

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



保険研究部 主任研究員 三原 岳
mihara@nli-research.co.jp

※ 本稿は 2021 年 10 月 20 日、11 月 8・17 日発行
「研究員の眼」を加筆・修正したものである。

1—はじめに～「国の関与」が困難な2つの要因～

2021 年 9～10 月に実施された自民党総裁選や総選挙では、新型コロナウイルスへの対応策の一環として、医療提供体制の充実が焦点となった。中でも、2021 年に起きた「第4波」「第5波」のように病床が逼迫した場合、国が医療機関に対して、病床や医療従事者の確保を命令・勧告できる権限の強化が話題になった。この問題は現在もくすぶっており、筆者も一定程度の「国の関与」の強化は必要と考えている。

しかし、言うほど問題は簡単ではない。例えば、医療提供体制の強化に際しては、医師・看護師など専門人材を揃える必要がある上、現場や行政における専門性や経験値も重要になる。

このため、制度の在り方を考える上では、「制度をどう設計するか」という点だけでなく、「制度をどう機能させるか」という視点も必要になる。その結果、医療制度改革は過去の経緯に引っ張られる面があり、医療提供体制における「国の関与」を考える上でも、①民間中心の提供体制、②分権的な構造——という2つの構造的な要因を意識する必要があると考えている。

そこで、本稿では「国の関与」を強化する際の方向性や論点を整理する。前半では自民党総裁選や総選挙の公約など、医療提供体制に関する「国の関与」強化を巡る政治サイドの議論を取り上げる。その後、医療制度改革や行政制度に関する歴史の考察を通じて、「国の関与」を困難にしている2つの要因として、「民間中心の提供体制」「分権的な構造」を明らかにする。その上で、医療機関との契約制度の創設や国の司令塔機能など、考えられる制度改革の方向性を論じる¹。

2—医療提供体制に対する「国の関与」強化論議

1 | 自民党総裁選における議論

まず、医療提供体制に対する「国の関与」に向けた政治サイドの論議を見る²。2021 年 9 月 29 日に実施された自民党総裁選では、新型コロナウイルス対策の一環として、逼迫する医療提供体制に

¹ 本稿は 2021 年 10 月 20 日、11 月 8・17 日発行「研究員の眼」を加筆・修正した。その際、2022 年 5 月末までの動向を反映した。

² 自民党総裁選に関しては、各候補のウェブサイトに加え、2021 年 9 月 23 日『共同通信』配信記事。

対するテコ入れ対策が争点の一つとなり、総裁選で勝利した岸田文雄氏の公約では、▽国主導による臨時の医療施設の開設や大規模宿泊施設の借り上げ、▽国公立病院の重点病院化、▽発熱患者や自宅療養者については、地域の開業医の積極的な診療を通じたアクセス改善——などが短期的な施策として言及されていた。

さらに、中長期的な視点に立った感染症への対応策としても、▽人の流れの抑制や医療資源確保に向けて、国・自治体が強い権限を持てるための法改正、▽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——などを列挙。岸田氏は病床の確保策について「平時から診療報酬等の加算を行い、緊急時には半強制的に協力してもらおう。応じなければ、罰則も考える。こうした仕掛けを平素から作っておく」と述べた。

このほかの候補についても、河野太郎氏は自衛隊の力を使って臨時病院を速やかに作れるようにすると発言。総裁選後、自民党政調会長に就いた高市早苗氏は「国や自治体が医療機関に病床確保を命令できる法案を次期通常国会に提出すると明言したほか、野田聖子氏も軽症、中等症の人の重症化を防ぐ病床の整備に触れていた。

その後、首相に就いた岸田氏は 2021 年 10 月の施政方針演説で「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」と表明³。厚生労働相に就いた後藤茂之氏も就任インタビューで、「もう少ししっかりとして医療提供体制の整備が可能になるような仕組みを検討する必要がある」と述べた⁴。

