

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会

症例検討

～がん／非がんの緩和ケア～

医療法人桜花会 あすか在宅クリニック
理事長・院長

高 添 明 日 香

医療法人社団若水会 牛込台さこむら内科
院長

迫 村 泰 成

がんの緩和ケア

医療法人桜花会 あすか在宅クリニック
理事長・院長

高 添 明 日 香

講義の内容

かかりつけ患者が「がん」に罹患し、かかりつけ医による診療を求めた場合、我々はどういう姿勢で何に注視して取り組むべきであるか、事例を通してポイントを整理する。

目次

1. 在宅緩和ケアとは
2. かかりつけ医が展開すべきがんの緩和ケア（事例）
3. 地域で成熟させるがんの緩和ケア

在宅緩和ケアとは

在宅緩和ケアとは

人は誰もがいつしか死を経験する。在宅緩和ケアとは、自宅（居宅）や居住施設において、医療・福祉・介護機関が連携しながら多職種で提供する緩和ケアシステムである。

「住み慣れた地域で、人生最期まで自分らしい暮らしを続ける」という「地域包括ケア」の中核であり、24時間応需の医療支援と生活支援を含めて運用される必要がある。

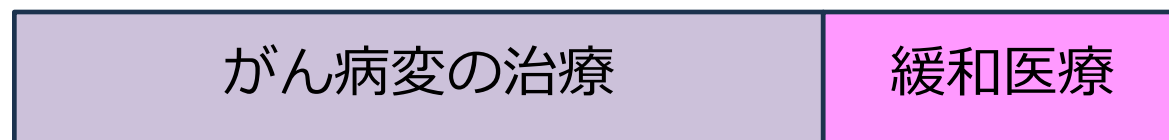
在宅緩和ケアの目標

在宅緩和ケアの最終的な目標は、患者や家族が最期まで不安なく楽に生活できることであり、その延長上に在宅（施設を含む）で穏やかに看取られることが位置する。

看取りの時をもって、患者当人への在宅緩和ケアは終了となるが、残された遺族に対する「グリーフケア」を考慮したケアが提供されるべきである。

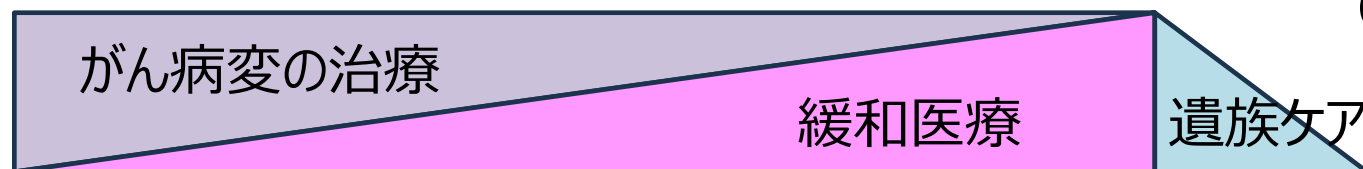
緩和ケアの考え方

【従来の考え方】



緩和ケアは「終わりの医療」ではない

【現在の考え方】



がんと診断された時から、QOL向上のために開始する



かかりつけ医が展開すべき がんの緩和ケア

かかりつけ医が展開すべき がんの緩和ケア

1. 患者の予後を予測し医療計画を立てる
2. 患者・家族も交えて在宅緩和ケアの目標（目指す方向性）を考える（アドバンス・ケア・プランニング）
3. がん性疼痛を柱とした苦痛症状を十分緩和する
4. 患者の生活や生き甲斐に配慮する
5. 多職種でケアに関わる
6. グリーフケアを心がける

事例提示

具体的にイメージしやすいように
事例を通して検討していく

事例（山梨花子さん 64歳）

高血圧症・高脂血症でA医院に20年前から通院している。
花子さんには児が2人（長男・次男）あるが、成人し他県
で所帯を持っている。

2か月前より、**食欲不振**や**下腹部の張り**が出現しA医院
で相談した。腹部超音波検査にて、左卵巣腫瘍＋腹膜播種
像＋腹水貯留を認め、地域の基幹病院に紹介した。

事例（山梨花子さん 64歳）

左卵巣がん＋腹膜播種の診断にて、1年間基幹病院で化学療法を受けたが状態は好転せず。BSC(ベストサポーターブケア)に切りかえる事となった。

腸閉塞で入院し、胃管留置・絶食・補液で治療を受けた。胃管が抜け、低残渣食を摂取できる状態まで回復したが、医療用麻薬が開始となった。在宅で療養したいが、夫（67歳・退職後）に介護できるか不安もありA医院に相談した。

相談を受けたA医師による課題の整理

高血圧症・高脂血症→カルシウム拮抗薬とスタチン内服

左卵巣がん・腹膜播種→**腹水増加**に注意（**腹水穿刺**？）

腸閉塞再発に注意（**胃管再留置**？）

がん性疼痛 →医療用麻薬管理中（モルフィナン系オピオイド）

疼痛増悪に注意（**オピオイド増量**？）

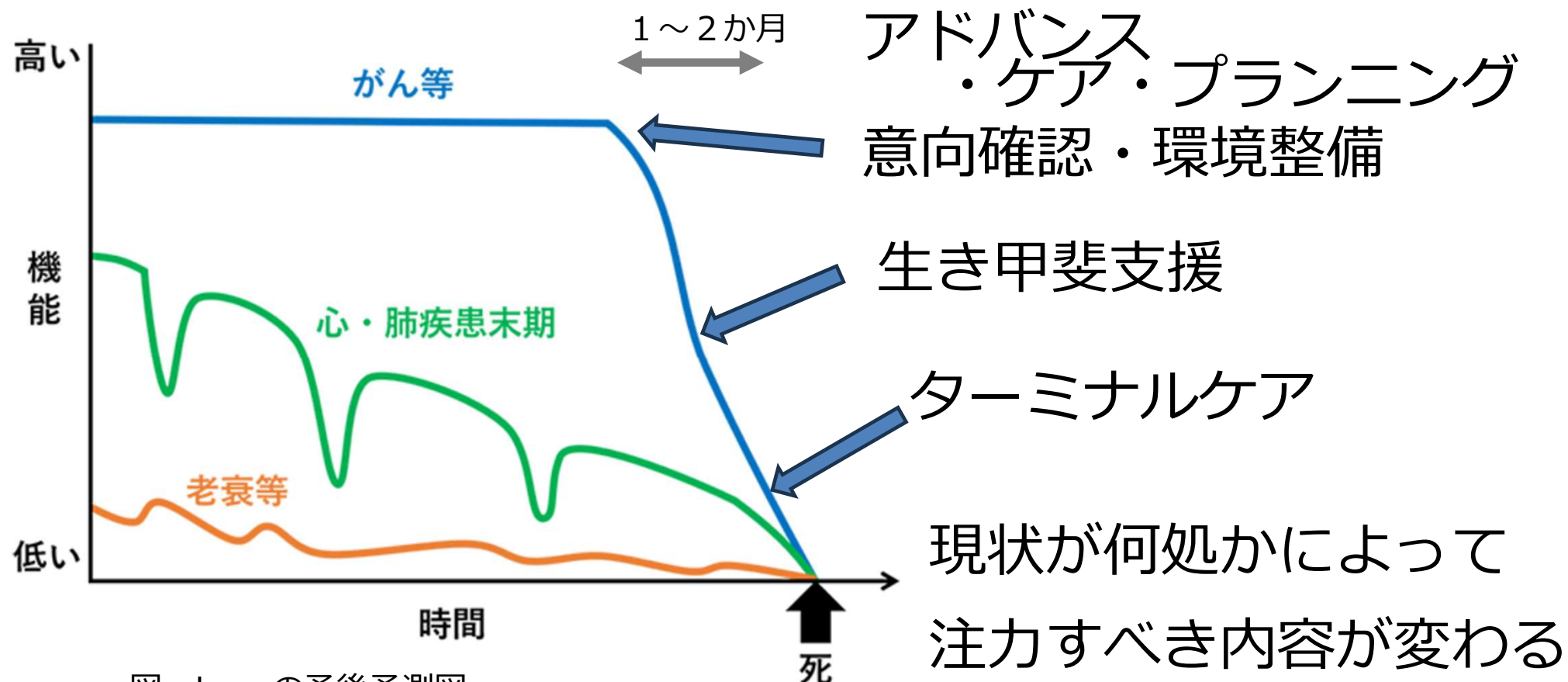
同居家族は夫のみ →介護負担に配慮・身体介護は厚めに

大事にすべきは本人の意思 →最期まで在宅で療養したい

かかりつけ医が展開すべき がんの緩和ケア

1. 患者の予後を予測し医療計画を立てる
2. 患者・家族も交えて在宅緩和ケアの目標（目指す方向性）を考える（アドバンス・ケア・プランニング）
3. がん性疼痛を柱とした苦痛症状を十分緩和する
4. 患者の生活や生き甲斐に配慮する
5. 多職種でケアに関わる
6. グリーフケアを心がける

予後予測の重要性



図：Lynnの予後予測図

A医師は花子さんの予後を予測した

PaPスコア (Palliative Prognosis Score)

臨床的な予後の予測	1～2週 3～4週 5～6週 7～10週 11～12週 13週以上	8.5 6.0 4.5 2.5 2.0 0
Karnofski Performance scale	10～20 30以上	2.5 0
食欲不振	あり なし	1.5 0
呼吸困難	あり なし	1.0 0
白血球数 (/mm ³)	> 11000 8501～11100 ≤8500	1.5 0.5 0
リンパ球 (%)	0～11.9 12～19.9 ≥20	2.5 1.0 0

花子さん 2点

Karnofsky Performance Scale

正常の活動が可能 特別な看護が必要ない	正常。臨床症状無し。 軽い臨床症状はあるが、正常活動が可能。 かなり臨床症状があるが、努力すれば〃。	100 90 80
労働は不可能 自宅で生活できる 様々な程度の介助を 必要とする	自分自身の世話は可能だが正常活動は不可。 自分に必要な事はできるが時々介助が必要。 病状を考慮した看護および定期的な医療行為が必要。	70 60 50
身の回りの事が自分で できない 施設/病院と同様の看護を 必要とする 疾患が急速に進行している	動けず、適切な医療および看護が必要。 全く動けず。入院が必要だが死は差し迫っていない。 非常に重症。入院が必要で精力的な治療が必要。 死期が切迫している。	40 30 20 10

