

医療施策における法形式の諸相

石田 道彦*

抄 録

わが国の医療制度では、法律による規制、診療報酬による経済的誘導、行政計画による統制など多様な施策が医療機関と医療従事者に対して講じられてきた。近年の立法によって、地域医療構想や地域医療介護総合確保基金、病床機能報告制度などの新たな施策が導入されることとなり、協議による合意形成や情報による誘導など政策実施のための施策の多様性は、量的、質的に拡大することとなった。本稿では、これらの施策を規制的手法、合意的手法、誘導的手法に大別した上で、いくつかの施策を取り上げ、その法的な特色を検討した。その結果、自由開業体制を基調とする医療制度に多様な規律が及ぶようになったことを明らかにした。最後に、今後の課題として、重複的な施策の整理、地域医療連携推進法人の統制、医師偏在対策、改正感染症法の医療体制への影響を指摘した。

キーワード：診療報酬，医療計画，地域医療構想，地域医療連携推進法人，病床機能報告制度

社会保障研究 2023, vol.7, no.4, pp.320-334.

I はじめに

社会保障医療における医療給付の多くは、医療提供施設において専門職である医療従事者による役務の提供を通じて行われる。そのため、医療提供施設や医療従事者に関してさまざまなレベルで統制がなされている。医療行為の専門性・裁量性のため、法的統制には一定の限界があることに加えて、わが国では、病院、診療所などの医療提供施設の大半が民間医療機関であるため、適切な医療を確保するための諸施策は、法律による規制のほかに、補助金による誘導や、行政計画を通じた統制など多面的なものとなっている。さらに、皆

保険体制の下、保険医療機関の指定や診療報酬点数表上の施設基準などを通じた規律が機能している領域も少なくない。今後、実効的な施策体系を構築していくためには、その構造的な把握が不可欠である。

本稿の目的は、以上のような特質をもつ社会保障制度上の「医療施策」についてその法形式の諸相を明らかにすることである。検討の主な対象は、医療提供体制の整備や再編成のための諸施策である。わが国の医療提供体制は民間医療機関を中心に構成されており、医療機関の機能分化や連携体制の構築が長年の課題となってきた。そして、こうした政策実施のためにさまざまな法形式や手法がとられてきた。その特徴は、医療提供体

* 金沢大学人間社会学域法学類 教授

制にかかわる法制度（医療法など）に加えて、医療保障の費用負担にかかわる法制度（健康保険法など）やその下位規範が重要な役割を果たしてきたことである。近年の立法を通じて、法形式や手法は多様化しており、施策の重層性は増大している。なお、本稿のタイトルにある法形式は、狭義には法律と下位規範（法規命令、行政規則）を指すと思われるが¹⁾、本稿では医療施策における「諸相」を明らかにする観点から、行政の行為形式（行政計画、行政契約、行政指導など）を含めて検討することとしたい。

次のⅡ以下では、医療施策における行為形式を3つの政策実施手法（規制的手法、合意的手法、誘導的手法）に大別した上で、各手法においてどのような考慮に基づいて法形式や行為形式が選択され、機能しているかについて検討する²⁾。その上で、Ⅴにおいて若干の分析を試みる。なお、以下の検討で示すように、規制的手法、合意的手法、誘導的手法として位置づけた法形式においても、それぞれ合意や誘導、規制の契機が含まれており、3つの政策実施手法への分類は、検討を始めるにあたっての暫定的なものである。また、取り上げる法形式や行為形式も網羅的でないことをお断りしておく³⁾。

Ⅱ 規制的手法

医療の提供は、国民の生命健康にかかわるため、各種の規制がなされてきた。医療法による病院の開設許可はその代表例のひとつである。医療施策における規制的手法には、医療提供施設に対

する規制監督や医療従事者の業務規制だけでなく、行政計画を通じた規制や医療機関の広告規制といった仕組みが含まれる。ここでは、病院の開設許可、行政計画、民間団体による認定評価をとりあげる。

1 病院の開設許可

(1) 病院の開設・管理に関する基準

許可は、ある種の活動を一般的に禁止したうえで、申請に基づいて審査を行い、一定の要件に合致する場合に、禁止を個別具体的に解除する法的仕組みである⁴⁾。病院の開設許可は、施設の構造設備および人員配置にかかわる基準の充足を要件とする対物許可であると同時に（医療7条4項）、開設者の非営利性を要件とし、対人許可の要素を含む点に特色がある（医療7条7項⁵⁾。

人員配置基準および施設基準の詳細は、病床の種類ごとに医療法施行規則に規定されている（医療21条から23条、医療法施行規則16条から23条）。開設許可後に、施設基準の違反がある場合、都道府県知事は、使用制限命令または施設の修繕・改善命令を出すことができる（医療24条）。施設基準が罰則を伴う最低基準であるのに対し、人員配置基準は標準とされており、これを満たせない場合であっても（いわゆる「標欠病院」）、ただちに違法となるわけではない。人員配置基準の2分の1以下の状態が2年を超えて継続する場合、都道府県知事は、人員増員命令または業務停止命令を出すことができる（医療23条の2）。この「標欠病院」に対しては、医療の質を評価する見地から、医療保険の診療報酬により入院基本料を減額するとい

¹⁾ 社会保障法と行政基準に関する研究として、笠木（2014）を参照。

²⁾ この分類は、環境法学における施策の分類を参考にしたものである。大塚（2020）、p.89以下参照。島崎（2020）は、医療供給制度改革手法を、①診療報酬による改革手法、②計画的な手法および補助金の手法、③消費者主権的手法に分類している。

³⁾ 医療法では、公的医療機関と民間医療機関に対して異なった対応をとる場合が多数みられる。例えば、病院または診療所が、正当な理由がなく、許可を受けた病床に係る業務の全部または一部を行っていない場合、都道府県知事は、公的医療機関に対して当該病床を削減することを命令することができる（医療7条の2第3項）。一方、民間医療機関に対しては、当該病床を削減することを要請することができる、にとどまる（医療30条の12第1項）。紙幅の都合上、本稿では、公的医療機関以外の民間医療機関に対する諸施策を検討する。

