

研究ノート

地域包括ケアシステムと日本版 CCRC 構想

新田博之¹

Community-based Integrated Care System and the Plan of CCRC Japan

Hiroyuki SHINDEN¹

キーワード 介護保険制度 地域包括ケアシステム 日本版CCRC構想

Keywords: long-term care insurance system, community-based integrated care system, the plan of CCRC Japan

はじめに

2000年に介護保険制度がスタートし、介護サービスの提供体制は、質・量ともに整備されてきた。だが、社会保険財政の問題は年々深刻化し、2015年4月には介護報酬の改定を含む介護保険制度の改正が順次実施された。今回成立した法律の正式名称は「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」であり、社会保障・税一体改革の道筋を示したプログラム法に基づき、医療法や介護保険法など19本の改正案をまとめた一括法である。今回の改正では、医療と介護の連携の強化（医療から介護へ）、自立支援の考え方による介護サービスの提供（機能訓練等により在宅の限界点を高める）、高齢者の住まいの場の確保（施設から在宅へ）、要支援・二次予防対象者に対する生活支援サービスの、自治会・ボランティア・NPO等による提供が、地域包括ケアシステムの内容として示されている。一方、地方創生に組み合わせて、都市部から地方へ高齢者が移住する政策が政府主導で推進されはじめた（日本版CCRC構想有識者会議 2015：1-6）。本稿では、そうした介護改革動向を踏まえ、地域包括ケアシステム構想の現状と課題について検討し、最近提唱された日本版CCRC（Continuing Care Retirement Community）構想が地域包括ケアシステムを補完する可能性について検討する。

1. 地域包括ケアシステムの構想の背景

地域包括ケア構想の背景にあるのは、日本において諸外国に例のないスピードでの高齢化の進行がある。内閣府（2015）によると65歳以上の高齢者人口は過去最高の3300万人となり、総人口に占める割合も26%となっている。今後、高齢者人口は2042年には3878万人でピークアウトする見通しだが、75歳以上の後期高齢者の比率はその後も増え続け、団塊の世代が75歳以上になる2025年以降には、医療や介護のニーズは一層高まってくる（内閣府 2015：2-3）。こうしたことから、国は2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築の実現を目指している。ここでいう地域は、単なるエリアを指しているのではなく、地域住民の人的な相互関係による支えあいの場、コミュニティの場として包括的に捉えている特徴がある（高橋 2012：2-3）。

実践から生まれた地域包括ケアで重要なことは、患者を医療の対象者として捉えるのではなく、患者を生活体として捉え、その人の生活の質という観点で捉えているということである。この地域包括ケアは、2000年の社会福祉法改正のなかに地域福祉の推進が盛り込まれ、住民参画による「地域ケアシステムづくり」として登場して

¹ 891-0197 鹿児島市坂之上8-34-1 鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科博士前期課程

Master course of Welfare Society, The International University of Kagoshima, 8-34-1 Sakanouc, Kagoshima, 891-0197, Japan
2016年5月24日受付、2016年7月26日採録

くる。同年には介護保険制度が施行され、様々な介護サービスが導入されたが、その反面、介護保険によるサービスのみでは地域の介護課題を解決することが困難であることも明らかになった（岩崎 2016：187）。2006年の介護保険制度の見直しに大きく影響を与えた高齢者介護研究会報告書（厚生労働省 2002）は2015年の高齢者介護について、介護以外の問題にも対処しながら介護サービスを提供するには、介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティア等の住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケアが必要であると述べている。この報告書を受けて地域ケア、地域ケアシステムの考え方が、また医療制度改革においても地域ケア体制という考え方が提示された（岩崎 2016：188-190）。こうして、2006年の介護保険制度の見直しでは、保険者・市町村がその運営に直接的に責任を持つ地域密着型サービスが誕生し、地域支援として包括的・継続的マネジメント等を担う地域包括支援センターが設置され、市町村においてはその行政区や地域包括支援センターの日常生活圏域での地域包括ケアシステム構築が課題となった。

