

医療保険と介護保険の地域連携システム
～医療ソーシャルワーカーの前方支援と病院の地域支援～
The inter-regional association system
of medical insurance and long-term care insurance
～A medical social worker's front support
and the community support of a hospital～

福井 秀隆
Fukui, Hidetaka

抄録

いまだ定義がないとされる地域連携は、医療の機能分化、医療と介護の役割分担で多く使われる言葉である。実際、診療報酬や介護報酬、政策等で医療保険と介護保険の地域連携は密接な関係にあり、医療と介護の关系到地域連携は必須である。また、それらの関係を病病・病診の連携、医療と介護の連携、介護同士の連携に整理し、さらに専門職同士の連携があることを示した。

地域連携の課題については、MSW と病院の取り組みを述べた。MSW には、①患者・家族の主体性を尊重した医療福祉アセスメント、②地域で安心した治療・療養生活が送れるようなトータルコーディネートの視点、の機能が期待され、地域の診療所や介護保険サービス事業所の相談機能、つまり、MSW の前方連携に関わる支援（前方支援）をについて提案した。病院については、地域を一つの枠組みとしたパートナーシップについて、地域支援を提案した。

キーワード：地域連携、医療ソーシャルワーカー、前方支援、地域支援

はじめに

平成 24 年度診療報酬改定の基本方針（厚生労働省 2012）では「病院・病床機能の分化・強化と連携（急性期医療への医療資源の集中投入等）、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025 年のイメージを見据えつつ、計画的な対応を段階的に実施していくこと」とし、「今回の改定が診療報酬と介護報酬の同時改訂であることも踏まえ、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取り組みについて重点課題とする」としている。二木（2007）が連携を成り立たせるための取り組み要件の検討や医療・介護の連携の効果に関する研究の在り方に取り組み、太田（2009・2010・2011）らが地域ケアや地域包括ケアについて研究しているものの、地域連携の定義はまだないとされている。しかし、2025 年を意識しながら医療

と介護は密接な関係にある。

これらの背景を踏まえ、本研究では、まだ明確な定義のない地域連携を整理し、地域連携における医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）の役割について考察する。地域連携については、診療・介護報酬、地域ケア・地域包括ケアを分析し、医療と介護の地域連携の捉え方や実践レベルでの活用を整理する。また、病院の地域連携に対する補完として地域支援について考察した。

1 章 地域連携の業務と報酬システム

1 節 地域連携業務

地域連携はまだ定義がないとされ、部署名を地域連携係や地域医療連携室として地域連携業務を行う部門がある。全国組織としても全国連携室ネットワーク連絡会があるものの、その呼び名さえも多種多様な部門である。地域連携のスタッフも多種多様であり、MSW や事務員単独であったり、他の業務と兼務というスタッフも多い。最近では事務員、MSW、看護師を配置している地域連携部門が増え、小泉の資料や各病院のホームページを参考に、3 職種を配置している病院のそれぞれの業務を整理すると表 1 のようになる。地域連携業務は前方連携と後方連携にわけて考えられることが多く、前方連携が医療機関に入院や受診をするまでの相談であったり、検査や診療の予約業務（自院のものもあれば、他院のものも含む）、後方連携は入院した患者さんの退院に関する業務を担うとされている。MSW は退院援助を主としているところが多い。地域医療支援病院を取得している病院や特定機能病院では、地域の医療機関や介護保険サービス事業所、地域住民との勉強会開催に関する担当も兼ねているところがほとんどであり、病院の営業係として、病院や診療所への訪問を行っているところもある。つまり、自院以外の医療機関や介護保険サービス事業所と関係するものは「地域連携」という枠組みで考えられているところが多いようである。

表 1

連携の種類	職種	業務
前方連携	事務員	診療や検査の紹介・逆紹介の予約、開業医との連携、地域連携パス事務局
後方連携	MSW	退院援助（医療必要度が低い）、社会復帰援助、地域連携パス事務局
横断的連携	看護師	退院援助（医療必要度が高い）、社会復帰援助、地域連携パス事務局、前方連携の医療必要度が高いケース

3 職種による地域連携の取り組みを実践している寺村（2012）は「地域連携機能を横断的に活用すること」をポイントに挙げ、地域で医療・介護の連携を行うことを目標に、公立甲賀病院地域医療連携室では3職種がチームを組む拠点としての部署となり、各専門職の利点を生かした様々な地域活動や支援を行っている。中でも、甲賀圏域地域連携検討会を開催し、甲賀保健医療圏を中心とした地域の医療・介護の連携強化に奔走している。医療機関だけではなく、地域包括支援センターや介護保険サービス事業所も参加した検討会では、地域の様々な専門職がチームで関わる重要性を実感できる企画を行っている。地域連携を病病¹⁾・病診²⁾連携の部署として考えるのではなく、それぞれの専門職・医療機関の目標概念とし、実践レベルで取り組んでいる。地域を一つの枠組みとした医療・介護の連携を成功に導くための地域実践の例である。他の地域連携の取り組みとして、製薬企業が関わった東京都連携実務者協議会。行政が関わった高知県地域医療連携ネットワーク、福井県地域医療連携の会、南予地方局地域連携実務者育成研修会。介護・福祉の連携として、庄内地域連携の会、世田谷区連携実務者ネットワーク、宮崎医療連携実務者協議会なども報告されている。

平成12年ごろから地域連携といわれる部署の医療機関での設置が進んだ。医療の機能分化もその設置理由の一つである。また、介護保険が導入され、医療だけでなく医療と介護の連携が必要になり、MSWの導入も飛躍的に増えた。古くから医療機関で働くMSWの部署として医療社会事業部があり、医療福祉相談室として医療福祉という言葉を使うところもあったものの、MSWの専門職団体として日本医療社会事業協会³⁾が古くからあり、MSW＝医療社会事業を行う者という考え方があった。それが地域連携部門として変わりつつある。それまで病診連携室などとして診療の予約や紹介・逆紹介を担う部署と位置づけられている部門が、医療社会事業部や医療福祉相談室と病診連携室を統合する形で、地域連携を行う部署として編成されることが多かった。地域連携部門の中で地域連携係と相談係と分けるところ、兼ねるところはそれぞれである。前方連携・後方連携と考えると、MSWは後方連携の退院援助として部署に配置されることが多い。前方連携と聞くと、紹介・逆紹介の連絡や予約、病院や診療所などへのあいさつ回り等の業務を連想するMSWは多いだろう。对患者という意味より、对患者に関わる医療職のサポート的な役割が業務の主であり、事務的・営業的な業務が多い。紹介・逆紹介の連絡や予約はMSWの業務かどうかというと、事務的業務であり、MSWでなくてはならないということはないだろう。しかし、地域を単位として様々な連携を意識すると、MSWに求められる前方への支援がみえてくる。

