

命を守り 命をつなぐ

「命」は例えば筑後川の流れです。
阿蘇山に源を發し、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
2023

第4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

筑後川が生んだ平野にある「水郷・柳川」。弥生時代以降、満潮の海水が川をさかのぼる海拔6m以下の低地に、暮らしや農業に必要な真水を貯める「掘割」が千石近く築かれた。1960年代以降は川下り観光に生かされ、国内外から年間数十万人が訪れる。題字は廣田皓華氏（福津市在住）

健康

元気に老いる「処方箋」。

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、公開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ています

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。2023年度は、前年度に続き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」をご利用ください。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は、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

入会のお願ひ

財団の活動を支えていただく2023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、入会申し込み用のフォームをご利用ください。入会申込書はホームページからダウンロードできます。

- 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）



入会申し込み

寄付のお願ひ

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、寄付申し込み用のフォームをご利用ください。寄付申込書はホームページからダウンロードできます。



寄付申し込み

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



YouTubeチャンネル



facebook



LINE公式アカウント



アンケート

元気に老いる「処方箋」。

われわれにとって年齢を重ねていくことは避けられませんが、元気に老いることは可能です。元気に老いることで健康寿命を伸ばしていきましょう。体力を取り戻すにはどのようなことに気をつければいいのか、日常の運動や食事について、みらい介護医療院の平松義博院長（社会医療法人天神会副理事長）に聞きました。

健康寿命はなぜ大切なのでしょうか

日本人の平均寿命は、2022年の報告では男性は82歳、女性では88歳で、いずれも世界最高でした。しかし、健康寿命の方は男性が72・6歳、女性が75・5歳。従って、男女とも約10年間は自立した生活を送ることの困難な期間（介護が必要な期間）を過ごすこととなります。従って「元気で長生き」が日本の高齢者の大きな課題です。

ところで、健康な生活を長く送りたいとお考えの皆さんも「フレイル」という横文字は聞きなれないかもしれません。フレイルとは、健康な状態と介護が必要な状態の中間の段階です（図表1）。転倒して骨折や肺炎などで入院した経験のある方は、病気の治療が



社会医療法人天神会副理事長
みらい介護医療院院長
ひらまつ よしひろ
平松 義博
1977年九州大学医学部卒、同九州大学第一内科入局、1986年米国ノースカロライナ大学留学、2008年社会医療法人天神会古賀病院21副院長、2010年4月同院長、2019年2月医療法人社団豊泉会理事長、2021年4月現職。専門は循環器内科。

順調に経過したにもかかわらず、入院前に比べすっかり体力が落ちてしまった経験はないでしょうか。治療のためつながってしまったのです。しかし、こうした体力の低下（フレイルへの移行）は、適切な対策をとれば再び健康な状態に戻すことができます。

体力の低下とはどういう状態なのでしょうか

私たちの体力は、体の中にどれくらい酸素を取り込むことができるのかで決まります。この酸素を取り込む力（酸素摂取量）を米国のワッサーマン博士は三つの歯車の連携で表しました（図表2）。体力を決定する大きな要素の一つが、心臓や肺の働きと共に筋肉の働きなのです。従って、筋肉量の減少は体力低下の大きな原因となります。

しかし、普通の日常生活を送っていても、加齢とともに私たちの体から少しずつ筋肉が失われていきます。40歳代からは毎年1%の筋肉が失われていくとされています。70〜80歳代では20歳代に比べると、なんと3〜4割もの筋肉が減少しているということも明らかとなっています。特に下肢（足）の筋肉量の低下が大きく、これが転倒の



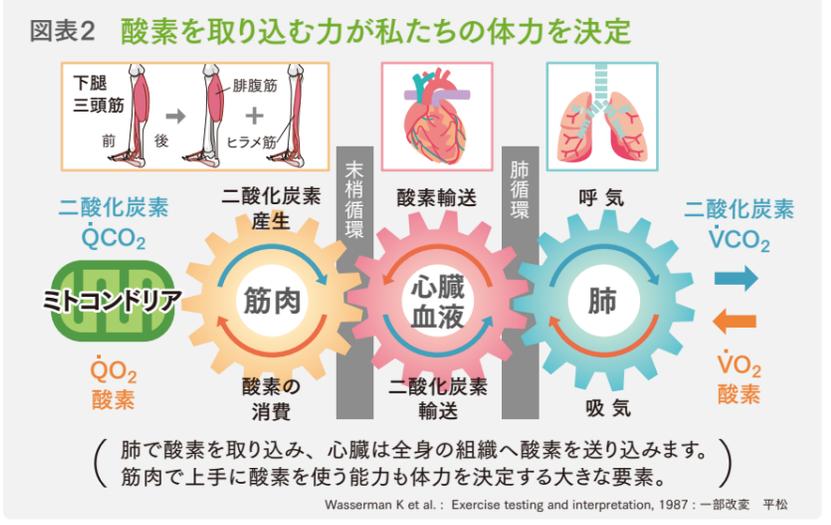
図表1 【フレイルとは】 健康と要介護の中間の状態
健康寿命を伸ばす = フレイルからの回復
<https://kaigo.homes.co.jp/manual/healthcare/kaigoyobo/flailexamination/>

筋肉を回復させるには具体的にどうするのですか

筋肉の回復には二つの要素、効果的な運動と、正しい食生活の組み合わせが重要となります。まず運動ですが、体力を向上させるためには、有酸素運動の継続が重要となります。有酸素運動とは運動時間が経過しても息苦しくならない、普通に

会話しながらできる強さの運動です。ご自宅での運動では散歩の継続、体力が比較的高い人では、ゆっくりとしたジョギング（スロージョギング）が勧められます。運動の継続時間は1回30分以上で、週3回以上の頻度を目標とします。こうした有酸素運動では筋肉で酸素を有効に利用する力が増していきます。

ところが有酸素運動のみでは、筋肉量の大きな回復は望めないのです。有酸素運動に加えて筋肉トレーニング（筋トレ）の併用が必要となってきます。上手に行えば年齢に関係なく失われた筋肉が回復していきます。ご自宅ですぐにできる下肢への筋トレとしては、スクワットがあります。普通のスクワットでは有酸素運動になってしま



めには積極的な栄養摂取が鍵となります。失われた筋肉の回復のためには、運動とたんぱく質の摂取が重要なことです。実は加齢に伴って同じ量のたんぱく質を摂取しても筋肉を作る効率が低下してきていることも知られています。また、たんぱく質は体内に貯めておくことができないため、毎食しっかりとすることも重要です。良質なたんぱく質は、肉や魚介、大豆製品、卵、乳製品に多く含まれます。特にかむ力を鍛える意味でも積極的に肉食系を意識することが良いでしょう。

健康寿命を伸ばすことの意味を教えてください

筋肉が回復し、元気に活動ができるようになれば、積極的な社会参加を目指しましょう。私たちの人生の目的の一つは、社会と関わり、人と触れ合うことで生まれる喜びです。活動性が向上することで積極的な社会参加の意欲が生まれてきます。食事・運動・社会参加の良好な循環を作ることができれば、いったんフレイルに陥っても再び健康な生活を取り戻せるのです。フレイル対策を上手に継続することで、健康で元気な生活ができるだけ長く送ります。

筋量が増加していきます（そのため、トレーニングの合間に時間を空けることも必要です。従って2〜3日間隔を空けながら行う方が効果的です。こうした運動の種類、強さ、回数などを決めていくことが、効果を高め安全に運動を継続していくために重要です。薬と同じように運動も処方という考え方で、運動の強さや頻度、方法を

決定していくのです（図表3）。
どのような食事に気を付ければいいのか

中高年の疾患予防の栄養指導といえ

多種多様な訴えにどう応える 「初期救急」の充実が急務に。

救急医療は、急な病気やけが、災害などの緊急事態に迅速かつ適切な医療を提供することを目的としています。近年、医療技術の進歩に伴い救急医療は大きく進歩しましたが、その一方で、救急医療には、救急専門医が三次救急医療機関に偏在するなど、さまざまな課題があります。

交通事故対応からスタート

わが国の救急業務、救急医療制度が誕生するきっかけは、昭和30〜40年代にかけての交通事故件数の増加である。急増する交通事故傷病者に対応できる搬送手段と診療可能な医療機関が不足していたことを背景に昭和38年、消防法を一部改正して、交通事故など屋外の傷病者を医療機関に搬送する業務を「救急業務」と定義して法制化した。救急車で傷病者を医療機関に搬送することが明文化されたが、当時の主な対象は事故や災害による外傷患者であった。

