズが高く重要な支援ツールです。しかし医療的ケア児の受け入れ可能な施設及び病床数は圧倒的に不足しています。この問題を少しでも解消するためには、医療型障害児入所施設の増床ないしは新設という根本的な問題に加え、小児の入院機能を持つ医療機関などでの短期入院が期待されています。

5. 今後の課題

医療的ケア児という概念、特に障害者手帳に該当しない動ける医療的ケア児の存在については、まだまだ世の中に周知されていません。医療的ケアがあることを理由に、「前例がない」と教育・福祉サービス機関の利用を断られたり、利用を制限されたりすることが多々あります。しかし、家族や支援者が声をあげ続けることで、前例が作られ、道が拓けていきます。それぞれの地域で、医療的ケア児への理解を広め、専門機関だけでなく、社会全体で応援していきましょう。

③小児在宅歯科医療

「在宅療養中の子供たちに歯科医療を」

医療法人社団瑞祥会

いづか歯科クリニック院長 飯塚 真司



医療技術の進歩により、子供の救命率は向上し続けています。救命される子供たちの中には、重度な障害を持ちながら生活していかなければいけない子供たちも多くいます。この子供たち

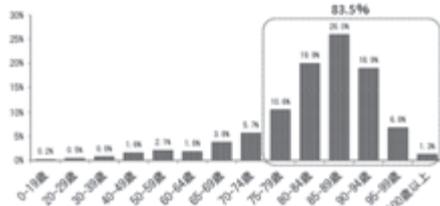
は、在宅で人工呼吸器や胃瘻などの医療的ケアを受けながら生活しています。

在宅療養をしている有病時、障害児においては、外出困難なために歯科医療に出会う機会が遅れてしまう傾向にあります。在宅に移っても主治医は遠方の病院であることが多く、病院歯科がある場合は受診をしていることがありますが、体調不良や予約時間が合わないといったことが重なり、段々と歯科から遠ざかってしまっている子供もいます。この子供たちは、前述のように遠方の病院に頻回に通院、入院することが多く、高齢者のように訪問診療を受けている子供は非常に少ないのが現状です。(図1)

歯科訪問診療料が算定されている患者の年齢分布

- 歯科訪問診療料が算定されている患者の年齢は、65～89歳が最も多く約26%であった。
- また、75歳以上の後期高齢者の割合が約84%を占めていた。

<年齢階級別歯科訪問診療の実施割合>



歯科訪問診療料算定患者数(平成28年5月診療分)の総数:443,076人

・なぜ在宅歯科医療が必要なのか

在宅療養をしている重度の障害がある子供も成長発育しています。成長発育していく過程では歯科の専門領域である顎顔面の成長発育、歯の萌出、永久歯への交換が見られます。そのため、歯科医師による、顎顔面の成長発育、う蝕予防、歯肉炎予防を含めた口腔の管理が必要だと考えています。

口腔管理を行っていない場合、重度の多数歯う蝕や重度歯周病を発症し、年長になってからの歯科受診では、在宅歯科医療では対応が難しくなるため、病院歯科などで大がかりな治療体制が必要となります。

また、長期間口腔へのアプローチがなされなかった結果、口腔内外は過敏性が亢進し、日常の歯磨きすら受け付けられないという子供も多く見られます。私は、口腔環境だけではなく、口腔機能へのアプローチも重要と考えています。たとえその時点では経口摂取してなくても、その子供の将来を見据えて、間接訓練や専門的口腔ケアによる口腔諸器官へのアプローチをできるだけ早期に開始すべきであると考えています。

・当院の小児在宅歯科医療

私は1995年に印西市で開業しました。開業当初から障害児・者の歯科治療は行なっていましたが、数年前より在宅療養している子供たちへの訪問が増えてきました。現在は16名の子供たちの在宅歯科医療を行なっています。(表1)

15歳未満の小児在宅患者：16名
(男児5名、女児11名)

顎定不可	14名 (87.5%)
顎定可	2名 (12.5%)
気管切開人工呼吸器	7名 (43.8%)
気管切開	1名 (6.3%)
胃ろう・経鼻経管	14名 (87.5%)

表1 当院における小児在宅患者

現在診ている子供たちの口腔内は非常に良好で、う蝕はほとんどなく、あったとしても非常に小さなう蝕であるため、ポータブルの治療機器で削り、セメント充填で対応可能です。



図2 左：ポータブル治療機器

右：ポータブル吸引機と超音波歯石除去器

私が小児在宅歯科医療では以下のようなことを行なっています。

- ①歯磨き指導
- ②歯石除去
- ③歯肉炎治療
- ④う蝕予防処置
- ⑤晩期残存乳歯の抜歯
- ⑥摂食嚥下障害に対する間接訓練、直接訓練

経口摂取している、していないに関らず歯磨きはひとつようです。経口摂取していない場合、胃内容物が逆流により口腔内が汚れていることが多くあります。経口摂取していないため口腔内への刺激が少ないことにより過敏性が亢進している子供もいます。経口摂取するために口腔内外に脱感作が必要となるので、歯ブラシにより口腔内を触られることに慣れることは大事なことです。

専門的口腔ケアにより、口腔環境を守ることが可能です。在宅療養している子供たちは抗てんかん薬を服用していることが多いため、抗てんかん薬の副作用による歯肉増殖が起こっている子供もいます。(図3)歯肉炎の存在により、歯肉増殖が促進されます。抗てんかん薬を投与されている場合は日常的な歯磨きと専門的口腔ケアにより歯肉増殖を予防することができます。



図3 抗てんかん薬副作用による歯肉増殖
歯冠は歯肉増殖により歯肉に覆われている

また、寝たきりであるため、重力による頭部および顎の変形や口唇と舌の力のバランスが崩れているために起こる歯列不正、特に開咬が多くの子供に見られます。(図4)



図4 開咬症例

最後方臼歯のみが咬合して前歯部は咬合していないこの状態では口唇閉鎖ができないため、摂食嚥下障害が起こる

・訪問日、時間

私が患児宅に訪問するのは、毎月の場合から3か月に1回の割合です。患児の予定を優先していますが、私の診療所の休み時間や休診日に訪問することが多いです。

治療や口腔ケア時には、家庭の電気と水を使わせてもらいます。他の機材等はすべて持参します。

・母子手帳

乳幼児歯科健診に行けなかった場合は、母子手帳を提示してください。私がきちんと記入します。何も記載されていない母子手帳を私に見せて涙を流したお母様がありました。

・費用

小児在宅歯科医療は、すべて医療保険内で実施できます。

・地域で子供を守るために

私は、小児在宅歯科医療を実施していますが、地域にどのくらいの重症児が存在するのか把握できません。また、高齢者のようにケアマネージャーがいなかったため歯科と繋いでくれる職種がいません。子供の口の問題に関して歯科受診を勧めてくれる小児科医もまだまだ少ない状況です。

私は、近隣の歯科医師とともに千葉小児在宅歯科医療連携ネットを立ち上げ、定期的に他職種との勉強会や調理実習などを開催しています。将来的には地域歯科医師と関連基幹病院が連携して在宅で療養している

子供たちに早期から関われるシステムを構築したいと考えています。全国各地でも徐々に小児在宅歯科医療への取り組みが始まっており、今秋10月に小児在宅歯科医療研究会の第1回を東京で開催することができました。来秋は第2回として千葉で開催することになりました。

在宅療養している子供の世話は、大変です。子供は母親がみるものという考えは古い考えですが、今その考えは社会の中に残っています。私は、小児在宅歯科医療、千葉小児在宅歯科医療連携ネットを通じて、子供の口を守るとともに子供たちの母親に「世話に明け暮れるだけ」ではなく、「子育てをしている」という実感が持てるようにしてあげたいと思っています。

子供とその家族が安心して地域で暮らすことの一助となればと思います、子供たちの家を日々訪問しています。

参考文献

- 1) 中村知夫：医療的ケア児に対する地域の動向と支援体制、小児歯科臨床23(6)：6-12
- 2) 田村正徳：医療的ケア児数「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究」の中間報告 平成28年度厚生労働科学研究費補助金障害者製作総合研究事業
- 3) 児玉和夫：重症心身障害児・者医療ハンドブック（第2版）：三学出版、2010
- 4) 前田浩利：実践！！小児在宅医療ナビ：南山堂、2013

第2部 パネルディスカッション

適切な地域支援の実現に向けて

～その役割と連携～

パネリスト：訪問看護ステーションひとみ

管理者 看護師 小宮山 日登美

訪問看護の立場から



訪問看護ってなに？

訪問看護は、自宅などに看護師等が訪問しケアを提供する、地域の医療資源の一つです。赤ちゃんから看取りのケア等、色々なことを行います。地域の皆さん

が介護や支援が必要な状態でも、できるだけ家やそれに近い環境で自立・回復できるようにお手伝いをしています。

医療的ケア児への訪問

様々な方に行く中で、最近増えているのが医療的ケア児への訪問です。医療的ケア児とは、人工呼吸器や酸素などの医療的ケアを受けながら生活している子供たちです。いま登録人数約90名余りの中で、15名は医療的ケアが必要な子供たちです。

「増えている」というのは訪問看護ステーションへの依頼が、という事で、子供たちは以前から地域で生活しています。依頼が増えてきたのには色々な原因があります。医療が高度化し自宅等で医療機器を使えるようになった、今までは保護者の方がほとんど全てを行ってきた、そもそも医療系の訪問サービスが非常に少なかった等です。

