

## はじめに

超高齢社会の到来により、大阪府においても、今後、要介護・要支援高齢者、認知症高齢者、単身あるいは夫婦のみの高齢者世帯が大幅に増加する「都市型高齢化の進展」が見込まれています。

2025年には、団塊の世代がすべて75歳以上（後期高齢者）になり、地域医療構想に基づく病床の機能分化・連携の影響も相まって、地域において、医療や介護を必要とする高齢者が一層増加します。

高齢社会においては、病気や加齢による変化に伴い、入院して治療したとしても、完治せず、退院後も生活しづらさを抱えながら暮らす、ということが当然起こり得ます。そのような高齢者が、住み慣れた地域で療養などを受けながら暮らし続けることができる社会（aging in place）を実現していくために、地域全体で「治す医療」から「生活を支える医療」への転換を図り、本人やその家族の気持ちを最大限に尊重し、医療と介護、病院と地域が連携の上、本人の人生や暮らしが継続できるような入退院支援を行うことが必要です。

大阪府では、病院と地域における切れ目のない連携体制を構築し、多職種が協働して支援を行うことで、在宅療養を望む高齢者がいつまでも安心して在宅での生活を継続することができる地域づくりをめざし、「大阪府退院支援・在宅療養における多職種連携のあり方検討会」を設置し、病院と、ケアマネジャー・かかりつけ医・訪問看護師などを始めとした在宅多職種関係者（以下「在宅チーム」という。）との連携のあり方について検討を行ってまいりました。

本手引きは、検討会での議論をもとに、その人らしい暮らしの場へ帰るためには、病院と在宅チームは何をすべきか、目指すべき姿や大切にしたい視点などについてまとめたものです。

手引きの作成にあたっては、座長である埼玉県立大学院教授の川越雅弘氏や、在宅ケア移行支援研究所の宇都宮宏子氏をはじめ、委員である医療・介護関係者に多大なるご協力をいただきました。ここに感謝いたしますとともに、本手引きが、本人・家族の意向に沿った円滑な入退院支援の実施や在宅療養の安定に向けた一歩につながれば大変幸甚です。