

論 説

地域医療提供体制における 連携と競争に関する法的考察

佐藤 吾郎

目 次

- 1 はじめに
- 2 医療提供体制の特徴
- 3 医療提供体制の法的構造
- 4 医療提供体制の課題に対する法的対応
- 5 地域医療提供体制における連携と競争に関する基本的考え方
- 6 今後の検討課題
- 7 おわりに

1 はじめに

現在、地域医療提供体制は大きな変革期を迎えている。平成25年8月6日、社会保障制度改革国民会議は、「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」（以下、「国民会議報告書」という）を公表し、今後の社会保障制度改革の方向性を示した。国民会議報告書を受けて、今後の法改正のスケジュール等を内容とする「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（プログラム法）が、同年12月5日に成立し、同月13日に公布、施行された。さらに、社会保障審議会医療部会は、同月に、「医療法等改正に関する意見⁽¹⁾」（以下、「医療部会意見」という）を公表し、平成26年第186通常国会においては、医療法改正案が審議されることが予定されている。

国民会議報告書は、社会保障制度改革の全体像を示したうえで、社会保障4分野（少子化対策分野，医療・介護分野，年金分野）の改革の方向性について述べている。なかでも，医療・介護分野の改革について，医療問題の日本の特徴を指摘し，医療・介護サービスの提供体制改革として，病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定，都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行，医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し，医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築等，その内容を具体的に示している。医療問題の日本の特徴を，「医療提供体制について，……日本ほど規制緩和された市場依存型の先進国はな」と把握し，「地域完結型」を前提として，医療機能の分化・連携，医療と介護の連携，さらには地域包括ケアシステムというネットワークの構築を図るという基本的な考え方を示している。その念頭にある基本的認識は，市場依存型医療提供体制の下で過当競争に陥ってきた地域医療提供体制において，連携を促進するための制度改革を進めるといふことであると推測される。

医療分野は，参入規制，料金規制等が行われる規制産業分野の一つである。経済法の研究分野において，医師会活動に対する独禁法の適用が問題となった観音寺市三豊郡医師会事件東京高裁判決等の個別事例研究はあるが⁽²⁾，医療提供体制全体（医療サービス供給市場全体）についての包括的検討は行われてきていない。また，社会保障法の研究分野においても，競争（あるいは市場）概念は，公平・平等といった社会保障法分野における基礎概念と相反する概念として，一部の先行研究を除き，ほとんど研究されてこなかったと思われる⁽³⁾。

本稿は，地域完結型医療提供体制を志向して連携を制度的に進める過程において，利害対立が先鋭化し，競争者排除あるいは競争回避を内容とする反

(1) 社会保障審議会医療部会「医療法等改正に関する意見」。

(2) 観音寺医師会事件東京高裁判決（東京高判平成13年2月16日判時1740号13頁）。本件の評釈として，根岸哲・判評512号（判時1755号）2頁，和田建夫・NBL719号33頁，泉水文雄・独禁法審決・判例百選＜第6版＞4頁，江口公典・経済法判例・審決百選80頁，石田道彦・社会保障法判例百選＜第4版＞72頁参照。

競争的行為をもたらすおそれがあるのではないかと、もし、患者・国民のサービスの選択についての意向を無視した形で、医療提供体制改革を進めるならば、推進すべき連携をも阻害するおそれがあり、ひいては、地域医療提供体制全体への信頼をも揺るがしかねないのではないかと、という問題関心から、連携と競争に関する基本的考え方（視点）を、法的側面から、明らかにすることを目的とする。以下、わが国における医療提供体制の特徴および法的構造を明らかにしたうえで、医療提供体制の課題に対する法的対応の概要を示し、地域医療提供体制における連携と競争に関する基本的考え方および今後の課題を示すこととする。

2 医療提供体制の特徴

医療提供体制の法的構造を検討する前提として、わが国における医療提供体制の特徴を示すこととする。

わが国における医療制度の特徴として、島崎教授は、①被用者保険と地域保険の二本建てによる国民皆保険制度が採られていること、②自由開業医制の下で診療所はもとより病院についても「私」中心に組み立てられていること、③患者（非保険者）の医療機関へのフリーアクセスが尊重されていること、の3点に整理している⁽⁴⁾。また、新田教授は、日本の医療提供体制の特徴として、①私的供給の優位（医療供給が医療法人をはじめとする民間セクター中心で行われていること）②自由開業医制（人員・施設基準を満たせば、

