

医療供給政策における政策過程の変容

—厚生技官の台頭と政策コミュニティの形成—

中島 明彦*

医療政策は医療供給政策と医療保険政策に区分できる。医療供給政策では、厚生技官と医師会からなる専門家政策コミュニティが1970年代に形成された。

本稿では地域医療計画に関わる三つの政策過程すなわち、1962年医療法改正による「公的病床規制」（ケースⅠ）、1972年廃案となった「医療基本法案」とその後の「実験的事業としての地域医療計画策定」（ケースⅡ）、1985年医療法改正による「地域医療計画と民間病床規制の導入」（ケースⅢ）を比較分析した。ケースⅡで厚生技官の台頭と専門家政策コミュニティの形成により、医療供給政策の政策過程が変容したことを明らかにした。

ケースⅡで、厚生技官の台頭と専門家政策コミュニティの形成により、地域医療計画が実験的事業として実施された背景には、保革伯仲状況と野党・健保連の対抗としての「医療社会化構想」があった。1985年医療法改正は、ケースⅡで形成された政策案（地域医療計画）の決定過程にすぎなかった。

キーワード：医療供給政策、政策過程、厚生技官、日本医師会、政策コミュニティ、医療法改正、医療基本法案、地域医療計画、病床規制、医療社会化構想

1. はじめに

1985年の医療法改正は医療供給政策に「地域医療計画による病床規制」を導入するという画期的なものだった。本研究は、1980年代の規制緩和という時代の流れに逆行するような「病床規制政策」がなぜ成立したのかという疑問から始まった。筆者は、地域医療計画に関わる三つの政策過程すなわち、1962年医療法改正（ケースⅠ）、1972年医療基本法案（ケースⅡ）、1985年医療法改正（ケースⅢ）を比較分析して、医療供給政策における政策過程が1970年代に厚生技官の台頭と専門家

らなる「政策コミュニティ^{註1}」が形成されることにより変容したのではないかと考えた。

従来の医療政策研究は医療保険政策に偏っており、医療供給政策についても政策の画期を医療保険改革と同じ1980年代と考えていた^{註2}。個別疾患対策の政策過程を取り上げた詳細な事例研究もあるが医療供給政策全体の政策過程にまで迫ることはできていない^{註3}。

2. 医療供給政策の特性とアクター

(1) 医療保険政策と医療供給政策との相違点

国民にあまねく良質な医療サービスを提供できる体制を整備するのが医療供給政策の目標であり、そのための保険財源の長期的安定を図るのが

* 国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授

医療保険政策の目標である。しかし国民皆保険制度は発足以来常に保険財政の危機にさらされ、そのため医療保険政策が医療供給政策を規定してきた。

医療供給政策では自由開業医制と患者の医療機関への自由なアクセスの保障が基本であるのに対し、医療保険政策では医療費の抑制のために何らかの規制をしようとする。

医療供給政策の政策類型としては産業保護政策（中小医療機関の保護・育成）と行政計画があるが、医療保険政策では医療費抑制のための需要規制、供給規制、価格統制などと、利用者の公平のための保険財源調整である。医療供給政策では医師会が「直接顧客^{注4}」であるのに対し医療保険政策では保険者と医師会が「直接顧客」である。

医療保険政策は常にトップアリーナであったのに対し、医療供給政策はサブアリーナで議論された。医療保険政策における対立軸は保険官僚、日本医師会、健康保険組合連合会の三者で三つ巴の激しい闘争であったのに対し、医療供給政策では医療専門職と非専門職という対立軸であった。医療保険政策は中央政府で決定・実施されるのに対し、医療供給政策は基本的決定は中央であるが実施上の決定は地方である。そして医療供給政策では厚生技官と医師会からなる専門家政策コミュニティが形成された。

(2) 政策アクター

池上／キャンベルは医療政策に登場するアクターを、主役（厚生省と医師会）、支援者（大蔵省、保険者、医療団体）、観客（野党や一般国民）に整理した^{注5}。しかし保険者・野党は、支援者・観客としての位置づけに止まらず、1970年代には保革伯仲の政治状況のもとで「医療社会化構想」を掲げ強力な対抗勢力を形成し、反射的に技官・医師会共同体（専門家政策コミュニティ）を構築さ

せる弾みとなった。自民党の役割も、族議員の成長とともに日医の支援者として一定の役割を果たしていた。

医療供給政策のアクターに関しては、アクター間関係以外にアクター内部についても着目する必要がある。厚生省内では事務官であるキャリア、ノンキャリアに加えて専門職としての医系技官（医師）がおり三層構造をなしている。医療政策に関してはその主導権をめぐる保険官僚と医系技官の緊張関係が存在する。

医療供給側内部では日医と病院団体の対立、病院団体相互の対立関係もあった。結果的に病院団体は分立し政治的パワーを獲得できなかった。医師会研究では、他の圧力団体と異なる点を強調するものが多い^{注6}。医師会の戦略転換についての指摘もあるが、多くはその時期を1980年代としている^{注7}。キャンベルは医療保険政策と医療供給政策の区別をしなかったために、日医と厚生省の関係を「対立と相互依存」の関係としてしか捉えきれていない。以上、医療供給政策と医療保険政策の相違点を表1に整理した。

3. 地域医療計画に関わる3つの政策過程

(1) 1962年医療法改正（公的病床規制）の政策過程（ケースⅠ）

①医療供給政策をめぐる政治的・社会的背景

この時代は55年体制の確立期であり、60年安保を契機に、イデオロギーから経済的利益重視の社会へ転換する時代である。日本経済は池田内閣の所得倍増計画を契機として高度成長期に向けてスタートを切った。与野党の政治課題はともに「福祉社会の建設」で、1961年には国民皆保険がスタートする。国民皆保険制度の前提条件として医療供給体制の整備が要求されていた。

②医療法改正案の内容—公的病床規制

1962年医療法改正は、都道府県知事が病床過剰地区における公的病院の開設・増床について許可を与えないことができるとするものだった。都市部への医療機関の集中防止が目的で、公的病院については法で規制し、民間については医師会を通じて自主的に規制を行うという前提だった。当初は公立・民間ともに規制し、公立病院中心の医療供給体制を整備していく構想だったが、国も自治体も財源難で民間主体の整備へと転換した。

③1962年医療法改正の政策過程

厚生省の医療保障委員会は国民皆保険の実施にあたって「医療の社会化」が必要であるとしていた^{注8}。多くの社会保障学者の反対にも関わらず厚生省は、自由開業医制の下で民間主体の整備を行うことが現実的と考え、1959年に医療法改正案を国会へ提出する（翌年廃案）。その後、日医の協

力を得てやっと発足した医療制度調査会が、中間答申で公的病院の配置規制が必要との報告を出す^{注9}。1962年自民・社会両党の合意により医療法改正案が議員提案として提出され成立した。

