

カナダ東部の地域包括ケアシステムの現状と課題

和田 耕治・鹿熊 律子・川越 雅弘

■ 要約

カナダはわが国と同様、急速に高齢化社会を迎えている。カナダでは保健医療に関する方針は州が策定しており、州によってその内容は異なっている。カナダで最も人口の多いオンタリオ州では地域ケアセンター（CCAC）が高齢者を含むすべての世代に必要なケアを管理している。CCACでは看護師を中心としたケースコーディネーターが退院前アセスメントや退院時支援を行って、職種を越えた効果的な連携をめざしている。CCACの役割は各サービス提供事業者と個別契約をしてサービスを組み合わせることであり、在宅サービスを直接提供することはない。ケベック州のモントリオール市では健康と社会サービスセンター（CSSS）を中心に組織体制が再構築され、包括的なケアを行うことをめざしている。カナダでは住民の医療・介護サービスの満足度は高いといわれているが、サービスを受けるまでの待機時間は長い。今後はこれらの課題についてさらなる改善が求められている。

■ キーワード

地域ケアセンター、職種を越えた連携、カナダ、CCAC、CSSS

1. はじめに

わが国では、2006年の介護制度改革の目玉の一つとして「地域包括支援センター」が創設された。同センターは、今後地域ケアを推進する上で非常に重要な役割を期待されている。しかしながら、同センターの運営はまだ始まったばかりであり、今後の運営にはさらに改善を要する。そうした改善を検討するにあたっては、国際的な動向は参考になる。本稿では、日本と同様に急激な高齢化社会を迎えているカナダの現状について、主に、カナダ東部のオンタリオ州とケベック州での取り組みについて紹介する¹⁾。

2. 高齢化の現状

表1に、OECDの国際比較医療データ（OECD

2006）よりカナダの総人口、高齢者数、高齢化率の推移を示す。2004年時点の総人口3,195万人、65歳以上人口414万人、高齢化率13.0%となっている。同時点における日本やOECD諸国の高齢化率（日本19.5%、ドイツ19.3%、イタリア19.0%、スウェーデン17.2%、フランス16.3%、イギリス16.0%など）に比べ、低い水準にあるが、第一次ベビーブーマー世代が65歳に達する2011年からは高齢化が急速に進み、2031年までには高齢化率は23-25%に達し、2040年にはスウェーデンと同程度の高齢化率（26.8%）となり、フランスやイギリスなどより高くなると予想されている（新川2006）。

3. カナダにおける医療政策の現状と課題

(1) 財政事情に伴う医療費抑制政策の展開

税を財源とするカナダの保健医療は、憲法上、

表1 カナダの高齢者数・高齢化率の推移

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004
総人口(千人)	27,698	28,367	28,999	29,611	30,157	30,689	31,373	31,946
65歳以上(千人)	3,121	3,295	3,438	3,579	3,724	3,853	3,993	4,141
75歳以上(千人)	1,251	1,330	1,395	1,491	1,602	1,707	1,818	1,928
高齢化率(%)	11.3	11.6	11.9	12.1	12.3	12.6	12.7	13.0
後期高齢化率(%)	4.5	4.7	4.8	5.0	5.3	5.6	5.8	6.0

出典：OECD Health Data 2006

州の専権事項であり、これを連邦政府が財政移転(補助金による費用分担)により支える形式をとっているが、1975年の財政赤字を背景に、連邦と州間の財政移転方式が見直され、1977年、連邦一州間財政措置・制度財源調達法(Established Program Financing Act: EPF)が導入された(新川2006)。

しかし、その後も経済の低迷が続いたことから、連邦政府は、EPFの上昇率をGDPの伸び率より低い水準に抑える政策を展開するとともに、社会福祉サービスをカバーするカナダ扶助プラン(Canada Assistance Plan: CAP)をEPFと統合したカナダ保健・社会移転制度(Canada Health and Social Transfer: CHST)を1995年に導入し、更

なる財政移転縮小の意向を示した。

1997年度に財政事情が好転したこともあり、連邦政府は、財政均衡から社会政策重視に転換し、1999年2月、社会政策拡充に関する合意を形成した²⁾。こうした背景もあり、1997年以降、総医療費は再び増加のスピードを速め、対前年度比7-8%増で推移している(表2)。また、対GDP比も、1995-2000年間は8.9-9.2%で推移してきたが、2001年9.4%、2002年9.7%、2003年9.9%と、ここ数年はGDPを上回る伸び率で医療費が増加している(表3)。

