

Polocy Making Process of the First Medical Act Amendment 1985 in Japan (1)

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-02 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/11960

第一次医療法改正の政策過程（1）

西岡 晋

序 章

第一章 問題の流れ—改正の契機—

第一節 諸問題の顕在化

第二節 「政策の窓」の開放

第二章 政策の流れ—政策案の進化と再考—

第一節 厚生省の政策案

第二節 日本医師会の政策案

第三節 社会党の政策案（以上、本号）

第三章 政治の流れ—成立の要因—

第一節 時系列的記述

第二節 日本医師会の影響力

第三節 政党の役割

第四節 行政部内の変化

第五節 国の雰囲気

終 章 合流された流れ

序 章

本稿は、日本の医療供給政策の形成・決定過程について事例研究を行い、その諸相を明らかにすることを目的としている。事例研究の対象とするのは、一九八五年に成立した第一次医療法改正の政策過程である。同改正法では都道府県における地域医療計画の策定が条文化されたが、過去にも類似の内容を持つ法案として、一九七二年に国会提出された医療基本法案があった。しかしこの時には廃案に終わっており、その政策過程と廃案要因に関しては別稿においてすでに明らかにしている。⁽¹⁾そこで本稿では、同様の条文内容を有しながらも議決に相違の生じた、医療基本法案と第一次医療法改正の政策過程の比較を念頭におきながら、後者の事例研究を行う。

事例研究では、医療基本法案の分析時と同様に、キングダム (John W. Kingdon) の提唱する「政策の窓」モデルに従って考察する。⁽²⁾同一の分析枠組みを適用することにより、両者の政策過程の比較が容易になると考えられるからである。「政策の窓」モデルによれば、政策過程は段階論的にまたは増分主義的に展開するのではない。「問題」・「政策」・「政治」の三つの各々独立した「流れ」が、「政策の窓」が開いた決定的な時機に合流することでアジェンダは設定される。すなわち、三つの流れの合流は、「問題が認識され、解決案が政策コミュニティにおいて進化し利用可能な状態にあり、政治的变化が政策変化の契機を創出し、障害となる諸制約が存在しない」場合に起こるのである。⁽³⁾以下の諸章では、同モデルに即して、「問題」・「政策」・「政治」の三つの流れをそれぞれ明らかにし、それらが「政策の窓」が開放された時機に合流した結果、法案が国会成立するまでの一連の過程を論究する。⁽⁴⁾事例分析に先立ち、医療法の改正内容について概説しておく。⁽⁵⁾その主要な条項は、①目的規定、②医療計画、③一人医師医療法人制、④医療法人の監督強化、の四つである。

まず第一に、医療法の目的について初めて明示化された。法の目的を、医療施設の整備を推進するための事項を

定めることにより医療提供体制の整備を図り、国民の健康の保持に寄与することとした。

第二に、都道府県知事に医療計画の策定を義務付けた。これが最大の改正点である。医療計画は必要的記載事項と任意的記載事項からなり、前者は必ず記載しなければならないもの、後者は必ずしも記載しなくても良いがその策定が望ましい事項である。⁽⁶⁾必要的記載事項では入院医療を念頭においた二次医療圏と、特殊医療に関わる三次医療圏を県内に設定し、圏域内の必要病床数を算定する。必要病床数に達している場合には、過剰病床を抑制するため知事は、病床を新増設しようとしている医療機関(有床診療所は除く)に対し都道府県医療審議会の意見を聴いた上で勧告を行うことができる。ただし公的病院に対しては不許可処分を行える。任意的記載事項では、病院の整備目標やへき地医療対策、医療従事者の確保などについて定めることができる。

第三の改正点は日本医師会の強い要望を受け議員修正で追加されたもので、従来医療法人の設立の要件として三人以上の常勤医師が明記されていたのを削除し、一人でも開設できるようにした。これにより個人診療所においても家計と経営を分離し医療経営の近代化を図れるようになった。同時に資産要件も緩和されることになり、法人化が容易になった。法人化することによって税制上も利点があるとされる。また複数の都道府県に医療施設を開設する医療法人は、従来の都道府県知事ではなく厚生大臣の許可・指導を受けることになり規制が強化された。この条文は当時問題化していた病院チェーンに対する抑制効果を狙っている。

最後に、医療法人に対する監督強化は、一九八〇年の富士見産婦人科病院事件や十全会グループによる不祥事に端を発するものである。まず、富士見病院事件の首謀者とされた理事長が医師の資格を持っていなかったことから、医療法人の理事長を必ず医師とすることとなった。また十全会病院問題では医療法人に対する行政規制の欠如が問題視されたため、都道府県知事は、法令違反などの疑いがある時に、医療法人に対して立ち入り検査を行えることになった。さらに法人に対する改善命令権を法定化し、改善命令に従わない場合には都道府県医療審議会の意見を

聴いた上で、業務停止命令または法人役員の解任勧告を出せることになった。

医療法改正は当初、医療法人への監督強化が主題であったが、法案提出時にはむしろ医療計画の策定による病床規制が骨格となった。病床規制は、厚生省が医療供給の総量規制を行うことによって医療費抑制を企図したものである。また議員修正という形ではあるが、一人医師法人制度が法制化されたことも大きな意味を持つ。一人医師法人制は医師会が主として節税対策の一環として要求し実現した条項で、医師会の政治力の強さを示しているからである。医療不祥事の発生に乗じてそれぞれの懸案だった事項をいっせいに解決しようと試みた帰結が、事実上一九六二年の公的病床規制以来二〇数年ぶりの法改正であり、医療法史上はじめての大規模な改正となったのである。

第一章 問題の流れ—改正の契機—

本章では、第一次医療法改正の「問題の流れ」について論述する。この改正においては、上記した四つの主要改正点の内、①地域医療計画の策定、②一人医師法人制の導入、③医療法人に対する監督強化、の三つの項目が実質的な意味を持つ。各施策が導入された背景である、問題の認知過程もそれぞれに対応する形で存在している。しかし本稿では紙数の制約と主題との関係から、地域医療計画をめぐる過程に焦点を絞って詳述する。

第一節 諸問題の顕在化

一九七三年は、老人医療費の無料化、五万円年金、年金の物価スライド制導入などによって日本の社会保障制度が大きく飛躍し、「福祉元年」と呼ばれた。ところがまさにその年、第四次中東戦争のあおりを受けて第一次石油危機が起こった。石油危機によって輸入石油価格は高騰し物価の上昇率も著しかった。一九七四年度には戦後初めて実質経済成長率がマイナスを記録、これを境に高度経済成長時代は終わりを告げ、低成長時代へと移行した。⁸⁾

石油危機によって経済成長が鈍化すると、国の税収も伸び悩み一九七五年度には三兆四〇〇億円近くの税収不足が生じた。そのため政府は赤字国債の発行を余儀なくされ、七五年度の国債依存率は前年度の一・一・三％から二五・三％に上昇した。これに対し財政均衡主義を政策理念とする大蔵省は、国債依存体質が強まることを警戒し、財政硬直化キャンペーンを実施して国債発行を抑制しようとした。この中でもとくに標的とされたのが社会保障費であった。社会保障制度は一度発足すると人口的要因などから自然増となる傾向が強く、なおかつ制度の特性上財政悪化を理由に直ちに削減できるものでもない。したがって大蔵省は財政危機の要因を社会保障費に求め、その抑制を画策したのである。⁹⁾

一九七〇年代後半に入ると「福祉見直し」への動きが活発化する。一九七五年には大蔵省が「わが国の医療保障について」を発表し、医療費抑制のための手段として、受益者負担原則の貫徹と、医療保険制度とくに老人医療制度の見直しを訴えた。それ以降、七九年には「新経済社会七カ年計画」の閣議決定による一般消費税構想が打ち出されるなど、財政再建が重要な課題として認識されるようになった。こうした流れを受けて、一九八一年には、鈴木内閣のもとで第二次臨時行政調査会（第二臨調）が発足し、行財政改革に向けた本格的な議論が展開され、医療費抑制に関しても重要課題として取り上げられるに至った。¹⁰⁾

医療費の抑制がアジェンダとして浮上した背景には、高齢化の急速な進行という事態があった。日本の高齢者人口は一九六〇年代から増加し始め、七〇年には六五歳以上の高齢者が全人口に占める割合が七・一％となり、文字通り高齢化社会に突入したのである。¹¹⁾ 高齢化の進行にともなう受療率が上昇し、また慢性疾患を抱える高齢者の治療費は一件当たりの費用も高額となり、医療費の増大を招いた。さらに医療制度の発展も医療費増大の要因となった。高度経済成長期に健康保険の給付率が改善され、七三年には老人医療費無料制度が導入されるなど受療を抑制する経済的制約が低下し患者受療率が上昇した。加えて石油危機にともなう物価上昇を受けて診療報酬の大幅引き

上げなどもあり、その結果、一九六五年に一兆二二四億円だった国民医療費は、七〇年には二兆四九六二億円、七五年には六兆四七七九億円にまで膨れ上がったのである。自然的・経済的・社会的な様々な要因が複合的に絡み合うことで医療費の増加傾向が進み、医療財政の窮乏が予想されたことから、医療保険制度の立て直しが求められるようになったのである。⁽¹²⁾