2 節 診療報酬にみる地域連携

平成12年の診療報酬改定では、病病・病診連携の指標が紹介率・逆紹介率と定められた。病院や診療所で診療情報提供書を利用し、対応が困難な専門的な治療・検査・手術等を目的として、特定機能病院や急性期病院などの医療機関に紹介することや、特定機能病院や急性期病院などで専門的な治療・検査・手術等を終え、安定した病状となった患者のかかりつけ

医となるべく逆紹介をすること、つまり、治療を目的とした医療に関する連携が大きく診療報酬で評価された。連携の指標が紹介率・逆紹介率になり、急性期病院を評価するものとなったその報酬が大きな利益となるがゆえに、門前クリニックなどの患者不在の連携もあった。また、急性期特定入院加算の施設基準には、地域医療連携部門の設置が盛り込まれており、各医療機関で地域医療連携部門の開設が急増した。

平成 18 年診療報酬改定にて、病院・診療所の紹介率加算（紹介外来加算、紹介外来特別加算）、紹介率を指標とした入院基本料の急性期入院加算（急性期入院加算、急性期特定入院加算）は廃止された。紹介率は地域医療支援病院に関係したもののみになり、平均在院日数によって入院基本料が変動する仕組みで、急性期医療が評価される仕組みにとって代わった。診療情報提供書による紹介のシステムは地域連携パスとして形を変え、新しく診療報酬項目として新設された。紹介加算は急性期病院とかかりつけ医の関係や特定機能病院とその他の医療機関との役割分担を促進するものであったが、地域連携パスは治療そのものを地域の急性期・回復期で共有しようという取り組みを評価するものである。つまり、連携をとる必要がある具体的な疾患をクローズアップし、連携が治療になくってはならないものであることをシステム化した。大腿骨骨折に限って始まった地域連携パスは、平成 20 年診療報酬改定で脳卒中に拡大、平成 22 年診療報酬改定でがん診療連携拠点病院 5 大がん地域連携クリティカルパスが新設された。脳卒中・大腿骨骨折の地域連携パスも急性期から回復期までのものではなく、慢性期として診療所にも拡大され、地域連携がより診療報酬上評価された。医療機関だけの連携ではなく、厚労省のいう地域を一つの枠組みとした連携、「急性期、回復期、慢性期、在宅医療という医療の切れ目ない流れ」であった。また、この改定では、平均在院日数を削減するために退院調整加算が診療報酬項目として新設され、各医療機関に退院に関するシステムが導入されることとなった。MSW が取り組んできた退院援助システムもここに組み込まれることとなる。

3 節 介護報酬にみる地域連携

介護報酬上の連携については、平成 21 年介護報酬改定にて、医療と介護の連携の強化・推進を図る観点から、入院時や退院・退所時に、病院等と利用者に関する情報共有等の評価として医療連携加算が新設された。介護支援専門員（以下 CM）と病院スタッフが退院時に必要な情報交換を行うとして退院・退所加算も新設されている。それぞれの加算は平成 24 年介護報酬改定にてさらに点数が引き上げられる。また、最近では、地域連携パスの慢性期に老健が位置付けられた。

平成 24 年度介護報酬改定（厚生労働省 2012）でも「医療と介護の連携・機能分担を推進」とし、連携強化がなされている。老健での肺炎の対応強化や介護保険上の看取り対応への評価、介護職員のたん吸引など、医療から介護への役割分担としたシフトチェンジについての評価が高くなった。

CMを中心とし、一人の利用者にあった様々なサービスを総合的にマネジメントする仕組みが介護保険の土台にある。サービスごとの事業所形式で、様々な事業所・専門職が一人の利用者のケアに関わる。ケアマネジメントを行うのがCMであるものの、ケアプラン上の課題については、担当者会議で様々なサービススタッフが話し合っ取り組むことが定められている。様々な専門職が参加するチームでの治療が推進される医療では、高度な医療知識や技術が要求されるがゆえに、医療の業務独占が医師にあり、介護サービスと医療では少し専門職連携の方法が異なる。デイケアや訪問看護・訪問リハビリで医師の指示が必要なだけであり、医療の業務独占のような絶対的關係は、介護保険では一部だけである。

医療では、医学モデルの批判から、患者を中心に置いた生活モデルの推進が進んできた。しかし、医療の専門性を考えると、医療を業務独占とする医師がある程度中心になることが医療の独自性とも考えられる。ただ、医療でもがんの領域などでは、その治療や完治の困難さから、その人の生き方や思い、その人を取り巻く環境によって療養場所や治療方針は変わり、医師を中心とした形態ではなく、患者・家族を専門職が取り巻き、専門職が横に連なって患者さんに関わる連携の形態が特に求められる。

2章 医療保険と介護保険の地域連携システム

1節 機能別にみる医療提供体制

最近では、急性期を高度急性期と一般急性期に分類し、回復期と慢性期の4つの医療提供体制にステージが区分される。これらの連携は、治療のステージ別に行われるそれぞれの役割分担の医療連携である。医療制度改革の度に、医療計画や二次医療圏ごとに完結した治療ができることを目標とされており、医療が地域で連携する考え方が医療提供体制に位置付けられている。

これらの医療機能分化は第二次医療改定から本格的に始まったとされるが、利用者である国民の理解には時間がかかった。利用する者にとっては一つの医療機関ですべての治療が受けられるほうが良いと考える。治療のステージごとに病院スタッフが変わることはなく、手術を行った医師がリハビリや外来でも診てくれるほうが安心である。治療ステージごとに転院した先の医療機関が自宅から遠くでは家族も見舞いが大変である。さらに自身にあった医療機関を探したくとも、医療機関には独特な広告規制がある。

その機能が特殊的で、地域や経営者の意向によって特徴づけられる病院がある。現在多くなっている100床前後の専門特化病院である。脳外科や整形外科に特化し、緊急治療・手術体制を整えており、充実した医療設備を持っている。専門特化病院が重宝されるのは、特定機能病院の特殊性と、市立や公立の公的病院の医療体制にも次のような課題があるからである。公的病院では患者が殺到し、手術や検査の待機期間が長く、緊急手術は必要ないといえど、骨折をして1週間や2週間待たなければいけないこともある。患者・家族としては