(3) 代表的な研究として、石田道彦「医療保障と競争政策の交錯—アメリカ医療における反トラスト法の展開—(1)~(5)」金沢法学48巻1号141頁（2005年）141頁以下、48巻2号（2006年）45頁以下、49巻2号（2007年）31頁以下、51巻2号（2009年）1頁以下、52巻1号（2009年）21頁以下、同「医療供給体制と競争政策」週刊社会保障2315号（2005年）50頁、および同「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）46頁参照。医療提供体制全般についての法的検討については、石田直彦「医療提供体制」社会保障法学会編『新・講座 社会保障法第1巻 これからの医療と年金』（法律文化社 2012年）172頁以下参照。

(4) 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』（東京大学出版会、2011年）113頁。

原則としてどこにでも医療機関を開設できること)③フリーアクセス(開業医のゲートキーパー機能が極めて弱く、患者が自由に受診医療機関を選択できること)④プロフェッショナル・フリーダム(医師の専門的知識・技能及びそれに基づく裁量が尊重されていること)⁽⁵⁾を指摘する。本稿では、問題関心から、私的供給の優位、自由開業医制、およびフリーアクセスの3点を中心の特徴と整理したうえで議論を進める。

3 医療提供体制の法的構造

3.1 基本構造

医療を規制する法律は、医療提供施設を規制する法及び医療従事者を規制する法に大別することができる。医療提供施設を規制する法は、医療法である。法制定当初は、医療提供施設を規制する法としての性格が強かったが、医療提供体制基本法としての性格を有するようになってきている⁽⁶⁾。医療従事者を規制する法としては、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等職種に応じた多くの法律がある。そのなかで、中心的な役割を果たす医師法は、医師の責務、資格要件・免許、国家試験、業務等について規制している。医師には、業務独占(医師法17条)と名称独占(医師法18条)が認められ、すべての医療行為を行うこと(包括的な医業独占)が認められている。

あらゆる事業分野に適用される独占禁止法と医療分野に適用される事業法である医療法との関係は、医療の提供が独占禁止法の適用対象となるとの理解を前提として、一般的に以下のように理解されている。

独禁法は、経済法の基本法であって、原則としてあらゆる事業分野に公正で自由な競争のルールを適用を要請している。一方、医療の分野は、医療法や健康保険制度に基づく参入規制や料金規制に服する一種の規制産業であ

(5) 加藤智幸・西田和弘編『世界の医療保障』(法律文化社、2013年)21頁(「第1章 日本」, 新田秀樹執筆部分)。

(6) 手嶋 豊『医事法入門(第3版)』(有斐閣、2011年)59頁。

り、自由な競争が制限されている。しかしながら、規制によって自由な競争が制限されているということは自由な競争の余地を否定するものではなく、規制の枠内においてサービス競争や料金競争を行う余地が認められており、自由な競争の余地が認められる範囲においては独禁法の適用が要請される⁽⁷⁾。

観音寺医師会事件東京高裁判決⁽⁸⁾も、「医療の提供は、価格競争の働く余地が少ないとはいえ、……提供する医療の内容、質において競争原理の働く局面は多く、独禁法の適用対象となる」、「都道府県が定める医療計画制度は、無秩序な病院病床の増加の制御により医療資源の地域的偏在の是正を図り、医療関係施設間の機能連携の確保を図ることを目的とするものであり、その限りで自由競争を制限しており……しかし、独禁法が求める自由な競争の例外である以上、医療の提供に対する制限は、あくまでも医療法の目的である『医療を提供する体制の確保を図り、もって国民の健康の保持に寄与すること』との目的に沿うものであり、その手段も医療法の認める範囲内のものに限られる。……医療機関も、医療法の公的規制の枠内で、自由競争の原則と通じて医療役務の提供の質的向上等を図ることが求められている」と判示している。

本判決の意義は、第1に、医療分野は規制産業であり、医療法、医師法等の事業法で参入規制、料金規制等の規制が行われている。規制の枠内で自由競争が行われる。第2に、自由な競争の例外は、医療法の目的に沿ったものであること、その手段も医療法の認める範囲内（都道府県知事の勧告）に限定される。したがって、医療提供体制における法的構造を考察するにあたっては、事業法の規制が行われる範囲および自由な競争が行われる範囲を確認したうえで、検討対象となる手段が、医療法の目的に沿ったものであるのか、さらに、それが医療法の認める範囲内の手段であるのか等について検討する必要があるのである。

