

研究員 の眼

医療提供体制に対する「国の関与」が困難な2つの要因(中)

「財源＝官」「提供＝民」という状況での限界

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～民間中心の提供体制における限界を考える～

新型コロナウイルスに対応する医療提供体制の拡充策として、「国の関与」を強化する論議が政治サイドで高まっています。首相に就いた岸田文雄氏は所信表明演説で、感染症対策の強化に向けて、「司令塔機能の強化や人流抑制、医療資源確保のための法改正、国産ワクチンや治療薬の開発など、危機管理を抜本的に強化します」と言明し、31日投開票の総選挙でも与野党を問わず、多くの政党が医療提供体制に対する「国の関与」の強化を競うように言及しました。筆者も「国の関与」強化について、特段の異論はありません。

しかし、言うほど問題は簡単ではありません。例えば、いくら病床を揃えても、医師や看護師など専門人材を確保しなければ意味がありませんし、「制度をどう機能（作動）させるか」という視点が必要になります。その結果、医療制度の改革に際しては、過去の経緯に引っ張られる「経路依存性」(path dependence)を踏まえる必要性を [\(上\)](#) で考察しました。

3回シリーズの(中)では、国の関与強化が困難な構造の一つとして、民間中心の提供体制を取り上げます。具体的には、「財源＝官」「提供＝民」という状況が戦後一貫している点など、民間中心の提供体制の構造や歴史、「国の関与」が困難な限界などを取り上げたいと思います。(下)では、同じく「国の関与」の強化を困難にしている分権的な制度を考えます。

2—「国の関与」を困難にしている医療制度の構造～民間中心の提供体制～

1 | 民間中心の状況

「やはり医療体制をなかなか確保することができなかった」「できない部分のやはり一番は、何といっても、病床を確保することだった」——。前首相の菅義偉氏は退任記者会見で、このように振り返りました¹。医療提供体制の確保が難しかったという発言が出る一つの要因、つまり医療提供体制に対する「国の関与」強化を困難にしている1つ目の構造として、民間中心の提供体制を指摘できます。

例えば、開設者別に見た病床数のシェアを見ると、図1の通りに国は8.3%に過ぎません。しかも、

¹ 2021年9月9日記者会見における発言。

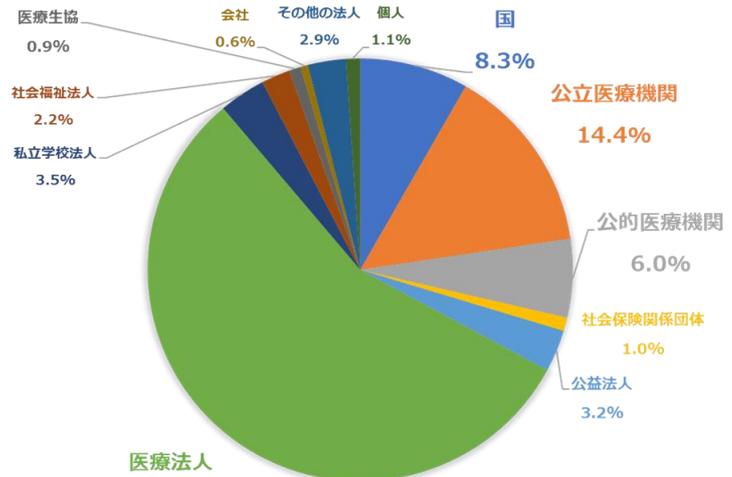
ここで言う「国」には国立病院機構、地域医療機能推進機構などが含まれており、2000年代の行政改革を通じて、独立性を高める改革を実施した関係で、国がダイレクトに指揮を振るいにくい状況となっています。

さらに「国の関与」とは別ですが、地方独立行政法人も含めて、自治体が運営する公立医療機関も14.4%に過ぎません。こうした状況では、新型コロナウイルス対応の実施主体である都道府県がコントロールできる範囲は小さくなります。

