

C. 研究結果

1. 和光市の取組

自治体関係者で地域包括ケアを実践する「和光市モデル」を知らない人はいないだろう。和光市は全国に先駆けて2003年度から本格的に介護予防に取組、2006年度から日常生活圏域ごとに地域密着型サービスや高齢者向け住宅の供給を進めるとともに、2001年度（第2期）から、個別ケースの多職種による連携実績を地域ケア会議開催により蓄積してきた。いわば、施設介護に依存しない自立支援型の在宅生活支援体制を徹底して追求してきたのである。この間、国においては、2006年施行の介護保険法改正において、予防給付や地域支援事業創設など「予防重視型への転換」、小規模多機能型サービスなど「地域密着型サービス」の創設が実現し、2012年施行の法改正では「地域包括ケアシステム」の法的根拠（介護保険法5条）が置かれ、「定期巡回型・随時対応型訪問介護看護」等新規の地域密着型サービスも創設されたが、和光市は、こうした「地域包括ケアシステム構築」に向けた潮流を常に先取りする形で実践してきた自治体である。

しかしながら、自治体関係者にヒアリングを行うと、和光市が介護予防や地域ケア会議で有名であることは知っているものの、具体的にどこが優れているのか、何から導入すればよいかわからない、あるいは自分達にはノウハウがなく導入することが難しいなどの意見が多い。

和光市モデルの経緯や詳細については、本章報告2においても解説及び分析を行うが、報告1では政策形成の過程を（1）基本方針の提示、（2）地域の支援ニーズと課題の把握、（3）介護保険事業計画策定と計画に基づく基盤整備、（4）個別ケースのマネジメントとマクロ政策への反映、（5）人材育成、（6）成果の検証と住民への情報開示の6段階に分解して、「地方行政における政策立案面」に絞ってその先進性を明らかにしたい。

（1）基本方針の提示

第1が基本方針の設定である。政策を形成する際の大前提となる第一段階である。第5期和光市介護保険事業計画である「長寿あんしんプラン」において、「地域包括ケアシステムの構築」を基本目標とし、その下に4つの基本方針、①介護予防の推進、②在宅介護と在宅医療の連携、③地域密着型サービスの推進、④地域包括支援センターによる包括的ケアマネジメントの推進を設定している。多くの自治体の事業計画の冒頭では「いきいき」、「元気」「支えあい」、「安心」などのスローガンのような文言が散見されるが、和光市の上記計画では、それとは対照的に、基本目標である「地域包括ケアシステムの構築」のための「戦略」として上記4つの「基本方針」が具体的に提示されている。この4つの基本方針はどれも当然のことを書いているようにも見えるが、

- ・介護保険法の本来の法目的に沿ってできるだけ要介護状態にならないよう介護予防に努め、そのための多様なメニューを用意すること、

- ・それでも介護が必要になったときには、施設介護に依存することなく、住み慣れた地域での在宅生活を可能とするために、医療との連携や地域密着型サービスを中核に整備すること、

- ・地域包括支援センターを中心として地域ケア会議を実施して、介護、医療、生活支援、

住宅など多様な支援ニーズを抱えるケースへの包括的な支援を保障する

という、今から述べる和光市の政策の方針を集約して表現されている。多くの事業計画では特別養護老人ホームの整備などの施設サービスも在宅サービスも総花的に整備する方針になりがちであるが、和光市の事業計画では特別養護老人ホームは新規の建設は行わず、在宅拠点の整備により必要な受け皿を整備することを明らかにしている。

(2) 地域の支援ニーズと課題の把握

第2に、日常生活圏域ニーズ調査の実施である。和光市では、本調査を介護保険法115条の48に規定する「保健福祉事業」として位置づけ、第一号被保険者の保険料を充当して毎年恒常的な予算化を図っている。要介護3以上の高齢者を除き、市内65歳以上の全高齢者を対象に毎年調査を記名式で実施し、概ね3年で一巡するため、実質的に悉皆調査となっている。

調査票は、国の基本チェックリストに相当する項目を包含する和光市独自の質問票を開発している。すなわち、身体機能や認知レベルのADL (Activities of Daily Living : 日常生活動作) に着目した項目のみならず、IADL (Instrumental Activity of Daily Living : 手段的日常生活動作) に着目した外出、買い物、食事、預貯金の管理など生活機能に係る項目や高齢者の経済状況(年金の種類)、住宅の状況(一戸建て、集合住宅、持ち家、賃貸、2階以上かどうか、エレベーターの有無)にも及んでおり、これにより、医療・介護のみならず、生活機能上の困難、住宅支援や経済的支援の必要性など高齢者が抱える支援ニーズが把握できるように設計されている。本調査は約140にも渡る項目数からなっているにもかかわらず、高い回収率を実現(昨年実施分で回収率74.3%)している。これは評価アドバイス表を作成して本人にフィードバックするなど、記入者サイドへのメリットが確保されていることが大きいと思われる。

未回収者には和光市職員及び民生委員で全戸訪問を展開している。市によると、回答をしなかった者は支援の必要がない活動的な高齢者(=回答しなかった者)か、逆に多重の問題を抱える困難事例(=回答できなかった者)に二極分解する傾向にあるという。たとえば、軽度認知症、孤立、低所得、多重債務、精神障害、虐待など複数の支援ニーズを抱える高齢者やその家族が、行政の支援を受けないまま放置されているケースがニーズ調査未回収者への訪問調査によって発見され、地域ケア会議における検討を経て支援に結びついているケースもあるという。

(3) 介護保険事業計画策定と計画に基づく基盤整備

第3に、②の結果を踏まえ、和光市介護保険事業計画において、日常生活圏域ごとのサービス供給目標量を設定している。

1) 在宅生活支援拠点の整備手法

日常生活圏域ごとに、「サービス付高齢者住宅」に「小規模多機能型居宅介護」や「グループホーム」、さらには「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「複合型サービス」、在宅支援診療所を組み合わせた拠点を今後どのようなスケジュールで確保していく方針であるか、箇所数及び定員数を明示している。これにより、事業者を公募することとなるが、和光市は当該拠点事業の公募要領の中で、「応募者の資格」として、「地域密着型サービスの意義や効果、地域包括ケアシステムの構築等、和光市の介護保険事業運営方針に対する理解があること」を規定するとともに、拠点事業において、高齢者住宅入居者以外の地域住

民に広く開放して地域支援事業を実施することができるよう、「地域交流スペースの確保」を義務づけている。さらに、事業者が公募を経て決定した後に和光市と事業者で契約を締結するにあたり、「協定書」を作成しているが、その中で「入居者と地域住民の交流の確保」や「和光市が開催する地域ケア会議への積極的な参加」が規定（注：当該規定をもとに地域密着型サービス利用ケースは全件地域ケア会議検討対象としている。）されている。

こうした取組によって、民間事業所の自然発生的な無秩序な参入は抑える一方、市の基本方針に寄与する民間事業所の参入を必要量確保できる仕組みとなっている。和光市内のサービス付き住宅を運営する民間事業者へのヒアリングも実施したが、彼らはこうした協定書について「過剰な規制」という捉え方はしておらず、むしろ、地域住民への解放は第三者の目が入ることで自らのサービスの質が高まる可能性が高いこと、地域ケア会議への参加義務は困難事例への行政の支援が保証されることとして歓迎していた。事業計画に基づく計画的な整備も、市場調査を行政自らが行ってニーズのある圏域に必要な量を整備できることを意味するので、事業所にとっても参入後の安定的な経営が確保しやすく、経営戦略上のメリットと認識していた。