⁴⁾ 宇賀（2020）、p.94。

⁵⁾ 山口（2012）、p.209。以上の要件に加えて、公的医療機関の場合には、医療計画が定める基準病床数を超えないことが要件となる（医療7条の2第1項）。

う対応が行われている⁶⁾。

(2) 病院開設における事前協議

病院の開設許可は、社会公共の安全・秩序を維持する消極的な警察許可の性格が強く、上記(1)の形式的要件を満たせば開設が許可されるものと理解されてきた。もっとも、開設許可に関しては次のような運用がなされてきたことに留意が必要である。すなわち、開設許可の権限を有する都道府県は、しばしば病院の開設申請に先立って申請者との間で事前協議を行い、病床配分の希望状況に関して情報収集や配分の調整を実施してきた⁷⁾。医療法30条の11に基づいて、都道府県知事は、病院等の開設や病床数の増加等について勧告を行う権限を有しており、開設を申請する病床数が基準病床数を上回る場合には、申請内容の見直しや取下げを求めた勧告が行われることになる。事前協議には、このような事態を回避する目的があったとされる⁸⁾。

事前協議を通じた病床配分の調整には、相応の必要性・合理性が認められるとする裁判例がある一方⁹⁾、法定外の事前協議を拒否した病院開設予定者への開設申請取下げの勧告には手続的瑕疵があるとした裁判例もみられる¹⁰⁾。1987年に医療計画が導入されて以降、二次医療圏内の病床数に制限が設けられ、何らかの需給調整が必要となっていたが、医療法上の開設許可はこれに対応できる仕組みではなかった。事前協議はこの間隙を埋める機能を果たしていたと考えられる。なお、近時の法改正により、病院の開設許可にあたって、都道府県知事は、地域医療構想の達成の推進のために必要な条件を付けて許可を行うことができる(医療7条5項)。そのため、一定の政策目的に基づき許可制度を運用することが可能となっている。

2 規制計画としての行政計画

医療施策の遂行手段として、行政計画は不可欠なものとなっている。医療施策に関連した行政計画は、一定の政策目的に向けた医療機関の誘導や合意促進など多様な機能を有しているが、ここでは規制的な側面に着目する。

規制機能を持つ代表的な計画は、医療計画における病床規制である。都道府県は、厚生労働大臣が定めた医療提供体制の確保を図るための基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために医療計画を定めることとなっている(医療30条の4)。都道府県が定める医療計画は、二次医療圏単位で病床の種別ごとに基準病床数を設定しており、医療機関がこれを上回る増床を予定した申請を行う場合には、前述したように、都道府県知事の勧告が行われる(医療30条の11)。勧告不服従の場合、厚生労働大臣は、保険医療機関の病床の全部または一部を除いて指定を行うことが可能となるため(健保65条4項2号)、事実上、開設は制限されることになる。このような仕組みを通じて、医療計画は、規制効果をもった「拘束的計画」として機能している。

2014年の医療法改正により、医療計画に地域医療構想が導入された(医療30条の4第2項7号)。地域医療構想では、将来(2025年)の人口推計をもとに、都道府県内の構想区域における病床機能区分(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)ごとに必要病床数を設定しており、構想区域ではその達成に向けて協議が行われる。必要病床数を超過した増床申請等によって地域医療構想の実現が困難となる場合には、健康保険法は、病床の全部または一部を指定しないなどの対応を予定しており(健保65条4項3号)、このような場合には、地域医療構想は規制計画として機能することになる¹¹⁾。もっとも、後述するように、地域医療構想では、

⁶⁾ 稲森(2017), p.24。

⁷⁾ 事前協議については、田中(2011), pp.111-113を参照。

⁸⁾ 碓井(2012), p.172。

⁹⁾ 水戸地判平成19・10・24(判例集未登載)。

¹⁰⁾ 富山地判平成19・8・29判例タイムズ1279号146頁。

関係当事者による協議や医療機関の自主的取り組みを通じた構想の実現が重視されており、規制的手法をとることには抑制的である。行政計画の実現方法にみられるこのような変化は、規制手法になじみにくい問題（種別ごとの病床数や将来の医療機能の確保など）の解決が医療提供体制の中心的な課題となったことを示している。

3 民間団体による認定

民間団体による認証評価や専門職による第三者評価は、さまざまな産業領域で広くみられる仕組みである¹²⁾。医療分野においては、病院や専門医の質の向上を目的とした公益性の高い認定評価の仕組みが存在しており、医療施策における規制的手法の一つとして位置付けることができる。

(1) 日本医療機能評価機構による病院機能評価

日本医療機能評価機構は、医療機関の第三者評価を目的として1995年7月に設立された公益財団法人である。病院組織全体の運営管理および提供される医療について、専門的な見地から評価を行い、病院における医療の質の改善を図っている¹³⁾。

医療サービスの第三者評価は、それまでわが国ではなじみのない事業であったが、2000年代を通じて普及し、定着するに至った（2022年3月末の時点で2043病院が認定）。日本医療機能評価機構は、病院機能評価に加えて、産科医療補償制度運営事業、EBM医療情報事業、医療事故情報収集等事業などを通じて医療施策を推進する役割を担っている。

病院機能評価の受審は任意である。医療保険の診療報酬では、診療報酬点数の一部（総合入院体制加算、緩和ケア診療加算）において、病院機能評価の受審状況を算定要件としている。第三者評価による医療の質の向上の取り組みに対して経済的な誘因を付与しているといえる。

(2) 日本専門医機構による専門医の認定

日本専門医機構は、2014年2月に設立され、2018年から専門医養成プログラムを開始した¹⁴⁾。わが国では専門医の認定は、長らく専門学会ごとの対応に任されており、認定基準は区々の状態となっていた。学会組織ではない中立的な第三者機関が設立されたことにより、統一的な専門医の養成・認定体制を通じて、専門医の質の向上と確保を図ることが可能となった。専門医の認定は、内科、小児科など19の基本領域と24のサブスペシャリティ領域から構成されている。基本領域のひとつである「総合診療」は、日常的に頻度の高い疾病の初期対応を中心に診療の専門性を確立し、これを評価することになっており、専門医としての「かかりつけ医」を確立する基盤となることが期待されている。

Ⅲ 合意的手法

医療施策においては、当事者間の合意を通じて実施されるものがある。これには、契約¹⁵⁾や行政指導、協定¹⁶⁾といった行政の行為形式が含まれるが、ここでは、地域医療構想調整会議などにおける協議と地域医療連携推進法人を取り上げる。

