

たり、専門外来による定期受診を取り入れる等を検討する必要がある。以降の図では、X軸の増減数がゼロの点、Y軸の2010年時点の入院172名、外来1,714名の10%にあたる17人、171人の点において、それぞれ参照軸を引いてある。10%で参照軸を引いたのは、患者数の分布を確認したところ、全患者数の10%で分布が分かれる傾向にあったからである。

入院・外来別に疾患・症候群、救急対応、一般症候の3大分類別、合計6つの患者群をそれぞれ上記に述べた基準に基づき4つのグループに分類した(表15)。2010年の全患者数の10%以上患者がいる診療項目は38項目あり、そのうち、2035年も増加が見込まれる診療項目は6項目だけであり、残り32項目は患者数が減少する。2010年の患者数が1割未満の診療項目で、2035年に患者数が増加していると思われる診療項目は103、減少すると推計される診療項目は281項目であった。

表16には、2035年時点で患者実数がゼロになる診療項目をまとめた。入院では、7項目、外来では14項目の患者数がゼロになると推計された。いずれの診療項目も、2010年の時点では、患者数が1人のものであった。

表15 将来推計に基づく、診療項目の分類結果

		(診療項目数)			
		2010年：患者数10%以上 2035年時点：増加 (Aグループ)	2010年：患者数10%以上 2035年時点：減少 (Bグループ)	2010年：患者数10%以下 2035年時点：増加 (Cグループ)	2010年：患者数10%以下 2035年時点：減少 (Dグループ)
入院	疾患・症候群	5	2	29	45
	救急対応	0	0	9	9
	一般症候	1	9	33	20
入院外	疾患・症候群	0	7	16	129
	救急対応	0	0	6	20
	一般症候	0	14	10	58
合計		6	32	103	281

表16 2035年に患者数がゼロになる診療項目

入院	疾患・症候群	前立腺癌	
		躁うつ病	
		胃・食道静脈瘤	
		尿路結石	
救急対応	一般症候	高熱	
		膿尿	
		幻覚	
入院外	疾患・症候群	急性白血病	
		先天性心疾患	
		急性細気管支炎	
		潰瘍性大腸炎	
		慢性膵炎	
		慢性糸球体腎炎症候群	
	救急対応	疾患・症候群	子宮内膜症
			哺乳力低下
			体重増加不良
			喀血
	救急対応	疾患・症候群	血尿
			喀血
			歩行障害
			乳房のしこり・左右差、皮膚の陥凹

<入院患者－疾患・症候群の項目（図 25）>

図 25 をみると、A グループに分類された疾患・症候群は、「肺炎」「うっ血性心不全」「認知症」「不整脈」「二次性貧血」の 5 つであった。B グループに分類されたのは、「大腸癌」「急性胃腸炎」であった。

2010 年時点で 17 人未満の疾患・症候群は 74 あり、そのうち、患者数が増加する C グループが 29 項目、減少する D グループが 45 項目あった。C グループの「高血圧症」「骨折」「COPD」の患者数は、2035 年には、それぞれ 17 名、13 名、12 名に増加すると見込まれ、10 人以上になると推計された。

減少する D グループの 45 項目の減少幅は 3 人以下であった。そのうち、10 人以上の患者がいるのは、「糖尿病」「胃・十二指腸潰瘍」「鉄欠乏性貧血」「急性腎盂腎炎」の 4 項目であった。

<入院患者－救急対応の診療項目（図 26）>

2010 年時点の各救急対応の診療項目別患者数は 17 人未満であったため、A グループと B グループに当たる診療項目は存在しなかった。C グループの診療項目は 9 項目あり、そのうち「心肺（機能）停止」の患者は、2035 年に 17 名に増加すると予想された。D グループに当たる診療項目は「めまい」「激しい腹痛」「急性消化管出血」等 9 項目あった。それ以外の診療項目の患者数の増減は、1 名～2 名であり、ほとんど変化しなかった。

<入院患者－一般症候の診療項目（図 27）>

A グループは「不整脈」のみで、B グループに分類された診療項目は 9 項目ある。そのうち患者数の減少が多いのは「腹痛」で 8 名減少し、「嘔吐」「下痢」についても 4 人と 3 人減少すると推計された。それ以外は 0 名～1 名の減少である。

C グループに該当する一般症候は 33 項目あり、そのうち「浮腫」「高血圧」はそれぞれに 18 名と 17 名と推計され、「呼吸困難」「全身倦怠感」「喀痰」「関節痛」「腰背部痛」「筋力低下」「意識障害」「不穩」の患者数は 10 名以上になると推計されている。

D グループに該当する一般項目は 20 項目あり、「頭痛・頭重感」「腹部膨隆・膨満」「下血」の患者は、4 名、3 名、2 名ずつ減少することが見込まれている。その他の一般症候は、0 名～1 名の減少が推計された。

<外来患者－疾患・症候群の診療項目（図 28）>

A グループは存在せず、B グループに当たる疾患・症候群の診療項目は 7 項目であり、いずれも今後の患者数は減少すると推計された。「上気道炎」の患者減少数が最も多く 315 人、「高血圧症」111 人、「脂質異常症」107 名、「急性胃腸炎」100 名の順で減少数が多かった。

C グループに分類された診療項目は 16 項目あった。増加数で見ると「うっ血性心不全」

が 11 名増加と最も多く、「認知症」「COPD」「白内障」「二次性貧血」「慢性腎不全」「褥瘡」の患者は 3 名以上増加すると推計された。残りの診療項目については、0 名～1 名の増加が見込まれた。

D グループに分類された診療項目は 129 項目あった。そのうち 10 名以上の患者が減少する項目は 20 項目あり、20 名以上減少が見込まれたのは、「扁桃炎」49 人、「骨折」40 人、「気管支喘息（小児含む）」34 人、「アレルギー性鼻炎」27 人、「急性気管支炎」26 人「蕁麻疹」22 人、「結膜炎」22 人、「高尿酸血症」21 人であった。

<外来患者—救急対応の診療項目（図 29）>

A と B グループに該当する診療項目は存在しなかった。C グループに分類された診療項目は 6 項目あったが、その増加幅は小さく、最も多い「激しい胸痛」であっても 2 名であった。D グループに分類された診療項目は 20 項目あり、「創傷」32 人、「激しい四肢の疼痛」29 人を除くと、減少人数は 6 名以下であった。