2. 地域包括ケアシステムの構築

地域包括ケアシステムの狙いは、在宅での生活を継続する限界点を高めることにある。その理念は、「ノーマライゼーション」、「ソーシャルインクルージョン（社会的包摂／社会的な支え合い）」、「自助・互助・共助・公助」等であり、地域包括ケアシステムが必要な理由としては、①医療機関の機能分化や入院期間の短縮による在宅での受け皿づくり、②介護保険施設である「介護療養型医療施設」の廃止（2017年3月末）や介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の利用対象を原則要介護3以上とすることで影響を受けることになる医療や介護を必要とする者への在宅対応のしくみづくりが必要になる（岩崎 2016：198-200）。これらは、医療が必要な者、重度要介護者、一人暮らし高齢者等を地域で支えるしくみであるが、そのためには、まず医療・介護の連携が重要であり、次に介護保険給付から外れることになった「要支援の訪問介護や通所介護」を受けていた人たちへの「住民団体等による生活支援サービスの提供」の仕掛けが必要であり、また施設入所に変わる「高齢者の住まいの場」づくりが必要になる。そして、そのような地域をコーディネートできる「地域包括支援センター」の機能強化が必要となり、実際のケアプラン作成の担い手であるケアマ

ネジャーのスキルアップ（自立支援型マネジメントのスキルの修得等）が重要となる。それらを円滑に実行させるための一手段として「地域ケア会議」を考えることができる。地域包括ケアシステムは、市町村にとっては介護保険所管課の担当領域を越えて、市町村レベルでは、介護担当所管課を越えた検討組織が必要になる。

ところで、国は2025年までには地域包括ケアシステムを構築していく必要があると提唱しているが、それによると、2015年度からの第6期以降の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけ、各種の取り組みを進めるべきであるとしている（岩崎 2016：189-194）。地域包括ケアシステムの確立は、医療・介護サービスの一体改革によって実現するという認識が基本であり、将来的には、介護保険事業計画と医療計画とが、市町村と都道府県が共同して策定する一体的な「地域医療・包括ケア計画」とも言い得るほどに連携の密度を高めていく必要がある。この地域包括ケアシステムでは、高齢者が地域で自立した生活が営めるように、住まいを土台とした上で、医療、介護、保健（予防）、生活支援という4つのサービスが包括的、継続的、継ぎ目なく行われることが求められている（地域包括ケア研究会編 2010：3-4）。なかでも、医療・保健・介護の供給体制を構築するには、多様な専門性をもった支援者や調整役などの確保が必要になるが、今でさえ医師や看護師、介護福祉士、ヘルパーなどの担い手は各地で不足しているほか、こうした担い手の連携や協力体制も地域によって異なっており、必ずしも十分とはいえない（日本創成会議首都圏問題検討分科会 2015：5-8）。

QOLを重視する医療・福祉活動において、医師や看護師などの医療職と医療ソーシャルワーカーは一つのチームで働くことが多くなる。社会福祉の専門職と医療職が、協働して利用者の生活の質を高めていくためには、医学・医療の方法を正確に受け止め尊重した上で、それとは異なる社会福祉の方法を提示しなくてはならない（杉山 2004：102）。一方、現在は20世紀医療＝治療医学に主導された医療の時代が終焉を迎え、生活の質（QOL）の増進を目標とするヘルスケアの時代へと進む移行期に位置している。このことは、治療を軸とした医療に支えられた「医学モデル」から、生活の質の向上を目指す方向の「生活モデル」へと変容を遂げることであり、単に病気が治ることが健康を回復することではなく、病気が治ることで、あるいは治らなくとも適切な対処によって、当事者に健やかな生活をもたらされること

が健康になることを意味するものである。20世紀医療における治療医学によって規定される健康/病気(障害)の認識枠組みである医学モデルは、生活の質によって規定される「生活モデル」へと移行し、生活モデルを支えるサービス給付体制こそが地域包括ケアであると考えられる(宮本 2014: 20-44)。すなわち、予防→治療→生活支援という流れを、それぞれ保健・医療・福祉や介護の領域が担ってきたとすれば、これらの連携による包括的な疾病・障害対策は地域性をもったものとなる。高度な専門的・先端的医療機能に特化を急ぐ先端的な病院にとって、治療必要度の低い患者の入院は病院の運営の効率や医療従事者の技能形成を阻害する要因となる(筒井 2014: 28-29)。そうであるならば、それらの人々が治療を終えて地域に戻った後の生活を成り立たせるための対応が別途求められることになる。

