

# 研究員 の眼

## 「地域の实情」に応じた医療・介護体制はどこまで可能か(1)

審議会報告の文言から見える政府の意図と自治体の現実

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

### 1—はじめに～「地域の实情」に応じた体制整備を考える～

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、2023年度は国や自治体で様々な見直し論議が展開される見通しです。具体的には、診療報酬と介護報酬の同時改定に向けた検討に加えて、都道府県が6年サイクルで見直している「医療計画」、市町村が3年周期で策定している「介護保険事業計画」の改定作業なども進みます。

ここで、注目されるのは「地域の实情」という言葉が政府の審議会報告などに多用されている点です。具体的には、「地域の实情に応じた在宅サービスの整備」といった言葉遣いであり、「地域の实情」という言葉は医療・介護制度を巡る一種の「流行語」(?!)となっています。

そこで、今回から6回シリーズで、「地域の实情」という言葉の意味を深掘りするとともに、国・自治体に問われる対応を考察します。第1回は医療・介護について、「地域の实情」という言葉を使っている近年の政府文書などを取り上げるとともに、その意味を再考します。さらに、地域の实情を踏まえないまま、制度や事業を前提に物を考える「制度頭」「事業頭」など、自治体の運用状況を取り上げます。第2回以降は「地域の实情」に応じた医療・介護の体制整備に向けて、必要な手立てを考えて行きます。

### 2—審議会報告書などで多用されている「地域の实情」という言葉

#### 1 | 2022年12月の医療部会意見書

まず、医療・介護に関して、「地域の实情」という言葉が審議会報告などで多用されている事例を見て行きます。まず、社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）医療部会が2024年度制度改正に向けて示した意見書では、「地域の实情」という言葉が5カ所で使われており、下記のような文言が盛り込まれています（下線は筆者）。

- ▽ 医療機関は地域の实情に応じて、その機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化する仕組みとすることを基本的な考え方としてはどうか。
- ▽ 現在の2025年までの取組を地域の实情を踏まえつつ着実に進めるために、対応方針の策定率を

目標とした PDCA サイクルの強化や構想区域の評価・分析など都道府県の責務の明確化により取組を進めるべきではないか。

前者は身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医」の機能強化に絡む文言。かかりつけ医に関しては、昨年末までに見直し論議が盛り上がった末、幾つかの制度改正が決まりました<sup>1</sup>。ここでは、都道府県が診療所や中小病院から「ウチの診療所は在宅医療を提供している」といった報告を受けた後、集まった情報をベースにして、都道府県が「A 地区では在宅医療が不足している」などの形で、地域の実情を可視化することが想定されています。さらに、足りない機能に関しては、地域の官民関係者が集まる「協議の場」で対応を議論し、必要な方策を自主的に進めていくことも意識されています。この際に「地域の実情」に応じた機能強化と、それを支える国の仕組みづくりが求められると言っているわけです。

後者は 2017 年度から本格スタートした「地域医療構想」に関する部分。地域医療構想についても詳述は避けませんが、人口的にボリュームが大きい「団塊世代」が 75 歳以上になる 2025 年を意識し、急性期病床の削減や在宅医療の充実など、人口減少や高齢化の進展などに応じた医療提供体制改革の推進が想定されています<sup>2</sup>。

しかし、日本の医療提供体制の大宗を占める民間医療機関に対し、国や都道府県は強制力を持っていないため、地域の関係者を通じた合意形成を通じて、「地域の実情」に応じた体制整備が都道府県に期待されています。ここでも「地域の実情」がキーワードになっていることを確認できます。

このほかにも医療部会意見書では、歯科医や薬剤師、看護師の確保に関しても、「地域の実情」に応じた体制整備が必要と訴えています。

## 2 | 2022 年 12 月の医療計画見直しに関する検討会意見書

6 年サイクルで見直される都道府県の医療計画の改定に向けて、厚生労働省の「第 8 次医療計画等に関する検討会」（以下、検討会）が 2022 年 12 月に公表した意見書でも、同じ傾向を見て取れます。

意見書での登場回数は何と 29 回。既述した地域医療構想に加えて、医師の確保や偏在是正、外来機能分化<sup>3</sup>、在宅医療の充実、救急医療や精神疾患、災害医療、僻地医療、がん対策など、医療計画に盛

