

特集：地域における医療介護連携の展望

<総説>

静岡県内の地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護支援整備の取り組み

東野定律

静岡県立大学経営情報イノベーション研究科

**Initiatives to establish support systems for primary health care
and home care in community-based integrated care
in Shizuoka prefecture, Japan**

Sadanori HIGASHINO

University of Shizuoka Graduate School of Management and Information of Innovation

抄録

日本では地域ごとに異なる医療・介護の資源量や協力体制の有無から生じる地域のケアサービスの提供体制に問題が生じている。

そこで、地域のケア供給システムを構築するにあたって、地域のニーズに合わせて医療及び介護資源をいかにして確保するか、そして、医療と介護の制度が異なることによる連携の難しさを軽減する供給システムをいかにして整えるか、これら2つの課題の整理と解決が必要となる。

本報告では、今後の介護の連携推進の方向性として、「在宅医療・介護を担う医師の養成」、「在宅医療・介護の実施拠点の整備」という2つの内容に焦点をあて、先進的に取り組んでいる静岡県内の内容を紹介し、今後の方向性について述べた。

在宅医療・介護を担う医師の養成については、中東遠地域における静岡家庭医養成プロジェクトの現状を整理し、現在、静岡県で養成が進められている家庭医は、総合的に診療できる家庭医の養成内容になっていることなどから自治体で地域包括ケアシステムを構築するためには、専門的教育プログラムを受けた家庭医の養成を継続することが重要であることを述べた。

また、在宅医療・介護の実施拠点の整備については、掛川市の在宅医療・介護の実施拠点「ふくしあ」の地域包括ケアシステムの内容を紹介し、行政と地域包括支援センター、社会福祉協議会、訪問看護ステーションの相談窓口をワンストップ化し、迅速かつ効率的に医療、保健、介護、福祉のフォーマル、インフォーマルなサービスにつなぐことが可能となっていること、地域の多職種が有機的に連携できる体制をとることは、高齢者における在宅医療・介護連携のほかにも、地域において自立した日常生活を営むために必要な課題解決の効果も期待できることを述べた。

キーワード：地域包括ケアシステム、在宅医療、在宅介護、連携

Abstract

In Japan, we have problems with delivery systems for local health and social care because of the inequality of available care resources and collaboration arrangements. Therefore, in order to establish a

連絡先：東野定律
〒422-8526 静岡県静岡市駿河区谷田52-1
52-1 Yada, Suruga-ku, Shizuoka 422-8526, Japan.
Tel: 054-264-5443
E-mail: sadanori@u-shizuoka-ken.ac.jp
[平成28年3月23日受理]

care delivery system in local communities, it is necessary to clarify the obstacles and find solutions to ensure the health and social care resources that meet the needs of a local community and arrange interventions to minimize the difficulties of coordination between health and social care systems.

In this report, I will introduce the initiatives in Shizuoka prefecture in Japan by focusing on two approaches facilitating coordination between health and social care: 1) training doctors for primary health care and home care and 2) establishing a hub for primary health care and home care. Through examining these two approaches, I will discuss the direction for the future.

Regarding the training of doctors for primary health care and home care, we first analyzed the current situation of the home doctor training project in Chu-Toh-En Area in Shizuoka and found that those home doctors are trained as general practitioners. Therefore, I emphasize the importance of continuing to train home doctors with specialized educational programs in order to establish a community-based care system in a municipality.

Regarding the establishment of a hub for primary health care and home care, I examined the example of a primary health care and home care center, "Fukushia," in Kakegawa city in Shizuoka. This care center offers a unified access point to the administration, a community-based integrated care center, a social welfare council, and home-visit nursing stations, which enables individuals to connect promptly and efficiently with both formal and informal services across different care sectors including medical, health, social, and welfare. Having a system that allows different professionals in a local community to have organic collaboration aids coordination between health and social care for elderly individuals as well as solving obstacles for elderly individuals to continue living independently in their local communities.

keywords: community-based integrated care, primary health care, home care, coordination

(accepted for publication, 23th March 2016)

I. 緒言

わが国では、少子高齢化に伴う人口構成の大きな変化、非正規労働者の増大といった雇用基盤の変化、核家族化が進んだ家族形態や地域基盤の変化など社会保障を支える様々な環境の変化が進み、貧困や所得格差の増幅といった新たに発生した問題への対処が求められている¹⁾。

