

論文要約

中島明彦『医療供給政策の政策過程－地域医療計画の形成・決定・実施過程と政策の変容』
同友館、2017年1月30日発行。

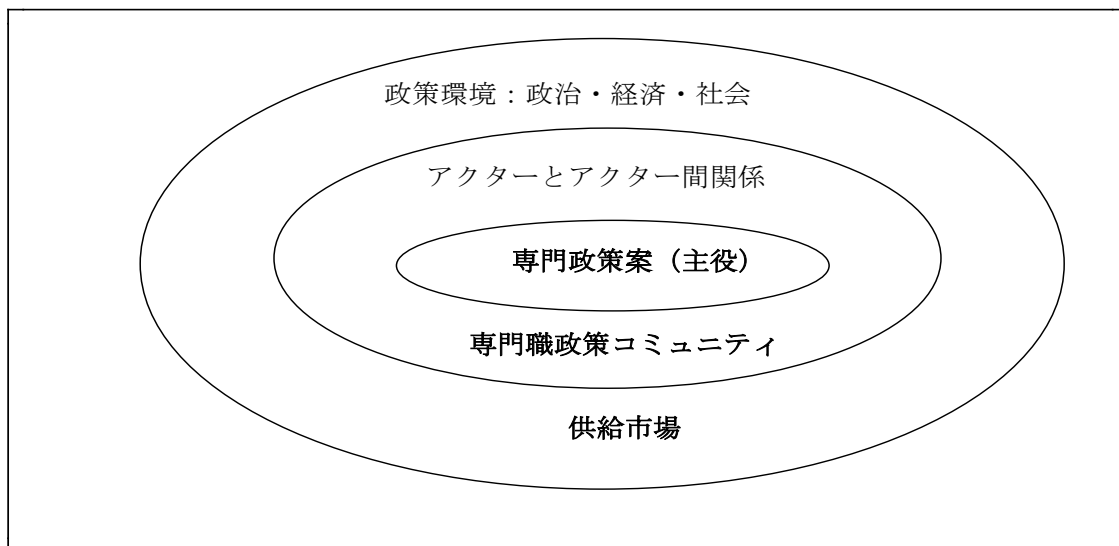
序章 政策過程分析の方法と課題

本研究は医療供給政策における「地域医療計画」を主題とした比較政策過程研究である。序章で政策過程研究に関する文献レビューを行った。政策過程研究の動向をパワーアプローチ、政策アプローチ、環境アプローチ、過程アプローチに整理した上で医療政策に引きつけて検討している。本研究では過程アプローチをベースに事例の記述を行った上で、パワーアプローチ、政策アプローチ、環境アプローチも考慮し、さらに専門政策や公共政策だけでなく産業政策の視点も加味して分析を行う。またアクター間関係、特に専門職政策コミュニティに着目する。先行研究には専門職政策コミュニティに焦点を当てた事例研究は全く見られなかった。新たな分析枠組みとして、政策過程の構造（図0-4-1）、政策過程のステージと循環（図0-4-2）を踏まえ、医療供給政策の政策過程モデル（図0-4-3）を提示する。

研究の方法は、地域医療計画に関わる政策過程として5つの事例を医療供給政策の政策過程モデルに基づいて記述し、政策過程を比較する比較政策過程研究である。変数として政策環境、政策案、狭義の政策過程、政策アクターとアクター間関係などを分析し、政策過程の変容、政策の変容を明らかにしている。

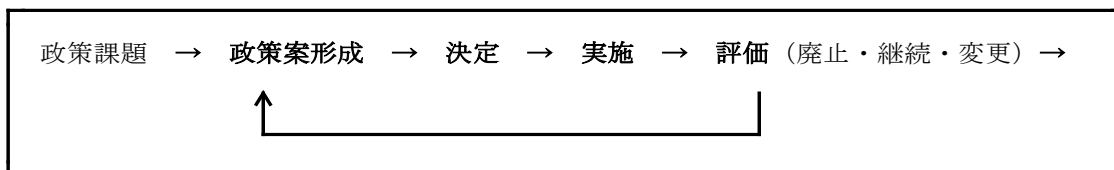
実務研究者である著者にとっては、政策過程のうち「いつ、どこで、どのようにボタンを押せば望ましい政策を導き出すことができるのか？」を明らかにすることが課題である。

図0-4-1 政策過程の構造



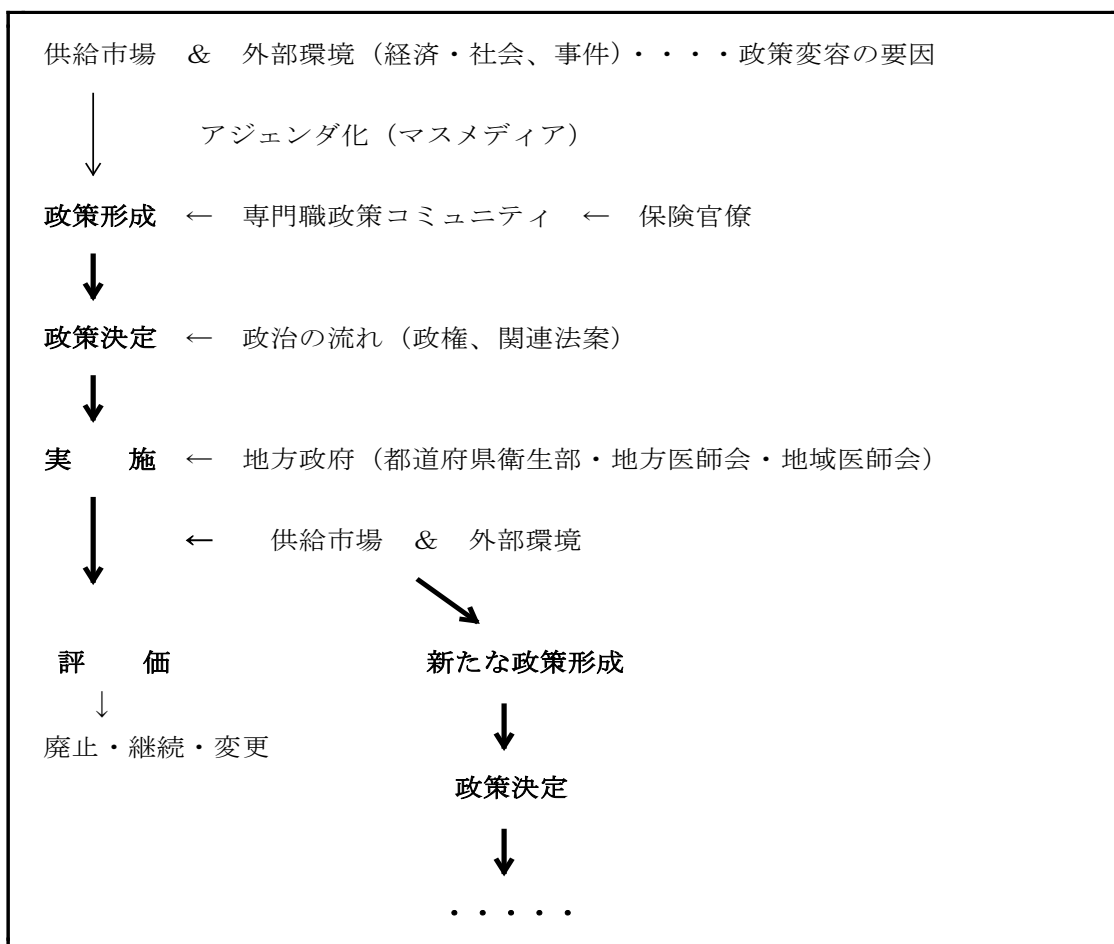
*太字が重要な要素である。

図 0-4-2 政策過程のステージと循環スパイラル



*太字は狭義の政策過程である。

図 0-4-3 医療供給政策の政策過程モデル



*太字は狭義の政策過程である。

以上を踏まえ、さらに第 1 章で専門政策としての医療政策に関する先行研究をレビューしている。

第 I 部 地域医療計画の形成・決定・実施過程

第 I 部（第 1 章～第 3 章）では、地域医療計画の形成・決定・実施過程における政策過程の変容を取り上げる。第 1 章で医療供給政策の政策過程に関わる先行研究を整理し、医療供給政策を見ていくための基本的視座を用意する。第 2 章で地域医療計画に関わる 3 つの事例の政策過程を記述する。続く第 3 章で 3 つの事例の比較分析を行う。特に政策過程の変容に着目する。これによって、自由主義的改革の時代に、時代思潮と逆行するような病床規制を含む地域医療計画がなぜ形成・決定されたのか、地域医療計画はどのような過程をたどって形成・決定・実施されたのか、政策アクターはどのような戦略をとり影響力を行使したのかなどを明らかにする。

第 1 章 医療供給政策における政策過程の特性

医療政策に関する先行研究のレビューでは、政治学からの分析はそれほど多くはなく、しかも医療供給政策と医療保険政策とを明確に区分していないため、ほとんどが医療保険政策に軸足を置いたものだった。政策アクターに関しても、アクター別の分析と変化を捉えようとするものに限られ、アクター間関係を取り上げたものはなかった。さらに医療専門職政策コミュニティに焦点を当てた研究は全く無い。医療政策の政策過程を長期の政策循環のスパイラルとして分析したものも無かった。医療供給政策を産業政策と捉えて政策内容とその変容を分析した研究も全く無い。医療政策を医療福祉経営の視点から外部環境のマネジメントとして捉えた研究もなく、外部環境を所与のものとして戦略提案するといったものに限られていた。

比較政策過程分析のポイントとして、①医療供給政策を取り巻く政策環境、②政策の内容、③政策の形成・決定・実施過程（狭義の政策過程）、④アクターとアクター間関係を取り上げる。

本研究では医療保険政策と医療供給政策とを明確に区分して分析を行う必要があることを主張している（表 1-4-1）。

第 2 章 地域医療計画の形成・決定・実施過程（ケース I・II・III）

本章では地域医療計画に関わる 3 つの事例について、その政策過程を再構成し詳細に記述している。

1 1962 年医療法改正（公的病床規制）の政策過程（ケース I）

1-1 医療政策を取り巻く政治・経済・社会的背景

55 年体制の確立期であり、経済成長と福祉社会の充実が政治課題だった。国民皆保険の前提として医療供給体制の担保が必要とされた。無医地区の解消、病院の適正配置、医療機関の都市への集中是正など医療機関整備の問題が浮上してくる。しかし、公的医療機関を中心に医療体制を整備する方針は財政資金の不足から放棄せざるを得なくなり、医療法人制度の創設、医師優遇税制、医療金融公庫の創設などのインフラ整備をした上で民間に委ねる方向へ転換される。

1-2 政策案

都市部への医療機関の集中に対し、公的病床は法で規制し、私的医療機関については地域医師会の調整（業界自主規制）に委ねることとなる。国、三公社等の病院開設は厚生大臣の意見を聞く

