

命を守り 命を大切に

「命」は例えば筑後川の流れです。
阿蘇山に源を発し、谷を下り、田畑を潤し、
幾つもの国と町を流れ、有明海にそそぎ、
やがて雲となり雨として山に戻ります。
時に暴威をふるいますが、
川は、幾世紀にもわたって、私たちの「命」と
私たちの郷土を守ってきました。
この川の流れのような「命の大切さ」を
皆さんと一緒に考えましょう。

INOCHIwo
MAMORI
INOCHIwo
TSUNAGU
2022

第3号

一般財団法人
久留米・筑後移植医療推進財団
Kurume-Chikugo Transplant Medical Promotion Foundation

筑後川河口から約8.5km、大川市向島から西方を望む。遊歩道の一部である筑後川昇開橋は1935年、鉄道橋として竣工。水運の拠点・若津港に出入りする高い煙突の蒸汽船を通すため、長さ24.2mの橋桁を23m引き上げるダイナミックで精緻な構造を誇った。題字は廣田皓華氏(福津市在住)

健康【咀嚼・嚥下・口腔ケア】

元気な歯で人生を豊かに。

新しい医療都市を目指します

一般財団法人久留米・筑後移植医療推進財団(理事長・永田見生久留米大学理事長)は、広報誌やホームページ、出前講座などを通じて地域の皆様に健康や病気についての幅広い情報を提供しています。人生の最終段階における医療(終末期医療)をどう選択するのか、移植医療を受ける患者やそれに携わる医療機関をどう支援するのかといったさまざまな課題を皆様とともに考え、地域の実情に応じた新しい医療都市を実現するため、地域の病院や医師会など多くの支援を受け、活動を展開しています。

ボランティアを募集します

学生から主婦、社会人まで、さまざまな場で活躍されている皆さん、出前講座をはじめとする当財団のさまざまな事業を支えるボランティア活動に、あなたの若い感性と行動力を生かしませんか。2022年度は、設立来初めての市民公開講座を予定しています。ボランティアの皆様には、運営会議への参加や開催当日の準備など、スタッフとしてさまざまな実務を担っていただきます。QRコードからご応募ください。



ボランティア募集

「いのちの相談室」をご利用ください

ご自身の健康や病気について悩みをお持ちの方は、当財団の「いのちの相談室」を利用ください。相談室では、久留米大学病院や地域の医師会、財団に参加する医師が皆様の相談、質問に専門的立場からお答えします。セカンドオピニオンも可能です。ホームページに備えているフォームをご利用ください。相談や質問に関わる個人情報、当財団の個人情報保護方針に従って厳重に取り扱います。



いのちの相談室

ご入会のお願い

財団の活動を支えていただく2022年度の個人・法人会員を募集しています。入会を希望する方は、入会申込書を財団事務局までお送りください。入会申込書はホームページからダウンロードできます。QRコードも利用できます。

- 個人 1口 2,000円/年
 - 法人 1口 10,000円/年
- (口数に制限はありません)



入会申込書

ご寄付のお願い

財団の活動は、皆様の善意で運営されています。財団の趣旨に賛同し、寄付をいただける場合、財団事務局に連絡ください。折返し、寄付の方法などについて案内いたします。

寄付申込書は、ホームページからダウンロードできます。QRコードも利用できます。



寄付申込書

一般財団法人
久留米・筑後移植医療推進財団

〒830-0011 福岡県久留米市旭町67番地 久留米大学旭町キャンパス
電話 0942-48-1578 ファクス 0942-48-1579

ホームページ <https://inochi-uskc.or.jp>
メールアドレス info@inochi-uskc.or.jp



ホームページ



facebook



LINE公式アカウント



アンケート

元気な歯で人生を豊かに。

自分の歯を多く残し、よくかめている高齢者は、QOL(生活の質)が高く、ほかの病気にかかりにくいとされています。一方、歯周病にかかると誤嚥性肺炎の原因になり、糖尿病などを悪化させます。からだに栄養を取り込む「咀嚼」「嚥下」の大切な機能について、久留米大学医学部の楠川仁悟教授(歯科口腔医療センター)に、歯や口の健康を維持する「口腔ケア」の留意点などについて、歯科医師の染矢貞之氏(福岡県歯科医師会地域医療介護保険部員)にそれぞれ聞きました。

咀嚼・嚥下

なぜ口の健康が注目されているのですか

最近、口の中の状態がからだの免疫機能など全身に影響を及ぼしていることが、多くの疫学調査や基礎研究から分かってきたからです。

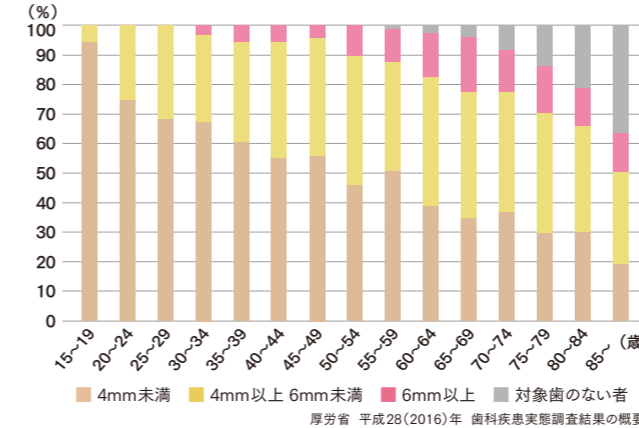


久留米大学医学部教授
歯科口腔医療センター
楠川 仁悟 (くすかわ じんご)
1987年九州大学卒、93年久留米大学大学院修了(医学博士)。87年同大学医学部助手、92~94年米田カンサス大学、95年久留米大学医学部講師、98年同助教、2003年現職。専門は口腔がん、顎変形症、インプラント。

割がかかっています(図表1)。かつては口の病気というイメージでしたが、今では糖尿病や誤嚥性肺炎、動脈硬化、心筋梗塞、早産・低体重児出産につながると認識されています(図表2)。さらに、がんや骨粗鬆症、肥満、腎臓疾患の原因となる可能性も指摘されています。

このうち糖尿病では、血糖を下げるために「インスリン」と呼ばれるホルモンを皮下注射しますが、重症の歯周病の場合、全身に広がる炎症物質がインスリンの働きを抑え、結果として糖尿病の病状が悪くなります。また、糖尿病だと、歯周病が悪化することも分かっています。

図表1 歯周ポケットの保有者の割合、年齢階級別

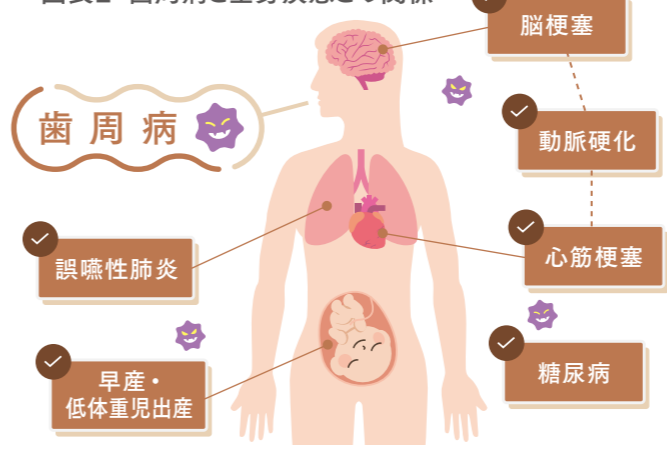


重要なのは 歯周病対策だけですか

誤嚥性肺炎は、高齢者の肺炎の7割を超えています。物をのみこむ嚥下機能が衰えるなどして、唾液や食べ物と一緒に歯周病菌などの細菌を気道に誤って吸引すなわち誤嚥することにより発症します。高齢者の口腔ケアは、誤嚥性肺炎の予防に不可欠なのです。

歯周病やむし歯がなく、口の健康が保たれていることは、からだ全体の健康のための条件の一つです。さらに、健康な口

図表2 歯周病と全身疾患との関係



で食べ物をよくかむことは、十分な栄養の摂取につながるだけではなく、あごが動き、脳に流れる血流が増え、脳神経が刺激されることで、脳全体が活性化します。そして、QOLや活動能力が高まり、ほかの病気にもかかりにくくなります。人のからだにとって、かむことの重要性は、ここにあります。

