

「高齢者保健福祉」から「地域包括ケア」への展開*

—— 医療・介護の連携をめぐる ——

小 林 甲 一・市 川 勝

目 次

- I はじめに — 問題の所在と本研究の趣旨 —
- II 老人福祉と高齢者保健福祉の展開
- III 創設された介護保険制度をめぐる動き
- IV 地域包括ケアの推進と医療・介護の新たな連携
- V 先行事例研究：愛知県高浜市と広島県尾道市
- VI おわりに

I はじめに — 問題の所在と本研究の趣旨 —

高齢者医療や介護保障の視点からみると、1963年の「老人福祉法」に始まったわが国の老人福祉は、1973年の老人医療費の無料化を経て1982年の「老人保健法」によって「高齢者保健福祉」へと舵を切った。この時代を、「医療主導の高齢者福祉」、あるいは「高齢者医療主導型」介護保障と特徴づけることもできる。しかし、この段階で、介護は、高齢者福祉や高齢者医療と未分化の状態にあった。そして、当時は、若い世代の核家族化が進みつつあったとはいえ、高齢者の「お世話」に限ってみると、まだ多世代同居による家族扶養が一般的であり、かつそれに対する社会的意識も強かった。そのため、高齢者介護の問題が顕在化し、家族介護や介護費用が社会問題化することはなかった。

しかし、1980年代後半から1990年代を通して急激に高齢化が進行するなか、要介護高齢者の増加や介護期間の長期化は、整備の遅れた介護サービス供給体制を直撃し、政府は、対応に追われて「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」を策定した。他方、家族形態や居住形態が大きく変容し、家庭機能が低下していくなか、いわゆる「介護の社会化」が喫緊の課題となっていた。こうして、1997年には「介護保険法」が制定され、1999年にはその環境整備のために「ゴールドプラン21」が策定され、いよいよ2000年から介護保険制度が実施された。そして、この介護保険の導入に際して、そうした高齢者保健福祉と高齢者医療主導型介護保障に大きくさびが打ち込まれ、医療と介護のあいだは、一度、介護の側から制度的に切り離されることになった。

* 本稿は、2012年度名古屋学院大学大学院教育研究振興補助金による研究成果として公表したものである。

介護保険導入後も、介護需要は予想を超えて増大しつつあり、むしろ「火に油を注いだ」様相となっている。その一方、介護サービス提供体制の整備は混乱状態にあり、制度設計が求める「在宅介護優先」へのシフトも遅々として進んでいない。そうしたなか、2005年の制度改正では「地域包括ケア」が提唱され、2010年の見直しでもその方向がいっそう明確になった。これは、地域(日常生活圏域)をベースに介護サービスだけでなく在宅介護に必要な医療・予防・生活支援・住まいを組み合わせる包括的・継続的なケアマネジメントをおこなうための取組みであるが、ここでは、改めてサービス提供の視点で介護の側から医療・介護の連携を充実強化することが強く意図されている。

このように医療と介護は、介護サービス提供体制の整備と介護保障の制度化が展開するなかで、切り離しと連携のあいだで大きく揺り動かされてきた。本稿では、こうした視点に立って高齢者保健福祉から地域包括ケアまでの展開をとらえ直したうえで、地域包括ケアという新たな取組みの要点と課題について整理してみたい。また、後半では、こうした問題意識と視点から、2012年度に、地域包括ケアにおける医療・介護の連携の展開について実施した愛知県高浜市と広島県尾道市に対するヒアリング調査の結果を紹介し、若干の考察を加えてみたい。

II 老人福祉と高齢者保健福祉の展開

1. 老人福祉法、老人医療費の無料化そして老人保健法

高齢者福祉は、老人福祉法の制定(1963年)を契機として、実態面の把握と施策の推進がはかられるようになった。それ以前の高齢者福祉は、生活保護法にもとづく養老施設等への収容保護程度であり、対象者もごく一部の経済的困窮者(低所得者)に限定されていたが、老人福祉法の制定により特別養護老人ホーム制度の創設¹⁾や老人家庭奉仕員制度(現在の訪問介護員)の法制化などが実施され、社会的支援を必要とする高齢者に対して福祉政策的な対応が実施されるようになった。老人福祉法制定の当初、老人福祉施設の中心であった特別養護老人ホームへの入所は限定され、緊急度の高い低所得者や生活困難者が優先された。また、老人家庭奉仕員の派遣対象も低所得者に限定されていた。このように当時の老人福祉は、きわめて選択主義的な色彩が強く、高齢者の「お世話」はまだ多世代同居による家族扶養に頼っていたのが一般的であり、かつそれに対する社会的意識も強かったため、老人福祉が社会問題化することはなかった。

ところが、「福祉元年」とされた1973年に実施された老人医療費の無料化²⁾によって事態は大きく変わった。この制度の導入は、当時の自民党政権が、高度成長による財政的余裕を老人福祉に振り分けることで高齢者層の支持を確保しようとしたという政治的背景があったこと、ならびに制度的にはすでに多くの地方自治体でおこなわれていた財源を国が肩代わりしたものであること、などの制限があったとしても、公的年金制度が未整備ななかで大きな生活不安を抱える高齢者の医療費負担を軽減する³⁾という目的をもった、保健・医療の面からの重要な高齢者福祉政策であった。しかし、これによって、それまでの老人福祉は普遍主義化に向けて大きな一歩を踏み出し、しかも、それは、医療費の無料化という医療保険制度や高齢者医療制度に深く関わる手法

で実施されたのである。

老人医療費の無料化により、高齢者の経済的理由による受診抑制はなくなったが、その反面、受診のしやすさにより、制度の施行前（1970年）と施行後（1975年）を比べて70歳以上高齢者の受療率が1.8倍に増加し⁴⁾、病院待合室の「サロン化」を招いた。家庭で世話をすることの困難さや高齢者福祉施設の圧倒的な不足状況がある一方、医療費が無料であることによって福祉施設よりも医療機関に入院する方が費用負担も軽くすむことになり、これらが、その後大きな問題となる「社会的入院」を助長することになった。（また、福祉施設への入所が救済を受けるようなイメージをもっていることや家庭で老人の面倒をみるのが当たり前という考え方が根強かったことも、高齢者が急激に医療機関へと流れていった要因であると考えられる。）他方、いわゆる「老人病院」も増加し、老人医療費の無料化は、地域の医療サービス提供体制にも大きな影響をあたえ、それが構造的要因となり、その他の要因とも相まって医療費を急激に増加させた⁵⁾。

老人医療費の急増、ならびにそれに加速化された国民医療費の爆発的増加は、医療保険財政に深刻な影響をあたえた。これでは、進行する高齢化、さらに超高齢社会に備えることはまったく不可能であった。そこで、1982年に、老人医療費の無料化以降急増する高齢者医療費の適正化を主な目的として「老人保健法」が制定され、翌年から施行された。これによって老人医療費支給制度は廃止され、70歳以上の老人医療に要する費用を既存の医療保険とは別建て賄うこととし、その財源を国・地方公共団体の公費（30%）と各医療保険の保険者による拠出（70%）から調達するとともに高齢者にも一部負担を求めることとした。この制度の要点は、多くの老人を抱え込み、財政基盤の弱体化した国民健康保険財政を救済し、医療保険を基本に公費を投入して財政構造を再構築しようとする財政調整であった。また、それとともに、老人保健法は、文字どおり高齢者の健康を保持するために早期から生活習慣病の予防や早期発見のための対策が重要であるとし、高齢者の疾病予防や健康づくりを含む総合的な老人保健医療対策、すなわち高齢者保健福祉の推進を打ち出した。その後、いよいよ高齢化が本格化し、介護需要が急増する状況のなか、この老人保健制度は、医療費の増大を抑制することも社会的入院の温床を切り崩すこともできなかったが、老人福祉に対するより普遍主義的立場から高齢者保健福祉を提示することで介護保障のための基盤整備に向けた途を切り拓いたのである。

