

H県済生会の医療と介護の連携モデル

松 永 り か

キーワード：地域包括ケアシステム、連携、垂直的統合、水平的統合

1. はじめに

社会福祉法人は、社会福祉事業を行うことを目的として、社会福祉法に基づき設立される。わが国の社会福祉法人数は平成 25 年 3 月 31 日に 19,810 法人（出所：26 年度版厚生労働白書）となり、これは、昭和 55 年 3 月 31 日の 9,471 法人の 2 倍以上となっている。これは、社会福祉法人を社会が必要としてきたことを示すデータといえる。

だが、昨今、社会福祉法人制度の在り方については、法人の公益性・非営利性の徹底が求められ、公益財団法人等と同様のガバナンスの強化と透明性の確保、財務規律の確立と地域社会への貢献などが必須とされ、これまでの社会や地域における福祉の発展や充実に従事するだけでなく、社会福祉法人として相応しい活動をしているかという、法人による説明責任が求められている。

本稿では、介護保険法に謳われている高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる地域の包括的な支援・サービス提供体制を目指す地域包括ケアシステムの中で大きな改革を求められている社会福祉法人として、とくに日本で最大の社会福祉法人である済生会に属するH県支部の経営戦略を考察することを目的とする。

具体的には、H県支部における医療介護戦略を分析し、わが国が目指す地域包括ケアシステムにおいて、H県済生会における利用者へのサービスの現状とその課題を分析し、今後の医療介護サービス提供のあり方を検討することを目的とする。

2. 研究目的及び方法

2-1. 済生会とは

済生会は、明治天皇によって発せられた「済生勅語」によって、「生活苦で医療を受けることができずに困っている人たちを施薬救療によって救おう」と設立された恩賜財団である。

第2次世界大戦後に社会福祉法人として再スタートを切り、100年の歴史と伝統がある。済生会は東京に本部機能を置き、病院、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、障害者福祉、乳児院など379施設で構成されており、医療を中心とし、保健・福祉の分野において40都道府県で事業を展開している。

表1：済生会の事業内容

| 事業種別 | 施設数 | 事業種別 | 施設数 |
|----------|-----|--------------|-----|
| 病院 | 79 | 障害者福祉施設 | 8 |
| 診療所 | 20 | 看護養成施設 | 8 |
| 介護老人保健施設 | 30 | 訪問看護ステーション | 53 |
| 救護施設 | 2 | 地域包括支援センター | 22 |
| 児童福祉施設 | 22 | 地域生活定着支援センター | 4 |
| 介護老人福祉施設 | 124 | その他 | 7 |

表2：H県済生会の事業内容

| | | |
|-----------|---------------------|---------|
| 病 院 | 一般病棟 | 212床 |
| | 地域包括ケア病棟 | 56床 |
| | 訪問看護ステーション | 1箇所 |
| 施 設 | 特別養護老人ホーム（従来型特養） | 50床 |
| | （併設）ショートステイ | 10床 |
| | 小規模特別養護老人ホーム（ユニット型） | 25床 |
| | （併設）ショートステイ | 25床 |
| | 小規模特別養護老人ホーム（ユニット型） | 29床 |
| 在宅サービス | 通所介護 | 1日定員40名 |
| | 訪問介護 | 1箇所 |
| | 居宅介護支援事業所 | 1箇所 |
| | 地域包括支援センター | 1箇所 |
| | 障害福祉サービス生活介護 | 1日定員5名 |
| 地域密着型サービス | 看護小規模多機能型居宅介護 | 登録29名 |
| | 定期巡回随時対応型訪問介護看護 | 1箇所 |
| | 認知症通所介護 | 1日定員10名 |
| 住 宅 | サービス付き高齢者向け住宅 | 30床 |

2-2. H県済生会の現状

K市K区は、大阪市と同規模の面積を有し、現在人口は約22万人、高齢化率27.0%の地域である。K区の中でも北部に位置するH地域は、人口約8.6万人、高齢化率22.7%の地域である。

H県済生会病院は、そのH地域に地域の中核病院としての役割を果たすため移転し、21診療科268床の病床数を有する、H地域の2次救急を担う病院として存在している。

K区には19病院があり、内7病院で2次救急の輪番体制をとっているが、約3割は市街地に搬送されている状況があり、3次救急を担う医療機関はK区にはない。

病院の特徴としては、地域周産期母子医療センターの認定を受け、広範囲な地域をカバーしているほか、急性期医療の退院支援を効率的に行い、在宅や介護施設への復帰支援、緊急時の受け入れ等の役割を担い、地域包括ケアシステムを支える医療や支援を行う地域包括ケア病棟や、小児専用病棟を開設している。また、地域医療との連携を深め、後方支援病院として急性期病院の役割を担っている。

1999年からは訪問看護ステーションを併設し、医療保険、介護保険により訪問活動を展開してきたが、医療機関しかなかったH県支部は、病院移転の際に特別養護老人ホームを併設した。当時は措置制度の時代であり、ショートステイやデイサービス、ホームヘルプサービス事業を展開していた。

介護保険制度が施行され、前述の3事業のニーズは高まり事業は強化された。また、地域の相談窓口となる地域包括支援センターや居宅介護支援事業所がつくられ、昨今では、介護保険制度の法改正を機に看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回随時対応型訪問介護看護、認知症対応型通所介護、小規模特養などの地域密着型サービスへの事業展開も進め、事業活動収入は約10億円である。また、地域包括ケアシステムの構築に目を向けたサービス付き高齢者向け住宅事業にも着手した。

施設入所に関しては、高齢者は何らかの疾患を有していることから、病院と施設が渡り廊下で繋がり、定期受診が容易な施設としての安心感や夜間に看護師不在となる時も、緊急時の対応は救急車要請を必要としない。このように併設の病院が受け入れてくれることで入所を希望される方も少なくはない状況にある。

