

研究員 の眼

「地域の実情」に応じた医療・介護体制はどこまで可能か(3)

行政の権限強化だけで解決できない難しさ、合意形成が重要に

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 上席研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～関係者との合意形成が重要に～

2024年度は医療・介護分野で多くの制度改正が予定されており、様々な見直し論議が進んでいます。こうした中、[第1回](#)で確認した通り、国の審議会資料などでは、医療・介護提供体制を整備する際の視座として、「地域の実情」という言葉が多用されています。さらに[第1回](#)では、「地域の実情」に沿った対応が必要な理由とか、「地域の実情」を踏まえないまま、事業や制度ありきで物を考えてしまう自治体サイドの「事業頭」「制度頭」の悪弊なども指摘し、[第2回](#)ではデータ面によるマクロの把握だけでなく、個別事例の収集・分析を通じたミクロの積み上げが求められる点などを指摘しました。

第3回は合意形成の重要性を強調します。[第2回](#)でも少し触れた通り、「地域の実情」に応じた医療・介護提供体制の構築には関係者の合意形成が重要になります。

しかし、一部には「自治体の権限を強化すべきだ」という意見が根強くあります。第3回では、こうした意見が短絡的である点を指摘するとともに、「自治体は何を実施したらいいのか」「どんな姿勢で自治体が臨めばいいのか」といった点を具体的に考察します。

2—関係者の合意形成が重要な理由

1 | 民間中心の提供体制

まず、医療・介護の提供体制で、国や自治体のウエイトがどれだけ小さいか見たいと思います。医療提供体制に占める国・自治体のウエイトは極端に低く、病院数で見ると、[図1](#)の通りに国は3.9%、都道府県との関係が深い公的医療機関¹は14.6%にとどまる一方、民間の医療法人が69.2%を占めています。一方、民間医療機関の規模は総じて小さいため、病院の病床数で開設者別シェアを見ると、国の比率は8.3%、公的医療機関のウエイトは20.5%に上がりますが、それでも医療法人は55.7%を占めています。

こうした構造は新型コロナウイルスへの対応で、国や都道府県が病床を確保する上でのボトルネッ

¹ ここで言う「公的医療機関」には都道府県、市町村による公立病院に加えて、済生会や日本赤十字などの病院も含まれている。両者を区別して表記する時もあるが、以下、公立も含めた概念として、公的医療機関で統一する。

クの一つとなり、2021年通常国会では感染症法などが改正され、国や都道府県が民間医療機関に病床確保を勧告できるようになりました²。

さらに平時モードの改革である「地域医療構想」に関して、都道府県の権限が強化されましたが、有事、平時ともに法改正時に「あくまでも協力を中心に」³、「実際に使うということを想定しているわけではない」⁴といった国会答弁が示されており、民間中心の提供体制が完全に軌道修正されたわけではありません。

一方、介護については、都道府県や市町村が事業所の指定権限を有しており、医療に比べると行政の権限は大きいと言えますが、制度創設時から「民間活力の活用」が意識されたことで、提供体制に占める国や自治体のウエイトは低くなっています。

しかも、原則として医療法人しか参入できない医療⁵と違い、介護では株式会社やNPOが数多く参入しており、例えば訪問介護では営利法人が70.3%を占めるのに対し、自治体は0.2%にとどまります（2021年現在）。