2. 高齢社会対策の体系化と「ゴールドプラン」の推進

老人保健法の制定（1982年）は、「とにかく老人医療費支給制度を見直して高齢社会に対応できる財政構造の構築を」という弥縫策的色彩の強いものであったが、同じ1980年代には、来るべき高齢社会に対する基本方針の策定や高齢者福祉施策の体系化が強く求められ、いくつかの重要な提言やプランが提示された。

たとえば、日本生産性本部の「社会経済国民会議」では、民間による福祉サービスの提供に関する提言が出された。その提言は、今後、ますますしかも大幅に増大する高齢者福祉のニーズに対して公的なサービスだけで応えるには大きな限界があることから、民間による有償サービスに道を開くことにより、従来の福祉サービス（限定的な公的サービス）から必要な状態になったと

きにいつでも利用できる福祉サービス（普遍的なサービス）へと転換するよう求めた。「公的部門によるサービスに比べて民間が老人のニーズにより適合したサービスが安価に提供される可能性が高い」との意見も出され、民間の主体や企業によるサービス提供の優位性が強調され、福祉＝公的（選択的）から普遍的な福祉への道の流れを作るための基盤整備が必要であると結論づけられた。

また、厚生省高齢者対策企画推進本部は、1986年の報告において、高齢者対策の基本原則を、国民の自助努力と行政政策を適切に組み合わせていくことにより効果を発揮できるとし、自らの能力と責任による人生設計をおこなうことが可能となる環境づくりをおこなうことを行政の課題とした。この報告では、福祉サービスは可能なかぎり住み慣れた地域や家庭で享受されるべきであるが、家族の介護能力には自ずと限界があり、高齢者だけでなく、家族も支援するシステムをつくり、家族の役割が円滑に機能するように配慮すべきであるとされている。さらに、高齢者に対する施策は、従来、施設入所を中心に進められてきたが、高齢者は、住み慣れた地域社会のなかで家族とともに暮らしたいとの願望を強くもっているため、家庭での介護機能を強化するとの思いから在宅サービスシステムを確立し、施設サービスと合わせた総合的な施策を推進することが大切だとされた。その際、福祉・保健・医療の連携をはかり、市町村のなかで一元化する体制を確立するとともに、多様なニーズに対応するために民間活力の導入・活用をはかるとされた。

その後、政府は、閣議決定のかたちで高齢者対策（長寿政策）をまとめた。そこで、健康・福祉システムの今後のあり方について、生涯を通じた健康づくりを主眼として保健・医療・福祉サービスの充実（地域における保健、福祉、医療の連携をはかり、地域の実情に応じた在宅サービスおよび施設サービスの供給体制の体系的整備を推進する）を重視し、そのなかでサービスに関わる費用負担の適正化をはかるとした。こうして、高齢者保健福祉を拡充するため、民間活力を導入・活用するかたちで保健、福祉（介護）、医療の連携を推進することが確認されたのである。

1989年には、「高齢者保健福祉推進十カ年計画」、いわゆる「ゴールドプラン」が策定された。この計画は、在宅福祉の推進を重点目標に掲げ、1999年までの10年間に実現すべき項目を数値目標（事業規模は6兆円）として上げた。また、1990年には社会福祉関係8法を改正した。このなかで、在宅福祉サービスを社会福祉事業と位置づけ、老人福祉における在宅・施設サービスの措置権限を市町村に委譲し、都道府県と市町村に老人保健福祉計画の策定を義務づけた。そして、1990年代に入ると、策定された老人保健福祉計画を基本に、必要な介護需要量に応じてサービス提供体制を整備するよう促進した。

Ⅲ 創設された介護保険制度をめぐる動き

1. 介護保険制度の成立過程

1994年には、わが国の高齢化率はついに14.0%を超え、本格的な超高齢社会を迎えた。このころになると、介護の必要な高齢者数は200万人を超え、しかも、今後は劇的に増加することが避けられない見通しとなり、高齢者にとって介護の問題は老後における最大の不安要因になると

ともに、高齢者介護は、わが国の福祉政策にとって最大の課題となった。高齢者に対する家族の扶養・介護能力はますます低下し、介護期間はさらに長期化した。家族介護の困難な実態、膨大な額にのぼる介護費用、不足し、ニーズにマッチしない介護サービスの状況……。介護の社会化とサービス供給体制のさらなる整備は、高齢者保健福祉にとって喫緊の政策となったのである。

他方、医療保障の分野では社会的入院が広がり、老人医療費の増大という問題だけではなく、医療保険制度と老人保健制度、ならびに医療サービス提供体制にさまざまな問題や歪みを生じさせていた。これらの原因や要因を、医療の側、福祉（介護）の側、あるいはそのどちらかというかたちで一面的、一方的に押しつけることに意味はない。むしろ、それらの問題の本質は、保健・福祉（介護）・医療のあいだの関わりの中にあり、保健・福祉（介護）・医療のあいだで医療サービスと比べた福祉（介護）サービスの圧倒的な不足状況、入院治療と在宅治療・訪問看護、施設介護と在宅介護のあいだのアンバランスな配分、切り分けや連携の不足、そして保健・福祉（介護）・医療のあいだのトータルな連携の欠如などにあったと考えるべきである。

いずれにしても、医療保障の場面において、高齢者保健福祉の視点から、そして、保健・福祉（介護）・医療のあいだのトータルな連携を推進するという社会保障構造改革の立場に立って、新たな制度の導入も含んだ制度改革の必要性が高まっていった。こうしたなか、政府ならびに厚生省は、ゴールドプランの策定後、新たな介護保障システムの構築についてさまざまなかたちで検討を重ね、前に進んでいった。1993年10月に発足した「高齢社会福祉ビジョン懇談会」の報告書では、「新ゴールドプラン」の策定ならびに21世紀に向けた新たな介護システムの構築が謳われた。また、1994年3月に厚生省が閣議報告した「21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会にむけて」でも新たな介護保障システムの構築に向けた取組みが確認された。

これらを受けて、1994年12月には、いよいよ「高齢者介護・自立支援システム研究会」から新たな介護保障制度に関する具体像が提案された。この報告では、介護の基本理念として高齢者の自立支援を掲げ、新たな基本理念の下で介護に関連する既存制度を再編成し、新たなシステムの創設を目指すべきとされ、サービス提供の仕組みとして保健、医療、福祉の専門家チームによって介護サービスの調整・提供をおこなう「ケアマネジメント方式」を組み込み、費用調達の方式として「社会保険方式」を導入することが提言された。そして、社会保障制度審議会は、1995年7月に提出した「社会保障体制の再構築—安心して暮らせる21世紀の社会を目指して—」と題する勧告において、介護保険の導入によりそれからの財源調達を基盤とした介護保障システムの構築を提唱した。

その後、いくつかの修正や政治的調整がおこなわれたのち、1997年12月に介護保険法が成立し、2000年4月から施行されることとなった。こうした成立過程が示すように、またある意味では老人医療費無料化の際と同様に、財源調達の確保に対する視点や意識が先行し、サービス提供体制の整備ならびに財源調達とサービス提供の関連づけの問題は後回しにされた。せっかく高齢者保健福祉が推進され、1994年には当初のゴールドプランが新ゴールドプランに見直され、さらに1999年には、介護保険制度の実施を見込んで「ゴールドプラン21」が策定されたが、介護保険制度の制度設計において、これら介護サービス提供体制と介護保険の制度的な関連づけの問題は

