

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
2024

第5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

耳納山麓を源として筑後川に合流する巨瀬川。うきは市流川の遊歩道には約2 km にわたり約350本のソメイヨシノが群生、花が咲きそろう季節になると、あたりに淡い桜色の光を放ち、穏やかな春を演出する。やがて花は散り、惜春のときを迎える。題字は廣田皓華氏（福津市在住）

健康

日々の運動は「百薬の長」。

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。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

ご入会のお願い

財団の活動を支えていただく個人・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

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、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

日々の運動は「百薬の長」。

運動不足は、現代の世界中の人々の健康を害する大きな要因のひとつとなっています。今よりも少しでも多く体を動かすことが、生活習慣病をはじめとするさまざまな病気の予防や治療に繋がります。元気に長生きするために、今日からおうちでできる簡単な筋力トレーニングを紹介します。

「元気に長生き」実践のため

日本人の平均寿命は、男女ともに毎年伸びています。「元気に長生きしたい」というのは、誰もが望むことでしょう。一方、肥満、高血圧、糖尿病、心臓病、がん、慢性呼吸器疾患など、ウイルスや細菌などの病原微生物を原因としない病気（非感染性慢性疾患）は増え続けていて、世界の死亡の74%を占める「ナンバーワンキラー」といわれています。

これらの病気の原因の多くは、喫煙、運動不足、塩分が多いなどの食習慣、過度の飲酒など、いわゆる不健康な生活習慣とされています。これらの生活習慣は、日々の心がけ次第で変えられるのですが、このうち身体活動・運動が幅広い病気に予防効果を持ち、さらにどんな運動をどのくらいすれば



1984年久留米大学医学部卒業、同第3内科入局、1993年スウェーデン国エーテボリ大学留学、2009年久留米大学健康・スポーツ科学センター教授、2016年同保健管理センター長、2017年同人間健康学部教授、2021年同学部長。専門は循環器内科。

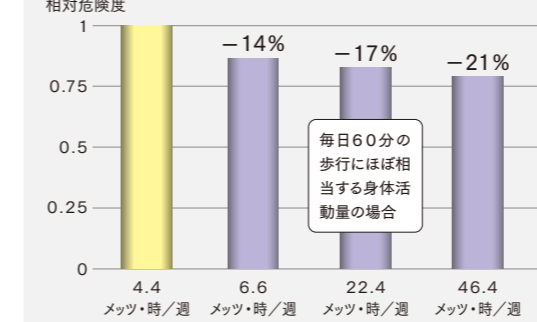
久留米大学
人間健康学部
学部長・教授
よしだ のりこ
吉田 典子

どのような効果が期待できるのかなどについて、さまざまな研究成果が報告されています。

病気の悪化や再発を防ぐ

日常的な運動習慣により予防できる病気として、まず心臓や血管の病気が挙げられます。運動は心血管病の原因となる動脈硬化（血管の老化）の進行

図表1 身体活動量が最も少ない群に対し、身体活動量が多くなるにつれ、死亡・病気のリスクは低くなる



運動基準・運動指針の改定に関する検討会報告書(2013年3月)より作成

を遅らせます。すでに心筋梗塞や狭心症になった方でも、適切な治療を受けて運動を継続することにより、病気の悪化や再発を防ぐことができます。心血管病以外では、運動は肥満、2型糖尿病、脳血管障害（脳梗塞や脳出血）、ロコモティブシンドローム、がんの一部（子宮体がん、乳がん、大腸・直腸がん）の発症リスクを低下させ、総死亡率を低下させることが報告されています（図表1）。さらに、習慣的な運動は、加齢による筋肉減少・筋力低下を防ぎ、介護予防やQOL（生活の質）の改善、認知機能やうつ症状の改善にも効果があることが分かっています。

1日60分以上の身体活動を

最新の研究結果をもとにした「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023（案）」が検討されています。それによると、「運動の効果」を得るためには、一般人で歩行またはそれと同等以上の身体活動を1日60分以上

（約8000歩相当）、さらに息が弾み軽く汗をかく程度以上の運動を週に60分以上、筋力トレーニングを週2〜3回行うことを推奨しています。

ここでいう身体活動は、日常生活の家事、仕事、通勤・通学などに伴うすべての動作からなる「生活活動」と、健康・体力の維持・増進を目的として計画的・定期的に実施する「運動」に分類されています。従って、1日60分の身体活動は、必ずしも「今から散歩！」と構える必要はありません。通勤時に一っ手前のバス停で降りて歩く、職場では別のフロア（階）のトイレに行くなど、日常の家事や仕事中の動作を増やすように常に心がけることが大切です。

さらに、やや強度の高い速歩の散歩や趣味のスポーツなどを週1日60分以上行えば、推奨の運動量に達することができます。歩数や消費エネルギー量が表示される携帯電話のアプリやスマートウォッチを活用し、日々の運動量を確かめるのもお勧めです。

高齢者に欠かせない筋力維持

筋力トレーニングは、健康づくりを目的とする場合、自身の体重（自重）を利用したスクワットや腕立てなど特別な道具を必要としない方法でも効果

図表2

腿上げ: 背もたれから背中を離して座り、片方のももを座面から離れるように上げて10秒静止して下す。左右交互に。

足上げ: 膝を伸ばして10秒静止してから下す。膝の上に力が入っていることを確認。反対側も同様に。

椅子スクワット: 股関節を曲げるように。膝を曲げ、おへそを見るように、頭から肩甲骨が床から離れるよう持ち上げ10秒静止しゆっくりと元に戻す。

バックブリッジ: お尻は上げすぎず、腰を反らさないように10秒静止しゆっくりと下す。

おうちでできる簡単筋力トレーニング
各運動はゆっくりと10回ずつ行いましょう。

公益財団法人長寿科学振興財団 健康長寿ネットより <https://www.toyjyu.or.jp/net/kenkou-toyoujyu/shintai-training/resistance.html>

が期待できます。筋力トレーニングは、実施後の回復時間が必要なもので、1日以上の間隔をおいて実施しましょう（図表2）。65歳以上の高齢者では、身体活動は

が増加することが明らかとなりまして。平日1日の総座位時間が8時間以上上の日本人は、男性の38%、女性の33%と多く、日本人の座位時間は世界的にかなり長いことが報告されていま

1日40分、運動は散歩などの有酸素運動・筋力トレーニング・バランス運動・柔軟運動など多要素からなる運動を週3回以上行うよう推奨しています。加齢による筋力低下や転倒予防のためには、高齢者ほど筋力トレーニングやバランス運動が重要です。できる範囲で少しづつ取り入れるだけでも、若い人よりその効果を実感しやすいといわれています。

無理なく、可能な範囲で

「運動は諸刃の剣」であり、運動で病気が悪化したり、危険な病気を誘発したりすることもあります。運動時に胸痛や息切れ、めまい、失神などの症状がある方、医師から心臓病と診断された方、治療中の病気のある方、運動で悪化しそうな骨・関節の問題がある方は、運動を開始する前にかかりつけ医に相談したり、医療機関を受診するなどして、安全に運動を行うことが大切です。

筋力や体力のレベルには個人差があります。紹介した運動量は「めやす」です。ご自身で運動をやってみて「気持ちがいいやきつい」の程度で、無理をせず行ってください。可能なものから取り組み、今より少しでも多くからだを動かすことを心がけましょう。

新たな国民病 慢性腎臓病CKD 早期に見つけ、透析を避ける。

腎臓の働きが健康な人の6割未満に低下するか、タンパク尿が出るといった異常が3か月以上続く状態をCKD（chronic kidney disease＝慢性腎臓病）といいます。加齢とともに腎機能が低下するので、高齢者ほどCKDが多くなります。透析にならないよう定期的に健康診断を受け、異常がある場合には、かかりつけ医や専門医療機関で適切な検査や治療を受けてください。

患者は20歳以上の7人に1人

国内のCKD患者数は、現在1480万人といわれており、20歳以上の7人に1人はCKDであると報告されています。

CKDが進行すると、腎機能が悪くなる腎不全という状態になります。尿から毒素などが排泄できなくなると、血液に毒素が蓄積、吐き気や全身倦怠感、むくみなどさまざまな症状を引き起こし、最終的には死に至ります。末期腎不全の状態にならないと自覚症状が現れないことから、腎臓は「沈黙の臓器」と表現されます。末期腎不全に陥ると、透析や腎移植などの腎代替療法が必要になります。