小規模特別養護老人ホームと看護小規模多機能型居宅介護以外の在宅系の事業は、病院併設の特別養護老人ホームの中にあり、エリア内に法人の事業がそろっているが、在宅サービス、特に通所介護（デイサービス）については、リハビリ特化型の短時間デイサービスや小規模デイサービスなどがひしめく激戦区であり、高齢者のニーズを捉え、特徴を持った経営が求められている。

介護における事業展開は、介護保険の相談から各種在宅サービス、そして施設入所まで、1カ所でなんでも揃ういわばデパートのように、1つの法人で全てのサービス提供ができるように、福祉のデパートを目指した事業展開となっている。

K市内においても、病院を核としてサービス事業所を一体的に展開している社会福祉法人は多くあるが、病院を核として施設、サービス事業所を展開している社会福祉法人はほとんどない。以下の表3から表6はK市における病院、施設、サービス事業所の実態を表したものである。

表3：医療施設数、人口10万対施設数、1施設あたり人口（保健所、市町別）

| 市区町 | 人口 (千人) | 病 院 | | | 一般診療所 | | | 歯科診療所 | | |
|-----|------------|-------|------------------|--------------------|---------|------------------|--------------------|--------|------------------|--------------------|
| | | 施設数 | 人口10 万対施 設 | 1施設当 人口 (百人) | 施設数 | 人口10 万対施 設 | 1施設当 人口 (百人) | 施設数 | 人口10 万対施 設 | 1施設当 人口 (百人) |
| 全 国 | 127,515 | 8,565 | 5.9 | 148.8 | 100,152 | 78.5 | 12.7 | 68,474 | 53.7 | 18.6 |
| H 県 | 5,571 | 346 | 6.3 | 159.6 | 4,971 | 89.2 | 11.2 | 2,990 | 53.7 | 18.6 |
| K 市 | 1,542 | 107 | 6.9 | 144.1 | 1,583 | 102.7 | 9.7 | 61.3 | 61.3 | 16.3 |
| K 区 | 225 | 19 | 8.4 | 118.8 | 149 | 66 | 15.2 | 46.9 | 46.9 | 21.3 |

出所：H県済生会平成24年医療施設調査（全国、H県）

表4：施設サービス一覧

| | K 市 | | K 区 | | H地域（再掲） | |
|---------|-----|--------|-----|-------|---------|-------|
| | 施設数 | 定員 | 施設数 | 定員 | 施設数 | 定員 |
| 特養 | 97 | 5,533 | 14 | 861 | 7 | 403 |
| 老健 | 54 | 5,321 | 10 | 972 | 5 | 500 |
| 療養型 | 12 | 735 | 3 | 180 | 2 | 170 |
| グループホーム | 101 | 1,943 | 11 | 213 | 4 | 84 |
| ケアハウス | 27 | 1,557 | 4 | 153 | 1 | 36 |
| 計 | 291 | 15,089 | 42 | 2,379 | 19 | 1,193 |

（平成27年4月1日現在）

表5：在宅サービス一覧

| | K 市 | K 区 | H地域（再掲） |
|-----------------|-------|-----|---------|
| 通所介護 | 473 | 58 | 26 |
| 認知症対応型通所介護 | 31 | 6 | 2 |
| 通所リハビリテーション | 54 | 11 | 6 |
| 訪問介護 | 600 | 64 | 15 |
| 定期巡回随時対応型訪問介護看護 | 9 | 1 | 1 |
| 訪問看護 | 149 | 22 | 9 |
| 計 | 1,316 | 162 | 59 |

（平成27年4月1日現在）

表6：地域密着型サービス一覧

| | K 市 | K 区 | H 地域（再掲） |
|---------------|-----|-----|----------|
| 小規模多機能型居宅介護 | 44 | 4 | 2 |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 3 | 2 | 1 |
| 計 | 47 | 6 | 3 |

（平成 27 年 4 月 1 日現在）

2-3. H 県済生会の医療と介護の連携の実態

平成 25 年 8 月に示された社会保障制度改革国民会議の報告書によると、医療はかつての「病院完結型」から患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し支える「地域完結型」の医療へ転換を進めていく必要があり、高度急性期から在宅介護までの一連の流れの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる。

地域包括ケアシステムの実現においては、医療と介護の連携が不可欠であるが、ここでの「連携」や「他職種協働」という言葉は新しいものではなく、2000 年の介護保険制度スタート時から頻繁に使用されてきたものであるが、実際には、連携は進まず、医療と介護の切れ目のない連携や提供体制は現在も課題であり続けている。

済生会における医療・介護の連携も実態としては困難とされ、例えば、本研究対象である互いが隣接している H 県済生会内においても、独立採算制で経営をしてきた結果、医療と介護の溝は大きく、特に病院で働く勤務医にとっては隣接の福祉施設は勤務過多の状況をつくる存在としての認識しかない状況にある。

そのため、医療と介護の連携が進みだしたのは、医療と介護の連携が不可欠な地域包括ケアシステムの重要性が言われた昨今である。しかしながら、独立採算制で経営をしてきたとしても、H 県済生会という 1 つの組織として現状をみた場合、法人という 1 つの管理下に様々なレベルのケアが存在しており、これらのケアの連携をどのように進めていくかが求められている。

垂直的統合とは、筒井（2014, p. 50）によれば、1 つの管理下に様々なレベルのケア（例えば、プライマリケア、二次医療、専門医慮（三次医療）つまり、急性増悪期における一般病院から、回復期におけるリハビリテーション病院、そして、退院後の訪問看護の利用やかかりつけ医の往診といった医療や看護、介護のステージにおけるケア）をつなげ、integration していくこととされており、H 県済生会は、まさに急性期医療、介護老人福祉施設、そして退院後の訪問看護の利用や介護のステージにおけるケアをつなげた独自の統合を目指すべきと考えられる。