このうち、「医療」と「介護」は社会保険制度(医療保険・介護保険等)という共助の仕組みにより既に整備がされ、また、「住まい」と「保健(予防)」は自助と公助により整備が徐々に進んできている。しかし、「生活支援」は自助・互助・共助・公助をどのように役割分担していくのか確立されておらず、配食・買い物・認知症見守り・権利擁護等の生活支援の仕組みは未だに不十分である(筒井 2014: 28-32)。今後、在宅を基本とした生活の継続を支援することを目指す地域包括ケアシステムを構築していく際に、生活支援は非常に重要な要素になってくると考える。また、高齢化と人口減少が深刻な地方圏を中心に、医療や介護分野が若年世代の就労先の一つとなっており、こうしたケアに関わる産業は地域で人々が定住するために必要な稼得機会の確保という点でも重要な機能を果たしつつある。

3. 地域包括ケアシステムの課題と「日本版 CCRC」構想

3.1. 地域包括ケアシステムの課題

急速な少子高齢化に対応するために2012年2月に閣議決定された「社会保障・税一体改革大綱」では地域包括ケアシステムの重視が謳われ、2012年度の診療報酬・介護報酬改定で政策誘導が行われている。地域包括ケアシステムとは、「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さまざまな生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏)で適切に提供できるような地域での体制」と定義し、

「おおむね30分以内」に必要なサービスが提供される圏域として、具体的には中学校区、もしくは小学校区を基本としサービス提供されるとしている(岩崎 2016: 188-192)。

しかし、現在提供されている介護サービスをみても、絶対的に不足していることが分かる。このことは、所得とは関係なくサービス受給が図れない潜在的な要介護者を生みだし健康状態を悪化させている。加えて、在宅で介護する家族の疲弊も生じさせ、現在進行しつつある「第2の過疎」に繋がる要因のひとつになっている(井口 2015: 47-52)。この点からも介護保険が有効に機能しているとは言い難い。また、「地域包括ケアシステム」構築に関して、政府の需給推計からみても、2025年には全国で約38万人の介護人材が不足することが試算されており、加えて、生産年齢人口が1995年をピークに減少基調であることも構築を難しくしている。特に大都市圏では深刻な人材不足から達成を困難にしていくと推計されている。背景にある急速な高齢化は、都市と地方のあり方に大きな影響を与え、これまで地方の問題とされてきた地域の自立維持や活性化が、都市部においても深刻な問題であることを明らかにしている。政府は、日本経済を力強く再生する柱として「安心につながる社会保障」を挙げ、急増が予想される在宅介護に伴う離職をゼロとする政策を打ち出している。併せて、都市部において不足している特別養護老人ホームの大幅な整備計画を打ち出しているが、人材難に対する政策など疑問点も多くある(増田 2015: 37-46)。対して、現在推進している経済連携協定(EPA)による介護士・看護師の人材確保と、介護士を受け入れる方針の外国人技能実習制度も成果が期待でき難い背景(出井 2014)などから、「高齢者の地方移住」が提言されてきた。一方、高齢者の移住を受け入れる地方では、東京圏への人口流出が止まらないなど、存続が危惧されている地域もあり、高齢者の移住を契機に、人口減少の抑制や地域経済の活性化に結び付けたいとする思惑も重なっている。政府では、「まち・ひと・しごと創生基本方針2015」を取りまとめ、新型交付金を創設し地方創生を本格化させている。これらは、施設や人材に余裕がある地方を巻き込んだ高齢者移住に関する政策として検討されている(増田 2015: 37-46)。

75歳以上の高齢者に対する要介護者比率は23%(内閣府 2015: 24)であり「高齢化≒若年層の負担」と決めつけることは適切ではない。人生100年時代に向かいつつある今日では、リタイアされた高齢者が行なうイン

フォーマル支援の可能性を探ることと「一億総活躍社会」を目指すとした政策は人材不足解消になっていく。これらを踏まえ政府では、自助・互助・共助・公助にインフォーマル支援を中心に据えた地域包括ケアシステムの構築と高齢者の地方移住と地方の創生を目指す日本版 CCRC 構想、特別特養老人ホームで他地域の受け入れ枠の確保など自治体間連携などが推進され、長期ビジョンの地域包括ケアシステムの構築と、即効性のある高齢者の移住を内包したビジョンとして日本版 CCRC 構想が同時並行して協議されている（日本版 CCRC 構想有識者会議 2015：3-24）。