こうした中、2013（平成25）年10月1日、安倍総理大臣は法律の規定どおり2014（平成26）年4月に消費税を現行の5%から8%に引き上げること閣議で決め、引き上げ部分で得られる税収の全てを社会保障費に充てると発表し、2012（平成24）年8月10日に成立した「社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法等の一部を改正する等の法律」に基づき、社会保障の充実と安定化、そのための安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指す「社会保障と税の一体改革」が行われてきた²⁾。

この社会保障と税の一体改革は、公的年金制度、医療保険制度、介護保険制度、少子化対策の4分野にわたり、この国民会議の報告書によると、医療及び介護の改革の方向性として「地域ごとに高齢者が異なっており、また、地域の有する社会資源も異なることから、各地域において地域の事情を客観的データに基づいて分析し、それを踏まえて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など医療・介護の提供体制の再構築に取り組んでいくことが必要」とあり、「改革の実現のためには、

在宅等住み慣れた地域の中で患者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠である。」と示されている³⁾。今後は各自治体において、持続可能な医療及び介護保障制度の基盤は地域包括ケアシステムの構築が鍵となっている⁴⁻⁶⁾。

具体的には、地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化、急性期をはじめとする医療機能を強化し、病院・病床機能の役割分担と連携の推進を図り在宅医療を充実させることで、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す（医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援）としており、2012（平成24）年、厚生労働省は2025（平成37）年を目途に、地域包括ケアシステムの構築を全国の自治体へ指示したが、その構築に関しては、一部に先進的な事例はあるものの、全体には浸透しておらず、未だその構築作業に至っていない自治体も多い⁷⁾。

一方、2014（平成26）年6月18日に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療・介護一体改革法）により、昨年10月から病床機能報告制度がスタートした。団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、医療・介護の機能の大きな枠組み作り、地域の中でいかに医療・介護を連携させていくかが問われている状況があるが、地域包括ケアシステムの構築が急務となっている中、疾病を抱えても住み慣れた地域・自宅で必要なサービスが

提供されるためには、いかに関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するか、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図ることが求められている [8-10]。

そこで本報告では、各自治体が取り組むことになる今後の介護の連携推進の方向性として、「在宅医療・介護を担う医師の養成」、「在宅医療・介護の実施拠点の整備」という2つの内容に焦点をあて、先進的に取り組んでいる静岡県内の内容を紹介し、今後の方向性について述べる。

II. 在宅医療・介護を担う医師の養成—中東遠地域における静岡家庭医養成プロジェクト—

静岡県の医師数については、ここ数年において増加傾向ではあるが、静岡県内の人口10万人当たりの医師数は193.9人で、全国平均の233.6人からは依然大幅な開きがあり、全国順位においても40位と平均に比べ低く、依然として医師不足が続いている [11]。特に、2次医療圏ごとのばらつきが大きく、熱海伊東地域や浜松医科大学がある西部地域においては全国平均を上回ることもあるが、中東遠地域においては伊豆半島南端の加茂地域に次いで医師数が少なく、県下においても医師不足が深刻な地域である。

2004（平成16）に導入された新臨床研修医制度の影響により、以前は大学病院の医局が医師の人事に関して大きな影響力を持っていたのが、医学部卒業後の研修病院の選択が全国的に自由化されたため、大学医学部から地方公立病院への安定的な医師派遣はされなくなった。この影響は静岡県の各自治体病院にも影響を及ぼし、中東遠地域における磐田市、菊川市、森町の2市1町も例外ではなかった。そこで、大学医学部へ医師派遣を要請するとともに自らの手で医師を養成し、これら医師不足の影響で崩壊しつつある地域医療を再生すべく、2010（平成22）年4月に2市1町は静岡家庭医養成プログラムを立ち上げた [12]。

静岡家庭医養成プログラムは、厚生労働省の地域医療再生基金の事業として静岡県地域医療再生計画の医師確保対策に位置づけられ、これら基金による財政的支援のもと運営されている。

