

# **献眼(角膜提供)マニュアル**

**(公益財団法人)ひろしまドナーバンク**

**2018~2019**

**ライオンズクラブ国際協会 336-C地区**

**地区糖尿病・献血・献眼・献腎・薬物乱用防止・環境保全・保健福祉委員会**

# 献眼(角膜提供)マニュアル

献眼(角膜提供)は、いつどこで発生するか分かりません。ご遺族等から連絡を受けたときに、速やかに関係機関への連絡とともに、通夜・葬儀への対応を行わなければなりません。基本的な流れは以下のとおりになっておりますので、これに添って関係部分に対応して下さい。

I. 献眼(角膜提供)の発生

II. 摘 出

III. 摘 出 角 膜 の 搬 送

IV. 安 全 性 の 確 認 検 査

V. 角 膜 の 搬 送

VI. 移 植

VII. 通 夜 ・ 葬 儀

VIII. 業 務 終 了 後 の 対 応

# I . 献眼(角膜提供)の発生

献眼(角膜提供)の申し出を受けたら、次の事柄を確認のうえ別紙献眼(角膜提供)確認票に記入し、その内容を「ひろしまドナーバンク」等にご連絡下さい。

1. 申し出られた人の 氏名、続柄、TEL : ( ) -
2. 献眼(角膜を提供)される人の 氏名、住所、性別、年齢、死因  
登録の有無、死亡時刻、死亡場所、  
主治医
3. 摘出の場所 自宅、病院、その他( )  
TEL : ( ) -
4. 遺族等への依頼 角膜の乾燥を防ぐため眼を閉じ、  
まぶたの上に濡れタオルかガーゼ  
を置くようお願いする。
5. 連絡先と役割
  - 1) ひろしまドナーバンク TEL (082) 256 - 3523  
FAX (082) 256 - 3522

役 割	摘出医の派遣依頼、ホストクラブの選出依頼、弔電の打電等
-----	-----------------------------

- 2) 広島大学視覚病態学教室 (昼間)TEL (082)257-5247  
(夜間)TEL (082)257-5516

役 割	摘出医の派遣、血液検査への手配、検査、 レシピエント(移植者)の選定、移植医療機関との連絡調整等
-----	---

- 3) キャビネット当年度献眼等委員長 永井 清之  
(2018年7月~2019年6月) (東広島あきつライオンズクラブ)  
TEL (0846)45-5519 FAX (0846)45-2060

役 割	ホストクラブの選出、感謝状・弔辞等葬儀への対応
-----	-------------------------

- 4) 当年度担当地区キャビネット副幹事 小田 慶彦  
(2018年7月~2019年6月) (広島イーストライオンズクラブ)  
携帯番号 090-3176-3330

6. 連絡内容(電話での場合)

- |         |               |
|---------|---------------|
| ① 献眼者氏名 | ⑥ 死亡場所        |
| ② 年齢    | ⑦ 摘出予定場所      |
| ③ 性別    | ⑧ 死因          |
| ④ 登録の有無 | ⑨ 主治医名及び連絡先   |
| ⑤ 死亡時刻  | ⑩ 献眼の申し出者名と続柄 |

## Ⅱ.摘 出

角膜の摘出は、原則、広島大学視覚病態学教室から眼科医2名が出向き行います。摘出場所は医療機関、自宅など何処でも可能ですが、医療機関以外の場所では、ライオンズクラブの方々に摘出医の誘導をお願いすることがあります。

### 1. 摘出の方法

基本的に「角膜のみ」を摘出する方法で行います。

### 2. 摘出機材＝摘出医が持参します。

(摘出キット、義眼、保存液、注射器、採血管など)

### 3. 必要書類

次の書類を摘出医が持参します。

①「眼球(角膜)提供承諾書」(記入＝遺 族)

②「眼球(角膜)摘出記録書」(記入＝摘出医)

### 4. 感染症等の罹患の確認及び採血

摘出医が主治医に感染症等の確認を行うとともに、ご遺体の鎖骨下静脈から5cc程度の血液を採取させていただきます。

### 5. 事前準備

#### 1) 出迎えの必要な場合の連絡体制の確認

摘出医の連絡先、待ち合わせ先の確認

#### 2) 必要書類の記載の手伝い

「眼球(角膜)提供承諾書」「眼球(角膜)摘出記録票」

### 6. 留意すべきこと

摘出医の協力要請がない限り、感染防止のために原則として摘出現場には立ち入らないようにして下さい。

### Ⅲ. 摘出角膜の搬送

摘出された角膜は、容器に表示を行い、一旦、広島大学視覚病態学教室に搬入することを原則としています。

### Ⅳ. 安全性の確認検査

法律の改正によりまして、ご提供頂いた角膜が移植可能か否かを確認することが求められています。そのために、ご遺体から5cc程度の採血をさせて頂き、検査機関に外注して次の検査を行います。

