

# 保険・年金 フォーカス

## コロナ禍を受けた改正感染症法 はどこまで機能するか

### 医療機関と都道府県による事前協定制度などの行方を考える

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～コロナ禍を受けた改正感染症法はどこまで機能するか～

今年の臨時国会に提出されていた「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律案」（以下、改正感染症法）が12月2日の参院本会議で、与党などの賛成多数で可決、成立した。改正感染症法では、新型コロナウイルスへの対応を巡って病床や発熱外来の確保などが課題になった反省に立ち、都道府県と事前に協定を締結した医療機関に対し、感染症への対応を義務付ける仕組みが新設された。

さらに、▽自治体や日本赤十字などが運営する公立・公的医療機関に対しては、感染症への対応を義務化、▽感染症が拡大した初期の段階で、医療機関が一般医療を制限した際の損失を補填する制度の創設、▽都道府県を中心に関係者が連携する協議会の法定化——なども規定された。

今後は医療機関と協定を結ぶ都道府県レベルでの対応が焦点となる。さらに、「提供体制の中心を占める民間医療機関と行政（国・都道府県）の関係」という点で見れば、今回の法改正は民間医療機関に対する行政の権限強化の一環とも受け止められる。

本稿では、改正感染症法の内容を概観するとともに、平時モードの医療提供体制改革との整合性などの論点を提示。その上で、平時と有事の双方を見通した都道府県の積極的な対応など今後の論点や方向性を考察する。

#### 2—改正感染症法の主な内容

##### 1 | 改正内容の概要

改正感染症法に関して、厚生労働省がウェブサイト公開している概要は資料の通りである。内容については、「感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等」「機動的なワクチン接種に関する体制の整備等」「水際対策の実効性の確保」に分かれており、感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法、予防接種法、検疫法などの改正を含めて、広範な制度改正が盛り込まれている様子を見て取れる。

いずれも新型コロナウイルスで脆弱性が浮き彫りになった新興感染症への対策を強化するのが目的であり、一部の規定を除き、2024年4月に施行される予定。今後は国、都道府県レベルで施行に向け

た準備が進むことになる。

このうち、最も重要なのは「感染症対応の医療機関による確実な医療の提供」の部分である。この方向性は2022年9月、政府の新型コロナウイルス感染症対策本部が決定した「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の具体策」に示されており、厚生労働省の審議会などで議論が続いていた。