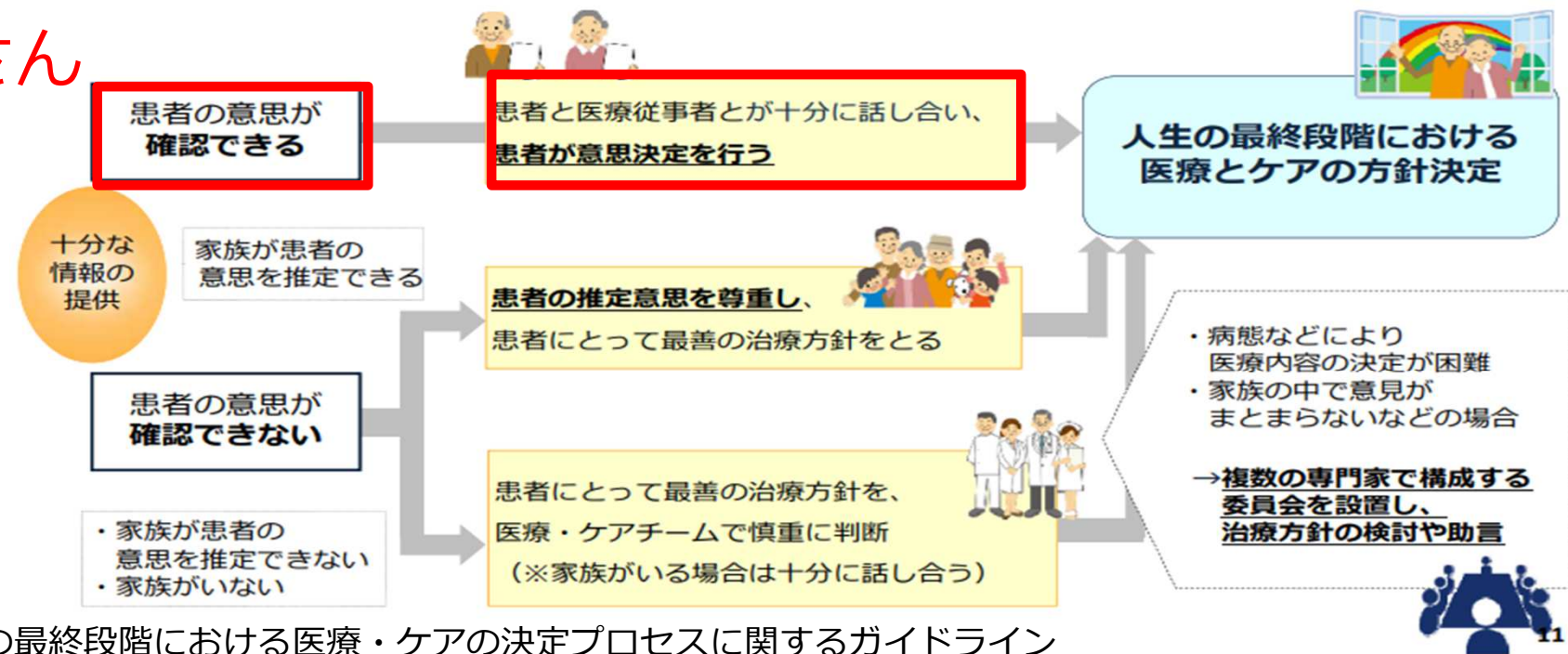
9点以上 → 21日以下(週単位)の生存期間
5. 5点以下 → 30日以上(月単位)の生存期間
となる可能性が高い

A医師は病棟に出向き、花子さんの意向を確認した

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」 方針決定の流れ（イメージ図）

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則

花子さん



引用：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

花子さんの意向

ここまで「がん」を治すための治療を頑張ったが、最期は家族と共に自宅で静かに過ごしたいと思う。在宅医療で、痛みの管理、体調悪化時の対応が可能か心配している。

夫は料理好きで世話好きのため、支援者の力を借りれば基本的な介護は可能だと思うが…最期まで看られるか、負担をかけ過ぎないか心配でもある。子供たちは他県に済み、介護に参加することは難しいが、何とか孫の七五三をみてから死にたい。

A医師から花子さんへの医療情報提供

A医師が知る夫は、十分介護ができる方である。介護負担が過大となり疲弊しないよう、介護支援を受けましょう。

推定予後は短い月単位。がん性疼痛（医療用麻薬）の管理も、腹水増加時の腹水穿刺や腸閉塞時の胃管留置も、在宅医療で実施できる。意向はいつでも撤回可能だが、十分最期まで自宅で過ごせる方である。

A医師の話を聞いて

花子さんは自宅に戻り在宅緩和ケアを受けることを改めて希望した。

隣でやり取りを聞いていた夫も頷き、A医師の伴走があり、支援者の医療・介護支援があれば、自宅でみてやりたいと話した。息子2人にも、七五三祝いの写真撮影のために招集をかけるようだ。2人に笑顔が見られた。

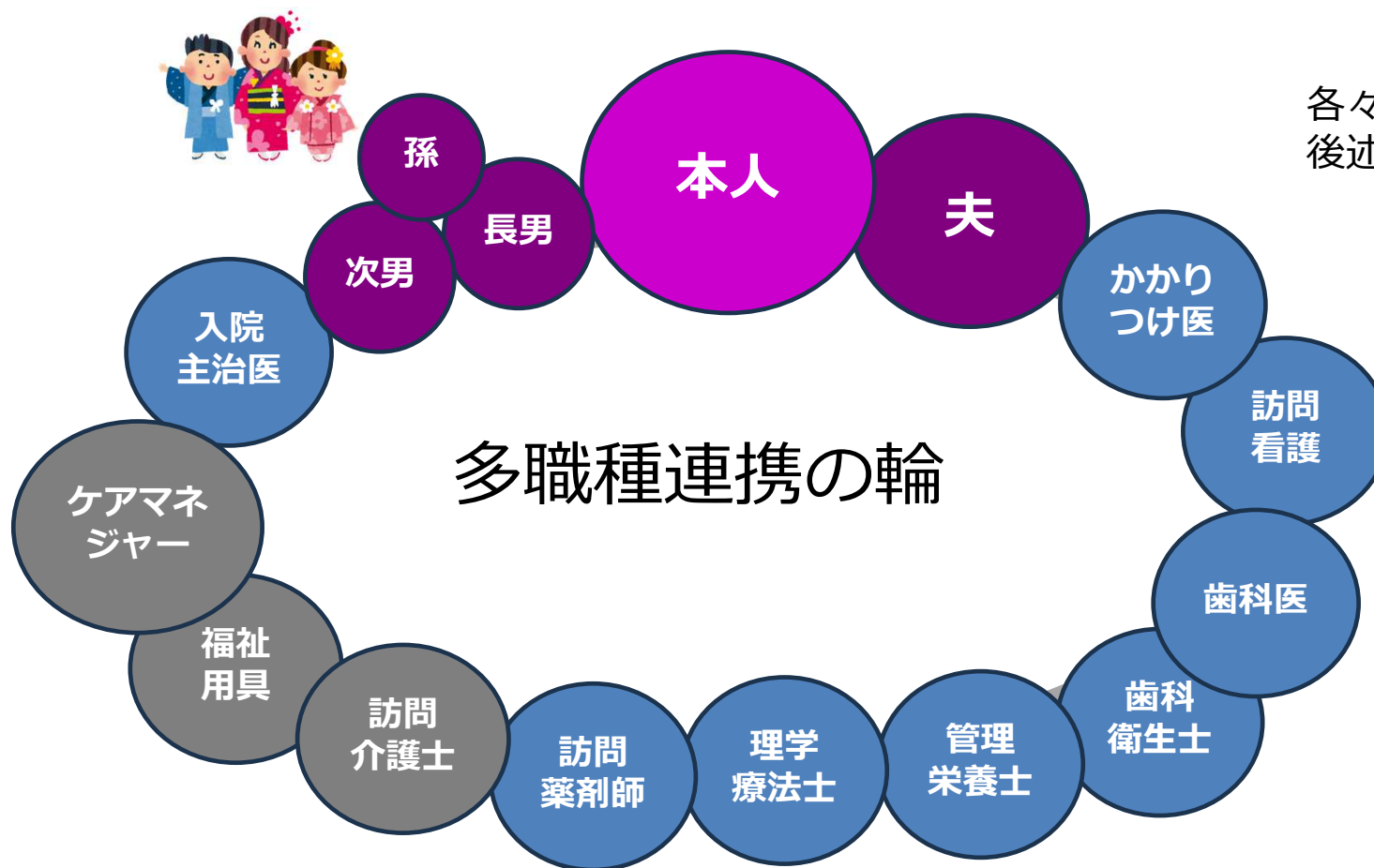
最も重要なのは、本人の意向と家族の覚悟



A医師は、花子さんの退院に合わせて在宅医療・ケアにかかわるチームを自宅に招集した。

引用：平成28年3月 地域包括ケア研究会報告
地域包括ケアシステムと地域マネジメント

生活を支える→多職種連携



各々の細かい役割分担は
後述

担当者会議



かかりつけ医が展開すべき がんの緩和ケア

1. 患者の予後を予測し医療計画を立てる
2. 患者・家族も交えて在宅緩和ケアの目標（目指す方向性）を考える（アドバンス・ケア・プランニング）
3. がん性疼痛を柱とした苦痛症状を十分緩和する
4. 患者の生活や生き甲斐に配慮する
5. 多職種でケアに関わる
6. グリーフケアを心がける

