

険医療機関及び保険薬局の指定並びに特定承認保険医療機関の承認並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令1条)、(g)保険医療機関の指定(健康保険法43条の3第1項)又は(h)地方社会保険医療協議会の議(健康保険法43条の3第3項)と保険医療機関の指定拒否(同法43条の3第2項)である。(b)の病院開設中止勧告が必ず(h)の保険医療機関の指定拒否につながると規定されていたわけではないが、(b)の病院開設中止勧告が行われたにもかかわらず病院を開設し、保険医療機関の指定申請が行われた場合には、地方社会保険医療協議会の議を経て保険医療機関の指定を拒否することができる」とされており、(b)の勧告と(h)の保険医療機関の指定拒否の間には、勧告に「従わない場合には、相当程度の確実さをもって、病院を開設しても保険医療機関の指定を受けることができなくなる」(富山事件上告審判決判旨)という関係があった。このような状況で、(b)の勧告に取消訴訟の主たる訴訟要件の一つである処分性が認められるかが問題になった。同事案では、衛生規制である医療法と、医療費用について規律する健康保険法という別の法体系の法律の連動性が問題になった。

富山事件上告審判決は、医療法30条の7に基づく勧告と健康保険法の関係について述べた後、病院開設中止勧告が保険医療機関の指定に及ぼす効果と、病院経営における保険医療機関の指定の持つ意義について述べ、両者を「併せ考え」た結果、当該病院開設中止勧告が行政事件訴訟法3条2項の「行政庁の処分その他公権力の行使に当たる行為」に当たる」と結論している。この判断枠組みは、その後出された茨城事件上告審判決でも踏襲されている¹⁵。

富山事件は、法的直結性が認められないことから処分性を否定する「余地もないではなかった」〔杉原2006,1103(307)頁〕。そして、病院開設許可申請に係る勧告が問題になった関連裁判例の多くもそのように解していた。富山事件上告審判決は、行政指導と位置づけられる勧告が、終局的とまでは言えないが「相当程度の確実さ」で「保険医療機関の指定を受けることができなくなるという結果」をもたらすことと、保険医療機関の指定の持つ意義の重大性から処分性を認めており、無制限に行政指導に処分性を認めたものではないが、これまでに精神的表示行為に処分性が認められた判例や病院開設許可申請に係る勧告が問題になった関連裁判例と比べて、法律上の地位に対する影響の認定が極めて緩やかである。しかし、富山事件では、原告が本件病院開設許可申請をした後に他の病院の開設申請や増床申請があり、原告以外の病院開設申請者や増床申請者に残存病床数が割り当てられ、また、原告が提出した病院開設許可申請書が6回にわたり返戻されるなど勧告の適法性が疑われる事情もあり¹⁶、原告の請求趣旨もこの点にあった。相当程度の確実さで保険医療

¹⁵ ただし、病院開設の中止勧告ではなく病床数の削減勧告の処分性が争点となった点、平成10年法律第109号の改正後の事案である点、藤田宙靖裁判官による補足意見が付されている点は、富山事件と異なる。

¹⁶ 控訴審判決で勧告に処分性を認めた熊本事件では、原告が開設しようとした救急医療主体の病院と訴外療養型病院の開設が同一医療圏で競合し、原告にのみ病院開設中止勧告が行われており、関連して、同じ原告が国、県及び県職員に対して損害賠償請求を行った裁判例(東京地判平成16年4月23日・判時1878号110頁。棄却、控訴(控訴後不明))、訴外療養型病院建設支援のために町長が融資を行ったことに対して、町民が支出命令差止等の請求を行った裁判例(熊

機関の指定を受けることができないという状況の中で、多額の費用を新たに投資しなければ勧告の違法性が争えないというのは適切な救済方法とは言えず、勧告の段階での救済の途が認められるべきだと考える¹⁷。

(2) 医療法 30 条の 7 の勧告に従わなかったことを理由とする保険医療機関指定拒否の適法性と合憲性について

(＊巻末表 2「病院開設関連裁判例の経過」参照。)

それでは、病院開設の中止等の勧告に従わなかった病院を保険医療機関として指定しない処分¹⁸の適法性と合憲性については、どのように考えられるだろうか。前掲最一小判平成 17 年 9 月 8 日¹⁸は、病院開設中止勧告に従わなかったことを「著シク不適当ト認ムルモノナルトキ」に該当するとして保険医療機関の指定を拒否したことは適法であり、憲法 22 条 1 項の営業の自由¹⁹に違反しないと判示した。同事案では、医療法 30 条の 7 の勧告と保険医療機関の指定とが昭和 62 年 9 月 21 日保発第 69 号によって密接に関連する状態で行われた病床数 104 床の病院開設の中止勧告と、保険医療機関の指定との連動性が問題になった。以下、同判決で医療計画を基礎とする勧告のどのような点が問題になったのかについて見てみたい²⁰。

①医療計画の性質と病床抑制勧告の適否

都道府県知事は、公的性格を有する病院の開設の許可を与えないことができる(医療法 7 条の 2)。これに対して、都道府県知事は、民間病院については、医療法上、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合には、病院の開設又は病院の病床数の増加もしくは病床の種別の変更に関して勧告することができるにとどまっている(医療法 30 条の 7)。この勧告をめぐっては、病院開設中止勧告に従わなかったことを「著シク不適当ト認ムルモノナルトキ」に該当するとして保険医療機関の指定を拒否したことの適法性の問題以前に、医療計画の性質をどのようなものとするのか、病床規制的な勧告は認められるかについても、議論がある。

まず、医療計画の規制計画性を否定する立場として、「医療計画は、民間病院に関するかぎり、医療過疎地域の医療体制の充実を図る制度(医療機関整備計画法)で、医療機関が過剰な地域で医療機関の新設を抑制する医療機関抑制法という趣旨はどこからも読みとれ」ず〔阿部 2000,10 頁〕、「医療法三〇条の七の後半の「病院

本地判平成 16 年 8 月 5 日・判例集未登載。棄却(棄却後不明)などがある。また、香川事件にも、地元医師会の活動が独占禁止法に違反するとされた関連裁判例(東京高裁平成 13 年 2 月 16 日・判時 1740 号 13 頁)がある。

¹⁷ 富山事件上告審判決の射程と取消訴訟の排他性等を含め、詳細については、『季刊社会保障研究』42 巻 2 号 185-194 頁の判例研究参照。

¹⁸ 第一審鹿兒島地判平成 11 年 6 月 14 日・判時 1717 号 78 頁(棄却)、控訴審福岡高宮崎支判平成 13 年 10 月 30 日・判例集未登載(棄却)(以下、「山川病院事件」という。)

¹⁹ 通説的見解では、営業の自由は、憲法 22 条 1 項の「職業選択の自由」の中に含まれる〔中村 1997,90 頁〕。

²⁰ 山川病院事件第一審判決では、保険医療機関の指定拒否の法的性格についても「指定の法的性質」と関連して興味深い判示が行われているが、本稿ではこの点については言及しない。同判決判例評釈として、稲森 2001、中野 2001 等参照。