続いて医療審議会で病床過剰地域の設定と必要病床数が決定され、公的病床規制と業界自主規制が制度化された。病院開設許可の申請も、医療金融公庫の融資も医師会の了承が必要となった。医療金融公庫の融資なしでは病院の開設は不可能な時代だった。

④アクターの状況とアクター間関係

(a) 厚生省

厚生省では、1955年社会保障5カ年計画を策定し医療機関の計画的整備を打ち出す。1956年には医療保障委員会が設置される。1959年には医療機関の計画的整備を目標に「医療機関整備計画案^{注10}」を策定している^{注11}。しかし、医療供給体制の社会

表1 医療保険政策と医療供給政策の比較

	医療供給政策	医療保険政策
〈政策の内容〉		
目 標	医療供給体制の整備	医療保険財政の長期的安定
戦 略	自由開業医制・自由なアクセス	医療費抑制、財源確保
政策類型	産業保護（中小医療機関保護）・計画行政	需要抑制・供給規制・価格統制 保険財源調整（医療利用の公平化）
顧 客：直接顧客 ：究極顧客	医師会 患者、地域社会、保険者	保険者、医療機関 被保険者、患者
〈政策過程〉		
アリーナ	サブアリーナ	トップアリーナ
対立軸	医療専門職 × 非専門職	保険官僚 × 健保連 × 日医
中央・地方関係	決定は中央、実施過程は地方レベル	決定、実施ともに中央政府
政策コミュニティ	技官と医師会からなる専門家コミュニティ	保険官僚とOB
〈アクター〉		
主 役	厚生技官、医師会	厚生省、保険者、医師会
その他の関係者	野党、健保連、自民党、病院団体、保険官僚	自民党、野党
厚生省内の管轄 担当者	健康政策局（旧医務局） 医系技官	保険局 保険官僚（事務官）

×印は対抗関係を表す。

化が必要とする審議会と厚生省は対立する。厚生省の課題は、戦後医療体制の整備と国民皆保険の準備期が過ぎると医療費急増問題となり、診療報酬をめぐって保険局と日医とは険悪な関係が始まる。医療供給政策の課題は公衆衛生的・個別医療政策で、結核・伝染病対策、母子保健対策などが成功を収め、重点はがん・救急医療・僻地対策などに移っていく。この頃の医務局の役割は、「保険局の下請けと中小企業対策」だったという¹²。

(b) 医療供給側

日本医師会では1957年に武見太郎が会長に就任する。1957年から「診療報酬の甲乙2表問題」、「中医協の委員推薦問題」などをめぐって医療供給側内部で日医と日本病院協会との対立が始まる。病院団体は、経営難やストライキの頻発などのため病院独自の診療報酬体系を要求するようになっていた。全日本病院協会（日医系）、全国自治体病院協議会などが設立され病院団体は分裂し、結果的に日医が医療側を代表することが制度化された。しかし医療供給政策については、医療保険政策のような全面対立関係ではなく、医療金融公庫の設立、医療法人制度の創設、公的病床規制などにより業界の行政への依存関係が確立した。医療制度調査会答申は戦後の公的病院中心の医療供給体制から一転して医師会主導の医療供給計画を実施しようとする目論見だった¹³。

(c) 健保連・政党

健保連は厚生省の医療機関整備計画案のような公的病院主体の医療体制を要求していた¹⁴。社会党は、公的病院主体の医療機関の適正配置、私的医療機関の関係団体による自主的調整、医療労働者の待遇改善などを主張し¹⁵、医療法改正案を提出した。自民党もこの動きに引きずられた形で自社共同提案となって成立した。

(2) 1972年医療基本法案の政策過程

(ケースⅡ)

①医療供給政策をめぐる政治的・社会的背景

1970年代に入ると、それまでの経済的利益中心の高度成長の歪みが噴出し始める。政権は11年続いた佐藤政権から田中、三木へと変わっていく。世界的な冷戦体制膠着の下で都市部を中心に革新自治体が増加し、保革伯仲状況が出現する。革新自治体の福祉政策に突き上げられて田中は、1973年老人医療無料化を行う。しかし秋のオイルショックを契機に、日本経済は一転して低成長時代へと急転するが、高福祉・高負担の基調はこの後も1979年まで続いた¹⁶。この頃、病床数はやっと欧米並に近づきつつあったものの、救急医療の立ち遅れから「たらい回し訴訟」が問題となっていた。

②医療基本法案の内容と野党の対抗案

1972年国会に提出された「医療基本法案」は、前文、第1章総則、第2章医療計画等、第3章医療計画審議会等の全10条からなる、医療供給政策の基本方針を定めた簡単なものだった¹⁷。医療計画の内容は、厚生大臣は医療計画審議会の意見を聞いて医療計画を定めること、知事は都道府県医療計画審議会の意見を聞いて都道府県医療計画を定めること、都道府県は地域ごとに地域医療協議会を設置することなどを定めていた。

しかし、医療計画の策定を誰がどの様に行うのかという「医療の支配権」をめぐる争いを生みだすことになる。社会・公明・民社の野党3党も共同提案で、健康管理医制度、委員の公選制、委員の過半数を住民代表にすることなどを掲げた「医療保障基本法案」を国会に提出した¹⁸。

③医療基本法案の政策過程

(a) 医療基本法案の立法過程—厚生技官の台頭

1970年2月医療審議会の医療機関整備部会小委

員会が、医療法の公的病床規制は機能的配慮がなく不合理で、「地域保健計画」を作成する必要があると報告した^{注19}。1971年7月、日医の保険医総辞退の取捨に当たって、武見が医療基本法の制定を要求し政府との合意事項となる。

1972年1月に医療基本法案要綱（第一次事務局試案^{注20}）が示された。内容は、国が国民医療基本計画を策定すること、国の計画に基づき知事は都道府県医療計画を策定すること、知事は計画策定にあたりあらかじめ厚生大臣に協議すること、国立医療機関を中心に整備を行うこと、地域医療協議会の委員は医療関係団体の意見を聞いて医師その他の学識経験者から任命することなどであった。

同法案は以後、2月の第二次案^{注21}で、「国の計画に基づき」を削除、「国立医療機関を中心に整備する」を「国立その他の公的医療施設の役割を明確にする」などの修正をした。3月の第三次試案^{注22}では、「都道府県知事はあらかじめ厚生大臣に協議する」を「厚生大臣は必要に応じ知事に技術的助言・勧告をすることができる」などの修正をした。4月には、「厚生大臣の助言・勧告」を削除した第四次案^{注23}が出され、社会保障制度審議会に諮問される。5月には第五次案^{注24}で、前文中の医療担当者を「医師および歯科医師が中心になって」に修正、「医療計画審議会の委員は七人以上とする」と「地域医療協議会の組織・運営は都道府県の条例で定める」を追加し、国会に提出された。

