

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

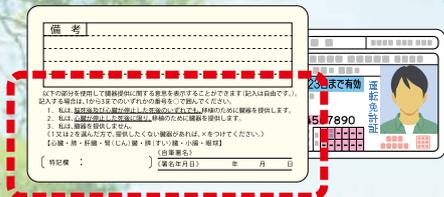
つなげられる「いのち」がある

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

公益財団法人設立5周年を迎えるにあたって	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
ALS患者・家族の思いを社会に 千葉ヘルス財団在宅ケア部会委員 川上純子	

臓器移植推進に向けての取材記事	2
臓器移植で誰かの人生が変わる 千葉ヘルス財団臓器移植部会委員 丸山通広	

平成29年度 在宅ケア研修会	3
(テーマ 地域で支える認知症～患者と家族のために～)	
講師等 篠遠仁氏、石毛清雄氏、伊藤克洋氏 大桐四季子氏、貴島美里氏	

平成29年度 地域在宅ケア研修会	11
(テーマ 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～)	
講師 今福恵子氏	

平成29年度 臓器移植についての市民公開講座	15
(テーマ 知ろう、学ぼう～糖尿病と移植医療～)	
講師等 関直人氏、名和晃司氏、丸山通広氏 池田和仁氏、佐久間健一氏	

講師派遣による臓器移植推進出前講座	24
-------------------------	----

臓器移植推進出前講座の実施状況 ①敬愛学園高等学校	25
講師 後藤清美氏	
②淑徳大学看護栄養学部	26
講師 木内博文氏	

(公財)千葉ヘルス財団の事業 平成28年度	28
-----------------------------	----

(公財)千葉ヘルス財団役員および企画委員名簿	31
------------------------------	----

巻頭言

公益財団法人設立5周年を迎えるにあたって



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、保健医療分野の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年を迎えようとしています。

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、高齢者の増加に伴い認知症対策が急務となっている現状を踏まえ、「地域で支える認知症～患者と家族のために～」をテーマに認知症治療に造詣の深いお二人の診療所の先生の基調講演を行いました。又、その後の在宅医療を実践している多職種の方々と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」をテーマに船橋市との共催で、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 糖尿病と移植医療」をテーマに糖尿病の予防、治療、移植医療を実践している千葉東病院の3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パネルディスカッションでは、参加者から多くの質問が出され、アンケート調査でも大変役に立ったとの意見が多く、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。

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ご健勝を心から祈念申し上げまして、公益財団法人設立5周年を迎えるにあたっての挨拶といたします。



平成29年度 在宅ケア研修会

地域で支える認知症

～患者と家族のために～

2017. 9. 24 プラザ菜の花

平成29年度在宅ケア研修会
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1:30～4:30 **入場 無料 先着 180名**
 会場 **プラザ菜の花 3階 大会議室**
 千葉県中央区長洲1-8-1
 千葉県福祉会館3階大会議室
 〒270-0801 千葉県市川区長洲1-8-1
 千葉県福祉会館3階大会議室
 電話 043-223-2663

内容

1. 基調講演

●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 篠遠 仁 先生
 ●認知症
 それでも食やん事は忘れない
 天台眼科 院長 石毛 清雄 先生

2. パネルディスカッション

テーマ：多職種協働で支える認知症 ～その役割と連携～

パネリスト

① 神経内科 千葉 篠遠 仁 先生
 ② 天台眼科 院長 石毛 清雄 先生
 ③ 一般社団法人千葉県認知症協会 常務理事 伊藤 亮平 先生
 ④ 一般社団法人千葉県認知症協会 常務理事 大野 聡子 先生

介護施設関係者
 ① シャローム看護訪問介護事業所 代表 眞藤 美里 先生
 ※パネリストの発表及び質疑応答との意見交換

お申し込み・お問い合わせ 公益財団法人千葉ヘルス財団 (千葉県福祉会館3階大会議室内)
 TEL: 043-223-2663

主催 公益財団法人千葉ヘルス財団
 後援 千葉県、千葉県認知症協会、公益社団法人千葉県認知症協会、一般社団法人千葉県認知症協会、
 (一社)千葉県認知症協会、(一社)千葉県認知症協会、(一社)千葉県認知症協会、(一社)千葉県認知症協会、
 特定非営利活動法人千葉県認知症協会、(一社)千葉県認知症協会、(一社)千葉県認知症協会、
 特定非営利活動法人千葉県認知症協会、(一社)千葉県認知症協会、(一社)千葉県認知症協会、
 特定非営利活動法人千葉県認知症協会、(一社)千葉県認知症協会、(一社)千葉県認知症協会

第1部 基調講演

①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

1) はじめに



レビー小体型認知症はアルツハイマー病に次いで多い変性性認知症で、認知症の10-20%を占めると言われています。1976年に小阪憲司先生がレビー小体型認知症を発見しました。一般

に知られるようになったのは、ここ10年ほどであり、新型認知症と言われることもあります。ここではレビー小体型認知症の特徴と対応、治療についてお話します。

2) レビー小体型認知症の特徴

レビー小体型認知症の特徴は、物忘れなどの認知症状に加えて、①ありありとした幻視がみられること、②認知症状が日によって或いは時間帯によってかなり変動すること、③夜中に眠っているときに大きな声を出す、手足を激しく動かすなどのレム睡眠行動障害がみられること、④小刻み歩行、動作緩慢などのパーキンソン症状がみられることです。レビー小体型認知症の初期には、物忘れは目立たず、幻視とレム睡眠行動障害だけがみられることもあります。

3) レビー小体型認知症とパーキンソン病

レビー小体というのは、ドイツのレビー博士が1912年にパーキンソン病患者の脳の中で発見した神経細胞の封入体です。パーキンソン病ではこの封入体が脳幹の神経核の中に存在することが多いのですが、レビー小体病ではレビー小体が大脳皮質全般に拡がっている

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。

国内では、高齢化の進行とともに、認知症の患者も大幅に増加することが見込まれており、認知症対策は医療施策の重要な課題の一つとなっています。

このような状況の下、今年度の研修会は、「地域で支える認知症～患者と家族のために～」をテーマとして、認知症治療に造詣の深い先生をはじめ、医療・看護・介護に携わる様々な職種の方を講師としてお願いし、基調講演及び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、地域で支える認知症対策の一助になれば、幸いです。

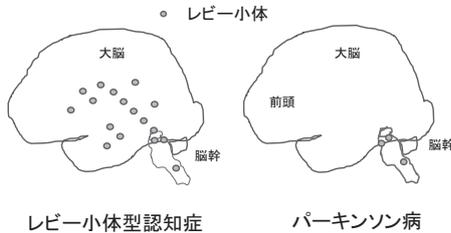


主催者挨拶

当財団 在宅ケア部会長 平山登志夫

ことが特徴です(図1)。パーキンソン病でも病気の経過が長くなり、認知症を伴った症例では、レビー小体が大脳皮質全般に拡がっていることがあります。こうしたことから、レビー小体型認知症とパーキンソン病とは連続性のある病気と考えられています。

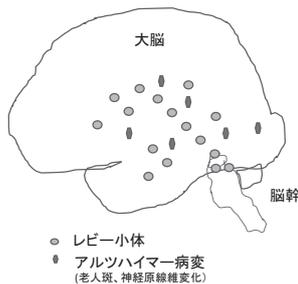
図1.



4) アルツハイマー病との鑑別

アルツハイマー病では、物忘れが目立ちますが、幻視がみられることはほとんどなく、初期には認知機能の変動は少なく、レム睡眠行動障害、パーキンソン症状は通常はみられません。こうした違いからレビー小体型認知症とアルツハイマー病とは鑑別されます。しかし、レビー小体型認知症とアルツハイマー病との鑑別が困難な症例もあります。脳の中を見ても、レビー小体型認知症では、レビー小体に加えて、アルツハイマー病の病理(老人斑、神経原線維変化)が加わっていることも多いのです(図2)。レビー小体型認知症でもアルツハイマー病変化が多く加わっていると、物忘れが目立つなど、アルツハイマー病と区別のつきにくい症状を呈することがあります。

図2.

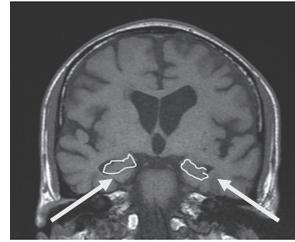


5) レビー小体型認知症の検査

頭部MRIは認知症の鑑別診断に役立つ検査です。アルツハイマー病では大脳皮質、特に海馬という記憶の入り口がやせてくること(萎縮)が特徴的です。これに対してレビー小体型認知症では海馬を含めて脳萎縮が目立たないことが特徴です(図3)。

ダットスキャン®という放射性薬剤を使った検査はレビー小体型認知症の診断に有用です。アルツハイマー病では正常ですが、レビー小体型認知症では放射

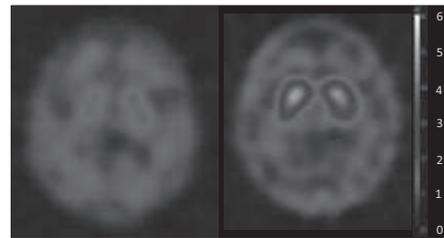
図3.



