

基礎研 レポート

都道府県と市町村の連携は可能か

医療・介護の切れ目のない提供体制に向けて

生活研究部 准主任研究員 三原 岳

(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～問われる都道府県と市町村の連携～

医療・介護業界で「惑星直列」と呼ばれていた2018年度制度改正の全体像が少しずつ見えて来た。国レベルでは診療報酬と介護報酬、障害者福祉サービスの報酬がそれぞれ改定されるほか、都道府県レベルでは医療計画と医療費適正化計画の改定、国民健康保険¹の都道府県単位化に向けた手続きが進んでいる。市町村でも介護保険事業計画の改定が3月末までに進む。

では、こうした制度改正が進むと、医療・介護の現場や市民の生活はどう変わるだろうか。大きな方向性として、医療行政に関する「都道府県の総合的なガバナンス」が強化される一方、介護保険に関する市町村の「保険者機能」を強める方向で制度改正が進んでおり、医療行政に関する都道府県の役割と、介護行政についての市町村の役割がそれぞれ大きくなることは間違いない。

一方、診療報酬や介護報酬で重点分野とされている在宅ケアは医療・介護の垣根が低く、医療・介護連携など切れ目のない提供体制を構築する上では、都道府県、市町村の連携が求められる。国としても、住民向け相談窓口の設置などを図る「在宅医療・介護連携推進事業」を進めるよう市町村に求めているが、医療提供体制に関する市町村の動きは必ずしも積極的とは言えない。

本レポートでは、医療・介護分野の制度改革を概観した上で、都道府県、市町村に期待されている役割を考察し、両者の連携が必要な在宅ケアを中心に、切れ目のない提供体制の構築を図る上で、市町村が医療提供体制に関与していない点を課題として挙げる。

さらに課題解決の方策として、現行制度における自治体独自の動きも踏まえつつ、在宅医療やプライマリ・ケア²の整備、医療・介護連携など身近な医療政策について、市町村に医療計画の策定を義務付ける制度改正を提案する。

¹ 国民健康保険制度については、都道府県や市町村が運営する制度に加えて、医師や弁護士などを対象とした特別国民健康保険組合があるが、ここでは前者について論じる。

² 一般的に「1次医療」と理解されているが、福祉との連携や社会資源の活用など患者の生活を広範に診るのが特色。詳細は2017年12月8日付の基礎研レポート「地域医療構想を3つのキーワードで読み解く(4) ー日常的な医療ニーズをカバーするプライマリ・ケアの重要性」(<http://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=57355?site=nli>)を参照。

2—「惑星直列」の内容

最初に「惑星直列」と呼ばれる同時改定を概観しよう。医療分野では2年に一度の診療報酬改定、5年サイクルの医療計画と医療費適正化計画(いずれも2018年4月開始の次期計画から6年に変更)、国民健康保険の都道府県単位化といった制度改正が進む。さらに、介護分野では3年周期の介護報酬改定論議が進んでおり、障害者福祉サービスの報酬も見直される。これだけの制度改正が一斉に到来するのは珍しく、自治体関係者や医療・介護事業者は対応を迫られている。

このうち、診療報酬や介護報酬、障害者福祉サービスの報酬は年末の予算編成の結果、改定率が0.55%、0.54%、0.47%と、いずれもプラス改定で決まり、3月までに報酬の単価や基準、要件などが決まる予定だ。

このほか、2018年度に実施される医療・介護・福祉に関する制度改正の方向性は表1の通りであり、本レポー

表1：2018年度に実施される主な制度改正

分野	制度改正	制度改正の内容
医療	診療報酬の改定	・ 医療機関に対する報酬を国が改定。2年周期。かかりつけ医充実、急性期病床の厳格化、在宅医療の充実、薬価見直しなどに重点。薬価を含む全体の改定率は▲1.19%、医療機関に対する本体は+0.55%。
	医療計画の改定	・ 病床規制や在宅医療の充実などを定める計画を都道府県が改定。5年周期、次回計画(2018年度～)は6年周期に改正。
	医療費適正化計画の改定	・ 健診、重症化予防などを定める計画を都道府県が策定。5年周期、次回計画(2018年度～)は6年周期に改正。
	国民健康保険の広域化	・ 市町村国民健康保険の財政運営を都道府県単位に変更。3,400億円の国費追加投入、一般会計繰入の圧縮などを推進。
介護	介護保険法改正	・ 介護予防の強化による要介護度の維持・改善を規定。4月から施行。介護予防に取り組む市町村を支援する交付金(200億円)を2018年度予算案に計上。
	介護報酬の改定	・ 介護事業所に対する報酬を国が改定。3年周期。改定率は+0.54%。医療・介護連携、介護予防などに重点。
	介護保険事業計画の改定	・ 介護サービスの量や保険料を設定する計画を市町村が策定。3年周期。医療・介護連携や介護予防の強化に力点。
障害者	福祉サービス報酬の改定	・ 障害者福祉サービス事業所に対する報酬を国が改定。3年周期。改定率は+0.47%。生活支援や地域移行支援などに重点。

