

PHRプラットフォーム地域実装モデル 構築実証事業

紀洋会岡本病院を中心とした実証事業（案）

実証事業（案）

①かかりつけ医と専門診療科	生活習慣病・糖尿病診療
②病院—薬局—患者	検査結果を使った処方提案
③病病・病診連携	紹介・併診 救急診療
④ 医療介護連携	つながり手帳のオンライン化 アドバンスケアプランニング
⑤オンライン診療	発熱外来 訪問診療

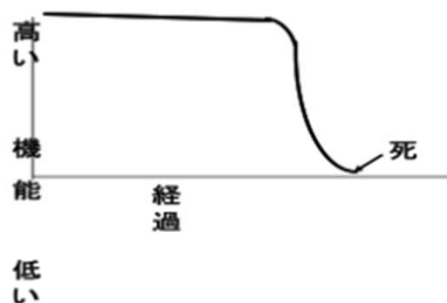
地域実装事業で有用性を実証 ④ 医療介護連携 つながり手帳のオンライン化

	つながり手帳	ヘルスケアパスポート
記入	手帳は患者とともに移動、患者や家族が記入を依頼してくれる	いつでも記入できるが、患者家族の依頼がないと記入しない
閲覧	持参した時しか見れない	いつでも見れる
スタッフ間 情報共有	患者家族も閲覧できる情報限定	スタッフ間情報共有が可能
患者同意と オプトイン	患者家族が持参することで同意やオプトインの説明なしで使用できる	患者同意と情報共有先のオプトインが必要
ファイル 共有	通常は使えない	写真や文章ファイルなどの共有が可能

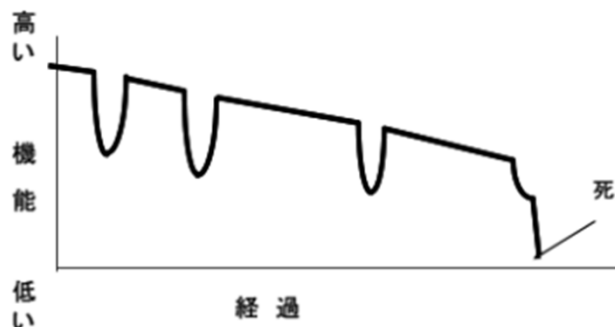
終末期における機能の低下イメージ

終末期の機能の低下イメージを知ることは大切です。「思い」をいつも娘の私に伝えていた母は「がん」で亡くなりましたが、最期は希望どおり自宅で過ごしました。母の余命宣告を受けた私が医師と連携して支援できたからです。

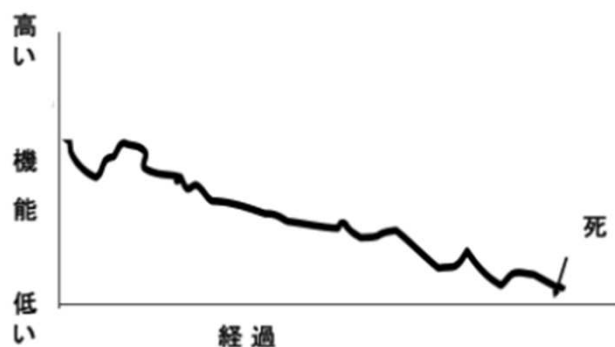
①がん等（死期が想定可能）
死数週間前まで機能は保たれ急速に低下



②心臓・肺疾患・肝臓の臓器不全
重症化しながら徐々に低下



③老衰・認知症
長い間に徐々の機能低下



ACPのタイミング

- 診断された時
- 根治の見込みが低いと考えられた時
- 心不全、呼吸不全に至る疾患と診断された時
- 心不全や呼吸不全で入院した時
- 誤嚥性肺炎で入院した時
- 自分の希望を話せる、認知機能低下が進行するまで