の開設又は病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更に関して勧告することができる」という文言も、同法七条の二と対比して読めば、開設断念又は減床の勧告を予定していないことは明らかであり〔阿部 2000,10-11 頁〕、医療過疎地域で病院を開設するようという勧告なら可能である〔阿部 2000,11 頁〕という見解がある²¹。これに対して、「地域医療計画に定める必要病床数は、病床不足医療圏においては整備を図るべき病床の数を、病床過剰医療圏においては無秩序な病床の増加をコントロールするための数を意味すると、一般に理解されており、「地域医療計画も、医療の供給体制を整備するための調達計画と、過剰な医療を抑制する規制計画の、二面性を持つと理解すべき」〔中野 2001,111 頁〕という医療計画の規制計画性を肯定する見解と、医療計画の規制計画的機能の必要性を認めつつも、「医療計画導入時の行政側の意図はともかく、医療法の法文を素直に理解すれば、民間病院について医療計画に規制計画性を読み取ることは困難」〔稲森 2001,75 頁〕だとする見解²²がある。

山川病院事件上告審判決では、病床規制的な勧告が認められるかについて、医療計画の性質を認定した上での判示は行われていないが、同事件第一審判決では、医療法 30 条の 7 の「勧告は病床過剰地域における病床規制を目的としたものであると解することは同条の解釈として正当であると思われる。」と判示されており、同事件控訴審判決では、「医療計画は、医療資源の効率的活用を図るため、医療圏毎に必要な病床数を定め、これにより既存病床数が不足する医療圏においては、入院医療を確保するために医療機関の整備等の措置を講じることを目指した、医療資源の整備計画であるとともに、既存病床数が必要病床数を超える医療圏においては、無秩序な病床の増加をコントロールするため、病床数を抑制し、病床数の適正規模を維持しようとする病床数の総量抑制のための計画（病床数抑制計画）と解される。」と判示されている。

②勧告不服従を「著シク不適當ト認ムルモノナルトキ」に該当するとした処分の適法性

それでは、病院開設中止勧告に従わなかったことを「著シク不適當ト認ムルモノナルトキ」に該当するとして保険医療機関の指定を拒否することは適法と言えるだろうか。国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成 10 年法律第 109 号）による改正前の健康保険法 43 条の 3 第 2 項は、保険医療機関として「著シク不適當ト認ムルモノナルトキ」は、都道府県知事は保険医療機関の指定を拒むことができる

²¹ この見解に対しては、「病院の開設を企図する者に開設をさらに勧める勧告というものは考えにくく、この見解には従いにくい。」「〔中野 2001,111 頁〕とする意見と、「民間病院に関して医療計画を整備計画と捉える立場からは」、病床不足地域において病院の開設・増床を勧める「勧告は不自然なものではない。」「〔稲森 2001,75 頁〕とする意見が出されている。

²² 同見解は、「必要病床数達成地域での新規の医療機関の開設や増床が医療資源の適切な配分という観点から好ましくないと思われえることは否定しないが、その場合にその変更・中止を勧告し得るためには、七条の二のようにその旨を明記した法規定を設けるべきであろう。それが法的拘束力を伴わない勧告にとどまる限りは、憲法上の疑義は生じないと考えられる。」「〔稲森 2001,75 頁〕と述べる。

と規定し、昭和 62 年保発第 69 号厚生省保険局長通知によって、医療法 30 条の 7 の勧告に従わなかった場合は「著シク不相当ト認ムルモノナルトキ」に該当するとされていた。平成 10 年法律第 109 号により、健康保険法 43 条の 3 第 4 項 2 号で、地域の保険医療機関の病床数が、医療計画に定める必要病床数を超えることになるか既に超えている場合で、当該病院等の開設者等が医療法 30 条の 7 の規定による都道府県知事の勧告に従わないときには、都道府県知事は、申請に係る病床の全部又は一部を除いて指定を行うことができると規定され、この問題は立法的に解決されたが、山川病院事件ではこの点も問題になった。

同事件第一審判決は、県知事の「判断が全く事実の基礎を欠き又は社会通念上著しく妥当性を欠くことが明らかとはいえず、その判断の過程に一応の合理性があることを否定しがた」く、本件処分に裁量の逸脱ないし濫用の瑕疵はないと判示した。これに対して、学説では、「著シク不相当ト認ムルモノナルトキ」とは、健康保険法上の非違行為を想定しており、医療法上の勧告への不服従は、保険医療機関の指定拒否事由には該当しないとする見解〔中野 2001,111 頁、稲森 2001,76 頁〕が主張された。この後出された同控訴審判決は、「非違行為に限定して、上記「保険医療機関トシテ著シク不相当」と認めるかを判断すべきである」とする控訴人（原告）の主張に対して、「右主張は、国民の生存権を保障した 1 施策である健康保険の在り方を示した健康保険法 1 条及び 1 条の 2 の趣旨に沿わないので採用できない。」と判示し、同上告審判決も、「「其ノ他保険医療機関若ハ保険薬局トシテ著シク不相当ト認ムルモノナルトキ」には、医療保険の運営の効率化という観点からみて著しく不相当と認められる事由がある場合も含まれると解するのが相当であり、「本件処分は、健康保険法 43 条ノ 3 第 2 項に違反するものとは認められない。」と判示し、いずれも、病院開設中止勧告に従わなかったことを「著シク不相当ト認ムルモノナルトキ」に該当するとして保険医療機関の指定を拒否したことを適法とした。

③病院開設中止勧告に従わなかったことを理由とする保険医療機関の指定拒否の合憲性

それでは、病院開設中止勧告に従わなかったことを理由として保険医療機関の指定を拒否することは、憲法 22 条で保障された営業の自由等を侵害すると言えるだろうか。この点について、山川病院事件控訴審判決は、「憲法 22 条の営業の自由は、病院の開設を自由に行える（医療法 7 条）ことで保障されているところ、健康保険制度は憲法 25 条が定める国民の生存権を保障するための 1 施策であり、医療機関の経営を保障する制度ではないことに照らすと、憲法 22 条の営業の自由は、病院開設者に対し保険診療をできる地位まで保障しているものではないと解するのが相当である。」、「国民皆保険制度のもとで保険医療機関の指定を受ける地位は営業の自由に準じて保障すべきであると解されるにしても、(略) 限られた保険財源で運営する健康保険制度において医療費の適正化等を図る観点から、医療計画の達成に過剰ないし不必要な医療機関に対し、保険診療を担当させることが「著しく不相当」としてその指定を拒否することは合理的でやむを得ない制約というべきである。」と判

示した²³。また、同上告審判決は、病院開設中止勧告に従わなかったことを理由に保険医療機関の指定を拒否することは「公共の福祉に適合する目的のために行われる必要かつ合理的な措置とすることができるのであって、これをもって職業の自由に対する不当な制約であるということとはできない。」と判示した。

