

模小売店舗立地法、中心市街地の活性化に関する法律)が2006年に改正されたとする。この改正により、病院開設、福祉施設等の公共公益施設に対する開発規制が強化された。具体的には、市街化調整区域では病院開設については都市計画法上の開発許可が必要となり、実際の運営では、極めて例外的な場合に限って、この許可が認められることとなった。都市機能の拡大により、市街化調整区域に高齢者層が多く住むようになれば、医療需要が高まることが予想される。このような地区の住民の医療アクセスと病院開設が問題になる可能性がある。

改正後の都市計画法における医療施設の扱いについて、開発規制がかかるようになったが、診療所、助産所に関してはその性質から同法施行令29条の5に該当する公共公益施設、いわゆる生活関連施設とされており認められている。一方で、この項目から病院は意図的に除外されている。実際の運用では、病院の開設に関しては、一般的な市街化を促進するおそれがないことを前提に、開設を求める病院の性質が、高度救急医療や長期療養機能付き医療機関であること、さらに、病床過剰地域に設置された病院が病床不足地域に移転する場合には、例外的に認められている。

規制による医療機関の適正配置に関する政策枠組みとして、岩井（2010）は3つの選択肢を提示している。

A案：医療法に基づく病院開設許可による適正配置規制

B案：健康保険法に基づく保険医療機関の指定による適正配置規制

C案：都市計画法に基づく市街化調整区域の開発許可と医療法に基づく医療計画との連携による適正配置への誘導

A案の医療法に基づく規制は、病院の衛生水準、医療水準の維持向上を図り、国民の生命及び健康に対する危険の防止という社会的目的によるもので、一般的に警察規制または消極目的規制と考えられている。この案を採用することによる目的が、地域住民の病院へのアクセシビリティを高めることにあるとすれば、目的自体は公共の利益に合致し、否定されるものではない。問題は、その必要性和合理性をどのように確保するかということであり、岩井（2010）は職業の自由の強力な制限という手段を正当化する必要性和合理性は認めがたいとする。

B案は、A案と同様に病院機能の充足区域と不足区域で区分し、保険医療機関としての指定の制限を行うことで不足区域に病院開設を誘導するものである。実際に、先の判例でも示したように医療法と連動した指定の拒否は行われている。ただし、健康保険法の目的は、「医療保険の運営の効率化、給付の内容及び負担の適正化並びに国民が受ける医療の質の向上」にあり、病院へのアクセス向上を目的とした保険医療機関の指定拒否は、合理性を認めがたいとする。

これに対し、C案の都市計画法による規制は、「許容すべき特別の必要性のあるもの」に該当するものとして病院の開発許可を出すことで、医療施設の適正配置を図るというも

のである。医療計画において不足とされた市街化調整区域のうち病院機能が不足している地域における開発を許可するものである。この案は、先のA案・B案のように、職業の自由を制限する規制目的の手段としての必要性・合理性などが問題とされるのに対し、C案は開発行為の禁止を解除するのみであって、こうした問題は生じないと、岩井（2010）は主張している。

病床不足地域が、市街化調整区域に該当すると判明した場合、都市計画法による開発許可制度が問題になりうることを意味する。

3. 新規病院開設の実態調査

医療法に基づく病床規制は、医療圏ごとの適正な病床数を保ち、医療費を適正化するためのものである。本章では実際に開設された病院の特徴を把握する。

1) 調査方法

都道府県ごとの病院名簿を参考とし、開設年月日が過去6年以内（平成18年4月1日～平成24年3月31日）の病院をリストアップした。病院名簿がない場合には、各都道府県が医療機能情報を提供するサイトから、各病院情報を参考として引用した。その後、リストアップした病院へ電話による確認を行い、実際に開設が6年以内であるとの確認を行った。

なお、新規開設病院とは、「都道府県が新規に病床割当てを行い、当該病院への開設許可が初めてである病院」を指している。2次医療圏内の病床数の変更を伴わない開設（他の病院の病床の振替分として開設された分院、新築移転、医療法人化、事業の継承）、診療所から病院へ変更については、調査の対象外とした。また、今回の調査方法で対象となる病院は、平成24年4月1日現在で開設（開院）中のものに限っている。

2) 調査結果

2-1 新規開設件数

(1) 施設の種別別にみた新規開設件数

過去6年間の開設届出数は642（ただし、平成17年10月1日～平成23年9月30日の合計）で、そのうち新規病院開設数は51であった。施設の種別では、精神科病院が9（17.6%）、一般病院が42（82.4%）、療養病床を有する病院は22（43.1%）であった。

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）

総数	精神科病院	結核診療所	一般病院	療養病床を有する病院（再掲）
51	9	0	42	22
100	17.6%	0.0%	82.4%	43.1%

(2) 都道府県別にみた新規開設件数

都道府県別の新規開設数は、表3のとおりで、東京の15（29.4%）が最も多く、大阪の10（19.6%）、埼玉の6（11.8%）、兵庫の5（9.8%）と続く。東京、大阪で25（49.0%）とほぼ半分を占める。開設数が2の都道府県は6、開設数が1の都道府県は3、開設されて