¹¹⁾ 地域医療構想の実現に必要な場合、都道府県知事は民間医療機関に対して次のような措置を講じることができる。第1に、将来の必要病床数を超過した開設の申請があった場合、都道府県知事は、不足する医療機能の提供を開設許可の条件とすることができる（医療7条5項）。第2に、地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について、地域医療構想調整会議において協議が調わないときには、都道府県知事は都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該病院に不足する医療機能を提供することを要請できる（医療30条の16第2項）。これに従わない場合には、当該要請に係る措置を講ずべきことを勧告できる（医療30条の17）。この勧告に従わない場合には、医療機関名を公表することができる（医療30条の18）。また、地域医療支援病院や特定機能病院については、勧告に従わない場合、承認取消しといった措置をとることができる（医療29条3項・4項）。

¹²⁾ 原田は、自主規制の公法学的分析において、第三者認証を自主規制の一類型として位置づけている。原田（2007）、pp.180-192参照。

¹³⁾ 日本医療機能評価機構ホームページ、<https://jcqhc.or.jp/>（2023年1月31日最終確認）。

¹⁴⁾ 日本専門医機構ホームページ、<https://jmsb.or.jp/>（2023年1月31日最終確認）。

1 地域医療構想推進会議などにおける協議

2014年に成立した地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（以下、「医療介護総合確保推進法」とする）に基づく医療法の改正により、都道府県は、医療計画において地域医療構想に関する事項を定めることが求められた（医療30条の4第2項7号・8号）。2016年に都道府県が地域医療構想を策定して以降、医療施策において関係当事者による協議を活用する場面が拡大している。ここでの協議は、行政組織内部での調整や、許認可等の申請に先行する私人との事前協議とは異なり¹⁷⁾、行政が定めた基準では調整困難な問題について、関係当事者の参加によって合意形成が図られるという点で独自性を有している¹⁸⁾。

(1) 地域医療構想調整会議

地域医療構想が策定された後、都道府県は、構想区域ごとに医療関係者などが参加する「協議の場」を設置するとされた（医療30条の14第1項）。この「協議の場」が地域医療構想調整会議である。会議には、医療関係者に加えて、医療保険の保険者が参加し、地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行う。具体的には、病床機能報告制度における医療機関の報告内容と地域医療構想で推計された必要病床数を比較し、機能区分ごとの病床の余剰や不足について必要な調整を行うとともに、優先的に取り組むべき事項などを協議する¹⁹⁾。その上で、地域医療介護総合確

保基金の活用についても検討する。協議が調った事項については、関係者に実施に向けた協力義務が課されており（医療30条の14第2項）、各医療機関は病床機能を見直し、機能分化と連携の構築に自主的に取り組むこととなっている。

(2) 紹介受診重点医療機関の明確化

2023年に運用が開始される紹介受診重点医療機関の明確化にあっても、関係者による協議の場が活用される。紹介受診重点医療機関は、医療機関からの紹介に基づいて「医療資源を重点的に活用する外来」（入院手術前後の外来診療、抗がん剤治療、放射線療法、短期滞在手術など）を地域で基幹的に担う医療機関である²⁰⁾。紹介受診重点医療機関となった200床以上の病院は、紹介状をもたない外来患者からいわゆる定額負担の徴収を義務付けられるため、外来医療は紹介患者を中心としたものになる。このような仕組みを通じて医療機関の機能分化が図られている。

都道府県は、対象医療機関からの外来医療機能報告（IV.2.（2）で後述する）を踏まえて、医療関係者等との「協議の場」を設け、紹介受診重点医療機関について協議を行う（医療30条の18の4第1項）。協議の参加者は、郡市区医師会等の地域における学識経験者、代表性を考慮した病院や診療所の管理者、医療保険者、市区町村等とされており、協議の場として、上記（1）の地域医療構想調整会議を活用することができる。

¹⁵⁾ 保険者と保険医療機関の関係は契約関係と理解されており、医療施策における合意の一形式といえる。1957年に二重指定制が導入されるまで、保険者と保険医療機関の契約は、報酬額の当事者間での決定や割引契約の締結など一定程度、当事者間での合意に基づく要素を含んだ仕組みであった。しかし、二重指定制の導入を契機に、保険者と保険医療機関の関係は附従契約的な側面が支配的となり、今日に至っている。石田（2022a），p.49参照。

¹⁶⁾ 2022年12月2日に成立した改正感染症法に基づく都道府県と医療機関の協定については、V.2.（4）で言及する。

¹⁷⁾ 行政法における協議の検討として、碓井（2012）、田尾（2014）を参照。

¹⁸⁾ 本稿で述べる以外に、関係当事者による協議を活用した仕組みとして、都道府県に設置された地域医療対策協議会がある（医療30条の23）。2019年以降、地域医療対策協議会は、都道府県の医師確保計画に記載された医師確保対策の具体的な実施にあたっての協議や調整を行っている。

¹⁹⁾ 「地域医療構想策定ガイドライン」（平成29年3月31日付け医政発0331第57号厚生労働省医政局長通知別添）では、地域医療構想調整会議で扱う議事として、次のような内容を想定している。①地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議、②病床機能報告制度による情報等の共有、③都道府県計画に盛り込む事業に関する協議、④その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議。

²⁰⁾ 医療法施行規則第30条の33の12、「医療法施行規則第30条の33の11第1項及び第30条の33の12の規定に基づき厚生労働大臣が定める方法及び外来医療」令和4年3月31日厚生労働省告示第112号。

紹介受診重点医療機関に関する具体的な基準は定められているが²¹⁾、協議においては、基準の適合状況だけでなく、医療機関の特性や地域性を考慮した検討が行われる。最終的に、医療機関の意向と協議の結論が一致した場合に、都道府県は、紹介受診重点医療機関を公表する。具体的な基準を満たしていないが紹介受診重点医療機関となる意向のある医療機関や、具体的な基準を満たしているが意向を有さない医療機関に対しては、再度の協議を予定していることが注目される²²⁾。協議方式をとる意義は、地域の医療資源や医療ニーズに精通した関係者間で議論を行うことで、当該医療機関の地域での役割について相互に認識を深め、実質的に機能することが期待できる医療機関を決定する点にあると考えられる。

2 地域医療連携推進法人（社団を用いた合意形成）

地域医療連携推進法人制度は、地域医療構想を達成するための選択肢の一つとして2015年の医療法改正により創設された。2法人以上の医療法人など（公的病院や国立大学法人も含まれる。営利を目的とした法人は除く。）を参加法人とする一般社団法人が、所定の基準を満たしているとして都道府県知事の認定（医療連携推進認定）を受けると地域医療連携推進法人となる（医療70条の3）。診療業務の分担や医療従事者の確保、人事交流、共同事業などを行うことで地域医療・地域包括ケアを推進することが期待されている²³⁾。2022年9月の時点で32法人が存在する。

