

領域 7 : 地域連携

担当委員 : 岡田美保子

【執筆者】 岡田美保子, 笹川紀夫, 渡邊直

● 医療・ケアの連携と継続

Continuity of Care

Continuity of care という概念は、20 世紀後半以降急速に進んだ医療の高度化と専門分化の中で、患者の受ける医療サービス (healthcare) が複数の専門的かつ小範囲的な医療者 (healthcare provider) によって担われるようになった結果、ケアの分断化 (fragmentation) が生じ、患者 (healthcare taker) の統体的 (comprehensive) かつ継続的な管理 (continuous and coordinated management) がいきおい疎かになった中で、叫ばれるようになったものである。

昔ながらに単独の医療者によって患者ケアが出来るのであれば、そのシングルな継続性のみが問われる事になるが、受療可能となっている高度な医療・ケアを誰もが受けたい、という患者側の現代的ニーズからしてもそれは不可能であり、自然、この課題は複数医療施設、複数医療者、それも複数職能 (医師・看護師・薬剤師・技師、等) の連携と協働によって初めて実現することとなり、ひいては医療の安全と質の向上に関わることにもなるのである。

Continuity という言葉には時系列的な意味合いが強いが、医療における continuity 概念には、複数の健康問題 (プロブレム) を総合的に眺め、重症度やリスクの観点等から適時的に管理する特性 (continuum of care) も含まれているというべきである。この観点から coordination of care, integration of services, seamless care といった名辞も、ほぼ同義的に使われてきている。

医療政策の観点からは、高度医療/急性期医療と慢性期療養、および日常外来医療や在宅医療とに機能分化した医療提供のあり方に関して、いかに効率的に医療資源を分配し、かつ、先の continuity を達成できるかが問われる事となる。

2005 年来の国の構想は、かかりつけ医 (慢性期療養ならびに外来診療を担う医師) をハブとして、必要に応じた他階層への照会・紹介や転送、さらにはリハビリ機関や介護施設利用の指示などを担わせる方向性である。急性期病院—慢性期療養リハ病院—クリニックにおいて共通の診療パスを稼働させる取組み (地域連携パス) の適用も一つの有効な連携のツールになるが、一般的に、continuity of care を有効に機能させるためには、かかりつけ医を担う医師が真の意味で家庭医的な素養を持ち、患者を general に診療できる (patient-centeredness of care を実践できる) か、ということ、ならびに、各階層の医療機関において、適時的かつ簡潔でわかりやすいサマリー (continuity of care record) を、最新 (ないし直近) の形で、いかに適切に双方向性共有できるかどうか、が鍵となろう。

【関連用語】 healthcare, coordinated management, 健康問題 (プロブレム), continuum of care, coordination of care, seamless care, かかりつけ医, 地域連携パス, patient-centeredness of care, サマリー, continuity of care record

● 医療等 ID

Unified Medical Identification Number

現在、保険医療福祉サービス利用に際し、特に医療機関受療に関して、医療の高度化・専門化ならびに機能分化の潮流に乗って、単一ではなく複数の施設を利用することが普通になった。受療者（患者）の立場にたった場合、その保健医療サービスを効率的に受けるため、また複数施設で受けた医療内容・結果が、どの診療機関においても統一的に可視化・共有でき、それを通じて的確かつ質の高い、継続的連携的医療（continuity of care）を受けられることができるために、個々の患者に関する保険情報やデータをユニーク ID のもとに一括把握できるシステムが求められる。国民健康や疫学推進（population health）の観点から見ても、多くの受療者から得られる多量多彩なデータ（big data）を活用し、有益な知見を得る研究が可能となるためには、個々のデータを年齢性別住地等の情報と紐付けた形で得る事が必須となるが、このためにも患者一人ひとりを健康情報に関連してまとめ得るユニーク ID の存在が前提となることは容易に理解できる。すなわち、患者本位の観点からも、population health の観点からも、こうして健康情報に関連した、一意的な個人識別子が求められているのである。