不安が募る。MRI 検査でさえ 3 週間待ちであることも多い。また、大学病院では一般的な骨折は診ないとするところもある。さらに、多くの診療科を持つ病院で二次救急体制をとっているといえど、夕方 5 時以降からは内科か簡単な処置をするだけの外科の当直体制のところも多い。特に夜間の医療体制は近年様々な問題が指摘されてきたが、現状でも多くの病院の受入れ体制は悲惨と言わざるを得ない。専門特化病院が行っていることは、地域の医療提供体制の課題を解決するための地域のニーズに特化した医療である。特定機能病院や地域医療支援病院と紹介・逆紹介関係を持つ診療所といった図式は、医療費削減政策から考えられる現在の医療提供体制の一般的なあり方である。100 床前後の中小病院は国の指針から少し外れた立ち位置だと考えられるが、常に地域の医療ニーズを汲み取り、臨機応変な機動力を生かした医療を提供する役割を 100 床前後の中小病院が担うことができれば、「おもしろい」病院として考えることができよう。機能分化や診療報酬で区分される医療の体制では割り切れないほど疾患は複雑である。地域のニーズに合わせ専門特化した病院として、100 床前後の中小病院がその役割を担うならば「おもしろい」。後に提案する地域の医療ニーズを分析した手法にも通ずる考え方である。これらの分析には公表されている DPC 統計が追い風となるだろう。

2 節 地域ケア・地域包括ケアと地域連携の関係

医療と介護の地域連携をシステム面から考えるとき、地域ケアと地域包括ケアシステムが提案されている。

地域ケア体制の整備に関する基本指針の策定について（厚生労働省 2007）では、「人口構造や世帯構造の変化、高齢化の進展に係る地域差等に留意することが必要となる。その上で、高齢者の状態に即した適切なサービスを効率的に提供する体制づくり、すなわち地域ケア体制の整備に取り組むことが求められる。」とされ、地域ケア体制整備構想により推進する「地域ケア体制の整備」として、「療養病床の転換を図る過程を通じて、高齢者の生活を支える医療、介護、住まい等の総合的な体制整備を、人口構造等の中長期的展望を踏まえつつ、各地域におけるサービスニーズに即応して行おうとするものである。」とし、療養病床の再編成を円滑に進めるためには、地域ケア体制の整備が重要とされた。超高齢社会を見据えた体制作りを意味し、療養病床の転換を中心に考えられたものである。榎本（2007）によると、地域ケア体制のポイントは、①療養病床の転換政策、②療養病床転換分も含めた施設・在宅サービスのバランス、確保方策、③給付と負担のバランス、④高齢者の介護・見守り・住まい・在宅医療の連携体制、⑤地域における見守り機能を有する高齢者向け住まいの在り方、⑥地域における在宅医療基盤の整備の在り方、等になる。中長期的な将来的な計画は 2025 年をさし、その後の政策の中心的理由となるが、主の課題は療養病床の転換である。医療と介護の役割分担とし療養の対象者の大半は介護保険でのサービス活用が適切であるとの判断である。さらにこれらの改革は地域のサービスニーズにあったものが行われるとしている。

地域包括ケアシステムの定義は、

社会保障国民会議中間報告（内閣府 2008）

「医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが、日常生活の場（日常生活圏域）で用意されていることが必要であり、同時に、サービスがバラバラに提供されるのではなく、包括的・継続的に提供できるような地域での体制（地域包括ケア）づくりが必要である。」とし、「さらに、より総合的な高齢者・障害者の地域生活支援を地域で実現していくためには、ボランティア組織や地域の互助組織などのインフォーマルな共助の仕組みも含めた、文字通り地域ぐるみの取組みが不可欠である。」

地域包括ケア研究会 報告書（田中 2009）

「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」とし、地域包括ケア圏域については、「おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする」としている。

等がある。地域包括ケアシステムのポイントは、①医療との連携強化、②介護保険サービスの充実強化、③予防の推進、④多様な生活支援サービスの確保や権利擁護、⑤高齢者住まいの整備である。地域包括ケア研究会（田中 2009）が「2025 年の高齢社会を踏まえると介護保険サービスや医療保険サービスのみならず、様々な支援が切れ目なく提供されることは必要。地域において包括的、継続的につながる有機的な連携の仕組みが地域包括ケアシステム」と報告しているように、在宅医療のための介護保険システムを中心とした話題としての性格が強い。

入院医療と在宅医療の住み分けの中で、入院に関する医療を中心とした医療提供体制を話題とした地域ケア、在宅での療養を中心とした介護保険サービスの在り方を話題としたのが地域包括ケアシステムであった。これらの医療提供体制から始まった介護提供体制の整備、つまり、医療保険と介護保険の役割分担によって、医療保険と介護保険が密接な関係を持つこととなる。効率・効果的な医療の提供には介護との役割分担は必須であり、役割分担をした医療と介護を地域で一つのものとしてとらえ直す包括といった考え方は、連携とともに重要な意味を持つものになる。地域の医療機関だけでなく、介護保険サービス事業所も含めた地域医療介護連携といえよう。

3 節 医療保険と介護保険の地域連携システム

医療保険と介護保険の関係は強く、医療と介護に関する地域連携をシステム面から整理すると病病・病診の連携、医療と介護の連携、介護同士の連携の三つにわけることができる。

病病・病診の連携は医療の治療上のシステムであり、高度急性期と一般急性期、一般急性期と回復期や慢性期、回復期と慢性期といった病病連携から、慢性期で在宅療養を行う場合の病院と診療所の病診連携ということになる。医療機関種別にみた連携がこれにあたる。これらは医療費の削減を目指した効率・効果的な医療を目指して考えられた医療提供体制であり、現在の医療提供体制の原則である。医療と介護の連携も医療提供体制と強い関係を持っており、医療と介護の役割分担や入院医療から在宅医療という療養生活のサポートが介護保険サービスの主な役割である。診療所と介護保険サービス事業所との関係もここに含まれており、慢性期は地域で過ごし、日常的な病状の管理は診療所をかかりつけ医として考えることが一般的であり、医療と介護の相互関係である。医療提供体制の機能分化や在宅療養の推進によって考えられた地域連携は医療から介護への連携だけでなく、介護から医療への連携の関係も持ち合わせている。介護保険サービス事業所同士の連携は、その創設時からそれぞれの事業所がケアプランとケア会議への参加が義務付けられており、連携に関するシステムがすでに組み込まれていた。医師を主体とする医療とは異なる専門職連携の体制もその特徴である。

そして、ミクロ的視点で専門職同士の連携がある。医療では、連携医療機関同士の医師や看護師、リハビリスタッフ、MSW等それぞれの連携が必要とされ、診療情報提供書や各サマリーなどの文章によって専門職間連携がとられている。この専門職間連携において医療と介護で異なるのは、医療ではほとんど書類での連携になるが、介護は関係スタッフが集まってケア会議を行う。医療では院内でカンファレンスを開くことがあっても、なかなか他医療機関まで出向いての情報交換はなされない。入院患者の管理があるということが理由のひとつであろうが、介護の連携の方法から学ぶこともあろう。顔をあわせることなく、文章だけの連携の難しさに気づき、医療の連携を見直す必要があるだろう。

