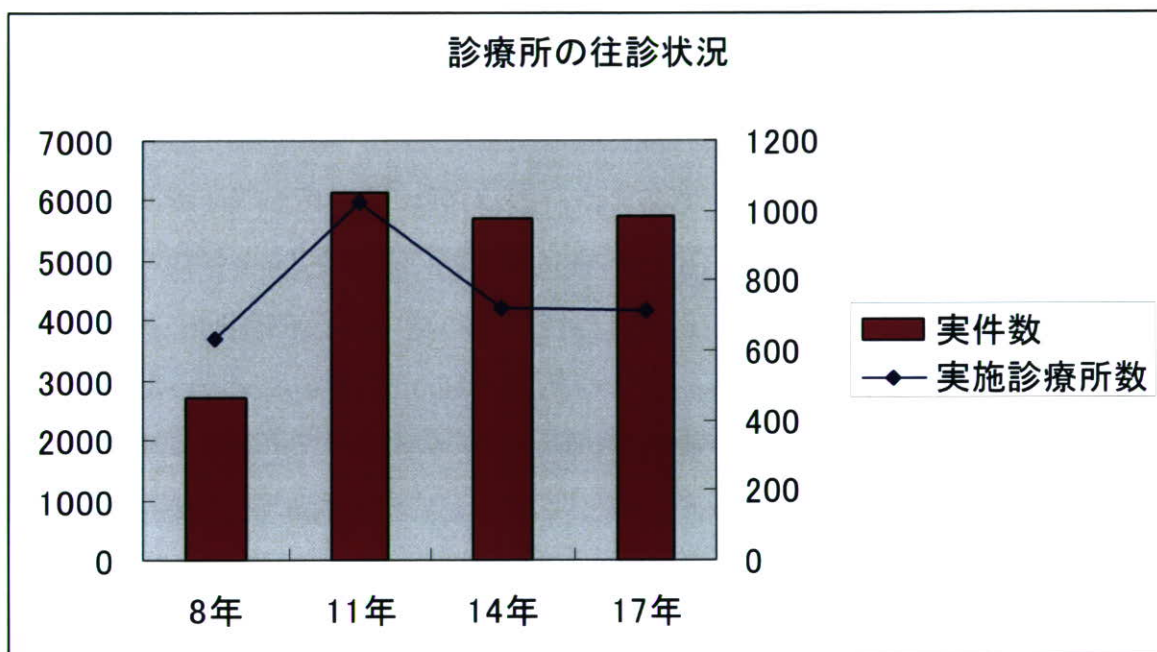


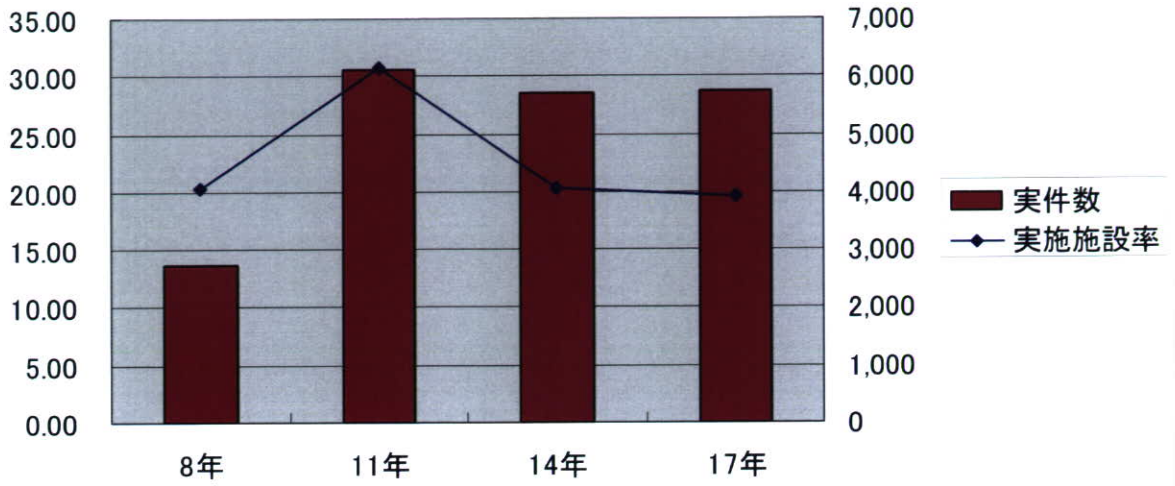
実施病院の比率については平成8年の18.4%から平成11年に43.1%となり、その後、平成14年23.9%と一気に半減し、平成17年には19.8%と減少が進んでいます。また、各年の9月1ヶ月間の往診件数は、平成8年の432件から平成11年に1,355件と3倍になり、平成14年に1,105件、平成17年には848件と減少していますが、実施病院の減少率と比較するとゆるやかであるため、往診実施病院1施設当たりの往診件数は、増加しているといえます。