以下、筆者の関心事である医療提供体制の部分とか、都道府県による対応を中心に、改正感染症法の内容を概観する。

## 資料：改正感染症法の概要

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律案の概要	
<b>改正の趣旨</b>	新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講ずる。
<b>改正の概要</b>	
<b>1. 感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等</b> 【感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等】	
(1) 感染症対応の医療機関による確実な医療の提供	
① 都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等の間で、病床、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付ける。あわせて、保険医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力要請できることとする。	
② 初動対応等を行う協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置（流行初期医療確保措置）を導入する（その費用については、公費とともに、保険としても負担）。また、協定履行状況の公表や、協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表等を行うことができることとする。	
(2) 自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保	
① 自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法定化する。健康観察や食事の提供等の生活支援について、都道府県が市町村に協力を求めることとし、都道府県と市町村間の情報共有を進めることとする。さらに、宿泊施設の確保のための協定を締結することとする。	
② 外来・在宅医療について、患者の自己負担分を公費が負担する仕組み（公費負担医療）を創設する。	
(3) 医療人材派遣等の調整の仕組みの整備	
○ 医療人材について、国による広域派遣の仕組みやDMAT等の養成・登録の仕組み等を整備する。	
(4) 保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化	
○ 都道府県と保健所設置市・特別区その他関係者で構成する連携協議会を創設するとともに、緊急時の入院勧告措置について都道府県知事の指示権限を創設する。保健所業務を支援する保健師等の専門家（IHEAT）や専門的な調査研究、試験検査等のための体制（地方衛生研究所等）の整備等を法定化する。	
(5) 情報基盤の整備	
○ 医療機関の発生届等の電磁的方法による入力を努力義務化（一部医療機関は義務化）し、レセプト情報等との連結分析・第三者提供の仕組みを整備する。	
(6) 物資の確保	
○ 医薬品、医療機器、個人防護具等の確保のため、緊急時に国から事業者へ生産要請・指示、必要な支援等を行う仕組みを整備する。	
(7) 費用負担	
○ 医療機関等との協定実施のために都道府県等が支弁する費用は国がその3/4を補助する等、新たに創設する事務に関し都道府県等が生じる費用は国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。	
<b>2. 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等</b> 【予防接種法、特措法等】	
① 国から都道府県・市町村に指示する新たな臨時接種類型や損失補償契約を締結できる仕組み、個人番号カードで接種対象者を確認する仕組み等を導入する。	
② 感染症発生・まん延時に厚生労働大臣及び都道府県知事の要請により医師・看護師等以外の一部の者が検体採取やワクチン接種を行う仕組みを整備する。	
<b>3. 水際対策の実効性の確保</b> 【検疫法等】	
○ 検疫所長が、入国者に対し、居宅等での待機を指示し、待機状況について報告を求める（罰則付き）ことができることとする。等 このほか、医療法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法第6条の5第4項の規定等について所要の規定の整備を行う。	
<b>施行期日</b>	
令和6年4月1日（ただし、1の(4)及び2の①の一部は公布日、1の(4)及び(5)の一部は令和5年4月1日、1の(2)の①の一部及び3は公布日から10日を経過した日等）	

出典：厚生労働省資料から抜粋

## 2 | 都道府県と医療機関の事前協定制度

まず、改正感染症法に基づく新しい制度では、都道府県が元々、感染症法に基づいて策定している「予防計画」の内容が改善される。具体的には、従来の感染防止対策に加えて、患者の移送や医療提供体制の確保に関する事項、体制整備に向けた目標などを定める方針が盛り込まれた。

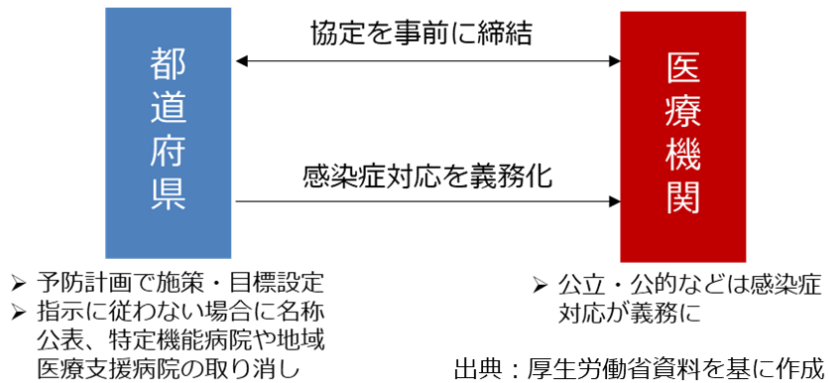
さらに、新型コロナ対応では一部の医療機関に負担が集中する中、国や都道府県が医療機関に対する働き掛けが限定的だった反省に立ち、様々な制度改正が講じられた。その一つとして、全ての保険医療機関（厚生労働相の指定を受け、健康保険で診療を受けられる医療機関）に対し、国や都道府県が実施する感染症対応について、協力する責務が規定された。

その上で、感染症対策について、都道府県が民間病院を含む全ての医療機関と協議。合意が成立し

た場合、都道府県と医療機関が「医療措置協定」を事前に締結し、協定に沿って医療機関に対して感染症発生時の対応を義務付ける仕組みが作られた。

図1：医療措置協定のイメージ

医療措置協定のイメージは図1の通りである。こうした制度と類似の取り組みとして、神奈川県は新型コロナ対応の一環として、「A病院は重症者対応」「B病院は一般医療」といった形で医療機関の役割を定めるとともに、医療機関と協定を結んだ。今



