

# ネットワーク型医療における地域医療連携マネジメント

～地域医療連携におけるMSWの役割から考える～

松岡邦彦

キーワード：ネットワーク型医療・地域医療連携・医療ソーシャルワーカー

## 1. はじめに

2012年度診療報酬改定は下記2つの重点課題に注目され改定がなされた。

第1の重点課題は「急性期医療等の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減」である。この課題における重点項目は、

- ① 救急・周産期医療の推進
- ② 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組
- ③ 救急外来や外来診療の機能分化
- ④ 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進

とされ、小児救急加算や高度周産期医療の評価引き上げや「夜間休日救急搬送医学管理料」の新設などにより救急・小児・周産期医療に対策を拡充するとともに、「病棟薬剤業務実施加算」やNST（栄養サポートチーム）加算の対象拡大など、チーム医療の推進の取り組みを評価する改定となった。

また、第2の重点課題として「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及び在宅医療の充実」が注目された。この課題における重点項目は、

- ① 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進
- ② 看取りに至るまでの医療の充実
- ③ 在宅歯科・在宅薬剤管理の充実
- ④ 訪問看護の充実、医療・介護の円滑な連携

とされ、2010年度診療報酬改定と並んで、機能分化と連携に注目が集まった。

医療の変遷を紐解けば、1992年の第2次医療法改正における特定機能病院や療養病院の制度化、2007年の第5次医療法改正における医療計画の見直し等を通じ、医療機能の分化と連携の促進が図られた。また、医療をネットワーク化することで、限られ

た医療資源を効率よく活用することを推進してきた。こうした「ネットワーク型医療」という方向性をもっとも明確にした改定が2012年の診療報酬改定であった。

2012年診療報酬改定で着目すべきは「連携」というキーコンセプトである。例えば、重点項目のひとつ「救急・周産期医療の推進」においては「救急搬送患者地域連携紹介加算」及び「救急搬送患者地域連携受入加算」の点数引き上げを実施するとともに、要件緩和（入院5日以内→7日以内に拡大、療養病床や精神病床への対象拡大、紹介加算・受入加算の双方届出の認可）が図られた。こうした取り組みは高次急性期病院に集中する救急搬送患者を地域の関係機関と連携し早期に転院を促すことで、救急医療に支障をきたさないよう拡充を試みている。また、「救急・在宅等支援病床初期加算」や「救急・在宅等支援療養病床初期加算」を新設し、13：1や15：1の一般病床や療養病棟においても在宅や介護施設で状態が悪化した患者受入を評価し、在宅医療や介護保険施設等との連携を促している。退院調整加算の算定要件である退院支援計画を文書提供した際に加算が可能な「地域連携計画加算」の新設や、医療機関と訪問看護ステーションとの連携が評価された「退院時共同指導料2」が改定されたことは、在宅療養への円滑な移行、地域生活への復帰に関してはかかりつけ医等の在宅を担う医療機関や訪問看護ステーションと連携を密にすることが求められているといえよう。

このたびの診療報酬の改定からも推察できるように、限られた医療資源を効率的に運用していくために地域の医療機関同士だけでなく、介護・福祉関係者との連携が重視されている。本稿では「連携」というキーコンセプトに着目しながら、地域医療連携の意義、連携に医療ソーシャルワーカーが関わることの意義について検討することとする。

## 2. 地域医療連携と医療ソーシャルワーカー

### 2-1 地域医療連携の変遷

わが国の医療において「地域医療連携」というキーワードの登場は比較的歴史が浅い。「連携なくして21世紀の病医院経営なし」と言い切る木佐貫（2010）はそうした中にあっても地域医療連携の変遷に3つのフェーズがあったと述べている。

「地域医療連携」という発想が診療報酬により位置づけられたのは2000年の診療報酬改定である。当該改定により「急性期入院加算」や「紹介外来加算」といった自院に対する紹介率によって加算が設定されることとなり、いままであまり注目されな

った紹介率が医療機関の収益を大きく左右することとなった。そのため、地域の急性期医療機関はこぞって「地域医療連携室」等の部門を創設し、地域の開業医等からの紹介確保のための活動を展開した。このような返書管理や紹介処理統計業務などの対開業医向けの戦略が注目された時代を「第1フェーズ：前方連携」と呼ぶ。

