

医療供給制度改革の政策レジーム分析

—供給抑制型政策への転換をめぐる—

西岡 晋

★ 要 約

日本の医療供給政策は、1980年代中葉に、従来の供給促進型から供給抑制型へと大きく転換した。他方、その主要政策手段は誘導型規制から直接規制へ変化し、当時の新自由主義的改革の基調とは逆行するように、行政介入が強化された。この80年代の医療供給制度改革の背景・要因と、その政策過程の解明が本研究の目的である。

本稿ではウィルソン（Carter A. Wilson）の提唱する「政策レジームモデル」を分析枠組みとして援用し、包括的な政策過程分析を試みた。政策レジームは、①権力編成、②政策パラダイム、③組織、④政策、の4つの次元から構成されており、通常は長期的安定状態にある。しかし環境の変化が政策レジームにゆらぎをもたらし、上記4つの要素全てに変化が生じると、レジームは変容する。

事例研究の結果、福祉国家の危機や疾病構造の変化といった外在的な環境変化が既存の医療供給政策レジームに圧力を加え、その後、供給促進パラダイムの危機と転換、専門家共同体の形成と社会党の現実政党化による政策ネットワークの変化、厚生省衛生部局の再編、供給抑制型政策と直接規制の実施を経て、レジームが完全に変容し医療供給政策の転換がもたらされたことが明らかになった。

キーワード：政策レジーム、政策変化、医療供給政策、供給抑制、直接規制

1. はじめに

「改革」という言葉が流行語と化している観さえある今日にあっても、とりわけ社会保障制度の建て直しの必要性は多くの人が認めるものであるが、しかし、1970年代後半以後この約20年間、新自由主義の台頭を背景にして、第2次世界大戦後に形成され定着してきた福祉国家体制の根本的見直しの一環として、社会保障制度改革が日本のみならず世界各国で進められてきたという歴史的事実を想起すれば、これまで行われてきた「改革」とは如何なるものであったのか、それをいま一度検証することは無駄ではあるまい。

年金や社会福祉といった他の社会保障政策と比

較すると、医療政策は、その政策過程に参加する諸アクター間の政治力学に巻き込まれる可能性が高く、制度改革の道程は困難を極める傾向にある。とはいえ1980年代には、保険制度と供給制度の双方において大きな改革が行われ、この時期を境にして、その困難度は相対的に低下したのも事実である。一体この時代に何が起こったのであろうか。

1980年代の日本では、「小さな政府」を志向する新自由主義のイデオロギーに先導された行財政改革が試みられ、第2臨調主導のもと、国鉄・電電公社・専売公社の民営化をはじめとするいくつかの制度改革が成功した（大嶽1994）。第2臨調の政策理念の1つとして掲げられたのが「活力ある福祉社会の実現」である。これは端的に言えば福祉国家の縮減を目指したものであり、具体的には社会保障費の削減、国民負担率の抑制を意味していた（早川1991(1)：114）。

このような背景のもとで、厚生行政においては

「医療費の抑制」が至上命題となり、医療保険政策のみならず医療供給政策においても、衛生部局の再編や基本法制である医療法の改正などが行われ、この時期に大きくその様相を変化させた（大杉 1993 : 52）。政策変化の内容としてはまず、医療費抑制が供給政策においても重要課題として認識された結果、「供給促進型政策」から「供給抑制型政策」へと政策目的が変化したことがあげられる¹⁾。つぎに、1985年の医療法改正で導入された病床規制をはじめとして、政策手段についても変更が行われた。ただし、そこで採用された政策手段は、新自由主義的改革の典型である「規制緩和」や「市場の自由化促進」ではなかった。病院事業への株式会社の参入容認、広告規制の緩和などによる行政介入縮減という方向ではなく、むしろ政府の直接規制が導入・強化される方向に向かった点も、大きな特徴である。

このように、1980年代中葉に医療供給制度は大規模な改革が行われ、それは従来の政策潮流から新たな位相へと移行したという意味で大きなインパクトを持った。それにもかかわらず、これまで政策過程研究の対象となることは少なかった。そこで本稿では、「政策レジームモデル」の視角から、この医療供給制度の改革、政策変化の要因と過程を解明することとした。

2. 分析の視角

2.1. 先行研究の概観

医療政策に関する先行諸研究を概観すると、政策の中身についての規範的評価と処方的提言を志向する「内容分析」と、政策形成過程の構造と動態の解明を志向する「過程分析」とに大別される（衛藤 1993 : 第1章を参照）。この内、後者を分析対象別に腑分けすれば、医療保険政策を対象としたもの（例えば、青木 1988 ; 印南 1990 ; 大嶽 1994 ; 高橋 1986 ; 中村 1996 ; 早川 1991 ; 早川・山口・田付 1986 ; タルコット 2002）と、医療供給政策を対象としたもの（例えば、衛藤 1993, 1995a ; 中島 2001）とに類別できよう。

医療保障制度は財政と供給の両システムが不可分な関係にある点が特徴であり、保険政策のみならず供給政策も重要な下位政策領域として位置づ

けられる（広井 1998 : 103 ; 藤田 1995 : 1）。加えて、専門性の高い医療供給政策においては、保険政策とは異なる独自の政策ネットワークが形成されており、両者の差異にも留意する必要がある（中島 2001 : 23-4）。その研究の重要性が指摘されながらも、上記の諸文献を一瞥すれば明らかのように、先行研究の多くが医療保険政策を素材としている一方、医療供給政策を分析対象とした研究は非常に限られているのが現状である（藤田 1995 : 1-2 ; 中島 2001 : 23）。

そうした中でとくに中島明彦の論稿（2001）は、医療供給政策過程のおそらく初めての包括的分析であり示唆に富む²⁾。中島は、①1962年の医療法改正（公的病床規制）、②1972年の医療基本法案（廃案）とそれにつづく各地での地域医療計画の実験的策定、③1985年の第1次医療法改正、の3つの事例を分析している。それによると、70年代に医師会と厚生省医系技官との政策コミュニティが確立して両者の対立が緩和された結果、医療計画の実験的策定が各地で進んだ。その下地の上に85年の医療法改正があったといえる。したがって政策変化の画期は1970年代にあり、85年の医療法改正は「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」と結論づけている（中島 2001 : 34）。

