

# 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—

岩 井 勝 弘

序章

第1章 コンパクトシティに関する政策の評価

第2章 都市郊外部における病院の適正配置の仕組み

終章

## 序章

日本の総人口は2005年に統計史上初めて減少に転じ、本格的な減少局面に入った。人口減少は、中長期的に経済成長率の低下や社会保障財政の悪化等重大な影響を及ぼすと懸念されている。都市政策に関しても、社会資本に対する需要が縮小するとともに、郊外に拡大し続けてきた都市境界の後退が現実のものとなりつつある。人口増加、都市の拡大を前提とした、従来の規制や事業のあり方が転換を迫られている。

政府は、2006年、「まちづくり三法」の改正を行った。その主たる目的は、商店街等中心市街地衰退の要因とされる都市機能の拡散を防止することであり、コンパクトシティの推進という理念に基づくものである。注目すべきは、従来の中心市街地活性化を目的とする規制が、専ら大規模小売店舗の出店に係るものであったのに対し、今回の改正では、教育施設、医療施

設、福祉施設等の公共公益施設に踏み込んで開発規制を強化している点である。具体的には、市街化調整区域において、従来は不要であったこれらの公共公益施設に係る開発許可を必要とした。実際の運用では、後述のとおり、市街化調整区域における病院の設置は、極めて例外的な場合に限り認められることとなった。

しかし、市街化調整区域の住民にこうした施設に対するニーズがないわけではない。むしろ、高齢化が進行するに伴い医療施設等に対する需要は高まると予想される。そもそも市街化調整区域は、一般的に市街化区域すなわち都市部の周辺に位置し、将来の市街地化の可能性がある地域を含め開発を抑制した区域である。良好な農地が整備されている場合も多く、固定的な集落が分布している。仮に将来市街地化が行われなくても、農業基盤の確保や国土保全の観点から、今後とも集落や地域社会の維持が求められる区域である。

市街化調整区域等都市郊外部の住民が病院等の都市機能にアクセスする手段としては、自家用車や公共交通機関の活用が挙げられる<sup>1</sup>。しかし、21世紀の日本社会では、以下の事情により、これらの交通手段で高齢者の都市機能へのアクセスを十分に確保することは困難である。

第1に、急速な人口の高齢化である。高齢者は、一般的に医療や福祉のニーズが高く、頻回に医療機関や福祉施設にアクセスする必要がある。一方、加齢に伴い自家用車の運転は困難になる。これまで開発が抑制されてきた市街化調整区域においては、特に高齢化の度合いが高まると見込まれ、都市機能へのアクセスの問題は深刻である。

第2に、単に高齢化が進行するだけでなく、単身かつ無子の世帯が増

---

1 社会資本整備審議会 『新しい時代の都市計画はいかにあるべきか(第2次答申)』(平成19年7月20日)は、基幹的な公共交通が中心市街地の集約拠点相互の連絡を、フィーダーバスやコミュニティバスが交通結節点等の拠点に周辺の地域からのアクセスを担う方向を示している。

加する<sup>2</sup>。こうした世帯は、病気や失業等のリスクに弱く、地域社会からも孤立しやすい。また、都市機能へのアクセシビリティは複数世帯に比べて低いと考えられる。

第3に、少子高齢化、モータリゼーションの進展等により公共交通機関の利用者数が減少しており、公共交通網がすでに縮小傾向にあることである。自治体による財政支援も行われているが、自治体の財政事情も高齢化等の影響で厳しく、その財政負担にも限界がある。

このように見ると、今後、人口減少・都市境界の後退が進行する中、コンパクトシティを目指した政策が推進された場合、市街化調整区域の住民が病院等の都市機能にアクセスすることが極めて困難になると懸念される。もっとも、都市計画区域に占める市街化調整区域の割合が小さく、市街化区域の周辺に幅の狭い帯状に市街化調整区域が存在する都市の場合は、市街化調整区域から中心市街地への距離が短く、事実上不都合が生じないかもしれない。しかし、市街化調整区域の割合が大きく、幅の広い区域として存在する都市の場合には、都市計画区域内に病院等の都市機能にアクセスできない地帯が生じかねない。

「まちづくり三法」の改正を始めとする近年の土地利用規制の見直しは、こうした問題をどのように捉え、評価して決定されたのであろうか。また、こうした問題に対応し、市街化調整区域の住民の病院等の都市機能へのアクセスを確保するためには、いかなる政策枠組が考えられるのだろうか。

---

2 社会保障審議会人口構造の変化に関する特別部会 「『出生等に対する希望を反映した人口試算』の公表に当たっての人口構造の変化に関する議論の整理」（平成19年1月26日）は、50歳代の未婚率が2030年には5人に1人、2050年には4人に1人と見込まれ、50歳代以上の世帯の4割は「単身かつ無子世帯」になるとの想定を示している。