しかしながら6年後の2006年診療報酬改定では紹介率に基づく加算が廃止された。一方、「在宅支援診療所」「地域連携退院時退院共同指導」の新設や「地域医療連携計画管理料・退院時指導料」導入による連携パスの登場により、地域医療における機能分化・役割分担の促進と回復期・維持期医療機関との連携が注目されることとなった。こうした退院調整、転院相談などに力点が置かれた時代を「第2フェーズ：後方連携」と呼ぶ。

そして、2010年の診療報酬改定ではケアマネージャー等と連携することで算定が可能となる「介護支援連携指導料」の開始等、医療機関だけの連携でなく、医療・介護・福祉など地域のあらゆる社会資源を動員し、地域包括ケアをめざす連携を目指すこととなった。こうした時期を「第3フェーズ：地域包括型連携」と呼ぶ。

これら地域医療連携の変遷からも分かるように、地域医療連携は患者が最善の医療サービスを受けるために地域のさまざまなサービス提供主体（介護保険サービス、行政サービス等）と共同（協働）してネットワーク構築することが重要になっている。こうした地域医療連携の潮流は、前に述べた「ネットワーク型医療」として現在のわが国の医療においてなくてはならないコンセプトになっている。

## 2-2 地域医療連携における医療ソーシャルワーカー

医療ソーシャルワーカーは医療に携わる他の専門職と異なり、専門職を位置づける身分法は存在しない。しかし、業務のありかたについてまとめた文書として、2002年に改定通知された厚生労働省保健局長通知「医療ソーシャルワーカー業務指針」（健康発第1129001号通知）がある。この業務指針において、多くの箇所「連携」という文言が存在する。下記はそれをまとめた表である。

表1 「医療ソーシャルワーカー業務指針」における「連携」について

	該当部分	該当文言（下線は筆者が追加）
①	一 趣旨	「…医療・保健・福祉のそれぞれのサービスが十分な <u>連携</u> の下に、総合的に提供されることが重要となってきた。…実際の業務を行うに当たっては、他の医療スタッフ等と <u>連携</u> し、それぞれの機関の特性や実情に応じた業務のウェイト付けを行うべきことはもちろんであり、…」
②	二 業務の範囲 (1) 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助	「高齢者等の在宅療養環境を整備するため、在宅ケア諸サービス、介護保険給付等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との <u>連携</u> の下に患者の生活と傷病の状況に応じたサービスの活用を援助すること」
③	二 業務の範囲 (2) 退院援助	「地域における在宅ケア諸サービス等について情報を整備し、関係機関、関係職種等との <u>連携</u> の下に、退院・退所する患者の生活及び療養の場の確保について話し合いを行うとともに、傷病や障害の状況に応じたサービスの利用の方向性を検討し、これに基づいた援助を行うこと」 「…介護支援専門員等との <u>連携</u> を図り、患者、家族の了解を得た上で入院中に訪問調査を依頼するなど、退院準備について関係者に相談・協議すること」
④	二 業務の範囲 (3) 社会復帰援助	「関係機関、関係職種との <u>連携</u> や訪問活動等により、社会復帰が円滑に進むように転院、退院・退所後の心理的・社会的問題の解決を援助すること」
⑤	二 業務の範囲 (5) 経済的問題の解決、調整援助	「入院、入院外を問わず、患者が医療費、生活費に困っている場合に、社会福祉、社会保険等の機関と <u>連携</u> を図りながら、福祉、保険等関係諸制度を活用できるよう援助する」