ただし、医療費の拡大は、州政府予算にとって年々負担となっており(尾形2002)、日本と同様、持続可能な医療制度をいかに構築するかが、現在

表2 カナダの総医療費(Total Expenditure on Health)および対前年度伸び率の年次推移

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
総医療費	73,813	77,280	82,499	87,174	94,786	102,754	110,307	118,080
伸び率(%)	0.8	4.7	6.8	5.7	8.7	8.4	7.4	7.0

注：総医療費の単位は、100万カナダドル。

出典：OECD Health Data 2006

表3 総医療費の対GDP比の推移の国際比較

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
カナダ	9.2	9.0	8.9	9.2	9.0	8.9	9.4	9.7	9.9
日本	6.8	7.0	6.9	7.2	7.4	7.6	7.8	7.9	8.0
フランス	9.4	9.4	9.2	9.1	9.2	9.2	9.3	10.0	10.4
ドイツ	10.3	10.6	10.4	10.4	10.5	10.4	10.6	10.8	10.9
イギリス	7.0	7.0	6.8	6.9	7.1	7.3	7.5	7.7	7.9
アメリカ	13.3	13.2	13.1	13.1	13.1	13.3	14.0	14.7	15.2

出典：OECD Health Data 2006

大きなテーマとなっている。

(2) 進む平均在院日数の短縮と病床数削減

将来的な医療費拡大が予想されたなか、各州では、日帰り手術の促進、平均在院日数の短縮、病床数の削減策などが展開されてきた。その結果、平均在院日数は、1989年の13.9日をピークに年々減少し、1992年12.6日、1995年10.7日、1999年8.7日となっている(OECD 2006)。また、全病床数も、1986年の17.5万床をピークに年々減少し、1993年15.5万床、1999年11.9万床、2003年10.9万床と、また、急性期病床も同様に、1993年10.5万床、1999年10.1万床、2003年9.4万床となっている(表4)。その結果、カナダの2003年時点の人口千人当たり病床数は3.4床となったが、これはドイツの8.7床、フランスの7.7床の半分以下、アメリカの3.3床と同水準にある。

こうした急激な病床数削減や平均在院日数の短縮もあり、急性期病床を退院した医療ニーズの高い患者の受け皿作り(在宅ケアの拡充など)、医療と介護の連携強化(ケースマネジメントに基づく退院支援などによる継続性の確保など)が重要なテーマとなってきた³⁾。

(3) 長期化する待機時間

カナダで医療サービスを受けるまでの待機時間はわが国と比較しても長く、国内でも大きな課題となっている。カナダ政府中央統計局の調査によると、2003年から2005年の間に州やケアの内容にもよるが、専門的な医療サービスにアクセスするために必要であった待機時間は3から4週間が中

央値であった(Sanmartin, et al. 2006)。また、患者に対して必要な治療を始めるまでに3ヶ月を要したとの報告がある。ケベック州においては、外科的な処置に関して平均待機時間は18.5週間であった。オンタリオ州での脳卒中後のリハビリテーションの待機時間が平均で29.7日であったとの報告もある(Bagg, et al. 2006)。

トロント市の地域ケアセンター(Community Care Access Centre; 以下CCACと略)においては、長期療養施設への入所の待機時間は、必要とする介護度によるとしながらも、ベッドがあいた際には直ちに返事をする事が求められている(Ontario Association of community care access centres 2006)。そうした際に迅速に返事ができない場合にはさらに順位の後ろに回されることがある。医療サービスに限らず公共サービスの待機中に住民は適宜フォローアップの訪問や電話を行っている。

4. 地域包括ケアをめぐる制度の現状

前述したように、医療・福祉サービスの実施主体である州政府は、医療費削減をめざし、平均在院日数の短縮、病床数の削減を急速に進めてきたが、その一方で、退院後の受け皿としての在宅ケアに関しては充実を図ろうとしている。カナダのいずれの州においても、看護サービス、リハビリテーション・サービス、ソーシャルワーク・サービス、在宅生活支援サービス、ケースマネジメント、ボランティアによる家庭訪問サービスが一般的に行われているが、サービスおよびマネジメント提供体制は、州によって異なっている(高橋

