

地域包括ケアシステムにおける 在宅療養支援病院の経営戦略

宮 地 千 尋

キーワード：地域包括ケアシステム、在宅療養支援病院、リハビリテーション病院、
連携、経営戦略

1. はじめに

全国の8,700の病院施設の65%以上、全病床数160万床の55%以上を私的病院が占めており、中小規模の私的病院が多数存在する状況にある。厚生労働省の指導の下に病床数の削減、病院の機能分担が推進されていく中で、中小の私的病院は地域で競争優位を確立し、存続し続けていくために経営戦略を練り、病院管理に真摯に取り組まなければならない。自分の「やりたい医療」ではなく、その地域に必要な医療、サービスが何かを見極め、提供することを目指さなければならない。

一方、地域包括ケアの概念は、もともと昭和50年代に広島県の公立みつぎ総合病院の山口昇先生により寝たきりゼロ作戦を目標に提唱されたものである。患者を治療するだけでなく、生活の質を確保し予防、リハビリテーション、介護、および住民による地域の支援活動まで包含した保健・医療・福祉を統合する実践的な取り組みであった。2006年の介護保険改革により「地域包括支援センター」が創設され地域包括ケアを政策として推進することになった。2012年の医療・介護同時改定で、団塊の世代が後期高齢者になる2025年までに安心、安全でQOLの高い生活を継続できるよう医療・介護サービスを適切に提供するために地域包括ケアシステムの構築が必要と考えられている。これにより先進医療を推進し在院日数を短縮していく高度急性期病院と、地域包括ケアにより誘導される在宅との間で一般急性期病床、亜急性期病床、療養病床から介護施設に至るまでの施設は地域包括ケアシステムの中で各々の立ち位置、役割の再考を迫られている。

本稿の目的は、一般急性期より川下に位置する中小病院の地域包括ケアシステムにおける経営戦略とマネジメントについて、自院の例を交えて考察することである。

2. 私的中小病院の現状

厚生労働省の医療・介護分野における重点化、効率化の方向は、急性期医療の改革、長期療養・精神医療の改革、在宅医療の推進を通して、病床数、在院日数を減少させ、地域包括ケアシステムの構築により在宅医療・在宅介護を増加させることに向かっている。この状況下では高度急性期医療を担当していない中小病院が病院として存続することが困難となる可能性がある。

一方、介護保険の設立以降、医療機関による医療・介護の複合体の形成が見られ、老人保健施設、特別養護老人ホームなどを持つ病院が増加した。一部の中小病院も経営母体となり川下に向かって事業の多角化、前方垂直統合を行ってきた。複合体の形成により医療・介護の切れ目のないサービスの提供と効率的運営を目指すと同時に、利用者の囲い込み、病院経営におけるリスクの分散を図ってきたと言える。すでに複合体形成のピークは過ぎた感がある。厚生労働省の改革シナリオでは、病院から介護への病床転換が進めば介護ベッド数は現状で足りると見込まれている。以上より医療・介護機能の再編、地域包括ケアシステムの構築が推進されると、急性期病院以降の病院・施設のニーズが減少する可能性がある。中小病院の生き残りには地域における機能分担と連携がより重要性を増すであろう。

地域包括ケアシステムの中で病院施設と診療所、介護施設、在宅サービスの連携を考えるなら在宅療養支援病院（以下在支病）は有効な選択肢の一つと考えられる。2006年にできた在宅療養支援診療所（以下在支診）は24時間体制で地域の在宅医療を担当し、必要に応じて医療機関、訪問看護ステーションと連携する診療所である。在支診と連携して入院を受け入れ、24時間体制を支援する病院が在支病であり、2010年度診療報酬改定以降、届出数が増加している。2012年度改定で機能を強化した在支診と在支病が設けられ評価が大きく上昇した。施設基準は、3人以上の常勤医師のいる診療所、あるいは200床未満の在支病と9ヶ所の在支診が連携する場合があり、連携機関同士の定期的なカンファレンス、24時間体制の看取り、緊急往診を行うことである。

現在、兵庫県下で在宅療養支援病院の届出をしているのは35病院、神戸市内では18病院である。このうち複合体を形成している病院は29%に上り、在宅系サービスを

展開している病院は 28%である（図 1）。今後、地域密着型の中小病院は在支病として重要な役割を担うことができると考えられる。在支病は、地域包括ケアシステムにおいて自前の関連施設の有無にかかわらず、24 時間体制で他施設、他事業所と協働し多様なサービスを提供することにより保健・医療・福祉・介護の連携の要となる必要がある。