これに対して本稿では、いくつかの点で異なる視座からアプローチを試みる。まず、モデル事業として実施されていた医療計画の策定は、体系的な地域保健医療体制構築のための枠組み作りという意味合いが強かった。しかし、法定化された地域医療計画の主眼は病床規制とそれによる医療費抑制に置かれており、趣旨が異なる。医療に対する規制強化は医師会の反発を招くはずであり、既定路線の単なる追認とはいえないであろう。医療計画の性格付けが変化した背景、医師会が供給抑制型政策の導入に賛成した理由、本稿ではこれらについても分析する。

また、あくまで「実験」であり部分的に実施されていたに過ぎなかった医療計画が、法改正により全都道府県に策定が義務化されたことの意味は大きく、80年代に法制化に至った背景を改めて考えてみる必要もある。その際、重要な要素として政治の流れ、とくに社会党の動向があげられる。中島は80年代においても社会党に変化はなく、医師会に唯一対抗するアクターであったと位置づけているが（中島 2001 : 32, 33表4）、この時期、社会党は現実政党化への道を歩み始めており、そ

の変化を考慮に入れ再検討する余地があると思われる。

1970年代に見られた、制度改革の萌芽となる諸要素のみならず、本稿では、80年代における諸政策の変更、行政組織の再編、政治構造の変化なども射程に含め、包括的な事例分析を進める。

2.2. 分析枠組みの検討

政治過程アプローチからネオ・マルクス主義まで、イデオロギー分析から国家中心アプローチまで、実に多様な分析視角によって公共政策は研究されてきたのだが、政策過程・政策変化のある特定の側面に照準を定め部分的分析に終わっているところが、それらに共通する弱点として指摘できる (Wilson 2000 : 255)。したがって、今後の公共政策研究においては、政策過程の部分的叙述から一步踏み出し、政策の持続的・静態的側面と変化的・動態的側面、政策過程を構成する多様な要素、それらを網羅的に析出し理論的視座のもとに考察する包括的分析が必要であろう (cf. John 1998 : chap.8)。

それに応じてウィルソン (Carter A. Wilson) は、「政策レジームモデル (policy regime model)」と呼ぶ包括的な政策過程分析のための枠組みを新たに提唱している (Wilson 2000)⁽³⁾。公共政策の展開過程は、長期的定常状態がつづく中に、大きな政策変化の波が押し寄せ、事態が一変する、短期的変革期が訪れることによって特徴づけられる (True, Jones and Baumgartner 1999 : 97)。政策レジームモデルはそうした政策変化の原因と結果、メカニズムを、「政策レジームの変化」という視点から包括的に解明することを目的としている。

政策レジームは環境保護や教育などイシューごとに形成されており、①諸アクターから成る権力編成、②認識枠組みを規定する政策パラダイム、③政策形成・実施の組織編成、④目的・手段を規定する政策それ自体、の4つの次元を内包している (Wilson 2000 : 257-8)。通常、政策レジームは安定状態にあるが、ある契機によってそれがゆらぎ始めると、つぎのように変化の過程を迎えるという。

まず、自然災害や国際問題の発生から、人口構造の変化、失業率の増大や景気後退、都市問題の深刻化に至るまで、政治的・経済的・社会的なさまざまな外在的要因 (ストレッサー/イネイブラー) が政策レジームに圧力を加える。強力な外圧

によって、それまで安定していたレジームに変化の契機が生じる (*ibid.* 259-61)。もっとも、外圧の存在から自動的に政策変化が帰結されるわけではなく、レジーム内在的な諸要素、すなわち先にあげた政策パラダイム、権力編成、組織、政策目標のゆらぎと転換が起きなければレジーム変化は完結しない。

何らかの外的事象が発生しあるいは認識されたとしても、それが既存の政策パラダイムによって合理的・整合的に理解され、定式化され、諸政策が形成された場合には、政策レジームは持続する。それまで支配的であった政策パラダイムとの不一致、優越性のゆらぎが生じ、それに代わって説得力のある新たなパラダイムが形成されること、すなわち「パラダイム転換」が政策レジーム変化の第2段階 (ステージ) を構成する (*ibid.* 262-3)⁽⁴⁾。

パラダイム転換の中にすでに含意されているとも考えられるが、レジーム変化の第3段階は「正統性の危機」の顕在化である。正統性の危機とは、政策形成に関与し新たな政策案を提唱する政治指導者らによる既存レジームへの異議申し立て、マスメディアによる報道などを通じて、旧来のパラダイムに対する信用が失墜した状態を指す。危機の訪れによって、既存レジームにゆらぎが生じるわけである (*ibid.* 264)。

第4段階は権力編成の変化の場としてある。草の根団体の台頭、旧コアリジョンの崩壊と新コアリジョンの形成、国家の機能変化などが、その要因となるが、とりわけ既存レジームの対抗勢力の様態が着目される。対抗勢力が長期的戦略のもとに効果的戦術を練り上げ、それを具現化する組織資源の獲得に成功した場合、既存レジームの安定には大きな脅威となり、レジームの刷新に貢献するからである (*ibid.* 264-5)。

最終的に政策レジーム変化は、行政組織構造や政策目標、政策実施過程の変化によって完成を見る。政策および組織の変化は、上記した権力編成や政策パラダイムの変容によって促進され、政策実施機関の再編や政策プログラムの廃止・改編・新設という形で具現化する。このようにして、政策レジームの変化は最終局面に至るとされる (*ibid.* 265-6)。

3. 医療供給政策のトレンド

日本の医療供給体制における特質の1つは、国家から資格を付与された医師が原則自由に診療所や病院を開設できる「自由開業医制」の基本方針のもと、私立の医療機関を中心にその整備が進められてきたことにある（黒田 1995 : 152, 広井 1999 : 67-9）。

