

# 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(下)

分権的な制度における司令塔機能などを考える

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～「国の関与」強化を困難にしている分権的な制度～

新型コロナウイルスへの対応策として、医療提供体制に対する「国の関与」の強化策が焦点となっています。10月31日投開票の総選挙では絶対安定多数を確保した自民党、公明党だけでなく、主要野党も公約で「国の関与」の強化を訴えており、筆者自身も一定程度の「国の関与」の強化は必要と考えています。

しかし、言うほど簡単ではない側面があります。具体的には、医療制度改革は過去の経緯に拘束される面があり、「制度をどう設計するか」という点だけではなく、「制度をどう機能（作動）させるか」という視点も必要になるためです。

そこで、3回シリーズの [\(上\)](#) では「国の関与」を強化するための制度改革を有効に機能させるための視座として、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考察しました。さらに、[\(中\)](#) では「国の関与」強化を困難にしている構造として、「財源＝官」「提供＝民」という不可侵的な状況が生まれた歴史を考察し、民間医療機関の公共性を高める中長期的な改革策として契約制度の導入を提案しました。

最終回の(下)では、分権的な医療制度に着目することで、「国の関与」強化が困難である点を指摘した上で、こうした限界を踏まえつつ、今後の対応策として国の司令塔機能とか、都道府県の役割などを考えたいと思います。

### 2——分権的な制度の歴史的な経緯

#### 1 | OECD による白書の一節

「優先施策を実施する時でさえ、(筆者注：国は) 弱い権限をもつのみである。ある意味で、地方自治体(市区町村・都道府県)が優れている場合もあるが、その能力と、効果的かつ根拠に基づいた施策を、どの程度導入しているかの全体像は不明確」「各自治体の備えについての詳細な全体像が簡単には入手できないため、国全体の公衆衛生上の緊急事態への準備が、上手く行われているかどうか判断するのは難しくなっている」——。日本の公衆衛生制度について、OECDが2019年に公表した報告書

では、こうした評価が示されています<sup>1</sup>。これは新型コロナウイルスの問題が顕在化する以前に刊行されたのですが、日本の公衆衛生制度が分権的である点、その結果として国全体の整合性を取りにくい点を指摘しています。

では、こうした分権的な制度はなぜできたのでしょうか。以下、厚生省を中心にした国—地方関係の歴史を簡単に振り返ります<sup>2</sup>。

## 2 | 内務省解体後の建設省と厚生省の比較

戦前の地方自治制度では、現在の総務省、厚生労働省、国土交通省、警察庁にまたがっていた内務省の影響力が強く、知事には内務省の官僚が送り込まれていました。このため、他の中央省庁の地方出先機関は少なく、道府県が事実上の出先機関としての機能を果たしていました。第1次世界大戦の間に感染が拡大したインフルエンザ（通称、スペイン風邪）への対応でも、各道府県がマスクの着用、外出自粛などの感染防止対策を講じていたことが記録されています<sup>3</sup>。

しかし、敗戦後の1947年、内務省は占領軍の指令で解体され、累次の機構改革を経て、自治省（現総務省）や建設省（現国土交通省）、警察庁などに分けられました。既に戦前の1938年、厚生省（現厚生労働省）は内務省から分離しており、敗戦後に労働省（現厚生労働省）が厚生省から分かれる形で創設されたため、内務省が所管していた行政分野は戦後、複数の省庁に細分化したことになります。

さらに、占領軍の指令で都道府県知事も現在のように公選になったことで、各省庁は地方に影響力を行使する方法として、1960年代以降に出先機関を本格的に整備して行きます。中でも積極的だったのは建設省であり、国直轄で整備・管理する道路、河川の対象を増やしました。例えば、河川に関しては、一部の主要河川を除いて、原則として都道府県が管理していたのですが、1964年の河川法大改正を経て、一つの水系を中小河川まで一貫して管理する考え方が導入されるとともに、主要な1級河川（水系）については、建設省の出先機関である地方建設局（現在の地方整備局）が原則として管理することになりました。例えば、1級水系の荒川・利根川に関しては、関東地方整備局（及び下部組織の河川国道事務所）で一貫的に管理しており、支流の神田川や隅田川は東京都の管理になっています。

一方、同じ内務省に源流を持つ厚生省は建設省のような選択肢を取らず、出先機関の拡大を余り重視しませんでした。その代わりに、厚生省は機関委任事務と地方事務官という仕組みを通じて、自治体をコントロールすることに腐心しました。