表4 カナダにおける全病床数・急性期病床数の推移

	1990	1993	1996	1999	2000	2001	2002	2003
全病床数(床)	165,741	155,266	135,971	119,442	115,780	115,079	115,398	108,825
急性期病床数(床)	112,173	104,730	115,053	101,350	99,377	98,750	99,080	94,458

出典：OECD Health Data 2006

2000)。本稿では、カナダで最も人口が多いオンタリオ州トロント市とケベック州のモントリオール市での取り組みを紹介する。

5-1. オンタリオ州の地域ケアセンター (CCAC) での取り組み

(1) CCAC 創設の歴史

病院の閉鎖・統合、病床数の削減はオンタリオ州でも進められ、病院数は1994年の224病院から1997年には210病院に、また、病床数も1万床減少した(日本総合研究所2003)。こうしたなか、1996年1月、オンタリオ州の厚生大臣が、①在宅と施設サービスの一元化 ②窓口の一元化 ③公正かつ公平なアクセスの実現などをめざしたCCACの創設を宣言した⁴⁾。これを受け、1998年、43ヶ所のCCACが設立された(2006年7月時点は42ヶ所、2007年2月現在では14ヶ所に統合されている)。対象は州民全員で、高齢者だけではない(高橋2000)。CCACは図1のようにオンタリオ州内に14ヶ所が設置されている。

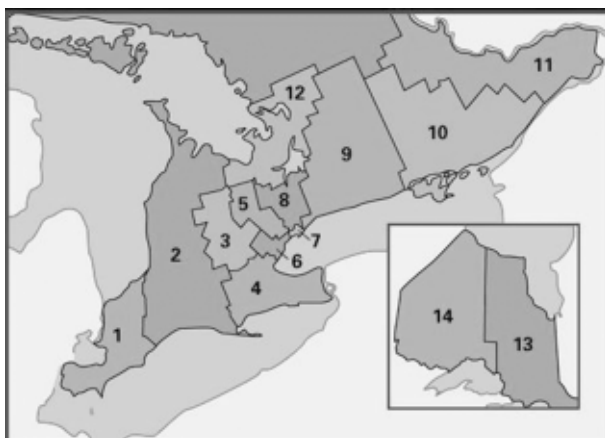
CCACが対象とする人口は、わが国の地域包括支援センターが2から3万人に1ヶ所を想定してい

るのとは異なり、少ないセンターで多くの人口をカバーしている。

(2) トロント市の概況とトロント CCAC の現状⁵⁾

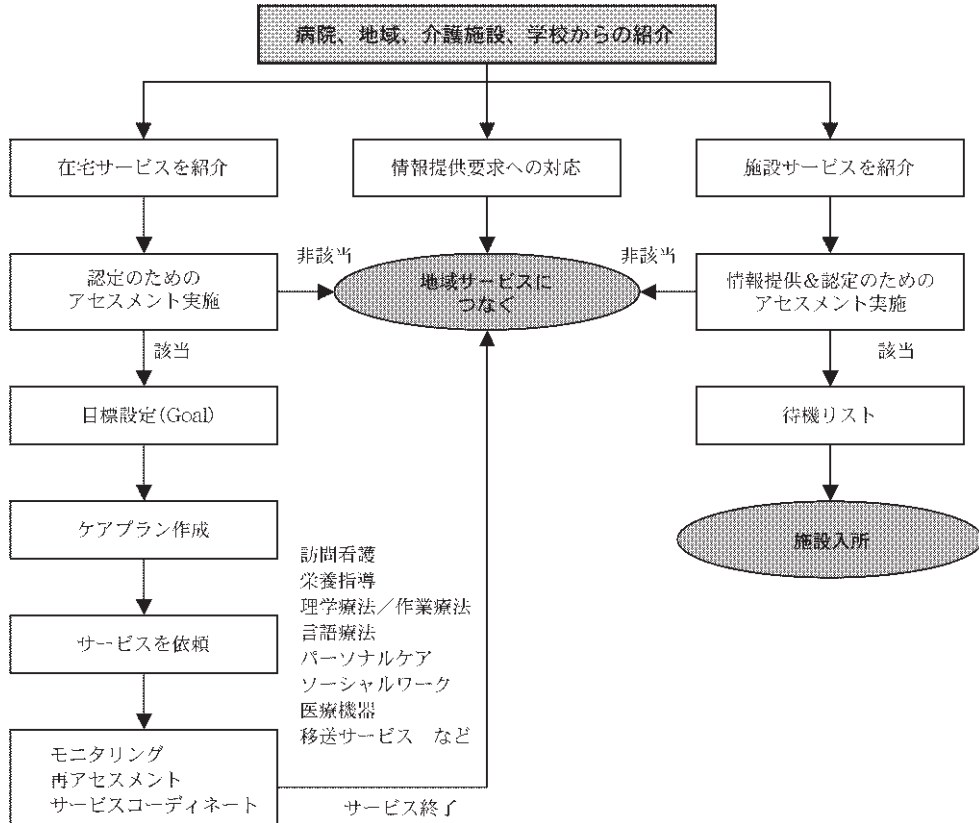
トロント市は、オンタリオ州の州都で、人口約250万人(2001年現在、衛星都市除く)のカナダ最大の都市である。世界各国からの移民も多いため、「モザイク社会」と表される(イギリス系、フランス系、中国系などが多い)。カナダでは英語とフランス語が公用語であるが、公用語以外の言語を使う住民も多く、使用言語上の問題により、医療・福祉サービスへのアクセスが阻害されやすいという面を有している。