<sup>1</sup> かかりつけ医の決着に関しては、2023 年 2 月 13 日拙稿 [「かかりつけ医を巡る論争とは何だったのか（上）」](#)（全 2 回、リンク先は第 1 回）を参照。

<sup>2</sup> 地域医療構想は 2017 年 3 月までに各都道府県が策定した。人口的にボリュームが大きい団塊世代が 75 歳以上になる 2025 年の医療需要を病床数で推計。その際には医療機関の機能について、救急患者を受け入れる「高度急性期」「急性期」、リハビリテーションなどを提供する「回復期」、長期療養の場である「慢性期」に区分し、それぞれの病床区分について、2 次医療圏ごとに病床数を将来推計した。さらに、自らが担っている病床機能を報告させる「病床機能報告」で明らかになる現状の対比を通じて、需給ギャップを明らかにした。その上で、医療機関の経営者などを交えた「地域医療構想調整会議」の議論を経て、合意形成と自主的な対応による見直しが見直しが想定されている。地域医療構想の概要や論点、経緯については、2017 年 11～12 月の [「地域医療構想を 3 つのキーワードで読み解く（1）」](#)（全 4 回、リンク先は第 1 回）、2019 年 5～6 月の拙稿 [「策定から 2 年が過ぎた地域医療構想の現状を考える」](#)（全 2 回、リンク先は第 1 回）、2019 年 10 月 31 日 [「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。併せて、三原岳（2020）『地域医療は再生するか』医薬経済社も参照。

<sup>3</sup> 詳細は省くが、医師偏在の是正では「医師確保計画」「外来医療計画」という仕組みが 2020 年度から始動している。2020 年 2 月 17 日拙稿 [「医師偏在是正に向けた 2 つの計画はどこまで有効か」](#)（全 2 回、リンク先は上）を参照。外来機能分化では、医療機関の報告を基に、紹介患者の受け入れを重点的に担う「紹介受診重点医療機関」を各地域で選定する流れが想定されている。2022 年 10 月 25 日拙稿 [「紹介状なし大病院受診追加負担の狙いと今後の論点を考える」](#)、2021 年 7 月 6 日拙稿 [「コロナ禍で成立した改正医療法で何が変わるか」](#) をそれぞれ参照。

り込まれている内容を網羅する形で、医療計画の策定主体である都道府県が「地域の実情」に沿った対応を取るように促している形です。

これに関連し、検討会座長の遠藤久夫氏（学習院大学教授）は専門誌のインタビューで、「医療提供の基本的な部分は診療報酬でコントロールできるにしても、地域ごとの細かなニーズへの対応は（筆者注・全国一律の）診療報酬では難しい」「都道府県が主体になり、地域の医療者や住民と一緒にあって、その地域に適した医療の提供体制をつくっていくことが必要」と述べています<sup>4</sup>。

### 3 | 2022年12月の介護保険部会意見書

3年に一度の介護保険改正に向けて、社会保障審議会の介護保険部会が2022年12月に公表した意見書では、「地域の実情」という単語が14回登場します（中見出しも含む）。今回の意見書では、負担と給付の見直しなど多くのテーマについて結論を先送りした<sup>5</sup>ので、「地域の実情」という言葉は新規施策だけでなく、既存制度の説明でも用いられているのですが、少し事例を挙げると、こういった表現が使われています（下線は筆者）。

- ▽ 柔軟なサービス提供によるケアの質の向上や、家族負担の軽減に資するよう、地域の実情に合わせて、既存資源等を活用した複合的な在宅サービスの整備を進めていくことが重要。
- ▽ 地域の実情に応じた介護人材確保対策が実施できるよう地域医療介護総合確保基金の中で様々なメニューを用意し、自治体を支援していく必要がある。

前者は在宅サービスの基盤整備を指しています。後者では、地域医療介護総合確保基金<sup>6</sup>という補助金を使いつつ、深刻化する人材不足に対応する必要性に言及しており、いずれも「地域の実情」に沿った対応が期待されています。

### 4 | 2022年12月の全世代型社会保障構築会議の報告書

省庁横断的に社会保障の将来像を議論するため、首相官邸に設置されている「全世代型社会保障構築会議」が2022年12月に示した報告書も同じ傾向を看取できます。

報告書を読むと、「地域の実情」の登場回数は4回（脚注を含む）。既述した資料に比べれば少ないですが、かかりつけ医機能の充実、介護保険の見直しに加えて、居住保障の文脈でも「地域の実情」に沿った対応策が求められると指摘されています。

