第１章　地域包括ケアシステムの考え方

1. 地域包括ケアシステムが提案された背景と目指すべき姿

(1)背景

75 歳以上高齢者（後期高齢者）は、現在約 1,400 万人となっており、2025（平成 37）年には 2,000 万人以上となることが予測されています。また、単身や夫婦のみの高齢者世帯や認知症高齢者が近年増加してきており、今後も増加が見込まれます。

こうした中、在宅での介護や療養に対する国民全体の希望の高まりがあります。介護が必要になった場合でも７割以上が自宅での介護を希望しており[i]、医療についても６割以上の国民が自宅で療養したいと希望しています[ii]。さらに、自立して健康に暮らすことができるよう健康寿命の延伸についても、社会全体で大きな関心を集めています。

「団塊の世代（1947 年から 1949 年生まれ）」がすべて 75 歳を迎える 2025 年までの残り 10 年余りで、国及び地方公共団体においては、できる限り住み慣れた地域で、人生の最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができる社会の実現に向けて、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を実現することが求められています。

社会保障制度改革国民会議の報告書において、疾病構造の変化を踏まえた、「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への改革の中で、在宅医療・介護の一体的なサービス提供体制の見直しが求められています。

地域包括ケアシステムについては、高齢化の進展や地域資源に大きな地域差がある中、市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて「ご当地ケア[iii]」をつくり上げていくことが重要であり、「地域の力」が再び問われていると言えます。社会保障制度改革国民会議の報告書でも、地域包括ケアシステムの構築は「21 世紀型のコミュニティの再生」と位置づけられています。

なお、こうした取り組みの制度的な推進については、平成 18 年の介護保険制度改正において、地域包括支援センターや地域密着型サービスを創設するなど、第一歩が踏み出されました。

さらに、平成 24 年の改正により、国及び地方公共団体の責務として包括的に推進することが位置づけられ、平成 25 年に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（プログラム法）において「地域包括ケアシステム」の文言が明文化され、地域包括ケアシステムの構築に向けて、いよいよ積極的に取り組みを進めることが求

---

[i] 「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集（結果概要について）」厚生労働省老健局
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-2.pdf

[ii] 終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について（平成 22 年 12 月）
http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/zaitaku/dl/07.pdf

[iii] 「ご当地ケア」：平成 25 年 10 月 17 日第 14 回介護保険推進全国サミット in なんと
宮本太郎氏基調講演資料「社会保障改革とケアのまちづくり」より

