

日本における地域包括ケアシステム構築に関する一考察  
—諸外国の事例を踏まえて—

伊東 めぐみ  
四條畷学園短期大学

A Consideration about Integrated Community Care System in Japan  
-In Reference to the Examples of Foreign Countries-

Megumi Ito  
Shijonawate Gakuen Junior College



## 日本における地域包括ケアシステム構築に関する一考察 —諸外国の事例を踏まえて—

伊東 めぐみ\*

### A Consideration about Integrated Community Care System in Japan -In Reference to the Examples of Foreign Countries-

Megumi Ito

2025年(平成37年)は、第一次ベビーブームと呼ばれる1947年～1949年に生まれた「団塊の世代」の人すべてが75歳以上の後期高齢者に達する時期であり、要介護状態の高齢者が急増する時期であると見込まれている。その2025年を目途に、厚生労働省は「地域包括ケアシステム」を構築するべく推進している。

本稿では、諸外国における地域包括ケアシステムの事例を紹介・比較し、日本の地域包括ケアシステム構築について考察を行った。

その結果、各国に共通している点は、地域住民や、看護・介護の提供者・利用者等の「当事者」からさまざまな議論やプロジェクトが提起され、市民活動の中で組織づくりを行うといったような、下意上達に端を発している点であった。

また、地域包括ケアを担う人材確保のために、共通基礎資格の創設に踏み切っている国もみられる。

各国の差異を考えなければならないが、高齢社会における看護・介護サービス需要の急増を支えるという根源的な課題は共通していることから、その動向は我が国に様々な示唆を与えると考えられる。

**Key words:** 地域包括ケアシステム, PACE, EPP:Expert Patients Programme, ビュートゾルフ, 多職種協働

#### 1. はじめに

厚生労働省は2025年(平成37年)を目途に「地域包括ケアシステム」の構築を推進している。2025年を目途にしている理由は、第一次ベビーブームと呼ばれる1947年～1949年に生まれた「団塊の世代」の人すべてが75歳以上の後期高齢者に達する時期であり、重度の要介護状態になる高齢者が急増すると見込まれているためである。

地域包括ケアシステムは、高齢者一人一人が、自分らしい生活を人生の最後まで住み慣れた地域において継続できるよう、各市町村が地域によって異なったニーズに対応することによって、医療・介護の実情をより正確に把握し、更に地域住民や医療・介護施設と連携・協議することで、高齢者

の豊かな地域生活を支援するシステムである。<sup>1)</sup>

現在、介護が必要になった場合、高齢者の多くが住み慣れた自宅やその地域での生活ではなく、施設に入所せざるを得ないという現状がある。そのため、特別養護老人ホームは毎年増加の一途をたどっている。そのうえ常に満床状態で、入所待ちの人が長い列をつくっている。特別養護老人ホームよりは費用がかかるが背に腹は代えられないということで、グループホームや介護サービス付高齢者向け住宅への入所を希望する人も後を絶たず、入所施設は増加の一途をたどっている。<sup>2)</sup>

具体的に数値で確認してみると、特別養護老人ホームへの入所申込者数は、2009年から2014年にかけて42.1万人から52.4万人へと急増している(厚生労働省:2014年3月25日発表)。今後2025年へ向けて75歳以上人口が急激に増加することを考え

\* 四條畷学園短期大学 ライフデザイン総合学科

ると、今までのように介護サービスを入所型の施設で対応していくことは今以上に困難になることが予測できる。

地域包括ケアシステムはその対応策として、これまでの入所施設における介護サービスから、高齢者が自宅で介護を受けられる居宅介護サービスや、自宅近くの地域で利用できる通所施設における介護サービスへ移行し、急増すると予測される介護を必要とする高齢者のケアを確保するために整備が進められている。