お子さんの訪問看護依頼は、ケアの多い比較的病気や障がいの重度な方が多い傾向があります。これは、保護者の方は様々な思いや周りの心無い言葉に「自分でやらなくては…」と思いやすかったり、介護保険のようなサービスを調整する係りが今までいなく、保護者の方がケアも行いながら調整も行わなければならないなど、ギリギリまで自分でやっている事がわかりません。

訪問看護の支援内容

そのような中で、縁あって訪問看護を開始した方々に多いのは入浴の支援です。医療的ケア児が成長するにあたって様々な問題が出てきますが、「お風呂問題」もその一つです。「毎日お風呂にはいる」、この普通のことが大変難しいのです。単に機械が装着されていて入浴方法が難しいという事だけではありません。それをサポートする仕組みが整っていないのが大きな問題です。

赤ちゃんの頃はベビーバスなどを用いて(人工呼吸器などが装着されて大変ながらも)保護者の方が行う事が多いのですが、成長するとそれでは間に合わなくなってきます。訪問入浴を依頼すると週2回までで他の日に入浴の支援が頼めない、ベビーバスに変わる簡易浴槽を購入したいが補助が出ないなど、毎日お風呂にはいるのが難しいのです。自治体により判断が異なるのも困惑します。千葉県では簡易浴槽に補助が出るようになり、訪問看護と訪問介護で入浴を行えるようになりました。今この方法での入浴支援が増えました。

訪問看護は「安心をお届けします」

訪問看護は、介護者の心の負担を軽くするのも大きな役割です。また、療養者は様々な制度に関わっています。訪問看護は、ケア提供とともに医療・介護・福祉・行政・学校などと連携して利用者の状況をより良くする制度づくりに繋げています。ご本人や介護者に「いてくれて安心した」と感じていただけるように、関係機関からも「訪問看護が入ってくれていて安心できた」と思っていたただけるように活動をしています。

パネリスト：さかいリハ訪問看護ステーション・千葉
主任 理学療法士 白木 秀和

～訪問看護でのリハビリの現場から～



●さかいリハ訪問看護ステーション千葉の紹介

さかいリハ訪問看護ステーション・千葉は、千葉事業所と、蘇我支所の2箇所があります。千葉事業所は、主に稲毛区、美浜区、一部中央区と花見川区を訪問。蘇我支所は、主に中央区、一部緑区、若葉区を訪問しています。

利用者構成は、約3分の2が介護保険、3分の1が医療保険のご利用者になります。医療保険のうち、16歳未満のご利用者が34名、その内4名が人工呼吸器を利用しています。

訪問看護の業務の中での、リハビリテーションの分野では、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、ご自宅へ伺い、専門的なリハビリテーションを提供致します。また、リハビリのみのご利用者に対しても定期的に看護師が訪問することで、体調や医療的なケアの状態確認やご本人や介護者との相談を行い、お互いに安心してリハビリが受けられるよう対応しています。

●在宅で医療ケアを受けているご利用者の事例について

- ・ Aくん、5歳、主な疾患名は脳性麻痺、家族構成は父母、弟（2歳）と同居。
- ・ 経過は、出生時 低酸素性虚血脳症により、自発呼吸弱く、人工呼吸器管理となる。その後、親子入所を経て、1歳2カ月で人工呼吸器装着のまま自宅へ退院。退院後より、訪問看護でのリハビリを開始。一時、肺炎等で入退院を繰り返していたが、咽頭気管分離の手術を施行後、肺炎による入院は落ち着く。その後、3歳から現在まで1年2カ月、母子通園を利用。
- ・ 身体面：両股関節の亜脱臼、関節可動域制限、両足部尖足あり。ADL：全介助、移乗：抱っこ、自宅内、座位保持装置を使用、移動：屋外バギー、外出時玄関前階段15段。抱っこにて移動のため、2人介助
- ・ 介護状況：24時間痰や唾液の吸引が必要。日中は座位保持装置を使用し、天気の良い日にはご家族で散歩に行っている。

・利用サービス：ショートステイ月1～2回、母子通園週2回、訪問介護による入浴及び通院介助、週2～3回、訪問入浴での入浴週2回。訪問看護ステーションからのリハ週2回。

●リハビリの身体面、活動面、参加面それぞれの目的と役割について。

身体面での目的は、人工呼吸器を使用していることや、自身で体を動かすことが困難な状況の為、呼吸機能低下防止、関節拘縮予防。役割としては、週2回60分のなかでの個別介入を中心に、ご家族への関節の動かし方やストレッチ方法の指導などを実施しています。

活動面での目的は、経管栄養の時間は座っていることで、家族とご飯を食べる時間を作ること、弟と一緒にDVDを見るなど楽しむ時間を増やすことや、ご家族の不安なく訪問介護や訪問入浴を受けられることです。役割としては、座位の姿勢の確認やアドバイス、様々なサービスや人が介入をするため、統一した介助方法などの注意点の作成などを行ない、それぞれのサービスやご家族の意見を交換し、実際に介入している場面を見学しながら作成しています。

参加面での目的としては、自宅外の活動機会が増えること、役割としては、良い情報があればご家族への情報を提供。他サービスとの連携を図ることも実施。以前は自宅で過ごすことが多かったが、母子通園を開始後は、ご家族が積極的に、近所のお祭りや防災のイベントや、自宅外での活動に参加する機会が増えている状況です。

●まとめ

咽頭気管分離術や通園を使用することにより、体調が安定し在宅で過ごせる時間が増えてきた。その中で、以前よりお母様の復職をしたい希望を支援したいとチーム全体として共有しています。その為の課題としては、階段があることから一人介助で外出が出来ないこと、生活圏内に一日預けられる施設がないことです。今後、チーム全体で情報交換をしながら、在宅での生活が継続でき、復職の目標が達成できるように支援したいと考えます。

パネリスト：千葉県千葉リハビリテーションセンター
相談支援専門員 佐藤 郁夫

介護福祉関係者の立場から



1. はじめに

医療技術の進歩に伴い、病院NICU等に長期間の入院後も吸引や酸素療法、経管栄養、透析などの医療的ケアが必要な子どもが増えています。地域で安心して生活を送るためには、医療、保健、福祉、教育など様々な分野の連携が必須であり、その連携の軸となるのが相談支援専門員であると期待されています。

当施設における相談支援の取り組みを紹介し、相談支援専門員として求められた役割や課題についてご報告致します。

2. 日々の相談支援

お受けする相談は多岐にわたります。一例をご紹介します。

- ①お友達と遊びたい、社会参加をしたいなど発達支援や余暇支援に関する相談です。障害福祉サービスに留まらず、子育て支援や母子保健事業など関連施策にも着目し活用できる支援やサービスの利用調整を行います。
- ②ご家族の就労継続に関する相談です。現在の障害福祉サービスではご家族の就労保障を目的としたサービスはありません。仕事を続けることが困難な場合が多くあります。
- ③医療に関する相談では、気管切開や胃瘻増設などの医療（治療）同意について、家族が医療職の方々には話しにくい心情や葛藤を伺うことがあります。お気持ちを受け止め、必要に応じて医療職の方々と相談します。
- ④手帳や手当、補装具、日常生活用具に関する相談では、申請や購入手続きサポートを行います。市町村による制度運用の違いが課題の一つとなっています。
- ⑤日々の育児に関する相談では、24時間365日の終わりのない育児で慢性的な睡眠不足となり疲弊しているご家族も多いです。短期入所などを調整しますが、千葉県は療養介護・医療型障害児入所施設ベッド数

が全国ワースト3という調査もあり、喫緊の課題となっています。

⑥就学に関する相談は、学校見学や就学相談の同行などを行い、家族が納得し選択できるよう調整を図ります。

⑦卒業後の進路に関する相談では、医療的ケアの提供可能な社会資源が圧倒的に不足している現状があり、コーディネーターそのものが成立しない場合があります。

3. 事例紹介

Aさん 6歳男性。診断名は、単心室、無脾症候群、声門下狭窄、中度難聴。必要な医療的ケアは、酸素吸入、気管切開、気管カニューレ内吸引。

相談①：発達支援および同年代の子どもたちとの交流についての相談です。

支援内容：障害福祉サービスに関する情報提供を行い、障害福祉サービス受給者証および児童発達支援事業の利用申請を市障害福祉課に行いました。しかし、児童発達支援事業所では医療的ケアの提供が難しいことを理由に断られてしまい、医療型児童発達支援事業は肢体不自由ではないことを理由に市の支給決定が下りませんでした。市に主治医の意見書および相談支援専門員の申立書を添えて、再検討を依頼しました。その結果、医療型児童発達支援の利用が認められました。

相談②：成長に伴い、同年代の子どもとのコミュニケーションを求めて大きな集団参加の希望です。

支援内容：幼稚園や保育所への問い合わせや見学同行を行いましたが、医療的ケアや安全性を理由に利用することができませんでした。家族の落胆の声を傾聴し、率直な思いを伺うように心がけましたが地域の課題として協議する場が必要でした。

4. おわりに

医療的ケアを必要とする子どもとご家族への相談支援は、医療ケアの知識や福祉制度とサービスの活用方法、社会資源の把握など多くの視点が必要とされ、医療的ケア児等コーディネーター養成研修など、各地で対応可能な人材の育成研修が実施されています。

