

ドイツにおける医療機関の立地と 空間整備・中心地構想

～ メクレンブルク・フォアポンメルン州を例に

田 中 伸 至

（目次）

1. 本稿の目的と構成
 - （1）目的
 - （2）構成
2. 空間整備に関する制度と中心地構想
 - （1）空間整備法
 - （2）州の空間整備法と空間開発プログラム
 - （3）中心地
3. 需要計画と病院計画における立地に関する制度と基準
 - （1）契約医の需要計画
 - （2）病院計画
 - （3）空間整備と需要計画・病院計画との関係
4. 医療機関の立地と交通政策との関係
 - （1）中心地と交通
 - （2）医療アクセスの状況と改善方策
 - （3）医療機関の集約の限界と診療報酬
5. ドイツの制度・政策の特徴とわが国への示唆
 - （1）ドイツの制度・政策の特徴

（2）わが国への示唆と残された課題

1. 本稿の目的と構成

（1）目的

本稿は、ドイツにおける医療機関の立地に関係する制度と政策を描写し、わが国での医療機関の立地のあり方についての検討に資する参考資料と示唆を獲得しようとするものである。

この作業を行う趣旨は、次のとおりである。

わが国では2025年を過ぎ2045年頃まで、高齢者人口が緩やかに増加した後、ピークを迎え、減少に転じる一方、生産年齢人口は急激に減少していく。この現役世代急減期に入る直前、2025年を目途に、地域医療構想の仕組みの中で、将来の医療ニーズに応じて、医療機能を集約するなどの取組みが行われている。医師の確保についても、医師確保計画・外来医療計画が制度化されるに至っている。

しかし、人口減少期・現役世代急減期における医療について検討すべき事項は、より多く、多様である。例えば、ドイツである。旧東ドイツの州では、ドイツ統一後、現役世代が旧西ドイツの州などに流出しており、医療の担い手不足や地域での医療ニーズの減少の問題が起きている。こうした問題に直面してきたメクレンブルク・フォアポンメルン州（Mecklenburg-Vorpommern. 以下、「M-V」という）¹の調査委員会「M-V

1 同州は、ドイツの北東部に位置する旧東ドイツの州であり、人口約161万人、人口密度69人/km²である（Landesamt für innere Verwaltung, Statistisches Amt, Zahlen & Fakten (<https://www.laiv-mv.de/Statistik/Zahlen-und-Fakten/Gesellschaft-&-Staat/Bevoelkerung>)。人口密度で比較すると、都道府県では北海道の68.6人/km²（2015年。北海道医療計画（平成30年度～令和5年度）第9章資料編第1表参照）、三次医療圏では、北海

における医療提供の未来」最終報告書²を見ると、検討が幅広い分野に及んでいることがわかる。

まず、人口が少なくなり、医療ニーズも減少する中での医療機能の集約や、外来診療、入院診療、介護などの各セクターを包括した医療連携体制のあり方が検討される。医療機能が集約されると、遠方の患者はその医療機関に受診しにくくなるため、地理的な医療アクセスのあり方が課題になる。公共交通、救急医療、デジタル化・遠隔診療などのテーマである。地域での包括的な医療連携体制については、中核的な病院を中心とした複数の医療機関により構成される「クラスター」の形成が推奨され、それに適した財源調達・診療報酬のあり方も議論される。検討は、医療機能の集約、病床機能の再編にとどまらず、交通、遠隔診療、機能連携、診療報酬などにも及んでいるのである。

わが国においても、2025年以降の医療提供体制のあり方を考える際に

道の道南医療圏の67.4人/km²（同年、同表）と同程度である。また、同州内の6つの州郡（後掲図2、表1参照）はそれぞれ、人口約16万人から約26万人、人口密度は約44人/km²から74人/km²であり（2019年。Landtag Mecklenburg -Vorpommern - Drucksache 7/6210, S. 17f）、二次医療圏では、北海道の南空知医療圏（人口約16万7,000人、人口密度65.1人/km²、2015年。北海道医療計画同表参照）、新潟県の魚沼医療圏（人口約16万4,000人、人口密度61.6人/km²、2017年。第7次新潟県地域保健医療計画8頁掲載の表に基づき筆者計算）に近い。M-Vの状況は、地勢は異なるものの、過疎化が進むわが国の地方圏と比較し得るであろう。

- 2 Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“, Landtag Mecklenburg -Vorpommern - Drucksache 7/6210, 02.06.2021. 調査委員会は、総合的包括的な多職種連携による医療提供体制に関する勧告を策定することを目的として、州議会が設置した。構成員は、州議会各会派から指名された者と外部の専門家である。2020年5月14日に設置され、州政府の関係大臣の参加の下、調査機関による鑑定意見や公聴会などを経て、2021年6月2日、最終報告書が官報掲載された。Landtag Mecklenburg -Vorpommern - Drucksache 7/6210, S. 7-12.

は、医療機能の集約と医療アクセス確保の両立を図る仕組み、地域における包括的な医療連携体制に着目した診療報酬など、幅広い考察を行う必要がある。このため、本稿は、手始めとして、医療機関の立地のあり方について、交通政策との関係も含めて検討する。医療機関の立地という課題には、医療機関をどの市町村に置くべきかという課題と、医療機関を市町村内のどの地域に置くべきかという課題が含まれる。本稿では、前者の課題を取り扱う。州の制度は、M-Vのものを参照する。

（2）構成

本稿の構成は、次のとおりである。はじめに、ドイツにおいて医療、教育、公共交通、文化、スポーツなど、さまざまな生活基盤の立地などを規律する空間整備に関する制度を概観する（2.）。次に、空間整備における基準を反映した医療の制度、すなわち、契約医の需要計画と病院計画における立地に関する制度と基準を描写する（3.）。続いて、交通政策との関係について整理する（4.）。最後に、これらの制度・政策の特徴をとりまとめ、わが国への示唆の獲得を試みる（5.）。

2. 空間整備に関する制度と中心地構想

（1）空間整備法

「空間整備」（Raumordnung）とは、既定の指針に基づき総合的広域的に空間を整理することをいう³。空間整備については、連邦と州が競合的立

3 BVerfGE 3, 407/425; Battis, Ulrich, Öffentliches Baurecht und Raumordnungsrecht. 7. Aufl. 2017, Rn. 57. 空間整備法では、同法13条ないし17条に基づく総合的、広域のかつ分野包括的な計画であると定義されて

法権を有しており（基本法⁴ 74条1項31号）⁵、連邦は、この競合的立法権に基づき、空間整備法⁶を制定している。

空間整備法は、総則、州における空間整備、連邦における空間整備、補足・最終規定の4章から成り、持続可能な空間開発、生存配慮の確保、競争力のある経済構造の観点、文化の保全と発展、自然と景観の保護などを対象とする空間整備原則を定める（2条2項）⁷。「生存配慮」（Daseinsvorsorge）には、給付行政の分野として、交通・運輸、通信施設、ガス・水道・電力供給、下水処理、廃棄物処理、教育文化施設、病院、墓地などの整備、社会保険、社会扶助、芸術や経済への助成などが含まれる⁸。

空間整備政策の中心は、州における対応であり、州の空間整備法に基づく空間整備計画が空間整備原則を具体化する一方⁹、空間整備原則は指針（Leitvorstellung）として機能する（2条1項）。そして、空間整備政策の

いる（3条1項7号）。

4 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 u. 2 Satz 2 des Gesetzes vom 29. September 2020 (BGBl. I S. 2048) geändert worden ist.

5 連邦がその立法管轄権を行使した場合においても、州は州法によって異なる規律をすることができる（基本法72条3項4号）。

6 Raumordnungsgesetz vom 22. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2986), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 3. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2694) geändert worden ist.

7 Spannowsky, Willy in: Spannowsky, Willy/Runkel, Peter/Goppel, Konrad, Raumordnungsgesetz (ROG) Kommentar, 2. Aufl. 2018, § 2 Rn. 46.

8 Spannowsky, Willy in: Spannowsky/Runkel/Goppel (Fn. 7), § 2 Rn. 80; Weber, Klaus, Rechtswörterbuch, 24. Aufl. 2022, S. 370, 1061.