## 第1章 コンパクトシティに関する政策の評価

### 1 土地利用規制の目的<sup>3</sup>

日本の土地利用規制は、主として都市計画法及び建築基準法に基づき、①区域区分（線引き）制度及び開発許可制度による開発規制、②地域地区制（ゾーニング）による用途規制・形態規制を柱としている。これらの規制は、人口増加、交通費用の減少等に伴う市街地の拡大を前提として制度設計されている。開発規制は、主として郊外への住宅開発を中心としたスプロール現象の防止を、用途規制・形態規制は、用途の混在等による外部不経済の発生の防止を目的としている。

郊外に無秩序・無計画に宅地が広がっていく、いわゆるスプロール現象が発生すると、規模の経済を享受できないため効率的なインフラ整備が阻害され、公共サービスのコストが増高する。また、インフラ整備が後追いとなるため、市街地環境の観点から望ましくないとされる。こうしたスプロール現象を防止するため、開発規制は、都市計画区域を公共投資が積極的に行われ、民間の開発も一定の基準に合致する場合に認める市街化区域と、開発行為は抑制され、公共投資も原則として行われない市街化調整区域に線引きする。一方、用途規制・形態規制は上記の外部性の調整を主たる目的としているが、形態規制の一つである容積率制限は、都市機能の集積、都市構造の調整を行う役割を担っていた<sup>4</sup>。

### 2 「まちづくり三法」改正等の背景と内容

近年、モータリゼーションの進展、国民の需要構造の変化、流通革命等

---

3 金本良嗣『都市経済学』東洋経済新報社、1997年、第8章及び中川雅之『公共経済学と都市政策』日本評論社、2008年、135-137頁参照。

4 社会資本整備審議会『新しい時代の都市計画はいかにあるべきか（第1次答申）』（平成18年2月1日）21頁。

により、大規模商業施設や公共公益施設等の都市機能が都市郊外に拡散する状況が見られる。これが中心市街地の空洞化の一因と考えられている。また、こうした都市機能の「薄い拡散」がインフラ整備の効率性の低下、住民の都市機能へのアクセシビリティの低下を引き起こすと指摘されている<sup>5</sup>。このような社会状況を背景に、今後の本格的な人口減少、高齢社会の到来に向けて、既存のインフラや都市機能の有効活用の観点から、都市機能を集積するというコンパクトシティの推進が課題とされている。

しかし、従来の宅地開発等の抑制を主眼とした開発規制や容積率等により都市機能の集積を図る手法は、郊外型の都市機能の拡散には効力がないと考えられている<sup>6</sup>。こうした課題等に対応するため、2006年、「まちづくり三法」の見直しが行われた。

「まちづくり三法」の見直しの内容は、多岐にわたるが、土地利用規制関係で特に重要なのは、以下の事項である。

#### ①用途規制

従来、外部不経済の発生を主たる目的としていたため、許容される用途の幅が広がったが、都市構造の調整の観点から、広域的都市機能を適切に誘導するための用途制限の強化が図られた（用途地域及び非線引き白地地域における大規模集客施設の立地規制）。

#### ②開発規制

広域的都市機能の拡散防止を規制根拠に、準都市計画区域制度の拡充、市街化調整区域における大規模開発許可基準の廃止及び病院等公共公益施設に係る立地の開発許可の対象化が行われた。

### 3 「まちづくり三法」改正に対する評価

---

5 同上、9-10頁。

6 同上、21頁。

個別の制度や政策決定を評価するとき、どのような方法、基準で評価するべきか。多くの場合、個々の制度や政策が掲げる目標や理念の正当性・合理性、当該目標に照らした有効性が評価される。

「まちづくり三法」改正法案のうち都市計画法等の一部改正法案である「都市の秩序ある整備を図るための都市計画法等の一部を改正する法律案」の第164回国会における提案理由説明は、冒頭以下のように述べている。

「近年、モータリゼーションの進展等を背景といたしまして、都市の無秩序な拡散が進み、中心市街地の空洞化のみならず、高齢者等が病院等の公共施設に歩いて行くことができなくなることや、公共投資の非効率性、環境負荷の増大などの問題が生じております。今後、人口減少・超高齢社会が到来する中で、既存の社会資本のストックを有効に活用しつつ、都市機能を集約したコンパクトなまちづくりを進めることが求められております<sup>7</sup>。」

また、国土交通省の社会資本整備審議会は、平成18年2月の「新しい時代の都市計画は以下にあるべきか（第1次答申）」において今後の課題を概要以下のとおり整理している。