第2次世界大戦直後の一時期は、陸海軍病院の国への移管、地方自治体や国保による病院・診療所の新設など、公的医療機関を主軸として医療供給体制の復興が図られていたのだが、しかしそれは束の間の出来事に過ぎなかった。折からの緊縮財政政策のあおりを受け、財政事情が急速に悪化した結果、その体系的整備計画は頓挫する（厚生省五十年史 1988 : 681-6 ; 杉山 1995 : 203 ; 菅谷 1981 : 161-2）。

政府は早くも政策方針を変え、1950年には、制定して間もない医療法の改正を図り「医療法人制度」を創設、私的医療機関の整備を促した。そして1961年からの国民皆保険制度の実施で、公中心から私中心への180度の政策転換が決定づけられた（大杉 1993 : 63）。租税特別措置法改正による開業医に対する優遇税制の導入、医療金融公庫の新設による長期低利融資の実施、さらには1962年の医療法改正による公的病院の病床規制、こうした私的医療機関の整備促進を企図する優遇策が矢継ぎ早に具現化された。その結果、1960年代以後、公的病院の病床数の伸びが漸増状態にとどまったのとは対照的に、民間病院の方は飛躍的増大を遂げたのである（菅谷 1981 : 170-2）。

このように1950~70年代にかけては、医療機関への各種支援に加え、無医大県解消計画や医学部の定員増大策なども実施され、供給体制の量的拡充を第一義的な目標とするという意味で、この時期の医療供給政策は「供給促進型」と呼ぶるものであった。またそれは、優遇税制や医療金融公庫の創設などを通じて、私的医療機関の整備を間接的に政府が支援する「誘導型規制」を政策手段として用いていた⁵⁾。

しかしながら、1973年の第1次石油危機を境にして経済が低迷、財政状況が悪化するようにな

ると、医療政策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るようになる。1980年代に入ると、老人保健法の制定、健康保険法の改正などにより、医療保険財政の建て直しが図られるとともに、85年には医療法制定以来初めてとってよい大規模改正（第1次医療法改正）が行われ、供給面においても効率化・合理化が進められた。医療法改正により病床規制が実施され、病床過剰地域での病院の新増設はほぼ不可能になり、さらに同時期には医学部の入学定員削減も決まるなど、医療供給政策は従来の供給促進型から、医療供給資源の抑制・縮減を目的とする「供給抑制型」へと変質した。その上、病床規制という強度な行政介入をとともう「直接規制」が政策手段として導入されたことも大きい。私的医療機関に対する開業規制の法制化は、実質的に「自由開業医制の終焉」を意味するものであり、医療供給政策の大きな転換点として位置づけられよう（黒田 1995 : 159-60）。

1948年に法制化された医療法は、62年の公的病床規制以来、20年以上にわたって改正は実質的にほとんどされてこなかったが、第1次医療法改正の後、とくに90年代に入ると頻繁に改正が行われるようになった。1992年に第2次改正、97年に第3次改正、そして2000年には第4次改正とつづき、医療機関の機能分化、地域医療計画記載事項の変更、病床区分の見直しなどが進められてきた。

80年代以降の医療政策領域では「医療費抑制」という大命題のもと、保険政策を通じた費用管理的手法に加えて、供給政策に属する需要管理や供給管理の側面からも諸制度改革が遂行されてきたが（藤田 1995）、それは主として医療法を媒介するものであり、規制手段としての地域医療計画の役割は近年になってとくに強まってきている。このように、80年代を境として、それ以前と以後では医療供給政策は政策目標（供給抑制型への移行）と政策手段（直接規制の導入・強化）の双方において大きく異なる。それでは、80年代の医療供給政策は如何なる過程を辿り、変貌を遂げたのであろうか、次節で政策レジームモデルの視角からその変容過程を解析することとしたい。

4. 医療供給政策レジームの変容過程

4.1. レジーム環境の変化：福祉国家の危機

ケインズ型経済政策とベヴァリッジ型社会保障政策の結合を基軸とする戦後の福祉国家体制は、1970年代前半までは「黄金時代」を謳歌したものの、73年の第1次石油危機の発生後一転、その後は深刻な危機的状況に陥った（Pierson 1998：chap.5＝1996：第5章；Jessop 2002：80-92）。1973年当時の日本は、老人医療費無料化、5万円年金・物価スライド制導入による年金給付水準の大幅引き上げなど、福祉政策が一挙に拡充し、「福祉元年」とも呼ばれたのだが、第1次石油危機のあおりを受け、翌年度には戦後初めて実質経済成長率がマイナスを記録して高度経済成長期は終わりを告げた。

経済停滞にともなって国の税収も伸び悩み、早くも1975年度には大幅な税収不足に陥ったため、政府は10年ぶりに赤字国債の発行を余儀なくされた。一般会計に対する公債依存率は1979年には40%近くにまで急上昇するに至り、財政再建、とくに社会保障費の削減が政府の至上命題として認識されるようになる（新川1993：129-31；藤田1995：5-7）。

1981年に発足した第2臨調（第2次臨時行政調査会）は、「増税なき財政再建」を旗印に行財政改革に取り組んだが、医療費抑制はその中の重要課題であった。国民所得に対する租税および社会保険料負担の比率を示す国民負担率は当時すでに35%に達しており、これを将来においても、欧州諸国の水準である50%を大幅に下回る程度にまで抑制することが目標とされた。1984年に提出された最終答申にも医療制度の合理化案が盛り込まれ、医療費抑制が医療政策の最優先課題と化したのである（藤田1995：7-8）。

医療費抑制の政策基調が形成された背景としては、人口構造の高齢化、疾病構造の変化も大きな意味をもつ。日本では1970年に高齢化率が7%を超え、高齢化社会の仲間入りを果たした。高齢者は罹患率が若年層よりも高く、慢性疾患や加齢退行性疾患を抱える高齢患者1人あたりの医療費も高額となる。それに、診療報酬の引き上げ、老人