9 Runkel, Peter in: Spannowsky/Runkel/Goppel (Fn. 7), § 7 Rn. 12; Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (BMWSB), Raumordnung und -entwicklung: Was ist das eigentlich? (<https://www.bmwsb.bund.de/Webs/BMWSB/DE/themen/raumentwicklung/grundlagen/was-ist-das/was-ist-das-node.html>).

視点から見ると、生存配慮は、一定の区域において、生活に必要な物資とサービスを社会的に負担できる価格で、一定の質を確保しつつ、受忍できるアクセス可能性をもって提供することであると定義できる¹⁰。

（2）州の空間整備法と空間開発プログラム

州は、州全体に及ぶ空間整備計画と州内の地域ごとの空間整備計画を策定する（空間整備法13条1項）。これらの計画は、(a) 空間カテゴリー、中心地（Zentrale Orte）、重点開発地域などの居住地域構造の目標、(b) 広域的自然空間の保護や利用、空間機能の再建と発展、洪水対策などの自然空間構造の目標、(c) インフラストラクチャーの確保・建設予定などの空間構造の定めを内容とするものとされる（5項1文）。

これを受け、M-Vの空間整備・州計画法¹¹は、空間整備及び州計画の任務と原則、空間開発プログラム（Raumentwicklungsprogramme）の策定、州レベル・地域レベルの組織などを規定している。空間開発プログラムは、州の空間整備計画に該当するものであり、州空間開発プログラムと地域空間開発プログラムとがある（4条1項）。計画期間は、10年である（2項）¹²。

10 Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), Raumordnungsbericht 2017. S. 6.

11 Gesetz über die Raumordnung und Landesplanung des Landes Mecklenburg-Vorpommern - Landesplanungsgesetz (LPlG) - in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Mai 1998, das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 9. April 2020 (GVBl. M-V S. 166, 181) geändert worden ist.

12 空間開発プログラムに記載された要求は、考慮事項として位置づけられ（空間整備・州計画法5条1項）、行政主体には、その出資する私法上の法人が空間開発プログラムの目的に資するようにする努力義務が課されている（2項）。

2016年策定の州空間開発プログラム¹³の内容は、持続可能な空間開発の重点事項、空間構造と空間開発、居住地域・経済発展、インフラストラクチャーの発展、自然空間の保護などである。このうち、空間構造と空間開発では、人口構造の変化と生存配慮との関係、中心地や空間カテゴリーの設定などが取り扱われ、インフラストラクチャーの発展の箇所では、交通、エネルギー、教育、保健医療、社会福祉、スポーツなどについて記述されている。

（３）中心地

① 中心地構想

こうした空間整備に関する事項の中で、本稿の目的との関連において最も重要なのは、「中心地」の構想（Zentrale-Orte-Konzept）である。「中心地構想」は、各地域間において「同等の生活条件」を確保するための手段である。「同等の生活条件」は、空間整備法の目的であるとともに、連邦政府が経済法、病院の経済的保障、食品、交通などの分野において立法権を有する場合の立法目的に位置付けられている（基本法74条2項）。

すなわち、空間整備法は、州の区域などの部分空間において、同等の生活条件が確保できるような、持続的な空間開発を目的とする（1条2項）。「部分空間」（Teilraum）とは、州の区域のほか、都市州以外の州では、最上位の中心地と密接な関係にある地域をいい、州内の地域ごとの計画の対象になる区域である。「生活条件」の概念は包括的であり、住居、労働、教育、余暇、買い物、保養、社会給付などを含む。「同等」とは、部分空間内のすべて区域の生活条件が均質（gleichartig）でなければならないという意味ではなく、部分空間全体として等価（gleichwertig）であれば足

13 Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern (LEP M-V) vom 27. 05. 2016.

る。この規準は、人口稠密地域と人口希薄地域、経済的に繁栄している地域と失業率が高い地域との間で生活条件が異なるといった相違があることを前提とした、人々のニーズと財政制約との妥協として、一般に受け入れられる社会的なスタンダードであると理解されている¹⁴。

要約すると、「同等の生活条件」を確保するための主要な手段が「中心地構想」であり、生存配慮に属する施設やサービスを「中心地」に立地させ、その周辺地域からそれらが利用できれば「同等」であると評価する¹⁵、ということになる。

こうした目的の下、空間整備法は、空間整備原則として、人口希薄地域も含め、部分空間における機会の公平を確保するため、適切な方法によって、生存配慮に属するサービスやインフラストラクチャー、特にその基本的なものに、すべての住民がアクセスできるようにすること（2条2項3号1文）、社会インフラは中心地を優先し、まとめて立地させること（2文）、持続的な移動性（Mobilität）と総合的な交通システムのための空間的な前提を整備すること（5文）、高速かつ円滑な旅客輸送及び貨物輸送によって、部分空間相互間におけるアクセス可能性を確保すること（6文）などを規定している。

② 中心地の階層

中心地は、各州の空間整備計画において定められており、通常、3つの階層が設定されている¹⁶。基礎中心地又は小中心地、中位中心地、上位中心地である。一般に、基礎中心地（Grundzentrum）又は小中心地

14 Runkel, Peter in: Spannowsky/Runkel/Goppel (Fn. 7), § 1 Rn. 107f.

15 BMWSB (Rn. 9). 森川洋「ドイツの空間整備における『同等の生活条件』目標と中心地構想」自治総研470号（2017年）1、2頁参照。

16 BBSR (Fn.10) S. 35. バーデン・ヴュルテンベルク州、ヘッセン州、シュレスヴィヒ・ホルシュタイン州では4階層、ブランデンブルク州では2階層である。

(Kleinzentrum) は、人口7,000人から1万人の近隣区域のニーズに応じる中心地であり、郵便局、銀行、小売店、一般医 (Allgemeinarzt) や歯科医の診療所、薬局、保育施設、基礎学校 (Grundschule, 4年制小学校) が置かれる。中位中心地 (Mittelzentrum) は、人口3万人から4万人の中位区域 (Mittelbereich)¹⁷ のニーズに応じる中心地であり、総合小売店舗 (Warenhaus)、病院、専門医の診療所、ホテル、老人介護施設、劇場、美術館、青少年施設、中等教育の学校 (weiterführende Schule)、図書館、大規模スポーツ施設、鉄道駅を持つ。上位中心地 (Oberzentrum) は、人口20万人から30万人の上位区域 (Oberbereich) のニーズに応える中心地であり、専門店、大銀行、信用機関 (Kreditinstitut)、高等教育機関 (Fach-/Hochschule)、拠点病院 (Schwerpunkt Krankenhaus)、学術図書館、スタジアム、遠距離列車発着駅が立地する¹⁸。

M-V空間整備・州計画法も、州空間開発プログラムにおいて、上位区域と中位区域それぞれについて、上位中心地と中位中心地を定め、地域空間開発プログラムにおける近隣レベルの中心地の指定に関する基準を設定

17 中位区域は、一般に、複数のゲマインデ（わが国の市町村に相当する基礎的自治体であるが、町と村との区別はない）からなるゲマインデ連合 (Gemeindeverbände) や統一ゲマインデ (Einheitsgemeinden) の区域である。ゲマインデがいずれの中位区域に属するかは、通勤通学圏及び乗用車の走行時間によるアクセス可能性の2つの基準により決められる。BBSR, Laufende Raumbeobachtung – Raumabgrenzungen, BBSR-Mittelbereiche – Zentralörtliche Verflechtungsbereiche mittlerer Stufe als analytisches Raumkonstrukt (<https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/regionen/bbsr-mittelbereiche/Mittelbereiche.html>).