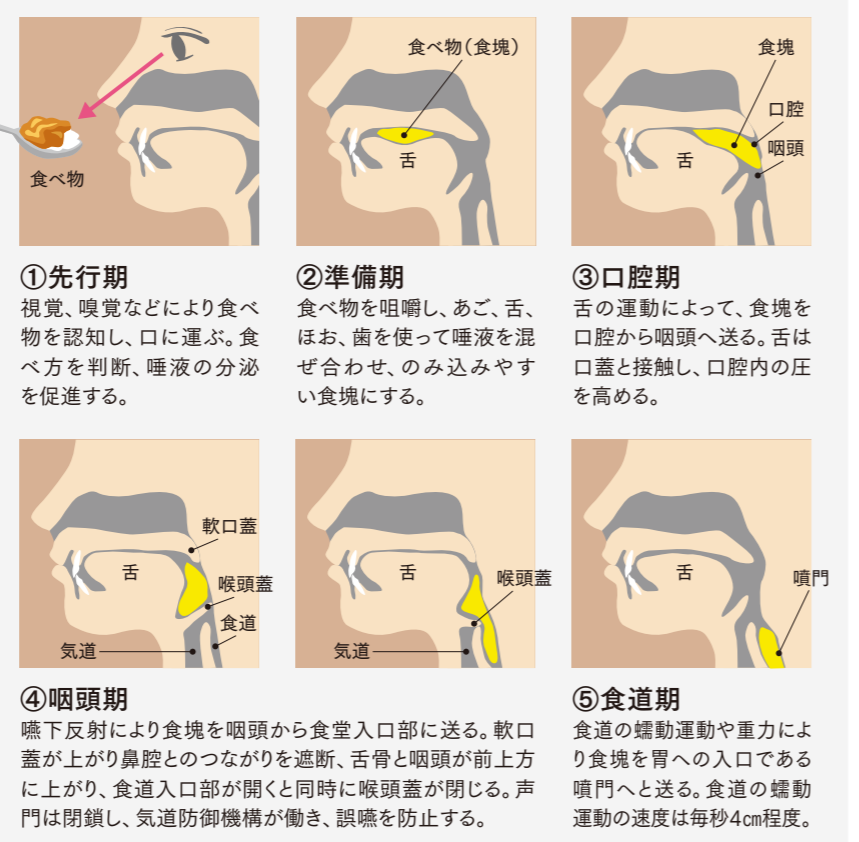
こうした考えを背景に、健康寿命を伸ばすため、政府はことし6月、「経済財政運営と改革の基本方針2022」(骨太の方針)に「国民皆歯科健診の具体的な検討」との一文を盛り込みました。数年かけて検討されますが、広く国民を対象に、定期的な口の健康診断を実施する仕組みのようです。

食べ物を咀嚼すると どんな効果があるのですか

先ほど、食べ物をよくかむことの大切さに触れましたが、この「咀嚼」を含む食べる一連の動作は「嚥下」と呼ばれ、食塊の位置により①先行期②準備期③口腔期④咽頭期⑤食道期―の五つのステージに分けて説明できます(図表3)。

このうち②準備期が咀嚼に相当します。これは、単に歯でかむだけでなく、

図表3 摂食・嚥下 五つのステージ



あご、舌、ほお、唾液など、口腔・顔面の組織全体の調和をとって行います。食べ物の安全を確認し、歯とあごを使って砕き、舌やほおを使い、唾液と混ぜ合わせ、のみ込みやすいペースト状の「食塊」をつくり、舌を使って口の中で移動させ、食感や味を楽しむ、とても高度な動きなのです。

舌は、咀嚼した食べ物をのみ込む際に

も、とても重要な働きをします。胃や腸は、チューブを絞り出すような蠕動運動で食べ物を動かします。しかし、口にはそういう機能・構造がないため、③口腔期や④咽頭期で、舌をフルに使って食べ物を次のステージに送り込む必要があります。その際、舌だけでなく、無意識にうわあごに食べ物を押し当て、舌を波打たせて奥に送り込みます。最新の研究では、

一口に何回くらい かんだらいいのですか

咀嚼しているときに口腔と咽頭は一つの空間となっており、食塊が咽頭内でもつくれることが明らかになっています。

これらの五つのステージを通して、歯ごたえや食感、味などの情報は脳まで届けられ、脳を刺激します。大脳のどの部分からからだのどの部分をコントロールしているのかを調べると、全体の約三分の一は、口の機能のコントロールに使われていることが分かります。脳の中で口の感覚と運動が占めている面積は、極めて大きいのです。人は意識しないけれども、食べるという動作は、脳の活性化と強く結びついています。

一口30回以上かむのが理想とされています。しかし、現代の日本人のかむ回数、一口に10回から20回と不足しています。

②準備期では、かむ回数が少ないと食塊はまとまらず、逆に回数が多いとばらけ始めます。かむ回数は、少なくとも多くても、食塊をスムーズにのみ込むのは難しくなるのです。食べ物をかんで、小さく粉砕することで、食べ物の中から味を引

き出し、唾液の中の消化酵素が作用する面積を広げます。一口の食べ物をなるべくよくかんで、その食片が十分小さくなり、唾液とよく混ぜられ水分を含むまで、咀嚼を続ける必要があるとされています。

NPO法人健康情報推進機構が①弥生時代②鎌倉時代③江戸時代④戦前⑤現代―の食事を復元して20代の学生に食べてもらい、かむ回数と食事時間を測定したところ、弥生時代が3990回51分に対し、現代は620回11分で、かむ回数で6分の1以下、食事時間で5分の1以下にとどまりました(図表4)。卑弥呼の生きた弥生時代の食事は、玄米や干物など、硬くかみ応えのある食材。それに対して現代人の食事は、ハンバーグやパスタなど、あまりかまなくてもよいものが多い。食事の時間も短く、流し食べの傾向になりやすく、かむ回数が減少しています。

かむ回数が減るとからだによくはないのですか

よくかまなくてよいものばかりを食べていると、口の中に食べかすが残りやすくなり、また、唾液の量が減少します。唾液には、消化酵素や抗菌物質、歯の

口腔ケア

歯周病とはどんな病気なのか

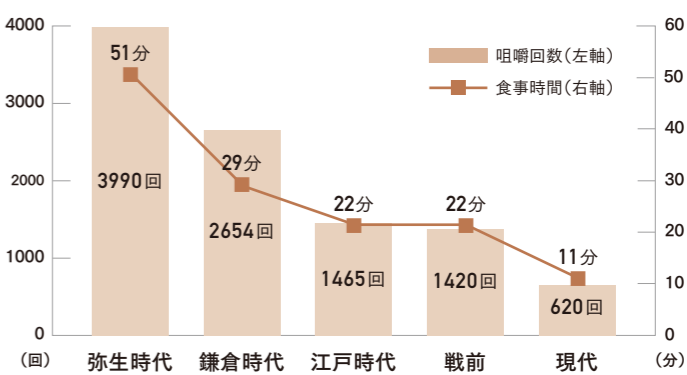
歯周病は、歯そのものではなく、歯を支えている骨(歯槽骨)や歯ぐき(歯肉)などの組織が細菌に侵され、破壊される感染症です。歯ぐきが腫れる歯肉炎から始まり、歯ぐきから膿が出る歯周炎を経て、重症化すれば、歯槽骨が溶け、最終的には歯が抜けてしまいます。



福岡県歯科医師会 地域医療介護保険部員
染矢 貞之 (そめや さだゆき)

2003年福岡医科大学卒。2010年から医療法人有友会中村歯科医院で歯科訪問診療に従事、2012年12月そめや歯科医院(久留米市)開業。日本救急医学会認定ICLSコース修了。

図表4 五つの時代の復元食の咀嚼回数と食事時間



日本明学会編「咀嚼の本2」から

発達を促進するホルモンなどが含まれています。その働きが弱まると、歯が汚れやすくなり、さまざまな細菌が増え、むし歯や歯周病の発生につながります。むし歯は、細菌が出す酸によって歯が溶けます。一方、歯周病の場合は、細菌による炎症で、歯を支える組織を痛め、最終的には歯を失ってしまう可能性があります。食べ物をかむことと満腹感は、密接な関係があります。かんでいることが脳に伝わり、脳内で作られたある物質が脳の満腹中枢を刺激し、満腹感を覚えさせます。また、食べ物をかむと、肝臓や筋肉な