<外来患者—一般症候の診療項目（図 30）>

A グループは存在せず、B グループに分類された診療項目は 14 項目あり、今後患者数が減少することが見込まれた。100 名以上患者が減少する一般症候を多い順にあげると「咳」268 人、「発熱」206 人、「咽頭痛」204 人、「高血圧」131 人、「頭痛・頭重感」112 人、「喀痰」102 人、「腹痛」101 名であった。患者数は減少するものの、2035 年時点の推計患者数は「高血圧」565 人、「咳」423 人、「関節痛」283 人、「発熱」276 人、「皮疹」264 人、「咽頭痛」204 人と 200 人を超える患者がおり、患者が多い一般症候であることに変わりはない。

C グループに分類された診療項目は 10 項目あり、患者数の増加幅を確認すると、「浮腫」の 7 人が最も多く、それ以外の患者数は、2 名以下であった。D グループに分類された診療項目は 58 項目であり、患者数の減少幅が大きい項目が多く、10 名以上減少する一般症候は 19 項目あり、そのうち「全身倦怠感」「悪心」「筋肉痛」「体重増加」「喘鳴」の 5 つは 20 名以上減少していた。

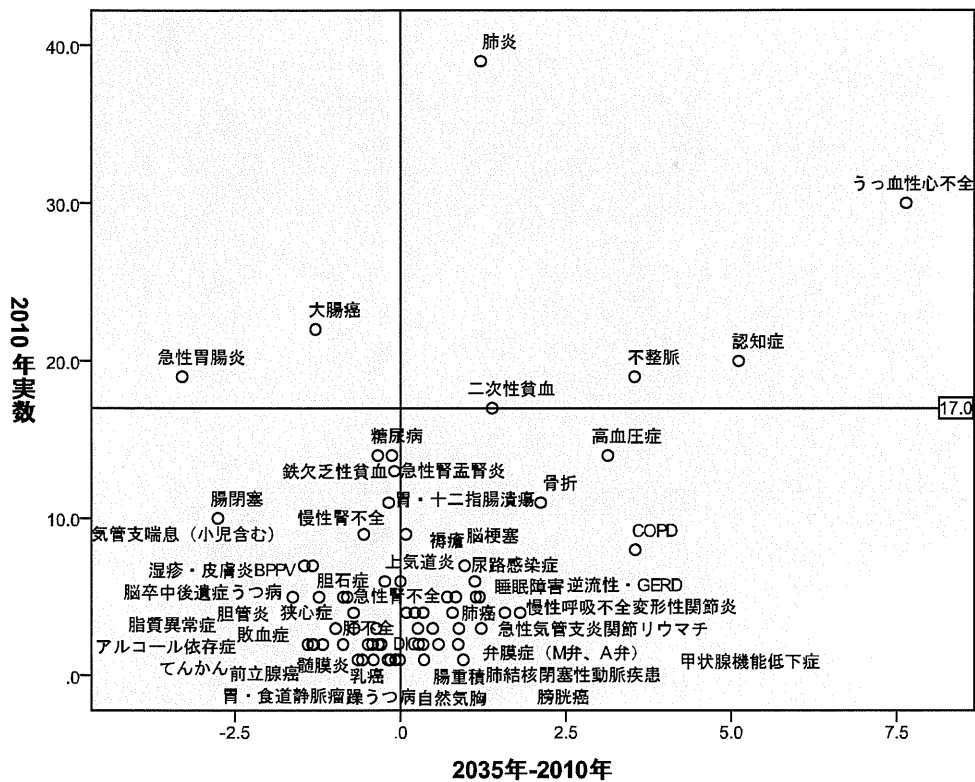


図 25 入院 患者数の推計 (疾患・症候群)

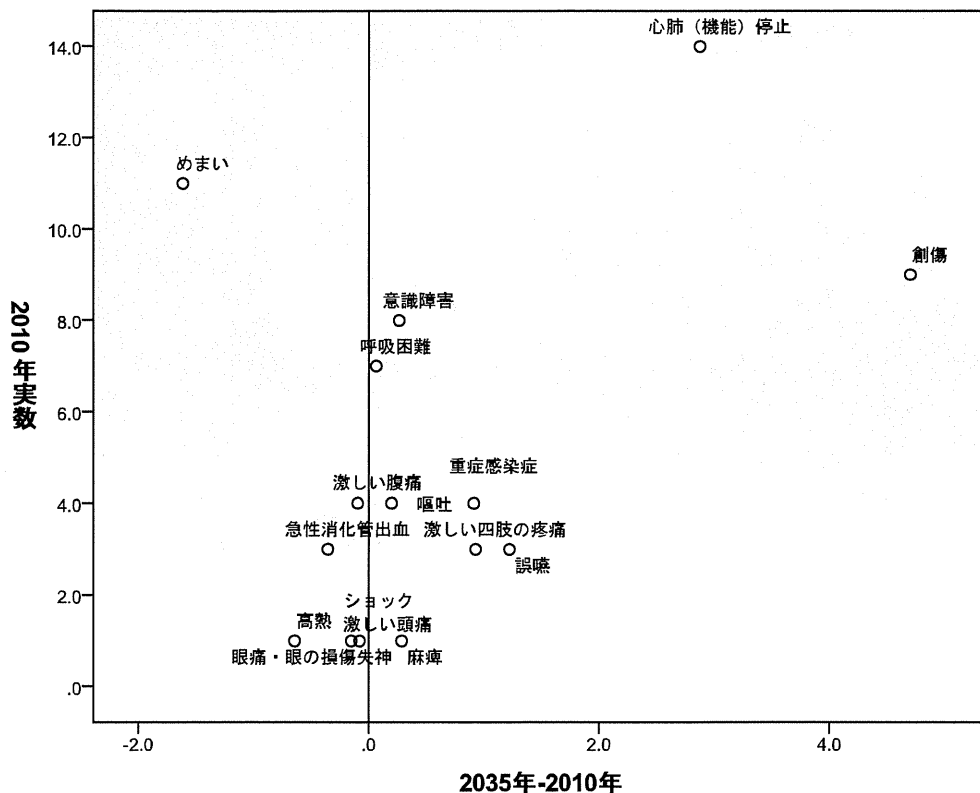


図 26 入院 患者数の推計 (救急対応)