本稿は、諸外国における地域包括ケアシステムの事例を紹介・比較することによって日本の地域包括ケアシステム構築について考察していくことを目的とする。

## 2. 日本における現状

諸外国の事例の比較・考察に入る前に、現在の日本における在宅医療・在宅介護の現状を確認しておく。

介護予防の拠点として、高齢者本人や家族からの相談に対応し、介護、福祉、医療、虐待防止など必要な支援が継続的に提供されるように調整する事業を担う「地域包括支援センター」が各市町村に設置されている。主任介護支援専門員・保健師・社会福祉士が配置されており、上記の事業を担っている。この「地域包括支援センター」を、地域包括ケアシステム構築の実現に向けた中核的な機関にするべく、機能強化が進められている。<sup>1)</sup> 機能強化するために、新たに行われる予定の事業は次の通り。

- ・在宅医療・介護連携の仕組みについて構築する
- ・多職種の協働による個別ケースの支援を通じ、地域支援ネットワークの構築、高齢者の自立のためのケアマネジメント、地域における課題把握のための「地域ケア会議」の実施
- ・生活支援コーディネーターの設置<sup>3)</sup>

これらを現在の機能に上乘せして行う必要があり、そのためには人員配置や予算措置について、抜本的な取り組みが必要であると考えられる。

そして、機能強化されることでますますその存在が重要視される地域包括支援センターをサポートし、適切な助言を与える役割として、新たに「在

宅医療・介護連携支援センター」の設置が進められている。

運営については、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組むとされており、その役割は以下のように説明されている。

- ・介護保険の知識を有する看護師、医療ソーシャルワーカー等を配置し、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等から相談を受け付ける。(原則、住民からの相談は地域包括支援センターが受け付ける)
- ・地域の在宅医療・介護関係者、地域包括支援センターに対して、在宅医療・介護連携に関する情報提供等を行う。<sup>4)</sup>

もう一点、地域包括ケアシステムの実現を支えるものとして「地域包括ケア病棟」が挙げられる。2014年(平成26年)の診療報酬改定に伴って、この機能をもつ部門を設置する医療施設が増加している。

「地域包括ケア病棟」は、医療施設で急性期治療を終了してなお、生活自立度が低いため自宅に戻るのが困難な患者などを受け入れ、リハビリテーション等を行って在宅復帰を目指す病棟である。同時に、在宅や高齢者施設などで療養中に緊急な治療が必要となった患者の入院を受け入れるという機能も果たす。そのため、看護師や、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などのリハビリテーション専門スタッフのほか、管理栄養士や、介護福祉士、薬剤師など多くの関係職種が関わり、さらには在宅復帰後の支援を行う医療ソーシャルワーカーやケア・マネージャーなどとも連携を図り、患者の社会復帰、在宅復帰を支援している。<sup>5)</sup>

すなわち、我が国の現状としては「地域包括支援センター」の機能強化、「在宅医療・介護連携支援センター」の新設、そして在宅復帰を目指す支援機能を持つ医療施設として「地域包括ケア病棟」の新設を中心とした地域包括ケアシステム構築の推進途上であると言える。

## 3. アメリカ

アメリカの公的な医療保障制度としては65歳以上を対象にしたメディケア(Medicare)と、低所得者を対象としたメディケイド(Medicaid)、それ

に加えオバマ政権が推進し2010年3月に議会で成立した医療保険制度改革「オバマ・ケア」があるが、いずれも高齢者の介護サービスという面では充実しているとは言い難く、そのため民間部門の果たす役割が大きいという特徴がある。また、政策運営は州政府が中心となっている。

アメリカにおいても従来介護サービスは、「NH(ナーシング・ホーム)」における施設サービスが中心であったが、財政逼迫に伴い在宅サービスへと転換しつつある。

要介護高齢者の多くが介護サービスだけでなく医療を必要とする場合が多いにもかかわらず、医療と介護の提供が別個に扱われているため、医療・介護両方のサービスを受け辛く、手続きも煩雑である。この問題点を解決すべく、包括的かつ効率的なサービス提供を目指す動きとして、「PACE(ペイス)」が挙げられる。<sup>6)</sup>