(7) 根岸 哲『規制産業の経済法研究第2巻』（成文堂、1986年）第2章「競争政策と各種事業法」参照。

(8) 観音寺医師会事件東京高裁判決・前掲（注2）15頁。

3. 2 医療提供体制の法的構造

医療提供体制の法的構造について、医療法を中心に、供給主体、業務規制、および患者・国民の選択の支援に関する制度について概要を示す。

1) 供給主体に関する規制

医療は、病院、診療所等の医療提供施設を通じて提供される。病院の開設には、都道府県知事の許可が必要であるが（医療法7条）、診療所については臨床研修を修了した医師等が開設するかぎりは事後の届出で足りる。病院、医師もしくは歯科医師が常時勤務する診療所又は老人保険施設を開設しようとする社団又は財団はこれを医療法人とすることができる（医療法39条）。医療法人の設立には都道府県の認可が必要である（医療法44条）。

わが国における医療提供体制の特徴の一つは、先述のように、私的供給が中心であることであり、医療法人が重要な役割を果たしてきている。医療法人は、医療法に基づく法人であり、昭和25年改正により制度が創設された。医療事業の経営主体が医業の非営利性を損なうことなく法人格を取得する途を開くものであり、制度設立当初は、私人による医療機関の経営の困難を緩和し、資金の集積を容易にすることを主たる目的としていた。現在は、医療機関の経営に継続性を付与し、地域医療を安定的に確保することが制度趣旨であると理解されている。医療法人の運営については、医業（病院、診療所、老人保健施設の運営）のほか、保健衛生や社会福祉等に関する付帯業務をすることができる（医療法42条）。社会医療法人の認定を受けた医療法人は、その収益を病院等の経営に充てることを目的として、収益業務を行うことができる。剰余金の配当は禁止されている（医療法54条）。医療法人社団、医療法人財団間の合併は、運用上、認められていない⁽⁹⁾。

2) 業務内容に関する規制

医療サービスの対価が診療報酬によって法定（公定）されていること、および医療計画に基づく病床過剰地域における病床規制以外については、直接

(9) 実際には、医療法人社団法人又は医療法人財団のいずれかの法人が他の法人に事業譲渡した後解散して、他の法人に事業譲渡等を集約するという手続をとることとなる。

的な規制は抑制されていることが特徴である。結果として、高額医療機器の購入等の設備投資、開設地域、診療科目の標榜等自由に行うことができる。

①病床規制等

都道府県は、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、医療提供体制の確保を図るための医療計画を定めることとされている（医療法30条の3および30条の4）。国および地方公共団体には、病院、診療所の不足している地域における医療提供施設の整備のために、必要な措置を講ずる努力義務がある（医療法30条の5）。病院の開設者・管理者も当該病院の建物・設備・器械及び器具の開放化（オープン化）に努力するものとする（医療法30条の6）。都道府県知事は、医療計画達成のため特に必要があるときには、病院などの開設者に対して、病院の開設、病床数の増加などについて勧告ができる（医療法30条の11）。

②料金規制

健康保険等公的医療保険により医療行為が行われると、保険医療機関は診療報酬明細書（レセプト）を社会保険診療報酬支払基金または国民健康保険団体連合会に提出し、その算定により国や健康保険組合等の保険者が保険診療機関に診療報酬を支払う。現在、わが国では、かかる医療保険の診療報酬は、原則として、個別出来高払制度、すなわち、個々の診療行為を点数評価し、1点=10円で算定し、その金額を保険医療機関に支払うという制度である。診療行為の料金は、診療所・病院に区別なく中医協の決定を受けて国政労働大臣の告示で決定される点で、いわば「公定価格」となっている。

3) 患者・国民の選択の支援に関する制度

①医療機能情報提供制度⁽¹⁰⁾

医療機関の機能に関する一定の情報について、医療機関から都道府県に報告することを義務づけ、都道府県が、報告のあった内容を比較可能なように

(10) 医療機能情報公表制度については、拙稿「医療機能情報公表制度の展望と課題—地域医療体制における役割—」岡山大学法科大学院臨床法務研究第3号（2007年）1頁参照。