地域実装事業で有用性を実証 ④ 医療介護連携 End of Life Care アドバンスケアプランニング

死を意識し、自らの将来や死について考える

健康な時

病気になる

病と生きる

死に向かう

従来

改善策

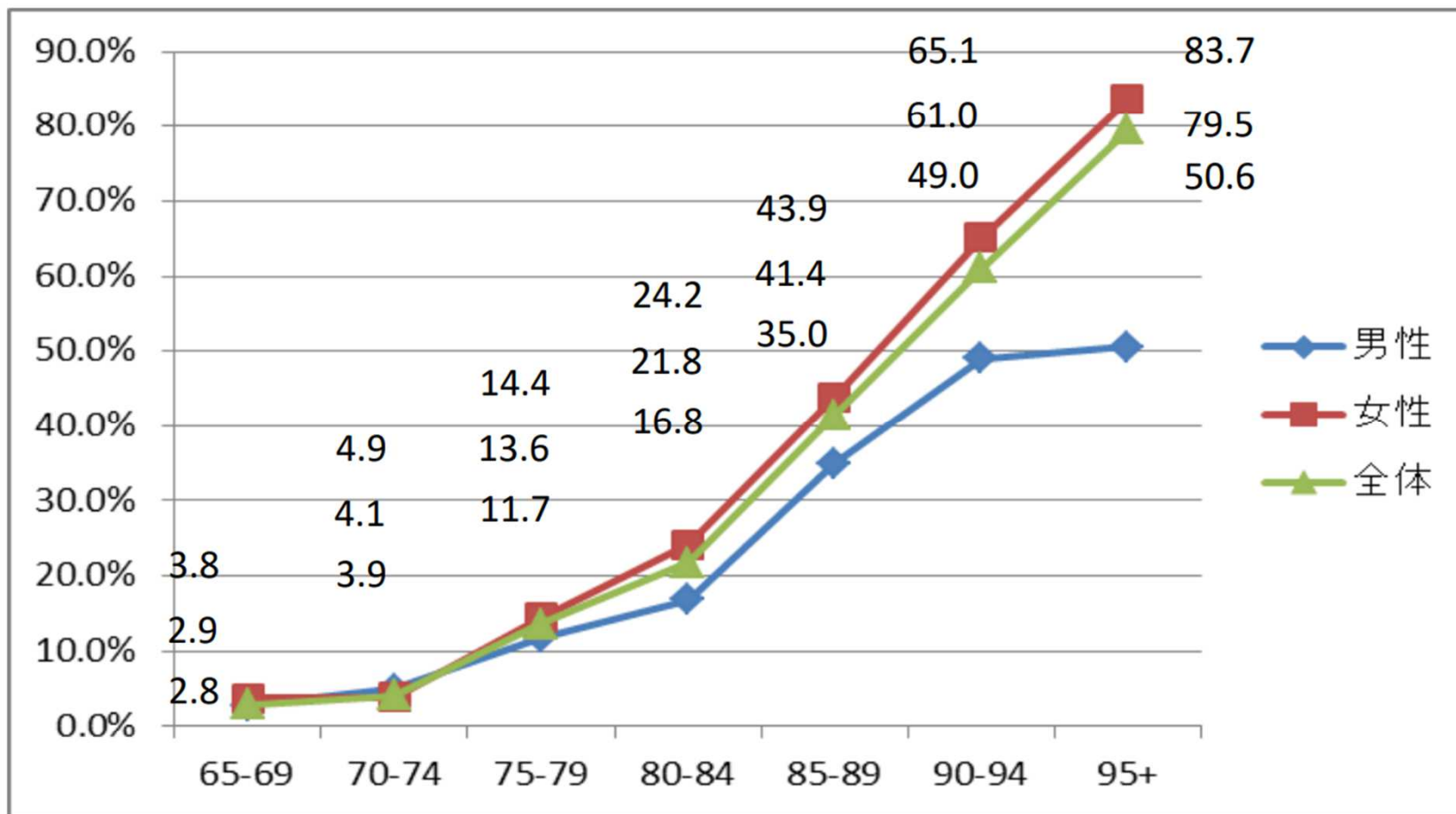
医療における事前指示
リビングウィル

話し合いのプロセスを通じた
事前指示作成・更新