図は、静岡家庭医養成プロジェクトの組織図である。磐田市、菊川市、森町に2013（平成25）年4月から御前崎市が加わり「静岡家庭医療養成協議会」を組織し、各市町の公立病院を拠点にアメリカミシガン大学と一般財団法人家庭医療研究所と協力・連携することにより運営されている。

また、2012（平成24）年度からは浜松医科大学に設立した寄附講座「産婦人科家庭医療学」講座から特任教授及び特任助教が研修拠点病院に派遣され、主に産婦人科領域における教育など浜松医科大学と協力・連携がなされている。

静岡家庭医養成プログラムが目指す家庭医（静岡方式）とは、「妊婦、小児、思春期の患者、成人、高齢者の全てのニーズに応えられる家族ぐるみのかかりつけ医としての家庭医の養成」とされており、成人や高齢者、在宅医療のほか救急医療、小児医療、妊婦健診・分娩などを含めた全科診療ができる家庭医を養成しているところに特徴がある [13]。

図2は、家庭医養成プログラムにおけるカリキュラムの例示であるが、3年間の専門研修の中で、家庭医療研修に加え、内科、外科、小児科、産科・婦人科、整形外科などほぼ全ての診療科の内容が研修に含まれており、総合的に診療できる家庭医の養成内容となっていることがわかる。

また、菊川家庭医療クリニックと森町家庭医療クリニックといった家庭医クリニックでの研修のほか、2つの地域基幹病院（菊川市立総合病院、公立森町病院）と1つの高度急性期病院（磐田市立総合病院）で内科・産婦人科・外科・救急・整形外科・皮膚科・精神科・救急科などのローテーション研修を行うことから病院での研修を行うことができ、ミシガン大学家庭医療学科での家庭医療研修と家庭医生涯教育コースに参加することが可能となっていることから、より高度な専門技術の取得に専念できる研修体制がある。

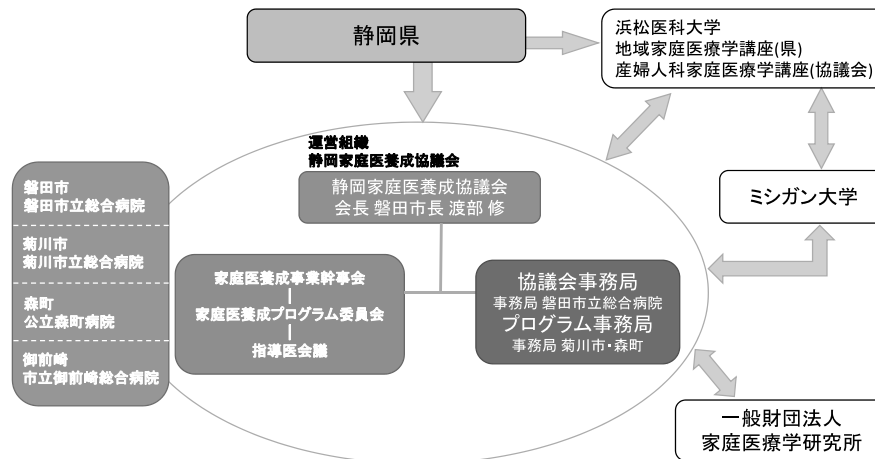
さらに、機能強化型在宅療養支援診療所として在宅ホスピス、在宅ケアや看取りを積極的に行い、地域において多職種との連携を基にした地域医療を実践している。

今後の地域における在宅医療では、地域医療を担っているかかりつけ医が地域の基幹病院との機能分担や医療連携をこれまで以上に図ることが必須となってくる。このプログラムを受けた家庭医においては、研修を実施した医療機関が地域に存在することになり、連携先の状況を十分に知り尽くしたうえで在宅診療を行うことができることから、必要に応じて病院の専門医に患者をつなげることが容易になると考えられる。

また、患者にとっても普段から健康に関する相談が可能となり、必要に応じて専門医に紹介してもらえ、医療機関において専門医による検査や治療が終わった後も引き続き身近なところで医学的な管理を行う家庭医を身近に持つことは、医療や健康に関して安心を得ることができる。特に在宅における患者は高齢者を中心に、何年にもわたって健康管理を必要とする疾患が増えることが考えられ、その必要性は一層高まるといえる。