このため、後述する通り、病床が逼迫した今夏の「第4波」「第5波」では、国や自治体が民間医療機関に対して病床確保を要請する場面がありました。

なお、図1は自治体立、地方独立行政法人の合計を「公立医療機関」、日赤や済生会などの合計を「公的医療機関」と区別して整理しました。元のデータである「医療施設調査」を含めて、国の資料では「公的」「公立・公的」と総称することが多く、ここでは原則として、国立病院などを「国」、自治体立を「公立」、日赤や済生会などを「公的」と呼ぶこととします。ただし、一部では「公的等」という表記を使っている資料も散見されますので、その場合は出典先の表現を優先します。

図1：病床の開設者別内訳



出典：厚生労働省「医療施設調査」を基に作成

注1：2019年10月1日現在。

注2：公立は自治体立、地方独立行政法人の合計。

注3：公的は日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、済生会の合計。

注4：一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床の合計。

2 | 小津映画などの情景

こうした民間中心の提供体制については、一般的には明治期以来の特徴と理解されており、その発展過程を古い日本映画の情景から看取できます。

例えば、小津安二郎監督が1953年に製作した映画『東京物語』では、東京の下町で内科兼小児科医の「平山医院」を自宅で経営する一家の様子が描写されており、家族的な経営からスタートした日本の医療機関の発展経路の一端が示されています。中でも、上京した老夫婦が寝る場所を確保するため、普段の勉強部屋を追い出された息子が診察室で宿題に取り組んでいるシーンとか、老夫婦への対応を長男、長女が診察室で話し合っている様子は家族的な経営の雰囲気を示す点で印象的です。

さらにマイナーですが、1957年に製作された『暖流』という映画では、家族的に経営されてきた医療機関の改革が話題の中心になっています。映画では、「志摩病院」という民間の病院を設立した院長が日疋祐三という切れ者の若手実業家をアドバイザーに任じる場面からストーリーが展開して行きます。その後、院長から全権委任された日疋は経費のカット、親のすねをかじる長男で医師の泰彦の排除、外部からの人材登用といった改革を強力に進めます。

結局、日疋の改革策は現場の医師、看護師などの反対を食らった上、院長の死去、長男の巻き返しなどを挟み、日疋は病院から追い出されてしまうのですが、日疋が映画の途中で「院長が亡くなられてから3カ月。漸く遺産の整理も終わり、本日より、志摩病院は志摩家の管理を離れて、独立の法人

となりました」と述べるシーンがあります。これは日正の改革を経て、法人経営にシフトしたことを説明する発言であり、裏を返せば以前の病院が家族経営だったことを示しています。流石に今の時代、家族経営的な医療機関は少ないと思いますが、それでも日本の民間医療機関の多くが家族経営的な開業医から発展した経路を示すシーンと言えます。

なお、ストーリーの詳細まで立ち入る紙幅はありませんので、気になる方は映画をご覧ください。併せて『暖流』の原作は1938年に書かれており、1939年に作られた最初の映画はDVD化されています。興味のある方はチェックしてみてください。

3 | 民間中心の提供体制が生まれた歴史的な背景

一方、現在に至るまでの間、民間中心の提供体制を軌道修正する試みが幾つかありました。例えば、戦中期の1942年には医療の公営化を目指す「日本医療団」という組織が発足したほか、敗戦後も公立病院の整備を促す指示（ワンデル勧告）が占領軍から示される一幕などがありました。いずれも財政難などの理由で頓挫しました。

さらに、国民全員が何らかの公的医療保障制度に加入する「国民皆保険」が1961年に確立するなど、医療保険制度における国の影響力が1950～1960年代に強くなりましたが、日本医師会（日医）の会長を25年も務めた武見太郎氏が医療提供体制の国営化、公営化に繋がる動きを全て拒否しました。しかも、吉田茂の縁者として政界に太いパイプを持っていた武見氏は「プロフェッショナル・フリーダム」（専門職の自由）を掲げて国家の統制を嫌い、何か気に入らない政策の検討が始まると、保険医総辞退（保険診療のボイコット）をちらつかせつつ、時に厚生省（現厚生労働省）の頭越しで政治決着を図り、政府や自民党をキリキリ舞いさせました。