一方、受け皿となる医療機関を確保するため昭和39年、厚生省(当時)は「救急病院等を定める省令」を定め、いわ



医療法人社団高邦会
高木病院
救急医療部副部長
なかやま しき
中山 紫季
国際医療福祉大学助教、日本救急医学会認定救急科専門医、薬剤師、ICLSインストラクター、新生児蘇生法講習Aコース修了、緩和ケア研修修了。前佐賀大学医学部附属病院高度救命救急センター。専門はER診療、病院前診療、ドクターヘリ。

ゆる救急告示病院制度が始まった。昭和52年に救急医療対策事業として救急医療機関を機能別に階層化した。これが今日の初期(一次)、二次、三次救急医療体制の始まりである。外傷患者の搬送だけでなく、急病依頼も増加し、救急傷病者全般に対応することが日常化し、昭和61年に疾病傷病者の搬送が法的に追加された。

平成3年に救急救命士法が公布され、搬送途上で傷病者の状態を悪化させず、安定化を図る手当や処置(病院前救護)を専門的に行う医療職として救急救命士が誕生した。救急救命士は、医師の具体的指示のもとで乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液や気管内チューブなどによる気道確保等の処置(特定行為)が可能となっている。

機能に応じて三階層化

▽初期(一次)救急医療機関

一般の外来診療終了後の時間外の救急診療を担う医療機関で、初期診療が目的であり入院設備はない。入院が必要な場合は、二次救急医療機関に紹介する。自治体の長の要請で整備された休日夜間急患センターなどがある。

▽二次救急医療機関

入院治療を必要とする救急患者の診療が24時間可能となるように、二次医療圏単位で整備された医療機関をいう。救急車を受け入れる救急病院に加え、病院群輪番制病院や共同利用型病院などがある。

▽三次救急医療機関

重症及び複数の診療科領域にわたるすべての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れられるように人員、設備を確保した医療機関で、救命救急センターと呼ばれる。さらに広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒などの特殊疾病患者の確実な受け入れを保証するために高度救命救急センターが位置付けられている。

救命救急センターは、重症救急患者の診療に加え、救急医療に携わるスタッフの育成、病院前救護におけるメデイカルコントロール業務、災害拠点病院としての役割、DMATチーム編成、ドクターヘリやドクターカーの運行など救急医療分野の多彩な機能を担っている。

ドクターヘリは、救急医療の専門医及び看護師が同乗し救急現場などに向かい、現場から医療機関に搬送するまでの間、患者に救命医療を行うことができる。阪神・淡路大震災がわが国の

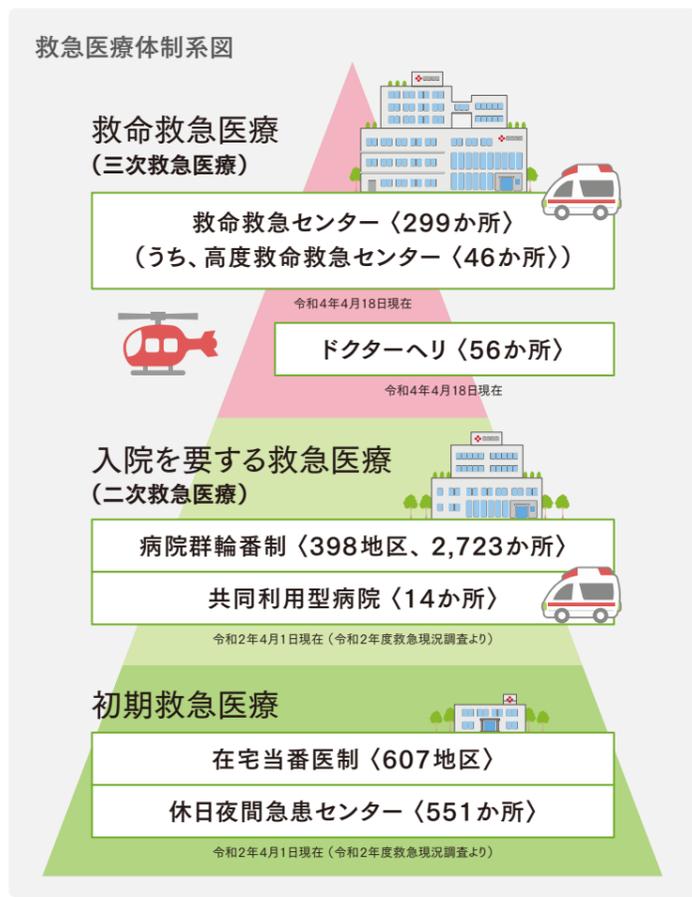
ドクターヘリ誕生のきっかけとなり、現在では全国62施設(福岡県では久留米大病院)、ほぼ全ての都道府県に設置されている。

ドクターカーには、救急車と同様に傷病者を搬送できるタイプ(救急車型ドクターカー)と医師や看護師を現場に搬送するタイプ(ラピッド・レスポンス・カー)がある。交通事故などによる重度外傷例、複数傷病者、救出困難例の場合や心肺停止のような重症例に出勤することが多い。厚生労働省によると、全国の救命救急センター(筑後地区では久留米大病院と聖マリア病院)などに約260台配備され、出動件数は年約2万1000件(令和元年度)に上る。実際にはセンターのない医療機関での保有(筑後地区では高木病院やヨコクラ病院)もあり、ドクターカーの実台数は不明である。

求められる

高水準の初期診療

救急疾患は、どの診療科にもそのカテゴリーがあり、長らく各専門診療科の中だけで救急患者への対処の仕方が受け継がれてきた。医学の急速な発展と共に診断法・治療法が細分化し高度化し、専門医志向が強まる一方で、1人



の医師が自信を持って診察することができる救急疾患は自ずと制限される。その結果、一次から二次までの救急医療機関では、外科系当直医、内科系当直医だけでは多種多様な訴えの患者に対応することが困難である。また、医療を受ける患者やその家族にとっても夜間休日でも常に高い水準の医療を享受したいという意識の高まりがあり、救急医療全般の初期診療ができる救急医の確保が課題になっている。未知の患者を受け入れるにあたり、患者自身

の医療安全、そして医療機関のリスクマネジメントの観点から、患者と社会にとって満足のいく救急診療を提供するには救急医療そのものに特化した専門医(救急医)の育成が急務である。しかし、現状では救急科専門医が全国に5000人程度しかないという絶対的専門医不足の状態にある。また、実臨床を実践する若手・中堅の救急専門医が三次救急医療機関に偏在しており、地域医療の現場で、その偏りの影響は顕著である。さらに、一次救

急医療機関の減少(筑後地区では休日夜間急患センターは1か所のみ)で二次救急医療機関の負担が増えていることに加え、二次救急医療機関として救急告示をしているにも関わらず、救急医がいなかったため救急搬送の受け入れが極端に少なくなっている施設が増えてきていることも問題となっている。

個人に高額請求される米国

救急医療機関が機能別に三つに階層化されている日本に対して、テレビドラマ「ER緊急救命室」で紹介されたように、米国の救急病院では、一次から三次までのすべての救急患者を24時間体制で受け入れ、患者の状態の深刻さに応じて、医師や看護師、多職種の医療スタッフが対応にあたる。

ただ、米国では一般的に高額な医療費がかかり、救急車の利用料金は、ニューヨーク消防局の救急搬送(救命士同乗)では、約1200ドルが請求される。公的機関や民間の健康保険でカバーされていない場合や、ドクターカー・ドクターヘリが出動する場合などは、患者や家族にとって経済的な負担がいくさう大きくなる。これは、米国の医療制度の特徴の一つである。

ニーズ強まる高度救命救急センター 課題は連携維持、救急医育成。

高度救命救急センターは、救急搬送された患者のうち重症度の高い患者を受け入れ、迅速かつ適切な治療を行います。年々、救命救急のニーズが高まっていますが、高度な医療技術を持つ専門医や看護師は限られており、人員不足が問題となっています。

久留米市に 2か所の三次救急施設

一般に救急医療は、初期救急（軽症）と二次救急（中等症）、三次救急（重症）に分類されます。三次救急医療を担う救命救急センターは、福岡県ではおおむね人口50万人に1か所を目安に設置され、現在、県内に10か所指定されています。筑後医療圏では、聖マリア病院と久留米大病院の2か所に開設されています。両施設とも久留米市内にありますが、久留米市のみならず、筑後地域、県南地域の救急医療の砦としての責務を担っています。