このように医療基本法案の立法過程で、厚生省事務局試案は、医系技官により、中央統制的な部分が削除され、地域医師会が中心となる政策に転換していく。松尾政雄医務局長は、医療基本法案は「医療制度を保険制度から解き放ち医療制度自身の問題として組み直す」ものであり、「地域医療協議会には実務家が必要」と説明した^{注25}。技官

グループの自立と医師会との連携（専門家政策コミュニティの形成）を宣言したものである。

野党3党も対抗案として「医療保障基本法案」を共同提案した。その内容は日医をして「医療の社会化」と言わしめるものだった。

しかし6月に、佐藤政権末期のどさくさで、医療基本法案は健保、国鉄運賃値上げ両法案とともに廃案になってしまう。

(b) 廃案後の地域医療計画の実施過程—実験的事業による政策形成

医療基本法案廃案後、8月30日に日医の申し入れで、塩見俊二厚相および医療関係3局長と日医執行部とが医療基本法の今後について懇談を行った。日医との懇談を踏まえて滝沢正医務局長は、「医療基本法の考え方は不可欠」で、「地方の地域医療計画が積み上げられていく手法で行う」と明言する^{注26}。1973年7月には野党から「医療保障基本法案」が再度提案される。一方、戸沢政方事務次官は、「医療基本法案は健保法抜本改正のいわば後押しのために提出したもので、お粗末なのご破算にする。」と冷淡だった^{注27}。しかし滝沢は、「野党法案には根本的に一致できない。医療基本法を提出しなくても地域医療圏ごとの具体的な医療計画を決めていく。本年度5県のモデルで地域医療計画を策定し、その後全県で実施する。」と公式指示を出す^{注28}。1975年には5県での医療圏域設定の検討結果が報告され、医務局は都道府県に対し地域医療計画推進状況を報告させている。このようにして、地域医療計画は、医務局の実験的事業として実施され始めた。

1978年佐分利輝彦医務局長は、地域保健医療計画の策定を急げと指示し、「毎年2万床ずつ病床が増加している」と警告した^{注29}。吉村仁保険局審議官がこの頃から以前の戸沢発言とは逆に地域医療計画を支援するようになる^{注30}。1979年2月には医療審議会が、病床数は欧米並に充足したので今

後は公私を含めた病床規制を行う必要があるとの注目すべき答申をした^{注31}。佐分利医務局長は、次第に病床規制の方法論について踏み込んだ発言をするようになっていく^{注32}。

④アクターの状況とアクター間関係

(a) 厚生省—厚生技官の台頭

1960年代後半の医務局の重点施策は、救急医療センターの整備、がん対策、へき地対策であった。医療基本法案の立法過程で、松尾医務局長以下技官グループと医師会は協調して医療専門職主導の政策過程を作りだそうとした。5回にわたる法案修正過程で医務局技官が「一皮むけて」政策官僚に変身していった。医療基本法案廃案後は、事務次官発言とは反対に滝沢医務局長の指示により「地域医療計画の実施過程」が始まった。医系技官からの保険官僚主導の政策過程に対する異議申し立てであった。その背景には戦後入省した医系技官が、行政官僚としての手腕を磨き医療政策担当者として自信を持つようになっていたことがあげられる^{注33}。

この頃、医療行政を計画・指導行政に転換せよとの主張が若手官僚からも出されるようになり^{注34}、滝沢は厚生省の機構改革についても言及している^{注35}。1970年代には医療供給政策も個別医療政策から総合計画行政へと変容していく。

(b) 医療供給側—政策コミュニティの形成

日医は1968年4月に2年間検討した「医療基本法案」草案を発表し、医師の自由と独立性を保障すること、包括医療を地域で実施すべきこと、医療の基本計画を策定することなどを提案している^{注36}。日医は「医師会病院」を中心とする包括医療体制を既に構想していた^{注37}。社会党の「医療基本法案要綱」に対しては、「医療の社会化」、「医師の人民管理」だと批判する。一方で自民党の「国民医療政策大綱」については日医と充分協議

したものであると評価し、地方医師会の地域医療計画への主体的参加を指示している^{注38}。厚生省の「医療基本法案要綱」に関しては、医務局と立法過程で十分な協議を行っていた^{注39}。廃案後に、理事会でフリーディスカッションが2回行われ^{注40}、これを踏まえて日医が呼びかけ厚生省幹部との懇談会を開いた。その後、日医は地域医療計画に積極的に参加していく。この様に医系技官と医師会からなる政策コミュニティが形成され、野党・健保連の医療社会化構想と対峙する医療供給政策のグランドデザインを構築しようとした。

保険医総辞退は診療報酬をめぐる会員の不満をなだめるためのセレモニーだったが、日医と病院団体との亀裂を鮮明にさせた。〈個人開業医〉対〈病院〉という対立軸が浮上してくる。保険医総辞退に反対した、日病と全日病との間に合同機運が芽生える。しかし日医が最終的に反対したために合同は失敗する^{注41}。医療サービス市場では、病院の大規模化やチェーン病院の進出などが始まっていた^{注42}。

(c) 健保連・野党—対抗としての医療社会化構想

健保連は、公的医療機関の整備は国庫負担ですべきと主張していた^{注43}。健保財政の破綻は抜本改革を必要としており^{注44}、保険医総辞退は健保連を先鋭化させ、対抗手段として「テレビ放映」、「医療費通知・不正請求告発運動」などを打ち出す。1976年度には健保組合の半数が赤字と推計されていた^{注45}。岩越忠恕会長は経済団体及び労働団体と交渉の場を持ち大連合を形成しようとした^{注46}。

1971年4月社会党は、「医療基本法案」を提案する。その内容は、国営によらない医療社会化、公的病院の病床規制の撤廃と独立採算制の廃止、開業医に固定報酬制を導入すること、中央・都道府県に医療委員会を置き医療計画を策定実施する、都道府県委員会は県民の投票により選出することなどであった^{注47}。民社党は、医療供給体制に

については、病院と診療所の役割分化、家庭医と専門医の区分、公的病院の独立採算性の廃止と「病院公社」の設立などを主張していた²⁴⁸。

保険医総辞退は世論の医療に対する考え方を変化させ、野党や健保連の「医療社会化構想」が一層訴求力を持つてくる。1972年5月野党3党は社会党案を基に「医療保障基本法案」を共同提案、1973年7月にも再度提案して世論に訴えた。