出典：厚生労働省資料を基に作成

トでは医療計画と介護保険事業計画の改定に着目しつつ、自治体に求められる対応を考察したい。

3—都道府県に期待されていること

まず、都道府県に期待されている役割から考察する。昨年6月に閣議決定された「骨太方針2017」では同時改定に際して、医療費・介護費の高齢化を上回る伸びを抑制しつつ、国民のニーズに適合した効果的なサービスを効率的に提供することを目指すとし、「都道府県の総合的なガバナンス」を強化すると定めた。こうした総合的なガバナンスのイメージについては、財務省が昨年10月の財政制度等審議会(財務相の諮問機関)で示しており、一つの参考となるだろう。

表2：医療分野での都道府県のガバナンス強化に向けた具体策

	手段・権限の付与	インセンティブの強化
地域医療構想の着実な推進	<ul style="list-style-type: none"> 客観的・定量的指標に基づく病床機能報告の実施とこれによる進捗管理 慢性期病床の地域差是正、受け皿への移行に向けた地域における標準的な意思決定プロセスの整備 病床再編に向けた都道府県の権限整備 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県ごとの地域医療構想の進捗状況に応じた保険者努力支援制度等や地域医療介護総合確保基金の配分 受益と負担の給付の牽制による保険財政運営 都道府県が国保の財政運営の責任主体となり、市町村ごとの納付金や標準保険料率を決定 標準的な医療費水準に基づく国保普通調整交付金等の配分 法定外一般会計繰入の解消 医療費等のアウトカム指標に応じた保険者努力支援制度等の配分
医療費適正化	<ul style="list-style-type: none"> 2次医療圏、市町村など医療内容の可視化 地域における医療関係者を含めた医療費適正化に向けた協議の枠組みの構築 地域別診療報酬の特例活用 	

出典：財務省資料を基に作成

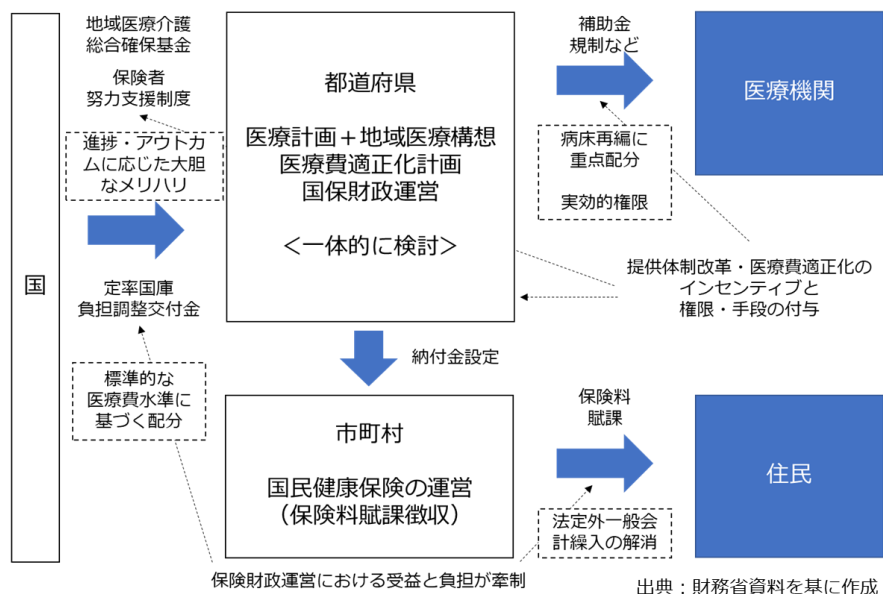
具体的な内容は表2と図1の通りである³。医療計画の一部として都道府県が2017年3月までに策定した「地域医療構想」の着実な推進を図る観点に立ち、病床機能再編や在宅医療の充実に向けた定量的な病床数の把握、慢性期に入院する患者の在宅移行推進、病床再編に関する都道府県の権限整備などを挙げており、医療費適正化計画の観点では地域の実情に応じて都道府県別に診療報酬を設定する特例の活用などを促した。