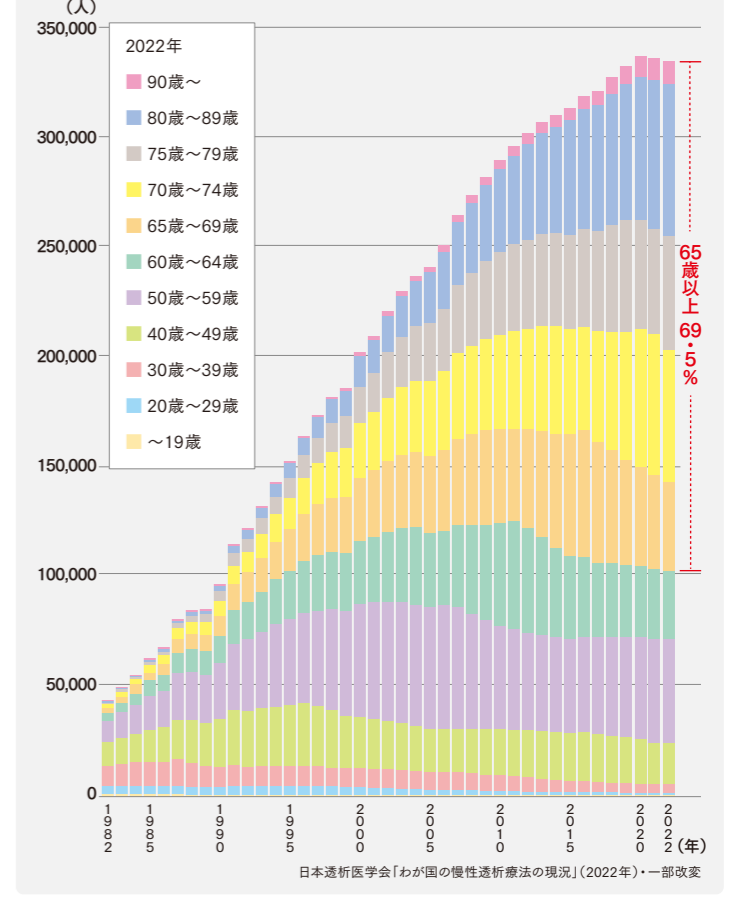
国内の透析患者数は、約34万人を超えており、その数は増加の一途をたどっています（図表1）。



久留米大学医学部
内科学講座
腎臓内科学部門教授
ふかみ けい けい
深水 圭

1993年久留米大学医学部卒業、第三内科（現心臓血管内科）入局、2002年同腎臓内科学講座入局、2004年オーストラリアBaker Institute Heart and Diabetes Institute 留学、2009年同准教授、2015年5月現職。専門は腎臓内科学。

図表1 慢性透析患者数と年齢分布の推移（1982-2022年）



影響を受ける二次性腎疾患があります。

二次性腎疾患は、高血圧や糖尿病などの生活習慣病や膠原病、がん、薬剤（痛み止め）などが原因となり、尿蛋白や尿潜血が出現し、腎機能が低下する疾患が含まれます。

血液検査で分かる腎機能の指標にeGFR（推算糸球体濾過量）があります。eGFRは、血液中の特定の老廃物の値と年齢・性別で計算でき、腎臓内の糸球体のような毛細血管の塊である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示します。若い方は通常100（単位：mL／

生活習慣病などが原因に

腎臓病には、免疫などを介して生じる原発性腎疾患と全身の疾患や薬剤から

現在、透析導入腎疾患の第1位は糖尿病性腎症であり（38・7%）、高血圧による腎硬化症、慢性腎炎と続きます。いったん腎機能が低下すると不可逆的に悪化し、末期腎不全の状態になることから、CKD患者の早期発見・治療のために、尿検査や血液検査を積極的に進める必要があります。

染色体顕性（優性）多発性嚢胞腎や、心不全などを合併するファブリー病です。これらは早期に診断できる場合も多く、治療が可能な疾患です。さらに、CKDに対して保険適用となったフォシーガやジャディアンスという薬があります。糖を尿に排泄して血糖を下げるSGLT2阻害薬で、当初は糖尿病治療薬として使用されていましたが、CKDに対する改善効果が報告され、国内でも使用が可能となっています。

適切な腎代替療法の選択

CKDの治療は、なぜ腎機能が悪化しているのかを常に考えて行う必要があります。しかし、治療を行っても腎機能が悪化し、eGFRが5～10程度に低下した場合には、腎代替療法として、血液透析、腹膜透析、腎移植、保存的加療を選択します。

血液透析は、シャントと呼ばれる血管を前腕や上腕に作製し、そこから血液を抜いて、毒素を取り除き、身体に戻す治療法です。1回4～5時間、週3回行うので、病院に入院する必要がありません。

腹膜透析は、自分のお腹で透析をする在宅治療になります。お腹に透析液を入れ、腹膜で毒素を抜く方法で、1

異常あれば検査・治療を

CKDの発症や進展を阻止するため、普段の生活で気をつけてほしいことをまとめました（図表2）。透析にならないよう積極的に健診を受診し、異常が見られた場合には、かかりつけ医や専門医療機関に問い合わせ、適切な検査や治療を受けてください。大切な家族が悲しまないためにも、定期的な健診をよろしくお願いいたします。

CKDの治療は、原疾患によって異なります。原発性腎疾患と診断された場合には、ステロイドや免疫抑制薬な

分／1.73平方メートル）前後ですが、60未満になるとCKDと診断し、30未満では高度腎機能低下となり、5～10程度に低下すると透析や腎移植などの治療が必要となります。

一方、検尿結果はeGFRが低下する前に出現する腎障害のサインなので、早期発見に重要です。検尿は、採血と違って針などを刺すこともなく、尿を採るだけなので、侵襲はありません。

検尿によって尿蛋白や尿潜血が見られれば、腎臓に何か異常がある可能性があります。尿蛋白だけ、もしくは尿蛋白と血尿の両方が陽性であれば、腎炎などを発症している可能性が考えられますが、血尿だけの場合には、腎がん、腎結石、膀胱癌、膀胱炎などを鑑別する必要があります。

いったん検尿異常によりCKDが疑われた場合には、腎生検を実施します。この検査は実際に腎臓の組織を採取する検査で、最終診断に必要です。腎臓に針を刺すため出血リスクがあり、入院のうえ検査を行います。

注目される遺伝性腎疾患

CKDの治療は、原疾患によって異なります。原発性腎疾患と診断された場合には、ステロイドや免疫抑制薬な

図表2

| CKD 予防のため普段の生活で気をつけること | |
|------------------------|------------------------------|
| 血 圧 | 130/80mmHg 未満を目標に！ |
| 塩分制限 | 高血圧があれば6g/日未満を目指しましょう！ |
| 体重管理 | 肥満、極度の痩せすぎに注意！ |
| コレステロール | 悪玉(LDL)コレステロールを120mg/dL 未満に！ |
| 薬 | 忘れずに！痛み止めはあまり使わないように！ |
| 喫 煙 | 禁煙を！ |
| 運 動 | 適度な運動を！ |
| 飲 水 | 夏場など脱水に注意！ |

どで治療を行います。二次性腎疾患の場合、糖尿病や高血圧によるCKDであれば、血糖や血圧コントロールのためにカロリーや塩分制限、適度な運動、禁煙などが必要であり、その上で改善がなければ薬物治療が開始されます。

最近、遺伝で腎機能が悪化する腎疾患が注目されています。CKDに関連した家族歴がある場合には、遺伝性腎疾患が腎機能低下に影響している可能性があります。例えば、腎臓にたくさん

免疫力を活性化、肝細胞がん排除 画期的な治療薬が続々登場。

肝臓にできる肝臓がん（肝がん）のうち、肝臓の主な細胞である肝細胞が肝硬変などによってがん化したものを肝細胞がんと呼びます。肝細胞がんは、一度根治をしても高率に再発をきたす厄介な悪性腫瘍です。しかし2009年以降、治療効果の高い薬物療法などが相次いで登場し、遠隔転移のある肝細胞がんに対しても治療が可能となりました。

福岡県南部に多い 肝細胞がん

肝細胞がんの患者数は、以前から西高東低の傾向があり、特に佐賀県東部や福岡県南部は、全国でも屈指の肝細胞がん多発地帯です。その理由としては、以前筑後川に生息していた日本住血吸虫に感染した患者の治療により、C型肝炎ウイルス感染が拡散し、その後の肝細胞がんの大量発症に繋がったという説もあります。

従って、その筑後川の川べりに位置する久留米大学において、以前から肝細胞がんに対し病理、外科、内科で活発に研究や診療が行われてきたことも、至極自然なことと考えられます。



大牟田市立病院
病院長
とりむら たくし
鳥村 拓司

1982年久留米大学医学部卒業、同第二内科入局、2006年久留米大学病院肝臓センター長、2011年久留米大学先端癌治療研究センター教授、2013年同医学部内科学講座消化器内科学部門教授、2016年久留米大学病院副院長、2022年現職。専門は消化器内科学。

進行がんに対応する 化学療法も

超音波検査やCT、MRI検査などの画像診断の発達が不十分であった1980年以前は、肝切除などによる根治可能な段階での発見が困難であり、ほとんどの症例が腹痛などの自覚症状で病院を受診し、巨大肝細胞がんとして発見されました。従って、肝細胞がんの予後は極めて不良で、私が学生時代に勉強した内科学書には、肝細胞がんの予後は確か3〜6か月程度と記載されていたように思います。