さらに在宅医療を充実させていくには、患者の医療的なケアのみならず日々の生活も支える必要があり、医師や看護師、ケアマネジャー以外に、薬剤師や理学療法士、作業療法士、管理栄養士といった専門職の連携が重要視されているが、在宅医療を行う医師、訪問看護師、ケアマネジャーといった間の医療と介護の連携における問題点として、十分な意思疎通ができていないことが挙げられており、十分な情報交換や意思疎通できる機会を作ることと、それぞれの専門的立場を尊重し、医療及び介護

静岡県内の地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護支援整備の取り組み



出典：静岡家庭医養成プログラムホームページ
<http://www.shizuoka-fm.org/menu1/?mode=detail&article=11>（2016年2月6日）

図1 静岡家庭医養成プロジェクト組織図

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
専門研修 1年目	オリエン テーショ ン	家庭医療、超音波※			内科、内視鏡※			外科	小児科 NICU		産婦人科	
		Half Day Back. ER							Half Day Back 小児 ER		Half Day Back 産婦人科 ER	
専門研修 2年目	内科選択1,2,3			整形外科		家庭医療			産婦人科		小児科	
	Half Day Back. ER			Half Day Back. ER		Half Day Back. ER			Half Day Back 産婦人科 ER		Half Day Back 小児 ER	
専門研修 3年目	家庭医療(訪問診療を含む)											
	精神科(2コマ/週)			皮膚科(2コマ/週)			眼科・耳鼻科(1コマ/週)			選択(3コマ/週)		
	放射線科(1コマ/週)		泌尿器科(1コマ/週)									
※内視鏡…2コマ/週						※超音波…2コマ/週						
フェロー コース	家庭医療研修、高齢医学、ウィメンズヘルス											

出典：静岡家庭医養成プログラムホームページ
<http://www.shizuoka-fm.org/menu4/?mode=detail&article=9>（2016年2月6日）

図2 静岡家庭医養成プログラム研修カリキュラム（例）

知識の共有と患者ケアの最適化について話し合う機会を作る必要がある。

しかし、地域の開業医のほとんどは、地域の他の医療福祉従事者と日頃から関わるのが少ないため、いざ多職種と協議を行うとなると、自分の専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていくことに対して、リーダーシップを取り積極的にアプローチすることが困難であるといえる。家庭医養成のプロセスの中で、日頃からこれらの他の専門職種とのかかわりを持つ機会が多くなることは、研修期間を終えた後も、医師自身が多職種とのかかわりを維持することが可能となり、在宅医療の方針を協議するうえでも、在宅サービスを中心とした医療体制を考えるにしてもスムーズに展

開できるものと推察される。

以上を総合的に考察すると、静岡家庭医養成プログラムで養成されている家庭医は、地域包括ケアシステムにおける在宅診療で、医療ニーズが高い患者を中心に医師及び看護師、ケアマネジャーその他医療関係者が協調・協働できるようなリーダーシップをとり、患者のみならず健康な地域住民の更なる健康維持に貢献するという継続的で包括的なケアを構築する役割を果たすことが期待できる。今後、自治体で地域包括ケアシステムを構築するためには、専門的教育プログラムを受けた家庭医の養成を継続することはとても重要であり、今後、医療資源が限られた地域に限らずこのような取り組みが求められると考えられる。

III. 在宅医療・介護の実施拠点の整備—地域健康医療支援センター「ふくしあ」—

地域では限られた医療資源の下、急性期から在宅医療、介護まで、患者がどのような状態であっても、状態に応じた療養環境で適切な医療を受けることができるよう、地域ごとに患者の立場に立った地域包括ケアシステムを構築するため、地域の実情に応じた「地域完結型」の医療のネットワークを構築する必要がある。こうしたネットワークにおいては、患者は状態に応じて適切な医療機関や施設、在宅等のサービスを受けられ、状態の変化によりサービスが変わる場合においても、安心して円滑に次のサービスを受けることができるよう、連携先の紹介・確保、連携元と連携先での情報共有、患者の理解を得るための適切な説明等が行われるようにしなければならない。こうした医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するには、在宅歯科医療、栄養ケア、訪問看護、薬剤提供など、必要な医療・介護サービスが適切に提供されるような、多職種が連携できるための体制の構築と実施拠点となる基盤の整が必要である。