救命センターの体制は大きく、ER型と救急集中治療型の二つに分類されます。久留米大病院は、1981年の救命救急センター開設当初より、初



久留米大学病院
高度救命救急センター長
たかすみ おさむ
高須 修

1991年鳥取大学医学部卒、2019年医学博士（久留米大学）。2013年久留米大学医学部准教授、2015年同救急医学講座教授。日本専門医機構救急科専門医、日本救急医学会指導医、日本集中治療医学会集中治療専門医。

期治療から根本治療まで、一貫して救命専門医が行う救急集中治療型の救急医療を行ってきました。三次救急を主に、ショックや臓器不全を呈す重篤な患者、多発外傷患者などの重症患者に対し、専門的な治療を行っています。

国内5番目に ドクターヘリ導入

福岡県ドクターヘリの基地病院であることも当センターの特徴の一つです。ドクターヘリは時速200km以上の速さで飛行しますので、久留米市を中心に15〜20分で福岡県全域をカバーできることとなります。2002年に全国で5番目に導入されましたが、2023年3月現在、47都道府県に56機の配備が行われています。

このドクターヘリは、単に救急患者の搬送を迅速に行うのではなく、いち早く救急現場に医師を派遣し、救急現場で速やかに治療を開始すること（「病院前救急診療」という）により、死亡率の改善と後遺症の軽減を目的としています。隣県の佐賀県ドクターヘリとの協定により、重複要請時の相互補充や複数傷病者発生事案などにも対応できる体制が構築されています。近年、病院前救急診療の重要性が

ら、さまざまな地域で医師派遣型医療が展開されています。筑後地域では、久留米市ドクターカーをはじめ、複数の病院でドクターカーが運行されています。

照会2回で 受け入れ98%決定

救急医療の充実度は、例えば「救急覚知から病院搬入までの所要時間」や、コロナ禍でも話題になりましたが「救急搬送困難例の発生件数」あるいは「心肺停止症例の蘇生率や社会復帰率」など、多方面から評価されます。福岡県はこれらの指標が、いずれも常に全国上位にあり、なかでも筑後地域は、県内トップクラスです。

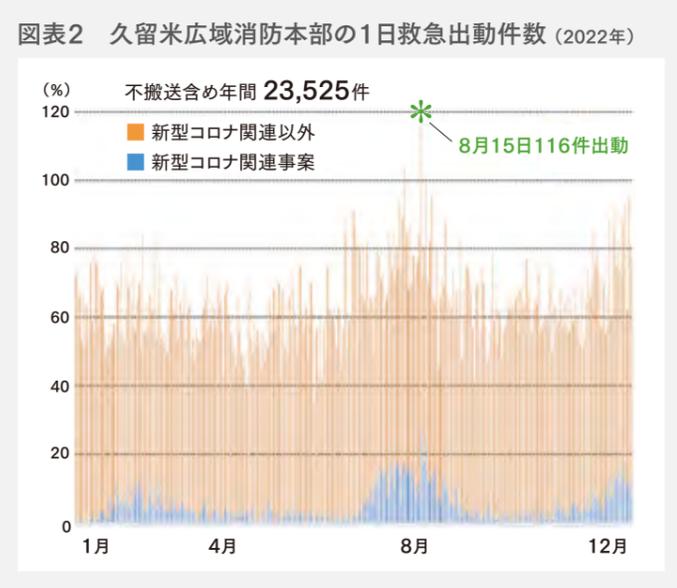
以前、いわゆる「救急車のたらい回し」が社会問題となりました。コロナ禍では「搬送困難例」の増加や「地域外への患者搬送」が問題として取り上げられました。図表1には、2019年から2022年まで4年間について、①搬送先医療機関の所在地が筑後地域であった割合（筑後地域完結率）、②救急搬送先の決定までに救急隊が医療機関に行った受入照会（問い合わせ）が1回だった割合（久留米広域消防本部）、③同（消防庁全国平均）、④2

回以上を含む受入照会の合計1を示します。新型コロナウイルス流行期の2022年を除けば、2回の要請でおおむね98%は受け入れ先医療機関が決定し、筑後圏外への搬送は約2%（筑後圏内での完結率98%）です。これらの指標からも、久留米市・筑後地域の救急医療体制の充実度が分かります。

コロナ禍で見えた問題と課題

医師の働き方改革や制度変更（初期研修システムや専門医制度）、さらには若者の地方離れも加わり、既にならぬ地域では医師不足や診療科の偏在が少しずつ顕在化しています。

新型コロナウイルスのピーク時には、救急医療の危機ともいえるべき状況が生じました。平時における久留米広域消防本部管内の救急要請件数は、1日約60〜70件程度です。感染ピーク時には、1日70〜80件を超え（2022年8月15日116件、図表2）、救急車が足りなくなるほどでした。当然、通常の救急患者も増加し、救急患者の受け入れ病床がひっばくし、救急搬送先が決まらないという危機的状態に一時的に陥りました。都市部に比べ、救急医療機関・病床数は決して多くありません。



今後、医師不足に高齢化社会の本格化に伴う入院率や入院期間の延長が重なれば、容易に病床はひっばくし、救急応需状況や地域での完結率が悪化する可能性が想定されます。

新型コロナウイルス流行期の危機を何とか乗り越えられたのは、医療機関の情報共有と連携、分担によります。久留米・筑後医療圏では、コロナ禍以前より、救急医療協議会や市・消防・医師会（医療機関）との懇談会を通し、情報の共有や連携体制を積極的に構築してきま

した。地域の医療ニーズや救急医療体制の変化を的確に、早期に把握するためにも、今後ますます、この連携が重要になると考えます。

次世代を担う人材を育てる

毎年、全国で年間約300人弱の救急科専門医が誕生していますが、福岡県全体では例年約15人前後と、まだまだ十分ではありません。筑後地域で

は、聖マリア病院と当施設が、救急科専門医を育成するプログラムの基幹病院であり、毎年、新たな救急科専門医を輩出してきました。久留米市内だけでなく、福岡市、飯塚市、大牟田市などの救急医療機関・救命センターに救急医が出身し、大病院とも連携しながら各地域の救急医療を牽引しています。救急医の育成においても、県内の他地域に引けを取りません。今後、福岡県の救急医療を支える人材の育成を積極的に行って参ります。

高齢化地域の救急医療とACP 医療の限界を知り、備える。

ACP（アドバンス・ケア・プランニング＝人生会議）について、既に見聞きし、考えられた方は多いのではないのでしょうか。自分自身や家族と一緒に自分の生命の終焉を考え、記録に残す、そして医療者はその支援を行うというACP。高齢化地域の救急医療とACPについて考えます。

あらかじめ「意思表示」を

ヨコクラ病院は、救急病院の中で二次救急病院として位置付けられます。病院のある地域で起こる急病やけがなどの救急搬送を受け入れ、検査処置治療から入院治療、さらに重症者については高次医療機関への引き継ぎなどが求められます。

高齢化の進んでいる地域ですので、もちろん搬送されてくる患者さんは高齢者が多くなります。また、地方の高齢社会の特徴として高齢独居や老老介護の世帯、そして介護施設からの救急搬送が多くなります。高齢者の救急搬送では生命に関わる状態である方も少なくありません。本人が意思表示でき



社会医療法人弘恵会
ヨコクラ病院
病院長
よこくら よしのり
横倉 義典

2000年久留米大学医学部卒、2008年同大学大学院医学研究科終了（医学博士）、2009年独ミュンスター大学留学。2001年久留米大学外科学講座入職、2010年医療法人弘恵会ヨコクラ病院入職、同法人副理事長、2012年同病院院長代行、2015年12月現職。

全ての世代で考えていただきたいですし、家族が集まった時に話題にしたい。ただきたい課題です。

求められる 移植医療への理解

年齢によるものであれ、病気やけがであれ、生命維持の限界が予測される場合は、本人や家族はもちろん、担当する医療者にとっても非常に重い責任と負担がかかります。医療者は経験と研鑽を積むことで、その厳しさを乗り越える術を身に付けますが、それでも日夜悩むことが多いのです。また、その現実を本人や家族に伝えるには、その原因と今後の予測や考え得る限りの治療手段を考慮して、判断した結果を伝えます。医療の進歩があったとしても人間のできることは限界があります。だからこそ、受け入れる本人や家族に一番身近に寄り添える医療者であるという覚悟を持って行います。