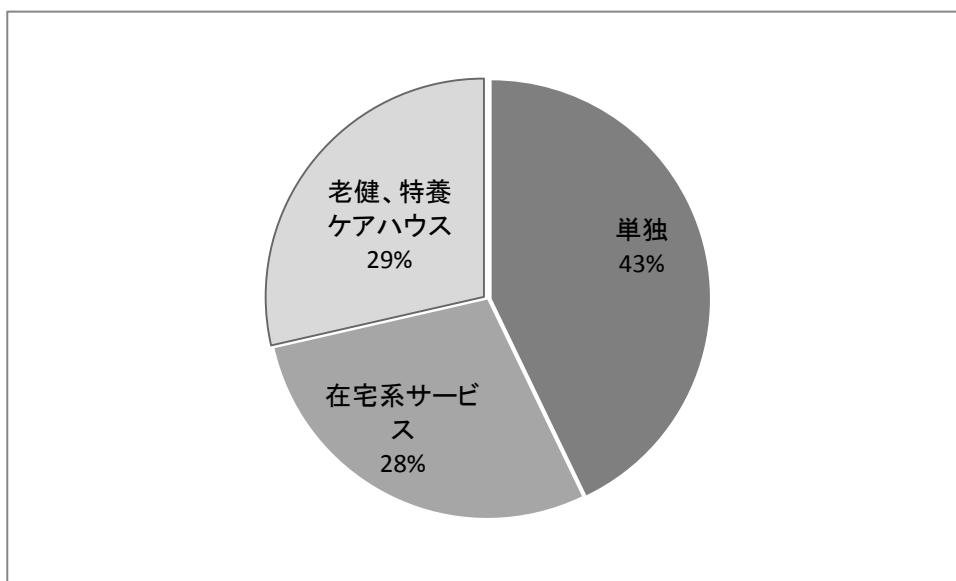


図 1. 兵庫県下の在宅療養支援病院の概要¹

3. 宮地病院の現状分析

医療法人明倫会 宮地病院は、1953 年に開設された有床診療所を基に 1962 年に神戸市東灘区に創立された。この地域で時代とともに病床数、機能をニーズに合わせて変化させてきた。開設当時、病床過疎の状況にあった東灘区に地域医療の一翼を担うべく、地域の診療所との緊密な連携、地域における良質な入院医療の提供、および神戸地区における消化器専門病院としての機能を果たすことを目標に設立された。兵庫県下で最も早く胃カメラを導入し消化管疾患の診断と治療を専門とし、増築、増床を重ね 1989 年に 12 診療科を有する 200 床の一般病院となった。1995 年阪神淡路大震災で全壊の被害を受け、病院建物は撤去され 2 年間休院を余儀なくされた。これを契機に 1997 年の再建時には、被災後の地域で必要と考えられた高齢者医療、慢性期医療に方向転換した。再建した宮地病院は 158 床で、現在の病床種別は一般病床 44 床、回復

¹ 近畿厚生局資料（平成 24 年 6 月 1 日現在の届出受理医療機関名簿）および届出病院ホームページから集計。

期リハビリテーション病床（以下回復期リハビリ病棟）57床、医療療養病床57床である。その後、患者の病気を診るだけでなく全人的にその生活を支えるケアが必要と考え、医療と福祉の連携を目指して、老人保健施設、介護老人福祉施設、在宅サービス部門の整備を行ってきた。

平成23年4月に神戸市内で538床の病床整備計画が策定され、公募が行われた。将来の病院建て替え用地として現在の病院の300m東に取得していた土地を急遽利用することにし応募したところ、50床の増床許可を得た。現在の病院の70床を移動して合計120床のリハビリテーション病院を2013年に新築開設することになった。

3-1 SWOT分析

平成25年4月以降に本山リハビリテーション病院（120床）を開設し、現在の宮地病院は158床から88床に減床する計画である。関連施設には、医療法人明倫会に1老人保健施設、訪問看護センター、訪問リハビリ、訪問介護、地域包括支援センター、社会福祉法人明倫福祉会に2老人福祉施設、1老人保健施設、訪問看護ステーション、訪問リハビリ、2訪問介護事業所等がある。

SWOT分析を行った結果を表1に示す。強みと機会より積極的攻勢戦略として以下の3つの戦略を考えた。

表1. SWOT分析

強み	弱み
リハビリが充実している グループ内施設間の連携が迅速 診療所、他院との連携が良い 急性期から終末期まで対応可能 グループに関連介護・在宅事業を持つ 認知症外来、予防教室がある 重介護、高医療度の対応可能 整形外科医師の増強と手術件数の増加 職員の復職支援、福利厚生の実施 高齢者のリピーターが多い 働きやすい職場	他院からの紹介に依存 職員教育・人材育成が不十分 職員の世代交代、中堅職員不足 初診患者・外来数が少ない 中途採用が多く理念、目標が未周知 診療科が少ない 診療圏と地域包括の圏域が不一致
機会	脅威
リハのニーズの増加 障害者病棟が近隣に少ない 訪問・在宅系サービスの需要の増加 在宅診療に高い診療報酬が付与 認知症予防、治療のニーズが増加 就職難で良い人材の獲得が可能 団塊の世代の高齢化 地域の人口構成の多様化、若年化 DPCによる退院患者の早期転院の増加	年金の減少 医療費の負担増加 少子高齢化 回復期リハ、療養病棟の競争相手が増加 医療事故、訴訟の心配 独居高齢者の増加 医療難民が増加 認知症の増加 医師、看護師、介護職不足