ない都道府県が 34 ある。

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）

	病院	精神科病院	一般病院		病院	精神科病院	一般病院
北海道	0	0	0	奈良	0	0	0
青森	0	0	0	和歌山	0	0	0
秋田	0	0	0	大阪	10	1	9
岩手	1	0	1	兵庫	5	0	5
山形	0	0	0	京都	0	0	0
宮城	2	1	1	滋賀	0	0	0
福島	0	0	0	鳥取	0	0	0
群馬	0	0	0	岡山	0	0	0
栃木	0	0	0	広島	2	0	2
埼玉	6	5	1	山口	0	0	0
茨城	1	0	1	島根	0	0	0
東京	15	1	14	香川	0	0	0
千葉	2	0	2	徳島	0	0	0
神奈川	2	1	1	高知	0	0	0
新潟	0	0	0	愛媛	0	0	0
長野	0	0	0	大分	0	0	0
山梨	0	0	0	宮崎	0	0	0
静岡	1	0	1	鹿児島	0	0	0
愛知	2	0	2	熊本	0	0	0
岐阜	2	0	2	福岡	0	0	0
福井	0	0	0	佐賀	0	0	0
石川	0	0	0	長崎	0	0	0
富山	0	0	0	沖縄	0	0	0
三重	0	0	0	総数	51	9	42

（3）年度別にみた新規開設件数

年度別の新規開設数は、平成 20 年度が 16(31.4%)と最も多く、平成 19 年度の 12(23.5%)、平成 18 年度・平成 21 年度・平成 22 年度の 6 (11.8%)、平成 23 年度の 5 (9.8%) と続く。

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）

	総数	18 年度	19 年度	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度
病院	51	6	12	16	6	6	5
	100%	11.8%	23.5%	31.4	11.8%	11.8%	9.8%
精神科病院	9	0	2	6	1	0	0
一般病院	42	6	10	10	5	6	5
（再掲）療養病床 を有する病院	22	3	3	7	2	4	3
参考：医療施設調査に基づく開設数（各年 10 月～翌年 9 月）							
	総数	平成 17 年	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年	平成 21 年	平成 22 年
病院	642	161	131	106	95	74	75

出典：平成 22 年（2010）医療施設（動態）調査・病院報告の概況

（4）開設者別にみた新規開設件数

開設者別の新規開設数は、医療法人が 43(84.3%)と最も多く、社会福祉法人の 3(5.9%)、私立大学法人の 2(4.0%)と続く。

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）

総数	51	100.0%
国	0	0.0%
都道府県	0	0.0%
市町村	1	2.0%
私立大学法人	2	4.0%
社団法人	1	2.0%
医療法人	43	84.3%
（再掲）社会医療法人	3	
（再掲）特定医療法人	1	
（再掲）特別医療法人	1	
社会福祉法人	3	5.9%
個人	1	2.0%
その他	0	0.0%

表 6 開設者別にみた既存施設数（平成 22 年 10 月 1 日現在）

	平成22年 (2010)	
病院	8670	100.0%
国	274	3.2%
公的医療機関	1278	14.7%
社会保険関係団体	121	1.4%
医療法人	5719	66.0%
個人	409	4.7%
その他	869	10.0%

出典：平成 22 年（2010）医療施設（動態）調査・病院報告の概況

（5）病床の規模別にみた新規開設件数

病床の規模別の新規開設数は、100～149 床が 20（39.2%）と最も多く、150～199 床の 10（19.5%）、50～99 床の 9（17.6%）、200～299 床の 6（11.8%）と続く。300 床以上の大病院は皆無で、中小病院が圧倒的に多い。療養病床についても同様である。

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）

	合計	20～49 床	50～99 床	100～149 床	150～199 床	200～299 床	300 床～
総数	51	5	9	20	10	6	1
	100%	9.8%	17.6%	39.2%	19.6%	11.8%	2.0%
精神科病院	9	0	0	6	1	2	0
一般病院	42	5	9	14	9	4	1

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）

	合計	20～49 床	50～99 床	100～149 床	150～199 床	200 床～
総数	22	2	6	7	6	1
	100%	9.0%	27.3%	31.8%	27.3%	4.5%
精神科病院	0	0	0	0	0	0
一般病院	22	2	6	7	6	1

(6) 診療科目別にみた新規開設件数

一般病院について診療科目別の新規開設数は、内科が 36 (85.7%) と最も多く、次いでリハビリテーション科の 34 施設 (81.0%)、整形外科の 22 施設 (52.4%)、外科の 15 施設 (35.7%)、神経内科の 13 施設 (31.0%) と続く。一般的に不足が問題視されている小児科 (6 施設、14.3%)、産科 (1 施設、2.4%)、救急科 (0 施設、0.0%) は少ない。

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)