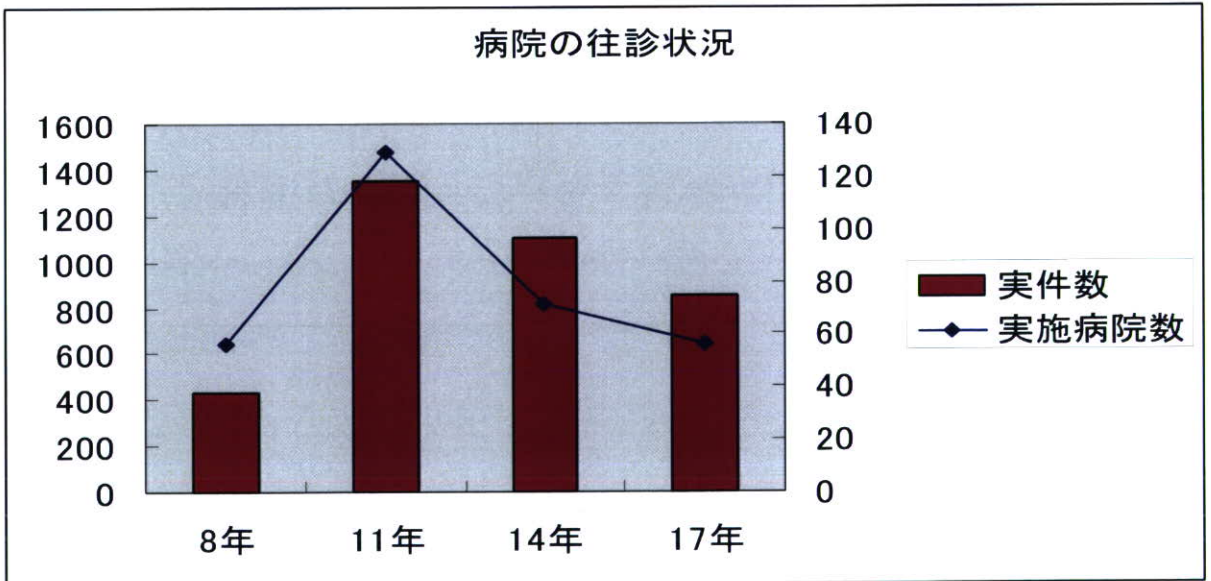
医療施設静態調査

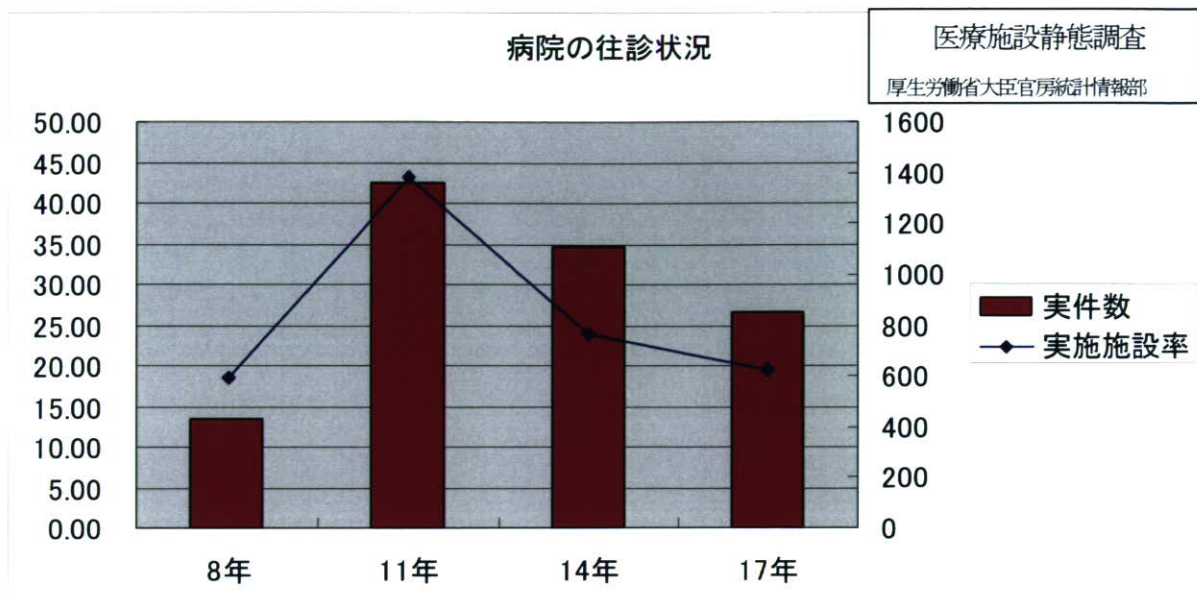
厚生労働省大臣官房統計情報部

診療所の往診状況

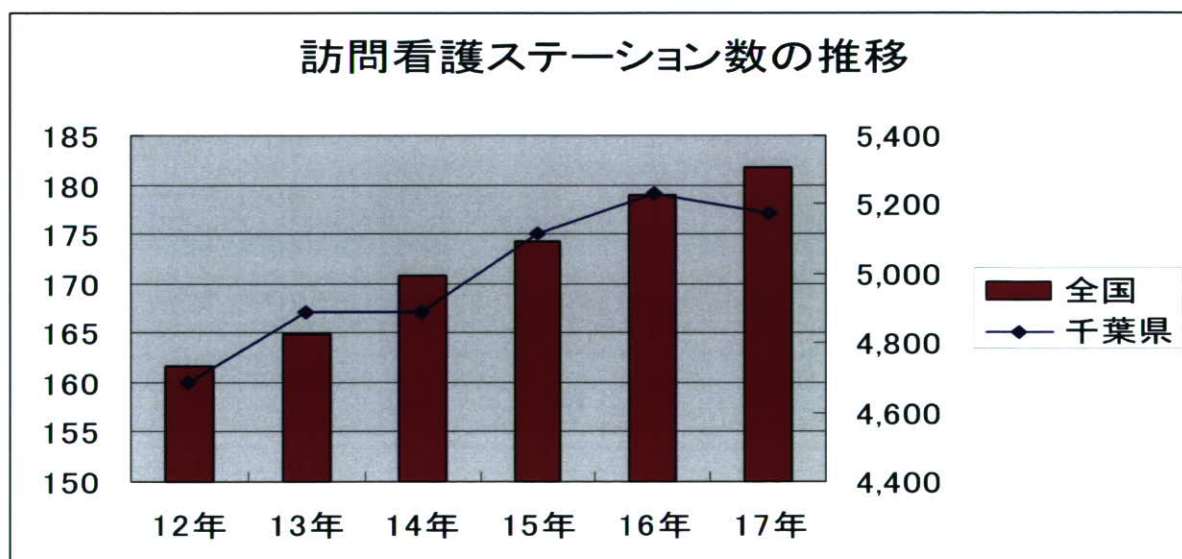


病院の往診状況





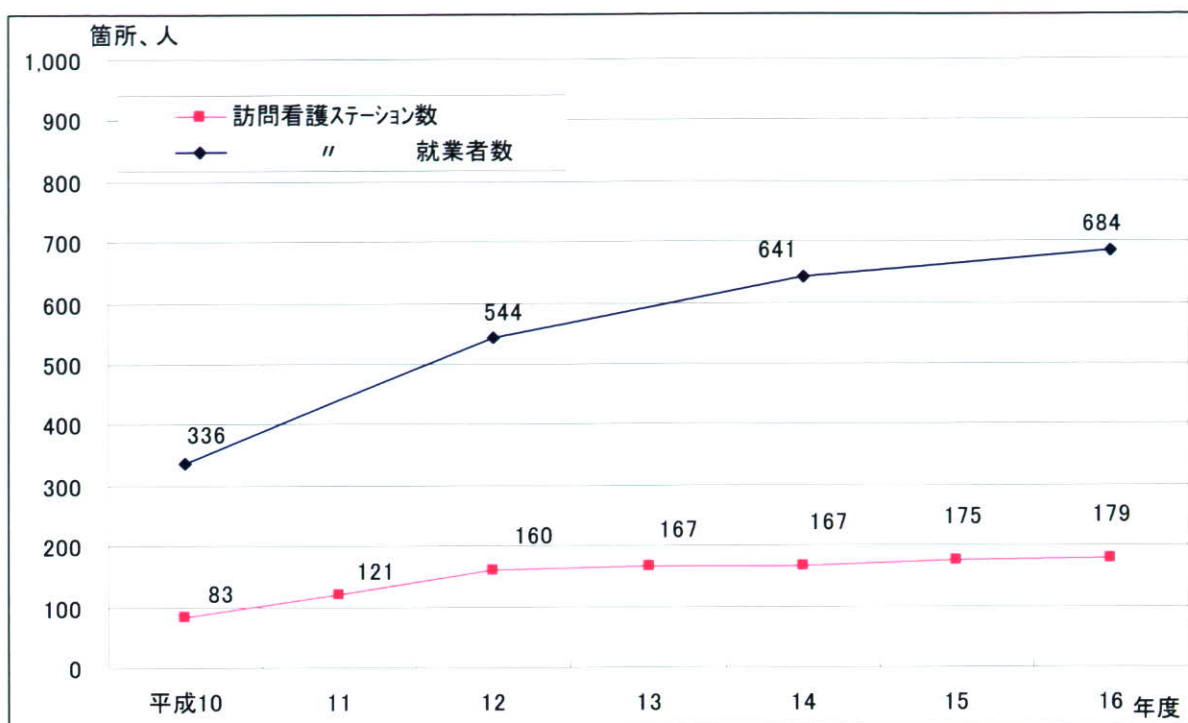
- ~~往診などの在宅医療サービスを実施している医療機関の割合は、平成14年10月現在、病院で35.5%（全国32.5%）、一般診療所で10%（全国17.8%）、歯科診療所で9.2%（全国13.0%）となっています。~~
- 訪問看護ステーションの設置数については、全国の増加と同様に、平成16年の179施設まで徐々に増加していましたが、全国の増加傾向に反して平成17年には177施設と初めて減少しました。



- ~~訪問看護ステーション\*の設置数は、平成15年10月現在175箇所、人口~~

10万対の設置数は2.9と、全国平均4.0を下回っています。

【 図表 2-1-3-14-2 訪問看護ステーション数、就業者数の推移 】



※ 就業者数の届出は隔年。 資料：介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）、保健師助産師看護師法に基づく届出

○ 2006年度から在宅医療の中心的な役割を担う「在宅療養支援診療所」の新制度が創設されました。「在宅療養支援診療所」では、ご自宅や病院以外の施設にいる患者さんからの緊急時対応などに備え、24時間連絡を受け付ける連絡先等をあらかじめ患者・家族に知らせ、いつでも円滑な対応ができるようになりました。

