

際の運営で開発許可が下りるのは極めて例外的な場合である。その理由として、改正都市計画法第34条の1号にて、『日常生活で必要なもの』と限定されており、その解釈は診療所を妥当とするもので、大規模な病院を建てることは難しいことがあげられる。

すでに述べたように、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えるであろう。

・病院開設を後押しした法律

病院開設を後押しした法律は、病院の開設計画全体に対して、「一定の影響を持った場合」が3ケース見られた。その3ケース（B病院、E病院、H病院）では、病院開設の資金集めを行う中で、福祉医療機構（旧 社会福祉・医療事業団）の名前があがっている。また2ケース（B病院、H病院）で、病院を開設するにあたってちょうど使える補助金がなかった。

②病院開設に関する関係者

インタビュー調査から、医療の必要性が認知された地域で実際に医療を行うこと自体については、病院開設に関わる関係者の存在が障害となりにくいことが分かる。

住民からの反応をみると、たとえ地域住民から病院誘致の話があがったとしても、病院と隣接した土地に住む近隣住民からは日照権の問題等、反対意見が出ることは想像するに難くない。

対して、医師会からの反応をみると、9ケースのうち8ケースで地元の医師会が開設の障害となりうることはなかった。それらは議会や住民が病院誘致を行ったことや、競合する診療科目を持つ病院が地域に存在しなかったことが原因とみられる。

地域において不足している医療機能を持つ病院が開設されることは、需要サイドから見ても、供給サイドから見てもニーズが高いものであることに変わりはない。住民や行政が賛成していれば医師会としても反対の声を上げづらだろうし、また開設された病院と競合するような病院や開業医そのものが少ない可能性が高い。

以下、関係者別にインタビュー結果を整理する。なお各ケースの内容を解釈して説明を行うため、図12で記したケース数と一部異なるところがある。

・近隣住民

近隣住民は、病院の開設計画全体に対して、「大きな影響力を持った場合」が3ケース、「一定の影響を持った場合」が4ケース見られた。1ケース（C病院）で、地域住民から病院開設の誘致を受けたことをきっかけに、病院の開設計画が始まっている。1ケース（E病院）で、病院機能を十分に説明する機会を設けなかったため、地域住民の病院への認知

度が低いことが問題となっている。新しい医務担当者の就任後、住民への説明期会を積極的に増やしている。3 ケース（B 病院、C 病院、E 病院）で、救急車による騒音問題・感染症の発生・入院患者によるプライバシーの侵害等、病院開設に伴う不都合が生じるのではないかと近隣住民から反対されている。病院側は、説明会や戸別訪問を通じて妥協点を探っていき、一定の対策を講じることで最終的に住民の理解を得ることになった。1 ケース（H 病院）で、精神病患者に外をうろつかれるのは困ると、地域住民から反対を受けている。このケースでは過去にも同じ地域の病院が精神科の診療を検討した際、近隣住民の反発を受けて計画を撤回したという経緯があった。病院側は、戸別訪問を1軒1軒繰り返し行っていき、また通院患者が利用できるシャトルバスを運行していく等、いくつかの妥協案を出すことで近隣住民から理解を得ている。

また建築様式に対して、「大きな影響力を持った場合」が1 ケース見られた。そのケース（A 病院）では、現病院から新築移転を行い、現病院跡地に新規に病院を開設するまでの移行期間においても、診療を継続するよう地域住民から要望を受け、診療機能を残すことにしている。

・地主

地主は、病院の開設計画全体に対して、「大きな影響力を持った場合」が3 ケース見られた。1 ケース（C 病院）で、病院が不足していた地域の地主から、「病院の運営を全て任せられるなら、施設の建築はこちらでやるからぜひ病院を作ろう」と病院開設の誘致を受けている。

また、立地に対して、「大きな影響力を持った場合」が2 ケース見られた。1 ケース（G 病院）で、認知症専門病院単体では地主の了解がとれず、最終的に別の土地で開設するよう計画を変更している。