2 | 岸田氏の演説や与野党の公約

その後に実施された総選挙でも、各党は医療提供体制の充実や国の権限強化を競うように公約で盛り込んだ。関係する部分を抽出すると、単独で絶対安定多数を獲得した自民党は「『医療難民』を出すことがないよう、国・地方公共団体に与えられた権限をフル活用し、病床や人材確保に全力で取り組みます」「司令塔機能の強化など、公衆衛生分野の危機管理能力を抜本的に強化します」という文言を盛り込んだほか、医療提供体制の確保に向けた方策についても、「行政がより強い権限を持てるための法改正」に言及した。

自民党と連立政権を組む公明党も「感染拡大時でも『医療崩壊』を招かないよう、より強力な司令塔のもと、医療機関の役割分担や連携強化、病床や宿泊療養施設と医療従事者の確保などを迅速に行える体制をつくります」という文言を総選挙の公約に盛り込んだ。

これに対し、野党の立憲民主党も「国が、病床などの確保に主体的・積極的に関与し、責任を持ちます」「つぎはぎだらけで混乱している感染症対策の体制と権限を、総理直轄で官房長官が担当する司令塔へと直ちに再編・集約します」という文言を公約に入れた。このほか、共産党は感染症病床や救急・救命体制に関する国の予算を 2 倍にする方針、日本維新の会はアメリカの CDC（疾病予防管理センター）に倣った組織を首都圏と関西圏に整備する考え、国民民主党は国立病院・地域医療機能推進機構の患者受入拡大と民間病院の受入指示法制化、日本版 CDC の創設、れいわ新選組は「国の責任で医療体制を拡充」などをそれぞれ公約で言及した。

³ 2021 年 10 月 8 日、第 205 回国国会衆参両院本会議における岸田首相の施政方針演説。

⁴ 2021 年 10 月 8 日『朝日新聞デジタル』配信記事。

さらに、岸田政権が発足する直前の政府決定でも「国の関与」を強化する方針が盛り込まれた。具体的には、2021年9月に開催された政府の新型コロナウイルス感染症対策本部では「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組」が決定され、「国や自治体が迅速に必要な要請・指示をできるようにするための法的措置について速やかに検討」という文言が入った。

その後、議論は一旦、沙汰止みになったが、国や都道府県の権限強化に向けて感染症法改正を検討する方針とか⁵、関係省庁の司令塔となる「健康危機管理庁（仮称）」の創設を検討する動き⁶が報じられるなど、「国の関与」強化は引き続きキーワードとなっている。

3 | 普段は地味な分野なのに…

このように医療提供体制の在り方がクローズアップされている状況について、医療制度改革の議論を普段からウオッチしている筆者は「普段は地味な話なのに、こんなに政治の檯舞台で注目されるなんて…」という意外感を持っていた。

例えば、2019年の自民党参院選公約における医療の言及を見直すと、「小児・周産期・救急医療の確保」が「人生百年社会」の文脈で書かれている程度。それ以外は小さな字で、大勢の一つの分野として、いくつかの施策が列挙されているにとどまっていた。それだけ新型コロナウイルスの影響を受けて、医療提供体制に対する国民の関心が高まったと言える。

こうした状況の下、メディアやインターネットでは、医療提供体制の在り方を巡って様々な議論が展開されるに至った。しかも、普段は医療制度をウオッチしていない評論家やジャーナリスト、研究者まで参入するようになった結果、「臨時病院をドンドン国主導で開設せよ」「国直轄で感染症対策を進めよ」などと大胆なアイデアも展開された。さらに、これらの意見は往々にして、「◎◎がサボタージュしている」「××が利権をむさぼっている」といった形でスケープゴート探しに傾いている感もあった。

4 | 国の関与強化は唯一の答えなのか？

しかし、誰かを悪者にしつつ、「全て国が担えばいい」と主張しても、良い制度ができるとは限らない。実際、2020年度第3次補正予算の執行を巡り、「国の関与」強化論議が現場に混乱を引き起こす事例が見られた。

それは新型コロナウイルスに対応する医療機関を後押しする「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（以下、包括交付金）」という財政制度で起きた。包括交付金は2020年度第1次補正予算で創設され、2020年度第2次補正予算まで都道府県で支給手続きを担っていた。