他方、一九七〇年代後半以後台頭した新保守主義の思想は、政府・自民党のみならず財界などにも広範に受容され、八〇年代以降の政府の基本方針を枠づけていった。大平内閣での政府審議会への参加以後、新保守主義イデオロギーは政府部内の諮問機関・政策研究グループに浸透し、第二臨調は基本的には彼らのイデオロギーによって主導された。⁽¹³⁾ かくして厚生省もまた八〇年代には日本型福祉社会論を受容し、新保守主義の潮流に乗っていった。⁽¹⁴⁾ 九八二年には、臨調答申と政府の行革大綱を受けて厚生省内に「国民医療費適正化総合対策推進本部」が発足し、医療費の抑制が全省的な課題として認識されるようになった。これ以後、医療政策は財政問題との関連において遂行される。診療報酬改定の実質的引き下げ、八二年の老人保健法の制定、八四年の健康保険法改正など医療費抑制を意図した費用管理ないしは需要管理策として、諸種の医療制度改革が実行に移されていった。⁽¹⁵⁾

こうした状況下にあつて、医療供給制度に関しても医療費適正化という観点からの見直し論議が活発化した。八〇年代初頭にはすでに、医療資源の有効利用を目的とした高額医療機器の共同利用や医療施設の適性配置が国会の場でも争点化していた。一九八〇年一月二七日の参議院社会労働委員会では、社会党の高杉議員が、医療資源の有効利用の手段として地域医療計画に基づいた医療機関の適性配置と、保険医療機関に対する許可制の導入について政府に問い質している。これに対し園田厚相(当時)は、許可制については明言しなかったが、地域医療計画策定と医療法の改正について検討すると答弁した。⁽¹⁶⁾

このように、石油危機後の経済成長の鈍化や財政危機、人口の高齢化などによる社会保障支出の増大を受けて、

医療費の抑制とその他の制度改革が模索されるようになった。地域医療計画も医療費削減策の一環としてとらえられ、財政問題の観点から医療法改正論議が高まっていた。それらに加え、疾病構造が急性疾患から慢性疾患・加齢性退行疾患へと変化したことよって、旧来の急性疾患対応型の医療制度がもはや十分に機能しなくなっているという「制度と現実の乖離」についても認識され始めていた。⁽¹⁷⁾ 入院が不要にもかかわらず、在宅や福祉施設での治療や介護を受けられないために、病院に長期入院をしている「社会的入院」が問題となり、患者を在宅ケアへと移行させることが政策課題となった。⁽¹⁸⁾

八〇年代に入ると、老人保健法制定を嚆矢に、訪問看護制度の創設、入院時医学管理料の通減制化などを通じて、医療政策における脱施設化・脱入院化と在宅ケア志向が強まっていたが、脱入院化に最も効果的な政策は、入院ベッド数自体を減少させることである。これを具現化させる手段として、病床規制の導入が模索されることになった。⁽¹⁹⁾ すなわち、医療費抑制という財政的な側面のみならず、「医療制度と現実の乖離」の是正という観点からも、地域医療計画の法制化が課題となったのである。

第二節 「政策の窓」の開放

医療費抑制論などの高まりの中で病床規制の実施が模索されたが、具体的な法案改正作業には至らずにいた。そのため、他に何らかの問題が発生、認知されることが、医療法改正の「政策の窓」が開放されるためには必要だったのである。医療法改正の動きを具体化させたのは、医療機関の不祥事の発生という偶然的要素であった。

1 富士見産婦人科病院事件

富士見産婦人科病院事件とは病院ぐるみの乱診乱療事件であり、当時マスコミでも大きく報道され、社会的問題

として関心を集めた。この事件は一九八〇年九月に、埼玉県所沢市の富士見産婦人科病院で、当時の病院理事長が医師法違反容疑で逮捕されたことから発覚した。理事長が医師免許を持つていないにもかかわらず多数の患者を検査・診断し、病院長も無資格者である理事長や院長秘書に検査や診察などの医療・看護行為をさせていた。当時のマスコミ報道によると、数百人の患者が被害にあったとされ、中には無用と思われる手術を受けさせられた結果、子供が出産できない身体になったと訴える者もいた。⁽²⁰⁾ 乱診乱療が病院ぐるみで行われ、しかも医師免許を持たない者が医療行為に携わっていたという「常識では考えられないひどい」ことが長年にわたって繰り返されてきたのである。この事件で理事長は医師法違反で、院長も保健婦助産婦看護婦法違反で逮捕・起訴され、医師の倫理的・社会的責任も大きく問われることになった。

さらに病院の乱診乱療が問題化したのみならず、理事長が当時の斎藤邦吉厚生大臣や元自治大臣の渋谷直蔵衆議院議員をはじめ、地元所沢市長、埼玉県議、所沢市議ら多数の政治家に多額の政治献金を行っていたことから、政治スキャンダルにも発展した。斎藤厚相は政治献金を受領した事実を認め、事件発覚直後の九月一九日に大臣を辞任し、後任には園田直氏が就いた。最終的には、斎藤代議士ら四代議士の秘書や所沢市長の秘書などと理事長本人が政治資金規制法違反で書類送検された。また所沢市長選に関連する選挙妨害事件で、公職選挙法違反として理事長や所沢市長らが送検された。⁽²²⁾

このように富士見産婦人科病院事件は、医療界から政界まで巻き込む一大スキャンダルにまで発展した。世論の批判は当然ながら監督官庁である厚生省にも向けられ、行政の責任を問う声は日増しに高まっていった。園田厚相は九月二四日の記者会見でプロジェクトチームを省内に作ることを表明し、三〇日に「医療に関する国民の信頼を回復するための検討委員会」を発足させた。同委員会には田中明夫医務局長を委員長に据え、関係課長ら一二名によって構成された。とくに若手官僚の斬新な意見を吸収するため委員会の幹事に若手を起用し、①医療倫理の向上、

②医療従事者の資質向上、③医療制度のあり方、④医療整備のあり方などについて再検討を行うものとされた。⁽²³⁾

厚生省は富士見産婦人科病院事件を「現在の医療の構造が生んだ根深いもの」としてとらえ、医療行政全般にわたって再点検を行うことになった。ここで注目されるのは、厚生省幹部の中から、従来の医療行政は保険中心であったという反省の声が聞こえてきたことである。従来は医療界で薬漬けや高額医療機器の増加が問題化すると、診療報酬点数の操作によって制御しようとする保険行政の観点からの対応が主にとられてきた。しかし今後はこのような保険中心行政から脱却し、医療供給制度まで含めた幅広い視野から医療制度を再編しようという気運が、厚生省内においても高まったのである。⁽²⁴⁾

その結果、①医療法人への規制強化、②医療従事者の資質や倫理の向上、③医療機関への融資体制のあり方、④患者の苦情処理体制の構築、⑤医療監視の強化というように、保険制度の枠組みにとられない広範な観点から医療制度問題が検討されることになった。こうした流れの中で、早急に対処できる問題については、次期通常国会に医療法改正という形で提出するという意向が固まった。日本医師会との交渉におかれ医療の将来像も明確化できないでいた厚生省にとって、この事件は確かに「千載一遇のきっかけ」(当時の医務局幹部)でもあった。⁽²⁵⁾ これを機会にそれまでの懸案事項を一挙に解決しようとしたわけである。

このように富士見産婦人科病院事件を契機に、医療制度のあり方を全面的に再検討する気運が高まり、医療供給制度や医療監視制度を規定する医療法改正に向けた動きが、一気に具体化したのである。そのため、一般的には、八五年の医療法改正は富士見産婦人科病院事件をきっかけになされたものとして理解されている。⁽²⁶⁾

2 十全会グループの不祥事

富士見産婦人科病院事件が発覚したのと同時期、京都にある医療法人十全会グループの不祥事がマスコミで太き

く取り上げられた。富士見病院事件とともにこの十全会問題が、医療法改正をさらに促進させることになったのである。

十全会グループは、京都市内で経営する三つの精神病院を中核にして、病院への物品販売など関連企業約二〇社から構成され、三病院の病床数を合計すると約三一〇〇床にも達するなど、当時国内有数の規模を誇っていた。しかし、ベッドへの拘束や医師の関与しない治療など患者の人権を無視したような乱診乱療が行われ、長年にわたって社会的非難的になっていった。⁽²⁷⁾ それらの行為の一部は裁判沙汰にもなっている。それまでも十全会グループにおける乱療はたびたび社会問題化されていたが、この時期新たに、株の買い占めや不明朗な経営実態が浮き彫りにされ、国会審議の場でも取り上げられることになった。⁽²⁸⁾

厚生省では京都府と合同で立ち入り調査を実施、一九八〇年二月からは京都府と京都市が医師数や看護婦数、診療実態を調査するための医療監視を行い、同時に財務調査も進められた。⁽²⁹⁾ 医療監視の結果を受けて厚生省と京都府は、十全会グループに勧告を行った。その内容は、①医療法人の経営陣刷新、②法人運営の適正化、③医療内容の充実、の三点である。具体的には理事長一族の退陣、外部監査人の導入、朝日麦酒株の放出、違法な土地売買の清算と医療法人への資金の返還、医師や看護婦の増員といったもので、経営陣にとっては厳しい勧告内容であった。しかしこれに対し理事長側も、勧告内容を受諾し、経営陣の刷新という形で一連の十全会問題に一応の区切りがつけた。⁽³⁰⁾