社会資源の不足など環境的な課題があり、利用調整そのものが成立しない場合もありますが、支援方法自体は、日常的に取り組んでいる他の障害児者への相談

支援と同様でした。医療的ケアの有無や程度を課題とするのではなく、子どもとご家族の思いに心を寄せながら相談窓口となり連携の軸となることが求められている役割と考えます。

パネリスト：呼吸器ユーザー

野田 匠

母 野田 玲子



今の私の生活と、これからについて

今回、人工呼吸器を使用する当事者と、その母親の立場で在宅生活の現状とそれぞれの思いを伝えたい。今必要な医療的ケアや、今必要な介助を紹介し、呼吸器を使用する生活についてイメージを持っていただくと同時に、呼吸器ユーザーがあたり前に暮らす際に立ちほだかる壁を知ってほしい。

私は、平成11年、2712gで出生し、1歳時に脊髄性筋萎縮症2型の診断を受けた。

4歳時から人工呼吸器の使用を開始している。千葉県立袖ヶ浦特別支援学校に入学し、呼吸器を使用しながら通学。平成29年、袖ヶ浦特別支援学校高等部のA過程を卒業した。

今必要な医療的ケアは、人工呼吸器管理、酸素管理、吸引、注入等で、主に家族や看護師等により行われている。吸引はセットしてもらえれば自分でできる。

週4回の入浴介助は訪問看護師とヘルパー、月に2～3回の長時間の見守りはヘルパーを利用し、それ以外は母の介助により行われている。母が体調不良を起こし、緊急で短期入所を利用したことが、母の健康や今後のことを考える機会となった。

支援する人にこころがけて欲しいことは、「私とコミュニケーションを取ってほしい。」「話を良く聞いて私のことを良く知ってほしい。」最初は聞き取れず、なかなかわかってもらえないが、何回か繰り返しわかってもらえると安心する。

高等部での進路選択の際は、漠然と就労を希望して

いたが、呼吸器の利用者を受け入れる事業所を見つけることの困難さとともに、本人の社会経験の乏しさから、具体的に就労に向けた進路選択ができなかった。生活介護事業所3か所を利用開始することになり、内1カ所は重症心身障害者のための施設だった。活動の内容や対応が合わず、自分から「辞めたい!」と伝えた。今年4月より週に1回、機能訓練事業所に通所を開始している。

学校には医療的ケアに対応できる教員等がたくさんいるので、もっと他の施設で医療的ケアをしてくれる看護師さんやヘルパーさんを増やして、いろいろな施設に行けるようにしてもらいたい。

自立する生活に向けて、私は目標として、親元を離れ、ヘルパーさんを24時間利用しながら、仕事と日常生活を送ることができたらと思う。入所は嫌だ。

母は生まれて初めて「親元を離れる」という言葉を本人から聞いた。かなり大変なこととわかっている。本人がやりたいことを選択できると良い。ただ今は、卒業したばかり。頭にいれておいて時期が来たら考えたい。

自分としては、やはり、仕事がしたい。人工呼吸器をつけていても、一人の人間、健常者と一緒。外出したり、食事をしたり、楽しむことが好き。何故かそこに医療的ケア、人工呼吸器という壁が立ちほだかり、道が閉ざされる現状がある。



受付の様子



基調講演座長の平山部会長



基調講演の様子(その1)



基調講演の様子(その2)



パネルディスカッション
座長の中村委員



パネルディスカッションの様子



閉会挨拶をされる松野委員

平成30年度 地域在宅ケア研修会

難病患者の災害に備えての準備と災害時の支援について

～難病をもつ人のための災害の備え 今できることから始めよう～

2018. 11. 24 君津健康福祉センター（君津保健所）

講師 NPO法人 日本慢性疾患セルフマネジメント協会
事務局長 武田 飛呂城



近年、日本では多くの災害が起きています。健康な人でも被災した後は大変なことがたくさんありますので、難病をもつ人たちはなおさらです。事前の備えを考えましょう。

1) 自分の住んでいる地域を知る

まず重要なことは、自分が住んでいる地域にどのような災害が起きる危険性があるのかを知ることです。多くの市区町村では「ハザードマップ」という災害の危険度を示す地図を用意しています。ハザードマップには「地震ハザードマップ」「洪水ハザードマップ」「土砂災害ハザードマップ」などがあり、市区町村の役所やインターネットで見ることができます。どんな災害が予測され、どんな準備が必要なのか、普段から意識しておきましょう。

2) 避難場所と避難所

災害が発生し、その場においては身に危険が及ぶと予測される場合には、避難する必要があります。避難する場所には「避難場所」と「避難所」があり、それぞれ別の目的があります。

まず「避難場所」は、広範囲の火災が起きたときや津波の危険があるときなどに、命を守るため、いったん逃げるための場所です。一方「避難所」は、地震で建物が倒壊するなど、自宅で生活できなくなったときに、一定期間、避難生活を送るための場所です。避難場所は逃げ込む場所、避難所は生活するところ、というイメージです。それぞれ、自宅の近くでどこにあるのか、役所や町内会などで聞か、インターネットで確認しておいてください。

また、避難所で生活する際、難病や障害があると一般の避難所生活が難しいこともあります。そんなときはバリアフリー設備の整った「福祉避難所」や、避難所内に「福祉避難スペース」が設置されていることがあります。避難所生活で困ったら、担当者に相談してみましよう。ただし、福祉避難スペースや福祉避難所には限りがあるため、希望した全ての人が入れるとは限りません。身体状況などを考慮して優先順位が決められます。

3) 自分が困ることを考える

2016年4月に熊本地震が発生した後、熊本難病・疾病団体協議会が難病をおもちの皆さんの困りごとについて調査を行いました。その調査結果によると、指定難病をおもちの方が熊本地震後1週間くらいに生活で困ったことは水、トイレ、睡眠、食事、電気・ガス等でした。また「地震後に難病の方に起こったこと」では、余震への強い不安や生活リズムの乱れ、体調悪化などが挙げられました。

自分が困ることを考える (1)

熊本難病・疾病団体協議会による
「指定難病患者が熊本地震後に困ったこと」に関する調査-速報- より編集して抜粋



自分が困ることを考える (2)

熊本難病・疾病団体協議会による
「指定難病患者が熊本地震後に困ったこと」に
関する調査-速報- より編集して抜粋



他にも、例えば停電になると電気が止まってエレベーターが使えなくなるとか、外出先で被災したら手持ちの薬がなくて困ったとか、様々な困りごとがありました。多くの人の経験も踏まえて、自分がどんなことに困るか想像し、必要な対処を考えましょう。

4) 自助・共助・公助

災害対策では「自助・共助・公助」という言葉が使われます。自助は自分でなんとかすること、共助は地域や知り合い同士で助け合うこと、公助は行政などに助けてもらうことです。被災直後は「自助が7割、共助が2割、公助は1割」と言われることもあります。目安としては、まずは被災後3日から1週間を生き抜くため、自身で備えておくことが大切です。

災害時に一人で避難することが難しい人は、市区町村で避難行動要支援者名簿に登録をしておく、その人の情報が市区町村から自治会や民生委員、警察などに提供され、災害時に安否確認などをしてもらえることがあります。ただし、災害時には支援者も被災していて、支援できないこともあります。まずは普段から、隣近所の人たちと繋がりをもったり、地域の避難訓練などがあれば積極的に参加したりと、地域の人たちに自分のことを知っておいてもらうことも大切です。

5) 家の耐震化、安全な寝室作り

ご自宅の耐震性能がどのくらいか不安のある人は、市区町村の窓口で耐震診断や耐震化工事の相談をすることができます。そして、自治体の基準を満たす人に対しては、耐震診断や耐震化工事をする際に補助金を出してもらえます。

また、寝ているときに地震が来ると大変危険です。

寝室に背の高い家具を置かないことや、高いところに絵や写真、置物などを飾らないことなども大切です。

6) 食料と水の確保

国の中央防災会議がまとめた防災基本計画によると、食料や水については一般家庭では最低3日分、できれば1週間分確保しておくように勧められています。最近、食料の備蓄方法としてお勧めされるのが回転備蓄法(ローリングストック)という方法です。これは普段から使う食材を多めに買って置き、無くなってから買い足すのではなく、最低〇個になったら買い足すとする方法です。生鮮食品とともに、賞味期限の長いもの、例えば缶詰や乾麺、魚肉ソーセージ、野菜ジュースなど、普段から利用している食品や飲料なども、回転備蓄法で少し多めに確保しておくとういでしょう。

7) トイレの確保

災害時、断水したり下水管が外れて水を流せなくなったりすると、トイレが使えなくなります。水洗トイレが使えない場合、一番良い方法は、45リットル以上の大きさのビニール袋を2枚、トイレにかぶせ、中に新聞紙や紙おむつ、凝固剤など、水分を吸収してくれるものを入れ、用を足した後は中のビニール袋だけを取り外し、口を縛ってゴミとして捨てるというやり方です。外側のビニール袋は水に濡れてしまうので、そのままかぶせておいて、トイレに行くときは中のビニール袋だけ取り替えます。100円均一ショップで携帯トイレセットなどが売られていますので、そうしたものを活用されても良いと思います。

