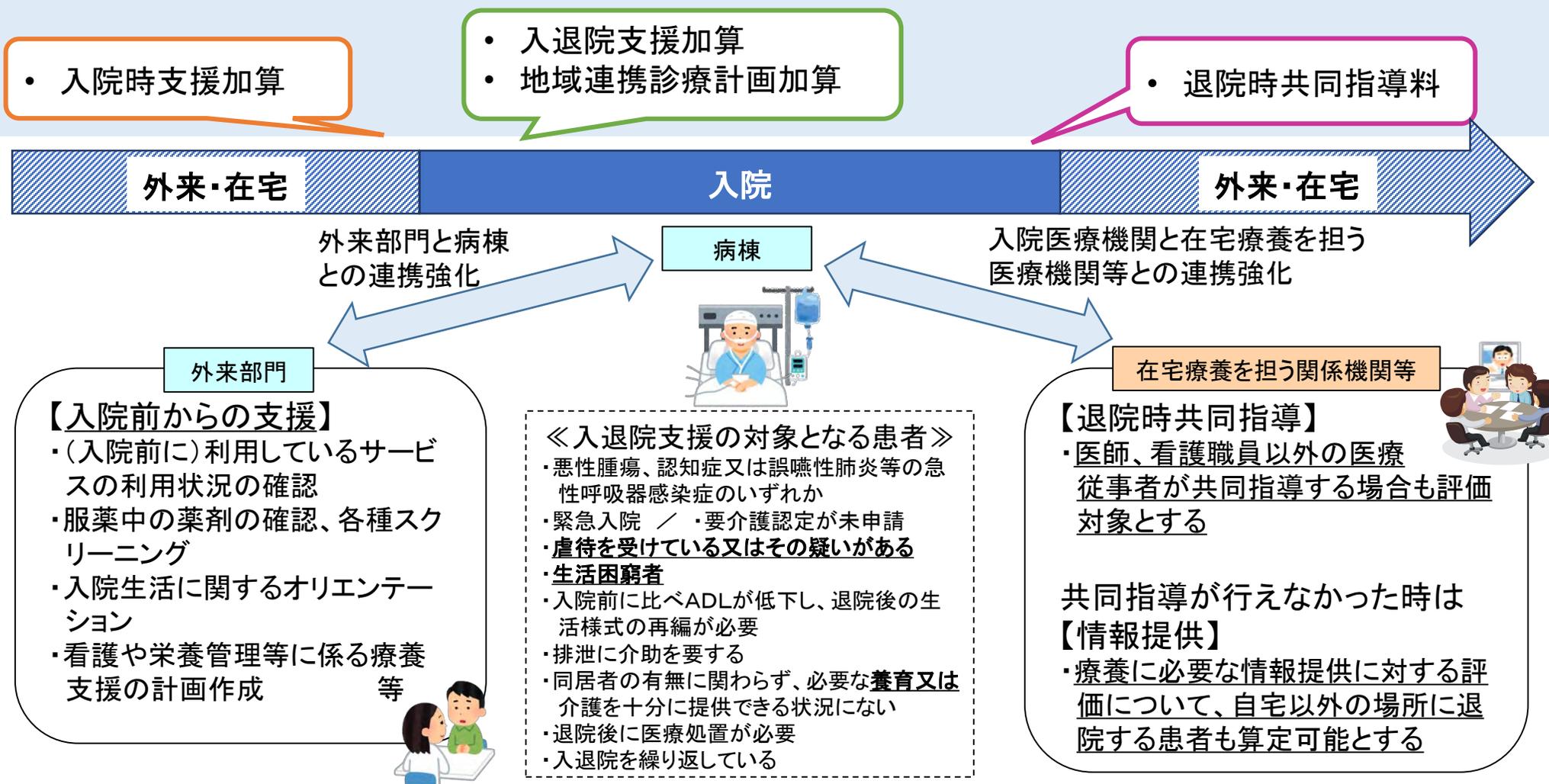


在宅医療について

1. 在宅医療の現状等について
2. 継続診療加算について
3. 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について
4. 外来を担当する医師と在宅を担当する医師の連携について
5. 在宅ターミナルケア加算について
6. 論点

