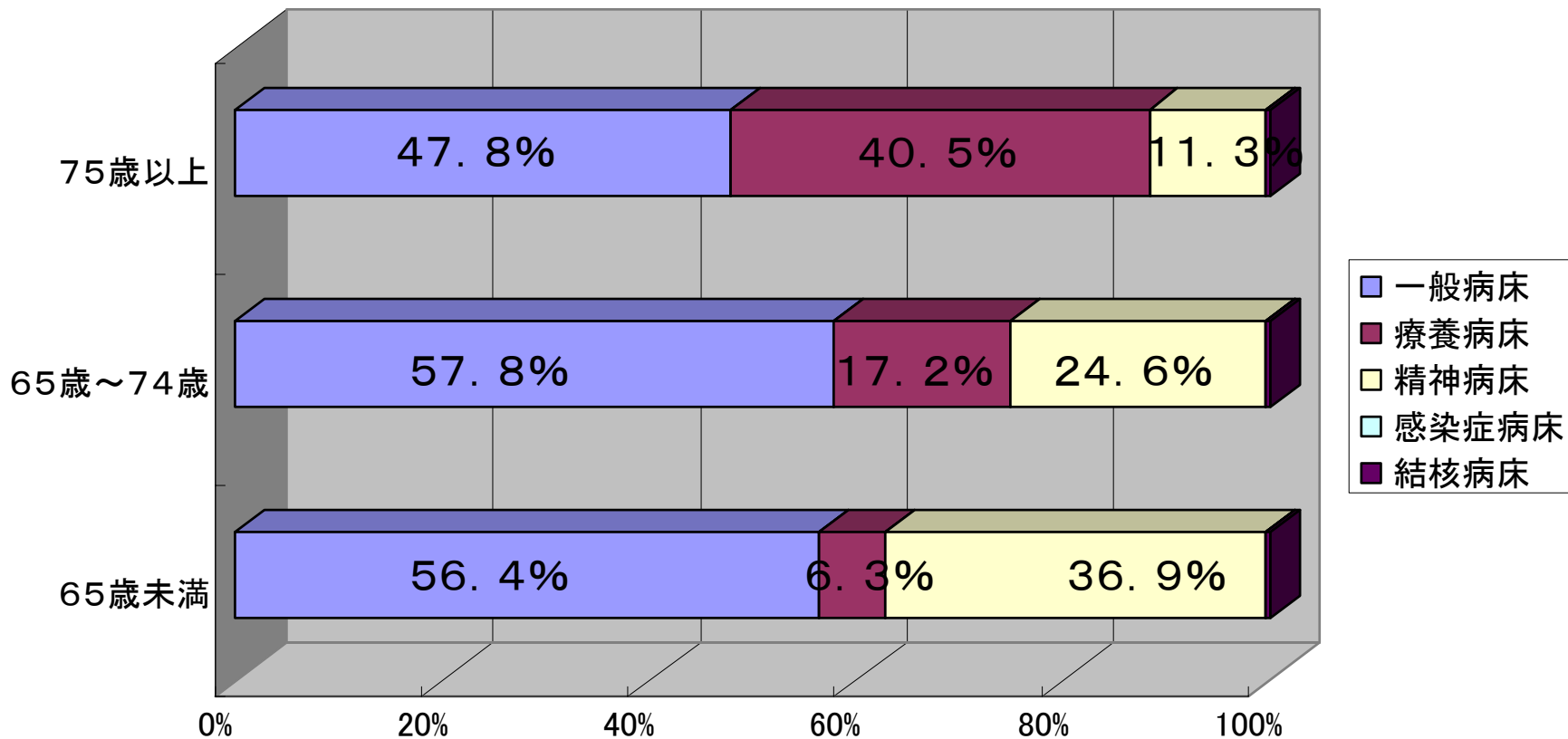


後期高齢者の入院医療について (参考資料)