表 1-4-1 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
<政策課題>		
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 制度間格差是正（公平化）
<顧 客>		
直接顧客	医師会	保険者、医師会
究極顧客	患者、地域社会、保険者	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 vs 非専門職	保険官僚 vs 健保連 vs 日医
中央・地方関係	決定は中央、実施は地方レベル	決定、実施ともに中央政府
政策コミュニティ	医系技官と医師会からなる専門 職政策コミュニティ	保険官僚と OB
<アクター>		
主 役	医系技官、医師会	厚生省、保険者、医師会
脇 役	自民党、保険官僚、野党、健保 連、病院団体	自民党、野党
厚生省内の管轄 担当者	健康政策局（医務局） 医系技官	保険局 保険官僚（事務官）

* vs は対抗関係を表す。

出典：中島（1999、2001）を一部修正

こととする。公的病院等の開設は都道府県知事の認定を必要とし、基準に適合しないときには知事は許可を与えないことができる。都道府県に医療機関整備審議会を置く。医療機関整備の基準は厚生大臣が医療審議会の意見を聞くこととし、地域別に人口対比必要病床数を定める。

1-3 政策の形成・決定・実施過程

多くの社会保障学者の「医療の社会化」が必要だとの主張にもかかわらず、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た。1959年3月に医療法改正案を国会に提出するが廃案となってしまう。1962年2月の医療制度調査会医療施設部会報告で、大都市への医療施設の集中を防止するため、さしあたり公的施設の適正配置が必要だとされる。3月に社会党が

医療法改正案を提出、4月には自民党案も出て、9月に社会党・自民党の折衷案として議員提案され成立した。公的病床規制と民間自主規制は1964年から実施され、その後2年毎に必要な病床数の見直しが行われて1979年まで続くこととなる。

1-4 アクターとアクター間関係

戦後の復興期が終わると厚生省では社会保障5ヶ年計画が策定され、医療機関の計画的整備、国民皆保険・皆年金等が打ち出されている。1962年厚生省設置法改正で社会保険庁が設置される。この時期官房長には梅村、大臣官房企画室に吉村仁がいた。当時の医務局長は医務局の役割を医療保険の下請けと中小企業保護政策であると述べている。国民皆保険実施後は医療費が急増し、厚生省・医師会・保険者で三つ巴の闘争が始まることになる。

医療供給側では1957年武見太郎が日本医師会長に就任し、1982年まで25年間にわたり会長の座に君臨することになる。武見は常に「医療国営化」を懸念し、専門職の自律性を主張した。1957年堀木厚相の甲・乙2表諮問をきっかけに、日本病院協会と日医との対立も始まる。私的病院は全日本病院協会を設立し、また全国自治体病院協議会も設立され病院団体は完全な分裂状態となってしまう。日医は武見体制が確立し、日医と厚生省保険局との対立軸も確定する。病院団体の分裂により、結果的に日本医師会が医療供給側を代表することが制度化した。しかし医療供給政策に関しては医療保険のような全面对立ではなく、業界が官僚に依存する関係が成立した。

健保連は公的病院主体の医療体制を要求していた。社会党も医療社会化を目指していたが、財源不足から現実的には不可能であることを自覚しており、とりあえず医療機関の都市集中を規制するため医療法改正案を国会に提出した。健保連や社会党は厚生省保険局の主張を代弁している部分もあった。

2 1972年幻の医療基本法案の政策過程（ケースⅡ）

2-1 医療政策を取り巻く政治・経済・社会的背景

世界的な冷戦体制膠着の下で、東西ともに福祉拡充の時代に入っていく。我が国は高度成長期を迎え世界市場へ進出し始めていた。一方で高度成長の歪みや環境問題も生まれ、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。1973年は福祉元年と呼ばれることになるが、オイルショックの年でもあった。1960年代後半から医療供給体制の立ち後れが指摘されるようになり、救急車たらい回し事件などが発生し、一県一医大構想が実現する。

2-2 政策案

医療基本法案は3章全10条からなり、都道府県や国の医療計画を定めるという簡単なものだった。都道府県、国はそれぞれ医療審議会を置きその意見を聞いて医療計画を定めることとし、地域毎に医療協議会を置く。しかしその背景には医療計画の策定と実施を誰がどのように行うかをめぐって関係者間の争いを生み出すこととなった。厚生省案では審議会等の委員は当然に医療専門家であることを前提としていた。野党3党（社・公・民）も医療保障基本法案を提出するが、その内容は健康管理医制度、医療委員会の委員の公選制、過半数を住民代表とすることなど日医をして「医療の人民管理」だと反発させることになる。

2-3 政策の形成・決定・実施過程

医療基本法案は武見医師会の保険医総辞退の收拾にあたって日医と政府・自民党との合意によるものだった。立法過程で松尾医務局長が日医と頻繁に打ち合わせを行い、法案は第一次、第二

次、第三次と順次医師会寄りに修正されて中央統制的部分が削除されていく。医系技官が「一皮むけて」政策官僚へと変身し、医系技官と医師会からなる専門職政策コミュニティが形成されていく。1972年5月国会へ提出された法案は第5次案だった。野党3党も医療保障基本法案を提出するが、日医は「医療の社会化」だと批判する。しかし、本法案は佐藤政権末期のどさくさで、健保・国鉄運賃値上げ法案とともに6月廃案となる。廃案後に就任した滝沢医務局長は、野党の医療社会化法案には納得できないと明言し、日医と合意の上で都道府県に対して地域医療計画を策定するよう指示する。その後17県で医療計画が策定された。そして佐分利医務局長時代に、医療費抑制を主張する吉村保険局審議官のバックアップを得て、病床規制を組み込んだ医療計画として再浮上する。

2-4 アクターとアクター間関係

日医は大規模病院の進出や外資の登場を問題視しており、医師会の自主規制が独禁法違反に問われるなどしたため地域医師会の不安に応える必要があった。武見会長は医師会員の不満に突き上げられ保険医総辞退を決行している。

厚生省内では戦後入省した医系技官達が行政官僚として成長し、政策担当者として自信を持つようになっていた。医療供給政策も救急医療、がん・僻地対策など個別医療政策から総合計画行政へと変容を遂げる。

健保連では保険医総辞退が健保連をターゲットにしたものだったため、日医に対する対抗手段としてテレビ放映、医療費通知・不正請求告発など先鋭化する。健保連は経済団体・労働団体と連携し大連合を形成しようとする。健保連と野党3党は医療社会化構想を主張するようになる。自民党内では族議員が台頭し、医療基本問題調査会を発足させ医師会の擁護に回り、小沢辰男、橋本龍太郎など社労族が力を付けつつあった。

3 1985年医療法改正による地域医療計画の政策過程（ケースⅢ）

3-1 医療政策を取り巻く政治・経済・社会的背景

1980年代は新保守主義の世界的潮流が支配した時代だった。我が国でも中曽根政権の第二臨調・行革の下で国鉄民営化などが行われた。厚生行政でも老人保健法成立、医療保険・年金の抜本改正が行われており、この時期を捉えて自由主義的改革の時代だったとする論調が多い。しかし、医療供給政策に関しては、医療費抑制のために医師数の規制や病床規制などむしろ規制強化が打ち出されてくる。

3-2 政策案

1985年医療法改正は当初は医療法人の規制強化が目的だったが、地域医療計画による病床規制が主題となってくる。都道府県は医療計画を定めることとし、医療計画では医療圏を設定し必要病床数を定める。医療圏と必要病床数の標準は医療審議会の意見を聞いて国が定める。5年毎に計画の見直しをする。病床過剰地域における開設や増床に対しては都道府県知事が勧告できる。医療圏と必要病床数の設定は必要的記載事項とされた。今後病院の新設や増床を認めないとするものだったが、民間病院を含めた病床規制は憲法上の問題から「知事が勧告できる」に止まった。

3-3 政策の形成・決定・実施過程

1980年富士見産婦人科事件をきっかけ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出す。しかし、田中医務局長は1979年医療審議会答申をもとに地域医療計画による公私の病床規

制を行おうとする。既に実験的事業による地域医療計画が動き出していた。病院団体は反対を表明するが、日医は地域医師会が主体となる地域医療計画策定にはむしろ賛成だった。1982年臨調第一部会報告で、医療費の総額抑制のために地域医療計画を策定する必要があると書き込まれていた。法案は健保法改正案の審議に翻弄されるが、自民党田中派の強力な支持をバックに1985年成立する。国会審議の過程で「一人医療法人制度」の修正が行われている。

地域医療計画の実施はこのあと都道府県に委ねられるが、いわゆる「駆け込み増床」が発生し大きな混乱を招くことになる。既に病床規制の立法過程で増床の動きが加速していたが、都道府県での計画策定・公示の実施過程でさらに増床が続く。1986年健政局は公示前の増床について通知を出すのが効果が無く、必要的記載事項だけでよいので計画を急ぐよう求めた。さらに1987年には保険局が保険医療機関の指定を行わないとする方針を打ち出し、日医もこれに同意する。1988年度中に都道府県の医療計画は全て完了するが、この間に総計37万床も増加していた。

3-4 アクターとアクター間関係

厚生省では、1981年第二臨調の発足に際し吉村官房長が厚生省OBの梅本を第一部会長に担ぎ出し抜本改革を行おうとした。老人保健法を成立させた吉村は保険局長に就任すると医療費抑制のための健保抜本改革を推進する。1984年臨調答申に基づき厚生省の再編・合理化が行われ、医務局と公衆衛生局が健康政策局と保健医療局とに再編され医療政策機能が強化された。医系技官が政策官僚として認知された結果だった。健政局には計画課が置かれ地域保健医療計画を主管することとなる。

日医では1982年武見体制が終焉する。医療供給市場では、医師数の増加や病院の高機能化・専門化・大規模化が進行し、開業医に存続の不安や危機感が増大していた。日医としては官僚統制には反対するものの、医療機関の参入規制を必要としていた。日医は厚生省との対決路線から、医系技官と連携する政策参加型に戦略転換する。民間病院団体も参入規制を求めており、四病院団体協議会を発足させて協調行動を取るようになる。しかし自治体病院等の公的病院団体は病床規制には反対だった。

自民党では健保法改正を中曽根内閣の剣が峰と位置づけ、田中派が総動員体制を取っていた。田中を説得したのは吉村だったという。健保連では老健拠出金問題が浮上して非常事態だった。臨調路線には協力的で医療費抑制のための病床規制に賛成しており、医療社会化構想からはもはや離れていた。民社党も社会党とは一線を画す方針だった。

第3章 政策過程の変容

前章で取り上げた地域医療計画に関わる3つの政策過程を比較し、政策過程の変容について分析する。

1 アクターとアクター間関係の変容

1970年代に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供給政策の主導権を握ろうとする。医療供給側では市場の成長・成熟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てくる。これらを背景に、ケースⅡで医系技官・医師会からなる専門職政策コミュニティ主導の政策過程が出

