

筑波大学博士（国際日本研究）学位請求論文

医療供給制度改革の政治過程

—「医療機能の分化・連携」というアイデアの形成と展開—

竜 聖人

2017 年度

目次

序章 本稿の目的と構成.....	1
第1節 問題の所在	1
(1) 本稿の問題意識.....	1
(2) 問題の背景	4
(3) 本稿における議論の流れ	7
第2節 本稿の分析視角	11
(1) 基礎的な分析視角としての政治学.....	11
(2) 「アイディアの政治」という視点.....	12
第3節 本稿の意義	14
第4節 本稿の構成	16
第1章 先行研究の検討.....	19
第1節 医療保険政策に関する政治学的な先行研究の検討	19
(1) 多元主義的アプローチによる研究.....	19
(2) 新制度論的アプローチによる研究.....	21
(3) アイディア的要素に着目した研究.....	24
(4) 知見のまとめ.....	25
第2節 医療供給政策に関する政治学的な先行研究の検討	25
(1) 利益に着目した研究.....	26
(2) 制度に着目した研究.....	27
(3) アイディア的要素に着目した研究.....	28
(4) 医療供給政策に関する先行研究の全般的な課題.....	31
第3節 本章の小括	32
第2章 理論的枠組み	33
第1節 制度変化に関する新制度論的説明の検討と「アイディアの政治」アプローチ.....	33
(1) 合理的選択制度論における制度変化の説明	33
(2) 歴史的制度論における制度変化の説明	35
(3) 「アイディアの政治」アプローチとその意義	38
第2節 分析の基礎的概念	39
(1) アイディアの定義と機能区分	39
(2) アイディアによる利益・選好の形成メカニズム	40
(3) アイディアの有する他の機能	41
(4) アイディアと制度・構造の関係性.....	43

第3節	政策過程の分析枠組み	45
(1)	アイディアの調整的機能と制度的回路	45
(2)	アイディアの形成・発展と政策学習	48
(3)	アイディアと官僚組織の専門的執務知識	50
第4節	制度改革のモデル	52
第5節	本章の小括	54
第3章	日本の医療制度の基本構造と政策決定にかかわる制度	55
第1節	日本の医療制度の基本構造	55
第2節	医療制度の形成・展開過程	62
(1)	戦前における医療供給制度の生成	62
(2)	戦前における医療保険制度の生成	64
(3)	戦後における医療制度の展開	67
第3節	医療政策の決定にかかわる制度	69
(1)	医療政策におけるアクターの対立構図	69
(2)	医療政策における決定の場	70
第4節	本章の小括	72
第4章	第1次医療法改正の政策過程	73
第1節	本章の目的と法改正の概要	73
第2節	第1次医療法改正の政策過程	75
(1)	政策変容を促した社会、経済、政治環境の変化	75
(2)	保険医総辞退と医療基本法案の廃案（政治的事件①）	78
(3)	都道府県における地域保健医療計画の策定	80
(4)	関係するアクターの動向	82
(5)	富士見産婦人科病院事件と医療法改正案の作成（政治的事件②）	84
(6)	医療法改正案の国会提出と成立	86
第3節	政策過程の分析	88
(1)	地域医療計画というアイディアと政策学習による発展	88
(2)	制度改革を条件づける機会構造・回路	91
第4節	本章の小括	92
第5章	退院促進政策の始動と展開	94
第1節	本章の目的と退院促進政策の概要	94
第2節	厚生省による教訓抽出学習とアイディアの形成	94
(1)	厚生省による欧米諸国の医療制度に関する調査・研究	94
(2)	問題認識の背景とアイディアの形成	96
第3節	医療機能の分離に関する諸政策の展開	98
(1)	診療報酬体系における包括払い制・逦減制の拡大による退院促進	98

(2) 診療報酬改定と医療法改正による病床の機能分化	100
(3) 施設・在宅における高齢者福祉サービスの整備	102
第4節 政策過程の分析	104
(1) 医療機関の機能分離というアイデアと教訓抽出学習による形成・発展	104
(2) 制度改革を条件づける機会構造・回路	105
第5節 本章の小括	107
第6章 小泉政権期における医療供給制度改革の政策過程	108
第1節 本章の目的と小泉政権における医療制度改革の概要	108
第2節 医療制度改革を促した社会、経済、政治状況の変化	109
(1) バブル経済の発生・崩壊と不良債権問題	109
(2) 1990年代以降の財政悪化	111
(3) 急速な人口の少子高齢化	112
(4) 各種医療保険の財政悪化と老人保健拠出金の問題	112
(5) 平均在院日数の長さとの療養病床の問題	113
(6) 介護保険制度の創設・施行	114
(7) 「健康観」の変化	115
(8) 政治・行政改革と首相権力の強化	116
第3節 小泉政権期における医療供給制度改革の政策過程	116
(1) 小泉政権以前における医療制度改革の議論	117
(2) 第1弾の医療制度改革	118
(3) 厚労省内部での医療供給制度改革案の形成	126
(4) 「医療機能の分化・連携」というアイデアの構築と医療費適正化計画	133
(5) 第2弾の医療制度改革	136
第4節 政策過程の分析	148
(1) 医療機能の分化・連携というアイデアと政策学習による形成・精緻化	148
(2) 「マクロ指標」というアイデアと厚労省の対応	150
(3) 制度改革を条件づける機会構造と制度的回路	152
第5節 本章の小括	154
第7章 医療機能の分化・連携に基づく制度改革の展開	155
第1節 第6次、7次医療法改正と2008年度以降の診療報酬改定	155
(1) 第6次、7次医療法改正の内容	155
(2) 2008年度以降の診療報酬改定の内容	159
第2節 「地域包括ケアシステム」と医療機能の分化・連携の関係性	162
第3節 アイデアによる厚労省内の組織変化と関係アクターの受容	164
(1) 厚労省内の組織変化	164
(2) 厚労省の支援者の認識と変化	165

(3) 政党・厚労族による受容	168
(4) 医師会の姿勢.....	169
第4節 アイディアの定着要因に関する分析	171
(1) アイディアの調整的機能	171
(2) 制度改革を条件づける機会構造と制度的回路	172
第5節 本章の小括	174
終章 結論.....	175
第1節 「アイディアの政治」アプローチと制度改革の連鎖関係	175
第2節 回答と分析的含意	179
(1) 問いへの回答.....	179
(2) 分析的含意	181
第3節 政策への含意.....	183
第4節 本稿の課題	184

図表一覧

- 図序－1 本稿における議論の流れ
- 表2－1 言説のアイディア的次元
- 表2－2 言説の相互作用的次元
- 図2－1 制度改革のモデル
- 図3－1 開設者別に見た医療施設の数割合（2015年）
- 図3－2 開設者別に見た病床数割合（2015年）
- 表3－1 病床の規模別に見た施設数と割合（2015年）
- 図5－1 各国の一般病床における平均在院日数
- 図5－2 医療法の改正による「その他の病床」の分化の変遷
- 図6－1 各国の急性期病床における平均在院日数
- 図6－2 病院病床の機能分化（イメージ）
- 図7－1 地域医療構想について
- 図7－2 地域医療連携推進法人設立の効果・メリット（イメージ）
- 図7－3 地域包括ケアシステム

序章 本稿の目的と構成

第1節 問題の所在

(1) 本稿の問題意識

日本は他国に例を見ない速度で進行する高齢化を経験している最中にある。そして、第1次ベビーブーム期に生まれた団塊の世代すべてが75歳以上を迎える2025年以降、医療・介護需要の一層の伸びが予想されることから、2025年は社会保障制度の分水嶺となる年と言われている。この問題は2025年問題とも呼ばれるが、それに対応可能な医療供給制度をいかに構築するかということは、政策上の重要な論点となっている。

それに対し、近年、厚生労働省（厚労省）は、医療法、介護保険法、国民健康保険法といった医療保険関連の法律など関連法制の整備、診療報酬・介護報酬の改定といった様々な手段を総動員し、対応を進めている。そして、その中で目指されている医療供給制度改革の方向性にはある重要な特徴がある。それは、社会的入院とも呼ばれる高齢者の長期入院の解消を目的に、従来曖昧であった急性期の医療を担う病院・病床と、回復期や慢性期の医療を担う病院・病床の役割を明確に分化した上でそれら相互の連携を強化して患者の円滑な退院を促し、さらに、在宅（居住系介護施設を含む）での療養を可能にするための医療を拡充していくという認識の下に一貫していることである。また、このような方針に基づいた改革においては、医療費の適正化だけでなく、患者のQOL（クオリティ・オブ・ライフ：Quality of Life）の向上も政策目標として置かれていることも重要なポイントの1つである。

こうした改革の方針は、「医療機能の分化・連携」（飯島勝矢 2014; 島崎 2010, 2015; 辻哲夫 2008）といった言葉で端的に表されており、改革の方向性を指し示す重要なキーワードとなっている。この方針の存在によって、厚労省は様々な制度や政策を相互に関連付けて改革を進めることができているのである¹。

また、厚労省の組織内部に目を向けると、近年、事務官と医系技官の関係性を深めるような人事、組織の再編が行われている。そして、この変化にも医療機能の分化・連携を推進するという認識が影響を与えているように見える。医療供給体制に深く関わる部分に関する政策に限っても、政策の所管は、事務官を中心とする保険局と老健局、医系技官を中心とする医政局にまたがっている。この事務官と医系技官については、彼らのキャリアパターンの違いや事務系優位の組織的位置づけの関係から認識に一定の差があると言われてきた（池

¹ 法改正の様態からもこのことは看取できる。例えば、医療機能の分化・連携に基づく医療体制を整備することを目的の1つとして、2014年に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が成立したが、この法律は、医療法や介護保険法など19本の法律を一括して改正するものであった。

上・キャンベル 1996; 榎本・藤原 1999; 中島 2001; 藤田 2008)。

しかし、最近では、厚労省は、医政局長に事務官、保険局長に医系技官を当てるという従来の慣例を破った人事異動を行っており、さらには、2017年に「医務技監」という次官級のポストを新設し、それに保険局長経験者の医系技官を当てている²。このように、両者が認識の違いを越えて、医療機能の分化・連携という認識の下に結束しているように見える。

一方で、医療機能の分化・連携に向けた改革に医療費抑制という意味が込められているかわからず、日本医師会が、その方向性自体には賛成の態度を示していることも興味深い事実である。例えば、2013年に日本医師会と四病院団体協議会が発表した「医療提供体制のあり方—日本医師会・四病院団体協議会合同緊急提言—」³において、病院・病床の機能分化と連携について、「地域の医療・介護・福祉資源を有効に活用するためには、適切な機能分化と連携が必要である」とし、それを支える医療法や診療報酬の整備が必要であると述べられている。こうした彼らの姿勢は、医療政策をめぐるアクター間関係の特徴づける最大のポイントとして、医療費の統制を目指す厚労省と専門職としての自律性を主張し、それに反対する医師会の先鋭的な対立があげられてきたことからすれば(池上・キャンベル 1996)、違和感を覚える。

加えて、医師会からの政治献金や選挙協力を背景に、その見返りとして医療政策に彼らの意向を注入する支援者として位置づけられてきた自民党の厚労族も、改革の方向性には賛同している。例えば、厚労族のボス格と目されてきた元厚生大臣の丹羽雄哉は、社会保障関係の専門誌に寄稿した論文で次のように述べている。

一人一人の患者さんの疾病ごとに、急性期から回復期、維持期、療養期、そして退院して在宅で医療と介護を受けられるよう、医療と介護が切れ目なく継続的・効果的に行われる仕組みが重要となってくる。……そのためには、医療機関の役割と機能を明確化して分担し、相互に連携できるようにしていくことも重要となる。(丹羽 2014: 56-57)

さらに、こうした方向で医療供給体制を整備していくことは、医療関係者や自治体関係者を巻き込み、医療政策における重要課題と考えられるようになってきている(島崎 2015)。その中で、医療機能の分化・連携という考えに基づく新たな医療供給体制づくりは、最終的にはそれぞれの地域の特性に合った形で進められる必要があることから、産学官連携を通じた試験的な取り組みなどをはじめ、自治体ごとに様々な政策が試行され始めている段階

² 『週刊国保実務』3069号(2017年7月24日)15-17頁。医務技監に就任した鈴木康裕は、2025年問題に部局横断的に全省をあげて対応することが重要だと述べている。

³ 日本医師会・四病院団体協議会(2013)「医療提供体制のあり方—日本医師会・四病院団体協議会緊急提言」(http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000015541.pdf、2017年11月13日最終閲覧)。

にある（東京大学高齢社会総合研究所編 2014）。

以上の状況や関係者の認識を総合すれば次のことを読み取ることができるだろう。1つ目は、医療機能の分化・連携という医療制度改革の方針が形成されており、厚労省が中心的な主体となってそれに基づいた制度改革を推進しているということである。2つ目は、厚労省と強い対立関係にあると言われてきた医師会、そして彼らの支援者として位置づけられてきた自民党の厚労族も含めて、その方針を広範な政治アクターが受容しているということである。その結果、この方針に沿った改革が進んでいる。

なぜ、医療機能の分化・連携という方向で改革を進めることについてアクター間の対立が基本的に深刻化せずに、制度改革は実行されているのであろうか。特に、医療政策の策定に関しては、医師会が、医療費抑制政策に反対の立場にあり、潤沢な組織リソースや自民党厚労族議員との深い関係性に基づいて、大きな政治的影響力を行行使してきたとされる。それではなぜ、医師会や厚労族も含めて、そのアイデアを多くの医療政策関係者が受容し、改革はいわば安定的に推移するに至っているのであろうか。

本稿の目的は、こうした問いに対して「アイデアの政治」アプローチに基づいて説明を行うことにある。そして、それに対して、本稿は、ここまで述べてきたような現状は、1980年代以降、厚生省時代から行われてきた医療制度改革の積み重ね、連鎖の帰結としてもたらされたものであり、そのような観点から説明がなされるべきであると考え、論証を行うものである。

なお、ここまで本稿の目的と進め方について述べてきたが、それにあたって医療制度、医療保険制度、医療供給制度といった言葉を使用した。これらの言葉について、重要な言葉であるので、その使用法を述べておきたい。

こうした言葉上の区分が生まれるのは、医療制度が、財政に直接的にかかわるものと医療の供給に深く関係するものの2つの柱から成立しているということと関係している。

医療保険制度は、医療における直接的に財政にかかわる制度のことを指す。具体的には、公的医療保険の給付率や保険料率、医療に対する公費負担の割合に関することなどを指し、本稿においてそれらに言及している場合は、医療保険制度という言葉を使用する。一方、供給にかかわる制度は、医療が医療技術を中心とする1つのサービス体系であるために、それが提供される場である医療施設や医療従事者、あるいは医療技術そのものの質や安全性の向上といった医療供給システムのあり方をめぐる政策を必然的にともなうことから生じる（広井 1998: 103）。これらに深く関わるものについて言及する場合は、医療供給制度という言葉を使用する⁴。

⁴ このように医療保障制度が2つに区分されることは一般的にはあまり知られていないと思われるが、医療政策を研究する専門家の間では一定程度区分して考えられるべきものとして扱われているようである（猪飼 2010b; 池上・キャンベル 1996; 笠原 1999: ii-iii; 川上 1965: 7; 島崎 2011: 19; 菅谷 1977: 1; 中島 2001, 2017; 真野 2012: 43-47; 結城 2004）。

そして、医療制度という言葉は両者を総合して表す場合に用いる。また、医療保険制度と医療供給制度はもちろん個別に分立しているわけではなく、相互に影響しあうものであることにも注意する必要がある。また、こうした区分から考えれば、本稿が扱う制度改革は、医療費の抑制を最終的な目標の 1 つに掲げているものであるため医療保険制度にも影響を与えるが、直接的には医療供給制度のあり方を変革するものである。このことから、本稿が対象とする制度改革については、基本的に医療供給制度改革と呼称する。

(2) 問題の背景

医療機能の分化・連携というアイディアに基づく改革は、高齢者の社会的入院を解消することを目的とする改革である。では、そもそもこの問題が政策課題として浮上するのはなぜなのだろうか。ここではその背景について説明を行っておきたい。

大きくその理由をまとめておけば、戦後の高い経済成長率を背景に拡大した福祉国家に対して、経済成長の鈍化、人口の高齢化、財政悪化、新自由主義の台頭、グローバル化の進展といった変化によって、その縮小・再編が求められていること、高齢者福祉を含めたヘルスケアに関連する領域全般に対して、障害者福祉支援において発展してきた QOL の向上を究極的な目標とする考え方が流入していること、それにともなって人々の健康観も変化していることがあげられる。記述については、なぜ政府が医療政策にも関与する必要が生じたのかということを出発点に、福祉国家の形成の段階から始めていく。

福祉国家の形成・展開

福祉国家という言葉が指す意味合いは、社会保障制度を不可欠の一環として定着させた現代国家ないし現代社会の体制（東京大学社会科学研究所 1984: 3）といったものであろう。そして、医療保障制度はその社会保障制度の中核にある制度の 1 つとして存在し、機能している。

このような福祉国家形成の背景には、資本主義の発達と総力戦の影響があり、その中で医療制度もその中心的な制度として組み込まれていった。産業革命を通じた資本主義の成立は、生産力の向上によって労働者の生活水準の向上をもたらした一方で、周期的に発生する不況やその他の原因に起因する失業や貧困などを引き起こすことで、労働者の生活的不安定性も増大させた（東京大学社会科学研究所 1984: 11）。こうした状況から、ヨーロッパ各国で労働運動、社会主義運動が発生し、19 世紀中盤ごろから労働階級の利益を反映するための広範な政治運動が広がっていくことになる。

こうした労働運動の流れと、それにヨーロッパにおける普通選挙の広がり重なることで、社会保障制度が芽生えることとなる。選挙権が労働者層にまで広がる中で、国家には既存の体制を維持するために国民の要求をある程度汲み上げる必要が生じた。その嚆矢とし

てあげられるのが、1880年代のドイツでビスマルクが制定した疾病保険法、労働災害保険法、年金保険法であった。周知のように、これらの制度は、社会主義運動を弾圧しながら労働者を体制内化しようとする「飴と鞭」の政策として実現したものである。しかし、その制度の出発後、それらは、制度自体の論理に沿って展開し、やがて労働者だけでなく特権的地位にあった職員層にまで広がっていく（東京大学社会科学研究所 1984: 12）。ただし、その効果という点では適用範囲が労働者・職員そうといった特定階層に限定され、給付の内容や水準が低く抑えられたため限定的ではあった。しかし、こうした制度的試みは労働運動が盛り上がりを見せる他のヨーロッパ各国にも広がっていった。

こうして発足した社会保障制度の重要な転機となったのが、第1次世界大戦、第2次世界大戦といった総力戦であった。この2つの大戦はそれ以前の戦争とは大きく異なるものであった。戦争地域はヨーロッパ、北アフリカ、アジア太平洋地域までと広範囲なものとなり、強力な殺傷力をもつ近代兵器が使用された。そして、多くの国家は総動員体制を敷き、それまでの傭兵戦と異なり一般市民が兵士や労働者として動員された。

こうした流れを背後に社会保障制度が発達していくことになる。医療制度については、軍隊の戦闘能力や軍需産業の生産能力を落とさないために、兵士や労働者の健康状態を向上、維持する必要があることから整備されていった（山岸 2011: 36）。加えて、直接戦闘にかかわらない市民の日常生活も常に危険にさらされたことから、政府によるサービス供給とこれに対する国民の負担にそれまで以上の平等原則が求められることになり、中央政府の責任領域の拡大とサービスの画一化も進められた（辻隆夫 1994: 56）。こうした点からも、2つの大戦は福祉国家成立の条件を整えていった

また、こうした状況に、1917年のロシア革命をはじめとして社会主義国家が成立したことやケインズ経済学の広がりが増えたことで福祉国家が成立する条件がさらに整えられていった（辻隆夫 1994: 57-58）。社会主義国家の成立は、先進資本主義国家に対し、現実に社会主義革命が起こることへの危機感を広めた。そして、現行の体制を維持するために資本主義の部分的修正が必要とされるようになっていく。

ケインズの経済理論について、それは資本主義の経済体制自体に不況と失業の要因が内在すると主張し、政府の公共投資の拡大を通じて、有効需要の創出と完全雇用が果たされるとした。こうした考えは、1929年の世界恐慌後のアメリカではニューディール政策と結びつき、イギリスではベバレッジ報告の内容や1940年代後半の労働党政権の施策の中に反映されていった。そして、ケインズ主義的な公共政策は、他のヨーロッパ諸国にも取り入れられていった。ケインズ理論は、政府による景気循環に対する介入と調整を正当化するための根拠を与え、福祉国家の公共政策を支えることになったのである。

そして、このような流れの中で形成されていた社会保障制度は第2次大戦後、その対象を全国民にまで拡大する形で展開していき、福祉国家が成立していく。こうした動きが促された背景には、完全雇用や景気安定という国民生活安定のための目標を達成する手段として、各種個別の制度を1つのセットとした社会保障制度が重要視されたということがあつ

た（東京大学社会科学研究所 1984: 16）。そして、第 2 次大戦後の世界的な高度経済成長が社会保障制度を拡充させていくための経済的条件として作用した（田端 1988: 16-17）。また、思想的には、戦後、先進資本主義国において、社会権を基盤に個人の生存権を国家が保障するという考え方が広がったということが大きかった（佐藤・小澤 2016: 46-47）。

また、医療という領域に限ってみると、政府が医療政策を公共政策として実施するようになった背後には、医学の進歩とそれに対する人々の期待の高まりもあったであろう。自然科学と結合した近代医学は、19 世紀後半以降、それまでの医学とは異なり疾病の治療に対し著しい成果を示し始めた。そうした中で、20 世紀に入ると、近代医学が一般の人々へも普及していき、医療サービスを利用することへの期待が大きく高まっていった。そのため、そのサービスを受給することが公的に認められるための素地が広がったのである。

福祉国家の縮小・再編と QOL という新たな価値観の登場

第 2 次大戦後の高い経済成長率を背景に成立、拡大した福祉国家であったが、1973 年のオイルショックによるスタグフレーションの発生や政府の財政悪化、高齢化の進行などによって社会保障制度が成熟し、その伸長が逆に問題と考えられるようになったことなどを受けて一転して曲がり角に至る。こうした状況に対し、1980 年代に入ると欧米ではレーガン（Ronald Reagan）、サッチャー（Margaret Thatcher）政権を代表とする新自由主義的な流れが台頭し、社会保障の削減が試みられていく。

これと同時期に、日本においても中曽根康弘政権の下で、「増税なき財政再建」をスローガンに行政改革が推し進められていった。そして、この行政改革において重要な役割を果たした第二次臨時行政調査会は、「家庭、地域、企業等が大きな役割を果たしてきた我が国社会の特性は、今後もこれを発展させていくことが望ましい」（臨時行政調査会 1981）として、公的な社会保障制度の削減も進められていくこととなり、医療保障制度の削減も政策課題として考えられていく。

そこで実行された医療保障制度改革の中で、世間の注目を集めたのは 1973 年から始まった老人医療費無料化に代わって高齢者の一部自己負担を導入する老人保健制度の創設、被用者保険における本人の 1 割の自己負担の導入といった医療保険制度改革であった（宮本 2008: 108）。その一方で世間の注目を集めることはなかったものの、実はこれらの改革の流れと並行して医療供給制度改革も行われていた。具体的な政治過程は後述するが、その主な内容は、①都道府県地域医療計画を通じた病床数規制、②高齢者を中心とした長期入院を抑制するための診療報酬における包括払い制の導入、拡大といった内容の改革であった。つまり、この時期には、政府支出の抑制という目標の下で、医療保険、医療供給の両制度において制度改革が進行し始めていたのである。

そして、社会保障制度の再編は、日本においては 1990 年代後半あたりからさらに加速し、医療制度もその影響を受ける。急速に進行した高齢化、核家族化や女性の社会進出などによ

る家族の変容、ライフスタイルの変化、バブル経済の崩壊と経済回復の遅れ、政府財政が急激に悪化したことなどが重要な要因であった。また、グローバル化の進展による雇用の劣化なども、そうした改革を促した遠因としてあるだろう。

そして、その下での社会保障制度再編の大きな流れとしては、財政の逼迫を強調し、社会保障費の抑制と自己負担の拡大を進める流れと、より普遍主義的な制度への転換を目指す2つの流れが存在した（宮本 2008: 144-145）。医療制度においては、橋本龍太郎政権や小泉純一郎政権の下で患者自己負担の拡大を中心とする大きな医療保険制度改革が実行された。一方で、普遍主義的な制度改革の流れの中で、医療と密接な関係を有する介護の面においては介護保険制度が創設されることが決まった。

こうした流れに、医療供給政策も影響を受ける。その改革は多岐に渡る政策手段を通じて目指された。具体的にそれは、①医療法の改正を通じた急性期と慢性期医療を担う病院、病床の機能分化、②長期入院対策としての、診療報酬における包括払い制の更なる拡大、③介護保険制度に代表される、病院を退院した高齢者に対する施設や在宅面での福祉サービスの整備の3つの内容から構成されていた（猪飼 2010b: 236）。

現在進められている医療機能の分化・連携に向けた制度改革の手段も、手段自体はこの3つの柱から構成されているという点において、1980年代以降医療供給制度改革と強い連続性がある。ただし、おそらく2000年代前半ごろまで、高齢者の長期入院の解消に向けた医療供給制度改革は医療保障制度改革の主要争点としては考えられていなかったと思われる。

この状況が一転して、現状、高齢者の長期入院解消や在宅での暮らしを可能にすることが、医療政策を含めたヘルスケアに関連する政策の主要課題と考えられるようになってきている。こうした流れを後押ししている理由の大きなものとしては、人々の「健康」に対する捉え方の変化がある。従来、健康の意味するところは、「病気と認められないこと」であったが、それが「心身の状態に応じて生活の質が最大限に確保された状態」といった形で、QOLの向上に力点を置いたものへと変化している（猪飼 2010b: 217-218）。この変化の背景には、高齢化によって生活習慣病などの一度かかると一生治癒しない疾病や老化による障害を抱えながら人々が生きることが一般的なものとなったこと、戦後に障害者福祉の領域においてQOLの向上を究極的な目標に置いて理論や実践が発展してきたことがある（猪飼 2010b: 212-217）。こうした捉え方下では、手厚い医療、看護や日常生活に復帰していくためのリハビリが十分に行われずに寝たきりの状態となり、病院に長期間入院するような、いわゆる社会的入院は深刻な問題となるのである（印南 2009）。

以上のような様々な流れが重なりあうことで、医療供給体制、中でも高齢者の社会的入院に焦点が当てられ、その解消に向けた制度改革が要請されることになる。

(3) 本稿における議論の流れ

ここまで、高齢者の社会的入院とその是正が政策課題として浮上する背景について説明

した。しかし、その対応の方針がなぜ医療機能の分化・連携でならなければならなかったのだろうか、そして、なぜ制度改革の方針として定着を見ているのだろうか。

本稿が解き明かすべき問題は、前述したようにこの点にある。そうした疑問に答えるには、政治アクターの認識や行動に対するより詳細な分析が必要となる。これについて、本稿は、1980年代以降の種々の医療供給制度改革の連鎖によってもたらされたことを主張する。具体的には以下の要素が特に重要であり、それらが満たされて連鎖することで、現状に至っているという見立てをし、議論を進めていく。

1点目の要素は、1980年代以降、厚生省内で事務官と医系技官の政治的距離が接近したことである。1980年代に事務官を中心とする厚生省の保険局が、高齢化の進行、経済成長の低迷、財政悪化が重なる中で、それまで制度を拡充する方向で進めてきた医療政策に対する認識を改め、医療保険制度の持続可能性を高める方向へとそれを転換させ、制度改革を進め始めた。そうした流れの変化に対応し、医系技官を中心とする医務局（健康政策局）は、1985年に医療費の抑制を目的に、開業・病床規制を可能にする第1次医療法改正を行った。この法改正をめぐる政策過程を契機に、事務官と医系技官の距離が接近したと考えられる。このことから、分析する最初の重要局面として第1次医療法の政策過程を取り上げる。

2点目の要素は、1980年代以降、厚生省が、平均在院日数の短縮を目的に病院・病床の機能の分離を進める政策を積み重ねていたことである。具体的には、医療費抑制の観点から、急性期・慢性期医療を担う病院・病床の役割を分化して高齢者の退院を促し、そして、その受け皿として高齢者福祉サービスを整備するという対応がとられた。

この対応の嚆矢は、1982年に成立した老人保健法による慢性期疾患を抱える患者への保健事業とそれに合わせて診療報酬体系内に作成された老人診療報酬に見られる。こうした政策立案を先頭に立って行ったのは、事務官を中心とする保険局や老人保健医療対策本部の官僚であった。彼らは、1970年代後半から医療費抑制の認識に立って欧米の医療制度を調査・研究し、その比較の中で日本の課題を平均在院日数の長さや高齢者福祉サービスの不足を課題と捉えた。

そして、その流れに沿って、健康政策局も、欧米の制度を調査して1980年代中盤に医療施設と介護施設を結ぶ中間施設としての老人保健施設創設の議論を進めたり、1990年代以降、医療法の改正を通じて、法的に急性期・慢性期を担う病院・病床を区分したりするという対応を始めた。このように、1980年代以降、厚生省は医療機関の実質的な機能分離政策を進めていった。また、省をあげた一連の改革は、事務官と医系技官の距離をさらに縮めることにもつながったと考えられる。そのため、分析する2つ目の局面として、1980年代から1990年代における医療供給制度改革を取り上げる。

3点目の要素としてあげられるのが、「医療機能の分化・連携」というアイデアが構築されたことである。厚労省がこのアイデアを発想する必要性を認識し、明確な形で構築されるに至ったのは、小泉政権の構造改革の一環として医療制度改革が争点の1つとなったことが大きかった。そのため、なぜ、どのように医療機能の分化・連携というアイデアが

形成されたのかを明らかにするためには、小泉政権期の医療供給制度改革を分析する必要がある。

小泉政権期における、特に 2006 年の医療制度改革では、前期・後期高齢者医療制度の創設や患者自己負担の拡大など医療保険制度にかかわる大規模な改革を行うことが決定された。そうした中で、世間の注目を大きく集めたわけではなかったが医療供給制度に対しても、厚労省は、第 5 次医療法改正、医療費適正化計画の策定、医療機関間の連携体制・在宅医療などに対する診療報酬の新設といった大きな改革の遂行を決定した。これらの制度改革の意図は、特に高齢者の社会的入院是正を念頭に、急性期・慢性期医療を担う医療機関の分化を強めて相互の連携を促進し、最終的には在宅での療養を可能にするという切れ目のない医療を提供するという考えに一貫していた。そして、厚労省はこうした認識のあり方を「医療機能の分化・連携」と表したのである。

この考え方は、医療保険制度の持続可能性を高めることだけでなく、高齢患者の QOL の向上も政策目標として組み込みこんだ上で高齢者の長期入院是正を政策課題と捉え、高齢患者が病院にとどまらずに在宅復帰できる体制を作るという目的の下に構築された点で、それまでの医療供給制度改革とは毛色の異なる新たなアイデアであった。

そして、このアイデアは、1980 年代以降の医療供給制度改革を通じて、事務官と医系技官の連合関係が一定程度形成されており、そして、急性期と慢性期という次元で医療機関の役割分担を明確化するという制度改革が積み重ねられていたという、アクター間の関係性や政策の累積が一種の機会構造として有利に働いて、後述するような小泉政権期の複雑なアクター間関係の中で展開される政策過程においても生き残った。上記 2 点の要素がどのようにして満たされたのかを明らかにする必要があるのはこのためである。

また、厚労省が結束して新たなアイデアを構築しなければならなかったのには理由があった。小泉政権下では、官邸に設置された経済財政諮問会議や新自由主義的改革を進めるために組織された総合規制改革会議が大きな影響力をもち、彼らが従来以上の医療費抑制や新自由主義的要素を改革の中に組み込むように圧力をかけるため、厚労省はそれに対抗する必要があった。

さらに、小泉首相が医師会を改革の抵抗勢力として扱ったことや諮問会議や総合規制改革会議の存在が相まって、医師会は彼らと鋭く対立した。それだけでなく、医師会は、厚労省の医療費抑制に向けた改革にも反対姿勢を示した。さらに、厚労族も、従来のボトムアップ型の政策決定を覆し、官邸主導のトップダウン型の政策決定を実現しようとする官邸側と強く対立した。小泉政権期の医療制度改革の政策過程は、こうしたアクター間の非常に複雑な関係の中で推移した。医療機能の分化・連携というアイデアの構築過程もこれに大きく影響を受けているため、明らかにすべき 3 つ目の局面として、そうしたアクターの複雑な関係性に目を向けつつ、小泉政権期の医療制度改革の政策過程を取り上げる。

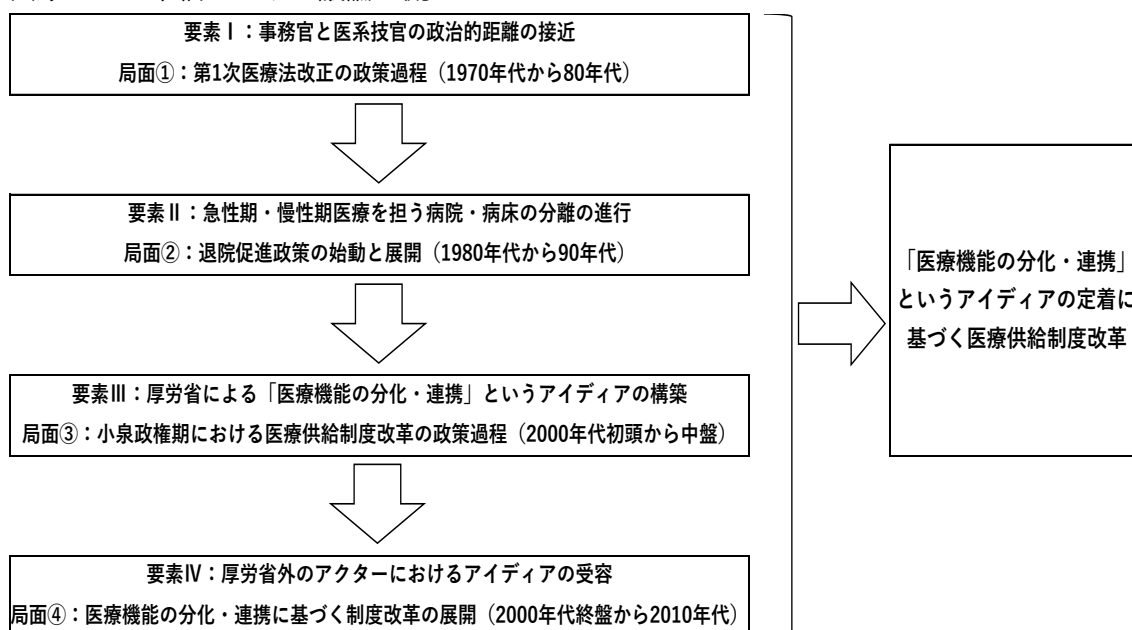
最後に 4 点目の要素として、制度改革におけるアイデアの定着があげられる。医療機能の分化・連携というアイデアは小泉政権期の医療供給制度改革を形作るものとして機

能したが、一方でそれを共有したアクターは厚労省内の関係局と厚労族のボス格の議員までにとどまった。しかし、現在そのアイデアが制度改革の基本認識として機能しているのは、彼らだけでなく医療政策にかかわる広範なアクターに受け入れられているからであり、その点に関する考察が必要となる。

そのため、医師会や厚労族といった医療費抑制の意味をもつ政策に反対すると考えられてきたアクターを含めて、健康保険組合連合会や国保中央会などの保険者、財務省や経産省などの関係省庁、自民党や公明党、民進党などの政党、医療政策の専門家といった医療政策にかかわるアクターに受容され、現在の制度改革を基礎づけるものとして機能していることを明らかにする必要がある。これを明らかにするために、2000年代終盤から現在までを4つ目の局面として取り上げ、制度改革の内容を分析する。

ここまで示してきた明らかにすべきと考えられる要素とそれにともなう局面の流れをまとめると、図序-1のようになる。実証分析の進め方としては、上段から下段へという時系列に沿って進められる。その中で、それぞれの要素がそれぞれの局面を通じてどのように満たされたのかを明らかにする。そして、最終的にはそうした要素がすべて積み重なることで、現在の状況が生じているという本稿の問いに対する回答が示されることになる。

図序-1 本稿における議論の流れ



出所：筆者作成。

具体的には先に示したように、①事務官と医系技官の政治的距離の接近、②病院・病床、③医療機能の分化・連携というアイデアの構築、④厚労省外のアクターにおけるアイデアの受容という要素が特に重要であり、それらが満たされることで、医療機能の分化・連携という方針に基づいた制度改革が安定的に行われるに至っていることを示す。

第2節 本稿の分析視角

(1) 基礎的な分析視角としての政治学

医療供給制度改革の過程を分析するにあたって本稿の基礎的な視角となるのが、政治学である。この視角に基づき研究を進めるのは、次のような理由からである。

先ほどあげた本稿の議論の流れやその中で重視する要素に表れているように、本稿においては、医療供給制度改革が現状に至るにあたって、規範や利益をめぐるアクターの権力関係に基づいた相互作用の営みを見ることが重要であると考えられる。そして、その営みは、イーストン (David Easton) が政治の定義とする、「社会に対する諸価値の権威的配分」(Easton 1953=1976: 135-141) に相当するものである。そのめ、本稿を基礎づける基礎的な視角は政治学的なものとなる。

また、医療政策という領域においては、社会経済状況などの変化の中で政治的な対立が深刻化しかねない状況にあり、それを收拾、調整するために行われているアクターの行為を観察し、説明を行う重要性も高まっていると言えよう。前述のように、日本は、経済成長の低迷と巨額の財政赤字が重なり、国民に配分可能な医療資源が大きく制約される中で、世界でも類を見ない速度での高齢化を経験し、医療費の伸びは顕著なものとなっている。その一方で、対 GDP 比で見ると、欧米諸国と比べて日本の医療費は（高齢化の進行を加味すると）比較的低い水準にあることも示されてきた（池上・キャンベル 1996: i -iii; 島崎 2015: 45）。このような状況などから、係者間の利害対立が深刻化する火種を抱えている。また、この領域では、経済界などから、新自由主義や医療を成長産業として捉えようという方向性で改革を進めようとする動きや、その一方で、QOL の向上といったような観点から行われる先進的なケアの取り組みを政策に活かそうとする動きなど、新たな価値、規範を政策に注入されようともしている。そうした中で、医療機能の分化・連携という認識がそれらを包摂するような形で機能しており、実際的な面から見ても本稿のような関心に基づいて、研究を進める重要性は高いと言える。

そして、本稿における視角について、ここまで根本的な部分から説明を行うのは、医療政策を分析対象とする研究の学術的動向による。この領域を対象とする研究としては、医療経済学的研究と医療史的研究が中心をなしており、相当な蓄積がなされてきた（結城 2004: 32-33）。そのような状況から、それらとは異なる視角を用いて医療政策を分析する余地、必要性は小さく感じられる。

しかし、それでも政治学というそれとは異なる視角から研究が進められなければならないと考えた理由は、そうした研究は根本的な問題関心の違いから本稿が問題と考える部分に対する回答を示してくれないからである。

まず、医療経済学は、1960年代頃からアメリカにおいて研究されるようになり、日本においては、1970年代にから徐々に研究が進められるようになった学問分野である。そして、

現在、医療経済学の観点から日本の医療を対象にした研究はその質、量ともに大きく伸びている状況にあると言ってよいだろう(池上 1992; 池上・キャンベル 1996; 印南編 2016; 印南・堀・古城 2011; 権丈 2001, 2006, 2015; 二木 b1990; 松田 2013; 山崎・尾形編 2003; 吉田 2009 など)。そして、医療経済学研究においては、医療費が急速に増加していることに対する要因を読み解き、今後どのような方向性で改革を進めるべきなのかがといったことなどを中心に、主に統計的な分析手法に基づいて研究が進められる。

しかし、政治学的な関心からそうした研究を見ていくと、医療経済学の観点からのみで研究が進められることに対して不満も出てくる。医療経済学的研究は、いかに医療資源を効率的に配分するかというところに問題意識の出発点があるため、政治過程に関する分析はほとんどなされない。

また、医療史研究に関しては、①社会保障制度史や福祉国家史の一部という形、②その文脈から独立した形の医療史研究という 2 つのパターンの研究が進められてきた。前者においては、社会保障制度の中核としての医療保険制度の史的展開を描くことが中心的になされてきた(東京大学社会科学研究所編 1984, 1988; 横山・田多編 1991; 吉原・和田 2008)。後者は、川上武(1965)、菅谷章(1977)、佐口卓(1964)といった研究者によって構築されてきたものである。彼らの研究の特徴としては、医療保険制度の発展だけでなく医療供給制度の発展も分析対象とすることがあげられる。そして、その歴史を語る際には、日本の医療供給システムにおける中心的主体である開業医が営利的存在であるために、広範な医療疎外が引き起こされており、より公共的な医療供給主体を中心にした医療供給制度が形成されなければならないという考えに基づく「医療の社会化」論を柱に、明治以来の医療史が描かれている(猪飼 2010b)。

こうした研究も、現在の医療制度の基盤がどのように形作られてきたのかということを知る上では重要な研究である。しかし、政治学的な観点から考えれば、また不満も出てくる。まず、歴史研究の一環であることから、本稿が対象とする 1980 年代以降という現代の動向に関する研究が手薄になっているということがあげられる。そして、制度の史的展開を描写するという問題意識から、制度改革のメカニズムなどについては言及がなされていない点も問題点としてある。

本稿は、医療経済学や医療史研究における先行研究の固有の価値を否定するものではない。しかし、そうした視角にだけ頼ってしまっただけで見落とされる部分も出てきてしまう。特に、医療機能の分化・連携という方針に基づいて安定的に制度改革が進行している状況を分析するという点からすれば、政治的な営みの中でアクターが何を行ってきたのか、その相互作用がどのように積み重なって現在に至っているのかを分析することは欠くことのできない視点である。

(2) 「アイディアの政治」という視点

ここまで述べてきたように、医療供給制度改革の現状は、1980年代以降の改革を通じて、①厚生省内で事務官と医系技官の距離が縮まり、②医療機関の役割分担を強める改革が行われていたという要素が満たされたこと、③小泉政権下の医療制度改革の中で厚労省が、医療機能の分化・連携というアイデアを形成し、④その後、医療政策に関係するアクターにそれが受容されたことという4つの要素が過去から現在にかけて連鎖して可能となっていると考えられる。そのため、その連鎖関係を考慮して、政治・政策の過程を分析可能な枠組みが必要となる。それでは、具体的にどのような政治学的な理論を用いるべきであろうか。

本稿が対象とする日本の医療供給制度改革という事例は、ここまで述べてきたように医療機能の分化・連携といったアクターのもつ認識的要素が重要な役割を果たしたものである。そのため、それを正面から扱うことが可能な理論的枠組みを設定する必要がある。そして、そのような枠組みとして、「アイデアの政治」アプローチがあげられる。このアイデアの政治アプローチは、アクターを目的合理的な存在と位置づけ、その戦略的相互作用を通して政策的帰結が説明されるとする合理的選択制度論、歴史的に形成されてきた制度がアクターの行為を制約する機能を果たし、それによって政策的帰結を説明する歴史的制度論と並んで、政治的意思決定過程を分析する理論的枠組みとして重視されるアプローチとして、1つの大きな流れを形成しているものである。

アイデア・アプローチに基づく本稿の枠組みの詳細は後述するが、このアプローチを採用するに至る重要な点を先に述べるならば、特に次の2点が特にあげられる。

1点目は、アイデア・アプローチはアイデアに着目することによって、アクターの選好形成・変容、アクター間の連合形成・変容のメカニズムを説明することを可能にするということである。例えば、厚労省が、事務官や医系技官という立場の違いを越えてなぜ協調・結束することができたのか、医師会や厚労族といったアクターの選好をなぜ変化させることができたのかといった点に対する説明を行いうる。これは、そのメカニズムに関する説明において不十分な点がある合理的選択制度論、歴史的制度論に対するアイデア・アプローチの重要な利点である。

2点目は、アイデア・アプローチは、アイデアに着目するために政策の内容面を捉えた分析が可能であるということである。そして、このような点は、合理的選択制度論、歴史的制度論に基づいた説明では抜け落ちてしまう部分である。合理的選択制度論に基づけば、様々なアクターが複数の選択肢をもった状態で競合した結果、ある選択肢がとられることになったということを説明するにとどまる。また、歴史的制度論に基づけば、おそらく、自由開業医制という歴史的に形成された制度によってアクターの行為が規定されることから、制度の持続性を強調した説明がなされるだろう。

そうではなく、現在の医療供給制度改革を見ると、医療機能の分化・連携というアイデアであるからこそ広範なアクターが受容可能であり、安定的に、そして一貫した形での制度改革を進めることが可能となっている。そして、その理由を読み解くことによってこそ変化の重大性を主張することができるが、こうした部分に目を向けた分析はアイデアに着目

することで可能となる。これが本稿においてアイデア・アプローチを採用する理由の1つである。

大きくはこれら2点を説明することができることから、本稿ではアイデア・アプローチに基づく枠組みを構築し分析を行う。

第3節 本稿の意義

それでは、1980年代以降の医療供給制度改革をアイデア・アプローチに基づき分析することによって、本稿はどのような学術的意義を示すことができるだろうか。

1点目は、政策過程分析の方法の発展に関する貢献である。詳細は後に述べるが、政治学的な医療政策を対象とする研究には、①特定の改革や短期的局面の分析にとどまっていること、②質的な面にまで踏み込んだ制度改革、政策変容の分析が不十分であるといった点で問題がある。こうした問題は、他の領域を対象とする政策過程分析においても、かなりの程度当てはまるものである。特に1点目は、現在時点において起こった制度改革が過去の時点において行われた改革とも連鎖関係にある場合、それをいかに取り扱うかという問題と関係する。しかし、この点に関して先行研究は多くの場合、十分な考察を行ってこなかった。また、この問題は、アイデアと制度の関係性をいかに考えるかということとも深く関係する問題であり、理論的なレベルでも考察されるべきものでもある。

この点について、各国における福祉国家の再編過程や中央省庁による政策立案を主たる対象に、アイデアを重視した枠組みに基づいて政策過程を分析する、特に日本における研究は、過去に形成されたアクター間の組織関係、政策遺産などといった制度や構造を、アイデアを制約、拘束するものとして捉えられてきたように思われる（秋吉 2007; 加藤 2012）。もしくは、過去の制度改革と現在の制度改革を完全に個別のものとして扱うことでそれに対処してきた（木寺 2012b）。

しかし、特に前者のような理解では、アイデア・アプローチと、歴史的制度論的枠組みの中でアイデアを補完的に用いることとの違いを不明確なものとしてしまう危険性をはらむ。そして、それは、現在の変化を制度の持続の中でのできごととして小さく扱い、質的な意味での変化の重要性を十分に示すことができないという事態を生じさせてしまいかねない。また、後者のような方法に基づくと、それはそれで過去の改革が現在の改革に対して及ぼした影響を低く見てしまうことにつながりかねない。

こうした点に対して、一方でアイデア・アプローチは、制度や構造をあるアイデア実現の有利・不利にかかわる一種の機会構造として捉え、理論の枠内に組み込む形で展開してきた。この内実は後述するが、このような観点に立つことによって、過去の改革を通じて構成された構造が現在の改革にもたらした影響の大きさを示しつつ、一方で制度や構造のもつ拘束性を相対化して、変化の質的な側面を組み入れた現在の改革の様態を分析することができるようになる。こうした視座を提供する研究として、シュミット（Vivien Schmidt）

(2002) や近藤 (2008) などをあげることができるが、数量的に見て十分な域に達していない。本稿は、一般的な歴史的制度論による説明とは一定の距離を置いて、過去・現在における複数の制度改革の政策過程を個別に分析しつつも、それを一連の連鎖関係にある 1 つのまとまりをもった政治過程として分析することを可能にする枠組みを提示するものである。そして、このことは、多くの場合短期的な局面を分析する枠組みを提示してきた政策過程分析の欠点を補完するものであり、本稿は政策過程分析の方法的発展に貢献するものである。

2 点目に、本稿は厚労省に関する行政学研究に対して意味ある知見を引き出すものである。これまでの行政学研究によって厚生省 (厚労省) の組織的特徴として、大きくは次のような点が明らかにされてきた (藤田 2008; 榎本・藤原 1999)。

1 点目は、所掌業務の専門性が高いために局間の自律性が高いことである。2 点目は、法令事務官、プロパー、技官のグループがあり、一定の業務遂行のために同一の課、局に在籍しながらも、それぞれが異なる人事システム下にあることである。3 点目は、特に医系技官に関するものである。彼らは戦後直後から衛生関係 3 局の局長ポストを占め、技官の中では優位な存在である⁵。中でも健康政策局長 (医政局長) は医系技官の最高ポストとされてきた。ただし、そのポストはあくまで一局長に過ぎず、国交省の技監のような事務官に次ぐ全省的な存在として位置づけられるものではない。つまり、厚生省は事務官優位の組織的関係性を抱えている省であることが明らかにされてきた。そして、このような人事システム、組織関係などを要因の 1 つとなって事務官と医系技官との間に利益認識の違いが生み出されているとされ、それが政策過程にも影響を及ぼしているとも指摘される (中島 2017)。

しかし、前述のように、厚労省にはそうした特徴を覆すような組織的に大きな変化が起きている。これは、医療機能の分化・連携というアイデアによって事務官と医系技官の政治的距離が接近し、両者の結束が強まっているということも大きな要因の 1 つとなり起きているものと考えられる。そして、そのアイデアに基づいた制度改革を分析する本稿は、こうした厚労省内における組織的変化がなぜ生じているのか、その原因を説明するものでもある。このような点で、本稿は厚労省を対象とした行政学研究にも有意味な知見を提示する。

3 点目として、本稿は、日本の医療政策研究に対して、政治学 (アイデアの政治) という視点に基づいた実証分析の知見を提示するものである。先ほど、日本の医療政策研究は医療経済学的研究に偏りが見られることは述べた。この点は 1 つの事実として存在する。しかしそれだけでなく、一方で医療経済学者はときに政治学者とも連携し、歴史的に形成されてきた日本の医療制度の構造や政策決定の制度に着目しつつ、優れた保健指標や低水準の医療費を実現する現行の医療制度のあり方を分析する政治経済学的な研究も行ってきた

⁵ 厚生労働省の発足時に行われた改組を機に、医系技官が占める上位ポストの数は、3 局長・1 部長から 2 局長・2 部長となった (藤田 2008: 53)。

(池上・キャンベル 1996; 池上 2017)。こうしたことは、医療政策研究においても、政治学的な視点を通じた研究による補完に一定の重要性があることを示すものと考えられる。また、最近の医療政策史研究では、1980年代以降の医療政策の政策決定過程についてのオーラルヒストリー研究が着手され始めている(古川ほか 2017)。

このような状況に対し、本稿は、現代の医療供給制度改革の展開に関する政治学的な実証分析の知見を示すものであり、医療経済学研究、医療史研究の発展の一助となるものと考えられる。

第4節 本稿の構成

ここまで述べてきたように、本稿は、アイディアの政治アプローチに基づいて、過去から現在に至る改革の連鎖的關係性や制度改革の内容に焦点を当て、1980年代以降の医療供給制度改革の政治過程を分析し、新たな知見を示すものである。これを達成するために、本稿は以下のように構成される。

第1章では、本稿の問題意識に基づいて、医療政策に関する政治学的な先行研究を検討する。それを通じて、先行研究は医療保険政策を対象とするものに偏りが見られること、そして、医療供給政策に関連する研究も増えてきているが、大きくは次のような点で問題を抱えていることを指摘する。1つ目は、医療機能の分化・連携というアイディアを考察対象とするような現在時点における改革を分析する研究がないことである。2つ目は、タイムスパン的には中長期を対象とする研究を含めても、基本的に短期的な局面を分析するにとどまっておき、過去の改革と現在の改革がいかに連鎖しているのかという観点から分析を行う研究が管見の限りないことである。また、これらのことだけでなく、個々の研究の問題点についても検討する。ただし、先行研究を批判的に検討するだけでなく、本稿において学び取るべきポイントにも目を向ける。

第2章では、「アイディアの政治」アプローチに基づいた理論的枠組みを提示する。まず、先行研究の検討結果と合理的選択制度論、歴史的制度論による制度変化の説明に関する問題点を検証し、その問題を補うアプローチとして、「アイディアの政治」アプローチをあげる。そして、アイディア・アプローチにおける分析上の基礎概念を提示し、過去の改革と現在の改革とを一連の連鎖關係として理解し、分析することが可能な分析モデルを提示する。

第3章では、本稿においてアイディア実現の成否にかかわる一種の機会構造として捉えられる日本の医療制度の基本構造とその形成に関する歴史的概略、さらに、医療政策の決定にかかわる制度について説明し、それがどのような形をもっているのかを説明する。

第4章と第5章では、2000年代以降における医療機能の分化・連携というアイディアの形成や展開を可能にした機会構造がいかにして形成されたのかを明らかにすることを第1の目的に、1980年代から90年代にかけての医療供給制度改革の過程を分析する。具体的に

は、第4章では、1985年の第1次医療法改正の政策過程を通じて、厚生省内において事務官と医系技官の政治的な距離の接近が生じていたこと、第5章では、高齢者の退院促進を目的に、急性期・慢性期医療を担う病院・病床の分離政策が、診療報酬改定、医療法改正、高齢者福祉政策の整備という手段でもって進行していたことを主に明らかにする。

第6章では、厚労省が「医療機能の分化・連携」というアイデアを形成した局面である小泉政権期の医療制度改革の政策過程を分析する。このアイデアは、厚労省、厚労族、医師会、経済財政諮問会議、総合規制改革会議をはじめとする複雑なアクター間の対立関係の中で生まれた。特に、このアイデアは、厚労省が、経済財政諮問会議の主張する経済成長率などを基に算定される指標を設定し、医療費の伸び率がそれを上回らないように、もしくは上回った場合に医療制度改革を実行するという「マクロ指標」の導入や総合規制改革会議の主張する新自由主義的医療改革に対抗するために、省内を結束させて生み出したものであった。厚労省がこのアイデアに基づいた改革を主張したことも大きな理由の1つとして、小泉政権の医療制度改革においてマクロ指標や新自由主義的改革はかなり薄められる形で決着した。その一方、厚労省は、改革の機運自体は積極的に利用して医療制度改革案の形成を進め、医療供給政策では医療機能の分化・連携というアイデアに一貫した広範な改革を実行した。第6章では、小泉政権期の医療制度改革の政策過程を、その改革の内容を交えて分析する。

第7章では、2000年代終盤から現在にかけての医療供給制度改革について政策内容を分析し、それが医療機能の分化・連携というアイデアに基づいてかなりの程度一貫したものであったことを指摘する。そして、その改革の進行にともなって厚労省内における人事パターンの変化や組織再編など組織的变化が生じていること、このアイデアが医師会や厚労族を含めて、幅広いアクターによって受容されており、それが制度改革の方針として定着したとみなしてもよいと考えられる状況に至っていることを確認する。

終章では、ここまでの検証の結果をまとめるとともに、本稿の問いに対して回答を行う。そして、本稿から導かれる政策過程の分析枠組みに対する含意、医療政策に対する含意、残された課題などについて示し、本稿の結びとする。

本稿の用いる資料

本稿では様々な活字資料などを利用して研究を進める。ここでは、本稿で使用する資料について大まかではあるがまとめておく。

政策過程における事実関係などを摂取するための資料として特に多く用いたのは社会保障、医療関係の専門雑誌である。その中でも、とりわけ利用したのは、日本医事新報社が発刊する『日本医事新報』、社会保険研究所が発刊する『社会保険旬報』である。

また、その他に、厚労省の審議会における議事録・提出資料は、厚生労働省のウェブ・サイト、経済財政諮問会議の議事録・提出資料は内閣府のウェブ・サイトから入手した。また、

医療政策の基本的内容の理解のために、『厚生白書』、『厚生労働白書』(各年版)を利用した。

第1章 先行研究の検討

第1節 医療保険政策に関する政治学的な先行研究の検討

医療政策に関連する研究として、医療経済学や医療史研究がその中核をなしていることは先に述べたが、政治学・行政学的な研究も1990年を前後する頃から一定数表れるようになった。そして、そこで中心を占めるのは、医療保険制度改革をめぐる政策過程を分析対象とした研究である。この点について、世界でも類を見ない速さで進行する高齢化の中で、医療供給制度改革のあり方が重要な論点となっている現状を考えれば、分析対象の中心が医療保険制度改革に偏りがあるという時点で政治学的な医療政策研究は問題を抱えていると言える。

ただし、そうした研究からも学ぶべき知見は多くある。ここでは、どのような医療保険制度改革に関する研究が存在し、それらが理論的な部分も含めてどのような問題を有しているのか、また、どのような学ぶべき知見が析出されているのかということ考察する。

(1) 多元主義的アプローチによる研究

医療政策をめぐる政治学的な研究が一定程度あらわれてくるようになったのは、1990年代に入ってからであるが、そうした研究の一群には大まかに2つの共通点がある。1つは、その多くが医療費の抑制に向けた政策が実施され始める1980年代の医療保険制度改革を対象としていることであり、2つ目は多元主義論の観点からの研究が中心をなしていることである。

このような研究が増加したのには次のような理由がある。1970年代後半から1980年代前半の大嶽秀夫らの研究を嚆矢として（大嶽 1979; 大嶽編 1984）、それ以降、日本の政策過程を多元主義的観点から分析しようとする動きが高まった。こうした関心からすると、医療保険制度改革の過程は、医療費の抑制が要請される中で、自民党族議員、厚生官僚、医師会などの有力なアクターの影響力関係が立ち現れる政策過程であり、多元主義的な政治過程分析の対象として興味深いものであった（衛藤 1997: 135）。このため、政治学者の関心が集まったのである。

こうした流れの中に位置づけられる研究として、青木素子（1988）、中村（1996）、高橋（1986）、早川純貴（1991）、J・C・キャンベル（John C. Campbell）（1992=1995）などをあげることができる⁶。それでは、こうした研究はどのような分析結果を導き出してきた

⁶ その他にも、印南（1990）は、1984年の健保法改正に携わった厚生官僚へのインタビューに基づいたネットワーク分析を行っている。また、田口（1969）や岩井（1990）は圧力団体としての医師会を中心に分析を行っている。田口の研究は、1960年代を対象とするものだが、社会集

のだろうか、確認しておきたい。

これらの研究が共通して指摘するのは、おおむね次の4点である。1点目は、高度経済成長の終焉と財政赤字の増大、第二次臨時行政調査会（第二臨調）による行革路線が明確になる中で、厚生省が医療政策に対する認識を転換させて医療費抑制に向けた政策案を形成し、影響力を増大させたということである。中でも、1984年の健康保険法改正において、それまで医療制度の拡充という方針に立っていた省内の意識を、制度の持続可能性を高めるために患者の自己負担を拡大するという方向に転換させた厚生官僚の吉村仁にスポットが当てられ、分析が進められる場合が多い。

2点目は、医師会の政治的影響力の低下である。1982年にそれまで医師会の圧力活動を牽引していた武見太郎が医師会会長を引退した。医師会の政治的影響力は、25年間会長として厚生省と対決姿勢を示し、常に医師会の利益を擁護してきた武見個人の政治力に負うところも大きかったため、その引退は直接に医師会の影響力低下を引き起こしたとされる。

3点目は、自民党社労族のボス格にあたる議員や田中派の議員がその改正に協力することで制度改革が可能になったということである。その動きの背後には、吉村を中心に厚生省が彼らと交渉し、説得を行ったということがあった。医系議員や陣笠議員などは制度改革に反対姿勢を示したものの、彼らがこうした議員たちの反対を抑え込んだことによって制度改革が可能になったと指摘される。

4点目は、第二臨調が果たした役割が大きいということである。第1次石油ショック以降の先進国の経済的低迷が問題視される中、福祉国家の見直し、民営化、規制緩和などによる「小さい政府」の実現を主張する流れが強まっていた。こうした流れの中で、それを代表する土光敏夫などの財界人や加藤寛などの経済学者らを中心的なメンバーに第二臨調が設置された。世論の支持や彼らの政策デザインの具体性などに支えられ、1980年代前期において、第二臨調は大きな影響力をもった。ただし、医療制度改革に関しては、厚生省の考えが彼らの意向に沿うものであったことから、改革案の作成や自民党との折衝に関しては厚生省に任せるという形で進行した⁷。

団がいかなる政治機能を有しているかという問題関心から、対象の1つとして医師会を選択している。そこでは、医師会の組織構造、意思決定システムについての分析などがなされている。岩井の研究は、医師会の政治団体である日本医師連盟が1980年代に行った政治献金の動態を分析している。そこでは、その政治献金額が、老人保健法の成立や健康保険法改正の表面化など、医師にとって不利な政策が実施され始めた1981年と1982年に急増し、その後も高い水準にあり続けていること、献金対象が党ではなく派閥や政治家を中心にしていること、派閥の領袖クラス政治家が大きな額の献金を受けていることなどが示されている。

⁷ 新川（1993）は、多元主義的分析とは異なり、財界と自民党の連携をより重視し、1980年代の福祉見直しを分析している。これは、彼の研究が日本の福祉国家の形成、変容過程を分析し、その中で日本を残滓的福祉国家に分類していることに理由がある。残滓的福祉国家とは、

こうした研究の問題点はどのようなものが考えられるだろうか。このような研究は政策過程を詳細に描くことが多いため事例の理解自体に非常に有用であるが、次の点で問題を抱えている。1 つめは、特定の政策選択される理由が曖昧なものになるということである。それは、これらの研究が多元主義論に基づいて、個々のアクター間の影響力関係やその変化を析出することに向けられるからである。

厚生省は、医療費抑制のために、患者の自己負担拡大を実施することとした。しかし、この改正の背景には、医師の不正請求や過剰な医療によって医療費が増大しているという認識があった。そうした認識に基づけば、公の機関による医療機関への監督強化といった方策も有効な手段として考えられるが、そうした方策は省内で注目を浴びることはなかった（大嶽 1994）。つまり、これらの研究では、なぜ患者自己負担の拡大による医療費抑制でなければならなかったのかという点に関する分析が薄まってしまっている。

次に、厚生省がなぜ自民党のボス格の厚生族議員や田中派議員などを説得できたのか、そういうメカニズムを十分に理論枠組みの中に組み込めていないことである。それまで小幅な医療保険制度改革においてすら、野党の抵抗のみならず、医師会がその政治力を発揮し非常に困難であった（大嶽 1994: 143-144）。しかし、厚生省による彼らへの説得もあり、1984 年の健康保険法改正案は比較的素早く国会を通過した。多元主義論に基づく研究は、そうした過程を理論枠組みの射程に収めていないために、それに対しアドホックな説明をせざるを得なくなっている。

このように 1990 年を前後する頃から、1980 年代の医療保険制度改革を対象に政治学的な医療政策研究が登場するようになった。このこと自体は重要なことと考えられる。しかし、そうした研究は、本稿の関心からすると、①特定の時期の「医療保険制度」改革を対象とし、供給制度には触れていないこと、②多元主義論を分析枠組みとして用いることに由来する問題点を抱えていると言える。

(2) 新制度論的アプローチによる研究

上記のように、1990 年代に一定数登場した日本における医療保険政策の変化に関する研究は多元主義に基づいた研究が中心をなしていた。これに対して、1980 年代以降の政治分析における新制度論の発展の影響を受け、日本の医療制度改革についても、歴史的制度論や合理的選択制度論といったアプローチに基づいた研究が進められるようになった。

こうした研究、特に歴史的制度論的アプローチをとっているのが、加藤 (1991)、P・タルコット (Paul Talcott) (2003)、北山 (2011) であり、砂原 (2011) は合理的選択制度論に基づいた研究を行っている。

組織労働が脆弱で政治的影響力が小さく、資本の利害がより政策に反映する保守的統治連合が形成される可能性が高い国である。

加藤は、1984年の健康保険法改正と1985年の国民年金法改正の政策過程について比較研究を行っている。この2つの改革は、少子高齢化、第二臨調の行革路線といった同様の社会経済環境や政治状況の変化を改革の背景に、厚生官僚が長年温めてきた制度改革構想を実行に移したものであるという点で共通していた。ただし、医療保険制度改革において利害対立が表面化したのに対し、年金制度改革ではそれが抑えられた。この2つの違いは、社会保障給付を医療という技術を通して提供する必要のある医療保険制度は医師が利害関係者として介在し、年金制度はそれがないということであった。このような広義の制度的要因が政策過程を規定したと彼女は主張する。

タルコットは、アメリカの社会保障制度改革との比較を念頭に、1995年から2000年の医療保険制度改革を研究している。1990年代は、高齢化の進行、自民党の下野、バブル崩壊による経済の低成長という条件下で、社会保障見直しの声が、厚生省をはじめ財界などからも高まった。財政的にみれば、1980年代以上に社会保障費の抑制が必要とも言える時期に、高齢者に対する社会保障は、医療給付における縮減が行われながらも、比較的高い給付水準を維持し、さらに主に税金で賄われる介護保険制度も導入された。

こうした結果をもたらした要因の1点目としては、大手企業は各企業が健康保険組合を組織し、中小企業の労働者は政府が保険者である政府管掌健康保険に加入するという形で制度が異なっており、そのため政府の財政的な支援のあり方が異なるということがあげられる。また、厚生省の審議会などには、一般的に日経連が代表者を出しているが、全国商工会議所連合会は出していない。こうしたことによって、医療政策に関しては、企業の使用人間の連携によって利益を主張することが難しくなっていることが指摘される。

もう1点は、政党による政治家の統制が強い制度の下では特定の利益が擁護される機能があるとし、それが日本にも当てはまるとする。そして、自民党が、医師会という特定の利益を代表する団体の要求に応じており、さらに医師会の主張、高齢化によって数を増す高齢者という利益集団の要求への対応という意味をもつものであり、高齢者福祉の見直しは、相当抑えられたものとなったとする。

さらに、歴史的制度論においては、近年、制度に内生的なメカニズムを通じた制度変化のパターンを説明しようとする潮流がある。こうした研究は、J・ハッカー (Jacob Hacker) や J・マホニー (James Mahoney)、K・セーレン (Kathleen Thelen)、P・ピアソン (Paul Pierson) などを代表的論者としてその理論枠組みが構築され始めている (Hacker 2005; Mahoney and Thelen 2010; Pierson 2004=2010)。彼らの議論の理論的支柱となるのが、経路依存、正のフィードバックといった概念である。

そして、このような理論に則って北山 (2011) は、日本の医療保険制度の発展の分析を行っている。彼は、日本の医療保険制度の発展には、市町村が運営する国民健康保険制度の歴史が重要なカギを握っていたと主張する。その中での理論部分の核となるのは、①地方政府の能力、②正のフィードバックによるロックイン効果、③制度発展のパターンである。

そこでは、日本の医療保険制度の発展がハッカーやセーレンなどのいう制度転用や制度

併設の歴史であったと指摘される。国民健康保険は、1938年の創設時に農漁民を対象とするために「被用者以外の者」を被保険者として、「市町村」という地域を基盤として設立された。そして、その最初の一步が後の制度の発展方向を拘束することが重要とされる。

それによって、国民健康保険制度は太平洋戦争による休眠状態を経ながらも、戦後、上記の内容を要諦に再建された。そして、1958年の新国民健康保険法の制定により、全市町村が強制的にそれを設立することが定められ、1961年には国民皆保険へとつながった。

さらに、その後の老人医療費無料化、老人保健制度、退職者医療制度、介護保険制度、後期高齢者医療制度といった制度もそうした構造に規定された。具体的には、「被用者以外」を対象とする国保の規定から、高齢化の進行の中でその対象が高齢者へと制度の目的が変化し、「制度転用」が起こった。また、それらの制度は、市町村を施行、運営主体とされたという点で、「制度併設」がなされたものと捉えられる。こうした変化を規定した大きな要因が経路依存性のメカニズムであった。

他方、近年、A・グライフ(Avner Greif)を主唱者として合理的選択制度論からも、制度内生的なメカニズムに基づいて長期的な制度変化を説明しようと試みられてきた(Greif 2006=2009)。こうした理論的枠組みは、一世代前の経済史研究と区別して、「歴史制度分析」と呼ばれる(河野 2002: 73)。

