

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
2022

第2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

筑後川河岸北側の丘から見下ろした山田堰（朝倉市山田）。アフガニスタンの砂漠を農地に変えた中村哲医師は、2世紀以上に作られたこの築堰技術にヒントを得て、大河からの取水に成功した。題字は廣田皓華氏（福津市在住）

健康と栄養

おいしく楽しく食べる。

おいしく楽しく食べる。

健康寿命を延ばし、いつまでも元気に生きるためには、栄養バランスがとれ、活動量に見合った食事の量が大切です。しかし、食べ物についての情報があふれ、どのように食べればよいのか分かりにくくなっています。栄養とは何か。何をどれくらい食べればよいのか。なぜ食べることが大切なのか。久留米信愛短期大学の山下浩子先生に聞きました。

そもそも栄養とは何でしょうか？

「栄養」とは、私たちが生きる、成長する、健康を維持・増進するなど、生命現象を営むうえで、外界より必要な物質を取り込み、活用する仕組みのことです。必要な物質を「栄養素」といいます。私たちは、栄養素を含んだ食品を組み合わせて調理した食事を「食べる」ことで体内に取り込み、消化・吸収・代謝を経て、その働きを活用しています。

「食べる」ことは、体の健康だけでなく、心の健康を保つために大切な役割をしています。私たちは家族など誰かと一緒に食べることで、コミュニケーションを深め、社会性を培うことができます。食事がおいしい、楽しいという経験は、人生を豊かに健康に過ごすことにつながるのです。

栄養素の役割は何でしょうか？

食品中の栄養素は、体内の消化、吸収、代謝の結果、①エネルギー源となる、②体をつくる、③体の調子を整えるという3つの大きな働きをします。

このうち、エネルギー源となる炭水化物(糖質)、脂質、たんぱく質は、「三大栄養素」

「栄養素」または「エネルギー産生栄養素」といいます。たんぱく質は、筋肉などの体の組織をつくる②の役割もあります。

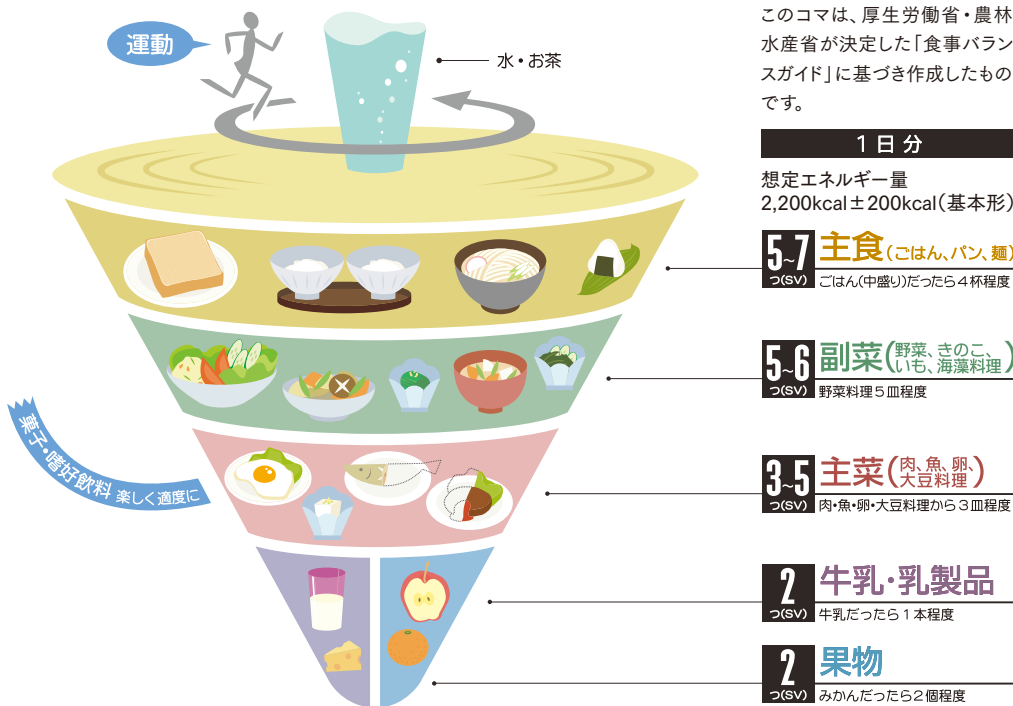
③としては、代謝を担うビタミンや体の構成成分の調節を担うミネラルがあり、三大栄養素と合わせて「五大栄養素」といいます。水や食物繊維は、栄養素

は重要ですが、栄養素ではありませんが、生体にとっては

何をどれくらい食べればよいのですか？

健康を保つためには、栄養バランスを

食事バランスガイド〈1日分〉



▽「食事バランスガイド」は、1日に「何を」「どれだけ」食べたらよいか、食事の望ましい組み合わせと量の目安をイラストで示しています。
▽健康で豊かな食生活の実現を目指した「食生活指針」(2000年3月)を具体的な行動に結びつけるものとして、厚生労働省と農林水産省が2005年6月に決定しました。
▽糖尿病、高血圧などで医師または管理栄養士から食事指導を受けている場合は、その指導に従ってください。

考えて食べるのが大切だと、よくいいます。栄養バランスとは、栄養素のバランスという意味です。

では、栄養素のバランスのために、何をどれくらい食べたらいのか。そんな疑問に答えるのが、1日の料理の組み合わせと量をイラストなどで示した「食事バランスガイド」です。

イラストの回転するコマは、上の方から①主食、②副菜、③主菜で構成され、その下に④牛乳・乳製品と⑤果物が同列で並べられています。さらに、これら5つの料理区分ごとに1日にとるべき量の目安が示されていて、自分の日常の食事内容と量の過不足が分かるようになっていきます。