その後、1980年代後半から超音波検査やCTが普及し、さらに肝細胞がん早期発見のためのサーベイランスの方法や早期肝細胞がんの病理学的概念が確立されたことから、早期肝細胞がんの診断が容易となり、エタノール注入療法、マイクロ波凝固療法、そして現在における内科的根治術の主力であるラジオ波焼灼療法が相次いで登場しました。外科的治療では肝臓移植が導入され、ドナー不足の問題はあるものの、現在最も予後の良い治療法として認識されています。

これら治療法の発達により、予後も急速に改善されました。さらに、門脈

浸潤など高度に進行した肝細胞がんに対し、一部の施設ではカテーテルを留置し、皮下に埋め込んだポートから繰り返し抗がん剤を注入する肝動注化学療法が行われるようになり、それまでは治療法がなかった脈管侵襲を伴う肝細胞がんに対しても治療の門戸が開けられました（図表1）。

当時、肝細胞がんの臨床研究は、欧米でほとんど興味を持たれませんでした。このため多くの研究が我が国から発信されましたが、残念なことに当時は大規模な無作為前向き比較試験という概念が普及しておらず、研究の多くが後ろ向き小規模な研究であり、エビデンスレベルの低いものでした。

この傾向は現在まで続き、分子標的薬の登場とともに急速に普及した無作為前向き比較試験が欧米で積極的に行われ、肝細胞がんの臨床研究の主導権は、欧米の研究者が握ったままになっています。

進化した標準的薬物療法

2008年、SHARP試験により分子標的薬のソラフェニブが切除不能進行肝細胞がんに対して有効であることが大規模な無作為比較試験で証明さ

図表1 治療法の変遷

| | |
|--------|---|
| 1970年代 | 肝切除 |
| 1980年代 | エタノール注入療法（1983年） 肝動脈化学塞栓療法（1985年） |
| 1990年代 | マイクロ波凝固療法（1994年） 肝動注化学療法（1995年） ラジオ波焼灼療法（1999年） |
| 2000年代 | 分子標的薬（2009年） |
| 2010年代 | — |
| 2020年代 | 免疫チェックポイント阻害薬（2020年） |

図表2 肝細胞がんの病期分類

| | T1 | T2 | T3 | T4 |
|---|--------------|-------|-------|---------|
| ①腫瘍が1つに限られる ②腫瘍の大きさが2cm以下 ③脈管（門脈、静脈、胆管）に広がっていない | ①②③ すべて合致 | 2項目合致 | 1項目合致 | すべて合致せず |
| リンパ節・遠隔臓器に転移がない | I期 | II期 | III期 | IV期 |
| リンパ節転移はあるが、遠隔転移はない | IVA期 | | | |
| 遠隔転移がある | IVB期 | | | |

国立がん研究センター東病院ホームページ・一部改変

肝細胞がんの病期は、がんの大きさや個数、がんがほかの臓器に転移しているかなどによって決まります。病期分類にはいくつかの種類があり、「臨床・病理 原発性肝癌取り扱い規約」（日本肝臓学会編）などが用いられます。分類法によって、同じステージでも内容が異なります。

れました。2018年には、本邦発のレンパチニブがソラフェニブとの比較で非劣勢が証明され、ソラフェニブと共に一次治療薬として使用可能となりました。

二次治療薬としては、レゴラフェニブ、ラムシルマブ、カボザンチニブが登場、一次治療薬で治療効果が得られなくなった症例も治療が可能になりました。

2020年に腫瘍免疫を活性化（免疫チェックポイント阻害剤）する抗PD-1抗体のアテゾリズマブと抗VEGF抗体のベバシズマブの併用療法が使用可能となり、さらに2023年に抗PD-1抗体のデュルマルマブと抗CTLA-4抗体のトレメリムマブの2種類の免疫チェックポイント阻害剤の併用療法も使用可能となりました。

現在、5種類の分子標的薬と免疫チェックポイント阻害剤を用いた2種類の全身薬物療法が使用できますが、第一選択薬としてアテゾリズマブ+ベバシズマブ、もしくはデュルマルマブ+トレメリムマブのどちらかの治療法を用い、その後、分子標的を用いるのが標準的治療法となっています。

国内の臨床データ活用を

阻害剤の導入により、遠隔転移のある肝細胞がんに対しても治療が可能となりましたが、肝予備能が良好な症例に限られているのが難点です。

今後さらに肝細胞がん症例の予後を改善するためには、非根治症例の治療において、肝動脈化学塞栓術と薬物療法の併用のように、複合治療で各々の治療法の長所を合算して、より強い治療効果を引き出すことが必要と思われます。さらに、現在の治療法の多くは肝予備能が比較的良好な症例を対象にしているが、実際は肝予備能が低下している肝細胞がんがかなり存在します。このため、機能の低下した肝臓にダメージの少ない治療法の充実が必要です。

わが国での肝細胞がんの治療法は、ガイドラインに定められています。その多くはエビデンスに基づいているものの、海外のデータが多く用いられ、実臨床と乖離があるように思われます。多少エビデンスレベルが下がっても、日本のデータを多用し、実臨床に即したものに修正したほうが使いやすいと思われれます。

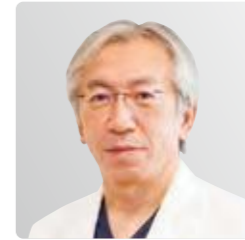
心不全治療、新薬と手術で様変わり 発症以前の早期介入が肝要。

心不全とは「心臓のポンプ機能が低下して、全身の臓器が必要とする血液を十分に送り出せなくなった状態」のことです。急性心不全で入院した人の約6%が入院中に、約23%が1年以内にそれぞれ亡くなり、また約26%が1年以内に心不全によって再入院するといわれています。

心不全の原因と治療

心不全パндеミックの到来

現在の日本は超高齢社会に突入しています。それに伴い、心不全の患者数



新古賀病院
病院長

かわさき ともひろ
川崎 友裕

1988年大分医科大学卒業。2002年新古賀病院循環器科部長、2003年同心臓血管センター長（内科部長）、2009年同センター長、2012年同副院長兼心臓血管・リズムセンター長、2022年現職。久留米大学医学部臨床教授。専門は循環器内科。



新古賀病院
心臓血管・リズム
センター長
こがし ひさし
古賀 久士

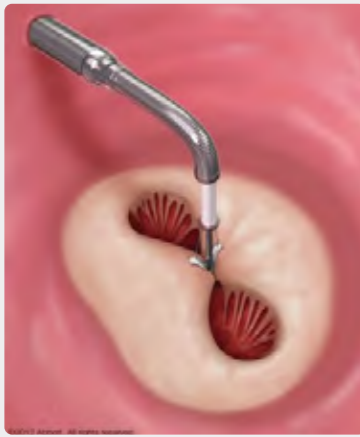
1993年熊本大学卒業。2009年新古賀病院心臓血管センター循環器内科部長、2018年同主任部長、2022年4月から同心臓血管・リズムセンター長。日本内科学会総合内科専門医、日本循環器学会専門医、日本心臓血管インターベンション治療学会専門医。

最新の低侵襲治療

心不全の原因の一つである弁膜症などの構造的な疾患に対し、近年カテーテルを用いた低侵襲治療が行われるようになりました。具体的には、大動脈弁狭窄症（AS）に対するTAVI（経カテーテル的大動脈弁留置術）と、僧帽弁閉鎖不全症に対するマイトラクリップ（経皮的僧帽弁接合不全修復術）があります（図表2）。

高齢者でも可能なTAVI

TAVIは、大腿動脈から挿入し人



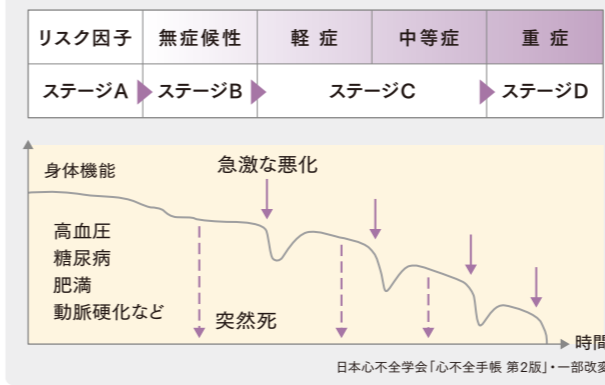
図表2
カテーテルを用いる低侵襲治療の概念図。高齢者でも適応可能なTAVI（上）と弁接合不全を解消するマイトラクリップ（下）