整理し、インターネットなど住民が利用しやすい形で公表する制度である。患者・国民の選択の支援に資することをその目的とする（医療法6条の3）。

②広告規制⁽¹¹⁾

医業・歯科医業または病院もしくは診療所に関しては、法の定める一定の情報（医師または歯科医師である旨、診療科名、病院の名称等、診療日・診療時間・予約に関する事項、入院設備の有無、従事する医療従事者の数、氏名等の患者の適正な選択に資する事項で厚生労働大臣が定めるもの等）以外は広告をしてはならないとされている（医療法6条の5）。

③診療科目自由標榜制度⁽¹²⁾

診療科目の表示については、具体的にどの診療科名を表示しうるかについては、法律上、規制はない。医師は、自らの専攻した科目以外の科目名をも広告することができる。また、医療施設においては、その科目を専攻した医師がその科目を担当するという制度的仕組みにはなっていない。診療科目について、「自由標榜制度」を採用しているとされている。

3. 3 現行医療提供体制の法的構造の評価

現行医療提供体制について、医療サービスの供給者（提供者）と需要者の自由度という観点から、どのような評価が可能であろうか。医療サービスの供給者側からみると、医療法に基づく一定の病床規制はあるものの、開業地域の限定がないこと（自由開業体制）、診療科目の標榜が自由であること（自由標榜制度）、医師の能力・経験に関係なく、保険診療について、一定価格での支払いが保障されていること（公定価格）から、自由度が高いと評価できる。一方、医療サービスの需要者側からみると、国民皆保険制度を前提として、フリーアクセスが尊重されていることから、自由度が高いといえる。総

(11) 広告規制については、拙稿「第五次改正医療法による広告規制の見直しについて」岡山大学法科大学院臨床法務研究第4号（2008年）11頁参照。

(12) 診療科目の自由標榜制度について、宇津木伸・平林勝政編『フォーラム医事法学』（1994年、尚学社）219頁（平林勝政執筆部分）参照。

合すれば、供給者と需要者のいずれの側からみても、自由度が高い法制度と評価できる。「市場依存型」という表現が適切であるかは別として、市場機能に依拠した法制度といえよう。また、医療法人社団・医療法人財団の合併が、運用上、煩瑣な手続が必要となることから、開業医あるいは小規模医療法人の存続を前提として、それらの自由を最大限に保障した体制となっている。

4 医療提供体制の課題に対する法的対応

4.1 総説

わが国における医療提供体制の課題は、多岐にわたるが、国民会議報告書及び医療部会意見の示す課題⁽¹³⁾に依拠して整理するならば、本稿の問題関心からは、以下のように集約できる。既に見てきたように、わが国の医療提供体制は、医療サービスの供給者及び需要者の自由度が高い法制度の下で展開されてきた。供給者は、公定価格制度の下で、病床規制を除く分野において、自由にサービスを供給してきたといえる。高額医療機器の購入については、わが国においては、規制がないため、高額医療機器の購入による過剰設備投資（設備投資競争）をもなされてきている。一方、需要者は、国民皆保険制度を前提にフリーアクセス制度の下、医療機関を自由に選ぶことができるのである。このように、自由度が高い法制度の下で、社会保障国民会議のメンバーの一人である権丈教授の指摘する日本的医療問題すなわち「医療、福祉全般において、戦後の国家困窮期に民間にサービス整備を頼らざるをえなかった日本」において、「民間が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営する（私的所有）」という形で整備されてきた歴史的経緯⁽¹⁴⁾を背景にし、競

(13) 医療部会意見は、1. 医療機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療の推進、2. 地域の実情に応じた医師・看護師等の確保対策、3. 新たな財政支援の仕組みの創設、4. チーム医療の推進、5. 医療法人に関する制度の見直し、6. 医療事故に係る調査の仕組み、7. 臨床研究の推進、8. その他の改正事項をその柱とする。本稿においては、その問題関心から、主として、1および5を取り上げる。

(14) 権丈善一「あるべき医療と二つの国民会議」週刊東洋経済2012年12月29日号9頁。

争関係にある民間医療機関間において医療機能の分化・連携を推進していかなければならないという課題に直面しているのである。

4. 2 医療法改正の動向

医療部会意見は、平成25年12月に公表された。本稿執筆時点においては、改正法案の内容は明らかにされてはいないが、医療部会意見は、法改正の方向性を示すものと考えられる。そこで、その基本的考え方及び改革の具体的方向性についての概要及び特徴を示すこととする。