近年、高齢者住宅が低所得の入居者を囲い込み、併設の居宅サービス事業者において適正なケアプランを作成せずに一律に支給限度額一杯まで利用させるケースなど、貧困ビジネスの問題も指摘されているが、和光市では上記公募要領や協定書を工夫し、入居者のケアプランを全件地域ケア会議の対象とすることや地域開放を求めることで、そうした弊害を未然に防いでいる。

なお、和光市では、24時間対応の在宅拠点を整備した場合には、特養待機者に通知し、拠点サービスや次に述べる特別給付の活用を盛り込んだモデルケアプランを作成して在宅生活が可能であることを本人に説明し、選択してもらっている。こうした地道な対応により、24時間対応在宅拠点の利用が普及し政策誘導がはじめて進む。

24時間巡回型のサービスをせっかく導入しても、利用者が伸び悩み、結果として採算が取れず事業者が撤退する、という悪循環に陥る悩みを多くの自治体で聞いたが、住民のニーズがないと嘆くのではなく、和光市のように待機者への通知やモデルプランの提案など、整備したサービスが確実に利用者の受け皿となるような取組を進めることが有効ではないかと考える。

2) 施設に依存しない多様な在宅支援メニュー（市独自施策を含む。）

24時間対応の在宅生活支援、というと、多くの自治体での状況を聞くと、中重度の要介護者については、在宅サービスだけでは生活を支えることは現実的ではないという指摘が多い。これに対し、和光市では、施設給付には付随して提供されるのに、在宅介護サービスには付随しないサービスをピックアップし、それらを市独自サービスとして用意することで、在宅生活の限界点を引き上げて在宅生活を継続する努力を重ねてきた。

すなわち、下の表2のように、介護保険法上の「保険給付」や「地域支援事業」に加えて、条例を制定して横出しサービスを創設する「市町村特別給付」及び第1号被保険者の保険料を財源とする「保健福祉事業」や一般財源による高齢者施策を活用して、配食・送迎や紙おむつの提供、家賃助成などの住宅支援をきめこまかく実施している。このような配食等のサービスは実施している自治体も近年増えてはいるが、和光市では、在宅の限界点を引き上げるためのサービスとなるような以下のような工夫がなされているのが大きな特

徴である。

- ・配食は安否確認のための配食（普通食）ではなく、病院で提供されるような糖尿病患者向けや刻み食も提供（重度の要介護・医療の在宅生活を可能とする重要なツールになる。）
- ・送迎サービスはベッドからベッドへの送迎を実施
- ・紙おむつの提供は、おむつ業者による尿量アセスメントを実施のうえ、一人一人にあった紙おむつを必要量セットして提供

なお、一般財源で実施する住宅改修支援やサービス付き高齢者住宅などへの入居の際の家賃助成は、在宅の限界点を上げる施策として有効であるが、自治体関係者は一度予算化すると際限なく事業費が膨張することを懸念して、住宅部局や福祉部局のいずれも検討に慎重なところが多い。これに対して和光市では、日常生活圏域ニーズ調査で支援ニーズを定量化できていること、事業計画に位置づけた在宅拠点のグループホームやサービス付き高齢者住宅を家賃助成の対象としているので、青天井にならずに事業の総量をコントロールしつつ確実に助成することが可能となっている。

3) 予防給付と地域支援事業の政策的位置づけ

一般的には、元気高齢者施策を一次予防、特定高齢者対策を二次予防、要支援者への「予防給付」を三次予防と位置づけて、一次予防から二次予防へ、それでも要支援になったら三次予防へという順番で施策が考えられている。しかしながら、和光市では、要支援認定を受けたら、介護保険の「予防給付」を一定期間だけ利用して、介護保険を「卒業」することを目標としている。したがって、地域支援事業による介護予防事業は介護保険を卒業して認定から外れた高齢者としている。さらに自立度が向上すれば、互助サークル活動に移行して、サポーターに昇格して介護予防事業へのボランティアとして活躍いただくという、逆の発想で多様な介護予防事業が組み立てられている。

(4) 個別ケースのマネジメントとマクロ政策への反映

和光市の地域ケア会議は「コミュニティケア会議」と称し、日常生活圏域ごとに地域包括支援センター中心に毎週実施している。地域会議の対象となるのは、要支援者については全件、24時間巡回型など地域密着型の利用ケース全件及び要介護認定更新時や困難事例などである。

和光市職員が会議のコーディネーター（司会役）を務め、地域包括支援センター職員に加え理学療法士や管理栄養士など外部専門家も招いて開催される。検討対象ケースの担当ケアマネジャーやサービス事業者が召集され、改善可能性を検討し、自立支援型ケアプランへの見直しが指示される。

また、個別のケース検討から、介護給付によるサービスだけでは在宅での生活継続が困難であるが、配食・送迎などの生活支援サービスや住宅改修支援などが提供されれば生活を継続できることが把握され、現在整備されている配食・送迎などの新規のサービスが導入された経緯がある。具体的にミクロの地域ケア会議の検討実績が市独自の新規施策導入に結びついているのである。

表 2. 和光市独自の施策と財源

法律の根拠	自治体の独自性	サービス内容	財源等	和光市における取り組み
○介護保険法上の保険給付				
・介護給付(要介護) (介護保険法 18 条第 1 号)	全国共通	施設・在宅サービス	保険料及び公費	地域密着型サービスに重点化した計画に基づく在宅拠点整備(特養は新設しない)
・予防給付(要支援) (介護保険法 18 条第 2 号)	全国共通	在宅サービス	保険料及び公費	2013 年 1 0 月より「介護予防・日常生活支援総合事業」導入
・市町村特別給付 (介護保険法 18 条第 3 号)	市町村独自(条例で定める)	配食・送迎など	第 1 号被保険者の保険料	【在宅の限界点を引き上げるためのサービス】 ・栄養マネジメント付配食 ・地域送迎サービス ・紙おむつ(高齢者個人々の必要量をアセスメント)
○介護保険法上の市町村事業				
地域支援事業 (介護保険法 115 条の 45)	おおまかなメニューの種類は法定	介護予防事業(一次予防・二次予防)	財源は保険給付と同じ。保険給付見込額の 3%を限度。	2013 年 1 0 月より「介護予防・日常生活支援総合事業」導入
保健福祉事業 (介護保険法 115 条の 48)	市町村独自	介護者支援や被保険者向け事業	第 1 号被保険者の保険料	・日常生活圏域ニーズ調査の実施(被保険者全体への還元事業の位置づけ)
○予算上の施策 一般高齢者施策(法律上の根拠なし)	市町村独自	一般高齢者対象	市町村の一般財源	【介護保険法の円滑な実施を支える事業】 ・住宅改修支援事業(法定住宅改修に 50 万円上乘せ) ・家賃助成事業(GH及び計画に位置づけた高齢者住宅) ・住み替え家賃差額助成(5 年間)

(5) 人材育成(利用者・事業者・行政)

(4) でケア会議が円滑に進むためには、利用者も事業者も和光市の地域包括ケアや自立支援の趣旨を理解することが必要になる。和光市では住民向け、事業者向け、地域包括支援センター職員向けなど様々な研修が企画実施される。

住民への広報啓発活動では、介護保険サービスを利用して要介護度を改善し、卒業することが介護保険の目標であるという市民文化の醸成を目的として、「出前講座」や「介護予防サポーター」養成講座が活発に開催されている。