しかし、一部の都道府県で執行が遅れるなど、医療機関に対する交付にバラツキが出たため、2020年度第3次補正予算では包括交付金の一部の支給手続きについて、担当窓口が都道府県から国に切り替えられた。

この背景について、当時の菅義偉首相は国会答弁で、「医療機関へ支援が届いていないとの多くの指摘があって、原因を調べて早く支給するよう何度も厚生労働省に対して厳しく指示してきた」「国から自治体に対しては早い段階で交付されていたにもかかわらず、その自治体の担当部局の業

⁵ 2022年5月11日『読売新聞』。

⁶ 2022年5月31日『読売新聞』。

務が過剰になっていて現場に届かない事案を踏まえて、国から直接執行する仕組みも取り入れました」と説明していた⁷。

しかし、直接執行に切り替えた反動として、厚生労働省に郵送されたはずの申請書類の一部が行方不明になっていると報じられた⁸。こうした不可解なことが起きた一因として、デジタル化の遅れが挙げられる。それまでは医療機関が日常的に診療報酬などを受け取る際の窓口として使われている都道府県単位の「国民健康保険団体連合会（国保連）」のシステムを使っていたが、国の直接執行に切り替えた際、郵送で受け付けることにしたため、ヒューマンエラーが生まれてしまった。

さらに「都道府県で上手く行かないから国で」という制度改革は唯一の答えとはいえ、そうした単純な発想では現場が機能しない可能性も示唆している。具体的には、いくら制度を変えたとしても、行政はルールに沿って動くことが宿命付けられている以上、組織・定員、予算、システム、仕事のフローを簡単に変更できない。さらに現場を機能させる上では、スタッフの専門性や経験値も必要になるので、やはり現場で機能するような制度改革を意識する必要がある。

分かりやすく言えば、車や人の行進が急カーブするように医療制度は簡単に変えられない。むしろ、舵を切った大きな船がゆっくりと曲がるような形で、過去に拘束されつつ、制度を変更しなければならない難しさがある。

3——経路依存性と作動学

こうした過去に拘束される構造を説明する際、経済学や歴史学、政治学、行政学などでは、制度の「経路依存性」(path dependence) という概念を用いる時がある。ここでは一般的な用例として、「過去に辿って来た道（経路）に依存する部分が大きくなる分、ドラスティックな改革が難しい」という意味で用いる。

念押しのために付言すると、これは「改革するな」「見直しが要らない」という趣旨ではない。新型コロナウイルス対策のような先例が通用しない案件に対しては、過去の経緯に囚われずに果敢に見直しを講じることが必要だが、現場が機能するような制度改革を考える上では、過去の継続性を意識する必要もある。

このため、医療提供体制に対する「国の関与」を強化するにしても、経路依存性に留意する必要がある。例えば、現場の医療機関との接点が少ない厚生労働省（出先機関の地方厚生局を含む）に対して、都道府県から国に権限を「逆移譲」しても、包括交付金の支給手続きの遅れに見られる通り、現場が機能するとは限らない。

増してや、ルールに拘束される行政の仕組みを変える際には法律や予算を変える手続きが必要になるため、「地方が機能しないから国で」という短兵急な考え方は新型コロナウイルス対策に奔走している現場を混乱させてしまう危険性さえ想定される。

以上のような形で、新しい制度に移行した後の円滑な運用を意識する考え方として、一部では「作動学」と呼ぶ議論もある⁹。つまり、「どう改革を進めるか」という思考実験を重視する「改革学」ではなく、現場での運用や円滑な移行を意識する意見である。

この観点で見ると、「国の関与」強化に関しても、「どう国の関与を強化するか」という議論だけ

⁷ 2021年2月8日、第204回国会衆議院予算委員会における答弁。一部答弁を簡略化。

⁸ 2021年9月19日、『朝日新聞デジタル』配信記事。

⁹ 牧原出（2018）『崩れる政治を立て直す』講談社現代新書 pp30-35。

でなく、「現場が機能（作動）するように、どうやって国の関与を強化するか」という観点が欠かれないことになる。この点を意識しない限り、威勢の良い議論に傾く「外野」と、目の前の事態に対応しなければならない現場の間の大きなギャップは解消されないであろう。