⑥	<p>二 業務の範囲</p> <p>(6) 地域活動</p>	<p>「患者のニーズに合致したサービスが地域において提供されるよう、関係機関、関係職種等と<u>連携</u>し、地域の保健医療福祉システムづくりに次のような参画を行う」</p> <p>「他の保健医療機関、保健所、市町村等と<u>連携</u>して、地域の患者会、家族会を育成、支援すること」</p> <p>「他の保健医療機関、福祉関係機関等と<u>連携</u>し、保健・医療・福祉に係る地域のボランティアを育成、支援すること」</p> <p>「関係機関、関係職種等と<u>連携</u>し、高齢者、精神障害者等の在宅ケアや社会復帰について地域の理解を求め、普及を進めること」</p>
⑦	<p>三 業務の方法等</p> <p>(4) 他の保健医療スタッフ及び地域の関係機関との<u>連携</u></p>	<p>「…また、他の保健医療スタッフと常に<u>連携</u>を密にすることが重要である。…」</p> <p>「医療ソーシャルワーカーは、地域の社会資源との接点として、広範で多様なネットワークを構築し、地域の関係機関、関係職種、患者の家族、友人、患者会、家族会等と十分な<u>連携</u>・協力を図ること」</p> <p>「地域の関係機関の提供しているサービスを十分把握し、患者に対し、医療、保健、福祉、教育、就労等のサービスが総合的に提供されるよう、また、必要に応じて新たな社会資源の開発が図られるよう、十分<u>連携</u>をとること」</p> <p>「…地域においてケアマネジメントに携わる関係機関、関係職種等と十分に<u>連携</u>・協力を図りながら業務を行うこと」</p>
⑧	<p>三 業務の方法等</p> <p>(6) 問題の予測と計画的対応</p>	<p>「…病院内あるいは地域の関係機関、関係職種等との<u>連携</u>の下に、具体的な目標を設定するなど、計画的、継続的な対応を行うこと」</p>

⑨	四 その他 (1) 組織上の位置づけ	「…事務部門に位置づける場合にも、診療部門等の諸メンバーにする等日常的に他の保健医療スタッフと <u>連携</u> を採れるような位置づけを行うこと」
---	-----------------------	---

(注) 太字下線は筆者が加筆加工したものである。

上記の表からもわかるように医療ソーシャルワーカーは院内連携の調整役・コーディネーターとしての役割を担うだけでなく、院外での関係調整や情報収集等、地域医療連携を担う専門職として期待されている。つまり業務指針において「連携」そのものが医療ソーシャルワーカーの業務として提示され、医療ソーシャルワーカーが連携を担うスペシャリストとしてあるべきだと明記しているのである。退院援助実務では、社会復帰援助、経済的問題の解決、地域活動などの各種業務を同時並行的に行い、それらの業務の大半は、地域社会や医療システムネットワークのなかで展開されている。つまり、「連携」なしには物事が進まないのが、現状である。

コンピュータネットワークが高度複雑化したことにより、SE (system engineer) などのネットワーク管理者が必要とされていることは周知の事実である。一方、医療におけるネットワークにおいても医療・保健・福祉・介護など背景や特色の異なる関係機関との様々な協働や、地域包括ケアを主眼としたネットワーク医療へ複雑進化していることから「ネットワーク医療の管理者」が必要とされているのではないだろうか。本稿ではその役割を、連携の専門職である医療ソーシャルワーカーが担うべきであるという前提で、某医療機関における地域医療連携における医療ソーシャルワーカーの取組みを検討していくことにする。

### 3. 地域医療連携における医療ソーシャルワーカーの取組み (A病院の事例)

#### 3-1 A病院の概要

A病院は中国地方の人口およそ50万人の地方中核都市の公立病院である。18診療科、198床(一般123床、亜急性期病床42床、医療療養床29床、介護療養4床)の医療機関であり、A市南部における唯一の公立病院である。2008年に院長人事に伴う市当局と大学医局との軋轢から6人いた内科医が総辞職するとともに、たった一人で

地域の出産・分娩を担ってきた産婦人科医師までも退職するという「非常事態」を経験した。翌2009年には新市長や地域医師会の取り成しもあり、関係大学医局から内科医師の派遣が再開されて何とか業績が回復し、地域医療を担う基幹病院としてのあるべき姿を取り戻しつつあるというのが現状である。

### 3-2 A病院における医療ソーシャルワーカーの取組み

A病院に始めて医療ソーシャルワーカーが配置されたのは2007年のことである。赴任早々、前述の市当局と大学医局との騒動が勃発し、病院業績は低迷し、患者数は激減した。こうした激動の時期にあって医療ソーシャルワーカーは、下記の取組みを行った。