トロント CCAC は、家庭に必要な医療サービスの計画と実施についての管理を幅広く行っている。また、オンタリオ州の長期療養施設への入所の申請や、生後脳障害を患う患者のケアも行っている。年齢については特に限定はない。図2に、トロント CCAC の業務の流れを示す。利用者は、病院、地域、介護施設、学校から紹介されるが、それへの対処内容は、①在宅サービスの紹介 ②情報提供要求への対応 ③施設サービスの紹介 の3つに大別される。



No	名称	人口(人)
1	Erie St Clair	610,000
2	South West	443,000
3	Waterloo Wellington	633,500
4	Hamilton Niagara Haldimand Brant	1,262,000
5	Central West	720,300
6	Mississauga Halton	1,040,000
7	Toronto Central	1,146,800
8	Central	1,353,000
9	Central East	1,459,800
10	South East	443,000
11	Champlain	1,100,500
12	North Simocoe Muskoka	376,500
13	North East	553,000
14	North West	443,000

図1 オンタリオ州のCCACの管轄区域



出所：トロント CCAC より入手した資料を筆者らが改変

図2 トロント CCAC における業務の流れ

利用者が在宅サービスを希望する場合、まず、MDS (Minimum Data Set) によるアセスメントが実施される (Morris & 池上 2006)。その上で、表 5 に示した認定に関する 9 基準 (Eligibility Criteria) に該当するかどうかを判断、該当した場合、目標設定→ケアプラン作成→サービス選択→モニタリングといった一連のケースマネジメントが実施される。なお、目標が達成された段階で、サービスは原則終了となり、その後に関しては、地域のさまざまなサービスにつなぐ形となる。CCAC 全体で、2005 年度に初回アセスメントを実施した 424,851 件の紹介元の内訳は、「病院」237,747 件 (56.0%)、「地域」152,941 件 (36.0%)、「介護施設」11,488 件 (2.7%)、「学校」22,675 件 (5.3%) と、

半数以上は病院からの退院支援ケースであった (Bagg, et al. 2006)。

(3) 在宅サービス提供方法および提供量

在宅サービスそのものを CCAC が提供する訳ではない。CCAC の役割は、年度ごとに各サービス提供事業所 (訪問看護、栄養指導、リハビリテーションなど) と個別契約 (価格を含む) を交わした上で、契約事業所の中からサービスを組み合わせることである。要した費用に関しては、契約価格に基づいて、CCAC からサービス事業所に支払われる。したがって、CCAC には、各サービス提供事業所の質や活動状況を評価した上で、各事業者と、年間サービス提供量や価格に関する交渉を

表5 オンタリオ州における認定基準（在宅サービスの場合）

基準1：オンタリオ州の医療保険に加入していること（年齢は問わず）
 基準2：外来通院では利用者ニーズを満たすことができないこと
 基準3：在宅サービスによる在宅療養が可能な健康状態にあること
 基準4：看護、作業療法、理学療法、言語療法、栄養指導、パーソナルサービス、ソーシャルワークのいずれかのサービスを必要としていること
 基準5：厚生大臣に承認された適切なサービスを、保険加入者の自宅にて安全に提供することができること
 基準6：必要に応じ、家族や友人の援助を受けることができること
 基準7：サービス介入によって、目標到達の可能性が期待されること
 基準8：当該 CCAC のカバー地区に居住していること
 基準9：医学管理が進行中の場合、ないし、利用者のケアに関する医学的関与が要求される場合、ケアに対する医師の医学的関与が受けられること