医療費の無料化、国民健康保険給付率の改善といった制度改革の影響も加わり、医療財政は急速に悪化していた。1965年には1兆1224億円だった国民医療費は、その10年後の75年には6兆4779億円にまで膨張したのである（藤田1995：5-6）。医療費抑制論の潮流は医療保険制度のみならず医療供給制度改革議論を呼び起こし、高額医療機器の共同利用、医療計画に基づいた医療機関の適正配置といった政策案が、国会の場でも議論されるに至った（西岡2002(1)：188）。

より直接的には、疾病構造の変化も医療供給制度の再編を促進させる要因になった。1950年代を境に、それまでの急性疾患に代わり、脳血管疾患、心疾患、がんなどの一般に成人病（生活習慣病）といわれる慢性疾患が死亡率の上位を占めるようになり、さらに80年代以後は、寝たきりや痴呆といった退行的・不可逆的な病変を引き起こす、加齢退行性疾患（老人病）も増加の一途を辿った（衛藤1999：2-9）。しかしながら、旧来の医療供給制度は急性疾患に適合したものであり、疾病構造の変化を踏まえた制度改革の必要性は、すでに70年代には政策担当者のあいだでも認識され始めていた（衛藤1995a：99-100、1995b：95-8）。

マクロな社会環境の変動に加え、ミクロな次元での医療機関の不祥事、具体的には1980年の富士見産婦人科病院と十全会病院における不祥事の発生も医療供給政策レジームに影響を与えた。厚生省（当時）は医療供給政策の抜本の見直しを表明し、医療法の改正作業に取りかかるなど、2つの不祥事の発生は「政策の窓」を開放させる契機となり、医療供給政策レジームを大きくゆるがす近因となったのである（詳細は、西岡2002(1)：189-93を参照）。

4.2. 政策パラダイムの転換と正統性の危機：供給促進パラダイムのゆらぎ

医療政策に関する認識モデルは、公的医療機関・保健所を供給主体として保健医療計画に基づく疾病予防・健康管理に重点を置く、厚生省（現厚生労働省）⁽⁶⁾の「公衆衛生モデル」と、プロフェッションである医師の自由裁量のもとで私的医療機関主体の医療供給システム構築を目指す、日本医師会の「プロフェッショナル・フリーダム」との拮抗状態にあった（池上・キャンベル1996：29-32）⁽⁷⁾。

とはいえ、公衆衛生モデルであれ、プロフェッ

ショナル・フリーダムであれ、保健医療供給体制の量的拡充はいわば自明の政策目標であり、その点においては両者の認識は共有されたものであった（池上・キャンベル 1996：32-3）。すなわち、「供給促進パラダイム」が医療供給政策の支配的パラダイムの座を占め続けていたわけであり、それに規定されながら、医療金融公庫の創設、一県一医大設置構想、医学部の定員拡大といった形で、供給促進型政策が展開されてきたといえるであろう。

しかし、1970年代中葉以降、高度経済成長が終焉し経済的社会的状況が大きな変貌を遂げる中、「福祉国家の危機」論と結びついた新自由主義・新保守主義の思想が日本の論壇を席卷し、それは時を経ずして、政策形成に影響力を及ぼす政財界のリーダーたちのあいだにも浸透していく。1975年、『文藝春秋』2月号に「日本の自殺」と題する論稿が掲載されたのを嚆矢として、保守系知識人が新自由主義のイデオロギーを流布させていった。彼らは、雑誌への寄稿、著書の出版、報告書の提出などを通じて、過剰な政府介入と過重な社会保障費負担ゆえに「先進国病」にかかっている西欧型福祉国家を批判し、家族・地域・企業の私的扶助機能の再評価と政府役割の縮減を主張した（新川 1993：116-21）。

その後、新自由主義イデオロギーは「日本型福祉社会」論として結晶化され、臨調政治へとつながっていくが、わけても社会保障費の削減、医療費の抑制は重要な政策課題とされ、元来は福祉拡大を機関哲学とする厚生官僚も日本型福祉社会論を受容するに至る（大嶽 1994：153）。

ただし、高齢社会の到来によって早晚医療制度が行き詰まりを迎えることは、厚生官僚のあいだではすでに70年代半ばには広く認識されていたのも事実である（早川 1991）。この時期、アメリカやフランスでは病床規制が導入され、供給政策の側面からも医療費抑制を支援するという考えが広まりつつあった。当時の佐分利輝彦厚生省医務局長は専門誌のインタビューの中で、日本の病院・診療所は総数・病床数ともに供給過剰状態に陥っており、何らかの規制を加えるべき段階に入ってきているとの見解を述べている（『社会保険旬報』1978.9.11（No.1264）：23-7）。1977年（昭和52年）版の『厚生白書』に、その先進事例として、医療計画に基づく私的病床規制を行ったフランスの病院改革法が紹介されるなど（厚生省編 1977：90）、直接規制を用いた供給抑制型政策

への転換が厚生省内で模索され始め、供給促進パラダイムは危機にさらされることになった。

他方、日本医師会も高度経済成長期には供給促進パラダイムに準拠していたのだが、低成長期に入り財政問題が深刻化したのを背景に、医師優遇税制に対する世論の批判の高まり、診療報酬の抑制、医師数の急増など、彼らを取り巻く環境が悪化する中で、供給抑制パラダイムへと転換する。

1980年代初頭、医療関係者のあいだでは「病院冬の時代」という言葉が流布していた。70年代末期の病院設備投資ブームの影響で供給過剰気味であったのに加え、81年に改定率の算定方式が変更され診療報酬が抑制基調に転じたこともあり、需給バランスが崩れて医業収益は悪化、84年には病院の倒産件数が過去最悪を記録したからである。しかしその一方で、徳洲会病院をはじめとする大規模病院チェーンが急成長を遂げていた（二木 1990）。さらに、外国資本の営利病院チェーンの参入も間近いという観測が広まり、経営効率化を最優先した病院チェーンによる日本の医療市場の席卷を懸念する声が渦巻いていたのである（町田 1984；二木 1990：69-70 補注）。