全世代で考えてほしいこと

ACPというのは、自分の身に生命の終焉が訪れようとしたときに自分の命に対して行われる医療を考え、自身が望む最後を迎えられるように日頃から考えるという取り組みです。一般的には高齢であるほど機会が訪れる確率が高く、自身でしっかり考える時間が限られてくるため、高齢者を対象にした活動が活発です。しかし、自分や家族の命を考えるとという意味では、

ない方もたくさん見受けられます。

そのような場合、私たち医療機関の職員はできる限りの処置を施します。急な病気で本人も意思表示できないことが多く、家族も気が動転し、しかも来院している自分が親族を代表した判断を伝えるなど容易ではありません。ACPはその問題を解決する手段となります。ACPの体制をさらに普及する必要性は、救急病院が一番感じているところです。

「救命治療」と「延命治療」

多様な考え方がありますので、私の見解を述べさせてもらいます。救急医療の現場で実施する処置については、救命治療と延命治療に境目はないと思います。救急車で運ばれた患者さんの状態を回復させようとする処置について



ヨコクラ病院ACPガイドブック

では、命を救う、命を延ばすという気持ちが入められています。

整理すると「延命治療」と述べられるのは、がんなどにおいて病状が末期状態である場合、また高齢者で病気の発症が寿命によるものと考えられる場合もしくは回復させようとしても高齢で肉体的に可能性が厳しい場合、そして年齢に関わらずさまざまな疾病の病状における生命予後が回復困難な場合などに「少しでも命を承らえる治療」を意味します。

「寿命」は超えられない

延命治療の限界。非常に重い言葉です。私たち人間も地球上では一つの生命体です。どのような生命体にも寿命というものがあると思います。寿命というものは、経年での老いによる場合と、肉体が機能継続できない場合が存在します。後者の場合は、若年でも起こり得ますし、病気やけがが突然訪れることもあるわけです。医学が発展し医療が発達し命を救う技術は著しく進歩していますが、それでも限界があります。医療者として疾病とは克服すべき課題ですが、全てで達成できないという現実があります。

一人一人のLifeを生き抜くために

突然の病気や事故では、患者は治療やケアについて意思表示できなかったり、家族も判断することが困難な場合があります。ACP（アドバンス・ケア・プランニング＝人生会議）は、こうした時のために医師や看護師などの医療者が、患者を中心に、家族や信頼できる人と話し合いを繰り返し、将来の治療・ケアを前もって決めておく試みです。

ACPは次の三つに分類されます。

- (1) 健康もしくは持病が安定している一般の成人を対象とし、万に備えて、命に対する考え方を話し合います。
- (2) 持病が進行し、人生の最終段階を迎えようとしている場合で、病状の見通しやどのような治療・ケアを受けるのかなどについて話し合います。
- (3) 死が近づいた時には、心肺蘇生などの延命治療法について話し合います。

近年、これらのACPをより円滑に進めるためのSDM（シェアード・ディシジョン・メイキング＝協働的意思決定）という取り組みが注目されています。SDMでは、患

者と医師の双方が話し合いを繰り返し、治療方法に関するエビデンス（科学的根拠）や治療方針、患者の価値観や希望などの情報を共有します。これにより、医師が患者に治療方針を押しつけることもなくなります。患者が医師の勧めを無視して治療方針を選ぶこともなくなります。

さらに最近、若手医師を中心に、医療者が死に直面している患者とのコミュニケーション力を高めるための**バイタルトーク（Vital Talk）**という運動が進められています。患者に知らせる、患者の感情を受け止める、患者の希望に沿った治療方針を決める—という三つからなる対話法です。対話を通して、患者に寄り添い患者の痛みと共に感ずる医療者の育成も求められています。

英語のLifeには二つの意味があります。一つは命です。もう一つは人生です。これまで皆さんは、いろいろな場で自分のLifeを考え、選択して来られました。この世に別れを告げる最後に、自分の考えを定め、愛する家族に伝えておくことは、Lifeを生き抜くうえで最も大切なことではないでしょうか。

（久留米・筑後移植医療推進財団理事 藤堂 省）

働き方改革の中、救急体制維持 安心・安全な地域づくりを。

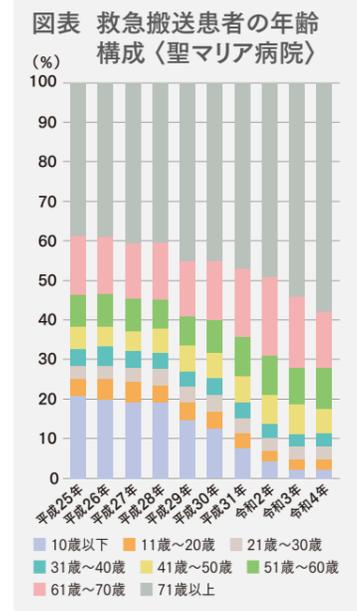
聖マリア病院の運営方針には「救命救急医療を通じ、断らない医療を推進する」との一文が掲げられています。この運営方針の下、当院の救命救急センターは重症患者だけでなく、多様で複雑な傷病かつ幅広い年齢層、幅広い重症度にわたる救急患者（救急車やドクターヘリによる救急搬送）を受け入れています。その結果、年間約10,000件の救急搬送を受け入れています。



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)
聖マリア病院 救命救急センター長 **為廣 一仁** (ためひろ かずひと)

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。日本救急医学会救急科専門医、日本脳神経外科学会脳神経外科専門医。

1991年久留米大学卒。1998年聖マリア病院外科・救急診療科、2004年同救急科診療部長、2022年現職。日本救急医学会指導医、同救急科専門医。



コロナ禍で課題浮き彫り

最近の特徴的な傾向は、高齢者の救急搬送の割合が増えてきていることが挙げられ、久留米広域消防本部管内でも、救急要請件数が高齢化に伴い増加しています。令和6年度より本格化する「医師の働き方改革の推進」を行いつつ、筑後地域の救急医療体制を維持することが聖マリア病院に限らず、救急医療に携わる全てのものの使命です。

医療機関が多く、医療資源に恵まれているといわれる筑後地域でさえも、新型コロナウイルス感染症の蔓延期に課題が浮き彫りになったように、医療を必要とする地域の患者が十分な医療を受けられない事態に陥ったことも記憶に新しいところです。

豊かな「人生の最終段階」に

われわれは、救命救急センターで働

これからは医療資源を限りあるものと考え、医療機関だけではなく、医師会や行政、消防、地域住民などで今以上に連携し、情報の共有など協力し合う必要があります。地域の救急医療体制は、かかりつけの先生方や消防機関で働くスタッフの方々、地域住民の皆さんのご理解があつて初めて機能します。そして、その結果として、必要な方が必要な時に適切な医療を受けることが当たり前にできる地域につながるかと考えます。

医師会、消防、住民と連携強化

滞らせざるを得ない搬送困難な事案が増えました。救急搬送の内訳は、約半数が入院を要さない軽症であり（図表）、30歳未満では約8割が軽症です。救急出動件数が増加すると、救急医療のひっばくにつながり、救急医療体制を維持できなくなります。

救急医療体制の維持は、救える命を守るため最優先で考えなければなりません。住民の皆様におかれましては、救急車の正しい利用にご理解とご協力をお願いいたします。

救急救命士の拡充図る

これからの救急業務のあり方について、久留米広域消防本部では、高度化する救急業務に対応するため、救急救命士の拡充を図るとともに、救急ワーカーによる教育体制の充実など、救命率向上の取り組みを進めています。

今後も住民の皆様が安心と安全を感じながら笑顔で暮らせる地域を目指し、地域救急医療の一員として救命の思いがながれていきますので、ご支援、ご協力をお願い申し上げます。

医療ひっばく招く不急の救急出動 適正利用で救命率の向上へ。

久留米広域消防本部は、4市2町（久留米市、大川市、小郡市、うきは市、大刀洗町、大木町）を管轄、5消防署7出張所に16隊の救急隊を配備し、年間23,000件を超える救急需要に対応しています。119入電から病院収容までの救急搬送時間が全国有数の短さである同本部の救急業務の特徴と課題について説明します。



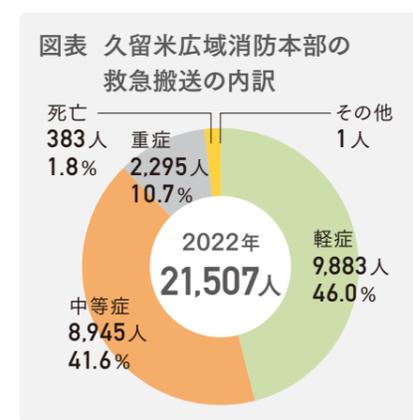
前・久留米広域消防本部消防長 **秋吉 弘章** (あきよし ひろゆき)