められています。

図表1　介護保険法第 5 条（抄）

（国及び地方公共団体の責務）

第 5 条

（略）

3　国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない

図表2　持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（プログラム法）第 4 条（抄）

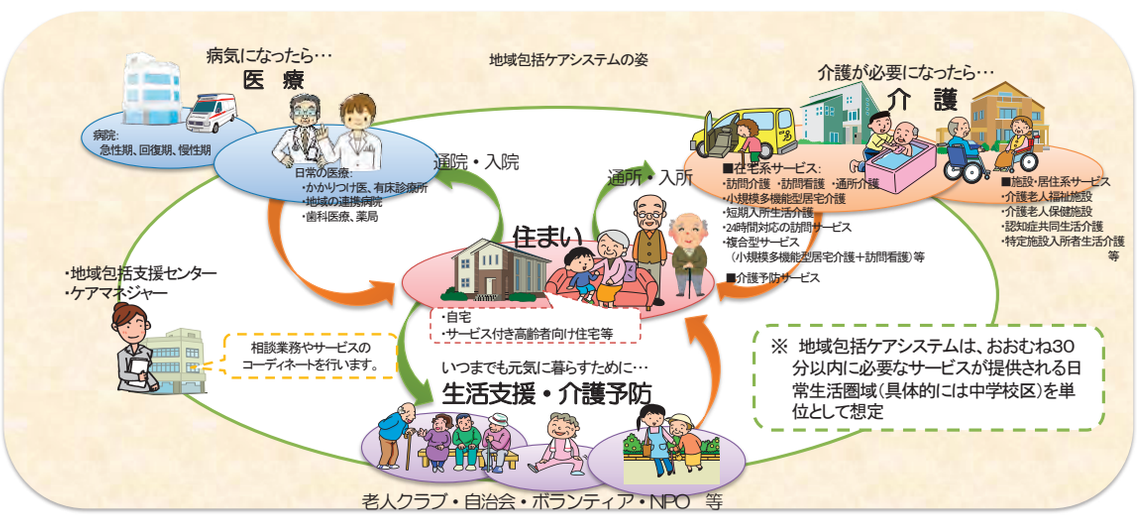
（医療制度）

第 4 条

（略）

4　政府は、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応して地域包括ケアシステム（地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。次条において同じ。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。次項及び同条第二項において同じ。）を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項及び診療報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

図表3　2025 年の地域包括ケアシステムの姿



(出典)　厚生労働省『介護保険制度の見直しに関する意見』平成 25 年 12 月 20 日介護保険部会概要資料より

(2)目指すべき姿

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、福祉サービスも含めた様々な生活サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」とされています[i]。

つまり、これから構築しようとする地域包括ケアシステムとは、前述のようにできる限り住み慣れた自宅や地域で暮らし続けながら、必要に応じて医療や介護等のサービスを使い、最期を迎えられるような体制と言うことができ、下図に示すように「本人・家族の選択と心構え」を基盤に「すまいとすまい方」がまずあり、その上でしっかりとした「生活支援・福祉サービス」に基づいて「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・予防」が提供されるといったすがたが想定されています。

図表4　地域包括ケアシステムの構成要素

(出典)　三菱 UFJ ﾘｻｰﾁ&ｺﾝｻﾙﾃｨﾝｸﾞ『＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』（平成 25 年 3 月）

この図を見ても分かる通り、地域包括ケアシステムは介護保険制度など一つの制度の枠内では完結しません。地域に暮らす一人ひとりの暮らし方に関する選択と心構えを前提に、多様な関係主体がネットワーク化を図ることが必要不可欠です。その際、地域により人口動態や医療・介護需要のピークの時期、程度が大きく異なり、医療・介護資源の現状の地域差も大きい実態があるため、目指すべき地域包括ケアシステムのすがたは地域によって異なります。

[i] 三菱 UFJ ﾘｻｰﾁ&ｺﾝｻﾙﾃｨﾝｸﾞ『＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』（平成 25 年 3 月）
http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf

なお、財政的な制約も踏まえれば、地域包括ケアシステムに含まれる機能の多くを、行政を中心とした公的サービスや単一の主体だけで担うことは困難です。つまり、住み慣れた地域で生活を送る高齢者の多様な生活ニーズに応えられる仕組みをつくるためには、「公助」「共助」だけでなく、「自助」を基本としつつ、多様な主体と自治体が協働しながら地域全体を支え合う「互助」の体制をつくっていくことが非常に重要です。

図表5　自助・互助・共助・公助からみた地域包括ケアシステム

(出典)　三菱 UFJ ﾘｻｰﾁ&ｺﾝｻﾙﾃｨﾝｸﾞ『＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』平成 25 年 3 月