歯周病の直接の原因は、歯や歯ぐきの境界などにある歯周病菌の塊(プラーク)歯垢です。歯の表面は、歯磨きの直後から唾液の中のある物質で覆われ、そこに糖などの働きでつくられる別の物質(グリコリックス)が付着します。この物質を放置していると、口の中の多種多様な細菌を呼び寄せ、ぬるぬるした膜(バイオフィルム)となって増殖、歯周病菌の塊となります。

また、プラーク以外にも、糖尿病などの全身疾患、喫煙、歯ぎしり、不正な歯並び、合わない被せ物・詰め物、ストレス、肥満などが発症に強く関係していると考えられています。

日ごろのケアの注意点はありますか

歯周病菌は、慢性疾患の原因にもなるので、口腔ケアで歯などに粘着したプラークを取り除かなければなりません。日ごろは、「セルフケア」として自身で歯磨きを励行し、数か月ごとに歯科医による「専門ケア」をお勧めします。

歯と歯の間の歯間は、歯の表面積の約50%を占めるため、ケアが重要です。あの調査では、セルフケアでのプラーク除去

どに貯蔵されている糖分がブドウ糖として血液中に放出、血糖値があがり、満腹中枢が活性化します。かむことで、からだのエネルギー代謝が行われ、脂肪の分解を促進することも分かっています。

食事の時にむせる場合があるのはなぜですか

加齢などで、歯や口の働きが衰えると、食べ物を口の中でうまく移動できないため、十分にかみ砕くことができなま、のみ込んでしまうことがあります。

また、筋肉である舌の働きが衰えると、④咽頭期での喉頭蓋の切り替えタイミングに異常が起こったり、喉頭蓋に食塊が引っ掛かったりするようになります。ときには、気管に食べ物が入ってしまい、むせてせきこんだり、誤嚥性肺炎や窒息を引き起こすなど、深刻な嚥下障害になります。こうした歯や口の機能が衰えた状態を「オーラルフレイル」といいます。

オーラルフレイルは、健康と機能障害との間であり、早めに気づき適切な対応をすることで、より健康に近づくことができます。このオーラルフレイルの始まりは、滑舌の低下や食べこぼし、わずかなむせ、かめぬい食材の増加、口の乾燥な

率は、歯ブラシのみでは約61%にとどまるけれども、歯ブラシに歯間ブラシを加えると約85%に向上します。

専門ケアを含む質の高い口腔ケアの効果は大きく、国内11施設の入所者366人を対象にした2年間の調査で、肺炎発症者はケアを受けなかったグループが19%に対し、ケアを受けたグループは11%に抑えられたとして、英医学専門誌に発表されています。

口やのどを鍛えるにはどうしたらいいのですか

口やのどの筋肉が加齢などで衰えると、咳払いで痰を吐き出すのが難しくなる場合があります。口の中の細菌が肺に入らないよう、喀痰機能や免疫力などを増すのも、口腔ケアの大事な役割です。

「あいうべ体操」は、口元の筋肉を鍛える体操で、その一つの効果として、口呼吸を鼻呼吸に改善します。「あ」「い」「う」「べ」と四つの発声動作を順にくり返すシンプルなもの、多くの高齢者施設で導入されています。口呼吸では舌が下がりがどが開くので、汚れた空気が冷たい空気が直接体内に入り、リンパ組織(咽頭扁桃、口蓋扁桃)を刺激して膨

ど、ちょっとした症状で見逃しやすいため注意が必要です。

地域全体での取り組みはないのですか

地域住民の健康寿命をのばし、口の健康を維持するには、医師、歯科医、薬剤師を包含する連携が欠かせないと思います。医療系ネットワーク「アザレアネット」は、患者さんの同意を得たうえで、検査処方、画像などの診療情報について、連携する医療機関相互で閲覧可能となるので、医療の質の向上や地域医療の連携促進に大きな役割を果たしています。地域連携は以前に比べると進んでいます。

糖尿病については、歯周病と糖尿病の関係が明らかになるにつれて、医科歯科連携が進んできました。薬も重要な要素なので、薬剤師を含む連携ができると思います。医師会、歯科医師会、薬剤師会と一緒に取り組みを進めている分野もあり、垣根はだんだん低くなっています。

行政が打ち出している「地域包括ケア」という考えも重要ですが、理想的な連携には課題もあります。連携の手續きの簡素化は課題の一つだと思います。

通院できない場合相談窓口はありますか

張、気道が狭くなります。また、唾液の少ない口の中で雑菌が繁殖し、免疫異常につながります。あいうべ体操は、こうした口呼吸の害を取り除きます。

歯や口のことですべて困っているけれども、歯医者さんに通院できず、あきらめていませんか。そんな時に役立つのが地域の歯科医師会です。

その中で「在宅歯科医療連携室」「口腔管理推進室」を設けている歯科医師会の場合は、専任の歯科衛生士が在宅や病院・施設で療養中の方などに訪問診療を行う歯科医院を紹介したり、各医療機関や施設からの相談対応を行ったりしています。紹介や相談は無料です。

筑後・朝倉地域の歯科医師会(順不同)

- ▽久留米歯科医師会 0942-32-7063
- ▽大牟田歯科医師会 0944-55-2211
- ▽八女筑後歯科医師会 0943-24-4829
- ▽朝倉歯科医師会 0946-21-0799
- ▽小郡三井歯科医師会 0942-72-8770
- ▽大川三猪歯科医師会 0944-33-2215
- ▽柳川山門歯科医師会 0944-74-1333
- ▽浮羽歯科医師会 0943-75-4563

在宅歯科医療連携室または口腔管理推進室は、久留米(080-7745-2697)、大牟田(0944-88-8730)、八女筑後、朝倉、浮羽(0943-76-9081)の各歯科医師会に設置。()内は専用電話

高齢者に多い呼吸器の病気。

「人生100年時代」といわれ、65歳以上の高齢者が総人口の3割に迫るなか、増え続けている肺炎患者の約70%は75歳以上であり、70歳以上の入院症例の70%以上は誤嚥を原因としています。また、喫煙を起因とし高齢者に多いCOPD(慢性閉塞性肺疾患)は、わが国の死因の8位、世界の3位を占めています。誤嚥性肺炎について高木病院の林真一郎医師(病院長特別顧問、呼吸器センター長)に、COPDについて久留米大学医学部の星野友昭主任教授と川山智隆教授、木下隆外来医長(いずれも呼吸器内科グループ)に伺いました。

誤嚥性肺炎

どうして
高齢者に多いのですか

誤嚥性肺炎は、加齢とともになう肺機能が低下が原因です。加齢とともに、横隔膜、肋間筋などの呼吸筋力が低下し、肺自体の弾力性の低下、気管支粘膜上皮の線毛運動の阻害などにより気道内に入った異



高木病院 病院長特別顧問
呼吸器センター長
林真一郎 (はやし しんいちろう)

1981年九州大学医学部卒。医学博士。国際医療福祉大学医学部教授、大川看護福祉専門学校校長、佐賀大学医学部呼吸器内科臨床教授、前高木病院病院長、元佐賀大学医学部呼吸器内科准教授、日本呼吸器学会認定指導医・呼吸器専門医。

物を排出しにくくなるためです。また、低栄養や免疫機能などの低下もかかわっています。さらに、合併症の半数を占める脳血管障害や、がんやフレイルなどで長期臥床を余儀なくされた方に多く発症します。

どのように
発症するのですか

喉頭蓋以下の下気道に何らかの機序で誤って異物が侵入することを誤嚥といいます。下気道は本来無菌状態ですが、誤嚥により異物が侵入する際、口腔内に常在する細菌なども同時に下気道に入り込みます。侵入する細菌が少なければ、気道に備わった防御能によって排除されますが、個体の抵抗力が低下したり、侵入する細菌の量が多い場合には、細菌の増殖が起こり、感染症が成立します。

どんな種類が
ありますか

誤嚥性肺炎には大きく分けて三つの種類があります。

一つ目は、嘔吐の際に吐物を下気道に吸引した後に生じる肺炎です。吐物に含まれるさまざまな物質が気道に侵入し、強い

変化を惹起します。嘔吐の量が多いと、吐物に含まれる胃液の割合が増えます。胃液は強い酸性物質であり、肺胞に強い化学的障害を引き起こし、びまん性肺胞障害という致命的な肺病変の原因となります。