	診療科	数			診療科	数	
1	内科	36	85.7%	25	整形外科	22	52.4%
2	呼吸器内科	35	11.9%	26	形成外科	2	4.8%
3	循環器内科	11	26.2%	27	美容外科	0	0.0%
4	消化器内科(胃腸内科)	10	23.8%	28	眼科	6	14.3%
5	腎臓内科	1	2.4%	29	耳鼻いんこう科	5	11.9%
6	神経内科	13	31.0%	30	小児外科	1	2.4%
7	糖尿病内科(代謝内科)	3	7.1%	31	産婦人科	2	4.8%
8	血液内科	0	0.0%	32	産科	1	2.4%
9	皮膚科	8	19.0%	33	婦人科	3	7.1%
10	アレルギー科	0	0.0%	34	リハビリテーション科	34	81.0%
11	リウマチ科	3	7.1%	35	放射線科	9	21.4%
12	感染症内科	0	0.0%	36	麻酔科	11	26.2%
13	小児科	6	14.3%	37	病理診断科	1	2.4%
14	精神科	3	7.1%	38	臨床検査科	0	0.0%
15	心療内科	0	0.0%	39	救急科	0	0.0%
16	外科	15	3.57%	40	歯科	1	2.4%
17	呼吸器外科	2	4.8%	41	矯正歯科	0	0.0%
18	心臓血管外科	46	14.3%	42	小児歯科	0	0.0%
19	乳腺外科	0	0.0%	43	歯科口腔外科	3	7.1%
20	気管食道外科	0	0.0%	44	泌尿器科(人工透析)	1	2.4%
21	消化器外科(胃腸外科)	4	9.5%	45	総合診療	0	0.0%
22	泌尿器科	10	23.8%	46	漢方内科	1	2.4%
23	肛門外科	4	9.5%	47	児童精神科	0	0.0%
24	脳神経外科	13	31.0%		総数	42	100%

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）

	診療科目	一般病院				
		平成22年 (2010)	平成21年 (2009)	対前年		施設数 に対する 割合 (%)
				増減数	増減率 (%)	
	総 数	7 587	7 655	△ 68	△ 0.9	100.0
1	内 科	6 972	7 034	△ 62	△ 0.9	91.9
2	呼吸器内科	2 511	2 480	31	1.3	33.1
3	循環器内科	3 681	3 647	34	0.9	48.5
4	消化器内科 (胃腸内科)	3 619	3 565	54	1.5	47.7
5	腎臓内科	549	440	109	24.8	7.2
6	神経内科	2 174	2 134	40	1.9	28.7
7	糖尿病内科 (代謝内科)	647	558	89	15.9	8.5
8	血液内科	280	235	45	19.1	3.7
9	皮膚科	2 975	2 972	3	0.1	39.2
10	アレルギー科	434	444	△ 10	△ 2.3	5.7
11	リウマチ科	1 115	1 085	30	2.8	14.7
12	感染症内科	70	62	8	12.9	0.9
13	小児科	2 808	2 853	△ 45	△ 1.6	37.0
14	精神科	1 585	1 563	22	1.4	20.9
15	心療内科	602	598	4	0.7	7.9
16	外科	4 883	4 931	△ 48	△ 1.0	64.4
17	呼吸器外科	741	705	36	5.1	9.8
18	心臓血管外科	938	912	26	2.9	12.4
19	乳腺外科	399	321	78	24.3	5.3
20	気管食道外科	94	89	5	5.6	1.2
21	消化器外科 (胃腸外科)	1 078	1 008	70	6.9	14.2
22	泌尿器科	2 781	2 786	△ 5	△ 0.2	36.7
23	肛門外科	1 205	1 206	△ 1	△ 0.1	15.9
24	脳神経外科	2 490	2 482	8	0.3	32.8
25	整形外科	4 999	5 041	△ 42	△ 0.8	65.9
26	形成外科	1 127	1 121	6	0.5	14.9
27	美容外科	120	114	6	5.3	1.6
28	眼科	2 478	2 487	△ 9	△ 0.4	32.7
29	耳鼻いんこう科	2 000	2 007	△ 7	△ 0.3	26.4
30	小児外科	338	332	6	1.8	4.5
31	産婦人科	1 252	1 294	△ 42	△ 3.2	16.5
32	産科	180	180	-	-	2.4
33	婦人科	762	748	14	1.9	10.0
34	リハビリテーション科	5 045	4 998	47	0.9	66.5
35	放射線科	3 355	3 338	17	0.5	44.2
36	麻酔科	2 597	2 546	51	2.0	34.2
37	病理診断科	272	226	46	20.4	3.6
38	臨床検査科	134	116	18	15.5	1.8
39	救急科	288	247	41	16.6	3.8
40	歯科	1 084	1 094	△ 10	△ 0.9	14.3
41	矯正歯科	138	133	5	3.8	1.8
42	小児歯科	136	129	7	5.4	1.8
43	歯科口腔外科	829	816	13	1.6	10.9

注：心臓血管外科には循環器外科を含む。

出典：平成 22 年（2010）医療施設（動態）調査・病院報告の概況

2-2 新規開設に伴う病床数

(1) 病床の種類別にみた病床数

新規開設に伴う病床数は 6881 床である。病床の種類別にみると、一般病床が 3105 床 (45.1%) と最も多く、次いで療養病床の 2458 床 (35.7%)、精神病床の 1314 床 (19.1%)、感染病床の 4 床 (0.1%) と続く。