H県済生会には、次頁図2に示すように、急性期病院と連携できる地域包括ケア病棟56床が存在している。また、併設の特別養護老人ホームに地域包括ケア病棟の在宅復帰を可能にするショートステイ35床（従来型10床、ユニット型25床）がある。

また筒井（2014, p.50）によると、水平的統合とは、ヘルスケアにおいて、同レベルのサービス（例えば、在宅生活を送る患者へのかかりつけ医による往診と居宅介護サービス）または、提供者間の組織的協働とコミュニケーションを促進するサービスをつなげる integration のことをさす。

済生会の水平的統合の試みについてH県済生会に当てはめてみると、図2に示すように、単身や様々な事情をもった要介護高齢者を受け入れるための特別養護老人ホーム75床（従来型50床）と小規模特別養護老人ホーム25床、29床の3ヶ所がある。また、先の表4、表5、表6に示したように在宅を支える介護事業所として、デイサービスセンター（通所介護）1ヶ所、認知症対応型通所介護1ヶ所、訪問介護事業所1ヶ所、定期巡回随時対応型訪問介護看護1ヶ所、看護小規模多機能型居宅介護1ヶ所、居宅介護支援事業所、あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）1ヶ所と潤沢な介護サービスの資源を有している。

したがって、患者が急性期病院から、在宅へ移行する際に必要とされる介護の各種サービスの提供は同一法人内で提供することが可能である。

以上のように、医療・介護サービス資源を同一法人が持っていることは、それぞれの立場でのケアを最大限に生かしながらも、一法人内で連携してサービスを提供できることを活かした経営戦略が検討できるものと考えられる。

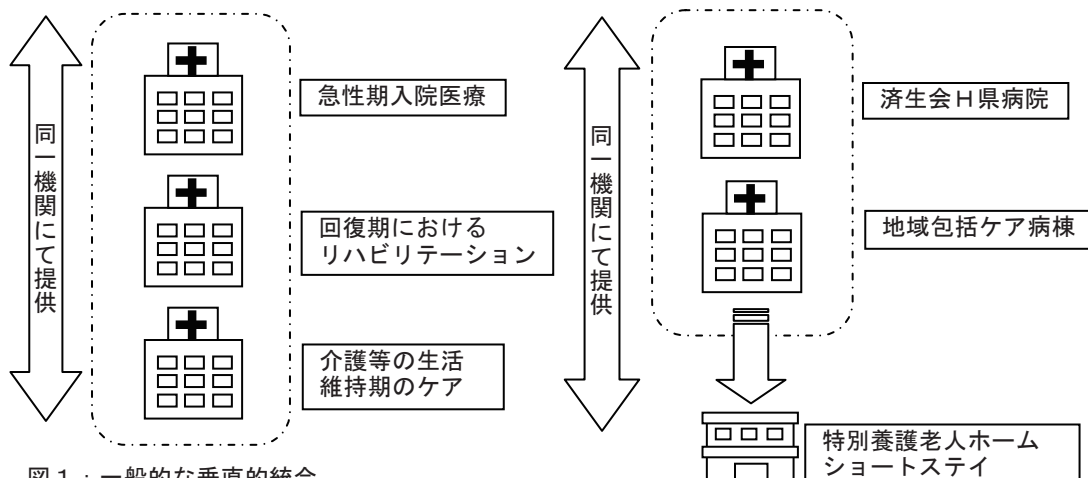


図1：一般的な垂直的統合

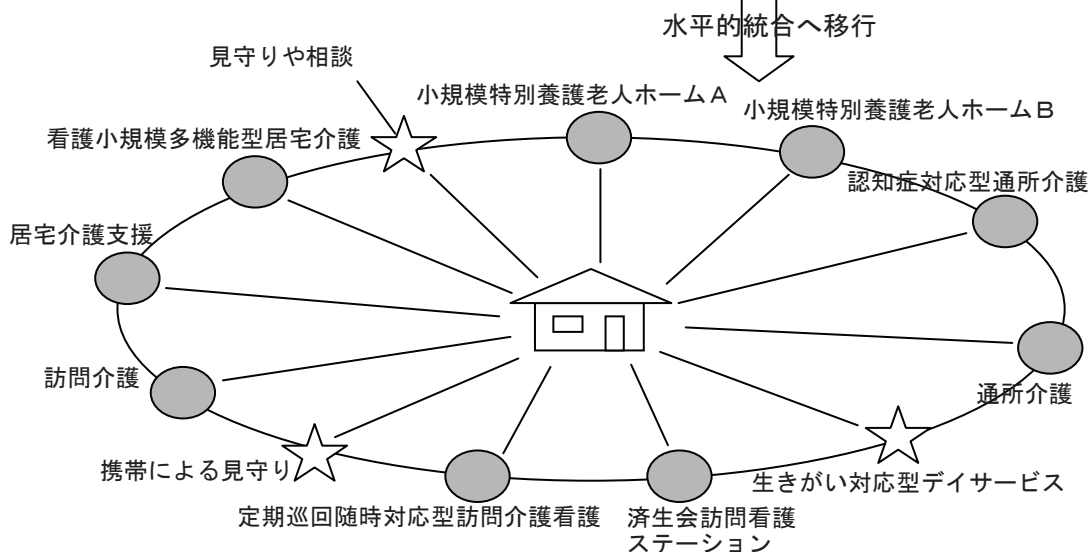


図2：H県済生会の垂直的統合と水平的統合の現状

3. 新たな済生会の戦略

3-1. 済生会における地域包括ケアシステム

これまでH県済生会は、医療では2015年に病院機能評価の認証を受けており、介護では介護プロフェッショナルキャリア段位制度を活用した取り組みを2014年から実施している。このようにH県済生会では、これらの情報を住民に公開をすることで、さらなる医療や介護サービスの質の向上を図る取り組みを行う戦略をとってきた。