例えば、厚生省が設置していた医療保障委員という有識者委員会の提案に対し、日医が猛烈に反対したことがありました。同委員会は1958年に公表した報告書で、「もはや私的な財力では賄えない限度に達しているから今後公的な資本による病院の医療体系に占める比重は次第に増大する」との問題意識を示した上で、公立病院の整備を促したのですが、直ちに日医が「医療機関及び医師を国営または公営医療で呪縛し、あらゆるしわ寄せをこれにかぶせ、その犠牲によって官僚統制医療を樹立しようという意図を明白にした」という声明²を公表し、厚生省の企図は失敗に終わりました。当時の新聞は日医の反発について、「医療改革もう難航の雲行」という見出しで報じています³。

同様の攻防は1950年代後半から1960年代前半ぐらいまで様々な場面で展開され、医療提供体制を定めている医療法は30年以上も厚生省の手で改正されない状態が続き、「財源＝官」「提供＝民」という一種の不可侵条約的な状況が生まれました。

その後、医療法は1985年に改正され、病床数の上限設定などを目的とする医療計画制度が導入されました⁴。既に公立・公的に対しては病床規制が導入されていたのですが、この時期に漸く軌道修正が部分的に図られた要因として、▽武見氏が引退、死去したことで、日医の反対意見が和らいだ、▽低

² 1959年5月1日『日本医師会雑誌』。

³ 1959年4月17日『朝日新聞』。

⁴ 医療計画制度の創設に至る詳細については、西岡晋（2002）「第一次医療法改正の政策過程（1）～（2）」『早稲田政治公法研究』第70～71号、『医療と社会』Vol.26 No.4に掲載された厚生省官僚OBによる座談会を参照。

成長と財政悪化で医療費抑制の動きが強まった、▽病院の不祥事が相次ぎ、行政による監督強化を求める意見が強まった——といった点が挙げられます。この時の改正が画期的だった点については、「民間を含むあらゆる医療資源の整備を法的コントロールに置いたこの改正は、日本の医療供給体制の従来からのあり方に対して大きな変化をもたらす」という当時の書籍の記述からも読み取れます⁵。

さらに、医療計画制度と医療法は表1の通り、段階的に強化されており、病床再編などを目指す「地域医療構想」が制度化されたほか、医師確保や外来医療にまで都道府県が関与する仕組みが整備されました。2021年通常国会でも医療法が改正され、▽医療計画に新興感染症への対応を追加、▽外来機能に関する各医療機関の現状を可視化させる制度の導入——などが決まっています⁶。