4—2つの構造的な限界を示した岸田氏の発言

では、経路依存性と作動学を踏まえると、医療提供体制に対する「国の関与」を巡り、どんな構造的な限界が見えて来るのだろうか。その構造については、2021年10月の記者会見における岸田氏の発言で見て取れる¹⁰。

岸田氏は解散総選挙に臨む会見で、夏の2倍程度の感染力にも対応可能な医療体制を作る方針を掲げつつ、必要な病床確保を含めた「保健・医療提供体制確保計画」の策定を都道府県に要請するとともに、国立病院などに対する「要求」や大学病院などへの要請などに取り組む考えを示した。こうした方策は直後に開催された政府の新型コロナウイルス感染症対策本部でも確認された。

一方、短期的に対応できる施策の限界を示しているとも言える。第1に、国の権限行使が国立病院に限られているため、病床数の半数を占める民間医療機関に対して手を付けにくい構造である。第2に、都道府県を介して病床確保を促さなければならないという限界も示している。実際、新型インフルエンザ対策等特別措置法は都道府県に対応を委ねており、厚生労働省が直轄で関われる範囲は限られている。言い換えると、中長期的に「国の関与」を強化する上でも、こうした経路依存性を意識しつつ、現場が機能（作動）する方策を考える必要がある。

以下、「国の関与」の強化が困難な要因として、「民間中心の提供体制」「分権的な構造」の2つの構造と論点を順に取り上げる。

5—「国の関与」を困難にしている医療制度の構造(1)～民間中心の提供体制～

1 | 民間中心の状況

まず、民間中心の提供体制を数字面で確認する。表1は開設者別に見た病床数のシェア¹¹であり、国は8.3%に過ぎない。さらに、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る。

このほか、「国の関与」とは別に、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%に過ぎない。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

表1：病床の開設者別内訳

| 開設主体 | 比率 (%) |
|----------|--------|
| 国 | 8.3 |
| 公立医療機関 | 14.4 |
| 公的医療機関 | 6.0 |
| 社会保険関係団体 | 1.0 |
| 公益法人 | 3.2 |
| 医療法人 | 56.0 |
| 私立学校法人 | 3.5 |
| 社会福祉法人 | 2.2 |
| 医療生協 | 0.9 |
| 会社 | 0.6 |
| その他の法人 | 2.9 |
| 個人 | 1.1 |
| 合計 | 100.0 |

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日現在の数字。
 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。

¹⁰ 2021年10月14日岸田首相記者会見。

¹¹ なお、表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。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るため、その場合は出典先の表現を優先する。

ロールできる範囲は小さくなる。

この難しさに関しては、前首相の菅義偉氏による退任会見でも言及されていた。会見では「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、何といても、病床を確保することだった」と振り返る一幕¹²があり、民間中心の提供体制が「国の関与」強化の阻害要因になっていたことが分かる。

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る。

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る。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が典型的なシーンと言える。

さらに、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る。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する。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る設定となっている。

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るのだが、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る。

これは日疋の改革を経て、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る。流石に今の時代、家族経営的な医療機関は少ないかもしれないが、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る。

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った。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が占領軍から示される一幕などがあったが、いずれも財政難などの理由で頓挫した。

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 年代に強くなったが、日本医師会（以下、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

¹² 2021 年 9 月 9 日記者会見における発言。

否した。

しかも、敗戦後に首相を長く務めた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、政府や自民党を翻弄した。

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、日医は猛烈に反対した。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い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¹³を公表し、厚生省の企図は失敗に終わった。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る¹⁴。

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た。

4 | 医療計画制度の創設、その後の経緯

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た¹⁵。既に公立・公的に対しては病床規制が導入されていたが、この時期に民間中心の提供体制が部分的に軌道修正された要因として、▽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る。

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る¹⁶。

さらに、医療計画制度と医療法は表2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」¹⁷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——などが決まった¹⁸。

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

¹³ 1959年5月1日『日本医師会雑誌』。

¹⁴ 1959年4月17日『朝日新聞』。

¹⁵ 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。

¹⁶ 郡司篤晃監修（1987）『保健医療計画ハンドブック』第一法規 p15。

¹⁷ 地域医療構想については、2017年11～12月の拙稿「[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『回帰』現象](#)」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。