○ 全国の「在宅療養支援診療所」の数は、平成19年4月時点で10,249ヶ所あり、千葉県の「在宅療養支援診療所」の数は、平成19年2月時点で180ヶ所となっています。平成18年10月1日現在の全国の65歳以上人口は、2660万4千人で10万人あたりの施設数は、38.5となっており、当県の16.1は、他の都道府県と比較すると、かなり少ない水準にあるといえます。また、二次保健医療圏ごとの「在宅療

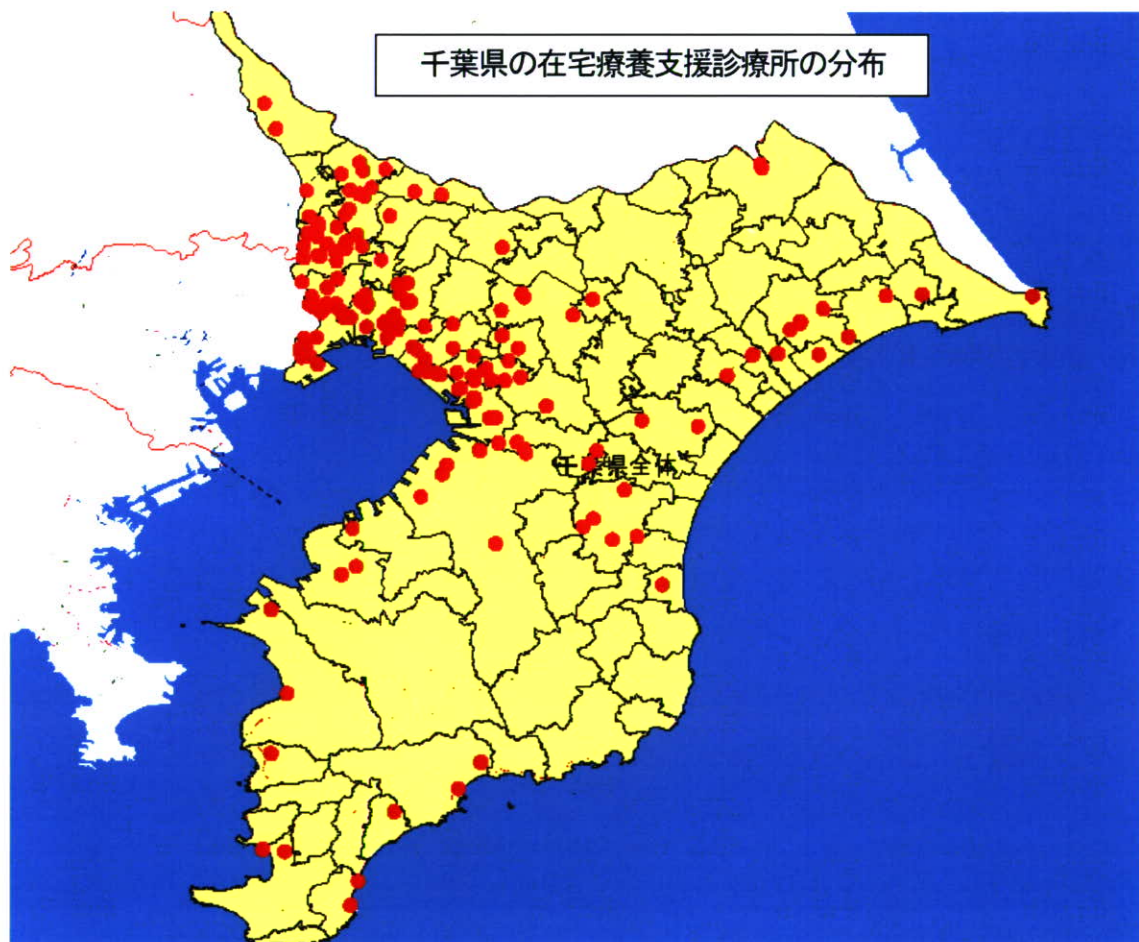
「養支援診療所」は以下のとおりで、65歳以上人口10万人あたりの施設数では、7.8から20.4と地域偏在が認められます。

	全体	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	九十九里	安房	君津	市原
回答数	173	31	48	37	9	14	14	8	5	7
構成比率(%)	100.0	17.9	27.7	21.4	5.2	8.1	8.1	4.6	2.9	4.0
人口(注1)	6,082,773	931,544	1,647,568	1,300,022	688,495	311,052	462,804	139,729	321,632	279,927
65歳以上人口(注2)	1,071,258	152,269	249,019	217,588	110,032	77,787	109,048	43,556	64,398	47,561
人口10万人あたり施設数	2.8	3.3	2.9	2.8	1.3	4.5	3.0	5.7	1.6	2.5
65歳以上人口10万人あたり施設数	16.1	20.4	19.3	17.0	8.2	18.0	12.8	18.4	7.8	14.7
1施設あたり人口	35,161	30,050	34,324	35,136	76,499	22,218	33,057	17,466	64,326	39,990
1施設あたり65歳以上人口	6,192	4,912	5,188	5,881	12,226	5,556	7,789	5,445	12,880	6,794

(注1)人口は平成19年3月1日現在(常住人口調査)。

(注2)65歳以上人口は平成18年4月1日現在(千葉県年齢別・町字別人口調査)。

(出典：平成19年7月27日実施「在宅療養支援診療所調査」)



○ 二次保健医療圏の65歳以上人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数、訪問看護ST数、病床数との比較は以下のとおりとなっており、地域偏在が認められます。

	一般診療所数		うち在宅診 (順位) <申請率>		訪看ST数		病床数		<参考>高齢化率	
	(順位)		(順位)	<申請率>	(順位)		(順位)		(順位)	
千葉県計	348.5	—	16.1	<4.6%>	11.7	—	5,289	—	17.5%	—
千葉	430.2	(1)	20.4	(1) <4.7%>	13.8	(3)	5,975	(2)	16.5%	(7)
東葛南部	414.8	(2)	19.3	(2) <4.6%>	12.0	(4)	5,745	(4)	15.1%	(9)
東葛北部	348.4	(3)	17.0	(5) <4.9%>	11.5	(5)	4,882	(7)	16.7%	(5)
印旛	345.4	(4)	8.2	(8) <2.4%>	8.2	(8)	5,830	(3)	15.7%	(8)
香取海匝	227.5	(8)	18.0	(4) <7.9%>	10.3	(6)	5,115	(5)	24.2%	(2)
九十九里	254.9	(7)	12.8	(7) <5.0%>	10.1	(7)	3,868	(9)	22.8%	(3)
安房	208.9	(9)	18.4	(3) <8.8%>	23.0	(1)	6,488	(1)	30.0%	(1)
君津	305.9	(6)	7.8	(9) <2.5%>	6.2	(9)	4,446	(8)	19.6%	(4)
市原	344.8	(5)	14.7	(6) <4.3%>	14.7	(2)	4,901	(6)	16.7%	(6)
<参考>全国	366.3	—	35.7	— <9.8%>	20.0	—	6,133	—	20.8%	—

(資料)千葉県「千葉県年齢別・町丁字別人口調査(平成18年度)」、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、千葉県看護協会ホームページ、WAMネット等。

(注1)診療所数、訪看ST数、病床数は65歳以上人口10万人当たり。

(注2)診療所数は、全国は2005年、千葉県は2007年。

○ 「在宅療養支援診療所」の医師数は、以下のとおりで、約60%が一人医師診療所となっており、24時間対応するためには、地域での連携が必要となっています。

	1人	2人	3人~5人	6人~10人	11人以上
診療所数	100	43	22	5	3
%	57.8	24.9	12.7	2.9	1.8

### 千葉県内の在宅医療に関する先進的取組事例1

#### 市川市医師会の取組

市川市医師会では、平成8年に地域医療支援センターを設立し、医師会が独自に運営する医療機関に対する民間インフォーマルサポートと位置づけ、公益法人の立場から各種事業を展開している。例えば、喀痰吸引機の貸し出し・メンテナンス・滅菌、医療材料の提供と滅菌、往診・専門医の紹介、在宅ケア関連図書・ビデオの貸し出し、研修施設の提供、医療廃棄物の適正処理システムの運営などを行い、効率的な在宅療養環境整備に向けて努力していると土橋会長は語る。

