

医療基本法案の政策過程

著者	西岡 晋
雑誌名	早稲田政治公法研究
巻	685
ページ	191-222
発行年	2001-12-01
URL	http://hdl.handle.net/2297/11962

医療基本法案の政策過程

西岡晋

- 序章
- 第一章 問題の流れ―法案化の契機―
 - 第一節 保険医総辞退へ
 - 第二節 「政策の窓」の開放
- 第二章 政策の流れ―政策案の生成と進化―
 - 第一節 厚生省の政策案
 - 第二節 日本医師会の政策案
 - 第三節 社会党の政策案
- 第三章 政治の流れ―廃案の要因―
 - 第一節 日本医師会の影響力
 - 第二節 政党の役割
 - 第三節 国の雰囲気
- 終章 合流されなかった流れ

序章

本稿は、日本の医療供給政策の通時的な分析を念頭に置きながら、一九七二年の医療基本法案の政策過程についての事例研究を行い、その様相を解明すると同時に同法案の廃案要因の分析を行う。政策過程の記述に際しては、キングダム (John W. Kingdon) の「政策の窓 (Policy Window)」モデルを適用することによって複雑で重層的な過程を整理化、一定程度のパターンを抽出し政策過程分析の一般化を志向する。さらに従来見過ごされがちであった政策(案)自体の展開過程を「政策の流れ」において分析することで、地域医療や医療計画関連の諸政策に対する理解を深めることも意図しており、政治力学・権力過程の叙述にとどまらない事例研究を行いたい。医療基本法の制定が政策課題として浮上し、法案が立案され、そして国会提出から廃案へと至る一連の過程を研究対象とする⁽¹⁾。

医療基本法案は、医療憲章的な前文と医療政策および医療計画について規定した本条全文一〇条から構成されている。同法案は第一に、医事関係法においてはじめて医療憲章的な条文が挿入され、医療の目的や医師の責務などの諸原則が明記されたこと、第二に医療政策についての国の責任が明確に位置づけられたこと、そして第三に、医療政策の計画的実施のために国と都道府県に医療計画の策定を義務づけたこと、この三つの点において画期的とも言える内容を持つ法案であった⁽²⁾。この内、医療計画の策定義務化に関しては、後の一九八五年の第一次医療法改正で法制化されている。すなわち、一九七二年の医療基本法案と八五年の医療法改正は同様の法案内容を持っているにもかかわらず、前者は廃案となった一方後者は成立しており、その相違要因は政治学的に興味深い論点である。したがって、本研究は八五年の医療法改正の政策過程との比較分析を視野に入れていく。

「政策の窓」モデルは、政策過程は段階論的にあるいは増分主義的に展開するのではなく、「問題」・「政策」・「政治」の三つの各々独立した「流れ」が、「政策の窓」が開いた決定的な時機に合流することによってアジェンダが設定されるとする記述モデルである。三つの流れの合流は、「問題が認識され、解決案が政策コミュニティにおいて進化した利用可能な状態にあり、政治的变化が政策変化の契機を創出し、障害となる諸制約が存在しない」場合に起こるとされる⁽⁴⁾。ただし本稿では、政策の窓モデルが想定するアジェンダの設定過程ではなく、政策(案)形成および国会での決定過程を対象に論究する。以下の諸章では、問題・政策・政治の三つの各流れの様相を解明し、保険医総辞退という問題の発生によって「政策の窓」が開かれ、政策が実現する決定的な時機が訪れたにもかかわらず、「政治の流れ」が滞ったために、結局それらの三つの流れが合流されずに廃案になった過程を分析する。

第一章 問題の流れ—法案化の契機—

日本の医療制度は供給制度と保険制度の二つの柱から成り立っているが、明治期の医制発布以来、無計画なままに発展してきた。その結果、とりわけ一九六一年の国民皆保険制度の導入以後、医療需要が急増し医療保険の財政難が顕在化したことと、急性から慢性へと疾病構造が変化しつつあったことともあいまって、医療制度の「抜本的改革」の一環として、医療機関を計画的・体系的に整備することが求められるようになった。しかしながら、具体的に医事法制の作成や改正の動きにはつながらなかった。それらが政治議題に登場し、法制度(案)として具体化するには、よりインパクトのある何らかの「事件」が必要であった。

第一節 保険医総辞退へ

中央社会保険医療協議会(中医協)は、医師に支払う診療報酬の総枠の決定と個々の診療報酬点数や薬価の改定を行う厚相の諮問機関である。一九七〇年末から中医協では、日本医師会が要求していた、診療報酬の物価スライド制への移行をめぐる活発な議論がなされていた。中医協では支払者側の意見に基づいて、診療報酬全体の見直

しを含めて話し合いが行われることになった。⁽⁶⁾翌一九七一年二月一日、中医協の公益委員が問題点の整理のために、「診療報酬体系の適正化について」と題する審議用メモを中医協に提出した。その内容は、①医師の技術の適性評価、②薬剤の適性使用、③一物二価の是正（診療報酬の甲表・乙表の整理）など多岐の項目にわたり、それぞれについて具体的な改革案が示されていた。⁽⁷⁾

当時の武見太郎日本医師会会長は、「メモ」にあった診療報酬の包括化などの項目をとらえ、これを「厚生省が将来の医療統制強化の道中医協の場を通してつくり出したものだ」として強く反発した。⁽⁸⁾円城寺次郎中医協会会長や担当の厚生官僚は「メモ」は事務的なものにすぎず、検討事項を列挙したにすぎないと釈明した。実際に、医師の技術評価といった事項は、医師会が元来主張してきたものであり、必ずしも官僚統制の端緒として審議用メモが出されていたわけではなかった。しかし武見の反発はおさまらず、三月二日の日本医師会の全理事会で、「徹底的な包括的抵抗体制を確立する」との方針を固め、全国の医師会に一斉休診などの抗議行動を指示した。⁽⁹⁾

その後日医は、健康保険法の抜本的改正の遅れや、中医協メモは医療の本質を無視しており許しがたいものであることなどを理由に、七月一日から全国で一斉に保険医総辞退に入ることを選定した。これに対し中医協の支払側は医師会を非難する統一見解を発表し、社会保険審議会や社会保障制度審議会も政府に、保険医総辞退に対し断固とした態度をとるよう申し入れた。厚生省は医師に自願を求めよう要請するとともに、保険医総辞退に突入した場合の善後策について検討を始めた。一方で総辞退突入を阻止すべく、政治ルートからの介入も試みられ、保利茂内閣官房長官は武見の自宅を訪問して総辞退の中止を要望した。しかし武見はこれを拒否、また佐藤栄作首相との面談要請も固辞したため、政府首脳らによる説得工作も不調に終わった。⁽¹⁰⁾