二つ目は食べ物や水分の摂取時に明らかな誤嚥が認められる人に生じる肺炎です。食事時に観察すると、咳嗽や咽せなどを認めます。固形物よりも液体の摂取で誤嚥が生じ易いことを踏まえて観察する必要があります。神経疾患などが基礎にあると、咳嗽反射が起こりにくくなっている場合もありますが、その際は嚥下前後で下気道の聴診を行うことで、誤嚥の存在が確認できます。このような誤嚥を顕性誤嚥といいます。顕性誤嚥を有する人では、高頻度に口腔内の雑菌が気道内に侵入しますので、頻繁に発熱や肺炎の反復を認める場合があります。

三つ目は不顕性誤嚥にもなう肺炎です。飲食時に明確な誤嚥を認めることはありませんが、下咽頭に少量の残留物があり、それが徐々に下気道に侵入します。

そのような状況があると、体力低下などで気道の防御力が低下した際に誤嚥性肺炎が生じ易くなります。また、睡眠時に唾液が下気道に浸入することでも、不顕性

誤嚥による肺炎が生じることがあります。

どんな症状が
ありますか

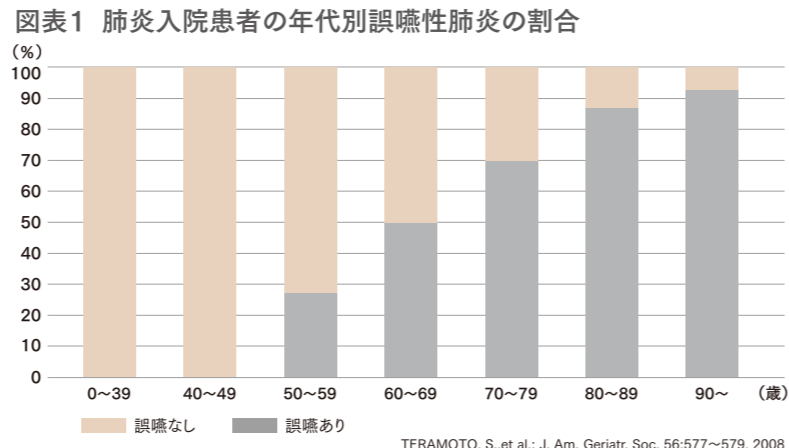
誤嚥性肺炎の症状として大切なのは、発熱、咳嗽、濃い喀痰、全身倦怠感、胸痛などです。高齢の人では、発熱などの典型的な症状が出にくく、「なんとなくだるい」「いつも比べて元気がない」だけのこともありますので、注意が必要です。誤嚥性肺炎には胸膜の炎症を合併することが多く、しばしば呼吸運動で増強する胸痛を認めます。

顕性誤嚥であれ、不顕性誤嚥であれ、口腔内細菌の気道への侵入は反復して生じます。人の体は咳嗽反射、気道の線毛運動、白血球による殺菌などの防御能力を用いて、細菌の増殖を防ぐ努力をしますが、何らかの原因で防御機能が破綻すると細菌の異常増殖が生じ肺炎が生じます。一度誤嚥性肺炎を発症した人は、既に気道の防御能が破綻していることが多く、誤嚥性肺炎が繰り返して生じ易くなります。

どのように
診断するのですか

細菌性肺炎の診断は、末梢白血球と胸部X線写真における肺野浸潤影の確認で比較的容易ですが、時には胸部CTが必要となる場合があります。肺炎治療で抗菌薬を選択する場合、どのような種類の細菌が肺炎を引き起こしているのが重要で、誤嚥性肺炎では、口腔内常在細菌、特にミレリ群溶血連鎖球菌がしばしば原因となります。

誤嚥性肺炎を考える場合に最も重要なのは、嚥下能力の評価です。顕性誤嚥



がある場合には食事時の観察である程度の推測ができますが、不顕性誤嚥が原因であることも多く、また顕性誤嚥であっても以降の食事対策のことを考えると、正確な評価が必要です。このような時には、嚥下内視鏡や嚥下造影による嚥下機能評価が重要となります。嚥下評価を行うことによって、どの程度の嚥下能力があるのか、即ちどの形態の食物をどのように摂取することが可能なかを、評価することができ、嚥下機能の評価や訓練に重要な役割を果たすが、言語聴覚士(S.T.:Speech Therapist)です。

治療は
どのように行うのですか

肺炎の治療は、急性期と慢性期にあわせて行われます。急性期は抗菌薬による治療が主体です。主たる起炎菌であるミレリ群溶血連鎖球菌には抗菌薬が良く効きます。充分量のペニシリン系抗菌薬を投与することが重要です。誤嚥性肺炎が反復し、高頻度で抗菌薬を使用すると、抗菌薬に感受性が低い黄色ブドウ球菌や緑膿菌などに菌交代が生じます。そうなることさらに肺炎が反復し、衰弱、死亡に至ることになります。

長期の管理が
必要と聞きますが

誤嚥性肺炎は、反復し慢性化することが多いので、その予防することが重要です。このためには前述の嚥下機能評価が大切な役割を果たします。

第一に行うべきことは、食事の適正化です。嚥下機能評価の結果を踏まえ、軟菜や刻み食などのように摂取できる食事の形態を決定します。水分は特に誤嚥しやすいため、どの程度のとろみを付加するのか決めることも必須です。誤嚥の起こり易さは、食事時の姿勢や食器の選択によっても左右されますので、言語聴覚士などとよく相談する必要があります。

次に行うべきことは、口腔内の保清です。歯科医師と相談して、個々の状態に合わせた管理法を確認します。さらに、誤嚥性肺炎を生じた患者さんでは、機能回復訓練(リハビリテーション)が行われます。嚥下能力向上のためのSTによる訓練と気道の保清能力向上を目指した理学療法士(PT)による呼吸リハビリテーションがあります。前者は時間がかかり、回復にも限界があることから、後者を用いて日常生活での活動量向上を図ることが重要視されています。



久留米大学医学部呼吸器内科の(左から)川山智隆教授、星野友昭主任教授、木下隆外来医長

COPD

COPDは どんな病気ですか

COPD(慢性閉塞性肺疾患: Chronic Obstructive Pulmonary Disease)は、喫煙歴のある高齢者に多い肺疾患で、慢性の咳・痰・息切れが主な症状です。呼吸機能検査(スパイロメトリー)を用いた2000年の大規模疫学調査(BECS II)では、40歳以上の10.9%で気流閉塞が認められ、少なく見積もっても8.6%約530万人の日本人にCOPDの可能性があることが分かっています。注目すべきは、この中のわずか10%しか診断されず、推定患者のわずか5%の17万人程度しか治療されていません。つまり、未診断や未治療のCOPD患者が多いことが分かっています。

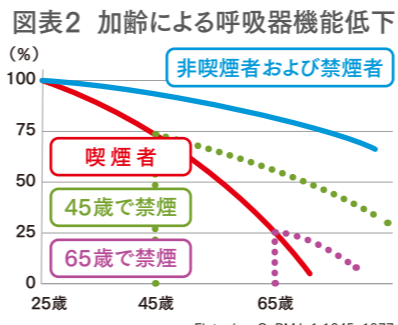
久留米大学医学部内科学講座
呼吸器・神経・膠原病内科 主任教授
星野 友昭 (ほしのともあき)

1989年久留米大学医学部卒。医学博士。1994年久留米大学医学部助手、2005年同講師、2010年同准教授、2011年同教授、2014年同主任教授。この間、米国立衛生研究所留学(1997-1999年)。日本呼吸器学会認定指導医・呼吸器専門医。

者が多数います。肺炎や誤嚥性肺炎などの呼吸器系の疾患による死亡者にCOPD患者が含まれていそうです。高齢者、とりわけ団塊世代は喫煙者や喫煙歴のある方がほとんどです。

禁煙は 健康にとって大切ですね

健康増進法に基づき2013年にスタートした「健康日本21(第二次)」においてCOPDは、がん、循環器疾患、糖尿病に並ぶ主要な取り組み疾患になりました。しかし、COPDの認知度は、目標の80%ほど遠い30%程度にとどまっています。日本人の大半がCOPDを知らないのが現実です。日本では、中高年(40歳以上)、とりわけ高齢の喫煙者や過去の喫煙者に発症する呼吸器疾患と考えるべきです。