現する。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医系技官・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ていく。政策過程の主役は、ケース I では厚生省 vs 医師会だったが、ケース II では医系技官・医師会共同体 vs 野党 3 党+健保連となり、ケース III では医系技官・医師会共同体が独占することになる。アクター間関係の変容を表 3-1-1 で示す。

表 3-1-1 アクター間関係の変容

ケース I	社会党 → 厚生省 vs 医師会 ← 自民党
ケース II	自民党 → <医系技官・医師会共同体> vs 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 ↓ <医系技官・医師会共同体> vs 社会党

→は支援者、+は協力関係、vs は対抗関係を表している。太字は主役である。<>は共同体を表す。ケース II で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た。ケース III では対抗勢力の分断により、主役の座は専門職政策コミュニティが独占することになった。

出典： 中島（1999、2001）を一部修正。

医系技官と医師会からなる専門職政策コミュニティが形成されたのは、専門職の特性である準拋集団としての専門職社会の存在や自律性によるものであり、医療社会学や組織論が重要な視座を提供してくれる。

またケース II で専門職政策コミュニティが成立するには、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。野党の医療社会化構想は保革伯仲状況の下で医師会にとっては脅威であり、反射的に医系技官・医師会共同体を結成させることに繋がった。「地方から中央へ積み上げていく」という地域医療計画の手法は、野党の国家統制的な方法に対しシンボリックに主張された。ケース III では医療社会化構想は公営企業に対する不信や規制緩和・民営化の流れの中では大きな力とならなかった。

2 政策の変容

医療供給政策は、(A)産業保護政策、(B)計画行政、(C)医療費抑制政策という 3 つの政策類型に整理できる。中小医療機関の保護・育成を目的とする産業政策は、戦後民間主体に医療供給体制を整備する方針に転換した時点から最重要課題となったもので、医師会の要望に基づいて行われてきた。ケース I では民間事業保護のために公的病床規制が導入された。民間については医師会による自主規制が行われ、行政は行政指導で支援する。ケース II では病院の大規模化やチェーン病院の進出を止めるために包括的医療計画による参入規制が必要となってくる。ケース III では実験的に行われてきた地域医療計画が医療費抑制政策の手段として他のアクターの支援を得るようになってくる。ケース III は産業保護政策、計画行政、医療費抑制政策という 3 つの政策が統合

されたものとなっていた。政策類型とアクター間関係を表 3-2-1 で、政策の変容を表 3-2-2 で示す。

表 3-2-1 政策類型とアクター間関係

政策類型	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) 計画行政	医療体制整備	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)は医系技官の目標、(C)は保険官僚の目標である。→ は関係の変化を表している。

出典： 中島（1999、2001）を一部修正。

表 3-2-2 政策の変容

	(A) 産業保護政策	(B) 計画行政	(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（公的病床規制と民間自主規制）	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出され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。

太字が政策の中心で、ケースⅢは政策の統合性も高かった。

出典： 中島（1999、2001）を一部修正。

地域医療計画の導入が困難を極めたのは、我が国の医療供給市場の特性である自由開業医制と国民皆保険制度が関係している。医療保険制度が公的保障制度であるのに対し医療供給体制が混合経済体制であることから、制度間の対立関係が医療保険制度の財源問題を媒介として常にアジェンダに登場してきた。医療供給市場の変化も介入政策を求めるようになる。病床規制は産業政策における商調法規制や大店法規制と酷似していた。地域医療計画による病床規制は、医師会が必要とした業界規制と医系技官の計画行政という目標とが合致し、さらに医療保険財政の安定という社会的規制を隠れ蓑に政策が決定された。

3 政策過程の変容

医療政策の政策過程では、医師会の専門政策領域におけるパワーが突出していたために、保険官僚との対抗関係だけでなく、大蔵省、健保連、野党などアウトサイダーからも揺さぶりがかけられてきた。厚生省内で医系技官が行政官僚として成長するにつれ、日医とは保険官僚のような対抗関係でなく共同体関係が生まれてくる。地域医療計画の実施過程ではさらにその関係が強化されていく。

ケースⅡの医療基本法案廃案後の実験的事業による地域医療計画策定という手法は、その後老人保健法における老健施設、DPC導入などにも使われている。

ケースⅡで従来「保険あって医療なし」といわれてきた厚生行政が、医療供給政策に関しては医療保険政策に追随する政策過程ではなくなり、医系技官と医師会が主役となって専門職政策コミュニティを形成した。また診療報酬が主導する政策過程が登場するのは1980年代後半からである。医療供給政策に関する政策過程を保険官僚が主導したり、政策内容に踏み込むことも見られなかった。ケースⅢで医療費抑制という保険政策が加わったのは多くの支援者を巻き込むための後付けの理由だった。

4 小括

本研究は1980年代の規制緩和・民営化の時代に、なぜ時代と逆行するような病床規制が始まったのかという問いから始まった。そして地域医療計画がどのように形成・決定されたのか、アクターはどのような影響力を行使したのかを明らかにしようとした。

1985年地域医療計画による病床規制は医師会が業界自主規制の限界に直面し必要としていたもので、しかも医系技官や保険官僚の目標とも合致していたからだった。1980年代を医療政策の画期とする従来の通説とは異なり、医療供給政策では1970年代初頭だったことが明らかとなった。1970年代に厚生省内では医系技官が台頭し政策官僚として自立した上で、ケースⅡの医療基本法案の立法過程で医師会と連携して専門職政策コミュニティが形成された。廃案後も医系技官・医師会共同体による実験的事業の実施という政策形成過程があった。さらに、専門職政策コミュニティ形成の背景には、対抗としての野党・健保連の「医療社会化構想」の存在があった。

1985年医療法改正は、産業保護政策、計画行政、医療費抑制の3つの政策が統合されたもので、多くのアクターの支持を調達することができた。地域医療計画の政策過程は従来言われてきたような医療保険主導ではなく、専門職政策コミュニティ主導の自律的な政策過程に変容していた。

第Ⅱ部 地域医療計画の実施過程と政策の変容

第Ⅱ部（第4章～第6章）では地域医療計画の実施過程を追跡することによって、政策自体の大きな変容を分析する。第4章では、1992、1997、2000年の3回にわたる医療法改正による医療施設類型化・病床機能分化政策の形成・決定・実施過程を記述する（ケースⅣ）。第5章で2006年医療法改正による医療体系化政策の形成・決定・実施過程を記述する（ケースⅤ）。続く第6章では、ケースⅢ、ケースⅣ、ケースⅤの3つの事例の比較分析を行う。特に政策変容に着目し、なぜ、どのような過程をたどって政策が変容していくのか、又変わらなかった政策は何かも明らかにする。

最後にケースⅠからケースⅤまでの政策過程比較の総括を行うことによって、医療供給政策における政策過程研究への示唆を得ようとしている。

第4章 医療施設類型化・機能分化政策の政策過程（ケースⅣ）

本章では、1992年、1997年、2000年の3回にわたる医療法改正により、地域医療計画の内容が医療施設類型化・病床機能分化政策に変容していく過程をケースⅣとして再構成して記述する。また病床規制とそれ以後の類型化政策の実施過程も含まれている。

1 医療政策を取り巻く政治・経済・社会的背景

この時期は新たな政党の誕生と消滅、離合集散の時代で自民政権から非自民連立、自・社・さ、自・自、自・自・公連立と政権はめまぐるしく変化する。その背景にはバブル崩壊とその後引き続き経済不安があり、構造改革や政治の強いリーダーシップを求める世論が形成されていく。

医療政策では診療報酬の厳しい抑制が長期にわたって行われた。1993年には病院の経営難が問題として浮上し、厚生省は急遽補正予算で民間病院へも補助金を支出することを決定している。1998年度からはさらに財政構造改革法により社会保障分野の自然増が圧縮され、小泉政権では聖域なき改革が始まる。2000年医師法改正で臨床研修必修化が決定し2004年から実施された。1997年には新たに介護保険法が成立し2000年から実施された。2002年には健保法改正（医療保険制度抜本改革）が成立している。

2 施設類型化・機能分化政策の政策過程（ケースⅣ）

2-1 第二次医療法改正（1992年）の政策過程（施設類型化）

2-1-1 政策案

第二次医療法改正案は特定機能病院の創設と療養型病床群を一般病院から区分するという類型化政策だった。とりあえず関係者の間で合意のできたものから始め、今後さらに類型化・機能分化を進めるという共通のコンセンサスもできていた。老健施設を医療提供施設とする規定も含まれていた。

2-1-2 政策の形成・決定・実施過程

病床規制の実施過程では、必要病床数の算定に関して平均在院日数を用いた補正を行うなど規制強化の方向に進んでいた。1993年医療施設調査・病院報告で病院数に加えて病床数も初めて減少に転じている。

1987年厚生省の「国民医療総合対策本部」（本部長幸田次官）は中間報告で医療サービスの量から質への転換、老人医療の見直し、長期入院の是正、大学病院と研修の見直しなどを挙げ、財政改革から医療構造改革にシフトする方針を打ち出した。1989年厚生省病院管理研究所による類型化試案をきっかけに議論が始まる。厚生省は現状を踏まえた漸進的な改革を進める方向で、健政局と日医の間で内密の勉強会も行われ相当意見が一致していた。しかし法案は継続審議を繰り返して、1992年健保法改正後に成立する。健政局と日医は引き続き第三、第四の改正を行う予定だった。

病床規制の一方で病院から退院する高齢者の受け皿として老人保健施設の設置が決まっていた。日医は老人保健法による施設であるため医療法上でも規定するよう求め、第二次医療法改正の課題となる。地域医療計画と連動して、老人保健福祉計画により老健施設の病床もいずれ病床規制の対象となる方向だった。老健施設整備のために誘導的な報酬点数が設定され施設は急激に普及する。

2-2 第三次医療法改正（1997年）の政策過程（施設類型化）

2-2-1 政策案

第三次医療法改正案は地域医療支援病院の創設と療養型病床群の有床診療所への拡大を内容とするもので、当初から明確だったわけではなく関係者の議論の中から生まれてきた。二次医療圏ごとに整備目標を定めるという数値化や、診療所の療養型病床も病床規制の対象とすることなども含まれていた。

2-2-2 政策の形成・決定・実施過程

第二次改正の特定機能病院は患者紹介率の数値で揉めるが、1994年には私大病院全てが承認されている。療養型病床群も急激に増加し1997年には5万7千床となっている。病床規制はスタートから10年を迎え、2回目の見直しを前に急性期と慢性期に分けて必要病床数を設定するなどの見直しが議論される。県知事の勧告に従わない病院開設許可申請を許可せざるを得ないケースも出て問題となっている。