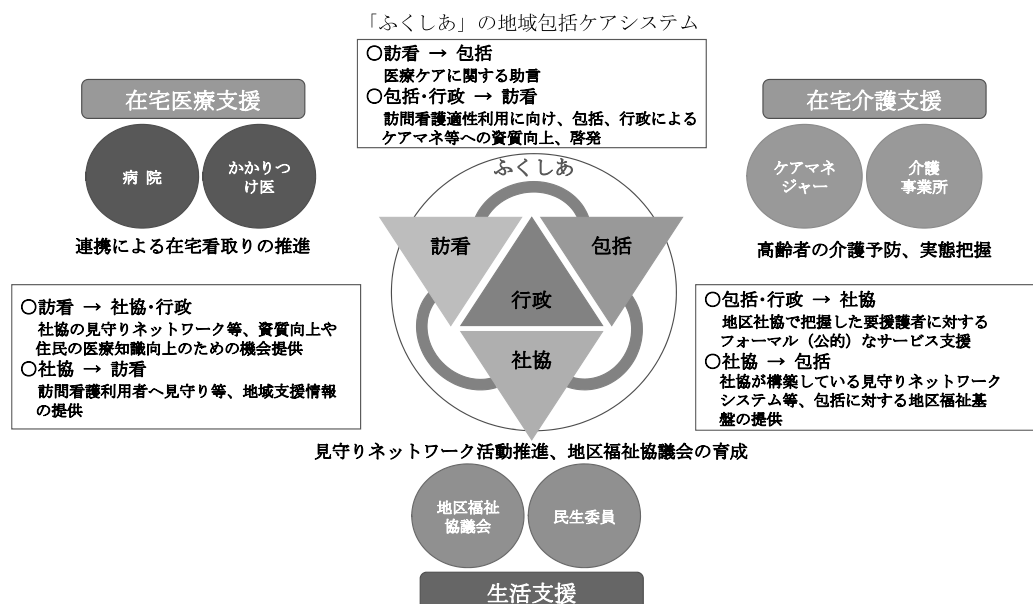
また、在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる内容としては、①地域の医療及び介護関係者による協議の場を定期的に開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること②質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること③地域の医療及び介護資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、退院時か

ら看取りまでの医療や介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するように、関係機関との調整を行うこと(在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること)といった4つの点が挙げられているが、この拠点整備を実施するためには地域全体を見渡すことができ、地域の医師会をはじめとする関連機関に中立的な立場で関係者の調整ができる基礎自治体である市町村が中心となり進める必要がある。

ここでは、静岡県内において先進的に在宅医療・介護の実施拠点の整備を進めてきた掛川市の事例を基に、切れ目なく在宅医療と在宅介護が提供される体制構築のために必要な在宅医療・介護の実施拠点の重要性について述べる。

掛川市は2015（平成27）年4月現在の高齢化率は24.4%と県内平均の26.8%をやや下回るものの、高齢化が進み、認知症やひとり暮らしの高齢者、高齢者のみの世帯の増加している地域である。医療機関の中心を担っていた旧掛川市立総合病院は1984（昭和59）年に建設され450床の病院であったが、老朽化による建て替えを迎えるにあたり、隣の市である袋井市にある旧袋井市民病院との統合による新病院建設の検討が2006（平成18）年からはじめられた。急な医師不足による勤務医の確保が両病院においても深刻な問題となっており、稼働率の低下による毎年数億円の赤字を抱えていたことも新病院設立の背景にあった。

こうした中、掛川市は医師や看護師不足など医療従事者不足の問題と地域医療の再生を基幹病院だけの問題にするのではなく、行政として関わることを念頭に2009（平成21）年に「地域医療 体制整備検討プロジェクト



出典：厚生労働省「地域包括ケアシステムの構築に関する事例集」地域包括ケアシステム構築に関する取組事例（掛川市）
<http://www.kaigokensaku.jp/chiiki-houkatsu/files/222135kakegawasi.pdf>（2016年2月6日）

図3 掛川市の在宅医療・介護の実施拠点「ふくしあ」の地域包括ケアシステム

チーム」を発足させ、翌年には地域医療推進課を設置し、統合された新病院「中東遠総合医療センター」と連携して地域医療を支える体制づくりを進めた。

同時に地域における医療及び介護を一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築の検討がなされることとなり、在宅医療や介護、生活支援など在宅支援のための地域拠点および総合相談窓口となる地域健康医療支援センター「ふくしあ」を日常生活圏域ごとに設置することを検討したのである [14]。