なおざりにされた。はじめにも触れたように、介護保険の導入は、社会的入院の温床となった高齢者医療による介護（福祉）の取り込み構造に一定の切り込みを入れることで、介護の側から医療と介護のあいだを切り離そうとしたものであった。もちろん、制度設計のなかには、ケアマネジメントなどを活用して一度切り離したものを連携させようとする仕組みも組み込まれていた。しかし、財源調達の確保をめざし、介護保険の運営ばかりに気を取られる状況のなかで、医療・介護の連携は、なかなかよりよいかたちでは展開しなかったのである。

医療・介護の連携という視点で気になるのは、介護保険の成立過程においては、医療サービスを提供する側を代表する日本医師会がそれに対してどのような態度をとったかであろう。言うまでもなく、日本医師会は、わが国の医療提供体制に君臨する強大な勢力であり、戦後のわが国における医療保障・高齢者医療の政策調整・決定においてきわめて重要な役割を演じてきた。しかし、日本医師会は、介護保険の制度設計やその政策形成について目立って積極的な態度表明をおこなわなかった。日本医師会は、社会的入院の存在を正式には認めなかったが⁶⁾、「社会的入院というものがあるのであれば」それを解消するための合理的な枠組みを構築することには賛成した。ただし、そのうえで、介護保険の仕組みにおいて介護に関わる医療の部分が少ないという立場から、特に介護保険の給付を受けた高齢者が急性増悪時に陥った場合の介護保険の適用範囲や対処の仕方について医療保険で対応すべきであること（介護保険においても高齢者の急性増悪に対応する必要があることから）など、医療サービスが関わりやすい制度にすることにより医療機関の医業収入が確保できるよう算段した主張を展開した⁷⁾。そして、最終的には、要介護者の医学的管理については介護保険でおこない、急性期医療については医療保険でおこなうということとで調整および棲み分けがはかられたのである。

2. 介護サービス提供体制の諸問題

介護の社会化と介護費用の安定的な財源確保のために創設された介護保険制度は、よく知られているように、老人医療費の増大を抑制し、施設介護から在宅介護への移行を推進するとともに高齢者医療制度と高齢者保健福祉の介護部分のあいだを再構築することを通してより効率的で、質の高いサービス提供をおこなうことをめざしたものであった。そこで、制度の運用面や介護に関連するサービス提供体制において問題となるのが、介護分野における施設と在宅の分担・調整、ならびに本稿で注目してきた医療・介護の連携である。介護保険制度では、これらの課題に対応するために、利用者の個々のニーズに応じた保健・医療・福祉の多様なサービスを総合的かつ効率的に提供できるサービス提供体制の確立を目指すこととし、その運用・調整方式としてケアマネジメント⁸⁾を採用することとなった。以下では、こうした点に関連して介護保険施行後の介護（関連する医療も含む）サービス提供に関わる問題をいくつか指摘しておきたい。

介護保険制度は、従来の制度より介護部分を抜き出し、再構成されたものであるが、高齢者保健福祉に立ち返ればわかるように、実態としては、あるいはサービス提供の面に目を移せば移すほど、従来別々の制度の一部を取り出して再構成した制度において総合的かつ効率的な運用をおこなうのはそれほど容易なことではない。また、そこでは、一方で医療と介護のあいだで明確な

線引きがなされていないこと、ならびに他方で医療・介護の連携がうまくいっていないことが、問題状況をいっそう複雑にする要因にもなる。なかでも、特に重要と考えられるのが以下の3つである。

- 1) ケアマネジメントが適切に機能しておらず、医療と介護のあいだに乖離が生じたままになっている。
- 2) 在宅介護サービス提供の基盤整備が進んでいるのは確かだが、施設介護への入所希望者の待機が減少しないという現実がある。
- 3) ケアマネージャーがおり、ケアプランも作成されるが、ケアマネが、本来のケアマネジメント機能を発揮できる仕組みや環境がない。

1) 介護保険が施行される以前には、医療が介護を代替していた部分があったが、施設での医療と介護を合わせたサービス提供体制というかたちで考えれば、医療の同心円状に介護があったといえる。特に、サービス提供主体が同じ医療機関であった場合は、ある意味では効率的な運用がなされていたと考えることもできるのではないだろうか。しかし、介護保険施行後は、医療保険と介護保険のいずれを利用しサービス提供を受けるかを、制度別に決定する必要が生じたのである。つまり、同じ医療機関では両者を併用することができなくなる。ということで、医療・介護の連携に焦点を当てると、医療保険と介護保険の制度間調整を担う仕組みとしてケアマネジメントが提唱されたとみることもできる。しかし、いろいろと指摘されているように、医療と介護のあいだに乖離が生じている現状では、ケアマネジメントがその機能を十分に発揮されているとはいえず、調整がうまく働かないのであれば効率的な運用を求めることも困難である。

先進的に高齢者福祉に取り組んできた自治体でも、介護保険施行後、高齢者の介護はある程度うまくいっている反面、高齢者に必要な地域医療がなおざりにされ、そのために医療・介護の連携があまりうまくいっていない場合が多い。同じ提供体制のなかでも、介護保険導入後に新たに生まれた介護サービスや提供主体は、量的に整備されれば比較的高い自由度をもって活動できるかもしれないが、既存のシステムとつながりが強いものは、既存の関係者（たとえば医師会など）とのあいだで適切な調整や連携をはかるのはそれほど容易なことではないと考えられる。

2) 2009年に実施された国の調査によると、特別養護老人ホームに対する入所申込者、つまり待機者の数は全国で約42万人であった。介護保険施行後、10年が経過しても待機者の問題が解消する向きがまったくないのも問題であろうが、そのうち、本当に特別養護老人ホームへの入所が必要な要介護状態にある待機者は、10%強にのぼるのではないかと報告もある⁹⁾。このことは、「本当に必要になったとき」、あるいは「いざというとき」に適切な支援を受けることのできる仕組みがよりいっそう整備されるのであれば在宅での療養を継続できるのでは、という可能性を示唆している。しかも、そのときに必要とされるサービスの大部分は、医療に関連したもの、すなわち在宅医療や訪問看護であると考えられる。これが在宅介護の実情であり、介護サービス提供体制において特別養護老人ホームの待機者が後を絶たず、施設介護から在宅介護への移行や在宅介護優先に向けた進展がみられないといった問題が解消に向かわない大きな原因の1つが

「医療・介護の連携がうまくいっていない」ことにあるのはまちがいない。

3) 現行の介護保険では、ケアマネジャーの行動目標が、要介護度の各段階でサービス利用限度額を最大限に利用するようケアプランを作成することにおかれるように制度設計されている。しかも、実態としてサービス提供の事業主体に所属するケアマネジャーが多く存在するため、自分の事業主体が提供するサービスを優先してケアプランを作成する傾向にある点や、要介護度の認定が多くの段階に分けられているため、要介護者の側に少しでも多くのサービスを利用しようとする意識が高く、そのことで過剰なサービス提供を生み出しやすい制度になっている点などが、構造的な問題となっている。こうしたなかで、ケアマネジメント本来の機能を十分に発揮することは困難であろう。そして、ケアマネジメントが、とりわけ在宅介護においてその本来の機能を生かすためには、ケアプランに関わる介護サービスや生活支援のあいだの運用・調整だけでなく、医療との連携が重要な要素となってくる。と同時に、医療・介護の連携を推進するためには、ケアマネジメント機能の向上が不可欠であると考えられる。