8) 大切な薬、医療機器のこと

災害の際は、薬が手に入りにくくなることもあります。主治医に相談し、少し多めに処方してもらえないか相談してみましょう。ただし、薬には使用期限がありますので、もらった薬は古いものから使うようにしましょう。

そして、外出時に被災することもあります。可能であれば、外出時は常に数日分の薬を携帯しましょう。また、災害の際、医者にかかることが難しくても、お薬手帳があれば処方箋薬局で薬を処方してもらえることがあります。お薬手帳も常に持ち歩くようにしましょう。

また、人工呼吸器など、電気が必要な医療機器を使っている場合は停電への備えも必要です。停電時に乾電池で使えるものや、手動で使えるものがないか、医療者に相談してください。また、医療機器メーカーにも相談し、対処法を一緒に考えてみてください。

9) 災害時の医療、トリアージ

災害などで多数の傷病者が出た場合、病院はけが人であふれかえります。そんなとき、一人でも多くの命を救うため、医師は患者一人当たり30秒程度で問診をし、それぞれの人の重症度を確認した上で、重症な人から治療していきます。これをトリアージといいます。トリアージの際は、医師に持病や注意点を簡潔に伝えることが重要です。自分の病気の注意事項をカードにメモし、お財布などに入れておくのも良いと思います。

10) まとめ

「災害の一日前に戻れるとしたら、あなたは何をしますか？」という言葉があります。災害はいつ起きるかわかりませんし、起きてしまったからでは遅いのです。災害の備え、たくさんあって大変だなと感じた人もいるでしょう。でも、まず一つから構いません。今日、帰った後、そして明日、まず一つ、何ができるかなと考え、実行していただければ幸いです。



地域在宅ケア研修会の様子（その1）



地域在宅ケア研修会の様子（その2）

平成30年度 臓器移植についての市民公開講座

知ろう学ぼう

～ウイルス性肝炎と肝移植～

2018. 10. 14 プラザ菜の花

今年度の市民公開講座は、「知ろう学ぼう ウイルス性肝炎と肝移植」をテーマとして、千葉大学医学部附属病院で御活躍されている先生方の基調講演、そして、肝臓移植体験者の発表並びに、臓器移植推進に向けたシンポジウムを開催いたしました。

第1部 基調講演

①大きく変わったウイルス性肝炎の治療

千葉大学医学部附属病院腫瘍内科
准教授 新井 誠人



【ウイルス性肝炎とは】

日本における慢性肝炎の原因の多くは肝炎ウイルスによるとされています。B型肝炎ウイルス(HBV)、C型肝炎ウイルス(HCV)は、肝細胞癌の原因にもなります。ウイルス性慢性肝炎は長い経過をたどる疾患であり、患者さんを登山をされている方に例えると、山頂は肝硬変、肝不全となります。山頂に近いほど肝細胞癌のリスクが高くなることが重要です。いわゆる肝機能といわれるGOT (AST) /GPT (ALT) は登山のスピードを示し、ウイルスが持続感染して、慢性肝炎を引き起こし、最終的には肝硬変、肝不全となります。ところが、最近は登山客が激減しており、下山されている方がほとんどになっています(図1)。すなわち、ウイルスが駆除されたりその活動性が低下させることが可能になり、患者さんは慢性肝炎という登山をされなくなりました。実際に、日本人において、肝細胞癌は死因の主要な理由となっていました。近年減少傾向にあります(図2)。この最大の理由は、ウイルス性肝炎に罹患しないための様々な工夫と、劇的な効果をも

臓器移植は、臓器の機能が著しく低下し、移植できず治療できない方々を救うための医療であります。

しかしながら、国内で、臓器の提供を待っている方、約14,000人のうち、1年間で移植を受けられる方は、わずか2.7%ときわめて少ない状況であり、依然として多くの方々が移植を受けられる日を心待ちにしています。

臓器移植の一層の定着・推進を図るために県では、毎年10月の「臓器移植普及推進月間」において、より多くの方々に臓器移植に対する理解を深めていただけるよう、各種行事等を開催しております。



主催者挨拶
千葉県健康福祉部疾病対策課石川課長

肝細胞癌の背景

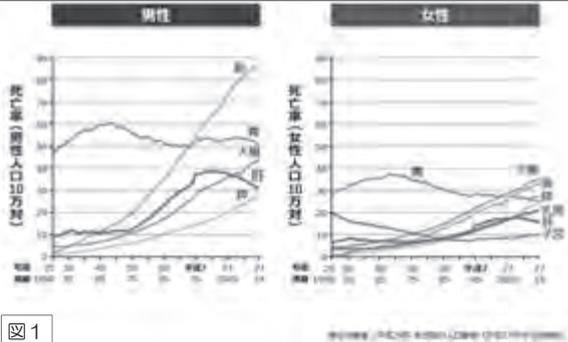


図1

ウイルス慢性肝炎とは

ウイルスが持続感染して、慢性肝炎を引き起こす
最終的には肝硬変、肝不全となる

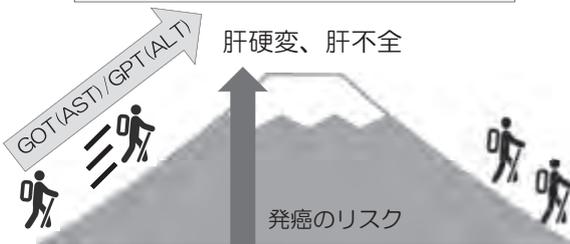


図2

たらず新薬の開発のおかげです。本日の講演では、ここ数年で劇的な変化をみせたウイルス性肝炎の治療について示します。

【B型肝炎ウイルス】

HBVはDane particleと呼ばれる42nmの粒子であり、約3200塩基の不完全二重鎖DNAウイルスです。1964年にオーストラリアのアボリジニの血液から発見され、発見したブランバーグ博士は、ノーベル生理学医学賞を1976年に受賞されています。少し難しいのですが、HBVによる病態については、二つにわけて考えます。一つは、大人になってからHBV感染を起こした一過性感染、もう一方は、幼少期、自分の免疫が完成されていない時期にHBV感染を起こし、持続感染となる、いわゆるHBVキャリアです。一過性感染は名前の通り、“一過性”ですので、ごくまれに劇症肝炎という重篤な状態になることはありますが、多くの場合は治癒します。HBVキャリアは世界2億4千万人と推定され、国内では100万人ほどと考えられています。B型肝炎については、日本肝臓学会から治療ガイド

ラインが出されています。無料でダウンロードできますので、詳しく知りたい方はぜひご利用ください (https://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh_guidelines/hepatitis_b)。このガイドラインでは、治療目標を、HBV関連肝不全、肝発がんを防ぐとしています。抗ウイルス剤を用いて、HBs抗原消失を目指すことになります。自然経過でHBs抗原消失が年間1%弱認めますが稀です。インターフェロンという注射薬と核酸アナログ製剤という内服薬が治療に用いられます(図3)。副作用の少ない核酸アナログ製剤は、HBVの増殖を抑え、肝機能を正常化させますが、残念ながら、HBs抗原消失まで至ることは少ないとされています。

B型肝炎に対する抗ウイルス製剤認可の歴史

核酸アナログ製剤

インターフェロン

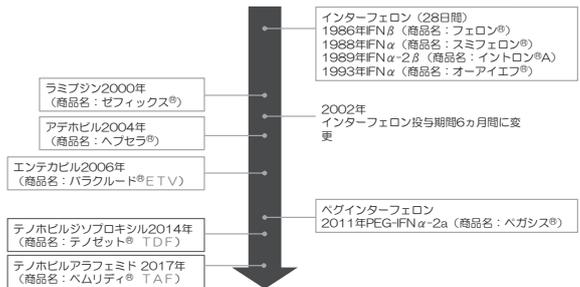


図3

HBVキャリアの母親から子への感染(母子感染)が、HBVキャリア発生の主な感染経路となるため、約30年前から母子感染対策事業が行われ、新たなHBVキャリアの発生を防ぐことができています。さらに、2016年4月1日以降に生まれたお子さん全員に対して、公費によるB型肝炎ウイルスワクチンの接種が始まりました。また、血液に接触する機会が多いと思われる糖尿病患者さんや透析患者さんにもB型肝炎ワクチンが勧められています。

まとめです。B型肝炎治療は、安全で、高い治療効果が得られるようになりました。今後、B型肝炎硬変による死亡例は減少するはずですが、しかし、現在使用可能な薬剤では、B型肝炎ウイルスを消失させるのはまだまだ困難です。

【C型肝炎ウイルス】

C型肝炎ウイルスに感染すると、約7割の方が慢性化します。慢性肝炎を経て、肝硬変、肝不全となりま

す。肝細胞癌発生のリスクも非常に高い疾患です。感染経路としては、輸血や血液製剤の使用、刺青など血液に関するものになります。B型肝炎と違い、感染予防のためのワクチンはC型肝炎にはありません。C型肝炎ウイルスにも種類があり、それにより治療薬が異なります。以前は、インターフェロンという注射薬を用いて治療が行われました。しかし、副作用が強く、全ての患者さんに使用可能な薬剤とはいえませんでした。一方で、近年使用可能になったインターフェロン・フリー、すなわちインターフェロンを用いずに、直接作用型抗ウイルス薬(DAA)という内服薬のみで、ウイルス駆除が可能となりました(図4)。DAAは治療期間も短く、副作用も少なく、高齢の方や合併症がある患者さんでも使用可能です。平成4年からインターフェロンがHCVに対して使用され始めましたが、その当時の治療効果は10%以下でした。現在では95%程度まで治療効果が改善しています。また、腎機能低下例や特殊なHCVの型の患者さんでも投与可能になりました。非代償性肝硬変といわれる肝機能がかかなり低下した患者さんにはこれまで保険適応がありませんでしたが、まもなく新しいDAAが使用可能となる予定です。