事業者についても、事業所向け研修に加えて、前述の公募要領や協定書による事業内容への政策的関与や地域ケア会議参加の実践により、OJTにより地域の包括ケアシステムの一員となることが徹底される。

ケアマネジャーについては、研修を通じて特別給付等和光市独自のサービス内容を理解させ、次に、地域ケア会議でのケースマネジメントにより「市町村特別給付」等を駆使したケアプランの作成ができるように育成している。

自治体職員については、高齢者が介護保険を卒業できるように支援すること、できるだけ在宅での生活を可能とするための施策を作ることが行政の責任であることを徹底する。地域ニーズの把握、課題の認識共有、不足するサービスを導入するための条例策定や予算化が自治体の職員の責務であることが研修や地域ケア会議の運営のOJTを通じて実践されている。

和光市の地域包括ケアの理念が住民、事業者、ケアマネジャー、市職員に至るまで浸透共有できるようになっている。

(6) 成果の検証と住民への情報開示

和光市では、介護予防や在宅サービスへの重点化という基本方針について、できる限りエビデンスを提示して住民や議会に説明してきている。

① 要介護認定率の推移

その成果は要介護（要支援）認定率の推移から読み取ることができる。2012年の認定率で見ると、全国17.4%、埼玉県13.8%に対して、和光市は10.2%と低い水準を実現しており、年齢別で見ても、75歳～79歳で全国13.7%に対して和光市は7.5%、80歳～84歳で全国26.9%に対して和光市18.8%と後期高齢者層においても介護予防の効果が表れることを示している。

図1 和光市の認定率の推移（和光市作成資料）

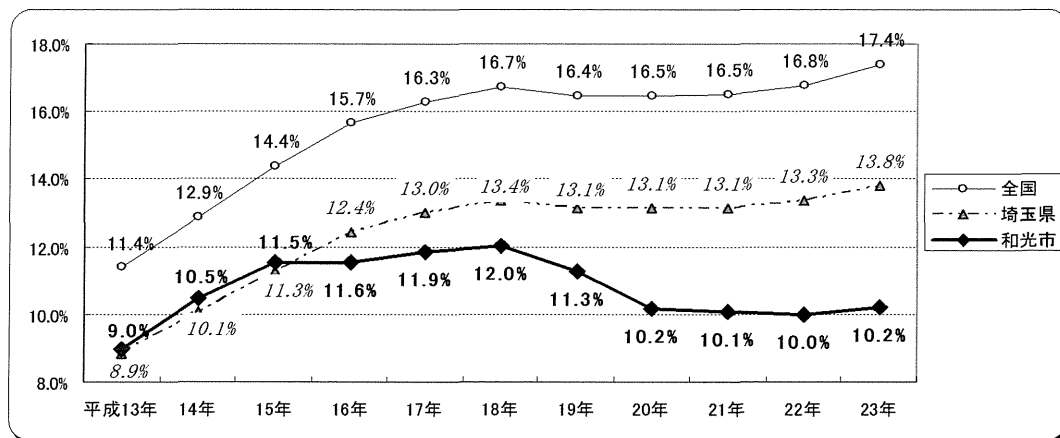
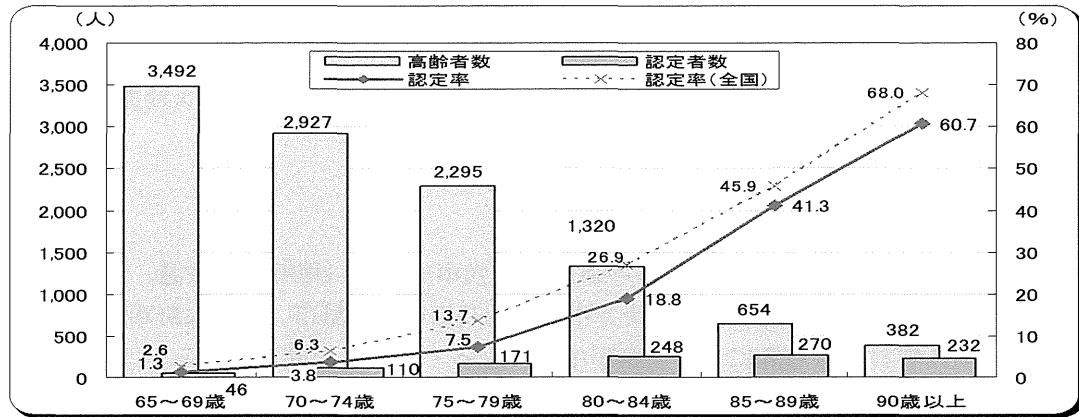


図2 和光市の年齢階級別認定率（和光市作成資料）



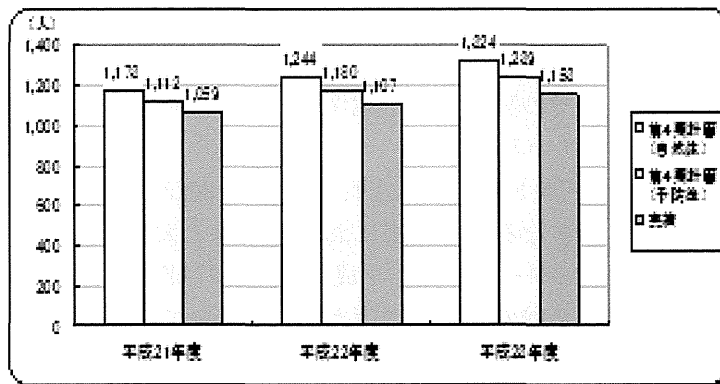
② 5期事業計画における予防効果

和光市の介護保険事業計画では、第4期計画期間中の介護予防実績（要介護認定者の計画数値と実績の比較）を公開し、これを第5期事業計画策定時に、自然体及び予防後の認定者数を明確にして、予防後認定者数をベースに計画を策定している。計画策定の検討の際、予防の効果を具体的に市民に示すことで、介護予防事業への市民の理解が一層進むことが期待できる。

図3 介護予防の効果（和光市作成資料）

介護予防等の効果と認定者推計

図表 4期 認定者数の推移(計画と実績の比較)



図表 第5期 要介護(要支援)認定者数の推計(自然体-予防後)

区分	自然体			予防後		
	24年度	25年度	26年度	24年度	25年度	26年度
要介護(要支援)認定者数	1,297	1,421	1,548	1,233	1,297	1,371
要支援1	45	51	58	41	45	51
要支援2	52	55	52	48	50	53
要介護1	308	345	387	289	317	347
要介護2	257	313	340	271	287	303
要介護3	215	229	242	203	207	211
要介護4	239	251	252	228	241	252
要介護5	150	154	177	143	149	154

③地域ケア会議による要支援者の改善率

平成 23 年 6 月 長寿社会開発研究センターが作成した「地域包括支援センター業務マニュアル」(平成 23 年 6 月)によれば、平成 19 年度における要支援者へのケアマネジメントの結果によると、予防給付導入前と年度末の状況変化を見ると、ケース検討 195 人中改善者数が 126 人、改善率 63.6%となっている。

2. 大分県の実取

大分県では県の主導により平成 24 年度から和光市モデル(地域ケア会議、日常生活圏域ニーズ調査、介護予防事業)をモデル 3 市(豊後高田市、杵築市、豊後大野市)で導入し、さらに、全市町村での導入に向けて県が中心になって取組みを進めている。