担当者会議にて

A医師は目標と在宅療養のポイントを共有した。

【目標】

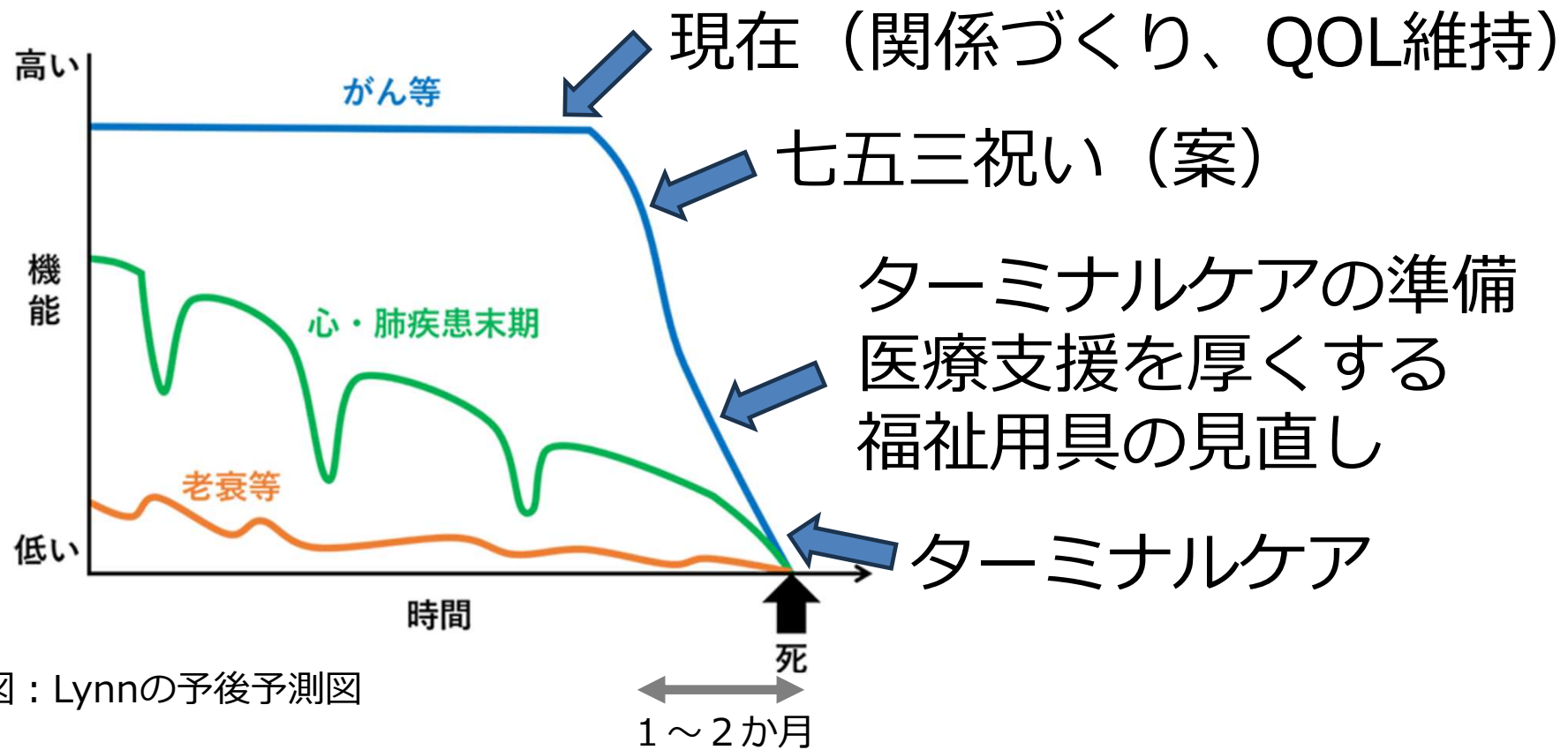
- ①苦痛なく楽に生活する
- ②QOLを維持する
- ③孫の七五三祝いをする

【在宅療養のポイント】

- ①情報共有
- ②苦痛緩和（がん性疼痛、他）
- ③十分な生活支援
- ④生き甲斐支援
- ⑤逃げ道の用意

① 情報共有

予後は短い月単位
最期まで自宅に居たい



図：Lynnの予後予測図

②苦痛緩和（がん性疼痛、他）

がん患者の70－80%に出現するがん性疼痛は、身体のみならず、心理、生活にも影響を及ぼし、在宅療養を中断する大きな要因となる。

A医師はベースをオキシコドン徐放製剤で、レスキューをオキシコドン速放製剤で管理していくこと、痛み増悪時にはベース量を増量調整（30～50%UP）すること、服薬困難時は貼付剤にスイッチすることを示した。

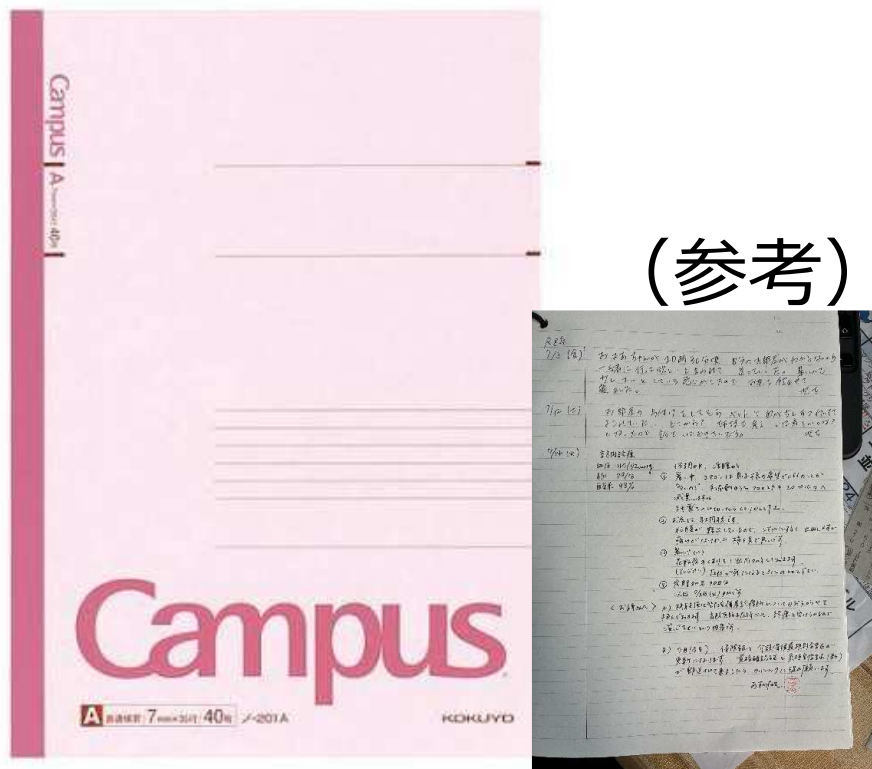
②苦痛緩和（がん性疼痛、他）

医療用麻薬の三大副作用として便秘・嘔気・眠気がでやすいことにも触れ、予防薬を処方するが、支援者も十分に配慮し、状態の報告をするように依頼した。

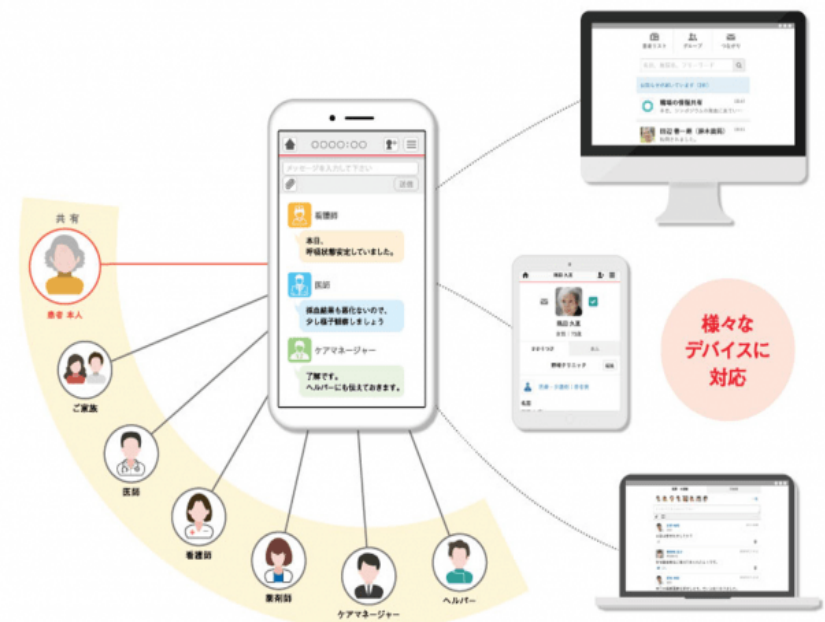
状態の共有のために、患家には「連絡ノート」を置き支援者や家族が日頃の様子や気になる事を記載すること、即時解決を要する事や療養支援の根本を見直すべき事については「ICTツール」を用いることを確認した。

「連絡ノート」

「ICTツール」



(参考)

