

事例報告

病院の地域連携と医療ソーシャルワーカーの 組織・業務の変化

—島根県・松江二次医療圏内2病院の調査から—

杉崎 千洋

はじめに——急性期と慢性期の病院を調査

医療・介護提供体制の再編により、病院の機能分化が急速にすすめられている。病院は、地域のニーズを分析し、自院がどのような役割や機能を担うのかを明確にし、それを推進しなければならなくなった。このことは、病院が他院や診療所、介護・福祉施設、在宅サービス機関などとの連携を戦略的にすすめていかなければならないことを意味している。地域連携では、2つの側面が重視されている。1つは他院、診療所からの紹介患者比率（以下、紹介率）に影響を与える前方連携である。もう1つは退院支援などの後方連携で、これは在院日数短縮に大きく関連する。

ところで、病院（病床）は、2001年の第四次医療法改正により、一般病床と療養病床の2つに分けられるようになった（結核・感染症・精神病床を除く）。一般病床は、急性期と亜急性期に分けられる。急性期病院（病床）は、さらに、i. 特定機能病院、ii. 急性期（特定）入院加算病院、iii. その他の急性期病院に区分できる⁽¹⁾。急性期病院には、診療報酬上の手厚い加算がある。それらを得るには、いくつかの要件を満たさなければならない。2000年の診療報酬改訂により、紹介率向上と在院日数短縮は、i～iiiに共通する重要な承認・加算要件となった。地域医療連携室の設置は、iとiiの急性期特定入院加算病院の承認要件である。こうしたなかで、地域連携部署をもつ急性期病院が急増している。回復期・慢性期病院でも、地域連携部署や担当を創設するところも少なくない。それらは、病院の地域連携の要として位置づけられ、前方連携のみ、または前方連携と後方連携の両方を担当するようになった。

一方、これまで医療ソーシャルワーカーは、退院支援を中心とした病院の後方連携を担当してき

た。しかし、前記のような医療・介護提供体制や病院システムの変化などにより、その組織・業務は大きく変わってきていると考えられる。しかし、急性期病院を中心とした先進事例の紹介⁽²⁾⁽³⁾がされているだけで、その実態は十分に明らかになっていない。そこで、筆者らは、広島・島根両県の全病院（精神病床を主体とした病院を除く）を対象としたアンケート調査、数病院の事例調査を実施することとした。これらにより、その実態を明らかにし、今後の地域連携、医療ソーシャルワーカーのそれぞれの組織・業務のあり方、および両者の関連の仕方への示唆を得たい。

本稿では、島根県の第二次医療圏である松江二次医療圏内の急性期病院と回復期・慢性期病院各1例を対象として行った事例調査の報告をする（調査概要は表1）。急性期病院の事例として松江市立病院を取り上げた。それは、島根県内で最初に地域連携部署を設立した病院だからである。松江市立病院は前記の急性期病院の3つの区分のうち、iii. その他の急性期病院に属している。回復期・慢性期病院の例としては、鹿島病院を取り上げた。それは、地域連携部署を立ち上げたことに加え、その業務は医療ソーシャルワーカーが担っているからである。なお、両病院間では、患者の入退院などの際に連携が取られている。

本報告の主な視点は次の3つである。

- i. 新しい病院システムのなかで、地域連携および医療ソーシャルワーカーの組織・業務がどう変わったか。
- ii. それらは病院（経営）、および患者・家族にどのような影響を及ぼしているか。
- iii. 医療ソーシャルワーカーによる地域連携のモデルはあるのか。ある場合、どのようなものか。

表1 調査対象

病院名	病院の種類	病院の立地	聞き取り調査日	聞き取り対象者
松江市立病院	急性期病院	松江市内	2005年2月3日	地域医療室長1名 医療ソーシャルワーカー2名
鹿島病院	回復期・慢性期病院	鹿島町内	2005年2月4日	病院長1名 医療ソーシャルワーカー2名

1. 松江二次医療圏の概要

(1) 7つの医療圏の1つ

今回の事例調査の対象は、島根県内に7つある第二次医療圏のうちの松江二次医療圏（以下「松江圏」と略）にある2病院である。

松江圏は、松江市と安来市のほか7町1村を含む993.8平方kmの圏域で、2003年の人口は256,614名、高齢化率は22.3%である（表2・表3）。

松江圏内の病院数は2005年1月現在で20カ所で、そのうち5カ所が精神病床80%以上の病院で、15カ所がそれ以外の病院である（表4）。

松江圏の病院の病床数は、4,497床で、うち一般病床は2,478床、療養病床は858床である（表5）。

松江圏においては、病院の入退院患者数のうち65歳以上の高齢者が63.8%と3分の2近くを占めている（表6）。

病院の平均在院日数は、松江圏の全体では37.6日であるが、65歳以上の高齢者では53.9日

になっている（表7）。

病院の入院について他の医療圏からの松江圏への流入・流出状況を見ると、850名が他の圏域から流入している。流出は101名と少ない（表8）。

(2) 松江二次医療圏内の病院と連携

①500床以上は1病院

松江圏の病院は、前記の通り2005年1月現在で20カ所である。この事例調査で対象とした松江市立病院は圏内で病床数が2番目に多い病院である。また鹿島病院は療養病床数が圏内で2番目に多い病院である（表9）。

②保健所提唱による機能公開

松江二次医療圏は、同時に松江老人保健福祉圏でもある。圏域内の市町村間では、情報交換や連携のための、高齢者サービス調整会議が実施されている。松江保健所の提唱により、圏域内病院の情報交換会（機能公開など）が開催されるようになった。第1回は2004年12月に行われた。

表2 松江二次医療圏の概要

市町村数	市町村	圏域面積
12市町村 （7市7町1村）	松江市・安来市 （八束郡）鹿島町・島根町・ 美保関町・東出雲町・八雲村・ 玉湯町・宍道町・八束町 【能義郡】広瀬町・伯太町 ※安来市に合併】	993.8 平方km

※能義郡広瀬町と伯太町は2004年10月1日に安来市と合併している

表3 松江二次医療圏の市町村人口と高齢化率

	市町村	総人口	65歳以上人口	高齢化率
1	松江市	152,542	29,939	19.6%
2	安来市	30,213	7,578	25.1%
3	鹿島町	8,071	2,231	27.6%
4	島根町	4,292	1,409	32.8%
5	美保関町	6,541	2,028	31.0%
6	東出雲町	13,817	2,656	19.2%
7	八雲村	6,931	1,490	21.5%
8	玉湯町	6,063	1,435	23.7%
9	宍道町	9,483	2,550	26.9%
10	八束町	4,535	1,298	28.6%
11	広瀬町	8,796	2,989	34.0%
12	伯太町	5,330	1,628	30.5%
	松江圏全体	256,614	57,231	22.3%

2003年10月1日推計人口

表6 年齢層別・病院の入退院患者数

医療圏	総数	15歳未満	15～64歳	65歳以上	年齢不詳
島根県全体（人）	10,329	304	3,442	6,639	4
構成比	100.0%	2.9%	33.3%	64.3%	0.0%
松江圏（人）	3,964	94	1,355	2,531	2
構成比	100.0%	2.4%	34.2%	63.8%	0.1%