入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。



外来から在宅への移行について

- 外来から在宅医療への移行の例として、以下のような症例がある。
- 外来から在宅医療への移行に当たっては、介護保険サービス導入や歯科診療導入等が行われた。

癌の治療経過の中でフレイル、サルコペニアが進行。
癌は経過フォローのみであったものの、総合病院外科専門外来にのみ通院していた。
身体機能の低下が顕著で、すでに通院困難な状態にあるため訪問診療へ移行。

【事例】 83歳男性 【世帯】 高齢者世帯 【介護保険】 未申請
【病名】 サルコペニア、フレイル、大腸癌術後、転移性肝・肺腫瘍切除後
【経過】
73歳 大腸癌手術（術式：S状結腸切除術、リンパ節郭清術）
75歳～79歳にかけて、転移巣に対し、肝切除術2回と肺切除術1回を受けた。
以降、急性期病院（400床規模）の外科外来に**定期通院**をしていた。
83歳
X年6月末 外科専門外来から松戸市在宅医療・介護連携支援センターへ紹介
※紹介理由：「ADLの低下で通院が困難」
X年7月初旬 センター職員が自宅訪問しアセスメント。
→在宅療養支援診療所による訪問診療へ移行
X年12月 在宅看取り

【身体機能、栄養、口腔に関して訪問で得られた情報】

※進行したフレイル、サルコペニア、体重減少（34kg）、低栄養。
※床に敷いた布団から四つん這いになり、壁やタンスを伝いながらやっと立ち上がる。
※義歯は不適合で口腔内は不衛生。

【訪問診療導入に際して必要となった医療・介護に関する調整（ソーシャルワーキング）】

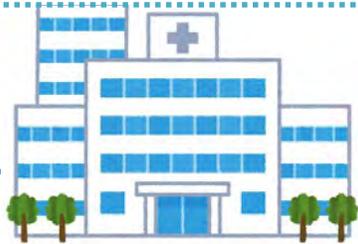
※介護保険申請のための支援、ケアマネジャー選定を地域包括支援センターに依頼
※訪問看護の導入調整
※口腔内評価と栄養評価のためセンター専門職が訪問
※訪問歯科診療導入
※高齢者世帯であり主たる介護者である妻の健康管理支援

外来から在宅への移行について

- 外来を受診していた患者が、在宅医療を受けることとなり、主治医が交代する場合がある。
- 移行のタイミングが遅くなると、患者が抱える医療・介護等の課題が複雑化、不可逆化する、との意見がある。

・患者に対して継続的に外来医療を提供している
・16km要件や、医療従事者の不足、医療機関の機能等により、在宅医療を提供していない／できない。

・在宅医療を提供する医療機関(外来医療を提供していた医療機関と別の医療機関)