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)

総数	精神病床	(再掲) 精神科病院	(再掲) 一般病院	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床
6881	1314	1314	0	4	0	2458	3105
	19.1%			0.1%	0.0%	35.7%	45.1%

表 12 病院の種類別にみた病床数 (平成 22 年 10 月 1 日現在)

	各年10月1日現在					
	病床数		対前年		構成割合(%)	
	平成22年 (2010)	平成21年 (2009)	増減数	増減率 (%)	平成22年 (2010)	平成21年 (2009)
総数	1 730 339	1 743 415	△ 13 076	△ 0.8
病院	1 593 354	1 601 476	△ 8 122	△ 0.5	100.0	100.0
精神病床	346 715	348 121	△ 1 406	△ 0.4	21.8	21.7
精神科病院	257 715	258 318	△ 603	△ 0.2	16.2	16.1
一般病院	89 000	89 803	△ 803	△ 0.9	5.6	5.6
感染症病床	1 788	1 757	31	1.8	0.1	0.1
結核病床	8 244	8 924	△ 680	△ 7.6	0.5	0.6
結核療養所	93	93	-	-	0.0	0.0
一般病院	8 151	8 831	△ 680	△ 7.7	0.5	0.6
療養病床 (A)	332 986	336 273	△ 3 287	△ 1.0	20.9	21.0
一般病床	903 621	906 401	△ 2 780	△ 0.3	56.7	56.6
一般診療所	136 861	141 817	△ 4 956	△ 3.5	100.0	100.0
(再掲) 療養病床 (B)	15 078	16 476	△ 1 398	△ 8.5	11.0	11.6
歯科診療所	124	122	2	1.6
療養病床総数 (A)+(B)	348 064	352 749	△ 4 685	△ 1.3

出典：平成 22 年 (2010) 医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況

(2) 開設者別にみた病床数

開設者別にみると、医療法人が 5289 床 (76.9%) と最も多く、次いで私立大学法人の 844 床 (12.3%)、社会福祉法人の 350 床 (5.1%) と続く。

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)

総数	6881	100%
国	0	0.0%
都道府県	0	0.0%
市町村	200	2.9%
私立大学法人	844	12.3%
社団法人	168	2.4%
医療法人	5289	76.9%
(再掲)社会医療法人	347	
(再掲)特定医療法人	44	
(再掲)特別医療法人	219	
社会福祉法人	350	5.1%
個人	30	0.4%
その他	0	0.0%

3) まとめ

・病院開設の届け出数と新規開設病院数の格差

過去 6 年間について比較すると、新規で開設された病院は 51 施設あるのに対し、医療施設調査に基づく病院の開設件数自体は 642 件ある (集計期間が半年ずれていることに注意)。届け出に基づく開設件数の大部分 (591 施設、92.1%) は、あくまで他の形態 (分院、新築移転、施設の統廃合に基づく開設等) によるものだということが分かる。

・新規開設病院の都道府県ごとの偏在

過去 6 年間の中で、少なくとも 1 施設が開設された都道府県は、一般病院が 13、精神科病院が 5 である。しかも、一般病院については、東京・大阪・兵庫と開設数が最も多い。3 地域で 28 施設 (66.7%) を占め、精神科病院については、埼玉県だけで 5 施設 (55.6%) を占めている。一般病院・精神科病院の両方において、新規で開設されるケースは一部の都道府県に極度に偏っていることが分かる。

- ・医療法人による病院開設の比重の重さ

過去 6 年間の 51 施設の病院新規開設のうち医療法人に基づく開設が 43 件で、全体の 84.3%を占めている。行政（国・都道府県・市町村）や個人では病院を新規で開設することはほぼなく、新規病院開設という手法によって医療提供体制を充実させる場合には、医療法人が担う役割が非常に大きいといえる。

- ・ニーズの高い診療科目の増加傾向

診療科目の割合をみると、平成 22 年 10 月 1 日現在の病院と比較して、過去 6 年間に新規開設された病院で多いものは、リハビリテーション科の 81.0%（平成 22 年調査では 66.5%）、神経内科の 31.0%（同 28.7%）、心臓血管外科の 14.3%（同 12.4%）、の 3 科だけとなっている。新規開設病院の数自体が少ないことも踏まえた上でも多いと考えられる診療科目は、リハビリテーション科だけである。現在の日本においてリハビリテーション科が、需要・供給それぞれの観点から必要とされており、その診療機能を有する病院を中心として新規で開設されている傾向が分かる。

- ・療養病床の比重の高まり

病床の割合を種類別にみると、平成 22 年 10 月 1 日現在の病床と比較して、過去 6 年間に新規開設された病院の病床は、精神病床はほぼ変わらないが（19.1%、平成 22 年調査では 21.8%）、その内訳において、一般病院が有する精神病床は 0 床となっている。また、一般病床が 45.1%（同 56.7%）に比べて、療養病床は 35.7%（同 20.9%）となっている。これは、先ほどリハビリテーション科を持つ病院が増えているという結果と相反するものではない。療養病床を備え、リハビリテーション科の機能を持つ病院が増えていることを示唆するものである。