第1は、強みとして現在も展開している回復期リハ病棟の実績とリハビリテーションが充実していること、機会としてリハビリテーションの需要が増加していることより、「本山リハビリテーション病院で回復期リハビリ病棟の充実」を図る。第2は、強みとして重介護、高医療度の患者のケアが可能、関連の介護・在宅事業所との連携が迅速に可能であり、機会としては神戸市東部に障害者病棟が少ないことより、「本山リハビリテーション病院に障害者病棟を設置し地域リハビリテーションセンターの機能」を持つ。第3は、強みとして病診連携、病病連携が構築されており、急性期から終末期まで対応が可能であり、機会として在宅診療、訪問サービスの需要が増加していることより、「宮地病院は地域包括ケアシステムにおいて在宅療養支援病院として在宅療養支援診療所と連携」する。そして、在宅診療専門の宮地クリニックを有しているが現在患者数が少ないため、医師を増員し在宅診療のすそ野を拡大する。

さらに、差別化戦略として以下の3つの戦略を考えた。第1は、強みとして整形外科の医師を増員して、手術件数が増加していること、脅威は神戸市内の病床整備により病床数の増加、回復期リハビリ病床の増加により競争が激化していることから、「整形外科で専門分野を確立し、手術件数を増やす」ことである。第2は、強みとして関連在宅サービス事業、関連施設との連携が良いものの、脅威として独居高齢者や医療難民が増加していることから、「サービス付き高齢者住宅を建設する」ことである。第3は、強みとして認知症専門外来、認知症予防教室、関連施設があり、脅威として認知症患者、早期認知障害が増加していることから、認知症ケア、予防、早期発見に努め、「認知症支援センター」となることである。

そこで、段階的施策として以下の3つが考えられる。第1は、弱みとして入院患者を他院からの紹介に依存しており、機会としては高度急性期病院から早期に退院する患者が増加していることから、「病病連携を強化し、後方支援機能を迅速に果たす」ことである。第2は、弱みとして職員教育が不十分、幹部職員の世代交代、中堅職員の不足がみられるものの、機会として就職難でよい人材の獲得の可能性が増大し、不景気で有資格者の職場復帰が増加していることから、「グループ内で独自の教育・研修部門を立ち上げ人材育成を行う」ことである。第3は、弱みとして自院の診療圏と、法人内の地域包括支援センターの圏域が一致せず、他機関との連携が必要であるが、機会として、団塊の世代の高齢化により元気な高齢者が増え、東灘区内は若年化率も高く人口構成が多様化していることから、「病床移動により宮地病院にできる空間をコミュニティ・スペースとして地域に開放」し、地域住民のパートナーシップを構築し住み慣れた地域で見る態勢を作ることである。また、楽しく利用できるスペースを提供

し地域を活性化することである。

専守防衛策としては、弱みとして離職率が高く、脅威としては医師、看護師、介護職員が不足しやすいことから、公平でやりがいを持てるように人事考課制度を有効活用し、職員が働き続けられるようライフステージに合わせた個別対応を提案していく。

3-2 地域分析

神戸市の人口は154万4千人であり、宮地病院は神戸市の東端に位置する東灘区に存在する。東灘区の人口は21万人であり、過去5年間で1.6%増加しており、高齢化率は19.5%と神戸市の平均約22.3%を下回り、若年人口は19%に上昇している。神戸市は東西に長く南北は山と海に挟まれて狭隘で発展が阻まれている。東西は交通網が比較的整備されているが、南北は交通の便が悪い。東灘区内は診療所数が他地域に比べて多く、1.2~1.5倍と言われている。

当院の外来の診療圏は、図2のとおり東灘区内の住吉川より東側、芦屋市の芦屋川より西側の範囲である。また、入院の診療圏は図3より主に神戸市中央区から西宮市東部までで東灘区内が58%を占めている。