特に、医療機器の貸し出しは患者への負担も少なくなり、資源の有効活用が図られる。また、個人だと一箱単位の購入になるカテーテル等の医療材料についても、無駄がなくなる。

運営費財源は、市からの補助金以外は医師会の持ち出しとなっているとのこと。

## 千葉県内の在宅医療に 関する先進的取組事例2

### あおぞら診療所の取組（松戸市）

松戸市に平成11年、3名の医師で診療開始。信念として、「主治医」になること、つまり体のパーツを診るのではなく病人全体を診る、専門外も診る、福祉のことも一緒に診る、ゆりかごから墓場までの対象を支援する医療を目指したのがきっかけで、そのためには病院ではなく、診療所である必要があったと川越院長は語る。あおぞら診療所の在宅医療への取組としては「がんのみならず、あらゆる疾患のEnd of Life Careを担当する」「患者の生命と生活を丸ごと支える視点」「地域を病棟と捉える」としているとのこと。

現在、松戸市内の2ヶ所の診療所で450名の在宅患者に対応しているが、今後、急増していく患者に対して、いつまで対応できるか危惧している。また、松戸市立病院のがん緩和ケア支援チームの回診に「患者の真のニーズを抽出したい、応えたい」と願って全くのボランティアとして同席し、早期の在宅へのバトンタッチについて支援している。

今後の課題としては、在宅療養支援診療所の普及はもちろんだが、訪問看護の評価を向上させ、安定的に訪問看護が提供されるような基盤作りが重要であるとのこと。

## 千葉県内の在宅医療に 関する先進的取組事例3

### 八日市場市匝瑳郡医師会在宅24時間支援システム

平成11年から24時間在宅支援に取り組んできた。初期は登録患者さんのデータの入った鞆と携帯電話の持ち回りであった。平成14年データ保管をサーバー内としたシステムに変更。平成18年4月から、千葉県医師会補助事業としてシステムを切り替え地域の11医療機関が共同で在宅療養支援診療所の届けを行い、24時間対応体制を構築している。一人医師の診療所だと24時間対応が負担となり、複数の緊急往診など対応が困難となるケースがあるため、11診療所が一週間交替で24時間対応を実施し、主治医の負担の軽減を図っていると八日市場市匝瑳郡医師会 守会長は語った。

患者の同意に基づき、患者データをサーバーに保管し、常時照会可能とし各医師が情報の共有化を図り主治医と同様の対応を可能とすることとし、患者には「かかりつけ医」に連絡がつかない場合の緊急時電話番号を伝達し対応を図っている。IT技術の進歩によるところは大きいですが、反面セキュリティ対策に苦心したとのこと。

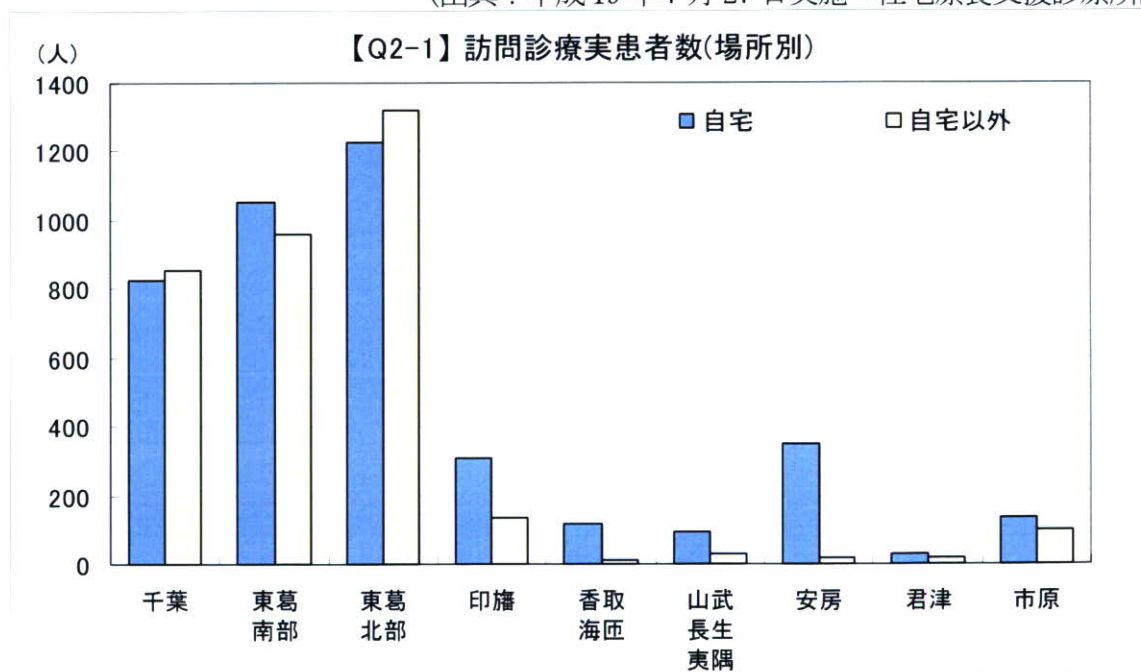
また、他の在宅支援組織の存在が重要で、地域の後方支援病院や24時間対応訪問看護ステーション、在宅介護支援事業所等との連携はかせないとのこと。

○ 平成19年6月の一ヶ月間で「在宅療養支援診療所」が診療した患者数は、7,060名で自宅の患者は54%、施設の患者が46%となっています。疾病別の内訳では脳血管疾患が2,050名で全体の約30%を占め、次いで、整形外科(996)、糖尿病(629)となっており、がんについては433名と全体の約6%となっています。

平成19年6月に診療した患者内訳

		自宅	自宅以外
全 体		4122	3435
医療圏	千 葉	827	852
	東葛南部	1051	960
	東葛北部	1223	1321
	印 旛	305	136
	香取海匝	119	9
	山武長生夷隅	91	28
	安 房	347	16
	君 津	27	17
	市 原	132	96

(出典：平成19年7月27日実施「在宅療養支援診療所調査」)



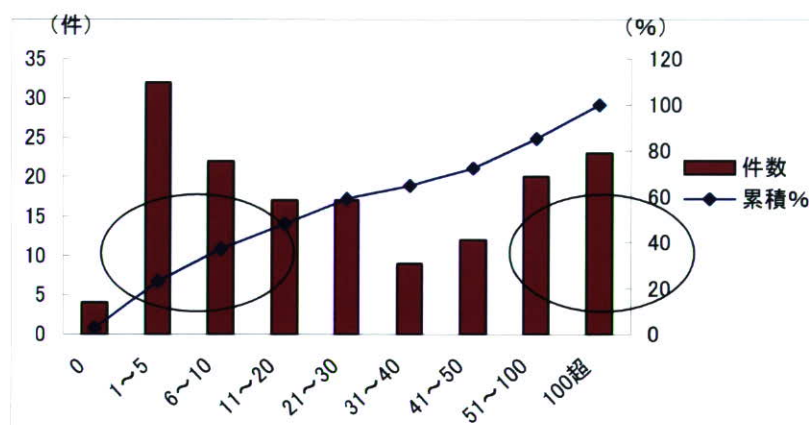
(出典：平成19年7月27日実施「在宅療養支援診療所調査」)



脳血管疾患	整形外科疾患	糖尿病	悪性腫瘍	神経難病	慢性呼吸器不全	急性心筋梗塞	小児疾患	その他	合計
2050	996	629	433	353	328	95	38	2138	7060
29.0	14.1	8.9	6.1	5.0	4.6	1.3	0.5	30.2	%

○ 各在宅療養支援診療所の患者の実数については、0人の回答が4件で実際に活動していない在宅療養支援診療所は全体の2%であり、1～5人が32件、6～10人が22件、51～100人が20件、100人超が23件と2極化の傾向があります。