武見が予想外に強硬姿勢をとった背景には、医師会の間にもたまっていたフラストレーションがあった。医師会員の多くは医療保険制度によって医療行為や医業が制限されていることに不満を持っていた。保険医総辞退という手段も、過去一回にわたり決定されたものの実行に移されたことはなかった。その「伝家の宝刀」を抜いて、「保険官僚に一泡吹かせたい」（当時の重田精一日本医師会理事長）という欲求も高まっていた。⁽¹¹⁾すでにサイは投げられたのである。

第二節 「政策の窓」の開放

かくして、予定通り七月一日に、四二都道府県の約六五、〇〇〇人の医師会員が保険医総辞退に突入した。当時診療に従事していた勤務医を含めた全医師の半数以上、開業医の大部分が辞退届を提出した。そのため、全国の医療機関で、被用者保険に入っている患者は保険診療を受けられない⁽¹²⁾という前代未聞の異常事態に陥ったのである。厚生省は、保険医辞退の医療機関で治療を受けた場合には要件を緩和して療養費の支給（償還）を行うことや、医療機関が被保険者からは治療費をとらない受領委任方式を認めるなど対策をうちだし、混乱の抑制に努めた。⁽¹⁴⁾一方佐藤首相は参院選後の内閣改造で、武見会長と旧知の間柄であった斎藤昇を厚生大臣に任命し、事態の收拾を託した。⁽¹⁵⁾

武見は斎藤厚相との公開会談に応じ、七月一三日に第一回会談が行われ、その後二回の会談を経て現行の医療制度の問題点などについて話し合われた後、⁽¹⁶⁾七月二十八日には首相官邸で佐藤首相も交えた三者会談が行われた。この席で双方から総辞退解除のための条件が出された。斎藤厚相は、①保険医総辞退の原因が厚生行政の不十分さにあることの認識、②健保法抜本改正案の国会提出の確約、③医療基本法の制定、④診療報酬の物価スライド制導入への尽力の四項目を提示し、一方武見会長側も、①国民の連帯意識の昂揚、②負担と給付の公平、③医療従事者の質的向上など、八項目にわたる提案要求を行った。両者は、これらの計一二項目の条件について合意に達し、八月一日から通常の保険診療に復帰することが決まった。⁽¹⁷⁾

医師会長と厚相のトップ会談での一二項目にもわたる合意条件によって、一ヶ月に及んだ保険医総辞退という異常事態は、ようやく終止符を打った。この合意事項の中で本論考との関連でとくに重要なのは、斎藤厚相から出された第三番目の項目である。これは、将来の医療と国民の健康を考え、国民の健康管理体制あるいは医療の供給体制などの基本的な理念を確立し計画的に実施していくことを目的に、医療基本法のような法律を制定する、という内容であった。斎藤厚相は武見会長との話し合いの中で、基本法制定の必要性についての認識を深め、会談が行われていた最中の七月一五日にはすでに事務当局に法案作成の準備を指示し、総辞退收拾を図ろうとしている⁽¹⁸⁾。自民党の鈴木善幸医療基本問題調査会長も医療制度の抜本的改正案をまとめ国会に提出すると述べ、政府・自民党としてこの問題に取り組み姿勢を示した⁽¹⁹⁾。診療報酬制度改革を契機に行われた保険医総辞退ではあったが、その收拾にあたっては医療供給体制についても問題視され、医療基本法の制定が条件の一つとされたのである。

医療供給制度の見直しはかねてから重要課題として認識されてはいたが、具体的な法制化には至っていなかった。「政策の窓」が開放されるには、医療制度改革への認識に加え、何らかの「問題の発生」が必要であった。保険医総辞退という事件が起こったことで初めて、新法規制の立法化に向けて事態が進展し、しかも厚相との合意事項として、法制化は確実に保証されることとなったのである。したがってこの時点で「政策の窓」が開き、医療基本法案と医療計画の着想は政策化される好機が訪れたと言えるだろう。

第二章 政策の流れ―政策案の生成と進化―

第二章では、医療基本法案の「政策の流れ」について論述する。問題の発生とその認知によって、基本法案の法制化に向けた動きが始動したが、実はそれ以前からそのもとになる政策案は準備されていたのである。基本法案に盛り込まれた医療計画のアイデアはすでに一九五〇年代に登場している。政策案が事前にある程度準備されてい

なければ、保険医総辞退の合意条件として基本法制定が提起されることもなかったであろう。以下では、地域医療論とその唱導アクターとの関連を重視し、①厚生省、②日本医師会、③社会党というアクター別に分類し、諸政策案の生成・進化の様相を明らかにする⁽²⁰⁾。なお、政府の政策のみならず、政府部外の日本医師会や社会党による施策案やアイデアに関しても分析対象となるが、それらについても「政策(案)」という用語を使う。

第一節 厚生省の政策案

一 病院計画の系譜

医療施設の体系的な整備を図る際に、地域ごとに施設整備目標を定めるような病院計画の発想は、すでに戦前の日本医療団の医療施設整備構想の中に見られる。当時の郡市を一つの「医療地域」として設定し、そこに総合病院を中核とする医療施設網を張り巡らせることを目的としていた⁽²¹⁾。しかし、戦時状況の悪化のため計画は達成されなかった。そのため医療施設の体系的・計画的な整備は、戦後の医療制度再編にあたっての重要課題の一つとなった。戦後の医療供給体制の再興の一環として、旧陸海軍病院が国立病院・療養所として生まれ変わり、戦時中に発足した日本医療団所属の医療施設も地方自治体や国に移管された。このように公的医療機関を整備促進させることによって、医療体制の建て直しを図るという方針は、戦後の社会保障制度の骨格となった「ワンデル報告」や「社会保障制度に関する勧告」において既定化されていた⁽²²⁾。それを受けて政府は、公的機関を中心に医療施設を整備促進する方針をとり、例えば、医療機関整備中央審議会が一九五〇年に決定した「医療機関整備計画」は、戦後の医療整備計画の雛形となったものだが、病院は都道府県立医療機関を中心に体系的に整備するものと明確に規定している⁽²³⁾。

審議会での答申や決定にしたがって厚生省医務局は、一九五九年に「医療機関整備計画案」を作成した。アメリカ

カ(連邦政府主導の病院配置計画である)「ヒル・バートン法(Hill-Burton's Act 病院調査並びに建設法)」の内容を模したとも言われ、公的医療機関の整備が強調されている。⁽²⁴⁾ 今後の病院整備は、「経済的変動によって左右されないように強い財政的基盤と能力を有する」地方公共団体の医療機関が中核を担うべきであろうたわれ、病院配置計画も、都道府県中央病院のもとに地方病院、地区病院がピラミッド型に設計されていた。