しかし、同一法人とはいえ、臨床的な知見からいえば、各サービス提供機関での意

識の違いは大きい。例えば、病院の職員は患者の病気しか見ておらず、その先にある在宅生活の姿が見えていない。このため退院時の支援は不十分であり、この結果として、H病院の在院日数は、2014年で12.3日となっているが、在宅生活を送る患者に対しては、かかりつけ医による往診と居宅介護サービスとの連携、あるいは、サービス提供者間のコミュニケーションを促進することが必要な状況といえる。

H県済生会では、このような水平的統合は地域レベルで行われるため、ただ単に医療保険サービスや介護保険サービスだけに頼るのではなく、地域の力（見守り等）も必要になると考え、地域に根ざした活動を展開してきた。

特に、地域に根ざした活動については地域密着型サービスが有効で、24時間安心と安全を提供する定期巡回随時対応型訪問介護看護と看護小規模多機能型居宅介護は、1つのサービスで医療と看護、介護の密接な連携のもとに展開しており、いわゆる水平的統合を実施してきたものであると考える。これらは、地域包括ケアシステムにおける中核的なサービスとして位置づけられ、その役割は今後、ますます期待されている。

また、医療保険サービス、介護保険サービスだけではなく、現在の特定高齢者を対象に提供する生きがい対応型デイサービスや携帯電話を活用した見守りサービスなども水平的統合に含まれると考える。また、高齢化の進んだ大規模団地の中の見守り活動や相談活動では、低所得者への無料低額診療の説明や急性期病院退院後のフォロー訪問、健康講座、集いの場としての喫茶などを展開し、病院と施設職員が地域に出向いていく活動を実施している。

このような事を踏まえると、H県済生会において、これから地域包括ケアシステムを構築していくには、水平的統合戦略を進めるべきであることは明らかである。

3-2. H県済生会における垂直水平統合の必要性

これまでのことから、H県済生会が実施してきた水平的統合戦略は、急性期医療との連携が十分ではなかったことがわかる。この実態を、以下では4つの事例を通してみていきたい。

[事例 1]

| | | | |
|------------------|--|--------------------|--|
| 氏名：M氏 | 性別：女性 | 年齢：83歳 | 介護度：要介護2 |
| 障害高齢者の日常生活自立度：A2 | | 認知症高齢者の日常生活自立度：IIb | |
| 病歴 | 慢性心不全 高血圧 | 家族構成 | 独居 夫とは死別 長男が近隣に住む |
| ADL | 歩行：杖歩行 更衣：自立 入浴：一部介助 食事：自立 排泄：自立 | IADL | 調理：一部介助 掃除：全介助 買物：一部介助 金銭管理：一部介助 服薬確認：一部介助 |
| 住環境 | エレベーターのないUR住宅の2階に在住 | 利用サービス | 通所介護（週2回） 訪問介護（週2回） 福祉用具貸与 |

M氏は、心不全の診断を受け、定期的に通院をしている。自宅は、エレベーターのない団地の2階にあり、近隣にある郵便局にはなんとか歩いて行くことができる。日常生活では、ホームヘルパーによる買物や掃除などの生活介護のサービスを受けながら生活をしている。また、デイサービスではリハビリや入浴などのサービスを利用し、長男や近所の見守りもある。しかし、心不全が悪化し入退院を繰り返すといった状況が続いている。

以前に比べると、在院日数が短くなっていることも連携がしづらい原因となっている。退院時カンファレンスには、医師を中心に様々な関係者が参加するため、病状や在宅における目標、課題等の確認ができ、ケースを通じた多職種協働が図れていたが、本ケースのように入退院を繰り返しているケースは退院時カンファレンスが開催されない場合もある。

しかし、医療職が思う以上に在宅での生活は複雑であり、家庭内に介護者がいるかどうかという人的条件や生活環境等によってもサービス内容は大きく異なるのである。

単身世帯であるこのケースの場合、心不全の悪化を防ぐため、重いものは持たないようとの指導を行っていたが、郵便局の帰りに買い物をし、重い荷物を持って歩くことがあるし、自宅は、2階なので外出時は階段の上り下りが必要になる等、生活の大部分において心不全の患者本人に負荷がかかる状況が存在する。いわゆる元気な高齢者では問題にされないようなことが解決しなければならない課題になっているケースである。

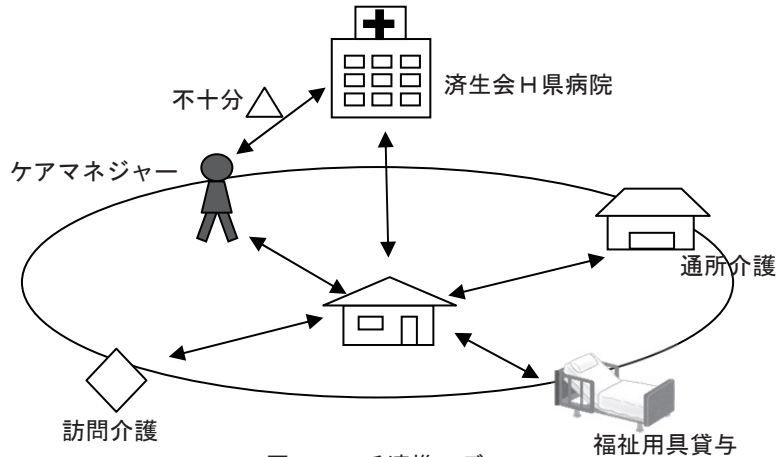


図6：M氏連携モデル

このような事例こそ、退院時カンファレンスが有効であるが、これが実施されないことで、職種間の共通理解ができず、介護職側は何が原因となって病状が悪化しているのかの把握ができず、細かな病状の変化に気づくことができず、入退院を繰り返すことになってきたのである。

