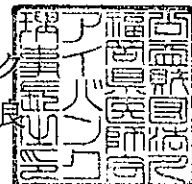




福岡医ア発第 31 号
平成 26 年 10 月 3 日

各郡市区医師会長 殿

公益財団法人福岡県医師会アイバンク
理事長 松 田 峻一 良



「アイバンクからのお願いパンフレット」の送付について

謹啓 仲秋の候 ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、福岡県医師会アイバンクでは、角膜移植の普及啓発及び促進のため、また視力障害者等の視力・機能不全の回復並びに視力障害者の福祉に寄与することを目的として事業を行っております。

現在、ドナー登録者数は 1 万名を超えておりますが、年間の提供者は 10 名程と、常に県内にいる約 50 名の待機患者数に満たないのが現状です。

そこでこのたび、アイバンク活動の周知徹底及び献眼者数の増加を目的とした県内の医療機関向けのパンフレットを作成いたしました。

アイバンク登録方法や、万が一の際の対応等について記載しておりますので、是非各医療機関において、ご活用いただきたいと存じます。

つきましては、貴殿におかれましても本件についてご理解いただき、アイバンクの広報啓発についてご協力並びに貴会会員医療機関へ「アイバンクからのお願いパンフレット」について周知いただきますようお願いいたします。

なお、

- 1) 「アイバンクのお願い」冊子を各医師会 10 部ずつお送りいたします。
- 2) 会員医療機関において冊子が必要な場合は直接お送りいたしますので、直接アイバンクへご連絡いただきますよう周知方お願いいたします。
- 3) パンフレットは福岡県医師会ホームページ内「アイバンクについて」よりダウンロードできます。(<https://www.fukuoka.med.or.jp/eyebank.html>)

公益財団法人福岡県医師会アイバンク
〒812-0016
福岡市博多区博多駅南 2 丁目 9-30
TEL092-431-4564 FAX092-411-6858

小郡三井医師会より

広報・ボランティア担当理事 田中久志
会長 廣瀬真恵

パンフレット御入用の場合は、福岡県医師会へお申し込みください。

アイバンクからのお願い

目の不自由な人のために愛の光を…



公益財団法人
福岡県医師会アイバンク



目の不自由な人のために愛の光を・・・

福岡県医師会アイバンクは、福岡県医師会に本部を置き、福岡県眼科医会、各大学並びに関係機関の協力のもとドナー(角膜を提供する人)とレシピエント(角膜移植を待つ人)の対応を365日24時間体制で行っております。

また、全国には54のアイバンクがあり、角膜(眼球)提供をしてくださるドナーの登録、角膜(眼球)あっせんの手続きなど、角膜の病気で苦しんでいる人々が、一人でも多く光を取り戻されるよう運営を行っております。

1. 「アイバンク」をもっと身近に!(しおり・ポスター・承諾書)

「献眼」「角膜移植」などといった「アイバンク」に関する言葉をまずは知っていただき、身近に感じて頂くために、各医療機関においてアイバンクのしおりや眼球提供承諾書の配布、ポスターの掲示をお願いいたします。

ご記入いただいた、眼球提供承諾書は本アイバンクまでお送りください。

登録手続き終了後、登録票を登録者へお送りいたします。

なお、平成22年1月17日より、親族優先提供という親族に対し角膜を優先的に提供したいという意思表示することが可能になりました。その際、署名した日付がある書面が必要となり、登録票の裏面にも表示可能です。なお、親族優先提供の範囲は1親等となります。(配偶者・子及び父母)

お知らせ

1. この登録票は提供者ご自身になるべく身につけてください。(当アイバンク本部には、眼球提供承諾書を保管しております。)

希望される場合は、ご署名下さい。ご署名した場合は、本人の御意志を尊重して、御遺族の御意思とならば、出来る限り早く、下記の所に御連絡ください。

私は、献眼の際、親族優先提供を希望します。

署名 福岡 太郎 署名年月日 平成24年10月10日

FUKUOKA eye 本部 (公財)福岡県医師会アイバンク
〒812-0016 福岡市博多区博多駅2丁目9番30号
TEL 昼間 092-431-4564・夜間092-471-0099

眼球提供承諾書 記入しない

登録番号 第 号

私は角膜移植のため死後眼球を寄贈します。

ふりがな 氏 名 福岡 花子 押印 男・女

生年月日 M T S H 10 年 10 月 10 日 血液型 A・B・AB O

住 所 福岡市博多区博多駅南2-9-30

〒 8 1 2 - 0 0 0 0 TEL

(近親者)