県が和光市モデルを学び、県内市町村を継続的に支援して、ニーズ調査実施や地域ケア会議の設置を推進しているケースは全国に例を見ない。

和光市モデルの大分県での導入については、報告 2 において、その経緯や成果を詳細に説明しており、ここでは大分県が主導権を発揮した背景と県が果たした役割に焦点を当てて要約する。

(1) 和光市モデル導入の背景

大分県では第 5 期の保険料が 4,155 円から 5,351 円へ引き上げられ、28.8%の伸びとなり(全国平均では 4,160 円から 4,972 円への引き上げ、19.5%の伸び)、全国 1 位の伸びを記録し、県として第 6 期に向け強い危機感を有していた。県の当時高齢者福祉課長であった幹部が和光市モデルを知り、平成 23 年 12 月に 3 市(豊後高田市、杵築市、豊後大野市)職員とともに和光市視察を敢行、平成 24 年度から和光市の全面協力により、モデル 3 市として地域ケア会議の試行が始まった。

(2) 和光市モデルの県内普及状況

日常生活圏域ニーズ調査は 2013 年度中に 12 市町が実施、26 年度には大分市を含む 5 市町村で実施予定であり、全市町村での実施体制が確保される。そのうち記名式での実施を決めているのは 13 市町村となっている。

地域ケア会議は 2012 年度にモデル 3 市で導入され、その後 2013 年度中に大分市を除くすべての市町村で設置されることとなる。大分市においても県と大分市との丁寧な意見交換を経て、19 ある地域包括支センターのうち、平成 26 年度には市内 3 地域に分けてモデル的に開催し、27 年度の地域ケア会議の制度化に備えることとしている。

(3) 現時点での認定率の推移などの成果

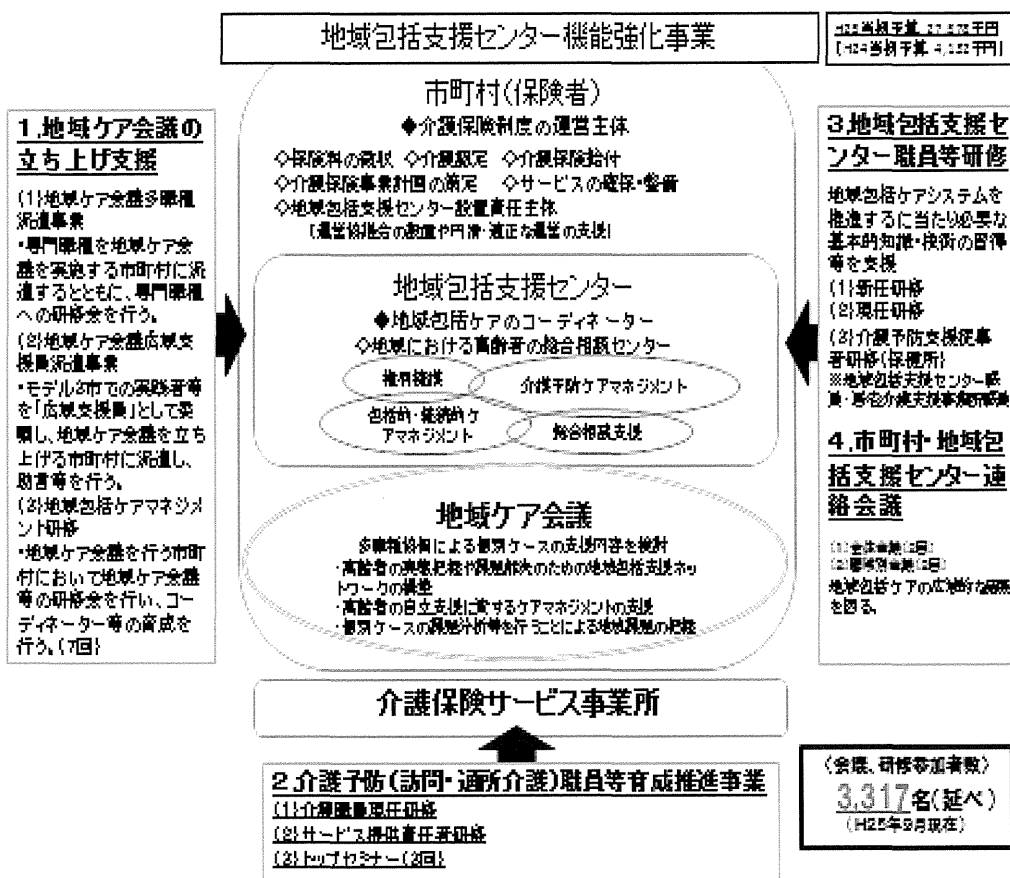
- ①モデル 3 市での 2012 年度中の地域ケア会議開催の結果、2011 年度から 2012 年度の 1 年間で認定率が豊後高田市で 20.1%から 17.8%へ、杵築市で 21.6%から 20.1%へ、豊後大野市で 25.0%から 23.8%といずれも低下傾向を実現している。県全体で見ても、20.1%から 20.0%とわずかながら低下傾向を示した。もちろん、0.1%の低下は僅かな差ではあるものの、2007 年以降毎年認定率が上昇してきたところに、初めて低下傾向に転じたことは注目に値する。(報告 2 図 2、表 1)
- ②モデル 3 市での地域ケア会議での検討ケース 467 件(要支援)のうち要介護度が改善したケースは 83 件で全体の 18%、うち自立に至ったのが 41 件、全体の 9%となり、地域

ケア会議と自立支援型介護予防事業の開始により成果が出始めている。

(4) 県が果たした主導的役割

①大分県は和光市モデルによる地域ケア会議導入等のため、「地域包括支援センター機能強化事業」を2012年度に予算化し、市町村及び介護事業所、専門職種に対してきめこまかな支援を実施している。

図4 大分県地域包括支援センター機能強化事業（大分県作成資料）



1) 地域ケア会議の立ち上げ支援

- ・地域ケア会議多職種派遣事業：専門職種を地域ケア会議を実施する市町村に派遣して研修を行う
- ・地域ケア会議広域支援員派遣事業：モデル3市での実践者（モデル3市の中心的な係長職員や民間医療機関や介護事業所の専門職。現在22名）を「広域支援員」として県が委嘱し地域ケア会議を開始する市町村に派遣して助言
- ・地域包括ケアマネジメント研修：地域ケア会議の司会進行・調整役を担うコーディネーター育成のための研修実施

2) 介護予防（訪問・通所介護）職員等育成推進事業

県内介護保険事業者を対象に、和光市で実践している自立支援型のサービスのあり方やケアプラン立案について研修を実施。

3) 地域包括支援センター職員等研修

地域包括支援センター職員を対象として地域包括ケアの基本的知識、生活機能のアセスメント手法を習得するための研修を実施。

②市町村長への説明

さらに、3モデル市以外の市町村へも和光市モデル導入を進めるため、県の高齢福祉担当の審議監及び担当課長が13市町村長（大分市を除く全市町村）を訪問し、地域ケア会議の重要性や3モデル市での認定率の低下などの実績を説明して、地域ケア会議設置を要請した。