1) 医療機能の分化・連携に関する改革の概要

①病床機能報告制度の創設

医療機関が、その有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位を基本として、都道府県に報告する仕組み（病床機能報告制度）を、医療法上の仕組みとして創設する。また、医療機能の名称を「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」及び「慢性期機能」の4区分とし、一般病床及び療養病床を有する医療機関は各医療機能の内容に照らして、病棟ごとにこの中からいずれかを選択して、都道府県に報告する。

②地域医療ビジョンの策定

都道府県においては、医療機能の分化・連携を進め、医療資源の適正な配分を図り、医療・介護サービスの需要に対応できる地域医療提供体制を構築するために、地域医療ビジョンを策定する。地域医療ビジョンについては、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏等ごとに、各医療機能の将来の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すものとして、これを都道府県は医療計画の一部として策定し、その主な内容を、2025年の医療需要（入院・外来別、疾患別患者数等）、2025年に目指すべき医療提供体制（二次医療圏等（在宅医療については市町村等を単位）ごとの医療機能別の必要量）、目指すべき医療提供体制を実現するための施策（例 医療機能の分化・連携を

進めるための施設整備，医療従事者の確保・養成等) とする。

③地域医療ビジョンを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分，都道府県の役割の強化等）

医療機関の自主的な取組を支援し，また，医療機関相互の協議を実効的なものとするための措置として，四つの措置を挙げる。

a) 「協議の場」の設置

都道府県は，医療機関や医療保険者等の関係者が参加し，個々の医療機関の地域における機能分化・連携について協議する「協議の場」を設置する。また，当該協議の実効性を高めるため，医療機関に対して，「協議の場」への参加及び「協議の場」での合意事項への努力義務等を設ける。なお，その組織運営は，公平・公正に行われる必要がある。

b) 医療保険者の意見を聴く仕組みの創設

c) 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化

d) 新たな財政支援の仕組みの創設

これらの措置を通じて，医療機関による自主的な取組や医療機関相互の協議により機能分化と連携を進め，地域医療ビジョンの必要量に向けて病床数を収斂させていくことを基本とする。但し，一定の場合には，実効性確保手段としての措置を講ずる。

i) 病院の新規開設・既存医療機関による増床の場合

都道府県知事は，医療計画の達成上必要な場合には，新規開設・増床の許可の際に，不足している医療機能を担うことを条件に付し，事後的にその遵守を求める。

ii) 既存医療機関による医療機能の転換の場合

第1に，既存医療機関が必要量に照らし過剰な医療機能に転換しようとする場合には，都道府県知事は，あらかじめ，医療機関に対して，医療審議会での説明や転換計画書の提出を求めたうえで，転換にやむを得ない事情がないと求める場合には，医療審議会の意見を聴いて，転換の中止を要請・指示することができることとする。さらに，現行法において，医療機関が都道府

県知事の要請等に従わない場合における、開設者に対する管理者の変更命令（医療法28条）のほか、医療機関名の公表、各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外、および地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消しを行う。第2に、「協議の場」が何らかの事情による機能しなくなり、医療機関の自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合である。現行法においても、公的医療機関に対しては、一定期間稼働していない病床の削減を命ずることが可能（医療法35条2項）であるが、公的医療機関等以外の医療機関に対しても同様の制度を創設する。

公的医療機関については、過剰な医療機能から不足している医療機能への転換や回復期機能等の充実等の指示を、公的医療機関以外の医療機関については、同様の要請を行うことができることとする。医療機関が都道府県知事の要請等に従わない場合には、医療機関名の公表および各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外の措置を講ずることができることとする。

2) 法改正による医療機能の分化・連携の特徴

当面は、医療機能の分化について、地域医療ビジョンで示された必要量に向けて病床数を収斂させていくことが課題となると考えられるが、中長期的には、医療機能報告制度の導入を前提に、地域医療ビジョンの内容が医療計画に組み込まれたうえで、医療計画が実施されていくことが予定されている。全体としては、介護との連携をも含めて医療計画の内容が多様化し、現行医療法の措置に加えて、医療機関名の公表および各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外の措置等の実効性確保手段が強化されていくことになる。医療計画の内容の多様化及び実効性確保手段の強化という点で、医療法の医療提供体制基本法としての性格が強まると考えられる。

