

医療介護総合確保法に基づく都道府県計画の評価基準に関する基礎的考察 —佐賀県計画を題材に—★

北海道大学大学院法学研究科 名誉教授 加藤 智章

1. はじめに

総合確保方針とそれに基づく都道府県計画は、行政計画論として法的評価および政策的評価の対象となる。本稿は、これらの評価を正面から行うものではない。総合確保方針および都道府県計画の法的評価ないし政策的評価を行うための前提作業として、地域医療介護総合確保法（以下、確保法という）に基づいて、都道府県がどのような計画を作成し、いかなる事業を展開するのかを明らかにしたうえで、都道府県計画の評価基準に関する基礎的な考察を行おうとするものである。

2. 確保法の制定経緯

社会保障制度改革国民会議^(注1)の報告書は、患者の住み慣れた自宅や地域全体で、医療、介護さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる「地域完結型」の医療に変わらざるを得ないと認識を示し、「病院完結型」医療から「地域完結型」医療への転換のためには、全国一律に設定された診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠であるとともに、医療機能の分化・連携、病床の統廃合などには一定の期間を必要とすることから、医療法体系の見直し手法として基金方式も検討に値するとした。

政権交代にもかかわらず、“受益と負担の均衡が

とれた持続可能な社会保障制度の確立”という政策の方向性は維持され、社会保障制度改革プログラム法（平25法112号）に基づき「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（以下、「医療介護総合確保推進法」という）が制定された。この医療介護総合確保推進法は、3つの法改正すなわち地域医療介護総合確保基金（以下、「確保基金」という）を創設する確保法^(注2)、地域医療構想の策定を定めた医療法、地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化を図る介護保険法について所用の整備が行われた。

3. 確保法の目的と総合確保方針、都道府県計画

確保法は、地域における創意工夫を生かしつつ、効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築を通じて、医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって健康で安らかな生活を営むことができる地域社会を形成することを目的とする（1条）。

この目的を実現するため、厚生労働大臣は、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（総合確保方針）を定めなければならない。総合確保方針では、地域における医療及び介護の総合的な確保の意義、基本的な方向に関する事項、医療計画基本方針及び介護保険事業

計画基本方針との整合性の確保等を定めることとされている（3条2項）。

都道府県は、この総合確保方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県の地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画（以下、「都道府県計画」という）を作成することができる（4条）。そして、この都道府県計画に掲載された事業に要する費用の全部または一部を支弁するため地方自治法241条の基金を設ける場合には、国はその財源に充てるために必要な資金の3分の2を負担する（6条）。この基金を確保基金といい、国が負担する費用については消費税の収入をもって充てられる（7条）。

都道府県計画に掲載される事業は5つの事業区分からなる。①医療機関の施設又は設備の整備に関する事業、②居宅等における医療の提供に関する事業、③公的介護施設等の整備に関する事業、④医療従事者の確保に関する事業および⑤介護従事者の確保に関する事業である。以上の5つの事業区分は、医療分と介護分とに大別される。医療に該当するのが①②および④の事業であり、介護については③と⑤が対応する。

このように、都道府県で展開される事業は多種多様である。医療と介護に大別されるほか、実施主体も都道府県や市町村のほか医療機関や医師会、社会福祉協議会、介護保険事業者など多岐にわたる。事業の内容についても、施設・設備整備のための費用補助、人件費や運営費などの経費助成、研修会や相談会の実施などである。

4. 都道府県計画と基金の関係

確保法のシステムは、厚労大臣の定める総合確保方針に基づき都道府県計画が作成されることからトップダウン型の行政計画ということが出来る。しかし、都道府県で展開される事業について、個

別事業者からの申請に基づき採択・交付される手上げ方式に着目すればボトムアップ型の側面を持つ。また、事業展開に要する費用の全部または一部を支弁することから給付効計画に分類される。

確保法に基づく都道府県計画は、地域の事情に応じた医療提供体制の構築および地域包括ケアシステムの構築を一体的に行うため、医療計画、市町村介護保険計画および都道府県介護保険事業支援計画との整合性を確保することが求められる（確保法4条3項）。

4.1 総合確保方針における確保事項

このような整合性の確保について、まず厚生労働大臣が総合確保方針において、整合性確保に関する事項を定めることとされており、そこでは、平成30年度までの取組事項と平成30年度以降の対応事項とに分けて定めている（確保法3条4項、平26年9月12日告示、平28年12月26日一部改正）。

平成30年度以降の対応事項としては、計画の一体的な作成体制の整備、2次医療圏と老人福祉圏域との計画作成区域の整合性を図ること、計画作成の際に用いる人口推計等の基礎データやサービス必要量等の推計に関する整合性を確保することが求められている。また、平成30年度までの間に取り組むべき事項としては、第6期市町村介護保険事業計画および都道府県事業支援計画における医療および介護の総合的な確保に関連して在宅医療・介護の連携を具体的に定めることや、地域医療構想に関連して国がガイドラインを作成することなどが定められた。

4.2 医療計画等との整合性確保

医療計画の作成を根拠づける医療法もまた、確保法に基づく都道府県計画や都道府県介護保険事業支援計画との整合性を確保することを求めている

る（医療法 30 条の 11）。佐賀県の場合、佐賀県保健医療計画のほか、佐賀県総合計画および佐賀県医療費適正化計画など各種計画と連携調和するよう、計画を策定することとされている。

このような多くの計画の間に整合性を確保することは当然であるとしても、ここで注意しなければならないのは、なにをもって整合性というのか、整合性の意味内容が明らかではないことである。

行政計画である以上、計画には一定の計画目標が存在するわけであるが、他の計画に関係なく個別に計画目標を実現できる場合を除けば、複数の計画目標を実現するための優先順位が必要となるように思われる。それぞれの計画の計画範囲、設定されている計画目標値を達成するための期間や必要とされる財源など、各計画の性格に応じた個性が存在するはずで、それぞれの個性をどのように尊重し実現してゆくかの見通しが必要で、その見通しにしたがった整合性が求められるものと考え（西田（2006））。