対象患者数	回答数
0人	4
1～5人	32
6～10人	22
11～20人	17
21～30人	17
31～40人	9
41～50人	12
51～100人	20
100人超	23



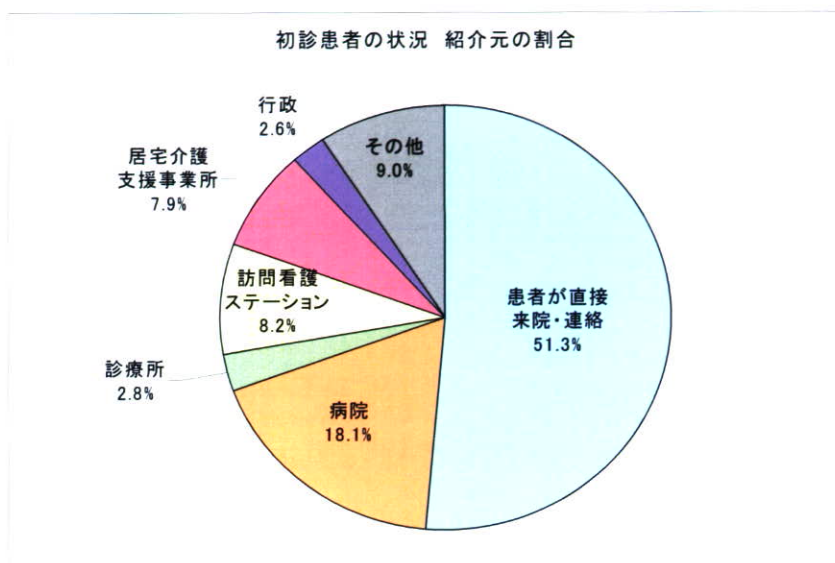
○ 県内在宅療養支援診療所について、医師一人体制と複数体制に分けて対象患者数を比較すると、一人体制では患者数が10人以下が半数を占める一方、複数体制で

	平均	実患者数別回答件数(件)										
		計	0	1～5	6～10	11～20	21～30	31～40	41～50	51～100	101～200	200超
全体	47.1人	156	4	32	22	17	17	9	12	20	15	8
1人体制	23.5人	75	3	24	14	9	10	2	5	4	3	1
複数体制	69.0人	81	1	8	8	8	7	7	7	16	12	7

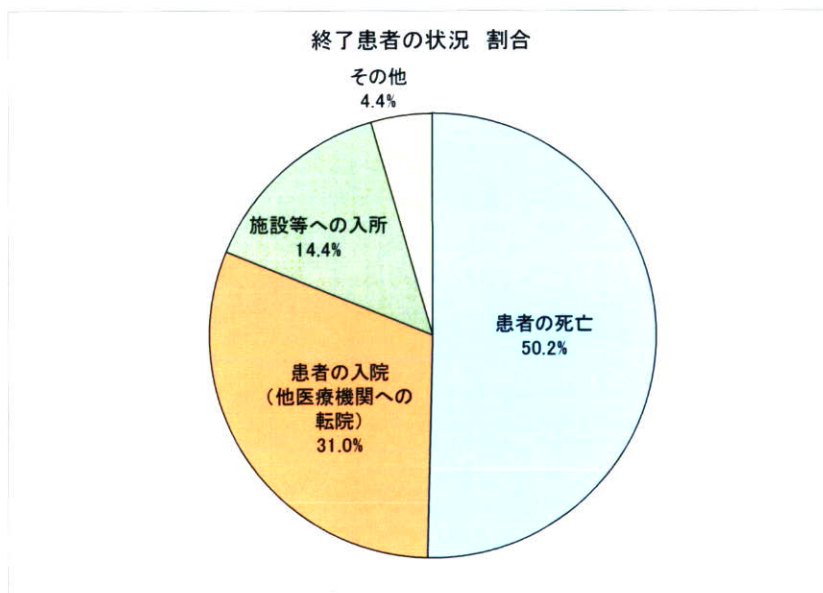
は51人以上の大規模な活動が目立ちます。

(出典：平成19年7月27日実施「在宅療養支援診療所調査」)

- 県内在宅療養支援診療所への初診患者の 51.8%が直接来院しており、病院からの紹介 18.1%、訪問看護ステーションから 8.2%とまだまだ連携が進んでいない状況にあります。また、患者の診療を終了した状況としては、患者の死亡が 50.2%となっており、残りの 49.8%は病院、施設等に戻っており、すべての患者を看取れない現状があります。



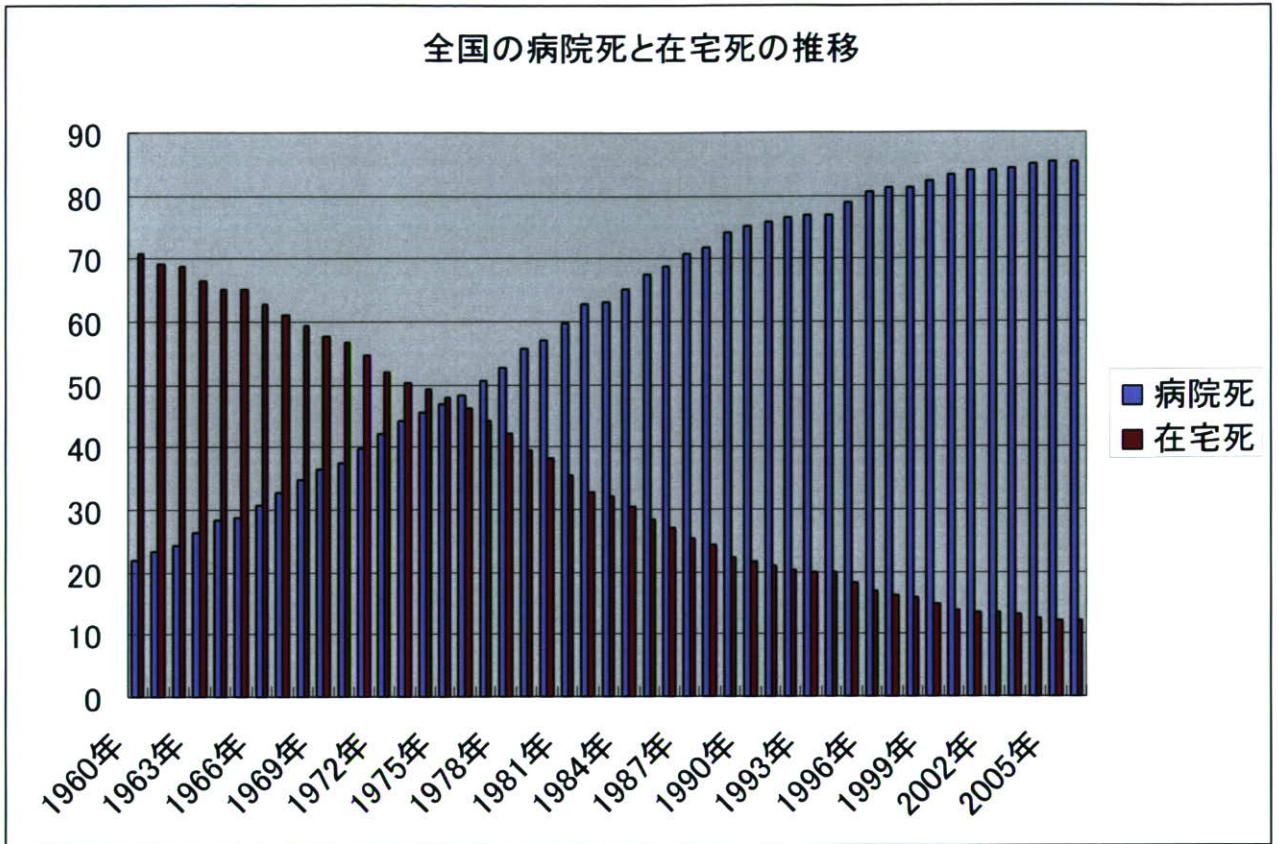
(出典：平成 19 年 7 月 27 日実施「在宅療養支援診療所調査」)