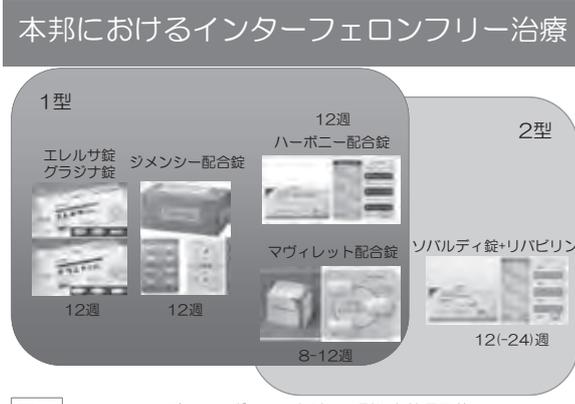


図4 ソバルディ、マヴィレットは3-6型にも使用可能

まとめです。C型肝炎治療は進歩し、安全で、高い治療効果が得られるようになりました。C型肝炎硬変による死亡例は減少するはずですが、注意しなければならない点として、ウイルス消失で発癌リスクは下がりますが、“0”ではないことです。ですので、ウイルス消失後も定期的な通院で採血、画像検査が必要です。

②本邦肝移植の現状

～肝移植をもっと身近に

千葉大学大学院医学研究院 臓器制御外科学
教授 大塚 将之



肝臓は人間の生命維持に欠かせない臓器であり、アンモニアなど有害物質の解毒、グリコーゲンなどのエネルギー源の貯蔵、タンパク質などの合成、胆汁排泄といった働きをしている。

肝実質(肝細胞)、胆管、門脈・肝動脈・肝静脈といった血管系から構成され、それらが障害を受けることによって最終的には肝細胞障害が広範に起こり、肝機能不全に至る。第一義的に肝細胞が障害される疾患は肝炎であり、肝炎ウイルスやアルコール、さらには生活習慣病である脂肪肝などが原因となる。胆管が障害される疾患には原発性胆汁性胆管炎や原発性硬化性胆管炎、さらには先天的な胆道閉鎖症などがあり、血流障害を原因とする疾患にはバッド・キアリ症候群などが挙げられる。一方、肝臓は予備能力と再生能力に優れており、疾患に罹患していたとしても自覚症状や血液検査所見に異常を見ることはほとんどない。沈黙の臓器といわれる所以である。したがって、症状として出現する頃にはある程度病状が進行しているわけで、薬剤によって失われた肝機能を補える時期を経て、薬剤によっても補いきれない末期肝機能不全へと進行していくことになる。この病態はある時期からは不可逆的であり、内科的治療では治すことはできない。

肝移植はそのような末期肝機能不全を治すことができる唯一の治療法である。しかしながら、肝移植というと漠然としたイメージはあるものの、なんとなく遠い世界の話という感覚を患者側も、さらには医療者側でさえも抱いているように感じられる。前述のように肝臓は生命維持に不可欠であるにもかかわらず、ある程度までは薬剤で代償できるため、呼吸不全や心不全などのように自覚的に命にかかわるという危機感に乏しく、また腎不全のときの透析のような煩わしさもない。そのため、自分が本当に肝移植でなければ助からない、という認識が、症状が重篤になるまで、低い傾

向にある。医療者側も同様で、それに加えて肝移植という知識はあるものの実際を目にする機会は少ないためか、治療オプションの一つとして患者側に提案することも少ない。末期肝機能不全を治せる唯一の治療法であるにもかかわらず、である。

本邦において、肝移植には脳死体ドナーからの脳死肝移植と生体ドナーからの生体部分肝移植がある。本邦では脳死体からの臓器提供はいまだに少なく、2010年の改正臓器移植法により、ご家族の承諾のみで臓器提供が可能となった現在でも脳死肝移植は年間60例程度と諸外国に比較して桁違いに少なく、年間400例ほど施行されている生体部分肝移植にまだ頼らざるを得ないのが現状である。ここには以前から指摘されているように大きな問題を抱えている。すなわち、臓器提供者、ドナーの問題である。ご家族に重篤な疾患を抱えている方がいるだけでも大変なご苦勞であろう上に、ご自身がドナーとして意思表示をするか否かの決断、そしてひとたび決断したものの医学的にドナーとして不適格とされたときの落胆、さらには実際ドナーとなったときの精神的、肉体的負担、臓器受給者、レシピエントの術後経過がおもわしくなかったときの悔恨、など、ご家族、ドナー側の負担はかなり大きい。もちろん、移植を受けたくても臓器提供してくれるご家族が存在しない、という方も数多くいらっしゃる。それを解決する手段が脳死肝移植なのであるが、臓器提供者は少なく、脳死肝移植を施行された患者は肝移植の希望登録者の16%に過ぎず、一方では肝移植の待機患者の約40%は待機中に亡くなっている。これは心移植、肺移植、腎移植と比べても悪い数字である。現在、脳死体よりの臓器提供があった場合、医学的緊急性に基づきレシピエントが決定されるが、予後余命が1ヶ月以内と判断される急性肝不全（劇症肝炎）などが優先され、肝硬変患者などは、よっぽど状態が悪くならない限り、なかなか移植にたどりつけない。これも臓器提供が少ないため、であるが、これには日本人の伝統的な死後の世界観のほか、国民と、さらには医療者も、移植治療をどこか遠い医療として感じていることが大きいのかもしれない。すなわち、臓器提供の意思表示が少ない上に、臨床的に脳死状態であっても医療者側は患者側が要求しない限り臓器提供のことを提案しない、といったことが影響している可能性がある。

一方、肝移植は、費用が高額である上にハイリスクという認識が根強くみられる。現実には移植適応疾患のほとんどは保険適応となっており、生体ドナーの費用はレシピエントに請求されることになっている。また、自立支援医療費などさまざまな助成制度を利用することもできる。移植後の成績も1年生存率で85%程度、5年生存率でも75-80%程度であり、確かに移植後1年以内のリスクはいまだ高いものの、さまざまな工夫によって改善傾向にある。特に、移植後ウイルス再発などで成績があまり思わしくなかったC型肝炎ウイルスによる肝硬変に対しては、肝移植後新規抗ウイルス薬を使うことによって、インターフェロンなしで、ほぼ100%近くの症例でウイルス駆除ができるようになってきているため、その成績向上が期待される。

肝移植後は合併症が少なからずみられるが、それを乗り越えると、健康な人と変わらない生活、仕事、家事、学校生活などが送れ、労働や運動にもほとんどの例で制限なく過ごすことができようになる。いままで仕事もできず、生活の質も悪かった患者が、見違えるような生活をおくっている姿をみると肝移植治療の潜在的な力を感じざるをえない。肝移植治療を遠くに感じているであろう現状では、おそらく救える命の多くを失っているのではなかろうか。患者側も医療者側ももっと肝移植を身近に感じることで少しでも多くの患者が救われることを願ってやまない。そして、それとともに、われわれ移植外科医側は、リスクを少しでも減らせるような努力を常に続けていかなければならない、と考えている。

第2部 体験談及びシンポジウム

①私の肝臓移植について

大塚 剛

今回は、私が移植者になってから移植を受けるまでの体験談をお話したいと思います。

「もう移植しか、助ける方法はない」

ある年の10月、腹部を引き裂かれるような痛みに襲われ、当時、通勤していた大学病院に緊急で駆け込みました。

その時の担当医の言葉です。

そこから、私の人生は大きく変わりました。

私は、生後3か月の時に先天性胆道閉鎖症と診断され、某県の大学病院にて「葛西手術」を受け、一命を救っていただきました。その後は順調に回復し、特に大きな体調の変化もなく成長していきます。私も家族も、生まれつきの病気が過去のものとなり、忘れられるほど普通の生活を送っていました。しかし、成長とともに勉強や仕事の疲れなどストレスがたまるような生活を送るようになると、徐々に私の体は悲鳴をあげはじめました。

高校2年の時に食道静脈瘤により、2度の吐血。二十代半ばで、同じく食道静脈瘤により、下血となり、その後は、定期的に40度を超える熱や胆管炎などを起こすようになっていき、仕事も長く続かなくなり、転職を繰り返すようになっていきました。

そして、ある年の10月

「もう、移植しか助ける方法はない」

事実上の、死の宣告でした。

そして、助かる方法が移植しかないと言われた私は、移植のできる大学病院を紹介され、某日、移植チームの担当主治医と院内の移植コーディネーターから、人生で初めての臓器移植の話を家族で受けることとなります。