3章 前方支援へ医療ソーシャルワーカーの挑戦

1節 患者・家族からみた療養と医療

平成24年度診療報酬改定の基本方針（厚生労働省2012）において、「貴重な医療資源の効率的かつ効果的な利用のためには、医療関係者や行政、保険者の努力はもちろんのこと、患者や国民も適切な受診をはじめとした意識を持ち、それぞれの立場での取り組みを進めるべきである」と指摘し、改定の視点として「患者が医療サービスの利用者として必要な情報に基づき納得し、自覚を持った上で医療に参加していけること、生活の質という観点も含め患者一人一人が心身の状況にあった医療を受けることが求められており、『患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点』」としている。

療養場所について、健康保険組合連合会が行った調査（2011）がある。本人が高齢期に寝たきりになった場合に希望する療養場所について、自宅（22.6%）、老人保健施設（16.0%）、特別養護老人ホーム（15.3%）の順に多い。前回調査と比較して、自宅（前回33.0%）や病院（前

回 14.3%) を希望する回答が減少し、老人保健施設 (前回 11.5%) や特別養護老人ホーム (前回 12.0%) を希望する回答が増加している。前回調査では選択肢になかった特定施設を希望する回答については、30 代、50 代、60 代、70 代で 1 割以上に及んでいる。なお、家族が高齢期に寝たきりになった場合に希望する療養場所については、特別養護老人ホーム (20.8%) が最も多く、次いで老人保健施設 (17.8%)、自宅 (17.3%) などとなっている。実際にこれらを選択できるのかどうかは、地域や病状にもよるだろうが、胃ろう等をしている人が療養に困ることや年金で払えるとは限らない利用料、特に特定施設を希望する者もかなり増えてきているが利用料は高い。ということをごくまで利用を望む人は理解できているだろうか。特別養護老人ホームでも、ユニット型については有料老人ホーム並みの利用料金で、国民年金だけでの入所は不可能である。急性期病院を退院後は、料金が低い特定施設よりも自己負担が比較的安い医療機関を希望するケースも多く、療養先を決定する際の条件として、利用料・距離・療養期間のどの順で療養先を考えるかということ、最終的には利用料を最優先することが圧倒的である。

経口摂取が困難になると、胃ろう・中心静脈栄養法・経鼻経管栄養法が一般的に考えられる。様々な病状等によって適用は分かれるが、胃ろうは 1～3 ヶ月以上の長期栄養補給法としては最も優れている。しかし、延命治療を良しとせず、胃ろうを希望しないという患者・家族がかなり増え、中日新聞 (2013) で紹介されているような過剰拒否は医療現場で広がっている。特に胃ろうは療養先の選択にも影響し、丁寧な説明と患者・家族の確かな理解と了解が求められる。しかし、入院中であれば患者・家族は比較的短い期間で判断を求められる。急性期病院の平均在院日数は 2 週間程度である。突然の疾患から患者・家族は様々な選択を迫られる。

療養や胃ろう、患者・家族の知識や判断について述べた。医療や介護の知識だけでなく、思いも療養計画や医療行為の方針は左右されるが、テレビや雑誌も医療をテーマにしたものが多く、その時折の病状や地域性は無視して、簡単に医療や介護の知識を得ることができる。間違った情報だとしても判断の基準となりうる。だからといって患者・家族が正しい医療知識を身につけることや、数年に一度変わる医療提供体制を理解することは困難であろう。医療に関する説明や情報提供は、インフォームドコンセント、インフォームドチョイスの考え方に沿い、丁寧に話し合うことが大切なことは言うまでもないが、日常的に医療や健康のことで相談できるような、地域に開かれた医療機関が必要ではなかろうか。

2 節 医療ソーシャルワーカーの前方支援を考える (ミクロ的視点)

地域連携には前方連携と後方連携があり、最近の MSW の主の業務である退院援助は後方支援と位置付けられていることは 1 章 1 節で述べた。しかし、入院する前にも MSW の機能が必要と考えられるケースがある。ここでは MSW のミクロ的機能に着目し、入院や受診前の支援、つまり、MSW の前方連携に関わる支援 (前方支援) を整理する。

①入院相談時の療養計画と医療資源の利用に関する確認

入院相談時に療養計画の確認が求められるケースがある。家族さんから入院の相談がA急性期病院にあった。肺炎後の廃用性症候群のケースである。リハビリテーションは回復期リハビリテーション病棟の担当となるために、B回復期リハビリテーション病院を紹介した。肺炎の治療により下肢筋力の廃用性症候群をおこし、リハビリテーションが必要になるケースは、回復期リハビリテーション病棟への入院基準として認定され、一般的にはリハビリテーション後の退院となる。しかし、急性期病院のベッドの満床状態の継続や、退院時に家族が大丈夫だろうと考え、廃用性症候群でありながら退院し、在宅に帰ってから困るというケースは少なくない。急性期医療機関でMSWの配置は進んでいるといえど、すべての入院患者に関われるところは多くはなく、退院援助がなされないままの急性期病院の退院となるのが一つの原因である。治療に関する連携が途切れてしまっている例である。

回復期リハビリテーションの対象外であると、MSWが介入しないことも多い。在宅で療養している患者・家族が直接気になる医療機関に相談をする。このような相談があると、家族の考える療養計画がどこまで現実性のあるものなのかを考えながら、療養計画を予測する。上記のようなケースでは、回復期リハビリテーション病棟に相談があると、自院での入院を検討するだろうし、急性期病院に相談があっても、一般的な療養計画を伝え、医療資源の適切な活用をMSWはすすめるだろう。時には、契約を結んでいるCMと相談しながら療養計画を共同で考え、訪問リハビリテーションを利用しながらの在宅療養を継続することを考えたり、回復期リハビリテーションの利用を考えるケースもある。回復期リハビリテーション病棟への入院相談では、利用の適応について家族の協力や社会的背景なども考慮し、ある程度の療養計画をもって入院を医師と検討する。適切な医療資源利用が可能かどうかといった判断である。ただし、総合的な判断は医師がする。MSWは心理・社会的な側面から評価をする。回復期リハビリテーション病棟において、在宅復帰率はその病棟の要件となっているように、病院の社会的な役割と関係する。適切な医療資源利用という視点は、医療と介護の役割分担からも前方支援で必要となる要素である。

