

ちばヘルス財団だより

2016
vol.19

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

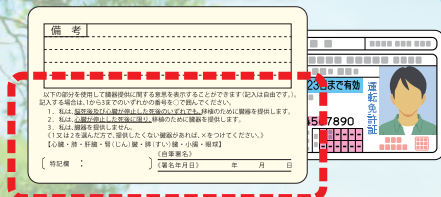
つなげられる「いのち」がある

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。



千葉ヘルス財団作製ポスター

目 次

	ページ
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新聞掲載.....	2
「保健」「医療」「福祉」の連携が重要	
千葉ヘルス財団理事 中村 宏	
臓器移植推進に向けての新聞掲載.....	2
救える命 救いたい 脳死移植を考える	
千葉ヘルス財団臓器移植部会副会長 川越一男	
平成28年度在宅ケア研修会	
(テーマ 在宅での看取り～穏やかな人生の最期を迎えていただくために～).....	3
講師等 小林澄子氏、伊藤真美氏、眞鍋知史氏 大塚明子氏、赤間美恵子氏、渡辺智恵子氏	
平成28年度臓器移植推進についての市民公開講座.....	11
(テーマ “知ろう、学ぼう” ～透析医療・腎臓移植の実際と展望～)	
講師等 首村守俊氏 大月和宣氏、菊池雅美氏 他	
講師派遣による臓器移植推進出前講座.....	21
高校生対象の臓器移植推進出前講座.....	22
その1 (於：地方独立行政法人総合病院 国保旭中央病院)	
講師 後藤清美氏	
その2 (於：千葉県立我孫子高等学校)	
講師 木内博文氏、河合容子氏	
(公財) 千葉ヘルス財団の事業 平成27年度.....	26
(公財) 千葉ヘルス財団役員および企画委員名簿.....	29



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

明けましておめでとうございます。

皆様におかれましては、新たな気持ちで、お健やかに新年をお迎えのこととお慶び申し上げます。

また、平素から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、保健医療分野における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、在宅ケアの充実と臓器移植の推進を大きな柱として、事業展開を図り、県民の皆様の健康保持と保健医療の向上に努めております。

さて、わが国は、高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する在宅医療の充実が求められており、このためには、在宅医療・介護を担う関係者の方々が協働して、患者を支えるシステムを構築することが急務となっています。

一方、臓器移植につきましては、平成22年に臓器移植法が改正され、わが国も諸外国と変わらぬ制度となりましたが、国内での臓器移植は依然として少なく、特に、心臓移植に関しては、やむを得ず海外渡航される方が跡を絶たないのが現状です。

このような状況の中、今年度の在宅ケア研修会では、在宅ケアの一層の充実に向けて「在宅での看取り～穏やかな最後を迎えていただくために～」をテーマに、在宅ケアを実践されている診療所の先生の基調講演を行い、その後に、医療・福祉・介護福祉関係者を交えてのパネルディスカッションを行いました。

また、近年、全国各地域において、甚大な災害が発生していることから、災害時の支援をテーマに印旛・山武地区において、地域在宅ケア研修会を開催し、災害時の支援のあり方についての講演を行いました。

臓器移植推進についての市民公開講座では、腎臓病患者の方々に最新の医療を学んでいただくため、「“知ろう、学ぼう”透析医療、腎移植の実際と展望」をテーマに医療現場で腎臓病患者の方々の治療と移植に携わっている先生の基調講演を行い、その後に生体腎移植を体験なされたご夫婦の体験談とパネルディスカッションを行いました。

また、臓器移植をより一層、進めるためには、教育の中での議論も重要であることから、今年度から新たに高校生を対象とした臓器移植推進出前講座を開始しました。

本県は、今後、高齢化が急速に進む中で、一人暮らしの方々の介護や高齢者が高齢者を介護する老々介護の方々の増加が予想され、難病患者さんをはじめ、これらの方々を地域全体で支援していくことが求められるなど、在宅ケア体制の充実喫緊の課題であり、当財団の果たす役割も、益々、大きくなっていくものと思われます。

当財団の運営も大変厳しい状況にありますが、県民の皆様にご理解を賜り、一層の充実、発展に努めていく所存ですので、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、皆様のますますのご活躍と、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。

千葉日報掲載（平成28年9月13日）

「保健」「医療」「福祉」の連携が重要

千葉ヘルス財団理事 中村 宏医師に聞く



なかむら・ひろし 千葉大学医学部卒業。川鉄千葉病院外科医長などを経て、1983年、鴨川市立国保病院院長に赴任。15年間、院長を務めた後、千葉中央メディカルセンターなどで地域医療を担当。2004年、在宅療養支援診療所「クリニックあした」を開業。千葉市中央区出身。

病氣にこつても、慣れ親しんだ自宅へ長く過したい。多くの異民の切なる願ひの一つだろう。そこでキリシタン療法の在り療だの。多岐にわたるキリシタン財団理事の村松安樹(12)は昭和三十九年国保病院の院長時代に、奥内では早く在宅医療を推進した。現在でも在宅療養支援診療所「クリニックあしたは」を川市中央区の院として、訪問診療に忙しか。在宅療養の先駆者にして第一人者は超高齢化社会を捉え、一地域で高齢者を包括的にケアしつゝためには、保健と医療、福祉の連携が重要になる」と訴えている。

在宅医療は地域づくり

——在宅医療に取り組む
ようになったきっかけは
よくないのなら、こちらが患
者の所に行けばいいという
こと。

で鴨川市立国民病院に院長として赴任した。そこで、退院したものの、交通手段がなく、通院できない山がある。高齢者が勢ひいる現を自分の目にした。事実上、医療から切り離れた高齢者を支援するために、当時、院長に相談して在任での診療を始め、患者が入院に来るに任じ、高齢者の居場所

医師も在宅医療に目を

「現在在宅医療現場にいて、どう思いますか」

中村 進へるという地域にあるが、千葉市に限って言えば在宅医療を取り組む医師が少なくない。違い患者と、緊急時の対応が難しい。たとえば、その地域の難いトコを演じたが、なかなか頼るべき医師がいない。で、頼るべきの医師に在宅医療と目をかけてほしい。通院にリスクがあるなか、家にいる患者であれば、医師が師匠が行くかなければいい。

医師にとって24時間の対応を迫られる在宅医療だが、普段から患者や家族とが、

のコミュニケーションを良
くして意識リーディングを
行えば、さまざまな事態を事
前に予測し、対応できると
なることになる。

◆ 今後地域医療のあり
方について、お話を聞
きたい。

中村 医療だけでははた
められない。1次、2次、3次ケ
ケアがある。病気の予防、保
健師や行政の関与が必要
だ。2次は短期入院、1日
治療、3次は在宅も含
めた早期の回復。3
次が提供できる地域求
められたい。保健と医
療、福祉の連携が大事
になっている。

も清潔な客間に移った。私が在宅医療に取り組むようになった原点の二つがこの出来事だった。

往診は患者や家族に呼ばれていくのだが、訪問診療は定期的に医師や看護師が出向くもの。健康な状態の維持が務めて、家族ぐるみで患者を見る必要がある。

にしているなど二、部から批判されたこともあったが、当時の市長の後押しもあり、鴨川市で先進的なケアシステム作りが進んだ。県内で初めてとなる市総合保健福祉会館がオープンし、95年には当時まだ珍しかった行政直営のデイサービスセンターや24時間対応の相談窓口「在宅1100

千葉日報掲載（平成28年9月30日）

救える命 救いたい 脳死移植を考える

(公財)千葉ヘルス財団
臓器移植部会副会長

川越 一男医師に聞く



かわこえ・かずお 救急救命医。帝京大学医学部卒業。帝京大学医学部付属病院救命救急センター、新行徳病院などを経て、1991年に医療法人美善会五井病院に勤務。2002年から同病院理事。県医師会副会長。市都市医師会理事。大綱1日里市出身。

臓器移植でしか助かる人は、命がある。臓器移植すれば助かる命がある。「救える命を救いたい」と声に力をつけぬる。(公財)千葉へNPO法人「臓器移植推進委員会」の川越一男医師(61)は、NPO法人「臓器移植を推進する会」の理事長としても活動。臓器移植に関する講演会を開いてきた。「臓器移植を押つけるつもりはない」と明言すると、心臓医師。自分が臓器を「たら」。家族に臓器移植が必要なら「たら」。自分がその立場にたつた時に、どうするかなんかでも考えてほしい」と求めている。

理解を広める機会を

「NPO法人を立ち上げた経緯は」

川越 源来して「ロンビ」の大学教授で加藤朗医師の父で、移植手術を受けた患者のフォローアップ外来で、私の病院で、2007年から始めた。患者が全国から加藤医師の診を受けに来る。移植前の患者が相談に来る。患者の多くは子どもだったが、移植前の保護者の悲かな表情や、移植後の明るい表情に接するたびに、なぜアメ

リカにかないた。この子どもだろ。」「なぜ日本が月本人の命を救えないのか。その間がなき起った。それがないと臓器移植法の改訂が取り沙汰され、うつつだった。いろいろな野人の話を聞いて、医師や、一般の人の意見を聞き、理解する義務を作った」と思い、11年10月、加藤医師ととも「NPO法人を立ち上げた。これまで講演会を3回開

さ、政治家や元医師の生
職、臓器提供者の家族、
弁護士らを講師に招い
た。

——日本の脳死移植の
現状は

川越 欧米と韓国に比
べて、日本の脳死移植の
件数は圧倒的に少ない。
個人的な意見だが、将
来的には再生医療が主流

教育の中で議論が必要

なぜ、日本で死は脳死移植が少ないのか。今後の課題は、川越 1968年に日本で初めて行われた心臓移植に大きな関連があり、日本にその模範は残っていない。また、日本は脳死判定をできる病院が少な

きで、十分な家族歴をたててくなく、自分家族歴が脳死になった時にどうするか、家庭間で話し合っていない。後は子どもたちへの教育、脳死や臓器提供について、教育の中で議論をしていく必要があると思っています。

問題である。判定する医師も、脳死判定の適用の問題も煩雑で大量の事実をこなさなければならず、負担が極めて大きい。移植コーディネーターの教行逆施に足りていないことが脳死移植が少ないう原因の一つ。

今後の課題は、まず救急救済医や脳神経外科医に脳死移植を理解していただくこと。国民にも、自分や家族が移植を受けなければ生かれない、という意識を喚起し、今後の活動、抱負をお願いします。

川越：臓器提供を促しつつも、お一人は全くない。反対の場合も立派な考え方ではない。臓器提供しなければならぬ。かを考えておてもいい。臓器提供を促すか、ならえやうに活動をしてほしい。一人の体何人も命を救う。臓器の提供は命の糸にしろ。そのことをよく知っておいてほしい。

国別臓器移植数 (2013)									
100万人あたりの 臓器提供者数	OPTING IN					OPTING OUT			
	日本	韓国	アメリカ	ドイツ	イギリス	オーストラリア	フランス	スペイン	
	0,7	8,4	26,0	10,9	20,8	24,6	25,5	35,1	
臓器移植数	心臓	38	127	2,562	313	194	64	410	249
	肺	41	46	1,619	371	211	128	299	285
	肝臓	39	367	6,132	884	870	130	1,241	1,070
	腎臓	155	750	12,270	1,547	2,156	347	3,074	2,170
	膵臓	33	57	214	128	235	19	85	92

※OPTING IN:本人が生前、臓器提供の意思を表示していた場合または家族が臓器提供に同意した場合、臓器提供が行われる。(日本の場合、法改正後も基本的には本人の生前の意思を尊重するOPTING IN には変わりはないが、生前の意思が不明な場合、家族の承諾があれば、臓器提供が可能となった。)