3.2. 日本版 CCRC 構想とその可能性

CCRC (Continuing Care Retirement Community) は、健康な時から介護時まで移転することなく安心して暮らし続けることができるアメリカのシニアコミュニティを指す制度であり、2007年の時点で全米に1861ヶ所、74万5千人が居住している。「CCRC」には「自立型」、「支援型」、「介護型」の3種類の住まいがあり、高齢化することで変化していくニーズに応じて、認知症予防、医療サービス、生活・介護支援などを総合的に提供している。入居者は、自立して生活できる段階から、特別な看護・介護サービスが必要な段階、そして人生の終末まで同じコミュニティで生活ができる。高齢者にとって、長期にわたるケア費用の予測が難しいなか、老後資産や収入の範囲で生涯終身の住宅・医療・介護の費用を包括的にカバーする選択肢として成長している（松井 2016：38-40）。米国の CCRC は高品質のサービスを高額で提供する施設が多い傾向があり、日本でいう高額の有料老人ホームに近いといえる。

これに対して、日本版 CCRC 構想では、「高齢者の医療介護や住まいに関しては、既に一般的な制度が整備されており、その下で、民間ベースにおいて創意工夫がなされ、自由かつ主体的に様々な事業が展開されている。『生涯活躍のまち』構想は、こうした一般的な制度の上に乗る形で、東京圏をはじめ地域の高齢者が地方や「まちなか」への住み替えを希望する場合の地域の受け皿をつくるため、地方自治体が責任をもって行う『まちづくり』として取り組む事業と位置付けられる（日本版 CCRC 構想有識者会議 2015：13）」としている。その上で、国が定めた基本方針の策定と政策的支援を行い、地方自治体が計画の具体化と、事業主体の選定及び指導・監督を行うなど、国・地方自治体・事業主体それぞれの役割分担が定められている。これは、民間が独自の経営判断

に基づいて展開する米国 CCRC とは大きく異なっている（松井 2016：38）。また、東京圏からの移住にとどまらず、地方の高齢者についても、効果的・効率的な医療・介護サービスの確保から、集住化や「まちなか居住」を推進していることも特徴である。加えて、増加傾向にある空き家や空き公共施設などの地域資源を活用することにより、地域の課題解決を目指す役割もある（ひと・まち・しごと創生本部 2015：6-10）。

3.3. 東京圏の医療介護課題

東京圏の医療介護について、日本創生会議³⁾で検討された東京圏高齢化危機回避戦略（日本創成会議首都圏問題検討分科会 2015：2-14）では、東京圏では今後10年間で後期高齢者が175万人増加し、介護需要は45%程度増し、介護施設は約13万人分不足としている。これらは、医療・介護サービスにおいて施設は基より、従事する人材不足は深刻になると問題提起された。この提言に合わせて、医療・介護サービスに受け入れ余力がある41の移住候補地域を挙げ、解決策の一つとして日本版 CCRC 構想の推進を求めた。東京圏在住者の移住意向について、内閣官房（2014）の調査によると、都市部に居住する4割が地方移住の意向があり、特に50代男性では帰郷意向が強くなり、60代男性では「退職」をきっかけに地方移住を考える傾向が報告されている。また、出身地以外の地方移住（Iターン、Jターン）では、移住について考えている人の4割が情報不十分であるとしていることから、移住に関する情報を総合的に収集し提供する体制を整備し、世代に応じた情報と政策による支援が求められている。こうした状況を踏まえ、「社会保障・税一体改革大綱」で謳われた地域包括ケアシステムの重視という課題の実現が道半ばで、何よりも財政難であることもあり、米国の CCRC の理念や方法論をわが国に導入することの提案がみられる。CCRC の理念や方法論は日本においても応用できる側面をもっており、その理念を活用したケアを行なっている法人の事例も実在する。たとえば、現在でいう日本版 CCRC 構想を、全国に先駆け20年前に約38万坪を要して福岡県朝倉市の地で試みている「美奈宜（みなぎ）の杜」の取り組みが西日本新聞（2016.2.6付）により報じられている。また、栃木県那須町にある「ゆいま〜る那須」は、別荘地の人口流出を食い止めてほしいという、地元のニーズを汲み込んだ日本版 CCRC 構想の事例として報告されている（浅川 2016）。