回の制度は同県の取り組みを参考にし、全国化した面がある。

さらに、都道府県と医療機関の事前協議が不調に終わった時には、都道府県がそれぞれの医療審議会（関係団体、有識者などで構成）の意見を聴取できる規定も設けられた。

このほか、国の独立行政法人や自治体、日本赤十字などが運営する公立・公的医療機関や特定機能病院<sup>1</sup>、地域医療支援病院<sup>2</sup>については、感染症対応を義務付ける規定も盛り込まれた。

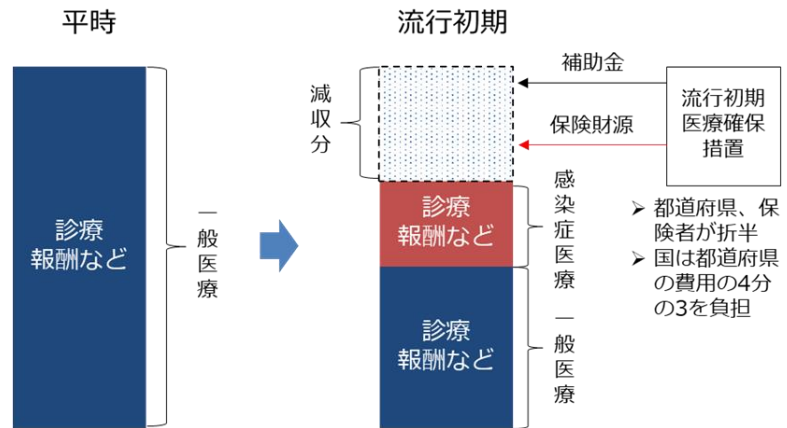
協定の実効性を担保するための仕組みも創設された。具体的には、「正当な理由」がないのに、協定に基づく対応を行わない場合、都道府県が勧告や指示を実施し、それでも対応しない医療機関の名前などを公表する。感染症対応に取り組まない特定機能病院や地域医療支援病院については、都道府県が承認を取り消せることになった。

図2：流行初期医療確保措置のイメージ

### 3 | 流行初期には財政支援も

流行初期の対応策を強化するための財政支援制度として、「流行初期医療確保措置」の創設も盛り込まれた。こちらも医療措置協定と同様、新型コロナ対応への反省が込められている。

新型コロナの感染が拡大した当初、陽性者を受け入れた医療機関が施設の「ゾーニング」（陽性者と非陽性者の動線を分けること）やスタッフの確



出典：厚生労働省資料を基に作成

保、手術の延期などを迫られ、一般医療の制限を余儀なくされた。このため、医療機関は収入減となり、費用の持ち出しを強いられた。最終的に、医療機関の損失を補填するため、診療報酬の上乗せや国による財政支援が講じられたが、国会や審議会の議論を経る必要があるなど、意思決定には一定程

<sup>1</sup> 特定機能病院とは、高度医療の提供などを目的とする医療機関。

<sup>2</sup> 地域医療支援病院とは、地域の診療所や中小医療機関から患者を受け入れることなどを目的とする医療機関。

度の手続きと時間を要した。

そこで、感染症の初期対応に関する医療機関の持ち出しを防ぐ措置として、財政支援制度が創設されることになった。そのイメージは図2の通りである。具体的には、初動対応を含めた協定に基づき、感染症の患者を受け入れた医療機関が一般医療の制限を余儀なくされ、感染症に対応した月の診療報酬収入が前年同月を下回った場合、差額が補助される。費用については、都道府県と保険者（保険制度の運営者）が折半し、都道府県負担に対しては、国が4分の3（全体では8分の3）を負担する根拠も法定化された。当初の見込み以上の収入が得られた場合、医療機関は補助金を事後的に返還する規定も盛り込まれた。

