

医療・福祉連携 地域ネットワーク専門小委員会
報告書

-済生会医療福祉連携総合ケアモデル構想-

(付：医療福祉連携地域ネットワーク調査概要)

平成27年 3月

はじめに

平成27年3月1日現在、済生会は、79の病院、20の診療所、29の介護老人保健施設、49の特別養護老人ホーム、52の指定訪問看護ステーション、障害（児）者福祉施設、児童福祉施設などを合わせて、377施設、319事業を運営する日本最大の社会福祉法人である。

政府では2025年を見据え、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供し、高齢者が最後まで住み慣れた地域で暮らすことができる「地域包括ケアシステム」を推進しており最重要課題の一つに位置付けている。

「地域包括ケアシステム」は、高齢社会の中で社会システムを持続的に発展させていくために、地域に根差した医療、介護、福祉を切れ目を生じることなく提供していく仕組みであり、実現に向け医療も福祉も聖域のない急激な変革を迫られている。

済生会は、冒頭に記したとおりの施設や事業を運営し、高度急性期・先端医療から看取り介護に至るまで、優れた医療や質の高い介護・福祉など地域に密着したサービスを提供している。

しかし、「地域包括ケアシステム」の一翼を担うためには、さらに系統的・総合的なサービスを提供する必要があるとともに、地域の様々な機能とネットワークを形成することが不可欠である。

これらを踏まえ、当小委員会は検討の対象として医療と高齢者の福祉や介護に関する事業に焦点を当てることとし、第1回目の委員会で次の2つの検討目標を掲げた。

1番目は、済生会の病院、福祉施設等における具体的な機能連携の可能性を明確にすること、2番目は「地域包括ケアシステム」の中心的な役割を担うために、済生会のモデル的な事業展開と地域とのかかわりを明確にすることである。

そこで、先ず病院や福祉施設、在宅看護・介護事業所等の現状、地域における役割、済生会施設相互間の連携状況を調査した。

その調査をもとに病院や福祉施設、在宅介護事業所等の施設群を順次取り上げ、地域包括ケアシステムの中で各々がどのような役割を果たせるのか、現状の課題や問題点は何かを検討した。

済生会は、歴史的にそれぞれの支部や施設が独自性が強く、病院が各種の施設や事業の中心となる拠点となり地域の状況に応じて様々な施設や事業の展開を行って来た。このため、現在も各支部や施設などによって事業の構成や考え方も様々となっている。

そこで、調査対象施設を施設や事業の展開などの状態に沿っていくつかのタイプに分け、課題や問題点の特性を明確にしようと考えた。

また、済生会の特長は何か、済生会らしさを発揮し特長を生かすためにはどうすればいいのかを検討した。

検討の中で、済生会全体を見れば、医療・福祉に関するあらゆる事業を展開している『総合性』が、医療・福祉の質にも人材の育成にも『総合力』として大きな力を発揮できると考えた。

その上で、総合力を十分に活用するための総合的なケアの仕組みと済生会らしい人材育成の方向を定め、「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」として設定した。

さらに、当面の急務である「地域包括ケアシステム」の構築のために済生会の総合力を発揮し、施策推進の先頭に立っていく必要があることから、先に掲げたいくつかのタイプごとに「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」を実現するためには何をなすべきかを「提言」として示した。

なお、福祉と介護は本来異なる概念であり明確に使い分けるべきとの意見もあるが、この報告書においては介護を含めて「福祉」と表現することとした。ただし、介護事業所、介護報酬など一般名詞化しているような場合や、明白に介護のみを示す場合には「介護」を使用することとした。

委員会においては、医療と福祉の「共通言語」の問題、在宅医療の問題、診療報酬や介護報酬をどのように活用しているか、居住機能や生活支援のありかた、行政との関係なども議論された。

これらの諸課題は、現在の医療、福祉の連携やネットワーク形成の根本的な問題である。

今回は、現在の病院や福祉施設、在宅介護事業所等が具体的に何をすべきなのかを中心に極めて実務的な取りまとめとしたが、平成28年度の設定を目指している済生会保健・医療・福祉総合研究所（仮称）でも引き続き論議を深めていかなければならない。

目 次

医療・福祉連携地域ネットワーク小委員会名簿	5
第1 医療・福祉連携地域ネットワーク専門小委員会における検討の経過	6
第2 済生会の医療、福祉施設や事業所等の連携、地域ネットワークの状況に関する調査結果	
1 調査概要	7
2 調査結果について（全般的な連携の現状と課題）	7
3 調査結果について（各支部施設の状況 小委員会検討順）	9
4 医療・福祉施設等の展開による分類と連携状況について	
（1）タイプ1（急性期型病院、療養型病院の双方があり、福祉施設、在宅介護事業所も近隣に立地している。）	14
（2）タイプ2（一般病床の病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、在宅介護事業所が近接して立地するなど、機能的・地域的に集約されている。）	14
（3）タイプ3（急性期病院を中心に、福祉施設、在宅介護事業所があるが、互いに独自性・独立性が高い。）	15
（4）タイプF（タイプ1 から タイプ3 に当てはまらないもの）	16
第3 済生会における医療・福祉の総合的な連携について	
1 調査結果からみる総合的な連携の現状と課題	20
2 済生会の病院、福祉施設などの特長	21
第4 済生会医療福祉連携総合ケアモデル構想	
1 構想の目的と目標	23
2 済生会医療福祉連携総合ケアモデル構想の概要	23
3 「地域包括ケアシステム」と「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」との	

関係	26
第5 「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」の具体的な推進への提言	
1 タイプ1への提言	30
2 タイプ2への提言	31
3 タイプ3への提言	33
4 タイプFに属する施設群への提言	36
第6 新しい時代の「医療・福祉連携、地域ネットワーク」構築に向けて	37
(付属資料)	
医療福祉連携地域ネットワーク調査概要	39

医療・福祉連携地域ネットワーク専門小委員会 名簿

(平成27年1月20日現在 50音順 敬称略)

麻生 利正	栃木県済生会 副会長(兼)支部長
石田 けい子	愛媛県済生会 松山訪問看護ステーション 所長
(小委員長)	
上村 朝輝	新潟県済生会 支部長
九里 美和子	滋賀県済生会 地域ケアセンター センター長
篠原 栄二	山口県済生会 山口地域ケアセンター 事務局長
柴田 博	人間総合科学大学 保健医療学部長
鈴木 隆雄	独立行政法人国立長寿医療研究センター 研究所長
清谷 哲朗	済生会本部 特別参与
(小委員長代理)	
園田 孝志	佐賀県済生会 唐津病院 院長
高津戸 信也	栃木県済生会 特別養護老人ホームとちの木荘 施設長
松原 了	済生会本部 理事
諸岡 芳人	三重県済生会 松阪総合病院 院長
山本 昌也	愛媛県済生会 松山老人保健施設にぎたつ苑 苑長
吉岡 正昭	大阪府済生会 特別養護老人ホーム高寿園 施設長

第1 医療・福祉連携地域ネットワーク専門小委員会における検討の経過

(平成25年度)

第1回 平成25年5月24日 (金)

- (1) 小委員長及び小委員長代理の選出
- (2) 小委員会の検討目標及び検討手順等について
- (3) 中期事業計画における医療・福祉の連携について
- (4) 医療施設、福祉施設、介護事業等の状況について

第2回 平成25年9月30日 (月)

— 済生会の病院・施設の連携状況に関する事例検討 —

- (1) 宇都宮病院、(特養)とちの木荘 ほか関連事業所における連携状況
- (2) 新潟第二病院、(特養)康和園 ほか関連事業所における連携状況

第3回 平成25年12月26日 (木)

— 済生会の病院・施設の連携状況に関する事例検討 —

- (1) 松阪総合病院、明和病院 ほか関連事業所における連携状況
- (2) 滋賀県病院、地域ケアセンター ほか関連事業所における連携状況
- (3) 吹田病院、(特養)高寿園 ほか関連事業所における連携状況

第4回 平成26年3月20日 (木)

— 済生会の病院・施設の連携状況に関する事例検討 —

- (1) 湯田温泉病院、山口地域ケアセンター関連事業所における連携状況
- (2) 松山病院、(老健)にぎたつ苑 ほか関連事業所における連携状況
- (3) 唐津病院、(特養)めずら荘 ほか関連事業所における連携状況

(平成26年度)

第5回 平成26年7月11日 (金)

台風上陸のため開催中止

第5回 平成26年9月11日 (木)

報告書(案)の検討

第6回 平成27年1月20日 (火)

報告書(案)の検討、報告書作成について小委員長に一任。

第2 済生会の医療、福祉施設や事業所等の連携、地域ネットワークの状況に関する調査結果

委員会での検討のため、現在の済生会の病院、福祉施設、在宅介護事業所等は、相互間や地域でどのような「連携」を行っているのか、地域でのネットワークでどのような役割を果たしているのか。また、連携が進まない要因があるのかを明らかにしようと考えた。

済生会の病院、福祉施設、在宅介護事業所などの全て対象とするのは困難であることから、当該専門小委員会の委員が所属する8支部の病院、福祉施設や在宅介護事業所とし、委員会で事例研究を行う順序に合わせ順次調査を行った。

調査の概要は以下のとおりであるが、詳細は事務局が「医療福祉連携地域ネットワーク調査概要」としてまとめたので参照されたい。

1 調査概要

(1) 調査対象

専門小委員会委員が属する、8支部の病院、診療所、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）の各施設及び訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、居宅介護支援の各事業所とした。

(2) 調査項目

ア 各施設が置かれている状況について、どのような認識を持っているか。また、地域の医療・福祉等の特性、医療・福祉資源の状況及び政策動向、自施設の位置付けや課題将来の方向などを記述方式により調査した。

ただし、調査の対象は病院、福祉施設のみで、在宅介護事業所は病院や施設に付設されている場合が多いため省略した。

イ 病院や診療所、福祉施設、在宅介護事業所などの相互関係を、入院患者・入退所者・サービス利用者などの経路等、紹介・逆紹介患者、カンファレンスの状況、連携に関する施設基準、加算の取得状況など、数値により評価可能と思われるものについて調査を行った。

ウ 医師、看護師、福祉施設職員、在宅事業所職員、支援事業所職員などそれぞれの職種の者が相互にどのような見方をしているかや意見をもっているのかを調査した。

2 調査結果について（全般的な連携の現状と課題）

(1) 調査項目アについて

調査対象となった委員が所属する病院、施設、事業所などは、地域の状況、医療、福祉施設などの状況を詳細に分析し、済生会の病院、施設が現にどのような役割を果たしているか、今後どのような方向で考えているかなどを記述していた。

