

後期高齢者の入院医療について (参考資料)

入院診療計画（現行）

急性期においては

- ・医師、看護師、その他の関係職種が共同して策定
- ・患者に文書で入院後7日以内に説明

<記載内容>

病名

検査内容及び日程

症状

手術内容及び日程

治療計画

推定される入院期間等

亜急性期においては

亜急性期入院医療管理料においては

<上記に加える記載内容>

在宅復帰支援担当者名

在宅復帰支援計画

慢性期においては

療養病床の高齢者については

<上記に加える記載内容>

全身状態の評価（ADLの評価を含む）

リハビリテーションの計画（目標を含む）

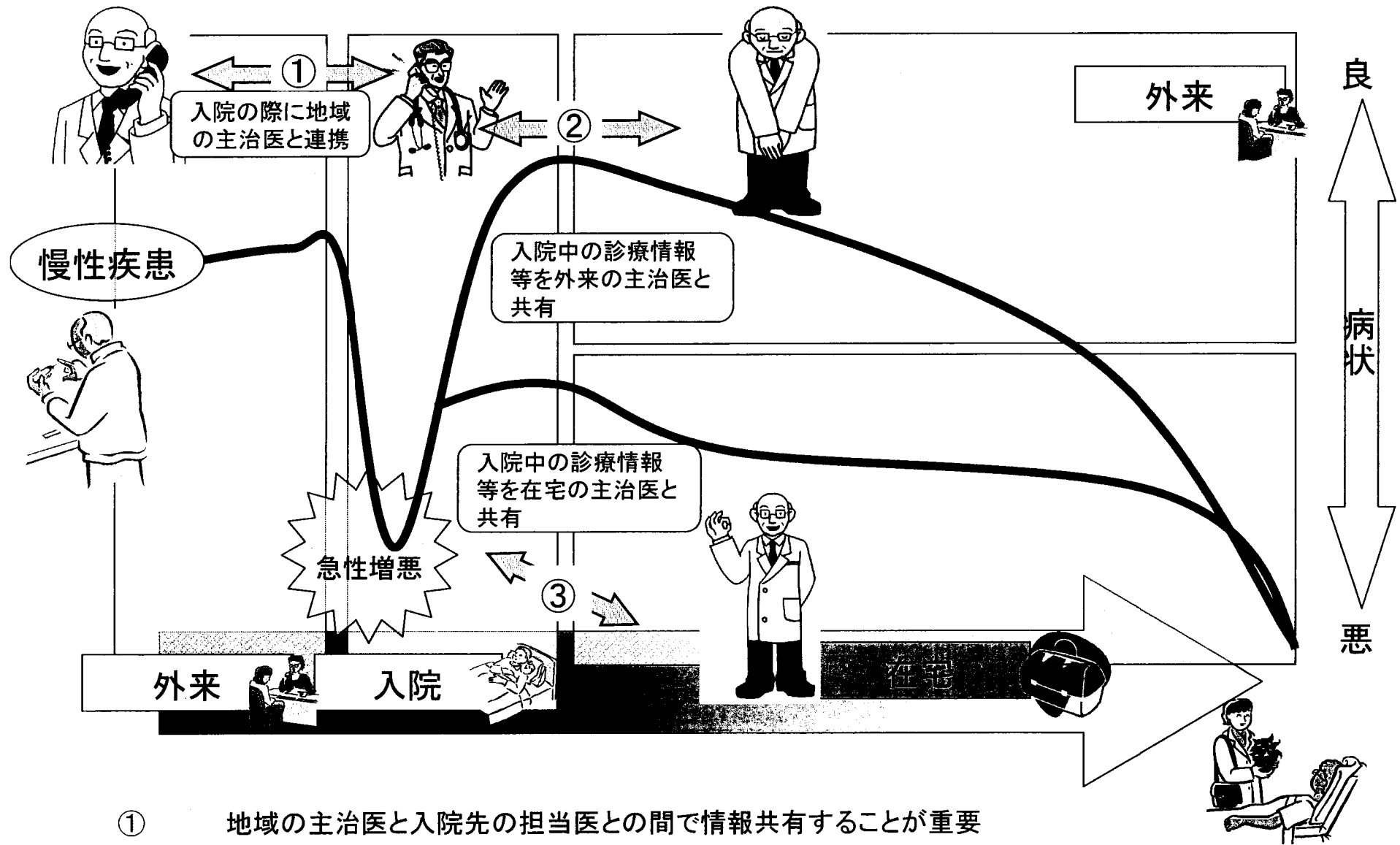
栄養摂取に関する計画

感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策

（予防対策を含む）

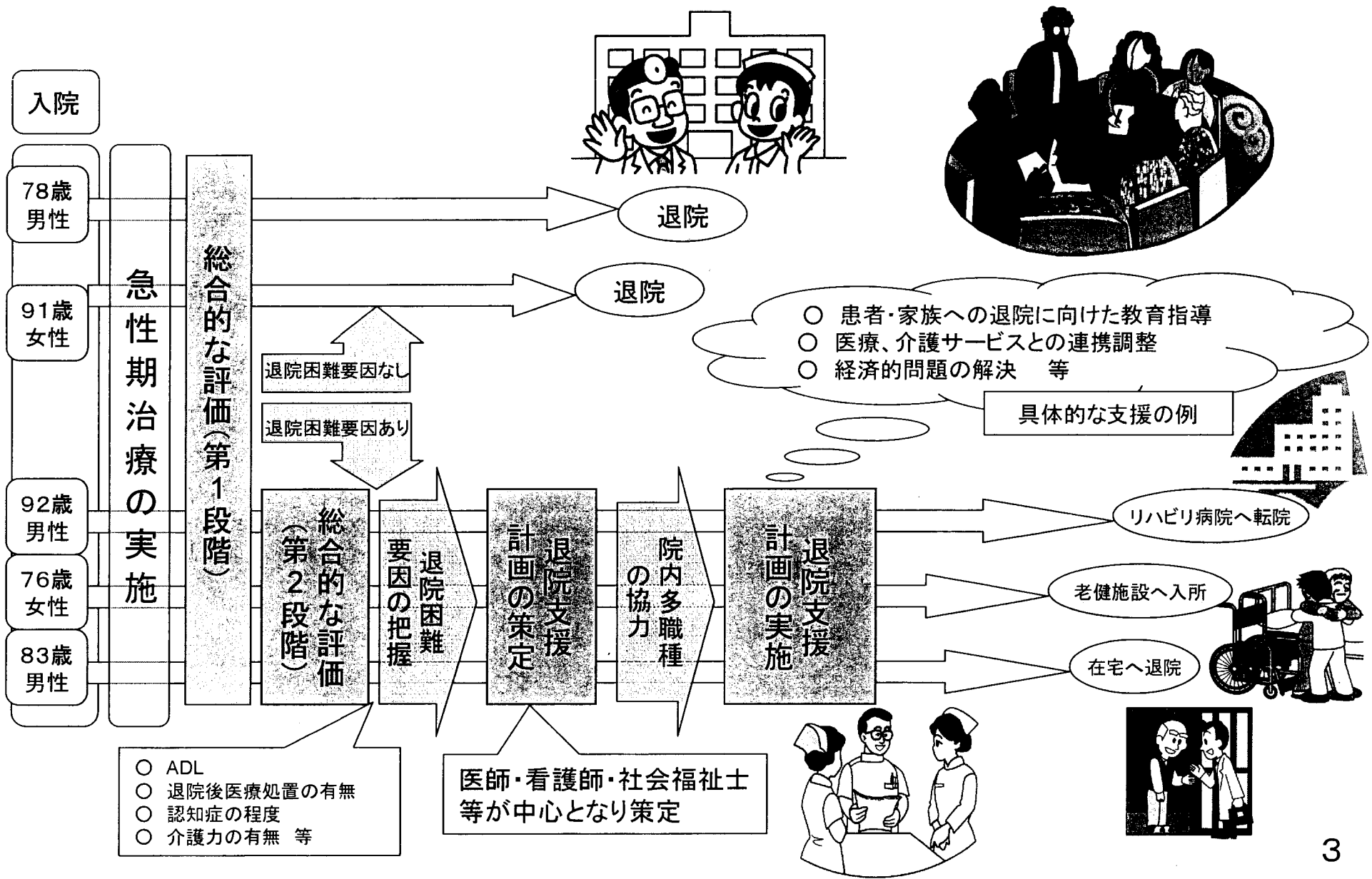
退院に向けた支援計画等

後期高齢者における医療連携のイメージ



- ① 地域の主治医と入院先の担当医との間で情報共有することが重要
- ②・③ 退院後も医療サービス及び介護・福祉サービスが継続的に提供されるため情報伝達及び情報共有が重要