5 地域医療提供体制における連携と競争に関する基本的考え方

5.1 総説

以上、みてきたように、医療提供体制の特徴は、私的供給の優位、自由開業医制、およびフリーアクセスの3点にあり、それは、供給者である医療機関と需要者である患者・国民との間で、それぞれの自由度が高い法的制度に支えられている。このような基本構造の下で、医療機能の分化、連携、ひいては、医療と介護の連携、地域包括ケアネットワークを構築していくことが喫緊の課題となっている。連携と競争を考察する際の基本的視点を明らかにすることが、制度設計及び運用の際に重要になると考えられる。

5.2 連携と競争に関する基本的考え方（視点）

現行医療提供体制の特徴と法的構造を前提として、連携と競争に関して、どのような基本的な考え方をするべきであろうか。いくつかの視点を示すこととする。

1) 医療提供体制全体における連携と競争

医療法あるいは独占禁止法の個別法の個別事例の適用のみを論じるのではなく、医療提供体制全体における連携および競争のあり方を考察していくべきである。医療提供体制全体をみると、今後、病床機能報告制度を前提に、地域医療ビジョンを策定し、医療計画に組み込んだ形で、医療計画の内容を多様化させ、強化、実施していくことになる。地域医療提供体制の実態を踏まえつつ、具体的な医療サービスを念頭において、連携と競争（市場）をどのように考えるかという視点が必要になると思われる。また、需要者である患者・国民の側からみて、複数の選択肢を残すべき医療サービスは何か（どの医療サービスについて市場あるいは競争を確保すべきか）、さらには、その市場における選択の支援をどうすべきか、すなわち、医療サービス市場の特定とサービスの特徴に適合した選択支援制度の充実が必要となろう。

2) 規制の必要性, 合理性の検討

医療法を中心とする医療提供に対する規制は政府規制の一つとして、その規制の目的ないし政策的必要性が事実に照らして明白か、規制の手段が目的との合理的関連性を有するかが絶えず見直される必要がある。特に、規制手法が目的達成に必要な範囲を超える目的と手段の均衡を失っていないか（比例性）、規制方法の実効性が疑わしいなど目的と手段の不整合が生じていないか（適切性）、より競争制限的でない他の代替的な手段・手法がないか（必要性）等が検討されるべきである⁽¹⁵⁾。医療法は、目的規定を定める1条において、「医療提供施設相互間の機能の分担および業務の連携の推進のために必要な事項を定める」とする。制度改革を行う際に、何についての連携（連携の対象たる業務）をどのような手段（連携手段）で達成しようとするのかを明確にするべきである。地域医療ビジョンを策定し、医療計画に組み込んだ形で、実効性を確保していくことが予定されていることから、連携の対象、連携手段および実効性確保手段について、規制の必要性、合理性等を法的側面から考察するべきである。また、国民会議報告書において、政策目的として挙げられている医師や診療科の偏在是正、高額医療機器の適正配置についても、その規制の必要性、合理性等を上記の観点から検討するべきである。

3) あるべき競争（市場）のありかた

今後、協調（連携）を促進し医療機能の分化・連携を図るという方向性については、異論はないが、本稿で見えてきたように、わが国における医療提供体制は、法制度上、自由度の高い制度設計となっている。また、実態としても、民間供給が主であり実際に競争が生じることは否定できない。競争を全面的に一義的に否定するのではなく、どの医療サービス市場において、何を（品質等）めぐる競争が望ましいのか、あるいは、望ましくないのかを政策論として議論するべきである。

(15) 岸井大太郎ほか『経済法（第7版）』（有斐閣、2013年）350頁（岸井大太郎執筆部分）。

4) 患者・国民の選択の支援に関する制度と連携・競争との関係の明確化
患者・国民の選択の支援に関連する制度の医療（介護）提供体制における位置づけを明確にしていく必要がある。医療提供体制の下で、特定の医療あるいは介護サービスについて、患者・国民の選択の支援を、どの程度図っていくべきなのか十分な検討を行う必要がある。