5 確保基金の意義

確保法は、地域包括ケアシステムの定義規定（2 条 1 項）を設けたほか、財政支援として基金方式を採用した。社会保障制度改革国民会議の報告書が指摘した診療報酬・介護報酬とは異なる財政支援の具体化ということもできる。ここでは、確保基金の意義について考察する。

確保基金の意義は、イニシャルコストに対する財源の恒久化、公正かつ透明なプロセスの確保（当事者意見の反映と公平性・透明性の確保）および病床機能転換の誘導という 3 点である。

第 1 は、イニシャルコスト財源に関する恒久化である。わが国の医療提供体制に対する資金提供は、基本的にランニングコストに相当する診療報酬・介護報酬が主たるものであった。病院建設や

設備導入のためのイニシャルコストについては、公立病院における公費を別にすれば、制度的に対応する費目は存在しなかった。ただ、確保基金が導入される以前、予算措置として平成 21 年度補正予算から導入された「地域医療再生基金」が存在した（前田（2014））。そこで、消費税率引き上げによる増収分を財源として、確保法により確保基金が制定された。かくして、施設開設者による手挙げ方式とはいえ、確保基金の導入は、制度的にイニシャルコストを導入した初めての試みと評価することができる。

また、総合確保方針によれば、都道府県計画の計画期間は、基金を充てて実施する事業の進捗管理の観点から、原則として 1 年間とするが、個別の事業については、その内容に応じて実施期間を複数年とすることも可能とされた。このように、資金配分については単年度主義ではなく、繰越可能な基金方式を採用することによって柔軟な事業対応が可能とされた。

第 2 は、病床機能転換の誘導である。これについては、「経済財政運営と改革の基本方針 2016」（平 28 年 6 月 2 日閣議決定）において『都道府県への支援を行うとともに、地域医療介護総合確保基金のメリハリある配分等により、病床の機能分化・連携を推進する』としているため、「病床の機能分化・連携」に重点化した配分を行った”という説明がなされている^(注3)^(注4)。このような言明に従い、平成 28 年度計画から、確保基金を構成する医療と介護というふたつの区分のうち、医療区分に属する“地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設または設備の整備に関する事業”により多くの資金が投入されることになった。

また、病床機能転換の誘導は、地域医療構想との共働作業ということができる。医療介護総合確保推進法は確保法を設けると同時に、地域医療構想の導入を図る医療法の改正を行った。地域医療

構想は、医療資源の効果的かつ効率的な配置を促し急性期から回復期、慢性期まで患者がその状態に見合った病床で、患者の病状にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を設けることを目的とする。このため、病棟単位での病床機能の現状を明らかにすることを通じて、地域の病院等が担うべき病床機能に関する協議や情報の共有等を行う地域医療構想調整会議が設けられる。将来的な方向性を都道府県に報告する病床機能報告制度をもとに策定される。診療報酬算定上、不利益に取り扱われる可能性があるとの危惧のもと、現状をありのままに報告されていないなど、地域医療構想は十分に機能していないものの、地域医療における病床機能の協議や情報共有を図る地域医療構想と、病床機能の分化連携を促進するための事業を具体化する都道府県計画とが一体となって病床機能の転換あるいは再編成を目指すこととなる。

第3は、公正かつ透明なプロセスの確保である。確保法3条は、厚生労働大臣が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（総合確保方針）を定めるものとしている。

この総合確保方針では、確保基金に関する事項「関係者の意見が反映される仕組みの整備並びに公正性及び透明性の確保」として、以下のように述べている。やや長いが引用すると、「基金については、その財源として、社会保障と税の一体改革による消費税増収分が充てられていることに鑑み、当該基金を充てて実施する事業が地域の医療・介護サービスに還元されることが地域住民に対して明確に示される必要がある。このため、基金を充てて実施する事業については、その決定に際し、関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるよう努めるとともに、会議や議事録の公開等により決定プロセスの透明性を確保する必要がある。また、事業主体間の公平性を確保し、適切か

つ公正に行われることが必要である」という。

このように公正かつ透明なプロセスの確保には、関係当事者の意見を反映させる仕組みの整備、事業主体間の公平性など公平性・透明性の確保が含まれる。この透明性の確保には、PDCAサイクルのもと、基金の配分から具体的な実施結果に関する事後評価まで、様々な媒体を利用した情報提供も求められる。

6. 佐賀県における医療・介護提供体制

6.1 概況

佐賀県は10市10町から構成されており、総人口（2015年）約83万3,000人が2025年には78万5,000人、2040年には69万7,000人に減少する一方、75歳以上人口は12万1,000人（2015年）から15万4,000人（2040年）に増加すると見込まれている。

2次医療圏は5つ設定されており、日医総研によれば、いずれも地方都市型に分類されている。人口規模でいえば佐賀市の属する中部次医療圏（34万9,000人）が最大で、伊万里市・有田町からなる西部医療圏（7万5,000人）が最小であり、北部、西部、南部医療圏の人口減少が顕著である。2次医療圏見直しの指標のひとつであるトリプル20（人口20万人未満、流入率が20%未満、流出率20%）を満たしている医療圏は存在しない。

また、国民健康保険運営方針によれば、佐賀県ではすべての市町で保険税方式を採用している。国保財政の都道府県化に伴う所得水準の反映については、全国平均と比較した佐賀県の所得水準を表す係数（ β ）をそのまま用い、応能割と応益割の割合は $\beta:1$ としており、医療費水準の反映係数（ α ）については当面 $\alpha=1$ とするが、平成33年度に $\alpha=0.7$ を目指すこととされている。

さらに、さがゴールドプラン21によれば、「地

域包括ケアシステムの深化・推進」の実現に向けて、「自立支援・介護予防の推進」、「生活支援サービスの充実」、「認知症の人への支援」、「医療・介護の連携」および「医療・介護人材の確保」が重点事項として取り組むこととされている。