IV 地域包括ケアの推進と医療・介護の新たな連携

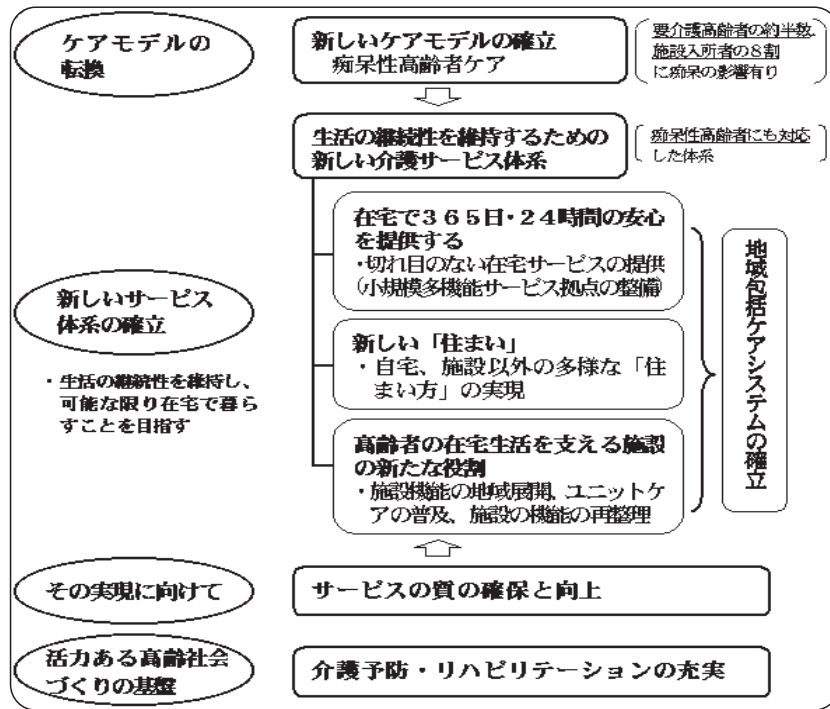
1. 地域包括ケアと新たな連携への模索

これまでみてきたように、一方で超高齢化により増大する医療・介護費用の適正化をはかること、他方で高齢者に対して必要な医療・介護サービスを提供すること、そしてこれらそれぞれに大きな2つの課題を両立させるという難題に対して、医療・介護の連携が十分ではない提供体制の現状では対応できないのは明らかであった。また、介護保険施行5年後の2005年には、それまでの制度の状況も検証して大きな制度改正をおこなうことが創設当初から既定路線となっていた。さらに、介護サービス提供体制の調整・整備にとっては、介護保険導入直前にそれへの対応のために策定された「ゴールドプラン21」の見直しもおこなわなければならなかった。

そこで、2003年3月には、介護保障システム（介護保険制度と介護サービス提供体制）の中長期的な課題や高齢者介護のあり方について検討するために「高齢者介護研究会」が設置され、この高齢者介護研究会は、同年6月に「2015年の高齢者介護—高齢者の介護を支えるケアの確立について—」と題する報告書を公表した。この研究会は、厚生労働省老健局長の私的研究会として位置づけられていたが、この報告書は、その後の介護保険の制度改正と介護保障システムの構築の方向性にきわめて大きな影響をあたえた¹⁰⁾。

その基本理念の核心が、図1にあるような「高齢者の尊厳を支えるケア」（高齢者がたとえ要介護状態になったとしても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること）である。そして、その実現に向けて、要介護にならないようにすること、要介護状態になってもその期間を短くすることが高齢者にとって望ましいのであり、そのことから介護予防の大切さとリハビリテーションの充実を強調したうえで、施設入所は最後の選択肢として、生活の継続性を維持し可能なかぎり必要な介護や医療を受けながら在宅で暮らすことを目指すこととし、そのために「地域包括ケアシステム」の確立を提唱した。これが、その後の地域包括ケア構想化の出発点となっ

図1 高齢者の尊厳を支えるケアの確立

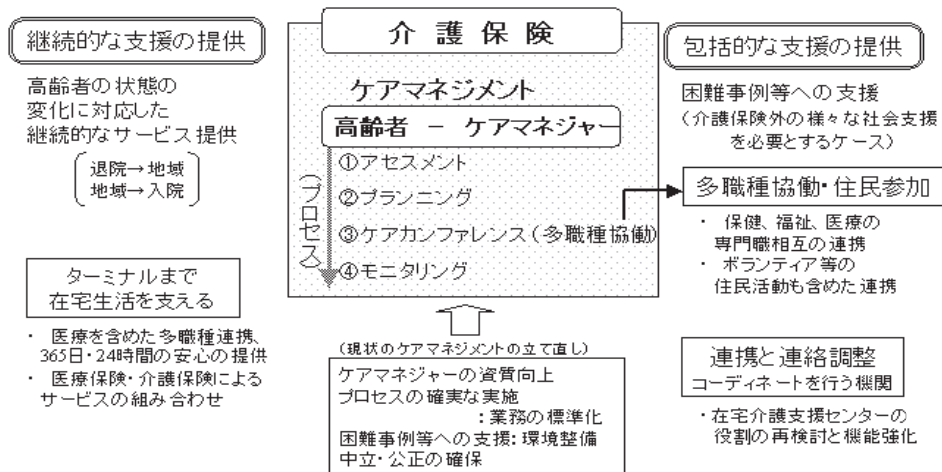


(出所：高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護—高齢者の介護を支えるケアの確立について—」)

たのである。

地域包括ケアシステムとは、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核とした、さまざまな支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みのことであり、高齢者介護研究会の報告書では、図2にあるような概念図で示されている。なお、ここでのケアマネジメントとは、高齢者の状態を踏まえた総合的な援助方針のもとで必要なサービスを計画的に提供していく仕組みのことである。それまでの介護保険制度でも、介護支援専門員（ケアマネージャー）が中心となって高齢者のニーズに沿った援助支援をおこなうことされてきたが、この報告書でも、ケアマネジメントが、制度上の問題¹¹⁾とも相まって必ずしも十分な機能を発揮できていない点が強調されており、地域包括ケアシステムは、このような課題の解決に向けた重要な手段としてもその確立が求められている。