出所：トロント CCAC 資料より筆者らが作成

行うことも求められている。

表6に、トロント市全体の、2005年度における在宅サービス種類別にみた利用者数を示す。なお、利用者数をサービスコード別にみると、「急性期」37.4%、「リハビリテーション」21.8%、「施設入所（Placement）」18.8%、「生活支援（Maintenance）」12.6%、「終末期ケア」2.5%などであった。

(4) 利用者の年齢構成

2005年度のオンタリオ州全体のサービス利用者の年齢構成をみると、「高齢者（65歳以上）」50.6%、「成人（21-64歳）」39.7%、「未成年（20歳以下）」9.7%であった。

(5) トロント CCAC のスタッフの状況

同センターのスタッフ数は約300名で、その内訳は、管理職種（事務局長、マネージャーなど）40名、ケースコーディネーター（以下、CCと略）167名、施設入所CC 11名、CC補助者（非専門職）68名などである。CCの職種としては、看護師が最も多い⁶⁾。また、CC 167名のうち61名は病院へ派遣され、退院前アセスメントと退院時支援、在宅担当CCへの情報伝達などを実施している。1医療機関に対し1名の派遣が多いが、紹介患者が多い病院の場合は複数のCCが派遣されている。また、91名はサテライト事務所にてケースコーディネート業務に従事している（本部に来るのは週1回程度とのこと）。また、15名はClient Service Centre（本部内）にて地域住民・家族や医療機関などからの電話対応に従事している。電話対応時間は朝8時半から夜8時までで、それ以後はコールセンター対応となっている。

スタッフの教育研修に関しては、専門部門が設けられ（スタッフ数4から5名）、新規採用時の導入教育、フォローアップ研修、テーマ別研修、コンピュータトレーニング（患者情報の電子化・共有化のため）などを実施している。トロント CCAC の場合、導入教育に約7ヶ月かけている（CCACによって異なるが、平均4ヶ月程度は実施）。

表6 在宅サービス種類別にみた年間の利用者数⁵⁾

在宅サービス種類	利用者数（人）
①訪問看護	212,898
②作業療法	121,347
③理学療法	98,598
④家事援助	152,984
⑤栄養指導	16,535
⑥ソーシャルワーク	14,896
⑦言語療法	31,986
合計	649,244

注：トロント CCAC 資料より筆者らが作成

(6) 職種を越えた連携

地域包括ケアの提供においては、職種を越えた連携が必要である。しかしながら、家庭医と CCAC の連携については十分に行われていないという報告がある (Oandasan 2001)。Oandasan はその背景について、1. 家庭医が CCAC の提供するサービスを十分に理解していない、2. CCAC におけるサービスの提供に一貫性がない、3. 医師が CCAC 紹介やコミュニケーションに関する方針のあり方に同意していない、ということを挙げている。

2006 年にカナダ保健省は、オンタリオ州で職種を越えた連携を得るための教育のあり方についてワークショップを行った (Health Canada 2007)。そのワークショップでは、今後優先度の高い 6 つの研究を明らかにした。それによると、1. 職種を越えたチームの形成 (例：最も効果的なチーム形成、効果的なリーダーシップとは)、2. 測定やツール (例：職種を越えた連携の特徴や評価方法)、3. 患者 (例：健康の質を維持する職種を越えた連携のフレームワーク)、4. 組織の特性 (例：組織が職種を越えた実務を支援できるか、組織において職種を越えた連携の利点)、5. 学習者 (例：早い時期からの職種を越えた連携に関する教育がチームワークにどのように影響するか)、6. アウトカム (例：評価指標のあり方) をあげている。このように職種を越えた連携を得るための教育には多くの課題が残されていると言える。

(7) 財源

CCAC には、州政府から補助金 (トロント全体の CCAC に対する 2005 年度補助額は約 14.1 億カナダドル) が支給される。そのうち 9.2% は CCAC の管理費に、残り 90.8% はマネジメントやサービス費用に充てられている。CCAC には、補助金の範疇で、サービスの質を確保しながら、適正サービス価格を追求する (費用の適正化を図る) ことが求められている。また、各 CCAC に対する補助