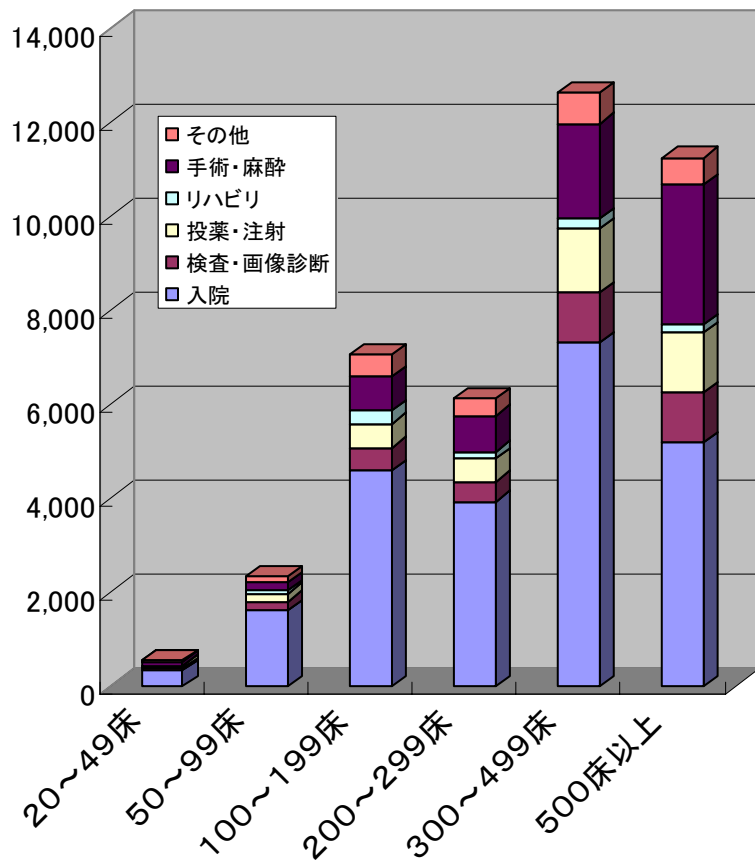
75歳以上の入院患者のうち、約40%が療養病床へ入院している。



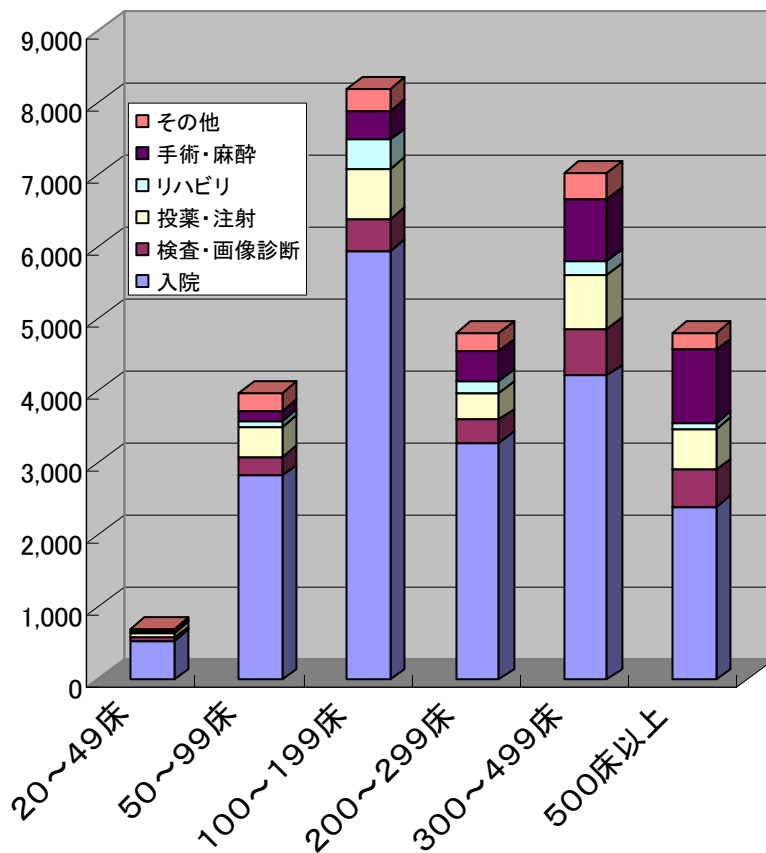
74歳以下では、300床以上の医療機関において、手術・麻酔の占める割合が高い。

75歳以上においても、同様に規模の大きい医療機関においては、手術・麻酔の占める割合が高い。

0～74歳の病床規模別・入院料等



75歳以上の病床規模別・入院料等



出典：社会医療診療行為別調査（平成17年6月審査分）、特別集計をもとに保険局医療課で作成

退院支援

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

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

入院中の
スクリーニング検査
(病状安定後に実施)

- ・基本的な日常生活の能力
- ・認知能
- ・意欲
- ・情緒や気分等

判定
(×)
(×)
(○)
(×)