2. 地域包括ケアシステムの実際（先駆的な取組事例）

地域包括ケアシステムの先駆的な事例として、広島県尾道市と埼玉県和光市の取り組みについて紹介します。

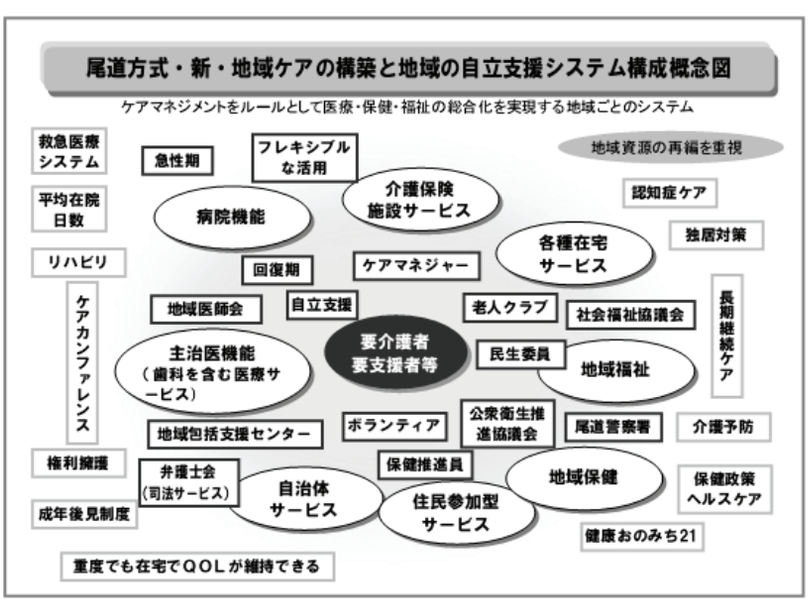
(1)広島県尾道市

広島県尾道市は、人口 14.5 万人、高齢化率は 30.4%（平成 22 年）と高齢化が進んでいる地域です。1994 年、尾道市医師会は「尾道市医師会高齢者医療ケアシステム整備・基本コンセプト」を策定、「尾道方式」と呼ばれる在宅主治医機能を中核とした在宅医療の地域連携、多職種協働をシステム化した一体的な地域のマネジメントシステム構築を進めてきました。

「尾道方式」の最大の特徴は、急性期から回復期への転院時や在宅への移行時などにおいて主治医医療機関で行う 15 分間のケアカンファレンスの実施が徹底されていることです。ケアカンファレンスの徹底により利用者・家族の意向が共有された上での適切なケアプランが作成できること、過不足の無い包括的なサービスが提供されています。加えて、ケアカンファレンスを通じて、多職種協働のネットワークが実現できることや、関係職種のスキルアップが図られています。こうした体制により、複数の疾患を抱える慢性期の高齢患者が、長期的に在宅で療養を継続することができています。

なお、尾道市に合併される前の広島県御調町にあった公立みつぎ総合病院では、1970 年代半ば、訪問看護、訪問リハビリ等の在宅ケアの充実によって退院後の患者の寝たきり状態を防ぐ取り組みが始められました。この取り組みは、現在の地域包括ケアの先駆けとなる取り組みと言われています。