現在、この「ふくしあ」は、東部地区（東部ふくしあ：2010（平成22）年開設）、南部大須賀地区（南部大須賀ふくしあ：2011（平成23）年開設）、南部大東地区（南部大東ふくしあ：2012（平成24）年開設）、西部地区（西部ふくしあ：2013（平成25）年開設）中部地区（中部ふくしあ：2015（平成27）年開設）というように掛川市の5つの日常生活圏域に各一か所設置されている [15]。

「ふくしあ」には、主に総合相談、各種制度運用、全体のコーディネートの役割を持つ行政と高齢者の総合支援をおこなう地域包括支援センター、地域の育成や見守りネットワークの構築をおこなっている社会福祉協議会、在宅医療を支える訪問看護ステーションの4つの団体が同一施設内に存在し、業務もワンフロアで行われていることから、相談窓口をワンストップ化し、迅速かつ効率的に医療、保健、介護、福祉のフォーマル、インフォーマルなサービスにつなぐことが可能となっている。

医療と介護の連携体制を構築するうえでは、認知症やがんなど、地域で重要な課題となっている特定の疾患について高い専門性を有し、かつ、協働作業に対して積極的な医師を含めて保健医療福祉の多職種連携が不可欠となっている一方で、当該関係者の認識が必ずしも、こうした認識を共有しているわけではない現状があり、コーディネートの役割を持つ行政を中心に容易に連携が取れる体制が一つの場所の中で作られるメリットは大きい。

また、相談対応、情報提供のほかに、アウトリーチを重視した訪問活動を実施し、医師会のチームを核とした訪問診療や往診、保健師による予防活動を重視した健康づくりなどを展開していることが大きな特徴といえる。ケアマネジャーを初めとする介護従事者、民生委員、地区福祉協議会、見守り支援員、地域のサロンといった方面から情報が早期に収集され、健康面だけでなく、生活面に関しても予防的視点からの取り組みがなされ、早期に生活問題を把握し、解決に導く体制ができていると考えられる。特に多大な時間と労力を費やしている解決困難な処遇事例については、その背景要因は地域によって大きく異なり、地域特性に応じた対応が必要となるが、支援拠点到複数の関係機関が存在し、多方面からの解決が迅速に行われ、制度やサービス、専門部門との連携等により、複数の要因解消を同時に行うことが可能になり、より多くの困難事例に対する対応が可能になることが考えられる [16-18]。

さらに、地域の多職種が有機的に連携できる体制をと

ることは、高齢者における在宅医療・介護連携のほかに、地域において自立した日常生活を営むために必要な課題解決の効果も期待できると考えられる。

実際、掛川市では「希望の丘プラン」と称して、掛川市中部地域健康医療支援センター「中部ふくしあ」の存在する旧掛川市立総合病院跡地を利用し、回復期病棟をもつ掛川東病院、小笠掛川急患診療所、静岡県看護協会中東遠地区支部事務所、掛川市緑茶予防医学・健康科学研究所などの保健医療関係機関、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、掛川市介護支援専門員連絡協議会事務所といった介護関連機関のほか、静岡県立掛川特別支援学校、保育園、生活介護事業所、放課後等ディサービスセンター、若者就労サポートステーションといった福祉や教育機関を一つにした施設群が2015（平成27）年4月から開設され、官民七つの施設による多機能施設の集約化と連携による施設機能の強化が具現化している。高齢者はもちろん幼児や、障害者など年齢や病気、障害等に関わらず、様々な住民の支援ができる全国的にも類のない統合ケア施設である。今後、こうした保健医療福祉分野に関わらず、他分野における支援サポートを提供できる地域が増えること、地域住民の誰もが利用するユニバーサルデザインを念頭においたまちづくりが地域包括ケアシステムの進む道だといえる。

IV. まとめ

2014（平成26）年度の診療報酬改定の重点課題として「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」を掲げられ、2016（平成28）年度4月から実施される診療報酬改定の論点の中においても、地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点が組み込まれている。特に在宅医療・介護連携推進事業については、介護保険の地域支援事業に位置付けられ、実施可能な市町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市町村で実施することになっている [19]。