- ①都市機能の拡散により、公共交通の維持が困難となること、各種公共サービスの提供効率が低下すること、社会的効果(交流、賑わい、文化、「都市の顔」等)が消滅すること、自動車利用による環境負荷の増大、空洞化によるコミュニティの機能の維持が困難となること。
  - ②大規模集客施設等の広域的都市機能の拡散により周辺での従来的スプロール現象が発生し、インフラ整備・維持管理コストの増大につながること。
- 提案者の提案理由説明と制度改正の方向を決定した政府審議会答申を合わせて読むと、今回の制度改正の契機は空洞化する中心市街地の活性化であるが、その目的は、①公共サービスや社会インフラの効率化、②高齢者

---

7 参議院ホームページ 議案情報 (<http://www.sangiin.go.jp/japanese/joho1/kousei/gian/164/pdf/k031640331640.pdf>) 2010.1.11取得

の公共施設へのアクセシビリティの確保、③環境負荷の軽減にあり、特に都市機能の集積による社会資本の効率化が中心的な理論的根拠となっていることがわかる。

中心市街地活性化という方向性については、多くの都市で中心市街地が寂れたという実感が一般的であり、その活性化が必要との認識につながっているがゆえに、時宜を得たものと受け止められているとされる<sup>8</sup>。また、公共施設は土地利用度が低いほど非効率になることから、人口減少・高齢社会という条件の下では、高密度な都市を目指すというコンパクトシティの理念には合理性・正当性があると評価されている<sup>9</sup>。本格的な人口減少・高齢社会の到来を控え、都市機能の集積による社会資本整備や公共サービスの効率化が必要であり、個々の政策の有効性はともかく、コンパクトシティに関する政策が全体として、こうした社会資本等の効率化に資するという点では合意があると言える。

ただし、こうした効率面からの肯定的な評価には一定の留保が必要である。

第1に、コンパクトシティの理念、特にその柱の一つとなっている「街なか居住」の考え方には、住民移動のコストが勘案されていないことである。都市機能の中心市街地への集積が進む一方で、中心市街地に居住できず、後退する都市境界に取り残された都市郊外部の住民のアクセシビリティが低下する懸念がある。その影響が大きい場合には、効率性の面でもその効果が疑問視される。

第2に、市街化調整区域における公共公益施設の開発許可化の根拠となった事実の問題である。前記の社会資本整備審議会の第1次答申では、病院等の郊外立地がスプロール現象を引き起こしているとの認識が示されて

---

8 大西隆 『逆都市化時代－人口減少期のまちづくり』学芸出版社、2005年、56頁。

9 南真二 「中心市街地活性化とコンパクトなまちづくり」 泉水文雄・井上典之監修 『法政策学の試み－法政策研究（第十一集）』信山社、2009年、83頁。

いる<sup>10</sup>。これを裏付けるものとして、同答申の補足説明資料に、岐阜市において県道に接道した庁舎や病院の周辺に薬局等数店の店舗の立地が見られるケースが示されている<sup>11</sup>。しかし、病院等は、アクセスの必要から、通常、幹線道路に近接して設置されることが想定されるため、道路インフラの点では問題がない。また、周囲に薬局等の店舗が立地したとしても、従来から市街化調整区域内においても開発が認められている沿道サービスや周辺住民を対象としたサービス提供に係る店舗の出店と現象面で大きな差はなく、スプロール現象を引き起こしているとするのは誇張が過ぎるのではないか。

#### 4 多様な評価基準の必要性

確かに人口減少社会を迎えて、社会資本整備や公共サービスの効率化は避けて通れない課題である。環境への負荷の観点からも、コンパクトシティの理念は、EU諸国を中心に持続可能な都市開発戦略として評価されている<sup>12</sup>。「まちづくり三法」改正の内容は、基本的に社会状況の変化に対応したものであり、特に大規模集客施設に関する規制強化の目的と手法は合理性のあるものと評価できる。

しかし、こうした評価は、社会資本整備や公共サービスの効率化、住民の都市機能へのアクセスの効率化といった効率性の基準に照らした評価で

---

10 社会資本整備審議会『新しい時代の都市計画はいかにあるべきか(第1次答申)』25頁では、「市街化調整区域に病院が立地すれば、薬局、店舗等それに伴って必要となる施設の立地が進み、無秩序な開発を誘因し、計画的市街化を阻むといった事態まで至っている事例もある。」と規制強化の理由を挙げているが、本文に指摘したとおり説得力があるとは言い難い。

11 国土交通省ホームページ ([http://www.mlit.go.jp/singikai/infra/toushin/toushin\\_04.html](http://www.mlit.go.jp/singikai/infra/toushin/toushin_04.html)) 2001.1.11取得

12 海道清信『コンパクトシティー持続可能な社会の都市像を求めて』学芸出版社、2001年、24頁。南真二前掲論文、74頁。



ある。効率性、とりわけ功利主義的な立場から社会構成員の総便益の向上を追求するような評価基準の下では、前述のような都市郊外部の住民のアクセシビリティの低下という側面は捨象される。こうした看過できない社会問題を評価の対象とするためには、効率性以外の評価基準を用いなければならない。言い換えれば、効率性以外の価値理念に基づく政策目標を設定しなければならない。