食事バランスガイドの基本形では、1日に必要なエネルギー量が2000〜2400キロカロリーとされる大部分の女性や活動量の低い男性の場合を示しています。活動量の異なる場合の目安も示されているので、参考にしてみてください。

栄養バランスが崩れると

どうなるのですか？

栄養バランスの崩れた食生活が長く続



久留米信愛短期大学 フードデザイン学科 学科長

教授 山下 浩子 (やました ひろこ)

2010年久留米信愛短期大学フードデザイン学科学科長。現在久留米市食育推進会議副会長。1994年から久留米大学医療センター小児科「小児生活習慣病外来」栄養指導担当。

くと、肥満や糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病を発症するリスクが大きくなります。リスクを下げるには、コマの例のように、栄養バランスのよい食事をするこ

とが大切です。でも、毎日バランスのよい食事をとることは難しいですよ。時には「おいしく楽しく食べる」ことを優先させ、主食や副菜が少なかったり、主菜が多すぎたりすることもあると思います。そのような場合がたまにあり、コマが左右に揺れても、倒れずに回り続けるような食生活を心がけてください。

子供の栄養で 気をつけるべきことは？

20歳未満までの小児期は、栄養と食事のあり方が生涯の健康生活につながる大事な時期です。

乳幼児期は、乳汁から離乳食、幼児食へと形状の変化や食品数・量が増えていくことで、摂食機能や消化吸収機能が発達します。また「おいしい、楽しい」という食の経験は、精神発達により影響を与えます。

学童期、思春期は、三食をきちんと規

則的に食べる習慣の確立が重要です。2020年度の「みんなの食育白書」では、家庭での食育の推進として「朝食摂取の大切さ」を挙げています。文部科学省などの調査によると、毎日朝食を食べる子供ほど、学力調査の平均正答率や、全国体力調査の体力合計点が高い傾向にあるからです。

高齢者が栄養を 十分にとるには？

高齢期になると、心身の状態は次第に衰えます。臓器や組織は十分に機能しなくなり、同時に味覚、咀嚼、嚥下の能力も下がり、食欲低下とともに食事が減り、その結果、体重が減少するなど低栄養状態になります。

「フレイル」という言葉を聞いたことはありませんか。これは、老化に伴うさまざまな機能や能力の低下により、病気などに対する脆弱性が増す状態を指します。低栄養やフレイル予防には、肉・魚・卵・大豆製品・牛乳などの良質なたんぱく質を十分にとる必要があります。また、適度な運動を行い、エネルギーの消費量と摂取量のバランスで適正体重を維持し、健康長寿を目指しましょう。

乳がんを早く見つけ、治す

乳がんは日本人女性に最も多いがんです。近年急激に増加しており、9人に1人の割合で発症しています。乳がんは、早期発見、早期治療をすれば「治せるがん」であり、怖い病気ではありません。早く見つけるにはどうしたらいいのか。どんな検査、治療をするのか。JCHO久留米総合病院の田中眞紀病院長に聞きました。

乳がんとは どんな病気ですか？

乳がんは、母乳(乳汁)をつくる乳腺や、母乳を乳頭に送る乳管から発生します。

国立がん研究センターのがん情報サーピスによると、日本人女性の新規乳がん罹患数は、2003年から2018年までの15年間で約2倍に増え、93858人を数えました。実に9人に1人が発症していることとなります。
年齢階級別の罹患率(人口10万人当たりの発症数)では、子宮がんは10代か



田中眞紀 (たなかまき)
JCHO久留米総合病院 病院長

医学博士。日本乳癌学会乳腺専門医・指導医、日本がん治療認定機構がん治療認定医。久留米大学医学部客員教授。1980年久留米大学医学部医学科卒業。2012年社会保険久留米第一病院病院院長(2014年4月病院組織変更に伴い現職)。

ら発症し、大腸や肺など他のがんが高齢になるにつれて増加するのに対して、乳がんは45〜49歳と60〜64歳の2つのピークがあります。近年、乳がんの罹患率が上昇しています(図表1)。
死亡数は、1980年から約40年間に3.6倍に増え、2019年は14839人でした。臓器別死亡数としては、大腸、肺、すい臓、胃に続き5番目です。

乳がんの発症には、女性ホルモン「エストロゲン」が強く関係しています。日本人女性は近年、初潮が早まる一方、妊娠・出産回数が少ないので、月経回数が多くなり、エストロゲンの影響が長く続いているのです。喫煙や飲酒、糖尿病、閉経後の肥満は、発症リスクをほぼ確実に増加させるとされています。

早く見つかれば 治るのですか？

国立がん研究センターが2008年に乳がんを診断された患者のステージ(病期)別10年生存率(図表2)を発表しました。それによると、最も進行したステージでは16.0%であるのに対して、全体では87.5%とかなり良い成績を示しています。薬物治療の進歩も著しく、個別化治療が適切に行われていることも要因の一つです。発症の初期で見つけ、早期に的確な治療を行えば、恐れる必要のない病気であることが分かってもらえると思います。

日ごろ、何に気をつけたら 良いのですか？

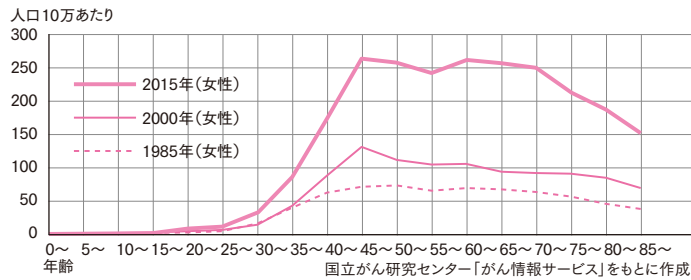
1個のがん細胞が1cmの大きさになるのに10年くらいかかるといわれています。従って、早期発見、早期診断のためにも「ブレスト・アウェアネス」と定期的な乳がん検診が大切です。