※OPTING OUT:本人が生前、臓器提供に反対の意思を残さない限り、臓器提供をするものとみなす。臨床の現場では家族の反対があれば実際には臓器提供をしないことが多い。

出典:IRODaT&DTI Foundation、公益社団法人日本臓器移植ネットワーク

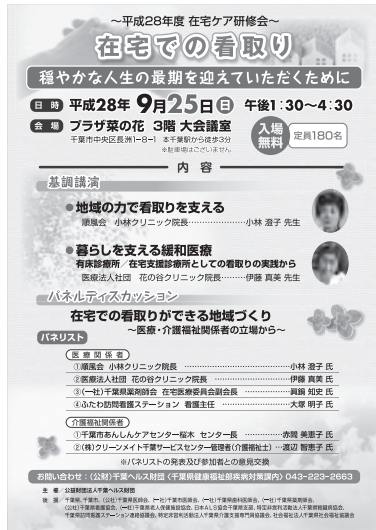
て全部が全部命を救えるわけではな
いが、今では移植
の成功率も上が
り、薬も良くなり
副作用もそれほど
出なくなった。技
術や薬は進歩し
ているので、移植
決して生死五分
分の賭ではなく
なった。移植で救
える命なら救っ
てあげたいと思っ
て

平成28年度 在宅ケア研修会

『在宅での看取り』

～穏やかな人生の最期を迎えていただくために～

2016. 9. 25 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、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。

今年度の在宅ケア研修会では、国の施策としても実施している質の高い在宅医療の推進に向けて、「在宅での看取り」をテーマに、在宅医療に取り組んでおられるお二人の診療所の先生の基調講演と、日ごろ在宅医療ケアを実践している薬局、訪問看護ステーション、介護事業所の方々を交えたパネルディスカッションを行いました。

本県は、都市部と農村部が混在しており、各地域における在宅医療への取り組み状況は、地域差があり、今後は各地域の実情に即した在宅医療の推進も必要であることが判りました。

ここに、研修会の内容を掲載し、皆様にお伝えさせていただきます。



主催者挨拶

当財団 在宅ケア部会長 平山登志夫

第1部 基調講演

①地域の力で看取りを支える

順風会 小林クリニック
院長 小林 澄子

地域の力で看取りを支える～浦安市医師会の取り組み



厚生労働省は、高齢化社会を背景に2025年に向け地域包括ケアシステムの実現のため、地域住民が住み慣れた場所で自分らしく過ごせるよう、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築していくこと、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供ができることを目指しています。

浦安市医師会では、かねてよりグループ診療、遠隔医療の運用実験など在宅医療の試みを行ってきました。2014年からは、患者さんに関わる、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護サービス事業者などの多職種がチームを形成し、様々な情報を共有して合理的な連携をはかることで、患者さんが安心して地域で療養を続け看取りに至れるよう、ICT利活用した多職種情報連携を推進しています。当初数名で試験的に開始したこの取り組みも、現在は多職種の参加者が約180名、参加施設は診療所、病院、訪問看護ステーション、介護事業所さらに薬局、歯科診療所、介護老人施設をふくむネットワークに拡大しました。

多職種連携のツールとしては、メディカルアイ社の多職種連携用クラウドシステム“IPPO”を採



用しました。クラウド上に在宅患者個人個人の「コミュニティ」を作成して、直接患者にかかわる多職種間で情報を共有するシステムです。セキュリティやコストの問題があり、電子カルテとの連携は行っていない。

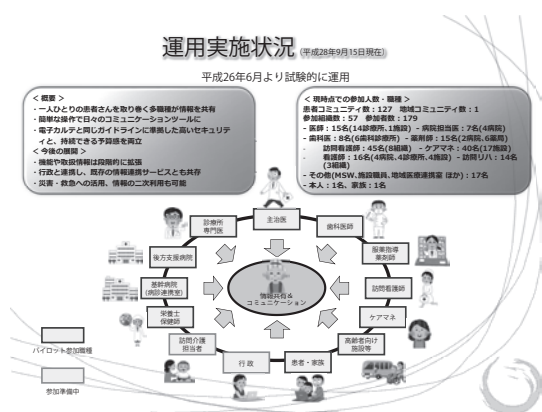
在宅多職種連携では、医療情報そのものの共有よりも、患者・家族の住み慣れた地域で生き切りたいという思いを共有することが重要です。病診連携では有用な検査画像などの共有も、在宅多職種においては実際にほとんど必要なく、まれに必要な場合はiPadで写真を撮りアップロードすればよい、というシンプルな仕組みでスタートしました。すなわち、ICTを導入することですべての職種において業務負担が増えずに、在宅療養の質を上げることがを命題としています。

また、後方支援病院への入院を想定して事前にまとめておく「患者サマリ」などのルールも作成し、緊急入院も円滑に運べるよう工夫しました。

この取り組みの結果として、在宅医療に取り組む医師たちからは「多職種とのやりとりの負荷が軽減した」「情報が散逸するFaxと異なり、患者ごとの情報がまとまるため経緯がわかりやすい」「以前は個別に伝えるべき注意事項を一斉に周知できるため、安全性が担保された」という評価が得られています。

さらに医師以外の職種の感想「とくに医師とのコミュニケーションの壁が低くなった」後方支援病院では「事前に情報が得られるために受け入れがスムーズ」順天堂・東京ベイといった基幹病院からは「退院後在宅に至ってからの経緯がよくわかる」

ともすれば医師と看護師、ケアマネの連携が多くなりがちですが、今後は薬剤師、リハビリ、栄養士すべての多職種が、どのように情報を取得し役割分担を果たしていくか、ということを検討していく予定です。



②暮らしを支える緩和医療

医療法人社団 花の谷クリニック

院長 伊藤 真美

有床診療所／在宅支援診療所としての看取りの実践から



1995年4月、無床の内科診療所としてスタートし、1999年5月に10室(14床)の緩和ケア病棟を開設した花の谷クリニックは、一般内科外来診療、緩和ケア病棟、在宅ケアの3つを、連

携させる有床診療所である。在宅支援診療所でもある。2010年5月より、機能訓練室及び、鍼灸院も併設し、終末期のリハビリテーションに力を入れている。

そして、医療保険下の外来・入院・訪問だけでなく、介護保険事業として、居宅療養支援事業、通所リハビリテーション、療養通所介護、訪問看護、訪問介護を行っており、加えて、障害者総合支援法に基づく事業として、身体障害者のデイサービス、障害者短期入所事業も行ってきた。

暮らしを支える医療を提供したいと考え、地域のニーズに可能な範囲で応えるために、小規模ながら、多機能になった。

1967年、ホスピス運動の創始者であるシシリー・ソンドースが、イギリスのロンドンに、近代ホスピスの基礎となるセントクリストファーホスピスを開設した。1970年代は、まだ緩和医療という言葉はなく、ホスピスムーブメントが、イギリスから遅れること10数年して、日本にもようやく起こり始めた時代であった。

私が医師になった1980年代は、日本でいくつかのホスピス病棟がつくられていく時代である。ターミナルケアという言葉が使われ、癌終末期の人の安らかな看取りを目指すものであった。

その後、イギリス、カナダ、アメリカなどで使われるpalliative careの訳である、「緩和ケア」という言葉が、日本でも使われはじめ、医療法に「ホスピス・緩和ケア病棟」として位置づけられたのが、1990年ちょうどであった。ホスピス緩和ケア病棟でがん及びAIDS患者の診療報酬が認められ、1990年代に、全国

に急速に緩和ケア病棟がつくられていった。

2006年に定められた「がん対策基本法」にもとりいれられたように、緩和ケアは、がん終末期に限らず、がんと診断されたその時から受けられるべき切れ目のない症状緩和をめざすものと定義された。2000年代は、がんとの共生を支えるために、症状緩和を目的とした化学療法、放射線療法、外科療法、代替医療も含めた、緩和医療選択の時代とも言えよう。

さて、今私たちが生きる2010年代は、どういう緩和医療の時代かと言うと、多様化する療養場所での、非癌疾患を含めた緩和医療の時代に、ようやくなっているのではないかと思います。当院は、病院併設のいわゆるホスピス緩和ケア病棟ではないので、病棟は、悪性腫瘍だけでなく、あらゆる疾患の終末期(当院の規定で、予後6か月以内と予想される場合)の方に利用していただいている。非悪性腫瘍の疾患は、慢性閉塞性肺疾患、脳血管障害、認知症、神経難病、心不全、腎不全、などであり、全体の約1割程度である。

そして、医療は当然のこととしてケアを内包したものであるのにも関わらず、1999年に介護保険制度が始まって、かえって医療と介護が別立て行われる方向性がむしろ強化されたところもあると感じている。医療とケアが制度によって峻別されることなく受けられる時代への転換が求められている。医療とケアの分断から統合の時代へ、とあえて言いたいと思う。

30年前ごろ、1980年代、私が医者になった頃、こうした声を多く聞いた。「ホスピスには行きたくない。見放された思いだ。」10年前頃、2000年代、私が緩和ケア病棟を始めて数年が経った頃、こう言って相談に来る人が増えてきた。「病院はもういやです。延命治療はしないでください。緩和ケアを受けたいんです。」この数年は、このようだ。「今の病院は3か月たったら出なさいいけない規則だそうです。進行癌ですから、緩和ケア病棟に相談に行ったのですが、まだ早い、今の抗がん剤内服治療を中止してからでないと受け入れられません。在宅が無理なら、介護施設や療養型病院などへ相談に行くようにと、リストをもらいました。」

医療や介護の現場で、それを必要とする人から求められることは、効率化、一律化、経済性からはいちばん遠いところにあるものだ。効率化、一律化、経済性を基盤にせざるを得ない制度とは、医療や介護の現場

では、目指すべきものでなく、最低保障を支える目安である。制度にのるだけでは果たせないことに、柔軟に対応していくことが現場にいるものの役割であると考えている。

さて、延命治療は悪いことなのだろうか。私は、医療は、この世に生まれてからできるだけ健康で長生きをすることを支えるためにあり、医療はそもそも延命医療だと思っている。緩和医療をしっかりとやると延命になる、そうした緩和医療をやっていききたい。

第2部 パネルディスカッション

在宅での看取りができる地域づくり ～医療・介護福祉関係者の立場から～

パネリスト：(一社)千葉県薬剤師会

在宅医療委員会副会長 眞鍋 知史

～薬剤師の立場から～



この数年、在宅医療に関わる薬剤師が増えてきました。しかし、まだ薬剤師が在宅で何ができるのかは十分に認知されていないのが現状です。

我々薬剤師が、在宅を訪問した際に気になることは、薬から見た患者の療養状態です。「薬をしっかりと飲んでいるのか」、「薬の飲み間違えはないか」、「薬はちゃんと効いているか、副作用は起きていないか」、「薬をどうやって手に入れているか」などやっぱり薬のことが気になります。

薬剤師は、関与することで患者に薬をきちんと服用していただき、病状・ADL・QOLを改善または維持することを目標としています。そのために服薬状況を確認し、悪い場合はその理由を探り、改善対策を行います。さらに、患者の病状・ADL・QOLに薬が与える影響をアセスメントし、薬の効果を最大限に引き出し、影響を最小限にとどめるように薬の使用方法を提案しています。

服薬状況が悪い主な理由として

1. 残薬や併用薬が多くなりすぎて整理がつかなくなってしまうために飲めない。服薬を忘れてしまう。

2. 何の薬か理解していないため、飲まない。
3. 薬の副作用が強いため、飲まない。
4. 特に体調が悪いとは思わないために飲まない。
(自己調節)