性薬剤の線条体への集積が低下します(図4)。これはドパミンを神経伝達に用いる神経の働きが弱っていることを示し、パーキンソン症状に対応する所見です。

[¹²³I] MIBG心筋シンチグラフィーという放射性薬剤を用いた検査も行われることがあります。アルツハイマー病では正常ですが、レビー小体型認知症では放射性薬剤の心筋への集積が低下します。これは心臓の交感神経の障害があることを示します。

図4. ダットスキャン



レビー小体型認知症 健常者

6) レビー小体型認知症の治療

レビー小体型認知症の治療として、アルツハイマー病に使われる抗認知症薬が用いられます。ドネペジル(アリセプト®)は、レビー小体型認知症にも保険適応があります。ドネペジルの効果はアルツハイマー病よりもレビー小体型認知症に対しての方が良いとされています。ドネペジルの服用で幻視や意識の変動がなくなり、著明に改善する方がいます。一方、ドネペジルで患者さんの興奮性が高まり、反って家族が困る場合もあります。こういう場合には、減量するか、多剤に変更した方がよいでしょう。ガランタミン(レミニール®)とリバスチグミン貼付剤(イクセロンパッチ®、リバスタッチ®)は、レビー小体型認知症への保険適応はありませんが、効果が期待され、用いられることがあります。

パーキンソン症状に対しては、パーキンソン病の薬を用いると、歩行などが改善することがあります。

幻覚、妄想が強い場合にはやむを得ず、少量の抗精神病薬を用いることがあります。レビー小体型認知症

の方は、抗精神病薬の副作用が出やすいので、転倒、誤嚥などに注意が必要です。

レム睡眠行動障害で困る場合には、クロナゼパム（リボトリール®、ランドセン®）などを服用させると抑えることができます。

7) 家族の対応

幻視、妄想への家族の対応としては、「そんなことがある訳がない」などと頭ごなしに強く否定しない方がよいでしょう。強く否定されると自分の人格が否定されたように感じるものです。しかし、家族が同調して幻視が見えると口を合わせる必要はありません。穏やかに、「自分には見えない。あなたにそのような人が見えるのは病気のせいではないか」と言うのが良いでしょう。

壁に服をかけてあると、患者さんは誰か人がいると誤認しやすくなります。部屋の中には幻視を誘発するような物を置かないようにしましょう。

レビー小体型認知症では、便秘、排尿障害、起立性低血圧（立ち上がると血圧が下がって意識を失う）、食事性低血圧（食後に血圧が下がって意識を失う）などの自律神経障害もしばしば合併します。意識を失って倒れたら、まず、静かに寝かせ、血圧が低いようであれば、両下肢を少し挙上するとよいでしょう。たびたび起立性低血圧で倒れるような場合には、普段から塩分、水分を十分にとること、立ち上がってから様子を確かめてから歩き出すなどの注意が必要でしょう。食後に意識を失うようであれば、一度に満腹になるまで食べることは控え、適量を数回に分けて食べるなどの注意が必要でしょう。

パーキンソン症状で小刻み歩行となり、下肢が歩行時に上がりにくくなるとつまずきやすくなります。自宅内は整理整頓し、床には物を置かず、段差があればスロープをつけるなど工夫が必要です。通所リハビリテーションなどに通い、体力の維持に努めることも大切です。通所リハビリテーションは昼夜逆転の改善にも有効です。

参考文献

小阪憲司、羽田野政治. レビー小体型認知症の介護がわかるガイドブック. 株式会社メディカ出版、大阪府、2010年.

②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



認知症の介護をしている人からよく聞くことは、認知症の人に食事をさせても、“食べさせてもらえない”とか、たっぴりと食べても“少ししかくれない”と、他人に不平不満を訴え、介護

者を悪者扱いしたり、そうかと思えば、好きなものは食べるが、そうでないものは吐き出してしまふ。色々な記憶を忘れても、決して食べる事は忘れない。では、口または口腔は何をする所でしょうか。

①食べる事 消化管の最上部に位置し、食べ物を歯でかみ砕き、舌で味わい、噛み味わう刺激で唾液の分泌を促し、かみ砕かれた食べ物と唾液を交じり合わせてとろみをつけ、舌の上に集め、喉に送り込む動きをする。

②話す事 声帯を震わせて出た音は、舌や唇の働きにより、声となる。

③脳への刺激 噛んだり、舌を動かしたり、唇を動かしたりすることで、血流を良くし、脳への血流も良くする。

④表情をつくる 口輪筋などの働きにより、顔に表情をつくる。

⑤補助的な気道 鼻が詰まったときなどの口での呼吸。など、色々な働きをします。我々歯科医師にとっては、日頃からこれらの機能低下が起こらないように注意を払っていますが、歯については特に注意を払います。赤ちゃんが口の中いっぱい食べ物に詰め込み、うまく呑み込めないのを見たことがあると思いますが、それは適量以下の量しか呑み込めないものを適量以上に呑み込もうとするからです。上下の歯が噛み合い、上あご、舌で作る空間が適量であり、よく噛み、とろみをつけた食塊を舌に載せ、喉へと運ぶために歯が必要であり、もし歯が抜け落ちていれば、食塊はその隙間から漏れてしまい、全部をうまく呑み込むことができなくなるからです。では義歯はどうでしょうか。軽度の認知症では受け入れてくれますが、重度になればな

る程、以前から使用していた義歯しか入れてくれません。何年も義歯を入れたことのない人が急に義歯を製作しても使ってくれないのと同じように、認知症の人では違和ばかりが感じられるようです。また上下の歯で何回も噛むことで、いちばん誤嚥しやすい水でさえ、とろみがつき、安全に飲み込むことができます。

では、脳への刺激はどうでしょう。顎や舌、口輪筋が働けば、血液を必要とするわけですから、当然脳にも血液は運ばれるわけでよく噛むことが認知症を遅らせるというデータもあります。しかし認知症を良くするという事はないようです。

また歯科医師として放っておけないことに歯周病があります。古くは心臓の手術前には歯周病を治しておくなさい、そうしないと弁に細菌が付着して死ぬことになると言われ、今では、糖尿病の悪化原因の一因子にもなっていると証明され、糖尿病が悪化すれば歯周病も悪化し、歯周病が悪化すれば糖尿病も悪化するとされている。また、動脈硬化、高血圧症とも関係があるとされている。その歯周病は図1の状態、原因は食物残渣とそれを目当てに集まる細菌で、一概にはそうだとは言えませんが好気性菌ならばう蝕に、嫌気性菌なら歯周病になると考えてもらっていいでしょう。歯肉は腫脹発赤し、何かあたればすぐにでも出血する状態です。出血した所から、細菌が血管内に侵入し、菌血症、敗血症へと、悪化していきます。ならば、歯周病にならないようするには、どうしたらいいでしょうか。歯を磨けばいいといいますが、磨くことときれいにすることは違います。普通の人でも磨き残しができ、歯科医院で歯石の除去をしてもらっているのに、認知症の人は、なおさら歯みがきはいい加減になり、汚れは残ったままです。また、義歯に関しても問題が

図1

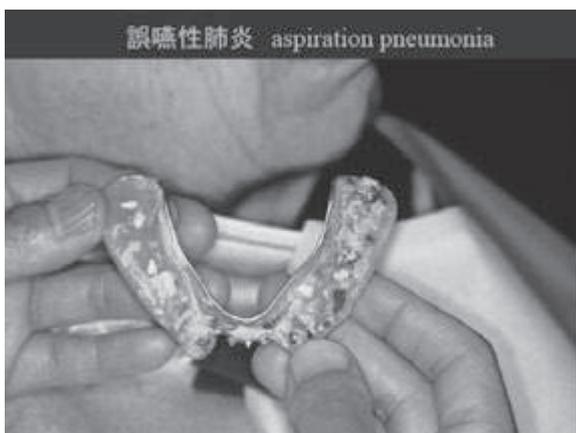


図2



あります。日本人だからというわけではありませんが、人前で義歯をはずすことは恥ずかしいと、義歯が装着されているかさえ、わからないことがあります。手袋を一日中していれば、手がふやけてしまうように、口の中も義歯と接しているところは、赤くふやけてきます。どんな義歯でも食物残渣は付着します。そしてそこに細菌が付着し、傷でもつくれば、歯肉と同様に細菌が血管内に侵入することになります。

嚥下についてはどうでしょうか。よく脳梗塞の人には内視鏡を用いて食塊の流れの検査することがありますが、認知症の人では認知症の進行度により、かなり厳しいでしょう。また水飲み込みテストもできなくなります。

口腔ケアとは、なかなか認知症の人では出来るものではありません。介護者が行うものとなりますが、
①口の周りの観察 口の周りに食べ残しが付いていないか、笑ったり怒ったりの表情ができるか。食べ残しが付いていれば、食べた証拠ですから口の中にもあるでしょうし、表情が現わさなければ筋肉が固く口腔清掃もしにくいでしょう。

②口腔内の観察と口腔ケア 歯ブラシや補助用具による口腔清掃をすることによりさまざまなトラブルを早期に発見することができる。(口内炎や舌炎、カンジダ症、う蝕や歯周病) 発見することにより、早期の治療も可能です。

口腔内を清潔に保つことは、口臭の予防にも繋がるだけでなく、微細な刺激も見逃さず、唾液分泌促進にも繋がります。

最後に図3.4に示すような嚥下体操の仕方を書いたものが各市町村から出しています。食事10分前ぐらいに行えば食事スムーズに進むことでしょう。

図3

口腔ケアで介護予防を

千葉県 健回体操

高齢社会を迎え、寝たきりなどの要介護状態になることをいかに予防するかが大きな課題となっています。高齢者がいつまでも健康な生活を維持するには、栄養バランスのよい食事と適度な運動を心がけ、活動的な毎日を送ることが大切です。

しかし、歯や口の中の状態が悪いと食欲をなくし、活動量も少なくなり、衰弱や転倒・骨折、認知症などが起きやすくなります。また、飲み込む力が衰えると口の中の細菌やウイルスなどが唾液や飲食物と一緒に気管に入り、肺炎を起こしやすくなります。

そうならないためにも、**千葉県 健回体操**を毎日行い、飲み込む力を向上させましょう！

千葉県 健回体操 その1 ● 顔面体操で口の機能を向上させる

食事するには、食べ物をかんだり、飲み込んだりする機能が重要です。これらの機能を維持・向上させるための体操を毎日行いましょう。

- 1 口のわきを上げて唇を上げ、唇をしっかりと閉じる
- 2 口のわきをしっかりと閉じて、アップアップで唇を高く上げ、左右に唇を動かす
- 3 思い切り口を開け閉じる

千葉県 健回体操 その2 ● 舌体操で舌の動きを訓練する

食べ物は舌を使って適切な大きさにされ、唾液にくんで飲み込まれます。舌の動きが悪くなると、飲み込みにくくなります。舌の動きを訓練する体操を毎日行いましょう。

- 1 前に出し入れして口へ口
- 2 上下に動かす
- 3 舌を回し、舌の端を左右に動かす
- 4 左右に動かす

千葉県

図4

千葉県 健回体操 その3 ● ごっくん体操で飲み込む力の低下を防ぐ

食べ物や薬液を飲み込む力を正常に保つことが大切です。飲み込む力を維持・向上させるための体操を毎日行いましょう。

- 1 しっかりと息を吐いて深呼吸します。
肩が下がって胸が広がるように、肩から腕を思い切り下ろす。息を吐きながら、口をすぼめてゆっくり吐き、息が尽きるまで待つ。
- 2 深呼吸を繰り返しながらしっかりと肩の運動をします。
左右に揺らす → 左右を向く → 大きく回す
- 3 肩を上下に動かす運動をします。
両肩をすぼめるようにして、すっと力を抜く
- 4 力を抜いて上体を揺らくり、左右に揺らす
- 5 舌や口の運動をします。
口を開いたまま、舌を長く伸ばしたり、ゆるめたりする
- 6 口を大きく開けて舌を出したり、引っ込めたりする（口一開）
- 7 舌で左右の口のわきをなぞる（口一開）
- 8 舌を長く伸ばし、舌の先を左右に動かす（口一開）
- 9 舌を長く伸ばし、舌の先を左右に動かす（口一開）