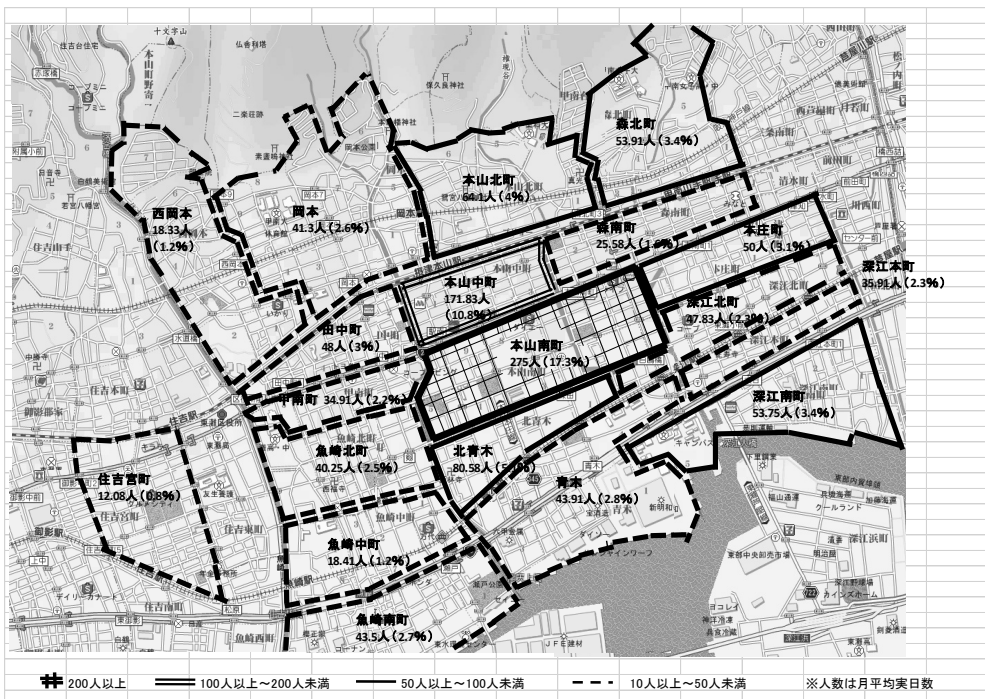


図2. 診療圏 (外来)

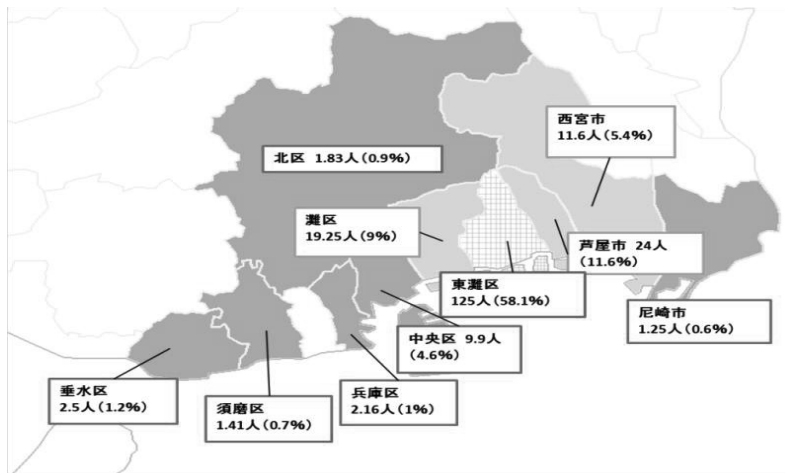


図3. 診療圏（入院）

さらに、図4に近隣の病院分布図を示す。神戸市東部（中央区、灘区、東灘区）、芦屋市、西宮市の高度急性期病院として、神戸医療センター中央市民病院（700床）、神戸労災病院（360床）、神鋼病院（333床）、神戸赤十字病院（310床）、六甲アイランド病院（307床）、市立芦屋病院（199床）、県立西宮病院（400床）などがある。