18 BBSR, Raumordnungsbericht 2011, S. 32f. なお、1968年、空間整備大臣会議から、中心地の階層と中心地に立地する施設などについての指針 (Entschlüsseungen der Ministerkonferenz für Raumordnung, A, BT-Drucksache V/3968, S. 149) が発出されており、その内容は本文に示した中心地についての一般的な理解におおむね整合している。

することとしている（6条2項）。2016年の州空間開発プログラムは、4つの上位区域と23の中位区域を置き、上位中心地として5ゲマインデを（ノイブランデンブルク（Neubrandenburg）、ロストック（Rostock）、シュヴェリーン（Schwerin）、シュトラールズント（Stralsund）／グライフスヴァルト（Greifswald）¹⁹、中位中心地として18ゲマインデを定め（図1）、基礎中心地を地域空間開発プログラムにおいて定められたゲマインデであるとする²⁰。基礎中心地は、75か所ある²¹。

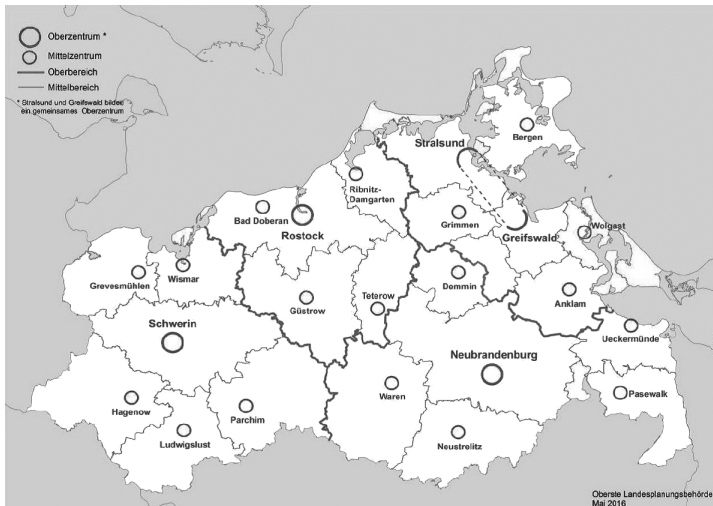


図1 M-Vの上位中心地・上位区域と中位中心地・中位区域

（出典）LEP M-V, S. 29, Abb. 6.

M-Vの州空間開発プログラムは、それぞれの中心地の役割や性格につ

19 シュトラールズントとグライフスヴァルトは、共同で上位中心地を構成するとされる。LEP M-V, S. 29 Abb. 6.

20 LEP M-V, S. 26.

21 LEP M-V, S. 26 Fn. 47.

いても定めている。上位中心地は、広域的なインフラストラクチャーなどが立地すべきところであり、高等教育機関・研究機関、高次の文化施設が置かれるものとされる²²。中位中心地は、地域におけるインフラストラクチャーが置かれるべきところであり、職場やサービス供給の施設、行政機関、文化・スポーツ施設などが集中的に立地し、地域公共交通が接続する結節点になるものとされる²³。基礎中心地は、より狭い範囲に係る生存配慮の施設を確保すべきところであり、立地する施設として、小売店、学校、郵便局、銀行、診療所、薬局などが挙げられている²⁴。

基礎中心地と中位中心地については、人口などの基準がある。基礎中心地の基準は、基礎的な生活ニーズに対応する広範な施設があり、ひとまとまりになっていて比較的大きい中核的な集落であること、人口が約2,000人以上であり、可能な限りゲマインデの中心地に集住していること、近隣地域の人口が約5,000人以上であることである。中位中心地の基準は、より上位の生活ニーズに対応する広範な施設があること、人口が約1万人以上であること、その中位区域の人口が約3万人以上であることである²⁵。

③ 中心地と交通・医療機関

こうした中心地の指定を基礎として、M-Vの州空間開発プログラムでは、さまざまなインフラストラクチャーの立地のあり方が定められている。ここでは、交通や医療機関と中心地との関係についての定めを見よ

22 LEP M-V, S. 26, 28.

23 LEP M-V, S. 26, 29.

24 LEP M-V, S. 26, 30. なお、中心地に立地する施設が置かれるのは、通例、ゲマインデの中心部（Gemeindehauptort）であるとされるが、現在の場所から中心部に移転させるのに多額の費用が掛かる場合には、例外扱いすることができる。複数のゲマインデが合併したゲマインデの場合は、複数の中心部を持つことも可能である。LEP M-V, S. 25, 28.

25 LEP M-V, S. 28.

う。

まず、交通については、交通機関の経営主体の別を超えて、中心地相互のアクセスやその周辺地域からのアクセスが、適切な価格により環境にやさしい形で確保され、地方圏（ländliche Räume）においても、すべての住民の移動性が保障されなければならないとされる²⁶。特に、人口希薄地域から基礎中心地や中位中心地への良好なアクセスが必要である、との認識が示されている²⁷。

医療機関の立地については、原則として、中心地を優先し、中心地には少なくとも1か所の外来医療機関²⁸、中位中心地にはニーズに応じて少なくとも1か所の外来専門医療機関、上位中心地には少なくとも1か所の総合的な外来医療機関を置くことが目標とされる。病院の立地は、少なくとも上位中心地及び中位中心地であるとする²⁹。

こうした方針をとる理由は、人口減少・人口密度の希薄化・高齢化の中で、地方圏において、医療機関を経済的な経営規模とすることと適切な医療アクセスを確保することの均衡を図るところにある。そして、人口希薄地域における厳しい人口的条件のもとで、ニーズに応じたアクセス可能な診療提供を確保するには、中心地システムに基づいて医療機関を立地させる方針を優先することが必要である、との認識が示されている³⁰。

26 LEP M-V, S. 65.

27 LEP M-V, S. 66.

28 ここにいう外来医療機関としては、家庭医の診療所が想定されている。
LEP M-V, S. 77.

29 LEP M-V, S. 76.

30 LEP M-V, S. 77.

3. 需要計画と病院計画における立地に関する制度と基準

次に、契約医の診療所と病院の立地について、それぞれの制度における規律を概観する³¹。

（１）契約医の需要計画

① 概要

医師が公的疾病保険における診療を担当するには、州の金庫医協会³²、疾病金庫の州連合会及び代替金庫の代表者から成る許可委員会（社会法典第5編³³ 96条）から「契約医」の許可を受けなければならない（95条1項）。許可は、需要計画によって、専門医の診療科名に応じて設けられている医師グループ（Arztgruppen）や計画区域別に規律され、契約医1人当たり住民数が一定の基準を一定割合以上超える供給過剰地域での許可制限（100条～104条）などが行われる。需要計画は、金庫医協会が疾病金庫の州連合会及び代替金庫の同意を得て、共同連邦委員会が定める基準に従い策定する（99条1項）。契約医による診療は、家庭医診療と専門医診療に区分される（73条1項）。家庭医診療には、一般医（総合診療医）、小児科医、重点診療域（サブスペシャリティ）を標榜しない内科医などが参加し（1a項1文）、専門医診療には、その他の専門医が参加する（2文）。

31 ドイツの契約医診療と病院診療に関する近時の邦語文献として、田中伸至「ドイツ」加藤智章編『世界の病院・介護施設』（法律文化社、2020年）28頁ないし48頁参照。

32 金庫医協会は、ノルトライン・ヴェストファーレン州に2つ、その他の各州に1つある。

33 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) geändert worden ist.

② 需要計画指針

共同連邦委員会の基準は、需要計画指針³⁴において規定されている。同指針では、計画区域として、中位区域（Mittelbereich）、郡外市（kreisfreie Stadt）、州郡（Landkreis）、空間整備区域（Raumordnungsregion）など³⁵が列挙されている（7条1文）。

家庭医の計画区域は、中位区域である（11条3項1文）。家庭医1人当たり住民数の一般的基準は、1,607人である（4項）。

一般専門医診療（Allgemeine fachärztliche Versorgung）に属する医師グループ、すなわち、眼科医、外科医及び整形外科医、婦人科医、皮膚科医、耳鼻咽喉科医、神経科医、精神療法医、泌尿器科医、小児・青年科医（12条1項）の計画区域は、郡外市、州郡又は郡地域³⁶である（3項1文）。医師1人当たりの住民数の一般的基準は、各医師グループと計画区域6タイプをクロスしたマトリックスにより定められており、1人当たり住民数が多い医師グループとして泌尿器科医では、2万6,097人～4万8,431人、少ない医師グループとして小児・青年科医では、2,043人又は2,862人である（4項）。

特定専門医診療（Spezialisierte fachärztliche Versorgung）に属する医

34 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012, die zuletzt am 15. Juli 2021 geändert worden ist.

35 これらは、連邦建設都市空間研究所（BBSR）の分類による（需要計画指針7条1文）。空間整備区域は、州の上位区域と一致する。BBSR, Laufende Raumbbeobachtung – Raumabgrenzungen, Raumordnungsregionen (<https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/regionen/Raumordnungsregionen/raumordnungsregionen.html>).