- ・今後の病院開設にみる傾向

新規開設病院の実態調査から、医療法に基づく開設の届け出数と比べても、新規開設病院数は圧倒的に少ないこと（過去 6 年間で 51 施設）、また都道府県ごとに比較すると明らかな偏りがあることが伺える。しかし、その中でも必要とされる医療機能を有した病院は今後も新規開設によって増加する可能性が高い。現在は療養病床を中心とするリハビリテーション機能を備えた病院の比重が高まっていると考えることができる。

- ・調査の限界

本実数調査では、各都道府県が所有する最新の病院名簿の開設年月日を参考にして調査を行った。病院名簿に記載されている開設中の病院のみ対象であり、現在までに休床・廃止されている病院を確認することができていない。

4. 病院の新規開設プロセスに関するインタビュー調査

病院開設の計画を作成してから実際に開院するまでに、どのような実質的障害があるのかを把握することを目的として、インタビュー調査を行った。具体的には、病院開設に携わった関係者に対し、①計画当初の病院像 ②計画実行段階における変更プロセス ③最終的にでき上がった病院形態 のように、時系列的に追いながらインタビューを行った。

1) 調査方法

インタビュー調査は、9つの病院開設のケースに関し、担当者7名に対して実施した。なお、インタビューに応じる条件として、病院名、都道府県名、市町村名、開設年月日を伏せること、病床数を意図的に曖昧にして書くこととしたため、以下のケース事例の記述についてもこれらの条件が反映されている。

2) 質問項目

質問項目は以下の通りである。

計画当初の病院像	<ol style="list-style-type: none">1. 病院の経営理念、ビジョン<ul style="list-style-type: none">・経営理念、ビジョンの内容、及びその考え方、理由2. 開設計画における病院形態の選択肢<ul style="list-style-type: none">・開設を計画する経緯・二次医療圏の候補地、判断基準、理由・立地の候補地、判断基準、理由・病床数の規模の選択肢、判断基準、理由・診療科目の選択肢、判断基準、理由
計画実行段階における変更プロセス	<ol style="list-style-type: none">1. 法規制について<ul style="list-style-type: none">・病床規制による影響・病床規制以外の法律上の規制・優遇された法律2. 開設に関わった関係者について<ul style="list-style-type: none">・住民の意向、影響力、・地元医師会の意向、影響力・行政の意向、影響力・政治家の意向、影響力・その他アクターの意向、影響力

最終的にでき上がった病院 形態	計画段階において構想されていた事柄の変化について ・二次医療圏の候補地 ・立地の候補地 ・病床数 ・診療科目
--------------------	--

ケース 1：A病院

A病院の概要

- 立地：線路で南北に二分された市内の南側にある
- 病床数：一般病床 400 床程度 計 400 床程度
- 診療科目：内科、循環器内科、外科、脳神経外科、整形外科、心臓血管外科、
眼科、麻酔科、産婦人科、放射線科、泌尿器科、皮膚科、病理診断科 等
- 病院の性格：急性期病院
- 病院へのアクセス：最寄駅から 徒歩 5 分程度

新築移転先に建てられる新しいA病院（現在移転中）の概要

- 二次医療圏：移転前のA病院と同じ医療圏に含まれる
- 立地：移転前のA病院の隣の市に位置する
- 病床数：一般病床 400 床程度 計 400 床程度
- 診療科目：移転前と同じ
- 病院の性格：急性期病院
- 病院へのアクセス：最寄駅から徒歩 10 分程度

A病院の跡地に建てられる新規開設病院（A病院の取り壊し後、着工開始予定）の概要

- 立地：A病院の跡地に建てられる
- 病床数：一般病床 100 床程度 計 100 床程度
- 診療科目：未定
- 病院の性格：急性期病院
- 病院へのアクセス：最寄駅から 徒歩 5 分

[補足説明] 現在のA病院（上段に記述）は老朽化が進み、隣の市へ新築移転を進めている。移転が完了すれば、現在のA病院の建物は取り壊しを始めていく。この新築移転の流れとは別に、A病院の取り壊しを終えた後、その跡地にもう一つ病院を建てる（下段に記述）。跡地に建てられる病院は移転先の新しいA病院とは別物であり、また都道府県から新たに許可が下りた病床のみ（100床程度）で構成されている。

ケース 1 ではこの新規開設病院を中心に扱っていく。

インタビュー対象者：現在の事務部門職員を務める。2つの新病院について地域住民への対応を行っている。

1) 病院開設を計画した経緯

1-1. 病院の経営理念、ビジョン

- ・地域住民と共同して病院を作るといふ思いがある。そのため24時間年中無休で患者を受け入れており、二次救急・三次救急にも対応している。通常の急性期病院とは異なり、一般外来患者を拒まない。医療がその地域、もしくはその病院で完結することが理想であり、この地域を一病院で完結できる医療提供体制の構築を目標としている。
- ・患者を断らない姿勢を貫き、地域住民には、開業医から紹介を受けた患者だけでなく、誰でも24時間対応すると伝えている。