図表2 加齢による呼吸器機能低下
呼吸機能検査で1秒間に肺からはき出せる空気(1秒量)は、加齢に伴い次第に低下する。喫煙者は非喫煙者や禁煙者より早く低下するが、禁煙により肺機能の低下は穏やかになる。

COPD患者の20〜40%に気管支喘息を合併します。これを喘息とCOPDのオーバーラップ(ACO: Asthma and COPD Overlap)と呼んでいます。COPDには予後の悪い肺線維症、肺がんや肺高血圧症が高率に合併することが知られています。COPDを疑うべき主な症状は、慢性の咳・痰・息切れです。早期では症状があまり見られないことが多いです。慢性の咳・痰が先行して見られることもあります。息切れは、閉塞性障害が軽度の場合は労作時(動いたとき)のみに認め、中等症(Ⅱ期)以上になると体動時の息切れ、胸部苦、喘鳴(呼吸の際、ヒューヒュー、ゼーゼーなどと音がすること)を自覚し医療機関を受診することが多くなります。喘鳴は、前述のACO、重症患者、増悪時に認められることが多いです。病状が進行(Ⅲ、Ⅳ期)すると、呼吸困難は持続・悪化し、体重減少や口唇、指先のチアノーゼなどの症状も見られます。重症症では酸素が必要になり、死に至ります。

どのように 診断するのですか

COPDの診断のために必要な検査としては、①問診や診察、とくに喫煙歴や職業

歴の聴取②呼吸機能検査③画像検査が主に挙げられます。このうち呼吸機能検査は、COPDの診断および病期分類のため最も重要です。呼吸機能検査では「肺年齢」が算出される機械があります。相澤久道先生(前久留米大学内科学第 講座教授)と工藤翔二先生(久留米大学客員教授、日本医科大学名誉教授)が提唱した「肺年齢」はCOPDのスクリーニングに広く使われています。「肺年齢」が実年齢より10歳多いなら精密検査した方が良いでしょう。

治療は どうするのですか

若年性最重症COPDは、不可逆性肺障害のため肺移植などの外科的治療の適応になることがあります。外科的治療選択の前に、早期診断、疾患進行予防、適切な治療選択が望まれます。

COPD発症防止と治療には、禁煙が最も重要です。新しい治療薬、例えば吸入ステロイド(ISC)、長期作用性抗コリン薬(LAMA)と長期作用性β2刺激薬(LABA)の3剤の合剤ができています。以前と比べCOPDの治療・管理環境は良くなってきました。喫煙歴のある方はぜひ、かかりつけ医や呼吸器内科医に相談ください。

呼吸器の病気でお困りではありませんか。下記の病院・診療所の専門医、お近くの標榜医にご相談ください。

(標榜医は、福岡県メディカルセンター「ふくおか医療情報ネット」や地域医師会サイトで検索できます)

図表3 日本呼吸器学会 呼吸器専門医が所属する病院・診療所一覧(筑後・朝倉地域) (順不同・敬称略)

医療機関	専門医	所在地	電話番号
まつもと医院	松本 久美 1人	久留米市上津1-10-26	0942-22-8181
みつい医院	光井 敬 1人	久留米市安武町安武本2927番地5	0942-27-9966
医療法人 内科・小児科 西村医院	西村 宗胤 1人	久留米市長門石4丁目4番6号	0942-32-8712
JCHO久留米総合病院 (認)	北里 裕彦 3人	久留米市櫛原町21	0942-33-1211
久留米大学病院 (認)	星野 友昭 30人	久留米市旭町67番地	0942-35-3311
聖マリア病院 (認)	水田 佑一 3人	久留米市津福本町422	0942-35-3322
ツジ胃腸内科医院	辻 奈奈 1人	久留米市国分町1163-1	0942-21-1582
新古賀病院 (認)	山田 一彦 3人	久留米市天神町120番地	0942-38-2222
古賀病院21 (認)	宮川 洋介 3人	久留米市宮ノ陣3丁目3番8号	0942-38-3333
秋吉内科	秋吉 裕也 1人	久留米市六ツ門町7-43	0942-32-5645
田中内科医院	田中 泰之 1人	久留米市北野町今山639-5	0942-78-4156
医療法人 協和病院	植木 幸二 1人	小郡市祇園2-1-10	0942-72-2121
ひやまクリニック呼吸器内科	肥山淳一郎 1人	小郡市大崎1020番地2	0942-23-8550
医療法人社団高邦会 高木病院 (認)	林 真一郎 4人	大川市大字酒見141-11	0944-87-0001
社会保険大牟田天領病院 (認)	興梠 博次 4人	大牟田市天領町1丁目100番地	0944-54-8482
独立行政法人国立病院機構 大牟田病院 (認)	川崎 雅之 9人	大牟田市大字橋1044の1	0944-58-1122
米の山病院 (関)	江崎 紀浩 1人	大牟田市大字歴木4番地の10	0944-51-3311
医療法人 完光会 今野病院	税田 直樹 1人	大牟田市末広町5-2	0944-52-5580
福岡県済生会 大牟田病院	田尻 守弘 1人	大牟田市大字田隈810	0944-53-2488
朝倉医師会病院 (認)	佐藤 留美 2人	朝倉市来春422-1	0946-23-0077
古賀内科・呼吸器内科クリニック	古賀 丈晴 1人	朝倉市宮野1880-8	0946-52-3011
今村循環器内科	今村 陽平 1人	八女市黒木町本分931番地1	0943-33-2115
医療法人合原会 合原医院	合原 るみ 1人	八女郡広川町大字長延608番地の2	0943-32-0120
公立八女総合病院 (認)	上村 知子 3人	八女市高塚540-2	0943-23-4131
医療法人 平井医院	平井 良 1人	筑後市大字和泉382番地	0942-53-2353
筑後市立病院 (認)	富岡 竜介 2人	筑後市大字和泉917番地1	0942-53-7511
医療法人聖峰会 田主丸中央病院 (認)	光武 良幸 2人	久留米市田主丸町益生田892	0943-72-2460
いけどう循環器内科医院	池堂 ゆかり 1人	久留米市田主丸町殖木442番地の5	0943-72-1233
長田病院 (認)	木下 正治 4人	柳川市下宮永町523番地1	0944-72-3501

一覧は、日本呼吸器学会の専門医が所属する医療機関(2022年8月現在。掲載許可のみ)。医療機関名末尾の(認)は同学会認定施設、(関)は同じく関連施設。▽複数の専門医が在籍する場合は、代表者名と専門医の人数を記載。認定施設の筑後市立病院は、専門医でなく呼吸器内科担当医を掲載。

逝き方を考えることは、 生き方を考えることです。

日本は2025年に団塊の世代が後期高齢者となり、2040年には65歳以上の人口が最大になります。本格的な高齢多死社会の中にあり、私たちは人生の最終段階をどのように迎えるかを考えていく必要があります。病院で亡くなる方もいらっしゃいます。自宅で最期を迎える方もおられます。最後まで自分が希望する場所で生活を続けるための在宅医療について、多くの経験をお持ちの池田真介医師(きずなクリニック院長)に伺いました。

最期を迎えたい場所の 希望はかなえられるのでしょうか

厚生労働省の最近の統計では、人生の最期をどこで迎えたいかという問いに対して、6割近い方が自宅を望み、病院や医療施設を選ぶ方は3割以下でした(図表1)。しかし実際は、1970年代までは半数以上が自宅で亡くなっているのに対して、その後は診療所や病院での死亡が徐々に増え、最近では75%になっています(図表2)。



池田 真介 (いけだ しんすけ)
きずなクリニック院長

2002年熊本大学医学部卒。同年久留米大学心臓血管内科入局、国立病院機構九州医療センター、社会医療法人天神会新古賀病院などを経て、2014年きずなクリニック(久留米市)開院。日本循環器学会専門医、在宅医療認定専門医、身体障害者福祉法指定医(心臓機能障害、肢体不自由)、緩和ケア研修会修了。