6.2 医療提供体制

佐賀県地域医療構想によれば、佐賀県は特定機能病院や地域医療支援病院などがバランスよく配置されており、県そのものがコンパクトであるうえ、地理的に極端な条件不利地域がないこともあり、県全体として、医療提供体制は良好である。脳卒中や心筋梗塞など「待てない急性期」に対する医療アクセスも良好であるとされている^(注5)。

具体的には、病院数、病床数ともに全国平均を大きく上回っており^(注6)、特に病院の療養病床数、診療所病床数の多さがひとつの特徴である。医師数については、総医師数、病院医師数および診療所医師数ともに全国平均レベルであり、総看護師数、総療法士数は非常に多いとされている。ただ、1病院あたりの規模が小さいとの指摘もある。

6.3 介護提供体制

介護施設に目を転じると、日医総研の資料によれば、高齢者施設・住宅の定員数は全国平均レベルをやや下回っており、介護職員の合計は全国平均を大きく上回っている。在宅療養支援診療所および在宅療養支援病院は全国平均をやや上回るものの、訪問看護ステーションは全国平均レベルである。地域医療構想によれば、訪問診療（同一建物）は全国1位のサービス提供状況にあるが、往診や訪問診療（特定施設、居宅）については全国平均を下回っている。これは、在宅医療を提供する基盤は一定程度あるものの、実際の供給量は同一建物に対する訪問診療に偏りがあることを意味しているとされる。このこととも関連して、在宅

介護に係る職員数は、施設職員とは逆に、全国平均レベルを下回っている。

6.4 医療費・介護費用

佐賀県は、市町村国保や後期高齢者医療制度のほか被用者保険各制度を含めた医療保険制度全体における平成29年度「一人あたり年齢調整後医療費」の年齢調整後医療費42万9,306円で全国1位であり、全国でも有数の高医療費県といえることができる（厚生労働省『平成29年度（2017年度）医療費の地域差分析』）。

介護給付費についても、佐賀県の1人あたり費用額は高い水準にある。サービス体系別受給者1人あたり費用額は、総数、居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービスについて計上されている。このなかの“総数”にしぼると、佐賀県は、平成29年4月審査分では20万3,800円で全国4番目（全国平均値は19万4,200円）、平成30年4月審査分では20万5,700円で5番目（全国平均値19万1,200円）となっている（厚生労働省『平成29年度介護給付費等実態調査の概況』）。

7. 佐賀県確保基金の概要—見える化—

ここでは、平成28年度計画以降を対象に、佐賀県における確保基金に基づく事業展開を検討する。検討の補助線として、大分県との比較を行っている。28年度以降を対象とするのは、計画に基づく事業内容等の記載項目が28年前後で異なるため、その前後の比較に一貫性を保てないと考えるからである^(注7)。なお、ここで行った費用構成の“見える化”作業は、計画策定時の総事業費をもとに行っている。このため、継続事業の総事業費は翌年度以降の費用も算入されていること、総事業費には、国および都道府県の支弁する基金のほか、事業の実施主体すなわち医療法人などの民間が負

担する費用も含まれていることに留意すべきである。当該計画年度における資金配分に純化されていないので、この点は差し引いて検討する必要がある。このことは表2、表3も同様である。

7.1 確保基金における医療・介護の事業費割合

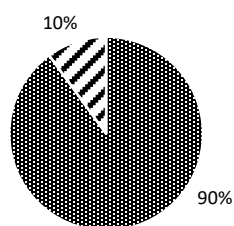
すでに述べたように、確保基金は医療と介護について5つの事業が展開される。表1-1は、佐賀県と大分県における5つの事業を医療と介護に大別した事業費割合を示している。表1-2は、確保基金の金額ベースにおける推移を全国の動向も含

めて示している。

表1-2からいえば、平成30年度の佐賀県の状況だけが、全国レベルでの配分割合に近い。それ以外の平成28年度29年度の佐賀県と28年度から30年度までの大分県は医療分に重点が置かれている。佐賀県における平成30年度の介護分の増額は、介護施設等整備事業が平成29年度から倍増していることと介護従事者確保関係の事業数が増え、それに伴い事業費がほぼ1.5倍に膨らんだことが影響している。

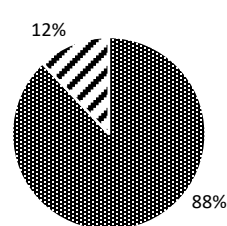
表 1-1 医療・介護構成

佐賀県 平成28年度 医療・介護



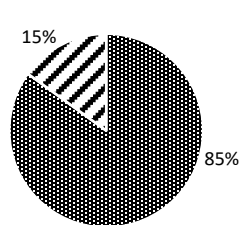
■ 医療分 ■ 介護分

大分県 平成28年度 医療・介護



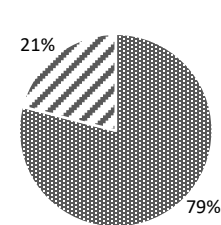
■ 医療分 ■ 介護分

佐賀県 平成29年度 医療・介護



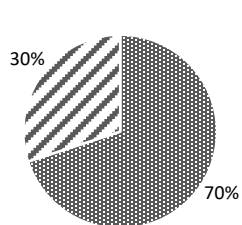
■ 医療分 ■ 介護分

大分県 平成29年度 医療・介護



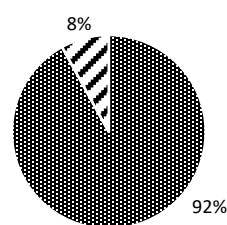
■ 医療分 ■ 介護分

佐賀県 平成30年度 医療・介護



■ 医療分 ■ 介護分

大分県 平成30年度 医療・介護



■ 医療分 ■ 介護分

出所：医療介護総合確保促進法に基づく都道府県各年度計画に基づき筆者作成

表 1-2 確保基金・金額ベースの推移 (注8)

