

# 基礎研 レポート

## 分権と集権が同時に進む医療・ 介護改革の論点

「機能的集権」で考える複雑な状況の構造と背景

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

### 1—はじめに～分権か、集権か～

医療・介護分野では「惑星直列」と呼ばれるほど、2018年度に一斉に制度改正が進められた。一連の制度改正を総合すると、医療分野では都道府県、介護分野では市町村の役割や権限を強化しており、「分権化」という特徴が見られる。今後、都道府県や市町村には地域の実情に応じた体制整備が求められており、1990年代以降に進んだ地方分権改革の蓄積が問われる。

その一方で、国が都道府県や市町村の取り組みを評価する制度改正も進むなど、国の関与が強まる「集権化」の動きもあり、現在の状況は一概に「分権化」と言い切れない側面を持つ。

では、こうした複雑な状況をどう捉えるべきだろうか。本レポートでは医療・介護で進んでいる制度改革の一部を「分権」「集権」という2つの軸で整理するとともに、「分権化しつつ集権化する」という状況が進んでいる実像や背景を探る。さらに、個別の行政分野における中央政府の統制手段の増大を意味する「機能的集権」という行政学の概念を用いつつ、現在の制度改革の課題や国、自治体に問われるスタンスを論じたい。

### 2—医療・介護で進む分権化

#### 1 | 地方分権改革と医療・介護行政

まず、1990年代以降に進んだ地方分権改革と医療・介護行政の関係性を簡単に整理する。地方分権に関する1993年6月の国会決議を契機に、政府内では国から地方への権限・財源移譲の議論が進んだ。これは地域の課題を地域の判断と責任で解決することに主眼を置いており、国会決議では「地方公共団体の自主性、自立性の強化を図り、21世紀に向けた時代にふさわしい地方自治を確立」を目的に掲げていた。その後、機関委任事務<sup>1</sup>の廃止、地方への権限・税源移譲などが進められ、以前ほどの盛り上がりは見られないものの、医療・介護分野に限らず、国—地方の関係の見直しは間断なく続けられ

<sup>1</sup> 機関委任事務とは国の委任を受けて、都道府県や市町村が国の機関として実施する事務を指す。2000年の地方分権一括法で廃止された。

ている<sup>2</sup>。

だが、地方分権改革が論じられていた当時を振り返ると、都道府県と市町村は医療・介護行政の税源・権限移譲について後ろ向きだったと言わざるを得ない。例えば、国・地方税財政を見直す「三位一体改革」<sup>3</sup>の際、全国知事会は国民健康保険（以下、国保）の財政負担を拒んだ経緯があり、前向きになったのはつい最近の出来事に過ぎない<sup>4</sup>。

市町村も2000年の介護保険制度創設に際して、保険者（保険制度の運営主体）になることを最後まで拒んだ。介護保険は「地方分権の先駆け」と理解され、住民に身近な市町村が給付と負担の関係を考えることを重視していた<sup>5</sup>が、市町村が望んだ結果ではなかったのである<sup>6</sup>。

三位一体改革とほぼ同じ時期に進んだ高齢者医療制度の見直しに際しても、都道府県と市町村は高齢者医療費の負担を望まず、ともに保険者になることを拒否したため、75歳以上の医療費を管理する主体として、全市町村で構成する都道府県単位の広域連合を設置することで折り合った経緯がある<sup>7</sup>。このように医療・介護行政に関して都道府県、市町村が役割拡大を求めた事実は見当たらない。

しかし、現在の医療・介護制度で都道府県、市町村に求められる対応は地方分権改革の趣旨に沿っており、地方側が望んでいなかった分野で地方分権改革の成果や蓄積が問われる皮肉な事態となっている。以下、関係する制度改正の一部を医療、介護の順で見えていく。

## 2 | 医療行政に関する都道府県の役割拡大

まず、医療行政を見ると、都道府県の役割を拡大しようという制度改正が相次いでいる。2018年度には様々な制度改革が一斉に進み、2017年6月の「経済財政運営と改革の基本方針（骨太方針2017）」は「都道府県の総合的なガバナンスを強化し、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」と示していた。

具体的には、2018年4月に国保の運営主体が市町村から都道府県に変わり、都道府県が財政運営の責任を持つことになった。それだけでなく、病床機能再編や在宅医療の充実を進める一環として、政府は2017年3月までに「地域医療構想」を策定するよう各都道府県に義務付けるとともに、その推進に向けた制度改正として病床機能再編に関する知事の権限を強化した<sup>8</sup>。さらに、地域医療構想を取り

<sup>2</sup> 例えば、2018年通常国会では介護支援専門員（ケアマネジャー）の登録取り消し要件の見直しなどを盛り込んだ法改正がなされたほか、今年6月に閣議決定された骨太方針2018でも「地方自治体の創意工夫を喚起するためにも、地方分権改革を着実かつ強力に進める」という記述がある。

