



## 講演

## 心臓移植のいま

千葉大学医学部附属病院 循環器内科

加藤 央隼



みなさんは心臓移植と聞いて、どういったことを思い浮かべるでしょうか。心臓移植は実施件数も限られているため癌の治療や心臓のカテーテル治療とは違い、あまりなじみ

がないのではないかと思います。ですから、そもそも心臓移植がどのくらい日本で稼げているか、どういった患者が心臓移植を受けるかなどについて知らないという人も多いと思います。そこでこの機会に心臓移植とはどんな治療か、どういった病気が心臓移植の対象になるかなどについてお話をしたいと思います。

心臓移植は臓器移植の一つです。臓器移植は病気や事故によって臓器の機能が低下し、移植でしか治らない人に、他の人の臓器を移植することで、健康を回復する医療であり、重症患者の最後の望みとなっています。多くの臓器が移植可能ですが、心臓、肺、肝臓、脾臓、腎臓、小腸の移植が一般的です。患者さんによっては、心臓と肺、脾臓と腎臓、肝臓と腎臓、肝臓と小腸など、2つ以上の臓器を同時に移植しないといけない方もいます。

臓器移植は亡くなった方から臓器提供を受ける死体臓器移植と生きている方から臓器提供を受ける生体臓器移植に大別されます。心臓は移植が可能な臓器の中で最も血流の遮断に弱いので、心停止後の臓器移植は難しく、日本では脳死下での臓器移植でのみ行われています。心臓移植が必要となる心臓の病気は拡張型心筋症、拡張相肥大型心筋症といった原因不明の心機能が低下する疾患や心筋梗塞などの虚血性心筋症が上位を占め、その3つで約8割となっています。その他にもさまざまな疾患が移植の対象となりますが、いずれの疾患も心不全となることで移植が必要となることになり変わりありません。では、次に心不全とはどのような病気なのかという点についてお話しします。

心不全とは心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です。心臓は全身、肺に血液を送るポンプの機能を果たしていますが、全身の臓器に十分な血流が送れなくなると、各臓器の機能不全を来し倦怠感や食思不振となって現れます。全身から戻ってくる血液を受け止めきれなくなると、むくみが出現しますし、肺への循環が破綻すると肺が水浸しになり、息切れ、呼吸困難の原因となります。心不全は症状の悪化、改善を繰り返しながら進行していくため、予後の予測が困難であるといわれていますが、決して予後が良い疾患ではありません。過去の報告では5年生存率50%と癌と匹敵するくらい予後が悪いということが知られています。心不全患者は全世界で6430万人、日本には120万人いるといいますが、一度心不全のために入院が必要となった人は4人に1人が30日以内に、2人に1人が6か月以内に再度入院が必要となるといわれています。120万人というと、人口の約1%であり、あまり実感がわきませんが、50歳時点でみると生涯の心不全発症リスクは約20~30%となり、決して他人事ではありません。

では心不全と診断されたらどうしたらよいのでしょうか。まず治療の基本は生活習慣の改善です。減塩や禁煙、節酒、運動療法などは心不全の全ての段階で重要な要素となっています。構造的、機能的な心臓の異常が出現した段階においては心不全の発症を抑制したり、心機能の悪化を予防したりするための薬物治療が開始されます。息切れやむくみといった症状が出現し、心不全を発症した段階においてはさらなる薬物療法の強化の他、不整脈に対するカテーテルアブレーション、弁膜症や冠動脈疾患に対する外科的治療などが必要な人もでてきます。こうした治療を尽くしても病状の改善が得られない患者の最後の砦として心臓移植という治療があります。ただし心臓移植の基準は非常に厳しいものとなっています。まず前提として、日本では現時点では65歳未満でないことが対象になりません。また心臓の状態について詳細に調べられており、あらゆる治療を尽くしても改善が得られない状態であること、心臓以外の臓器に大きな問題がないこと、治療をはじめとして生活全般や金銭面、精神面などのサポートをしてくれる同居できる介護人がいるということが条件となっており、心臓移植へのハードルとなっています。日本の心臓移植後の予後は