③和光市視察

県が希望する市町村を募り和光市視察研修を開催している。県本庁職員、保健所担当者、市町村職員及び地域包括支援センター職員などが対象となっており、2011年度、2012年度に1回ずつ開催、2013年度に2回開催し、延べ13市、54名が参加している。和光市方式の日常生活圏域ニーズ調査や地域ケア会議の運営方法を現地で学び、実施の必要性を肌で感じた職員が市町村に戻り地域ケア会議立ち上げ等の中核を担っている。

④県庁の組織的な対応

2012年には県保健福祉部高齢者福祉課に、上記の地域ケア会議導入推進を担当する「地域包括ケア推進班」を設置した。翌年には、和光市に職員1名を1年間派遣し、第6期事業計画策定に向けた市町村支援を担える職員の育成を目指している。県としては、今後市町村職員の和光市派遣につなげ、継続的な和光市の自立支援型マネジメントの導入普及を図る考えである。

（5）今後の課題

2012年度はモデル3市の地域ケア会議や日常生活圏域ニーズ調査を実施、2013年度は徐々に全市町村への普及を目指しているところである。

①今後の課題として、大分県保健福祉部では地域ケア会議の普及と内容の充実が不可欠であり、そのための人材育成が課題であるとしている。具体的には、地域ケア会議のコーディネーター役が務められる市町村職員がまだまだ不足しており、IADLの向上を図り自立支援型のケースマネジメントを指導できる人材、すなわち企画力のある、現場と対話のできる人材育成が待ったなしとする。

②さらに、第6期介護保険事業計画に向けては、①の介護予防中心の取組普及に加えて、在宅の限界点を向上させること、すなわち、小規模多機能型サービスや24時間定期巡回・随時対応型訪問介護看護など地域密着型サービスの計画的な確保と在宅医療の推進に取り組むことが必要であり、そのための市町村支援を検討していくとしている。

3. 横浜市の取組

横浜市は2009年4月に待機児童数全国1位(1,290人)となり、待機児童解消に向けて横断的かつ機動的に対策を講ずるために、2009年10月に市長直轄の「保育所待機児童解消プロジェクト」を発足させた。本プロジェクトでは子育て関係者へのヒアリングや2008年11月に実施した保育等のニーズに関するアンケート調査をもとに分析を行い、その上で翌年3月に報告書をまとめた。

本報告書に盛り込まれた施策を22年度以降実行に移し、2010年4月の待機児童数1,552人(全国1位)から2012年4月の179人とわずか2年で劇的に減少させることに成功し、2013年4月にはついに待機児童が0人になったことを公表した。「横浜方式」による待機児童対策は全国的にも注目を集めており、本プロジェクトによる待機児童対策の経緯と概要、成果を生んだ成功要因について明らかにする。

(1) 保育所待機児童解消プロジェクト(2009年10月)

①プロジェクト体制

本プロジェクトは市長の直轄のプロジェクトとされており、メンバーは本庁の子育て支援・保育担当課及び区役所の子育て担当に加え、都市計画や開発を担当する本庁のまちづくり調整局及び都市経営局(当時の組織名称)の職員も参画している。本庁のみならずより現場に近い区役所の職員が参加していること、本庁の中では子育て支援担当に加えて、多様な手法を検討できるよう都市政策を担当する部署も参加していること、課長、課長補佐、係長など管理職から若手職員に至るまで様々であるなどの特徴を有している。

②検討手法

効果的な待機児童対策を検討するために①事業所等ヒアリングの実施及び②2008年に実施していた市民(保護者)向けアンケート調査結果の分析を行った。①のヒアリング先は保育所、幼稚園、子育て支援のNPO法人、鉄道事業者、マンション事業者、保護者など多岐にわたる。②のアンケート調査の分析結果から、未就学児童の保護者で就労希望者のうち約9割がパート勤務、週3日程度、1日4時間程度の緩やかな働き方を希望しているにもかかわらず、保育所入所要件にあわせて無理をして週4日以上就職をするなど、保育所の制度に合わせて親の働き方を決めざるをえない実態が浮き彫りになった。また、保護者の希望が認可保育所に集中するのは、認可保育所が長時間の保育時間、保育士の手厚い配置、安価な保育料利用などのメリットがある一方、他の保育サービスが割高であったり、区役所に情報が少なく情報提供が不十分ということも判明した。

③保育所待機児童解消プロジェクト報告書(2010年3月)

プロジェクトチームの報告書では、「量の提供」から「選択性の高い総合的対応」への転換を今後の政策の基本方針として打ち出し、具体的な施策として、認可保育所の新規設置に加えて、①横浜保育室や家庭的保育などの小規模保育、幼稚園の活用、一時保育など多様な保育サービスの充実、②保育サービス提供者と保護者をマッチングする「保育コンシェルジュ」の設置、③地域資源を活用した効率的な取組を促進するため、取組主体を区役所とする推進体制が提案された。

これを受けて2010年度から各区役所ごとに「緊急保育対策チーム」を設置し、待機児童

対策を専門的に担う「緊急保育対策担当係長」を8区に配置したほか、本庁こども青少年局にも専任の緊急保育対策担当を置き、各区の一元的な相談窓口とする体制が整った。

(2) 報告書を踏まえた施策の展開

①小規模保育の推進

認可保育所のような大規模施設の増設は、都市部では地価が高く、空き地を確保することが困難であり、機動的に増設することは難しい。そこで、認可保育所の受け入れ拡大に加え、横浜市単独助成事業である「横浜保育室」や「家庭的保育」のような小規模なもの、また、幼稚園の預かり保育や乳幼児一時預かり事業など多様な保育サービスを拡充した。

②区役所における地域特性に即した対策の推進

1) これまで区役所は保育所入所申請手続き等いわゆる現業部門を担当し、保育所等の整備計画のような企画立案は本庁のこども青少年局企画立案で分担していた。しかしながら、待機児童解消には、保育所の定員割れの状況や預かり保育実施幼稚園の分布、修学前児童人口の推移、新たなマンション・宅地開発計画など詳細な地域分析が必須になる。そこで効果的な施策展開のために、区を取組の主体と位置づけ直し、詳細な地域分析を区が実施することにより、整備すべき場所をピンポイントで把握して、その場所で保育に適した土地や建物を探し運営法人とマッチングするという活動を展開した。

2) 区役所によるもうひとつの重要な取組が「保護者への丁寧な対応」である。2010年4月時点での待機児童1,552人の家庭全世帯に「保育所待機児童実態調査」を実施した。翌年6月に全区に「保育コンシェルジュ」を配置して保育所に入所できなかった家庭へのフォローができる体制を確保した。先に述べた多様な保育サービスの量的拡大は当然必要であるが、二段目の取組として、保育コンシェルジュが個々の待機児童の家庭状況を正確に把握してその家庭に合った保育サービスへ結び付けることに踏み込んだ。

3) さらに、区の職員が現場を回る中で把握した課題を解決するために事業化された施策もある。家庭的保育に適した空き部屋の物件情報を集める「物件情報システム」、「地域を限定して横浜保育室の家賃助成を引き上げる取組」、「生活保護世帯を対象とする横浜保育室利用料補助」、「日本語のできない外国人のために日本語でアフターフォローを行い支援する取組」など、地域課題に即したきめこまかな支援策を展開した。

③都市開発における本庁建築部局との連携

大規模マンションの開発は人口移動と保育ニーズの急増をもたらすことから、横浜市では2012年「横浜市大規模共同住宅の建築等に関する保育施設等の設置の協力要請に関する要綱」を制定して、開発計画の申請段階で市が開発事業者へ保育施設の設置につき協力要請を行うこととしている。建築部局の協力のもと、保育施設設置に協力する場合の容積率緩和措置を行い、事業者と協議を行い大規模マンション建設時に保育施設の設置を併せて進めている。