¹⁸ 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。

応した医療提供体制への改革が重視されている。

具体的には、急性期病床や慢性期病床の削減、在宅復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重視されている。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ている¹⁹。

表2：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

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ない。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たが、権限の対象は公立・公的医療機関に限られている。

その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」と説明していた²⁰。言わば、制度を新しく作る時点で、わざわざ「抜かすの宝剣」であることを自ら表明していた。医療機関の再編統合が住

¹⁹ 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。

²⁰ 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。

民の反発を引き起こすことが少なくない²¹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る。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る。

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となっている。要するに、「財源＝官」「提供＝民」という状況が戦後一貫して続いていると言える。

6—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、2021 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」という批判が強まった。医療逼迫への対応策として、政府は 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包括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。

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ないが、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ある。

そこで、新型コロナウイルスへの対応では、いくつか動きがあった。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たものの、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た²²。

次に、2021 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った²³。

²¹ 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を巡り、住民による反対運動が起きている。宮城県では、県が示した公立・公的病院の再編・統合案に対し、仙台市長や住民団体が再考を促す事態に発展している。

²² 2021 年 1 月 27 日『毎日新聞』。

²³ 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』。

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²⁴通り、国や自治体が強権を振る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ない。

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だろうか。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かったのだろうか。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る²⁵。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。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ない。

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る²⁶。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る。

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り、状態悪化に備えた健康観察も欠かれないため、新型コロナウイルスの患者を受け入れる上では、一定規模以上の病院でないと対応しにくい面がある。

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²⁷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日を要したという。

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る。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%を占めている（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%に上る。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%にとどまっている。

その結果、論理的には「中小規模病院の再編や統合が必要」という結論になるが、民間医療機関には営業の自由が担保されており、国や自治体は民間医療機関の統廃合を命令できない上、病床再編には住民や関係者の理解を得るには時間を要する。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

²⁴ 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。

²⁵ 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』。

²⁶ この点については、2021年10月26日拙稿「[世界一の『病床大国』でなぜ医療が逼迫するのか](#)」を参照。

²⁷ 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。

クギを刺していた²⁸のは、こうした事情を考慮したためと思われる。

このほか、日医の慎重姿勢も理由として考えられる。日医会長の中川俊男氏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²⁹し、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る³⁰。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、理解できる。

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る。

以上のような実情を踏まえると、全ての医療機関を弁護するわけではないが、「国の関与」強化には限界があると言わざるを得ない。こうした中、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る。

7—民間中心の構造を踏まえた制度改正の方向性～契約制度の検討などが必要～

1 | 短期的な対応策

では、以上のような構造を踏まえつつ、「国の関与」を強化する上で、どんな方向性が想定されるのだろうか。短期的には田村氏が指摘した通り、法律や罰則を設けても病床を整備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る。

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た。こうした対応は今後、新興感染症が起きた時にも必要と思われる。

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。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るほか、想定していた対応策が感染状況とマッチしなくなる可能性もある。

例えば、大阪府は「第5波」までの医療逼迫に対応するため、2022年1月から臨時医療施設を稼働させたが、第6波を引き起こした変異株「オミクロン株」は重症化しにくく、利用を想定していた若い世代の多くが自宅にとどまったことで、利用が低迷した³¹。

2 | 中長期的な対応策～契約制度の活用を～

中長期的な視点に立つと、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られる。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ある。

²⁸ 2021年9月27日『読売新聞』。26日のNHK番組における発言。

²⁹ 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。

³⁰ 2021年2月27日『読売新聞』。

³¹ 2022年5月29日『読売新聞』、2022年4月1日『朝日新聞デジタル』配信記事。

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ないが、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る。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る。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する。

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る³²。このため、制度の基本的な考え方から考えると、それほど契約の考え方が乖離しているとは思えない。

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る。

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³³。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ない。

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る。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考えられる。