#### 4 | 関係者の連携強化など、その他の規定

都道府県、保健所設置自治体、医療機関、消防機関、有識者で構成する「都道府県連携協議会」（以下、協議会）を組織することも規定された。新型コロナへの対応では、都道府県の司令塔機能が期待される一方、感染症対策の最前線を担う保健所を持つ市区（政令市、中核市、特別区など）との連携など、関係者間の情報共有が焦点になったため、協議会の設置を通じて、連携の緊密化を図る目的がある。先に触れた予防計画を決定、または変更する時にも、都道府県は協議会で事前に議論しなければならないという趣旨の条文も定められた。

さらに2021年の医療法改正を通じて、都道府県が6年周期で策定している「医療計画」に新興感染症対策を位置付ける制度改正が実施されている<sup>3</sup>ため、都道府県は予防計画と医療計画の整合性の確保を図らなければならないという条文が加えられた。

このほか、▽医療人材について、国による広域派遣の仕組みの整備、▽健康観察や食事の提供などの生活支援について、都道府県と市町村の情報共有強化、▽検疫における水際対策の強化、▽医薬品など物資の安定供給に関する国の権限強化、▽歯科医などに対し、国や都道府県がワクチン接種の注射行為を要請できる規定の創設——なども盛り込まれた。

なお、衆議院の審議では、「政府は新型コロナウイルス感染症に関する状況の変化を勘案し、新型インフルエンザ等への位置づけの在り方について、他の感染症の類型との比較等の観点から速やかに検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる」などの附則が追加された。新型コロナの類型は現在、2番目に厳格な「2類相当」に位置付けられており、感染者に対する入院勧告・指示や外出自粛要請が可能だが、インフルエンザ並みの「5類」に変更する是非が議論されている。

### 3——改正感染症法の実効性は？

#### 1 | 民間医療機関の協定締結は任意だが…

では、今回の改正感染症法の実効性をどこまで期待できるだろうか。改正感染症法の国会審議では、協定を締結する医療機関のうち、病床確保を担当する医療機関の目安として、約1,500医療機関という数字が示されている<sup>4</sup>。さらに、報道では義務化対象の見通しとして、約1,700病院、約5,000診療

<sup>3</sup> 医療計画制度の改正については、2021年7月6日「[コロナ禍で成立した改正医療法で何が変わるか](#)」を参照。

<sup>4</sup> 2022年10月28日、第210回国会衆議院厚生労働委員会における榎本健太郎医政局長の答弁。

所という数字も示されている<sup>5</sup>。これらは病院の約2割、診療所の半分程度に該当するが、協定を結ぶかどうか、任意の判断に委ねられている。このため、「実効性が乏しい」という指摘がメディアで示されている<sup>6</sup>。

しかし、そもそも民間病院の多くは200床未満の小規模であり、ゾーニングや高度な手術を実施するスペースの確保などが困難なため、新型コロナの感染者を受けられない事情があった<sup>7</sup>。このため、協定制度がスタートしても、施設・構造の制約条件が変わらない限り、積極的に対応する医療機関が大きく増えるとは考えにくい。

それでも新型コロナ禍で浮き彫りになった陽性者の受け入れとか、流行初期時の財政支援、発熱外来への対応、都道府県と保健所設置市の連携、人材の広域調整などに関して、事前に協定を結んだり、根拠を法定化したりして、感染症対応に関する予見可能性が高まる点はプラスに働くと考えられる。

さらに、これまでの対応は感染症指定医療機関に集中していた感があったが、事前に協定を結ぶことで、他の医療機関にも役割を意識してもらえるメリットがある。例えば、建て替えの際にも、動線やゾーニングを考慮に入れてもらえる可能性もある。