4. 医療計画を基礎とする勧告の問題点の考察

医療計画を基礎とする勧告は、医療計画の性質をどのようなものとするのか、病床規制的な勧告は認められるかについても議論がある上（本稿 3(2)①）、本稿 3(1)と 3(2)③を考え併せると、営業の自由によってどこまでのことが保障され、営業の自由にかかる制約はどの範囲で認められるのかという判断が難しい問題を内包している。

本稿 3-(1)で採り上げた富山事件上告審判決は、行政指導と位置づけられる勧告が、終局的とまでは言えないが「相当程度の確実さ」で「保険医療機関の指定を受けることができなくなるという結果」をもたらすことと、保険医療機関の指定の持つ意義の重大性から勧告に処分性を認めたが、同判決は、それまでの判例等と比べて、法律上の地位に対する影響の認定が極めて緩やかであった。それは、「いわゆる国民皆保険制度が採用されている我が国においては」、「保険医療機関の指定を受けることができない場合には、實際上病院の開設自体を断念せざるを得ないことになる。」という保険医療機関の指定の持つ意義の重大性が考慮されたからであった。他方、山川病院事件では、第一審判決が、保険医療機関の指定拒否の法的性格にかかる判示の中で、保険医療機関の指定の意義について「保険医療機関の指定を受けることが「死活問題」だと述べたが、控訴審判決は、「憲法 22 条の営業の自由は、病院の開設を自由に行える（医療法 7 条）ことで保障されている」と述べるにとどまった²⁴。

一般に、営業の自由を含むとされる職業選択の自由は、経済的自由権に分類され〔中村 1997,93・100 頁〕、精神的自由と比べて強い規制を受け〔芦部 2004,204・205 頁〕、規制の合憲性判定も「合理性」の基準²⁵という比較的ゆるやかな審査基準で行われる〔芦部 2004,206 頁〕。医療計画を基礎とする勧告で主に問題になるのは、立法目的達成手段の合理性であると思われるが、両事件を読み併せると、病院の開設を自由に行えれば（医療法 7 条）本当に営業の自由が保障されたと言えるのか、疑問は残る²⁶。

²³ 同事件第一審判決では、この点は争点とならなかったため判示されていない。

²⁴ 同事件上告審判決は、もっぱら保険医療機関の指定の制約の合理性について判示している。

²⁵ 「立法目的および立法目的達成手段の双方について、一般人を基準にして合理性が認められるかどうかを審査するもので、立法府の下した判断に合理性があるということを前提としている（合憲性推定の原則）」〔芦部 2004,206 頁〕。

²⁶ 国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成 10 年法律第 109 号）制定時に、「一方で医療法では自由開業を認め、他方で勧告に従わない者に病院の使用を不可能にするということは、これは矛盾ではないか。憲法二十二条の規定に抵触するように思われる」という金田誠一理事の指摘に対して、野田哲也内閣法制局第四部長は次のように答えている〔第四百十二国会衆議院厚生

また、医療計画による病院開設・増床の抑制という政策の背景にあるのは、医療サービスの供給が医療需要を創出するという「医師誘発需要の理論」だとされるが、この前提となる事実についても議論の余地はあるようである〔山田 2001,58 頁〕。山川病院事件控訴審判決及び上告審判決でも、人口当たりの病床数と一人当たりの入院費の関係について、「相関関係がある」という文言は使われているが、「因果関係がある」という文言は使われていない。

さらに、医療計画による病院開設・増床の抑制政策は、国民の受ける医療の質の向上という医療保険制度の目的を害するのではないかという点でも疑問が呈されている〔岩村 2002,16 頁〕。規制改革の議論の中でも、次のような指摘が行われている〔規制改革・民間開放推進会議 2004,56 頁〕。「医療計画によって、地域ごとのベッド数の供給量をコントロールする基準病床数制度（いわゆる病床規制）については、昭和 60 年の制度導入当時の目的であった医療資源の効率的活用としての量的な整備目標の意義が薄れつつある一方で、意欲ある質の高い医療機関の医療サービスの拡充や新規参入を制限し、質の劣る医療機関の既存許可病床の既得権化を生んでおり、医療機関間の競争を阻害し、医療の質の向上を妨げている。」「質が低く、都道府県の改善命令に従わない医療機関に対する開設許可の取り消し等実効的な手段によって退出を促すことにより、地域が真に必要とする質の高い医療サービスを提供する医療機関の参入を阻害することのないような方策を検討すべきである。なお、いわゆる病床規制を撤廃するためには、どのような条件整備が必要かについても検討すべきである。」²⁷。

山川病院上告審判決では違憲という判断はくだされなかったが、富山事件上告審判決や、「今日では、ほとんどすべての医療機関が、医療保険給付を支給する保険医療機関となって」おり、「ほとんどの医療は、保険医療機関によって、保険医療として提供されて」いる〔岩村 2001,12 頁〕という現実を想起すると、勧告を用いた医療計画の病床規制的側面は、営業の自由に対する制約の限界事例とも言えるものである。衛生規制である医療法と、医療費用について規律する健康保険法という別の法体系の法律の連動性が問題になったこれらの事案は、医療機関を中心に考えれば営業の自由に対する制約の限界事例と考えられるが、自由開業医制をとりつつ国民

委員会議録第十一号 5 頁〕。「今回御提案されています法律におきましては、医療保険制度の運営の適正化のために、一部の病床過剰地域にこれ以上医療機関が集中することを防ぎながら、劣悪な既存病床の既得権化を防止し、必要な病床数の枠の中で新陳代謝を図っていくというものを目的とするものでございます。今回の措置により保険取り扱いが制限されますのは、医療機関の機能の一部についてでございます。医療機関自体が存続できないということではなくて、その病床につきまして制限を受けましても、例えば、外来診療や制限される病床以外の病床での入院医療については保険取り扱いが行われるものでございます。さらに、申すまでもなく、自由診療ということは行われるわけでございますから、医療機関として医療法の許可を受けた機関であれば医療を行える。それから、一定の範囲で保険取り扱いも行われるということで、営業の自由の問題は生じないと私どもは考えたわけでございます。」。

²⁷ これに対して、医療計画の見直し等に関する検討会 2005,4 頁は、「現状では直ちに基準病床数制度を廃止するための条件が整っていないことから当面存続することとするが、今後の医療計画の見直しの成果を踏まえて、医療の質の向上と効率化に関して求められる課題を整理し、現状における評価と、将来どのように課題に対応していくかの検討がなされるべきである。」と述べている。

皆保険体制をとっているわが国の医療制度のあり方の本質に関わる問題だと言える。

誰もが医療を受けられる体制を維持していくためには、医療費の伸びを抑制することは必要であり、医療計画は、それを実現するための一つの手段である。医療計画は、創設時から現在に至るまで、病床規制のためだけのものだったわけではなく、また、第5次医療法改正では、医療連携体制が目指されるようになっているが、医療計画を基礎とする勧告が営業の自由を事実上かなり制約するものであることを考えると、病院開設許可申請に係る勧告の適法性と、勧告の基礎となる医療計画の適切性に引き続き留意していくとともに、医療資源の適切な配分のためのより制限的でない手段を模索していくことも必要である²⁸。