ブレスト・アウェアネスとは、自分の乳房の状態に日ごろから関心を持ち、乳房を意識して生活することです。自身の乳房に①大きさや形の変形、腫れ、へこみ、②しこり、③乳頭からの分泌物などはありませんか。乳房の状態を調べる自己検診(セルフチェック)を常々心がけましょう。

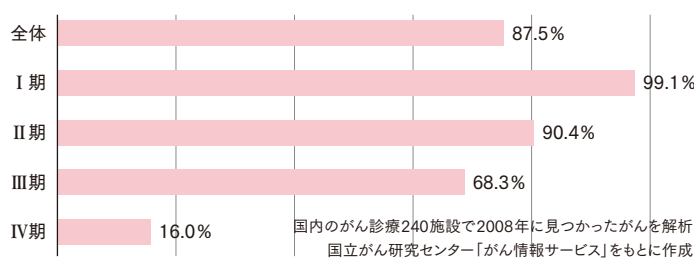
乳房の変化に気づいたら、すぐに医療機関を受診してください。がんではなく良性の乳腺症の可能性もあります。久留米・筑後地区(朝倉市・郡倉町)には、日本乳癌学会の認定施設や、認定施設の指導を受けている関連施設があり、同学会認定の専門医や認定医がいます。専門医や認定医が在籍していなくとも、治療実績のある医療機関があります(図表4)。
40歳を過ぎたら2年に1回の乳がん検診を勧めます。自治体ごとに集団検診や指定病院・診療所での個別健診について、検査方法や機関、費用などが決められています。

経済協力開発機構(OECD)の2019年統計によると、日本の乳がん検診受診率(50〜69歳)は44.6%にとど

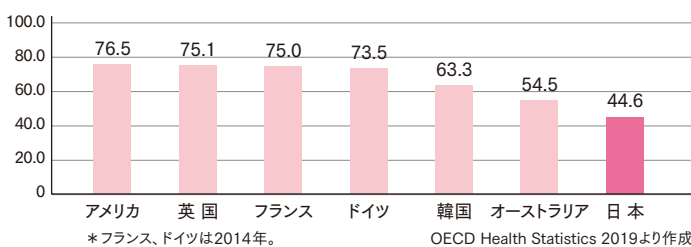
図表1 年齢階級別の乳がん罹患率 1985/2000/2015年の比較



図表2 女性の乳がん ステージ(病期)別10年生存率



図表3 国別の乳がん検診受診率 2019年



まっています。欧米や韓国に比べてかなり低く、受診率向上が課題になっています(図表3)。

さらに、日本対がん協会は、新型コロナウイルスの感染拡大に伴う外出自粛で2020年の受診率が前年比約3割減少したため、今後、罹患率や死亡率が高まるのではないかと警戒しています。

検査は どうするのですか？

検診では、マンモグラフィー検査を行います。マンモグラフィー検査は、撮影台の上

上に乳房を乗せ、透明な板で圧迫して薄くのばして、上下や斜め方向からX線写真を撮影し、腫瘍陰影や石灰化陰影を見つめます。

検診は、症状がない40歳以上の女性にマンモグラフィー検査が推奨されています。症状がある場合は、専門医を受診して精密検査を受けてください。その場合には、マンモグラフィー検査と超音波検査が行われます。悪性の可能性が否定できない場合には、細胞や組織を針で採取し、顕微鏡による病理検査で確定診断します。

手術や放射線治療の前には、がんの範

どんな治療、手術をするのですか？

乳がんの治療は、乳がん病巣の広がり、転移の有無、さらにはどのような性質を持った乳がんであるかによって、手術、放射線治療、薬物療法の組み合わせによる治療方針を決めます。病理検査では、組織型やホルモン感受性、Her2(Her2)たんぱく質出現の有無、増殖能などで、がんのタイプ(性質)を分類、最適な薬物療法を選びます。

手術には、①乳房を部分的に切除する乳房温存手術、②乳房を全部切除する乳房切除術、③乳頭だけを残して乳房を切除する乳頭温存乳房切除術、④皮膚を残して乳房をくり抜く皮膚温存乳房切除術があります。一時期は乳房温存手術が半数を超えていたのですが、最近では、術後に放射線治療を行います。

手術開始直後に腋窩(えきか)リンパ節のうち、がん細胞が最初に転移するセンチネルリンパ節を採って調べます。転移が

薬物療法とは どのような治療ですか？

薬物療法の目的は、①再発リスクを下げる、②手術前にがんを小さくする、③進行がんや再発に対して延命や症状を緩和するためです。薬物療法は近年、著しく進歩しています。

薬物療法の3本柱は、ホルモン剤、抗がん剤、分子標的薬です。分子標的薬は抗がん剤の一種で、病気の原因に関わるたんぱく質などを標的にしてがんを攻撃します。

がんのタイプについては、①ホルモン剤が効くかどうか(ホルモン感受性)、②がん細胞表面にHer2たんぱく質があるかどうか、③がんが大きくなる増殖能があるかどうかの3つの要素がポイントです。これらのタイプに応じて治療効果を予測し、薬物療法を選択します。進行・再発乳がんの中には、免疫チェックポイント阻害剤による治療が可能なタイプもあります。

薬物療法では、副作用にも注意が必要です。例えば、ホルモン剤はエストロゲンを抑制するため、頭が重い、体がだるいなど更年期症状や骨量低下といった副作用を起すことがあります。抗がん剤は、脱

毛、全身の倦怠感、白血球数の低下による感染症を引き起こします。

治療後に

気をつけることは？

手術をした側の腕にむくみがある時には、リンパ浮腫を発症している可能性がある。主診医を受診しましょう。リンパ浮腫を予防するには、①患側上肢に負担をかけない、②太らない、③保湿や感染予防を行うといったことに気をつけます。リンパ浮腫の治療や予防として行われる「リンパドレナージ」は、リンパ浮腫の改善に特化した専門的なものです。皮膚の浅いところを流れるリンパ管を傷つけるようなマッサージを受けると、かえってリンパ液の流れが滞る可能性があります。