十全会グループの不祥事は、医療法改正に向けた動きに拍車をかけた。厚生省は、ここに至るまで十全会グループの不明朗な経理に対してメスを入れることができなかった要因は、現行医療法に財務調査権と法的規制措置が規定されていなかったためであると釈明した。⁽³¹⁾ 国会の場でも医療法改正問題が取り上げられ、一九八〇年一月二七日の参院社労委で、社会党の高杉議員から富士見産婦人科病院、十全会問題に関する質問がなされた。これに対し

当時の園田厚相は、監督権の強化などについて「医療法を改正するなどまじめに検討しなければやむを得ない状態になってきたと考えます」と答弁した。⁽³²⁾

またその際、既述したように高杉議員は地域医療計画の策定についても質問を行った。それに対し園田厚相は、国のガイドラインに沿って都道府県が地域医療計画を策定し、この計画に基づいて医療機関の指導を行うべきであると考えていると述べ、「この趣旨に沿って医療法の改正を検討いたします」と答弁した。⁽³³⁾ また十全会に勧告を行った八一年一月二七日直後には、厚生省が法的措置の不備を改善し同種事件の再発を防止するために、医療法改正案を国会に提出し、医療法人への監視を強化することを明らかにしている。⁽³⁴⁾

その結果、具体的には、①医療法人への会計・財務運営に関する立ち入り調査権、②法人運営改善命令権、③役人解任権、などの規定を内容とした医療法改正案を、当期の国会に提出する方針が固められた。⁽³⁵⁾ そして厚生大臣は、一九八一年二月九日の衆議院予算委員会で、十全会グループ問題の関連質問に答えて、事件再発防止のため医療法改正案を今国会に提出することを表明した。⁽³⁶⁾ ここで、公式に医療法改正の国会提出が明らかにされた。すなわち、既述の参院での厚相の国会答弁と合わせて、ここにおいて医療法改正の「政策の窓」が開かれたのである。

第二章 政策の流れ—政策案の進化と再考—

一九七二年の医療基本法案は、「政策の窓」が開かれ好機が訪れたことにより国会に上程されたものの、最終的には「政治の流れ」が阻害要因となって廃案に終わった。キングダムが論じたように、「政策の窓」の開放頻度は低く一度機会を逃してしまえば、次の機会が訪れるまで待たなければならない。⁽³⁷⁾ そのため、一度盛り上がった法案制定の気運は冷め、その後は基本法の制定や医療法改正の動きは表面上全くといって良いほど見られなかった。しかしながら、表面的な動向とは別にその深層部においては、地域医療計画の策定に向け着実に事態は進展していた

のである。まず、医療計画策定に向けた具体的な手法の検討などが行われ、それと並行して諸政策案の接近・接合が図られたことにより政策案が進化した。つぎにそれらの検討結果をふまえて、一部の都道府県で実際に医療計画が策定され、政策の実施過程に部分的ながら移行した。一方、政策案が再考に付され、地域医療計画の目的が再定義化される過程も見られた。

第一節 厚生省の政策案

1 地域医療計画の策定

医療基本法案廃案後の「政策の流れ」をたどると、まず指摘できるのは、諸政策案の接近が図られたということである。はじめに厚生省と日本医師会の政策案の関係であるが、これは医療基本法案についての議論を通じてまず接近が図られ、廃案後の一九七二年七月にまとめられた厚生省の「保健所問題懇談会基調報告」では、日医の地域医療論の影響が如実に現れている。⁽³⁹⁾ 包括医療をふまえた保健所機能の再編、地域特性を考慮した保健医療圏の設定、地域の保健医療計画の策定と総合調整機能を担う地域保健協議会設置の提案などがそれである。その後も、厚生省公衆衛生局長の発言や、地域保健医療計画策定のための地域設定の手法に關しても日医の理論が少なからず影響しており、それを裏付けるように、厚生省の委員会に日医関係者が参加するなど人事交流もあった。⁽⁴¹⁾

また、厚生省内での政策の競合状態も解消されていた。以前は医務局が主唱する病院計画と公衆衛生局が提唱する保健計画の間にはその基本理念に開きがあり、実際の施策化についても別個に行われていた。しかし、公的医療機関を中心とした医療施設整備を意図した病院計画案は、すでに一九六〇年代には私的医療機関の整備促進策に重点が移行したため退潮し、発表されることもなくなっていた。それに代わって厚生省医務当局は、包括医療推進の観点から医療計画をこうえ直し、保健計画の理念に近づきつつあった。⁽⁴²⁾ 医療基本法案に盛り込まれた医療計画に

関する施策もそうした視点を含んでいた。とはいえ、基本法案の医療計画条項も、地域包括医療の推進を主目的にしたものというよりは、国の医療政策の大綱としての役割を担うものとして位置づけられている。そのため、公衆衛生当局が意図したような、保健所を主軸とした地域保健（医療）活動の展開を、とりたてて念頭においているわけではない。

しかし医療基本法案廃案後、一九七三年に部局横断的に設置された「地域保健医療計画策定委員会」での活動などを通じて両者が接近し、共同で保健・医療圏設定のモデル作りを行うなど政策案が融合し始めた。⁽⁴³⁾ 病院計画と保健計画の際立った差異は解消し、両者を包含した「地域保健医療計画」が構想されるようになったのである。より正確に見るならば、この過程は政策案の融合過程というよりは、保健計画による病院計画の包摂過程としてとらえた方が適切であろう。なぜなら、すでにこの時期には単なる医療施設計画としての病院計画案は事実上消滅しており、また、地域保健医療計画のモデル策定は医務局と公衆衛生局が共同して行ったものの、保健所再編論と結びつきつつ実質的には公衆衛生局が主導する格好となったからである。厚生省医務当局の政策は、単なる医療施設計画である病院計画としての医療計画から、医療基本法案での医療政策大綱としての医療計画へと変容し、さらに同法案廃案後は地域保健の展開を主目的とした保健計画の系譜に包摂されていたのである。

以上の点から、この時期の「政策の流れ」は諸政策案の「接近と接合の過程」としてとらえることができる。医療基本法案廃案後の、厚生省医務当局の病院計画、公衆衛生当局の保健計画、および日本医師会の三者の政策案は、しだいに接近し部分的には接合されていったからである。しかしながら、それらの政策案が完全に融合し弁証法的に昇華されたわけではない。日本医師会は相変わらず医師（会）主体の地域医療計画にこだわり、それが行政主導で行われることに對する警戒を怠らなかつた。一九七四年には日医の「地域医療・施設委員会報告」が提出されるなど、独自の政策案も出され官僚主導の地域医療計画案に對抗した。そのため一九八〇年、医療機関の不祥事の発

生を契機に再び医療計画の法制化が課題になると、日本医師会は厚生省案を官僚統制であると強く非難し、医療法改正の絶対反対を訴えたのである。

諸政策案の接近・接合が図られた一方、この時期、医療計画は厚生省指導のもと一部の自治体で策定され、実施段階へと実質上移行していたことも重要な事実である。厚生省は基本法案廃案後も医療計画策定に意欲を見せ、すでに述べたように、一九七三年に「地域保健医療計画策定委員会」を発足させた。これは医務局および公衆衛生局共管の「地域保健医療計画」策定の具体的方策を検討する委員会、保健・医療圏設定のモデル県として、岩手、埼玉、新潟、和歌山、鳥根の五県を抽出・調査し、圏域設定の方法について報告書をまとめている。

報告書が提出されて以後、地域医療計画の策定が促進される。社会保障計画懇談会や医療審議会といった審議会の後押しも受けながら、厚生省は全国の都道府県に対して地域医療計画の作成を指導し、その結果、一九七五年の時点で三一の道府県で医療計画の策定ないしはその検討を行っている。厚生省自身も、七五年に「地域医療計画検討会」を発足させて医療計画策定用ガイドラインの検討を行い、あるいは「医療情報システム開発センター」(厚生省・通産省の共管財団法人)を創設して地域医療とも関連する医療情報システム開発に乗り出すなど、地域医療計画の具体化に積極的に関わっていった。⁽⁴⁵⁾このように、医療基本法案は廃案になったものの、そこに含まれていた医療計画という施策は廃案後も生きつづけ、厚生省の指導や各種委員会における検討などを通じて、各都道府県において実施段階に移されていった。すなわち、一九八〇年代初めに医療法改正が政策課題として浮上する以前に、その具体的な政策についてはすでに準備されていたわけである。

2 政策案の再定義化—医療費抑制策として—

前章で既述したように、一九七三年の第一次石油危機を契機として、経済の低成長化とそれにとまなう税収の不足は国の財政問題を招来した。他方で人口の高齢化と老人医療費無料化などの福祉政策拡充による社会保障費の急増現象は、「福祉国家の危機」論と結びつき、社会保障費の削減、医療費抑制策を政府の重要課題として認識されることになる。そのため厚生省においても医療費の抑制が最重要課題として位置づけられた。