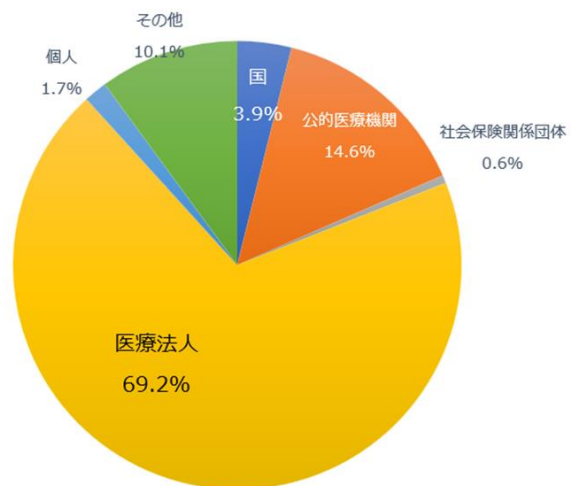
以上のような状況を踏まえると、国や自治体が自らコントロールできる部分は極端に小さく、「地域の実情」に応じた医療・介護提供体制を実現するボトルネックになる面があります。例えば、地域医療構想に基づく病床推計が150床ほど余る地域について、もし国や自治体が運営する病院が大宗を占めていれば、自らの判断で病床削減を決定できます（それでもアクセスが悪くなる住民への説明が課題となります）。

しかし、民間中心の提供体制では、都道府県がいくら将来の推計やビジョンを示しても、民間に強制力を行使できるわけではありません。ここに「国や自治体の権限を強化すべきだ」という意見が出る背景があります。実際、財務省は財政制度等審議会（財務相の諮問機関）の席上、都道府県の権限強化を促す資料を何度も提出しており、2023年5月に公表された直近の建議（意見書）でも、「もう一步踏み込んだ法制的対応が必要」と主張しています。さらに、有識者の間にも「国や自治体の権限を強化せよ」「自治体のガバナンス向上を」などと威勢の良い意見をチラホラ見掛けます。

2 | 権限強化の議論がなぜ間違っているか

では、国や自治体の権限を強化すれば済むのでしょうか。こうした意見について、筆者は「広域的な対応など権限強化も検討する余地はある」と考えていますが、いきなり権限強化に結び付ける意見

図1：開設者別で見た病院数の内訳（2021年現在）



出典：厚生労働省資料を基に作成

² 民間中心の提供体制がボトルネックになった点については、2022年7月20日拙稿「[医療提供体制に対する『国の関与』が困難な2つの要因を考える](#)」を参照。

³ 2021年2月3日、参院内閣委員会・厚生労働委員会連合審査会における田村憲久厚生労働相の答弁。

⁴ 2014年4月23日、第186回国国会議録衆議院厚生労働委員会における原徳壽医政局長の答弁。

⁵ ただし、特別養護老人ホームなど施設系サービスは社会福祉法人などに限定されている。

には違和感を禁じ得ません。そもそも民間の医療機関や介護事業所には「営業の自由」が担保されており、自由を制限するのであれば、それを上回る公益性が求められます。このため、いくら医療・介護の提供体制改革が重要と言っても、自由よりも行政による強制や統制を前提とする発想について、自由を貴ぶ筆者には受け入れ難い面があります。

さらに、実務面でも非現実的です。医療・介護の現場では、そこで働く従事者と、サービスを利用する患者・利用者が存在しており、毎日稼働しています。それにもかかわらず、現場を知らない自治体職員が現場に土足で上がり込み、「この病床は過剰です」「この介護事業所は予防に力を入れるべきだ」などと言っても、理解を得られるとは思いません。

実際、地域医療構想に伴う病床再編が進まないとして、厚生労働省が2019年9月、「再編・統合に向けた検討が必要な公的医療機関」を名指ししたところ、首長や現場の経営者、従事者が「強引な手法」と猛反発し、厚生労働省は地方への説明などに追われました⁶。

現場に目を向けても、仙台医療圏の4つの公的病院について、宮城県が再編統合案を打ち出したところ、仙台市長や患者団体が反発し、調整は難航しています。県の判断を伝える報道記事⁷を見ると、人口減少に伴う医療需要の減少とか、県全体の医療機関配置のバランス、医師の残業を制限する働き方改革⁸の影響、病院施設の老朽化対応や経営改善の必要性などの理由が説明されており、かなり首肯できる内容を多く含んでいます。