終戦直後から一九五〇年代後半にかけては、国立病院や日本赤十字社、済世会、厚生連などが復興し、公的機関が医療供給体制の中核を担った。⁽²⁵⁾ しかし公的医療機関の増加にもなつて、既存の私的医療機関との競合状態が発生し両者の対立関係も先鋭化していったため、厚生省の整備計画案は、医師会の反対にあい具現化されないうままに終わる。⁽²⁶⁾ また政府にとつても、一九六一年から施行された国民皆保険制度の普及のためには、民間の病院や診療所の整備を促進した方が財政上得策だったのである。そして六〇年代以後は、(私的医療機関への長期低利融資を行う)医療金融公庫の設置、公立病院に対する病床規制といった具合に、私的医療機関の整備促進策が実行された。公的病院を基軸とした医療機関の計画的配置の厚生省構想は、こうして後退していった。

その後、厚生省医務当局や政府審議会も公的医療機関中心の病院計画案を発表することはなくなり、代わって包括医療との関連が重視されるようになった。一九七〇年には厚生省のプロジェクトチームが「厚生行政の長期構想」を発表し、その中で、健康増進・予防、治療、リハビリテーションまでを含んだ幅広い概念として医療をとらえ、それに即した有機的な連携のもとに医療制度を構築していく必要性を述べている。⁽²⁷⁾ 医療計画は単なる施設・病院計画ではなく、保健医療サービスの提供のあり方を示す「保健計画」としても位置づけられることとなった。すなわち、病院計画と保健計画のそれぞれの系譜がしだいに接近しつつあったのである。

二 保健計画の系譜

病院計画が、病院などの医療施設の整備配置計画であり主に医療のハード面について規定し、厚生省医務局が所管していたのに対し、保健計画は、疾病予防や健康増進、公衆衛生などの保健活動を中心に医療・保健のソフト面に関する計画的な実施を目的としており、公衆衛生局が所管していた。したがって病院計画と保健計画は、各々別個の施策として立案されていた。

保健計画のアイディアの源泉は、アメリカの予防医学者クラーク(E. G. Clark)らが一九五〇年代に提唱した「疾病五段階説」にある。「疾病五段階説」は、伝染病の予防と治療に関して、①健康状態の増進、②特殊な疾病予防、③早期の診断と迅速な対応、④障害予防・重症化防止、⑤リハビリテーションという各段階別に医学的対処が必要であることを指摘すると同時に、「医療の継続性が重要であることを示した。当時アメリカに留学中の厚生省の医系技官が日本に紹介したことで、このモデルは日本の医学界にも普及したが、とくに厚生省では公衆衛生系の職員が保健所を中心に実践しようとした。⁽²⁸⁾

保健所は一九五〇年代当時、社会保障費の削減、地方財政の悪化、感染症から成人病への疾病構造の変化などを背景にして縮小再編が進行中であった。⁽²⁹⁾ それに関連して、「共同保健計画」と呼ばれる保健所業務運営指針が厚生省から示された。共同保健計画の趣旨は、クラークらの説を発展させた総合保健の考え方を、地区衛生組織の活動を通じて計画的・組織的に実践することにあつた。厚生省は当時、「保健所管理」と題するテキストを作成して共同保健計画の普及に尽力した。『保健所管理』の中では、「疾病五段階説」に基づいて、保健(予防)と医療(治療)の連続性が重視され、行政組織と保健・医療機関が従来の縦割り構造を克服し、患者の疾病レベルに応じて連続的・総合的に保健・医療サービスを提供することがうたわれている。その計画的な実施のために、保健所と市町村の衛生部局が共同主体となった地区保健計画の策定が必要とされた。

厚生省の提唱した共同保健計画の策定はしかし、人材や財源、技量の不足、職員の縦割り意識などから結果的には失敗に終わった。一部の例外を除いては、何らの成果をあげることがないまま、共同保健計画の構想は消滅して

しまったのである。⁽³¹⁾

とはいえ、保健計画のアイディアは着実に受け継がれ、政策遺産として残存した。公衆衛生系の厚生官僚や研究者らは、日本医師会の「地域医療論」に対抗する形で「総合保健論」を提唱し、医師会主導ではなく、保健所・行政機関主導型の予防・治療・リハビリの一貫した保健（医療）体制を整備しようとした。その構想は、同じ官僚機構である医務当局においても違和感なく受け入れられた。そして保健計画の政策案が、前述したように病院計画の政策案と徐々に接合され、医務当局の政策案の中にも浸透していったのである。

第二節 日本医師会の政策案

一 包括医療論の摂取と普及

日本医師会が提示する医療計画案を検討するには、彼らの主張する地域医療論について理解することが必要である。⁽³²⁾ 日医が理想とする地域医療を展開するための一つの手段として、医療計画は位置づけられているからである。彼らの地域医療論の根底にある概念は「管理医学」と呼ばれるもので、「医療とは医学の社会的適用である」という武見太郎日本医師会長（当時）の着想を、医学・医療による社会的管理の技法にまで敷衍化させたものである。武見は、「管理医学」の名のもとに従来の専門分化された学問領域を統合し、それに基づく総合的な社会認識を基盤として、医学の社会的適用を展開しようとした。⁽³³⁾ 日医は、この管理医学論を後景に、包括医療論を前景にして、地域医療論を展開し議論をリードしていった。⁽³⁴⁾

一九五七年に開かれたWHO（世界保健機関）のマニラ会議で、アメリカで編み出された「コンプリヘンシブ・メディシン（Comprehensive Medicine）」の理論が紹介された。前述したクラークらの予防医学から得られた知見は、医学的な問題にとどまっていたが、これは疾病予防と治療が連携した医療体系を、医療資源の効率化を図るうえで活用し、また開発途上国における医療制度の整備に際しても応用しようとする意図を持っていた。この理論を、当時東大教授で日本医師会のブレインも務めた勝沼晴雄が「包括医療」と翻訳して日本に紹介した。これが日医の地域医療論の中核的な理論として発展する。⁽³⁵⁾

二 「医療総合対策」への結末

日本医師会の医療政策案や地域医療論は、包括医療論をもとにして深化・発展を遂げ、一九六九年四月には、当時の日医の理論的集大成とも言える「医療総合対策」（「対策」と略記）が発表された。「対策」では、地域医療論に加え、医療保険制度や医学教育制度問題まで幅広く包含する形で、日本の医療制度全般に対する日本医師会の理論的見解が示されている。⁽³⁶⁾

「対策」は、まず「医療は医学の社会的適用であり、その目的は国民の健康を保持するのみならず、それを増進し国民の幸福な生活に寄与するものである」と理念を掲げ、その目的達成のために医療制度は「医療の展開を円滑ならしめる」ものでなくてはならないとしている。⁽³⁷⁾ それでは、どのような医療制度が望ましいのであろうか。要約すれば次のようになる。まず、医療制度は（都市化や核家族化、高齢化などの）社会構造との連関においてとらえなければならず、その結節点として地域社会という場が着目されると同時に、包括医療こそが社会適合的な医療概念とされる。そして包括医療を展開するにあたっては、各地域社会の特性に応じた医療体制の構築が期待される。地域特性を把握し医療計画を立案するのは、行政機関ではなく「地域保健調査会」のような協議会である。そして地域医療の展開を主導するのは、医師ないしはその専門的学術団体である医師会とされる。⁽³⁸⁾