後期高齢者の入院から退院までの流れ



高齢者の総合的な評価のイメージ

80歳代 女性 ・脳梗塞後遺症 ・糖尿病 の場合

退院困難要因の把握のための総合的な評価 (第1段階)

- ・基本的な日常生活の能力
- ・認知能
- ・意欲
- ・情緒や気分等

<質問事項等の例>
 ・「普段、ひと駅離れた町へどうやって行きますか？」
 ・「これから言う言葉を繰り返してください。」
 ・診察時に被験者の挨拶を待つ
 ・「自分1人でトイレに行けますか？」 等

在宅医療、外来医療等での取り組み

- ・口腔ケアの実施や、嚥下障害食を工夫
- ・訪問時に、毎回服薬状況を確認し、服薬支援措置を工夫
- ・食欲が低下しないように配慮しつつ、食事療法を実施

スクリーニング結果を踏まえた総合的な評価 (第2段階)

判定
 (×)
 (×)
 (○)
 (×)

- ・日常生活に関連した動作の検査
- ・活動能力の検査
- ・認知能に関する詳細な検査
- ・意欲に関する詳細な検査
- ・問題行動に関する検査
- ・QOLに関する検査

- ・嚥下障害に留意が必要
- ・口腔衛生管理が必要
- ・服薬支援が必要
- ・栄養管理が重要

退院時のカンファレンス

本人・家族・医師・歯科医師・薬剤師・看護師・管理栄養士・介護福祉士等で情報を共有