### 5 | コロナ対応、新興感染症対策でも「地域の実情」がキーワードに

以上のような形で、「地域の事情」に沿う必要性は新型コロナワクチンの接種でも論じられていました。当初は集団接種が想定されていましたが、「医師の確保などが都市部では困難」との声が出たこと

<sup>4</sup> 2023年2月1日『社会保険旬報』No. 2881を参照。

<sup>5</sup> 次期介護保険制度改正の動向については、2023年1月12日拙稿「[次期介護保険制度改正に向けた審議会意見を読み解く](#)」を参照。

<sup>6</sup> 引き上げられた消費税収を活用した基金。都道府県単位に設置されており、病床再編や在宅ケアの基盤整備、人材確保などに充当できる。地方負担を加味した事業費ベースで医療分は1,029億円、介護分は734億円。



で、政府は「各市町村において地域の実情に応じて適切に体制を構築していただきたい」と言明するに至ったのです<sup>7</sup>。本来の立て付けで言うと、ワクチンの予防接種は国の方針を基に、自治体が事務を執行する「法定受託事務」なのですが、迅速なワクチン接種を進める上では、市町村の判断に基づき、「地域の実情」に応じた接種が期待されたわけです。

新興感染症に対応するための体制整備に関しても、「地域の実情」が取り沙汰されています。こちらでも制度設計の詳細は省略しますが、都道府県を中心とした体制整備を盛り込んだ改正感染症法の審議に際して、厚生労働省幹部が「地域の実情に応じた運用というのはあり得る」と答弁しました<sup>9</sup>。

さらに、新興感染症対策を医療計画に組み込むため、検討会が2023年3月にまとめた意見でも、「地域の実情」という言葉は11回も登場します。このように見ると、「地域の実情」が医療・介護制度改革における流行語(?)になっている様子を看取できます。

### 3—なぜ「地域の実情」に沿う必要があるのか？

では、なぜ「地域の実情」に沿う必要があるのでしょうか。その理由として、人口減少や高齢化の進行スピード、人員・資源の違いなどで地域差が大きく、国一律の対応が困難になっている点を指摘できます。

写真：「地域の実情」の違いの対比

少し極端な例ですが、写真のようなコミュニティを見て、「一律の対応が可能」と思う人は恐らく皆無でしょう。実際の問題で言うと、自治体の人口や規模、年



出典：筆者撮影（左：東京都港区、右：島根県雲南市）

齢構成が違うし、都市部と地方では、医療・介護の事業所や専門職の数も異なります。

さらに今後、大都市部では高齢者人口の増加が予想される一方、地方では高齢者人口さえ減っている地域も散見されます。このため、「地域の実情」に沿った体制整備が必要であり、暮らしに身近な自治体の主体的な役割が求められます。

こうした筆者の見解については、様々な反論が有り得ます。例えば、「国の責任の放棄であり、自治体に丸投げすれば、地域差が広がる」「地方分権なんて今頃、流行らない」といった指摘です。

しかし、写真のような違いに直面した時、こうした意見は説得力を持たなくなると思います。さら

<sup>7</sup> 2021年2月9日、加藤勝信官房長官（当時）の閣議後記者会見における発言、同日『NHK NEWS WEB』配信記事を参照。

<sup>8</sup> 2021年通常国会で成立した改正医療法では、都道府県が6年周期で策定する医療計画に新興感染症への対応が義務付けられた。さらに、昨年の臨時国会で成立した改正感染症法では、都道府県が医療機関と事前に協定を締結し、新興感染症が発生した際の対応を義務付ける仕組みの導入などが決まった。前者の制度改正は2021年7月6日の拙稿「[コロナ禍で成立した改正医療法で何が変わるか](#)」、後者の制度解説は2022年12月27日の拙稿「[コロナ禍を受けた改正感染症法はどこまで機能するか](#)」を参照。

<sup>9</sup> 2022年11月15日、第210回国会参議院厚生労働委員会における厚生労働省の榎本健太郎医政局長による答弁。

に、医療・介護など旧厚生省の政策は伝統的に国直轄ではなく、自治体に執行を委ねてきた経緯があり、厚生労働省の出先機関である厚生局に担わせるのは非現実的です<sup>10</sup>。