図表6　尾道方式・新・地域ケアの構築と地域の自立支援システム構成概念図



(出典) 尾道市「高齢者福祉計画及び第 5 期介護保険事業計画」より引用

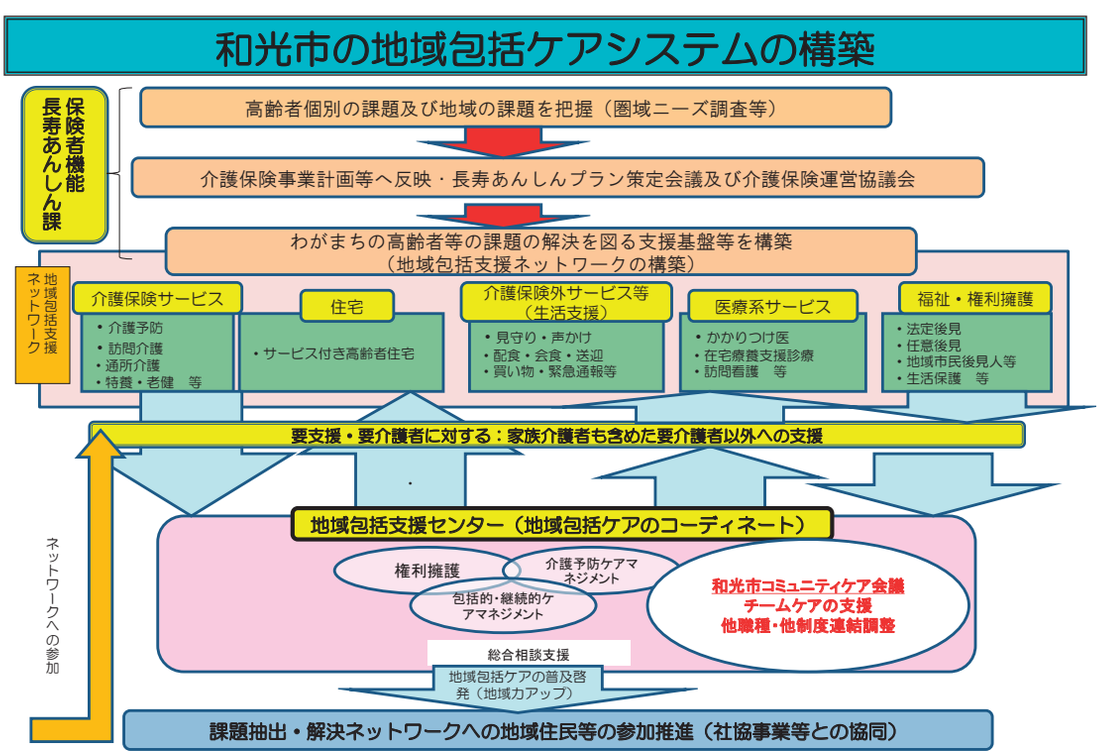
(2)埼玉県和光市

埼玉県和光市は、首都圏のベットタウンに位置する人口 7.5 万人、高齢化率は 14.2%（平成 22 年）の地域であり、今後、高齢化率が大きく上昇することが予測されています。和光市においては地域包括ケアシステムの構築に向けて様々な事業が実施されていますが、特にここではコミュニティケア会議と基本チェックリストをはじめとした住民のデータ収集と活用の取り組みについて紹介します。

コミュニティケア会議は、保険者（自治体）によって開催され、地域包括支援センター、助言者（管理栄養士、歯科衛生士、PT、薬剤師）、介護支援専門員、各サービス事業所が参加して個別ケースについて議論する会議であり、介護予防のプランについては全件が検討対象となり、自立支援に向けて最適なプランを皆で検討します。併せて、医療ニーズの高いケースなど、担当介護支援専門員だけでは解決が困難なケースであっても、チームケアによって対応方法を検討することが可能なシステムが構築されています。また、全ての高齢者についてニーズ調査に基づくデータを収集し、独自のシステム「介護予防隊」によって市役所と 5 か所の地域包括支援センターにおいて共有されています。収集したデータを個人単位で分析し、住民個人へフィードバックすることで、住民へ介護予防の意識づけを図るほか、地区別のデータ分析によって地域のニーズに応じた事業計画つくりや基盤整備につなげています。

こうした介護予防事業の取り組みにより、和光市では、高齢者の生活機能の改善などの効果が得られています。

図表7　和光市における地域包括ケアシステムの構築概念図



(出典)　和光市「高齢者福祉計画及び第 5 期介護保険事業計画（長寿あんしんプラン）」より作成

3. 地域包括ケアシステム構築に向けた道筋

(1)「何のためにやるのか」(目標)を共有することが必要

冒頭で述べたように、地域包括ケアシステムの構築が求められる背景には、できる限り健康で、住み慣れた地域での生活を継続し、自宅で最期を迎えたいという国民の期待があり、このような目標の達成のために、地域包括ケアシステムを構築していくのです。地域包括ケアシステムには、行政だけでなく多様な主体が関わるため、行政はまず、このように「何のためにやるのか」を意識して取り組みを進めていくことが重要です。

具体的な取組事例で言うと、例えば埼玉県和光市では、介護予防事業に力を入れることで高齢者の生活機能の改善という目標を掲げています。もちろん、具体的にどのような目標として掲げるかは、それぞれの地域の事情やそこに住む市民の意向によって異なりますが、いずれにしても「何のためにやるのか」を常に意識することが必要です。

そしてこのためには、地域住民を含めた多様な主体が同じ目標を共有し、連携を深めるための羅針盤のようなものがあると効果的です。市町村は介護保険事業計画などを活用し、我がまちの向かうべき方向を一枚の絵に表すなど、創意工夫を行うことで、より関係者の共通理解が深まるものと考えられます。

(2) 時間が掛かるからこそ、「仕組みをつくる」ことが重要

多様な主体と協働して地域包括ケアシステムの構築を進め目標を達成するためには、一歩一歩の地道な取組が必要であり、すぐに実現できるわけではありません。したがって、取り組みを進めている間に、地域の状況や協働する相手(フォーマルな支援やインフォーマルな支援の担い手)の状況も変化することが普通です。