表1：医療計画制度、医療法改正の主な歴史

年次	改正の趣旨	主な改正内容
1985年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関の量的整備が全国的にほぼ達成されたことに伴い、医療資源の地域偏在是正と医療施設の連携推進を目指す。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療計画制度の導入 2次医療圏ごとに必要病床数を設定
1992年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 人口の高齢化に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、患者サービスの向上を図るための必要な情報の提供などを進める。 	<ul style="list-style-type: none"> 特定機能病院の制度化 療養型病床群の制度化
1997年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 要介護者の増大などに対応し、介護体制の整備、日常生活圏における医療需要に対する医療提供、情報提供体制の整備、医療機関の役割分担の明確化・連携の推進などを進める。 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所への療養型病床群の設置 地域医療支援病院制度の創設 医療計画制度の充実 地域医療支援病院と療養型病床群の整備目標、医療施設間の機能分担や業務連携を2次医療圏ごとに記載
2000年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 高齢化の進展に伴う疾病構造の変化などを踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制を整備する。 	<ul style="list-style-type: none"> 療養病床、一般病床の創設 医療計画制度の見直し 基準病床数に名称を変更
2006年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 質の高い医療サービスを適切に受けられる体制を構築するため、医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直しなどを通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応などを進める。 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県の医療対策協議会制度化 医療計画制度の見直し。4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）、5事業（救急、災害、へき地、周産期、小児）の具体的な医療連携体制を位置付け
2012年 医療計画作成の 通知改正	<ul style="list-style-type: none"> 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担や連携の推進、在宅医療の充実などを内容とする医療提供体制の制度改革を規定。 	<ul style="list-style-type: none"> 疾病、事業ごとのPDCAサイクル導入 在宅医療の医療連携体制に求められる機能の明示 医療計画の対象に精神疾患を追加し、5疾病に
2014年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 社会保障と税の一体改革として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じて、地域における医療・介護の総合的な確保を推進、 	<ul style="list-style-type: none"> 病床機能報告制度の創設 地域医療構想の策定を規定 地域医療介護総合確保基金の創設 地域医療構想調整会議の設置
2016年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関間の機能分担や業務連携を推進し、地域医療構想を進める選択肢を拡大。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療連携推進法人の創設 計画策定のサイクルを5年周期から6年に見直し
2018年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 地域間の医師偏在の解消を通じ、地域における医療提供体制を確保するため必要な措置を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師確保に関する計画の策定 臨床研修病院の指定権限、研修医定員の決定権限の都道府県への移譲。 外来医療機能の情報を可視化するため、外来医療関係者による協議の場を設置、県による外来医療計画の策定
2021年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を推進。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の働き方改革に関する規定 外来機能報告制度の創設 新興感染症に関する医療体制を医療計画に追加

出典：厚生労働省資料を基に作成

このうち、地域医療構想とは2017年3月までに各都道府県が医療計画の一部として策定した文書であり、人口的にボリュームが大きい団塊世代が75歳以上となる2025年に向けて、高齢化に対応した医療提供体制への改革が重視されています⁷。具体的には、急性期病床や慢性期病床の削減、在宅復

⁵ 郡司篤晃監修（1987）『保健医療計画ハンドブック』第一法規 p15。

⁶ 改正医療法の内容については、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](#)」を参照。

⁷ 地域医療構想については、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](#)」（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](#)」、2020年5月15日「[新型コロナがもたらす2つの『帰帰』現象](#)」。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。

帰を目指す回復期病床の充実、在宅医療の拡大が想定されており、都道府県を中心にした改革が進められています。さらに都市部に集中する医師の偏在是正に関しても、都道府県による計画策定とともに、それに基づく議論が都道府県主体で進められようとしています⁸。

ただ、これらの改革に関して、医療提供体制の大宗を占める民間医療機関に対し、国、あるいは医療計画を策定する都道府県が指示または命令を下すような事態は想定されていません。例えば、厚生労働省は地域医療構想の推進に際して、過剰な病床機能の見直しを勧告できる都道府県の権限を強化しましたが、権限の対象は公立・公的医療機関に限られていますし、強化された権限でさえ、厚生労働省幹部は国会答弁で、「懐に武器を忍ばせている」「実際に使うということを想定しているわけではない」と説明していました⁹。言わば、制度を新しく作る時点で、わざわざ「抜かずに宝剣」であることを自ら表明したわけです。医療機関の再編統合が住民の反発を引き起こすことが少なくない¹⁰ため、トップダウンによる再編は難しいと判断したと思われる。

このため、地域医療構想の推進に際しては、地元医師会や医療機関・介護事業所の経営者、市町村、住民などの関係者で構成する「地域医療構想調整会議」を人口 30 万人程度の 2 次医療圏単位に設置することで、データに基づく合意形成や自主的な対応に力点が置かれています。医師確保や外来医療機能の改革に関しても、やはり地元大学や民間医療機関との合意形成が重視されています。

その結果、医療提供体制に対して、「国」だけでなく、自治体を含めた行政の関与は限定的です。こうした状況の下、「財源＝官」「提供＝民」という状況が戦後一貫して続いています（医療提供体制の戦後史は稿を改めて取り上げたいと思います）。