36 郡地域（Kreisregionen）は、BBSRの分類において、複数の州郡を統合した地域である（需要計画指針12条3項2文）。

師グループ、すなわち、麻酔科医、専門内科医、小児・青年精神科医、放射線科医（13条1項）の計画区域は、空間整備区域である（3項）。医師1人当たりの住民数の一般的基準は、最も多い放射線科医では4万8,766人、最も少ない小児・青年精神科医では1万6,900人などとなっている（4項）。

特別専門医診療（Gesonderte fachärztliche Versorgung）に属する医師グループ、すなわち、遺伝学医、臨床検査医、神経外科医、核医学医、病理医、理学・リハビリテーション医、放射線療法医、輸血専門医（14条1項）の計画区域は、金庫医協会の管轄区域である（3項）。医師1人当たりの住民数の一般的基準は、最も多い輸血専門医では119万7,735人、遺伝学医では56万3,887人、神経外科などは15万人前後、核医学医などは10万人前後である（4項）。

なお、需要計画では、人口構成、疾病罹患率、失業率などの社会経済的要素、アクセス可能性・距離、地理的条件などの空間的要素、交通機関の接続などのインフラストラクチャーの状況など、地方の特性に基づき、需要計画指針の規定とは異なる定めをすることもできる（2条）。

③ M-V金庫医協会の需要計画

M-V金庫医協会の需要計画では、需要計画指針の定めを一部変更して、計画区域を設定している。家庭医診療については、中位区域が基本であるが、5つの上位中心地をその周囲の中位区域から分離して、それぞれを一つの計画区域としている。一般専門医診療では、需要計画指針の規定のとおり、郡外市、州郡（図2、表1）又は郡地域を計画区域とする。ただし、2011年の州郡区域改革³⁷前の州郡の区割り（図3）を今も踏襲して

37 それまでの6郡外市のうち、シュヴェリーン（Schwerin）とロストック（Rostock）の2市を郡外市にとどめ、グライフスヴァルト（Greifswald）、シュトラールズント（Stralsund）、ヴィスマール（Wismar）、ノイブランデンブルク（Neubrandenburg）の4市をそれぞれ近隣の郡に含めることとし、それまでの12郡を6郡に統合した。メクレンブルク・フォアポンメルン州

いる³⁸。特定専門医診療及び特別専門医診療の計画区域は、需要計画指針の規定どおりである。

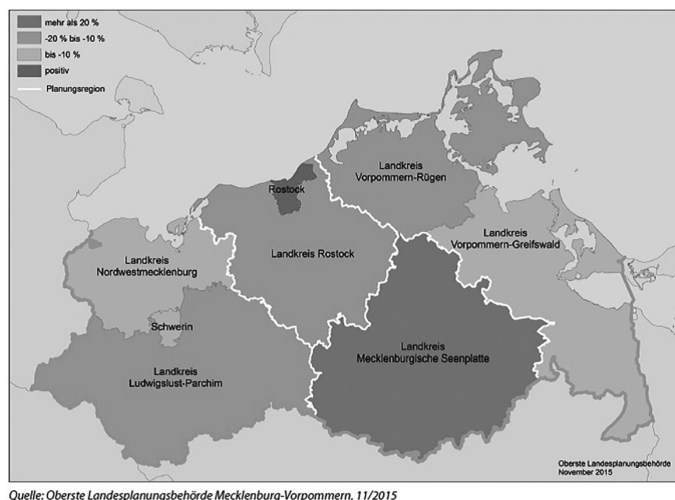


図2 M-Vにおける郡外市・州郡と2010年から2030年までの人口変動

（出典）ILVP M-V, S13, Abb. 2.

における州郡及び郡外市の再編に関する法律（Gesetz zur Neuordnung der Landkreise und kreisfreien Städte des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Landkreisneuordnungsgesetz- LNOG M-V) vom 12. Juli 2010) 1条ないし8条。

38 Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV), Bedarfsplan, S. 19ff; Fortschreibung des Bedarfsplans vom 15.05.2013 für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, 2. a), b).

表1 M-Vの州郡・郡外市の人口

州郡・郡外市	2017年	2040年	増減
ロストック Hansestadt Rostock	20万8,409人	22万4,601人	+ 7.8%
シュヴェリーン Landeshauptstadt Schwerin	9万5,797人	9万8,880人	+ 3.2%
メクレンブルギッシェ・ゼーンプラッテ郡 Mecklenburgische Seenplatte	26万0,574人	22万6,706人	- 13.0%
ロストック郡 Rostock	21万4,635人	21万3,566人	- 0.5%
フォボンメルン・リュウゲン郡 Vorpommern-Rügen	22万5,123人	21万0,138人	- 6.7%
ノルトヴェストメクレンブルク郡 Nordwestmecklenburg	15万6,993人	14万9,848人	- 4.6%
フォボンメルン・グライフスヴァルト郡 Vorpommern-Greifswald	23万7,066人	20万8,122人	- 12.2%
ルードヴィヒルスト・パルヒム郡 Ludwigslust-Parchim	21万2,522人	19万8,984人	- 6.4%
M-V州総人口	161万1,119人	153万0,845人	- 5.0%

(出典) Landtag Mecklenburg -Vorpommern - Drucksache 7/6210, S. 21, Tabelle 5に基づき筆者作成。



図3 M-Vにおける一般専門医診療の計画区域・州郡区域改革前の郡外市と州郡の区割り

(出典) Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Planungsbereiche Fachärztliche Versorgung

(https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/mitglieder/niederlassung_pdfs/Planungsbereiche_Fachaerzte_07072021.pdf)

（２）病院計画

① 概要

病院については、州の病院計画・投資プログラムがその立地や診療科などを規律する。病院は、病院診療に関して基本的に適格であれば病床数がニーズを超えない限り、病院計画への収載請求権を持つと解されており、適格性は、ニーズ適合性、給付能力、経済性、医療の質の高さに関するメルクマールによって判断する³⁹。このため、病院計画には、病院や診療科、診療領域についての要件や基準が規定される。病床数がニーズを超えるため、病院計画及び投資プログラムに収載する病院の選抜が必要な場合は、州の所管省が公益と病院運営者の多様性を考慮し、一定の裁量の下で決定する（病院資金調達法⁴⁰ 8条2項）。

州の病院計画に収載された病院、すなわち計画病院と、州法に基づく大学病院や疾病金庫の州連合会及び代替金庫の連合会と診療提供契約を締結した病院が公的疾病保険における病院診療を担当する「許可病院」になる（社会法典第5編108条）。許可病院の診療提供任務は、病院計画において、診療科構成や病床数などにより定められる。各州の病院計画や投資プログラムのあり方は、各州の病院法が定める。

② M-Vの病院計画

M-V病院法⁴¹は、病院計画について、病院の計画への収載などの手続や、

39 Harney, Anke. /Huster, Stefan in: Huster, Stefan/Kaltenborn, Markus (Hrsg), Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 7 Rn. 11.

40 Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) geändert worden ist.

41 Krankenhausgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Landeskrankenhausgesetz LKHG M-V) vom 20. Mai 2011, das durch

各病院の診療科、総計画病床数、診療科ごとの病床数を定めることなどを規定するほか、病院の立地につき、空間開発（Raumentwicklung）の目的及び原則を考慮するよう求める（9条）。

これを受け、2020年のM-V病院計画⁴²では、経済的に必要な医療機関集約が進む中でも、地方圏において可能な限り包括的な病院診療を確保すべきこと、近隣での医療アクセスとともに、医療の質を持続的に保障することは、医療機関の集約と病院間における診療領域の調整によってのみ達成できること、内科、外科、産科などでの日常的な診療は、なるべく近隣で受けられるようにするが、希少疾患などの診療では、比較的遠距離の受診もあり得ること、ニーズの変化に応じて、既存の診療科を閉鎖しなければならないこともあり、その場合、外来診療センター⁴³などへの転換を助成対象とすることなどの認識が示されている。そして、州空間開発プログラムと一致する形で、少なくとも上位中心地と適切な中位中心地において病院に受診できるようにすべきであるとする⁴⁴。

こうした考え方の下で、診療科や治療センター（Zentren）の立地方針が示されている。すなわち、心療内科及び精神療法は、少なくとも4つの上位区域に相当する診療提供区域の上位中心地に配置されなければならない

Artikel 6 des Gesetzes vom 16. Mai 2018 geändert worden ist.