この時、父は「自分の肝臓を使ってほしい」と言っ

てくれましたがドナーになるための精密検査により、不適合と診断。

63歳になる父の肝臓は、移植するには小さすぎたようです。

この時、母の話では

父は、「何もしてあげることができない。」

夜も眠れず、何日も落ち込んでいたと後から聞きました。

もともと、私は父から臓器をもらうつもりがなく、父の移植の提供には反対をしていました。

生体移植のリスクについても、主治医から話されており、自分が助かるためとはいえ、60を超える父の体にメスを入れることは賛成できなかったからです。

そのため、母からのその言葉を聞いたときは、「申し訳ない」という気持ちと「ほっとした」感情が自分にはありました。

その後、移植ネットワークにレシピエントの登録を完了させましたが、この時の状態は安定していたため、主治医からは「肝臓の場合、状態が悪い人がランクの上位に上がる。まだ、君の場合は、ずっと下の方だから、早くても1年半から2年は待つことになる」と言われ、長い待機者人生になると想像をしていました。しかし、予想に反し、私の体は急速に悪化していきま

す。移植医の先生と初めて会った際は、目の黄疸くらいでしたが、2カ月も過ぎると、連日、38度以上の熱が上がればなしになり、体が少しずつ黒くなり、むくみで少しずつ体重が増えていきました。熱が高くなれば、ロキソニンを服用し、効かなければ救急車で大学病院へ運ばれるということが日常となりました。

ただ、病院に行っても言われることはいつも同じ、「完全に良くする方法はない」言われ、様態が安定すると、自宅に帰るといふ、その繰り返しの日々が何日も続きます。

次第に便が出なくなり、尿は濃いストレートティー色に。このそして、夜は眠れず睡眠不足とひどい倦怠感、トイレにすら行くのが億劫になり、ほぼ寝たきりの状態になりました。

見た目もかなり変化し、長く倦怠感が続くと、メンタルも落ち込んできました。

何を思ったのか、少なくなった動ける時間を利用して、一日少しずつ、身の回りの片づけをするようになりしました。傷病手当、保険などの書類の書き方などを母に引き継ぎもしました。

そう、自然に死ぬ準備をし始めたのです。

古い携帯を見つけると、いままでずっと連絡をとっていなかった友人たちに電話をかけ始めました。

「俺死ぬかもしれない・・・」

私は、泣きながら電話していました。

友人たちの、言葉が出ない感じが電話の向こう側からでも伝わってくるのがわかりました。友人たちも驚いたと思います。何年も連絡をしていなかった友人から、死ぬ連絡をされたのですから・・・。でも、その時は、自分が一人で死ぬことがすごく怖かった、心細かった。もちろん、家族とは一緒に暮らしていましたが、ですがなんか心の寂しさが自分の中にあっただけだと思います。

その後、倦怠感さらにはひどくなり、両手の震えなどが出るようになりしました。そして、食事が全くとれなくなったのをきっかけに、大学病院に入院となりました。

入院が決まっても、日に日に様態は悪化、特にむくみと腹水・胸水はどんどん増えつづけ、1日約1キロの増。移植を宣告された時より約20キロも増えました。また、血小板が3万まで減り、出血多量となったり、原因不明の腰痛に襲われ、歩行も歩行器なしでは歩けなくなります。そして、自宅でロキソニンを服用しすぎたことで腎臓を悪くし、一切の痛み止めを止められました。それにより、継続的な下腹部の便秘の時のような痛みが毎日ありました。

「生きているのが辛い」「いつまで続くんだ・・・」毎日思いました。

「死ねたら楽になるのかな」など

夜になると、眠れず、毎日そんなことを考えていました。

そして、一つ、心残りになっていたことがあります。私の別れた嫁との間に生まれた息子のことです。

どうしても最後に会いたかった。

息子のことを思うと、毎回、涙を流しました。

ひどいときは過呼吸にもなりました。

大部屋でしたので、おそらく、他の患者にも気づかれていたかと思います。

そして、私は母に頼み、妻の実家に連絡してもらい、息子と合わせてもらえないかを聞いてもらいました。ですが、私の願いは叶わず、会うことはできませんでした。

しかし、その時に、母から渡された一通の手紙がありました。

息子からの手紙と写真です。

体中痛みで生きていることさえつらかったのに、自然と涙が出てきました。そして、勇気をもらえました。

「生きて息子にもう一度会いたい」

そう、思うようになりしました。

その手紙と写真のおかげで、頑張ろうという気持ちになり、死を考えることは少なくなりましたが、ただ体調はどんどん悪くなっていきました。

そして、入院して約3週間、たまたま体調がいい日でした。

その前日まで、歩行器で歩くこともできず、1日のほとんどをベッドで寝ていたのですが、その日は、なぜか倦怠感もそれほどなく、歩行器で病棟内を歩き回れるほどでした。そして、その午後、移植を行う大学病院から私の入院している大学病院のナースステーションに電話がかかってきたのです。

主治医から「すごくいい状態と思う肝臓が出た。受けるか？」と言われ

私は迷わず、「お願いします」と応えました。

そして、顔にも出ていたのでしょう。

周りにいた看護師さんたちも全員泣きながら喜んでくれました。

そして、すぐに転院の準備がとられ、荷造りをして、移植を行う病院へ。

2時間半かけて救急車で都内の病院に向かいました。

そして、転院後、翌日の手術の準備を行い、翌日の朝6時、手術室に入りました。

15時間後、目が覚めました。

すぐには、そこがICUにいるのだと自覚することはできませんでしたが、

ただ、目の前に両親が泣きながら私の枕元にかけより名前を呼んでくれたことは今でも覚えています。

退院後は、急変することなく、順調に回復。

退院から1年も経たずに新たな仕事に就くことができました。

全てはドナーの方、そのご家族のご厚意、また、家族や病院の先生方をはじめ、友人や私と関わる多くの方々の支えが私を生かしてくれました。

そして、これからも、頂いた肝臓とともに生きていきます。

私は、自分の移植を受けることとなり始めて、家族で移植の話をしました。

親子で移植についての意見の違いはありましたがただ、私にとってこの移植の話を家族でできたということとはとても良かったことだと感じています。

普段の生活では「移植」をテーマに、ご家族で話をする機会はないと思います。

ですが、今日、この公演を聴いてくれたことをきっかけにぜひ、ご家族でお話してみてください。

この公演が、そのきっかけになればいいと思います。

最後に、ドナーの方のご冥福をお祈りするとともに、そのご家族に心より感謝いたします。

ご清聴ありがとうございました。

②臓器移植の現状

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

柴尾 裕加里

「臓器移植の現状」

～意思表示の大切さについて～



臓器移植とは、重い病気や事故などにより臓器の機能が低下した方に健康な臓器を移植して機能を回復させる医療です。これは、第三者の善意による臓器の提供がなければ決して成り立

たないものです。

臓器提供には健康な人からの臓器の一部を提供する生体移植と死後の臓器提供の2種類があります。また死後の臓器提供は脳死と診断された後に行う「脳死下の臓器提供」と心臓が止まった後に行う「心停止下の臓器提供」があり、私たち移植コーディネーターは死後の臓器提供に関わり、ドナー（臓器提供者）とレシピント（臓器移植を受ける者）をつなぐ役割を担っています。

「脳死下の臓器提供」では、法に基づく2回の脳死判定により法的脳死と診断された後、臓器を提供します。提供可能な臓器は心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球となります。「心停止下の臓器提供」は心臓が停止した後、提供を行い、提供可能な臓器は膵臓・腎臓・眼球となります。現在臓器移植法で定められている提供可能な臓器は心臓・肺・肝臓・膵臓・小脳・眼球であり、その中で眼球・肺・腎臓・肝臓は2人の方へ提供が可能であることを考えると、一人のドナーから最大11人のレシピントに移植が可能となります。つまり、一人のドナーより最大11人のレシピントへ命をつなぐことができるという大変尊い医療となります。

日本では、2017年度における脳死下臓器提供と心停止下臓器提供を併せると年間111件の臓器提供が行われました。現在移植を希望している方は2018年9月までに13,603人いますが、日本で移植を受けられる割合は約2%とこの割合は海外の臓器提供者数を比較しても依然として少ないままです。

日本における臓器提供の意思表示としては、健康保険証、運転免許証、意思表示カード、マイナンバーカード、インターネットでの方法があり、誰もが何らかの方法で意思表示ができるシステムになっています。平成29年内閣府世論調査では、41.8%の人が臓器提供をしたいと回答していますが、一方で意思表示を記入している人は12.7%となっており、まだまだ日本では意思表示をしている方が少ないことが現状としてあげられます。臓器提供には臓器提供をしたい、臓器提供をしたくない、移植を受けたい、移植を受けたくないという4つの権利があり、どの権利も等しく、尊重されなければなりません。私達コーディネーターはこの4つの権利を保持し、叶えていけるよう体制を整えていくことが大切な使命であると考えています。



受付の様子

臓器提供を決断されたご家族の思いは「本人の意思をいかしたい」「身体の一部でもどこでもいいので生きてほしい」等があり、臓器提供をしないと決断されたご家族の思いは「身体に傷をつけたくない」「最期は静かに看取りたい」など様々なものがあります。急な病気で脳死と診断され、臓器提供を短時間で決断をしなければいけない状況の中で、患者さん本人にとって何が最善なのかを考えていくことがとても大切です。この時に本人の意思表示がご家族の決断を支えるひとつになるのではないかと思います。

今回の発表が、移植医療について、そして自分や家族、大切な方の「いのち」について考え、自分の思いを家族や大切な方へ話すきっかけになってくれることを願っています。



基調講演・シンポジウム座長の竜部会長



基調講演の様子



シンポジウムの様子（その1）



シンポジウムの様子（その2）



閉会の挨拶をされる宮内委員

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 TEL：043-223-2663 FAX：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
	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
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
	医学部学生 千葉大学医学部 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 総合病院国保旭中央病院(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