<sup>3</sup> 三位一体改革では国庫補助金の廃止・縮減と地方への税源移譲、地方交付税の見直しを同時に進めた。

<sup>4</sup> 実際、『朝日新聞』2005年11月20日では、独自のアンケート調査結果に基づき、44道府県が医療費抑制の役割拡大に反対していると紹介している。さらに、京都府が国保事務の受け入れに前向きな姿勢を示した際、当時の新聞は「京都の乱」と形容した。『朝日新聞』2009年5月19日。国保の都道府県化を巡る歴史については、拙稿レポート2018年4月17日「国保の都道府県化で何が変わるのか（下）」を参照。

<http://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=58441>

<sup>5</sup> 例えば、介護保険の創設に関わった行政学者による大森彌編著（2002）『高齢者介護と自立支援』ミネルヴァ書房では、「介護保険法は（注：地方分権改革の作業と）ほぼ並行して出来上がった法律ですが、明確な形で分権の流れの中にあります。その最大の特色が何処に表れたかという点、保険者を市町村にしていることです。もう少し言えば、保険料の決定主体を市町村にしたことです」としている。

<sup>6</sup> 全国町村会編（2002）『全国町村会八十年史』全国町村会 pp10-11における関係者の対談では「町村会は心の底からこれに賛意を表したことは一回もなかった」「市町村が介護保険を担当するのはやはり不相当」といった声が掲載されている。

<sup>7</sup> 拙稿レポート2018年8月7日「10年が過ぎた後期高齢者医療制度はどうなっているのか（下）」を参照。

<http://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=59252>

<sup>8</sup> 公立病院に関して、都道府県が過剰な病床削減を勧告、命令できるとした。

込む形での医療計画改定<sup>9</sup>、医療費適正化計画の改定<sup>10</sup>といった制度改正も進んだほか、今年の通常国会では都道府県に対し、医師確保計画の策定を義務付けるための改正医療法が成立しており、医療行政の都道府県化は着実に進んでいる。

特に、地域医療構想では医療機関や介護事業者、市町村など地域の関係者が都道府県と協議しつつ、地域の実情に応じて病床機能再編や在宅医療の整備などに努めることを想定しており、地域レベルでの合意形成が求められている。ここで求められているのは地域ごとに異なる事情や課題に応じて、各都道府県の判断と工夫で医療提供体制を構築しようとする努力であり、地域の課題を自らの判断と責任で解決する地方分権改革の実践が問われている<sup>11</sup>。

### 3 | 介護行政に関する市町村の役割拡大

介護保険の分野でも市町村の権限強化が図られている。先に触れた通り、介護保険は元々、「地方分権の先駆け」と説明されていたほか、3年に一度の2018年度改正では、介護給付費の抑制に向けて、▽介護予防に関する市町村の権限を強化、▽生活援助を多く盛り込んだケアプラン（介護サービス計画）の適正化——などの見直し策が盛り込まれた。

過去の制度改正を振り返っても、①高齢者の個別支援だけでなく、地域づくりを進める「地域ケア会議」の設置を全市町村に義務化、②ケアマネジャーが所属する居宅介護支援事業所の指定権限を都道府県から市町村に移譲、③軽度者向けの介護予防、通所介護の給付を介護予防事業に統合するとともに、市町村の裁量を拡大した「新しい総合事業」（介護予防・日常生活支援総合事業）の創設、④在宅医療に関する市町村の役割拡大を促す「在宅医療・介護連携推進事業」<sup>12</sup>の創設、⑤認知症の早期診断・早期対応に向けた支援を図る「認知症初期集中支援チーム」の全市町村設置——など、市町村の権限や責任を拡大する制度改正が進められている。

### 4 | 「団体自治」の強化による医療・介護行政の分権化

では、地方分権改革の文脈で言うと、一連の制度改正はどう整理できるだろうか。行政学では地方自治を「団体自治」「住民自治」に整理し、前者を「国から自治体に多くの権限を移譲することによって自治体の仕事の範囲を広げ仕事量を増やすこと」「自治体による事務事業執行に対する国の統制を緩和すること」、後者を「地域住民が自治体の運営に日常的に参加し、住民の総意に基づいて自治体政策が形成・執行されるように仕組みを変革していくこと」と定義している<sup>13</sup>。

これに従って、一連の制度改正を考えると、医療・介護に関する都道府県、市町村の仕事の範囲を

<sup>9</sup> 医療計画は主に過剰地域における病床数の抑制などを目的とし、6年周期（2018年度以前は5年に1度）で都道府県が改定する。2018年度からスタートした新しい計画では地域医療構想の内容を反映、踏襲した。

<sup>10</sup> 医療費適正化計画は40～74歳の人を対象に腹囲などを図る特定健診・特定保健指導（通称メタボ健診）の実施などを主な目的とし、6年サイクル（2018年度以前は5年に一度）で都道府県が改定する。2018年度からスタートした新しい計画では、地域医療構想による病床数の削減など医療提供体制改革も反映した。

<sup>11</sup> 地域医療構想と地方分権改革の関係性については、拙稿レポート2017年11月28日「地域医療構想を3つのキーワードで読み解く（2）」を参照。

<http://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=57274>

<sup>12</sup> 市町村レベルでの在宅医療普及と医療・介護連携の推進を図るため、医療・介護の資源把握や在宅医療・介護連携の課題抽出、対応策の検討などを市町村に義務付ける事業。