 退院に向けた医師からの指示

退院後のケアにおける留意点

- ・食事を軟菜、ゼリー食等を用いて、誤嚥を予防
- ・薬剤の一包化や服薬カレンダーを用いた服薬支援の実施
- ・食事は少量ずつ複数回とし、栄養状態の改善を図り、家族等の協力のもと、食事療法を進める

- ・嚥下能力が低下しており、誤嚥に留意。
- ・本人による、服薬管理は困難
- ・本人による、食事療法は困難

看護師・社会福祉士等による退院支援のイメージ

患者・家族からの相談

医師等からの依頼

総合的な評価の結果

病棟でのカンファレンスの結果

看護師・社会福祉士等が退院困難要因を把握

退院支援計画の立案・実施

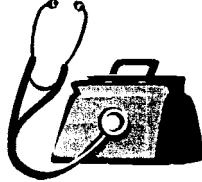
リハビリ病院、療養病床等との連携



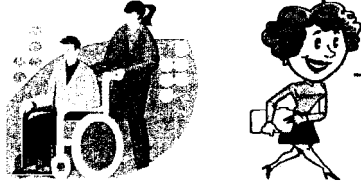
医師、看護師等多職種との連携



在宅医療との連携



介護、福祉との連携



退院時のカンファレンスの企画・実施

円滑な退院

- ・ 患者・家族の在宅、転院への意思決定を促す
- ・ 医療処置・介護方法を病棟へ指導依頼
- ・ 地域の主治医や訪問看護ステーションへの連絡
- ・ 訪問入浴・訪問介護など介護サービスの紹介等