かつての70年代以前の在宅死は、亡くなる場所が他になかったということでもあり「家」が過大な介護を担う、あるいは「介護技術もなく自宅で亡くなった」社会でもありました。その後は、国民皆保険の創設、高齢者医療の無料化、そして老人福祉法の制定などが医療機関での死亡増加に影響を与えています。さらに高度経済成長、核家族化の促進、晩婚化や未婚率の増加、少子化などの社会構造の変化が在宅ではなく病院を選択する要因となっています。

在宅医療を受ける患者さんは どのような方がいるのでしょうか

在宅医療と聞くと、ベッドで寝たきりの方をイメージする方が多いと思います。が、車いすで移動できる方や、屋外は難しくても部屋の中は移動できる方もいます。ただ、室内は歩けても日常生活に支障があり、かつ急な病状変化がありそうな方や、進行したがん患者さんのように近い将来に身体機能が著しく低下することが予測される方が在宅医療の対象となります。

当院では、2021年度に120人ほどの在宅患者さんの紹介を受けました。

そのうち自宅の方が93人、施設に入所されている方が27人でした。病気は、末期がんが4割ほど、慢性心疾患、慢性肺疾患、脳血管・神経変性疾患、認知症、その他の疾患がそれぞれ1割程度でした。平均年齢が81歳と高齢であるため、主な病気以外にも複数の疾患を患っている場合がほとんどです。

在宅ではどのような医療やケアが 受けられるのでしょうか

訪問看護師や訪問介護士が本人の状態観察、身体のケアや生活介助を行い、当院は全身状態の評価・疾患に関わる内服薬の調整や処置の内容の決定を、定期的な訪問診療で行っています。中には、在宅酸素や人工呼吸器などの医療機器の管理を行っている方もいます。点滴も可能ですので、感染症に対する抗生剤の点滴治療もできますし、水分や栄養を点滴で補いながら自宅生活を続けることも可能です。他には、リハビリ、薬剤師、栄養士、歯科医などがかわることもできます。入院治療が望ましい時は、連携している医療機関に情報提供し、治療を引き継いでいます。主に診ている疾患以外での病状変化がありますし、それも昼間や夜

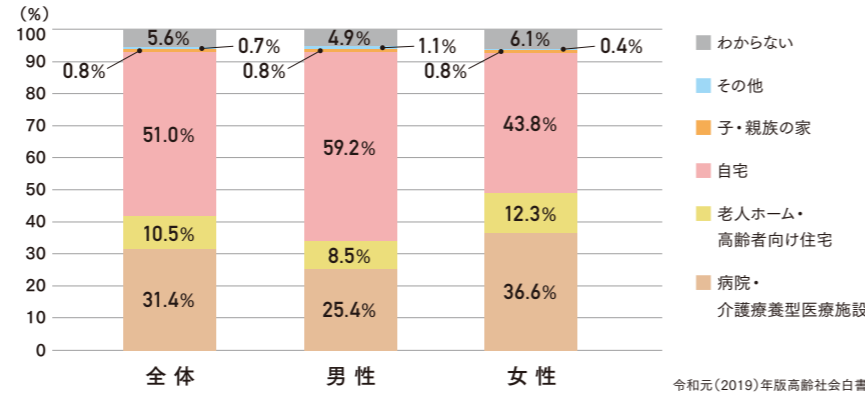
間、平日や休日を選ばずありえるため、当院ではいつでも往診ができる体制をとっています。本人だけではなく、介護する家族も、病状の進行や急な変化に対して漠然とした不安を持っています。夜間や休日でも相談ができて必要時に往診を受けられる環境は、本人や家族にとって安心した生活につながるため、在宅療養支援診療所にとって24時間の往診体制は必須であると考えています。

慢性疾患の方で病状変化のため年に2、3回ほど入院を繰り返していたのに、当院が在宅で関わり管理をするようになってからは、1年以上入院せずに在宅療養を継続できるケースが増えてきました。病院の外来通院時だけの診療と違い、私たちのような在宅診療医が生活の中で診ていくことで、住み慣れた環境でより安定した生活を行うことが可能であると実感しています。

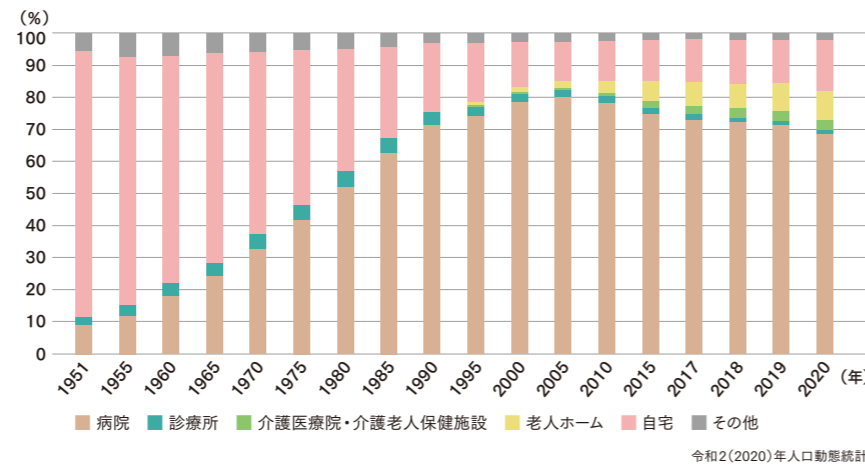
在宅医療・ケアに 必要なものは何でしょうか

高齢者は多数の合併疾患を患っているため、予期せぬ病状変化があります。改善が期待できる急変時の病院搬送はもちろん検討されるのですが、場合によ

図表1 最期を迎えたい場所(60歳以上)



図表2 死亡場所の割合の年ごとの変化



ては救命すら難しい場合もあります。そのため、患者さんと家族とで望む医療と望まない医療とを話し合っておく必要があります。ただ、医療に明るくない患者さんと家族のみでは、医療やケアの意向を決めていくことは難しいでしょう。患者さんと家族が理解できるように医療従事者がサポートし、意思決定を支援していく必要があります。

そのようなプロセスをアドバンス・ケア・プランニング(以下ACP)といいます。厚生労働省でもACPを「人生会議」と称して、人生の最終段階の過ごし方について自身身で前もって考え、医療従事者と繰り返し話し合っていくことを促しています(図表3)。なお、ACPを行う場所としては、病院と違い在宅という生活の場の方が患者さんと家族の緊張は少なく、ACPを

繰り返しいややすいと感じております。ACPは本人とではなく、家族だけで行つてはいけないのでしょうか

家族のみならず医療従事者も、最期の迎え方を本人に尋ねるのは非常に精神的に負担を感じます。そのため、つつい本人を避けて、医療従事者と家族のみで医療やケアの方針の話し合いを行います。

しかし、本人をのけるにしてしまうと、病状が変化した時に説明した内容と実際の状態に不一致が生じた場合、うまく対応できないことがあります。時には患者さんが医療従事者に対して不信感を持ったたり、あるいは家族に対して負の感情を持ったりする危険性があります。また、家族同士でも考え方や価値観が違うので、家族とのみでACPを行うと、家族間に亀裂が生じる可能性もあります。

当院で訪問診療をしていた90代の脳梗塞後遺症の女性と同居の長男夫婦は、病状変化時に病院搬送してまでの積極的な医療介入は希望していませんでした。在宅医療でできる範囲の治療を行い、回復が難しい場合は、症状をやらわら

治療を行いながら、自宅で最期を静かに迎えさせたいと考えていました。

別に住んでいる長女は違う考えで、病状変化時は病院に搬送し、積極的な医療介入をして、少しでも長く生きてほしいと希望していました。そのため、病状変化のたびに家族間に微妙な緊張感が生じていました。

しかし、致命的な急な状態変化が起きた時には問題が大きくなるため、長男夫婦と長女とも同席の上で、本人に今後起こりえる病状変化について説明し、本人に医療に対する意向を、あえて家族の前で話してもらいました。本人は自然な経過で逝きたいとの考えで、延命を目的とした医療介入は希望しないとはっきり話しました。長女は、本人の医療に対する意向を直接聞いたことで、少しずつ本人の気持ちに寄り添う考えに変わりました。

このように、本人から医療やケアに対する意向を家族に話してもらうことで、家族も自然と本人の希望に寄り添う方向となっていきます。そして、想定していないことが起きたとしても、本人の考えや大切にしていることを家族が理解できているため、大きな混乱は起きずに済みます。また、本人を抜きで家族のみで行うACPは、時に家族にとって大きな精