金は、州政府からの評価によって配分が変更される形となっている。したがって、CCAC は、州政府からの補助金をより多く獲得するため、毎年、①活動報告書 ②ビジネスプラン ③質の評価に関する報告書 ④予算書などを提出しなければならない。

トロント CCAC では、地域における同センターの役割拡大と質の向上を図るため (行政へのアピールという側面もある)、ホスピスケアネットワークへの参加、専門病院などとの連携による疼痛ケアやメンタルヘルス、学校での支援サービスなどに関するサービスプログラムの開発、各種調査研究 (住民アンケート調査を含む) なども行っている。

5-2. ケベック州の CSSS (健康と社会サービスセンター) での取り組み

(1) ケベック州での最近の動向

かつてケベック州では CLSC (Centres Locaux de Services Communautaires; 地域保健福祉センター) や長期療養施設などさまざまな施設がそれぞれ高齢者ケアを行っていたが、2004 年からの組織再編成で CSSS (Centre de santé et de services sociaux, Centre for health and social services: 健康と社会サービスセンター) に統合され、中心的役割となっている。モンリオール市は郊外をあわせると人口が約 350 万人いる。これまで 54 の組織があったが、包括的な対応を行うため 12 の CSSS に統合された。CSSS の役割は、地域の健康と社会サービスネットワークの開発と維持である。この目的のために個別のミッションとして、1. 対象集団の健康の改善、2. 健康、社会サービスへのアクセスの改善、3. サービスの継続性と質の改善をあげている (Agence de la sante et des services sociaux de Montreal 2007)。

2004 年から 2005 年の間にケベック州の全体の 95 の CSSS の運営にかかった費用は 65 億カナダドル

であった (Statistics Canada 2007)。管轄の人口に応じて原則予算が決められている。

(2) モントリオール市郊外のキャベンディッシュ地区での活動

CSSS キャベンディッシュでは、地域住民に対して、CLSC において医師、看護師、理学療法士などが実際のサービスのニーズについて評価し、サービスの提供まで行う。また、近隣の長期療養施設 (Reception center Henri-Bradet) やリハビリテーション病院 (Richardson Hospital) と連携している。さらに、care-ring voice network とよばれる 24 時間電話サービスを設置し、家で介護をする家族を対象に電話相談ができる態勢がある (Care-ring network 2007)。CSSS のネットワークにより時間は限定されるが、予約がなくても、毎日医療サービスが受けられる体制ができた。また Info-santé として一般的な健康に関する 24 時間電話相談サービスも提供されている。

包括的な視点でケアに取り組むために社会老年学 (Social gerontology) の専門家も入った態勢がとられている。介護をする家族との真のパートナーシップを築く、虐待への介入、メンタルヘルス疾患のリスクのある患者の行動などについてトレーニングや研究が行われている。このほかにも高齢者のイメージの向上、高齢化の社会的側面の重要性について研究が行われている。

(3) 大学との連携によるケースマネジメントの開発

ケベック州では、1999 年頃よりマギル大学およびモントリオール大学と連携し、Integrated system of care for the frail elderly (SIPA) としてチームによるケースマネジメントが行われた。高齢者をより包括的にケアをすることを目的とし、ケースマネジャー、プライマリ・ケア医、理学療法士などがさまざまな視点からかかわることとした。初

回に包括的な評価、早期介入、根拠に基づいたプロトコルの作成、迅速なコミュニケーションなどを活動として行った (SIPA research project 2001)。それによりケア提供者の質の向上、病院の使用の減少 (医療費の減少)、ADL 低下による医療機関の受診の低下などが認められた。

6. 地域ケアシステム構築への行政の関与と今後の方向性

カナダの場合、住民の医療・介護サービスに対する満足度は高いと言われている。ただし、サービスを受けるまでの長い待機時間は課題である (手術や MRI などの検査待ち、長期療養施設への入所待ちなど)。一方で、費用適正化の観点から急性期病床の削減を図っているため、住民アクセスを確保しながら地域ケアを推進していくことが求められている。CCAC や CSSS の設立にはこのような背景がある。

行政としては、CCAC に対し、実績報告等に基づく個別評価と、それら評価に応じた補助金による管理を行うとともに、2006 年の法律改正に基づき、2007 年 1 月から、CCAC の契約サービス事業所の競争に基づく質の向上と費用の適正化、地域間格差の解消をめざしている。