このうち、機関委任事務とは自治体を国の出先機関のように事務を執行させていた制度であり、地方事務官とは都道府県に所属しているのに事実上、国家公務員として運用されていた職員を指します。余談ですが、筆者が駆け出しの記者として高知県庁を取材していた1997年、県庁の幹部に名刺交換して回ったところ、保険・年金の関係課長は「何の用事？」という表情を見せ、そのうちの一人が「僕ら県庁の人間じゃないから」という趣旨のことを呟きました。当時、駆け出しの私は地方事務官という仕組みを知らなかったため、「変なことを言うな」「リアクションが他の県庁職員と違う」と感じた

<sup>1</sup> OECD (2019) “OECD Review of Public Health : JAPAN” [村澤秀樹訳『OECD 公衆衛生白書：日本』明石書店 p16]。

<sup>2</sup> 地方自治制度の歴史については、副田義也 (2018) 『内務省の社会史』東京大学出版会、市川喜好 (2012) 『日本の中央—地方関係』法律文化社、建設省五十年史編集委員会編 (1998) 『建設省五十年史』建設広報協議会、厚生省五十年史編集委員会編 (1988) 『厚生省五十年史』厚生問題研究会などを参照。

<sup>3</sup> 内務省衛生局編、西村秀一訳 (2021) 『現代語訳 流行性感冒』平凡社を参照。報告書は1921年発刊。

程度でしたが、今から思うと、彼らが地方事務官です。

こうした経路を経て、検疫、麻薬取締などに関わる部署を除けば、厚生省が直轄で関われる範囲は小さくなりました。この点に関しては、厚生省と労働省の対比でも浮き彫りになります。2001年の中央省庁再編を経て、2つの省は厚生労働省として一緒の役所になりましたが、労働省も厚生省と同様に地方事務官の仕組みを導入していた一方、ハローワーク（公共職業安定所）や労働基準監督署という直轄の部署も多く持っており、出先機関を余り持たない厚生省と異なる組織形態となっていました。

実際、厚生省OBは中央省庁再編の頃を振り返り、「労働行政は直轄行政」「（筆者注：自治体に事務を担ってもら）厚生省とは文化が違ってきます」と述べています<sup>4</sup>。つまり、厚生省は元々、出先機関が弱く、「国の関与」は自治体を介した間接的な方法を取っていたことになります。なお、この辺りの対比に関しては、出先機関に関する定員数の比較など定量的な分析も必要になるので、どこかのタイミングで稿を改めて深掘したいと思います。

### 3 | 2000年の地方分権改革による影響

その後、厚生省が地方の統制に用いていた手段は2000年の地方分権改革を経て、大きく変容します。まず、国と地方の役割分担を見直す観点に立ち、機関委任事務が廃止されました。その結果、自治体の事務は「法定受託事務」「自治事務」に区分されました。このうち、法定受託事務とは国が適正な処理を特に確保する必要がある事務を指します。一方、自治事務とは法定受託事務を除いた事務であり、法令に違反しない限り、自治体の判断で執行できるようになりました。例えば、新型コロナウイルス対策の根拠法となる新型インフルエンザ対策等特別措置法では、自治体の事務を「法定受託事務」とする旨が定められていますし、ワクチン接種の事務についても、予防接種法で法定受託と規定されています。これに対し、一般的な医療行政や介護行政は自治事務になります。

さらに、地方事務官も廃止され、職員は社会保険庁（現日本年金機構）などに移籍しました。つまり、地方分権改革を通じて、国と自治体の役割分担が見直される中で、厚生省は地方の統制に使っていた手段の相当な部分を失ったことになります。

### 4 | 近年の医療制度に関する制度改正の傾向

特に医療行政に関しては近年、都道府県の役割を強化する制度改正が相次いでいます。具体的には、少子高齢化に対応する医療提供体制に改革する「地域医療構想」、医師の超過勤務時間を制限する「医師の働き方改革」、医師偏在是正などを目指す「医師確保計画」の策定、外来医療機能の明確化、国民健康保険の都道府県化などです<sup>5</sup>。

<sup>4</sup> 中村秀一（2019）『平成の社会保障』社会保険出版社 p231。

<sup>5</sup> 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。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。国民健康保険の都道府県化に関する最近の動向や歴史については、2018年4月掲載の拙稿「[国保の都道府県化で何が変わるのか](#)」（全3回、リンク先は第1回）。