	平成 28 年度		平成 29 年度		平成 30 年度		令和元年度	
	医療分	介護分	医療分	介護分	医療分	介護分	医療分	介護分
全国	904	724	904	724	934	724	1,034	824
比率	55.5%	44.5%	55.5%	44.5%	56.3%	43.6%	55.7%	44.3%
佐賀県	45	4.9	26.2	4.8	8	3.4		
大分県	15.7	2	21.3	5.6	16	1.3		

出所：医療介護総合確保促進法に基づく都道府県各年度計画に基づき筆者作成

7.2 医療 3 事業構成

表2は、医療3事業の構成比をみたものである。凡例の①②④は、それぞれ①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設または設備の整備に関する事業、②居宅等における医療の提供に関する事業および④医療従事者の確保に関する事業である。医療3事業の検討に関連して注目されるのは、平成29年度および30年度計画について、「経済財政運営と改革の基本方針 2016」において、「改革に取り組む都道府県を重点的に支援する観点から、地域医療介護総合確保基金のメリハリある配分」を行うこととしたうえで、「病床の機能分化・連携」に重点化した配分を行った、とされている^(注9)。「病床の機能分化・連携」は端的に言えば、急性期病床を削減し、回復期・慢性期病床を増床することとすれば、「病床の機能分化・連携」の重点化は、医療機関の施設または設備の整備に関する事業に注力することを意味する。

以上の点に注目すると、表2から明らかなように、佐賀県は平成30年度計画から、大分県の場合には平成29年度計画から、医療機関施設設備整備事業に重点をおくことになった。ただ、佐賀県では後に検討するように、平成28年度計画から回復期機能病床整備事業が採択されており、「病床の機能分化・連携」については十分意識されていると

いうことができる。また、大分県の平成30年度計画では、居宅等医療提供事業の採択がないうえ、総事業費総額の9割強を病床機能分化・連携推進基盤整備事業に配分している。

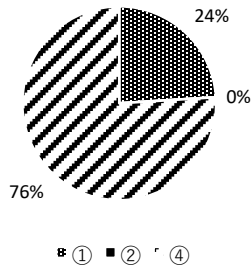
このような予算配分のシフト変更については、全国レベルの政策目標と地域の事情に応じた政策選択を、どのように調和させるかという問題が存在する。例えば北海道の場合、「病床の機能分化・連携」の重点化という配分方針にも関わらず、人材不足の解消を急務として、医療従事者確保事業に重点的に予算配分を行っている。とはいえ、そこには、21の二次医療圏が存在し、医療資源の地域格差が大きいという地域特性を背景に、病床機能の分化・連携に関する体制作りが十分ではないという事情も伏在しているのではないかと考える。

7.3 介護 2 事業

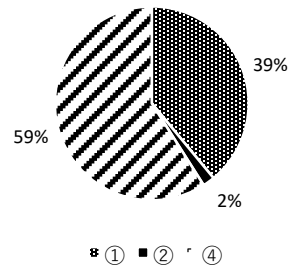
表3は、介護2事業の構成比をみたものである。凡例の③は公的介護施設等の整備に関する事業を、⑤は介護従事者の確保に関する事業を示している。平成28年度、平成29年度は佐賀県、大分県ともに③事業に重点を置いていた。特に、大分県にその傾向が強い。しかし、平成30年度は一転して、両県とも介護従事者確保事業の割合が増加している。

表 2 医療 3 事業構成

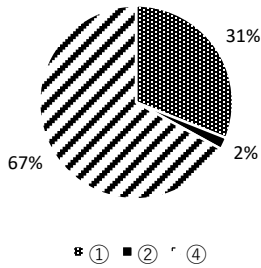
佐賀県 平成28年度 医療3事業



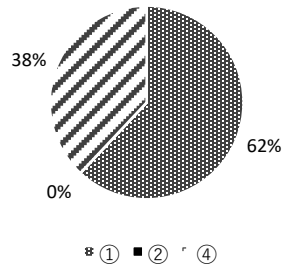
大分県 平成28年度 医療3事業



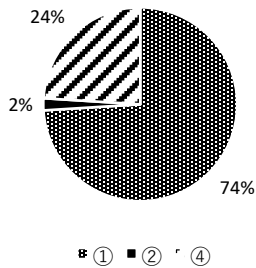
佐賀県 平成29年度 医療3事業



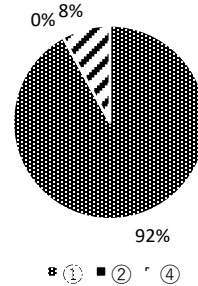
大分県 平成29年度 医療3事業



佐賀県 平成30年度 医療3事業



大分県 平成30年度 医療3事業



出所：医療介護総合確保促進法に基づく都道府県各年度計画に基づき筆者作成

表 2-2 医療 3 事業・金額ベースの推移（億円）

	平成 28 年度			平成 29 年度			平成 30 年度		
	施設	在宅	従事者	施設	在宅	従事者	施設	在宅	従事者
佐賀県	10.9	0.15	3.40	8.17	0.60	17.42	5.90	0.18	1.93
大分県	6.10	0.39	9.20	13.15	1.0	8.06	14.76	0	1.25

出所：医療介護総合確保促進法に基づく都道府県各年度計画に基づき筆者作成

このような構成比の大きな変動は、平成 27 年の補正予算に基づく追加配分が影響していると思わ

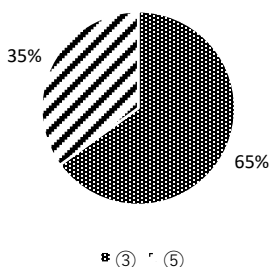
れる。一億総活躍国民会議での議論を踏まえ「介護離職ゼロ」を実現するため、「在宅・施設サービ

ス等の整備の充実・加速化」、「介護サービスを支える介護人材の確保」を目的に総額 1,561 億円（介護施設等整備 1,406.6 億円、介護従事者確保 154.4 億円）、佐賀県には 8.3 億円（介護施設等整備 6.4 億円、介護従事者確保 1.8 億円）が追加配分されたからである。ただし、表 3-2 には、追加配分額は反映されていない。このため、追加配分をあら