「PACE」は「Program of All-inclusive Care for the Elderly」の略称で、高齢者のための包括的ケア・プログラムである。施設や医療機関への入所・入院が必要であると州政府によって認定された高齢者が対象であり、在宅における療養生活を可能にするための、極めて高度かつ濃密なケアを提供する包括的ケア・プログラムである。

PACEは政府主導の政策ではなく、NPOのプログラムが標準化されたもので、連邦政府・州政府の承認を得て全国展開されている。背景には「人は、年をとっても心身に不自由があったとしても、可能な限り最期まで住み慣れた地域の住み慣れた家に暮らし、そこで人生を終えるのがよい」という確固とした思想がある。<sup>7)</sup>

PACEの独自性は多職種で構成されたチームが加入者に対する包括的なケアを行っている点にある。多職種チームはプライマリ医(家庭医)、NP(臨床看護師)、看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、レクリエーション・セラピスト、アクティビティ・コーディネーター、在宅ケア・コーディネーター、栄養士などのスタッフ等から構成されており、PACEがある地区ごとにチームが配置され、高齢者にケアを提供している。

一方、PACEを推進するにあたって、今後改善していくべき課題もある。PACEのケア・プログラムは、多職種チームの密接で頻繁なケアが特徴であるため、加入者はPACE以外のケア提供者と

の関係を放棄しなければならない。そのため、かかりつけ医との関係が重要であると思う利用者はこの条件を容認できず、PACE加入に二の足を踏んでいる。また、PACEのケア・プログラムに組み込まれているデイサービスセンターへの通所が嫌がられる場合もある。こうしたPACEの特性が逆に利用者から嫌われる理由となり、PACEの成長を妨げていると言われている。

また、メディケイド受給権を持たない者は自己負担金が高額であるという理由からPACEへの加入を断念せざるを得ない場合も多い。メディケアはPACE経費の約1/3しかカバーしておらず、メディケイドとメディケア両方の受給権を持たない加入者は残りの2/3を負担しなければならない。この重い自己負担が中間所得層へのPACE拡大を困難にしている。<sup>8)</sup> とはいえ、PACEは稼働地域拡大の途上であり、どこまで浸透していくかについて結論を出すのは時期尚早であると考えられる。今後、拡がりの少ない州内農村地域を中心に、利用者の拡大を進めていくとみられる。<sup>9)</sup>

#### 4 イギリス

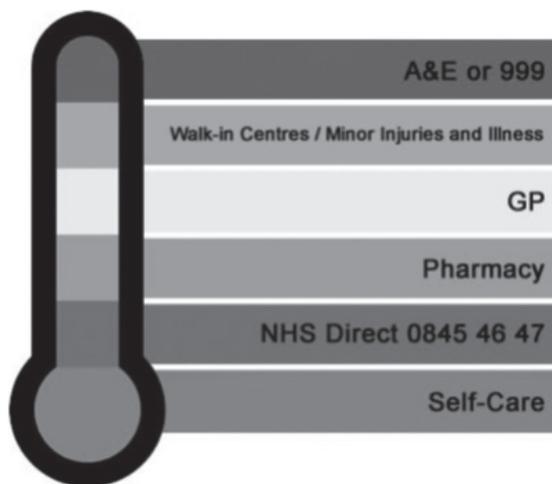
イギリスには、公的な医療保障制度として、全住民を対象に原則無料で医療サービスを提供するNHS(National Health Service)が存在する。NHSは、歯科治療、眼科治療などの一部が対象外となっているほかは、ほとんどの医療サービスが給付の対象となっている。<sup>10)</sup>

NHSが誕生した1948年から既に60年以上が経ち、イギリスの平均寿命は66歳から79歳へと伸びた。このように高齢化が進み、医療の高度化・細分化が進む中で国営医療サービスNHSは、その存続が懸念される状況になった。それを受け、イギリス政府は諸外国に先駆けて「セルフケア self care」という概念で様々な振興策を打ち出している。