1-2. 計画の初期における病院像

<開設を計画した経緯>

- ・現在あるA病院の開院は古く、満たしている施設基準は古いものである。病室や廊下は狭く、敷地自体の面積も現在の基準には足りていない。駐車場も狭く、病院前の道路で渋滞を引き起こす等、患者や近隣住民へ迷惑をかけてしまっている。
- ・現在のA病院が開設された当時、地域の医師会から反対されたことで、十分な土地の確保ができなかった。現在抱えている400床程度の病床と、新たに許可が下りた100床程度の病床を持て余す恐れがある。このためA病院では現住所での建て替えを諦め、10年前から新築移転の計画を進めてきた。
- ・移転先の新しいA病院では、駐車場の完備を初め、海に近い土地であるため震災時の津波対策や避難誘導経路の確立、屋上のヘリポートの創設を行っている。
- ・新築移転とは別に、現在のA病院跡地に新規開設病院を建てる予定である。理由の一つに、A病院を移転先へ移すことで、市の線路を挟んだ南側から病院が消えることがあげられる。東西に走る線路で市は二分され、A病院がなくなることで南側の住民の医療機関アクセスが著しく悪くなってしまう。市の北側には3つの病院があるが、南側にある病院はこれまでA病院ただ一つであった。

<二次医療圏><立地>

- ・住民から要望を受けた市長が直々に、病院機能を残して欲しいとA病院に要請していた。A病院の跡地にもう一つ病院を建てようとして計画し始めた頃、立地の候補として、現在のA病院跡地やA病院から数百m圏内にあった店舗跡地の他に、市の北側にある幹線道路に隣接する土地があげられていた。しかし市長からの要請を反映させる意味でも、新規開設病院の計画が進む中で、立地は市の南側に限定されていった。

<病床数>

・ A病院は現在 400 床程度の一般病床を抱えているが、稼働病床は 300 床程度であり、100 床程度を休床させている。追加で許可が下りた病床も合わせると、現在 200 床程度が二次医療圏内で宙に浮いている状態である。

・ A病院が事前協議を行った年度の空き病床数は 150 床程度であったが、可能な限り多く病床数を確保したいと考えていた。計画当初では空き病床があるなら全数確保しようと考えていた。

<診療科目>

・ 新規開設病院でも、救急を前提とする基本 5 科＝内科、外科、小児科、産婦人科、整形外科を外すことはしない。また 24 時間患者の受け入れを行う。その一方で紹介率等の制約から、移転先の新しい A 病院でも地域支援病院の認定は受けることはできない。

2) 開設上の問題点

2-1. 法規制によるもの

<病床規制>

・ A病院が事前協議を行った年度は、空き病床が 150 床程度であった。最終的に A 病院が 100 床程度、他の病院が 50 床程度の増床許可が下りている。A 病院としては、400 床は無理でも 200 床以上の大規模病院として、再診料や初診料の加算を算定できる 200 床は最低でも確保をしたいと考えていた。また、現在 400 床程度で患者を回しており、それだけの医療への需要があると分かっている。100 床程度の小規模病院では相当数の患者を対応できない恐れがある。

・ 現在 A 病院が抱える 400 床程度はすべて移転先の新しい A 病院へと移す。行政から新しく許可された 100 床程度は新規開設病院へ回す。新規開設病院は、病床数に余裕のある構造で作っておき、将来にわたって病床数を増やしていく予定である。

・ 新規開設病院では、100 床程度のうち、まずは救急や 5 科（内科、外科、小児科、産婦人科、整形外科）の病床を確保してから、残りの病床で差別化を図るための診療科を作っていく予定である。

<病床規制以外の法律規制>

・ 新規開設病院の建築に当たり、近隣住民と日照権の問題を話し合うことが予想される。

<病院開設を後押しする法律>

・ 開設資金は公的資金を受けず、銀行等から借り入れする。

2-2. 関係者によるもの

<住民>

- ・日照権の問題をはじめ、地域住民と民事裁判になりかねないところに特に気を遣っている。地域住民から悪い噂が立たないことが大切である。
- ・現在のA病院が開院した当時は、地域の医師会が反対し、学校の保険医から撤退するとの脅しや、市の職員の救急受け入れを拒否する事態に見舞われた。そこで立ち上がった地域住民が署名活動を通じて病院誘致へ働きかけを行った。現在でも地域住民には、この地域で医療を提供し続けてきたA病院へ強い思い入れがある。
- ・地域住民から病院を残して欲しいと要望もあがっており、新規開設病院は市の南側で行って欲しいとの声があがっていた。
- ・法人グループはもともと、A病院を取り壊し新規開設病院を建てるまでの期間はすべての診療機能を停止させようと考えていた。しかし地域住民の要望を受けて、その期間中においても一部の診療機能を残しながら工事を続けるという現在の計画へ変更している。インタビュー対象者いわく、病院の新築移転と新規開設の2つを短期間で行うには、職員の確保もしなければならない。また、新規開設病院も一部の診療機能を残しながら建設を行う予定なので、1つの病院に集中することができないという。
- ・地域住民へのアナウンスは、ポスティング、新聞折込、ホームページと一通り行っている。