(d) 自民党

1965年自民党に医療基本問題調査会が発足し、日医と協議を進め、1969年4月に「国民医療政策大綱」を発表する。その内容は、地域医師会と協力して包括的健康管理体制を樹立するというものであった²⁴⁹。1970年代に入ると自民党内に族議員が台頭し始め、医療政策においても、保険官僚や野党と対峙して医師会の「支援者」として政策過程へ参入してくる²⁵⁰。1977年9月に自民党医療基本問題調査会に橋本龍太郎副会長が私案を提出し、自由医療体制を堅持する方針を明確に打ち出す²⁵¹。自民党が医師会の支援者であった背景には、自治労（社会党系）、医労連（共産党系）対策があった。

(3) 1985年医療法改正の政策過程

(ケースⅢ)

①医療供給政策をめぐる政治的・社会的背景

この時代に政権は大平、鈴木から中曽根へと、55年体制の変容期へ入っていく。保革伯仲状況を経て、自民党が都市中間層の支持を拡大し保守復調の兆しが出てくる。1980年代は新自由主義の世界的潮流が支配した時代であり、わが国でも中曽根のもとで第二臨調・行革を背景に「日本型福祉社会」という新たなモデルが提示された。オイルショックを技術力で克服した日本経済は再び自信を取り戻していた。福祉国家の見直しというテーマの下に、受益者負担、規制緩和と民営化などが

提唱された。

1980年代の厚生行政では、健保・年金法抜本改正に関して多くの先行研究が見られる。大嶽秀夫は厚生官僚達が自由主義的時代背景をチャンスと見て積極的にイニシアティブをとろうと行動したことを強調する²⁵²。しかしキャンベルや中野実は自由主義的イデオロギーの影響を過度に評価することには批判的である²⁵³。筆者も、医療供給政策においては、参入規制を正当化させる根拠を提供するという促進要因となったにすぎないと考え

②医療法改正案の内容

1985年医療法改正の内容は、地域医療計画の導入、一人医療法人制度の創設、医療法人の監督強化であった。地域医療計画の概要は以下のようなものである²⁵⁴。

- 1 都道府県が医療計画を定める。
- 2 医療計画においては医療圏の設定、病院の必要病床数に関する事項を定める。
- 3 医療圏の設定及び必要病床数に関する標準は、医療審議会の意見を聞いて厚生省令で定める。
- 4 医療計画においては、医療機関の整備目標、僻地医療及び救急医療の確保、医療機関相互の機能連携、医療従事者の確保に関し必要な事項を定めることができる。
- 5 計画策定にあたっては、公衆衛生、薬事、社会福祉などとの連携をはかる。
- 6 厚生大臣は、計画作成上重要な事項について必要な助言をする。
- 7 都道府県知事は都道府県医療審議会の意見を聞いて開設・増床に関し勧告することができる。

しかし新たに導入された民間病院を含めた参入規制については、憲法上の理由（開業の自由）か

ら医療法上では「知事が勧告できる」とどまつた。

③1985年医療法改正の政策過程

(a) 1985年医療法改正の政策形成・決定過程

1980年9月富士見産婦人科事件を契機に医療法人の監督強化が必要だとして医療法改正が動きだす^{注55}。1981年3月厚生省は、医療法人の監督強化に加えて、「地域医療計画による病床規制」を盛り込んだ医療法改正案要綱^{注56}を提出し、社会保障制度審議会で老人保健法案と並行審議に入る。4月社会保障制度審議会は大筋原案通り答申したが、日医の反対^{注57}のため自民党の社会部会が法案要綱を預り店晒しされてしまう^{注58}。

1982年7月、臨時行政調査会第一部会は、医療費抑制が必要であること、地域医療計画の策定により総合的・効率的な整備を計画的に進めること、国公立医療機関は機能を明確にし整理・統合を行うことなどを報告した^{注59}。1982年8月老人保健法案が可決される。社会党は医療法改正案を国会に提出した。1983年3月厚生省の妥協案として「一人医療法人制度」が浮上し、花岡医師会も同意する^{注60}。しかし5月会期切れで継続審議となり、秋の解散で医療法改正案は廃案となってしまふ。

1984年2月健保法改正案が国会へ提出され、続いて年金法改正案、医療法改正案も提出される。8月健保法改正が、1985年4月には年金法改正が成立する。9月に日医羽田会長は、「官僚統制の排除」という条件^{注61}が通ったので医療法改正案を成立させると発言する^{注62}。医療計画の策定にあたって、都道府県知事は医師会の意見を「聞かなければならない」と法案が改められていた。秋の国会での社労委案件は医療法改正案一本のみで、「一人医療法人制度」創設という国会修正を加えて12月に成立した。

(b) 地域医療計画の実施過程

厚生省は1986年8月「医療計画策定指針等」の省令、通知等を公布する。しかし医療供給側では「駆け込み増床」が始まり、都道府県医療計画の策定・実施までの5年間で17万床（11%）が増加した。1986年6月に健政局総務課長が、医療計画公示前の病院開設申請について事前規制を指示し、9月には保険局長が、知事の勧告無視に対しては保険医療機関の指定拒否を指示する^{注63}。保険医療機関指定拒否は自由開業医制にとって「諸刃の剣」であるが、日医もこの際やむを得ないと考えていた^{注64}。駆け込み増床に対しては地域医師会の調整ではもはや統制不能だった。地域医療計画実施後5年が経過しても、医療供給の地域偏在は解消されず、過剰病床や不足病床が逆に増えて必要病床数との乖離が拡大した医療圏は31.8%もあったという^{注65}。駆け込み増床の一方で病院の倒産も多発していた。1970年代は年間10件台だったが、1980年代には60件台まで増加した^{注66}。病床数の急増に伴う看護婦不足も社会問題化した。

④アクターの状況とアクター間関係

(a) 厚生省

第二臨調の発足に際し、吉村官房長は臨調の第一部会長に梅本純正を担ぎ出し健保改革をねらった^{注67}。1982年8月老人保健法が成立し、医療保険政策の大転換がいよいよスタートする。この時期臨調路線を背景に、厚生省「革新派」グループが医師会との関係を逆転しようとし^{注68}、また高齢化社会を見据えた総合的政策としての「保健医療政策」も生まれていた^{注69}。官僚機構も調整型官庁から政策型官庁へと変化しつつあった。しかし医務局の地域医療計画については実験的事業を経て既定事実となっていた^{注70}。

吉村は9月に保険局長に就任すると「国民医療費適正化総合対策本部」を設置する。1981年版厚

生白書は、医療費適正化問題と年金を重点的に取り上げている。吉村は雑誌にいわゆる「医療費亡国論」を投稿し、「医療供給の過剰に対しては医療法の改正で対応すべき」と述べた^{注71}。1983年8月厚生省は予算概算要求で、「患者負担増と医療費抑制」で医療費を6千億円削減する大改革案を提示した。一方で「地域医療計画推進経費」として8千5百万円を計上している。「医療費抑制政策としての地域医療計画」に対する、保険局や大蔵省の支援体制があったことがうかがえる。1984年3月の医療費改定は実質2.3%の「引き下げ」になった。