セルフケア振興策の一つとして、高齢者、若者、子供といった年齢の区切りなく、国民一般へ向けに行われた振興策として、「Choose Wellキャンペーン」がある。図表1は、この振興策を広めるために作成されたポスターである。このポスターは、複数の異なる医療サービスが層になっており、様々な症状のレベルに合わせて医療サービス内容が区切られていること表している。救急外来である「A&E および 999」、軽度の外傷・疾病に対応す

る「Walk-in Centres」、原則として予約に基づいて診察を行う「GP(家庭医)」のサービス、薬剤師が相談に応じる「Pharmacy」、24時間の電話相談サービスである「NHS Direct」。重症度が上がるにつれて「温度」が上昇していく「温度計」のデザインとなっており、層が上になるほど医療コストが上昇していることをイメージできるように工夫されている。そして、一番下段に青で示されている部分がセルフケアである。このような、重症度によって適切にサービスを選ぶことを推進する“Choose Well(上手に選ぶ)”がセルフケア振興の一環として展開されてきた。<sup>11)</sup>

図表 1



出典：Oxleas NHS Foundation Trust  
(<http://www.oxleas.nhs.uk/video/pdescription-to-followp-5/>)

また、代表的な施策として慢性疾患患者のセルフマネジメントを推進するためのトレーニング・プログラムである「EPP:Expert Patients Programme」の全国展開が挙げられる。保健省の主導により2002年にスタートした。

EPPは「何らかの慢性疾患」を持つ人々のためのトレーニング・プログラムであり、その症状に上手く対処しながら社会生活を送るセルフケアのスキルを獲得することが目的である。このプログラムは、米国スタンフォード大学患者教育研究センターのメソッドをベースにしたものである。プログラムは、グループワークの形式となっており、慢性疾患患者で構成された少人数のグループが、週1回2.5時間程度で通常6週間行われる。基本的

に参加者の費用負担は無い。2007年より公益法人となり、全英各地区でこのトレーニング・プログラムが利用できる体制を維持している。プログラムの内容は、日常生活上の目標設定と、その達成を行う「問題解決」を中心に、医療従事者(医師・看護師等)とのコミュニケーションの取り方や、周囲の社会資源の有効な使い方などである。

EPPは、「lay-led(素人主導)のプログラム」と言われており、医療の専門職従事者はこのプログラムに関わらず、運営全般を慢性疾患患者自身が行っている。EPPの所定の課程を修了した患者のうち、指導員として活動を希望する患者は、指導員養成課程へと進む。<sup>12)</sup>

このEPPのもう一つの特徴は、疾患区分、例えばがん患者同士など、同じ疾患の患者によるサポートではなく、様々に異なった長期的な疾患症状のある者同士が集まり、グループワークを行う形で展開されている点にある。

なぜこのような方式をとっているかについては様々な理由があるが、一つには日常生活のセルフケアを獲得するためのプログラムであるため、グループのメンバー構成は、医学的疾患ごとの区分にとらわれるべきではないという考えがある。セルフケアの中で医療はあくまで様々な要素の一つに過ぎないという考え方である。<sup>13)</sup>

このプログラムは、疾病の管理や副作用への具体的な対処方法や、自身が経験してきたことを生かした日常生活へのアドバイス、疾患を抱えている当事者であるからこそ可能とされるきめ細かな相互支援活動として、現在注目を集めている。

特に患者の中には、治療が長期化するにつれて、将来の生活への不安などから精神的に不安定な状態に陥り、精神的な健康までも損なってしまう場合も少なくない。その際、医者や看護師ではなく、同じ境遇にある慢性疾患患者からの支援は、患者にとっては闘病生活を送るうえで精神的にも大きな支えとなり得る。また、支援する側の患者にとっても、「人の役に立てた」という自信と共に、自らの存在意義を再確認することが出来、療養生活を続けるためのモチベーションを得る貴重な機会となるであろう。