本人を主体とした家族・医療者とのACPコミュニケーション

Ⓐ

年齢階級別の認知症有病率



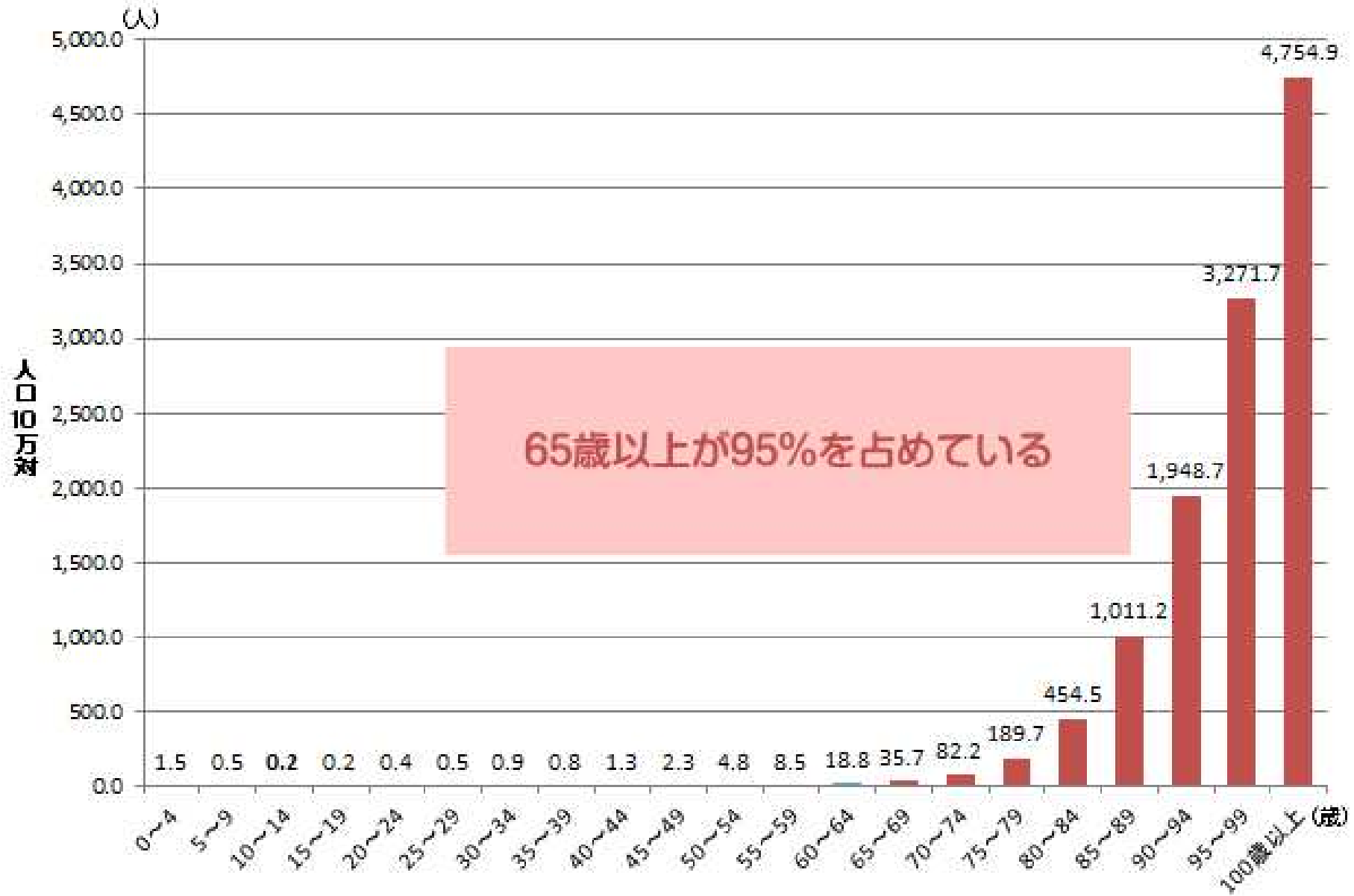
厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業

「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成21~24)