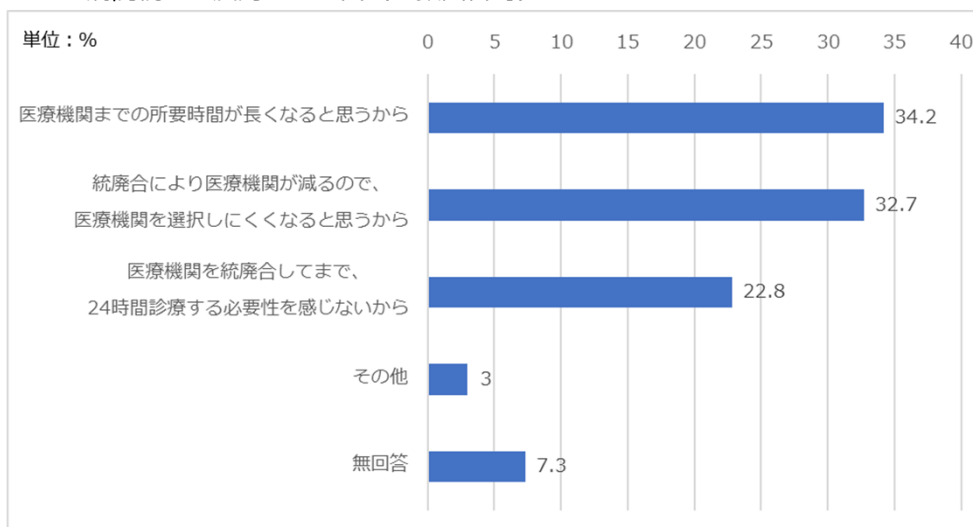
しかし、「目の前の病院が消える」といった事態に直面した時、地元の市町村長や住民、患者、現場の従事者などから不安や不満が出るのは当然と言えます。こうした形で病院や病床の再編を巡り、地方自治や診療の現場が混乱したケースは枚挙に暇がありません⁹。

ここで、少し面白い調査結果を紹介します。コロナ禍の前に内閣府が公表した世論調査で、「医療機関の統廃合の賛否」を尋ねたところ、「賛成」「どちらかといえば賛成」を合わせると、計

68.9%の人が賛成と答えています。

一方、「反対」「どちらかといえば反対」と答えた人に理由を問うたところ、図2のようにアクセス

図2：病院統合に反対する理由（複数回答可）



出典：2019年11月公表の内閣府「医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査」を基に作成
注1：回答者数は790人。

⁶ 当時の経緯については、2019年10月31日拙稿「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」を参照。

⁷ 2021年12月28日『河北新報』などを参照。

⁸ 医師の働き方改革については、2021年6月22日拙稿「[医師の働き方改革は医療制度にどんな影響を与えるか](#)」を参照。

⁹ 最近の目立ったケースとしては、秋田県大館市の扇田病院に関して、市が無床化を提案したのに対し、住民団体が反発して議論がストップした。愛知県東栄町では2021年、町営診療所の機能縮小を巡り、町長の出直し選挙に発展した。

の悪化が理由に挙がっています。これを少し戯画っぽく説明すると、こんな感じではないでしょうか。

夜の情報番組で、日本が世界一の病床大国であることが紹介され、コメンテーターが苦虫を噛み潰したような表情で、「医療には数多くの岩盤規制がありますから」「医療の抵抗勢力を一掃する必要があります」などと言っているのを見て、会社員の Aさんは食後のコーヒーをすすりつつ、「医療界の発想は古いんだよ」「だから医療機関も統合すればいいんだ」と呟いた。

しかし、その翌日に朝のローカルニュースで、近所の病院の再編問題が伝えられると、今度は朝食を摂りつつ、「あの病院は便利なのに。。。それは困る」と反対に回っている――。

つまり、「総論賛成、各論反対」の典型的な状況です。しかも、これは普段、「病床をもっと削減すべきだ」「自治体の権限強化を」などと威勢の良い意見を言っている人でも陥る状況です。つまり、反対意見にも相応の理屈があり、「抵抗勢力」などと全てを切って捨てられない難しさがあります。