厚生省組織では、衛生三局の組織改編が行われ健康政策局が生まれた。健政局は旧医務局の現業部門が切り離され政策官庁に純化^{注72}、地域保健医療計画を主管する計画課が設置された。医系技官が、公衆衛生、個別医療政策などにおける実績と政策官僚化の必要性を省内で認知された結果だったと思われる。

(b) 医療供給側

医師会では市場競争の激化により、開業医としての存続の不安や危機感が増大していた。その理由は第一に「1県1医大政策」により医師が急増していた^{注73}。第二に医療技術の進歩に伴い患者の大病院指向が顕著になっており、病院の高機能化、専門化、大規模化、チェーン化などが始まっていた^{注74}。第三に営利企業の参入問題、アメリカの病院経営会社など外資の参入問題も起きていた。1982年4月に25年間続いた武見体制が終焉する。武見路線に反対し、協調と対話を打ち出す花岡堅而が日本医師会会長となったが、1984年4月には強硬路線を主張する羽田春兎に敗れる。

医療サービス市場では、量的な充足に伴い今度は総量規制が必要となった。1979年10月には公正取引委員会が千葉・豊橋市医師会に、不当な開業制限をしないよう勧告をした。公私を含めた総量

規制を行う「業法」を作ることが、参入規制を維持するための根拠として必要だった。厚生技官が推進する地域医療計画に対して、都道府県レベルでの医師会の積極的参加も始まっていた。例えば、愛知県医師会では1980年11月に県の補助金を得て、「愛知県における保健・医療・福祉のシステム化計画」を策定し、続いて1983年6月に「愛知県地域包括医療基本計画^{注75}」を策定していた。

一方病院団体の活動を見ると、日病は、民間病院が市場競争激化から経営危機に直面しており、参入規制（病床規制）を望んでいた^{注76}。全国自治体病院協議会は、公的病床規制の撤廃、医療計画策定にあたり公的病院団体や医療を受ける者の意見も聞くべきことなどを主張していた^{注77}。しかし当時は、公立病院の非効率やサービスの悪さがマスコミのターゲットとなっており、公的病床規制撤廃（公的サービスの拡大）という要求は、第二臨調・行革の大きな流れの中でもはや国民の支持調達は不可能だった。

(c) 自民党

自民党では、厚生次官から政界に転出した戸沢が社会部会長となっていたが、地域医療計画については吉村らの姿勢と対照的だった^{注78}。1983年12月の総選挙で自民党は大敗、戸沢も落選し、保革伯仲状況が再現してしまう。自民党は健保改正を中曽根内閣の再選のための「剣が峰」と位置づけ総動員体制をとり、修正案を提示しやっと成立に至る。しかし医療法改正については、既に医師会の同意も取り付けてあり対照的にスムーズだった。この時期、族議員の活躍が指摘されているが、医療供給政策については専門家政策コミュニティにより政策形成が行われ、社労族議員は決定過程に関わるだけだった。

(d) 健保連・野党

当時の健保連は、1982年成立した老健法により老人医療拠出金の負担が健保財政を直撃してお

り、続いて健保法改正で財政調整問題が浮上するという非常事態だった。健保連は臨調路線に賛成し、官公労や社会党とは対立するようになっていた。医療費抑制のための病床規制についても基本的に賛成で^{注79}医療社会化構想からは離れてしまっていた。民社党も、社会党とは一線を画す方針で、臨調の基本答申を遵守し、医療施設の配置規制と医師数の抑制を主張していた^{注80}。

1982年8月社会党は、医療法改正案を国会に提出した。その内容は地域中核病院の指定と公的病床規制の廃止を掲げ、医療計画の統制的色彩が濃厚だった^{注81}。公的医療機関を補助するような政策は、第二臨調のムードの中で国民の支持調達は不可能だった。

4. 政策過程の変容

(1) 政策内容の変容

ここでは地域医療計画を、産業保護政策、行政計画、医療費抑制という三つの政策類型に整理して考えてみる。第一の産業保護政策としては、自由開業医制と患者の自由な医療機関へのアクセスといった競争市場での圧力が、中小医療機関を主体とする日医に対して医療法人制度、優遇税制、医療金融公庫の低利融資など中小企業保護政策を必要とさせた。1985年改正では、医療費抑制のために供給量規制が必要であるという新しい医療経

済学の理論が導入され、植草のいう「社会的規制を隠れ蓑にした、経済的規制としての参入規制^{注82}」が実施された。産業政策における規制研究は医療供給政策にも当てはまり、特に「大店法規制^{注83}」は、地域医療計画における病床規制と酷似している。地域医療計画は中小医療機関保護を主たる目的とするものだった。

第二の行政計画としての視点からは、西尾勝の指摘した問題点^{注84}が地域医療計画でも当てはまる。行政計画は「政治を行政に委ねること（土俵の変更）」を意味し、医療供給政策では医系技官と医師会からなる専門家政策コミュニティに「丸投げ」されてしまった。行政計画には公共目的に寄与するという根拠が必要だが、医療保険財源の長期的安定という医療保険政策の目標が利用され、参入規制の根拠となった。

第三の医療費抑制政策としての視点では、従来からあった診療報酬による医療費のコントロールという手法が一層強化され、それに加えて需要規制^{注85}と「供給量規制」が導入されることになった。

以上の政策類型とアクターとの関係を表2に整理した。産業保護政策では医師会が行政に依存する関係であり、行政計画では対立関係から医系技官をパイプとして協調・参加関係に変化した。医療費抑制政策では医師会と保険官僚との対立関係は政治的・経済的背景の下に抵抗と妥協の関係に変化した。

表2 政策類型とアクター間関係

	目的	厚生省と医師会の関係
(A)産業保護政策	開業医保護	医師会が行政に依存する関係
(B)行政計画	地域医療計画	対立 → 協調・参加関係
(C)医療費抑制政策	供給量規制	対立 → 医師会の抵抗と妥協

(A)は医師会のニーズ、(B)は厚生技官の目標、(C)は保険官僚の目標である。

→ は関係の変化を表している

この三つの政策類型と地域医療計画に関わる三つの政策過程との関係を表3に整理した。ケースⅠでは産業保護政策（公的病床規制）が中心で、民間については業界自主規制に委ねられた。ケースⅡでは行政計画が中心課題となり、医療基本法案廃案後に地域医療計画はモデル事業という手法を使いながら実施過程に入ってしまう。ケースⅢでは産業政策、行政計画に加えて新たな医療費抑制政策も加わった「統合作品」であった。地域医療計画は、ケースⅡで実験的事業による政策形成過程を経て政策案として洗練されるとともに、医師会の積極的参加も得て、さらにケースⅢに至って医療費抑制を目的とする保険官僚や健保連の支持も調達した。時代背景という追い風を受けながらも、政策としての完成度、統合性、各アクターの支持調達などが成功の原因であった。