多くの施設等は、現在の機能の延長上で将来像をとらえており、見直しを行うきっかけとして挙げているものは診療報酬や介護報酬の改定であった。したがって、地域の自治体等の施策動向や、医療、福祉に関する独自の構想や計画に基づいた記述などは少なく、新たな事業展開などをこれらの構想や計画に掲げていると記述した施設はなかった。

医療、福祉事業は公的な制度によって支えられる事業であり、自由な事業展開ができる訳ではないが、ある福祉施設では、後方病院や在宅医療を行う診療所などが少ない現状を踏まえ、自施設の医務室を診療所として開設することを考えるなど、状況に応じた検討が行われている例もあった。

(2) 調査項目イについて

調査項目が多かったため加算の状況は調査できたが、なぜこの加算は取れなかったのか、この加算は病院のどのような機能を促進できているか、さらには施設基準を満たすことができないため、事実上加算の対象となる行為を行っていても加算を取ることができない場合があるかなど、踏み込んだ調査ができなかった。

多くの項目は、医事課で把握できる範囲のものが多かったが、入院患者の入院前の状況（当該疾病以外）、退院や転帰患者のその後の状況など、患者の動向に関するものは、把握していなかったり改めて調査をする必要となる場合もあり無回答が多かった。全体的に疾病の種類・治療の内容・入院期間等、診療報酬請求に必要とされている数値以外は把握していない場合が多く、調査書にも空欄が目立った。

連携に関する調査項目では、ある病院の退院時共同指導料の加算取得件数は年間57人に対し、年間入院患者数が延べで約11万人（入院患者実数及び退院患者実数は不明）を超えていることから、多職種カンファレンスなどの必要性が指摘されているものの現実にはあまり行われていないことがわかる。

また、ある在宅事業所は年間サービス利用者実数91人のうち、新規利用者が半数以上の57人、入院したり介護施設に入所してサービスを終了した者が48人で、その都度数多くの連絡・調整業務が発生する。したがって、「スムーズに受け入れて的確にサービスを開始できること」また「（入院、入所などが）スムーズに決定されて、サービスを終了できること」が連携の最大の関心事となっている。

診療報酬や介護報酬が請求できるか否かが事実上業務の方向を左右していることを考えると、これまで以上に連携に関する点数を高くしていくことが連携推進につながるとも考えられる。

(3) 調査項目ウについて

医師への意見等が圧倒的に多かった。

医師が自分が行う医療行為以外についても関心を持って欲しいという意見が介護・福祉施設、在宅介護事業所、また病院内部の地域連携室等からも数多く寄せられた。

また、退院時カンファレンスに主治医が出席しない、診療情報提供書だけでは分からないことが多いなど他機関との連絡・調整などに医師が消極的な姿勢であるとの意見も出されている。

医療の要である医師が、福祉を理解した上で連携のために時間と労力を費やすのは理想であるが、現状を踏まえると多忙な医師へのサポート体制～特にチームを作って支えることが最も重要であると考えられる。

なお、この調査項目については、最も多くの意見を寄せたのは訪問看護ステーションの管理者や看護師であった。訪問看護ステーションは、医療保険と介護保険の双方を扱う立場でもあり、在宅系の事業所の中で（在宅療養支援診療所を除き）最も医療に関して知識・経験が集約され、医療的・福祉的な見方が可能なためと考えられる。

一方、福祉施設からは入所者等が入退院する場合などにおける病院との関係には意見が寄せられているが、他の機関への意見の記入が少なく関心が低いことを示している。

そのほか、ケアマネージャー、訪問介護事業所の職員などこれまで意見を聞く機会が少なかったことから、今回連携に関する意見を得られたのは大いに意義があった。

総じて「自分の立場がよりスムーズに動くために、相手はこうして欲しい」との意見が多く見受けられた。日々の多忙な業務に追われる中では、自分の所管する業務の処理がいかにストレスなくできるか、に関心が向くのもやむを得ないことと考えられる。

3 調査結果について（各支部施設の状況 小委員会検討順）

(1) 栃木県済生会（宇都宮病院、特別養護老人ホームとちの木荘 ほか関連事業所）

- 急性期型の病院と特別養護老人ホーム、ケアハウス等の福祉施設という両端の機能の施設であるため、日常の業務遂行上で相互に連絡・調整等は行われていない。また、支部運営上も、それぞれの施設は完全に独立した管理形態となっており、人事交流等も極めて少ないが、福祉施設や居宅介護支援事業所からは病院との人事交流を求める声が出てきている。
- 栃木県済生会には急性期型病院の宇都宮病院のみであるため、後方病院の確保や退院・在宅に向けての診療所との信頼関係形成など、地域の様々な病院、診療所等など医療機関との連絡調整体制が整備され、会議等の開催も活発に行われている。
- とちの木荘の嘱託医が済生会宇都宮病院の医師であることから、入所者が入院する場合、済生会宇都宮病院への入院割合は高い。
- 指定訪問看護ステーションは病院に付設、居宅介護支援事業所は病院と特別養護老人ホームにそれぞれ付設され活発に活動している。

(2) 新潟県済生会（新潟第二病院、特別養護老人ホーム康和園 ほか関連事業所）

- 新潟県済生会内には、三条市内にも三条病院、介護老人保健施設ケアホーム三条、特別養護老人ホーム長和園などを設置しているが、今回調査対象としたのは新潟市内に立地する新潟第二病院で、宇都宮病院とほぼ同様の条件下にあり、オープンシステムの導入、新潟市医師会との協定による新規開業診療所の連携医療機関への自動登録システム導入等、地域の医療機関との連絡体制や会議の開催などの調整関係を積極的に推進している。
- 一方、病院と特別養護老人ホームはそれぞれ独立した管理運営であり、連絡・調整の体制や会議等はなく、必要であるとの意見も出されていない。
- 病院から離れた地域に内科診療所を有している。勤務医は1名であるが、在宅医療に積極的に取り組んでいる。また、開業診療所3か所とグループを形成して地域の在宅医療に当たっているが、新潟第二病院の地域連携室もこのグループ活動の中心的役割を果たしている。
- 指定訪問看護ステーションは急性期型の病院に付設され、在宅介護事業所は他の施設から独立しており、特別養護老人ホームには在宅介護に関する事業所を付設していない。

(3) 三重県済生会（松阪総合病院、明和病院 ほか関連事業所）

- 松阪総合病院は急性期型の病院、明和病院は療養型の病院に近く回復期リハ病棟が中心。松阪総合病院から明和病院への脳卒中や大腿骨頸部骨折等のリハ目的の受け入れは多い。
二次医療圏は同一で行政的には隣接の市町であるが、特別な関係は薄く双方とも地域にある病院の一つとのスタンスである。調査時には、松阪総合病院と明和病院間に連携のための常設の会議等は置かれていない。
- 松阪総合病院には指定看護ステーションなどの在宅看護・介護事業所は付設されていない。
- 明和病院には特別養護老人ホーム、指定訪問看護ステーション、居宅介護支援センターが付設されており、管理上は特別養護老人ホームが明和病院の病棟の一つとして運営されるなど一体性が高い。

(4) 滋賀県済生会（滋賀県病院、地域ケアセンター、介護老人保健施設ケアポート栗東 ほか関連事業所）

- 滋賀県済生会には急性期型の滋賀県病院のみ、介護老人保健施設は隣接して立地。特別養護老人ホームその他在宅介護事業所も近傍に立地している。病院には指定訪問看護ステーション等の在宅関係の事業所は付設しておらず病院機能に特化している。
- 指定訪問看護ステーションは特別養護老人ホームに付設されていたが、現在は居宅介護事業所、訪問介護事業所と共に、別に立地している。
従来から管理運営上は病院ではなく特別養護老人ホームとの関係が緊密である。職員数は70人近くに達しサテライトを3か所運営するなど極めて

大規模な事業所で、全国でも数少ない夜間・早朝の計画的な訪問看護を展開している。

- 特別養護老人ホーム淡海荘は、指定訪問看護ステーションとともに定期巡回・随時対応型訪問看護（一体型）の制度化に先立つモデル事業を実施するなど先進的な取り組みが行っている。また、特別養護老人ホームと併設の在宅サービス及び在宅介護支援センター、指定訪問看護ステーションが地域ケアセンターとして一体的に運営されている。
- その一方で、福祉施設、介護老人保健施設、在宅介護事業所からは、病院に対する意見が多く出されており、病院と介護老人保健施設や地域ケアセンターを構成する施設、事業所などの間では、連絡会議などの恒常的な連絡・調整の仕組みがなく一体性がやや不足していた。（25年度以降に、「済生会滋賀県支部連携会議」が設置され情報提供書の作成・活用、症例検討会などが行われるようになった。）

(5) 大阪府済生会（吹田病院、特別養護老人ホーム高寿園 ほか関連事業所）

- 急性期型病院と複数の福祉施設があり、宇都宮病院、とちの木荘等の状況に近い。

周辺には国立循環器病センターや大阪大学附属病院などの高度急性期型の大病院が多数立地しており競合している。

また、療養型等の後方病院についても比較的十分な資源があるためか、地域連携室による退院調整などは、他の調査地域に比べると課題としての指摘は少なかった。その一方では、多くの医療・介護資源があるために患者・入所者・利用者等からの多様なニーズに応じて、きめ細かい連絡調整を求められている。

- 特別養護老人ホームの入所者の中で入院治療を必要とする者は、結果的に100%吹田病院が引き受けており、地域の福祉施設の中でも済生会の特長となっていることが伺える。また、病院にとっても済生会の福祉施設との関係は、他の急性期病院にはない特長でもある。

その意味では、競合する施設が多いことや競争が激しいことなどによる切磋琢磨が、済生会における連携体制やネットワークの構築につながり、「選ばれる」病院等となる可能性がある。

- 指定訪問看護ステーションからは病院に対し、多忙な医師よりもむしろ外来・病棟看護師との連携を重要視する意見が出されている。病院と在宅の間で患者～利用者に関する具体的な業務の遂行に当たり、看護師同士の連絡・調整体制の必要性が指摘された。
- 居宅介護支援事業所からは、在宅医療について適宜相談できるような体制整備を求める意見もあり、看護師のみならずケアマネージャーが医療情報を必要としている状況や情報収集が困難であることが明らかになった。

(6) 山口県済生会（山口地域ケアセンター（湯田温泉病院等）ほか関連事業

所)

○ 済生会の医療施設として急性期型病院の山口総合病院、療養型病院の湯田温泉病院が近傍に立地している。それぞれの機能を持った地域の病院の一つとの位置付けであるが、松阪総合病院と明和病院の関係と同様、表面的には病院相互に特定の枠組みを設けてはいないが人的な交流などによる関係は機能している。

○ 山口総合病院には、指定訪問看護ステーションなど在宅事業所は付設せず、湯田温泉病院が福祉施設、障害者施設、在宅介護事業所などと共に「山口地域ケアセンター」を形成している。