地域医療連携推進法人を設立するメリットとして、参加法人による医薬品の一括購入、高額医療機器の共同利用、医療従事者の共同研修、参加法人への資金貸付けなどが挙げられることがある。しかしながら、この制度の意義は、医療機能の分

担や診療業務の連携、病床過剰地域における病床融通など、独立した医療法人の間では調整の難しい問題について、法人組織内での意思決定を通じて合意形成を図ることができる点にあると考えられる。

連携のとれた良質な医療提供体制を生み出すためには、機能別の病床数の確保だけでなく、地域の状況を踏まえた医療機能の転換や機能集約化の必要性を総合的に判断していくことが求められる。多様な要因を勘案するためには、地域医療を担う当事者による継続的な協議の場が不可欠である。地域の医療法人などが団体内部での民主的な手続きに基づいて、地域に即した意思決定を行うことができる点に、地域医療連携推進法人の課題解決システムとしての利点を認めることができる。

IV 誘導的手法

民間医療機関が多数を占めるわが国では、適切な医療の確保を図る上で、誘導的手法による施策が大きな役割を果たしてきた。中心的な役割を果たしてきたのは、医療保険の診療報酬を用いた経済的誘導である。もっとも、近年は、診療報酬に依存した施策の限界が認識され、情報を活用した誘導的手法が導入されるようになった。そこでは、地域医療病院などの承認や、医療機関名の公表といった制裁手法（医療30条の18等）とは異なる、新たな施策の展開がみられる。

1 経済的誘導

(1) 診療報酬

医療施策においては、診療報酬が有力な誘導手段として機能してきた²⁴⁾。診療報酬は、保険医療機関が提供する療養の給付の対価として、保険者

²¹⁾ 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準は、初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合が40%以上、かつ再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合が25%以上となっている。「外来機能報告等に関するガイドライン」令和4年4月1日付け医政発0401第27号医政局長通知別添。

²²⁾ 同上。

²³⁾ 地域医療連携推進法人に関する法的検討として、佐藤（2017）参照。

²⁴⁾ 医療供給制度の改革手法としての診療報酬の包括的分析として、島崎（2020）、p.445-468を参照。

から医療機関に対して支払われる報酬である（健保76条）。皆保険体制の下では、医療機関の収入の大半は保険診療によるものである。このため、医療機関において提供される診療行為に対して、どのような経済的な評価が与えられるかは、診療のあり方だけでなく、医療機関の運営方針も大きく左右することになる。このような構造の下で、診療報酬は、医療施策を遂行する手段として効果的に機能してきた。診療報酬において高い評価を行うことで、特定の診療行為の普及、拡充を進めた事例は多数存在する²⁵⁾。

診療報酬による経済的誘導は、保険点数の引き上げや加算・減算だけでなく、診療報酬の算定要件や施設基準の設定を通じても行われる。医療の質の向上や効率的な医療提供を目的として、算定要件および施設基準には、診療報酬の請求にあたっての詳細な条件が記載されており、診療行為の回数についても一定程度コントロールすることが可能である²⁶⁾。また、一定の人員配置や設備を施設基準とする場合には、医療機関がこれを満たした届出を行わない限り、保険点数を算定できないため、こうした基準を満たさない医療機関を一定の類型の医療提供から排除するといった規制的な機能をもつことになる。

健康保険法は、厚生労働大臣が診療報酬点数表を定めるにあたって、中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」とする）への諮問を義務づける以外には（健保82条）、診療報酬点数表の設定方法について特に規定していない。このため、厚生労働大臣は、診療報酬点数表における各種の加算・減算や算定要件の設定について広い裁量を有している²⁷⁾。中医協の各部会での検討をもとに2年ごとに診療報酬点数表を改定することにより、診療報酬は、医療施策や医療費の動向に機動的に対応することが可能となっている。

(2) 公的資金助成（地域医療介護総合確保基金）

医療および介護の提供体制改革を推進するため、2014年度より各都道府県に地域医療介護総合確保基金（以下、「基金」とする）が設置された。基金は、都道府県が医療・介護の総合的な確保のために実施する事業の経費を支弁する目的で造成されており、国が3分の2、都道府県が3分の1を負担する。

基金の対象となる事業には、医療と介護にかかわる事業が含まれる。基金のうち、医療部分は、民間病院の病床転換など供給体制の改革を実施するために導入されたものである。公的な資金助成を通じて医療機関に一定の行動を促す点で、経済的な誘導として機能する。

従来、医療従事者の確保・養成にかかわる事業などは国庫補助事業として実施されていた（医療提供体制推進事業費補助金など）。しかし、今後、医療提供体制の整備を進めていくにあたって公的助成を必要とする事業には、病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものが含まれている。このため、複数年度にわたって繰越可能な基金方式が導入されることとなった。都道府県が策定した計画（「地域の医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画」）に基づき、基金からの資金助成により病床機能再編支援事業などが実施されている（医療介護総合確保推進法4条）。

(3) 税制優遇措置

租税優遇措置は、各種行政施策において広くみられる手法である。最近、医療施策に導入されたものとして、医療機関の再編計画に対する税制優遇措置がある。これは、地域医療構想の達成に向けて複数の医療機関が再編計画を作成し、厚生労働大臣の認定を受けるというものである（医療介護総合促進法12条の2の2）。厚生労働大臣の認定

²⁵⁾ 最近の事例としては、2014年度の診療報酬改定時における地域包括ケア病棟の導入がある。二木（2023）、p.1045。

²⁶⁾ 診療報酬を用いた診療行為の統制の態様については、池上（2021）、p.76-87、米村（2016）、pp.33-34を参照。

²⁷⁾ 笠木（2014）、p.10。

を受けた医療機関は、認定計画に基づいて取得した不動産等について税制優遇措置を受けられる。また、これとあわせて、当該計画に基づく増改築資金、長期運転資金に関して金融優遇措置がなされることで、地域医療構想の推進が図られる。