5. 錠剤、カプセル、又は粉薬が飲めない。

などが挙げられます。患者とコミュニケーションをとることによって原因を探り、それぞれに合わせた対応策を検討、実施して問題解決にあたっています。例えば、残薬が多くなりすぎて服用できない場合は、重複や相互作用、併用禁忌などに注意しながら整理をし、一包化しているものは吸湿性の有無などを確認し、改めて患者の状態と能力に応じた管理方法を提案していきます。その時に服薬介助がどのように提供されているかを考慮する必要があります。服薬の介助者はいつなら介助ができるのか、介助の内容に合わせた調剤方法はないか。服薬回数も介助に合わせられないか、また回数そのものを減らすことはできないか。力価の高いもの、合剤を使用することで薬剤数・錠数を減らせられないか。場合によっては薬そのものを減らすことはできないかを考えています。患者その人が持っている残存能力を十分に活用し、なおかつ介助しすぎないように方法を検討します。

一包化や投薬カレンダー、ピルケースなども利用します。しかし、これらも一長一短があります。一包化は、介護者が服薬介助をする時には必要な調剤方法ですが、何のための薬が入っているのか、飲んでいるのかがハッキリしなくなり服薬拒否につながることもあります。投薬カレンダーは、どこからでも服用することができるために意外と服薬コンプライアンスが崩れてしまうことが多く発生しています。私の薬局では今、お薬を「日めくりカレンダー」化してお持ちすることが多くなっています。これは、全国薬剤師在宅療養支援連絡会という在宅療養に関わる薬剤師の団体が作成したもので1日分の薬を一枚の紙に貼り日めくりにしたものです。これは、薬剤師にとっても、薬局で準備を終えることができ、患者も1日分しか表に出ていないので、服用間違えを大きく減らすことができます。この様に、全国の薬剤師の仲間と協力し、知恵を出し合いながら在宅療養をより快適なものにするべく活動しています。

在宅医療における薬剤師の立ち位置は、兵站を担っていると考えています。ただ単に物を運ぶのではなく、

医薬品、医療材料、衛生材料の効果や有効性を考えて適切な物を適切なタイミングで現場に供給することで医師・看護師の医療の効果をよりよく助けることができと思っています。しかし、まだまだ薬剤師を十分に活用していただけていません。より良い在宅医療を提供するために薬剤師を利用してください。

パネリスト：ふたわ訪問看護ステーション

看護主任 大塚 明子

～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の紹介

平成22年に主に船橋市、鎌ヶ谷市、白井市を訪問地域とした中規模ステーションとして、スタートしました。看護師（常勤、非常勤

合わせて）15名、理学療法士2名、事務員2名で活動しています。小児から高齢者まで疾患を問わず訪問し、200～210名の利用者が対象となります。昨年度（2015年度）の死亡者数85名 死亡場所は病院での死亡者が51名 在宅での看取り数34名でした。在宅での看取りのうち、がん終末期の方が30名、非がんの方が（老衰、神経難病）4名でした。

24時間緊急時の対応体制をとっており、がん拠点病院からの訪問看護の依頼も増えています。

●在宅で療養される終末期利用者の訪問看護の事例について。

1. 希望に寄り添い支援していくことができた事例

・A氏 70歳代 男性 消化器がん終末期 腹水貯留による腹部膨満感が強く、入院にて利尿剤などの点滴を行い退院。

・訪問看護の内容：全身状態の観察 苦痛症状の状況把握と対応 下半身の浮腫が強く、倦怠感を伴う辛い症状であったため本人の好まれるマッサージを主に行っていた。

・A氏の希望：お風呂が大好きなA氏は入院中も、入浴のため外泊し、自宅にて入浴されていた。退院後しばらくは家族の介助にて入浴されていたが、病状の進行により、歩行が困難となられ、臥床にて終日過ごされるようになった。時折意識混濁ある中「風呂に入る」という言葉が聞かれた。

訪問入浴サービスの提案もしたが、自宅のお風呂で！との希望。車いす、浴槽台などを使い家族・看護師の介助で湯船にも抱えるようにして入り腹水、浮腫で重くなった身体が浮力で少し軽くなったことや、いつものお風呂に入れたことで「あーこれが一番楽だー」と満足の言葉がきかれた。

・在宅だからこそ・・・最後のお風呂を3回！！

眠られている時間が長くなり、食事ほとんど取れなくなっても、思い出したように「風呂に入る」といわれるとの、家族からお話があり、入浴でさらに体力を消耗させることを懸念するよりも、本人の大好きなお風呂にはいれるようにと、本人の希望をかなえたい御家族の気持ちも支援するため看護師2名と家族で、「これが最後のお風呂になるかな」と言いつつ抱えるようにして短時間の入浴をおこなった。

この最後のお風呂をその後2回行うことができ、3回目のお風呂から3日後に御家族に見守れながら息を引き取られた。

2. 一人暮らしの終末期を在宅チームで支えることができた事例

・B氏 女性 70歳代 すい臓がん 手術、化学療法後体力低下著しく治療は中止 体調観察、緩和ケアのため訪問看護導入 外来通院されていたが通院も困難となり訪問診療が導入 訪問看護は週1回、体調観察、リラクゼーションのためのマッサージ、精神的支援を行っていった。

波乱万丈に生きてこられ、生活保護を受けアパートに一人で生活されていた。兄弟は遠方に居住されており、家族の支援を受けるのは困難な状況だった。

病状が進行し、トイレへいくことも困難になり、本人へ入院するかどうかの意思確認を往診医、訪問看護師で行い「一人でも家に居たい」気持ちを確認し、在宅チームを強化。

疼痛コントロールのためのオピオイドの貼付剤張り替えや体調観察、精神的支援などのため看護師が連日訪問、往診医へ病状を報告、時間差で1日2回入るヘルパーとメモや電話で連絡を取り合い訪問時以外の状況把握、亡くなる1週間前には付き添われるのは困難とおもわれた家族が来られ、B氏も嬉しそうにそして安心された様子をされながら息をひきとられた。

●終末期における訪問看護師の役割について

全人的なアセスメントを行いケアを行う

◇身体的な症状のコントロール・・・痛み・吐き気・呼吸困難・倦怠感・浮腫などの症状緩和のためのケア

◇精神的・スピリチュアルな苦痛へのケア、社会的な苦痛への対応

◇日常生活への援助・・・本人・家族の希望に添いながら生活の場や病状に合った援助を行う

◇家族、介護者の看取りの支援・・・一歩先を見据えて、起こりうること、対応について

◇緊急時の対応・・・24時間体制で相談への対応、訪問

◇意思決定の支援・・・治療の継続や中止 療養場所の選択 症状緩和のための薬の使用方法についてなど

意思決定支援をしていく上で本人、家族の気持ちは揺れ動くことを理解しその揺れに寄り添う支援をしていくこと。→本人、家族の代弁者として在宅チームに働きかけていくことも大切な役割と考えます。

パネリスト：千葉市あんしんケアセンター桜木

センター長 赤間美恵子

～介護福祉の関係者の立場から～



千葉市では、高齢者の方の身近な総合相談の窓口として「千葉市あんしんケアセンター」を24カ所設置しており、平成29年4月には30カ所に整備される予定です。介護保険法では「地域包括支援センター」と言いますが、千葉市では、高齢者や市民に親しみやすいように「千葉市あんしんケアセンター」という名称になっています。

あんしんケアセンターには毎日様々な相談が寄せられていますが、「介護保険制度・サービスに関すること」が一番多く、46.9%（平成27年度実績）と半分近くを占めています。次いで、介護者も高齢になったり、認知症になったりして在宅生活が難しくなった時の「施設入所に関する情報提供」の相談が9.6%、「認知症・精神疾患に関すること」9.1%、「医療・保健に関

すること」7.1%、「経済的問題に関すること」7%となっています。

在宅での看取りができる地域づくりの一環として千葉市が今取り組んでいるのが、多職種連携会議です。千葉市医師会が千葉市より委託を受けた「千葉市在宅医療推進連絡協議会」を中心に、平成25年度は千葉市中央区、稲毛区でモデル事業を実施し、平成26年度からは各区で年2回開催することとなりました。

若葉区でも、平成26年7月11日を第1回目として、千葉市医師会、千葉市歯科医師会、千葉市薬剤師会、千葉市介護支援専門員協議会、千葉県訪問看護ステーション連絡協議会、千葉県看護協会、千葉県理学療法士会、行政等78名の参加で開催いたしました。会の企画、運営等は各団体と相談しながら、若葉区内あんしんケアセンターが共同で行っています。事例は、「夫婦共に要介護状態の高齢者支援」と「精神疾患の方の多職種連携における在宅支援」を検討し、関連するミニレクチャーは「地域の助け合い活動について」と「精神疾患を持つ方を支援するための留意点」を行いました。この時のアンケートからは、顔の見える関係ができた、困った時誰に相談したら良いのか解った、精神科の専門医の話を聞きたい、地域のケアマネジャーの参加が少ない等のご意見がありました。

平成26年度第2回目は、事例検討は、「母子共に支援が必要な障害者世帯の支援」を話し合い、精神科の専門医のミニレクチャーを行ってもらいました。平成27年度も27年7月と28年1月の2回開催し、それぞれ「退院時模擬カンファレンス」、「日中独居で在宅療養するALSの方の支援」を話し合いました。

今年度は、平成28年7月22日に開催し、「在宅酸素療法の方の支援を多職種で考える ～長い支援経過の中で体調の変化と介護者を含めた支援～」を話し合いました。この事例は、夫と二人暮らしの83歳女性、平成19年要支援2、平成22年要介護1、その後入退院を繰り返し平成24年要介護4、訪問診療、訪問看護、訪問入浴等の利用となり、ケアマネジャーとしては、身体状況の変化に応じたケアプランの作成、サービスの調整が必要でした。平成28年春からは病状が悪化し、毎日サービスが入る体制を構築し、7月には、訪問看護を毎日、別居の家族の泊まり込み等行ってもらい、本人や家族を一人にしないということを目標にしました。10年に渡る長い期間には、サービス事業所や家族関係

等の問題がありましたが、家族、医療と介護・福祉の連携でこの会議の直前に、在宅で最期を看取ることができました。

このように多職種連携会議や地域ケア会議を重ねることによって、多職種の顔の見える関係や在宅で看取ることのできる地域を作ることができるのではないかと、そして、千葉市あんしんケアセンターはそのコーディネーターとしての役割を担って行きたいと思っています。

パネリスト：(株)クリーンメイト千葉サービスセンター 管理者（介護福祉士）渡辺智恵子



私達は、介護保険制度がスタートした平成12年に事業所を立ち上げ、居宅介護支援と訪問介護事業を開設し現在に至っております。今後、医療依存度の高いご利用者様がが増えていく中、地域ケアを支える事業所としては、更に質を高め、安心した在宅生活を支援させていただく必要があると考え、本年6月、訪問看護ステーションも新設いたしました。

まず、当事業所におけるご利用者さまの生活状況をご報告します。

<ご利用者生活状況> (60人中)

独居	28人
夫婦のみ	11人
日中独居	10人
家族支援	11人
合計	60人

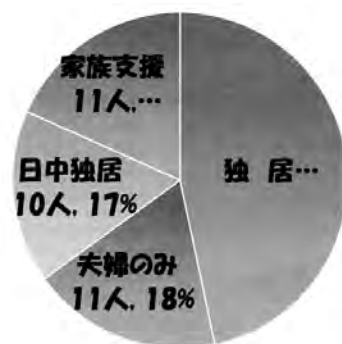


表1

独居・夫婦のみの家族支援のない方達や昼間の支援のない、日中独居の方達が82%を占めています。(表1)

