

医療提供体制確保の法的構造概観（2・完）

— 医療法・医療保険制度による規律 —

田 中 伸 至

目次

- 1 はじめに—本稿の目的、方法と検討対象
 - 1-1 目的と方法
 - 1-2 検討対象
 - 1-3 本稿の構成
- 2 医療制度における医療提供体制の位置づけ
- 3 医療提供体制の基本的理念
 - 3-1 医療の質
 - 3-2 効率性
 - 3-3 受療機会
 - 3-4 基本的理念の連関
- 4 医療提供体制確保に係る規律の整理
 - 4-1 医療機関の開設と保険診療の担当（以上、41巻2号）
 - 4-2 機能分化
 - 4-3 機能連携
 - 4-4 医療機関の適正配置
- 5 医療提供体制確保のための規律の構造
 - 5-1 規律局面間の連鎖・補完関係
 - 5-2 医療法と医療保険制度による規律とその限界、相互の役割分担
- 6 おわりに—今後の課題（以上、本号）

4 - 2 機能分化

医療機関の機能分化は、前述のとおり、機能連携とともに3つの基本的理念の結節点に位置する。機能分化は、いくつかの段階に分けられる。最も大きな分化は、診療所と病院との別である。次の段階では、診療所が、有床診療所と無床診療所に分けられる。また、病院には、地域医療支援病院や特定機能病院の制度がある。さらに、病院や有床診療所の病床も一般病床、療養病床等に区分される。このほか、診療科目の別も、診療所、病院を通じたいわば横串としての機能分化の形態であると位置づけることが可能である。これらの機能分化の段階、形態ごとに、医療法と医療保険制度による規律について検討を行う。その後、機能分化の確保の側面における医療計画の役割を検討する。

4 - 2 - 1 診療所と病院

医療機関の機能分化の最も基本的な区分はこれまで、医療法が規律する診療所と病院の別（医療法1条の5）であると理解されてきたといつてよいであろう。病院は、20床以上の病床を持つ医療機関である（同条1項前段）。これに対し、診療所は、病床のない医療機関と19床以下の病床を持つ医療機関（いわゆる「有床診療所」）をいう（同条2項）。病院は、傷病者に対し科学的でかつ適正な診療を受けることを主たる使命として組織・運営されなければならないとされるが（同条1項後段）、診療所についてはこうした規定は設けられていない。

これらの規定を踏まえれば、診療所と病院の分類軸として、第一に病床数、第二に科学的適正医療を提供するかどうかを挙げることができる。ただ、後者は、病院に対し人員・構造設備の充実を要求すること（同法21条）と連動するものであり⁸⁴、個々の診療について科学的適正を論ずるもので

84 厚生省健康政策局総務課編・前掲書（注52）18頁。

はない。個々の診療に科学的適正が求められるのは当然であり、診療所もそれ相応の科学的適正診療を行い得るものでなければならぬ⁸⁵。したがって、科学的適正医療の提供は、診療水準の高低如何に関する分類軸ではなく、医療機関の規模如何から派生する二次的な分類軸であるということが出来る⁸⁶。

また、医療法平成18年改正（第5次医療法改正）以前は、有床診療所について入院期間を原則として48時間に制限するよう求める努力義務規定があり（平成18年法律84号による改正前の同法13条）、診療所とは主としてプライマリケアを担う機関として位置づけられているとの説明がされていた⁸⁷。この説明は、医療機関の機能のうち外来と入院の別、これと一定程度重なり合うプライマリケアと専門的診療との別が第三の分類軸となっていたことを示唆する⁸⁸。機能分化の観点からすれば、第三の分類軸こそが、診療所と病院とは「本質的に相違あるもの」、「根本的に異なるもの」⁸⁹であることを規定する最も基底的な基準であったと考えられる。

しかし、こうした「本質的」な「相違」は徹底されてこなかった。病院の外来診療は制限されないままであり、有床診療所の48時間制限も「診療上やむを得ない事情がある場合」には例外が認められていた。有床診療所は診療所が病院に成長する過程での梯子の位置を占めることとなり⁹⁰、その結果、診療所を起源とする病院が多く生まれ、病院成り後も診療所時代の行動様式を守り外来診療を担当し続けることになった、と物語ることが

85 岩佐潔「医療機関の配置と機能分担」ジュリスト478号（1971年）38頁、野田・前掲書（注12）244頁参照。

86 河野・菊池編・前掲書（注75）259頁〔片岡直執筆部分〕が示すように、第二の分類軸は「組織的医療を提供するものであるか否か」と表現することもできる。

87 野田・前掲書（注12）244頁、西村・前掲書（注23）社会保障法200頁参照。

88 岩佐・前掲論文（注85）38頁参照。

89 厚生省医務局編『医制百年史（記述編）』（ぎょうせい、1976年）436頁。

90 岩佐・前掲論文（注85）40頁参照。

できる^{91 92}。

平成18年改正により、48時間規定は廃止され、他の医療機関との連携確保等による病状急変時の体制確保の義務付け規定に置き換えられた。この改正は、有床診療所にはへき地等における入院施設や高度な手術を行う施設など様々な機能を果たすものが存在するため、48時間規制を一律に課すことが適当でないとの理由による⁹³。18年改正後は、第三の分類軸は、診療所 - 病院間から、無床診療所 - 有床診療所間に移動されることとなった。この改正により、法は、入院も行う診療所、専門的診療を行う診療所、外来も行う病院など多様な医療機関を、外来 - プライマリケア - 診療所の区分列と入院 - 専門的診療 - 病院の区分列とに収斂させる政策的意図を放棄した、ということになる。

結局今や、診療所と病院の区分は、病床規模のみを分類軸としている。医療機関の規模が一定以上であれば人員・構造設備について規制を行う必要はあるから、その規制の前提としての区分の意義は認められるものの、医療機関の機能分化の第一段階としての規範的な意義は相当失われている。法はもはや、診療所と病院の区分を本質的な相違に基づくものとは認識していないと考えられる。

91 池上・キャンベル・前掲書(注65)56頁、70頁ないし73頁参照。また、郡司・前掲書(注25)27頁は、民間医療機関が病院に成長する過程で、「接近性」が確保された反面、「統合性」が失われたと指摘する。機能分化と連携は、統合性を獲得する手段である。なお、わが国の診療所の特徴について、郡司・同書162頁、168頁参照。

92 診療所と病院との分化が現実に行進しなかった理由としては他に、病院と診療所の診療報酬がほとんど区別されてこなかったこと(園部ほか編・前掲書(注19)445頁)〔石本忠義執筆部分〕や、診療報酬において外来のプライマリケアの利益幅が比較的大きかったこと(池上・キャンベル・同書80頁)も指摘される。

93 「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」(平成18年12月27日医政発122厚生労働省医政局長通知)第一参照。

ところで、近時の政策文書からは、機能分化後の医療機関像として多様な形があることを読み取ることができる。診療所では、①一次的な地域医療の窓口としての機能を持つ診療所、②身近な場所で外来から入院までカバーする利便性のある診療所、③高度な手術を行う診療所が挙げられる。病院では、④入院医療と専門外来のみを基本とする中核的な急性期総合病院、⑤回復期リハビリ機能や軽度の急性期対応など在宅療養の支援拠点機能を持つ都市部の中小病院、⑥大病院のない地域において急性期医療も担う地域拠点的な中小病院、⑦単科の専門的診療を行う病院などの像が浮かび上がる⁹⁴。これらの多様な医療機関にはそれぞれ広域的あるいは地域的な存在意義があるから、一律の基準で上掲の区分列に純化させるのは困難であるし、政策的な意義も乏しい。そこで、医療機関の機能分化の焦点は、より細分化された区分のあり方に移る。機能が不明確な医療機関を、①から⑦のような機能分化された医療機関像に誘導するため、法はどのような手段を採用するか。まず、医療機関像を設定する方法を取り上げる。

4-2-2 病院の種類

(1) 医療法による名称独占

医療法が設定する医療機関像として明定されているのは、地域医療支援病院と特定機能病院である。

地域医療支援病院は、紹介患者に対する医療提供、設備等の共同利用、救急医療、地域の医療従事者の研修を行う病院である。開設者は、国、都

94 これらの医療機関像は、厚生労働省医政局「全国医政関係主観課長会議資料」（平成18年11月21日）2頁、厚生労働省医療構造改革推進本部総合企画調整部会「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」（平成19年4月）13頁、厚生労働省編・前掲書（注4）114頁から抜き出し、整理したものである。これらの像については政策文書から読み取れるものであり、一定の合理性のあるものであるが、現時点で必ずしも医療関係者や患者においてコンセンサスのあるものということもできない。本稿では、これらの医療機関像を医療機関の機能分化に関する検討を行う際の目安として利用する。

道府県、市町村、特別医療法人等に限られる。原則として200床以上の病床を有することとされるが、病床の種別は問わない。都道府県知事の承認による名称独占の制度として仕組まれている（医療法4条、医療法施行規則6条の2）⁹⁵。地域医療支援病院に期待される機能は、紹介外来制、医療機器等の共同利用を通じた「かかりつけ医」等の支援である⁹⁶。二次医療圏に1、2箇所程度、100床台の病院から1000床を超える病院まで承認されており⁹⁷、医療機関としての像は4-2-1の④~⑥に広がっているように見受けられ、その輪郭ははっきりしない⁹⁸。これは、地域医療支援病院の機能設定が、医療提供者側の視点からかかりつけ医等の支援という幅広い形で行われているため、患者の視点や診療行程に応じた機能分化を反映する医療機関像を複数包摂することになったことによると考えられる。地域医療支援病院の数は、平成20年3月末で187病院、病院全体に占める割合は2.1%に止まっており⁹⁹、その制度趣旨の割に普及していない。この原因としては、運用上、紹介率が80%超であることという厳しい承認要件が設定されていたことが指摘される¹⁰⁰。このほか、法制度の観点からは、

95 平成9年改正により、従来の総合病院に代えて導入された。総合病院につき、野田・前掲書（注12）242頁、268頁、285頁、厚生省健康政策局総務課編・前掲書（注52）22頁参照。

96 「医療法の一部を改正する法律の施行について」（平成10年5月19日健政発639厚生省健康政策局長通知）第二の1参照。

97 地域医療支援病院の状況については、第6回医療施設体系のあり方に関する研究会資料2「地域医療支援病院について」（平成19年4月23日）参照。同資料によると、同年3月30日の時点で、153病院が、全二次医療圏358圏のうちの110圏に設置されている。

98 同研究会「これまでの議論を踏まえた整理」（平成19年7月18日）も、地域医療支援病院の機能・役割等の多様性を指摘する。

99 厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設動態調査（平成20年3月末概数）」（平成20年6月17日）。

100 尾形裕也・泉田信行「わが国の医療供給の現状と展望」季刊社会保障研究35巻2号（1999年）180頁参照。平成16年以降、紹介率60%超かつ逆紹介率30%超、又は、紹介率40%超かつ逆紹介率60%超でもよいこととされている（「医

医療提供者側の視点で機能や名称が設定されているため、患者に対する訴求力が乏しく、その結果、病院経営者に名称独占のメリットを享受しようとする動機が生まれにくいことも挙げることができよう。

特定機能病院は、高度医療の提供、高度医療技術の開発・評価、高度医療に関する研修を行う病院である。開設者に係る特段の限定はなく、400床以上の病床と10以上の特定の診療科目を有することが要件とされ、厚生労働大臣の承認による名称独占の制度として仕組まれている（同法4条の2、同施行規則6条の4、6条の5）¹⁰¹。特定機能病院に期待される機能は、特定機能病院以外の病院では通常提供することが難しい診療の提供を行なうこと等であり（同施行規則9条の20第1号イ、二号イ）、高度先進医療（平成17年厚生労働省令137号による改正前の保険医療機関及び保険医療費担当規則5条の2第2項）等が主に想定されてきた¹⁰²。特定機能病院は、「高度の医療の提供能力等の先進性と医療施設全体としての機能の総合性を兼ね備え、我が国の医療をリードする病院として位置付けられたもの」¹⁰³であり、承認を受けているのは大学付属病院の本院、国立がんセンター等である¹⁰⁴。4-2-1の④の医療機関像に対応するものと受け止めることができ、医療機関としての像は比較的確である¹⁰⁵。

療法の一部を改正する法律の施行について」(平成10年5月19日健政発639号厚生省健康政策局長通知)第二の三(一))。この紹介率要件の緩和後、承認数は急速に伸びているが(平成17年106病院(厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」(平成17年))、平成20年186病院(注99参照))、すべての二次医療圏のうち3分の1程度に存在するに止まっている。

101 平成4年改正により導入された。

102 「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」(平成5年2月15日健政発98号厚生省健康政策局長通知)第一の5(1)参照。

103 厚生省健康政策局長総務課編・前掲書(注52)22頁。

104 特定機能病院の状況については、第7回医療施設体系のあり方に関する研究会資料2「特定機能病院について」(平成19年5月24日)参照。

105 平成18年改正前健康保険法においては、高度先進医療を行う特定承認保険医療機関の一つとして位置づけられていた(平成18年法律83号による改正前の

医療法が用意する病院の種類はこれら2種のみであり、また、地域医療支援病院の医療機関像は茫漠としている。現在する多様な医療機関像に鑑みると、医療法による病院の種類分けは、機能分化ツールとしてはその活用状況に不全感がある。名称独占の制度は、許可制等に比べ¹⁰⁶、法律効果は重くはないが、病院の地位（status）の確立と向上を図ろうとする病院経営者に対する訴求力を持つ。地域における診療行程とそれに応じた機能分化後の医療機関像が明確になり、医療提供者や患者の間に一定のイメージが共有されるようになれば、名称独占の対象となる病院の種類を増やし、機能分化の定着のための手法としてさらに活用することもできるように思われる¹⁰⁷。

