

平成30年度 臓器移植についての市民公開講座

知ろう学ぼう

～ウイルス性肝炎と肝移植～

2018. 10. 14 プラザ菜の花

2018 臓器移植についての
市民公開講座
知ろう学ぼう ウイルス性肝炎と肝移植

日 平成30年10月14日(日)
13:30～16:00 (開場13:00)
会 場所 プラザ菜の花 3階
大会議室
千葉市中央区長洲1-8-1
※お車の方は、お車から徒歩3分
※会場までバス（有明駅）から徒歩1分
(駐車場はございません)

先着100名 入場無料

10月14日は「臓器移植推進の日」です。
臓器移植の推進に力を尽くします！

プログラム

主催者挨拶……………千葉県健康福祉部疾病対策課長

基調講演

大きく変わった
ウイルス性肝炎の診療……………国立大学法人
千葉大学医学部附属病院
腫瘍内科……………准教授 新井 誠人 氏

本邦肝移植の現状
～肝移植をもっと身近に……………国立大学法人
千葉大学医学部附属病院
肝臓外科……………教授 大塚 将之 氏

体験談およびシンポジウム

体験談……………肝移植体験者
シンポジウム……………臓器移植推進に向けて

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

主 催……………千葉県・公益財団法人千葉ヘルス財団
共 催……………千葉県、(公社)千葉県民会、独立行政法人国立病院機構千葉病院、国立大学法人千葉大学医学部附属病院
後 援……………千葉県医師会、千葉県薬剤師会、千葉県歯科医師会、千葉県獣医師会、千葉県看護協会、千葉県医師会、千葉県薬剤師会、千葉県歯科医師会、千葉県獣医師会、千葉県看護協会、千葉県医師会、千葉県薬剤師会、千葉県歯科医師会、千葉県獣医師会、千葉県看護協会

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。

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

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



主催者挨拶

千葉県健康福祉部疾病対策課石川課長

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

第1部 基調講演

①大きく変わったウイルス性肝炎の治療

千葉大学医学部附属病院腫瘍内科

准教授 新井 誠人



【ウイルス性肝炎とは】

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

肝細胞癌の背景

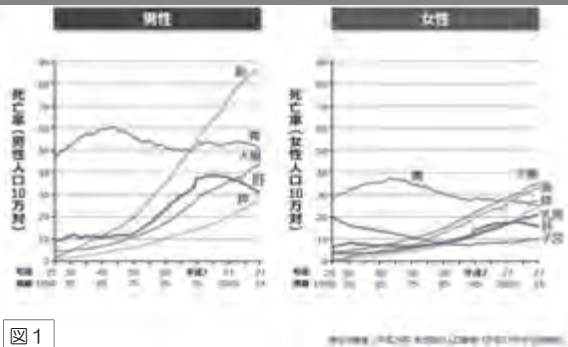


図1

ウイルス性慢性肝炎とは

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

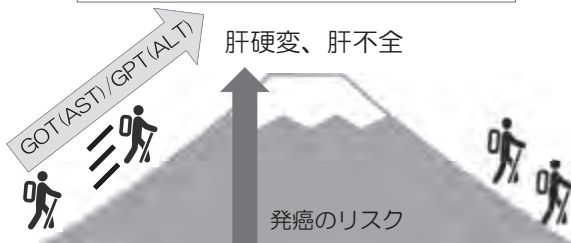


図2

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

【B型肝炎ウイルス】

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

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

B型肝炎に対する 抗ウイルス製剤認可の歴史

核酸アナログ製剤

インターフェロン

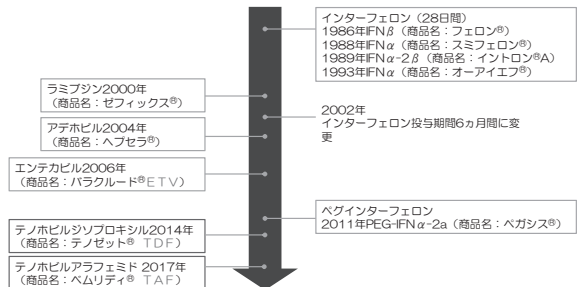


図3

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

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

【C型肝炎ウイルス】

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

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

本邦におけるインターフェロンフリー治療



図4 ソバルディ、マヴィレットは3-6型にも使用可能

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

②本邦肝移植の現状

～肝移植をもっと身近に

千葉大学大学院医学研究院 臓器制御外科学

教授 大塚 将之



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

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

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

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

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

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

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

第2部 体験談及びシンポジウム

①私の肝臓移植について

大塚 剛

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

「もう移植しか、助ける方法はない」

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

その時の担当医の言葉です。

そこから、私の人生は大きく変わりました。

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

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

そして、ある年の10月

「もう、移植しか助ける方法はない」

事実上の、死の宣告でした。

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

この時、父は「自分の肝臓を使ってほしい」と言っ

てくれましたがドナーになるための精密検査により、不適合と診断。

63歳になる父の肝臓は、移植するには小さすぎたようです。

この時、母の話では

父は、「何もしてあげることができない。」

夜も眠れず、何日も落ち込んでいたと後から聞きました。

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

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

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

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

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

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

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

見た目もかなり変化し、長く倦怠感が続くと、メンタルも落ち込んできました。

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

そう、自然に死ぬ準備をし始めたのです。

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

「俺死ぬかもしれない・・・」

私は、泣きながら電話していました。

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

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

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

「生きているのが辛い」「いつまで続くんだ・・・」毎日思いました。

「死ねたら楽になるのかな」など

夜になると、眠れず、毎日そんなことを考えていました。

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

どうしても最後に会いたかった。

息子のことを思うと、毎回、涙を流しました。

ひどいときは過呼吸にもなりました。

大部屋でしたので、おそらく、他の患者にも気づかれていたかと思います。

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

しかし、その時に、母から渡された一通の手紙がありました。

息子からの手紙と写真です。

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

「生きて息子にもう一度会いたい」

そう、思うようになりました。

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

そして、入院して約3週間、たまたま体調がいい日でした。

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

主治医から「すごくいい状態と思う肝臓が出た。受けるか？」と言われ

私は迷わず、「お願いします」と応えました。

そして、顔にも出ていたのでしょう。

周りにいた看護師さんたちも全員泣きながら喜んでくれました。

そして、すぐに転院の準備がとられ、荷造りをして、移植を行う病院へ。

2時間半かけて救急車で都内の病院に向かいました。

そして、転院後、翌日の手術の準備を行い、翌日の朝6時、手術室に入りました。

15時間後、目が覚めました。

すぐには、そこがICUにいるのだと自覚することはできませんでしたが、

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

退院後は、急変することなく、順調に回復。

退院から1年も経たずに新たな仕事に就くことができました。

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

そして、これからも、頂いた肝臓とともに生きていきます。

私は、自分の移植を受けることとなり始めて、家族で移植の話をしました。

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

普段の生活では「移植」をテーマに、ご家族で話をする機会はないと思います。

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

この公演が、そのきっかけになればいいと思います。

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

ご清聴ありがとうございました。

②臓器移植の現状

東京歯科大学市川総合病院

千葉県臓器移植コーディネーター

柴尾 裕加里

「臓器移植の現状」

～意思表示の大切さについて～



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

たないものです。

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

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

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

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

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

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



受付の様子



基調講演・シンポジウム座長の竜部会長



基調講演の様子



シンポジウムの様子（その1）



シンポジウムの様子（その2）



閉会の挨拶をされる宮内委員