3——コロナ禍における民間医療機関への対応

1 | 改正感染症法における対応

しかし、今年 1 月頃から「民間医療機関の受け入れが不十分ではないか」という批判が強まりました。医療逼迫への対応策として、2020 年 4 月に成立した第 1 次補正予算以降、医療機関を支援する「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金」（以下、交付金）を兆円単位で投入したり、重症患者を受け入れる ICU（集中治療室）の診療報酬を大幅に引き上げたりしているにもかかわらず、新型コロナウイルスの患者を受け入れない民間医療機関に対する風当たりが強くなったわけです。

例えば、厚生労働省が 2021 年 1 月時点で「急性期病棟を有している」と報告している 4,297 医療機関に対し、「新型コロナウイルス患者の受け入れが可能かどうか」を確認したところ、「受入可能」と表明している公立は 73.2%、日赤などの公的等は 85.0%に上った一方、民間は 26.3%にとどまっていました。確かに「受入可能」と表明した病院がどれだけ新型コロナウイルスの患者を受け入れたか、その実績を開設者別に見ると、公立が 85.7%、公的等が 94.7%に対し、民間は 87.4%であり、全ての民間病院が消極的だったわけではありませんが、公立、公的等と比べると、民間病院の受け入れが不十分だったことは事実です。

⁸ 医師偏在是正については、2020 年 2～3 月の「[医師偏在是正に向けた 2 つの計画はどこまで有効か](#)」（2 回シリーズ、リンク先は第 1 回）を参照。

⁹ 2014 年 4 月 23 日、第 186 回国国会議録衆議院厚生労働委員会における原徳壽医政局長の答弁。

¹⁰ 例えば、愛知県東栄町では町立診療所の再編が町長のリコール（解職請求）騒動に発展し、2021 年 8 月に出直し選挙が実施された。秋田県でも大館市立扇田病院の再編問題が住民運動に発展している。

そこで、新型コロナウイルスへの対応では、いくつか動きがありました。まず、大阪府は2020年12月、新型インフルエンザ対策等特別措置法に基づき、コロナ患者の受入実績がない約110カ所の2次救急病院に協力を求めましたが、80病院が未回答または受け入れ困難という回答だったため、2021年1月には府病院協会と府私立病院協会に対し、一般病床200床以上の規模の病院に絞って病床確保を要請しました¹¹。

次に、今年の通常国会で感染症法が改正され、国・自治体が医療機関への協力要請を「勧告」に強めるとともに、正当な理由がなく応じない場合、厚生労働相や都道府県知事が機関名を公表できるようにしました。これを基に、奈良県が2021年4月に初めて協力を要請したほか、札幌市、茨城県、大阪府、静岡県などが続き、国と東京都も8月に協力要請に踏み切りました¹²。

しかし、当時の厚生労働相の田村憲久氏が改正感染症法の審議に際して、「あくまでも協力を中心に」と答弁していた¹³通り、国や自治体が強権を振るうような展開は想定されておらず、受け入れない医療機関の名称も公表に至っていません。

2 | 国の権限が行使されない理由の考察

では、なぜ国は権限の行使に及び腰なのでしょう。あるいは国が自治体に対して、権限行使を強く迫るような方策が取られないのでしょうか。この理由として、民間病院の慎重姿勢には相応の事情がある点が考えられます¹⁴。まず、新型コロナウイルスへの対応では、一般の外来や入院をストップせざるを得ないため、二の足を踏む民間病院が多いと理解されています。さらに、病床を回せる医師や看護師などのスタッフは有限であり、病床を確保できたとしても有効に機能しない点も見逃せません。

このほか、民間病院の規模が小さく、新型コロナウイルスの患者を受け入れる構造・設備を有していない問題もあります¹⁵。現場の情報を総合すると、医療必要度の高い新型コロナウイルスの患者を受け入れる上では、陽性者と非陽性者を分ける動線確保やゾーニング、4~6人ほどの医師・看護師によるチームが必要とされています。さらに新型コロナウイルスの特性として、軽症者が短期間に悪化する危険性があるため、状態悪化に備えた健康観察も欠かれません。このため、新型コロナウイルスの患者を受け入れる上では、一定規模の病院でないと対応しにくい面があります。