とはいえ、現時点では、機能分化後の医療機関像について医療関係者や患者に全国的なコンセンサスはないようである。また、医療機関は地域に応じて多様な形態を持つから、そのようなコンセンサスの形成も俄かには期待しがたい。このため、名称独占による機能分化の手法は限界に直面している。この状況を打開するには、まず、現実に地域で活動する医療機関の機能を丁寧に洗い出し、記述する作業が先行する必要がある。その作業は、医療法においては、医療計画の策定を通じて行われる。現時点における病院、診療所のさらなる機能分化の促進は、医療計画制度が主役となる（4-2-5参照）。また、次に検討する診療報酬点数表における評価も医療機関像の形成に貢献する。

同法86条1項1号)。高度先進医療につき、岩村正彦「社会保障法入門第56講」自治実務セミナー42巻12号（2003年）18頁ないし20頁、同「同第57講」同誌43巻2号（2004年）16頁ないし19頁参照。

106 病院の種類分けを病院開設許可制の中に設ける手法も、医療計画制度における総量規制や配置規制と連動させる仕組みが採用されれば、可能となると思われる。

107 名称独占の手法は、診療所の機能分化にも利用できるであろう。

（2）診療報酬点数表¹⁰⁸における評価等

診療報酬点数は、療養の給付に要する費用の額の算定基礎として、診療行為¹⁰⁹について設定される。その際、当該診療行為を提供するに相応しい施設が確保されているかどうかを検討され、医療機関の人員・構造設備に関する施設基準が当該診療報酬点数の算定要件として規定されることがある。診療報酬点数とその施設基準は、病棟¹¹⁰や治療室に着目して設定されることも多いが、医療機関総体に着目して設定される場合にはそこで一定の医療機関の型が生成される。保険医療機関としては、当該診療報酬点数を算定するには算定要件たる施設基準を満たさなければならないから、この施設の型に経済的に誘導されることになる。それゆえ、診療報酬点数に係る施設基準の設定は、医療機関の機能分化を促進する機能を持つ。医療保険制度の側から見ると、被保険者に提供される医療の質や効率性の維持・向上という目的を達成するために、法から与えられた貴重な政策手段であると積極的に評価することができる。

このように、医療保険制度は、施設基準の設定の手法を活用することにより、医療法上の医療機関像を超えて、新たな医療機関像に輪郭を与え可

108 いわゆる診療報酬点数表とは、健康保険法76条2項に基づき厚生労働大臣が定める診療報酬の算定方法（平成20年3月5日厚生労働省告示59号。以下、「算定方法」という。）の別表第一医科診療報酬点数表及び別表第二歯科診療報酬点数表をいう。本稿では、主に医科診療報酬点数表（以下、「医科点数表」という。）を検討の対象とする。

109 「診療行為」の語は、個々の検査、画像診断、投薬等のみならず、個々の診療行為を包括した、例えば入院基本料の対象となる診療行為の集合も指すものとして使用する。

110 「病棟」とは、「病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の1単位」をいい、原則として60床以下を標準とすると解されている（「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成20年3月5日保医発0305002号厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官通知）別添2第2の1、2）。

視化・実体化することができる¹¹¹。そして、その活用は機能分化という医療保険制度における法の中間的目的から要請される。

なお、医療法上の病院の種類に着目して設定される診療報酬点数もある。特定機能病院については、特定機能病院入院基本料が設けられ施設基準が置かれている¹¹²。これは特定機能病院という病院の種類を前提にして人員配置に応じた構造評価をするものであり、新たな医療機関像を想定するものではない。ただし、一般病棟入院基本料¹¹³に比べ短期間の入院に係る加算の幅が大きくなっており¹¹⁴、急性期医療を担当する医療機関としての性格付けを強めている。地域医療支援病院については、特定機能病院のような独自の入院基本料の区分は建てられていないが、地域医療支援病院入院診療加算により医療法が規定する同病院の機能が評価されている¹¹⁵。

では、診療報酬点数により可視化・実体化されている機能分化・医療機関像には、どのようなものがあるか。少なくとも、次のような像を析出することができる。

その第一は、一般病床（医療法7条2項5号）が200床未満の病院であり、第二は、200床以上の病院である。前者の再診料が診療所と同一区分として設定されるのに対し¹¹⁶、後者の再診料は別の区分である外来診療料とされ、検査及び処置について大幅な包括化が行われている¹¹⁷。ここでは、

111 石田・前掲論文（注15）111頁は、医療法による規制が大部分の医療機関が遵守可能な水準に落ち着く傾向があるのに対し、診療報酬点数による誘導は望ましい医療提供体制の実現を図る手段として効果的である旨指摘している。

112 算定方法医科点数表 A104、基本診療料の施設基準等（平成20年3月5日厚生労働省告示62号）第五の五。

113 算定方法医科点数表 A100。

114 算定方法医科点数表 A104注2。

115 算定方法医科点数表 A204、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成20年3月5日保医発0305001号厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官通知）別添1 A204。

116 算定方法医科点数表 A001。

117 算定方法医科点数表 A002。

後者が誘導される医療機関像として、外来診療を縮小してその機能を入院医療に集約した病院が想定されていると観ることができる。また、200床以上の病院における紹介のない初診や200床未満の病院や診療所に対する紹介の申出を行ったにもかかわらず受診のあった再診については、保険外併用療養費の選定療養の対象とされ、差額徴収が可能になっている¹¹⁸。このように、200床以上の病院の外来を縮小する方向での誘導は、供給側のみならず需要側でも行われており、法は、一般病床200床以上のラインを4-2-1の④の医療機関像を画する目安としていると理解することができる。

他方、一般病床が200床未満の病院については、4-2-1の⑤や⑥の医療機関像が想定されていると観ることができる。まず、一貫した患者・疾病管理や継続的な保健指導等を行う意味でのかかりつけ医機能¹¹⁹を評価する再診料外来管理加算が認められている¹²⁰。また、診療行程を踏まえた診療報酬点数である亜急性期入院医療管理料では、急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設からの患者で急性増悪した患者に対応する病室について同料1が、急性期治療を経過した患者の安定化を図り在宅復帰支援を行う病室については同料2が設定されているところ、後者を算定することができるのは、200床未満の病院に限られている。さらに、在宅療養患者に対する定期的な訪問診療を評価する在宅時医学総合管理料も認められて

118 健康保険法63条2項4号、厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成18年9月12日厚生労働省告示495号）2条4項、5項。

119 かかりつけ医機能については、田中・前掲論文（注62）法政理論40巻2号167頁ないし175頁参照。

120 算定方法医科点数表 A001注6。一般病床に限定されないが、200床未満病院のかかりつけ医的機能を評価する点数として、特定疾患療養管理料（B000）や生活習慣病管理料（B001-3）、特定疾患処方管理加算（F100注5、注6）があり、「プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師」（厚生労働省・前掲通知（注115）別添1 B000、F100）による総合的、計画的な病態分析、療養管理等が評価されている。なお、同通知別添1 B001-3も参照。

おり¹²¹、在宅復帰後の対応も期待されている。

第三は、専門病院である。主として悪性腫瘍患者又は循環器疾患患者をその一般病棟に7割以上入院させ、高度専門的医療を行っている病院については、専門病院入院基本料が区分され、特定機能病院と同様、一般病棟入院基本料に比べ短期間の入院に係る加算が高く設定されている¹²²。急性期医療を担当する医療機関のうち、4-2-1の⑦のタイプを評価する区分であろう。また、がん診療連携拠点病院加算も、こうした専門病院像を想定する区分の一つとして理解できる¹²³。

第四は、急性期医療を担当するより広範な病院像である。特定機能病院、専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の急性期医療を担当する病院については、短期間の入院に限り一般病棟入院基本料に入院時医学管理加算を上乗せすることができることとされる¹²⁴。その加算要件として、急性期医療に係る十分な体制整備、勤務医の負担軽減体制の整備、急性期医療の相当な実績が規定されている¹²⁵。当該加算を算定する医療機関像としては、所管省による算定要件の解釈¹²⁶も併せれば、外来診療を縮小し医業の中心を複数の診療科による入院医療や専門的な手術等の医療にシ

121 算定方法医科点数表 C002。

122 算定方法医科点数表 A105注2。

123 算定方法医科点数表 A232。がんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師等の配置等の体制を備え、がん診療連携拠点病院として指定された病院を評価するものである（厚生労働省・前掲通知（注115）別添1 A232）。

124 算定方法医科点数表 A200。

125 基本診療料の施設基準等第八の一。

126 この算定要件の解釈として、厚生労働省・前掲通知（注110）別添3第1の1は、内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科に係る入院医療を提供していること、24時間救急医療を提供していること、病院の初診に係る選定療養の届出をし、実費徴収をしていること、全身麻酔手術の患者数が年800件以上であること等を示す。

フトする過程にある病院を想定することができる¹²⁷。

同じく、急性期医療を担当する病院像を指定する診療報酬の算定方法として、診断群分類点数による算定方法（いわゆる DPC 方式。Diagnosis Procedure Combination.）がある¹²⁸。DPC 方式は2003年に特定機能病院等を対象として導入され、その後対象病院は大幅に拡大している。対象病院は、厚生労働大臣が指定する病院であり、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料のうち10対1入院基本料の届出をしているもの等を要件として運用されている¹²⁹。

第五は、医療機関の少ない地方において、在宅療養など診療所の機能も担う在宅療養支援病院である。これは、在宅療養を提供する診療所がない地域において退院後の患者に対する在宅療養に主たる責任を持つ病院であり、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料において大幅な加算又は高い評価が認められるとともに、在宅末期医療総合診療料を算定することができることとされている¹³⁰。4-2-1の⑥を在宅支援機能まで拡張した医療機関像が看取できる。

これらの医療機関像は、もとより明確な輪郭を持つものではなく、また重なり合う部分もある。が、いずれも地域で活動する医療機関を構造評価

127 医師事務作業補助体制加算（算定方法医科点数表 A207-2）の対象となる病院は、特定機能病院を除く地域の急性期医療を担当する医療機関であり（厚生労働省・前掲通知（注115）別添1 A207-2）、入院時医学管理加算を算定することができる病院よりもさらに広範な医療機関を視野に入れる。医師事務作業補助体制加算の主目的は病院勤務医の負担軽減にあり、医療機関像を画する力は弱い。

128 算定方法1号ただし書、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法を定める件（平成20年厚生労働省告示第93号）。

129 「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について」（平成20年3月19日保医発0319002号厚生労働省保険局医療課長通知）別添第一の1参照。

130 算定方法医科点数表 C000、C001、C002、C003。

するものであり、現実に地域医療を担う医療機関の型を記述したものということができる。これらの型は、確立したものではないかもしれないが、少なくとも医療機関が機能分化の道のりを歩む際の渡しとして機能するものと積極的に評価することが可能であろう。

（3）小括

病院の機能分化については、医療法が特定機能病院等に対して採用している名称独占の手法が機能分化された医療機関像の定着を進める点で役立つと思われる。しかし、機能分化後の医療機関像について医療関係者や患者のコンセンサスがない状況の下で、この手法は限界に直面している。一方、診療報酬点数とその施設基準の設定の手法は、地域に現在する医療機関の構造評価をする中で柔軟に医療機関の型を洗い出すことができる。そして、機能分化と医療機関像の漸進的な形成に寄与する。

なお、先取的な記述になるが、医療機関像レベルにおける機能分化は、後述の機能連携の基盤となる医療機関間の協働関係の構築を促進する。診療行程の入り口のシェアを巡る競争、すなわち外来患者獲得の競争を緩和するからである。

4-2-3 病床の種別

（1）医療法による病床の種別の設定

一の医療機関も多様な機能を持つ。病床の種別の設定は、医療機関内での機能分化手法の一つである。さらに、病床機能を明確化することを通じて、医療機関自体、ひいては地域での機能分化を促進する作用も持つ。

医療法では、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床、一般病床の5種の病床が設定されている（7条2項）。前三種は一定の範疇に属する疾患に着目した種別であり、後二種は前三種以外の病床を療養期間で区分した種別である。機能分化の観点からは、後二種が注目される。療養病床は主として長期療養患者を対象とし、一般病床はそれ以外の患者、すなわ

ち、急性期、亜急性期の患者を主な対象とすると考えられる¹³¹。回復期の患者については、療養病床、一般病床双方とも対象とすることができると解される¹³²。

病床が患者に応じて区分される以上、病床に係る人員・構造設備も患者の特性を反映して設定されることになる。医療法は、病床の種別ごとの人員及び施設の基準の定めを厚生労働大臣に委任し（21条）¹³³、それらの基準を医療機関の開設や病床数等の変更の許可にかからせている（7条）。さらに、病床の種別は、医療計画の記載事項である基準病床数（30条の4第2項12号）の算定区分とされ、病床の地域的総量管理、いわゆる病床規制に利用される（7条の2、30条の11、健康保険法65条4項2号）。

病床の種別が設定されることによって、病床の種別に応じた病棟が形成される。病院の病棟が一定の病床の集合であり、病棟が施設運営の基本的な単位であるからである¹³⁴。有床診療所もそれ自体病棟であるから、同様に病床の種別に応じた機能分化が促される。

次に、病床の種別の設定と病院の機能分化の関係をみると、精神科病院については、疾患・療養の特性と病床の種別の設定により、専門的な病院への機能分化が以前から進行している¹³⁵。感染症病床、結核病床について

131 亜急性期入院医療管理料（算定方法医科点数表 A308-2）の算定は、一般病棟について認められる（基本診療料の施設基準等第九の十一(2)、(3)）。

132 回復期リハビリテーション病棟料（算定方法医科点数表 A308）の算定は、一般病棟又は療養病棟において認められる（基本診療料の施設基準等第九の十一(1)イ）。

133 同法施行規則19条ないし21条の4参照。なお、経過措置・特例につき、同法施行規則49条ないし51条、医療法施行規則の一部を改正する省令（平成13年1月31日厚生労働省令8号）附則3条ないし8条、20条ないし24条参照。

134 診療報酬点数の算定条件においても病棟は、病床によって規定される。算定方法医科点数表 A101注1、A102注1、A103注1、A108注1、A109注1参照。