千葉大学医学部での様子（その1）



千葉大学大学院看護学研究科での様子（その2）



千葉県立泉高等学校での様子（その3）

※30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. 日本臓器移植ネットワーク移植コーディネーター
本池 智彦
3. // 金山 愛
4. // 笠原 伸介
5. 千葉県臓器移植コーディネーター 柴尾裕加里
6. 心臓移植体験者 木内 博文

24年度より試みている出前講座では、受講された多くの方々より好評をいただいております。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、今年度は3校の高等学校で講座を実施しました。

臓器移植推進出前講座の実施状況

(於 東海大学附属浦安高等学校)

(公社) 日本臓器移植ネットワーク
移植コーディネーター 笠原 伸介



平成30年11月17日、千葉ヘルス財団より依頼をいただき、東海大学附属浦安高等学校にて行われた出前講座の講義を担当いたしました。

当日は3年生400人を対象に50分、移植医療についてお話いたしました。

臓器移植とは、重い病気や事故などにより臓器の機能が低下した人に、他者の健康な臓器を移植して機能を回復させる医療です。

臓器提供や移植については、4つの権利があります(図1)。死後に臓器を「提供したい」「提供したくない」、あるいは移植が必要なときに臓器移植を「受けない」「受けたくない」という権利であり、どの考え方も等しく尊重されます。「提供したくない」方と「移植を受けない」「受けたくない」方の意思も尊重され、病院や臓器移植ネットワークのスタッフが臓器提供や臓器移植を依頼することはありません。日本臓器移植ネットワークは、死後に「臓器を提供したい」という方や、そのご家族の意思を尊重し、「移植を受けたい」と希望する方に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す。



図1 提供と移植に関する権利

日本で臓器移植を希望して日本臓器移植ネットワークに登録している方は、2018年9月30日現在で心臓の移植希望者は714名、肺は336名、肝臓は332名、膵臓は212名、小腸は2名、腎臓は12,007名です(図2)。この方たちが移植を受けることができれば、余命数日や数か月といった生命の危機を脱することができ、また週3回程度、4～5時間行う透析治療を終える事ができるなど、長期の闘病生活から解放され、食事や活動制限もなく、元気に学校や仕事に復帰する事ができるようになります。しかし、臓器移植を希望してもすぐに移植手術を受けられるわけではありません。日本臓器移植ネットワークに移植希望登録をしてから移植を受けるまでの待機期間は、心臓で約2年11か月、肺が約2年5か月、肝臓は約1年4ヶ月、膵臓および膵腎同時の移植で約3年6ヶ月、小腸は約1年、そして最も長いのが腎臓で約14年8か月であり、臓器移植を受けられる方は年間およそ400人という状況です(図3)。

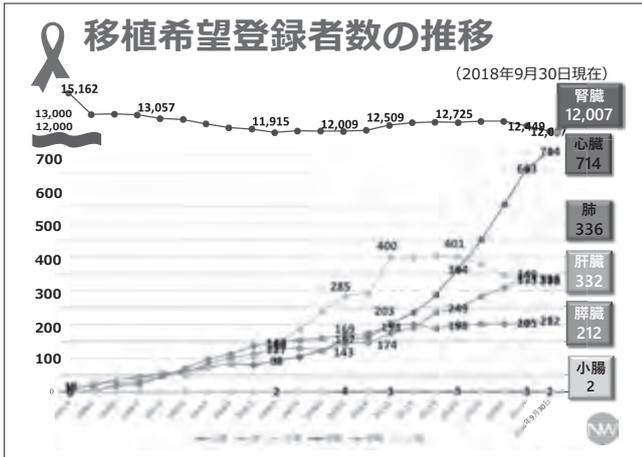


図2 移植希望登録者数の推移

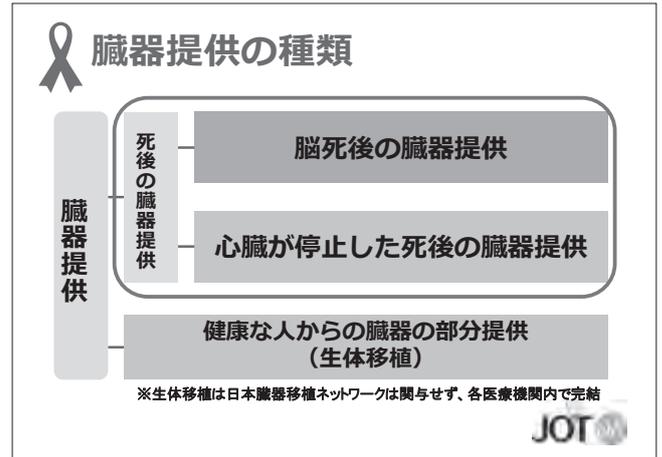


図4 臓器提供の種類

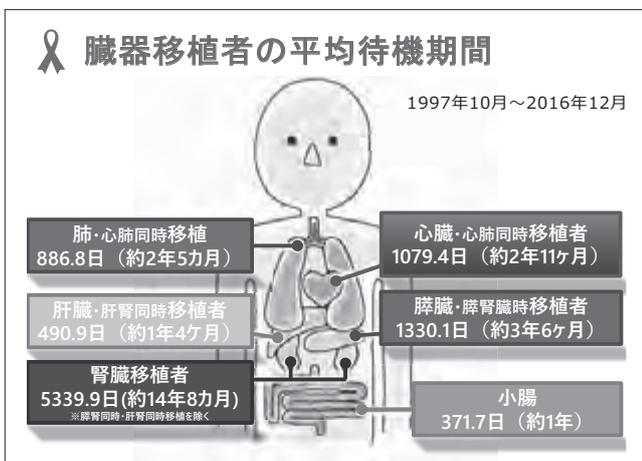


図3 臓器移植者の平均待機期間

臓器提供には、脳死と判定された後に行われる「脳死後の臓器提供」、心臓が停止した死後に行われる「心臓停止後の臓器提供」とがあり、年間約100名の方が臓器を提供されています(図4)。なお、主に家族からの臓器の提供を受ける生体移植に関しては、日本臓器移植ネットワークは関与せず、患者さんと医療機関の間で行われます。「脳死後の臓器提供」と「心臓停止後の臓器提供」では提供できる臓器の種類が異なります。脳死後の臓器提供の場合、心臓、肺、肝臓、腎臓、膵臓、小腸、眼球の7種類で、一方心臓停止後の臓器提供は、提供可能な臓器は、腎臓、膵臓、眼球の3種類です。

脳死とは、呼吸・循環機能の調節や意識の伝達など、生きていくために必要な働きを司る脳幹を含む、脳全体の機能が失われた状態です。事故や脳出血などが原因で脳幹が機能しなくなると、回復する可能性はなく、二度と元に戻りません。薬剤や人工呼吸器などによってしばらくは心臓を動かし続けることはできますが、多くは数日以内で心臓も停止してしまいます。世界の多くの国では「脳死は人の死」とされていますが、日本の法律では臓器提供の場合に限り、脳死を人の死と定めています。

事故や病気などを発症し、行い得る全ての適切な救命治療を行っても、残念ながら救えない命があります。もうこれ以上治療を続けてもこれまでのように元気になる事はできない、救命できないと判断された時期を“終末期”と言います。家族は主治医から本人の状態について救命困難であることを告げられ、今後の治療の方向性や過ごし方などを主治医とともに相談しながら決めていきますが、臓器提供はその中の選択肢の一つです。

もし、自分やご家族など大切な人が、病気や事故などであともう少ししか生きられないと分かった時、最期をどの様に迎えたいと思うでしょうか。これは人によって考え方は様々です。

- ・最期は自然な形で迎えたい
- ・沢山のチューブにつながれて最期を過ごすのは嫌
- ・生きる事が出来るなら人工呼吸器をつけても延命したい
- ・最期の時が来ても死ぬ前に家族に会いたい

もしもの時は突然やってきます。事故や病気が原因で昨日まで元気だったのに、さっきまで一緒に話をし

ていたのに気持ちを聞く事もできない・・・。

このような状況の中、さらに臓器提供の話が突然で
きたら、どうでしょうか。そのような中でこれま
でに臓器提供をすることを決断したご家族の思いの一部
を紹介します。

- ・ 本人の意思を叶えてあげたい、尊重したい。
- ・ このままの状態が続くのはかわいそうであり、本人も望まないだろう
- ・ 人の役に立つのが好きな人だったので、「提供してもいい」ときっと喜ぶと思う
- ・ 本人の一部がどこかで生きていて欲しい

一方臓器提供をしないと決断したご家族もいらっ
しゃいます。

- ・ 本人の身体に傷をつけたくない
- ・ 最後は静かに看取ってあげたい
- ・ 亡くなってまで痛い思いをさせたくない
- ・ 本人の気持ちがわからないから決められない

ご本人が最期を迎える時、「臓器提供をする」か「臓
器提供をしない」、ご本人の気持ちが分かっていると
その決断の助けになります。

臓器提供について、その意思表示の方法は、いくつ
か種類があります。

- ①健康保険証や運転免許証の意思表示欄への記入
- ②インターネットによる意思登録
- ③臓器提供意思表示カードへの記入

これに加えて現在はマイナンバーカードにも臓器提
供に関する意思を記入できる欄が設けられています。
自分自身やご家族の方が、もしもの時にどうしたいか、
どういう最期を望んでいるのか、普段から話をしてお
くことが大切です。