医師（会）の主体性の強調は、当然ながら官僚統制に対する批判へと結びつく。例えば、政府の医療機関整備計画案への批判、地域保健調査会の設置、行政区域や保健所区域にとられない圏域設定といった提言は、⁽³⁹⁾ 日医が官僚主導型の地域医療の展開を何としても阻止しようとした意思の表れである。国公立病院についても、抜本的に改

革し地域の私的医療機関の機能を補完するものへ統合再編すべきであると述べている。⁽⁴⁵⁾「対策」の第五章「結び」では、「官僚統制的な理念で地域医療は解決しうるものではない」として、地域医療の推進を主軸にした医療制度改革における医師会の役割の重要性について改めて触れ、厚生省主導の医療政策への警戒感をあらさまに示している。⁽⁴⁶⁾このように「医療総合対策」は、医師の主体性と自由開業医制の堅持と純化という日医の従来の主張を、より理論的に発展させたものとして位置づけることができるであろう。

「医療総合対策」ではすでに、医療制度の基本的理念を規定する医療基本法制定の必要性についても提言されている。その前提となっているのが、一九六八年に日本医師会の医事法制委員会から示された「医療基本法案草案」である。⁽⁴⁷⁾草案は前文と、医療政策の理念、医学教育、医療の主体、医療施設、医療保険、医療行政組織に関する全六章から構成されている。日本医師会その他の政策案と同様に、包括医療の重要性が述べられ、医師の主体性の確保が強調されている。日医の主張を法律の規定として明確化しようとしたのである。

保険医総辞退の收拾に際して斎藤厚相が示した医療基本法案を、「それほど簡単にできるものではない」と武見会長は牽制したが、その背景にはこのように、日本医師会で長年にわたって論究されてきた地域医療論の蓄積と、専門委員会が作成した医療基本法案が存在していた。日医に具体的な政策案がすでに用意されていたからこそ、武見はその後提出された厚生省案に対して痛烈な批判を浴びせ、代替案を提示することが可能だったのである。

日本医師会の地域医療論は、第一に包括医療概念の重視、第二に医学の社会的適用として医療をとらえる点、つまり医学の技術的進歩を踏まえ、それを医療という社会的な場で十分に発揮できる環境を整えることの必要性の主張、第三に医師（会）の主体性の重視、という三つの点に特徴がある。とくに第三の点は最大の特徴であり、こうした医師中心の発想の背景には、彼らの専門家としての自由裁量権の確保、すなわち「プロフェッショナル・リーダーダム」⁽⁴⁸⁾という政策理念がある。以上の論理的帰結から必然的に、厚生省の主張する官僚統制型の地域医療論や医療計画案、あるいは社会党の「医療の社会化」論が徹底的に批判されたのである。

第三節 社会党の政策案

一 「医療の社会化」論

社会党は、福祉国家政策を資本主義国家の延命策であり反革命的であるとして、マルクス主義の観点から批判していたが、⁽⁴⁹⁾厚生省や日本医師会とは異なる第三の立場から独自の医療政策案を提起していた。一九六三年の段階で、社会党は「社会保障基本法案」を国会に提出、公的医療機関の整備を中心とする社会党の主張を明確化し、⁽⁵⁰⁾一九七〇年代には独自の政策案を頻りに発表している。その理論的基盤となっていたのは「医療の社会化」論である。社会党は七〇年の党大会において、「医療の社会化への道」を採択し、以後この方針に沿って政策立案を行うことになった。

「医療の社会化」は多義的な概念であるが、⁽⁵¹⁾社会党によれば、「医療の営利的性格を克服して、その公共性を最大限に発揮するため、現行制度に公的・民主的コントロールを徹底させようとする」⁽⁵²⁾考え方である。社会党は官公労組を主要な政治的支持基盤としていたため、保健所あるいは国公立病院を主体とした予防・健康管理体制の確立を訴え、厚生省や日本医師会の政策にことごとく反対の姿勢をとっていた。「医療の社会化」はその集約的な表現に他ならない。社会党は（医師会が立脚する）自由開業医制は医療に営利性を持ち込むものであると批判し、同時に医師の主導権に対抗しようとしたため、とくに日本医師会とは大猿の仲であった。

二 社会党の医療基本法案

一九六〇年代後半から七〇年代初頭にかけて、政管健保の赤字問題を契機に医療保険制度の改革論議が活発化した。それに関連して社会党は、保険制度のみならず供給制度をも含めた医療制度全体の見直しを主張した。七一年

四月には、「医療基本法案」を発表し、先に党決定した医療社会化論にしたがった医療供給体制の構築を訴えた。社会党の医療基本法案は、①包括医療の推進、②公的医療機関の整備促進、③公費負担医療の拡大、④健康管理医制度の導入、⑤健康管理委員会の設置、などを主な内容としていた。⁽⁴⁸⁾厚生省や医師会の地域医療論と同様に、従来の治療中心の医療から脱却し、疾病予防やリハビリテーションまでを包含した医療体制を構築することが基本理念として掲げられている。この考え方は厚生省や日本医師会の政策案と類似している。

しかしながら、その具体的な中身や推進主体に関しては、医師会の提示する政策案とは大きく異なっている。まず第一に、医療供給体制の公私役割分担において公的医療機関に大きな比重が占められている点である。「医療社会化とは、医療国営ではない」と断つてはいるものの、⁽⁴⁹⁾公的病院の病床規制の廃止、自治体病院や国立病院の整備促進、公的医療負担の拡大などをうたい、明らかに公的機関を基軸とした医療体制の構築を目標としている。さらに医師会の主張と真つ向から対立する点が、診療所再編計画である。これは、診療所の医師を健康管理医として再編し、健康管理委員会の統制下において予防的健康管理に関する業務に特化させ、しかも診療報酬は出来高払い制ではなく固定報酬制を採用するというものである。これらの条項は自由開業医制とは相容れないものであり、医師会の考えとは全く異なる。

第二の相違点は医師の位置づけである。医師会は、医療は医師の特権的業務であるという主張を行っているが、これに対し社会党は、「医療担当者」を医師のみならず、看護婦、理学療法士、作業療法士、リハビリテーションに関わる者なども含めて広く定義している。

第三に包括医療の意味内容である。医師会の包括医療論は、医療や医師の視点から従来の治療中心の医療概念を拡張させたもので、その中心的位置を占めるのはあくまでも医師である。それに比べ社会党の考える包括医療は、⁽⁵⁰⁾疾病予防や健康増進に重心を置いたものとなっており、医師会の論理とは異なる。