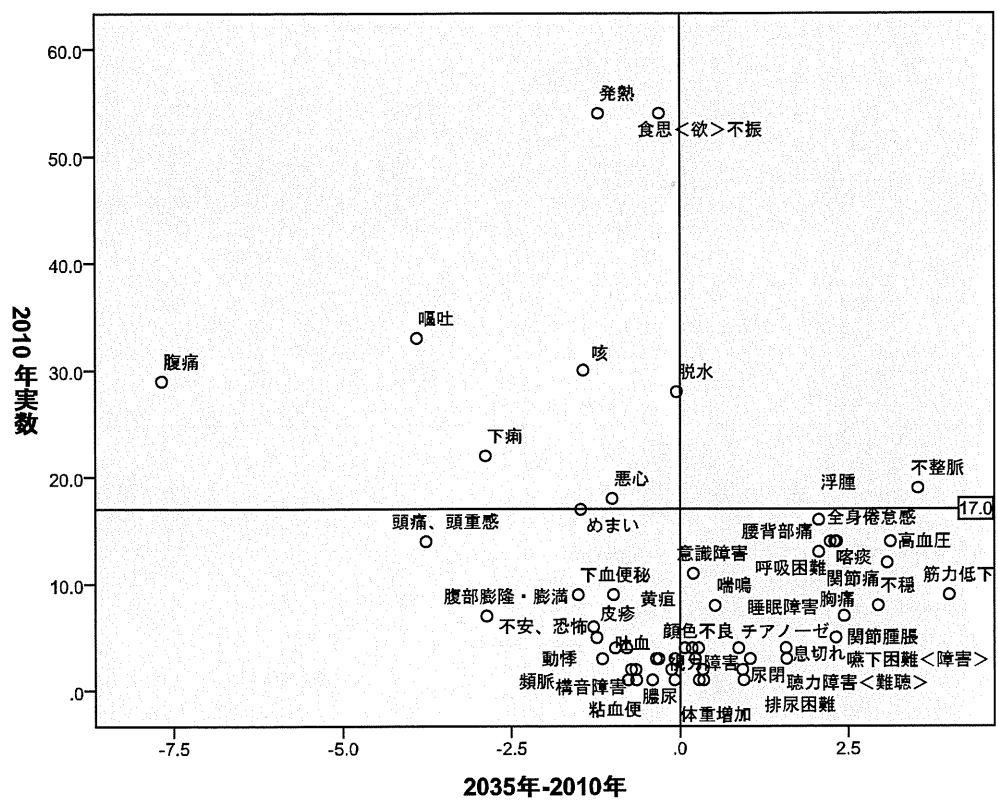


図 27 入院 患者数の推計（一般症候群）

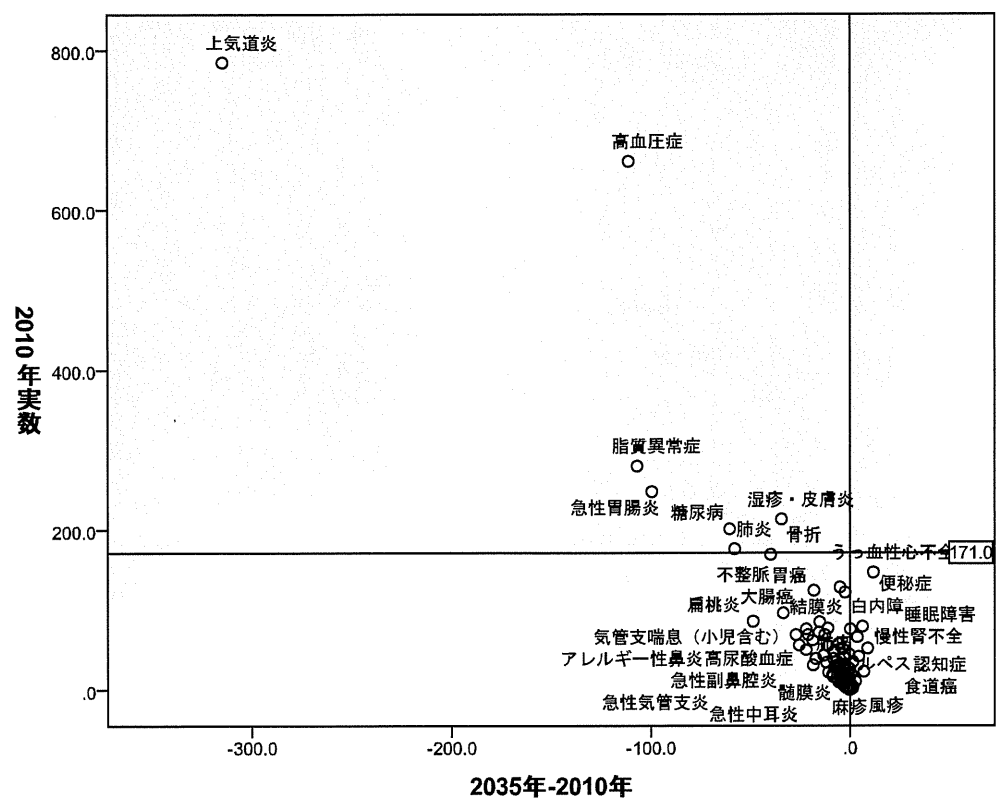


図 28 外来 患者数の推計（疾患・症候群）

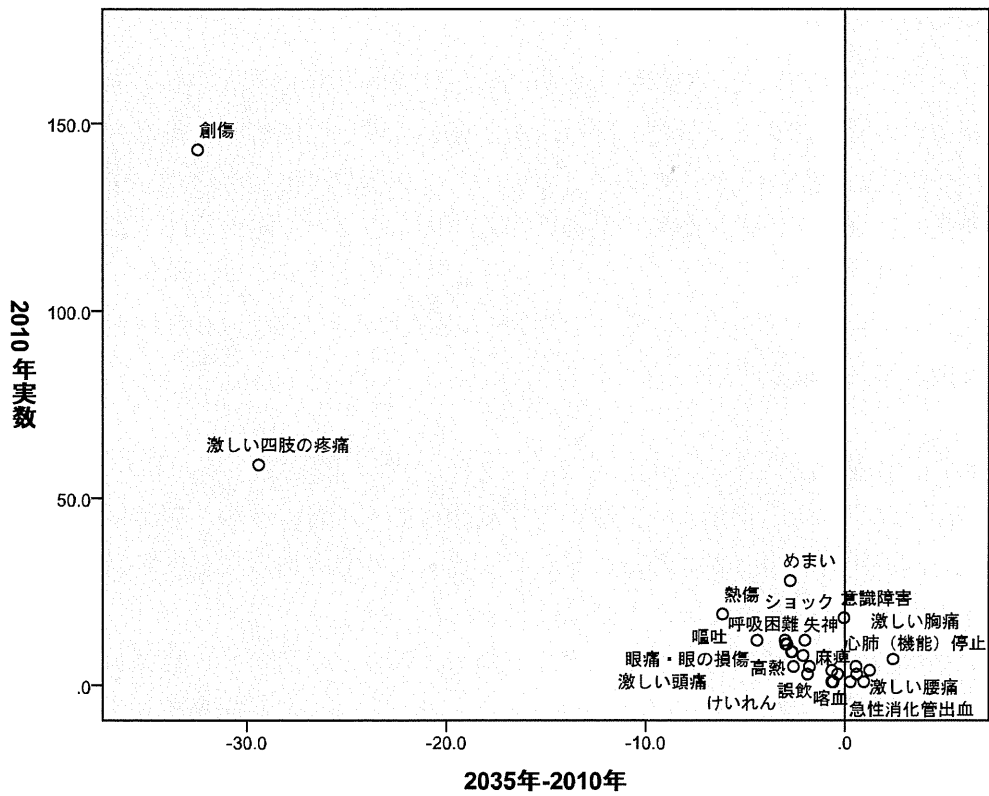


図 29 外来 患者数の推計 (救急対応)

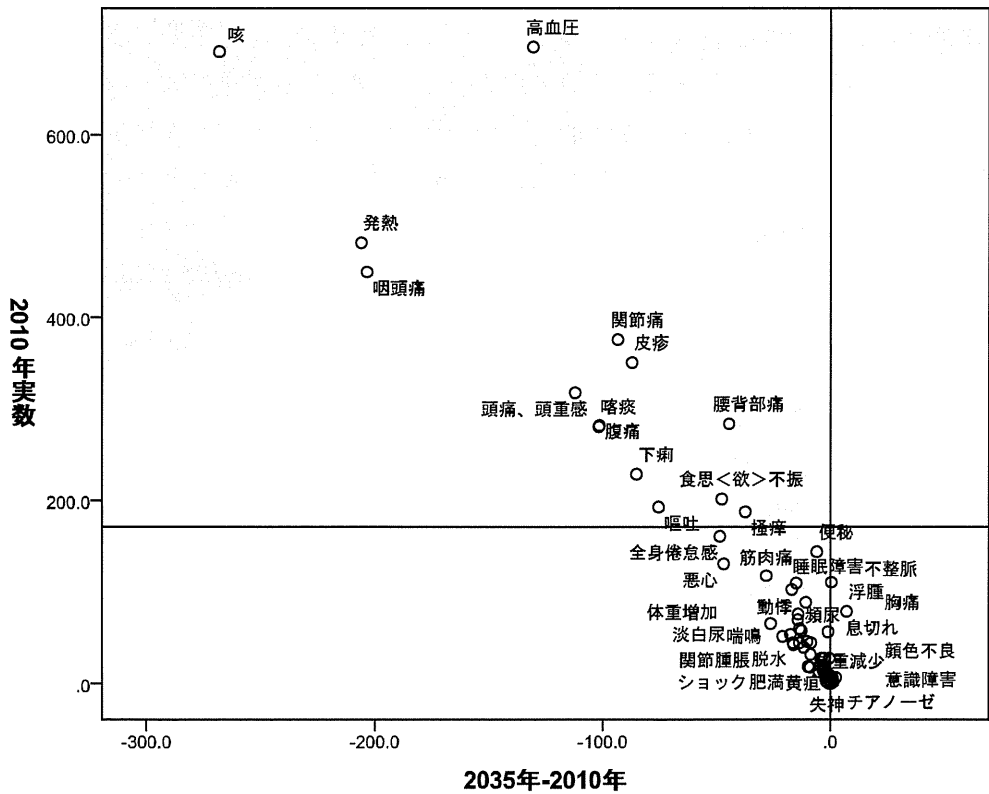


図 30 外来 患者数の推計 (一般症候)

6. 本研究のまとめ

地域住民が抱える医療問題を把握するため、離島診療所の協力の下、カルテ調査を実施した。診療所のカルテ調査を通じて、診療所が対応している住民の医療問題を、診療範囲と診療レベルの観点から明らかにするとともに、人口構造が変化した時に、住民の医療問題と診療所医師に求められる医師像がどのように変化するのかを明らかにすることが本研究の最終的な目標である。

以下に、今年度実施した（１）レセプト調査、（２）カルテ調査、（３）患者推計の３つの調査・分析の結果をまとめた。

（１）レセプト調査の結果

レセプト調査から国保被保険者で医療機関を受診している者のうち、年間平均でみると65.1%が姫島診療所を利用していた。しかし、入院・入外では利用状況は異なり、入院は18.7%と外来の67.0%に比べてその割合は低かった。