<sup>13</sup> 西尾勝（2007）『地方分権改革』東京大学出版会 pp241-253。

広げ、仕事量を増やしている点で、団体自治の強化と説明することが可能であり、分権化が進んでいると言える。

しかし、現状は分権化という切口だけで説明し切れない複雑さがある。次に、国の役割を大きくする集権化を図る動きを見てみよう。

### 3—医療・介護で進む集権化

#### 1 | 医療行政で進む国の関与増大

医療行政で進められている国の役割拡大としては、都道府県化に際して作られた国保の「保険者努力支援制度」を挙げることができる。これは都道府県や市町村の取り組みを評価するため、国が一定の指標を設定するとともに、指標ごとに点数を付与する。このことを通じて、国が都道府県と市町村の取り組みを採点することに力点を置いており、具体的な指標と採点項目は表1の通りである。

まず、国保を含めた全ての保険者を対象とした共通項目として、▽メタボ健診の実施率、▽がん検診受診率、▽糖尿病の重度化防止、▽加入者への適正受診、▽適正服薬の促進、▽後発医薬品の使用促進——などが指標に挙げられており、それぞれに得点が割り振られている。

表1：保険者努力支援制度の指標と採点項目

保険者共通の指標	国保固有の指標（市町村分）	国保固有の指標（都道府県分）
<b>指標①</b> メタボ健診の実施率、メタボ該当者・予備群の減少率 ・メタボ健診実施率【50点】 ・メタボ健診指導実施率【50点】 ・メタボ該当者・予備群の減少率【50点】	<b>指標①</b> 収納率向上に関する取組 ・保険料収納率（過年度分を含む）【100点】	<b>指標①</b> 主な市町村指標の都道府県単位評価 ・メタボ健診の実施率【20点】 ・糖尿病の重症化予防の取組【10点】 ・個人インセンティブの提供【10点】 ・後発医薬品の使用割合【20点】 ・保険料収納率【20点】 ※都道府県平均に基づく指標
<b>指標②</b> メタボ健診に加えて他の健診の実施や健診結果などに基づく受診勧奨の取組 ・がん検診実施率【30点】 ・歯科疾患健診実施状況【25点】	<b>指標②</b> 医療費の分析等に関する取組 ・データヘルス計画の実施状況【40点】	<b>指標②</b> 医療費適正化のアウトカム評価 ・都道府県の医療費水準を評価【10～30点を加点】 ※国保被保険者に関する1人当たり医療費に着目し、その水準が低い場合or前年度より一定程度改善した場合に評価
<b>指標③</b> 糖尿病の重症化予防の取組 ・糖尿病予防の取組【100点】	<b>指標③</b> 給付適正化に関する取組 ・医療費通知の取組【25点】	<b>指標③</b> 都道府県の取組 ・医療費適正化の主体的な取組状況【30点】 （保険者協議会、データ分析、重症化予防など） ・医療提供体制適正化の推進【※30点】 ・法定外繰入の削減【30点】
<b>指標④</b> 広く加入者に行う予防・健康づくりの取組 ・個人へのインセンティブ提供【70点】 ・個人への分かりやすい情報提供【25点】	<b>指標④</b> 地域包括ケアの推進に関する取組 ・国保の視点からの地域包括ケアの取組【25点】	▶ 「※」は今後、具体的な評価項目を検討
<b>指標⑤</b> 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組 ・重複服薬者に対する取組【35点】	<b>指標⑤</b> 第三者求償の取組 ・第三者求償の取組【40点】	
<b>指標⑥</b> 後発医薬品の使用促進に関する取組 ・後発医薬品の促進の取組【35点】 ・後発医薬品の使用割合【40点】	<b>指標⑥</b> 適正かつ健全な事業運営の実施状況 ・適正かつ健全な事業運営の実施状況【50点】 ◆ このほか、人口規模に応じて加算する「体制構築加算」として60点がある。	

出典：厚生労働省資料を基に作成  
注：2018年度現在。

さらに、国保に関する市町村固有の指標として、▽保険料の収納率、▽医療費の増加要因などをデータで把握する「データヘルス計画」の実施状況、▽医療費通知の取り組み、▽地域包括ケアの推進<sup>14</sup>、▽適正かつ健全な事業運営——などがあり、都道府県に対しては上記に示した市町村の指標を都道府県単位で評価するほか、都道府県別医療費水準や医療費適正化の取組、法定外繰入<sup>15</sup>の削減などをチ

<sup>14</sup> 2014年成立の地域医療介護総合確保推進法では、地域包括ケアを「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、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」としているが、多義的に使われており、ここでの定義は明確になっていない。

<sup>15</sup> 法定外繰入とは国保財政の赤字補てんのため、市町村が租税財源で穴埋めすることを意味する。これは保険料と給付の関係係を不正確にするなど問題が多い。