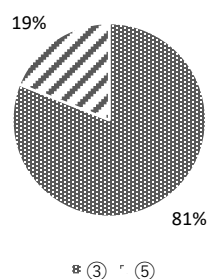
かじめ想定した計画が策定されたのか、追加配分とは関係なく計画が策定されたのかなど、平成 28 年度計画と追加配分の関連性は明らかではない。さらに、追加配分に関する配分計画や事後評価は、平成 28 年度以降の都道府県計画では言及されていない。

表 3 介護 2 事業構成

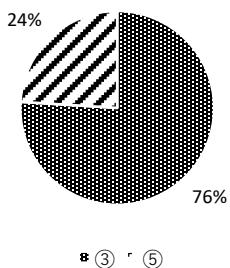
佐賀県 平成28年度 介護2事業



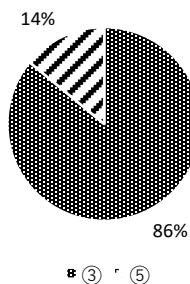
大分県 平成28年度 介護2事業



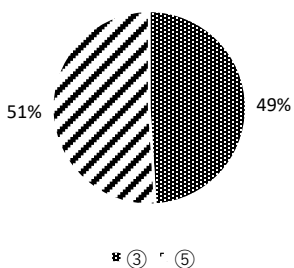
佐賀県 平成29年度 介護2事業



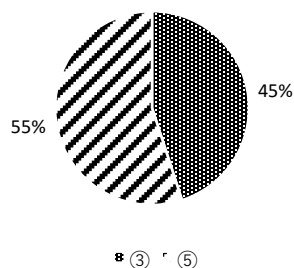
大分県 平成29年度 介護2事業



佐賀県 平成30年度 介護2事業



大分県 平成30年度 介護2事業



出所：医療介護総合確保促進法に基づく都道府県各年度計画に基づき筆者作成

表 3-2 介護 2 事業・金額ベースの推移（億円）

	平成 28 年度		平成 29 年度		平成 30 年度	
	施設	従事者	施設	従事者	施設	従事者
佐賀県	3.18	1.72	3.62	1.14	1.68	1.72
大分県	1.66	0.39	4.82	0.81	0.60	0.73

出所：医療介護総合確保促進法に基づく都道府県各年度計画に基づき筆者作成

8. 佐賀県計画における事業

ここでは、佐賀県計画のなかで展開されている事業のうち、各事業区分において大きな割合を占める事業、注目される事業について検討する。医療 3 事業については、重点分野とされている医療機関の施設設備整備事業における回復期機能病床整備事業、医療従事者確保事業における看護師等養成所施設整備事業費補助を取り上げる。介護 2 事業については、介護従事者確保事業について特徴的な事業を取り上げる。

8.1 回復期機能病床整備事業

回復期機能病床整備事業は、先に述べた確保基金の核心的な意義を実現しようとするものであり、事業区分 1（医療機関施設設備整備事業）のなかで大きな比重を占めている。佐賀県では平成 28 年度計画から平成 30 年度計画まで 3 年連続で採択されている。

ここで注目されるのは、この事業の事業期間が計画年度の翌年度から始まることである。平成 28 年度計画という場合、その計画は平成 28 年度中に策定され予算配分される。例えば 10 月に配分額が決定され、4 月から遡及して配分されるという仕組みとなっている。表 3 にも示したように、本件事業は 28 年度計画では翌年 4 月 1 日から 4 年間、29 年度および 30 年度計画では翌々年度の 4 月 1 日から 4 年間で事業期間としている。何故、翌年度ないし翌々年度から実施される事業を前年度計

画ないし前々年度計画の中で示されなければならなかったのか、年度計画および事後評価のいずれにおいても説明されていない。

また年度計画では、総事業費の算定根拠や算定方法などが示されていないうえ、複数年度にまたがり支出を要する事業の各年度の基金所要見込額を記載することとされている備考欄についても、各年度の見込額が示されていない。さらに、平成 29 年度計画および平成 30 年度計画のなかで、平成 28 年度計画に関する事後評価の記載は存在しない。

8.2 看護師等養成所施設整備事業費補助

看護師等養成所施設整備事業費補助は、看護師等養成所運営費補助と並んで、佐賀県計画の事業区分 4（医療従事者確保事業）では大きな比重を占める。

本事業は、表 4 に示したように事業期間に空白や重複がみられるほか、計画事業の記載方法の変更により平成 27 年度と平成 28 年度の間で、アウトカム指標に変更がみられる。この事業に関する年度計画の記載では備考欄に、各年度の見込額が記載されている。しかし、当然のことながら、計画時点の総事業費と事後評価の総事業費は異なっている。しかも、事後評価では総事業費しか記載されていない。このように費用の動きについて、年度計画およびその事後評価では詳細な情報が提供されていない。具体的に示せば、平成 29 年度計画における本事業の総事業費は 14 億 3,573 万 2 千

円が計上されていたが、平成 30 年に行われた事後評価の総事業費は 9 億 9,294 万円であった。また平成 29 年度計画における備考欄では、平成 28 年度および平成 29 年度基金で整備予定とされ、平成 28 年度基金 5,301 万 8 千円、平成 29 年度基金 2 億 5,793 万 5 千円と記載されている(これらの数字自

体、平成 28 年度計画備考欄に記載されている数字とも異なっている)。このように、年度計画の総事業費と備考に示されている配分予定額、そして当該年度計画の事後評価に示されている総事業費がどのように関連するのか、その説明は一切示されていない。