以上、「国の関与」を困難にしている2つの構造のうち、民間中心の提供体制に関して、歴史的な経緯や論点、今後の方向性を論じた。以下、もう一つの「分権的な構造」を論じる。

8——「国の関与」を困難にしている医療制度の構造(2)～分権的な構造～

1 | OECDによる白書の一節

医療制度の分権的な構造を考える上で、OECD（経済協力開発機構）が2019年に公表した報告書に興味深い一節がある³⁴。

具体的には、「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」といった記述である。

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本だが、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る。

では、こうした分権的な構造はなぜできたのだろうか。以下、厚生省を中心にした国—地方関係

³² 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。

³³ 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。

³⁴ OECD（2019）“OECD Review of Public Health：JAPAN” [村澤秀樹訳（2019）『OECD公衆衛生白書：日本』明石書店 p16]。

の歴史を簡単に振り返る³⁵。

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る³⁶。

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）、警察庁などに分かれた。既に戦前の1938年、厚生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。

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た。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った。一例を挙げると、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る。

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なかった。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す。

余談だが、筆者が駆け出しの記者として高知県庁取材していた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いた。当時、駆け出しの筆者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」と感じた程度だったが、今から思うと、彼らが地方事務官である。

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った。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る。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ったが、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

³⁵ 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。

³⁶ 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。報告書は1921年発刊。

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た。

実際、厚生省 0B 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い) 厚生省とは文化が違っています」と述べている³⁷。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る。

3 | 2000 年の地方分権改革による影響

その後、厚生省が自治体の統制に用いていた手段は 2000 年の地方分権改革を経て、大きく変容した。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った。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おり、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る。これに対し、一般的な医療行政や介護行政は自治事務に類型化されている。

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、厚生省は自治体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る。

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る。既に述べた地域医療構想や医師確保、外来機能分化に加えて、医師の超過勤務時間を制限する「医師の働き方改革」³⁸や国民健康保険の都道府県化などである³⁹。

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るが、いずれも都道府県ごとの人口減少や高齢化のスピード、医師数・病床数に関する地域差を踏まえ、地域の実情に応じた改革が志向されている。つまり、近年の医療制度改革では分権的な傾向が強まっている。

5 | 分権的な構造を巡る論点

しかし、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る。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る。

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る。いわゆる「通知行政」である。

³⁷ 中村秀一 (2019)『平成の社会保障』社会保険出版社 p231。

³⁸ 医師の働き方改革に関する動向や論点については、2021 年 6 月 22 日拙稿「[医師の働き方改革は医療制度にどんな影響を与えるか](#)」を参照。

³⁹ 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)を参照。

しかも、新型コロナウイルス対策では通知が数多く発出（乱発？）されており、医療、保健、福祉、介護分野に関して、その本数は2020年1月から2022年5月までで計2,000本を超えている。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る。

まず、「膨大な通知の全体像を誰が把握しているのか」という疑問である。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考えにくい。

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」という疑問である。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不透明性も指摘できる。

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にもかかわらず、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る。

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」という反論が予想される。それにしても、膨大な通知の発出（乱発?!）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のないと思われる⁴⁰。

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、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もなり得る。

一方、患者の重症度に応じて受け入れる医療機関を調整する神奈川県、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、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。

このため、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、なぜ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」と考えているが、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る。

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する⁴¹。

9——分権的な構造に対応する制度改正の方向性

1 | 短期的な対応策

では、こうした分権的な構造を踏まえつつ、「国の関与」を強化する上で、どういった制度改正が

⁴⁰ 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。

⁴¹ 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。

必要になるのだろうか。短期的な施策としては、医療機関の受け入れ状況や専門的な人材、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、こうした情報を開示・共有することが重要になる。

この点で言うと、厚生労働省も2020年春の第1波を受けて、「医療機関等情報支援システム」(G-MIS)」というシステムを整備し、病床の空き具合などを把握できるようにしたほか、地域の先進事例としては神奈川県や福岡県・福岡市による取り組みなどが挙げられている⁴²。

しかし、全般的な傾向として、入力の手間暇や作業などが現場で嫌われており、リアルタイムでの情報共有に至っていない⁴³。このため、政府が2021年11月に決定した「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」で病床の可視化が言及されるなど、医療資源を効率的に活用するための情報共有は現在も課題となっている。