2002年、「平成14年島根県患者調査」

表4 医療圏の病院数

	右の病院以外の病院	精神病床80%以上の病院	療養病床95%以上の病院	総計
島根県全体	36	11	12	59
松江圏	10	5	5	20

2005年1月島根県ホームページから作成 単位：施設

表5 医療圏の病院の許可病床数

	精神	結核	感染症	療養	一般	総計
島根県全体	2,659	108	32	2,584	6,595	11,978
松江圏	1,057	100	4	858	2,478	4,497

2005年1月島根県ホームページから作成 単位：床

表 7 病院の平均在院日数

医療圏	全体	65歳以上 再掲)
島根県全体	44.4	56.6
松江圏	37.6	53.9

2002年、「平成14年島根県患者調査」(単位:日)

表 8 病院の入院患者の流入・流出状況

種別	総数	自圏域内	他圏域からの流入・流出							松江圏外 再掲)
			雲南圏	出雲圏	大田圏	浜田圏	益田圏	隠岐圏	県外	
流入	3,964	3,114	221	229	60	38	13	121	168	850
流出	3,215	3,114	15	81	1	2	1	1	不明	101

2002年、「平成14年島根県患者調査」(単位:人)

表 9 松江圏内の病院

No	病院名	地区	病床数	うち療養病床
1	川上外科病院	松江市	28	28
2	国立病院機構松江病院	松江市	458	0
3	松北病院	松江市	94	0
4	総合病院松江市立病院	松江市	470	0
5	総合病院松江生協病院	松江市	333	0
6	東部島根心身障害医療福祉センター	松江市	100	40
7	松江青葉病院	松江市	300	0
8	松江記念病院	松江市	172	111
9	松江生協リハビリテーション病院	松江市	245	245
10	松江赤十字病院	松江市	730	0
11	八雲病院	松江市	161	0
12	日立記念病院	安来市	80	31
13	安来市立病院	安来市	217	48
14	安来市医師会病院	安来市	52	52
15	安来第一病院	安来市	350	50
16	吉岡病院	安来市	22	0
17	鹿島病院	八束郡	180	180
18	松村リハビリテーション病院	八束郡	45	45
19	玉造厚生年金病院	八束郡	320	0
20	医療法人同仁会ごなんホスピタル	八束郡	140	28

2005年1月島根県ホームページから作成(単位:床)

2. 2事例における地域連携と医療ソーシャルワーカーの組織・業務

(1) 松江市立病院

①急性期・単機能病院

a. 商業地と住宅地に立地

松江市は島根県の県庁所在地である。病院のある灘町は、市の中心部に位置し、周辺にNHKや県立美術館などの公共施設が立地している。近隣は商業地であり、住宅地でもある。灘町や周辺の町は、松江市内でも高齢化率の高いところである。また、高齢者のみ世帯、独居高齢者世帯の比率も高い。

b. 病床数は470床

松江市立病院は1948年に、内科・外科・小児科・産婦人科の30床の病院として現在と同じ場所に開設された。

2005年現在では、診療科21科、病床数470床(うち精神病床50床)、病棟数8の総合病院である(表10・11)。2003年現在の医師数は56名、看護師数は221名である(表12)。紹介患者加

算ほかの加算を受けている(表13)。現在、新病院が建築中で、2005年8月に向けて移転準備が進められている。

c. 平均在院日数は短縮

2002年に、病院から退院した人は合計で6,634名で、診療科別に多い順にみると、内科2,121名、小児科807名、整形外科533名、第一外科454名である(表14)。

年齢層別に退院患者数をみると、65歳以上の高齢者が3,186名で全体の48.0%を占めている(表15)。

2002年の病院全体の平均在院日数は22.7日である。診療科別では、日数の長い順に、精神神経科が93.0日、神経内科が43.3日、整形外科40.9日、呼吸器内科40.4日、第一外科31.5日である(表16)。

2000年から2003年までの入院数及び退院数は図1の通りである。平均在院日数は年々短縮している(図2)。病床稼働率はほぼ横ばいである(図3)。

d. 地域連携部署は「事務局」に所属

病院の組織は、「診療局」、「医療技術局」、「看護局」及び「事務局」の4つの局に分かれている。地域連携部署である「地域医療室」は、「事務局」にあり、その中に「医療相談係」と「地域医療連携係」が置かれている（図4）。

「地域医療室」の位置は、現在、病院2階の奥まった場所にある。新病院へ移転後は1階玄関に

表 10 種類別病床数

一般病床	精神病床	感染症病床	計
416	50	4	470

2004年4月、松江市立病院「平成16年度版診療のご案内」

表 11 病棟別診療科目

病棟	病床数	診療科目
2階南	46	小児科、産婦人科、放射線科、第一内科
3階東	59	第一外科、泌尿器科
3階南	70	整形外科、眼科
3階北	45	第二外科、脳神経外科、麻酔科、心臓血管外科
4階南	65	第二内科、呼吸器内科
4階北	70	第一内科
4階西	61	神経内科、皮膚科、耳鼻いんこう科、歯科口腔外科
5階西	50	精神神経科

2004年4月、松江市立病院「平成16年度版診療のご案内」

表 12 医師・看護師数（2003年8月1日）

医師（歯科医師含む）	56
看護師	221

2003年8月、松江市立病院「退院患者統計第32号」

表 13 主な届け出基準

紹介患者加算（4）、紹介外来加算、病院歯科初診料（1）、一般病棟入院基本料（I群基本料2）、一般病棟入院基本料（I群基本料2）

2003年8月、松江市立病院「退院患者統計第32号」

表 14 診療科別退院患者数上位4位

診療科	内科	小児科	整形外科	第一外科	その他	合計
人数	2,121	807	533	454	2,719	6,634
構成比	32.0%	12.2%	8.0%	6.8%	41.0%	100.0%

2002年、松江市立病院「退院患者統計第32号」

表 15 年齢層別退院患者数

年齢	65歳未満	65歳以上	合計
人数	3,448	3,186	6,634
構成比	52.0%	48.0%	100.0%

2002年、松江市立病院「平成14年退院患者統計第32号」

配置される。

e. 健康センターのみ併設

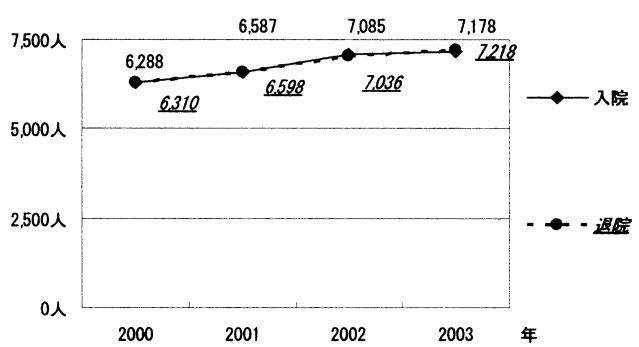
松江市立病院は、灘町の現病院以外には、健康診断のための健康センターを院内に設置しているのみで、同一経営主体が設置している診療所や病院などはない。