また、移植に欠かせない内皮細胞解析検査も実施し、これらの検査結果(1~4日間)により、移植の使用が確認出来た角膜を移植希望者の登録順序に従い、あつせんします。

検査項目		
1.HBs 抗原	2.HCV 抗体	3.梅毒
4.HIV 抗体	5.HTLV-1抗体	

従いまして、ご提供の段階で、明らかに移植ができないことが判明している場合は、ご遺族の了承のもと、献眼をお断りすることにしていきます。

### Ⅴ. 角膜の搬送

移植可能な角膜に下記書類を添付して、移植を受ける患者さんが入院される移植実施医療機関に搬送します。搬送は、原則として当該医療機関において対応して頂き、その経費は後日バンクに請求して頂きます。ただし、それが困難なときには、バンク職員或いはライオンズクラブにお問い合わせすることもあります。

#### 記

1. 角膜摘出記録書の写し
2. 角膜受領書

## VI.移 植

ご提供頂きました移植可能な角膜は、一番長く待っておられる移植希望者が登録している移植実施医療機関において移植されます。その際、移植医には「移植術実施の説明記録書」を作成して頂きます。

## VII.通夜・葬儀

角膜提供者のお通夜或いはご葬儀にホストクラブの方々に参列して頂くことになっています。その際、次のような対応をお願いします。

### 1. 日時の確認

バンク或いはホストクラブがご遺族に確認し、それぞれ連絡し合う。

### 2. 感謝状等の準備

#### ① ライオンズクラブ〈●印〉

感謝状4通

(厚生労働大臣(コピー)・ライオンズクラブガバナー名・

バンク理事長名(3通ZC所持)、ホストクラブ会長名の感謝状に  
 献眼者名、献眼年月日をご記入ください。

献 花2本(地区ガバナー名、バンク理事長名(10,000円相当))

弔 電1本(地区ガバナー名(3,500円相当))

額 縁4面(感謝状の枚数(2,500円相当))

香 典(地区ガバナー(10,000円))

#### ② ひろしまドナーバンク(○印)

弔 電2本(バンク理事長名、広島大学視覚病態学教室)

種 別	準 備 す べ き も の				
	キャビネット	バ ン ク	厚生大臣	ホストクラブ	広大視覚病態学
感 謝 状	●ZC所持	●ZC所持	●ZC所持	●	
献花(生花又は花輪)	●キャビネットに請求	●バンクに請求		任意	
弔 電	●キャビネットに請求	○		任意	○
額 縁	●キャビネットに請求	●バンクに請求	●バンクに請求	●	
香 典	●キャビネットに請求			任意	
弔辞・クラブ旗				ご遺族と打合せ	

### 3. 参 列

ホストクラブの方がクラブ記章を付けて参列し、出来れば葬儀開式前(僧侶着席前)に、弔辞、感謝状の代読し、感謝状の伝達を行う。

その際に、事前にご遺族(喪主)と十分打ち合わせて了承を頂くとともに、ライオンズ旗の掲揚、記録写真の撮影についての許可を受けることが望ましい。

## VIII.業務終了後の対応

### 1. 経費の精算

次のものについては、バンクが経費を負担させて頂くことになっていますので、別添請求書によりご請求下さい。

- ① バンク献花(10,000 円相当)
- ② 搬送経費(搬送に従事された場合のみ、実費請求)
- ③ 額縁代(ドナーバンク名、厚生労働大臣名)

### 2. 必要書類の整理・保存

次の書類をキャビネット、地区献眼委員長、バンクに送付するとともに、ライオンズクラブとして保管すべき下記書類を整理する。

- ① 献眼(角膜提供)者報告書
- ② 献眼経費請求書

### 3. 厚生労働大臣の感謝状の伝達

厚生労働省への申請は、ひろしまドナーバンクが行い(申請日は毎月5・15・25日)、感謝状は約1ヶ月後に送られて来ます。送られて来ました感謝状は、供物(羊羹)とともにホストクラブ宛に送付しますので、ご遺族宅を訪問し、ご霊前にお供え下さい。