妊娠・出産は可能でしょうか？

治療が終われば、妊娠、出産ができます。乳がんがなかった乳房からの授乳もできます。薬物治療を受けている間は、薬物が胎児に影響するので、薬物治療を終えた後、一定の期間をあけます。薬物治療の影響で閉経し、自然妊娠できなくなる場合に備え、妊孕(よう)性温存を検討することも大切です。福岡県は2019年度から、43歳未満などを対象に助成制度がスタートしています。

図表4 乳がん医療機関・医師一覧／DPC対象病院などの年間治療実績〈筑後・朝倉地域〉

(順不同・敬称略)

医療機関	担当医	年間治療実績 手術／合計	所在地	電話番号
大牟田市立病院 (関)	末吉 晋	31件 / 64件	大牟田市宝坂町2-19-1	0944-53-1061
福岡県済生会大牟田病院	的野 吾	14件 / 28件	大牟田市田隈810	0944-53-2488
	唐 宇飛 **			
平井外科産婦人科 (関)	平井 裕	2件 / 36件	大牟田市明治町3-8-7	0944-54-3228
	平井ひろみ			
大牟田天領病院	松村富二夫	- / 10件	大牟田市天領町1-100	0944-54-8482
久留米大学病院 乳腺外科 (認)	唐 宇飛 **	90件 / 117件	久留米市旭町67	0942-35-3311
	櫻井早也佳 ○			
	朔 周子 ○			
	高尾 優子			
久留米大学病院 放射線腫瘍センター	淡河恵津世 **	放射線治療62件(2020年)		
久留米大学医療センター 病理診断科	山口 倫 ○		久留米市国分町155-1	0942-22-6111
JCOH久留米総合病院 (認)	田中 眞紀 **	640件 / 867件	久留米市櫛原町21	0942-33-1211
	山口 美樹 **			
	竹中 美貴 **			
	合田 杏子 ○			
聖マリア病院 (関)	金城 和寿 *	137件 / 210件	久留米市津福本町422	0942-35-3322
	遠藤香代子 *			
新古賀病院 (認)	田中 喜久 **	120件 / 242件	久留米市天神町120	0942-38-2222
	馬場 美樹 ○			
新古賀クリニック (関)	吉戒 理香 ○		久留米市天神町106-1	0942-35-2485
まさ乳腺クリニック	田中 将也 **	新患97件(2020年)	久留米市花畑3-3-10	0942-46-1100
内藤病院	内藤 雅康	12件 / 24件	久留米市西町1169-1	0942-32-1212
弥永協立病院	弥永 浩 ○	- / 22件	久留米市六ツ門町12-12	0942-33-3152
柳川病院	貝原 淳	37件 / 61件	柳川市筑紫町29番地	0944-72-6171
公立八女総合病院 (関)	藤井 輝彦 **	11件 / 11件	八女市高塚540-2	0943-23-4131
高木病院	廣橋 喜美		大川市大字酒見141-11	0944-87-0001
	下西 智徳			
	堀田千恵子			
ヨコクラ病院	横倉 寛子		みやま市高田町濃施480-2	0944-22-5811
よこやま外科乳腺クリニック (関)	横山 吾郎 *	新患460件	大木町大字八町牟田481	0944-32-2291
朝倉医師会病院 (関)	津福 達二 *	13件 / 26件	朝倉市来春422-1	0946-23-0077

▽表は、①DPC対象病院・準備病院・出来高算定病院の統計(2019年4月～2020年3月退院患者)、②日本乳癌学会認定・関連施設一覧(2021年6月25日)、③同認定医一覧(2021年5月)、④同専門医、指導医一覧(同)、⑤各病院・診療所のホームページ などの情報に基づいて作成。このうち、①については「乳房の悪性腫瘍」の治療実績数に基づく。他の病気の治療も含まれることがある。件数が10件未満の場合は、統計が公開されていないため、合計数に誤差が含まれることがある。

▽DPC対象病院以外の治療実績は、文書での問い合わせによる。集計期間が明記されていない場合は原則、2019年度または2020年度の実績。

▽医療機関欄の(認)は日本乳癌学会認定施設、(関)は関連施設。担当医欄の**は日本乳癌学会認定指導医、*は専門医、○は認定医。

人は、皆等しく最期を迎えます。どのように死を迎えるかは、どのように生きてきたかの証です。

医学の発展は、「人生百年時代」と呼ばれるように平均寿命を格段に延長させました。しかし高齢化社会を迎えて、死の間際にある患者さん思いや考えにどのように寄り添うかが、医療の現場で大きな問題になっています。これを終末期医療、あるいは、「人生の最終段階における医療」と呼びます。心臓内科医として多くの患者さんを診てきた福本義弘先生と柴田龍宏先生に、終末期医療について話を伺いました。(司会は藤堂省・聖マリア病院研究所長)

「医療関係者が心不全診療と介護に必要な知識の共有が大事」と語る福本(右)、柴田両医師



久留米大学医学部
内科学講座心臓・血管内科部門助教

柴田 龍宏 (しばた たつひろ)

久留米大学病院高度救命救急センター副医局長、同緩和ケアチーム、同心不全支援チーム。日本内科学会総合内科専門医、日本循環器学会循環器専門医。2009年熊本大学医学部卒業。2012年4月国立循環器病研究センター心臓血管内科、2015年4月現職。

久留米大学医学部
内科学講座心臓・血管内科部門主任教授

福本 義弘 (ふくもと よしひろ)