「ごっくん」体操は、舌の動きを良くし、飲み込む力を向上させる効果があります。毎日行いましょう。

第2部 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～

パネリスト：(一社)千葉県薬剤師会

在宅医療委員会委員 伊藤 克洋

ここ数年、薬剤師の業務内容は大きく変貌しつつあります。他の職種や患者さまからは、調剤・服薬指導・疑義照会のオーソドックスなイメージがあると思います。確かに、これらの業務は依然として我々の主たる業務なわけですが現在ではそれらから派生した業務の重要性が叫ばれています。その一つが今回のテーマである「多職種」「認知症」をキーワードとしたものです。



あります。他の職種や患者さまからは、調剤・服薬指導・疑義照会のオーソドックスなイメージがあると思います。確かに、これらの業務は依然として我々の主たる業務なわけですが現在では

それらから派生した業務の重要性が叫ばれています。その一つが今回のテーマである「多職種」「認知症」をキーワードとしたものです。

さて、薬剤師は調剤の後、服薬指導を行います。ここで服薬確認を行っています。目的は服薬課題の抽出です。この中の一つに、残薬（不足）がないかどうかがあります。そして残薬（不足）がある場合、その理由について探りそこに「認知症」がないかも考えます。認知症がありそうで診断がついていなければ包括支援センターや家族などへの連絡を検討いたします。またその一方で「認知症」の診断があってもなくても自立して服薬ができる方法を探っていきます。その一つの方法としてお薬カレンダーがあり、これは今日ではだいぶ市民権を得てどなたでもご存知だとは思いますが、これでも間違った服薬をしてしまう場合、日めくりカレンダー方式を採用し現在ではこれが我々薬剤師のトピックになっています。

ところで、ここまでの流れは薬剤師だけのことでしたが、認知症に限らずこれらの服薬（吸入・注射）に関する課題が他の職種の方から情報・相談がもたらされることも多くなってきました。また、我々も課題解決のために処方医の協力（疑義照会）を仰ぐこともあり、服薬に関してヘルパーの方や訪問看護師の方に協力を求めることも多くあります。薬剤師が「多職種」の連携というところではこんな感じです。

では逆に我々薬剤師は連携時どんな情報を必要とし

ているのでしょうか？

まず、第一に「嚥下の能力」で内服の剤形などを検討するのに必要な情報です。錠剤は大丈夫か、とろみをつけないとダメかなどのことを検討します。

そして「1日の食事の回数」です。これは他の職種と連携が必要な典型的な例で、まずただ単に食事回数に合わせるなら処方医に疑義照会し服薬タイミングを食事に合わせます。例えば、1日2食生活の方に毎食後の出し方をしている場合がそうです。この時1日2食でいいのか？という根本的な疑問がある場合つまり低栄養などのリスクを検討する場合には医師・歯科医師・看護師・ケアマネ・ヘルパー・などと連携する必要があります。

「血液検査での副作用指標（好酸球・K値・AST・ALT・腎機能）」も薬剤師としては知りたいところです。なぜなら分業後の薬剤師は副作用の予防及び早期発見も主軸の業務とされているからです。近年、高齢者への投薬特に多剤併用療法に注意すべしという声が聞かれますが、この点、我々も副作用という視点から「ポリファーマシー」という言い方で注目しております。

「多職種」「認知症」のキーワードで連携は欠かせませんが、すなわち薬剤師においては「在宅」という解決手段を意味することに他なりません。今日申し上げさせていただいた薬剤師の業務や視点は調剤室の中だけではどうしても限界があり、さらなる可能性を求めて薬剤師は「在宅」を模索しております。どうかこの点をご理解頂き、たとえ今外来診療で「在宅」が必要でなくともサービス担当者会議や退院時カンファレンス（第1回サービス担当者会議）にお声がけいただきたい。我々も協力したい。そういう気持ちであることをお願いして終わりたいと思います。

パネリスト：ふたわ訪問看護ステーション

管理者 大桐 四季子

1. はじめに



日本は世界に類を見ない速度で超高齢社会に突入しました。2015年1月厚労省は、2025年には認知症者が全国で700万人を超えると発表しました。65歳以上の高齢者のうち5人に1人は

認知症に罹患、5歳増えるごとに認知症出現率は倍増し、中でも80歳以上は4割、90歳以上になると67% 3人に1人は認知症になると言われています。

地域の状況も変化をしています。超高齢世帯、単身世帯の増加、また独身の子供が高齢者を閉鎖的な社会の中で見ていくなど、療養環境が脆弱になっています。したがって、何か変だな、おかしいな・・・と軽度認知障害（認知症予備軍）の段階で早めに気づきあうことが必要です。隣近所や民生委員、住民、行政、事業所などがフラットにつながる必要があるのだと思います。認知症の方の声なき声を代弁し、少しおせっかいしあう関係性が求められているのだと日々の活動の中で感じています。

当訪問看護ステーションは、職員（看護師・理学療法士・事務員）18名の中規模ステーションです。船橋市、鎌ヶ谷市、白井市の小児から高齢者まで約230名の利用者の方を支援しています。現在80歳以上の利用者は4割強、様々な疾患を抱えており、年齢が上がるにつれ認知症を併せ持つ方が増えています。このような中、日常が安定し、穏やかに生活できるための支援の他、いわゆる人生の最終段階に向き合う支援・役割が求められていることを実感しています。

2. 事例紹介

80代 女性 S氏 アルツハイマー型認知症 網膜色素変性症（弱視）多発性脳梗塞

「壊れていく自分」に向き合おうとしているS氏へ「知覚」「感情」「言語」による包括的コミュニケーション（ユマニチュード）を意図的に実施しました。

家族構成：80代夫と二人暮らし。夫は民生委員として長年活動。

生活歴：保育士として長年勤務。視覚障害者の代表として地域活動に君臨。

X-6年、物忘れ、会話でつじつまが合わない事が多くなり心療内科を受診し診断を受けます。家事一般、入浴に介助が必要になり、デイサービス利用を開始しましたが、「ここは職員教育がなっていないわ」となじめず本人希望で中断。主治医より個別対応が必要と訪問看護の利用を勧められX年11月より導入開始。入浴介助で利用していた訪問介護も拒否し、夫もヘルパーさんも困っていた時期でした。

まずS氏と看護師の関係づくりからゆっくり開始することにしました。視覚障害者でもあるS氏が看護師

の姿を認識できるように「看護師のCです。おはようございます」とゆっくり声をかけ、少し間を置きS氏の肩に手を当て、S氏の表情と発する言葉からその日の心身の状態をアセスメントしていきました。S氏の「私はアルツハイマー認知症なんです。自分が壊れていくのがわかるんです」という言葉から漂うS氏の苦しみを理解する姿勢で向き合っていました。別の日には「本当は入浴も一人でしたいんです」と険しい表情で話されるS氏に、「本当ですね。お風呂は一人でゆっくり入りたいですね」と尊厳を守りながら入浴介助を実施。その後は、夫の介護負担軽減、S氏的生活範囲の拡大のため、関係性が深まった訪問看護師が「外に出てみませんか」と声をかけ、小規模デイへ一緒に出掛け、これを機に定期的に外の社会に触れる機会を得られる様になりました。同時にヘルパー介助での入浴も受け入れ始めました。ユマニチュードというコミュニケーションスキルを意図的に実施したことで、S氏の尊厳が守られ、最終目標である「住み慣れた地域で、多職種に支えられながらの生活」が実現できたのだと思います。

3. おわりに【認知症高齢者における訪問看護師の役割】

①高齢認知症者は、認知症状の悪化の裏に身体症状の変化が潜んでいることがあるため、フィジカルアセスメントが重要となる。同時に医師との連携を密に、早期対応に努めることが求められる。

②多職種が効果的に関われるように、全体を見渡す。

③そして何よりも、もっとも身近な医療者として、その方の生活文化に根差した生き方を尊重し、その方の希望に寄り添うケアを実践する。

パネリスト：シャローム若葉訪問介護事業所

管理者 貴島 美里

～訪問介護の現場から～



です。

当事業所のご利用者数は7月末現在141名。その内認知症の診断を受けている方は28名いらっしゃいます。

認知症状のある方の生活状況は様々ですが、28名中11名の方が「独り暮らし」

認知症を患いながら独居生活を送る型が増加傾向にあります。

在宅生活は十人十色、『環境』により、支援内容もそれぞれ異なります。

『環境』とは、置かれている状況、地域、住まい、家族、生きてきた歴史…その方を取り巻くすべての周辺環境を指します。

主たる目標は、①在宅にて自分らしく自立した生活を送る事。②介護者の介護負担の軽減を図る事になります。

介護従事者は、ご利用者が定める目標に向かう為に必要な支援を提供します。

訪問介護の役割は、気付き、伝え、法令順守のもと根拠あるサービス提供を行う事。

関わる多職種との連携を図り、共通理解のもとその方を支えるチームの一員としてサービスを実施します。

また、ご利用者、ご家族の身近な相談相手であり、チームの連携を繋ぐ役割も併せ持つ存在でなければいけません。

事例紹介①A様 98歳 男性

認知症の奥様を亡くされ娘さんと二人暮らし。「最期まで自宅で過ごして欲しい。」という娘さんと生活されています。一時は寝たきりとなり施設入所も勧められましたが、「自宅で看てはいけないの？」という悲痛な言葉から、改めて関わる介護と医療の連携、チームとしての意見交換の在り方を考える機会となりました。良い情報は試み、実施し、今では歩行も可能になり、念願の自宅風呂での入浴が実現できるまでになりました。ただ一つ問題なことは、紳士的であるが故の羞恥心が強いこと。他人に肌を見せることに拒否がある事ですが、関わる者として今は逆に「羞恥心」「気遣い」を抱くことができる事が素晴らしいと感じています。

事例紹介②B様 92歳 女性

「徘徊」は、認知症状の問題行動の一つ。本人の立場としたらどうなのでしょう？

日中横になることが多く、拒否が強くなり失禁も増え、家族も困惑していました。春を過ぎたころから訪問時に不在なことが増え、「徘徊」と周りは問題行動として捉えました。ご本人はどうでしょうか？大好きな散歩をしていただけなのではないでしょうか？そこで検討した結果GPS機能の付いた靴を購入し、いつでも居場所がわかり、安心して見守る事が出来る様にな