このような議論を援用し、砂原(2011)は日本の医療保険制度の発展を説明する。特に彼が利用するのは、グライフの言う「準パラメータ」という概念である。これは、一般的なゲーム論において、制度にとって外生的に均衡状態を拘束する「パラメータ」と捉えられるものの、長期的な視点で見た場合、制度の変化を内生的に決定する「変数」としてとり扱われなければならないものを指す。政治アクターの均衡における行動によって、この「準パラメータ」は変化するが、準パラメータがより多くの人々にとって既存の制度に関連する行動をとることが最適になる(自己拘束性が強い)場合、制度が強化される。一方、その変化が政治アクターの自己拘束性を弱める際、準パラメータが観察可能であれば、従来とは異なる方法で制度の強化が試みられる可能性があり、観察不可能であれば、新しい制度が生み出されるとされる。

そして、彼は、その制度の中で最も財政力の低い国民健康保険制度の財政悪化が、短期的には所与の医療保険制度の下でもたらされる帰結として受け入れることを余儀なくされるものの、長期的に見てそれが国保の持続可能な水準を超えると考えられるとき、何らかの制度的対応が行われるという意味で、準パラメータとして機能したと指摘する。そして、それにあたって、制度間財政調整という、それぞれの医療保険制度を維持しながらも制度間の「負担の公平性」を図るという厚生省のアイディアの下で、制度が自己強化されてきたとする。

ではこれらの研究はどのような問題があるか。加藤やタルコットの研究は、変化の説明において新制度論が一般に困難さを有しているということに関連する課題を抱えている。彼らの研究は、同時期の年金制度改革やアメリカの例との差異を説明するという意味では一

定の有効性をもつが、そもそも制度変化を促した要因は何なのか、そのメカニズムはどのようなものなのかということは、分析の理論枠組みの外側におかれてしまっている。そのため、政策の内容を含めた政策変容のメカニズムを解明するという点からすれば不満の残るものとなってしまう。

北山や砂原の議論は長期的スパンでみた制度変化を説明するという点において、従来の制度論が説明しうる内容を越えた知見を提示している。しかし、アクターの選好が持続ではなく変化へと移った場合、その変容メカニズムは十分に捉えられているとは言い難い。

(3) アイディア的要素に着目した研究

また、近年の政治学において、利益 (Interest)、制度 (Institution) と並び、3つめの I として注目されているアイディア (Idea) に注目することの重要性が指摘される。医療保険制度改革について、アイディア的な要素から分析を行った研究として、大嶽(1994)、加藤(1995)をあげることができる。

大嶽は、1984年の健康保険法改正の過程は、M・ダーシック (Martha Derthick) と P・カーク (Paul Quirk) の言う、政治家、官僚、利益集団というコミュニティによって形成される「利益の政治」を打破する「アイディアの政治」(Derthick and Quirk 1985) の一例であったと言う⁸。具体的には、この医療保険制度改革の最大の柱は患者自己負担の導入であり、それは、患者にコスト意識を喚起させることで医療費を抑制するというアイディアに基づくものであった。そして、このアイディアの説得性が厚生省の影響力の源泉となり、医師会と自民党を中心とした旧来の利益の政治を打破し、この医療保険制度改革は可能になったとする。

また、加藤は、そのアイディアを「政策知識」⁹という言葉で表し、1980年代の公的医療保険制度改革と公的年金制度改革、税制改革の政策過程を比較分析している。そして、これらの改革を支えた重要な要因として、省庁と自民党間での政策知識の共有をあげる。そこでは、政策知識が、「独占することによってでなく、他者とそれを共有することによって、政治的影響力と結びつく」(加藤 1995: 134) のものであると指摘され、医療保険制度改革は、厚生省と自民党が政策知識を共有したことで可能になった事例であるとされる。

こうした研究は、制度改革におけるアイディアの重要性を指摘している点でここまで扱ってきた研究とは異なる。しかし、残された課題も多い。まず、特に大嶽の研究が、アイディアという概念を利益と対立するものとして描いているということである。むしろ、アイデ

⁸ ダーシックとカークはカーター政権下の航空輸送産業、トラック輸送産業、電気通信産業における規制改革を事例にそのことを実証している。

⁹ 彼女は、政策知識を「現在の政策課題を明確な形で提示し、それに対する解決方法としての政策を決定する、一貫した論理や情報の体系」と定義する。

ィアの政治学に位置づけられる研究が、その研究の蓄積を通じて重視するようになったのはアイデアが利益を規定するということであった。また、それと関連して、これらの研究は、なぜ特定のアイデアが政策過程において説得力のあるものとなったのかという点に関するメカニズムも理論枠組みの内部に十分に組み込まれているわけではない。こうした点に関するアドホックな説明を抜け出す必要があると言えるだろう。

(4) 知見のまとめ

ここまで政治学的な観点から行われてきた医療保険制度改革に関する先行研究を批判的に検討してきたが、本稿の分析を進めていく上で重要な知見もある。ここでは、それについてまとめておきたい。

特に本稿において摂取すべき知見は、1980年代を境に厚生省内で医療政策の進むべき方向性に対する認識に大きな転換があったということである。具体的には、1970年代まで厚生省は、医療制度を拡充するという規範意識に基づいて政策を作成していたが、経済成長の鈍化、人口の高齢化、財政赤字の増大という状況変化の中で、むしろ医療保険制度の持続可能性を高める方向へと、保険局の官僚が中心となって意識を転換させた。さらに、官僚と族議員の間でそうした認識が共有されたことも、制度改革を促した。前述のように、本稿は1980年代の医療供給制度改革から分析対象として取り上げるが、1980年代から90年代にかけての改革は、その規範意識に基づいて形成されていた。また、厚生省と族議員の間でのその共有が制度改革の1つのキーであった。そのため、厚生省における1980年代の医療政策に対する規範意識の変化があったという知見は本稿において学び取っておくべきものである。

また、その他にも摂取できる点としては、医療政策をめぐるアクターの配置が医療制度の基礎的な構造に基づいて規定されているということである。医療政策のアクター間の関係性の構図は、厚生省と医師会の対立を中心に成り立ち、医療費の統制に賛成、反対の立場に基づいて利益団体、議員、省庁がそれぞれの支援者として存在するとされる。こうした構図は制度に規定されている部分が多いということを先行研究の検討を通じて読み取ることができる。

第2節 医療供給政策に関する政治学的な先行研究の検討

序章においてもみたように、医療保障政策は、医療保険政策と医療供給政策の2つの柱からなる。超高齢社会を迎えた日本にとって、医療供給体制に関する改革は、医療費の抑制と高齢者のQOLの向上といった観点から、日々重要性が高まっている政策領域である。それにもかかわらず、医療政策に係る研究は医療保険政策を対象とするものに偏ってきた。そのため、医療供給政策に関する研究の蓄積は十分とは言えない。

とはいえ、医療供給制度改革を対象とした研究も近年増えてきている。具体的には、石垣(2017)、衛藤(1995, 1997)、宗前(2012)、中島(2017)、西岡(2001, 2002)、三谷(2017)、矢野(2009)、結城(2004)をあげることができる¹⁰。ただし、序章で述べたような本稿の関心や見立てからすると、これらの研究には課題も多い。それでは、その課題とは何かについて検討を進めていきたい。

(1) 利益に着目した研究

まず、アクターの利益に注目した研究として、宗前、結城、衛藤(1995)の研究があげられる。

宗前は、戦後から1970年代にいたる医療供給の整備に関する政策を、自民党政権下での利益政治という観点から分析している。この時期の医療政策の特徴は、①保険診療における報酬の引き上げ、②医大、医学部新設を通じて医師の供給が大きく拡大されたこと、③へき地医療に対する補助が行われるようになったことである。1点目については、戦後日本の医療の守備範囲が広がっていくが、それを支えたのは一般開業医であり、そのため、中選挙区制下で個々の特殊利益に対応する必要がある自民党政権において、彼らを代表する利益団体である医師会が政治的に強力な拒否権を有することができたために可能となった。2点目の医師の供給拡大は、そうした政治とは異なる論理が働いていた。医大が教育機関である以上、それは文教政策と絡み合う。当時、革新自治体が伸長する中で、教育、医療など都市部有権者に訴求力をもつ政策は自民党にとって重要な政策であったことから目指された。3点目のへき地医療については、自民党は地方政治家を系列化した政党であるため、地方政治家の要求に手厚く対処するため、それが補助されることになったとされる。

この研究自体は、数的に厚く研究がなされているわけではない戦後から1970年代に至る医療供給政策の動向を明らかにしているという意味で重要な研究である。しかしながら、本稿の関心からすれば、それ以降の医療供給制度改革はどのようになされたのかということに疑問がいく。また、この時期は、医療供給がいわば直線的に拡大することが目指されていた時期であり、財政上の制約が大きくなっていく1980年代以降の改革のメカニズムとは異なる可能性があり、1980年代以降の改革を実証的に分析する研究が必要となる。

次に利益の観点から診療報酬の動向について明らかにした研究としてあげられるのが、結城の研究である。彼は医療政策学者に当たる人物であるが、医療経済学や医療史研究が、

¹⁰ その他にも、例えば行政学的な視点に立った研究として、藤田(1995)、笠原(1999)がある。藤田は、昭和50年代の医療制度改革のもつ行政の「統制」手法の変化に焦点を当てる。笠原は、医療保険政策も含めて明治時代から現代に至る医療行政の動きを歴史的観点から描いている。本稿の関心からすると、両者は、制度変化のメカニズムや要因を明らかにするという問題関心に基づいていないため、それらが明らかとならないことが問題である。

その政治的決定過程を描いてこなかった点を問題視し、戦後から 1990 年代までの診療報酬改定問題に関して、特に医療における技術料評価にかかわる点について、時系列的にその政治過程を描写している。

内容としては次のとおりである。戦後、1970 年代まで医師会はその政治力を背景に保険診療の引き上げに成功した。これは、医師会が自民党を中心に政治家を推薦したこと、医師会会長の武見太郎が自民党に太い政治的パイプを有していたこと、保険医総辞退を担保に自民党に働きかけたことがあげられる。また、1980 年代以降は逆に、厚生省優位の時代に入ったが、その背景にあったのは、高度成長の終焉、武見個人の政治的影響力の低下、第二臨調による福祉見直し路線が打ち出され、厚生省が医療費抑制のイニシアティブを握ったといったことがあげられる。こうした指摘を見ると、この研究は、政治学の視点からすると、多元主義論的な視点に基づいて、アクターの利益の観点から分析を行っている研究と考えることができるだろう。

この研究に関しては、1980 年代以降、厚生省が医療費抑制を目指すようになったとして、なぜそのようなリソースを減じる政策を自ら追求するようになったのかということについて、その要因が十分に明らかとなっていない。また、彼の関心から、医師の技術料評価に記述の中心にあるため、本稿の関心とはずれる部分も多い。

そして、アクターの利益という点から見て、医療法以外の診療報酬改定や高齢者福祉政策も射程に収める研究として衛藤 (1995) をあげることができる。彼女は、組織権限の拡大という官僚制の利益を根底に据え、1980 年代以降の厚生省による年金、医療、社会福祉政策の改革を分析している。そこでは、厚生省は、行政改革路線に同調する、財政的リソースを減じるような改革を行ってきたが、それと同時に、医療法改正や診療報酬改定、高齢者福祉政策における資格制度の創設などを通じて、所管する業界への自らの規制権限を強めていたことが指摘される。

この研究については、1980 年代以降の医療供給制度改革の内容に目を向けると、それが彼らの利益に資するものとなっていたという指摘は非常に興味深いものである。しかし、なぜ厚生省はそれを自らの利益と認識することが可能になったのか、どのようなプロセスを経てそうした政策が実施されることになったのかという点についての説明が不足していると言える。

(2) 制度に着目した研究

歴史的制度に着目した研究としては、衛藤 (1997) がある。彼女は、歴史的制度論の視点から占領期と 1980 年代以降の医療保障制度改革について分析する。この研究は、日本の医療保障制度が分立した医療保険制度と保険診療に依存する医師を通じた自由開業医制を基盤とし、それを厚生省が監督するという構造から成り立つことに着目する。そして、1980 年代以降の医療保障制度改革は、医療財政の悪化や行政改革による改革圧力に対して、その

構造を維持するために、医療政策に関係する諸アクターが一見利益に反するととれる医療費抑制政策を受け入れていった過程であるされる。

この研究は、医療保険制度改革に関する歴史的制度論的な研究とあわせて、医療政策が歴史的に発展してきた医療保障制度自体のもつ構造によって規定される部分があることを明らかにした点で、非常に示唆に富むものとなっている。一方で問題点としては、新制度論的アプローチの短所の1つと関連するが、変化の説明において困難を抱えているということである。この研究においても、それが説明できるのは、医療制度の基底にある構造が医療費抑制を許容するものであったということにとどまる。それ以上の変化の要因や特定の政策が採用されることになった理由の分析については、分析枠組みの外部に置かれてしまっているという問題点を抱えており、アクターの選好・利益変容のメカニズムが明らかとならない。

(3) アイディア的要素に着目した研究

次に、アイディア的要素に着目して医療政策の政策過程を分析した研究について検討する。こうした研究として、石垣、三谷、中島、西岡、矢野の研究があげられる。

まず、石垣の研究は、1980年代から1990年代後半にかけて、先進各国で見られた科学的根拠に則った診療ガイドラインの導入過程について、アメリカ、イギリス、日本の事例を比較する研究である。アメリカでは連邦機関による診療ガイドラインの策定が中止され、その役割が診療ガイドライン情報を蓄積するデータベースの策定に限定されたイギリスでは、国の機関が診療ガイドラインを策定することに成功した。日本では、日本医師会をはじめとする医療関係団体によって設立された機関にデータベースが設置されるということになった。この違いを、彼女はサブスペシャリティ¹¹学会が認識共同体に含まれているかどうかという点にあるとし、含まれていれば国の機関による診療ガイドラインの策定が成功し、含まれていなければ失敗するとした。日本においては、厚労省医政局（健康政策局）の技官が提示した国立機関にデータベースを設置するという案に、医師会が「プロフェッショナル・フリーダム」を主張し、反対したために失敗した。日本では、学会が専門医を掌握する仕組みが構築されていないために、医師会の選好が政策に大きな影響を与えたとされる。

この研究は、1990年代以降、医療政策において重要な論点となってきた診療ガイドラインや「根拠に基づく医療」(EBM: Evidence Based Medicine)の導入といった事柄について、それらがどのような政策的な帰結を迎えたのかということをも明らかにしている点、専門職としての自律性を重視し、事務官よりも医師会との距離が近いとも言われてきた医系技官と医師会の認識にも一定の距離があることを明らかにしている点で興味深い研究である。

¹¹ 内科・外科といった診療の分類と異なる、臓器、疾患、治療法によりさらに分化した専門分野のことを指す。

しかし、彼女自身も書いているように、1980年代以降の医療供給制度改革の中心は医療機能の分化にあった（石垣 2017: 209）。それにもかかわらず、医療機能の分化、さらにはそれが発展したものとも言える医療機能の分化・連携という考えが、どのようなメカニズムを通じて制度改革の柱として登場し、定着したのかということを経験的に明らかにする研究は、この研究も含めて今のところ登場していない。そのため、そうした研究を行い、研究上の空白部分を埋めていく作業は重要であると言える。

また、彼女の研究は、アイディア的要素に注目しながらも、それは政策の違いをもたらす直接の説明変数として扱っていない。同一のアイディアの下に生まれた政策の違いをもたらした要因について、専門分化した学会が認識共同体に含まれたかどうかという点に注目するものである。この手法は、異なる国での比較を可能にするが、一方でアイディアが制度改革の過程、帰結を規定するメカニズムに対する視点を不明瞭なものにしてしまいかねない。

次に、三谷の研究は、保険者入院事前審査制度が、戦後長年にわたり厚生省内で検討に上りながらも、なぜそれが結局のところ導入されなかったのかということについて、アイディアの観点から分析を行っている。入院事前審査制度とは、入院診療が必要と医師が判断しても、保険者がその必要性や適切性を審査し、不適切と判断された場合、保険給付がなされない仕組みである。彼によればその説明は次のようなものである。

戦前から1980年代まで、保険財政を健全化すべきだという問題の認識枠組みの下、保険者機能を強化すべきという技術的手段の指針が厚生省内で共有されており、それを具体的に示すものが入院事前審査制度であった。このアイディアは、1950年代から1980年代まで、厚生省内の世代や部局を超えた検討会などを通じて、人的連続性をもちながら継承され続けたため、幾度も省内で検討課題としてのぼった。しかし、そうした検討会を通じたアイディアの継承が断絶し、むしろ省内で日本には入院事前審査制度はなじまないという認識が広まったこと、そのアイディアを軸とする政治連合が誕生しなかったことなどによって、最終的には1994年にその導入は完全に断念された。

この研究は、特に海外の医療制度と日本のそれを比較した際に問題と考えられるものであり、長期入院という要素も含む社会的入院が解決すべき重要政策課題と認識され始めている中で、保険者機能という有効な改革の選択肢に、あまり進展が見られない理由を説明している点で重要な研究である。しかし、このことは一方で、なぜ改革の方向性が保険者機能の強化ではなく、医療機能の分化・連携であったのかという疑問を深める。その理由やメカニズムを探索する研究を進めることは急務であると言える。

また、彼の研究は、アイディアが、アクターによって継承されながらも、最終的には日の目を見なかった過程を扱っており、アイディアが被説明変数として扱われている点も問題であろう。本稿の対象とする改革は、アイディアが制度改革へと結実した事例を扱っていると考えられるため、医療政策の研究における課題を補完するものとなる。

次に、医療法改正の政策過程について分析した研究として、中島と西岡の研究があげられ

る。

中島の研究は、1962年の医療法改正による「公的病床規制」、1972年の「医療基本法案」の廃案とその後の「実験的事業としての地域医療計画策定」、1985年の医療法改正（第1次医療法改正）による「地域医療計画と民間病床規制の導入」、そして、第2次から第6次までの医療法改正における、それぞれの政策過程を分析している労作である。

そして、この著書において特に重視されるのが、従来、行政官としての能力を十分有していなかった厚生省の医系技官が、1970年代に入る頃に、行政官としての政策形成能力を付けたことと、医師という専門職の側面ももつ彼らが自らの所属する官僚組織以上に専門職社会を優先し、自律性と倫理基準を共有する技官と医師会からなる政策コミュニティが形成されたということである。本稿の関心からすると、この研究は、「専門職としての自律性」というアイディア的要素を軸に医系技官と医師会の連合関係に焦点を当てる研究である。

そして、この医系技官と医師会というアクター間の政策上の距離を軸にそれぞれの政策過程が描かれる。まず、彼は、両者の距離が縮まることで、例えば医療基本法案廃案後の地域医療計画策定やその後の法制化が可能になったことを指摘する。しかし、その後、第2次以降の医療法改正においては、両者の距離が徐々に離れていっていることが指摘される。

この研究は、1960年代から2010年代に至るまで、医療法の改正に関連する政策過程を分析しており、本稿が対象とする時期すべての医療法関連の政策過程が描かれているという点で重要である。しかし、例えば、医療基本法案の廃案から第1次医療法改正に至る政策過程を眺めると、そもそも、その決定は医師会の利益の根幹を成す自由開業医制に制限をかけるものである。そして、臨調路線での福祉見直しという潮流の下、政治情勢が医師会にとって不利な方向へと進む中で、既存の地域保健医療計画が医療費抑制の意義を帯びていきながら、様々なアクターの利益に基づいた妥協の上になされたものである。そういった法改正の経緯を考慮すると、医系技官と医師会が規範的な価値基準までも共有した存在であり、それを前提として第1次医療法改正が可能となったというのは強すぎる主張であるように思われる。むしろ、地域医療計画が医療費抑制に資するものと認識が変化し、事務官がそれを認識していたということからすれば、いかに医系技官と事務官が認識を共通なものとなっていったのかということを探る必要がある。

また、第2次以降の医療法改正を可能にした理由として医系技官と医師会との距離が開いていったことが重要な要因とされる。しかし、この点においては、なぜその距離が離れることによって制度改革が生じたのかというメカニズムが明らかとされていない。医系技官が保険局の事務官と距離を縮めていることが指摘はされるが、なぜそのような接近が可能になったのかという点についてもそのメカニズムは明らかにされていない。こうした点を追求する必要がある。

次に、西岡は、J・キングダン (Jhon Kingdon) の政策の窓モデルを分析の枠組みに、1972年の医療基本法案が廃案となる政策過程と1985年の第1次医療法改正の政策過程を、前者が廃案となり、後者が成立した点について、比較の視点を若干取り入れつつも、基本的には

個別に分析を行っている。そこでは、地域における医療の計画的整備に関して、厚生省、医師会、社会党がそれぞれ政策案を有しており、その政策案が1970年代から1980年代にかけて発展していたことが重要視される。そうした中で、臨調による行政改革路線が確定したことや医師会や社会党の対応が1980年代に「現実主義化」したため、「問題の流れ」、「政策の流れ」、「政治の流れ」が合流したことから、医療基本法案とは異なり、第1次医療法改正は成立したとする。

この研究の問題点としては、アイデアの共有による医系技官と事務官の間での連合関係の形成といった、この法改正において政治的に重要な要因が、分析の中で埋没してしまっていることがあげられる。こうしたことは、政策の窓モデルを使用したことに原因が求められる。この解消には制度改革における政治性を組み込んだ枠組みが必要となる。

最後に、矢野の研究は、1980年代から2000年代までの医療供給制度改革を射程に収めているという点で、本稿の対象とする改革も対象とするものである。彼の研究は、医療供給政策だけでなく、医療保険政策や福祉政策も含めて幅広く社会保障政策を対象としており、加えて純粋に政治学的研究というよりは政策論的アプローチに基づいて通史的にこの時期の政策の変化を描くものである。

その中で、彼は1980年代以降の医療福祉政策に対して最も影響を与えたものは、世界的なネオリベラリズムの潮流であったとする。そして、日本の経済情勢や社会的課題に対処する厚生労働官僚と、新たに台頭したネオリベラリズムに立脚した学者や経営者層との思想的相克という構図の下、時代を下るにつれて後者が優勢になっていく流れの中に、社会保障政策、医療供給政策の変化を位置づけている。これはいわばネオリベラリズムという思想というアイデア的な観点を重視して政策過程やその内容を分析している研究と位置づけられるだろう。

この研究に対しては、問題点の1つ目として、政策論的な研究であるため、ネオリベラリズムの潮流があったとして、それが具体的にどのように制度改革へとつながったのか、そのメカニズムを明らかにするという問題意識が薄いことがあげられる。2点目として、医療供給制度改革を規定するアイデアとして、ネオリベラリズムが妥当かという問題がある。本稿の見立てからすれば、そうした潮流は、医療機能の分化・連携というアイデアにとって、それが形成されたことを促した要因の1つであり、また、そのアイデアの内実を見ると、ネオリベラリズム的な潮流に沿う一面もあるが、それだけには還元できない点があることも重要なポイントがある。なぜ医療機能の分化・連携というアイデアが登場し、機能しているのかという観点を中心に据えた医療供給制度改革の分析が必要である。

(4) 医療供給政策に関する先行研究の全般的な課題

ここまで、医療供給政策を対象とする研究の個別的な問題点をあげた。しかし、これらの研究は、本稿の関心からするとより全般的な部分でも問題を抱えている。その点について触

れておきたい。

1点目は、医療機能の分化・連携というアイデアを正面に据えた研究がないことである。これは、このアイデアが医療供給制度改革における最重要の柱として機能していると考えられる現状において、大きな問題である。

2点目に、基本的に短期的な改革の局面において、それを可能とした・疎外した要因を明らかにすることに関心が集中していることである。この点も、1980年代から90年代にかけての医療供給制度改革と2000年代以降の改革が連鎖関係にあると考える本稿の問題意識からすれば、非常に大きな問題である。

3点目に、制度改革の質的な側面に踏み込んだ分析があまりなされていないということである。矢野の研究をそうしたものとして捉えることは可能であるかもしれないが、ネオリベラリズムと完全に同調するわけではない、医療機能の分化・連携というアイデアを中心に置いた研究が必要とされていると言えよう。

第3節 本章の小括

ここまで、日本の医療政策を対象とする先行研究を批判的に検討してきた。これから浮かび上がる問題として大きくは、医療保険政策を対象としたものに偏りがあり、医療供給政策を対象としたものがいまだ少ないことがあげられる。ただし、近年医療供給政策を対象とする研究も増えている。しかし、こうした研究も、①医療機能の分化・連携というアイデアを中心に据えた研究がない、②過去の改革と現在の改革との連鎖関係に基づいて、1980年代以降の医療供給制度改革の政治過程を分析していない、③政策の質的部分にまで十分に踏み込んだ研究が行われていないということがあげられる。また、個別的には、利益と制度に注目した研究がアクターの選好・利益変容のメカニズムを十分に明らかにできていないという課題を有する。また、アイデアに注目した研究も、アクターの連合関係の変容メカニズムを明らかにできていない点などが問題としてあげられる。

第2章 理論的枠組み

前章では医療政策を対象とする政治学的な先行研究の検討を行い、それらの課題をあげた。本章では、その課題を克服するための理論的枠組みを構築する。まず、その構築にあたっての前段階として、制度改革の説明に関する合理的選択制度論や歴史的制度論の説明について、本稿の事例、関心からして当てはまりがよいかどうか検討する。そして、その結果生じる問題を克服しうる「アイディアの政治」アプローチを採用する。さらに、アイディアのもつ機能などに関してその基礎的な概念を整理し、最終的に分析の枠組み、制度改革のモデルを提示する。

第1節 制度変化に関する新制度論の説明の検討と「アイディアの政治」アプローチ

合理的選択制度論、歴史的制度論は制度を外在的なものと考えることから制度変化の説明に困難を抱えるとされてきた。一方で、近年、両者は内在的に制度変化を説明しようと理論的発展を試みている。ここではまず、それらによる制度変化の説明方法を確認し、その問題点を探る。そして、その問題を克服して制度改革を説明しうる方法として、「アイディアの政治」アプローチがあり、本稿ではこれを分析の枠組みとして採用する。

(1) 合理的選択制度論における制度変化の説明

合理的選択制度論において制度変化は、アクターの戦略的相互作用を通じた「共有された予想の変化」として説明される。

従来の合理的選択制度論において、制度は、自らの目的の実現に向けたアクターの戦略的行動を制約する「ゲームのルール」と位置づけられてきた¹²。しかし、こうした制度観に基づくと、制度はアクターにとって外在的なものとなりその変化自体を説明することが難しくなる。このような理論的問題から、合理的選択制度論は変化の説明に適さないとされてきた。

それに対して、青木昌彦は、制度はアクターによる戦略的相互作用を通じて内生的に創出され、彼らの心の中に抱かれて自己拘束性をもつに至ったものという新たな制度観を示した(青木 2001: 14)。アクターはゲームの客観的構造に関して不完全な情報をもつ限定合理

¹² このような観点から、日本の官僚組織を分析の中心対象として取り上げて政策帰結を説明する研究として、上川(2005)、京(2011)があげられる。上川は、1970年代後半から90年代前半にかけての日本銀行の金融政策と1990年代の大蔵省の信用秩序維持政策を扱っている。京は、1970年代から2000年代にかけての文化庁著作権課による著作権政策を対象としている。

的な存在であり、個人的かつ不完全な見解（主観的ゲーム・モデル）を有する。そして、複数のアクターがそれぞれの見解に基づいた行動をとり、相互に整合性をもつ（均衡化される）ようになれば、彼らの行動選択の指針として再生産されることになる。彼は、こうしたゲームがプレイされる様式に関する「共有された予想」として制度を概念化した。

ただし、共有された予想に基づいた行動がアクターにとって期待される結果をもたらさなかった（「一般的認知不均衡」を招来した）場合、アクターは新たな主観的モデルを探索することになり、新しい均衡が実現するまでそれが持続される（青木 2001: 6）。このように制度変化は、アクターの戦略的相互作用の結果生じるものと説明される¹³。

しかし、こうした説明にも問題点はある。まずあげられるのは、アクターの利益や選好が形成される局面についての説明が十分になされていないことである。この説明の中では、制度変化においてアクターの認識の変化が重要であることが指摘されてはいる。しかし、なぜ、どのようにアクターは認識を変化させるのか、そして、それが利益観の変化とどう結びつくのか、その点に関するメカニズムは不明確である。また、それが、アクターの利益観に変更を要請してアクターの連合関係に対する変化を促しているとも考えられるため、このメカニズムの説明が十分でないことは制度改革の説明として大きな問題となる。

そして、新たな制度の創設をめぐるプロセスにおいて、アクターが基本的に平等な力関係の下で競合しているように感じられる点も問題である。なぜなら、政治学的な観点からすると、権力がアクター間で平等に分布しているとは限らないからである（木寺 2011: 30）。アクターはアジェンダのコントロール、認知・規範の操作を行うかもしれないし、その成否は彼らの権力関係に基づくものかもしれない。さらに、政策決定の場への参加権などもアクターに対して平等に与えられるわけではない。

また、認識的要因への関心が弱いことと関連していると考えられるが、上記の制度変化観では、制度改革を通じた政策の質的变化を分析の内部に組み込んで捉えることが難しい。このような立場から、医療供給制度改革の事例に即して考えると、次のような分析結果が示されると考えられる。例えば、小泉政権下において、総合規制改革会議が推す新自由主義的改革案や経済財政諮問会議のメンバーが推すマクロ指標に基づく改革案と厚労省による医療機能の分化・連携という方針に基づく改革案とが必ずしも明確な形ではなかったが競合状態となった。そして、新自由主義的改革案やマクロ指標といった案は、厚労省、医師会、厚労族の反対からかなりの程度薄められ、一方で、厚労省の改革案は厚労族から一定の支持を得て制度改革に結び付いた。このように想定される分析結果は、アクターの戦略的相互行為によって厚労省案が生き残ったということを示すものととどまるものであり、その政策内容にまで踏み込むことはできない。

¹³ こうした制度観に基づく制度改革の事例研究として戸谷（2003）がある。彼は1990年代における日本の金融ビッグバンについて、特に大蔵省と自民党を重要なアクターと位置づけて分析を行っている。

しかし、現在の医療供給制度改革において重要なことは、医療機能の分化・連携というアイデアによってアクター間の対立がかなりの程度抑えられ、その上で様々な政策を一貫した形で変更させているといったことにある。アクター間の改革案をめぐる競合の結果、新たな均衡状態が生じたと単に説明するのではなく、そうした方針に基づいて制度、政策がどのように変化しているのかを説明する必要がある。

ただし、合理的選択制度論による制度変化の説明には学ぶべき点もある。例えば、制度がアクターにとって外在的なものであるだけでなく内在的なものでもあること、また、それがアクター間で将来予測が共有されることで生み出されるものであることなどは、本稿に対して重要な示唆を与える。

(2) 歴史的制度論における制度変化の説明

歴史的制度論に対しても合理的選択制度論と同様に、制度変化の説明には困難を抱えるとされてきた。しかし、そうした批判を越えて、近年、外生的な要因によるのではなく制度内生的な要因によって、制度変化を説明しようとする試みが進んでいる。

従来の歴史的制度論において制度は、「政治と経済の様々な単位における、個々人の関係を構成する公式のルール、遵守手続き、標準作業手続き」(Hall 1986: 19)などと定義されてきた。そして、こうした制度が内生的に、①アクターの利益、選好を形成する、②アクターの権力関係を規定することによって、政治的・政策的帰結も規定されると示してきた(ステインモ (Sven Steinmo) 1993=1996: 257; Hall 1986: 19; Thelen and Steinmo 1992: 7-10)¹⁴。

このような認識に基づくと、制度が維持される側面が強調されることになる。歴史的制度論が変化の説明に対し困難を抱えるのはこのためである。しかし、ときに制度は大きく変化するものでもあるため、それに対する説明が必要とされ、「断絶均衡」(Punctuated Equilibrium)という概念が提示された(Krasner 1984: 240-242)。この概念の下では、制度変化は突然の事件など大きな外生的ショックによって短期間に急激に起こり、そこで形成された制度が一定の持続力をもつことで新たな均衡に向かうと説明される(真淵 1994: 92-93)¹⁵。

¹⁴ このようにアクターの利益が制度内生的に形成されると捉える点がアクターの利益を演繹的に示す合理的選択制度論との大きな違いである。

¹⁵ こうした理論枠組みから、真淵(1994)は、1970年代の日本における財政悪化の理由を分析している。彼は、それを財政制度と金融制度に関する戦後改革の非対称性に求める。財政制度においては、戦前議会の影響力を可能な限り排除する設計がなされていたが、戦後その制限は排除されるという制度の断絶とも言える改革がなされた。一方で、金融制度改革は、「財政と金融の一体性」を主張する大蔵省と組織解体を恐れる日本銀行の抵抗にあって実現しなかった。こうした構造が、自民党優位の政治過程が確立し、財政膨張圧力が強まる中で、大蔵省が

しかし、この概念に基づく説明は制度変化の要因を外生的なものにしてしまう。そのため、歴史的制度論は、制度内生的な要因による制度変化のメカニズムを説明する試みを進めている。そして、そこで重視されるのが、「正のフィードバック」や「経路依存」といった概念である。加えて、歴史的制度論者は、そのメカニズムを通じて生じる制度発展のパターンも析出している。

正のフィードバックとは、過去に選ぶことができた選択肢よりも、現在において選ぶことのできる選択肢の相対的利得が時間の経過とともに増加することで、同一方向に向けた変化の可能性が高まることであり、経路依存はそれにもなう動的過程に相当する（ピアソン 2004=2010: 26）¹⁶。また、その変化の方向性は、事象がいつ生じるか、どのような順番で生じるか（タイミングと配列）ということに大きく規定される。

例えば、前章でも取り上げたが、北山（2011）は、日本の福祉国家の発展について、①戦前に国民健康保険が、「被用者以外」の農漁民を対象に市町村が管理する形で設計されており、②戦後に市町村公営で強制設立し、被用者以外の者を強制加入するという決定のタイミングと配列が重要であったと指摘する。そして、後に創設される老人保健制度や介護保険制度、後期高齢者医療制度といった福祉国家の制度の多くが市町村を運営主体としたのは、上記の決定に基礎づけられた正のフィードバック、経路依存によってもたらされたと説明する。

そして、こうした正のフィードバック、経路依存のメカニズムを通じて生じる制度発展のパターンについて、例えば、J・ハッカー（2005）は、制度放置（Drift）、制度転用（Conversion）、制度併設（Layering）、制度廃棄・置換（Elimination/Replacement）の4つを示している。この4つのパターンは、政治における現状維持志向の高低、制度自体の転換に対する抵抗の次元から区分される。具体的には、制度放置は環境変化への未対応による制度の実質的転換、制度転用は規定制度を異なる目的のために転用すること、制度併設は規定制度を廃棄せず新制度を創設すること、制度廃棄・置換は直接的に制度を廃棄・置換することを指す¹⁷。

再び、北山の研究を例にあげれば、国保の対象が「被用者以外の者」であったために、高

日本銀行と市中銀行を動員することで国債の大量な市中消化を可能にし、財政悪化をもたらしたとする。

¹⁶ こうした概念を分析に組み込んだ政治学的研究の代表的な嚆矢として、P・ピアソンの福祉国家研究がある（Pierson 1994）。彼は、サッチャー政権やレーガン政権などの福祉削減の試みにもかかわらず、それは量的に成功しておらず福祉国家は維持されているとした。そして、その要因の1つとして、福祉国家を構成する様々な制度はそれが整備される中で大量の受益者を生み出し、場合によっては、彼らは組織化し、改革に抵抗するという政策フィードバック効果をあげた。

¹⁷ J・マホニーとK・セーレンは、ハッカーの分類を修正した制度進化のバリエーションを提示している。彼らは、アクターの拒否権行使における可能性の強弱と制度における解釈の余地の高低の次元によってそのバリエーションが区分し直している（Mahoney and Thelen 2010）。

齢化が進むことでそのカテゴリーに入る高齢者も実質的に制度の対象として加わった。このことは制度転用にあたる。そして、1980年代以降、国保の財政赤字対策を目的の1つとして創設されていく老人保健制度、退職者医療制度、介護保険制度、後期高齢者医療制度などは市町村を運営や事業実施主体とするものであり¹⁸、経路依存の下で制度併設が行われたものであったと捉えられる。

このように歴史的制度論においても、経路依存性という概念を軸に制度変化に対する説明が行われるようになってきているのであるが、本稿の対象や関心から考えると、合理的選択制度論による説明にも似た問題点がある。

まずは、アクターの利益、選好に関して、特にそれらに変容する局面に対するメカニズムが十分に説明されないことである。理論的刷新を経た近年の説明においてもアクターの利益は、制度のもつ構造に規定されるものとして捉えられている。むしろ、経路依存のメカニズムによってその規定性が強化されるものと考えられている可能性もある。そのため、アクターの利益が、制度の持続に向かうような、制度の構造から素直に導き出すことが可能ならば分析に大きな問題は生じないかもしれないが、それに逆行するようなものにアクターの選好や利益観が変化した場合の説明に問題を抱える（加藤 2009: 159）。

加えて、アクターの影響力関係や連合関係も制度の構造によって規定されるため、それが変化した場合も理論から直接に説明するのは難しい。制度発展のパターンを規定する要因として、政治の現状維持志向、拒否権行使の可能性といった政治性を理論内部に組み込もうと試みられているものの（Hacker 2005; Mahoney and Thelen 2010）、例えば、何を契機として政治的連合関係の変化が生じ、制度変化が発生するのかという点に関するメカニズムは十分に明らかとなっていない¹⁹。こうした問題は、制度から類推されるアクターの選好や連合関係とは異なるものへと変化している点を重視する本稿の関心からすると、大きな問題である。

次に、歴史的制度論を通じて、制度や政策の質的变化に対する分析を組み込んだ説明を行うことができないということがあげられる。この点について医療供給制度改革の事例に即して考えてみたい。詳細は後述するが、日本の医療供給制度（自由開業医制）の構造上の根本部分は、多くの場合病院が医師によって経営されるということにあり、それによって急性期・慢性期医療を担う病院間の役割分担が明確化されていない。そうした問題に対する解決策として医療機能の分化・連携に基づく制度改革が進められている。しかし、歴史的制度論の立場に立てば、改革にも制度のもつ経路依存性が大きく影響していると捉えられるだろう。そのため、「医療供給コントロールは制度化されたが、依然として病床転換などに奏

¹⁸ 後期高齢者医療制度は、都道府県単位の全市町村を構成員とした広域連合が運営主体であるが、あくまでも市町村が軸となるという点で従来の経路を脱していないことが重要視される。

¹⁹ 制度による権力配分と関連付けたアクターの連合形成や戦略の政治的形過程に関するメカニズムの説明がそもそも十分ではないという指摘もある（早川有紀 2011）。

功しているとは言えない」(宗前 2012: 131) といった認識に基づき分析がなされるのではないだろうか。

しかし、特に現在の医療制度改革においては、医療機能の分化・連携という方針が広範なアクターに浸透し、その方針に一貫して様々な法律、診療報酬などの改定が行われるという大きな変化を経験している最中にある。また、この方針は、2025年問題やそれ以降の社会への対応策なのであり、今後一定期間、政策に影響を及ぼすものと考えられる。しかし、歴史的制度論的な立場を強調すると、そうした政策の質的な変化に対する分析が抜け落ちてしまいかねない。特に、本稿の関心からするとこの点は大きな問題となるため、異なる説明方法を探索する必要性が高い。

とはいえ、制度変化の理解には、短期的な局面を越えてより長いタイムスパンでの変化を考慮する必要があるといったことは、本稿でも参考とすべき点であると考えられる。

(3) 「アイディアの政治」アプローチとその意義

近年進展してきた合理的選択制度論、歴史的制度論による制度変化の説明についてここまで見てきたが、両者はアクター間の利益認識、連合関係の変化に対する説明や政策変容の質的側面を重視した分析を行うことに問題を抱えている。そして、こうした点に対する説明が可能な方法として、「アイディアの政治」アプローチをあげることができる。アイディアの定義や機能の詳細は後述するが、次の点をこのアプローチが説明可能であるということから、本稿の基礎的な視点としてアイディア・アプローチを採用する。

1つ目の重要な点として、アイディア・アプローチは、アクターがなぜ、どのように利益や選好を形成した(変化させた)のか、そしてそれと関連してアクター間の連合関係がなぜ、どのように形成された(変化した)のかという点を説明可能であり、それによって制度改革を動的に分析することが可能である。アクターの選好や利益は本来、多元的・重層的に存在する。その中でアクターが何を重要視するかは、彼らが自身の置かれている状況をいかに解釈するかによる。アイディアはその解釈枠組みとして機能するものであり、それがアクターと結びつくことで彼らの選好・利益を形成・変容させ、さらにはアクターの連合形成・再編にも作用する(加藤 2012; 木寺 2012bb; 近藤 2008)。つまり、アイディアはこの一連の過程の核となるものである。このような点が、本稿において、アイディア・アプローチを採用する1つの理由となる。

2点目に、アイディア・アプローチに基づくことによって、制度改革の質的側面を考慮した分析を行うことができる。先にも示したように、現在の医療供給制度改革を分析するにあたっては、その改革のもつ内容や意味までを理解可能な枠組みを用いなければならない。

そして、このような改革の質的変化を読み解くという面から、アイディア・アプローチを採用することは分析にとっての利点となる。先ほど、アイディアがアクターの選好・利益形成・変容や連合形成・変容の核となると述べた。となれば、アイディアを重視する分析は、

制度改革を促し、その内容を規定するアイデアの中身自体に関する考察が不可欠となる。そのため、制度改革の性質部分に踏み込む分析を結果的にともなうものとなり、政策内容を分析するという本稿の視点に大きな意味を与える。このことが本稿において、アイデア・アプローチを採用する理由の1つとしてあげられる。

3点目は、アイデア・アプローチを採用することで、1980年代以降の医療供給制度改革を一連の連鎖関係にある政治過程として分析することが可能になるということである。これはアイデア・アプローチにおける制度の捉え方と深く関係する。アイデア・アプローチは、制度・構造によるアクターの行為制約の側面とアクターによる構造変容の側面の相互作用関係を重視する。それによって、一般的な歴史的制度論のように構造がアクターの行為を制約するという一側面からだけでなく、構造をアイデア実現の成否に関係する機会構造としても捉えることができるようになる。また、その過去の構造自体もアクターによって構成されたものであることから、なぜ過去に特定の構造が形成されたのかということを見る意味も生まれる。

本稿の事例に即して言えば、小泉政権期に医療機能の分化・連携というアイデアが形成され、それ以降、アイデアに基づく制度改革が進行したが、その実現の成否にかかわる機会構造として、1980年代から90年代の制度改革を通じて構成された構造を捉える必要性が生じる。そのため、1980年代から90年代にかけての医療供給制度改革の政策過程を分析することに重要な意義を付与することができるようになる。

これら3点の理由から、本稿はアイデアの政治アプローチを採用する。次節以下では、アイデアの定義、機能といった分析にあたっての基礎的な概念を示し、後に政治過程分析のためのモデルを提示する。

第2節 分析の基礎的概念

(1) アイデアの定義と機能区分

アイデアを分析概念として使用するにあたって、まず問題となるのはその定義である。アイデア的な概念を用いる初期の研究群においては、それは、世界観、理念、規範、公共哲学、フレーム、パラダイム、技術的アイデアといった形で多様な言葉で表され、その機能も様々に指摘されてきた(秋吉 2007; 木寺 2012b; 徳久 2008; Campbell 2002; Derthick and Quirk 1985; Goldstein and Keohane 1993; Hall 1993; Weir 1992)。

しかし、そのような多岐に渡って示されてきたアイデア的概念には共通性がある。それらがどのような内容をもつものであったとしても、「個人が保有する信念」(Goldstein and Keohane 1993: 3)であるということである。本稿はこの定義を出発点に、アイデアを分析概念として取り扱う。

そして、この定義からして、それ自体は直接に制度変化、政策変容といった現象を導くも

のではないということも理解すべき重要点となる。アイデアは、アクターによって保有され、他の様々なアクターと共有され、彼らの行為を規定することで、現実の変化を生み出す。つまり、アイデアはアクターと結びつくことではじめて効力を発揮するのである（徳久 2008: 60）。

では、なぜアクターとアイデアは結びつきうるのか。それはアイデアのもつ機能と関連する。そして、この点について考察することは、多岐に渡って示されてきたアイデアを機能の面から再区分する作業へとつながる。

J・L・キャンベル（John L. Campbell）（2001）やシュミット（2002）は、アイデアのもつ機能を「認知的機能」と「規範的機能」に分類している。シュミットによれば、前者は、「現在の問題や将来の問題の予期・回避に効果的な解決策を提供し、政策を正当化する機能」であり、後者は、「伝統的もしくは新たに登場した価値の観点から政策を正統化する機能」である（Schmidt 2002: 213）。アイデアは価値や問題に対してその適切さ・必要性を訴える力をもつことからアクターと結びつき、保有されることになり、またこうした力をもつために異なるアクター間で共有される可能性を含む。本稿も、アイデアは規範的・認知的機能の2つをもつものとして考える。

それでは、こうした2つの機能をもつアイデアが、いつ、いかなる場合に、なぜ重要となるのだろうか。これらの点が、アクターの選好・利益の形成・変容、アクター間の連合関係の形成・変容と密接に関係する。

（2）アイデアによる利益・選好の形成メカニズム

前述のようにアイデアを政治過程の分析に用いる最大の理由は、それがアクターの選好や利益の形成・変容に作用する機能をもつからである（Blyth 2002; Hall 2005; 近藤 2006）。

アイデアのそうした機能の重要性が高まるのは、社会経済環境の大きな変化といった外在的な危機が発生したり、制度が内在的に抱える矛盾が顕著となったりした場合である。このような場合、アクターは利益の実現方法のみならず、そもそも利益それ自体が何なのかわからないような状況に陥る。M・ブライス（Mark Blyth）は、こうした状況を「ナイト的不確実性」が高い状態と捉え、このような状況下でアイデアは制度変化における重要な要因になると指摘した（Blyth 2002: 9）なぜなら、アイデアはこのような不確実性の高い危機的状況のただなかにあるアクターに、社会環境や自らのいる状況をいかに解釈すべきなのかという枠組みを提供することで、アクターに対して不確実性を低減させる効果をもつからである。

例えば、この点について彼は、1930年代の大恐慌時という不確実性の高い状況下にあったアメリカやスウェーデンにおいて、経済的アイデアは、経済の仕組みの構成要素を特定したり、その適切な相互関係に関する理解を提供したりすることで、経済の動きを体系的に説明する解釈枠組みとして機能し、アクターの認識する不確実性を縮減させることに成功

したと述べる (Blyth 2002: 37)。ホール (Peter Hall) も、問題の明確化は何かしらの信念と問題とが結び付けられることによってなされるとする (Hall 2005: 134-135)。アイデアが問題を理解するための解釈枠組みとなるという指摘は彼ら以外にも、アイデア概念を用いた他の研究においてつとになされてきた (秋吉 2007: 47-49; Campbell 2001; Hall 1993; McNamara 1998: 6)。

そして、こうした問題の明確化は、先に示したアイデアの2つの機能からなされる。まず規範的機能の面から見てみたい。規範的機能は、アクターのもつ価値や規範に訴える役割を表したものである (Schmidt 2002: 218)。これによってアクターは「適切さ」の観点から問題を把握し、政治的目標や理念を設定することができるようになる。そして、それに基づいて形成される政策は、「正統性」をもつものとなる。加えて、このような規範的な側面が言説として表現されていく際には、メタファー、スローガン、煽情的なフレーズといった形をとる。

表 2-1 言説のアイデア的次元

機能	型式	アイデア的コア	表現方法
認知的機能	政策プログラムの技術的目標や目的を定義し、問題への解決策を提供し、政策手段、方法を定義する。	(社会) 科学的な原則、規範	物語、技術的・科学的議論、パラダイム、基準系、ガイドライン、処方箋など
規範的機能	政策プログラムの政治的目標や理想を定義し、伝統的もしくは新たに登場した価値に訴える	公的立場から生じる原則、規範	メタファー、スローガン、基礎的神話、喚起的フレーズ、イメージなど

出所: Schmidt (2002: 214)。

一方で、認知的機能は、政策が意図した結果を生み出すかどうかを見極めるための手段—目的体系を示し (Hall 2005: 135)、問題解決能力という点で政策にその能力があることを表す役割を表したものである。この機能によって「必要性」の面から、アクターは問題を定義し、政策の技術的な目標を設定することができるようになる。このようなことから、アイデアは政策を「正当化」する。そして、このような側面が言説としてあらわされるとき、それはガイドラインや処方箋といった形式をとる。

こうした2つの機能をもつアイデアがアクターと結びつくことによって、彼らは、様々な考えられる制度改革案のうち何が望ましいのかという選好や多元的・重層的に存在する利益の中で何を重視すべきかを選択できるようになる。

(3) アイデアの有する他の機能

ここまでアイデアがどのようにアクターの選好・利益形成に作用するのかということを見てきた。しかし、アイデアのもつ機能はそれだけではない。アイデアが上記のよう

な機能をもつことから派生して、それは制度改革の局面において次のような重要な働きをする。

まずは、アイデアは集合行為の解決やアクター間の連合形成・変容に対して機能するということである (Blyth 2002: 37) ²⁰。不確実性の高い危機的状況において、アクターの認識する既存の利益は不安定なものとなるが、一方でそれは、アクターの利益に対する認識が変更される余地を生み出しているとも言える。そうした状況に対し、現状に対する問題の認識や政策の政治的・技術的目標を規定する能力を有するアイデアは、アクターに対して問題の解釈枠組みやその一連の流れを説明する物語を提供する。

この機能をもつことから、アイデアは一部のアクターから様々な他のアクターに共有されていく可能性を含む。アイデアは、アクターに対して協調の結果何が生じるのかを提示し、アクター間の協調行為を促進する基盤となりうる。つまり、アイデアは異なるアクター間の橋渡しをしたり、彼らの間での共通目標を定義したりすることによって集合行為問題の解決を促すことで、アクター間の連合形成・再編を可能にするのである (Blyth 2002: 37-39)。

次のアイデアの役割として、既存の制度や政策を新たなものに置き換えていく際の「武器」となるということがあげられる (Blyth 2002: 39-40)。制度改革はアイデアの存在から自動的に導かれるものではない。それはアクター間でなされる政策論争を経て行われるものである。

その政策論争の局面において、あるアイデアに基づく制度改革を企図するアクターは、既存の制度、政策と比べて、あるアイデアに基づく制度改革を行い新たな政策を形成したほうが望ましいこと、また、複数考えられる制度改革案の中でもある特定のアイデアに基づくものが優れていることを示し、それらを脱正統化する必要がある。その際に、新たなアイデアはそれらを攻撃し、制度を再構築するための不可欠なリソースとなる。そして、アイデアに基づいた政策論争が進展し、対立する既存の制度や他のアイデアに基づく制度改革案を脱正統化させることで、ある特定のアイデアに基づく改革が進むことになる。

そして、さらなるアイデアの機能としてあげられるのは、新たな制度、政策に関する青写真として機能するということである (Blyth 2002: 40-41)。先にも見たように、アイデアは問題とその原因に対する一連の流れを説明するものであり、新たな制度改革案はその解釈に基づいて問題を効果的に解消するものでなければならない。そのため、アイデアは制度改革案の内容を規定し、新たな制度をデザインする機能を果たす。そして、このような機能をアイデアが有するということは、制度改革の内容といった質的側面を考慮した分析を行うことが可能になることを意味する。

²⁰ ゴールドシュタインとコヘインも初期の段階からアイデアが連合形成におけるフォーカル・ポイントや接着剤の役割を果たすと指摘していたが (Goldstein and Keohane 1993: 17)、そのメカニズムについては十分に説明されてはいなかった。

最後に指摘できるアイディアの機能は、アイディアに基づく政策論争を経て制度が構築された後の局面において、その制度、政策の安定性に寄与するということである。新たな制度や政策が一旦形成された後には、それは、アクターに対して新たな制度に基づく未来がどのようなものなのかを示し、アクター間の政策的協調を可能にする慣行を作り出すことによって、制度、政策の安定性を高める働きを果たす (Blyth 2002: 41-44)。

制度改革の局面において、アイディアは不確実性の縮減に寄与することから重要なものとなると指摘してきたが、この局面に入ると、アイディアはそのような意味ではなく、アクターの将来に対する予想をとりまとめたり、調整したりするといった役割を担うという意味で重要なものとなる。そして、アイディアが示す将来予想に沿った行動を様々なアクターが繰り返し行うことによって、新たな制度や政策は自己安定的なものとなり定着する。

(4) アイディアと制度・構造の関係性

本稿においては、アイディアの機能のみならず、それと制度・構造との関係性にも注意を払う。なぜなら、アイディアを分析概念として用いるにあたって、それと制度・構造との関連性をいかに考えるかという点は大きなポイントとなるからである。具体的には、制度・構造を、アイディアを拘束するものである点を重視するのか、それとも、あるアイディアの実現の成否に作用する機会構造となるものと捉える点を重視するのかということである。この点について、本稿においてはいかに考えるべきだろうか。

まず、合理的選択制度論、歴史的制度論的な考え方について見ていきたい。両者は基本的には制度をアクターの行動を制約する外在的な構造物として捉えてきた。それによって制度変化の説明に困難を抱えていたことから、理論的な進展が図られていることは前述した。しかし、その中で、特に歴史的制度論において、制度変化の説明の中にアイディアを接合することの重要性も近年指摘されている。

例えば、先に触れた北山の研究は、医療保険制度改革において平等や公平という信念がどのように扱われてきたかを分析に組み込む必要があると指摘し、試論的ではあるものの具体例を示す。その例として、医療保険制度において、特に現役層の自己負担率がどのような保険に加入しようとして 3 割となっており、患者負担という点では平等化が進行しているが、一方で国保において市町村間での保険料率の格差が広がっていることをあげる。彼は、この問題を分析するにあたって歴史的制度論とアイディアを接合することが重要であるとす。こうした事態が起こるのは、赤字体質に陥りやすい国保のもつ構造からそれを解消するために他保険から財政調整を行うという対応が進んだ一方で、地方政府間での公平に関する議論を行う場がなかったためであるとする。そして、これは経路依存のメカニズムが働いたことから発生したものであり、それによって「公平」という信念にゆがみが生じた結果であるとする (北山 2011: 188-189)。

このような説明は、アイディアは制度や経路依存性のメカニズムに拘束を受けるもので

あるという側面を強調する見方に立つものである。しかし、こうした視点に立ってしまうと、前述のように本稿の対象とする事例について、自由開業医制という制度の持続を強調するものとなり、医療機能の分化・連携に基づいた制度改革の意義を小さく扱ってしまい、その重要性を見誤ってしまう危険性がある。

これに対して、アイデア・アプローチは、制度・構造を、アクターの行為を制約するものである一方で、アクターが主体的に形成・変容させるものとしても捉え、アクターにとって内在的なものとして位置づける(シュミット 2009: 92)。そして、これに関連して彼女は、前者に関するアクターの能力を「背景的なアイデア的能力 (background ideational abilities)」、後者に関するアクターの能力を「前景的な言説的能力 (foreground discursive abilities)」と名付けている²¹。

こうした制度やそれに対するアクターの能力に対する捉え方は、前述の新制度論とは異なり、制度が彼らの行動を拘束するという方向性とアクターの行為によって制度が変容するという方向性の両方が重要であり、その連鎖関係を考慮する必要性を示すものである。

そして、ブライス (2002) の研究は、そうしたアイデアと制度・構造の連鎖関係を一連の政治過程として捉え、制度・構造についてアクターの行動を制約するものという見方以外のものを示した実証研究であると言える。

彼は、1930年代と1970年代における経済危機に対するアメリカとスウェーデンの対応を比較し、具体的に次のことを指摘した。大恐慌以後のアメリカにおいては、「経済成長主義」のアイデアが優位となり、政府とビジネスとの間での連合が形成されたが、農業セクターは排除された。労働組合とその連合の関係も限定的であった。それによって、アメリカは限定的な「埋め込まれた自由主義」の制度となった。そして、その後に表れる「ネオリベラリズム」のアイデアに対して脆弱となった。一方でスウェーデンにおいては、労働者と農業セクターとの選好が同列に形成され、連合形成が行われた。それによって、完全雇用などをより強調する「埋め込まれた自由主義」の制度が形成された。そして、それは、後に「ネオ・リベラル」のアイデアが登場した際に、アメリカと比べてより強固に対応することができた。

この分析には、制度はアクターによって主体的に形成されるものであるということと、それに加えて、後に新たなアイデアが登場し政策へ注入される際に、過去の時点でアクターによって形成された制度・構造が、アイデアの実現の成否や有利・不利に作用するもの、つまり、それが1つの機会構造として作用したという視点が組み込まれている。こうした

²¹ 背景的アイデア的能力とは、制度がどのように機能し、その下でどのような行動をとることが合理的または正しいのか、それをアクターが認識する能力である。そして、前景的言説的能力とは、アクターが制度の外側に立って制度について批判的な方法で検討し、コミュニケーションや熟議を通じて制度に関する考えを変化するように自身および他者を説得して制度を変化させる行為を行う能力である。

捉え方は、歴史的に形成された制度を重要視しながらも、アイデアがそれによって拘束されたという見方とは一定の距離があるものである。そして、このような捉え方をすることによって、過去の時点での改革と現在時点の改革の連鎖関係を重視し、それらを一連の政治過程として扱うことも可能にしている。

また、R・リーバーマン (Robert Lieberman) は、「機会 (opportunity)」という言葉を使ってより自覚的に同様のことを述べている。彼は、①立法府、執政、官僚制といった統治制度、②政党や政党システム、利益団体、NGO などの関係性といった組織環境、③政治言説を構成、正統化するイデオロギー的、文化的構造といった制度が互いに衝突し、機会が生み出されることによって、アイデアが政治に作用すると指摘する (Lieberman 2002: 703)。

さらに、近藤 (2008) は、特にブレア政権期におけるイギリスの福祉国家改革を中心に扱った研究において、社会運動論において発展してきたフレーミング論を援用する中で、アクターと制度、構造の連鎖関係を考察することの重要性をより明示的に指摘する。具体的に彼は、サッチャリズムの下、「経済的デュアリズムを是認し、『小さな政府』という枠組みをもって政府の役割を期待するという国民の認知構造」が、ブレア政権期における福祉国家改革のアイデアにとっての機会構造として作用したと主張している (近藤 2008: 39-44)。

このような形でアイデアと制度の関係を捉えることは、本稿の事例を分析するにあたって非常に有益なものとなると考えられる。この捉え方に立つことで、制度によって制度改革のアイデアが拘束されるという一般的な歴史的制度論的な見方とは一定の距離を保つことができる。その上で、過去においてあるアイデアに基づいてアクターが構成した歴史的な制度・構造の重要性をくみとりつつ、制度・構造と現在のアクターが新たなアイデアに基づいて制度改革を試みる過程を互いに連鎖関係の中にある、1つのまとまりをもった政治過程と捉え分析することができるようになるからである。

第3節 政策過程の分析枠組み

前節まで、アイデアの定義、機能、制度・構造との関係性といった分析の基礎的な概念について整理した。それでは、こうしたアイデアの機能などに基づいて、制度改革の過程はどのように推移するのだろうか。ここでは、アイデアの調整的機能、政策学習、官僚制の執務知識といった点に焦点を当て、そのプロセスを分析するための枠組みを示す。

(1) アイデアの調整的機能と制度的回路

あるアイデアに基づいて制度改革が企図されるとして、まず重要となるのはそれがどのような制度的回路を通りなされるのかということである。これによって、アイデアに基づけられた政策プログラムをめぐるアクター間の交渉において、改革を企図するアクターがそれのどのような側面を強調し、他のアクターを説得するかというプロセスが変わる

と考えられるからである。ここではシュミット (2002) の議論を参考に、その点について、医療政策に引き付けて考察する。

あるアクターが他のアクターをアイディアに基づいた政策案によって説得する過程において、シュミットはアイディアの有する2つの役割、言説が重要になると指摘する (Schmidt 2002: 230-231)。1つ目は、「調整的機能」、「調整的言説」であり、2つ目は、「伝達的機能」、「伝達的言説」である。前者は、特に政策決定に比較的近づくことのできる政治エリートに共通の解釈枠組みを提供する機能である。これは、政策を有効性の高いものにしようとする政策論争を通じて、政策手段に関する同意を得る段階においてアイディアが果たす機能である。後者は、アクターが一般大衆に向けて説得を行う過程における機能である。

表2-2 言説の相互作用的次元

機能	アクター	対話者	アイディアの生成者	目的	形態
調整的	政策アクター	相互	認識共同体 言説連合 唱道連合 政策企業家	政策プログラムの構築と合意	政策アクターの討論や熟慮のための言語、フレームワークの提供
コミュニケーション的	政治的アクター	公衆	政策アクター 政治的企業家	公衆への伝達 情報による方向づけ と正統性の提供	公衆の議論や熟慮のためにアクセス可能な言語への政策の翻訳

出所: Schmidt (2002: 231)。

前者の段階に参加する主なアクターとして、中央政府の政治家や官僚、主な利益団体のリーダー、財界や労働組合のリーダー、政府が任命する専門家、有識者などがあげられる。彼らの議論の場における熟議を通じて、アイディアは、認知的次元から見て政策の必要性に関する議論がなされることで洗練され、規範的次元の面から見てその適切性がさらに理解されることになる。そして、交渉、駆け引き、対立も生じるこの過程の中で、政策手段やその対象、理想が明らかとなり、実行案が計画される (Schmidt 2002: 233)。この過程を主導し、アイディアを生み出すアクターとして、認識共同体、アドボカシー連合、政策起業家などがあげられるが、主たるアクターとして想定されるのは官僚である。

後者の段階では、一般大衆も政策に対する議論にアクセスできるように政策を翻訳することが重要なことになる (Schmidt 2002: 232-234)。そして、そこで主要なアクターとなるのは、政治家、政治家と強く結びついた報道官、キャンペーンマネージャー、スピーチライターなどである。彼らは選挙における当選、再選の可能性を高める政策を市場調査し、伝達的な技術に立脚して選挙に勝利することを目指すアクターである。彼らは、選挙戦の中で、政策の効果をわかりやすく示すイメージ図、新たなフレームを提示して政策の中心的理念などを示すことで、一般大衆がより政策へアクセスしやすいように政策を翻訳する。

また、この場面において、彼らは世論の反応次第で必要に応じて政策を修正する。その際

には、新聞の論説委員、コメンテーター、野党のメンバー、大学・シンクタンクに所属する専門家、利益団体、市民団体などのよく知らされた公衆 (informed public) も参入することができる。

さらに、彼女はこうした機能をもつ両者の言説のうちどちらの側面が重要となるかについて、国ごとの制度的な回路が規定すると言う (シュミット 2009: 89-90)。例えば、統治行為が単一の権威によって媒介される、多数決主義的な代表制度や集権国家的な性格をもつ「単純な」政体では伝達の言説が強調される傾向がある。具体的な例としては、イギリスやフランスがあげられる。

一方で、統治行為が多様な権威に分散する傾向がある、比例代表的な選挙制度、コーポラティスト的な政策決定、連邦制などによって構成される「複雑な」政体では調整的言説が強調される傾向にある。具体例としては、ドイツやイタリアがあげられている²²。

こうした指摘は本稿に対しても示唆を与える。医療政策に引き付けて考えれば、言説の調整的機能が重要性をもつものと考えられる。医療政策においてその決定に携わることのできるアクターは、厚生省、医師会、保険者団体、厚生族議員といった政治エリートに限られ、閉鎖性が高い (新川 2005: 329)。こうした状態は、医療政策の専門性の高さ由来するところもあるが、政策決定における制度的文脈によっても特徴づけられる。この詳細については後述するが、医療政策の決定において特に重要な場として、中央社会保険医療協議会 (中医協) と厚生部会といった自民党政調会の部会がある。そして、医療政策のアクター関係における特徴として、厚生省と医師会間の強い対立関係があり、それぞれの場に対立が持ち込まれる。

中医協について、2006年まで中医協における診療側の委員8名のうち5名は医師であり、そのすべては医師会の推薦を受けた者であった。さらにそのうちの3名は医師会代表者の固定枠であった。こうした場の構造から、少なくとも医師会の理解を得ることなしには診療報酬を決定することができない²³。また、厚生部会にもその対立が持ち込まれるため、厚生族議員は他の政策領域と比べて官僚と明瞭な協調関係にはないとされてきた (池上・キャンベル 1996: 23-26)。

こうした政策決定における制度的回路は、医療政策におけるアイディアの調整的な側面を他の政策領域と比べて、より強調することにつながるものと考えられる。そのため、本稿ではアイディアの調整的な役割に特に注意を向ける。

²² 彼女は、多元的な政策決定プロセスと連邦制の結果として調整的言説が強くなる場合と、多数決主義的であり大統領制の結果として伝達の言説が強く打ち出される場合があるアメリカを複雑な政体の例外と位置づけている (シュミット 2009: 89)。

²³ 1950年代から70年代にかけては、医師会の戦術的判断によって中医協が決裂することがしばしばあった (池上・キャンベル 1996: 23)。

(2) アイディアの形成・発展と政策学習

調整的なアイディアは、政治エリート内部での政策プログラムの合意を目的に、彼らの議論や熟慮のための言語やフレームワークを提供するという機能をもつものであり（表2-2）、その局面において主要な役割を果たすアクターとして、官僚組織や認識共同体などが想定されている。ここでは官僚組織がアイディアを精緻化するにあたって、どのようなプロセスを踏むのかということを示す。このようなプロセスを描くものとして、「政策学習」という枠組みが示されてきた。

具体的には、政策学習に関係する概念は、「政策学習」(Hecló 1974)、「社会的学習」(Hall 1993)、「政策志向学習」(Sabatier and Jenkins-Smith 1993)、「教訓抽出学習」(Rose 1991, 1993)、「政策移転」(Lodge 2003)、「政府学習」(Etheredge and Short 1983) など、多様に示されてきた(秋吉 2012; 平松 2002)。本稿においては、これらの概念は必ずしも対立するものではなく補完関係にある(秋吉 2007: 55)と理解した上で、アイディアが発展するプロセスに関する枠組みを示す。

政策学習の契機

政策学習の枠組みにおいてその契機となるのは、不確実性の上昇や制度の矛盾の蓄積がといった外生的・内生的要因あげられてきた。これは本稿がここまでアイディアが重要となる条件として前述したものである。

これに加えて、その枠組みの中では、①衆目を集めるような政治的事件、②選挙による政権交代などといった政治状況の変化による強制的圧力、③他の政策領域における政策決定やそれによるインパクトといった外生的な要因も学習の契機となると指摘される(Busenbergh 2001; Hall 1993; Hecló 1974; Kingdon 1995; Lodge 2003; Rose 1991, 1993; Sabatier 1988; Sabatier and Jenkins-Smith 1993)。

知識獲得の経路と知識の性質

官僚組織や認識共同体が外生的・内生的ショックによってアイディアを形成し始めていくとして、その基になる知識はどのような経緯を辿って獲得されるのだろうか。この点は、政策学習の定義と深く関連する問題である。

例えば、H・ヘクロ(Hugh Hecló)は、政策学習の定義を「経験に起因する行動の中での比較的持続的な変化」(Hecló 1974: 306)としている。ホールは、社会的学習を「過去の経験や新たな情報に対応して、政策の目標や手段を修正する試み」(Hall 1993: 278)と定義する。また、P・サバティア(Paul Sabatier)やH・ジェンキンス＝スミス(Hank Jenkins-Smith)は、政策志向学習を「経験に起因し、政策目的の達成もしくは改定に関する思考や行動意

図の比較的持続的な変化」(Sabatier and Jenkins-Smith 1993: 182) と定義している。こうした定義に見られるように、学習によって獲得される知識は、過去の経験や新たな情報によって構成される。そして、それらは次にあげるような経路を通じて、アクターに吸収されていくことになる。