5) 規制費用に関する検討（規制影響分析、競争評価）

平成22年度より「行政機関が行う政策の評価に関する法律」(政策評価法) 9条に基づく規制の事前評価の一部として、「競争評価」が導入された。規制の事前評価とは、行政機関が、その所掌に係る政策について、適時その政策効果（当該政策に基づく行政上の一連の行為が国民生活及び社会経済に及ぼし、又は及ぼすことが見込まれる影響）を把握し、必要性、効率性、有効性等の観点から、自ら評価すること（政策評価法3条1項）である。競争評価とは、規制の費用（遵守費用、行政費用、その他の社会的費用）の一つの項目である「その他の社会的費用」の一つとして競争に対する影響を考慮（評価）するというものである。規制の導入・改廃の際に、規制官庁に対し規制の競争への具体的影響に関する「競争評価チェックリスト」の記入を求めている。医療法を中心とする制度改革においても、医療機関の遵守費用および行政費用がより少ない形で規制が行われることが望ましい。制度改革において、医療法等による法的（直接）規制、ガイドライン、自主規制等の手法が考えられるが、規制の費用という点からの考察をも必要であると考えられる。

6) 地域特性に対応した医療提供体制を構築するための制度的枠組み(国、自治体、専門職業団体の役割分担)

「地域完結型」を指向する制度において、都道府県および地域における医師会をはじめとする事業者団体の役割が重要であることは言うまでもない。地域特性に対応できるような形での医療提供体制を構築するための制度的枠組みが必要である。なかでも、中心的な役割を果たすと考えられる医師会の活動については、公正取引委員会「事業者団体の活動に関する独占禁止法上の指針」(平成7年10月30日)の遵守が求められるとともに、自主規制等の自

律的な取組みが求められる。

6 今後の検討課題

国民会議報告書及び医療部会意見の議論を踏まえたくえて、今後の検討課題を指摘する。

1) 機能分化、連携の推進に資する法的対応

医療機能の分化促進の基本的枠組みは、病床機能報告制度の創設を前提に、「各病床機能の必要量を基準化し、その過不足で病床数を規制する方法である。地域医療提供体制の実態は地域によって多様であり、地域ごとに「地域完結型」として対応することが望ましいのはいうまでもない。この視点からは、地域の自主的な取組を促す制度として、「協議の場」を設定することの意義は大きい。しかし、一方で、運営について、医療部会意見は、「組織運営は、公平・公正に行われる必要がある」と指摘するものの、一定の懸念は残る。競争関係にある医療機関が協議を行うことから、利害が対立し合意に至らない場合、あるいは、紛糾することは十分ありうる事態である。規制費用がより少ない規制手法が可能かどうかも含めて、実効性確保手段の有効性については、今後の課題になると考えられる。

2) 医療法人に関する制度の見直し

医療法人制度・社会福祉法人制度の見直しについて、国民会議報告書は、「地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるような制度の見直しを行うことが重要である。」と指摘している。医療・介護サービスのネットワークの推進という政策目的の達成のために、「医療法人等が容易に再編・統合ができるような制度設計」を内容とする手段が必要である」という基本的考え方に依拠している。つまり、協調（連携）を促進するための有力な手段として、医療法人の再編・統合が挙げられているのである。さらに、統合の方法の一つとして、「非営利性ホールディング型医

療法人」(複数の医療法人および社会福祉法人を社員とする非営利の新型医療法人)の導入について、社会保障審議会医療部会に設置された「医療法人の事業展開等に関する検討会」において検討することが予定されている。特に、「非営利性ホールディング型医療法人」については、検討すべき点がある。第1に、その設立趣旨を明確にするべきである。国民会議報告書において、想定されている連携の対象は、「病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等」と多岐にわたる。何を対象とする連携を実現するための制度導入なのか、規制手法(制度導入)が目的達成に必要な範囲を超える目的と手段の均衡を失っていないか(比例性)、より競争制限的でない他の代替的な手段・手法がないか(必要性)という観点からの慎重な検討が必要である。特に、大規模化が優先的目標にあるわけではないことを確認する必要がある。第2に、導入時期も含め、導入の是非を地域医療提供体制の実態を踏まえたうえで、検討する必要がある。第二次医療圏の中核病院の分布状況は地域ごとに大きく異なる。第二次医療圏内に中核病院が単独の場合と、複数ある場合では、異なる事態がありうる。例えば、単独の場合であれば、当該中核病院を中心とした医療、介護グループが形成されることになる。その場合には、グループ外の医療機関(介護施設も含む)を排除することのないシステムが望ましい。典型的には、患者の紹介ネットワークからの排除が問題となりうる。また、複数(例えば、5中核病院)ある場合には、有力な中核病院を基礎にグループ形成がなされ、その力を背景に、病床規制の際の「協議」が進められることになれば、その統合過程において、大規模化、既存の大規模な中核病院を主導としたグループ化形成による弊害も生じうる。再編後の地域医療提供体制にあっても、患者・国民の選択の自由という視点から、患者・国民が一定の情報に基づいて、一定の範囲内での適切な選択ができるような体制が望ましい。「協議の場」での「協議」の公平性、客観性の確保は、地域医療体制の再構築には不可欠であろう。