表 4 回復期機能病床整備事業に関する計画推移

年度計画		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度
項目				
事業期間		H.29.4.1～H.32.3.31	H.31.4.1～H.34.3.31	H.32.4.1～H.35.3.31
アウトカム指標		H.37：3099 床 (注 a)	49 床	40 床
アウトプット指標		260 床	1 医療機関	2 医療機関
総事業費 (千円)		867,366	766,590	350,000
基金	国	289,122	255,530	116,666
	都道府県	144,561	127,765	58,334
	計	433,683	383,295	175,000
その他		433,683	383,295	175,000

(注 a) この数字は佐賀県地域医療構想における平成 37 年必要病床数である。

出所：医療介護総合確保促進法に基づく都道府県各年度計画に基づき筆者作成

本事業とも密接に関連すると思われる看護師等養成所運営費補助では、事後評価における総事業費が計画時点の総事業費を大きく上回るケースも存在する。例えば、平成 27 年度計画では総事業費として 2 億 5 万 2 千円を計上していたが、平成 28 年 29 年の事後評価では 11 億 2,046 万 8 千円であったし、平成 29 年度計画で 2 億 231 万 1 千円とされていたが平成 29 年の事後評価では 11 億 6,163 万 9 千円であった。なお、看護師等養成所運営費補助は平成 26 年度以前から実施されていた国庫補助の継続事業であるが、平成 30 年度計画では佐賀県大分県ともに計上されていない。

このように、看護師等養成所に関する施設整備および運営費補助は、事業区分 4 (医療従事者確保事業)において大きな比重を占める計画事業で

ある。施設整備はイニシャルコストであるのに対して、運営費補助はランニングコストであり、その目的は異なる。ただ佐賀県の場合、少なくとも看護師数は全国平均を大きく上回っており、運営費の補助にここまで資金を充当する必要があるか疑問なしとしない。

8.3 介護 2 事業および介護従事者確保事業について

表 3-2 介護 2 事業・金額ベースを概観すると、大分県との比較から佐賀県は人口規模の割には、介護 2 事業に資金を投入していることがわかる。

表5 看護師等養成所施設整備事業費補助に関する計画推移

年度計画		平成27年度	平成28年度	平成29年度
項目				
事業期間		H.27.12～H.28.4	H.29.1～H.29.12	H.28.12～H.29.12
アウトカム指標		13,804.3人 →14,420.5人	64.8%→66.2%	64.4%→66.4%
アウトプット指標		記載欄なし	1施設	1施設
総事業費(千円)		130,278	1,7416,960	1,435,732
基金	国	36,570	35,345	171,957
	都道府県	18,285	17,673	85,978
	計	75,423	53,018	257,935
その他		75,423	1,363,942	1,177,797
備考(千円)		H.27 : 43,884 H.28 : 10,971	H.28 : 15,547 H.29 : 37,471	H.28 : 53,018 H.29 : 257,935

出所：医療介護総合確保促進法に基づく都道府県各年度計画に基づき筆者作成

介護施設等整備事業が地域密着型サービス施設等の整備など4項目の事業内容から構成されるのとは対照的に、介護従事者確保事業は、予算規模の小さい数多くの事業から構成されていることがひとつの特徴である。

佐賀県における介護従事者確保事業のなかで、平成28年度以降、最も高額な事業は、平成28年度地域包括ケアシステムに携わる人材の育成のための研修事業(5,257万5千円)、平成29年度介護ロボット導入コーディネート事業(3,447万円)、平成30年度施設内保育施設運営費補助(6,764万9千円)である。また、地域包括ケアシステム関連では、平成30年度計画では地域包括ケアシステム機能強化事業として642万7千円が計上されている。さらに、介護ロボットに関連する事業については、平成27年度計画の介護ロボット導入支援事業について平成29年度事後評価において30万6千円が計上されている。このほか、平成27年度計画以降、認知症関連事業が数多く展開されているが、佐賀県の場合は、大分県との比較からい

ば、相対的に多数多様な事業を年度に応じて柔軟に展開しているということが出来る。これに対して、大分県についてみれば地域包括ケアシステム構築推進事業が、平成29年度30年度と2年連続して最高額事業となっているほか、介護ロボット導入支援事業は事業費の変動はあるものの平成27年度計画から継続して採択されている。

9. 結びにかえて

ここまで、確保法に基づく都道府県計画について、佐賀県の医療・介護提供体制を概観したうえで、大分県計画を補助線として比較対象とし、佐賀県計画の推移を検討してきた。都道府県計画の評価基準としては、診療報酬・介護報酬との役割分担、他省庁が行う補助金・交付金との役割分担、あるいは事業採択の決定権者と事業の実施主体との利益相反性なども指摘することができる(島崎(2016))。以下では、これまで検討してきたことを、佐賀県計画の問題と都道府県計画そのものの

問題に分けて要約する。

9.1 佐賀県計画について

基金の配分方針から明らかなように、確保法の主たる政策目標は「病床の機能分化・連携」にある。このような政策目標が直ちに実現することは難しいとしても、目標実現に向けていかなる事業が展開されているかは検証可能である。

この点から佐賀県計画を見ると、先に検討した回復期機能病床整備事業以外にも、医療機関の施設設備整備事業については、ICT 医療連携推進事業や高度急性期・救急機能強化事業費補助などに配分されている。バランスのよい医療提供体制が実現していることもあり、順調に「病床の機能分化・連携」に向けた取組が実施されているように思われる。

全国レベルでの政策目標との関連性という視点とは別に、都道府県計画に関する評価基準として、都道府県計画で採択されている事業が地域の実情に適合しているか（地域適合性）、基金の交付配分は適切か（配分適切性）という基準を設定することができる。

このうち配分適切性については、一時的な費用を計上しなければならない事情であったり、重点政策の変更や優先順位の変更など、多くの要因に基づくことから、交付配分の評価は困難である。これに対して、地域適合性については地域特性との関係で、採択された事業の適切性を評価することができる。

この点に関して、看護師数が全国平均を大きく上回っている佐賀県にあって、看護師等養成所施設設備事業費補助および看護師等養成所運営費補助に大きな資金を注入する意義については十分な説明が必要と考える。このうち、施設設備整備事業費補助は、佐賀市医師会立看護専門学校の改修に充当されたものである。一時的に必要な資金助

