

# 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

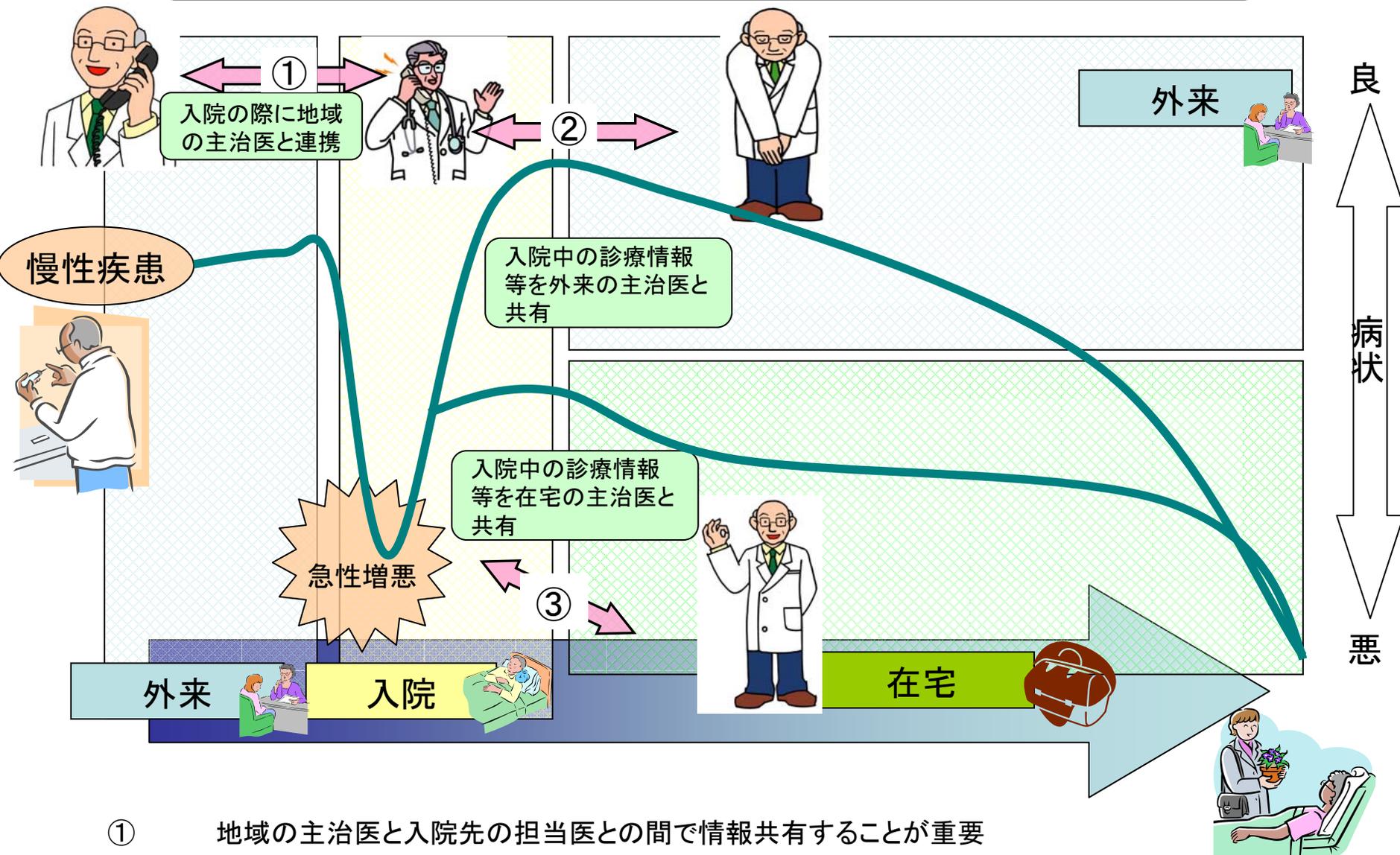
慢性期においては

療養病床の高齢者については

<上記に加える記載内容>

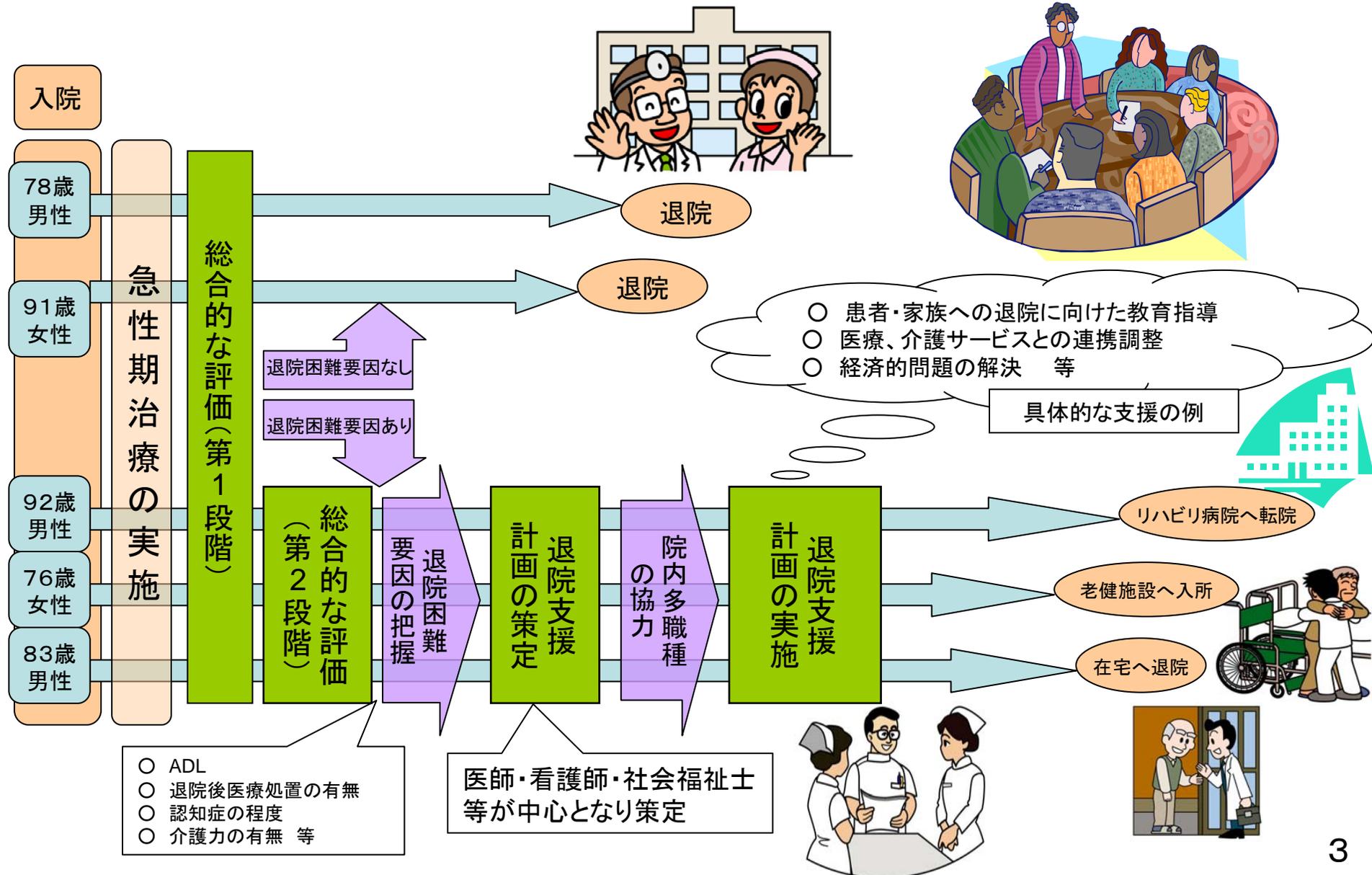
全身状態の評価（ADLの評価を含む）  
リハビリテーションの計画（目標を含む）  
栄養摂取に関する計画  
感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策  
（予防対策を含む）  
退院に向けた支援計画等

# 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

判定

- (×)
- (×)
- (○)
- (×)

## スクリーニング結果を踏まえた総合的な評価 (第2段階)

- ・ 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

<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

## 退院時のカンファレンス

### 退院後のケアにおける留意点

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

- ・ 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

## 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

# 看護師・社会福祉士等による退院支援のイメージ