図2 地域包括ケアシステムの概念図



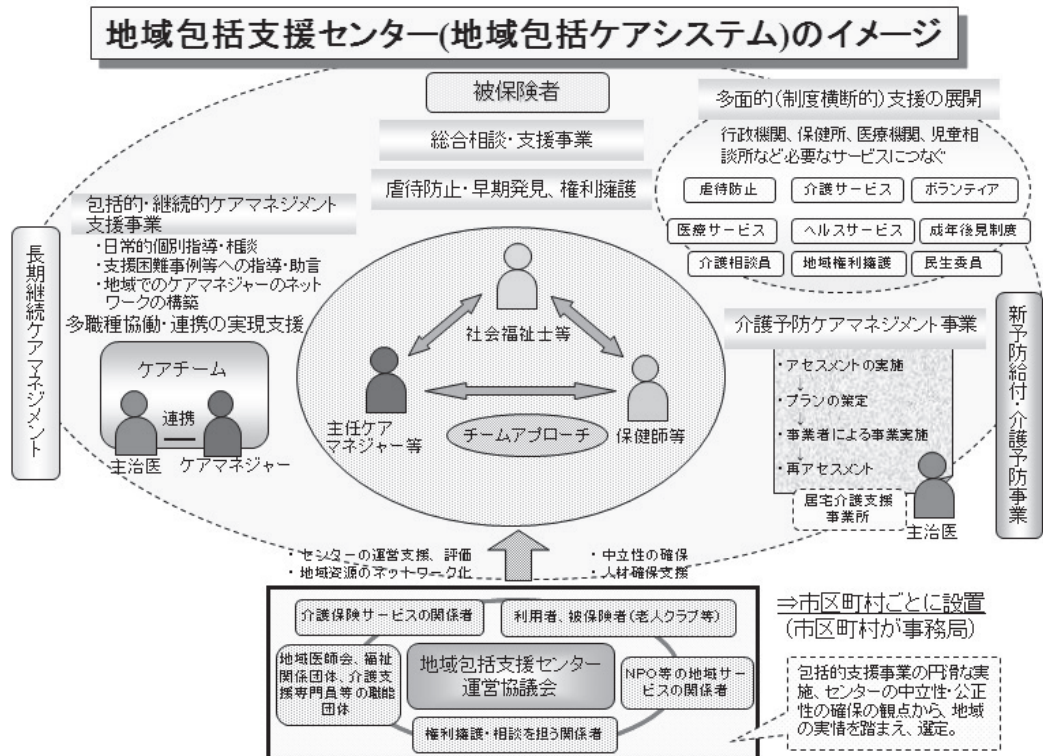
（出所：高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護—高齢者の介護を支えるケアの確立について—」）

2. 介護保険制度の改正と地域包括ケアシステムの構築に向けて

介護保険は、2005年に予定どおり制度改正されたが、それは、A. 明るく活力ある超高齢社会の構築、B. 制度の持続可能性、C. 社会保障の総合化という3つの基本視点に立ち、さらに①予防重視型システムの確立、②施設給付の見直し、③新たなサービス体系の確立、④サービスの質の確保・向上、および⑤負担の在り方・制度運営の見直しという5つの重要なポイントをもつものであった。この内容は、第1次制度改革にしては大きな改正を含むものであった。このことは、すでにみたように、介護保険の導入に際して、その検討から立案、さらに制定から施行への政策過程があまりにも短期間であり、準備不足であったことの現れであるとともに、介護保険給付が予想を上回るペースで膨らみ、介護サービス提供体制の調整・整備が思うように進まないなかで、それだけ介護保障システムが深刻な状況にあることの証左でもあると考えられる。

こうした2005年介護保険改正において、地域における介護サービス基盤の整備のために採用された制度が、図3のイメージにあるような「地域包括支援センター」の設置である。これは、「高齢者が住み慣れた地域で尊厳のある生活を継続することができるよう要介護状態になっても高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスが切れ目なく提供される包括的かつ継続的なサービス体制をめざすという「地域包括ケア」の考え方にもとづき、こうした体制を支える地域の中核機関として位置づけられたものであり、それは、①総合相談支援、②虐待の早期発見・防止などの権利擁護、③包括的・継続的ケアマネジメント支援、および④介護予防ケアマネジメントという4つの機能を担うものとされた。こうした改革は、制度的には、また実態からみてもかなり踏み込んだものであったが、この2005年改正では、「包括的・継続的ケア」という考えが十分に理解されることなく、しかも、多くの地方自治体で地域包括支援センターが以前の「在宅介護支援センター」の焼き直しと受けとられたため、地域包括ケアの考えはさほど浸透しないま

図3 地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）

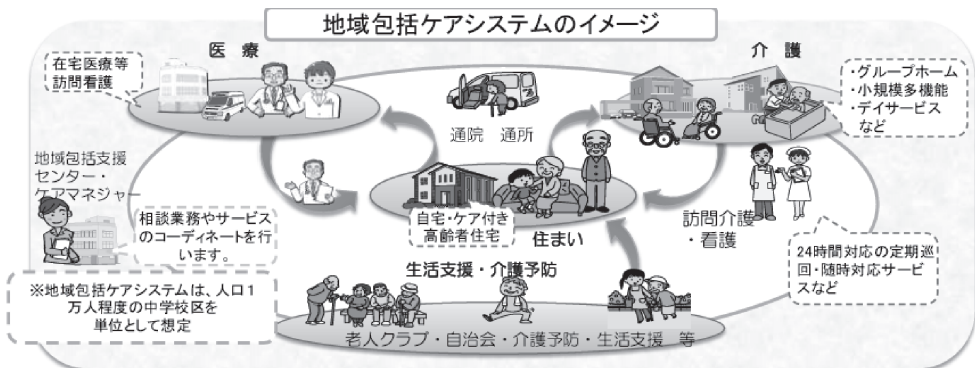


(出所：厚生労働省ウェブサイトより)

ま、そのシステムの構築に向けた動きも活発化しなかった。

こうしたなか、「地域包括ケア研究会」（厚生労働省老人保健健康増進等事業）は、2012年度から始まる第5期介護保険事業計画の計画期間以降を展望し、地域包括ケアシステムのあり方やそれを支えるサービスなどについて具体的な検討をおこなった。その「2008年度報告書（今後のための論点整理）」では、改めて地域包括ケアシステムを「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」ととらえ直し、そこで「地域包括ケア圏域」を「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」あるいは「中学校区」と設定して、団塊の世代が75歳以上高齢者に到達する2025年を目標に、地域包括ケアシステムを支えるサービスや人材、ならびに報酬体系や地域サービスの評価について検討し、それらを実現するための介護保険制度のあり方を明らかにした。さらに、「2009年度報告書」では、前年度の論点整理を踏まえ、2025年までに実現すべき地域包括ケアの姿を明らかにするとともに、それを実現するために必要な当面の改革の方向を提言した。そして、厚生労働省は、この提言の骨子をそのまま採用して、2012年に第2次介護保険改正をおこなったのである。

図4 地域包括ケアシステム



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備（平成21年度補正予算：3年間で16万人分確保）
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備（国交省と連携）

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専責を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

（出所：厚生労働省ウェブサイトより）

この図4は、2012年介護保険改正において厚生労働省がめざすべき地域包括ケアシステムのコンセプトとして掲げたものである。この第2次制度改革では、地域包括ケアを「介護」、「医療」、「予防」、「生活支援」および「住まい」という5つの要素でとらえ直し、そうした地域包括ケア実現のためには、図4に掲げてあるように、次のような5つの視点での取組みが、「包括的」（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、「継続的」（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）におこなわれることが必須であるとした。

①医療との連携強化

②介護サービスの充実強化

③予防の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備（国交省と連携）

こうして2012年介護保険改正では、地域包括ケアの推進とそのシステム構築に向けて進むことが再確認され、地域包括支援センターの機能強化や「地域ケア会議」（チームケア・多職種協働の基盤として）の設置が打ち出された。と同時に、ここで改めて強調されたのが「医療・介護

の新たな連携」強化であり、この点が2012年度改正の大きな特色になっている。図4から明らかに、在宅医療や訪問看護、リハビリテーションなど医療サービスとの連携強化がもっとも重要視されており、地域包括ケアシステムのためのネットワーク構築には、「かかりつけ医」や「在宅療養支援診療所」、ならびに介護職種と医療系スタッフの連携・調整が不可欠であるとされている。さらに、厚生労働省は、この介護保険制度改正のタイミングに合わせるかのように、2012年に「在宅医療・介護あんしん2012」プラン¹²⁾を立ち上げ、「施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスを受けることができる」社会をめざすこととした。これによって、今後、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組みを原動力として、高齢者保健福祉から介護保険の導入にかけて懸案であった医療・介護の連携をめぐって新たな動きが活発化するのとは明らかである。