介護保険制度においては、入退院時に医療機関と連携を図ることで、介護報酬には加算が算定できる仕組みもある、積極的に医療機関との連携を促進していくインセンティブはある。ただし、その際にも、多職種が連携していない不十分なアセスメントが、医療職側、介護職側の両方にとって、問題解決を阻む要因になりうることを理解すべきと考える。

[事例2]

| | | | | |
|------------------|--|--------------------|--|----------|
| 氏名：O氏 | | 性別：男性 | 年齢：85歳 | 介護度：要介護3 |
| 障害高齢者の日常生活自立度：A1 | | 認知症高齢者の日常生活自立度：IIb | | |
| 病歴 | 脳梗塞後遺症 膀胱癌術後（ストマ増設） 慢性心房細動 慢性心不全 高血圧 | 家族構成 | 夫婦世帯 長男は死亡 長女は他県に在住 | |
| ADL | 歩行：自宅内伝い歩き、歩行器 更衣：一部介助 入浴：一部介助 食事：自立 排泄：一部介助 | IADL | 調理：全介助 掃除：全介助 買物：全介助 金銭管理：全介助 服薬確認：全介助 | |
| 住環境 | 戸建 自宅内は段差が多くある | 利用サービス | 通所介護（週3回） 短期入所生活介護（不定期） 福祉用具貸与 | |

○氏は、6年前に膀胱癌の手術を受け、ストマを増設しており、心房細動による慢性心不全状態にあり、定期的に受診をしている。ストマの処置は妻が行っている。

自宅内は段差が多い住環境であり、大柄な体格の本人を小柄な妻が支えることができないため、脳梗塞後の歩行不安定さが大きな課題となっている。そのため、デイサービスでリハビリを行い、妻が外出する際はショートステイを利用し、ADLの改善・維持を務めているが、労作時に息切れがあり、浮腫が見られることがある。

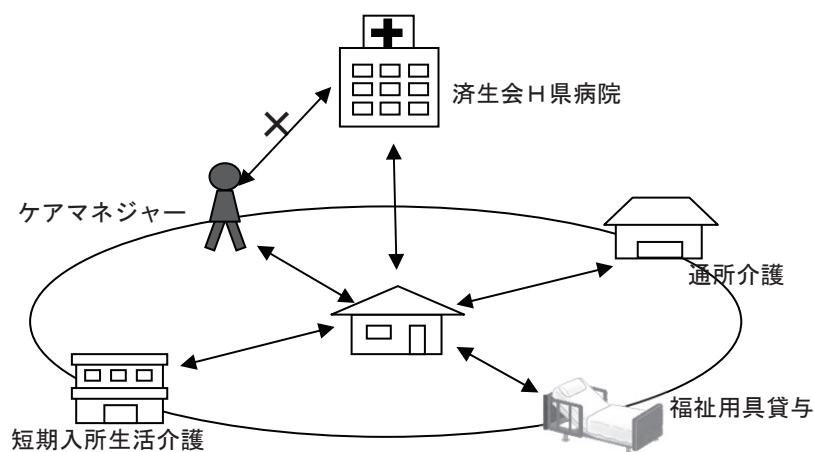


図7：○氏連携モデル

この事例の問題は本人に病識がないことにあった。高齢者の多くは、自らの健康状態を過信し、病状の理解に乏しい場合が少なくない。日常生活を営むにあたって直面している困り事、例えば、歩行の不安定さや膀胱癌術後のストマについては深刻な問題として捉えることでできても、心不全という病気についての理解が十分にできていないのである。

また、高齢者にとっては、医師は尊敬する人物であり、自分の頑張りを見せようとする特徴がある。しかし、急性期病院の医師は、多忙な中で外来診療を行っており、ゆっくりと高齢者患者に向き合う時間も少ない。外来診療での対応が主となる場合は、高齢者の実態を十分に理解していないことが少なくない。このため在宅でのケアプラン作成時のカンファレンスにおいて、ケアマネジャーが情報提供を求めても、情報提供が得られないことは多い。

患者の病気の進行だけを見ていて、その患者の退院後の生活が把握されていない事例は少なくないが、このような状況に陥ってしまう理由は病院側にだけ、あるのでは

なく、在宅での生活について情報提供を行う側のケアマネジャーにも問題があることが多い。

一般に、看護師等の医療専門職を出自とするケアマネジャーは医療機関との連携もスムーズに行い、医療的な視点をもって高齢者と関わることが多い。一方、介護福祉士やホームヘルパー等の介護職を出自とするケアマネジャーは医療的知識が十分でない場合が多いとされる。

[事例3]

| | | | |
|------------------|--|-------------------|--|
| 氏名：N氏 | 性別：男性 | 年齢：96歳 | 介護度：要介護5 |
| 障害高齢者の日常生活自立度：C1 | | 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa | |
| 病歴 | 大腸癌末期癌 | 家族構成 | 夫婦世帯 長男は県外に在住 |
| ADL | 歩行：全介助 更衣：全介助 入浴：清拭 全介助 食事：一部介助 排泄：全介助 | IADL | 調理：全介助 掃除：全介助 買物：全介助 金銭管理：全介助 服薬確認：全介助 |
| 住環境 | 戸建 1階の洋室にベッドを設置 1日中ベッドでの生活 | 利用サービス | 定期巡回随時対応型訪問介護看護 (看護は医療保険) 福祉用具貸与 |