・地元医師会

地元医師会は、病院の開設計画全体に対して、「大きな影響力を持った場合」が1 ケース見られた。そのケース（E 病院）では、病院経営者の出身大学や、法人グループが同じ地域で既に介護施設を経営し成功している事実、開業前に開業医への挨拶回りを行わなかった経緯等があることで、地域連携にうまく参加できていなかった。新しい医務担当者の就任後によりやうやく動き出し、開業医を中心とした挨拶周りを行っている。しかし一方で、8 ケースで地元の医師会から病院開設に反対する意見は聞かれていない。2 ケース（C 病院、D 病院）で、行政や議会・住民が病院の開設に賛成の立場を示しており、そもそも医師会が反対できる状況ではなかった。3 ケース（B 病院、F 病院、G 病院）で、そもそも競合する診療科目を持つ病院が地域に存在しなかった。

また、病床数に対して、「大きな影響力を持った場合」が1ケース見られた。そのケース（E病院）では、同じ地域に既に300床以上の大規模病院があり、医師会へ配慮する形で病院の規模を縮小させている。

病院開設に医師会が絡んだ事例の判例は既に紹介した通りである。

・他の病院

他の病院は、病床数に対して、「大きな影響力を持った場合」が2ケース、「一定の影響力を持った場合」が5ケース見られた。1ケース（A病院）で、地域の医師会の分科会を通して他の病院の増床情報を入手し、確実に確保できらる病床数まで絞り込んで申請を行っている。またこのケースでは、事前協議の期間に他の病院から議会議員を利用した妨害工作を受けている。逆に7ケースで、他の病院の増床情報を考慮せず、計画当初の病床数で申請を行っている。

・行政（県知事・市長・保健所等）

行政（県知事・市長・保健所等）は、病院の開設計画全体に対して、「大きな影響力を持った場合」が1ケース見られた。そのケース（A病院）では、住民の要望を受けた市長から病院へ直接要請が出され、病院機能を残して欲しいと言われている。しかし同時にこのケースでは、市長が病院を支援する約束と引き換えに、選挙での支持基盤を確保している。そのため議会では病院側の要望を通すことができる。

また、病床数に対しても、「大きな影響力を持った場合」が1ケース見られた。そのケース（A病院）では、県知事・市長・保健所に対して、病床数を確保するために裏工作も含めた説得を行うことで新規に病床の許可が下りている。

・行政（現場担当者）

行政（現場担当者）は、病院の開設計画全体に対して、「一定の影響力を持った場合」が1ケース見られた。そのケース（G病院）では、これまで県内で病院を立ち上げた実績が事前協議で評価されたとインタビュー対象者は考えている。

また、建築様式に対しても、「大きな影響力を持った場合」が1ケース見られた。そのケース（D病院）では、系列病院では認められた施設基準が、この病院を開設する際には認められなかった。行政の担当者が系列病院の時とは異なり、基準を満たさないと解釈されてしまったため、最終的に施設構造を変更させている。

・政治家

政治家は、病院の開設計画全体に対して、「大きな影響力を持った場合」が1ケース、「一定の影響力を持った場合」が5ケース見られた。1ケース（C病院）で、地域の議会から法人グループへ病院誘致の話を受けており、これがきっかけとなって法人グループ2件目の

立ち上げ計画が始まっている。また 1 ケース（D病院）で、病院側が政治家を利用していると行政から疑われ、行政と揉め事を起こしそうになっている。2 ケース（G病院、H病院）で、都道府県の議会議員を通じて周囲に声掛けを行っている。1 ケース（H病院）で、他の法人グループが政治家を利用した結果、H病院が開設を断られた都道府県内で別の精神科病院が開設されたという話をインタビュー対象者は聞いている。

・その他（医師の経歴）

医師の経歴は、病院の開設計画全体に対して、「大きな影響力を持った場合」が 1 ケース見られた。そのケース（E病院）では、一部の大学出身の医師に対して非協力的で、地域の開業医から反感を買っていた。またこのケースでは、院長が大規模病院での勤務経験しか持たなかったため、小規模病院との病院機能や文化の違いに気付かないまま理念や業務方針を決めてしまったことが問題となった。

・その他（都道府県内での実績）

都道府県内での実績は、病院の開設計画全体に対して、「大きな影響力を持った場合」が 3 ケース見られた。2 ケース（G病院、I病院）で、同じ都道府県内でこれまで医療の実績があり、それが行政や医師会に評価され、新しい病院の開設にも良い影響をもたらしたとインタビュー対象者は考えている。

・その他（医療事務担当者）

医療事務担当者は、病院の開設計画全体に対して、「大きな影響力を持った場合」が 1 ケース見られた。そのケース（E病院）では、病院の開設時、医事課や医療コンサルタントの現場経験が浅いため、病院のシステムや組織作り、診療報酬請求について不十分な点が多かった。新しい医務担当者の就任後、職員へのヒアリングや意識のすり合わせを行っていった。