V 先行事例研究：愛知県高浜市と広島県尾道市

ここでは、以上のような視点から、地域包括ケアの推進において医療・介護の連携がどのような展開をみせるかについて調査するために実施した愛知県高浜市と広島県尾道市に対するヒアリング調査の結果を先行事例として紹介しつつ、それにもとづいて、今後の地域包括ケアシステムと介護・医療の新たな連携のあり方について検討してみたい。広島県尾道市は、現在では「公立みづき総合病院」が立地し、かつ「尾道市医師会方式」でも有名などころであり、「医療重視・医師会主導」による地域包括ケアの先進地であり、発祥地と言っても過言ではない。他方、愛知県高浜市は、市民参加と行政の協働によって地域福祉を推進してきた福祉先進地として有名であり、今後は、「福祉重視・行政主導」による地域包括ケアシステム構築に向けた活発な取組みが期待されるところである。以下では、これら2つの対照的な先行事例を比較考察することで、地域包括ケアの推進に関わる論点の整理や医療・介護の新たな連携に関する検討課題の導出をおこないたい。

1. 福祉重視・行政主導によるケース：愛知県高浜市

愛知県高浜市は、愛知県三河平野の南西部に位置し、名古屋市から南東へ25kmのところにあつて、東は安城市、西は衣浦港をへだてて半田市、南は碧南市、北は刈谷市に接している。古くから窯業のまちとして栄え、三州瓦では全国で約60%のシェアを占めており、また、近年においては、トヨタ系輸送機器関連産業を中心に発展している。人口は45,901人（2012年4月現在）で、高齢化率は17.08%となっている。

福祉先進地と言われる高浜市の高齢者福祉も、そのスタートは、森貞述前市長が無投票で初当選した1989年であった。森前市長は、強力なリーダーシップによって「福祉でまちづくり」をスローガンに掲げ、積極的に高齢者福祉施策を推進した。高齢者保健福祉関連の施設設備の面では、まず1993年に、市有地を無償提供して特別養護老人ホーム（デイサービスセンターを併設）を誘致し、1998年には、行政主導で医師会の有志を募り、補助金を注入して老人保健施設を建

設した。また、福祉人材の育成にも努め、市内の県立高校に県下で初めて「福祉科」を設置させるとともに、1996年に、高浜市の中心駅である名鉄・三河高浜駅前の再開発ビルに介護福祉士・社会福祉士・作業療法士を養成する専門学校¹³⁾を誘致した。さらに、同年には、この専門学校を運営する日本福祉大学との共同事業として、この駅前の再開発ビルに、高浜市役所の長寿課・福祉課、社会福祉協議会や民間の福祉介護器具ショールームを集約的に入所させて「いきいき広場」をオープンした。その後、この「いきいき広場」には、1999年に、「福祉のことはここに来れば何とかなる」をスローガンに、福祉相談のワン・ストップ窓口として「いきいき広場相談窓口」が設置された。そして、2006年からは、ここに「地域包括支援センター」が併設されている。

高浜市の高齢者福祉施策について特筆すべきことは、行政≒社会福祉法人「高浜市社会福祉協議会」の図式ができあがっていることである¹⁴⁾。他の市町に先駆けて、介護保険施行時にはすでに介護サービス提供の基盤整備がほぼ完了していたとされるが¹⁵⁾、そのことに社会福祉協議会が果たした役割はきわめて大きい。その一方、市民の負担となる介護保険料は、全国平均よりも高くなっているが、高齢者福祉や地域福祉を推進してきた森前市長が5期連続で市長職にあったことを考えれば、高浜市民は、その高福祉・高負担を受け容れてきたと理解してよいと考えられる。

しかし、こうした行政主導で、しかも半ば市長のトップダウンによって推進された高齢者福祉施策に問題や批判がないわけではない。福祉は行政主導である程度まで充実できるが、高齢者は福祉だけではなく医療サービスを必要としており、福祉による介護サービスが医療に代替できるわけではない。実際、介護の現場においても、高浜市において医療サービスの提供量が圧倒的に不足した状況にあると指摘する声もある¹⁶⁾。2009年に、高浜市は、医師不足や赤字経営を理由に、いよいよ高浜市立病院の経営を刈谷市にある医療法人豊田会に譲渡した。このことは、ただ単に公立病院の経営上の問題、あるいは地域の医療サービス提供だけに関わる問題かもしれないが、これまで福祉の充実が先行し、介護サービスが優先されすぎたために、福祉と医療の足並みがみだれ、今後、地域において医療・介護の連携がうまくいかないのでは、という不安も出てくる。実際、2012年に高浜市で訪問看護をおこなっているサービス事業者はゼロである¹⁷⁾。

今後、高浜市でも、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組みが進んでいく。高浜市には、行政と社会福祉協議会の両輪によって整備されてきた介護サービス提供体制の基盤がある。しかし、地域包括ケアの重点が「在宅」にあり、しかも重度の要介護高齢者を考えると、介護サービス提供においてこれまで以上に「医療との連携強化」が必要になってくるのは確実であり、そうなると、福祉重視・行政主導から脱皮して医療・介護の新たな連携を模索していかなければならないのも明らかである。そこで、高浜市は、2012年度から、在宅医療連携拠点推進事業（厚生労働省採択事業）に取り組んでおり、福祉重視で再開発した「いきいき広場」に在宅医療連携拠点を設置し、在宅医療を支えるための課題の抽出と対応策の検討をおこなっている。そして、この事業を通じて明らかとなった訪問看護・レスパイドベット・急性期病院の不足状況に対応するため、2013年4月から市内の「刈谷豊田総合病院高浜分院（旧高浜市立病院）」による訪問看護が始まった。高浜市では、この事業を通して、在宅医療の拡充や医療・介護の連携に向けた取組みにおいて着実に成果が上がっており、福祉と介護の側からいかに医療との連携をはかるかとい

う点で今後の展開が注目される。

2. 医療重視・医師会主導によるケース：広島県尾道市

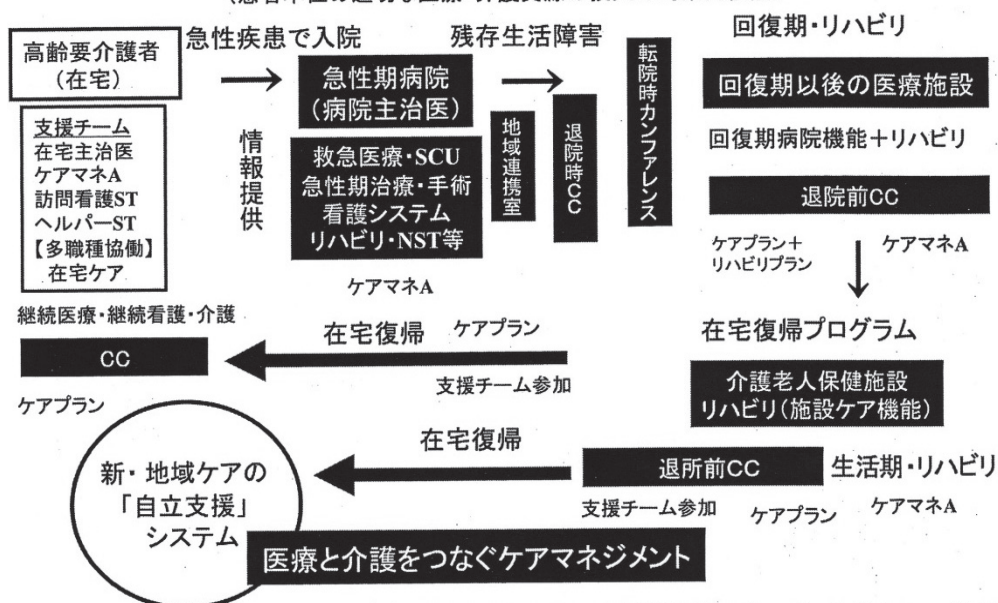
広島県尾道市は、広島県の南東部、山陽地方のほぼ中心部に位置し、2005年に御調町・向島町と、2006年に因島市・豊田郡瀬戸田町と合併して市域が拡大した。人口は145,937人（2013年4月現在）、高齢化率は31%（2011年10月現在）であり、都市部をかかえるわりには全国平均をかなり上回っている。この尾道市には、御調町との合併により、前病院事業管理者山口昇氏がわが国で初めて地域包括ケアを提唱し、実践したことで有名な「公立みつぎ総合病院」が所在するが、今回の調査研究は、これも、「在宅主治医」を中心とした地域医療連携システム・医療と介護の連携として全国的に注目される「尾道市医師会方式」だけを対象に現地調査をおこなった。