<医療・介護サービス利用状況>

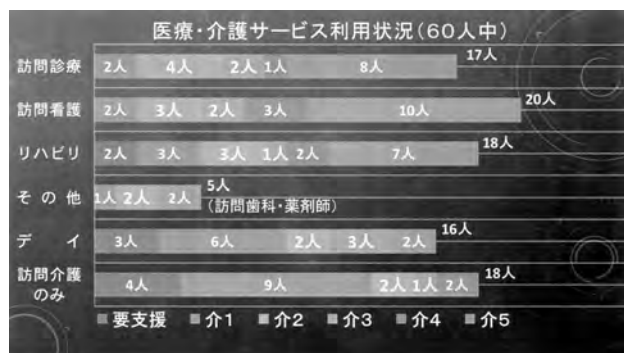


表2

サービス利用は重複。要介護状態を色分けしています。
 訪問診療・17名 訪問看護20名
 リハビリ・通所・訪問を含む18名
 その他(訪問歯科・薬剤師・嚥下リハビリ) 5名
 デイ16名 訪問介護のみ18名

<看取り件数>

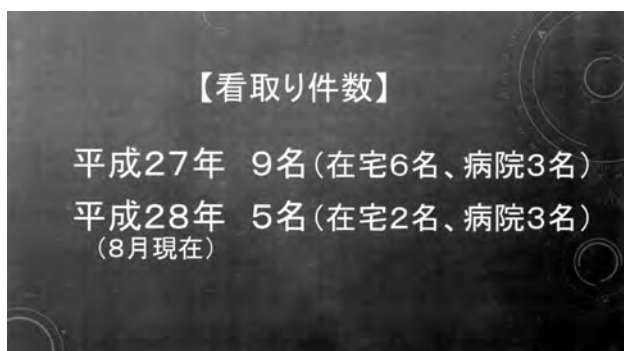


表3

昨年の看取り件数9名の内、在宅6名ギリギリまで自宅で過ごされ病院で亡くなられた方3名。
 今年に入り、8月現在で5名。在宅2名。病院3名。

次に、私達が取り組んだ事例を紹介いたします。



昨年9月に自宅整理の為に退院され、訪問介護を利用されていた方です。プロのギター奏者で、ヘルパー訪問を開始して間もなく、輝いていた頃のお話を沢山して下さるようになりました。1ヶ月が経過し、社内でクリスマス・ミニ・コンサートの開催を計画しているとお話したところ、「僕にも15分位でいいので、演奏させてもらえませんか？」とのご依頼がありました。

これまでギターケースを開くことなく、仕舞ったままの状態とのことでした。ご本人様の願いを叶えてさしあげようということになり、急遽趣旨を変更して11月28日(土)にギター演奏会を開催する事に致しました。

当日は、ご本人様をお支えしているケアマネジャー、在宅医の先生、訪問看護師さん等、多職種の皆様からご支援をいただきました。妹様も付添いのため東京からお出で下さいました。当社スタッフの家族も参加し、子供たちによる花束贈呈もありました。

時折、手を休めながらの演奏でしたが哀調を帯びた魂の響きは、参加者の心に大きな感動を与えました。

この時、余命2か月の宣告を受けてから3か月が経過していました。

当初の方針通り、整理が終了するまでご自宅で過ごされて、年末の28日に病院に戻られました。そして、年が明けた今年の1月4日に宣告を受けてから丁度4か月後にご逝去されました。

この事例は、純然たる在宅での看取りではございませんが、今回のテーマである「在宅での穏やかな人生の最期」を迎えられたケースとして、ここにご紹介させていただきます。

在宅の看取りの経験の中で、心に残った言葉があります。ベッド脇で掃除機をかけていた時に、「うるさくないですか？」とお尋ねした時、「いいえ。家で聞こえてくる水の流れる音や、生活音は心が落ち着き癒されます。」という患者様の言葉でした。

私達介護職は、人生最期の時間を、ご家族様と一緒に最も身近なところで関わらせていただくことになります。

人生の終末を穏やかに過ごしていただけるよう、専門性を身につけて医療と介護の垣根を無くし、顔の見える地域作りに今後も努力していく所存でございます。

以上、私達の事例報告を終わります。



受付の様子



基調講演座長の平山部会長



基調講演の様子



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（その1）



パネルディスカッションの様子（その2）

平成28年度 臓器移植についての市民公開講座

“知ろう、学ぼう”

～透析医療・腎臓移植の実際と展望～

2016. 10. 16 プラザ菜の花

第1部 基調講演

①腎臓代替療法治療の実際

千葉東病院腎臓内科

血液浄化センター長 首村 守俊



<はじめに>

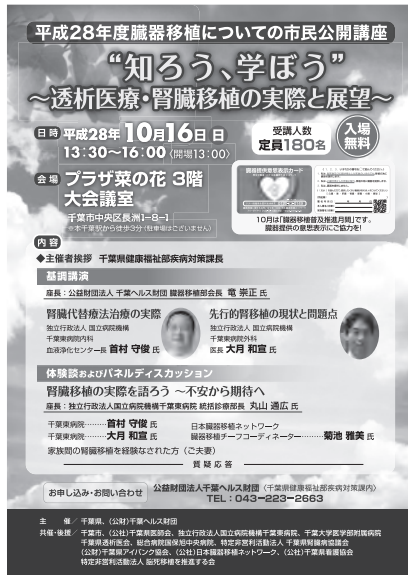
腎臓の機能が低下して尿毒症にまで至ると、生命を維持することが困難になります。自分の腎臓の代わりに腎臓の働きを肩代わりする治療を腎代替療法といい、多植の三つを指します。

＜腎臓の働き＞

まず、尿を作ることにより体液量の調整、老廃物(尿毒素)の排泄、各種イオンバランスの調整など、体内環境を一定に保つ働きがあります。また、ビタミンDの活性化、造血ホルモンの産生も腎臓が行っています。これらの働きが失われると、むくみ、心不全、尿毒症といった症状が出てきます。腎機能がかかなり低下した末期腎不全になるまでこのような症状はほとんどありません。検査をして初めて腎機能の低下が分かることが多いのです。

＜末期腎不全に至らないことが重要＞

腎不全は進行性の疾患であり、現代の医学では完全にその進行を止めることはほぼ不可能です。しかし、進行を遅らせる治療は存在します。腎臓の状態を早期に把握・評価し、薬物療法、食事療法、生活管理などを適切に行うことで、その進行をゆっくりにすることも可能になります。症状がない病気だからこそ、早期発見、早期対処がとても大切です。



臓器移植は、臓器の機能が著しく低下し、移植でしか治療できない方々を救うための医療であり、我が国では、親族間での同意による臓器提供や15歳未満の方の脳死下での臓器提供が可能になるなど、臓器移植法の整備が図られてきているところです。しかしながら、我が国における臓器提供者の数は、海外諸国と比較しても、かなり低い状況にあります。

このような中で、臓器移植の一層の定着・推進を図るためには、より多くの方々に臓器移植に対する理解を深めて頂くことが重要であり、本県では、毎年、臓器移植についての市民公開講座を開催しております。

今年度の市民公開講座では、「「知ろう、学ぼう」透析医療・腎臓移植の実際と展望」と題しまして、腎臓病治療に造詣の深い先生の基調講演、そして、ご夫婦間の生体腎移植を体験された方などを交えてのパネルディスカッションを行いました。



主催者挨拶

千葉県健康福祉部疾病対策課松本課長

＜末期腎不全に至ると＞

腎機能が正常の10%以下くらいになると腎代替療法が必要になります。血液透析、腹膜透析、腎移植の3つがありますが、透析を始める前に（透析治療を受けることなく）腎移植を受ける「先行的腎移植」も選択肢の一つになります。

透析は、一定期間だけ頑張って受ければ良い治療ではなく、患者さんにとっては移植を受けない限りは生涯を通じて受けなければいけない治療です。治療の選択は「人生の選択」にもなるわけです。十分な情報提供を受け、時間をかけて不安をできるだけ少なくした上で選択していただくべきものです。

＜血液透析とは＞

血管（主に手の血管）に針を2本刺し、血液を体外へ取り出し、血液透析器（ダイアライザ）を通して血液中の老廃物や余分な塩分・水分を取り除き、血液をきれいにする治療法です。1回あたり4～5時間の治療を週3回、病院やクリニックに通院して治療を受ける透析です。血液を体外に取り出すために、手の血管をつなぎ合わせるバスキュラー・アクセス手術が必要です。

人間の腎臓は24時間、365日働いているものです。その肩代わりを週3回、1回4時間程度で行うというのはどうしても無理がかりやすく、血圧の変動などの身体的負担がありますし、通院時間もかかるため、患者さんの生活上の制約は大きくなります。

日本では欧米諸国と比較しても治療成績は大変優れており、最長45年以上この治療を受けながら生活している方もいらっしゃる、確立された実績を持つ治療です。

＜腹膜透析とは＞

腹膜で囲まれた袋状の空間「腹腔」に透析液を入れ、一定時間貯めておくことで、余分な水分・塩分や老廃物を透析液に移し取り、その液を交換することで血液をきれいにする治療法です。1日3～4回の交換を自分で行う方法と、夜間寝ている間に機械が自動的に液の交換を行う方法があります。病院への通院は月に1～2回です。お腹に透析液を出し入れするためのカテーテルを埋め込む手術が必要です。透析としてはマイルドな治療であり、身体的な負担は少なく、血圧の変動も少ないため、心疾患を持つ患者さんや高齢の患者さんにも良い治療です。

一方、マイルドであるが故、次第に残っている腎機能が低下していき、尿が全く出なくなってしまうと透析が不十分になってしまうことと、長期間行くと腹膜が劣化し「被嚢性腹膜硬化症」という重篤な合併症を引き起こす可能性があるため、最長でも7年程度しかできません。

以上の理由から、腹膜透析が長期になったり、透析が不十分になったりした場合は血液透析へ治療法を変更する必要があります。週1回だけ血液透析を受け、その日以外は腹膜透析を行う「併用療法」もあります。

＜3つの腎代替療法の比較＞

	手 術	治療回数 通院回数	自覚症状	合 併 症	薬 剤
血液透析	シャント手術 (血管の手術)	週3回 1回4時間	針を刺す痛み 血圧低下	不均衡症候群／血圧低下／筋痙攣	合併症治療薬（貧血、高血圧、骨ミネラル代謝異常）
腹膜透析	カテーテル挿入術	毎日の治療 月一度の通院	お腹の張り	腹膜炎／カテーテルトラブル 被嚢性腹膜硬化症	血液透析とほぼ同様 透析液を自宅に配送
腎移植	腎移植手術	月一度	腎不全に伴う 諸症状は消失	拒絶反応／感染症 免疫抑制剤の副作用	免疫抑制剤の内服
	食事・飲水	生活の制限	旅行・出張	入 浴	その他の利点
血液透析	塩分・水分・蛋白・カリウム・リン制限など	通院・治療にかかる時間が長く生活を制限	旅先の透析施設を確保し透析を依頼	透析当日は避ける	我が国の実績が多く、確立された治療
腹膜透析	カリウム制限は緩いが他は血液透析に似る	毎日の治療準備・片付けなども自分で行う	透析機器を旅先で準備	出口部・カテーテルの保護が必要	患者さん本人の自由度が高く自立性を尊重 残腎機能保持
腎移植	少ない（原疾患と合併症によって異なる）	ほとんどなし	自由	自由	透析による拘束から解放

