

# 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(2)

マクロとミクロの両面で把握を、当事者視点から発する重要性

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～「地域の実情」とは何か、どうやったら把握できるのか～

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ました。

第2回以降では「地域の実情」に沿うための方法論を検討します。具体的には、「地域の実情」とは一体、何なのか、もう少し深く検証した上で、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も求められる点を指摘します。

### 2——「地域の実情」とは何か

#### 1 | 「地域」とは何を指すのか

まず、「地域の実情」の「地域」という言葉から検討すると、実は多義的に用いられている点に気がきます。具体的には、医療制度改革で「地域」という言葉が使われる時には、都道府県、または人口20～30万人単位の2次医療圏が主に想定されています。医療の場合、救急対応などで市町村の境界をまたぐ機会が多いため、「地域」という単語は広域的になります。

しかし、「都道府県」と言っても、地域差が大きい点に注意する必要があります。分かりやすい例で言うと、首都機能が集まっている千代田区と、人口が少ない島しょ部は同じ「東京都」で括られています。さらに、在宅医療に関しては、都道府県単位あるいは2次医療圏よりも小さな圏域、例えば市町村や中学校区単位の地域包括支援センターの圏域をイメージしつつ、「地域」という言葉が主に使用されています。

一方、介護制度における「地域」は市町村単位か、地域包括支援センターの圏域が主に想定されています。ただ、こちらも[第1回](#)で述べた通り、一口に「市町村」と言っても、市町村内部で実情が異なるケースは少なくありません。例えば、オフィス街や住宅地、昔からの宿場町や商店街、農村が併存している市町村では、丁・番地単位で、「地域の実情」が変わる可能性があります。

つまり、「地域の実情」に沿った対応策を検討する場合、自治体は「地域」という言葉の多義性を踏まえつつ、その「地域」が何を指すのか、具体的にイメージすることが求められます。

## 2 | 「実情」とは何か

次に、「実情」とは何を指すのでしょうか。パッと思い付く「変数」としては、人口規模や世帯数・構成、高齢者数、患者・要介護者数、医療・介護専門職の数、医療機関や介護事業所の数などが想起されます。例えば、同じ高齢化率や高齢者の数でも、75歳以上の高齢者が多い地域と、65～74歳の高齢者が多い地域では、解決しなければならない問題は違います。

さらに、地理的な状況も踏まえる必要があります。訪問診療や訪問介護の場合、できるだけ移動時間を短くすることで、短時間で効率的に自宅や施設などを訪ねることが求められます。このため、人口が密集している都市部と、人口密度が低い地域では採算性に大きな違いが生じます。この結果、後者のような地域については、「国が在宅医療を増やそう！」と旗を振っても、なかなか普及しない実情があります。

移動支援についても、人口や事業所などが集まっている地域と、民家が点在しているような地域では、路線の収支採算性に違いが生まれるため、対応策は異なります。つまり、仮に同じ高齢化率や高齢者数でも、地理的な状況に応じて、対応策を柔軟に検討する必要があります。

さらに施策を実施する際、自治体が連携する相手も変化します。仮に、ある市町村が「地域の実情」に沿って、高齢者の見守り体制の整備を思い立ったとします。その場合、市町村及び市町村の関係者だけで高齢者の見守り体制を整備できるのでしょうか。

例えば、住居やマンションが密集しているような地域では、地域包括支援センターや社会福祉協議会の職員、民生委員などが郵便ボックスなどをチェックし、異常がないか確認できるかもしれませんが、それでも人口や高齢者の数が多ければ、全てに対応することは困難です。

さらに、一般論として都市部では、互助の繋がりが希薄なので、住民同士の声の掛け合いなどが難しい面もあります。その反面、新聞・郵便配達や配食など企業のビジネス活動を通じて、見守り体制に貢献してもらえる可能性もあります<sup>1</sup>。

一方、人口減少に伴って住居が点在している地域では、家を見て回るだけで苦労しますし、民生委員などボランティアの成り手も不足しています。その反面、住民同士の支え合いは総じて強いため、互助による見守り体制を整備しやすいかもしれません。