さらに、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たが、こうした対応を必要に応じて取っていくことが求められる。

2 | 国の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る。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。

さらに先に触れた通り、2021年9月の総裁選では、首相に就いた岸田氏が公約で、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）」の創設などを提言した。いずれもアメリカのCDCを意識した提言となっている。

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る。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」⁴⁴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が意識されていた。

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⁴⁵に関して司令塔が必要という指摘もあり、「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いる。

⁴² 神奈川県の事例については、2021年12月21日『m3.com』配信記事における阿南英明・神奈川県医療危機対策統括官インタビュー。福岡県における事例に関しては、2021年11月8日『m3.com』配信記事における上野道雄・福岡県新型コロナウイルス感染症調整本部長インタビューなど。

⁴³ 2021年12月29日『朝日新聞デジタル』配信記事、2021年9月7日『日本経済新聞』。

⁴⁴ 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。

⁴⁵ 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)『新型コロナウイルス対応・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。

言い換えると、論者によって言葉のイメージや必要な機能が異なるため、もう少し整理する必要がある。今回は分権的な構造を主な論点としているため、国と自治体の関係を中心に、国の司令塔機能の在り方について論じたい。

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。

例えば、感染拡大地域に専門人材を派遣した今回の対応を参考にしつつ、国が有事に備えて官民の専門人材をプールするとともに、必要に応じて人員を派遣する役割が想定される。

このほか、患者の広域調整も考えられる。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である。

司令塔機能を考える上では、災害対策との対比も役立つのではないだろうか。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、首相や担当相のリーダーシップが振るいやすい環境になり、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んだ。

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ている。このため、新興感染症への対応に関しても、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だろう。

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おらず、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。実際、コロナ禍の初期に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する一幕があった⁴⁶。

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

中でも、重要なのは情報の集約と考えられる。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。この点に関しては、19世紀イギリスの思想家、ジョン・スチュワート・ミルによる「情報の集中、権力の分散」⁴⁷という格言と符合する。

⁴⁶ 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。

⁴⁷ 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。

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る。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る。

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、現場が機能しない危険性を伴う。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る。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る⁴⁸。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りそうだ。

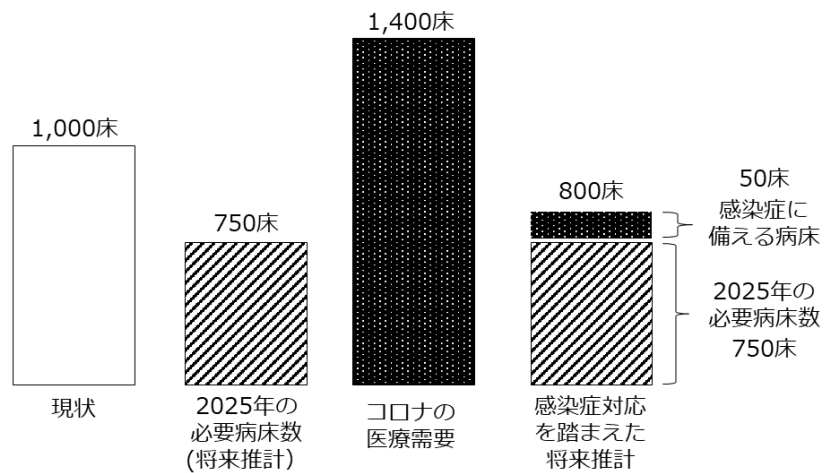
有事と平時の両立という点では、都道府県が策定する医療計画、あるいは医療提供体制改革で重視されている地域医療構想との整合性を取る必要もある⁴⁹。

まず、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、後者は病床を確保する必要がある、「地域医療構想を止めるべきだ」という意見が一部にある。実際、地域医療構想の病床推計では感染症対応が意識されておらず、厚生労働省が示した2015年に示した「地域医療構想策定ガイドライン」でも、「感染症」の文言は僅かに2回登場するだけである。さらに、各都道府県の地域医療構想を見ても、今後の施策の方向性や現状分析に関して、感染症対策や新型インフルエンザに言及したのは9都府県に過ぎず、地域医療構想の病床推計の前提が覆った面はある。