実際、新型コロナウイルスの患者受け入れを決断した民間医療機関の経営者に対するインタビュー¹⁶を見ると、ゾーニング工事や職員研修、既存病床に入院している患者の転院調整などで、計43日を要したとのことでした。

¹¹ 2021年1月27日『毎日新聞』。

¹² 改正感染症法に基づく病床確保の要請に関しては、2021年9月2日『朝日新聞デジタル』配信記事、8月31日『東京新聞』、8月25日・6月2日『日本経済新聞電子版』配信記事、8月24日『毎日新聞』、8月2日『静岡新聞』、5月14日『北海道新聞』、4月16日『読売新聞』を参照。

¹³ 2021年2月3日、参院内閣委員会・厚生労働委員会連合審査会における答弁。

¹⁴ 民間病院の受け入れが少ない理由に関しては、2021年4月16日『朝日新聞』デジタル配信記事、1月29日『毎日新聞』、同年1月26日『毎日新聞』。

¹⁵ この点は別の原稿でも考察した。2021年10月26日「[世界一の『病床大国』でなぜ医療が逼迫するのか](#)」を参照。

¹⁶ 2021年4月12日『日経ヘルスケア』配信記事における医療法人成和会副理事長兼COOの樋口昌克氏に対するインタビュー。成和会が運営する北大阪ほうせんか病院では、2021年2月から軽症者・中等症者向けとして、280床のうち48床を新型コロナウイルスへの対応にシフトさせた。

こうした構造上の問題については、民間医療機関の規模を見ても理解できます。その一例として、『医療施設調査』を基に「200床未満」の病院がどれだけ各開設者に占めるか、そのシェアを見ると、国は7.0%、公立は23.1%、公的は13.8%にとどまるのに対し、民間の医療法人は53.3%を占めています（2019年10月1日現在）。さらに、先に触れた厚生労働省の公表資料によると、「急性期病棟を有している」と報告している医療機関のうち、200床未満は公立で48.9%、公的等で17.8%であるのに対し、民間は82.6%に上ります。一方、400床以上の病院については、公立で21.5%、公的等で43.3%であるのに対し、民間は2.6%にとどまっています。

その結果、論理的には「病院の再編や統合が必要」という結論になるわけですが、民間医療機関には営業の自由が担保されている以上、繰り返し述べている通り、国や自治体は民間医療機関の統廃合を命令できませんし、住民や関係者の理解を得るには時間を要します。厚生労働相だった田村氏が「法律や罰則があるから、ベッドができるという話ではない」「短兵急にやると後で問題が出てくる」とクギを刺していた¹⁷のは、こうした事情を考慮したためと思われる。

さらに、日医の慎重姿勢も理由として考えられます。日医の中川俊男会長は改正感染症法の審議に際して、「いきなり勧告がなされ、それに従わない場合はその旨を公表するという仕組みを導入することは容認できない」と牽制しました¹⁸。さらに日医の抗議を受けて、厚生労働相だった田村氏が「互いの信頼の下で」と説明するに至った一幕も報じられています¹⁹。民間医療機関としては、国家による強権的な介入を避けたいという事情は一定程度、理解できます。

こうした状況の下、厚生労働省としては、ワクチン接種や発熱外来への対応などで地元医師会や開業医の協力を仰いでいる以上、日医の反対を押し切ってまで強権発動に踏み切りにくい環境があると考えられます。以上のような実情を踏まえると、単に日医や民間医療機関を「悪者」と批判しても、現場で頑張っている医師や専門職の士気を削ぐ危険性さえ想定され、効果的とは言えないような気がします（もちろん、全ての医療機関、医師を弁護するわけではありません）。

4—制度改正の方向性

では、「国の関与」を強化する上で、どんな方向性が想定されるでしょうか。短期的には田村氏が指摘している通り、法律や罰則を設けてもベッドができるわけではないため、既存の枠組みを有効に活用することが必要になります。