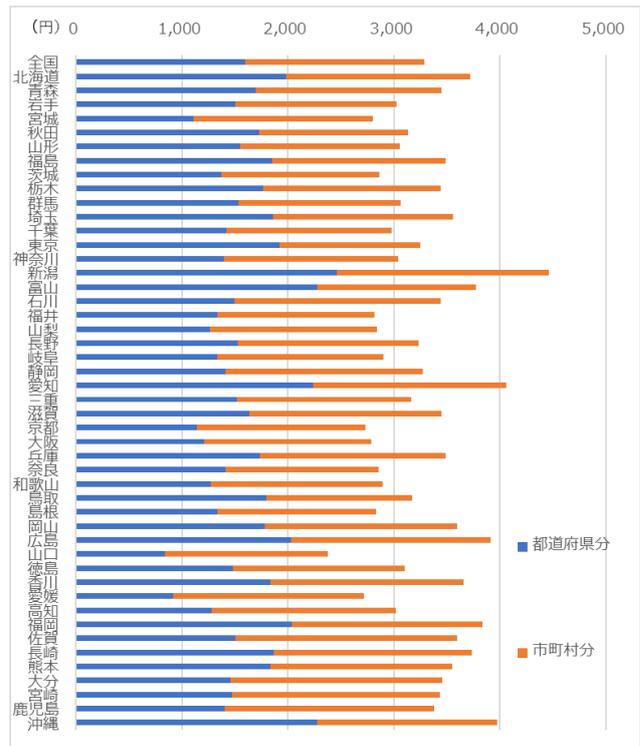
図1：保険者努力支援制度の1人当たり都道府県別配分額

エックするとしている<sup>16</sup>。

その上で、こうした自治体の取り組みを国が評価し、800億円（市町村 500億円、都道府県 300億円）に上る配分額を取り組み次第で増減させる。実際の1人当たり都道府県別配分額は図1の通りであり、自治体から見ると、国からの財政支援を受けられる分、自治体の財政負担を減らせるメリットがある。

分かりやすく言えば、国が定めた指標と採点項目に従って都道府県、市町村の政策を誘導し、その進み具合に応じて、国が都道府県、市町村の取り組みを「採点」する制度である。これは自治体の政策や取り組みに対する国の関与を強める意味で、集権化の要素を持っている。

このほか、地域医療構想の推進に関して、学識者の助言を求める「地域医療構想アドバイザー制度」でも国の役割強化が図られている。厚生労働省が審議会に提出した資料によると、アドバイザーは(a)厚生労働省が開催するアドバイザー会議への出席、(b)都道府県への技術的支援、(c)都道府県が開催する地域医療構想調整会議<sup>17</sup>への出席——を活動内容とし、都道府県の推薦に従って国が「選定」するとしており、アドバイザーに求められる内容、役割、選定方法、要件などは表2の通りである。アドバイザーに求められる内容は別にして、選定プロセスに着目すると、国がアドバイザーを選ぶことは国の役割拡大を意味しており、こちらも集権化の一つと理解できる。



出典：厚生労働省説明資料を基に作成

表2：厚生労働省が示した地域医療構想アドバイザーの概要

<p>&lt;役割&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 都道府県の地域医療構想の進め方について助言すること。</li> <li>● 地域医療構想調整会議に出席し、議論が活性化するよう助言すること。</li> </ul> <p>&lt;活動内容&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 厚生労働省が主催するアドバイザー会議への出席（年2～3回）</li> <li>● 担当都道府県の地域医療構想の達成に向けた技術的支援（適宜）担当都道府県の地域医療構想調整会議への出席（適宜）など。</li> </ul> <p>&lt;選定方法&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 国が、都道府県の推薦を踏まえて選定する。</li> <li>● 都道府県ごとに複数人を選定することも可とする。</li> <li>● 都道府県は選定要件を参考に、都道府県医師会と協議しつつ、大学・病院団体などの意見も踏まえて、地域に密着した有識者を推薦する。</li> </ul> <p>&lt;選定要件&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 推薦を受ける都道府県の地域医療構想、医療計画などの内容を理解していること。</li> <li>● 医療政策、病院経営に関する知見を有すること。</li> <li>● 各種統計、病床機能報告などに基づくアセスメントができること。</li> <li>● 推薦を受ける都道府県の都道府県医師会等の関係者と連携がとれること。</li> <li>● 推薦を受ける都道府県に主たる活動拠点があること。</li> </ul>
--

出典：厚生労働省資料を基に作成  
 注1：都道府県医師会など関係団体の役職員は可  
 注2：営利企業は対象外。

## 2 | 介護行政で進む国の関与増大

介護保険でも同様の傾向が見られる。2018年度制度改正では、介護予防などに関する市町村の取り組みを評価する200億円の「保険者機能強化推進交付金」が創設され、図2のような基準で市町村の取り組みを

<sup>16</sup> 指標は毎年、修正が重ねられており、2018年度の指標項目では「医療提供体制適正化の推進」が未確定となっている。  
<sup>17</sup> 地域医療構想調整会議は地域医療構想に盛り込まれた施策や内容を実現するため、都道府県を中心に医療機関関係者や市町村、介護事業者などが協議する場。