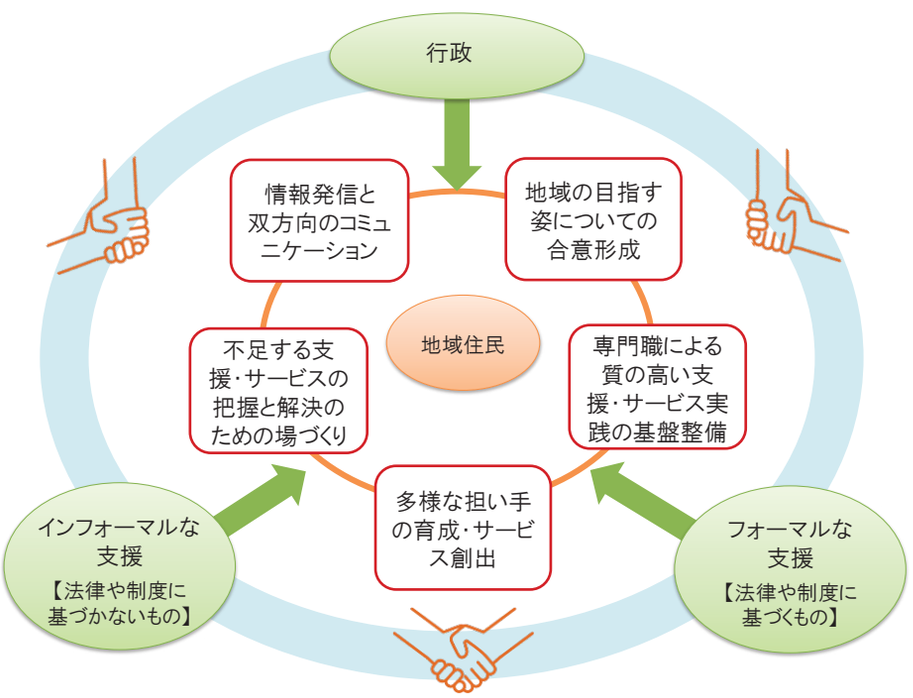
したがって、その都度「何をするか」を考える以上に、それぞれの地域で設定した目標達成のために地域の課題や現在活動している支援の担い手を洗い出し、その課題解決に向けて、連携を強化したり新たな担い手を養成したりして必要とされるサービスを生み出していくという一連の「仕組みをつくる」ことが重要です。これはまさに「地域の課題に対応できる地域をつくること」に他なりません。

4. 地域包括ケアシステム構築の「仕組みをつくる」ために必要な５つのこと

前述のように、地域包括ケアシステムの構築を進めていくためには、地域の課題や現在活動している支援の担い手を洗い出し、その連携を強化したり、新たな担い手を養成するなど必要とされる地域資源を生み出していくという一連の「仕組みをつくる」ことが重要です。

本事例集に掲載されている先駆的な 50 の事例を踏まえると、地域包括ケアシステム構築に向けて必要な共通の「仕組み」として、以下のような 5 つの要素があることが分かりました。詳細は後述する通りですが、これらの「仕組み」は必ずしも全て行政がやらなくてはならないわけではありません。むしろ、こうした「仕組み」を地域の中で誰が担うかを考えるところから、協働して取り組みを始めることが重要です。

図表8　地域包括ケアシステム構築の仕組みづくり概念図



(1) 情報発信と双方向のコミュニケーションを行う

地域を挙げた取り組みを推進していくためには、まずは住民と支援者双方に、これから取り組もうとする地域包括ケアについて、理解してもらうことが必要です。そのためにはまず市町村からの情報発信が重要です。

多様な主体がかかわる地域包括ケアですから、介護保険制度やその改正の内容だけでなく、そもそも「我がまち」が目指そうとする方向性や取り組み内容(例:長期構想、基本計画、地域福祉計画等)を繰り返し発信することが求められます。