それでは、効率性以外に制度が体现すべき価値理念とはどのようなものであろうか。個々の制度や政策の目標とは別に、あらゆる制度・政策が満たすべき条件、あるいは体现すべき価値理念が存在し、そうした条件または価値理念に係る基準に即して個々の制度・政策の評価を行うべきと考えられる立場がある。そうした一般的に適用されるべき評価基準<sup>13</sup>に根拠を与える価値理念としては、「効率」に加えて、多義的な概念ではあるが、公平や平等といった理念を含む「正義」が挙げられることが多い。また、公共哲学に係る学説の中では、「効率」「正義」に加えて「自由」「卓越」といった理念を挙げるものがある<sup>14</sup>。

「まちづくり三法」の改正は、環境負荷の軽減を通して持続可能な都市開発を狙うという展望があるとしても、基本的には「効率」に係る目標を追求したものであり、市街化調整区域の住民を含めた都市住民の医療施設等へのアクセスの平等の観点は除外されている。まして、市街化調整区域の高齢者が医療サービスの利用により日常生活において人間らしい機能を発揮するという「自由」あるいは「卓越」の達成といった観点は考慮され

---

13 ここでの一般的な評価基準とは、平井宜雄が指摘するように、「その基準にあてはめれば一義的に選択肢が定まるという意味での基準」ではなく、「決定の際に考慮すべき評価の諸々の側面を分析的に示す」という意味のものである（平井宜雄 『法政策学』 有斐閣、1987年、98頁）。

14 平井前掲書、第3章第1節。塩野谷祐一 『経済と倫理－福祉国家の哲学』 東京大学出版会、2002年、第2章・第3章。社会保障法学においては、社会保障を支える法理念を自由の理念に求める学説が注目されている（菊池馨実 『社会保障の法理念』 有斐閣、2000年、第3章第3節）。

ていない。

もっとも法案の提案理由説明には、「高齢者等が病院等の公共施設に歩いて行くことができなくなる」という問題が掲げられている。しかし、これは、社会資本整備や公共サービスの効率化を目的として、都市機能の集積とともに、住民も既成市街地に誘導しようという「街なか居住の推進」という政策方針を正当化する根拠となっている。基本的には、効率性に関する問題提起である。

前述のとおり、居住地の移転にはコストが発生する。生業との関係、親族・地域とのつながり等の理由により居住地の移転は容易ではない。そうすると、政府が掲げる「歩いて暮らせる街」「高齢者が暮らしやすい街」という目標は、すでに中心市街地及びその近辺に居住する高齢者や中心市街地に容易に移転できる高齢者を対象としたものであり、市街化調整区域等の都市郊外部に居住せざるを得ない高齢者は視野に入れられていないと言える。

実は、序章において市街化調整区域住民の都市機能へのアクセスを阻害する社会的要因として挙げた、高齢化や公共交通の維持の困難性の問題は、コンパクトシティの推進の背景として強調されたものである<sup>15</sup>。そうすると、コンパクトシティの推進に向けた制度改革は、社会状況の変化を的確に捉えたものといえる。問題は、都市郊外部の住民の都市機能へのアクセシビリティの低下という犠牲の下に、都市中心部の住民の利便性を向上させるという構造にある。それは、当該政策が効率性のみを追求していることの帰結なのである。

## 5 医療ニーズの評価

---

15 社会資本整備審議会 『新しい時代の都市計画はいかにあるべきか（第2次答申）』14頁。

もっとも改正後の都市計画法においても、周辺住民を主たるサービス対象とする公共公益施設や店舗等に係る開発行為は認められ（同法34条1号）、同号の公共公益施設には医療法に規定する病院、診療所、助産所が含まれている（同法施行令29条の5）。しかし、その解釈運用を見ると、「本号に該当する公共公益施設としては、いわゆる生活関連施設である公共公益施設が想定され、例えば、主として開発区域の周辺住民が利用する保育所、学校（…）や、主として周辺の居住者が利用する診療所、助産所、…等が考えられる<sup>16</sup>（下線強調は筆者）。」と意図的に病院は除外されている。

また、地域の実情に応じた運用を行う観点から、「周辺における市街化を促進するおそれがなく、かつ、市街化区域内で行うことが困難又は著しく不適当と認められる開発行為」として開発審査会の議を経て例外的に開発が認められる開発行為（同法34条14号）に、病院等の医療施設関係が運用上<sup>17</sup>含められている。しかし、そこでは、「…位置、規模等からみて周辺の市街化を促進するおそれがないと認められ、…」といった一般的な要件に加え、以下のいずれかに該当することを求めている。

- ①救急医療の充実が求められる地域において、患者等の搬送手段の確保のため、当該開発区域周辺の交通基盤等の活用が必要と認められる場合
- ②当該医療施設の入院患者等にとって、開発区域周辺の優れた自然環境その他の療養環境が必要と認められる場合
- ③病床過剰地域に設置された病院又は診療所が、病床不足地域に移転する場合