④幼稚園の預かり保育事業の充実（横浜市幼稚園協会との連携）

幼稚園における「横浜型預かり保育事業」は、平成22年度から横浜市の待機児童対策として位置づけられ、地域の重要な保育資源として、認定園の拡充が課題となっていた

(1997年モデル事業9園、2009年67園)。認定園拡大にあたっては、未実施園へのアンケートを実施して、実施できない理由を分析し、担当職員が個別に幼稚園を回りヒアリングを行うとともに、横浜市幼稚園協会と継続的に協議を行った。その結果、幼稚園協会からの提案に基づき、2010年度に「横浜型預かり保育事業（通常型）」へのステップとして、簡易モデル「平日型」の預かり保育事業が創設された。「平日型」は開設時間を平日は「通常型」と同じく朝7時半～18時半とするが、土曜は休園、夏休み期間は5日まで休園日を設定できる制度である。

さらに、3歳未満児だけを対象とする「横浜保育室」と横浜型預かり保育事業を実施する幼稚園との連携事業も提案された。両園の児童が年間を通じて行事などで交流を行い、幼稚園の充実した園庭などを保育室の園児に開放するとともに、幼稚園は連携する保育室からの3歳児の入園を受け入れるというものである。年齢に応じた専門性の高い施設同士で連携し、子どもが3歳になるときの入所先を探す不安を解消し、児童が環境変化のストレスなくスムーズに幼稚園（預かり保育）に移行できるメリットがある。

こうした横浜市幼稚園協会との連携により、預かり保育実施園数は、2009年の67園から2013年には131園にまで増加した。女性の就業率の上昇、女性の働き方の多様化によって、幼稚園の預かり保育の待機児童対策における重要性は一層高まっている。

【横浜型預かり保育の概要】

- ①平日：7時半～18時半（11時間開所）
- ②土曜：7時半 15時半（ただし、「平日型」の園は土曜休園）
- ③夏休み期間開園（ただし、「平日型」の園は5日以内で閉園可。）

開設時間	7:30～9:00	9:00～14:00	14:00～18:30
位置づけ	預かり保育	幼稚園の正規の教育時間	預かり保育

(3) 今後の課題

継続的に待機児童を解消するには、既に発生した待機児童の把握だけでなく、これから生じる保育ニーズをできるだけ正確に見込むことも重要になる。横浜市は特に「エリアの特性」と「児童年齢」に着目した保育ニーズ動向を把握することが必要だという。すなわち、エリアの特性としては、鶴見区や神奈川区の臨海部のように、工場地帯から大規模マンションに土地転換が進んでいるエリアと、かつて開発が行われ現在は高齢化が進んでいるエリアとでは保育のニーズは全く異なり、引きつづき地区ごとの丁寧なニーズ把握が必須である。また、年齢別では、4月時点で保育所入所児童が定員を下回っているのは0、4、5歳児であり、育児休業明けとなる1歳児から3歳児までは定員を超えて入所している実態がある。需要の多い3歳未満児の保育を小規模な保育拠点整備で対応し、4歳以上児は幼稚園の預かり保育事業の拡充を図るとともに、双方の園を連携交流を推進するなどにより、必要なサービスを必要量、機動的に確保する方策が益々重要になる。

4. 柏市の取組

柏市では、2009年6月に、柏市・東京大学高齢社会総合研究機構（I O G）及びUR都市機構の3者で「柏豊四季台地域高齢社会総合研究会」を設置し、2010年5月には三者協定を締結し、「在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムの実現」を目指し、具体的な手法として①在宅医療システムの構築、②サービス付き高齢者向け住宅と在宅医療を含めた24時間在宅ケアシステムの実現、③生きがい就労の創成の3本の柱からなる事業を推進している。本報告では①及び②を考察対象とする。

（1）在宅医療の推進

①柏市が事務局となり、医師会をはじめとした関係者との話し合いを推進するために、5つの会議を設置している。都道府県ではなく、市が主体となり在宅医療を推進する体制を構築している。

- 1) 医療WG（医師会を中心に主治医・副主治医制や病院との関係を議論）
- 2) 連携WG（多職種代表によるルールの決定機関、医師会からは、会長、副会長、在宅プライマリケア担当理事、介護保険担当理事が出席）
- 3) 試行WG（主治医・副主治医制度や多職種連携について試行検証）
- 4) 0病院会議（救急告示病院による在宅医療バックアップや退院調整について議論）
- 5) 顔の見える関係会議（年4回開催。毎回150名前後が参加）

②主治医・副主治医制

主治医（外来と在宅両方行う）患者を主に訪問診療する医師）と副主治医（在宅がメインの）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している。現在、主治医6名、副主治医2名で試行中である。

③在宅医療研修の実施

医師及び多職種を対象に在宅医療の推進及び多職種連携の促進を目的とした研修を柏市が実施。三者協定に基づきI O Gが研修プログラムを作成協力している。2013年1月の在宅医療研修は、はじめて柏市及び柏市医師会が主催し、医師5、6名を含む50名が参加している。

④市民への啓発

2012年度はふるさと協議会（町会・自治会・老人会等役員から構成）・民生委員等を対象として計63回・計1,600人に対して意見交換会を開催している。

⑤地域医療拠点の創設

UR豊四季団地の中心部に、柏市医師会、柏市歯科医師会、柏市薬剤師会の共同で「柏地域医療連携センター」を創設して地域医療の推進と多職種連携の拠点として、2014年4月より運営開始予定である。柏市の在宅医療担当セクションである「福祉政策室」の行政部門も本センターに移転する予定であり、政策担当の行政機能と医師会など在宅医療の当事者が一体となって在宅医療を推進する拠点は全国でも珍しい取組であり、今後の運営成果が期待される。

(2) サービス付き高齢者向け住宅と在宅医療を含めた24時間の在宅ケアシステム

豊四季台団地内に新設されるサービス付き高齢者向け住宅に、医師会の推薦による主治医・副主治医診療所を含め、様々な医療・介護サービスを組み合わせたモデル拠点を整備している。URによる公募だが、その内容は柏市及び東大IOGも検討に参加し、公募要項を策定している。豊四季台団地に新設されるサービス付き高齢者向け住宅のテナントとして、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、薬局、小規模多機能型サービス、グループホーム、地域包括支援センター、子育て支援施設、地域交流スペースを確保し、24時間対応の在宅ケア拠点が2014年5月に完成する予定である。

(3) 推進体制

① 推進役を担う関係者の連携体制の構築

東京大学高齢社会総合研究機構（IOG）の常設化を契機として、平成21年に柏市、東京大学高齢社会総合研究機構およびUR都市機構の三者で、今後の超高齢社会におけるまちづくりについて検討する研究会が設置され、その後、平成22年には三者協定を締結した。