10年生存率88.7%と、海外のデータと比較しても非常に良好ですが、実際に治療を受けられる人は限られています。心臓移植の実施件数は年々増加しており、ようやく年間100件を超えるようになってきました。ただし日本の心不全患者が120万人で年間10万人が心不全で亡くなることを考えるとやはり、心臓移植を受けるというのは狭き門といえるかと思えます。心臓移植の実施件数は臓器提供者の数により、およそ決まっております。日本は諸外国と比べると人口当たりの臓器提供者が少ないことが課題となっています。臓器提供のしくみは2種類に大別され、本人または家族が同意した場合のみ臓器提供が可能なopting in、生前に本人が臓器提供に反対の意思を示していない場合に臓器提供が可能なopting outとなっています。国により制度は異なりますが、日本と同様のopting inの制度をとっている韓国やドイツなどと比較しても日本の人口当たりの臓器提供者数は10分の1程度となっています。こうした状況により心臓移植を希望していても移植にたどり着けず亡くなってしまいう人も多く存在しています。現在心臓移植の登録をした後に、移植に辿りつくまで5年から7年程度かかっています。移植が必要な程の重症な心不全患者がこれほど長期の待機期間を過ごすためには補助人工心臓のサポートが不可欠です。植込み型補助人工心臓は手術により心臓に取り付け、心臓の拍出をサポートする機械であり、重症心不全患者の予後・生活の質を改善させることが示されています。しかし、心臓を補助する強力な機械ではありますがいいことばかりではありません。ポンプという異物が血液に触れた状態では血栓を形成しやすく、脳梗塞などの血栓塞栓症のリスクがあります。こうした塞栓症の予防のためにワルファリンという薬剤を服用する必要がありますが、それでも塞栓症を発症することもありますし、逆に消化管出血や脳出血などの出血合併症を来すリスクもあります。その他にも電源を供給するケーブルが皮下を通っておなかから体外にでていますが、その周囲から菌が入り込み、感染を来すことで入院や手術が必要になる場合も少なくありません。また運転や入浴ができなかったり、バッテリーを常に携帯する必要があったり、こうした合併症のリスクが常につきまとうため、移植までの待機期間の短縮はやはり重要です。そのためには臓器提供者が増えるということが必要となってきます。内閣府

が定期的に臓器提供に関する世論調査を行っていますが、そこでは臓器提供をしたいという人が4割近くいる一方、臓器提供の意思をなんらかの形で表示しているひとは1割に過ぎないと報告されてます。またこの調査では、本人の臓器提供への意思表示がなかった場合に家族が臓器提供の決断をすることが負担に感じるという人が85.6%と、多くの人々が負担に感じるとされています。脳死というのはほとんどの場合、突然おとすれるため、家族の負担を軽減するためにも事前に臓器提供の意思表示をしていること、またそれを家族で共有していることが重要です。ここで大事なことは、臓器提供については希望してもいいし、希望しなくてもいいということ、またそれは何回でも変更できるということも覚えておいていただきたいこととなります。

千葉大学病院は全国に12施設ある心臓移植を受けられる病院の1つであり、千葉県内で唯一植込み型補助人工心臓の手術ができる病院です。そのため千葉県内の多くの病院と連携し、重症心不全患者を受け入れています。千葉大学病院の役割として、臓器提供の意思を持つ方と移植を希望する方を繋ぐことができるように、できる限りの治療とサポートを心がけています。

## 心臓移植の現状と課題

千葉大学医学部附属病院 心臓血管外科  
渡邊 倫子



国内の心臓移植の歴史では、1997年脳死での臓器提供が法的に認められ、臓器移植法が成立・施行され、1999年同法に基づく心臓移植を初めて実施した。2010年改正臓器移植法施行、件数は以降増加傾向である。

移植希望者数は、日本臓器移植ネットワークの情報によれば心臓移植希望者数は2010年以降増加傾向である。また国内の心臓移植件数は増加傾向であり、2023年には100例を超えている。

各臓器の移植後生存率(10年)では、心臓は90%程

度と非常に良い成績である。

国内の心臓移植データは5年92%、10年88%、15年79%と、海外のデータと比較(国際心肺移植学会のデータとの比較)では、非常に良い成績であることがわかる。重症心不全の方の救命治療として非常に確立された治療であると言える。

国内の移植件数と待機患者数の推移を見ると、移植件数は先に述べた通り年々増加してきて年間100例を超す状態となってきた。しかしこの増加傾向があっても、待機患者さんに対し充足するには全く至っていない。移植待機者の重症度、医学的緊急度はStatus分類にて表されるが、この最も重症度が高いStatus1の方の平均待機日数は5年となり、長期化の傾向が持続している。移植を必要とする方に機会が回ってくるのに非常に長い時間がかかっている現状が問題となっている。