7. おわりに

オンタリオ州政府の役割は、①各 CCAC の業務評価とそれに応じた補助金の支給 ②認定基準の構築である。一方、CCAC の役割は、①サービス事業所との価格を含めた契約交渉 ②サービス事業所の評価 ③地域資源とのネットワーク構築 ④スタッフ教育 ⑤事業実績報告 などとなっている。今後、現在でもある程度の規模を有する CCAC に対し、さまざまな役割・機能を強化・付加していく方向にある。ケベック州においても CSSS を中

心に機能を統合することを検討している。待機時間が長いという点はさらなる改善が必要であるが、カナダ東部において地域包括ケアは、決められた財源の中での資源の適正配分としての機能が徐々に確立されてきている。

【謝辞】

なお、本研究の一部は、平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）（H18－長寿－一般－019）の助成によるものである。

注

- 1) カナダには 10 の州と 3 の準州があり、憲法によって医療保健・福祉・教育は州（または準州）政府の管轄とされ、それぞれのニーズに合わせて方針が立てられる。
- 2) 1990 年代にどの州も以下の 4 点の改革を行った。1. 医療保険制度の決定権、計画、供給を地域分散型に立て替える、2. 公的地域ケアサービスの窓口を一本化する、3. 在宅介護から施設入所までを連携し、継続的サービスを設立する方向に進める、4. 多文化に適切なサービスの供給を確立するよう努力する。（橋本ら 2000）
- 3) カナダでは、ケアマネジメント、ケアマネジャーという用語ではなくケースマネジメント、ケースマネジャーという用語が用いられている（橋本ら 2000）
- 4) CCAC には 4 つのプログラムがある。1. 病院からの照会によるサービス 2. 地域からの照会によるサービス 3. 子どもと家族を対象としたサービス 4. Acquired Brain Injury（生後脳障害）の人を対象としたサービス（橋本ら 2000）。
- 5) トロント CCAC は、調査を行った 2006 年 7 月時点で設置されていた 42ヶ所の CCAC の一つである。
- 6) 1 人のコーディネーターにだいたい 100 から 120 人くらいの利用者が割り当てられている（橋本ら 2000）。

参考文献

- 尾形裕也 2002 「日本とカナダの医療保険制度改革：共通の課題と多様性」、『海外社会保障研究』, 139, 14-26.
- 株式会社日本総合研究所 2003 「医療と介護の連携に関する海外調査研究－カナダ・ドイツ・フランス・ノルウェー」, 25-42.

- <http://www.jri.co.jp/consul/cluster/data/iryoufukushi/3-Icanada.pdf>
- 新川敏光 2006 「カナダにおける医療と介護の機能分担と連携」、『海外社会保障研究』, 156, 59-74.
- 高橋流里子 2000 「第 13 章 高齢者福祉サービス」, 城戸善子・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障 3：カナダ』, 257-274, 東京大学出版会.
- 橋本泰子, 竹内孝仁, 白澤政和編 2000 カナダのケアマネジメント、『海外と日本のケアマネジメント』, 121-138, 中央法規.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montreal 2007. Centre for health and social services. <http://www.santemontreal.qc.ca/En/portrait/csss.html>
- Bagg SD, et al.2006. Toward benchmarks for stroke rehabilitation in Ontario, Canada. *Am J Phys Med Rehabil* 85, 971-6
- Care-ring network 2007. <http://www.careringvoice.com/aboutus.html>
- Health Canada 2007. Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/inter-prof/index_e.html
- Morris JN, 池上直己ほか編著（池上直己訳） 2006 「日本版 MDS-HC2.0 在宅ケアアセスメントマニュアル」, 医学書院.
- Oandasan IF 2001. Family physicians and the Toronto community access centre- improving the connection. http://www.torontoccac.com/Focusgroup_Physicianspage.doc
- OECD Health Data 2006.
- Ontario Association of community care access centres 2007. 2005/2006 CCAC statistics http://oaccac.metrics3d.com/demo/2005_2006/index.htm
- Sanmartin C, et al 2006. Waiting for care in Canada: Findings from the Health Services Access Surgery. *Healthcare policy*, 2,43-51.
- SIPA research project. www.solidage.ca/docs/SIPA_1e.pdf
- Statistics Canada. Residential care facilities. <http://www.statcan.ca/english/freepub/83-237-XIE/2007001/part1.htm>
- （わだ・こうじ 北里大学助教）
（かくま・りつこ トロント大学 Postdoctoral fellow）
（かわごえ・まさひろ 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第 4 室長）