その一環として、厚生労働省は2021年10月、国立病院機構と地域医療機能推進機構に対し、新型コロナウイルスの患者向け病床を2割以上増やすように、それぞれの根拠法に基づいて初めて要求しましたし、こうした対応は今後も必要と思います。

さらに新型インフルエンザ対策等特別措置法に基づき、国が音頭を取る形で、大阪府が開設した臨時病院のように、自宅療養の患者を受け入れる施設を整備する方策も考えられるかもしれません（ただし、この場合でも医療スタッフの確保という難題があります）。

中長期的な方向性としては、地域医療構想の推進を含めた医療提供体制改革が必要になりますが、

¹⁷ 2021年9月27日『読売新聞』。26日のNHK番組における発言。

¹⁸ 2021年1月20日『m3.com』配信記事。同日の定例記者会見における発言。

¹⁹ 2021年2月27日『読売新聞』。

こちらは推進主体である都道府県を中心とした施策になるので、(下)で詳しく述べたいと思います。

このほか、民間医療機関の公共性を高める観点に立ち、既存の枠組みから踏み出す形で、契約制度の活用も想定できると考えています。例えば、保険医療機関を指定している国、あるいは地域医療構想を推進する都道府県が医療機関と契約を交わすことで、新興感染症への対応など政策的な医療について公的な責任を担保する一方、必要に応じて財政支援するようなイメージです（筆者の意見では、現場に近い都道府県を契約主体にする方が現実的とは思いますが）。

このように書くと、現行制度から飛躍したような印象を持つかもしれませんが、公的医療保険制度は契約で成り立っていることを踏まえる必要があります。通常、病院や診療所が公的医療保険制度に基づいてサービスを提供する際、厚生労働相から保険医療機関としての指定を受ける必要があります。さらに厚生労働相から保険医療機関の指定を受けると、保険医療機関は療養を給付、つまり医療サービスを提供しなければならず、保険者（健康保険組合など保険制度の運営者）は療養の給付に対して診療報酬を支払う義務が発生します。以上のようなサービスや報酬の流れについて、社会保障法の研究では契約行為の現われと見なしています²⁰。このため、制度の原理から考えると、それほど契約の考え方が乖離しているとは思えません。

もちろん、現行制度は必ずしも上記の考え方に沿って運営されておらず、例えば保険医療機関の指定に際しては、それぞれの医療機関や診療所、保険者が契約を結ぶことは難しいと判断されており、国が一括して保険医療機関を指定しています。

しかし、新型コロナウイルス対応の病床確保を急ぐ都道府県の動きに対し、民間病院の間では「『無理な要請はしないでください』と（注：知事に）お願いしています」といった声が出ている²¹点を踏まえると、単に「国の関与」を強化するだけでは実効性を確保できるとは思えません。

そこで、中長期的な視点に立つと、対等な立場で交わされる契約制度を活用すれば、制度運営の予見可能性を高めつつ、今回のような新興感染症にも一定程度、備えられると思われれます。さらに、民間医療機関の公共性を高めることで、「財源＝官」「提供＝民」という状況を部分的に修正できると思います。

5—おわりに

今回は制度の経路依存性を踏まえつつ、民間中心の医療提供体制に対する「国の関与」強化が一筋縄では行かない点を考察しました。特に、民間医療機関が新型コロナウイルス患者の受け入れに消極的な背景として、病院の規模の問題が横たわっている以上、国（あるいは都道府県）の関与を強化するだけでは、現場が機能しない可能性を想定する必要があります。

こうした限界を踏まえつつ、「財源＝官」「提供＝民」という状況を部分的に手直しする上で、契約制度の導入なども必要と考えられます。(下)では、「国の関与」強化を困難にしている構造として分権的な制度に着目した上で、国と地方の関係とか、国の司令塔機能の在り方などに関して、制度改正の方向性を考察したいと思います。

²⁰ 公的医療保険と契約の関係については、石田道彦（2009）「医療保険制度と契約」『季刊・社会保障研究』Vol. 45 No. 1を参照。

²¹ 2021年5月1日『m3.com』配信記事における茂松茂人大阪府医師会長の座談会における発言。