医療の提供の場
の変化



訪問診療

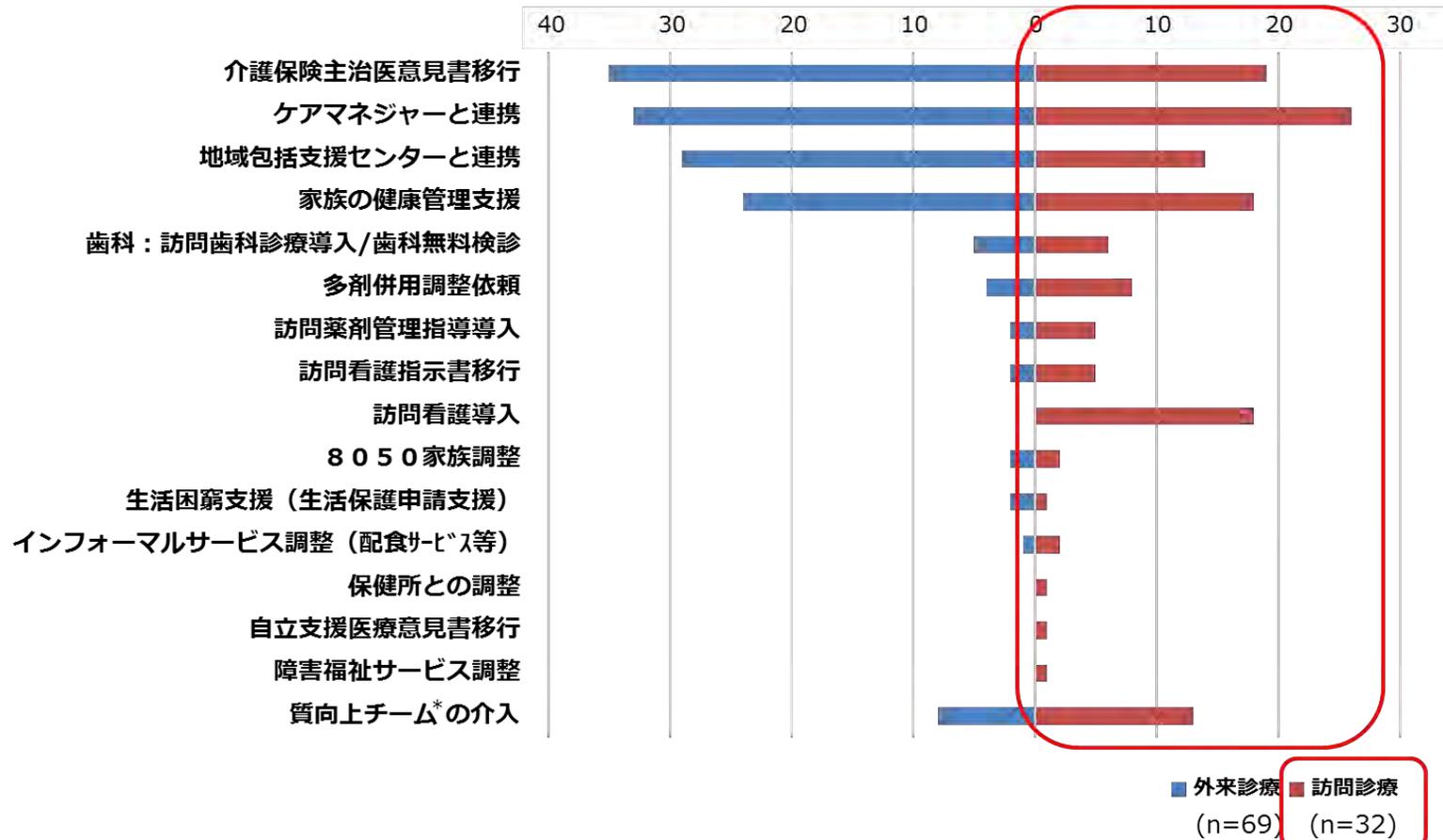


・外来に継続的に通院していた患者
・経過中、「通院困難な者」となる

外来から在宅への移行について

○ 外来から在宅への移行に当たっては、以下のような調整が具体的に必要となりうる。その調整内容は外来・在宅いずれの場においても求められている内容である。

調整内容（重複あり）



*センター所属の歯科衛生士、管理栄養士、リハビリ専門職による、口腔、栄養、身体・高次機能障害の把握またはアセスメント

在宅医療に係る課題（小括3）

（外来を担当する医師と在宅を担当する医師の連携について）

- ・ 在宅医療の関係者会議において、「地域の病院と在宅医療との水平連携が不足している」、「かかりつけ医の在宅医療への参画等、在宅医療推進を支える体制が不十分である」、等の在宅医療についての課題の中でも、外来医療との連携の課題が指摘されている。
- ・ 外来医療を受けていた患者が通院困難となって在宅医療を受けることとなり、医療を提供する医療機関が変わる場合がある。外来から在宅への移行に当たっては各種の調整が求められ、外来から在宅への移行に当たっての医療機関間等の適時の連携等は重要である。