実際、大規模病院チェーンと地元医師会との対立は国会でも取り上げられるほどに社会問題化しており、また地区医師会で長年行われてきた新規参入規制に対して、1980年に公取委から排除勧告が出されたこともあり、開業規制の新たな方策作りを望む医師会員も日を追うごとに増えていった（高木 1980：5）。医師会員からの突き上げに対して日本医師会も何らかの手段を講じるとは答えたものの、プロフェッショナル・フリーダムを標榜している手前、行政主導の法律による病床規制には反対しており、具体的な規制手段を見つけれられずにいた（『社会保険旬報』1981.5.21（No.1360）：44-6）。

日本医師会の理念や政策案は、その多くを「武見哲学」とも称される武見太郎元会長のアイディアに負い、武見全盛時代には、プロフェッショナル・フリーダムの理念が政治交渉の場でも有効性を発揮しえた。しかし時代が変化し、そうした理想論によっては医師会員を糾合することは困難になり、もとより組織成員の権益擁護という利益集団としての機能を自縛するものに過ぎないという認識が支配的となっていた。経営環境の悪化に危機感を覚えた医師会員たちのあいだでは、武見神話も崩れ始め、プロフェッショナル・フリーダムに依拠した供給促進パラダイムは正統性の危機に

直面したといえるだろう。

1982年の武見引退後、新会長に選出された花岡堅而は「反武見派」と目された人物であり、彼の掲げた「対話と協調」路線は、医師会の現実主義化を象徴するものにほかならなかった。そして花岡の後を継いだ羽田春免会長は最終的には医療法改正に賛成し、病床規制を医療産業に対する参入障壁として利用しようとしたのである（『週刊社会保障』1985.10.21（No.1352）：36, 39；『社会保険旬報』1985.12.11（No.1525）：6）。従来、医療計画は体系的な保健医療供給体制の枠組みとして位置づけられていたのだが、供給促進パラダイムから供給抑制パラダイムへの転換にとともに、それは厚生省にとっては医療費抑制の、医師会にとっては参入規制の、いずれにしろ供給抑制的な機能を果すものとして再定義化されたのである。

4.3. 政策ネットワークの変化：専門家共同体の形成と社会党の現実政党化

1960年代終わりまでの日本の医療供給政策過程においては、厚生省と日本医師会は鋭い対立関係にあったといえるが、70年代以後、両者の関係は少なくとも水面下では融和的なものになっていく。厚生省の医系技官が政策立案過程において重要な位置を占め始め、彼らと医師会との専門家共同体が形成されていったからである（中島2001）。

医系技官は事務官とは異なり、所属の厚生省よりも専門職社会の医療界を行動準拠集団として優先する傾向にある。医系技官と医師会は元来、医学・医療という同一の専門職社会に帰属していることから、とくに1970年代以後、両者の関係は密接になっていった。その契機は1972年に国会提出された医療基本法案の立案過程にあり、法案の各条項について、厚生省と医師会とのあいだで綿密な打ち合わせが繰り返されたが、医系技官は医師会の意向を考慮して中央統制的な規定を削除するなど、両者の連携体制が築かれる。同法案廃案後には、地域医療計画の実験的策定に医師会も積極的に協力し、専門家政策共同体の定着化が進んだ（中島2001：27-8；西岡2002(1)：194）。

厚生省内での医系技官の台頭、彼らと医師会との接近により、医療基本法案廃案後、厚生省と医師会との関係は比較的穏やかなものになった。1970年代における専門家共同体の形成は、政策パラダイム転換の認識共有化を促進させ、80年

代の医療供給制度改革を可能にする条件の1つとなったのである。

一方、医師会と鋭く対立していたアクターの筆頭としては、社会党（現社民党）があげられる。1970年代には他の2つの野党（公明党・民社党）とともに、「医療の社会化」を旗印にして、医師会の「プロフェッショナル・フリーダム」に対抗してきた。「医療の社会化」論は公的病院主体の医療供給体制の整備、自由開業医制の否定、診療報酬の固定報酬制への転換、保健所を主軸とした疾病予防・健康管理ネットワークの構築などを内容としており、医師会の理念とは相反するものだった（西岡2001：203-5；中島2001）。

しかしながら、1980年代に入ると、そうした対抗理念を掲げるアクターが弱体化したため、厚生省（医系技官）と医師会の共同歩調のもとに作成された政策案が、ほぼそのままの形で法制化されていく。そこには、とくに野党第一党であった社会党をめぐる、1970年代後半以後の大きな環境変化、労働運動と政党政治の枠組み再編が背景としてあった。

1979年の総選挙での自民党敗北をめぐる「40日抗争」や保革伯仲状況の現出は、社会・公明・民社党をして野党連合の具体化に挙に向かわせた（森2001：91-3）。当初、社会党は党内左派勢力の主唱する（共産党を含む）全野党連合を目指していたが、右旋回し始めた中道政党の躍進に危機感を覚えた党内右派勢力の呼びかけもあって、1980年に社公合意が結ばれ、（共産党を除く）社公民連合の路線に舵をきった（早川1991(2)：72-3；五十嵐1998：164-7）。

社会党が社公民路線に転じた背景には、労働界の再編ともなう総評の右旋回がある。1975年の春闘の敗北、「スト権スト」の挫折を直接的契機として、これ以後、総評の階級的労働運動が苦境に陥る一方、民間労組が主導する形で労働界の再編、労働戦線の統一が急速に進む（新川1993）。新自由主義が台頭する中、自らも右旋回することに活路を見出した総評は、支持政党である社会党の方針転換を加速させ、それが社公民路線の形成につながった（新川1999：185-6；森2001：90-1）。これを転機に社会党は現実政党化の道を歩み、プラグマティックな対応に変じた結果、自民党から社会党まで、外交・防衛問題は除き、諸政党間の政策上の相違は狭まっていった（早川1991(2)：71-3）。