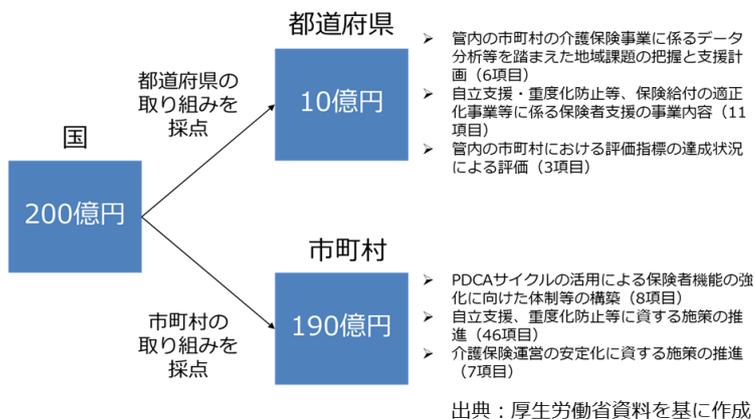
評価、採点することで、交付金の分配額を増減させるとしている。

例えば、市町村の「PDCA サイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築」では8つの採点項目が設けられている。このうち、「他の保険者と比較する等、当該地域の介護保険事業の特徴を把握しているか」という項目は、(a)国が提供する「地域包括ケア『見える化』システム」(以下、「見える化システム」)を通じて、他の保険者と比較するなど当該地域の介護保険事業の特徴を把握し、ホームページによる周知など住民や関係者と共通理解を持つ取り組みを行っている、(b)「見える化システム」以外の手段で、(a)と同じ取り組みを実施している、(c)「見える化システム」を活用し、他の保険者と比較するなど、当該地域の介護保険事業の特徴を把握している、(d)「見える化システム」以外の手段で、(c)と同じ取り組みを実施している——に分かれており、(a)(b)を実施している場合は10点、(c)(d)の場合は5点を付与する仕組みとなっている。

さらに、市町村の「自立支援、重度化防止等に資する施策の推進」では、46の採点項目が示されており、主に介護予防の強化を図る観点に立ち、地域包括支援センターの取組や要介護度の改善などを評価するとしている。

こうした交付金の動きと平仄を合わせる形で、地域包括支援センターの機能強化に向けた評価基準も新たに定められており、介護行政に関する市町村の取り組みを評価するため、国の関与増大を図る動きが強まっている。

図2：介護保険の保険者機能強化推進交付金の評価基準



### 3 | 医療・介護行政で進む複雑な状況

以上で取り上げた制度改正は国の関与や役割を増やしていると言える。具体的に言えば、国から自治体に権限を移譲したり、自治体の権限を強化したりした分野について、都道府県・市町村の取り組みを国が評価することで、国の関与の度合いを大きくする制度改正が同時に進んでいると理解できる。これは一種の集権化であり、「分権化しつつ集権化する」という状況が生まれていると言える。

では、こうした矛盾にも映る現状をどう評価するべきだろうか。以下、占領期の地方行政システム史を分析した行政学の研究書<sup>18</sup>を基に考察を深めることとする。

## 4——「機能的集権」を用いた医療・介護行政の現状説明

### 1 | 「機能的集権」とは何か

こうした状況を説明するのが「機能的集権」という概念であり、国の関与や役割を増大させる集権化には、①事務事業を地方から国に移す「事務事業引き上げ型」、②中央の統制を増やす「中央統制増大型」(機能的集権)——の2つの類型があるという。そのイメージは図3の通りであり、上の矢印は

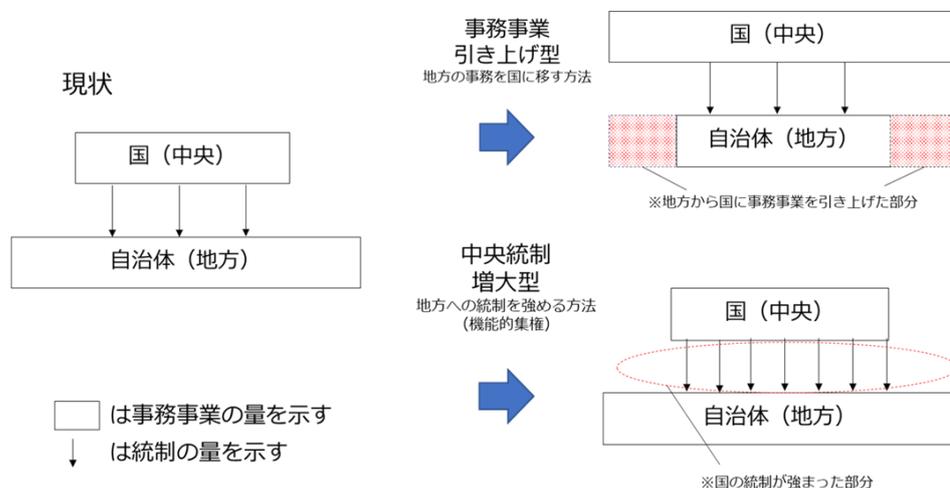
<sup>18</sup> 市川喜崇 (2012) 『日本の中央—地方関係』法律文化社。