3 | 既に移譲した権限さえ自治体を使いこなせていない？

もう一つの見逃せない論点として、自治体に既に数多くの権限が移譲されているのに、自治体を使いこなせていない事情があります。筆者も医療・介護提供体制改革には総論として賛成しており、税源・権限の移譲など自治体の役割・権限を強化する必要性には部分的に同意します。例えば都道府県単位の診療報酬単価を調整できるようにする「地域別診療報酬制度」は既に制度化されているにもかかわらず、実行するまでの手続きが詳細に決まっていない¹⁰など、幾つか不備があります。

しかし、既に自治体に多くの権限が移譲されているのも事実であり、[第2回](#)で指摘した「制度頭」「事業頭」の弊害に見られる通り、自治体が権限を使いこなせているとは言えない状況です。この事実を無視し、「自治体の権限を強化すべきだ」といった形で、一足飛びに制度改正に期待する意見には到底、与し得ません。むしろ、現場レベルの運用論を手始めに意識することが求められます。

4 | 求められる丁寧なプロセス

以上のような思考プロセスを辿ると、最終的に自治体がコーディネーターのような存在となり、既存制度を上手く使いつつ、地域の関係者の合意形成を丁寧に行う必要があることに気付かされます。例えば、病床再編の場合、医療機関を運営する経営者、そこで働く従事者、地域の医師会、医療機関を利用する患者・住民など主要な関係者の意見を丁寧に聞きつつ、可能な限り多くの人が合意できそうなポイントを探する必要があります。

高齢者介護の体制づくりに関しても同じです。いきなり「軽度者の予防を強化したい」と市町村が持ち掛けても、利用者減少に伴って目先の収入が減ってしまう民間介護事業者にとっては死活問題です。あるいはケアマネジャー（介護支援専門員）に対して、高齢者の体操教室など介護保険以外の地域資源を組み込むように依頼しても、多くのケアマネジャーは他のサービス事業所の系列子会社で働

¹⁰ 全国一律で決まっている診療報酬の単価を都道府県で調整できるようにする制度。2006年医療保険制度改革を経て、この仕組みは制度上、存在しており、財政制度等審議会では何度か実施を求める意見が示されている。その後、奈良県が前向きな姿勢を見せたが、日本医師会（日医）は強く反対しており、実行されたケースは一度もない。

いているため、親会社の事業所の経営を考えると、一気に対応を変えるのは困難な事情があります¹¹。

このため、市町村職員がデータや事例などを基に、丁寧に必要性を説明するとともに、最初は趣旨に賛同してくれる人達だけで小さくスタートし、実績や成果を徐々に積み上げつつ、連携・協力関係の輪を広げて行く対応が求められます。

5 | 役所内部の意思疎通、合意形成も重要に

付言すると、役所内部の意思疎通、合意形成も重要になります。例えば、都道府県で言うと、病床再編を担当する部署と国民健康保険の担当者、医療介護連携に関わる部門は複数の部署に分かれていることが多いと思われます。このため、庁内で緊密な情報共有が必要になります。

同じような状況は市町村にも見受けられます。[第2回](#)では、マクロのデータとミクロの個別事例を重ね合わせる必要性を強調しましたが、どちらかと言うと、事務職が介護保険事業計画の策定を通じて、全体的な施策の立案に関わる一方、保健師やケアマネジャーは個別事例に知悉しています。このため、両者での緊密な情報共有が求められますが、必ずしも連携が取れているとは思えません。

さらに、専門職でも縦割りが起きています。一例を挙げると、以前の保健師は公衆衛生や予防の観点を持ちつつ、社会福祉的なアプローチも加味して個人とコミュニティの双方に関われる専門職でしたが、今は「軽度者は地域包括支援センター」「介護保険サービスの利用はケアマネジャー」といった形で細分化されており、市町村に所属する保健師の関心は要介護になる前の高齢者の虚弱(フレイル)対策に限られている感があります(しかも、保健師の業務は近年、地域ごとに担当を割り振るのではなく、「高齢」「障害」「母子」といった形で分野ごとに分けられており、それぞれの専門性を深められている反面、保健師に不可欠なジェネラリストの視点が失われているように映ります)。