さらに、こうした都道府県の取り組みを促すインセンティブとしては、▽都道府県ごとの地域医療構想の進捗状況に応じた地域医療介護総合確保基金（以下、基金）の配分、▽受益と負担の牽制による保険財政運営、▽医療費等のアウトカム指標に応じた保険者努力支援制度の配分——などを列挙した。

以下、インセンティブの仕組みについて、図1を基に少し補足する。まず、図1左上の矢印に出て

いる基金とは、①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備、②居宅等における医療の提供、③地域密着型サービスなど介護施設等の整備、④医療従事者の確保、⑤介護従事者の確保——に関する事業を主な用途としており、2018年度政府予算案では医療分622億円、介護分483億円が計上されている⁴。財務省としては、病床再編・削減を進めようとする都道府

図1：医療分野での都道府県のガバナンス強化に向けた具体策



府県に対して、基金の重点配分を図ることを重視しているわけだ。

さらに、同じく左上の矢印に出ていた保険者努力支援制度とは、健診や健康づくりなど医療費適正化に取り組む市町村を財政的に優遇する制度を指す。これは国民健康保険の都道府県単位化に際して導入され、1,700億円が糖尿病の重症化予防、後発医薬品の使用促進、メタボリック・シンドロームを把握する特定健診（メタボ健診）・特定保健指導⁵の実施率などの基準で各都道府県から市町村に分配される。

図1の右上の矢印に出ていた「病床再編に重点配分」とは先に触れた基金の活用と重点配分、「実効的権限」とは①病床再編に関する都道府県の権限強化、②表2の地域別診療報酬の特例活用——をそれぞれ指している。

³ 2017年10月25日財政制度等審議会財政制度分科会の資料を参考にした。

⁴ 地域医療介護総合確保基金は増税した消費税の一部を充当する形で2014年度に創設された。事業費の割合は国3分の2、都道府県3分の1。

⁵ 40歳以上の人を対象に、肥満の度合いなどを調べるとともに、必要に応じて健康指導を行う健診。

このうち、①は地域医療構想の推進に際して、過剰な病床や稼動していない病床の削減を命令できる都道府県の権限を指しており、詳細については、既に公表したレポート⁶を参照して頂くとして、ここでは②について概要を説明すると、実は都道府県の判断で診療報酬を変えられる法改正は2008年の医療制度改革に際して行われていた⁷。この時の法改正では、人口1人当たり医療費が高い県が医療費を抑制するため、全国一律10点の診療報酬単価を例えば9円に引き下げることで、医療費適正化を図ることが想定されていたが、実例が一つもなく、財務省は適用に向けたルール作りを厚生労働省に求めており、今年度内にも示される予定だ⁸。

図の下の部分は国民健康保険の都道府県単位化に関する制度改正に言及している。このうち、左下に出ている国庫負担調整交付金とは、国民健康保険給付費の概ね7%を助成する国の普通調整交付金については、所得の差を加味した標準的な医療費の水準に基づくようになる点を示している。さらに右下に出ている法定外一般会計繰り入れの解消とは、国民健康保険の都道府県単位化に際して、赤字補てんや保険料の軽減を目的とした税金の投入が制限される⁹ため、負担と給付の関係が明確になることで、住民に対して「医療費を多く使えば保険料の負担が重くなる」「逆に医療費を節約すれば保険料の負担が減る」といった選択を求めやすくなる。これを財務省の資料では「受益と負担の牽制」という表現を用いている。

これらは全て財政制度等審議会の資料に基づいているため、コストに着目した説明になっている面は否めないが、「都道府県の総合的なガバナンスの強化」について、厚生労働省から詳細な資料は出しておらず、財政制度等審議会の資料を通じて制度改正の論点や目的を網羅できると考えている¹⁰。

これにコスト以外の点を加味すると、医師確保に関する計画の策定を都道府県に義務付ける議論が進んでおり、こちらも都道府県の役割が強化される方向となっている。こうした制度改正の動向を踏まえると、医療行政に占める都道府県の役割が大きくなりつつあると言える。

4——市町村に期待されていること

次に、市町村にはどのようなことが求められているだろうか。介護・福祉分野に関する市町村の権限は1990年の老人福祉法などの制度改正、2000年の介護保険制度の導入などを経て少しずつ強化されており、住民に身近な基礎自治体として総合的な行政を展開することが求められている。