具体的に本稿において注目したいのは、政策学習、教訓抽出学習が示すアイデア形成のプロセスと知識獲得の経路である。

1点目の政策学習における知識としては、新たな情報や自国における過去の政策の経験に基づいた知識が重視される。ヘクロは、イギリスとスウェーデンにおける失業保険、年金制度、老齢退職年金制度の展開を分析し、政策過程を権力的な過程としてだけでなく知的な問題解決の過程と捉えることを主張した (Hecló 1974)。そして、その知的過程を「政策学習」と表し、その過程における主要なアクターの1つとして、当該問題を担当する官僚組織をあげた。さらに、ここでは、社会問題の解決に向けて、政策に関連する新たな情報を外部のアクターが供与したり、または官僚組織自らそれを探索したりするプロセス、また、官僚組織が先行する政策の問題点を分析して政策を修正し、政策案を形成していくプロセスが示された。

2点目の教訓抽出学習では、海外の政府による政策を学習するプロセスが強調される。このプロセスにおいて、官僚組織を中心とするアクターは、学習の対象として自らと同様の問題を抱える政府の政策を選択する。そして、彼らは、①他の政府や過去において実施されている(実施されていた)政策上の経験を調査する、②それによって観察された、問題と解決策との因果関係のモデルを抽出する、③それに基づき、政策課題を解消するための新たなアイデアを形成する、④そのアイデアを選択した場合の有効性を示すため、他の政府における経験的証拠を示したり、将来的に何が起こるのかといったことを推測したりしてその結果を見積もるというステップを踏む (Rose 1993: 27)。

これに基づいて、アクターは、他の政府の制度や政策の構成要素や問題と解決策との因果関係を整理し、自らの実施する政策の構成要素を比較する。それを通じて、自らの実施する政策の課題、問題点を認識する。

加えて、アクターが、海外の政府の実施する政策を受容し、新たなアイデアをいかに形成したのかという点について、R・ローズ (Richard Rose) は参考対象とした政府の数を絡めつつ、一定の類型化を行っている。具体的には、①他の政府の政策をそのまま移転する「模倣」、②他の政府が実施する政策を自らの政策的な文脈に合うよう修正する「適合」、③2つの異なる政府が実施する政策の構成要素を結合させる「混合」、④3つ以上の異なる政府を対象とする「統合」、⑤新規政策を発展させるための知的刺激として他の政府の政策を利用する「刺激」の5つの類型を提示している (Rose 1991, 1993)。

そして、こうした学習を通じて得られる知識の性質として、科学的な議論を背景にもつ理論的知識と政策の実践を通して正当化された実務的知識の2つがあげられる (秋吉 2016: 116-117)。前者は、当該官僚組織の外部にいる専門家によって生み出されるものであり、後

者は当該官僚組織が行う調査、研究を通じて得られるものである。

こうした知識獲得の経路やそれを通じた知識の性質に基づけば、前述のシュミットが提示したアイディアの認知的次元において、(社会)科学的知識が重要視されていた点に修正が加わり、実務的知識もまた重視されるものとして付け加えられる。

アイディアの発展

こうして形成されるアイディアは、瞬間的に生まれるのではなく、時間の経過の中で発展していく (Hecló 1974; Sabatier and Jenkins-Smith 1993)。それは場合によって 10 年もしくはそれ以上の時間を経ることもある。こうした時間の経過の中で、時にはその発展スピードが加速する場合がある。そのきっかけとして、前述したような衆目を集める事件、政権交代などの政治変化があげられる (Busenberg 2001; Kingdon 1995; Sabatier and Jenkins-Smith 1993)。この外生的ショックによって、官僚組織を中心とするアクターはさらなる調査、政策分析の必要性を認識し、連合関係にあるアクター内部、外部のアクターとの政策論議が進み、アイディアが発展する場合がある。

(3) アイディアと官僚組織の専門的執務知識

ここまでは、アイディアの生成者として官僚組織をその中心的アクターと考える場合に、どのようなプロセスを通じてそれが生成、発展するのかという観点から、政策過程の枠組みを示した。

しかし、近年の日本政治においては、官僚組織の外部からアイディアが注入され、それが制度改革の重要な要素となるケースも増えてきている (秋吉 2007; 木寺 2012b; 山口 2008)。本稿において対象とする、特に小泉政権期の改革では、諮問会議や総合規制改革会議といった首相の直属の諮問機関に経済学者などの専門家が参加し、彼らによって注入されたアイディアが制度改革に大きな影響を与えたとされる (内山 2007; 大嶽 2006)。

だが、このような外部専門家が注入するアイディアが直接的に制度改革へとつながるかどうかについて、特に日本政治を分析する際には、慎重な姿勢をとる必要があると木寺 (2008, 2012b) は指摘する。具体的には、外部専門家のもつアイディアが政策過程に注入されたとしても、それは、長期にわたる OJT (On The-Job Training) を通じて専門的かつ経験的に得られる知識である「専門的執務知識」を有する官僚組織やそれに類する組織を通じて法案化され、制度化されなければならない。日本の場合、「法案作成の膨大な業務は、実質的には各省庁法律事務官に独占されている」(金井 2007: 28) ために、その知識をもつ官僚組織の協力は特に重要となる。そのため、外部専門家のもつアイディアが具体化されるには、アイディアに基づいた改革案が実際に法案化される局面において重要な役割を果た

す官僚組織の納得、了承、妥協を必要とする²⁴。

専門的執務知識は、具体的には次のような知識によって構成される。秋吉（2009）は、経営学の知見に基づいて政策知識を、①「know-why 型知識」、②「know-how 型知識」、③「know-what 型知識」分類し、さらに、①を理論的知識、②、③を経験的知識と位置づけている。①は、特定の理論体系の下で「正当化」された知識であり、政策の原理と手段を構築する上での科学的知識である。②は、政策の形成および実施によって取得される知識であり、個々の政策手段を基に統合化するための知識である。③は、政策の受容側からのニーズ基に政策を形成するための知識である。そして、この中でも経験的知識は、実践によって「正当化」された知識である。

そして、木寺はその分類を参考に、アイデアを実際の法案へと反映させるにあたっては、経験的知識が重要であると指摘する。彼は、経験的知識の中でも②の「know-how 型知識」を重視し、その中に、「専門的執務知識」が含まれるとする。そして、この専門的執務知識は、行政文脈に関する知識と職務遂行管理に関する知識によって構成される（木寺 2008）。行政文脈に関する知識とは、例えば、「官庁文学」とも呼ばれるように、制度設計から法案作成における役所固有の言語に関する知識などを指す。職務遂行知識は、例えば、法案などにおける、進行管理、組織管理、資源調達、関係部局や外部との調整や支持調達にかかわる知識（藤田 2008: 280）である。

なお、③の「know-what 型知識」も重要であるが、日本政治において、自民党長期政権の中で、政策体系に知悉する族議員が生まれ、彼らもこの知識を有している場合があるため、官僚制の独占物とはならないと彼は指摘している。一方で、専門的執務知識に関しては、官僚がかなりの程度独占的に有し、なおかつアイデアの法案化においては不可欠の知識である。

こうした知識の重要性は、本稿が対象とする小泉政権期に、任期付き任用制度を通じて政策研究大学院大学から内閣府に入省し、参事官や政策統括官などを歴任した、大田弘子も指摘している。彼女は、民間登用者が政策形成において力を発揮するには、2つの役所の参入障壁があると言う。1つ目は「言葉の壁」、2つ目は「政治との関係」である。前者については、「役所文書を理解しなければ、役人と渡り合うことはできない」と言っているように、行政文脈を理解する力が必要であることを指摘している（大田 2006: 261）。後者については、政治とのかかわりを、「民間から入った人がすぐにこなすのはむずかしい」ために、「若

²⁴ 木寺は、専門的執務知識の重要性について、小泉政権下の交付税総額削減と交付税制度改革の事例をアイデア・アプローチに基づいて実証する（木寺 2012）。両者は、アイデア的には規範的・認知的次元の双方を備えるものであった。そして、前者は諮問会議の下につくられたいわゆる「脱藩官僚」を中心とし、準官僚組織的な機能をもった「竹中チーム」が専門的執務知識を駆使することで成功した。しかし、後者は、「竹中チーム」が総務省に直接移植されて改革を実行しようとしたが、地方財政に関する知識を彼らが持ち合わせていなかったために失敗した。

いときに役所に入って政策の現場を勉強」する必要があると指摘する（大田 2006: 261）。これは、職務遂行管理に関する知識について述べているものと理解できよう。

このようなことから、アイデアが実際に法案へと反映される際、特に日本においては、「専門的執務知識」を有する官僚組織の協力を不可欠とする。そのため、外部専門家がそれをできたかどうか、官僚組織外からのアイデア注入が制度改革へとつながるかどうかの重要な分岐点となると考えられる。

第4節 制度改革のモデル

ここでは、これまで示してきた分析の基礎概念、政策過程の分析枠組みにおいて示してきたことを整理しつつ、本稿の実証部分においてどのような順序で分析を行っていくのかを示す。そして、制度改革のモデルも示す。具体的なモデルは、下記の図2-1となる。

まず本稿の枠組みにおいて重要なのは、アイデアの規範的・認知的両次元についてである。本稿では、基本的に両者の次元が満たされ、それによって少なくとも改革を推進する主体に受け入れられた場合に、アイデアは制度改革を導くものとして機能すると考える。規範的機能に関しては、それは、アクターのもつ価値に訴えかけることで、適切さを通じた政策の正統化がなされることを表すものである。制度改革につながるアイデアは、この次元においてアクターを説得できるものでなければならない。

認知的機能について、それは、政策の技術的な目標、対象を定義し、解決策を明示する機能を指すものである。アイデアは、改革を推進するアクターにとって技術的に問題を解決するに足る精緻なものであると受け取られる必要がある。この点は、制度改革のモデルにおける、①の部分に当たるものである。

そして、次にアイデアの形成・発展のプロセスに関するものである。アイデアは、それを制度改革に繋げようと推進するアクターの政策学習によって形成・発展する。本稿でその主体として想定されるのは、当該政策領域を担当する官僚組織であり、彼らは、過去の政策の経験や新たな情報に基づいてアイデアを形成、または発展させる。そして、新たな情報については、海外の政府がもつ制度に関する調査・研究（教訓抽出学習）、社会で実践されている先進事例の調査（政策学習）などによってもたらされる。そのため、従来、アイデア・アプローチにおいては、新たな情報の主たるものとして、専門家などによって構築された（社会）科学的な知識、理論的知識が想定されていたが、より実践的な知識もその情報の一種として位置づけられる。こうした過去の経験、新たな情報、知識を官僚組織などのアクターが獲得することで、アイデアの形成・発展が生じる。そして、この過程はモデル内では、アイデアの内容の形成の部分に当たるため、②を当てている。

次に、③の専門的執務知識に関するものである。本稿では制度改革を導くアイデアの主たる生成者として、当該官僚組織を想定している。しかし、アイデアは彼らが考え、持ち込むものだけではない。外部のアクターによってもそれは政策過程に注入される。ただし、

そうした外部から注入されたアイデアが実際に制度改革につながるには、官僚組織のもつ専門的執務知識に基づく法案化が必要である。アイデアは専門的執務知識ともつながることではじめて具体化される。より具体的には、官僚制外部のアクターが自らの知識に基づいたアイデアを制度改革へと反映させるには、官僚組織に最終的に受け入れられる必要がある。それが行われなかった場合、アイデアは制度改革へと結実しない。ただし、官僚組織が導出したアイデアについてはこれと直接につながるため、この点は考察の対象から外される。

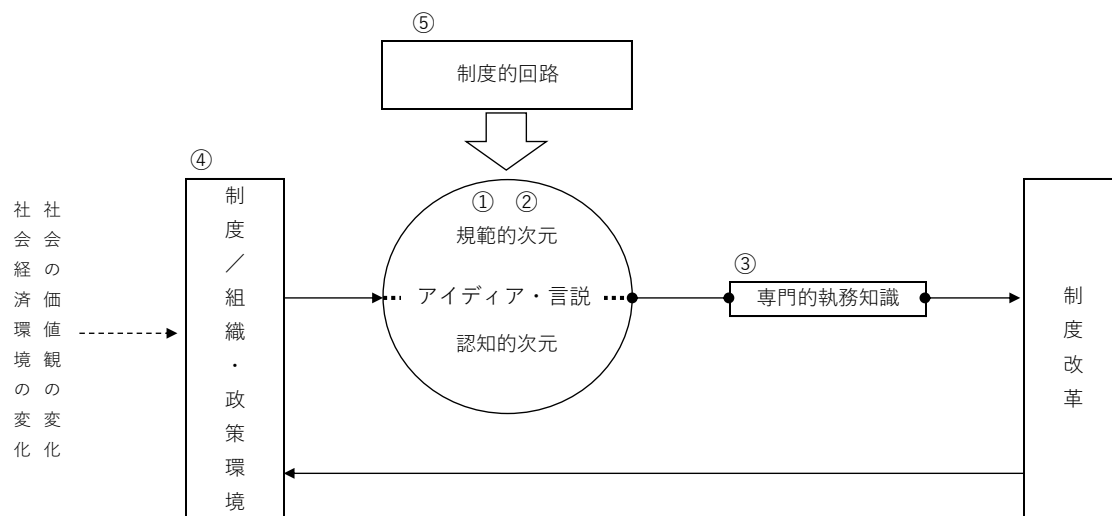
そして、④の部分についてである。本稿では、制度や構造をアイデアが制度改革につながる際に、その成否を分けたり、有利・不利を導いたりする機会構造として捉えると述べた。このような意味で、制度・構造は制度改革に影響を及ぼすものであり、本稿においてもそれらは重要なものとして分析において取り扱う。

また、そうした構造に当たるポイントについて、本稿では特に組織環境と政策環境に注意を向ける。組織環境とは、リーバーマン（2002）が指摘したように組織の状況や連合関係の状態などを指す。それに加えて、政策が、当該アイデアの形成以前にどのように積み重ねられてきていたのかという点も重視する。この政策の積み重ねについて、本稿では、政策環境という言葉に沿うように「政策環境」という言葉を当てる。加えて、特に組織・政策環境は、過去のアイデアに基づく制度改革を通じて構成されるものでもあることを強調して指摘しておきたい。このことは、過去の改革と現在の改革とを連鎖関係の中での一連の政治過程と位置づけ、制度改革を理解しようとする本稿にとって重要なポイントとなる。

最後に、⑤について、これは、アイデアが制度改革につながる際に通る回路を指す。この回路のあり方によって、1つに、アイデアを通じた制度改革において、それを推進するアクターがどのアクターまでを説得しなければならないかが規定される。2つに、この回路のあり方によって、アイデアに基づいて表出される言説の相互作用的な機能に関し、その調整的機能の側面と伝達的側面のどちらが重要となるかが規定される。それによって、分析の際、言説の対象とするアクターや目的、形態についてその注目すべきポイントが定まる。

本稿において、第4章から第7章までの実証部分ではその分析の際、ここまで述べた①から⑤の順番に分析を進める。そして、このような制度改革をモデル化すると、下記の図2-1となる。本稿ではこのモデルに沿って、分析を進めていく。

図2-1 制度改革のモデル



出所: 木寺 (2012: 60) の図を参考に筆者作成。

第5節 本章の小括

本章では、アイデア・アプローチに基づいた分析の理論的枠組みを構築した。アイデア・アプローチを採用したのは次のような理由からであった。それは、前章でみた先行研究と近年の合理的選択制度論・歴史的選択制度論における制度変化の説明においてアクターの選好・利益形成メカニズムを明らかにできない、制度改革の質的部分にまで踏み込んだ分析が困難である、過去から現在の改革を連鎖関係にある一連の政治過程として扱い分析できないといった問題があり、アイデア・アプローチに基づくことによって、それらをかなりの程度解消することができるからである。

そして、本章では、アイデア・アプローチを基礎とした政策過程の分析枠組み、制度改革のモデルを構築した。第4章以降では、この枠組み、モデルに基づいて実証分析を進めていく。次章では、その前段階として、アイデアによる制度改革に対する機会構造、制度的回路がいかなる形態をとっているのかを確認する。

第3章 日本の医療制度の基本構造と政策決定にかかわる制度

前章では、制度・構造を機会構造やアイディアの正統化のためにそれが通る回路として扱うことを述べた。本章では、それに相当する医療制度の構造や医療政策の決定にかかわる制度が、どのような形態をとっているかを説明する。また、特に決定の制度において政党が関係するものについては、自民党が与党である時期のもの（自民党政調会の部会）を対象とする。そのため、自民党が下野した1993年と2009年から2013年にかけての民主党政権期は除かれる。

医療制度は医療供給制度と医療保険制度の2つの柱から構成される。前者は、医療機関の施設基準や医師、看護師などのマンパワーの配置といった医療サービスに直接にかかわるものであり、後者は、医療機関の受診する際の医療費の負担を患者に対して一定程度保障することを目的とするものである。ここではまず、その制度がどのような基本構造をとっているのか、欧米との比較を交えて説明する。そして、それを通じて、その基本構造が高齢者の社会的入院を誘発するものとなっていることにも触れる。

次にその2つの制度が一定の形態を形成するに至った歴史的過程を記述する。具体的には、医師自身が病院を経営するという構造を根本に置いた自由開業医制と、分立した社会保険制度からなる国民皆保険制度がいかにして構築されたのかを見る。

そして、その基底的な制度の構造や歴史的経緯を理解した上で、医療政策の政策決定に関係する基礎的なアクター間関係や制度を確認する。具体的な政策決定の場としては、中央社会保険医療協議会（中医協）、自民党の政調部会、国会であり、その場で何がどのように決定されるのかを説明する。

第1節 日本の医療制度の基本構造

上記のことに加えて、序章において医療制度改革において、高齢者の社会的入院の是正を目的とした医療機能の分化・連携という方針に基づく制度改革が進められていることをここまで述べてきたが、ここでは、そもそもなぜ高齢者の長期入院が発生するのかといった点についても説明する。その発生理由は、日本の医療制度の基本的構造と密接に関係しているため、ここではそれと高齢者の長期入院の関係性について、日本の医療制度と欧米の医療制度との比較を交え、その基本構造を確認した上で説明する。

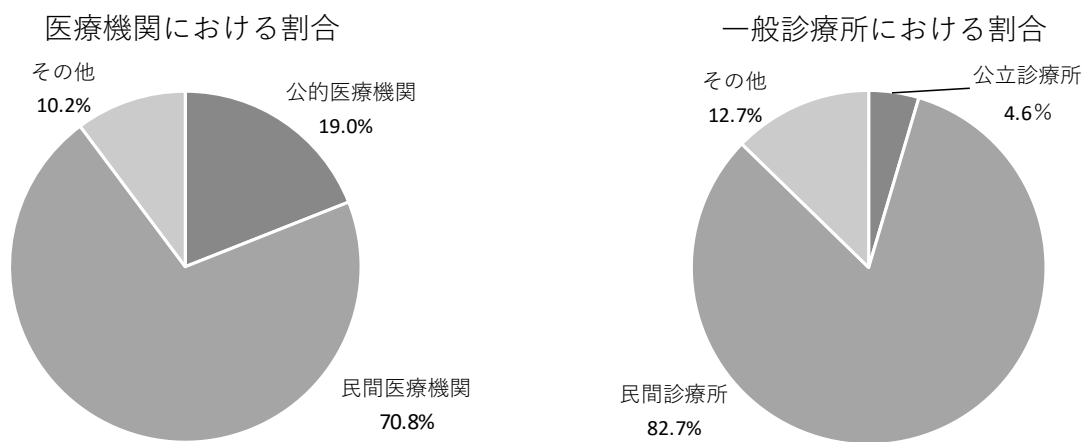
医療供給制度

日本の医療供給制度の特徴を示すものとして、一般に「自由開業医制」という言葉が使用される。これは、診療所と病院に大別される医療機関に関して、理事長を医師又は歯科医師

とすることを原則とする医療法人や医師個人を開設主体とする、私立の病院が大きなウェイトを占めていることに由来する。

例えば、2015年（平成27年）の「医療施設（動態）調査・病院報告の概況」によれば、図3-1のように、「病院」の開設主体としての国、社会保険関係団体も含めた公立の医療機関の割合は19%にとどまっており、医療法人、個人によって設立された民間の病院が70%以上を占めている。一般診療所においては、80%以上が民間のものとなっている。

図3-1 開設者別に見た医療施設数の割合（2015年）

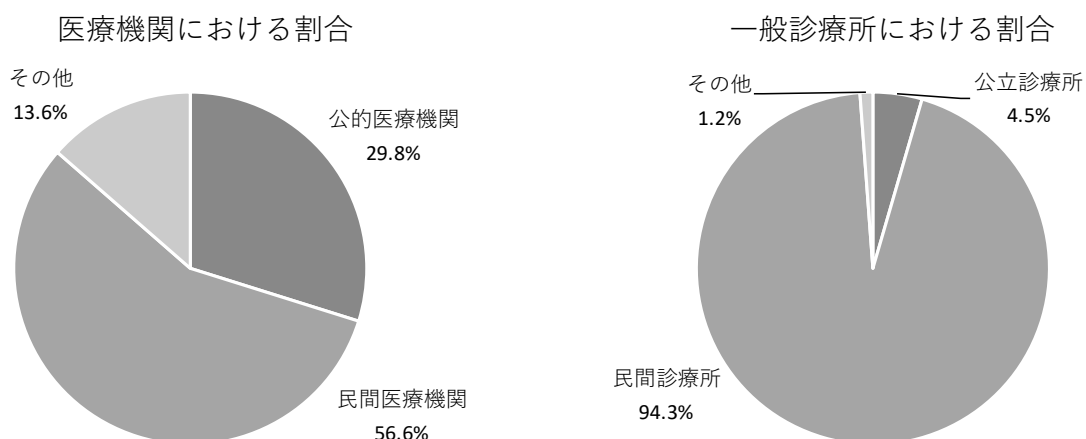


出所: 厚生労働省（2016）「平成27年（2015）医療施設（動態）調査・病院報告の概要」、7頁を基に筆者作成。

こうした傾向は病床数においても見られる。図3-2によれば、病院病床の50%以上、有床診療所病床の80%以上が民間の医療機関によって供給されている。つまり、日本の医療供給は少なくとも量的には、自由に開業された民間の病院・診療所を中心に担われているのである。そして、こうした構造を根本において、法的に定められた施設基準を満たせば、医師が自由に開業できるというシステムを表す言葉として「自由開業医制」が用いられる。

このように、医師自身が医療機関を開設して医療供給の中心を担うことは、日本の医療供給制度の様々な特徴を生み出している。例えば、診療所と病院の区別があいまいな点も日本の大きな特徴の1つである。表3-1のように病床の規模別に医療機関を見ると、無床診療所から大規模病院に至るまで連続的に分布している（池上・キャンベル 1996: 45）。そして、こうしたことを反映し、診療所と病院の法的区分も便宜的な性格を帯びたものとなっている（猪飼 2010b: 36-37）。医療法は、20床以上の病床を有する医療機関を「病院」、19床以下を診療所と定義しているが、そこに明確な理由があるわけではない。

図3-2 開設者別に見た病床数の割合（2015年）



出所: 厚生労働省（2016）「平成27年（2015）医療施設（動態）調査・病院報告の概要」、14頁を基に筆者作成。

表3-1 病床の規模別にみた施設数と割合（2015年）

	施設数	%
病院	8480	
20～49床	942	11.1%
50～99	2127	25.1%
100～149	1429	16.9%
150～199	1338	15.8%
200～299	1121	13.2%
300～399	711	8.4%
400～499	387	4.6%
500～599	179	2.1%
600～699	106	1.3%
700～799	54	0.6%
800～899	31	0.4%
900床以上	55	0.6%
一般診療所（有床）	7961	
1～9床	2358	29.6%
10～19	5603	70.4%

出所: 厚生労働省（2016）「平成27年（2015）医療施設（動態）調査・病院報告の概要」、9頁を基に筆者作成。

さらにこのことは、セカンダリケアとプライマリケアへの対応においても、欧米とは異なる特徴を生み出す（猪飼 2010b: 17-19）。セカンダリケアとは医療における高度かつ専門分化した先端的機能を担う領域のことであり、プライマリケアはそれを除いた領域であり、疾病予防なども含めて、セカンダリケア以外の全医療機能領域を担当することが期待される。

そして、このような機能とともに、プライマリケアには、専門分化しているセカンダリケアへ患者をつなげていく、いわゆる門番機能的意味合いとそれをさらに拡張した統合機能が要請される。統合機能とは、特定の医師が、かかりつけ医として日常的な住民の健康管理に大きな役割を果たすことを意味するものである。

この役割分担に関して、欧米では診療所がプライマリケアを、病院がセカンダリケアを担うという役割分担が基本的には明確に分化されているのに対し、日本では診療所がセカンダリケアに参入する一方で、病院も大きな外来部門をもち、積極的にプライマリケアを行う（猪飼 2010b: 37）。

さらに、こうしたシステムに対応して、日本における患者の受療行動は、例えば大病院の外来でも自由に受診することができるといったように不定形なものとなる。こうした受療行動を促すため、日本の医療制度は患者の「フリーアクセス」を認めていると考えることもでき、それも日本における大きな特徴の1つとして認識されている（島崎 2010: 24-25）。

このような医療の供給体制は、ヨーロッパ諸国、アメリカのそれと大きく異なっている。ヨーロッパ諸国では、プライマリケアとセカンダリケアの役割分担が非常に明確になされており、それを反映して、診療所と病院の区別も明確になされている。

例えば、イギリスにおいてそれは最も顕著である。医師は、プライマリケアを担当する一般医とセカンダリケアを担当する専門医に、医師養成課程を通じて身分的に区分される。一般の場合は、学部レベルの医学校を卒業して、3年間の研修が終了すると、地域の登録医となり、診療所におけるプライマリケアに専念するキャリアを積み、専門医は4年から6年の研修過程を経て、専門医として病院で勤務していく（猪飼 2010b: 23-27）。

そして、セカンダリケアを担う病院について見てみると、医療財政制度については後述するが、イギリスやスウェーデンのような医療財政制度に関して税方式を選択している国のみならず、日本のように社会保険方式を採用しているドイツやフランスにおいても、病院の経営主体の大部分は公的セクターが担う。なお、こうした制度の特徴を反映して、患者の受療は一般医の診断を受けた上で必要と考えられれば、病院で治療がなされることになる（島崎 2011: 24-25）。

アメリカでは、病院の開設、病床の供給主体の大きな部分を占めるのは、営利・非営利を問わず、非政府組織によって開設されているという意味で私立の病院である。これは、ヨーロッパ諸国とは異なり、日本と共通する部分のように見える。しかし、その経営主体の中心をなすのは教会団体をはじめとする民間非営利組織や営利企業であり（大浜・高島 2003）、医師自身が経営を行う日本のシステムとは大きく異なる。

また、プライマリケアとセカンダリケアの提供と診療所と病院の区別という点では、アメリカでは専門医がプライマリケアとセカンダリケアの双方を提供する一方で、診療所と病院は明確に区別されることになる。アメリカでは医学部を卒業した後、「専門医」資格を得るためにレジデンスプログラムと呼ばれる卒後研修プログラムを提供する大学病院、その他の教育病院へと分配される。そして、3年から6年程度の研修期間を終えると、大半の医師が診療所を開業する。そして、その医師は、近隣の病院と手術室などの諸施設の利用に関して契約を交わしており、自らの診療所で診察した患者に病院での治療が必要な場合には、連携する病院に転院させた上で、その病院においても患者に対する治療の責任を持ち続けるというのが一般的である（猪飼 2010b: 30）²⁵。

以上のように、ここまで日本の医療供給制度の構造を欧米との比較を交えて説明してきた。そして、日本における医療供給システムを形作る根本的な要因は、医師が自ら病床を所有する、言い換えると、病院や診療所を経営するという点にある（猪飼 2010b）。このことが、例えば、前述のように病院と診療所の区別があいまいである、私立病院やそれが有する病床が高い比率を占め、公的な医療機関を中心とした医療供給体制の整備が難しい、かかりつけ医が未確立である、平均在院日数が欧米と比べて長いといった特徴を生み出すのである。

医療財政制度

医療に対する公的な財政制度としては、大きく租税方式と社会保険方式がある。前者の方式を採用する代表的な国はイギリスやスウェーデンである。後者は、日本やフランス、ドイツなどに見られる。一方、アメリカは、高齢者の医療を保障するメディケア、低所得者への医療扶助を行うメディケイドを別にすれば、統一的な公的医療費保障制度がなく、民間の医療保険制度が果たす役割が大きいことが大きな特徴である（島崎 2011: 22）²⁶。

日本について見ていくと、まず、公的医療保険制度の体系上の特徴は、①複数の制度と多数の保険者による国民皆保険体制、②職域保険と地域保険から成り立っていること、③多額の公費補助が行われていることなどがあげられる。

①について、日本の医療保険制度は、健康保険組合や共済組合などの公法人型と市町村などの公共団体型が入り混じった多数の保険者が存在するが、原則としてすべての国民が何らかの公的医療保険に強制加入しているという意味で国民皆保険を達成している。②に

²⁵ 猪飼（2010b）は、ここまで示した各国の医療供給制度の違いを生み出す原理を身分原理（主にヨーロッパ諸国）、所有原理（日本、韓国、台湾）、開放原理（アメリカ）に区分している。

²⁶ ただし、医療費の高騰による保険料率の上昇などによって、人口の約15%（約4900万人）が無保険者という状態となっていることが問題となっている。

ついで、職域保険に属する制度は、健康保険、船員保険、各種共済保険、国民健康保険のうちの国民健康保険組合であり、地域保険は市町村国保と、2006年の法改正で設立され、広域連合を保険者とする後期高齢者医療制度がある。③については、制度間、保険者間の財政力格差を是正することを目的に、国保、健保、後期高齢者医療制度等に、租税を財源とする多額の公費投入が行われている（新田 2013: 3-5）。

また、診療の対価として医療機関に支払われる診療報酬の支払い方式についても、国ごとに異なる制度となっている。

まず、アメリカについて見ていきたい。アメリカを先にとりあげるのは、後に入院医療において各国で採用されていく診断群部類に基づいた定額払い方式が、世界に先駆けて登場したからである。アメリカの医療提供は、①保険者を中心に診療ガイドラインなどを通じた医療内容への介入、②医療費の支払い方式を通じたインセンティブの付与、③予防や自己管理の積極的な導入の3点を組み合わせて、医療提供者、医療費の支払い方法、患者をコントロールするマネジドケアの手法が広く取り入れられている。それを提供するマネジドケア組織の特徴は多岐に渡るが、診療報酬の支払い方式の点からすれば、強力に組織が保健医療の内容に介入し、医師や医療機関へのアクセス制限などが厳しいHMO型

（Health Maintenance Organization）型、出来高払いの提携機関との割引交渉、特定の医療提供者の利用推奨により財政的コントロールを試みるPPO（Preferred Provider Organization）型、その混成型で、定額人頭払い制や医療機関の全体的な実績で医療費が支払われるPOS（Point Service Plan）型がある（関 2013: 182-183）。

そして、入院医療における医療費の支払い方式において、1983年にメディケアの一部に、医療保険財政庁の委託を受け、イェール大学が考案した診断群別分類（Diagnosis Related Group：DRG）ごとに料金が定められた与件定額払い方式（Prospective Payment System：PPS）が導入された（関 2013: 178-189）。メディケイドは、1988年にニューヨーク州でDRG/PPSが導入された後、多くの州で取り入れられ、民間保険でも1983年以降段階的に導入されるようになった。

イギリスにおいては次のように診療報酬の支払いが変化してきた（白瀬 2016: 22-23）
27. 一般医への診療報酬は、伝統的に登録住民数に基づく人頭払いが中心であったが、2004年に改革がなされ、①主に登録住民数に包括報酬、②高度サービス報酬、③成果報酬

27 イギリスでは、税方式がとられているため、医療に支出できる予算は毎年議会で決定され、その下で医療が供給される仕組みになっている。イギリス保健省からの資金や国民保険からの拠出金による予算をNHSが管理し、各部門へ配分する。その中で大きな流れとしては、NHSとの間でコミッションングと呼ばれる委託契約を結んだプライマリケアを担う一般医や歯科医師、薬剤師へという流れと、全国に置かれたCCG（Clinical Commissioning Groups）への流れがある。CCGは、地域ごとに一般医を中心として組織された団体であり、セカンダリケアに支出可能な予算を管理する（白瀬 2016: 20-21）。

の3点から構成されるようになった。成果報酬などの導入は、人頭払いでは難しい医療サービス向上の動機付けのために導入された。また、病院については、NHSに準市場メカニズムが導入される以前の1980年代までは定額予算として配分されており、1990年代以降も基本的には包括的な年間定額契約に基づく方式であった。そして、2004年から診断群分類（Healthcare Resources Groups：HRG）に基づく支払い（Payments by Results：PbR）が導入されている。なお、この支払い方式は治療件数が多いほど診療報酬が増えるため、出来高払いの要素をもつ部分が生じていると言える。

ドイツでは、保険医の診療報酬は、連邦保険医協会と疾病金庫との間で毎年定められる、日本の診療報酬点数表にあたる保険医給付統一評価基準を基に支払われる。そして、連邦保険医協会、州保険医協会が疾病金庫と結んだ契約を通じて、当該州の全医師分の報酬総額が疾病金庫より州保険医協会に支払われ、そこから個別の医師へと支払われていくという形がとられている。そして、病院の財政は、設備投資については州政府が負担し、運営費用については各病院が毎年疾病金庫側と交渉し、予算が決定される。この運営部分については、従来患者1人1日当たりの定額の支払い方式がとられていたが、2000年に行われた保健医療改革によって、診療報酬診断群分類ごとの包括払い方式（Dianosebezeugene Fallgruppen）が導入されることになった（岩間 2016）。

フランスでは、2004年の改革によって開業医療で用いられてきた医療行為一般分類表（NGAP）と病院医療で用いられてきた医療行為カタログ（CdAM）に代わって、医療行為共通分類表（CCAM）が定められることになった（稲森 2016: 57）。開業医が行う外来医療については、各職種の代表団体が保険者との間で協約を結び、医師が行う医療協約では、CCAMに基づき報酬が支払われる。ただし、医師は、協約で定められた料金で算定した診療報酬を保険者に請求するセクター1と協約に拘束されず自由に報酬を決定するセクター2に分類される。入院医療については、公的病院においては1984年から総枠予算制が採用されており、民間病院では1991年から政府と民間営利病院の代表組合との間の協約によって、全国レベルでの料金目標額に基づき予算が配分される全国目標量と入院日額が採用されていた。こうした違いを統一すべく、2003年社会保障財政法により、1入院当たりの包括評価方式を中心とする財政方式の導入が決まった。病院の主な収入源である入院に関する医師などの医療行為に対する診療報酬については、フランス版の診断群分類（Groupe homogène de séjour：GHS）に基づいて1入院当たりの包括評価で算定されることになった（原田 2016: 14-17）。

一方、日本において診療報酬は全国一律の料金体系で2年に1度改定される。手続きのプロセスとしては、①内閣による診療報酬改定率の決定、②社会保障審議会における診療報酬改定に関する基本方針の決定、③改定率と基本方針に基づく厚生労働大臣から中央社会保険医療協議会（中医協）に対する改定案についての諮問、④中医協から厚労相への改定案の答申、⑤厚労相による改定の告示という手続きを経る（新田 2013: 17）。また、報酬の支払い方式については、医師の医療行為に対する報酬と施設利用料とも言えるような入

院医療の基本的費用に対する報酬が、医師自身が開業している病院が多いために明確に区分されていないことが特徴の1つとなっている。日本では、前者をドクターフィー、後者をホスピタルフィーという言葉で表す場合もある。

さらに、従来、診療報酬は、出来高払い制を基本としてきたというのが、最近では、急性期、慢性期の入院医療において包括払いの要素も強まってきている。診断群分類を通じた定額払い制については、2002年以降の診療報酬改定において、診断群分類（Diagnosis Procedure Combination：DPC）に基づいて評価される1日当たりの定額支払い方式が段階的に導入されている。

こうした出来高払い制を基本としてきた日本の診療報酬制度は、高齢者の長期入院という点からするとそれを促すものとして働いてきた。医療供給制度の構造で見たように日本の医療機関の多くは医師自身がその経営を行うため、医療と経営を切り離すことが難しくなる。日本の医師は診療に当たる一方で、自身の病院経営を安定化させることも考えなければならず、それによって、患者を病院にとどめようとするインセンティブが生み出される。その中で、完治の難しい慢性期疾患を抱え、医療行為を行う余地が大きいことから、高齢者は入院の対象となりやすい立ち位置にある。こうした構造の下、個々の診療に対して報酬を支払う出来高払い制度は、高齢者の長期入院を助長してしまうのである。

第2節 医療制度の形成・展開過程

(1) 戦前における医療供給制度の生成

明治政府は、富国強兵・殖産興業という政策とも関連して国民の健康保護を進める必要があったことから、1874年（明治7年）に「医制」を公布した。76条からなる医制は主に、①文部省統轄の下に衛生行政機構を確立すること、②1872年の発布された学生とあわせて西洋医学に基づく医学教育を確立すること、③その教育制度の上で医師開業免許制度を樹立すること、④医薬分業を確立することを定めた（川上 1965: 110）。

当時、それまでの医療の主流は漢方医学であったため、医師の大部分は、大名の御典医から町医者に至るヒエラルキーによって構成されている漢方医であった。明治政府が公布した医制は、医師をこうした漢方医から西洋医学を学んだ者へと置き換えていくことを意図したものであった。このような狙いの下で、明治政府は、1876年、各府県に西洋医学に準拠する医術開業試験の実施を指示していった。そして、1883年に「医術開業試験規則」と「医師免許規則」が制定され、医師の資格制度の基礎が築かれていった。なお、これらの規則制定の際、西洋医が充足するまでの経過措置として、官庁や公立病院に奉仕してきた者や既に医業をなしている漢方医、その子弟までに限って無試験で開業許可を与える措置が取られた（菅谷 1976: 40-43）²⁸。なお、医術開業試験については、帝国大学や医学専

²⁸ 医師数においては、明治期のほとんどの時期でこうした措置によって開業免許を得た者が量

門学校の卒業生が多く輩出されるようになると、彼らからの批判が集まり、1906年に医師法が制定されたのにもない廃止された。

これと並行して、医学教育制度の整備も進められていくことになるが、紆余曲折を経ることになる。1872年に「学制」が公布された際、専門学校相当の医療機関としては、大学東校、大阪医学校、長崎医学校を数えるのみであり、その後正規の医療機関として、1879年に大阪専門学校（もとの大阪医学校）が開設された。しかし、それでは当時の西洋医の需要を満たすことはできず、各地の公立病院に医療機関を設け、医師を養成するという方策がとられていく。そして、1879年の「教育令」に基づき、1882年に「医学校通則」が出され、医学教育の内容が次第に整備されていくことになる（菅谷 1976: 56-57）。この医学校通則では、医学校を甲種・乙種の2種類に規定し、甲種の医学校卒業生は試験を要せず医術開業免許を得られることになっていたことから、地方医学校はその指定を受けようと設備の改善が進めていった。それによって、1884年には公立30校、私立2校の医学校が生まれ、生徒数も4000名以上を数える状態となる（菅谷 1976: 58-59）。

しかし、1887年の松方緊縮財政のあおりを受けて、公立医学校に対して地方税を支弁することを禁じる「勅令第48号」が公布され、これをきっかけに、公立病院の新設中止、既存の公立病院の廃院、民間病院への転換といったことが起こっていった（菅谷 1976: 59-60）。そして、この時期から医療供給における量的な意味での私立病院の優位が確立していく。

その根底には、地方財政の脆弱さからくる公立病院の財政力の乏しさがあった。このため、そもそも公立病院の維持自体が難しいものであり、また生き残った公立病院も、経営上の必要性から私立病院と同等以上の診療代を徴収することから、公立病院の社会的な存在意義に疑問が投げられることになった（猪飼 2010b: 80-85）。また、公立病院が、増加していく帝国大学本科卒業生²⁹である医学士に対して十分なポストを供給できなかったことから、それにあぶれた者が1890年頃から開業医術者として自らの病院を開業し始めていき、1890年代以降その動きは本格的に広がっていく（猪飼 2010b: 85-88）。ここが、いわゆる自由開業医制形成における起源であった。

そして、1886年の帝国大学令以降、新たな帝国大学の設置が進む中で、医師養成課程である医科大学も併設され、帝国大学卒業の医師の供給が始まる。具体的には、1899年に京都帝国大学医科大学、1903年には九州帝国大学（後の医学部は京都帝国大学福岡医科大学として）が設置され、1915年には官立仙台医学専門学校が東北大学へと昇格した。

的には最大であった（猪飼 2010b: 75）。

²⁹ 明治の前半期には、大きく、大学、医学専門学校（公立医学校兼病院）の卒業生、内務省医術開業試験の合格者という3つの系統の医師養成経路が生まれた。中でも、1877年に成立した東京大学医学部（1886年に帝国大学医科大学）には、西洋医学を直接に外国人講師から習う本科と本科卒業生から西洋医学を学ぶ「別課」という2つの医師養成コースが形成された。

そして、1918（大正7）年に公布された大学令により、単科大学の設置が認められることになり、千葉・岡山・金沢・長崎・新潟の官立医学専門学校が医科大学に昇格した。さらに、その後、熊本、愛知、京都の公立医学専門学校、慈恵会などの私立医学専門学校が大学に昇格し、慶應義塾大学医学部も設立された（猪飼 2010b: 104-105; 菅谷 1976: 66-75）。また、こうした医専の大学昇格後には、その空白部分に新たな医学専門学校が次々と開設されていった（菅谷 1976: 228-232）。

こうして戦前期には、帝国大学、医科大学、医学専門学校という3つの医師輩出経路が形成されることとなった。そして、この時期を通じて、医師のキャリアパターンもかなりの程度固定化されていった。具体的には、学歴的に上位の層から下位の層へと伝播する形で、卒後短期で開業していくものから一定期間以上の勤務経験を経た後に順次開業していくものへと、あらゆる医学校の卒業生のキャリアパターンが変化しつつ定まっていった（猪飼 2010b: 125）。そして、自らの診療所を開設した医師は、手術を行いたければ診療所に病床を設けることが可能であった（池上・キャンベル 1996: 51）。ただし、そのような流れの中で形成された私立病院の大部分は、戦前期を通じて平均30床程度の病床をもつ小規模なものであり続けた（猪飼 2010b: 169-171; 川上 1965: 175）。

(2) 戦前における医療保険制度の生成

健康保険法の成立と展開

日本の公的医療保険制度については、1922年（大正11年）に健康保険法が、1938年に国民健康保険法が制定され、現在の医療保険制度の基盤が形作られることになる。健康保険法については、次のような流れの下、成立した。

疾病に対応するための社会保険制度創設に関する、日本における最初の動きは、内務省衛生局長であった後藤新平を中心としたものであった。彼が1895年から1898年にかけて構想に向け伊藤博文首相に直接に働きかけ実現しようと動いた、労働者疾病保険法案がそれである（佐口 1977: 7-8）。1880年代にドイツで始まった社会保険制度については、当時から新聞雑誌などで紹介されていた。後藤は、1890年から92年にかけてドイツに留学しており、その際に学んだビスマルクの社会政策とイギリスのローカル・ガヴァメント・ボード（地方行政当局の救貧事業・衛生事業を統括する中央政府機関）を念頭に、そうした制度を構想していた（中静 1998:11）。また、後藤は、こうした構想を救貧対策という意味だけでなく、労働力の養成という点からも重視していた（佐口 1977: 7; 菅谷 1976: 141）。しかし、後藤の構想は彼が台湾民政局長に任命され衛生局を離れたため、実現されることはなかった。

1914年に起きた第1次世界大戦は、アジア諸国への輸出の急増などにより、日本に未曾有の好況をもたらした。また、当時は、化学工業の発展も目覚ましく、それにあわせて工

場労働者や鉱山労働者の数も大きく増加していた。一方、好況による物価高騰も激しく、民衆の生活は苦しいものともなり、最終的には1918年の米騒動へとつながった（吉原・和田 2008: 30-31）。

また、大戦による好況は一時的なものであったため、戦後恐慌が起き、大量の失業者が発生、賃金引き下げや解雇反対を求める労働争議が多発し、労働運動は激しいものとなっていった。1920年には、東京上野公園で約1万人が参加した日本で最初のメーデーが行われている。そして、当時は大正デモクラシーが盛り上がりを見せた時期でもあり、社会改良政策を綱領に掲げる憲政会は、1920年に疾病保険法案、1921年には失業保険法案及び労働組合法案を帝国議会に提出した（吉原・和田 2008: 31）。

このような労働運動の盛り上がりや憲政会の動きに対して、政府内部では1917年ごろから疾病保険法案の制定については検討がなされており、1920年には法案の立案が本格的に進められていく（吉原・和田 2008: 34）。法案の作成には、農商務省工務局労働課が担当し、1921年に健康保険法案は、衆議院、参議院であまり活発な議論がなされることなく、成立した。これは、①健康保険が難解であり、当時一般の人々が関心を向けていなかったこと（中静 1998: 99）、同議会で提出された過激社会運動取締法案に議論の関心が向いていたこと（吉原・和田 2008: 41）があった。

この健保法の内容は次のようなものであった。被保険者について、工場法と鉱業法の適用を受ける工場、事業場の常勤労働者で年収1200円以下の者が強制被保険者であり、電気、土木建築、鉄道、陸上輸送などの業種は任意加入であった（北山 2011: 44）。保険者は、政府と健康保険組合の2種類がおかれ、健康保険組合は常時300人以上の被保険者を有する事業場が対象となった。この時点で、組管掌健康保険と政府管掌健康保険に分かれていた。保険給付については、療養費、傷病手当金・埋葬料・分娩費もしくは出産手当金など、被保険者のみの給付に限られた。保険料については、ドイツの方式をまねて事業主と被保険者が折半負担するという事になった（菅谷 1977: 131）。

なお、健康保険法の実施については、1923年の関東大震災によって実施が無期限に延期され、結局実施に移されることになったのは1927年（昭和2年）であったが³⁰、健康保険施行後の評判はあまり良くなかった。労働者にとっては、工場法や鉱業法で事業主負担であった業務上の傷病まで法律の対象となり、保険料を負担することになったが、給付の内容に制限が多かったことから不満がつのった。事業主においては、共済組合などに費用を出していた大企業とは違い、従来なかった新たな負担が課されたことから中小企業を中心に反対が強かった。医師会にとっても、保険診療の診療報酬において人頭払い制がとられた

³⁰ この実施に際して、民間共済組合の新設が一切認められないこととなった。また、既存の多くの組合も多くは組織の変更を行い、中には解散する組合もあった。官立の共済組合は、健康保険の給付を行うことを条件にその代行機関として存続し、後の国家公務員、公共企業体の共済組合へとつながった（菅谷 1977: 72）。

上、その報酬も医師会の慣行料金より低く設定されたため不満は強かった。そして、予想に反して保険診療の患者が多く、人頭払いの単価引き上げをめぐって政府と医師会の交渉は毎年難航し、医師も保険診療を敬遠するようになった。政府にとっても、予期した以上に費用が掛かり、保険料を滞納する事業主も多かったことから、保険料滞納に対する強制徴収権が認められた（吉原・和田 2008: 58-59）。

そして、1929年に起きた世界恐慌によって、大量の中小企業の倒産が発生したことから、1930年に健康保険や政府管掌健康保険の被保険者数は大きく減少し、保険料の滞納も増加したことから組合も財政危機を迎えた。しかし、1931年に成立した犬養毅内閣の高橋是清大蔵大臣による、軍事費増と公共土木事業を中心とした積極財政によって世界の国々よりも早く、日本は立ち直った。景気の回復を受け、健康保険の財政は好転し、1934年には健保法改正されることになった。それにより、適用範囲が、常時5人以上を使用する製造業、鉱業、電気業、鉄道業、陸上旅客運送業の事業所へと広がった（吉原・和田 2008: 60-63）。

なお、診療報酬の支払いは、各保険組合と医師会が診療契約を結び、人頭払い方式で行われていたが、受診者の増加で医師への報酬が低減したことから、次第に時価方式で支払う組合が増えた。しかし、時価方式の支払いに関する交渉がたびたび難航したことから、組合側に一元的組織による団体交渉への期待が高まり、1940年には健康保険組合連合会（健保連）が結成されて、健保連と日医とで診療報酬が取り決められることになった（衛藤 1997: 146）。

国民健康保険法の成立と展開

1929年の世界恐慌は、特に農村部に大きな影響を与えた。農家の4割が養蚕を副業としていたが、生糸の対米輸出が激しく落ちこみその価格が暴落したこと（吉原・和田 2008: 66）、翌年の米の豊作により米価が下落したことで、農村部の経済は大きな打撃を受けた。さらに、1931年には一転して、東北・北海道地方が冷害によって大凶作となり、農村救済が焦眉の急となり、内務省は無医村地区への出張診療などを行う時局匡救医療事業を実施した（中静 1998: 188-191）。また、済生会などの民間社会事業団体による施療事業も行われた。

加えて、農村部の疲弊は、農村住民の死亡率の上昇、健康状態の悪化を招いた。この頃は、1931年に満州事変が勃発し、翌年には五・一五事件が起きており、軍部が台頭している時期であった。そうした中で、徴兵検査にも不合格者が多く出始めたため、軍部も農村医療に関心をもつようになっていった（吉原・和田 2008: 70-71）。

こうした中で、農村住民を対象とする医療保険制度の立案が進むことになる。1934頃から、内務省社会局が、農村問題の調査・資料収集を集中的に開始し始め、国民健康保険法案の立案が動いていく（中静 1998: 204-205）。同年には、「国民健康保険制度要綱案」が

発表されている。この案の作成においては、社会局が地域住民すべてを国保に強制加入させる考えであったが、内務省衛生局が医師会との対立を避けるために建前として任意加入を強く主張したために、両局の間には溝があった。結局は、その折衷案として、組合の任意設立、任意加入を原則に、必要な場合は強制加入をなしうることになり、1935年には社会保障制度調査会で審議された（菅谷 1977: 193-194）。

1936年には二・二六事件で岡田内閣が崩れ、陸軍の強い圧力の下に広田弘毅内閣が成立した。そして、陸軍は、国民の体力向上のための政策の実施や衛生省の設立など、「保健国策」を推進するつもりであり（中静 1998: 217-218）、そうした流れの中で、国保は実現することになる。1937年に国民健康保険法案は国会に提出されるも、その後衆議院が解散され、法案は未決となったが、1938年に法案は、新設された厚生省の下で、再度国会に提出され、成立した。

国保の内容としては、農漁業者、自営業者を対象とするために、「被用者以外の者」を被保険者（任意加入）とし、それに対応するため、保険者は、市町村（普通国民健康保険組合）、同業者組合（特別国民健康保険組合）とされた（吉原・和田 2008: 73-74）。なお、法案に対して、医師会は、産業組合運動の一環として農村部に浸透していた医療利用組合に国保事務の運営を代行させると開業医が一層の打撃を被る、国保との契約は医師会と団体契約とすべきといったことを主張した。医療利用組合については、国保の運営を産業組合に代行することを認めるが新規設立は抑制することとなった（菅谷 1977: 194-195）。

また、国民健康保険は、戦時下の1942年には、任意設立・任意加入が地方長官の命令による強制設立・強制加入に改正され、翌年には全国市町村の95%が国保組合を設立するに至った（衛藤 1997: 146）。

(3) 戦後における医療制度の展開

太平洋戦争は、医療保険制度、医療機関の双方に深刻な影響を与えたが、戦後、特に占領期の改革は、理念的には戦前の制度を転換することを目指すものであった（衛藤 1997: 147）。1945年に設置された「社会保険制度調査会」は、1947年にイギリスのベバレッジ報告の強い影響を受けた「社会保障制度要綱」を示している。これは、新憲法の25条を基に最低生活の保障を基本理念とし、「現在の各種の社会保険を単につぎはぎして統一するものではなく、生活保護制度をも吸収した全国民のための革新的な総合的社会保障制度」の創設を目指すものであった。

これに対して、ウィリアム・ワンデルを団長とするアメリカ社会保障制度調査団が示した「ワンデル勧告」は、運営の民主化を強調し、医療保険を、被用者とその家族を対象とする健康保険と、使用者とその家族以外を対象とする市町村営の国民健康保険の2つに統合するという内容であり、従来の制度を考慮するものであった（中静 1998: 310; 吉原・

和田 2008: 132-133)。また、ワンドル勧告を受けて、同年には社会保障制度審議会が設立されることとなった（厚生省医務局編 1976: 368-369）。

ワンドル勧告の影響を受け、全国民を対象に統一された社会保障制度創設の議論は下火となった。そして、この社会保障制度審議会が1950年に示した「社会保障制度に関する勧告」では、現状、「被用者に対する保健と一般国民に対する保健とに区別して取扱うことは止むを得ない」とされた³¹。また、そこでは、被用者については、企業の規模や事業の種類を問わない、公務員も含めた従来の制度大きく拡張した保険制度を創設し、被用者とその家族以外の者を対象とする「一般国民の保険」を創設することを求められた。

医療の供給体制についても、1948年、医療制度審議会が提示した「医療機関の整備改善方策」において、公的医療機関が全面的に社会保険医療を担うとした。同年には、医療法の制定によって公的医療機関に関する設置事項が定められ³²、公的病院の全国配置を具体化する作業も進められていた（衛藤 1997: 147）。

こうした理念の一方で、医療保険制度、医療供給制度ともに、現実的な制度の建て直しになされてく。健康保険においては、終戦直後の激しいインフレの中で、医師は報酬の低い保険診療を嫌い、保険診療への不信感は強まった。国保においては、社会的混乱の中で過半数の組合が事業の不振、休止に追い込まれていた。しかし、終戦後数年のうちに法改正や診療報酬の単価引き上げが行われ、戦前以上に制度が整備されることで、医療保険制度はその機能と信頼を徐々に回復する（吉原・和田 2008: 122-123）。

まず、1948年には、国保の実施主体が国保組合から市町村公営に移され、国保事業を営む市町村では、被用者以外を強制加入とした。また、インフレが収まると保険診療の利用者は増加し、1949年のドッジラインによる不況の影響もあり、保険診療の受診率がさらに上昇したが、診療報酬の単価引き上げ、支払いの迅速化によって、医師も保険診療を敬遠しなくなった（吉原・和田 2008: 126）。加えて、保険診療の急激な伸びにともなって、国保財政は財政危機に見舞われるものの、それに対応するために1953年には療養給付に対する2割の国庫負担が導入された。国保の市町村公営化と国保への国庫負担導入は、国民皆保険に向けての重要な要素となった。健保においては、朝鮮特需を背景に財政が安定化し、適用業種の拡大、給付期間の延長、診療報酬の引き上げが行われた（土田 2011: 245;）。

こうした流れと保守合同の動きが重なって、医療保険政策は重要な政治問題と化した。保守合同後の石橋湛山内閣では、国民皆保険の実現を閣議決定し、岸信介内閣の下、1958

³¹ 「社会保障制度に関する勧告」

(<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/1.pdf>, 2017年7月3日最終閲覧)。

³² 医療法制定によって、20床以上の病床有するのが病院、19床以下が診療所と定義された。

年に、市町村の国保施行を義務付ける国民健康保険法の改正案が成立した（土田 2011; 中静 1998: 330）。これによって、1961年から国民皆保険体制が敷かれることになったが、その構造は、基本的に戦前来の医療保険制度に対して財政投入を行うことで補強するというものとなった。

次に医療供給体制について見ていきたい。日本の医療供給体制は、1945年に病院数が645と、戦前期の最多である1941年の約13.3%に激減するなど荒廃していた（菅谷 1976: 423）。ただし、戦後直後から急速に病院数、病床数共に増加していく。これを支えたのは私立病院であった。

そして、先にも示したように政府は当初、公立病院を中心とした医療供給体制の整備を狙っていたが、私立病院の増加、増床による医療供給の拡大を直接、間接に補助してき、それを追認した。そうした私立病院を助成する制度としてまずあげられるのは、1950年の医療法の改正による、医療法人制度の創設である。これは、私立医療機関は資金調達を行いやすくして経営安定化を図るために創設されたものであり、さらに、あわせて税制上の優遇措置もとられた。

その他には、1954年にはいわゆる医師優遇税制が設定された。また、1960年には、私立の医療機関の設置や設備向上のために長期低利融資を行う、医療金融公庫が創設された。さらには、1962年に医療法が改正されたが、その主な内容は、病床過剰地域において公的医療機関の新設を認めないというものであり、間接的に私立病院を支援するものであった（島崎 2011: 76-78; 菅谷 1976: 429-430）。こうした政策によって戦後の医療供給制度も、私立の病院、診療所を中心とした形で整備されていった。

また、医師の養成課程については、戦後、医学教育が大学に一本化されることになった。そして、最終的には、GHQの審査を経て承認された医学専門学校が大学へと昇格することになり、制度として現在の医師養成のルートが定まった。

第3節 医療政策の決定にかかわる制度

(1) 医療政策におけるアクターの対立構図

日本の医療政策は、医療体制の統制を目指す厚生省と、医師の裁量の自由を確保しようとする医師会との対立に特徴づけられてきた（池上・キャンベル 1996: 4）。その中でも、まず、厚生省について述べていくと、省内では事務官と技官の間に一定の距離があると指摘され（中島 2017）、そして、事務官の方が医系技官よりも省内での影響力は大きいとされてきた。

例えば、医療の分野における主な所管は、医療保険、医療従事者の資格制度、公衆衛生業務、薬剤や医療機器の規制などがあげられるが、医療政策の中で重要な位置にあるのが医療保険を所管する保険局、その中でも医療課である（池上・キャンベル 1996: 6-7）。こ

の医療課の課長には技官が当てられてきたが、局長には従来事務官が就任してきた。さらに、旧建設省において技官は事務官と交互に事務次官に就任する慣行があるが、厚生省では、事務次官は必ず事務官から輩出されてきた。このため、厚生省の本流は事務官であるとされる。

一方の日本医師会は、戦後一貫して医療政策の決定において重要な位置を占め続けてきた団体である。日本医師会の起源は、1916年に誕生した日本最初の医師の全国組織である「大日本医師会」にさかのぼる。医師会の初代会長は北里柴三郎であり、この団体は医薬分業を主張する日本薬剤師会の動きに対抗するために結成された（結城 2006: 37）。戦時中には、医師は大日本医師会に強制加入ということになり、翼賛体制に組み込まれた。そのため戦後、GHQの民主化政策の一環として、1947年に日本医師会が設立された。日医は、任意加入の団体として生まれたものの、開業医を中心に医師の60から70%が加入し、医師を代表する他の有力団体がなく、資金的にも潤沢なことから、政治的に強い影響力を有してきた（池上・キャンベル 1996; 結城 2006）。

この対立軸に基づいて、厚生省と立場の近いアクターと医師会に近いアクターが存在する（池上・キャンベル 1996: 10-14; 結城 2004: 40-41）。厚生省の側には、財政支出を抑えようとする大蔵省（財務省）、健康保険や国民健康保険などの保険者、健康保険組合を運営する労使の団体が存在する。保険者については、健康保険組合の中央団体として健康保険組合連合会（健保連、けんぼれん）が、国保にも国民健康保険中央会という中央団体が存在する。そして、労使の側の主要な団体として、経営者側の組織である日経連（経団連）、労働側の連合が医療政策の決定において、審議会に参加するなどして影響を与えてきた。

そして、医師会の支援者としては、他の医療団体である日本歯科医師会や日本薬剤師会、日本看護協会などがある。そして、それ以上に重要な支援者として自民党が存在する。医師会は、選挙の際には各地域医師会で自民党議員を推薦するなどの選挙協力を行っており、また、医師会の政治団体である日本医師政治連盟は多額の献金を自民党に対して行ってきた。加えて、参議院選では日本医師会が直接推薦した候補者が擁立されてきた。

一方で、医療政策の重要な決定に直接的に携わることができないアクターもいる。まずは、自民党以外の社会党、民社党、共産党などの野党である。彼らは、例えば個々の患者組織の代弁者などとして一定の役割を演じてきたが、医療政策全体への影響力は小さかった（結城 2004: 41）。加えて、医療政策の専門家も、層の薄さなどから大きな影響力をもつことができなかった（池上・キャンベル 1996: 17）。

(2) 医療政策における決定の場

医療政策を決定する政策決定の場としては、中央社会保険医療協議会（中医協）と自民党政調会の部会、国会が重要なものとしてあげられる。中医協のもつ大きな役割は、2年

ごとに行われる診療報酬の改定を決定することにある。それは、厚生大臣の諮問機関という位置づけであり、事務局は保険局医療課が担当する（池上・キャンベル 1996; 森田朗 2016）。この審議会の沿革は以下の通りである。まず、1943年ごろに診療報酬は旧日本医師会や健保連、国保中央会などの医療関係者によって議論され、厚生大臣が決定するシステムとなった。1944年には社会保険診療報酬算定協議会が設置され、1947年には健康保険診療報酬算定協議会に改められ、診療報酬の決定にはこの協議会の意見を聞くことが義務付けられた。そして、1950年に中医協へと再編され、保険診療が拡大する中で医療関係者にとって非常に重要な審議会となった（結城 2006: 19）。

委員については20名からなっており、診療側8名（医師5名、歯科医師2名、薬剤師1名）、支払い側8名（保険者4名、労働者側2名、経営側2名）、公益委員4名という構成がとられてきた。そして、診療側の医師5名は医師会の推薦によって決まっており、そのうちの3人は医師会の代表者として推薦枠が固定されていた（池上・キャンベル 1996: 20-21; 結城 2006: 25）。このようなことから、医師会の政治的影響力の大きさが象徴的に表れる場であった。しかし、2004年の日本歯科医師連盟関連の贈収賄事件を受けた2006年の法改正により、診療側7名、支払い側7名、公益委員6名の構成となり、医師会の推薦枠が減らされた。

自民党の部会については、医療政策に関するものとしては、厚生部会（厚生労働部会）や医療問題調査会のような特別部会が重要であった。部会の最も大きな役割は、国会で審議される内閣提出法案に対して事前審査を行うことであり、自民党議員は、この部会で様々な活動やポストを経験することで族議員となっていく（猪口・岩井 1987: 99-101）。

医療政策の特徴は、厚生官僚と医師会との間の対立が強いために、部会にそれが持ち込まれるということであるが、こうした状況は、族議員の立場を難しくする一方で、その対立が激しい場合には仲裁者として大きな影響力を発揮することも可能にもした。ただし、そうした役割を演じるためには、専門性の高い医療政策を理解することが必要であったために、族議員の厚生族は高い専門性をもつ存在として位置づけられる。また、前述のように、医療政策には参入するアクターが限定的であり、利益もあまり多元的ではないことを反映して、厚生族は凝集性が高く、非常に専門的な族として特徴づけられてきた（猪口・岩井 1987: 194-198）。

国会については、診療報酬の改定や法案の重要部分に関する事柄といった医療政策における重要事項の詳細は、中医協、自民党の政調部会において既に決定されていることから、最重要の場として認識されず、儀式的なアリーナとも評されてきた（結城 2004）。ただし、法案の決定において必ず通過しなければならない場所であるから、医療政策の決定は、例えば会期制といった制度にも影響を受ける。また、安定的な国会運営を目指すために、政党が連立を組む場合などもある。そのため、例えば、本研究において、小泉政権期に公明党が政策策定に一定の影響力をもったが、それは自民党と連立政権を組んでいたためであった。

以上、特に本研究が対象とする中心的な時期において重要な医療政策決定の場としては、中医協と自民党政調会の部会、そして国会があげられる。

第4節 本章の小括

ここまで、本研究において、アイデアの実現にかかわる機会構造や回路として捉えられる、日本の医療制度の基本的構造、形成・展開の過程について見てきた。

そして、これまで、制度の基礎的な構造に基づいて関係アクターの対立構図が規定されてきたことを指摘した。具体的には、日本の医療政策は厚生省と医師会の対立を中心に、厚生省に対する支援者としての大蔵省、保険組合、労使の団体が存在し、医師会の支援者として医療関係団体、自民党が存在する。医療政策の決定に深く関わることができないアクターとして、社会党などの野党、医療政策の専門家が存在する。この対立構図の下、中医協と自民党政調会の部会、国会が成句決定の場として存在する。

こうした制度、構造が一種の機会構造、そしてアイデアの正統化のために通るべき回路となる。次章以下では、本研究の核となる事例の実証分析へと入る。

第4章 第1次医療法改正の政策過程

第1節 本章の目的と法改正の概要

本章の最大の目的は、1985年に行われた医療法の改正、いわゆる第1次医療法改正の政策過程を分析することで、この過程を通じて、医系技官（医務局・健康政策局）と事務官（保険局）の間に医療政策に対する認識が共有され始め、両者の距離が接近したことを明らかにすることである。その理由は、この組織環境の変化は、本稿が最も注目する医療機能の分化・連携というアイディアの登場、展開において不可欠な組織環境の変化であったと考えるからである。

医系技官、医務局について説明を行っておくと、厚生省は、医師、看護師、保健師、薬剤師、獣医などの有資格者を各種技官として採用しており（榎本・藤原 1999: 180-181）、医務局は、医療関連政策の形成のために医系技官が中心的な役割を担う局であった。戦後の厚生省機構改革の中で、医務局、公衆衛生局、予防局の局長に技官が当てられ、省内の3局の局長を技官が務める体制が固定されて以降、医系技官の最高ポストとされる医務局の局長には医系技官が就任してきた（藤田 2008: 97-100）。

このような組織的特徴をもつ医務局であるが、その省内での自律性は一定程度高いものであるとされてきた。その理由としては、そもそも、厚生省全体で見ても、各局の所掌する施策の専門性が高いため各局の自律性が高いということもある（榎本・藤原 1999: 183）³³。加えて、医学部を卒業し、場合によっては医師としての医療機関での勤務経験を持つという医系技官のキャリアパターン、省内の人事ポスト、ラインが事務官と大きく異なっていることも重要な点である（中野 1992: 32; 藤田 2008: 53）³⁴。そして、医師という資格をもつ医系技官、彼らが中心的な役割を担う医務局の目標や利益は、「専門職としての自律性の確保」であり、保険局のそれとは異なり医師会と近いとも指摘されてきた（中島 2001, 2017）。

このような先行研究の指摘に対して、本章では、第1次医療法の改正を通じて、医務局と保険局の距離が縮まったのはなぜかを説明するものである。

³³ 原局原課の自律性の高さを維持できているのは、社会保障という政府の役割として安定的な管轄をもっているからだと考えられる（曾我 2006: 179）。

³⁴ ただし、厚生省内での彼らの影響力は、例えば国土交通省（建設省）の土木技監と比べるとかなり限定的であった（藤田 2008）。土木技官は、①省内で数的な優位性、②事務次官を筆頭に上級ポストを占有、③中央地方を結ぶ部局ごとに独立した協力関係を構築していることなどから、政策形成の中心的な役割を担っている。しかし、医系技官は、①省内での人数が少なく、②医系技官の最高ポストである医政局長は、次官に次ぐポストではなく、あくまで一局長であり、③そのため、医療行政全般を統括する権限も有していなかった。

次に、医療法について説明する。1948年に制定された医療法の主な目的は、民間の医療機関の開設に対する支援にあった。1950年、1962年に改正がなされているが、それもそうした目的をより広げることを狙ったものであった。しかし、1985年の改正は、それらの改正とは質的に大きく異なるものであった。厚生省は、このよう改正によって都道府県に地域医療計画の策定を義務付けた。これは、都道府県が、地域における必要な病床数を算出し、それに基づいて公的病院のみならず、民間病院を含めた病床数の規制を可能にするものであった。これは、日本の医療供給体制の根幹である自由開業医制に制限を加えるものであるという点で、日本の医療政策にとって非常に重要な政策であったと言える（池上・キャンベル 1996: 61）。

それでは、この法改正において具体的に重要なポイントは何だったのかを見ていきたい。そのポイントとしては、次の4点をあげることができる。1点目は、従来定められていなかった医療法の目的が、規定されたことである。条文においては、第1条に「この法律は、病院、診療所および除算所の解説および管理に関し必要な事項並びにこれらの施設の整備を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を提供する体制の確保を図り、もつて国民の健康の保持に寄与することを目的とする」と定められた。

2点目は、都道府県による地域医療計画の策定が法定化されたことである。この点は、第2章の2として、「医療計画」に関する規定が付け加えられた。「医療計画」に関する規定の中の第30条の3第1項において、「都道府県は、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する計画を定める」とされた。

3点目は、医療法人格取得にあたり、3名以上の医師が常勤していることが要件とされていたものを、1人でも取得できるように変更する、いわゆる一人医療法人性が導入されたことである。条文としては、第39条第1項において、従来の文言から「3人以上」という言葉が削られ、「病院又は医師若しくは歯科医師が常時勤務する診療所を解説しようとする遮断または財団は、この法律の規定により、これを法人とすることができる」と改められた。