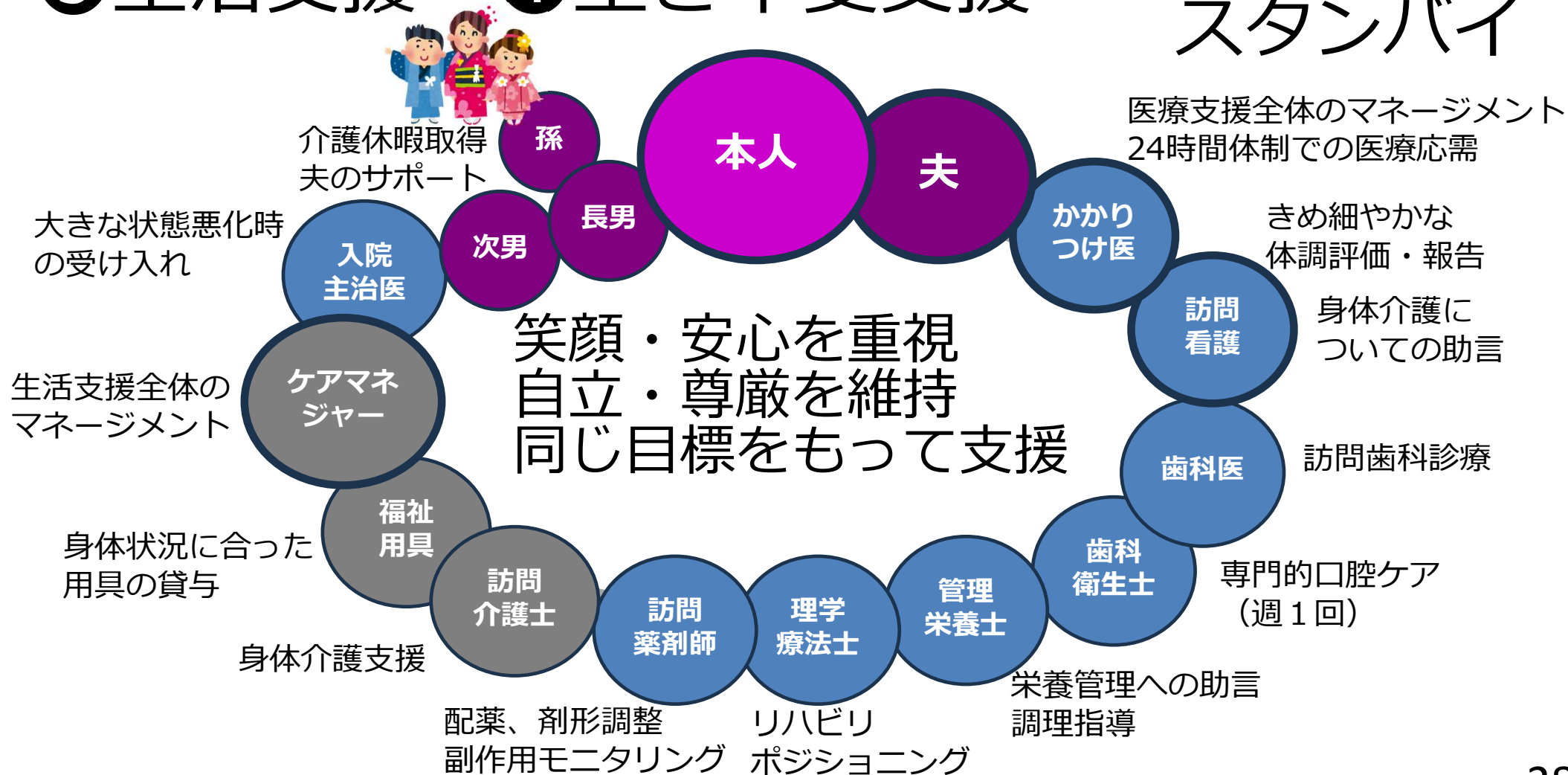


引用：株式会社コラボスクエア
メディカルケアステーションホームページ

③生活支援

④生き甲斐支援

⑤逃げ道のスタンバイ



かかりつけ医が展開すべき がんの緩和ケア

1. 患者の予後を予測し医療計画を立てる
2. 患者・家族も交えて在宅緩和ケアの目標（目指す方向性）を考える（アドバンス・ケア・プランニング）
3. がん性疼痛を柱とした苦痛症状を十分緩和する
4. 患者の生活や生き甲斐に配慮する
5. 多職種でケアに関わる
6. グリーフケアを心がける

その後の経過

退院後、しばらくは穏やかな時間が過ぎ、七五三祝いで外出した事を契機に自信を付け、隣県に家族で温泉旅行に出かけたり、庭で花や畑を見回るようになった。

2か月後、目に見えて腹水貯留・がん性疼痛増悪が目立つようになったが、医療用麻薬の調整や腹水穿刺、食事内容の調整により、最期まで食を楽しむことができた。退院から3か月が経つ頃、ご自宅で旅立たれた。

グリーフケア

大切な人を亡くした後、人は悲しみ（グリーフ）と向き合い、ショック期→喪失期→閉じこもり期→再生期を経て再起していき数年を要する。A医師は、花子さんの旅立ちから半年後（閉じこもり期）に訪問看護師と共に夫の元を訪ねた。

夫は、時々涙を見せながらも、在宅療養時の花子さんの笑顔に満ちた写真をA医師に見せ、苦痛が少なく自宅で共に過ごせたこと、家族皆で七五三祝いを出来たこと、最期の時も家族で布団を並べて感謝し合えたこと等を肯定的に振り返っていた。

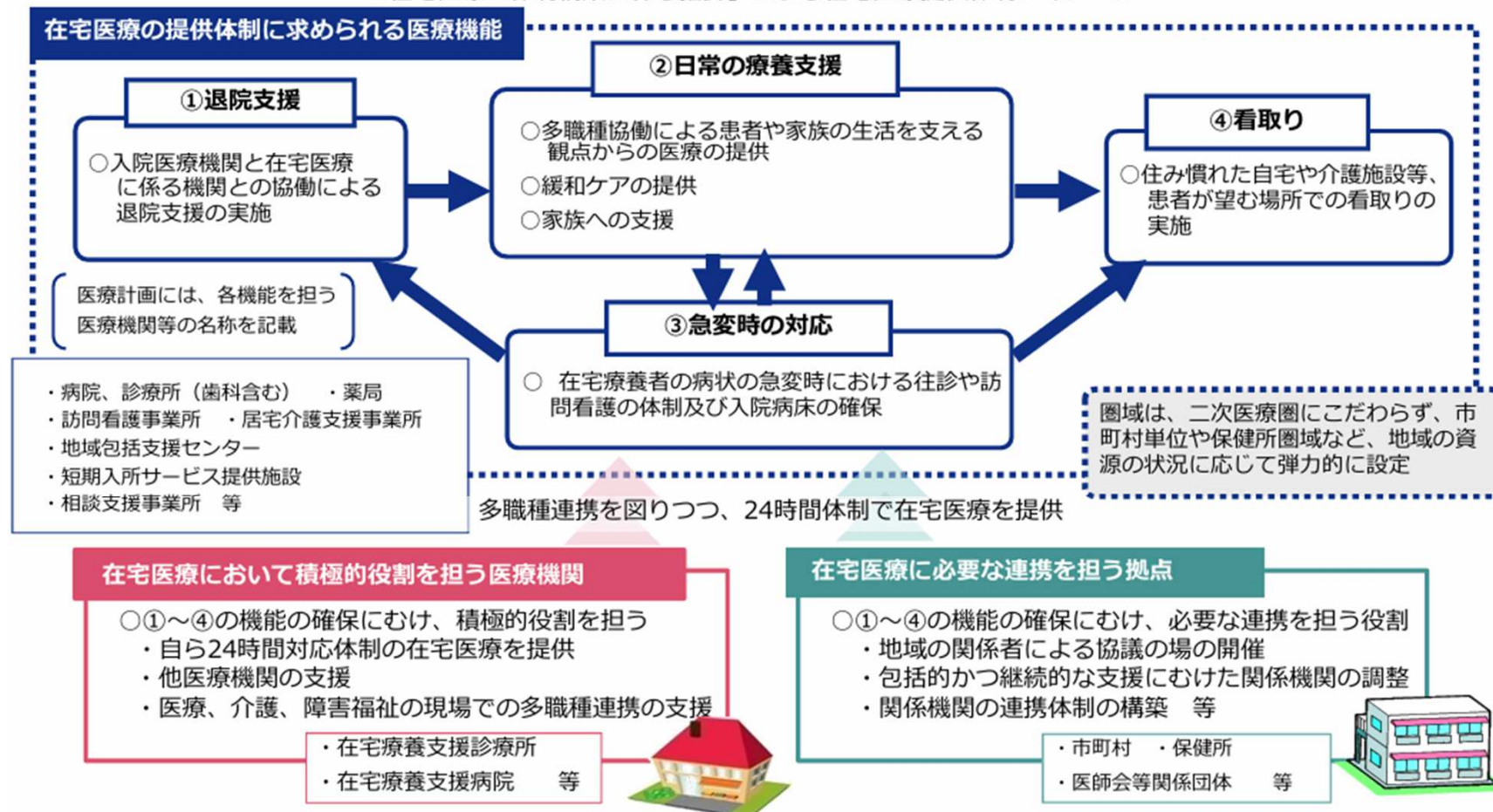
地域で成熟させる がんの緩和ケア

在宅医療の体制について

○在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。

○国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

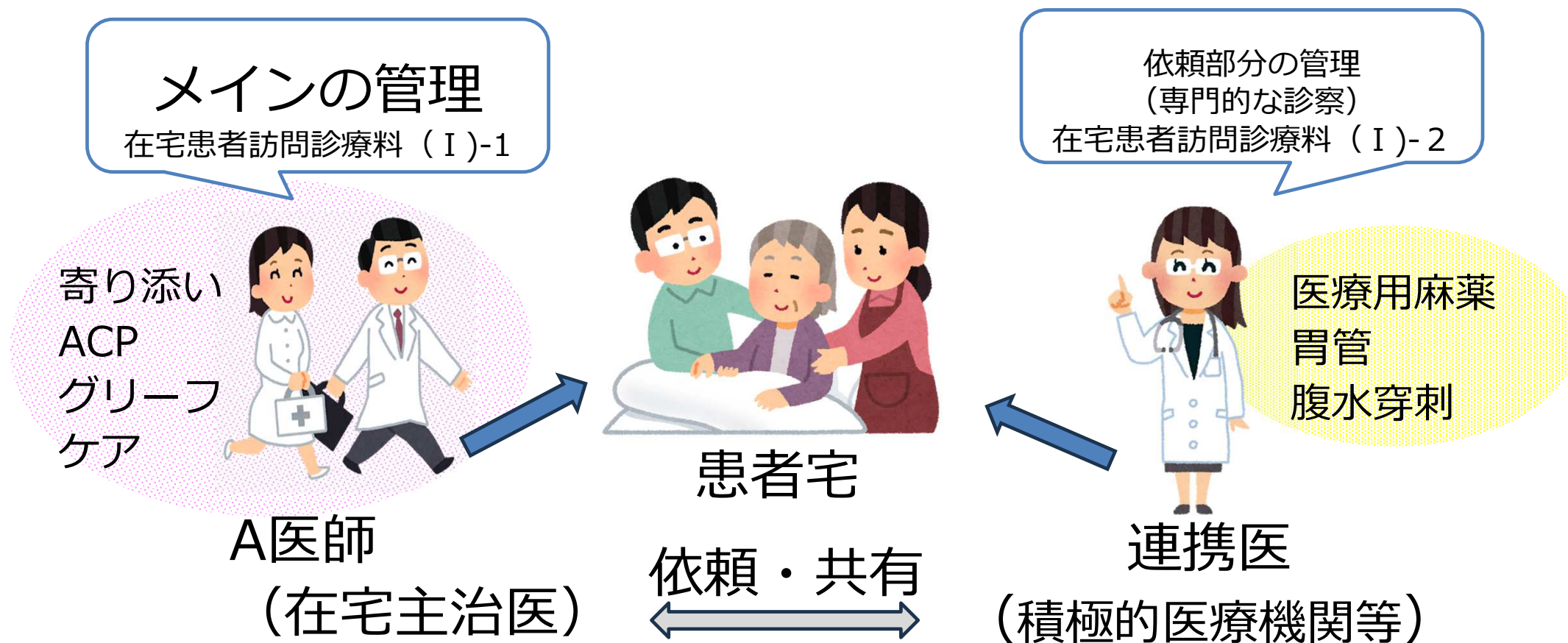
～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、迫村泰成

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）－ 2



「がんの緩和ケア」 おわりに

かかりつけ患者が「がん」と診断された時、かかりつけ医は病前からの患者本人の意向・暮らし方を知る重要な存在となる。

1. がん診断直後から、専門医任せにせず患者の意思決定支援を行う。
2. 患者のQOL向上、安心で楽な生活を担保する。
3. 24時間応需の医療体制と生活支援への着眼が必須と心得て、多職種で十分な連携のもと支援する。
4. 自己での解決が難しい場面では、入院主治医や在宅医療における積極的医療機関とも連携する。
5. 患者の揺れる気持ちや、不安に寄り添い続ける姿勢が大切である。