以上のように考えると、新型コロナに関する現状の対応が大きく改善することは想定しにくいですが、将来の備えとして、予見可能性が高まる効果は一定程度、期待できると考えられる。

## 2 | 問われる都道府県の対応

制度の実効性を高める上では、都道府県の対応が重要になる。改正感染症法の柱である医療措置協定では、都道府県が感染症の発生を意識しつつ、医療機関に期待される役割を示し、医療機関と事前に協定を交わすことが想定されている。その際、都道府県は医療機関の施設・構造、普段から担っている医療機能などを踏まえつつ、医療機関と交渉を進める必要がある。

さらに、現実的な問題として、未知のウイルスへの対応について事前段階で全てを予想するのは難しく、都道府県は感染状況などに応じて機動的に対応する必要がある。このため、当面は新型コロナを想定することになるとはいえ、都道府県は有事の「司令塔」として、医療機関と十分にコミュニケーションを日頃から図る必要がある。

例えば、医療が逼迫した時には、重度化した患者を受け入れる中核的な病院のキャパシティを積み増すだけでなく、回復した患者を受け入れる「後方支援病院」を増やすことで、中核的な病院の負担を軽減する方策が考えられる。こうした機能であれば、中小規模の民間医療機関でも対応できる可能性があり、都道府県は医療機関の役割や特性、施設・構造などに応じて、役割を担ってもらえるような協議を進める必要がある。

しかも、こうした調整は平時モードの医療提供体制改革と重複する部分が多い。例えば、病床削減や在宅医療の充実などを目指す「地域医療構想」<sup>8</sup>では単なる病床数の帳尻合わせではなく、それぞれ

<sup>5</sup> 2022年12月3日『読売新聞』。

<sup>6</sup> 2022年12月3日『日本経済新聞』、2022年10月25日『朝日新聞デジタル』配信記事など。

<sup>7</sup> 民間医療機関の制約条件に関しては、2021年10月26日拙稿「[なぜ世界一の病床大国で医療が逼迫するのか](#)」を参照。

<sup>8</sup> 地域医療構想については、下記の拙稿を参照。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

の医療機関の役割分担を明確にするとともに、連携を強化することが求められている。

具体的には、地域医療構想では、▽薄く広く分散した急性期病床の統廃合や削減、▽リハビリテーションなどを提供する回復期病床の充実、▽急性期で回復した患者を回復期に転院させる連携の強化、▽回復期の患者を在宅に移行する退院支援、▽在宅医療の充実と医療・介護連携——などを同時に進めることが期待されている。同様の役割分担については、外来機能に関しても目指されており、「役割分担の明確化」「機能分化」は近年の医療提供体制改革のキーワードになっている。

これらを新興感染症への対応と比較すると、急性期から回復期への転院調整については、重症者向け病床で回復した新型コロナの患者を後方支援病院に転院させる流れと共通しているし、病床が逼迫した際の自宅療養患者への対応は平時モードの在宅医療の充実と重なる部分があった。このため、都道府県は平時モードだけでなく、新興感染症という有事対応も意識しつつ、地域の実情に応じた医療提供体制の見直しに取り組む必要がある<sup>9</sup>。

### 3 | 問われる国のバックアップ

国としても、都道府県や医療機関の動きをバックアップする必要がある。一例として、医療措置協定に関する都道府県と医療機関の交渉を進めやすくするための支援が想定される。

例えば、今回の医療措置協定では「正当な理由」がない限り、事前に結んだ協定通りの対応が義務付けられるため、協定を締結する民間医療機関から見ると、院内感染の拡大など不可抗力で協定通りの医療を提供できなくなった場合でも、名称が公表されるなどのリスクを伴う。この状況では、民間医療機関が協定締結に二の足を踏む可能性があり、折角の医療措置協定の対象が広がらない危険性も想定される。

既に国会審議では「正当な理由」の一例として、「病院内の感染拡大等により医療機関内の人員が縮小し、協定の内容を履行できない場合などが該当する」という答弁が示されている<sup>10</sup>が、国として、医療機関の予見可能性を高める対応が求められる。