スクリーニング検査を
踏まえた追加検査

- ・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

検査を踏まえた
総合的な評価

- ・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

<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

退院時ケアカンファレンス

本人・家族・医師・歯科医師・
薬剤師・看護師・介護福祉士等で
情報を共有

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

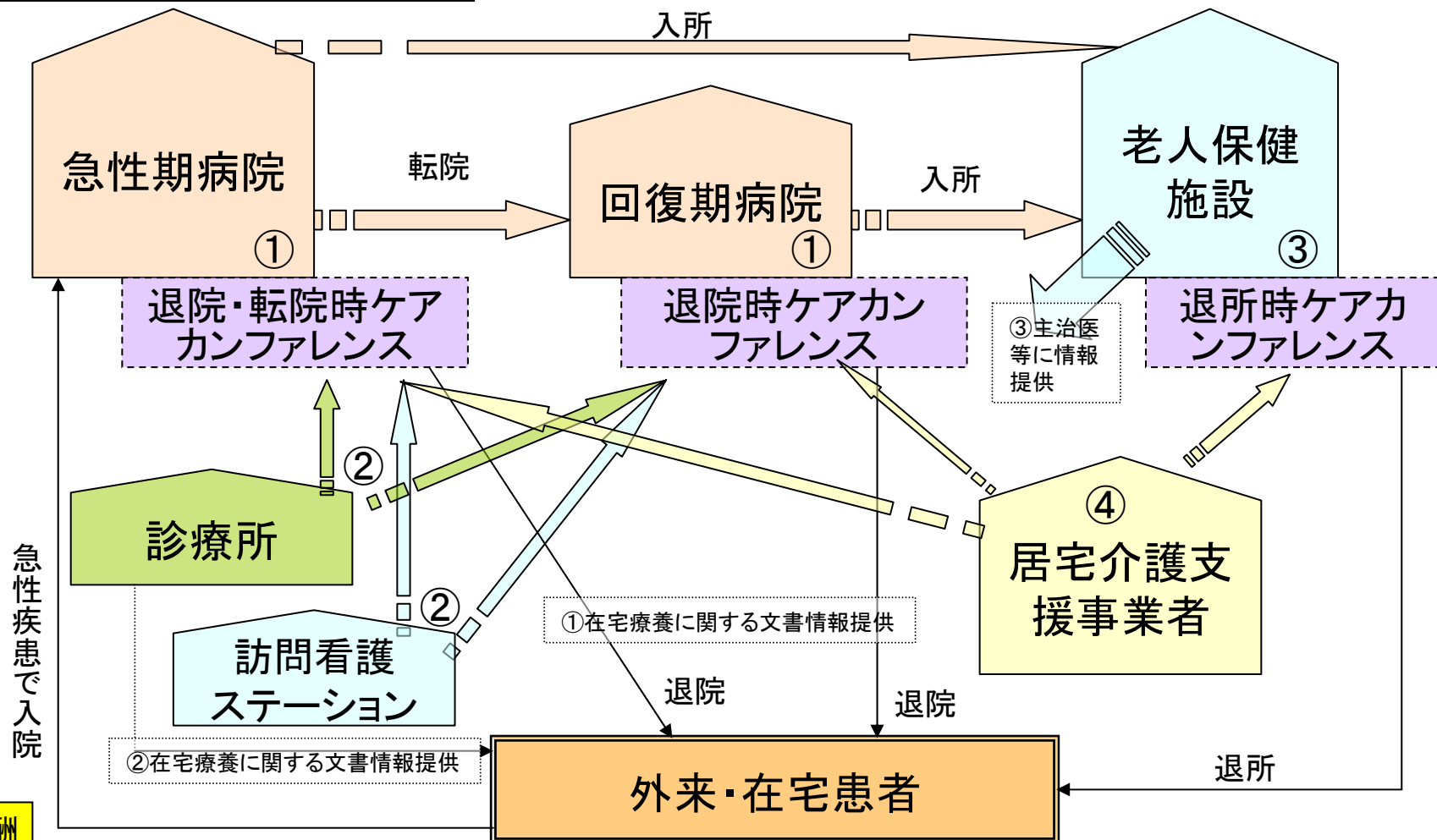
退院に向けた
医師からの指示

- ・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

在宅医療、外来診療等
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

入院から外来・在宅療養への円滑な移行



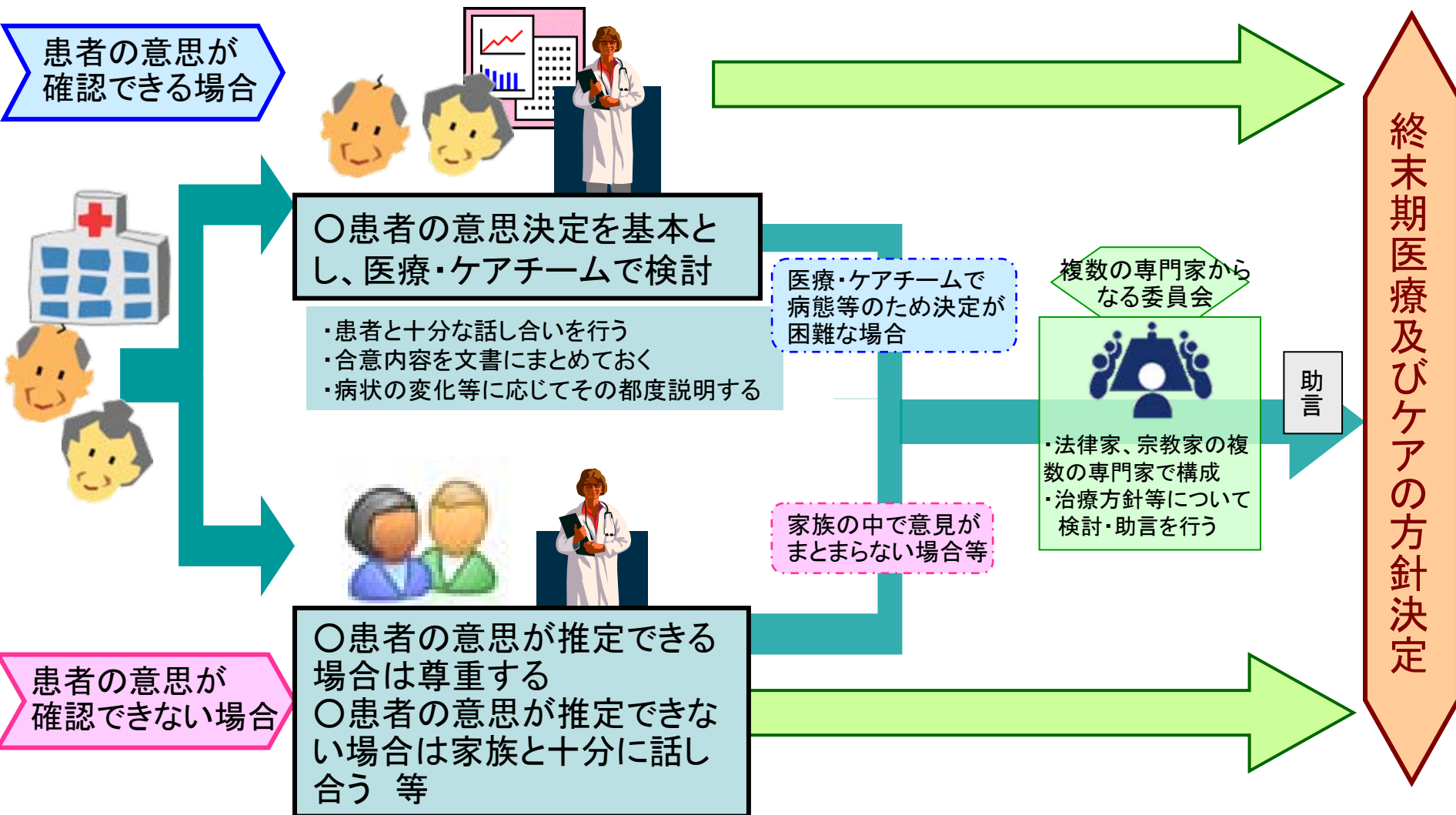
診療報酬

- ①病院がケアカンファレンスを開催し、患者に文書で情報提供することを評価(地域連携退院時共同指導料2)(※1)
 - ②診療所医師が病院のケアカンファレンスに出席し、患者に文書で情報提供することを評価(地域連携退院時共同指導料1)(※2)
訪問看護事業所がケアカンファレンスに出席することを評価(訪問看護管理療養費の加算)(※1)
- ※1 出席した診療所が「在宅療養支援診療所」であれば、病院の指導料及び訪問看護の加算も高くなる。
 ※2 診療所が「在宅療養支援診療所」であれば、高い共同指導料となる。

介護報酬

- ③退所に当たって、老人保健施設が主治医やケアマネジャーに診療情報を提供すること等を介護報酬上評価(500単位)。
- ④ケアプラン作成を退院前に行うことを、介護報酬上評価(居宅介護支援費の初回加算(250単位)につき、退院・退所時を高く設定(600単位))

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」 における手続きの流れ(イメージ図)



終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

(平成19年5月21日医政局長通知)

1 終末期医療及びケアの在り方

- ① 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たうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
- ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。
上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。
- ③ このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

(2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

(3) 複数の専門家からなる委員会の設置

上記(1)及び(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合
- ・患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
- ・家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。