(4) 外来受診時の定額負担

経済的な誘導は、医療機関だけでなく、患者への経済的負担という形式でも行われる。患者が紹介状を持たずに特定機能病院または地域医療支援病院（一般病床200床以上）を受診した場合、これらの病院は、一部負担金とは別に、当該患者からいわゆる定額負担を徴収することが義務付けられている（保険医療機関及び保険医療養担当規則5条3項²⁸⁾。これは、紹介状を持たずに受診する患者に対して経済的負担を課すことで、一部の病院に外来患者が集中することを防ぎ、医療機関の機能分化を促進しようとするものである。

上記の定額負担は、保険外併用療養費の選定療養に係る費用として徴収されている。定額負担の徴収は、医療機関の機能分担・連携のために、特定機能病院などの保険医療機関に課せられた責務に基づく措置とされている（健保70条3項）。しかし、選定療養は患者の嗜好や選択にゆだねることが適当な周延的な医療サービスの提供を目的としたものであり、その採用は保険医療機関の判断によるべきである。定額負担の義務的徴収という措置が、保険外併用療養費制度における選定療養の趣旨に沿ったものであるかについては疑問が残る²⁹⁾。

2 情報による誘導

(1) 地域医療支援病院などの承認

医療法は、特殊な機能を有した病院を地域医療支援病院、特定機能病院、臨床研究中核病院として規定し、名称独占を認めている。これらは、医

療機関の機能分化の促進を目的とした施設類型となっている。地域医療支援病院は、施設の院外開放など地域医療の確保のために必要な支援を行う病院である。紹介患者中心の診療体制（一定割合以上の紹介・逆紹介率）をとることや、病院の施設・設備の共同利用、救急医療体制の確保、医療従事者への研修の実施などが要件となっており、都道府県知事が承認する（医療4条）。特定機能病院は、大学病院のように高度の医療を提供する病院であり、高度の医療提供能力などを有することについて厚生労働大臣の承認が必要である（医療4条の2）。臨床研究中核病院は、国際水準の臨床研究や医師主導治験において中心的役割を担う病院である（医療4条の3³⁰⁾。

都道府県知事や厚生労働大臣の承認を受けて、それぞれ地域医療支援病院、特定機能病院の名称で運営することは、地域の中核的医療施設ないし高度医療施設として患者の信頼を獲得できるという意義を有している。そのため、承認制は、情報による誘導を通じて施設の機能分化を促進するという側面を有している。さらに、これらの施設類型に該当する病院に対しては、診療報酬上特別な評価が行われ、医療機関に対する誘因として作用する。したがって、経済的な誘導を通じて医療機関の機能分化が図られているともいえる。

(2) 病床機能報告制度・外来機能報告制度

医療機能の分化や連携を図るために、医療機関が医療機能等を都道府県知事に報告を行う次のような制度が設けられた。まず2014年の医療法改正により導入された病床機能報告制度は、一般病床・療養病床を有する病院または診療所の管理者が、①基準日における病床の機能、②基準日から6年が経過した日における病床の機能の予定、③入院患者に提供する医療の内容、④構造設備および人員の配置その他必要な事項について報告を行

²⁸⁾ 療養担当規則5条3項は、医療機関が徴収しなければならない最低額として定めている。200床以上の一般病床を有する紹介受診重点医療機関についても定額負担の徴収が義務付けられる。

²⁹⁾ 同旨、尾形（2022）、p.601。

³⁰⁾ 臨床研究中核病院は2023年1月30日時点で全国に14施設が存在する。以下では、特定機能病院と地域医療支援病院にのみ言及する。

うものである（医療30条の13）。病床の機能については、機能の明確化を図るために、病棟単位を基本に自院の医療機能を「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」、「慢性期機能」の4区分から1つを選択し、報告することとなっている（医療法施行規則30条の33の2）。

その後、2021年5月の医療法改正により、外来機能報告制度が導入された（医療30条の18の2、30条の18の3）。病床機能報告対象病院および無床診療所の管理者は、医療資源を重点的に活用する外来医療の実施状況や「紹介受診重点医療機関」となる意向の有無等を都道府県に対して報告しなければならない（医療30条の18の2第1項、30条の18の3第1項）。医療機関からの報告を踏まえて、関係当事者が参加する「協議の場」では、外来機能の明確化に向けて必要な協議を行い、紹介受診重点医療機関を決定する。

以上のような都道府県知事への報告を基本とする仕組みには複数の機能が付与されている。第1に、都道府県は、医療機関から報告された情報に基づいて地域の医療機能の状況を収集・把握し、地域医療構想の推進や医療計画の策定に活用する。第2に、医療機関のデータは公表されるため、一般病床・療養病床を有する各医療機関は、地域のほかの医療機関の状況について把握することが可能であり、これを踏まえて今後の方向性を自律的に決定することが求められる。これらは、2013年の「社会保障制度改革国民会議報告書」において提言された「データによる制御機構」に相当するものであり、情報を用いた新たな施策の展開とみることができる。

（3）医療に関する選択の支援

2006年の医療法改正により、医療を受ける者が適切な選択を行うことは、その利益のひとつと位置づけられた（医療1条）。医療法に新設された第2章「医療に関する選択の支援等」では、広告規制とともに、医療機関に関する情報を都道府県が提

供する医療機能情報提供制度が規定された。

医療機能情報提供制度は、医療機関から収集した情報を都道府県がインターネット等で提供するものである。病院、診療所などの管理者に対しては、医療機関の医療機能について都道府県知事への報告が義務付けられている（医療法6条の3第1項）。病院の場合、公表される情報は、管理・運営及びサービス等に関する事項（病院の名称、開設者所在地など）、提供サービスや医療連携体制に関する事項（専門医の種類・人数、専門外来の有無、ほかの医療機関との連携の状況など）、医療の実績・結果等に関する事項（治療結果に関する分析の有無、患者数、平均在院日数等）の事項など多数の項目にわたる（医療法施行規則別表第一）。

医療機関の広告規制については、2006年の医療法改正により、包括規定方式が採用され（医療6条の5）、医療を受ける者に対して選択を支援するために、患者に提供される情報を質的・量的に拡充する観点から規制が行われるようになった³¹⁾。なお、2017年の医療法改正により、広告規制の対象範囲が拡大され（医療6条の5）、紙媒体や看板などの広告だけでなく、医療機関のウェブサイトによる情報提供も規制の対象となった。

以上のような施策の展開を通じて、医療法は、医療提供体制の整備だけでなく、患者が医療受給権を行使するために必要な諸条件を整備する制度へと機能を拡大させたとみることができる。もともと、情報提供を通じた患者の選択の促進により、医療提供体制の充実を図ることに一定の限界がある³²⁾。また、医療機能情報提供制度は、十分活用されてきたとはいえない状況である。医療機能情報提供制度では、患者の関心が高まると予想される「かかりつけ医療機関」に関する情報提供を予定しており、今後の展開が注目される。