4点目は、医療法人への監督強化である。例えば、第63条に、「都道府県知事は、医療法人の業務若しくは会計が法令、法令に基づく知道府県知事の処分、定款若しくは寄付行為に違反している疑いがあり、またはその運営が著しく適性を欠く疑いがあると認めるときは、当該医療法人に対し、その業務若しくは会計の状況に報告を求め、または当該吏員に、その事務所に立ち入り、業務若しくは会計の状況を検査させることができる」と定められた。これによって、行政による医療法人に対する立ち入り調査が可能になった。その他、医療法人への改善命令について法定化し、それに従わない場合は、都道府県医療審議会の意見を聞いた上で、業務停止命令または法人役員解任勧告を行うこともできるようになった。

このような法改正の内容の特に2点目と4点目は、医療政策に対して大きな影響力を示してきた医師会にとって不利益となるものである。こうした政策はなぜ可能となったのかを明らかにすることも本章の目的である。ここでは、1970年代から80年代にかけての過程を政策学習のプロセスに留意して記述し、過去の政策の経験から政策案が発展し、衆目

を集める事件を契機に政策案の発案や発展が起こったことを示す。

第2節 第1次医療法改正の政策過程

(1) 政策変容を促した社会、経済、政治環境の変化

高度成長の終焉、福祉元年、高齢化、疾病構造の変化

第1次医療法改正に向けた動きの根底には、政治経済環境、政治環境の変化があった。具体的には、高度成長の終焉、福祉元年における社会保障制度の拡充、高齢化の進行、疾病構造の変化、日本型福祉社会論の登場、第二臨調の設置、1980年代の医療保険制度改革の影響といったものが医療法の改正に影響を与えた。

まず、福祉元年と高度成長について触れておきたい。1973年の福祉元年にて、老人医療費無料化、健康保険の家族給付率70%への引き上げ、5万円年金の実現など、日本の社会保障制度は飛躍した。しかし、同年の第1次石油危機が日本経済に狂乱物価と呼ばれるインフレを引き起こし、直線的な社会保障の拡大に影を落とす。この狂乱物価は田中角栄内閣の列島改造を目指した積極財政や通貨管理の不手際によるところが大きく、それを厳しく非難していた福田赳夫が財界の要請から蔵相につき、総需要抑制に乗り出した。それにより、高度経済成長を謳歌した日本経済は、1974年にマイナス成長を記録、スタグフレーションに陥った（新川 2005: 96-98）。

一方、栄養状態の改善や生活水準の向上、戦後整備された医療保障制度、医学の進歩などの要因も日本人の人口構成、疾病構造を変化させることで医療政策に変化を要請した。日本の高齢化率は、1955年以降上昇傾向をみせ、1970年には高齢化率が7%を超えて高齢化社会を迎えた。そして、高齢化率が上昇するとともに、病気の主流が結核などの感染症をはじめとする急性期疾患から、がん、心臓病、脳血管障害などの慢性期疾患へと変化した。こうした変化に因應するため、治療だけでなく予防やリハビリテーションまでを含むものへと医療政策を再編する必要性も認識されていった（衛藤 1995: 95-99; 藤田 1995: 6）。

日本型福祉社会論の登場、財政悪化、第二臨調の設置

こうした社会経済状況の中、1970年代後半以降の社会保障制度改革を方向づけたのは、「日本型福祉社会論」であった。この言葉は、村上泰亮らの共著、『生涯設計計画—日本型福祉社会のビジョン—』で初めて登場したものである。その主な内容として特徴的なのは、日本が北欧型の福祉国家の道を歩むことに疑問を呈し、企業、地域、家族での相互扶助を軸にした日本型社会システムを再評価するものであったということである。ただし、その本の中で使用される「日本型福祉社会論」は、必ずしも強いイデオロギー色を有してはいなかった

た（宮本 2008）。

だが、それ以降、1975年の『文芸春秋』2月号に掲載された「日本の自殺」をはじめ、保守系知識人による西欧型福祉国家へのイデオロギー的批判がなされていく（グループ一九八四年 1976; 香山 1978）。具体的な内容としては、次のようなものである。彼らは、彼らが主張するローマ帝国の崩壊と日本の状況を重ねながら、1974年の経済停滞を日本の長期的な没落への契機となるかもしれないと憂慮する。経済低迷を招く要因は、資源・エネルギーの制約、公害防止策に対するコストの急上昇、労働力需給の逼迫、賃金コストの急上昇などがあるが、それは日本人が自制心や自己決定能力を有している限り克服できるものである。しかし、戦後民主主義によって支えられた福祉国家、伝統的な家族や共同体の崩壊、利己主義と悪平等などが大衆社会を出現させ、日本人の自制心の喪失と過度な権利主張を招いている。そのような現状を、彼らは疑似民主主義であると説き、日本を没落に導く「自殺のイデオロギー」と主張した。そして、この状況は、市民による「パンとサーカス」の要求により、福祉が増加し、経済はスタグフレーションへ進み、生産性が低下して没落していったローマ帝国と重なるというのである。

こうした批判は、当時、福祉国家の見直し、民営化などによる「小さい政府」の実現を主張する流れを強めていた財界指導者達にも広く受け入れられていった。後に第二次臨時行政調査会の会長となる土光敏夫は、その論文を各界の指導者にコピーを配布して回るほどそれを称賛していた（大嶽 1994: 80）。

そうした中で政府は、1975年には経済停滞による大幅な歳入不足から10年ぶりに特例赤字国債を発行した。それ以降、一般会計上、国債依存率が高まり続けたことで、財政危機への対応を迫られることになった。大蔵省は当初、歳出削減以上に一般消費税の導入など、増税で対応しようとした。1978年末に首相に就任した大平正芳もその導入を訴えたが、1979年11月の総選挙で自民党が敗北したことから、政権首脳と大蔵省は歳出削減による財政再建への方針転換を余儀なくされた（大嶽 1994: 70-71）。

このような歳出削減に向けた流れが定まっていく中で、医療費の抑制が課題の1つとして取り上げられることになる。なぜなら、予算における社会保障関係費の割合が年々大きくなっており、また1970年代、特にその前半におけるその伸び率が高いものであったからである。具体的には、新川（2005）によれば、1971年当初予算において、14.3%の構成比率を示していた社会保障関係費は、1977年には20.0%を記録し、それ以降も19%台とそれに近い数値を示し続けた。また、その伸び率も、1971年には17.9%であったものが、翌年には22.1%、1974年には前年の福祉元年の影響から36.7%と急上昇し続けていた。こうしたことから、医療費の抑制も財政再建に向けた重要事項の1つと認識されることになる。

そして、1980年の衆参同日選挙中の大平首相の急死により鈴木善幸が首相に就任し、「増税なき財政再建」をスローガンに政権運営を行うことを目指していく。1981年には行政管理庁長官の中曽根康弘のイニシアティブで第二臨調が設置された。その主要メンバーに選ばれたのは、土光敏夫、加藤寛といった財界指導者や経済学者ら、自由主義に信頼を置く人

たちであった。そして、7月に発表した第1次答申で、医療費に対しては医療費の抑制、国庫負担の減額が提唱されるなど、臨調による行政改革路線下での福祉見直しが進められていくこととなる。

包括医療という概念の登場、医療機関の地域偏在、病院・診療所の機能分担の不足

前述したような感染症から慢性期疾患へという疾病構造の変化によって、医療提供のあり方にも変化が要求されるようになる。具体的には、慢性期疾患の患者が増えることによって、治療に偏りがちな医療提供から疾病予防やリハビリテーションも重要視する必要性が高まった。それにより、疾病の治療だけでなく、それらを内包した、「包括医療」の重要性が謳われるようになった。

その他にも、高度成長の終焉や高齢化、疾病構造の変化などを背景に、既存の医療供給体制に対する批判も強まった。日本の医療機関は、第2次世界大戦で大きな打撃を受けたが、戦後の経済的復興、1961年の国民皆保険の達成、高度成長と医療保障を拡充する経済的条件は整っていった。そうした中で急増していった医療需要は、公的医療機関ではなく、民間医療機関の急成長によってカバーされた。さらに、戦後、医療法人に対する税制上の優遇、医療機関への低利融資、公的病院の病床規制など、政府が民間医療機関を利する政策を実施してきた結果でもあった。しかし、1970年代に医療の量的拡大という課題が解決される中で、むしろ、それによって、医療機関の地域偏在が著しいものとなっている、欧米の医療機関と異なり日本の医療機関は大規模な病院と診療所間の機能分担やそれらの病院間での連携が十分になされていないといった批判がなされるようになっていく（笠原 1999: 126-129; 菅谷 1981: 195-202）。これらの事柄も医療供給政策の変化の原因となる。

「医療費亡国論」と保険局における政策目標の転換

上記のような状況の中で福祉見直しが迫られ、医療費の抑制も財政再建における焦点となるが、一方で、医療費の抑制については、1970年代後半から厚生省内部でも志向されていたものであった。1980年代の医療保険制度改革のイニシアティブを握ったのは、省内の改革派官僚であった。

その過程において重要な役割を担ったのが吉村仁である。彼の考えは、1983年の保険局長時に社会保障関係の専門誌に寄稿した論文、「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」の中で使用される「医療費亡国論」という言説に端的に表される³⁵。その要旨は次のようなものである。高齢化による医療費の増大、財政赤字の増大、経済成長率の鈍化が重なる中で租税負担率が上昇してしまうと、ヨーロッパ諸国のような先進国病と呼ばれる状況

³⁵ 『社会保険旬報』1424号（1983年3月11日）12-14頁。

に陥り、社会の活力が低下し国家が潰れてしまう。そのため、医療費に関する今後の対応は、「抑制」と「質の良い医療部分への医療費の重点配分（配置換え）」となる。彼は、このような考え方を「医療費亡国論」という刺激的なワードで表した。そして、医療費の抑制を達成するための手段の1つとして、厚生省は、1982年の老人保健法による高齢者の患者自己負担の導入、1984年の健康保険法における、被用者本人の1割の自己負担の導入を採用した。

この言説、アイディアを規範・認知の次元に落とし込めば、規範的には対外的にはこの時期に脚光を浴びた新保守主義や増税なき財政再建という価値に訴えつつ、省内的には今後持続可能かどうかの不確実性がまず医療保険制度を維持するという価値に訴えるものであった。また、認知的には、患者の自己負担導入によって患者のコスト意識を喚起し、医療費を抑制するという手法は、上記の規範と適合性の高いものと認識された（大嶽 1994）。そしてそれを「医療費亡国論」という煽情的なフレーズを用いて制度改革を正統化・正当化した。また、こうしたアイディアを通じて、保険局は医療政策における政治的目標を、従来の「制度の拡充」を通じた財政的リソースの拡大から「制度の維持」を通じた組織維持へと転換したのである（早川純貴 1991: 155）。

さらに、このアイディアに基づいて、保険局は、厚生省内の研究会で医療費抑制の方策を共に検討してきた加藤寛らが加わった臨調からの同意を獲得し、その上、田中派の厚生族のリーダー達も説得することで、医療保険制度改革を推進した（大嶽 1994; 加藤 1995）。

(2) 保険医総辞退と医療基本法案の廃案（政治的事件①）

ここからは、上記のような時代的变化の中で進んでいった第1次医療改正の政策過程について、時系列的に詳述していく。まずは、地域医療計画に関する議論が表出することとなった、保険医総辞退と医療基本法案の廃案の過程について記述する。

1971年2月18日に圓城寺次郎中央社会保険医療協議会（中医協）会長が審議のたたき台として提出した「審議用メモ」をきっかけに保険医総辞退が起きた。この審議用メモは、当時、日本医師会が中央社会保険医療協議会において、診療報酬が物価上昇に追いついていないとし、その物価スライド制を要求する一方で、公益委員が診療報酬適正化のための論点を整理し、中医協に提出したものである。このメモでは、診療報酬における包括払いや逡減制の導入、薬剤費の削減が示唆されていた。これに、武見太郎医師会会長は強烈的な反対姿勢を示し、医師会はその撤回を求め、中医協から委員を引き上げた（吉原・和田 2008: 256-258）。さらに、3月4日には、医師会は、都道府県医師会に対し、「厚生行政に対する包括的抵抗体制の確立について」を通知し、医師大会の開催、一斉休診及び保険医総辞退の体制の整備について指示を行った（厚生省保険局国民健康保険課・国民健康保険中央会編 1979: 119）。その後、医師会は、メモ健康保険法改正を抱き合わせての撤回を要求し、7月からの保険医総辞退の方針を固めた（吉原・和田 2008: 238）。

これに対し、厚生省による都道府県を通じた地元医師会への説得、保利茂官房長官が武見邸にまで出向いての説得などが行われたが実を結ばず、医師会は、予定通り7月1日から保険医総辞退に突入した（厚生省保険局国民健康保険課・国民健康保険中央会編 1979: 119; 吉原・和田 2008: 238）。

ちなみに、保険医総辞退は、それまでに3度企図されたことがあったが、全てが実施直前に政治的に收拾され、現実には選択されなかった戦術である。戦後からこの時期までの医師会の政治活動は、医薬分業、診療報酬、健康保険法改正、国民健康保険法改正といった問題に対してなされた。そして、その活動は、①中医協、②医師議員や医系議員を媒介とした自民党社会部会、③自民党幹部との折衝といった場を通じてなされていたが、保険医総辞退は、そうした通常のコースが有効性を発揮しなかった際に企図されたものであった（池上・キャンベル 1996: 20-28; 田口 1969: 183-196）。

7月5日の内閣改造を受けて厚生大臣には、内田常雄に代わり、2度目の厚相就任となる斉藤昇大臣が就任した。そして、斉藤と武見との3度にわたる報道関係者への公開会談が行われた。さらに、28日には佐藤栄作首相も交えた3者会談までもが実施された。この会談で、4項目8細目に渡る合意事項が取り決められ、それと引き換えに、7月いっぱい総辞退は收拾されることになった（厚生省保険局国民健康保険課・国民健康保険中央会編 1979: 120-121; 吉原・和田 2008: 259）。

この合意項目自体は、基本的に医師会の利益に沿うものとなっているが、本稿の関心から注目したいのは、その合意項目の3点目に、「国民の健康管理及び医療の供給体制を計画的に実施しうる医療基本法のような法律の制定を考慮する」（厚生省保険局国民健康保険課・国民健康保険中央会編 1979: 120-121; 吉原・和田 2008: 259）という文言があることである。

この会談の後、厚生省は、1972年1月に医療基本法要綱（事務局試案）を自民党医療基本問題調査会に提出した。その試案は、包括医療の必要性や疾病構造の変化への対応などを政策の基本方針においた上で、第1章から第6章までで構成されている。特に3章において、「国民医療基本計画及び国民医療審議会等」という項目が設けられている。その内容としては主に、①国が国民医療基本計画を策定すること、②それに基づき都道府県知事が都道府県医療計画を策定すること、③知事が当該地域内の市町村長や医療関係団体の意見を聞いて医師やその他の学識経験者などから任命する地域医療協議会を設置することなどが示された³⁶。

この案に対して、医師会は、医療基本法案の必要性は認めるものの、医療における基本的人権や声明の尊重が謳われていないなどと批判し、厚生省への再検討を申し入れることと

³⁶ 『公衆衛生』36巻4号（1972年4月）43-44頁。

した³⁷。そして、その他の各関係団体からの反対も強く³⁸、事務局私案には修正が加えられていった。最終的に、特に医師会の主張を受け入れる形で、この事務局案は4度の修正を加えられた(河野 2006: 69-71)。その後、社会保障制度審議会、自民党総務会の了承を得て、5月26日に国会に提出された。

一方で、この医療基本法案提出に先立ち、4月から保険医総辞退取捨の際の合意事項の1つでもあった健康保険法改正の国会審議が行われていた。この改正案の審議は、保険料率引き上げなどが審議されていたために与野党の意見が対立し、衆議院は何とか通過したものの、参議院では調整がつかなかった。そのため、社会・公明・民社の3党は5月15日に、公費負担や公共医療機関の拡充を求める医療保障基本法案を提出し、自民党に揺さぶりをかけた³⁹。

加えて、この国会は、7年8か月続いた佐藤内閣の最後の国会であり、自民党内部での角福戦争が激化していたことに影響を受け、国会は空転、結果的に、医療基本法案は同時に審議されていた健保法改正案とともに審議未了、廃案となった(有岡 1997: 305-306)。

(3) 都道府県における地域保健医療計画の策定

廃案となったものの、医療基本法案の中で地域医療計画という言葉が登場したことは、政策の具体化を促した。当時の厚生省医務局長滝沢正は、廃案後にもジャーナリストとの対談⁴⁰や社会保険関係者に対する講演⁴¹などにおいて、基本法にあるような地域での医療計画策定の必要性を訴え続けていく。

こうした厚生省の動きの背景には、1つに、当時、病気の主流が、感染症などの急性期疾患から心臓病、脳血管障害、がんなどの慢性期疾患へと移っていたことがあった。これにより、1970年代初めごろから、保健と医療を総合した「包括医療」という考えが広まり始めた。それは、疾病の治療のみならず、健康増進、疾病予防、リハビリテーションも含めたものへと医療の概念を広げたものであり、さらに、それらが一貫した有機的体系の下に行われる必要があると考えられるようになった。そうした中で、厚生省も包括医療の必要性、その体系的な提供の必要性を認識し始めていく(厚生省編 1974: 152; 厚生省大臣官房企画室編 1970)。

2つめは以下である。戦後の民間病院の急成長により、人口に対する医療機関数や病床数が1970年代には欧米諸国の水準と遜色ないものとなったが(厚生省大臣官房企画室編

³⁷ 『日本医事新報』2495号(1972年2月19日)95頁。

³⁸ 『日本医事新報』2498号(1972年3月11日)102頁。

³⁹ 『社会保険旬報』1043号(1972年6月11日)31-35頁。

⁴⁰ 『社会保険旬報』1051・1052合併号(1972年9月11日)13-19頁。

⁴¹ 『社会保険旬報』1060号(1972年12月1日)8-12頁。

1970; 厚生省保険局企画課編 1979: 1-29)、医療機関の地域的偏在や欧米諸国のように病院と診療所、病院相互間の機能分化が十分になされていないことが問題と捉えられるようになった(菅谷 1981: 196-198)⁴²。これは、自由開業医制の下、戦後、1961年の国民皆保険成立も手伝い医療需要が急増し、民間病院が急成長を遂げたことから顕在化したものであった(菅谷 1981: 198-202)。

そして、厚生省は、これらの課題への対応として、予防やリハビリなどの保健サービスや医療施設を計画的、体系的に整備していく必要性を認識し、その方向性で政策を作成していくことを示していった。例えば、1970年に厚生省が発表した「厚生行政の長期構想——生きがいのある社会をめざして」を見ていきたい。厚生省は、長期構想の狙いとして、①経済の高成長と比較して立ち遅れている社会保障の水準を前進させること、②経済の高成長や人口構造の変動に伴う国民生活の変貌にあわせて社会保障の内部変革を試みること、③厳しい社会変動が予測される1970年代を迎えるにあたり、厚生行政の側で事前に適切な対応策をうちたてること、④本土復帰が予定されている沖縄の福祉水準の引き上げと開発途上の国に対する福祉の面での国際協力の強化であるとしている。そして、その中で、地域保健需要の把握、各種医療機関の間の総合調整、地域保健計画の策定といった対策をとる必要があるとされている(倉田・林 1977: 21-22; 厚生省大臣官房企画室 1970)。

さらに、それと並行して、厚生省は包括医療の観点から問題を捉え、保健サービスに関して、地域圏を設定し、提供するという方向性で政策の検討に入ってもいた。1970年11月に公衆衛生局は「保健所問題懇談会」を設置し、そこから1972年7月に「基調報告書」が提出された。そこでは、①市町村の区域を想定した地区レベル、②農山漁村・都市・工業地帯のような地域の特性を考慮し数市町村を合わせた村域レベル、③多くは県域を想定する広域地域レベルからなる圏域を設定した上で、保健サービスを展開することが構想されていた(橋本 1975: 65-71)。加えて、公衆衛生局がこうした政策の検討に入っていたのは、感染症対策を主要な役割とした保健所を所管する組織であったために、疾病構造が変化する中でその役割を減じていたことから、その役割を復調させたいという理由もあった(小西 1977: 13-15)。

こうした状況に、基本法案での医療計画策定の動きが起こったことで、1973年には医務局と公衆衛生局は、「地域保健医療計画策定委員会」を設け、保健サービスと福祉サービス、さらに医療サービスを一体で住民に届けるための地域圏設定におけるモデル化を進めていった。そこで特に問題となったのは、委員会が設定することを決めた1次圏域、2次圏域、3次圏域のうちの2次圏域の範囲についてであった(1次は市区町村域、3次は都道府県域を想定した)。それは、保健・福祉サービスが行政区を単位に提供されている一方で、医療

⁴² 1973年版の厚生白書から、「医療施設が適正に配置され、相互の有機的な連携の下に、それぞれの機能を十分に発揮することが必要である」という記述がなされるようになった(厚生省編 1974: 175)。

サービス圏は行政区域とはほぼ無関係に成立していたからである。そのため、両者の関係を検討するため、岩手・新潟・埼玉・和歌山・島根の5県をモデル県に2次医療圏の策定のモデル化が進められることとなった（小西 1977: 15-17）。

そして、同委員会は、上記のモデル県の地域圏設定に関する報告書をまとめ、1974年には、医務局が全国の都道府県に対し地域医療計画の策定を要請した⁴³。こうして、1973年の秋田県をはじめに、都道府県における計画の検討、策定が進んでいった。しかし、一方で、後述のように1985年に医療法が改正され、都道府県による地域医療計画の策定が法定化されるまでに、地域医療計画を策定した都道府県は、11府県に止まったのも事実であり、厚生省はより踏み込んだ対策が必要とも認識することになった（朝日 1988: 117-118; 厚生省健康政策局編 1986: 243-263）。

(4) 関係するアクターの動向

保険局

これに対して、厚生省、特に医務局がこのような動きを示す中で、医療供給制度改革に対し、関連するアクターはどのような動きをみせていたのだろうか。厚生省保険局、医師会、社会党について触れておきたい。

まず、保険局は、医療費抑制の観点から、1970年代中ごろには医療保険政策と医療供給政策の連携の必要性を認識するようになってきていた（幸田ほか 2014: 89）。例えば、地域医療計画に関しては、1979年当時、保険局審議官であった吉村仁が、医事評論家の水野肇、佐分利輝彦医務局長との専門誌上での座談会⁴⁴や医師会とのパネルディスカッションの場において⁴⁵、医療費抑制の観点から、その策定を支持する趣旨の発言をしている。

また、吉村は、前述の「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」において、「医療需給過剰論」という視点も示しており、そこでは、病床数、高額医療機器の導入数、薬剤の投入量、検査の回数の多さを問題視し、医療法の見直しの必要性を主張した⁴⁶。ここからは、医療費抑制のために医療計画を整備するという認識が1970年代終わりから80年代にかけて、事務官と医系技官との間で共有され続けたことを読み取ることができる。

さらに、上記の座談会で、佐分利局長は民間病院に対する規制を強化する意欲を示していた。それにあたり、フランスやアメリカの民間病院に対する規制に触れていた。これは、特にアメリカで1974年に制定された国家医療計画・資源開発法の中で、CON（Certificate of

⁴³ 『社会保険旬報』1132号（1975年1月1日）56-58頁。

⁴⁴ 『社会保険旬報』1274号（1978年1月1日）23-32頁。

⁴⁵ 『社会保険旬報』1253号（1978年6月1日）8-13頁。

⁴⁶ 『社会保険旬報』1424号（1983年3月11日）13-14頁。

Need) 規制と呼ばれる、医療機関に対する資本投資規制が導入されたこと(飛田 2014)を特に念頭においたものと思われる。こうした動きの裏には、厚生省内部において、石油危機以降の経済の低成長や老人医療費無料化によって、医療保険財政が、将来的には行詰る、もしくは、既に行き詰まり始めているという認識があり(早川純貴 1991)、それが省内で共有され始めていたことを示していると言えるだろう。

医師会

そして、医師会に関しては、これまでの厚生省の動きとは異なる方向で、彼らも医療基本法のような法案の制定や地域における計画的な医療整備の必要性を主張していた。具体的な動きとしては、武見の指示により医師会が協議し、1970年1月に発表した「医療総合対策」をみていきたい。そこでは、人口、文化、産業、現在の医療施設の分布や保有施設、将来の土地利用計画などの様々な観点から地域特性を捉えて地域医療を行う必要があること、その上で、ニュータウン、僻地、工業地帯といった地域を仮定し、保健・医療整備を行っていくという厚生省と共通点をもつ政策案が示されている。ただし、一方で、厚生省の構想と異なるのは、地域保健調査会の中心的役割を担うのは医師会とされているということである(日本医師会編 1970: 269-315)。こうした動きは、①医業経営安定の観点から医療保険制度と医療供給体制を包括した医療制度の確立を目指していたこと(大杉 1993: 64)や彼らの標榜するプロフェッショナル・フリーダムを根底においたものであった。さらに、医療総合対策以後にも、医師会は地域医療検討委員会という組織を設けて、前述の厚生省保健所問題懇談会に対して、地域医療に対する意見を提示し続けていった⁴⁷。

社会党

次に、社会党についてである。社会党が公明、民社とともに1972年5月に国会に提出した、前述の医療保障基本法案を例にみると、その大きな特徴は、①医療費の負担に関して、医療のすべてを公費負担によって給付することを目途として、公費負担の範囲拡大と社会保障制度の改革のため必要な措置を講じなければならないとされていたこと、②医療供給に関しては、公的負担による医療の給付は原則として公共医療機関によって行い、さらに、医療機関の体系的整備にあたり、その中心となる地域基幹病院を公共医療機関が担うとされたことである⁴⁸。

こうした社会党の医療政策の方向性を規定したのは、「医療の社会化」論である。医療の社会化論は、1910年代から表れた実費/診療運動や医療利用組合運動に由来し、その内容

⁴⁷ 『月間福祉』55巻8号(1972年8月6日)70-74頁。

⁴⁸ 『社会保険旬報』1043号(1972年6月11日)31-35頁。

の大略は、①資本主義の進展とともに開業医の営利性が強まっている、②1920年代から1930年代の日本の資本主義の行詰りにより、開業医が営利性を強め、都市部では下層への医療を放擲して富裕層に医療供給が集中し、農村部では無医村化を進展させ、「医療荒廃」を導いている、③開業医制度による広範な医療疎外の克服には、より公共的な医療供給による医療システムへの転換（医療の社会化）が必要である、④1960年代以降の医療問題は医療の社会化の失敗に由来するというものであり、そこから、開業医の営利性を批判し、これを公的供給システムによって代替していかなければならないという主張が生まれる（猪飼2010b: 134-141）。そして、この医療の社会化運動を担った主体の1つに自治労があり、その影響を受け、社会党は、例えば1970年の党大会にて、「医療の社会化への道」を採択したことに表れるように、医療の社会化論を基にした医療政策の必要性を主張していく（西岡2001: 203-205, 2003: 155-156）。

(5) 富士見産婦人科病院事件と医療法改正案の作成（政治的事件②）

1980年9月、富士見産婦人科病院事件が発覚したことを契機に、医療法改正の議論が動き出す。この事件は、埼玉県所沢市の富士見産婦人科病院が、診療報酬増収を目的に乱診・乱療を行っていたとされるものである。そこでは不要な子宮・両卵巣の全摘出、一部摘出を最たるものとして、様々な形で不当な医療が行われていた。さらに、無資格者の病院理事長が自ら診療に加わっていたことや、その理事長が所沢市長、市議のみならず、当時の厚生大臣斉藤邦吉をはじめ、多数の国会議員に政治献金を行っていたことなども加わり、事件はマスコミに大きく取り上げられていった（富士見産婦人科病院被害者同盟・原告団編 2010）。

さらに、富士見産婦人科病院事件に加えて、以前から精神病患者に対する身体拘束など、人権侵害とも取れる処遇を問題視されていた医療法人十全会病院における経営上の不適切な問題が明るみに出たこともあって、厚生省は医療法人に対する監督強化に向けた動きを加速させていく。また、こうした動きを促した背後には、医療機関の診療報酬の不正請求が横行しているといった状況認識もあった（笠原 1999: 110; 吉原・和田 2008: 381-382; 読売新聞社会部 1978）。

そして、斉藤厚相が富士見産婦人科病院の理事長から政治献金を受けていたことで引責辞任した。それに代わって厚相に就任した園田直は就任会見で、省内にプロジェクトチームを設ける考えを明らかにした。このプロジェクトチームは、「医療に関する国民の信頼を回復するための検討委員会」という名称の下、委員長には、田中明夫医務局長をおいた。検討項目としては、①医の倫理の高揚、②医療関係者の資質向上、③医師法、医療法の見直しを含む医療制度の問題、④医療監視体制の強化の問題があげられた⁴⁹。

⁴⁹ 『日本医事新報』2945号（1980年10月4日）95頁。『日本医事新報』2946号（1980年10月11日）142頁。

このような形で、厚生省が医療機関に対する規制を強めていく姿勢を示す中で、1980年12月19日に開かれた医療審議会に対し、厚生省は、通常国会へ医療法改正案を提出し、その中で、監督強化に止まらず、地域医療計画の策定を法律に盛り込むという方向で医療審議会に説明し、そこで検討が行われることとなった。そして、そこで示された改正案の骨格は、都道府県が、①地域医療協議会を設置し、②地域医療計画の策定を責務化、③計画策定の目標値としてのガイドラインを策定する、というものであった⁵⁰。

さらに、医療審議会での審議が進められる中で、田中医務局長は、1981年1月20日、地域医療計画策定にあたり問題となると予想された、医療機関の過密地域における病床規制問題について、関係者による自主的な規制が望ましいとしながらも、「法律で出来ないまでも勧告出来るようにしたら、と考えており、今後審議会で審議してもらいたいと思っている」と病床規制に対してより踏み込んだ発言を行うようになっていった⁵¹。

こうした中で、医師会は、自民党の医政研究会において医療計画は医師の手により作成されなければならないと反対意見を示したり⁵²、常任理事会で医療法改正案反対を確認したり⁵³と反対姿勢を明示していった。

こうした中、医療審議会に対して、厚生省は3月2日に、大きく①都道府県地域医療計画策定の義務化、②医療法人の監督規定の点からなる医療法改正案の骨子を説明した。その説明の中では、地域医療計画に関して、従来病床規制の対象外であった私的病院についても、医療圏の病床数が必要病床数を超える地域で病院開設申請を行った場合、知事が「開設等の申請内容の変更を勧告できるものとする」と勧告の形ではあるものの、行政による指導の方途を開き、さらに、公的病院については開設許可を与えないでおくことができるとされた⁵⁴。

そして、厚生省は、3月11日、次のような内容からなる医療法改正案を社会保障制度審議会に諮問した。内容の要点としては、①都道府県知事が都道府県医療審議会の意見を聞いた上で、都道府県が医療圏の設定と地域医療計画を策定し、必要病床数、医療施設相互間の機能連携、医療従事者の確保などについて定める、②都道府県は少なくとも5年ごとに地域医療計画を再検討し、必要ならば変更する、③都道府県知事が病床過剰地域における民間病院の開設増床について、中止及び削減を勧告できるものとする、④医療法人の業務や会計が法令や定款に違反し、経営が著しく適性を欠くときは、都道府県知事は立ち入り検査をし、必要な措置を命じ、それに従わないときは、業務の停止または役員の解任を命ずることができる、といったものであった（吉原・和田 2008: 382）。

このように、厚生省は、富士見産婦人科病院事件などによって要請されるようになった医

⁵⁰ 『日本医事新報』2958号（1981年1月3日）131頁。

⁵¹ 『日本医事新報』2061号（1981年1月24日）96頁。

⁵² 『日本医事新報』2966号（1981年2月28日）98頁。

⁵³ 『日本医事新報』2967号（1981年3月7日）99頁。

⁵⁴ 『日本医事新報』2967号（1981年3月7日）99頁。

療機関に対する監督強化のみならず、それを機会と捉え、都道府県による地域医療計画の策定を法定化するよう動いていったのである。また、こうしたことが可能であったのは、都道府県に対する要請に止まっていたとはいえ、厚生省が地域保健医療計画を既に実施していたからであると言えるだろう。そして、さらに、厚生省は、勧告という形式ではあるが、場合によっては必要病床数の規定などを通じ、都道府県がさらに踏み込んだ規制を行うこともできるような道を開こうとしたのである。

そして、4月10日、社会保障制度審議会は、医療法改正の緊急性が必ずしも高くないことや国の医療に関する政策が明確さに欠けているといった批判はしたものの、大筋で評価する趣旨の答申を園田厚相に対して行った⁵⁵。

しかしながら、医師会は武見会長の下、これを官僚統制の強化であると強く反対した。さらに、医師会は、自民党にも法案提出を断念するよう働きかけ、自民党社会部会が法案要綱を預かる形で店ざらしされ、結局のところ法案は通常国会に提出されなかった(有岡 1997: 403; 吉原・和田 2008: 382)。

(6) 医療法改正案の国会提出と成立

以上のような状況にあって、翌年になっても医療法改正案の国会提出は進まなかった。自民党の社会部会が、関係団体との調整に全く進展がみられないと指摘していたためである⁵⁶。

ただし、こうした中でも、第1次医療法改正案の国会提出に向けて、周囲の政治状況は徐々に変化していた。まずは、財政危機への対応として、1981年3月に第二臨調が設置されたことである。医療法改正の柱と言える事柄について、第二臨調は対策を打つよう、答申や報告において促していった。例えば、1981年7月の第一次答申においては、医療保険に対する国庫負担の削減や老人保健法の早期成立といった様々な形での医療費抑制政策の実施がされているが、その中には、乱診乱療対策としての医療機関への指導監督の強化も含まれていた。さらに、翌年5月の第一部会報告では、医療費抑制政策の1つとして、地域医療計画などによる医療供給体制の体系的整備をあげている⁵⁷。

加えて、この頃、医師会の結束が弱まっていた。この時期に起きた最も象徴的な医師会の変化は、1982年4月の医師会会長選で反武見派の花岡健而が、武見後継の亀掛川守を破り、医師会会長に就任したことである。花岡は、厚生省との対決に終始した武見路線から脱却し、「対話と協調」姿勢をもって厚生行政にあたることを表明した(高橋 1986: 249)。

そもそも、1980年の医師優遇税制の見直しや1981年の診療報酬のマイナス改定に見られるように、武見体制の末期にはその指導力に陰りが見え始めていた(西岡 2002)。花岡の

⁵⁵ 『週刊社会保障』1121号(1981年4月20日)8頁。

⁵⁶ 『社会保険旬報』1390号(1982年4月1日)21頁。

⁵⁷ 『社会保険旬報』1397号(1982年6月11日)25-26頁。

当選はこうした状況に対する反動であった。

こうした指導力の陰りは武見の健康問題に原因をみることもできる（水野 2003: 139-142）。しかしながら、より根本的には、1970年代に医療の量的拡大という政策課題がほぼ達成された一方で、高齢化の進行、疾病構造の変化、経済の低成長、財政危機などにより、医療費抑制へと政策の優先課題が移行したということがあった（池上・キャンベル 1996: 34-38）。

また、1970年代末から1980年代前半にかけて、徳洲会病院などをはじめとした、経営的に行き詰った中小病院を買収し経営を拡大する「病院チェーン」が勢いを増していたことや70年代後半の医学部の新設ラッシュにより勤務医の割合が増加する中で、医師会の組織率が低下するなど、開業医の地盤沈下が起こり始めていた時期でもあった（池上・キャンベル 1996: 57-62;高橋 1986; 二木 a 1990: 55-69）⁵⁸。

このように周囲の政治状況が変化する中で、徐々に法案の国会提出へ向けた動きが進みだしていく。

まず、社会党が1982年8月に医療法の改正案を国会に提出した⁵⁹。これは、社会党が老人保健法の審議に揺さぶりをかけるためにおこなったものであったが、これに対し、8月6日の衆議院社会労働委員会において、森下元晴厚相が次期国会に医療法改正案を提出したいとする答弁を行った⁶⁰。

さらに、1983年3月に入り、厚生省が、地域医療計画や病床規制、医師優遇税制などに対する譲歩として、一人医療法人制度の創設を医師会や歯科医師会に示し始めたことが、医療法改正案の国会提出へ向けた動きを本格化させた（幸田ほか 2014: 103-104;日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会編 1997）。これは、従来3人以上の常勤医師がいないと税制上有利になる医療法人格を取得できなかった状況を改め、1人でも法人格を得ることができるようにするというものである。こうした政治的妥協を経て、結果的に、医師会は医療法改正案の国会提出にうなずいた。こうして、1983年3月25日、厚生省は閣議での了承を得て、医療法改正案を国会に提出した。

医療法の改正案は国会に提出されたものの、可決へ向けた流れはまたも停滞した。1983年5月12日には衆院労働委員会で提案理由説明が行われたが、国会会期が26日までしかなかったことから継続審議となった。さらにその秋の臨時国会においては、10月に田中元首相にロッキード事件での有罪判決が出たことを受け、国会審議が空転し、中曽根首相が衆

⁵⁸ 地区医師会が、病院チェーンなどに対し、独自の開業制限を敷いていた地域もあった。特に徳洲会病院が神奈川県茅ヶ崎市へ進出しようとした際に、その開業制限が問題化し、国会でも取り上げられた。こうした中で、公正取引委員会も動き、和歌山市、豊橋市、千葉市の各医師会に対し、独占禁止法違反の判断を行い、排除勧告に至った（西岡 2002: 204）。

⁵⁹ 『社会保険旬報』1404号（1982年8月21日）26-27頁。

⁶⁰ 『第九十六回国会衆議院社会労働委員会議録第十二号』（1982年8月9日）9頁。

院を解散したため、同法案は廃案となった（有岡 1997: 404）。

翌 1984 年 3 月 27 日、医療法の改正案は閣議決定され、4 月 4 日には再び国会に提出された。しかしながら、この時期も可決へ向けた動きは滞ったままであった。

それは、まず、受診における被用者本人の 1 割負担の実施を柱とする健康保険法の改正が 1984 年 2 月に国会に上程されており、その審議が優先されていたことがある。また、1984 年 4 月 1 日に医師会会長選挙が実施され、厚生省との「対話と協調」をうたっていた花岡を破り、羽田春兔が会長に就任し、医師会は厚生省との対決姿勢を再び強める兆しをみせはじめていた。これは、花岡執行部が厚生省による医療費抑制政策の断行を抑えきれなかったために、花岡に対する会員の反発が強まっていたことが大きな要因としてある（高橋 1986: 252）。そうした中で、羽田と花岡を含め 4 人の候補者が激戦を行い、僅少の差で羽田が当選したのである。こうした状況の下で医療法改正案は、再び継続審議となってしまった。

さらに、翌 1985 年 1 月から開かれた第 102 回通常国会においても、年金給付の削減を目的とした国民年金法改正に関する審議のあおりを受け、継続審議となった。

そうして、最終的に医療法改正案が成立したのは、1985 年秋の通常国会においてであった。流れとしては、以下の通りである。11 月 28 日に社労委において一部修正の上、共産党を除き、自民、社会、公明、民社、社民連の賛成多数で可決された。そこでは、12 の修正項目と 7 項目の附帯決議が付された。そして 12 月 3 日の衆院本会議で可決、20 日の参院本会議で可決、成立した。法案に対する修正は、①一人医療法人制の導入、②医療法人に対する監督強化項目に関する修正、③チェーン病院やアメリカの病院経営株式会社など外資の参入問題が起こっていたことから、1 つの医療法人が複数の都道府県で医療施設を開設する場合に、知事ではなく厚生大臣による許可制とするという参入規制の強化が主立った内容であった（中島 2001;西岡 2002）⁶¹。

第 3 節 政策過程の分析

(1) 地域医療計画というアイデアと政策学習による発展

まずは、アイデアの認知的・規範的の両面から、地域医療計画というアイデアを整理してみたい⁶²。認知的側面からすると、このアイデアは、病院・病床の開業、増床を抑え

⁶¹ その他、地域医療計画において、都道府県は、僻地医療、救急医療の確保を行うこととされた。また、1985 年の法改正から地域医療計画の実施まで 5 年間の猶予期間が設けられ、その間に医療機関がいわゆる「駆け込み増床」を行ったため、厚生省は批判を受けた。病院の一般病床数は、1985 年には 108 万床であったのが、1992 年には 126.5 万床となり、その増加の大半の 15.4 万床は民間病院によるものであった（長谷川 1998）。

⁶² それに加えて、第 1 次医療法改正には、都道府県による監督強化策も含まれていた。これは、富士見産婦人科事件によって、世間から規範的に問題視された乱診・乱療問題を技術的に

ることで、医療費抑制という技術的目標の達成を目指すものであり、計画というガイドライソ的な表現方法に基づいてその必要性を示し、政策を正当化するものである。また、規範的には、保険局においてこの時期に設定された、「制度の維持」という政治的目標の達成に対して適切なものとして正統化されるものである。そして、この両者が揃うことによって、医療計画という政策に基づいた医系技官と保険局官僚（事務官）の認識が接合し、両者の政治的距離は接近した⁶³。

さらに、このアイデアを通じて、医系技官は従来、民間病院のコントロールに対してほとんど権限を持っていなかったが、その権限を手に入れ、権限を増大させるという利益認識に立つことが可能となった。また、都道府県にも計画の作成を義務付けており、その点でも、医系技官の権限を増大させた。

そして、このアイデアの発展、精緻化は政策学習のプロセスを通じてなされた。厚生省が地域における医療計画を実施することを構想し、さらには法制化していった背景には、高度成長の終焉、高齢化の進行、疾病構造の変化、福祉見直しを訴える行政改革路線の確定といった社会経済環境の変化や政治状況の変化があった。そして、厚生省は、高齢化や疾病構造の変化の下で、医療の中心的関心が疾病の治療に集中していることや医療供給体制が民間病院を中心に担われてきたことで起きる地域偏在、医療機関の機能分化や連携の不足といった問題が生じていることを認識した。

このような状況下で、政策学習の中心的主体となる厚生省は、包括医療といった概念や現状の医療供給体制の問題点を認識した。そして、その対応策として、保健や医療サービスが供給される圏域を設定した上で、予防やリハビリといった保健サービスと医療施設を整備するという方向性でアイデアを形成していった。特に保健サービスに関しては、1970年11月に設置された保健所問題懇談会に見られるように、公衆衛生局が他局に先行してそうした構想を検討し始めていた。

このような形でアイデアが構想され始めている状況の中で、1971年7月の保険医総辞退という政治的事件が発生し、それを機に政策が動き始め、厚生省は、都道府県が策定する地域保健医療計画を試行へとつなげていった。保険医総辞退が起こった直接の原因は中医協における公益委員と医師会の対立にあり、また、厚生省や政府の働きかけの下にその事態が收拾される中で、医師会は政府から有利な合意を引き出すことに基本的には成功した。ただし、その合意項目の中に、「医療基本法案のような法律を制定する」という文言が設けられており、それを機会に、厚生省医務局は、都道府県が策定する医療計画を1つの看板とす

解消する政策であった。

⁶³ ただし、両者が完全に思惑を一致させたわけではなかった。第1次医療法改正後に行われた社会保険関係の講演会で、竹中浩治健康政策局長は、「これからは保険局に代わりまして、健康政策局が医療行政のなかで主導権を握っていきたいと考えています」と発言していた。『日本医事新報』95巻4号（1986年2月25日）657-666頁。

る医療基本法案を、医師会などによる修正を受けながらも国会に上程していった。

結果的に、医療基本法案は廃案となるが、その流れの中で、1974年には、医務局は、公衆衛生局と共同し、5つの県をモデル県として地域における医療圏設定の方法をモデル化、その調査結果を基にした地域保健医療計画の実施を各都道府県に要請していった。

そして、1980年9月に富士見産婦人科病院事件や十全会グループの不祥事という衆目を集める事件が表面化したことをきっかけに、当時、不正請求が広く行われていると認識されていた医療機関に対する監督強化の要請が強まり、医務局は、それまで困難であった医療法を改正する方向へと動いていった。

こうした要請を機会に、医務局は、医療機関への監督強化に止まらず、都道府県による地域医療計画の法定化も組み込んだ形で法律案を審議会に諮問していった。さらに、その都道府県地域医療計画の中では、医療圏における基準病床数を設け、それを通じた病床規制を可能にする方途を開いており、厚生省医務局は、政治的事件を機会と捉えアイデアを発展させていった。そして、それは連合内外のアクターの議論を喚起し、最終的には第1次医療法改正へとつながっていくのである。

また、こうした政策手段の発展は、厚生省の政治目標や利益の認識を枠づけていく政策目標が、「医療制度の拡大」から「医療保険制度の持続可能性を高めること」へと転換していったことに基づいていた。厚生省は、医療費抑制という目標の下、過去の時点から施行されていた地域保健医療計画を再編した。地域保健医療計画が実験的にスタートした1970年代において、それは、予防やリハビリといった保健という治療医学のカバーしきれない範囲を含んだ医療としての包括医療を行うことを政策の技術的目標としていた。しかし、この頃の包括医療は、「厚生行政の長期構想」に見られるように、医療制度をより拡大していこうとする厚生省の規範の下に位置づけられるものであった。ただし、こうした流れの中での地域保健医療計画は、全省的な支持を受けられている状態ではなく、それを実施する都道府県も限定的なものにとどまった。

こうした状況は1980年代に変化を迎えることになる。その頃、保険局を中心とする事務官が、制度の持続可能性を高めるために医療費を抑制する方向へと政策を転換していった。保険局官僚は医療計画をそれに資する政策手段であると認識し、それを支持する姿勢を示すようになる。第二臨調も、部会報告などを通じて、そうした方向性に対する支持を表明していた。一方の医務局も、その目標を共有する形で医療計画に関する修正を行っていった。こうした厚生省の政策目標の変化が、第1次医療法改正の契機が医療機関の不祥事であったにもかかわらず、その改正の主眼が、医療機関への監督強化以上に病床数の規制へと置かれていくことになった理由であった⁶⁴。

⁶⁴ 第一次医療法の改正を促すような組織環境の変化も起こっていたことを付け加えておきたい。それは、臨調の要請を通じた、厚生省における衛生部局の再編である。1984年7月に厚生省は、医務局、公衆衛生局、環境衛生局の3局を健康政策局、保健医療局、生活衛生局へと再編した。

(2) 制度改革を条件づける機会構造・回路

機会構造

このアイデアの実現にあたっては、医療供給制度や組織環境の変化といった構造の変容が機会構造となって作用した。何がどのように機会構造として作用したのか、いかにまとめたい。

1点目は、自由開業医制である。確かに、私立病院の新規開設、増床に対する規制を可能にするという地域医療計画は、医師が自由に開業していくということを根幹とする医療供給制度に大きな影響を与えるものである。しかし、それは一方で、自由開業医制という制度を通り抜けるものでなければならなかった。

こうしたことは、他のアクターの提示する政策案に対する厚生省の態度にも表れている。例えば、従来、社会保障制度の研究者や社会党が主張してきたような、医療供給体制を担う主体を公的な医療機関に転換するという医療の社会化路線について、厚生省は検討すらしていなかったようであるこの理由は、前章で見たように、戦前からすでに形成されていた自由開業医制が政策にとっての機会構造であったからである。厚生省は、自由開業医制に沿わない政策を検討の土台にも載せなかった。

また、医師会の存在と彼らの結束の弱まりという組織環境の変化もこの政策の機会構造として作用した。この法案の成立が難航したことの根底には、医師会の政治的影響力の大きさがあるのは間違いない。一方で、そのような強い影響力をもつ医師会が、最終的にこの法案に妥協したのは、アイデア的観点からすると、地域医療計画というアイデアが医師会を説得しうるものであったからではなく、彼らの結束が1980年代に入って弱まったからであった。1980年代以降、医師会は、反武見派の花岡の会長当選に象徴されるように、結束を弱めていった。これは、根本的には医療の量的拡大から医療費抑制へ政策課題が移っていたこと、それに加え、病院チェーンの台頭や勤務医の増加により、開業医の地盤沈下が起こり始めていたことに理由がある。

制度的回路

具体的には、医務局から国立病院などの現業部門を切り離し、それを保健医療局に移管する一方で、公衆衛生局所管の保健所関連業務を健康政策局に移管し、政策立案と実施部門の区分が強められた（厚生省五十年史 1988: 1563-1565; 大杉 1993: 61; 西岡 2003: 155）。この動きの背景には、包括医療の必要性が高まる中で保健・医療行政の変化が要請されていたこと、臨調路線下において、厚生省が「現業官庁」から「政策官庁」へと発展することが要請されていたことがあったとされる（大杉 1993; 幸田ほか 2014: 114）。

制度的回路という面から見ると、このアイデアは法案として形作られたため、自民党の社会部会、国会という回路を必ず通過しなければならない。社会部会について、医療基本法案の廃案過程や第1次医療法改正の政策過程をみると、医師会の働きかけなどを受けて、医師会の支援者である自民党が、社会部会という法案の事前協議の場において、それを医師会よりの方向へ修正したり、国会への法案提出を店ざらしにしたりするなど、一連の政策過程の動きを抑制する機能を果たした。彼らが最終的に法案を了承したのは、厚生省と医師会の妥協が成立したからであった。

次に、国会について、この法案の成立は、日本の国会の制度的特徴である会期制にもかなりの程度影響を受けていた。医療基本法案の廃案が審議未了で廃案となったことや第1次医療法改正案が審議未了による廃案や幾度もの継続審議を経験したのは、会期制の存在による。そうした点からみれば、この一連の政策過程は会期制という立法過程における制度によって抑制されたといえることができるだろう⁶⁵。

また、社会党をはじめとする野党も国会における立法過程の中で拒否点を有し、この一連の政策過程においても、一定の影響力を行使してきた。その中で、1980年代に入り、医療供給体制に関わる法案に対する社会党の態度が軟化したために、第1次医療法改正が可能になったという指摘がある（西岡 2003: 154-155）。医療供給体制に対する1970年代までの社会党の政策案は、医療の社会化を目標に、自由開業医制の否定や公的医療機関を中心とした医療供給体制の整備を目指すものであった。しかし、1982年に国会に提出した医療法改正案では、そうした色合いはかなり薄くなっていった。これには、1970年代後半以降、総評の対抗勢力である民間労組が労働戦線統一の動きを強める中で、それに対し、社会党の支持母体である総評がその動きをコントロールするために、自らも右傾化することを選択し、それに社会党が多大な影響を受けた（森 2001: 90-91）という状況変化が絡んでいると考えられる。

第4節 本章の小括

本章の最大の目的は、第1次医療法改正の政策過程を通じて、医系技官と事務官の間で認識が共有され、政治的距離が接近したことを析出することであった。先行研究では両者の認識の違いの大きさがこれまで指摘されてきたが、本章ではこの政策過程の分析を通じて、医療法の見直しを軸に、むしろ両者がこの時期に接近したことを明らかにした。そのため、本章の目的は達成されたと言える。

こうした距離の接近は、一方で保険局官僚が、医療政策の政策目標を制度の持続可能性を

⁶⁵ こうした立法過程における制度の存在が、野党のヴィスコシティの源泉となっているのか、あくまでも、与党が議事運営の主導権を握っている上で許されていることなのかということについては、議論が分かれている（岩井 1988; 増山 2003）

高めることへと転換させたことで、医療供給政策の面でも医療費抑制を達成しうる政策を望んでおり、他方で健康政策局の医系技官が、それに対応し、衆目を集める事件を契機に、以前から施行されていた政策をその目標に対応するものへと変化させることで可能となった。そして、この組織環境の変化は、後の制度改革へと連鎖する。

一方で、機会構造と制度的回路に注目すると、厚生省と医師会や族議員の間での認識共有がなされたわけではなかったことも明らかになった。この法案の成立は、量的な意味で医療の整備の時代が終わったことによる開業医の地盤沈下を背景に、医師会の結束が弱まるという機会構造の変化が起こり、彼らが厚生省と妥協の道を選んだことで可能となった。族議員も両者の妥協が成立したことから、法案の成立を了承したのである。こうしたことは、医療政策の決定においてその条件が、厚生省と医師会のアイディア共有が第 1 のものではなく、彼らの間で妥協が成立するかどうかにあることを示すものである。

第5章 退院促進政策の始動と展開

第1節 本章の目的と退院促進政策の概要

本章の最重視する目的は、1980年代から90年代にかけて、医療機関の機能を分離する制度改革が進行するという政策環境の変化が生じていたことを析出することである。このことが、後に医療機能の分化・連携というアイデアが形成・機能するにあたっての機会構造として作用したため、なぜそうした改革が実行されたのか、その過程を分析する。

この制度改革の概要について述べると、それは、高齢者の病院からの退院を促し、その受け皿として高齢者福祉サービスを整備するというものであった。これを達成するために、①診療報酬における逡減制、定額制の導入、②医療法改正による、急性期医療・慢性期医療を担う病院、病床の分離、③高齢者福祉サービスの整備の3つの手段を柱とした広範かつ一貫したものであった(猪飼 2010b:236)。また、1点目については、それが施設基準や人員配置基準によって定められたため、実質的な医療機関の機能分離を導くものでもあった。

これらの点からなる制度改革は、一貫した内容をもつものであったが、特定の名称が当てられているわけではなかった。そのため、ここでは便宜的にこの制度改革を、「医療機関の機能分離」というアイデア、政策と呼ぶこととしたい。また、医療機能の分化・連携というアイデアとこのアイデアの違いは、機能分離した医療機関の連携、在宅医療の整備といったことが実際の改革において、あまり意識されていないことである。

そして、このアイデアが形成、発展する際には、他の政府がもつ制度、政策を官僚組織が中心となって調査、研究し、それによって得た知識に基づいてアイデアを形成する、教訓抽出学習が行われていた。それでは、具体的にこの制度改革はいかなるプロセスを経て行われたのか、見ていきたい。

第2節 厚生省による教訓抽出学習とアイデアの形成

(1) 厚生省による欧米諸国の医療制度に関する調査・研究

前述したように、1980年代に入る頃に、厚生省は、経済成長の低迷、疾病構造の変化や高齢者医療費の著しい伸び、赤字財政の常態化などを背景に、厚生省自身も社会保障制度の行き詰まりを認識するようになり、その対応策を模索していた。(衛藤 1995; 大嶽 1994; 早川純貴 1991)。教訓抽出のプロセスは、こうした社会経済環境の変化を彼らが認識したことによって始まった。

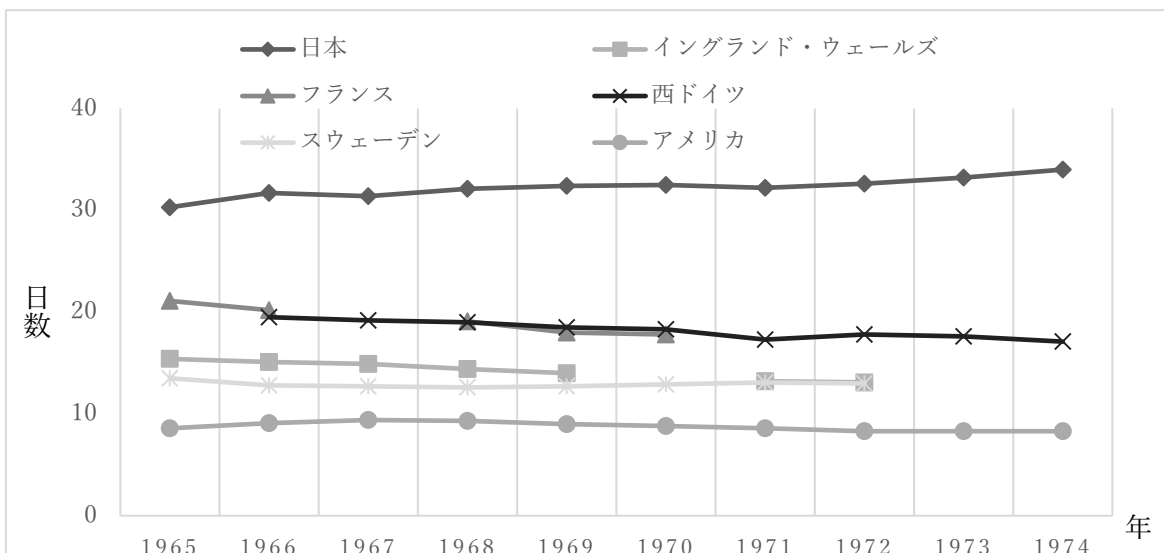
その対応策の模索の一環として、厚生省は、欧米諸国の医療保障制度を調査し、そこから教訓を引き出し、高齢者の長期入院の是正と高齢者福祉サービスの整備を課題と捉えた結果、医療供給制度の改革が実施されていくことになる。欧米諸国がここで調査対象となった

のは、当時、それら国々が、石油危機以降の経済の低成長と高齢化、社会保障費の拡大という日本と同様の課題を抱えていたからである。

それにより、厚生省は、各国の医療保障制度の構成要素や制度の抱える問題点を理解していった。例えば、その調査結果の1つとして、厚生省は1979年に『欧米諸国の医療保障』という報告書を刊行している。これは、西ドイツ、フランス、スウェーデン、イギリス、アメリカを中心に欧米諸国の医療保障制度の内容を調査したものである。ここでは、各国の制度について、社会保険方式か国民保健サービス方式かといった医療財政を支える制度の仕組み、医療費の支払い方式、医療従事者数や医療施設の状況などの医療供給体制の構造、それぞれの制度が抱える問題点などが説明されている（厚生省保険局企画課編 1979）。

この中の第1章の総論部分で、医療供給体制について触れられている。ここでは、人口に対する医師、歯科医師、薬剤師数、人口に対する病院数と病床数、平均在院日数の国際比較が行われている。そして、その結果、例えば、①日本よりもアメリカ、イギリスの方が人口に対する病院、病床数が少ないが、ナーシングホームやデイ・ホスピタルなどの高齢者福祉施設、在宅サービスの充実が進められ、病院診療の機能を補完していること、②図5-1のように、日本の平均在院日数が各国と比較して相当長いものであり、入院施設が利用しやすいことについて、医療資源の効率的活用という観点から検討する必要があることなどが指摘されている（厚生労働省保険局企画課編 1979: 13-15）。

図5-1 各国の一般病院における平均在院日数



出所: 厚生省保険局企画課編 (1979)、15頁のデータを基に作成。

こうした調査により、高齢者福祉サービスの不足が課題と考えられたため、厚生省は欧米諸国における高齢者ケアに関する制度についても調査している。健康政策局が1985年にまとめた『中間施設』を見てみたい。ここでは、1974年のイギリスのNHS改革において、高

高齢者を中心とする慢性疾患患者が増大したことで、高齢者のケア体系が病院・施設・居宅ケアに整理されたこと、アメリカでは、長期入院と短期入院を担う医療機関が異なり、高齢者福祉においてナーシングホームにおける施設ケアや在宅介護サービスの整備に力が向けられていることなどをはじめ、欧米先進国の制度の構成要素が明らかにされる（厚生省健康政策局 1985）。

このような調査の結果、日本の平均在院日数が相当長いものであり、高齢者福祉サービスが不足しており、そこに日本の医療制度の課題と改革の余地があるという形で、厚生省は、問題の解釈枠組みを形成し、その是正を政策の技術的課題として認識していった。

(2) 問題認識の背景とアイデアの形成

こうした患者の長期入院、高齢者福祉サービスの不足が、日本の医療供給制度における課題と認識されていくことになった背景にあるものとして指摘すべきは、大きく2つある。1つ目は、高齢化、少子化、核家族化、個人主義化、女性の社会進出によって、高齢者福祉サービスへの需要が高まる一方で、その供給が不足していたということである。

そして、2つ目は、医療供給制度における、欧米諸国と日本の違いである。3章でも示したように、医療供給制度上の両者の大きな違いの1つに、医療機関の経営主体の違いがある。欧米の病院は一般に公的あるいは非営利組織によって経営がなされており、日本の病院は一般に医師によって経営されている。そして、この医療機関の経営主体の違いが、高齢化に対する両者の対応を分岐させることになった。

医療と経営が分離していたため、欧米諸国は、医療の発達とともに病床を治療機能に特化させる方向へと進み、高齢化にはナーシングホームなどの病院外の高齢者福祉施設や在宅福祉サービスを整備する方向で対応した。それによって、欧米では、1960年代以降、平均在院日数が短縮されていくことになった。一方、医療と経営が分離していないために、両者を常に秤量しなければならない日本の病院は、相対的に病床の治療機能への特化が抑制され、社会的入院という形で高齢者を大量に受け入れたのである（猪飼 2010b: 256-266）。すなわち、欧米の医療保障制度を調査し、厚生省が、日本の医療供給制度の課題が上記のように捉えたのは、当然の結果であったと言える⁶⁶。

このような形で、厚生省は、不必要な長期入院を是正し、その受け皿として施設・在宅で

⁶⁶ 欧米との医療供給システムの根本的な違いが長期入院を生み出しているという認識は、当時の政策担当者や医療政策の専門家らに深く認識されてはいなかったと考えられる。基本的に高齢者の長期入院の理由については、高齢者福祉サービスの不足に重点を置く説明がなされてきた。すなわち、社会変化による家族福祉の縮小によって高齢者福祉サービスに対する需要が増加しているが、既存の公的高齢者福祉サービスの供給が追い付いておらず、それを病院が肩代わりしているという理解がなされてきた。そうした文脈では、社会的入院問題は「福祉の医療化」（川上・小坂 1992: 29）といった言葉で批判されていた。

の高齢者福祉サービスを整備するという政策の技術的目標や政策手段に関する認知的アイデアを形成し、そのアイデアから一貫した改革を、1982年の老人保健法制定を機に、順次推し進めていく（吉原編 1983: 60-80; 吉原・和田 2008: 313-315）。

また、厚生省は、このアイデアを基に医療供給制度を改革する必要があることを度々提起している。例えば、1987年に省内で設置された国民医療総合対策本部による「厚生省国民医療総合対策本部中間報告」を見てみると、医療制度に対する厚生省のそうした問題意識の下、どのような政策が必要とされるのか、その構想についてかなりの程度一貫した認識が形成されていたことをうかがわせる。

その中では、医療制度改革の今後の方向について、「厳しい経済情勢や財政状況下で、『質の良い』医療サービスを『効率的に』供給していくためのシステムづくりをこれからの医療改革の基本に据える必要がある」と目標設定した上で、高齢者医療の方策が示される。

具体的には、「老人医療の今後の在り方」として、①中・長期的に病院の体系を慢性疾患の治療を中心とするものと急性疾患の治療を中心とするものを区分することや病院や診療所の既存病床の転換を含めた老人保健施設の整備などからなる、老人にふさわしい施設ケアの確立、②訪問看護の拡充、社会福祉士や介護福祉士、民間保険の導入を含めた在宅介護の促進、家庭医機能の充実による在宅ケアの充実、③それらの連携が取れた地域ケア体制の確立、④老年医学に関する調査研究の推進やリハビリテーション対策の見直しなどによる老人医療の見直し、⑤急性期、慢性期医療、リハビリテーション、在宅や老人ホーム、老人保健施設といった症状や施設などに見合うような形での老人保健法施行に合わせて実施されていた老人診療報酬の見直し、があげられていた。その他、「長期入院の是正」についても、この中間報告の中で触れられていた。そして、そこで病床過剰地域の病床をコントロールするために医療計画の策定を促進することがあげられるなど、医療計画もこうした方策の中へと組み込まれていった。

このような改革案が提起された理由について、当時、その本部長を務めた厚生次官の幸田正孝は、高齢者の長期入院の解消には、「保健指導、健康指導から、臨床、リハビリテーション、介護、地域のケア、訪問看護、訪問介護という一連の流れ」をもつ改革が必要と考えられたためであったと回顧している（幸田ほか 2011: 139-143）。

さらに、医系技官を中心とした局である健康政策局が1990年に公表した、「21世紀をめざした今後の医療供給体制の在り方」についても見ておきたい（吉原・和田 2008: 384）。ここでも同様に、各医療機関が他の保健・医療・福祉サービスとの連携の下に、健康増進から治療、リハビリ、福祉サービスに至るサービスを提供する必要があるとし、具体的には急性期医療と慢性期医療を提供する場の分離や在宅医療の推進を行っていくことなどが示される。ここから、この頃には、健康政策局が保険局などと同様の認識をもつようになっていたということがわかる。

第3節 医療機能の分離に関する諸政策の展開

ここまで、厚生省が、欧米諸国の医療制度と日本のそれを比較する中で、高齢者の長期入院や高齢者福祉サービスの不足を問題と認識し、その解消のために治療だけでなく、病床の機能分離を行い、患者の退院を促し、その受け皿として高齢者福祉サービスを整備するという、一連の流れを有する政策を実施していく必要性を認識していたということを見てきた。本節では、それに沿う1980年代以降の医療供給制度改革の流れを、①包括払い制などの拡大による退院促進、②急性期と慢性期医療を担う病床の機能分化、③施設・在宅による高齢者福祉サービス整備の3点からまとめることで、それがかなりの程度一貫した内容をもって進められてきたことを確認する。また、それぞれの改革の出発点や要所において、教訓を導き出す政策学習のプロセスが踏まれていた。この点についても確認しておきたい。

(1) 診療報酬体系における包括払い制・逡減制の拡大による退院促進

高齢者の長期入院対策としての1980年代以降の診療報酬改定の流れは、大きく次のようなものであった。厚生省はまず出来高払い制を基礎とする診療報酬体系において高齢者医療を対象に包括払い制を導入・拡大させてきた⁶⁷。そして、2002年以降、DPCという診断群分類を基にした包括払い制を急性期医療において広げている。こうした診療報酬における包括払い制が導入されることになったのは、包括度合いが強い支払方法であるほど、コスト圧縮のために、医療機関は不必要なサービスカットや在院日数の短縮を目指すと考えられるからである(野口 2005: 126-128)。

厚生省が欧米諸国の医療保障制度を調査していく中で、まず改革の対象となったのは、高齢者医療における過剰な健診や投薬の要因と考えられた出来高払い制であった。厚生省は、それに対する最初期の改革として、1983年の老人保健法施行にあわせて、診療報酬体系に「老人診療報酬」という新たな点数表を設置している。それを通じて行われたのが、高齢者の入院、検査、投薬などに対する一部包括払い制の導入や逡減制の強化であった。

厚生省がこのような改革を発想したのは、欧米の医療報酬の支払い方式の構成要素を学び、政策を形成していたからであった。包括払い制の導入理由が説明されている、厚生省が1983年に刊行した『老人保健法の解説』によれば、出来高払い制と異なる主な支払い方式として、開業医があらかじめ地域住民の登録医となり、登録数に応じた一定額の報酬を受け、イギリスやイタリアの「登録人頭方式」、西ドイツの保険者と医師団体の間で医療費の総額について毎年契約を結び、その範囲内で医療を請け負わせる「総額請負方式」がある。これらの制度に共通する部分として、支払われる医療費の総額や報酬の枠が先に決められていることである。厚生省はそれを学んだ。

⁶⁷ このような診療報酬体系における包括払い制度は「まるめ」とも呼ばれる。

ただし、厚生省は、それぞれの制度はそれぞれの歴史的経緯や事情の上に成り立つことや日本医師会の存在により、外国の支払い方式をそのまま導入することが困難であることも認識していた。そのため採用されたのが、高齢者医療の一部に包括払い制を導入するという老人診療報酬の設置であったのである（吉原編 1983: 74-84）。

こうして導入された包括払い制は、その後、急性期医療、高齢者医療、高齢者福祉を担う医療機関や高齢者福祉施設の施設基準として着々と広げられていくことになった。また、それは、一般の診療報酬でも複数検査の包括化や薬剤の基本料への組み入れや看護料に関しても進められた。

看護料について見ると、1988年に診療報酬体系上の「基準看護体系」の中で、患者2人に対して看護要員を1人配置する「特3類」が新設されている。そこでは平均在院日数20日を境とした逡減制が導入された。1994年には、入院期間30日を基準に逡減制を採用する「新看護体系」の導入が決まった。ちなみに、この新看護体系においては、雇用する看護師の割合の高さに応じて3パターンの診療報酬が設定されている。これは、看護婦・准看護婦・看護補助者が一体の評価となっている体系を改め、いわゆる基準看護を満たす病院を増やすための条件緩和であり、ひいては患者2人に対し看護要員1人の体制の整備を本格的に開始するという急性期医療への看護師配置の拡充を目指すものでもあった（山路 2003: 202-206; 中山 2011: 122-123）⁶⁸。