(2)アクターとアクター間関係の変容

①アクターとアクター間関係の変容

三つの政策過程の比較により、アクター自身の変容とアクター間関係の変容が明らかとなった。厚生省内では医系技官が台頭し、保険官僚に対抗して医療政策の主導権をとろうとする。医療供給側では、市場の成長に伴い医療機関の階層分化が進行し、個人開業医や中小病院を主体とする医師会、民間大病院、公的・公立病院などの内部対立が生まれた。ケースⅡで技官・医師会共同体（専門家政策コミュニティ）による政策過程が出現した。

野党3党と健保連は、ケースⅡでは医療社会化構想で連合し技官・医師会共同体に対抗した。しかしケースⅢに至ると自由主義的改革の流れの中で対抗勢力は分断され大きな力とはなれなかつ

表3 政策内容の変容

	(A)産業保護政策	(B)行政計画	(C)医療費抑制
ケースⅠ	参入規制（公的病床規制と民間自主規制）	個別・補完的政策*1	診療報酬による統制
ケースⅡ（廃案に）	参入規制（私的病床も含めた規制）	包括的医療計画 *2	診療報酬による統制
ケースⅢ	参入規制（私的病床も含めた法的規制 *3)	包括的医療計画	診療報酬による統制 受診抑制 供給量規制

*1 包括的政策が、日本医師会の参加を得て医療制度調査会の答申として行われていたが政策案にまでは成熟しなかった。

*2 医師会の参加を得て実験的事業として実施された。

*3 知事の勧告以外に、保険医療機関指定拒否という医療保険政策の行政手段も利用された。

太字部分が政策の中心で、ケースⅢは政策の統合性も高かった。

表4 アクター間関係の変容

ケースⅠ	〈社会党〉 → 〈厚生省〉 対 〈医師会〉 ← 〈自民党〉
ケースⅡ	〈自民党〉 → 〈技官・医師会共同体〉 対 〈野党3党+健保連〉
ケースⅢ	〈自民党+大蔵省+保険官僚+健保連+民社・公明党+マスコミ〉 → 〈技官・医師会共同体〉 対 〈社会党〉

→は支援者、+は協力関係を表している。**太字**は主役である。ケースⅡで厚生技官と医師会からなる政策コミュニティが形成された。ケースⅢでは対抗勢力の分断により、主役の座は専門家政策コミュニティが独占することになった。

た。これらアクター間関係の変容を表4に整理した。

②厚生技官の台頭と政策コミュニティの形成

厚生省内で技官が重要な位置づけとなるのは、占領政策で局長ポストが設置されたことに始まる^{註86}が、行政官としての技官が育つまでには時間がかかった^{註87}。1970年代に入ると松尾、滝沢ら医務局トップは医療供給政策を医療保険政策の下請けから脱却させようと志向し始めた。ケースⅡで、医療基本法案の立法過程と、廃案後の「実験的事業としての地域医療計画の策定作業」は厚生技官の台頭を証明するものであった。ケースⅢで衛生三局の組織再編により健政局が生まれたことは、厚生技官の政策官僚化が省内で認知されたものだった。

なぜ技官と医師会からなる政策コミュニティが形成されたのかという疑問には、医療社会学や組織論の研究がヒントを与えてくれる。専門職である医師は、「自律性の確保」を最大の目標としており^{註88}、医師会の行動特性である官僚統制への反発の理由や排他性が説明できる。一般に専門職は所属組織と専門職社会という2つの集団に帰属することになり^{註89}、準拠集団として所属組織より専門職社会を優先させる傾向があるという^{註90}。自律性と倫理基準を備えた専門職という共通基盤の上に、技官と医師会からなる専門家政策コミュニティが成立した。その後の地域医療計画の実施過程を通じて、都道府県レベルでの専門家政策コミュニティはますます強固になってきている。

(3)野党の対抗としての医療社会化構想

ケースⅡで技官・医師会共同体が成立するには、野党・健保連の「対抗としての医療社会化構想」の存在が影響を与えた。保険医総辞退は、野党3党や健保連に、自由開業医制に規制を加え公

的医療機関中心の医療供給政策を行うことの必要性を痛感させた。一方で世界的な冷戦体制の膠着と保革伯仲状況の下で「野党の対抗構想」は医師会にとっては脅威であり反射的に技官・医師会共同体を結成させることになった。ケースⅡで地域医療計画を下から積み上げて中央へ迫るという手法は、野党の中央統制的な医療計画に対してシンボリックに主張された。

(4)新たな政策形成モデル—実験的事業による政策形成

ケースⅡで医療基本法案の廃案後に医務局長の指示により5県でモデル事業として地域医療計画が実施された過程から、『実験的事業による政策形成モデル』という新たな行政手法が析出できる。この手法は、もともと公衆衛生学分野から出発したものであるが医療供給政策、医療保険政策にも応用されることになった^{註91}。衛藤やキャンベルの研究からも実験的事業による政策形成モデルが析出できた^{註92}。ケースⅢは実験的事業による政策形成過程の追認であったに過ぎない。

5. おわりに

1985年医療法改正による病床規制は、知事が勧告しかできなかったため、勧告無視が出てさらなる規制の強化が必要となった^{註93}。供給量規制は緊急避難的なものであり、恒久的な政策としては適当でないとの考え方もあったが^{註94}、一旦作られた規制はさらなる規制を必要とし、1998年には国民健康保険法等の改正が行われ、保険医療機関の指定拒否が法制化されている^{註95}。

政策の形成・実施過程で専門家からなる政策コミュニティが推進機能を果たすのは、専門技術領域の政策過程の一般的特性であろう。部外者には政策内容が専門的なため政策過程に参加するのに

限界があるからである。その結果、決定過程では自民党と日医の合意があれば大した混乱もなく決定することになる。しかし、本来なら政治の場で議論されるべき地域医療計画の決定が、審議会に委ねられ、少数の専門家によって決定されることの危険性も忘れてはならない。池上／キャンベルは、アメリカと比較して日本には医療政策の専門家がいないと指摘した¹⁹⁶が筆者も同感である。今後はもっと政策の専門家を育てる必要があるし、加えて審議会での議論の内容の公表など情報の公開性が担保として重要であろう。