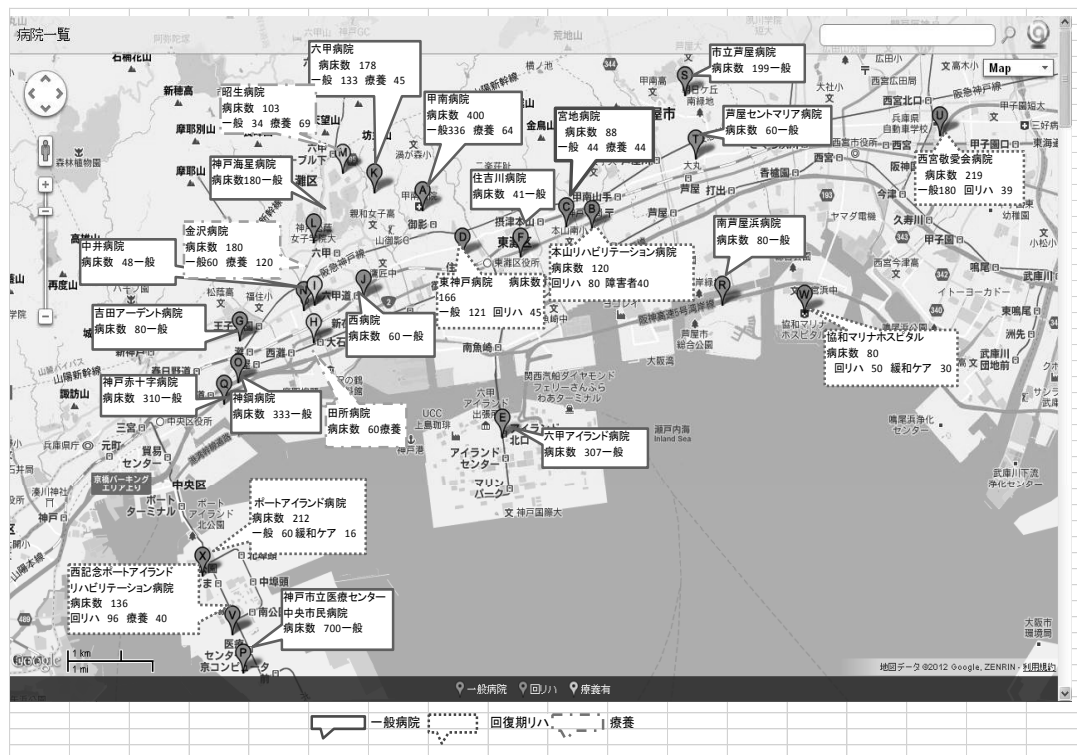


図4. 近隣病院の種類と分布

このように当該地域は、中規模病院が多く、500床以上は1病院のみである。また、回復期リハビリ病棟を持つ病院は、東神戸病院（45床）、ポートアイランド病院（50床予定、開設時期未定）、西記念ポートアイランドリハビリテーション病院（96床、平成25年4月開院予定）、西宮慶友会病院（39床）などである。地域連携パスは、脳卒中、大腿骨頸部骨折のパスが神戸市広域、西宮市で実施されており、当院も立ち上げ時より参加している。

4. 医療法人明倫会の経営戦略

当法人の生き残りをかけた経営戦略は「連携」と、「人材育成」であると考える。

4-1 連携戦略

新設の本山リハビリテーション病院は、地域リハビリテーション病院として住み慣れた地域でリハビリによる支援を行う。回復期リハビリ病棟は急性期病院と密接に連携するとともに、回復期リハビリ病棟を退院後は診療所、在宅サービス事業所、施設と連携し切れ目のないサービスを提供する。また、維持期リハビリテーション（通所リハ、訪問リハ）を提供する。障害者病棟では、維持期リハビリの提供や短期のリハビリ入院、レスパイト入院による在宅支援を行う。また、地域包括ケアシステムの中で在宅リハビリテーション支援センターの役割を果たす。このために診療所との検討会、介護施設、介護保険事業所との地域ケア会議、リハビリに対する理解促進のための地域住民の教育、支えあう地域のパートナーシップの構築、ボランティアの育成などを推進する。また、在宅療養支援病院としての機能も果たす。

宮地病院は、88床に縮小し在宅療養支援病院として地域の一般病棟、2次救急を担当し、地域の通常および機能強化型の在宅療養支援診療所と連携する。病床を縮小してできた空間をコミュニティ・スペースとして地域に開放し地域の活性化とCSR活動を推進する。また、認知症ケア、認知症支援センターとしての役割を果たす。

4-2 川上戦略

次に高度急性期病院との前方連携（川上戦略）について検討する。紹介入院患者数の推移を図5に示す。過去3年間で紹介数が多い急性期病院は、神戸医療センター中央市民病院、神戸赤十字病院、神鋼病院である（図6）。そのうち回復期リハビリ病棟への紹介患者数は同様に中央市民病院、神鋼病院、神戸日赤がベストスリーを占める。

