

1. 入退院支援のあり方・目指すべき姿

本人・家族が、どのような暮らしを望んでいるのか、その思いを尊重した支援が行われることが重要である。

このため、在宅チームは、日ごろから本人が希望する暮らし方や病気をどう受け止めているのか、どのような治療を望むのか、これからどう生きたいと思っているのか、どのような最期を望むのかなどについて、平時から本人・家族と話し合うとともに、在宅チーム内で共有しておくことを心がけることが重要である。

病院は、検査・治療する場であるが、本人にとっては、退院後も在宅での療養が継続することを十分に理解し、治療にあたっては、退院後の生活を考慮し、その人らしい暮らし方を支える視点が求められていることを理解する必要がある。

入院しての治療が必要になった際に、本人がどう生きたいか、どう生ききりたいか、人生の大事な分岐点に立つ本人の医療選択や療養方法の選択を、病院だけでなく、これまでの本人の暮らしぶりや価値観を知る在宅チームと協働して支援していくことが重要である。

病院と在宅チームは、入院早期から「病気を抱えながら生活する視点」や、今回の入院に際して目指すゴールを共有し、スムーズな退院に向けて協働していくことが求められる。この際、在宅チームは、本人の暮らしや価値観について知っているという「強み」を活かし、また、病院は、医療的判断や予後予測などについて理解しているという「強み」を活かすことにより、協働して支援していくことが重要である。

こうした協働が進むことによってはじめて、疾患の再発予防・重度化予防を図りながら、可能な限り、本人・家族が望む暮らしが実現されることになる。

このためには、入退院時に限らず日ごろから、在宅チームは病院の機能や病院内での入退院支援の流れを知っておくことや、一方の病院は、地域資源などを把握し、院内での連携体制を構築しておくことを心がけておく必要がある。

このように、病院と在宅チームが日ごろから体制を整えておくとともに、入院から退院に至るまで、連携・協働して支援を行うことを、本手引きにおいては「入退院支援」と表現することとする。

2. 工程表 病院から住み慣れた暮らしの場へ ～地域みんなで取り組む入退院支援～

入退院支援においては、在宅チームは病院内の動きを知る必要があります。また、病院においても在宅チームがどういう動きをしているかを理解することが必要である。このため、入院に備えた「在宅療養期」から「退院後生活の再構築を図る」までの期間の、在宅チームと病院内の動きを、工程表(P.9)としてまとめた。

工程表に記載の行動をなぜ行わなければならないのかなど、詳細な解説については「Ⅲ. 入退院支援の流れ」において記載している(※Ⅲの「在宅」部分は、特筆がない限り、ケアマネジャー(要支援者については地域包括支援センター)が行うことをまとめている)。

コラム：「退院支援」と「退院調整」

高齢者や、既に病気や障がいを抱えながら療養していた患者にとっては、退院後も、本人が望む暮らしや、その人らしい暮らしを送ることができるよう、「生活に軸足を置いた医療選択」を考える必要がある。本人・家族に適時・適切な病状説明と方向性の共有がなければ、本人や家族にとって大事な分岐点となる医療選択や療養方法の選択に、本人・家族は主体的に参加できない。

意思決定支援が支援の軸にあり、「退院支援」という過程の中の一部に、「退院調整」がある。

- 「退院支援」:本人が自分の病気や障がいを理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながら、どこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援
- 「退院調整」:本人の自己決定を実現するために、本人・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐためのマネジメントの過程

退院支援・退院調整は、本人・家族を中心に、院内多職種・入院前の本人の暮らしや価値観を知る在宅チームが連携・協働して行うものである。

(出典) 『在宅新療 0-100』2017年10月号特集「地域みんなで行く退院支援：入院医療の現場から、暮らしの場へ移行するために」 ©へるす出版 宇都宮宏子氏執筆部分抜粋