1991年九州大学医学部卒業。1998年医学博士(九州大学)。1991年～2005年同大学循環器内科、1998年～2001年米国ハーバード大学プリガム・ウィメンズ病院留学、2006年～2013年東北大学循環器内科、2013年現職。

**患者さんの意思に沿い
最善の過程を一緒に考える**

藤堂 終末期医療とはどんな医療ですか？

福本 終末期医療は、人生の最終段階で患者さんが望む「穏やかな死」を迎えて頂くための医療です。それには、患者さんが前もって考えるご自身の死の迎え方

(人生会議、アドバンス・ケア・プランニングII ACP。図表1は厚生労働省リーフレット)について家族やかかりつけ医と一緒に話し合いを繰り返すこと、その考えを医療側が尊重し人生の最終段階にどのような医療・ケアを受けたいかを患者さん主体で選択して頂くこと、そして患者と家族、及び医療関係者のあいだで思いやりのある円滑な対話があることの3

つが必要です。

人の亡くなり方はさまざまです(図表2)。医学的には老衰のように徐々に全身体態が低下する場合、がんの末期のようにこれ以上治療法がない場合、脳梗塞や心筋梗塞、事故などで突然死する場合、そして心不全や呼吸不全のように増悪寛解を繰り返しながら徐々に機能が低下し、臓器移植以外に治療の施しようがなくなった場合などです。

藤堂 柴田先生は多くの心不全患者を診てこられました。特に終末期を迎えた患者さんに対してどのような考えで診療に当たってききましたか。また、どんな困難がありましたか。

柴田 福本先生が言われたように、3学会(日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本循環器学会)が、4つの終末期の判断基準を提案しました。このような場合に、本人の意思、若しくはその意思を推定可能な家族の判断を尊重して、積極的治療の継続、軽減、あるいは中止などの対応が示されています。しかし末期心不全患者の実際の治療に当たっては、徐々に弱っていく患者さんが死に至る過程で(図表3)、その病の軌跡を共有しながら、患者さんの価値観や意向と照らし合わせながら「何を目標にするのか」「何が達成されれば(患者さんにとって)最善と言えるのか」を一緒に考えていくことが重要だと思えます。もちろん、補助循環装置を使用すれば少しでも命を永らえ

図表1 ACP普及・啓発リーフレット



厚生労働省は、人生の最期の迎え方について、自分自身で前もって考え、医師や信頼できる人と繰り返し話し合うことを促しています

することは可能かもしれませんが、それが患者さんと家族が本当に望むことなのか。人生を終えるに当たって目指す目標は何なのか。私は、どう生きるかだけでなく、死に至る過程の質(Quality of death)も重視すべき時代にきていると思います。

リズムですが、医者が独善的な考えで治療法を決めていました。近年、医療に関わる人全てが患者中心の医療を心がけることを求められています。医療側の対応はいかがでしょうか。

心不全診療と介護を習得するシステムが必要

藤堂 そうですね。患者さんの意思を尊重した医療。現在は当たり前の考えですが、私が外科医になった50年前は、1分でも1秒でも生かすために全力を尽くせと教えられてきました。今でいうパターナ

リズムですが、医者が独善的な考えで治療法を決めていました。近年、医療に関わる人全てが患者中心の医療を心がけることを求められています。医療側の対応はいかがでしょうか。

望む医療とケア

藤堂 当財団の設立目的と同じですね。当財団は、医療施設・関係者が相互に連携し情報交換すると共に、住民の方々に健康、病氣、終末期医療、移植医療について正しい情報を提供し、住民の方々の疑問や質問に真摯に答えることを目的としています。住民の方々に求めることは何ですか。

藤堂 人生の最終段階における医療とケアでは、かかりつけ医を含む医療従事者と患者さんとが終末期医療に関する情報とそれに対する意向を共有し、患者本人の意思を尊重した治療法が決定されます。しかし、7割の患者さんはいざとなった時に最後の意思を伝えることができていません。従って、人生の最終段階になつた時に、どのような医療・ケアを望むかを考え、家族やかかりつけ医と一緒に話し合っておくことが大切です。また、終末期のさまざまな延命治療法に関して、各々の治療法の目的と限界を知っていた

の密接な連携も必要です。

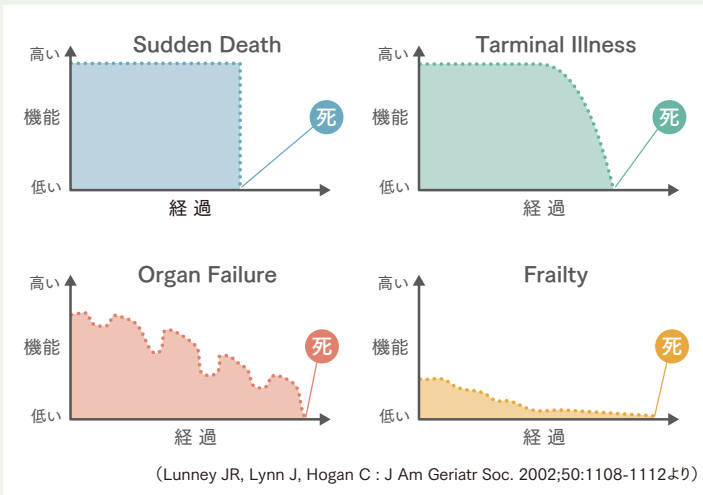
最近「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」を分担しました。その結果、両者の治療目標が異なること、循環器専門医とその他では診療の質に差があること、相互間の情報提供や外来の連携体制も不十分であることが判明しました。医療関係者が、心不全診療と介護に必要な基本的な知識を共有することが大事ですし、それを習得できる医学教育や卒後教育を含めた研修システムや、病連携、病・診連携の確立が急務です。

きていません。従って、人生の最終段階になつた時に、どのような医療・ケアを望むかを考え、家族やかかりつけ医と一緒に話し合っておくことが大切です。また、終末期のさまざまな延命治療法に関して、各々の治療法の目的と限界を知っていた