特に、介護保険について、市町村は介護保険の保険者として財政運営に責任を持っており、介護保険事業計画の策定を通じて3年間の需要予想に立ち、65歳以上被保険者（第1号被保険者）の保険料を設定している。

⁶ 2018年1月23日付の基礎研レポート「病床削減に向けて県の権限は強まるか？—非稼働病床を中心に今後の方向性を考える」(<http://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=57666?site=nli>)。

⁷ 高齢者医療安定確保法には都道府県単位で独自の診療報酬設定を可能とする規定がある。

⁸ 2017年11月17日『日本経済新聞』。

⁹ その代わりに、予期せぬ給付増や保険料収入の減少に見舞われた場合、都道府県単位で設置される財政安定化基金を通じて、必要経費が交付・貸付される。

¹⁰ 2017年4月12日の経済財政諮問会議で、塩崎恭久厚生労働相（当時）が「都道府県の保健ガバナンスの抜本強化」という資料を提出しており、ここでは「制度（権限）の強化」「人材の強化」「予算（財政）の強化」「情報（データ）の強化」を通じて、都道府県が「予防・健康・医療・介護の司令塔」になるとしている。財政面の議論に特化した財政制度等審議会の資料と比べると、データ分析に精通した人材確保に言及するなど対象を財政に限っていない一方、具体的な制度や施策の言及が少ない。

今回の制度改正で期待されているのは「保険者機能」の強化である。「保険者機能」とは元々、医療分野で1990年代後半から言われ始めた考え方であり、日本では専らメタボ健診の文脈でしか語られていないが、本来はレセプト（診療報酬支払明細書）の審査、適切な受診行動に向けた情報提供なども含んだ概念であり。先行研究では保険者機能を「医療制度における契約主体の1人として責任と権限の範囲内で活動できる能力」、保険者機能の発揮を「保険者が自立し、医療制度における他のプレーヤーと直接かつ対等に十分な対話ができること」と定義し、保険者が被保険者の利害を代弁しつつ、医療のアクセス改善や質・効率性の調整などに影響を及ぼすことに期待していた¹¹。

これに対し、改正介護保険法で言われている「保険者機能の強化」とは介護給付費を抑制するため、介護予防の強化を通じて要介護度の維持・改善を図ることを重視している¹²。さらに、要介護度を維持・改善させた市町村を財政的に優遇するインセンティブ制度が2018年度からスタートすることになっており、2018年度予算案では200億円の交付金が盛り込まれた¹³。

5—都道府県と市町村の連携

1 | 両者の連携が必要な分野

こうした制度改正の結果、「医療＝都道府県、介護＝市町村」という分担が明確になると、在宅ケアの推進に際して切れ目が発生する可能性がある。在宅ケアでは医療・介護の垣根が低く、現場では「顔の見える関係」を作るためのケース検討会や交流会が開かれるなど、専門職同士の連携を促す多職種連携の必要性が盛んに言われており、厚生労働省としても人材育成やマニュアルの整備など、医療・介護連携の深化に向けて懸命だが、こうした医療と介護の連携を自治体に当てはめると、都道府県と市町村の連携となる。

実際、厚生労働省は両者の連携を促している。2016年9月に改正された「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」では、都道府県が作成する医療計画と介護保険事業支援計画、市町村が作る介護保険事業計画を連携させるよう求めており、関係者による協議の場を設置することを通じて、関係部局の相互連携や住民を含めた関係者との連携、データや目標の整合性などを図る必要性を指摘している。

しかし、こうした取り組みでは十分とは言えず、計画策定時だけでなく日常から都道府県と市町村の連携が求められる。

2 | 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況と課題

さらに、厚生労働省は市町村に対して、在宅医療の推進や医療・介護連携を図る「在宅医療・介護

¹¹ 山崎泰彦（2003）「保険者機能と医療制度改革」山崎泰彦・尾形裕也編著『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社を参照。泉田信行（2009）「保険者機能の強化について」田近栄治・尾形裕也編著『次世代医療制度改革』ミネルヴァ書房 p141では保険者に期待される役割として、加入者管理や保険料の賦課・徴収、サービスに関する情報提供、適切な受診行動の奨励、医療費の審査・支払いなどを列挙しつつ、こうした日常業務から得られる情報を生かした活動を行うことこそ保険者に本質的に求められるとしている。