事務事業を地方から国に移すタイプの集権として、一般的に「中央集権」と理解されている類型である。一方、下の矢印では国—地方の事務事業に手を付けないまま、国の統制を強化する方法であり、必ずしも地方から国への事務事業引き上げを伴わなくても、集権化が進む可能性を指摘している。これが機能的集権である。

同著が中心的に論じているのは戦後の地方行政改革である。当時は占領軍の指示を受けて、内務省

の解体や府県知事の公選制導入など地方分権的な改革が進んだ一方、国の出先機関や個別補助金の創設、機関委任事務の増加などを通じて、国から地方への統制強化も図られたと指摘した上で、「専門分化した新規の大量の行政を標準的に、ど

図3：機能的中央集権のイメージ



出典：市川喜崇（2012）『日本の中央—地方関係』法律文化社に加筆

の地方にも満遍なく実施させるという実務上の要請が機能的集権の推進力であった」「個別機能別の実施統制手段の確保を通じて行政の標準化をはかりつつ、地方財政調整制度等にとってその財政的な裏づけを保障する戦後の機能的集権体制は、福祉国家の要請であるナショナル・ミニマムの確保にとって、きわめて好都合だった」としている<sup>19</sup>。さらに、同著は占領期だけでなく、環境政策や介護保険でも機能的集権の現象が見られたと指摘している<sup>20</sup>。

本レポートの対象である現在の医療・介護行政についても、こうした機能的集権の概念を用いると、分権化と集権化が同時に進んでいる矛盾を整合的に説明できるのではないだろうか。

## 2 | 機能的集権の背景

では、こうした状況がなぜ生まれているのであろうか。その理由は医療・介護給付費の動向に求められる。高齢化などの影響で医療・介護給付費は増加し続けており、団塊の世代が75歳以上を迎える2025年には一層の増加が見込まれている。しかし、高齢化や人口減少のスピードが地域ごとに異なる分、国一律の政策だけでは対応できなくなりつつある。そこで、都道府県や市町村の責任を大きくしていると言える。

その一方で、高齢化に伴う医療・介護給付費の増大と財政赤字の拡大を受けて、医療・介護給付に関する税金や保険料の負担を抑えることも大きな課題となっている中、都道府県や市町村に任せたままだと、給付費の抑制が進まない可能性がある。そこで、指標や評価基準の策定、補助金を通じたインセンティブ、アドバイザーの選定など個別最適を図る政策の積み重ねを通じて、給付費の抑制に関

<sup>19</sup> 市川前掲書 p11。

<sup>20</sup> 市川前掲書 p14。

する国の役割を拡大させる動きが強まっていると言える。

## 5——「機能的集権」の問題点

### 1 | 地方分権推進委員会の勧告に見る3つの弊害

筆者個人の意見としては、「分権化すれば物事が解決する」と考えておらず、一概に「国・集権化＝悪」「地方・分権化＝善」とは捉えていない。

例えば、自治体や現場の取り組みを可視化するため、国が一定の指標や基準を作ることは必要である。そのことを通じて、地域や現場の現状や課題が浮き彫りになったり、他の事例と比較したりできるようになれば、地域や現場の取り組みをレベルアップすることが可能になる。

それでも国—地方関係で想定されている姿と照らし合わせると、機能的集権は問題があると言わざるを得ない。例えば、1997年7月の地方分権推進委員会の勧告では国の補助金の弊害について、①国と地方の責任の所在の不明確化を招きやすい、②地域の知恵や創意を生かした自主的な行財政運営を阻害しがちである、③細部にわたる補助条件や煩雑な交付手続が行政の簡素・効率化や財政資金の効率的な使用を妨げる要因となっている——などと指摘しており、機能的集権の問題点を考える上でも参考になる。これらの点は1990年代以降の地方分権改革で繰り返し述べられたことだが、確認の意味を込めて上記の3点に沿って機能的集権の問題点を整理してみよう。

### 2 | 機能的集権の問題点①～責任の不明確化～

第1に、機能的集権は責任をあいまいにする問題点を持つ。地域の事情や特性に応じて医療・介護体制を作ると言っても、国が指標や基準、考え方を示し、それに沿ってインセンティブを付与すれば、自治体は指標や基準に沿って医療・介護の体制づくりを進めようとするであろう。しかし、それで自治体の取り組みが失敗した時、誰が責任を取るのだろうか。住民はどうやって民意を働かせるのであろうか。

同じことは地域医療構想アドバイザーについても言える。地域医療構想を含む医療行政の大半は「自治事務」<sup>21</sup>である上、都道府県に主たる活動拠点を置いている学識者がアドバイザーとしての確かかどうか、国が判断できるほどの知見や情報を持っているとは思えない。もし都道府県が人選を間違えた場合、その責任を国、都道府県のどちらが取るのだろうか。

筆者自身の見解としては、地域医療構想アドバイザーの選任自体は必要な施策である。さらに、国の関与がゼロで良いと言っているわけではなく、都道府県が国の補助金（例えば地域医療介護総合確保基金）を使う場合、補助金を受け取る都道府県は学識者の適格性について、国に報告、説明する必要がある。