42 Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern: Stand November 2020.

43 外来診療センター（Medizinische Versorgungszentren, MVZ）は、複数の医師が勤務医又は契約医として医業に従事し、医師が運営に当たる単科又は複数診療科の外来医療機関である。外来診療センターに関する近時の邦語文献として、田中伸至「ドイツのプライマリケアにおける外来診療センター—Medizinische Versorgungszentren（MVZ）—」研究代表者松田晋哉『平成28年度厚生労働行政推進調査事業費（政策科学総合研究事業）我が国の制度的特徴を踏まえたかかりつけ医制度のあり方に関する研究（H28－政策－指定008）総括・分担研究報告書』（2017年）38頁ないし55頁参照。

44 Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern: Stand November 2020, 4.2.

いとされ⁴⁵、このほかの診療科については、特定の病院が指定されている。

例えば、周産期センター（Perinatalzentren）には、4か所の上位中心地にそれぞれ位置する4病院が指定されている。

脳卒中ユニットを設ける病院については、ドイツ脳卒中協会などの認証を受けていることなどの基準を満たす病院が適切であるとされ、広域脳卒中ユニットとして、5か所の上位中心地それぞれに立地する5病院と基礎中心地にある1病院が、地域脳卒中ユニットとして、3つの中位中心地それぞれに立地する3病院が指定されている⁴⁶。

がんセンター（Onkologische Zentren）については、ドイツがん支援協会（Deutsche Krebshilfe）の基準に依拠するとともに、ドイツ病院協会からがんセンターとしての認証を受けるほか、5病院以上との連携ネットワークを有することなどが要件され、4か所の上位中心地に5病院が指定されている⁴⁷。

外傷センター（Traumazentren）については、ドイツ災害外科協会による認証を受けた外傷センターのネットワークが記載されている。ネットワークは三層構造であり、広域外傷センター（Überregionale Zentren）として、3か所の上位中心地それぞれにある3病院、地方外傷センター（Regionale Zentren）として、3か所の上位中心地、2か所の中位中心地、1か所の基礎中心地それぞれにある6病院、地域外傷センター（Lokale Zentren）として、4か所の中位中心地それぞれにある4病院が参加している⁴⁸。

45 Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern: Stand November 2020, 5.2.

46 Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern: Stand November 2020, 6.1.

47 Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern: Stand November 2020, 6.6.

48 Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Stand November 2020, 6.6.

（３）空間整備と需要計画・病院計画との関係

ここまで見てきたように、需要計画や病院計画では、医療機関の立地のあり方に関して、空間整備における中心地構想が利用されている。確かに、需要計画や病院計画のような分野ごとの専門計画（Fachplanung）における区域の分類が空間整備における区域の分類などと完全に一致しているわけではないが、概ね整合している（表2）。需要計画や病院計画によって住民に対する包括的なサービス提供を達成するという目的は、空間整備との協力によって初めて達成できると考えられている⁴⁹。

表2 M-Vにおける空間開発プログラム、契約医の需要計画、病院計画における区域の関係

州・自治体	M-V空間開発プログラム		需要計画 指針	M-V 需要計画	M-V病院計画
州・金庫医協会管轄区域			特別専門医 診療	特別専門医 診療	
	上位区域・ 空間整備区域 ／上位中心地	病院 1か所以上の総 合的な外来医療 機関	特定専門医 診療	特定専門医 診療	心療内科、精神療科 周産期センター4病院 広域脳卒中ユニット5病院 がんセンター5病院 広域外傷センター3病院 地方外傷センター3病院
州郡・郡外 市・郡地域			一般専門医 診療		
M-Vの旧州 郡・郡外市				一般専門医 診療	
	中位区域／ 中位中心地	病院 1か所以上の外 来専門医療機関	家庭医診療		地域脳卒中ユニット3病院 地方外傷センター2病院 地域外傷センター4病院
	上位中心地を 除く中位区域 と上位中心地			家庭医診療	
ゲマインデ	基礎中心地	1か所以上の外 来診療機関			広域脳卒中ユニット1病院 地方外傷センター1病院

（出典）筆者作成。

4. 医療機関の立地と交通政策との関係

続いて、M-Vにおける交通政策との関係について見ていく。

（1）中心地と交通

M-Vの総合交通計画^{50 51}は、交通政策指針の目標の1つとして、州の全土において、受忍できる時間でアクセス可能性を確保することを掲げており、その主要な指標が中心地へのアクセス時間である。具体的な指標として、総合ネットワーク構築指針2008⁵²に基づき、居住地から中心地まで

50 Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung Mecklenburg-Vorpommern, Integrierter Landesverkehrsplans (ILVP M-V), 2018.

51 M-Vにおける需要計画や病院計画には、医療機関までの所要時間の目標値の定めはない。ただし、DRG包括報酬システムにおける保障加算（Sicherstellungszuschläge）の算定要件に一定の基準があり、「メクレンブルク・フォアポンメルンにおける医療提供の未来」最終報告書においても参照されている（Landtag Mecklenburg -Vorpommern - Drucksache 7/6210, S. 83）。保障加算は、病院の診療圏における医療ニーズが少ないためDRG包括報酬及び追加報酬では費用を賄えない診療について費用補填を行う加算である（病院資金調達法17b条1a項6号、病院診療報酬法（Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist）5条2項）。算定要件は、基本又は通常診療提供の内科と外科、産科であること、診療圏における人口密度が1km²人以下であること、乗用車で30分以内（内科、外科）又は40分以内（産科）にアクセス可能な区域に、他に適当な病院がなく、当該病院が閉院すると、地域住民への診療提供が脅かされることなどである（Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Sicherstellungszuschläge-Regelungen) in der Fassung vom 24. November 2016), die zuletzt am 1. Oktober 2020 geändert worden sind)。

52 Richtlinien für die integrierte Netzgestaltung (RIN) 2008. 同指針は、街

の乗用車による所要時間及び公共交通機関による所要時間の目標値、同一の中心地階層に属する隣の中心地までの乗用車による所要時間及び公共交通機関による所要時間の目標値が設定されている⁵³（表3、表4）。

表3 居住地から中心地までの所要時間

中心地	所要時間（分）	
	乗用車による場合	公共交通による場合
基礎中心地	20分以内	30分以内
中位中心地	30分以内	45分以内
上位中心地	60分以内	90分以内

（出典）ILVP M-V, S20, Tab. 1に基づき筆者作成。

表4 同一の中心地階層に属する近隣の中心地まで所要時間

中心地	所要時間（分）	
	乗用車による場合	公共交通による場合
基礎中心地	25分以内	40分以内
中位中心地	45分以内	65分以内
上位中心地	120分以内	150分以内
大都市圏	180分以内	180分以内

（出典）ILVP M-V, S20, Tab. 2に基づき筆者作成。

かかる目標値設定の下で、M-Vでは、乗用車を利用する場合には、良好なアクセス可能性が確保されている。例えば、居住地から中心地までの

道・交通制度研究協会（Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen (FGSV)）により作成され、連邦交通建設都市開発省（Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung）から道路建設所管上級官庁に対し、所管する道路建設に適用するよう提案された文書であり（Allgemeines Rundschreiben Straßenbau (ARS) Nr. 2112008 des BMVBS vom 28. Oktober 2008, AZ:S 10171 13.4111930162）、M-Vにおける連邦道及び州道にも適用されている（Runderlass StB M-V Nr. 0412009 vom 12. März 2009）。

53 ILVP M-V, S20.

乗用車による所要時間を見ると、97%の住民が30分以内で中位中心地に、同じく97%の住民が60分以内で上位中心地に到達できる状況にあり⁵⁴、目標値はほぼ達成されている。一方、公共交通を利用する場合は、様相が異なる。平日の6時から8時の間は、85%の住民が30分以内で最寄りの中心地に着くことができる。通学時間帯だからである。しかし、土曜日の9時から11時では、州内の大部分では最寄りの中心地に90分以上かかる⁵⁵。