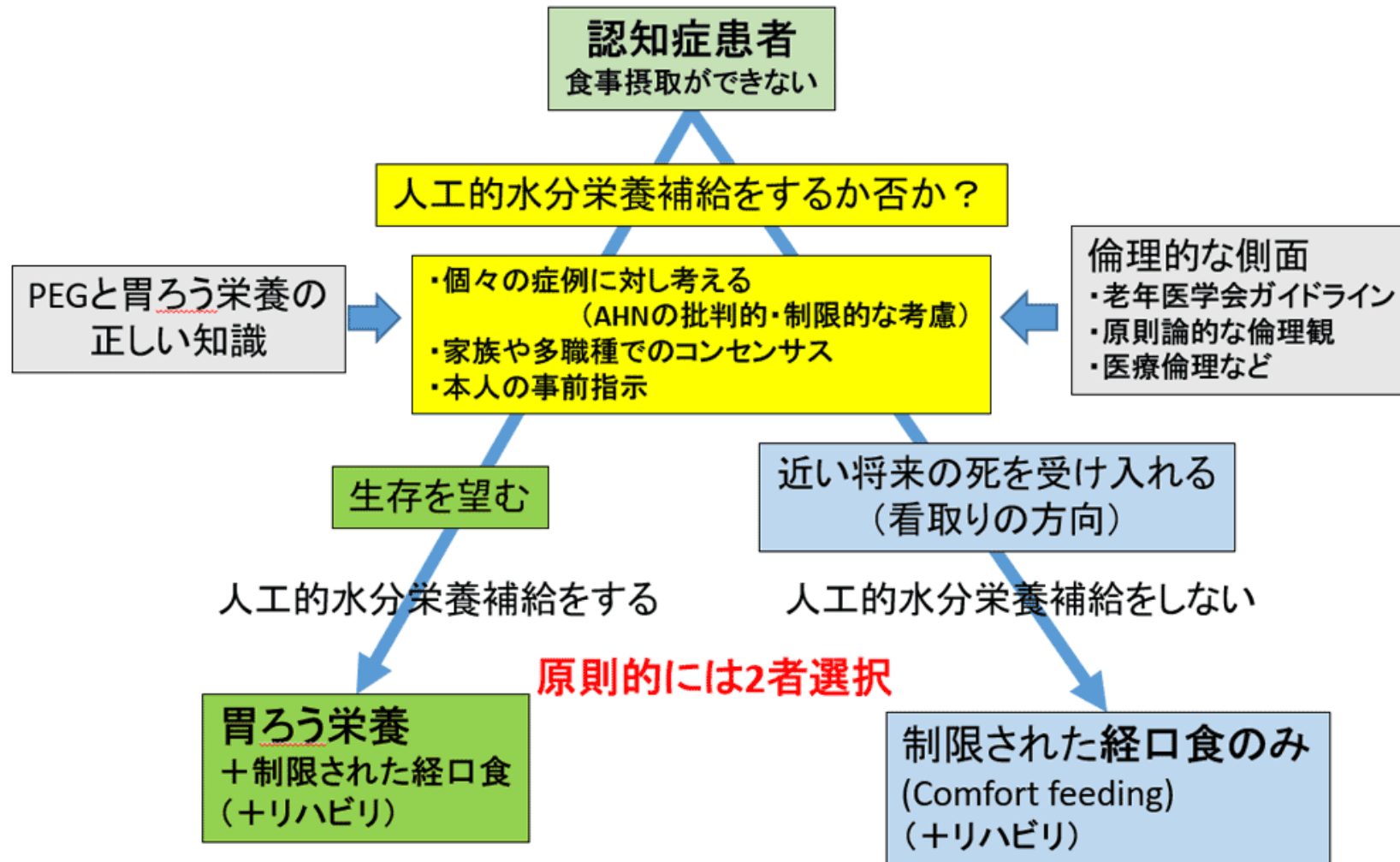
総合研究報告書より、認知症・虐待防止対策推進室にて数字を加筆

研究代表者 朝田隆(筑波大学医学医療系)