1984年久留米広域消防本部採用、2008年消防本部総務課消防団主幹、2011年消防本部人事研修課長、2015年次長、2019年消防長、2023年定年退職

救急搬送、全国2位の28・6分

久留米広域消防本部の救急業務の特徴としては、2021年中の救急搬送時間が28・6分となっており、政令市または中核市を管轄している消防本部の中で全国2位とトップレベルです。また、同年中の心肺停止傷病者の1か月後生存率は32・5%であり、福岡県（都道府県別全国1位）の生存率18・8%を大きく上回っています。

このように高い水準で救急業務を提供できている要因としては、管内に三次救急医療機関が久留米大学病院高度救命救急センター、聖マリア病院救命救急センターの2か所あり、他にも二次救急医療機関が点在しているなど、医療資源が充実していることが挙げられます。



また、筑後地域救急業務メデイカルコントロール協議会を中心に救急救命士の教育や救急ワークステーションを取り入れた病院実習など、救急救命士を含む救急隊員の知識・技術の向上を図っていることも要因の一つです。

近年の救急業務の状況については、高齢化の進展や不必要な救急要請などにより、救急出動件数の増加傾向が続いています。

昨年は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響なども重なり、過去の最高の救急件数を記録するとともに、救急隊が複数回問い合わせられても受け入れ医療機関が決まらず、長時間現場に

滞らせざるを得ない搬送困難な事案が増えました。救急搬送の内訳は、約半数が入院を要さない軽症であり（図表）、30歳未満では約8割が軽症です。救急出動件数が増加すると、救急医療のひっばくにつながり、救急医療体制を維持できなくなります。

救急医療体制の維持は、救える命を守るため最優先で考えなければなりません。住民の皆様におかれましては、救急車の正しい利用にご理解とご協力をお願いいたします。

救急救命士の拡充図る

これからの救急業務のあり方について、久留米広域消防本部では、高度化する救急業務に対応するため、救急救命士の拡充を図るとともに、救急ワーカーによる教育体制の充実など、救命率向上の取り組みを進めています。

今後も住民の皆様が安心と安全を感じながら笑顔で暮らせる地域を目指し、地域救急医療の一員として救命の思いがながれていきますので、ご支援、ご協力をお願い申し上げます。

～命を守り、命をつなぐ～

初の市民大会に1000人集う。

一般財団法人久留米・筑後移植医療推進財団（永田見生理事長）はことし2月18日、地域医療の各分野の医師や移植体験者を交えた初の公開イベント「命を守り、命をつなぐ市民大会～新しい医療都市を目指して～」を久留米市の久留米シティプラザで開催しました。プログラムにはシンガーソングライターの松山千春さんによるスペシャルトークを盛り込み、来場者は福岡県を中心に全国各地から1000人を超えました。



講演中、聴衆の耳目はステージに集中



移植セッションの場面



弾き語りを披露する松山千春さん



会場のザ・グランドホールは3階席まで満席に

大会は、地域の医療関係者同士のつながりや医療者と住民のコミュニケーションを深めるための公開講座として企画。コロナ感染予防のさまざまな規制が緩和されつつある中、財団設立から3年目に開催にこぎ着けました。

講演では、元RKB毎日放送アナウンサーの古賀和子さんの司会のもと、本田順一・田主丸中央病院感染管理部長（コロナと共に）▽田山光介・田山メディカルクリニック院長（乳がんと検診）▽平松義博・社会医療法人天神会副理事長・みらい介護医療院院長（老いを生きる）▽今村豊・聖マリア病院第1診療部副院長・キャンサーセンター長（最終段階の医療とACP）

の医師4人がそれぞれ、日ごろの診療の成果や最新の知見を分かりやすく解説しました。移植セッションでは、聖マリア病院肝臓・移植外科の青柳武史診療部長の進行で、安坂優汰、安坂ちとせ、林寛乗、児嶋由紀の4氏が自身や家族の移植体験について意見交換。NPO法人ハートtoハート・ジャンの南和友理事長は、国内での臓器提供数を早急に増やす必要性を訴えました。

プログラム中盤に登場した松山千春さんは、相次いで亡くした父母姉弟の思い出を交えて自身の生い立ちを語り、「命を大事に、日々しっかりと歩んでほしい」と呼びかけ。サプライズ

の弾き語りでは、柔らかな鳴りのある歌声で「生命（いのち）」など2曲を披露し、会場を魅了しました。

開催にあたり、司会・演者各位のほか、聖マリア学院大学、社会医療法人天神会聖マリア病院、社会医療法人天神会新古賀病院の共催、久留米市、久留米大学、久留米大学病院、地域の8医師会、8歯科医師会、7薬剤師会、久留米市農協、久留米商工会議所など多くの後援を得ました。心より感謝申し上げます。

YouTubeチャンネルでは、講演の動画を公開しています。どうぞ、ご覧ください。（久留米・筑後移植医療推進財団 相浦衛）



講演内容を収録したYouTube チャンネル

急な病気やけがのとき、救急車を呼ぶか迷うことがあります。救急車の適時・適切な利用に努めましょう。

	電話番号	備考
① 119 番通報	119	通信・通話障害が発生するなどして119番通報が繋がりにくい場合は、公衆電話を利用したり、周囲に助けを求めて通報を依頼する。
② 救急医療電話相談（全年齢）	短縮ダイヤル #7119 通話料有料	24時間365日（年中無休）。看護師が症状を把握し、救急車要請の可否について助言、医療機関の電話番号案内もできる。つながらない場合は092-471-0099（福岡県救急医療情報センター）。総務省の事業。
③ 小児救急医療電話相談	短縮ダイヤル #8000 通話料有料	平日夜間・休日。子供が急病のとき、どのように対処したらよいか、病院を受診したほうがよいかなど、迷ったときに相談できる。つながらない場合は092-731-4119。厚生労働省の事業。
④ 全国版救急受診アプリ 愛称「Q助」	消防庁サイト	緊急度判定を支援し、利用できる医療機関や受診手段の情報を提供する。症状を画面で選択し、緊急度に応じた必要な対応方法が表示される。医療機関の検索ができる。総務省消防庁の事業。

■ 三次救急医療機関／二次救急医療機関〈筑後・朝倉地域〉

（順不同）

三次医療圏	二次医療圏	一次医療圏	施設名	救急担当医 （敬称略）*	救急車 受入台数**	電話番号	所在地	
筑後	朝倉医療圏	朝倉医師会	久留米大学病院 高度救命救急センター	高須 修	985	0942-35-3311	久留米市旭町67	
			聖マリア病院 救命救急センター	古賀仁士	11,604	0942-35-3322	久留米市津福本町422	
			朝倉医師会病院	檜垣賢作	1,535	0946-23-0077	朝倉市来春422-1	
			朝倉健生病院	中村英樹	372	0946-22-5511	朝倉市甘木151-4	
		久留米医療圏	久留米医師会	甘木中央病院	堀田謙介	418	0946-22-5550	朝倉市甘木667
				楠病院	-	-	0942-35-2725	久留米市日吉町115
				新古賀病院	宇治祥隆	3,795	0942-38-2222	久留米市天神町120
				弥永協立病院	（非常勤医）	174	0942-33-3152	久留米市六ツ門町12-12
				内藤病院	内藤雅康	105	0942-32-1212	久留米市西町1169-1
				JCHO久留米総合病院	今岡治樹	1,362	0942-33-1211	久留米市柳原町21
			小郡三井医師会	嶋田病院	島田幸典	2,801	0942-72-2236	小郡市小郡217-1
				神代病院	高田晃男	317	0942-78-3177	久留米市北野町中川900-1
	浮羽医師会			田主丸中央病院	後藤 伸	1,785	0943-72-2460	久留米市田主丸町益生田892
				高木病院	中山紫季	2,929	0944-87-0001	大川市大字酒見141-11
	大川三瀬医師会	福田病院	土田 勇	202	0944-87-5757	大川市向島1717-3		
		富田病院	-	-	0942-62-3121	久留米市城島町四郎丸261		
		安本病院	安本 潔	162	0942-64-2032	久留米市三瀬町玉満2371		
		柳川医師会	柳川病院	於保和彦	864	0944-72-6171	柳川市筑紫町29	
			長田病院	西 義勝	568	0944-72-3501	柳川市下宮永町523-1	
		有明医療圏	大牟田医師会	ヨコクラ病院	関 律子	1,562	0944-22-5811	みやま市高田町濃施480-2
				大牟田市立病院	伊藤貴彦	1,899	0944-53-1061	大牟田市宝坂町2-19-1
				福岡県済生会大牟田病院	松尾敏弘	544	0944-53-2488	大牟田市大字田隈810
				米の山病院	（全科対応）	1,151	0944-51-3311	大牟田市歴木4-10
				杉循環器科内科病院	香月与志夫	414	0944-56-1119	大牟田市大字田隈950-1
	永田整形外科病院			金崎克也	386	0944-53-3879	大牟田市不知火町1-6-3	
	社会保険大牟田天領病院			岡本定久	1,560	0944-54-8482	大牟田市天領町1-100	
	大牟田中央病院			進 輝政	122	0944-53-5111	大牟田市大字歴木1841	
	公立八女総合病院			（輪番制）	2,340	0943-23-4131	八女市大字高塚540-2	
	川崎病院			平井伸幸	624	0943-23-3005	八女市大字津江538	
	八女・筑後医療圏	八女筑後医師会	柳病院	中野昌彦	226	0943-23-2176	八女市吉田2-1	
			筑後市立病院	（当番・出張医）	1,539	0942-53-7511	筑後市大字和泉917-1	
			馬場病院	馬場裕子 （非公開）	-	0943-32-3511	八女郡広川町大字新代1389-409	
			姫野病院	姫野亜紀裕	1,000	0943-32-3611	八女郡広川町大字新代2316	