成であること、補助の対象が明らかにされていることなどから、助成の必要性が検証可能であることは高く評価できる。しかし、後者の養成所運営費補助は、平成 26 年度以前からの国庫補助金の継続事業であるとはいえ、地域特性からは必ずしも必要な事業といえるのか疑問である。

9.2 都道府県計画そのものの問題

ここでの問題は、ひとつには基金の財源に関連する説明責任であり、いまひとつは総合確保方針と都道府県計画の関係性についてである。

確保基金の財源は、消費税の収入をもって充てられる。ここから導き出される財政運営に関する規範については、総合確保方針において、都道府県及び市町村の事業が、「公平性及び透明性を確保しつつ、実施されるようにする」と定めているが、事業に要する費用の額については「事業に要する費用の額及びそれらの総額」を、そして事後評価についても「都道府県計画で設定した目標の達成状況及び事業の実施状況に係る事後評価の方法」を記載するものと定めているにとどまる。せいぜい、基金を構成する国と都道府県の費用額、その他の項目と、基金充当額における公民の別を明らかにすぎない。

基金方式のメリットは、ややもすれば硬直的な資金運用となる単年度主義を採用せず、資金の繰越を認めることによって柔軟な事業対応が可能となることである。このようなメリットを十分活用すべきであると考えるが、年度計画および事後評価の中では、個別の事業における資金の流れがほとんど明らかにされていない。

回復期機能病床整備事業の検討で指摘したように、いくつかの構造的な問題があるように思われる。これは、当該事業固有の問題である可能性も否定できないが、翌年度開始事業を前倒しで策定しなければならない理由が明らかにされていない。

そして、このことと密接に関連して、当該事業に関する事後評価がなされていない。また、看護師等養成所運営費補助では、計画時点と事後評価での総事業費が大きく異なるうえ、どのような事業が展開され、いかなる費用配分がなされたのかという説明はなされていない。このことは、佐賀県計画に特有の問題ではなく、都道府県計画全体の共通する問題である。複数年度ごとの所要見込額など記載ミスと思われる事象も想定されるが、総事業費の算定根拠や算定方法が示されないことも、計画全体に共通する問題である。

いまひとつは、総合確保方針と都道府県計画を含めた総合確保方針の方向性ともいべき問題である。

国が作成した総合確保方針では、医療及び介護の提供体制の整備を「地域の将来の姿を踏まえて「まちづくり」の一環として位置付けていくという視点を明確にしていくことも重要である」と述べている。東京都や札幌市のような人口が密集する大都市はさておき、人口減少と高齢化が同時進行している人口過疎地域にあっては、医療提供体制の見直しや地域包括ケアシステムの構築は、医療分野・介護分野の対策・政策にとどまらない。交通インフラや住まいの問題を含めた生活全般のインフラ整備といかえることができるからである。これは、総合確保方針が明らかにしているように、「まちづくり」の問題である。そして、このことは実は個別の市町村の問題に限定されるものではなく、都道府県ひいては日本全体の「くにづくり」「国のあり方」に結びつく問題である。

ややもすれば東京など大都市圏を前提とした一極集中型のシステム構想が語られることが多いように思われる。人口過疎地域にも配慮した多極分散型システムの方向性を示す必要がある。2019年9月に具体的な対応方針の再検証をすべき公立・公的病院が公表されたことが波紋を呼んでいるが、

これは唐突な公表という手続きにも問題があるが、まちづくりに対するビジョンも方向性も示されないまま、病院機能の見直しだけを迫られることのギャップにも起因すると考える。

平成28年度計画から、事後評価項目の変更により、事業の有効性・効率性については、丁寧な記載がされているように思われる^(注10)。しかし、事業に要する費用については、費用の額と総額しか記載義務はなく、事後評価においても具体的な金の動きを示す必要はない。このことは、個別事業の費用について合理的かつ適正に執行されていることを前提としていると思われる。しかし、事業の有効性・効率性が具体的に記載されたとしても現実に投入された費用との関係が明らかにされない限り、費用対効果に関する情報提供としては透明性に欠けるといわざるを得ない。さらにいえば、基金の流れを正確に示すことが納税者に対する説明責任の根幹ではないだろうか。また、施設設備整備のための費用補助、人件費や運営費の助成あるいは研修会などの経費援助など、多岐にわたる事業内容についても、事業主体との関係、一過性の事業か経常的な事業かという事業の性格との関係などから、都道府県計画を評価する枠組みを構築しなければならない。

なお、介護事業について、十分な検討を加えることができなかった。これと関連して、地域包括ケアシステムについて、都道府県計画がどのような機能を果たしているか、十分な考察を加えることができなかった。これらについては、今後の検討課題としたい。

注

(注1) 社会保障制度改革推進法(平24法64号)に基づき、社会保障制度改革を行うために必要な事項を審議するため、内閣に設置された。平成24年11月から平成25年8月にかけて20回にわたり開

催され、平成 25 年 8 月 6 日、報告書がとりまとめられた。その後、同会議は社会保障制度改革推進法の施行から 1 年間の設置期限をむかえ、平成 25 年 8 月 21 日、廃止された。

(注 2) 医療介護総合確保推進法(平 26 法 83 号)に基づき「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」(平元法 64 号)を「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」(地域医療介護総合確保法)」と改題したうえ、その内容を改正した(傍点:筆者)。

(注 3) 「メリハリある配分」との表現は「経済財政運営と改革の基本方針 2015」にも見られるが、「病床の機能分化・連携を推進する」と明言したのは「経済財政運営と改革の基本方針 2016」である。

(注 4) 病床機能の分化に・連携に関連して、OECD 経済審査報告書 2017 は、都道府県の病院病床数と入院受療率、平均在院日数、1 人あたり医療支出は相互に強い関連があるとの認識に立ち、病院病床数を減らすことが重要であると述べるとともに、介護を病院から切り離すことが最優先事項であるとしている。