表 16 診療科別 平均在院日数

精神神経科	神経内科	整形外科	呼吸器内科	第一外科	全体
93.0	43.3	40.9	40.4	31.5	22.7

2002年、松江市立病院「退院患者統計第32号」（単位：日）

図 1 入院数・退院数の推移



松江市立病院「入院・外来患者数報告」

図 2 平均在院日数の推移

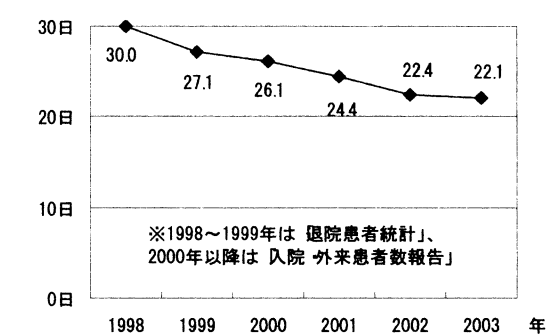
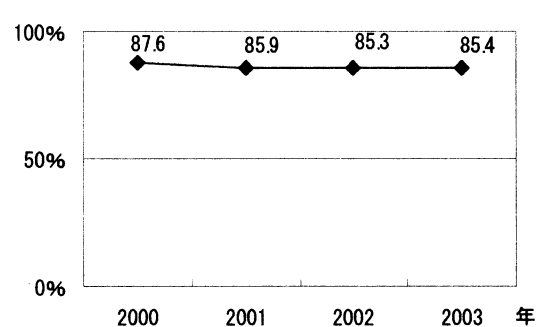


図 3 病床稼働率の推移



松江市立病院「入院・外来患者数報告」

図 4 病院の組織図



2003年4月、松江市立病院「平成16年度版診療のご案内」から作成

②病院経営、地域連携に関する戦略

松江市立病院では1948年の開設以降、診療科の増設、診療科や病床の増設を実施してきた。また、高度医療・救急医療・リハビリテーション・緩和医療などを充実しているところである。病院経営に関しては、紹介患者加算など、急性期病院にふさわしい要件を備えることを通して、経営の安定化に努めている。

病院と保健・福祉サービスとの連携・協力、サービスの一体化が求められている。また、「地域医療室」は市民の窓口であり、地域の連携の窓口の役割があると考えられている（地域連携室「平成16年度地域医療室の概要」）。

2005年8月の新病院への移転時には緩和ケア病棟（22床）の新設が予定されている。新病院周辺は、「松江市保健医療福祉ゾーン」として整備され、隣には「松江市保健福祉総合センター」が置かれる。「松江市保健福祉総合センター」には、保健センターのほか、基幹型在宅介護支援センター、障害者生活支援センターなどが設置され、松江市立病院との連携が期待されている。

③地域連携と医療ソーシャルワーカーの組織

a. 地域連携部署と医療相談の成り立ち

医療相談は1967年の精神科の医療ソーシャルワーカー配置による「医療社会事業部」の設置に始まり、1984年の「医療相談室」への改組、

さらに1999年の「地域医療室医療相談係」へ改組を経て現在に至っている。

紹介患者受け入れは、以前は医事課の外来窓口で行っていた。地域連携部署は、1999年に「地域医療室地域医療連携係」として創設された（表17）。

b. 2部署は同一部屋

前記のように「地域医療室」には、「地域医療連携係」と「医療相談係」の2つの係がある。

「地域医療連携係」には看護師1名と事務員2名、合計3名が配属されている。「医療相談係」には医療ソーシャルワーカー2名、保健師2名、合計4名のスタッフが配置されている（図5）。

④地域連携部署の業務

a. 病院・診療所などとの連携促進

「地域医療連携係」では、表18のように、病々・病診・病福連携、地域医療従事者の研修、ベッドコントロール、消防救急隊との連携を行っている。受付方法は、電話とファックス及びeメールである。

b. 「地域医療連携係」は病院経営に貢献

紹介患者数、届け出紹介率、紹介医療機関・福祉施設数は2000年から増加し、診療報酬上の加算獲得につながっている。「地域医療連携係」は、これらのことを通して病院経営に貢献している⁽⁴⁾（図6）。

表 17 「地域医療室」の成り立ち

時期	病院等のできごと	地域連携部署と医療相談
1948年	病院開設	
1963年		医療社会事業部」設置 精神科の医療ソーシャルワーカー 1名
1964年	精神神経科設置	
1967年	脳神経外科設置	
1984年		医療社会事業部」から 医療相談室」へ
1990年	一般病棟入院基本料取得	
1999年		地域医療室」開設、係として 地域医療連携係」医療相談係」設置
〃		医療ソーシャルワーカー原氏配属
2000年	介護保険制度スタート	医療ソーシャルワーカー吾郷氏配属
〃		医療ソーシャルワーカーと保健師との「ペア病棟担当制」開始
2002年	紹介患者加算取得	
〃	紹介外来加算取得	

図 5 「地域医療室」の組織図

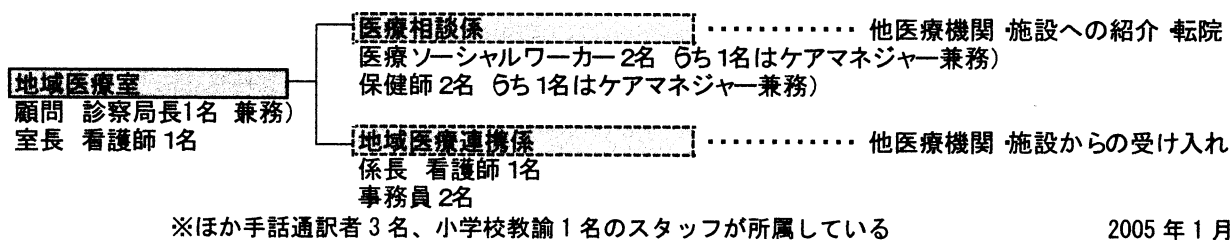
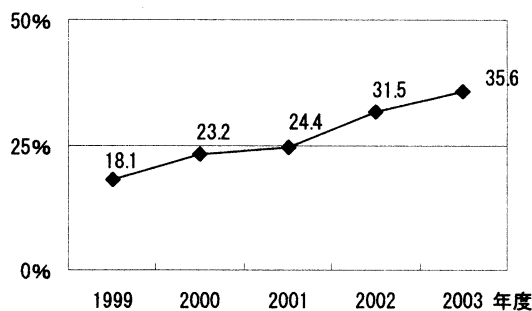


表 18 「地域医療連携係」と「医療相談係」の業務

地域医療連携係	医療相談係
①病々(病院と病院)・病診(病院と診療所)・病福連携(病院と介護保険福祉施設) ・紹介患者初診予約受付 ・放射線科予約検査受付(CT・MRI・RI) ・紹介に関する問い合わせ、質問、意見、要望窓口 ・紹介元医師への返事の管理や返事が滞った場合の受付 ②地域医療従事者への教育研修活動 ・症例検討会等の開催 ③院内の病床管理(ベッドコントロール) ④医師会員・歯科医師会員・医師OB会との連携 ⑤広域行政組合消防との連携	①相談 退院支援等 ・ケースワーク ・看護指導 ・保健福祉関連施設との連携業務 ・院内各部門との業務連携 ②患者会の支援等 ・院内学級の支援 ・手話通訳に関する支援 ・ストマ(人工肛門・人工膀胱)の会、糖尿病の会、精神障害者家族会、精神障害者患者会、呆け老人を抱える家族の会 ほか ③連携等の会議参加 ・松江市広域行政組合介護認定審査会、松江市高齢者サービス連絡調整会議参加、 ・地域生活支援センターアクティブよめしま、さくら会共同作業所等の運営協力 ④痴呆性老人対策(老人性痴呆疾患センターなど)