3.4. 日本版 CCRC 構想に向けて

日本版 CCRC 構想は、高齢者は健康な段階から入居

し、できる限り健康長寿を目指す予防を行なうことが基本となる。また、地域の仕事や社会活動、生涯学習などの活動に積極的に参加する「主体的な存在」として位置付けられる。高齢者が地域社会に溶け込み、地元住民や子ども・若者などの多世代と交流・共働する「オープン型」の居住が基本となる。このように、この構想は、多様なコミュニティの形成を必要とするため、対象とする地域の立地、広さ、居住環境も多様となる。ただし、移住した高齢者の地域社会と融合した生活という観点から、高齢者向けの施設単体ではなく、一定のエリアや地域全体を対象とし、居住者や地元住民と交流し、共働できる多様な空間を形成することが望まれる。加えて、東京圏等の高齢者が住みたくなるような魅力的なコミュニティ形成も問われてくる。その為には、地方が有している地域資源の活用とともに、高齢者がITを活用して都市部との時間的距離を縮める情報環境整備が重要となる(ひと・まち・しごと創生本部 2015: 3-5)。

一方、医療・介護事業者の消費や投資が地域経済を直接押し上げる効果となる。介護サービスは、提供事業を民間に開放する政策であることから、参加する一連の企業が消費や投資を行っていく。これらは介護や医療保険制度等を通じて生じる経済波及効果となるだけでなく、二次次的に地域経済を循環的に押し上げていく。人口規模や高齢化率など地域の特異性により効果は異なるが、労働集約型の医療・福祉事業はGDPを押し上げる効果がある。合わせて、地域が再興される過程で高齢者住宅事業などが非営利事業として周辺で派生する可能性がある。高橋(2012)が述べているように、日ごろから慣れ親しんだ地域に誰かが見守ってくれる自分の家や高齢者住宅があり、高齢者自身の判断で自由に住み替えられる環境であるなら老後を憂える必要がない。そこでは、「人が動き、それに連動してお金も動く。そこに新たな経済循環が生まれる。近隣、地域で助けあう『地域福祉』と、友人、知人同士で助けあう『仲間福祉』の拡大こそが、21世紀前半の超高齢化のケアと居住の問題を解く鍵である」(高橋 2012: 141-148)。これらは、ひとつひとつは小さな規模であるが、重なり合い連携し合うことで地域貢献につながっていく。

おわりに

保坂(2012)が述べているように、現在、私たちが置かれている高度な世界的分業社会では、仕事と生活をバランスよく両立させることは難しい。ゆとりのある老後

を夢見て現役時代に必死に頑張り続けた方は、定年により新たな人生設計を模索せざるを得ないセミリタイアライフが始まり、多様性の壁に直面する。残念ながら、グローバル化が進行した現在の日本国内では高齢者の活躍する領域は限られている。この環境において、社会的繋がりを保ち存在を認められる方から、存在意義を求め模索中の方、あるいは、地域で孤立している方まで様々なセミリタイアライフがある。地域社会の一員として認知されるには、仕事・ボランティア・地域活動などを通じて地域社会と一定の関係を保ち続けることが必要だといわれる(保坂 2012: 125-135)。

相対的に時間的制約が少なく、仕事への依存度も減少するこの時期は、ボランティア活動への参加障壁が劇的に低くなる時期でもあり、仕事により生活を維持していた時代と異なり地域に対して気兼ねなく意見を述べる条件が揃った時期でもある。この時期に今までの経験を十分に生かして地域包括ケアシステムの一翼を担うことはセミリタイアライフに最も求められているインフォーマルな役割だといえ、その観点から捉えれば、地域の仕事や社会活動、生涯学習などの活動に積極的に参加する主体的な存在として位置付けられ、日本版 CCRC 構想と目的が重なってくる。また地域包括ケアシステムの地域の捉え方に、地方移住により構築される人的な繋がりが含まれることから、日本版 CCRC 構想を推進することと地域包括ケアシステムの構築は国民の希望に添った両輪の政策となる。一方、住み慣れた地域では、地域生活や教育・医療・介護の質が地域間競争により比較される。その観点から、東京圏も含めた大都市圏のニーズに添ったサービスを提供することが、地方のニーズに応えることに繋がっていく。結果として、日本版 CCRC 構想は単なる人口減少と高齢化の対応策というだけでなく、元気な高齢者や要介護状態の高齢者が、より良い支援を求めて地方に移住し暮らす選択肢となってくる。日本版 CCRC 構想と地域包括ケアシステムが融合することで、地域包括ケアシステムの「地域」が地理的に限定されたものとしてではなく、人的な支えあい・繋がりのある関係を含めた「地域」へと広がる可能性がある。今後、日本版 CCRC 構想の可能性をさらに検討するために、大都市圏に住む人の地方移住意向に加えて移住先での貢献意向などを調査することも必要であろう。