（２）医療アクセスの状況と改善方策

このため、医療アクセスにも課題が生じる。確かに、乗用車による場合、97%の住民が家庭医の診療所に20分以内で、84%の住民がいずれかの病院に30分以内で到達できる。しかし、公共交通による医療アクセスについてみると、家庭医の診療所にアクセスするのに、32%の住民は1時間以上かかり、4%の住民は到達できない。眼科医に受診する場合は、住民の64%は1時間以上を要し、5%はアクセスできない⁵⁶。このような状況は、M-Vの世帯のうち約22%が自家用車を保有していないこと、通学のため公共交通が残されていても、学校の休業期間と週末が1年間の5分の1を占めること、一方で、複数受診する高齢者が多いこと、医療機関までの距離が遠いため受診できず、重症化した例もあること⁵⁷を踏まえれば、相当深刻である。また、高齢化に伴い運転免許証を持たない住民が増えるにもかかわらず、利用者の減少により地域公共交通の縮小が見込まれること⁵⁸からすれば、事態はさらに悪化するおそれがある。中心地から遠い人口希

54 ILVP M-V, S21-23.

55 ILVP M-V, S25; Landtag Mecklenburg -Vorpommern - Drucksache 7/6210, S. 85.

56 Landtag Mecklenburg -Vorpommern - Drucksache 7/6210, S. 82-85.

57 Landtag Mecklenburg -Vorpommern - Drucksache 7/6210, S. 85.

58 Landtag Mecklenburg -Vorpommern - Drucksache 7/6210, S. 85.

薄地域では、やはり、医療アクセスの状況は芳しくないのである。

こうした地域に対して、M-Vではいくつかの対応が行われ、改善方針が検討されている。デマンドバス（Rufbus）や市民バス（Bürgerbus）・市民移動サービス⁵⁹などの導入である⁶⁰。ここでは、デマンドバスの例を見ておこう。

州東部のフォアポンメルン・グライフスヴァルト郡（Landkreis Vorpommern-Greifswald）では、フォアポンメルン・グライフスヴァルト交通（Verkehrsgesellschaft Vorpommern-Greifswald mbH. VVG）が、予約制のILSE-Bus⁶¹を月曜日から金曜日の8時から18時までの間、運行している。時刻表はなく、予約は利用の60分前までに行い、路線バスが予約時刻の前後30分以内に運行していないことが条件である。運行経路は、自由に設定できる。路線バスの運行本数が大幅に減少する学校の休業期間における移動性が改善され、医療アクセスの確保に役立つと評価されている⁶²。

州西南部のルードヴィヒスルフト・パルヒム郡（Ludwigslust-Parchim）では、ルードヴィヒスルフト・パルヒム交通（Verkehrsgesellschaft Ludwigslust-Parchim mbH. VLP）がほぼ1時間間隔のデマンドバスを時刻表に設定し、休日も含め運行している⁶³。予約は2時間前までである。デ

59 市民バスは、ボランティアの運転手によるバスであり、地方公共団体や運送事業者などが事業主になることができる。既存の公共交通機関と競合しないことが条件とされる。BürgerBusse in Deutschland - Die Idee (http://www.buergerbusse-in-deutschland.de/02_Buergerbus/_BB-die-Idee_01.html).

60 Landtag Mecklenburg - Vorpommern - Drucksache 7/5539, S. 2-4. 2020年の時点で、デマンドバスが5か所、市民バスなどが4か所で運営されている。

61 <https://ilse-bus.de/>.

62 Landtag Mecklenburg - Vorpommern - Drucksache 7/6210, S. 88f.

63 Verkehrsgesellschaft Ludwigslust-Parchim mbH (VLP), Fahrpläne 8859 (https://www.vlp-lup.de/wp-content/uploads/2021/07/FPL_8859_2021-06-

マンドバスゾーン内において最寄りの乗換駅・バス停留所にアクセスできる機能を持つ。これらのデマンドバスは、バリアフリーの観点からも評価を得ている^{64 65}。

デマンドバスは、M-V州政府が提示する交通基本構想にも位置付けられている。交通基本構想は、地域公共交通の5段階モデルである。第1段階は、上位中心地や中位中心地の間を結ぶ鉄道又はバスによる高速連絡である。第2段階は、その他の需要の多いバス路線である。第3段階は、通学者のための交通など、需要に応じた路線交通である。第4段階は、デマンドバスやデマンドタクシーのような柔軟なサービス形態である。ただし、経営を維持するには、その交通利用圏内に人口約3,000人から5,000人が必要である。第5段階は、デマンドバスなどでも採算の取れないような、特に人口希薄な地域の交通であり、市民バスである⁶⁶。

（3）医療機関の集約の限界と診療報酬

こうした現況を踏まえ、「M-Vにおける医療提供の未来」最終報告書では、病院の立地場所（図4、図5）の集約はこれ以上認められないと結論している^{67 68}。しかし、M-Vでは、人口減少と医療の外来化のため、2030

07.pdf), 5504 (https://www.vlp-lup.de/wp-content/uploads/2021/07/FPL_5504_2021-06-07.pdf), 5505 (https://www.vlp-lup.de/wp-content/uploads/2021/07/FPL_5505_2021-06-07.pdf).

64 Landtag Mecklenburg -Vorpommern - Drucksache 7/6210, S. 89f.

65 VLPのデマンドバスの費用は年間80万ユーロであるが、州内全域にこうした交通サービスを拡大するには、約480万ユーロを要するため、州からの財政支援が必要であるとされる。Landtag Mecklenburg -Vorpommern - Drucksache 7/6210, S. 91.

66 ILVP M-V, S74. 市民バスにつき、注59参照。

67 Landtag Mecklenburg -Vorpommern - Drucksache 7/6210, S. 129.

68 M-Vにおける病院数は、1991年47病院、2010年39病院、2020年36病院

年までに、老人医学と心臓科以外の診療科すべてで入院数が減少し、特に、婦人科、産科、耳鼻咽喉科が大きく減少すると見込まれる⁶⁹。医療機関集約の限界と医療機関経営の維持との相克がさらに深刻化するのである。「同等の生活条件」の確保という法目的からすれば、医療機関のさらなる集約は行わず、今ある医療機関が経営を維持できるようにすることが対処すべき課題となる。

このために利用されるのが、病院診療報酬における保障加算である。保障加算は、病院の診療圏における医療ニーズが少ないため、DRG 包括報酬及び追加報酬では費用を賄えない診療について、費用補填を行う加算である⁷⁰。M-V では、すでに、60% の病院が保障加算の支払いを受けている⁷¹。

となっており、1990年代以降、大幅に減少したが、少なくともこの10年ほどの間は横ばいとなっている。Statistisches Bundesamt, 20 Jahre Krankenhausstatistik in: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Februar 2012 S. 129; Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern: Stand November 2020, S. 64–99.

69 Landtag Mecklenburg -Vorpommern - Drucksache 7/6210, S. 40–42.

70 注51参照。

71 保障加算の支払いを受ける病院の割合は、全国平均6%、多い順に、メクレンブルク・フォアポンメルン州60.0%、ブランデンブルク州40.0%、ザクセン・アンハルト州19.3%、テューリンゲン州11.5%などとなっている。Landtag Mecklenburg -Vorpommern - Drucksache 7/6210, S. 115f.

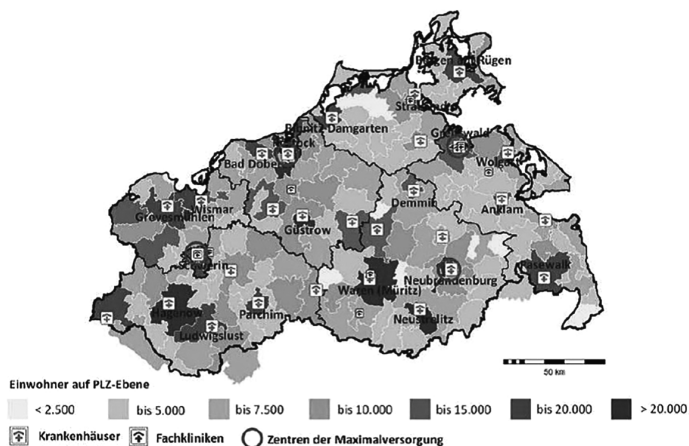


図4 M-Vにおける病院の立地

(注) 1つの病院の記号（Krankenhäuser）には、複数の病院が含まれているものがある。
 (出典) Institut for Health Care Business GmbH (hcb), Gutachten der Institute for Health Care Business GmbH zur Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V, S. 28, Karte 6.

