

I.あいさつ

「住み慣れた地域」で人生の最終段階まで「自分らしい生活」を継続して成し遂げるためには、生活支援、介護にかかわる問題、そして医療の課題の解決が必要です。そしてアドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）を、本人、家族、医療介護者で繰り返し行うことが今後一層重要になると考えられます。

茨城県においても高齢者数は増加の一途で、令和5年1月1日付で2,837,000人、内65歳以上高齢者の割合30.6%と全国平均よりもかなり高く、すでに超高齢社会の状況です。入院経験のある高齢者が多くなり、入院での治療は終了したものの完治しえず、退院後に在宅で暮らし続けるためには医療と介護の両方が必要となります。このような高齢者が住み慣れた地域で療養しつつ自分らしい生活ができるよう、地域の医療・介護に関係する機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスが提供できる体制を整備することが重要で、早急に取り組むべき課題です。

入院の際には、早い段階で病院関係者と在宅関係者が患者情報を共有し、双方が緊密に連携し在宅復帰に向けた協議を重ねることで退院調整がスムーズになり、退院後も円滑に在宅生活を送ることが可能になると考えます。入退院支援に関しては、病院関係者と在宅関係者の役割を明確にした共通のガイドラインが必要と考えました。茨城県地域ケア推進センターでは、作成にあたり、「入退院支援連携マニュアル作成ワーキンググループ」を立ち上げました。地域包括ケア推進体制：連携会議メンバー24の専門職団体（医療・介護・リハ等）から入退院に主にかかわる職種より、入退院支援連携ガイドライン作成ワーキング会議を設置し、話し合いを設けてきました。ワーキングメンバーからの意見を取りまとめ、医療・介護を切れ目なく円滑に提供するための支援ツールとして外来機能の部門も取り入れた、「茨城県入退院支援ガイドライン」Ver1.0といたしました。

更に、活用を促し見やすいものとする事、令和6年度の診療報酬、介護報酬改定を受け、内容の見直しを行い、本ガイドラインはVer2.0へと改訂いたしました。本ガイドラインは定期的に運用状況の確認と評価を行い、協議し、適宜見直しをしていきます。

作成にご協力いただいたワーキングメンバーの皆様には感謝いたしますとともに、この「茨城県入退院支援連携ガイドライン」が、患者・家族を支援するために活用され、在宅療養を推進する一助となることを期待します。

令和6年6月
茨城県医師会常任理事
伊藤金一