参考文献

- 芦部信喜著,高橋和之補訂(2004)『憲法 第三版』岩波書店
- 阿部泰隆(2000)「地域医療計画に基づく医療機関の新規参入規制の意見・違法性と救済方法(上)」自治研究 76 卷 2 号,3-19 頁
- 石田道彦(1999)「病床規制の「必要性」－アメリカ医療計画の一側面－」社会保障法 14 号,162-175 頁
- 稲森公嘉(2001)「県知事による保険医療期間指定拒否の処分性と適法性」賃金と社会保障 1307 号,70-77 頁
- 医療計画の見直し等に関する検討会(2005)「平成 18 年の医療制度改革を念頭においた医療計画制度の見直しの方向性(中間まとめ)」(平成 17 年 7 月 27 日)
- 岩村正彦(2001)「社会保障法入門 第 25 講」自治実務セミナー40 卷 1 号,10-12 頁
- 岩村正彦(2002)「社会保障法入門 第 40 講」自治実務セミナー41 卷 6 号,11-17 頁
- 宇津木伸(1994)「第 7 章 医療施設」宇津木伸,平林勝政編『フォーラム医事法学』尚学社,251-290 頁
- OECD 編著,阿萬哲也訳(2005)『世界の医療制度改革 質のよい効率的な医療システムに向けて』明石書店
- 尾澤恵(2006)「(社会保障判例)医療法(平成 9 年法律第 125 号による改正前のもの) 30 条の 7 の規定に基づく病院開設中止勧告に行政事件訴訟法 3 条 2 項の処分性を認めた事例」季刊社会保障研究 42 卷 2 号,185-194 頁
- 規制改革・民間開放推進会議(2004)「規制改革・民間開放の推進に関する第 1 次答申－官製市場の民間開放による「民主導の経済社会の実現」－」(平成 16 年 12 月

²⁸ 医療保険の支払方式との関連から病床規制の必要性を検討したものとして、石田 1999 参照。同論文は、医療の質や適正配置の観点からの医療計画の役割については今後の課題としつつも、「出来高払制が採用される限り病床規制には今後も一定の合理性がある」が、「定額払制が導入されて「過剰な」医療サービスのもつ経済リスクが医療機関の側に転換される場合、病床規制のような供給面からのコントロールの重要性は低下する」と結論している〔石田 1999,173 頁〕。

- 24日)
- 黒川弘樹(1985)「医療法(昭和23年法律第205号)制定前夜」時の法令1262号,43-45頁
- 郡司篤晃(1991)「地域福祉と医療計画－医療計画の基本的諸問題－」季刊社会保障研究26巻4号,369-384頁
- 厚生省医務局編(1976a)『医制百年史』ぎょうせい
- 厚生省医務局編(1976b)『医制百年史 資料編』ぎょうせい
- 厚生省健康政策局総務課(1994)『医療法・医師法(歯科医師法)解 第16版』医学通信社
- 島崎謙治(2006)「医療等の供給体制の総合化・効率化等の課題」『厚生労働科学研究研究費補助金 政策科学推進研究事業(H16-政策-019)医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究 平成17年度 総括・分担研究報告書』11-34頁
- 杉原則彦(2006)「医療法(平成9年法律第125号による改正前のもの)30条の7の規定に基づき都道府県知事が病院を開設しようとするものに対して行う病院開設中止の勧告と抗告訴訟の対象」法曹時報58巻3号,1198(302)-1109(313)頁
- 鈴木幸一(1962)「公的性格の医療機関を適正に配置－医療法の一部を改正する法律」時の法令441号,50-54頁
- 竹野佑喜(2001)「良質な医療を効率的に提供する体制の整備を目指して 病床区分の見直し、広告規制の緩和、医師等の臨床研修の必修化 医療法等の一部を改正する法律(平12.12.6公布法律第141号)」時の法令1640号,6-27頁
- 中野妙子(2001)「医療法の勧告に反して開設された病院に対する保険医療機関指定拒否－山川病院事件」ジュリスト1199号,109-111頁
- 中村一成著者代表(1967)『医療法・医師法(歯科医師法)解』医学通信社
- 中村睦男(1997)「第22条〔居住・移転・職業選択の自由,外国移住・国籍離脱の自由〕」樋口陽一,佐藤幸治,中村睦男,浦部法穂編『注解法律学全集2 憲法Ⅱ〔第21条～第40条〕』青林書院,89-116頁
- 姫野孝雄(1993)「患者の病状に応じた良質な医療の提供のために 医療提供の理念規定の整備、医療施設機能の体系化等 医療法の一部を改正する法律(平4.7.1公布法律第89号)」時の法令1451号,28-42頁
- 細野宏(1986)「都道府県における医療計画の作成と医療法人の改正 医療法の一部を改正する法律(60.12.27公布法律第109号)」時の法令1291号,5-24頁
- 山田武(2001)「3章 医師誘発需要」漆博雄編『医療経済学』東京大学出版会

表 1 医療計画と関連法令等の変遷

年月日	概要
明治 7(1874) 年 8 月 18 日	医制発布 (公私立病院を開設するときは、地方官、衛生局を通じ文部省の許可を受けしめることになっていた。)
昭和 17(1942) 年 2 月 25 日	国民医療法(昭和 17 年法律第 70 号)公布 (病院、診療所の開設と同様、産院の開設にも許可を要することとした。)
昭和 23(1948) 年 7 月 30 日	医療法(昭和 23 年法律第 205 号)公布 (終戦後、医療機関の量的整備が急務とされる中で、医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を整備した。)
昭和 25(1950) 年 2 月 9 日	医療機関整備中央審議会(のちの医療審議会)「医療機関整備計画」決定→昭和 25 年社会保障制度審議会勧告
昭和 26(1951) 年 8 月 10 日	医療審議会「基幹病院整備計画要綱」決定
昭和 37(1962) 年 9 月 15 日	医療法の一部を改正する法律(昭和 37 年法律第 159 号)公布 ○公的性格を有する病院の開設等の制限 第七条の二 都道府県知事は、次に掲げる者が病院の開設の許可又は病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更の許可の申請をした場合において、当該申請に係る病床の種別に応じ、当該地域(当該申請に係る病院の所在地を含む保健所の所管区域、その所管区域を含む二以上の保健所の所管区域若しくは当該都道府県の区域又はこれらの区域により難い場合には厚生大臣の定めるその他の区域をいい、このうちいずれの区域によるかは、当該申請に係る病院及びその周辺にある既存の病院の機能及び性格、交通事情等に応じ、厚生大臣の定めるところによる。)における病院の病床数が、省令の定めるところにより算定したその地域の必要病床数にすでに達しているか、又は当該申請に係る病院の開設若しくは病床数の増加若しくは病床の種別の変更によつてこれをこえることになると認めるときは、前条第三項の規定にかかわらず、同条第一項又は第二項の許可を与えないことができる。
昭和 47(1972) 年 1 月	医療基本法案要綱発表→同年 6 月廃案
昭和 60(1985) 年 12 月 27 日 ★第 1 次医療 法改正	医療法の一部を改正する法律(昭和 60 年法律第 109 号)公布 (医療施設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の是正と医療施設の連携の推進を目指した。) ○都道府県医療計画制度の導入 第三十条の三 都道府県は、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する計画(以下「医療計画」という。)を定めるものとする。 2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。 一 主として病院の病床(次号に規定する病床及び第七条第二項に規定するその他の病床以外の病床を除く。)の整備を図るべき地域的単位として区分する区域の設定に関する事項 二 二以上の前号に規定する区域を併せた区域であつて、主として厚生省令で定める特殊な医療を提供する病院の第七条第二項に規定するその他の病床であつて当該医療に係るものの整備を図るべき地域的単位としての区域の設定に関する事項 三 第七条第二項に規定するその他の病床に係る必要病床数及び同項に規定するその他の病床以外の病床に係る必要病床数に関する事項 3 医療計画においては、前項に規定する事項のほか、次に掲げる事項を定めることができる。