東灘区内の脳血管疾患の症例は他区に搬送されることが多いからである。

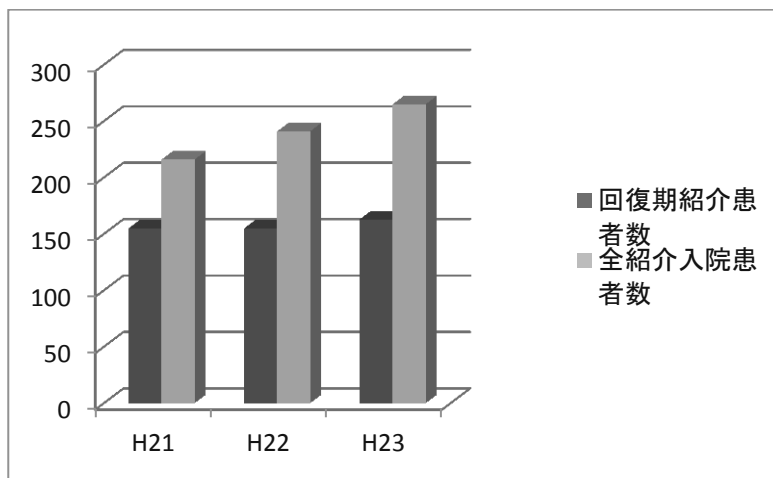


図5. 急性期病院よりの紹介入院患者数

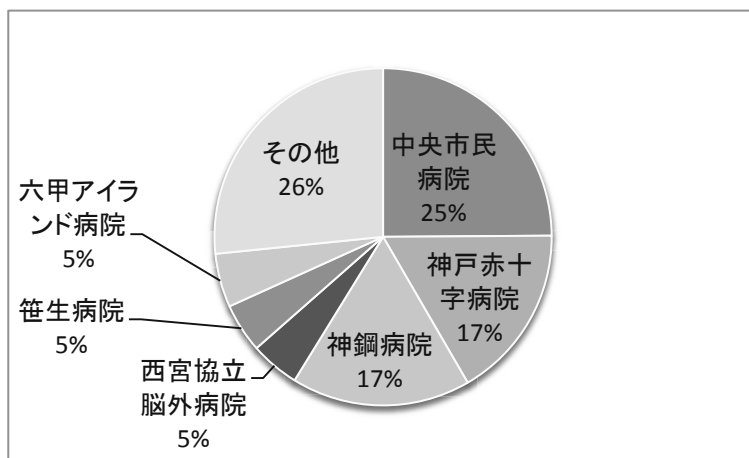


図6. 紹介元病院別入院患者数

上位4位までの紹介元病院を中心に医師、リハビリスタッフ、MSWのチームで定期的に訪問し主治医と検討、患者の診察、評価、リハビリ試行、家族の面談を行い信頼関係を築く。また、相互に勉強会、研修会を定期的に行い連携を深める。また、隣接する芦屋市には強力な高度急性期病院がなく、市の壁があり救急隊間の連携は円滑に進まない。芦屋市で発生した脳血管障害患者は西宮市に流出していると考えられる。西宮市では回復期リハビリ病床が40床以上増加するが、西宮市内の病院から当院への紹介数は10%を占めるためチームで訪問し芦屋在住の患者の紹介をさらに増やす必要がある。

大腿骨頸部骨折に関しては、やはり神戸市内の近隣の3病院が紹介元となる。しか

し、当院でも手術件数が増加しており、整形外科疾患の回復期リハビリ病棟に占める割合が高くなってきている。

神戸市東部から西宮市で208床程度の回復期リハビリ病床が増加することを考えると集患はかなりハードルが高い。ベッドコントロールを徹底して行い、紹介患者の入院までの待機日数を可及的に短縮すること、および発症早期の重症患者を受け入れる態勢作りが重要である。また、リハビリの単位数を増やせる脳血管疾患の紹介獲得が鍵となる。

さらに、宮地病院の川上戦略として、高度急性期病院の後方支援として回復期リハビリ対象患者以外の患者の紹介を亜急性期として受け入れる。

4-3 川下戦略

次に後方連携である川下戦略について検討する。本山リハビリテーション病院の場合は、地域リハビリテーションセンターとして、①回復期リハビリから在宅復帰後の維持期リハビリまでのリハビリの提供、②迅速、円滑に継続できるように各事業所、サービスの連携の強化、③退院後、在宅後に定期的に担当MSW、リハビリ職員を中心にした訪問フォローアップ体制の整備により地域での生活の支援、④在宅が困難になった場合、地域の老健、特養、有料老人ホームへの入所支援、⑤住民のリハビリに対する教育、啓蒙等を行う。

また、地域包括ケアシステムの中で在宅リハビリテーション支援センターとして地域の診療所、包括支援センター、ケアマネ、介護施設などとネットワークを作り、住民間の支えあうパートナーシップの構築などを行う。

宮地病院は、在宅療養支援診療所への在宅患者の紹介、すでに実施している開放病床、当院独自の病診連携の会（K I Z U N Aの会）の継続、リハビリ的支援、栄養士、薬剤師の在宅訪問支援などを実施していく。また、地域の居宅介護支援事業所、訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護事業所、および近隣の介護施設と連携を深めるために地域ケア研究会、ネットワーク会議を開催する。地域住民の介護予防、認知予防教育、啓発を継続していく。また、院内に独立したコミュニティ・スペースを提供して多くの人に使ってもらい、楽しい場所とする。

また、横の連携も重要である。地域内の機能の異なる病院同士、介護保健事業所や施設同士は連絡会議、ネットワーク活動で顔の見える連携を構築していく。地域包括ケアシステムにおける広域コーディネーター機能に繋げていく。

4-4 人材確保戦略

人材確保戦略として、ワークライフバランスを考えた個別対応、時間内はしっかり働いて、オン・オフをはっきりさせ、自分のペースで働ける環境を作る。他との差別化を図るためNPO法人を立ち上げ職員の国内・国外留学、海外活動等を支援する。公正で認められ感があり、成長できる人事考課制度、自己啓発、レジャーまで幅広く選択できる福利厚生メニューなどでよい人材を逃さない取り組みを行う。

5. BSCを用いた経営管理

医療法人明倫会の使命は、医療と福祉の連携による地域社会への貢献である。患者、利用者、地域住民が障害や疾患とともに最後までその人らしくいきいきと地域で暮らせるよう包括的に支援することを目指す。他との違いは、外部ステークホルダーにとっては、「行くと楽しい場所」、「連携でウィン・ウインの関係」となり、内部ステークホルダー（職員）にとっては「自分らしく働ける場所」、「連携により患者、利用者を最後まで看ることができる」ことである。

基本理念は、「私たちは、患者様・利用者様の立場に立ち、いつでも どこでも どなたにも心のこもった医療、温かい介護を提供することを目指します」である。基本方針は、①顧客の安全と満足の提供、②職員の成長と幸福、③内外の連携の構築、④いつも笑顔、⑤変革を恐れない、である。

「ロイヤルユーザー」は、疾病や障害があっても自己決定により地域で、できれば自宅で暮らしたいと考える人、経済的には中以下の人達である。また、「ブランドエッセンス」は、顧客に勇気を与え、生きる喜びを見出す手助けをする、である。「醸し出す雰囲気」は明るさ、微笑みであり、「感じられる心理的価値」は信頼、「機能的価値」はサービスの多様性、迅速な対応、相応しいサービスの提案である。