2016 年より稼働しているマイナンバー制度はすべての国民に一意的な背番号を符号し、これをもって税務に宛てる目的で導入されたものであるが、このユニーク番号で、機微な情報（sensitive information）を多く含む医療・健康情報が呼び出されるのはいかにも不適切であるため、マイナンバーと紐付けはするが、個人情報秘匿性を十分に考慮した形で運用される、別の ID が設置されるべきとされた。すなわちこれが、“医療等 ID” と呼ばれるものであり、2020 年度よりの本格運用を目指して、国としてその実現に向けて動き出している（2016 年 6 月 2 日付「日本再興戦略改訂 2016」の閣議決定）。まずは 2017 年度中にマイナンバーカードの提示によって健康保険証の確認作業ができる仕組みが、支払基金・国保中央会共同運営の紐付適合ナンバー（医療等 ID；この識別子は医療機関や患者個人にも知らされない、“見えない番号”である）を通じて行われることが計画されている。さらに段階的にこの“見えない識別子”と地域医療ネットワークで利用されている一意的患者割り付け番号との紐付け、などによって、どの医療機関や検査機関のデータであつても的確な患者名寄せが行われ、照会・受診機関での閲覧、利用が出来るような仕組みを構築（医療情報の一次利用としての共有）、平行して、個人特定性を可能な限り排除した形で集積、疫学的元データとして利用（医療情報の二次利用）できるための、別の識別子との紐付け作業も進められる予定である。

【関連用語】 医療・健康情報の共有, continuity of care, population health, big data, マイナンバー制度, sensitive information, 個人情報秘匿, 地域医療ネットワーク, 名寄せ, 医療情報の一次利用, 医療情報の二次利用

● 診療情報交換

Health Information Exchange (HIE)

米国では 2004 年、医療情報化政策として 2014 年までに全国民の電子カルテ化を進める方向が打ち出された。その後、市や郡レベルの RHIO (Regional Health Information Organization) と呼ばれる地域連携ネットワークと、それを接続する連邦レベルのネットワーク構想が発表されたが、一部を除いてなかなか広がらず、背景として医療機関への電子カルテ導入が遅々として進んでいないことが指摘された。その後、2009 年の米国再生・再投資法の一環として、EHR (Electronic Health Record) の有意義な活用を促進する Meaningful Use (MU) 政策が打ち出された。2010 年には MU の 3 段階「データの取得と共有」、「意思決定支援による先端的ケアプロセス」、「アウトカムの向上」が示された。政府主導による EHR システムの適合性認定と、認証 EHR 製品の公表がなされている。MU では認証 EHR の有益な利用に対し、公的保険であるメディケア・メディケイドの加算としてインセンティブ・ペイメントが支払われる。加算の基準には質のメジャー (Quality Measures) の報告と、電子処方・退院時サマリーの患者への提供が含まれている。

MU プログラムでは、2014 年時点で 260 億ドル (2 兆 6 千億円) の投資がなされ、いかに効率的、効果的に全ての医療機関の情報化をはかるかが議論されてきた。その中で、高額な大規模システムありきではなく、必要な診療情報の共有に焦点をあてた診療情報交換 (Health Information Exchange: HIE) とよばれる概念が導かれた。HIE は質の高い、安全な患者ケアのために、適切に、時宜を得て患者情報の共有をはかることで、ケアの意思決定を支援し、再入院、投薬過誤を防ぎ、重複検査の削減に寄与し、診断を向上させることを目指す。HIE には 3 つの形が定義されている。一つは「有方向交換 (Directed exchange)」とよばれ、医師等が患者情報を他の医療専門職に送る場合を指す。例えば、診療所の医師が患者紹介で、処方やプロブレム、サマリーを病院の医師に送る場合などである。二つ目は「クエリーに基づいた交換」とよばれ、医療者がアクセス可能な患者情報の検索・発見を行う場合である。例えば救急治療室で医師が薬剤投与歴、最近の放射線画像、プロブレムリストなどの患者情報にアクセスする場合などである。三つ目は「患者を介した交換」とよばれ、患者が複数医療提供者における自身の診療情報を収集し、あたかもオンラインバンキングの口座管理のように、自身の健康情報の利用をオンラインで管理することを想定している。