療養計画を作成するうえで、患者・家族の了解を得るということは簡単なことではなく、時に医療機関と介護保険サービス事業所が協力し、患者・家族に説明を行うケースがしばしばある。医療機関で話し合っただけで療養生活を計画したとしても、家族という最小単位の社会で決められたルールを変えることは、なかなか家族は納得したようできて、納得していないケースも多い。実際に在宅で生活をし、気づくことも多い。療養計画を再考する機会を設け、何度も見直し活用することが必要となる。

②動機や社会背景に関するアセスメント

地域のC精神科病院よりD急性期病院に70代後半の男性の胃ろう増設の依頼があり、診療情報提供書にはアルコール性認知症、全介助、意思疎通不可、キーパーソン

は妻とあった。D 急性期病院医師は病状やこれまでの生活歴の予測から胃ろう増設に迷いがあった。つまり、家族は本人のこれからをどのように願っているのか、関係は良好なのかといったところである。D 急性期病院 MSW は家族と本人との関係性(心理・社会的背景)、アルコール系疾患や C 精神科病院入院中のエピソードなどを C 精神科病院へ確認した。妻は一週間に複数回面会に訪れ、C 精神科病院に入院中も何度か在宅での療養にチャレンジし、長期的ではないが、在宅療養も継続したことがあるとのことであった。これからもチャンスがあれば在宅での療養も、栄養補給管理が行いやすい胃ろうを考えているとのことであった。これらの背景を D 急性期病院医師に伝え、胃ろう増設を行うこととなった。

胃ろう増設には前述の胃ろうに関する考えや施設入所に条件が付けられるといった療養の問題が関係する。胃ろう増設にも迷いがあると、本人の療養生活だけではなく、そこに関わる家族の生活にも影響する。胃ろう増設を後悔することもある。このケースでは精神疾患もあり、より確かな胃ろう増設への動機や社会的背景・療養計画へのアセスメントが欠かせなかった。黒木(2004:93)が医療福祉アセスメントを「退院援助を行う場合、患者、家族の状況を把握し援助方針を検討するのに有効である」としているが、退院援助だけでなく、療養生活の方法をアセスメントする時にも有効である。患者・家族の社会的状況、患者・家族の思い、患者の状態などいくつもの要素があって、療養生活の選択は行われるからである。

以上のミクロ的な機能について述べた例からは、以下の二つの要素に整理される。

①患者・家族の主体性を尊重した医療福祉アセスメント

医療が高度な知識と特殊な技術を持って治療にあたるからこそ、患者・家族が主体的になれない頃があった。しかし、近年では、より治療や療養の場所などでますます選択が求められる。がん疾患では、完治が難しく余命までの治療と療養を決定することに患者・家族の主体性が問われる。意識のない寝たきり患者となると、療養場所や先にも取り上げた胃ろうについて家族の主体性が求められる。一般的な治療でも手術と投薬療法の選択や痛みに対する主体性は患者に求められる。一方、医療機関にも患者・家族の関係や生活状況を把握し、治療に取り組むことが求められたゆえに、患者・家族の主体性を尊重した医療福祉アセスメントが必要と考えられる。

②地域で安心した治療・療養生活が送れるようなトータルコーディネートの視点

機能分化をしているからこそそのトータルコーディネートである。短期機関で考えないといけない療養計画は、長年培った家族関係とルールについて話し合うことになり、短期間でまとまるものでもなく、何度か再計画を求められるものである。さらに複雑化した医療提供体制や、介護保険サービスについても考えることになり、医療や介護の全体の状況をわかっていないと考えがまとまるのも難しい。急性期・回復期・慢性期それぞれで治療やリハビリテーションを終え、介護保険サービスなどを使いながら

療養生活や社会復帰をする。かかりつけ医には日常的な病状管理を受ける。そして、治療や手術、検査が必要な場合は、また急性期病院にかかる。医療や介護・地域生活なども含めた、日常生活をトータルでコーディネートする視点と支援である。

これら二つの要素は、MSWの前方支援であり、直接的な相談者へのアプローチである。回復期リハビリテーション病棟や療養病床の入院相談、急性期病院の検査予約などで特に効果を発揮する。MSWの治療の補完的な機能については、竹内（1999：7）も、医療が対応しきれていないがん、生活習慣病、老人医療などの領域での成果を指摘している。療養計画と医療資源の利用確認、動機や生活背景のアセスメントは治療に欠かせない支援であり、MSWの専門性が治療に十分発揮される場所である。

最近では、医師事務作業補助体制加算が新設され、医師の書類作成の事務作業を軽減することを目的とした事務員の配置が診療報酬上評価されている。これらMSWの支援は治療そのものにも関わる支援であり、診療報酬上も評価する必要がある。

3節 医療ソーシャルワーカーの前方支援を考える（メゾ的視点）

MSWには、地域の診療所や介護保険サービス事業所から助言を求められることがある。

診療所からE急性期病院にエコーを含む心疾患の精査と家族の介護疲れを考慮した受診・入院相談があった。急性期病院では入院が困難なケースである。外来でも検査はでき、介護疲れが主の問題だからである。E急性期病院のMSWは、療養病床が入院待機が多いうえに、低い医療区分での入院が困難ということを前提に、2週間程度の入院後は在宅退院とすることを家族に確認し、少し交通が不便だが比較的空床があると聞いていたG急性期病院の亜急性期病棟に相談、入院となった。

一般的に診療所スタッフにMSWはいない。有床診療所や専門特化した診療所で様々な職種と兼務しながらのスタッフ配置がやっとなっており、MSWは9割以上の診療所で配置がない。地域の医療提供体制を診療所医師が熟知することは困難であり、外来診療もある。何とか時間を割いて対応してもらえる医療機関を探すこととなる。所属機関の垣根を越え、地域の診療所のための相談窓口機能として、地域連携のMSWが対応した例である。他にも圧迫骨折は安静であればよいとし、最近では病院での入院対象と考えられないとするケースもあり、療養場所に苦渋する。

時には、介護保険サービス事業所から、病院での入院は必要ないと判断されるが、介護保険サービスでもカバーすることが難しいケースの相談がある。外来で対応できる治療が必要だけでなく、高齢者独居世帯・家族の協力が得られないなどの社会的な背景により、入院を希望するケースである。治療に関する医療連携であれば、病病・病診連携スタッフが事務的な対応ができよう。しかし、療養病床や施設利用のケースにMSWは医師やCMとの調整役にもなろう。また、治療よりも療養に近い問題であれば、地域の療養環境をよく知り、患者さんの療養計画を繋げるという視点を持ったMSWに問題解決の期待がかかる。この問