135 なお、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律は、「精神科病院」の語を定義せずに用いる。19条の10では精神病室を持つ精神科病院以外の病院と區別

は、病院の病床の一部に設けられるのが通常であり、必ずしも専門的な病院への機能分化は必要とされない¹³⁶。政策課題となるのは、療養病床中心の慢性期病院と一般病床中心の急性期病院・亜急性期病院への機能分化である。療養病床と一般病床の区分は、一定の疾患の範疇にある患者といった医学的に比較的明確な線分ではなく、相対性の強い概念である療養期間に依存するものである。療養期間による区分は、診療行程やクリティカルパスが不明確な状況では、医学的な根拠をもって認識・画定することは容易ではないと思われる。また、地域における医療連携体制、すなわち機能分化した医療機関の配置や病診連携・病病連携の見通しが立たない状況では、医療機関としてもいずれかの病床への特化に踏み出すのは容易ではないであろう。したがって、病床の種別が設定されるだけでは、診療行程の段階に応じた病院の機能分化は直ちには進行しない。

地域における医療連携体制の見通しと急性期病院、慢性期病院への特化とは、鶏と卵の関係にあるといえる。歩みを進めるには、関係者のコミュニケーションを通じてそれらを同時進行させる協働の枠組みが必要である。その枠組みとして期待できるのが医療計画制度である（4-2-5参照）。

（2）診療報酬点数表における評価

病床の種別に応じた病棟に対しては、診療報酬点数による評価が可能である。入院基本料の設定において、病棟の人員配置に応じた構造評価が行われている。そこでは、一般病棟については、看護配置、看護師比率の高い病棟が高く、これらの低い病棟が低く評価される一方、療養病棟につい

し、精神科単科病院を指す語として用い、19条の5等他の条文では、精神病室を持つ精神科病院以外の病院も含む語として用いる（精神保健福祉研究会監修『三訂 精神保健福祉法詳解』（中央法規、2007年）151頁参照）。

136 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律6条12項ないし16項、「感染症指定医療機関の指定状況（平成19年3月末現在）」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou15/02-02.html> 参照。

ては、看護配置の基準が低い水準で足りることとされる代わりに看護補助配置が求められている¹³⁷。この工夫により、病院内での病棟の機能分化のみならず、病院自体の機能分化も促され得る。病院内の病棟の機能分化の方法を採用できないほど看護配置、看護師比率が低い病院は、一般病床を維持できないからである。

(3) 小括

医療法による病床の種別の設定は、病棟や診療所の機能分化を進める力を持つ。また、病床の種別に応じた診療報酬の入院基本料評価の工夫によって、急性期病院と慢性期病院への分化が促進されることもある¹³⁸。が、こうした医療機関像レベルでの機能分化を進化させるには、関係者のコミュニケーションを通じて機能分化と機能連携とを同時進行させる協働の枠組み、すなわち医療計画を通じて、地域における医療連携体制の見通しを確保することが必要となる。

4-2-4 診療科

(1) 医療法による診療科名の規律

診療科は、医療機関が実施する医業の臨床医学上の分類あるいは診療の専門分野を示すものである。医療法は、診療科名を広告することができる事項として位置づけ（6条の5第1項2号）、診療科名の設定を政令に委ねる（6条の6第1項、同法施行令3条の2）。診療科名の選択について

137 算定方法医科点数表 A100、A101参照。

138 病床の種別に係る医療法と診療報酬制度の間の規律の役割分担、連鎖及び相互補充の関係をより詳細かつ適確に認識するには、1983年の特例許可老人病院における診療報酬の包括化以降の累次にわたる医療法改正と診療報酬改定が医療機関の機能分化をどのように進めてきたかを検討する必要があると考える。しかし、この検討は歴史研究として大きなテーマであり、本稿では到底扱うことができない。

の規制はなく、政令で認められた診療科名であれば原則として自由に標榜することができる。ただし、麻酔科については厚生労働大臣の許可が必要とされ、許可基準として一定の修練や経験が規定されており（同法同条同項、同法施行規則1条の10）、いわゆる専門医の認定制度として機能している。

診療科名は、専門医認定制度が確立しておらず、また、診療科名標榜が原則自由とされている現時点では、機能分化を進める役割を担っているとはいえない。医療法は、診療科名を医療に関する情報の提供に位置づけるに過ぎない（同法2章1節）。確かに、患者が医療機関に関する情報を処理して医療機関を選択し、受けた診療を評価することを通じて、医療機関が提供できる専門分野と診療科名の標榜とが整合する医療機関が生き残り、その結果、診療科名が医療機関の機能を表示するものとなる、との筋書きを語ることは可能ではある。その意味で、医療機関側が自発的に利用する機能分化の重要な手段となる可能性は無ではない。とはいえ、患者の情報処理能力やその医療の質の評価における限界、リスク回避的な行動から発生するいわゆるドクターショッピングや大病院志向の存在等に鑑みると¹³⁹、この筋書きがどの程度実現するのかわからない。

なお、専門医認定制度と診療科別の必要医師数の設定・管理とが組み合わせられて行われれば、医療機関の機能分化のみならず、医療資源の地域的総量管理と適正配置にも資することが期待される。しかし、いずれも今後の検討を要する大きな課題であり、特に後者の検討の前提として、地域における医療提供体制のあり方を明らかにする作業が先行すべきことが既に指摘されている¹⁴⁰。こうした作業は医療計画の策定において行われることが

139 郡司・前掲書（注25）162頁、遠藤久夫「わが国の医療提供システムと準市場—ネットワーク原理に基づく医療提供システム」季刊社会保障研究44巻1号（2008年）26頁、大森正博『医療経済論』（岩波書店、2008年）28頁、35頁ないし37頁参照。

140 医師の需給に関する検討会報告書（平成16年7月28日）4. (6)参照。

予定されている（4-2-5）。

（2）診療報酬点数表における評価

医療機関が標榜する診療科名に着目した診療報酬点数区分や加算が存在する一方¹⁴¹、診療科名に拠らず医療機関に配置する医師の経験を算定要件に組み込むものもある¹⁴²。医科点数表において一の部を構成する精神科以外では、小児科や産婦人科に着目した区分等が多く見られる。これは、近年のこれらの科目での医師不足の指摘への対応のため高い評価を付すものである。診療報酬点数表における診療科名の利用は、医療機関の機能分化の進行に関しては中立的であると思われる。

4-2-5 医療計画

（1）医療計画の意義と役割

医療計画は、都道府県におけるいわゆる二次医療圏の区域を中心として医療提供体制の確保を図るため都道府県が定める計画である（医療法30条の4第1項、2項10号）。その目的は、昭和60年医療法改正において導入された当時から、「医療供給体制のシステム化」¹⁴³に置かれており、医療機関の機能分化、医療機関の適正配置、医療機関間の機能連携の確保を図ろうとするものであった¹⁴⁴。まさに医療提供体制を確保する諸政策の基幹に

141 例えば、算定方法医科点数表 A100注5、B001第6項注1、B001第8項注1等。

142 例えば、算定方法医科点数表 B001第1項、特掲診療料の施設基準等（平成20年3月5日厚生労働省告示63号）第三の二(1)、算定方法医科点数表 B001第20項、特掲診療料の施設基準等第三の二(9)等。

143 野田・前掲書（注12）324頁、332頁。

144 厚生省健康政策局総務課編・前掲書（注52）56頁参照。なお、導入当時の医療計画についての概説、論評として、例えば、日野秀逸「地域医療計画をめぐって」ジュリスト増刊総合特集44号（1986年）92頁ないし99頁、久塚純一「社会保障医療の確保と医療供給体制の今後—福岡県における地域医療計画の策定

位置する制度である。

ただし、実効面では必ずしも所期の役割を果たすことができてきたわけではない。確かに医療機関の適正配置については、後述のとおり（4-4）、基準病床の設定—公的医療機関に対する開設許可等の制限・民間医療機関に対する開設の中止等に関する勧告—保険医療機関指定拒否処分という一連の仕組みがあり、地域の過剰病床の抑制について一定の効果を上げてきたとの研究結果がある¹⁴⁵。他方、医療機関の機能分化と機能連携の側面については、医療計画に一定の記載事項が法定されるに止まってきたため、その効果は上がってこなかったようである¹⁴⁶¹⁴⁷。また、医療機関の計画的整備の担い手として位置づけられている公的医療機関（医療法31条）¹⁴⁸も設置主体間で必要な調整が必ずしも行われず、無秩序な整備が行われてきたことが指摘されている¹⁴⁹。

しかし、機能分化のために医療計画が採用する手法とその基本的な考え方は、積極的に評価することができる。上述のとおり、医療法が用意する名称独占や病床の種別の設定といった手法は、機能分化後の医療機関像に

を素材として—」北九州大学法政論集15巻4号（1988年）99頁ないし153頁がある。

145 長谷川敏彦「地域医療計画の効果と課題」季刊社会保障研究33巻4号（1998年）384頁、泉田信行「病床の地域配分の実態と病床規制の効果」季刊社会保障研究39巻2号（2003年）164頁ないし173頁、厚生労働省編・前掲書（注4）8頁参照。なお、病床抑制効果に否定的な見解として、池上直己「地域医療計画の課題と新たな展開」田中・二木編・前掲書（注14）32頁参照。

146 長谷川・同論文385頁参照。

147 なお、平成9年法律125号による改正前の医療法においては、病院機能を考慮した整備目標、へき地医療、救急医療の確保、医療機関等間の機能連携等の事項は医療計画の任意的記載事項に過ぎなかった（30条の3第3項）。

148 野田・前掲書（注12）335頁、厚生省健康政策局総務課編・前掲書（注52）70頁参照。

149 例えば、岩佐・前掲論文（注85）43頁、池上・前掲論文（注145）27頁、36頁。なお、総務省「公立病院改革ガイドライン」（平成19年12月）第1の2（2）、第2の2（3）も参照。

ついて全国的に医療関係者や患者のコンセンサスはない状況では限界に直面する。診療報酬点数とその施設基準の設定の手法は、現在する医療機関の構造評価をする中で柔軟に医療機関の型を洗い出すことができる点で優れているが、全国一律の改定を斉一的に行う診療報酬制度の性格上、地域の実情に応じてさらに木目細かい機能分化を進行させる手段としてはやや焦点倍率が低いのは止むを得ない。これらの手法の限界を乗り越えるためには、地域に存在する医療機関の機能を具体的に洗い出した上で、必要な医療機関像を形成していく必要がある。医療計画は、こうしたプロセスの枠組みを提供し、関係者の対話を通じて機能分化を進める手法であり、医療法が用意する上掲の手段や診療報酬点数設定の手段をターミナルの位置から補完・統合する役割を担うものであると評価することができる。

（2）医療計画における機能分化の手法

これまで医療計画が必ずしも機能分化に寄与してこなかった理由としては、平成9年医療法改正まで機能分化に関する事項が任意的記載事項に過ぎなかったこと、機能分化後の医療機関像と機能連携を可視化するクリティカルパスが普及していなかったこと、医療計画の具体的な作成プロセスや関係者のコミットメントのあり方が明確でなかったこと等を挙げることができよう。平成18年医療法改正では、これらの問題点を解消する方向で対応がなされた。

まず、医療計画の必要的記載事項として、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の治療・予防に係る事業に関する事項（同法30条の4第2項4号、同法施行規則30条の28）、救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療の確保に必要な事業に関する事項（同法30条の4第2項5号）が追加された（いわゆる「4疾病5事業」）。これにより、それぞれの疾病・事業に関わる医療機関等による医療連携体制が計画されることとなった（同項2号）。また、医療計画の策定手順等について、基本方針が示され（同法30条の3、医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年3月30日厚

生労働省告示70号))、さらに、医療計画の作成手法等の技術的事項に係る厚生労働大臣の助言として（同法30条の8）、「医療計画作成指針」¹⁵⁰及び「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」¹⁵¹が示されている。

これらの定めを4疾病5事業を中心に機能分化の観点から概観すると、それぞれの疾病・事業について、①必要となる医療機能を急性期、回復期、維持期の各病期について明らかにすること、②各医療機能を担う医療機関等の名称を原則として明らかにすること、③公的病院等や民間医療機関の役割を踏まえ機能分担等を示すこと、が主な内容となっている¹⁵²。検討の枠組みや手順については、①医師会等の団体、住民・患者、関係医療機関等が参加する疾病・事業ごとに設置される作業部会において、②地域において不足している医療機能、調整・整理が必要な医療機能を把握し、③相互の信頼を醸成しながら、関係者すべてが認識・情報を共有した上で、各機能を担う医療機関を決定するものとされている¹⁵³。

つまり、このプロセスでは、医療機関のコミットを得た上で地域に不足している医療機能や過剰な医療機能を洗い出し、拡張すべき医療機関像や調整すべき医療機関を可視化して関係者が共有する中で、医療機関の自らのあるべき医療機能についての気付き¹⁵⁴と医療機能の整理に向けた動機付けが行われることが予定されているのである。そして当然ながら、このプロセスの成否は、プロセスを主催する都道府県のイニシアティブに加え、

150 「医療計画について」（平成19年7月20日厚生労働省医政局長通知）別紙。

151 「疾病又は事業ごとの医療体制について」（平成19年7月20日厚生労働省医政局指導課長通知）別紙。

152 医療計画作成指針第三の3。

153 医療計画作成指針第四。

154 尾形裕也「第5次医療法改正における医療計画の見直しと医療機関経営」病院65巻10号（2006年）791頁は、平成18年の医療計画の見直しによる病院経営への影響として、各医療機関は地域における自院の位置づけと役割を明確にすることが求められ、ポジショニングという戦略的な意思決定が重要になることを挙げる。