要するに、「実情」は地域の人口構造や病院・事業所、専門職の数、地理的な特性に加えて、専門職や住民、企業など連携できる「資源」「担い手」が違うと言えます。

なお、そもそも論で言うと、専門職や住民、企業は「資源」「担い手」になるために活動しているわけではないので、こんな「上から目線」の言葉は専門職、住民、企業の理解を得にくく、これらの主体と自治体がパートナーシップを組む際の阻害要因になると思っています。

ただ、以下では分かりやすいので、「資源」「担い手」という言葉を使います。筆者が「資源」「担い

<sup>1</sup> 実際、東京都大田区大森から始まった「おおた高齢者見守りネットワーク」（通称、みまーも）という活動では、医療・介護の事業者だけでなく、金融機関や商店街の店舗などがネットワークに参画している。<http://mima-mo.net/>

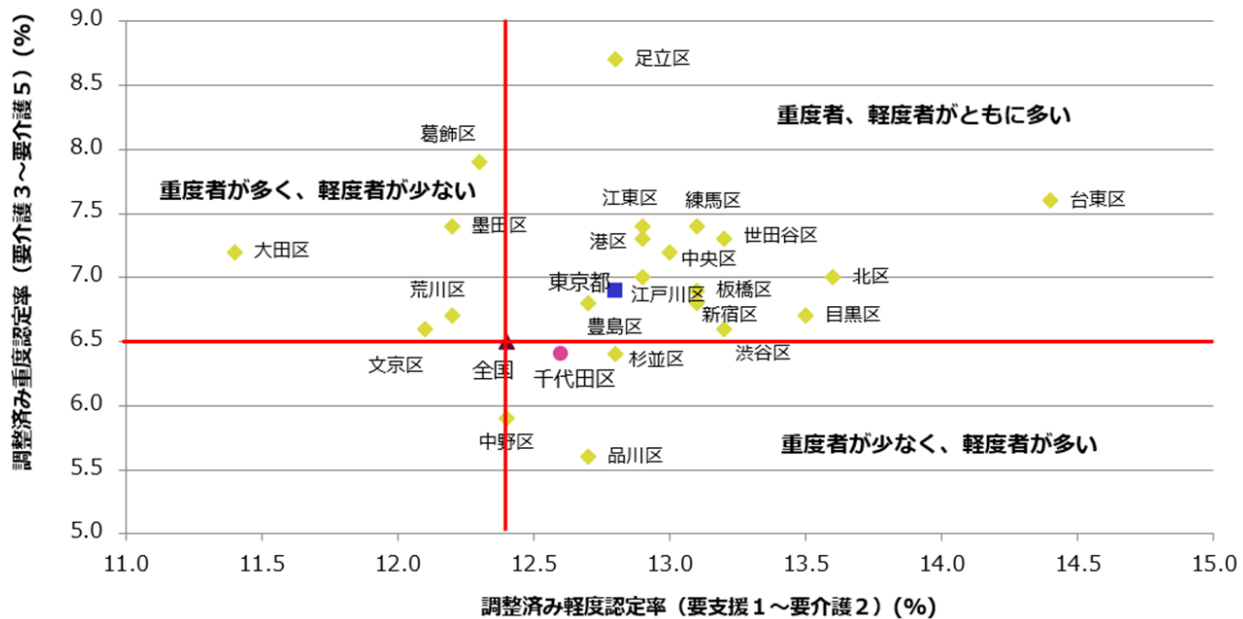
手」という言葉を用いている時には、「いわゆる」という注を必ず冠しているにご理解下さい。

### 3—どうやったら「地域の実情」を把握できるのか

#### 1 | オープンデータによる可視化の可能性

では、「実情」を把握するには、どうしたらいいのでしょうか。まず、考えられる方策として、データが考えられます。筆者はデータの専門家ではありませんが、幾つかオープンデータを使いつつ、弊社が立地する千代田区を中心に、「地域の実情」の可視化を少しだけ試みます。

図1：年齢調整済み重度認定率と軽度認定率の分布（東京23区の場合）



出典：厚生労働省「地域包括ケア見える化」システムを基に作成  
注1：元データは厚生労働省「介護保険事業報告」、総務省「住民基本台帳人口・世帯数」。  
注2：2021年度現在。