2017年に厚生労働省による人生の最終段階における医療に関する市民へのアンケート調査が行われました。6割が話し合いや意思を記載した書面の作成に賛成していますが、実際に話し合っている方は4割、意思表示を作成している方は1割弱に過ぎません。このような状況を背景に、3年前から人生会議(ACP)を広める運動が、厚生労働省と日本医師会を中心に始められています。

財団広報誌の第1号に聖マリア病院血液内科の今村豊先生が報告しているように「大切にしていることは?」「信頼する人は?」「信頼する人や医療者との話し合いは?」「話し合った結果を伝えていくか?」という問いを何度でも繰り返し考え、話し合い、意思表示をすることが大事です。

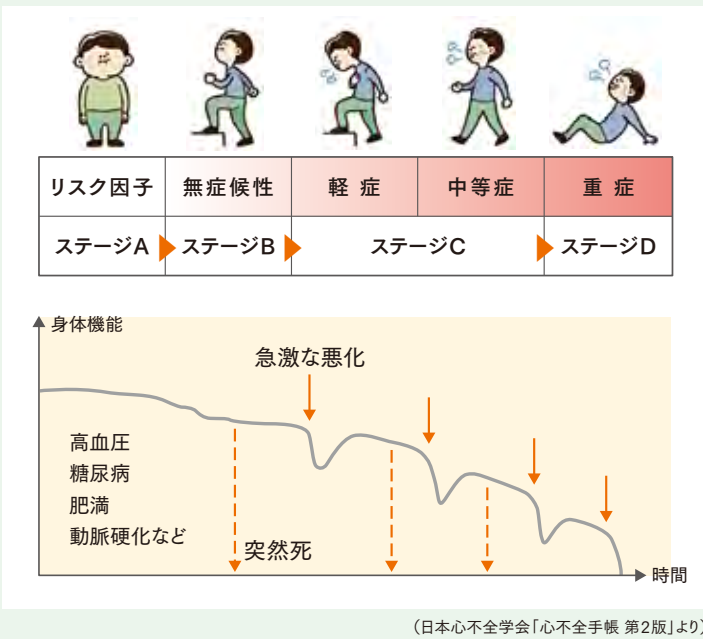
図表2 人生の最期に至る軌跡



■ 急性期医療等における急性型 ■ がん等の亜急性型
■ 高齢者等の慢性型(呼吸不全等) ■ 高齢者等の慢性型(フレイル、認知症等)

(日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会：終末期医療のあり方について-亜急性型の終末期について,2008より)
 (日本医師会「終末期医療」より)

図表3 心不全は悪化と回復を繰り返しながら進行する



定期開催し、知識の普及に取り組んでいきます。経過が比較的長く、予測困難な心不全の病みの軌跡の中で、緩和ケア介入を検討する適切なタイミングを特定することに難しさを感じる方もいるかもしれません。しかし、患者さんの苦痛への対処や将来についての話し合いを人生の終末期まで待つ必要はありません。緩和ケアは、患者さんやご家族のニーズがある限り心不全の経過全てに渡って提供されるべきであり、疾患の進行と共に常に変化するニーズを評価し続ける必要があります。

そのために重要なのが、疾患早期から繰り返すACPです。ACPは今後の治療・療養に関する意向や、患者さんの価値観、意思決定能力が損なわれた時の代理意思決定者などについて、患者さんとご家族、医療者とがコミュニケーションを重ねていくプロセスです。心不全の適切な治療と並行しながらACPを繰り返すことが、患者さんの価値観に合った選択をサポートし、最期の時まで患者さんの主体性を尊重することにつながります。

また、対話の中では患者さんが常に主役であり「最善を期待しながら、最悪の事態にも備える(Hope for the best, prepare for the worst)」という医療者の姿勢を一貫して明確にし、患者さんに安心感を与えることが重要です。

藤堂 「患者中心の医療を」というお二人の話の伺いました。多忙にも関わらず長時間ありがとうございました。

留米大学でも重症心不全管理と並行しながら、福本先生と共に心不全緩和ケアの提供体制構築に努力されています。終末期医療は、患者さん自身が医療について考えをお持ちのこと、多職種からなる医療チームが患者さんの意思を尊重した医療を提供することで成り立ちます。そのためにも相互の理解と信頼が大切です。中でも特に、医療側の患者さんへの対話能力(コミュニケーション・スキル)の重要性が挙げられていますが、どのように考えていますか。

柴田 アメリカでは専門の教育を受けた緩和ケア(Palliative Care)医が主要なほとんどの病院で勤務しています。国内では心不全緩和ケアに対する注目は高まりつつも、緩和ケア専門医は極めて少なく、その概念の理解や提供システムのあり方なども混沌としています。

現実的には緩和ケアニーズのうち専門性の高い部分は緩和ケアの専門家と協働しつつも、基本的緩和ケアは普段心不全患者を診療している医療従事者が提供すべきだと考えます。主な基本的緩和ケ