医療費を抑制させるための具体的な方策としては、①診療報酬や薬価の抑制、②患者自己負担の引き上げ、③医療機関の供給制限、の三つの手法が考えられる。この中で①と②は医療保険政策の領域に属し、③は医療供給政策における施策である。日本の医療行政における統制手段は主に、健康保険制度や診療報酬制度を媒介としたものだった。⁽⁴⁶⁾しかし、七〇年代中葉以後の社会保障費削減論の高まりの中で、もはや医療保険政策を軸とした医療費抑制策のみならず医療供給政策の面からもそれに貢献することが求められるようになる。

一九七五年の全国民生・衛生部長会議で当時の北川厚生省保険局長は、医療保険制度の立て直しには、従来は分離しがちであった保険行政と供給行政が連携しながら施策を実施していく必要があると、語っている。さらに、医療供給体制の整備拡大は医療費の増加にもつながるということも考慮して、医療体制の整備について検討してもらいたいと医務当局に対してもメッセージを送った。⁽⁴⁶⁾保険局長の発言は、従来ともすれば分離しがちであった医療保険政策と医療供給政策の結びつきを強め、とりわけ医療財政の逼迫状況に対し両者が協力して対処することを求めたものであった。これに対し当時の滝沢医務局長も、財政難を認識しつつ医務行政を推進していかなばならないと、保険当局の要請に応じる発言をしている。⁽⁴⁷⁾

同じ年の八月、厚相の私的諮問機関である社会保障長期計画懇談会から「今後の社会保障のあり方について」と題する報告書が提出された。この報告では経済成長の鈍化と人口の高齢化という経済的・社会的変化を受けて、資源の効率的配分と費用負担の合理化を図ることが今後の社会保障の基本的方向として示されている。⁽⁴⁸⁾その中で注目すべきは、主要施策の一つとして地域保健医療の推進について取り上げていることである。⁽⁴⁹⁾とりわけ、報告書では

「医療資源の有効的な活用を図るための一つの考え方として」保健医療圏を設定し、また「将来の保健医療需要をふまえた社会資源の整備計画として」地域保健医療計画を策定するように求めるなど、逼迫する医療財政を救済するための手段の一つとして、地域医療計画をとらえている点が注目される。すなわち、従来の厚生省の報告書などに見られた地域保健医療計画に対する基本的理念は、保健医療サービスの整備拡充を目的とした「促進的」なものであったのに対し、懇談会報告書の方は医療資源の効率的配分を企図した「抑制的」なものとして医療計画を位置づけている。この報告書を境にして、地域医療計画が医療費削減のための手段として捉えられるようになっていったのである。

このような認識は、厚生省幹部の中で年を追うごとに深まっていた。一九七〇年代末期の佐分利輝彦医務局長時代にはすでに、地域医療計画を病床規制の手段として用い、それによって入院医療費の抑制を図るという方針が既定のものになったと考えられる。佐分利局長は当時、専門誌のインタビューに答えて、医療供給体制の効率化を図ることが重要であると強調している。その中で、日本の病院・診療所数は総数として過剰であり、病床数も一五〇万床弱もありその増設よりはむしろ削減すべき段階にきているとの認識を示し、今後の医療供給制度の再編の具体的方向として医療機器の計画的な共同利用の検討、入院医療から在宅医療への転換、医療法の全面的な改正などを示唆している。ここで注目されるのは、諸外国での病院の病床規制について非常に関心を示していることである。病床規制や医療機器の配置規制などを通じて「自由主義のチャンピオンのアメリカが、かなり管理的・統制的な政策を打ち出してきた」⁽⁵⁰⁾ いるのに対し、日本は「やりたい放題いい放題」で、最近のアメリカなどの諸外国における規制強化策を学ぶべきであると発言している。

当時アメリカでは医療費の急増に対処し、その抑制を目的とした増床規制等が法制化されていた。例えば、一九七四年に法制化された「国家医療計画・資源開発法 (National Health Planning and Resources Development Act

of 1974) は、連邦・州・地域医療圏の各レベルに区分し、医療計画に基づいた医療システムの構築を意図したもので、日本の地域医療計画の考え方を先取りした内容を持っている。同時に、医療計画の策定を担当するHAS (Health Systems Agencies 医療システム機関) の設置目的として、医療費の抑制が明示された。地域医療計画はかつての促進的なものではなく抑制的な機能を果すものとしてとらえ直され、各州では病院の開設・増床に対する規制が行われたのである。⁽⁵¹⁾

厚生省内で病床規制に向けた動きが急速に促進されつつあった状況は、『厚生白書』においても明確に表れるようになる。昭和五二(一九七七)年版の『厚生白書』では、フランスの病院改革法を紹介している。病院改革法は、「保健地図」に基づいた医療供給体制の整備、医療資源の効率化を促進し、さらに「注目すべきこと」に私立病院を対象に含めた病院制度の体系化を図っている。そのためフランスでは私的病院の新増設や高度医療機器の導入も許可制になったことを取り上げている。⁽⁵²⁾

一九七九年に専門誌上で行われた、厚生省佐分利医務局長、厚生省吉村仁保険局審議官、医事評論家水野肇の三氏による新春座談会の席上においても佐分利局長は、私的病床規制の重要性を力説している。彼は地域医療計画の問題に関連して、「われわれの方は：フランスやアメリカのように私的病院の方も規制すべきじゃないか、もう医療機関は多すぎるのじゃないかという考え方をもっている」と語り、既述した諸外国における規制強化策を念頭において、日本でも同様に私的病床に対する規制策の実施を医務当局が検討していることを示唆した。⁽⁵³⁾ 後に八〇年代の健康保険制度改革を牽引する吉村も、保険局としても医療供給体制の改革を望んでいると話し、医務局長の発言を支持している。⁽⁵⁴⁾ このことから、保険・医務両当局がともに医療費抑制の観点から医療供給制度の改革を志向していたことが分かる。

このような当時の佐分利医務局長の一連の発言や厚生白書における記述は、厚生省が医療費抑制の観点から私的

医療機関をも対象にした病床規制を検討し始めた証左であるといえるだろう。さらにそれを具体化に向け促進させたのが、医療審議会の答申である。医療審議会は公的病床規制措置に関する必要病床数の算定基準について二年に一度答申を行っているが、一九七九年の答申では、初めて私的病床の規制について示唆した。答申は、日本の病床数は諸外国と比較しても遜色のないものとなった一方、厳しい経済情勢から医療資源の効率的活用が求められており、こうした経済的・社会的諸変化を視野に入れた医療供給体制の整備を行わなければならないとの認識を示した。その上で、「医療は、その性格上、公私を含めた医療機関全体の機能と連携とを確保しつつ」推進しなければならないとしている(傍点は引用者)。(55)

この答申内容は、当局が公的病床のみならず私的病床をも含めた病床規制の方向を、明確に打ち出したことを含意している。私的医療機関への開業規制に関しては、薬局の配置規制に違憲判決が出ており内閣法制局が難色を示すことも予想された。しかし私的病床規制はこの時すでに法案作成段階にあったといわれており、その他の改正事項と合わせ医療法改正案を翌年にも国会に提出する意向を固めていたという。(56) このことを裏付けるように、医療審議会答申が出た同年(一九七九年)の九月には、厚生省が医療法改正について検討を進めていたことが新聞報道で明らかになっている。(57)

この医療審答申を転換点として、公式にも地域医療計画が医療施設の新増設を促進するのではなく抑制するものとして再定義された、と捉えることができる。アメリカで地域医療計画への意味付けが変化したのと同様の現象が、日本でもその後を追うようにして起こったのである。また同時に、この段階ですでに厚生省が医療法改正の作業を進めていたという事実は、医療審答申の翌年一九八〇年に富士見産婦人科病院事件が発生した後、医療法改正が政治日程に浮上する以前から、その政策代替案はある程度整っていたことを意味しているのである。

第二節 日本医師会の政策案

1 医師会の反応

厚生省の指導のもとで各都道府県が作成を始めた地域医療計画は、政策案の系譜の中では、(日本医師会が主唱した)管理医学・技術論的系譜に属すると考えられている。(58) 日本医師会の影響度が高い医療基本法の地域医療計画案にそったものだからである。しかしこれは、公衆衛生・地域保健の系譜に属する論者の一人でもある橋本正己の見解であり、当日医や武見日医会長自身はそうには考えていなかったようだ。

一九七五年五月一三日に開かれた全国医務主管課長会議の席上、厚生省の滝沢医務局長が地域医療計画の策定はあくまで各地域の諸特性に応じた形で行われるべきではあるが、厚生省としても標準となる指針を考える必要があると述べた。また、医療行政の方針は七二年の医療基本法案を土台にしており基本的に変更はないとも明言した。この発言に対し、武見会長は強く反発した。厚生省が廃案となった医療基本法を土台にして地域医療計画を策定しようとしていることを重くとらえ、「このような医師の主体性を否定するような医療基本法案を根幹とした地域医療の展開は許されないという結論に達し、この方針をもとに問題と取り組む」ことを、日医の全理事会における協議で決定した。(59)