私は提供者の意志を尊重し眼球寄贈に同意します。

ふりがな 氏 名 福岡 太郎 押印 続柄 夫

住 所 福岡市博多区博多駅南2-9-30

〒 8 1 2 - 0 0 0 0 TEL

平成 年 月 日

公益財団法人 福岡県医師会アイバンク

登録票 (提供者及び近親者保管用)

登録番号 第 号

ふりがな 氏 名 福岡 花子 押印 男・女

生年月日 M T S H 10 年 10 月 10 日 血液型 A・B・AB O

住 所 福岡市博多区博多駅南2-9-30

〒 8 1 2 - 0 0 0 0 TEL

目 の不自由な人のためにあなたの眼球は上記の通 記入しない

FUKUOKA eye (公財)福岡県医師会アイバンク

うら面

眼球提供承諾書 記入例

目の
愛護デー

10.10

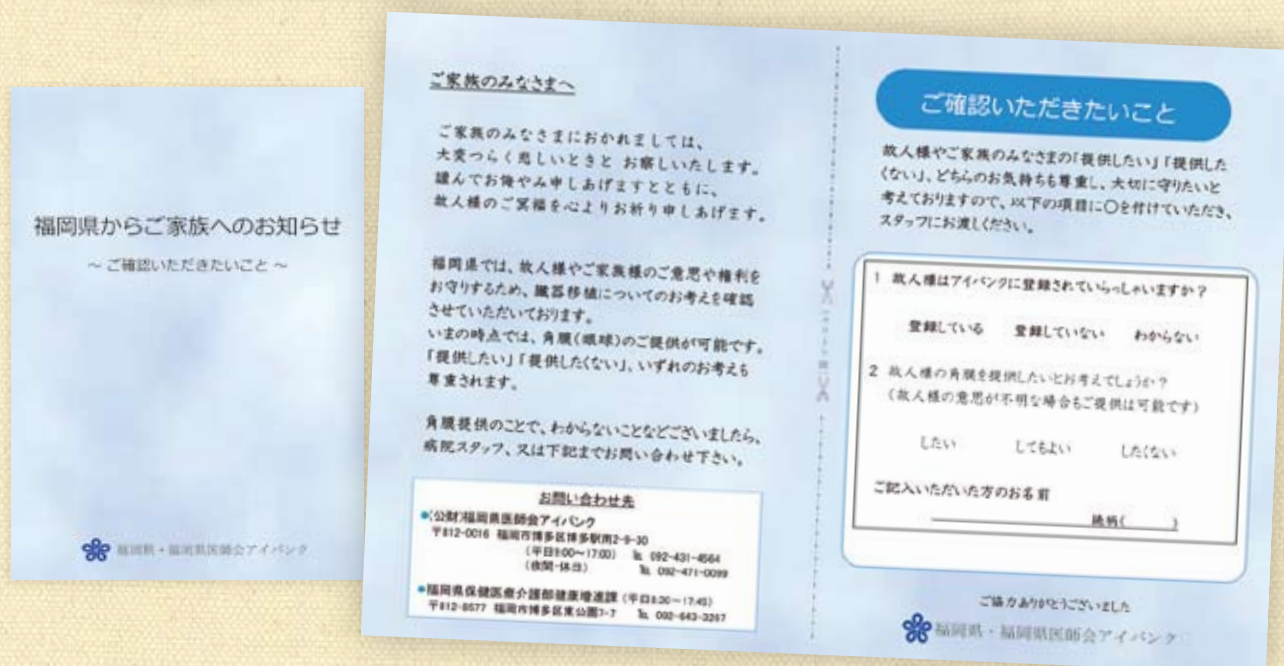
年に一度、目の健康チェック!

献眼登録されている方を対象に、提供意思・登録意識の再確認、また目の健康状態を知ること、目の衛生意識の向上に努める事を目的として、毎年、10月1日から10月10日の間に福岡県医師会員の眼科医院で無料検診を受けることができる機会を年に1回設けております。

♥ 献眼登録者が来院の際は、ご対応をお願いいたします。

♥ 無料検診の詳しい内容については、本アイバンクまでお尋ねください。

2. 福岡県からご家族へのお知らせ(パンフレット)



故人様やご家族の意思、権利を尊重したうえで、亡くなられたあとにご家族にお渡ししていただき、角膜移植についての考えを確認するパンフレットとなっております。

献眼登録をしていない方、今まで献眼について考えていなかった方でも、角膜移植について少しでも早い段階で知っていただき、献眼について一度考えていただくために福岡県と共同で作成致しました。

各医療機関において、事前にご準備頂き、ご協力をお願い致します。

3. 賛助会員加入にご協力を！

本アイバンクは、角膜移植の普及啓発及び促進、眼の衛生思想の普及向上を図ることを目的として事業を行っております。本アイバンクの趣旨をご理解いただき、ご支援ご協力をお願いいたします。詳しくはホームページをご覧ください。

なお、申込書は福岡県医師会ホームページ「アイバンクについて」よりダウンロード可能となっております。

ホームページ <https://www.fukuoka.med.or.jp/eyebank.html>

賛助会費

個人：1口 1000円

法人・団体：1口 5000円

1. 2. 3.