図 6 月平均紹介率の推移



松江市立病院「地域医療室」資料

⑤医療ソーシャルワーカーの業務

a. 「ペア病棟担当制」を導入

表 18 のように、相談・退院支援、患者会支援、介護・福祉に関わる地域連携の業務を行っている。受付方法は電話とファックスである。また、指定居宅介護支援事業と老人性痴呆疾患センター（認知症に関する相談や地域啓発活動を行う）を実施している。

2000 年より、業務は医療ソーシャルワーカーと保健師との「ペア病棟担当制」で行っている（表 17）。医療ソーシャルワーカー 2 名は、それぞれ 3 つずつの病棟と、共同で 1 つの病棟を担当している。医療ソーシャルワーカー 1 名の担当病棟数は合わせて 4 病棟である（表 19）。

b. 業務の大半は退院支援

病棟から医療ソーシャルワーカーへの連絡は、病棟や個々の場合によって異なるが、救急外来室から電話で連絡がある場合もあるし、後で病棟から連絡が来る場合もある。1 つの病棟では「ソーシャルハイリスクスクリーニング票」を試行的に用いている。この病棟には「ソーシャルハイリスクスクリーニング票」のファックス用紙が準備してある。これに、支援を依頼したい患者についての必要事項を記入して「医療相談係」に送ると、「医療相談係」が対応方法を返信または直接連絡をすることになっている。

各病棟で行っている退院支援業務の説明を、大腿骨頸部骨折のケースを例に行う。入院後手術が終了し、リハビリ室でのリハビリが始まる時に、医療ソーシャルワーカーもリハビリ室を訪問して、患者本人の状態を知った上で、家族状況や自立度の予測に基づいて、施設入所か在宅かの案をつくる。家族や患者と話をした上で、転院先の紹介をしたり、居宅介護支援事業所の紹介（決まったところを紹介するわけではなく、事業所一覧から家族や患者に選んでもらう）を行って、それぞれ、病院の地域連携部署や、居宅介護支援事業所のケアマネジャーにつないでいくようにしている。退院支援をスムーズに行うためには、医師から患者や家族へムンテラ（オリエンテーション）をし、それにより患者や家族が状況を理解し、退院へ向けてのスタートラインに立っていることが重要である。

病棟により業務の困難さが異なるわけではない。しかし、人工呼吸器利用患者や胃ろう造設患者など、呼吸器内科や消化器内科の医療依存度の高い患者は、入所できる病院などが限られているため、退院支援が困難である。自宅退院可能であるかの判断が難しい患者の場合も、方針が立てにくく退院支援が困難になる。

c. 「地域医療連携係」との関係は弱い

入院前または入院時に、介護・福祉施設などからの入院患者を「地域医療連携係」で把握できることが多い。そうした患者は、すぐに「医療相談係」に紹介されるようになったため、退院支援をしやすくなった。これ以外に、「地域医療連携係」と連携をとることはほとんどない。

d. 地域連携

松江市では「松江市高齢者サービス調整会議」があり、基幹型在宅介護支援センターなどのケアマネジャーなどと情報交換をする機会がある。この会議が、退院支援に大きく役立っているわけではないが、例えば介護保険の対象とならない患者など本来この会議の対象でない患者についても、会議後などに話をすることができる。

e. 鹿島病院との連携

患者の身体状況や医療依存度により、鹿島病院へ紹介する患者もいる。

今後は、急性期から、鹿島病院のような回復期・慢性期中心の病院へ、時間をあけずにうまくバトンタッチすることが課題である。

f. 「ペア病棟担当制」導入後に業務が変化

松江市立病院での医療ソーシャルワーカーの業務は「ペア病棟担当制」開始後に大きく変わった。とくに病棟担当制の導入によって変化があった。「ペア病棟担当制」以前では、医療ソーシャルワーカーへの支援依頼があるのは一部の医師からだけであった。しかし、「ペア病棟担当制」開始後は、病棟の医師や看護師が、担当の医療ソーシャルワーカーに頼めばよいということを理解して、「気軽に」支援を要請するようになった。そのために、支援依頼患者数は相当増加した。保健師とペアであることは、相互の長所を活かし、弱点を補い合えるので良いと考えられている。ただし、実際の分担は業務全般、とくに退院支援で重なっている部分が多い。

以前であれば、まず患者と関係性を持ち、アセスメント、他のスタッフとの連絡といった順序で業務を進めることができた。在院日数が短縮化されているなかでは、いわば「ワンタッチ（1回に単純に決めること）」での業務が求められている。

g. 退院先の確保が課題

系列の診療所や病院、在宅サービスなどをもたない松江市立病院では、地域の病院や診療所などとの連携を意図的にすすめないと、退院がスムーズにできない。退院先の確保は、病院全体にとって重要なことである。

表 19 病棟別診療科目及び医療ソーシャルワーカーの担当

病棟	診療科目	担当
2階南	小児科、産婦人科、放射線科、第一内科	吾郷氏
3階東	第一外科、泌尿器科	原氏
3階南	整形外科、眼科	吾郷氏
3階北	第二外科、脳神経外科、麻酔科、心臓血管外科	吾郷氏
4階南	第二内科、呼吸器内科	原氏
4階北	第一内科	原氏
4階西	神経内科、皮膚科、耳鼻いんこう科、歯科口腔外科	吾郷氏
5階西	精神神経科	吾郷氏、原氏(共同)

(2) 医療法人財団公仁会 鹿島病院

①回復期・慢性期病院と在宅サービス機関の複合体

a. 漁業と原発のまち

鹿島町は松江市近郊の町で、主な産業は漁業と原子力発電所（関連産業を含む）である。人口は減少傾向で、独居高齢者が多い。鹿島町では、役場が中心になり「高齢者サービス連絡調整会議」と「高齢者ケース連絡会議」が月1回開かれている。

b. 町内唯一の病院

医療法人財団公仁会鹿島病院は、1988年に開設された療養病床を中心とした病院である。開設当初はいわゆる「老人病院」で、高齢者介護主体の病院であった。2003年を境に、大きく転換した。現在では、医療保険療養病床や特殊疾患療養病床など、高齢者以外の病床も開設している。また訪問介護や通所リハビリテーションなどの在宅サービス機関を設置している（表20・21）。

2005年1月現在で、診療科数は4科、病床数は180床、病棟数は3（特殊疾患療養病床、介護保険療養病床、医療保険療養病床）である（表22・23）。

医師数は4名（常勤）、病院看護師数は49名である（表24）。

c. 2/3は他院から転院

入院状況を見ると2002年度に入院した患者は

214名、うち135名は他院からの転院であった。2003年度は186名、うち113名が他院からであった（図7）。

退院状況を見ると、2002年度に病院から退院した患者は216名（死亡含む）、うち48名は介護・福祉施設への退院であった。この年は町内に特別養護老人ホームが開設し、多くの入院患者が退院できた時期である。2003年度は158名、うち23名が介護・福祉施設への退院であった。

平均在院日数は病棟により異なるが、近年では450日前後である（図8）。病床稼働率は非常に高いレベルで安定している（図9）。

d. 松江市内からの転院が多い

鹿島病院は、松江圏内で療養病床数が2番目に多い病院である。松江市中心部からは自動車でも30分以内と比較的近い。そのため松江市内の病院から転院する患者が多い。

e. 「医療相談部」は2室体制

病院の組織は、「管理局」、「事業局」の2つの局に分かれている。「管理局」の下に「医療相談部」がある。それは、「医療相談室」と「地域連携室」の2つに分かれている（図10）。