非がんの緩和ケア

～慢性心不全高齢者を連携して支える～

医療法人社団若水会 牛込台さこむら内科
院長

迫 村 泰 成

はじめに

非がん疾患で亡くなる高齢者は多い。その終末期には通院困難であり在宅医療が提供される。症状緩和の知識と実践は、非がん疾患を診療するすべてのかかりつけ医に求められる。今回は慢性心不全を取り上げ、外来診療から急性増悪、入退院を繰り返し、難治性心不全終末期を在宅で迎えた事例を提示する。

1. 非がん疾患の緩和ケアの重要性
2. 事例検討： 心不全による入退院を繰り返し在宅で看取った90代女性
3. ステージD（治療抵抗性心不全）を迎えて

非がん疾患の緩和ケアの重要性

緩和ケアを必要とする人の3分の2は非がん疾患

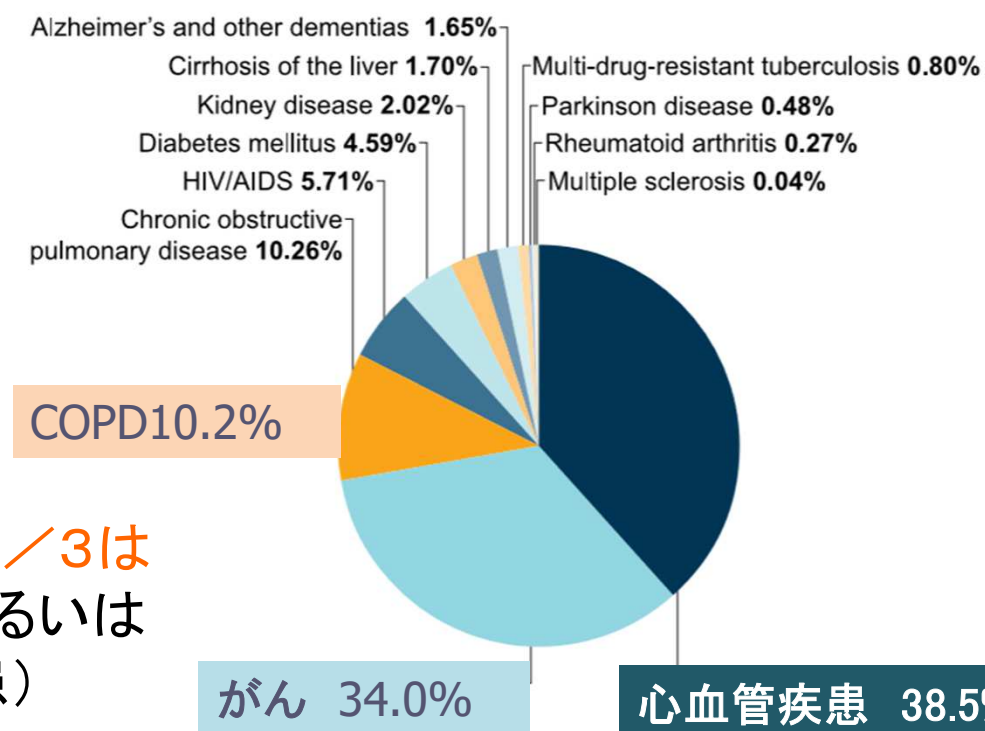
7350 万人

Serious Health-Related Suffering (SHS: 重篤な健康関連苦痛)

The Lancet. Global Health. 2025.

緩和ケアを必要とする1／3は末期がん、2／3は
非がん疾患（心臓、肺、肝臓、腎臓、脳あるいは
HIVおよび薬剤耐性の結核を含む慢性疾患）

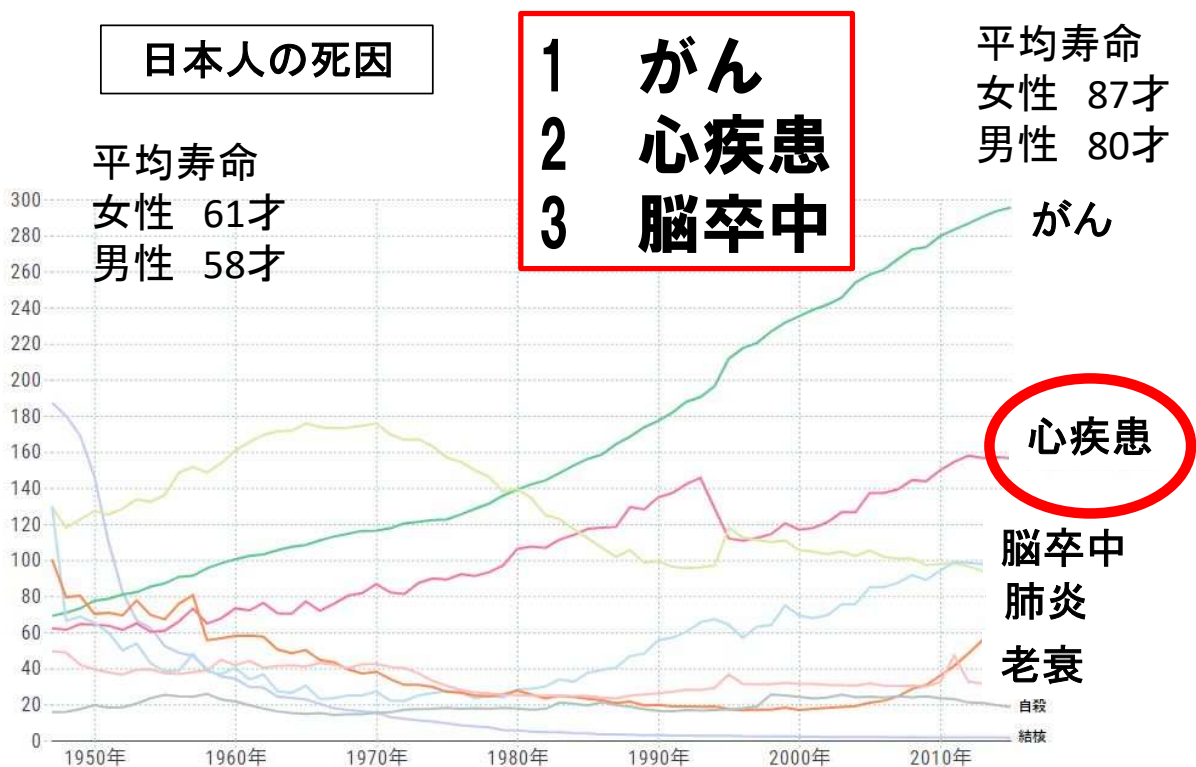
WHO/WPCA: 2014



なぜ心不全か

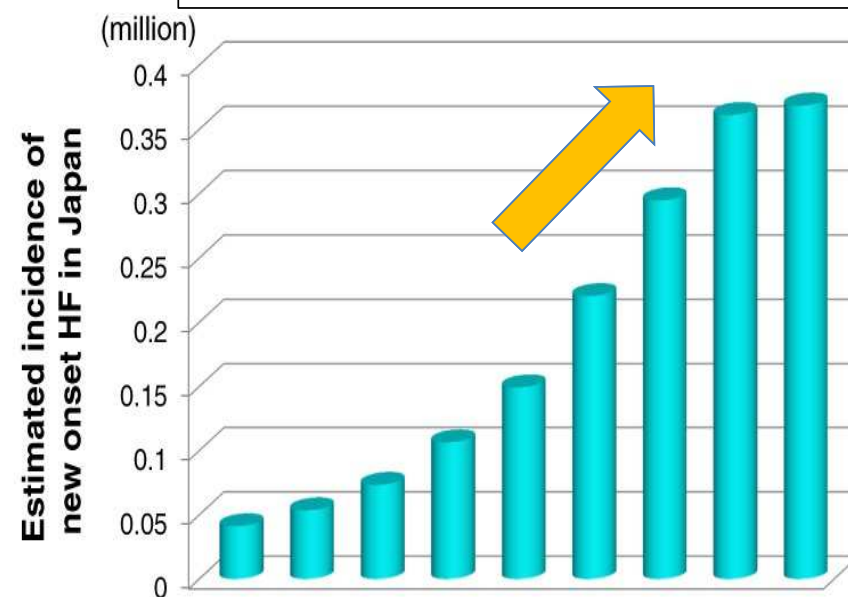
「心不全パンデミック」

日本人の死因



日本人の主要死因の年次推移
(厚生労働省「人口動態統計」を基に作成)

日本における心不全患者数の予測



Year	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030
% of the elderly (≥65 years)	4.9	5.7	7.1	9.1	12.1	17.4	23.0	29.1	31.6
Total population in Japan (million)	83.2	93.4	103.7	117.1	123.6	126.9	128.1	124.1	116.6

Shimokawa H et al. Eur J Heart Fail 2015;17:884-892

心不全入院患者が急増 2/3は75才以上の高齢者
入院する病床が足りなくなる可能性あり



**心不全
積極的治療が
緩和ケアとして
位置づけられる**

緩和ケアは終末期医療と同義ではなく、心不全が症候性となった早期の段階から実践し、心不全の治療に関しては最期まで継続される。

図 17 心不全における緩和ケアのあり方

(Gibbs JS, et al. 2002⁸⁹⁴⁾より改変)

急性・慢性心不全診療ガイドライン(日本循環器学会/日本心不全学会合同 2018.3月発行)

非がん疾患患者にどのような苦痛があるのか？

疾患群	N	中等度以上の苦痛	最期の1週間の症状		
			1	2	3
脳卒中	55	12.9% (31)	嚥下障害80%	喀痰73.3%	呼吸困難68.8%
認知症	47	6.9% (29)	食思不振75%	嚥下障害70.9%	発熱63.3%
神経難病	28	21.4% (14)	嚥下障害100%	呼吸困難94.4%	喀痰 94.1%
老 衰	27	4.8% (21)	食思不振100%	便秘81%	嚥下障害77.3%
呼吸器疾患	26	50% (14)	呼吸困難100%	喀痰88.2%	食思不振87.5%
慢性心不全	14	25% (8)	呼吸困難100%	喀痰87.5%	便秘87.5%
慢性腎不全	12	30% (10)	浮腫81.8%	食思不振81.8%	呼吸困難, 排尿障害, だるさ50%
全 体	242	16% (159)	食思不振83.3%	嚥下障害72.3%	呼吸困難70.9%

平原佐斗司ら「非がん疾患の在宅ホスピケア方法確立ため研究(勇美記念財団助成) 2006年

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、迫村泰成

表 38 人生の最終段階の身体・精神症状

症状	がん (%)	心不全 (%)
倦怠感	23～100	42～82
痛み	30～94	14～78
悪心・嘔吐	2～78	2～48
呼吸困難感	16～77	18～88
不眠	3～67	36～48
せん妄・認知機能障害	2～68	15～48
抑うつ	4～80	6～59
不安	3～74	2～49