* 救急担当医が複数の場合は代表者名。全科対応や輪番制などの病院では代表者名を記載しない場合がある。 ** 救急車受入台数は2022年。「-」は未回答。

■ 初期救急（一次救急）〈筑後・朝倉地域〉

（順不同）

初期救急（一次救急）は、入院や手術を伴わない医療。各都道府県に数か所ずつ設置されている「休日夜間急患センター」や地域の病院・診療所が交代で診療する「在宅当番医」などにより行われている。

医師会名	電話番号
一般社団法人 朝倉医師会	0946-22-2454
一般社団法人 久留米医師会	0942-34-4163
一般社団法人 小郡三井医師会	0942-72-5534
一般社団法人 浮羽医師会	0943-75-3379
一般社団法人 大川三瀬医師会	0944-87-2611
一般社団法人 柳川山門医師会	0944-72-2714
一般社団法人 大牟田医師会	0944-53-2673
一般社団法人 八女筑後医師会	0943-22-4141

歯科医師会名	電話番号
一般社団法人 朝倉歯科医師会	0946-21-0799
一般社団法人 久留米歯科医師会	0942-32-7063
一般社団法人 小郡三井歯科医師会	0942-72-8770
一般社団法人 浮羽歯科医師会	0943-75-4563
一般社団法人 大川三瀬歯科医師会	0944-33-2215
一般社団法人 柳川山門歯科医師会	0944-74-1333
一般社団法人 大牟田歯科医師会	0944-55-2211
一般社団法人 八女筑後歯科医師会	0943-24-4829

生き方を考えるきっかけとしての 人生の最終段階を過ごす場の話し合い。

「高齢多死社会」を迎えた日本では、病院などの医療機関で最期を迎える高齢者が全体の約7割となっています。人生の最終段階を病院・施設で過ごすことの意味は何か、患者や家族として普段から備えておくべきことは何か、聖マリア病院の大谷弘行医師と飯塚病院の柏木秀行医師に聞きました。

昔は、家で亡くなるのが当たり前でした。

大谷 人生の最終段階における医療・ケアとは、本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生き、より良い最期を迎えるための医療・ケアです（厚生労働省…人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン）。その生き方を考えるきっかけとして、人生の最終段階を過ごす場を話し合うことは大切です。

柏木 厚労省の人口動態統計によると、2020年に亡くなった人のうち、病院などの医療機関で亡くなった人は69・9%、自宅で亡くなった人は15・7%でした。実は、約70年前の1951年当時、医療機関で亡くなった人は11・7%、自宅で亡くなった人は82・5%でした。しかしその後、次第に医療機関で亡くなる人の割合は増え、25年後の1976年に割合が逆転、1999年には医療機関で亡くなる人が8割以上になりました。欧米で



飯塚病院 連携医療・緩和ケア科部長

柏木 秀行 (かしわぎ ひでゆき)

2007年飯塚病院内科研修を経て、2011年同病院緩和ケア科病棟を立ち上げ、2016年現職。公衆衛生学修士。経営学修士。現在、同院地域包括ケア推進本部副本部長、筑豊地区介護予防支援センター長。日本緩和医療学会専門認定・育成委員会委員。日本プライマリ・ケア連合学会プライマリ・ケア認定医・指導医、日本緩和医療学会緩和医療専門医。

は医療機関で亡くなる人の割合が約5割なので、日本での「病院死」の割合がいかに高いか、お分かりいただけると思います。私は、ほとんどの方が自宅で亡くなっていったという過去をよく知らないし、自宅での葬式の経験もありません。「家で最後を迎えることができるから、自宅に帰りたいなら帰りましょう」と勧めますが、そもそも昔は、それは別に特別なことではなかったはずなのです。

大谷 家族との面談の際に「昔は家でほとんど亡くなっていったでしょう」と言うと、50歳以上の人はうなずいてくれるのですが、それより若い方はほとんどの場合「いいえ、病院でした」という返事が返ってきます。昔は当たり前であった自宅で死を迎えるということとを、新しいこととして患者や家族に勧めている感じがします。

どうして病院で亡くなる人が増えたのでしょうか。

大谷 病院や施設で亡くなる人が増えてきた理由は、核家族化で一人暮らしの高齢者が増え、家で家族に看取られる環境にない人が増えたことも理由の一つです。また、訪問診療や訪問看護、訪問介護などの人材不足があって、

サービス提供体制が十分に整備されて活用されていない状況も続いています。こうしたさまざまな要因が影響し、自宅で最期を迎えることが、多くの人にとって困難な状況が続いているのだと思います。

柏木 50年前まで当たり前だったことが、医療の進歩、家族構成の変化などの影響で、在宅ではなくて、病院で人生の最終段階を過ごすというのが増えてきて、また、在宅での大変さに対する解決策として、介護施設などで過ごすための環境が整備されてきました。その一方で、失われた価値も含め、ここ最近在宅での看取りの若干の増加という、少し揺り戻しがきているという捉え方もできると思います。

緩和ケア病棟では
どのようなケアを受けることができるのですか。

大谷 人生の最終段階における医療・ケアには、全人的苦痛と呼ばれる、身体の痛みなどに対する「身体的ケア」のほか、不安や孤独感などに対する「精神的ケア」、仕事上や家庭内の問題などに対する「社会的ケア」、人生の意味への問いなどに対する「スピリチュアルケア」があります（図表1）。そ



聖マリア病院 ホスピス科診療部長

大谷 弘行 (おおたに ひろゆき)

1997年聖隷三方原病院初期研修・ホスピス科研修、2005年独立行政法人国立病院機構九州がんセンター緩和治療科を経て、2020年現職。日本緩和医療学会緩和医療専門医、日本老年医学会高齢者栄養法認定医、緩和ケア研修会修了、緩和ケア研修会新開催指針周知のための指導者研修会修了、医師の臨床研修に係る指導医講習会修了。