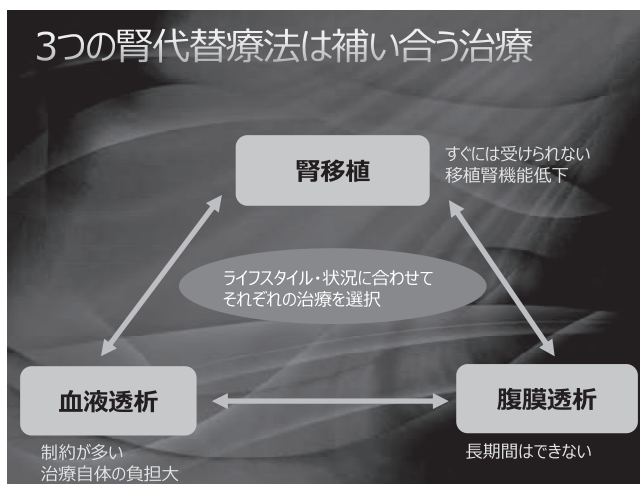
<透析の現況>

日本では約32万人の患者さんが透析を受けており、平均年齢は67.5歳です。約97%の方が血液透析を受けており、腹膜透析は約3%しかいません。メキシコのように半数以上が腹膜透析の国もありますが、多くの国で10%前後であり、日本は腹膜透析が非常に少ないのです。これは日本では血液透析が高度に普及しており、腹膜透析を扱っている施設、医師が少ないことが原因ではないかと考えられています。

全腎協が2008年に血液透析患者さんを対象に行った調査では、3割以上の方が腹膜透析について、2割以上の方が腎移植について「知らない」と回答しており、腎代替療法についての適切な情報提供がなされていない可能性が高いです。

<包括的腎代替療法>

3つの腎代替療法にはそれぞれの長所・短所があり、一つで完結するものではなく、互いに補い合う治療です。ライフスタイル、状況に合わせて柔軟に3つの治療を選択し、移行していくものと考えべきです。



<腎不全とともに生きるということ>

腎不全は「治る」疾患ではなく、ずっとつきあっていかなければいけないものです。腎代替療法は腎不全という状態でありながら、それとつきあって生きていくための「道具」の一つにすぎません。腎代替療法の目的は、腎不全に関わらずその人の人生を歩み続けることです。これまでしていたこと、これからしたいことをあきらめずに続けるための手段と考えていただきたいと思います。

②先行的腎移植の現状と問題点

千葉東病院

外科医長 大月 和宣



先行的腎移植とは

これまでの末期腎不全治療では、血液透析を第1選択するのが同然であった。最近では、腎不全治療として、血液透析以外に腹膜透析や腎移植も腎代替療法で

提示されるようになってきた。そこで、透析療法を未実施のまま腎移植を実施する「先行的腎移植 preemptive kidney transplantation」が近年になり普及し始めている。

先行的preemptiveとは軍事用語で「先制の」などの意味する形容詞で、preemptive attackは先制攻撃と訳されている。慢性腎臓病では腎不全という病気である宿敵に対し、腎不全の悪化で透析に先んじて移植をするという意味合いで、本邦では「先行的腎移植 preemptive kidney transplantation」という用語を使用している。厳密には透析療法を実施しないままの腎移植を指すが、移植直前の末期腎不全では尿毒症も存在することから移植直前に尿毒症の改善目的として一時的に透析を実施しても、「先行的腎移植 preemptive kidney transplantation」と定義される。

米国および本邦での先行的腎移植の現状

先行的腎移植を移植の先進国である米国での現状を見てみると図1のようになる。生体腎移植では、2001年が1190例（生体腎移植の21.2%）実施され、2011年には1493例（同27.2%）と増加している。また、日本ではほぼ不可能な献腎移植でも2001年が404例（献腎移植の9.5%）実施され、2011年には821例（同18%）となっている。生体および献腎移植ともに近年増加傾向で、本邦の年間の腎移植全体が約1200から1500例を考えると多数の症例が先行的腎移植を実施している状況が伺える。



本邦では、図2にあるように1992年より先行的腎移植は実施され当時は年間症例数の2%程であったが、2013年では200例以上の先行的腎移植が実施され、現在では約22%となり割合こそは米国と同等であるが症例数は依然として大きな開きがあり、米国の約七分の一の実施数である。



千葉東病院での先行的腎移植の現状

当院での先行的腎移植の年代別の割合では、10歳代から70歳代まで各年代にて幅広く実施しており年齢による制限はみられなかった。先行的移植を受けるレシピエントの割合は、10歳代86%、20歳代29%、30歳代27%で、40歳代以降は約11%で全体の平均は21%とほぼ全国平均と同等であった。他施設と同様に若年者ほど先行的腎移植の割合が多く見られた。生体ドナーは、レシピエントの若年者を反映して両親から62%と先行的腎移植でない場合の両親のドナー37%と比べ約2倍近い両親からの提供であった。

先行的腎移植の成績はこれまで多数の報告があるが、おおむね先行的腎移植の成績は透析を経たからの腎移植と比較し良好で、こうした成績を反映して世界各国で先行的腎移植が増加している。当院での成績も良好

で、5年生存率95%、生着率90%となっている。

先行的腎移植の紹介および受診の時期

先行的腎移植の紹介および受診の時期については、腎臓内科医や透析医が使用する「慢性腎臓病ガイドライン」では、腎移植の項目において「透析導入前の腎移植（先行的腎移植）は生命予後を改善するため推奨されるか？」という臨床上の質問に対して、「透析導入前の腎移植（先行的腎移植）は透析療法を経たからの腎移植に比べ生命予後を改善する可能性があるため推奨する」と先行的腎移植を推奨することが明記されている。このようにガイドライン上明記されていても、実臨床で腎移植の経験が少ない腎臓内科医や透析医が多い本邦の現状では、その腎代替療法の提案として透析と同列に腎移植の治療を提示するのは困難と考えられる。このような状況を打破するため、当施設では移植症例を紹介して頂いた透析施設に積極的に働きかけ、紹介して症例の実際の移植手術見学や外来の実際を経験して頂き、依頼があれば講演をこれまで実施してきている。そのような活動を成果が次第にみられ、先行的腎移植症例の紹介も増えてきており千葉県における腎代替療法が少しずつ変化してきているのを実感している。

先行的腎移植を希望する倍の献腎登録

2013年10月15日より先行的腎移植を希望する場合の献腎移植登録が可能になり、申請時の腎機能 (eGFR) が成人では 15 mL/分/1.73 m²未満、小児と腎移植後腎機能低下例では 20mL/分/1.73 m²未満を目安とし、登録時からみて過去1年間3ポイントの検査値で申請可能となった。さらに先天性腎尿路疾患 (CAKUT) からの不可逆性高度腎機能障害は、半年以内の3ポイントのデータで申請可能となった。これは、海外でもeGFR 20mL/分/1.73 m²以下で献腎登録可能である状況と整合性のある基準と考えられる。しかしながら、本邦の深刻なドナー不足では先行的腎移植が献腎移植で実施されるのは極めてまれな状況が今後も続き、先行的腎移植の実施は今後も生体腎移植が主体になると考えられる。

先行的腎移植の成績を悪化させるノンコンプライアンス・ノンアドヒアランス

先行的腎移植を紹介の躊躇する腎臓内科および透析医の心情としては、透析療法を経験しないまま服薬を含めた自己管理を継続していく自覚が希薄なので、腎移植後に十分管理できるかの懸念が強い。そのため移植後に免疫抑制剤などの内服がノンコンプライアンス（不遵守）・ノンアドヒアランス（非関与）となり移植腎機能廃絶の紹介時から心配をする場合が考えられる。

本邦では、移植腎機能廃絶の2.3%がノンコンプライアンス（不遵守）・ノンアドヒアランス（非関与）により発症しているため、特に先行的腎移植ではその懸念が強まるのも無理はないと考えられる。当院でも2例のノンコンプライアンス（不遵守）を残念ながら経験しており、それらの症例の特徴は内服を含め自己管理能力も欠落しており、具体的には「内服忘れ」、「規定量の内服をしない」、「内服する日やしない日がある」、「定期的に外来通院をしない、忘れる」などの問題行動がみられた。

米国でも10歳代やアフリカ系アメリカ人にノンコンプライアンス（不遵守）が多く見られ、教育の不十分や水準が低いことが原因として考えられ、今後このような患者の移植特に先行的腎移植を実施する場合、患者の個性に添った服薬指導と移植フォロー体制の構築が必要で、術前から十分に教育を開始することが必要と考えられた。

まとめ

1. 先行的腎移植とは、透析療法を実施しないまま腎移植をすることで、移植直前に尿毒症の改善目的として一時的に透析を実施する場合もある。
2. 先行的腎移植は約20%以上実施され、近年増加傾向である。未成年などの比較的若年者のレシピエントの割合が多く、ドナーは両親からの割合が多く60%以上である。
3. 先行的腎移植の成績は一般には良好であるが、成績悪化の一因としてノンコンプライアンス・ノンアドヒアランスがある。
4. 先行的腎移植を希望する場合の献腎登録は可能で、eGFR 15mL/分/1.73m²未満である。

第2部 体験談及びパネルディスカッション

夫婦間の生体腎移植体験談

レシピエント体験 妻A氏

私は1年前に夫がドナーとなり、透析を行わずに腎移植を行なう先行的腎移植を受けました。

今日は、手術を行なう数か月前の、移植を考え始めた頃の事から話をしたいと思います。

私は長年にわたり、聖隷佐倉市民病院（国立佐倉病院時代から）に通院していました。

慢性腎臓病から腎不全へ徐々に悪化し、昨年4月に主治医から「次回の予約外来日までにシャントの手術をする日を決めてきてください」と言われました。

この時には移植の知識はある程度ありましたが、血液透析をするつもりでいました。

病院からは透析に関する冊子を頂いていたり、何度かの入院もして来たので、暗い気持ちになりましたが、これを受け入れて生きていこうと思っていました。

そして夫にシャント手術の事を相談するために、その冊子を見せて入院日を決めるつもりでした。

冊子の最後には移植の選択肢もあり、「先行的腎移植の事」「夫婦間の移植の事」等も書かれていました。

夫は冊子を読み終えるとすぐに「オレの腎臓をやるよ」と言い出しました。

その気持ちはとてもうれしいものでしたが、それ以上に夫の体に必要のない負担をかけてしまう事、先々の事など、さまざまな想いが頭の中を駆けめぐり戸惑いました。

二人で話し合いを重ね、これからの生活の質を第一に考え、移植の道を選びました。

そして、夫以外にはドナー候補を考えず、手術ができない場合には移植をあきらめ、血液透析にするという事で話を進める事に決めました。

そこから移植の方向に気持ちが変化していきました。しかし、心の奥では移植までに受ける検査をクリアできず、手術を断念する事になるのではと思っていました。

むしろこの時は手術が出来る確率の方が低いのではと思っていました。

そんな気持ちの私とは反対に、夫のドナーとしての意志は固く、移植の話をどんどん進めていこうとしました。

早々に夫に促され、主治医のもとへ相談に行きました。

しかし、この時点で自分が先行的腎移植の対象者かどうか、良くわかっていませんでした。

主治医からの説明により、自分がその対象者であり、シャントを作らずに少しでも早く移植を受けた方がよい事、しかし、手術までは多くの検査があり、手術も決して楽なものではない事がわかりました。