柏市：まちづくりや介護保険実施主体。事業計画策定、市医師会など在宅医療分野をはじめとする関係者のコーディネーター

東京大学高齢社会総合研究機構：超高齢社会に対応する社会システムの検証と国内外への発信。専門家による企画・提案。

UR都市機構：住民の高齢化が顕著な豊四季団地の建て替え事業実施主体

上記3者が各々の強みを活かして、役割分担しながら、柏市の「長寿のまちづくり」モデルの検討推進体制を敷いている。

② 柏役所が中核的な役割を担うための柏市の組織改革

在宅医療を推進するには、市町村が主体性を持ち、地域の医師会等と連携して取り組むことが不可欠であるとの観点から、保健福祉部に在宅医療政策を担当する「福祉政策室」を新設（2013年度12名体制）した。介護保険を所管する局に「福祉政策室」を新設することで、日常生活圏域での在宅医療の所管組織が明確になるとともに、医師会との連携および介護保険サービスとの連携調整を強力に進めることが可能となったものと評価できる。

D. 考察およびE. 結論

1. 4自治体での先進的な取組の比較

以上見てきた4自治体の先進的な取組は自治体の人口規模や地域課題が様々異なる中で、展開されているが、先進的な取組のきっかけや背景事情、キーパーソン、施策の目標、推進体制、成果などにおいて共通事項は見いだせるであろうか。表3において項目毎に整理比較を試みた。

表3 4自治体の取組比較の一覧表

	和光市（埼玉県）	大分県	横浜市	柏市（千葉県）
目標	地域包括ケアシステムの構築（介護保険の卒業と高齢者の尊厳）	和光市モデルの導入	待機児童をゼロにする	在宅医療を含めた地域包括ケアシステム
基本方針	介護予防と24時間対応在宅生活支援	県内市町村における日常生活圏域ニーズ調査と地域ケア会議の実施	「量の提供」から「選択性の高い総合的対応」へ。	在宅医療システムの構築と24時間在宅ケアシステムの実現
牽引役となるキーパーソン	現保健福祉部長（東内京一氏）	大分県保健福祉部（審議監及び高齢者福祉課課長）	現横浜市長林文子氏（待機児童解消が公約）	平成22年柏市、東大、URの3者協定を締結。
取組のきっかけ	介護保険法の法目的（自立支援）の重要性を当初から認識（東内氏）	第5期介護保険料の大幅引上げ。県及び市町村において危機感を共有。県幹部が和光市モデルを研究。	○2009年4月待機児童全国ワースト1位 ○現市長が待機児童解消を公約に当選。	東大高齢社会総合研究機構の常設化を契機として、3者の研究会「柏豊四季第地域高齢社会総合研究会」を設置。（2009年）
政策検討の組織体制	地域包括支援センターを中核とするケア体制が既に構築。住民、事業者、行政に市の基本方針が浸透。	県の主導及びモデル3市（豊後高田市、杵築市、豊後大野市）	市長直轄で庁内織横断型プロジェクトの設置。区役所への権限移譲。係長クラス若手職員の活用。	市の保健福祉部に在宅医療を担当する「福祉政策室」（職員12名）を新設
取組の先進性	○ニーズ調査と地域ケア会議の浸透 ○計画に基づく在宅拠点整備（特養新規建設はなし） ○多様な介護予防事業と成果の実現	○県保健福祉部のリーダーシップと継続的な市町村支援 ○モデル3市が他の市町村での地域ケア会議立ち上げをサポート	○区役所毎に地域課題と保育ニーズを把握。 ○区役所主導、本庁サポートにより、市独自事業を企画・事業化。 ○事業所との連携（幼稚園） ○団体による柔軟な保育事業を展開	○市が主体的に在宅医療を推進。医師会等との連携。行政と医師会（在宅医療推進の実務部門）の連携拠点創設。 ○東大の企画協力、UR豊四季団地再生計画の活用による拠点整備
成果	○低水準の要介護認定率の継続 ○十分なアセスメントによるケアマネジメント（要支援者の改善・介護保険卒業）	○ニーズ調査は平成26年度までに全市町村で実施予定。（記名式は13市町村） ○地域ケア会議は平成25年度中に大分市を除くすべての市町村で実施予定。大分市は2014年度にモデル実施。	○2013年4月に待機児童ゼロを実現、公表。	○市と医師会等の信頼関係の構築。 主治医・副主治医制の展開。 ○UR団地における在宅医療及び24時間対応在宅生活拠点整備（2014年完成）
今後の課題	和光市モデルを子ども・子育て支援新制度に適用	24時間対応在宅拠点や医療との連携が次の課題	女性の就労率向上が見込まれる中、延長線ではないさらなる待機児童対策が必須。	○完成した拠点の運用による在宅医療のさらなる推進と成果

2. 自治体が地域包括ケアシステム構築に向けて果たすべき役割

C. 結果に詳述した4自治体における取組概要と表3を踏まえ、地域包括ケアの主体ともいうべき基礎自治体である「市町村」及び市町村を支える「都道府県」が果たすべき役割を各々抽出し、考察したい。

(1) 市町村の果たすべき役割

①基本方針の設定

第1に目標及び基本方針の設定である。介護保険事業計画（和光市）やプロジェクト報告（横浜市）、3者協定（柏市）において、基本方針が明確に示されている。基本方針は新規の施策を創設したり推進する上で、常に羅針盤として、施策内容との整合性を確認するために必要になる。

②生活圏域でのニーズの把握

第2に生活圏域毎のニーズの量的把握である。人口構造の違いから、高齢者ケアや保育のニーズ量は様々であるが、全国的に財政が厳しい中で、基本方針を実現するために必要なサービスを必要な地域に必要量だけ整備する、あるいは再編することが必要になる。4自治体ではそのためのツールとして、日常生活圏域ニーズ調査（和光市、大分県内市町村）、区役所毎の地域分析（横浜市）、UR団地での団地再生検討（UR、東大、柏市）が行われ、定量的なニーズ把握が行われている。

③自治体独自の施策や事業の創設

第3が自治体独自の施策である。地域によってニーズが様々異なることをニーズ調査によって把握すれば、当然必要なサービスも地域によって異なってくる。国の一律の「介護保険給付」によるケアサービスや「認可保育所中心の保育サービス」だけではニーズに機動的に対応することは困難である。

和光市では、条例策定による「市町村特別給付」（介護保険財源）や一般高齢者対策（市の一般財源）により、和光市独自の配食・送迎、住宅改修、家賃助成など在宅限界点を引き上げるための事業が用意されている。

横浜市では、市独自の「横浜保育室」（3歳未満児）、幼稚園における「横浜型預かり保育（通常型）」、幼稚園団体の提案を柔軟に受け入れて平日のみの保育を担当する「平日型」の預かり保育、待機児童家庭の状況を把握してマッチングを図る「保育コンシェルジュ」など独自事業が展開され、待機児童解消に効果を挙げている。さらに区役所毎のきめこまかな支援事業も多数導入されている。

柏市では、通常都道府県が担当する医療のうち、在宅医療については介護と同様に生活圏域で整備すべきと考え、市が担当することとして、医師会との連携を直接実施している。三者協定を活用して医師会と行政（柏市）の共同で在宅医療拠点をUR団地に整備する途上である。

市の独自施策には、条例制定、事業所との間での公募要項や協定書、事業者団体との意

見交換を通じた提案、医師会との継続的協議など、自治体職員の企画力や行動力に裏打ちされた政策形成が存在している。

④組織横断型・ボトムアップ型検討体制の構築

第4が組織体制である。もちろん、先進的な取組の牽引役として、自治体の首長（横浜市：市長のリーダーシップ）や「カリスマ公務員」などと言われる自治体の幹部職員（和光市：現保健福祉部長）が存在し、トップダウンの強い推進力が発揮されたり、柏市のように東京大学とURという企画力と基盤整備力のある2機関の協力という特殊な牽引役が介在したという、特段の事情が機能したことは否定できない。