(日本循環器学会, 日本心不全学会, 2021¹²⁹⁴⁾ より)

- 呼吸困難が最多
- 利尿薬調整、酸素療法、ASV、強心薬
→ 呼吸困難・倦怠感の緩和
- 呼吸リハビリ
→ 息苦しさの緩和
- 倦怠感、痛み、抑うつなども
がんと同様、心不全でも良く
みられる

日本循環器学会／日本心不全学会. 2025年改訂版 心不全診療ガイドライン（第12章 緩和ケア）

事例検討

心不全による入退院を繰り返し
在宅で看取った90代女性

ステージC（症候性心不全）の時期

95才 女性

● 2012/7 (83才) 高血圧 心房細動 心不全初発 **A病院入院①**

● 2020/9 (91才) 当院通院開始 介護保険導入 要介護1
サービス利用なし

● 2022/1 (93才) 心不全**T病院入院②**

HFpEF(収縮能は保たれた心不全)

LVEF69.2% RVSP43mmHg

胸水穿刺→感染・悪性所見なし

トルバプタン フロセミド ARNI



高齢者の多疾患・フレイルへの対応 ACP(Advance care planning)

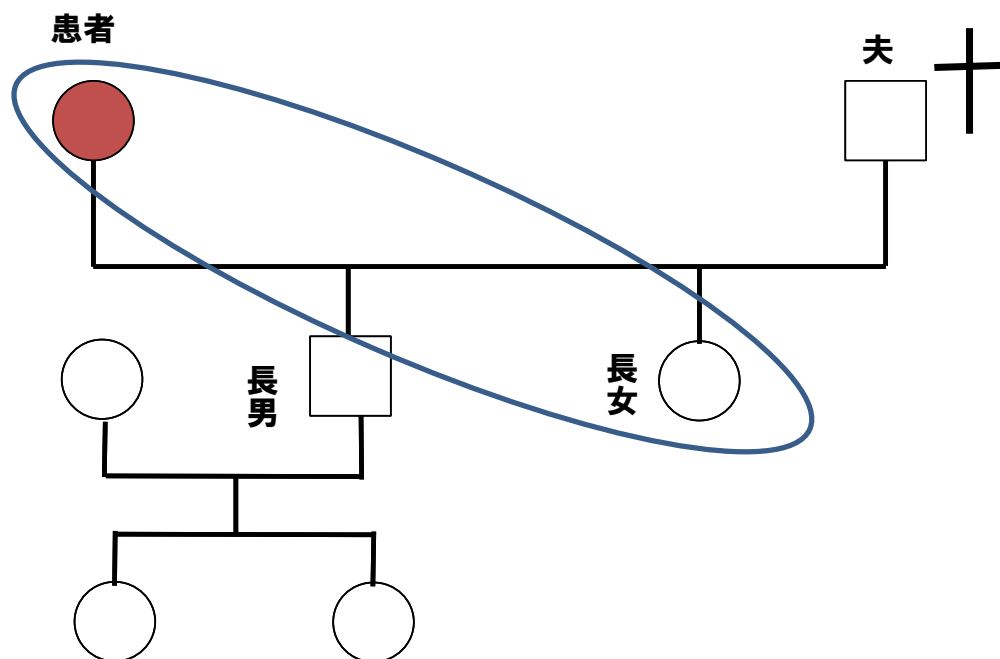
● 2023/1 (94才) 腰椎圧迫骨折 テリパラチド
訪問看護(リハビリ専門職)導入

【家庭状況】

10年前 夫 肺癌にて在宅療養、亡くなる（最期は入院）

長女との2人暮らし

長男夫婦が2世帯住宅の1Fに住む



【医療介護連携】

要介護1 2020 → 要介護3 2024-

ICT連携2024-

K介護事業所 Sケアマネ2020-

訪問看護(リハビリ専門職)

:K訪看ステーション2023-

訪問看護:H訪看ステーション2024-

K薬局2020-

在宅酸素業者2023-

後方病院:T病院循内2022-

慢性心不全 治療の最適化が大切

→ 積極的治療が緩和ケアと位置づけられる



高齢者へ医療介入：どこで線を引くのか？

PCI
CABG

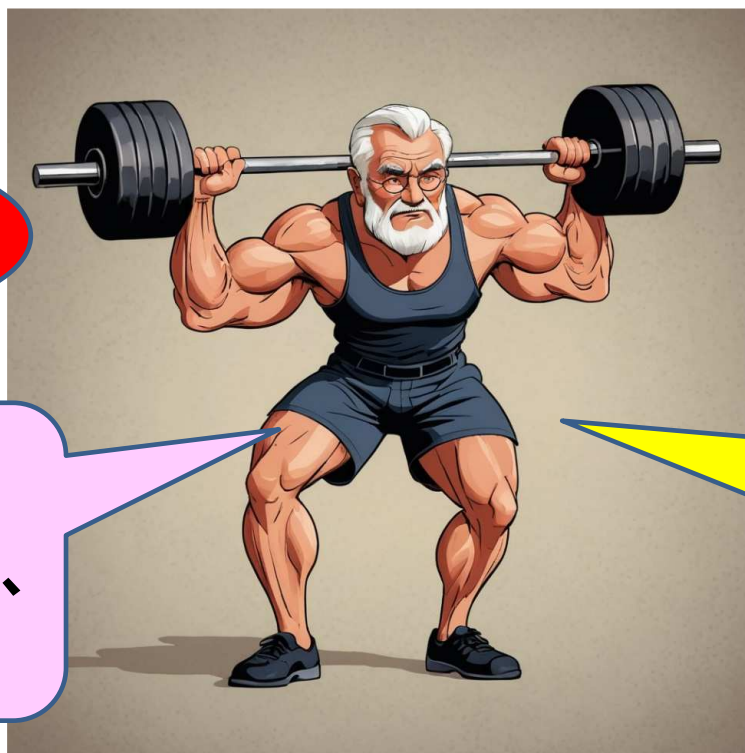
ペース
メーカー

弁置換
TAVI

LVAD

個別性

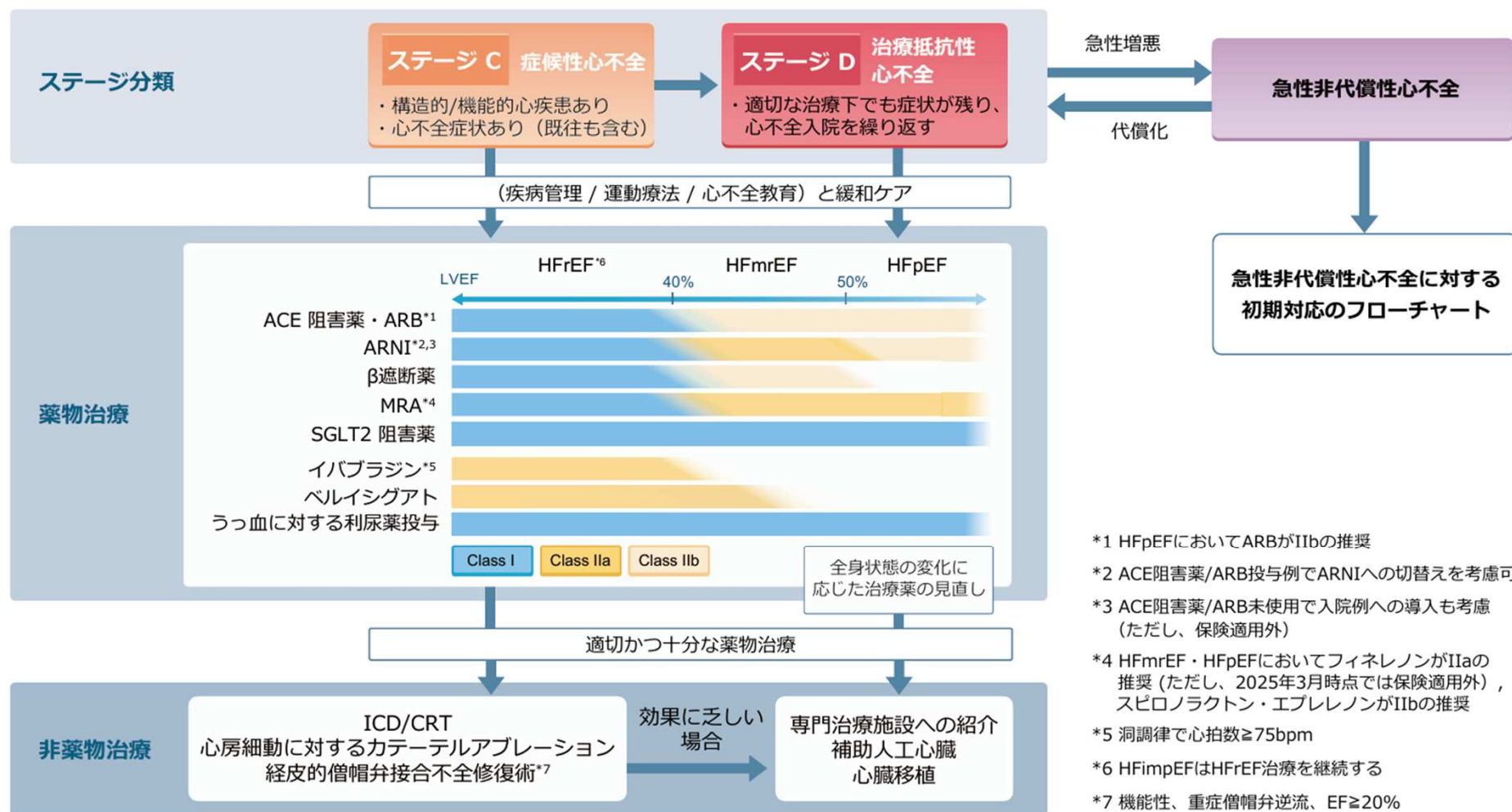
医学的適応
年齢、臓器予備能力、
合併疾患など



社会的適応
介護力など

(生成AIを用いて作図)