なお、この1994年改訂のプロセスにおいては、2月に医師会側が支払い側の診療報酬引き上げに対する消極姿勢に対抗して、中医協から委員を引き上げた。武見引退以降、診療報酬改定プロセスは安定的なものになってきたために、それは久しぶりの事態であった。結果的には、大内啓伍厚生大臣と村瀬敏郎日医会長らによる協議がなされ、解決された（結城 2004: 182-183）。

1998年の改定では、看護料の算定要件である平均在院日数が看護類型ごとに短縮されるとともに、新看護体系への移行をスムーズにするため、新看護体系同様に平均在院日数を基準とする逡減制を採用した（山路 2003: 204-210）。そして、医療保険福祉審議会の診療報酬体系見直し作業委員会での議論を経て、2000年には、診療報酬体系から看護料という項目がなくなり、入院環境料、入院時医学管理料、看護料を併せて包括払いとする「入院基本料」が新設された（中西編 2011: 123-124）。

こうした流れに加え、2002年以降、厚労省は「急性期医療に係る診断群分類別包括評価：DPC（Diagnosis Procedure Combination）」という支払い方式を導入、拡大している⁶⁹。こ

⁶⁸ 急性期医療における看護師の拡充を目指す新看護体系の導入にあわせて、1994年6月の健康保険法改正において、3年間の経過措置を残しながらも、無資格者の多い付添看護の廃止が決まった。

⁶⁹ DPCという呼称は、診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度を意味する場合と患者分類としての診断群分類を意味する場合が混在したため、2010年12月16日の中医協の

れは、大学病院などの一般病床の入院患者について、傷病名が診断群分類に該当する患者には、入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、処置を包括評価して請求する仕組みである。この診療報酬が設定されたのは、厚生省が、アメリカの DRG/PPS⁷⁰を参考にした研究を 1990 年代半ばから行なった結果である（野口 2005: 130）。その調査の下、1998 年から約 5 年間にわたり、「急性期入院医療の定額払い方式の試行調査」が行われ、2002 年から本格的に導入されることとなった。そして、2004 年の診療報酬改定において、DPC は、それまでの対象 82 病院に、民間を含む 62 病院を加えて拡大された（高木 2005: 101-105）。

(2) 診療報酬改定と医療法改正による病床の機能分化

1980 年代以降、厚生省は、社会的入院対策として、慢性期疾患患者が入院するような医療の先端性の低い病床と濃厚な治療が必要となる病床の機能分離を進めてきた。そして、それは、診療報酬体系における人員配置や施設基準に重点を置いた改定による実質的なものと医療法の改正を通じた 2 つの手段からなる。ここでは、それぞれの流れについて順に説明していく。

まず、診療報酬の改定を通じた実質的な機能分化を目指した改革は、先にも書いた老人診療報酬設置にともなう「特例許可・特例許可外老人病院」の設置から始まった（吉原・和田 2008: 313）。これは「薬漬け・検査漬け」の横行を阻止するために設置されたものであり、特例許可老人病院は、知事の許可の下、主に高齢の慢性疾患患者を入院させている病院と位置づけられた。そして、老人診療報酬上、入院時医学管理料の通減制を強める一方、一般の病院には定めのない介護職員を配置することを条件に医師・看護師の配置基準を緩めることが認められた。一方で、その許可を受けられないが、高齢者の収容比率が 6 割以上の病院を特例許可外老人病院と位置づけ、一定範囲の検査料、注射料、処置料を包括化、心電図検査などは原則月一回とし、特例許可老人病院と比べ低い報酬となるよう差がつけられた（吉田 2009: 112-113; 島崎 2011: 93-94）。

しかし、老人診療報酬も原則的には出来高払い制であることから、「薬漬け・検査漬け」の横行は止まなかった。その後、病院と特養、在宅の中間にある施設として老人保健施設が創設されたが、在宅への通過施設として十分に機能せず、もう 1 つの狙いであった老人病院からそれへの転換も施設基準を満たすのが難しかったことから十分に実現しなかった。

そこで、1990 年の診療報酬改定において老人病院に対して「入院時医療管理料」が創設

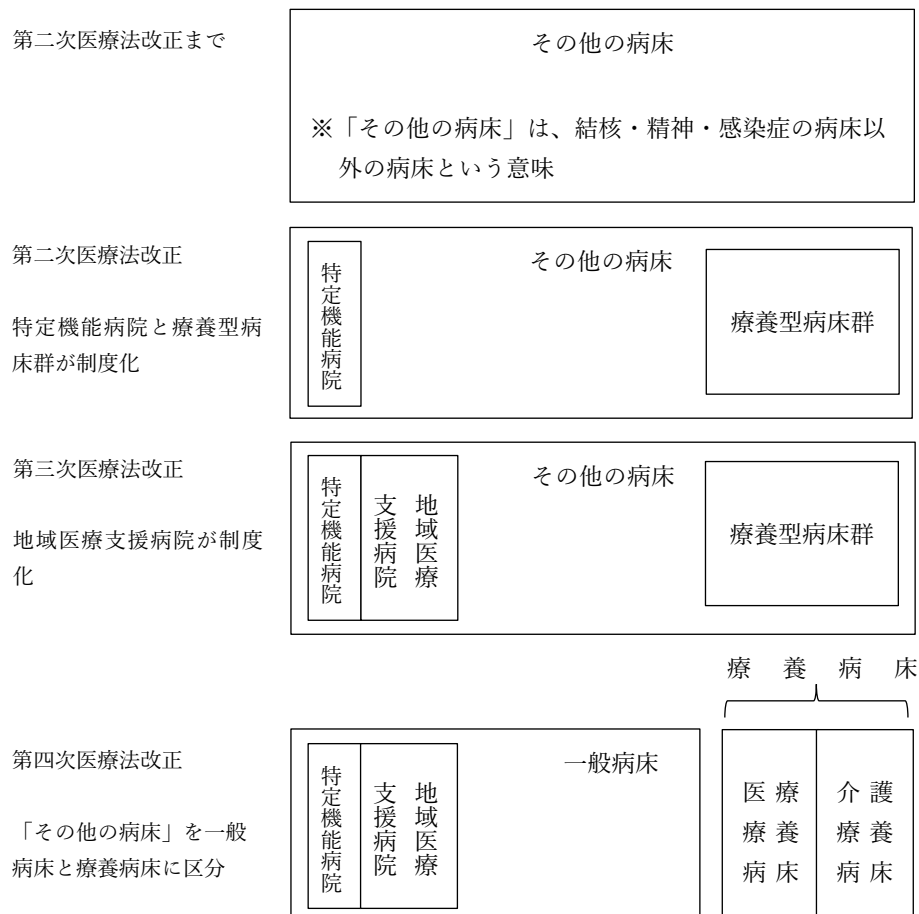
DPC 評価分科会において、その略称を DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System) とすると整理された。

⁷⁰ DRG (Diagnosis Related Group) はアメリカにおいて 1970 年代に実用化された医療資源消費予測技術と疾病治療分類の名称であり、PPS (Prospective Payment System) は包括支払いの方法を指す（野口 2005: 123-125）。

された。この診療報酬が適用される病院は、「介護力強化病院」と一般に呼ばれた。そして、その認定条件として、老健施設の設置基準と同様の介護職員の人員配置、入所者全員に対する診療報酬の支払いを原則々西、薬剤、検査、リハビリテーションの包括化を適用することが要件とされた点が老健施設と同様であった。一方で、老健施設とは、亜急性期・急性期後のケアも提供することから画像診断、リハビリテーションが出来高払いとして残された点、それを大幅に上回る医師と看護師が配置された点において異なった（池上 2005: 143-144）。そして、1992年には入院時医療管理料を病院全体ではなく病棟で採用することも認められ、出来高払いと包括払いの病棟を併設する「ケアミックス」型の病院も登場した（山路 2003: 205）。

以後、2000年には急性期後のリハビリテーションのための「回復期リハビリテーション病棟」、2004年には在宅への退院を促すための「亜急性期入院医療管理料」などが設置されている（池上 2005: 144）。

図5-2 医療法の改正による「その他の病床」の分化の変遷



出所：島崎（2011）、図3-3を筆者一部加工。

このように長期入院の是正に向けた診療報酬における包括払い制の拡大が進む中で、そ

れにあわせていくように医療法の改正による機能分化は、上記の図のように進められていった。そこにあるように、その第一歩となったのは、1992年の第2次改正である。この改正によって、特定機能病院と療養型病床群の設置が決まった。前者は大学病院本院、国立がんセンター、国立循環器病センターなどの医療機関を想定したものであり、高度先端医療への対応を図るために設置された。後者は、慢性期疾患を抱える長期入院患者が療養する病床として整備されるものであった。また、この改正において、医療提供の基本理念についても規定が行われ、予防及びリハビリテーションを含んだ良質な医療の提供の必要性や「居宅」が医療提供の場として明示された（島崎 2011: 98）⁷¹。

この改正は、先にも触れた、健康政策局が1990年に発表した「21世紀をめざした今後の医療供給体制の在り方」の考え方を基にとりまとめられたものであり、医療提供施設をその機能に応じて体系化することを目的に行われたものであった（片岡 1992: 120-124）。こうした健康政策局の動きに対して、事務官の側もそれを支持していた。岡光序治審議官、吉原健二次官といった事務官のトップらも、前述の「国民医療総合対策本部中間報告」で示された病院の機能に着目した類型化、そのための医療法改正を進める必要性を講演などにおいて明言していた（中島 2017: 229）。こうした中で、健康政策局と医師会との間で医療法改正に関する合意がとられ、1990年5月に法案は国会に提出された。ただし、この法案は重要法案とは位置づけられていなかったために継続審議扱いとなり、結果的に成立したのは、1992年の6月であった。

そして、この改正以降、医療法を通じた機能分化が着々と進められていった。第3次改正においては、介護保険創設を控え、療養型病床群不足を補うため、有床診療所への療養型病床群の拡大が行われた。また、患者紹介率が一定以上、救急救命機能、臨床研修機能を有することなどが条件の地域医療支援病院が設置された。第4次改正では、「その他の病床」から療養病床が切り離され、病院の開設者は一般病床（主として急性期の患者対象）と療養病床のいずれを選択するか届出ることとされた（島崎 2011: 98-99）。

（3）施設・在宅における高齢者福祉サービスの整備

ここまでの医療改革と並行して、厚生省は施設・在宅の高齢者福祉サービス整備も進めた。そうした改革が、介護の社会化やそれに対する普遍主義的な保障制度の創設を目指すという理念に支えられていたことは広く指摘される。しかし、それは同時に、逼迫する医療保険財政の救済策、退院した高齢者の受け皿を整備するための資源投入策の意味も有しており、医療機関の機能分離という観点から推し進められたものでもあった。

⁷¹ 第2次医療法改正における他の重要な点としては、適切な医療情報の提供、医療関連サービスの水準の向上によって患者サービスの向上を図るという目的から、広告規制の緩和が行われたことがあげられる（中島 2017: 224-225）。

高齢者福祉における新たな施設サービスとして、まず大きな議論となったのは、1986年の老健施設の設置につながる中間施設構想に関するものであった。この構想は、寝たきりの高齢者の増加や社会的入院が社会的課題と認識されていく中で、厚生省や社会福祉分野の専門家らが、欧米諸国の高齢者福祉サービスにおける制度を学んだことを1つの要因として浮上したものである（厚生省健康政策局 1985）。そして、その調査によって明らかになった問題点は、措置制度の中で運営される特別養護老人ホームでは十分なニーズに対応できておらず、一方、病院も高齢者が生活する場としては適切とはいえないということであった（小山 1986）。そうした認識を出発点に、医療と特養の中間に位置する施設が必要であるとされ、老人保健施設の創設が決まった。

そして、高齢者福祉サービスの整備はさらに進められていった。1986年には、社会福祉士、介護福祉士という専門職資格が創設され、加えて厚生省高齢者対策企画推進本部がデイサービス、ショートステイの整備水準について目標値を発表した。1988年には厚生省と労働省が「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について（福祉ビジョン）」の中で、ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイの在宅福祉サービス、そして特養の整備目標水準を発表した。

そして、これらの報告で示された施設・在宅福祉の整備、人材養成という方向性は1989年の厚生・自治・大蔵三大臣合意による「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」へとつながった（新藤 1996: 84）。このように、ゴールドプランが自民党や政府全体が公認するものとなった背景には、1989年4月から導入されていた消費税は、福祉拡充のためであるとアピールしたい自民党の思惑が働いていた。ゴールドプランでは、在宅福祉推進十か年事業として、ホームヘルパー10万人、ショートステイ5万床、デイサービスセンター、在宅介護支援センターともに1万カ所を整備すると打ち立てた⁷²。

ゴールドプランで、施設福祉、在宅福祉の整備などに総額6兆円が投入されることとなったが、厚生省はそれが機能する仕組みを作り上げるため、1990年の福祉関係8法の改正を行う（厚生省大臣官房政策課 1991: 108-118）⁷³。この改正の中で、厚生省は都道府県や市町村に対して老人保健福祉計画の策定を義務付け、デイサービスなどの在宅福祉サービス、訪問看護サービスなどの保健サービス、特養などの施設サービスについて計画期間内に整備すべき目標値を示し、体制を整えることを要求した（新藤 1996: 85-93）。なお、高齢化がゴールドプラン策定の際に想定されていたものよりさらに急速に進んでいったため、

⁷² その他にも、「寝たきり老人ゼロ作戦」と題して、健康教育の充実、地域における機能訓練体制の整備、長寿社会福祉基金の創設、施設対策推進10か年事業による特養、老健施設、ケアハウスの拡充などが盛り込まれた（厚生省大臣官房政策課 1991: 30-39）。

⁷³ こうした法改正のみならず、ゴールドプランの具体的な事業を実施していく主体である社会福祉法人などに対して、老健施設や高齢者福祉施設整備のために税制上の措置も講じられた（厚生省大臣官房政策課 1991: 130-132）。

1994年には「新ゴールドプラン」が、1999年に「ゴールドプラン21」が策定された。

また、ゴールドプランに応えるように、翌年の老人保健法改正で、老人訪問看護制度が創設されている。これは、在宅の寝たきり高齢者らに対して、地域に新たに設置される老人訪問看護ステーションから看護師、保健師などを派遣し、介護に重点を置いた訪問看護サービスを提供する行政サービスである（藤田 1995:78-79）。また、この制度の創設にあたって、厚生官僚がドイツ、フランスの訪問看護制度を視察していたことや国内における訪問看護の先駆的な実践家と接触することで知識を吸収し、施設の人員配置基準を決定したことが報じられている（大熊 2010）。

さらに、第2次医療法改正において在宅も医療提供の場とされたことから、1994年の診療報酬改定では、かかりつけ医による「在宅時医学管理料」を新設し、往診、訪問看護、訪問リハビリテーションに対する点数が高められた（吉原・和田 2008:514-515）。

こうした流れは、介護保険制度創設へと結実していく。その創設を可能にしたのは、①1980年代後半から厚生省内で介護に関する普遍主義的な福祉制度の必要性が認識され、②消費税導入や細川内閣の国民福祉税構想を通じて政策アジェンダとして浮上し、③介護保険制度導入に肯定的な社会党とさきがけが自民党との連立与党となったことなどがあげられている（衛藤 1998; 増山 1998）。

本研究の関心からして注目したいのは次の事柄である。まず、この創設にともない、ケアマネージャーという専門職が創設され、ケアプランを通じたケアマネジメントの仕組みが導入されることになったということである。その他にも、介護保険の財政下に老健施設が組み込まれることになり、また、療養病床における介護保険適用が可能になった。厚生省は、慢性期疾患を対象とする医療施設の介護施設への転換を促したのである。そうして、介護保険制度の創設によって、医療保険財政救済と高齢者福祉サービス整備への資源投入がさらに深まることになった。

第4節 政策過程の分析

(1) 医療機関の機能分離というアイデアと教訓抽出学習による形成・発展

まずは、このアイデアを認知的・規範的両面から整理する。認知的側面から見ると、このアイデアは、高齢者の長期入院の解消を重要な技術的目標と置き、さらに、それを促すために高齢者の福祉サービスの整備を付随させることで、医療費の抑制を達しようというものであり、その必要性の面から正当化される。ただし、このアイデアには定まりきった表現がなく、不明瞭なものでもあった。規範的な側面においては、このアイデアは、医療制度の維持に資するという点でそれに適うものであった。このため、このアイデアは定式化した言葉は生まれなかったものの、政策としては進行していったと考えられる。

このような形でアイデアが構成されたことによって、政策の進行だけでなく、保険局、

老人保健福祉局、健康政策局はさらに認識の共有度合いを高めていった。また、このアイデアによって、厚生省は、制度の維持を通じた組織の存続だけでなく、民間医療機関、自治体、シルバー産業への規制権限を拡大するという利益を獲得することができるようになった。

それでは、こうしたアイデアは、どのようにして形成、発展したのだろうか。1980年代以降の医療供給制度の変化は、高度成長の終焉、高齢化の進行、疾病構造の変化、行政改革路線下での福祉見直しといった政策環境の変化の中で、厚生省が医療保障制度における不確実性の高まりを認識したことによって要請された。

そして、医療費抑制のために医療供給制度改革の必要性も認識される中、政策学習の中心の主体としての厚生省は、医療制度改革の方向性を定める参考とするために、経済の低成長化、高齢化などによる社会保障費の拡大といった同様の問題を抱える欧米諸国の医療保障制度や高齢者福祉制度を調査していった。それによって、厚生省が認識した日本の医療供給制度の課題、問題の解釈枠組みが、医療の必要性の低い高齢者の長期入院の解消、施設・在宅における高齢者福祉サービス整備の必要性であった。

なお、こうした高齢者の長期入院や高齢者福祉サービスの不足の原因には、①核家族化や個人主義化、女性の社会進出などによる高齢者福祉サービスに対する需要の増加、②医療と経営が分離していない日本の病院が、経営判断から大量の高齢者を受け入れたということがあった。

そして、上記の学習を通じて、制度改革は、①包括払い制の導入・拡大などによる高齢者の退院の促進、②急性期医療と慢性期医療を担う病床の機能分離、③施設・在宅による高齢者福祉サービスの整備の3点から構成されるものとなった。また、包括払い制導入や老人保健施設の創設、DPCの導入といった、それぞれの改革の出発点や要所では、厚生省が欧米諸国の制度の構成要素を学び取り、獲得した知識を政策へつなげるという教訓抽出学習のステップを通じて、アイデアが発展していたことも明らかとなった。

また、このアイデアは、ローズの提示した教訓抽出学習の類型に沿えば、3つ以上の異なる政府で実施されている政策の構成要素を結合させて形成されており、「統合」に区分されるものであると言えよう。

(2) 制度改革を条件づける機会構造・回路

機会構造

まず、この医療機能の分離政策は、自由開業医制や出来高払い制といった医療制度に適合的なものである必要があった。厚生省は、この改革をあくまで、自由開業医制の原則の下での病床の機能分離の実施にとどめ、包括払い制の導入・拡大も原則的に出来高払いを維持し、徐々に拡大する形で進めた。そもそも、こうした制度的背景により、自由開業医制と

出来高払い制を根本的に転換することは、厚生省内部でのアイディアの構想段階から外されていた。そうしたことは、例えば、乱診・乱療や長期入院を是正するために老人診療報酬を導入する際の厚生省の考え方や、国民医療総合対策本部中間報告において、「高い健康水準を支えてきた我が国の医療システムについては、その基本である自由開業医制と国民皆保険体制を、国民福祉の上から今後とも維持していかなければならない」と述べられていることなどに表れていた。

組織環境の面で見ると、1980年代以降、医師会の組織的影響力が減少したことが1つの機会構造として作用した。厚生省が、アイディアを通じて彼らを説得したことで改革が進んだわけではなかった。医療機能の分離を構成する政策に対して、医師会は基本的に反対姿勢を示してきた（坪井 2001）。しかし、社会、経済、財政状況の変化などにより開業医の経営環境が不利な状況へ進む中で、彼らはパイの拡大から既得権の保持へと戦略を転換しており（池上・キャンベル 1994: 57-62）、そのため、厚生省による制度改革を反対しつつも最終的には受け入れることになったのである。

制度的回路

この改革は診療報酬改定を主要な政策手段の1つとしているため、中医協を通じて正統化されなければならない。この点について、この時期、厚生省がその決定に対して主導性を発揮することができるようになったことが、改革が進んだ理由の1つである。これは、中医協が閉鎖的な政策決定の場であり、その改定が厚生省の作成するたたき台を下に議論が進められることによっていた（結城 2006: 19-22）。

そして、政策過程の記述の中ではあまり触れていないものの、厚生省を支援するアクターとして、大蔵省（財務省）、連合、日経連（経団連）、健康保険組合連合会、国保中央会などの保険者が存在するが、元来医療費抑制に賛成の彼らの、診療報酬への逡減制の拡大といった一連の改革への態度は好意的なものだった⁷⁴。厚生省による、改革に対する説得が一定程度機能したものと考えられる。

また、自民党の厚生部会に焦点を当てると、その専門性の高さに影響力の源泉があるとされる厚生族、特にそのリーダー格の議員は、厚生省による説得を一定程度受け入れていたものと考えられる。例えば、その1人と目される丹羽雄哉は著作において、社会的入院解消に向けて、慢性期医療での包括払い制拡大の必要性、高齢者福祉サービス整備（特に在宅）の必要性などを主張しており、DPC導入のための試行調査が開始されていることなど、当時の最新の状況も理解していた（丹羽 1998）。こうした厚生族の姿勢もまた、一連

⁷⁴ それを示すものとしては、連合が1997年に刊行した『1997~1998年度 政策・制度要求と提言』、1998年の健保連の「21世紀の国民の健康と医療の確保を目指して（医療保険制度構造改革への提言—中間報告—）」、2000年に経団連が公表した「保険者機能の強化への取組と高齢者医療制度の創設（経団連意見書）」などの提言がある。。

の改革が可能となった要因であったと言えよう。

さらに、1993年の自民党下野以降、政界再編によって、自民党単独政権から非自民・非共産連立政権、自社さ連立政権へと政権が交代したことで、政策決定において連立与党内部での合意形成が必要となった。特にこのことは、介護保険法の政策形成過程において顕著に表れた。家族福祉を重視する立場の議員も多く、必ずしもその創設に一枚岩でない自民党に対し、それに肯定的な社会党とさきがけが、与党福祉プロジェクトチームの一員として政策決定の場に参画することができた。このことがその創設に大きな追い風となったことは広く指摘されている。

第5節 本章の小括

本章の目的に立ち返ると、それは、1980年代以降、厚生省が、高齢者の退院促進を目的に医療機関の機能分離を進める政策を着実に進行していたことを析出することであった。ここまでの分析を通じて、この目的は達成されたと言ってよいだろう。

この制度改革は、医療費抑制に向けた対応策が模索される中で行われた、省内各局による教訓抽出学習を通じて生じた。それによって、事務官と医系技官の双方が、日本の医療制度の課題を平均在院日数の長さと同齢者福祉サービスの不足であると認識し、医療機関の機能分離というアイデアが形成された。そして、改革が、漸進的にはあるが、一貫した形で進行することになった。また、事務官と医系技官の認識が同質のものとなったことで、第1次医療法改正の政策過程の中で接近していた両者の距離はさらに近づいたと考えられる。

そして、医療機関の機能分離政策の進展は政策環境、事務官と医系技官の更なる接近は、この後の小泉政権期の医療制度改革において、医療機能の分化・連携というアイデアが登場、機能するための機会構造となる。

また、機会構造、制度的回路の観点から見ると、厚生省、医師会、族議員の立ち位置には前章で対象とした時期と比べると変化も見られた。医師会について、彼らは医療機関の機能分離に関連する政策には反対姿勢を示していた。しかし、パイ自体の拡大から既得権を維持するという方向に戦略を転換していたことから、彼らは、そうした政策の実行に対しても最終的には首肯した。機能分離に関する改革は、厚生省との妥協の上で進行したのであり、厚生省と医師会の間で認識の共有が起きたわけではなかった。

一方で、厚生省と族議員の間では、機能分離に関する制度改革についての認識の共有が一定程度進んでいた。これは、族議員の影響力が政策に対する専門知識の高さに由来するものであるために、社会経済環境の変化の中で医師会の利益だけを代弁するわけにはいかない状況になったことが大きな理由であると考えられる。

このことは、医療政策の決定の条件について次のことを示唆するだろう。前章で、厚生省と医師会が妥協できるかどうかということが重要な条件であることは述べた。しかし、より安定的に制度改革を行うという点からすると、厚生省にとって、制度改革に対する厚生族の理解を得ることが重要な条件であったということが出来るだろう。

第6章 小泉政権期における医療供給制度改革の政策過程

第1節 本章の目的と小泉政権における医療制度改革の概要

本章の目的は、「医療機能の分化・連携」というアイデアがなぜ、どのように形成されたのかを明らかにすることである。このアイデアが生まれ、それに一貫した医療供給制度改革が初めて行われることとなったのが、小泉政権期の医療制度改革であった。そのため、本章では、小泉政権期の医療制度改革の政策過程を追跡し分析する。

小泉政権下での、特に2006年に決定した医療制度改革は、医療保障制度の広範な部分に大きな変化をもたらすものであった。医療保険制度については、前期・後期高齢者医療制度の創設や政管健保の民営化・分割、市町村国保の財政単位の拡大、患者負担の拡大といった大きな改革が行われた。それだけでなく、診療報酬におけるマイナス3.16%という過去最大のマイナス改定、2004年に発覚した中医協をめぐる日歯連の汚職事件を受けての中医協における医師会推薦枠削減といった、医師会の政治的影響力の象徴部分にかかわる改革も行われた。また、全面的に実施されることとはならなかったが、総合規制改革会議や規制改革・民間開放推進会議を通じて、保険診療と保険外診療の併用を指す混合診療の解禁、医療機関への株式会社の参入など、新自由主義的な制度改革が積極的に議論されたのも、小泉政権における医療制度改革の大きな特徴である。

そうした改革の中で、医療供給制度にも広範に渡る改革が行われることが決まった。要点をあげると、1点目に、療養病床の再編成などによる平均在院日数の短縮を1つの柱とした、国と都道府県による医療費適正化計画⁷⁵という新たな政策の実施が決まったことである（柴畑2007:79）⁷⁶。また、もう1つの柱として糖尿病などの生活習慣病有病者・予備軍の減少を目指す特定健康診査・特定保健指導の実施が決まった。2点目は、医政局⁷⁷が所管す

⁷⁵ この計画策定については以下のような流れで決定される。まず、国が医療費適正化基本方針を作成し、都道府県医療費適正化計画で定める政策目標の参酌標準などを示し、それを基に国と都道府県が医療費適正化計画を策定する。全国医療費適正化計画においては、平均在院日数の短縮や全国ベースの糖尿病などの有病者・予備軍の減少に関する政策目標（数値目標）を定め、その達成に向けた施策を定めることとなる。都道府県においては、参酌水準を踏まえて当該都道府県における平均在院日数の短縮や糖尿病などの有病者・予備軍の減少に関する政策目標（数値目標）などを定めることになった

⁷⁶ この政策は、法的には2006年6月に成立した「高齢者の医療を確保する法律」を根拠とするものである。医療費適正化計画は、2008年度から2012年度までの5年間で第1期として実施された。現在は、その結果に基づいた見直しのもと、2013年度から2017年度までを第2期として実施されている。

⁷⁷ 2001年の厚生労働省誕生を機に健康政策局が改組されて誕生した局である。

る医療法の改正（第5次医療法改正）である。これによって、厚労省は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病⁷⁸について都道府県が医療連携体制を構築することを定めた。3点目に、これらの改革を財政的に支援するような診療報酬改定が行われた。加えて、高齢者が在宅まで復帰できるよう在宅医療に対する新たな診療報酬が設置されたこともポイントである。

そして、こうした広範に及ぶ医療供給制度改革の方向性を全般的に支えたのが、厚労省によって考えられた「医療機能の分化・連携」というアイデアであった（辻 2008）。現在の医療供給制度改革の方向性を示すモデルとなっているこのアイデアは、厚労省によって小泉政権期に生み出されたものであったのである。

そして、このアイデア形成の経緯に小泉政権の特徴がかかわる。このアイデアを厚労省が必要としたのは、官邸主導の政策決定、新自由主義的改革を推進しようとした小泉政権において大きな役割をもった、経済財政諮問会議と総合規制改革会議からの圧力に対抗しなければならなかったからであった。

それでは、このアイデアの形成過程を、特に経済財政諮問会議と総合規制改革会議の圧力との関係に触れながら描いていきたい。また、このアイデアは、厚労省が政策における過去の経験や医療における新たな情報に対応するという、政策学習のプロセスを通じて形成されたものであったため、その点にも留意して記述を進める。

第2節 医療制度改革を促した社会、経済、政治状況の変化

(1) バブル経済の発生・崩壊と不良債権問題

1980年代後半に日本でバブル経済が発生したのには、様々な要因がある。1つのきっかけとなったのが、1985年のプラザ合意後の円高不況対策として、日本銀行が融緩和政策を行ったことである。また、1980年代半ば以降の国債の大量発行による債券市場の拡大や1980年代の国際金融取引の拡大を背景に、銀行の伝統的取引先である上場企業が、資金調達を資本市場に移していったこともその要因であるとされる。それによって、銀行は従来の貸出先と比較すればリスクの高い新たな貸出先を求めることとなった。そして、その対象となったのが不動産投資を行う中堅中小企業や家計であり、これを戦後日本の不動産価格が常に上昇傾向であったことから生まれた「土地神話」や不動産投資を優遇する税制が後押しした（深尾 2002: 91-100）⁷⁹。

⁷⁸ 4疾病とあわせて救急医療、災害時における医療、へき地医療、周産期医療、小児医療の5事業も対象である。

⁷⁹ それ以外に政治的要因もバブル発生の要因となった。「中曽根民活」では、内需拡大を推進する都市開発政策が次々と成立した。この中でもリゾート法（総合保養地整備法）は、リゾート地の乱開発を引き起こし、全国へ地価上昇は拡大することとなった（上川 2005: 130-131）。

さらに 1986 年から 1987 年にかけては、欧米を含めて株や土地価格の上昇が起きていたが、日銀は金融引き締め策を実施しなかった。それだけでなく 1987 年 10 月 19 日のニューヨーク株式市場での株価の大暴落（ブラックマンデー）が起こったが、東京市場の株価の回復は早く、その後、株価は上昇し続けた（上川 2005: 123）。そうした状況にあっても、日銀は政策転換を行わなかった⁸⁰。こうした状況下で、金融機関が不動産に対する貸し付けを積極的に進めたことが、地価高騰をさらに決定づけ、それが不良債権問題へとつながっていく。

一方、日銀が、バブルが発生していたにもかかわらず、金融引き締めに移るのには、1989 年中ごろになってからであった。その後、大蔵省による不動産融資規制や総量規制を採用するなどの対応も行われていった。

そして、このバブル経済は、円・債券・株式がトリプル安となった 1990 年代初めから崩壊していく。バブル崩壊によって、バブル期に行っていた野放図な貸し付けや資産価格下落による大量の不良債権が、金融機関やゼネコン、住専などに発生していくことになった⁸¹。

こうして生じた不良債権問題の実態は、大蔵省・日銀はある程度把握していたが、認識の甘さから抜本的な問題解決を先送りした。しかし、1991 年からの不況は長引き、大規模な金融緩和・景気刺激政策にもかかわらず、不良債権問題は深刻化し、1992 年から翌年にかけて、東洋信金の整理やコスモ証券の破たんなどが続いた（奥野・村松 2002: 5）。

一方、政界においては、バブル期のリクルート事件やイトマン事件などを背景に高まっていた政治不信を背景に、自民党が分裂し、1993 年 8 月には非自民連立政権である細川護熙内閣が誕生したが、非自民連立政権は 1 年ともたず、1994 年 6 月には、社会党の村山富市を首班とする、自社さ連立政権が誕生した。村山内閣は、公的資金を注入し住専問題の処理を行ったが、これに世論が厳しい態度をみせたことから、大手の金融機関などのより根本的な不良債権問題に手が加えられることはなかった（奥野・村松 2002: 6）。

1996 年 1 月に村山内閣に代わり、橋本龍太郎内閣が誕生した。橋本内閣は、行財政改革や経済構造改革、金融システム改革などを訴え、1997 年 4 月の消費増税や社会保険料の値

⁸⁰ 1980 年代には地価も上昇し続けていた。この時期の地価高騰はもともと首都圏で始まった。これは、経済活動の東京集中などにより、東京のオフィスビルが不足していたために起こっていた。これによって、都心の住民や町工場の郊外への移転が促されたことから、郊外へも地価高騰は波及した（上川 2005: 129-130）。

⁸¹ この問題の特徴は、次のような連鎖反応が避けられないことであった。まず、株価や地価が下落すれば借入金の担保の価値が下落し、金融機関はその返済を求める。そして、企業はそのために株式や不動産を売ろうとするが、それが売り圧力となり、株価・地価は一層下落する。さらに、借入金の返済ができない企業は破たんし、その結果、そこに貸し付けていた金融機関などの財務状況が悪化し、それが株や不動産の売り圧力をさらに生み出すというものであった（奥野・村松 2002: 4-5）

上げなどを決定した。これは、景気が回復基調にあるという判断が後景にあったが、1997年の夏にタイや韓国の通貨危機とあいまって、それは景気を悪化させることとなった。そして、この年には、三洋証券、北海道拓殖銀行の破たん、山一証券の自主廃業など、金融危機も巻き起こり、1998年には日本長期信用銀行、日本債券信用銀行が一時国有化され、破たん処理された。こうした不良債権問題の解決は長引き、最終的に処理されたのは、2001年に発足した小泉政権においてであった。

(2) 1990年代以降の財政悪化

1975年に赤字国債が発行されて以降、政府は毎年赤字国債が発行されていたが、1989年度にバブル景気の恩恵から赤字国債の発行はゼロとなった。しかしながら、その崩壊から、1994年に再び赤字国債が発行され、その後政府の財政は急速に悪化していくこととなる。この財政悪化は、税収面においては、バブル崩壊による経済低迷に加え、減税による税収減少が追い打ちをかけ、歳出面においては、経済対策として公共事業が拡大されたことが大きな要因となった（諸富 2014: 4）。

減税については、大きな改革としては次のような税制改革があげられる。1つ目は、細川内閣の下で、1994年分の所得税と住民税から、20%の定率減税を行うというもので、総額5.5兆円に及ぶものであった。2つ目は、村山内閣が決定したもので、1997年度から消費税率を5%に引き上げることを決定した上で、所得税と住民税の恒久減税、相続税の減税がなされることとなった。3つ目に、橋本内閣の下で行われた税制改革である。1997年の消費増税、アジア通貨危機、金融危機に対応するため、橋本内閣は2兆円の特別減税を盛り込んだ1997年度補正予算を成立させ、さらに、その後の失業率や景況感の悪化を示す経済指標が発表されたことから、新たに2兆円規模の特別減税を含む、総額16.6兆円にのぼる大規模な総合経済対策を実施した。4つ目は、小淵恵三内閣下で行われた税制改革である。その内容は、所得税減税4兆円と法人税減税2.3兆円、住宅ローン減税などの政策減税2.6兆円など、あわせて総額9.4兆円に及ぶ減税からなるものであった。

公共事業については、まず1990年代前半に、バブル崩壊後の経済対策の軸として活用された。また、この時期の公共事業における特徴としては、1985年のプラザ合意後の円高不況時から増加傾向にあった地方単独事業が、1990年代前半にバブル崩壊の影響を受け、量的にそのピークを迎えていたことがあげられる。さらに、1990年代末にも、消費増税、アジア通貨危機、山一証券破たんなどの金融危機によって急速に景気が後退する中で、公共事業費は大きく拡大した（門野 2014: 116-118）。

こうした減税や公共事業の拡大がなされたにもかかわらず、バブル崩壊による企業のバランスシート悪化や1990年代前半の円高による輸出不振、デフレによる実質金利の上昇などによって、結局のところ、それらの政策は日本経済全体の浮揚へと結びつかなかった（門野 2014: 127）。

(3) 急速な人口の少子高齢化

1970年に高齢化率が7.1%となり、日本は高齢化社会を迎えたが、高齢化はさらに急速に進行していく。1990年には、65歳以上人口は約1493万人と総人口の12.1%を記録し、1994年には、高齢者人口は全人口の14%を超え、高齢社会の到来を迎えた。65歳以上人口の割合が7%から14%に達した所要年数をみると、ドイツが40年、イギリスが47年、フランスが115年であるのに対し、日本は24年で到達しており、高齢化の進行がいかに急速であったかがわかる。さらに、1997年には、高齢者人口が15.9%に達する一方で、15歳未満の年少人口比率は15.3%と、初めて高齢者人口が年少人口を上回った(吉原・和田 2008: 404)。

こうした人口の急速な高齢化は、少子化の影響も受けている。合計特殊出生率の変遷を見ると、第2次ベビーブーム期の1971年には、2.14、出生数209万人を示したが、1975年に2.0を下回ってから低下し続け、1989年には、丙午にあたる1966年の1.58を下回る1.57を記録し、1.57ショックと呼ばれた。その後も、2000年代前半までは低下傾向を示し、2005年には、過去最低の1.26にまで低下した。

こうした状況の中で、2000年代に入る頃には、高齢化の問題は将来的にみても深刻な問題であると認識されるようになった。2030年には、高齢化率は30%に、2055年には、40%になることが推計されており、高齢者が激増することが予想されていたからである(辻 2008: 16-18)。そして、それにともなって、厚生労働省は、国民医療費が年4%程度伸び続けると推計し、国民医療費の国民所得に対する割合が2025年には12%を超えると推計していた(厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局 2001: 10-11)。

(4) 各種医療保険の財政悪化と老人保健拠出金の問題

まず、健康保険組合に目を向けると、厳しさを増す経済状況の中で、リストラに伴う被保険者数の減少や賃金の伸びの低下などによる保険料収入の伸び悩み、老人保健拠出金の増大は、その運営を大きく圧迫していった。例えば、赤字組合数は1991年の346組合(19%、赤字額263億円)から、1996年には1293組合(71%、赤字額2615億円)へと大幅に増加した。保険料率も法定上の上限に設定する組合が111組合から137組合に増加し、平均の保険料率も上昇した。こうした状況下で、中にはその解散を検討する組合も出てくることとなった。こうした傾向は、1997年に被用者保険の本人負担が2割負担などの導入で一時的に緩和されるも、その後も継続することとなる(吉原・和田 2008: 425-426)。

政府管掌健康保険についても状況は厳しく、老人保健拠出金の増加などの支出と保険料収入のギャップが大きくなり、財政運営が困難なものとなった。

国保も同様に財政状況は悪化する。特に国保は、市町村単位で組合が組織されるため、保

険者の規模が小さい組合も数多く存在する。また、国保は被用者以外のものや零細企業の社員を対象とした保険である。そのため、農林水産業者や自営業者など、相対的に所得が低い層を抱える医療保険となった。また、被用者以外の者を対象とすることから、高齢化に伴って退職後の高齢者も多く抱えることとなった。このような構造的脆弱性が国保の財政問題を大きくしていった（島崎 2011: 274-290）。

そして、上記のように、各保険組合の財政が悪化していく中で、健保組合は、老健制度に対する不満を高めていく。それは、老健制度において、健保組合などの各保険者が老人保健拠出金と呼ばれる拠出金を共同で負担して高齢者医療費を支える財政調整がなされていたからである。

特に、1990年ごろから健保組合の拠出金が増大し、財政状況を悪化させたことになった。これは、次のような制度上の変更がなされてきたからである（岡光編 1993）。老健制度において、制度発足時、医療費の算定については、医療費案分方式と加入者案分方式が併用された。医療費案分方式は、各医療保険者に加入している老人保健制度の対象者が利用した医療費に応じて拠出金を算定するものであり、そのため各保険者間の財政調整を成すものではない。一方、加入者案分方式は、全制度における高齢者の平均加入率を基に拠出金を算定するものである。これにより、高齢者の加入率が平均より高い国保などは、実際に利用された高齢者医療費よりも拠出金が少なくなり、高齢者の加入率が平均より低い健保組合などは拠出金の額は実際の高齢者医療費よりも多くなる。制度発足時には、医療費案分方式と加入者案分方式が高齢者医療費の2分の1ずつに採用されたが、段階的に加入者案分方式の割合が引き上げられ、1990年度からすべて加入者案分方式が採用されることになった。

こうした問題から、多額の老人保健拠出金を強いられる健保組合や企業経営者は、この拠出金のあり方を見直すように厚生省に強く迫るようになった（衛藤 1998: 74）。一方で、国保側からは、さらに深刻化する財政状況から、支援の強化が要求されるようになり、保険者間の利害対立が深刻化することになった（吉原・和田 2008: 418）。こうしたことから、老健制度に代わる新たな高齢者医療制度の創設が必要とされることになる⁸²。

(5) 平均在院日数の長さ と 療養病床の問題

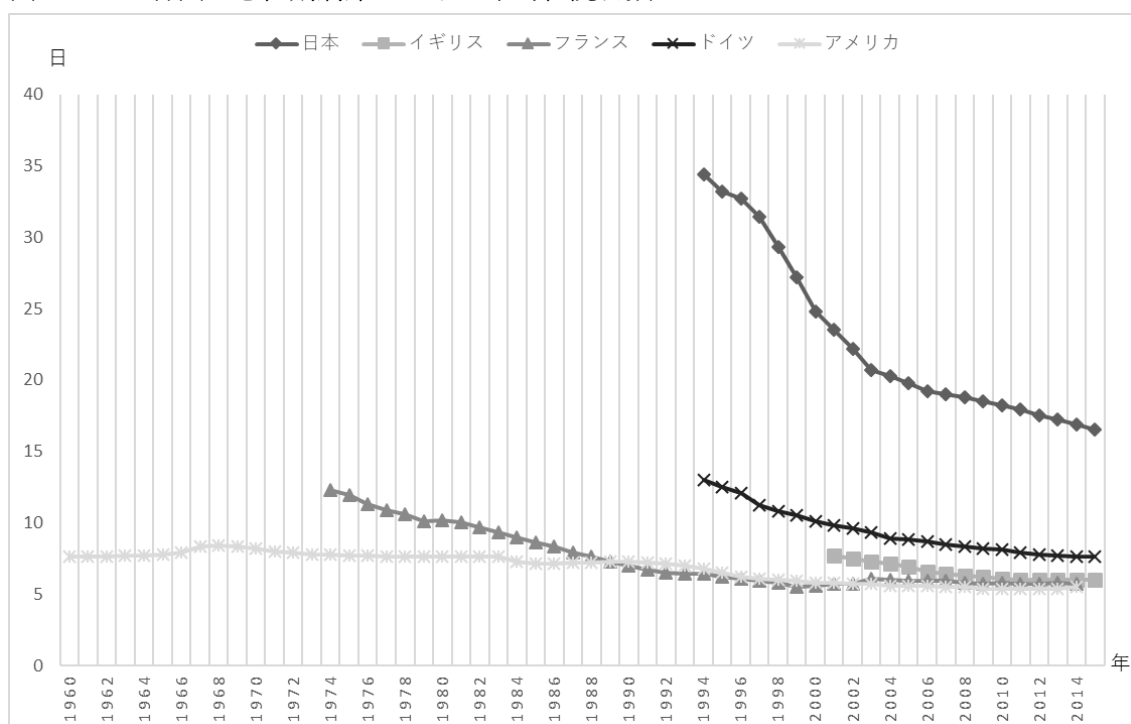
前章でもみたように、高齢者の社会的入院問題は医療費の伸びをもたらし要因の1であり、長らくその解消を目指した政策を厚生省はとってきた。そうした政策の効果が一定程度あらわれた部分もあった。例えば、一般病床の平均在院日数は、1983年には39.2日とピークを迎えたが、1980年代後半から低下傾向を示していた（濃沼 2000: 19-20）。ただし、先進各国との比較において、その差は依然として大きいため、平均在院日数の短縮は、重要な

⁸² このような認識が、前期・後期高齢者医療制度の創設へとつながったことを指摘しておきたい。

課題であり続けていたことに変わりはなかった。

また、病床全体での平均在院日数をみると、2003年時点では36.4日であり、ドイツ(2002年時点)は10.9日、フランスは13.4日、イギリスが7.6日、アメリカが6.5日と他の先進国と比べて著しく長いままであった(栄畑 2007:50)。その中でも、病床別に平均在院日数をみてみると、療養病床のそれが全病床の平均在院日数を押し上げる1つの要因となっており、そこからいかに高齢患者を退院させていくのかも重要な問題となっていた(栄畑 2007:51)。

図6-1 各国の急性期病床における平均在院日数



出所: OECD Health Statistics 2017 より作成。

(6) 介護保険制度の創設・施行

介護保険制度の創設には、介護の社会化やそれに対応するための普遍主義的な保障制度が必要という理念が大きな力をもったことは広く指摘される。しかし、医療保険制度との兼ね合いをみると、それは、高齢者医療費に含まれる介護色の強い部分を、別の社会保険の給付に移すような形で老人保健制度から切り離し、国保や他の健康保険の負担を軽くするという意味合いもあった(伊藤 2008:80)。また厚生省には、介護保険制度創設を老人保健制度や退職者医療制度の改革の弾みとしたいという思惑もあった(吉原・和田 2008:609)。

ただし、その思惑は期待通りには進まず、2000年度に介護保険制度が導入された際には、

医療費は減少に転じたが、高齢者医療費の削減は、目標の2兆円の半分程度にとどまった⁸³（伊藤 2008: 84-85）。2001年には、高齢者医療費は再び上昇に転じ、一層の医療費抑制が必要とされることになる。

(7) 「健康観」の変化

本章が取り扱う時期は、上記のような種々の財政問題のみならず、人々の「健康」というものに対する考え方、捉え方も変化してきた時期でもある。より具体的には、社会的に認知される高齢者ケアの最終目標が、治療医学を通じた疾病の治療を目指すことから、生活の質（QOL）の増進へと変化しつつある時期であった。この点について、猪飼（2010b, 2011）の記述を参考にまとめていきたい。

彼によれば、こうした変化を支えた要因は大きく2点ある。1つは、疾病構造が生活習慣病中心となり、人口の高齢化が進んだことである。高齢者は生活習慣病を抱えがちであるが、それは1度かかると基本的に治療医学では根治できないとみなされている。また、彼らは病気や老化によって心身の機能が低下していくが、それに対する治療医学の果たす役割も限定的なものにとどまる。つまり、高齢化は、治療医学が限定的にしか役割を果たしえない人々を数的に拡大させるのであり、それは、疾病の治療という従来の高齢者ケアの目標に変化を促す圧力を大きくするのである。

2点目は、障害者パラダイムの発展である。高齢者ケアの最終目標の転換には、彼らを一種の障害者と捉えることが前提とされているが、それは高齢者ケアのあり方に対して障害者福祉の発展が影響を与えることを意味していた。そうした障害者福祉発展の内容としては、1つに「ノーマライゼーション」、「自立生活」といった理念上の発展があり、もう1つに障害者ケアの方法に関する考え方の発展があった。後者について、障害を抱えて社会的に不利な状況にある人々に対して、従来は、疾病としての障害を治療することで社会的不利を回復させようとするのが考え方の主流を占めてきた。こうした考え方は、「医学モデル」と呼ばれる。しかし、1980年代頃から、治療によっては解決しない障害を抱える人々に対して、医学的なケアのみならず、例えばセルフグループや他者の支援といった多様なアプローチによって、生活の質を改善するという「生活モデル」と呼ばれる考え方が登場し、それは徐々に広まっていった。

こうした2つの流れは合流し、「健康」概念に大きな影響を与えていくこととなった。従来の医学モデル的な考え方からいえば、健康の意味は「病気と認められないこと」であった。しかし、QOLの向上という観点からみれば、「心身の状態に応じて生活の質が最大限に確

⁸³ 厚生省は療養型病床総数34万床のうち19万床の介護保険適用の療養型病床への転換を目指したものの、それが11.5万床にとどまったことがその大きな要因と考えられている（二木 2001: 150-152）。

保された状態」といったことが健康の意味する中心的な核となる。こうした考え方は、1980年代では高齢者ケアにまで広まっていたとは言い難かったが、1990年代以降、徐々に人口に膾炙されるようになり、高齢者ケアの中にも取り込まれていくようになった。

(8) 政治・行政改革と首相権力の強化

1990年代は政治改革、行政改革の時代であり、これらの制度改革が首相の権力を大きく強化することになった（内山 2007; 上川 2010; 清水 2005, 2006; 竹中 2006; 牧原 2005; 待鳥 2005, 2006）。政治改革については、①選挙制度改革、②政治資金規正法の改正が重要である。選挙制度改革は、衆議院選挙において中選挙区制がとられていたものを小選挙区比例代表並立制へと変更した。中選挙区制下では、自民党候補同士が同一選挙区で議席を争う制度のために、自民党議員が特定の業界と結びついたり、個人後援会を組織したりしたことから、党執行部に対する個々の自民党政治家や派閥の自律性が大きくなっていった。これに対し、小選挙区制では、当選に必要な得票数が大きくなり、特定の利益団体や個人後援会にのみ頼るのでは当選が難しくなった。それによって、党の公認候補になることの重要性が増し、党執行部の影響力が強まることになった。

政治資金規正法の改正を通じては、企業や団体からの献金に対する規制が強められる一方、その代償として政党への公的助成制度が導入された。これによって、政治家個人で政治献金を集めることが難しくなり、また、派閥の領袖が政治献金を集めて、派閥のメンバーに配分することも難しくなった。これによって、党執行部による政治資金の配分が重要になり、党執行部の影響力が増すことになった。

次に、行政改革であるが、これについては、橋本龍太郎政権における行政改革が重要である。この行政改革で首相のリーダーシップを強めるために内閣機能の強化がなされた。ポイントとしては3点ある。1点目は、内閣官房の機能強化である。これは、内閣官房の政策立案権を認めること、人員の拡充、政治任命による補佐官の設置が認められたことに依っていた。2点目に、総理府や経済企画庁などを統合し、首相直属の内閣府が設置された。そして、この内閣府に経済財政諮問会議が設置された。3点目は、重要政策において、特命担当大臣をおくことが可能になったことである。こうした政治、行政改革によって、首相の権力が強化され、それ以前よりもトップダウン型の政策決定が行いやすくなった。

第3節 小泉政権期における医療供給制度改革の政策過程

ここからは、具体的に小泉政権下の医療制度改革の政策過程を、医療協供給制度改革に焦点を当てながら見ていく。このプロセスを描くにあたって、諮問会議とそれに対応する保険局、総合規制改革会議とそれに対応する医政局という2つの経路に注意を向ける。さらに、それらへの対応の中で厚労省内の保険局、医政局をはじめとした各局がまとまっていく点

についても気を配り記述を進める。それとあわせて、厚労省とそれ以外のアクターとの間にどのような対立構図が形成されたのかということもあわせてこの過程を描写する。

(1) 小泉政権以前における医療制度改革の議論

医療費の総枠抑制に関する議論

医療に対する規制改革の議論がなされる中で、医療費の伸びを経済動向と大きく乖離しないようにしなければならないという議論は、小泉政権発足以前から関係者の間でなされていた。厚労省内部では、新たな高齢者医療制度などに関して、2002年度に行われることになっていた医療保険制度改革に向けて、2001年1月に高齢者医療改革推進本部を立ち上げ、3月には、増加する医療費の適正化と高齢者に応分の負担を求めるという基本的な考え方に立つ、『医療制度改革の課題と視点』を公表した。その中で、厚労省は、新しい高齢者医療制度に関して、「老人医療費の伸びを経済動向とバランスのとれたものにする仕組み」であることが必要と提起していた(厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局 2001: 137)。

また、政府及び与党幹部をメンバーとした「政府・与党社会保障改革協議会」が1月に発足した。この協議会は、2001年3月末に「社会保障制度改革大綱」をとりまとめた。そして、その中で、「医療や医療費の在り方を改めて見直すとともに、とくに高齢化の進展に伴って増加する老人医療費が、経済の動向と大きく乖離しないようその伸びを抑制するための枠組みを構築する」とされた。高齢者医療費については、年4%程度の伸びを経済成長率と同程度に抑えること、当面は伸びを1から2%程度に抑えることを軸に検討が進められていた⁸⁴。

そして、内閣法の改正によって発足した諮問会議においても、社会保障制度改革が議論の焦点となった。森喜朗政権時の2001年3月14日の会合において、民間議員の奥田碩経団連会長は、医療費のあり方について、「やはり、総枠で幾らというものを決めておいて、その中で努力していただくということで、努力目標が必要であると思います」といった発言をしていた。

規制改革と医療機関に対する株式会社参入

医療機関の開設主体として株式会社が参入することに対しては、医療法の第7条第5項において、「営利を目的として、病院、診療所又は助産所を開設しようとする者に対しては、許可を与えないことができる」と規定され、1950年の「医療法の一部を改正する法律の施

⁸⁴ 『日本経済新聞』2001年3月25日。

行に関する件」(厚生事務次官通達)によって禁止されてきた。

これに対し、1990年代後半から、医療や福祉といった、それまで規制改革がためらわれることの多かった分野の規制改革も進めるべきといった声が高まるようになり、医療機関への株式会社の参入もその一環として言及され始めた。こうした流れの1つの結果としては、1994年12月に総理府に設置された行政改革委員会が、3年間の活動を終えて1997年12月に首相に提示した「最終意見」の社会保障制度に関する指摘がある。そこでは、少子高齢化への対応と経済活力の維持を両立するため、効率性、コスト意識や競争意識の醸成といった価値基準からの改革が必要という立場から、企業による病院経営への参入についてそれを認めるべきであると指摘された⁸⁵。この提言をきっかけに、病院への株式会社参入は医療制度における課題として、総理府や内閣府に設置される規制改革に関する審議会において指摘され続けていくこととなる(矢野 2009)。

そうした審議会の委員として、医療福祉分野における議論を牽引したのは経済学者の八代尚弘であった。医療に関しては、彼は著作の中で、「日本の医療問題の核心は、医療費自体の大きさよりも、その配分にある。もっぱら患者の『公平性』という点に最大の重点を置いて運用されてきた過去の医療政策は、国民の所得水準の向上や人口高齢化による疾病構造の変化等の下で、画一性の弊害が強まっている。医療改革の本来の目的は、単なる医療需要の抑制ではなく、医療サービス供給体制の効率化を通じた質の向上にある。そのためには、従来の医療の提供側主体のシステムから、他のサービス産業と同様な『利用者本位』の体制に転換することが基本となる」(八代 2003: 132)と、まさに自由主義的な観点から医療改革の必要性を主張していた。

そして、こうした考えの下では、限られた法人のみに病院開設が認められることは大きな問題として捉えられることになり、医療の提供主体として多様な主体の参入が重視されることになる。また、それに加えて、彼は、医療計画による病床規制が新たな事業者の参入を阻んでいることや混合診療が認められないことに対しても批判を向け、保険者機能についてはその強化を主張していた(八代 2003)。彼を代表的な論者として、医療福祉分野への規制緩和を求める声が高まる中で、小泉政権の誕生はそれへの強い追い風となった。

(2) 第1弾の医療制度改革

「骨太の方針 2001」と総合規制改革会議における医療制度改革の議論

森首相の後継をめぐる自民党総裁選において、小泉は、本命の橋本龍太郎元総理や党政調

⁸⁵ 行政改革委員会 (1997) 「最終意見」

(<http://www3.grips.ac.jp/~kanemoto/gyokaku/iken/kakuron-12.html>、2017年9月24日最終閲覧)。

会長の亀井静香、経済財政担当相の麻生太郎を破り、首相の座を射止めた。そして、2001年4月に発足した小泉政権は、「聖域なき構造改革」を標榜し、広範な改革をおこなっていくことになる。

構造改革を進めるにあたって大いに活用されたのが、経済財政諮問会議であった。諮問会議は、経済財政運営と予算編成の基本方針や重要項目について審議することを任務とする。首相を議長に、内閣官房長官、経済財政担当大臣、総務大臣、財務大臣、経済財政担当大臣、日銀総裁、民間議員などによって構成される。小泉政権においては、その議事進行を、経済財政相を長く務めることになる竹中平蔵が務めた。そして、民間議員は、牛尾治郎（ウシオ電機会長）、奥田碩（トヨタ自動車会長・経団連会長）、本間正明（大阪大学教授）、吉川洋（東京大学教授）といった財界人と経済学者が務めることになった。

また、こうした場の変更だけでなく、諮問会議は議題設定に対しても一定の影響力を有した（内山 2007: 36-40）。竹中や民間議員らは、毎年6月に諮問会議を舞台に策定され、閣議決定される「経済財政運営と構造改革に関する基本方針」、いわゆる「骨太の方針」や「民間議員ペーパー」を通じて、官僚や族議員には発案できないような案を提案することで、自民党、官僚、利益団体を中心に進められる政策決定過程に影響を与えた。

さて、小泉政権下での第1弾の医療制度改革もそうした政策決定のプロセス変更に大きな影響を受けた。2001年6月に閣議決定された「骨太の方針 2001」は、不良債権処理、財政改革、民営化、規制緩和など、小泉構造改革の重要事項を記していた。その中で、医療制度改革に関しては、医療費の総額の抑制が最大の目標とされた。その中でも、高齢者の医療費については、「医療費、特に高齢化の進展に伴って増加する老人医療費については、経済の動向と大きくかい離しないよう、目標となる医療費の伸び率を設定し、その伸びを抑制する新たな仕組みを導入する」という文言が盛り込まれていた。

また、医療費の抑制のための手段としては、各種の「医療サービス効率化プログラム」を行うことが提案された。その中では、①EBMに基づいた医療サービスの標準化と賃金・物価動向や経済財政とのバランスを踏まえた診療報酬体系の見直し、②インフォームドコンセントの制度かなどによる患者本位の医療サービスの実現、③病床数の削減によつ医療提供体制の見直し、④外部専門家による経営診断・監査の充実、株式会社方式による経営を含めた経営形態の多様化による医療機関経営の近代化・効率化、⑤保険者機能の強化、⑥いわゆる公民ミックスによる医療サービスの提供など公的医療保険の守備範囲の見直し、⑦負担の適正化といったことが記されていた⁸⁶。

ただし、小泉政権発足から「骨太の方針 2001」の提示まで、諮問会議において社会保障制度改革は5月31日に1度とりあげられただけであり、その会議自体も具体的な政策案に関する議論というより、今後の議論のための論点整理的な意味合いが強いものであったことは指摘しておきたい。

⁸⁶ 『日本医事新報』4025号（2001年6月16日）81頁。

こうした諮問会議側の動きに対して、厚労族、医師会は強く反発した。21日には医師会が都内のホテルで緊急会見を開き、株式会社方式による医療機関経営や医療費総額の伸びの抑制などに反対を表明した。22日には、自民党厚生労働部会が、骨太の方針2001の内容を、「自助と自立に偏重し社会連帯、公助という基本的認識が欠けている」と強く反発し、部会としてそれを了承しないという結論に至った(国民健康保険七十年史編集委員会 2009: 355)。

また、6月29日に行われた、医療関係者が集まる医療改革フォーラムにおいて、厚労省の渡邊保険局総務課長は、「公営医療を基軸とする医療体制をとっている諸外国のように、予算が切れたら年度途中で給付を差し止めるという体制は、皆保険制度をとっているわが国にはなじまないし、現実的に可能な話ではない」と否定的な意見を述べていた⁸⁷。

総合規制改革会議における医療制度改革の議論

こうした流れと並行しつつ連動もする形で総合規制改革会議において、医療制度改革が議論されていった。総合規制改革会議は、宮内義彦(オリックス会長)を議長に4月1日に設置され、小泉首相の諮問機関として機能した。総合規制改革会議は5月に、①医療、②福祉・保育等、③人材、④教育、⑤環境、⑥都市再生の6つを規制改革の重点検討分野に指定した。6月20日の第3回会合において、各重点分野のワーキンググループで検討を進めることが示された。医療ワーキンググループには、鈴木良男(旭リサーチセンター社長)が主査に、副主査には八代尚弘が就いた。医療ワーキンググループの検討項目として大きくは、①持続可能な医療制度の構築、②安価で良質な医療サービス提供があげられ、②の中で株式会社方式による経営形態の導入があげられていた⁸⁸。

総合規制改革会議はその後、重点検討分野について関係省庁からのヒアリングを行った。このヒアリングにおいて、厚労省側は株式会社の参入については反対姿勢を示していた。その後、総合規制改革会議は、7月24日に、「重点六分野に関する中間とりまとめ」を決定した。医療分野の内容としては、医療機関の経営形態多様化については、実施時期は明示しなかったものの「株式会社方式による経営を含めた規制の見直しを検討すべき」とされた。その他にも、医療における情報公開やIT化の推進、定額払い制度の拡大や公民ミックスによる公的医療保険の対象範囲の見直し、保険者機能の強化などが提言された⁸⁹。

こうした提言に関し、総合規制改革会議は9月18日に、日経連、連合にもヒアリングを行った。日経連は医療分野の改革案全てに賛成し、連合側は、市場経済万能主義に偏りすぎていると指摘しつつ、公的医療保険の対象範囲の見直し、株式会社方式による医療機関経営、

⁸⁷ 『日本医事新報』4028号(2001年7月7日)65-55頁。

⁸⁸ 『日本医事新報』4027号(2001年6月30日)72頁。

⁸⁹ 『日本医事新報』4031号(2001年7月28日)111頁。

医療分野の労働者派遣に反対と主張した⁹⁰。また、20日には医師会と四病院協議会からヒアリングを行った。医師会は、株式会社による医療機関経営と自由診療の併用を中心に改革案に対して反対を表明し、対立が鮮明なものとなった⁹¹。

こうしたヒアリングを終えた後、総合規制改革会議は、12月に、2001年度の最終意見書として『規制改革の推進に関する第一次答申』を発表した。医療分野については、IT化などの推進が強く打ち出された。その一方で、医師会が強く反対した株式会社の参入や混合診療に関して、その実施は見送られた⁹²。

「医療制度改革試案一少子高齢社会に対応した医療制度の構築一」と「21世紀の医療提供の姿」の発表

こうした中、小泉政権となって初の概算要求基準が財務省から出された。社会保障費の自然増が1兆円と見込まれていたにもかかわらず、社会保障関係費は18.1兆円、前年から7000億円増、厚労省所管部分については、6377億円増ということで、厚労省にはおよそ3000億円の歳出削減が課されることになった。

これに対して、厚労省は、9月19日に与党に対し医療制度改革の考え方の骨格を示した後、9月25日に「医療制度改革試案一少子高齢化社会に対応した医療制度の構築一」と、別添として「21世紀の医療提供の姿」を政府・与党社会保障改革協議会に提出した（厚生労働省2001）。これは、6月中旬に骨太の方針のとりまとめにめどがついた際に、小泉が竹島一彦内閣官房副長官補を通じて、厚労省に参院選後に素案をとりまとめるよう指示した結果、提示されたものであった（飯島勲2006:83）。

まず、前者の試案の内容について触れていきたい。この試案の策定はおそらく多くの部分を保険局が担当したものと思われる。そして、そこでは、マクロ指標の導入以外にも、小泉が患者自己負担の拡大、保険料率の引き上げ、診療報酬のマイナス改定からなる「三方一両損」の改革を推進しようとしていたことや1990年代後半から老健制度に代わる新たな高齢者医療制度の創設に向けた議論がなされていたことなどを受け、医療保障制度の非常に幅広い部分への改革に言及するものとなった。

その中でも、マクロ指標についてみると、「高齢者医療制度の持続可能性を確保するため、老人医療費の伸びが経済動向と大きく乖離しないよう、その伸びを抑制する仕組みを新たに導入する」とした。その中で、①老人医療費の伸び率の目標値の設定、②目標値を踏まえた医療の効率化等の推進、③目標値を超過した場合の措置、の3点が記されている。具体的には、1点目については、「毎年度の老人医療費の総額の伸び率について、高齢者数の伸び

⁹⁰ 『日本医事新報』4039号（2001年9月22日）80頁。

⁹¹ 『日本医事新報』4040号（2001年9月29日）70頁。

⁹² 『日本医事新報』4052号（2001年12月22日）77頁。

率に一人当たり国内総生産の伸び率を乗ずることにより、目標値を設定する」とし、2点目については、「上記の目標値を踏まえ、診療報酬の合理化、保険事業の推進等により、医療費の効率化等に取り組み、その達成に努める」とされた。3点目については、「各年度の老人医療費の伸び率が目標値を超過した場合には、超過相当分を基礎として算定した調整率を次々年度の診療報酬支払額に乗ずる措置を講ずる」とされた。

諮問会議や総合規制改革会議の議論を受けて、医政局も、「21世紀の医療提供の姿」⁹³という形で、改革の方向性を提示した。これは医政局曰く、「医療の効率化のみを目指すのではなく、医療の質の向上も同時に実現するための将来像を踏まえ、当面の施策を打ち出した」ものであった⁹⁴。そこでは、①患者の選択の尊重と情報提供、②質の高い効率的な医療提供体制、③国民の安心のための基盤づくりが重点であることが示された。

本稿の関心からすると②で触れられている事柄が重要である。その最初の項目の「質の高い効率的な医療の提供」においては、「情報開示・患者の選択を通じた機能分化のプロセス」、「急性期医療の効率化・重点化と質の向上」、「病院病床の機能分担」、「診療所等の役割」、「医療従事者の適切な確保」といったことが重要であると示された。また、2つ目の項目である「医療の質の向上」において、「生活の質（QOL）を重視したケアの提供」も重要であると示された。

そして、当面進めるべき施策の1点目として、「医療法改正の円滑な施行と支援」によって、急性期医療とそれ以外の病床が担うべき機能や役割を明確化・重点化すること、地域における公的医療機関の役割も踏まえた医療機関の機能分担、連携の推進の観点から地域医療計画の策定・見直しを推進することなどが提案された。このように、病院病床の機能分化を通じた平均在院日数の短縮という考えは、当初、特に医政局が進めていくことになる。

政府・与党社会保障改革協議会の「医療制度改革大綱」

こうした厚労省の試案を基に、政府・与党社会保障改革協議会や諮問会議で医療制度改革の議論が進められていくことになった。試案に対しては、厚労省が試案を発表した即日に医師会は会見を開き、坪井栄孝会長は、①健保本人の給付率引下げ、②高齢者医療制度、③老人医療費伸び率管理制度等に反対の意向を明らかにした。また、厚労省案が「医療法人の組織運営など医療経営の近代化、効率化方策を検討する」とされていることに対し、総合規制改革会議の議論を念頭に、「非営利性を担保していることがいかに重要なことか、認識がない」と同会議を批判した⁹⁵。一方、経団連や財務省などは、マクロ指標を高齢者以外も含め

⁹³ 厚生労働省（2001）「21世紀の医療提供の姿」

（<http://www.mhlw.go.jp/houdou/0109/h0925-2b.html#betu>、2017年9月24日最終閲覧）。

⁹⁴ 『日本医事新報』4040号（2001年9月29日）64頁。

⁹⁵ 『日本医事新報』4040号（2001年9月29日）66頁。

た医療費全体にも適用することを提案していった⁹⁶。

諮問会議側も、10月9日の会議において、奥田議員が、「公的な医療保険制度が価値ある医療を持続して提供し続けるために、医療費と経済が整合性をもつようにすることが重要であります。改革の試案では、総額管理の対象が老人医療のみとなっておりますが、『骨太方針』に沿って、医療費全体について現下の厳しい経済状況を踏まえて、経済の動向と大きく乖離しない目標額を設定して、確実に管理をしていくと言うことが必要であると考えます」⁹⁷と述べているように、対象を医療費全体に広げるよう求めた。また、同日、諮問会議の民間議員は、「医療制度の抜本改革に向けて」という資料を提出しており、そこでは「医療提供体制の近代化・効率化」が必要として、経営形態の多様化の推進や病床数の削減、病院・診療所の機能分化の促進（慢性期・急性期の機能分化など）といったこともあげられていた。