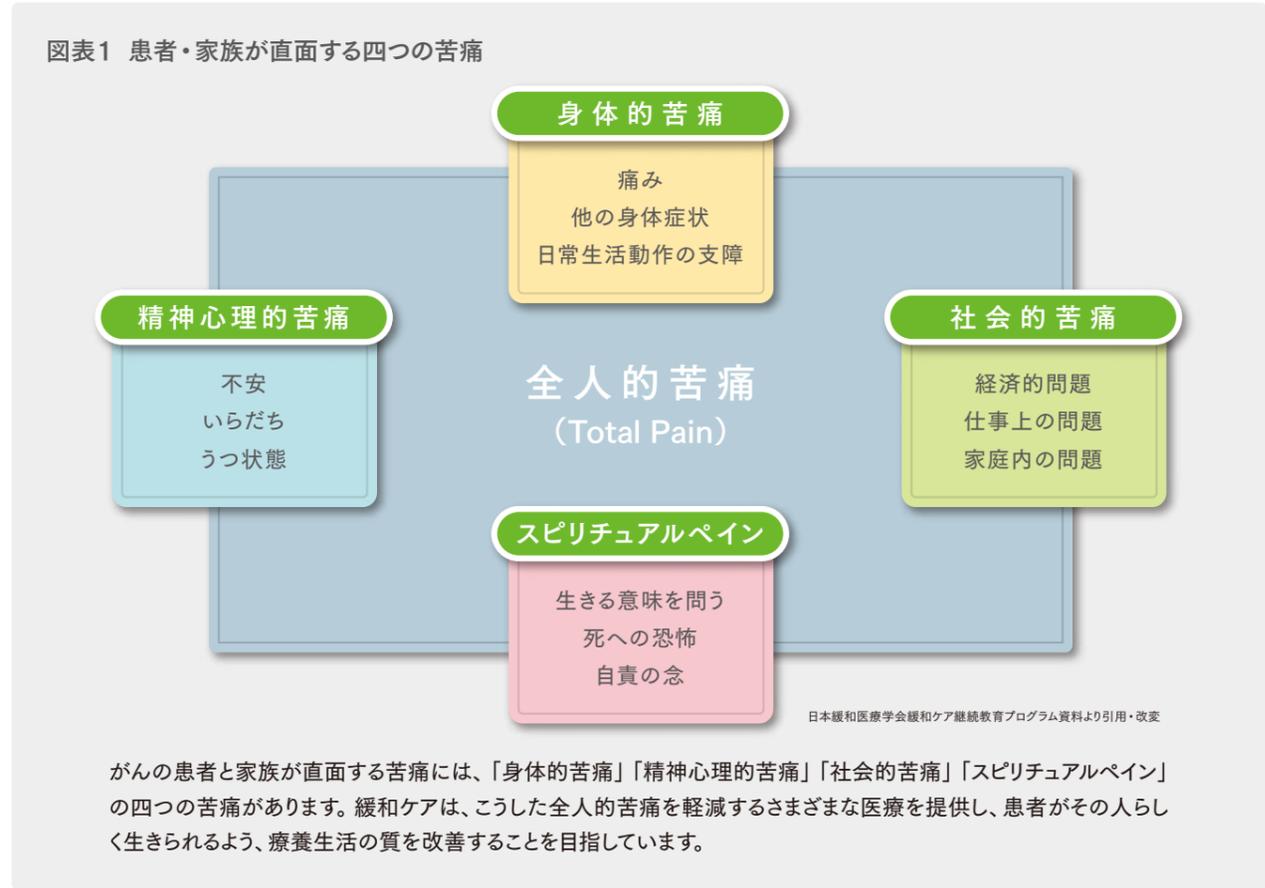
人生の最終段階を、病院や緩和ケア病棟で過ごす利点は、**どんなところにあるのでしょうか。**

大谷 以前、私が行った調査によると、『家』で過ごす意味として「気ままに過ごすことができる」「過去に思いをはせ、大事な人とつながる」、一方、『緩和ケア病棟』で過ごす意味として「安心・安全」ということが挙げられました(Otani H, Palliat Med Rep, 2020)。

柏木 病院で人生の最終段階のケアを提供している医療者としては、在宅が良いとか病院が良いとかの意識はあまりありません。厚労省がまとめた地域包括ケアシステムの五つの構成要素があります(図表2)。専門的なサービスである①医療・看護、②介護・リハビリテーション③保健・予防と、その前提としての④生活支援・福祉サービス、⑤住まいと住まい方が相互に連携し、在宅の高齢者の生活を支えるというイメージを示しています。実は、

の全人的苦痛に対し、緩和ケア病棟では、悪性腫瘍などの生命を脅かす疾患による苦痛や関連する問題のために自宅(自宅・介護施設など)での療養が困難な患者を入院の対象とし、専門職に非専門職(ボランティアなど)を加えた多職種チームによるアプローチを行い、患者とその家族(家族以外の介護者、患者が大切に思う人を含む)のQOL(人生と生活の質)の向上を目的とした全人的ケアを提供することに特化した医療・ケアを行っています。

聖マリア病院の緩和ケア病棟は16病床で、年間約150人を受け入れていています。**柏木** 飯塚病院では、緩和ケア病棟を2011年に立ち上げ、18病床で年間約290人を受け入れていています。数少ない病床の中で、多くの困っている患者を受け入れるために長期の入院は難しく、介護施設などとの連携をしながら運営をしています。NPO法人日本ホスピス緩和ケア協会のホームページには、協会加盟施設の最新データが紹



納得する必要があります。在宅での人生の最終段階の医療は、診療や支援を行う医療機関や介護施設との連携がなければ実施できません。在宅で看取ができる環境は整いつつあるものの、初めにも申したように、家族にとって在宅での看取りは初めての経験の方もいます。看取りの知識を広く普及させ、家族が不安なく看取りができるようにならなければなりません。

大谷 人生の最終段階の医療・ケアに、これが正解ということはありません。病院・施設で過ごすことも、在宅で過ごすことも、それぞれ良さがあります。最も大切なのは、当たり前のことですが、その話し合いを本人同席のもとですることです。本人同席の話し合いの中で、人生の最終段階を過ごす場所の話をきっかけにして、本人の今までとこれからの人生の話など、さまざまな本人の生き方を共有させていたいくことにつながります。

あらためて、患者や家族に伝えたいことはありませんか。

柏木 ヘルスリテラシー、すなわち健康や医療に関する正しい情報を入手し、理解して活用する能力は大事だと思います。例えば、介護保険でカバー

される範囲などをすべて把握するのは当然難しいでしょう。ただ、自分が希望するケアを受けようと思うならば、専門職と話しながら手続きを行う制度であることくらいは知っておいてほしいと思います。ある程度の年齢になったら、親を看取るとか、自分自身が病気になるとか、人生の中でいつかは突き当たる困難から逃げずに、備えておいてほしいと思います。

大谷 生き方を考えるきっかけとして、人生の最終段階を過ごす場について話し合うことは大切です。過ごす場については、病院に常駐している医療ソーシャルワーカーなどに相談するのもよいでしょう。相談する際には、いわゆる質問促進シートが参考になります。例えば、国立がん研究センター東病院（千葉県柏市）がまとめたパンフレット「重要な面談にのぞまれる患者さんとご家族へ」（P16のQRコード参照）は、「治療」「生活」「家族」「このころ」「この先のこと」などについて聞きたいことをきちんと聞くため、計53項目にわたって分かりやすく整理してあります。より良い人生の最終段階を過ごすため、きっと役に立つでしょう。

（この対談録は、2022年12月7日のオンライン対談をもとに再構成しました）

図表3 ホスピス緩和ケア病棟のある施設一覧（朝倉・筑後・筑豊地域 2023年7月現在）

一般的に「ホスピス」や「緩和ケア病棟」と呼ばれる、緩和ケアを専門的に提供する持病院です。入院対象は、がん患者とエイズ（後天性免疫不全症候群）患者で、循環器不全や呼吸器不全の患者を対象とする場合があります。老衰のように、緩和ケアを含む診療行為は行わず看取りのみを前提とした入院は基本的にできません。

施設名称	病棟形式	病床／総病床	年間入院患者数	緩和医療専門医	緩和医療認定医	緩和ケア認定看護師	医師	看護師	所在地 電話番号
朝倉医師会病院	院内病棟型	20床／224床	214人	—	1人	2人	2人 (兼1人)	15人	朝倉市来春422-1 0946-23-0077
嶋田病院	院内病棟型	14床／150床	170人	1人	—	1人	2人	14人	小郡市小郡217-1 0942-72-2236
聖マリア病院	院内病棟型	16床／1097床	148人	1人	—	1人	3人 (兼1人)	13人	久留米市津福本町422 0942-35-3322
古賀病院21	院内独立型	14床／199床	130人	—	—	—	2人	19人	久留米市宮ノ陣3-3-8 0942-38-3333
田主丸中央病院	院内病棟型	13床／343床	108人	—	—	1人	(兼1人)	15人	久留米市益生田892 0943-72-2460
長田病院	院内独立型	20床／182床	173人	—	1人	1人	1人	14人	柳川市下宮永町523番地1 0944-72-3501
みどりの杜病院	完全独立型	30床／30床	196人	1人	2人	1人	5人	28人	八女市立野362番地1 0943-23-0002
今野病院	院内病棟型	20床／67床	142人	1人	—	1人	1人	17人	大牟田市末広町5番地2 0944-52-5580
福岡県済生会飯塚嘉穂病院	院内病棟型	20床／197床	132人	—	1人	1人	2人	17人	飯塚市太郎丸265 0948-22-3740
飯塚病院	院内病棟型	18床／1048床	286人	3人	1人	4人	12人 (兼5人)	18人	飯塚市芳雄町3-83 0948-22-3800