「医療相談部」は病院の2階に位置している。同じ部屋の中に、鹿島町委託の在宅介護支援センター、老人看護ステーション「いつくしみ」の事務所があるため、在宅介護・看護サービスとの連携が取りやすくなっている。

表 20 「医療相談部」の成り立ち

時期	病院等のできごと	地域連携部署と医療相談
1988年	鹿島病院開設	医療ソーシャルワーカー配置1名 医療ソーシャルワーカー陰山氏配属 医療ソーシャルワーカー1名が在宅介護支援センターへ異動 「在宅サービス室」が「入退院調整室」に改組 「医療相談部」開設 「地域連携室」医療ソーシャルワーカー小林氏配属 「医療相談室」の医療ソーシャルワーカー3名に
1992年	特定許可老人病院認可	
1993年		
1994年	医療法人化	
1997年	訪問看護ステーション事業	
1998年	鹿島町在宅介護支援センター事業受託	
1999年		
2000年	介護保険制度スタート	
2001年	療養型病床群へ転換	
2002年	通所リハビリテーション増改築	
2003年	特殊疾患療養病棟運営開始	

表 21 同一法人の関連事業

通所リハビリテーション、訪問看護、訪問介護、居宅介護支援事業、鹿島町在宅介護支援センター（委託事業）
--

2004年、「鹿島病院施設のご案内」

表 22 診療科目

内科	放射線科	小児科	リハビリテーション科
----	------	-----	------------

2004年、鹿島病院施設のご案内

表 23 病床数

種類	病床数
特殊疾患療養病床	60
介護保険療養病床	60
医療保険療養病床	60
合計	180

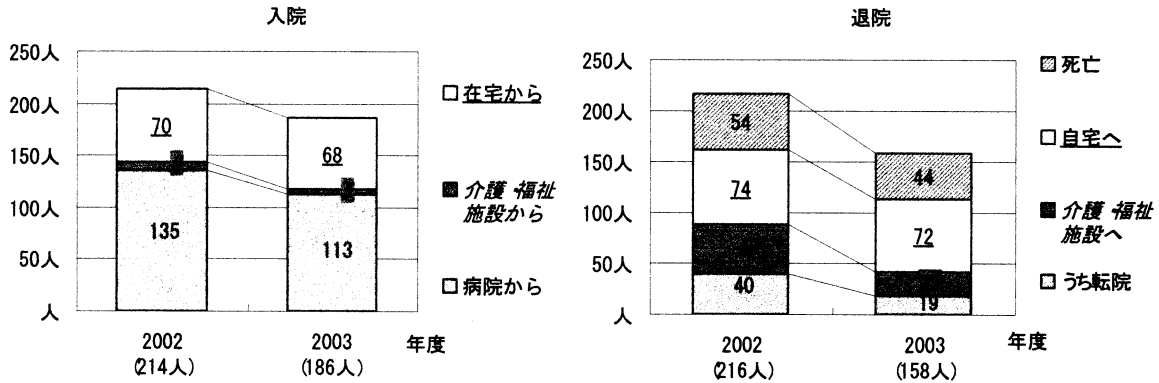
2004年、「鹿島病院施設のご案内」

表 24 医師・看護師数

種別	人数
医師（非常勤医師含む）	5名
看護師（病院）	49名
看護師（在宅部）	11名

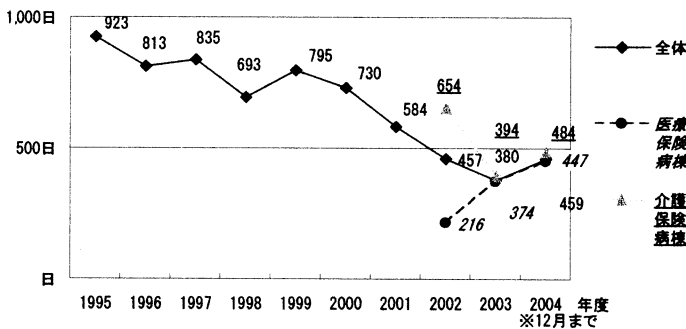
2005年1月、鹿島病院資料

図 7 入院・退院人数の推移（入院元・退院先別）



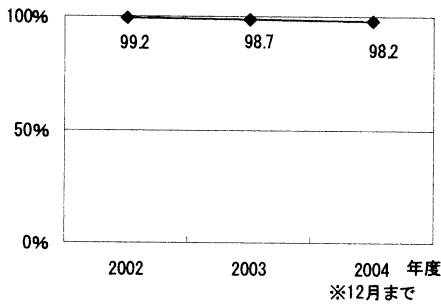
2005年1月、鹿島病院資料

図 8 病棟別平均在院日数の推移



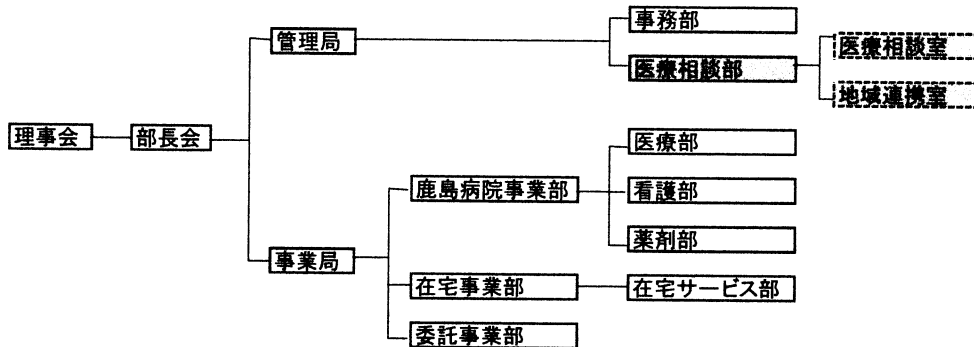
2005年1月、鹿島病院資料

図 9 病床稼働率の推移



2005年1月、鹿島病院資料

図 10 組織図



2004年4月、「医療法人財団公仁会 組織図」から作成

②病院経営、地域連携に関する戦略

病院経営や地域連携に関する戦略について、病院長は「病院機能分化が進み、医療圏の中での役割を果たすことが必要」と考えている。「地域連携室」は病院の連携のためのネットワークを作ること、「医療相談室」は患者や家族との関わりを強めることが今後の方向とされている。さらに、回復期・慢性期病院の医療ソーシャルワーカーは、急性期病院で転院前にできなかったことが何だったかを吸い上げることで病院経営に寄与している。