こうした中で、与党内の調整に本格的に入る。そこでは、マクロ指標と患者の小泉が推す三方一両損の改革の是非が議論の中心的な焦点となっていった（国民健康保険七十年史編集委員会 2009: 357）。マクロ指標について、厚労族議員からは、「老人医療費が目標値を超えたら、医療費抑制に努力している医療機関も一律に抑制されるのは不合理、出来高払いとなっている現行の診療報酬に、もっと定額制度を導入して医療費の伸びを抑えるべきだ」といった反論が相次いだ⁹⁸。こうした状況にある11月8日に示された中間とりまとめでは、マクロ指標について、「医療費の伸び率の適正化を図るための指針並びに方策等の所要の措置をとる」とする骨抜き案が示されることとなった⁹⁹。さらに、連立与党の公明党からも、マクロ指標については、①地域差などを考慮した高齢者医療費の上限設定、②公的病院などへの予算制の導入などを来年度以降に検討し、来年度から高齢者医療費の伸びに一律の上限を設定、超過分は医療機関が負担する、という先送り案が示された¹⁰⁰。

それに対して、16日、小泉は、政府・与党協議会に自ら出席するという異例の形で、「患者自己負担・高齢者医療費・伸び率管理・診療報酬の4点はぜひやってもらわないと予算編成ができない。必ず結論を出してほしい」と政府・与党幹部に改革を要請した（飯島勲 2006: 86-87）。経済財政諮問会議も22日の会合で、民間議員から「医療制度の抜本改革に向けて（緊急提言）」と題する資料が提出され、医療制度改革が不透明な形で政治決着することに警戒感を示すと同時に、実効性のある医療費の伸び率管理制度の導入と診療報酬の引き下

⁹⁶ 『社会保険旬報』2114号（2001年10月21日）4頁。

⁹⁷ 経済財政諮問会議『平成13年10月9日第22回会議議事録』平成13年10月9日。

⁹⁸ 『朝日新聞』2001年11月2日。

⁹⁹ 『朝日新聞』2001年11月8日付夕刊。また、自民党の丹羽雄哉は、この日の記者会見で、「指針や方針といった考え方がある。法律次項ではない」と述べていた（『社会保険旬報』2117号（2001年11月21日）21-22頁。）。

¹⁰⁰ 『日本経済新聞』2001年11月7日。

げ改定を強く要求した¹⁰¹。

マクロ指標については、厚労省は、22日の会合にて修正案を提示していった。具体的には、①前年度に比べて収入が増加していない医療機関を支払い調整の対象から除外する、②医療費の地域間格差に応じて都道府県ごとに調整する、③大規模災害などの特殊要因により老人医療費が変動した場合は特例的に対応するというものであった¹⁰²。しかし、与党側は、「そもそも医療費と経済の伸びは関係ない。せいぜい指針にとどめるべき」など、具体的な検討に入らないままこれを一蹴した¹⁰³。

そして、予算編成の関係上、医療制度改革に関する議論のタイムリミットを迎え、11月29日に、政府・与党社会保障改革協議会は、「医療制度改革大綱」をとりまとめた。これもまた医療制度全般にわたって幅広く改革内容に言及したものであった。中でも、マクロ指標については、「医療費、特に高齢者人口の像を大きく上回って増加する老人医療費について、その伸びを適正なものとするよう、伸び率抑制のための指針を定め、その指針を遵守できるよう、速やかに、診療報酬の在り方、公的病院の役割分担など有効な方策を検討し、実施するものとする」と記され、厳格な導入は見送られることになった（国民健康保険七十年史編集委員会 2009: 358）。

「医療提供体制の」改革としては、電子カルテ・レセプト電算化などの医療のIT化、広告規制の緩和や情報提供、診療ガイドラインの策定などEBM（根拠に基づく医療）は「推進」が謳われたが、医療機関の近代化、効率化のための方策については、そもそも株式会社の参入についての記載がなされなかった上に、「早期検討」という記述にとどめられた。

医療制度改革大綱の策定後は、厚労省が健康保険法等の一部改正案をまとめていくことになったが、大綱の中で被用者保険の給付引き下げについて、その施行時期が、「必要な時に7割給付で保険者間の統一を図る」と玉虫色となっていたことから、与党内調整が続けられることとなった¹⁰⁴。これについては、最終的に官邸の意向が通り、2003年4月から被用者本人の3割自己負担が実施されることになった。これを受けて、第154回通常国会に「健康保険法等の一部改正案」が提出され、2002年7月に成立した。

第1弾の医療制度改革における厚労省の対応

ここまで、小泉政権における第1弾の医療制度改革について、諮問会議を通じたマクロ指標（伸び率管理制度）をめぐる議論と総合規制改革会議・諮問会議を通じた株式会社の参

¹⁰¹ 『日本医事新報』4049号（2001年12月1日）69頁。

¹⁰² 『社会保険旬報』2118号（2001年12月1日）34-35頁。

¹⁰³ 『日本医事新報』4049号（2001年12月1日）67頁。

¹⁰⁴ また、12月17日には、診療報酬本体の改定がマイナス1.3%と、初のマイナス改定が決まった（『朝日新聞』2001年12月18日。）。

入などの医療制度改革の議論とそれに対する医政局の対応などについてみてきた。それぞれについて、厚労省による「医療機能の分化・連携」というアイデアの形成という点を意識しつつ、まずは、マクロ指標に関係する事柄について、大きく4点を指摘しておきたい。

1点目は、この時点で厚労省の保険局の中に、「医療機能の分化・連携」というアイデアは形成、受容されていなかったということである。試案の中には、診療報酬における包括払い制の拡大といった形で、従来の医療機能の分化政策を進めていくことは示されていたが、そうした政策が「医療機能の分化・連携」という言葉で捉えられていたわけではなかった。また、医療費抑制を目指すこの試案において、そのための中心に位置づけられる改革は医療保険制度に関するものであり、医療供給制度改革はその後景にあった。

2点目は、厚労省自身も試案において、高齢化を加味しつつ国内総生産の伸び率といった経済指標に基づいて導出した、マクロ指標的な制度を作成する意欲を示していたということである。また、諮問会議の議論の流れを見ると、民間議員らはマクロ指標の導入を当初から強く考えていたというよりは、小泉政権以前の議論からの延長でそれを骨太の方針の中に組み入れ、医師会や厚労族議員から批判が向けられたために、むしろ強硬にそれを主張するようになったように見える。その中で、厚労省側も、制度の維持という政策目標達成に向けて、小泉改革の波に乗り制度改革の中にそれを組み込もうと考えたのではないかと推察される。それに加えて、高齢者医療費の伸びがそれを上回った場合、具体的にどのような改革を行っていくかということについては、十分詰められていたとは言い難いものでもあった。

3点目は、厚労省の役割が官邸と自民党族議員との間のまさに調整役となっていたことである。小泉、官邸と厚労族議員との間の議論が伯仲する中で、厚労省の存在感は相対的に小さなものとなってしまった(中島 2004: 151)。こうしたことは、1980年代以降、政策決定過程において中心的な役割を担ってきた厚労省が、諮問会議に対抗していく必要性や危機感を抱くに十分な理由であったと考えられる。

4点目は、小泉がマクロ指標導入の見送りを決定したのは、診療報酬の引き下げという「目に見える医療機関の痛み」を実現するために、一定の譲歩が必要だと考えていたということである¹⁰⁵。2度の厚相経験をもつ小泉は医療制度に精通していたため、マクロ指標の導入は、はたから難しいとみていた¹⁰⁶。小泉は、諮問会議の提案も自らの最も推進したい政策を成功させるための交渉カードとみなしていたのである。

次に、総合規制改革会議の規制改革議論とそれへの医政局の対応について、「医療機能の分化・連携」という観点を中心に3点、整理しておきたい。

1点目に、規制改革の議論は、医政局による「21世紀の医療提供の姿」にあるように、彼らが、病院病床の機能分化やその連携を通じて平均在院日数の短縮化や、それに向けた医療

¹⁰⁵ 『読売新聞』2001年11月29日。

¹⁰⁶ 『AERA』(2001年12月10日)78頁。

計画の見直しという方向で制度改革を進める意識を高めるきっかけとなったということである。ただし、その改革が、「医療機能の分化・連携」という言葉で表されてはいなかったということにも留意が必要である。

2点目は、試案とも照らして考えると、医政局と保険局が、病床機能の分化と連携に向けた政策を制度改革の中心の1つとして考えを共有し、それを実行していこうという段階には至っていなかったということである。

3点目として、株式会社の参入の実施は医師会や厚労省の反対によって実質的に見送られたということである。

ここまで、医療機能の分化・連携というアイデアを念頭に置きつつ、マクロ指標をめぐる議論と厚労省の対応、総合規制改革会議による規制改革の議論とそれへの医政局の対応に注目して小泉政権下の第1弾の医療制度改革の政策過程を見てきた。ここからは、上記のような状況から、「医療機能の分化・連携」というアイデアが、特に厚労省内部で形成、共有されていく過程を中心に、政策過程を見ていく。

(3) 厚労省内部での医療供給制度改革案の形成

上記の健康保険法などの改正における法案附則には、①新たな高齢者医療制度の創設に向けて動くこと、②厚労大臣が老人医療費の伸びの適正化に関する指針を定め、それに即した都道府県及び市町村の取り組みに対する助言・援助に努めること、といった事柄が記されていた。この法案の成立にともない、新たな高齢者医療制度の創設に向けて、厚労省は、坂口厚労相を本部長に医療制度改革推進本部を設置した。本部の下部組織として、①医療保険制度の体系の見直し検討チーム（主査：保険局長）、②診療報酬体系の検討チーム（主査：保険局長）、③医療提供体制の改革に関する検討チーム（主査：医政局長）、④医療保険制度の運営効率化に関する検討チーム（主査：社会保険庁次長）が置かれた¹⁰⁷。

高齢者医療費の適正化に関する指針についての検討

坂口厚労相は、2002年9月に抜本改革の私案を発表した。その私案の内容は、国保の広域化の推進、政管健保の都道府県単位の財政運営の導入に向けた基盤整備を通して、保険運営の都道府県単位化を目指すことと並行して、加入者の年齢、所得に着目したリスク構造調整を通して負担の公平化を図り、最終的には制度の一元化を実現するというものであった¹⁰⁸。

自民党の医療基本問題調査会は、11月に抜本改革案の中間とりまとめを行った。高齢者

¹⁰⁷ 『日本医事新報』4064号（2002年3月16日）79頁。

¹⁰⁸ 『社会保険旬報』2149号（2002年10月1日）16-17頁。

医療制度の中身については、自立した個人を基本とした社会連帯による相互扶助の仕組みである社会保険方式を維持するためという理由から、75歳以上を対象に保険料を徴収する独立方式を提案した。また、老人保健拠出金は廃止するものの、若年世代からの何らかの支援は必要であり、公費負担は5割程度を想定するとされた¹⁰⁹。基本的に、坂口大臣や自民党厚労族の間では、高齢者医療保険制度を中心とした医療保険制度改革が議論の主眼となっていたと言ってよいであろう。

これらの議論を受けて、厚労省は12月に「医療保険制度の体系の在り方について」と「診療報酬体系の見直しについて」という試案を公表した。この中で、高齢者医療制度に関しては、制度を通じた年齢構成や所得に着目した財政調整を行う案（A案）と後期高齢者（75歳以上の高齢者）に着目した保険制度を創設する案（B案）が示された。

また、それと同時に、厚労省は、「診療報酬体系の見直しについて」という試案も発表している。そこでは、「診療報酬体系は、平均在院日数が長く、医療機関の機能分化が十分に進んでいないなど、我が国の医療提供体制が指摘されている課題にも影響を及ぼしており、医療提供体制の重点化・効率化の観点からの見直しが必要である」とされていた。ただし、ここでは、あくまでも新たな高齢者医療制度の創設など、医療保険制度改革に関する事項が優先的に示されていた。

この後、厚労省は基本方針策定に向け動き出した。坂口厚労相が関係団体と意見交換を行った後、2003年3月には、厚労省は、自民、公明、保守の与党と事務者レベルの協議に入り、与党の了承を得て、政府は、「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針」を閣議決定した。ここでは、新しい高齢者医療制度の形が、75歳以上の高齢者が加入する社会保険方式の制度と65歳以上75歳未満が加入する高齢者医療制度という形をとることが示され、関心はそちらに集まっていた¹¹⁰。また、診療報酬体系の見直しに関して、医療機能の分化の必要性についても一応触れられていた。

なお、この中で、高齢者医療費の適正化の指針に関しては、「地域における取組」という形で残った。具体的には、①「保険者、医療機関、地方公共団体等の関係者が、都道府県単位で連携して地域の住民に対し質の高い効率的な医療を提供できるような取組を推進する」、②「保険者・医療機関・地方公共団体が協議する場を設け、医療の地域特性の調査・分析・評価を行うとともに、医療計画、介護保険事業支援計画及び健康増進計画との整合性を図りつつ、医療費の適正化に向けて取り組むための計画を策定する」、③「当該計画の実

¹⁰⁹ 『社会保険旬報』2156号（2002年12月11日）6-9頁。

¹¹⁰ より具体的には、次のような内容であった。75歳以上の後期高齢者については、高齢者から新たに徴収する保険料、被用者保険などからの支援（社会連帯的な保険料）、公費で財源を賅うこととされた。なお、保険の運営者を誰とするのかということについては、関係団体との調整がつかず、明記されなかった。65歳以上75歳未満の高齢者に関する制度においては、国民健康保険、被用者保険に加入したままで、前期高齢者の偏在による医療費負担の不均衡を財政調整する仕組みの導入が提案された（伊藤 2008: 94）。

施に当たり、住民の健康づくりや適切な受診、病床の機能に応じた効率的な利用の促進等地域における取組に関し、国と都道府県の間で協議・検討を行い、必要な措置を講ずる」、④「医療の地域特性に起因して生ずる医療費の地域差部分については、地域における適正化努力を促すような仕組みを導入する」とされた。

このような基本的な方針が示されたことで、厚労省は社会保障審議会などを通じた具体案作りや政策を直接に実施することになる自治体に対する根回しを始めていった。例えば、2003年8月には、厚労省は全国・各指定都市老人医療担当課（部）長会議を開いている。そこで、厚労省は、「老人医療費の伸びを適正化するための指針」案を示し、9月にはそれを告示した。厚労省は、その中で自治体に対し、老人医療費の現状把握とその分析や都道府県が地域の実情に合わせて老人医療費の伸びの適正化のための計画を策定するよう努めることを求めた¹¹¹。

医政局における病院・病床の「機能分化」議論

ここでは、医療提供体制の改革に関する検討チームにおける議論を拾っていきたい。医政局長を主査とする医療提供体制の改革に関する検討チームは、8月29日にそれまでの検討結果を中間的に取りまとめた「医療提供体制の改革の基本的方向」として公表した。この中間まとめは、①患者視点の尊重、②質が高く効率的な医療の提供、③医療の基盤整備から構成されていた。本稿の関心からすると②が重要な点であり、まず、下図のように、医療法に基づく医療機関の機能の明確化に加え、重点化・効率化の観点から、さらに機能分化を推進するとした。

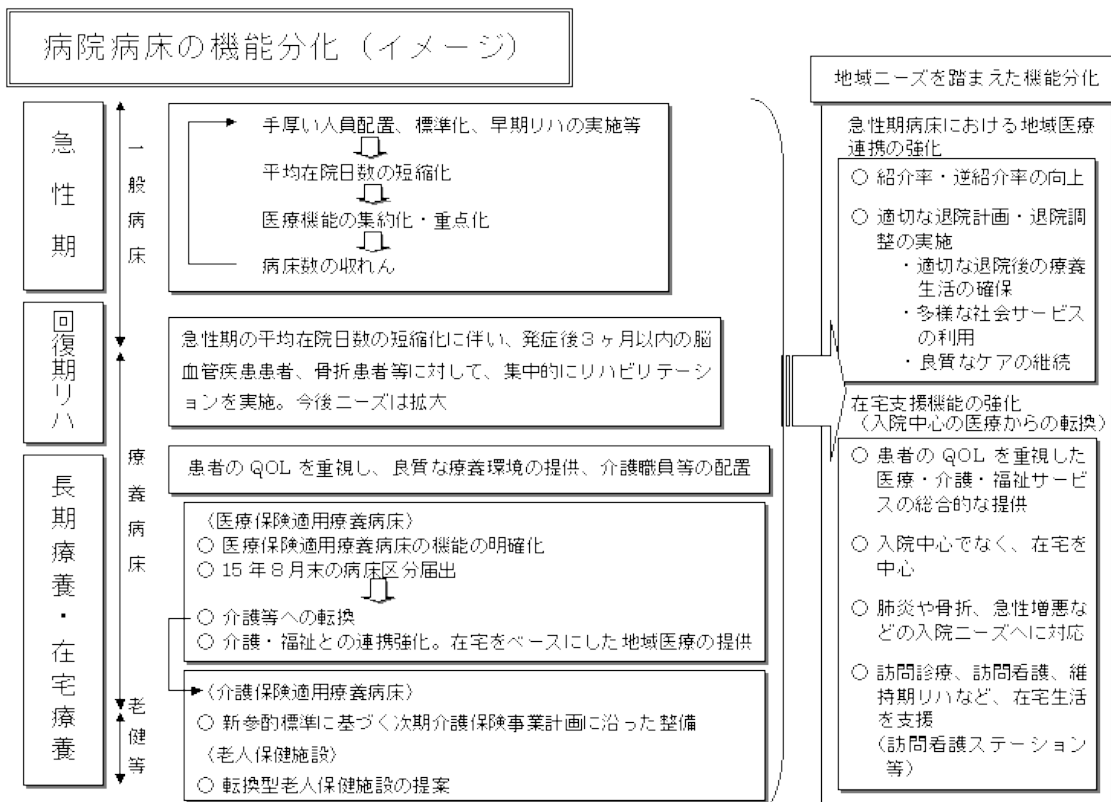
また、医療と介護の連携を進め、生活の質（QOL）を重視した医療が提供されるようにするとした。このため、入院中心の施設から患者のニーズに幅広く対応することを目指した複合的な機能の施設や介護機能をもった施設への転換を図るという形で、病床機能の転換を促進するとされた。

加えて、入院診療計画（クリティカルパス）などによる適切な退院計画の作成、退院に向けた情報提供やサービス調整などにより、入院期間の短縮と適切な退院後の療養生活の確保を図るなど、地域における医療連携を推進するといったことも目指すとされた。検討チームメンバーの武田俊彦医政局総務課企画官は、「機能分化が進めばすべての医療機関がこうなると言っているわけではないが、我々としての1つのイメージを打ち出した」（図6-2）と語った¹¹²。

¹¹¹ 『社会保険旬報』2183号（2003年9月11日）6-9頁。

¹¹² 『日本医事新報』4089号（2002年9月7日）72-73頁。

図6-2 病院病床の機能分化（イメージ）



出典：厚生労働省（2002）『医療提供体制の改革の基本的方向―「医療提供体制の改革に関する検討チーム」中間まとめ―』（<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0829-4a.html>、2017年9月24日最終閲覧）。

こうした中で、前述のように、坂口厚労相は2002年9月に医療保険制度に関する抜本改革の私案を発表し、改革の議論が進められていく。さらに、自民党の医療基本問題調査会は、11月に抜本改革案の中間とりまとめを発表した。それに対する自民党議員の関心の中心は医療保険制度改革にあったが、医療提供体制についても、別添の論点メモとして、「将来の医療提供体制の在り方について」が付されていた¹¹³。

そこでの重要項目の1点目と2点目に、①医療提供体制の整備と医療機関の機能分化の推進、②在宅医療をはじめとした身近な地域における質の高い医療サービス提供の推進があげられている。①においては、急性期医療における病床の整備、集約化、長期療養における療養環境に配慮した病床の整備と介護施設への転換の促進、リハビリテーション、在宅医療の後方支援を行う病床の位置づけなどによる「病院・病棟の機能分化の一層の促進」などが記された。②については、在宅医療に取り組む医師、看護師などの養成、訪問看護ステーションの設置促進、患者や家族が在宅医療を選択できるような動機付けの検討などを通じ

¹¹³ 『日本医事新報』4102号（2002年12月7日）69-73頁。

て、「患者の生活の質（QOL）を重視した在宅医療等の推進」などが重要とされた。

また、厚労族のリーダー格である丹羽雄哉も、専門誌のインタビューにおいて、「入院中心の医療から外来、在宅医療への流れを加速するための医療機関の機能分化と連携の推進」や情報提供の推進などが重要であると述べており、こうしたことの重要性は、厚労族議員にも共有されていた¹¹⁴。

その後、医政局はさらに医療提供体制改革ビジョンの取りまとめに動いていった。例えば、医政局は、2004年3月には、医師会、四病協、健保連、国保中央会、経団連、連合からヒアリングを行っている。医師会はかかりつけ医機能の明確化の必要性を、四病協は入院医療を病棟単位で機能分化を進めることが必要と強調し、医療や介護の主体的なネットワークとなる「地域一般病床」を提案した。機能分化について、健保連は亜急性期や回復期リハビリをどう考えるかなど、「未解決の部分がある」と指摘した¹¹⁵。

そして、4月30日に、医療提供体制の改革に関する検討チームが「医療提供体制の改革のビジョン案」をまとめた。この案は、当初、3月に閣議決定された、前述の「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針」にあわせて公表する予定であったが、関係する検討会の意見集約が遅れたため、とりまとめが約1か月ずれ込んだ。

このビジョン案は、中間とりまとめと同様に、①患者の視点の尊重、②質が高く効率的な医療の提供、③医療の基盤の整備の3点から構成されていた。特に、②においては、将来像のイメージとして、「医療機関の機能分化と連携」が進むとした。そして、それに対応する当面進めるべき施策として、医療機関の機能分化・重点化・効率化をあげた。

具体的には、第4次医療法改正による病床区分の周知徹底、それが定着した後の医療計画の見直し、医療法の病床区分を基本とした急性期医療、難病医療、緩和ケア、リハビリテーション、長期療養、在宅医療などといった機能分化の推進、生活の質（QOL）を重視した医療の提供（病院病床の療養病床や介護施設への転換の促進）、適切な入院医療やリハビリテーション、退院後の社会復帰の支援などのための地域における医療連携、保健・福祉との連携などがあげられた¹¹⁶。

そして、医療提供体制の改革に関する検討チームの議論は、2003年8月に「医療提供体制の改革のビジョン—『医療提供体制の改革に関する検討チーム』まとめ」を最終的に発表した。ここで記された改革の方向性に関する内容は、上記の中間とりまとめやビジョン案とほぼ同様のものとなっていた¹¹⁷。このように、病院・病床の機能分化やQOLに基づく医療

¹¹⁴ 『週刊社会保障』2216号（2003年1月6日）15頁。

¹¹⁵ 『日本医事新報』4118号（2003年3月29日）69頁。

¹¹⁶ 『社会保険旬報』2172号（2003年5月21日）36-40頁。

¹¹⁷ 厚生労働省（2003）「医療提供体制の改革のビジョン—『医療提供体制の改革に関する検討チームまとめ』—」（<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/04/h0430-3a.html>、2017年9月

の提供といった方向性の下で、その後の医療供給制度改革が考えられていくことになる。

第1次答申後の総合規制改革会議の規制改革論

上記のような医政局の議論は、総合規制改革会議における規制改革議論の流れを意識したものであった。第1次答申を示した後も、総合規制改革会議は株式会社の参入と混合診療の解禁を中心に規制改革を厚労省に対し行っていたからである。その議論の結論としては、株式会社の参入に関しては、構造改革特区でそれが容認されることとなった。また、こうした議論の中で、医療計画における病床規制が新規参入という点からそれを阻害しているという指摘がなされたことで、医療計画など医療供給体制の改革の見直しがなされることになる。

2002年5月に、総合規制改革の官製市場ワーキンググループは、医療などを「市場参入制約分野」への株式会社参入を第一のテーマとして取り上げることとした。また、改革特区ワーキンググループも設置されており、その主査の八代尚弘であった。7月23日には、総合規制改革会議は中間とりまとめをまとめた。そこでは改めて医療分野への株式会社参入が強く求められるとともに、その実現などを目指した規制改革特区に関する、「特区通則法」の骨子を提示した¹¹⁸。これには、医師会と厚労省それぞれが会見を開き、これに反対していく姿勢を示した。

この中間とりまとめを区切りに、総合規制改革会議は12月の答申に向けて審議を再開していく。その中で、こうした動きに対しては、国会においても議題として取り上げられる。衆議院内閣委員会は、11月13日に構造改革特区法案について実質審議に入った。この中で、それが議論となり、鴻池祥肇構造改革特区担当相が「引き続き提案させていただきたい」と述べる一方で、木村義雄厚労副大臣は、「利益確保へ過剰診療へのインセンティブも働く。また収益性の高い医療分野に集中し、医療費の高騰を招く」と反対姿勢を強く示した¹¹⁹。

最終的に、12月12日、総合規制改革会議は「規制改革の推進に関する第二次答申」をまとめ、首相に提出する。医療政策関連では、厚労省の政策路線に沿った記述が目立った。具体的な施策としては12項目があげられたが、そこには株式会社の参入については起債が見送られた。病床規制の見直しについても記載されたものの、医療費が青天井になるという厚労省の懸念に配慮して、「撤廃」までは踏み込まなかった¹²⁰。総合規制改革会議の宮内議長も、「病院への株式会社や混合診療について前進を見ることができなかった」、「規制改革と

24日最終閲覧)。

¹¹⁸ 『日本医事新報』4083号(2002年7月27日)111頁。

¹¹⁹ 『日本医事新報』4100号(2002年11月23日)67頁。

¹²⁰ 『日本医事新報』4104号(2002年12月21日)65頁。

いうやり方だけでこういう制度（医療制度）を動かすのは無理」と敗戦を認めた¹²¹。

この結果、総合規制改革会議は、規制改革特区においてそうした動きを促すという方向で、厚労省との折衝に入っていた。例えば、規制改革特区ワーキンググループと厚労省は、2003年2月6日に、自治体からの要望提案された内容からなる構造改革特区第二次提案をめぐって意見交換を行っている。そこでは株式会社の医療参入、混合診療の容認などが主な論点であったが、株式会社参入に関してはこれまでの議論と同様に、それを推進しようとするワーキンググループと厚労省はそれに否定的な態度を示した¹²²。こうした状況はその後も変わらなかった。

このため、5月28日の経済財政諮問会議において、宮内議長が、①株式会社による医療機関経営の解禁、②混合診療の解禁、③医薬品の一般小売りにおける販売、④幼稚園・保育所の一元化などについて、「政治レベルでの決着を実現していただきたい」と要請した。これを受けて、石原伸晃規制改革担当相が関係大臣と個別折衝を行うこととなった¹²³。そして行われた坂口厚労相と石原規制改革担当相の折衝では、厚労省側から自由診療かつ高度先端医療に限って株式会社の参入を認めることが示された。ただし、混合診療のあり方に関して二度目の折衝でも決裂したことから、小泉首相による裁定に委ねられることになった¹²⁴。その後、小泉首相を交えた三者協議が行われるなどした。最終的には、株式会社の参入については、6月27日に、構造改革特区推進本部との間に、自由診療かつ高度先端医療に限るという条件で成案を得た。最終的に構造改革特区法改正案は、2004年5月に国会で可決された。また、医療に関する規制改革としては、その後、混合診療を中心に規制改革推進会議や総合規制改革会議の後身である規制改革・民間開放推進会議において議論され続けることになる。

上記の医療提供体制の改革に関する医政局の動きは、規制改革のこうした流れを背後に感じながらなされたものでもあった。

ここで、第1弾の医療制度改革の議論が終わったところからここまでの議論を、医療機能の分化・連携の観点からまとめておきたい。

1点目は、医療機能の分化・連携という言葉が定まった形で使用されていたわけではないが、将来の医療供給体制の方向性、改革のあり方における重要なものの1つとして、病院や病床、医療機能の分化を積極的に進めるということが医政局によって提示されていたことである。そして、こうした議論が進んだ背景には、総合規制改革会議の規制改革論議の存在があった。

一方で、高齢者医療費の適正化の指針について医療保険制度改革の一部分に考えられて

¹²¹ 『日本医事新報』4105号（2002年12月28日）59頁。

¹²² 『日本医事新報』4123号（2003年2月15日）83頁。

¹²³ 『日本医事新報』4128号（2003年6月7日）59頁。

¹²⁴ 『日本医事新報』4129号（2003年6月14日）70頁。

いたため、保険局がそれについての検討を行っていたが、この段階ではそれが医療機能の分化・連携とつながったわけではなかったということである。

(4) 「医療機能の分化・連携」というアイディアの構築と医療費適正化計画

医療機能の分化・連携という点から見た際、ここまでそれと同様の方向性の改革を示していたのは医政局であった。しかし、ここからは、医政局だけでなく、厚労省の筆頭局である保険局が、非常に積極的に医療機能の分化・連携の観点から医療供給体制の改革を訴えていくことになる。具体的には、保険局は、新たな対策が必要とされていた高齢者医療費の適正化対策として、平均在院日数短縮と生活習慣病予防・対策を柱とする医療費適正化計画を提案する。そして、特に前者を推進するための施策のキーワードとなるのが「医療機能の分化・連携」であった。保険局がそうした姿勢を示すことで、医療機能の分化・連携というアイディアによる医療供給制度改革が医療制度改革全体の中での位置づけを高めていくことになった。

「医療機能の分化・連携」というアイディアの構築

保険局の施策がそうした方向へと転換していったのには、厚生労働官僚の辻哲夫の存在が深く関わっている。辻は、2003年8月に保険局長、2004年7月からは厚生労働審議官と、この時期から小泉政権における第2弾の医療制度改革の時期にかけて医療行政のトップを担った官僚である。辻の働きに関して、財務省より2004年7月から2006年7月にかけて厚労省に出向し、医療費適正化計画の枠組み作りに携わった村上正泰は、生活習慣病対策の推進と平均在院日数の短縮の2点はその柱となったのには、辻の強い思い入れがあったからだと述べている。彼が健康づくりや在宅医療の推進による医療費適正化の重要性を熱く語る様子は、省内の一部から「辻説法」と評されるほどであったと言う(村上 2009: 170-171)。

辻自身も、2006年9月から2007年8月まで厚生労働次官を務めて退官した後、2006年の医療制度改革の理念と構図を解説する、「日本の医療制度改革がめざすもの」という著書を執筆している。そこでは、医療費の動向、日本の受療形態、高齢化の現状と将来予測などを観察した上で、「本来の健康と医療のあり方、そして私たちの幸せな生き方を追求した結果、医療費の伸び率が結果としてよりマイルドになるようにしたい」(辻 2008: 20)と、その制度改革の目標を記している。

そして、その達成のために医療供給制度改革においては、「医療機能の分化・連携」を推進する必要があるとしている。より具体的には、脳卒中を事例にとり、それは、「地域の中で救急医療の機能をもった急性期の病院と回復期のリハビリ機能をもった病院をそれぞれ明確化し、急性期の病院に入院し、濃度の高いきちんとした治療を受け、そして急性期のリ

ハビリを経て回復期のリハビリ病棟に移っていく。そしてかかりつけ医による在宅医療を確保し、在宅での生活に帰る」(辻 2008: 61-64) という切れ目のない医療を構築するために必要なものとされる。

また、この著書の中では、生活習慣病対策と医療機能の分化・連携、在宅医療の推進による医療提供体制の再編成を改革の重点と前面に押し出している。そして、医療保険制度改革はそれと連動するものとされ、どちらかといえば後景におかれていることも 1 つの大きな特徴である。この点は、近年の医療制度改革にも共通することのように思われる。

なお、辻は、保険局長時からそうした考えを省内外で示している¹²⁵。例えば、日本病院会が 2004 年 5 月に開催した講演会での、彼の講演内容をまとめてみたい。彼は、そこで、①若年期の生活習慣が原因で生活習慣病に罹患し、それが重症化したり、合併症を引き起こしたりすることが高齢期の活動低下や要介護状態につながるという認識から、高齢期の医療を踏まえた若年期からの保健事業が必要であること、②今後の医療の重要なキーワードを「機能分化」とし、これまでの診療報酬体系や医療制度改革によって急性期、亜急性期、回復期といった入院機能からみた病院の機能分化が進められてきたこと、それに加えて、「連携パス」と呼ばれる患者の退院後の流れを想定した病院間、病院診療所間の連携システムをいかに構築していくかが重要である、といった趣旨のことを述べている¹²⁶。

また、審議官時代に専門誌上で行った、医事評論家である水野肇との対談においても、同様のことを述べている¹²⁷。より詳しくは、その中で彼は、①生活習慣病対策による健康寿命の伸長や生活の自立と人々の幸せを関係づけた上で医療費の適正化を行うことを主張し、②高齢患者の退院後の病院、病診間連携の具体例として、広島県尾道市医師会が中心に行っている取り組みや熊本市内の病院によって行われている「連携パス」の取り組みをあげ、③病院機能の分化と在宅医療、ケアとの連携を 1 つの姿とする「医療機能の分化・連携」を 2005 年の介護保険改革、2006 年の医療保険改革で具体化したいといった内容のことを述べていた。

そして、このような考え方は、これまで述べてきたような、医政局が示してきた医療供給体制改革の方向性と類似するものでもあった。保険局の官僚もこうした考えをもつに至ったことで、省内は結束する方向に動いていったと考えられる。また、保険局の官僚がこうしたことを主張し始めたことで、医療制度改革全体の中での医療供給制度改革の重要性も、中

¹²⁵ 彼は、保険局長就任以前から、厚生省がそれまで医療機能の分化の方向で改革を進めてきたことを自覚していたようである。彼は専門誌のインタビューで、「病院機能の分化と連携を進めた医療提供体制を整えることによって、よりふさわしい医療が国民に提供されると同時に、医療の効率化が図れます。こうした改革の大きな方向は、議論が重ねられてきましたし、これまでの医療改革や医療法の制度改革も、この流れにおいて行われました」と述べている(『厚生サロン』第 20 巻 5 号(2000 年 4 月) 4-9 頁。)

¹²⁶ 『日本病院会雑誌』51 巻 9 号(2004 年 9 月 1 日) 12-30 頁。

¹²⁷ 『社会保険旬報』2230 号(2005 年 1 月 1 日) 26-31 頁。

長期という観点から見て実質的に上昇することとなった。

医療費適正化計画の具体化

また、こうした辻の考えに沿って、厚労省が社会保障審議会医療保険部会に提出していった事務局案などをみると、そうした考えが保険局内でもかなりの程度浸透していたことが窺える。例えば、2004年7月28日に厚労省が、社会保障制度審議会医療保険部会に提出した「基本方針に基づく医療保険制度改革に関する論点案」を見ていきたい¹²⁸。この中の「地域における取組」という事項における、当面の検討の方向性として、「今後医療費の適正化を進めるに当たっては、①後期高齢者の生活機能（地域における生活）を重視した医療サービス・介護サービスの提供②生活習慣病予防を中心とした若齢期からの健康づくりに関する取組を促進し、QOLの向上を図ることを通じて、医療費の適正化を実現するという考え方を基本とすべきではないか」と提起し、「医療機関の機能分化と連携」、「介護サービスとの連携のもとでの地域における高齢者の生活機能を重視した医療サービスの提供」といった方策の必要性を示している¹²⁹。

そして、10月22日の医療保険部会に、厚労省が提示した「医療費の適正化対策について（事務局案）」の中では、まず、「医療費適正化計画」を策定するということが書かれている¹³⁰。また、その計画の実施主体は都道府県とすることも示されていた。具体的な施策としては、①生活習慣病予防を中心とする保健事業の推進、②急性期医療の質の向上と効率化、③地域における高齢者の生活機能の重視（介護サービスと連携した在宅医療の充実）」を行っていくこととした。

それぞれの項目の主だった内容を説明すると、①については、既に効果をあげている例を参考に、特に健診後の事後指導やフォローアップの体制を強化する、といったことが記され

¹²⁸ 厚生労働省『社会保障審議会医療保険部会議事録』平成16年7月28日、資料1を参照。

¹²⁹ これに加えて、「社会連帯的な保険料」の欄の「『社会連帯的な保険料』の費用負担の方法」という項目で、「『社会連帯的な保険料』を負担する現役世代の理解・納得を得るためには、次の点を満たす仕組みとする必要があるのではないかと提起し、「①老人医療費が世代間でどのように負担されているかについて、考え方をわかりやすくする。②国民健康保険・被用者保険の保険者が何らかの形で関与できる。③医療費適正化に向けた保険者の努力が自らの制度の医療費負担を軽減するのみならず、高齢者医療制度における負担に反映される」という論点を提示していた。これは、その詳細については後述するが、医療費適正化計画の中で実施される、特定健診・特定保健指導（メタボ健診）の結果に応じて、後期高齢者医療制度の枠組みの中で各保険者が支払う後期高齢者支援金に加算・減算を行うという措置につながる文言であったと考えられる。

¹³⁰ 厚生労働省『社会保障審議会医療保険部会』平成16年10月22日、資料3を参照。

ていた。②については、急性期入院を担う医療機関の機能を明確化し、必要な医療資源が集中して投入されるようにし、さらに、急性期医療を担う医療機関が、回復期、慢性期の医療を視野に入れた診療計画を作成することにより、地域の医療機関との連携強化を図る取り組みを進める、といったことが説明されていた。③については、ケアハウス、グループホーム、ユニット型特養・老健施設、小規模多機能型施設といった介護施設の質・量的充実を図るとともに、医療提供者と在宅医療・介護サービス提供者の間の連携を強化する、在宅でサービスを受ける高齢者に対して、主治医やケアマネージャーの一層の協働を進める、医療保険と介護保険に共通するサービスの機能分担の明確化を進めるといったことが示されていた。

医療保険部会における医療費適正化計画に関する議論は、高齢者の新たな医療保険制度とともにここまでの議論で論点整理がなされたと判断され、この後、2巡目の議論に入ることになった。この2巡目の議論では、医療費適正化計画の実施が前提とされた上で、さらにその内容について関係団体間で議論が行われることになる。そして、この議論は、第2弾の医療制度改革において、厚労省と諮問会議の間で議論がなされている間も継続されることになる。

(5) 第2弾の医療制度改革

諮問会議におけるマクロ指標の議論と厚労省の対応

このような形で厚労省内部、審議会において議論が進む中、小泉政権における第2弾の医療制度改革の議論が始まっていく。まず諮問会議は、2004年10月22日に社会保障給付費の伸びを抑制するための議論をスタートさせ、その後2005年に入ってから医療制度改革に対する本格的な審議に入っていった。そこで主に戦わされた議論は、第1弾の医療制度改革において議論となったマクロ指標導入の是非であった（太田 2006: 151-165; 内山 2007: 75-80; 清水 2005: 260-269; 村上 2009: 165-174; 吉岡・村上 2008: 145-158）。そして、第2弾の医療制度改革の議論は第1弾の際とは異なり、その議論に対して厚労省が反対の急先鋒となる。

2005年2月15日に行われた諮問会議において、民間議員は「経済規模に見合った社会保障制度に向けて」という、民間議員ペーパーを提出した。その資料においては、「医療や介護サービスの“積み上げ”の結果として給付費を捉えるだけでは、将来の負担が予想できない。また、供給側の非効率性が温存されやすく、診療報酬・介護報酬の見直しや自己負担のあり方の検討も不十分になりやすい」ということから、社会保障給付費の伸びを管理する制度の必要性を指摘した¹³¹。

¹³¹ 経済財政諮問会議『平成17年2月15日第3回会議配布資料』平成17年2月15日。

そして、給付の伸びを管理するための提案として、①「名目 GDP の伸び率」を指標に、②団塊の世代が老後を迎える、2010 年度までにその仕組みを完成させる、③完成に向けて、2006 から 2010 年度を対象にした 5 年計画（毎年度の伸び率目標、実績が目標を上回った時の対応等）を 2005 年中に策定する、④医療と介護については、(1) 医療サービス向上プログラムの策定（生活習慣病対策、医療の IT 化、終末期医療に対する検討など）、(2) 診療報酬・介護報酬の改定方式のルール化（名目成長の伸び率とリンクするマクロ経済スライド方式の導入）、(3) 公的保険の給付範囲の見直し、⑤計画は厚労省が策定し、諮問介護で議論を行う、といったことが示された。

なお、実際の会議では、民間議員の吉川議員は、「GDP を指標として総額管理するといっても、具体的な制度として、例えばですが、医療の診療報酬などを機械的に GDP の伸び率にリンクするというような提案をしているわけではないということです」と述べていた¹³²。

これに対し、尾辻秀久厚労相は、「病気になったら、国にお金がありませんから死んでくださいとは言えない」と民間議員の提案に対し強く反発した¹³³。また、医療費適正化計画の流れからみると、厚労省側は、この会議に「社会保障給付費の『伸び率管理』について」¹³⁴という資料を配布しており、その中で、「都道府県ごとの地域に着目して、生活習慣病対策の推進、医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮、介護と医療の連携による地域における高齢者の生活機能の重視といった、国民生活の質（QOL）を確保しつつ医療費の適正化を行う施策を一体的かつ計画的に実施することを検討」していることを示していた。

そして、2005 年 3 月 25 日の諮問会議で、竹中担当相が、「民間議員にも厚生労働省にもより具体的な姿での議論を進めていただきたい」という要請があったことを受けて、4 月 27 日の諮問会議で、民間議員は「高齢化修正 GDP」という、名目 GDP の伸び率に高齢者人口の増加率を加味した、新たな指標を提示した（大田 2006: 156）。

これに対し、尾辻厚労相はまたも抵抗した。それにあたっては、生活習慣病対策の推進、医療機能の分化と連携の推進、高齢者の生活機能の重視といった観点から、「医療費適正化計画を都道府県ごとに策定するということを今、検討いたしております」とも述べていた¹³⁵。なお、その日の配布資料において、2015 年には医療費で約 3.3 兆円、給付費では約 2.8 兆円、2025 年には医療費で約 7.7 兆円、給付費で約 6.5 兆円の減額が可能であることを示してもいた¹³⁶。議論が平行線をたどる中で、小泉は、「誰だって『給付は厚く、負担は軽く』

¹³² 経済財政諮問会議『平成 17 年 2 月 15 日第 3 回会議議事録』平成 17 年 2 月 15 日。

¹³³ 経済財政諮問会議『平成 17 年 2 月 15 日第 3 回会議議事録』平成 17 年 2 月 15 日。

¹³⁴ 経済財政諮問会議『平成 17 年 2 月 15 日第 3 回会議配布資料』平成 17 年 2 月 15 日。

¹³⁵ 経済財政諮問会議『平成 17 年 3 月 25 日第 6 回会議議事録』平成 17 年 3 月 25 日。

¹³⁶ 経済財政諮問会議『平成 17 年 3 月 25 日第 6 回会議配布資料』平成 17 年 3 月 25 日。

というのだから。[…] 何らかの管理は必要です」という指示を出した¹³⁷。

こうした中で、諮問会議が検討する「骨太の方針 2005」の素案が明らかとなった。マクロ指標については、「マクロ指標を設定し、実績と指標を照らし合わせ、適時制度・コストを見直すといった管理手法を導入する」と盛り込まれた。これに対し、自民党厚生労働部会は、「GDP などのマクロ指標を基本として社会保障給付費の伸び率を管理する手法は、本来両者の間に合理的な相関関係がないので、適当でない」として、反対動議を行った（国民健康保険七十年史編集委員会 2009: 380）。

こうした議論を経て、「骨太の方針 2005」は、6 月 12 日に閣議決定された。この中でマクロ指標に関しては、「社会保障給付費の伸びについて、特に伸びの著しい医療を念頭に、医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、定期的にその達成状況をあらゆる観点から検証した上で、達成のための必要な措置を講ずることとする」とされた。この結果は、諮問会議に立場の近いものから評価しても、「この文言とその他の骨太の方針の内容を総合的に考えると、マクロ指標はかろうじて生き残った」（大田 2006: 157-158）というほど、本来のものから薄められたものであった。

医療計画見直し・医療費適正化計画の議論と「医療制度構造改革試案」

医療計画の見直しと医政局の見解

ここまで見たように、医療機能の分化・連携という点に注目すると、保険局を中心とした医療費適正化計画の議論が進められていた。しかし、それ以前から、病院・病床の機能分化を柱の 1 つとした医政局を中心とした医療供給制度改革の議論も進んでいた。そして、ここまでの諮問会議と厚労省の議論が進む中で、厚労省が「医療制度構造改革試案」を提示していくことになる。このような流れを理解して、その試案の内容を見ると、保険局と医政局の考えが合流していることが読み取れる。ここでは、その点について明らかにするための記述を進める。

医政局における第 5 次医療法改正につながる医療計画の見直しの議論について、それは 2004 年 9 月に社会保障審議会に医療部会が設けられた時点から本格化した。そのため、第 2 弾の医療制度改革に向けて諮問会議と保険局を中心とした厚労省との議論と並行してその議論は進められることとなった。

前述のように、2004 年 9 月に医政局は社会保障審議会に医療部会を設けた。ここでの議論は、それ以前まで医政局においてまとめられていた「医療提供体制の改革のビジョン」に沿って行われることが確認された。また、医療計画の見直しについては、2003 年 8 月に、「医療計画の見直し等に関する検討会」（座長＝黒川清・東海大総合医学研究所所長）によ

¹³⁷ 経済財政諮問会議『平成 17 年 3 月 25 日第 6 回会議議事録』平成 17 年 3 月 25 日。

っても進められていた。そこに設置されたワーキンググループが当面の議論を進めることになり、2004年10月に報告書を示すなど議論を進めていた。

このような形で推移した医政局を中心とした医療供給体制の改革議論であるが、どのような考えのもとにそれが進められていたのかを、2005年5月に日本病院会の代議員会・総会において行われた、医政局長の岩尾総一郎の公演を通じて見ておきたい¹³⁸。この講演の内容は、1点目に「患者の視点の尊重」、2点目に「質が高く効率的な医療の提供」、3点目に「医療の基盤整備」から構成されていた。これまで医政局が進めてきた改革の議論の流れに沿ったものであった。

本稿の視点から見ると、2点目がやはり重要である。この点について、彼は「質の高い効率的な医療提供体制ということでは、病床の区分とか病床の機能分化というのが必要なのではないかと思っている」と述べている。そして、一定の水準を維持しながら地域の特性に合った医療計画の見直しを進めつつ、その上で、「自分たちの医療というのを自分たちの地域で完結できるようなシステムができないかなということを考えています」と、地域完結型の医療供給システムを構築することの重要性を訴えている。さらにそれを構築するための手段として、「日常で完結するような医療圏というものを設定して、診療のネットワーク、病診連携であれ、病病連携であれ、それぞれでクリティカルパスなり地域連携パスなりを出せるようなシステムにしていけば、私どもはほぼ地域完結型の医療になりえるのだらうと思っています」と、保険局も同様に提示してきた考えが、医療供給制度改革のカギとなることにも触れている。

また、その際の講演内容のスライドを見ると、医療計画制度の見直しのポイントの1つに、「医療計画の内容の充実」があり、そこでは、①「患者・住民のQOLの向上の観点から医療機能の分化・連携（病院間、病院・診療所間、福祉サービスとの間の連携）を推進する内容に見直し」ということが示されていた。

こうした考え方に沿う形で社会保障審議会医療部会での議論は進み、医療計画の見直し等に関する検討会も並行して議論を進めた。例えば、医療部会においては、5月12日には在宅医療の推進について、それに取り組む医師、訪問看護師、在宅ホスピス・緩和ケアの専門組織を参考人として意見を聴取し、在宅医療提供者や訪問看護の充実・普及を事務局案で提案していた¹³⁹。

こうした議論を受けて、7月29日に医療部会は、「医療提供体制に関する意見中間まとめ」を了承した。この中間まとめにおいて、個別の論点として、①患者・国民の選択の支援、②医療安全対策の総合的推進、③医療計画制度の見直し等による地域の医療機能の分化・連携の推進、④母子医療、救急医療、災害医療及びへき地医療体制の整備、⑤地域、診療科棟での医師の偏在解消への総合対策、⑥在宅医療の推進、⑦医療法人制度改革、⑧医療を担う

¹³⁸ 『日本病院会雑誌』（2005年8月号）12-40頁。

¹³⁹ 『社会保険旬報』2244号（2005年5月21日）34頁。

人材の養成と資質の向上、⑨医療を支える基盤の整備の9点があげられている¹⁴⁰。

特に、③と⑥について、前者の特に医療計画制度については、がん対策、脳卒中対策、急性心筋梗塞対策などの主要事業ごとに、地域における医療連携体制を構築し、住民の視点に立った指標による数値目標の導入などがあげられた。そして、それによって、「地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質（QOL）を高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間（在院日数を含む。）が短くなる仕組みを作る必要である」とした。

後者については、「在宅医療に関する患者・国民の選択に資する情報が積極的に提供される環境整備、在宅医療を担うことのできる人材の養成、在宅医療に係る地域の医療連携体制の構築など、医療提供体制改革の各課題の解決が、在宅医療の推進につながると考えられる」とし、積極的にそれを進めることとした。

このような議論を経て、医政局の認識は保険局とほぼ同一のものとなった。例えば、9月7日に行われた、「医療経済・フォーラム・ジャパン」主催の定例研修会での、原勝則医政局総務課長の講演を見てみたい¹⁴¹。そこで彼は、「効率的な医療提供体制を考えていくうえでは、限られた資源のなかで医療機関の機能分化と連携を実現していかなければならない」と述べている。また、「医療機関の機能が分化・連携していない。……平均在院日数がどうしても長くなり、患者のQOLの低下や医療安全の低下にもつながる。さらにマクロ的には、医療費の増加ひいては国民負担の増加につながる。今回の医療提供体制の見直しは、こうした問題認識のもとに改善に取り組みたい」とも述べていた。医政局の認識は、保険局のそれと完全に合致したものとなったと言ってよいだろう。

また、こうした議論と並行して、医療保険部会において新たな高齢者医療制度の議論とあわせて、医療費適正化計画に関する議論も進行していた。加えて、7月12日には、自民党社会保障制度調査会（丹羽雄哉調査会長）の医療委員会（鈴木俊一委員長）が医療制度改革に向け議論を開始した。この日の会合では、厚労省から医療制度改革の全体像として、①医療保険制度、②医療提供体制、③生活習慣病対策にわたる医療制度改革の試案を秋口に提示する方針が説明された。その中に、医療費適正化計画や公的保険給付の内容の見直しなどの医療費適正化方策も盛り込む考えが示された。会合終了後には、丹羽調査会長は、「医療費の抑制・適正化に一層力を入れていかなければならない。実効性のある政策を議論していきたい」と語っており¹⁴²、厚労族も諮問会議などの議論に押されて医療費適正化を目指すことを明言していた。

¹⁴⁰ 社会保障審議会医療部会（2005）「医療提供体制に関する意見中間まとめ」（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/08/s0801-2b.html>、9月29日最終閲覧）。

¹⁴¹ 『社会保険旬報』2259号（2005年10月21日）14頁。

¹⁴² 『日本医事新報』4238号（2005年7月16日）73頁。

「医療制度構造改革試案」

そして、医療政策に関してこのような議論が進められている中で政界に激震が走る。小泉首相が8月8日に郵政法案が否決されたことを受けて、衆院を解散したのである。その後の9月11日に行われた総選挙において、与党は480議席中327議席と3分の2以上の議席を獲得する大勝を飾った。この選挙において、日本医師連盟の植松治雄（日本医師会会長）は、「自民党（への指示）を視野に置くが、各都道府県医連の自主性にお任せして、（推薦者として）出てきたものはそのまま我々も推薦させていただく。日医連から『こういう方針でこうしよう』と旗を振るような選挙ではない」と、支持政党を鮮明にしないという対応をとった¹⁴³。ただし、それにより、自見庄三郎などの郵政造反組も支持することにもなり、「抵抗勢力」として、小泉から郵政選挙後に厳しい仕打ちを受けることになる。

その後、10月19日に、厚生労働省は、「医療制度構造改革試案」を公表した（厚生労働省 2005）。そして、この試案の内容を見ると、ここまでの保険局を中心とした医療費適正化計画と医政局を中心とした医療供給制度改革の議論が、ここで合流したということがわかる。

本稿の関心からすると、この中でまず注目したいのは、第1弾の医療制度改革の際に出された「医療制度改革試案」は、公的保険給付や新しい高齢者医療制度などの医療保険制度の改革を正面に出したものであったのに対して、こちらは、医療費適正化の方策として、「(1) 国民の生活の質の（QOL）を確保・向上する形で医療そのものを効率化し、医療費の伸び率を徐々に下げていく中長期的な方策と、(2) 公的給付の内容・範囲の見直し、診療報酬改定等により、公的医療保険給付費の伸びを直接的に抑制する短期的な方策がある」とし、医療保険制度の改革以上に医療供給制度改革を重視しているという点である。

そして、この案は「第1 医療制度の構造改革の基本的な方向」と「第2 試案」の2つの部分から構成されているが、基本的な方向を示す「1 医療制度の構造改革の基本方針」において、構造改革に当たっては、まず、「(1) 生命と健康に対する国民の安心を確保するため、国民皆保険を堅持する」と明示された。そして、「(2) 制度の持続可能性を維持するため、経済指標の動向に留意しつつ、予防を重視し、医療サービスそのものの質の向上と効率化を図ること等を基本とし、医療費適正化を実現し、医療費を国民が負担可能な範囲に抑える」とされた。ここがマクロ指標と関連する部分であった。

さらに、「2 医療制度改革の基本的構造」において、予防、医療提供、医療保険に関する政策を有機的に連動させつつ、国、都道府県、市町村を含めた医療保険者、医療機関、被保険者がそれぞれの役割を果たしながら、「(3) 今後の国民の健康と医療の在り方を展望し、国民の生活の質（QOL）を確保・向上させる形で医療を効率化し、医療費適正化を行う」とこととされた。

¹⁴³ 『日本医事新報』4244号（2005年8月27日）61頁。

一方、「試案」の部分は、①予防重視と医療の質の向上、②医療費適正化に向けた総合的な対策の推進、③都道府県単位を軸とする医療保険者の再編統合等、④新たな高齢者医療制度の創設、⑤診療報酬体系の在り方の見直し等、⑥施行時期から成り立っており、非常に広範にわたる内容のものとなっている。

そして、まず、医療費適正化計画について見ると、「医療費適正化にむけた総合的な対策の推進」の箇所において、「中長期的に医療費の適正化を行うため、国が示す参酌標準の下で、三計画¹⁴⁴との整合性を図る形で都道府県が医療費適正化計画（仮称）を策定し、一定期間後に計画推進効果を検証しつつ、医療費の適正化に取り組む仕組み（都道府県医療費適正化計画制度）を導入する」とされた。その中で2015年度における政策目標として、「i 糖尿病等の患者・予備軍の減少率…平成20年（2008年）と比べて25%減少させる」¹⁴⁵、「ii 平均在院日数の短縮…全国平均（36日）と最短の長野県（27日：計画策定時に固定）との差を半分に縮小する」ということが示された。

この目標達成に向けて、都道府県は、(i) について、「都道府県においても、今後、一層積極的な役割を担うこととし、医療保険者への指導又は助言、保険者協議会での関係者間の調整、市町村が行う普及啓発活動の支援等を行う」、(ii) については、「都道府県が主な実施主体となり、在宅等での看取りや地域連携クリティカルパス、退院時ケアカンファレンスの推進や、病床転換の支援等を図る」こととされた。

一方で、医政局を中心になされてきた議論は、「I 予防重視と医療の質の向上・効率化のための新たな取組」の「(2) 患者本位の医療提供体制の実現」において示された。そこでは、①医療計画制度の見直しや地域における高齢者の生活機能の重視、②医療に関する積極的な情報提供、③根拠に基づく医療（EBM）の推進、④医療法人制度改革、⑤医療安全対策の総合的推進及び医療従事者の資質向上、⑥地域・診療科による医師偏在問題への対応の6点があげられた。

医療機能の分化・連携という観点からすると、①が重要なポイントである。そこでは、「国の示す基本方針の下、入院から在宅医療まで切れ目のない形での地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、患者の生活の質（QOL）向上に向けて総治療期間（在院日数を含む）が短くなる仕組みを作るため、医療計画を次のように見直す」とされた。そして、具体的には、脳卒中、糖尿病、がん対策の主要事業ごとに、「地域における医療連携体制を構築し、その地域内では、各医療機関が閑雅に対し治療開始から終了までの全体的な治療計画（地域連携クリティカルパス）を共有するとともに、患者の尊厳を重視する在宅医療を推進する」、

¹⁴⁴ 三計画とは健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画を指す。

¹⁴⁵ 各医療保険者に対しては、「国保及び被用者保険の医療保険者に対し、40歳以上の被保険者及び被扶養者を対象とする、糖尿病等の予防に着目した健診及び保健指導の事業を計画的に行うことを義務づけ」、「国は、医療保険者による後期高齢者医療支援金（仮称）の負担額等について、政策目標の実施状況を踏まえた加算・減算の措置を講ずる」といったことも示された。

「脳卒中、糖尿病、がん等の年間総入院日数、年間外来受診回数、在宅等での看取り立や在宅復帰率等の数値目標を導入する」とした。その他にも、介護保険事業支援計画を通じた、長期療養の病床の居住系サービス施設への転換、国交省との連携の下、高齢者を支える住まいのあり方の検討や地域社会づくりの推進を謳った。

また、「(3) 都道府県医療費適正化計画（仮称）との整合性の確保」において、「国の示す基本方針に基づく都道府県の健康増進計画、医療計画及び介護保険事業支援計画の目標は、都道府県医療費適正化計画における目標と、相互に整合性の採れたものとする」とされた。

諮問会議のとりまとめと政府・与党医療改革協議会の「医療制度改革大綱」

この試案の提出後、10月27日の諮問会議において、厚労省の試案に対し議論がなされた。吉川議員は、①医療費の給付の伸びに関する国レベルでの明確な目標を設定してPDCAサイクルを実施する、②2010年度までの5年間を「集中改革期間」として改革を進めていく必要がある、といった内容のコメントを行った¹⁴⁶。

また、試案公表の後、医療費適正化計画を実際に策定していく主体の側である、全国知事会が11月9日に意見書を取りまとめた。そこでは、試案に医療保険制度の一元化が盛り込まれなかったことを遺憾としたうえで、都道府県ではなく、「医療費に多大な影響を与える診療報酬及び医療法等に権限を有する国が、あくまでも医療費適正化について主導的な役割を果たすべき」と反論した（国民健康保険七十年史編集委員会 2009: 385）。知事会のこうした意見の裏には、目標達成のための権限、財源が乏しいという認識があった¹⁴⁷。

11月10日には、政府・与党医療改革協議会が発足した。この協議会で特に争点となったのは、小泉が推す高齢者の患者自己負担割合のアップと後期高齢者医療制度の運営主体を誰とするかということであった。

そして、政府・与党医療改革協議会の意見とりまとめに先立って、諮問会議における議論も集約されていくことになった。11月14日の諮問会議での議論において、吉川議員は、①医療給付費の伸びを国民が負担可能な範囲内に抑えるため、国レベルでの数値目標の設定とPDCAサイクルの導入、②国と自治体の役割の明確化と協力関係の構築、③医療の標準化、レセプト・オンライン化、IT化による質の向上と効率化、といったことが必要とした。それに対しては、郵政選挙後に厚労相に就任していた川崎二郎は、「上からの数字というよりは、都道府県なり地域内から汲み上げられた政策や実行そのものを積み上げて目標としなければならない」とし、それに向けて、生活習慣病対策、平均在院日数の短縮を都道府県と国が共同して行うと主張した¹⁴⁸。

¹⁴⁶ 経済財政諮問会議『平成17年10月27日第23回会議議事録』平成17年10月27日。

¹⁴⁷ 『朝日新聞』2005年11月20日。

¹⁴⁸ 経済財政諮問会議『平成17年11月14日第25回会議議事録』平成17年11月14日。

11月22日には、諮問会議における意見集約が行われた。ここでは、与謝野馨経済財政担当相が『医療制度改革について(案)』というとりまとめペーパーを提示し、川崎厚労相を含めて、合意の確認が行われた(大田 2006: 159)。マクロ指標については、「医療給付費の伸びに関しては、個別の医療費適正化方策を積み上げた効果を織り込んだ形で、経済規模と照らし合わせて評価しつつ、5年程度の中期を含め、将来の医療給付費の規模を示し、これを医療給付費の伸びの実績を検証する際の日安となる指標とする」とされた¹⁴⁹。

そして、全国市長会、全国町村会、国保中央会の反対や自民党と公明党間でも調整がつかずにいた後期高齢者医療制度の保険者について、とりまとめに対する官邸側の強い意向や予算編成作業との関係でタイムリミットが迫っていたことを受け、財政運営は「都道府県単位で全市町村が加入する広域連合」が担うという形で決着した。それによって、12月1日に、「医療制度改革大綱」がまとめられた¹⁵⁰。

その中で、マクロ指標については、「医療給付費の伸びに関しては、糖尿病等の患者・予備群の減少や平均在院日数の短縮などの中長期の医療費適正化対策の効果を基にして、また、公的保険給付の見直し等を積み上げた効果を織り込んだ形で、経済規模と照らし合わせ、国民にとって安心できる医療の確保の観点や、国民負担の観点から評価しつつ、5年程度の中期を含め、将来の医療給付費の規模の見通しを示す。そして、これを医療給付費の伸びの実績を検証する際の日安となる指標とする」とされた。

医療計画については、「地域医療の連携体制の構築」として、「急性期から回復期を経て自宅に戻るまで、患者が、一貫した治療方針のもとに切れ目のない医療を受けることができるよう、地域医療を見直す。このため、医療計画において、脳卒中対策、がん医療、小児救急医療など事業別の医療連携体制を構築する」とされた。医療費適正化計画については、医療費適正化の総合的推進のための手段として、それが推進することが示された。

また、診療報酬改定については引き下げの方向が明記され、これがマイナス3.16%という過去最大のマイナス改定へとつながった。

また、2日には社会保障審議会医療部会が「医療提供に関する意見」をまとめた。そこでは、広告規制の見直しを含む情報提供の推進と患者選択の重視、医療安全対策の推進、医療計画制度の見直し、医療法人制度改革などについてまとめられた。これを受けて、厚労省は医療法など関係法の改正案も次期通常国会に提出することとなった¹⁵¹。

¹⁴⁹ 『社会保険旬報』2263号(2005年12月1日)44頁。その文言に加えて、医療給付費が指標を超過したとしても、一律、機械的、事後的な調整を行うものではないという内容の但し書きもなされていた。

¹⁵⁰ 厚生労働省『平成18年度医療制度改革関連資料』。また、この大綱の決定過程においては、高齢者の自己負担割合や中医協改革など、郵政選挙での大勝後、党内での権力を完全に確立した小泉の鶴の一声によって決定された事項も多い(上川 2010: 210-211)。

¹⁵¹ 『社会保険旬報』2264号(2005年12月11日)6-7頁。

療養型病床の削減・廃止の議論

大綱がまとめられたことを受けて、厚労省は医療制度改革関連法の策定に入ったが、最後には一波乱待ち受けていた¹⁵²。それは療養病床削減の議論であった。これは、12月13日に社会保障審議会介護給付分科会が2006年介護報酬改定に関する基本的考え方をとりまとめたことを受け、厚労省の老健局が介護保険型療養病床の廃止の方針を出したものであった(国民健康保険七十年史編集委員会 2009: 388; 村上 2008: 135-136)。これによって、厚労省全体として、医療保険型療養病床の削減と2011年度末までに介護保険型療養病床を廃止するという、計23万床の療養病床削減の方針が打ち出された。

このような突如浮上した療養病床削減案は、厚生労働部会の事前審査において、武見敬三のような医系議員、一部の自民党1年生議員から、猛烈な反発を受けた。そのため、与党における法案調整は、ほぼこの問題に集中した。

一方で、これに対し、厚労省は、2005年12月に厚労部会長に就任した大村秀章や丹羽雄哉といった厚労族幹部に根回しを行っており、厚労族幹部もこれに乗らなければマクロ指標の議論が再燃しかねないことから了承した(吉岡・村上 2008: 131-132)。そうして、厚労族は、療養病床から介護施設への転換の際の助成措置や医師、看護職、介護色の配置基準の緩和といった支援措置を厚労省から引き出した。それを受けて行われた2006年2月7日の厚生労働等合同部会では、反対派からの怒号が飛び交ったが、最終的に療養病床見直し案は了承された¹⁵³。

こうした療養病床の削減に関する厚労族幹部の認識を見ると、丹羽雄哉が、12月20日の都内で行った講演において、「療養病床は本当に医療の必要な長期療養患者、例えば、難病や脊髄損傷などの患者を対象とする病院として医療保険制度に位置づけ直す一方、介護の必要な高齢者を対象とする介護療養型は、最終的にはケアハウスや老人保健施設などに移行していく方向性を考えるべきではないかと思っている」と述べていた¹⁵⁴。それを削減していくことの必要性を主張していた。

こうして、医療費適正化計画やその他の医療供給制度改革の根拠となる医療制度改革関連法案は、2006年2月に閣議決定、第164回通常国会に提出され、最終的には6月14日に自民公明の賛成多数で参議院にて可決、成立した。

医療供給制度改革(第2弾の医療制度改革)の内容

¹⁵² これに加えて、12月18日には、マイナス3.16%という過去最大幅の診療報酬マイナス改定が決定した。

¹⁵³ 『社会保険旬報』2270号(2006年2月1日)6-9頁。

¹⁵⁴ 『週刊社会保障』2366号(2006年1月23日)6-10頁。

ここまで小泉政権下の医療供給制度改革の過程を見てきた。ここでは、先にあげた辻の著作や2005年に保険局総務課長に就任し、この医療制度改革の立案に携わった栄畑潤の手による解説書(栄畑 2007)などを基に、医療供給制度改革の全体像をみておきたい。それによって、この改革が医療機能の分化・連携という視点からかなりの程度一貫した改革がなされていたことを確認する。

まず、急性期医療から述べていくと、診療報酬において、いわゆる「7対1看護」という看護師の配置を従来以上に手厚い配置を行うための点数が設定された。それまで最も手厚い配置であったのは「2対1看護」であったが、この表記は、患者数に対する雇用されている看護職員の数で表されていた。そして、この改定によって、看護師の交代制勤務や休日を加味した数値を表記することになり、2対1看護を10対1、3対1看護を13対1、4対1看護を15対1へと表記を改めることになった。

そして、厚労省は、都道府県に対して、医療計画において、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病について、医療機関の役割分担や連携体制をつくるよう要請した¹⁵⁵。

医療計画における体制づくりと並行して、厚労省は、尾道市医師会の「退院時ケアカンファレンス」や熊本市で行われていた「地域連携クリティカルパス」といった医療機関の連携体制づくりなどを参考に、大腿骨頸部骨折に関し、急性期での入院からリハビリ、退院までの診療計画をつくることに対し、診療報酬上点数を付けた。また、それにあわせて、医療法上、医師に入院から退院までの診療計画を策定することが義務付けられ、診療報酬でもそれに点数がつけられるようになった。

そして、医療費適正化計画において、5年かけて、医療保険適用型と介護保険適用型合わせて38万床(2006年)ある療養病床を医療保険適用のみの15万床に削減するという目標が設定された。そして、その代償として、医療療養病床を老健施設や居住系サービス施設に転換するための、国、都道府県、医療保険者の拠出からなる助成制度を創設し、介護保険型療養病床をそれらに転換する際には市町村交付金による財政支援が行われることになった。

そして、高齢患者の在宅復帰に向け、かかりつけ医機能を強化していくという意味で、診療報酬において、「在宅療養支援診療所」を位置づけた。この診療所に位置づけられれば、退院指導、在宅療養における24時間体制、在宅ターミナルケアの評価などで高い点数がつけられることになった。このような在宅療養支援の診療所についても、仙台市で看取りまで行っている診療所や、ホスピス医として活躍していた山崎章朗が2005年に始めた多職種連携による在宅療養支援の取り組みなど、専門家による高齢者ケアの先進的な取り組みが参考にされていた。

最後に、生活習慣病対策についても触れておきたい。厚労省は、生活習慣病対策として、医療保険者に40歳以上の被保険者・被扶養者を対象とした、メタボリックシンドロームに

¹⁵⁵ 厚労省は、この4つの疾病にあわせて、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療の5事業においても連携体制を構築するよう都道府県に要請した。

着目した特定健康診査、特定保健指導の実施を義務付けた。そして、これらの受診率、実施率からみた目標達成状況いかんで、医療保険者に対して、今回の医療保険制度改革によって創設が決まった後期高齢者医療制度への保健者の支援金である後期高齢者支援金について、プラスマイナス 10%の範囲内で、加算減算措置が実施されることが決まった。