官公労組の弱体化は自治労を主軸としていた医

療社会化運動の低落にもつながり（松尾 1983 を参照）、社会党の政策案自体も 80 年代に入ると「医療の社会化」の色合いが薄くなっていく。1982 年に社会党は独自の医療法改正案を国会提出しているが、その柱は①医療計画の策定、②地域中核病院の指定、③医療法人の指導監督強化であり、公的医療機関を地域の中核病院として機能させる②の規定以外は、厚生省案と大同小異であった（『社会保険旬報』1982.8.21 (No.1404) : 26-7)。自由開業医制の否定、医療機関の公有化が医療社会化の一義的な目的であるとするならば、80 年代以降の社会党の医療政策代替案に、それらの中核理念を見て取ることはできない⁸⁾。換言すれば、供給抑制パラダイムへの転換が社会党にも共有されていたということである。

実際、社会党は最終的に政府の改正医療法（第 1 次医療法改正）案に対して賛成に回っており、1970 年代前半には、対抗法案を頻繁に国会提出し政府方針に激しく反発した「抵抗政党」としての社会党の面影はそこにはない。その上、当時の社会党は日本医師会との関係改善も試みている（『週刊社会保障』1984.6.25 (No.1284) : 38-9）。政党政治と労働運動の再編という諸アクターの布置変容に起因する社会党の現実主義化は、医療政策の分野にも及んだのである。

4.4. 行政組織と政策の変化：衛生部局再編と供給抑制型政策の実施

政策レジームの変容過程は、行政組織の再編、政策の実施によって最終局面を迎える。厚生省における医療供給関連政策の所管部局は医務局と公衆衛生局であったが、1984 年 7 月に組織再編が実施され、前者は健康政策局に、後者は保健医療局に衣替えした。再編の目的は、医療と公衆衛生という対象別組織を改め、政策立案部門と政策実施部門に区分することにあり、具体的には、医務局から国立病院・療養所等の現業部門を分離して新設の保健医療局へ移管し、逆に公衆衛生局所管の保健所関連業務を健康政策局に移管するなど、健康政策局は保健医療行政の政策立案組織に、保健医療局はその実施組織として機能することが目指された（厚生省五十年史 1988 : 1563-5）。

当時の厚生省は現業官庁から政策官庁への脱皮を模索していた時期にあたり、健康政策局の創設はその象徴的出来事であったが（大杉 1993）、ここでの「政策」の内容とは供給抑制型政策にほかならず、政策手段としては直接規制が導入・強化

された。医療供給分野に対する行政介入の重要性、正当性が認められ、供給抑制型政策を支える行政組織上の基盤が整えられたのである。

医療供給政策の代表的な施策として、医師免許・養成制度、医療機関の開設規制、医療監視の 3 つがあげられ、これらを媒介にして行政は医療供給体制のコントロールを図っているが（藤田 1995 : 23-6）、80 年代半ばにはこれらの全てにわたって変更がもたらされた。

1985 年の第 1 次医療法改正では、各都道府県における地域医療計画の策定義務化、病床規制の導入とともに、医療監視体制の強化が図られた。地域医療計画は、医療圏を設定し必要病床数を算出する「必要的記載事項」と、医療供給体制の整備目標を定める「任意的記載事項」とに分かれているが⁹⁾、法改正の主眼は前者にあった。病床過剰地域では、都道府県知事の命令・勧告により病院の新增設を中止させることが法的に可能となり¹⁰⁾、これによって病床の新增設を抑え、ひいては医療費の抑制が企図されたのである。

医療機関への監督体制の強化は、1980 年の富士見産婦人科病院や十全会病院の不祥事などを受けて法改正されたものである。この改正で導入された、①医療法人理事長の医師必置規定、②医療法人への行政の立ち入り検査、③医療法人に対する都道府県知事の運営改善・業務停止命令権、といった諸条項は行政介入の強化にほかならず、従来のプロフェッショナル・フリーダムという医師会の理念からすれば、容認しがたいはずのものであろう。

しかしながら、例えば、複数以上の都道府県に医療施設を開設する医療法人の設立等に関しては（知事ではなく）厚生大臣による認可制にしたことは、いわゆる病院チェーンの拡大を阻止するためのあからさまな参入規制であり、病床規制とも合わせて、むしろ当時の医師会の利益と合致する改正点もある（キャンベル・増山 1994 : 366 ; 宇津木 1994 : 269）。既述した、プロフェッショナル・フリーダムの理念の空洞化、政策パラダイムの転換により、医師会は既得権擁護につながる条項を評価し、そうであるからこそ、この改正医療法も成立したと考えられる。

さらに医師養成政策に関しても、従来の供給促進型から抑制型へと転換する。厚生省はそれまで、医学部入学定員の拡大や医科大学の新設などによって医師数不足に対処してきたが、1983 年にはすでに目標医師数を達成し、むしろその過剰が問

題視されるようになっていた（厚生省五十年史 1988：1597-8）。

厚生省は、1984年に「将来の医師需給に関する検討委員会」を設置、医師養成計画の見直しに着手した。1995年を目途に新規参入医師数を10%程度削減するという最終意見を受け、医学教育を所管する文部省（現文部科学省）との連携のもとに、医学部入学定員や募集人員の削減が実施された。

1980年代中葉の医療供給政策における供給抑制型政策への転換は、単に一時的なものではなく政策遺産として受け継がれ、90年代以後の政策を規定していったという意味で、「政策潮流の変化」にはかならない⁴⁾。90年代以後も医療法や地域医療計画などの直接規制を主に用いた供給抑制型政策が形成・実施されているからである。政策レジームの変容は医療供給政策に断続をもたらしたが、その後は再び長期安定状態に入ったといえるであろう。

5. 結 論

1980年代半ば、日本の医療供給政策は医療法改正による病床規制の導入をその象徴として、政策目的と主要政策手段の双方において大きく変化した。前者においては供給促進型から供給抑制型へ、後者においては誘導型規制から直接規制へと移行したのである。