HIE の目的は、我が国で推進されている地域医療連携システムの目的に一致しているが、HIE は実装形態・方法を問わず、必要な診療情報を共有するという目的を端的に表す用語として国際的に使われるようになっている。

【関連用語】 HER (Electronic Health Record) , Meaningful Use (MU) 政策, メディケア・メディケイド, 質のメジャー, 地域医療連携システム, 退院時サマリー, プロブレムリスト

● 診療情報提供書（診療の継続性のための文書）

Referral Document; Continuity of Care Record

20 世紀後半以来、医療の高度化と専門分化の中で、患者の受ける医療サービス（healthcare）が複数の専門的かつ小範囲的な医療者（healthcare provider）によって担われるようになり、ケアの分断化（fragmentation）が生じるに至った。さらに高度医療/先進医療/急性期医療を担う病院群、慢性期療養を担う病院群ならびに外来診療を担当するクリニックの機能分化、役割分担化は、医療経済の面からも動かしがたい訳であるから、当然ながら各階層の医療機関同士が情報を共有しつつ、ケアを切れ目なく（seamless に）引き継ぎあう、すなわち continuity of care を実現するための仕組みの存在が前提となる。その重要な一要素が診療情報提供書、という事になる。

診療情報提供書の電子化フォーマットについては、厚労省標準規格が示されている（2010 年；内容は <http://www.hl7.jp/intro/std/HL7J-CDA-005.pdf>）。紹介目的の記載とともに、主訴や主疾患、現病歴と既往歴、（入院中）経過、主要検査所見、処方、治療計画などを項目として記載することを定め、これらの記載形式は HL7 と ISO の合同国際標準規格である CDA R2（Clinical Document Architecture Release 2）で code 化されることとしている。

診療情報提供書作成の保険算定に関しては、従来紙への印刷と署名ないし捺印での発行が原則とされていたが、2016 年より電子署名がなされ、セキュアなネットワークによって電送するやり方も認められ、従来の診療情報提供加算にさらに 30 点が付加されることとなった。

退院時の診療情報提供は、退院時のサマリーをもって行う事が理論的に可能であり、continuity of care を目的とした退院時要約を continuity of care record（CCR）と呼ぶ。退院時サマリーには各専門科での特殊な治療の覚書や専門医認定のための要約など、種々の目的で作成されるものがあるが、CCR はまさしく退院時の診療情報提供書と定義されるといっても過言ではない。現在、上記の厚労省標準・診療情報提供書のコンテンツとその CDA 構造を参照しつつ、CCR の標準規格化に向けた取組みが行われている（医療情報学会・診療情報管理学会・POS 医療学会合同委員会）。

退院後短時日でサマリーを作成し、次の healthcare provider に情報提供することが必要であり、診療情報管理加算も 90% 以上の退院患者においてサマリーを 2 週間以内に完成できていることが算定要件となっている。迅速作成と作成医師の負担軽減のために、上記の診療情報提供書に規定された各項目のうち、できる限り多くを電子カルテから自動的に流し込むなどのプログラム上の工夫が必要である。一方で、患者を統体的に把握し（patient-centeredness of care）、それを次の医療者に伝承すべく、プロブレムリスト（主病名ならびに既往歴）の抽出については担当医ないし病院での総合医療担当者が責任をもって行い伝達することが求められる。

【関連用語】 healthcare, continuity of care, HL7, CDA, continuity of care record (CCR), 退院時サマリー, patient-centeredness of care, プロブレムリスト