介護に疲れた家族を休ませると、 どうなるのでしょうか

このように主介護者を休ませるための入院を「レスパイト入院」といいます。レスパイト入院を依頼した先は、ご主人が希望する病院でしたが、療養型病床の病院で、救急病院のように医療器具や設備が整っている病院ではありませんでした。通常であれば、療養型病床の病院が重度の末期心不全の患者を受け入れてくれることはないのです。しかし、この方のように病状変化時に何が何でも救命してほしいのではなく、延命のための治療は行わない自然死を受容する方針でしたので、受けていただけました。その病院はとももゆったりとした雰囲気であることもあり、2週間ほどでしたが、本人はゆっくりと過ごせ、入院中に入浴やストレッチを中心としたリハビリもしていただき、本人だけではなくご主人も非常に満足していました。

この女性は、退院して自宅に戻り2週間ほどで看取りとなりましたが、仮にレスパイト入院していた病院で亡くなっていたとしても、本人もご主人も納得した最期であったと思います。もしACPが行われず、本人とご主人の医療に対する意向

神的に負担が生じる選択を求めることになり、ACPは行うべきだと考えます。

自宅で最期を迎えるときのことを 教えてください

がんや老衰、その他の疾患で最期の時が近くなると、飲んだり食べたりすることができなくなり、やせてきます。そのよ

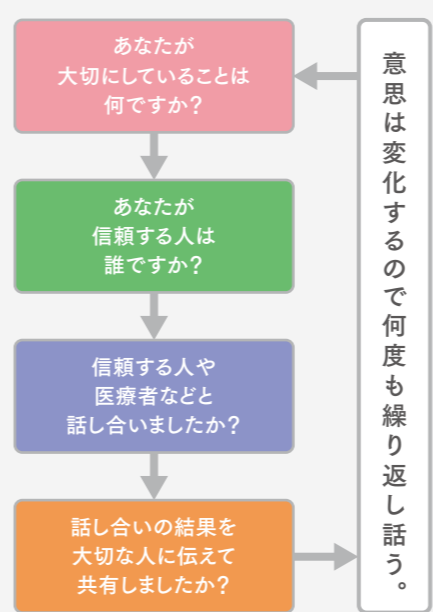
うな身体状況では、高カロリー点滴治療を行っても身体が受け付けず、全身のむくみや痰の量が増えるなど、本人の苦痛を強くすることにもつながるため、点滴治療をはじめ不必要な医療介入を差し控えたり中止したりします。

対して抵抗があると思いますが、適切な時期に本人には不必要な医療を行わないことで、ほとんどの方は安らかな最期を迎えることができます。がん末期の方や一部の疾患の方は、苦痛を和らげる薬剤の投与が最後まで必要な場合もありますが、それほど多くはありません。家族も、自宅で身近な方を看取するのが初めての経験であることが多く、不安を抱えていますので、家族の精神面のケアも在宅医療の必要な役割です。

急速な少子高齢化が進む中、 先生の考える医療の形を 教えてください

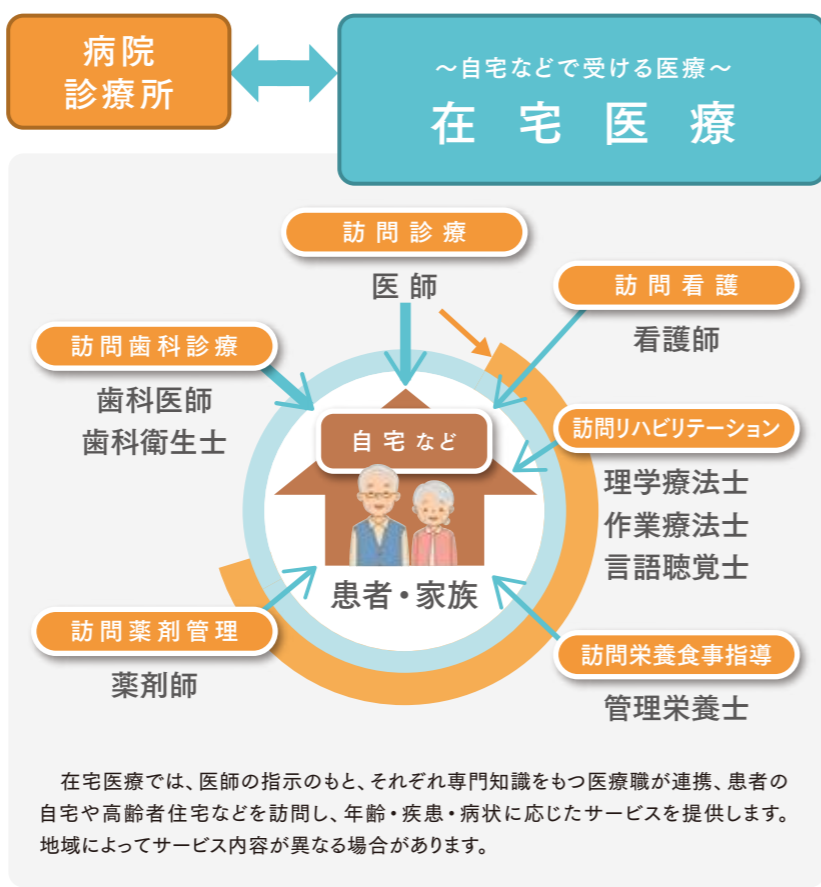
在宅医療やケアに関わるチームが24時

図表3 ACP「人生会議」の進め方



「人生会議」では①大切にしていることは何か、②信頼する人は誰か、③信頼する人や医療者と話し合ったか、④話し合いの結果を大切な人に伝え共有したか-という問いに答えます。さらに、その内容を「エンディングノート」に記録。一定の期間をおいて①～④を繰り返すことによって、家族と医療・ケアチームの信頼を醸成します。

図表4 在宅医療と多職種連携



厚生労働省リーフレット「在宅医療をご存知ですか?」をもとに作成

が分かっているなければ、入院中は急変させないようにと、入浴どころか身体ケアも積極的にには行われなかったでしょうし、そもそも入院も受けてもらえなかったと思います。

主人の介護疲労のため在宅療養を継続するのは難しく、この女性は強制的に入院となり、入院先でも希望する医療ケアを受けられず、本人だけではなくご主人にとっても悔いの残る結果となっていた

しょう。本人とご主人とで逝き方を考え、生き方を選び、そのことが逝き方に現れたのだと思います。

終末期医療の充実に対する 先生の活動を教えてください

重い病気や障害のある方の生活をサポートするには、さまざまな事業所や法整備が必要ですし、ACPを継続的に

う文化作りや医療介護連携などの課題があります。なかでも生活を診ることが出来る医師・医療者の育成も必要です。現在、当院には在宅医療を学ぶために数人の医師が勤務し、医学生も実習で受け入れています。非常に小さな医療機関の私たちではありますが、重度疾患を患った方の生活にかかわる中で、どのような負担や不安があるのか経験を重ね、少しでも生活を診ることが出来る医師の育成に貢献し、結果として地域医療の充実につながればと考えています。

「病院で死ぬか、自宅で亡くなるか」の選択で最も大切なことは、それぞれが自分や家族の生活、お金のこと、大切にしたいこと、あるいはしたいことをできるだけ考えて選び、家族と分かち合うことだと思えます。そのためにもACPの普及が必要です。

また、末期心不全の60代女性のケースで紹介したように、在宅医療施設と病院・診療所、かかりつけ医や介護施設などとの連携や、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、リハビリ専門職といった多職種連携が必須です(図表4)。「本人と家族の希望に沿った医療を提供し、患者と家族を支えること」は我々の使命なのです。

尊い思いをつなぐ。

日本で移植に関する法律ができて25年。脳死臓器提供が最近増えてきたとは言え、年間100例未満です。いまだに移植を待っているたくさんの患者さん達が置き去りにされています。このような中、熱心に移植医療に取り組んでいる聖マリア病院の古賀仁士医師(救命救急センター副センター長)と片原美香師長(院内コーディネーター)にこれまでの経験を伺いました。