本稿では、その医療供給制度改革の要因と過程について、政策レジームモデルの視角から包括的な解析を試みた。まず、福祉国家の危機という外在的な環境変化が要因となって政策レジームに変化が生じはじめた。次に、医療財政問題の顕在化が厚生省をして供給抑制型政策の検討に向かわせ、他方医師会も経営環境の悪化により、むしろ行政の直接参入規制による既得権擁護を望んだ結果、旧来の供給促進パラダイムに動揺が生じ、供給抑制パラダイムへの転換が図られた。

しかし、そうしたパラダイム転換は、権力編成・政策ネットワークの変化と、行政組織の再編という制度的基盤の整備なしには、具体的な政策変化には至らない。医師会と医系技官による専門家共同体の形成、労働界の再編と政党政治の変化

を反映した社会党の現実政党化、その2つの大きな要素が医療供給政策ネットワークを組み替え、政策変化の下地が整えられた。そして厚生省の衛生部局が再編されたことで、最終的に改正医療法をはじめとする供給抑制型政策と直接規制が実施されたのである。

「構造改革」下にある今日、再び医療供給制度の諸改革が提言・実行されているが、それは政策レジームの変化として完成するのであろうか、あるいはまた旧来のレジームが維持されるのであろうか、その帰趨を慎重に吟味することがこれからの課題として残る。

〈謝辞〉

本稿の作成にあたっては、匿名レフェリーの方々、縣公一郎先生、藤井浩司先生、日野愛郎氏から貴重な助言を頂いた。ここに記して感謝の意を表したい。

〔注〕

- (1) 「供給促進型政策」「供給抑制型政策」という着想は、1970年代以後のミクロ経済政策の潮流を「競争制限型」と「競争促進型」という概念を用いて分析した、内山（1998）の研究に示唆を受けている。
- (2) なお、筆者もすでに別稿において医療供給政策過程の事例研究を行っている（西岡 2001, 2002）。前者においては1972年の医療基本法案について、後者では85年の第1次医療法改正について、それぞれ「政策の窓」モデル（Kingdon 1995）の視座から、その政策過程を分析した。本稿は、対象事例となる政策過程の詳細な記述・分析ではなく、1980年代の医療供給制度改革の要因と過程について、より包括的な視点から分析を試みるものである。
- (3) 「レジーム」概念は、国際関係論（e.g. Keohane 1984=1998）、都市政治分析（e.g. Stone 1989）、福祉国家研究（e.g. Esping-Andersen 1990=2001）など、さまざまな研究領域ですでに用いられているが（Wilson 2000：255-7）、それぞれの「レジーム」が指す意味内容は異なる。ただし多次元的な秩序構造の把握を意図しているところに共通性も見出せよう（宮本 2002：32注記1）。政策研究においてはレジームの概念はあまり着目されてこなかったが、例えば、本稿とは視点を異にするものの、金（2002）や樋渡（1993）の論考がある。
- (4) 「パラダイム」概念については、クーン（1971）を参照。
- (5) 社会的規制の手段は、許認可制度等、政府が強制的に介入する「直接規制」と、補助金等の

経済的インセンティブを与えることで政策対象の行動を制御する「誘導型規制」とに大別される(井出1997)。

- (6) 本稿は1980年代を分析対象としているので、以下、呼称は「厚生省」で統一する。
- (7) この他に、次節で触れる、社会党を中心とした「医療の社会化」論もあげられる。しかしながら、医療社会化論は具体的な施策案においては厚生省と日本医師会の双方とも相違があるものの、公的保健医療機関の整備拡充を供給政策の主軸に据えるという意味では、公衆衛生モデルに近似しており、また供給促進パラダイムにも準拠したものであった。加えて、その施策案は政府の政策として具現化される機会も少なかったため、ここでは第3の認識モデルとしては扱わない。
- (8) なお中島は、地域中核病院の指定制度、公的病床規制の廃止条項、中央統制的な医療計画の内容から、社会党の医療法改正案は依然として医療社会化構想のままであると指摘している(2001: 32, 38注記81)。しかし、かつて見られた診療所再編計画など、自由開業医制の事実上の廃止を含む条項などは含まれていないことから、その主張はトーンダウンしており、社会党の政策提案には変化が生じていると、少なくともいえるであろう。
- (9) その後医療法が改正され、現行の医療計画ではともに記載しなければならない。また「必要病床数」は算定基準が変更され、現在では「基準病床数」と称する。
- (10) 私的医療機関の場合には知事の権限は法的拘束力のない中止勧告にとどまるが、勧告を拒否した場合には、健康保険法上の規定により、保険医療機関としての指定を行わないことができるとされる。
- (11) 「政策潮流」とその変化については、内山(1998: 47-8)を参照。

[文献]

- 青木泰子(1988), 「健保改正の政治過程」内田健三・金指正雄・福岡政行編『税制改革をめぐる政治力学』中央公論社, pp.213-44。
- キャンベル, ジョン・C・増山幹高(高木安雄訳)(1994), 「日本における診療報酬政策の展開」『季刊 社会保障研究』Vol.29 No.4, pp.359-68。
- Esping-Andersen, Gøsta (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton: Princeton University Press. [岡沢憲夫・宮本太郎監訳(2001)『福祉資本主義の三つ