医療機関の参加と機能調整の実行に係るインセンティブに大きく依存することになる。

都道府県は、医療計画の策定主体であり、医療提供体制の確保に責任を負う¹⁵⁵。住民の福祉の増進を担う主体であり（地方自治法1条の2第1項）、受療機会の確保及び医療の質の向上を図る動機は内在しているはずである。また、都道府県は保険者ではないが、国民健康保険給付費の財源として、都道府県財政調整交付金（国民健康保険法72条の2）を負担するとともに、後期高齢者医療制度においても定率都道府県負担（高齢者の医療の確保に関する法律96条）や保険基盤安定制度のための負担（同法99条3項）等を行っていることから¹⁵⁶、都道府県財政への影響を踏まえ、効率性の観点から医療提供体制の確保を図る動機も持つはずである。さらに、医療計画は住民の参加も得て作成（医療法30条の4第3項4号）、公示することとされ（同条4第11項）、都道府県知事は、医療機関に関する情報を公開しなければならない（同法6条の3第5項）。都道府県における医療提供体制の状況は相当具体的に住民の知るところとなると見込まれる。グッドプラクティスの集積が進むにつれて、都道府県間での比較や評価が行われやすくなり、その結果、都道府県としても医療計画の改善と適確な実施を行う強い動機を抱くようになることも期待できる。

医療機関は、医療財源抑制の中で、経営資源の選択と集中を迫られている。公立病院でも、一般財源からの補填が限界に近づいており経営破たんに至る事例も見られる¹⁵⁷。したがって、医療機関には、機能調整に参加し、

155 3-3-3(2)、(3)参照。

156 都道府県の負担の概要については、栄畑潤『医療保険の構造改革 平成18年改革の軌跡とポイント』（法研、2007年）23頁、59頁、64頁、126頁ないし129頁、135頁ないし139頁参照。

157 自治体病院の経営状況等について、総務省自治財政局地域企業経営企画室「公立病院改革について」（平成19年7月23日公立病院改革協議会資料）参照。自治体病院の経営の行き詰まりの実情の報告を含む文献として、伊関・前掲書（注6）参照。

地域における医療提供体制の中で自らを最適化することができる位置を見出す動機があると考えられる。医療法は、医療機関等の開設者・管理者に医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築に協力する努力を求めているが（30条7第1項）、かかる努力義務は、医療機関のそうした動機に裏打ちされると理解することができる。

なお、医療法は、都道府県知事に、医療計画の達成の推進に特に必要がある場合に病床数の増加や病床の種別の変更等に関して勧告をする権限を与えている（30条の11）。この勧告内容には、機能分化や機能連携に関することも幅広く含まれると読むことが可能である¹⁵⁸。一方、所管省は、この「医療計画の達成の推進に特に必要がある場合」とは、公的医療機関等の開設者以外の者が、病院の開設等の申請をした場合において、既存病床数が基準病床数（同法30条の4第2項12号）に既に達している場合をいうとする限定的な解釈を示し¹⁵⁹、謙抑的な運用を行っている。こうした運用は、上述のとおり医療計画検討の枠組みや手順について相互信頼の醸成、認識・情報の共有が強調されていることや、医療計画の本格的な活用が医療機関関係者の自発性に大きく依存していることに一応適合的であり、現時点では合理的な運用であると評価することもできる。

（3）診療報酬点数表における評価

診療報酬点数による評価は、医療計画における医療機関の自発的な機能調整に対する経済的な誘導にも活用することが可能である。脳卒中入院患者についての地域連携診療計画（地域連携クリティカルパス）の作成等を評価する地域連携診療計画管理料・同退院時指導料¹⁶⁰は、医療計画におい

158 医療法30条の11の前身である平成9年当時の医療法30条の7の勧告の理解が問題となった判例の評釈として、田中・前掲論文（注26）87頁参照。

159 厚生労働省・前掲通知（注150）8（1）。同条の勧告と保険医療機関指定拒否処分につながる一連の仕組みについては、4-4参照。

160 算定方法医科点数表B005-2、B005-3。

て脳卒中に係る医療連携体制を担う医療機関として記載されている病院であることが算定要件とされており¹⁶¹、脳卒中医療を担う病院が行う医療連携体制の構築が評価されている。当該点数区分は、医療の機能連携に係るものであるが、ここで使われている医療計画への記載の算定要件化の手法を医療機関が担う医療機能の評価に応用し、機能分化を促進する点数設定を行うことも検討に値しよう。

4-2-6 小括

医療法による診療所と病院の区分は、今や病床規模のみを分類軸としており、機能分化の第一段階としての規範的な意義は相当失われている。そこで、それぞれ広域的あるいは地域的な存在意義を持つ多様な医療機関を適切な機能分化に導くために、別の手法が必要とされる。

その一つは、医療機関像を設定する方法である。医療法が特定機能病院等に対して採用している名称独占は、機能分化された医療機関像の定着を進める点で役立つが、機能分化後の医療機関像についてのコンセンサスがいない状況では限界に直面する。二つ目は、診療報酬点数とその施設基準の設定である。この手法は、地域に現在する医療機関の構造評価をする中で柔軟に医療機関の型を洗い出すことができるため、機能分化と医療機関像の漸進的な形成に寄与し得る。また、医療法による病床の種別の設定やそれに応じた診療報酬上の工夫も、病棟や診療所の機能分化を進める力を持つ。

さらに細やかな機能分化を進めるには、関係者のコミュニケーションによる協働の枠組みを通じて、地域における医療連携体制の見通しを確保することが必要となる。医療計画は、地域に不足している医療機能や過剰な医療機能を洗い出し、医療機関に向けて、自らのあるべき医療機能に気付きその医療機能を整理しようとする動機付けを行うことにより、自発的な機能

161 特掲診療料の施設基準等第三の六(2)ニ、七(4)。

分化を促すプロセスの枠組みとして機能する。このプロセスの成否は、プロセスを主催する都道府県のイニシアティブと医療機関の機能調整に向けたインセンティブに大きく依存する。

結局、医療法が用意する病院の名称独占、病床の種別の手法は、一定程度固まった医療機関像が現実化している状況に適した手法ではあるが、硬直的である。診療報酬点数表における区分や算定条件の設定は、柔軟に医療機関の型を洗い出すことにより、医療法による手法の硬直性を補完することができ、機動性もある。が、全国一律の設定になるため、地域の実情や医療機関像の洗い出しにおいて情報上の限界に直面する。医療計画は、柔軟性、地域性を兼ね備え、これらの限界を乗り越える可能性を持つ。ただし、実効性如何は関係者の姿勢に左右される。

4 - 3 機能連携

診療は、多くのサービスの小単位により構成される複雑な一連の過程であり¹⁶²、一貫したプロセスとして提供するのが最も効率的であるとされる¹⁶³。機能分化による分業・専門分化の進展を通じた個々の医療機関が提供する診療水準と費用対効果の向上を確保しつつ、機能分化した医療機関が一貫した治療を患者に提供するためには、医療機関間の適時適切な機能連携が不可欠である。一般に、単一の組織への統合により、サービス提供者間の取引費用やインターフェイスロスは抑制されるから、一の医療機関内で一

162 健康保険法の療養の給付を「一連の医療サービス」として理解するものとして、厚生労働省・社会保険庁編・前掲書（注47）453頁、そのような行政による理解も適法であるとする裁判例として、東京地判平成元年2月23日訟月36巻12号2206頁がある。療養の給付の単位について、田中・前掲論文（注62）法政理論41巻1号78頁ないし81頁、87頁、88頁参照。

163 郡司・前掲書（注25）66頁参照。

連の過程が完結する医療提供体制にもメリットがある¹⁶⁴。このメリットを地域の医療機関間でも同様に確保することが機能連携の目標であるともいえ、医療機関間の協働関係の構築と情報の共有等連携の実践の確保が政策課題となる¹⁶⁵。

4-3-1 医療法による努力義務の設定

医療法は、医療機関間における患者の紹介、情報の提供（1条の4第3項）、退院後の保健医療サービス等の連携（同条4項）、医療機関の共同利用等（同条5項）について、医師等、医療機関の管理者、開設者の努力義務を規定する。有床診療所については、病状急変時における他の医療機関との連携体制の確保を要求する（13条）。また、患者に対する治療計画等の書面交付における機能連携への配慮についても医療機関の管理者の努力義務を定める（6条の4第5項）。

これらは、医療提供者の責務を明示することにより、医療の担い手としての認識を深める点で意義が認められる¹⁶⁶。ただし、機能連携に向けた行動を実行に移すに際しては、連携のプロトコール化や必要な費用の保障が要請される。機能連携は多様な医療機能の間で行われるものであるから、その様相もまた多様であり、連携のプロトコール化には専門技術的な検討が必要である。法律上の義務の設定は、こうした課題に木目細かな対処が難しい点で限界に直面する。

164 わが国の病院は、その成り立ちの経緯から一般に内的統合性が高いと指摘されており（郡司・同書20頁参照）、このメリットは欧米諸国の病院に比べ大きいと考えられる。

165 機能分化を進めるに当たっては機能連携も視野に入れ総合的な検討を要するとの指摘は社会保障法学においても古くからなされている。園部ほか編・前掲書（注19）445頁〔石本忠義執筆部分〕参照。

166 厚生省健康政策局総務課編・前掲書（注52）17頁参照。

4-3-2 医療計画

前述のとおり（4-2-5参照）、医療計画は、医療機関に対し自発的な機能分化を促すプロセスの枠組みであるが、機能連携の面についても同様の枠組みを提供する。4疾病5事業についてみると、①急性期、回復期、維持期の各病期での必要な医療機能の明確化、②各医療機能を担う医療機関等の特定、③公的病院等や民間医療機関の役割を踏まえた機能分担等の確定の作業が行われる¹⁶⁷。こうした作業は、機能連携を担う主体を確定するとともに、主体間の機能連携に向けた協議の場を設定し、連携相手に対する相互の信頼を醸成することにより、協働関係の自発的な構築を可能にする条件整備であると位置づけることができる。そして、連携のプロトコール化は、厚生労働大臣による専門技術的な助言¹⁶⁸を目安として、地域の実情に応じ実施されることになる¹⁶⁹。

また、患者に対しては、各病期に応じた具体的な医療機関名等の情報が提供される。予め転院先の医療機関が分かっているれば患者としても安心して診療行程を歩むことができるから、患者の受療行動が整序され、円滑な機能連携が促進される、との筋書きを語る事が可能である。

4-3-3 診療報酬点数表における評価等

医療連携体制が構築された後、情報の共有と協働が実行に移されるためには、費用の保障が必要である。診療報酬の設定は、過程評価の方法¹⁷⁰によりこの要請に対応することができ、また、医療機関に対し連携の実践に向けた経済的な動機付けをすることもできる。

167 医療計画作成指針第三の3。

168 「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」（厚生労働省・前掲通知（注151）別紙）。

169 厚生労働省・同通知2。

170 注82参照。

（1） 地域連携クリティカルパスの共有

地域連携クリティカルパスの共有は、複数の医療機関を通じた診療行程の典型に関する情報の共有として位置づけることができる。地域連携診療計画管理料・同退院時指導料¹⁷¹は、これを評価する¹⁷²。

（2） 患者情報の共有

情報の共有の二つ目は、個別患者についての情報の共有である。診療情報提供料は、紹介先の医療機関に対して診療状況を文書で知らせる行為を評価する¹⁷³。また、薬剤情報提供料は、薬剤服用暦が経時的に管理できる手帳¹⁷⁴への処方薬剤情報の記入を評価するものであり¹⁷⁵、患者の医療機関への同手帳の持参を通じて患者情報の共有を図る。また、在宅患者に対する機能連携を評価するものとして、在宅患者連携指導料¹⁷⁶等が設定されている。

（3） 診療行程の管理

機能連携には複数の医療機関等が含まれるから、患者の情報を一元的に把握し、診療行程の管理・総括を担当する主体が必要となる。いわゆるかかりつけ医である。かかりつけ医の機能は、①基本的な疾病の診療を引き受けることを前提として必要に応じ専門的医療の選択が適切になされるように管理するゲートキーピングの機能、②一定の慢性疾患について専門医や病院と連携して行う一貫した患者・疾病管理の総括、③継続的な保健指

171 算定方法医科点数表 B005-2、B005-3。

172 現在の対象疾患は、大腿骨頸部骨折及び脳卒中のみであるが（特掲診療料の施設基準等第三の六(1)）、地域連携クリティカルパスについてのグッドプラクティスの蓄積に従い拡大することが見込まれる。

173 算定方法医科点数表 B009、B010。

174 いわゆるお薬手帳のことをいう。

175 算定方法医科点数表 B011-3注2。

176 算定方法医科点数表 C010。

導や疾病予防活動の実施の3つに分類することができる¹⁷⁷。かかりつけ医は、近年の政策論においては、「ゲートキーピング」の語感とフリーアクセスの制限が結び付けられ、その可否の文脈で語られることが多いように思われるが、医療機関間の機能連携の場面では、まずは②や③の機能に着目し、①の機能を附随的に捉える必要がある。

わが国は、近年かかりつけ医制度を導入したフランスやドイツにおけるような一般医や家庭医が他の専門医と区別される資格制度を持たない¹⁷⁸、診療所と病院の区分も相対的であるから、かかりつけ医の担い手を多様な医療機関、多様な医師の中から見出す必要がある。生活習慣病管理料¹⁷⁹や後期高齢者診療料・後期高齢者外来継続指導料¹⁸⁰では、②ないし③の機能の担い手として、診療所と地方の地域拠点的な中小病院（4-2-1の⑥の医療機関像）が選択されている^{181 182}。

177 田中・前掲論文（注62）法政理論40巻2号173頁参照。

178 田中・同論文177頁、191頁参照。

179 算定方法医科点数表 B001-3。

180 算定方法医科点数表 B016、B017。なお、これらの点数の算定に関して、フリーアクセスが制限されるかのように説く向きもあるが（伊藤周平『後期高齢者医療制度 高齢者からはじまる社会保障の崩壊』（平凡社、2008年）161頁）、診療報酬点数の設定によってアクセスを制限することはできない。被保険者による保険医療機関の選択の可否・範囲如何は法律事項であるからである。健康保険法63条3項は保険医療機関についての自由選択主義を規定し、事実上のフリーアクセスが認められている。