もちろん、自治体の規模が小さいと、一人のスタッフが複数の事務や事業を所管しているケースもありますが、こうした専門分化された体制は専門的な支援を可能としている半面、ややもすると縦割り思考になり、全体として整合性が付かなくなる危険性さえ考えられます。

実際、筆者が3年前から関わらせて頂いている市町村支援プログラム¹²では、「フレイル防止のための体操教室に力を入れているのに、介護給付費の多くが軽度者に割かれており、その事実を講師陣や事務局から指摘されるまで担当者が知らない」というジョークのような事例に出くわします。

では、どうやって合意形成を取れるのでしょうか。[第2回](#)と重なる部分が出て来ますが、もう少し深掘りしたいと思います。

3——関係者の合意形成に向けた考え方

1 | 当事者の視点でスタートする必要性

まず、「行政の論理」から発想しない必要性です。往々にして、自治体は「病床が将来余る」「要介

¹¹ この点については、何回か拙稿で取り上げたことがある。2020年7月16日拙稿 [「ケアプランの有料化で質は向上するのか」](#)などを参照。

¹² 藤田医科大、愛知県豊明市を中心とした人材育成プログラム(老人保健事業推進費等補助金)。2022年度は医療経済研究機構が事務局となり、政策形成支援にシフトした内容となった。

https://www.ihep.jp/agile_program/

<http://www.fujita-hu.ac.jp/~chuukaku/kyouikushien/kyouikushien-96009/index.html>

護認定率が高い」など「行政の論理」を合意形成の場に持ち込み、「××という政策を進めたいので、ご理解下さい」と言いたがります。さらに自らの意向が通らないと、今度は「住民や専門職を巻き込む」と言い始め、空回りする傾向があります。こうした状況を見た有識者も往々にして、「インセンティブで現場を動かせ」と口にしがります。

しかし、医療・介護の経営者や専門職は別に行政のために仕事しているわけではないし、経済的な報酬よりも患者・利用者の利益を重視する傾向が見られます（もちろん、採算性は常に意識する必要があります）。さらに、多くの専門職は自らの専門性に誇りを持っており、数年で異動する自治体職員が偉そうなことを言っても、「どうせ形式だけでしょ」「2年後に代わる人の話を聞いてもね」などと足元を見ている可能性さえあります。このため、「行政の論理」は一旦脇に置いて、患者・利用者の利益から一緒に考えるアプローチが重要になります。

2 | 異なる利害に配慮する必要性

さらに、異なる利害に配慮することも欠かせません。行政が地域の全体像を把握できるデータを出しても、医療・介護の経営者や専門職の全てが同じ方向を向いてくれるとは限りません。それぞれの事業体には経営判断が絡んでいるし、現場で働く専門職も経営陣の意向を気にする必要があります。

このため、自治体職員が異なる利害に配慮しつつ、コーディネーターのような立場で、方向性を少しずつ固めて行く必要があります。その一つとして、経営者や専門職の困りごとの解決に繋がるような物言いで、自治体の施策について理解や協力を得てもらう方法が考えられます。

例えば、多忙を極める地域包括支援センターの職員に対し、「介護予防に力を入れて下さい」「高齢者が気軽に体操などを楽しめる場を確保して」などと要望しても、「現場を知らない事務方が訳分からんことを言って来る」と思われてしまう可能性があります。たとえデータや施策が正しかったとしても、忙しい現場に新しい案件を持ち込めば、拒否反応が返って来るのは当然です。