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る。さらに、両者には相違点だけでなく、共通点もある。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る。

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る。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る⁵⁰。

図1：感染症を織り込んだ地域医療構想見直しのイメージ



出典：筆者作成

⁴⁸ 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。

⁴⁹ この点については、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。

⁵⁰ 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。

例えば、現在は図1の通り、1,000床の地域、地域医療構想の病床推計では2025年時点で750床になる地域を仮定する。こうした地域では「250床程度をどう削るか」という点が議論されがちだった。ここに新型コロナウイルスへの対応で医療が逼迫し、1,400床が必要になれば、地域医療構想に関する調整はストップせざるを得ない。これが現在、多くの地域で起きている事象である。

しかし、将来の人口減少を踏まえると、1,000床や1,400床を維持または確保するのは明らかに過剰である、一方、地域医療構想の病床推計は新興感染症への対応を想定していない。このため、例えば50床程度のバッファとなる病床を地域レベルで確保し、有事に備える対応が必要になる。

実際、政府は2021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る。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。

さらに、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る。その際には先に触れた通り、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。

このほか、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想定される。

こうした連携強化は2022年度診療報酬改定でも一つの論点となり、新興感染症への対応に関して、医療機関同士の連携を促す加算が多く設けられた⁵¹。今後、平時で培った関係を有事で、有事の蓄積を平時で生かすような連携が現場で求められる。

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る。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。

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。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のではないか。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える効果がある。

10——おわりに

本稿は新型コロナウイルスへの対応に関連し、「国の関与」強化を困難にしている構造として、「民間中心の提供体制」「分権的な構造」の2つを取り上げた。今後も同様の新興感染症が起きる可能性は高く、国家・社会の危機に備えて、医療提供体制に対する「国の関与」を一定程度、強化

⁵¹ 2022年度診療報酬改定における新興感染症対応に関しては、2022年5月16日拙稿「2022年度診療報酬改定を読み解く（上）」を参照。

する必要があるが、本稿の記述を通じて分かる通り、医療提供体制における国の役割は決して大きくない。このため、一口に「国の関与」を強化すると言っても、それほど簡単には進みにくい構造がある。

さらに、平時モードでは地域医療構想など都道府県を中心に、地域の実情に対応するための提供体制改革が進んでいる点を踏まえると、闇雲に「国の関与」を強化したり、機構をいじったりしても、本質的な解決に繋がるとは考えにくい。平時との両立を含めて、有事に現場が「作動」するような制度改正を意識する必要がある。

◇◇◇◇◇

本稿の脱稿後、「国の関与」強化に絡んで新たな動きがあったので、簡単に追記したい。

岸田首相は2022年6月16日、新興感染症に備えるための組織として、内閣官房に「内閣感染症危機管理庁」を設置することを表明した。これは自民党総裁選で岸田首相が掲げた公約の具体化に当たる。

同時に、▽厚生労働省に感染症対策部を設置、▽国立感染症研究所と国立国際医療研究センターの統合——といった機構改革を進める方針も打ち出された。

このほか、提供体制の拡充に関しても、国や自治体が病院などの医療機関と事前に協定を結び、感染症の流行時に病床確保を指示できるようにするなど、平時から必要な医療提供体制を確保する制度の創設も盛り込まれた（公立・公的などは協定締結を義務化）。

その後、政府の新型コロナウイルス感染症対策本部が6月17日、こうした方針を正式に決定した。

こうした動きは本稿と相当な部分で重複しており、本稿で指摘した「国の関与」強化を妨げる2つの要因（民間中心の提供体制、分権的な構造）の解消を目指す制度改正と言える。

ただ、後藤茂之厚生労働相は6月17日の記者会見で、民間医療機関との協定に関し、「今後、具体的な対応を検討する」と述べるにとどめており、効果は限定的になる可能性もある。政府は早ければ臨時国会に関連法案を提出するとしており、どこまで2つの限界をクリアできるか、詳細な制度設計が注目される。