

第1章 質の高い保健医療提供体制の構築

第1節 循環型地域医療連携システムの構築

1 循環型地域医療連携システムの構築について（総論）

（1）循環型地域医療連携システムの基本的な考え方

ア 循環型地域医療連携システムとは

国の定める医療計画作成指針では、医療計画の記載事項として、「がん」「脳卒中*」「心筋梗塞*等の心血管疾患」「糖尿病」「精神疾患」の5疾病、及び「救急医療」「災害時における医療」「へき地の医療」「周産期医療*」「小児医療(小児救急医療を含む)」の5事業(以下、「5疾病5事業」という。)に係る医療連携体制について、患者や住民にわかりやすいように記載することとされています。(なお、「へき地の医療」については、その確保が必要な場合に限ることとされていることから、千葉県においては記載する必要はありません。)

また、課題や数値目標、目標を達成するために必要な施策、各医療機能を担う医療機関等の名称などを記載するとともに、医療機関の連携に留意して記載することとされています。

これらを踏まえ、県では平成20年度に、患者を中心として、急性期*から回復期*までの治療を担う地域の医療機関の役割分担と連携、更には健康づくり・介護サービス等と連動する体制として、「循環型地域医療連携システム」を構築しました。

本計画においても、循環型地域医療連携システムを一層推進し、医療提供体制の強化・充実を目指すとともに、効率的で質の高い医療提供体制の構築を図ります。

併せて、地域医療の機能分化と連携を進めることで、地域医療構想の達成に向けて取り組んでいきます。

イ 循環型地域医療連携システムの効果

効果的・効率的な医療の提供

医療機関がそれぞれの役割分担に基づいて機能を発揮しながら地域全体でネットワークを構成することで、患者それぞれの状態や病期に応じた適切な医療を提供することができるとともに、大病院等への患者の集中や病院の疲弊を防止することにもつながります。このため、地域の限りある医療資源を効率的に活用しながら、患者にとって最も効果的な医療を提供する体制を地域で構築することができます。