は年々増加し、2030年にピークに達すると推計されています。このように、近い将来、高齢心不全患者が大幅に増加する「心不全パндеミック」の到来が予想されています。心不全パндеミック状態になると、病院が高齢心不全患者であふれ、急性期治療が必要な患者の病床確保が困難となる事態が予想されます。このため、日常生活において心不全を予防し、再発させない治療が重要です。

大切な予防マネージメント

心不全は徐々に進行します。201

図表1 心不全の進展ステージ



治療アルゴリズム大幅改定

心不全、特に左心機能が低下した心不全（HFrEF）に対しては、ACE阻害薬／ARB＋β遮断薬＋ミネラルコルチコイド拮抗薬（MRA）＋利尿薬などが基本治療薬として従来から長らく使用されてきました。

近年、アンジオテンシン受容体ネブライシン阻害剤（ARNI）、SGLT2阻害剤（本来は糖尿病治療薬）など新規の薬物療法のエビデンスが相次いで報告され、2021年に日本循環器学会の「心不全診療ガイドライン」

工弁を取り付けたカテーテルを用いて、傷んだ大動脈弁の内側に人工弁を留置します。従来の外科的的人工弁置換術に比べて、人工心肺を用いず開胸しないため、体への負担が少なく、入院期間も短くなるため、高齢者でも治療が可能です。

高齢者のASの主な原因は、加齢に伴う動脈硬化といわれ、超高齢社会の日本でもAS患者は年々増加しています。海外のデータでは75歳以上のAS罹病率はなんと10%以上、そのうち治療介入を検討すべき重症ASが約3%という報告もあり、その多さが分かっています。

2002年にフランスで初めて治療に成功したTAVIですが、日本では2013年に治療が開始されました。初年度は全国で93件、翌2014年には957件、その後右肩上がりに増加、2019年には8000件を超え、外科的弁置換とほぼ同じ症例数まで増加しています。

負担少ないマイトラクリップ

マイトラクリップは、大腿静脈から挿入したカテーテルを用いて、僧帽弁閉鎖不全症の原因となっている僧帽弁前尖と後尖の接合不全部分にクリップをかけることで接合不全を修復し、逆

流を制御する方法です。僧帽弁の逸脱などによる器質的逆流（DMR）は外科治療が第一と考えられます。しかし、心筋梗塞や心筋症などによって生じた左室拡大の結果生じた僧帽弁逆流や、心房細動による心房拡大／弁輪拡大による機能的逆流（FMR）の場合は、僧帽弁の形態・年齢・心機能・併存疾患などを総合的に判断し、外科治療とマイトラクリップの治療選択を慎重に検討、判断しています。

心雑音がある、心臓が大きい、少し動くと息切れがする、すぐに深呼吸をしたくなるなど、心疾患を疑う症状の場合は、循環器専門医の受診を検討ください。

このようにカテーテルを用いた低侵襲の弁膜症治療が導入され、その治療件数は年々増加している現状がありますが、従来の外科的弁置換がなくなることはなく、その実績と確実性からも若い弁膜症患者においては第一選択の治療法であることに変わりはありません。

しかし、これからはすべての弁膜症患者を年齢や併存疾患、全身の状態（フレイルの程度）、ご本人の希望などを考慮し、外科的手術とカテーテル手術のどちらを選択するかを内科・外科の垣根を取り払ったハートチームで決める必要があります。（古賀）

患者・予備群2250万人のケアに注力 合併症リスク下げQOL向上。

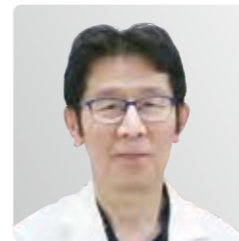
糖尿病は、インスリンの不足や効果の低下によって起こる慢性的な代謝異常疾患の一つで、体内のブドウ糖（血糖）などの栄養素を適切に処理できなくなり、血糖などが高くなります。厚生労働省の調査では、2019年時点で20歳以上の患者と予備群は、糖尿病を強く疑われる人は治療中を含め1,196万人、可能性を否定できない人1,055万人、計2,251万人と推定されます。

1型と2型、二つのタイプ

糖尿病は一般的に、1型糖尿病（自己免疫により膵臓のインスリン産生が不足）と2型糖尿病（細胞がインスリンの作用に十分に反応できなくなる）の二つの主要なタイプに分類されます。それぞれのタイプには異なる原因とリスクファクターが関与しています。

1型糖尿病は通常若年層で発症し、免疫系が誤って膵臓のインスリン産生を攻撃し破壊します。このため、患者は外部からのインスリン補給が必要です。一方、2型糖尿病は主に成人で見られ、生活習慣、遺伝、肥満などが関与します。初期は軽度な症状で進行し、徐々に進行していくことが一般的です。

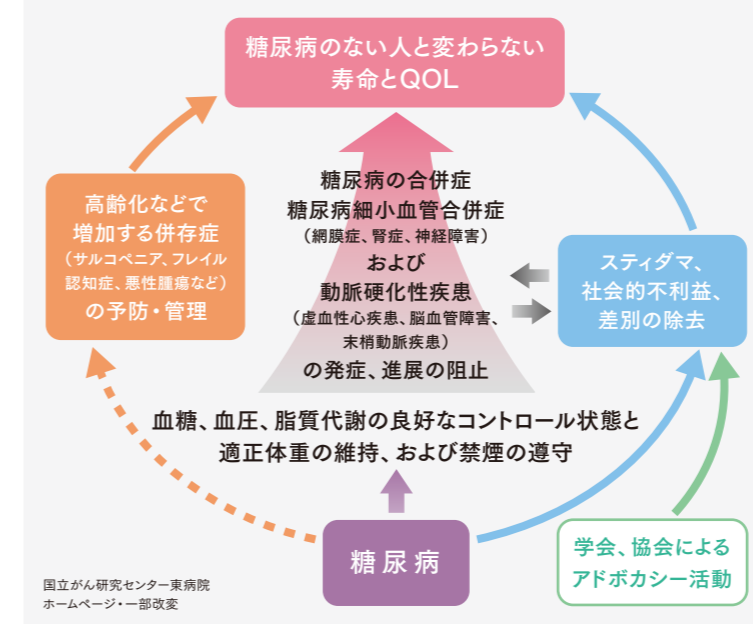
糖尿病は、血糖変動の乱れによって



聖マリア病院
糖尿病センター長
さとう ゆういち
佐藤 雄一

1985年熊本大学医学部卒業。医学博士（九州大学）。九州大病態機能内科学糖尿病研究室、日本糖尿病学会糖尿病専門医、日本糖尿病学会研修指導医、日本内分泌学会内分泌代謝・糖尿病内科領域専門研修指導医、アメリカ糖尿病協会（ADA）会員、ヨーロッパ糖尿病学会（EASD）会員。

図表1 糖尿病治療の目標



治療の目標は、糖尿病を持たない人と変わらない寿命とQOL（生活の質）です。そのためには、血糖レベルを適切に管理し、糖尿病の発症、合併症の予防や進行を遅らせることです。（図表1）

さまざまな合併症を引き起こす可能性があります。網膜症（視力障害）、腎症（腎機能低下）、神経障害（感覚や運動機能の低下）、動脈硬化（心血管疾患・末梢動脈疾患）、認知症やサルコペニア・フレイルなどのリスクが高まります。

早期の検査・診断が重要

糖尿病の主な症状には、多尿、のどの渇き、体重減少、疲労感、視覚の変

化などがあります。ただし、これらの症状は高血糖状態が一定の期間継続されたのちに起こることが多く、すでに病状が進んでいる可能性があります。これらの症状などがみられる前に、検査などでの早期の検査と診断が重要です。

検査には、血糖に関連する検査として、空腹時または随時の血糖検査、HbA1c測定などがあります。インスリン分泌や抵抗性に関する検査として、インスリンやCペプチド測定があります。また、糖尿病の診断に重要な検査として、75g経口ブドウ糖負荷試験があります。色々の状況で糖尿病が疑われた時には、糖負荷試験が重要です。

生活環境の改善で病態抑制

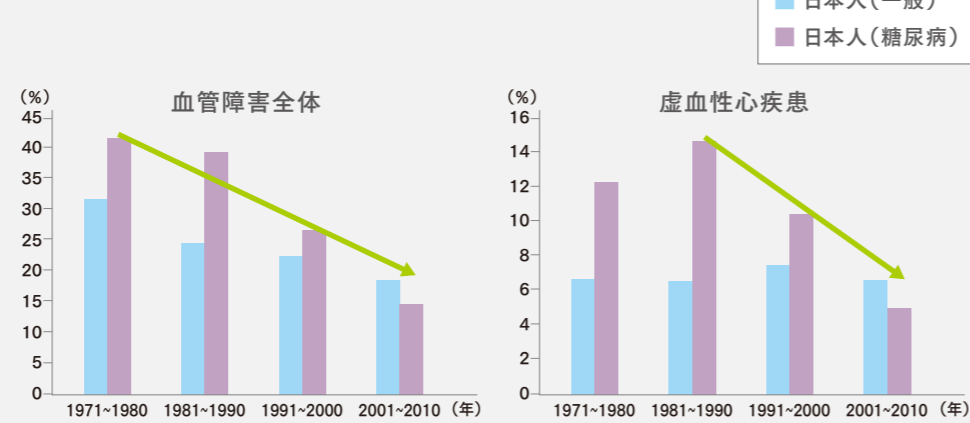
生活環境の改善はとても重要で、バランスのとれた食事、適切な運動、体重管理、充実した睡眠、ストレス解消などが血糖だけではなく健康管理に効果的です。2023年11月には「英国糖尿病予防プログラム（UK diabetes prevention program）」という研究成果が科学誌「ネイチャー」に発表されました。生活習慣への介入によって糖尿病を抑制することが非常に大規模な集団で示されました。