#### 3-2-1 地域医療連携強化訪問

2008年の常勤内科医が総辞職という事態は地域社会に大きな影響を与えた。例えば、内科系の救急患者は、他の地区へ流出した。また、地域の開業医や福祉施設は誤嚥性肺炎など高齢者に多い入院治療のため、入院搬送先の確保のため奔走せざるをえなかった。こうした状況下で、医療ソーシャルワーカーは当時の院長や事務局長とともに「地域医療連携強化訪問」を定期的に企画・実施した。近隣の入院施設をもつ急性期医療機関、内科疾患が対応できないため診療協力をお願いした近隣の内科系開業医、地区の特別養護老人ホーム・介護老人保健施設等を定期的に訪問し、混乱の事情説明をするとともに、現時点で提供できる医療の内容や空床状況等を報告するとともに、よりよい地域医療連携のために協力を要請した。こうした訪問では当院の失態につき叱責されることもあったが、建設的な議論になることも多く、連携の新たなスタイルの構築、開業医や福祉施設側のニーズを把握する好機となった。この取組みは現在でも継続しており、新任医師の表敬訪問や開放病床の利用案内など訪問目的を変えながら、医療ソーシャルワーカーが行う地域医療連携の重要な活動のひとつとなっている。

#### 3-2-2 退院支援目的の入院時スクリーニング調査の実施

2010年の診療報酬改定において入院時の退院困難要因に関するスクリーニングが退院支援計画加算を算定する条件とされたが、A病院では医療ソーシャルワーカーが着任した2007年よりスクリーニングの実施を開始している。スクリーニングにより退院支援を必要とする患者を効果的に抽出することができ、効率的に退院支援を実施す

るマネジメントツールとして利用された。こうしたツールを活用することにより、看護師やリハビリスタッフなどの院内スタッフとの連携を強化することができるだけでなく、事前に発見した退院を困難にしている課題を明確にしたうえで、次の療養・介護を担う医療機関・施設等へ情報提供が容易になったことで、院外との関係機関との連携がよりよいものとなった。

特に業績の低迷する状況において、経営面にも配慮した病床管理・退院支援が可能となった要因のひとつはこのスクリーニングの実施であり、患者の退院阻害因子に関する情報を集約したうえで、対応できたことが成果となった。

### 3-2-3 亜急性期病床の開設・運営

A病院は地域の急性期医療を担う基幹医療機関であることを自負していたが、実際は高齢者の急性増悪等の1次救急レベルのプライマリーケアや、他院で急性期治療が終了した患者のリハビリ入院などの亜急性期・回復期医療がその中心であった。市内には1000床を超える超急性期医療機関が複数存在し、それら医療機関の周辺には回復期リハビリテーション病床をもつ民間医療機関が点在していた。病院が提供する医療の「理想と現実」を痛感した医療ソーシャルワーカーは、現実路線に舵を切るべく自院の強みを活かす戦略を探すため地域の医療状況につきマーケティングを実施した。そして差別化戦略として、自院の得意分野であるポスト急性期医療に特化した、亜急性期病床の開設を提案した。市内における回復期リハビリテーション病床の供給は飽和状態にあり、後発組として苦戦を強いられることが明らかなため、亜急性期病床の新規開設を選択した。亜急性期病床開設のメリットは専従医師が不要なことに加え、利用の単位が病棟単位ではなく、病床単位であり、規定枠内であれば自由に利用する病床を指定ができること、対象疾患に制限がないことがあげられる。A病院の戦略は他院の回復期病床と同様なスケールメリットが得ることができるよう亜急性期病床を基準ギリギリまで増床することに加え、入退院時において、医療ソーシャルワーカーの培ったネットワークを用いた入院相談・退院支援などの連携活動を展開することにより、より高回転の病床運営を目指すこととした。この戦略は一般病床の平均在院日数対策に貢献するだけでなく、回復期リハビリテーション病院で対象疾患とならない難病やがんに罹患した患者の受入を積極的に行うことで連携先医療機関から評価を受けることとなり、業績回復の大きな柱のひとつとなったと考えられる。