「山口地域ケアセンター」内では、病院、福祉施設などの別なく、業務面での連絡・調整機能や人事組織等も含む管理運営機能についても一元的な運用が行われ職員は「人事異動」として、病院、福祉施設などに配置され、処遇についても、基本的に同一職種であれば施設ごとに異なることはない。

ただし、人事組織については、山口総合病院は別運用である。

○ 小規模な特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、グループホームの他に、在宅介護事業所をまとめた「在宅複合型施設」を設置して、ショートステイ、デイサービス、訪問看護・介護、居宅介護支援事業所など様々な機能を集約して総合的なケアを目指している。

さらに市役所に人材を派遣し、行政が行う地域包括ケアシステム構築に深く関与し地域包括支援センターも受託している。

(7) 愛媛県済生会（松山病院、松山老人保健施設にぎたつ苑 ほか関連事業所）

○ 急性期型の松山病院の他にやや離れた地域に診療所があるのは、新潟第二病院に類似している。しかし、病院とほぼ同一敷地には介護老人保健施設と付設の在宅介護事業所、訪問入浴なども行っている指定訪問看護ステーションがある。さらには、事実上のサービス付き高齢者住宅である在宅生活復帰支援センターが設置され、そちらにも在宅介護事業所が付設されている。

調査対象とした特別養護老人ホーム以外にも近隣に別の特別養護老人ホームが設置され、在宅介護事業所も付設されているほか、障害児（者）施設や保育所など多くの施設、事業所がある。

○ 以前は人事面での交流も極めて限られた範囲であったが、近年、各種事案の発生もあり後述のように交流も行われるようになってきた。

また、幹部職員の年間数回の協議の場があるが、日々の業務遂行に関する日常的な協議・調整の仕組みは、スタッフそれぞれの人的関係に委ねられている。

○ 比較的小規模の病院であることや済生会内部では唯一の在宅強化型（調査時）の老人保健施設と同一敷地に立地していることなどから、病院では退院時共同指導料が24件あるなど連携に関わる加算の取得も比較的多く、老人

保健施設の施設長が松山病院で外来診療に当たっている他、事務長クラスの人事交流も行われており、実務面での協調体制は人的側面から機能している。

- また、指定訪問看護ステーションは、済生会全体でも有資格者が少ない「認定看護管理者」によって運営されている済生会唯一の事業所であり、済生会に限らず全国の訪問看護ステーションの指導的な立場にある。

(8) 佐賀県済生会（唐津病院、特別養護老人ホームめずら荘 ほか関連事業所）

- 一般病床と療養病床を持つ病院と、福祉事業、介護事業を展開する施設、事業所との密接な協議・調整が行われており、比較的高い割合で済生会内部での相互利用が行われている。介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、ケアハウスへの新規入所者に占める済生会病院からの入所割合は、他の地域に比してかなり高い。
- 佐賀県内における当該地域の特性及び医療、福祉関係の資源状況から、済生会の比重や評価は非常に高く、他に比肩される病院や福祉施設の状況などから、地域社会との関係については様々な配慮が必要となっている。
- 医療福祉連絡会議を設置し、サービスの必要性などについて情報の共有化を図っている。組織・人事も一元化されており、職員は「人事異動」として、病院、福祉施設などに配置され、処遇についても、基本的に同一職種であれば施設ごとに異なることはない。

このことは、医療・福祉を連結するMSWをはじめとする職員の医療・福祉の知識や相互理解に資するもので、急性期に対応している病院において行われていることに意義がある。

4 医療・福祉施設等の展開による分類と連携状況について

小委員会で事例検討を行った支部、施設等について、これまでの調査結果を踏まえ、4つのタイプに分けて整理した。

(1) タイプ1（急性期医療を担う病院、回復期、慢性期などの医療を担う病院の双方があり、福祉施設、在宅介護事業所も近隣に立地している。）

ア タイプ1を代表する施設群とその概況

山口地域ケアセンター（湯田温泉病院、在宅複合型施設やすらぎ、特別養護老人ホーム福寿園ほか）、山口総合病院 別図 1

急性期医療を担う病院と回復期や慢性期などの医療を担う病院の双方が比較的近隣に立地し、施設福祉から在宅介護まで済生会の資源が充実しており、済生会だけでも切れ目のないサービス提供が可能である。行政との協力関係や地域の医療・福祉施設などとのネットワーク体制にも重きを置いている。

イ 小委員会の調査検討対象で、施設の構成が山口ケアセンター等に類似している施設群

松阪総合病院、明和病院、特別養護老人ホーム明和苑ほか

ウ 小委員会の調査検討の対象外であるが、施設の構成等が類似している施設群

- ・ 岡山総合病院、吉備病院、岡山ライフケアセンターほか
- ・ 今治病院、今治第二病院、今治老人保健施設希望の園ほか

(2) タイプ2（急性期医療を担う病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、在宅介護事業所が近接して立地、機能的・地域的に集約されている）

ア タイプ2を代表する施設群とその概況

療養型の病院はないが、急性期医療を担う一般病床中心の病院、福祉施設、在宅サービスが、隣接地や同一市内などまとまった地域内に立地し、ほとんどの医療・福祉などのサービスが切れ目なく提供できる。

唐津病院、介護老人保健施設まつら荘、特別養護老人ホームめずら荘ほか 別図 2

イ 小委員会の調査検討対象で、施設の構成等が唐津病院等に類似している施設群

- ・ 滋賀県病院、特別養護老人ホーム淡海荘、介護老人保健施設ケアポート栗東ほか
- ・ 松山病院、松山老人保健施設にぎたつ苑、松山訪問看護ステーション、松山特別養護老人ホーム、松山在宅生活復帰支援センターハートフル済生会ほか

ウ 小委員会の調査検討の対象外であるが、施設の構成等が類似している施設

- ・ 川俣病院、介護老人保健施設めぐみ、特別養護老人ホームはなづか ほか
- ・ 三条病院、介護老人保健施設ケアホーム三条、三条特別養護老人ホーム長和園 ほか
- ・ 江津総合病院、介護（療養型）老人保健施設高砂ケアセンター、特別養護老人ホーム白寿園
- ・ 広島病院、介護老人保健施設はまな荘、特別養護老人ホームたかね荘 ほか

(3) タイプ3（急性期病院を中心に、福祉施設、在宅介護事業所があるが、互いに独自性・独立性が高い。）

ア タイプ3を代表する施設群とその概況

吹田病院、特別養護老人ホーム高寿園、吹田訪問看護ステーション ほか
別図3

医療施設、福祉施設、在宅介護サービス等が独立して運営されている。済生会は急性期病院であり、業務面では病診連携や病病連携など地域の医療機関とは幅広い連携体制がある。済生会の内部では、福祉施設の入所者の受診・入院や医療機関から在宅看護・介護事業所への利用者紹介等が主な連携関係となっている。

イ 小委員会の調査検討対象で、施設の構成等が吹田病院等と類似している施設群

- ・ 宇都宮病院、特別養護老人ホームとちの木荘 ほか
- ・ 新潟第二病院、新潟内科診療所、特別養護老人ホーム康和園 ほか

ウ 小委員会の調査検討の対象外であるが、施設の構成等が類似している施設

- ・ 静岡済生会総合病院、特別養護老人ホーム小鹿苑 ほか
- ・ 野江病院、野江特別養護老人ホーム城東園 ほか
- ・ 泉尾病院、泉尾特別養護老人ホーム大正園 ほか
- ・ 兵庫県病院、特別養護老人ホームふじの里 ほか
- ・ 下関総合病院、特別養護老人ホーム貴船園 ほか
- ・ 八幡総合病院、介護老人保健施設くれたけ荘 ほか
- ・ 二日市病院、特別養護老人ホームむさし苑 ほか

(4) タイプ F (タイプ1からタイプ3に当てはまらない)

(日常生活圏域もしくは第二次医療圏内を見た場合、原則として指定管理は除く。*は地域包括ケア病棟がある病院)

ア 病院の他には、済生会の福祉施設や在宅看護・介護事業所がない。

例：*小樽病院、北上済生会病院、水戸済生会病院、*常陸大宮済生会病院、*向島病院、*高岡病院、千里病院、奈良病院、和歌山病院、福岡総合病院、日田病院、日向病院など

イ 高齢者の福祉施設や在宅看護・介護事業所などはないが、病院の他に障害者や児童福祉施設がある。

例：横浜市東部病院、富山病院、熊本病院など

ウ 病院の他に訪問看護の事業所等はあるが、済生会の福祉施設はない。

例：福島総合病院、川口総合病院、習志野病院、中央病院、横浜市南部病院、金沢病院、京都府病院、川内病院など

エ 病院の他に、済生会の福祉施設はあるが、在宅看護・介護事業所はない。

例：前橋病院、龍ヶ崎済生会病院、香川県済生会病院、済生会長崎病院など

オ 中核となる病院がない

例：宮城県済生会、長野県済生会

図1 タイプ1

急性期医療を担う病院、回復期、慢性期などの医療を担う病院の双方があり、福祉施設、在宅介護事業所も近隣に立地している。

(山口ケアセンター(湯田温泉病院、特別養護老人ホーム福寿園等)、山口総合病院)



図2 タイプ2

急性期医療を担う病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、在宅介護事業所が近接して立地、機能的・地域的に集約されている

(唐津病院、老人保健施設まつら荘、特別養護老人ホームめずら荘 ほか)