また、後述するように、地域住民も含めた多様な主体の参画を促し、ともに支援・サービスをつくり出そうとするのであれば、その議論の出発点を共有するための現状に関わる情報(例:人口や高齢化に関わる統計情報、介護保険事業の運営状況、及びこうした情報の他地域との比較資料等)をわかりやすく発信することが必要です。

そのためには、自治体は地域の状況を正しく把握するためのデータを集めたり、地域包括支援センターや自治体の担当者が積極的に訪問活動を行って地域住民や専門職の話を聞いたりすることで現場の実態を知ることが重要になります。さらに、取り組みの結果を評価する際に活用できるデータを収集しておくのも良いでしょう。

このように、データや情報を集める、その情報をわかりやすく発信する、そして発信した情報に対する意見や感想をもらうというやり取りをすることで、行政と住民・支援者が共通認識をもつことができます。行政が持っている情報や集めたデータを住民や支援者にフィードバックし、コミュニケーションを図ることは、その後の取り組みを円滑に進める上でとても重要なことです。

【コラム: 情報発信と双方向のコミュニケーションを行う】

(神奈川県横浜市)……50 ページ

- **新たな地域密着型サービスとして「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が始まるに際しては、国における検討状況、モデル事業における検証結果等を、事業者連絡会の場を活用して、市(保険者)が事業者に積極的に発信、説明した。**
- **事業者からは新サービスへの反対論もあったが、法人代表者等を直接訪問し、保険者としての熱意を丁寧に説明した。説明を実施した回数はのべ年間 20 回以上にのぼる。**
- **事業者向けの丁寧な説明とコミュニケーションが奏功し、事業者向けの説明会には 120 事業者を超える参加があった。行政としては、このことが事業計画を推進できるという手応えになった。併せて、国の整備・運営補助金を最大限活用(平成 24 年度は 9 事業所に補助)し、事業者の初期負担を軽減した。**

(2) 地域の目指す姿について合意形成を行う

地域包括ケアシステムの構築は、まさに地域づくり、まちづくりです。将来的な地域の姿に正解はなく、どのような地域の姿を描くか、どのようにその姿を目指すかは、各地域の主体性にゆだねられています。

一方、地域包括ケアシステムを構築していく上では、「自助」や「互助」のように、住民一人ひとりの意識や積極的な参画も重要であり、こうした活動の広がりが、地域づくりの基盤となります。地域包括ケアシステムの実現に向け、将来的な地域の姿を描くプロセスには、住民や多様な主体の参画と合意形成が不可欠です。

将来的に目指す姿の合意形成を促進するためには、介護保険事業計画策定時だけでなく、定例的に設置されている会議体、例えば、地域ケア会議、まちづくり協議会、高齢者保健福祉計画策定委員会等の場を活用することが有効です。

なお、合意形成に向け効果的な議論とするためには、支援を必要とする個々人の困りごとや具体の支援ニーズを出発点にすること、そして、その支援ニーズに対して、どのような個別的な支援・サービスの提供が可能かを議論の土台とすることが重要です。そのうえで、各地域の現状、市町村としての考え方や取り組みの方向性、介護保険財政の現状と見通しといった情報を市町村が積極的に提示しながら、具体的な地域の課題等について意見交換することにより、少しずつ地域全体の目指す姿が見えてくるでしょう。

【コラム： 地域の目指す姿について合意形成を行う】

（鹿児島県肝付町）･･82 ページ

- 継続的な地域支え合いのための学習の場として、各地区で「地域づくりと地域支え合い検討会」（以下、検討会）を新たに設置。「自分たちの地域の良いところ」を再意識化するグループワークからスタート。
- 検討会で、地域支え合いマップ（「おたがいさマップ」）を作成。地域資源をマップにプロット、高齢化によってキーパーソンがいなくなっていること、自治会役員や民生委員の負担が大きいことなど、地域の現状を認識し、自分たちのできることは自分たちでやるという意識が生まれた。
- 検討会における住民同士の話し合いから、徘徊模擬訓練を開始。平成 21～25 年の 5 年間で訓練を行い、5 年目に住民自身による実行委員会が立ち上がり、行政からの自立を検討する段階になった。