①及び②の基準は、高度救急機能や長期療養機能を備えた医療機関を想定している。③の基準については、市街化調整区域は一定以上の規模の都市を含む2次医療圏に存在する 경우가多く、病床不足地域（2次医療圏）

---

16 開発許可制度運用指針（平成13年5月2日付け国総民第9号国土交通省総合政策局長通知）Ⅲ-6-2。

17 同上、Ⅲ-7-1（18）。

に該当するケースは多くはないであろう。

実際の自治体の運用実態を見ると、上記の運用に従い、市街化調整区域における医療施設の開発許可については、一般的に医療法上の診療所に限定し、病院を除外している。もちろん地域の実態に即した弾力的な対応が行われる可能性はあるが、市街化調整区域の住民にとって、今後、病院機能へのアクセスが改善する見込みは低い<sup>18</sup>。

確かに、健康な者の日常的な医療需要は、診療所レベルで対応可能といえる。しかし、身体機能が低下し基礎疾患を抱えることが多い高齢者は、診療所からの紹介を経て、より高度な機能を有する病院において検査、治療等を継続的に受ける蓋然性が高い。

都市計画法は、市街化調整区域の住民の利用に供する生活関連サービスについては開発を認めている（同法34条1号）。しかし、食料品や衣料品等の日常生活用品は、高齢者でも通販や宅配サービスの利用が可能である。問題は、医療サービス等の対面でのサービス受給が必要な分野である。現行制度は、高齢社会において必要性が高まる医療ニーズについての適切な認識を欠いていると言わざるを得ない。

問題の根幹は、医療という人間にとっての基礎的な「必要」を適切に評価していない点にある。それは、都市の中心部と都市郊外部の住民の医療機能へのアクセスの「平等」、都市郊外の高齢者が健康に生活できるという「自由」という価値理念に基づいた基準から評価されるべきものである。

---

18 都市計画法34条10号に基づき地区計画の中で病院の建設を行うことが可能であるが、これはあくまで、住宅市街地の大規模開発等と一体的に行われるものに限定されている（都市計画運用指針（平成12年12月28日付け建設省都計発第92号建設省都市局長通知）IV-2-1-G）。

## 第2章 都市郊外部における病院の適正配置の仕組み

### 1 政策枠組みの選択肢

あらゆる制度・政策が体现すべき価値理念として効率、正義（平等、公平）、自由等があり、これらの価値理念が一般的な政策評価基準の理念的根拠を与えるとすると、病院の適正配置に関しては、都市住民の医療機能へのアクセスの平等、健康に生活できる自由の実現という政策目標を追求しつつ、それをできる限り効率的に達成できる政策を選択する必要がある。そうした政策目標の実現のために病院へのアクセスを確保する方策としては、公共交通網の維持整備が挙げられるが、前述のとおり、人口減少、少子高齢化の進行の中で公共交通網は縮小の方向にあり、自治体等によるコミュニティバスの運営も財政的負担が重く限界がある。人口密度や病院間の距離を勘案して、都市郊外の病院機能が不足している地域に必要な機能を有する病院を配置する方が、病院機能に対するアクセスの格差の是正や高齢者等の生活の質の向上につながることは言うまでもなく、効率性追求の面からも有利なケースがあるであろう<sup>19</sup>。

それでは、具体的に病院機能不足地域に病院を配置する方策としてどの

---

19 病院の適正配置にメリットがあるとする前提条件として、病院経営が成り立つこと、病院配置が外部不経済や資源配分の歪みといった影響を及ぼさないことが挙げられる。このため、以下の条件を満たす病院設置に限定する必要がある。

- ①一定の距離の範囲内に他の病院が存在しないこと（病院機能不足地域であること）。
- ②一定の周辺人口を抱えていること（病院経営が成り立つこと）。
- ③周辺住民の一般的な医療ニーズを超えて必要以上に高度な医療機能を有する病院ではないこと（広域的な影響を及ぼさないこと）。
- ④幹線道路に接道している等必要なインフラがあること（外部不経済やスプロール現象を発生させないこと）。
- ⑤医療計画上の病床過剰地域（2次医療圏）でないこと（医療資源の偏在を助長しないこと）。ただし、同一医療圏内の移転は可。

ような仕組みが考えられるのか。まず制約条件として以下の2点を考慮しなければならない。

第1に、日本の医療機関の開設者の大部分は、医療法人等の私的主体である。また、一般の業種と同様に医業開業の自由を広く認める、いわゆる自由開業医制が定着している。このため、政府が積極的に医療機関の立地を調整することに対する抵抗が強い。自治体立病院等の公的医療機関に対しては、厚生労働大臣の設置命令の制度があるが（医療法34条）、一般的に自治体立病院の経営は構造的な赤字状況にあり、高齢化等の影響により自治体財政がひっ迫する中、救急やへき地医療等にその役割を特化する傾向にある<sup>20</sup>。