しかし、アドバイザーの選定に際して、都道府県が一般財源で対応するのであれば、国に報告する義務はないし、国が選定する理由や根拠も見当たらない。さらに、国が全体像を把握したり、他の都道府県に対して参考情報を提供したりするため、アドバイザーに関する各都道府県の情報を国に集約する必要性は考えられるにしても、国が都道府県に報告を求めれば済む話であり、国が選定する理由や根拠にならない。国によるアドバイザー選定に関する事務は制度的に説明が付かないし、責任の所

<sup>21</sup> 自治事務とは法令に違反しない限り、自治体の判断で実施できる事務を指す。

在をあいまいにするリスクがある。

### 3 | 機能的集権の問題点②～自主的な運営を阻害～

第2の点として、自主的な行財政運営を阻害するリスクである。一例として、介護保険の保険者機能強化推進交付金を取り上げる。元々、介護保険は自治事務に位置付けられており、法令に定められていないことは市町村の裁量で決定できる。例えば、ある自治体(仮に「A市」とする)が「A市では医師会や専門職の活動が盛んなので、在宅医療・介護連携ではなく、認知症対策に力を入れたい」と判断したケースを考えてみよう。

しかし、保険者機能強化推進交付金に関する国の採点基準で見ると、在宅医療・介護連携の評価項目は7項目、最大70点を取れるが、認知症対策は4項目、最大40点しか取れない。そのため、A市の判断は高い採点と補助金を得られなくなってしまう。そうすると、A市は交付金を獲得するため、地域の実情や優先課題とは全く無関係に、国の基準に沿った政策を作ろうというインセンティブが働く危険性がある。これは自治事務と定められた行政分野について、国の機能的集権が影響することによって生じる不整合である。

### 4 | 機能的集権の問題点③～行政の非効率化～

第3に、行政が非効率化するリスクである。例えば、保険者努力支援制度や保険者機能強化推進交付金の資料を見ると、指標や評価基準、採点項目が実に細かく定められており、これを作成・更新する国の手間暇に加えて、国の資料を読み解いたり、それに沿って書類を作成したりしなければならない自治体職員の手間暇を考えると、行政の非効率化あるいは財政資金の無駄遣いを生んでいるのではないか。地域医療構想に関するアドバイザーの選定についても、都道府県が推薦する際の書類作成、推薦書を基にした厚生労働省の選定事務などを考えれば、同様のことが言える。

こうした事務負担が増えると、中央省庁で最も際立つとされる<sup>22</sup>厚生労働省職員の残業時間が一層、増加することに繋がりがかねない。

## 6——議論の出発点としての「ガバナンス」の重要性

### 1 | ガバナンスの定義

では、どのような制度が望ましいと言えるだろうか。あるいは国や自治体として、どのような対応が求められるだろうか。先に触れた通り、国の役割がゼロで良いわけではない。特に、日本の行政制度では国と地方の事務が明確に分離されておらず、国と地方の関係は複雑に入り組んでいる分、少しの制度改正で機能的集権が起きやすい構造を有しており、国が自治体の事務に関与することは一定程度、止むを得ない。

ここで求められるのは「ガバナンス」(governance)の発想に立つことではないだろうか。ガバナンスという言葉の定義は曖昧であり、定義付けが必要であろう。

一般的に政策形成プロセスで用いられているガバナンスは専ら「統治機構の強化」の意味で使われており、その一例として、医療行政に関する「都道府県の総合的なガバナンスの強化」を訴えた今年の骨太方針の言葉遣いに見られる。ここでのガバナンスは統治機構(government)という意味で使われている印象を持つ。

<sup>22</sup> 『日本経済新聞』2018年5月25日夕刊。

しかし、ガバナンス論の先行研究に従うと、ガバナンスには国家や統治機構の存在を前提に論じる「国家中心アプローチ」と、国家を至高の存在として考えない「社会中心アプローチ」の 2 つがあり、後者では民間セクターも含めて、多様な関係者同士の水平的アプローチが重視されるという<sup>23</sup>。

## 2 | ガバナンス論から見た国の役割

本レポートでは社会中心アプローチ的なスタンスに立ち、ガバナンスを「統治のプロセス」と定義する考え方<sup>24</sup>を採用する。つまり、関係者の利害に配慮しつつ、透明・公正に政策を進めていく重要性であり、これを分権化されつつある医療・介護行政で当てはめると、医療機関関係者や介護事業者、学識者、住民団体など地域の関係者と合意形成を図りつつ、地域の医療・介護提供体制や負担の在り方を話し合うアプローチが求められる。しかも、これは先に触れた「住民自治」の発想に符合している。

もちろん、国の役割はゼロではなく、重要な関係者の一つである。例えば、「情報の集中、権力の分散」という格言<sup>25</sup>の通り、地域における合意形成を支援するため、地域の現状や課題の可視化する情報を提供したり、他地域の先進事例や専門的な人材を紹介したりする点で国の役割は大きい。医療・介護制度を運営するに際して、国が望ましいと考える指標や評価基準を示すことも重要である。