り、ご本人も満足感や達成感を得られているのでしょう、その後は生き生きとした明るい表情を見ることが多くなり、今では声掛けと促しにより共に家事を行うことができます。

ご家族が一切の介護を拒否されることもあります。しかしそれを簡単に「虐待」とは言えません。家族には様々な歴史があります。

事例紹介③C様 98歳 女性

敷地内の母屋に独居。子世帯住居あり。

家族はやむを得ない場合しか関わりを持たない状況。家族の歴史は私達にはどうすることもできません。制度の中での支援を行う事しかできません。C様に限らず『尊厳のある生活』は全ての人の目標です。一人では食事もとれず、薬もわからずトイレには行けてもパンツを上げることもできません。

介護保険制度の支援には限界があります。100歳を目前にした認知症高齢者。情報の共有を密にし、家族にも常時報告し必要なところは協力をしていただける様をお願いしています。どうしたら家族をチームの一員として引き込むかも日常を知る介護従事者の重要な役割です。

介護する側もされる側も「笑顔」になれることが必要です。

それには関わる者がチームとして連携し情報を共有、理解のもと各専門職で役割分担を明確にしなければいけません。

これからもご利用者、ご家族が安心して在宅生活を送る事が出来る支援と「笑顔」を提供できる事業所としての役割を担う事ができる事業所を目指します。



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海村委員



パネルディスカッションの様子



閉会の挨拶をされる松野委員

平成29年度 地域在宅ケア研修会

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～

2017. 9. 2 船橋市保健福祉センター

講師 静岡県立大学 看護学部 在宅看護学
今福 恵子



災害時における自助・共助・公助について、自助・共助・公助が互いに連携し、一体となることで、被害を最小限にできるとともに、早期の復旧・復興につながると言われています。そのため、自助については特に人工呼吸器装着など医療ケアが必要な重度難病患者さんは、自宅のシェルター化をすることが望ましいと言われています。最低72時間は自宅で頑張れる方法をとるために、1週間分の備蓄等の準備が必要です。東日本大震災のあとに被災地で聞き取りをした時に、ある医師は、「病院は、災害当初は混乱状態のため、自宅で72時間は頑張る方法を、それぞれの人が持っていて欲しい」と言っていました。そのためには、外部バッテリー、インバーター、発電機の準備が必要になります。また難病患者は、飲み水の確保ができず、壊れそうなブリキのバケツに雨水をためて、上澄みを飲んでいたそうです。そのため、水、食料、クスリ、ケア用品等の備蓄が必要です。

このように必要なのは患者・家族の自助力の強化や要援護者支援マニュアルの当事者への徹底、万一避難する場合にどの様な支援が必要なのか、患者・家族も自助努力として避難用具などの備えも必要になってきます。さらに停電と通信途絶のために平時からの準備、そして外出し、日頃から不便さを体験して練習しておくことも大切です。

当事者の自助力の強化について、病気を告白し、周

囲の支援を得ることも必要になってきます。被災地の難病患者は、「近所に病気のこと話していたからよかった。」「日頃、体調が悪くて動けない状態の時もあることや、見えにくいので、一人で外に出歩かないと、近所に言っていたので、津波の時気にかけてくれて、自分は助かった。」と語っていました。さらに、被災地では、実際に支援側の被災の危険と情報共有が課題になっていました。

訪問看護事業所の職員からは、「震災以前の、平時のマニュアル作成時には、安否確認などで在宅の患者のもとに行くことが前提になっていました。しかし、行くことができないことも、かなりあり得るのだと思い知らされました。在宅側はこの点を常に頭にいれておかねばなりません」という語りがありました。

これらの聞き取りから、個別計画づくりと訓練の実施の重要性を感じ、大災害時に重度の難病患者・障害者が、発災直後の一週間をどう生き延びるのか……そのためには何が必要なのか、患者・家族の災害時の備えには何が必要か、「訓練」や具体化実践、それらの交流を通じて、実践的効果を高めるものに仕上げるとは、大きな課題です。

今回私たちは重度の在宅難病患者が、災害時に7日間ライフラインが途絶した状況下、主に自助で生き延びるための課題と条件づくりを探求する訓練4事例個別計画づくりと訓練の実施を行ったのでその報告をさせていただきます。

Aさん 医療機器との接続テスト

吸引器との接続



屋内の呼吸器への接続



Aさんアンビュと水の備蓄

足踏み式アンビュ 弟訓練



水の備蓄は課題
置き場所と交換



Aさん ベッドと家具の固定

ベッドの直ぐ上の呼吸器
と大型家具



ベッド・家具の固定
どうするか



Aさん 終了後のミーティング

ミーティング風景



訓練・ミーティング参加者

- ※ 当事者 本人、母と弟
- ※ 訪問看護ステーションNS
- ※ 臨床工学技士
- ※ (フランスベッドメディカル)
- ※ 行政(市)福祉総務課
- ※ 災害対応支援チーム
- (静岡県障害障害者協会:野原氏)
- 県立大学:今福)

Bさん 非常用発電機

2階に常備する発電機
容量:1kwh



重くて音が大さいので1階に置く
容量:3kwh



Dさんの訓練風景

呼吸器業者による
呼吸器の外部バッテリー説明



家族による発電機と動
手早くできました



訓練実施後の課題として、以下のことが明らかになりました。

(1) 避難行動要支援者名簿と個別計画必要者の絞込みでは、症状、障害、生活実態、家族構成、支援者有無、住居耐震度合い、地理的条件等。また障害者、避難困難高齢者、発達障害、高次脳機能障害等横断的に、一元的な把握と名簿化が必要です。

(2) できることからすぐ始めるでは、災害に対する不安を抱く難病患者さんたちですが、当事者からの要望はあがりにくい現状です。そのためにも「個別計画づくり」と「訓練」は同時並行が可能のため、日頃ケア

等に関わっている職種（医師、訪問看護、訪問介護、ケアマネジャー等）が障害者特性に応じた専門職連携と企画調整進行役をしていくことが必要です。

(3) 被害想定が多様性では、住居周囲の環境（大型化学薬品工場、河川の氾濫等）や複合災害としての備え、発災時刻（深夜・早朝・日中）など多様な設定の中で災害想定をどう決めていくかも課題です。

(4) 非常時のライフラインでは、非常用発電機は、「持っているから安心」だけでなく「使えるか」が大切です。Aさんの場合カセットボンベ式発電機にオイルが必要であり、購入時説明を受けオイルを購入してい

たが、使用時すっかり忘れ起動しなかったため、訓練を定期的に行い、いざという時に使えるようにすることが必要です。また、燃料・水、食料の備蓄が課題、ローリングストックなど可能な資源の工夫や低床ベッドの推奨(15cm程度)Cさんが参加した地域防災では、避難路の階段の手すりがない、登れない、県の施設でしたが災害時に福祉避難所にしてほしいという声がありました。

(5) 個別の支援体制では、当事者の置かれている条件・環境を活用したような支援チームが求められます。近隣の親戚、近隣支援チームのように、専門職はすぐにはかけつけられない可能性が大きいので、身近な人たちでの自助・互助・共助が大切です。また難病拠点病院・同協力病院との訓練時での連携も課題です。

(6) 訓練と研修による人材育成では、研修を行政で行って欲しいというアンケート結果もあり、個別計画づくりと訓練の普及を担う専門性のあるスタッフ育成が求められます。さらに研修プログラム、資格取得、ポイント制、診療報酬加算等事業所へのメリットなど様々な課題がありました。

(7) 実効性を高める検証、継続性では、アンケートにもありましたが繰り返してできるような訓練継続が必要で、ケアスタッフの変更に応じ、引き継ぎ、訓練参加できるシステムが求められます。

(8) 行政、看護・介護事業所、医療機関、当事者組織等との連携によるシステム化では、災害に関する難病患者のニーズ把握やイニシチアブをどこがとり、事例

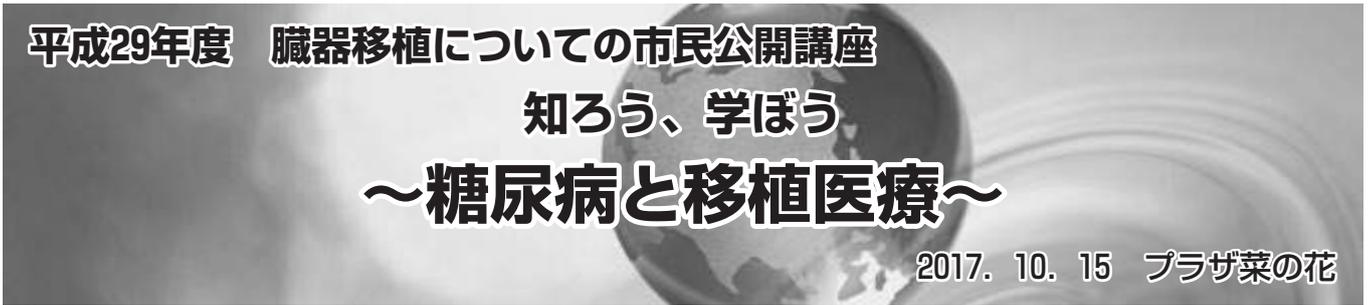
をあげ積み重ねていくことや“安心”できるよう、日頃からの関わりが重要です。そして専門職への期待として、担当の難病患者さんの災害時についてイメージし、療養者・ご家族に災害時困ることは？と問いかけるなど災害時に困ることは平常時から対策を考えることが必要です。それは、災害時は普段していること(またはそれ以下)しかできないと言われていたからです。また内蔵バッテリー、外部バッテリーは業者が詳しく、また機種により時間や交換手順等も違うため確認しておくといよいでしょう。このように災害前から日頃から関わりのある専門職での連携が重要で、「顔の見える関係」は災害時にも活かされます。

当事者・家族の持つ力を活用するために、難病患者の外出をお勧めします。外出することで、その患者さんの個別に必要なバッテリー等の電源確保や必要物品もわかります。また移動も慣れてくるため、災害時の訓練につながってきます。NPO法人静岡難病ケア市民ネットワークではお花見交流会、ボウリング大会、難病カフェなどボランティアの協力を得て、難病患者さんが外出する機会を作っています。様々な場所でいろいろな人たちと交流することで難病患者さんやご家族の笑顔も多く見られます。このように災害時の備えとして特別なことをするのではなく、日頃から外出等で準備をしておくといよいと思います。