循環型地域医療連携システムが機能することによって、急性期の治療を終え、回復期、地域生活期*に至った際には、専門医療機関やかかりつけ医*での定期的な診察時

の情報が、相互に共有されることが期待されます。こうした情報は、急性増悪や合併症の早期発見、効果的な治療につながり、より治療効果が高まると考えられます。

患者にとっては、循環型地域医療連携システムにより適切な医療機関の選択を可能とするとともに、生活の質を確保したまま地域生活期への移行を実現することができます。

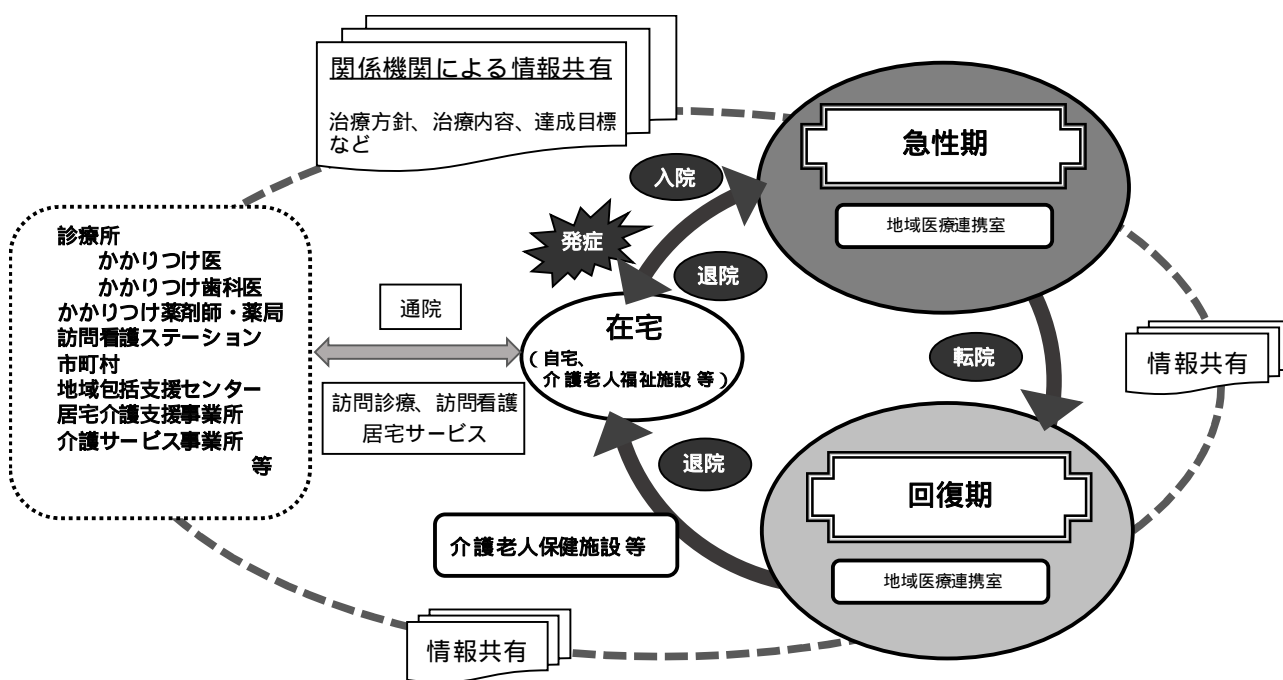
医療資源の適正な配置

循環型地域医療連携システムにより複数の医療機関が協力して、効果的な医療提供体制を整備することにより、結果として患者にとって症状に応じた適切な医療機関が選択しやすくなるとともに、医療機関にとっても役割分担が明確になり、地域全体でより効率的な医療の展開が可能となります。

医療費の適正化

循環型地域医療連携システムにより、医療機関相互にネットワークを構築し、患者に関する情報を共有しながら効果的かつ効率的な医療を提供する体制を整備することで、地域における医療資源の重複配置が防止できるとともに、医療資源の浪費が避けられます。

図表 2-1-1-1-1-1 循環型地域医療連携システムイメージ図



(2) 循環型地域医療連携システムの推進に向けた取組

循環型地域医療連携システムを充実・強化するためには、急性期の治療を終了した患者の回復期を担当する医療機関への円滑な紹介や、病院から自宅や施設などに移行した後、必要な在宅医療や介護サービスが切れ目なく受けられるよう、役割分担の明確化だけではなく、医療機関と医療機関、又は医療機関と介護サービス事業者との連携を進める必要があります。

ア 現状及び課題

地域の限りある医療資源を無駄なく効率的に活用し、効果的な医療提供体制を構築するためには、各二次保健医療圏内の診療所や病院等の医療機関の具体的な役割分担を明確化することにより、患者を中心に於いて、急性期、回復期等の段階に応じた医療連携システムを構築し、患者の疾病の段階に応じて最も適切な医療資源を利用することができる流れを構築することが大変重要です。

県民が身近な地域においてかかりつけ医を持ち、それぞれの医療機関の役割に応じて、必要な医療を受け、健康に暮らしていくことが望ましいですが、現状では地域のかかりつけ医で対応可能な患者が、高度医療を提供する病院を受診する例も見られません。

また、医療機関は患者の状態に応じて、必要な機能を持った医療機関への転院や、本人の希望も踏まえた自宅等における在宅医療の提供、介護サービスの利用の検討なども必要になります。

切れ目のない医療・介護サービスを県民に提供するためには、医療と介護の連携の推進や、医療機関等の役割分担を明確化するとともに、県民に対して医療機関の役割に応じて受診することの意義を、わかりやすく啓発することが重要です。

県内医療機関が自らの情報を表示している「ちば医療ナビ*」によると、「地域の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口(地域医療連携室等)を設置している病院」の割合は78.4%(平成29年9月現在)となっています。