● 相互運用性

Interoperability

一般に、組織内には全ての情報システムや機器が一度に、統一的に導入されるわけではなく、異なるベンダーから、異なる時期に、ばらばらに導入される。すると情報システム間で、あるいは機器とシステムの間で、通信・データ交換ができないという事態が生じる。相互運用性(interoperability)とは、2つ以上のシステムあるいは機器の間で情報交換ができ、交換された情報を想定したとおりに使用し得る能力のことをいう。情報の通信はどのようなシステムにおいても必須であり、病院情報システムにおいては多様なシステム、アプリケーションの間でのデータ交換が不可欠である。異なる系統のシステムで、患者情報を統合的に扱うには、情報は1つのシステムから他のシステムに転送される必要がある。単純な方法として、情報交換が必要な2つのシステム(機器)の間で、インタフェースを設けることが考えられるが、2つのシステム間ごとにカスタマイズしたインタフェースを設けていたのでは、到底、一貫性ある開発・維持・管理はできない。そこで、2つのシステム間ごとに別途のインタフェースを設けるのではなく、標準化された構文で1つのインタフェースを通じてデータ(メッセージ)を交換する方法が相互運用性を実現するために取られている。

相互運用性には「構文的相互運用性(Syntactic Interoperability)」と「意味的相互運用性(Semantic Interoperability)」がある。前者は一定の文法に則って交換したい情報を表現することである。後者は受信した情報を受信側で理解し、使用できる能力で、例えば病名、処方、臨床検査などの内容を送信側、受信側が共有できることであり、標準的用語・コードが用いられる。構文的相互運用性は、技術者、システムベンダーに委ねられ、ユーザが認識することはほとんどない。しかし医療専門職、医療施設、意思決定支援システム(decision support system)の間で情報が交換される医療情報システムでは、意味内容を共有できなければならない。意味的相互運用性は医療の専門知識をどう表現するかであり、医療側の介在が不可欠となる。

当初は施設内での相互運用性が主たる議論的であったが、地域医療連携の情報化が推進される現在、複数施設間での相互運用性が求められている。相互運用性を備えたならば地域医療連携システムでは、参加組織を通じて継続的に情報を共有し、表示、蓄積、活用することが可能となる。さらに、多施設共同臨床研究や大規模臨床データベース・患者レジストリーに基づいた研究が広がる現在、複数施設におけるデータ間の相互運用性が大きな課題となっている。相互運用性という言葉は、近年は「データの意味的相互運用性」に力点が置かれている。データの意味的相互運用性は各施設が認識し、強く推進しないと達成し得ない。

【関連用語】 意味的相互運用性、地域医療連携システム、多施設共同型臨床研究、患者レジストリー

● 地域連携診療計画

Community Medicine Care Plan

2006（平成 18）年に厚生労働省の「医療制度改革大綱による改革の基本的な考え方」において「医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供」が掲げられ、そのためのツールとして「地域連携パス」が挙げられた。さらに 2006（平成 18）年度の診療報酬改定で、大腿骨頸部骨折の地域連携パスが診療報酬上で初めて評価され、「地域連携診療計画管理料」と「地域連携診療計画退院時指導料」が新設された。2008（平成 20）年度の診療報酬改定では脳卒中が対象疾患に加わり、地域連携パスは全国的に普及が進んできた。「地域連携診療計画管理料」は計画管理病院（連携パスを作成・管理する病院）が退院患者に対して算定するもので、一般病棟の入院患者の平均在院日数が 17 日以内である病院で、当該病院からの転院後又は退院後の治療等を担う複数の保険医療機関又は介護サービス事業者等に記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成する等の基準がある。「地域連携診療計画退院時指導料」は計画管理病院から患者を引き継いだ連携医療機関において、計画管理病院が作成した地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成した場合に算定することができる。

2016（平成 28）年度診療報酬改定においては、2025（平成 37）年に向けて、地域包括ケアシステムと効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築を図り、地域包括ケアシステムの推進と医療機能の機能分化・強化、連携に関する充実等に取り組む観点から、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、積極的な退院支援に対する評価の充実や在宅復帰機能が高い医療機関に対する評価の見直し等を実施し、「地域連携診療計画管理料」と「地域連携診療計画退院時指導料」は廃止され、代替として「退院支援加算」及び「地域連携診療計画加算」が新設された。特に「退院支援加算 1」では入院時早期から（3 日以内）退院困難な患者を抽出し、7 日以内に患者・家族と面談、退院調整部門の設置と専従職員（看護師又は社会福祉士）、病棟への退院支援職員の配置、連携する医療機関等（20 か所以上）の職員と定期的な面会を実施（3 回／年以上）などが算定要件となっており、厚生労働省の調査でも、院外の医療機関や介護施設との連携が多いほど早期退院につながっていることが明らかになっていることから入院時から退院後の生活も見据えた退院支援を目指し、地域包括ケアシステムの推進のための医療・介護の連携強化促進を図ることを見据えている。