島外と姫島診療所の受診者の特徴を把握するため、両者の受診率（レセプト枚数÷被保険者数）、一件当たり日数、一日当たり点数を比較した。まず受診率を見てみると、島外の受診率は2.1%と姫島診療所の受診率0.5%と比べ高かった。診療所でも入院患者を受け入れているが、それ以上に島外の医療機関を多く利用していることがわかった。一方、外来の受診率は、姫島診療所の受診率が40.3%と島外の医療機関の受診率23.5%よりも高かった。入院は島外の医療機関、外来は姫島診療所と分けて受診している様子がうかがえた。一件当たり日数を比較すると、外来では姫島診療所と島外の医療機関では差が見られなかったが、入院については島外医療機関が16.2日と姫島診療所よりも約10日長かった。同様に一日当たり点数についても、外来ではほとんど差が見られなかったが、入院については島外の医療機関の方が約1,000点高かった。

島外医療機関の受診者の詳しい疾患や症候は分からないが、医療費の3要素でみる限り、相対的に重症な患者を中心に島外の医療機関を利用していると思われた。

（２）カルテ調査の結果

姫島診療所の患者は、入院は99.4%、外来は92.7%と、その大半が島民であった。患者の年齢構成は、40歳以上の中高年が全体の7割以上を占め、特に入院はその傾向が顕著であり、65歳以上の患者が74.4%に達していた。

患者一人当たりの入院日数、外来受診日数を見てみると、入院日数は平均で15.1日であり、20日未満の患者が全体の80.8%を占めていた。同様に、外来も分析すると、平均受診日数は8.6日であり、10日未満の患者が69%を占めていた。1日だけ受診した者は13.6%であった。特定の患者が偏って受診しているのかを確認するため、受診日数が多い患者に並べ直し、累積受診日数と累積患者数との関係を分析した。その結果、受診日数全体の50%は、上位17%の受診によるものであり、一部の患者が何日も受診していることが明らかに