なお、紹介なし初診等の保険外併用療養費化は、フリーアクセスに対する柔軟な制約として機能していることに留意が必要である。

181 特掲診療料の施設基準等第三の九の三(1)。

182 後期高齢者診療料は、実質的に一次予防に該当する給付までも取り込んでいると評価することもできる。厚生労働省・前掲通知（注115）別添1 B016(2)、(7)参照。なお、社会保険における予防給付を取り扱う文献として、稲森公嘉「予防給付に関する一考察」週刊社会保障2349号（2005年）46頁ないし49頁、石田彦彦「社会保険法における保険事故概念の変容と課題—予防給付を手がかりに—」社会保障法21号（2006年）123頁ないし135頁がある。

一般に、かかりつけ医機能が発揮されるためには、かかりつけ医が患者の立場に立つことが必要とされ、また、そうであるべきとされる¹⁸³。そのために必要な条件として、患者とかかりつけ医との信頼関係の形成¹⁸⁴や繰り返し受診¹⁸⁵が挙げられるとともに、診療報酬の役割の大きさも指摘されている¹⁸⁶。後期高齢者診療料については、その点数がかかりつけ医機能に見合う費用を保障するか、医師に対する動機付けとして十分かについては検討の余地はあろう。しかし、当該点数を算定するに当たって医師が当該点数の下で行われる医療サービスを説明し、患者が同意するプロセスの中に信頼関係形成の契機が含まれていることは積極的に評価できる。

なお、診療行程の管理については、その担い手に患者を誘導する必要がある。4-2-2(2)で既に見たとおり、再診料における格差設定による供給側への経済的誘導¹⁸⁷や紹介なし初診等の保険外併用療養費化による需要側への経済的誘導の手法が採用されている¹⁸⁸。

183 例えば、郡司・前掲書（注25）161頁、224頁、河野・菊池編・前掲書（注75）268頁〔片岡直執筆部分〕。

184 大森・前掲書（注139）121頁参照。

185 郡司・前掲書（注25）163頁、225頁参照。

186 郡司・同書224頁参照。

187 供給側への経済的誘導の方が効果的であるとする見解として、池上・キャンベル・前掲書（注65）184頁参照。

188 需要側への経済的誘導の方法として、医療保険給付に係る一部負担金の額を調整する方法もあり得る（韓国における外来診療では、総合病院では55%、一般病院では40%、診療所では30%といった格差が設けられているようである。韓国の医療保険制度についての邦語文献として、広井良典・駒村康平編『アジアの社会保障』（東京大学出版会、2003年）117頁ないし123頁参照。）。ただし、我が国では、一部負担金額は法律事項であり（健康保険法74条1項等）、患者の受療行動の状況に応じた機動的な政策対応が難しいし、医療への経済的なアクセス可能性の観点から慎重な考慮が必要である。一方、保険外併用療養費制度の利用は告示レベルでの導入・改廃が可能であり、機動的な対応や紹介の有無による切り分け（厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成18年9

（4）グループ診療

プライマリケアにおけるグループ診療も、機能連携の一形態として把握することができる。在宅患者診療・指導料の各区分に規定する在宅療養支援診療所¹⁸⁹はグループ診療を前提としている。これは患者の在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であり、別の保険医療機関の保険医との連携により24時間往診できる体制を確保しているものをいう¹⁹⁰。地域連携小児夜間・休日診療料も、夜間・休日の診療体制を確保するためのグループ診療を評価する点数区分である。いずれも、一人の医師・一の診療所による診療の時間的限界をグループ化によって相互補完を図るものである。こうしたグループ診療を評価する手法は、診療科間の連携にも応用が可能だろう^{191 192}。

4-3-4 小括

医療法は、医療提供者に対し機能連携についての努力義務を課すが、法律上の義務の設定の手法では、専門技術的な対応が必要な連携のプロトコ

目12日厚生労働省告示495号）2条4項、5項）といった柔軟な対応ができる点では優れている。

189 算定方法医科点数表 C000等。

190 厚生労働省・前掲通知（注115）2部1節4項。

191 イギリスのプライマリケアは、内科、外科、産婦人科、小児科といった診療科を得意とする一般医（general practitioner）によるグループ診療がほとんどであるという。郡司・前掲書（注25）169頁参照。岩佐・前掲論文（注85）42頁も参照。また、ドイツの医療センター（Medizinische Versorgungszentren. 社会法典第5編95条1項）も異なる専門分野又は給付分野の少なくとも2名以上の医師によるグループ診療の一形態であり、保険医診療の許可制の対象となっている。田中伸至「ドイツにおける医療提供体制の改革」けんぼれん77号（2008年）8頁ないし12頁参照。

192 異なる診療科の診療所のグループ化を組織的に洗練させた医療機関像は、中小病院と重なる。プライマリケアの担い手としての中小病院に注目する見解として、郡司・同書170頁、225頁、226頁参照。

ール化について木目細かく対処することは難しい。そこで、医療計画の枠組みにより、協働関係の自発的な構築を可能にする条件整備を行い、地域の実情に応じた機能連携のプロトコル化を促進する手法が採用される。機能連携の実行の局面では、地域連携クリティカルパスや個別患者情報の共有、診療行程の管理に着目した診療報酬点数の設定等により、経済的な支持が行われる。

4 - 4 医療機関の適正配置

機能分化した医療機関による機能連携のネットワークが適確に形成されるためには、その構成要素である医療資源の適切な集中と分散が前提となる。また、受療機会が確保されるためには、医療連携体制が地域を面的に覆う必要がある。ここに、長く病床規制や医療過疎といった文脈で語られてきた医療機関の適正配置の課題が改めて位置づけられる。

かつて社会保障制度審議会における議論では、公的医療機関でなければ保険給付として「規格化」された現物給付を行うことは困難であるという理解を前提とする提案も行われていた¹⁹³。かかる理解に従えば、わが国の医療制度は、「規格化」された現物給付を民間医療機関において実現するという困難な課題を負ってきたことになる。この「規格化」に医療機関の適正配置という課題が伴う、あるいは含まれるということは、機能分化・機能連携が強く要請される現在において明白である。一の医療機関で医療が完結しない以上、地域における医療機関間連携の成否が「規格化」された現物給付の適切な提供を左右するからである。

「医療が社会保障の一部となり、医療保険がその基本的部分をしめる現

193 総理府社会保障制度審議会編『社会保障制度審議会二十年の歩み』（社会保険法規研究会、1971年）284頁ないし288頁参照。なお、園部ほか編・前掲書（注19）340頁（笹木俊一執筆部分）も参照。

行制度のもとでは、保険給付を担当する医療専門家と医療施設の適正な配置が強く求められる。』¹⁹⁴そして、「現在の開業医制度を前提としても、医療保障の原則にのっとって適正配置をはかる方法はある』¹⁹⁵という。では、医療保険制度や医療法は、どのような方法を用意しているか。

4-4-1 医療計画における病床規制

第一の方法は、昭和60年医療法改正により導入された医療計画制度における病床規制である。

(1) 概要

その概要は次のとおりである。

医療計画には所要の医療圏が設定され（医療法30条の4第2項10号、11号）、医療圏ごとに基準病床数が定められる（同法30条の4第2項12号）。民間医療機関の開設、増床等の申請があった場合、医療圏の既存病床数が必要病床数を上回っているときや病院の開設や増床を許可することにより基準病床数を上回るときには、都道府県知事は開設中止等の勧告をすることができる（同法30条の11）¹⁹⁶。勧告に従わない場合においても、許可申請が人員基準及び施設基準に適合していれば、開設は許可される。公的病院については、不許可処分を行うこともできる（同法7条の2第1項、2項）¹⁹⁷。民間医療機関が勧告不服従をした場合、厚生労働大臣は保険医療機関の指定を拒否することができる（健康保険法65条4項2号）。病床規

194 荒木誠之「社会保障としての医療像」健康保険38巻6号（1984年）23頁。

195 同論文24頁。同論文は、この「方法」の開発を「医療行政の課題」とする。

196 前述のとおり（4-2-5(2)）、所管省は、30条の11の勧告ができる場合を、公的医療機関等の開設者以外の者が、病院の開設等の申請をした場合において、既存病床数が基準病床数（同法30条の4第2項12号）に既に達している場合に限定し運用している（厚生労働省・前掲通知（注150）8(1)）。

197 30条の11には、公的医療機関を勧告の対象から除外する文言はないが、所管省はこれを除外し運用している（厚生労働省・同通知8(1)）。

制は、医療法の医療計画制度を健康保険法の保険医療機関指定制度が補完する形で成立している¹⁹⁸。

198 医療法による医療計画・病床規制と保険医療機関指定制度とを接合する仕組みについては、「木に竹を接いだような、奇妙な、かつ非常に巧みな法システムである」との評があり（阿部泰隆・鹿兒島地判平成11年6月14日判例批評・判例評論502号〔判時1725号〕（2000年）6頁）、立法過程においては、整合性を欠くのではないかとの感想が示されている（現行健康保険法65条4項2号に相当する健康保険法43条ノ3第4項2号を追加した、国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成10年法律第109号）の審議における第142回国会衆議院厚生委員会議録第11号（平成10年4月3日）14頁ないし16頁金田（誠）委員発言参照）。また、保険医療機関指定制度は、衛生規制である医療法の開設許可における判断と保険診療を担当する医療機関としての適格性の判断とが異なることを前提とする旨の指摘もある（倉田聡「医療保険法の現状と課題」日本社会保障法学会編・前掲書（注19）52頁）。立法論としては、医療法が健康保険法の前捌きをする仕組みも想定できる。そこで、この接合が法制として合理的かどうか検討しておく。

まず、医療機関自体の構造評価、すなわち、人員及び施設の評価においては、保健衛生上の危害の防止に止まらず保険診療を担当するに相応しい陣容が整えられなければ、保険料や租税から構成される財源から支出を行うことは正当化できないから、その点では、医療保険制度独自の視点で医療機関としての適格性を判断する必要が認められる。また、保険診療を担当する際の遵守義務を課す必要があり、その土台として保険診療を担当する医療機関を特定する必要もある（保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令15号）参照）。したがって、医療機関自体の人員及び施設については、医療法による衛生規制をクリアしたものを健康保険法がその目的に応じて評価し絞込みをかける余地を認める形には合理性がある。

これに対し、医療機関の配置については、医療法においても、健康保険法においても、その目的は社会経済的な積極規制であることに変わりはない。医療保険制度サイドとしても医療法と異なる考慮を加える必要は乏しい。医療計画・病床規制において、医療機関の適正配置が確保されていれば足りるからである。とすると、医療保険制度サイドとしては、医療法における適正配置の判断をそのまま保険医療機関の指定の可否に流用することは合理的である。また、医療法において医療計画に適合しない民間医療機関に対しても公的医療機関等に対するのと同様、開設不許可とする制度設計をしても、医療保険制度サイドとしては満足する。が、他方、衛生規制をクリアした医療機関が医療保険の外の世

（2）病床抑制の機能

このように病床規制は、病床が過剰な地域における医療資源の集積を抑制することを第一の機能とする。それは、一次的には、効率性の確保の観点から正当化され得る。すなわち、医療においては、受診の開始は患者が行うものの、その後の診断は医師によって行われ、提供者側が外来、入院、在宅の別や治療方法の選択を決定ないし誘導することが可能であるとする供給者需要誘発仮説¹⁹⁹が唱えられている。また、この仮説が成り立つならば、入院の選択が提供者の判断に左右される以上、過剰な病床であっても満たされることになる。そして、結論は確定していないものの、仮説に整合的な結果を示す実証研究も示されている²⁰⁰。少なくとも病床数と医療費のとの間の相関関係は実際に観察されている²⁰¹。入院医療は比較的大きな

界で自由診療をすることまで禁圧する必要はない。加えて、営業の自由への配慮も必要である。したがって、自由診療目的の開設の余地を残すべく、医療計画に適合しない民間医療機関に対しては、保険医療機関指定の段階で対応することとした仕組みは、医療法、健康保険法双方の関心に照らして合理的に説明することができる。

199 西村周三『医療の経済分析』（東洋経済新報社、1987年）25頁ないし45頁、漆編・前掲書（注27）39頁ないし59頁参照。

200 例えば、前田信雄「高齢者の入院費用の高低に関する研究—地域差の分析—」季刊社会保障研究19巻1号（1983年）56頁ないし69頁、泉田信行・中西悟志・漆博雄「医師誘発需要仮説の実証分析：支出関数アプローチによる老人医療費の分析」同誌33巻4号（1998年）374頁ないし381頁、岸田研作「医師誘発需要仮説とアクセスコスト低下仮説：2次医療圏、四単位パネルデータによる分析」同誌37巻3号（2001年）246頁ないし258頁、山田武「国民健康保険支払い業務データを利用した医師誘発需要仮説の検討」同誌38巻1号（2002年）39頁ないし51頁参照。

201 1人当たり老人入院医療費と人口当たりの病床数との間には、強い正の相関が見られる。厚生労働省・前掲書（注4）88頁参照。また、医療では供給が需要を生む傾向があること、人口当たり病床数の増加と1人当たり入院費の増大との間の相関関係を認めた裁判例として、福岡高宮崎支判平成13年10月30日（公刊物未搭載）参照。なお、その上告審である最一小判平成17年9月8日判時1920号31頁も参照。

費用がかかるため、効率性の観点からは地域の病床数を適切な水準に保つ必要が生じる²⁰²。病床規制は、医療圏の病床数を基準病床数の水準に抑制することができる²⁰³。

（3）開設増床促進の機能

病床過剰地域における病床が抑制されれば、その分の医療資源が病床不足地域に転用される余地が生じる。その点で、観念的には、病床不足地域における開設増床促進のための条件整備としての意義も認められ、二次的に受療機会の確保にも貢献するともいえそうである。ただし、病床規制が病床不足地域の解消に効果があったとの評価は管見の限りでは見られない²⁰⁴。