しかしながら、それ以上に重要と思われる共通項はボトムアップの政策検討を可能とする組織体制ではないだろうか。

和光市であれば各地域包括支援センターの中核職員が主導する地域ケア会議のネットワーク体制であり、横浜市であれば本庁と区役所合同の組織横断型プロジェクトや区役所への計画立案権限移譲である。柏市では保健福祉部に福祉政策室を設置して室長以下12名の職員が医師会との連携協議など在宅医療推進に当たっている。

明確な基本方針（例：待機児童をゼロにする（横浜市））はトップダウンで示すとしても、その後の政策推進は継続的な地道な取組が不可欠であり、地域に精通した現場からの発信が鍵を握ることが想像できる。

⑤政策成果の開示（住民への説明責任）

第5に政策の成果を住民に理解してもらえよう、できるだけ定量的に示し、説明責任を果たすことである。和光市や大分県モデル3市では、地域ケア会議等による介護予防効果として、認定率の低下等を数値で示して政策への理解を住民に求めている。横浜市では2013年度待機児童がゼロになったことを記者公表し、一躍全国に横浜方式を有名にした。

（2）都道府県が果たすべき役割

1998年の介護保険法施行以降、地域包括ケアでは保険者である基礎自治体（市町村）の機能強化が強調され、都道府県については、都道府県介護保険事業計画の記載事項（介護保険第法118条）で見ても、「広域調整」や「事業者の確保や資質の向上（人材育成）」、「市町村への技術的助言」などその役割について規定されているものの、地域包括ケア体制の構築に当たり、都道府県が具体的に市町村への支援機能としてどのような役割を果たすべきなのか、必ずしも明確になっていない。

一方で、市町村サイドにしてみても、特に人口規模の小さな自治体では、介護も、子育て支援も、生活困窮者支援も少ない職員体制で担当せざるをえず、地域課題を自ら解決する計画づくりや独自の施策を創設しようといっても現実にはそう簡単なことではない。

そのような中、大分県での取組は、17市町村すべてを支援対象として、第一段階はモデル3市を支援して地域ケア会議を試行し、中核職員に成長した3市の職員を支援員とし

て活用し、他の市町村への展開を支援するというものであり、1市町村の努力だけではおそらく取り組めなかった先進的な取組を、県内の全市町村に極めて短期間で波及できる可能性を示唆している。

大分県の取組から整理すると、地域包括ケアにかかる県の役割として、「見える化」と「介入・支援」として、以下①～⑤のような市町村への支援の段階が考えられるのではないかと。

①県内市町村のデータ比較（見える化）

第1に見える化である。市町村毎の人口減少・高齢化の状況、保険料の推移、要支援者割合等、データ比較を行い、市町村ごとの強みと弱みを把握して、市町村、特に首長に提示することが重要である。大分県全体でも第五期の保険料の伸び率が全国1位となり、県と市町村で危機意識を共有したほか、モデル実施の成果（改善率や認定率の低下）を未実施の市町村長に提示してトップセールスを行ったことは非常に効果的であった。

②先進的モデルの研究とモデル実施

第2に、先進的な取組を県内地区を限定してモデル的に実施することである。大分県では県の幹部が、認定率の低下や軽度者の減少に効果をもたらす介護予防で有名な「和光市モデル」を研究し、「和光市に学ぶ」という方針のもと、和光市方式のニーズ調査やケア会議手法をまずはモデル3市で試行実施した。1市町村では短期間で「和光市モデル」を実施することは不可能であるが、県が和光市視察を企画し、和光市の部長の全面協力を取り付け、和光市が開発したニーズ調査様式やケア会議検討様式を活用しての試行にこぎつけている。

③モデル実施の内容と成果の普及啓発（先進的モデルの面的広がり）

第3にモデル実施を他の市町村にも発展させることである。県の幹部が、モデル3市での取組の結果（認定率の低下傾向、要支援者の改善率）をもって他の市町村長を訪問して、和光市モデル導入に理解を求めた。その結果地域ケア会議やニーズ調査、介護予防事業展開など他の市町村へ広がりを見せている。県が主導することで継続的なサポートも得やすく、市町村も新しい取組に踏み出しやすいと推察される。

④継続的な支援

第4に継続的な支援である。モデル市での取組の中核を担った市職員（係長クラス）や先進的な事業所の専門職種などを「広域支援員」として県が委嘱して、他の市町村への技術的助言役として派遣して、継続的な市町村支援を図っている。人事面でも、平成25年度は県から1名和光市に職員を派遣し、来年度以降市町村からの派遣につなげる方向で検討する等、市町村ばらばらに対応することが困難な人事面でのサポートも担っている。

⑤今後の課題や方針の提示

第 5 に今後の課題や方針の提示である。大分県では地域ケア会議やニーズ調査の全市町村での実施を当面の目標としているが、それで終わりではなく、多くの課題が残っている。すなわち介護予防のさらなる充実に加え、24時間対応在宅拠点整備や在宅医療の推進など主に重度者への対応などである。県がモデル市を模範としつつ、今後の施策推進の方向性を提示することで、市町村が一つ一つ段階を踏んで施策をステップアップさせることを可能にする。

(3) 自治体が「役割」を担うための留意点

上記(1)及び(2)で自治体が担うべき役割を考察したが、一般的な自治体がこれらの役割を的確に担っていくための留意点について、4自治体の取組の考察から、最後に4点提案したい。

国が先進事例集を作成して情報提供したり、自治体サイドも先進事例と言われる自治体への視察を行っているにもかかわらず、実際に上記役割を担って、先進事例を実際に導入しようという段階までにはなかなか至らないのが実情であろう。

政府も審議会の資料などで地域包括ケアや子育て支援策の先進的取組事例の収集と紹介に力を入れている。和光市や横浜市では、全国自治体や議会、福祉系事業所団体等から視察を数多く受け入れている。しかしながら、こうした先進事例の紹介が必ずしも他の自治体への波及に結びついていないのが現状でもある。

以下の提案は、先進事例がなかなか他の自治体に普及しないのはなぜか、どうすれば先進的な取組に一般的な自治体も着手しやすくなるのか、について考える一助になるのではないかと考える。

①先進事例の収集と活用策（横浜市の「調査季報」をお手本に）

厚生労働省が昨年9月にとりまとめた「都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築」（都市部の高齢化対策に関する検討会報告書）では、各地域の好事例の蓄積と共有が重要であるとしつつ、厚労省は単なる事例の紹介にとどまらず、プロセスやノウハウを含めた事例集を作成して自治体に広く提供すべきと提言している。

この提言をまさに実行している事例がある。横浜市の「調査季報」の刊行である。

「調査季報」は1963年に創刊され、2013年に50周年を迎えた。担当部署である政策局政策課の「政策支援センター」は、市の組織規程上、「政策支援に関すること」、「政策に関わる課題及び都市問題の基礎的調査・研究」を所管しており、「調査季報」の発行に加えて、市民意識調査の実施、市民生活白書の発行、各種研究会の開催などを担当している。

たとえば、「調査季報」vol.172では「横浜の子育て支援」が特集されているが、横浜方式の独自施策が誕生するまでの検討過程や、区役所の若手職員が地域分析をどのように実施し、新しい事業導入に至ったか、幼稚園団体との意見交換から生まれたアイデアなど、正式に公表された「報告書」や議会承認を経た「予算概要」のような、完成した施策や事