今後も、専門職者の皆様や難病患者さんやご家族の協力を得ながら、難病患者の災害支援について継続して訓練等を行っていきたいと思っております。



地域在宅ケア研修会の様子



平成29年度臓器移植についての市民公開講座
知ろう、学ぼう
糖尿病と移植医療

日時 平成29年10月15日
13:30～16:00 (開場13:00)

会場 プラザ菜の花3階
大会議室
千葉市中央区長洲1-8-1
*10月15日(土)開催のため、10月16日(日)に開催いたします。

先着180名 入場無料

主催者挨拶 千葉東健康福祉部疾病対策課長

基調講演
 糖尿病性腎症予防のための生活指導 糖尿病性腎症の予防・治療 糖尿病性腎症に対する移植医療
 実行委員長 実行委員長 実行委員長
 国立病院機構 国立病院機構 国立病院機構
 千葉東病院 千葉東病院 千葉東病院
 糖尿病性腎症部 糖尿病性腎症部 糖尿病性腎症部
 各和 晃司 氏 関 直人 氏 丸山 通広 氏

体験談およびパネルディスカッション
 知っておきたい糖尿病性腎症の予防と治療の実際
 体 験 談 ・ 生体腎臓移植も経験された方 ・ 臓器移植も経験された方
 / 次子一 ・ 慈恵医大の医師、体験談の発表者

お申し込み・お問い合わせ 公益財団法人千葉ヘルス財団 (千葉東健康福祉部疾病対策課内)
TEL: 043-223-2663

主 催 千葉東、公益財団法人千葉ヘルス財団
 共催・後援 千葉東、公益財団法人千葉ヘルス財団、公益財団法人国立病院機構千葉東病院、千葉大学医学部附属病院、千葉東健康福祉部、千葉東健康福祉部疾病対策課、千葉東健康福祉部糖尿病性腎症部、千葉東健康福祉部糖尿病性腎症部、公益財団法人日本臓器移植ネットワーク、(公)千葉東健康福祉部、(公)千葉東健康福祉部疾病対策課、(公)千葉東健康福祉部糖尿病性腎症部、(公)千葉東健康福祉部糖尿病性腎症部

る理解を深めていただくことが重要であり、本県では、毎年、臓器移植普及推進月間の10月に、臓器移植についての市民公開講座を開催しております。

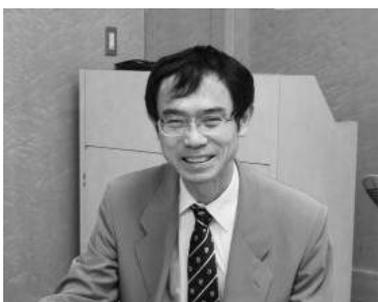
また、今年の10月16日で、臓器移植法施行20周年を迎えます。

今年度の市民公開講座は、「知ろう、学ぼう」糖尿病と移植医療」をテーマとして、糖尿病の予防・治療及び移植医療に実際に携わっている先生方の基調講演、そして、受講された皆様の心に一層響くものとなるよう、腎臓移植を体験された方にもご参加いただき、開催いたしました。

第1部 基調講演

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



増加する糖尿病
近年、日本の糖尿病患者数は増加の一途をたどっています。この原因としては、食事・運動などの生活習慣が関与している

と考えられています。先ごろ発表された国民健康・栄養調査の結果(図1)によると、日本人のうち、糖尿病が強く疑われる人が1000万人、予備軍が1000万人と推計されています。定期的に健康診断を受診して早期発見・早期治療に努めましょう。

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ます。

日本臓器移植ネットワークによりますと、脳死下での臓器提供は、本年9月26日までに477例ございました、移植数は2072例となっています。

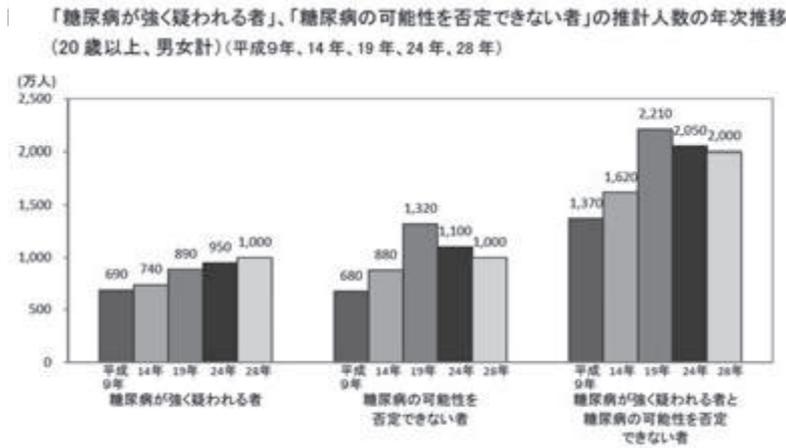
その一方で、国内の臓器移植の状況は、臓器の提供を待っている方、約13,000人のうち、1年間で移植を受けられる方は、わずか2%ときわめて少なく、依然として多くの方々が移植を受けられる日を心待ちにしています。

このような中で、今後、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



主催者挨拶
千葉東健康福祉部疾病対策課松本課長

図 1



厚生労働省 平成28年国民健康・栄養調査結果

糖尿病の合併症

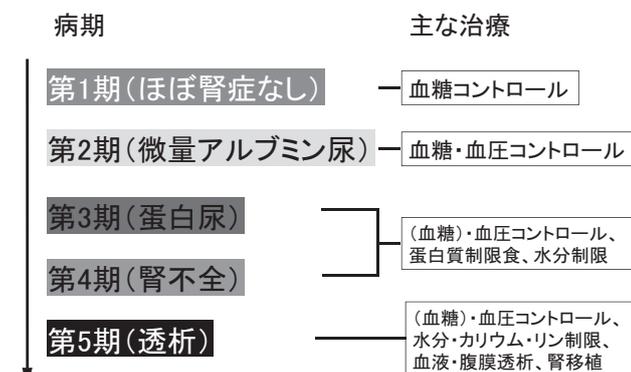
糖尿病における大きな問題点の一つが合併症です。糖尿病では、眼（網膜症）・腎臓（腎症）・神経（神経障害）の三つの臓器が高血糖によって合併症を受けやすい臓器として「三大合併症」と言われています。糖尿病の合併症は高血糖が数年～十数年という長期間持続することにより発症・進行します。これらの合併症が進行すると、網膜症からの失明や腎症からの透析などに至ることがあります。今回は、このうち、腎症(糖尿病性腎症)についてお話しします。

糖尿病性腎症について

糖尿病性腎症で障害を受ける臓器である腎臓は、主に尿を作る働きをしています。腎臓の機能が低下して、十分に尿を作ることができなくなる（腎不全）と、体がむくんだり、老廃物が体内に蓄積したりして体調不良を訴えます。このため、腎臓の働きを肩代わりする

図 2

糖尿病腎症の進展と治療



糖尿病治療ガイド2016-2017を改変

治療として透析をしなければならなくなります。また、腎臓は尿を作る以外に、骨やミネラルの調節、造血などにも関与しており、腎不全になると、こちらの体調にも影響してきます。更に腎不全では心臓や脳などの動脈硬化を起こしやすくなり、狭心症・脳梗塞・足の壊疽などのリスクが高くなります。現在、日本では約32万人の患者さんが透析治療を行っていますが、その原因として一番多いのが糖尿病性腎症です。このことから糖尿病や糖尿病性腎症の治療を確実に行うことが、透析に至らないために重要なことだと言えます。

糖尿病性腎症の進展過程

とはいえ、糖尿病の患者さん全てが、すぐに透析に至ってしまうわけではありません。糖尿病性腎症は病気の進展に基づいて5段階に分かれています(図2)。第1期は腎臓はほぼ無傷な状態で、信号に例えると青信号です。第2期は少し傷がついてはいますが、まだ無傷に戻る事ができる状態(黄信号)で、ここまでならそれほど重症ではありません。しかし第3期になると、無傷な腎臓に戻ることはほとんどなく(赤信号)、徐々に第4期の腎不全や第5期の透析に進行してしまいます。このように第3期になると透析への進行を止められない状態ですので、非常に深刻な状態なのですが、患者さんの症状はあまりありません。では、どうやって第3期かどうかを診断するのかというと、その際に重要な検査が、尿中に蛋白質が出ているかどうかの検査、「蛋白尿」です。糖尿病が原因で、蛋白尿を持続して認める場合、その時点では尿は出ていて何も症状はなくても、5～10年後に透析に至るのを止めることはかなり困難です注)。このため、何としても、第3期になる前の第2期で発見し、早期に治療して第1期へ戻すことができれば良いわけです。ここで、第2期かどうかの診断に重要な検査が、「アルブミン尿」です。アルブミン尿は蛋白尿の一部ですが、アルブミン尿が増えてくると、腎臓に傷がつき始めているが、まだ、無傷な腎臓に戻る事ができる、という段階を示しています。糖尿病性腎症を早期に発見するためには、アルブミン尿の測定を定期的に行うことがとても重要です。

注) 糖尿病が原因ではない蛋白尿の場合には、必ずし

もそうでない場合もあります。その場合は診断のために腎生検といって腎臓の組織の一部を採取して顕微鏡で調べる検査が必要になることもあります。

糖尿病性腎症の治療

糖尿病性腎症の治療の基本は血糖値や血圧のコントロール、食事療法です。血糖値はHbA1c 7%未満(65歳以上の高齢者では異なる場合もあります)、血圧は130/80 mmHg未満をコントロール目標に治療を行います。一般的に、糖尿病性腎症の病期(第1期~第5期)が進行するほど治療の制約が増えてきます。例えば、第1期は血糖コントロールが主体ですが、第2期になると血圧のコントロールも重要性を増して来ます。更に第3期になると蛋白質制限食といって、蛋白質を減らした食事療法が必要になりますし、第4・5期でカリウムの食事療法をしなくてはいけなくなると、カリウムを多く含む食品(野菜・果物など)を食べる量が制限されることもあります。また、水分・塩分・リンの食事の制限も厳しくなります。第5期になると腎臓の機能を代替するために透析治療が必要になります。また、第5期では、腎臓の移植治療も選択肢の一つです。

まとめ

- ①まず、糖尿病の発症予防、早期発見。早期治療を心がけましょう。
食事・運動などの生活習慣、健康診断の受診などを心がけましょう。健康診断で受診を勧められた場合は速やかに医療機関を受診してください。放置してはいけません。また、禁煙は糖尿病や糖尿病性腎症に関わらず、健康の維持に非常に重要ですので、喫煙している方は、是非、禁煙して下さい。
- ②糖尿病の患者さんは、糖尿病性腎症の第1・2期の場合は、血糖・血圧のコントロールを行い、第3期以降に進行しないように注意して下さい。もちろん食事・運動・禁煙などの生活習慣にも注意が必要です。アルブミン尿の測定で自分の腎症の状態を確認することも重要です。
- ③糖尿病の患者さんで糖尿病性腎症の第3・4期の場合は、血糖・血圧のコントロールの他に、水分・塩分・蛋白質・カリウム・リンなどの食事の制限も必要となってきます。

②糖尿病性腎症予防のための生活指導

千葉東病院

糖尿病看護認定看護師 名和 晃司



糖尿病は合併症を引き起こす病気とも言われ、その代表的なものが「神経障害」「網膜症」「腎症」です。この3つを糖尿病の3大合併症といい、私たちはよく、糖尿病の合併症を忘れないようにしてもらうために、それぞれの合併症の頭文字をとって神経障害の「し」網膜症の「め」腎症の「じ」合わせて「しめじ」と説明し覚えてもらっています。

糖尿病の3大合併症



糖尿病の合併症は、すぐに起こすのではなく長年血糖のコントロールが悪い状態が続くことで起こしてきます。

血糖のコントロールができず高い状態が長く続いていくと血管が傷つき動脈硬化が進みその結果、全身の血管が痛み様々な障害を起こしていきます。

長い間糖尿病を放置しておくと...