このように、医療従事者(医師・看護師等)の治療や看護を受けながらも、患者同士が医療を通して相互に繋がりを持ち、あらゆる情報を共有する

ことが一連の社会活動へと繋がっており、この取り組みにおける特徴であり意義であるといえる。

## 5 オランダ

1968年に世界で初めて公的な介護・長期入院治療をカバーする特別医療費保険（AWBZ）を施行したオランダは、近年高齢化の進展に伴い、制度としての持続可能性に懸念が示され、大幅な制度改革が行われた。2007年からは軽度の家事援助等の介護サービスについて地方自治体が提供することを定めた社会支援法（WMO）を施行、2015年には特別医療費保険（AWBZ）を長期療養サービス保険（Wlz）に再編し、24時間の見守りが必要であるなど要介護度の高いケアサービスを必要とする場合のみを保険対象とし、それに該当しないケアサービスについては、健康保険（ZVW）や社会支援法2015等の地方自治体が主体となる制度によって提供することとなった。<sup>14)</sup>

このような大幅な制度の再編は、高齢化が進む中、年々増加の一途をたどっている看護・介護サービスの需要に持ちこたえていくために、国が運営する特別医療費保険（AWBZ）よりも地方自治体が運営を行うほうが、地域のニーズに対応した効率的な運営ができると同時に、サービスの財源を地方自治体の一般財源から拠出することになるため、節減効果が期待できるとのねらいがあると考えられるが、まだ再編の途上にあることからしばらくは進展を注視する段階であるといえる。

国民の高齢化が進み、増大する医療・介護費用を支えるべく、上記の制度改革が行われているオランダで、住み慣れた地域で最後まで暮らせるための在宅ケアを担う組織として、「ビュートゾルフ（BuutZorg）」がケアの質と経済的な効率性の両方を兼ね備えているとして注目されている。

「ビュートゾルフ」とは、オランダ語で「コミュニティケア」を意味する。在宅看護・介護を担う民間の組織であり、2006年に設立、2016年2月現在、約9,000人の看護師・介護士・リハビリスタッフらの多職種チームが活躍しており、これを支える本部スタッフ（間接職員）は40名程度と最小限に絞られている。利用者は約60,000人で、これはオランダの在宅ケア利用者の約15%に相当する。<sup>15)</sup>

利用者満足度は全国の在宅看護・介護組織の中で第1位、従業員満足度も全産業の中で第1位を

獲得、その上、利用者一人当たりのコストは他の在宅ケア組織の約半分に抑えられており、政府文書にも「ビュートゾルフモデルの更なる推進」という文言が盛り込まれる等、オランダ政府による在宅ケア政策にも影響を与えている。<sup>15)</sup>

ビュートゾルフは通常6名程度の小規模なチームを活動単位とし、担当地域で40～60名の利用者をサポートする。

オランダでは、看護師・介護士の国家資格が日本のように分かれておらず、統一された資格とされ、レベル1～5の5段階に分かれている。ビュートゾルフでケアを担当するスタッフのレベルは3以上が望ましいとされている。他の在宅看護・介護組織はレベル2・3が中心であるため、総じてスタッフの質は高いと言える。

高い資質を備えたスタッフ達が分業制をとらず、基本的に一人のスタッフが全てのケアを行うことで、分業制の場合であれば3名で訪問するところを1名で訪問することが可能となり、人件費の抑制に繋がっている。一人の利用者に5名程度でチームをつくり、一貫性のあるケアを行うことで、利用者のニーズにマッチした質の高いケアを提供することが出来、信頼感を高めることにもつながる。また、スタッフ一人一人が個人の裁量で動く幅が広がり、専門性を十分に生かして働くことができることが、スタッフのモチベーションを高めている。<sup>16)</sup>

低コストで質の高いケアを提供することに成功しているビュートゾルフは、いまや世界的にも注目される組織となった。いうまでもなく、今後のオランダにおける地域包括ケアの核として大きな期待が寄せられている。