ご協力いただける場合にはご連絡ください。必要な部数(用紙)をご用意させていただきます。(福岡県医師会アイバンク TEL:092-431-4564)

4. 提供の意思表示があった場合、まずはアイバンクにご連絡を!

(福岡県医師会アイバンク TEL:092-431-4565 24時間:092-471-0099)

提供の意思が表示された場合には、下記順序にてご対応ください。

①生前にドナーまたはご家族より献眼の意思表示



提供の意思表示があることをアイバンクへご連絡下さい。

②アイバンクへ連絡



医療機関よりアイバンクへドナーが発生したことをご連絡下さい。

その際、ドナーの氏名、死亡日時、死亡原因、ご家族の氏名、住所など個人・医療情報についてお伝えください。
なお、献眼は本人の意思のみでは行えませんので、予めご家族の同意をご確認ください。また、献眼登録されていない方でもご家族の同意があれば、献眼可能です。

③摘出医の確保



アイバンクより摘出(移植)医療機関へ摘出依頼の連絡を致します。

なお、摘出場所は可能な限りご家族のご要望にお応え致します。(医療機関・ご自宅・葬儀場等)

④医療機関へ確認の連絡



アイバンクより医療機関へ摘出(移植)医療機関が決まり次第、ご連絡致します。

その際、ドナーの詳しい情報(感染症(エイズ・B型肝炎・C型肝炎等)の検査結果等)について伺うことがあります。

眼が乾かないように、
軽く閉じておきます。



…摘出医の到着までお待ち頂きます…

⑤ 摘 出

ドナー



- ・ 摘出医が到着次第、ご家族に**摘出方法について説明**を行い、**承諾書**にご署名いただきます。
- ・ 摘出方法は**前眼部摘出**と**全眼球摘出**の2つの方法があります。
本アイバンクは前眼部摘出を基本方針としますが、マイクロケラトロンという前眼部のみを摘出する機具を所有していない医療機関もあるため、全眼球摘出する場合があります。
(前眼部摘出:眼球の最前部にある角膜のみを摘出致します。)
(全眼球摘出:眼球全てを摘出致します。)
- ・ 摘出後は外見上不自然にならないように、**義眼**を入れ整顔致します。
- ・ **死後6時間～12時間以内**に摘出を行い、所用時間は**30分～40分**程となります。
- ・ 感染症の恐れがないか、**若干量の採血**をさせていただきます。

— このような方も献眼可能です —

◆未成年、高齢者の方(年齢制限はございません。)

3才以下のお子様については、角膜の発育の未熟性から難しくなります。

◆近視・遠視・乱視・白内障の方

治療のための手術を受けた方でも、角膜が透明であればご提供いただけます。

しかし・・・ 感染症(エイズ・B型肝炎・C型肝炎等)の場合は、ご提供いただけません。

⑥ 感謝状

ドナー



ドナーへ厚生労働省、日本アイバンク協会、福岡県医師会アイバンクより感謝状をお送りいたします。

以上が、一連の流れとなっております。
何かご不明な点がございましたら、ご連絡下さい。

摘出移植医療機関

福岡県医師会に本部を置き、北九州・産医大・福岡・筑豊・筑後に支部を設けております。

支 部 名	連 絡 先	
北 九 州 支 部	JCHO九州病院 製鉄記念八幡病院 小倉記念病院	TEL/093-641-5111 TEL/093-672-3176 TEL/093-511-2000
産 業 医 科 大 学 支 部	産業医科大学病院	TEL/093-603-1611
福 岡 支 部	九州大学病院 福岡大学病院 林眼科病院 大島眼科病院 九州医療センター	TEL/092-641-1151 TEL/092-801-1011 TEL/092-431-1680 TEL/092-281-3020 TEL/092-852-0700
筑 豊 支 部	飯塚病院 菅井眼科医院	TEL/0948-22-3800 TEL/0949-32-0322
筑 後 支 部	久留米大学病院	TEL/0942-35-3311



公益財団法人

福岡県医師会アイバンク

所在地 〒812-0016福岡市博多区博多駅南2-9-30
 連絡先 TEL 092-431-4564 24時間 092-471-0099
 FAX 092-411-6858
 E-MAIL eyebank@fukuoka.med.or.jp