注

- 1 政策コミュニティは、医療、住宅、環境保護など特定領域における専門家から構成されている。彼らは議会委員会、官僚、利益団体、学会など政府の内外に散らばり存在し、政策形成過程を支配する。 J.W.Kingdon. *Agendas, Alternatives and Public Policies* 2nd Ed. Longman, 1995. 政策コミュニティとは、参加するアクターの固定性、継続性、排他性、情報の共有などを特徴とする政策ネットワークである。 R.A.W.Rhodes/D.Marsh. *Policy Networks In British Politics*. in D. Marsh / R.A.W.Rhodes (ed.). *Policy Networks in British Government*. Clarendon Press, 1992. 大嶽は実行可能な具体的政策の提言者という役割を担うものと説明している。大嶽秀夫. *政策過程*. 東京：東京大学出版会, 1990年：105. 医療供給政策における政策コミュニティについては大杉も示唆している。大杉覚. 第4章 医療行政の再編と健康政策局の組織対応. *社会環境と行政Ⅲ*. 東京：行政管理研究センター, 1993年.
- 2 このような論調は以下を参照。 J.C.キャンベル. *日本政府と高齢化社会*. 東京：中央法規出版, 1995年. 池上直己, J.C.キャンベル. *日本の医療*. 東京：中央公論社, 1996年. 藤田由紀子. 昭和50年代以降の医療政策における行政の管理手法. *季刊社会保障研究* 1994；30-3.
- 3 例えば、衛藤幹子. *医療の政策過程と受益者*. 東京：信山社出版, 1993年. 同. 80年代以降の保健医療政策をめぐる考察. *レヴァイアサン* 1995；16. などがある。
- 4 顧客の分類については、大杉覚. 第4章 医療行政の再編と健康政策局の組織対応. 前掲書, 1993. を参照。
- 5 池上／キャンベル. 前掲書：4-20.
- 6 以下を参照。田口富久治, 十枝内良憲. 圧力団体としての医師会. *中央公論* 1959；4. 村松岐夫, 伊藤光利, 辻中豊. 戦後日本の圧力団体. 東京：東洋経済新報社, 1986年. 高橋秀行. 日本医師会の政治行動と意思決定. 中野実編. *日本型政策決定の変容*. 東京：東洋経済新報社, 1986.
- 7 鶴田だけが1970年代の医師会の変容を示唆している。鶴田忠彦. *日本医師会の行動. 日本の医療経済*. 東京：東洋経済新報社, 1995：160-165.
- 8 佐口卓. 第5章 日本の医療保険と医療制度. *福祉国家 5 日本の経済と福祉*. 東京：東京大学出版会, 1985：261-264.
- 9 同上. 前掲書：246.
- 10 病床を12万床から38万床へ増加させる、医療機関の偏在の規制、公立病院を中心とした体系的病院網の整備などを内容としていた。 *社会保険旬報* 1959/10/1：16.
- 11 事務局に吉村仁がいた。その後吉村は三重県に出向し厚生省の補助金を得て1964年『三重県保健福祉計画』を策定している。
- 12 若松栄一医務局長が就任記者会見で率直に語っている。 *社会保険旬報*No804 1965/10/21：

- 11.
- 13 1962年に包括医療、地域性を重視した地域医療計画の策定など医師会寄りの答申をしている。
- 14 社会保険旬報 No654 1961/8/21 : 18-19.
- 15 「社会保障政策大綱」
同上 No669 1962/1/21 : 17-18.
- 16 その理由は、国や自治体に財政的余裕がまだあったことと、保革伯仲状況のためだった。横山和彦、「福祉元年」以後の社会保障、東京大学社会科学研究所編、転換期の福祉国家（下）、東京：東京大学出版会、1988.
- 17 社会保険旬報 No1043 1972/6/11 : 36-37.
- 18 同上 No1043 1972/6/11 : 31-35. いわゆる「医療社会化法案」である。
- 19 同上 No962 1970/3/11 : 31. 同 No986 1970/11/11 : 10-12.
- 20 同上 No1030-31 1972/2/1-2/11 : 25-27.
- 21 同上 No1035 1972/3/21 : 36-37.
- 22 同上 No1037 1972/4/11 : 41-42.
- 23 同上 No1040 1972/5/11 : 35-36.
- 24 同上 No1043 1972/6/11 : 36-37.
- 25 同上 No1041 1972/5/21 : 17.
- 26 同上 No1060 1972/12/1 : 8-9.
- 27 1974年3月の次官就任記者会見で。
同上 No 1105 1974/3/11 : 11.
- 28 1974年4月の全国医務主管課長会議での発言、予算も地域保健医療計画策定費として660万円計上されていた。同上 No1110 1974/5 /11 : 14-15.
- 29 同上No1250 1989/5/1 : 15.
- 30 同盟主催のパネルディスカッションでの日医弓倉理事への発言。同上No1253 1978/6/1 : 13. 佐分利との座談会での発言。同No1274 1979/1/1 : 21-32.
- 31 同上 No1279 1979/2/21 : 18. 同 : 26.
- 32 民間病院の規制には「公共の福祉」という目的が必要だと発言する。同上 No1279 1979/2/21 : 18. 病床規制の方法として保険医療機関に指定しないという方法もあると発言する。同 No1301 1979/10/1 : 9.
- 33 水野肇。厚生官僚の実力と無力。文芸春秋 1970 ; 3.
- 34 多田宏, 石倉寛治。転機にたつ厚生行政。社会保険旬報 No961- No969. など
- 35 同上 No985 1970/11/1 : 13.
- 36 日医雑誌 59-7 1968/4/1 : 1000-1004.
- 37 同上 61-4 1969/2/15 : 526-532. 医師会病院の設立構想は1950年にすでに打ち出されており、1968年には43施設になっていた。
- 38 同上 66-3 1971/8/1 : 326-327.
- 39 経過報告が理事会記録にあり、法案修正過程が詳細に記載されている。同上 1972 67-4, 67-6, 67-9.
- 40 同上 68-5 : 558-566. 同 68-5 : 676-680. 理事会内での議論の詳細が全て公表されている。
- 41 日本病院会30年史。日本病院会、1984 : 178-179. 同 : 199.
- 42 1978年暮れ頃よりマスコミはチェーン病院として全国展開を図る「徳州会病院ブーム」に沸いた。
- 43 1966年健保連の「医療保険制度に関する基本的考え方」。社会保険旬報 No827 1966/6 /11 : 18-25.
- 44 政管健保は累積赤字が急増し、1968年1,187億円へと膨らんだ。組合健保も政管健保より保険料率の高い組合が1965年には76%にも達した。健保連50年の歩み。健康保険組合連合会、1993 : 45-47.
- 45 同上 : 107.
- 46 同上 : 93.