平成21年千葉県医療実態調査では、地域医療連携室等の設置状況は、全県でおよそ半数であり、地域連携が進んできていると思われま

す。また、かかりつけ医等を支援し、地域医療の充実を図ることを目的とした「地域医療支援病院」は平成21年10月は5箇所でしたが、平成29年4月現在、県内16箇所に整備されています。

今後も、地域のかかりつけ医等を中心として、病院と診療所が連携しながら、切れ目のない医療提供を推進する必要があります。

イ 連携システム構築の考え方

前計画の策定に当たっては、超高齢社会に向けた連携体制の強化を主眼として、

急性期と回復期など「病院同士の役割分担」、退院後の地域生活を担当するかかりつけ医との「病診連携の充実」、入院（病院）、外来（病院・診療所）に続く第3の医療として在宅医療を充実する「退院後の地域の受け皿の充実」、制度間の縦割りの排除をし「医療と介護・福祉分野との連携」を中心に進めたところです。

平成28年3月に策定した地域医療構想では、更に進展していく高齢化を踏まえ、医療・介護ニーズの増大を見据え、それに対応できる地域の医療提供体制の構築を目指しています。

前計画の考え方を引継ぎ、医療機能の分化（役割分担）と連携の推進、また、介護との連携の推進に取り組んでいきます。

ウ 連携イメージ図と医療機関一覧

連携体制を構築するためには、圏域ごとに急性期病院・回復期病院の一覧表を表示するだけでは役割分担につながりません。そこで、千葉県では、医療圏ごとに、5疾病と4事業において、必要とされる医療機能を整理・分類し、役割分担を明確にするとともに、連携の流れを具体的に示した連携イメージ図と、連携イメージ図に対応した医療機関一覧を明示しています。なお、医療機関一覧の作成にあたっては、各医療機関からの申出内容を一覧に反映する、いわゆる手挙げ方式を採用しています。

循環型地域医療連携システムのイメージ図は、「第2編第1章第1節2 循環型地域医療連携システム（各論）」の各疾病・事業のページに掲載しており、医療機関一覧は、千葉県ホームページの以下のURLに掲載しています。

「循環型地域医療連携システムにおける医療機関一覧」

https://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/keikaku/kenkoufukushi/hokeniryoyu_h30list.html

また、「循環型地域医療連携システム」は原則として二次保健医療圏内で完結することを目指すものですが、がん、救急医療、小児医療、周産期医療については、各疾病等の高度な医療等について、全県下1箇所または数箇所程度の配置で対応可能な医療機能を担う病院として、各種の指定基準等により全県的な対応を行う医療機関として既に指定されている病院等を、全県（複数圏域）対応型連携拠点病院として位置付けています。

精神病床は二次保健医療圏ごとではなく全県域で基準病床数を定めて整備しているため、「精神疾患（認知症を除く）」の循環型地域医療連携システムに対応した医療機能を持つ医療機関のうち、入院機能を持つ医療機関については、全県域の医療機関名を掲載しました。

なお、改定前の計画では、脳卒中*、急性心筋梗塞*においては、主に救命救急センター*等を全県（複数圏域）対応型連携拠点病院として位置付けていました。しかし、救命救急センターが二次保健医療圏毎に設置されるなど、各地域の医療提供体制が前計画策定時に比べると整いつつあること、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患については、特に迅速な診断と治療が重要な疾病であり、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保する必要があることから、特定の病院を全県対応型病院として位置づける

のではなく、急性期対応医療機関が、必要に応じて隣接圏域等の急性期対応医療機関と互いに補完しあうことを目指し、イメージ図を変更しました。

また、糖尿病の全県（複数圏域）対応型連携拠点病院についても、各地域の医療提供体制が整ってきていることから、原則として二次医療圏内で完結することを目指し、イメージ図を変更しました。