N氏は、大腸癌末期で入院中に介護保険制度における要介護認定の申請を行った。「自宅に帰りたい」との本人の希望と自宅で介護をすることとなる高齢の妻の介護力を勘案し、急変時の受け入れの約束のもとに退院時に定期巡回随時対応型訪問介護看護サービスと福祉用具貸与（ベッドレンタル）を利用することとした。1日に複数回のヘルパー及び週1回の訪問看護（医療保険の適応）の定期的な支援と随時対応により在宅生活を支えることにしたのであった。

最終的には病院で最期を迎えたが、いつでも受け入れてくれるという安心感が在宅生活を可能にし、ギリギリまで本人・家族の望む在宅生活が実現できた事例であった。

この事例では、定期巡回随時対応型訪問介護看護という地域密着型のサービスの提供が医療機関との連携に深く関与した。定期巡回随時対応型訪問介護看護のサービスの場合、日々変化のある利用者の状態記録を訪問看護師が自宅を訪問する前に確認・共有することができ、利用者の状態を予測しながら訪問できるというシステムに特徴がある。在宅を支える中で課題でもある他事業所との情報共有がタイムリーに行えることが連携をスムーズにした。

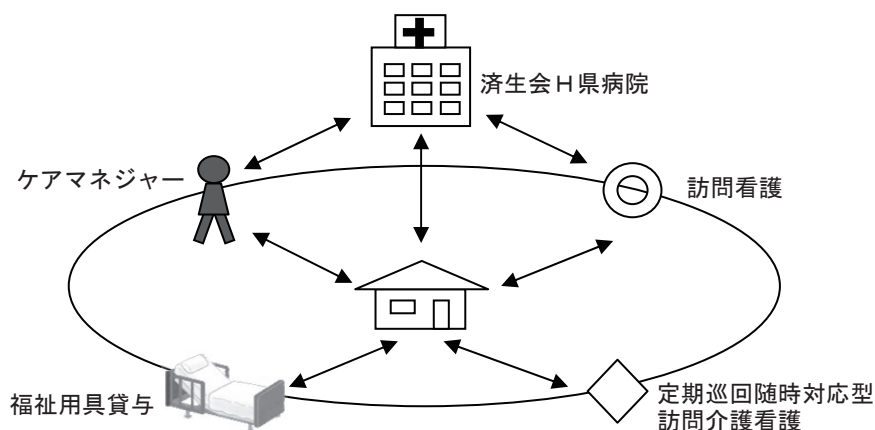


図8：N氏連携モデル

また、訪問看護が医師とのパイプ役となることでヘルパーやケアマネジャーとも情報共有を図ることができた。さらに、緊急コールの設置により、24時間365日、自宅と事業所が繋がっていることが本人や家族の安心感に繋がった。

この他にも自宅での看取りを決めた別の事例では、急性期病院からの紹介で在宅主治医をもちながら、同じく地域密着型のサービスである看護小規模多機能型居宅介護を利用し支援を行い、連携がスムーズに図れたケースもあった。在宅主治医や訪問看護などの医療系の専門職が加わることで、急性期病院との連携はより深まることが示唆された。

[事例4]

| | | | |
|------------------|--|--------------------|--|
| 氏名：H氏 | 性別：女性 | 年齢：87歳 | 介護度：要介護2 |
| 障害高齢者の日常生活自立度：B1 | | 認知症高齢者の日常生活自立度：IIb | |
| 病歴 | うっ血性心不全 虚血性心疾患 陳旧性脳梗塞 大腸憩室出血 気管支喘息 大腿骨転子部骨折 | 家族構成 | 独居 夫とは死別 長男は隣接する他市に在住 |
| ADL | 歩行：杖歩行だが不安定 更衣：自立 入浴：デイサービスでの入浴 食事：自立 排泄：一部介助 | IADL | 調理：配食とヘルパー利用 掃除：全介助 買物：一部介助 金銭管理：全介助 服薬確認：一部介助 |
| 住環境 | マンションの1階に在住 | 利用サービス | 通所介護（週2回） 訪問介護（週3回） 福祉用具貸与 短期入所生活介護 訪問看護（週1回） |

H氏は、虚血性心疾患によるうっ血性心不全で入院をし、冠動脈ステント留置術を施行していた。心機能の低下があり、主治医より訪問看護の打診があるものの、自宅にこれまで利用していたヘルパー以外の人が入るのを好まず、介入が困難であった。

その後、自宅で転倒し、大腿骨転子部の骨折にて入院し手術を受けた。術後は地域包括ケア病棟に移るも、退院カンファレンスの際に在宅復帰の不安を訴え、併設の特別養護老人ホームの短期入所生活介護（ショートステイ）を利用し、そこで日常生活の中でのリハビリを受け、その後在宅に復帰する。その際、医師からの勧めもあり、訪問看護の利用が追加となった。

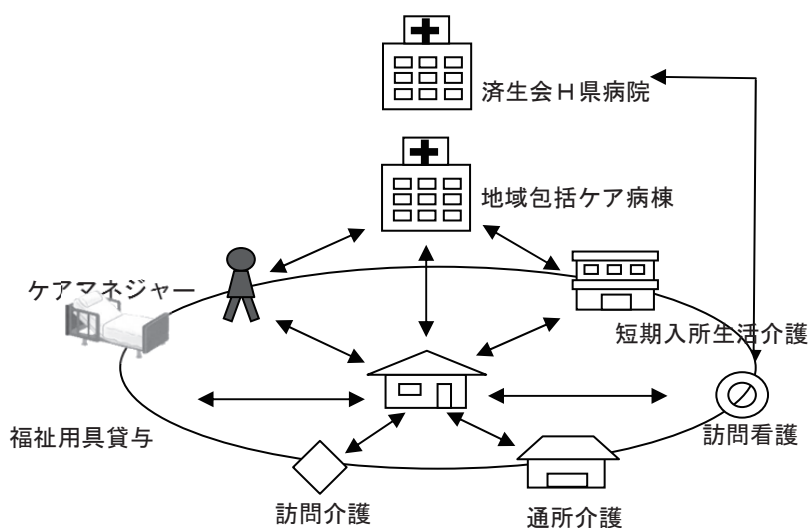


図9：H氏連携モデル

この事例は、急性期病院と在宅との連携がスムーズに運んだケースであり、連携に必要な「顔の見える関係」が実現していた。この良い関係の構築には、病院連携室の役割が大きくかかわっており、連携室が早い段階から在宅復帰に向けての相談をケアマネジャーと行い、不安なく在宅に戻るために利用できるサービスの検討を進めていた。そして、この連携を可能にした、もう一つの要因は、病院併設の特別養護老人ホームの短期入所生活介護が在宅へ繋ぐ大きな役割を果たしていたことであった。