移植を要するほどの重症心不全の方が長く待機する必要があるため、その待機期間を心不全をコントロールして安全に生活するため、現在は植込型補助人工心臓を装着して移植待機することが一般的となっている。国内心臓移植患者の移植前状態のデータでは、ほとんどの方が連続流植込型の補助人工心臓を装着している。

植込型補助人工心臓(VAD)とは、左室心尖部にポンプを取り付け、心臓に帰ってきた血液を吸い出し、上行大動脈に縫い付けた人工血管を通して全身に血液を送る医療機器である。移植を要すると判断された患者さんは、まずこの機械をつける開胸手術を行う。この機械を装着し、術後リハビリを経て、自宅に退院する。多くの患者さんが在宅での移植待機が可能となっている。機械はより小型化し合併症が軽減し、治療予後は良くなっている。移植をゴールとしないDestination therapyとしてVADをつける治療も2021年より開始されている。すでに海外で多くの患者さんがこの機器を使用し、長期間の生存が報告されており、移植待機、またDestination therapyとしても、重症心不全の方々の有効な治療法となっている。

心臓移植患者さんのVAD補助期間の推移を示したデータでは、長くは7年間と補助期間が長期化していることがわかる。

VADの合併症は、感染や神経機能障害が主なもので、感染はVADがドライラインが腹部で皮膚を買

通し、コントローラと接続しているが、この部位を侵入門戸とした感染症、これがポンプに波及すると重篤な状態となることもある。

植込型VADの生存率は、初回で装着した例では2年で91%、しかし現在の移植待機期間となる5-6年では20%を超える人が亡くなる可能性がある。

心臓移植適応は基準が定められており、移植以外に治療法がないこと、移植後の検査や免疫抑制療法を行えること、重症心疾患が対象である。適応条件は、標準治療を十分行なった上でも改善しない心不全であること、運動耐容能の著しい低下、補助循環依存、年齢は65歳未満、本人及びケアギバーの要件がある。

適応疾患は拡張型心筋症が主で、他に虚血性心筋症、拡張相肥大型心筋症などがある。

レシピエントの選択基準は、令和7年3月に改訂され、Status 1Aという「緊急に心臓移植を施行しないと短期間に死亡が予測される病態や疾患群で、予測余命1ヶ月以内の60歳未満の者」が追加となった。Donorが発生したときの、Recipient側の選択基準であり、実際に心臓移植が受けられるのは、その患者がStatus 1であること、しかも登録時で60歳未満であること、さらに血液型が一致していること、が実質上の必須条件となっている。

Status 1は次の(ア)から(工)までの状態のいずれか1つ以上に該当する状態である。

- (ア) 補助人工心臓(VAD)を装着中の状態
- (イ) 大動脈内バルーンパンピング(IABP)、経皮的心肺補助装置(PCPS)、セントラル体外式膜型人工肺(ECMO)又は補助循環用ポンプカテーテル
- (ウ) 人工呼吸管理を受けている状態
- (工) カテコラミン等の強心薬の持続的な点滴投与を受けている状態

現在Status1で待機中の方は主には(ア)が当てはまりVADをつけて自宅待機している方がほとんどである。

心臓移植の外科手術について、現在は同所性心臓移植が主流である。レシピエントの心臓摘出では、実際は心尖部にVADポンプが付き、上行大動脈にポンプの血流を全身に送る人工血管が縫い付けられている状態で、再開胸手術となるため、心臓を剥離し摘

出する必要がある。ドナーの方の心臓をレシピエントの方に移植する方法では、虚血時間を短縮させる目的で、“Biatial Technique”が主流だった時代があったが、最近では、“Bicaval Technique”が主流であり、心臓の洞結節が温存され術後の徐脈を回避、ペースメーカーが必要となる確率が有意に低下、右房の構造と機能が保たれるため、循環動態的にもより優れた結果が得られることが分かってきた。

千葉大学病院は、国内の12ある移植実施施設の一つである。2012年植込型補助人工心臓(iVAD)、2018年心臓移植の実施施設認定を受け、2025年9月までにiVAD62例、心臓移植20例を実施した。術後のICU在室期間、在院日数は平均6日、53日程度だが、経過が良い例は期間は短縮傾向にある。手術入院死亡はなく、生存率は1,3,5年で100%となっている。