- の世界』ミネルヴァ書房]
- 衛藤幹子(1993), 『医療の政策過程と受益者——難病対策にみる患者組織の政策参加』信山社出版。
- (1995a), 「八〇年代以降の保健医療政策の変化をめぐる考察——八七年の精神医療改革を素材として」日本行政学会編『年報行政研究30 地方自治のクロスロード』ぎょうせい, pp.84-106。
- (1995b), 「福祉国家の『縮小・再編』と厚生行政」『レヴァイアサン』第17号, pp.91-114。
- (1999), 「医療・介護における制度改革の軌跡——改革とニーズとの乖離をめぐる」日本公共政策学会年報編集委員会編『公共政策 日本公共政策学会年報1999 (CD-ROM版)』日本公共政策学会, pp.1-26。
- 藤田由紀子(1995), 『昭和50年代以降の医療政策の変容』東京大学都市行政研究会。
- 早川純貴(1991), 「福祉国家をめぐる政治過程(1)——84年健康保険法改正過程の事例研究」『法学論集(駒澤大学)』第43号, pp.111-59; 「同上(2)」『政治学論集(駒澤大学)』第33号, pp.33-93。
- 早川純貴・山口裕司・田付晃司(1986), 「21世紀の医療保険は展望できたか——健康保険法改正をめぐる政治過程」『阪大法学』第140号, pp.185-233。
- 広井良典(1998), 「医療保障」地主重美・堀勝洋編『社会保障読本(第2版)』東洋経済新報社, pp.103-41。
- (1999), 『日本の社会保障』岩波新書。
- 樋渡展洋(1993), 「戦後日本の社会・経済政策レジームと与野党競合——自民党政権持続の比較政治経済的分析」近代日本研究会編『年報・近代日本研究・15 戦後日本の社会・経済政策』山川出版社, pp.126-70。
- 井出秀樹(1997), 「社会的規制の手段」植草益編『社会的規制の経済学』NTT出版, pp.50-79。
- 五十嵐仁(1998), 『政党政治と労働組合運動——戦後日本の到達点と二十一世紀への課題』御茶の水書房。
- 池上直己・J・C・キャンベル(1996), 『日本の医療』中公新書。
- 印南一路(1990), 『医療政策の形成に関する研究——ネットワーク間闘争による政策形成』日本製薬工業協会。
- Jessop, Bob (2002), *The Future of the Capitalist State*, Cambridge: Polity Press.
- John, Peter (1998), *Analysing Public Policy*,

- London : Pinter.
- Keohane, Robert O. (1984), *After Hegemony : Cooperation and Discord in the World Political Economy*, Princeton : Princeton University Press. [石黒馨・小林誠訳 (1998) 『覇権後の国際政治経済学』見洋書房]
- 金智美 (2002), 「高度経済成長期における『保育政策レジーム』の形成過程——川崎市の保育政策過程の分析を通じて」『社会政策研究』3, pp.135-58.
- Kingdon, John W. (1995), *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, 2nd edn, New York : HarperCollins College Publishers.
- 厚生省編 (1977), 『厚生白書 (昭和52年版)』大蔵省印刷局。
- 厚生省五十年史 [厚生省五十年史編集委員会編] (1988), 『厚生省五十年史 (記述篇)』厚生問題研究会。
- クーン, トーマス (中山茂訳) (1971), 『科学革命の構造』みすず書房。
- 黒田浩一郎 (1995), 「国家」黒田浩一郎編『現代医療の社会学——日本の現状と課題』世界思想社, pp.146-68。
- 町田洋次 (1984), 『変革期の医療産業』東洋経済新報社。
- 松尾均 (1983), 「医療社会化運動の今日的総括と課題」『医療の社会化』1983.11.1 (No.138), pp.3-6。
- 宮本太郎 (2002), 「グローバル化と福祉国家の政治——新しい福祉政治の文脈」宮本太郎編『講座・福祉国家のゆくえ第1巻 福祉国家再編の政治』ミネルヴァ書房, pp.1-35。
- 森裕城 (2001), 『日本社会党の研究——路線転換の政治過程』木鐸社。
- 中島明彦 (2001), 「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, pp.23-39。
- 中村昭雄 (1996), 『日本政治の政策過程』芦書房。
- 二木立 (1990), 『90年代の医療——「医療冬の時代」論を越えて』勁草書房。
- 西岡晋 (2001), 「医療基本法案の政策過程」『早稲田政治公法研究』第68号, pp.191-222。
- (2002), 「第一次医療法改正の政策過程 (1)」『早稲田政治公法研究』第70号, pp.183-217; 「同上 (2・完)」『早稲田政治公法研究』第71号, pp.61-94。
- 大杉覚 (1993), 「医療行政の再編と健康政策局の組織対応」総務庁長官官房企画課編『社会環境と行政 (Ⅲ) ——新たなる行政システムの構築にむけて』行政管理研究センター, pp.52-73。
- 大嶽秀夫 (1994), 『自由主義的改革の時代——1980年代前期の日本政治』中央公論社。
- Pierson, Christopher (1998), *Beyond the Welfare State? : The New Political Economy of Welfare*, 2nd edn, Cambridge : Polity Press. [田中浩・神谷直樹訳 (1996) 『曲がり角にきた福祉国家』未来社]
- 新川敏光 (1993), 『日本型福祉の政治経済学』三一書房。
- (1999), 『戦後日本政治と社会民主主義——社会党・総評ブロックの興亡』法律文化社。
- Stone, Clarence N. (1989), *Regime Politics : Governing Atlanta, 1946 - 1988*, Lawrence : University Press of Kansas.
- 菅谷章 (1981), 『日本の病院』中公新書。
- 杉山章子 (1995), 『占領期の医療改革』勁草書房。
- 高木安雄 (1980), 「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』No.362, pp.4-5。
- 高橋秀行 (1986), 「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』東洋経済新報社, pp.237-66。
- タルコット, ポール (打越綾子訳) (2002), 「日本の医療政策における連立政権の影響 (1990~2000年)」『社会科学研究 (東京大学社会科学研究所紀要)』第53巻第2・3合併号, pp.243-68。
- True, James L., Bryan D. Jones, and Frank R. Baumgartner (1999), “Punctuated-Equilibrium Theory : Explaining Stability and Change in American Policymaking,” in Paul A. Sabatier. (ed.) *Theories of the Policy Process*, Boulder : Westview Press, pp.97-115.
- 内山融 (1998), 『現代日本の国家と市場——石油危機以降の市場の脱「公的領域」化』東京大学出版会。
- 宇都木伸 (1994), 「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, pp.251-90。
- Wilson, Carter A. (2000), “Policy Regimes and Policy Change,” *Journal of Public Policy*, 20 (3) : 247-74.