¹² 自立支援介護を巡る論点については、2017年12月20日付レポート「『治る』介護、介護保険の『卒業』は可能か—改正法に盛り込まれた『自立支援介護』を考える」(<http://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=57438?site=nli>)を参照。

¹³ 介護給付費の5%を充当している「調整交付金」を使う案が政府内で浮上していたが、市町村の反発に配慮して見送られた。

連携推進事業」の実施を求めている。これは2015年度から始まった事業であり、介護保険財源の一部を使う「地域支援事業」の一環として市町村が実施している。具体的なメニューとしては、表3の8事業があり、2018年4月までに全ての市町村が8つの事業を全て実施することが義務付けられている。

では、市町村はどのようなスタンスで臨んでいるだろうか。厚生労働省が提出した公表した資料¹⁴を基に明らかにしてみよう。データが2016年8月現在であり、最新の数字ではないことに留意する必要があるが、市町村を対象としたアンケートでは市町村が感じている課題として、ノウハウ不足（1,294団体）、行政と関係機関の協力関係構築（1,204団体）、事業推進を担う人材確保（1,174団体）などが挙がっているほか、都道府県に対して期待する課題としては、「医師会等関係団体との調整」（1,208団体）、「広域的な医療介護連携（退院調整）に関する協議」（1,200団体）、「在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供」（1,119団体）、「都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する当該市町村のデータの提供」（1,079団体）の順となっている。

ここでは上記のデータに加えて、筆者が市町村職員から聞きする話も含めて、浮かび上がる課題として3点を挙げる。第1に、在宅医療を含む医療提供体制に関して、市町村の取り組みが十分とは言えない可能性である。市町村が都道府県に対し、事業推進を担う人材の確保やデータの提供などを要望

表3：在宅医療・介護連携推進事業で求められている内容

事業の内訳	事業の内容
地域の医療・介護資源の把握	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集。 これらの情報を整理し、リストやマップなど必要な媒体を選択して共有・活用。
在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討。
切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進。
医療・介護関係者の情報共有の支援	<ul style="list-style-type: none"> 情報共有シート、地域連携パスなどの活用により、医療・介護関係者の情報共有支援。 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用。
在宅医療・介護連携に関する相談支援	<ul style="list-style-type: none"> 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置などによる在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。
医療・介護関係者の研修	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療・介護関係者がグループワークなどを通じ、多職種連携の実際を習得。 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催。
地域住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> 地域住民を対象にしたシンポジウムなどの開催。 パンフレット、チラシ、HPなどを活用した在宅医療・介護サービスに関する普及啓発。 在宅での看取りについての講演会の開催。
在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	<ul style="list-style-type: none"> 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村などが連携し、広域連携が必要な事項について検討。

出典：厚生労働省資料を基に作成

している点から分かる通り、ほとんどの市町村で職員の経験やスキルは現時点で十分とは言えない。医療政策を担う担当のセクションや職員を置いておらず、介護保険や健康関連の部署が併任で実施しているところも少なくないと見られる¹⁵。

第2に、市町村が地域の医師会との関係構築に苦勞している可能性である。市町村と地域の医師会の接点は意外と少なく、市町村から地区医師会に対し、地域・学校の健診や介護保険の要介護認定審査会で協力を依頼している程度である。しかも、複数の自治体職員から「健診などを依頼している立場なので、気を遣っている」といった声を耳にしており、市町村が地域の医師会に遠慮している様子

¹⁴ 2017年3月9日、都道府県在宅医療・介護連携担当者会議に提出された資料。ここで挙げた設問の回答数は1,741団体、いずれも複数回答可。

¹⁵ さらに、小規模市町村の場合、元々の担当職員が少ない上、近年は介護保険関係の制度改正が相次いでおり、その対応に忙殺されている可能性がある。

が伺える。この点については、市町村が都道府県に望んでいる支援策のトップとして、医師会など関係団体との調整を挙げていることから分かる。

第3に、近隣市町村同士の連携である。病床数を制限する医療計画の基準病床の設定や、地域医療構想に基づく病床再編に向けた協議は全て人口20～30万人単位の2次医療圏¹⁶で実施される。2次医療圏は多くのケースで複数の市町村にまたがっているため、ここでの協議結果を踏まえて、在宅ケアの体制整備を話し合う場合、同じ2次医療圏を構成する市町村同士の連携が必要となる¹⁷。後で述べる通り、こうした市町村同士の連絡調整を図るのは都道府県の重要な役割である。

