



ち☆ネット!

「顔の見える地域連携」を目指した多職種での情報交換と学びの会
それが、地域医療ネットワークの会です!

2023年5月25日 第44回 地域医療ネットワークの会

末期心不全患者の療養を考える ～人生会議いつやるの?～

令和2年(2020年)の全国心不全患者は120万人と推計され、全がん患者数100万人(推計)より多いと言われて
います。そして2030年迄には、心不全患者は130万人に達すると予測されています。¹⁾心不全罹患率は高齢者で高
く、末期心不全患者の緩和ケアについて、多職種で支援する必要があると言われてしています。²⁾今回は、末期心不全
患者さんの「希望する生活を実現する」ために、病院や地域の専門職が患者や家族と共に話し合い支援の経過を報告
します。また支援過程の中で『人生会議(=ACP(アドバンス・ケア・プランニング))』の取り組みも紹介し、参
加者と一緒に考える企画にしました。参加者は、20施設78名でした。

1) 公益財団法人日本心臓財団ホームページより: 2023/06/13閲覧https://www.ihf.or.jp/check/heart_failure/01/
2) ホスピス緩和ケア白書2020心不全の緩和ケア: 2023/06/13閲覧https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo_2020/hakusyo_2020_all.pdf

座長 地域医療ネットワークの会世話人

聖マリアンナ医科大学病院

丹下 みつる



演者 聖マリアンナ医科大学病院 メディカルサポートセンター
聖マリアンナ医科大学病院 救急科
鶴川記念病院 在宅支援室

大築 えいみ
金光 陽子
曾根 啓太

原 美佐恵
ナーシングケアホーム長沢ひまわり

坂本 由恵



意見交換

重症心不全により強心剤の持続静脈投与が必要なA氏の支援経過を病院と地域の関係者より発表しました。
A氏は、重症心不全のため、強心剤の静脈投与が常に必要であり、自宅退院は難しい状況でした。入院が長
くなる中「家に帰りたい」「庭で草木を育てたい」というA氏の強い希望を叶えたいと考え、多職種カンファ
レンスで検討を重ね、最後になるかもしれない外出を実施することができました。時間の経過と共に、内服薬で
の心不全管理が可能となり、入院5か月後に自宅退院しました。退院直後から訪問診療医や看護師などによ
って「人生会議=ACP」について繰り返し話がされました。元々最後の時間を過ごす意識で食生活等守れず
にいたA氏が、時間経過と共に「夫との時間をより大切にしたい」と考えるようになりました。そこで「人生
会議」についてA氏や夫と共に考え、「少しでも長く良い体調で自宅生活ができるように過ごす」事を目標に
して、現在も家庭菜園で野菜を作りながら夫婦で生活をしていることが報告されました。

後半は発表を基に、入院中の病状や生活管理などの指導を受けているものの、指導内
容を患者や家族はあまり覚えていないという現状報告や、入院中の看護師が患者に期待
する目標と在宅療養中の患者・家族に期待する目標の違いを認識し、各々専門職の視
点からの意見を頂いたり、プレゼンターと参加者の意見交換が行われました。

アンケートでは、「ACPIについてや大学病院から在宅へ移行した患者さんの疾患の認
識、現場の内服調整状況や要望を知ることができた。」「ACPは常に変化するため、そ
の都度確認していく事が大切だと感じました。病院、在宅と更に連携する事が
出来る事を希望します。」という意見がありました。



引用: いらすとや



今回の症例は、重症心不全になって(入院後)から「どこで、どのようにいきたいのか」の
『人生会議』が行われました。疾病によって「生き方」や「逝き方」に違いがあるのかもしれませんが、「元気
なうちにこそ」話し合えるように、医療・介護・福祉の立場で考える契機になれると良いと思います。また、ど
のタイミングであろうと「誰かがする」のではなく、自分も意思決定の支援をする「心づもり」ができるように
したいです。