・調査の限界

インタビュー調査では、対象者を実際に病院立ち上げに関わった事務方の者に絞っており、その多くは事務方のトップである事務長と大きく偏りが生じている。1つの病院立ち上げのケースに関与する者が多様であることはインタビュー結果からも明らかであり、院長を含む医師、地元医師会、行政の担当者、住民代表を含めた多面的な視点から捉えていくことが今後は必要である。

5. 考察

以下、全体を通じた考察を述べる。

新規開設病院の実態調査からは、医療施設調査が公表している開設数（6年間で642）と比べ、新規開設病院は極めて少ない（6年間で51施設）ことが明らかとなった。医療法上の申請に基づく開設数を捉えるだけでは、実際には地域の医療提供体制に影響を与えているのかどうかは判別できないことを示している。

医療法第30条の11では、都道府県知事が、病院開設の申請について、医療計画達成のために特に必要がある場合、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、計画の変更を求める勧告を出すことができるとしている。同時に、過去の判例（最高裁第二小法廷判決、平成17年7月15日）から、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』に該当するものとみなし、勧告の段階での処分性を認め、抗告訴訟の対象とするにいたっている。

さらに、健康保険法第65条第4項第2号において、勧告に従わず病院開設の申請者が保険医療機関の指定申請を行った場合についても、厚生労働大臣は当該病床について保険医療病床としての指定を拒否することができる。過去の判例（最高裁第一小法廷判決、平成17年9月8日）からも、公共の福祉に適合する目的であり、必要かつ合理的な措置であるとされている。

これらは行政の判断次第で、病院の開設計画を覆すことができることを示唆しており、医療法に基づく病床規制、並びにそれを決定する行政裁量の強さについて示しているものと考えられる。

実際に、インタビュー調査からも、病床規制の影響力の大きさが読み取れる。行政から病床許可が下りず、開設希望の医療圏を変更したり、病院種別を変更したりせざるを得ないケースがあった。また、希望の病床数を確保することができず、少ない病床数での開設を強いられたり、逆に、複数回の事前協議を通して増床したりせざるを得ないケースもある。

また、インタビュー調査から、都市計画法の改正前に建設の着工へ入ることができていなければ、市街化調整区域としての開院できなかった病院の存在が明らかになった。都市計画法の市街化調整区域において開発行為としての許可が下りるかどうかは、あくまで許可権者である行政との協議次第となってくる。しかし、第34条の1号が示すように、市街化調整区域における開発許可の基準は、あくまで「日常生活に必要なもの」と限定している。市街化調整区域内の一定の範囲の住民を対象とする施設として、診療所が妥当であり、規模の大きい病院は不相当とみなされるケースは十分に考えられる。岩井（2010）の指摘通り、郊外に住む高齢者の増加に伴い、むしろ改正法によって医療アクセスが制限される恐れがある。詳しいデータ分析をもとに、再考する余地がある。

医療法による病床規制については、競争政策や地域主権の観点から、撤廃すべきであるとの主張も一部ある（井上（2010）など）。しかし、世界的にみて極めて多くの病床を抱え

る日本で、病床規制の撤廃は、病床の地域偏在を加速するだけであろう。医療法による病床規制には合理性があるものとする。

むしろ、問題点は、病床不足とされた地域での、病院開設・増床のあり方である。医療計画では、5疾病5事業に基づく計画が立てられる。病院公募に際して、地域に望ましい診療科や機能が実現されるような、病院開設がなされる必要がある。現在の仕組みが、この目的に沿っているかについては、より詳しいヒアリング調査によるデータ収集と考察による評価が必要である。

インタビュー質問項目

質問 1. 新規病院開設を企画する段階において

1-1: ●新規病院開設の計画に至る経緯とは？

●新規開設病院の経営理念、ビジョンとは？

1-2: ●新規病院開設を企画する上で、必ず成し遂げようと考えていたことは？

●それはなぜか？

1-3: ●新規病院開設の方法として、どれだけの選択肢が候補として存在していたか。

(以下の■の候補となる選択肢を決めるまでのプロセスについての質問)

■地域（二次医療圏の規模のもの）について

- ・候補の地域の中で、いくつの地域の候補があったか？
- ・候補の地域を決める判断基準はいくつあったか？
- ・それぞれの判断基準は、説明するとどのようなことか？