【関連用語】 community medicine care plan, 医療制度改革大綱による改革の基本的な考え方, 地域連携パス, 診療報酬改定, 大腿骨頸部骨折, 脳卒中, 地域連携診療計画管理料, 地域連携診療計画退院時指導料, 計画管理病院, 地域包括ケアシステム, 退院支援加算, 地域連携診療計画加算

● 地域医療連携システム

Community Medical Cooperation System

地域の医療資源の実情などに応じて、地域内の各医療機関等の役割を明確化し、機能分化を推進することにより病病連携、病診連携を円滑にし「地域完結型の医療」を提供することを目的とした取り組みで、2007（平成 19）年 4 月に施行された第 5 次医療法改正により 4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）・5 事業（救急医療、周産期医療、小児医療、へき地医療、災害医療）について、必要な医療機能（目標、求められる体制等）及びそれらを担う医療機関・施設の具体的な名称を医療計画に掲載することが義務付けられるようになり、このうち 4 疾病については発生から診断、治療、リハビリまでを診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画（地域医療連携パス）により医療施設間における診療情報・治療計画の共有が求められた。（2013 年には精神科疾患を加えた 5 疾病 5 事業となった）

さらに改正医療法で複数の参加法人（非営利法人に限る）が参画し、統一的に地域医療を推進する法人である「地域医療連携推進法人」制度の創設が盛り込まれた。また 2009（平成 21）年に IT 戦略本部が発表した「i-Japan 戦略 2015」にも地域医療連携の実現が明記されている。しかしながら、各医療機関での情報の伝達、共有する手段が脆弱であったため、ネットワーク回線を利用した地域医療ネットワークシステムを構築し地域連携を円滑に運用する地域が増えてきており、2015 年現在全国で 207 の地域で運用されている。代表的なものに「あじさいネット」や「かがわ遠隔医療ネットワーク（K-MIX）」などがある。厚生労働省も「医療分野の ICT 化施策」において医療情報連携ネットワークの普及促進により、医療資源を有効に活用し、より質の高い医療提供体制の実現を目指しているが、課題としては、医療機関の電子カルテ普及率の低さ、コストの問題、セキュリティの確保、標準化等があり、これらの課題に対して国は、地域医療の中核的な役割を期待される 400 床以上の一般病院の電子カルテ普及率を 2020 年に 90%に引き上げ、資金についても地域医療介護総合確保基金による支援策、保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）の普及によるセキュリティ確保、IHE（Integrating the Healthcare）などの国際標準規格に準拠した標準化の推進を盛り込んでいる。また地域医療連携情報ネットワークは、単一ベンダーにより提供されていることが多く、ネットワーク間の接続の問題などがあり普及には課題を残している。

【関連用語】 community medical cooperation system, 病病連携, 病診連携, 地域医療ネットワークシステム, 4 疾病 5 事業, 5 疾病 5 事業, 医療分野の ICT 化施策, 保健医療福祉分野の公開鍵基盤, HPKI (Healthcare Public Key Infrastructure), IHE (Integrating the Healthcare)

● 地域医療連携パス

Community Medicine Path, Community Medicine Critical Pathway

地域連携クリティカルパスといい、クリティカルパスとは、良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表のことで、治療の標準化・情報共有・治療経過の可視化、チーム医療の向上などの効果が期待されている。地域医療連携パスは機能分化した各施設の役割分担に基づき、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いることにより、施設間の壁を越えて一貫した治療の流れを確立するためのクリティカルパスで、内容としては、施設ごとの治療経過に従って、診療ガイドライン等に基づき、診療内容や達成目標等を診療計画として明示することにより、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現することを目的としている。