今後の課題は、臓器虚血時間と搬送の問題、またドナー不足がある。これまで千葉大学病院で実施した心臓移植の9割は遠方からのドナーで、チャーター機を使用すれば日本の端からでも2時間前後で搬送できるが、空港からの移手段では、陸路、空路(ヘリ)での違いもある。また空港は当初羽田しか使用できなかったのが、成田空港と交渉し使用可能となり、搬送時間短縮につながった経緯がある。心臓は虚血許容時間が4時間と他の臓器より短く、制限があるため、できるだけ近隣地域でのドナー提供が増えることが、この問題の解決策の一つとなる可能性がある。

## 患者さんひとりひとりに寄り添い、 人の命をつなぐ ～心臓移植コーディネーターの立場から～

千葉大学医学部附属病院  
心臓移植コーディネーター  
佐藤 克行



### 1. はじめに

心臓移植は、重い心臓の病気で自分の心臓が動かなくなった方に、健康なドナー（臓器提供者）の心臓を移植する医療です。レシピエント移植コーディネーターは、臓器提供を受ける患者さんやご家族に寄り添いながら、患者さんと移植チームをつなぐ役割を担っています。臓器移植を必要としている患者さんがどんな日々を過ごしているのか、どのような気持ちで過ごしているのかということもあまり知られていないかと思います。今回は、移植医療の現状や、患者さんの移植前後の生活、社会保障制度などについてわかりやすくお伝えします。

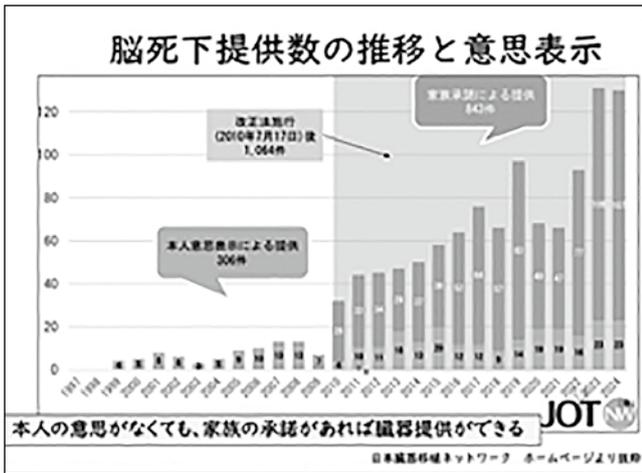
コーディネーターは、臓器提供を受ける患者さんやご家族に寄り添いながら、患者さんと移植チームをつなぐ役割を担っています。臓器移植を必要としている患者さんがどんな日々を過ごしているのか、どのような気持ちで過ごしているのかということもあまり知られていないかと思います。今回は、移植医療の現状や、患者さんの移植前後の生活、社会保障制度などについてわかりやすくお伝えします。

### 2. コーディネーターの役割

レシピエント移植コーディネーターは、移植前から退院後まで、患者さんをご家族を継続的に支援します。私たちの仕事は、単に「移植が成功するように準備する」ことだけではありません。患者さんやご家族が納得して移植に臨めるよう、情報を丁寧に伝え、悩みや迷いに寄り添うことも大切な役割です。具体的には、医師が説明を行うインフォームドコンセントに同席し、医師の説明に補足を加えることや移植医療について正しく知ってもらうことで患者さんやご家族の方の不安や疑問を取り除くことができるように努めています。臓器提供が発生した際には、日本臓器移植ネットワークや病院内の他部門・他職種と連絡を取り合い、移植までの一連の流れを調整し、安全に臓器移植が進行できるように心がけています。移植後は、外来で移植後の生活指導やフォローアップまで寄り添います。「ただ臓器をつなぐだけでなく、“人と人の思い”をつなぐことが私の仕事です。」その信念を胸に、患者さんが安心して新しい人生を歩めるよう支援を続けています。

### 3. 日本の心臓移植の現状

臓器提供は、ドナー本人または家族の思いによって成り立ちます。日本では、1997年に臓器移植法が制定され、2010年の改正により「本人の意思がなくても家族の承諾で臓器提供が可能」となりました。しかし、移植を希望する人に対して提供される臓器はまだ少なく、年間の臓器提供はおおよそ110件にとどまっています。現在、約800の方が心臓移植を待機しており、実際に移植を受けられるまでに5年以上かかることも珍しくありません。千葉大学では2018年に心臓移植実施施設として認可を受け、2019年4月に第1例目を実施しました。2025年9月には通算20例に達しています。