また、糖尿病を診断される前の段階（予備軍または境界型）から動脈硬化が進むとも言われており、長く放置していくと心血管、認知症、がん等の発生リスクも高めるとも言われています。そのため、糖尿病の発症予防や早期からの対応が重要と言えます。

糖尿病は、多くの合併症を引き起こす病気ですが、その中の「糖尿病性腎症」についてお話していきたいと思えます。

人にとって腎臓は肝腎要な「腎」と言われ人が生きていくために必要不可欠な臓器の一つです。正常な腎臓は体の中の老廃物（尿毒素）を排泄する一方で体に必要なたんぱく質や赤血球などは排泄せず、体の中にとどめ環境を整えています。

では、糖尿病性腎症の発症や悪化を予防するには、どのようなことが大切なのかお話ししていきたいと思えます。

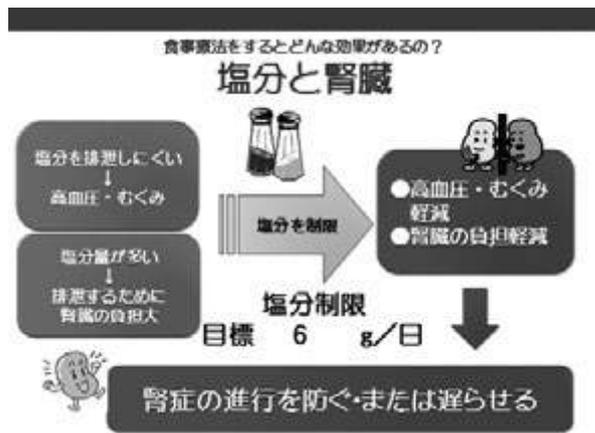
糖尿病性腎症の発症や悪化予防には、まずは「血圧コントロール」が重要です。血圧が高い状態は腎臓に負担をかけ腎臓の機能を低下させる原因となります、そのため、血圧は適正な範囲の中でコントロールする必要があります。また、尿の中にタンパクが出てきている状態の人は、腎機能が悪化している場合がありますので注意が必要ですし、「自分の腎臓の状態」が今どの程度あるのか知っておく事も必要です。血圧の目標となる数値を示しておきますので参考にしてくださいと幸いです。



糖尿病性腎症が進み腎臓の機能が悪くなってくると体の中の環境を整えることができなくなり様々な症状が出てくるようになります。

この症状を「尿毒症」と呼び、ここまで進行してしまうと日常生活に支障をきたすようになります。尿毒症は体の中に老廃物がたまった状態で起こります。尿毒症は全身の早期に悪影響を及ぼし最終的には腎代替療法（透析療法・腎移植）が必要になってきます。そのため、糖尿病性腎症の発症や悪化を予防するための生活が必要になります。

次に大切となるのが、「食事の管理」です。特に塩分制限は、血圧の管理や腎保護の上で最も重要となります。腎臓の働きには、塩分の排泄があり、腎臓の機能が低下してくると塩分を排泄する力が弱くなってきます。体の中に塩分が残るようになると、血圧の上昇やむくみの原因となり、過剰にたまった塩分を排泄するために、さらに腎臓への負担が大きくなっていきます。塩分を制限することは、腎臓への負担を軽減し、糖尿病性腎症の発症や悪化の予防につながります。目安として一日6gを目標に塩分を取り過ぎないように心掛け



ていく必要があります。

塩分を減らす工夫として、加工品や汁物には注意してください。加工品や汁物には思った以上に塩分が多く含まれています。食べる前に、どの程度塩分が含まれているのか見ていくようにしてください。

塩分の減らし方

食事療法は継続していくことが大切です。食品にどれくらい塩分が含まれるか確認して、とり過ぎに注意しましょう。

○加工品に注意しましょう！	
○汁物・雑類のつゆに注意しましょう！	
○ソースや醤油は少量にしましょう！	
○外食は控えめに。かしこく利用しましょう！	

また、ねぎ、しょうがなどの香味野菜や、酢、レモンなどの酸味を使うことで薄味を補うことができます。さらに、鰹節、昆布などの旨味成分が出ますので料理にコクを出すことができます。こしょう、わさび、唐辛子、カレー粉などは味にメリハリをつけられます。全体を薄味にせず、1品は通常の味付けにすると満足感が得られ、適度な焼き色や焦げ目をつけると、薄味をカバーできます。調味料や料理の工夫をして塩分の取り過ぎない食事を心がけてください。

減塩調理のコツ

食事療法は継続していくことが大切です。食材の味を活かし、薄味でも美味しく食べられるよう工夫していきましょう。

○旨味野菜を使う

○旨味を活かす

○唐辛子を使う

薄味でも
美味しく

○酸味を活かす

○焼いた香ばしさを活かす

○1品に重点を置く

糖尿病性腎症の発症や悪化予防は、血圧の管理、減塩の他に、血糖のコントロールや体重のコントロールも必要です。高血糖は動脈硬化を進め、肥満は高血圧をもたらし、腎臓に負担をかける結果となりますので、適正な血糖コントロールと体重維持は大切になります。また、腎臓が悪くなっている方や糖尿病性腎症を起こしている方は、市販の薬を使用する際には注意が必要です。市販薬の中には腎臓に負担をかける薬もありま

すので、使用の際は医師に相談してから使うようにしてください。

腎臓に負担をかける薬があります

市販のお薬にもご注意ください。
薬の飲み合わせが悪いものもあります。
購入の際は、医師や薬剤師に相談しましょう。

《 注意が必要な薬の例 》

- ☑ 痛み止め・かぜ薬
- ☑ 抗菌薬
- ☑ 抗がん剤
- ☑ 造影剤

腎臓から排泄される薬では、効果や副作用が強くなる場合があります。また、薬の中には腎臓の血流を悪くしたり、腎毒性をもつものがあります。

最後に、定期的に検査を受けることをお勧めします。「いつの間にか悪くなっていた！」ということが無いようにしてください。

喫煙は「百害あって一利なし」と言われるぐらいの嗜好品です、禁煙を勧めます。アルコールは適量ほどほどに、運動は疲れな程度に行うとよいです。

生活習慣を振り返り、腎臓にやさしい生活をしてください。

生活習慣を見直しましょう

	定期的な検査		適正体重の維持
	禁煙		運動
	適量の飲酒		感染予防

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



はじめに

糖尿病の3大合併症は、腎症（透析になることも）、網膜症（失明になることも）、末梢神経障害です。糖尿病の患者さんの増加により、糖尿病性腎症にて新たに透析や移植を受ける人も増えています。今回は糖尿病性腎症に対する移植医療の現状を概説します。

腎移植の誤解

腎移植に関して一般の人が考えている誤解があります。

1. 腎移植には多額のお金がかかる：10～20万ほどの負担（食事、差額ベッド代別）ですみます。
2. 生体移植の場合、肉親からしか提供を受けられない：配偶者をふくむ3親等以内の姻族と6親等以内の親族からも移植可能です。
3. 血液型が合わないと移植できない、透析をしていないと移植できない：血液型が合わなくとも（A型→B型など）、透析を始める前でも移植可能です。
4. 糖尿病性腎症では移植できない：もちろん糖尿病性腎症でも移植可能です。当院では生体腎移植例の20%ほどが糖尿病性腎症です。移植後の成績も糖尿病性腎症以外と同様で、糖尿病性腎症で腎移植を受けた患者さんのうち、血液透析に戻った（なった）患者さんは8.2%にすぎません。

献腎（亡くなった方からの）移植と生体腎移植

慢性的なドナー（臓器提供者）不足により献腎移植では長期間の待機が必要です。当院での献腎移植の平均待機期間は15.7年です。

糖尿病発症から腎症になるまである程度時間がかかるため、糖尿病性腎症は中高年で発症することが多く、長い待機期間を考えると献腎移植は現実的ではありません。当院では糖尿病性腎症が原因で透析になった患者さんの献腎移植は1例のみです。可能性ゼロではあ

りませんが、糖尿病性腎症で移植を考える場合は、生体移植に頼らざる得ません。

生体腎移植の流れ

まずドナー、レシピエント（移植を受ける患者さん）に来院してもらい、移植の説明と問診を行います。

その後別の日に再度来院し、クロスマッチ検査、血液・尿検査を行います。クロスマッチ検査ではドナー、レシピエントの血液を掛け合わせて反応を調べます。強い反応が見られた場合、それだけで移植中止となる場合があります。ドナーに肝炎などの感染症が認められた場合や、腎機能が悪い場合にも移植中止となる場合があります。ドナー、レシピエントとも肥満がある場合には減量してもらってから次のステップへ進みます。肥満度（体重 [kg] ÷身長 [m] ÷身長 [m]）の目安は25以下です。

ついでレシピエント検査入院とそれに続いてドナー検査入院を行います。いずれも1週間程度です。全身麻酔がかけられるか、悪性腫瘍はないかなどを調べます。レシピエントでは腎臓を植え付ける血管の異常の有無、ドナーでは左右の腎機能の差なども調べます。