なった。

多受診者を 27 日以上と定義し、その性別と年齢を詳しくみたところ、女性が 60.3%と男性よりも多く、また 65 歳以上の割合が 87.4%と大半を占めていることがわかった。多受診者が診療を受けた疾患・症候群のうち、平均受診回数が多かった疾患・症候群を上げると、多い順に、高血圧の 561 日（多受診者の疾患・症候群の受診総日数 2,267 日に対して 24.7%に当たる）であった。上位 5 疾患・症候群あげると、多い順に、上気道炎 254 日（11.2%）、慢性腎不全 140 日（6.2%）、うっ血性心不全 106 日（4.7%）、不整脈 105 日（4.6%）であり、この上位 5 疾患で全受診日数の 51.4%を占めた。多受診者は、こうした疾患・症候群の診療のために受診している可能性が高い。その一方で、受診日数の上位 5 疾患・症候群を除いた 82 の疾患・症候群の診療日数の合計が残りの 48.6%を占めることから、幅広い疾患・症候群の診療のために受診している者もいると思われる。

時間外受診者についても分析してみたところ、男性が 47.2%、女性が 52.8%と性別による偏りは小さかった。一方、年齢区分別に患者の構成割合を見ると、65 歳以上の割合が 38.4%と最も多く、0 - 19 歳が 26.6%、40 - 64 歳が 24.6%、20 - 39 歳が最も少なく 10.3%であった。時間外受診時に診療を受けた診療項目を特別に記録してはいないため、時間外受診時に診療を受ける可能性が高い救急対応についてまとめた。最も多かったのは、創傷（16.3%）であり、多い順に激しい四肢の疼痛（6.8%）、めまい（4.8%）、意識障害と嘔吐（2.8%）、熱傷（2.5%）、呼吸困難（2.3%）と続いた。創傷と激しい頭痛を除いた診療項目で、診断以上の診療が提供されていた。

最後に、入院・外来の患者に分けて、「疾患・症候群」「救急対応」「一般症候」の 3 つの分野の診療項目別患者数を、診療レベル（診察、診断、治療）別に集計した。具体的には、島民の入院患者 172 名、外来患者 1,714 名について、年間に診療を受けた項目を診療レベルことに集計（患者数とその構成割合）した。

カルテ調査から明らかになった診療所医師に求められる第一は、その診療範囲の広さであろう。受診した患者の診療項目を見てみると、入院では、疾患・症候群 173 のうち 81（46.8%）、救急対応 35 項目のうち 18（51.4%）、一般症候 95 項目のうち、63（66.3%）の患者が受診していた。外来では、疾患・症候群 173 のうち 152（87.9%）、救急対応 35 項目のうち 26（74.3%）、一般症候 95 項目のうち、82（86.3%）の患者が受診していた。これは、全 303 診療項目のうち、入院では 53%、外来では 86%に当たる患者が受診していることになる。診療所の医師には、診療レベルはともかく、幅広い患者に対して、適切な診療方針を決める（診療所で治療するのか、他の医療機関に紹介するのか等）能力が求められていると言える。

診療所医師に求められる第二は、救急に対する高い対応能力である。救急対応 35 項目の全てに患者が発生していた訳ではなかったが、外来では 35 項目中 86%に当たる 26 の診療項目に当たる患者が実際に受診しており、初期治療から根治治療まで含めて何らかの治療を行っていた。当然ながら、診療項目ごとに患者数は大きく異なるが、実際に離島に赴任

する医師にはその患者数の大小に関わらず、救急対応に対する対応能力が治療レベルで求められていると言えるだろう。

(3) 患者推計の結果

国立社会保障・人口問題研究所の市町村別将来推計人口（中位推計）を用いて、2035年の診療区分別診療項目別、年間実患者数、受診延べ入院日数、受診延べ外来日数等を推計した。人口推計によると、2035年の人口は1,383人、高齢化率は53.6%と推計されていた。しかし、人口推計の2010年の推計人口は、実際の住民基本台帳を基にした人口よりも161名低く、高齢率も0.8%高く推計されていた。そのため、2035年の実数値は、人口推計よりも人口が多く、高齢化率も低くなる可能性がある。

この人口推計を基に、年間患者実数を推計したところ、2035年時点では、入院が160人、外来が1,099人と推計された。カルテ調査の実数と比べて、入院は12名、外来は651人減少することになる。これは、全人口が少なくなるために外来患者はそれに伴って減少するのに対し、高齢化率の上昇に伴って高齢者数はほぼ一定であるため、入院患者数はあまり減少しないからだと思われる。外来、時間外の受診延べ日数でも、同じような結果が得られた。外来の2010年の受診延べ日数は14,689日から11,911日と2,788日減少する一方で、入院延べ日数は2,605日から2035年の3,022日へと377日増加すると推計された。

最後に、2010年時点の診療項目別の患者数が、2035年にどのように変化するかを分析した。2010年と比較し、2035年の患者数が増加するのは、入院では全303の診療項目中25%であり、外来では10.5%であった。逆に減少する診療項目は、入院で28.8%、外来では74.8%の診療項目の患者数が減少すると推計された。患者数がゼロになる診療項目は、入院で7項目、外来で14項目あり、いずれの診療項目も2010年のカルテ調査時点で1人の患者しかいなかった項目である。

人口減少と高齢化とともに、一部の患者は増加するものの、全体的な患者数は減少する。しかし、診療項目別にみて患者数がゼロになる診療項目は少ないことから、将来的にも今と同様に診療範囲が幅広い医師が必要になるとと思われる。

参考文献

姫島村人口（姫島村提供）

姫島村国民健康保険レセプト集計データ（姫島村提供）

国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」（平成 20 年 12 月推計）」

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

人口構造の変化を踏まえた医療提供体制の戦略的構築
分担研究報告書

病院の新規開設の実態と医療提供体制構築上の問題点

大山 隆史

慶應義塾大学 政策・メディア研究科 修士課程

堀 真奈美

東海大学 教養学部 教授

印南 一路

慶應義塾大学 総合政策学部 教授

研究要旨

医療提供体制の戦略的再構築を考える場合、民間病院の強制的な再配置や廃院は現行制度上不可能なので、医療の充実が必要とされる地域において、新たに医療機関を開設する場合に直面する問題に焦点を当てた。具体的には、過去6年間に実際に開設された病院の実態を調査し、9病院の開設担当者にインタビュー調査を行い、病院の新規開設における問題点を明らかにした。

新規開設病院の実態調査では、新規開設病院数は過去6年間で51病院と少ないこと、また開設された都道府県に大きな偏りがあることが明らかになった。地域に必要な医療機能を有した病院は、移転よりも新規開設を通して増加する可能性が今後も高い。現在は、急性期を担う病院よりも、療養病床を中心とするリハビリテーション機能を備える病院の比重が高まっていることが数値から読み取れた。