エ 地域医療連携パスの活用

図表 2-1-1-1-1-1 循環型地域医療連携システムイメージ図で示したとおり、急性期から回復期を経て在宅（かかりつけ医）までを連結し、医療現場で連携を実行するためには、関係者間の情報共有が重要です。そのツールのひとつとして、また、治療方針、治療内容、達成目標などを明示する治療計画として、連携する複数の医療機関が患者とともに情報共有しようとするものが「地域医療連携パス^{*}」です。パスを活用した連携が深まることで、相互に顔の見える信頼関係の構築が進みます。

患者にとっては、地域医療連携パスにより共有された情報を持ったかかりつけ医から、より適切な診療を受けられるとともに、必要に応じて、紹介元の病院にもスムーズに受診できるという安心感を得ることができます。このような地域医療連携パスは、いわば地域におけるチーム医療を推進するためのツールとも言えるものです。

かかりつけ医（地域の診療所）にとっては、病院からの逆紹介患者の増加につながるとともに、病院との強力な連携関係が連携パスによって明示されることで、患者からの信頼度が向上することが期待されます。

なお、県では、平成20年4月の保健医療計画の一部見直しに併せ、平成21年4月に千葉県共用地域医療連携パス^{*}（以下「千葉県共用パス」）を作成し、その普及に取り組んできました。

千葉県共用パスの使用状況（全病院に占める割合）は、平成29年6月に実施した千葉県医療機能調査では、脳卒中は26.8%、がんについては一番多く使われている大腸がんで、19.7%です。平成25年度に実施した調査の結果を比較すると、若干の増加がみられます。

また、調査では、千葉県共用パス以外の連携パス等の使用状況も調べたところ、診療報酬の対象となるパスについて、使用の割合が高くなっています。疾病によりパスの使用状況が異なることは、疾病の特性による連携のあり方や頻度などが影響していると考えられます。

一方、連携パス以外の情報共有のツールとしては、患者自身が管理する「糖尿病連携手帳」や、医療と介護の情報共有ツールである「千葉県地域生活連携シート^{*}」などがあり、疾病の特性や地域の実情に応じて、活用が進んでいます。

千葉県共用パスについては、既に一定程度の普及が図られていると思われます。

今後は地域医療連携パスや、その他の情報共有ツールを活用した地域連携の取組を支援していくことが重要です。

オ 「千葉県地域生活連携シート」の活用

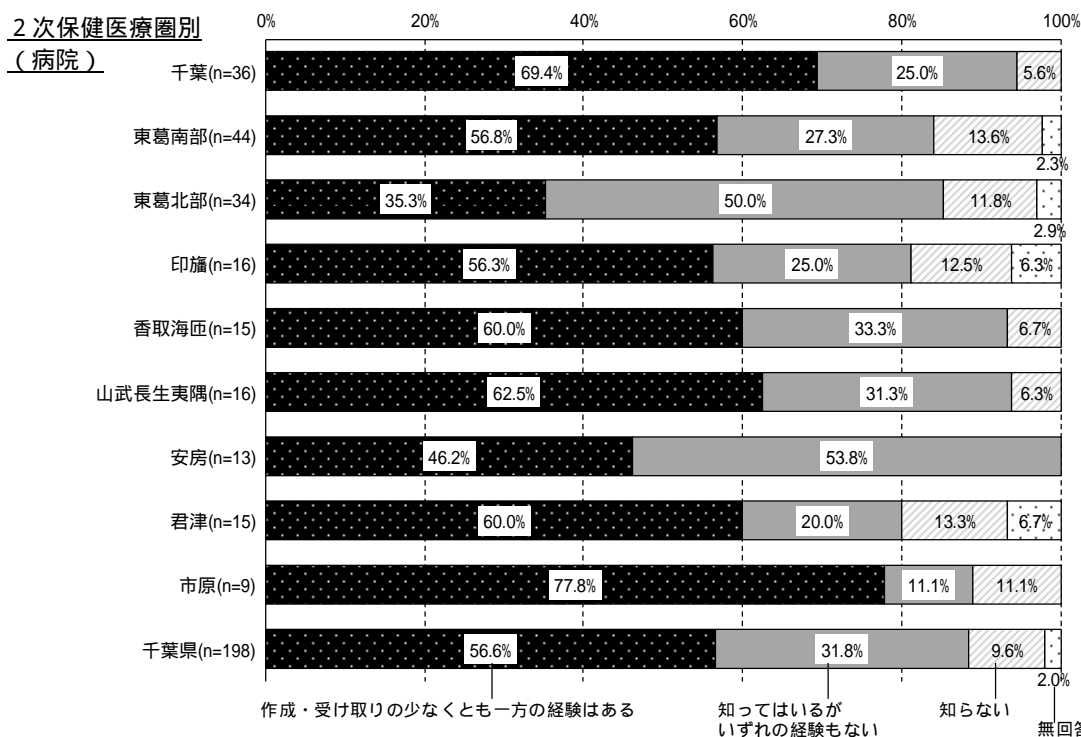
退院後の療養生活や介護までを含め、医療関係者だけでなく多くの介護・福祉関係者がチームとしてかわるなど、医療と介護・福祉の連携をさらに強化する仕組みが必要です。