社会党は医療保障の基本を疾病や障害の予防に置き、治療偏重の医療から健康増進・予防に施策の重点を転換させる必要性を理念化した。この基本理念にしたがって、医療供給制度を疾病予防・健康管理活動を行う「予防的健康管理ネットワーク」を基盤として再構築することを訴えた。そのため、健康管理業務の中心となる保健所の役割が非常に重視されることになる。保健所の整備拡充、国庫負担の増加に関する条項を設けている点は、医師会がむしろ保健所の事実上の廃止論を展開していたのとは対照的である。

また同時にこれは、厚生省の主張する保健所再編論への対抗理論ともなっている。社会党の地域医療論と厚生省公衆衛生系のそれとは、保健所の重視という点では類似しているものの、その具体的施策においては相違がある。厚生省は保健所を地域保健医療計画の策定などの政策立案機能に特化させようとした。これに対し、(自治労の支援を受けている)社会党は、厚生省案を整理合理化策ととらえて警戒し、むしろ地域保健医療の推進母体として保健所機能の拡充を図るべきだとの主張を行ったからである。このように社会党は、厚生省や日本医師会と同様に地域医療の重要性を認識していたが、彼らとは異なる視点から議論を展開していった。

以上見てきたように、この時期の「政策の流れ」においては、初期段階での政策案の案出過程と、次の段階での各政策案の拮抗状態が観察された。まず、包括医療論や社会医学、病院計画の着想が欧米諸国から輸入され日本でも広がった。しかし政策代替案は「原子スプ」⁽⁵¹⁾の中でそれぞれに独自の進化を遂げていく。ある理論の意味内容を各アクターが自らの価値観や政策理念などにしたがって独自の解釈を行い換骨奪胎しながら、政策案は形成される。いずれの地域医療論も、包括医療の重要性を認識していたものの、その推進主体や具体策においては異同が見られた。各政策案は拮抗状態にあったのである。

とはいえ、医療計画案や包括医療論など、医療基本法案に組み込まれている施策の大部分は、すでにこの段階で提起されていたことも明らかになった。「問題の流れ」と「政策の流れ」、いずれにおいても基本法制定の準備は整

い、「政策の窓」は開かれ決定的な時機が到来した。流れが合流し政策が実現されるための残る要素は、「政治の流れ」のみとなった。

第三章 政治の流れ—廃案の要因—

「政治の流れ」を分析するにあたって、まず医療基本法案の立案過程と廃案に至るまでの経緯を示しておく。⁽⁸²⁾一九七一年の保険医総辞退時の武見・斎藤会談において、総辞退収拾の合意条件の一つとして医療基本法の制定が確約された。これを受けて同年秋に厚生省の関係部局からなるプロジェクトチームが発足し法案作成に取りかかり、翌七二年一月に厚生省は医療基本法案要綱（第一次試案）を発表した。しかし関係団体からの反発も大きく、自民党医療基本問題調査会では第二次試案を提出させ、それをもとにして日本医師会をはじめ関係一七団体から意見を聴取した。意見聴取では日医などの自由開業医制の堅持を主張し、試案の官僚統制色を払拭させようとする側と、健保連など公的医療機関の整備拡充を求める側とに大きく分かれ、厚生省ではそれらを踏まえ第三次試案を提示した。

しかしこれに対し、日本医師会が「全面的反対の態度を表明」し、武見会長も独自の対案を発表するなど法案の修正を断固として求めた。そのため法案作成作業は難航をさわめ、二度にわたる修正によって日医の主張が大幅に取り入れられたが彼らの強硬姿勢は変わらず、国会提出も危ぶまれた。その後、四月に入つてようやく社会保障制度審議会の諮問にかけられた。五月九日に出された同審議会の答申では法案内容への批判もあったが、厚生省は提出方針を変えず、一九日には自民党総務会に諮られ党側の最終了承を得た。法案はそのまま一週間留め置かれたものの、二六日には国会提出にこぎつけた。ところが、この日は実は通常国会の最終日であった。同日に二二日間の会期延長が決まったが、結局実質的な審議に入らぬまま六月一六日の国会閉会とともに審議未了で廃案となった。

なぜ、保険医総辞退以降、成立が望まれていた医療基本法案が、その期待にもかかわらず国会の会期末まで法案提出が遅れ、最終的に廃案に終わってしまったのだろうか。以下では、医療基本法案が成立しなかった要因を、「政治の流れ」が滞つたために、問題・政策・政治の三つの流れが合流できなかったことに求め論述する。キングダンは「政治の流れ」を構成するものとして、政党や利益団体といった組織化された政治的諸力、行政部内の変化、世論などの国全体の雰囲気という三つの要素をあげているが、本研究では行政部内の変化は検出されなかったため、利益団体（日本医師会）、政党、世論の動向を分析する。

第一節 日本医師会の影響力

「政治の流れ」において、第一に重要な役割を果たすのが日本医師会である。日医は、保険医総辞退収拾の際の合意条件でもあり、医療基本法の制定そのものには賛成であったが、あくまで自分たちがこれまで温めてきた政策案を法律に忠実に反映させようとした。しかし前章で分析したように、厚生省もまた独自の政策案を練り上げており、当初の医療基本法案には行政主導型の彼らの理論が条文化されていた。そのため日医は厚生省試案に猛反発し、強力な政治的影響力を背景に反対活動を展開した。厚生省の試案が発表されるたびに、武見会長は機関紙『日医ニュース』などを通じて反対声明を出して法案の修正を求め、日医の独自案を公表するなど攻勢をかけた。日医の度重なる批判を受け、自民党と厚生省も彼らの意見を尊重せざるを得ず、そのため法案作成に時間を要し、国会の会期末まで最終案がまとまらなかったのである。法案の国会提出が遅れるのは、①自民党や各種団体の反対、②省庁間の権限争い、③他の法律との調整の三つの理由があるとされるが、⁽⁸⁴⁾医療基本法案の場合は第一分類の典型であった。

医療という高度な専門的知識・技能が要求される政策領域においては、専門家である医師らの協力が不可欠であ

る。そのため、日本医師会は専門家団体としての優位性を発揮することができ、政策推進と政策阻止をとにもある程度成功させてきた⁽⁵⁵⁾。しかしそれ以上に、日医が政府の政策案を幾度も修正させ、自らの主張を取り入れさせることが出来るまでに政策過程に対して政治的影響力を行使し得たのは、まず当時の武見太郎会長の類まれな政治力による。武見は吉田茂元首相と姻戚関係にあると同時に主治医でもあった。吉田を通じて佐藤栄作ら自民党幹部とも知己関係にあった。卓越した政治的手腕の持ち主でもあった武見は、こうした私的な人脈を最大限に活用し、従来の医系議員を媒介とした圧力行動から、知人である自民党幹部に直接的に働きかけを行う戦術へ転換を図ったのである⁽⁵⁶⁾。当時の自民党では党内の意思決定権限の幹部への集権化傾向が高まっていたため、武見の政治戦術は有効性を持つことができた⁽⁵⁷⁾。保険医総辞退時の斎藤厚相や佐藤首相との直接会談が実現した要因と、医療基本法案の取りまとめが遅れ国会提出が危ぶまれた背景には、武見個人の強大な政治的影響力があつたのである。