注

- 1) 高齢者が住み慣れた地域で暮らしを続けられず都市部の子

ども等を頼って地域から出ていくこと。

- 2) 東京都・神奈川県・千葉県・埼玉県の1都3県を指す。
- 3) 東日本大震災からの復興を契機に、2011年5月に発足した有識者らによる政策発信組織。

文献

- 浅川澄一 (2016). 「都会からの移住者にも好評「サ高住」のいま」ダイヤモンドオンライン (<http://diamond.jp/articles/-/85647>, 2016.5.15).
- 井口克郎 (2015). 「介護保険制度改革が地域で暮らす人々の生活の自律にもたらす影響」『貧困研究』, 15: 45-56.
- 出井康博 (2014). 「人手不足と外国人 (1) 介護士・看護師受け入れはなぜ失敗したのか」新潮社フォーサイト (<http://www.fsight.jp/29132>, 2016.5.15).
- 岩崎房子 (2016). 「地域包括ケアシステム」田畑洋一・岩崎房子・大山朝子・山下利恵子編著『社会保障 生活を支えるしくみ』, pp.186-202, 東京: 学文社.
- 厚生労働省 (2002). 「2015年の高齢者介護」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html>, 2016.5.16).
- 杉山章子 (2004). 「医療における実践モデル考 (その3) —「生活」を捉える方法をめぐって—」『日本福祉大学社会福祉論集』, 110: 89-103.
- 高橋紘士 (編) (2012). 『地域包括ケアシステム』東京: オーム社.
- 地域包括ケア研究会編 (2010). 『地域包括ケア研究会報告書』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/siryous.pdf, 2016.8.4).
- 筒井孝子 (2014). 『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.
- 内閣官房 (2014). 「『東京在住者の今後の移住に関する意向調査』結果概要」(<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/meeting/souseikaigi/h26-09-19-siryous.pdf>, 2016.5.15).
- 内閣府 (2015). 「平成27年版高齢社会白書 (全体版)」(http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/zenbun/27pdf_index.html, 2016.8.17).
- 西日本新聞 (2016). 「人口減少社会を考える—移住の社の20年」(2016.2.6付).
- 日本創成会議首都圏問題検討分科会 (2015). 「東京圏高齢化危機回避戦略」(<http://www.policycouncil.jp/pdf/prop04/prop04.pdf>, 2016.8.4).
- 日本版 CCRC 構想有識者会議 (2015). 「『生涯活躍のまち』構想 (最終報告)」(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/meeting/ccrc/h27-12-11-saisyu.pdf>, 2016.5.15).
- ひと・まち・しごと創生本部 (2015). 「日本版 CCRC 構想素案 (概要)」(http://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/meeting/ccrc/ccrc_soan.pdf, 2016.5.15).
- 保坂隆・本郷陽二 (2012). 『定年後の幸福論』東京: 経済界.
- 松井孝太 (2016). 「米国 CCRC と『日本版 CCRC』構想」『平

成27年度杏林 CCRC 研究所紀要』杏林 CCRC 研究所, 34-42 (http://www.kyorin-u.ac.jp/univ/society/area2/labo/pdf/h27ccrc_34.pdf, 2016.8.4).

増田寛也 (編) (2015). 『東京消滅—介護破綻と地方移住』東京: 中央公論新社.

宮本太郎 (編) (2014). 『地域包括ケアと生活保障の再編—新しい「支え合い」システムを創る』東京: 明石書店.