第2に、今後の本格的な高齢化、人口減少社会の到来により、マンパワーや医療費を含む医療資源の量的制約に直面せざるを得ない。したがって、単なる医療機関数の増を目指すのではなく、資源の再配分効果を有する方法により医療機関の適正配置を図る必要がある。

こうした条件を満たす方法、あくまで医療機関の開設者の設置に関するイニシアティブを前提として医療機関の再配置を促す枠組みとしては、現行制度の下、以下の3つの選択肢が考えられる。いずれも許可ないし指定という開設者の申請を前提とした規制を介して医療機関の適正配置を誘導するものである。なお、この他に税制上の措置や助成により適正配置を促進する方法が考えられるが、以下の選択肢と併用すべき補助的なものであり、検証を省略する。

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

---

20 総務省『公立病院改革ガイドライン』（2007年12月24日）、1-2頁参照。

## 2 各選択肢についての検討

### (1) 医療法に基づく病院開設許可による適正配置規制

医療法に基づく病院の開設許可の許可要件は、人員、構造設備等に係るものである。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理由の要請により講じられており、一般的に警察規制又は消極目的規制と考えられている<sup>21</sup>。

A案は、病院の開設許可の許可要件に病院の適正配置基準を加えるというものである。そうした適正配置規制を要求する社会的理由ないし目的は、病院の偏在を防止し、間接的に病院機能の不足地域への病院の開設を促進することにより、当該地域の住民の病院へのアクセシビリティを高めることに求められるであろう。そうであるとすれば、目的自体は、公共の利益に合致し、否定されるべきものではない。

問題は、当該目的のために病院開設許可による適正配置規制を講ずる必要性と合理性の存在を認めることができるかどうかである。仮に、医療法に基づき病院の適正配置規制を行う場合、距離制限を行うか、あるいは、

---

21 病院の適正配置規制を講ずる場合、いわゆる目的2分論に当てはめると、積極目的規制あるいは消極目的規制のいずれに当たるかという議論がありうる。しかし、消極目的・積極目的という区分自体が相対的なものであり、判例は、経済的自由と公共の福祉の間の均衡を図る観点から時代状況を考慮に入れてその区分を判断している（公衆浴場事件においては、社会状況の変化（自家風呂の増加）を受けて、消極目的規制から積極目的性に認定を見直し（最判1989・1・20刑集43巻1号1頁）、あるいは、積極目的・消極目的区分論によらず（併記して）、「必要かつ合理的な範囲の手段」と認定して合憲判断を下している（最判1989・3・7判時1308号111頁）。なお、同判決において、公共料金規制や参入退出が困難なことを公衆浴場の特色としているが、これは病院についてもあてはまる。なお、医療法に基づく医療計画・同法30条の11勧告を積極目的規制と捉え、病院開設に係る立地に関しては、保険医療機関指定制度と複合して積極目的規制による制約が行われているとする見解について田中伸至・法政理論第40巻第1号96頁参照。

医療計画上の2次医療圏を細分化して病院機能充足区域と病院機能不足区域に区分けし、前者においては開設を制限し、後者において開設を許可するような仕組みが必要となるであろう。税制上の措置や助成による誘導ではなく、強力な職業の自由の制限措置を講じて、間接的に病院機能不足地域の住民のアクセシビリティの向上を狙うという枠組みは、立法例<sup>22</sup>や判例<sup>23</sup>に照らして考えると、目的と手段の均衡を失したものとしてその合理性は認め難いであろう。

また、一律の基準に従い、開設不許可とする地域を区分するためには、当該基準に相当程度の合理性が求められる。個々の医療機関の機能や地域の人口動態、高齢化の状況等を踏まえた医療ニーズを的確に反映するものである必要があり、実際の制度設計は技術的な困難を伴うであろう。

## (2) 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

A案と同様に、保険医療機関の指定に当たって距離制限を行うか、あるいは、医療計画において2次医療圏を細分化して病院機能充足区域と病院機能不足区域に区分し、前者においては指定を制限し、後者の場合は指定

22 都道府県は、医療法に基づき医療計画を策定し、医療圏ごとの必要病床数を定めることとされているが（医療法30条の4）、実際の病床数が必要病床数を上回った場合でも私的医療機関については開設の不許可権限は与えられておらず、病床数の削減や開設許可の辞退を勧告する権限を与えるにとどまっている。実質的な病床規制は、同勧告と連動した健康保険法に基づく保険医療機関の指定拒否の権限により担保されている（健康保険法65条4項2号）。