この尾道市医師会方式に向けた尾道市独自の地域医療の取組み¹⁸⁾は、1986年に前尾道市医師会長の片山壽医師¹⁹⁾が医師会理事（老人保健担当）に就任し、尾道市における高齢化問題に直面したことから始まっている²⁰⁾。当時、尾道市の高齢化は、全国平均の10年先を行く早さで進行しており、地元の開業医である片山医師の強力なリーダーシップによって、市内の保健・医療・福祉に携わる多くの人びとが、今日の医療・介護連携につながる地域医療のスキームを構築することでそれに立ち向かっていったのである。

尾道市医師会方式は、①主治医機能の拡充による在宅医療のシステム化ならびに②高齢化に備えた包括的ケアシステムという2本の柱を軸に地域医療の整備をおこなってきた。そのための取組みのなかで特徴的なものの1つが、「尾道方式ケアカンファレンス」である。これは、在宅主治医（開業医）を中心に患者の在宅療養を支援するプログラムのなかで高齢者医療・介護の長期継続ケアを実践する手法であり、多職種が参加したカンファレンスを通じてケアの分担・協働をおこなうことにより高齢者の在宅療養を可能するものである。たとえば、退院時の場合、このケアカンファレンスは、患者と患者の家族を前に、担当のケアマネージャーによる司会で、病院主治医、病棟看護師長、在宅主治医、薬剤師、必要に応じて各種の介護職や介護サービス事業者などが参加して開催される。ここでは、ケアマネージャーがきわめて重要な役割を担っている。ケアマネージャーは、事前に、参加する関係者に十分なヒアリングをおこなったうえで在宅主治医としっかり情報共有しながら適切かつ綿密ケアプランを作成しなければこのケアカンファレンスに臨むことはできない。そして、こうしたプロセスを通じた多職種協働が、その後の在宅療養に対する医療や介護のケアに大きなプラスの作用を及ぼすのである。これだけ多くの人びとを1つのカンファレンスに集めるのは、おそらく大変な調整が必要だろう。片山医師の話によると、「15分でいい。15分で十分だ。でも、15分でも一人の患者さんのために集まることが大切なんだ」ということであった。

もう1つが、尾道市医師会「長期支援ケアマネジメントプログラム」（図5）と呼ばれるものである。これは、在宅療養の患者が、急性疾患で入院（急性期）し、機能障害をもって退院、または転院（回復期）し、老人保健施設などで生活機能を向上させて在宅（生活期）に復帰する、という流れの各段階において継続的、包括的に評価や管理をおこなうことにより機能向上に向けた

高齢障害者の終末期までの長期継続ケアと各段階でのCCの意義 (患者本位の適切な医療・介護資源の投入の時系列検証)



また、尾道市医師会では、こうした方式を維持・発展させていくために医師会メンバーの研修や地域の人材育成にも力を入れている。尾道市医師会は、ケアマネジメントセンターを整備し、そこでの研修に次ぐ研修²²⁾によって多職種の専門職スタッフに、医療と介護が一体的なものであり、ケアプランと医療のつながりが大切であるという医師会のコンセプトを理解してもらい、実践に向けての実力を蓄えてもらうよう努めている。片山医師によれば、地域医療の成否は、主治医の積極的関与とともにケアマネージャーとの連携にあり、つまり、「介護難民は連携難民にほかならない」²³⁾。

— 16 —

る多職種の人びとが患者の在宅療養を可能にするためにはどうすればよいかを力を合わせて考えれば自然に生まれてくるスキームと理解することもできる。この地域で開業医の診療所が安定して営まれ、家族が世代をこえて同じ診療所にかかり、必要があれば往診もできるという態勢が長期間継続されてきたことが「尾道方式」の基盤になっていることは確かである。しかし、これを地域の特性だけで片づけてはならない。むしろ、そのようにうまくはいない地域が多すぎるという点が問題の本質であり、さらに、こうした地域の特性を生かして地域包括ケアシステムをいかに構築するかが今後の肝要な課題にほかならない。片山医師へのインタビューからは、そうした基盤のうえに尾道市医師会によって新たに大きな創造力が加わったことがもっとも大きな動因であったということを強く感じた。となれば、今後、地域包括ケアの推進と医療・介護の連携強化に向けて全国各地で展開される新たな取組みにも期待がもてる。

VI おわりに

医療・介護の連携は、介護保険の導入を挟んで高齢者保健福祉から地域包括ケアへの展開のなかで大きく揺り動かされてきた。高齢者保健福祉がもたらした社会的入院の温床は確かに構造的欠陥であり、介護保険の導入によってその医療と介護のあいだに制度的なくさびを入れることで問題の解消をはかろうとしたのは誤りではなかった。介護保険の制度設計には、こうして一度切り離された医療と介護を連携させる仕組みとしてケアマネジメントが組み込まれたが、しかし、これは期待したようには機能しなかった。医療の側も、切り離されたものを追いかけてまで連携しようとはせず、介護の側も、地域医療に対して意欲的に新たな連携を働きかけようとはしなかった。介護サービス提供体制の視点からみると、2005年の介護保険改正以降、地域包括ケアが推進され、そのシステム構築に向けた取組みが活発化した背景にはこうした実態と政策課題が横たわっている。

地域包括ケア推進の先行事例研究として「福祉重視・行政主導」の高浜市と「医療重視・医師会主導」の尾道市を取り上げたが、いまシステムの構築に向け、改めて医療との連携強化が求められていることを考えれば、尾道市の方がかなり先行しているようにみることでもできるが、これも1つの地域特性であり、高浜市には、今後とも、その地域の持ち味を生かした地域包括ケアの構築に向けた取組みが期待される。医療と介護、つまり医療とそれに対置される介護、あるいは医療と福祉は、それぞれに制度化された人的サービスの内容を考えると、「水と油」のようなところがある。しかし、本来、どちらにも求められる「ケア」の態度と視点からすれば、両者のあいだに新たな連携の道筋を拓くことは不可能ではない。尾道市の片山医師に対するインタビューでそれを確信することができた。地域の特性や資源を十二分に生かしながらそこに包括的なケアのシステムをいかにして構築するか、これが、地域包括ケアの核心ではないだろうか。

〈謝辞〉

本稿作成にあたり、尾道市と高浜市の現地調査では、次の方々に大変お世話になった。尾道市医師会前会長（尾道市医師会地域医療システム研究所所長）片山壽氏、尾道市医師会介護老人保健施設やすらぎの家事務長 井出口隆志、同副施設長 築山順子氏、ならびに高浜市福祉部長 神谷美百合氏、福祉部保健福祉グループリーダー 加藤一志氏、高浜市社会福祉協議会事務局長 長谷川宜史氏、老人保健施設こもれびの里・高浜事務長 蜂須賀勝昭氏、同支援相談員 木村紀幸氏。ここに記して感謝を申し上げたい。もちろん、本文中の誤りについてはすべて筆者の責に帰するものである。