小泉政権の医療制度改革と医師会の動向

ここまで見たように、構造改革を目指す小泉政権下の医療制度改革は、厳しい医療費抑制を目指すだけでなく、株式会社参入や混合診療といった新自由主義的な観点からの規制改革も進めていくことも目指したものであった。それに対し、医師会は強い批判を行い続けた。しかし、小泉改革に対するそうした姿勢から、医師会は抵抗勢力の 1 つと位置づけられ厳しい立場に置かれ続けることとなった。こうした状況は、組織内部の結束を弱めるという結果につながっていった。ここでは、小泉政権期における医師会の組織的動向についてまとめておきたい。

小泉政権が誕生した際の医師会会長は、1996 年からそれを務めていた坪井栄孝であった。彼は武見以後の厚生省との協調路線を批判し、彼らと対峙する姿勢を強く示してきた人物であり、武見と比較するような評がたつほどのリーダーシップを発揮した人物でもある。

しかし、小泉政権が医師会にとって不利な政策を実行しようとし続けたことで、彼は苦境に立たされる。第 1 弾の医療制度改革において、医師会執行部は、老人医療費の伸び率管理制度の導入を阻止するため、小泉が最重要視していた三方一両損の改革を飲んだ。しかし、特に診療報酬のマイナス改定が医療機関経営に大きな打撃を与えることから、一般の医師たちの不満は高まった。

そうした不満が組織内部で顕在化したのが、2002 年 4 月の会長選であった。この会長選はもともと坪井の無投票再選と考えられていた。しかし、元京都府医師会副会長の西祥太郎が診療報酬のマイナス改定や小泉政権に対して協調的な姿勢を示した執行部に対する批判し、3 月半ばに出馬を表明したことから 3 期ぶりに投票が行われることになった。この選挙は、結果として坪井の勝利に終わったものの、337 票中、坪井が 191 票、西が 137 票と接戦となったために坪井体制が揺らぐこととなった（水巻 2003: 58-68）。

そして、その後、京都、大阪を中心とした近畿地方の医師会は、日医の代議員会において執行部を強く批判していく。2003 年 3 月の代議員会前には、近畿医師会連合の油谷桂朗委員長（京都府医師会会長）と近畿各府県医師会選出の代議員らが、坪井に対して実質的な辞職要求の勧告文を送付するまでに至った。追い込まれた坪井は、2004 年 4 月に行われる会長選まで半年を切った 2003 年 10 月に会長引退を表明した。

2004 年 4 月の会長選には、大阪府医師会会長の植松治雄、坪井が後継指名した青柳俊副会長、日医の常任理事であり東京都医師会所属の桜井秀也が立候補した。そして、「反小泉」、「反坪井」、「反青柳」という面から、大阪と東京の連合交渉が難航したものの選挙直前まで

行われ、結果的に植松を会長候補、桜井を副会長候補にすることで交渉がまとまった。そして、会長選においては、植松が青柳を破り、会長に就任した（辰濃・医薬経済編集部 2010: 96-119）。

しかし、植松も小泉官邸の攻勢を防ぎきることができなかった。確かに、彼の執行部は混合診療の解禁や医師免許更新制度の導入などに関しては、交渉を通じて防いだ。一方で、第2弾の医療制度改革において、郵政選挙における大勝利によって絶大な力を得た小泉首相が、患者自己負担の拡大や診療報酬のマイナス改定といったさらなる制度改革を要求する。それに対して、彼には、マクロ指標の厳格な導入を見送ることを交換条件としてそれを飲むほか選択肢はなかった（辰濃・医薬経済編集部 2010: 137-175）。こうした結果は日医内部における植松への不満を大きくした。その中で行われた2006年4月の会長選には、東京都医師会所属の唐沢祥人と植松が立候補した。そして、植松は唐沢に敗れてわずか1期2年で会長の座を離れることになった（辰濃・医薬経済編集部 2010: 184-210）。

また、このように医師会が小泉改革に対抗しきれなかったのには、圧力団体としての組織力の低下とも無縁ではなかった。ここでは、政治献金と選挙における集票能力について触れておきたい。2000年代の自民党の財団法人「国民政治協会」への献金額は、坪井会長期の2002年には約2億3350万円、植松会長期の2005年は約1億5000万円、唐沢会長期の2008年も約1億5000万円であった。それにパーティー券の購入額を合わせると2002年は約6億7200万円、2005年は約5億6550万円、2008年は約4億7540万円と漸減していた（辰濃・医薬経済編集部 2010: 148-151）。また、集票能力についても、参議院選挙の結果をみると、最盛期の1970年代後半には130万票近くを集める力があつたものが、この当時では22万票ほどであり、それが精一杯の数字と評されるまでに低下していた（水巻 2003: 97-100）。

第4節 政策過程の分析

(1) 医療機能の分化・連携というアイデアと政策学習による形成・精緻化

医療機能の分化・連携というアイデアを規範的・認知的の両次元から見ると、次のように整理可能である。これらについて、辻（2008）を参考としながらまとめたい。まず、規範的次元について、このアイデアは、1980年代以降重要視されるようになった医療制度の維持という一種伝統的とも言うべき価値に訴えるという意味で、これまでのアイデアを引き継ぐ部分がある。一方でこの時期に人口に膾炙するようになったQOLという新たな価値にも訴えるという点で、2面性を有するものであった。

そして、こうした規範面の特徴から、厚労官僚の言う改革の理念が示される。

予防のあり方から医療のあり方までその問い直しをした結果、医療費の伸びが、よりマ

マイルドなものになるのであれば、私はそれは正しい医療費の適正化だと思います。そのような意味での医療費適正化を考えています。本来の健康と医療のあり方、そして私たちの幸せな生き方を追求した結果、医療費の伸び率が結果としてよりマイルドになるようにしたいというのが望みです。これが今回の改革の理念です。(辻 2008; 20)。

次に、認知的次元について、このアイディアは、高齢者の長期入院の解消だけでなく、患者が在宅まで復帰することを可能にすることを技術的目標とし、またその体制構築を通じて目標は達成されるとする。

そして、厚労省の目指す新たな医療供給体制は、次のような流れをもつものとして明確化される。

医療機能の分化・連携について……地域の中で救急医療の機能を持った急性期の病院と回復期のリハビリ機能を持った病院をそれぞれ明確化し、急性期の病院に入院し、濃度の高いきちんとした治療を受け、そして急性期のリハビリを経て回復期のリハビリ病棟に移っていく。そして、そこからかかりつけ医による在宅医療を確保し、在宅での生活に帰る。……病院治療が必要な場合は入院するのは当然ですが、また在宅に戻ってくるといふシステムをきちんと確立していこうということです。(辻 2008: 61-64)。

そして、これら両次元の特徴からなるアイディア、特に QOL の向上が加味されたことは、厚労省による制度改革案に 2 つの意味で大きな影響を与えた。1 点目は、高齢者が病院に滞留せずに在宅まで復帰できるよう、医療機関間の連携や在宅医療の整備にスポットを浴びせたということである。前章に見たように、医療費の抑制という観点からのみでも、医療機関の機能分化という考え方は導出されうる。しかし、それだけでは、高齢患者の在宅復帰は達成されない。退院のための病院間連携と在宅医療の整備がそのためには不可欠である。この 2 つが QOL の向上という目標を加味することで重要なポイントとして浮上する。また、それらによって患者の在宅復帰が可能になることで、医療費が抑制されることも期待できる。2 点目は、医療機関の機能分化もまた、新たに重要なポイントとして捉え直されるということである。医療費抑制という意味だけではなく、QOL の向上という意味が加わることで、その推進も重要なものとして捉え直されることになるのである。

さらに、厚労省は、規範的・認知的次元から見てこのように構成されるアイディアを、「医療機能の分化・連携」と表現し、改革のスローガン、問題への処方箋として掲げた。そして、このアイディアの存在によって、医系技官と事務官の結束は固くなり、厚労省は全省をあげて諮問会議や総合規制改革会議の改革案とは一定の距離を保ち、精緻な改革案を形成することができるようになった。つまり、アイディアは制度設計の青写真として機能した。

加えて、それによって彼らの圧力に対抗することができるようになり、厚労省は、官邸主導の政策決定、新自由主義的改革の遂行に一定の歯止めをかけることが可能となった。医療

機能の分化・連携というアイデアは、マクロ指標や株式会社参入議論を脱正統化することに成功したと言い換えることができる。そして、小泉政権期の医療制度改革の過程の中で、省内が一枚岩となったことは、後から振り返ってみれば、このアイデアがもたらした最大の効能であったと言えるだろう。

そして、このアイデアは政策学習のプロセスを通じて形成、精緻化された。このアイデア登場のきっかけとなったのは、小泉政権期の第1弾の医療制度改革の時期における総合規制改革会議と諮問会議という外部機関の圧力であった。

前者のルートは、彼らが新自由主義的改革の推進を目指し、株式会社の参入論を展開したことで、それへ医政局が対応するというものであった。この圧力に対して、医政局は「病院病床の機能分化」を進めることを対応策の1つとして主張していく。病院病床の機能分化は、前章で示した機能分離の流れを引き続くものであり、過去の経験を参考にしたものであった。一方で、その中では、QOLの向上を重視し、医療・介護間の連携を強めていくことなども含まれており、新たに登場した価値観、情報に対しても対応したものであった。そして、この考えが、4疾病に対して都道府県が連携体制を構築することを義務付ける第5次医療法改正へとつながっていく。

後者の諮問会議のルートは、その民間議員らがマクロ指標の導入を徐々に重視するようになり、強くその導入を訴えたことに対して、保険局が対応を迫られたことによって始まった。当初、保険局は十分な対応策を見いだせずにはいた。しかし、2003年8月に保険局長に就任した辻哲夫が「医療機能の分化・連携」というアイデアを明確な形、言葉として構築し、彼らは医療費適正化計画という案を導出し、審議会を通じて正当化していった。このアイデア、政策案もまた、機能分離を進行させてきた過去の政策に基づきつつ、QOLという新たな価値、情報に対応したものであった。また、このアイデアの精緻化、正当化は、退院時ケアカンファレンスや地域連携クリティカルパスといった社会において先進的に実践されていた取り組みに関する情報を摂取することによってなされた。

そして、このように保険局と医政局の認識が収斂し、アイデアに基づいてかなりの程度精緻な政策案が形成された中で、第2弾の医療制度改革論議がスタートした。そして、これらの政策案の存在によって、第1弾の制度改革の際には諮問会議と同調しようとした厚労省が彼らに対する反対派の急先鋒に立つという、アクター間関係の大きな変化が生じたのである。

(2) 「マクロ指標」というアイデアと厚労省の対応

ここまで、厚労省が形成した医療機能の分化・連携というアイデアを中心に分析を進めてきたが、小泉政権期の医療制度改革では、諮問会議が「マクロ指標」というアイデアを、総合規制改革会議が新自由主義という理念に基づいた「医療機関への株式会社参入」というアイデアを政策へ注入しようとした。官僚制外部からのアイデアがもたらされた事例

でもある。そして、そうしたアイデアが制度改革へと具体化されるには、専門的執務知識を有する厚労省の了承、強力が必要であると考えられる。

これらのアイデアについて、特にマクロ指標と厚労省の対応について考察していきたい。こちらに焦点を当てるのは、株式会社参入というアイデアに対して、厚労省医政局は当初から反対姿勢をとっていたからである。そのため、もともとこのアイデアが制度改革へと実際に反映される可能性は小さかった。

一方で、マクロ指標について見てみると、それは実現される可能性を多少なりとも感じさせるものであった。このアイデアは、諮問会議の民間議員が第1弾、第2弾の医療制度改革の議論の際強く主張したものであった。ただし、第1弾の改革の当初から彼らがそれを推進しようとしたわけではなかった。このアイデアは森政権時に諮問会議で論点として提出されており、それが引き継がれ骨太の方針に記載されたことで、医師会と厚労族が強い反対を示し、かえって彼らもそれを前面に押し出すという流れで、大きな争点となった。

このアイデアを、民間議員らの志向から規範的・認知的次元に基づいて分解するならば、次のような形となるだろう。規範的には、少子高齢化が急速に進む一方で、日本経済は長らく低迷し、かつ多額の財政赤字を抱える中で、日本社会全体のために社会保障費は一層削減されるべきという価値観に訴えるものであった（大田 2006: 137）。そして、認知的には、経済規模と医療費の伸び率を連動させることによって、そうした問題に歯止めをかけることができるということを示すものであった。

これに対して、第1弾の改革議論の際、厚労省保険局はいったんそのアイデアに乗り、「医療制度改革試案」で、経済規模に基づいた目標値と診療報酬改定を連動させようとする案を提示した。これは、マクロ指標と、1980年代以降厚労省が政策目標としてきた制度の維持のための医療費抑制に一定の親和性があったからだと考えられる。厚労省は、諮問会議によって生み出された改革の機運に乗じて医療費抑制に向けた制度改革を進めようとしたのである。このようなことから考えれば、マクロ指標というアイデアによって諮問会議が厚労省を説得したのではなく、両者は同床異夢の状況にあったものと考えられる。しかし、もし、この状態で改革の議論が推移すれば、医師会や厚労族の反対が予想されるために完全な状態でマクロ指標を政策へと反映させることができたかは不明確であるが、専門的執務知識を有する厚労省の協力を通じて、マクロ指標に基づく改革が行われる可能性は多少なりともあったと考えられる。

しかし、厚労省は、諮問会議案に一部乗ってしまったがゆえに、官邸側と厚労族とのマクロ指標の是非を含めた改革の議論の中で、両者の調整役として存在感を薄めてしまう。この失敗から、厚労省はマクロ指標とは異なるアイデアを模索し、新たな改革案を形成することで、存在感を回復しようという意識が芽生えたものと考えられる。そして、実際に、彼らは、マクロ指標というアイデアと一定の距離を保つことを可能とする医療機能の分化・連携というアイデアを構築した。

そのようなアイデアを構築したことによって、厚労省にとって、マクロ指標を具体化し

ようという誘因が消失した。むしろ、彼らは、医療機能の分化・連携というアイデアに基づいた精緻な制度改革案を生成することによって、第2弾の改革の際には諮問会議に積極的に対抗していくことを選択したのである。

これは、マクロ指標に焦点を当てて考えれば、諮問会議の改革案が実際に政策へと反映される可能性がかなりの程度薄らいだことを意味していた。第2弾の改革時に財務省から厚労省に出向し、医療制度改革に携わった村上正泰は、マクロ指標に対して、『『伸び率管理』に関する民間議員提案はこのうえなく非現実的であり、導入するにはあまりにも弊害が多いことはだれの目にも明らかである』、「たんに社会保障給付費をこれ以上増やせないと主張しているだけで、中身はまったく空っぽだったのだ」と述べている（村上 2009: 167）。この指摘は、官僚組織が、マクロ指標というアイデアを規範的・認知的療次元で受け入れなくなったことを表している。このように、マクロ指標というアイデアは、医師会、厚労族の了承だけでなく、専門的執務知識を有する省庁の了承を最終的には得られなかったことも理由の1つとして、実現に至らなかったのである。

(3) 制度改革を条件づける機会構造と制度的回路

それでは、機会構造と制度的回路の面から見て、何がアイデアの形成、生存に際して作用したのだろうか。また、アイデアに基づいた政策過程の分析においては、それが他のアクターを説得する過程が重視される。しかし、小泉政権下の医療制度改革にて、このアイデアを共有したアクターは、厚労族のリーダー格の議員のみにとどまった。これはなぜなのか、もしくはなぜ彼らに受容されることが必要であったのか、このことについても機会構造と制度的回路の観点から分析していきたい。

機会構造

機会構造の点から見て、このアイデアの形成、生存に最も大きな影響を与えたと思われるのは、1980年代から90年代にかけての医療供給制度改革を通じて構成された厚労省内部の組織環境、政策環境であった¹⁵⁶。

前章までに見たように、小泉改革以前に省内で、①事務官と医系技官の接近、②医療機関の機能分離政策の蓄積が起こっていた。ここまでの過程追跡の結果から見れば、両者はこの改革において欠くことのできないものであったと看取できる。この2つがない状態で小泉改革に突入していたとしたら、厚労省は、医療機能の分化・連携というアイデアを形成することも、また、形成できたとしてもその有効性がどれほどのものなのか認識できなかった

¹⁵⁶ これに加えて、医療制度の構造もその機会構造であった。このアイデアは、国民皆保険制、自由開業医制という制度に整合的なものであった。

可能性が高い。これほどの一貫性をもつアイデアを突如として考案し、省内をまとめることは困難であったと考えられる。彼らは、小泉改革以前に、事務官と医系技官の認識の接近があったからこそ、アイデアに基づいてさらにその結束を強固なものとすることができたし、医療機能の分化・連携の有効性も認識することが可能であったと考えられる。

また、1990年代の政治・行政改革の結果、首相権力が強化されたことが、アイデアの形成、実現に際しての機会構造として作用したとも言えよう。権力が強化された首相が重視し、法的にも明確に位置づけられた諮問会議が、より強力な医療費抑制を目指す医療制度改革を強く訴えたことで、アイデアの形成は促された。

そして、強い権力をもった小泉首相が官邸主導の政策決定を実現しようと、諮問会議を駆使した上に、与党の事前審査を軽視した。これによって、官邸と族議員との間で対立が生じ、族議員は官邸と異なる制度改革案を必要とした。ここに厚労省の改革案が入り込む余地が生まれた。また、小泉や諮問会議は、従来のボトムアップ的政策決定において大きな影響力を有した医師会にも攻勢を仕掛け、結果的に医師会内部の不和を導いた。このことも、医療費抑制の意味は持ちながらも諮問会議の案とは一定の距離をもつ、厚労省の改革案が生き残る余地を生み出したと言えるだろう。

こうしたことから考えれば、小泉改革がもたらしたアクター間の複雑な影響力関係は、医療機能の分化・連携というアイデアが形成、生存、機能するにあたっての、まさに機会構造として作用したとまとめることができよう。

制度的回路

前述のように、医療機能の分化・連携というアイデアをこの過程の中で受容したのは、厚労族のリーダー格の議員だけにとどまった。この理由は、制度的回路について考察することで説明できる。

小泉改革において政策決定の権限を官邸に一元化し、官邸主導によるその達成が目指されたが、改革案も基本的に法律として制度化される以上、自民党が最終的には納得しなければその決定はなされない。このことから、小泉政権下でも与党の事前審査は一定の効力をもった。自民党の厚生労働部会は、このアイデアが実現されるために最低限通過しなければならない政策決定の場であったのである。

その中で、厚労族が官邸からの圧力を回避するために、彼らとは異なる改革案を必要としたことから、厚労省は、厚労族の中でもさらに最低限の説得対象である幹部格の議員の説得に動いたし、幹部格の議員たちはそのアイデアを受容したのである。また、この説得は、医療機能の分化・連携というアイデアが、1980年代以降厚労省が実施してきた医療機関の機能分離政策ともつながりのあるものであり、厚労族幹部議員がそれに一定の理解を示してきたという経緯によっても可能になったと考えられる。

第5節 本章の小括

ここまで小泉政権期の医療制度改革の政策過程を分析し、「医療機能の分化・連携」というアイデアがこの際に誕生し、初めて医療供給制度改革へと反映されたことを明らかにした。このアイデアの形成は、諮問会議や総合規制改革会議といった外部機関の圧力を契機に、保険局と医政局が、過去の政策の経験、QOLという概念、その向上のために社会の中で行われていた先進的实践例といった新たな情報に対応するという政策学習を通じてなされたことも明らかにした。そして、そのプロセスを通じて、このアイデアが形成、精緻化され、また、保険局と医政局の認識が共有されたことで、厚労省は結束して諮問会議や総合規制改革会議に対抗することが可能になり、このアイデアは生存し、これに一貫した広範な医療供給制度改革が可能となった。

また、このアイデアの形成と生存、法律への反映に作用した機会構造として、まず、1980年代の医療供給制度改革によって構成された組織、政策環境があげられた。また、1990年代の政治・行政改革によって構成された首相権力の強化、諮問会議の存在も機会構造として作用したことを指摘した。さらに、制度的回路の観点から、このアイデアの共有が厚労省以外では厚労族の幹部格議員までにとどまったことを説明した。

つまり、本稿の関心からすれば、このアイデアが医師会を含めた多様なアクターに受容され、定着するに至るのは小泉改革後であったということがポイントとなる。次章では、それがどのようにしてなされたのかといったことを明らかにする。

第7章 医療機能の分化・連携に基づく制度改革の展開

本章では、小泉政権下の医療制度改革において厚労省が示した「医療機能の分化・連携の推進」というアイデアが、その後の医療供給制度改革の方向性を規定する柱として定着し、機能していることを明らかにする。そのために、まず、2014年の第6次医療法改正と2015年の第7次医療法改正の内容と2008年以降の診療報酬改定の方針や内容を見て、それが改革の重要な方針の1つとして働いていることを確認する。次に、団塊の世代が後期高齢期を迎える2025年に向けて、現在、厚労省が積極的に推進している「地域包括ケアシステム」と呼ばれる高齢者の生活支援策と医療機能の分化・連携の関係性を記述する。そして、地域包括ケアシステムの構築を推進することは、医療機能の分化・連携を進めることにつながることを見ていく。最後に、医療政策の決定に比較的直接に関係するアクターの中で、医療機能の分化・連携というアイデアをどのように、どの程度広まっているのかということを見ていく。これらのことを見ていくことで、医療機能の分化・連携というアイデアが、アクターの予測を管理、調整することでアクター間の政策的協調を可能にし、定着したと言える状態に入っていることを明らかにする。

第1節 第6次、7次医療法改正と2008年度以降の診療報酬改定

(1) 第6次、7次医療法改正の内容

ここでは、第6次医療法改正と第7次医療法改正を中心にその内容を見ていくことで、現在の医療供給制度改革の方向性として、医療機能の分化・連携が強く意識されていることを確認していく。

まず、第6次医療法改正について見ていきたい。2014年6月、医療介護総合確保推進法が成立した。これは、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供することを目的に、医療法や介護保険法など19本の改正案をまとめたものである。このうちの医療法改正は、第6次医療法改正とも呼ばれる。

この法案成立の契機は、さかのぼると自公政権下の2008年に設置された、社会保障国民会議による社会保障・税一体改革の議論にいきつく。その社会保障・税一体改革の議論は、民主党政権にも引き継がれ、民主党政権は、2012年2月に、「社会保障・税一体改革大綱」を閣議決定した。そして、民主、自民、公明の三党合意に基づき、社会保障・税一体改革関連法案が成立した。

さらに、その後の自公政権の返り咲きによって、社会保障制度改革国民会議が立ち上げられ、その報告を基に社会保障改革のスケジュール等を規定した社会保障制度改革プログラ

ム法が成立した。医療介護総合確保推進法はそれに基づいて成立した法案である。

この医療介護総合確保推進法やその一部である医療法改正におけるポイントとしては、次の4点があげられる。1点目は、医療計画における2次医療圏を原則とした医療供給体制における構想（地域医療構想）の策定である。2点目は、地域において各医療機関が担っている医療機能の情報を把握・分析するための「病床機能報告制度」の導入である。3点目は、医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度としての、新たな都道府県単位の基金（地域医療介護総合確保基金）の設置である。4点目は、都道府県と市町村による当該地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画（都道府県計画、市町村計画）の策定である（川淵 2014; 島崎 2015: 172-173）。

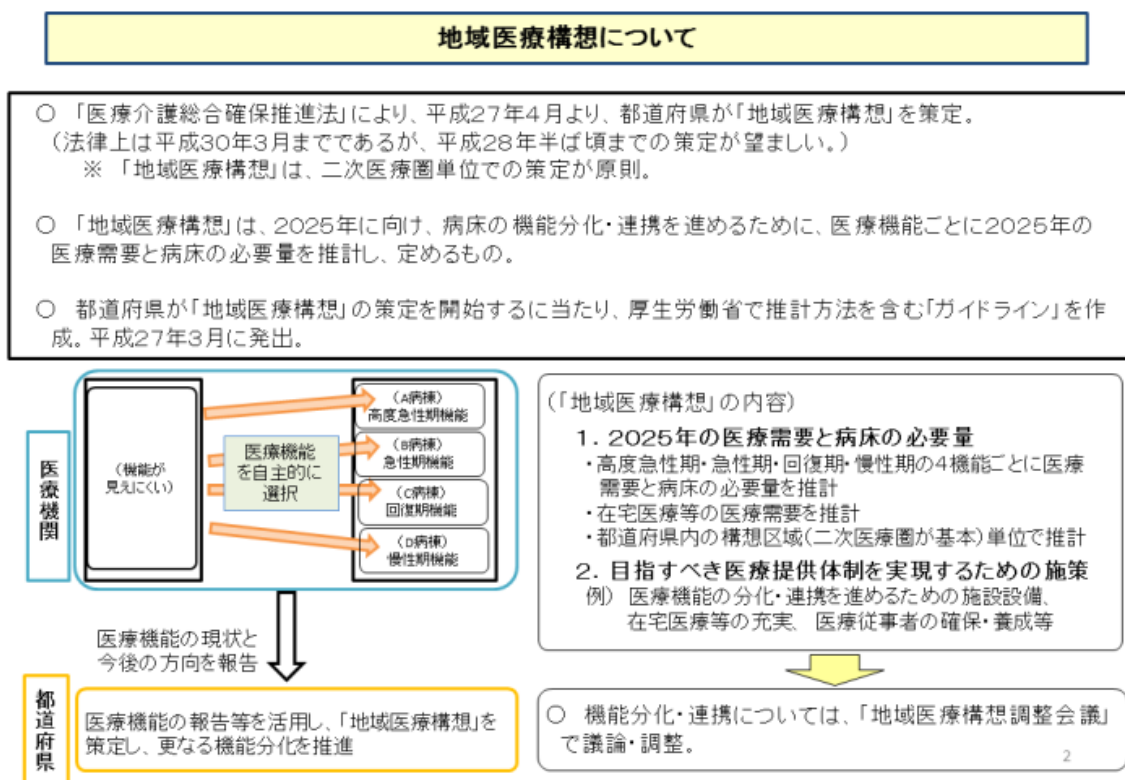
この中で特に重視されているのが地域医療構想である。図7-1のように、その要は医療機能の分化・連携、病床機能の分化・連携にある。具体的な内容としては、団塊の世代が後期高齢期を迎える2025年に向けて病床の機能分化・連携を進めるため、都道府県が、医療計画策定の一貫として医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めることになっている。医療需要、病床の必要量に関しては、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能に一般病床を分類した上で推計し、在宅医療の需要なども推計する。さらに、医療機能の分化・連携を図るための施設整備、医療従事者の確保などを進めることも構想策定の重要なポイントとされている。

また、この構想を達成していくための協議の場として、学識経験者や医療関係者、医療保険者などが参加する「地域医療構想調整会議」を、都道府県が設置することになっている。ただし、この協議だけで地域医療構想の達成が実現できないとき、都道府県知事には、例えば、医療機関が供給過剰な機能の病床に転換しようとする場合などには転換の中止を要請し、それでも従わない場合には医療機関名の公表といった措置を講じる権限が与えられている（島崎 2015: 173）。

そして、この地域医療構想策定のために、先にあげた病床機能報告制度、基金、都道府県計画、市町村計画が利用される。まず、病床機能報告制度について説明したい。これまで医療法における病床は、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床、一般病床に区分されてきたが、全病床の約6割を占める一般病床の機能が明示されていなかった。また、前述のように、診療報酬上、看護体制によって一般病床における実質的な医療機能の区分が行われているが、報酬の高い7対1看護体制の方に病床が集中してしまっている状況がある（川淵 2014: 59-60）。こうした問題から、病床を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能に分類し、医療機関が有する病床の現状からいずれかを都道府県に報告することになった。そして、この情報が地域医療構想策定に利用されることになっているのである。

そして、都道府県ごとに設置された、医療介護総合確保基金は、医療機能の分化・連携や在宅医療の推進、介護サービス充実、医療従事者の確保・養成に関する事業に対して支援を行うために創設された。そして、こうした事業の実施を計画的に担保していくために、厚労省は、都道府県計画、市町村計画の策定を自治体に要請している。

図7-1 地域医療構想について



出所: 厚生労働省 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>、2017年4月18日最終閲覧)。

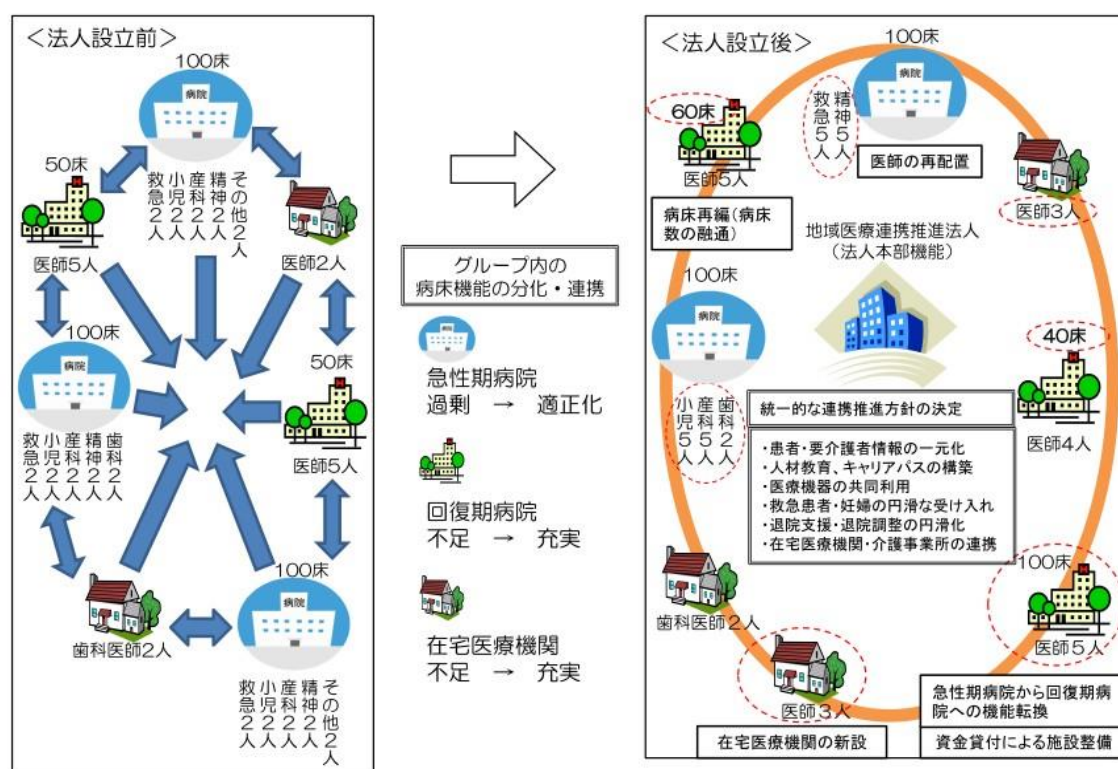
次に、2015年9月に成立した第7次医療法改正についてである。この法改正の最大のポイントは、医療機能の分化・連携を進めて地域医療構想を達成するために、「地域医療連携推進法人」制度を創設したことである。これは、医療法人やその他の非営利法人の連携を目的として都道府県知事が認定するものであり、医療と介護の一体的な提供のために、地域で医療機関を開設する医療法人や介護事業などのケア事業を行う非営利法人を参加法人とすることができることとなっている。

この地域医療連携推進法人の業務として想定されていることの1つが、医療機能の分化の方針、各医療機関の連携の方針などに関する統一的な連携推進方針を決定することである。これを通じて、法人内部での、病床の融通による病床再編や医療施設、在宅医療機関、介護事業所の間での退院支援、退院調整の円滑化、連携強化が目指されている。加えて、患者情報の一元化や人材交流なども行いやすくすることによって、一層それらを進めることも意図されている。

この地域医療連携推進法人制度の創設がなされた背後には、第2次安倍晋三内閣発足を機に設置された日本経済再生本部の産業競争力会議が決定した『「日本再興戦略」改定2014』

における議論があった¹⁵⁷。具体的には次のような提言が、医療・介護などについてなされている。①医療介護などを一体的に提供するための新たな法人制度の創設などにより、医療介護サービスの効率化・高度化を図り、地域包括ケアを実現することで、医療介護の持続性と質の向上を両立すること、②健康増進・予防へのインセンティブを高めることで公的負担の低減と公的保険外の多様なヘルスケア産業の創出を両立すること、③保険外併用療養費制度の大幅拡大により多様な患者ニーズへの対応と最先端技術・サービスの提供を両立することなどである¹⁵⁸。こうした認識に基づき、「非営利ホールディングカンパニー法人」という複数の医療法人や社会福祉法人などを束ねて、一体的に経営することができる法人格の創設が主張された。

図7-2 地域医療連携推進法人設立の効果・メリット（イメージ）



出所：厚生労働省（<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000073739.pdf>、2017年4月18日最終閲覧）

¹⁵⁷ 『日経ヘルスケア』299号（2014年9月10日）52-56頁。

¹⁵⁸ 日本経済再生本部「日本再興戦略改定2014——未来への挑戦」

（<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/honbun2JP.pdf>、2017年4月18日最終閲覧）。

こうした提言の裏には、産業育成という観点から高齢化をむしろチャンスと捉え、医療介護サービスにおけるイノベーションの実現や健康産業の活性化を目指すべきであるという考えがある。ただし、こうした考え方は、例えば、2010年6月に民主党政権が閣議決定した「新成長戦略」にも示されているように、民主党政権においても根強いものがあり（真野2012:212-218）、第2次以降の安倍政権に独特なものではないということを指摘しておきたい。また、付言すれば、医療機能の分化・連携というアイデアは、医療の産業化というアイデアとつながるだけの柔軟性があることを、第7次医療法改正の内容は示している。

(2) 2008年度以降の診療報酬改定の内容

上記の医療法改正は、政権復帰した自公政権下の2010年代中盤に行われている。ここでは、2008年、2010年、2012年、2014年、2016年の診療報酬改定の方針とその内容について見ていくことで、それ以前から、医療機能の分化・連携というアイデアが医療供給制度改革の柱として一貫して機能していたことを明らかにする。

この時期の診療報酬改定の全体的な特徴は次である。診療報酬体系の本体部分のマイナス改定にまで切り込んだ小泉政権のときと比べれば、そこまでの厳しい改定がなされたわけではない。しかし、財源が制約されている中で、民主党政権、その後の自公政権においても診療側にとって厳しい改定がなされてきたことに変わりはない¹⁵⁹。しかし、そうした状況下でも、医療機能の分化・連携を推進に向けた重点的な診療報酬の配分がなされていることから、医療機能の分化・連携がいかに重要視されているかを確認することができる。

それでは、まず、2008年の診療報酬改定について見ていきたい。この診療報酬改定の最重点は、産科や小児科をはじめとする勤務医の負担軽減であった。これは、当時、救急搬送のたらい回しの事例の増加を契機に、長年の医療費抑制政策によって倒産、廃業を含めて病院の経営危機が深刻化している、それによって医師不足が深刻化しているといった問題が浮き彫りとなり、社会問題化していたからである（勝又2009；小松2006；本田2007）。

ただし、こうした中でもそれ以外の重要な視点として、「質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点」があげられた¹⁶⁰。この観点から、例えば、

¹⁵⁹ 例えば、民主党政権下の2010年の診療報酬改定の政治過程を扱った研究として、木寺（2012a）があげられる。民主党政権下での2010年の診療報酬改定は、名目上は10年ぶりに診療報酬全体でプラス0.19%増のプラス改定となった。しかし、これは、財務省と厚労省が事前協議を行い、薬価の削減分のうちの新薬の値下げ分、約600億円を診療報酬の枠外での改革と位置づけることにしたことで達成されたものであった。実質的な改定率は0.03%増で、実質ゼロ改訂であった。

¹⁶⁰ 社会保障審議会医療保険部会・医療部会「平成20年度診療報酬改定における主要改定項目について（案）」（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/s0213-4a.pdf>、2017年4月18日最終閲覧）。

脳卒中を地域連携クリティカルパスの対象疾病に追加するなど、脳卒中に関する急性期からリハビリ、居宅復帰に至る一連の医療に対する評価が総合的に高められた。その他にも、7対1看護の要件を厳しくすることでさらに医療機関の機能分化を強めたり、居宅系の介護施設への訪問診療や多職種連携に対する評価が設けられたりした。また、訪問看護推進のために、訪問看護基本料の引き上げや24時間体制の充実、退院支援などへの評価が設けられた。

次は、2010年の診療報酬改定についてである。社会保障審議会医療保険部会・医療部会が2009年12月に示した、「平成22年度診療報酬改定の基本方針」¹⁶¹を見ていきたい。この年の改定の最重点課題も、救急、参加、小児、外科などの医療の再建と勤務医の負担軽減とされたが、「医療機能の分化・連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」も重視されている。こうした視点から、看護師及び社会福祉士による手厚い体制で退院調整を行う医療機関に対する評価が新設された。また、地域連携クリティカルパスに関して、回復期の病院を退院後に通院医療・在宅医療を行う病院、診療所やリハビリなどを担う介護サービス事業所までも含めた連携を行う診療計画を策定した際にそれを評価することになった。

そして、2012年の改定においては、社会保障審議会医療保険部会・医療部会が示した「平成24年度診療報酬改定の基本方針」¹⁶²を見ると、その「基本認識」において、「『社会保障・税一体改革成案』に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携（急性期医療への医療資源の集中投入等）、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要がある」と書かれている。そして、その認識の下、「医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実」が、「病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減」と並ぶ重点課題とされている。

この年の改定は、介護報酬との同時改定であったこともあり、手厚い在宅医療や訪問看護への評価を高める方向で改定がなされた。まず、2006年に創設された在宅療養支援診療所に関して、常勤医師3名以上で、過去1年間の緊急往診件実績が5件以上、看取り実績が2件以上という要件を定めた「機能強化型」という区分を新設し、高い評価を行うことになった¹⁶³。訪問看護では、複数名での訪問看護や専門の研修を受けた看護師による訪問看護に対

¹⁶¹ 社会保障審議会医療保険部会・医療部会『平成22年度診療報酬改定の基本方針』

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken12/dl/index-001.pdf>、2017年4月18日最終閲覧)。

¹⁶² 社会保障審議会医療保険部会・医療部会『平成24年度診療報酬改定の基本方針』

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001wp36-att/2r9852000001wp9m.pdf>、2017年4月18日最終閲覧)。

¹⁶³ ただし、複数の医療機関でその要件を満たす場合も申請が可能となっており、そうした場合は「連携型」と呼ばれる。この場合は、前述の要件以外に患者からの緊急時の連絡先の一元化や月一回以上の定期的なカンファレンス、連携する医療機関数は10未満、病院が連携する場

する評価が新設された。また、有床診療所での緩和ケアやターミナルケアの推進を図るための評価なども新設された。

さらに、2014年の改定を見ていきたい。ここでも医療機能の分化・連携を加速させる政策意図が明確に示された（島崎; 2015: 182）。社会保障審議会医療保険部会・医療部会による「平成26年度診療報酬改定の基本方針」¹⁶⁴においては、社会保障と税一体改革や社会保障制度改革国民会議の動向を踏まえて、団塊の世代が後期高齢期を迎える2025年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図るとされた。そして、その中で、急性期病床の位置づけの明確化、一般病床における長期入院の適正化、在宅医療の充実などを束ねる言葉として、医療機関の「機能分化・強化と連携」が登場している。

具体的な改定としては次のようなポイントがある。まず、入院患者の重症度や在宅復帰率などの面から7対1看護の算定要件をさらに厳格化するなど、急性期医療の更なる機能分化が図られることになった。そして、2025年に向けて推進されている「地域包括ケアシステム」を支えるために、急性期後の患者の受け入れ、自宅療養中の患者の緊急の際の受け入れ、在宅復帰へのサポートを行う場が必要であることから、手厚いリハビリや高い在宅復帰率などを要件に、「地域包括ケア病棟」に関する評価が新設された。さらに、地域包括ケアの構築には、患者の生活状況を理解する主治医機能の強化¹⁶⁵が必要という認識から、「地域包括診療料」といった評価が新設される一方、大病院の一般外来に対して紹介率の引き上げなど「外来機能の機能分化・連携の推進」も進められることになった。

最後に、2016年の診療報酬改定についてである。社会保障審議会医療保険部会・医療部会による「平成28年度診療報酬改定の基本方針」¹⁶⁶を見てみたい。そこでは、改定の基本認識として、「地域包括ケアシステムと効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築」があげられており、医療介護総合確保推進法の下で進められる医療機能の分化・強化、連携など、2025年を見据えた政策の一環とした改定を進めていくことが叫ばれている。

合は200床未満に限るといった要件を満たす必要がある。

¹⁶⁴ 社会保障審議会医療保険部会・医療部会「平成26年度診療報酬改定の基本方針」

([http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000031544.pdf)

[Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000031544.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000031544.pdf)、2017年4月18日最終閲覧)。

¹⁶⁵ この動きは、高齢化の進行により複数の疾患を有する患者が増えてきた中で、総合的に患者の健康状態を管理し、より高度の治療を要する場合に専門医に紹介するゲート・キーパー的な役割を果たす医師が必要という認識が高まっている（水野・田中編 2011）ことに基づいている。ただし、その名称も「家庭医」、「総合医」、「かかりつけ医」、「主治医」と様々にある。また、医師会としては、複数の疾患があれば、複数のかかりつけ医がいるというのが、我が国のやり方という立場をとっており、議論は収斂していない（森田 2016: 124）。

¹⁶⁶ 社会保障審議会医療保険部会・医療部会「平成28年度診療報酬改定の基本方針」

([http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000106247.pdf)

[Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000106247.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000106247.pdf)、2017年4月18日最終閲覧)。

医療機能の分化・強化、連携に関する点としては、急性期医療については、現状で参入の多い7対1看護について、患者の重症度、医療・看護の必要度からさらに厳格化されることになった。また、7対1看護と地域包括ケア病棟に対しては、在宅などへの復帰率の要件も厳しくされた。一方で、有床診療所の役割の見直しの観点から、高い在宅復帰機能をもつものに対して評価が新設されることになった。そして、地域包括ケア推進の観点から、届け出の進んでいない主治医機能の要件について、その基準が緩和されることになった。その他、入院から在宅への復帰を推進するために、積極的な退院支援の取り組みや退院支援職員の配置、医療機関間の連携、介護との連携を進める医療機関に対する評価が高められることになった。

このように小泉政権後の診療報酬改定では、2度の政権交代を経ながらも、医療機能の分化・連携、病床機能の分化・連携というアイデアが、一貫して重要な柱として機能してきた。また、具体的な改革の方向性としては、急性期医療を担う医療機関内でのさらなる機能分化、急性期、慢性期医療を担う医療機関双方における退院支援や退院調整に対する積極的な取り組みへの評価、在宅医療・訪問看護の拡充といった方向性で改革が進んでいる。

第2節 「地域包括ケアシステム」と医療機能の分化・連携の関係性

診療報酬改定に関する記述において何度か登場したが、現在、厚労省は、「2025年（平成37年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築」¹⁶⁷を積極的に推進している。

この地域包括ケアは高齢者の日常生活支援における実践とそれによって導出された概念を出自とするが¹⁶⁸、政策的な概念としてのそれは、厚労省による2008年度の老人保健健康増進等事業に基づいた「地域包括ケア研究会」（座長/田中滋慶應義塾大学大学院教授）の報告書¹⁶⁹で定義された。具体的にそれは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを前提とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」とされた。なお、その圏域としては、「おおむね30分以内」に必要なサ

¹⁶⁷ 厚生労働省

（http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/、2017年4月18日最終閲覧）。

¹⁶⁸ 「地域包括ケア」という名称は、広島県御調町（現在は尾道市）の広島県公立みつぎ総合病院の院長を務めた山口昇医師が、昭和50年代以来展開した医療と福祉にまたがるケアの実践に与えた名称を出自とする（高橋 2012: 3）。

¹⁶⁹ 地域包括ケア研究会「地域包括ケア研究会 報告書——今後の検討のための論点整理」（<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf>、2017年4月18日最終閲覧）。

ービスが提供される圏域として、「中学校区」が想定されている。

そして、この地域包括ケアシステムは、2011年の第177回通常国会において成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」で、法律上にも実質的に位置づけられた。具体的には、第5条「国及び地方公共団体の責務」の第3項において、「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自律した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない」という規定が書かれた（宮島 2013: 13）。

さらに、2013年8月の「社会保障制度改革国民会議報告書」においても、「高齢化に伴い患者が急増することによって、医療需要が量的に増加するだけでなく、疾病構造も変化し、求められる医療もそれに合わせた形で変化する中で、医療資源を有効に活用し、より質の高い医療提供体制を実現するため、医療機能の分化・連携を強力に進めていくことが必須であるが、その実現のためには、在宅等住み慣れた地域の中で患者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠である」¹⁷⁰とされた。

このような流れの下、前述した医療介護総合確保推進法における、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」で、法的にも地域包括ケアシステムという言葉自体が定義されることになった。具体的には、同法の2条において、「この法律において、『地域包括ケアシステム』とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」と定義された。

この地域包括ケアの特徴は、高齢者が住み慣れた地域で日常生活を送ることができる状態を支えるということ、そのために、高齢者介護政策の拡充のみならず、医療、保健、その他の福祉サービスや住まいに関するものといった広範な政策の連携が要請されているということにある。

そして、それを達成するために要請される医療供給制度改革は、急性期病床の位置づけを明確化し、医療資源の集中投入によって長期入院の適正化を推進する一方で、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制などを医療計画に記載すべきことを明確化することな

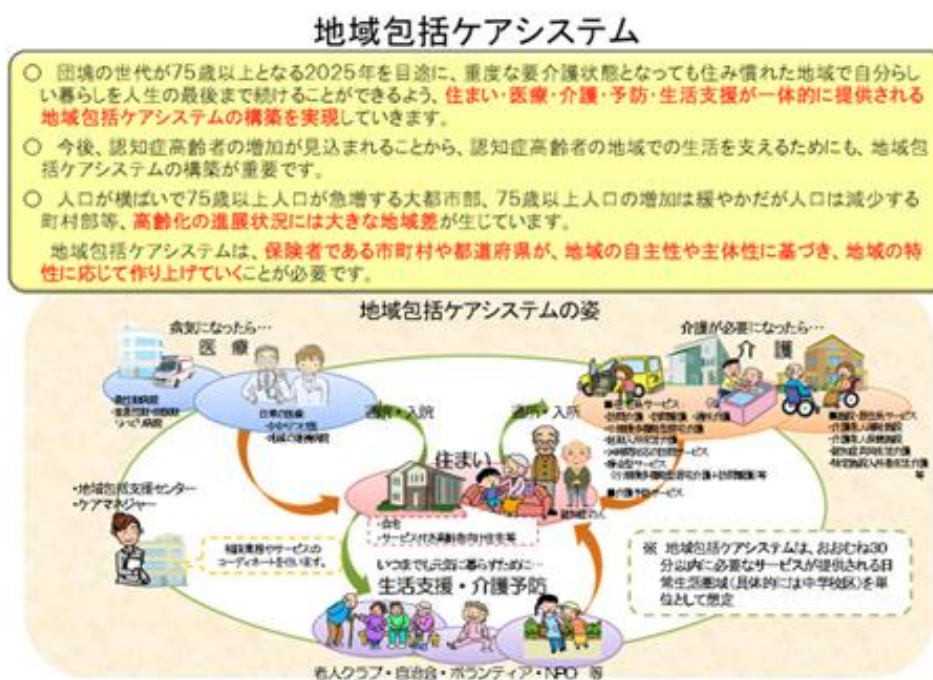
¹⁷⁰ 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議報告書——確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」

(<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>、2017年4月18日最終閲覧)。

どによって充実させることとなる（宮島 2013: 37-38）。つまり、医療政策は、地域包括ケアを構築していくための一要素として位置づけられ（島崎 2015: 159）、その下での医療制度改革の方向性は、まさに医療機能の分化・連携を進めるということになるのである。

実際に、第 6 次医療法改正は、地域包括ケアが法定された医療介護総合確保推進法の一部に位置づけられているし、第 7 次医療法改正も医療介護総合確保推進法が目指す政策の実現を促していくために行われたものである。また、2012 年の診療報酬改定において地域包括ケア病棟が新設されたように、最近の診療報酬改定も、地域包括ケア構築のために医療機能の分化・連携を推進するという観点から行われている。こうしたことから、医療機能の分化・連携というアイディアは、地域包括ケアの構築という政策の方向性が定まることによって、それに包摂されつつ強化されている状況にあると言えよう。

図 7-3 地域包括ケアシステム



出所: 厚生労働省

(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/、2017年4月18日最終閲覧)。

第3節 アイディアによる厚労省内の組織変化と関係アクターの受容

(1) 厚労省内の組織変化

医療機能の分化・連携、医療と介護の連携などを進めていくために、現在、厚労省はその組織内部で、局間の連携を図るための組織体の設置や課の新設、これまでの慣例を破る新た

な人事を立て続けに行っている。

例えば、2009年に厚労省は、官邸に設置された厚生行政の在り方に関する懇談会の最終報告を受けて、厚労次官を議長とする「医療・介護改革調整会議」を設置した¹⁷¹。これは、医療と介護を担当する医政局、老健局、保険局の3局と関係の大臣官房審議官をメンバーとしたもので、関係3局の政策の整合性を高めることを目的に置かれた。また、その下に、①医療の機能分化・連携班、②介護と医療の連携（地域包括ケア）班というプロジェクトチームが作られた。このことから、2000年代終盤には、医療機能の分化・連携というアイデアが省内に一定程度すでに浸透していたこと、さらにそれを強めようとする意識が省内にあったことを見て取ることができる。

さらに、医療介護総合確保推進法の成立を機に、厚労省は2014年7月に保険局の再編を行い、「医療介護連携政策課」を新設している¹⁷²。この課には、保険局総務課に置かれていた医療費適正化計画担当の医療費適正化対策推進室と保険システム高度化推進室が移管された。具体的な所掌業務としては、医療介護総合確保推進法に基づく「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」の策定、上記の基金にかかわる都道府県の窓口・省内調整、診療報酬改定の基本指針の策定、医療費適正化計画の推進などを担うことになっている。

次に、人事の面についてであるが、2014年にはそれまで医系技官の指定席であった医政局長に事務官である二川一男が就任している¹⁷³。また、彼は、その後、厚労次官に着任しており、その後任である神田裕二医政局長も事務官である¹⁷⁴。一方で、2016年7月の人事異動で保険局長に医系技官である鈴木康裕が就任した¹⁷⁵。また、鈴木は、2017年に新設された、全省的な位置づけにある「医務技監」に就任している。

このように、医療機能の分化・連携というアイデアの進展にともなって、厚労省は組織的に見て、非常に大きな変化を経験している最中にある。そして、その内容からは、事務官と医系技官の両者がさらに結束している様子が浮かび上がってくるのである。

(2) 厚労省の支援者の認識と変化

医療機能の分化・連携というアイデアが小泉政権期の医療制度改革において示されて

¹⁷¹ 『週刊国保実務』2671号（2009年8月17日）14-15頁。

¹⁷² 『週刊年金実務』2102号（2014年7月21日）13-14頁。

¹⁷³ ただし、2009年、舛添要一厚労相（当時）は、硬直的な人事システムを問題視し、それまで医系技官の指定席であった医政局長に事務官を、保険局長に医系技官を充てる人事を行っている（舛添 2009）。しかし、そうした人事は慣例化しなかったことは強調して指摘しておきたい。

¹⁷⁴ 『週刊国保実務』2979号（2015年10月5日）25-27頁。

¹⁷⁵ 『健保ニュース』2106号（2016年7月15日）、8-10頁。

以来、高齢者福祉政策における方向性として地域包括ケアが定まったことも相まって、それは医療供給制度改革の重要な柱として機能してきた。ここでは、最後に、医療政策に比較的直接に関係するアクターが、医療機能の分化・連携というアイデアをどの程度認識し、広まっているのかを見ていく。

まずは、医療政策の形成において厚労省の支援者とされてきた(池上・キャンベル 1996)、健保連や国保中央会などの保険者、経団連や連合といった労使、財務省、その他、近年、医療・介護政策への関心を強めている経産省についてである。彼らが医療費抑制を利益と捉え、医療費適正化を目指す厚労省を支援する存在であるという絵は、基本的に変化していないと言えるだろう。

保険者、特に健保連について、2007年6月に示した「これからの医療提供体制と健保組合の役割(提言)」¹⁷⁶を見ると、彼らは既に2006年の医療供給制度改革の狙いが、医療機能の分化・連携にあることを認識していたようである。そして、その中で、「医療機能の分化・連携を推進し、総合的な視点に立った診療を行う医師・医療機関を中心とする新たな医療提供体制を構築する中で、医療提供体制の効率化を実現する」と提言するなどしている。その後、2013年7月に提示した「医療提供体制に関する健保連の見解」¹⁷⁷、2016年10月の「医療提供体制の初回台に関する健保連の考え方」¹⁷⁸などにおいても、医療機能の分化と連携を進めていく必要性を示している。

次に、経団連の政策提言について見ていくと、彼らも小泉政権時にはその必要性を認識していたようである。経団連が2005年10月に示した「国民が納得して支える医療制度の実現」¹⁷⁹では、医療提供体制と診療報酬の改革について、急性期と慢性期を担う医療機関の機能分化といった、まさに厚労省が言うような意味での医療機関に求められる機能の明確化、機能の分化と連携の促進が必要であるとしている。その後も、2009年10月に、民主党への政権交代の直後に示された「安心して信頼できる社会保障制度の確立に向けて」¹⁸⁰といった提言や、最近では、2016年10月に示された「医療・介護制度改革に対する経団連の考え方」

¹⁷⁶ 健康保険組合連合会「これからの医療提供体制と健保組合の役割(提言)」

(https://www.kenporen.com/study/kihon_koso/pdf/20070614.pdf、2017年4月18日最終閲覧)。

¹⁷⁷ 健康保険組合連合会「医療提供体制に関する健保連の見解」

(https://www.kenporen.com/study/kihon_koso/pdf/20130704.pdf、2017年4月18日最終閲覧)。

¹⁷⁸ 『週刊社会保障』(2898号)2016年11月7日、54-59頁。

¹⁷⁹ 日本経済団体連合会「国民が納得して支える医療制度の実現」

(<http://www.keidanren.or.jp/japanese/policy/2005/070/honbun.html#part2-1>、2017年4月18日最終閲覧)。

¹⁸⁰ 日本経済団体連合会「安心して信頼できる社会保障制度の確立に向けて」

(<http://www.keidanren.or.jp/japanese/policy/2009/083.html>、2017年4月18日最終閲覧)。

¹⁸¹などでも、医療機関の機能分化の必要性が主張されている。

連合においても、例えば、2016 から 17 年度版の「政策・制度要求と提言」¹⁸²を見ると、医療政策に関する要求項目の 1 つ目に、「地域の実情に応じて医療人材や診療科の適正配置を進め、医療機関間および医療と介護の機能分担と連携強化に取り組み、良質で切れ目のない地域医療提供体制を確立する」と書かれている。そしてその下で、2025 年に向けて地域包括ケアの構築や地域医療構想の策定を行うこと、それに対して病床機能報告制度や地域医療介護総合確保支援基金などを活用していくべきであるとしている。

財務省についても、現在のところ、厚労省の目指す医療・介護提供体制の構築の方向性を支持している。平成 28 年度予算編成にあたって、財務省が財政制度等審議会財政制度分科会に行った、「平成 28 年度予算の編成等に関する建議」の社会保障制度の改革に関して、特に「医療・介護提供体制の改革」の箇所を見てみたい。そこでは、地域医療構想、医療費適正化計画の早期作成や介護療養病床の平成 29 年度末での廃止の必要性などが主張されている。そして、何よりも、そうした厚労省の実行している政策の流れを理解した上で、「医療・介護提供体制改革については改革に係る制度的枠組みがある程度構築されており、今後は KPI¹⁸³の設定とともに、改革のスキームの拡大、改革の実効性を高める制度改革等を行うこと重要である」¹⁸⁴とし、厚労省が実施している改革を評価している点が重要であろう。

そして、上記のような以前から厚労省の支援者として位置づけられてきたアクターに加えて、他の省庁も、医療機能の分化・連携の推進を支援している。例えば経産省については、医療介護といった領域がヘルスケア産業として成長・拡大する余地が大きいため、彼らは新薬開発や医療機器の開発、医療の IT 化などに接点を求めている（真野 2012: 194）。こうした中で、例えば、彼らは厚労省、農林省と「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集」¹⁸⁵といったガイドブックを作成するなど、基本的には在宅医

¹⁸¹ 日本経済団体連合会「医療・介護制度改革に関する経団連の考え方」

(http://www.keidanren.or.jp/policy/2016/093_honbun.html#s3-3、2017 年 4 月 18 日最終閲覧)。

¹⁸² 日本労働組合総連合会「2016～17 年度 政策・制度要求と提言」(https://www.jtuc-rengo.or.jp/shuppan/roudou/kurashi/data/yokyu_teigen2016.pdf、2017 年 4 月 18 日最終閲覧)。

¹⁸³ 重要業績評価指標 (Key Performance Indicator) の略称である。

¹⁸⁴ 財務省「平成 28 年度予算の編成等に関する建議」

(<http://www.mof.go.jp/zaisei/matome/zaiseia271124/kengi/02/02/sakutei01.html>、2017 年 4 月 18 日最終閲覧)。

¹⁸⁵ 厚生労働省・農林水産省・経済産業省「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集——保険外サービス活用ガイドブック」

(<http://www.meti.go.jp/press/2015/03/20160331007/20160331007-1.pdf>、2017 年 4 月 19 日最終閲覧)。

療・介護を進めるという方向性の下で、ヘルスケア産業を育成しようと考えており、厚労省と協力関係を築こうとしている。

また、近年の医療・介護制度改革の目的が高齢者の在宅生活支援であることから、住まいに関する政策も変化を養成されている。そのため、厚労省の制度改革と国交省の政策とが結びつく。その発展に向けて、例えば、厚労省と国交省は、2016年に「福祉・住宅行政の連携強化のための連絡協議会」¹⁸⁶を設けている。そして、この設置目的は、「生活困窮者、高齢者、障害者、子どもを育成する家庭等のうち生活や住宅に配慮を要する方々の住まいの確保や生活の安定、自立の促進に係るセーフティネット機能の強化に向けて、福祉行政と住宅行政のより一層の緊密な連携を図る」ものとされている。今後、両者がどのような関係を築くのが注目される。

(3) 政党・厚労族による受容

自公政権から民主党政権への政権交代と再度の自公政権への交代によって、医療政策の政策決定には変化が生じた。2009年の政権交代前まで、野党は医療政策形成過程の核の部分からは外れる存在であった（池上・キャンベル 1996）からである。ここでは、自民、公明、民進の3党の態度について、特にマニフェストを通じて見ていきたい。

まず、自民党について見ると、2014年衆院選におけるマニフェストにおいて、「持続可能な社会保障制度の確立を」とした上で、「住み慣れた地域で『切れ目のない医療・介護』が受けられるよう、医療機関の病床の役割に応じた機能分化や医療介護の連携の支援と地域包括ケアを進めます」¹⁸⁷としている。また、厚労族の幹部議員である丹羽雄哉も、序章で見たように医療機能の分化・連携を進めることの重要性を説いている。さらに、小泉期の改革において、厚労省の療養病床削減案に反対し、医師会と深いパイプをもつ武見敬三も、2104年に医師会が主催した「医療政策シンポジウム」において、2014年の医療介護総合確保推進法について、「医療機能の分化・連携」という言葉を使用した上で、地域医療構想や地域包括ケアの推進が目的であることを説明し、それらを通じて高齢化のピークを乗り越えていく必要があることを述べている¹⁸⁸。

公明党については、2016年9月に、公明党全国大会で発表した『「新・支え合いの共生社

¹⁸⁶ 国土交通省「福祉・住宅行政の連携強化のための連絡協議会」

(http://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/jutakukentiku_house_tk7_000003.html、2017年4月18日最終閲覧)。

¹⁸⁷ 自由民主党「重点政策集 2014」

(http://jimin.ncss.nifty.com/2014/political_promise/sen_shu47_promise.pdf、2017年4月18日最終閲覧)。

¹⁸⁸ 日本医師会「少子高齢時代を乗り越えるか——医療・介護の挑戦」(<http://dl.med.or.jp/dl-med/jma/nichii/sympo/sympo26/isei26.pdf>、2017年5月16日最終閲覧)。

会』の実現に向けて」という政策ビジョンにおける、社会保障に関する部分にて、地域医療構想の策定が進められていることに触れた上で、「病院から地域社会へという大きな流れの中で、効率的で質の高い医療・介護サービスを提供するには、今後10年間の医療需要を推計した、病床の機能分化や連携、在宅医療・介護の推進などが欠かせません」¹⁸⁹としている。

民進党においては、「民進党政策論集 2016」¹⁹⁰において、「政府の提示する2025年の必要病床数が最小限であることを踏まえ、地域包括ケアを実現するために2次医療圏内の関係機関が自主的に地域医療構想を作成できるよう積極的に支援します」、「中小病院及び有床診療所をはじめとした地域の医療機能全般の底上げを図ります」と、基本的に、厚労省が推進する、現在の医療供給制度改革の方向性と同様のことを言っている。

以上のように、現在の政権与党である自民党、公明党、また、政権奪取を経験した民進党も、医療機能の分化・連携に関連する制度改革を進めることを公約として掲げる状況に至っている。また、自民党においては、医系議員を含めた厚労族も医療機能の分化・連携というアイデアを受容していると言ってよいだろう。

(4) 医師会の姿勢

最後に、医療政策形成において、厚労省と並ぶ主役と位置づけられてきた医師会の医療機能の分化・連携に対する姿勢を見ていきたい。まずは、2016年4月に行われた経済財政諮問会議の経済・財政一体改革推進委員会において、横倉義武医師会長が提出した「日本医師会の考え方—国民皆保険を守るための改革—」¹⁹¹という資料からそれを読み解いていきたい。

ここでは、「財政主導ではなく、未曾有の少子高齢社会が進展し、人口が減少していく中で国民皆保険を堅持していくため、我々医療側から、過不足ない医療提供ができる適切な医療を提言」するとした上で、「かかりつけ医を中心とした『切れ目のない医療・介護』の提供」、「医療と介護の総合的な確保」、「外来の機能分化・連携の推進」といったことを重視し、地域包括ケアや地域医療構想、地域支援事業などを通じて、医療費を適正化する必要性を示している。また、医師会は、2014年2月に「団塊の世代が後期高齢者となる2025年を見据え、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の充実、医療従事者の確保・勤務環境の改善等により、かかりつけ医を中心とした地域包括ケアを推進していくことが求められている」

¹⁸⁹ 公明党『『新・支え合いの共生社会』の実現に向けて』

(https://www.komei.or.jp/policy/policy/pdf/2016_vision.pdf、2017年4月18日最終閲覧)。

¹⁹⁰ 民進党「民進党政策集 2016」(<https://www.minshin.or.jp/election2016/policies>、2017年4月18日最終閲覧)。

¹⁹¹ 経済財政諮問会議経済・財政一体改革推進委員会「日本医師会の考え方—国民皆保険を守るための改革(資料3 横倉日本医師会会長提出資料)」(<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/committee/280428/shiryou3.pdf>、2017年4月18日最終閲覧)。

という認識から、組織内に「地域包括ケア推進室」を設置するという対応をとっている。

その他、医師会は、政策提言を行っていくために、都道府県医師会長や医療経済学者などを委員とする「医療政策会議」を実施し、2年に1度報告書を表している。その委員として選任されている医療経済学や医療政策学の著名な専門家らは、厚労省の審議会の委員を務める者も多く、医療機能の分化・連携や地域包括ケアを進めるという基本的な方向性に関して賛同している人々である（印南編 2016; 島崎 2015; 松田 2013:346）¹⁹²。こうしたことから考えると、医師会においてすら、厚労省の目指す医療・介護の供給制度改革の方向性についての情報を積極的に摂取しようとしており、少なくともその大枠には反対することができない状況に入っていると言えよう。

ただし、医師会は、例えば、①地域包括ケアの構築や地域医療構想の策定にあたっては、地域医師会が主導的役割を果たすべき（今村 2016: 21-25）¹⁹³、②かかりつけ医について、複数の疾患をもつ患者は複数のかかりつけ医をもつのが日本の伝統的な医療の姿である、といった形で各論部分において自らの意見を強く示しており、それは見逃せない点である。

さて、日医がこうした状況に追い込まれていることの1つには、2度の政権交代が大きくかかわっていると考えられる¹⁹⁴。医師会は、政権交代に対して、民主党政権期の2010年の会長選で民主党と近い原中勝征¹⁹⁵を、2012年からは自民党と親密な関係をもつといわれる横倉義武を会長に選出する（現在は3期目に入っている）¹⁹⁶など、敏感に対応している¹⁹⁷。

¹⁹² 『保険診療』（1486号）2013年8月10日。『社会保険旬報』（2263号）2017年1月11日。

¹⁹³ 『社会保険旬報』（2600号）2015年4月11日、12-15頁。

¹⁹⁴ これに対し、医療社会学者の猪飼周平（2010）は、ここまで見てきたような政策の変化は、医師会の政治力の弱体化が主因ではないと指摘する。彼は、現在の政策の動きを、人々の「健康」というものに対する認識に関して、疾病の治療を究極的な目標に置き、医学的に身体に問題がないことを健康と捉える20世紀的状况から、QOLの増進を究極的な目標としたものへと健康観が転換している状況へと転じた結果と捉えている。彼によれば、そもそも、医師の権威は疾病の治療に対する社会の大きな期待に基づいており、診療所と病院を中心とする現在の医療供給システムは疾病の治療に向けて効率的なシステムを志向した結果生まれたものである。しかし、健康の意味が、QOLの増進へと転換するとき、医療も、介護などの生活支援と並ぶ、それを達成するための一手段と位置づけられるようになり、それに合わせて医師の権威は相対的に低下し、医療供給システムも再編されていくことになる。そのため、医師会の政治力低下もそうした動きの一環として捉えるべきであるとする。

¹⁹⁵ 2004年から茨城県医師会長を務め、2008年の参院選、2009年の衆院選において、茨城県医師会の民主党候補推薦を決めた人物である（辰濃・医薬経済編集部 2010）。

¹⁹⁶ 『朝日新聞』2016年6月26日。

¹⁹⁷ 頂上団体レベルの利益団体が政権交代に伴って状況追隨的な行動をとるということは、医師会に限ったことではない。例えば、辻中豊らの研究チームは、民主党政権期に行った頂上レベ

しかし、民主党政権は、自民党政治における政府・与党の二元体制と利益誘導政治を批判し、「政治主導」を掲げて、意思決定を政府に一元化し、利益団体との関係を改めることを目指した（高橋 2012: 315-316）。具体的に医療政策に関しては、中医協における医師会の役員枠を排除するなどした¹⁹⁸。そして、第2次安倍政権への移行後も、首相や首相周辺の政治家・官僚への集権化は進み、政府外の与党議員の影響力、利益集団の影響力は低下傾向にある（竹中 2017: 280-283）。こうした状況下で、医師会の政治的影響力もまた低下しているものと考えられ、これが、医師会が厚労省の推進する現在の医療供給制度改革の大枠を是認しなければならない理由の1つとなっていると言えよう。

また、もう1点、大規模な病院も含めて診療側が、医療機能の分化・連携政策が長年推進されてきたことそれ自体によって、一枚岩ではなくなってきたということも指摘しておきたい。それにより医療機関のカテゴリーの細分化が進んだことで、彼らの間でも機能に応じて利害が異なるようになり、多様化する状況に至っている（森田 2016: 63-64）。

第4節 アイディアの定着要因に関する分析

(1) アイディアの調整的機能

ここまで見たように、医療機能の分化・連携というアイディアは、2000年代終盤から現在まで、医療供給制度改革の方向性を示す重要な柱の1つとして機能してきた。しかも、2度の政権交代という日本政治上の大変動を経験し、また、一方で特定の政権によって強力に後押しされていたわけではないにもかかわらずこの政策が一貫して推進されているということは、このアイディアがかなりの程度の自己安定性を獲得したということを意味していると考えられる。そして、その大きな理由としては、このアイディアが、厚労省の最大の対立者と位置づけられてきた医師会を含めて、医療政策の決定に比較的直接的に参加することのできる様々なアクターによって受容されていることに求めることができるだろう。