それぞれの制度改正には個別の事情があるため、ここでは詳述を避けますが、いずれも都道府県ごとの人口変動とか、医師数・病床数の差異が大きいことが背景にあり、地域の実情に応じた改革を進める上で、こうした方向性が志向されている面があります。

## 5 | 分権的な構造を巡る論点

ところが、以上のような経路で生まれた分権的な構造は新型コロナウイルス対策で、「国の関与」強化を阻害する一つの要因になります。つまり、厚生労働省のうち、旧厚生省部門は国土交通省のような直轄部署を多く持っておらず、出先機関の地方厚生局は対策の中心になり得ない分、様々な対策は都道府県を介して講じられることになります。この結果、厚生労働省が新しいアクションを起こそうとすると、自治体に対する通知や事務連絡に頼ることになります。いわゆる「通知行政」です。

しかも、新型コロナウイルス対策に関する通知が数多く発出（乱発？）されている結果、その数は医療、保健、福祉、介護分野だけで1,500本を軽く超えています。このため、膨大な通知を前にすると、ウンザリする気持ちとともに、幾つかの疑問が沸き起こって来ます（余りにも膨大なので数える気が起きません。収束した段階で数えた上で、分析するかもしれませんが…）。

まず、「そもそも1,500本を超える通知の全体像を誰が把握しているのか」という疑問です。それぞれの通知は基本的に各局でバラバラに発出されているため、整合性が取れているとは思えません。第2に、政策立案のプロセスが官僚の裁量に委ねられているため、「国会を含めた民主的な統制が十分とは言えないのではないか」という疑問も沸き起こって来ます。第3に、国会審議などオープンな場で意思決定されないため、「この通知がなぜ発出されたのか」「通知が示された意図は何か」「過去の通知と何が違うのか」といった点が伝わりにくい点です。

第4に、先に触れた地方分権改革の結果、法定受託事務の通知は拘束性を有する事務処理基準、自治事務の通知は拘束力を有しない技術的助言と整理されているのですが、数多く発出（乱発?!）されている通知を抽出すると、両者の区分を意識しているようには見えず、「国による関与」の度合いが見えにくい点も指摘できます。

このように書くと、「一刻を争う感染症対策では機動性が必要になるため、通知が有効的」「各地域で医療資源や感染状況が異なる以上、自治体の裁量に委ねる方が現実的」という反論も返って来そうですし、一定程度は理解できます。それにしても膨大な通知の数々を見ると、溜息が出て来るのは筆者だけではないと思います。こうした構造が「自治体に丸投げ」「厚生労働省に主体性を感じられない」といった批判を生みやすくなっていることは間違いないと思います<sup>6</sup>。

このほか、自治体の首長や職員の能力、民間医療機関との連携度合いなどに応じて、どうしても対策にバラツキが生まれやすくなっており、しかも対策が弱い部分から感染症は広がって行くため、「都道府県に任せるからダメなんだ」という言説を引き起こす要因になります。

一方で、積極的な検査や先手を打った病床確保に取り組んだ東京都墨田区とか、軽症者を受け入れ

<sup>6</sup> 例えば、鈴木一人（2020）「厚労省」アジア・パシフィック・イニシアティブ編『新型コロナ対応・民間臨時調査会調査・検証報告書』ディスカヴァー・トゥエンティワン p305 では、「大量の通知等を連発した結果、保健所や医療機関等の限られたキャパシティでは対応しきれず、厚労省の戦略が意図どおりに伝わらない結果、前線機関の活動に結びつかないという事態が発生した」と論じられている。



る宿泊療養施設の充実に取り組んだ大阪府、積極的な検査に取り組んだ和歌山県など、地域には先行事例も数多くあるため、筆者は「自治体に委ねているからこそ、国の方針を先取りする（時には国の指示に逆らう？）形で独自の対応策を取るケースが出ているのに、どうして先進事例に目を向けず、できていないところだけ注目するのか」と思ってしまうのですが、こうした地域格差は「国の関与を強化せよ」という議論が生まれやすくなる土壌になっていると言えます。

この辺りのディレンマに関しては、新型コロナウイルスの初期対応を司った厚生労働省の政務官が「都道府県による対応の差が大きいこと、言い換えれば地方分権の課題が見えてきています」と述べていた点と符合しています<sup>7</sup>。