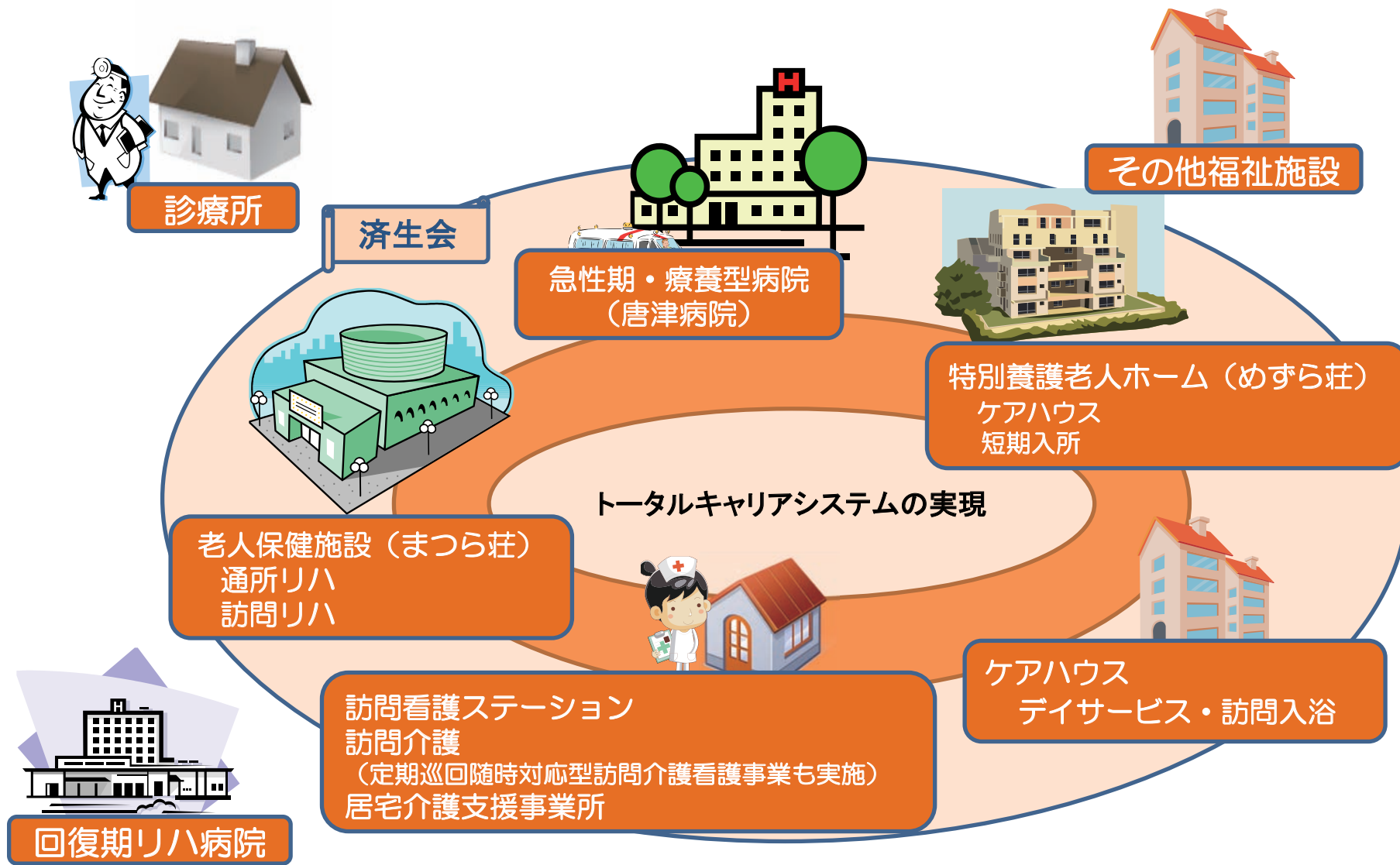
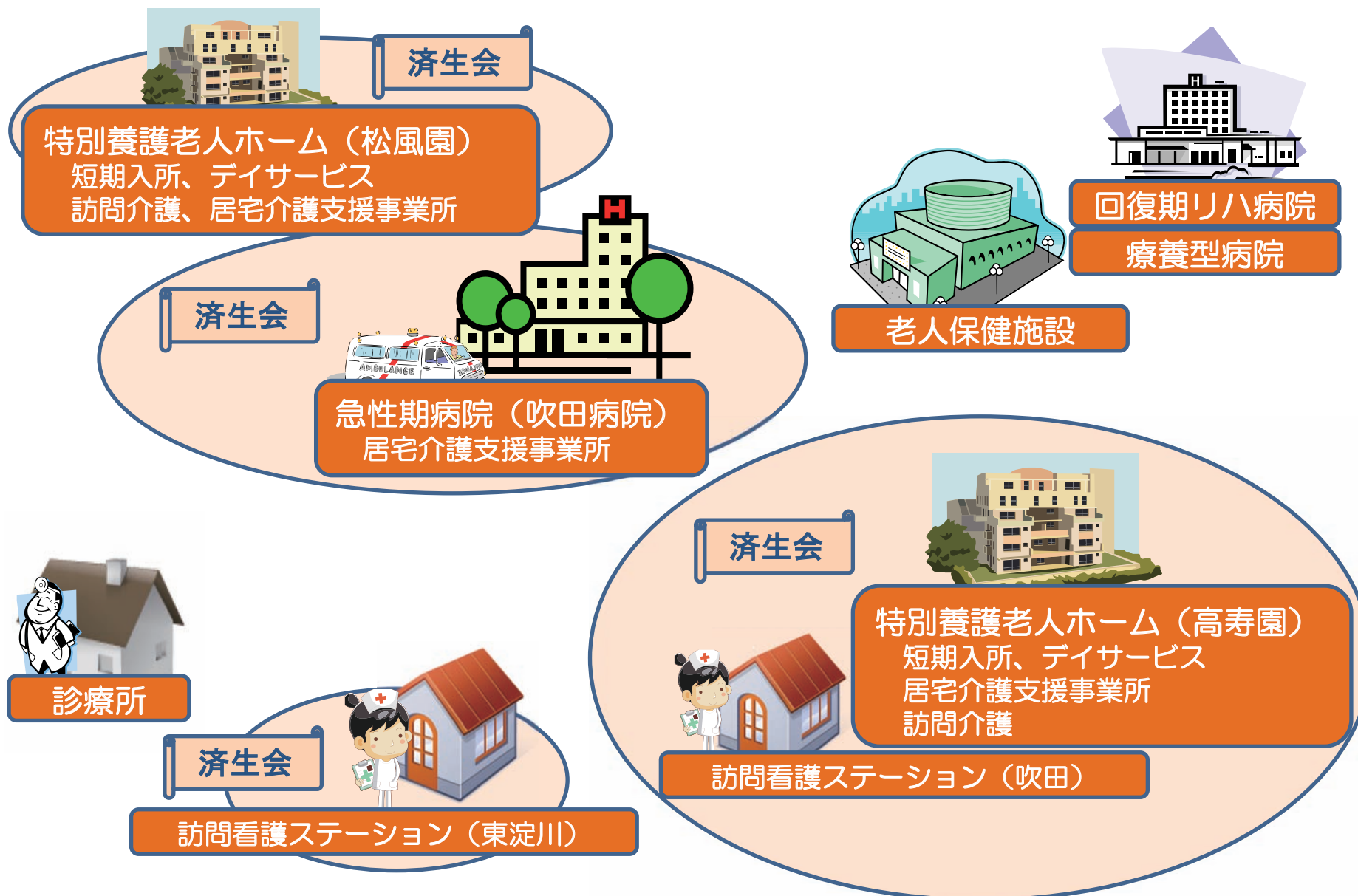


図3 タイプ3 急性期病院を中心に、福祉施設、在宅介護事業所があるが、互いに独自性・独立性が高い。

(吹田病院、特別養護老人ホーム高寿園、吹田訪問看護ステーション ほか)



第3 済生会における医療・福祉の総合的な連携について

1 調査結果からみる総合的な連携の現状と課題

部門ごとの相互の連携意識や現状の捉え方などについては次のとおり整理した。

とりわけ、済生会相互間の連携状況については、一般的な連携などよりも、一段と高度で緊密な連携を求めるものとなっている。

(1) 診療部門

業務量の多さや業務体制などに起因する連携上の課題が多く指摘されていたが、同時にそれをフォローできるような情報ツールの活用や情報基盤の整備などについても重要性が指摘されている。

また、多様化、複雑化する介護保険制度への理解を促進するための工夫の重要性、ますます連携を重要視する診療報酬制度などへの対応なども指摘されている。

これらに機動的に対応するためには、MSWや連携担当看護師などの部門の強化なども重要となっている。

特に、今後の医療、福祉の連携や地域のネットワーク形成の上で、最も重要となる「訪問看護・介護や居宅支援などの在宅サービス部門」への認知度や重要性の認識を高める必要性があり、医師を含めた病院等の職員に対する教育の重要性が指摘されている。

同時に、今後の在宅医療への取り組みの重要性から、体制整備や理解の促進、福祉部門や在宅サービス部門との連携の必要性が指摘されており、済生会においてもこれら在宅医療部門の強化や福祉、在宅サービスとの連携ツールの工夫などに重点に置いていく必要性が高まっている。

(2) 福祉部門

診療部門と同様に業務量の多さや業務体制などからの課題の指摘が多かったが、特に在宅介護サービス等との連携については、むしろ診療部門以上に課題があることを指摘する声もあり、今後の在宅復帰へのシフトとも合わせ、更なる連携体制が重要となってきている。

(3) 訪問看護・介護や居宅支援などの在宅サービス部門

医学・医療や介護に関する総合的な知識や幅広い識見を持つ人材の育成や在宅患者、利用者に関する的確な情報へのアプローチなどの重要性についても多くの指摘があった。

医学・医療に関する知識、介護のノウハウだけでなく法令や各種制度なども含めた総合的な知見が必要となるとの指摘もあった。

病院や施設より柔軟な対応（内容、時間など）が必要であるため、診療部門などが手薄になる土曜日や休日などにも柔軟で相互にカバーし合えるような仕組みを構築していくことも重要な課題とされた。

2 済生会の病院、福祉施設などの特長

医療と福祉の連携に取り組むに当たっては、済生会の特長を把握しておくことが重要である。今回の調査結果と施設構成等のタイプ分けを踏まえて浮かび上がってくる済生会の特長とは概ね次のとおりである。

(1) 病院（診療所を含む）について

公的病院として全国に79病院を有し、急性期病床、回復期リハビリ病床、療養病床、緩和ケア病床なども設置して幅広い医療を提供し、済生会全体としてはあらゆる状況に応じた医療を提供できる。

全国的な組織ではありながら、各病院はそれぞれの地域に根差した歴史を持ち、常に地域医療に貢献し続けて来ており、診療所も20か所、指定訪問看護ステーションも52か所など在宅医療へも積極的に取り組んでいる。

また、高度な治療レベルを確保するための投資や人材育成のほか、病院横断的な研究組織やグループが多数存在し研究活動が活発で、済生会学会等でも、専門的な研究から職種複合的な研究まで幅広く行われている。さらに、近年は総合診療医の養成に積極的に取り組もうとしている。

済生会は、病院にメディカルソーシャルワーカー（MSW）を配置した草分けであり、全ての病院にMSWを多数配置し、様々な研修会・研究会なども行われ、優れたMSWを育てている。

多くの病院のMSWは、退院調整のために多くの時間を割かざるを得ない状態であるが、済生会の病院のMSWは無料低額診療事業を始め、従来から地域社会や地域の人々に関わる活動を行ってきたことから、地域の実情も十分に把握しており「地域ケア会議」など今後の地域包括ケアシステムに不可欠な仕組みや地域のネットワークには確実に対応ができる強みがある。

また、ほぼ全ての病院で、地域の人々のボランティア活動を積極的に受け入れており、これらボランティアの人々からの評価を受けようとする病院もあるなど、地域に密着した病院となっている。