題は介護だけの問題ではない。地域の医療提供体制を把握し、地域でぎりぎりの生活を送っている在宅療養患者を支える問題として、在宅療養を推進する今の医療提供体制からは新たな課題である。地域での療養を支える介護保険サービスの知識も持ち、地域の医療提供体制という社会の仕組みと個人の課題に関わる MSW 機能が求められるところである。医療と介護の密接な関係から、医療の分野に介護の相談が多く寄せられる。

MSW の前方支援に関するメゾ的機能は、地域連携を目標概念として考え、MSW が地域を一つの枠組みとして、地域にどのような貢献が出来るかという視点に立って考えたものであり、医療ソーシャルワーカーの業務指針（厚生労働省 2002）の地域活動に近い。特に、地域の診療所や介護保険サービス事業所からの医療福祉相談としての役割を MSW の前方支援機能として病院に設置することは、地域という枠組みで患者・家族を支援する体制となり、在宅療養を進める医療政策にとっても、病院と地域の協働支援と考えられる。地域を支える病院や診療所だけでなく、介護サービス事業所などの専門職や専門機関の力を一つにし、地域住民のために発揮される取り組みとなる。

4 節 予防的社会福祉と医療ソーシャルワーカーの前方支援

ここでは岡村の予防的社会福祉の理論を参考に、MSW の前方支援について考える。

岡村（2009：161-171）は医療福祉の機能を「病気を治療することではなくて、患者の生活条件の調整と医療への動機づけによって医療制度を効果的に利用させ、もしそれがなければ医療を断念するような患者に医療をつづけさせることである」とし、「普遍的サービスに付属する社会福祉は、個人を普遍的サービスに結びつけ、そこから脱落することを予防する故に、これを予防的社会福祉」としている。医療制度を効果的に利用することは、療養計画の問題で取り上げた課題である。普遍的サービスがあっても利用にサポートがいる例としては、高額療養費制度の活用に関する福井（2012）の調査研究でも指摘した。医療という普遍的サービスからの脱落を防ぐところは MSW の前方支援に結びつく。また、岡村（2009：53）は医療福祉を「保健・衛生サービスは、個人の生活の保健的側面にのみ着目するのに対して、社会福祉はその保健サービスを利用する個人の保健的側面以外の生活条件の全体にわたる援助をあたえることによって、保健・衛生サービスを積極的に利用させるのである。」としている。保健サービスの積極的利用は、地域で暮らす療養患者や地域住民にとって、自らの健康を考えることになろう。

これらの取り組みは、医療提供体制という医療の社会システムと患者・家族を含めた地域住民という個の接点に着目し、地域を一つの枠組みとして考えるから有効である。様々なサービスの模索や患者・家族関係の調整などを通じ、医療制度や介護保険制度からの脱落を積極的に予防する。ただし、岡村（2009：53）が「個人がこれらの普遍的サービスを利用しやすいように、個人の生活の立場に立って専門分業制度の運用を変更させたり、個人の側の役割実行を援助して、制度からの脱落を予防するのであるから、間接的な第一次予防というべき

である。」と指摘する間接的な第一次予防より、医療の公的な役割に沿った積極的な地域への関わりとなろう。

医療機関に所属する専門職がそれぞれ地域という枠組みで取り組みを行うことは、地域看護や地域リハビリテーションとして行われている。1章でも取り上げた公立甲賀病院の取り組みのように、地域にむけた各専門職のアプローチは、それぞれの専門分野からすすめるものであり、それぞれの専門性が重なり合う部分もある。岡村（2009：53）が「社会福祉が、個人と社会制度との間の社会関係の困難にかかわるといふ、その固有の本質によって、普遍的サービスの予防的機能を補完し、それに付属せしめられるという基本的性格によるものである。」としている社会福祉の固有の本質からも、MSWの前方支援に期待がかかる。3章で取り上げた具体的な例からも考えられることである。また、前澤（2011：59-73）は地域包括ケアに関わる専門職として地域や地域で住む人の生活を知り、医療のことも知らなければうまく連携が取れないと指摘しているように、医療における社会福祉の課題に取り組むMSWが地域に目を向けることは、当然なのかもしれない。

地域の問題であるからとし、地域包括支援センターがMSWの前方支援の機能をなしうるかということについては、医療の業務独占から考えれば、医療機関ではない地域包括支援センターには限界がある。医師が決定する医療機関側からのアプローチが必要となる。地域の問題ではなく、医療の地域への問題として捉える必要がある。つまり、医療を受けた後や受けている治療中の問題は医療が責任を持たなければ、医療の介護への責任転換でしかない。治療を目的とした連携は医療機関が責任を持ってかかりつけ医や介護保険サービス事業所にバトンタッチし、介護保険サービス事業所の了解も得たうえでも地域での生活に医療機関が送り出さなければならない。

4章 病院の地域支援を考える

1節 病院の地域支援を考える

平成24年度診療報酬改定の基本方針（厚生労働省2012）の中で、「地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定をはじめ、補助金等の予算措置、保険者の取組といった様々な手段との役割分担を明確にするとともに、これらの施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬の在り方について、引き続き検討を行うべきである」とし、地域医療の実情に沿った診療報酬の在り方について述べている。診療報酬は医療機関の経営に大きな影響を与えるものであり、その改定は治療や療養にも影響を及ぼす。地域住民は、自分たちの希望にあった医療機関を望む。病院や診療所、介護保険サービス事業所の関係も、それぞれが話し合っただけで役割分担をしなければ、患者の取り合いや押し付け合いに発展してしまう。地域の実情に合った地域医療体制を整えることは、それを利用する者と提供する者それぞれにメリットとなり、地域を枠組みとしたパートナーシップによって取り組まれなければ、地

域で必要とされる医療や介護が提供されることは難しい。

病院の地域とのパートナーシップに MSW の療養生活の全体を見据える機能は欠かせない。療養計画づくりは入院中や治療中、療養中に限らずにおこりうる。在宅での療養中に再計画が必要になることもあれば、患者・家族の主体性は治療中や療養中に次の療養場所を選択する時にも必要になる。医療に関するサポートはその病院に通院しているかの有無ではなく、病院が個々に責任を持たねば解決は難しい。普遍的サービスである医療や介護からの脱落を防ぐ MSW の支援は、医療機関から地域への連携として重要な機能であり、医療機関の地域支援につながる。他にも、がんや糖尿病の患者会、健康・介護講座などによって、病院の地域支援の取り組みは始まっている。受診ではなく、医療や介護の身近な相談としての看護相談を行っている病院もあれば、患者サポート加算のように診療報酬でも評価がなされるようになってきている。患者サポート加算は外来や入院中の患者・家族だけを対象としたものではなく、診療所や介護保険サービス事業所、地域住民への相談機能としても考えられる。診療所や CM からのケアプラン内容や日常生活の情報提供は、病院のスタッフにとって在宅の生活を知りうる貴重な情報提供になり、診療報酬や介護報酬でも評価がなされている。