在宅では医療面を訪問看護が中心となっていた。また介護面は訪問介護や通所介護が連携をしながらの情報交換が図れた。これは、各機関の役割分担が明確であり、かつ協働できた事例であった。

しかし、当法人の居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当する 265 件の高齢者

のケースのうち 25%は済生会のような急性期病院が主治医であり、在宅主治医を持たないケースである。当事業所のケアマネジャーへの聞き取り調査の結果では、在宅主治医に比べ急性期病院の主治医とは、連携がしづらいと回答しており、この連携のしづらさを感じた事がないケアマネジャーはいなかった。

これは、ケアマネジャーは、在宅主治医とは、直接、連絡を取り、連携を図るが、急性期病院の場合は、主治医との間に連携室が関与することが多く、紙ベースでのやり取りになってしまう事がほとんどで、顔の見える関係性が築きにくい構造になっているためであった。

上記の 4つの事例からは、急性期医療との連携は不十分で課題も存在するものの、連携は不可能ではないということであった。サービスの組み合わせが適切であれば、急性期医療との連携は可能であった。そして、急性期医療が在宅と繋がるシステムを構築することが、「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換を進めることになる。

H県済生会でも他機関との連携の重要性を理解し、地域に根差した医療・介護サービスを提供することが求められており、地域包括ケアシステムにおける役割を果たすことに繋がると考えられる。図 10 に示す垂直的統合と水平的統合のどちらが欠けても地域包括ケアシステムの構築はできない。

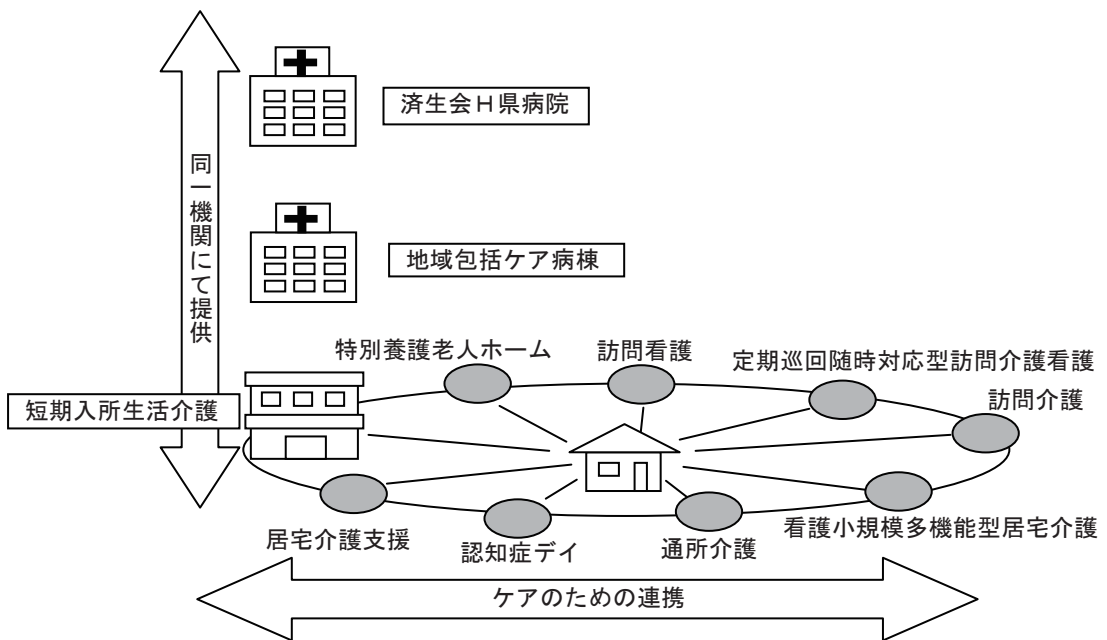


図 10 : H県済生会の垂直水平統合モデル

4. 考察 （垂直水平統合のその先に）

H県済生会は現行のサービスを活用しながら、今後は、さらに、済生会独自の垂直水平統合戦略を目指すべきと考える。この戦略は、これまで述べたような垂直的統合と水平的統合を併せ持った機能だけではなく、様々なレベルのケアにおいて、現時点ではH県済生会内のつながりを示す linkage（連携）レベルから、coordination（協調）レベルとすることであろう。

さらにH県済生会にはない機能や事業については、他の機関と手を取り合って繋がっていくことで重層的な垂直水平的統合戦略が図れるものと考えている。具体的には、coordination（協調）レベルへの移行については、例えば、地域包括ケア病棟から併設の特別養護老人ホーム短期入所生活介護へのスムーズな移行を実現するためのルール作りなどがあげられる。

また、二次救急であるH県済生会においては、三次救急である大学病院や市民病院などとの連携が不可欠であるとともに、高齢者の多くが関わりを必要とする脳神経外科系病院や認知症専門外来をもつ病院なども連携先となるし、在宅復帰を視野に入れた介護老人保健施設や回復期リハ病棟との連携も必要となると考えられる。