③地域連携と医療ソーシャルワーカーの組織

a. 地域連携部署と医療相談の成り立ち

病院経営や「地域連携室」に関する病院長のコメント

- ・病院の機能分化が進み病院独自の戦略が必要である。医療圏における役割を担うというスタンスに転換しないといけない。
- ・「地域連携室」は、他の病院がどう動くか、何を考えているかを、「医療相談室」は住民が何を考えているかを把握できる。これらのことは、病院にとって有益である。とくに医療ソーシャルワーカーが把握する患者・家族の苦情は、病院の進む方向を定める際に役立っている。具体的には、急性期病院から退院する患者の気持ち、急性期病院で対応してもらえなかった事柄についての情報が病院に入ってくるようになった。今までは、紹介状に記載してある内容しか分からなかったが、オーダーメイドで分かるようになってきた。「リハビリをして欲しい」とか、「家に帰りたい」とか、「同じ部屋にこんな人が欲しい」とか、どんどん要望を出してもらっている。医師、看護師に対しては、患者はいいことしか言わないものだ。
- ・「地域連携室」には、対外的なネットワークづくりをもっとして欲しいと考えている。医療圏におけるネットワークづくりには取り組んでいるが、鹿島病院を中心としたネットワークも欲しい。「医療相談室」には、病棟で、入院中の患者の家族との関わりをもっと欲しいと考えている。

鹿島病院で、医療ソーシャルワーカーが配置されたのは1993年である。当初は「在宅サービス室」、次いで「入退院調整室」で、退院支援をはじめとした業務を行っていた。2003年に機能強化のため「医療相談部」を設置し、「地域連携室」と、「医療相談室」の2係体制になった(表20)。

b. ともに医療ソーシャルワーカーが担当

「医療相談室」には3名の医療ソーシャルワーカーがいる。「地域連携室」には1名の医療ソーシャルワーカーが配置されている。「医療相談室」医療ソーシャルワーカーのうちの1名は、「医療相談部」の主任でもある(図11)。

④地域連携部署の業務

a. 他病院との情報交換会も実施

他医療機関等とのネットワークづくりや他医療機関からの受け入れを主に行っている。

ネットワークづくりについては、松江圏では鹿島病院が「老人病院」だったイメージが強いため、その変容が課題となっている。新しい機能（特定疾患療養病床等）のPRの意味も込めて、2003年から積極的に情報交換会（呼称は「交流会」）を実施している。これまで、病院では、松江赤十字病院、松江市立病院、山陰労災病院、国立医療機構松江病院、介護・福祉施設では山陰家庭学院との間で開催した。広報誌（病院発行）により、病院機能のPRをしているが、そのなかの「連携室便り」の執筆もしている。

入院相談は7～8割が「地域連携室」の医療ソーシャルワーカー、残りは主任医療ソーシャルワーカーが行う。入院受け入れでは、毎週行われる「判定会」に向けて必要な資料を準備する。不明な点があれば再確認する。また他医療機関からの入院では、スムーズな受け入れ（待ち時間等がないこと）が期待されている。とくに急性期病院からはすみやかに受け入れて欲しいという要望がある。それをどうやって受け入れられるか、情報発信もしながら行うのが重要な業務となっている。

b. 適切な患者紹介の増加

情報交換会の開催により、特定疾患療養病棟をもっていることなどの鹿島病院の機能が徐々に理解されるようになり、前記の病院や介護・福祉施設から鹿島病院への入院数が多くなってきた。今までは鹿島病院と松江市内の急性期病院との連携をすすめてきたが、今後は地域の様々な機能の病院との連携をどのようにすすめていくかが課題である。

⑤医療ソーシャルワーカーの業務

a. 病棟担当制を導入

3つの病棟を、医療相談担当ソーシャルワーカー3名が、1つずつ担当している。介護保険病棟では、医療相談担当ソーシャルワーカーが、介護保険療養病床（介護療養型医療施設）ケアマネジャーを兼務している。

b. 様々な業務を実施

病院スタッフの「何でもここに聞いてみる」という言葉に現われているように、医療ソーシャルワーカーは病院スタッフから期待されている職種である。業務としては、ベッドコントロール、地域連携、外部との関係づくり、入院期間が長い患者との関わり、家族との関わり、カンファレンスへの参加、退院支援など様々である。

患者との関わりの例をあげる。地域連携担当医療ソーシャルワーカーが入院相談を行った後に、「判定会」で入院の可否を検討する。入院可となり、実際に入院してからは、医療相談ソーシャルワーカーが担当する。入院後、退院支援の方向が決まれば、患者や家族の状況に合わせて、介護・福祉施設への入所や在宅生活への移行手続きや準備を進める。在宅生活への移行の場合は、居宅介護支援事業所のケアマネジャーに引き継ぎをする。介護・福祉施設への入所の場合は、施設の空きが出るまで1～5年間入院して待つことになる。長期間の入院になることが多いので、その間に患者と家族との関係に変化がないかなど、家族とも連絡を取り続けることが必要である。

退院支援が困難なケースは、患者の家族がいない、いても遠方で介護できない場合などである。加えて、気管切開して人工呼吸器が必要などの医療依存度が高い場合も困難である。

ベッドコントロールは、主任医療ソーシャルワーカーが行っている。病床稼働率は、常に98%以上で高い稼働率（図8）であるが、さらに高い稼働率を維持することが「医療相談部」の目標である。

c. 「地域連携室」との関係は強い

「地域連携室」とは前述のように役割分担しているが、さらに業務が円滑に進められるように、患者の入院時にどの程度の状態で退院できるかなどの情報のやりとりを密にしている。

d. 松江市立病院との連携

松江市立病院から鹿島病院へは、2003年度で18名の入院があった。これは鹿島病院全入院患者の9.7%である。前述のように病院間の情報交換会をすすめているため、松江市立病院からの入院数は増え続けている。

今後はスムーズな入院の受け入れのために、病

院間の共通のツール（入院及び退院支援に必要な情報の書式など）が必要である。

e. 「医療相談部」設置により大きく変化

介護保険開始以前の1997年頃は「在宅サービス室」配属であったが、デイケアの受付窓口とデイケアの送迎以外は、院内の備品の修理やパンク修理などの雑務が7～8割を占めていた。その中で入退院の相談を受けるが、その当時はショートステイがなく、病床を埋めることが医療ソーシャルワーカーの役割だった。雑務中心であったため、患者との関わりには大きな時間を割くことができなかった。

その後、院内の整備ができ雑務が減ってきた。

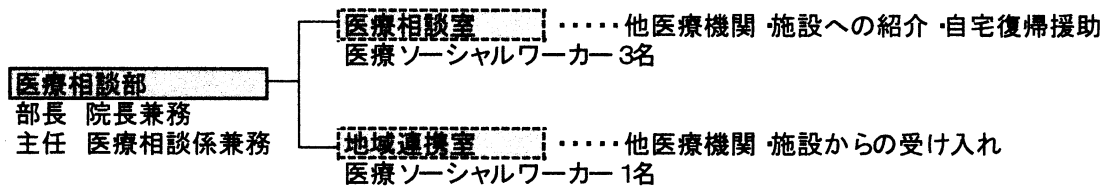
2002年に「入退院調整室」ができた。また、「判定会」などの業務が加わった。雑務は減ったが、患者との関わりは少し増えたのみであった。