しかし、武見の個人的な力量のみでは、日医の政治的影響力の大きさのすべてを説明することはできない。自民党内の集権化が進んでいたとはいえ、立法活動の実際の際の担い手は多くの非幹部議員であり、彼らの協力がなければ政策に影響力を波及させることは不可能だからである。

日本の他の圧力団体が一般的には官僚機構を通じて政策への働きかけを行ったのに対し、日医は官僚機構を迂回して与党に直接的に圧力をかけたところに特徴を見出せる⁽⁵⁸⁾。武見自身による政治活動もその一例だが、日医は全医師数の内、約七割近くを会員としてかかえる高い組織率に加え、上意下達型・集権的な組織構造、ほぼ一〇〇%の会費徴収率と巨額な予算規模などに裏打ちされた磐石な組織基盤を背景にして、政党および政治家個人への組織的な援助も積極的に行ってきた⁽⁵⁹⁾。

その中核となるのが日医の政治団体である日本医師連盟である。医師連盟は選挙協力や政治献金を通じて、政治家や政党に対する支援活動を行っている。一九七〇年代の事情は判然としないが、一九五八年五月の選挙では三六四名（自民党・社会党・無所属）の議員を推薦し、その内の約八割にあたる、八七名が当選している。医師会の集票能力の高さはよく知られており、その当時「医師の往診観の中には五〇票が入っている」などと評されたように、医師は自らの社会的地位の高さを利用して票を取りまとめることが可能だったのである⁽⁶⁰⁾。

集票能力の高さに加え、政治資金供給源としても医師会は多大な役割を担っている。一九六〇年代の自治省のデータによると、医師会による政治献金額は、六〇年四二〇〇万円、六一年二二〇〇万円、六二年一億円、六三年七八〇〇万円、などと高額に上る。また選挙時にはこれとは別に政党幹部や候補者個人に政治資金が散布され、巨額な政治献金が医師会の影響力の強化につながっていることは間違いないであろう⁽⁶¹⁾。

さらには地区医師会も各医師会員を通じて地元議員に対するロビイングを行い、時には保険医総辞退などの実力行使にすら出る⁽⁶²⁾。当時の医師会は、一斉休診や保険医総辞退、政府委員会からの推薦委員の引き上げなどの直接的政治行動も積極的に行い、あるいはその中止と引き換えに政府・自民党から政策上の譲歩を引き出していたのである。

このように医師会は、選挙時の集票、政治資金の提供、直接的な圧力行動といった諸活動を通じて多大な政治的影響力を発揮してきた。厚生省から医療基本法の試案が出された際にも日医は、斎藤厚相への修正要求の申し入れを決定し、また県医師会には基本法を含めた医療制度抜本改革案への反対世論の形成を指示するなど⁽⁶³⁾、武見の個人的人脈と医師会の組織的な活動を原資とした政治的影響力を利用・行使したのである。

第二節 政党の役割

一 自民党の対応

日本が議院内閣制を採用し、国会で多数の議席を占める政党、すなわち与党が責任政党としての責務を果たすこ

とが前提となっている以上、政策決定における与党の役割は非常に大きい⁽⁶⁴⁾。しかも日本の場合、綿密な与党審査制度が確立しており、政府提出法案は、事前に自民党の政務調査会や総務会などでの審査・議決を経て国会に提出しなければならぬ。政府の政策は基本的に自民党の方針に従属することになる⁽⁶⁵⁾。日本医師会の政治力が大きいといつても実際に法案が国会に提出されてしまえば、日医が原則的に自民党を支持している以上、それを廃案に持ち込むことは困難になる⁽⁶⁶⁾。

そのため、日医の圧力活動の重点は、まずは法案が上程される以前の与党審査の段階に置かれる。医療基本法案の条文を日医寄りのものに修正させ国会提出を引き延ばすことができたのは、与党審査段階での彼らの政治戦術が有効であった証左であろう。しかし、法案の骨格はやはり行政主導型の医療計画の策定であり、日医にとっては容認できない内容であった。その廃案後も、武見日医会長が医療基本法を再提出しようとした厚生省を牽制する発言をしていることから、それは明らかであろう。それではなぜ、医療基本法案は会期末とはいえ国会に提出されたのだろうか。

自民党は医療制度の抜本的改革を行うことを明言していたが、医療基本法案に対して具体的にどのような態度で臨んでいたかは、当時の資料をひもひもと調べてみても判然としない。ただし厚生省試案が発表された後、自民党の社会部会・医療基本問題調査会は関係諸団体から意見を聴取したうえで、事務当局に対し試案の再検討を指示している。こうした経緯から、自民党は少なくとも厚生省の出した当初案を原案通り国会に提出するという方針はとっていないことが明白である。最終的には、基本法制定の提唱者である日医の意向が色濃く反映されたものに修正されたが、一方で厚生省の構想にそくした医療計画の策定条項が盛り込まれていた。結局この最終案を自民党総務会が了承し、五月二十六日には国会に提出している。

武見日本医師会長によると、「この基本法という考えには、厚生省は初めは食いついた。これで医者を全部抑えられると考えた。役人というのは、自分の権限を拡張できるところはつまみ食いしようとする。それじゃ基本法にならない」と法案に反対の姿勢を明らかにした。日医の反対活動が奏功し、「役人は思うように抑えられないとわかって、急速に熱意を失った。役人が寝てしまうと、自民党は手も足も出ない。それで立ち消えになった」と語っている⁽⁶⁷⁾。武見の言によれば、厚生官僚は法案制定に対する熱意を喪失しており、自民党もそれに応じて法制化への活動を終息させていったと考えられる。確かに日医の反対活動はある程度成功し、最終案がまとまるまで多大な時間を要したが、結果的には国会に提出され、また厚生省は廃案後も医療基本法の再提出の可能性を探っており、必ずしも武見の指摘は当を得たものではない。

このことから、自民党は厚生官僚の意向に従って法案提出を決定したのではないか、という官僚優位論に立った要因説明が仮説として立てられよう。しかしこの仮説では、既述したように自民党が厚生省試案の再検討を指示したこと、国会提出が会期末であったことについての説明能力は低いと思われる。ここで重要な要素となるのが、野党の存在である。自民党が、日医の反対していた医療基本法案を、しかも国会の会期末に提出した理由を説明するには、野党の存在を看過するわけにはいかない。