3 | 市町村独自の取り組み

都道府県と市町村の連携を考える上で、既に市町村による独自の取り組みが進んでいる点が注目される。ここでは、市町村が医療行政に乗り出している事例をいくつか挙げよう。

まず、在宅医療・介護連携に取り組んでいる神奈川県横須賀市の事例である¹⁸。国が在宅医療・介護連携推進事業を制度化する以前の2011年度から医療・介護連携に取り組んでおり、施策は大別すると、(a) 専門職の連携強化、(b) 市民向け啓発——の2つであり、前者では▽多職種による合同研修会やセミナーの開催、▽市独自の「退院前カンファレンスシート」の作成、▽医療的な知識を持たないケアマネジャー（介護支援専門員）のための在宅療養セミナー、▽異なる文化の多職種が集まった際の留意点などを定めた「よこすかエチケット集」の作成——などを実施している。

さらに、後者の市民向け啓発では、▽在宅医療を実施している医療機関の公表、▽在宅ケアに向けた心構えや方法論を記した「在宅療養ガイドブック」の作成・公表、▽在宅療養に関するシンポジウムの開催——などの施策を展開しており、市役所や市医師会などの関係者が集まる「在宅療養連携会議」で議論・決定している。

さらに、東京都稲城市の事例も挙げる¹⁹。稲城市は市版地域医療構想と言うべき「市医療計画」を2016年3月に作成した。ここでは市が入手できる国民健康保険、後期高齢者のレセプトのデータを活用し、他市への患者流入出を明示したり、地域包括支援センターごとに医療・介護資源の位置情報を地図に落とし込んだりしつつ、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の現状と2025年の医療の姿を予想。さらに、市民を対象にしたアンケートに加えて、地元医師会に加入する医師にもアンケートも実施し、市民のニーズと医師との認識ギャップも浮き彫りにし、市が現時点で考える施策の方向性を「あるべき姿」という別紙で整理している。

東京都武蔵野市も2017年5月、「市地域医療構想2017」を策定した²⁰。ここでは市内にある病院の

¹⁶ 地域医療構想に基づく病床推計や病床再編に向けた調整では「構想区域」が設定されているが、ほとんどの地域で医療計画の2次医療圏と重なっており、ここでは2次医療圏に統一して議論を進める。

¹⁷ 政令市の場合、同じ市の中に複数の医療圏が存在しているところもあるため、市全体の医療政策との調整が論点となる可能性がある。

¹⁸ 詳細は横須賀市ウェブサイトに加え、『毎日新聞』2016年8月21日、2014年10月9日開催の「第2回都道府在宅医療介護連携担当者・アドバイザー合同会議」資料を参照。

<https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/3120/zaitaku.html>

¹⁹ 稲城市の医療計画は以下のウェブサイトを参照。

https://www.city.inagi.tokyo.jp/shisei/keikaku_hokoku/keikaku/inagishi_iryoukeikaku.html

²⁰ 武蔵野市の地域医療構想は以下のウェブサイトを参照。

www.city.musashino.lg.jp/shisei_joho/sesaku_keikaku/kenkofukushibu/1016754.html

廃止や建て替えも視野に入れつつ、医療需要や病院の現状を可視化した。その上で、2025年に向けた病院機能や救急医療体制の維持・充実、武蔵野赤十字病院の高度急性期としての機能強化、医療・介護連携、認知症ケアへの対応、人材確保といった対策を列挙している。

このほか、岡山県高梁市が市独自の医療計画を策定する動きが伝えられる²¹など、市町村の間に同様の動きが広がる可能性がある。言い換えると、それだけ市町村が医療行政、特に在宅医療や医療・介護連携など身近な医療分野に取り組む必要性は高まっていると言える。

4 | 都道府県独自の取り組み

さらに、在宅医療や医療・介護連携について、都道府県として市町村を支援する動きが各地に見られる。ここでは福井県、三重県を取り上げる。

福井県は全県統一の「退院支援ルール」を作成した²²。退院支援ルールとは、要介護・要支援状態の患者が自宅などに退院準備する際、病院から介護支援専門員（ケアマネジャー）に着実に引き継ぐための情報共有のルールである。福井県の退院支援ルールでは病院関係者と在宅関係者が連携してルールを実践することで、在宅での生活や療養に困る患者や家族をなくす観念に立ち、ツールの末尾に担当者の氏名、連絡先、部署名の一覧表を示したり、基本的な意思疎通の流れを明示したりすることで、退院後の在宅移行支援を全県単位で進めようとしている。市町村の支援に直接的に繋がるわけではないが、市町村を含めた現場における医療・介護連携を支援する一つの試みと言える。