アとして①ACP、②意思決定支援、③基本的な症状緩和が挙げられますが、それらを心不全疾病管理モデルに統合することで、治療と共存した緩和ケアの実現が期待されます。

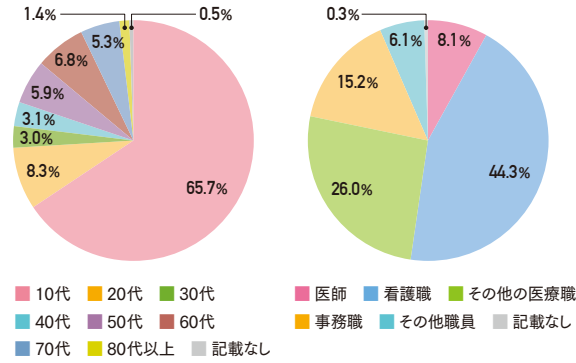
疾患の進行に合わせ常に話し合いを繰り返す

柴田 日本心不全学会では、心不全診療に関わる医師を対象に基本的心不全緩和ケアトレーニングコース(H-E-P-T)を

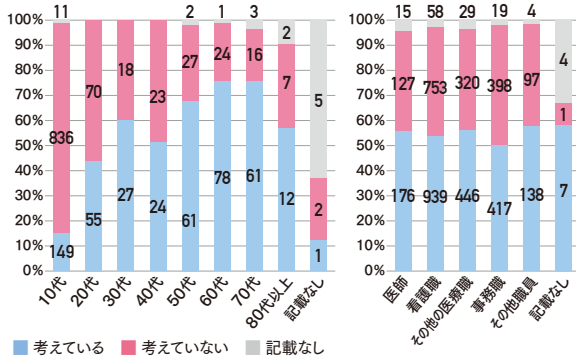
終末期医療・移植医療アンケート結果

市民約1,500人、病院、医師会関係者約4,000人に、終末期医療と移植医療について伺いました。両者共9割が夫々をお聞きになっています。終末期医療については市民の半数以上が考えをお持ちですが、周りに伝えている方は2割弱でした。医師の7割は脳死を人の死と考えているが、周りに伝えているのは2割～3割でした。また、半数以上がもっと詳しく知りたいという意見でした。今後の財団広報に役立てたいと思います。

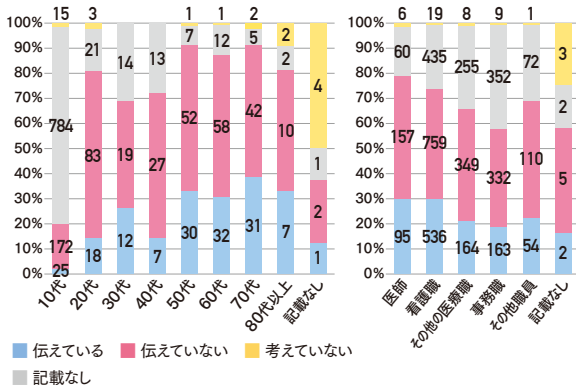
1 アンケートに協力いただいた方々の年代と職種



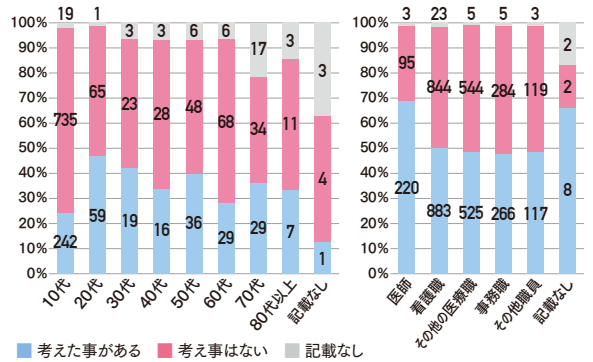
2 これ以上救命のための治療が出来ない場合に、どのような延命治療を受けるか、受けないかを考えたことがありますか?



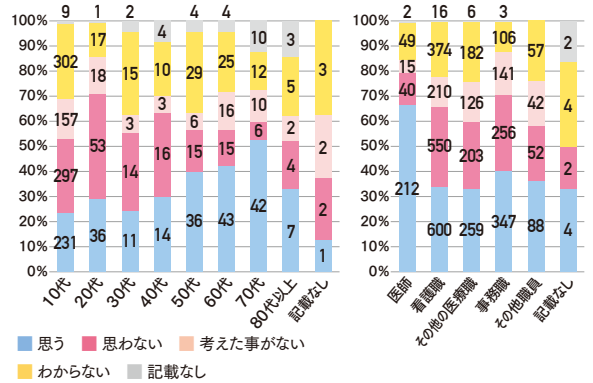
3 延命治療についてのお考えを家族や主治医に伝えていますか?



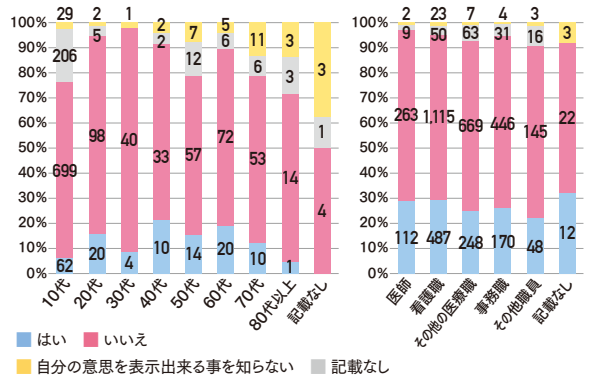
4 がんや末期心不全など重たい病気であらゆる救命のための治療が出来ない場合に、心臓が止まった後でも角膜や腎臓を提供できる場合がありますが考えたことがありますか?



5 脳死は人の死だと思いますか?



6 免許証や保険証に、脳死や心停止後に臓器提供の意思を記載できる欄があります。考えを記入していますか?