第三次医療法改正の政策過程は介護保険法の立法過程と同時進行で進んでいく。またこの時期保険制度関連の審議会は意見をまとめきれず、与党や政府に判断を委ねるしかないという混迷状況に陥っていた。1995年医療審議会に医療計画部会と基本問題検討委員会が設置され議論が始まる。日医坪井会長は類型化に関して病床数で機能を区分することを警戒していた。結果的に日医の提案した紹介型で地域医療を支援する「地域特定病院」が地域医療支援病院と名称を変えて、医師会病院の経営救済策となっていた。1996年医療審議会に第三次医療法改正案は諮問され答申を得るが、介護保険法案とともに継続審議となる。1997年4月からの消費税アップを控える中で、厚生省の不祥事も重なり患者の負担増への反発も強まっていた。小泉厚相は健保改正を優先させる。その後与党協が医療保険制度改革案「21世紀の国民医療」を取りまとめ関係団体の反対を沈静化させる。12月介護保険法案が成立し、関連法案である医療法改正案も可決されている。

一方老人保健福祉計画の作成状況は1993年度末にはほぼ作成済みとなる。老健施設数は1996年1500施設、入所定員13万床となり目標の7割となっていた。日医内では老健施設の開設情報が医師会に流れないことが問題となっていた。

2-3 第四次医療法改正（2000年）の政策過程（病床機能分化）

2-3-1 政策案

第四次医療法改正案は当初は急性期病床と慢性期病床とに区分することだった。しかし医師会の反対に遭い、一般病床と療養病床とに区分することとなってしまう、急性期病床の明確な区分ができなかった。その他病床を一般病床と療養病床に区分し、一般病床の看護基準を引き上げる。必要病床数を基準病床数に改め、地域格差を是正し、在院日数の短縮に対応させる。基準病床数は病床の区分が定着するまでは病床種別の算定数を合算した数値とする。医師の臨床研修を必修化することなどだった。

2-3-2 政策の形成・決定・実施過程

1998年の医療審議会で、地域医療支援病院は200床以上とし、外来患者紹介率を原則80%以上とすることが決まる。しかし2003年末で承認数は63病院に止まり普及しなかった。このため厚労省は2004年に紹介率を逆紹介も含めた数値に緩和している。療養型病床は1999年度調査で18万床に達し整備目標間近だった。特定機能病院に関しては1997年に全ての大学病院が承認されていたが、1999年横浜市大病院が患者取り違え事故を起こし承認辞退に至っている。病床規制に関しては知事の勧告無視に対して、保険医療機関に指定しないことが1998年国保法等改正で法制化された。

第四次医療法改正案は健保法関連法案として提出されるが、医療・医療保険制度抜本改革、高齢者医療制度などと絡んで翻弄された。医療供給政策に関しては日医の反対にもかかわらず医系技官主導で進んでいく。1997年第三次医療法改正のメドが立つと、厚生省内に谷健政局長の私的検討会として「21世紀の入院医療のあり方に関する検討会」「必要病床数に関する検討会」などが設置されていた。急性期と慢性期とを区分した上でそれぞれ必要病床数を算定する方向が検討され始め、日医は警戒感を強める。政府の規制緩和3ヶ年計画にも盛り込まれていた。1998年12月医療審議会では日医の反対にもかかわらず、議論のためのたたき台が厚生省から提出され審議が進んでいく。日医の坪井会長は小林健政局長の出切り禁止を決めるなど強硬姿勢を崩さなかった。日医と全日病は反対だったが、日病・日歯は賛成だった。1999年6月中間報告案、2000年1月とりまとめのための会長メモが出され、2月第四次医療法改正案が医療審議会に諮問される。日医も看護配置基準の緩和を求める条件闘争に転換する。3月法案は国会に提出されるが、5月には与党3党が国会成立を断念し解散に伴って法案は廃案となる。11月総選挙後の国会で健保法等改正案・医療法等改正案が成立する。医療・医療保険制度抜本改革を2002年度から実施することなど15項目の付帯決議が付けられていた。2年半の間に一般病床・療養病床を選択させること、平均在院日数の短縮化率を0.9とすることなども決められた。

2003年8月末の届け出状況は一般病床92万床（73%）となり、療養病床への移行は厚生省の思惑通りには進まなかった。厚生省ではこれに先立ち「医療計画の見直し等に関する検討会」を設置しワーキンググループで研究を進めていた。

3 アクターとアクター間関係

3-1 政府・厚生省

1985年医療法改正直後から次の課題は医療施設の類型化だというのが医系技官と日医の共通認識となっていた。また保険官僚も医療供給面に踏み込む姿勢で、吉村の後任の幸田次官は国民医療総合対策本部を設置し中間報告をまとめた。1988年組織改編で大臣官房に老人保健福祉部が創設され、部長に多田ついで岡光が任命される。ともに吉村学校の優等生だった。竹下内閣では厚

相に小泉、社労委員長に津島が任命されるなど次の時代の医療政策を担う官僚や政治家が登場してくる。仲村健政局長は第二次医療法改正のために日医と 11 回の勉強会を行っていた。

1994 年省内に「高齢者介護対策本部」が設置され、老人保健福祉審議会も設置される。1996 年橋本内閣発足で厚相に菅が就任し、HIV 感染に絡んで保険医療局長が起訴される。7 月には岡光が次官となり「国民医療総合政策会議」「社会保障構造改革推進本部」「社会保障関係 8 審議会会長会議」などを設ける。11 月に第二次橋本内閣で小泉が厚相に就任すると岡光次官に社会福祉法人理事長からの利益供与問題が浮上する。1997 年 8 月与党協が医療保険制度改革案をまとめ、12 月介護保険法案とともに第三次医療法改正案も成立する。

1997 年谷健政局長は第三次医療法改正のメドが立つと私的検討会を設置し第四次改正に向けて準備を始めていた。2000 年厚生省は抜本改革を先送りし健保法改正・医療法改正を成立させた。

2001 年中央省庁再編で厚生労働省が発足する。健康政策局は医政局に、公衆衛生局は健康局に名称が変わり、審議会も 22 から 8 に整理統合された。内閣府に経済財政諮問会議が設置され、政治主導の政策決定を行うために副大臣・政務官 4 人がおかれた。2001 年発足した小泉政権は経済財政諮問会議で骨太方針を決定する。医療費の総額抑制が焦点となってくる。2002 年小泉首相は、医療制度改革が待ったなしの状況だとして三方一両損の改革を断行する方針を明らかにする。

3-2 医療供給側

日医では 1984 年羽田が会長となる。日本病院会は諸橋が 1983 年から 16 年間会長を務め発言力を増してくる。日病は施設の類型化に前向きだった。日医と健政局は医療法改正にあたり内密に勉強会を開いていた。1992 年日医は村瀬が会長となり、6 月に医療法改正が成立する。次は高機能と療養型との中間の施設を類型化するというのが関係者の一致した意見だった。

1993 年には病院経営が危機的状況を迎えており病院団体に連携の動きが生まれた。4 月には民間病院連絡協議会（民病協）、9 月には全国病院団体連合（病団連）が発足する。1996 年日医会長に坪井が選出される。坪井は日医としての政策提言を可能にするためにシンクタンク「日医総研」を設置する。坪井日医は次第に医系技官や厚生省の官僚統制を警戒するようになっていく。しかし介護保険制度に関しては医療費財源が厳しさを増す状況下でウイングを上げるために積極的で、厚生省事務局と 20 回にも及ぶ事前協議を行っており、介護は医療の一環だとする第 1 条の修正に繋がった。

1997 年坪井会長が無投票で再選されると、かつての武見時代を彷彿とさせるようになる。坪井は日医の政策実現のため、官僚・財政主導型の政策決定過程を改革すると宣言する。日医は急性期・慢性期の区分、看護配置、病室面積など全く呑む気は無かった。第四次改正案は日医の主張に沿って厚労省原案が修正されていた。

2001 年 4 月小泉政権が誕生し官邸主導で医療政策に切り込んでくると、日医は猛反発し厚労省の医療制度改革試案に反対する署名運動を展開する。政府・与党協の改革大綱に対しても反対で日歯・日看と共催で「国民医療を守る総決起大会」を開き、患者負担増や総枠管理に反対する決議を行う。2002 年診療報酬本体がマイナス改定となると病院団体から不満が続出し、再び病院団体統一の機運も芽生える。日医会長選挙でも、執行部への不満から坪井は辛うじて 4 選を果たすものの僅差だった。

3-3 健保連・政党・その他

1988 年総評が解散すると連合への統一に反対する医労連など 4 単産は共産党系の全労連を作

る。健保組合は1980年代後半に老人保健の拠出金負担が増大し危機的状況に陥ってしまう。1991年老人保健法改正で、老人保健福祉計画を策定することとなった地方自治体がアクターとしての発言権を増してくる。第二次医療法改正では健保連の要求した広告規制の緩和等が盛り込まれた。

1993年の細川連立政権で、厚相に民社党大内委員長が就任すると健保連や連合の期待も高まったが、健保財政は破綻の瀬戸際に立っていた。厚生省の介護保険制度試案に対しては社・さ両党は了承するが、自党内では慎重意見が強く全国市長会の反対もあり与党は国会提出を断念する。健保連は介護保険法案に反対していた。医療政策のアリーナに初めて市民団体として「介護の社会化を進める一万人市民委員会」が登場した。

1998年国保等改正で健保連は病床規制の強化については異論がなかったものの、老健拠出金の一部を被用者保険が肩代わりすることや拠出金算定方法の見直しなどは納得できないもので、日経連・連合とともに反対の共同声明を発表する。1999年健保連は老健拠出金の延納を実施し、ほとんどの健保組合が参加した。健保組合の赤字予算が85%に達し、2000年度抜本改革を求めている。しかし与党内の調整で2002年に先送りされてしまう。2000年健保組合全国大会では危機感が強く、抜本改革を求める決議をする。健保連・日経連・連合の3団体は医療費総額抑制、高齢者医療制度の創設、拠出金廃止、保険者機能の強化などで協調体制を取る。

2002年診療報酬本体のマイナス改定が決まるが、健保組合の9割以上が赤字予算となっていた。この年、中医協委員として10年にわたり支払い側のキャップを務めた健保連下村副会長が任期を終えた。

第5章 医療体系化政策の政策過程（ケースV）

本章では、2006年の第五次医療法改正において新たに登場する医療体系化政策の形成・決定・実施過程をケースVとして再構成して記述する。医療供給体制の体系的・計画的整備という医系技官の長年の夢が実現することになる。さらに病床規制や施設類型化・病床機能分化政策などの実施過程と第六次医療法改正の政策形成過程も含まれている。

1 医療政策を取り巻く政治・経済・社会的背景

この時期には小泉政権が「聖域なき構造改革」を訴え官邸主導政治を進めていた。2005年郵政解散による自・公の圧勝は規制緩和・民営化・歳出削減・地方分権などを加速させた。その後政権は安倍、福田、麻生と引き継がれ、2009年民主党に政権交代する。しかし、民主党政権も鳩山、菅と交代し、東日本大震災と原発事故の発生により野田に引き継がれる。野田は「社会保障と税の一体改革法」を成立させる。そして再度の政権交代により自・公連立の第二次安倍内閣が登場する。