三重県は市町村の取り組みを可視化する「在宅医療フレームワーク」を整備しようとしている²³。フレームワークは「定性的資料」「定量的資料」に分かれており、前者では相談窓口の設置、関係者で構成する地域協議体の設置、症例支援マニュアルの整備などを、後者では在宅医療を実施している医師数、医師1人当たりの在宅患者数の試算などを公表することで、在宅医療や医療・介護連携に向けた市町村の取り組みを可視化し、県として支援するとしている。

こうした取り組みは緒に就いたばかりであり、どこまで実効的になるか検証が必要だが、市町村を支援する独自の動きが都道府県に広がっていることは注目に値する。

6——行政学的な整理からの考察

都道府県と市町村の関係を考える上では、行政学的な整理も重要になる。都道府県と市町村の関係についての先行研究は必ずしも多くないが、地方自治法では市町村の機能について、「基礎的な地方公共団体」として、都道府県が処理するものを除く事務を一般的に処理すると定めている。つまり、都道府県が果たすべき事務を除き、市町村が原則として総合行政を果たすことを求めている。ここにはもちろん、医療や介護、福祉が含まれる。

一方、都道府県の機能としては「広域にわたるもの」「統一的な処理を必要とするもの」「市町村に関する連絡調整に関するもの」「一般の市町村が処理することが不相当であると認められる程度の規模

²¹ 『山陽新聞』2017年8月30日。

²² 福井県の取り組みは以下のウェブサイトに加え、『CB News』2017年10月31日、『メディ・ウォッチ』2017年3月1日を参照。

<http://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kourei/taiinshien.html>

²³ 2017年3月公表にされた三重県地域医療構想を参照した。

のもの」を挙げており、この条文を引き合いに出しつつ、都道府県の機能を「広域」「連絡調整」「補完」「支援」の4つに分類する意見がある²⁴。

これを医療・介護分野に当てはめると、表4のような整理が可能なのではないだろうか。以下、最初の「広域」から順次説明していくと、医療の場合は患者が広域で移動する可能性、医療の管理に高度な技術が必要な点などを勘案すると、2次医療や3次医療に対する支援、医師確保・研修、退院支援や連携パスに関する共通ルールの策定などについては市町村単位で実施するのは難しいと言わざるを得ず、広域化が求められる。さらに、保険財政の運営には人口規模に一定のまとまりが必要であり、恒常的な赤字に苦しむ国民健康保険の財政運営を都道府県単位に変えることで、財政を安定化させる制度改正も広域の範疇に含まれるであろう。

表4：4つの機能で整理した医療・介護に関する都道府県の事務

機能	医療・介護で期待される事務
広域	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2次医療、3次医療 ・ 医師確保、研修 ・ 退院支援や連携パスについての共通ルール作成 ・ 国民健康保険制度の運営
連絡調整	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同じ2次医療圏に属する市町村同士の連携
補完	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健所業務や福祉事務所の業務に関する小規模市町村の支援
支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師会との関係構築 ・ レセプトの提供や分析 ・ 専門人材の育成や研修

出典：市川喜崇（2011）「都道府県の性格と機能」『公的ガバナンスの動態研究』ミネルヴァ書房を参考にして、筆者作成

2番目の「連絡調整」で言うと、市町村同士の連携を図ることで、2次医療圏単位での医療提供体制構築を図る必要性が考えられる。先に触れた通り、同じ2次医療圏に所属する市町村の間で極端に対応の差が生まれてしまうと、退院支援や在宅医療・介護連携などがスムーズに行かなくなり、患者や専門職が立ち往生する危険性がある。

3番目の「補完」では「一定規模以上の市町村は処理しているが、それに満たない市町村の区域では都道府県が処理しているケース」などとされており、医療・介護の場合は保健所、福祉事務所が該当する。保健所を設置できるのは原則として都道府県であり、市町村では政令指定都市や中核市などが例外的に設置している。福祉事務所についても都道府県と市に設置義務が課されているが、町村は持つことができる規定にとどまっている。こうした事務では小規模市町村に対し、都道府県が補完機能を果たすことが必要となる。