二 野党の要求

自民党が総務会で医療基本法案に対する最終的な了承を与えたのは五月一〇日、閣議決定が二三日、国会提出が二六日となっている。総務会での党議決定から閣議決定まで約二週間の間が空いている。この空白期間は何を意味するのであろうか。

実はこの間、当時の第六八国会では懸案事項であった健康保険法改正案が審議されていた⁽⁶⁸⁾。健保法改正案は、政府管掌健康保険の赤字対策として提出されたもので、保険料率の値上げなどを内容としていた。この国民負担の増加を企図した法案に対し野党は猛反発し、典型的な与野党対決法案となった。野党側は健保法改正の前提として健

康保険制度全体の見直しと医療供給制度の改革を要求し、徹底抗戦の構えを見せた。この過程で野党は、医療基本法案の提出を健保法改正案の審議入りの条件の一つとして要求したのである。⁶⁹そして五月二十五日には野党側から、社会・公明・民社党の共同提案による医療保障基本法案が上程された。したがって自民党としても、健保法改正案を成立させるためには、形式的とはいえ、医療基本法案を提出せざるを得なかったわけである。⁷⁰

肝心の健保法改正案は、与野党の折衝が爽り衆議院では修正のうえ五月二十五日に可決されたが、参議院に送られると再び膠着状態に陥り、結局審議未了で廃案となってしまった。その理由は、主に与野党の党内事情に起因すると考えられる。⁷¹まず与党であるが、当時自民党は佐藤栄作首相の長期政権の末期であり、すでに首相の指導力は衰えていた。国会閉幕後の総裁選が政治日程としておりこまれ、次期総裁の座をめぐって田中角栄と福田赳夫とのいわゆる「角福戦争」が激化、自民党議員の関心はそちらに向けられ、法案成立は二義的なものとされてしまった。⁷²健保法の審議が参議院では再び紛糾し与野党間の調整が遅れがちであったのも、そのためである。政府提出法案にもかかわらず健保法改正案成立への与党の推進力は、弱体化していた状況にあった。

これに対し、野党が強硬に健保法改正案に反対した理由は、一つには前回（一九六九年）および前々回（一九六七年）の健保法改正がいずれも自民党による強行採決によって可決され、とくに六七年の際には法案処理をめぐって社会党の佐々木委員長と成田書記長が辞任に追い込まれるなど、野党にとっては何としても阻止したい因縁の法案であったことに求められる。さらに七二年は総選挙が予定されており、支持基盤である労働組合の意向が野党の方針に非常に影響を与えた。このことも野党の姿勢を硬化させたことの原因として考えられる。健保法改正に対する総評や同盟の強い反対姿勢に、野党も同調せざるを得なかったのである。しかも参議院の社労委は社会党議員が委員長を務めていたこともあって、与野党の折衝は難航した。こうした状況下にあったため、結局健保法改正案は与野党間の妥協点が見出せず廃案となってしまったのである。

医療基本法案は五月二十六日に国会に提出されたが、衆議院の社労委に付託されたのは六月六日であった。週二回の定例日すべてで審議を行ったとしても一六日の会期末まで四回しかなく、法案が可決される見通しは実質的に全くなかった。しかも参議院では健保法改正案の審議が継続されており、他の法案を扱う余裕はなかった。実際の医療基本法案は、実質的な審議にも入らぬまま廃案となる「放置型」の審議過程⁷³をたどった。国会に提出されたにもかかわらず全くあるいはほとんど審議もされずに廃案になるのは、（はじめから成立の見込みの低い）野党の議員提出法案によく見られるが、政府提出法案でもまれに見られる。通常政府提出法案は優先して審議されるので、放置されることは珍しい。しかし、政府の立場上やむを得ず出されたが与党は必ずしも賛成ではなく、野党も反対しているといった場合にそのような経過をたどる。医療基本法案はその典型で、野党側の要求を受け入れて健保法改正案の審議を円滑化するために政府・自民党が形式的に提出した法案であり、廃案となるのはあらかじめ運命づけられていたとさえ言えるであろう。⁷⁴

与野党対決の重要法案であった健保法改正案を成立させるため、自民党が野党の要求をのむ格好で医療基本法案の国会提出を行うことを決めた。その結果として、日本医師会の反対があつたにもかかわらず、医療基本法案は上程されたのである。このことは野党の国会での影響力、抵抗力の強さを表すものとしてとらえられよう。⁷⁵だが法案提出はあくまで形式的なものにすぎず、国会に提出され社労委に付託されたのは会期末であり、実質審議入りは難しいと見られていた。自民党は法案を成立させる推進力を持たず、野党側も自らの提出要求にもかかわらず、実際に基本法案が提出されると反対の姿勢をとった。政府案では「医療の社会化」が不十分であると見なされたからである。また先議案件である健保法改正案も参院で再び与野党がもめ、健保問題に「リンケージ」⁷⁷された医療基本法案の可決成立の見込みはほとんどなかったのである。

第三節 国の雰囲気

キングダンは国の雰囲気 (national mood) を政治的要素の一つとしてあげている。⁽²⁸⁾ 国の雰囲気は時として社会運動などとも結びついて明確な形を表す場合もあるが、たいていは曖昧模糊としたものであり、それがどこに存在するかを明確に言い当てることはできない。だが国民全体に広がるある一定の傾向や風潮は確かに存在しており、例えば一九七〇年代後半に顕著となった規制緩和政策は、小さな政府を求める当時の「時代の空気」に敏感に反応した結果であった。政策形成者はそうした雰囲気を感じ、それに見合う特定の政策案をアジェンダに引き上げる。国の雰囲気や思潮、世論の動向といった漠然とした要素が、政策形成に重要な役割を果たしているのである。

それでは医療基本法案をめぐる当時の国の雰囲気はどうであつたらうか。法制化を後押しするような時代の空気は流れていたのであろうか。今から三〇年前の様子を正確に抽出することは非常に困難であるが、健康保険の赤字問題に関しては、例えば社会党などは健康法改正論議の前提条件として医療供給体制の見直しを要求し、一般紙の論調も、健保の赤字対策を優先し医療制度全体の改革案を示さない政府に批判的であつた。

ところが実際には、医療制度全般の見直しを意図した医療基本法案が政府から提示された後も、マスメディアの批判的な論調に変化は見られなかつた。厚生省の医療基本法試案に対して、例えば当時の朝日新聞は、日本医師会寄りの案である、国の医療保障責任を放棄している、具体性に欠ける、医療計画の実効性も疑問、といった識者の意見を掲載するなど批判的な立場を示している。⁽²⁹⁾ また一般的には、健康保険制度に対する関心は非常に高く、健保法改正案が重要法案として位置づけられている一方、医療基本法案に関しては新聞紙面上でも扱いは小さく世論の関心は希薄なままであつた。