もう一つ、地域での病院の役割を考えるうえで足がかりとなるのが DPC データの公表である。地域ケアシステム、地域包括ケアシステムは、病院も含めた街づくりを提案しており、地域のニーズに合った地域の医療体制を必要としていた。2035 年には後期高齢者は 1.5 倍に増えることが予測されている。しかし、その増え方は都道府県によっても異なれば、都道府県の中の地域により大きく異なる。それぞれの病院ごとの医療圏を把握し、各医療機関レベルの詳細な分析を行うことが必要となる。DPC によって政府が医療費のコントロールを行いやすくなり、病院は収入減の心配がある半面、DPC の統計が公開されたことにより、これまで困難であった地域データの把握ができる。地域の住民にとっても、この地域のデータを知る機会があって、自身の健康を自らが増進するという医療法にもある健康の自立に繋がる。

おわりに

本論文では医療から介護への地域連携の仕組みを主に整理し、地域を一つの枠組みとした MSW の前方支援と病院の地域支援をキーワードに整理した。

地域連携については、機能分化という医療提供体制をとった大きな理由が医療費削減であり、地域連携はそれらに付随する必須なものである。機能分化で治療と療養を線から点に分担したのだから、本来なら線上で生きる人にとって点をつなぐ地域連携が必要となるのは当然のことである。だからこそ、効率・効果的な医療の提供のために機能分化体制をとるのであれば、地域連携は必須となる。地域連携がうまくいかないと、効率・効果的な医療も十分ではなくなる。

MSW については、業務のほとんどを退院援助に限定し、ソーシャルワークの多様性を限定

していないだろうか。ただし、「何でも屋」になるべきだといっているわけではなく。「何でも屋」といわれていたことからもう一度学び、ソーシャルワーク理論から、自らの業務を分析し、社会や個人の要請から専門性を高める視点も必要ではなかろうかと考えた。現在の医療保険制度や医療提供体制、地域ケアや地域包括ケアという社会と個人の接点に起こる課題へのMSWの取り組みが、地域連携の役割でMSWが担う前方支援であった。MSWの取り組みは退院調整加算などとして診療報酬でも評価されてきている。しかし、まだまだMSWの配置が100床単位に1人以下である医療機関は多い。これはMSWが評価を得るチャンスでもあると考えている。

病院については、年々医療機関を取り巻く医療費削減と医療提供体制の変化はすすんでいる。介護保険の主治医意見書を書こうとしない、専門医で診る疾患ではないと予約も取れない病院を非難する患者・家族の声を聴く。しかし、これらには医療提供体制の機能分化によって役割分担が決められており、急性期病院は専門的な医療を提供し、診療所が介護保険のかかりつけ医となり、初期受診もかかりつけ医を推進している。医療費の削減が主となっている医療提供体制の理解を得る意味でも病院と地域のパートナーシップは欠かせない。

今後の課題として、①地域連携の構造的な理解まで至らず、主に医療から介護への限定した地域連携の概要について整理したにとどまった、②MSWについて、地域福祉と医療福祉の理論的な検討が不十分であった、③実際の病院の地域支援の詳細な検討ができていない、以上のことがあげられる。今後の研究課題としたい。

(注)

- 1) 病院同士の連携。ここでは、より高度な治療を求めた、急性期病院から大学病院への治療・精査・手術目的の紹介を意味する。
- 2) 病院と診療所の連携。ここでは、病院から診療所へのかかりつけ医の紹介や診療所から急性期病院や大学病院などへの治療・精査・手術目的の紹介を意味する。
- 3) 現日本医療社会福祉協会

(引用文献)

- 朝倉美江・太田貞司・ほか編 (2010)『地域ケアシステムとその変革主体 市民・当事者と地域ケア』光生館。
榎本健太郎「地域ケア体制の推進について」平成19年度保健師中央研修会資料6(平成19年7月5日・6日開催)
([http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13gs40.nsf/0/8ba2fa45e1b771634925732200168cae/\\$FILE/20070724_3shiryou6.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13gs40.nsf/0/8ba2fa45e1b771634925732200168cae/$FILE/20070724_3shiryou6.pdf), 2013.8.18).
- 健康保険組合連合会 (2011)「医療に関する国民意識調査報告書」
(<http://www.kenporen.com/include/press/2011/20111117.pdf>, 2013.9.1).

- 小泉一行 (2011)『連携実務のこれから—医・薬剤・情報の連携—』愛知県地域医療連携実務者協議会講演会 2011.6.17 資料. 厚生労働省 (2007)「地域ケア体制の整備に関する基本指針の策定について」(<http://www.pref.mie.lg.jp/CHOJUS/HP/tiikikea/070629sisin.pdf>, 2013.9.3).
- 厚生労働省 (2007)「地域ケア体制の整備に関する基本指針の策定について」(<http://www.pref.mie.lg.jp/CHOJUS/HP/tiikikea/070629sisin.pdf>, 2013.9.3).
- 厚生労働省 (2012)「平成 24 年度診療報酬改定の基本方針」(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001wp36-att/2r9852000001wp9m.pdf>, 2013.8.26).
- 厚生労働省 (2012)「平成 24 年度介護報酬改定の基本的考え方①」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/dl/a01.pdf>, 2013.8.31).
- 黒木信之 (2004)「第 5 章 医療ソーシャルワーカー業務のスキル 2 医療福祉アセスメント」荒川義子 村上須賀子 編『実践的医療ソーシャルワーク論』金原出版株式会社.
- 前澤政次 (2011)「第 3 章 病院機能分化と「地域包括ケア」」太田貞司・森本佳樹・ほか編『地域包括ケアシステム その考え方と課題』光生館, 59-73.
- 松崎千洋・金子努・小野達也・ほか編 (2009)『医療制度改革と地域ケア—急性期病院から慢性期病院、そして地域・在宅へ—』光生館.
- 内閣府 (2008)「社会保障国民会議第二分科会 (サービス保障 (医療・介護・福祉)) 中間とりまとめ」(http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/chukan/siryuu_4.pdf, 2013.9.8).
- 二本立 (2007)『医療・介護の連携に関する研究事業』平成 18 年度独立行政法人福祉医療機構 (長寿社会福祉基金) 助成による研究報告書, 医療経済研究機構 (www.ihep.jp/publications/report/search.php?dl=54&i=1, 2013.8.18).
- 太田貞司・森本佳樹・ほか編 (2011)『地域包括ケアシステム その考え方と課題』光生館.
- 岡村重夫 (2009)『地域福祉論 新装版』光生館.
- 寺村幸子 (2012)「地域包括医療・ケア推進のカギはく地域連携室>にあり 顔の見える関係づくりから始まる在宅支援～院内・院外連携の強化から甲賀保健医療圏の地域連携ネットワーク推進に向けて～」『地域医療』(全国国民健康保険診療施設協議会) 50-2, 216-222.
- 田中滋 (2009)『地域包括ケア研究会 報告書 ～今後の検討のための論点整理～』平成 20 年度老人保健健康増進等事業, 地域包括ケア研究会 (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf>, 2013.9.7).
- 中日新聞 (朝刊)「先入観で広がる「胃ろう拒否」 医療現場に混乱・困惑」 2013 年 8 月 27 日 (<http://iryouchunichi.co.jp/article/detail/20130828144230104>, 2013.9.1).