図1では、厚生労働省が公開している「地域包括ケア見える化」システム<sup>2</sup>を通じて、東京23区の要介護・要支援認定率を可視化しました。これを見ると、千代田区の場合、重度者の認定率は全国平均並みですが、軽度者の認定率は全国平均よりも少し高い様子を見て取れます。このシステムを使うと、年齢による影響（つまり、年齢が高くなると要介護者や重度者が多くなる傾向）を自動的に調整してくれるので、非常に便利ですし、この図をベースにしつつ、「どうして軽度者が多いのか」「隣の自治体と何が違うのか」といった仮説を立てて、「地域の実情」を検討する材料として使えます。

次に、日本医師会の「地域医療情報システム」です<sup>3</sup>。こちらは都道府県、あるいは2次医療圏ごとに人口の増減や高齢化率の予想、医療機関など医療・介護資源の分布、地図情報などが分かるようになっており、医療・介護提供体制を巡る「地域の実情」を理解できます。図2では、千代田、中央、文京、台東、港の各区で構成する2次医療圏である「区中央部医療圏」の医療・介護需要予測を抜粋

<sup>2</sup> 厚生労働省ウェブサイト「地域包括ケア『見える化』システム」。  
<https://mieruka.mhlw.go.jp/>

<sup>3</sup> 日本医師会「地域医療情報システム」。  
<https://jmap.jp/>

させて頂きました。

これを見ると、区中央部医療圏では全国平均の医療・介護需要予測とは明らかに異なる動きになっていることに気付きます。つまり、全国で見ると、医療需要は2025年を境に横ばい、介護需要は2030年頃から横ばいに転じる予想ですが、区中央部医療圏では2025年頃から急速に需要が増える予想となっています。

もちろん、これは予想なので、実際にどうなるのか分かりませんが、それでも将来を見据えつつ、体制整備を検討する一助になり得ます。

このほか、医療制度で導入されている機能報告制度もツールの一つになります。具体的には、2017年3月までに各都道府県が策定した「地域医療構想」<sup>4</sup>では、人口動態や受療状況などを勘案しつつ、都道府県が2025年時点で必要な病床数を予想。これを踏まえて、医療提供

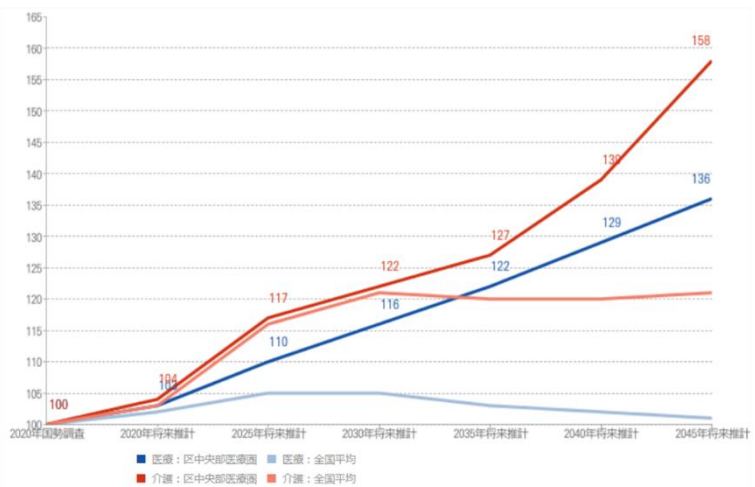
体制改革を見直すことが想定されています。その際には、各医療機関が自ら担っている機能を毎年、都道府県に報告する「病床機能報告」という仕組みが使われるので、都道府県は一定程度、「地域の实情」を把握できます。同じように「地域の实情」を可視化できる仕組みは医師確保や外来機能でも創設されたほか、身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医」に関しても整備される予定です<sup>5</sup>。

これらに加えて、自治体関係者であれば、協会けんぽや国民健康保険、後期高齢者の被保険者について、匿名化された医療・介護のレセプト（支払明細書）や各種の健診・検診のデータも入手できるため、患者の受療行動や疾病構造、健康データなども活用できます。

## 2 | データによる「制御」？

このように、現在はオープンデータも含めて、様々な形で「地域の实情」を便利に可視化できるよ

図2：東京都区中央部医療圏における医療・介護需要予測



出典：日本医師会「地域医療情報システム」から抜粋  
注1：2020年を「100」とした場合の数値。

<sup>4</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>5</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かわるか](#)」を参照。かかりつけ医に関しても、医療機関の報告をベースに、かかりつけ医機能の過不足を可視化し、これを基に協議を進めるための制度整備が予定されている。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。