（3） 専門職による質の高い支援・サービス提供のための基盤整備を行う

医療・介護・福祉の公的サービスは、個々人の支援ニーズを踏まえた専門性の高い個別支援の実践があってこそ成立しています。

さらに、質の高い支援・サービスの提供を実現するためには、支援に関わる専門職（多職種）一人ひとりが資質向上を行うことはもちろんですが、同時に、専門職同士による密接な連携を図ることが重要です。多職種が連携することによって、専門職が個別の利用者の支援ニーズに即した目標・ゴールをお互いに共有でき、それぞれの持ち味を活かした役割分担のもと、最も効果的な支援・サービスが提供できるのです。

多職種連携を図るためには、まずは顔の見える関係をつくることが必要で、事例検討やケアカンファレンスなどは効果的な取り組みと考えられます。また、多職種がお互いの考えを伝

えあい、理解を深めていくことで「共通言語」化が図られます。その基盤となるのが、連携パスなど支援・サービスを行う際の共通ルールをつくることです。具体例としては、連携シートの作成やICTを活用した情報共有などの様々なツールを活用し、使う人の合意形成を行うことが必要です。

また、こうしたパスやツールの活用を進めるにあたり、専門職自身が取り組むことも有効ですが、自治体が専門職同士のつながりをつくるための連携会議の設置を促したり、場合によっては行政が積極的に専門職と協力して連携パスやツールの整備を行ったりすることも意味があります。自治体としても、質の高い支援・サービスを実践することの重要性と、そうした実践を推進するための基盤整備の必要性を意識し、必要な事業化・施策化を行うことが求められるでしょう。

【コラム： 専門職による質の高い支援・サービス実践の基盤整備を行う】

（山形県鶴岡市）・・・33 ページ

- 鶴岡地区医師会では、平成 12 年度からインターネット上での患者情報共有ツールとして「NET4U」を運用してきていた。従来は、病院・診療所・検査センターが参加者の中心であったが、平成 23 年度から介護支援専門員にも NET4U への参加を呼び掛けるようになった。
- 平成 21 年度には、介護支援専門員が積極的に医療側に発信できる仕組みが必要という課題認識のもと、「入院前報告書の作成」に着手した。「入院前報告書」は、患者の同意を得た上で、介護支援専門員が把握している介護保険サービスの利用状況や、ADL・IADL 等の心身の状況等を入院先の病院に対して情報提供を行うための様式である。その他にも、「退院・退所情報提供書」「サービス担当者会議に対する紹介（依頼）書」等の様式の整備を行った。

（4） 不足する支援・サービスの把握と解決のための場をつくる

社会環境等の変化とともに、地域に暮らす高齢者のニーズおよび必要な支援の内容は絶えず変化していきます。これに応えていくためには、地域に不足する支援・サービスをタイムリーに把握し補強していくことが必要であることから、地域包括ケアシステムには完成形はなく、必然的にその姿は時代とともに少しずつ変わっていくものといえるでしょう。

支援・サービスが不足しているかもしれないという意識は、自分たちが今生活している地域の特性、強みや弱みをあらためて見つめなおすきっかけとなります。そして、資源の不足を列挙するだけでなく、アンテナを高くして、地域内で活用可能な資源はないのか、今まで気付いていなかった潜在的な資源があるのではないかということを探り、それぞれの地域ならではの資源を有効に活用する視点が重要です。

地域ケア会議など、このようなきっかけづくりのための場で、多様な関係主体が一緒になって新しいアイデアを出したり、具体的な事業化の方法を検討したりすることが望まれます。行政にはそうした多様な主体をネットワーク化するつなぎ役を果たすことが期待されます。