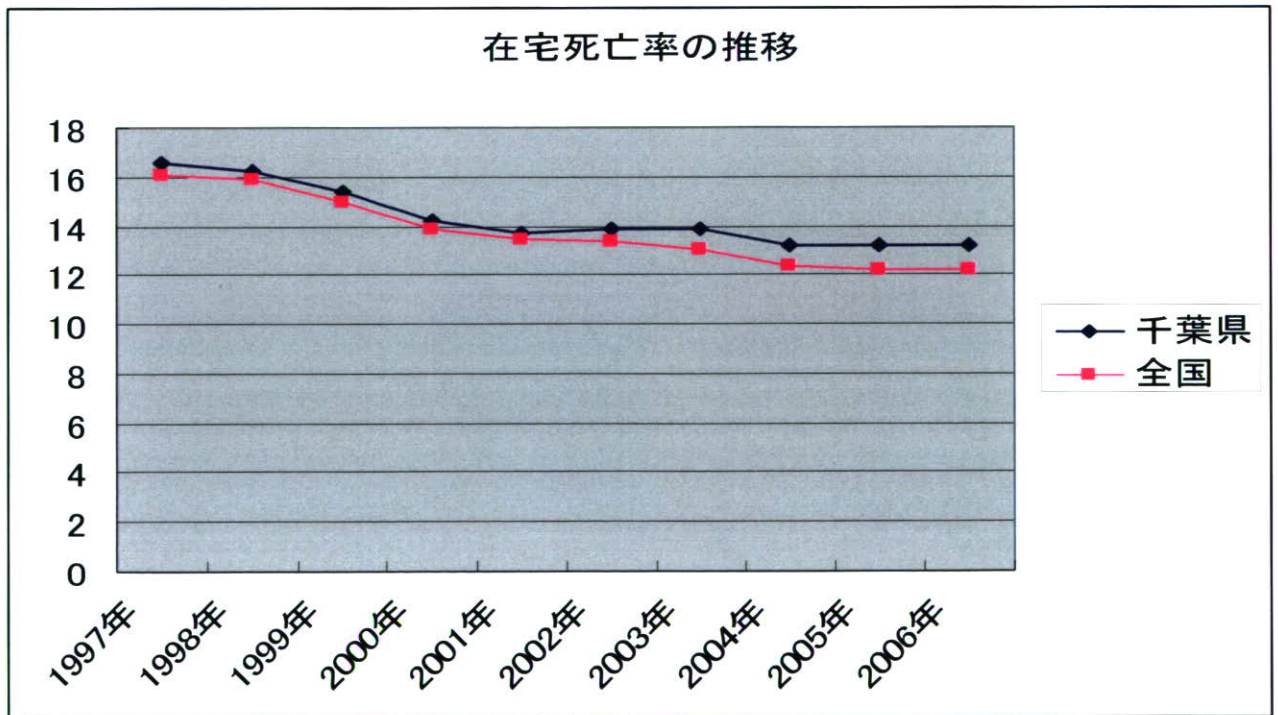
(出典：平成 19 年 7 月 27 日実施「在宅療養支援診療所調査」)

- 全国の死亡者の死亡場所の推移は、昭和 50 年までは、在宅死が半数でしたが、昭和 51 年を境に逆転し、現在は病院死が 85%を超えています。また、千葉県についても全国と同様の傾向にあるといえます。

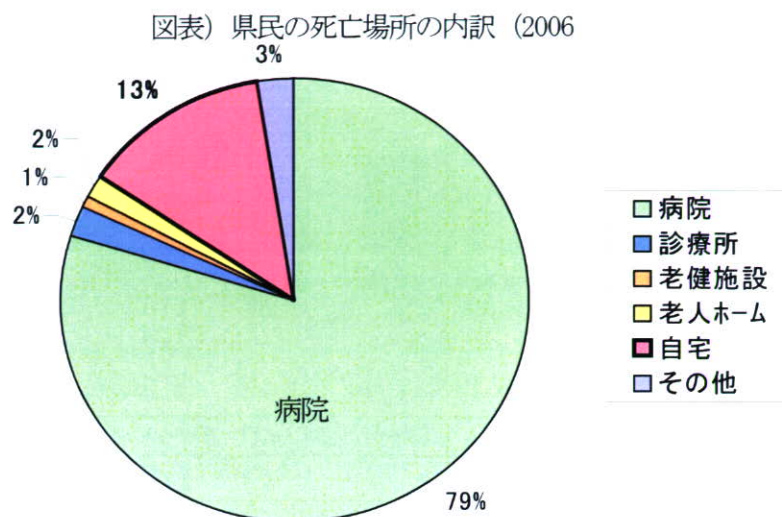
全国の病院死と在宅死の推移



在宅死亡率の推移

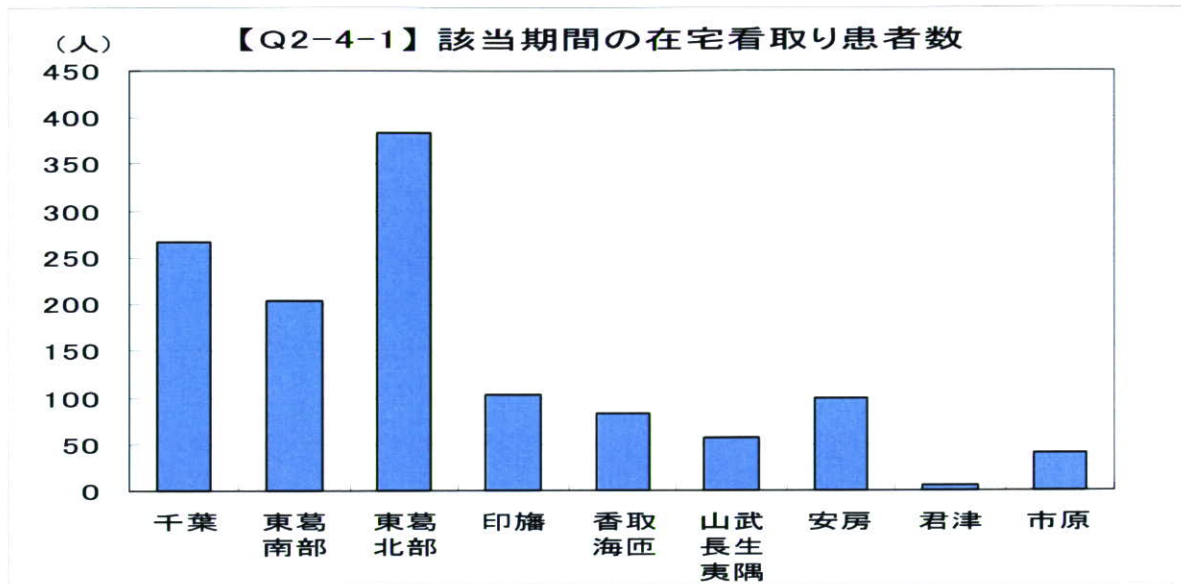


- 千葉県は県民の約8割が病院と診療所等の医療機関で死亡しています。また、自宅は13%(全国12%)にとどまっており、財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団が、平成17年に全実施したアンケート結果の「自宅で最後を過ごしたいと思う」方が全体の83.3%。と大きなへだたりがあります。