また、種別の異なる病床を等価として基準病床数を算定こととすると、地域に必要な病床が確保されないとの懸念が示されている²⁰⁵。現在、療養病床と一般病床については、「療養病床及び一般病床」との区分の下、それぞれについて算定した基準病床数を合計した数を基準病床数とすることとされており（医療法30条の4第4項、同法施行規則30条の30第1号）、この懸念が当たる余地がある。こうした懸念に対し、法は、がん、循環器疾患、小児疾患、周産期疾患等に係る特定の病床を特例扱いする手段を用意する（同法30条の4第7項、同法施行規則30条の32の2）。加えて、医療計画の枠組みの下での自発的な機能分化の促進による病床転換の方途も存在する。これらによる病床の調整がどの程度有効かの評価は、今後の展

202 大道久「医療における病床数と医療施設体系」季刊社会保障研究28巻4号（1993年）360頁参照。

203 泉田・前掲論文（注145）164頁ないし173頁は、医療計画は病床数の総数をコントロールするためには有効であったとする。

204 泉田・同論文169頁、172頁は、医療計画は無医地区の解消という点では有効でない可能性があるとする。

205 大道・前掲書（注202）368頁、池上直己『ベーシック医療問題 3版』（日本経済新聞社、2002年）92頁参照。

開を待つ必要がある。

（4）機能分化・機能連携の基盤—制限された競争と協働の関係—形成の機能

病床規制には、これまで一般的に言及されてきた上掲の機能のほか、医療機関の機能分化・機能連携を支える基盤を形成する機能もあると考えられる。すなわち、病床規制の下で医療機関間の競争の態様が制限されるとともに、協働関係を取り結ぶことが可能となるような医療機関間の関係が形成されることになり、医療計画制度が指定する機能分化・機能連携が自発的に生まれ育つという筋書きが語り得るのである。

ところがこれまで、病床規制については、既存病床の「既得権化」とそれに伴う競争制限のおそれが否定的な文脈で指摘されてきた²⁰⁶。そこで、医療機関間の競争に係る知見の整理を手がかりとして、法が期待する医療機関間の関係のあり方、競争と協働の様相について検討しておきたい。

競争制限のおそれを病床規制のデメリットとして語り得るためには、医療機関間の競争が医療の質や効率性の向上、受療機会の確保に貢献していることが前提となる。しかし、そもそも診療報酬は公定されており、医療機関が提供する診療の質の差を反映しないし、価格競争は発生しない。また、患者の医療機関へのアクセスには地理的限界があるほか、医療の市場は参入退出が困難であるため、地方ではいったん地域的な独占状態が達成されれば自然独占の状況と同様になり競争は発生しにくくなるとの指摘もある²⁰⁷。さらに、競争状態が出現したとしても、供給者需要誘発仮説が成

206 例えば、「規制改革の推進に関する第2次答申」（総合規制改革会議、平成14年12月12日）。岩村正彦「社会保障法入門 第40講」自治実務セミナー41巻6号（2002年）16頁、石田道彦「医療供給体制と競争政策」週刊社会保障2315号（2005年）52頁参照。

207 郡司・前掲書（注25）80頁、102頁、190頁、マックペイクほか・前掲書（注28）98頁、ヒルマン・前掲書（注28）602頁参照。

り立つならば、医療機関間の競争により医療の質が向上するとは必ずしもいえない²⁰⁸。そして、医療に関する情報の提供等によって患者による医療機関等の選択が支援されるにしても²⁰⁹、患者が医療情報を整理統合し思念するのはその医学的知識の限界や心身の状況に鑑みると相当に困難な作業であり、不完全情報が解消されるわけではないから^{210 211}、この点でも競争市場が機能するための前提を欠く。

このように、医療機関間の競争は、発生しないか、発生しても消失するか、あるいは医療の質の確保等に必ずしも貢献しないかであるとすれば、政策課題は、完全競争市場への接近ではなく、非効率で低品質の医療を提供する経営者の排除であろう。そして、病床規制下であってもそうした経営者が淘汰される可能性はある。国民医療費が総体として抑制されるとともに、医療費の不確実性や過剰診療のリスクを医療機関側に転化する診療報酬点数の包括化が行われる中で、生産効率の低い医療機関が経営上の困難に直面する結果、病院買収や合併による経営者の淘汰が発生し、居抜きによる実質的な新規参入が可能になる余地が十分に存在するからである²¹²。病床規制による弊害は必ずしも自明ではない。

平成18年改正では、都道府県知事は病床過剰地域にありながらその病床を活用していない公的医療機関等に対して、病床を削減することを内容と

208 泉田ほか・前掲論文（注200）379頁参照。

209 同論文同頁参照。

210 大道久「医療における情報提供と質の評価」季刊社会保障研究39巻2号（2003年）119頁参照。

211 医療法は、医療選択の支援を主題とする章を建て、医療に関する情報の提供等を重視する姿勢を示している（同法第2章）。ただし、患者が主体的な選択をすることを尊重することと、その選択により効率性が達成されることは別問である。

212 病床過剰圏における病院の売却・買収についてのケーススタディーとして、高木安雄「医療計画による医療供給体制の変化と問題点—病床過剰圏の変容と一般病院の新規参入に関する研究—」季刊社会保障研究31巻4号（1996年）388頁ないし399頁参照。

する許可の変更に向けた措置を採るよう命ずることができることとされた（医療法7条の2第3項）。この改正については、病床規制による新規参入の制限や既存病床の「既得権化」を緩和することが目的である旨の説明がなされる²¹³。ただし、これを法が完全競争市場への接近を志向していることの顕れと評価することはできない。公的医療機関等は一般会計からの繰入れ等内部補助が可能であり経営者に対する淘汰の圧力が乏しいため、居抜き型の新規参入の実現が遅れ、無駄な病床が温存されるおそれがあることへの対応と捉えるべきであろう。

結局、病床規制は、診療所から病院への成長といった高度成長期に見られた古い競争モデル²¹⁴に対する抑制である一方、居抜き型の新規参入の余地を残す、あるいはこれを期待するものと理解するのが適切である。

そして、このような制限された競争の枠組みが確保されることによって始めて、医療機関間の協働関係の自発的な構築のための基盤が形成されることになると理解することができる。協働関係の構築には、関係者間で情報交換と相互調整のプロセスをらせん状に繰り返す必要があり、こうしたプロセスが成立するためには、相互の信頼関係を確立するに足りる長期的な関係が保たれなければならないからである。医療計画と病床規制とがセットの形で仕組まれていることは、こうした理解によって整合的に説明することが可能となろう。法は、競争の態様を制限することで、協働関係の成長を支え、もって、機能分化と機能連携を確保しようとしている。かかる法の姿勢は、医療機関の単純な量的拡大の要請がほぼ失われた現在の状況に照らして、政策的な合理性を有する。

213 衆議院予算委員会第五分科会議録（厚生労働省所管）第2号（平成18年3月1日）27頁松谷政府参考人答弁、石田道彦「第五次医療法改正と医療サービス市場」週刊社会保障2432号（2007年）51頁参照。

214 診療所が他の診療所や病院と外来患者獲得の争いを繰り返しながら、有床診療所を経て、中小病院、そして総合病院に成長していく過程に着目すれば、戦国時代に擬えることも許されよう。一方、病床規制導入は元和偃武に喩えられよう。

(5) 営業の自由との関係

ところで、制限された競争・協働関係の重視は、営業の自由との関係で緊張関係を生ずる²¹⁵。確かに、保険医療機関として特定の病床過剰地域における診療所から病院への成長や病院のチェーン展開などができなくなったり、病床や診療科の変更を余儀なくされたりする可能性はある。

しかし、病床規制には、医療法と医療保険制度の基本的理念を融和的に実現するために採用される機能分化・機能連携の基盤整備としての意義があるから、その目的は合理的である。また、供給者需要誘発仮説の実証の状況や病床数と医療費との間の相関関係の存在、協働関係の自発的な構築を期待する医療計画の枠組みが採用されていることを踏まえれば、規制としての必要性・合理性も肯定される。そして、圏域や診療科、病床規模の変更などを甘受すれば、保険医療機関としての医業展開の余地は十分にあるから、規制の程度も営業の自由を危殆化するとまではいえない²¹⁶。病床規制の下で競争のタイプや経営展開の手法のうちいずれが制約されるのかを仔細に観察すれば、特定の圏域での特定の病床や診療科を備える特定の

215 なお、被保険者の保険料と租税等により支えられる政策的に創設された市場に参入し営業する自由までも憲法が保障しているかどうか疑問が残ることを留保する。福岡高裁宮崎支判・前掲（注78）、田中・前掲論文（注26）96頁参照。一方、保険医療機関の指定を受けることは、医療法上病院開設が原則自由であることでは汲み尽くされない利益であるとし、職業活動の自由が問題とされるとする見解として、尾形健・最一小判平成17年9月8日判時1920号29頁判例批評・社会保障法判例百選〔第4版〕（2008年）21頁参照。

216 保険医療機関の指定拒否処分を伴う病床規制が営業の自由を侵害しない理由として、病院の開設自体可能であることが挙げられるが（例えば、東京地判平成16年4月23日判時1878号117頁）、圏域や病床の種別、病床数の変更等をした上で保険医療機関として医業を展開することが可能であることも指摘しておかなければならない。現行健康保険法65条4項2号に相当する健康保険法43条ノ3第4項2号を追加した、国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成10年法律第109号）の審議における第142回国会衆議院厚生委員会議録第11号（平成10年4月28日）5頁、6頁野田（哲）政府委員答弁参照。

形の医療機関について保険医療機関の指定を受けられなかったからといって、国民皆保険の下で事実上医業ができなくなる、との評価を加えることはできないのである²¹⁷。

医業経営者としても、国民皆保険が崩壊した後の世界でのビジネスを願望するというのであればともかく、保険医療機関として医業を展開することを志向するのであれば、機能分化・機能連携を通じた効率性の確保により国民皆保険を維持する働きが期待される医療計画と病床規制による制約は、その医業展開可能性を保全する観点からもいわば必要な「コスト」として積極的に支持できるものと考えられる²¹⁸。

加えて、被保険者・患者の視点からも、競争の制限・協働関係の重視は歓迎されると思われる。先述のとおり、不完全情報の問題が残る以上、被保険者・患者にとって医療情報を踏まえ適切な医療機関を選択することは困難な作業である。それゆえ、新規参入と退出が繰り返される不安定な医療提供体制よりも持続的な協働関係が明示された医療提供体制の方が、実質的な選択を行う上でも、さらにその協働関係に参画する上でも望ましい²¹⁹。単にチョイスが多いことに幸福を感じる価値観が支配的であるので

217 保険医療機関指定取消処分が執行停止が争点となる場合と、医療法30条の11の勧告や後続する保険医療機関指定拒否処分が争点となる場合とでは、医業経営者の営業の自由を巡る利益状況が異なっている。前者においては、今ここにある保険医療機関の存続にのみ焦点が当てられるのに対し、後者においては本文のとおり、保険医療機関として医業を展開する途が他にも存在することを視野に入れる必要がある。なお、前者、後者に係る裁判例につき、注78参照。

218 医業経営者は、国民皆保険の下で、確実な診療代金の回収、診療報酬の設定や支払いにおける取引費用の軽減、医業を行うことが経営上可能な地域の拡大といった利益を享受することができる。勤務医もそれらから派生する利益を受け取り、医業に専念することができるとともに、活動の場の選択肢が拡大する。医療計画と病床規制による制約は、政策的に創設された保険医療市場のいわば利用料に見合う費用として評価できると考えられる。

219 倉田・前掲論文（注198）54頁は、医療計画・病床規制により新規参入を禁止することは、被保険者が新規参入者を選択する機会を奪い、医療機関の淘汰

あればともかく、被保険者・患者が実体の伴う質の高い医療とその受療機会に満足を見出すのであれば、政策目標は完全競争市場への接近ではなく、やはり医療機関間の制限された競争と協働関係を基盤とする医療連携体制の確立であろう^{220 221}。

保険医療機関として医業を行うことが営業の自由の対象となとしても、医療計画における病床規制は憲法に十分に適合するといえることができる。

4-4-2 公的医療機関の設置等

医療計画・病床規制は、病床過剰地域への対応の場面では直接の効果を持たすが、病床過少地域への配置の促進の場面では、間接的で薄弱的な効果しか持たないようである。この場面で採用されるのが、公的医療機関の制度

を行政庁にもっぱら委ねる点で、「被保険者の市場を通じて表明された集団意思」を無視するものと論ずる。しかし、著しい不完全情報の下において「集団意思」が内実を伴うものかどうか疑問があるし、病床規制下であっても居抜き型の淘汰と新規参入は発生し得る。

220 遠藤・前掲論文（注139）19頁ないし29頁は、医療提供体制に係る「ネットワーク原理」を提唱する。それは、医療提供者間の相互補完、医師・患者間の長期的な関係と協働、選択の自由の自発的な抑制等からの利益を重視し、情報開示とインセンティブにより医療提供体制関係者の行動変容を引き起こす医療提供体制の運営原理であるとされる。本稿に示した、法が医療機関間の制限された競争と協働関係を基盤として機能分化・機能連携を進めようとしているとの理解は、この「ネットワーク原理」で示された利益状況の理解とおおむね整合するものである。同原理を法定法上根拠づけることは可能であると考えられる。なお、医療提供施設間のネットワークの必要性を指摘するものとして、池上・前掲書（注205）129頁参照。

221 石田・前掲論文（注213）50頁は、①地域の医療機関数の限定や診療科目の調整による競争回避型の競争制限、②連携ネットワークや共同施設利用からの排除による新規参入制限が生じていないか注視することが必要と指摘する。②は確かに一応問題視されるべきであろう。①については現行の医療計画・病床規制の枠組みの下では合理的な理由があればむしろ積極的に評価できる場合があり得ることに留意したい。

である²²²。

厚生労働大臣は、医療の普及のために特に必要があると認めるときは、公的医療機関の設置を命ずることができ（医療法34条1項）、その場合、国庫は予算の範囲内でその設置に要する費用の一部を補助することとされている（同条2項）²²³。一見、強力な手段であるが、財政上の厳しい制約を受けるから、その発動は容易ではない。