最後に「支援」では、市町村との接点が少ない地元医師会との関係構築支援、レセプトの提供・分析、人材育成・研修などが該当するであろう。いずれも市町村単独では困難な面があり、都道府県が支援できる余地は大きいと考えられる。

一方、地方自治法では都道府県と市町村が相互に競合しないことも求めており、医療行政に関する都道府県の役割が大きくなる中、市町村が医療行政に関与すると、二重行政が生じて非効率となる可能性がある。

しかし、市町村が在宅医療や医療・介護連携に取り組む必要性や、一部の市町村が医療行政に力点を置きつつあることは既に論じた通りである。さらに、岩手県藤沢町（現一関市）や広島県御調町（現尾道市）など国民健康保険が運営する病院や診療所を中心にしつつ、日常的なケガ・疾病に対応する

²⁴ 市川喜崇（2011）「都道府県の性格と機能」新川達郎編『公的ガバナンスの動態研究』ミネルヴァ書房。

プライマリ・ケアに取り組む市町村が古くから存在する²⁵ことを考えると、生活に身近な医療について、市町村が取り組む価値は大きいと思われる。

むしろ、都道府県に当てはまらない業務、例えば住民の相談窓口設置や専門職同士の連携支援、住民向け啓発といった事務については、住民の生活に身近な市町村が主体的に担うべきであり、在宅ケアや医療・介護連携に向けた市町村の主体的な取り組みが都道府県との連携を図る上での基盤となる。

7—高齢者住宅の事例

さらに一步議論を進めて、市町村が在宅医療や医療・介護連携、プライマリ・ケアの整備について計画を策定する制度改正も必要になるであろう。

他の分野で参考になる事例としては、高齢者住宅が挙げられる。具体的には、高齢者向け賃貸住宅である「サービス付き高齢者住宅」²⁶の登録と、「高齢者居住安定確保計画」の策定を都道府県が担っている一方、介護保険制度は市町村が運営しており、以前から両者の連携の必要性が問われていた。

そこで、サービス付き高齢者住宅を所管する国土交通省は「まちづくりや介護行政等の主体である市町村が高齢者居住安定確保計画や高齢者向け住宅の供給方針を策定できるように制度化を進める」という考え方²⁷の下、高齢者の居住安定確保に向けた市町村の計画策定を認める制度改正を2016年に実施した。

この点で言えば、在宅医療やプライマリ・ケア、医療・介護連携などについて、市町村が医療計画を策定すれば、市町村が医療行政に主体的に関与することとなり、都道府県と市町村の連携についての実効性は高まると思われる。

8—おわりに～都道府県と市町村の連携を～

現在、医療・介護分野で進んでいる制度改革の大きな流れに沿うと、都道府県、市町村のそれぞれが今後、住民や事業者とともに、地域の医療・介護政策について責任を全うすることが求められる。

しかし、「医療＝都道府県、介護＝市町村」という役割分担が明確になると、その間の在宅ケアに関する両者の連携が問われることになる。そこで本レポートでは、現行制度における取り組みを紹介しつつ、市町村が医療行政に関わる必要性を指摘したほか、在宅医療やプライマリ・ケアの整備、医療・介護連携など身近な医療政策について、市町村に計画の策定を義務付ける制度改正を提案した。

確かに市町村職員からは「在宅医療に回せるほど、人も時間も余裕はない」という意見が聞かれ、特に人員が増えない中、小規模市町村では相次ぐ制度改正や権限移譲への対応を余儀なくされていることで、「制度改正疲れ」といった状況が見受けられるのも事実であり、小規模市町村への配慮は欠かせない。

しかし、在宅ケアを受けたい住民にとって、都道府県と市町村の「縄張り」など本来どうでも良い問題である。そして現場で連携しなければ、都道府県や市町村に付与された権限や責任は「無用の長

²⁵ 大久保圭二（1998）『希望のケルン』ぎょうせい、山口昇（1992）『寝たきり老人ゼロ作戦』家の光協会などを参照。

²⁶ 介護・医療と連携しつつ高齢者の居住安定化を図る賃貸住宅。原則25㎡以上の床面積、バリアフリー設備、安否確認や生活相談などのサービスを提供が条件で、2011年度に制度化された。住宅を建設した事業者が都道府県に登録する。

²⁷ 2016年5月24日、国土交通省「サービス付き高齢者向け住宅の整備等のあり方に関する検討会とりまとめ」。

物」と化す。切れ目のない提供体制の構築に向けて、都道府県と市町村の積極姿勢と、それを支える国の支援や制度改正が望まれる。