GDMT (Guideline-Directed Medical Therapy) 心不全治療の標準薬物療法の導入と至適用量調整が重要

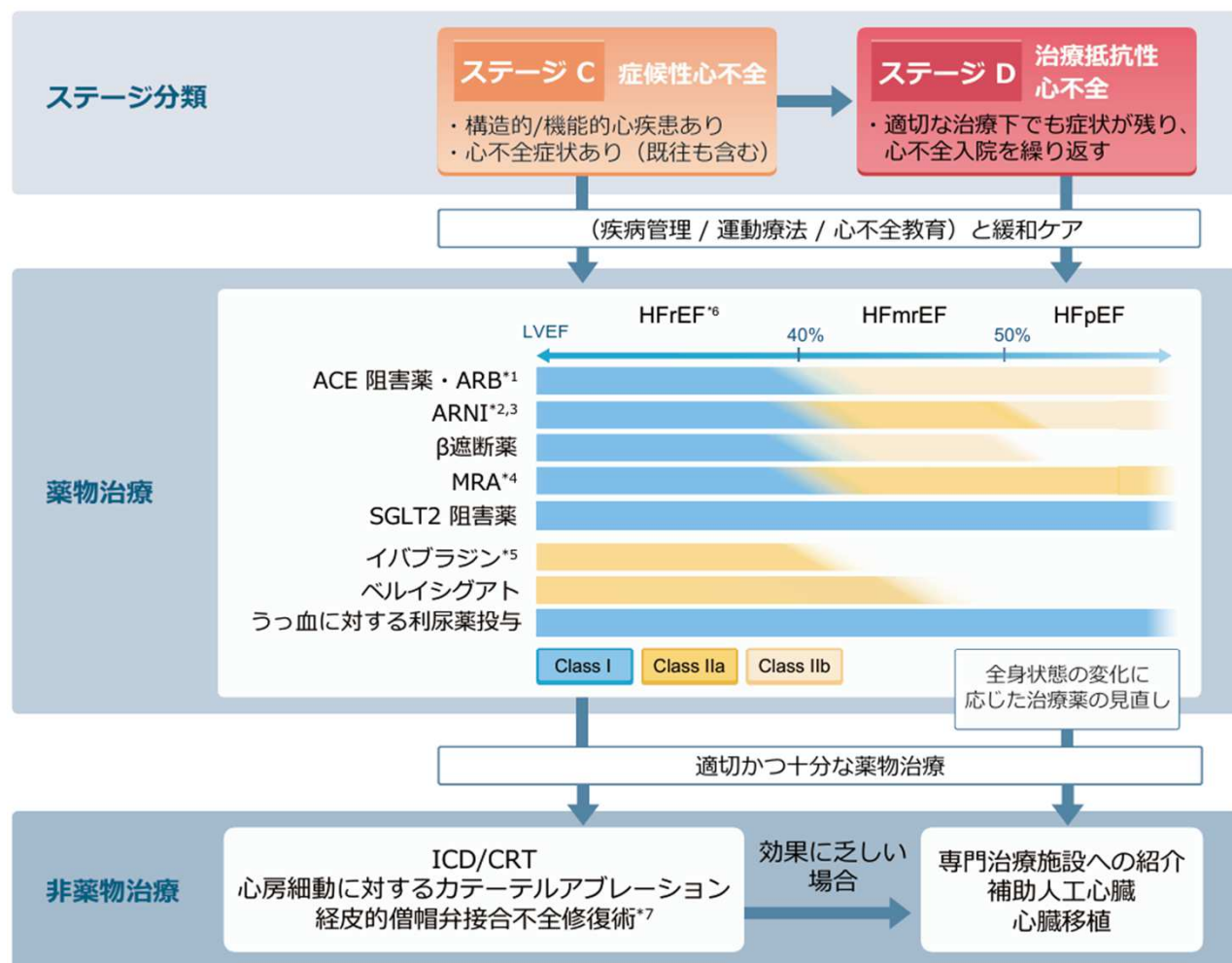


- *1 HFpEFにおいてARBがIIbの推奨
- *2 ACE阻害薬/ARB投与例でARNIへの切替えを考慮可
- *3 ACE阻害薬/ARB未使用で入院例への導入も考慮（ただし、保険適用外）
- *4 HFmrEF・HFpEFにおいてフィネレノンがIIaの推奨（ただし、2025年3月時点では保険適用外）、スピロラクトン・エブレレノンがIIbの推奨
- *5 洞調律で心拍数 ≥ 75 bpm
- *6 HFimpEFはHFrEF治療を継続する
- *7 機能性、重症僧帽弁逆流、EF $\geq 20\%$

日本循環器学会／日本心不全学会. 2025年改訂版 心不全診療ガイドライン（第6章 心不全に対する治療）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

GDMT (Guideline-Directed Medical Therapy) 心不全治療の標準薬物療法の導入と至適用量調整が重要



- フレイル高齢者もGDMTから利益を得る可能性あり
- 「Start Low, Go Slow, But Go」のアプローチ
低用量から開始し、綿密にモニタリング、こまめなフォローアップで安全性を確保
- 減処方の実践 (ポリファーマシー対策)
利益対リスク比が低い薬剤を優先順位に合わせて調整

日本循環器学会／日本心不全学会. 2025年改訂版 心不全診療ガイドライン (第6章 心不全に対する治療)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

2022/1 (93才) 心不全T病院入院② 処方内容

エドキサバントシル酸塩水和物15mg
エプレノン25mg
フロセミド20mg
トルバプタン7.5mg 朝食後
サクビトリル／バルサルタンナトリウム
水和物100mg 2錠 朝夕食後

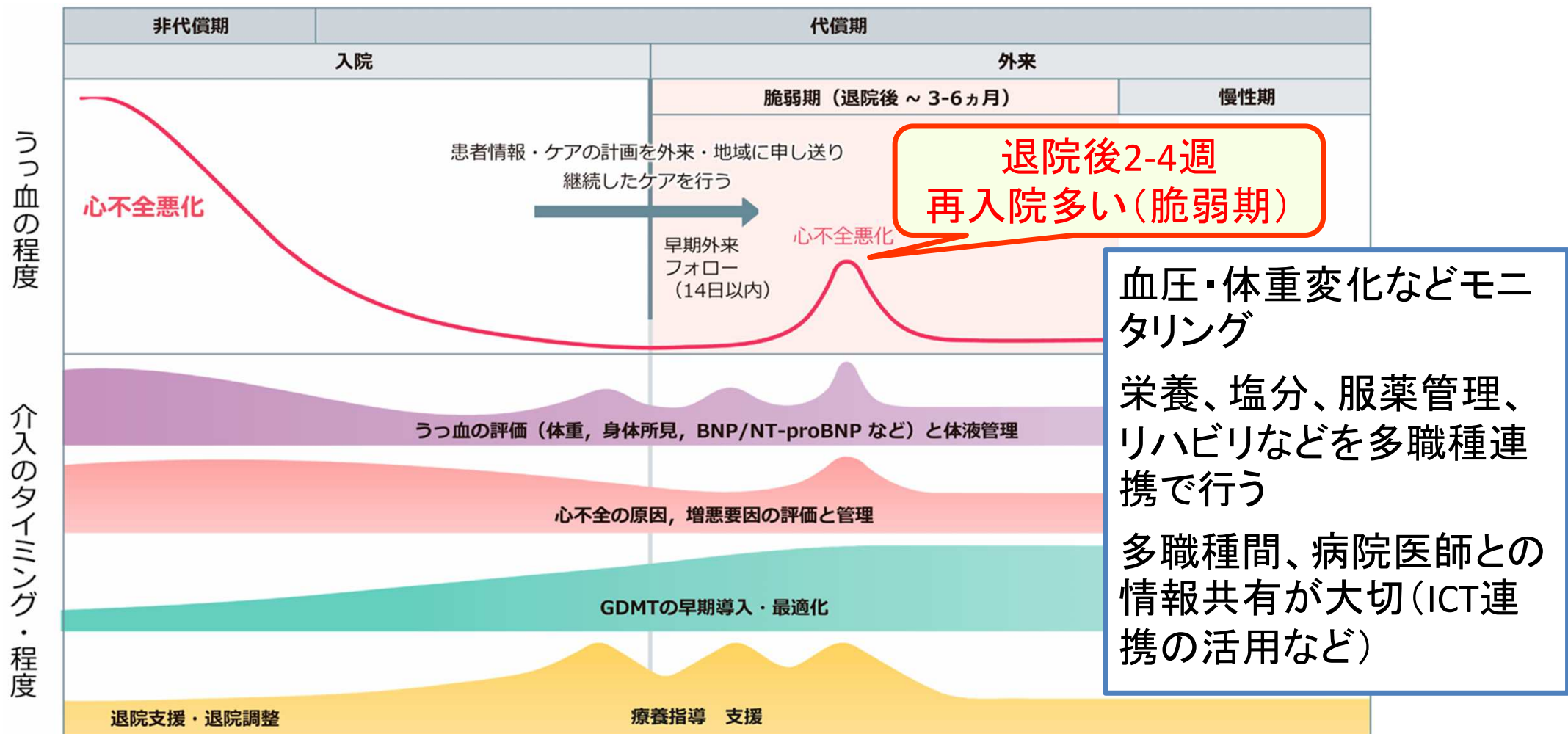
ロスバスタチンカルシウム2.5mg
ランソプラゾール15mg 夕食後
ミノドロン酸水和物50mg 月1回

最適な心不全治療が
症状緩和の基盤である

HFpEF：SGLT2阻害
薬と利尿薬調整が重要

フレイル患者もGDMTから利益
を得る可能性がある
ただし、
高齢者では個別性が高く、適切
な選択と用量調整が必要

心不全の非代償期から代償期への移行期（脆弱期）



血圧・体重変化などモニタリング

栄養、塩分、服薬管理、リハビリなどを多職種連携で行う

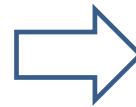
多職種間、病院医師との情報共有が大切 (ICT連携の活用など)

2025年改訂版 心不全診療ガイドラインより

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

高齢者の再入院を回避すべき理由

- 介護力の不足
- 重症化のおそれ
- 本人家族の不安



在宅医療

- 住み慣れた我が家で生活が継続できる



- せん妄
- 転倒
- 廃用性筋萎縮
- 認知機能低下

入院



かかりつけ医は
悩みます

入院関連機能障害 Hospitalization-Associated Disability (HAD) の防止

● 2023/9 心不全 右胸水貯留 **T病院入院③**
在宅酸素療法導入

長男の意向 「症状が出れば、入院の上治療をしたい、させたい」

ACP

● 2024/1 (95才) 右胸水持続 浮腫増加 **T病院入院④**
ICT連携

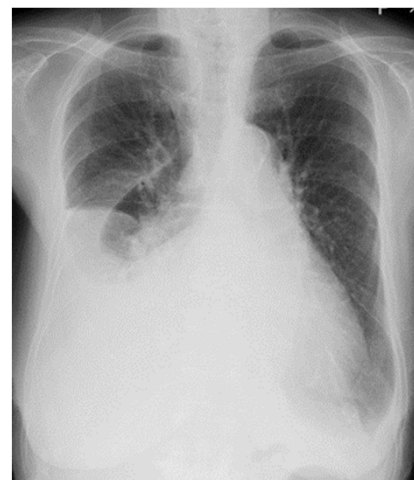
ICTを用いた退院前カンファレンス

本人・長女の意向 「自宅でゆっくり過ごしたい」

ACPの継続

訪問診療開始

● 2024/3 両側胸水貯留 **T病院入院⑤**



4回めの入院時 【病院における退院前カンファレンス】

ICTを用いてオンラインで行う

- ・本人：家族と一緒に自宅でのんびり暮らしていきたい。無理せずにできるリハビリを自宅で行っていきたい。
- ・長女：自分でできることは行ってもらいながら、できないところを手伝って安全に生活してほしい。