### 3-2-4 療養病床の運営改善

医療ソーシャルワーカーが着任する以前の療養病床の運営はガバナンスのない、いわば「放任状態」であった。例えば、入院患者の中には3年以上の長期入院患者が複数いたものの、今後の対応についてまったく検討がされず主治医からも病院からもほぼ「放置」されている状態にあった。また、療養病床は包括算定にも関わらず高額な処方や検査がひたすら漫然と繰り返されている状況で、ルールで規制する、他職種で病床の管理を検討する機会すらなかった。そうした現状のため着任早々、当該療養病棟の運営改善に着手した医療ソーシャルワーカーは入院患者および当該家族と相談面接を実施し、今後の対応を決定するための退院支援活動を実施した。同時に運営方針を定め、終生利用が可能な療養病床から、転・退院が決定するまでの期間に限定した待機目的の療養病床へニューリアルオープンした。また、病床運営を検討する場として委員会の立ち上げを上申し、病床利用のルール、診療報酬上の注意点を組織に浸透させる機会をえた。さらに、他院との差別化を図るため、気管切開や喀痰吸引が頻繁な患者など近隣の療養病院・福祉施設で対応を苦慮する医療依存度の高い患者にターゲットをしばり、連携している医療機関・施設にPRするとともに医療依存度が低く、当院でなくても対応が可能と思われる患者については積極的に退院を促進し、対象者を絞った特色ある療養病床を目指した。改編当時は既得権のある患者からは改革への反対があったものの、結果として地域において多くの患者に病床を効果的に利用してもらい、現在では地域になくってはならない療養病床として機能している。

### 3-3 取組み結果の考察

A病院における医療ソーシャルワーカーの取組みの一部を紹介したが、そのいずれにおいても「地域医療連携」というコンセプトが根幹にあったうえにそれぞれの取組みが展開されている。前に述べた「地域医療連携強化訪問」はもちろんのこと、スクリーニング手法を用いた退院支援計画や各種病床（亜急性期病床・療養病床等）の病床運営改善にしても地域医療連携で培った情報収集能力やニーズ把握に基づくノウハウや経験が院内システムや病床運営に活かされた実践であるといえよう。これらの実践の結果がA病院の経営実績や職員配置状況にも現れている。

図1 A病院経常収益・経常費用の推移（単位：百万円）<sup>1</sup>

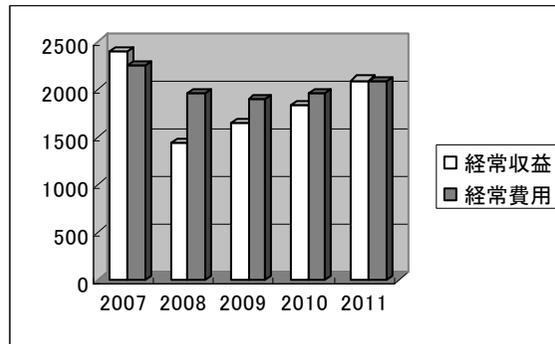


図2 A病院損益額推移（単位：百万円）<sup>2</sup>

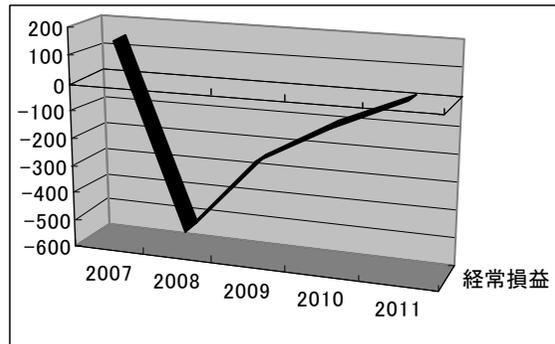
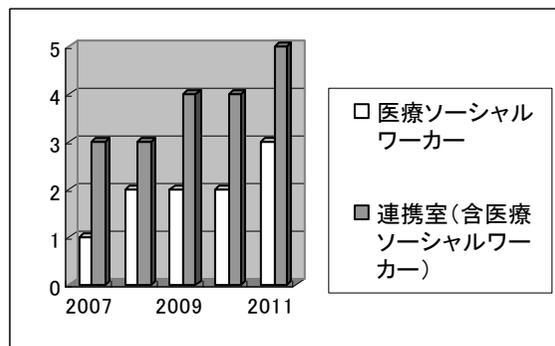