（4）計画による医師偏在の可視化

2018年の医療法改正により創設された医師確保計画および外来医療計画では、計画策定を通じて

³¹⁾ 「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針（医療広告ガイドライン）等について」平成30年5月8日付け医政発0508第1号厚生労働省医政局長通知。

³²⁾ 消費者主権的な改革手法の問題点については、島崎（2020）、pp.483-484参照。

医師等の偏在を可視化し、医療機関の誘導を図るといった新たな形態の施策がみられる。

① 医師確保計画

都市部に比べて山間部・へき地の医師数が少ないという医師の地域的偏在や、産科・小児科の医師不足といった診療科間での偏在は、医療施策において長年の課題となっていた。これらの課題に取り組むため、医師確保計画として次のような仕組みが導入された。まず地域における医師の偏在状況を客観的に評価するため、国は医師偏在指標をもとに、全国の三次医療圏・二次医療圏について順位づけを行い、上位3分の1を医師多数区域、下位3分の1を医師少数区域とする。

これを受けて都道府県は、医療計画において医師の確保に関する事項を定める（医療30条の4第2項11号）。これが医師確保計画であり、同計画には、三次医療圏及び二次医療圏ごとに、(a) 医師偏在指標を踏まえた医師の確保の方針、(b) 確保すべき目標医師数、(c) 目標達成のための施策内容が記載されている³³⁾。医師少数区域のある都道府県では、地域医療対策協議会の関与の下、地域の実情に踏まえて、都道府県内における医師の派遣調整、医師確保のためのキャリア形成プログラムの策定・運用、都道府県内の大学医学部における地域枠・地元出身者枠の拡充などの施策を講じ、医師の偏在是正を図っている。診療科別の医師数の把握や実効的な偏在是正策の確立など多くの課題が残されているものの、二次医療圏単位で医師偏在の状況が可視化されたことは、都道府県が偏在是正策や医師確保対策を講じるにあたって一定の意義を有する。

② 外来医療計画

外来医療についても上記①に類似した仕組みにより偏在の是正が図られている（医療30条の18の2）。国は、地域ごとの外来医療機能の偏在や不足を客観的に把握するための指標（外来医師偏在指標）を用いて、対象区域（原則として二次医療圏）

について順位づけを行い、上位3分の1の区域を外来医師多数区域として設定する³⁴⁾。

都道府県は、診療所などの新規開業希望者に対して、外来医師多数区域に関する情報を提供する。特に外来医師多数区域で新規開業する者がいる場合には、地域で不足する外来医療機能（夜間や休日における地域の初期救急医療、在宅医療、産業医、学校医・予防接種などの公衆衛生）の提供を求め、協議の場において、これらについての合意の状況を確認する。新規開業者が、不足する外来医療機能を担うことを拒否する場合には、協議の場を設定し、説明を求めるといった対応を予定している。

外来医療計画には、医療機器の効果的な活用のための計画についても記載がなされる（医療30条の18の4第1項第5号）。対象となる医療機器は、MRI、CT、放射線治療、PET、マンモグラフィであり、国が定めた指標をもとに地域での配置状況を可視化した上で、医療機関に情報提供を行い、共同利用の推進が図られる。協議の場を利用し、今後、共同利用計画を作成することも予定されている。

外来医療計画では、外来医師偏在指標に基づいて二次医療圏の状況が可視化される。可視化の結果、問題となるのは外来医師多数区域であるが、診療所の開設について（営業の自由を大きく制約する）開業制限を行うことは困難である。このため、医師多数区域において新たに開業を希望する者に対して情報提供を行い、ほかの区域での開設など自主的な行動変容を促すことが重視されている。

V 医療施策の実施における法的課題

1 医療施策の変化

わが国の医療提供体制は、自由開業体制を基本に形成されてきた。自由開業体制の下では、民間

³³⁾ 「医師確保計画策定ガイドライン」平成31年3月29日付け医政地発0329第3号・医政医発0329第6号厚生労働省医政局地域医療計画課長・医事課長連名通知。

³⁴⁾ 「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」平成31年3月29日付け医政地発0329第3号・医政医発0329第6号厚生労働省医政局地域医療計画課長・医事課長連名通知。

医療機関の開設者は、医療計画に基づく病床規制に抵触する場合を除いて、標榜診療科の選択を含め、自らの判断に基づいて病院や診療所を開設することが可能であった。その結果、病院と診療所は、機能分化を進めて相互に連携するよりもむしろ医療の内容や質について相互に競争を行う関係にあった。医療機関や医師の偏在の問題は存続し、医療機関の機能分化は不十分なままであった。このような状況下において、診療報酬による誘導は、各種の医療施策を進める上で中心的な役割を担ってきた。

数次にわたる医療法改正などを通じて医療提供体制の改革が図られてきたが、2010年代以降の改革においては、施策のあり方に大きな変化が認められる。特に2014年に成立した医療介護総合確保推進法では、地域医療構想や病床機能報告制度、地域医療介護総合確保基金などの施策により、都道府県に新たな権限や財源、情報が付与された。自由開業体制を基本とする医療制度には新たな形態の規律が及ぶこととなり、都道府県は、医療提供体制の整備において一定のイニシアティブをとることが可能となった。

しかし、医療機能の見直しや機能分担、組織の統合・再編などを進めるには、民間医療機関の自律的な判断や合意形成が必要であり、それらを支える上で診療報酬の役割は依然として重要である。現在の諸施策にみられる特徴として次の点を指摘しておきたい。

第1は、施策間の共時的・通時的な補完関係である。前述のⅡからⅣでは、各種の法形式を3つの手法（規制、合意、誘導）に大別したが、医療施策の実施においては、いくつかの法形式ないし行為形式が組み合わせられることで一定の機能を果たしている。例えば、外来医療の機能分化を図る施策では、外来機能報告制度によって地域の医療機能を把握し、協議を通じて紹介受診重点医療機関を明確化することで医療供給サイドに規律を及ぼすとともに、需要サイドに対しては外来受診時の

定額負担を通じた規律を行うことで施策目標の実現が図られている（共時的な補完関係）。通時的な補完関係の例としては、地域医療構想達成のための多段階的な権限行使を挙げることができると³⁵⁾。施策間のこうした補完関係に着目し、患者・住民の利益の観点から一連の法的仕組みを総合的に評価する枠組みが求められている。