片原美香師長

古賀仁士医師

これまでに聖マリア病院で脳死あるいは心停止後に臓器や角膜などの組織提供をされた方は何名いらっしゃいますか

この10年余りで脳死臓器提供者は5人です。男性3人、女性2人で、40歳代2人、50歳代2人、60歳代1人です。脳死の原因は交通事故などの頭部外傷3人、くも膜下出血2人でした。1人は運転免許証に臓器提供の意思表示をされていましたが、残りの4人は「本人も誰かの役に立つことを望むだろう」と家族で話し合われ、臓器提供を申し出られました。この5人の方々から提供された臓器は、心臓5人、肺7人、肝臓5人、腎臓10人、すい臓3人の計30人に移植されました。また、50〜90歳代の計7人から角膜提供がありました。

聖マリア病院 救命救急センター副センター長 古賀 仁士 (こが ひとし)

1999年佐賀医科大学卒。2004年聖マリア病院脳神経外科。2010年から聖マリア病院救急科。日本脳神経外科学会専門医、日本救急医学会専門医。看護部管理師長、院内コーディネーター

片原 美香 (かたはら みか)

1991年聖マリア学院短期大学(現聖マリア学院大学)看護学科卒。1992年専攻科地域看護学専攻卒。同年聖マリア病院入職。

一例目の脳死臓器提供で随分ご苦労をされたと聞きますが、どのような様子でしたか

最初の患者さんは交通外傷による心肺停止状態で搬送された40歳男性で、重症頭部外傷で心肺蘇生を行い、ICU管理で治療を行いました。入院3日目に、脳のCT所見から臨床的脳死と診断しました。その当時、当院では脳死判定を行い、家族に臓器提供のオプション提示をするという考え方はありませんでした。しかし、研修医に対する教育の一環として、入院5日目に無呼吸テスト以外の脳幹反射の有無を確認しました。脳幹反射は全て消失、瞳孔は散大、脳波もフラット。研修医に「無呼吸テストは、臓器提供を行う場合のみ行うこと。家族には臓器提供という方法もあることをきちんと説明すること」と指導しました。家族には「臨床的には脳死に極めて近い状態であり、意識が回復する可能性はほぼ無いと判断している。このまま治療を継続していくが、選択肢の一つとして臓器提供という方法がある」と説明しました。本人の意思表示はありませんでしたが、家族内で話し合いが行われ、本人の口ごろの生き方を尊重し臓器提供を決められました。救急搬入から臓器摘出までの8日間は大変でした。日常診療のほかに、主治

医としての患者管理、家族との対応、脳死判定の手続きと遂行、その事務手続き等々、すべて初めてのことであり自分に余裕もなく、なんとなく無事に臓器提供までたどりついた時には、すっかり疲労困憊していました。

その中で、病状や延命治療、臓器提供に関する家族への説明や話し合い、脳死判定を正確に行うための委員会、臓器提供を滞りなく行うための組織などの整備の必要性を痛感しました。

救急における終末期医療とは

当センターには、外傷や、脳血管障害、心臓の異常などで多くの患者が救急搬送されてきます。命を救うためにあらゆる治療手段を駆使しますが、命を取り留められないことがあります。脳死や高度の脳出血、がん末期などの場合です。適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと判断される場合を終末期医療と言いますが、このような場合に、「人生の最終段階における医療」としてどのような延命治療を選ぶかが、主治医を含む医療者と患者家族に求められます。医師は、患者および患者の意思を良く理解している家族や関係者に対して、患者の病状が絶対的に予後不良であり、救命の見込みが全くなく、これ以上の措置はかえって患者の尊厳を損なう可能性があることを

説明し、延命治療の継続、軽減、中止などを判断してもらいます。心停止の時に心肺蘇生をするか否かもその一つで、心肺蘇生をしない(DNR/DNA)選択が最近増えてきました。臓器提供は、あらゆる救命治療を行った終末期医療の後に、本人の意思や、その意思を重んじた家族が判断されるものです。

聖マリア病院ではドナーアクションプログラムを作られたのですが

このプログラムは、一例目の反省から、「現場の一人に負担がかからないように」というコンセプトで、病院長を中心に、各専門医、看護師、臨床検査技師、臨床工学技士、ソーシャルワーカー、臨床心理士などが、臓器提供の申し出から臓器摘出に至るそれぞれの過程で専門的にサポートするシステムです。具体的には①救命治療に限界があり心停止後あるいは脳死診断後にドナーになりうる患者情報を検討するポテンシャル・ドナー部会、②臓器提供が申し出られた場合に、家族の心理的、社会的問題に対応する院内コーディネーター部会(院内コーディネーターは、そのほかに多くの事務作業を行います)、③脳外科医、神経内科医による脳死判定部会、④脳死判定から臓器摘出まで脳死によるさまざまな病態の変化に

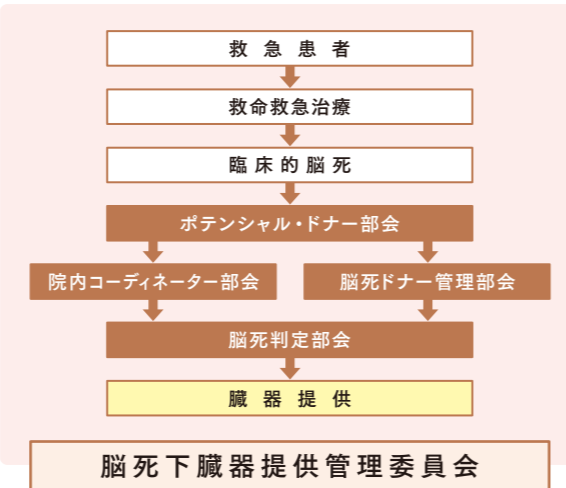
応ずる脳死ドナー管理部会、そして⑤臨床倫理も含めてすべての過程を統括する脳死下臓器提供管理委員会からなります(下図)。この組織のほかに、既存の終末期医療検討会や小児の虐待対応部会の応援も得ています。

私自身、二例目以降は脳死判定委員会副委員長、そして脳死判定医として関わりましたが、ドナー管理に関わる医師はもちろん、事務部門、看護部門、生理検査室など、信じられないほどスムーズに動けたと感じています。今後、症例を積み重ねるごとにもっと効率的に動けるようになると思います。

臓器提供において院内コーディネーターの役割が大きいと聞きますが

患者さんの臓器提供の意思が確認されたり、家族が臓器提供を申し出られた時点から臓器摘出に至るまで院内コーディネーターが関与します。任務は、まず家族全員の意思確認です。家族でも、必ずしも脳死や臓器提供に理解があるとは限りません。本人がたとえ臓器提供を容認していても、家族全体の同意が必要です。そのために一人一人、あるいは皆さんと話しをして、本人の意思を尊重する

聖マリア病院 ドナーアクションプログラム



ことと臓器提供の大切さを理解いただけるよう、時間をかけて説明します。患者家族と患者を見守る看護チームとの意思疎通も重要です。一般に臓器提供の申し出から摘出まで4、5日かかります。その間、看護チームは患者の看護とともに、心痛の極みにある家族との切れ目ない対応が大切になります。そのためにも、家族や友人が愛する方と最後まで「看取りの時間」を共有できる環境づくりが必要だと思っています。

臓器提供の尊い思いをお持ちの方たちの意思を生かし、より広げるにはどのようなことが必要と思いますか

当たり前ですが人は必ず死を迎えます。その時に本人の望みの終わり方となることを病院として、地域としてつくりあげたいと考えています。そのためにも、「人生の最終段階における医療」として、どのような延命治療を望むか、望まないか、一人一人に考えておいていただきたいと思っています。人生会議(アドバンス・ケア・プランニングACP)による考えを家族と共有し、また「かかりつけ医」に伝えることが大切です。そのうえで、免許証や保険証の裏に臓器提供について「する」「しない」の意思を記入してほしいと思います。

臓器提供は、あくまで終末期の最後の選択肢であり、患者の権利、そして患者の代弁者としての家族の権利です。医療側の責任として、臓器提供につなげるのが目的ではなく、あくまでも人生の最終段階における医療を遂行し、その後に臓器提供を望んでいる本人・家族の希望をかなえることが目的であることを忘れてはなりません。そのためにも、地域の医療関係者が終末期医療に関して情報を共有し、地域住人が安らかに安心して人生の最期を迎えられるようにすることが最も大切です。そこで初めてシステム化された臓器提供が行われることになると