小泉政権では経済財政諮問会議や骨太方針、財務省財政制度等審議会、経団連などから医療費抑制の圧力が強まり、厚労省は医療制度構造改革推進本部を設置し医療費適正化計画に取り組みざるを得なくなる。2006年には医療保険制度抜本改革と後期高齢者医療制度が創設されている。2007年度予算からは社会保障費の自然増圧縮が行われ、診療報酬も大幅に削減された。長期にわたる医療費抑制に続く急激な診療報酬削減と臨床研修必修化が医療の崩壊現象を招いて社会問題化する。また2008年後期高齢者医療制度の施行に伴う混乱も発生した。民主党政権ではマニフェ

ストで医療費引き上げと後期高齢者医療制度廃止を公約していたが実現しなかった。

2 第五次医療法改正案の内容

第五次改正案は類型化・機能分化政策とは異なる体系化政策だった。医療計画を通じて、脳卒中、がん、小児救急などの疾患・事業別に地域の医療連携体制を構築する。医療機能に関する情報を都道府県へ報告することを義務づけ、患者や地域住民にわかりやすく提供する。医師不足対策のため医療対策協議会を設置する。医療安全確保のため医療安全支援センターを設置する。社団医療法人は出資額限度法人に移行し、新たに公益性の高い「社会医療法人」制度を創設する。有床診療所の入院期間制限を廃止し、医療計画の病床規制の対象とすることなどだった。

3 医療体系化政策の形成・決定・実施過程

3-1 類型化・機能分化政策（ケースⅣ）の実施過程

類型化政策としての特定機能病院、地域医療支援病院については診療報酬上のメリットがあったためその後新たな問題が浮上した。特定機能病院については大学病院以外から申請が出て来て条件が見直される。地域医療支援病院についても、紹介患者率を上げるための外来分離の動きや紹介率計算方法などで問題が続出する。病床機能分化政策としての一般病床と療養病床の届け出結果は、一般病床が 92 万床（73%）も残ってしまう。厚労省内の医療計画見直し検討会は病床機能別病床規制を行うための算定式を決定する。

3-2 病床規制（ケースⅢ）の実施過程

病床規制については規制改革会議から見直しを求められたものの、医療計画見直し検討会が規制廃止の条件が整っていないとして存続を決める。この後は療養病床再編（介護療養病床の廃止）が焦点となっていく。厚労省医療構造改革推進本部は唐突に、38 万床ある療養病床を医療保険型 15 万床に再編する方針を決める。医療供給側は絶対反対を表明するが、医療制度改革関連法案は 2006 年に成立する。しかし都道府県における転換計画は日医の作戦通り推移し、結果的に療養病床数は 21 万床に上方修正される。さらに民主党政権に交代すると介護療養病床廃止は延期されてしまう。精神病床や公的病床についても削減政策が決定されている。

3-3 医療体系化政策（ケースⅤ）の形成・決定・実施過程

新たな医療体系化政策は医療計画見直し検討会と社会保障審議会医療部会で政策形成が行われる。当初は二次医療圏における「急性期→回復期→かかりつけ医・在宅」という流れを整理する方針だったが、2005 年地域医療の崩壊がマスメディアで取り上げられると新たな体系化政策が急遽浮上してくる。危機的状況をバネに医系技官達の夢であった医療供給体制の計画的・体系的整備が総仕上げの段階に入っていく。日医の反対にもかかわらず医療計画見直し検討会では体系化の議論が進行していき、がん、脳卒中など 4 疾病 5 事業について連携体制を医療計画に記載することとなる。法案は医療制度改革関連法案として高齢者医療制度創設、介護保険法改正（療養病床再編）などととも審議され決定した。

新医療計画は 2008 年からスタートした。がん診療拠点病院制度も見直しが行われている。

3-4 政権交代と実施過程

民主党への政権交代後に、体系化政策は 4 疾病 5 事業に加えて精神疾患と在宅医療を追加することとなる。また第四次改正で不十分だった一般病床のさらなる機能分化を目指す厚労省原案は、

日医の反対などで急性期病床群認定制度から登録制度、病床機能報告制度へと後退を余儀なくされた。病床機能は急性期、亜急性期、回復期、長期療養、外来、在宅医療に整理され、地域医療構想として医療計画に反映されることとなる。

4 アクターとアクター間関係

4-1 政府・厚労省

医療制度改革関連法案成立に向けては、坂口厚労相私案、自民党医療基本問題調査会中間まとめ、厚労省医療制度改革推進本部案等が出される。2005年郵政解散後には、厚労省の医療制度構造改革試案が出され議論が噴出するが、政府・与党改革協の医療制度改革大綱にまとめられ法案成立に至った。厚労省内では保険局・医政局・老健局・健康局が一丸となって法案成立に邁進した。その後保険局には「医療費適正化推進室」、老健局には「地域ケア・療養病床転換推進室」が設置された。2007年厚労白書のテーマは「医療構造改革の目指すもの」だった。厚労省人事では次官と社保庁長官に民間人が起用され、また厚労大臣に榊添が就任する。

高齢者医療制度が実施されると周知徹底の不足などから大混乱が生じ、見直しを迫られることとなる。2009年榊添は保険局長に医系技官を、医政局長に事務官を任命するという異例の人事を行う。

民主党への政権交代後に、マニフェストに掲げられた高齢者医療制度廃止は延期となる。中医協委員から日医は排除された。野田内閣の「税と社会保障一体改革」を背景に、厚労省は一般病床のさらなる機能分化を模索する。厚労省人事で医政局長に医系技官が復活する。

4-2 医療供給側

2002年診療報酬のマイナス改定は医療供給側に大きな影響を与えた。2003年には株式会社の病院経営が特区で限定的ながら認められた。かつての武見を彷彿とさせた日医の坪井会長は退陣せざるを得なくなる。日医は4病院団体協議会、4師会などと連携して「国民医療推進協議会」を発足させ、小泉政権の医療改革に反対する。診療報酬マイナス改定とその後の中医協見直し問題で病院団体の連携も加速した。2005年には日本病院団体協議会が発足し、11団体で病床の8割以上をカバーする勢力となる。2008年診療報酬改定では、医療関係40団体が参加して「国民医療を守る全国大会」を開催し総力を挙げて立ち向かった。

高齢者医療制度実施に際し、都道府県医師会の一部で日医の方針に反対して高齢者診療料の算定を自粛する動きが発生する。2009年の総選挙では医療供給側も揺れ、民主党支持も発生する。2010年日医会長選は民主党支持の原中が当選する。病床機能のさらなる分化は日医の提案通り報告制度で決着した。

4-3 健保連・政党・その他

2002年健保法改正は被用者本人3割負担、総報酬制などで、健保連はこれが限界だとして抜本改革を訴えた。経団連と日経連は日本経団連発足にあたり政策協議を行い、高齢者医療制度に関して日医と同じ独立方式に一本化した。健保連は前期高齢者の財政調整には反対だった。経済同友会は病床規制廃止や混合診療・営利法人の医業参入などを提案する。健保連は2004年中医協汚職事件で下村副会長が逮捕されダメージを受ける。2006年医療制度改革関連法案では、健保連・日本経団連・連合などが求めた高齢者医療制度の見直しや負担金の緩和等が盛り込まれた。健保連では後期高齢者医療制度の負担増により赤字組合の急増や解散など危機的状況となってくる。

2009年民主党に政権交代すると、健保連は持続可能な社会保障制度の再構築を求め、また高齢者医療制度廃止後の姿を明確にするよう求めた。社会保障一体改革法案は民・自・公3党の合意により2012年成立する。

補論 再度の政権交代（自・公連立）と医療供給政策

2012年総選挙で民主党は惨敗し、自・公連立による第二次安倍内閣が発足する。社会保障制度改革国民会議は安倍政権下でも委員を代えずに議論が継続され、報告書がまとめられた。これを受けて社会保障制度改革推進法、医療介護総合確保推進法などが成立する。第六次医療法改正として、医療計画に精神疾患と在宅を追加し、病床機能報告制度により一般病床を高度急性期・急性期・回復期・慢性期に区分し、地域医療構想を策定することなどの改正が行われた。ここに至って、地域医療計画は病床規制のさらなる強化、病床機能分化政策の完成、地域医療構想の策定など制度的にほぼ完成の域に達することとなった。

第6章 政策の変容

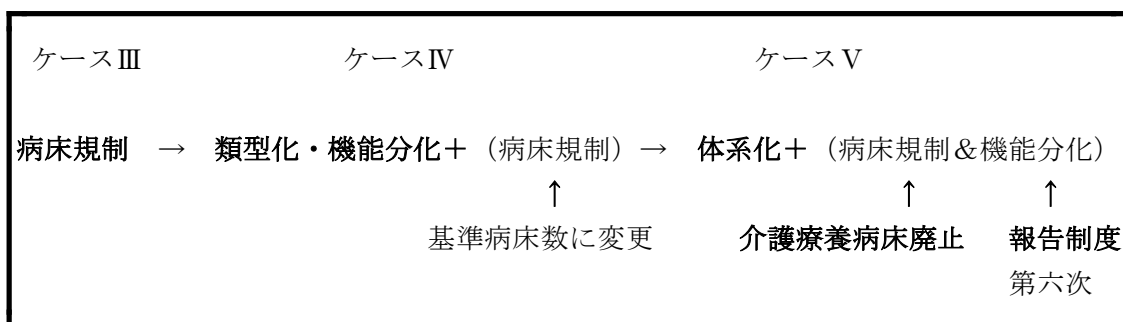
本章では、ケースⅢ、ケースⅣ、ケースⅤの政策過程を比較することによって政策の変容を分析する。最後にケースⅠからケースⅤまでの比較政策過程分析の総括を行っている。

1 政策の変容

1-1 政策内容の変容

政策内容の変容は、図6-1-1で示すように、病床規制から施設類型化・機能分化、そして体系化政策へと変容している。

図6-1-1 政策内容の変容



* 太字は新たな政策で、()内は実施過程である。

1-2 政策類型の変容

第3章では政策類型を産業保護政策、計画行政、医療費抑制の3つに整理したが、本章では産業政策として産業保護政策（市場規制）とは異なる産業構造改革（効率化・近代化）が新たに登場

する。第一次医療法改正までが産業保護政策だったのに対し、第二次から第四次までの医療法改正（ケースⅣ）は産業構造改革としての政策であった。第五次改正（ケースⅤ）でやっと医系技官達の夢だった計画行政が完成する。政策変容の原因は、当初は医療供給市場からの要望（中小医療機関保護）だったが、次第に市場外部からの要求が強まってくると産業構造改革が前面に出てくる。また医療崩壊現象を機に医系技官の医療体制整備構想も実現した。