### 3——制度改正の方向性

#### 1 | 短期的に「国の関与」をどう強化するか

では、「国の関与」を強化する上で、どういった制度改正が必要になるでしょうか。短期的には都道府県を中心とする対策に注力する一方、今夏の「第5波」のような医療逼迫の場面では、国や関係法人が管理する病院（例：国立病院機構、国立大学病院、地域医療機能推進機構）に対し、国が病床確保を指示するような施策は有り得ると思います。この点では [\(中\)](#) でも述べた通り、2021年10月、厚生労働省が国立病院機構と地域医療機能推進機構に対し、それぞれの根拠法に基づいて病床確保を初めて要求しましたが、もっと早く手を打っても良かったと思います。

さらに医療機関の受け入れ状況とか、専門人材、医療機器の状況などについて、国が都道府県を介して情報を収集した上で、可視化することも重要になると思います。この点で言うと、政府が11月12日に決定した「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」で言及した病床の可視化は重要な取り組みと考えられます。

#### 2 | 司令塔機能を巡る議論

一方、中長期的な「国の関与」の強化策として、以前から司令塔機能の議論が取り沙汰されていません。例えば、厚生労働省の若手・中堅職員や有識者などで構成した会議が2015年6月に公表した報告書「保健医療2035」では、感染症対策に関するグローバルな貢献だけでなく、平時には公衆衛生の司令塔としての機能を持つ「健康危機管理・疾病対策センター（仮称）」の設置に言及しました。2020年7月に公表された自民党の行政改革推進本部報告でも、司令塔となる組織の創設が盛り込まれた。

その後、首相に就いた岸田文雄氏も今年9月の自民党総裁選公約で、▽公衆衛生上の危機発生時に、国・地方を通じた強い司令塔機能を有する「健康危機管理庁（仮称）」の創設、▽臨床医療、疫学調査、基礎研究を一体的に取り扱う「健康危機管理機構（仮称）」の創設——を提言していたのも同じ流れですし、この点は主要政党の衆院選公約を見ても、大差は見られません。いずれもアメリカのCDC（疾病予防管理センター）を意識した提言となっています。

ただ、「司令塔」機能のイメージが論者によって異なる印象を受けます。例えば、政府の新型コロナウイルス感染症対策分科会長の尾身茂氏は今回の教訓の一つとして、「（筆者注：非常時という）ボタ

<sup>7</sup> 2020年8月4日『m3.com』配信記事における自見はなこ氏に対するインタビュー。

ンが押されれば、すぐにそうした専門家集団が集まって、政府あるいは総理に助言するという仕組みを（略）作るべき<sup>8</sup>と述べており、司令塔の研究者が科学的な知見を首相に助言する機能に期待している様子です。さらに、複数の省庁で縦割りになっている感染症対策を総合化する視点とか、時に利害が対立した国と都道府県の意見調整<sup>9</sup>に関して司令塔が必要という指摘を耳にします。

つまり、「司令塔（機能）」という言葉自体に様々な意味や機能が込められており、もう少し整理する必要があります。もちろん、それぞれ全て重要な論点ですし、中でも科学者の意見を政府に反映する「科学と政治の関係」は大変重要なテーマですが、今回は分権的な制度を主な論点としているため、国の役割とか、国と自治体の関係について論じたいと思います。

### 3 | 司令塔をどうするか

まず、厚生労働省の出先機関が主力になり得ない経路依存的な限界を考慮すると、今回の新型コロナウイルスへの対応で経験値を積み重ねた部分から制度化して行く方法が考えられると思います。例えば、感染が深刻な地域に対するテコ入れ策として、厚生労働省や全国知事会、日本看護協会などが音頭を取る形で看護師、保健師が派遣されたほか、国からも自衛隊が送り込まれました。こうした対応を円滑に進めるため、国が有事に備えて官民の専門人材をプールし、必要に応じて人員を派遣するのは一案と思います。

このほか、患者の広域調整も考えられるかもしれません。今回の新型コロナウイルスへの対応では、大阪府や兵庫県の軽症患者を近隣県で受け入れる協力体制が取られました。こうした調整を国主導で制度化し、事前にルールを決めておくことは重要と思います。

