

地域包括ケアとまちづくり

―高齢者の介護をどのように進めるのか

横山 純一

1. 急速な高齢化と高齢者を取りまく状況^①

現在の日本では国民のほぼ四人に一人が六五歳以上、八人に一人が七五歳以上となっている。今後注目されるべきは二〇二五年問題である。二〇二五年には七五歳以上の高齢者（後期高齢者）数が二一七九万人になると予想され、六五歳から七四歳までの前期高齢者数（二四七九万人）よりも後期高齢者数のほうがはるかに多くなる。これは、いわゆる団塊の世代（一九四七年、一九四八年、一九四九年生まれ）が二〇二五年までに全員七五歳以上になるからである。一般的には七五歳くらいから介護費用、医療費用が大きく増加する。今後、首都圏などの都市部で後期高齢者数が大幅に増える見込みである。介護保険スタート時とは明らかに様相が変化し、現在、財源問題を含め、高齢化問題は都市部の大きな課題として浮上しているのである。さらに、高齢者だけで暮らす世帯が急増してい

る。二〇二五年には世帯主が六五歳以上の夫婦のみ世帯が六四五万三〇〇〇世帯、世帯主が六五歳以上の単独世帯が七〇〇万七〇〇〇世帯になると予想され、両者合わせて世帯数全体のほぼ四分の一にあたる一三四六万世帯が高齢者だけの世帯になる。また、今後子どもとの同居率がいつそう低下し、認知症の高齢者も増加する。日常生活自立度2以上の高齢者数は二〇一〇年に二八〇万人だったが、二〇二〇年には四一〇万人（高齢者総数の一一・三％）に増える見込みである。このような中、老老介護が深刻化し、また軽度の認知症の者が重度な認知症の者を介護する認知介護が増加している。

2. 地域包括ケアとはなにか^②

このような高齢者を取りまく状況の中、厚生労働省は二〇二五年までに地域包括ケアを高齢者介護の切り札にしたいと考えている。そして、二〇二五年度までに各自治体は地域包括ケアの策定計

画をつくることが義務づけられている。

地域包括ケアシステムとは高齢者が重度な要介護状態になっても、できるかぎり自宅や地域で過ごすことができるように、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供されるシステムのことをいう。住まいではバリアフリー化が重要になるだろう。さらに、医師による訪問医療、看護師による訪問看護、ホームヘルパーによる二四時間訪問介護が大切になる。町内会や老人クラブ、NPOなどによる見守りや生活支援などのサービス（インフォーマルサービス）も必要である。例えば、重度な要介護状態の一人暮らしの高齢者の場合、日中だけではなく深夜にもホームヘルパーが訪問しなければクオリティオブライフ（生活の質）が保てないというようなことが現実起きてくる。そこで、このような多様なサービスを地域で途切れなく提供することが求められているのである。サービスの中では、とくに訪問医療、訪問看護の役割が大きいといえるだろう。

3. 地域包括ケアと多職種連携の核となる組織の重要性

地域包括ケアでは、地域の人的資源、つまり医師、看護師、ホームヘルパー、ケアマネジャー、保健師、OT、PT、薬剤師、栄養士等の専門職や、町内会・老人クラブ・NPOの者など、多様な職種の人たちが互いの役割を認識するとともに、各自の役割をしっかりと果たすことが重要になる。このため多様な職種の連携が大切になり、多職種連携の核となる組織が必要になる。このような組織については地域包括支援センターが担うことが期待され、町村部ではとくに保健師の役割が大きいといわれている。

ただし、千葉県柏市では、地域包括支援センターではなく行政（保健福祉部）が多職種連携の核の役割を担っている。柏市は地域包括支援センターを民間委託しているが、地域包括支援センターを委託された社会福祉法人や医療法人が医師会や医療機関をとりまとめ、コーディネートすることは容易ではない。そこで、柏市では行政が多職種連携の核になった。高齢者介護の政策を担う自治体が行えば医師会も動く。もちろん、そのためには信頼関係をつくることが重要だし、信頼関係ができなければ多職種連携もきこないものになってしまふ。信頼関係の構築と自治体の高齢者介護に対する深い理解と信念が重要なのである。筆者は都市のモデルとして今後柏市方式が注目されるだろうと考えている。