傾聴に値する指摘として、「今後の人口減少を踏まえると、自治体としての機能が成り立たなくなるのでは」という意見が考えられそうです。確かに今後の人口減少を考えると、自治体単独での運営が困難になるケースも想定されるため、事務の広域化などは欠かせません。筆者自身としても「将来的に全国一律の三層構造（国—都道府県—市町村）の仕組みは難しくなる」と思っています。

ただ、どんなに機構を改革しても、医療・介護など住民の暮らしに身近な業務は誰かが担う必要があります。結局、「地域の実情」に応じた体制整備が求められる点に変わりはありません。

さらに、いくら行政機構を広域化しても、自治体内部の違いや実情を意識する必要があります。例えば、「平成の大合併」で周辺市町村を編入した市町村では、役所の規模は大きくなった一方、コミュニティの差異に直面しているケースは少なくありません。合併していない市町村でも、昔ながらの宿場町や農村、高度成長期に整備された団地、ファミリー向けの団地などが併存するような場合、丁・番地単位に解析度を上げつつ、コミュニティの状況を把握する必要があります。

例えば、弊社が立地している東京都千代田区で見ても、官庁やオフィス、マンション、商店が並んでいると思われるかもしれませんが、大通りを少し入ると民家は少なくないですし、弊社の周辺では、お祭りの時に番地単位の町会が活躍しています。こうした違いを踏まえつつ、「地域の実情」に沿った対応を講じられるのは自治体（医療は都道府県、介護は市町村）しかあり得ません。

## 4——「地域の実情」を巡る自治体の現実

### 1 | 制度改正疲れ、分権疲れの状況

しかし、自治体の現実を見ると、国の期待に沿っているとは必ずしも言えません。筆者は前々職の記者時代から自治体行政に接する機会があり、3年前から介護に関する市町村の人材育成プロジェクトにも関わらせてもらっています<sup>11</sup>が、自治体の状況を気の毒に感じています。

具体的には、少なくなる一方の人員と財政難、そんな中でも制度改正や権限移譲が相次ぐ中で、「制度改正疲れ」「分権疲れ」のような状況になっています。誤解を恐れずに言えば、2～3年の頻度で見直される制度改正への対応に振り回されている感があります。

一方、厚生労働省の頻繁な制度改正も一定の合理性を有しています。厳しい財政状況や高齢化の進展などを考えると、全国レベルでの制度改正を通じたテコ入れは必要です。さらに、財務省や経済財政諮問会議、規制改革推進会議などから「制度見直しが必要」と指摘されると、厚生労働省としては、制度改正に取り組まざるを得ない面もあります。つまり、それぞれが「良かれ」と思った行動が現場の自治体を疲弊させている面があります。

<sup>10</sup> 旧厚生省の行政が伝統的に分権的である点については、2020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。

<sup>11</sup> 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/](https://www.ihep.jp/agile_program/)

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

## 2 | 制度頭、事業頭、好事例病の悪弊

こうした「合成の誤謬」と言える状況の下、多くの自治体は「地域の実情」を踏まえず、通知やガイドラインに沿って、事業を実施しています。つまり、「地域の実情」から発想するのではなく、言わば形式から入ってしまうわけです。これを筆者は皮肉を込めて、「事業頭」「制度頭」と呼んでいます。

例えば、先に挙げたプログラムでは冒頭、こんなやりとりが筆者を含めた講師陣と、プログラムに参加している市町村職員の間で交わされます（「あるある」の事例を再構成しています）。

**市町村職員:**ウチの地域には、高齢者が気軽に体操などを楽しめる「通いの場」に来る高齢者が少ないんです。だから「通いの場」を増やし、高齢者に来てもらうことが課題です。

**筆者を含む講師:**「通いの場」が増えると、高齢者の暮らしは何が変わるんでしたっけ。

**市町村職員:**エーっと（絶句）……。ウチの地域は要介護認定率が高いので。。

**講師:**要介護認定率が高いと、介護保険料が高くなるので、何とか下げたいという判断は理解できます。でも、通いの場に来ていない高齢者は普段、何をしているんでしょうか。あるいは「通いの場」が開かれていない日に、高齢者はどうやって暮らしているんでしょうか。

**市町村職員:**エッ……。

つまり、「通いの場の参加者を増やす」「通いの場を増やす」といった事業や制度から物を発想しており、「通いの場に来ていない高齢者の生活」「通いの場が開かれない日の高齢者の生活」など「地域の実情」を想像できていないわけです。ここでは通いの場を挙げましたが、同じような話は高齢者の虚弱防止（フレイル）や介護予防、生活支援、移動支援などでも見聞きします。確かに最後は施策に落とし込む必要がある以上、事業や制度をベースとした発想を全否定しませんが、「地域の実情」を踏まえなければ、住民のニーズに沿った施策は難しくなります。