なお、便宜上本節で触れるが、厚生労働大臣及び都道府県知事は、公的医療機関の開設者等に対して、救急医療の確保に関し必要な措置を講ずること等を命じ（同法35条1項）、その他の事項についてその運営に関して必要な指示をすることができることとされている（同条2項）。これらの権限には、機能分化・機能連携に向けた医療機関の取り組みを担保する機能があると考えられる。

4-4-3 小括

自由開業制の下で医療機関の適正配置を図る方法として、病床過剰地域における抑制の側面では、医療計画における病床規制が採用される。病床規制は、供給者需要誘発仮説等により効率性の確保の観点から正当化され得る。また、医療機関間の制限された競争と協働関係の形成に資することにより、機能分化・機能連携の条件整備を行う意義も有する。

病床規制の効果が及ばない病床過少地域への適正配置の側面では、公的

222 公的医療機関に係る立法経緯・制度趣旨については、厚生省医務局編・前掲書（注89）443頁ないし445頁、野田・前掲書（注12）335頁、厚生省健康政策局総務課編・前掲書（注52）70頁参照。

223 なお、医療法30条の9は、国は、医療計画の達成推進のため、都道府県に対し、予算の範囲内で、医療計画に基づく事業に要する費用の一部を補助することができるとしており、適正配置については、助成手法も用意されている。「救急医療対策の整備事業について」（昭和52年7月6日医発692号厚生省医務局長通知）、第十次へき地保健医療計画の策定について」（平成18年5月16日医政発0516001号厚生労働省医政局長通知）も参照。

医療機関の制度がある。ただし、財政上の厳しい制約を受ける。

5 医療提供体制確保のための規律の構造

医療法及び医療保険各法は、医療の質の確保、効率性、受療機会の確保の3つを医療提供体制確保における基本的理念とする。これらの理念間には相反的対立関係が内在するが、法は医療機関の機能分化・機能連携を結節点に位置づけ、融和的關係への転換を図ろうとする。機能分化・機能連携が医療提供体制確保に向けた中間的な目的となり、これに向けて種々の規律局面が統合的に構成されることになる。その法的構造については、規律局面・規律事項間の連鎖・補完関係（縦軸）と医療法と医療保険制度の規律の役割と限界、相互の役割分担（横軸）、二つの次元において、前節までの作業結果を踏まえ、次のようにとりまとめることができる²²⁴。

5-1 規律局面間の連鎖・補完関係

医療機関の開設と保険診療の担当の局面では、自由開業制が採用されている。緩やかな規律により、民間医療機関の量的拡大が促進され、受療機会の確保の要請が一定程度満足される。しかし、医療の質や効率性の確保については、医療分野における市場の失敗があるため、その達成の見込みは怪しい。また、医療機関の人員に着目した規律も可能であるが、へき地等における受療機会の確保の要請もあり、規律は緩やかにならざるを得ない。その補完は、機能分化・機能連携、さらに医療機関の適正配置の局面で行われる。

機能分化は、分業・専門分化を通じた診療水準と費用対効果の向上を促

224 縦軸と横軸は交差するから、重複する記述を厭わず整理する。

す。また、機能連携により、急性期から慢性期までの診療ステージが連結され、診療行程全体での質や費用対効果の向上も期待される。さらに、診療行程が可視化されることにより、患者の実質的な受療機会が増大するとともに、診療行程の進化も促され効率性が向上することも期待できる。

機能分化に係る規律局面は、さらに幾つかの小局面に分岐する。診療所と病院の区分は、一般的に定着した区分であるが、今や病床規模のみが分類軸となっており、機能分化の視点から医療機関像を画定する力に欠ける。より明確な医療機関像を追求する手段として、病院の種類の設定がある。医療機関像の定着の場面では、名称独占の手法が有効である。この手法を利用し難い医療機関像の形成の場面では、診療報酬において現実の医療機関を構造評価する方法が採用される。ただし、全国一律の設定になるため、地域の実情に応じた医療機関像の把握において情報上の限界がある。病床の種別の設定、診療報酬による病床の種別や病棟の人員配置に応じた構造評価も、病棟の分化、急性期病院と慢性期病院との大まかな分化を促進する点で機能分化に資する。

しかし、政策文書等において見出される医療機関像のタイプはより多様であり、別の規律局面による補完を必要とする。この補完は、医療計画により行われる。医療計画は、地域に不足している医療機能や過剰な医療機能を洗い出し、自発的な機能分化を促すプロセスの枠組みである。医療計画は、柔軟性、地域性を備え、上掲の規律局面での限界を乗り越える可能性を持つ。また、医療機能や医療機関像が析出されることにより、上掲の規律局面における改善の契機を提供し得る。その意味で、他の規律局面との関係でターミナルとなる位置からそれらを補完・統合する役割を担う。ただし、このプロセスの成否は、プロセスを主催する都道府県のイニシアティブと医療機関の機能調整に向けたインセンティブに大きく依存する。

医療計画は、機能連携の局面でも同様の役割を与えられる。医療法の努力義務規定は、医療の担い手としての認識を深める意義はあるが、多様な様相を持つ連携のプロトコル化という課題に機動的に対処し難い。この

課題は、医療計画における医療機関間の協働関係の設定により対処される。機能連携の実行の局面では、情報の共有等の活動が診療報酬における過程評価によって経済的な支持を受ける。

医療連携体制が適確に形成されるためには、医療資源の効率的な集中と分散が前提となる。また、受療機会確保の観点からは、地域を面的に覆う医療連携体制の形成が要請される。ここに、医療機関の適正配置の課題が改めて位置づけられる。この課題に対して採用される病床規制は、機能分化・機能連携が進められるための条件整備を担うものとして積極的に評価されるべき意義を持つ。病床規制は、医療機関間の制限された競争と協働関係を形成するところ、そうした関係が存在する状況において機能分化・機能連携は育まれるものであるからである。ただし、病床過少地域における効果は乏しい。

結局、機能分化・機能連携に関わる種々の規律局面のターミナルは、医療計画である。医療計画は、医療機関間における制限された競争と協働関係を前提とする。この前提は、医療計画に組み込まれた病床規制により形成される。

5-2 医療法と医療保険制度による規律とその限界、相互の役割分担

医療法による医療機関像の区画は、開設許可・届出制や名称独占の制度的枠組みの中で行われる。しかし、それらの制度設計は制約を受ける者が容易に想像できるように、ある程度定着した実体に基づく法概念を用いなければならない。そのため、開設許可・届出制や名称独占の手法では、機能分化を将来に向かって展開する方向で規律することは難しい。

また、医療法による努力義務の設定は、多様な機能連携のあり方を示しきれない。

医療保険制度における診療報酬の設定がこれらの限界を補う。診療報酬

は現実にある医療機関を構造評価する作業の中で、分化しつつある医療機関像を拾い出し可視化することができるからである。また、診療報酬の持つ経済的な誘導力も、医療機関が機能分化に踏み出すのを促し、機能分化の展開を支持する。機能連携の場面でも、医療機関の活動を過程評価する点数設定により、経済的な支持を行う。ただし、全国一律の設定になるため、地域の実情に応じた医療機関像の把握において情報上の限界がある。

医療法の上掲の規律における柔軟性の欠如、診療報酬の設定における地域性の欠如は、医療計画により補完される。さらに、医療計画の枠組みの中から見出されあるいは創造される医療機能や機能連携のプロトコールは、規律の対象となる実体を可視化したものであるから、他の規律が今後展開していくための資料となる。医療計画は、やはり、医療法による他の規律と医療保険制度による規律をターミナルの位置から補完し、統合する役割を持つ。

6 おわりに—今後の課題

(1) 社会保障法解釈上の課題

以上、医療提供体制の確保に係る法的構造について整理を試みた。冒頭お断りしたとおり、本稿は、整理の対象を医科の医療機関を念頭に置きつつ医療法と医療保険制度の中核である健康保険法に限定しており、わが国の医療提供体制の確保に関係する法制全体を見渡すものではない。法的構造の全体像を認識するためには、次の項目についても検討する必要があることを記しておきたい。

まず、在宅医療と介護に亘る部分である。この部分では、医療保険の適用を受ける診療所、病院のほか、介護保険法等に規定する施設や事業者も重要な担い手となっている。それらの機能分化・機能連携は、種々の施設が持つ医療機能と介護機能の組合せ、居住系施設に位置づけられる施設²²⁵

における医療の実施等も含め、複雑な様相を呈する（介護保険法2条2項、3項参照）。在宅療養支援診療所の機能²²⁶や療養病床の再編成²²⁷も念頭に置きつつ、関係法令による規律の見取図を別途作製しておく必要があると考えられる。

もう一つは、公費負担医療法等が取り扱う一定の範疇に属する医療に係る部分である。例えば、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律6条12項の感染症指定医療機関、障害者自立支援法54条2項の指定自立支援医療機関、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律19条の7の都道府県立精神科病院、19条の8の指定病院といった医療機関に係る規定が見られる。これらに係る医療提供体制については通常、それぞれが対象とする疾病の特性に応じ、福祉等の関係分野とともに整理するのが便宜であり、医療法と健康保険法による上述の法的構造と接続して検討する必要は大きくはないであろう。ただし、精神科医療については、入院から退院、社会復帰後の支援までの間の医療者－患者関係の確立と維持、身体合併症への対応の要請²²⁸、入退院・処遇に関する特別の規律の存在²²⁹といった特性があり、また、他の疾病の治療における精神科診療の必要性も認め

225 算定方法医科点数表C001（在宅患者訪問診療料）注1参照。

226 在宅療養支援診療所とは、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を持ち、患者からの連絡を一元的に受けるとともに、他の保険医や訪問看護ステーション等と連携し24時間往診・訪問看護できる体制等を確保するものをいう（厚生労働省・前掲通知（注115）別添1第2部2節4項）。算定方法医科点数表C000注1、C001注4、C002第1項等において高い点数評価を受けている。また、在宅療養支援診療所は、医療計画に記載されれば、一般病床を設ける場合であっても、開設等の許可を受けることを要しないこととされている（医療法7条3項、同法施行規則1条の14第7項1号）。

227 療養病床の再編成の概要について、栄畑・前掲書（注156）91頁ないし97頁参照。

228 厚生省「診療報酬体系見直し作業委員会報告書」（平成11年1月13日）Ⅲの7参照。

229 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律22条の3ないし40条参照。

られる。このため、精神科医療に係る医療提供体制については、こうした特性に応じた機能分化・機能連携を踏まえた上で、一般医療と併せて法的構造を整理しておく必要があるように思われる。

(2) 法政策学的課題

医療提供体制の確保に係る規律とそれらによる法的構造には、前節までに見たとおり、合理性が認められる。このことを前提に、現行制度を改善していく観点から法政策学的課題を指摘しておきたい。

第一に、医療計画と保険者との関係のあり方が課題となる。医療計画は、医療法と医療保険制度の規律をターミナルの位置から補完・統合する役割を持ち、医療提供体制確保の鍵となる。が、現行法では、その作成過程に保険者の参画は位置づけられてはいない²³⁰。一方、平成18年医療制度改革においては、都道府県を単位として医療提供体制の確保と保険運営とのマッチングを目指す政策上の方向が打ち出されたとみられる²³¹。そこで、今

230 ただし、医療を受ける立場にある者の代表として参加し得る。都道府県医療審議会に係る医療法30条の4第11項、同法施行令第5条の17参照。医療計画における4疾病5事業ごとに協議を行う作業部会に係る医療計画作成指針第四の2(2)①参照。

231 平成18年医療制度改革において、政府管掌健康保険の保険者が全国健康保険協会に移管され、保険料率の設定等の運営は都道府県単位で行うこととされ（健康保険法7条の2、160条等）、都道府県単位の健康保険組合のうち小規模、財政窮迫組合の再編・統合の受け皿として地域型健康保険組合への合併が認められることとされた（23条、附則3条の2）。また、後期高齢者医療制度においては、都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が運営主体となった（高齢者の医療の確保に関する法律48条）。国民健康保険においても、都道府県が都道府県財政調整交付金を平成17年度から負担していたのに加え、都道府県単位で費用負担を調整する高額医療費共同事業、保険財政共同安定化事業、保険基盤安定制度が平成18年度から平成21年度までの間、継続実施又は導入された（保険者の再編・統合の概要につき、栄畑・前掲書（注156）121頁ないし129頁、135頁ないし149頁参照）。これらの一連の政策の方向付けは、健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針（平成15年3月

後の検討課題として、保険者が医療提供体制の確保、特に医療計画の策定と進行管理に関与する必要があるか、必要があるとしていかなる役割を果たすべきか、果たすことができるか、あるいは果たすためには保険者サイドでどのような条件整備が必要かといった問が浮上する。これらは従前のいわゆる保険者機能論の一部分に組み入れて議論することも可能ではある。しかし、政策案ありきの議論にならないよう、医療提供体制の確保とその基本的理念の観点から改めて検討しなければならない。

前提としてまず検討しなければならないのは、医療保険と医療提供体制整備との連動如何である。医療法における医療計画・病床規制は、医療保険制度と共有する効率性確保の理念から病床過剰地域における病床抑制を図る制度として位置づけられるものの、基準病床数の設定と医療保険の財政状況とは直接にはリンクされていない（医療法30条の4第2項12号、同法施行規則30条の30）。そして、医療計画・病床規制が機能することにより適切な医療提供体制が確保されるならば、保険者の出番を設ける必要は必ずしも認められない^{232 233}。

28日閣議決定）によってなされており、都道府県を軸とした保険運営が政策案として検討の対象とされるべき理由ないし事情として、保険の安定的運営のための規模のほか、都道府県による医療計画の策定、医療サービスの都道府県内完結性が挙げられている（同基本方針第2の2(1)）。