<地主>

- ・A病院の周辺に渡り、戦火を免れて小さな家が乱立しているため、特にまとまった土地の確保が難しい。移転先の第一候補であった店舗跡地（A病院の現住所から数百mの位置にある）は、地主と協議を行うもマンションが建てられることに決まった。この第一候補地を確保できていれば、追加で許可が下りた100床と併せてA病院を移転するだけで済み、A病院跡地にもう一つ病院を建てる計画にはならなかった。

<地元医師会>

- ・A病院の地域の医師会とは長年の付き合いがあり協力関係にある。A病院は24時間年中無休で患者を受け入れており、常に患者を受け入れるその姿勢が地域の病院の見本となっている。医師会の会長からは、医師会で説明会を開き筋は通して欲しいが、現在のA病院跡地でもう一つ病院を作ることには賛成すると言われている。
- ・A病院の移転先の地域の医師会とは馴染みがなく、A病院へ協力的であるとはいえない。理由の一つに、新参者が参入してくることで、医師会のメンツや権威が脅かされるからだと考えられる。一方でクリニック経営者個人として見れば、病院があることで24時間患者を看てもらえ喜ばれるだろうと考えられる。

<行政>

- ・地域住民の要望を受けた市長からA病院に対して、病院機能を残して欲しいと直々に要請をもらった。このことが移転を巡る一連の計画に少なからず影響を与えた。
- ・A病院が抱える400床程度のうち現在稼働させているのは300床程度のみである。それでも追加で100床程度の許可が下りたのは、都道府県知事や市長、保健所に対して、ゆくゆくはA病院の移転に加えて新規開設病院を建てる計画があるのだと丁寧に説明したためである。新規開設病院のビジョンが明確でない中、増床の許可を求める申請を出したため、行政を説得するには相当の時間がかかった。
- ・空き病床があるとの情報が入り次第、A病院では行政への裏工作を始めている。市長や都道府県知事への説得・工作を行っている。A病院の地域の市長は、病院側が選挙で支持する引き換えに、A病院を支援することを約束している。市議会ではA病院の要望は通すことが可能である。

<政治家>

- ・A病院からは国会議員を1人擁している。国会議員には、厚生労働省からクレームがきた際、それを抑えてもらう役割をしてもらう。

<他の病院>

- ・医師会の分科会で定期的に意見を交換する場があり、A病院は他の病院の手上げ情報を仕入れていた。どの病院がどれだけ増床するのか推測し、150床程度の空き病床すべてを確保しようという初めの計画から下方修正している。最終的には100床程度で申請し、申請通りに病床の許可が下りている。
- ・A病院が事前協議を行った頃、これまで懇意にしてきた都道府県の議会議員が別の病院の説得を受けて、逆にA病院の増床計画を妨害されてしまう事態が起こっている。

<その他関係者や関係する事象>

- ・A病院が開院したのは古く、現在もベッド周りは新基準の6.4㎡ではなく、旧基準の4.3㎡のままである。
- ・今後、移転先と新規開設病院の2か所で医療行為を行うため、看護師を含む職員の振り分けに悩んでいる。
- ・A病院の1割程度は社会的入院の患者でベッドが埋まっている。お金のない患者や、身内がいない患者で急性期病床が埋まり病床回転率が悪くなっている。社会的入院を抑えることができれば、新規開設病院でも100床程度で患者を回すことができる。
- ・A病院と周辺の施設との間で病病連携がうまくいっていない。療養病床はどこも満床であり、回転率が悪く数か月先まで待機状態が続いている。患者が急性期から慢性期へ移る際、在宅では面倒を診る人がおらず、老健や特養の施設との連携もとりにくい。その原因

はこれまで施設間の具体的な連携プロセスがないためである。例えば、あらゆるケースを想定し急性期患者のために待機病床をいくつか確保しなければならない等、自治体はマニュアル作りをするべきである。連携の枠組み作りは自治体の力量次第であり、A病院がある都道府県にはそういったマニュアルや指導はないのが現状である。行政には患者の住み分け等のソフト面の対策を進め、連携をとれる仕組み作りを行って欲しい。

・移転先の新しいA病院について、当時流行していたDPCへ導入し、診療報酬を包括化すべきか議論した。時代の流れに従い病院も変わらねばならず、乗り遅れば移転先の経営もうまくいかないだろう。これまで通り経営していたのでは病院は潰れてしまう。今後病院に求められているものを見極めなければならない。

ケース2：B病院

B病院の概要

- 立地：法人グループの本院がある市区町村の中に建てられる
- 病床数：療養病床 150 床程度 計 150 床程度
(うち回復期リハビリテーション病棟 150 床程度)
- 診療科目：内科、循環器内科、神経内科、リハビリテーション科 等
- 病院の性格：慢性期型病院
- 病院へのアクセス：最寄駅から徒歩 10 分程度、もしくは最寄バス停から徒歩 1 分程度