#### 4. 心臓移植までの待機期間

重症心不全になると、心臓が血液を十分に送り出せなくなります。このような患者さんは、心臓を助けるために「補助人工心臓(VAD)」を装着して、移植の日を待ちます。待機期間は平均で5～7年かかります。長い年月の中で、体調の変化や経済的な負担、そして何より精神的な不安と向き合いながら過ごしています。臓器提供発生時は移植登録している病院から突然電話連絡があります。「突然連絡がきてもどうしたらいいかわからない。話は聞いていたが不安だな。このままでもいいけれどもなあ」とすぐに決断できないこともしばしばあります。その時は、患者さんの気持ちに寄り添い、十分に考慮した上で決断できるように支援しています。

#### 5. 脳死下での臓器提供

提供された臓器は、日本臓器移植ネットワークの基準に基づいて、公平に分配されます。優先順位は「待機期間の長さ」「病状の緊急度」「血液型の一致」「体格差」「臓器搬送時間」などを考慮して決まります。臓器は生きた組織なので、摘出から移植までの時間（虚血許容時間）がとても重要です。心臓の場合は4時間以内に血

臓器毎の虚血許容時間・搬送許容時間

	虚血許容	搬送許容	手段
心臓	4 hrs	2-3hrs	最速
肺	8hrs	6hrs	↑
肝臓	12hrs	10hrs	
小腸	12hrs	10hrs	↓
脾臓	24hrs	22hrs	
腎臓	24hrs	22hrs	安全・確実
			経済的

虚血許容時間とは、臓器がドナー（臓器を提供する人）から摘出されてレシピエント（臓器を受ける人）に血流が再開されるまでの時間のこと

流を再開しなければならず、時にはチャーター機を使って迅速に運ばれます。移植に関する費用の一例として、チャーター機を使用した場合は臓器搬送費や手術費などを合わせると500万円以上になることもあります。保険制度や還付により実際の負担は大幅に軽減されます。

#### 6. 社会保障制度と費用

心臓移植には高額な医療費がかかりますが、さまざまな公的支援制度が利用できます。たとえば「特定疾患医療費助成制度」や「身体障害者手帳の交付」により、自己負担を減らすことが可能です。補助人工心臓を装着している場合や、移植後に免疫抑制剤を服用している場合は「身体障害者1級」に認定されます。また、仕事や日常生活に支障が出た場合には「傷病手当金」や「障害年金」を受け取ることができます。移植後数年間しか受給できないため、障害者雇用枠などを利用し社会復帰することが求められます。

#### 7. 移植後の生活

移植を受けた患者さんは、免疫抑制剤を一生服用しながら、感染予防など多くの注意を守って生活しています。免疫抑制剤は、毎日決まった時間に飲む必要があります。前後に食事をしてはいけません。一方、免疫抑制剤は副作用も多くあり、副作用と一緒に向き合いながら、10種類以上の薬を内服する必要があります。なかでも、免疫抑制剤を服用することで感染症にかかりやすくなるなどのリスクがあるため、日常生活では次のような注意が必要です。

##### <在宅環境>

- ・室内を清潔に保ち、生花やカビを避ける
- ・定期的に寝具やカーテンの洗濯と交換をする
- ・雑巾や布巾は使用せず、ウエットティッシュを使用する

##### <生活上の注意点>

- ・調理後の食品はすぐに食べる
- ・生ものを控える
- ・飲み水は移植後1年間ミネラルウォーターを使用する
- ・歯や皮膚のケアを大切にする

医療チームは、こうした生活指導や定期検査を通じて、患者さんの社会復帰を支援しています。それでも、移植を受けた患者さんの言葉には希望が溢れていま

す。「移植を受けてから初めてお風呂に入れたとき、「生きている」と実感しました。普通の生活ができることが、こんなに幸せだとは思いませんでした。」その背後には、ドナーとその家族、そして新しい命を託された患者さんの思いが重なっています。

## 8. おわりに

私たちは患者さんに伝えています。「臓器移植を受けた日を“二度目の誕生日”と思い、ドナーの方とご家族の思いに感謝して生きてください。」移植医療は、医学の力だけでは成り立ちません。ドナーの勇気と家族の愛情、そして社会の理解があってこそ成り立つ命のリレーです。一人ひとりが「もしもの時、自分はどうしたいか」を考え、家族と話し合うことが大切です。意思表示をすることで、誰かの命を救うことができるかもしれません。当たり前前の日常が戻る喜びを、より多くの方に感じてもらえるよう、これからも移植コーディネーターとして、命をつなぐ現場に寄り添い続けていきたいと思えます。