だが、保険者努力支援制度や保険者機能強化推進交付金で示されている指標や基準は「オールジャパンで見た医療・介護の課題」、正確に言うと「日本全体を俯瞰して国が考えている課題」が反映されているに過ぎず、それを参考にするかどうかの判断については、一義的には地域の関係者に委ねられるべきである。ここに財政的なインセンティブを付けるのは自治体の判断や決定をゆがめる結果になりかねない。

そう考えると、保険者努力支援制度など、国の指標や基準に自治体を従わせるインセンティブ制度については、自治体に喚起を促した時点で廃止・改組するなど時限的な措置にとどめるべきではないか。地域医療構想のアドバイザーについても、国の役割は専門人材のデータベース整備や事例公表に限るべきである。

## 7—おわりに～トクヴィルの警告～

本レポートの締めくくりの際に、19 世紀フランスの思想家、トクヴィルの指摘を用いることで、機能的集権の弊害と議論を再考したい。

トクヴィルは建国間もないアメリカの様子を見て、『アメリカのデモクラシー』という大著を記した。そこでトクヴィルは貴族出身の身でありながら民主主義社会の到来を不可避であることを論じただけでなく、市民が平等と生活を保障する中央集権的な国家を望むようになり、集権化が必然的に進むと指摘した。

その意味では、給付や福祉サービスを平等に提供しなければならない福祉国家は中央集権になりやすく、国と自治体の事務が明確に分離されていない日本では機能的集権は必然的な事象と言える。

しかし、トクヴィルは中央集権の弊害にも気付いていた。つまり、平等と中央集権的な国家を望んだ反動として、いわば市民が思考停止となり、自由と気力を失う危険性を見抜いたのである。トクヴィル

<sup>23</sup> 岩崎正洋 (2011) 「ガバナンス研究の現在」 岩崎正洋編著『ガバナンス論の現在』勁草書房を参照。

<sup>24</sup> Mark Bevir (2012) “Governance” [野田牧人訳 (2013) 『ガバナンスとは何か』NTT 出版 p5]。

<sup>25</sup> John Stuart Mill (1861) “Considerations on Representative Government” [水田洋訳 (1997) 『代議制統治論』岩波文庫 pp369-370] では「権力は地方に分散されているが、知識はもっとも有益であるため、集中されなければならない」と記されている。

イルは中央集権の弊害として、「行政の集権は、これに服する市民を無力にするだけだと思う。なぜなら行政の集権には市民の公共精神を絶えず減退させる傾向があると考えられるからである」と論じている<sup>26</sup>。

本レポートで取り上げた機能的集権についても、最大の問題点は個別最適を積み重ねた結果、知らず知らずのうちに国の役割や権限が強くなり、その反動として自治体が自ら政策を考える意欲を失うことかもしれない。実際、本レポートで論じた機能的集権の弊害については、1990年代以降の地方分権改革で盛んに語られていたことを「復習」したに過ぎないが、こうした意見は最近ほとんど見られないし、管見の限り、医療・介護で進む機能的集権について自治体サイドから疑問の声も出ていない。

しかも機能的集権の行き先は明るいとは思えない。トクヴィルは集権の結末について、少し皮肉交じりに以下のように論じている<sup>27</sup>。

**集権制の側が窮余の一策として、市民の協賛を得ようとすることがある。だがその際、権力は次のように語る。諸君は私の望むとおり、私の欲する限りにおいて、またまさしく私の欲する方向に動いてほしい。諸君は全体を導こうなどと思わず、細部を担当してほしい。(略)このような条件の下では、人間の意思に基づく協力は決して得られない。そのためには自由に動き、行為に責任を取らせることが必要である。人間は独立性を失って、自分の知らぬ目的地に向かって歩くくらいなら、じっと動かないでいる方を選ぶようにできている。**

さらに、トクヴィルは「中央権力が、国民生活の細部に至るほど複雑多岐な機構を独力でつくり運営しようとしても、きわめて不完全な結果に甘んじるか、無気力な努力のうちに疲れ果ててしまうかどうかである」とも論じている<sup>28</sup>。

ここで言う「市民」「人間」「国民生活」を「自治体」「地方自治」「医療・介護」といった言葉に置き換えると、今の医療・介護行政で起きている現象の不吉な予言になるかもしれない。つまり、いくら分権化を通じて自治体に細部を担当させても、国が機能的集権を通じて「望む通り」「欲する限り」自治体を誘導しようとする限り、その結果は不完全に終わるか、無気力な努力に終わるかもしれない。

トクヴィルの警告を現実化させないためには、国は可能な限り「自治」に影響を与えない制度改革を考慮するなど、集権と分権のバランスを常に考える必要性が求められる。自治体サイドについても、機能的集権に無気力に対応するのではなく、むしろ地域の現状や特性を直視し、与えられた権限や責任を活用しつつ、地域の関係者ととも適切な医療・介護体制を構築する「ガバナンス」の発想が必要となる。

<sup>26</sup> Alexis de Tocqueville (1835) “De La Démocratie en Amérique” [松本礼二訳 (2005) 『アメリカのデモクラシー』第1巻 (上) 岩波文庫 p138]。

<sup>27</sup> Tocqueville 前掲書 p145。

<sup>28</sup> Tocqueville 前掲書 p144。