開設担当者に対するインタビュー調査では、病院開設の過程では多くの利害関係者が絡んでくることを確認した。しかし、医療の必要性が認知されれば、利害関係が複雑であることは大きな障害にならないこと可能性が高いことが明らかになった。ただし、医療の必要性が高い地域であっても、従来の医療計画における病床規制に加え、都市計画法による開設制限が制定されたことから、この法律規制が病院開設に対する障害になる可能性があることが示唆された。

目次

1. 研究背景と目的	112
2. 法令による病院開設規制	116
3. 新規病院開設の実態調査	121
1) 調査方法	121
2) 調査結果	121
3) まとめ	128
4. 病院の新規開設プロセスに関するインタビュー調査	130
1) 調査方法	130
2) 質問項目	130
3) インタビュー調査のまとめ	167
①法律規制	178
②病院開設に係る関係者	179
5. 考察	183
インタビュー質問項目	185
参考文献	187

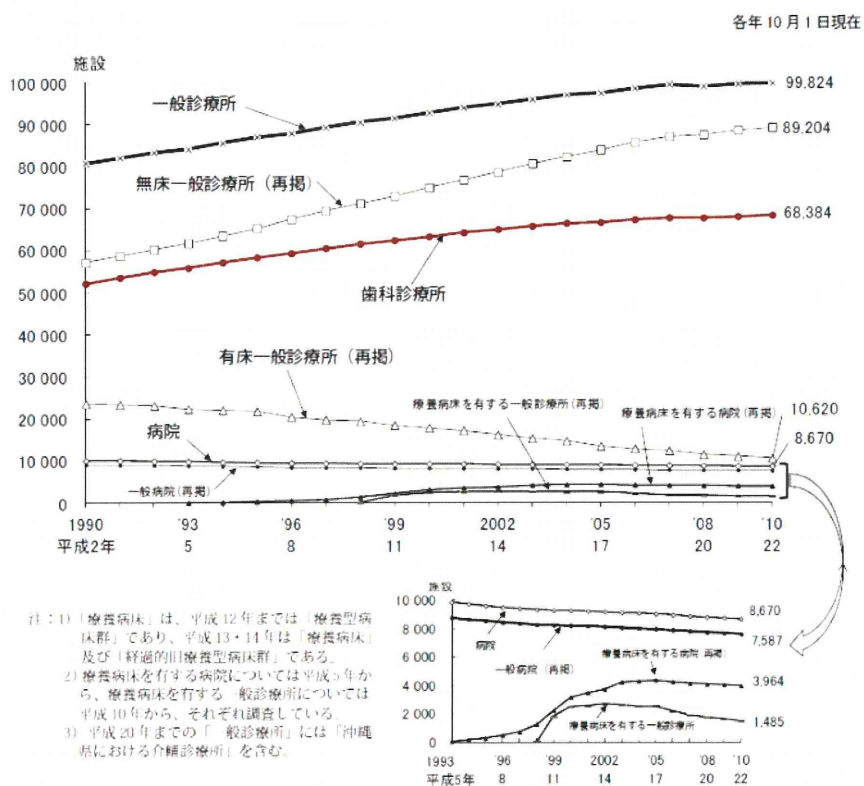
図表目次

図 1 病院、一般診療所等の推移	112
図 2 都道府県ごと対人口 10 万人各病院・診療所数 (2009 年)	114
図 3 ケース 1 (A病院) まとめ	168
図 4 ケース 2 (B病院) まとめ	169
図 5 ケース 3 (C病院) まとめ	170
図 6 ケース 4 (D病院) まとめ	171
図 7 ケース 5 (E病院) まとめ	172
図 8 ケース 6 (F病院) まとめ	173
図 9 ケース 7 (G病院) まとめ	174
図 10 ケース 8 (H病院) まとめ	175
図 11 ケース 9 (I病院) まとめ	176
図 12 計画に影響を与えた要因のまとめ	177
表 1 病院と一般診療所の開設主体別内訳	113
表 2 施設の種別別にみた新規開設件数 (平成 18 年度～平成 23 年度の合計)	121
表 3 都道府県別にみた新規開設件数 (平成 18 年度～平成 23 年度の合計)	122
表 4 新規開設件数の年次推移 (平成 18 年度～平成 23 年度の合計)	123
表 5 開設者別にみた新規開設件数 (平成 18 年度～平成 23 年度の合計)	123

表 6	開設者別にみた既存施設数（平成 22 年 10 月 1 日現在）	124
表 7	病床の規模別にみた新規開設件数（平成 18 年度～平成 23 年度の合計）	124
表 8	療養病床の規模別にみた新規開設件数（平成 18 年度～平成 23 年度の合計）	124
表 9	診療科目別にみた新規開設件数（平成 18 年度～平成 23 年度の合計）	125
表 10	診療科目別にみた既存施設数（一般病院のみ、平成 22 年 10 月 1 日現在）	126
表 11	病床の種類別にみた新規開設病床数（平成 18 年度～平成 23 年度の合計）	127
表 12	病院の種類別にみた病床数（平成 22 年 10 月 1 日現在）	127
表 13	開設者別にみた新規開設病床数（平成 18 年度～平成 23 年度の合計）	128

1. 研究背景と目的

日本の医療施設数は、平成 22 年 10 月 1 日の時点で「病院」が 8,670 施設、「一般診療所」は 99,824 施設で、合計 176,878 施設となっている（厚生労働省平成 22 年医療施設（動態）調査）。平成 18 年の同時点と比較すると、総数では 1934 施設増加しており、内訳は「病院」が 273 施設の減少、「一般診療所」が 1215 施設の増加となっている。診療所の中では、無床診療所が増加しており、有床診療所はむしろ減少している。



出典：平成 22 年（2010）医療施設（動態）調査・病院報告の概況

図 1 病院、一般診療所等の推移

施設数を開設者別にみると、病院は「医療法人」が 5,719 施設（病院総数の 66.0%）と最も多く、次いで、「公的医療機関」が 1,278 施設（同 14.7%）となっている。一般診療所は「個人」が 47,503 施設（一般診療所総数の 47.6%）と最も多く、次いで、「医療法人」が 35,967 施設（同 36.0%）となっている。歯科診療所は「個人」が 57,082 施設（歯科診療所総数の 83.5%）と最も多くなっている。