このほか、補助金や診療報酬による誘導も想定される。医療措置協定に基づく感染症医療の費用については、国が経費の一部を支援する規定が盛り込まれているほか、既に2022年度診療報酬改定では、▽総合的かつ専門的な急性期医療を提供する医療機関を評価する加算措置に新興感染症への対応を追加、▽発熱外来に対応する診療所への加算、▽各種加算を通じて、感染症対策を担う地域の中核的な医療機関と診療所の連携を促進——などの対応が取られている<sup>11</sup>。こうした都道府県や医療機関の対応を促す経済上のインセンティブ設計も今後、診療報酬改定で論点となり得る。

### 4——民間中心の提供体制の部分的な軌道修正？

行政と民間医療機関の関係性という点に着目すると、今回の改正感染症法は「民間中心の医療提供

(2020)『地域医療は再生するか』医薬経済社も参照。

<sup>9</sup> ただ、新興感染症対応と地域医療構想では、医療機関との関わり方や医療の内容が異なる面もある。詳細は2020年5月15日拙稿「[新型コロナがもたらす2つの『回帰』現象](#)」を参照。

<sup>10</sup> 2022年10月25日、第210回国会衆議院本会議における加藤勝信厚生労働相の答弁。

<sup>11</sup> 新興感染症に関する2022年度診療報酬改定に関しては、2022年5月16日・27日拙稿「[2022年度診療報酬改定を読み解く](#)」(2回シリーズ、リンク先は第1回)。

体制の部分的な修正」と位置付けることもできる<sup>12</sup>。日本の医療提供体制の大半は民間医療機関で占められているが、民間医療機関には「営業の自由」が担保されており、国や都道府県が関与できる範囲は平時でも限られている。

例えば、先に触れた地域医療構想について見ると、都道府県を中心に医療機関の経営者や市町村の関係者、介護事業所の経営者、住民などで構成する「地域医療構想調整会議」での合意形成と自主的な対応が想定されており、国や都道府県は民間医療機関に対して病床削減などを命令できない。

例外的な位置付けとして、地域医療構想の推進に際して、民間医療機関が勧告や指示に従わない場合、都道府県が特定機能病院や地域医療支援病院を取り消せる権限規定が創設されており、今回は感染症対応でも同様の制度が導入されたと理解できる。

しかし、地域医療構想に関する権限強化について、当時の厚生労働省幹部は「懐に武器を忍ばせている」と説明<sup>13</sup>しており、実際に行使されることは想定されていなかった。

今回の新型コロナ対応に関しても、2021年の通常国会で感染症法が改正され、国や自治体が病床確保を要請するための権限が強化され、東京都や奈良県、札幌市などが権限を行使したが、法改正の国会審議では「あくまでも協力を中心に」という方針が示される<sup>14</sup>など、強制力は限定的だった。

こうした経緯や現状を踏まえると、今回の改正感染症法は部分的とはいえ、民間医療機関に関する国や都道府県の権限が強化されたと評価できる<sup>15</sup>。

この点は民間医療機関の立場で考えると、より明瞭に見えて来る。そもそも民間医療機関には「営業の自由」が担保されているが、今回の法改正を通じて、民間医療機関も国や都道府県の感染症対策に協力する義務を負うことになった。さらに、事前に協定を結んだ民間医療機関には感染症への対応が義務付けられ、実施しない場合には名称公表などの不利益も受けることになった。その結果、民間医療機関の自由が部分的に制限される反面、公共性が強まったと理解できる。

しかし、都道府県との協定を結ぶかどうかの判断は民間医療機関に委ねられており、民間医療機関には「退出」の自由も付与されている。このため、今回の法改正は民間医療機関の「自由」と、国・都道府県による「関与」のバランスの上で作られた仕組みと理解できる。