【注】

- 1) 養護老人ホームが、養老施設の流れを汲んで経済的に困窮する高齢者を入所対象としていたのに対し、特別養護老人ホームは、心身の障害がいちじるしいため、常時介護を必要とするにもかかわらず居宅において養護を受けることが困難な高齢者を入所対象としている。
- 2) この制度は、70歳以上（寝たきり等の場合は65歳以上）の高齢者に対して、医療保険の自己負担分を国と地方公共団体の公費を財源として支給するものであった。
- 3) 1961年に国民皆保険は達成されていたものの、当時は、加入する医療保険によって保険給付率が異なり、複数の病気を抱えて長期の療養生活を送ることも多い高齢者の医療負担をいかに軽減するかが大きな問題となっていた。
- 4) 平成19年版厚生労働白書 <http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wp/index.htm>（2013年3月アクセス）
- 5) 平成12年版厚生白書 <http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wp/index.htm>（2013年3月アクセス）
- 6) 公的介護保険高知聴会における山内昇常任理事意見 <http://www.baobab.or.jp/~michio/960001.html>（平成25年3月アクセス）
- 7) 増山幹高（1998）「介護保険の政治学」『日本公共政策学会年報1998』、日本公共政策学会、p17 <http://www.ppsa.jp/pdf/journal/pdf1998/Masuyama.pdf>（平成25年3月アクセス）
- 8) 介護保険制度におけるケアマネジメントの意義は、利用者の尊厳を守り、在宅で安心して生活が続けられるようにするため、限られた保険財源を有効に活用し、サービスを効果的・効率的に提供することにある。
- 9) 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会（2011）、69ページ。
- 10) 介護保険見直し検討の審議会がおこなわれる前に、老健局長の私的研究会が組織され、報告書の取りまとめがおこなわれたことは、介護保険成立過程において厚生労働省内の高齢者介護対策検討会本部長（事務次官）の私的研究会「高齢者自立・システム研究会」の報告内容がその後の審議会等における議論の方向性を誘導するようになったことを連想させる。事実、研究会の取りまとめ意見については、介護保険の見直し論議をおこなう社会保障審議会介護保険部会にて説明され、介護保険の改正に取り入れられたと考えられる内容があることから重要な位置づけの研究会であったことがわかる。
- 11) ケアマネジメントをおこなうケアマネジャー自身の資質の問題もあるが、介護保険の認定段階が7段階に分かれていることで、多くのサービスを利用できるようにケアプランを作成することが目的となることを否定できない。つまり、サービスを利用することが目的となるからである。そのようなケアプラン

「高齢者保健福祉」から「地域包括ケア」への展開

の作成にマネジメントはほとんど必要ない。たとえば、ドイツの介護保険のように3～4段階にするなどケアマネジメントが必要となる仕組みに変更することも検討に値する。

- 12) 「在宅医療・介護あんしん2012」プランについては、厚生労働省ウェブサイトの「在宅医療の推進について」http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/index.htmlを参照。
- 13) 1996年に専門学校として開校したが、2010年3月末をもって関係する大学の学部に統合するというかたちで14年間の歴史を閉じている。
- 14) 社会福祉協議会は、社会福祉法で地域福祉を推進する団体として位置づけられるが、高浜市介護保険事業計画では、在宅サービスの必要量について、社会福祉協議会により供給可能な量をそのまま見込み量としていることから、民間の参入に対しては必ずしも積極的でないと思われる。
- 15) 介護保険施行当時、高浜市は「福祉先進地・高浜」と呼ばれ日本全国から関係者が視察に訪れていた。
- 16) 介護現場における医療サービス提供量の不足については、現地調査の際の関係者に対するインタビューでも指摘されている。
- 17) 訪問看護について、旧高浜市立病院と医師会の有志によって設立された老人保健施設で実施していたが、2012年度には、両施設とも訪問看護はおこなっていない。
- 18) 1996年に尾道市に編入された因島市（現尾道市因島）では、因島医師会（旧因島市医師会）が独自の取り組みをおこなっている。瀬戸田町は隣接の三原市医師会の管轄であり、御調町と向島町では、公立みつき総合病院を中核とした地域包括ケアが推進されてきたことから、尾道市医師会の取り組み対象地域は、旧尾道市市街地とすることが妥当と考えられる。
- 19) この片山壽医師は、前述した「高齢者介護研究会」の委員でもあった。
- 20) 経緯などについては、片山壽（2009）が詳しい。
- 21) 片山壽（2009）、28ページより引用。
- 22) 人材育成・研修の成果については、尾道市医師会が設立した老人保健施設でのヒアリングで確認することができた。医師会のコンセプトが職員各層に徹底されていることに感心した。
- 23) 片山壽（2009）、31-33ページ。

【参考文献】

- 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>（2013年3月アクセス）
- 国立社会保障・人口問題研究所 所内研究報告, No. 13
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.13/title.html>（2013年2月アクセス）
- 尾道市医師会 <http://www.onomichi-med.or.jp/>（2013年3月アクセス）
- 高浜市 <http://www.city.takahama.lg.jp/>（2013年3月アクセス）
- 高浜市いきいき広場 <http://www.netnfu.ne.jp/i-hiroba/>（2013年3月アクセス）
- 尾道市 http://www.city.onomichi.hiroshima.jp/www/normal_top.html（2013年3月アクセス）
- 平成9年版厚生白書 <http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wp/index.htm>（2013年3月アクセス）
- 日本医師会総合政策研究機構（1997）『介護保険導入の政策形成過程』, 日本医師会
- 香取照幸（1999）「我が国の介護保険制度の特質と成立過程」, J. Natl. Inst. Public Health, 48(1)
- 高齢者介護研究会（2003）「2015年の高齢者介護」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/>（2013年3月アクセス）
- 増田雅暢（2001）「介護保険制度の政策形成過程の特徴と課題」, 『季刊・社会保障研究』Vol. 37, No1

- 平成14年度医療施設経営安定化推進事業報告書（2003）「在宅医療，介護分野を重視した中小病院経営に関する研究報告書」『医療施設経営安定化推進事業報告書』，明治生命フィナンシャルランス研究所
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/06/tp0603-1a.html>（2013年3月アクセス）
- 川越雅弘（2008）「わ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
- 地域包括ケア研究会（2008）「平成20年度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年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進事業）報告書』，三菱UFJリサーチ&コンサルティング
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf>（2013年3月アクセス）
- 地域包括ケア研究会（2009）「平成21年度地域包括ケア研究会報告書」『平成20年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進事業）報告書』，三菱UFJリサーチ&コンサルティング
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kinkyukoyou/suisinteam/TF/kaigo_dai1/siryou8.pdf（2015年3月アクセス）
- 高橋紘士（2009）『地域包括ケアシステム』，オーム社
- 片山壽（2009）『父の背中の地域医療』，社会保険研究所
- 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会（2011）「特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究」『平成22年度老人保健健康増進等事業報告書』，医療経済研究機構
- 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会（2012）「特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する研究事業～待機者のニーズと入所決定のあり方等に関する研究～」『平成23年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進事業報告書』，医療経済研究機構
- 株式会社日本総合研究所（2012）「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究 ケアプラン詳細分析結果報告書」『平成23年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業』，日本総合研究所