廃案になったものの最終的な医療基本法案は、日医の主張を相当程度まで取り入れている。また当の武見自身が基本法案廃案の理由を、官僚が自分達の思い通りの法案にならなかったために、一種のサボタージュをしたためであると話している。(60) したがって厚生省が医療基本法案にそった形で地域医療計画の策定を進めることを、日医が反対する理由は明白ではない。むしろここで重要なのは、基本法に関連しているか否かということよりも、「医師の主体性」をどのように捉えているかということである。

日医の地域医療検討委員会答申(一九七二年)⁽⁶¹⁾以降、厚生省の保健所再編論や医療計画についての施策は、日医

答申の内容を意識した形で形成されていた。とはいえ、例えば、前節で触れた厚生省地域保健医療計画策定委員会の報告書(一九七四年)⁶²では、地域設定にあたっては行政区域と一致させることもやむを得ないとされるなど、若干行政寄りの内容となった。日医が強調する医師(会)の主体性や地域保健調査会の設置についてはほとんど言及されていない。医師の主体性を明確にしないまま、厚生省主導によって各都道府県で地域医療計画が策定されることは、日医や武見会長にとっては容認できないことであつた。そのため上記の日医による批判につながつたと考えられる。

厚生省が、圏域設定に関する研究結果をまとめるなど地域保健医療計画の普及に向けた動きを活発化させる一方、日本医師会側も「地域医療・医療施設委員会」を設け、独自の政策案を発表した。一九七四年、厚生省の「地域保健医療計画策定のための地域設定報告書」が提出された同一年、日医も第一次地域医療・医療施設委員会がその審議結果を武見会長に報告している。⁶³

厚生省の前記報告書と大きく異なるのは主に、①医師の主体性の強調、②地域保健調査会の設置、の二点である。第一番目の点は、それまでも日医が繰り返してきた主張である。地域医療のシステム化を、「地域の医療担当者自らが主体性をもって、地域の包括医療の実現をめざす方途」であるのとらえ、地域医療計画はこうした基本的認識に立ち、「医師のもつ自律機能、医療に対する医師の主体性に基盤を置いて」進めていかなければならないとされる。⁶⁴地域保健調査会はすでに各地域の医師会にも設置されているものの、その機能はもっぱら地域医療の実施母体であり、地域の頭腦的な役割を果たす計画母体としても機能を発揮するよう求めている。地域保健調査会は地域医療計画の調査・立案作成・実施の主体として位置づけられているのである。この第二の点は、すでに日医の地域医療検討委員会答申においても指摘されていたものとはほぼ同じ内容である。

このように、これまでの日医の諸種の委員会の答申などと同様にここでもまた、医師の主体性、医師会主導の地域医療システムの構築が強調されているのである。こちらの委員会は厚生省委員会とは異なり、日医のブレーン学者と医師会会員によって構成されているからである。しかしながら、厚生省の「地域保健医療計画策定のための地域設定報告書」と共通するものもある。例えば、圏域設定のあり方について、日医委員会の報告は行政区域にとらわれることなく住民の医療に関する生活圏を基礎としながら、地域の自然的・社会的特性を勘案して画定することが必要であると述べている。しかしその一方で、「医療圏は最終的にはおそらくいくつかの市町村を合わせた」とのとなり、自治省の広域市町村圏や建設省の地方生活圏との調整統合を示唆している。⁶⁵この提案内容は厚生省の報告書と同様のものである。医療基本法案の議論以降、厚生省と日医の政策案の接近状況が観察されたが、同報告にも両者のそれが反映されているといえるだろう。

一九七五年に厚生省医務局の私的諮問機関として設置された「地域医療計画検討会」も、その委員構成は日本医師会寄りのものとなっている。倉田正一慶大医学部教授をはじめ、重田精一日本医師会常任理事、田中恒男東大医学部教授ら日医のブレーンが多く参加している。⁶⁶したがってこの時期、日医と厚生省は少なくとも地域医療計画の策定については共同歩調をとっていた。しかしながら、保健所区域と圏域設定を合致させるような、厚生省でもとくに公衆衛生局や保健所が主導した形での地域医療計画案とは相容れず、あくまで医師主体の地域医療、医師会主導の地域医療計画の作成にこだわつたのである。

2 政策案の再定義化—参入規制として—

厚生省も(後述する)社会党もともに、その理念は異なるとはいえ、私的医療機関に対する開業規制を検討していた。前者は医療費抑制の切り札として、後者は医療社会化の推進を目的としていた違いはあるが、いずれも地域医療計画を医療施設の「抑制」のための方策として捉えていたことには違ひはない。このような、政策案の意味内

容を変化させる「再定義化」の過程を通じて、両者は接近しつつあった。それでは日本医師会の政策案はどうだったのだろうか。

日本医師会は、自由開業医制を基本理念として掲げ、それに対する官僚統制には一貫して異議を唱えてきた。したがって、医療施設の開業規制を目的とした医療法改正にも反対の立場を表明したわけである。⁽⁶⁷⁾しかしながら、実は医師会は、都道府県や郡市区の地区レベルにおいてかねてから開業規制を行ってきたのである。例えば、東京都内の地区医師会では一九六〇年代から、医師急増現象に対処することを目的として、「適性配置委員会」なるものが設けられていた。配置委員会では新規開業に関する規約を定め、病医院の開設に際して諸制約を課して規制行為を行っていたのである。こうした適性配置委員会はその後、新設医大の増加による医師数の供給過剰に悩まされていたその他の地域の医師会でも設置されるようになった。⁽⁶⁸⁾

しかし一九七〇年代末期、大規模病院チェーンとして知られる徳洲会病院の神奈川県茅ヶ崎市への進出問題を契機に、地区医師会による開業制限が社会問題化し、国会でも取り上げられるようになった。⁽⁶⁹⁾そうした流れを受けて一九八〇年、公正取引委員会は、地区医師会の適性配置委員会による開業制限行為に対し、独占禁止法違反の審決を下し排除勧告を行うに至った。それ以後、地区医師会の開業規制行為は違法なものとされたのである。公取委の排除勧告を受けたのは、和歌山市・豊橋市・千葉市各医師会である。勧告によれば、それらの地区医師会では、「適正配置委員会」といった審議組織を設けて病院・診療所の開設について審議・裁定を行い、あるいは開業許可や医師会の入会に一定の条件を設けるなど、事実上の開業制限を行っていた。実際に開業医は、地区医師会の承認を得られなかった場合、病院・診療所の開設を断念したり、提示された条件に従ったりしていた。医師会の開業制限活動は実行力をもなっていたわけである。これに対し公取委は、これらの医師会の行為を独占禁止法で禁止された事業者への不当な制限活動であると認定し、制限行為の中止や適正配置委員会の解散等、排除勧告を行った。⁽⁷⁰⁾当時

はこの他にも全国各地の医師会で同様の行為がなされており、公取委はその後ガイドラインを作成し、医師会による開業制限行為の排除に乗り出したのである。⁽⁷¹⁾

自由開業医制を理念としていた医師会も、地区レベルにおいては、理念に反するとも思われるような開業制限が行われていたのが実態であった。これに対し日本医師会は、すでに一九六〇年代に公式見解を発表し、このような開業規制行為を自粛するよう求めていた。⁽⁷²⁾日医はこの時、医師会が適性配置委員会などを設けて開業制限を行うことには（公共の福祉の観点から許容されるといった）⁽⁷³⁾法的根拠はなく、むしろ「開業の自由—医師の基本権」を侵害するもので違法性が高いと明示している。開業規制活動によって医師会を開鎖的な団体としてしまうのは、医師全体の福祉を向上させるという医師会の目的に反することになるとの見解も表している。

開業規制活動に対する日本医師会の公式見解はこの時確立され、以後の見解もほぼ同様な内容で示されてきた。前述の徳洲会病院の進出に係りして地区医師会の開業規制が社会問題化した際に、武見日医会長も「私もずいぶん昔にあれ（開業規制—引用者）をやめろという通告を出したのであるが、…あのようなことや法外に高い入会金を取ることは、公正取引委員会の調査の対象になるから、これはすぐにやめてもらわなければならない」と述べ、地区医師会に制限行為の中止を要請している。⁽⁷⁴⁾

このように、日本医師会としての公式見解は、開業制限行為を自由開業医制への侵害としてとらえており、医療計画を新規参入規制の政策代替案として定義し直していたわけではない。自由開業医制の維持が政策理念としてあったからである。しかし地区医師会のレベルにおいては、理念とは裏腹に開業制限が行われていた。一九八五年の医療法改正は病床規制を一つの目的としており、それは開業規制的な要素を含んでいる。日本医師会は医療法改正に当初は反対の姿勢を示していたものの、後に賛成に変わった。その要因の一つに、当時日医は病院チェーンの拡大などによる開業医の地盤沈下を懸念し、既得権益を擁護するために開業規制を望んでいたことがあげられる。