この定着要因について、まずはアイディアの調整的機能の面から、シュミット(2002: 231)の枠組みに沿って分析していきたい。このアイディアの規範的・認知的次元における特徴は、

ルの利益団体（圧力団体）に関するサーベイ調査の結果と利益団体世界全体を対象とした調査結果（J-JIGS）を比較し、利益団体世界では政党への接触パターンにおける自民党優位の状況が変化していないにもかかわらず、民主党政権の誕生後の圧力団体世界では、政党接触のパターンにおいて自民党一党優位の状態から自民、民主が拮抗するパターンへと変化したと指摘している（森・久保 2016: 25-31; 濱本 2016: 101-125）。

¹⁹⁸ 『朝日新聞』2009年10月28日。なお、空いた枠には、2009年の衆院選で民主党候補を支援した茨城県医師会、長崎県諫早市医師会、京都府医師会の推薦により、茨城県医師会理事と京都府医師会副会長、病院に手厚くという方針から医師会枠を1つ削り、病院代表枠として山形大学医学部長を充てた。ただし、自公政権復帰後は、再び医師会の推薦枠が復活した。

前述したように次のようなものであった。前者は、医療制度の持続可能性の向上と QOL の向上という価値の双方に訴えかけることで適切さを通じた正統化を図るものである、後者は、高齢患者が病院から在宅へと復帰できる新たな体制づくりを行うことを示し、必要性を通じた正当化を図るものである。そして、このアイデアは、規範的に見ればスローガン、認知的には問題の処方箋として、「医療機能の分化・連携」という言説形態をとって表現されている。

そして、この言説、アイデアはまさに、その中心的な生成者である厚労省というアクターによって発信され、多様な政策アクターにとっての討議・熟慮のための共通言語、フレームワークとなり、政策プログラムの形成と合意の達成をもたらしている。これによって、アクターがこのアイデアに基づいた行動をくり返しとることによって、制度改革はさらに自己安定性をもつことになり、アイデアは定着を見ているのである。

また、このアイデアが調整的機能を果たしうるものとなっている理由について考えてみたい。現在、日本は、世界に類を見ない高齢化、経済成長の低迷、巨額の財政赤字という状況にあり、医療費の適正化が不可避な状況の中で、QOL の向上という新たな価値の登場によって、その中で高齢者の在宅での生活支援をいかに達成するかという問題を抱えている。こうした問題意識を多くのアクターも抱えている上に、その精緻さからこのアイデアは、問題解消への政策の実行可能性もかなりの程度担保する。つまり、規範的・認知的両次元を高いレベルで備えていることがこのアイデア定着の大きな要因であると言えよう。

中でも、厚労省にとって、医師会が特に重要な説得対象となるアクターであるが、彼らもこのアイデアを少なくとも正面から否定すること困難である。近年、医療の世界にも QOL の向上を重視すべきという価値は着実に流入しており、それは医療における欠くことのできない判断基準となっているからである（猪飼 2010a）。

(2) 制度改革を条件づける機会構造と制度的回路

機会構造

医療機能の分化・連携というアイデアがアクターを調整する機能を果たしうるのは、第一義的には、それが規範的・認知的両次元を高いレベルで満たしていることにある。しかし、それだけが理由ではないと思われる。この点について、機会構造と制度的回路の観点から、次の3点を指摘しておきたい。

1 点目は、1980年代から小泉政権期に至る医療供給制度改革を通じて、事務官と医系技官の結束が図られていたことである。小泉政権期において、両者が医療機能の分化・連携というアイデアの共有を通じて、かなりの程度結束したことは前述した。このことは、それ以降のアイデア定着の段階において、重要な機会構造となったと見るべきであろう。さらに、近年、厚労省は、局間にまたがる医療機能の分化・連携政策を統合的に進めるために局

間調整にあたる組織体を設置したり、新たに保険局に医療介護連携のための課を新設したりしている。また、従来の慣例を破事務官と医系技官の人事異動、ポストの新設を行っているが、それは、両者の間の結束が相当程度高まっていなければ困難な代物である。

また、アイディアの継承問題について、三谷（2016）は官僚間の人的交流を促す組織体の設置がそれを促すことを指摘しているが、現在の厚労省の組織再編を見るとアイディアが継承されていく条件がかなりの程度満たされていると考えられる。こうしたことから、将来的にも、医療機能の分化・連携というアイディアは厚労省にとって重要な方針として位置づけられ続けるのではないかとすることも推察される。

2点目に、これも1980年代以降の医療供給制度改革によるものであるが、その制度改革の蓄積自体が、医師会や医療業界の結束の弱まりを導いているということである。1980年代以降の一連の改革は、医療機関をその機能ごとに細分化するものであった。それによって、細分化された医療機関ごとに利益が多様化し、医療機関という広いカテゴリーでの協調が難しくなっている。また、高齢者の在宅での生活支援の整備を目指す、近年の医療・介護改革を通じては、歯科医師、薬剤師、看護師といった医師以外の専門職資格者の役割の向上が目指されている。これまで、それらの専門職団体は医師会の支援者として位置づけられてきたが、現在の制度改革は、そうした状況にくさびを打つものでもある。今後、彼らの政治的関係がいかなるものとなるのか、注視していく必要があるだろう。

3点目に、1990年代の政治・行政改革による首相、官邸の影響力増大や民主党への政権交代といった日本政治の大きな変動も、このアイディア定着を促す機会構造として作用したと考えられるだろう。こうした変化は、自民・公明の政権復帰後においても、政策決定における医師会や厚労族議員の影響力の大きな低下を導いている。その一方で現在の政策決定において官邸の影響力の大きさが指摘されるが、官邸側は医療・介護を成長産業と捉え、その発展を推進しようとしている。そして、ここまでに見たように、医療機能の分化・連携というアイディアは、医療・介護におけるそうした考え方も包み込みうるものである。

こうした状況は、医療政策に対して強固なアイディアを構築した厚労省にとって、非常に有利なアクター間関係を導いているものと考えられる。そのため、上記のような変化は、このアイディアの実現、定着にとって、それを促す機会構造として機能していると言えるだろう。

制度的回路

このような機会構造がある一方で、中医協、自民党の厚生労働部会はアイディアが政策として実現されるにあたって通過しなければならない回路でもある。そのため、いまだそれぞれの場で重要な影響力を持つ医師会と厚労族は、厚労省にとっての最重要の説得対象であることに変わりはない。こうした回路が持続していることから、医療政策におけるアイディアを円滑に政策へと反映させるには、それは彼らとの調整を果たしうるものであるほうが

よい。医療機能の分化・連携というアイデアが、医師会にとっても正面から否定できない形態をとっているのは、そうした回路の持続を前提としたものであると言えよう。

第5節 本章の小括

本章では、医療機能の分化・連携というアイデアが、小泉政権後の医療供給制度改革においても、その方向性を指し示す重要な柱として機能してきたことを確認し、そして、それが政策として定着した要因を明らかにした。具体的には、そのアイデアが、現状の問題に対して、規範的・認知的両次元を高いレベルで揃えているということが前提となって、医師会を含めたアクターにとっての政策論議における共通言語、フレームワークとなり、多様なアクターの合意形成を導きうる力をもつものであるというのが、最大の理由である。

また、そのアイデア実現に際して、1980年代以降の医療供給制度改革を通じて構成された、厚労省内の組織・政策環境、医師会や医療業界の結束の弱体化と、1990年代の政治・行政改革や政権交代の経験によって、政策決定における利益団体、族議員の影響力低下などがそれを促す機会構造となっていることを析出した。ただし、医師会や厚労族が影響力を発揮しうる中医協と厚生労働部会という制度的回路は持続しているため、彼らを説得することがアイデアの形態を規定していることも指摘された。

こうした要因が重なり合うことで、医療機能の分化・連携というアイデアに基づいた医療供給制度改革は、安定的に推移することが可能となっているのである。

こうした文脈の下で、2018年は、第8次医療法改正に基づいた次の医療計画の策定、医療費適正化計画の策定、診療報酬と介護報酬のダブル改定、国保の運営を市町村から都道府県に移すことなどを柱とする改正国民健康保険法の施行が重なり、日本の医療・介護の今後を規定するメルクマールとなる年になると言われている。今後の改革の動向が注目される。

終章 結論

近年、厚労省は、「医療機能の分化・連携」という方針に基づく医療供給制度改革を積極的に推進している。そして、この方針は、これまで厚労省と強い対立関係にあるとされてきた医師会や、彼らの支援者と位置づけられてきた自民党厚労族を含めて、様々な医療政策関係者に受容され、それに沿った改革が定着を見ている状況にある。

本稿は、こうした現状はなぜ生じているのかという問いを出発点に、「アイディアの政治」アプローチに基づいて、1980年代以降の医療供給制度改革の政治過程を分析することを試みた。また、それにあたっては、1980年代以降、厚生省時代から厚労省が行ってきた医療供給制度改革が積み重なり、連鎖することで可能となったという見立てに基づいて分析を進めた。具体的には、1980年代から90年代における、①事務官と医系技官の接近、②病床の機能分離政策の進行、③小泉政権期における「医療機能の分化・連携」というアイディアの形成、④医師会や厚労族を含めた医療政策に関係するアクターによるアイディアの受容の4つを重要な要素と見立てた。

以下、第1節では第1章から第7章までの内容、知見を各章ごとにまとめ、第2節では本稿を通じて得られた問いへの回答と、序章で示した意義に照らしつつ分析的含意を提示する。そして、第3節では政策に対する含意を示し、第4節において本稿の課題を述べる。

第1節 「アイディアの政治」アプローチと制度改革の連鎖関係

第1章では、医療政策を対象とする政治学的な先行研究を検討した。そして、特に医療供給政策に関する研究について、基本的に短期的な局面に焦点を当てているため、過去の改革と現在の改革を連鎖関係の中で捉えていない点、また、制度改革の性質部分にまで踏み込んだ分析がなされていないという点で課題を抱えていることを示した。より個別に見れば、利益、制度を重視したアプローチではアクターの選好変容、連合関係再編のメカニズムをつかむことができないこと、アイディア的要素に注目した研究は、特に本稿が対象とする事例を含むものについてその要素と政策的帰結との因果メカニズムが十分に示されていないことを指摘した。

第2章では、前章で示した先行研究の問題点を加味して、さらに近年進んできた合理的選択制度論と歴史的制度論における制度変化の説明について考察した。そして、両者がアクターの選好、連合関係の変容メカニズムを十分に説明できない点、制度改革の内容や質的变化を射程に捉えた分析に至らない点といった問題点をあげた。その問題点を克服し、制度の変化を捉えることができるアプローチとして「アイディアの政治」アプローチがあげられることから、本稿はアイディアを主たる分析概念と置くこととした。

加えて、アイディア・アプローチは、それにおける制度に対する捉え方と関連して、

1980年代以降の医療供給制度改革を一連の連鎖関係の中で捉えるという本稿の問題意識にも対応可能であると指摘した。具体的には、アイディアの政治アプローチ的な観点からすると、制度はアクターの行為を制約するものである一方で、アクターによって構成されるものでもあるという相互作用関係にあること、そして、過去に形成された制度・構造があるアイディア実現の有利・不利を規定する一種の機会構造として機能するものであるという捉え方によってである。これを通じて、1980年代から90年代の改革を、2000年代以降の改革にとっての機会構造の形成過程として包み込み、1980年代以降の医療供給制度改革を一連のまとまりをもつ政治過程として扱うことが可能となった。

また、ここでは先行研究を基にアイディアを規範的・認知的機能の2つをもつものと区分して考えることを示した。その他にも、アイディアは連合再編の基盤、政策論争上の武器、制度の青写真として、また、制度の安定化の局面でも重要な機能を果たすことを示した。その上で、医療政策の決定における制度的回路から、本稿では調整的言説やアイディアが重要となることを指摘した。そして、特にその官僚組織を中心とするプロセスを明らかにする枠組みとして政策学習があること、官僚制外部のアクターによってアイディアが注入される場合、専門的執務知識をもつ官僚の協力が制度改革に結実するには重要なことを示した。

そして、こうした分析の基礎概念、政策過程の分析枠組みに基づいて、制度改革のモデルを提示した。

第3章では、機会構造や制度的回路としての医療制度の基本構造と形成・展開に関する歴史的経緯、医療政策の決定にかかわる制度について説明した。基本構造については、いわゆる自由開業医制の生成・展開と医療保険制度の生成・展開の過程を説明した。そして、制度的回路として中医協、自民党の政調部会、国会をあげ、それぞれの場において何がどのように決定されるのかを説明した。

第4章と第5章では、小泉政権期における医療機能の分化・連携というアイディアの構築を可能にした機会構造を析出することを目的に、第4章で1985年の第1次医療法改正の政策過程を、第5章で、1980年代から90年代にかけて行われた医療機関の機能分離政策の形成・展開について分析した。

第4章においては、厚生省内にてアイディアの共有を通じて事務官と医系技官の政治的距離が接近するというアクターの連合関係、組織環境の変化が生じていたことが析出された。1980年を前後する頃から、事務官を中心とする保険局の官僚は社会経済状況の変化を背景に、それまでの医療制度の整備・拡大というものから、医療保険制度の持続可能性を高めるといふものへと医療政策の目標を変化させ、医療費を抑制する方向へ制度改革を進め始めた。そして、従来、彼らとは一定の利益観の違いがあるとされてきた医系技官を中心とする医務局（健康政策局）はその流れを受け入れ、医療機関の開設、病床に対するコントロール権の拡大を自らの利益と定め、それを達成するための地域医療計画を柱とする第1次医療法改正を実現した。この過程を通じて、両者の距離が接近し始めた。

また、この政策形成過程は、健康政策局による政策学習の過程であった。彼らは、保険医総辞退や富士見産婦人科事件といった衆目を集める事件を契機として、学習を開始、促進させた。そして、1970年代から試験的に行われていた地域医療保健計画といった過去の経験に基づいてアイデアを発展させ、第1次医療法改正における医療計画という政策を生み出した。

第5章では、1980年代から90年代にかけて、高齢者の退院促進を目的とした医療機関の機能分離政策が進行するという政策環境の変化が生じていたことを析出した。より具体的にこの改革は、診療報酬改定を通じた実質的な機能の分離、医療法改正を通じた法律上の機能の分離、退院した高齢者に対する受け皿整備という意味での高齢者福祉の拡充という3つの柱からなっていた。

このプロセスは、厚生省が経済成長の低迷、高齢化の進行など同様の問題を抱える欧米諸国の医療制度を調査してその構成要素を学び取り、日本の制度と比較してその問題点を認識するという教訓抽出学習のプロセスであった。これによって、平均在院日数の長さや高齢者福祉サービスの不足を問題点と捉えた厚生官僚は、それを解消していくために上記の制度改革を進めた。また、このような問題認識をはじめに有したのは、保険局や老人保健医療対策本部の事務官であった。そして、健康政策局もその問題認識を共有し、特に1990年代以降は病院、病床の機能の分離を目的とした医療法改正を数次に渡って実行した。この過程から、医療機関の機能分離政策の蓄積だけでなく、事務官と医系技官の政治的距離がさらに接近したことも明らかとなった。

このように、第4章、第5章を通じて、1980年代から90年代にかけて、事務官と医系技官の接近と実質的な医療機関の機能分離政策の蓄積という、組織、政策環境の変化という構造的な変化が生じていたことが析出された。

第6章では、医療機能の分化・連携というアイデアが形成される局面として、小泉政権期の医療供給制度改革の政策過程を分析した。厚労省がこのアイデアを必要としたのは、小泉政権下で政策決定に大きな影響を及ぼした諮問会議や、新自由主義的改革を推し進めようとする総合規制改革会議に対抗するためであった。諮問会議はマクロ指標の導入を、総合規制改革会議は医療機関への株式会社の参入を可能にすることを主張した。また、この政策過程は、厚労省と諮問会議、総合規制改革会議の対立だけでなく、医師会や厚労族を抵抗勢力として扱い、官邸主導のトップダウン型の政策決定を遂行しようとする官邸、諮問会議と医師会、厚労族との間にも対立関係があるという複雑なアクター間関係の中で推移したことにも特徴づけられた。

そうした中で、医療機能の分化・連携というアイデアの形成局面に目を向けると、まずは医政局が総合規制改革会議の制度改革案に対応するため、医療費の適正化だけでなく、患者のQOLの向上を目標に組み込み、医療機関の機能分離の強化や急性期を担う病院と慢性期医療を担う病院の連携強化、患者の在宅復帰を可能とする医療の整備などを含めた改革案のイメージを示した。そして、保険局も、同様の視点に基づいた制度改革案を

立案していった。この際に保険局官僚が改革の方針を「医療機能の分化・連携」という言葉で表しており、この時点でアイデアが明確に構築された。さらに、このアイデアに基づいて両者の距離はさらに接近し、厚労省内の結束度合いはかなり高まった。

そして、このアイデアに基づいた制度改革案を準備していることを背景に、厚労省は諮問会議のマクロ指標や総合規制改革会議の新自由主義的改革案に対抗した。そして、それも理由の1つとして、諮問会議、総合規制改革会議の改革案は政策に実際に反映される際にはかなりの程度薄められた。その一方で、第5次医療法改正、医療費適正化計画、診療報酬の改定といった手段から構成される医療供給制度改革においては、厚労省の推す医療機能の分化・連携というアイデアが貫徹したものとなった。

医療機能の分化・連携というアイデアを規範的、認知的機能の次元に分解してみると次のように理解することができる。まず、規範的機能に関して、このアイデアは医療保険制度の維持という1980年代から重要視されてきた一種伝統的な価値に訴えつつ、QOLの向上という新たに登場してきた価値にも訴えることで政策の正統化を図るものであった。次に、認知的機能の面について、このアイデアによって政策の技術的目標は高齢者の社会的入院の解消や高齢者の在宅復帰を可能にする体制づくりと定められた。そして、それまで進められてきた医療機関の機能分化の上に、退院支援・調整や在宅医療の整備、拡充への財政的支援が強められることとなった。

このアイデアの形成・発展の過程においては政策学習が効果を発揮した。医療機能の分化・連携というアイデアの発想の下地にあり、その正当化を可能にしたのは社会においてなされた実践事例であった。

そして、このアイデアによって厚労省は改革の機運自体は利用しながらも、諮問会議、総合規制改革会議の改革案と一線を画した精緻な制度改革案を立案することが可能になり、彼らに対抗することが可能になった。アイデアの存在を通して厚労省は官邸主導の政策決定に一定の歯止めをかけることができたのである。一方で、アイデアを政策へ反映させる専門的執務知識を有する官僚組織を味方に引き込むことのできなかつた諮問会議や総合規制改革会議は、自らの改革案を明確な形で実際の政策へと反映させることができなかった。

また、制度的回路の面から見ると次のことが言える。このアイデアを小泉改革の時点で厚労省と共有したのは、厚労族のボス格の議員までにとどまり、それ以外のアクターを説得することはできなかった。しかし、このことは法案を成立させるためには、官邸主導の政策決定を実践したとされる小泉政権下でも自民党の合意が必要であったことを表している。そして、医療機能の分化・連携というアイデアは必要最低限ではあったが、制度的回路上、最も重要なアクターを説得する役割を果たした。

さらに、1980年代以降の改革を通じて構成された組織、政策環境は、医療機能の分化・連携というアイデアが形成され、医療供給制度改革の方針として機能していくにあたって、それを有利にする機会構造として作用したことも重要なポイントである。

第7章では、2000年代終盤から現在にかけての医療供給制度改革におけるその内容を主に分析した。この局面はアイデアが様々なアクターによって受容され、医療機能の分化・連携に沿った改革が定着していることを確認することを目的に取り上げた。重要な知見は以下である。

1点目は、2000年代終盤から現在に至るまで、アイデアが一貫して医療供給制度改革の重要方針として機能していることである。2点目は、この改革を推進するために、厚労省の人事パターンの変更や組織上の再編が生じており、厚労省内の事務官、医系技官の結束がさらに強固なものとなっていることである。3点目は、このアイデアが、医師会や厚労族議員も含めて、関係利益団体、財務省や経産省などの関係省庁、医療政策の専門家といった医療政策の決定に深く関わるアクターの中で幅広く合意を得ているということである。そして、それによってアクターがアイデアに沿った行動をとり、制度改革の重要方針として医療機能の分化・連携というアイデアは定着していると見ることができる。

こうした知見は、アイデアがまさに調整的機能を果たしていることを表している。また、アイデアの実現に際しては、1990年代の政治・行政改革、民主党への政権交代の経験、1980年代以降の医療制度改革の蓄積、介護保険制度改革における地域包括ケアの登場といった制度、構造の変化が機会構造として作用していることを指摘した。ただし、これらによる医師会や厚労族の影響力低下は見られるが、一方で、特に制度的回路の点から、彼らは依然として医療政策の決定において重要な存在であることは変わらず、厚労省にとって最重要の説得対象であることもあわせて指摘した。

第2節 回答と分析的含意

(1) 問いへの回答

本稿は、医療機能の分化・連携というアイデアに基づいた医療供給制度改革がなぜ現状定着しているのか、それを可能にしたものは何かという問いに答えるためにここまで分析を行ってきた。それに対する回答は、医療機能の分化・連携というアイデアの形成以前に構成された機会構造の存在と、このアイデアが適切さ（規範的機能）と精緻さ（認知的機能）の両面を揃えたものであり、調整的言説として政策エリートの合意を生み出すことを可能にしていることが特に重要な要因としてあげられるというものとなる。

ここまで見たように、このアイデアの形成と生存を可能にしたのは、1980年代から90年代にかけての改革を通じて構成された、事務官と医系技官の接近、医療機関の機能分離政策の蓄積といった組織、政策環境があったからであった。この構造はアイデア形成、生存に際して、それを有利にする機会構造として作用した。この存在がなければ、厚労省はアイデアを形成することも、それを制度改革へ反映させていくこともできなかったのではないかと考えられる。そして、もしそうした状況となれば、小泉政権期の第1弾

の医療制度改革のときのような状況が続き、厚労省は政策決定における影響力を大きく落としてしまった可能性もある。こうしたことから考えれば、1980年代から90年代にかけての改革はそれ自体がアイデアに直結するものではないが、アイデアが登場し、機能するための不可欠な条件であったと言える。

次に、このアイデアは、多様なアクター間の合意を可能にするだけの力を有したものであるということである。再度このアイデアの特徴をまとめたい。

まず、規範的・認知的の両側面からこのアイデアを見てみたい。規範的には、1980年代以降重要視されるようになった医療費適正化という、一種伝統的とも言える価値に訴えつつ、近年人口に膾炙するようになったQOLの向上という新たな価値の双方に訴えるものである。

現在の日本では、世界に類を見ない速度で進行する高齢化、経済成長の低迷、巨額の財政赤字を抱える状況下で、医療資源をいかに効率的に分配するかが重要な問題となっている。一方で、今後さらに急増していく高齢者が住み慣れた地域でいかに生活できるよう支援を行っていくかという問題も重要な争点である。そのような状況下で、医療政策に関係する多くの政治エリートも同様の問題意識をもっている。それに対し、その双方を両立することができるかを示すアイデアは規範的に彼らに受け入れられるだけの力を有する。

また、その中でも特に医療政策の決定において、豊富な組織リソースと制度的回路の特徴から大きな政治的影響力を持ち、厚労省と強い対立関係にあるとされてきた医師会をいかに説得するかということは非常に重要な問題である。彼らに対しても、このアイデアは否定することのできないものとなっている。なぜなら、医療の世界にもQOLの向上を重視すべきという価値は着実に流入し、欠くことのできない判断基準となっているからである。

こうした特徴から、医療機能の分化・連携というアイデアは、医療政策におけるスローガンとして掲げられ、その適切さを通じて正統化されている。これによって、政治エリート間での医療供給制度改革における合意を導く力を有するものとなっている。

次に、認知的側面から見ると、このアイデアは、社会的入院の解消や高齢者の在宅への復帰を可能とする医療供給体制づくりを技術的な課題、対象とするものである。また、それによって、医療費の抑制と患者のQOL向上という政策目標を達成することが目指されている。

そして、このアイデアは、そうした課題の解消方法を明示する。具体的には、アイデアに沿った改革が進むことで、従来曖昧であった急性期医療を担う病院と慢性期医療を担う病院が明確に分化され、それら相互の連携強化によって患者の円滑な退院が促進され、さらに、在宅医療が拡充されることになる。それによって、高齢患者が病院に滞留することなく、在宅へ復帰していくという一連の流れをもつ医療供給体制が構築され、問題の解消が可能になると訴える。さらに、このアイデアを通じて、医療法や国保法などの医療保険関連の法律、介護保険法、診療報酬・介護報酬といった各種の関連制度が相互に

連動するよう改革を行うことが可能となり、実現可能性も担保される。

なお、医療機能の分化・連携の中でも、医療機能の「分化」部分に関しては、1980年代から90年代における医療供給制度改革によって進んだように、医療費の抑制という観点からだけでも導き出すことはできる。それからすれば、このアイデアの新規性は、「連携」や在宅医療拡充の重要性を浮上させ、1980年代から実施されていた急性期・慢性期医療の区分けの明確化による退院の早期化を、医療費の抑制だけでなく、高齢者に対する処遇の改善という面からも捉え直すことを可能にしたことにある。こうしたことは、QOLの向上という視点が新たに加えられたことで可能となった。

このような特徴から、このアイデアは、医療供給政策におけるガイドライン、問題解消への処方箋のような意味合いでも表され、その必要性を通じて正当化されている。そして、この認知的機能に位置づけられる部分も満たすことによって、様々なアクターの合意形成を可能にするのである。

そして、医療機能の分化・連携というアイデアが規範的・認知的次元の両方をかなりの程度備えるものであるため、小泉政権期の医療制度改革の際には、厚労省は結束して諮問会議や総合規制改革会議の改革案とは一定の距離を保つ精緻な改革案を立案し、彼らに対抗することができた。さらに、厚労省は、その際に最低限説得が必要な対象であった厚労族のボス格の議員を説得して、アイデアに一貫した医療供給制度改革を実行することもできたのである。

また、小泉政権後の局面においても、規範的・認知的次元の両方を揃えるこのアイデアは、政策論議を行う際の共通言語、フレームワークとなり、厚労省による、医師会を含む広範な医療政策の決定に関係するアクターの説得、制度改革に対する合意形成を促す、調整的言説、アイデアとして機能している。そして、各アクターがこのアイデアに沿った行動をとることで、アクター間の強い対立を生むことなく、制度改革は安定的に推移するようになっている。

以上、本稿の分析を通して、医療機能の分化・連携というアイデアに基づく制度改革が定着するまでの重要な要因が明らかとなった。それは、医療機能の分化・連携というアイデアが形成される以前に生まれた機会構造の存在と、このアイデアが規範的・認知的両次元をかなり高い度合いで満たすものであることによって、医療政策に関係する様々な政治エリート間の合意形成を促す調整的言説、アイデアとして作用する力をもつものであることの2点である。

(2) 分析的含意

ここまでの分析を通じて導き出しうる含意を、序章で示した本稿の意義に照らして示したい。

1点目は、政策過程分析の方法の発展を促すものであるということである。これまでの

政策過程分析は、短期的局面の分析にとどまっている点、政策変容の質的な側面にまで踏み込んだ分析が不十分な点で問題を抱えていた。また、本研究と同様に日本の中央省庁による政策形成過程について、アイデアを重視した枠組みに基づき分析を行った研究では、過去に形成された制度はアイデアを制約するものとして扱われてきた。これによって、アイデア・アプローチと歴史的制度論を軸とする中でアイデアを補完的に用いることとの違いを明確にできないという問題を有してしまうことになった。

これらのことは、過去の制度改革と現在の制度改革が連鎖関係にある場合、それに対処することを難しくし、そして、現在の変化を、制度の持続の中でできごとに矮小化してしまい、その重大性を十分に分析できない状態を導きかねないという大きな問題を生じさせていた。

これに対して、本稿はアイデア・アプローチに基づき、制度・構造をアイデアが政策に反映される際に、その有利・不利を規定する機会構造として捉えることによって、それらの問題をかなりの程度解消した。制度・構造のもつ拘束性を相対化しながらも、過去の時点での改革が現在の改革に与えた影響を加味して、現在の改革のもつ（質的）変化の重要性を分析可能な枠組みを提示したのである。そのため、この枠組みによって、歴史的経緯の下にある過去・現在の改革の連鎖関係を汲み取りつつも、経路依存性を強調するような歴史的制度論的説明とは一定の距離を保つ説明を行うことができることになる。

こうした枠組みがありうることを示す研究は、これまでも少数ではあるものの存在したが、数量的に見て十分な域に達していない。そして、おそらくこのことから、少なくとも日本政治研究において、そうした方法は自覚的に用いられてこなかった。本稿は、上記のような枠組みを基礎に、政策学習や専門的執務知識をもつアクターの重要性を組み込んだ、より日本政治に適合的な枠組みを提示した。この点が、本研究における政策過程分析の方法に対する貢献である。

2点目は、日本の行政学研究に対して、意味のある知見を示したことである。これまでの厚生省（厚労省）を対象とした行政学研究では、医系技官と比べて事務官優位の組織構造や事務官と技官の間に異なる人事システムが存在し、両者に一定の認識の違いがあることが明らかにされてきた。また、そうした組織構造が政策過程を規定しているとも指摘されてきた。しかし、近年、厚労省は、従来の慣例を破った人事異動を行ったり、医務技監という医系技官が就任する全省的なポストを新設したりするなど、大きな組織再編を進めている。

こうした動きに対し、本稿の分析は、その変化が、医療機能の分化・連携というアイデアの存在によって両者の結束が強まっていることによって生じていることを明らかにするものである。このように、厚労省における大きな組織変化の原因を説明した点で、本稿は日本の官僚組織に関する行政学研究に重要な知見を示すものである。

3点目として、本稿は、日本の医療政策研究に政治学的な視点に基づいた実証分析の知見を提示するものであるということがあげられる。医療経済学者による医療政策研究にお

いて、政治学的な視点からの研究による補完の必要性が一定程度認識されており、医療史研究においても 1980 年代以降の制度改革を対象とした研究が始まりつつある。このような研究上の流れに対し、本稿は 1980 年代以降の医療供給制度改革の一連の政治過程に関する政治学的な実証研究の知見を示すものであり、それらの発展の一助となると期待される。

第 3 節 政策への含意

ここまでの分析を通じた政策への含意、問題指摘として、次のことをあげておきたい。

1 つ目は、医療機能の分化・連携というアイデアが、医療費の適正化と QOL の向上の 2 つの価値の達成を目指すもの、また、その両立が可能であると訴えるものであるという、多様な政治アクターの合意を得るために、多義的に解釈可能なものとなっていることに由来する問題である。

この点については、それが本当に両立可能なのかという疑問がある。例えば、1983 年から 2012 年の国民健康保険医療費の 30 年分のデータや都道府県別の国民医療費のデータに基づいて医療費の増加要因を統計的に分析した印南（2016）によれば、医療機関の機能分化が進むことを意味する平均在院日数の短縮化は、国保医療費や国民医療費にとって、その増加要因となっていると指摘されている。これは、早期退院のためには密度の高い医療を行う必要であることから 1 日当たりの医療費が増加すること、高齢者の早期退院にともなって 1 人当たりの調剤費が増加しており、高齢者の診療部分で医療費増加を抑えてもその効果が相殺されていることが大きな原因と解釈されている（印南 2016: 104-105）¹⁹⁹。

また、高齢者の在宅での生活を支援するようなヘルスケアのシステムは、そもそも病院や介護施設と比べて効率性の低い場所でケアを展開するものであり、さらに多職種間の連携、地域社会からの支援を必要とするといった点で、元来社会的なコストの増加を導くものである（猪飼 2011: 32-34）²⁰⁰。

このような指摘に鑑みれば、医療費の抑制または社会全体におけるコストの削減と QOL の向上は両立しえないものである可能性が高い。しかし、政策決定の場において、このことにどのように対応していくのかということが正面から議論されているようには見えない。これは、2025 年問題への早急な対応のために、政治エリート間での合意が急がれていることも理由の 1 つであると思われる。そして、医療機能の分化・連携というアイデアは、規範的次元における多義性、認知的次元における精緻さの双方をかなりの程度高いレベルで揃え、そして、調整的言説としても有効性の高いものであることから、そうし

¹⁹⁹ なお、この点について彼は、医療機能の分化・連携は高齢者医療の質の向上に資するものであるために推進すべきであると主張する（印南 2016: 138）。

²⁰⁰ 彼は、このことは一方で地域社会を強化することにもつながること、自動運転技術やロボット技術の発展が効率化のカギとなることなどを指摘する。

た流れを促すものとなってしまっている。しかし、それに対する議論を避けてしまっ
は、最終的に医療・介護の現場に携わる人々や地域社会に大きなしわ寄せが及びかね
ない。この点は、様々な立場から衝突しかねない政治エリート間での合意に対して、有効性
の高いアイデアであることが逆に問題となっていると思われる。

2つ目に、医療機能の分化・連携というアイデアに基づく制度改革の意図に対する現
場の医療関係者や自治体関係者の理解が進んでいない（島崎 2015: 261）ということが問
題としてある。これもまた、政治エリート間での合意が急がれる中で、そのアイデアが
調整的言説としての有効性を発揮していることが理由の1つであると思われる。

しかし、どのような医療機能の分化・連携体制や地域包括ケアシステムが望ましいかは
地域社会の特性に応じて決まるものであるし、また一方で地域社会が主体的に作り出さ
なければよりよい効果を発揮することもないだろう。だが、そのシステム作りの中心となる
べき医療関係者や自治体職員にとって、近年の医療・介護制度改革は「突然上から降って
きた」と認識されてしまっている。このような状態は、地域社会が主体的に生み出し
ていくべき新たな医療・介護の体制づくりにゆがみを生じさせてしまいかねず、大きな問
題だと考えられる

3つ目に、ここまであげた問題は、医療機能の分化・連携などの医療・介護政策に関す
るアイデアが、今後、政治エリート間での論議を越えて、より広範囲の人々に伝達され
る局面を注視しなければならないことを示す。なぜなら、政治エリートは、このアイデ
アを一般大衆に伝達する際に、選挙での当選など、自らの利益に資するように変形させる
かもしれないからである。その変形の様態によっては、この政策は地域社会にとって、さ
らに大きなゆがみを生じさせるものとなるかもしれない。また、もし将来的に政策を修正
することになった場合のコストが非常に大きなものになってしまうかもしれない。

このようなことから、どのようなヘルスケアシステムを構築していくのか、そして、そ
れに対してどこまでの負担に応じるのかといったことについての国民的な議論が必要であ
ると考えられる。

第4節 本稿の課題

本稿に残された課題として、比較分析の実施があげられる。アイデアは間主観的要素
であるため、根本的に解釈主義的に析出されるよりほかないものであり（Ross 1997）、完
全に客観的に析出することは困難、あるいはかなりの程度不可能である（近藤 2006）。こ
のような問題を可能な限り排除し、より説得的な分析を行うためには、比較分析を行う必
要がある。この面で、本稿には課題が残されている。

ただし、この点について、医療機能の分化・連携というアイデアを中心に据えた比較
分析が可能かという問題がある。医療制度の基本構造について説明した際、欧米諸国と日
本の医療供給制度には構造的に大きな違いがあり、急性期・慢性期医療を担当する病院の

区別の曖昧さや社会的入院問題は日本の制度のもつ構造に根底的に由来していることを述べた。そのため、欧米諸国においては、日本のものと完全に同様の問題は発生しない（猪飼 2010b）²⁰¹。また、日本と同質の構造を有するとされる韓国、台湾は日本ほどの高齢化を経験していない。加えて、欧米各国でも、平均在院日数の短縮は重要視されてきたが、それは保険者機能や公的機関による審査の強化、基礎自治体の主体的な取り組み、国民の強い在宅指向などによって達成されており（田中 2010; 篠田 2010; 多田 2010）、日本とは事情が異なる。こうしたことから考えると、日本が行う医療機能の分化・連携というアイデアに基づいた制度改革の比較分析は困難なものである可能性が高いと思われる。

このような問題に対して、本稿の知見を活かした対応を行うとすれば、医療政策という領域に限定せず、高齢者介護政策を中心にヘルスケアに関連する政策全体へと対象を広げるという選択がありうる。前述のように、日本において現在、地域包括ケアシステムの構築を目指した制度改革が展開されているが、これに類似する政策ならば、欧米各国でも推進されている（国立社会保障研究所・人口問題研究所編 2008）。このように対象を広げることによって、本稿の知見を活かしつつ、特定のアイデアを主軸にした比較事例分析を行うことができるのではないかと考えられる。

²⁰¹ ただし、例えばアメリカのナーシングホームにおいて、高齢者患者に対する不適切な処遇が社会問題となるなど、日本における社会的入院に類似するような問題は各国で経験されていた（猪飼 2010b: 265）。

参考文献

- 青木昌彦（瀧澤弘和・谷口和弘訳）（2001）『比較制度分析に向けて』NTT 出版。
- 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: 213-244 頁。
- 秋吉貴雄（2007）『公共政策の変容と政策科学——日米航空輸送産業における 2 つの規制改革』有斐閣。
- 秋吉貴雄（2009）「知識活用と政治——政策過程論の認識転回に向けて」城山英明・吉澤剛・鎗目雅・秋吉貴雄『政策及び政策分析手法研究報告書』（平成 20 年度内閣府経済社会総合研究所委託事業『イノベーション政策及び政策分析手法に関する国際共同研究』）: 5-17 頁。
- 朝日俊弘（1988）『地域医療計画批判』批評社。
- 有岡二郎（1997）『戦後医療の五十年——医療保険制度の舞台裏』日本医事新報社。
- 飯島勲（2006）『小泉官邸秘録』日本経済新聞社。
- 飯島勝矢（2014）「在宅医療を含めた地域包括ケアシステムの必要性」東京大学高齢社会総合研究機構編『地域包括ケアのすすめ——在宅医療推進のための多職種連携の試み』東京大学出版会: 3-16 頁。
- 猪飼周平（2010a）「海図なき医療政策の終焉」『現代思想』38 卷 3 号: 98-113 頁。
- 猪飼周平（2010b）『病院の世紀の理論』有斐閣。
- 猪飼周平（2011）「地域包括ケアの社会理論への課題——健康概念の転換期におけるヘルスケア政策」『社会政策』2 卷 3 号: 21-38 頁。
- 池上直己（1992）『医療の政策選択』勁草書房。
- 池上直己（2005）「急性期以外の入院医療のための新たな支払い方式」遠藤久夫・池上直己編『医療保険・診療報酬制度』勁草書房: 139-164。
- 池上直己（2017）『日本の医療と介護—歴史と構造、そして改革の方向性=Japan's health and long-term care system』日本経済新聞出版社。
- 池上直己/J・C・キャンベル（1996）『日本の医療——統制とバランス感覚』中央公論社。
- 石垣千秋（2017）『医療制度改革の比較政治—1990～2000 年代の日・米・英における診療ガイドライン政策』春風社。
- 伊藤周平（2008）『後期高齢者医療制度——高齢者から始まる社会保障の崩壊』平凡社。
- 猪口孝・岩井奉信（1987）『「族議員」の研究——自民党政権を牛耳る主役たち』日本経済新聞社。
- 今村聡（2016）「日本医師会から見た医療法人改革」『日本精神科病院協会雑誌』: 635-639 頁。
- 岩井奉信（1988）『立法過程』東京大学出版会。
- 岩井奉信（1990）『「政治資金」の研究——利益誘導の日本的政治風土』日本経済新聞社。

- 岩間勇氣 (2016) 「ドイツの診療報酬制度の動向」健康保険組合連合会『健保連海外医療保障』111号: 1-11頁。
- 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。
- 印南一路 (2009) 『『社会的入院の研究』——高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか』東洋経済新報社。
- 印南一路編 (2016) 『再考・医療費適正化——実証分析と理念に基づく政策案』有斐閣。
- 印南一路・堀真奈美・古城隆雄 (2011) 『生命と自由を守る医療政策』東洋経済新報社。
- 内山融 (2007) 『小泉政権——「パトスの首相」は何を変えたのか』中央公論新社。
- 東京大学社会科学研究所 (1984) 「福祉国家をどう把えるか」東京大学社会科学研究所編『福祉国家1 福祉国家の形成』東京大学出版会: 1-28頁。
- 衛藤幹子 (1995) 「福祉国家の『縮小・再編』と厚生行政」『レヴァイアサン』17号: 91-114頁。
- 衛藤幹子 (1997) 「政策の連続と変容——日本医療制度の構造」日本政治学会編『年報政治学 1997 危機の日本外交』岩波書店
- 衛藤幹子 (1998) 「連立政権における日本型福祉の転回——介護保険制度創設の政策過程」『レヴァイアサン』臨時増刊: 68-94頁。
- 榎本健太郎・藤原朋子 (1999) 「厚生省の政策形成過程」城山英明・鈴木寛・細野助博編『中央省庁の政策形成過程——日本官僚制の解剖』中央大学出版部。
- 栄畑潤 (2007) 『医療保険の構造改革——平成18年改革の軌跡とポイント』法研。
- 大熊由紀子 (2010) 『物語介護保険——いのちの尊厳のための70のドラマ (上・下)』岩波書店。
- 大杉寛 (1993) 「医療行政の再編と組織対応」総務庁官房企画課編『社会環境と行政 (III) ——新たなる行政システムの構築に向けて』行政管理研究センター: 52-73頁。
- 大嶽秀夫 (1979) 『現代日本の政治権力経済権力——政治における企業・業界・財界』三一書房。
- 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。
- 大嶽秀夫 (2006) 『小泉純一郎ポピュリズムの研究』東洋経済新報社。
- 大嶽秀夫編 (1984) 『日本政治の争点——事例研究による政治体制の分析』三一書房。
- 大田弘子 (2006) 『経済財政諮問会議の戦い』東洋経済新報社。
- 多田葉子 (2010) 「“望ましくない”入院の回避・解消——スウェーデンの試み」『健保連海外医療保障』第87巻: 29-35頁。
- 大浜啓吉・高島章好 (2003) 「アメリカにおける医療産業と病院合併 (1)」『比較法学』37巻1号: 97-135頁。
- 岡光序治 (1993) 『老人保健制度解説——第一次、第二次改正と制度の全容』ぎょうせい。
- 奥野正寛・村松岐夫 (2002) 「2つの視点と21のなぜ」村松岐夫・奥野正寛編『平成バブル

- の研究（上）』東洋経済新報社: 1-18 頁。
- 笠原英彦（1999）『日本の医療行政——その歴史と課題』慶應義塾大学出版会。
- 片岡佳和（1992）「医療法の一部改正について」『ジュリスト』第 1007 号: 120-124 頁。
- 勝又健一（2009）『医療崩壊の真実』アスキー・メディアワークス。
- 加藤淳子（1991）「政策決定過程研究の理論と実証——公的年金制度改革と医療保険制度改革のケースをめぐって」『レヴァイアサン』8号: 165-184 頁。
- 加藤淳子（1995）「政策知識と政官関係——1980年代の公的年金制度改革、医療保険制度改革、税制改革をめぐって」日本政治学会編『年報政治学 1995 現代日本政官関係の形成過程』岩波書店: 107-134 頁。
- 加藤雅俊（2012）『福祉国家再編の政治学的分析—オーストラリアを事例として』御茶の水書房。
- 門野圭司（2014）「公共投資財政の転換」諸富徹編『日本財政の現代史Ⅱ——バブルとその崩壊 1986-2000 年』有斐閣: 113-132 頁。
- 金井利之（2007）『自治制度』東京大学出版会。
- 上川龍之進（2005）『経済政策の政治学——90年代経済危機をもたらした「制度配置」の解明』東洋経済新報社。
- 上川龍之進（2010）『小泉改革の政治学——小泉純一郎は本当に「強い首相」だったのか』東洋経済新報社。
- 川上武（1965）『現代日本医療史——開業医制の変遷』勁草書房。
- 川上武・小坂富美子（1992）『戦後医療史序説——都市計画とメディコ・ポリス構想』勁草書房。
- 川淵孝一（2014）『第六次医療法改正のポイントと対応戦略 60』日本医療企画。
- 河野すみ子（2006）「1960年代から70年代初頭の医療供給体制をめぐる議論——『医療基本法案』と『医療保障基本法』の廃案の経緯を中心に」『日本医療経済学会会報』25巻1号: 64-75 頁。
- 河野勝（2002）『制度』東京大学出版会。
- 北山俊哉（2011）『福祉国家の制度発展と地方政府——国民健康保険の政治学』有斐閣。
- 木寺元（2008）「機関委任事務の『廃止』と地方六団体——『アイディアの回路』と『政治の回路』の視点から」『公共政策研究』第7号: 117-131 頁。
- 木寺元（2012a）「『脱官僚依存』と『内閣一元化の隘路』——『前の調整』・『後ろの調整』・『横の調整』」御厨貴編『「政治主導」の教訓—政権交代は何をもたらしたのか』勁草書房: 189-214 頁。
- 木寺元（2012b）『地方分権改革の政治学——制度・アイディア・官僚制』有斐閣。
- 京俊介（2011）『著作権法改正の政治学——戦略的相互作用と政策帰結』木鐸社。
- 倉田正一・林喜男（1977）『地域医療計画』篠原出版。
- グループ 1984 年（1975）「日本の自殺」『文芸春秋』2月号: 92-124 頁。

- 権丈善一（2001）『日本の社会保障と医療』慶應義塾大学出版会。
- 権丈善一（2006）『医療年金問題の考え方』慶應義塾大学出版会。
- 権丈善一（2015）『医療介護の一体改革と財政』慶應義塾大学出版会。
- 濃沼信夫（2000）『医療のグローバル・スタンダード』ミクス。
- 厚生省編（1974）『厚生白書（昭和48年版）』大蔵省印刷局。
- 厚生省医務局編（1976）『医制百年史』ぎょうせい。
- 厚生省健康政策局編（1986）『改正医療法——法令・通達・全資料』中央法規出版。
- 厚生省健康政策局総務課編（1985）『中間施設——懇談会報告・全資料』中央法規出版。
- 厚生省五十年史編纂委員会（1988）『厚生省五十年史（記述編）』厚生問題研究会。
- 厚生省大臣官房企画室（1970）『厚生行政の長期構想——生きがいのある社会をめざして』社会保険法規研究会。
- 厚生省大臣官房政策課（1991）『21世紀への架橋——高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）』ぎょうせい。
- 厚生省保険局企画課編（1979）『欧米諸国の医療保障』社会保険法規研究会。
- 厚生省保険局国民健康保険課・国民健康保険中央会編（1979）『国民健康保険四十年史』ぎょうせい。
- 厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局編（2001）『医療制度改革の課題と視点 解説・資料編』ぎょうせい。
- 幸田正孝（述）・土田武・菅沼隆・新田秀樹・田中総一郎・山田篤裕・中尾友紀・百瀬優（2014）『国民皆保険・皆年金の「形成・展開・変容」のオーラルヒストリー 幸田正孝（元厚生事務次官）』平成25～27年度科学研究費基盤研究報告書、立教大学。
- 香山健一（1978）『英国病の教訓』PHP研究所。
- 国立社会保障・人口問題研究所編（2013）『地域包括ケアシステム——「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶應義塾大学出版会。
- 国民健康保険七十年史編集委員会（2009）『国民健康保険七十年史』国民健康保険中央会。
- 小西宏（1977）「府県内の保健医療圏の域の設定」『公衆衛生』41巻1号: 13-18頁。
- 小松秀樹（2006）『医療崩壊——「立ち去り型サボタージュ」とは何か』朝日新聞社。
- 小山秀夫（1986）『中間施設の潮流——保健医療と福祉の課題』中央法規出版。
- 近藤康史（2006）「比較政治学における『アイディアの政治』」日本政治学会編『年報政治学 2006-II 政治学の新潮流』木鐸社: 36-59頁。
- 近藤康史（2008）『個人の連帯——「第三の道」以後の社会民主主義』勁草書房。
- 佐口卓（1964）『医療の社会化』勁草書房。
- 佐口卓（1977）『日本社会保険制度史』勁草書房。
- 佐々田博教（2011）『制度発展と政策アイディア——満州国・戦時期日本・戦後日本にみる開発型国家システムの展開』木鐸社。
- 佐藤久夫・小澤温（2016）『障害者福祉の世界 第5版』有斐閣。

- 篠田道子 (2010) 「フランスにおける長期入院への対応——在宅入院制度の展開から」『健保連海外医療保障』第 87 巻: 21-28 頁。
- 島崎謙治 (2011) 『日本の医療——制度と政策』東京大学出版会。
- 島崎謙治 (2015) 『医療政策を問い直す——国民皆保険の将来』筑摩書房。
- 清水真人 (2005) 『官邸主導——小泉純一郎の革命』日本経済新聞社。
- 清水真人 (2006) 『経済財政戦記——官邸主導 小泉から安倍へ』日本経済新聞出版社。
- シュミット, ヴィヴィアン (2009) 「アイデアおよび言説を真摯に受け止める——第四の『新制度論』としての言説的制度論」小野浩二編『構成主義的政治理論と比較政治』ミネルヴァ書房: 75-110。
- 白瀬由美香 (2016) 「イギリスの診療報酬制度」健康保険組合連合会『健保連海外医療保障』111 号: 20-27 頁。
- 新川敏光 (1993) 『日本型福祉の政治経済学』三一書房。
- 新川敏光 (2005) 『日本型福祉レジームの発展と変容』ミネルヴァ書房。
- 新藤宗幸 (1996) 『福祉行政と官僚制』岩波書店。
- 菅谷章 (1976) 『日本医療制度史』原書房。
- 菅谷章 (1977) 『日本医療政策史』日本評論社。
- 菅谷章 (1981) 『日本の病院——その歩みと問題点』中央公論社。
- 砂原庸介 (2011) 「自己強化する制度と政策知識——医療保険制度改革の分析から」『大阪市立大学法学雑誌』57 巻 3 号: 287-323 頁。
- 関ふ佐子 (2013) 「アメリカ」加藤智章・西田和弘編『世界の医療保障』法律文化社: 171-191 頁。
- 宗前清貞 (2009) 「医療政策における専門知の形成と機能」久米郁夫編『専門知と政治』早稲田大学出版部: 149-176 頁。
- 宗前清貞 (2012) 「自民政権下における医療政策——保守政党の社会政策と利益団体」日本政治学会編『年報政治学 2012- I 自民党と政権交代』木鐸社: 114-137 頁。
- 曾我謙悟 (2006) 「中央省庁の政策形成スタイル」村松岐夫・久米郁夫編『日本政治変動の 30 年——政治家・官僚・団体調査に見る構造変容』東洋経済新報社: 159-180 頁。
- 高木安雄 (2005) 「第 3 章 わが国の診療報酬政策の展開と今日的課題——技術評価と医療費配分のジレンマ」遠藤久夫・池上直己編『医療保険・診療報酬制度』勁草書房: 93-122。
- 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: 237-266 頁。
- 高橋紘士 (2012) 「地域包括ケアシステムへの道」高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社: 2-11 頁。
- 高橋洋 (2012) 「おわりに——『政治主導』の教訓」御厨貴編『「政治主導」の教訓——政権交代は何をもたらしたのか』勁草書房: 313-323 頁。
- 竹中治堅 (2006) 『首相支配——日本政治の変貌』中央公論新社。

- 竹中治堅 (2017) 「安倍政権と民主党政権の継続性」 竹中治堅編『二つの政権交代——政策は変わったのか』勁草書房: 273-289 頁。
- 田口富久治 (1969) 『社会集団の政治機能』 未来社。
- 辰濃哲郎・医薬経済編集部 (2010) 『歪んだ権威』 医薬経済社。
- 田中伸至 (2010) 「ドイツの社会的入院・連携問題と関連法則」 健康保険組合連合会『健保連海外医療保障』 第 87 巻: 10-20 頁。
- 田端博邦 (1988) 「福祉国家論の現在」 東京大学社会科学研究所『転換期の福祉国家 (上)』: 3-75 頁。
- タルコット・ポール (2003) 「福祉国家日本における 1990 年代の医療改革」『経済学論集』 43 巻 3 号: 221-248 頁。
- 辻隆夫 (1994) 「福祉国家と行政」 西尾勝・村松岐夫編『行政の発展』 有斐閣: 35-71 頁。
- 辻哲夫 (2008) 『日本の医療制度改革がめざすもの』 時事通信出版局。
- 土田武史 (2011) 「国民皆保険 50 年の軌跡」『季刊社会保障研究』 47 巻 3 号: 244-256 頁。
- 坪井栄孝 (2001) 『我が医療革命論』 東洋経済新報社。
- 東京大学高齢社会総合研究機構編 (2014) 『地域包括ケアのすすめ——在宅医療推進のための多職種連携の試み』 東京大学出版会。
- 東京大学社会科学研究所 (1984) 「福祉国家をどう捉えるか」 東京大学社会科学研究所編『福祉国家 1 福祉国家の形成』 東京大学出版会。
- 東京大学社会科学研究所編 (1988) 『転換期の福祉国家 (上)・(下)』 東京大学出版会。
- 徳久恭子 (2008) 『日本型教育システムの誕生』 木鐸社。
- 飛田英子 (2014) 「医療計画の実行性を高めるためにアメリカ CON 規制から学べ」『JRI レビュー』 第 4 巻第 14 号: 2-17 頁。
- 戸矢哲郎〔青木昌彦監訳・戸谷理衣奈訳〕 (2003) 『金融ビッグバンの政治経済学——金融世
公共政策策定における制度変化』 東洋経済新報社。
- 中静未知 (1998) 『医療保険の行政と政治——1895～1954』 吉川弘文館。
- 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」『医療経済研究』 9 巻: 23-39 頁。
- 中島明彦 (2017) 『医療供給政策の政策過程——地域医療計画の作成・決定・実施過程と政策の変容』 同友館。
- 中西睦子編 (2011) 『看護制度・政策論 第 2 版』 日本看護協会出版会。
- 中野実 (1992) 『現代日本の政策過程』 東京大学出版会。
- 中村昭雄 (1996) 『日本政治の政策過程』 芦書房。
- 二木立 (1990a) 『90 年代の医療——「医療費冬の時代」論を越えて』 勁草書房。
- 二木立 (1990b) 『現代日本医療の実証分析』 医学書院。
- 二木立 (2001) 『21 世紀初頭の医療と介護——幻想の「抜本改革」を超えて』 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 巻: 191-222 頁。

- 西岡晋 (2002) 「第一次医療法改正の政策過程 (1)・(2)」『早稲田政治公法研究』70 巻: 183-217 頁・71 巻: 61-94 頁。
- 新田秀樹 (2013) 「日本」加藤智章・西田和弘編『世界の医療保障』法律文化社: 1-22 頁。
- 日本医師会創立 50 周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会編 (1997) 『日本医師会創立記念誌——戦後五十年の歩み』日本医師会。
- 日本医師会編 (1970) 『国民医療年鑑——国民医療の創造的発展 (昭和 45 年版)』春秋社。
- 日本労働組合総連合会 (1997) 『1997~98 年度 政策・制度要求と提言』日本労働組合総連合会。
- 丹羽雄哉 (1998) 『生きるために——医療が変わる』日経メディカル開発。
- 丹羽雄哉 (2014) 「2015 年を乗り切るために (上) ——保健・医療・福祉の今後の方針」『週刊社会保障』2770 号: 54-59 頁。
- 野口一重 (2005) 「DRG (DPC) 方式の機能性と PPS の経済的特徴」遠藤久夫・池上直己編『医療保険・診療報酬制度』勁草書房: 123-137 頁。
- 橋本正己 (1975) 『地域保健活動の動向と課題』医学書院。
- 長谷川俊彦 (1998) 「地域医療計画の効果と課題」『季刊社会保障研究』国立社会保障・人口問題研究所 33 巻 4 号: 382-391 頁。
- 濱本真輔 (2016) 「団体-政党関係の構造変化——希薄化と一党優位の後退」辻中豊編『政治変動期の圧力団体』有斐閣: 101-125 頁。
- 早川純貴 (1991) 「福祉国家をめぐる政治過程——八四年健康保険法改正過程の事例研究 (1)・(2)」『駒澤大学法学論集』第 43 巻: 111-159 頁・『駒澤大学政治学論集』33 巻: 33-93 頁。
- 早川有紀 (2011) 「制度変化をめぐる新制度論の理論的発展—James Mahoney and Kathleen Thelen(2010) Explaining Institutional Change を手がかりに」『相関社会学』21 号: 77-83 頁。
- 原田啓一郎 (2016) 「フランスの診療報酬制度」健康保険組合連合会『健保連海外医療保障』111 号: 12-19 頁。
- 平松英哉 (2002) 「政策フィードバック過程の研究——英米における『政策学習』研究の整理を中心として」『同志社法学』第 54 巻 2 号: 40-70 頁。
- 広井良典 (2004) 「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: 103-141 頁。
- 深尾光洋 (2002) 「1980 年代後半の資産価格バブル発生と 90 年代の不況の原因」村松岐夫・奥野正寛編『平成バブルの研究 (上)』東洋経済新報社: 87-126 頁。
- 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。
- 藤田由紀子 (2008) 『公務員制度と専門性—技術系行政官の日英比較』専修大学出版局。
- 富士見産婦人科病院被害者同盟・原告団編 (2010) 『富士見産婦人科病院事件——私たちの 30 年のたたかい』一葉社。

- 古川貞二郎・尾寄新平・井口直樹・薄井康紀・新田秀樹・三谷宗一郎・島崎謙治・江利川毅・木村哲也 (2017) 「医療政策ヒストリー座談会」『医療と社会』26 巻 4 号: 361-396 頁。
- 本田宏 (2007) 『誰が日本の医療を殺すのか——「医療崩壊」の知られざる真実』洋泉社。
- 舛添要一 (2009) 『舛添メモ——厚労官僚との闘い 752 日』小学館。
- 牧原出 (2005) 「小泉“大統領”が作り上げた新『霞が関』」『諸君!』2005 年 2 月号: 140-149 頁。
- 増山幹高 (2003) 『議会制度と日本政治——議事運営の計量政治学』木鐸社。
- 増山幹高 (1998) 「介護保険の政治学——政策の対立と収斂」『公共政策: 日本公共政策学会年報 1998 (CD-ROM 版)』: 1-25 頁。
- 松田晋哉 (2013) 『医療のなにが問題なのか——超高齢社会日本の医療モデル』勁草書房。
- 待鳥聡 (2005) 「小泉政権を支える政治改革の成果——90 年代は『失われた 10 年』ではない」『中央公論』2005 年 4 月号: 176-184 頁。
- 待鳥聡 (2006) 「『強い首相』は日常となる——指導部の人選と参議院は難題だが」『中央公論』2006 年 10 月号: 174-184 頁。
- 真野俊樹 (2012) 『入門医療政策—誰が決めるか、何をを目指すのか』中央公論新社。
- 真淵勝 (1994) 『大蔵省統制の政治経済学』中央公論社。
- 水野肇 (2003) 『誰も書かなかった日本医師会』草思社。
- 水野肇・田中一哉編 (2011) 『総合医の時代』社会保険出版社。
- 三谷宗一郎 (2017) 「医療保険政策をめぐるアイディアの継承と変容——なぜ保険者入院事前審査制度は導入されなかったのか」日本政治学会編『年報政治学 2016-II 政党研究のフロンティア』木鐸社: 237-260 頁。
- 宮島俊彦 (2012) 『地域包括ケアの展望——超高齢社会を生き抜くために』社会保険研究所。
- 宮本太郎 (2008) 『福祉政治——日本の生活保障とデモクラシー』有斐閣。
- 村上正泰 (2009) 『医療崩壊の真犯人』PHP 研究所。
- 村上泰亮・蠟山昌一ほか (1975) 『生涯設計 (ライフサイクル) 計画——日本型福祉社会のビジョン』日本経済新報社。
- 村松岐夫 (1990) 「通信行政と産業政策」『年報行政研究』24 号: 63-89 頁。
- 森田朗 (2016) 『会議の政治学Ⅲ——中医協の実像』慈学選書。
- 森裕城 (2001) 『日本社会党の研究——路線転換の政治過程』木鐸社。
- 森裕城・久保慶明 (2016) 「圧力団体政治の前段階——有権者調査と利益団体調査の分析」辻中豊編『政治変動期の圧力団体』有斐閣: 13-37 頁。
- 諸富徹 (2014) 「バブル生成と崩壊は日本財政にどのような影響を与えたのか」諸富徹編『日本財政の現代史Ⅱ——バブルとその崩壊 1986-2000 年』有斐閣: 1-20 頁。
- 八代尚弘 (2003) 『規制改革—「法と経済学」からの提言』有斐閣
- 矢野聡 (2009) 『保健医療福祉政策の変容——官僚と新政策集団をめぐる攻防』ミネルヴァ書房。

- 山岸敬和 (2011) 「戦争と医療保険政策——歴史的制度論による比較研究の可能性」『レヴァ
 イアサン』49号: 28-45頁。
- 山口二郎 (2008) 「政治家と官僚——誰が政策を決めるのか」辻康夫ほか編『政治学のエッ
 センシャルズ—視点と争点』北海道大学出版会: 18-26頁。
- 山崎泰彦・尾形裕也編 (2003) 『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社。
- 山路克文 (2003) 『医療・福祉の市場化と高齢者問題——「社会的入院」問題の歴史的展開』
 ミネルヴァ書房。
- 結城康博 (2004) 『福祉社会における医療と政治——診療報酬をめぐる関係団体の動き』本
 の泉社。
- 結城康博 (2006) 『医療の値段——診療報酬と政治』岩波書店。
- 横山和彦・多田英範 (1991) 『日本社会保障の歴史』学文社
- 吉岡充・村上正泰 (2008) 『高齢者医療難民——介護療養病床をなぜ潰すのか』PHP 研究所。
- 吉田あつし (2009) 『日本の医療の何が問題か』NTT 出版。
- 吉原健二編 (1983) 『老人保健法の解説』中央法規出版。
- 吉原健二・和田勝 (2008) 『日本医療保険制度史 (増補改訂版)』東洋経済新報社。
- 読売新聞社会部 (1978) 『日本医師会——続・どうする日本の医療』保健同人社。
- 臨時行政調査会 (1981) 『臨調 緊急提言——臨時行政調査会第1次答申』行政管理研究セ
 ンター。

欧文文献

- Blyth, Mark (2002) *Great Transformation: Economic Ideas and Institutional Change in The
 Twentieth Century*, Cambridge University Press.
- Busenberg, George J. (2001) “Learning in Organizations and Public Policy,” *Journal of
 Public Policy*, Vol.21, pp.173-189.
- Campbell, John C. (1992) *How Politics Change: The Japanese Government and the Aging
 Society*, Princeton University Press (J・C・キャンベル, 三浦文夫・坂田周一監訳(1995)
 『日本政府と高齢化社会——政策転換の理論と検証』中央法規出版) .
- Campbell, John L. (2001) “Institutional Analysis and the Role of Ideas in Political Economy,”
 in John L. Campbell and Ove K. Pedersen (eds.), *The Rise of Neoliberalism and
 Institutional Analysis*, Princeton University Press, pp.150-159.
- Campbell, John L. (2002) “Ideas, politics and public policy,” *Annual Review of Sociology*,
 Vol28, pp.21-38.
- David Easton (1953) *The Political System: An Inquiry into the State of Political Science*,
 Knopf (D・イーストン, 山川雄巳訳 (1976) 『政治体系—政治学の状態への探求』ペリ
 かん社) .

- Derthick, Martha and Quirk, J P. (1985) *The Politics of Deregulation*, The Brookings Institution.
- Etheredge, Lloyd S. and James Short (1983) "Thinking about Government Learning," *Journal of Management Studies*, Vol.20, No.1, pp.41-58.
- Goldstein, Judith and Robert O. Keohane (1993) "Ideas and Foreign Policy: An Analytical Framework," In Judith Goldstein, and Robert O. Keohane, (eds.), *Ideas and Foreign Policy: Beliefs, Institutions, and Political Change*, Cornell University Press, pp.3-30.
- Greif, Avner (2006) *Institutions and the Path to the Modern Economy: Lessons from Medieval Trade* (A・グライフ, 岡崎哲二・神取道宏監訳『比較歴史制度分析』NTT出版) .
- Hacker, Jacob (2005) "Policy Drift: The Hidden Politics of US Welfare State Retrenchment," In Wolfgang Streeck and Kathleen Thelen, (eds.), *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford University Press, pp.40-82.
- Hall, Peter A. (1986) *Governing the Economy: The Politics of State Intervention in Britain and France*, Polity Press.
- Hall, Peter A. (1993) "Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain," *Comparative Politics*, Vol.23, No.3, pp.275-296.
- Hall, Peter A. (2005) "Preference Formation as a Political Process: The Case of Monetary Union in Europe," In Ira Katznelson and Barry R. Weingast (eds.), *Preferences and Situations: Points of Intersection Between Historical and Rational Choice Institutionalism*, Russell Sage Foundation, pp.129-160.
- Hecllo, Hugh (1974) *Modern Social Politics in Britain and Sweden*, Yale University Press.
- Kingdon, John W. (1995) *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, 2nd ed, Harper Collins College Publishers.
- Krasner Stephen D. (1984) "Approaches to the State: Alternative Conceptions and Historical Dynamics," *Comparative Politics*, Vol.16, pp. 223-246.
- Lieberman Robert C. (2002) "Institutions, and Political Order: Explaining Political Change," *The American Political Science Review*, Vol.96, No4, pp.697-712.
- Lodge, Martin (2003) "Institutional Choice and Policy Transfer: Reforming British and German Railway Regulation," *Governance*, Vol.16, pp.159-178.
- Mahoney, James and Kathleen Thelen (2010) "A Theory of Gradual Institutional Change," In James Mahoeny and Kathleen Thelen (eds.), *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency and Power*, Cambridge University Press, pp.1-37.
- McNamara, Kathleen R. (1998) *The Currency of Ideas: Monetary Politics in the European Union*, Cornell University Press.
- Pierson, Paul (1994) *Dismantling the Welfare State?: Regan, Thatcher, and the Politics of*

- Retrenchment*, Cambridge University Press.
- Pierson, Paul (2004) *Politics In Time: History, Institutions, and Social Analysis*, Princeton University Press (P・ピアソン, 粕谷祐子監訳 (2010)『ポリテイクス・イン・タイム——歴史・制度・社会分析』勁草書房) .
- Rose, Richard (1991) “What is lesson-Drawing,” *Journal of Public Policy*, Vol.11, pp.3-30.
- Rose, Richard (1993) *Lesson-Drawing in Public Policy*, Chatman House.
- Sabatier, Paul (1988) “An Advocacy Coalition Framework of Policy Change and the Role of Policy-Oriented Learning Therein,” *Policy Sciences*, Vol.21, pp.129-168.
- Sabatier, Paul A. and Jemkins-Smith, Hank C. (1993) *Policy Change and Learning*, Westview.
- Schmidt, Vivien A. (2002) *The Futures of European Capitalism*, Oxford University Press.
- Steinmo, Sven (1993) *Taxation and Democracy: Swedish, British, and American Approaches to Financing the Modern State*, Yale University Press (S・ステインモ, 塩崎潤・塩崎恭久共訳 (1996)『税制と民主主義——近代国家の財政を賄うためのスウェーデン・イギリス・アメリカのアプローチ』今日社) .
- Thelen, Kathleen and Steinmo Sven (1992) “Historical Institutionalism in Comparative Politics” , In Sven Steinmo, Kathleen Thelen and Frank Longstreth (eds.), *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Politics*, Cambridge University Press, pp.1-32.
- Weir, Margaret (1992) “Ideas and politics of bounded innovation,” In Sven Steinmo, Kathleen Thelen and Frank Longstreth (eds.), *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, Cambridge University Press.

資料

- 厚生労働省『社会保障制度審議会医療保険部会議事録』。
- 厚生労働省『社会保障制度審議会医療部会議事録』。
- 厚生労働省『平成18年度医療制度改革関連資料』。
- 厚生労働省(2001)『医療制度改革試案について』
(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/0109/h0925-2.html>、2017年3月3日最終閲覧)。
- 厚生労働省(2005)『医療制度構造改革試案』
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/10/tp1019-1c.html>、2017年3月3日最終閲覧)。
- 厚生労働省(2016)『平成27年(2015)医療施設(動態)調査・病院報告の概要』。
- 内閣府『経済財政諮問会議諮問会議情報』。
- OECD(2017) OECD Health Statics 2017.