独自の社会貢献事業である「なでしこプラン」を実施し、離島や辺地、ホームレス、DV被害者、刑余者など生活困窮者への医療的な支援を行い、社会的信頼を得ている。また、長年にわたり生計困難者等を対象とした無料低額診療事業を行い、社会的な弱者のための医療機関として地域の人々から頼られている。

(2) 福祉施設などについて

特別養護老人ホームを49施設、介護老人保健施設を29施設など現在制度化されている介護関係事業のほとんどを実施しているほか、乳児院、保育所、障害児入所施設などの児童福祉施設や事業、障害者支援施設などの障害者福祉施設や事業なども全国で展開し、医療、介護、福祉のあらゆる分野で、他には例のない総合的な情報やノウハウの蓄積がある。

済生会の病院との間では密接な連携関係を構築しており、全ての福祉施設や事業の利用者等にとっては、医療的なバックアップが期待できること、医療依存度

が高い利用者でも適切なケアが期待できることなど、医療を基盤としている済生会の総合力は利用者の安心安全につながっている。

(3) 在宅看護・介護事業所、居宅支援事業所などについて

福祉施設と同じように、済生会の在宅看護・介護事業所などは、医療、福祉施設との間に密接な連携関係があることから、医療依存度が高い場合や介護度が高い場合でも在宅で適切なケアが期待できる。

また、入院等が必要になった場合や在宅だけでは介護が困難になった場合でも、済生会の病院や福祉施設のバックアップも期待されている。

医療や福祉の総合的な蓄積は、各種支援事業においても生かされ信頼感につながっている。

(4) 支部のリーダーシップ

平成26年度から行われた組織改革により、支部長に権限が一元化されるとともに、支部会長、支部理事会の位置付けも明確になった。また、済生会支部機能の強化・活性化の基盤が整い、傘下の施設に対する調整権限も強化された。

したがって、済生会の総合力を発揮することができるような組織づくり、人事の一体的な運用などが図れるほか、医療、介護・福祉にまたがる高度な研修等も効果的に行うことができるなど、総合力のある優れた人材により病院、施設などの特色づけが図れ、より高度な連携が実現できると考えられる。

また、設立以来の国や地方公共団体と密接な関係をさらに発展させることも出来る。

例えば、人材の育成・交流の面でも行政や地域の関係機関などとの間で積極的な関係を構築し、地域に貢献していくような対応も可能である。

(5) 積極的な人材育成

済生会は、平成25年度に「済生会人材確保・育成対策大綱」をまとめ、将来を見据えつつ総合力の高い人材の育成を目指している。

さらに、平成28年度の設立を目途に「済生会保健・医療・福祉総合研究所（仮称）」を設立し、医療福祉の連携を大きな研究テーマの一つとするとともに、事業の大きな柱の一つとして人材育成を掲げている。

設立構想の中ではマルチプロフェSSIONALコラボレーション、特に医療と福祉をつなぐ人材などの育成が急務であるとの指摘がなされ、正式な研究所の設立を待たず、前倒しで実施することも検討されている。

第4 済生会医療福祉連携総合ケアモデル構想

これまでの検討から、済生会は高いレベルでの連携を実現しようとしており、地域包括ケアシステムを実現するための総合的な力を持っていると言える。

そこで、次のとおり「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」を提案するものである。

1 構想の目的と目標

(1) 目的

医療や福祉の総合的なノウハウを有する人材による、地域に根差した医療や介護・福祉を切れ目なく提供することにより、済生会のブランド力を向上させる。

(2) 目標

医療・福祉の諸機能を持つ済生会の特長を最大限に生かすため、計画的な人材育成を進める総合的なキャリアシステム（以下、「トータルキャリアシステム」という。）を構築するとともに、優れた人材によるコーディネートチームにより、支援の対象者へ常に目配りがなされるような伴走型の医療・福祉支援を行う。

済生会内部のみならず、広く一般に医療と福祉の連携の進展状況を分かりやすく示すため、数値による目標の設定など適切な指標などについて検討する。

これらにより、地域の医療・福祉資源による連携やネットワークの中において済生会の総合力をさらに生かし、もって地域社会全体に貢献する。

2 済生会医療福祉連携総合ケアモデル構想の概要

(1) 「医療福祉包括ケア連携士（仮称）」の育成

- 病院における地域連携部門や医療、福祉の連携や地域社会との連携を担うMSWをはじめとする総合力豊かな人材の育成を進める。
- 特に、済生会独自のマルチプロフェッショナルコラボレーションとして、医療と福祉をつなぐだけでなく地域包括ケアシステムを担い、地域社会の中で済生会の総合力を実現することができる「医療福祉包括ケア連携士（仮称）」制度の創設に向け、事業スキームや育成のための教育課程などについて早急に検討する必要がある。

この「医療福祉包括ケア連携士（仮称）」は済生会に属する者に限ることなく、広範な人材育成を視野に入れる必要がある。

(2) 総合力に優れた人材を育てる「トータルキャリアシステム」

- 各支部は、支部長のリーダーシップの下、業務運営に関する日常的な協議調整を行う仕組みとともに、支部と病院、介護・福祉施設、在宅介護事業所の間で経営に関する戦略的な検討を行えるような仕組みを検討する。
- 施設、事業所や職種などの垣根を越えて医療や福祉などの分野や直接処遇業務や事務的業務など様々な仕事を経験することにより、医療と福祉に関する実務的な能力やコーディネート能力などを伸ばすよう、各支部の状況に応じた計

画的な人材育成を進めるトータルキャリアシステムを検討し実践する。

- 支部によって施設等の設置状況に相当の違いがあることから、トータルキャリアシステムを検討する際には、同じ支部内にある別の施設等のグループや支部間の交流などを視野に入れる必要がある。
- 幅広い視野の育成や相互信頼関係構築の視点から、地域の行政機関との人事交流や派遣などを検討する。
- 質の高いサービスを継続的に提供できるよう、それぞれのキャリアにふさわしい管理体制を整えることも検討する。

(3) 地域包括ケアシステムに貢献するための実践活動—「総合ケアコーディネーターチーム（例示）」によるケア

- 済生会の事業展開は各支部ごとに大きく異なっているが、後述する各タイプへの提言を参考にしつつ、高齢者、障害者、児童など支援を必要とする者に総合的なケアをコーディネートするための仕組みを構築する。
- そのために支援対象者（高齢者、障害者、児童など）ごとに「総合ケアコーディネーターチーム（例示）」を設けることを検討する。
- 「総合ケアコーディネーターチーム（例示）」は、当面済生会の医療・福祉の多職種による連携の仕組みとして立ち上げ、将来的には、済生会にはない機能を含めた地域全体の多職種協働チームを目指す。
- 「総合ケアコーディネーターチーム（例示）」は、会議に依るよりも適切な情報ツールを使用して、情報を共有しつつ、医療・福祉サービスを提供できるようなしなやかな組織活動を行う。

(4) 施設、事業所整備など事業面での総合的な体制

- 明治44年以来、済生会の中心は医療であり、日本を代表する医療機関として引き続き発展・充実を図る必要がある。同時に創立の精神に則って幅広い福祉を展開しており、済生会にふさわしい事業や期待されている事業については、地域に不足する機能を論議・検討し、積極的な展開を図ることを検討する。
- 地域ケア会議など、地方自治体が担う地域包括ケアシステムの中核となる機能の受託を積極的に進める。また、そのための人事交流も積極的に検討する。
- 在宅医療、訪問看護、在宅介護など今後の地域包括ケアシステム推進の上で必要性が高いものなどを重点とするとともに、複合型サービス、定期巡回・随時対応型訪問介護看護など、高齢者や介護者の求めるものに沿い、医療・福祉の総合的な対応が必要なサービスの提供体制を整備する必要がある。
- これまで済生会が手掛けることが少ない事業に積極的に取り組む必要がある。

「サービス付き高齢者向け住宅」は、制度が創設される以前から「在宅生活復帰支援のため日常訓練が必要な者等に対し短期間そのための住居を提供する事業」として全国に先駆けた事業を行って来た。このような先進性と医療福祉の総合的なケアを積極的に生かせるような居住サービスの提供を検討する

必要がある。

- さらに地域包括ケアシステムに貢献するため、健康診断やリハビリテーションなど介護予防のための普及啓発事業、病院ボランティアの積極的な活用による地域の健康・福祉のネットワークづくり、レクリエーション活動を通じた健康・生きがいづくりなどのほか、生活困窮者の就労援助や社会復帰の場の提供などにも目を向ける必要がある。
- 社会の持続的な発展のためには、次世代を担う児童の福祉や健全な育成、障害者であることが障害にならない社会環境であることが必要である。
済生会ならではの総合性を生かし、児童や障害者を対象とした医療福祉の総合ケアのための新たな施設や事業についても検討することが必要である。

(5) 連携の状況や総合的なケアを示す、分かりやすい指標

- 利用者の視線に沿った総合的なケアは、利用者等にとって満足度の高いものとなると考えられるが、利用者以外にも広く一般に済生会の総合的なケアの付加価値や地域包括ケアシステムへの関わりを分かりやすく客観的に示すことも重要である。
また、診療報酬や介護報酬における連携などに関する加算の獲得は連携や総合的なケアの実践状況を示すことにつながるだけでなく、効率的な経営にも寄与するものと考えられる。
- そこで、支部や施設、事業所は、その状況に応じ次のような項目について数値目標を設定し連携の推進を図ることも有効な手立てである。
また、本部は、今後の中期事業計画の改定等に際しては、これらの中から最も適切に連携を示す指標を数値目標として掲げるかどうかについて検討する必要がある。
- 連携の指標としての例は次のとおり。
 - ・ トータルキャリアシステムなど計画的な人材育成プログラムの有無、医療・福祉に従事する者が合同で受講する研修の有無
 - ・ 診療報酬や介護報酬における連携などに関連した加算の取得や点数：退院調整加算、総合評価加算、介護支援連携加算、退院時共同指導料、緊急時等居宅カンファレンス加算など
 - ・ 済生会総合ケアコーディネートチーム（例示）の取扱件数など
 - ・ 多職種共同カンファレンスの実施件数（病院）、参加件数（病院以外）など
 - ・ 連携業務に必要な職員の配置：医療福祉包括ケア連携士（仮称）の人数、ベッド数100床当たりMSW等配置人数、連携業務への看護師の配置、監督する医師の配置数など
 - ・ 地域との関係：地域ケア会議への参加状況、定期的な連絡会議・ケース会議等への参加状況、行政への派遣者数など