2007（平成 19）年 4 月に施行された第 5 次医療法改正における医療計画の見直しでは、連携パスの作成などによって地域の医療連携体制を構築していく 4 つの疾病として「がん」、「脳卒中」、「糖尿病」、「急性心筋梗塞」が対象となった。

2006（平成 18）年度の診療報酬改定で大腿骨頸部骨折の患者について連携パスを評価した「地域連携診療計画管理料」（紹介する側の医療機関が算定）及び「地域連携診療計画退院時指導料」（紹介される側の医療機関が算定）が設けられ、2008（平成 20）年度の診療報酬改定で地域連携診療計画（地域連携パス）に関する検証結果及び医療計画の見直しを踏まえ、対象疾患に「脳卒中」が追加されるとともに「地域連携診療計画管理料」及び「地域連携診療計画退院時指導料」の引き下げが行われた。

2016（平成 28）年度の診療報酬改定においては、この 2 つの算定要件は廃止され、代替として「退院支援加算」及び「地域連携診療計画加算」が新設された。

地域連携パスには「一方向型（リハビリ型）」、「双方向型（循環型）」、「在宅支援型」の 3 種類があり、一方向型（リハビリ型）は、急性期病院で手術後、回復期リハビリ病院やかかりつけ医等で十分なリハビリを行い、自宅療養を目指すもので、急性期・回復期・維持期と病期が変わるごとに異なる診療チームが担当するもので、対象疾患として脳卒中や大腿骨頸部骨折がある。

双方向型（循環型）は、かかりつけ医と専門病院を定期的に循環して診療するもので、対象疾患として糖尿病、がん、急性心筋梗塞等がある。

在宅支援型はかかりつけ医グループ・介護事業所等が対応し、後方病院が必要時支援するもので、在宅終末期ケア、在宅栄養管理などで適用される。

【関連用語】community medicine path, 地域連携クリティカルパス, 診療計画, 第 5 次医療法改正, 地域連携診療計画管理料, 診療報酬改定, 地域連携診療計画, 退院支援加算, 地域連携診療計画加算, 一方向型（リハビリ型）, 双方向型（循環型）, 在宅支援型, 脳卒中, 大腿骨頸部骨折

● 病診連携

Hospital-Clinic Collaboration（仮訳）

「病診連携」は、診療所と病院が連携することにより包括的で一貫性ある医療サービスを患者に提供することを指している。具体的には診療所の医師（かかりつけ医）が、より専門的な医療が必要と判断したとき、先進的機器を備えた病院に患者を紹介し、病院は紹介された患者の検査や診察を優先的に行うほか、結果をかかりつけ医にフィードバックする等である。病診連携の取り組みとしては、紹介の他に、病院を退院等する患者に対し、かかりつけ医や自宅に近い診療所を紹介する「逆紹介」や、かかりつけ医が患者を紹介した際に、病院の医師と共同して、その病院には勤務していない、かかりつけ医が診療等に当たることのできる病床を設ける「開放病床」、MRI、CT など高度医療機器をその病院に勤務しない医師が使うことができるようにする「病院の医療機器等の開放」、診療所の医師が診療所の診療時間外に病院で診療にあたる診療支援などがある。

医療制度面では第2次医療法改正（1992年）で「特定機能病院」と「療養型病床群」が制度化され、医療機関の機能分化が始まった。急速に進む高齢化、疾病構造の変化に伴い医療機関の機能分化はさらに重要性を増し、第3次医療法改正（1997年）では「地域医療支援病院」の制度が導入された。地域医療支援病院は、かかりつけ医等に対する支援として、紹介患者への医療提供、医療機器の共同利用や開放、救急医療の提供、地域の医療従事者の研修、逆紹介などを行う。日本は患者が全国どの医療機関でも受診できるフリーアクセスとよばれる制度を有しているが、軽症でも大病院を受診することで大病院が圧迫されるという問題が指摘されてきた。200床以上の病院を紹介状なしで初めて受診する場合は、病院の定める初診料を自己負担とするなどの措置がとられてきたが、2016年4月からは緊急の場合を除き、大病院（特定機能病院、一般病床500床以上の地域医療支援病院）を紹介状なしで受診する場合は特別の料金がかかる制度が導入された。