(参考文献)

- 福井秀隆 (2012)「化学療法における経済的問題の解決に向けて～化学療法に関する高額療養費制度活用の現状分析～」四天王寺大学『四天王寺大学 大学院研究論集—第 7 号—』97-117.
- Germain, C (1984) *Social Work Practice in Health Care*, Free Press, 198-229.
- 伊東芳郎 (2011)「医療計画と医療連携」(<http://iryoufukushi.com/images/pdf/renkei/01.pdf>, 2013.9.2).
- 医療経済研究機構 (<https://www.ihep.jp/>, 2013.8.18).
- 健康保険組合連合会 (2011)「急性期医療の機能分化と急性期病院のあり方に関する調査研究報告書」医療保障総合政策調査・研究基金事業 (http://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa22_03.pdf, 2013.9.1).

- 健康保険組合連合会 (2011)『医療・介護の連携、機能強化に関する調査研究 報告書』医療保障総合政策調査・研究基金事業
(http://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa23_02.pdf, 2013.8.29).
- 北川清一・佐藤豊通・その他編 (2010)『ソーシャルワークの研究手法 実践の科学化と理論化を目指して』
相川書房.
- 厚生労働省 (2002)『医療ソーシャルワーカー業務指針』厚生労働省健康局長通知
健発第 1129001 号.
- 厚生労働省 (2003) 平成 15 年度介護報酬の見直し案の概要
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/01/s0120-4h.html>, 2013.8.31).
- 厚生労働省 (2003)「2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>, 2013.9.8).
- 厚生労働省 (2006) 平成 19 年度介護報酬等の改定について－概要－
(http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1003-11h_0002.pdf, 2013.8.31).
- 厚生労働省 (2007)「地域連携クリティカルパスとは」中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 (第 105 回) 地域医療について 資料 (診－3－2)
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/10/dl/s1031-5e.pdf>, 2013.8.18).
- 厚生労働省 (2008)「地域医療連携を促進するための取組等」
(http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/iryou/kaisai_h20/dai3/siryou2.pdf, 2013.8.31).
- 厚生労働省 (2009) 平成 21 年度介護報酬改定の概要
(http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/fukusijin_zai_kakuho02/dl/04.pdf, 2013.8.31).
- 厚生労働省 (2011)「医療提供体制について (その 1)」
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vpkq-att/2r9852000001vpok.pdf>, 2013.9.1).
- 厚生労働省 (2011)「医療連携について」中央社会保険医療協議会総会 (第 210 回) 医療提供体制 資料 (総－1)
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001wpem-att/2r9852000001wpiq.pdf>, 2013.8.25).
- 厚生労働省 (2011)「診療報酬・介護報酬改定等について」
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001yvtf-att/2r9852000001yvwy.pdf>, 2013.8.26).
- 厚生労働省 (2012)「資料 1－4 社会保障・税一体改革で目指す将来像 改革の方向性 2 医療・介護サービス保障の強化」第 23 回社会保障審議会資料 平成 24 年 1 月 30 日
(http://www.nihon-generic.co.jp/medical/oyakudachi/social_security03.html, 2013.8.18).
- 厚生労働省 (2013)「平成 25 年度第 2 回入院医療等の調査・評価分科会 (平成 25 年 5 月 30 日)」
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000032zg9.html>, 2013.8.18)
- 厚生労働省 (2013)「介護保険制度改正の概要及び地域包括ケアの理念」平成 24 年度地域包括ケア推進指導者養成研修 (ブロック研修) 資料
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ra4o-att/2r9852000002vd6o.pdf>, 2013.8.26).
- 厚生労働省 (2013)「在宅医療の推進について」
(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/index.html, 2013.8.18).
- 松岡千代 (2000)「ヘルスケア領域における専門職間連携－ソーシャルワークの視点からの理論的整理－」『社会福祉学』Vol. 40-2, 17－38.
- 三重県長寿介護課 (2009) 平成 21 年度介護報酬改定
(<http://www.pref.mie.lg.jp/CHOJUS/HP/kaisei/090223H21kaitei.ppt>, 2013.8.31).
- 内閣官房 (2012)「社会保障・税一体改革大綱について」

- (<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/kakugikettei/240217kettei.pdf>, 2013.8.29).
- 日本醫事新報 No 4247 (2005年9月17日).
- 日本ジェネリック株式会社『2012年度同時改定「介護報酬改定」からみる医療・介護連携のポイント』
(http://www.nihon-generic.co.jp/medical/oyakudachi/social_security03.html, 2013.8.18).
- 野中猛 (2007)「図解ケアチーム」中央法規出版, 40.
- 大阪府「地域医療支援病院とは」
(http://www.pref.osaka.jp/iryo/byouin/chiikiiryousienbyo_2.html, 2013.8.18).
- 太田貞司 (2007)「医療制度改革と地域福祉 一地域ケアと日常生活一」『社会福祉学評論』(7), 1-10
(<http://www.jsssw-kanto.jp/assets/files/newhyouron/7/ota.pdf>, 2013.9.2).
- 佐倉市福祉部高齢者福祉課 (2012)「平成23年度 佐倉市地域包括支援センター 実績報告書」
(<http://www.city.sakura.lg.jp/cmsfiles/contents/0000007/7147/shiryoushou5.pdf>, 2013.9.17).
- 竹内一夫 (1999)「第1章 医療福祉の概念と視点」佐藤俊一・竹内一夫 編『医療福祉学概論 総合的な「生」の可能性を支える援助の視点』川島書店.
- 特定非営利活動法人いわての保健福祉支援研究会 (2013)「地域包括支援センターの運営及び機能等に関する調査研究報告書」
(<http://www.hfk.or.jp/image2/book/6houkatsu-h.pdf>, 2013.9.17).
- 東京都福祉保健局「東京都における脳卒中医療連携の取組」
(http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/nousottyuutorikumi/index.html,).