2003年になると、「医療相談部」を立ち上げ、地域連携担当と医療相談担当を分離するなど、大きな変化があった。また、人材が増えたので分担して業務をできるようになった。それにともなって、院内カンファレンスが増え「判定会」などへ参加の機会が増えた。カンファレンスに向けた情報収集のために、患者・家族と面接する機会が増えた。また特定疾患療養病床が開設し、若年患者の福祉サービス知識も必要になった。

f. 社会的入院をどうするか

現在の業務の課題は社会的入院へのアプローチである。しかし介護・福祉施設の空きがあるわけではないので、容易に解決できるわけではない。

図 11 医療相談部の組織図（2005年1月）



3. 地域連携のモデルとツール

(1) 地域連携モデル——入院から退院までの流れ

高齢者に多い疾病やけがで入院した場合の、退院までの流れを下記に示した。

i. の例が、脳出血で手術をした高齢者の場合である。冬季の場合は、退院までおおむね1ヵ月かかる。在院日数17日で退院することは困難と考えられる。なお、医療ソーシャルワーカーが退院先についてのアセスメントをした後に、医療ソーシャルワーカーが引き続き退院支援する場合だけでなく、4週間を待たずに早期にケアマネジャーなどに引き継ぐ場合もある。

ii. の例が、大腿骨頸部骨折で急性期病院に入院した後に、回復期・慢性期病院（療養病床）に転院して、自宅に退院する場合である。急性期病院に入院したときから、自宅への退院までおおむ

ね1ヵ月半～3ヵ月かかる。

iii. は、脳出血で急性期病院に入院した後に、回復期・慢性期病院（療養病床）に転院して、自宅に退院する場合である。急性期病院入院から、自宅退院まではおおむね5ヵ月～6ヵ月かかる。

ii. iii. とともに、急性期病院入院中に、当該病院スタッフが、患者の退院後の方向性（どこに退院するか、どんな生活をするのかなど）のイメージをもって支援をしていた場合の流れである。そうした支援をしていなかった場合の流れは大きく異なる。

(2) 医療ソーシャルワーカーなどが利用しているツール

医療ソーシャルワーカーなどが、病院や診療所また介護・福祉施設との連携、さらに相談時、また業務記録に利用している、所定の書式には次ページのものがある（表25）。

i. 脳出血で手術をした高齢者の場合 松江市立病院

2～3週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・脳出血で入院 ・手術 ・リハビリテーション開始 ・医療ソーシャルワーカーとの関わり開始（訓練室に通い始めたときが多い） ・家族と医療ソーシャルワーカーの面接（大家族の場合時間がかかる場合がある）
4週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション担当医から回復の見込みの情報を得る ・ケアマネジャーに引継 在宅への準備 ・療養型病院へ転院の場合は、療養型病院への依頼や申請 <p style="text-align: center;">※主治医の方針や、ケアマネジャーの力量により異なる場合もある。</p>

ii. 大腿骨頸部骨折をした高齢者の場合 鹿島病院

1週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・骨折して急性期病院に入院 ・手術
2～3週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院から鹿島病院に連絡あり、入院受け入れ準備 ・鹿島病院に転院・入院 ・リハビリテーションスタッフとリハビリテーション科医師で自宅を訪問 ・「リハビリテーション実施計画書」作成。家族説明 ・再度、患者本人と自宅訪問
6～11週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・鹿島病院を退院、自宅へ戻る <p style="text-align: center;">※高齢者の場合、すでに在宅の担当ケアマネジャーがいることが多い</p>

iii. 脳出血の高齢者の場合 鹿島病院

12～16週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・脳出血で急性期病院に入院 ・手術
12～16週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院から鹿島病院に連絡あり、入院受け入れ準備 ・鹿島病院に転院・入院 ・リハビリテーションスタッフ、必要に応じてリハビリテーション科医師で自宅を訪問 ・「リハビリテーション実施計画書」作成。家族説明。 ・再度、患者本人と自宅訪問
20～26週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・鹿島病院を退院、自宅へ戻る（ADLがCからB1になった場合） <p>しかし、ADLがB2だと入院が長くなる</p> <p style="text-align: center;">※在宅の場合、退院まではケアマネジャーと一緒に支援をする。フォローアップもする。</p>

表 25 利用されている連携や相談のためのツール（提供を受けたもののみ）

場面	松江市立病院	鹿島病院
相談受付	<u>ソーシャルハイリスクスクリーニング票</u> (医師・看護師が医療ソーシャルワーカーに支援を依頼するときに利用 1病棟で試行中)	
相談	<u>医療相談インテークシート</u> (相談受付記録 医療ソーシャルワーカーが記入)	
入院受け入れ時		<u>患者基礎情報</u> (家族構成や希望など、介護度など入院に必要な事項 在宅介護スコア表あり)
院内伝達用		<u>医療保険・介護保険療養病床 診療情報提供書</u> (患者紹介時の医療・看護。リハビリ情報を記入)
業務統計	<u>医療相談日報</u> (毎日の相談を記録 現在試験的に利用)	

まとめ——病院や患者への貢献の数量化が課題

(1) 事例の位置

松江市立病院は、単機能の公立病院である。従って、地域連携部署、医療ソーシャルワーカーには、地域内の他病院・診療所、介護・福祉施設などとのネットワーク構築が強く求められていた。そして、紹介率向上、在院日数短縮のために両部署にかかる期待は大きいと考えられる。島根県内で最初に地域連携担当部署を創設したのも、こうした事情が関係していると考えられる。松江市立病院の事例は、地方都市、急性期、単機能型病院における地域連携、医療ソーシャルワーカーという枠内で一般化可能と考えられる。

鹿島病院は、回復期・慢性期の民間病院である。同一グループ・系列内に急性期病院はないが、いくつかの在宅サービス機関を併設している。そのため、前方連携の場面では、急性期病院との連携が常に求められていた。後方連携では、自院の在宅サービスの提供可能な地域内では、比較的スムーズに在宅サービスにつなげられていた。地域連携部署、医療ソーシャルワーカーの業務にもこれらのことが反映されていると考えられる。鹿島病院の事例は、地方都市（近郊）、回復期・慢性期の保健・医療・福祉複合体型の病院という枠内で普遍化できると考えられる。医療ソーシャルワーカーに関しては、1病棟1ソーシャルワーカー担当制を採用しているため、わが国の病院のなかでは医療ソーシャルワーカー1名当たりの担当入院患者数は相当少ない事例と言える。

(2) 医療ソーシャルワーカーの組織・業務はシステマチックに

2事例とも、最初の医療ソーシャルワーカーが配属されてから、ある程度の年月が経過していた。ここ数年の間に、地域連携部署が創設され、医療ソーシャルワーカーの組織は、それと同部門に再編された。両病院のここ数年間の組織・業務の変化は、これまでにないほど大きかったと考えられる。

松江市立病院では、地域連携部署と医療ソーシャルワーカーの部署とは、直接相互に協力しながら業務を展開しているわけではなかった。しかし、同一部門にあることにより、介護・福祉施設入所者の入院を早期に把握し、早期に退院支援を開始できるというメリットがあった。

鹿島病院では、地域連携担当、医療相談担当とも医療ソーシャルワーカーであった。地域連携担当医療ソーシャルワーカーと医療相談担当のソーシャルワーカーは、業務の相互乗り入れを行っていた。

松江市立病院医療ソーシャルワーカーの主な業務は、退院支援であった。この業務は、「ペア病棟担当制」導入前後で大きく変化していた。これは、直接には2名の医療ソーシャルワーカーの病棟担当を明確にし、病棟スタッフからみて依頼しやすい条件を整えたことによるところが大きかった。また、保健師とペアを組んだことにより、医療依存度の高い患者の支援は保健師が担当するなど、両者の特性を活かした役割分担が可能となった。