<参考リンク>

- 日本移植学会  
<https://www.asas.or.jp/jst/>
- 日本臓器移植ネットワーク  
<https://www.jotnw.or.jp/>
- 2025年改訂版心臓移植におけるガイドライン  
[https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025\\_Saiki.pdf](https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Saiki.pdf)

## 体験談

### 感謝！

心臓移植体験者  
平澤 弘章



#### 1. ご挨拶

本日は、このような素晴らしい場所で心臓移植の体験者として体験談をさせて頂ける事となりました平澤 弘章です。

私事となりますがこの

「ホテルポートプラザ千葉」は偶然にも18年前に私と妻が結婚式を挙げた場所です。そのような場所で心臓移植体験談をする事となるとはとても感慨深いものがあります。

今日は私の体調が悪い時にも瀕死の時にも常に最善の選択をして下さった医師や看護師さんのご講演の後での私の体験談なので、とても緊張しています。

本日は、発病から心臓移植待機者になるまでとそこから心臓移植に至るまでそして移植後の体験談をさせて頂こうと思っております。

#### 2. 発病から心臓移植待機者になるまで

2003年6月頃の事でした。私は咳が止まらず「風邪」を引いたかな？と思い風邪薬と咳止めのシロップを購入して様子を見ていましたが1ヶ月程経っても症状が改善されず流石に不安に思い近くの少し大きな病院を受診しました。そこで「気管支炎」だと診断され薬を頂き様子をみていました。しかし3ヶ月程経っても症状は改善されずむしろ酷くなっていきました。彼女から何度も何度も絶対おかしいから違う病院へ行ってみな！と言われ私は渋々ですが市内で1番大きい船橋市立医療センターを受診しました。

この頃には横になると咳が止まらなくなるので椅子に座って睡眠していました。今、思えば彼女のこの一言が私の運命と余命を変える事となりました。その彼女は今では妻となり今でも私を支えてくれています。

医師から「君、風邪じゃないよ！悪い処は心臓だよ！」と言われました。「えっ？」と思いながらも「ありがとうございました。次はいつ来ればよいのですか？」と帰ろうとすると、次はあの検査だ！この検査だ！と色々な検査をさせられ私が何度も帰る！と言っても「ダメ！入院だよ！」の繰り返しで最後には先生の指示で病棟の看護師さんが車椅子を持ってきてそのまま強制入院となってしまいました。

約10日後に病理の結果が出ました。医師から告げられた病名は「突発性拡張型心筋症」でした。

この病気は治らない病気です。徐々に悪くなり最終的には現在の医学では心臓移植しかありません。「10年生存率が約34%くらいです。」と余命宣告を受けました。はじめて「心臓移植」と言う言葉と現実が私の心身に入ってきた事を今でもはっきりと覚えています。

心臓が肥大した事により弁に隙間ができて血液が逆

流しているのに心臓の負担を減らす為に人工弁にしましょう。と言われて数日後に人生初となる全身麻酔で弁置換術手術を行いました。この後あと8回も全身麻酔手術をする事になるとは夢にも思っていませんでした。退院後数年は息が苦しくなると入院をして強心剤を点滴し、2週間位静養して体をリフレッシュして退院、また悪くなったら入院の生活が続きました。最初は1年に1回くらいの入院だったのが、半年に1回となり3ヶ月で1回の入院となり「拡張型心筋症」を告知され13年が過ぎる頃にはほぼ毎月入院するようになってました。医師に言われた通り徐々に悪くなっていきました。この頃には不整脈も出てきたのでCRT-Dを胸骨の下に植え込みました。CRT-DとはペースメーカーとICDと言う除細動器が一つになった物です。

退院から次の入院までに1ヶ月もたなくなり、いよいよ県内で1番大きな千葉大学医学部付属病院へ紹介状を持って受診する事となりました。そして「すぐに入院し補助人工心臓（VAD）を着けて心臓移植を待ちましょう。」と提案されました。2016年3月3日に植込み型補助人工心臓の手術を受け最重症度のステータス1で心臓移植登録をして心臓移植待機者となりました。