さらに、国の資料や講演などで見聞きした事例を真似るという悪弊も見受けられます。このように「地域の実情」を踏まえず、好事例に飛び付く現象について、筆者は皮肉を込めて「好事例病」と呼んでいます。

確かに好事例から学ぶことは重要ですし、「地域の実情」を既に把握している自治体とか、地域の課題を十分に検討しているケース、既に「地域の実情」を踏まえた打ち手を検討する段階などの場合、事例を通じた学びは有効なのですが、それぞれの事例には地域ごとに背景や経緯、事情が異なるため、表面だけ真似ても上手く行くはずがありません。

ここでは、多職種連携などを促す「地域ケア会議」を一例に挙げます。これは2015年度制度改正を通じて、市町村に設置が求められた仕組みであり、その役割として、①個別課題の解決、②支援ネットワークの構築、③地域課題の発見、④地域づくり資源開発、⑤政策形成——の5つが期待されています。厚生労働省の資料では、愛知県豊明市や奈良県生駒市などが好事例として紹介されています。

しかし、地域ケア会議の目的や運用は自治体ごとに異なります。分かりやすいケースで説明すると、軽度者の事例をベースに多職種が知恵を出し合う会議とか、重度な認知症の人に代表されるような困難事例について関係者が情報共有を図る会議が考えられます。つまり、外見だけ見れば、専門職が鳩首協議している点で同じに見えるかもしれませんが、それぞれの自治体で目的や経緯が違うし、やり



方も異なるわけです。

それにもかかわらず、会議の形態だけ真似ても、上手く行くはずがありません。確かに最初は専門職が参加するかもしれませんが、その必要性を理解できなければ、いずれ足を運ばなくなるか、アリの顔を出す

程度にとどまってしまう。アメリカの経営学者、ドラッカーは「方向づけのない会議は迷惑なだけにとどまらない。危険である」と喝破している<sup>12</sup>ですが、専門職にとって、目的が不明確な会議は「迷惑」であり、市町村と専門

職の信頼関係が損なわれるかもしれない点では、「危険」な存在になり得ます。

このように書くと、「少し辛辣過ぎるのでは」と思われるかもしれませんが、表で示した厚生労働省の委託調査<sup>13</sup>によると、筆者の指摘は誇張ではないことをご理解頂けるとと思います。具体的には、表の赤線で囲った部分で見られる通り、市町村は「地域課題の抽出・整理」「内容の振り返り」に取り組めていません。

しかも、表は自治体の「自己評価」ですし、実態はもっと酷いのかもかもしれません。実際、この数字は人材育成プログラムを通じた筆者の心象と符合していますし、地域ケア会議の開催が目的化した「事業頭」「制度頭」か、資料や講演などで紹介される好事例を表面だけ模倣した「好事例病」が影響している可能性が考えられます。

このように考えると、事例を表面だけ学んでも大した成果は得られないし、政府の資料で見掛ける「好事例の横展開」は「好事例病」を悪化させる危険性があります。やはり「地域の実情」を踏まえる必要があります。

### 3 | インセンティブで解決するのか？

これらの実情を指摘すると、「インセンティブを付与すればいいのでは」という意見も頂く機会は少なくありません。確かに経済学的な視点に立つと、人の行動を変えるのは経済的なインセンティブによる誘導か、罰則による義務付けになるので、こうした議論が出るのは一定程度、理解できます（それでも行動経済学では、肘打ちのように働き掛ける「ナッジ」も重視されているのですが）。

表：地域ケア個別会議における各課題への取り組みの認識

n=1,230	かなり取り組んでいる	少し取り組んでいる	あまり取り組んでいない	全く取り組んでいない	課題認識がない	無回答
検討した事例の個別課題の解決	52.2%	41.6%	5.0%	0.6%	0.4%	0.2%
検討した複数の事例からの地域課題の抽出・整理	15.9%	53.9%	23.3%	5.9%	0.7%	0.3%
参加している関係者のネットワーク強化	38.5%	46.3%	11.2%	2.6%	1.1%	0.2%
参加者との会議の目的や意識の共有	45.8%	46.1%	5.5%	1.4%	0.9%	0.3%
地域ケア会議を主催する市町村や地域包括支援センター職員による効果的な会議進行	34.6%	51.1%	11.0%	2.0%	1.0%	0.4%
地域ケア個別会議の内容の振り返り・評価	19.0%	47.8%	27.1%	4.5%	0.5%	1.1%