表 6-1-1 政策類型の変容

	産業保護 (A1)	産業構造改革 (A2)	計画行政 (B)	医療費抑制 (C)	
ケースⅢ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 参入規制 ・ 医師数抑制政策 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 老健施設 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実施過程で機能せず 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 供給量規制 ・ 診療報酬に長期入院通減制 ・ 医師数抑制政策 	
ケースⅣ	第二次	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高機能と低機能（療養型病床群）の区分 ・ 特3類看護 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 老人保健福祉計画 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特3類看護 ・ 長期入院通減制の強化 	
	第三次	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国保等改正 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介型中核病院 ・ 診療所へ療養型病床群拡大 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 数値目標 ・ インフォームド Consent 	
	第四次	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基準病床数 ・ 区分別病床規制 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一般と療養病床の区分 ・ 診療報酬で急性期加算 ・ 診療報酬で亜急性期を区分 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 数値目標 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 急性期加算 ・ 本人負担 3 割、老人負担 1 割 ・ 中医協改革 ・ 精神病床削減
ケースⅤ	第五次	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病床規制撤廃要求に対抗 ・ 医師数抑制政策の転換 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養病床再編 ・ 看護基準 7 対 1 ・ 公立病院改革ガイドライン ・ 社会医療法人制度 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 4 疾病 5 事業の体系化 ・ がん診療連携拠点病院 ・ 地域ケア体制整備構想 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療費適正化計画、療養病床再編 ・ 看護基準 7 対 1
	第六次	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養病床再編延期 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機能報告制度 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神と在宅を追加 	

*第三次改正の地域医療支援病院を紹介型中核病院として一般化した。太字部分が地域医療計画の主たる内容である。網掛け部分が医療供給政策としての主要な政策類型である。

出典： 中島（2017）

医療供給政策の究極目標は医療供給市場の計画的整備（計画行政）だったが、その背後には医

療保険政策としての医療費抑制があり、ケースⅢ以降一貫して巧妙に政策案にビルトインされていた。ケースⅢでは総量規制として、ケースⅣでは類型化・機能分化に対応した診療報酬の設定によりふり落としが行われた。ケースⅤの体系化政策には医療費抑制の直接的機能は無かったが、別に医療費適正化計画が検討されていた。医療費適正化計画は官邸や財界からの医療費給付管理の圧力に対抗するための防波堤として厚労省が必死に考え出したものだった。政策類型の変容を表 6-1-1 で示した。

次に政策類型とアクター間関係の変容を表 6-1-2 で示した。産業保護政策では医師会が行政に依存する関係だったが、産業構造改革や計画行政では医師会や病院団体は外圧や官僚統制を嫌って協調・参加関係から次第に対立的関係となっていく。

表 6-1-2 政策類型とアクター間関係の変容

政策類型	目的	厚労省と医師会の関係
(A1) 産業保護政策 (ケースⅠ～Ⅲまで)	中小医療機関保護	医師会が行政に依存する関係
(A2) 産業構造改革 (ケースⅣ)	市場の効率化	協調・参加関係 → 対立 (行政が譲歩)
(B) 計画行政 (ケースⅢ～Ⅴ)	市場の計画的整備	協調・参加関係 → 対立 (行政が譲歩)
(C) 医療費抑制 (ケースⅢ～ケースⅤ)	供給量規制	医師会の抵抗と妥協 → 激しい対立

(A1)は医師会のニーズ、(A2)は市場外部からの要求、(B)は医系技官の目標、(C)は市場外部と保険官僚の目標である。→ は関係の変化を表している。

2 アクターとアクター間関係の変容

2-1 政府・官邸—官邸主導を目指して

ケースⅢの中曽根政権以降には首相や官邸のリーダーシップが問われるようになるが、橋本や小泉以外には強いパワーを発揮したものはなかった。しかも医療供給政策に関しては小泉以外には影響力を行使したものはない。ケースⅢの中曽根政権では第二臨調・行革により自由主義的改革が展開されたが、それは医療保険政策に限られ、医療供給政策には踏み込めなかった。ケースⅣの橋本政権は介護保険制度、消費税など医療保険や財政改革でリーダーシップを発揮した。ケースⅤの小泉政権では医療供給政策に関しても官邸が政策決定のイニシアティブを取って踏み込んでくる。しかし株式会社の医療経営参入も特区における自由診療に限定され、混合診療解禁も特定療養費制度の見直しに止まった。病床規制撤廃など医療供給政策の根幹には踏み込めなかったし、逆に社会医療法人制度創設は厚労省と医療供給側のポイントとなっている。小泉政権以降では首相や官邸のリーダーシップが発揮される機会はなかった。

2-2 厚労省への外圧と抵抗

厚労省にとってこの時代は高齢化社会に向けての社会保障政策の転換期にあたり、老人保健制度、介護保険制度、高齢者医療制度等多くの課題が登場した。吉村仁をはじめとする保険官僚は

政治的官僚として描かれた。老健法による財政調整や老健施設という医療供給政策にからむ領域まで踏み込もうとした。ケースⅣでは介護保険制度創設という大事業があった。岡光らを中心に制度設計が行われた。ケースⅤでは官邸、財務省、経産省、経済財政諮問会議などからの圧力がかかり厚労省は防戦一方だった。また高齢者医療制度の実施過程、年金問題などで保険官僚のマネジメント能力も問われた。

医療保険政策ではケースⅢの保険官僚が注目されたが、医療供給政策では既にケースⅡで医系技官が一皮むけ政策官僚として台頭していた。医療基本法案廃案後に医務局長の指示で医療計画が実施され始める。ケースⅣでは健政局に医療計画推進本部が設置され類型化・機能分化の検討を進めた。しかし病床機能分化については医療側が警戒感を抱くようになる。ケースⅤでは地方における医師不足や診療科の偏在問題が浮上する。これを好機として医系技官の究極目標だった医療体系化政策が現実化する。規制改革会議からの病床規制撤廃要求に対しても理論武装を行っている。しかし医師不足対策などをきっかけに2009年には医政局長ポストを事務官に渡さざるを得なくなる。

厚労省組織に関しては、ケースⅢで医系技官が政策官僚として認知され医務局が健政局となり、計画課が置かれた。ケースⅣでは橋本行革で巨大官庁である厚生労働省が発足し、介護保険、高齢者医療制度などに省を挙げて取り組んだ。ケースⅤでは新自由主義的改革を主張する官邸、経済財政諮問会議、規制改革会議などに対して厚労省は一丸となって対抗した。一方で HIV 事件、岡光事件、年金問題なども発生している。

2-3 医師会側－医師会の政治力低下と病院団体の大同団結

ケースⅡが武見医師会の絶頂期だった。武見体制後期には医系技官と医師会が連携する政策過程が生まれた。地域医療計画の策定場面では地方医師会が主役となった。その後駆け込み増床が発生するが日医はもはや統制能力を失っていた。ケースⅣでは日医と厚生省の間に類型化を時間をかけて行っていくというコンセンサスができていた。日病では諸橋が16年間会長を務め発言権を増していた。都道府県医療審議会には病院代表が参加するようになる。日医では坪井会長が厚生省と一線を画す方針を固める。診療報酬抑制をめぐる病院団体は連携の動きが加速した。ケースⅤでは日医は植松会長に代わり当初は小泉政権と協調しようとするが、混合診療、患者負担増、総枠管理などで反転する。地域医療の崩壊現象も生まれ医療供給側は診療報酬引き上げを求め結束した。病院団体も保険局の誘導により大同団結を果たすことになった。

2-4 健保連・政党その他

ケースⅡで日医の保険医総辞退に対し野党3党は医療社会化構想を訴え健保連・労組なども同調していた。しかしケースⅢになると民社党、経済界と大企業労組は医療社会化構想からは離反する。老健法には財政調整の手法が含まれておりその後健保組合の赤字化に繋がった。連合が発足し労働運動も転機を迎えていた。自民党では田中派が最大派閥として影響力を発揮していた。ケースⅣでは、さらに健保組合の財政状況が悪化し、健保連は老健拠出金延納という実力行使まで行った。介護保険の運営主体として全国市長会・町村会なども発言権を増してくる。新たな政党が生まれ離合集散を繰り返したが、介護保険法の政策過程では自・社・さ3党のプロジェクトチームが大きな役割を果たした。ケースⅤでは高齢者医療制度に関して経済団体、市長会など多くのアクターが参加してくる。しかし医療供給政策では政策内容が具体化・細分化され専門性も高まって非専門職の参入は困難となっていた。

2-5 新たなアクターの登場

ケースⅡの時代には革新自治体が福祉政策を先取りして実施した。ケースⅢでは第二臨調・行革が政策推進機能を果たし、マスメディアが強力な応援団となった。ケースⅣでは介護保険の政策過程で関係団体の意見は四分五裂となり審議会も両論併記で機能しなくなってしまう。とりまとめを行ったのは与党プロジェクトチームと与党協だった。市民団体、全国市長会、福祉自治体ユニットなども参加してくる。ケースⅤでは経済財政諮問会議・規制改革会議が推進機能を果たした。政府・与党改革協が医療制度抜本改革のとりまとめを行った。テレビのワイドショー番組が焦点を決めてしまった。

2-6 アクター間関係の変容－医系技官・医師会政策共同体の崩壊

ケースⅡで、厚生省内に医系技官が台頭し政策官僚として認知されるようになる。医療社会化構想が逆バネとなって医系技官と医師会からなる専門職政策コミュニティが形成された。ケースⅢでは専門職政策コミュニティが主導する地域医療計画に保険官僚や大蔵省が支援に入る。医療供給市場では大規模病院 vs 中小医療機関という対抗関係も生まれていた。病院団体も発言権を持つようになる。

ケースⅣの第二次改正では厚生省と日医の間には今後20年くらいかけて医療体系を作っていくという共通認識があった。日医と健政局は内輪の勉強会を11回も行って充分なすり合わせをしていた。第三次改正では健政局には確たるアイデアはなく地域医療支援病院は日医の提案から政策が形成された。この時期は介護保険関連の作業も同時に行われており、保険局も日医と20回にも及ぶ協議を行っていた。保険官僚は介護保険の創設に奔走しており、医療供給政策に関与することはなく、政策アリーナは専門職政策コミュニティに独占されていた。第四次改正は病床機能分化政策として急性期と慢性期に区分する案だったが、日医が次第に警戒感を強め結果的に急性期の明確な区分はできなかった。日医では坪井体制が確立し官僚統制を警戒して医系技官との関係もギクシャクしてくる。技官・医師会共同体は崩壊寸前となる。