	<p>一 その機能を考慮した病院の整備の目標に関する事項</p> <p>二 へき地の医療及び休日診療、夜間診療等の救急医療の確保に関する事項</p> <p>三 病院、診療所、薬局その他医療に関する施設の相互の機能及び業務の係に関する事項</p> <p>四 医師及び歯科医師並びに薬剤師、看護婦その他の医療従業者の確保に関する事項</p> <p>五 前各号に掲げるもののほか、医療を提供する体制の確保に関し必要な事項</p> <p>4 第二項第一号及び第二号に規定する区域の設定並びに必要な病床数に関する標準は、厚生省令で定める。</p> <p>5 厚生大臣は、第二項第二号及び前項の厚生省令を定めようとするときは、医療審議会の意見を聴かなければならない。</p> <p>6 都道府県は、医療計画を作成するに当たつては、他の法律の規定による計画であつて医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれるようにするとともに、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接な関連を有する施策との係を図るように努めなければならない。</p> <p>7 都道府県は、医療計画を作成するに当たつて、当該都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとする。</p> <p>8 都道府県は、少なくとも五年ごとに医療計画に再検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更するものとする。</p> <p>9 都道府県は、医療に関する専門的科学的知見に基づいて医療計画の案を作成するため、診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴かなければならない。</p> <p>10 都道府県は、医療計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会及び市町村（救急業務を共同処理する一部事務組合を含む。）の意見を聴かなければならない。</p> <p>11 都道府県は、医療計画を定め、又は変更したときは、遅滞なく、これを厚生大臣に提出するとともに、その内容を公示しなければならない。</p> <p>第三十条の四 厚生大臣は、医療計画の作成の手法その他医療計画の作成上重要な技術的事項について、医療審議会の意見を聴いて、都道府県に対し、必要な助言をすることができる。</p> <p>第三十条の五 国及び地方公共団体は、医療計画の達成を推進するため、病院又は診療所の不足している地域における病院又は診療所の整備その他必要な措置を講ずるように努めるものとする。</p> <p>2 国は、前項に定めるもののほか、都道府県の区域を超えた広域的な見地から必要とされる医療を提供する体制の整備に努めるものとする。</p> <p>第三十条の六 病院の開設者及び管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、当該病院の医療業務に差し支えない限り、その建物の全部又は一部、設備、器械及び器具を当該病院に勤務しない医師、歯科医師又は薬剤師の診療、研究又は研修のために利用させるように努めるものとする。</p> <p>第三十条の七 都道府県知事は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合には、病院を開設しようとする者又は病院の開設者若しくは管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、病院の開設又は病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更に関して勧告することができる。</p> <p>○公的性格を有する病院の開設等の規制</p> <p>（公的病床規制も、医療計画で定められた区域や必要病床数を基準として行われることになった。） cf.昭和 55(1980)年富士見産婦人科事件→医療法人のあり方</p>
<p>昭和 62(1987) 年 9 月 21 日</p>	<p>保発第 69 号各都道府県知事あて厚生省保険局長通知</p> <p>1 都道府県知事と医療機関との契約である保険医療機関の指定等の際しては、国民に適正な医療を効率的に供給するとの観点から、地域医療計画に定める必要病床数を超える病床についてはこれを契約の対象としないという基本的な考え方に立ち、以下のとおり対処するものとする。</p>

	<p>(1) 医療法第三十条の七の規定に基づき、都道府県知事が医療計画達成の推進のため特に必要があるものとして勧告を行つたにもかかわらず、病院開設が行われ、当該病院から保険医療機関の指定申請又は療養取扱機関の申出があつた場合に於ては、健康保険法第四十三条ノ三第二項に規定する「著シク不適当ト認ムルモノナルトキ」に該当するものとして、又は国民健康保険法第三十七条第二項の規定に基づき、地方社会保険医療協議会に対し、指定拒否又は受理拒否の諮問を行うこと。</p> <p>(2) 地方社会保険医療協議会に対しては、衛生部局の協力も得て、地域における病床数の状況、知事が勧告を行うに至つた経過等を十分に説明し、その意見を求めること。</p> <p>(3) 既に保険医療機関の指定を受け、又は療養取扱機関の申出が受理されている病院において、医療法に基づく都道府県知事の勧告に従わずに増床が行われた場合に於ては、前記の基本的な考え方に則り、当該増床部分については保険給付の対象としない旨、当該病院に通知すること。</p> <p>(4) 管下の保険者団体等に対し、勧告を受けた医療機関の名称等の情報の伝達に努めること。</p> <p>(5) 関係部局、各保健所等と連携を密にし、病院の開設又は増床の計画段階において、関係者に対し前記の対処方針を説明し、自粛を求めること。</p> <p>(6) 医療計画公示前において、当該地域の状況、計画の熟度等からみて明らかに「かけ込み申請」に基づき病院開設・増床が行われたと思料される場合など、保険医療機関としての適格性を個別に十分審査する必要があると認められるケースについては、早い段階から当職と連絡を密にすること。</p>
<p>平成 4(1992) 年 7 月 1 日 ★第 2 次医療 法改正</p>	<p>医療法の一部を改正する法律(平成 4 年法律第 89 号)公布</p> <p>(人口の高齢化、疾病構造の変化、医学技術の進歩等に対応し、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患者に対する必要な情報の提供等を行った。医療提供の理念規定の整備、特定機能病院及び病院掲示の義務付け、医療機関の業務委託の水準の確保、医療法人に関する規定の整備。)</p>
<p>平成 9(1997) 年 12 月 17 日 ★第 3 次医療 法改正</p>	<p>医療法の一部を改正する法律(平成 9 年法律第 125 号)公布</p> <p>(要介護者の増大、医療の質の向上に対する要望に対応し、介護体制の整備、日常生活圏において通常の医療需要に対応できるような医療提供体制、患者の立場に立った情報提供体制、医療機関の機能分担の明確化及び連携の推進等を行った。医療提供に当たっての患者の説明と理解、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、医療法人制度の改正、広告事項の拡大。)</p>
<p>平成 10(1998) 年 6 月 17 日</p>	<p>国民健康保険法等の一部を改正する法律(平成 10 年法律第 109 号)</p> <p>○健康保険法の一部改正</p> <p>第四十三条ノ三第二項中「二年」を「五年」に改め、同条第三項中「保険医療機関」の下に「ノ指定ヲ拒ミ若ハ其ノ申請ニ係ル病床ノ全部若ハ一部ヲ除キテ指定(指定ノ変更ヲ含ム)ヲ行ヒ」を加え、同条第五項中「保険医療機関」の下に「(第二項ノ病院及診療所ヲ除ク)」を加え、同条第六項ただし書中「第二項」を「第三項又ハ第四項」に改め、同条第二項の次に次の三項を加える。</p> <p>都道府県知事第二項ノ病院又ハ診療所ニ付保険医療機関ノ指定ノ申請アリタル場合ニ於テ左ノ各号ノ一ニ該当スルトキハ其ノ申請ニ係ル病床ノ全部又ハ一部ヲ除キテ其ノ指定ヲ行フコトヲ得</p> <p>一 当該病院又ハ診療所ノ医師、歯科医師、看護婦其ノ他ノ従業者ノ人員ガ医療法第二十一条第一項第一号若ハ第一号の二又ハ第二項第一号ニ規定スル厚生省令ノ定ムル員数ヲ勘案シテ厚生大臣ノ定ムル基準ニ依リ算定シタル員数ヲ満たサザルトキ</p> <p>二 当該申請ニ係ル病床ノ種別ニ応ジ医療法第七条の二第一項ニ規定スル地域ニ於ケル保険医療機関ノ病床ノ数ガ其ノ指定ニ依リ同法第三十条の三第一項ニ規定スル医療計画ニ於テ定ムル必要病床数ヲ勘案シテ厚生大臣ノ定ムル所ニ依リ算定シタル数ヲ超ユルコトナルト認ムル場合(其ノ数</p>