23 業事法判決（最大判1975・4・30民集29巻4号572頁）は、「薬局等の分布の適正化が公共の福祉に合致する」と認めた上で、「薬局等の偏在防止のためにする設置場所の制限」について「効果をどこまで期待できるかは大いに疑問であり、むしろ、その実効性に乏しく、無薬局地域又は過小薬局地域における医薬品確保のためには他にもその方策があると考えられるから、無薬局地域等の解消を促進する目的のために設置場所の地域的制限のような強力な職業の自由の制限措置をとることは、目的と手段の均衡を著しく失するものであって、とうていその合理性を認めることはできない。」としている。



するような仕組みである。

日本は国民皆保険制度がとられ、ほとんどの診療行為が保険診療により提供されている。医療機関は、一部の診療科を除けば保険医療機関の指定を受けなければ経営が成り立たない。したがって、医療法の開設許可の場合と同様に、適正配置基準に従い保険医療機関の指定を制限することにより、間接的に病院機能の不足地域に病院を誘導する効果が期待できる。また、それと同時に、職業の自由の制約に関する問題が生じうる。

そもそも医療保障法体系の2つの柱である医療法と健康保険法は、医療法が「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保」を目的としているのに対し（医療法1条）、医療保険制度の基本法といえる健康保険法は、「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」を基本理念としている（健康保険法2条）。

医療保険制度においても医療機関の適正配置に関する制度的枠組みは存在する。健康保険法は、保険医療機関の病床指定拒否事由の一つとして「当該申請に係る病床の種別に応じ、医療法第7条の2第1項に規定する地域における保険医療機関の病床数が、その指定により同法第30条の4第1項に規定する医療計画において定める基準病床数を勘案して厚生労働大臣が定めるところにより算定した数を超えることになると認める場合（その数を既に超えている場合を含む。）であって、当該病院又は診療所の開設者又は管理者が同法第30条の11の規定による都道府県知事の勧告を受け、これに従わないとき。」を掲げている（同法65条4項2号）。平成10年法律第109号による改正前は、病床過剰地域における病院開設等の中止勧告に従わないことが、保険医療機関の指定拒否事由である「其ノ他保険医療機関若ハ保険薬局トシテ著シク不適当ト認ムルモノナルトキ」（改正前の健保法43条の3第2項）に当たるとして運用され、指定拒否処分 of 適法性・合憲性が争われた。判例（最判2005・9・8判時1920号29頁）は、「医療保険の運営の効率化」という健保法の趣旨に照らして、指定拒否処分を適法と判断し、憲法22条1項との関係については、「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うことが出来るものであって、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。」としている。健康保険法等の医療保険制度における医療機関の適正配置の枠組みは、医療保険の運営の効率化という趣旨目的の範囲内で認められている。

こうした現行の健康保険法及び判例の趣旨からすると、病院機能不足地域における病院へのアクセスの向上を目的として健康保険法に基づく保険医療機関の指定を拒否することは、同法の趣旨目的との関連性において合理性を認定し難いであろう<sup>24</sup>。

また、A案と同様に、指定を拒否する区域の基準設定の問題があり、実際の制度設計は技術的な困難を伴うであろう。

### (3) 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

都市計画法第34条（市街化調整区域における開発許可）については、市街化調整区域における開発行為を①スプロール対策上特段の支障がないと認められるもの、②スプロール対策上支障があるが、これを認容すべき特別の必要性の認められるもの、③スプロール対策上支障があり、これを認容すべき特別の必要性の認められないものに区分し、これらのうち、①及び②の開発行為を許可し得るとしている<sup>25</sup>。

病院の進出が無視し得ない程度のスプロールを引き起こすとの主張については、前述のとおり疑問があるが、仮に「スプロール対策上支障がある」と認めたとしても、市街化調整区域のうち病院機能不足地域の場合は、上記の②の「これを認容すべき特別の必要性のあるもの」に該当するものと

24 将来の制度設計の問題として、医療保険制度において保険医療機関の適正配置の仕組みを採用すること自体が否定されるわけではない。

25 開発許可制度研究会 『最新開発許可制度の解説』 ぎょうせい、2007年、211-212頁。

して開発を許可し、病院の適正配置を促すことが同条の下でも可能であり、また、必要ではないか。

具体的には、医療計画において市街化調整区域のうち病院機能が不足している地域（例えば、一定の距離の範囲内に病院がない地域）を明記した上で、当該地域における病院設置については、都市計画法34条1号の「主として当該開発区域の周辺の地域において居住している者の利用に供する政令で定める公益上必要な建築物…の建築の用に供する目的で行う開発行為」に該当するものとして解釈運用を見直すのである（「開発許可制度運用指針」（国土交通省総合政策局長通知）の見直し）<sup>26</sup>。

「まちづくり関連3法」の見直し事項のうち、市街化調整区域における公共公益施設の開発許可化の趣旨については、都市機能のコンパクトな集積の観点から適否を判断する必要があることが挙げられており<sup>27</sup>、スプロール防止対策から、都市構造の調整（都市機能の適正配置）の方に規制目的の重点がシフトしていると言える。