現段階では地域包括ケアの本格的なとりくみに至っていない自治体が圧倒的に多い。熱心に町内会や老人クラブの人たちを集めて会合をもっている自治体の中にはあるが、医師などの医療関係者が会合に加わっていないケースも少なくない。地域支援事業と地域包括ケアとはまったく別物である。地域包括ケアは訪問医療と訪問看護が主軸にならなければ成功しない。インフォーマルサービスや、行政と住民の協働も必要だが、医療関係者との連携が地域包括ケアの成否を握っているといっても過言ではないのである。

4. 歴史からみた地域包括ケア³⁾

これまでの介護では高齢者が重度になると施設や病院へという流れだったが、これを在宅や地域重視に変えるのが地域包括ケアシステムである。二〇二五年まで八年間あるのだから、自治体は試行錯誤しながらも着実に地域包括ケアを進めなければならない。

地域包括ケアの元々の理念は、広島のみつぎ病院であると考えてよいだろう。当時、広島県御調町の町立病院の医師をしていた山口昇氏（現在公立みつぎ総合病院名誉院長）を悩ましたのは、町立病院を退院した高齢者が自宅に戻っても自宅で処置やリハビリ等がうまくいかないため、褥瘡や歩行困難状態など症状の悪化に陥って再び入院することが少なくなかったことである。せっかく退院したのに再び入院してしまう。そこで、退院した高齢者を見守るために訪問医療と訪問看護を

行おうということになった。これが、みつぎ方式といわれるものである。まず、一九七四年に高齢者の在宅生活を支援することによって、「つくられた寝たきり」を予防しようということで訪問看護が開始された。さらに、一九七〇年代後半には、医師、看護師、保健師、ホームヘルパーなど、さまざまな専門職種がチームを組んで在宅サービスの提供が始められた。岩手県沢内村（市町村合併により現在は西和賀町）も、これとほぼ同様なシステムだったといっただろう。

現在、御調町は市町村合併により尾道市となっている。そして、旧御調町の地域包括支援センターは尾道市直営（尾道市北部地域包括支援センター）となつて尾道市御調保健福祉センター内に設置されているが、事実上公立みつぎ病院が直営で運営している。この地域包括支援センターは管理者二人（主任ケアマネジャー、保健師）、保健師三人、看護師二人、社会福祉士一人、精神保健福祉士一人で構成されている。同一建物に行政部門である保健福祉センターのほかに、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、介護予防センター、尾道市社会福祉協議会御調支所があり、多職種連携が行われている。

5. 地域包括ケアの課題（1）

では、地域包括ケアの課題は何か。それはシステムとして介護の充実に直結させられるのかということである。これまで、「例えば八〇歳のおじいさんを七八歳のおばあさんが介護する老老介護

の場合では、要介護2、もしくは要介護3以上で在宅は難しくなる」と、ケアマネジャーは口をそろえて老老介護の困難さについて指摘してきた。つまり、老夫婦二人だけでの暮らしの場合、どちらかが要介護2とか3になると、たとえホームヘルパーが頻繁に来てくれたとしても在宅はかなり厳しくなる。施設入所が必要になるし、そうしなければ介護しているおばあさんにも負担がかかりすぎる、と。

今後、重度になつても在宅でということになれば多様なサービスが必要だし、効果的、効率的なサービス提供システムが重要になる。さらに、サービスを提供する多職種が連携して在宅ですこす高齢者に対応しなければならぬし、この中心には充実した訪問医療、訪問看護がなければならない。そして、このようなシステムが本格的に機能するようにになれば介護者の負担の軽減にもつながるので、老老介護の場合でも大丈夫かもしれない。ただし、そのような多様なサービスの提供やチームプレー（多職種連携）の体制を整えることができないければ、これまでと同じような課題が残る続けることになるだろうし、介護を受ける高齢者と家族の不安をぬぐうことができないだろう。

さらに、注視されるべきは、施設給付をいっそう抑えて在宅重視にすることには問題がある点だ。これまでは「施設と在宅は車の両輪」といわれてきたが、筆者は今後も両輪にしなければいけないと考えるし、施設の重要性を再認識する必要があると考える。というのは、地域包括ケアが充実した場合でも、高齢者をとりまく家族や親族の状況、