	<p>ヲ既ニ超エタル場合ヲ含ム)ニシテ当該病院又ハ診療所ノ開設者又ハ管理者ガ同法第三十条の七ノ規定ニ依ル都道府県知事ノ勧告ヲ受ケ之ニ従ハザルトキ</p> <p>三 其ノ他適正ナル医療ノ効率的ナル提供ヲ図ル観点ヨリ当該病院又ハ診療所ノ病床ノ利用ニ関シ保険医療機関トシテ著シク不適当ナル所アリト認ムルトキ</p> <p>第二項ノ病院又ハ診療所ノ開設者ハ保険医療機関ノ指定ニ係ル病床ノ数ノ増加又ハ病床ノ種別ノ変更ヲセントスルトキハ命令ノ定ムル所ニ依リ保険医療機関ノ指定ノ変更ヲ申請スベシ</p> <p>第四項ノ規定ハ前項ノ指定ノ変更ノ申請ニ関シ之ヲ準用ス</p> <p>附則 (保険医療機関の病床の指定等に当たっての公正の確保等)</p> <p>第二条 政府は、第四条の規定による改正後の健康保険法(以下「新健保法」という。)第四十三条ノ三第四項(同条第六項(新健保法第四十四条第十三項において準用する場合を含む。))及び新健保法第四十四条第十三項において準用する場合を含む。)の規定の適用に当たっては、被保険者等医療を受ける者の必要を反映して、良質かつ適切な地域医療が確保されるよう十分配慮するとともに、その理由を明らかにする等、公正の確保及び手続の透明性の確保に努めるものとする。</p>
<p>平成 12(2000) 年 12 月 6 日 ★第 4 次医療 法改正</p>	<p>医療法等の一部を改正する法律(平成 12 年法律第 141 号)公布 (高齢化の進展等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保するため、入院医療を提供する体制の整備、医療における情報提供の推進及び医療従事者の資質の向上を図るもの。)</p> <p>○医療計画の見直し (「必要病床数」を「当該申請に係る病床の種別に応じた基準病床数(当該申請に係る病床が療養病床等のみである場合は、その地域における療養病床及び一般病床に係る基準病床数)」に改正。)</p> <p>○適正な入院医療の確保 第二十三条の二 都道府県知事は、病院又は療養病床を有する診療所について、その人員の配置が、第二十一条第一項(第一号に係る部分に限る。)又は第二項(第一号に係る部分に限る。)の規定に基づく厚生労働省令で定める基準に照らして著しく不十分であり、かつ、適正な医療の提供に著しい支障が生ずる場合として厚生労働省令で定める場合に該当するときは、その開設者に対し、期限を定めて、その人員の増員を命じ、又は期間を定めて、その業務の全部若しくは一部の停止を命ずることができる。 (*このほか、病床区分の見直し(療養病床、一般病床の創設)、必置施設の規制緩和、広告規制の緩和、臨床研修の必修化。)</p>
<p>平成 18(2006) 年 6 月 21 日 ★第 5 次医療 法改正</p>	<p>良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律(平成 18 年法律第 84 号) (国民の医療に対する安心、信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に提供される体制を確立するため、医療機能の分化、連携を一層推進するための医療計画制度の見直し、患者、国民の医療の選択に資するための情報提供の推進、小児科、産科を初めとする医師の偏在問題に対応した地域における医療の確保等、医療提供体制の制度全般にわたって改革を進めるもの。)</p>

出典:鈴木 1962,黒川 1985,細野 1291,姫野 1993,竹野 2001,厚生省医務局(1976a)11 頁、15 頁、310-311 頁、445-446 頁、584-587 頁、厚生省医務局(1976b)188-231 頁をもとに筆者作成。

表 2 病院開設関連裁判例の経過

	①1 審	②控訴審	③上告審	備考
1	富山地判平成 13 年 10 月 31 日・訟月 50 卷 7 号 2028 頁[却下]	名古屋高金沢支判平成 14 年 5 月 20 日・訟月 50 卷 7 号 2014 頁[棄却]	最二小判平成 17 年 7 月 15 日・民集 59 卷 6 号 1661 頁[一部破棄差戻、一部棄却]	勧告取消等請求事件（病院開設中止勧告取消請求事件）。富山県高岡市。
2	水戸地判平成 15 年 4 月 8 日・判例集未登載	東京高判平成 15 年 9 月 11 日・判例集未登載	最三小判平成 17 年 10 月 25 日・裁時 1398 号 4 頁[破棄差戻]	勧告取消請求事件。茨城県土浦市。
3	熊本地判平成 14 年 11 月 21 日・判自 242 号 70 頁[却下]	福岡高判平成 15 年 7 月 17 日・判夕 1144 号 173 頁[原判決取消、破棄差戻]	(上告、上告受理申立て)	病院開設中止勧告の無効等確認請求事件。熊本県八代郡。
3 の 2	東京地判平成 16 年 4 月 23 日・判時 1878 号 110 頁[棄却]	(控訴)		損害賠償請求事件。熊本県八代郡。
3 の 3	熊本地判平成 16 年 8 月 5 日・判例集未登載[棄却]			支出命令差止等請求事件。熊本県八代郡。
4	高松地判平成 15 年 2 月 25 日・判例集未登載[却下]	高松高判平成 15 年 11 月 14 日・判例集未登載		勧告無効確認請求事件。香川県観音寺市。
4 の 2	不明	東京高裁平成 13 年 2 月 16 日・判時 1740 号 13 頁[棄却]	上告、上告受理申立て[取下げ、確定]	審決取消請求事件。香川県観音寺市。
5	東京地判平成 17 年 2 月 2 日・判例集未登載[却下]			病院開設許可処分取消請求事件。東京都昭島市。
6	鹿児島地判平成 9 年 12 月 5 日・判自 176 号 82 頁[認容・確定]			病院開設許可申請不応答違法確認請求事件。鹿児島県出水市。
7	鹿児島地判平成 11 年 6 月 14 日・判時 1717 号 78 頁[棄却]	福岡高宮崎支判平成 13 年 10 月 30 日・判例集未登載[棄却]	最一小判平成 17 年 9 月 8 日・裁時 1395 号 3 頁[棄却]	保険医療機関指定申請拒否処分取消請求事件。鹿児島県揖宿郡。