すなわち、政策案が再考され、自由開業医の制限ではなく、参入規制を正当化し権益保護を目的としたものへと医療計画を再定義したのであるが、その時の日医の態度変化は突如として起ったわけではなく、地区医師会による適性配置委員会の活動によって、すでにその下地はできあがっていたのである。

第三節 社会党の政策案

1 医療保障基本法案の提出

厚生省と日本医師会の政策案は、医療基本法案廃案後、一定程度の接近と接合が図られたが、社会党の政策案は乖離したままであった。かねてから社会党は、医師会の基本理念である自由開業医制を批判しつつ、公的医療機関を主軸とし医療からの採算性の排除を意図した「医療の社会化」路線を推進していた。医療基本法案廃案後も「医師のおかれた現状と社会党の態度」と題する綱領を発表するなど、⁽⁷⁴⁾活発に政策提案を行っていたが、一九七三年七月には公明・民社両党との共同提案という形で「医療保障基本法案」を参議院社会労働委員会に提出している。⁽⁷⁵⁾この法案は、当時国会で審議されていた政府の健康保険法改正案における医療制度抜本対策の不備を指摘し、それに対抗する形で出されたものである。⁽⁷⁶⁾

社会・公明・民社の野党三党は参議院社労委における提案理由説明で、次のように述べている。⁽⁷⁷⁾まず健康保険制度の破綻を国民負担の増大によって切り抜けようとする政府の方針は、社会保障制度に対する国の責任を回避するものであると批判する。つぎに、医療保障とは「すべての国民に、いつでもどこでも適切な医療を保障することである」として、無医地区の存在や、薬価差益を稼ぎ高収入が確保できる治療行為を行う傾向にある採算重視の医療制度のありようを非難している。そして、こうした医療の荒廃を招いた原因を自民党政府の無策に求め、九割以上が私的医療機関であることを放置し、公的医療機関ですら独立採算制を採用した責任を追及している。

したがって、このような医療制度の荒廃を克服するためには、医療の営利性・採算性を排しなければならない。すなわち、「医療の私的営利的性格を克服して、その公共性を最大限に発揚させるため、現行制度に公的・民主的コントロールを徹底させ」る「医療の社会化」を行う必要がある。このような趣旨に基づいて、医療保障基本法案が提案されることになったのである。

同法案の内容を詳しく分析すると、それまでの社会党の政策案を明確にしたものであり、医療社会化論を法案として集大成したものとして考えられる。⁽⁷⁸⁾医療の範囲を、予防から治療、リハビリテーションまでを包含する幅広いものとして規定している点は政府の医療基本法案と同様であるが、その中でもとくに疾病予防の優先を掲げている点が異なっている。より鮮明な特徴は、日本医師会の基本理念である自由開業医制、医師の主導性に対して何らかの制限を加えている諸条項にある。医療の公共性の原則や民主的な運用の明記という抽象的な文言から、健康管理医制度、固定報酬制の導入、公的医療機関の整備拡充、チーム医療の重視といった具体的施策に至るまで、日医の政策案とは対照的である。従来、診療所と私的医療機関を中心とした医療供給体制、医師の収入の自由裁量性という要素をも含んだ自由開業医制、これら日本医師会が先頭に立って推し進めてきた医療制度を抜本的に改革することを含意している。

また地域医療の推進に関しても、日医の政策案とは異なる内容となっている。日医は地域医療の展開にあたって、各地域ごとに医師会主導の地域保健調査会の設置と同調査会が主体となった地域医療計画の策定を提案していた。これに対し同法案は、保健所の所管区域を単位に「健康管理委員会」を設け、その委員の過半数は住民代表によって構成されなければならないとして、日医の医師主導の委員会案に對置させている。また医師会の保健所廃止論に對抗して、保健所を主体とした健康管理活動の促進を重視している。健康管理委員会によって策定された地域健康管理計画は、保健所が主体となつて推進するものとされるのである。

このように同法案の内容は、日医の主張する地域医療論や地域医療計画の考え方とは理念においてまたその具体的政策についても大きく異なっているのである。むしろ、正反対の主張を行っていると表現した方が適切であろう。日医が同法案に対し、「わが国医療は自由開業医制度が基礎でなければならず、医療社会化は、社会主義医療をめざすものである」と強い調子で反発するのも必定だったわけである。⁽⁷⁹⁾

他方、厚生省の政策案、とくに一九五〇年代の政策案とこの法案の間には逆に類似点が見られる。公的医療機関を主体とした医療施設の整備が、厚生省の病院計画の系譜に見られた目的の一つであった。これに対し社会党の政策案も公的医療機関を主軸とした医療機関の体系的整備に関する条項を設けており、両者の政策案は非常に類似しているといえるだろう。とくに医療保障基本法案に規定されている「地域基幹病院」制度は、両者の類似性を端的に表している。この地域基幹病院は、人口約二〇万人を単位として設定される医療圏において中枢的機能を果たす医療機関として設置され、しかも原則的には公立でなければならないとされる。こうした、地域の中核機能を担う公立病院を設置し、そのもとに各病院や診療所を体系的に整備するという着想は、かつての厚生省・政府審議会の病院計画の内容に共通するものである。⁽⁸⁰⁾

公立病院であれ保健所であれ公的機関を主軸にして保健医療供給体制を整備し、包括医療あるいは健康管理体制の確立を企図しているという意味において、社会党の政策案は厚生省のそれに親和性を持っていたと指摘できるだろう。⁽⁸¹⁾ 厚生省の滝沢医務局長(当時)はある講演の中で、一九七二年の医療保障基本法案を評して、野党案は具体的に公費負担医療の拡充などの点で政府も考慮すべき点もあると、発言している。⁽⁸²⁾ 社会保障支出の拡大を要求する社会党をはじめとした野党の提案が、予算極大化を志向する(厚生)官僚にとって、社会保障政策には関心が薄かった自民党よりも、強力な援軍として映ったとして不思議ではない。

このことは、政府と野党という、一般的には政治権力構造において両極に位置すると考えられるアクターによって案出された政策代替案が、むしろ親和性を有していたことを示している。すなわち、「政策の流れ」が「政治の流れ」とは相対的に独立したものと存在していることをも明証しているといえるだろう。

2 政策案の再定義化—自由開業医制への規制として—

厚生省の政策案と社会党とのそれに、少なくとも客観的には類似性があったとはいえ、現実には対立関係も見られた。社会党の医療社会化路線を支えた「医療社会化推進会議」の議長を務めていた松尾均日本女子大教授は、一九七〇年代に厚生省が推進していた地域医療計画を、日本医師会を頂点とする「医師集団の医療政策の旗振りであるにすぎ」ず、厚生省が「日本医師会医務部」という日医の下請け機関としてその政策を遂行するための手段であると批判していた。この地域医療計画の究極的目的は、資本主義社会の営利性を基盤とした自由開業医集団の主導による医療資源の開発と配分であり、「医師集団による全一支配」を確立することにあるのだ、と。⁽⁸⁴⁾

このような認識のもとで、社会党は医療保障基本法案などで独自の地域医療計画(健康管理計画)案を提示してきたのだが、社会党は私的医療施設に対する規制強化策を打ち出すようになった。一九七六年、社会党参議院政策委員会の社会保障小委員会は、「主体形成をめざす社会保障政策」を発表した。この政策案では、従来からの主張である公立医療施設の整備拡充を提案しているのはもちろんだが、民間医療機関に対する開業規制をも提起している点が目新しい。行政は民間医療機関の開業規制を行い、医療機関の適性配置を行わなければならない。病院のみならず診療所についても都道府県知事の許可制とし、あわせて各都道府県は新規開業不許可地域を設定できるようにすべきであるとの提言を行った。⁽⁸⁵⁾

既述したように、厚生省は医療費抑制策として、日本医師会は既得権擁護の新規参入規制として、それぞれ地域医療計画をとらえ直すようになっていた。つまり抑制機能を果たすものとして医療計画を再定義化したのであるが、

社会党もまた私的医療機関に対する開業規制を提案するに至った。むしろこの社会党の政策案は営利的な自由開業医制に対する規制を意図したものであり、厚生省や日医のそれとは政策理念・目的はまったく異なっている。とはいえ、病床規制措置が実現した場合にはその実効的な効果は同じものとなるはずであり、医療計画による私的病床規制には社会党も賛成し得る可能性は多いにあったわけである。

医療基本法案は廃案になったが、法案の骨格であった医療計画の策定についてはそれ以後厚生省の指導の下で実質的に行われ、政策は進化していった。また各アクターの政策代替案は、医療基本法案の形成過程における修正議論などを通じて、とくに厚生省と日本医師会は接近し始めた。また、厚生省内の公衆衛生局と医務局の政策案も七〇年代には接合されていく。厚生省・日本医師会・社会党の三つ、ないしは、厚生省案をさらに医務当局と公衆衛生当局に分ければ四つの潮流に明確に区分されていた地域医療論の系譜が徐々に接近し、諸政策案が接合あるいは包摂されていった。