高齢者の肺炎死亡率



摂食嚥下障害での栄養管理



誤嚥性肺炎患者の積極的治療撤退例と継続例の比較

山口他 国立病院機構東京病院呼吸器センター

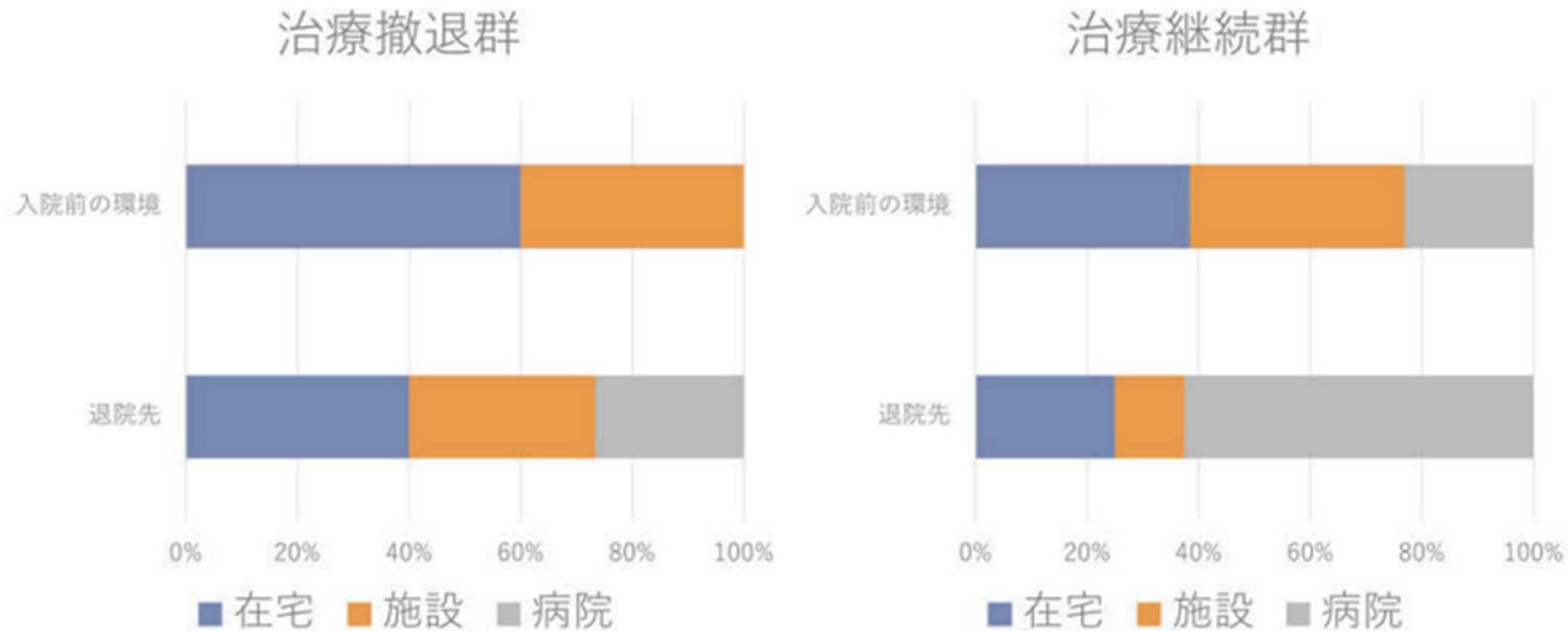


図2 入院前の環境と退院先。施設は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホームなど、病院は一般病院、長期療養型医療施設を指す。(A) 治療撤退群では (B) 治療継続群と比較して、入院前の環境への退院が多かった [15例中10例 (66.7%) vs 13例中3例 (23.1%), $p=0.02$]. Fisherの正確検定, χ^2 乗検定.

誤嚥性肺炎を繰り返す場合には、**終末期の肺炎**の可能性をより早いタイミングで認識し、その際に胃瘻などの代替手段をとるのか、あるいは肺炎に対する積極的な治療を行わず自然な形で食事を摂取し、自宅などの普段過ごす環境において最後の時間を過ごすのかなどについて前もって家族内で話し合っておくように伝えていくことが必要と考えられる。

アドバンスケアプランニングの実際

③ 解説編 自分らしく「生きる」ために～ACPってなに？～

[日本老年医学会](#)