鹿島病院の地域連携担当ソーシャルワーカーの主な業務は、入院相談と地域の他機関とのネットワークの促進であった。入院相談を受けた患者が入院した後は、全員医療相談担当ソーシャルワーカーに引き継がれていた。医療相談ソーシャルワーカーの主な業務は、入院中の患者・家族の相談、退院支援などであった。主任ソーシャルワーカーはベッドコントロールも担当していた。医療ソーシャルワーカーの業務の変化という点から見れば、地域連携担当ソーシャルワーカーの新規配置、医療相談担当ソーシャルワーカーの病棟担当制の導入が大きな転換点になっていた。これまで、回復期・慢性期病院医療ソーシャルワーカーの業務の柱としては、前方連携である入院相談と、後方連携である退院支援が考えられてきた。情報交換会の開催は、これまで医療ソーシャルワーカーがほとんど取り組んでこなかったことである。医療ソーシャルワーカーの業務の幅を拡大したと言える。それだけでなく、これにより医療ソーシャルワーカーは、病院の機能分化をすすめる際のキーパーソンの一人としての位置づけを得ることとなったと考えられる。

(3) 病院経営、患者・家族への貢献

松江市立病院では、地域連携部署は、紹介率の向上による診療報酬上の加算の獲得を通して、病院の経営に寄与していた。医療ソーシャルワーカーは、地域連携部署ほど明確な形で経営に貢献しているという根拠を示すことはできなかった。だ

が、病院の平均在院日数は漸次減少しており、医療ソーシャルワーカーの業務も減少の一因になっていると考えられる。

鹿島病院では、医療ソーシャルワーカーは、病院の機能分化・機能特化の戦略を担う重要な職種として位置づけられていた。地域連携担当ソーシャルワーカーだけでなく、医療相談担当ソーシャルワーカーが個別のケースへの支援、情報交換会参加などを通して知り得た患者・家族の要望を、病院にフィードバックすることにより、そうした期待に添えていた。

患者・家族への貢献という点では、松江市立病院では、少数の医療ソーシャルワーカーで、できる限り多くの患者に支援を提供するという点では、貢献度は大きいと考えられた。しかし、他の多くの病院と同様、退院支援を優先せざるを得ないので、退院患者のフォローアップはほとんどできていなかった。支援の事後評価ができないために、患者・家族への貢献を、客観的・数量的に把握できないのが実情である。

鹿島病院では、入院時から退院まで、医療ソーシャルワーカーが一貫して支援するシステムができていた。また、自宅退院患者については、同一法人のケアマネジャーによる支援を受ける人も多いため、医療ソーシャルワーカーが必要に応じてフォローアップできていた。再入院時などには、医療ソーシャルワーカーが継続した支援をすることもできていた。これらは、医療ソーシャルワーカーによる患者・家族への支援の事後評価をする際には、有利な条件となる。

(4) 初期型・短期型支援モデル確立に向けて

急性期病院では、在院日数短縮により医療ソーシャルワーカーの支援回数は少なくならざるを得ない⁽⁵⁾。しかし、医療ソーシャルワーカーは、いつごろ、どのようなタイミングで患者・家族に対して支援を開始すればよいのか、1回の面接のなかで患者・家族からどのような情報を引き出し、どのような情報を提供すればよいのかについての指針（連携モデル）は、示されていない。松江市立病院では、脳卒中（脳出血）患者にある程度共通する、入院～支援開始～退院までの支援過程を示すことができた。

同一グループ・系列の急性期病院をもたない回

復期・慢性期病院では、入院患者の多くは急性期病院からの転院である。急性期病院入院中に、当該病院スタッフが、個別の患者の病院退院後の生活のイメージをもって支援をしていたかどうかにより、鹿島病院に転院してきた後の支援が大きく異なっていた。急性期病院で、在宅生活をイメージしながら支援を受けてきた患者を例にした場合、大腿骨頸部骨折、脳出血患者では、鹿島病院入院後の支援過程に一定の共通性を見いだすことができた。回復期・慢性期病院医療ソーシャルワーカーとケアマネジャーとの連携モデルを見出すこともできた。

2病院で使用されているツールは、連携モデルを構築する際の重要な構成要素となろう。

(5) 今後の事例調査の課題

今回の2事例の報告により、急性期病院、回復期・慢性期病院の地域連携と医療ソーシャルワーカーの組織・業務の変化の一端を示すことができた。また、ある程度であるが、それらの今後のあり方への示唆を得ることができた。今回の調査対象病院のある島根県・松江二次医療圏では、保健所の提唱により、病院のネットワーク化に向けて動き始めたところである。既にネットワーク構築の実績のある地域内の病院調査を行い、ネットワークの存在が地域連携、医療ソーシャルワーカーに及ぼす影響を検討すること、そうした事例と今回の事例とを比較することが今後の研究課題である。2事例で抽出された連携モデルが、どの一般化できるか、どの程度豊富化できるかの検討も、今後の研究課題であろう。

今回の調査対象病院では、医療ソーシャルワーカーの業務統計などの蓄積が十分でなかったため、地域連携、医療ソーシャルワーカーの業務の変化をデータに依拠して分析することはできなかった。そうしたデータを用いて、患者・家族への影響について検討することは重要な課題である。とくに次の3点についての検討が急務になっている。

- i. 急性期病院でも、回復期・慢性期病院でも、退院支援促進のためには、社会的ハイリスク患者の早期発見が1つの鍵になる。地域連携部署と医療ソーシャルワーカーが組織レベルで協力することにより、そうした患者の早期発見が可能になるかの検討をすること。

- ii. 単機能の急性期病院でとりわけ顕著であるが、退院支援をした患者のフォローアップはほとんどできていない。現場の支援レベルでは、その実行は困難である。そのため、退院支援後の患者のフォローアップ調査を実施し、それを通して退院支援のシステムと個別の患者への支援の評価をすること。
- iii. iiともかかわるが、地域連携、医療ソーシャルワーカーの組織・業務が、システム化していくなかでは、それに乗らない患者（システムからはじかれる患者）が出てくる可能性が高い。そうした患者の把握とその要因分析をすること。

文献

- (1) 二木立『地域医療と病院』勁草書房、148-176、2004年
- (2) 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、2004年
- (3) 田城孝雄編『地域医療連携 Mook』日総研、2004年
- (4) 今村貞夫・佐伯泰子・浜崎千恵子・野津裕子・安達武平「松江市立病院地域医療室（地域医療連携係）における病々・病診・病福連携業務の現状」『島根医学別冊』第24巻第2号、19-23、2004年
- (5) 富樫八郎「急性期病院におけるソーシャルワーク介入の頻度に関する研究」『沖縄大学人文学部紀要』5号、79-86、2004年

謝辞

ご多忙なか、事例調査にご協力していただいた松江市立病院地域医療室長・佐伯泰子氏、同ソーシャルワーカー・原敬氏および吾郷利宏氏、鹿島病院院長・小鯖覚氏、同ソーシャルワーカー・陰山真宏氏および小林裕恵氏に、厚くお礼申し上げます。

付記

本調査の実施と報告に当たっては、地域情報研究所（株）コムデザイン研究員・尾崎由利子氏に、多大な協力を得た。

本報告は、独立行政法人日本学術振興会・平成16年度科学研究補助金による研究成果の一部である。

基盤研究 (B) (1) 課題番号 16330123
研究課題 イギリスにおける医療・福祉サービス連携による質確保と予算管理システムに関する研究
研究代表者 杉崎千洋