インタビュー対象者：現在の病院事務長を務める。B病院の開設にあたり事務方の責任者を務めた。B病院が開設される約 2 年前から開設準備室に参画しており、現在B病院が建っている土地を取得した経緯を含め、彼が責任者を務める以前の意思決定までは把握していない。

1) 病院開設を計画した経緯

1-1. 病院の経営理念、ビジョン

・チーム医療を通して、患者に質の高いリハビリテーション医療を提供していく。

1-2. 計画の初期における病院像

<開設を計画した経緯>

・法人グループが新しい病院を開設しようと計画し始めたのは、実際にB病院が開設される約 3 年前である。法人グループの本院は急性期病院として地域の救急医療を担ってきた。当時、中枢系の疾患や骨折の患者を受け入れる医療機関が不足しており、地域の患者の治療ステップに循環不全を起こしかねない状態であった。このため療養環境を整備して急性

期病院である本院と連携できる環境作りを行うことが求められていた。

<二次医療圏><立地>

・本院のある市区町村やその周辺地域が、新しく建てる病院の候補地となる。本院との連携がとれる地域内に病院を作ることに意味があった。

・B病院の敷地は、法人グループ内の前任者が取得しているため、インタビュー対象者は具体的にどの土地が候補にあがったのか、その土地に決定するまでの経緯はどういうものであったか把握していない。もともと更地や駐車場、民家が建っていた土地であることは分かっている。

・B病院の開設計画では、初めから150床程度に相当する敷地面積を確保できるかどうかを念頭に置き、土地の取得を行ったようである。現在ある敷地面積では、建物の建蔽率、容積率等から見ても200床規模の病院を建てることができないためである。

<病床数>

・病院の運営面から、150床程度で開設したいと考えていた。施設基準の面からも、回復期病棟は1フロア50床程度でイメージしており、150床程度がちょうどよかった。また回復期専門病院で200床程度の大規模な病院は少ないため、法人グループと担当者の双方が、病院規模を拡大しすぎることには躊躇した。

・インタビュー対象者が病床数を決定し、法人グループ本部の了承を経て最終的な判断とされている。

<診療科目>

・回復期リハビリテーション病棟をメインとする病院機能を検討していた。本院を含め多くの急性期病院との連携強化が見込まれた。さらにB病院の開設を計画していた当時、本院のある都道府県は人口あたりの回復期病床の数が非常に少なかった。法人グループもこの都道府県で回復期リハビリテーション医療をやることに強い意義を感じていた。

・回復期リハビリテーション病棟を念頭に置きつつも、B病院の開設計画の初めには救急医療と両立させる病院像が、選択肢の一つとして検討されていた。

2) 開設上の問題点

2-1. 法規制によるもの

<病床規制>

・事前協議を行った当時、二次医療圏内の空き病床は50床程度であった。どれだけ多く病床を確保できたとしても、B病院の運営に必要なだけの病床数を確保できないことが分かっており、法人グループの系列病院からB病院へ一部病床を移すことで、なんとか150床程度を確保しようと考えていた。しかしその翌年、二次医療圏内の病床数は減少し再度空

き病床が生じた。この年も事前協議を行い増床の許可が下りたため、最終的に 150 床程度を新規に獲得した病床のみで開院することができた。

<病床規制以外の法律規制>

- ・特になし。

<病院開設を後押しする法律>

- ・開設資金は銀行と医療事業団から借りている。
- ・インタビューを行った当時は、回復期リハビリ病床や療養病床へ転換する病院を対象とした補助金が行政から出されている。しかしB病院の開設許可が下りた当時は利用できる補助金はなかった。

2-2. 関係者によるもの

<住民>

- ・B病院から地域住民へ説明会や戸別訪問を繰り返し行っている。新しい病院の機能の他に、救急車が来る頻度や、日当たり確保にどれだけ影響を及ぼすのか、病院が建てられることで生じる不利益についても説明を重ねている。B病院の隣にはもともとマンションがあり、近隣住民からは特に日照権の問題について説明を求められ、建築基準法をクリアする以上に厳しい施設基準を要求されていた。病院開設への反対の声もみられたが、それらも病院の開設計画そのものへ反対している訳ではなく、建築計画の見直しを迫るものが大半であった。

<地主>

- ・住民の一部が転居後の住まいを確保できず、約半年の立ち退き延期となったことで、建築の着工計画にも遅れが生じてしまった。

<地元医師会>

- ・地元医師会からB病院の開設に反対する声は聞かれていない。理由の一つとして、回復期リハビリテーション機能を持つ病院が、開業医の診療科目と特別バッティングしないことがあげられる。
- ・法人グループの本院も医師会には所属している。しかしB病院を開設するにあたっては、B病院自身が単独で行動を起こしている。医師会の重鎮へ何度も説明を繰り返し行いき、B病院が果たす役割について納得してもらえた。事前協議を行う前後に、医師会の会長・副会長・その他役職の医師へ数回のプレゼンを行うのみであった。
- ・行政の担当課から医師会の了解は得て欲しいと繰り返し言われていた。保健所からも同様に、地元の医師会との摩擦には注意して欲しいと言われている。