うになっており、自治体が使わない手はありません。実際、現在の制度改正の流れを作った2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書では、こんな文言が盛り込まれています。

**(筆者注:地域医療構想や病床機能報告は)データに基づく医療システムの制御という可能性を切り開くものであり、日本の医療の一番の問題であった、制御機構がないままの医療提供体制という問題の克服に必ずや資するものがある。**

この文言は医療提供体制改革を指していますが、データを収集・活用すれば、都道府県が提供体制の太宗を占める民間医療機関の動きを「制御」できるようになると期待感を示しているわけです。確かに様々なデータを手にした行政機関が医療・介護の民間事業者を「制御」、または「誘導」したくなる気持ちは一定程度、理解できます。

### 3 | データだけで「実情」が分かるのか？

では、こうしたマクロのデータだけで「実情」が分かるのでしょうか。残念ながら答えは「否」です。確かにデータを見れば「A地域では、××診療所が在宅医療を実施している」とか、「B地域では、〇〇事業所がリハビリテーションを提供している」といった「実情」は理解できるかもしれませんが。

しかし、データには住民の暮らしや専門職の実践などが反映した結果も多く含まれており、個別事例を通じたミクロの視点を加味しないと、データの意味を読み取れなくなります。

具体的には、ある地域から救急患者が流出している実態をデータで把握しても、その地域で何が起きているのか、十分に理解しなければ、「医師が不足しており、救急患者を受け入れられないのではないか」などの問いを立てられなくなります。

同様の事象については、軽度者の介護予防やフレイル（虚弱化）防止でも言えます。軽度者の状態が悪化している傾向が明らかになると、多くの市町村では、[第1回](#)で述べた通り、高齢者が気軽に体操などを楽しめる「通いの場」やフレイル予防の場を作ろうとしがちです。

しかし、そもそもの原因として、どんな病気や理由で高齢者が要介護状態になっているのか、十分に把握する必要があります。その際にはレセプトのデータに加えて、高齢者や家族が地域包括支援センターに相談に来た理由とか、要介護認定を受けた際の病名なども有用な情報源になります。

さらに、高齢者の暮らしも想像する必要があります。例えば、『通いの場』に来ていない日の高齢者はどんな日常を送っているのか、「街の喫茶店やカラオケボックスなど、市町村主導の場以外に、どんな場に高齢者が集まっているのか」といった情報です。その結果、「住民同士の繋がりが希薄なので、集まる場が少ない」「自治体主導の『通いの場』に来ている男性が少ない」「ただ、午前中の図書館には男性が多く訪れている」といった実情を把握できるかもしれません。

こうしたミクロベースの情報とマクロのデータを掛け合わせることで、「A地域ではリハビリテーションの機能が不足しているので、急性期の患者が退院した後、状態が悪化している」とか、「見守りや在宅ケアが不十分なので、状態が悪くなった高齢者が相談に来ているのでは」といった仮説を立てることが可能になります。

つまり、マクロのデータを通じて全体像を把握する演繹的なアプローチに加えて、現場でよく見掛

ける事例を積み上げる帰納法的なアプローチも加味することで、「地域の実情」を立体的に把握する必要があります。

#### 4 | 現場に足を運ぶ必要性

さらに、「資源」「担い手」の情報もデータだけで把握できません。確かに病床機能報告などを使えば、役所のパソコンの前に座っているだけでも一定程度、情報は把握できますが、それだけで十分でしょうか。

例えば、経営者や専門職の意欲、医療機関や事業所の規模、他の医療機関・事業所との関係性、住民や患者・利用者の信頼感といった情報については、マクロのデータだけでは把握できません。

さらに、先に触れた「地域」という言葉の多様性も意識する必要があります。オープンソースなどで集められるデータは「2次医療圏」「市町村単位」など一定程度、区分けされており、2次医療圏や市町村の内部の多様性を考慮できません。さらに、住民の暮らしや医療・介護の現場は刻一刻と変わるので、定点観測も求められます。

このため、インフォーマルな場での交流や意見交換も含めて、自治体職員が現場に足を運んだり、医療・介護の経営者や専門職と膝詰めで意見交換したりして、丁寧に情報を集める必要があります。