3 「地域包括ケアシステム」と「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」との関係

地域包括ケアシステムは、概ね中学校区程度（徒歩30分以内）の日常生活圏域を前提に、居住、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供されるものである。2025年を目標に、保険者である地方自治体が自主的、主体的に地域の特性に応じて、その仕組みを作ることが必要とされている。

地域包括ケアシステムとの関わりについては次のように整理した。

- (1) 「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」は、済生会の医療と福祉に高い総合力を持つ人材の育成と組織的な医療と福祉の連携体制を構築し、その総合力により適切なケアをコーディネートすることによって、「地域包括ケアシステム」の中でも重要な仕組みとして機能する。

徒歩30分以内の日常生活圏域では、済生会の高度急性期型の病院や大規模な福祉施設なども、その地域における地域包括ケアシステムの一員でなければならないことは当然である

また、済生会が提供する事業の利用者は、済生会のどのサービスを利用しているか、状況の変化に応じて切れ目なく他のサービスを受けられることを期待しているが、とりわけ病院、福祉施設によるバックアップや情報共有など緊密な連携により、済生会の総合的なノウハウが生かされ信頼感の高いサービス内容であることを期待している。

- (2) 「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」により、済生会は、医療・福祉の提供者であるだけでなく、高い総合力を活用して医療・福祉・行政などの関係諸機関とも幅広いネットワークを構築し、「地域包括ケアシステム」に貢献する。

今後の地域包括ケアシステムを動かしていく中心となるのは「地域ケア会議」であることから、済生会は地域ケア会議に積極的に関わってだけでなく、地域の需要に応じて、様々な業務の受託についても前向きに取り組んで行く必要がある。

- 別図 4 「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」の特長
医療・福祉の総合力を高める総合的なキャリアシステム
- 別図 5 「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」の特長
医療福祉包括ケア連携士(仮称)と総合ケアコーディネートチーム(例示)
- 別図 6 「地域包括ケアシステム」と「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」の関係

図4 「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」の特長
医療・福祉の総合力を高める総合的なキャリアシステム

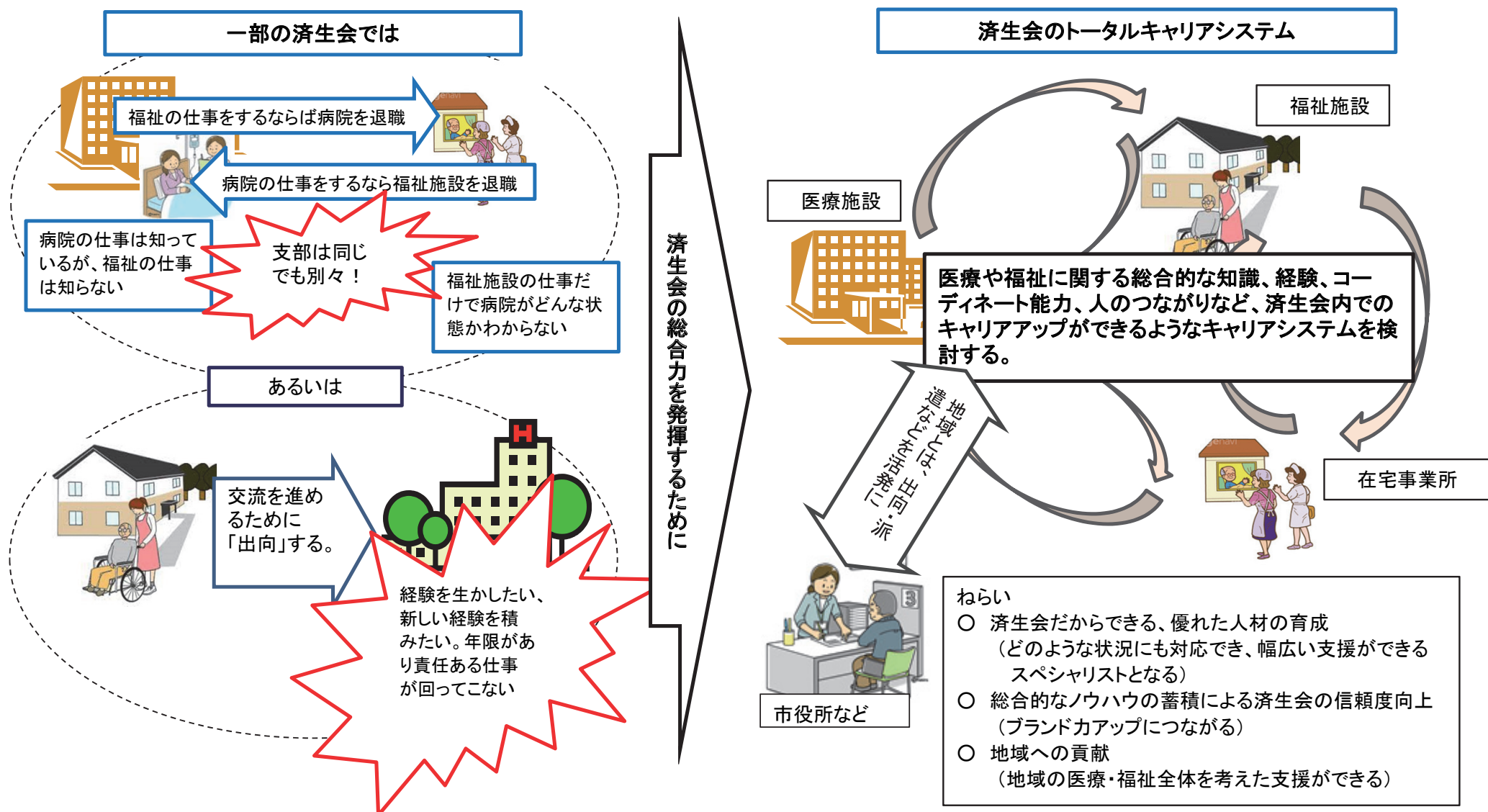


図5 「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」の特長
医療福祉包括ケア連携士(仮称)と総合ケアコーディネートチーム(例示)

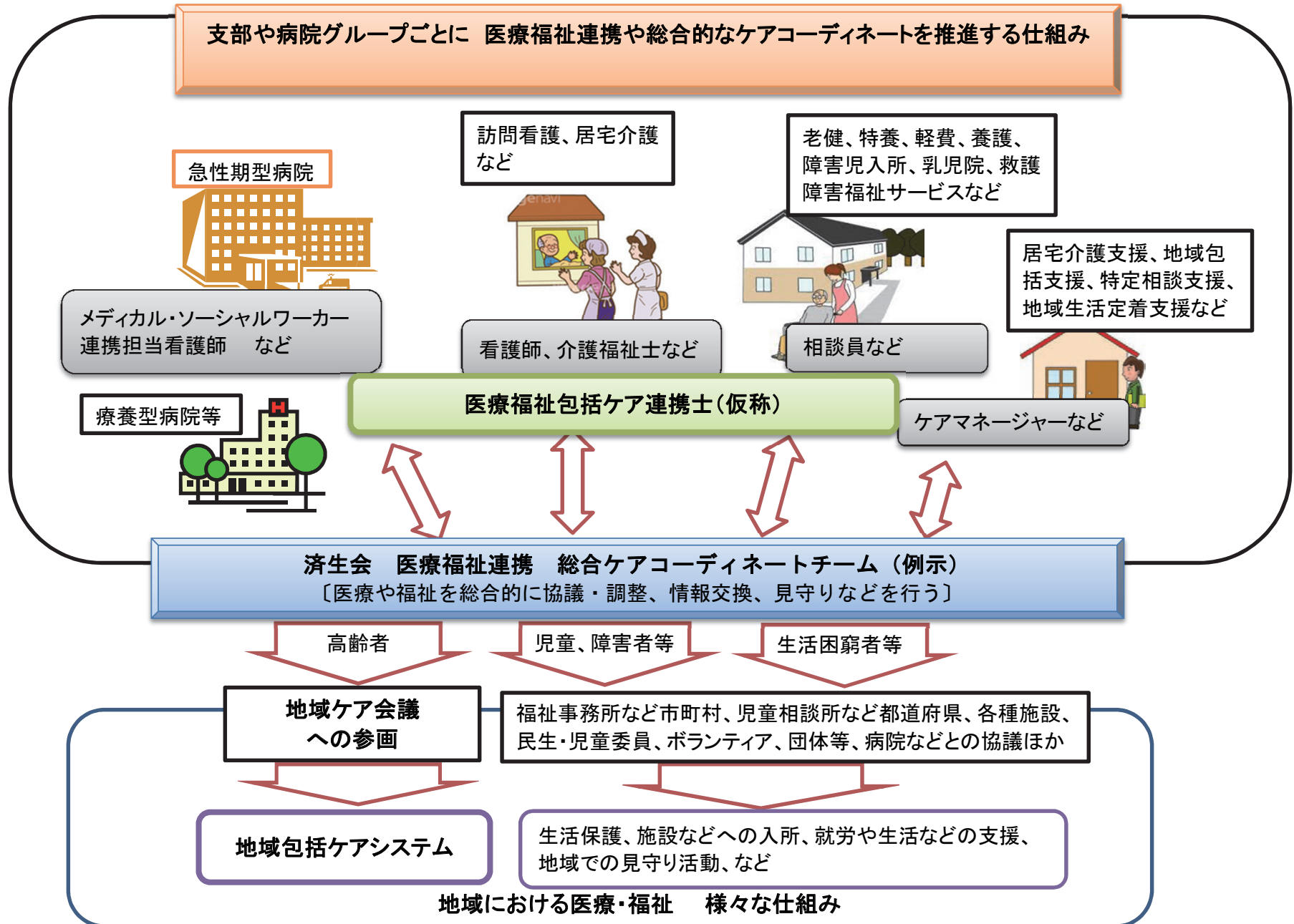
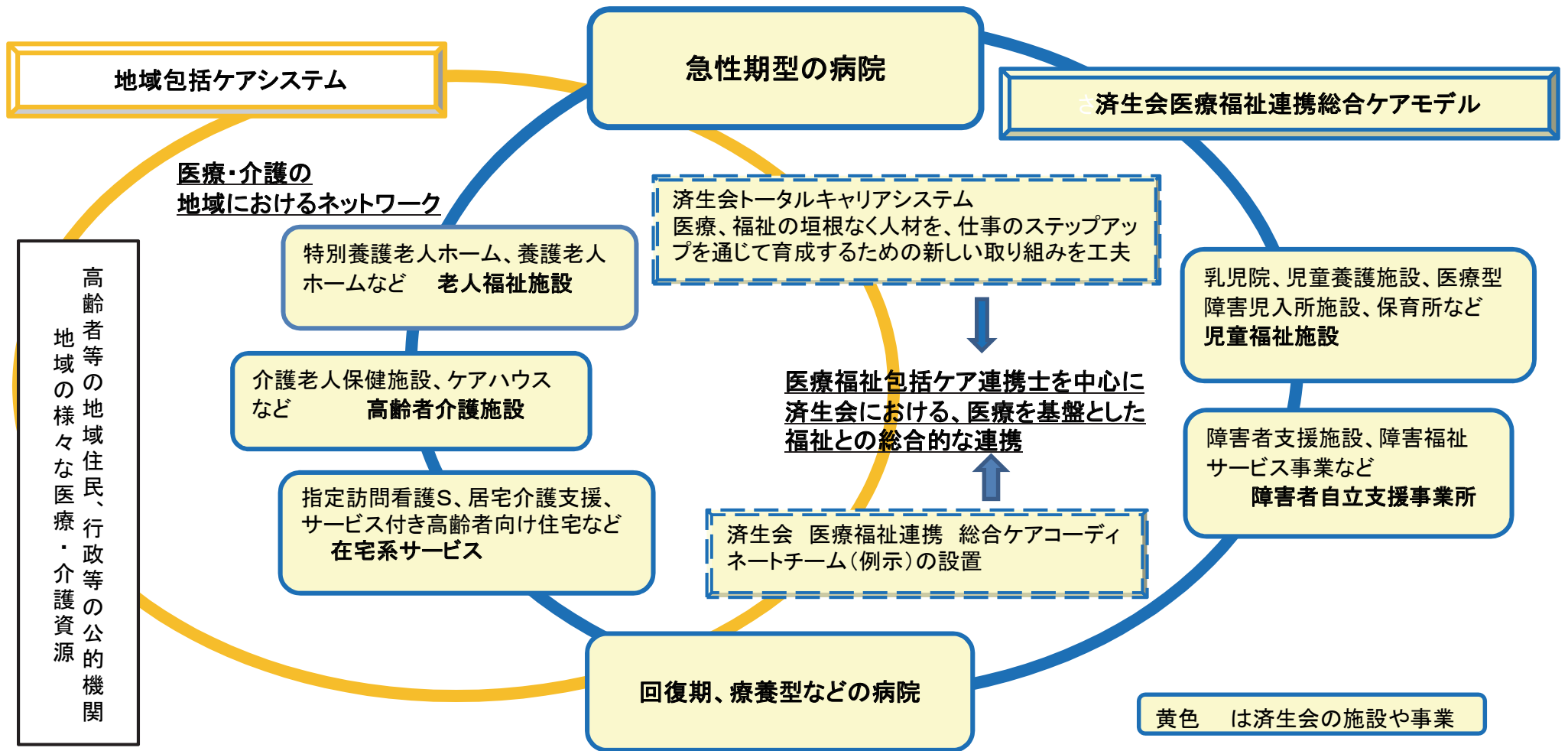