実際、既述した市町村支援のプログラムでは、多くの市町村職員が「委託している地域包括支援センターの関係が悪いので、何とかしたい」と訴えるため、当初はビックリした記憶があります。何か国レベルで新しい施策や事業が制度化されると、「国→市町村→社会福祉法人などに委託されている地域包括支援センター」という形で事業が流れ、最前線にシワ寄せが行っているため、市町村と地域包括支援センターの関係性が悪化しているという構図です。

ただ、もし市町村職員が孤独死を防ぐための見守りネットワークを強化しようとする際、「最初は負担が重くなるかもしれませんが、重症化する前に相談が寄せられるようになり、地域包括支援センターの負担を減らせる方向に働きます」と説明すれば、業務過多に苦しむ職員も聞く耳を持つてくれるかもしれません。

このように振る舞う必要性については、住民や企業との関係でも同じです。例えば、[第2回](#)で「担い手」という言葉についての違和感を少し披露しましたが、往々にして、住民の支え合いとか、企業の高齢者向けサービスを見て、自治体職員は『「担い手」として活用』『「企業や住民を巻き込んで…」』などと言いたがります。いずれも分かりやすい言葉なので、仕方がない面があるのですが、別に住民は行政の「担い手」になるために地域活動を展開しているわけじゃないし、企業も行政に巻き込まれる気はないと思います。

こうした状況で、何も意識せずに「担い手」「巻き込む」といった言葉を使っていると、「行政の論理」から離れにくくなるし、異なる利害にも配慮できなくなります。揚げ足を取る気はありませんが、細かい言葉遣いから意識を変えて行く必要があります。

実際、先に触れた市町村支援プログラムの関係では、市町村職員から「数年前から多職種連携の会議を開いているが、ケアマネジャーが来てくれなくなった」という悩みを頻繁に耳にします。これは介護業界で数年前、喧伝された「規範的統合」という言葉を「合意形成」という本来の意味ではなく、「市町村の基本方針を住民、専門職、事業者などに共有させること」と誤解し、ケアマネジャーが作ったケアプラン（介護サービス計画）に物言いを付けるなど、「行政の論理」を全開にした反動と思われます（実際に一部の市町村では、ケアマネジャーが地域ケア会議を「お白州」と言って忌避していると側聞します）。

このケースに限らず、医療・介護職員が持つ専門性を尊重しなければ、自治体の方針に協力してくれなくなる可能性を肝に銘じる必要があります。

3 | 「配列」や文脈が重要に

さらに、合意形成には「文脈」も非常に重要になります。医療・介護の現場は毎日、事務や実践が流れており、いきなり大転換するのは困難な面があります。このため、自治体職員が示すデータや将来予想、立案した施策などが正しかったとしても、多忙を極める経営者や現場の職員に受け入れてもらえないケースは多々あります。

ただ、それでも日々の経営や業務で感じている疑問に何かしら引っ掛かれば、協議のテーブルに乗ってくれるかもしれないし、協力を得られる可能性もあります。例えば、大規模病院からの入退院支援に関して病院と病院、病院と診療所の連携が上手く行っていない地域と、介護予防について専門職の関心が高まっている地域、不幸なことに孤独死が発生して見守りに対する危機意識が共有された地域では、それぞれ関心事が異なります。

このため、自治体職員が患者・利用者目線での困り事に応じて、テーマやデータの出し方を工夫すれば、医療・介護の経営者や専門職、住民、企業などの関心を惹き付けられるかもしれません。公共政策の研究では、制度形成に至る出来事のタイミングや配列が重視される¹³ののですが、それぞれの地域で関心事やテーマに応じたエピソードやストーリー、文脈が非常に重要になります。こうした地域社会の変化を読み取り、事業者と専門職などと解決策を図れるのは自治体しか考えられません。

4 | ロジックモデルの有効性

もちろん、このように様々な関係者と合意形成を図るのは決して容易ではありません。その際に使えるツールの一つとして、「ロジックモデル」があります。

これは達成したい成果（outcome）に向けて、必要な要素や施策を体系的かつ論理的に図示化するモデルになります。モデルの作り方については、様々な考え方や「流儀」が見られますが、要は「イン