こういう風に書くと、自治体職員からは「ウチの自治体では、事業者にヒアリングしています」「専門職を交えたワークショップを開催しています」といった反論を頂くこともあるのですが、「ヒアリング」「ワークショップ」の内容を確認すると、審議会での形式的なヒアリングとか、データや事例をベースにしない顔合わせ的なワークショップ、大名行列のような現場視察にとどまっているケースも少なくありません。

もちろん、これらの意義を全て否定する気はありませんが、こうした機会だけで現場の経営者や専門職、患者・利用者、住民の本音や悩みをどこまで聞けるでしょうか。もし筆者が医療・介護の専門職だったら、一度だけの視察やヒアリングでは、自治体職員の本気度を見極められないため、「下手なことを口にする、仕事を振られて面倒な業務に巻き込まれるのでは」と懸念します。その結果、そうした場で自治体職員は現場の本音を聞けないし、むしろ自治体に対する要望（苦情も含む？）が先行してしまう危険性があります。

このため、「地域の実情」をリアルに知る上では、現場に何度も足を運び、数字には表れない部分や非公式な情報交換などを含めて、帰納法的に情報を収集、分析する努力が求められます。

こうした取り組みが不十分な可能性を示唆する調査結果があります。市町村を対象にした在宅医療・介護連携に関する厚生労働省の委託調査<sup>6</sup>では、「日常の療養支援の定性的な現状把握」のため、医療・介護事業者に対して、ヒアリングを実施しているかどうか尋ねる設問があり、40.0%の市町村が「実施している」と答えていました。これは8.3%だった「実施していない」という回答を大きく上回っており、市町村が何もやっていないわけではないことは事実と思われます。

しかし、同じ質問に対して、「未回答」という答えが51.8%を占めており、多数とは言えないこと

<sup>6</sup> 富士通総研（2022）「在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等事業実施内容報告書」を参照。回答数は1,717市町村。なお、在宅医療・介護連携推進事業は介護保険財源を転用した仕組みであり、市町村は地域資源の把握、医療・介護従事者との連携などを求められている。

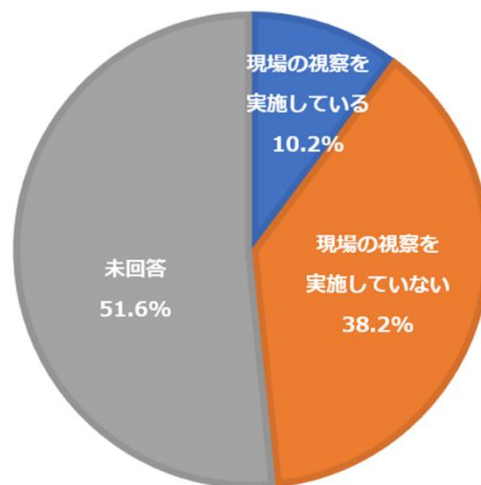
に留意する必要があります。

さらに、この調査では「日常の療養支援の定性的な現状把握」のため、現場を視察しているかどうか尋ねる質問も設定されており、図3の通り、「視察を実施」と答えた市町村は10.2%に減ります。

一方、「視察を実施していない」と答えた市町村は38.2%、残りの51.6%が「未回答」に上ります。これらの結果を勘案すると、情報収集のため、現場に足を運んでいる市町村は少数派と考えざるを得ません。この調査結果は在宅医療・介護連携に限定されていますが、筆者が市町村支援プログラム<sup>7</sup>などを通じて、自治体職員と接している感覚とも合致します。

もちろん、闇雲に現場に行けばいいわけではありませんし、訪れた現場が全てを反映しているとは限らないので、データに基づく仮説設定も大事なのですが、データ収集と分析によるマクロの把握と、事例を中心としたミクロの視点を組み合わせることが求められます。

図3：日常の療養支援に関する市町村の情報収集に関する状況



出典：富士通総研（2022）「在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等事業実施内容報告書」を参照。  
注：回答数は1,717市町村。

### 3——当事者の視点から出発し、合意形成を図る重要性

#### 1 | 当事者の視点から考える重要性

上記のプロセスを自治体が取ったとしても、実は上手く行くとは限りません。往々にして、多くの自治体職員は「行政にとっての課題」から発想してしまうためです。ここでも第1回で指摘した「事業頭」「制度頭」が悪影響を及ぼします。