ケースⅤでは小泉首相による経済財政諮問会議を使った官邸主導型政治が始まる。「審議会→厚労省案→与党調整」という従来の政策過程は一変し、経済財政諮問会議・規制改革会議を使って官僚・関係団体・与党を絡ませない戦略だった。二つの会議には医療政策の専門家は一人もおらず専門職政策コミュニティ外しだった。経済界は医療費総枠管理、病床規制撤廃、医療経営への株式会社参入、混合診療解禁などで医療供給政策に揺さぶりをかけてくる。厚労省内は一致して規制緩和に反対で医療団体と協調して対抗しようとした。2005年1月頃の病床機能分化政策の実施過程までは医系技官と医師会の間には共同体的な絆がわずかに残されていた。規制改革派に対抗しようとする医政局に医師会も協力する姿勢で、最終段階で両者は打ち合わせをして検討会に臨んでいる。しかし2月の医療体系化政策に関わる政策案では、医政局から公式検討会の場合へ直接提案され議論されるようになり、日医へ事前の根回しもなくなる。10月に厚労省は諮問会議のマクロ医療費管理案に対抗すべく医療費適正化計画を立案する。医療団体は反対だった。さらに12月に厚労省が医療費適正化対策として療養病床再編（介護療養病床廃止）を突如打ち出すと医系技官と医師会の政策共同体は完全に崩壊する。日医も病院団体も一致して反対する。しかし2006年6月介護保険法改正（療養病床再編）は成立する。さらに榊添厚相の人事で医政局長が事務官ポストとなることで、医政局と医療業界はますます距離が離れてしまう。第六次医療法改正では、当初医政局が提案した急性期病床群認定制度はそれまでの医師会の基本的立場を全く考慮に入れ

ていないような稚拙な提案だった。結果的に日医や病院団体の主張を受け入れ、政策案を変更することで辛うじて決定された。ここでも医政局から医療団体への事前の根回しはなく、公式検討会の場で議論されていた。政策アリーナにいたのは医療専門職だけだった。

図 6-2-1 アクター間関係の変容

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 ↓ <医系技官・医師会共同体> vs 社会党	
ケースⅣ	二次	保険官僚 ↓ <医系技官・医師会共同体>
	三次	<医系技官・・・医師会共同体>
	四次	政府・規制緩和3ヶ年計画 ↓ 保険官僚 → <医系技官・・・・医師会>
ケースⅤ	五次	官邸・経済財政諮問会議・規制改革会議 +財務省+経産省+健保連+マスコミ vs 保険官僚+医系技官・・・・・・日医+病院団体 ↑ 与党厚労族
	六次	医系技官・・・・・・日医+病院団体

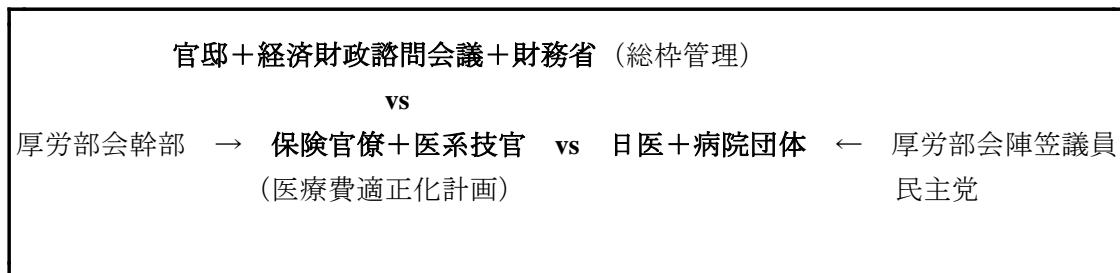
→は支援者、+は協力関係、vs は対抗関係を表している。太字は主役である。ケースⅢからは主役の座を専門家政策コミュニティが独占していた。<>内は共同体を表す。・・・はアクター間の距離関係を示している。医系技官と日医の共同体関係は政策案が官僚統制の要素を含んでくると次第に離れて、ケースⅤでついには共同体も崩壊する。ただし医療供給政策のアリーナにおけるプレーヤーは依然として医療専門職だけだった。

医系技官と日医からなる専門職政策コミュニティが崩壊した理由は、医療供給市場が変化し病院の位置づけが重要性を増すことで日医が医療業界を代表する正統性が揺らいできたことと関係

する。医系技官や保険官僚の側からは病院団体の意見聴取も必要となる。日医も長期の医療費抑制の下で病院団体の不満を抑えることはもはや不可能だった。厚労省は医療費総枠管理に対抗する必要があり、医系技官も全省一丸となって戦っている非常時の組織決定には逆らえなかった。ケースⅡ以降医系技官が厚生省内で政策官僚として認められたことは逆に組織人としての責任も負わされるようになっていた。技官・医師会共同体が崩壊寸前だったため、保険局は診療報酬改定にあたって病院団体の要望をまとめるよう求める。医療供給側を日医と病院団体に分断しようとした。一方、日医も医療関係者をまとめるための動きを活発化させた。以上のアクター間関係の変容を図 6-2-1 で示した。

医系技官・医師会共同体が崩壊するきっかけとなった療養病床再編問題では、アクター間関係は図 6-2-2 のような三者の対立関係だった。同様の構図が、TPP 交渉における政府・経済界 vs 農水省 vs 農業団体などでも見られそうである。

図 6-2-2 療養病床再編に関わるアクター間関係



* 太字が主役

3 政策過程（狭義）の変容

さらに本研究では政策形成段階、政策決定段階、政策実施段階のそれぞれで、3つの事例の詳細な比較を行っている。特に実施過程のアリーナにおける地方政府、地方医師会、地域医師会の影響力を強調する。また政策企業家（政策推進機能）として、ケースⅡで日医武見会長と松尾医務局長のもとで医療専門職政策コミュニティが形成されたこと、後任の滝沢医務局長の下で実験的事業として実施されたことに着目する。ケースⅣでは谷健政局長が第三次改正のメドがついた早い段階から第四次改正に向けた検討会を始動させていた。第四次改正では日医の坪井会長が拒否権プレーヤーとして存在した。ケースⅤでは官邸主導で経済財政諮問会議・規制改革会議からの揺さぶりが大きかった。

4 政策環境の変化とその影響

政策過程は社会的事件、政治・経済的背景、時代を支配した政治思潮・政権の強弱や政治装置、関連法案など政策環境の影響を受けている。これらを表 6-4-1 で整理している。

政策形成は専門職政策コミュニティの内部で合意形成までに通常 2 年以上の時間がかかっている。しかし第三次改正はとりあえずの改正、第五次改正は泥縄式だったためにスピーディだった。

一方決定過程は徐々に短くなり、第四次改正、第五次改正、第六次改正などは重要な政策変更であるにも関わらず短期間となっている。ケースⅢはケースⅡから通算すれば15年以上かかったが、第五次改正は小泉政権の官邸主導の影響を受け、また第六次改正は社会保障国民会議による合意が与野党にあったためスピーディだった。

表 6-4-1 政策環境の影響

	ケースⅢ	ケースⅣ	ケースⅤ
事件 ・ 仲 ・ 思 ・ 和 ・ 政 ・ 権 ・ 装 ・ 置	<ul style="list-style-type: none"> ・ 富士見産婦人科事件 ・ 革新自治体と保革伯仲 ・ 小さな政府と規制緩和 (1) 第一次：中曽根首相 (田中派の後押し) ・ 第二臨調・行革 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 55 年体制崩壊、非自民政権 ・ 連立政権 (2) 第二次：宮澤首相 ・ 小選挙区、政党助成金 (3) 第三次：橋本首相 ・ 橋本行革：官邸機能強化 (4) 第四次：小渕、森 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 中医協汚職事件 ・ 地域医療崩壊 ・ 新自由主義改革 (5) 第五次：小泉首相 ・ 官邸主導 ・ 経済財政諮問会議 ・ 政権交代 (6) 第六次：野田、安倍首相 ・ 社会保障制度改革国民会議
関連法案	(1) 老人保健法 健保法・年金法改正	(2) 老健法改正 (3) 介護保険法 (4) 健保改正 (抜本改革は2002年に先送り)	(5) 後期高齢者医療制度 医療費適正化計画 (6) 社会保障と税の一体改革
政策期間	(1) (A) 2年6ヶ月 (B) 2年9ヶ月	(2) (A) 2年10ヶ月 (B) 2年1ヶ月 (3) (A) 1年2ヶ月 (B) 1年1ヶ月 (4) (A) 2年5ヶ月 (B) 8ヶ月	(5) (A) 1年3ヶ月 (B) 5ヶ月 (6) (A) 1年8ヶ月 (B) 4ヶ月

政策期間の(A)は政策形成の期間、(B)は政策決定の期間

5 総括

最後に第Ⅰ部、第Ⅱ部の議論を総括し簡単にまとめた上で、本研究の意義と残された課題について述べる。

5-1 総括

地域医療計画の政策変容を政策類型に分けて分析すると表 6-5-1 のように整理できた。ケースⅢまでは産業保護政策だったが、ケースⅣは産業構造改革、ケースⅤは計画行政に変化した。

表 6-5-1 政策類型の変容

政策類型	ケースⅠ	ケースⅡ	ケースⅢ	ケースⅣ	ケースⅤ
(A1) 産業保護	○	○	◎		
(A2) 産業構造改革				◎	○
(B) 計画行政		○	○	○	◎
(C) 医療費抑制			○	○	○

◎印は核となる政策

政策類型とアクター間関係は表 6-5-2 のように整理できた。

表 6-5-2 政策類型とアクター間関係の変容

政策類型	目的	厚労省と医師会の関係
(A1) 産業保護政策	中小医療機関保護	医師会が行政に依存する関係 (ケースⅠ・Ⅱ・Ⅲ)
(A2) 産業構造改革	市場の効率化	協調・参加関係 (ケースⅣ) → 対立し行政が譲歩 (ケースⅣ・Ⅴ)
(B) 計画行政	市場の計画的整備	対立 (ケースⅠ) → 協調・参加関係 (ケースⅡ・Ⅲ・Ⅳ) → 対立し行政が譲歩 (ケースⅣ・Ⅴ)
(C) 医療費抑制	供給量規制	対立 (ケースⅠ・Ⅱ) → 医師会の抵抗と妥協 (ケースⅢ) → 激しい対立 (ケースⅣ・ケースⅤ)