それらを理解した上で、聖隷佐倉市民病院では手術ができないため、先生の迅速な対応で千葉東病院を紹介していただく事になりました。

病院が変わった時はかなり不安になりました。

しかし、戸惑う時間も無い位に千葉東病院の受け入れも早く、昨年の5月から7月にかけて移植のための検査や入院をし、クリアしました。

一か八かの決断の末、幸運にも手術ができることになったのです。

この時、私はもう迷わず夫の気持ちに応えようと考えられるようになりました。

そして8月、手術の2週間前に入院をしました。

いざ入院してみると、今度は手術に対する漠然とした不安が大きくなりました。

手術に関する細かな説明は、検査入院の時から受けていて、頭では理解しているつもりでしたが、心がついて来ていませんでした。

そんな時に私の気持ちを察して対応してくれた看護師さんには、体も心もケアしていただき、助けられました。

そして9月に入り、いよいよ手術となりました。

手術は無事に終わり、夫も無事に戻って来ている事を聞かされ、安心したのを覚えています。

術後2日目に夫が点滴の袋を下げて病室に来てくれて、初めて顔を見た時は本当によかったと思いました。

その後、夫は数日、傷が痛んだようで気の毒でした。私の方は、傷の痛みは全くとっていい程無かったのですが、術後1週間後からの30分毎にトイレに行くこ

とが大変でした。

少しずつトイレの間隔は延びて行くのですが、トイレの合い間に睡眠をとる生活なので、うまく眠る事ができず、苦勞しました。

術後1ヶ月はトイレとベッドの往復、そして時々睡眠の日々でしたが、10月に退院できました。

それからは大きなトラブルもなく現在に至っています。

今日は、このような機会を頂き、昨年の事を思い返し、お世話になった方々に改めて感謝を申し上げます。

ほんの1年半前まで、自分が移植を受ける事になるとは夢にも思っていませんでした。

家族に支えられ、信頼できる病院、先生方に出会う事ができ、移植が受けられました。

移植により体が元気になるばかりではなく、気持ちも明るくなり、前向きに生活できるようになりました。

私が今明るく生活できるのは、ドナーとなってくれた夫のおかげです。

昨年、夫は大きな心で全てを受け止め、「早く手術してもらおう」と背中を押してくれました。

そして夫からの命は、私の体でしっかり動き続けています。

ありがたい気持ちを胸に、頂いた命を大切に生きていかなければならないと思っています。

最後になりましたが、現在治療法を検討している方々もご自身、ご家族が納得できる病院、先生方に出会われる事を願っています。

そして、もしドナーになって頂ける方がいらっしゃれば、安心して移植に望んでほしいと思います。

ドナー体験者 夫B氏

平成27年4月、妻の月一回の定期通院日の夜の事です。いつものように夕食後、居間でテレビを見ながらくつろいでいると、妻から「検査結果が悪くて人工透析を開始しなければならなくなり、透析準備としてシャントを作るための入院をいつにすればよいか」という相談がありました。

妻と話をしながら、入院は病院の予定に合わせる事とし、透析となるといろいろな大変になるなあと考え

ながら、病院からもらってきた冊子に目を通しました。

その冊子には、透析と移植についての説明が書かれていました。そして「あれ？ 俺の腎臓を使えるんじゃない？」と思える様な事が書かれていました。使える腎臓であれば使ってほしいと思ったのはこの時です。

医学は全くの素人です。移植なんて血縁関係のある親兄弟や、同じ血液型でないとダメなのでは？ と思っていましたので、主治医に相談することにしました。

妻と一緒に聖隷佐倉市民病院へ行き、主治医の鈴木先生と面会。夫婦間での移植が可能なのかをお聞きし、内科の鈴木先生から外科の有田先生を紹介していただき、有田先生から千葉東病院を紹介していただくことになりました。

千葉東病院の坪先生と面会し、生体腎移植についての説明を受け、いろいろな検査をしなければならないが、夫婦間の移植は可能であることをお聞きしました。しかし、喫煙している人の臓器は使えないと言われました。

この時にはすでにドナーになれるものであればなると決心していたので、即日禁煙を始めました。

不思議なことに、今までやめようと思ってもやめられなかった煙草ですが、妻のためと思うとピタリとやめることができました。

そして移植に向かって進み出しました。

移植を決めてからの千葉東病院の移植チームの方々の対応がとてもスピーディーで、9月2日を移植手術日に決定し、マッチングテストや検査入院の予定が決まりました。

6月上旬に移植のための採血をしてHLA検査の結果を知らされ、移植可能となり、第1段階をクリアしました。

それからは、移植手術に向かって一直線に時が過ぎて行った感じです。

血液検査結果からHbA1cや尿酸値、コレステロール値などで参考値から外れている項目があり、「標準体重に減量することで参考値内に入ってくるので、手術までに頑張ってください。このままでは手術できません」と言われました。

たまたま2月から通い始めていた市民温水プールに本格的に通いだし、水泳で減量しました。その結果、6月に73kgあった体重を手術時に65kgまで減量でき、血液検査の結果もすべて参考値内に入ってきました。

7月上旬には一週間程度のドナーとしての検査入院がありました。

ドナーが健康な体であるか、使える臓器かを検査し、これも結果OKとなり第2段階クリアです。

心配だったのは毎年の健康診断で腎臓に結石があると指摘されていた事です。過去に胆石や尿管結石で病んだことがあり、結石があるような腎臓では使えないかもと思っていましたが、それも何とかクリアできました。

この入院で、家族を守るためには、第一に自分が健康でいなければならないことを痛感しました。

手術を受けることに対しては、以前、胆石で胆のうを摘出したり、盲腸で手術を受けたりしていましたが、どこも悪くないのにお腹を切られると考えると、何か心の中で引っかかるものがありました。

9月2日に移植手術、8日には退院とあっという間の出来事でした。

退院後はすぐに職場に復帰しましたが、約1か月間は無理をせずに主にデスクワークをしました。1か月後からは通常業務に戻り、水泳も再開しました。

現在の私の体調はとても良好です。体重維持のための水泳もほぼ毎日行っています。しかし、移植前に比べて、年のせいかもしれませんが、疲れやすくなったような感じを受けています。

妻は、昨年までとは考えられないくらい元気になり、妻もウォーキングで健康を維持し、体力・筋力をつけています。

今年8月には家族で富士登山を企画しました。残念ながら台風により中止となってしまいましたが、富士登山前の準備運動として筑波山へ2回登りました。来年こそは富士山登頂を報告したいと思います。

妻から「すごく元気になったよ」と言われると、移植手術をしてとてもよかったと感じています。

最後になりましたが、今まで通院で長くお世話になった聖隷佐倉市民病院の先生、看護師の皆様へ感謝申し上げます。ありがとうございました。

そして、今回の移植でたいへんお世話になった千葉東病院の移植チームの先生、看護師の皆様、本当にありがとうございました。

主治医の大月先生は常に「レシピエント、ドナー共に健康でなければ、移植した意味がありません」とおっしゃっています。本当にその通りだと思います。

これからもまだまだお世話になりますが、この場をお借りして、移植を成功させていただいたこと、移植の素晴らしさを教えていただいたこと、移植により、健康的な生活を送れるようになったことに深く感謝いたします。本当にありがとうございました。

私たちは夫婦間での移植でした。ひとつずつ分けた腎臓を大切に、夫婦で二人三脚のように今後の生活を楽しまたいと考えています。

この会場にいらっしゃる方の中で、ドナーになれる立場にいる方は、信頼できる先生方に身を任せ、レシピエントを助けてあげてください。全く心配する必要が無いことを皆さんにお伝えします。

**パネリスト：公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク
広報・啓発事業部地域連携グループ 菊池 雅美**



2016年10月16日に開催された市民公開講座では、「腎臓移植の現状」について、お話しをさせていただく機会をいただき、ありがとうございました。

私ども日本臓器移植ネットワークでは、ドナー情報の対応、普及啓発活動のほかに、移植希望者の登録・更新業務を行っております。まずは、移植希望者の登録・更新手続きについて、お伝えをさせていただきます。

腎臓移植希望者の更新手続きは、年に1回（毎年1月～3月）必要な手続きになります。更新料は¥5,000です。更新手続きに関しては、2016年4月1日以降、腎臓の移植希望登録の方が登録の更新手続きを行っ

ていただく場合、腎臓移植を希望する施設（腎臓移植希望施設）で年1回以上の診察と評価を受けることが必須条件となりました。このため、2016年4月1日から2017年3月31日までに腎臓移植希望施設にて受診をされていない場合には、2017年4月1日以降の腎臓移植希望登録の更新が行えなくなりますので、ご注意ください。なお、従来より腎臓移植希望施設で年1回以上の診察と評価を受けている場合は、変更はございません。

また、「腎臓移植の新規登録の流れ」については、透析または通院されている受診施設の主治医にご相談の上、移植を希望する施設を選んでください。ご自身にて、移植希望施設（図1）にお問合せいただき、ご予約の上、必要な書類を確認し、必要であれば、担当医に紹介状を作成していただき、受診の際にご持参いただきたいと思います。移植施設を受診されると、臓器移植に関するインフォームドコンセント（説明と同意）が行われます。説明後、内容に同意をされた場合のみ登録が可能となり、登録用紙に同意の署名・住所等の記載を行います。なお、2012年7月より透析療法開始前であっても医学的状況によっては、当団体への登録が可能となりましたので、ご不明な点については、腎臓移植施設または当団体にお問合せをいただければと思います。死体腎移植では、提供者との適合性が重要であり、組織適合性検査（HLA）が必須となりますので、血清保存のための採血が必要になります。検査は採血のみです。検査費用は自己負担となります。（都道府県により、自治体等の助成がある場合があります。詳しくは各自自治体にお問合せをお願いいたします）腎臓の新規登録に必要な移植施設での手続きが終了しましたら、移植施設より日本臓器移植ネットワークへの

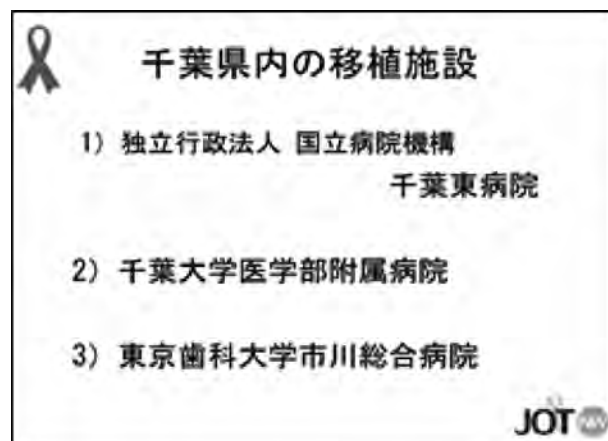


図1

登録が行われます。移植施設より日本臓器移植ネットワークへ、ご本人の登録に関する内容の同意が記載された「移植希望登録申請用紙」が送付され、候補者の選定に必要な医学的データ等が当団体の移植希望者の情報管理システムに入力されます。ご本人（または代理の方）により新規登録料¥30,000をコンビニエンスストアにて支払います。住民税の非課税世帯は、所定の手続きにより登録料免除となります。また、同一世帯で複数の登録申請を行なう場合には人数分の手続きが必要になります。当団体に、申請用紙及び移植施設より当団体の情報管理システムへデータの入力と新規登録の払い込み（または免除書類）が確認された時点で登録を行い、その日が登録日になります。登録が完了し、2か月程度で登録者宛に「臓器移植希望登録手続き完了のお知らせ」として、「臓器移植希望登録証」（切り取り式カード型）と「臓器移植患者登録証明書兼患者負担金領収書」が送付されます。

次に現在の臓器提供の現状・移植の現状についてお伝えをさせていただきます。1995年～2016年9月までの臓器提供件数の年次推移は、（図2）のとおりです。

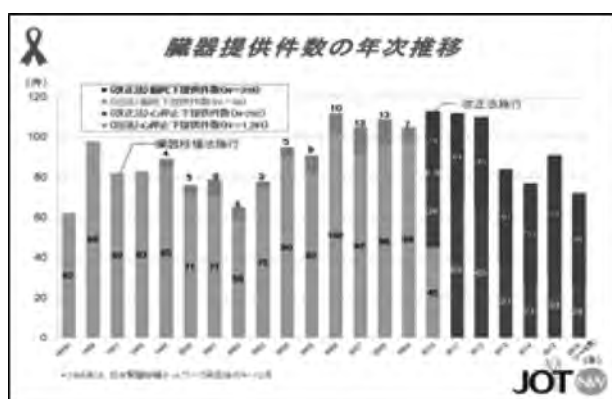


図2

臓器の移植に関する法律の改正後、脳死下臓器提供件数については増加がみられましたが、心停止下臓器提供も含めた臓器提供件数になると、年間80件前後にとどまっています。一方、臓器移植希望者数については、（図3）のとおりです。腎臓については、他の臓器よりも移植希望登録者数が多く、移植を受けられるまでの平均待機日数は5295.4日（約14年6か月）です。腎臓移植希望登録者の登録状況についてはスライド（図4）のとおりです。