図6 「地域包括ケアシステム」と「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」の関係



第5 「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」の具体的推進への提言

先に、医療施設、福祉施設等の状況に応じていくつかのタイプに分けるとともに、どのような施設群が当てはまるのかを検討した。そこで、前項に掲げた「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」を実現するために、各タイプに掲げた施設群が具体的にどのような取り組みべきかを「提言」としてまとめた。

1 タイプ1（急性期医療を担う病院、回復期、慢性期などの医療を担う病院の双方があり、福祉施設、在宅介護事業所も近隣に立地している。）への提言

(1) タイプ1を代表する施設群への提言

山口地域ケアセンター（湯田温泉病院、在宅複合型施設やすらぎ、特別養護老人ホーム福寿園ほか）、山口総合病院

- 「山口地域ケアセンター」では、医療・福祉施設の垣根をなくした計画的なキャリアアップシステムを作り業務部門、管理部門とも医療、福祉施設の別なく一体的に運用されており、総合的で高いケア能力を持つ職員の確保・育成を行っている。

さらに、市役所などに看護師や理学療法士などの派遣を行い、医療・福祉行政の企画立案等も経験させるなど広い視野を持つ職員の育成にも取り組んでいる。

今後は、急性期型の山口総合病院を含めた「トータルキャリアシステム」の構築を目指すことが期待される。

- 総合的な高いケア能力や広い視野を持つ職員の育成に計画的に取り組み、地域包括ケアシステムを推進する行政とも緊密な関係を構築していることから、「総合ケアコーディネートチーム（例示）」など他の病院、施設等のモデルとなる新しいシステムを具体的に立ち上げることが期待される。
- 行政機関との間には人事交流や様々な会議や協働事業を通じて信頼関係を構築しており、地域ケア会議をはじめ行政が取り組むべき課題にも積極的に関与しており、地域包括ケアシステムの最も先進的、具体的な事例ともなっている。

概念として提示されている地域包括ケアシステムであるが、上述のような済生会医療福祉連携総合ケアモデルへの取り組みにより、「済生会山口包括ケアシステム」とも称すべき形で具体化したことを全国に発信すべきである。

(2) 小委員会の調査検討の対象で、施設の構成等が山口地域ケアセンター等に類似している施設群への提言

松阪総合病院、明和病院、特別養護老人ホーム明和苑ほか

- 急性期型病院と療養型病院、特別養護老人ホームなど、医療、介護、福祉、

在宅介護などの全てに渡る資源があり、「総合ケアコーディネートチーム（例示）」などの取り組みにより総合的で充実したケアが期待される。

- 済生会の総合力を発揮できるような体制づくりのために、トータルキャリアシステムの構築を検討する必要がある。
- 関係行政機関との緊密な関係も構築されていることから、今後の地域包括ケアシステムへは積極的な関わりを検討すべきである。

(3) 小委員会の調査検討の対象外であるが、施設の構成等が類似している施設群への提言

- ・ 岡山総合病院、吉備病院、岡山ライフケアセンターほか
- ・ 今治病院、今治第二病院、今治老人保健施設希望の園ほか

- 急性期型病院と療養型病院、特別養護老人ホームなど、済生会の支部施設の中でも医療、介護、福祉、在宅介護などの全てにわたる資源がある数少ない施設群であり、総合ケアコーディネートチームなどの取り組みにより総合的で充実したケアが期待される。
- 済生会の総合力を発揮できるような体制づくりのために、最先端の急性期医療から特別養護老人ホームや在宅介護まで切れ目のない展開を生かし、可能な限り多くの施設等が参加したトータルキャリアシステムの構築を検討する必要がある
- 関係行政機関との緊密な関係を構築し、今後の地域包括ケアシステムへ積極的な関わりを検討する必要がある。

2 タイプ2（急性期医療を担う病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、在宅介護事業所が近接して立地、機能的・地域的に集約されている）への提言

(1) タイプ2を代表する施設群への提言

唐津病院、介護老人保健施設まつら荘、特別養護老人ホームめずら荘 ほか

- タイプ1の代表例である山口ケアセンターと同様、病院、福祉施設、在宅介護事業所を含めて計画的なキャリアシステムが構築されているなど「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」の一つの実現例でもあり高い総合力の発揮が期待される。
 今後は、地域の行政機関などとの間での人事交流も視野に入れ、地域ケア会議など行政が取り組むべき課題にも積極的に関与し、地域包括ケアシステムの最も先進的、具体的な事例となるべきであり、「済生会唐津包括ケアシステム」とも称すべき形で具体化したことを全国に発信すべきである。
- 他の医療・福祉施設なども含め、一市内で比較的まとまった地域内に集約されていることから、病院・診療所・福祉・介護・行政など地域全体で医療、福

祉情報などを共有するような、全国に先駆けた地域の総合的なネットワークづくりなどの検討も期待される。

- 今回の調査結果では、今後の連携向上のためには多職種合同カンファレンスの実施が必要との意見が最も多い一方、現実には職員間で他の職種への理解や意思疎通が不十分で実施できない病院も多かったが、既に多職種によるカンファレンスなど相当の取り組みが行われている。そこで、他の病院、施設等のモデルとなるような「総合ケアコーディネートチーム（例示）」など新しいシステムの実現が期待される。

(2) 小委員会の調査検討の対象で、施設の構成等が唐津病院等に類似している施設群への提言

滋賀県病院、特別養護老人ホーム淡海荘、介護老人保健施設ケアポート栗東ほか

- これまでと同様に、地域の介護・福祉を先導する積極的な役割を期待する。同時に、今後の緊密な連携関係を生かすため、「総合ケアコーディネートチーム（例示）」などの取り組みにより総合的で充実したケアが期待される。
- 急性期病院とその他の施設の間にこれまでより緊密な連携体制が構築されつつあるが、さらに、全ての施設が参加したトータルキャリアシステムの構築を検討する。
- 医療と福祉の共通言語や情報ツールの開発に関しては、すでに様々な取り組みが行われており、今後は、病院を含め済生会全体の先導となるような成果が期待される。
- 地域の行政機関などとの間で更なる緊密な関係を構築し、地域ケア会議など行政が取り組むべき課題にも積極的に関与して、地域包括ケアシステムの先進的、具体的な事例となることが期待される。

松山病院、松山老人保健施設にぎたつ苑、松山訪問看護ステーション、松山特別養護老人ホーム、在宅生活復帰視線センターハートフル済生会ほか

- 数多くの医療、福祉施設、在宅看護・介護事業所などを有し、在宅復帰強化型の介護老人保健施設や離島などへ積極的な巡回活動を行う指定訪問看護ステーション、在宅医療拠点事業の実施など、施設や在宅医療、在宅看護・介護の先進的な取り組みが行われている。個々の施設はこうした積極的な取り組みで評価が高い反面、それぞれの相互関係については今後この提言を踏まえ、さらに緊密な連携の仕組みを検討することを期待する。
- 病院、診療所、高齢者、障害者、児童を対象とする福祉施設などあらゆる分野の事業を展開していることから、出来る限り多くの職種、多くの施設等を対象にしたトータルキャリアシステムを検討する必要がある。検討に当たっては計画的に優れた人材を育てることを基本に置き、風通しの良い職場と職員のモ

チベーションの向上を図る必要がある。

- 上記のように人材育成を戦略的・計画的に行う仕組みを構築することにより医療・福祉の数多くの分野を経験させ、多くの施設、事業所を展開している特性を最大限に発揮できる「総合的ケアコーディネートチーム（例示）」を編成するなど済生会ならではの総合的ケアを先導する役割を期待する。
- 地域の行政機関などとの間では、相互に交流するような緊密な関係を検討する必要がある。済生会の中だけに止まらない広い視野を持つことにより、地域ケア会議など行政が取り組む課題にも積極的に関与し、地域包括ケアシステムの先進的、具体的な事例となることが期待される。