## 7 まとめ

日本の高齢化率は26.9%（2016年2月）に達しており、世界保健機構（WHO）や国連の定義による「超高齢社会」であるが、本稿で挙げたアメリカ・イギリス・オランダを含めあらゆる諸外国も同様の局面にあり、国民の高齢化によって増大する医療・介護の需要に応えるべく、制度改革・構造改革に着手している。

そのなかで各国に共通して注目した点は、地域住民や、看護・介護の提供者・利用者等の「当事者」からさまざまな議論やプロジェクトが提起され、市民活動の中で組織づくりを行うといったような、

民間に端を発したことが政策に繋がっている点である。

イギリスが主軸としている「セルフケア self-care」は、本質的には政府主導であるものの、実際の推進については「セルフケアフォーラム self-care forum」という民間の公益団体がやっている。<sup>11)</sup> 本稿で取り上げた、アメリカの「ペイス PACE」、オランダの「ビュートゾルフ BuutZorg」も民間団体である。

そのように民間から始まった議論や実践がフィードバックされ、政府が策定・施行するというように、民間と国が相互に協力して革新的な振興策を打ち出すことがスムーズに行われている。

国民一人一人が当事者意識をもち、知恵を出し合い議論を重ねて作り上げた組織やプロジェクトについて、国が柔軟性を持って受けとめ、速やかな策定・施行に至っている点は、国家間の国民性や構造的な相違を踏まえた上でも、我が国の地域包括ケアシステムの推進に重要な示唆を与えられ

る。また、地域包括ケアシステム推進には欠かせない「多職種協働」についても、各国で様々な動きがある。オランダでは、看護と介護が2つの資格に分かれておらず、連続体として一つの資格として存在している。教育を受けた年限によってレベル1～5までに分かれており、レベル1～4は中等職業教育レベル、レベル5は高等職業レベルとされる。<sup>17)</sup>

本稿で取り上げた国以外では、フィンランドも看護師・介護士・保育士などの資格を一つに統合する「ラヒホイタヤ(日常ケア)」という共通基礎資格の創設を行っている。また、ドイツでは、介護士と看護師の基礎教育内容・教育期間を統一している(授業時間2,100時間以上、実習時間2,500時間以上。養成期間3年)。原則両者の給与も同等レベルとされており(一部州によって異なる場合あり)、職種による格差・上下関係をなくし、介護士・看護師双方が対等な立場で意見を交わせるような体制がとられている。<sup>18)</sup>

こうした各国の動きは、単に規制の職種間における連携を深めていくというだけの進め方ではなく、職業資格の統合や創設を伴った抜本的な改革を行っていかねば、地域包括ケアを担う人材の整備は一向に進まないということを示唆してい

るのではないだろうか。

もう一点、注目すべき点として、イギリスでは様々なセルフケア路線の振興策が打ち出されているが、「Choose Well キャンペーン」は、重症度を自分自身で判断して医療サービスを選択することを促すものであり、「EPP:Expert Patients Program」は、「lay-led(素人主導)のプログラム」として、看護や介護を受ける側の慢性疾患患者自身が運営を行っている。<sup>11)</sup> このような、患者自らが社会活動の一環として自身の治療に主体性を持って参加していくべきであるという概念の普及についても、今後我が国において意識していくべき課題であると考えられる。日本人の持つ「和」を重んじる文化から考えると、自分自身という「個」が主体性を持って行動していく EPP の内容は受け入れ難いという懸念はあるが、目的や概念はそのままに、日本に合う形の施策を模索・検討し、取り入れるということであれば活用の余地は十分にあると考えられる。

各国が取り組んでいる超高齢社会に向けた方策は、本稿で取りあげた諸外国を見ても、我が国の地域包括ケアシステムの構築について非常に重要な示唆を持つと感じた。

もちろん、各国が持つ歴史的背景や文化などの差異を考えなければならないが、高齢社会における看護・介護サービス需要の急増を支えるという根源的な課題は共通していることから、その動向は我が国に様々な示唆を与え続けると考えられ、今後も注視していく意義は大きい。