ACPの共有

・かかりつけ医師：

今回心不全入院後は外来通院も徐々に大変になると思われ、訪問診療への移行を提案します。ご主人は、肺癌で病院と連携、在宅では訪看と私が訪問診療を行いました。奥様も自宅での療養を考えてよい時期です。病院、在宅どちらでないといけないということはない。変化があるときは相談しましょう。

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

もしものときのために
ACP 人生会議 「人生会議」

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

11月30日（いい暮らし・暮られ）は人生会議の日

誰でも、いつでも、
命に関わる大きな病気やケガをする
可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、
約70%の方が、
医療やケアなどを自分で決めたり
望みを人に伝えたりすることが、
できなくなると言われています。

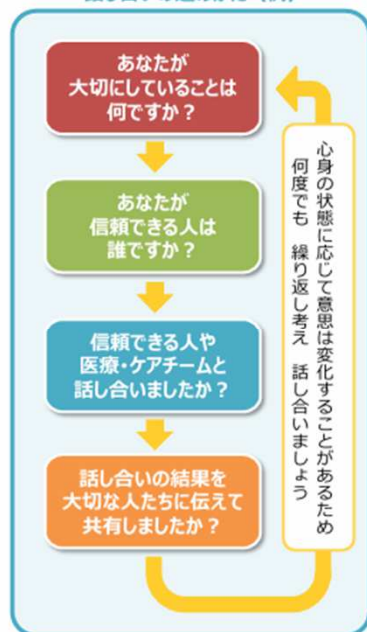
自らが希望する医療やケアを受けるために
大切にしていることや望んでいること、
どこでどのような医療やケアを望むかを
自分自身で前もって考え、
周囲の信頼する人たちと話し合い、
共有することが重要です。



もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、
前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を
「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」
と呼びます。

あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや
家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

話し合いの進めかた（例）



このような取組は、個人の主体的な
行いによって考え、進めるものです。
知りたくない、考えたくない方への
十分な配慮が必要です。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html



ACP(advance care planning)

愛称；人生会議

- ご本人、ご家族、そして医療・ケア提供者が一緒に行く
- 自分の受ける医療・ケアについての「話し合いのプロセス」
- 気持ちは変化するので繰り返すことが大切
- **ご本人の意向・希望が反映**されることがもっとも大切
- 拒否感なく自発的に行われることがのぞましい
- 会議の形ではなく、**ふだんの会話の中から聴きとる**

厚労省リーフレット

<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000536088.pdf>

心不全による入退院を繰り返し 在宅で看取った90代女性

ステージD（治療抵抗性心不全）を迎えて

終末期への準備

- 2024/5 5回目の心不全入院後自宅退院、要介護3 訪問看護導入
- 2024/6 「もう長く生きたから、あとは”適当”でいいわー」 ACPの共有
- 2024/7.3 ベッドから起き上がるときに介助が必要
- 2024/7.4 不眠 不安時 ロラゼパム屯用
- 2024/7.12 少しずつ眠っている時間が増える 軽度のせん妄
- 2024/7.17 内服を減薬（トルバプタンOD ランソプラゾールODのみ）
- 2024/7.24 38度発熱 「ガリガリ君をちょうだい」
- 2024/7.29 「13時に見に来たら、呼吸が止まっていた」
13時すぎに往診 穏やかな表情 死亡診定
本人の頑張りを称え、ご家族をねぎらう
ご自身で決めていた幾何学模様のタイブラウスに、ミモレ丈の純白のスカート

終末期の判断

- 適切な治療を行っても
- 慢性的な心不全症状を訴え、点滴薬物療法が頻回に必要
- 6か月に1回以上の入院や低い左室駆出率
- 終末期に近い

予後予測の難しさ



2010日本循環器学会「循環器疾患における末期医療に関する提言」

表 12 わが国で使用可能なオピオイドと開始時の投与方法

一般名	用量	備考
コデインリン酸塩*	10 mg/回 頓用 もしくは1日3回使用	処方量によっては麻薬扱い
経口塩酸モルヒネ**	2.5 mg/回 頓用 もしくは1日4回使用	腎障害時は半量より開始
塩酸モルヒネ注**	5～10 mg/日 持続静注/皮下注投与	腎障害時は半量より開始 高度腎障害時は1/4量も検討

* 呼吸器疾患に伴う鎮咳には保険適用があるが、心不全には適用がない。

** 心不全には保険適用はないが激しい咳嗽の症状に対して使用可能。
わが国で使用可能な経口塩酸モルヒネは10 mg錠であり、粉末での使用を要する。

循環器疾患における緩和ケアについての提言

日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン 2021.3

- 呼吸困難に対しては、有効性が期待されるときに使用可能（がん患者の半量程度）
- 非がん疾患・心不全における標準的な使用法は、まだ確立されていない
- 臨床の現場では、ベンゾジアゼピン系薬剤などで対応しているのが実情であり、経験と学習の蓄積が今後の課題

治す医療と支える医療

医学モデル



- | | | |
|-----------|---|------------------|
| • 寿命の長さ | → | <u>生命の質へ</u> |
| • 延命 | → | <u>尊厳ある死へ</u> |
| • 病院死 | → | <u>在宅死</u> |
| • 死なせない医療 | → | <u>生ききるための医療</u> |

生活モデル



管理する

高齢化、疾病構造の変化

伴走する

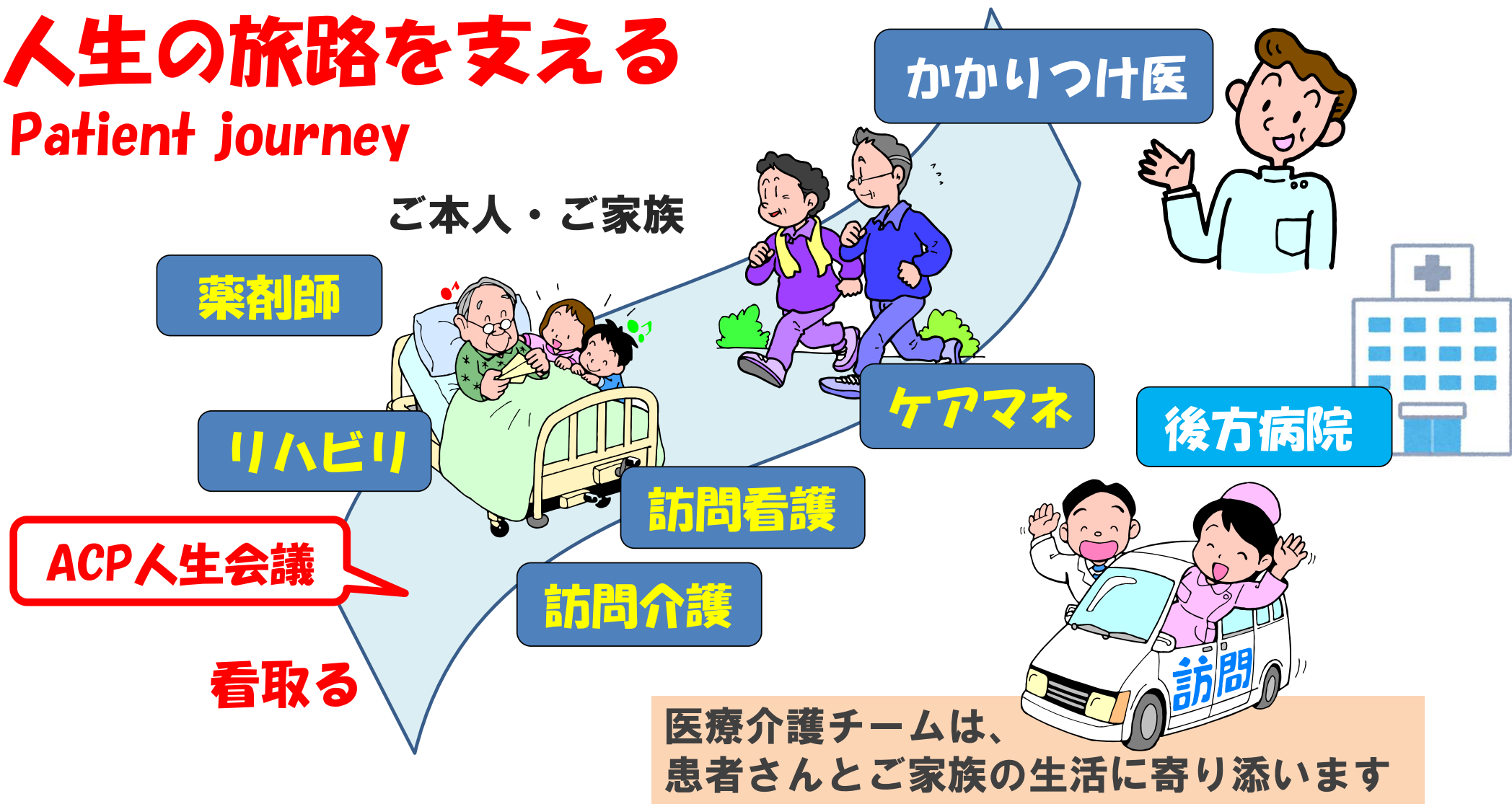
キュア (cure) 治すことに専念する医療（病院の役割）



対立するものではない

**病気やm障害を持っても生活の場で過ごし、穏やかに
人生を終える所までケア (care) 支える医療
（在宅医療機関の役割）**

人生の旅路を支える Patient journey



おわりに

- 心不全の緩和ケアは、疾患管理（利尿薬調整など）と症状緩和が一体となっている
- 在宅ケアには、身体症状だけでなく、精神的・スピリチュアルな苦痛を和らげる大きな役割がある
- 本人の意向を尊重した Advance care planning (ACP) を共有し、病院と地域が一体となったチームが関わることで納得感のある看取りができる