(A1)は医師会のニーズ、(A2) (B)は市場外部と医系技官の目標、(C)は市場外部と保険官僚の目標である。→ は関係の変化を表している。

アクターの変容を表 6-5-3 で整理した。

表 6-5-3 アクターの変容

	ケースⅠ	ケースⅡ	ケースⅢ	ケースⅣ	ケースⅤ
政府 ・厚労省	<ul style="list-style-type: none"> ・派閥領袖政治 ・国民皆保険制度で保険官僚主導に ・公的医療機関整備を放棄 	<ul style="list-style-type: none"> ・派閥 ・社労族議員 ・医系技官の台頭：医療社会化構想への対抗、医療基本法案と廃案後の実験的事業 	<ul style="list-style-type: none"> ・中曽根政権：第二臨調・行革 ・保険官僚：医療保険制度の自立・裁量権確保、地域医療計画を支持 ・医系技官：地域医療計画 	<ul style="list-style-type: none"> ・連立政権 ・与党プロジェクトチーム ・橋本行革：厚労省に ・保険官僚、医系技官：長期的スパンで類型化、機能分化 	<ul style="list-style-type: none"> ・小泉改革：経済財政諮問会議 ・保険官僚：医療費適正化計画 ・医系技官：体系化構想 ・中医協改革 ・政権交代 ・税と社会保障の一体改革
医療供給側	<ul style="list-style-type: none"> ・武見体制確立：反厚生省 ・民間自主規制 ・病院団体は分裂 	<ul style="list-style-type: none"> ・武見医師会：反保険官僚 ・保険医総辞退 ・医療社会化構想への対抗：医療基本法を提案、廃案後の実験的事業に協力 	<ul style="list-style-type: none"> ・大規模病院の進出、病床規制を要望 ・駆け込み増床 ・四病団発足 ・病院団体は都道府県医療審議会に参加 ・民病協と病団連発足 	<ul style="list-style-type: none"> ・日医：長期的スパンで類型化 ・機能分化では官僚統制反対 ・中小病院の経営難 ・坪井体制の確立：日医総研 ・四病協発足 	<ul style="list-style-type: none"> ・地方の医療崩壊 ・日医：体系化では官僚統制反対 ・日病協発足 ・国民医療推進協議会 ・原中医師会は民主党支持
保険者 ・政党	<ul style="list-style-type: none"> ・保険財政赤字 	<ul style="list-style-type: none"> ・保険財政赤字 ・野党 3 党による医療社会化構想 	<ul style="list-style-type: none"> ・老健拠出金 ・民社、公明は医療社会化構想から離反 ・連合結成 	<ul style="list-style-type: none"> ・老健、介護保険負担 ・老健拠出金の延納 	<ul style="list-style-type: none"> ・健保の財政危機 ・政権交代 ・危機突破総決起大会、解散する組合も
政策共同体		<ul style="list-style-type: none"> ・専門職政策共同体の形成 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職政策共同体に保険官僚の支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職共同体に当初はコンセンサスあり ・機能分化から亀裂が生ずる 	<ul style="list-style-type: none"> ・保険官僚と医系技官の連携 ・専門職共同体は崩壊

アクター間関係は図 6-5-1 のように整理できた。

図 6-5-1 アクター間関係の変容

ケースⅠ		社会党 → 厚生省 vs 医師会 ← 自民党
ケースⅡ		自民党 → <医系技官・医師会共同体> vs 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 ↓ <医系技官・医師会共同体> vs 社会党
ケースⅣ	二次	保険官僚 ↓ <医系技官・医師会共同体>
	三次	<医系技官・・・医師会共同体>
	四次	政府・規制緩和 3 ケ年計画 ↓ 保険官僚 → <医系技官・・・・医師会>
ケースⅤ	五次	官邸・経済財政諮問会議・規制改革会議+財務省 +経産省+健保連+マスコミ vs 保険局+医系技官・・・・・・日医+病院団体 ↑ 与党厚労族
	六次	医系技官・・・・・・日医+病院団体

→は支援者、+は協力関係、vs は対抗関係を表している。太字は主役である。ケースⅢからは主役の座を専門家政策コミュニティが独占していた。<>は共同体を表す。・・・はアクター間の距離関係を示している。医系技官と日医の共同体関係は政策案が官僚統制の要素を含んでくると次第に離れて、ケースⅤで共同体も崩壊する。ただし医療供給政策のアリーナにおけるプレーヤーは依然として医療専門職だけだった。

さらに政策過程の変容を表 6-5-4 で整理した。

表 6-5-4 政策過程（狭義）の変容

	ケースⅠ	ケースⅡ	ケースⅢ	ケースⅣ	ケースⅤ
政策形成	<ul style="list-style-type: none"> ・国民皆保険 ・医療供給政策の転換（民間市場育成） 	<ul style="list-style-type: none"> ・逆バネとなった野党の医療社会化構想 ・医務局と日医は綿密な打ち合わせ済み（専門職政策共同体の形成） 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療基本法案がベース ・保険官僚がバックアップ ・第二臨調行革、マスメディア、世論の支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・省内に「国民医療総合対策本部」「社会保障構造改革推進本部」などを設置 ・類型化では病管研の委託研究 ・健政局と日医の勉強会 ・谷健政局長の2つの検討会 ・規制緩和3ヶ年計画 ・機能分化に日医は反対、法案を日医よりに変更 	<ul style="list-style-type: none"> ・省内に「医療構造改革本部」 ・検討会で病床規制の理論武装 ・病床種別の病床規制 ・療養病床再編 ・体系化：最初から成案なく徐々に固まる。医師会とは事前打ち合わせなし。 ・病床機能報告制度では公式検討会の場で日医案に変更
政策決定	<ul style="list-style-type: none"> ・自民、社会両党の議員提案 	<ul style="list-style-type: none"> ・佐藤政権末期で廃案に 	<ul style="list-style-type: none"> ・老健法 ・健保・年金法改正後に決定（自・民・公） ・1人医療法人制度の修正 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法関連法案、健保関連法案として翻弄される（自・社・さ、自・公） 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療制度改革関連法案 ・短期間で成立（自・公）
政策実施	<ul style="list-style-type: none"> ・医療供給市場の成長 ・医療費増加と診療報酬をめぐる対立 	<ul style="list-style-type: none"> ・廃案後の実験的事業 ・医師会の自主規制が徐々に困難に 	<ul style="list-style-type: none"> ・駆け込み増床 ・保険医療機関指定拒否 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画、類型化の問題点噴出 ・一般病床多くさらなる機能分化へ 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神と在宅を追加 ・病床機能報告制度
政策企業家		<ul style="list-style-type: none"> ・日医武見会長と松尾医務局長 ・滝沢医務局長が実験的事業を指示 	<ul style="list-style-type: none"> ・吉村次官 	<ul style="list-style-type: none"> ・幸田次官 ・岡光次官、与党福祉プロジェクトチーム ・谷健政局長 ・日医坪井会長と日医総研 	<ul style="list-style-type: none"> ・小泉首相 ・経済財政諮問会議 ・医療計画見直し検討会

最後に政策環境の変容を表 6-5-5 のように整理した。

表 6-5-5 政策環境の変容

	ケースⅠ	ケースⅡ	ケースⅢ	ケースⅣ	ケースⅤ
経済・社会	・戦後復興期 ・国民皆保険に伴い医療体制整備	・高度成長期 ・老人医療無料化 ・救急医療問題 ・3K赤字	・低成長期 ・社会保障の見直し ・富士見産婦人科事件	・バブル崩壊、低迷期 ・医療の効率化 ・医療事故	・低成長期 ・産科・小児科問題 ・医療体制の体系的整備
供給市場	・民間市場の黎明期	・市場の成長	・市場の成熟化 ・大規模病院、チェーン病院の進出 ・駆け込み増床	・医療費抑制 ・病院経営の危機	・医師不足 ・地域医療崩壊
競争軸	・民間 vs 公的	・中小 vs 大規模	・中小 vs 大規模	・病院種別間の競争	・病院種別間の競争 ・医業 vs 営利企業
関連法案	・健保改正	・健保改正（廃案） ・老人福祉法改正	・老健法 ・健保、年金改正	・介護保険制度 ・健保改正	・高齢者医療制度 ・医療抜本改革
政治状況	・55年体制確立 ・60年安保	・佐藤政権末期 ・保革伯仲	・中曽根政権：第二臨調・行革	・55年体制崩壊 ・政党・政権の揺れ動き	・小泉政権：経済財政諮問会議 ・政権交代

5-2 本研究の意義

本研究は医療供給政策の変容を4つの政策類型として捉えた初めての研究である。産業保護政策、産業構造改革、計画行政、医療費抑制政策に区分し、政策の変容を表 6-5-1 として示した。ケースⅠの公的病床規制は産業保護政策だったが、ケースⅡの医療基本法案では産業保護政策と計画行政となり、ケースⅢでは医療費抑制も加わった統合政策だった。しかしケースⅢの実施過程では結果的に病床規制（産業保護）のみが前面に出てしまった。ケースⅣでは新たに産業構造改革が登場し、さらにケースⅤでは体系化政策という計画行政が前面に出てくることになった。またケースⅢ以降は医療費抑制政策が通底していた。

本研究は医療専門職政策コミュニティに焦点を当てた初めての政策過程研究であり、医系技官・

医師会からなる専門職政策コミュニティの形成と崩壊の過程を明らかにしている。アクター間関係の変容は図 6-5-1 で示した。ケースⅡで医系技官が厚生省内で政策官僚として台頭し、武見医師会と政策コミュニティを形成した。医療基本法案は専門職政策コミュニティによって作られたものだった。同法案は廃案となったものの、専門職政策コミュニティは地域医療計画の策定作業に入っていく。ケースⅢでは専門職政策コミュニティが、保険官僚、大蔵省、健保連、自民党・民社党・公明党など多くの支援者を巻き込んで地域医療計画による病床規制を決定させた。第Ⅰ部では、1970年代の政策過程の変容すなわち医系技官の台頭と専門職政策コミュニティの形成というアクター間関係の変容が、地域医療計画による病床規制という政策の形成・決定に影響を与えた主たる要因だったことを明らかにした。第Ⅱ部ではこの専門職政策コミュニティに亀裂が生じ、最終的に崩壊する過程を描き出している。ケースⅣは医療機能の類型化・機能分化政策だったが、当初は専門職政策コミュニティと保険官僚の間には方向性についてのコンセンサスが存在したものの、第四次医療法改正による病床機能分化の段階になると医系技官と医師会の距離が離れ、専門職政策コミュニティに亀裂が見られるようになる。医師会は次第に官僚統制を警戒するようになっていた。ケースⅤでは外部からの医療費抑制・病床規制撤廃・規制緩和などの圧力が加かって厚労省内は保険局・医政局・老健局など防戦一方となる。医療関係団体も医療費総枠規制や営利企業の参入などは到底受け入れられるものではなかった。しかし一方で厚労省の医療費適正化計画（介護療養病床の廃止など）に対しては同意できなかった。医系技官と医師会からなる専門職政策コミュニティはここに至って完全に崩壊する。医療業界では病院団体も影響力を増しており日医の代表性も失われつつあった。本研究ではこの後は専門家ネットワークあるいは「専門政策社会」が政策形成のアリーナにおける主役となると主張している。

5-3 残された課題

本研究は地域医療計画に関わる政策過程を分析するものであり、医療供給政策全体への一般化にはまだ不十分である。医療専門職政策等さらなる事例を積み重ねることが必要である。また本研究で明らかにされた専門職政策コミュニティの崩壊と新たな「専門政策社会」の形成に関わる部分はさらなる検討が必要であろう。

<参考文献>

中島明彦「医療供給政策における政策過程の変容－厚生技官の台頭」名古屋大学大学院法学研究科修士論文、1999年。要旨が『高度専門人養成コース教育年報 1998年度』名古屋大学大学院法学研究科、1999年、101-106頁。

中島明彦「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」『医療経済研究』Vol. 9、2001年。

中島明彦『ヘルスケア・マネジメント－医療福祉経営の基本的視座（第二版）』同友館、2009年。