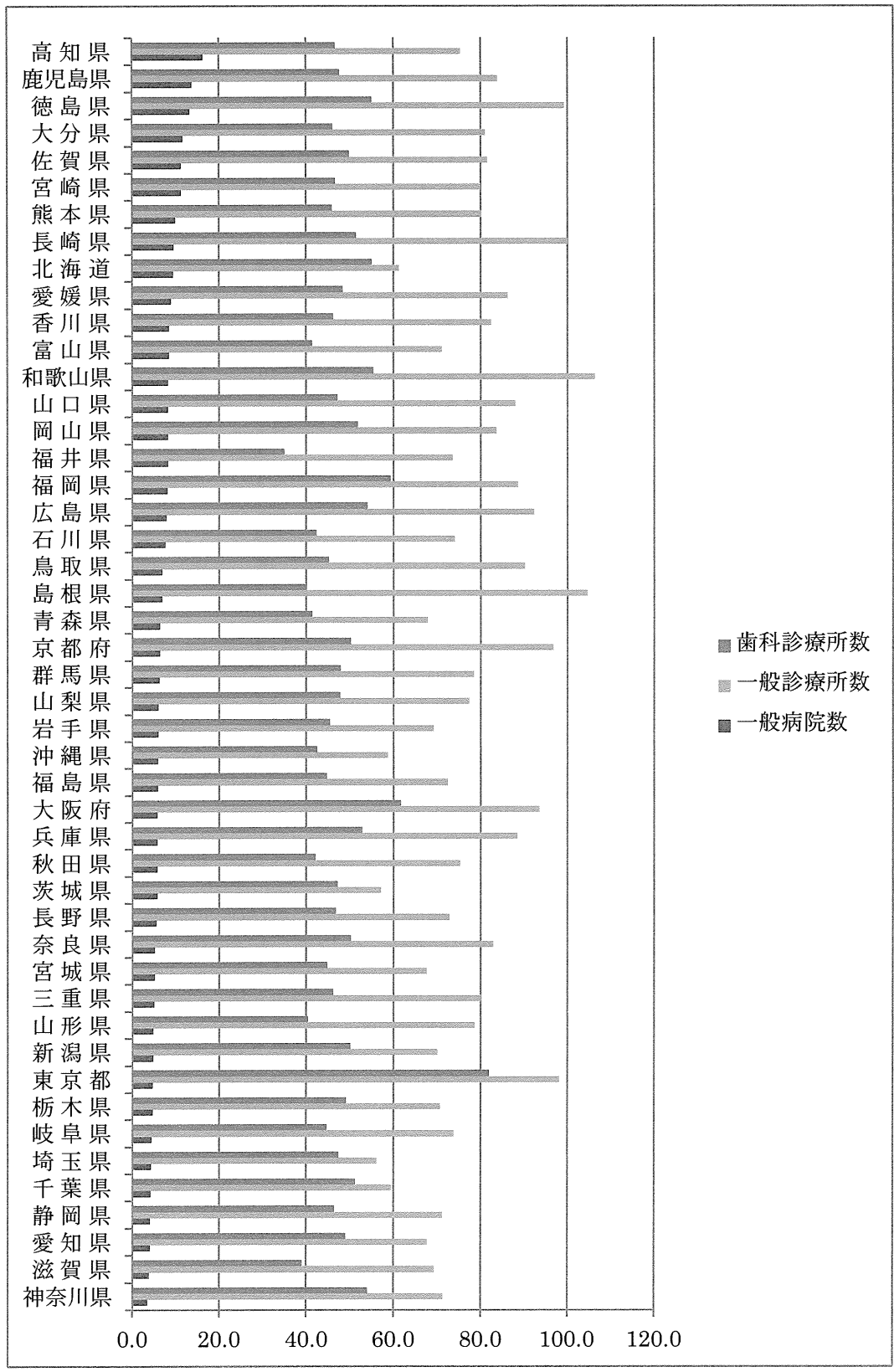
表 1 病院と一般診療所の開設主体別内訳

	施設数
病院	8670
国	274
公的医療機関	1278
社会保険関係団体	121
医療法人	5719
個人	409
その他	869
一般診療所	99824
国	596
公的医療機関	3676
社会保険関係団体	621
医療法人	35967
個人	47503
その他	11461

出典：平成 22 年（2010）医療施設（動態）調査・病院報告の概況

これらの施設は、地域偏在が大きい。図 2 は、都道府県ごとの一般病院、一般診療所、歯科診療所数を掲げたものであるが、一般病院については、最大の高知県の人口 10 万人当たり 16.3 病院と最小の神奈川県と同 3.4 病院との間には 5 倍近い格差がある。一方、一般病院の偏在と一般診療所、歯科診療所の偏在との間に直接の関係はない。それぞれ地域偏在があるが、偏在の仕方は異なることになる。一般診療所、歯科診療所数については、自由開業医制が貫かれ総量規制がないが、その格差は一般病院ほど大きくない。

医療施設の地域偏在の問題は、古くから認識されており、その解消に向けて政策的な努力が払われてきた。その最たるものは 1985 年の医療法改正で導入された地域医療計画であるが、実際にはその実施に伴う駆け込み増床によって、病床数・病院数が増加し、地域偏在も悪化した。その後、2 次医療圏ごとの病床基準は必要病床数から基準病床数に変更されたが、民間主体の病院・診療所に病床の削減を直接命じることはできないため、地域医療計画は新規増床を抑制する機能のみを果たしてきていると言ってよい。



出典 総務省「統計でみる都道府県のすがた2012」

図 2 都道府県ごと対人口 10 万人各病院・診療所数 (2009 年)

本分担研究を含む研究全体の目的は、人口構造の変化を踏まえた医療提供体制の戦略的構築にあるので、人口の変化や付随する医療ニーズの変化などを考慮し、地域ごとに医療提供体制の充実と縮減の双方を図る必要があることを示すことになる。しかし、医療提供体制、特に病院の縮減政策を実施することが現実的にはかなり困難であることは、平成22年度研究の分担報告書「社会環境の変化と医療提供体制の歴史的変遷」で論じたとおりである。そこで、本分担報告書では、縮減するケースではなく、病院を新規に開設するケースに限って、法令上どのような問題があるか、さらに法令以外にどのような事実上の問題点があるかを調査することにした。

以下、法令による病院開設規制の実態を精査し、次に新規病院開設の実態に関する調査を行い、さらにその際の種々の問題点についてインタビュー調査を行った。

2. 法令による病院開設規制

病院開設に係る規制には、医療法によるものと都市計画法によるものがある。

(1) 医療法による制限

医療法の公布は1948年（昭和23年）7月30日、施行は同年10月27日で、現時点での直近の改正は2008年5月2日である。医療法の目的は、医療を提供する体制の確保と、国民の健康の保持にある。医療法30条に医療計画に関する規定があり、特に30条の4から7の規定に従って定められる医療計画によって基準病床を定めるとしている。