県では、医療と介護サービスをスムーズに提供するため、介護支援専門員*や医療機関等の関係者が介護サービスの利用者の身体・生活状況やかかりつけ医などの情報を共有するための「千葉県地域生活連携シート」の普及・活用の促進等により、医療と介護の一層の連携強化を図っているところです。

このシートは、医療機関から地域生活に移行する際に、地域生活を支える介護職員との情報共有を図る目的で千葉県共用脳卒中パスの中の介護シートとしても利用されており、今後一層の普及を図っていく必要があります。

図表 2-1-1-1-2 平成 28 年度の千葉県地域生活連携シートの作成・受け取りの経験

	病院	診療所
作成した経験・受け取った経験の両方ある	11.6%	1.0%
作成した経験はあるが、受け取った経験はない	2.0%	0.2%
作成した経験はないが、受け取った経験はある	42.9%	3.8%
地域生活連携シートについて知っているが、作成した経験・受け取った経験のいずれもない	31.8%	33.3%
地域生活連携シートを知らない	9.6%	60.0%
無回答	2.0%	1.8%



資料：平成 29 年度千葉県医療機能調査（千葉県）

カ 県民の理解の促進

医療連携体制の構築は、県民や患者が必要とする医療を提供するための方策ですが、これは医療機関が提供し、患者が受けるという一方通行の関係ではありません。

医療機関は、患者の状態に応じて必要な機能を持った医療機関への転院を促したり、入院する病棟を変えたりすることがあるほか、自宅等における在宅医療や介護サービスの利用について、患者や家族と一緒に検討することもあります。

また、かかりつけ医は、各医療資源の紹介・振り分け機能を持っています。循環型地域医療連携システムイメージ図では、急性期から回復期を経て在宅(かかりつけ医)までを連結していますが、退院後に、入院の原因となった疾病の再発等ではなく、肺炎や骨折など別の疾病を発症した場合は、入院していた急性期病院だけに限らず、かかりつけ医に適切な医療機関を紹介してもらう必要も出てきます。

患者や県民が医療連携を築く当事者として、適切な判断ができるよう、医療を取り巻く社会環境に関する理解の促進が不可欠です。

医療法第6条の3の規定による「医療情報*提供制度」(ちば医療なび)の運用のほか、県民の適切な受療行動につながる情報提供を行います。

キ 今後の取組の方向性

本県では、人口当たりの病床*数及び医師数が全国平均を下回るなど、医療資源が十分とはいえません。現状の限られた医療資源を最大限有効に活用しながら連携システムの実現を図り、患者や県民への医療体制を確保していく必要があります。

今後も、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*等を通じた医療連携の促進や、わかりやすい広報による県民理解の促進、地域の実情に応じた入退院支援の仕組みづくりへの取組を進めます。

例えば、患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携の促進や、利便性の向上のため、ICT*の活用等について地域の実情に応じた支援を検討します。