¹³ Paul Pierson (2004) “Politics in time” [粕谷祐子監訳・今井真士訳 (2010) 『ポリティクス・イン・タイム』 勁草書房] を参照。

プット→アクティビティ→アプトプット→初期アウトカム→中期アウトカム→インパクト」といった形で、エビデンス（証拠）や代表的なエピソードなどを用いつつ、政策目的と政策手段の波及経路を明確にした上で、その政策が当初の目標実現に向かっているかどうかチェックすることが重視されています¹⁴。

例えば、昨年12月に示された厚生労働省の「第8次医療計画に関する見直し検討会」の報告書では、「地域の現状や課題に即した施策の検討においてロジックモデル等のツールが有用」という文言が入り、2024年度からの医療計画の改定に向けた国の通知にも同じような文言が盛り込まれました。先に触れた市町村支援プログラムでも、ロジックモデルを用いつつ、高齢者介護に関する市町村の政策形成を支援しています。

ただ、「地域の実情」を踏まえず、関係者の意見も聞かないまま、自治体職員だけで綺麗なモデルを作っても、それは単なる「妄想」に終わってしまいます。さらに、一方的に関係者を従わせる意図でモデルを作ると、行政による専制に繋がります。あくまでも合意形成と施策の評価・改善のツールとして理解する必要があります。

4—おわりに

医療・介護制度改革に関する審議会資料などで多用されている「地域の実情」という言葉をキーワードにしたコラムの第3回では、「自治体の権限強化」という方法論だけでは絶対に解決しない点を強調しました。確かに「地域の実情」に応じた提供体制改革を進める上では、自治体の主体性と創意工夫が必要ですし、部分的には権限強化に繋がる制度改正も検討する必要があります。

しかし、いきなり権限を強化しても体制整備は進まないし、「自治体の主体性や創意工夫」が直ちに「権限の強化」を意味するわけではありません。実際に「どんな権限をどうやって強化するのか」「それが現場にどんな悪影響を及ぼすのか」といった点まで考慮すれば、権限強化だけが解決策ではないことに気付くはずです。このように政策立案者が社会を強権的に変えられるという考え方に対し、自由主義経済学者のハイエクは「傲慢な設計主義」と批判した¹⁵のですが、いきなり「権限強化」に頼ろうとする考え方は設計主義にも映ります。

むしろ、迂遠に映るかもしれませんが、自治体がコーディネーターのような存在となり、丁寧な情報共有や合意形成を図りつつ、異なる利害を調整して行く必要があります。些かトートロジー（同語反復）的な言い回しになりますが、「地域の実情」に沿った体制整備は「地域の実情」を丁寧に把握し、「地域の実情」に沿って、関係者と一緒に地道に体制整備を進めていくしかないのです。第4回は「地域の実情」に応じた医療提供体制改革の論点と動向を考察します。

¹⁴ ロジックモデルについては、2023年4月作成の内閣官房行政改革推進本部事務局「EBPMガイドブック Ver1.2」に加えて、大竹文雄・内山融・小林庸平編著（2022）『EBPM：エビデンスに基づく政策形成の導入と実践』日本経済新聞出版社、Eugene Bardach（2012）”A Practical Guide for Policy Analysis”〔白石賢司、鍋島学・南津和広訳（2012）『政策立案の技法』東洋経済新報社〕、亀井善太郎「第12回～第15回府省庁横断勉強会（EBPMワークショップ）用テンプレート」（2022年8月）などを参照。介護分野における応用可能性に関しては、服部真治（2023）「地域包括ケアシステム構築と保険者機能の強化のための技法」『国際文化研修』Vol.120も参照。

¹⁵ ハイエクの設計主義批判については、西山千明監修・嶋津格監訳（2010）『ハイエク全集第Ⅱ期 第4巻』春秋社などを参照。