地域の状況、高齢者の症状（必ずしも要介護度の重さだけではない）等により、在宅ではなく施設サービスを受けたほうが望ましい高齢者がいるからである。

6. 地域包括ケアの課題(2)⁴

二〇年近く前、まだ介護保険が始まる前に、筆者は稚内市の訪問看護ステーションについて勉強した。当時、稚内市は北海道内の訪問看護サービス先進地だった。その一方で、当時の稚内市にはほとんど介護施設がなかった。現在は大きな特別養護老人ホームや医療法人植心会の老人保健施設などがあるが、当時はわずか五〇人ぐらいの特別養護老人ホームが一つしかない状況だった。したがって、施設に入らないで在宅で療養している高齢者が多く、しかもかなり重度の在宅療養の高齢者が多かった。このような高齢者に訪問看護サービスが対応し、訪問看護サービスがあるので重度の在宅療養者が何とか生活できているという状況であった。そのとき訪問看護師がいついたのは「訪問看護でやれるといっても重度な方の場合は正直厳しいんですよ」と。訪問看護サービスだけの対応には限界があり、例えば二四時間の訪問介護は難しいとしても相当頻繁な訪問介護サービスの利用や、訪問医療など多様なサービスの提供が必要ということであった。さらに、特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設サービスの役割がやはり大きいということであった。

地域包括ケアを充実させることは、実は施設を

つくることよりもはるかに難しいと考える。しかし、自治体が民間に丸投げせずに自治体政策の重要な柱に位置づけて地域包括ケアを行うのならば、良いものができる可能性がある。それに、施設ですこすよりもできるだけ在宅ですこすことのほうが幸せだと考える高齢者が多いだろう。その意味では自治体の本気度が試されているし、地域包括ケアはまちづくりそのものであると筆者は確信する。

重要なことなので繰り返すが、老老介護の場合、要介護2、要介護3以上で在宅は難しいとこれまでいわれ続けてきた。今から二〇年前の稚内市の訪問看護がいくら優秀であつても、明らかに訪問看護だけでできることには限界があつた。したがって、地域包括ケアについても、量と質両面で充実した多様なサービスが提供されるところにも、多職種が連携していく。そのようなとりくみを怠ったならば、単なる安上がりな福祉・介護になるおそれがある。施設があまりない、施設にも入れない、在宅のほうも充実していない。これでは単なる安上がり介護になってしまう。そうならないようにするにはどうしたらよいのか、自治体は知恵を絞らなければならない。その意味では、地域包括ケアは地方分権の試金石であり、まちづくりそのものなのだとはいえるだろう。

7. 地域包括支援センターについて⁵

地域包括ケアの中心的担い手は地域包括支援センターであると一般的に考えられている。しかし、先に述べたように柏市は民間の地域包括支援セン

ターではなく、自治体行政（保健福祉部）が多職種連携の核の役割を果たしている。

地域包括支援センターは二〇〇六年に予防事業の關係で成立した。そして、要支援者にはケアマネジャーのつくるケアプランではなく、地域包括支援センターの保健師がつくる予防プランに基づいてサービス提供がなされるようになった。そして、地域包括支援センターには三人のキーパーソンが位置づけられた。保健師、相談業務やサビ事業所等に高齢者をつなぐ役割を担う社会福祉士、民間のケアマネジャーのケアプランの指導・助言をする総括ケアマネジャーの三人である。社会福祉士は高齢者虐待に対応するし、成年後見制度でも役割を果たす。ただし、町村では社会福祉士を採用しないまま今日をむかえたところもある。町村では虐待等にかかわる問題は少ないので社会福祉士がいなくとも何とかなるという認識があるようだが、潜在的なニーズを把握できていない可能性もある。

現在、全国に地域包括支援センターは四三二八か所（サブセンター三三三、プランチ二二九一を含めれば七〇七二か所）存在する。運営主体別（全国ベース、サブセンターとプランチを除く）にみれば、自治体直営が三割、民間委託が七割である。委託の内訳は、社会福祉法人が五三％、社会福祉協議会が一九％、医療法人が一六％、社団法人が三％、財団法人が二％、株式会社が二％、NPOが一％である。北海道には地域包括支援センターがプランチを含めて二七一か所ある。北海道では町村のほとんどが自治体直営である。また、道外