とはいえ他方において、厚生省と医師会、とくに医師会と社会党の政策案との間には超えがたい溝があったのも事実であり、政策案が独自の展開を遂げていった過程も見られた。しかしながら、一九七〇年代半ばを過ぎると、三者の政策案は地域医療計画の再定義化の過程を通じて再び接近したのである。医療計画は、その動機はまったく異なるものの、厚生省、社会党、日本医師会、いずれのアクターによっても再定義化され、あるいはそうされる可能性を持ち合わせていた。医療計画が医療供給体制の整備を図る促進的なものとしてではなく、医療施設に対する何らかの規制を行うという抑制的な施策として捉えられるようになったのである。このことは、各々の政策案の間にある乖離が埋まることによってさらなる進化を遂げ、当該政策案が実現化される可能性が高まったことを意味している。かくして、「政策の流れ」においても、医療法改正の準備は整っていたのである。

以上論じてきたように、「問題の流れ」および「政策の流れ」のいずれにおいても、医療法改正に向けた準備は整い、政策の窓が開かれた。再び医療計画の策定はアジェンダとして浮上し、最後に「政治の流れ」が阻害しなければ、三つの流れが合流し、最終的に改正医療法は成立するはずである。

注(1) 西岡(二〇〇一a)。

- (2) Kingdon (1995).
- (3) Kingdon (1995) p.165. なお本稿では、政策の窓モデルが想定するアジェンダの設定過程のみならず、政策(案)形成および国会での決定過程をも対象とする。「政策の窓」モデルの適用可能性については、西岡(二〇〇一a)を参照されたい。
- (4) なお、省庁や各種審議会・委員会、政党名、役職、与野党の構成等はすべて事例当時のものである。
- (5) 野島(一九八六)、厚生省健康政策局編(一九八六)。
- (6) 一九九七年の第三次医療法改正によって、任意的記載事項についても必ず記載しなければならないと改められた。
- (7) 私的医療機関に対しても病床規制の実効性を高めるため、保険医療機関としての指定を行わないよう厚生省は通達を出している。
- (8) 厚生省五十年史編纂委員会編(一九八八・記述編)一四九七・一五〇二頁。
- (9) 新川(一九九三)一一九一一三、一四六一一四八頁。
- (10) 藤田(一九九五)七頁。
- (11) 国連の慣行では、六五歳以上の人口が全人口比の七%を超えて増加傾向にある社会を「高齢化社会」と言い、一四%を超えると「高齢社会」と呼ぶ(藤田「一九九五」一一頁注記二)。
- (12) 藤田(一九九五)五一六頁、厚生省五十年史編纂委員会編(一九八八・記述編)一五〇一一一五五六頁。
- (13) 早川(一九九二)。
- (14) 早川(一九九一・一二)一五六頁。
- (15) 藤田(一九九五)。
- (16) 【第九三回国会参議院社会労働委員会会議録第一〇号】(一九八〇年一月二七日)一六頁。
- (17) 衛藤(一九九五a)九五―九九頁。
- (18) 衛藤(一九九五b)一〇二―一〇三頁。
- (19) 衛藤(一九九五b)一〇三頁。
- (20) 【朝日】一九八〇年九月二日(三三三三)、「判例時報」一一二八二号、八頁。
- (21) 当時の厚生省医務局長のコメント(【朝日】一九八〇年九月二日三三三三)。
- (22) 【朝日】(夕)一九八〇年九月一日(二二二二)、「朝日」(夕)一九八〇年二月八日(二二二二)。

- (23) 『朝日』一九八〇年九月二五日(二面)、『朝日』一九八〇年一〇月一日(三面)。
 (24) 『朝日』一九八〇年一〇月二日(三面)。
 (25) 『朝日』一九八〇年一〇月二日(三面)。
 (26) 例えば、宇都木(一九九四)二八〇頁の説明。
 (27) 『朝日』一九八一年一月二八日(一・三面)。
 (28) 『朝日』一九八〇年一〇月二三日(一面)。
 (29) 『朝日』一九八〇年二月五日(二面)。
 (30) 『朝日』一九八一年一月二七日(二面)、『朝日』一九八一年一月二八日(二面)。
 (31) 『朝日』一九八一年一月二八日(一面)。
 (32) 『第九回国会参議院社会労働委員会会議録第一〇号』(一九八〇年二月二七日)一一頁、『週刊社会保障』一九八三年三月二二日号(第一二二三号)三六頁。
 (33) 『第九回国会参議院社会労働委員会会議録第一〇号』(一九八〇年二月二七日)一六頁。
 (34) 『朝日』一九八一年一月二八日(一・三面)。
 (35) 『朝日』一九八一年一月二八日(三面)。
 (36) 『朝日』一九八一年二月一〇日(二面)、『第九十四回国会衆議院予算委員会会議録第六号』(一九八一年二月九日)一八一―一九頁。
 (37) Kingston(1995) p.195.
 (38) 医療基本法案の国会提出にあたって、日医と厚生省は事前に接触を繰り返し、法案内容の検討を行っている(当時の『日本医師会雑誌』、および中島「二〇〇」二八頁を参照)。
 (39) 『保健所問題懇談会基調報告』は『社会保障旬報』一九七二年八月一日号(第一〇四八号)三四―三七頁、および社会保障研究所編(一九七五)に所収されている。
 (40) 当時の加倉井駿一公衆衛生局長は、専門誌のインタビューに対して、保健医療活動における医師の主体性や包括医療の重要性を指摘し、日本医師会の政策案を意識した発言を行なっている(『社会保障旬報』一九七二年九月一日～一日号(第一〇五一―一〇五二号)二〇頁、『社会保障旬報』一九七三年二月一日(第一〇六七号)一五一―一六頁)。
 (41) 保健所問題懇談会をはじめ各種委員会に日医幹部が委員として参加し、また厚生省と日医幹部との懇談も行われるなど、意見交換が図られていた。
 (42) 西岡(二〇〇一b)一九八一―二〇〇頁。
 (43) 同委員会については小西(一九七七)一五頁以下、橋本(一九七五)八四頁以下を参照。また同委員会の「地域保健医療計画策定のための地域設定報告書」は橋本(一九七五)一四頁以下に所収。
 (44) 福渡(一九七六)。
- 45
幸川 九九五
- (46) 『社会保障旬報』一九七五年二月一日号(第一二三六号)一五一―一六頁。
 (47) 『社会保障旬報』一九七五年二月一日号(第一二三六号)一八頁。
 (48) 藤田(一九九五)八―九頁。
 (49) 社会保障長期計画懇談会「今後の社会保障のあり方について」『社会保障旬報』一九七五年九月一日号(第一二五五号)三九―四〇頁。
 (50) 『社会保障旬報』一九七八年九月二二日号(第二二六四号)二二―二七頁。
 (51) 広井(一九九二)五七―五八頁、一四八―一五〇頁。
 (52) 厚生省編(一九七七)『厚生白書(昭和五十二年版)』大蔵省印刷局、九〇頁。
 (53) 『社会保障旬報』一九七九年一月一日号(第一二七四号)二八頁。
 (54) 『社会保障旬報』一九七九年一月一日号(第一二七四号)二七―二八頁。
 (55) 『社会保障旬報』一九七九年二月二日号(第二二七九号)二六頁。
 (56) 『社会保障旬報』一九七九年二月二日号(第二二七九号)一八頁。
 (57) 『読売』一九七九年九月五日(一・一面)。
 (58) 橋本(一九七八)五四頁。橋本は地域医療論の系譜を、①管理医学的技術論的系譜、②社会医学的系譜、③公衆衛生的系譜、の三つに分類している。
 (59) 『日医ニュース』一九七五年六月五日(第三三〇号)二面。
 (60) 武見(一九八三)一九五頁。
 (61) 同委員会答申は、『日本医師会雑誌』一九七二年二月一日号(第六七巻第三号)二九三―三〇二頁に所収。
 (62) 注記43を参照。
 (63) 同報告の内容の要旨は、『社会保障旬報』一九七五年一月一日号(第一二二三号)五一―五五頁に掲載されている。以下の報告内容に関する記述はすべて同誌による。
 (64) 『社会保障旬報』一九七五年一月一日号(第一二二三号)五三頁。
 (65) 『社会保障旬報』一九七五年一月一日号(第一二二三号)五二―五四頁。
 (66) 『社会保障旬報』一九七五年八月一日号(第一二五三三号)三頁。また福渡(一九七六)一〇四頁「表8」に同委員会の委員長名が掲載されている。
 (67) この点については「政治の流れ」の章で詳述する。
 (68) 川上(一九七八a・上)五―七頁。
 (69) 徳洲会病院(医療法人徳洲会)は、「年中無休・二四時間オープン」をセールス・ポイントにし、さらには入院保証金や差額室料の無料化など、患者・家族にアピールする取り組みに力を入れ、大阪を拠点に全国的に規模を拡大していった病院チェーンである。徳洲会病院が

一九七八年に神奈川県茅ヶ崎市市内での新設を予定していたところ、地元医師会が強硬に反対し、予防接種や休日当番医の返上を決めるなど、公衆衛生行政が混乱状況に陥った〔読売〕一九七九年三月一日(二面)。この問題が国会でも取り上げられ、医師会による開業規制と独禁法の関連が問われることになったのである。