例えば、ある2次医療圏で、地域医療構想に基づく病床推計が2025年時点で300床余るという試算が出ていたとします。ここで、都道府県の担当者が協議の場で、民間医療機関の経営者に対し、「この2次医療圏では300床が余るので、皆さんご協力を」と言っても、誰の心も動かないと思います。300床が余るという話は所詮、「行政の課題」であり、現場の課題ではないためです。

実際には過剰な病床が維持されれば、その分だけ余分なコストを要するため、国民の保険料・税金負担が増えており、財政問題としては非常に重要なのですが、その点だけを声高に指摘しても、経営方針を変更するリスクを迫られる経営者は簡単に納得しないだろうし、職場を失われる専門職や、医療へのアクセスの機会を失う住民から反対運動が展開されるかもしれません。

むしろ、「当事者である患者・利用者にとっての困り事は何か」という点を意識する必要があります。例えば、「300床」の話で言うと、急性期病床が多い割に回復期病床が足りないのであれば、リハビリ

<sup>7</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>

テーションを十分に受けられないまま、急性期病床から悪化した状態で地域に帰って来る高齢者が多いのかもしれませんが。こうした形で当事者の問題から発想することで、医療・介護専門職との合意形成を丁寧に進めていく必要があります。

少し皮肉交じりに言うと、医療・介護の経営者や専門職、住民などを集めた協議の場やワークショップなどを通じて、自治体サイドが「将来的に病床が余る」「通いの場が足りない」といった「行政の課題」を持ち出したとしても、長続きするとも思えません。

確かに最初の頃には、物珍しさに人が集まるかもしれませんが、自治体サイドが「事業頭」「制度頭」から抜け出せず、「行政の課題」しか語られないのであれば、参加者は会議の目的を疑問視するようになります。その結果、こうした官製の場に参加するのは「協議の場に参加することでメリットを得られる人」「役職上、参加しなければならない人」「アリバイ作りで参加している人」などに限定され、自治体が何か提案しても大して議論は盛り上がりなくなります。

## 2 | 異なる視点を加味しつつ、合意形成を図る意義

こうした筆者の皮肉交じりの指摘に対して、幾つかの反論が予想されます。例えば、「もっとデータを精緻にすれば、人々の意識が変わるのではないか」という突っ込みです。確かにデータの専門家から見れば、図1~2は児戯に等しい入門編に過ぎないし、レセプトなどを使った精緻化の取り組みも一部で行われています。こうした努力は学術的に非常に重要と思います。

しかし、いくらデータを精緻にしても、ミクロの情報との突合が欠かせません。さらに、合意形成の場で「行政の課題」しか語られないのであれば、精緻なデータを持ち込んだとしても、結果は大して変わらなくなります。先に例示した「300床が余る」という話で言うと、詳細な数字を示されても、目先の経営に影響が出るのであれば、民間医療機関の経営者が二の足を踏むのは当然です。

このため、自治体担当者が「行政の都合」だけで考えるのではなく、様々な立場の視点を加味することで、合意形成の可能性を広げていく必要があります。以上のように考えると、行政が現場をデータで「制御」という考え方は傲慢であり、「地域の実情」に応じた体制整備に向けた合意形成を妨げる危険性があります。「制御」という上から目線の言葉を真に受けた自治体の担当者が関係者の不信を買うような行動に出ていないか、少し心配になります。

## 4—おわりに

以上の記述を通じて、「地域の実情」の把握には一定程度、手間暇が掛かることをお分かり頂けたと思います。つまり、地域に居住・勤務している自治体職員が自ら汗を掻き、「地域の実情」を理解する必要があります。さらに、地域の医療・介護事業所の経営者や専門職、住民、企業などと連携し、地道な合意形成を積み上げる必要があります。

しかも、これらの取り組みを実践する上で、国の職員やコンサルタントなど外部の人による「岡目八目」的な支援、助言を受けることはできたとしても、「地域の実情」を最も知っているのは地域に居住・勤務している人達であり、「地域の実情」に沿った体制整備を主導できるのも地域の人達になります。このため、自治体職員が様々な関係者と合意形成しつつ、「地域の実情」に沿った施策を検討、推進する必要があります。第3回は合意形成に関して、もう少し深く検討したいと思います。