出典：日本総合研究所（2020）「地域ケア会議に関する総合的なあり方検討のための調査研究事業報告書」（老人保健事業推進費等補助金）を基に作成  
注：複数回答可。

<sup>12</sup> Peter F. Drucker（1966）“The Effective Executive” [上田惇生訳（2006）『経営者の条件』ダイヤモンド社 p69]。

<sup>13</sup> 日本総合研究所（2020）「地域ケア会議に関する総合的なあり方検討のための調査研究事業報告書」（老人保健事業推進費等補助金）。

実際、既に触れた地域医療介護総合確保基金による財政支援に加えて、インセンティブ交付金<sup>14</sup>と総称される予算制度を通じて、市町村の取り組みに応じて、国からの交付額を増減させる仕組みも整備されています。

一方、過度なインセンティブは「事業頭」「制度頭」「好事例病」を引き起こす危険性があります。例えば、インセンティブ交付金では、数多くの採点指標が示されており、通いの場に関しては、高齢者の参加率などに応じて、交付金の規模が増減する仕掛けになっています。これが既述した「通いの場を増やす」とか、「通いの場に来てもらう高齢者を増やす」という「事業頭」「制度頭」を作り出している面があります。

もう一つ、例を挙げると、認知症施策の検討に際して、認知症の人や家族の意見を聞くと、交付金の増額要因になる仕掛けが採用されています。つまり、自治体が認知症施策などを検討する際、認知症の人の意見を聞くように仕向けるインセンティブになっています。このこと自体、非常に重要な対応だと思いますし、和歌山県御坊市や東京都世田谷区、千葉県浦安市などの自治体は認知症の人の意見を丁寧に聴取しつつ、認知症ケア・施策の条例を制定しました<sup>15</sup>。

ただ、自治体が「何のために認知症の人の意見を聞くのか」という点を意識しなければ、認知症の人に対するヒアリングを1回実施するだけで終わるかもしれません。つまり、測定指標だけクリアすればいいという一種の思考停止に陥る危険性です。

過剰な業績評価を戒める書籍では、測定基準という手段が組織の目的にすり替わるリスクに警鐘を鳴らしている<sup>16</sup>のですが、経済インセンティブを付けても、「国の評価基準に沿って判断する」という自治体職員の「事業頭」「制度頭」とか、「国の資料で紹介されている事例を真似ればいい」という「好事例病」を招く危険性が考えられます。

## 5—おわりに～立ち止まって考えることが必要～

今回は政府の審議会資料や自治体の状況を踏まえつつ、「地域の実情」に沿った医療・介護体制を巡る理想と現実を明らかにしました。ここまで辛辣な言葉と皮肉を並べて来ましたが、国が全て丸抱えすることは困難であり、やはり自治体が「地域の実情」に応じて、主体的に政策を決定していく必要があります。

しかし、その内実が伴っていないことは紛れもない事実です。自治体としては、制度や事業、他の地域の好事例に飛び付くのではなく、一旦立ち止まって「地域の実情」を考察し、その実情に沿った施策を自ら立案する必要があります。言い換えると、クリアカットな方策が存在するわけではなく、「地域の実情」を踏まえつつ、地域の専門職や住民とともに、自治体が地道に取り組みを積み上げて行くしかないわけです。第2回は「『地域の実情』とは何か？」という問いから議論を始め、少し方法論を検討します。

<sup>14</sup> 正式名称は保険者機能強化推進交付金、保険者努力支援制度。国費ベースで2023年度は350億円。

<sup>15</sup> 認知症ケア・施策に関する条例については、2022年12月までに計20自治体が制定している。2020年までに制定された条例の動向に関しては、2021年4月28日「[自治体の認知症条例に何を期待できるか](#)」を参照。日本医療政策機構（2021）「住民主体の認知症政策を実現する認知症条例へ向けて」も参照。

<sup>16</sup> Jerry Z. Muller（2018）“The Tyranny of Metrics”〔松本裕訳（2019）『測りすぎ』みすず書房p172〕を参照。