一覧は、NPO法人日本ホスピス緩和ケア協会のホームページのデータに基づき、各施設に確認したものです。▽年間入院患者数は原則、2022年度実績。▽「緩和医療専門医」「緩和医療認定医」は、NPO法人日本緩和医療学会が認定した緩和ケアに関する専門的資格を有する緩和ケア病棟の医師の数。久留米大学病院（久留米市旭町67、電話0942-31-7759）では、一般病棟に入院している緩和ケアが必要な方に対して、緩和ケア専門スタッフチームがケアを提供しています。

図表2 地域包括ケアシステムの五つの構成要素

▼地域包括ケアシステムでは、生活基盤である「住まいと住まい方」「生活支援・福祉サービス」を植木鉢や土ととらえ、専門的なサービスである「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」を植物ととらえています。

▼植木鉢や土がなければ植物が育たないように、高齢者のプライバシーと尊厳が守られた「住まいと住まい方」、日常生活を送るための「生活支援・福祉サービス」があってこそ、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」が効果的な役割を果たします。



2013年3月 地域包括ケア研究会報告書より引用・改変

人がそこで過ごすために一番大事なのは、住まいなのですね。さらに、住まいと介護があるところでないとい、医療も提供できません。病気の高齢者にとって、一概に自宅が良いとか病院が良いとか言えず、生活の基盤として必要な住まいが整備され、患者の希望と経済力に基づく住まい方が確保されていることが重要なのです。

大谷 QOLとは、患者の身体的な苦痛の軽減や精神的、社会的活動を含めた総合的な活力、生きがい、満足度を意味するのですが、人生の最終段階のケアにおいては、過ごす場の環境が患者のQOLに大きな影響を及ぼすことが分かっています。

人生の最終段階の医療に携わる医師として、解決したい課題は何でしょうか。

柏木 まず、「人生の最終段階の医療・ケアを在宅で受け、家族と過ごしたい」という患者の希望に、医師としてどのように対応するかということですね。これには、家族の協力や医療機関との連携、看取りの知識の普及が欠かせません。家族にも暮らしや仕事があるため、協力を得るには患者と家族が十分に話し合いをして、関係者全員が



国立がん研究センター東病院編質問促進シート

臓器提供は尊い「命の贈りもの」 家族と話し合い、意思表示を。

人のからだは、機能が低下したり、事故や病気によって機能を失ったりすることがあります。生まれつき臓器の機能が著しく低下している場合もあります。一度その機能が大幅に失われると、機械や薬剤でその機能を補うことはたいへん難しくなります。臓器移植とは、臓器の機能が大きく低下した方に、他の人の臓器を移植し、健康を回復する医療です。移植は、善意によって臓器を提供する方を必要とします。さらには、社会の理解と支援があってはじめて成り立つ医療といえます。

移植の対象は6臓器と角膜

移植の対象となるのは、臓器移植法などにより定められた心臓、肺、肝臓、腎臓、脾臓、小腸の六つの臓器と角膜（眼球）です。

提供できる年齢は、人によって臓器の状態が異なるため一概には言えませんが、腎臓であれば70代、心臓であれば60代の方から提供され、移植に至った実績があります。また、角膜に関しては年齢の上限はないので、百歳を超えた方からでも提供が可能です。

実際に臓器提供を行う際には、事前に臓器移植を専門に行う医師により、移植可能な状態にあるか判断がなされ、可能性がある場合のみ摘出が行われることとなります。



福岡県メディカルセンター
臓器移植係
いわた せいじ
岩田 誠司

1994年東京農工大学卒。2001年福岡県臓器バンク入職。2003年福岡県メディカルセンター事業移籍。同年日本臓器移植ネットワーク認定取得（臓器移植コーディネーター）、2006年日本組織移植学会認定取得（組織移植コーディネーター）。福岡県臓器移植コーディネーター。

臓器提供の三つ種類

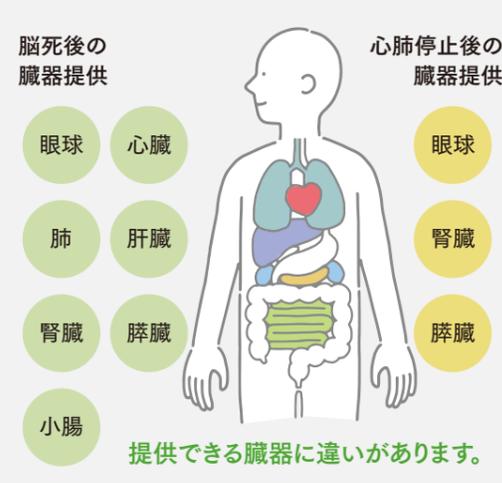
臓器提供には、亡くなった人からの①脳死後（脳死下）の臓器提供、②心臓が停止した死後（心停止下）の臓器提供（生体移植）③健康な人からの臓器提供（生体移植）の三つの方法があります（図表1）。ここでは、このうち亡くなった人からの臓器提供について紹介いたします。

一般的に、呼吸停止、心拍停止、瞳孔散大という三徴候を医師が確認し、いずれも該当する場合は死亡と宣告されます。よくドラマなどで目にするのがこの死亡確認です。

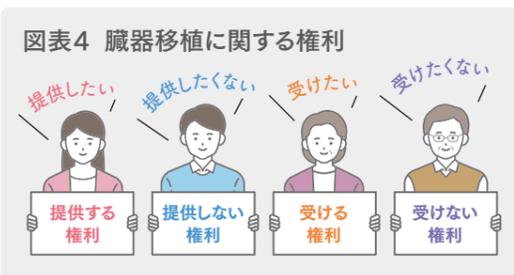
図表1 臓器提供の種類



図表2 脳死後と心肺停止後の臓器提供の違い



提供できる臓器に違いがあります。



「日本臓器移植ネットワーク」に登録している方の総数は、約1万5000人です。一方、1年間で臓器移植を受けた人はわずか2〜3%の約400人にとどまっています。移植を希望していても、亡くなる方が多いのが現状です。2021年の日本の人口1億000万人当たりの臓器提供者数は0.62です。これは、米国の68分の1、韓国の14分の1に過ぎず、他国と比べても臓器提供件数が少ないことが明らかです（図表3）。

な救命治療を行う病院に限定されています。これは、脳死下で臓器提供を行うには、現在の医学で最善の治療を受けたにも関わらず、脳死状態に陥った場合が対象とされているからです。そもそも、救命治療より臓器提供を優先することは倫理的にも許されません。

りますが、手術後にはきれいに縫合し、ガーゼやテープで覆い、傷が直接目に触れないよう配慮されています。よくある誤解例を2例挙げましたが、このように多くの誤解や偏見が散見されるのも、この医療の特徴と言えます。しかしながら、移植医療は、社会の理解を得るためにも、より高い倫理観と個人の尊厳の尊重、そして公明・公正さが重要視されている医療であることは断言できます。

ネット情報のよくある誤解

臓器提供については、インターネット上でもさまざまな情報が氾濫しています。その中には、正しい情報ばかりではなく、ありえないと思えるような間違った情報も多く見受けられます。例えば「臓器提供意思カードを持っていたら、臓器の提供が優先され十分な救命治療が行われないことがある」という情報がありました。

脳死下での臓器提供が行えるのは、救命救急センターや大病院など高度

手術は黙とうにはじまり、提供者への礼意を保持して粛々と行われます。手術のための傷は胸から下腹部までにな

健康を考えるきっかけに

現在、日本での臓器移植を希望して

心臓死は、からだ冷たくなっている「死」と確認しやすいかもしれませんが、「心臓が停止した死後の臓器提供」が可能になります。その場合、腎臓と脾臓、および角膜の提供が可能となります。

一方、脳死は、脳が全ての機能を失って回復しなくなった状態をいいます。脳死になると、どのような治療をしても回復することはなく、やがて心停止に至ります。意識は完全に失われ、自分の力では呼吸もできません。人工呼吸器などの助けによって、しばらくは心臓を動かし続けることができるため、血液の流れが維持され、身体は温