年 月 日

(公財) ひろしまドナーバンク御中

広島県〇〇市〇〇町〇〇  
〇〇〇ライオンズクラブ  
会計〇〇 〇〇

献眼経費請求書

献眼者名 ライオンズ 太郎

項 目	金 額
供花代 ((公財)ひろしまドナーバンク名)	
額縁代 (ドナーバンク名、厚生労働大臣名)	
合計請求金額	

■振込先 銀行 支店 普通 口座番号

■振込先 ライオンズクラブ 会計

※領収証のコピーを添付して下さい。

年 月 日

ライオンズクラブ国際協会 336-C 地区  
キャビネット事務局 御中

広島県〇〇市〇〇町〇〇  
〇〇〇ライオンズクラブ  
会計〇〇 〇〇

献眼経費請求書

献眼者名 ライオンズ 太郎

項 目	金 額
供花代 (336-C 地区ガバナー名)	
香 典 (336-C 地区ガバナー名)	
額縁代 (336-C 地区ガバナー名)	
吊 電 (336-C 地区ガバナー名)	
合計請求金額	

■振込先 銀行 支店 普通 口座番号

■振込先 ライオンズクラブ 会計

※領収証のコピーを添付して下さい。

キャビネット、ドナーバンクへの

## 献眼者報告書

No. \_\_\_\_\_

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

死亡献眼者

1. 氏名 \_\_\_\_\_

2. 住所 広島県 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 郡 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_ 町 \_\_\_\_\_ 番地

性別 男 女

生年月日 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

3. 病院 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

4. 死亡時刻 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

5. 登録 有 無 \_\_\_\_\_ 登録No. \_\_\_\_\_

登録日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

6. 喪主氏名 \_\_\_\_\_

7. 摘出時刻 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

8. 摘出医師名 \_\_\_\_\_

9. 摘出病院 \_\_\_\_\_

10. 葬儀日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

11. 場所 \_\_\_\_\_

12. 確認

厚生労働大臣		ドナーバンク		地区ガバナー		ホストクラブ	
感謝状		感謝状		感謝状		感謝状	
献花（生花又は花輪）	/	献花（生花又は花輪）	/	献花（生花又は花輪）	/	献花（生花又は花輪）	/
弔電	/	弔電	/	弔電	/	弔電	/
額縁		額縁		額縁		額縁	
香典	/	香典	/	香典	/	香典	/
弔辞・クラブ旗	/	弔辞・クラブ旗	/	弔辞・クラブ旗	/	弔辞・クラブ旗	/

キャビネット FAX 082-245-0503  
(公財)ひろしまドナーバンク FAX 082-256-3522

# 感謝状

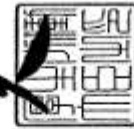
殿

あなたはこのたび<sup>公益財団法人</sup>ひろしまナビバンクに  
角膜の提供をされ眼の不自由な  
方々へ光をもたらされました  
その崇高なお心は社会の模範と  
なるものであります  
よつてここに深く感謝の意を  
表します