図3 A病院 地域医療連携室職員数の推移（単位：人）<sup>3</sup>



<sup>1</sup> 倉敷市児島市民病院事務局（2012）「倉敷市児島市民病院改革プラン評価委員会資料編」 筆者が一部改編

<sup>2</sup> 倉敷市児島市民病院事務局（2012）「倉敷市児島市民病院改革プラン評価委員会資料編」 筆者が一部改編

<sup>3</sup> 倉敷市児島市民病院事務局（2012）「倉敷市児島市民病院改革プラン評価委員会資料編」 筆者が一部改編

図1・2の表からも明らかなように2008年に発生した騒動の際は急激に業績が悪化したもの、経常収益・経常損益はV字回復を遂げている。この時期は医療ソーシャルワーカーが地域医療連携にコンセプトをおきながら各種取組みを実施した時期と重なっており、業績回復の一端を担ったことは明らかである。

A病院での取組みから考えられるのは、地域医療連携活動により業績（各種経営指標）が好転し、業績が好転したことにより地域医療連携活動がさらに活発になったという正の相乗作用があったことである。A病院のケースではさまざま取組みを通じて地域医療連携を活発化させるにより、市内急性期病院からA病院への転院患者が増加し、その結果、経営業績が好調に転じた。こうした変化（A病院への転院患者増加）は対応する地域医療連携室の業務量増加を引き起こし、その対策のため地域医療連携室のスタッフは増員されることとなった。（図3参照）地域医療連携室におけるマンパワー確保は業務処理量を拡大させるだけでなく、地域医療連携の専門職として医療ソーシャルワーカーがさらに入院相談や退院支援などの活動に参加する機会を増大させ、地域医療連携活動の質の向上ならびに当該地区における地域医療連携の強化を可能にしたと考えられるのである。

#### 4. おわりに

本稿では診療報酬改定等の医療の変遷を紐解きながら、地域医療連携の意義、連携に医療ソーシャルワーカーがかかわることの意義について述べてきた。これまでの取組みから以下のことが必要であると結論できる。

##### ① 医療者には時代を見抜く洞察力が必要である。

「必要は発明の母」といわれるように必要・必然から制度やシステムは誕生するので、医療に関わる諸制度やシステム、あるいは「ネットワーク型医療」や「地域医療連携」も必要とされたために生まれ、起きるべくして起きた現象であるといえる。現在の医療は混迷の度合いを深めているが、わが国の医療に、わが国の未来に何が必要とされ、何が必然であるかといった、時流を見極める力、時代の変化を見抜く深い洞察力が医療者には必要であると考えられる。

- ② 医療ソーシャルワーカーは地域医療連携の専門職であることを自覚し、よりいっそう地域医療連携を重視したソーシャルワークを実践する必要がある。

在院日数の短縮政策等によって医療ソーシャルワーカー業務のほとんどが「退院援助・退院支援」業務であるという現状がある。こうした業務を適切に分析すれば、解決するヒントが隠されているのではないかと考えられる。例えば、医療ソーシャルワーカーは日ごろの相談面接や転院支援等で培った患者理解力や情報収集能力を活用することにより、普遍的な医療福祉ニーズや地域に不足している潜在的なニーズを引き出す能力をもっている。こうした能力を十分に発揮し、それを勤務先の医療機関や地域に還元すれば、地域医療連携に資することになるだけでなく、自らが所属する組織の医療経営に資することになる。地域医療連携活動を通じ、地域の力を底上げしていくことは、退院支援業務が効率よく実施できるという自院の限定された効果だけでなく、関係する機関・施設にもその影響は波及し、地域全体をよりよいコミュニティに変化させることになるのではないだろうか。戦後間もない時期に医療ソーシャルワーカーが都市部の保健所などに配置されたことは、医療ソーシャルワーカーの業務の原点が「地域医療連携」にあるからではないかと考えられる。日ごろの医療ソーシャルワーカー業務が実は地域医療連携を盛り立て、経営に資する活動となっていることを医療ソーシャルワーカー自身をもっと認識し、日々実践する必要がある。

- ③ 医療ソーシャルワーカーは「ネットワーク医療の管理者」としての役割を果たすために、ネットワークを管理する手法である「医療マネジメント」を学ぶ必要がある。

コンピュータシステムの管理者である S E (system engineer) はネットワーク管理技術等、システムに関する高度な知識・技術を持って当該システムを管理している。前述したとおり、医療システム・医療ネットワークの管理者として役割を担うことを期待されている医療ソーシャルワーカーには、従来必要とされてきた知識・技術に加え、医療現場における「マネジメント力」が求められていると思われる。マネジメントといってもさまざまな分野、専門的な理論があることに加え、理論を展開するための演習も必要となる。よって、高度経営専門職養成機関等でそのスキルを身につけることも選択肢である。