3. 家庭医および地域包括ケアの実践と評価

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

分担研究者報告書

⑩ 大学医学教育における「家庭医」養成の実践と課題

～世界標準の質およびより広域での公益性を求めて～

分担研究者 葛西龍樹 公立大学法人 福島県立医科大学 地域・家庭医療部教授

（平成 18 年度実施）

研究要旨

家庭医療が発達している国々では、良く訓練された家庭医が健康や病気の問題の約 8 割を占める「日常よく遭遇する状態」を適切にケアすることができ、各科専門医やケアに関わる人々との連携も進んでいる。

家庭医療が広く実践されることは日本の社会にとって大きなメリットとなる。特に、予防・健康維持増進、生活習慣病、費用対効果、在宅ケア、高齢者ケア、終末期ケア、こころのケア、医師不足、医師偏在、集約化、女性医師とキャリア形成など、最近の日本の医療・保健・福祉分野で特にニーズの高い諸項目の解決には、訓練を受けた質の高い家庭医が多数養成されることが必須である。

日本では、諸外国と比較して家庭医療の発展が滞っているが、その理由で特に重要なのは、将来に向けた教育システムを構築するという視点が今までなかったことである。

1996 年、北海道家庭医療学センターが設立され、日本初となる本格的な家庭医の養成を開始した。地域に家庭医療を導入する有益性として、①住民アクセスの拡大、②救急体制（トリアージ機能）の充実、そして、③良好な医師・患者関係が構築されていることが示された。

2006 年、福島県立医科大学は地域・家庭医療部を新設し、広く県内をフィールドとして本格的な家庭医養成に着手した。県内全域に及ぶ診療・教育システムの構築が予想以上に進んでいる。福島県立医科大学の取り組みには、①家庭医療専門医養成教育が真に世界標準である、②専門教育を実施する地域が広域である、③医師のキャリア形成に合わせた広いスペクトラムで教育を展開する、という特長がある。

家庭医療の本質的な特長を生かしつつ、日本の利用者のニーズに応えるシステムを日本の医療等の供給体制において発展させる工夫が必要である。

A. 研究目的

世界標準の質、およびより広域での公益性を求めた「家庭医」養成を大学が実践し始めた経緯を紹介し、日本で家庭医療の実践と教育をシステムとして構築する意義と課題について考察すること。

B. 研究方法

文献調査および実践の振り返りによる。

(倫理面への配慮)

個人情報等に関係しないため不要。

C. 研究結果

我が国ではまだ家庭医療の発達が遅れているが、ヨーロッパ（特に英国、オランダ、デンマーク）、北米（特にカナダ）、アジア・オセアニア（特にシンガポール、香港、マレーシア、オーストラリア）、アフリカ（特に南アフリカ）の多くの諸国では、社会保障制度上も医学教育制度上も確立している。

家庭医療が広く実践されることは日本の社会にとっても大きなメリットとなる。特に、最近の日本の医療・保健・福祉分野で特にニーズの高い諸項目において、訓練を受けた質の高い家庭医が地域で役割を果たすことで解決されるものが多い。

日本で家庭医療の発展が滞っている理由は、①世界標準の家庭医療を学ばなかった、②医療におけるパラダイムの転換を経験できなかった、③将来に向けた教育システムを構築す

るという視点がなかった、④日本の地域の実情に合わせて展開しなかった、⑤医療と社会のステークホルダーたちが協働できなかった、ということに加えて、⑥日本社会の慣習的要因としての変化を避ける風土と暗黙的意思決定が大きく影響したと考えられる。

北海道家庭医療学センターの事業の成果として、家庭医療の診療・教育の場は、都市部だけでなく過疎地・離島にもおよび、地域に家庭医療を導入する有益性として、①住民アクセスの拡大、②救急体制（トリアージ機能）の充実、そして③良好な医師・患者関係が構築されていることが示された。

福島県立医科大学が着手した家庭医養成のための県内全域に及ぶ診療・教育システムの構築には、2006年12月現在、3県立病院、1町立病院、2民間病院、2国民健康保険診療所、1公設民営診療所で形成される会津地域、3民間病院、1町立病院、1市立診療所で形成される郡山地域、および1公立病院、1民間病院、1町立診療所、3民間診療所で形成される県北地域が機能を開始している。これは地域で働く質の高い医師養成へのニーズが、地域の住民・行政担当者のみならず県内の各医療機関、医療関係者および県行政担当者にも相当高いことの現われである。

D. 考察および E. 結論

家庭医療の先進諸国と比較して、家庭医療の実践と教育のシステム構築が20、30年も

遅れていることは、国民にとって大変不幸な状況と言わざるを得ない。

質の高いケアを供給できる家庭医を養成するシステムを構築することは政策上においても急務である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

[この研究は、平成 18 年度に行った研究である。]

第 16 章 大学医学教育における「家庭医」養成の 実践と課題～世界標準の質およびより広域での公益性を求めて～

葛西龍樹（公立大学法人 福島県立医科大学 地域・家庭医療部）

1. 家庭医療とは

家庭医療は、「どのような問題にもすぐに対応し、家族と地域の広がりの中で、疾患の背景にある問題を重視しながら、病気を持つひとを人間として理解し、からだところをバランスよくケアし、利用者との継続したパートナーシップを築き、そのケアに関わる多くの人と協力して、地域の健康ネットワークを創り、十分な説明と情報の提供を行うことに責任を持つ、家庭医によって提供される医療サービス」と定義される¹。[注：家庭医療を定義する意味については、本研究班平成17年度総括・分担研究報告書第6章「北海道更別村におけるプライマリ・ケアの実践とその効果評価」pp139~141参照]