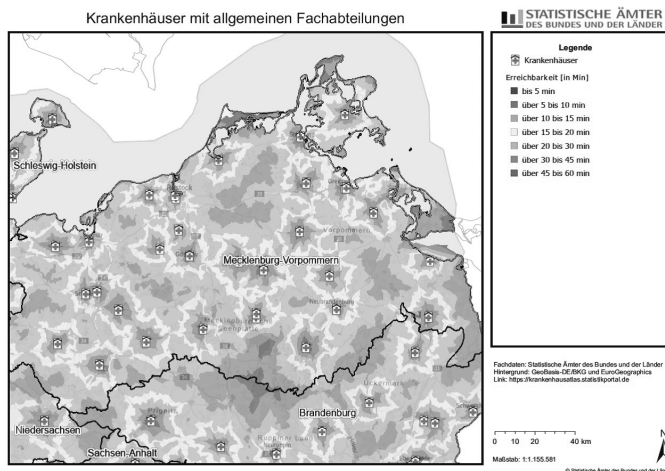


図5 M-Vにおける一般的な診療科のある病院への乗用車によるアクセス

(出典) Statistisches Bundesamt, Krankenhaus-Atlas
 (https://www.gis.nrw.de/arcgis/rest/directories/arcgisoutput/utilities_itnrv/printservice_GPServer/_ags_af28f43a-a10d-11ec-bb3b-005056bcf0d8.pdf)

5. ドイツの制度・政策の特徴とわが国への示唆

最後に、ドイツ・M-Vにおける医療機関の立地に関する制度と政策の特徴をとりまとめ、わが国の医療保障法への示唆について検討する。

（1）ドイツの制度・政策の特徴

ドイツの制度・政策の特徴の第1は、総合性である。空間整備法・空間開発プログラムが対象とする政策分野は広い。交通、エネルギー、教育機関、保健医療、社会福祉なども含むインフラストラクチャーの幅広い領域が計画の対象になっており、病院や診療所も空間整備との関連において、その立地が規律される。

第2に、理念の明確性である。空間整備について、「同等の生活条件」の確保という明確な目的が法定されている。ここから、住居、労働、教育、余暇、買い物、保養、社会給付などを含む生活条件は、人口稠密地域と人口希薄地域、経済的に繁栄している地域と失業率が高い地域との間で異なることが前提であり、部分空間全体として等価（gleichwertig）であれば足りる旨の規準が導出される。この規準は、人々のニーズと財政制約との相克を調整する機能を持つ。

第3は、体系性である。「同等の生活条件」の確保を達成するため、社会インフラを中心地に優先してまとめるという中心地構想が制度化され、中心地構想と需要計画や病院計画、総合交通計画などの専門計画が緩やかに連動している。確かに、M-Vの需要計画における家庭医の計画区域は中位区域であり、中心地には少なくとも1か所の外来医療機関を置くという州空間開発プログラムの目標とは必ずしも整合しない。一般専門医診療についても2011年の州郡区域改革前の郡外市や州郡の区割りが中位区域とは一部異なるなど、契約医の診療所については完全には一致していない。他方、M-Vの病院計画における周産期センターやがんセンターなど

の指定状況には、病院を上位中心地又は中位中心地に立地させる旨の州空間開発プログラムの目標が概ね反映されている（前掲表2）。

第4は、行政基準の具体性・明確性である。州の空間開発プログラムにおいて、一定の基準に基づき、中心地として具体的なゲマインデが指定されている。また、医療機関の立地について、アクセスのための時間が明確に意識されていることも重要である。M-V 総合交通計画において3種類の中心地へのアクセス所要時間の目標値が具体的に定められており、その目標値が、中心地構想を通じて、契約医の需要計画と病院計画に実質的に組み込まれているのである。

第5は、医療の3つの要素の間の優先順位に関する規準の内在である。医療においては、トリレンマの関係にある医療費・診療報酬、医療の質、医療への地理的アクセスの3つの要素をどのように調整するかが重要である。この問題に対処するため、上述の制度群には、3つの要素の優先順位に関して、一定の価値判断が内在していると考えられる。

すなわち、「同等の生活条件」の確保の理念の下、負担可能な医療費の範囲内で、医療の質を確保しようとするなら、医療機関の集約は避けられない。この段階では、地理的アクセスの要素が他の2要素に劣後する。しかし、適切な時間内で医療機関に到達できないようでは、医療保障自体が無に帰してしまう。それゆえ、医療機関の集約には一定の限界が存在し、その限界を超えた医療機関の廃止・統合は許されない。したがって、その限界を超えないように、人口希薄地域において医療機関を維持する局面では、地理的医療アクセス確保の要請の方が医療費節約の要請や症例集積による医療の質の確保の要請よりも優先されることになる、と理解できるのである。

（2）わが国への示唆と残された課題

では、わが国の制度と政策にとって、どのようなことが参考になるか。

わが国には、国土形成計画法に基づく国土形成計画⁷²がある。国土資源、都市及び農山漁村の規模や配置、産業の立地、文化、厚生及び観光に関する施設の整備などを対象としており（2条）、総合的な計画である。

しかし、「同等の生活条件」のような基本的な理念が国土形成計画法や国土形成計画において明確にされているわけではない。分野別施策の基本的方向として、集落地域における小さな拠点⁷³の形成、コンパクトシティの形成⁷⁴、連携中枢都市圏等による活力ある経済・生活圏の形成⁷⁵といった

72 平成27年8月14日閣議決定。

73 「集落地域における小さな拠点」とは、「小学校区等複数の集落を包含する地域において、生活サービス機能や地域活動の拠点を歩いて動ける範囲に集め利便性を高めるとともに、周辺集落とコミュニティバス等の交通ネットワークでつなぐ『小さな拠点』」をいい、「生活サービス機能の整備としては、例えば、旧小学校区エリア等の人口数百人程度の比較的小規模な地域では、食料品・日用雑貨等を扱う商店等や診療所等の小規模な医療施設、小規模なガソリンスタンド等地域住民の日々の生活の必要性が高い生活サービス施設等が、また、平成の合併前の旧町村エリア等の人口規模が数千人数程度の地域であれば、地域のニーズに応じた形で、その他に飲食店や市町村の出張所等の行政庁舎、歯科診療等の医療施設、金融機関や道の駅、農産物販売所等が考えられる」（国土形成計画23頁）。旧町村エリアについては、ドイツの基礎中心地に相当する構想であると見ることもできよう。

74 「コンパクトシティの形成」とは、「都市機能を都市の中心部や生活拠点に誘導して集約し、その周辺部や公共交通の沿線に居住を誘導するとともに、これらのエリアを、公共交通網を始めとするネットワークで結び、コンパクトシティを形成する」ことをいい、「その際、例えば、日常的な医療や子育て支援、訪問看護・介護等の機能については生活拠点となるエリアへ立地し、総合的な診療を行う医療機関や行政機関等については公共交通を利用してアクセスしやすい都市の中心となるエリアへ立地するなど、都市機能を効率的に利用できるよう適切な立地を図ることが望ましい」とされる（国土形成計画23頁）。

75 「連携中枢都市圏等による活力ある経済・生活圏の形成」とは、「地域がその実態に応じ、『連携中枢都市圏』や『定住自立圏』の形成、地域交通網の再編、都市計画制度の活用等により」、「コンパクトシティの形成により都市機能の集約化等を進めるとともに、コンパクトシティが相互に連携す

重要な方針が示されているものの、空間整備法・中心地構想のような、社会インフラをどの市町村に集約するかという課題に対応する総合的な法制度は見当たらない。体系性の面でも、医療計画などの他の専門計画を調整する機能は見られない⁷⁶。