ただ、生活環境への介入で病態の改善が不十分な場合や高血糖が著しい場合は、病態に応じた薬物療法が必要になることがあります。1型糖尿病ではインスリン注射が主流であり、2型糖尿病では食事療法、運動、経口血糖降下薬に加え、必要に応じてインスリンやGLP-1受容体作動薬などの療法が組み合わされることがあります。

社会経済や文化要因を考慮

糖尿病は慢性的な疾患であり、治療と管理を続けることが求められます。最近の調査では、以前に比べると生活環境の見直しや治療法の進歩で、血管障害などの病気で死亡する割合は低下

図表2 糖尿病患者と一般人の死因別死亡率の推移



日本人の糖尿病患者が病気で死亡する割合は低下し続けている

国立がん研究センター東病院ホームページ一部改変

習慣を唯一の原因とするのは、誤解かつ誤りで、生活習慣の背景にある周辺環境や社会経済、文化要因を考慮する必要があります。ただ、コロナ禍を機に、色々な場面で分断が起こっている可能性があり、糖尿病に関する医療状況も例外ではなく、糖尿病を持つ人へのステイグマ（烙印）が助長されることが感じられます。

「烙印」解消に向けた活動も

糖尿病を持つ人だけではなく医療従事者や市民・企業・行政などで組織されている日本糖尿病協会は近年、そのステイグマを解消しようと活動しています。アドボカシー活動といわれるもので、ステイグマを解消できない人に代わり、その実現を支援する活動です。その一端が「糖尿病」という呼称の変更です。呼称（病名ではありません）が変わるといふ単純なことではなく、糖尿病という言葉やその響きにまつわる印象を払拭したいとの意思で提案しています。

が重要です。その際に医療機関で糖尿病についての知識や技術やストレス管理について相談することも大切です。以上でお分かりの通り、糖尿病は、遺伝・環境・行動の複合疾患（communicable disease）です。生活

しています（図表2）。早期の発見と適切なケアにより、合併症のリスクを軽減し、患者のQOLを向上させることが可能です。そのためには、定期的な検査や治療の継続が大切で、糖尿病を持つ人やその家族などが積極的にケアを行うこと

増える大腸がん、年15万人 早期発見に役立つ健康診断。

大腸がんは、大腸（結腸・直腸）に発生するがんで、腺腫という良性のポリープががん化して発生するものと、正常な粘膜から直接発生するものがあります。早期では自覚症状がほとんどなく、進行すると症状が出るが多くなります。大腸がんの診断から治療までを解説します。

患者数で 男性3位、女性2位

大腸は、長さ約1・5メートルの管状の臓器で、栄養分を吸収したあとの排泄物から水分などを吸収し、便をつくるために必要な臓器です。右下腹部の盲腸から始まり、結腸を経て直腸から肛門とつながります。この臓器にできる悪性腫瘍の代表的なものが「大腸がん」です。

部位別にみると、S状結腸と直腸にできるものが全体の約7割を占めます。最初は内側の粘膜から発生し、そのままにしておくと徐々に大きくなり、大腸以外の臓器に広がっていく疾患です。

日本においてこの「大腸がん」の患者数は増加傾向にあります。現在、年



久留米大学
医学部外科学講座
主任教授
ふじた ふみひこ
藤田 文彦

1995年長崎大学医学部卒業、第二外科入局、1999年同大学院博士課程入学、2001年米シダーズ・サイナイ医療センター1留学、2005年長崎大学移植・消化器外科助教、2015年長崎大学病院准教授、2017年久留米大学外科学講座講師、2023年4月同教授。専門は下部消化管外科。

初期の段階はほぼ無症状

大腸がんは、初期の段階ではほとんど無症状ですが、病状が進んでくると排便障害（便秘や下痢など）や血便（便に血液が混ざること）などの症状が現れます（図表1）。特に血便については、がんができた部位で特徴が異なり、小腸に近い盲腸や上行結腸にできた場合は、黒色便（黒い便）となっており、出血していることに気づかないことがあります。

一方、肛門に近いS状結腸や直腸にがんができた場合は、便に赤い血液が付着することで自覚されます。中には自己判断で痔だと思いついて病院を受診されない患者さんもいるようです。また、このように出血することで気付かないうちに貧血となっており、採血検査で貧血を指摘されて診断されることもあります。

その他、急な体重減少や腹部に腫瘤（硬い塊）を触れることが発見の動機になることもあります。

便潜血反応あれば 内視鏡検査

大腸がんを早期に発見するためには定期的な健康診断が重要です。大腸がん検診で通常行われている検査は、便潜血反応検査です。これは便の中に混ざっているわずかな血液成分を検出する検査で、簡単に行うことができます。

この便潜血反応検査で陽性となった場合や、血便、下痢を認めた場合には肛門から内視鏡を挿入して検査する大腸内視鏡検査が必要となります。

大腸内視鏡検査では、腫瘍ができている場所やその大きさなどを直接観察することができ、さらに、その腫瘍の一部を採取することで大腸がんの診断を確定することができます。大腸がんの診断がいついたら、その広がっている範囲を確認してその後の治療方針を決定するために、全身のCT検査などを行います。

増えてきた低侵襲手術

大腸がんの治療法には、内視鏡治療、手術、薬物療法、放射線療法などがあり、がんの進行度（ステージ）（図表2）によって適切な治療法が選択されます。

術後5年間は 定期検査が必要

手術で大腸がんを切除できても、その後には再発することがあります。再発する時期は手術後数月から数年とさまざまですが、そのほとんどが5年以内に再発します。そのため、手術を受けてから最低5年間は、定期的に検査を受ける必要があります（図表3）。

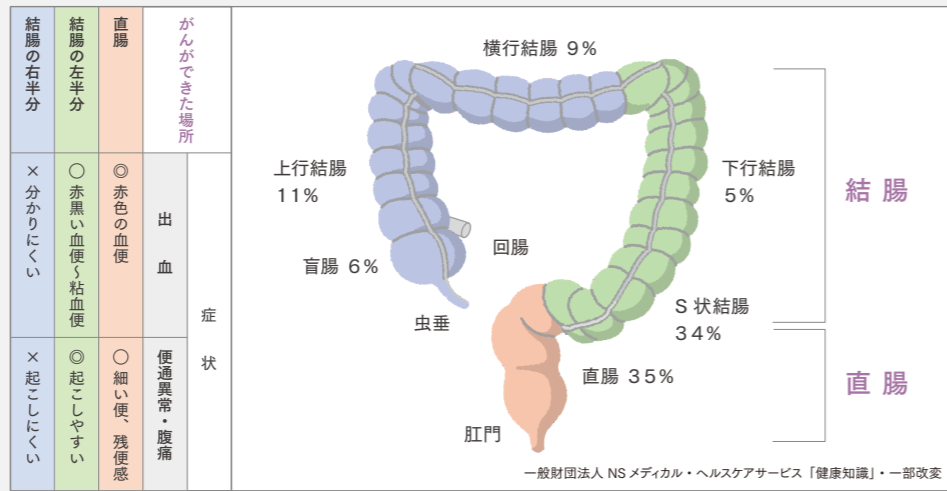
再発した場合、その再発部位や数などによって治療方針を決定しますが、基本的には切除が可能であれば手術療法が選択され、難しい場合には薬物療法や放射線治療が選択されます。

信頼できる 情報サイトの活用を

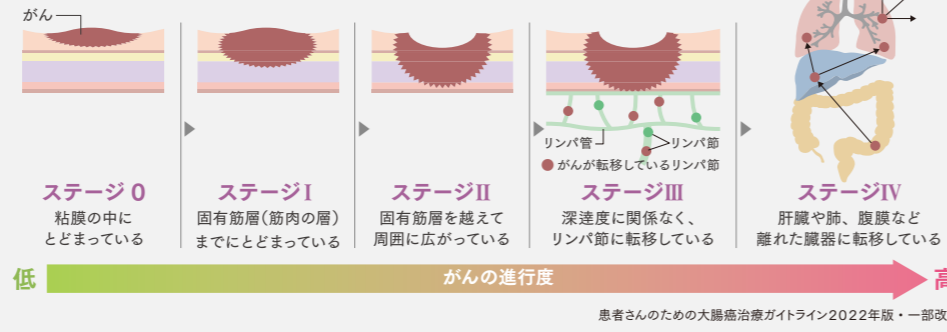
今回は、大腸がんについてその概略を症状から治療などを中心にまとめてみました。字数も限られているため、手術の具体的な内容や薬物療法の種類、副作用などの詳細についてはお伝えできませんでした。大腸がんに関する情報についてはインターネット上にあふれていますが、信用できない内容のものも多く存在します。信用できる情報サイトをいくつか挙げておきますので、ご参照ください（図表4）。