平成 年 月 日

厚生労働大臣

塩崎恭久



# 感謝状

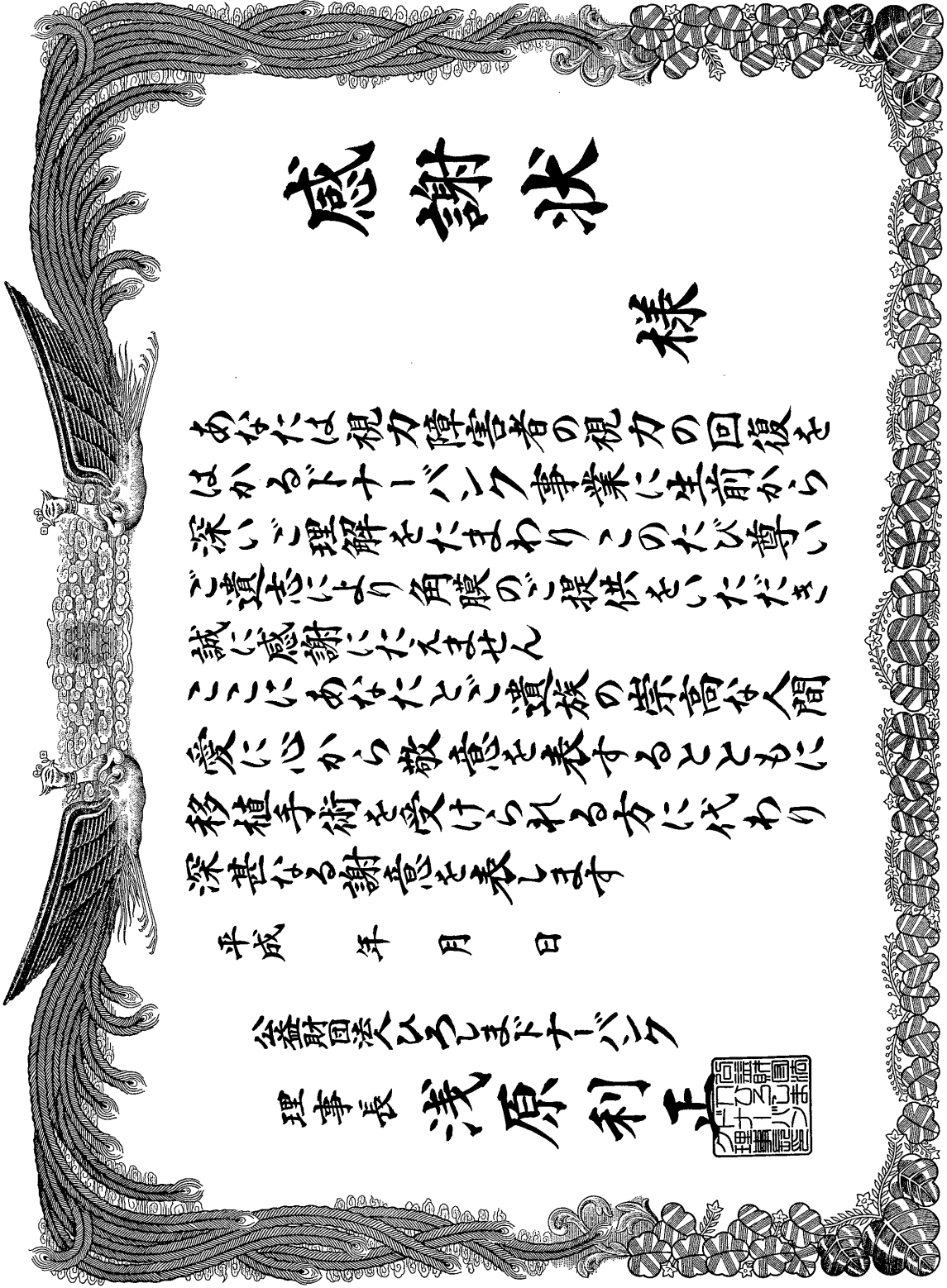
様

あなたは視力障害者の視力の回復を  
はかるドナーバンク事業に生前から  
深いご理解をたまわりこのたび尊い  
ご遺志により角膜のご提供をいただき  
誠に感謝にたえません  
ここにあなたのご遺族の崇高な人間  
愛に心から敬意を表するとともに  
移植手術を受けられる方に代わり  
深甚なる謝意を表します

平成 年 月 日

公益財団法人びわこドナーバンク

理事長 浅原利正



# 感謝状

様

趣旨に御賛同賜わり角膜を提供  
されましたことは感謝に堪えません  
故人及び御遺族の崇高な人間愛に対し  
衷心より敬意を捧げると共にこの運動  
の進展に大きな寄与をなされました  
ことに深甚なる謝意を表します。