#### 参考・引用文献

- 1) 「地域包括ケアシステムの実現へ向けて」 厚生労働省 [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/) (参照 2016-8-28)
- 2) 佐藤裕子・橋本俊明 (2013) 「研究発表論文 地域包括ケアシステムの実現 ～現状の把握と課題より、システム構築を考える～」『SONPO ケアメッセージ株式会社』 pp.1
- 3) 長谷憲明 (2014) 「平成 27 年度介護保険法改正に向けて - 医療と介護サービスの連携の推進について」『財団法人東京都福祉保健財団 とうきょう福祉ナビゲーション』 pp.8-9
- 4) 厚生労働省老健局老人保健課 (2013) 「平成 26 年度第 2 回 都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー

- 合同会議在宅医療・介護連携の推進について」 pp.14-15
- 5) 「地域包括ケア病棟のイメージと要件」 厚生労働省  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039380.pdf> (参照 2017-8-28)
  - 6) 西平賢哉 (2007) 「アメリカの高齢者介護の現状と介護版マネージドケア アメリカにおける長期介護をめぐる動向 PACE を中心に」『長寿社会グローバル・インフォメーションジャーナル』 3,pp.10
  - 7) 西村由美子 (2007) 「アメリカの高齢者介護の現状と介護版マネージドケア On Lok から PACE へアメリカの草の根が生んだ要介護高齢者ケア・プログラム」『長寿社会グローバル・インフォメーションジャーナル』 3,pp.12
  - 8) 新井光吉 (2010) 「アメリカの長期ケアと高齢者包括ケア・プログラム (PACE) オンロックの活動を中心に」『社会科学論集』 130,pp.27-28
  - 9) 新井光吉 (2013) 「アメリカの介護者支援 ～ PACE による地域包括拡大の可能性～」『海外社会保障研究』 184,pp.40
  - 10) 久司敏史・田中健司・川端勇樹 (2010) 「イギリス民間医療保険市場の動向」『損保ジャパン日本興亜総研レポート』 pp.56
  - 11) 松繁卓哉 (2014) 「イギリスにおけるセルフケア振興の取り組み」『厚生労働省平成 25 年度老人保健健康推進事業ケアマネジメントへの高齢者の積極的な参画に関する調査研究事業報告書 (第 4 章)』 pp.67,69,70
  - 12) 松繁卓哉 (2012) 「地域包括ケアシステムにおける自助・互助の課題」『保健医療科学』 61(2),pp.116
  - 13) 松繁卓哉・筒井孝子 (2009) 「イギリスの地域包括ケアにおける self care」『保健医療科学』 58(2),pp.92
  - 14) 大森正博 (2015) 「オランダの長期療養・介護制度改革」『健保連海外医療保障』 107,pp.23-25
  - 15) 堀田聡子 (2015) 「地域包括ケアシステム構築に向けた効果的・効率的なサービスのあり方に関する調査研究事業報告書 VI オランダにおけるビュートゾルフの事例」『明治安田生活福祉研究所』 pp.46-47
  - 16) 松田昌美・齊堂美由季 (2016) 「在宅看護・介護組織ビュートゾルフ BuurtZorg」『公益財団法人 全国国民健康保険診療施設協議会』 pp.33
  - 17) 秋山直美・秋山智弥 (2016) 「超高齢社会に対応した地域ケアシステムの構築を目指して—オランダ在宅ケア組織ビュートゾルフ財団からの学び—」『佛教大学保健医療技術学部論集』 10,pp.110
  - 18) 厚生労働省老健局 (2015) 「地域包括ケアシステム構築に向けた効果的・効率的なサービスのあり方に関する調査研究事業報告書 IV 包括ケアの構築」『明治安田生活福祉研究所』 pp.19