この度の内容が、皆様にとって有益な情報になったのであれば幸いです。

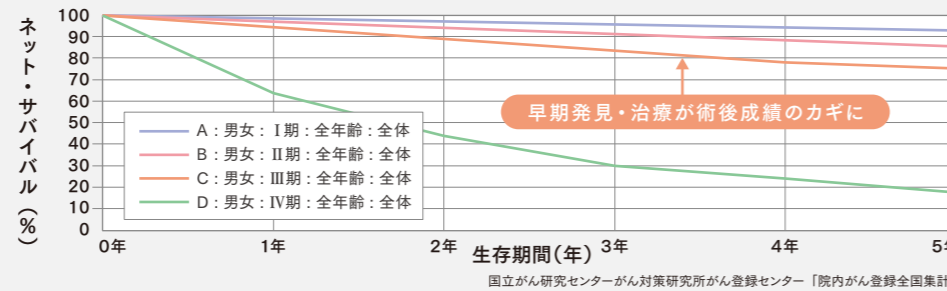
図表1 大腸がんの発生部位と割合、主な症状



図表2 大腸がんの進行度



図表3 大腸がんの5年生存率（2014-2015年）



図表4 大腸がんに関する情報サイト

| | |
|--------------------|---|
| 大腸癌研究会 市民の皆様へ | https://www.jsccr.jp/forcitizen/index.html |
| ブルーリボンキャンペーン | https://www.cancernet.jp/brc/ |
| 国立がん研究センターがん情報サービス | https://www.ganjoho.jp/public/institution/index.html |

が難しい場合には、薬物療法や放射線療法が選択されます。

近年、大腸がんの薬物療法は大きく進歩しており、がんの遺伝子情報を調べた上で、より効果が期待できる薬物療法を選択できるようになりました。

例えば、早期で見つかったがんに対しては、内視鏡治療で切除することが可能な場合がありますが、がんが大きい場合や周囲のリンパ節に転移が疑われる状態だと、手術による腸管切除が必要になります。最近の大腸がんの手術では、腹腔鏡手術やロボット手術な

住民・他職種・行政がつながり、生活を支える 介護サービスの円滑利用のために。

超高齢社会の日本で、社会保障費を抑えながら「住まい」「医療」「介護」などのさまざまな面から効率的に高齢者を支えるという「地域包括ケアシステム」。この国の政策の下、公的介護保険を利用する際の複雑な手続きの流れや注意点、利用計画を作るケアマネジャー（介護支援専門員）の役割、多様なサービス・施設の利用方法について、それぞれの専門家に聞きました。

久留米市健康福祉部

「地域包括ケアシステム」の目的は何でしょうか

地域包括ケアシステムは、地域を基盤としたケア（community-based care）と包括ケア（integrated care）の二つの考え方を融合させたものです。

このシステムの目的は、地域の医師や看護師などの多職種が市区町村や住民と連携し、住まい、医療、介護、介護予防、生活支援を一体的に提供し「住み慣れた場所で高齢者を含む住民の生活を支え合う仕組み」を実現することです。完成目標は、団塊の世代が75歳以上となる2025年。地域Ⅱ住み慣れた場所とは単なるエリアではなく、コミュニティを意味し、生活圏として約30分以内に必要なサービスが提供される中学校区を単位として想定されています。

国の介護保険制度について教えてください。

こうしたシステムの下で、個人が具体的に介護に関するサービスを受ける際の基本となるのが公的介護保険です。高齢者の介護・介護予防を社会全体で支える仕組みとして、国が200

0年4月に導入しました。これは、40歳以上の人が医療保険に加入している介護保険料を納め、介護が必要になったときにサービスが受けられる社会保険です。65歳以上は「第1号被保険者」、40～64歳は「第2号被保険者」となります。第1号被保険者は、要介護状態になった原因を問わずサービスを受けることができます。第2号被保険者は、加齢などに起因する特定の16疾患によって要介護状態になった場合にサービスを受けることができます。

公的介護保険では、訪問介護（ホームヘルプ）など多様な介護サービスを、利用者自身の要介護度や収入に応じて1割～3割の費用負担で利用できます。

介護保険を利用するための手続きの流れはどうなっているのですか。

まず、地域包括支援センターに相談してください。相談は無料です。センターでは、保健師や主任ケアマネジャー（主任介護支援専門員）、福祉士の資格を持つ専門家が、利用者の心身の状態や生活状況などを聞き取り、要介護認定手続きの流れを説明します。久留米市では11か所のセンターを設けています。

続いて、介護保険認定申請書を現住所の市区町村窓口に出します。電子



藤木達也 介護保険課 課長
田原由起子 介護保険課 主幹
溝江利尚 地域福祉課 課長補佐
藤原誠二 地域福祉課 課長

久留米市健康福祉部

申請も可能で、家族などが申請を代行できます。申請後、認定調査員（市区町村職員、市区町村の委託法人の調査員など）による自宅訪問で、手足の動きや視力・聴力、排泄介助の要否、認知機能などの聞き取り調査を受けます。調査には家族の同席が望ましく、普段の様子を正しく把握してもらうよう努めましょう。

サービス事業所を選ぶには、どうしたら良いのでしょうか。

認定の可否は、①訪問調査を基にしたコンピューターによる一次判定、②介護認定審査会（市区町村の付属機関）での主治医意見書を踏まえた二次

図表2 要介護度と目安となる心身の状態イメージ

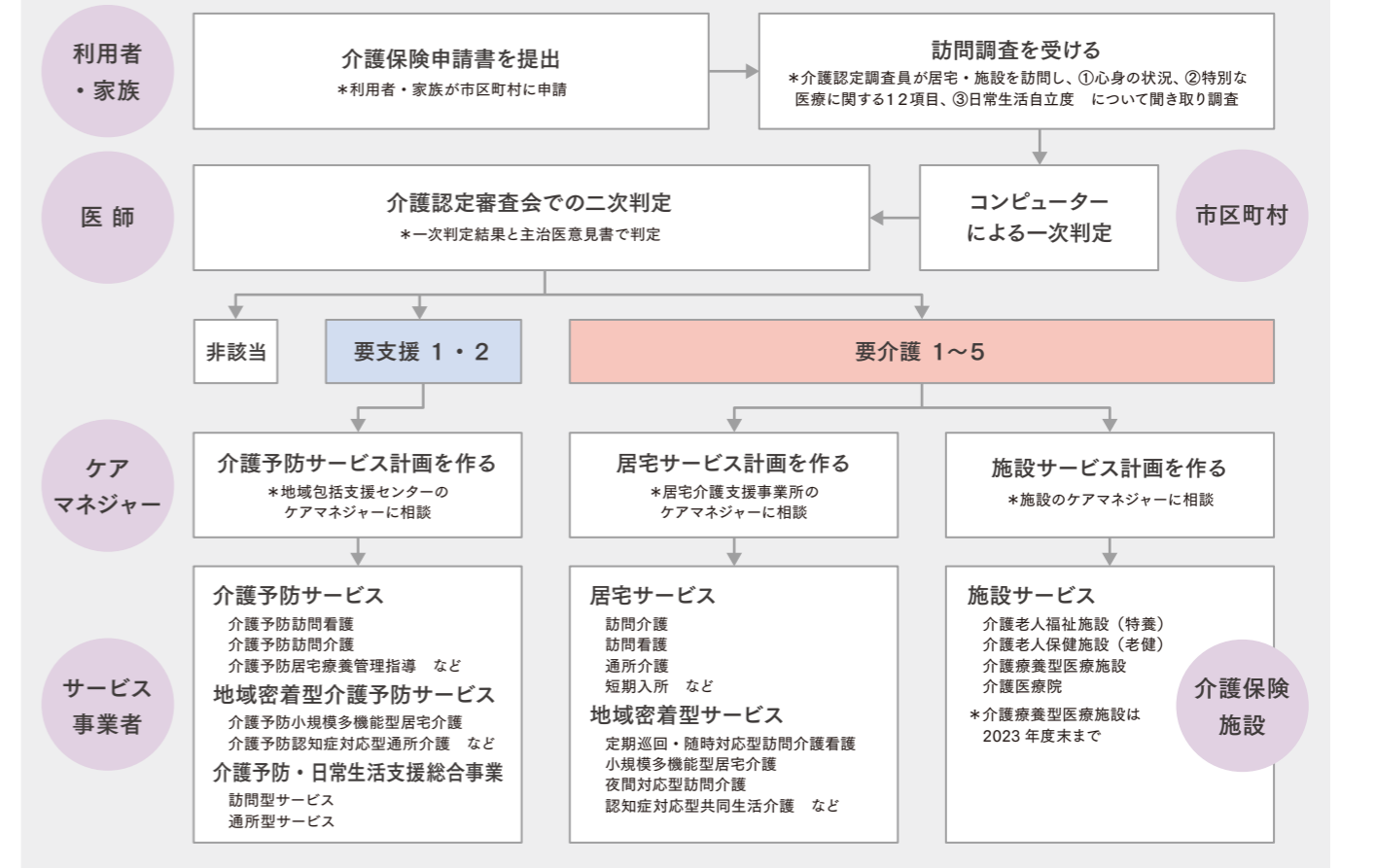
| 要支援 | 1 | 食事や入浴、排せつなどの日常生活を1人で送ることができるが、買い物や掃除、家事などに支援を必要とする。 |
|-----|--|--|
| 要介護 | 2 | 歩行や立ち上がりが不安定であるため、入浴で背中を洗えなかったり杖や手すりを必要としたりする。 |
| | 1 | 身体能力や認知機能が低下し、入浴や排せつ、着替えなどの複雑な動作に介護を必要とする。 |
| | 2 | 物忘れなど認知機能の低下がみられ、お金の管理や服薬、爪切りなど生活全般に見守りや介助を必要とする。 |
| | 3 | 歩行器や車いすを使用しており、食事や歯磨きなど日常生活において全体的な介助を必要とする。 |
| | 4 | 理解力やコミュニケーション能力が低下し、自力で座ったり歩いたりできないなど全てにおいて介助が必要である。 |
| 5 | 寝たきりの状態で会話などのコミュニケーションさえ困難であり、おむつの交換や寝返りなどに介助を必要とする。 | |