様々な視点から、在宅医療・介護にむけての方針がなされており、患者が終末期の療養場所として希望している自宅でのケアを軸として、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるように、病院に強く依存していたケア提供体制から、在宅医療と介護の連携を通じた新たなケア提供体制への変革がなお一層進められる方向にある [20]。

こうした方針に沿って、市町村が中心となった在宅医療・介護連携の取り組みを進めるためには、都道府県との役割分担や、医療・介護の各関係者との連携・調整など、市町村の役割の明確化や実践能力の向上がさらに必要となる [21]。

これまで厚生労働省の在宅医療連携拠点事業などを通じて、政策的な面から在宅医療・介護の整備が行われてきているが、医師をはじめとする慢性的な医療、介護の

人材不足や多職種連携の困難さなどの問題から、うまく進んでいる自治体が多いとはいえない状況にある。

今後、市町村が中心となって進めていかなければならない介護予防・日常生活支援総合事業など地域医療・介護に対するさらなるニーズが予想される中、医療計画・地域医療ビジョンなどを策定する上での在宅医療の必要量等の推計や、目標達成のための施策等の推進体制を確保することはもとより、本稿で取り上げたような地域の実情に応じた形で在宅医療・介護の連携の推進を図ることが重要になってくると考えられる。

引用・参考文献

- [1] 厚生労働省. 厚生労働白書 (平成27年版). 2015.
- [2] 厚生労働省. 社会保障制度改革推進法 (平成二十四年八月二十二日法律第六十四号). <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H24/H24HO064.html> (accessed 2016-03-22)
- [3] 社会保障制度改革国民会議. 社会保障制度改革国民会議 報告書 (概要) ～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～. 2013. <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf> (accessed 2016-03-22)
- [4] 太田貞司, 森本佳樹. 地域包括ケアシステム—その考え方と課題. 東京: 光生館: 2011.
- [5] 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社. 老人保健健康増進等事業「地域包括ケア研究会～今後の検討のための論点整理」平成20年度報告書. 2009.
- [6] 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社. 老人保健健康増進等事業「地域包括ケア研究会」平成21年度報告書. 2010.
- [7] 株式会社日本総合研究所. 老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステム事例分析に関する調査研究」平成25年度事業報告書. 2014.
- [8] 高橋紘士. 地域包括ケアシステム. 東京: オーム社: 2012.
- [9] 筒井孝子. 地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略—integrated careの理論とその応用. 東京: 中央法規出版: 2014.
- [10] 厚生労働省老健局. 在宅医療・介護連携推進事業の手引きver.1. 2015.
- [11] 静岡県. 静岡県保健医療計画. 2014.
- [12] 菊川市. 第6期介護保険事業計画・第7次高齢者保健福祉計画. 2015.
- [13] 静岡家庭医療養成プログラムホームページ. <http://www.shizuoka-fm.org/> (accessed 2016-03-22)
- [14] 株式会社日本総合研究所. 「地域包括ケアシステム」事例集～できること探しの素材集. 2014.
- [15] 掛川市. 第6期介護保険事業計画・第7次高齢者保健福祉計画. 2015.
- [16] 厚生省高齢者介護対策本部事務局. 新たな高齢者介護システムの構築を目指して—高齢者介護・自立支援システム研究会報告書. 東京: ぎょうせい: 1995.
- [17] 財団法人日本訪問看護振興財団. 老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業) 「医療的ケアを要する要介護高齢者の介護を担う家族介護者の実態と支援方策に関する調査研究」平成23年度事業報告書. 2012.
- [18] 長谷川喜代美. 介護保険制度で対応困難な在宅療養者の問題構造—行政保健師が関与した事例分析から—, 千葉看護学会会誌. 2007;13(1):17-24.
- [19] 厚生労働省老健局. 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料 (平成28年3月7日). 2016.
- [20] 筒井孝子. 地域包括ケアシステムの未来—社会的介護から, 地域による介護へ—. 保健医療科学. 2009;58(2):84-89.
- [21] 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室. 平成24年度在宅医療連携拠点事業総括報告書. 2012.