## 謝辞

本稿を作成するにあたっては兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授に非常に熱心かつご丁寧なご指導を賜りました。ここに感謝の意を表します。

## 参考文献（引用文献を含む）

- 【1】 Michael E. Porter & Elizabeth O. Teisberg (2009)  
「医療戦略の本質—価値を向上させる競争—」日経BP社。
- 【2】 Leonard L. Berry & Kent D. Seltman (2009)「すべてのサービスは患者のために」  
日本出版貿易株式会社。
- 【3】 Peter F. Drucker (2001)「エッセンシャル版 マネジメント 基本と原則」  
ダイヤモンド社。
- 【4】 伊丹敬之 (1980)「経営戦略の論理 (第3版)」日本経済新聞社。
- 【5】 田中滋・古川俊治 (2009)「MBAの医療・介護経営」医学書院。
- 【6】 淡路富男 (2009)「自治体マーケティング」学陽書房。
- 【7】 一般社団法人全国介護事業者協議会 (2011)「すべては経営者次第」。
- 【8】 社団法人日本社会福祉士・社団法人日本医療社会事業協会 (2004)  
「保健医療ソーシャルワーク実践2」中央法規。
- 【9】 社団法人全国老人保健施設協会。  
「改訂版介護老人保健施設相談業務マニュアル」(2001)厚生科学研究所。
- 【10】 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 (2008)  
「チームで行う退院支援 入院時から在宅までの医療・ケア連携ガイド」。
- 【11】 小笠原浩一・島津望 (2007)「地域医療・介護のネットワーク構想」  
株式会社太洋社。
- 【12】 武藤正樹 (2010)「地域医療コーディネーター養成講座 地域連携クリティカル  
パスと退院支援」千倉書房。
- 【13】 東京都連携実務者協議会・武藤正樹 (2009)「一歩進んだ医療連携実践Q&A」  
じほう。
- 【14】 東京都連携実務者協議会・武藤正樹 (2007)「よくわかる医療連携Q&A」  
じほう。

- 【15】伊関友伸（2007）「まちの病院がなくなる！？ 地域医療の崩壊と再生」  
時事通信社。
- 【16】渡辺さちこ（2009）「患者思いの病院が、なぜつぶれるのか？」幻冬舎。
- 【17】庄子育子、久保俊介、野村和弘（2010）「特集 徹底分析 2010 年度診療報酬  
改定」『日経ヘルスケア』No. 246 20-69 日経B P社。
- 【18】武久洋三、石川誠、神野正博、庄子育子 「著名病院経営者座談会 2010 年度  
診療報酬改定はこう読め」『日経ヘルスケア』No. 247 40-55 日経B P社。
- 【19】庄子育子（2010）「こうすればうまくいく！ 医療連携&医介連携」  
『日経ヘルスケア』No. 251 20-33 日経B P社。
- 【20】武藤正樹（2010）「自院のポジションの分かる連携は病院生き残りの必須アイ  
テム」『日経ヘルスケア』No. 251 34-36 日経B P社。
- 【21】庄子育子、久保俊介、井田恭子（2011）「特集 医療介護の近未来を読む！」  
『日経ヘルスケア』No. 255 22-43 日経B P社。
- 【22】川崎慎介、久保俊介（2011）「特集 徹底検証 2012 年介護保険制度改正」  
『日経ヘルスケア』No. 258 20-39 日経B P社。
- 【23】江本哲郎、黒原由紀（2012）「決定 2012 年度診療報酬改定」『日経ヘルスケア』  
No. 269 41-66 日経B P社。
- 【24】江本哲郎、黒原由紀、井上俊明、吉良伸一郎（2012）「特集 徹底分析  
2012 年度診療報酬改定 見えてきた勝ち残りへの「一手」」『日経ヘルスケア』  
No. 270 16-52 日経B P社。
- 【25】吉良伸一郎、江本哲郎（2012）「病院事務長座談会 2012 診療報酬改定を  
経営にこう生かす」『日経ヘルスケア』No. 271 40-47 日経B P社。