さて、2013年のビジョンは「私たちが求めている顧客を増やし、地域で存続し続ける」とした。目指す姿のイメージは、連携によって人が行き来する病院である。宮地病院は人を引き付ける、つまり「コミュニティの中に楽しい行きたくなる場所があり、気がつくとそこは病院であった」、また本山リハビリテーション病院は「患者様、利用者様、職員も病院、施設から地域へ出よう、みんなで家に帰ろう」というものである。

2011年秋に全員参加で作成したBSCを、来年に向けて改定した2013年版の当法人の戦略マップとBSCを示したものが、図7と表2である。

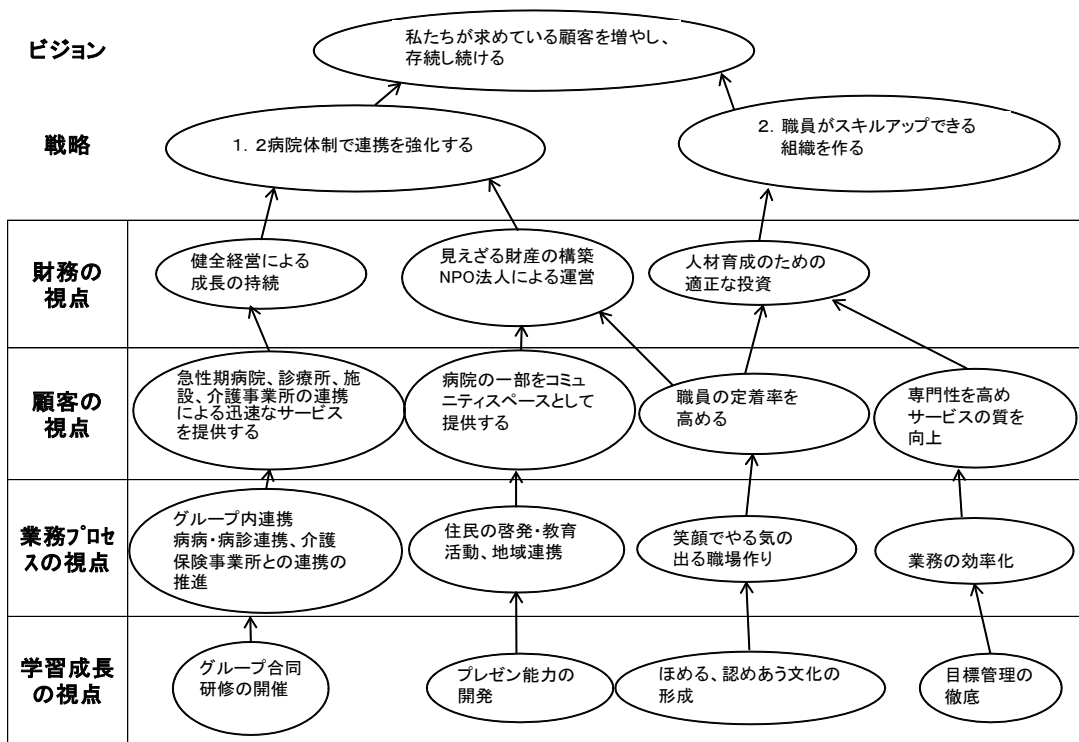


図 7. 戦略マップ (2013 年版)

表 2. 医療法人明倫会の B S C (2013 年版)

視点	戦略目標	重要成功要因	成果指標
財務	健全経営による成長の持続	利益を上げる キャッシュフロー経営の継続	営業活動によるキャッシュフロー 経常利益、患者数、病床利用率
	見えざる財産の構築	NPO法人による社会貢献 院内コミュニティスペースの有効利用	件数 利用回数
	人材育成のための適正な投資	教育センターを設立 NPO法人で職員の国内外の留学・活動をサポート	研修回数、参加人数 合同研修回数 留学・活動数
顧客	急性期病院、診療所、施設、介護事業所との連携による迅速なサービス提供	在宅療養支援病院として診療所と連携 地域リハ病院、在宅リハセンター構想	連携診療回数、在宅往診患者数、紹介患者数 リハ提供件数、診療所・CM・介護事業所への リハ支援件数、住民のリハ教育回数
	病院の一部をコミュニティスペースとして提供	コミュニティスペースを地域で利用促進 ボランティアの構築	スペースの利用率 登録ボランティアの数
	職員の定着率を高める 専門性を高めサービスの質を向上	専門知識・技術取得職員を増やす 医療の結果をきちんと出す	認定者数、FIM改善率、重症度、在院日数 クリニックリーダー
業務	グループ内連携	グループ内で合同会議、研修、情報交換会	診療情報、経営指針を会議で確認、共有回数
	病病・病診連携、介護保険事業所との連携の推進	各種連携の会、ネットワーク活動	連携会議回数、ネットワーク活動数、参加人数
	住民の啓発・教育活動、地域連携	住民の啓発に職員が講師になる	教育活動回数、講演回数
	業務の効率化 笑顔でやる気の出る職場作り	スケジュール管理の徹底、付帯業務の委託 職員満足度を上げる	行動計画の作成度、達成度、残業時間 職員満足度
学習成長	グループ合同研修の開催	職種、職位ごとの合同研修、TQM	研修回数、勉強会回数、TQMチーム数
	プレゼン能力の開発	プレゼンの指導、研修	プレゼンの評価、研修回数
	目標管理の徹底 ほめる、認めあう文化の形成	目標管理の研修 チャレンジシート、ありがとうカードの活用 患者サービスの成功体験を発表する 各部署で理念の浸透	目標管理の達成率、 目標・行動計画の達成度、カード枚数 各部署朝礼で発表回数