また、わが国の交通政策基本法は、交通に関する施策の推進に当たって、国民の交通に対する基本的な需要が適切に充足されることが重要であるとの基本的認識のもと（2条）、多様な交通手段の間で適切に役割を分担すること（5条）などを旨として、国が講ずべき施策として、通勤、通学、通院など、日常生活等に必要不可欠な交通手段の確保等（16条）、定時性の確保、速達性の向上、交通結節機能の高度化等（18条）、総合的な交通体系の整備等（24条）を掲げる。そして、同法15条に基づく第2次交通

る形で、地方の中心都市と周辺都市、地方都市圏と大都市圏等の広域的、重層的な都市間の対流によってイノベーションを促進し、経済・生活圏の活力の維持、増進を図る」ことをいう。「連携中枢都市圏」とは、「地域において、相当の規模と中核性を備える圏域において市町村が連携し、コンパクト化とネットワーク化により、『経済成長のけん引』、『高次都市機能の集積・強化』、『生活関連機能サービスの向上』を行うことにより、人口減少・少子高齢社会においても一定の圏域人口を有し活力ある社会経済を維持するための拠点を形成するもの」をいい、「定住自立圏」は、生活に必要な都市機能について既に一定の集積がある中心市が近隣市町村と協定を締結することで形成する圏域のことで、中心市と近隣市町村が相互に役割分担し、連携・協力することにより圏域全体として必要な生活機能を確保し、地方における定住の受け皿となることを目的とする」ものである（国土形成計画61頁）。定住自立圏は、ドイツにおける上位中心地や中位中心地に生存配慮に関する施設などを集約する方向性に相当するものと考えてよいであろう。

- 76 国土形成計画には、「都道府県における地域ごとの将来の医療需要と必要病床数を含む『地域医療構想』の策定を支援」し、「人口が大きく減少することが見込まれる地域においては、必要な医療へのアクセスを確保する取組を推進する」との記述が見られる（67頁）。しかし、誰がどのように地域医療構想の策定を支援するのかは、不明である。

政策基本計画⁷⁷では、まちづくりと連携した地域公共交通ネットワークの再編を行い、地域の活力維持や、生活機能の確保を行うことが目標に位置付けられている。この目標に向けて、コンパクトシティを形成しようとする立地適正化計画⁷⁸と地域公共交通ネットワークの形成を促進する地域公共交通計画⁷⁹を一体的に策定し、実施するなどの取組みが掲げられている⁸⁰。

こうした取組みは、医療を含む生活機能を市町村内でまとまって立地させようとするものであり、大きな意義がある。しかし、本稿において取り扱ってきた、医療機関をどの市町村に置くべきかという課題は、対象になっていない。

では、ドイツの空間整備法や中心地構想のような制度を日本に導入することが望ましいか、望ましいとして可能なのか。ドイツはわが国と異なり、国土の多くの部分が平野であるし、国家である州に政府もある。この間に答えるには、国土交通政策に加え、連邦制度・地方制度に関する詳細な知見が必要であろうから、筆者の能力を超える。

77 令和3年5月28日閣議決定。

78 市町村は、単独で又は共同して、都市再生基本方針に基づき、都市計画区域内の区域について、住宅及び都市機能増進施設（医療施設、福祉施設、商業施設その他の都市の居住者の共同の福祉又は利便のため必要な施設であって、都市機能の増進に著しく寄与するもの）の立地の適正化を図るため、立地適正化計画を作成することができることとされている（都市再生特別措置法81条1項）

79 地域公共交通の活性化及び再生の促進に関する基本方針に基づき、市町村では単独で又は共同して、都道府県では当該都道府県の区域内の市町村と共同して、当該市町村の区域内について、地域旅客運送サービスの持続可能な提供の確保に資する地域公共交通の活性化及び再生を推進するため、地域公共交通計画を作成するよう努めなければならないこととされている（地域公共交通の活性化及び再生に関する法律5条1項）。

80 第2次交通政策基本計画13頁、14頁、26頁、国土交通省「第2次交通政策基本計画の概要」3頁参照。

一方、医療保障法の立場からは、「同等の生活条件」の確保という理念が参考になる。第一に、国民皆保険の下、「保険あって医療なし」は許されないからである。

また、「保険料と保険給付を受け得る地位とのけん連性」⁸¹における「保険給付を受け得る地位」とは、保険給付を受けることや保険診療により受診することそのものではなく、公的医療保険による良質な保険診療にアクセス可能な状態であると理解できる⁸²。こうした保険関係の理解からも、公的医療保険加入者がいずれの地域に居住していても、医療機関へのアクセス可能性が確保されなければならないことが帰結される。ただし、その際、国内すべての地域から同じ移動時間で同レベルの機能を有する医療機関に到達できるような均質性を確保することは不可能である。人口稠密地域や人口希薄地域などの地域によって、医療機関を受診する際の移動性に差異があることを前提にして、同等の医療を受け得ることが、「保険給付を受け得る地位」の内実の一側面であるといえることができる。

「同等の生活条件」の理念は、こうした国民皆保険の下での医療機関配置のあり方を端的に説明できる概念として有益であろう。そして、この理念から、医療の3つの要素、医療費、医療の質、医療の地理的アクセスの間の優先順位に関する規準が導かれることも重要である（(1)の第5）。

こうした規準を具体化するには、医療機関の種類や診療科に着目した階層を設け、アクセス時間を考慮した立地を明確かつ具体的に指向するアプ

81 最大判平成18年3月1日民集60巻2号587頁。

82 個別的な診察や治療ではなく、「公的医療保険による良質な保険診療にアクセス可能な状態」は、消費において非競合的であり、排除可能性がない財であるから、公共財に位置付けられる。医療や医療保障をこうした状態の財と捉えれば、さまざまな社会資本・インフラストラクチャー、公共の安全と秩序、安全保障などと共通する性質を持つといえることができる。西村淳編『社会保障の基礎』（東洋経済新報社、2016年）139頁（田中伸至執筆部分）参照。

ローチをとる必要がある。確かに、二次医療圏の設定に当たって、交通事情も考慮要素として挙げられているが、具体的な指針や基準は示されていない⁸³。わが国では今後とも、高齢化・単身世帯化が進むから、自家用車を保有しない者、家族の乗用車を利用できない者が増え、公共交通機関の重要性が増す。一方、地方圏では人口減少が進み、公共交通の利用者も減っていき、公共交通の維持が困難になる。このため、ドイツに見られるような、医療機関までの到達時間を明確な指標として、アクセス可能な中心地に医療機能を集約する仕組みとこれに応じた地域公共交通の段階的な構想が求められるのである。

また、交通機関による移動時間の短縮には限界があり、基準となる到達時間を守るために、人口希薄地域において医療機関を維持しなければならない場合もあり得る。この場合、保障加算のように、医療機関の維持を目的とした診療報酬の導入も検討に値しよう⁸⁴。

本稿において検討対象としたM-Vは、医療機関の集約がすでに進んだ州である⁸⁵。医療機関の統廃合が進んだ後に問題となる医療アクセスについては、本稿で取り扱ったことのほか、救急医療やデジタル化・遠隔診療も重要なテーマである。地域での包括的な医療連携体制の構築の仕方やその形成・維持に資する診療報酬の支払い方法も検討を要する。また、地域医療構想において課題となっている医療機関の統廃合を進めるための手続きやプロセスは、別の課題である。これらの研究課題が残ることを認識して、本稿を終える。

83 医療計画作成指針（「医療計画について」（平成29年3月31日医政発0331第57号厚生労働省医政局通知）別紙）第四（1）参照。

84 このことについては、日独の診療報酬制度の構造を比較検討する中で簡単に検討したことがある。田中伸至「診療報酬制度の構造と診療報酬決定過程—日本とドイツを例に—（増補）」法政理論48巻2・3号（2015年）121頁ないし125頁参照。

85 注68参照。

〔謝辞〕

本稿については、北海道大学社会保障法研究会において報告を行い、出席者の方々から様々なご指摘をいただきました。ここに記して、感謝の意を表します。

〔付記〕

本稿は、科学研究費助成事業基盤研究（C）「現役世代急減期の地理的医療アクセスの確保に関する比較法研究—日本とドイツ」（JSPS科研費20K01327、研究代表者田中伸至）、科学研究費助成事業基盤研究（B）「医療保険制度の史的検証と改革案提言に向けた基盤研究—健保法制定100年を契機に」（JSPS科研費21H00663、研究代表者片桐由喜）による研究成果の一部である。