(3) 小委員会の調査検討の対象外であるが、施設の構成等が類似している施設群への提言

- ・ 川俣病院、介護老人保健施設めぐみ、特別養護老人ホームはなづか ほか
- ・ 三条病院、介護老人保健施設ケアホーム三条、三条特別養護老人ホーム長和園ほか
- ・ 江津総合病院、介護（療養型）老人保健施設高砂ケアセンター、特別養護老人ホーム白寿園
- ・ 広島病院、介護老人保健施設はまな荘、特別養護老人ホームたかね荘ほか

- 地域の中心となる病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホームなど、医療、介護、福祉、在宅介護などの全てに渡る資源があり、「総合ケアコーディネートチーム（例示）」などの取り組みにより総合的で充実したケアが期待される。
- 地域的にもまとまっているため、既にある程度相互間の人事交流も見受けられるが、済生会の総合力を発揮できるような体制づくりのためには、可能な限り多くの施設が加わったトータルキャリアシステムの構築を検討する必要がある
- 地域的な特性を生かして関係行政機関との緊密な関係を構築し、今後の地域包括ケアシステムへ積極的な関わりを検討すべきである。

3 タイプ3（急性期病院を中心に、福祉施設、在宅介護事業所があるが、互いに独自性・独立性が高い。）への提言

(1) タイプ3を代表する施設群への提言

吹田病院、特別養護老人ホーム高寿園 ほか

- 現在行われている病院と福祉施設間の連携の高度化、強化を図り、済生会の総合力を発揮できるような体制づくりのために、トータルキャリアシステムの構築を検討することが期待される。

特に、大阪府済生会は支部全体的には、医療・福祉に関してほぼすべての施設、事業所を展開していることから、支部内横断的なトータルキャリアシステムの構築により済生会の総合力を発揮し高いケア能力を持つ職員の確保・育成を行っていくことも検討する必要がある。

- 病院、福祉施設などの独立性を生かして、医療と福祉の相互理解のための共通言語の検討や情報ツールの開発など、連携やネットワーク形成への特徴的な取り組みを行うことにより、「総合ケアコーディネートチーム（例示）」とは異なる新しい連携の仕組みの開発につながることを期待される。
- タイプ1やタイプ2と異なり、当該施設群だけで切れ目のないサービスを提供できるような状況ではないため地域との様々なネットワークが重要である。既に行政機関等とも緊密な関係を構築していることから、地域ケア会議への参加をはじめ、地域包括ケアシステムの重要な一員としてさらなる活動が期待される。
- 地域の需要や済生会の能力に応じて、在宅医療、看護、介護等に関する新たな事業などにも取り組むことが期待される。

(2) 小委員会の調査検討対象で、施設の構成等が吹田病院等に類似している施設群への提言

宇都宮病院、特別養護老人ホームとちの木荘 ほか

- それぞれの施設ごとに得ている高い評価や施設展開が限られていることを生かせば、済生会の総合力を発揮し高いケア能力を持つ職員の育成を行うトータルキャリアシステムを医療・福祉施設間で早急に検討することが期待される。
- タイプ1やタイプ2と異なり、済生会だけで当該地域に切れ目のないサービスを提供できるような状況ではないため、医療・福祉ともども地域との間で情報やサービスのネットワーク構築が進んでおり、今後、地域全体でのケアシステムに発展することが期待される。

また、済生会の総合力で地域に貢献するためには、行政機関等ともさらに緊密な関係を構築し、地域ケア会議への参加をはじめ、地域包括ケアシステムの重要な一員として機能していく必要がある。

- 地域に不足している医療、福祉、在宅関係事業等などの新たな事業展開、提案のあった済生会の福祉施設医務室などを活用して診療所を開設することなどについても、今後検討すべきである。

新潟第二病院、新潟内科診療所、特別養護老人ホーム康和園 ほか

- それぞれの施設ごとに得ている高い評価や施設展開が限られていることを活用し、済生会の総合力を発揮し高いケア能力を持つ職員の育成を行うトータルキ

キャリアシステムを医療・福祉施設間で早急に検討することが期待される。

同時に、当該施設群に止まらない関係づくりも必要であり、支部内にある三条病院等他の済生会の医療・福祉施設との交流など資源の最大限の活用を視野に入れたキャリアシステムなどが期待される。

- タイプ1やタイプ2と異なり、済生会だけで当該地域に切れ目のないサービスを提供できるような状況ではないため、医療・福祉ともども地域との間で情報やサービスのネットワーク構築が進んでおり、今後、地域全体でのケアシステムに発展することが期待される。

また、済生会の総合力で地域に貢献するためには、行政機関等ともさらに緊密な関係を構築し、地域ケア会議への参加をはじめ、地域包括ケアシステムの重要な一員として機能していく必要がある。

- 内科診療所は、地域医療に関する重要な拠点となることから、在宅医療などの具体的な活用方法を検討し、病院共々済生会医療福祉連携総合ケアモデルの新しいタイプを形成することが期待される。

(3) 小委員会の調査検討の対象外であるが、施設の構成等が類似している施設群への提言

- ・ 静岡済生会総合病院、特別養護老人ホーム小鹿苑 ほか
- ・ 野江病院、野江特別養護老人ホーム城東園 ほか
- ・ 泉尾病院、泉尾特別養護老人ホーム大正園 ほか
- ・ 兵庫県病院、特別養護老人ホームふじの里 ほか
- ・ 下関総合病院、特別養護老人ホーム貴船園 ほか
- ・ 八幡総合病院、介護老人保健施設くれたけ荘 ほか
- ・ 二日市病院、特別養護老人ホームむさし苑 ほか

- それぞれの施設ごとに得ている高い評価や施設展開が限られていることを活用し、済生会の総合力発揮し高いケア能力を持つ職員の育成を行うトータルキャリアシステムを医療・福祉施設間で早急に検討することが期待される。

同時に、当該施設群に止まらない関係づくりも必要であり、支部内にある他の施設群との交流など資源の最大限の活用を視野に入れたキャリアシステムとする等の工夫が期待される。

- タイプ1やタイプ2と異なり、済生会だけで当該地域に切れ目のないサービスを提供できるような状況ではないため、医療・福祉ともども地域との間で情報やサービスのネットワーク構築が進んでおり、今後、地域全体でのケアシステムに発展することが期待される。

また、済生会の総合力で地域に貢献するためには、行政機関等ともさらに緊密な関係を構築し、地域ケア会議への参加をはじめ、地域包括ケアシステムの重要な一員として機能していく必要がある。

4 タイプF（タイプ1からタイプ3に当てはまらない）に属する施設群への提言

病院の他には、済生会の福祉施設や在宅看護・介護事業所がない

例：小樽病院、北上済生会病院、水戸済生会病院、常陸大宮済生会病院、向島病院、高岡病院、千里病院、奈良病院、和歌山病院、福岡総合病院、日田病院、日向病院など

高齢者の福祉施設や在宅看護・介護事業所などはないが、病院の他に障害者や児童福祉施設がある

例：横浜市東部病院、富山病院、熊本病院など

病院の他に訪問看護の事業所等はあるが、済生会の福祉施設はない

例：福島総合病院、川口総合病院、習志野病院、中央病院、横浜市南部病院、金沢病院、京都府病院、川内病院など

病院の他に、済生会の福祉施設はあるが、在宅看護・介護事業所はない

例：前橋病院、龍ヶ崎済生会病院、香川県済生会病院、済生会長崎病院など

中核となる病院がない

例：宮城県済生会、長野県済生会

第4の2「済生会医療福祉連携総合ケアモデル構想の概要」に既述した事項を支部や各施設群の状況に応じて実施することが必要であるが、その際は、次のような諸点にも留意して具体的な推進策を検討すべきである。

- 済生会の総合力を発揮する人材の育成と組織体制づくりのために、関連施設、事業所間に止まらず、可能な限り済生会支部内の複数の医療、福祉施設によるトータルキャリアシステムの構築・運用について検討するほか、済生会支部間相互の「人材交流」なども検討すべきである。
- タイプ1やタイプ2と異なり、済生会だけで切れ目のないサービスを提供できる状況ではないために地域との様々なサービスや情報のネットワークが重要である。
したがって、今後とも済生会の総合力を高めるためには、済生会内に止まらず行政その他の関係機関ども含めた幅広いキャリアシステムとするなど、更なる工夫が期待される。
- 病院や施設等は、全て立地している地域の「地域包括ケアシステム」を構成する一員であることから、地域に密着した活動を行うことを念頭に置き、地域包括ケアシステムを担当する行政当局や地域包括支援センターなど関係機関等と十分に協議調整を行う必要がある。
- 地域における需要や、済生会の能力を見極め、当該地域住民に求められる新たな事業の展開を検討する必要がある。

特に、病院の発展という見地からも、地域包括ケアシステムで中心となる在宅医療・看護・介護に向けて、複合型や定期巡回・随時対応型など訪問看護・介護事業の積極的な展開を検討する必要がある。

第6 新しい時代の「医療・福祉連携、地域ネットワーク」構築に向けて

ここまでは、「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」を示すことにより、日常業務の中で済生会らしい「地域包括ケアシステム」への関わり方を示した。

しかし、これまでに開かれた専門小委員会においては、「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」設定のための事例研究の他、次のようなテーマも論議する必要性が指摘された。

- CGA（高齢者総合機能評価）など、医療と介護・福祉の「共通言語」所有の必要性について
- 多職種カンファレンス、新しい情報ツール、電子カルテとの情報リンクなど医療と福祉をつなぐ情報の在り方
- 家族や地域の介護力低下の問題や介護予防の課題について
- 在宅介護推進の中で、入所施設の意義や様々な課題
- 済生会の医療機関や介護・福祉施設、訪問看護・介護事業所などの新增設、棟種別の変更などを含む、「済生会に欠けている機能」の充足方法。
- 生活困窮者や孤立など、済生会にしか出来ない事と地域のネットワーク形成等

これらは、医療と福祉の連携の在り方やネットワークの考え方の根本に及ぶものもあり、将来の医療や福祉に共通する課題である。また、済生会としての存在意義に関わる課題でもあり、このことだけでも十分に時間をかけた論議が必要である。

そこで、済生会本部で、平成28年度を目途に設立準備が進められている「済生会 保健・医療・福祉総合研究所」（仮称）の主要なテーマの一つとして「医療と福祉の連携、地域のネットワークづくり」を位置づけ、幅広く深い知見を有する済生会ならではの実践的な研究が引き続き行われるべきである。

また、ここまですら行った数々の提言は、確実に実行されなければならないものである。

中期事業計画に掲げた、済生会が果たすべき3つの役割の一つが「総合的な医療・福祉サービスの提供」であることから、本部は、今後実施する中期事業計画の見直しに当たって、出来る限り数値などを利用した具体的な目標を定めていくべきである。

さらに各支部は、「済生会医療福祉連携総合ケアモデル」を整備するための計画を策定し、積極的に推進していく必要がある。