ドナーが糖尿病と診断されている場合、以前は提供不可能とされていましたが、現在は、インスリンを使用していない、蛋白尿がごくわずかのみ、治療によりHbA1cの値が6.5%以下に保たれている、の条件をクリアしていれば提供可能となっています。

ドナー手術とフォローアップ

ドナーの手術は内視鏡を使ってなるべく小さな創で行っています。創の長さは7～9cmです。小さな創ですと回復が早く、手術後6日目（場合により4日目）に退院可能です。腎提供後は原則6ヶ月に1回外来受診していただき、腎機能、血糖、血圧等をチェックしています。統計上腎臓を提供したドナーは同世代の一般人とくらべ、長生きするというデータがあります。

健康な方から腎臓を提供してもらうということで、ドナーの手術時だけでなく、生涯の安全を第一に考えています。

1型糖尿病

糖尿病は1型、2型に分けられます。2型が一般的な糖尿病で、いわゆる生活習慣病のひとつです。肥満

や過食が原因とされ、中高年で発症することが多いのですが、最近は若年発症も増えています。血糖を下げるホルモンであるインスリンの効きが悪く、インスリンが分泌されているにもかかわらず血糖が下がりません。

1型糖尿病は従来若年性糖尿病やインスリン依存型糖尿病と言われていました。原因不明で突然発症することが多く、インスリンの分泌が突然なくなり、発症当初からインスリン投与が必要になります。

膵臓移植

1型糖尿病で、自己のインスリン分泌がほとんどなくなってしまった患者さんには膵臓移植が行われます。現在では脳死ドナーからの移植が主流です。長期の1型糖尿病により腎不全になってしまった患者さんには膵臓腎臓同時移植が行われます。

現在全国で18施設が膵臓移植の認定を受けており、関東では千葉東病院と、東京女子医大病院、獨協医大病院、東京医大八王子医療センターの4施設です。

移植方法は、患者さん自身の膵臓腎臓は摘出することなく、ドナーから提供された膵臓、腎臓をそれぞれ左右の下腹部に移植します。移植後通常短期間に（早い場合には当日）インスリンも、透析も必要なくなります。

膵臓腎臓同時移植の患者さんは、腎臓だけの患者さんより優先的に移植可能であり、当院での待機期間は平均4.4年となっています。腎臓のみを待っている患者さんより10年以降早く移植が可能となっています。

さいごに

1型糖尿病と診断されている方、糖尿病で透析をされている方、そろそろ透析が必要と言われていてる方で移植を希望される方は、まず話を聞くだけでも結構ですので、予約の電話を一報ください。

第2部 体験談及びパネルディスカッション 知っておきたい糖尿病性腎症の予防と治療の実際

①生体腎臓移植を経験なされた方

池田 和仁



私自身のお話をさせていただく前に、関先生・名和先生・丸山先生の講演そして竜先生とのやり取りを伺って感じたこととお話しさせていただきます。これは、全部私が糖尿病になってから

糖尿病性腎症そして人工透析に至るまでに体験したことだったのです。ですから皆さんの中に糖尿病の方がいらっしゃったら私のようにならないよう、きちんと病院に行って先生の言うことを守るように努めてください。ご家族に糖尿病の方がいらしたら、是非今日の講演のことをお伝えください。

私自身の体験談ですが、時系列的な大まかな流れと現在私が感じていることとお話させていただきます。透析を始めた時点とを起点として、3年目に「状況を何とかしたいな」との思いから献腎移植を考え始め、4年目に千葉東病院で登録に伴う検査を受けました。その際、面談していただいた坪先生から献腎移植は登録後10年以上の待機時間がかかること「40代のうちに移植しておく方が50代後半で移植するよりもさまざまな可能性が残せる」というようなお話を伺いました。このお話をきっかけに生体腎移植を考え始め、さらに1年後の通算5年目に生体腎移植の決心を固め面談のために千葉東病院を再び訪れました。しかし、その時点では「もっと減量しないと手術できない」とのことで、実際の手術は通算6年目、腎臓移植のための動きを起こしてから2年後でした。

手術後も試験外泊も順調に終え、いよいよ退院となった段階で発熱・白血球数の低下といった体調の変化が続き結局、入院～退院には3ヵ月かかりました。また、退院後も1週間後の初外来受診の前日に発熱したのを皮切りに最初の4か月は急な発熱とそれに伴う入退院を繰り返していました。さらに手術1年を過ぎた通算7年目前半も何回か発熱とそれに伴う予約外受

診と自宅療養を繰り返していました。

正直なところこの頃は「これで本当に大丈夫なのか」「これではドナーになってくれた母にも申し訳ないな」と感じていました。ただし、その都度丸山先生が説明して下さった通りに事態が推移していったことで不安は徐々にですが払拭されました。

結局、会社にフルタイムでの復職をするまでには手術後1年半を超えた通算7年目の後半になってからでした。

復職から1年半、手術後3年目、人工透析を始めた起点から9年目の現在は月1回の外来受診だけで大丈夫な程度に体調は落ち着いています。以上が人工透析～腎移植手術～現在に至る時系列的な流れでした、先ほどの丸山先生の講演より大分時間がかかっています。ですから、あまり良い事例ではないのかもしれませんが。

丸山先生に伺ったところ私の腎機能は健康な方の20～25%程度の機能とのこと。薬も10種類以上を服用していますし、感染症予防のための備えも欠かせませんし、塩分・カロリー・(私の場合はカリウム値が高いので)カリウムを取りすぎないように食事の注意も欠かせませんし、日々の検温・血圧測定・体重確認も必要ですから決して健康な方と全く同じというわけではありません。残業も体調と相談しながらにしています。

それでも、人工透析の頃に比べますと時間的な自由度は全く次元が違います。人工透析中も病院を手配すれば旅行できると分かってはいても「旅行に行っても透析は…」と考え控えていた旅行も2泊3日ですが昨年久しぶりに行ってきました。人間としても少しだけですが寛容になれたように思います。「ドナーとなってくれた母、それを受け入れてくれた父・弟たち」「丸山先生・関先生をはじめとした病院の方々」といった人への感謝と「腎移植を支えるさまざまな制度」へのありがたみを感じています。

② 臍臓腎臓同時移植を経験なされた方

佐久間健一

供に歩むと言う事

本日は、移植した事で感じた事をお話しさせていただきます。

私は、今年4月に臍臓と腎臓の同時移植手術を受けました。

私は、22才の時にI型糖尿病を発症して44才の時に腎臓も悪くして透析治療をするようになりました。

只、私は直ぐに移植手術の事は考えませんでした。それは、お腹を切る手術に恐怖しかなかったからです。

でも、週3回4時間の透析をする事に内心「これはずっと続けるのか」と考えてしまいました。

そんな時に、糖尿病の会で顔見知りになった女性が移植手術を受けたと聞き、お逢いする機会があり、見違えるほどに元気をなっている姿を見て、私も移植手術をしたいと思うようになり、直ぐに移植登録の手続きをしました。

その後は、いつ手術の連絡が来ても大丈夫なように、体調管理に努めて手術を待つだけでした。

長く待っていると周りの人達から「早く手術ができると良いネ」とありがたい言葉を掛けて頂くのですが、私はちょっと複雑な気持ちになってしまいました。

それは、自分が手術出来るという事は、亡くなられた方が出たという事で、改めてドナーさんによって成り立っている治療だと思ふと感謝するしかありませんでした。

移植、その日は突然、やって来ました。

病院からの「移植できます。」との問いに迷いはなく、「お願いします。」と答えた事は忘れられません。

移植手術は上手くいったのですが、晩に腹部から出血があり、修復のための手術をして事無きを得ました。

その後は、順調に回復をして、今、こうして元気な姿であります。

また、術後に起こりうる事柄などは、移植された女性から聞いていて、想定の内にあつたので現状に気に病む事もなく、安心して病院で過ごす事ができました。

最後に移植手術に携わって頂いた先生方、看護師の皆さん、コーディネーターの皆さんに感謝を申し上げますとともに、何よりも大切な臍臓と腎臓を下さったドナーの方とご家族に御礼と感謝を申し上げます。

この頂いた臍臓と腎臓を大事にして「供に歩む人生」を送りたいと思います。



受付の様子



基調講演・パネルディスカッション座長の竜部会長



基調講演の様子



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）



閉会の挨拶をされる中村委員

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（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
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
28年度	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
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

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、今年度も高校生を対象とした講座を実施しました。

臓器移植推進出前講座の実施状況

その1（於 敬愛学園高等学校）

（公社）日本臓器移植ネットワーク
移植コーディネーター 後藤 清美

平成29年9月21日、千葉ヘルス財団より依頼をいただき、敬愛学園高等学校にて行われた出前講座の講義を担当させていただきました。



当日は3年生380人を対象に、約1時間、移植医療についてのお話をしました。

臓器移植は、病気や事故で臓器（心臓・肺・肝臓・脾臓・腎臓・小腸・眼球）の機能を失った方に、他の方の健康な臓器を移植し、回復させる医療です。これは、善意による臓器の提供があって初めて成り立ちます。私の所属する日本臓器移植ネットワークは、亡くなる際に臓器を提供してもいいという方と、臓器移植を希望する患者さんをつなぐ、日本で唯一の機関です。私達移植コーディネーターは、24時間365日、日本全国の臓器提供に関する情報に対応しています。

臓器を提供する患者さんは、突然の病や事故で意識不明となり病院に運ばれた方がほとんどです。一方の移植手術を必要とする方の中にも、つい数か月前までは元気に学校や会社に通っていたのに、急に病気になられた方もいます。どちらの状況も、いつ自分や自分の大切な人に襲い掛かるかわかりません。自分の命が

助からない状態になってしまったとき、臓器を提供する・提供しない。自分が移植でしか助からない状態になったとき、移植手術を受ける・受けない。どちらが正解でもなく、どちらの意思も等しく尊重されます。だからこそ、自分だったらどうしたいか、自分の家族だったらどうしてあげたいか、それぞれの立場に立って考えることが大切です。

移植コーディネーターは、あくまで中立の立場で、臓器提供を考えている患者さんのいる病院に出向き、ご家族に臓器提供がどのようなものであるかを説明します。その際、決して臓器提供を勧めたり、強要するようなことはありません。臓器提供はあくまで、臓器を提供する患者さんやそのご家族の希望に沿って行うものです。ご家族が大切な人の「いのちの終わり」を見つめた時に、一番後悔の少ない見送り方を選ぶよう、また、臓器提供を決断した場合には、そのご家族の思いを遂げられるよう、医療スタッフとともにサポートをしています。