司令塔機能を考える上では、災害対策との対比も役立つそうです。2001年の省庁再編では、総合調整機能にとどまっていた国土庁（現国土交通省）の防災部門が内閣府に移管されたことで、首相のリーダーシップが振るやすい環境になり、南海トラフ地震や首都直下地震、富士山噴火などの防災対策が省庁横断的に進みました。さらに災害時の対応に関しても、政府内で防災訓練を定期的実施するとともに、関係省庁が連携して応援人員の確保、支援物資の手配などを進められる経験値が政府内に蓄積されつつあります。このため、新興感染症への対応策に関しても、内閣官房や内閣府に同様の組織を設置する方策が考えられると思います。

ただ、地震や水害が起きた時には、国土交通省の地方整備局などが現場で対応に当たることが多いのに対し、厚生労働省は直轄で手足となる部署を有していないため、現時点では新興感染症について、災害対策と同じ対応を期待しにくいと思います。実際、大規模感染が起きた豪華客船「ダイヤモンド・プリンセス号」への対応では、厚生労働省の政務三役が自らの人脈で専門家派遣を要請しました<sup>10</sup>。

そこで、司令塔となる組織の機能としては、官民の専門人材とか、対応可能な医療機関、医療機材

<sup>8</sup> 2021年9月9日、菅義偉首相記者会見における尾身氏の発言。

<sup>9</sup> 例えば、第1波の「緊急事態宣言」に際しては、対象業種の線引きなどを巡って国と東京都の意見が対立した。新型コロナウイルス対応に関する国と地方の対立については、日本経済新聞社政治担当論説委員編（2021）『コロナ戦記』日本経済新聞出版、片山善博（2020）『知事の真贋』文春新書、アジア・パシフィック・イニシアティブ編（2020）『新型コロナ対応・民間臨時調査会調査・検証報告書』ディスカヴァー・トゥエンティワンなどに詳しい。

<sup>10</sup> ダイヤモンド・プリンセス号への対応では、現場に入った当時の厚生労働省副大臣による橋本岳（2021）『新型コロナウイルス感染症と対峙したダイヤモンド・プリンセス号の四週間』日本公衆衛生協会を参照。

の備蓄などを事前に把握した上で、有事の際には人材派遣や広域調整などの方法を通じて、都道府県を支援することが考えられると思います。その際には、ダイヤモンド・プリンセス号への対応などで活躍した厚生労働省が所管する「災害派遣医療チーム (DMAT)」に加えて、国土交通省の「緊急災害派遣隊」(TEC-FORCE) など他省庁による組織の運用も参考になるかもしれません。

中でも、重要なのは情報の集約だと思います。有事に対応できる病床、専門人材、機材などの情報をデジタル化した上で、感染症対策を現場で司る都道府県や保健所から情報を集約したり、逆に国から現場に情報を共有したりする役割が求められると思います。19世紀イギリスの思想家、ジョン・スチュワート・ミルは「情報の集中、権力の分散」という格言を残している<sup>11</sup>のですが、司令塔機能を考える上での有益な視座になると考えています。

#### 4 | 有事と平時の両立

中長期的な視点として、有事と平時の両立という問題があります。具体的には、有事に備えて「国の関与」を強化しても、平時には分権化の方向性が求められている点を意識する必要があります。

実際の問題として、両者の仕組みが違い過ぎると、有事に備えるための人員・予算を確保するコストが必要以上に掛かってしまう可能性がありますし、現場が機能しない危険性があります。このため、平時の改革は都道府県に担ってもらう一方、有事の際には国の司令塔が都道府県をバックアップするような責任関係が必要になると考えられます。この点については、今回の対応の教訓として、「感染症対応への権限と責任を明確化」を挙げる意見と符合しています<sup>12</sup>。その際には平時モードから有事モードに切り替える際の判断基準なども一定程度、事前に示す必要もあると思います。

有事と平時の両立という点では、都道府県が策定する医療計画、あるいは医療提供体制改革で重視されている地域医療構想との整合性を取る必要もあります<sup>13</sup>。中でも、医療計画の一部として2017年3月までに策定された地域医療構想では、病床再編や医療機関のネットワーク化などを目指しており、これと整合性を取る上では、片方で病床のスリム化を進めつつ、もう一方で感染症対応が可能となる病床・人員を確保する対応が必要となります。