### 3. 移植待機者から心臓移植まで

VADを装着し退院し医師の許可も出て「さあ復職だ！」と意気込んでいた私ですがそこには想像以上に高い壁が存在していました。VAD装着者には万が一の事態に備えて病院で訓練を受けて合格した「介助者」と言われる人と24時間365日常に一緒にいるという鉄の掟があったのです。

妻と80歳近くの両親が何度も千葉大学に通い合格してくれました。

復職には介助者の同伴が必須でした。「介助者をやっても良いよ！」と言う先輩や後輩がいましたが、会社は「会社が依頼した訳でもないのに業務時間外で業務以外の事をさせるのは好ましくない！」と受け入れてもらえませんでした。それでは妻を介助者として同伴してもらえば復職させて頂けますね？と提案すると数ヶ月後に、「会社には安全配慮義務があるので社外の間人を出入りさせるのはセキュリティー上の問題があるのではないのでしょうか？」と払いのけてきました。その年に施行された身体障害差別保護法のお話をしましたが数ヶ月後に会社は「平澤さんに働いて貰う

ように努力しましたが復職には至らず申し訳ありませんでした。」との回答でした。予想はしていましたが罰則が無く所詮は努力義務で何の役にも立たない何の為の保護法だと痛感させられました。その後休職の申し出をしていないのに介助者を用意しなくてはならないと言う私の自己都合として休職にさせられてしまいました。休職中にも、もし何かがあっても全て自己責任です！と一筆書いて提出します。その時も「もし平澤さんに万が一の事が起こりそれで従業員がトラウマでPTSDになったらそれに対しては誰かどう責任を負うのか？」など私を働かせようでは無く、働かせないようにしているとしか思えない対応でした。

何度もコチラの投げたボールに、何ヶ月後に理不尽な返事がくる事を繰り返しているうちにあっと言う間に2年の休職期間が終わってしまい就業規則により休職期間中に休職理由を改善できなかった事により復職どころか約20年真面目に務めるも自己都合退社する事となってしまいました。この時、個人は会社に貢献して会社を守り発展させようと尽くしても会社は個人を一切守ろうともしないと痛感させられました。

VADを装着して3年が経とうとする頃大きな転換期を迎えました。人工心臓を動かすためにドライラインと言う外部から電源を供給するケーブルが貫通している部分が感染し、その感染部位が広がり徐々に心臓へと近づいて来たのでした。このままでは移植までもたないかも…生き抜くためにリスクが高いのは承知の上でVADの交換手術に臨みました。手術は成功しましたがしばらく意識が戻らず2週間程人工心肺と繋がれて生かされている様な状態だったそうです。一度は人工心肺から離脱するもまた循環が保てなくなり再び人工心肺エクモを使用させて欲しいと病院から承認の確認の電話が来た時に妻は「流石にもうダメかもしれないと万が一の事を覚悟したそうです。」そんな事が起きているとも知らない私でしたが、その数日後に何事もなかったように意識が戻りました。しかし一難去ってまた一難。意識がハッキリした時に足の感覚が無く全然動かせなかったのです。

なんと脳梗塞を発症していたのでした。脳梗塞のため血液をサラサラにさせる薬を強めたら脳出血してしまい、約3ヶ月間ベッド上での生活を余儀なくされました。トイレなど身の回りの事だけは自分で出来て他人に迷惑をかけない生活がしたい！その一心で辛いリ

ハビリを頑張りました。本来自分で言う事ではないのですがあの時の自分は本当に良く頑張った。要介護5の認定でスタートしましたが退院する時には要介護3になっていました。更には作業療法士さんに、その動きは要介護3の動きじゃない！介護保険詐欺だ！とイジられるほどの動きになっていました。こうして約1年10ヶ月に及ぶ長い入院生活にピリオドを打ちました。夏に入院したので2回も病院で年越ししちゃいました。そして元号も平成から令和に変わってました。入院中は妻や家族を初め医師や看護師さん、理学、作業、療法士さんその他沢山の病院スタッフさん達に支えられ自分の足で退院する事が出来ました。

退院後は納得のいく動きには程遠い動作を訪問リハビリで調整してもらいながら入院中に出来なかったゲームをしたり仕事以外で料理したりとやりたい事をしながら数年間平穏な日々を送っていました。そんなある日、お昼の準備をしていると電話がなり千葉大学心臓外科の先生からでした。また薬の量が変更になったのかな？と思いましたが次の瞬間、「適合するドナーさんが現れました。これから移植を受けられますか？1時間以内にお返事を下さい！」と虚を付かれるフレーズでした。ひと呼吸して冷静になり受けたいです！とお伝えしましたら「これからすぐに来て下さい！」と言われそしてすぐに準備をして病院へ向かいました。