我が国ではまだ発達が遅れているが、ヨーロッパ（特に英国、オランダ、デンマーク）、北米（特にカナダ）、アジア・オセアニア（特にシンガポール、香港、マレーシア、オーストラリア）、アフリカ（特に南アフリカ）の多くの諸国では、社会保障制度上も医学教育制度上も確立している専門分野である。家庭医療の分野の最大の国際学会は世界家庭医機構（World Organization of Family Doctors, WONCA）であり、現在 100 を越える世界の家庭医療学会が加盟している。[注：ホームページは、<http://www.globalfamilydoctor.com/>]。最も伝統と実績のある学会は、英国家庭医学会（The Royal College of General Practitioners, RCGP）であり、1952 年創立である[注：ホームページは、<http://www.rcgp.org.uk/>]。

家庭医療が発達している国々では、良く訓練された家庭医が健康や病気の問題の約 8 割を占める「日常よく遭遇する状態」を適切にケアすることができ、各科専門医やケアに関わる人々と連携し、患者の気持、家族の事情、地域の特性を考慮した、エビデンスに基づく「患者中心の医療」を実践している。家庭医療において「患者中心の医療」はすでに方法として確立しており、それに基づいた臨床教育も実施されている²。

2. 日本社会への効果

家庭医療が広く実践されることは日本の社会にとっても大きなメリットとなる。特に、最近の日本の医療・保健・福祉分野で特にニーズの高い以下に掲げる諸項目においても、訓練を受けた質の高い家庭医が地域で役割を果たすことで解決されるものが多い。

(1) 予防・健康維持増進

家庭医は、すべての診療場면을予防・健康維持増進のために活用する。具体的な予防的介入については、臨床研究のエビデンスと家庭医療を利用する人たちの個別の状況とを考慮して計画することができる。

(2) 生活習慣病

生活習慣病の予防についてはもちろんのこと、個々の生活習慣病の治療についても、家庭医は公平で広い視点から治療オプションを選択できる。特に患者の気持、家族の事情、地域の特性が複雑に関与する場合や、複数の疾患が影響しあっている場合に効果が大きい。

(3) 費用対効果

家庭医療の費用対効果の高さは、多くの研究によって示されている[注：PubMedを用いて検索すると、該当する論文は現在500以上ある]。プライマリ・ケアを志向した医療供給システムを採用することによって、医療費の低減、国民の医療サービスへの満足度の増加、国民のよりよい健康レベル、そして少ない薬剤使用が達成されること、そして、家庭医の数が増えるほど国の医療費が抑制されることが示されている。

(4) 在宅ケア、高齢者ケア

日本に質の高い在宅ケアを含む高齢者ケアを普及させるためには、家庭医の養成が必須である。ひとりの患者に並存する複数の疾患に対する臨床研究のエビデンスと優先度を考慮したケアに加えて、患者の気持、家族の事情、地域の特性を考慮し、地域の健康ネットワークを活性化させながら在宅ケア・高齢者ケアを行うための臨床教育がなければならない。

(5) 終末期ケア

死と向き合う必要がでてくる終末期のケアでは、家庭医は患者・家族に対して患者の死を受け入れる準備教育を行い、経過中の苦痛を和らげ、患者の死後には遺された家族の悲嘆をケアしていく。家庭医の終末期ケアは、施設としてのホスピスを利用する場合に限定されることはなく、必要に応じて、地域の他の施設内でも、家庭での在宅ホスピスとしても実践できる。

(6) こころのケア

家庭医は「からだとこころをバランスよくケアする」能力を習得している。精神科領域の疾患のプライマリ・ケアはもとより、その予防、家族の苦悩に対するケア、さらには身体的疾患を持つことによる心の動揺・不安などにも対応できる。

(7) 医師不足、医師偏在、集約化

養成される家庭医の数が国全体として多くなると、医師の総数が同じであっても、健康や病気の問題の約8割を占める「日常よく遭遇する状態」が家庭医によって適切にケアされ、真に専門的診療が必要な場合のみ他科専門医の診療が依頼される。さらに、地域で家庭医が通院ケアや在宅ケアなどを実施して回復期ケアのパスを継続できるので、在院日数の短縮が可能になる。このような適切な医療連携が行われるため、他科専門医は各自の専門能力が要求される部分の診療に集中できる。このことは特に病院で勤務する医師のQO

Lを改善する。他科専門医療が高度で効率よい運営のために集約化することが、地域のニーズに背反することなく可能になるには、訓練された質の高い家庭医が地域に多数存在してよい連携がとれる状態を作る必要がある。

(8) 女性医師とキャリア形成

妊娠、出産、育児など、女性医師が経験する人生のイベントは、時としてその後の医師としてのキャリア形成の障害となる場合がある。しかし、家庭医療の教育には、医療の利用者のためにケアの質を維持・向上させるための系統的な生涯教育が含まれているので、そうした女性医師も家庭医としてキャリアの伸ばしていくことが比較的容易である。さらに、家庭医は自分自身の人生のイベントをケアに役立てることができるので、妊娠、出産、育児などを経験した女性家庭医のケアは、利用者にとっても有益であろう。

3. 日本で家庭医療の発展が滞っている理由

以上のような質の高いケアを提供する家庭医は、地域の実情に合わせて自分の診療を変えることが出来る柔軟性も備えているので、日本にその家庭医を養成するシステムを構築することは政策上においても急務である。

日本でも、1985年、旧厚生省が「家庭医に関する懇談会」を組織して、家庭医療のシステムを日本に導入しようとする動きがあったが、種々の要因で頓挫した経緯がある。当時実際に何がどのような思惑でなされたのかについての詳細な記録は見つけられなかったが、少なくとも、この歴史上の確執のためにその後現在に至るまで日本では家庭医療の発展が滞ることになった、とすることができるだろう。家庭医療の先進諸国と比較して、家庭医療のシステム構築が20、30年も遅れていることは、国民にとって大変不幸な状況と言わざるを得ない。

日本では、言葉として「かかりつけ医」、「プライマリ・ケア医」、「ホームドクター」などいろいろな言葉が使われ、訓練を受けていない自称「家庭医」も存在しているが、これらの定義は曖昧であり、世界標準の家庭医の質についてはまったく考慮されていない。国民は、何を基準に信頼すべき質の高い家庭医を選択したらよいかわからなくなっている。諸外国では大学医学部が家庭医の養成でもリーダーシップをとっている場合が多いが、日本では大学医学部に「総合診療」という言葉をつけた専門性と役割が曖昧で実体に乏しい部門が数多く設置された結果、医学生・研修医の支持を得ることは出来ず、学内での他の専門科との連携も欠如している。

日本で家庭医療の発展が滞っている理由をまとめると、1) 世界標準の家庭医療を学ばなかった、2) 医療におけるパラダイムの転換を経験できなかった、3) 将来に向けた教育システムを構築するという視点がなかった、4) 日本の地域の実情に合わせて展開しなかった、5) 医療と社会のステークホルダーたちが協働できなかった、ということに加えて、6) 日本社会の慣習的要因としての変化を避ける風土と暗黙的意思決定が大きく影響したと考えられる。