判定で決まります（図表1）。申請から原則30日以内に、市区町村から認定通知書が届きます。

介護認定審査会は、医師を中心に歯科医師、看護師、ケアマネジャー、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、保健師など専門家5～7人で構成されます。要介護度は、目安となる心身の状態などにより、要支援が2段階、要介護が5段階に分かれています（図表2）。

認定通知の際、サービス事業所リストと一緒に送られてきます。その中から事業所やサービス計画を作るケアマネジャーが在籍する居宅介護支援事業

図表1 介護保険の要介護認定、サービス提供の流れ



所などを選びます。厚生労働省は、24時間対応などサービスが優れている事業所を認定し、特定事業所加算で優遇しています。加算状況は、同省の「介護サービス情報公表システム」（図表4）などで調べることができます。サービス事業所や居宅介護支援事業所を選択する際に役に立ちます。

久留米市などの取り組みを教えてください。

久留米市は現在、①在宅医療・介護連携の推進、②認知症施策の推進、③地域ケア会議の推進、④生活支援サービスの体制整備、⑤介護予防・日常生活支援総合事業という重点項目を掲げています。アンケートによると、介護サービスを受けることで状態が良くなったと感じる人が約1割います。要介護の認定数がある程度抑制できており、介護予防の施策の成果だと評価しています。

介護保険事業を円滑に進める計画は、久留米市以外にも大牟田市など朝倉・筑後地域のすべての市町村で策定・実施されています。市町村によっては、介護保険制度の仕組みや利用方法、具体的なサービス内容、相談窓口などを知るためのパンフレットを発行しています。活用ください。

多職種・住民連携をリードする 久留米医師会理事 牟田文彦



厚生労働省の統計によると、認知症や脳血管疾患、高齢による衰弱などにより、80〜84歳で27%、85歳以上で59%の人が、要支援・要介護の認定を受けています。介護専門のスタッフがいる施設介護を受けられる高齢者は3割弱で、7割以上は在宅介護を余儀なくされています。久留米医師会は久留米市などと連携し、独自の地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいます。

要介護認定の際の医師の役割を教えてください。

主治医の場合、介護認定審査会へ主治意見書の提出が求められます。主治医が申請者の疾病の状況などについて意見を記すもので、コンピューター

による一次判定や介護認定審査会での二次判定の資料として用いられます。介護認定審査会は、保健・医療・福祉の各分野から選ばれた専門家で構成されており、一次判定結果や主治医意見書に基づいて、医師が中心となって認定判定を行います。

地域包括ケアシステム構築の取り組みとは。

久留米地域は、歴史的に医師同士の緊密な繋がりがあります。さらに、久留米医師会として2023年度末までの6か年計画で「誰もが住み慣れた地域で安心して生活できる久留米」を目指して、久留米市域包括ケアシステム(Kurume Integrated Care System: KICS)の構築を進めてきました。KICSには、久留米歯科医師会、久留米三井薬剤師会も参加しています。古賀病院21、久留米総合病院、久留米大学病院医療センターを中核病院として、地域の開業医や訪問看護師、薬剤師などに加え介護サービス事業者の参加も得て症例検討会を定期開催し、在宅医療のルール策定など実績を重ねています。

地域の特徴を教えてください。

久留米地域は、医療的ケア児の受け

入れに柔軟です。医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU(新生児集中治療室)などに長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろうなどを使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のことです。地域には約70人おり、聖マリア病院小児科NICUで受け入れています。

医療的ケア児は今後、さらに増える見込みです。新生児から15歳までは久留米大学病院や聖マリア病院の小児科で診るけれども、それ以上の「移行期のケア児・者」をどうするかを考えておく必要があります。

システムの構築・運用に果たす医師の役割とはどのようなものですか。

地域包括ケアシステム構築には、強いリーダーシップが必要であり、医師の役割は大きいと思います。システムの構築が進まない地域は多く、その原因としてリーダーシップの欠如や医療者の協力不足が指摘されています。

逆に、医師がリーダーシップを発揮している地域では、多職種連携が円滑に進むケースが多いようです。医師として、医療・介護・福祉・保健と生活支援の重要性を理解し、多職種・住民と手を携えて、問題解決に努めたいと思います。

希望や心身に応じて 最適プラン

福岡県介護支援専門員
協会筑後支部理事
山田明美



ケアマネジャー(介護支援専門員)とは、要介護者や要支援者の相談に応じるとともに、心身の状況にふさわしい介護サービスを受けられるよう、サービスなどの提供計画「ケアプラン」を作成し、市区町村や医療、サービス事業者、施設などとの連絡調整を行います。ケアマネジャーは、要介護者や要支援者が安心して自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的な知識・技術を持っています。

ケアマネジャーの役割を教えてください。

介護に関するサービスの利用者は、身体の状態や生活能力がそれぞれ異なるので、その利用者に最適なサービス内容やサービス事業者を選ばなければ

なりません。介護保険法に基づく介護サービスは、通所リハビリテーション(デイケア)や訪問介護(ホームヘルプ)など数多くあります(図表3)。これらの利用条件や費用の計算方法は複雑です。ケアマネジャーは、地域の事業者のサービス内容や費用などに詳しく、介護保険の支給限度基準額に収まるよう、サービスの選択と手続きを支援してくれます。利用者は、ケアマネジャーに関わる費用を負担する必要はなく、市区町村が全額負担します。

ケアマネジャーをどうやって探すのですか。

ケアマネジャーは①要介護での居宅サービス、②要支援での居宅サービス、③施設サービスによって勤務先が異なります。

要介護で居宅サービスを受ける場合は、居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャーに依頼します。居宅介護支援事業所は、市区町村や地域包括支援センターが発行するリストから探すことができます。久留米市など全国約70の自治体が発行する介護サービス事業者情報誌「ハートページ」には、居宅介護支援事業所名や所在地、電話番号、受付時間、ケアマネジャーの人数などが掲載されており、ケアマネジャー探しに役立ちます。

居宅介護支援事業所には「併設型」と「独立型」があることにも注意しましょう。併設型は、訪問介護事業所やデイサービスと併設され、全体の9割を占めます。併設のサービス内容を調べれば、事業所の特徴や、どのようなケアマネジャーが多いのかなどを知ることができます。かかりつけ医や周囲の口コミを参考にしたり、介護業界で働く知人・友人に相談したりするのも良いでしょう。

要支援で居宅サービスを受ける場合は、一般的に地域包括支援センターのケアマネジャーが担当します。同センターが委託した居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当する場合もあります。