このため、医療計画（地域医療構想を含む）の推進主体である都道府県としては、有事と平時の両立を普段から意識する必要があります<sup>14</sup>。実際、政府は今年の通常国会で医療法を改正し、都道府県が策定する医療計画に新興感染症を位置付けることにしました。このため、都道府県は2024年度にスタートする次期計画策定に向けて対応が求められます。その際には都道府県に「丸投げ」するのではなく、国としても必要なデータの提供に加えて、引き上げられた消費税収を充当している「地域医療介護総合確保基金」などを通じた財政支援も検討する必要があると思います。

なお、地域医療構想と新型コロナウイルス対応を比較すると、前者は病床削減の要素を持つ一方、

<sup>11</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。

<sup>12</sup> 砂原庸介 (2020) 「中央政府と地方自治体」アジア・パシフィック・イニシアティブ編『新型コロナ対応・民間臨時調査会調査・検証報告書』ディスカヴァー・トゥエンティワン p371。

<sup>13</sup> 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。

<sup>14</sup> ここでは詳述しないが、保健所を所管する政令市、中核市、東京特別区と、都道府県の関係も整理する必要がある。

後者は病床を確保する必要があり、「地域医療構想を止めるべきだ」という意見が一部にあります。しかし、将来的な人口減少を踏まえると、病床はスリム化する必要があります。

さらに、両者には相違点だけでなく、共通点もあります。例えば、地域医療構想では急性期病床で入院した患者が治癒した後、リハビリテーションなどに力点を置く回復期病床に転院させ、さらに自宅を中心とした在宅医療までカバーする医療機関のネットワーク化が意識されています。

これに対し、新型コロナウイルスへの対応でも、治癒した重症患者を中等症、軽症者の病棟に移す転院調整が焦点となっており、両者には共通点があります。確かに地域医療構想の病床推計には感染症対応を意識していないため、前提が覆った面はありますが、平時モードの改革を進めることが有事に備えることにも繋がる面があり、「地域医療構想を全てストップする必要はない」と考えています。

むしろ、医療機関の役割分担に向けて、都道府県が音頭を取るような形で、医療機関同士の連携を強化する対応が必要になります。その際には [\(中\)](#) でも述べた通り、都道府県と医療機関が対等な関係で結ぶ契約制度を活用することで、感染症への対応に関する予見可能性を高めつつ、民間医療機関の公共性を高める方法が考えられるのではないのでしょうか。

さらに言うと、医療機関同士の連携を促す「医療情報連携ネットワーク (EHR)」などデジタル技術の活用に加えて、「連携以上、統合未満」の形で連携する「地域医療連携推進法人」などの枠組みを活用することで、地域全体でネットワークを確立して行く方法もあり得ると思います。

## 5 | 通知依存の見直しを

数多く発出 (乱発?!) されている通知の整理も必要と考えられます。現時点では、厚生労働省が自治体に多くを頼らざるを得ないにしても、通知に頼り過ぎるのも問題が多いと思います。

そこで、例えば国一律で実施しなければならない施策は法律、政令、省令に位置付けることで、自治体を拘束する必要もあると思います。さらに先に触れた通り、法定受託事務に関する通知は一定の拘束性を有するため、この旨を自治体に明示した上で、地域の実情に応じて判断しても良い方針を追記すれば、ある程度は国の考え方や責任が分かりやすくなると思います。それと同時に、国の基準と異なる判断を下した場合、議会や住民に対する自治体の説明責任も問われます。

## 4—おわりに

これで医療提供体制に対する「国の関与」をキーワードにしたコラムの連載を終えたいと思います。[\(上\)](#) では制度改正を考える上の視座として、過去の経緯に引っ張られる点を踏まえる経路依存性とか、現場を機能させる「作動学」という考え方を論じました。その上で、[\(中\)](#) では民間中心の提供体制が「国の関与」を強化する上での阻害要因になる点を指摘し、民間医療機関の公共性を担保する方法として契約制度の導入を提案しました。さらに、今回の (下) では「国の関与」を強化する際に障害となる分権的な制度の経緯や構造を論じました。特に、厚生労働省が伝統的に自治体を介して事務を処理して来た以上、短兵急に「国の関与」を強化することは難しいと言わざるを得ません。

一方、関係者が口を揃えて指摘している通り、有事の司令塔機能は必要であり、災害対策に範を求める制度設計が必要だと思います。今後、政府や国会で司令塔機能が議論されると思いますが、単なる組織いじりに終わらせず、現場が機能 (作動) するような制度改正を目指して欲しいと思います。