在宅における連携については、在宅主治医、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問リハビリなどの医療系のサービスをはじめとして、他の介護サービス事業所との連携、さらには地域の力を活用した見守りや生活支援などのインフォーマルな資源とのつながりも検討すべきであろう。

図 11 に示す重層的な垂直水平統合戦略こそ、保健・医療・福祉の分野において事業展開を進めてきたH県済生会が進む道であり、地域に根差しながらも社会福祉法人としての社会的責任を果たす事ができるモデル戦略になると考える。

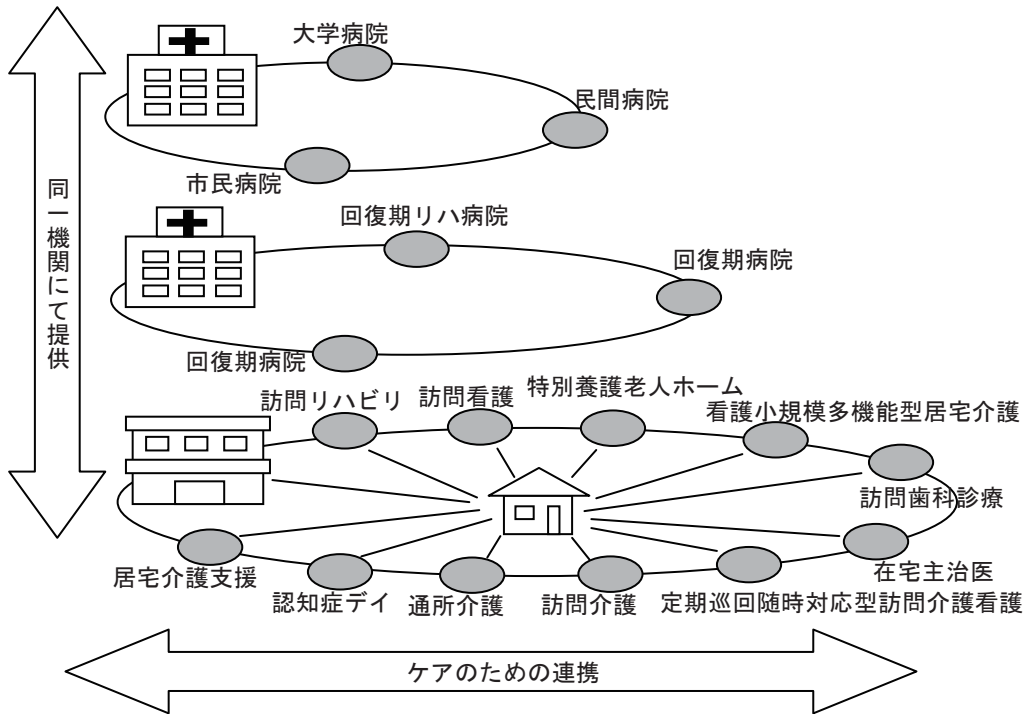


図 11：H 県済生会重層的垂直水平統合モデル

5. 結論（おわりに）

本稿では、H 県済生会の連携について分析を行ったが、これまで以上に済生会内の連携を深めることの重要性を再認識する結果となった。現在、地域包括ケア病棟から短期入所生活介護への移行するケースには共通したルールが存在するわけではなく、患者の意向、疾患、家族介護の問題、生活状況など、患者の個別的な理由に加え、受け入れ側である短期入所生活介護の空き状況などを調整した結果の利用となっている。

このような状況を整理し、例えば、大腿骨頸部骨折の高齢者は、地域包括ケア病棟から短期入所生活介護へ移行し、施設で勤務する理学療法士と介護職の連携のもと、より在宅生活に即した生活リハビリを受けて自宅に帰るというシステムづくりをすることが筆者の役割であり、H 県済生会における医療と介護は linkage（連携）レベルから coordination（協調）レベルへの移行を進めるために、どのような方策が必要かを考えねばならない。

社会福祉法人は、制度や市場原理では満たされないニーズを受け止め、対応することこそが社会福祉法人の役割であることを再認識すべきである。そして、日本最大の

社会福祉法人である済生会が目指す事業展開には、制度では解決できない問題への挑戦が含まれているということを忘れずに進まなければならないものとする。

謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、筒井孝子教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授に丁寧かつ熱心にご指導を賜りましたことに深く感謝いたします。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 社会保障制度改革国民会議報告書～確かなる社会保障を将来世代に伝えるための道筋～(2013)。
- [2] 筒井孝子(2014)『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略』中央法規出版。
- [3] 堀賢次(1996)『済生会物語』社会福祉法人^{思賜財団}済生会。

引用ホームページ

- [1] 厚生労働省「社会福祉法人制度の在り方について」
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12004000-Shakaiengokyoku-Shakai-Fukushikibanka/0000050269.pdf>(2015年8月19日アクセス)
- [2] 厚生労働省「社会保障審議会福祉部会報告書～社会福祉法人制度改革について～」
http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12004000-Shakaiengokyoku-Shakai-Fukushikibanka/0000050269_1.pdf(2015年8月19日アクセス)
- [3] 厚生労働省「地域包括ケアシステム」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/(2015年8月19日アクセス)
- [4] 厚生労働省「地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み事例」
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisaha/chiiki-houkatsu/dl/model.pdf(2015年8月19日アクセス)
- [5] 厚生労働省「今後の高齢者人口の見通し」
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisaha/chiiki-houkatsu/dl/link1-1.pdf(2015年8月19日アクセス)

- [6] 厚生労働省「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000073811.pdf>(2015年8月19日アクセス)
- [7] 社会福祉法人^{恩賜財団}済生会
<http://www.saiseikai.or.jp/>(2015年8月19日アクセス)