「これで10数年前の日常が戻ってくるかも」と想うと嬉しいはずなのに、手放しに喜べる様な感情が正直全く湧いてきませんでした。それは現在何処かの地でドナー様とご家族様は私とは全く逆の脳死と言う受け入れ難い事実と直面しているからです。

午前中にドナーの心臓が到着して移植を行うとの説明で逆算して深夜2時に手術室に入りました。心臓移植の虚血時間は4時間以内なので私は先にVADやCRT-Dを外して到着後すぐに移植手術が出来るよう開胸状態で待機するためです。手術台に上がった私は全身麻酔の前に1分程時間を頂きました。

胸に手をあて自分の心臓に「今までよく耐えてくれた。持ちこたえてくれて有難う！」とお礼を言いドナー様とご家族の方には言葉にならない感謝の念を送りました。この時、余りにも温かい厚意に感謝の涙がとまりませんでした。時間下さった医師にお礼し麻酔開始。心臓移植術が始まり私は移植待機者から心臓移植者になりました。

#### 4. 心臓移植を受けてから現在に至るまで

手術は成功、すぐに目覚める事ができ手足も手術前と変わらない程にシッカリと動きます。約6年間24時間365日食事もトイレもシャワーもベッドでも片時も離れず1番近くに一緒に居たVADがベッド上には無くなっていて「あっ！移植したんだ！」と言う実感がありました。目覚めた私は先ずはドナー様に感謝の気持ちを念じ御冥福をお祈りしました。無事に終わったと思われた手術ですが一筋縄に行かないのが平澤です。VADは無くなってましたがおヘソの右側に人工肛門が着いていたのです。術後の医師の話によるとVADをつけていた待機期間が長くドライブラインの直腸への癒着が酷く移植後は免疫抑制剤の影響で出血などしてしまうと感染リスクがより高いので急遽人工肛門を着けたとの事です。実際に生活してみても人工肛門はとても憂鬱でしたが今後、免疫抑制剤の量が落ち着いて再手術に耐えられるようになったら閉じても良いとの事で、移植から11ヶ月後に人工肛門を閉じる手術を行いました。

人工肛門を閉じた私は病気が理由で更新が認められず失効されてしまった免許証をまた教習所に通い一から取り直し再び運転者になりました。そして社会復帰を目指し1日約6時間、週3日のバイトを1年半行い体を慣らし2024年からは正社員として福祉のお仕事を始め社会復帰を果たし障がい者さん達の生活をサポートする仕事に就いています。それもこれも全て、脳死と言う絶望の失意の中でありながら私に命のバトンを繋いでくれたドナー様とご家族様には感謝の気持ちしかありません。ドナー様は私を救うだけではなく私の身を安じて心配してくれていた私の家族や友達たちの想いも救って下さいました。そして今では重度の障がい者さん達の生活をも支えてくれています。

そんなドナー様とご家族様には感謝の気持ちで一杯です。日々感謝の気持ちを胸にこれから私が生涯を終えるその時までドナー様と二人三脚で感謝の人生を歩んでいきます。



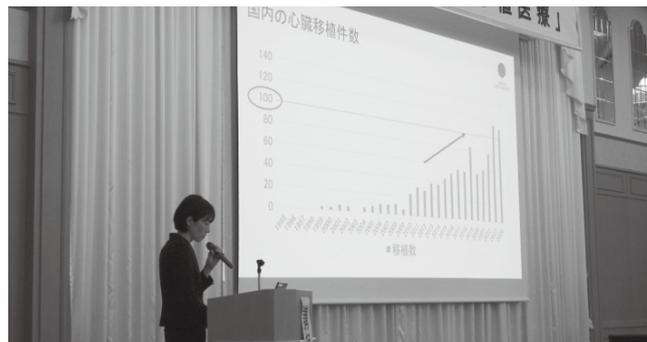
講演・体験談座長の松宮副部会長



司会の大谷事務局長



講演会の様子 (その1)



講演会の様子 (その2)



講演会の様子 (その3)



講演会の様子 (その4)



講演終了後、座長(千葉大学医学部附属病院心臓血管外科 松宮教授)を囲んで集合写真