第2は、医療給付法制と医療供給法制の制度的接近である。わが国社会保障医療の特徴として、医療給付法制（健康保険法など）と医療供給法制（医療法など）が制度上、区別されている点が強調され、両者は、保険医療機関の指定・保険医の登録を通じてのみ法制度上関連づけられているとの指摘がみられた³⁶⁾。しかし、近年の施策の展開により、医療給付法制による医療供給法制への接近がみられる。端緒は、1998年の健康保険法改正により、医療法上の勧告に従わない医療機関の病床の全部または一部について保険医療機関としての指定を行わない旨の規定が加わったことであるが（健保65条4項2号）、これは指定を媒介とするものであった。これに対し、2015年の国民健康保険法等改正では、医療機関相互の機能分担と業務連携という医療法上の義務が、保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院）の責務として医療給付法制に組み込まれることとなった（健保70条3項）。

施策の実施過程においても接近がみられる。医療提供体制の整備に関連して、地域医療構想調整会議では保険者の参加を予定するとともに（医療30条の14）、医療計画の策定では保険者協議会への意見聴取が都道府県に義務付けられている（医療30条の4第17項）。また、2006年より社会保障制度審議会の医療部会と医療保険部会は、共同で「診療報酬改定の基本方針」を定めており、そこでは、医療提供体制全般にわたる課題に対して、診療報酬による対応が示されるようになっている³⁷⁾。国民皆保険体制の下で、ほとんどの医療機関が保険医療機関として医療を提供してきた実態

³⁵⁾ 前掲・注11)を参照。

³⁶⁾ 良永（1992）、p.172。もっとも、医療制度と医療受給権保障との法制度的関連が希薄であるとの指摘は今日でも妥当する。

が、上記のような制度的接近をもたらしたと考える。

2 医療施策の法的課題

医療施策の推進におけるいくつかの法的課題を指摘し、本稿の結びとしたい。

(1) 施策の機能的重複（地域医療支援病院と紹介受診重点医療機関）

新たな施策を講じる場合、機能が類似する既存の制度との関係が問題となる。ここでは、地域医療支援病院と紹介受診重点医療機関を取り上げる。地域医療支援病院は、紹介患者を中心とした診療を行い、地域医療の確保を図る病院として1997年に創設された。そのため、高い紹介率（紹介率65%以上、逆紹介率40%以上など）を承認要件としている。一方、今後、拡充が図られる紹介受診重点医療機関においても、紹介患者への外来医療の提供が中心となる。「医療資源を重点的に活用する外来」の基準を満たす医療機関の大半は病院であり、その中には地域医療支援病院も含まれる。

地域医療支援病院は、救急医療の提供や医療従事者への研修の実施が承認要件となっており、都道府県が承認要件を付加できるという点で一定の独自性を有するが、いずれも紹介状を持たない患者から定額負担を徴収するなど、医療法に基づく2つの施設類型の差異は見えにくいものとなっている。法定の施設類型である地域医療支援病院と機能が類似した施設を、施行規則に基づいて新設したことには、制度を利用する患者の視点が不足しているように思われる。医療機関の機能分化を促進するには患者の理解が不可欠であり、紹介受診の定着を図るには、両者の整理と役割分担の明示が必要と考える。

(2) 地域医療連携推進法人の法的統制

地域連携推進法人では、地域の医療法人などがひとつの法人組織に参加し、機能分担や業務連携

を円滑に進めることで、良質で効率的な医療体制を推進することが期待されている。医療連携推進方針に記載した医療連携推進区域（地域医療構想の構想区域と原則として一致する）において、参加法人の医療機関による機能分担や業務連携、参加法人間での病床融通、介護事業等との連携推進などが可能となる。そのため、同一の区域内において多数の法人が参加する場合、地域医療連携推進法人における方針が、地域の医療提供体制のあり方や、医療計画・地域医療構想の達成に影響を及ぼす可能性がある。

このような観点からは、地域医療連携推進法人の運用に対してどのような統制が図られているかが問題となる。まず、地域医療連携推進法人の認定にあたって、都道府県は、申請法人の医療連携推進業務、医療連携推進方針などが所定の基準に適合するかを審査する。その際、地域医療構想との整合性に配慮し、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で認定を行うことになっている（医療70条の3）。医療連携推進認定を受けた後は、医療法人と同様に、都道府県の監督を受けることに加えて、重要な定款変更ならびに代表理事の選定及び解職については都道府県知事の認可が必要である（医療70条の18、70条の19）。また、法人内部においては、患者代表、地域の医療関係者、有識者などを構成員とする地域医療連携推進評議会を設置することとなっており（医療70条の3第16項）、法人は地域医療連携推進評議会の意見を尊重しなければならない（医療70条の13第2項）。

地域医療連携推進法人は、社員総会の仕組みを通じて、参加法人が地域医療に関して都道府県とは独自に意思決定を行うことが可能なシステムである。地域医療連携推進法人の展開次第では、上記のような手段を用いて適切な監督や内部統制を実施できるかが課題となる。

(3) 日本専門医機構と医師偏在対策

日本専門医機構は2018年より専攻医を募集し、各地で専門医養成プログラムを開始した。専門医

³⁷⁾ 例えば、令和4年度基本方針では「安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進」が重点課題のひとつとされ、「地域医療体制確保加算」において医師労働時間短縮計画の作成が算定要件とされた。

養成プログラムの実施は、医師の地域偏在を増大させる可能性があるため、専攻医の集中する都道府県において基本領域ごとの専攻医採用数に上限を設ける仕組み（シーリング）が導入された³⁸⁾。これは、厚生労働省が試算した「都道府県別・診療科別必要医師数および養成数」に基づいて、必要医師数を確保できた診療科について採用数に上限を設定するものである（2020年度開始の研修よりシーリングを設定）。