施設サービスのケアマネジャーは何をするのですか。

施設サービスを受ける場合は、それぞれの施設に勤務するケアマネジャーに施設サービス計画の作成などを依頼します。施設では、施設サービス計画

図表3 介護サービス一覧

| 利用場所 | 種別 | サービス名 |
|----------------------|------------------------------------|----------------------|
| 自宅で生活しながら利用 | 居宅サービス計画 | 居宅介護支援(ケアマネジャー) |
| | | 通所介護(デイサービス) |
| | | 通所リハビリテーション(デイケア) |
| | | 介護予防通所リハビリテーション |
| | | 従前相当通所型サービス |
| | 施設に通い利用 | 地域密着型通所介護 |
| | | 療養通所介護 |
| | | 認知症対応型通所介護 |
| | | 介護予防認知症対応型通所介護 |
| | | 短期入所生活介護(ショートステイ) |
| | 自宅で利用 | 介護予防短期入所生活介護 |
| | | 短期入所療養介護(医療型ショートステイ) |
| | | 介護予防短期入所療養介護 |
| | | 訪問介護(ホームヘルプ) |
| | | 訪問入浴介護 |
| 自宅で生活しながら利用 | 自宅で利用 | 介護予防訪問入浴介護 |
| | | 訪問看護 |
| | | 介護予防訪問看護 |
| | | 訪問リハビリテーション |
| | | 介護予防訪問リハビリテーション |
| | 公的施設 =社会福祉法人や自治体が運営 | 居宅介護住宅改修 |
| | | 介護予防居宅介護住宅改修 |
| | | 小規模多機能型居宅介護 |
| | | 介護予防小規模多機能型居宅介護 |
| | | 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 民間施設 =利用者ニーズに応じ集客 | 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) | |
| | 介護老人保健施設(老健) | |
| | 介護療養型医療施設=2024年3月末廃止予定 | |
| | 介護医療院 | |
| | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(小規模特別養護老人ホーム) | |

サービス名に「介護予防」とある介護予防サービスは、要支援の場合に利用できる。生活機能を維持・向上させ、要介護状態の予防に適している。緑字表記の地域密着型サービスは、要支援、要介護の住民が住み慣れた地域で生活できるよう、市区町村が地域の実情に合わせて整備する。

図表4 介護保険サービスを知るためのサイト

- ▷厚生労働省「介護サービス情報公表システム」(介護事業所・生活関連情報検索)(<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>)
- ▷公益財団法人長寿科学振興財団「健康長寿ネット」(<https://www.toyjyu.or.jp/net/kaigo-seido/index.html>)

思いやりある成熟社会めざして 助かる命を助けられる国に。

「臓器の移植に関する法律」が制定されて20年以上。海外と比較して、いまだにわが国では脳死移植は普及しておらず、移植で助かる多くの命が失われています。一般財団法人久留米・筑後移植医療推進財団理事の藤堂省先生に、日本における臓器移植の現状を伺いました。



一般財団法人
久留米・筑後移植医療推進財団理事
藤堂 省
とら さん

1971年九州大学医学部卒。1994年米国ピッツバーグ大学教授、1997年北海道大学教授、2013年聖マリア学院大学大学院特任教授を歴任。現在、社会医療法人天神会新古賀病院顧問。

臓器移植は、臓器不全で死に瀕している患者を助ける唯一の救命法です。それには健康な方、あるいは心停止後や脳死患者からの臓器の提供が必要です。脳死臓器提供者は、米国や韓国では10年前と比べて飛躍的に増加していますが、日本はほとんど増えていません。そのため、待機患者の多くが移植を受けられずに亡くなっています。臓器移植にかかる費用はすべて保険適応になっていますが、海外で移植を受ける渡航移植では、高額な医療費などさまざまな問題も起きています。日本には移植を望む多くの患者と優れた移植外科医があり、世界中で使われる免疫抑制剤も日本の製薬会社が開発したものです。ただ一つ、患者を助ける臓器が足りないのです。

国内の脳死臓器提供者数は1000例を超えました。提供は、大学病院などの5類型認定施設での家族への選択

「助かる命を助けられる国に」との標語は、ドイツで永年心臓外科医として活躍し、多くの日本人を心臓移植で救ってきた南和友先生（ドイツ・ポツダム大学永代教授、NPO法人ハート・ハート理事長）の言葉です。彼はドイツで、私は米国でたくさん患者を手術しましたが、ともに「日本も臓器移植で命を救えるように」と決意、20数年前に帰国して以来、移植推進活動を続けてきました。臓器移植法が出来て27年。臓器移植の歩みは遅々たるもので、まだまだ多くの命が失われています。ある女流作家が「臓器移植は重層的な社会の成熟度の現れだ」と述べました。一人一人が考え、判断し、それを医療界と国が支える、おおらかな社会にしたいものです。

医療現場の負担どうする

に基づいてサービスを実施します。ケアマネジャーは、居宅サービス、施設サービスのいずれに関わる場合も、介護保険制度や介護・医療の知識が豊富でなければ、利用者や家族の要望に十分に応えることができません。介護保険外のサービスの知識もあれば利用者の選択肢を増やすことができ、より良い介護につながります。

ケアマネジャー選択のポイント

ケアマネジャーは、介護保険を利用する際のキーパーソンです。何よりも、利用者や家族の立場を考えて要望をしっかりと聞いたり、ていねいにアドバイスしたりしてもらえるか、確認しましょう。所属する居宅介護支援事業所が居宅から近いと、急ぎの用件のときに迅速に対応してもらいやすくなります。

所属事業所の併設のサービスを押しついたり、利用者や家族の要望を理解しようとしないう、地域の情報に疎く専門知識が偏っていたりするケアマネジャーは要注意です。「相性」が悪く、長く付き合っていくのは難しく、感じた場合は、ケアマネジャーや居宅介護支援事業所を変更することができず、地域包括支援センターなどに相談しましょう。

暮らしの基盤を
切れ目なく提供

久留米市介護福祉
サービス事業者協議会
理事長
重永啓輔



地域包括ケアシステムでは、高齢者のプライバシーと尊厳が守られた生活の基盤となる「住まい」が整備され、高齢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最も大切なこととされています。高齢者向け入所型施設には「介護施設」や「介護施設を除く老人ホーム」として数多くの種類があり、利用者はその特徴を理解する必要があります。

介護サービスには、どのような種類があるのですか。

公的介護保険制度では、要介護度によって受けられる介護サービスが決まっています。要支援と判定された利用者は、介護予防サービスを受け、要

多くの患者が待機中に死亡

臓器移植は、臓器不全で死に瀕している患者を助ける唯一の救命法です。それには健康な方、あるいは心停止後や脳死患者からの臓器の提供が必要です。脳死臓器提供者は、米国や韓国では10年前と比べて飛躍的に増加していますが、日本はほとんど増えていません。そのため、待機患者の多くが移植を受けられずに亡くなっています。臓器移植にかかる費用はすべて保険適応になっていますが、海外で移植を受ける渡航移植では、高額な医療費などさまざまな問題も起きています。日本には移植を望む多くの患者と優れた移植外科医があり、世界中で使われる免疫抑制剤も日本の製薬会社が開発したものです。ただ一つ、患者を助ける臓器が足りないのです。

脳死提供、年間わずか100例

2010年に「臓器の移植に関する法律」が改正され、提供を拒否していない限り、すべての年齢層の患者さんから臓器提供が可能になりました。改正前に比べて脳死臓器提供者数は増えましたが、年間100例前後にとどまっています。移植される臓器は、突発的な事故や病気で脳死になった方から提供されます。従って、常日頃から脳死と臓器提供について考えておくことが必要です。

費用はどれくらいかかるのですか。

公的介護施設を除く高齢者向け住まいには、軽費老人ホーム（自立型ケアハウス）、有料老人ホーム（住宅型・

介護付き）、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）があります。これらにはそれぞれメリットやデメリットがあり、入居する上で何を優先するか、利用者や家族の価値基準が必要です。

特養や老健、軽費老人ホーム、養護老人ホームは、主な設置主体が社会福祉法人、医療法人である公的施設です。サービス費用が比較的抑えられていることから人気があり、地域によっては入居待ちとなっています。低所得者を優遇する施設もあります。費用は、特養（原則要介護3以上）の場合、入居一時金はなく、月額8〜13万円。これに対して、民間施設の住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などは、公的施設よりサービス内容が多様ですが、費用は高めに設定されています。

協議会の活動を教えてください。

久留米市介護福祉サービス協議会には、居宅介護支援や訪問介護、訪問看護、グループホーム、有料老人ホームなど11分野計402事業者が参加。サービス向上を目指し、研修会などを通じて、情報交換を行っています。久留米市の委託事業にも取り組んでおり、全国的に珍しいネットワークが目されています。

失われ続けている多くの命

肢提示で行われますが、大半の施設ではあまり積極的ではありません。懸命な救命活動に加えて、意思表示の確認、家族との話し合い、臓器提供の選択肢提示、ドナー管理、脳死判定など、医療現場に大きな負担がかかるためです。これまでの臓器提供の8割以上は家族からの申し出でした。日頃から臓器提供について家族で話し合うことが大切です。