平成 年 月 日

ライオンズクラブ国際協会

三三六-C地区

地区ガバナー 長崎孝太郎

## 献眼発生からの一般的な流れ

献眼の流れ	内 容
献 眼 発 生	<p>☆心停止後に連絡（死後6時間以内での摘出が理想）</p> <p>【連絡者：遺族或いは献眼の意思・希望を確認した主治医・LCメンバー等】</p> <p>☆連絡先（24時間対応）・・・・・・ひろしまドナーバンク（082）256-3523                      （夜間：バンクに連絡が取れなかった場合の緊急連絡先 広 大 眼 科 夜間（082）257-5516）</p> <p>☆連絡事項・・・献眼される方の（氏名、年齢、性別、死亡時刻、死因）、摘出予定場所、折り返しの連絡先                      （遺族から自発的に親族優先提供の意思表示があった場合、その情報）</p> <p>☆角膜の乾燥防止・・・眼を閉じ、まぶたの上に濡れタオルかガーゼを置いて頂くこと。</p>
摘 出	<p>☆ 摘出医が摘出場所を訪問＝大学眼科医等が向向（タクシー等）                      （摘出場所により到着までに時間がかかることがあります。）</p> <p>書類・・・「角膜提供承諾書」（遺族記入用）（ご遺族の総意での提供承諾が必要）                      「角膜提供者の非適応基準」（問診表＝遺族・提供施設関係者記入用）                      「親族優先に係る親族関係確認書」（遺族代表記入用）・・・下記前提条件をクリアしている場合のみ                      「角膜摘出記録書」（摘出医記入用）</p> <p>☆主治医・ご遺族等と面談（インフォームド・コンセント）</p> <p>☆ご遺族にお願いすること</p> <p>○非適応基準等の確認（問診表への記入）</p> <p>①原因不明の死 ②全身性活動性感染症（敗血症など）</p> <p>③HIV抗体、HTLV-1抗体、HBs抗原、HCV抗体などが陽性</p> <p>④活動性ウイルス脳炎等（クローンツフェルト・ヤコブ病及び疑い、原因不明の脳炎、進行性脳症など）</p> <p>⑤原因不明の中枢神経系疾患 ⑥重症急性呼吸器症候群</p> <p>⑦眼内悪性腫瘍、白血病、ホジキン病、非ホジキンリンパ腫等の悪性リンパ腫</p> <p>○「提供承諾書」の記入</p> <p>○「死亡診断書」写しの提供（事前にコピーを準備していただくのが理想的です）</p> <p>○親族優先提供の前提条件の確認と下記書類等の受領</p> <p>①「親族優先に係る親族関係確認書」と角膜移植希望登録の確認</p> <p>②戸籍謄本等の公的証明書の提供（後日でも可）</p> <p>○採血への了解（5cc）摘出医が採血（お亡くなりになった直後に施設で採血の依頼が出来れば理想的です）</p> <p>☆摘出時間＝約1時間</p> <p>☆摘出後、義眼を装着し、ご遺族に顔貌を確認して頂きます。</p>
検 体 検 査	広島大学病院眼科で行います。
レシピエント選定	<p>☆ 検査結果により角膜の安全性確認後、待機時間の長短、緊急性に応じてレシピエントを選定します。</p> <p>☆ 親族優先提供の場合、当該親族への角膜移植を優先する。</p>
通 夜・ 葬 儀	<p>☆通夜・葬儀日時、場所、喪主、ホストLC等の確認＝バンク担当</p> <p>☆弔電打電＝バンク担当（広大眼科分も含め）</p> <p>☆花輪、感謝状の手配＝ホストLC担当、費用は後日バンクに請求。</p> <p>☆弔問＝ホストLC担当（感謝状の伝達：LCガバナ一名、バンク理事長名、厚生労働大臣名写し、ホストLC）</p>
幹 旋 角 膜 の 搬 送	☆原則移植医療機関が対応（バンク職員、ライオンズ会員が従事することもあり得ます。）
厚生労働大臣の 感謝状伝達等	<p>☆感謝状交付申請・準備＝バンク担当</p> <p>☆供物・感謝状の郵送＝バンクからホストLCへ</p> <p>☆伝達＝ホストLC（献眼から約1か月後）</p>

★親族優先提供の前提条件・・・・・・こちらから親族優先提供の希望を確認する必要はありません。

2010年1月の一部法改正により親族優先提供が可能となった。表内「\_\_\_\_\_」の部分が親族優先提供の注意点

- 1) 書面による臓器提供及び親族優先提供の意思表示があること。  
 （アイバンク登録カード・臓器提供意思表示カードに「私は、親族優先提供を希望します。」旨の書面）
- 2) 家族・遺族の総意による承諾であること。
- 3) ドナーが15歳以上であること。（民法上、遺言状が書ける年齢＝法的に有効な意思表示）
- 4) 提供を受ける親族が移植希望登録をしていること。
- 5) 移植を受ける方が該当する「配偶者、子及び父母」であること。（戸籍謄本等の公的証明書により確認）

【連絡先：公益財団法人ひろしまドナーバンク（082）256-3523】