- (70) 大録・北沢(一九八〇)六一九頁、金子(一九八二)二六八頁。千葉市医師会に対する審決は公正取引委員会事務局編(一九八二)三九―四三頁に、豊橋市医師会に対する審決は同書四四―四九頁に、また和歌山市医師会に対する審決は同書五八―七〇頁に所収。
(71) 植松(一九八二)。

- (72) 『日医ニュース』一九六六年三月二〇日(第一〇八号)二面。
(73) 『日医ニュース』一九七九年四月五日(第四二三号)一面。

- (74) 「医師のおかれた現状と社会党の態度」は、政策資料編集委員会編(一九七四)一〇七―一二頁に所収。
(75) 後述するように、前年の一九七二年にも同名の法案を国会提出している。

- (76) 『社会保険旬報』一九七三年七月二二日号(第一〇八二号)二〇頁。

- (77) 以下の提案理由説明の引用はすべて、『社会保険旬報』一九七三年七月二二日号(第一〇八二号)三九頁による。
(78) 同「医療保障基本法案」は、日本社会党(一九九〇)六三―六四頁に所収。以下の法案内容の記述はすべて同書に収載されたものによる。

- (79) 資料日本社会党(一九九五)四九五頁。

- (80) 西岡(二〇〇一b)一九七―一九八頁を参照。

- (81) 別稿で指摘したように、社会党は厚生省の保健所再編案に反対し、保健所を政策立案のみならず実施機関としても拡充させようとした(西岡(二〇〇一b)二〇五頁)。したがって、公的機関を主軸とした保健医療供給体制の整備という方向性においては、両者は(少なくともある時期までは)一致していたが、その具体策には大きな相違が見られる。厚生省と社会党の政策案が完全に一致していたわけではもちろんなく、社会党は厚生省の医療政策をたびたび批判していた。

- (82) この法案は、政府の医療基本法案の国会提出前に社会・公明・民社の野党三党共同で上程されたものである。

- (83) 『社会保険旬報』一九七二年二月一日号(第一〇六〇号)八頁。

- (84) 松尾(一九七五)四一五頁。

- (85) 社会党参議院政策委員会「主体形成をめざす社会保障政策」『社会保険旬報』一九七六年二月一日号(第一九九号)二四頁。

参考文献(本号関連文献のみ記載)

* 般紙の新聞名に関しては、注記中、『朝日新聞』Ⅱ『朝日』、『読売新聞』Ⅱ『読売』と略記した。新聞名の直後に付された(夕)は夕刊を指し、それ以外のものはすべて朝刊である。また引用はすべて縮刷版による。

Kingdon, John W. (1995) *Agendas, Alternatives, and Public Policies* (2nd ed.). N.Y.: Harper Collins College Publishers.

朝日俊弘(一九八八)『地域医療計画批判』批評社。

池上直己・ジョン・C・キャンベル(一九九六)『日本の医療』中公新書。

植松勲(一九八二)「医師会活動に関する独占禁止法上の指針について」『ジュリスト』第七五二号、二〇一―二三頁。

宇都木伸(一九九四)「医療施設」宇都木伸・平林勝政編『フォーラム医事法学』尚学社、二五―二九〇頁。

衛藤幹子(一九九五a)「八〇年代以降の保健医療政策の変化をめぐる考察」日本行政学会編『年報行政研究三〇』地方自治のクロスロード』さようせい、八四―一〇六頁。

衛藤幹子(一九九五b)「福祉国家の『縮小・再編』と厚生行政」『レヴァイアサン』第六号、九一―一四頁。

衛藤幹子(一九九九)「医療・介護における制度改革の軌跡―改革とニーズの乖離をめぐって」『日本公共政策学会年報一九九九(CD-ROM版)』二―二六頁。

大録英一・北沢春雄(一九八〇)「(社)豊橋市、(社)千葉市及び(社)和歌山市医師会の開業制限等の独禁法違反事件」『公正取引』第三三二号、六一―一頁。

尾崎新平(一九八四)「地域保健医療計画推進の現状と課題」『公衆衛生』第四八巻第六号、三八八―三九一頁。

金子晃(一九八二)「医師会による病院・診療所開設等の制限」『ジュリスト臨時増刊』第七四三号、二六七―二六九頁。

川上武(一九七八a)「医大新設と開業医(上)―果たして供給過剰は起るのか」『社会保険旬報』一九七八年八月二二日号(第二二六〇号)四―八頁、(同上)(下)「社会保険旬報」一九七八年九月一日号(第二二六二号)一三―一八頁。

川上武(一九七八b)「医療社会化と開業医(上)」『社会保険旬報』一九七八年十一月二二日号(第二二六九号)一一―一五頁、(同上)(下)「社会保険旬報」一九七八年十一月二二日号(第二二七〇号)一〇―一五頁。

倉田正一・林喜男(一九七七)『地域医療計画』篠原出版。

郡司篤晃監修(一九八七)『保健医療計画ハンドブック』第一法規出版。

郡司篤晃(一九九二)「地域福祉と医療計画」『季刊社会保障研究』第二六巻第四号、三六九―三八四頁。

厚生省(各年)『厚生白書(各年版)』。

厚生省健康政策局編(一九八六)『改正医療法―法令・通知・全通達』中央法規出版。

厚生省五十年史編纂委員会編(一九八八)『厚生省五十年史(記述編)』(資料編)厚生問題研究会。

公正取引委員会事務局編(一九八二)『公正取引委員会審決集(二七)』公正取引協会。

小西宏(一九七七)「府県内の保健医療圏域の設定」『公衆衛生』第四一巻第一号、一三―一八頁。

社会保障研究所編(一九七五)『日本社会保障資料Ⅱ』至誠堂。

資料日本社会党「資料日本社会党五〇年刊行委員会・日本社会党中央本部機関紙広報局」(一九九五)『資料日本社会党五〇年』資料日本社会党五〇年刊行委員会・日本社会党中央本部機関紙広報局。

新川敏光 (一九九三) 『日本型福祉の政治経済学』三一書房。

政策資料編集委員会編 (一九七四) 『政策資料復刊第一号』日本社会党政策審議会。

高木安雄 (一九八〇) 『医師会の開業制限問題とこれからの医療サービス』『公正取引』第三六二号、四一五頁。

武見太郎 (聞き書き・有岡二郎) (一九八三) 『実録日本医師会』朝日出版社。

中島明彦 (二〇〇二) 『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』第九号、二三―三九頁。

西岡晋 (二〇〇一a) 『医療政策過程分析の枠組み―政策の窓』モデルの可能性』『早稲田政治公法研究』第六七号、九三―一二三頁。

西岡晋 (二〇〇一b) 『医療基本法案の政策過程』『早稲田政治公法研究』第六八号、一九一―二二二頁。

日本医師会編 (各年) 『国民医療年鑑 (各年版)』春秋社。

日本医師会創立五〇周年記念事業推進委員会記念誌編集委員会編 (一九九七) 『日本医師会創立記念誌―戦後五〇年の歩み』日本医師会。

日本社会党 (日本社会党政策資料集成刊行委員会・日本社会党政策審議会編) (一九九〇) 『日本社会党政策資料集成』日本社会党中央本部機関

紙局。

野島康一 (一九八六) 『医療法改正の概要と経緯について―医療供給体制の新たな整備の第一歩として』『自由と正義』第三七巻第四号、二四―三〇頁。

橋本正己 (一九七五) 『地域保健活動の動向と課題』医学書院。

橋本正己 (一九七八) 『地域保健・医療論の系譜』保健・医療社会科学研究会編『保健・医療社会学の展開―地域社会と保健医療問題』恒内出版

四一―七二頁。

長谷川俊彦 (一九九八) 『地域医療計画の効果と課題』『季刊社会保障研究』第三三巻第四号、三八―三九一頁。

早川純貴 (一九九二) 『福祉国家をめぐる政治過程 (一)―八四年健康保険法改正過程の事例研究』『法学論集 (駒澤大学)』第四三三、一一一―一五九頁、同上 (二二) 『政治学論集 (駒澤大学)』第三三三、三三―三九三頁。

一五九頁、同上 (二二) 『政治学論集 (駒澤大学)』第三三三、三三―三九三頁。

広井良典 (一九九二) 『アメリカの医療政策と日本』科学・文化・経済のインターフェース』勁草書房。

藤田由紀子 (一九九五) 『昭和五〇年代以降の医療政策の変容』東京大学都市行政研究会。

福渡靖 (一九七六) 『地域医療計画の現状と課題』『公衆衛生』第四〇巻第二号、一〇〇―一〇五頁。

松尾均 (一九七五) 『現代医療体制の構造と展開』『社会保険旬報』一九七五年七月二二日号 (第一一五号) 四一七頁。

西岡 晋 (にしおか すずむ、一九七二年生)

所属・現職 早稲田大学大学院政治学研究所博士後期課程

最終学歴 早稲田大学大学院政治学研究所修士課程修了

所属学会 日本行政学会 日本公共政策学会

研究分野 行政学 政策研究

主要著作 『サイバーポリティクス―IT社会の政治学』 (共著)

一藝社 (二〇〇一年)

『医療基本法案の政策過程』『早稲田政治公法研究』第

六八号 (二〇〇一年)