の市では民間委託が圧倒的に多いが、道内の市では自治体直営がかなり多い。

地域包括支援センターの民間委託の課題は、自治体政策のなかにきちんと位置づかないまま民間に丸投げしている自治体が少なくないことである。もちろん民間委託しても、自治体が自らの政策のなかに地域包括支援センターをしつかりと位置づけているケースもあるけれども。さらに、自治体直営にも課題がある。町村では自治体直営によって地域包括支援センターの運営を行っているケースが多いが、保健師の一人配置が多い。一人配置でも、例えば介護保険の担当部署等と保健師とのチームプレーが行われていればよいが、チームプレーができないまま一人の保健師に丸投げしてしまうと、保健師は多忙になるし孤立感を感じるようになる。これに対し保健師を数人配置し、地域におけるネットワークづくりや高齢者虐待等へ対応している町村もある。このような町村からは学ぶ点が多いといえる。保健師が少ない自治体では今後の地域包括ケアの展開を考えれば、一定期間保健師や社会福祉士を行政事務職員よりも優先採用することも必要になるだろう。

以上、地域包括支援センターの現状について述べたが、今後地域包括支援センターには、これまでのような役割、つまり予防プランづくり、総括ケアマネジャーとしてケアマネを指導する、相談機能といったことだけではなく、地域の人的資源の有効活用、多職種連携のネットワークづくり、医療関係者との協力体制の構築など地域包括ケアの中心的役割が求められる。果たして新たに加

わったこのような重要な役割を、地域包括支援センターが担えるのだろうか。地域包括支援センターがその役割を果たすことができないのならば、柏市のように行政が前面に出る方法が有効になるだろう。少なくとも民間の地域包括支援センターに新しい役割まで担わせるのは酷である。とくに医療機関や医師会への対応や関係構築が難しいからである。これに対し自治体直営の地域包括支援センターの場合は、役場内のチームプレーがしつかりできるのならば地域包括ケアの中心機関になることが可能である。まちづくりの観点で連携の向上につながるように行政全体でしつかりとりくむ。そのためには、これまでとは異なった新しい発想や問題意識のもとで、行政職員、保健師や社会福祉士が勉強する必要がある。地域包括ケアにともなう新しい自治体職員像が求められているのである。

8. 多職種連携の核となった三鷹市の市直営の子育て支援センターから学ぶ⑥

資料1の柏市の事例をみてみよう。柏市には市立病院はないが、開業医を中心に医師数が多い。JR常磐線のほかにつくばエクスプレスが通っている人口が四〇万人程度の市である。高齢者比率は約二二％で全国平均よりも低い。先に述べたように、柏市では在宅医療を推進するために行政が事務局となっている。民間委託の地域包括支援センターではなく、行政がコーディネートの役割を

柏市における在宅医療推進の取り組み

在宅医療を推進するため、行政（柏市）が事務局となり、医師会をはじめとした関係者と話し合う体制を構築し、関係作りとルール作りを行う。

＜推進体制＞



＜在宅医療を推進するための取り組み＞

- ① 在宅医療従事者の負担軽減の支援（主治医・副主治医システムの構築、医療・看護・介護の連携体制の確立、情報共有システム等）
- ② 効率的な医療提供のための多職種連携（在宅医療チームのコーディネート、在宅医療を行う診療所・訪問看護の充実）
- ③ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発
- ④ 在宅医療に従事する人材育成（在宅医療研修の実施）
- ⑤ 上記を実現するための地域医療拠点の整備



取組に必要なネットワーク

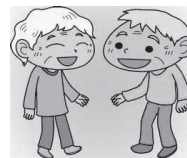
- 医師会、歯科医師会、薬剤師会
- 病院関係者
- 訪問看護連絡会
- 介護支援専門員協議会
- 地域包括支援センター
- 在宅リハビリテーション連絡会
- 在宅栄養士会
- 東京大学高齢社会総合研究機構、UR都市機構



医療・看護・介護の関係団体が集まる連携WGの様子

取組の効果

- 医療・看護・介護をトータルで提供することにより、住み慣れた我が家にて、ずっと暮らすことができる。
- 多職種団体が参加することにより、効果的に関係作りやルール作りを行うことができる。（「点」ではなく「面」としての事業展開）
- 関連団体との連携により、住民に対しても在宅医療に関する啓発が推進。
 - ・主治医－副主治医制試行症例：22症例
 - ・在宅医療研修受講者：50名
 - ・市民啓発：約1,600名 等 ※すべて平成24年度実績



今後の展望

- 市内全域における「主治医－副主治医システム」の体制整備と多職種連携ルールの確立

※主治医・副主治医システム…主治医（患者を主に訪問診療する医師）と副主治医（主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師）とが相互に協力して患者に訪問診療を提供するシステムであり、医師の負担軽減を図るもの。