日本の臓器移植希望者数と移植件数
2016年9月30日現在

移植希望登録者数		
心臓	528	内、心肺同時 4
肺	304	内、心肺同時 4
肝臓	359	内、肝腎同時 11 内、肝小腸同時 0
腎臓	12,623	内、肝腎同時 11 内、肺腎同時 150
脾臓	199	内、脾腎同時 150
小腸	3	内、

関東甲信越地区腎臓登録者数 5,023名
千葉県内腎臓登録者数 564名

図3

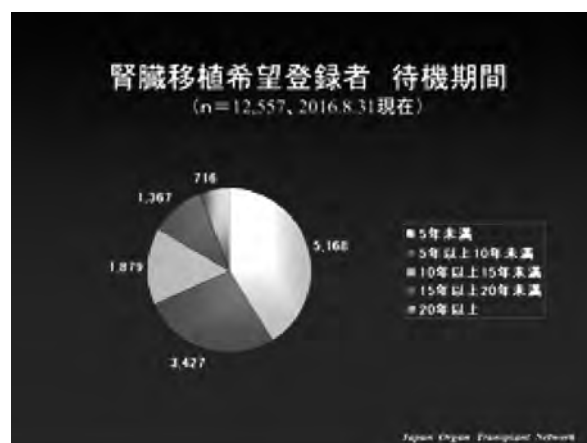


図4

最後に、当社団の平成28年度の取り組みについてですが、重点課題として、「院内体制整備の実施と強化」をすすめております。(図5)

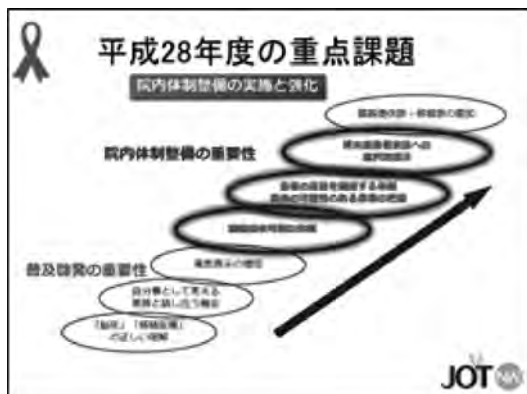


図 5

移植医療には4つの権利「臓器を提供する・提供しない・移植を受ける・受けない」があります。どの権利も等しく尊重されるよう、当社団としても関係者の皆様と協力させていただきながら、移植医療の推進に努めてまいりたいと思います。



基調講演座長の電部会長



パネルディスカッション座長の丸山委員



パネルディスカッションの様子



基調講演の様子

講師派遣による臓器移植推進出前講座

要綱

目 的	臓器移植は、臓器の機能が低下し、苦しんでいる患者に対して、臓器を移植することにより、健康を回復しようとする医療で、広く社会の理解と支援があって成り立つ医療である。しかし、移植の機会を待っている患者の数に比べ圧倒的に臓器提供数が少ない状況である。そこで県内の学校、団体等の学習会に講師を派遣することにより児童・生徒・学生等に命の大切さや移植医療の現状を知ってもらい、臓器移植への理解を高めるとともに健全な子供の成長に役立てることを目的とする。
実 施 主 体	主催：公益財団法人 千葉ヘルス財団 後援：千葉県（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
27年度	看護学生 千葉県立保健医療大学 淑徳大学看護栄養学部 千葉大学大学院看護学研究科
	医学部学生 千葉大学医学部
28年度	看護学生 亀田医療大学 千葉大学大学院看護学研究科
	高校生 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

24年度より試みている移植者を講師とした出前講座では、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。今年度は高校生を対象とした講座も実施しました。



高校生対象の臓器移植推進出前講座

その1（於 国保旭中央病院）

（公財）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

平成28年7月24日、8月3日に国保旭中央病院にて行われた「医師の夢応援セミナー・ASAHI～医師の仕事と病院を知ろう」および「病院の仕事を知ろう・ASAHI～医師の仕事と病院を知ろう」という高校生対象のセミナーにて出前講座の講義を担当させていただきました。

7月24日は医学部進学を目指す高校生21名を対象に、手術室の見学やダヴィンチの操作の体験、先輩医師による質疑応答等が行われていました。8月3日は医療従事者を目指す高校生177名が参加され、職場見学やスタッフの方によるブース出展等の催しが行われていました。両日とも、プログラムの最後に、「移植医療について知ろう」と題し、出前講座を聞いていただきました。

参加されていた高校生の皆さんは、自分の夢や将来の目標に向かい、真剣に各プログラムに参加されており、キラキラと輝いた表情が印象的でした。それに対応されている医療スタッフの皆さまも、大変あたたかく質問等に答えており、院内のチームワークの良さがうかがい知れました。

さて、私たち臓器移植コーディネーターは大切な人の命が助からないと宣告された際、臓器提供についての説明を希望しているご家族のもとに出向き、臓器提供・臓器移植についての情報提供を行います。そして提供を決断したご家族および病院に対し、臓器提供にまつわる様々な手続きの支援や調整を行います。医学的な情報を収集し、臓器提供の禁忌項目がないかどうかを判断することや、手術室に医師と一緒に入ることもあり、移植コーディネーターにもある程度の医学的知識が求められるため、医療従事者を経験してから移植コーディネーターになるものが多いです。私も以前は病院で臨床検査技師として勤務していましたが、移植コーディネーターを志し、今に至っています。ま

た、移植医療には非常に多くの医療スタッフがかかります。臓器を提供する方（以下ドナー）の担当医師、看護師はもちろん、臨床検査技師や診療放射線技師、臨床心理士や事務職員、病院が一丸となってドナーとご家族の思いを叶えます。また、移植を受ける方（以下レシピエント）側にも、手術を担当する医師だけではなく、看護師や理学療法士、臨床工学技士、社会福祉士など多くのスタッフが移植手術前の闘病生活から手術後の社会復帰までを支えます。さらに、移植医療は病院内だけではとどまらず、外部の検査センターや検視を担当する警察の方、臓器搬送にかかわる消防署や空港の方など、非常に多くの方々がかかわる究極のチーム医療だと思っています。将来、講座を聞いてくださった生徒さんの中にも、このチーム医療の一員に加わる方はきっと出てくるのではないのでしょうか。

日本では年間およそ1万人の方が脳死状態になっていると推定されています。原因の多くは、くも膜下出血などの脳血管障害や交通事故などによる頭部外傷です。昨日まで元気にしていた人が、翌日には急に意識のない状態になり、懸命の治療を受けるも、最後にはもう助かる可能性はないと宣告される場合があります。そのような状況の中で、家族はその人らしい最期の看取り方について考えることになります。積極的に治療を行うか、自然な形で静かに看取るか、そういった選択肢の一つに臓器提供があります。臓器提供を決断したご家族の思いとして聞かれるのが、「本人の意思を尊重したい」「誰かの役に立ってほしい」「身体の一部だけでもどこかで生きていてほしい」といったものです。以前、若い息子さんの臓器を提供する決断をされたお母さまに、お話を伺った際にも「本人の望みを叶えることができ、どこかで体の一部が活着していると私たちが家族にとって心の支えになって、それがどこかで誰かの助けになるなんて、こんな素晴らしいことはないと思います。」とおっしゃっていました。ただし、もちろん臓器提供しないことを決断されるご家族もいらっしゃいます。「身体に傷をつけたくない」「最期は静かに看取りたい」「本人の気持ちがわからないから決められない」。いずれも家族が、大切な人の

最期を考え抜いたうえで出てくる言葉です。医療スタッフは、家族が後悔のない選択をできるようにサポートする必要があります。

移植医療の講義をする際、必ずお伝えしていることがあります。それは、移植医療に関する4つの権利についてです。「臓器を提供する・提供しない・移植を受ける・受けない」どれを選んでも、すべて平等に尊重すべき権利です。臓器提供は「最後に臓器を提供したい」「本人の意思を叶えたい」と願うドナーとそのご家族の権利を守るために行うものだと考えています。一人一人が日頃から自分の命について考え、一番後悔を残さない選択をしてほしい。さらに、自分の考えを大切な家族にも伝えてほしい。この出前講座をきっかけに家族で命について考える機会が増え、家族が自分のことをいかに大切に思っているか感じる機会になればうれしく思います。



会場の様子

その2-①（於 千葉県立我孫子高等学校）

「移植を受けて二人三脚で生きる」

心臓移植を体験された方

木内 博文



1990年、20歳の時に特発性拡張型心筋症を発症し、その3年後に米国ロサンゼルスにある病院で心臓移植手術を受けました。

闘病の3年間はとても辛く、この先どうなるのか悩むことが多くありました。

辛い命に関わる発作は少なかったのですが、徐々に動けなくなる体に、死というものへの恐怖がジリジリと迫ってきました。

自宅での闘病が限界を迎え入院となって5ヶ月が過ぎた1993年3月、遂に余命1年の宣告が下されました。

僕はその時すでに自力ではトイレに行くのがやっとだったので、悲しいというより遂に来たかと覚悟をしました。

その数日後には23歳の誕生日を控えており、23年という人生が長いとか短いとか考えることはやめよう、決して最上の人生では無かったけど、これで満足しよう。そう自分に言い聞かせました。

しかし話はそれで終わらず、心臓移植をどう考えているか問われました。当時は脳死や移植医療などとはとんでもない事だとして、新聞やテレビは頻繁に取り上げていました。

それを見て「移植は考えない」と心に決めていたのですが、いざ目の前にそれしか助かる道がないと提示されると断ることが出来ませんでした。

暫くして、ある方との会話から「ドナーになる気持ち」を聞く機会がありました。その人は自分の体を使い誰かが元気になるれば嬉しい、そう言ったのです。

それまで自分は移植を受けるとしか考えておらず、誰かの死を待つことに大きな罪悪感を抱いていましたが、その人は「ドナーは自分で選んでそうなるのだから悩むことは無い」そう言ったのです。

そのとき自分自身もドナーとなる可能性があることに気付きました。そして瞬間的に「ドナーになりたい」

と思ったのです。残り少ない命。誰かの役に立つなら今すぐにでもそうなっても悔いはない。

それまでドナーに対して抱いていた可哀想な人という感情は、見下したものである事に気がきました。

ドナーにはそう決意する人生がある。可哀想と思うことはその人生を蔑む失礼な行為ではないか。自分がドナーとなったら受け取った人には喜んでもらいたい。

その感覚を覚えたことで移植を受けてもいいと許されたような気持ちになり、救われたという思いでした。

もし自分が移植を受けたら、ドナーに感謝して生きよう。

移植を受けられなかったら、誰かに感謝される存在となれる。

そして1993年7月26日に移植を施して頂きました。

移植後は順調で、麻酔から覚めて数時間後に立ち上がるリハビリ。今まで立ち上がるだけで感じていた息苦しさや目眩がなかったことに移植を受けた実感を覚えました。

その数時間後には食事開始。翌日に一般病棟へ移動。そして手術から5日後に退院となりました。

それからはリハビリの毎日。半年間寝たきりだった脚は、少し歩いただけで悲鳴をあげますが息切れが無い！

その事が嬉しくて、改めて胸の中のドナーへ感謝したのをよく覚えています。

半年で帰国、その後は国内での移植普及活動を行ってきましたが、そこで出会った多くの仲間たちにいつも励まされ助けられています。

とあるドナーご家族と出会ったとき、あなた達移植者が元気であるとともに嬉しいと言って頂きました。そしてドネーションはドナーご家族にとって大きな決断であり、大切な家族を誰かに託す希望でもあると。移植者が居るということは、ドナーが生きてきた、そして今も生きている証だと知りました。