制度として医療機関の機能分化をはかり、患者が症状に適した医療機関で適切な医療を受けられるよう、診療所と病院が機能・役割を分担し、相互の連携をはかるのが病診連携である。地域の医療機関が連携をはかることを一般に「医療連携」とよぶ。その類型としては病診連携の他に、診療所間の連携である「診診連携」や、病院と病院の連携である「病病連携」がある。医療連携の分類としては、さらに、紹介の方向に着目した「前方連携」と「後方連携」がある。「前方連携」は診療所から病院へ「紹介」を行う場合をいい、「後方連携」は急性期治療が終了した段階で、病院から地域の診療所への「逆紹介」を行う場合をいう。

【関連用語】 逆紹介、開放病床、医療法、特定機能病院、療養型病床群、地域医療支援病院、フリーアクセス、医療連携、地域医療連携、診診連携、病病連携、前方連携、後方連携

● 保健医療福祉連携

Coordination and Cooperation among Various Healthcare Providers

医療連携 (healthcare cooperation) は当然のことながら、同一医療機関内においても診療科間、他職種間で必要欠くべからざるものとして実践されている。医療ケア (healthcare) の内容が高度化し、専門化・尖端化が進んだため、一人・一職種の医療者 (healthcare provider) のみで医療を完結することは、ほぼ不可能だからである。

しかるに「保健医療福祉連携」という用語においては、一般的に、病院—診療所—保険調剤薬局—在宅医療機関（訪問診療・訪問看護）—介護施設における管理を巡る連携を指す。患者ないし被介護者 (healthcare taker) の立場から考えれば、急性期的疾患ないし慢性疾患の増悪に対する高度/急性期/先進医療と慢性期療養、日常外来診療と健康相談、さらには介護を、切れ目なく、効率的に自分の複数疾患を踏まえて適切適時的に提供してもらえる仕組みが要望されるところである。これが continuity of care と呼ばれる、医療（介護）の連携のあり方である。

2005 年以降の国の方針として、医療の場面においては、地域のクリニックや community hospital のかかりつけ医をハブとして連携を行うことが方針として定められている。さらに保険調剤薬局の薬剤師にも、処方箋情報を軸として、患者に健康情報の提供や服薬管理に一步踏み込んだ役割を担ってもらい、健康管理の一翼を担えるように、「かかりつけ薬剤師」制が 2016 年から開始された。

また、介護の場面においては、地域かかりつけ医との協働を行いつつ地域包括支援センター（保健師・主任ケアマネジャー・社会福祉士等が軸となって構成）において被介護者の管理をとりもつ仕組みが構想されている。

連携は単純に多施設医療者、他職種が単純にそれぞれ患者に対応すれば出来るものではないことは明らかであり、患者の健康問題（プロブレム）を統一的に踏まえつつ、必要に応じた他階層医療機関への照会・紹介や転送、さらにはリハビリ機関や介護施設利用の指導などを行ってもらうことが、かかりつけ医には求められているのである。急性期病院—慢性期療養リハ病院—クリニックにおいて共通の診療パスを稼働させる取組み（地域連携パス）の適用も一つの有効な連携のツールになるが、一般的に、連携が有効に機能するためには、かかりつけ医を担う医師が真の意味で家庭医的な素養を持ち、患者を general に診療できる（patient-centeredness of care を実践できる）か、ということ、ならびに、各階層の医療機関において、いかに適時的かつ簡潔でわかりやすいサマリー（continuity of care record）を、最新（ないし直近）の形で双方向に共有できるかどうか、が鍵となろう。さらに処方巡って医療機関と保険調剤薬局が今まで以上の診療情報・処方情報の共有を行う事がないと、「かかりつけ薬剤師」のあり方も形骸化してしまうだろう。

【関連用語】 healthcare, continuity of care, かかりつけ医, 地域包括支援センター, 健康問題（プロブレム）, 地域連携パス, patient-centeredness of care, サマリー, continuity of care record