(資料)厚生労働省「人口動態統計年報」

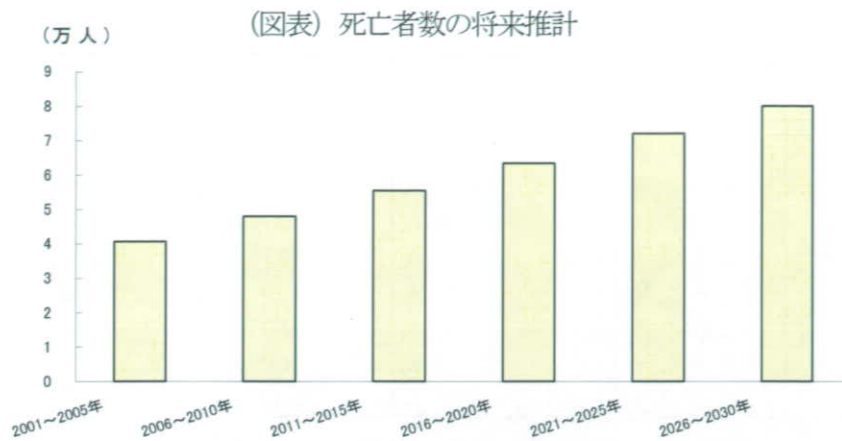
- 県内「在宅療養支援診療所」が平成18年4月から平成19年6月までに行った在宅等の看取り数は、1,242人となっております。平成18年の県内死亡者数44,778人と期間等が異なるため単純な比較はできませんが、約2.7%を在宅療養支援診療所が看取っていることとなります。また、全県下の在宅死亡者の比率が全死亡者の約13%ですので、在宅療養支援診療所が自宅で看取り等の関わりがもてたのは全県下の在宅死亡者の約23%となります。また、約30%の在宅療養支援診療所で看取りを経験していません。



(出典：平成19年7月27日実施「在宅療養支援診療所調査」)

		N	なし	1人~2人	3人~4人	5人~6人	7人~9人	10人~20人	21人~50人	51人以上	無回答
全 体		173	52 30.1	35 20.2	17 9.8	13 7.5	13 7.5	22 12.7	11 6.4	4 2.3	6 3.5
医療圏	千 葉	31	11 35.5	4 12.9	3 9.7	1 3.2	3 9.7	5 16.1	1 3.2	1 3.2	2 6.5
	東葛南部	48	19 39.6	8 16.7	4 8.3	3 6.3	4 8.3	7 14.6	1 2.1		2 4.2
	東葛北部	37	11 29.7	6 16.2	4 10.8	4 10.8	2 5.4	3 8.1	5 13.5	2 5.4	
	印 旛	9	2 22.2	2 22.2		1 11.1		2 22.2		1 11.1	1 11.1
	香取海匠	14	1 7.1	2 14.3	3 21.4	2 14.3	3 21.4	3 21.4			
	九十九里	14	2 14.3	7 50.0	2 14.3		1 7.1		1 7.1		1 7.1
	安 房	8		2 25.0	1 12.5	1 12.5		2 25.0	2 25.0		
	君 津	5	2 40.0	3 60.0							
	市 原	7	4 57.1	1 14.3		1 14.3			1 14.3		

(出典：平成19年7月27日実施「在宅療養支援診療所調査」)



(資料)厚生労働省「人口動態統計年報」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の市町村別将来推計人口(平成15年12月推計)」。  
 (注1)死亡者数は5年間の年平均。  
 (注2)2006年以降は筆者推計による。

○ 平成18年の県民死亡者数は約4.5万人でした。今後、高齢化の進行に伴って死亡者数は増加を続け、5年後の平成23年には年間5万人を超える見通しです。また、20年後には8万人となるため、その対応について、今の内から準備する必要があります。

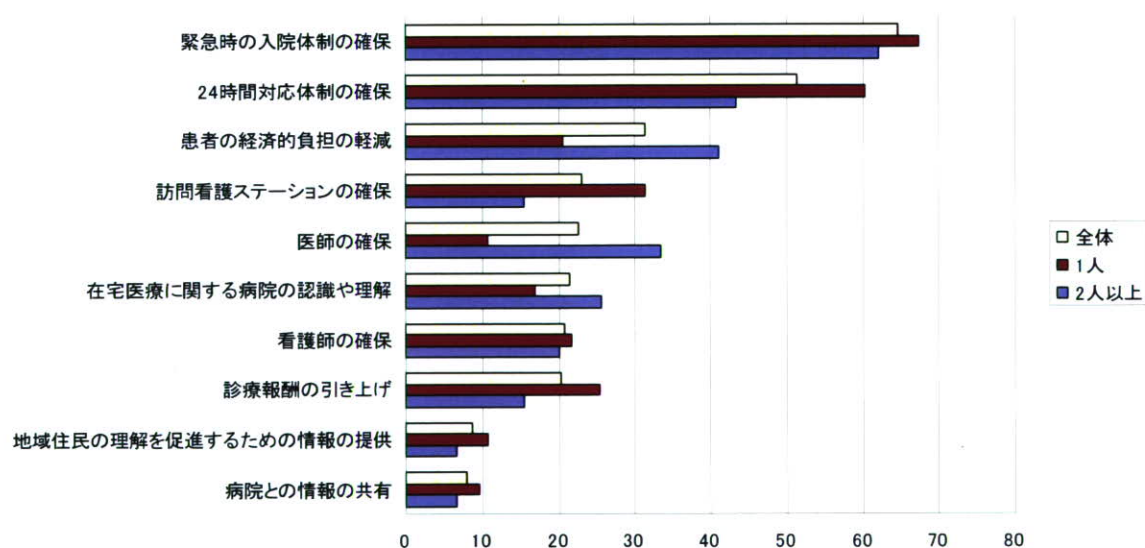
○ 県内の在宅療養支援診療所に対して、現在の体制を維持した場合、1ヶ月当たりの訪問診療算定患者数を何人程度増やすことが可能かを尋ねたところ、「患者を増やすことが可能」が92件(53%)と半数以上を占め、「患者を増やすことはできない」は9件(5%)にとどまりました。

そこで、「患者を増やすことが可能」と回答した在宅療養支援診療所を対象に増やすことが可能な人数を質問したところ90件から回答を得られ、総計805.5人でした。現在の実患者数は7,351人(無効回答を含めると7,648人)であることを考えると、県全体では約1割の供給余力があることとなります。

また、その傾向は二次保健医療圏ごとに異なり、具体的には香取海匝、九十九里医療圏においては50%以上の増加が可能であるとされています。

	増加可能人数(A)	実患者数(B)	(A)÷(B)
千葉県計	805.5 人	7648 人	10.5%
千葉	129 人	1679 人	7.7%
東葛南部	189 人	2038 人	9.3%
東葛北部	211.5 人	2553 人	8.3%
印旛	70 人	437 人	16.0%
香取海匝	71 人	127 人	55.9%
九十九里	70 人	119 人	58.8%
安房	27 人	363 人	7.4%
君津	9 人	100 人	9.0%
市原	29 人	232 人	12.5%

- 在宅療養支援診療所における今後の課題として最も多かったのが、「緊急時の入院体制の確保」で64.7%、次いで「24時間体制を維持するための連携機関の確保」51.4%、「患者の経済的負担の軽減」31.2%、「連携する訪問看護ステーションの確保」23.1%と続きます。また、1人体制では「24時間体制を維持するための連携医療機関の確保」(60%)、「訪問看護ステーションの確保」(31%)と連携体制の強化が上位に並んでいるのに対し、複数体制では「患者の経済的負担の軽減」(41%)、「医師の確保」(33%)を挙げるところが多くなりました。



- ~~疾病の予防、治療(急性期)、リハビリテーション(回復期)から在宅療養へと切れ目のない包括的なケアの充実が求められている中、医療機能の分化と連携を推進するためにも、在宅療養の推進は大きな課題になっています。~~
- ~~長期療養を必要とするがん患者・難病患者、医療ケアを必要とする高齢者等、在~~