現在の病床数（一般病床、療養病床）が、この2次医療圏ごとに定められた基準病床を上回っている場合には、都道府県知事は病院開設中止勧告を行うことができる（第30条の11）。この勧告に従わない場合でも、病院の開設申請に対しては許可されるが、健康保険法に基づく保険医療機関としての指定を拒否するという運用によって、病床過剰地域における増床の抑制が担保されている。

(2) 医療法をめぐる判例の動向

ただし、医療法による病床規制と病院開設中止勧告については、いくつかの裁判で争われた。以下、3つの判例を記述する。

ケース1：医療法30条に基づく病院開設中止勧告の処分性について
（最高裁第二小法廷判決、平成17年7月15日）

概要：原告が富山県高岡市において病院開設を計画し、病院開設にかかる医療法7条1項の許可申請を富山県知事にしたところ、高岡医療圏における基準病床数が既に満たされているとして開設中止の勧告がなされた。原告がこれを拒否したため、許可を出すと共に、富山県厚生部長名で厚生通知において保険医療機関の指定拒否をする旨を伝えた。

争点：行政のとった措置が、医療法30条の7に反するとして争われる。勧告の処分性について問われる。

判旨：医療法30条の7に基づく病院開設中止の勧告は、受けた者が任意に従うことが期待される行政指導として定められており、従わない場合は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という結果をもたらすことができるとしている。一方で、この勧告が行政事件訴訟法3条2項にいう『行政庁の処分その他公権力の行使に当たる行為』に当たると解するのが適当としている。

結論：都道府県は医療法に基づき医療計画を策定し、二次医療圏ごとに必要病総数を定めており、必要数を超過して新規に開設しようとする場合、開設中止勧告を受ける。この勧告には強制力はなくあくまで勧告に留まるが、連動して健康保険法第65条4項2号に基づく保険医療機関の指定拒否を受けることがある。医療機関にとって保険医療機関の指定を受けられないことは経営上、死活問題である。

ケース2：医療法30条の7による勧告に従わずに病院を開設した結果、保険医療機関の指定拒否処分を受けたことに対する裁判

(最高裁第一小法廷判決、平成17年9月8日)

概要：鹿児島県で起きた本件は、病院を開設するため、同県知事に対し、内科、外科、脳神経外科等5つの診療科目を標榜する104床の病院の開設許可を申請したところ、同県は、医療法30条の3第1項に基づき医療計画を定め、同条2項1号所定の区域として指宿市及び揖宿郡を圏域とする指宿保健医療圏を設定していた。そして、同医療圏における同項3号に規定するいわゆる一般病床については、病床過剰となっていた。

同県知事は、上告人に対し、平成9年12月1日付けで医療法30条の7の規定に基づき、病床過剰である同医療圏における同病院開設の必要を認めない旨の理由を付して、本件病院開設を中止するよう勧告した。これを受けた上告人は、同県知事に対し、平成9年12月3日、本件勧告に従わない旨通知し、同県知事は、上告人に対し、同月25日、許可処分を行った。上告人は、同県知事に対し、平成10年1月12日、医療法27条に基づき、本件病院の使用許可を申請し、同県知事は、同月22日付けでこれを許可した。

上告人は、同県知事に対し、平成10年1月23日、健康保険法43条の3第1項に基づき本件病院について保険医療機関の指定申請を行った。同県知事は、上告人に対し、平成10年3月30日、健康保険法43条の3第2項により、本件申請を拒否した。その理由は、病床過剰である同医療圏においては本件病院の開設の必要を認めないとして本件勧告が行われたものであるところ、昭和62年9月21日付保発第69号厚生省保険局長通知等の趣旨に照らして、同項所定の指定拒否要件である「其ノ他保険医療機関若ハ保険薬局トシテ著シク不適當ト認ムルモノナルトキ」に該当するというものであった。

判旨：「医療法1条の3は、国及び地方公共団体は、国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制が確保されるよう努めなければならない旨規定し、同法30条の3は、都道府県は、当該都道府県における医療計画」を定めること、医療計画には、医療圏の設定に関する事項、いわゆる一般病床に係る必要病床数等に関する事項などを定めることを規定している。

「そして、同法30条の7は、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等に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、

病院の開設等に関して勧告を行うことができる旨規定している。その趣旨は、病院の開設等の申請がされた際、当該申請に係る病院の病床数等を医療計画に適合する方向に誘導することにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保するところにあると解される。」としている。

結論：医療法30条の7の規定に基づき病院の開設を中止すべき旨の勧告を受けたにもかかわらずこれに従わずに開設された病院については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いえることができるとし、本件処分は、憲法22条1項に違反するものではない。以上は、最高裁昭和45年（あ）第23号同47年11月22日大法廷判決・刑集26巻9号586頁の趣旨に徴して明らかであるという結論となっている。

ケース3：開設許可制度の意義を問う裁判

（最高裁第二小法廷判決、平成19年10月19日）

概要：東京都で争われた本事案は、被上告人がした医療法7条に基づく病院の開設許可について、同病院の開設地の市又はその付近において医療施7を開設し医療行為をする医療法人、社会福祉法人及び医師並びに同市内の医師等の構成する医師会である上告人らがその取消しを求めている事案である。

争点：原告適格の有無があるかどうか。

判旨及び結論：本事案の要旨は、医療法（平成18年法律第84号による改正前のもの）7条に基づく開設許可のされた病院の付近において医療施設を開設し医療行為をする医療法人等は、同許可の取消訴訟の原告適格を有しないとするものであり、医療法第7条に基づく病院開設許可制度は、開設予定地付近の他の医療機関の利益を考慮することを予定していないとするものである。

（3）都市計画法による制限

2006年都市計画法が改正され、都市のスプロール現象を防止する趣旨で、市街化調整区域における病院の開設に当たっては、開設の許可を要するという新たな制限が規定された（診療所については生活施設とされ不要であるとされる）。これら制限は住民の医療へのアクセス上の課題となる可能性がある。

この点について論じた論文は極めて少ない。岩井（2010）は、人口減少社会の中で、社会保障財政の悪化等から都市政策を見直す必要があるとまず論じ、郊外に拡大してきた都市に対して、その都市機能の拡散防止を目的とし「まちづくり三法」（都市計画法、大規