臓器提供には大きく分けて、脳死と診断された後に臓器提供を行う「脳死下臓器提供」と、心臓が停止した後に臓器提供を行う「心停止後臓器提供」があり、それぞれ提供可能な臓器や、提供時の流れが異なります。2010年の改正臓器移植法施行から7年が経過し、現在は心停止後臓器提供数に比べ、脳死下臓器提供数が増加しています。日本では年間およそ1万人が脳死を経てなくなっていると推定されています。原因はくも膜下出血などの脳血管障害や交通事故などの頭部外傷などです。脳死とされうる状態と診断された際、積

極的な治療を希望する方もいれば、身体に負担の少ない治療だけを希望する方、様々な考え方がある中で、臓器提供の希望もその中の一つになります。もし、脳死下臓器提供を希望した場合は、まず移植コーディネーターが入院先の病院に出向き、家族に臓器提供についての情報提供をおこないます。患者さんのご家族は、それぞれに「本人の意思をいかしたい」「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ほしい」、もしくは「身体に傷をつけたくない」「最期は静かに看取りたい」など、さまざまな思いを持っています。その中で、患者さん本人と家族にとって一番いい方法を考え、家族の総意をまとめ、臓器提供をするかどうか決断します。

家族が臓器提供を承諾すると、法的脳死判定を2回行い、脳死と判定された場合、2回目の判定終了時刻をもって、その方の死亡が確定します。その後、移植を受ける方を選定し、摘出手術を行います。臓器提供は、どこの誰から提供されたか、どこの誰に移植をしたか、お互い個人を特定することはできません。希望があればコーディネーターを通して、お名前や住所はわからないようにしてお手紙をお届けしたり、近況をお伝えし、感謝の思いを届けます。

日本では、脳死下臓器提供、心停止後臓器提供併せて年間100名ほどの方が臓器提供をされています。しかし、移植を希望している人は14000人以上おり、移植を希望してもその希望がかなわず亡くなってしまう方も少なくありません。平成29年の内閣府世論調査では、41.9%の方が、何らかの方法で、亡くなった後臓器を提供してもいいと答えています。しかし、臓器提供意思表示欄の記入率は12.7%にとどまります。なんとなくは知っていても、詳しくはわからないし、自分には関わらないことに思えるため、意思表示という行動までは至らないという方が多いのではないのでしょうか。

今年は臓器移植法施行より20年を迎え、報道でも移植医療について取り上げられる機会が増えています。まずはこういった授業や報道をきっかけにして、移植医療について、そして自分や家族の「いのち」について考える機会を持ってほしい。そのうえで自分の考えを家族や友達に伝え、みんなで話し合い、自分と違う意見もあることを知ってほしい。さらに、万が一の時に家族が本人の意思を確認できるよう、自分の気持ちを、意思表示してほしいと思います。

今回の講義が、生徒の皆さんにとって何かのきっかけになればうれしく思います。



臓器提供と臓器移植



臓器を提供する人
「ドナー」

臓器移植を受ける人
「レシピエント」



臓器提供時の流れ



その2 (於 淑徳大学看護栄養学部)

※淑徳大学看護栄養学部のブログに掲載されました。
(URL : <http://www.shukutoku.ac.jp/kangoeivou/blog/>)

心臓移植を経験された方の講演がありました

心臓移植を体験された方

木内 博文

12月6日(水)、千葉ヘルス財団による出前講座として、心臓移植を経験された木内博文さんの特別講義が開催されました

千葉ヘルス財団は、千葉県庁内に事務所を置く公益財団法人で、主軸事業の一つとしてより多くの人々に臓器移植について理解していただくための啓発活動をされています。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、各種団体等に出向き、講座を開いているそうです。



木内さんは23年前にアメリカに渡り移植を経験された方です。突然に移植以外助からない病気になってしまった時の状況、移植を受けるために渡米する飛行機内の様子、渡米して臓器移植の順番が回ってきたとき、特に手術室に向うストレッチャーに乗った時の気持ち、手術に成功して今現在健康でいられることの喜び、木内さんの話からはその時どきの揺れ動く心情が痛いほど伝わってきました。臓器移植について他人事として捉えるのではなく、自身の意思表示について考え、家族で話し合ってほしいと力説されました。

また、心臓機能が極端に弱くなった方が補助人工心臓によって生命を維持していることについて解説がありました。



さらに、実際にそれを体内に埋め込んで生命を維持している河合さんが登壇。移植を待ち続けているとのことのお話がありました。

世界で初めて臓器移植がなされて50年、日本で臓器移植法が制定されて20年、2017年は節目の年だそうです。木内さんの、「ドナーが生きていたから僕も生きていられる」「過去の何か一つが間違えば今はない。今



は過去の積み重ね。今があることに感謝」という言葉に触れ、改めて臓器提供について考えよう、家族とも話をしようと思いました。



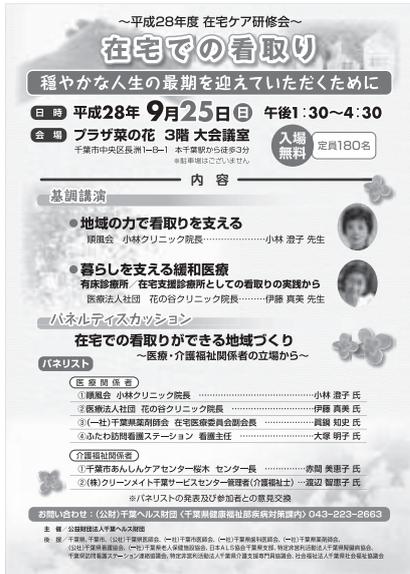
「YESでもいい。NOでもいい。大切なのは自分の意思を示すこと」と教えていただきました。

(公財) 千葉ヘルス財団の事業 平成28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 「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

日時 平成28年9月25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 「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 先生

「暮らしを支える緩和医療」

有床診療所/在宅支援診療所としての

看取りの実践から

医療法人社団 花の谷クリニック院長

伊藤 真美 先生

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～

座長 千葉ヘルス財団在宅ケア部会委員

中村 宏 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副会長

眞鍋 知史 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看護主任

大塚 明子 氏

③介護福祉の関係者の立場から

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 氏

(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 氏

※参加者数 95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 「知ろう、学ぼう、確認しよう 災害時の支援」

日時 平成28年12月18日(日)午後1時30分～3時30分

場所 成田赤十字病院 研修棟講堂

内容 座長 千葉ヘルス財団 在宅ケア部会委員

金子 恵子 氏

講師「被災地の避難所と要支援者 在宅患者をどうするか」

みその生活支援クリニック院長

小野沢 滋 先生

※参加者数 70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 9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 7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

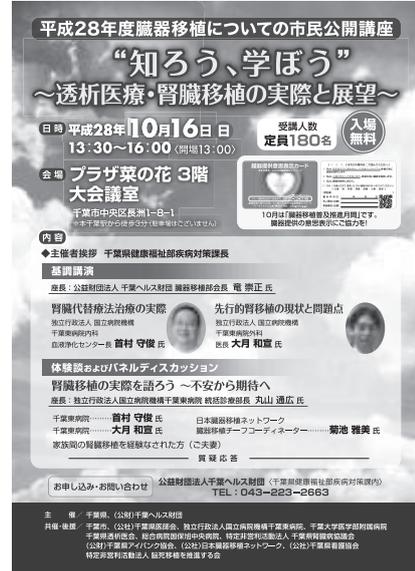
- 千葉県救急医療センター 宮田 昭宏 氏
- 日本臓器移植ネットワークコーディネーター 後藤 清美 氏
- 千葉県臓器移植コーディネーター 宮崎麻里子 氏
- 臓器移植体験者 木内 博文 氏
- 臓器移植待機者 河合 容子 氏

受講者数 1,509名

実施日	施設名	受講者数
5/27	千葉大学医学部	120名
7/24、8/3	総合病院国保旭中央病院 (高校生対象のセミナー)	200名
12/5	亀田医療大学	154名
12/20	千葉県立我孫子高等学校	956名
1/20	千葉大学大学院看護研究科	79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”

～透析医療・腎臓移植の実際と展望～

日時 平成28年10月16日(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 基調講演

座長 千葉ヘルス財団臓器移植部会会長

竜 崇正 氏

講師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 先生

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 先生

体験談およびパネルディスカッション

腎臓移植の実際を語ろう～不安から期待へ～

座長 千葉ヘルス財団臓器移植部会委員

丸山 通広 氏

体験談① 夫婦間の生体腎移植体験談

家族間の腎臓移植を経験なされた方

(ご夫妻)

② 臓器移植の現状

(公社)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 氏

※参加者数 45名 (入場無料)

(2) 臓器移植推進特別対策事業

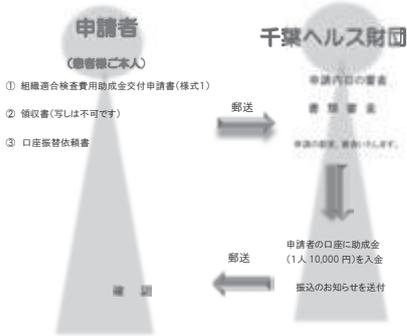
① 組織適合検査費用助成

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 46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 3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1,346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

(4) ちばヘルス財団のポスター作成

臓器移植の一層の普及啓発を図るため、臓器移植啓発用ポスターを1,000枚作成し、市町村、高等学校、看護学校、関係団体等(約604カ所)に配布した。



H28年度 ご寄付いただいた方々

	金額
1 国保小見川総合 様	9,102
2 東京歯科大学市川総合病院 様	28,752
3 九十九里ホーム病院 様	9,186
4 南房総市立富山国保病院 様	1,835
5 東京歯科大学市川総合病院 様	15,200
6 国保匝瑳市民病院 様	26,515
7 千葉県医療機器工業会 様	10,000
8 総合病院国保旭中央病院 様	29,000
9 松井宏之 様	10,000
10 国保小見川総合病院 様	23,729
11 一般社団法人千葉県製薬協会	100,000
寄付金合計	263,319

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26年度から平成28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
- ・国保匝瑳市民病院 様
- ・松井宏之 様

平成29年3月8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 専務理事本間様より

(公財) 千葉ヘルス財団役員および企画委員名簿**平成29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
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
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	山根 康夫	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	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 事務局長
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	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	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	千葉東病院外科 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理事
委員	宮田 昭宏	千葉県救急医療セカ- 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
- ▶ (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30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

電話番号／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