担って多職種連携の核になり、医師会をはじめとした関係者と話し合う体制を構築し、関係づくりとルールづくりを行ってきたのである。

このような多職種連携の核に行政がなるというシステムは、筆者がかつて研究した三鷹市の子育て支援センターにおいてもみられた。そこで、多職種連携とは何かについて具体的に検討するために、一九九〇年代に形成・確立された三鷹市のシステム（三鷹市立子育て支援センター）を紹介し、多職種連携の核とはなにかについて具体的に検討しよう。

筆者が子育て支援センターを研究したのは、道庁の外郭団体である北方圏センターで子育てに関するプロジェクトチームができ、筆者が座長となったからである。そのとき、全国の自治体に先駆けて子育て支援センターをつくって成功した三鷹市を調査対象に選んだ。三鷹市の成功の秘訣は、曜日に関係なく母親と子どもがいつ来てもよい「ひろば事業」と、子どもを遊ばせながら職員に子育て等を相談できる「相談事業」を合わせたことである。母親は子育て支援センターに子どもを遊ばせに来る。そして、子どもを遊ばせながら子育て支援センターの職員（ベテラン保育士）に子育て上の悩み等を相談する。かしこまって相談するのではなく、子どもを遊ばせながら気軽に職員に相談するところに意義があった。

ただし、保育士が母親の子育て上の悩みをすべて解決できるわけではない。そうした場合、一般的な自治体では「この問題はうちでは対応できないので病院に行ってください」とか、「児童相談

所に行ってください」ということになりがちだが、三鷹市はそうではなかった。医師や看護師が子育て支援センターに来てくれるし、児童相談所の職員や多くのサービス提供機関の職員が来てくれる。そのしくみを三鷹市は病院（民間）や児童相談所等のサービス提供機関と連携しながらつくったのである。「病院に行ってください」とか、「児相に行ってください」、「市の児童福祉課に行ってください」ということであれば小さな子を抱えている母親が行くのは大変だが、三鷹市では子どもを遊ばせている子育て支援センターにおいて、母親が医者や看護師に相談できるしくみを構築したのである。そして、各関係機関の連携が機能しているので、相談実施に至るまでの時間も迅速である。母親が最初に子育て支援センターの職員に相談したときからあまり日数が経過することなく、専門機関の職員の相談を受けることができるのである。

このようなしくみをつくるのには、三鷹市の児童福祉課の職員の役割が大きかった。最初のうちは、医療機関や保健所、児童相談所等の協力を得るのは容易なことではなかったが、職員の努力により次第に信頼感が醸成され、病院や児童相談所、保健所、そのほかのサービス提供機関との協力が実現した。まさに多職種連携の核に行政がなったことにより成功したということなのである。

このように、三鷹市では市直営の子育て支援センターがしっかりと機能し、多職種連携の核に行政がいる。よくNPOへの委託を主張する者がいるが、とくに医療機関や医師との連携はNPOや社会福祉法人では難しい。自治体がしっかりと展

望を示す中で、協力と連携のシステムを機能させることができるのである。三鷹市にはNPOや社会福祉法人が多数存在するが、各々の役割を認識しながらサービス提供の側で頑張っている。

地域包括ケアも、このような三鷹市の子育て支援センターの事例と同様ではないかと思う。多職種連携の核ということで自治体の役割が大きいのである。これまで地域包括支援センターを民間委託してきたところも、今後は行政が事務局としてやっていくようなしくみをつくる必要があるのではないかと。とくに、地域包括ケアでは医療機関や医師の協力関係の構築が大切である。民間の地域包括支援センターが連携の核になることは容易なことではない。都市部では、今後もサービス提供については民間が主要な役割を果たすことになるだろうが、行政はコーディネーターとしての機能を果たすことが良いと考える。

柏市では行政が中心となって多職種と連携して在宅医療を推進している。医療、看護、介護の関係団体が多職種連携のルールづくりなどについて議論をするために会議を開催し、関係づくりやルールづくりを進め、高齢化が進行する将来においても住民が住み慣れた地域で暮らせることを推進している。明らかにこの場合のキーワードはネットワークと連携なのである。

