

## 特集にあたって

# 在宅医療関係者の退院支援への取り組みは、 入院決定の時点からスタートすべき！

企画・構成 宇都宮宏子 Utsunomiya Hiroko  
(在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス)

皆さんの地域の病院は、退院支援できていますか？

介護保険制度創設の時代を、在宅サービス管理者の立場で迎えた筆者は、入院がきっかけで、自宅へ戻られなくなる高齢者が多いことに気づき、「入院医療から、暮らしの場へスムーズに移行するための専門的な介入が必要ではないか」という思いで、2002(平成14)年から、大学病院で退院支援に取り組んできました。2014(平成26)年に独立してから、全国の医療機関や、市区町村の「在宅医療介護連携推進事業」の一環で「病院から在宅への移行支援推進」に取り組んでいる。

2016(平成28)年度診療報酬改定では、「退院支援加算1」として、より丁寧な退院支援を提供するための病棟配置という体制強化、そして何より退院支援のプロセスが明確に提示された。そこでは病院単独ではなく、地域の在宅支援者(在宅支援チーム)との早期からの連携、そして協働を評価している(総論にて詳述)。

本特集では、在宅医療に取り組む皆さんに、病院でどのようなプロセスを経て退院支援を実施しているのかを理解してもらおうとともに、地域全体で取り組む「在宅療養移行支援」を推進していきたいと考えている。

高齢化が進むなか、医療機関によっては、入院患者の大半を高齢者が占めるようになってきている。すでに在宅サービスを活用している・訪問看護がかかわっている療養者が入院した場合、入院決定の場面から、治療法の選択、今後の療養方法の選択の場面に、在宅支援者が積極的にかかわることが、療養者の「家へ帰りたい」を実現するためには不可欠である。

片道切符の入院にならないように、病院医療チームと在宅支援チームが、どのように連携・協働していくことが求められているのか。本特集が皆さんの地域での新たな活動につながれば幸いである。