C案の都市計画区域内の病院機能不足地域を解消するという政策目標は、

---

26 同指針において市街化調整区域における開発を許可して差し支えないものとして挙げられている開発行為のうち「Ⅲ-7-1(18)医療施設関係」に掲げられている「③病床過剰地域に設置された病院又は診療所が、病床不足地域に移転する場合」は、医療計画において定められた2次医療圏単位の病床過剰地域-病床不足地域間の移転を指しているのに対し、本稿で提言する案は、2次医療圏を細分化した区域間の再配置を念頭においており、同じ2次医療圏内での移転も対象としている。一方、開発許可を認める地域を医療計画上の病床不足地域（2次医療圏）に存在する市街化調整区域に限定すべきか否かは議論の余地があるが、有限な医療資源の公平かつ効率的な活用という要請から、病床不足地域に限定することもやむをえないと考える。病床過剰地域（2次医療圏）内の市街化調整区域については同じ2次医療圏内での移転のみを許可対象とすることが考えられる。

27 「都市の秩序ある整備を図るための都市計画法等の一部を改正する法律による都市計画法及び建築基準法の一部改正について（技術的助言）」（平成18年11月6日国都計第82号，国住街第161号）4(1)。

前記の都市構造の調整という規制目的に親和性がある。規制目的との関連においては、市街化調整区域内の病床機能不足地域における病院設置を開発許可の対象とすることには合理性があると考ええる。

また、C案には、A案やB案のように病院機能が充足している地域における病院開設を制限する効果はないため、病院の再配置を誘導する方策としては強力なものではない。病院の再配置を実効あらしめるためには、税制上の措置や助成等の補助的な方策と組み合わせる必要があるであろう。しかし、前述のとおり、A案、B案がいずれも職業の自由の制限に関わるものであり、規制目的を達成するための手段としての必要性、合理性等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、こうした問題が生じない。

また、区域設定の基準についても、開発行為の禁止を解除するためのものであるから、A案、B案の場合ほどには厳格に合理性を求める必要はなく、制度設計も比較的容易と考える。

## 終章

これまで日本の人口が減少局面に入り、都市境界の後退が予想される中、都市郊外部の高齢者等の都市機能へのアクセシビリティが低下する問題を取り上げ、これに対処するための政策枠組みを考察してきた。

まず、人口構造や経済社会の変化に対応して近年進められているコンパクトシティを目指す政策の検証を行った。コンパクトシティの理念自体には合理性があるが、一連の関連施策のうち、市街化調整区域における公共施設の開発許可対象化が、上記の問題状況を悪化させることを指摘した。そして、その原因は、コンパクトシティを目指す政策が、社会資本整備や公共サービスの効率化を主たる目的としているため、都市郊外部の高齢者の病院機能等に対するアクセシビリティの低下という側面が捨象されてい

ることにあることを明らかにした。

都市郊外の住民の医療に対するニーズを適切に評価するためには、効率性のみに着目するのではなく、「正義」や「自由」といった価値理念に基づく評価基準を用いなければならない。病院機能へのアクセスの「平等」、健康に生活できるという「自由」の実現を政策目標に掲げるならば、都市郊外の病院機能が不足している地域に必要な機能を有する病院を配置することを目的とした政策を講ずることが求められる。その方策としては、「まちづくり三法」改正により導入された、市街化調整区域における公共公益施設に係る開発許可と医療計画を連携させ、市街化調整区域内の病院機能不足地域に病院を誘導する選択肢が最も合理的であると結論付けた。

本稿で提案した政策枠組みのように都市計画法に基づく開発許可と医療法に基づく医療計画が連携することは、これまでなかった。開発許可は住宅開発を中心としたスプロール現象の防止、医療計画は良質かつ効率的な医療の提供体制の確保と、それぞれ異なる目的を有し、また、都市計画法が病院等の公共公益施設はスプロールを引き起こさないのみなしていたので、接点がなかったのである。しかし、人口減少や高齢化の進行を踏まえ、開発規制の規制目的が都市構造の調整（都市機能の適正配置）の方にシフトしているため、必然的に重要な都市機能である医療施設の配置に関し、都市計画と医療計画の連携が必要になるのである。また、医療計画のサイドからも、今後の本格的な高齢社会の到来を控え、都市構造を勘案した医療施設の計画的配置が要請されるのである。

なお、都市郊外部における病院機能の充足という政策目標の下では、本稿で取り上げた市街化調整区域だけではなく、非線引き区域も視野に入れた議論が必要となる。「まちづくり三法」改正においては、非線引き白地地域における大規模集客施設の立地を原則不可としたが、基本的には緩い開発規制の下、開発の制限がない状況である。非線引き区域においても、都市構造の調整という観点から、都市機能の計画的配置が課題である。