9. 地域ケア会議⁷⁾

このような地域包括ケアと密接に関係するのが地域ケア会議である。これは高齢者個人に対する

支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に進める地域包括ケアシステムの実現に向けた手法でもある。地域ケア会議は多職種が会議をし、一人一人の個人をどのように支えるのかを検討する。そして、政策能力の向上と政策の充実につなげていく。

地域ケア会議の実践事例として岩手県宮古市のケースをとりあげたい。宮古市では、これまでの積み重ねを活かした既存会議の活用と全体構想における各会議の位置づけの明確化、日常生活圏域や医療連携等の新たなネットワーク構築の必要性の認識と必要な会議体の設置、地域ケア会議以外のネットワークとの連携と全体構想のイメージ化、の三点が宮古市の特徴的な地域ケア会議の構築・運営であるとしている。さらに、地域課題については、在宅医療を推進する医療機関が少ない、在宅での看取りが難しい、医療ニーズの高い高齢者を受け入れることのできる施設が少ないとしている。さらに、宮古市の場合、保険者を中心に関係者との関係性を脈々と築き上げてきたため連携の土壌があるとしている。この土壌が構築されていることは、おそらく今後の地域包括ケアの本格的展開にあたって財産になると思われる。それから、既存の会議と新設の会議を組み合わせて地域ケア会議を構築する、個別課題から地域課題を発見する流れが組まれている、医療と介護の連携強化をめざした会議があり連携構築の土台がある、としている。さらに、運営上の課題については、介護従事者の人材不足、地域包括支援センターなどのマンパワー不足と日常生活圏域ごとのとりくみが

必ずしも十分に行われているわけではないことを挙げている。

宮古市は地域課題や運営上の課題、効果的などりくみ等についてしっかりと把握している。このような課題や問題点の明確化こそ今後の地域包括ケアの展開に不可欠といえるだろう。

むすびにかえて

今後自治体が地域包括ケアを進める際には、地域包括ケアはまちづくりそのものであると位置づける必要がある。そして、財源に制約がある中、効果的・効率的な施策展開が重要になる。このため役場内の職員連携はもちろん、サービス提供者間の多職種連携が必要になるし、住民の意見も重要になる。住民のニーズとかけ離れた事業を行っても効果的な施策にはならない。場合によってはワークショップの手法を取り入れることも必要だろう。

自治体によって今後の地域包括ケアにとりくむ環境は異なる。ただし、そのとき「うちの町がおかれている状況が厳しいので展開が難しい」というように悲観的に考えることは避けなければならぬ。自治体のおかれた状況を直視しながら、何を優先して行うのかを決めることが重要になる。

例えば、ある施策について展開が大変難しいものがあつたら、それはそれで明確化して職員間で情報共有し、住民に対しても説明責任を果たすことが大切である。現実的に考えながらも、大胆かつ夢をもつて取り組む姿勢が重要なのである。

施設整備や施設サービスがあまり進まない中で、

在宅サービスも進まない事態になれば住民は困惑する。「施設と在宅サービスは車の両輪」であることを認識しながら、在宅や地域で高齢者が安心してすごせるしくみを確実につくるのが、現在自治体に求められているということができよう。地域包括ケアを決して絵に描いた餅にしてはならないのである。

【注】

- (1) 数値については内閣府『平成二八年版高齢社会白書』二〇一六年、厚生労働省「地域包括ケアシステム」二〇一六年。
- (2) 地域包括ケアの内容や課題等については、横山純一「介護・医療の施策と財源―自治体からの再構築」第五章、同文館出版、二〇一五年を参照。
- (3) 山口昇氏が二〇一四年八月二五日に行った岩手県地域包括ケア推進トップセミナーでの講演録を参照。
- (4) 稚内市の訪問看護サービスについては横山純一「高齢者福祉と地方自治体」第一章、同文館出版、二〇〇三年を参照。
- (5) 前掲の厚生労働省「地域包括ケアシステム」を参照。全国の地域包括支援センターの数値は二〇一二年度、北海道の数値は二〇一六年四月一日現在である。
- (6) 三鷹市の子育て支援センターについては横山純一「現代地方自治の焦点」第七章、同文館出版、二〇〇六年を参照。
- (7) 地域ケア会議については前掲の厚生労働省「地域包括ケアシステム」を参照。宮古市の地域包括支援センターは市直営一か所、サブ一か所、ボランティア一〇か所（二〇一三年一〇月現在）である。

へよこやま じゅんいち・北海学園大学法学部教授▽