(注 5) 令和元年 9 月 26 日、厚生労働省「地域医療構想に関するワーキンググループ」第 24 回会議において、高度急性期もしくは急性期の病床を持つ公立・公的医療機関等 1455 病院のうち 424 病院を、2025 年の地域医療構想を踏まえた具体的対応方針の再検証を要請する対象として、その病院名を公表した。佐賀県では 13 の公立病院のうち小城市民病院、多久市立病院、独立行政法人国立病院機構東佐賀病院、同伊万里松浦病院、町立太良病院の 5 機関である。

(注 6) 平成 16 年 10 月 1 日現在、病院数は 108 施設で、人口 10 万人あたり 12.9 施設で全国平均の 6.7 施設を大きく上回っている。一般診療所数は 684 施設であり、人口 10 万人あたり 81.9 施設(全国平均 79.1 施設)となっている。

(注 7) 都道府県計画で展開される各事業の内容について、平成 27 年度までは、事業区分、事業名、事

業対象となる区域、事業の実施主体、事業目標、事業期間、事業に要する経費および備考を記載事項としていた。このうち事業区分から事業の実施主体までは変更はないが、平成 28 年度からは、事業目標に変わり「背景にある医療・介護ニーズ」の欄を設け、そこに目標等を記載する部分とアウトカム指標を記述する部分が設けられた。それに続いて事業内容、アウトプット指標、アウトカムとアウトプットの関連という記載欄が設けられた。

(注 8) 確保基金は平成 26 年度、医療分だけ先行実施する形で 904 億円が配分された。表 1-2 を補えば、平成 27 年度の当初予算額は 1,628 億円(医療分 904 億円、介護分 724 億円)である。令和元年度に計画について佐賀県・大分県の情報は入手できていない。なお、平成 27 年度は補正予算において、一億総活躍国民会議での議論を踏まえ「介護離職ゼロ」を実現するため「在宅・施設サービス等の整備の充実・加速化」、「介護サービスを支える介護人材の確保」を目的に 1,561 億円が追加配分された。

(注 9) 平成 29 年度および平成 30 年度の地域医療介護総合確保基金の交付状況については、医療介護総合確保促進会議(厚労省 HP)参照。平成 30 年度の交付状況のなかで「経済財政運営と改革の基本方針 2015」を引用しているが、「経済財政運営と改革の基本方針 2016」と思われる。

(注 10) 事後評価項目の変更については、平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金「医療及び介護の総合的な確保に資する基金の効果的な活用のための持続的な評価と計画への反映のあり方に関する研究」によるところが大きいと思われる。この研究では、「指標例に使用されている公的統計の一次集計が二次医療圏単位で公表されることや全国レベルで医療・介護連携を測定する尺度を決定したうえで公的統計として調査・公表すること」、「研究者によるアウトプットとアウトカムの関連性についての評価研究は基金事業がより効率

的に行われるために重要な要素であり、それらの推進が望まれる」との重要な提言が行われている。後者のアウトプットとアウトカムの関連性については、どこまでエビデンスに基づいた評価が可能か、あるいは逆に数字では示されない効果も考慮する基軸を打ち出せるかがポイントになるものと思われる。本研究に関する報告は、2017年9月7日に開催された第11回医療介護総合確保促進会議において行われている。そこでは、「患者・住民の立場からはアウトカムが重要」との指摘がなされている。筆者はこれに加えて、あるいはそれ以上に、本文でも指摘するように、個別事業に関する費用の流れに関する透明性を確保することが優先されるべきと考える。

参考文献

- 厚生労働省「医療と介護の一体的な改革—地域医療介護総合確保基金」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>)
- 厚生労働省「医療費の地域差分析」(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu-hoken/database/iryomap/index.html)
- 厚生労働省「地域医療介護総合確保促進会議」(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken_206852.html)
- 厚生労働省「地域医療構想に関するワーキンググループ」(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_368422.html)
- 厚生労働省「平成29年度介護給付費等実態調査の概況」(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/17/index.html>)
- 佐賀県(2016)「佐賀県地域医療構想 平成28年3月」(https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00334385/3_34385_1_2016412173259.pdf)
- 佐賀県(2018a)「佐賀県国民健康保険運営方針 平成30年1月(平成31年1月一部改正)」(https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00359785/3_59785_190487_up_cdt0v7n0.pdf)
- 佐賀県(2018b)「第7期さがゴールドプラン21—佐賀県高齢者保健福祉計画・佐賀県介護保険事業支援計画—」(https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00361016/3_61016_107643_up_1xjwu7hr.pdf)
- 島崎謙治(2011)『日本の医療』東京大学出版会
- 島崎謙治(2016)「医療提供制度を改革する政策手法—診療報酬、計画規制、補助金—」『社会保障研究』Vol. 1 No. 3, pp. 596~611
- 西田幸介(2006)「行政計画の実体的統制と整合性の原則」『大阪経済法科大学法学論集』第64号, pp. 15~60
- 日医総研(2018)「地域の医療提供体制の現状—都道府県別・二次医療圏別データ集—(2018年度版)」『日医総研ワーキングペーパー』No. 426 (http://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_668.html)
- 前田由美子(2014)「新たな財政支援制度『基金』の活用に向けて—地域医療再生基金の振り返り—」『日医総研ワーキングペーパー』No. 317, pp. 1~47
- 前田由美子(2018)「地域医療介護総合確保基金の現状(2017年都道府県計画)」『日医総研リサーチエッセイ』No. 65, pp. 1~27
- OECD(2017)「OECD経済審査報告書 日本」(<https://www.oecd.org/economy/surveys/Japan-2017-OECD-economic-survey-overview-japanese.pdf>)

追記

本研究は、日本学術振興会・課題設定による先導的人文学・社会科学的研究推進事業実社会対応プログラム「地域特性が生きる医療介護総合計画の評価基準の確立—小児在宅医療を起点として」の成果の一部である。