- 47 社会保険旬報 No1002 1971/4/21 : 33-37.
- 48 1967年民社党の「医療保険抜本改正要綱」。
同上 No879 1967/11/21 : 18.
- 49 同上 No930 1969/4/21 : 16-20.
- 50 橋本龍太郎のコメントからもわかる。吉村仁
さん。東京：ぎょうせい，1988 : 256-259.
- 51 自治体病院の半数強が救急医療を行っていない
と指摘している。社会保険旬報 No1228
1977/9/21 : 30-31.
- 52 大嶽秀夫，自由主義的改革の時代，東京：中
央公論社，1994 : 143-161.
- 53 ジョン・C・キャンベル，日本政府と高齢化社
会，前掲書 : 444. 中野実，現代日本の政策過
程，東京：東京大学出版会，1992 : 15-82.
- 54 社会保険旬報 No1426 1983/4/1 : 30-32.
- 55 園田厚相が就任記者会見で表明した。同上
No1337 1980/10/1 : 20.
- 56 同上 No1354 1981/3/21 : 42.
- 57 基本的に賛成だった日医が反対に回ったの
は、6月の診療報酬改定問題が原因だった。同
上No1391 1982/4/11 : 15.
- 58 日本医師会創立記念誌－戦後50年の歩み。
日本医師会，1997 : 164.
- 59 社会保険旬報 No1397 1982/6/11 : 25-26.
- 60 日本医師会創立記念誌－戦後50年の歩み。
前掲書 : 173.
- 61 「官僚統制の排除」という条件が何だったの
かは、竹中浩治健康政策局長が明らかにしてい
る。社会保険旬報 No1525 1985/12/11 : 10-
12頁。同 No1547 1986/7/11 : 8-13.
- 62 同上 No1519 1985/10/11 : 42.
- 63 同上 No1592 1987/9/21 : 28.
- 64 1987/8日医の移動理事会で急遽決定した。同
上 No1590 1987/9/11 : 5.
- 65 高木安雄，医療計画による医療供給体制の変
化と問題点，季刊社会保障 31-4 1996.
- 66 1980年42件、1981年34件、1982年51件、1983
年54件、1984年68件、1985年55件だった。社会
保険旬報 No1570 1987/3/1 : 34-35.
- 67 梅本純正のコメント。吉村仁さん，前掲書：
121-124. 梅本は吉村の元上司で厚生次官、環
境次官、内閣官房副長官を歴任している。
- 68 高橋秀行，日本医師会の政治行動と意思決定。
前掲書 : 247.
- 69 佐口卓，日本の医療保険と医療制度，前掲
書 : 271-287. キャンベル，日本政府と高齢化
社会，前掲書 : 417-428.
- 70 1982年1月大谷藤郎医務局長は、医療法改正
の有無に関わらず計画策定を進めるため予算も
確保してあると述べた。社会保険旬報No1384
1982/2/1 : 22-23. 医務局総務課長も、地域医
療計画が既定事実であることを強調している。
同 No1396 1982/6/1 : 18.
- 71 吉村仁，医療費をめぐる情勢と対応に関する
私の考え方，同上 No1424 1983/3/11 : 12-14.
- 72 大杉覚，第4章 医療行政の再編と健康政策
局の組織対応，前掲書，1993.
- 73 1970年代から医科大学の増設により、1980年
代には医学部の入学定員が約4千人から8千人
へと倍増した。
- 74 花岡は医療保険制度の維持のためには「大型
の医療機関や乱獲密漁によって出ていくものを
防ぐ」必要があると述べている。日本医師会創
立記念誌－戦後50年の歩み，前掲書 : 169.
- 75 挨拶の中で中村道太郎会長は、「われわれが
官僚主導を嫌うならば、自ら率先して地域医療
計画の策定に参加しなければならない。」と述
べている。
- 76 医療法人の監督強化と一人医療法人制度につ
いても要望していた。日本病院会30年史，前掲
書 : 281-294.
- 77 社会保険旬報No1426 1983/4/1 : 32.

- 78 1982年4月再度見送りを決めた時の発言から解る。同上 No1390 1982/4/1:21.
- 79 健保連50年の歩み。前掲書:9。同:582.
- 80 1984年4月に医療改革案を出した。社会保険旬報No1465 1984/4/21:30.
- 81 社会党の医療法改正案は以前の医療社会化構想のままだった。同上 No1404 1982/8/21:26.
- 82 植草益。公的規制の経済学。東京:筑摩書房, 1991:3-68.
- 83 大山幸輔。大型店紛争における通産省・商工会議所の『調整』行動。中野実編。日本型政策決定の変容。前掲書。
- 84 西尾勝。行政学の基礎概念。東京:東京大学出版会, 1990:189-249.
- 85 患者の一部負担金増加という形で受診抑制をはかった。
- 86 杉山章子。占領期の医療改革。東京:勁草書房, 1995:58-61.
- 87 水野肇。厚生官僚の実力と無力。前掲書。
- 88 進藤雄三。医療の社会学。東京:世界思想社, 1990.
- 89 田尾雅夫。組織の心理学。東京:有斐閣, 1991:82-112.
- 90 太田肇。プロフェッショナルと組織。東京:同文館, 1993:51-80.
- 91 老人保健施設の試験的施行、診療報酬請求システムの合理化(レインボーシステム)、DRGなどに拡大されていった。
- 92 衛藤幹子。医療の政策過程と受益者。前掲書:101-156。J.C.キャンベル。日本政府と高齢化社会。前掲書:422.
- 93 特定医療法人徳州会が鹿児島県知事の処分を不当として1997年12月行政訴訟に勝訴した。
- 94 郡司篤晃。地域福祉と医療計画。季刊社会保障研究 26-4 1991.
- 95 これについても徳州会が行政訴訟を提起したが、1999年一審敗訴。
- 96 池上/キャンベル。日本の医療。前掲書:17-18

著者連絡先

〒468-0031

名古屋市天白区高宮町1 4 1 0

国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科
教授 中島 明彦

TEL./FAX.052-804-2322

The Metamorphosis of Policy Process in Health Service Policy

– Medical Officers and Policy Community –

Akihiko Nakajima *

I have analyzed the three cases of policy process of the Regional Health Service Plan. The first case was the amendment to the Health Service Act in 1962, which introduced control over the number of the public hospital beds. The second case was the Health Service Fundamental Act, which was rejected in 1972 but resulted later as the experimental implementation of the Regional Health Service Plan. The third case was the amendment to the Health Service Act in 1985, which introduced the Regional Health Service Plan and the control over the number of hospital beds. In the second case the policy process of the health service policy had metamorphosed by the rise of the medical officers and the formation of the medical professionals' policy community.

Health Policy can be divided into health service policy and health insurance policy. As for health service policy, the policy community composed of the medical officers and Japan Medical Association was formed in the 1970s, and the Chief Medical Officer had implemented the Model Plan of Regional Health Service after the bill was rejected. In the background there was the idea held by the opposition parties to socialize the health service system. The significance of the amendment to the Health Service Act in 1985 was merely to confirm the prearranged policy prepared by the policy community.

[key words] Health Service Policy, Policy Process, Medical Officer, Japan Medical Association, Policy Community, Health Service Act, Health Service Fundamental Act, Regional Health Service Plan, Containing Hospital Beds, Socialization of Health Service System

* Health Service Management, International University of Health and Welfare