【コラム： 不足する支援・サービスの把握と解決のための場をつくる】

（福岡県大牟田市）・・76 ページ

- 認知症ケアに関わる専門職がチームとして対応することが必要だとして、市が認知症ケア研究会に検討を委託、認知症ケア研究会が主体となり地域認知症サポートチームが結成。認知症コーディネーター6 名と認知症の専門医 4 名、認知症疾患医療センターの医師 2 名がチームになり、地域包括支援センターと協働しながら本人や家族、かかりつけ医、介護スタッフ等が抱える支援ニーズに対し、医療とケアの両面からサポートする。
- 地域認知症サポートチーム内でのケアの情報連携とケアの質向上を目的に、サポートチームが自主的に毎月 1 回、認知症の事例に関する定例のカンファレンスを開催。参加者はサポートチームメンバーをはじめ、かかりつけ医、地域包括支援センター、行政、医療ソーシャルワーカー等となっている。多角的な視点で事例を検討することで、事例提供者や参加者にとって「事例の理解（課題整理）の手助けになる」「今後の支援のヒントを得る」「参加者同士の連携が促進する」ことを目指している。
- 事例検討後にサポートチームとして継続的にフォローが必要と判断されたケースについては、担当のコーディネーターを選定し、継続的な支援を行う。

（5） 多様な担い手の育成・サービス創出を促す

多くの地域では、介護・福祉の各分野は民間法人の規模が必ずしも大きいとは限らないことから、地域に不足する支援・サービスが把握されたとしてもその事業化を民間法人だけに委ねることは難しい場合が多いかもしれません。また、新たな支援・サービスは、その需要や提供に係る負担が見えにくいために民間法人では実施をためらう場合も多いと思われます。したがって、市町村には、その立ち上げ時の支援が期待されます。

具体的には、民間法人で新たな支援・サービスを試行する際の事業費を助成・補助できる施策等を紹介したり、国等が実施する補助事業等の情報を民間法人に提供して事業の立ち上げを支援したりといった関わりが考えられます。ただし、民間法人に対して、一次的に金銭的な援助を実施したとしても、本来目指すべきは、民間法人自身が自立して事業を継続していくことです。そもそも民間法人が参入しにくい分野であれば、すぐに結果を出すことは難しいかもしれませんが、長期的に見て行政の支援から独立して、事業が安定化できるようにするための事業計画をつくりこむことが必要です。そのためには、事業立ち上げ期、開始 1 年目、2 年目というかたちで、事業の段階的な展開のプランニングを、行政と民間法人が一緒に考えていく姿勢が求められます。

また、地域住民や高齢者自身が支援・サービスの担い手となることは、地域づくりの点から特に重要です。住民をサービスの受け手として捉えるだけではなく、住民とともに、どのようにして不足している社会資源開発を進めていくのかという視点です。例えば、サポーター養成講座などで地域住民への知識・技術の習得を促す取組を進めつつ、その後に、住民自身が自立的に活動を始められるような仕掛けをつくっていくことなどです。

さらに、あらたに資源をつくり出すだけではなく、既存の資源の中でどのように支援・サービスを増やしていくかという視点も重要です。例えば、現在は、ばらばらに活動している地域の多

様な資源を結びつけることで、新たな支援・サービスの創出に発展していくこともあります。そのためには、医療・介護・福祉の関係者が行うカンファレンスに、普段は医療・介護の事業者が接点を持ちにくい福祉関係者（例：民生委員、児童委員）、自治会・町会などに対して、行政から参画を呼びかけるといった支援も、側面的な支援として有効です。

【コラム： 多様な担い手の育成・サービス創出を促す】

（北海道当別町）・・28 ページ

- 認知症の有無に関係なく高齢者がそれまでの経験を生かして就労できる農園を軸に、そこで採れた食材を活用したコミュニティレストラン、交流のための「土間」スペースを含む拠点。農園やレストランは障がい者の就労の場所にもなっている。
- 認知症のある高齢者の就労の場としての展開は、一人の高齢者の事例に、ある主任介護支援専門員がしっかりと向き合ったことがきっかけ。長年つづけてきた農作業ができなくなり、本人があまりやりたくない集団の介護予防プログラムに参加するよりは、農園での就労を継続できるよう、見守りを行う他のボランティアの力を借りながら就労継続するしくみをつくった。
- 結果的に、要介護状態の高齢者、障がいのある児童、町外から移住してきた元気高齢者など、さまざまな町民が一緒に農作業に関われる場が生まれた。