機能がもとに戻らない「脳死」。 自発呼吸できず、やがて心臓も止まる。

臓器移植は、臓器不全末期で生死の境にある患者を救う唯一の治療法です。欧米では「命の贈り物」と呼ばれる脳死の方からの臓器提供が一般に行われています。永年、移植外科医の経験をお持ちの藤堂省先生（聖マリア病院研究所所長兼聖マリア学院大学大学院特任教授）に「脳死」について伺いました。

**脳死とは
どんなものですか？**

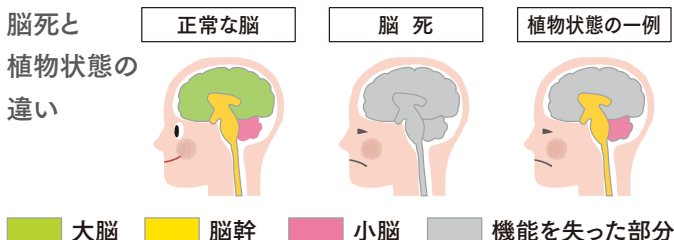
脳死は「脳幹を含む脳全体の全ての機能が不可逆的に停止した状態」と定義されています。

脳は大脳、小脳、脳幹の3つに分けられます。これらの機能が、不可逆的、つまりもとに戻れないほど障害を受けた状態を「脳死」と呼びます。大脳の障害だけなら外界の刺激に反応しない、いわゆる「植物状態」ですが、自分で呼吸できません。しかし、ヒトが動物としての最低限の機能である呼吸・循環中枢の脳幹が障害を受けると、自分で呼吸が出来ず、いずれ心臓も止まります（図「脳死と植物状態の違い」）。

これまで「心臓死」をもって「ヒトの死」とされてきました。先ず心臓が止まり、次に呼吸が止まり、最後に脳の機能が失われます。「脳死」は「心臓死」の逆の経過をたどる新しい「ヒトの死」という事が出来ます。

**新しい「ヒトの死」が
どうして生まれたのですか？**

人工呼吸器が開発されたからです。人工呼吸器の重要性は、1950年代に北欧でポリオが大流行した際に認識されるようになりました。気管切開と用手呼吸による救命率ははるかに向上し、その後の人工呼吸器の普及と発展につながったのです。しかし、大きな問題が、特に救急医



療の分野で起きました。スタッフの人工呼吸器管理を含む懸命な救命治療にも関わらず、10日前後で心停止をきたす一群の患者さん達の存在です。外からの刺激に無反応な深昏睡、神経反射消失、無呼吸、平坦な脳波を示すこのような患者さんを、医学的に「ヒトの死」とする

脳死の考え方が出されました。ハーバード基準と呼ばれ、1968年のことです。

我が国の紆余曲折も含め、その後世界で徐々に受け入れられ、現在、欧米では脳死の診断が下されると患者の死亡と判断され、治療を全て中止するようになっていきます。

**初の脳死ドナー手術
戸惑いはありませんでしたか？**

伝統的な「人の死」を受け入れてきた我々日本人には難しい判断だと思っています。外科医の私でさえ、40年近く前にアメリカで初めて経験した脳死ドナー手術に、大きな戸惑いを覚えました。それまで脳死

の知識が全くなかったからです。神経学的検査や画像診断で理解できてもなかなか納得出来ませんでした。その時、日本人の兄弟子が1枚の脳死者の病理解剖のスライドを見せてくれました。東日本大震災の1週間前に浜松医科大学の病理学者が新聞に投稿したコラムの中に「脳死患者を開頭すると泥状の脳がドロドロと流れ落ちてくる」と表現した言葉があります。これが、「不可逆的な障害」の意味です。かたい頭蓋に蓋われた脳は、外傷、腫瘍、梗塞、出血、虚血などで腫脹すると、頭蓋内圧が動脈圧より高くなり、血流が疎外され酸素が供給されないために、脳に様々な程度の融解壊死を起こすのです。

**脳死になれば
臓器提供は義務ですか？**

いいえ。「脳死」は、あくまでも救命救急治療後に生じる「ヒトの死」です。全死者数の1%に起きると言われています。移植が盛んなアメリカでさえ、脳死者数は年間3万人位ですが、臓器提供された方は1万人弱です。脳死臓器提供は、あくまでも患者さんご自身の、あるいは患者さんの意思を尊重されたご家族の貴い判断によります。

運転免許証や保険証に臓器提供について意思表示する欄があり「脳死で提供する」「心臓死後に提供する」「どちらもしない」の中から選択できます。「提供しない」のも大切な判断です。一度カードを取り出して、3つの選択肢を眺めて下さい。

新しい医療都市を目指します 久留米・筑後移植医療推進財団

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、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、人生の最終段階における医療(終末期医療)の選択や、臓器移植に携わる医療機関や移植を受ける患者さんの支援、臓器を提供する方とご家族の意思を尊重する環境作りを主な目的として、2020年に設立されました。

広報誌のタイトル「命を守り 命をつなぐ」は、法人の使命と、阿蘇山を源として流域に生きる人々の命と暮らしを守ってきた筑後川のイメージを重ね合わせています。命を守ること、命をつなぐことを考え続け、地域の医療水準の維持・向上に結びつくよう、さまざまな活動を展開します。

「いのちの相談室」について

当財団は「いのちの相談室」を開設しています。健康や病気について、ご相談、ご質問をお受けします。久留米大学病院や地域の医師会、財団に参加する先生方が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。収集した個人情報は、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。

コロナ禍が収まらない中、地域の皆様が医療関係者に健康や病気について直接相談する機会が減っています。一方、ITの発展は簡便で迅速な情報伝達を可能にし、オンライン診療などの試みが始まっています。当財団は、ソーシャルメディアを通して、皆様と医療関係者、医療機関同士のコミュニケーションを促し、地域医療を守るパイプ役を果たします。



いのちの相談室

ご入会のお願ひ

当財団、活動を支えていただく個人会員、法人会員(2022年4月-2023年3月)を募集しています。会員には最新の広報誌をお送りします。

入会申込書をファクス、メールで事務局宛てにお送りください。入会申込書は、ホームページ、QRコードを利用してダウンロードできます。

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



入会申込書

ご寄付のお願ひ

当財団は、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、人生の最終段階における医療(終末期医療)の選択や、スムーズな臓器移植の環境作りを目的にしています。財団の趣旨に賛同いただける場合、事務局にご連絡ください。折り返し、ご寄付の方法をご案内します。

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。



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



LINE公式アカウント