■立地について

- ・候補の地域の中で、いくつの立地の候補があったか？
- ・立地を決める判断基準はいくつあったか？
- ・それぞれの判断基準は、説明するとどのようなことか？

■病床数について

- ・設立病院の規模は、どれだけの大きさのものを考えていたか？
- ・病床数を決める判断基準はいくつあったか？
- ・それぞれの判断基準は、説明するとどのようなことか？

■診療科について

- ・どのような診療科を組み込むことを考えていたか？
- ・病床数を決める判断基準はいくつあったか？
- ・それぞれの判断基準は、説明するとどのようなことか？

<次ページへ続く>

質問 2. 新規病院開設のため実際にアプローチを行う段階において

2-1: 法規制について

- 新規病院開設を進める上で、病床規制はどのような影響を与えたか？
- 病床規制を理由として、どのような作業が発生したか？
- いつ頃の出来事か？
- どの関係者と、どのようなやり取りを行ったか？
- 苦勞したこと、時間をとられたことは？

2-2: その他、法規制について

- 病床規制以外に、法律上の規制はあったか？

2-3: 法律上の優遇措置について

- 新規病院の開設計画を後押しするような法律は存在したか？

2-4: 実際に計画を進める上での障害について

- 新規病院開設を進める上で、どのような関係者が絡んできたか？
- それぞれの関係者の意向は、新規病院開設にどのような影響を与えたのか？
- それぞれの関係者との間で、どのような作業が発生したのか？
- いつ頃の出来事か？
- それぞれの関係者との間で、どのようなやり取りを行ったのか？
- 苦勞したこと、時間をとられたことは何か？

(以下、関係者の例を示す)

- 地元医師会の意向
- 住民の意向
- 政治家の意向
- 行政の意向 (病床規制を除く)
- その他の関係者の意向

2-5: その他、実際に計画を進める上での障害について

- 2-4 であげた関係者以外に、実際に計画を進める上で障害となる事実はあったか？

2-6: 実際に計画を進める上で有利に働いたことについて

- 新規病院の開設計画を後押しするようなことは存在したか？
- (以下、例を示す)
- 当時の社会情勢

以上

参考文献

- ・ 井上従子（2010）「病床規制の今日的意義について～医療分野における競争政策と地域主権の視点からの考察～」横浜国際経済法学 18（3）
- ・ 岩井勝弘（2010）「コンパクトシティと都市郊外部における病院の適正配置に関する制度的枠組み—市街化調整区域における開発許可と医療計画の連携—」 法政理論 42(3・4) pp17~37
- ・ 越智敏裕（2005）「医療法に基づく病院開設中止勧告に従わないことを理由とする健康保険法（平成10年法律第109号による改正前のもの）43条ノ3第2項に基づく保険医療機関指定拒否処分が適法である等とされた事例」 Lexis 判例速報 2005.11 vol.1 pp98~104
- ・ 小山秀夫（2007）「病院の開設・経営主体はどうあるべきか」『病院』66(1) pp22~26
- ・ 玉川淳（2006）「医療法三〇条の七に基づく病院開設中止勧告の処分性（最高裁第二小法廷判決、平成十七年七月十五日、民集五九卷六号一六六一頁）」『賃金と社会保障』No.1425（2006年9月上旬号）pp62~72
- ・ 細川俊彦（2008）「病院開設許可取消訴訟の原告適格」『民商'08』pp250（138-2-123）~259（138-2-132）
- ・ 堀真奈美・印南一路（2010）「社会環境の変化と医療提供体制の歴史的変遷」『人口構造の変化を踏まえた医療提供体制の戦略的構築』厚生労働科学研究 pp5~48
- ・ 『医療六法<平成20年版>』中央法規出版 pp15~17
- ・ 『医療タイムス』2007年1月22日 pp12~18
- ・ 『医療タイムス』2008年4月14日 pp10~13
- ・ 厚生労働省「平成22年医療施設（動態）調査・病院報告の概況」
- ・ 総務省「統計でみる都道府県のすがた 2012」
- ・ 各都道府県の保健医療計画

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
(H22-政策-一般-016)

平成 23 年度研究報告書(平成 24 年 3 月)

発行責任者 主任研究者 印南 一路
発 行 神奈川県藤沢市遠藤 5322(〒252-8520)
慶應義塾大学総合政策学部