在宅療養を希望する患者に対し、家族の介護力に依存するには限界があり、患者・家族を支える在宅療養に関わる医療連携体制の整備が必要です。

- ~~訪問診療と訪問看護サービスの充実の他、理学療法士による訪問リハビリテーションや薬局・薬剤師による積極的な関与等、他職種が協働して在宅ケアサービスを提供することが必要です。~~
- ~~医療機関から在宅へとスムーズに移行できるよう退院調整機能を促進し、さらに、病状の急性増悪時は即在宅から緊急入院できるような在宅療養ネットワークシステムの構築が重要な課題です。~~
- ~~在宅療養を支援する方策としては医療サービスと介護サービスがありますが、高齢者の急増に伴い、患者の病状・実情に合わせた医療サービスと介護サービスの連携を図る必要があることから、包括的な在宅ケアサービスをマネジメントすることが重要です。~~

## 在宅で無理なく、どこまでできるの？

### 事例1 ●抗がん剤治療 <50代 男性 胃がん>

検診で胃がんが見つかり手術、抗がん剤治療のため入院していましたが、自宅での治療を希望しました。週1回の訪問看護、月1回の訪問診療を受け、在宅医療開始後、まもなく2年が経過します。

### 事例2 ●輸液・疼痛治療 <70代 男性 大腸がん>

大腸がんのため手術を受けたが、肝転移が見つかりました。輸液・疼痛治療を行っていましたが、在宅で治療を継続することにしました。約4か月過ごしたのち、自宅で家族に看取られました。

### 事例3 ●中心静脈栄養法 <60代 男性 肺がん>

肺がん、食道転移。検査の結果、手術は不可能と診断され、化学療法と放射線療法を行いました。食欲不振、嘔気、嘔吐が強くなり、食事が取れないため中心静脈栄養を開始しました。予後1カ月と予測され、一時的でも退院し、家族とともに過ごしたいとの希望で在宅中心静脈栄養の適応となり、退院後、順調に2か月が経過しました。



**事例4 ●在宅酸素療法 <70代 男性 肺がん>**

肺がんにて手術、化学療法を行い退院しました。その後、発熱、呼吸苦があり再入院しましたが、状態が安定したため、退院後も酸素療法を継続することとして退院しました。自宅にて週1回程度の訪問看護、月1回の訪問診療を受けています。

**事例5 ●疼痛治療 <50代 女性 乳がん>**

乳がんの手術後、肺・骨転移が見つかり化学療法を行いました。疼痛が強く、経口モルヒネ製剤による疼痛治療を開始していましたが、持続皮下注に変更。予後2週間と予測され、退院を希望。疼痛コントロール可能でしたが、全身状態が悪化し20日後に在宅にて親族に看取られました。

**事例6 ●経腸栄養 <80代 女性 脳梗塞>**

居間で倒れ、救急車で運ばれました。脳梗塞と診断され入院し、血栓を溶かす治療後を行いました。その後、誤嚥して肺炎になり、口から食事がとれなくなったため、鼻から管を入れて栄養を取っていました。状態が落ち着いたため、胃ろうを造って退院しました。訪問診療と訪問看護を受け、栄養剤の注入は家族が上手にできるようになりました。最近、嚥下訓練を始め、食べられるようになったら胃ろうを閉じる予定です。

**事例7 ●訪問リハビリテーション <60代 男性 脳梗塞>**

出張先で脳梗塞になり、入院して治療し、専門的なリハビリテーションを行うために転院しました。右半身麻痺、言語障害、嚥下障害が残りましたが、自宅での療養を希望し、リハビリテーションを続けています。自力で痰をうまく出すことができないため、訪問看護では肺の理学療法と吸引もしてもらいます。

**事例8●インスリン注射 <80代 男性 糖尿病>**

糖尿病のため網膜症になり視力が低下しています。インスリンの注射がうまくできるよう、手伝ってもらっています。最近、足にけがをしたところがなかなか治りません。悪化しないように、訪問看護ではフットケアも受けています。

**事例9●状態観察、看取りのケア <90代 女性 慢性心不全、高血圧>**

肺炎がきっかけで寝たきりの状態になり、在宅療養中です。時々発熱や脱水があり、点滴などの治療を受けていましたが、最期が近いようだと説明を受けました。家族は家で看取りたいと希望し、穏やかな最期を迎えられるよう、訪問診療、訪問看護を受けています。

**事例10●看取りのケア <80代 男性 脳梗塞、認知症、高血圧>**

肺炎で入退院を繰り返していました。状態が安定して退院しましたが、状態観察や介護を家族だけで行うのは不安でした。訪問診療、訪問看護、介護を受けていますが、今度は入院させずに、家で最期まで看る決心がつきました。心配なことはすぐに相談しています。

## 訪問看護では、どのようなことお願いできるの？

- 患者さんのかかっている医師の指示により①症状や障害の観察 ②リハビリや寝たきり予防 ③医療的処置 ④在宅介護・看護に関する相談 ⑤他機関との連絡調整 等のサービスを提供できます。

## 医療保険と介護保険と料金は異なるの？

### ○医療保険の場合

#### ①訪問看護基本療養費

- ・週3回まで（1日1回の訪問につき） 5,300円
- ・4日以降（1日1回の訪問につき） 6,300円

#### ②重症管理加算（1ヶ月につき）

- ・在宅悪性腫瘍患者指導管理
  - ・在宅気管切開患者指導管理
  - ・気管カニューレを使用している状態
  - ・留置カテーテルを使用している状態
- 5,000円

#### ③24時間連絡体制加算（1ヶ月につき） 2,500円

以上の料金に対して患者さんの医療保険によって1～3割の負担となります。また、基本料金以外に差額費用（時間延長）や実費負担（交通費）等がありますので、詳しくは事業者にご相談下さい。

### ○介護保険の場合

指定訪問看護ステーションでは

- ①20分未満（夜間・早朝・深夜） 約2,850円
- ②30分未満 約4,250円
- ③30分以上1時間未満 約8,300円
- ④1時間以上1時間30分まで 約11,980円
- 早朝・夜間加算 基本料金の25%
- 深夜加算 基本料金の50%

1時間30分を超える場合や営業時間外は保険適用外料金がかかり、通常の訪問看護実施地域外の場合は交通費がかかります。

## 施策の具体的展開

### 〔「かかりつけ診療所」の機能強化〕

- 高い専門性が求められる医療の分野においては、患者との信頼関係を基礎として、普段の健康管理から、各医療資源の紹介・振り分け機能を発揮できる医師（かかりつけ医）の役割が重要です。また、今後の超高齢社会においては、在宅療養や在宅看取りに対するニーズが増大しますが、患者のQOL向上に向け、かかりつけ医を中心に、診療、看護、介護等が一体となった体制づくりが必要となっています。このため、各医療資源の紹介・振り分け機能、在宅療養支援機能、地域に根ざした福祉のサポート機能を有する「かかりつけ診療所」の機能強化を図ります。

### 〔「在宅療養支援診療所」の機能強化〕

- 「かかりつけ診療所」でもある、在宅療養支援診療所の多くが課題としてあげている「緊急時の入院体制の確保」「24時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保」「連携する訪問看護ステーションの確保」について支援します。

### 〔千葉県型地域医療連携パスの作成・普及〕

- 患者を中心に、事業（疾病）毎の急性期から回復期までの治療を担う医療機関の役割分担と連携、さらには保健・福祉サービスとの連動について、二次保健医療圏ごとに定める「循環型地域医療連携システム」の運用を図ります。このシステムの円滑な稼動を担保するためのツール（道具・手段）の一つとして、各圏域において、千葉県型地域医療連携パスを構築し、地域連携の推進を支援するとともに、患者に切れ目ない医療、介護、福祉サービスの提供を目指します。

### 〔病院・診療所等共同カンファレンスの支援〕

- 病院で実施されるカンファレンスに地域の診療所が参加し、早い時期に、患者が安心して地域で療養できるよう支援します。また、前述の千葉県型地域医療連携パスの中に、退院時連絡体制等を加えることを検討し、より円滑な連携体制構築を目指します。

### 〔医療連携室の機能強化〕

- 地域連携の核となる病院の地域連携室のネットワーク化を推進し、病院の地域連携室・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・地域包括支援センター等の連携会議を開催し、地域連携を強力に推進します。