実際、両者のバランスを取ろうとしている点に関しては、「民間医療機関につきましては、地域の医療提供体制におきましてこのような特別な位置付けがない中で感染症医療の提供をお願いするということとなりますので、義務付けるということまでは難しい」「感染症の発生や蔓延時におけるその地域の医療提供体制を確保するために、やはりできる限り多くの医療機関に協定を締結いただくことが望

<sup>12</sup> 民間中心の提供体制における限界に関しては、2022年7月20日拙稿「[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](#)」を参照、

<sup>13</sup> 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。

<sup>14</sup> 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田村憲久厚生労働相の答弁。

<sup>15</sup> 実は、協定制度、あるいは契約制度を通じて、新興感染症への備えを強化する考え方については、関係者間で意識されていた。例えば、池上直己(2021)『医療と介護 3つのベクトル』日経文庫p91では、▽国が契約の大枠を規定、▽詳細は都道府県が民間医療機関を含めた医療機関と決定、▽5年ごとに見直し——という方法が提案されていた。筆者自身も、都道府県と医療機関による契約制度あるいは協定制度が必要と指摘していた。2021年11月8日拙稿「[医療提供体制に対する『国の関与』が困難な2つの要因\(中\)](#)」、あるいは2021年3月30日『東京新聞』(共同通信配信記事)などを参照。今回の制度では、医療機関が「正当な理由」なく協定に違反した場合、名称公表などの措置を伴うため、契約制度に近いと考えられる。

ましい」という厚生労働省幹部の国会答弁<sup>16</sup>からも読み取れる。

## 5—おわりに

「各医療機関が地域で果たしている役割を踏まえて積極的に協定締結にご協力いただけるよう、各都道府県における予防計画策定の段階から十分なコミュニケーションを図ることが必要」「その点を踏まえて（筆者注：国としても）基本指針等を示していきたい」。改正感染症法が成立した日の閣議後記者会見で、このように加藤厚生労働相は述べた<sup>17</sup>。この発言に見られる通り、改正感染症法の主な実施部隊は都道府県であり、都道府県の主体的な対応と医療機関の協力、国のバックアップが問われる。

しかも、都道府県の役割は地域医療構想だけでなく、医師の働き方改革や外来機能分化<sup>18</sup>などでも大きくなっている。実際、地域の人口動向や医療資源に大きな違いが見られる中、現場の医療機関経営者や医師、専門職と緊密に接点を持ちつつ、地域の実情に応じた見直し論議を進められるのは国ではなく、都道府県である<sup>19</sup>。平時と有事の双方を見据えた都道府県の積極的な対応が求められる。

<sup>16</sup> 2022年5月16日、第210回国会参議院厚生労働委員会における厚生労働省の榎本健太郎医政局長の答弁。

<sup>17</sup> 2022年12月2日加藤大臣会見概要。

<sup>18</sup> 医師の働き方改革は医師の超過勤務を見直すのが狙いで、2024年4月に本格施行される。主な内容や論点については、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。外来機能分化とは、「身近な病気やケガは中小病院や診療所、高度な検査・手術などは大病院」といった形で、外来に関して医療機関の役割分担の明確化を図る見直しであり、中小病院や診療所で紹介状をもらわずに大病院を受診した場合の追加負担が2022年10月から7,000円（以前は5,000円）に引き上げられた。さらに、都道府県を中心とした調整と協議を通じて、紹介患者を中心的に受け入れる「紹介受診重点医療機関」を地域の実情に応じて選定する仕組みも始まった。詳細は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](#)」を参照。

<sup>19</sup> 市町村の方が現場や住民の暮らしとの接点が多いが、救急医療の確保など医療行政は複数の市町村をまたがる分、市町村の規模では小さ過ぎる難点がある。このため、現行の自治制度を前提にすると、医療行政については、広域行政を担う都道府県の役割が重要になる。