自分の大切な人が、どういう気持ちを持っているの
かを知っておくことで、もしもの時の役に立つかもし
れません。

今回の講義をきっかけに、大切なご家族とお互いの
臓器提供への考えや最後の過ごし方についてお話をす
る機会を作っていただければうれしく思います。



2018 グリーンリボンキャンペーン千葉の実施報告



臓器移植の普及啓発を強化するため、当財団では、千葉県との共催でグリーンリボンキャンペーン千葉を初の試みとして実施しました。

イベントは、チーバくんが参加しての街頭啓発活動、心臓移植体験者と心臓移植待機者の方による講演、コンサートの三部構成で行いました。

又、一人ひとりがご家族や大切な方へのいのちのことや移植について話すことを願って、千葉ポートタワーを臓器移植推進月間である10月の1ヶ月間（17：15～20：00）、グリーンにライトアップしました。

キャンペーンについては、多くのメディアからの取材があり、新聞紙上への掲載やテレビでの放映を通じ、移植医療の意義を広く啓発することができました。

当日の実施状況等は次のとおりです。

- 1 日時 平成30年10月7日（日）13：30～16：15
- 2 場所 千葉ポートタワー
- 3 主催 公益財団法人千葉ヘルス財団、千葉県
- 4 後援 特定非営利活動法人千葉県腎臓病協議会
- 5 実施状況

第一部 街頭啓発活動

啓発用ちらし、シャボン玉、グリーンリボンバッジの配布、千葉県マスコットキャラクター「チーバくん」も参加



第二部 心臓移植体験者及び心臓移植体験者による
講演会

木内博文さん(移植体験者)、河合容子(移植待機者)
さんが「二人三脚で生きる」をテーマに講演



第三部 グリーンリボンコンサート

幼児施設、養護施設、病院などでの出張演奏を中心に活動しているヴォーカルグループ「うへのアニマルアンサンブル」によるコンサート



(公財) 千葉ヘルス財団の事業 平成29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。



テーマ 「地域で支える認知症」
 ~患者と家族のために~

日 時 平成29年 9月24日 (日)
 午後 1 時30分~ 4 時30分

場 所 プラザ菜の花 3 階 大会議室

内 容 基調講演
 座長 千葉ヘルス財団在宅ケア部会長
 平山 登志夫 氏
 講師 「よくわかる認知症診療」
 ~レビー小体型認知症を中心に~
 神経内科千葉所長
 篠遠 仁 先生
 「認知症 それでも食べる事は忘れない」
 天台歯科医院院長
 石毛 清雄 先生
 パネルディスカッション
 「多職種の協働で支える認知症」
 ~その役割と連携~

座長 千葉ヘルス財団在宅ケア部会委員
 海村 孝子 氏

パネリスト

①薬剤師の立場から

(一社)千葉県薬剤師会在宅医療委員会委員
 伊藤 克洋 氏

②訪問看護での看取りの現場から

ふたわ訪問看護ステーション管理者
 大桐 四季子 氏

③介護福祉の関係者の立場から

シャローム若葉訪問介護事業所管理者
 貴島 美里 氏

※参加者数 63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 難病患者の災害に備えての準備と災害時の支援について

日 時 平成29年 9月 2日 (日)
 午後 1 時30分~ 3 時30分

場 所 船橋市保健福祉センター 大会議室

内 容 座長 千葉ヘルス財団在宅ケア部会委員
 松野 朝之 氏

講師 「重度難病・障害者の災害時対策について
 ~4事例の災害時対応訓練の結果と課題~」
 静岡県立大学看護学部在宅看護学講師
 今福 恵子 氏

※参加者数 44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 7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日本ALS協会千葉県支部を通じて意思伝達装置を貸し出しました。

貸し出し件数 10件

3 臓器不全対策事業

(1) 臓器移植等普及啓発事業

①立看板の設置

毎年、10月に展開される臓器移植普及推進月間に県庁玄関前に啓発用立看板を設置しました。



②臓器移植推進出前講座

医学部学生や看護学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 宮田 昭宏 氏

日本臓器移植ネットワーク移植コーディネーター

後藤 清美 氏

臓器移植体験者 木内 博文 氏

臓器移植待機者 河合 容子 氏

受講者数 690名

実施日	施設名	受講者数
6/30	千葉大学医学部	121名
9/21	敬愛学園高等学校	380名
12/20	淑徳大学看護栄養学部	104名
1/26	千葉大学大学院看護研究科	85名

③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 “知ろう、学ぼう” ～糖尿病と移植医療～

日時 平成29年10月15日 午後1時30分～4時

場所 プラザ菜の花 3階 大会議室

内容 座長 千葉ヘルス財団臓器移植部会部会長

竜 崇正 氏

講師①「糖尿病性腎症の予防・治療」

千葉東病院臨床研究部
糖尿病研究室長、糖尿病センター長

関 直人 先生

②「糖尿病性腎症予防のための生活指導」

千葉東病院糖尿病認定看護師

名和 晃司 先生

③「糖尿病性腎症に対する移植医療」

千葉東病院外科診療部長

丸山 通広 先生

体験談およびパネルディスカッション

座長 千葉ヘルス財団臓器移植部会部会長

竜 崇正 氏

体験談①生体腎臓移植を経験なされた方

池田 和仁 氏

②臍臓腎臓同時移植を経験なされた方

佐久間 健一 氏

※参加者数 47名 (入場無料)

(2) 臓器移植推進特別対策事業

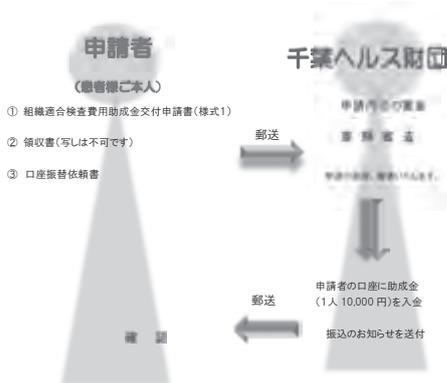
① 組織適合検査費用助成

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検査に要する費用の一部を助成しました。

助成件数 55件

組織適合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。



② 臓器提供者及び臓器摘出病院への謝礼

臓器摘出医療機関へ謝礼 1件

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1,420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
- ・ 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

H29年度 ご寄付いただいた方々

		金額
1	九十九里ホーム病院 様	20,873
2	長生村役場 健康推進課 様	4,084
3	神埼町 保健福祉課 様	1,061
4	松井 宏之 様	10,000
5	医療法人社団天栄会 茂原機能クリニック 様	7,500
6	東京歯科大学市川総合病院 様	21,240
7	一般社団法人千葉県製薬協会	100,000
寄付金合計		164,758

千葉ヘルス財団顕彰規程による感謝状贈呈者

10万円以上のご寄付をいただいた団体

- ・ (一社) 千葉県製薬協会 様

5万円以上のご寄付をいただいた個人

- ・ 該当者なし

平成27年度から平成29年度の3年間、継続してご寄付をいただいた団体、個人

- ・ (一社) 千葉県製薬協会 様
- ・ 東京歯科大学市川総合病院 様
- ・ 九十九里ホーム病院 様
- ・ 松井宏之 様

平成30年3月5日(贈呈式)

一般社団法人千葉県製薬協会 様



一般社団法人千葉県製薬協会 会長早川弘之様より

(公財) 千葉ヘルス財団役員および企画委員名簿

平成30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	国際医療福祉大学副学長
砂川 稔	(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
萩原 博	(株)千葉日报社取締役会長

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	山根 康夫	千葉縣市長会・町村会事務局長
理事	澤田いつ子	(公社)千葉県看護協会専務理事
理事	中村 宏	クリニックあしたば院長
常務理事	能重 芳雄	現当財団事務局長

監事

役職名	氏名	役職等
監事	岩瀬 収公	(公財)綿貫国際奨学財団評議員
監事	本間 惇夫	(一社)千葉県製薬協会専務理事

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 神経内科医長
委員	海村 孝子	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	中島 弘道	千葉県こども病院 医療局長
委員	藤里 正視	千葉県がんセンター診療部長
委員	中村 宏	クリニックあしたば院長
委員	小宮あゆみ	一般社団法人千葉県歯科医師会理事
委員	福留 浩子	公益社団法人千葉県看護協会理事
委員	権平くみ子	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	ALS協会千葉県支部 運営委員
委員	古川 恭子	印旛健康福祉センター 副センター長

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	宮内 英聡	千葉大学医学部附属病院食道・胃腸外科准教授
委員	入江 康文	千葉県透析医会会長
委員	高橋 功	独立行政法人総合病院国保旭中央病院救急救命科主任部長
委員	丸山 通広	千葉大学医学部附属病院食道・胃腸科助教授
委員	中村 厚	特定非営利活動法人千葉県腎臓病協議会理事
委員	宮田 昭宏	千葉県救急医療センター 医療局診療部長

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を基本財産として、その運用益(利子)と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) 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して新たな一歩を踏み出しました。

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、日本ALS協会千葉県支部を通じて、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、組織適合検査に要する費用の助成(上限1万円)を行っています。

平成31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