6. 考察

急性期病院との前方連携は、回復期リハビリ病棟を持つ競合病院との熾烈な競争が予想されるので差別化が鍵となる。通常の連携では新たな患者の獲得は不可能と考えられる。紹介数の多い急性期病院との連携をさらに強化すること、全室個室とし90%は個室料を徴収しないこと、食事の質の向上などを差別化のポイントにするなどさらに工夫が必要である。地域包括ケアシステムにおける後方連携は、診療所の在宅診療の支援、近隣介護施設、介護事業所との連携によりウィン・ウィンの関係を築きつつ、自院でも在宅診療・介護のすそ野を拡大する。横の連携では、介護施設、各介護事業所と情報共有し広域コーディネーター機能を担うようにする。横から縦の連携も生まれる可能性がある。

地域包括ケアシステムの課題は次のとおりである。第1は、中学校区ごとに計画されており在宅サービス、地域の支援には効果的であると考えられるが、入院、入所など施設サービスが必要になった場合は圏域内での切れ目のないサービス提供が困難になる点である。その打開策は、二次医療圏内で広域のコーディネーター機能をもつ事業所を作ることである。その事業所は24時間対応可能で医療・福祉に連携できる人材を持つ機関であるべきであろう。第2は、医療・看護・介護・福祉に関する多職種のチームワーク、機能分担、連携を持続可能にすることは多大な努力と困難を伴う点である。第3は、看護・介護の支援に比較して、リハビリ支援機能が不足している点である。在宅リハビリテーション支援センターを拠点に包括ケアにリハスタッフを介在させることが地域リハビリテーションを推進するための要となる。第4は、地域包括ケアシステムでは自助、共助、互助、公助を提唱しているが、家族や住民の負担は結局軽減されない可能性がある点である。第5は、満足のいくサービスを提供するには現在より経済的、社会的コストが増大する可能性が高いことである。

現在、神戸市の東部では自宅での生活に不安がある高齢者の選択肢は施設以外にはほとんど用意されていない。また、今後は年金収入も減少し、低所得者が増加すると予想される。住み慣れた地域で安全、安心な場所に比較的少ない負担で住み替えて暮らすという選択肢のために、良心的で、医療のバックアップもある、低コストのサービス付き高齢者住宅が必要であると考えられる。

7. 結語

当院のような地域密着型の中小病院が生き残るための経営戦略は、「連携」と「人材育成」に尽きる。前後左右の連携、地域包括ケアシステムの中で循環する連携、広域の連携を着実に実践することが最も重要であると考えられる。また、当然のことながら法人の使命を理解し理念に共感し、同じベクトルを共有できる人材を獲得しとどまってもらうことが必要である。

謝辞

本論文を作成するに当たり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、藤江哲也教授に丁寧かつ熱心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

- [1]安藤元博 (2012)「機能強化の裏側_在宅医療の現場から」『月刊保団連』1100、16～22。
- [2]猪飼周平 (2012)「地域包括ケアの社会理論への課題」草稿。
- [3]太田仁史 (2010)『地域リハビリテーション論 Ver. 4』三輪書店。
- [4]川越雅弘 (2008)「我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題」『海外社会保障研究』No. 162、4～15。
- [5]ロバート・S・キャプラン、デビッド・P・ノートン (2011)『バランス・スコアカード 戦略経営への変革』生産性出版。
- [6]高橋紘士 (2012)「研究の窓：地域包括ケア提供体制の現状と諸課題によせて」
季刊社会保障研究 第47巻 第4号 (2012年3月刊行) 344-345
- [7]浜村明德 (2010)「病院経営とマネジメント」『総合リハ』38(10)、941～949。
- [8]山崎 亮 (2011)『コミュニティデザイン』学芸者出版社。
- [9]吉川武男 (2003)『バランス・スコアカード構築』生産性出版。
- [10]地域包括ケア研究会 (2010)「地域包括ケア研究会 報告書」。
- [11]日本リハビリテーション病院・施設協会 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会編 (2011)『回復期リハビリテーション病棟』三輪出版。
- [12]「寝たきりゼロ作戦と保健・医療・福祉の連携」
<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/uploaded/attachment/6248.pdf> (2012年7月31日)。