2018年の医師法改正により、国や都道府県は、シーリングを含めた研修の実施について、次のようなルートで日本専門医機構および医療関係の各学会に意見を述べるができることとなった。すなわち、日本専門医機構および各学会は、上記の研修計画についてあらかじめ厚生労働大臣の意見を聴かなければならない（医師16条の10第1項）。この意見聴取にあたって、厚生労働大臣は関係都道府県知事の意見を聴かなければならない。また、都道府県知事は、地域医療対策協議会から意見を聴かなければならない（同第3項・4項）。日本専門医機構および各学会は、厚生労働大臣の意見を聴いたときは、研修計画の内容に当該意見を反映させる努力義務を負う（同第5項）。上記に加えて、厚生労働大臣は、専攻医の研修の実施に関し、日本専門医機構および各学会に対して、必要な措置の実施を要請することができるとされており、日本専門医機構は、当該要請に応じるよう努めなければならない（医師16条の11第1項・第3項）。

以上のような仕組みを通じて、民間団体である日本専門医機構が行う専門医研修に対して、医療への公平なアクセスの確保の観点から、国が一定の調整を要請できる仕組みが設けられたことになる。このような仕組みや各種の医師確保対策では、専門医の地域的偏在の是正が困難な場合には、地域ごとに保険医の登録数に上限を設定するなど公的コントロールのあり方について検討が求

められることになる³⁹⁾。

（4）新興感染症対策の医療提供体制への影響

2022年12月に成立した改正感染症法では⁴⁰⁾、都道府県と医療機関が協定を締結し、感染症のまん延時に病床を確保する仕組みが導入されることとなった。都道府県知事は、医療機関と協議を行い、新興感染症対応に係る協定を締結する。そのため、すべての医療機関には、都道府県との協議に応じる義務が課される。協定を締結した医療機関には、入院病床の確保、発熱外来、自宅療養者に対する医療の提供などの実施が求められる。また、公立・公的医療機関、特定機能病院、地域医療支援病院には、協定の締結によることなく、医療提供が義務づけられた。このほか、広域的な人材派遣の仕組みの整備も予定されている。

以上のような仕組みは、新興感染症の流行初期や感染拡大時を想定したものであるが、今後、平時の医療提供体制のあり方に影響を及ぼす可能性が高いと考える。例えば、協定締結病院としての地位は、地域の基幹的医療機関として、医療機関の統廃合や機能分化を進める際の判断に影響するであろう。今般の法改正により、保険医療機関の責務として新興感染症対応への協力が加わるほか、第8次医療計画には新興感染症への対応が記載される。上記に述べた各種の仕組みが、医療提供体制における医療機関の配置や役割にいかなる影響を及ぼすかに着目し、分析していくことが必要となる⁴¹⁾。

付記

本稿は、JSPS科研費22K01184、21H00663の助成を受けた成果の一部である。本稿の執筆にあたっては、九州社会法研究会および健保100年研究会において貴重な助言を頂いた。記して御礼申し上げます。

³⁸⁾ 専門医制度への公的介入の経緯については、遠藤（2019）、p.487以下を参照。

³⁹⁾ この点につき、石田（2022b）、p.76以下では若干の検討を試みた。

⁴⁰⁾ 「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等の一部を改正する法律」令和4年法律第96号。

⁴¹⁾ 田中（2011）、p.132以下は、医療連携推進の仕組みとして協定の活用を指摘する。

参考文献

- 池上直己 (2021) 『医療と介護—3つのベクトル』, 日本経済新聞社。
- 石田道彦 (2022a) 「保険診療関係における二つの型—団体請負と準委任契約」, 週刊社会保障3199号, pp.48-53。
- (2022b) 「医療保険と医療提供体制」, 社会保障法38号, pp.68-81。
- 稲森公嘉 (2017) 「医療提供体制の確保に関する医療法の展開」, 法律時報89巻3号, pp.22-29。
- 宇賀克也 (2020) 『行政法概説 I 行政法総論 [第7版]』, 有斐閣。
- 確井光明 (2012) 「行政法における協議手続」, 明治大学法科大学院論集10号, pp.159-200。
- 遠藤久夫 (2019) 「医師の卒後研修の現状と課題—医師の地域偏在問題を中心に」, 社会保障研究3巻4号, pp.476-491。
- 大塚 直 (2020) 『環境法 (第4版)』, 有斐閣。
- 尾形裕也 (2022) 「病院の外来機能に関する考察」, 病院81巻7号, pp.600-603。
- 笠木映里 (2014) 「社会保障法と行政基準」, 社会保障法研究3号, pp.3-25。
- 佐藤吾郎 (2017) 「地域医療法人の連携促進に伴う競争政策上の課題に関する一考察—地域医療連携推進法人制度を中心に」 金井貴嗣ほか編 『経済法の現代的課題』, 有斐閣, pp.691-681。
- 島崎謙治 (2020) 『日本の医療—制度と政策 [増補改訂版]』, 東京大学出版会。
- 田尾亮介 (2014) 「協議に関する手続」, 法律時報87巻1号。
- 田中伸至 (2011) 「地域における医療連携体制構築の法的手法 (2・完)—脳卒中治療を例に」, 法政理論43巻2号, pp.95-147。
- 二木 立 (2022) 「医療経済・政策学の視点から2022年度診療報酬改定の問題点を考える」, 病院81巻12号, pp.1042-1047。
- 原田大樹 (2007) 『自主規制の公法学的研究』, 有斐閣。
- 良永彌太郎 (1992) 「社会保障法における医療受給権の特質」, 社会保障法7号, pp.165-178。
- 米村滋人 (2016) 『医事法講義』, 日本評論社。

(いしだ・みちひこ)

An overview of regulatory , consensus-based and incentive approaches in health care policy

ISHIDA Michihiko*

Abstract

Different levels of healthcare policy have been applied to medical institutions and healthcare professionals, including regulation by law, economic incentives through reimbursement and other means, and control through administrative planning. Recent legislation has introduced new measures such as the Regional Healthcare Plan, the Comprehensive Medical Care Fund and the Functional Reporting System for Hospital Beds, and diversity of policy implementation in healthcare policy, including consensus building through consultation and incentivisation by information, has expanded quantitatively and qualitatively. This paper broadly categorises these measures into regulatory, consensus-based and incentive approaches, and then examines some of the measures and their legal features. The results show that the healthcare system, which was based on unrestricted medical practice system, is now subject to a wide variety of disciplines and rules. Finally, as challenges for the future, the paper pointed out the reconsideration of duplicative measures, the control of integrated healthcare cooperations, measures against the uneven regional distribution of doctors, and the impact on the healthcare system of the revised Infectious Diseases Prevention Act.

Keywords : Medical Fee, Regulation by Planning, Subsidy, Regional Healthcare Vison, Fund for Comprehensively Securing Regional Health and Long-term Care

* Professor, Kanazawa University School of Law