3) 医療と介護の連携および地域包括ケアシステム

高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、病床の機能分化は、

川上に位置づけられる政策であり、退院患者の受入体制の整備は川下に位置づけられる。この川上から川下までの医療および介護サービス提供者間のネットワーク化は、今後、切れ目のないサービスを確保していくうえで必要不可欠となる。すなわち、医療機関間の連携だけではなく、医療と介護の連携が必要となり、ひいては地域包括ケアシステムの形成が必要となる。医療と介護の連携の場合には、まず、第一義的に、患者の移動（紹介、逆紹介）という意味での「連携」が想定されているのであり、医療機能の分化・連携と同様に、医療と介護の連携に伴う連携と競争（市場）についての考察が必要である。切れ目のないケアサービスネットワークを構築するにあたって、医療計画と介護保険事業計画との一体化に伴って、政策目的、連携の対象、方法および実効性確保手段を検討する必要があるとともに、患者・国民の選択の支援に資する制度（介護サービス情報公表制度等）の充実を図る必要がある。

4) 患者・国民の選択の支援

医療機能の分化・連携の促進、医療と介護の連携、および地域包括ケアシステムのいずれにあっても、一定の範囲内で患者・国民の選択の自由を確保することが必要である。そのための支援制度は、地域における医療介護提供体制全体の信頼の維持のうえで非常に重要であると考えられる。

7 おわりに

本稿は、地域医療提供体制の再構築に伴う規制を検討する際の連携と競争に関する基本的考え方（視点）を明らかにしたものである。医療供給改革の手法は、本稿で検討の対象とした医療計画および情報開示と選択に関する制度の他にも、診療報酬、保険者機能、医学教育等があり⁽¹⁶⁾、それらの手法も含め総合的に考察するべきであるが、本稿は、医療提供体制の法的構造及び

(16) 島崎・前掲（注4）373頁。

その特徴を明らかにしつつ、法的側面から連携と競争に関する基本的考え方を示した。

医療保障の分野においては、従来、「競争」あるいは「市場」といった概念は、医療保障の基礎概念になじまないものとして、必ずしも十分に検討されてこなかったように思われる。医療機能の分化・連携、医療と介護の連携、地域包括ネットワークの構築を進めるなかで、わが国の医療福祉全般において、民間にサービス整備を頼らざるをえなかったという経緯から、依然として、民間医療機関及び福祉施設間には、事実上の競争は残らざるをえないのである。また、法的側面からもサービスの供給者と需要者の自由度の程度という点からは、自由度が高い制度設計となっている。今後、地域完結型を念頭に、連携を進めれば進めるほど、主導権争いを中心とした連携競争が激化し、競争関係にある医療機関間の利益対立が先鋭化する可能性がある。典型的には、患者の意向を無視した形で患者の囲い込み等の競争者排除行為等が行われる可能性もある。地域完結型の体制を指向するうえで、連携の必要性と事実上の競争が残る状況を直視して、制度設計及び運用を図っていく必要がある。反競争的行為を放置することによって、連携の促進を阻害するおそれも生じ、それは、また、地域医療提供体制全体への信頼低下にもつながりかねない。本稿で示した視点が必要である所以である。また、需要者に複数の選択肢を残すべきサービスは何か、患者・国民の選択の支援に関する制度のあり方とともに、制度を設計し、かつ運用していくべきである。

今後、地域医療ビジョンの医療計画への組み込み等、医療法は、医療提供体制基本法の性格が強まると考えられる。地域医療提供体制全体を俯瞰したうえでの連携と競争の政策のあり方を検討する必要性は高まると考えられる。

今後、医療法人規制のあり方等改正医療法の内容及びその運用を含めた個別テーマについて、本稿で示した視点に立ちつつ、検討していきたい。