232 いわゆる保険者機能論において、保険者と医療機関との直接契約の導入の可否が議論されてきている。保険者機能を論ずる文献は多数あるが、直接契約制の導入を唱える文献として、広井良典『医療保険改革の構想』（日本経済新聞社、1997年）41頁ないし50頁、否定的な文献として、新田・前掲書（注7）110頁ないし164頁、加藤智章「医療保険制度における保険者機能」山崎泰彦・尾形裕也編著『医療制度改革と保険者機能』（東洋経済新報社、2003年）148頁ないし150頁参照。なお、現行法制を前提にこれを肯定する場合、医療計画による医療提供体制の確保に重ねて、保険者による選別を通じた医療機関の機能分化の促進や契約医療機関間での連携ネットワーク形成を行う余地を認めることが政策目的・効果として取り上げられよう。しかし、医療連携体制の構築は、医療機関間の信頼関係を基礎とした発意による必要があるし（池上・前掲書（注205）129頁参照）、そのような二重の仕組みを設ける政策上の必要性と実現可

一方、介護保険では、介護保険事業計画が保険支出の枠組みとして位置づけられており、施設整備は量的なコントロールを受け、保険料率の設定も介護保険事業計画が定める事業量によって影響を受ける（介護保険法70条3項ないし5項、78条の2第5項4号、94条5項、6項、117条、118条、129条1項ないし3項等）²³⁴。同様なシステムを医療に導入するとすれば、前述の医療提供体制の確保と保険運営とのマッチングを前提として、保険料収入等が病床数や医療機関の配置を規定していく関係と、その逆方向の関係、すなわち医療提供体制が保険料収入等の財源確保を規定していく関係が生み出される。その場合の法制度としては、医療保険制度における政策判断が基準病床数の設定等の医療計画の内容を枠付けしていく仕組みとともに、医療計画・病床規制における政策判断が医療保険制度の保険医療機関指定制度に流入する²³⁵に止まらず、費用の負担のあり方に影響を及ぼす仕組みも想定される。こうした仕組みの下では、地域の医療提供体制の

能性はやはり乏しいように思われる。健康保険組合連合会「これからの医療提供体制と健保組合の役割（提言）」（平成19年6月14日）3. も、保険者機能として健康増進・疾病予防支援機能と情報支援機能を掲げるのみである。なお、この点につき、ドイツにおける新たな診療形態の導入（次段(3)参照）における経験が参考になると思われる。

233 個々の保険者が特定の保険医療機関との契約を解除できるような制度の導入が提唱されている（広井・同書47頁、福田素生「保険者と医療供給主体との関係」山崎・尾形編著・同書189頁参照）。このような制度があれば、例えば、医療法30条の7に規定する努力義務に違背して医療計画・病床規制の趣旨に沿わない医業経営を漫然と継続する医療機関に対し、保険者が連帯して契約を解除することができる余地が生まれよう。医療機関がこうした契約解除の可能性に直面すれば、医療計画作成プロセスへの参加や機能調整の実行により積極的になる効果が期待できるかもしれない。ただし、こうした個別的な契約解除制の導入については、法制上の検討課題が指摘されている（新田・同書163頁注49）。

234 河野ほか編・前掲書（注21）44頁、59頁、加藤ほか・前掲書（注2）256頁、267頁、椋野・田中編・前掲書（注21）134頁参照。

235 注198参照。

あり方を決める医療計画の作成に当たって、保険者の参加も要請されることになろう。

この場合、医療計画作成過程における協議の主催者、医療提供者、保険者、医療を受ける立場になる者といった参加者の関係をどのように設定するかが問題となる。その検討は、再編・統合される保険者を、都道府県自体とするのか、都道府県単位で設立される都道府県とは別の法主体²³⁶とするのかの検討とセットで行うのが便宜ではないかと思われる²³⁷。

第二に、医療計画の規律対象を拡大することも課題となり得る。これまでの医療提供体制における機能分化・機能連携、適正配置に向けた規律は、医療機関に着目して行われてきた。さらにこれらを推し進めるため、診療科ごとに必要となる医師数の設定や配置²³⁸、高額な医療機器の設置の管理を行うといった政策案が考えられる。これらには、専門医の認定のあり方等の専門技術的な問題や職業の自由との関係など大きな課題が伴う。とはいえ、人口減少局面の中で限られた貴重な人的資源を有効に活用し得る点や諸外国に比べ著しく整備が進んでいるとされる高額医療機器の導入²³⁹を

236 地域保険に向けて保険者を再編し、専門的な組合やドイツの疾病金庫的な主体に委ねる構想を説く文献として、尾形裕也『21世紀の医療改革と病院経営』（日本医療企画、2000年）218頁ないし228頁参照。

237 仮に、都道府県自体が保険者になり、かつ、都道府県が医療計画策定のための協議の場を主催する場合、都道府県立医療機関の設置者としての顔、保険者としての顔、医療計画策定主体としての顔を兼ねることになる。そこには、利益相反、プレイヤーとアンパイヤーの兼務の形の難（尾形・同書223頁参照）や都道府県の住民と被保険者との間の非整合が発生するおそれがある。他方、都道府県とは別の法主体を保険者とするならば、その法主体自体に係る設立・運営コストが発生する。保険者をどういった主体に委ねるかは、医療計画の円滑な策定、進行管理の観点からも、現実的な利害得失を計算した上で検討する必要があると思われる。

238 「医師の需給に関する検討会報告書」（平成18年7月28日）4（6）参照。

239 MRI、CT スキャナにつき、OECD, Health Data 2008 参照。ただし、池上・前掲書（注205）43頁が指摘するように、CT スキャンの設置を規制せず料金を規制したことによって、安価な機種の開発と量産によるコストダウン、

整序できる可能性がある点で、正面から検討しておかなければならない政策案として位置づけられよう。

第三に、医療提供体制の整備に係る財源の確保と配分のあり方も政策課題になるものと思われる。医療機関の開設や拡張、建替え等に係る投資的経費は、診療報酬の中で広く薄く手当てされるとともに²⁴⁰、交付金・補助金による政策的な助成が行われている。しかし、前者については、点数評価の投資的経費部分は明確に区分されておらず、設備投資のためにどれだけ留保されるかは経営判断に委ねられている。また、後者についても、その対象は政策的に必要な特定の設備整備や事業に限られており²⁴¹、厳しい財政状況の下でその額も制約を受けている。医療機関が医療計画に応じた機能分化を図っていく際に、こうした投資的経費確保の枠組みが適切に機能しているかまずは検証する必要があると思われる²⁴²。

(3) 比較法制度研究における課題

比較法制度研究は、わが国の医療提供体制確保の法的構造を相対化して把握し直すのに有益であり、その改善案の着想・検討に資する示唆を得る契機となる。特に、機能分化・機能連携の様相、また、その基盤となる医療機関間の制限された競争と協働関係のあり方、当該関係を支える医療計

広範な設置が実現し、患者の利用機会の確保に役立った経緯もあるとされることから、医療機器の設置に係るコントロールの導入については慎重な配慮が必要である。

240 厚生省・前掲報告書（注228）Ⅱの2（4）参照。

241 「平成20年度医療提供体制施設整備交付金の交付について」（厚生労働省発医政第0620014号平成20年6月20日厚生労働事務次官通知）、「平成20年度医療提供体制推進事業費補助金の交付について」（厚生労働省発医政第0730001号平成20年7月30日厚生労働事務次官通知）参照。

242 医療機関の投資的経費確保の仕組みの問題点につき、尾形・前掲書（注236）229頁参照。また、投資的経費確保のあり方についての検討として、厚生省・前掲報告書（注228）Ⅲの4参照。なお、尾形・同書228頁ないし232頁は、保険財源を利用した医療機関の建替え経費の補助制度を提唱する。

画・病床規制の制度設計や具体的な計画作成については、わが国の医療提供体制の法的構造等と比較対照しておくべき諸外国の制度が少なからず存在する。

まず、医療機関間の制限された競争と協働関係のあり方については、例えば、イギリスのNHSにおける内部市場の変容が参考になると思われる²⁴³。サッチャー政権による1990年の改革により、ジェネラルプラクティショナーと病院トラストとの間に内部市場が創設され、病院トラスト間の競争が企図された。が、その後、ブレア政権下において、「競争（competition）から協働（cooperation）」へと称される修正が加えられた。以降、NHSにおける内部市場のあり方に対する修正は不断に行われているようであるが、こうしたNHSの経験をトレースすることにより、医療機関間における競争や協働が適切に機能する利益状況や法制度上の条件等を分析するための材料を獲得することが期待できる。

機能分化・機能連携の様相については、近年新たな診療形態を導入することにより医療提供体制の改革を図っているドイツの動向が注目される²⁴⁴。かかりつけ医機能が期待される家庭医中心診療（Hausarztzentrierte

243 近時のイギリスNHS制度に関する邦語文献として、郡司篤晃「イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携」海外社会保障研究156巻（2006年）19頁ないし31頁、府川哲夫「プライマリーケアの国際比較」田中滋・二木立『講座 医療経済・政策学 第6巻 医療制度改革の国際比較』（勁草書房、2007年）90頁ないし94頁、イギリス医療保障制度に関する研究会編『イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書【2007年版】』（医療経済研究機構、2008年）89頁ないし173頁参照。

244 ドイツにおける医療制度・制度改革を解説する近時の邦語文献として、田中謙一「ドイツの2007年医療改革(1)～(4終)」週刊社会保障2436号（2007年）56頁ないし59頁、2437号56頁ないし59頁、2438号52頁ないし55頁、2439号60頁ないし63頁、ドイツ医療保障制度に関する検討会編『ドイツ医療関連データ集【2007年版】』（医療経済研究機構、2008年）89頁ないし140頁参照。新たな診療形態につき、田中・前掲論文（注191）、田中耕太郎「ドイツにおける高齢者ケアの新たな展開」健保連海外医療保障79号（2008年）1頁ないし5頁参照。

Versorgung, Hausarztmodell)、医療連携体制を構築する手段として位置づけられる統合診療 (Integrierte Versorgung) や構造的治療プログラム (strukturierte Behandlungsprogramme) などの診療形態は、疾病や地域の特性に応じた医療連携体制の対照群を獲得し得る点で参照に値する。また、個々の統合診療モデルの構築や構造的治療プログラムの実施に当たっては、疾病金庫等と給付提供者、給付提供者団体との交渉と契約が予定されている。ここには競争と協働の関係が発生し得るから、そうした関係のあり方を探る上での材料を発掘することも可能なように思われる。

次に、医療計画・病床規制の制度設計については、フランスの地方保健医療計画 (schéma régionale de l'organisation sanitaire) の展開²⁴⁵を追い、比較対照を試みておくことが有益であると考えられる。わが国とフランスは、社会保険による医療費・医療給付制度を共有するのみならず、いわゆる自由開業制の採用、公的病院と民間病院が混在する医療提供体制、競争原理よりも医療機関間の協働関係を重視する方向性²⁴⁶といった点でも

245 フランスにおける医療制度・制度改革を解説する近時の邦語文献として、フランス医療保障制度に関する検討会編『フランス医療関連データ集【2007年版】』（医療経済研究機構、2008年）61頁ないし111頁参照。病院制度の動向に係る、又はその解説が含まれている邦語文献として、松田晋哉・本橋豊「フランスの医療制度とその改革」日本衛生学雑誌53巻3号（1998年）511頁ないし520頁、原田啓一郎「フランスにおける医療提供体制の形成—1970年病院改革法と病院公役務を中心として—」九大法学79号（2000年）1頁ないし84頁、同「医療の質保証に関する法的検討—フランスにおける医療認証と標準化を中心に—」九大法学81号（2001年）93頁ないし227頁、同・前掲論文（注11）駒澤法学7巻3号55頁ないし112頁、同「医療サービス基準の法構造(2)—フランスの医療保障制度における『患者の権利』の展開」駒澤法学7巻4号（2008年）27頁ないし68頁参照。地方保健医療計画の展開を解説する邦語文献として、松田晋哉「フランスの地方保健医療計画—市場主義によらない医療制度改革の試み」社会保険旬報2033号（1999年）6頁ないし14頁、同「フランスにおける地域医療計画の動向 責任化原則と契約主義による機能分化の推進」社会保険旬報2197号（2004年）22頁ないし27頁参照。

246 フランスでは、地域保健医療計画の下、医療機関が地理的な医療アクセス

共通点がある。また、わが国の医療計画制度は、フランスの制度の展開を後追いつている側面がある²⁴⁷。個々の医療計画策定のあり方や具体的な機能分化・機能連携の様相について、地域の実情に応じて策定されているフランスの地方保健医療計画の具体例を参照することは有益であろう。

さらに、両国は、医療と介護の機能分化と連携の局面においても、多様なサービス提供者の調整という課題も共有している。フランスにおいては、地域の開業看護師が調整役として活躍しているようであるが²⁴⁸、その調整機能が発揮される法的条件や背景事情を探ることは、わが国の在宅療養支援診療所、後期高齢者診療料を算定する医療機関、訪問看護、居宅介護支援それぞれの調整機能の関係を整理する上で参考になると考えられる。

わが国の医療提供体制確保の法的構造の概観を踏まえ、これらの事項を今後の検討課題と認識して、本稿を終える。

の保障を意味する近接性原則と医療機関相互の機能分担を意味する補完性原則に従い、協働関係を築くことが促進されているという。事例につき、松田・同論文・社会保険旬報2033号12頁、同・同論文・社会保険旬報2197号24頁ないし27頁参照。

247 わが国の医療計画制度は、昭和60年医療法改正による導入当初から、医療機関間の制限された競争と協働の関係を志向するものであったが、平成18年改正によって、医療計画に機能分化・機能連携のあり方を具体的に記載し医療機関の自発的な協働関係の設定を促す枠組みを具体化した点で、フランスの地方保健医療計画に追いついたと評することも許されよう。1999年時点でフランスの制度を参照しわが国の医療計画制度改革の方向を示唆していた文献として、松田・同論文・社会保険旬報2033号13頁。

248 松田晋哉「フランスにおける医療と介護の機能分担と連携」海外社会保障研究156号（2006年）45頁ないし58頁参照。