移植医療はいのちのリレーだと言われます。でも僕の胸の中にいるドナーとは今もずっと二人三脚をしている気分です。

そして移植という選択をしたことで出会った多くの人たち。その人達のおかげで僕が居られると思っています。

これからも二人三脚を続けながら、多くの仲間へ感謝、移植医療の素晴らしさを伝えていきたいと思っ

ています。



その2-②（於 千葉県立我孫子高等学校）

心臓移植を待っている方

河合 容子



2015年2月。「河合さん、余命1年だったね。でもまだやることがあるよ。まだまだ生きないとね。」緊急搬送からの10日後、補助人工心臓を植え込みました。拡張型心筋症を発症してこ

まで6年。ICDを植え込み、CRT-Dに入れ替えながらも良くなる事はなく、段々症状が重くなる日々は本当に辛かったです。仕事や趣味をひとつずつ諦めながらも、母である以上、少しでも子どもたちの傍に居たいと思い、出来ることはやってあげたいと随分無理もしました。少しでも長く生きたいと願っても、病気や治療法の情報は少なく、補助

人工心臓なるものの存在も、移植医療が受けられるという事も知りませんでしたから、不調が続くようになると、生きる希望は徐々に薄れ、余命を思いながら不安の中で過ごすしかありませんでした。そんな私にとって、突如現れた補助人工心臓はまさに、新しく生きるスタート。心臓移植は希望の光でした。植え込んだ1年は体と機器と季節との調整でしたが、辛かった心不全は解消し、2年目になると体調も安定し、あれもこれもありたいという欲求が生まれてきました。けれど、実際にはあれも出来ない、これも出来ないという現実。進まない移植。周りから取り残されていく感覚。焦りと先が見えない不安を前に闇の中に深く沈む日も少なくありませんでした。そんな時に逢ったのが、同じVADを装着し移植待機をしている仲間。生活の変化や不安や焦りの声に私たちは大きく頷き、そして移植について語り、励まし合ったのです。しかし、移植について知ることが増えるにつれ、果たして生きたいという思いだけを通してよいのか、私に移植を受けるだけの価値があるのかと悩むことに。それでも移植を終えられた方、大切なご家族をドナーとして送り出された遺族の方、それぞれの想いを共有させて頂く事で少しずつ気持ちの折り合いがついていきました。とはいっても、私がこれから受けようとする心臓移植は、ドナーのご家族が、様々な葛藤を乗り越えて初めて成り立つ医療です。私は26年前に高校生だった弟を喘息発作で突然亡くしました。死をこれでもかと云うほど身近に感じた出来事です。当時は臓器提供の打診はありませんでしたが、もしどうされますか？と聞かれたらどうだったでしょう。愛する家族にメスを入れるという苦渋の選択を受け入れることが出来たでしょうか。弟を突然失ったあの喪失感を思い出すと、いかに臓器提供が難しいかという事を思います。それでも終わるしかなかった命が命のボタンとなって新たに生きていく事を知っていれば、家族に残るのは、決して悲しみだけではないと思えたかもしれません。

そんな様々な移植に対する思いを心に留めながらの「余命1年からのスタート」はまだ始まったばかり。一寸先は闇だと信じて疑わなかった私に今見えるのは、「一寸先は光」です。もう終わりだと思っていた命に希望を与えてくれた補助人工心臓。この医療の進歩は目覚ましいものがあります。このために、本当にたくさんの技術者や医療者の努力があります。けれど補助人

工心臓はあくまでも移植へのブリッジです。そしてこの先に移植医療という大きな壁がたちはだかります。これは技術ではどうにもならない。命のボタンなくしては前へ進めない医療です。この病気にならなければ、ここまで考えることはなかったでしょう。この病気にならなければ、移植医療を待つ人の存在も思いも、その必要も知ることはなかったでしょう。だから伝えます。未来のために知って欲しい。移植医療が持つ可能性を。そして考えてもらいたい。自分の命をどう終うかということ。それは究極のエンディングノート。最後まで尊い命が光となる為に。



講演後の高校生との意見交換

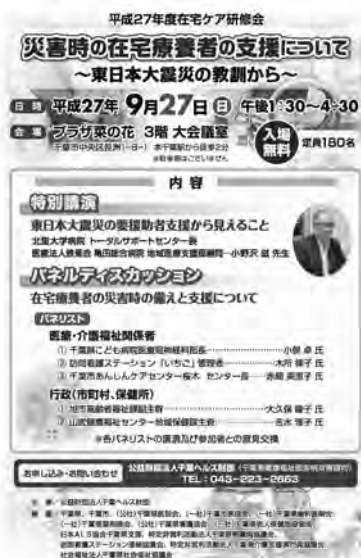
（公財）千葉ヘルス財団の事業 平成27年度

1 在宅ケア体制推進事業

木所 律子 氏

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・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 「災害時の在宅療養者の支援について

～東日本大震災の教訓から～」

日時 平成27年 9月27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 特別講演

座長 千葉ヘルス財団在宅ケア部会長

平山 登志夫 氏

講師「東日本大震災の要援助者支援から見えること」

北里大学病院 トータルサポートセンター長

小野沢 滋 先生

パネルディスカッション

「在宅療養者の災害時の備えと支援について」

座長 千葉ヘルス財団在宅ケア部会委員

金子 恵子 氏

パネリスト

①医療関係者の立場から

千葉県こども病院 小俣 卓 氏

②看護介護関係者の立場から

訪問看護ステーション「いちご」

③介護福祉関係者の立場から

千葉市あんしんケアセンター桜木

赤間 美恵子 氏

④行政関係者の立場から

旭市高齢者福祉課 大久保 綾子 氏

山武健康福祉センター 吉水 雅子 氏

※参加者数 64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 4 件

在宅人工呼吸器療養者支援事業補助金フロー圖

*既に「人工呼吸器療養者支援」を受けている方は申請できません。
様式は当財団ホームページよりダウンロードできます。



医療機器購入 * 事情により事前に購入する場合はご相談ください。

⑧ 在宅人工呼吸器療養者支援事業
補助金実績報告書(別記第5号様式)

⑨ 領収書

* 入金確認2か月以内に提出

（2）在宅人工呼吸器療養者支援事業

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 14件

3 老人医療・難病医療・終末期医療体制推進事業

(1) 臓器移植等普及啓発事業

- ①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。(受講無料)

派遣講師

千葉県救急医療センター 宮田 昭宏 氏
千葉県臓器移植コーディネーター
宮崎 麻里子 氏
臓器移植体験者 木内 博文 氏
日本臓器移植ネットワーク
チーフコーディネーター
大宮 かおり 氏

受講者数 405名

実施日	施設名	受講者数
4/17	千葉大学医学部	120名
5/1. 8	千葉県立保健医療大学	104名
10/8	淑徳大学看護栄養学部	108名
1/22	千葉大学大学院看護研究科	73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 「意思表示が想いをつなぐ」

～たくさんの想いを知り、
あなたも意思表示してみませんか～

日時 平成27年10月18日(日) 午後1時30分～4時

場所 千葉市ビジネス支援センター

きぼーる13階 会議室

内容 基調講演 「移植医の想い」

座長 千葉ヘルス財団臓器移植部会委員

宮内 英聡 氏

講師①「肺移植の実際」

千葉大学医学部附属病院呼吸器外科

吉田 成利 氏

②「肝移植の実際」

千葉大学医学部附属病院肝胆脾外科

大塚 将之 氏

体験談およびパネルディスカッション

～臓器移植を推進するために～

座長 千葉ヘルス財団臓器移植部会副部長

川越 一男 氏

体験談① 心臓移植体験者

瀬川 美由起 氏

② 渡航心臓移植体験ご家族

中澤 奈美枝 氏

③ ドナーご家族(献眼)

平野 陽一 氏

④ ドナーご家族

原澤 美智子 氏

※参加者数 35名 (入場無料)

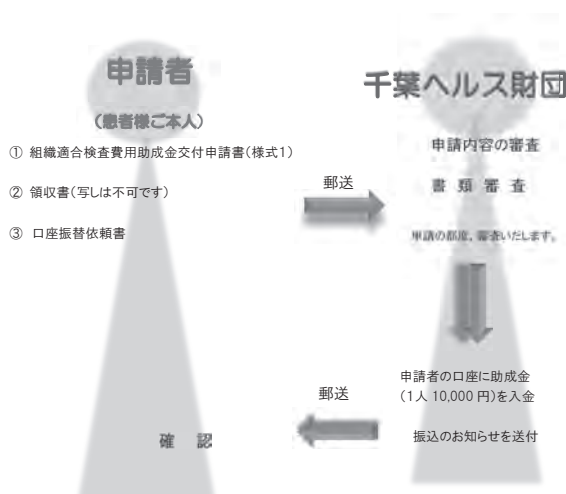
(2) 臓器移植推進特別対策事業

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 36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

- ア 臓器提供者へ感謝状及び香典
2名(1名は辞退)
イ 臓器摘出医療機関へ謝礼
2件(1件は辞退)

3 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発行し、市町村、健康福祉センター、関係団体等(約1,200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

- ・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

H27年度 ご寄付いただいた方々

		金額
1	国保小見川総合 様	22,405
2	特別養護老人ホーム晴山苑 様	16,266
3	九十九里ホーム病院 様	7,900
4	松井宏之 様	10,000
5	総合病院国保旭中央病院 様	31,000
6	東京歯科大学市川総合病院 様	31,137
7	国保匝瑳市民病院 様	16,256
8	医療法人社団志仁会旭市健康管理課 様	15,000
9	薬丸病院 様	22,899
10	一般社団法人 千葉県製薬協会 様	100,000
寄付金合計		272,863

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25年度から平成27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28年3月4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 市川会長様より

※平成28年10月26日(贈呈式) 千葉県医療機器工業会 様



千葉県医療機器工業会 高橋会長様より

(公財) 千葉ヘルス財団役員および企画委員名簿

平成28年12月31日現在

評議員

氏 名	役 職 等
田畑陽一郎	(公社) 千葉県医師会長
谷 修一	国際医療福祉大学名誉学長
斎藤 英生	(一社) 千葉県歯科医師会長
石野 良和	(一社) 千葉県薬剤師会長
萩原 博	(株) 千葉日報社代表取締役社長

理事

役職名	氏 名	役 職 等
代表理事	平山登志夫	千葉県老人保健施設協会会長
理 事	小柴 祥司	千葉県市長会・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	吉山 容正	稲毛神経内科・メモリークリニック院長
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	星岡 明	千葉県こども病院 病院長
委 員	中村 宏	クリニックあしたば院長
委 員	栗原 正彦	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	千葉県訪問看護7-119連絡協議会会長
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 事務局長
委 員	金子 恵子	香取健康福祉センター 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	公益社団法人千葉県医師会副会長
委 員	宮内 英聡	千葉大学医学部附属病院食道・胃腸外科講師
委 員	入江 康文	千葉県透析医会会長
委 員	渡辺 三郎	総合病院国保旭中央病院臨床研究支援センター長
委 員	丸山 通広	千葉東病院移植情報センター 診療部長
委 員	中村 厚	特定非営利活動法人千葉県腎臓病協議会
委 員	宮田 昭宏	千葉県救急医療センター 脳血管治療科部長

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
- ▶ (口座番号) 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](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29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