一般紙の記事から判断する限り、当時の世論は、基本法制定の必要性は認識されていたものの概して関心は薄く、数少ない新聞記事でも政府案に対しては批判的な論調であり、法制化を推進させる空気は醸成されていなかった。

したがって、同法案が成立する可能性は、国の雰囲気という観点からも低かつたと言えるだろう。

以上の分析から、「政治の流れ」において、医療基本法案を成立させうる条件が整っていなかつたことが要因となつて、「政策の窓」が開いたにもかかわらず三つの「流れ」が合流できず、政策が実現されなかつたことが明らかになつた。

終章 合流されなかつた流れ

最後に、医療基本法案の廃案までの様相をまとめその要因について考察し、医療供給政策過程のパターン化される部分を抽出してみよう。

「問題の流れ」においては、保険医総辞退という「問題」の発生によって「政策の窓」が開かれ、医療基本法の制定が決定的アジェンダとなつた。「政策の流れ」においてもすでに諸アクターによる政策代替案の提示がなされており、法制化に向けた動きは加速された。三つの「流れ」の内、「問題」と「政策」の各流れでは、準備が整つたのである。しかし、結果的には基本法案は廃案となつてしまつた。したがって、医療基本法案が廃案となつた要因は、残された要素である「政治の流れ」に求めることができるであろう。

第一に、法案の立案過程において日本医師会が厚生省の試案内容に難色を示し両者の交渉が難航した結果、基本法の最終案がまとまるまでに時間を要し、国会提出が危ぶまれた。このことは医療政策における日本医師会の政治的影響力の強さを示していると考えられる。

第二に、日医の反対で上程が危ぶまれたにもかかわらず、(会期末とはいへ) 国会に提出されたのは、野党側の要求に起因する。国会で審議中の健康保険法改正案を通過させるために、自民党が野党側に突き上げられる形で、医療基本法案を提出した。野党側は健保法改正案の審議入り条件として、基本法の国会提出をあげていたからであ

る。しかしこの国会提出は国会戦術上の形式的なもので、時期も会期末であり、成立する見込みは低かった。実際、基本法案は実質審議に入らぬまま廃案となったのである。

そして第三に、世論も政府の医療基本法案には高い関心や賛意を示しておらず、基本法制定に向けた動きが活発化しなかった。以上の三つの政治的要素が、医療基本法案の成立を妨げた要因として考えられる。その結果、「政策の窓」は開いたものの、問題・政策・政治の三つの流れが合流できず、医療基本法案は成立しなかったのである。また、「政策の窓」モデルを援用することによって、医療供給政策の政策過程における一定程度のパターンが、次のように析出される。まず、医療基本法案の政策過程において、問題・政策・政治の三つの流れが各々独立して存在していることが確かめられた。「問題の流れ」では、保険医総辞退という事件の発生が医療基本法の策定を政策形成者に認知させ、躍動的な動きが見られた。他方、「政策の流れ」はこれとは別に、医療計画に関する代替案が「原子スープ」の中で生成し進化していた。問題の流れと比較すると増分主義的な展開過程が見られた。また、「政治の流れ」もこれら二つの流れとは別個に存在していた。日本医師会の政治的影響力の行使や、自民党や野党の対応は、問題や政策の流れとは別の次元で行われるからである。そして、諸制約によって三つの流れが合流しなければ政策は実現しない⁽⁸⁰⁾ということも確認された。それらに加え、「政策の流れ」の中で各アクターの政策案を丹念に分析することにより、地域医療や医療計画についての認識を深め、とくに厚生省と日本医師会が基本法案をめぐって対立した理論的背景を理解できたであろう。

今後は、医療基本法案と同様の内容を持ちながらも法制化に成功した第一次医療法改正（一九八五年）の政策過程を、本稿と同一の分析枠組みである「政策の窓」モデルで分析し、両者の相違を比較することによって、政策変化の要因を考察することが課題となる。

注1 なお、省庁や政府審議会、国会委員会の名称、政党名、役職、与野党の構成等はすべて事例当時のものである。

- (2) 厚生省五十年史（一九八八・記述編）一〇二〇—一〇二二頁、「医療基本法案」厚生省医務局編（一九七六・資料編）二二九—三三二頁。
- (3) Kingdon (1995)。
- (4) Kingdon (1995) p.165。
- (5) 「政策の窓」モデルの詳細とその適用可能性については、拙稿（二〇〇二）を参照。
- (6) 有岡（一九九七）二八二—二八三頁。
- (7) 厚生省五十年史（一九八八・記述編）一三四〇—三四二頁。
- (8) 有岡（一九九七）二八四頁。
- (9) 有岡（一九九七）二八四頁。
- (10) 厚生省五十年史（一九八八・記述編）一三四一—三四二頁、有岡（一九九七）二九一—二九二頁。
- (11) 有岡（一九九七）二八五頁。
- (12) 総辞退の標的は組合健保であり、国民健康保険は対象からはずされた（有岡「一九九七」二八七頁）。
- (13) 厚生省五十年史（一九八八・記述編）一三四二頁、有岡（一九九七）二九二—二九三頁。
- (14) 厚生省五十年史（一九八八・記述編）一三四二頁。
- (15) 有岡（一九九七）二九三頁。
- (16) 当時の「日医ニュース」および、武見（一九八三）、有岡（一九九七）では、両者の公開会談は計四回開かれたことになっている。これは、七月三日に、竹下登官房長官、中山伊知郎一橋大学名誉教授が同席してフジテレビで行われた会談が含まれているためである。しかし、当時の一般紙（朝日「日経」）や「厚生省五十年史」では同会談はカウントされていないため、本稿もそれにしたがった。
- (17) 有岡（一九九七）二九五—二九六頁、「朝日」夕、一九七二年七月二八日（二面）、「日経」一九七二年七月二九日（二面）、「日医ニューズ」一九七二年八月五日（第三八号）一面。
- (18) 「朝日」一九七二年七月四日（四画）・七月二六日（二面）、「日経」一九七二年七月二六日（二面）。
- (19) 「朝日」夕、一九七二年七月二日（二面）。
- (20) 分類にあたっては、橋本正己（一九七八）による類型化（①管理医学的技術論的系譜、②社会医学的系譜、③公衆衛生的系譜）を参考にした。
- (21) 野村（一九七六a—II）二六九—二七〇頁。
- (22) 杉山（一九九五）一九二—一九七頁。
- (23) 「医療機関整備計画」は、厚生省医務局編（一九七六・資料編）一八八—一九九頁に所収。厚生省五十年史（一九八八・記述編）六八五頁、倉田・林（一九七七）一一頁も参照。
- (24) 宗像（一九七七）一六頁。計画案の内容は、倉田・林（一九七七）二二—二六頁。ヒル・バートン法については、姉崎（一九七八）一〇一一—一〇二頁を参照。

- (25) 厚生省五十年史(一九八八・記述編) 六八六頁。
- (26) 宗像(一九七七) 一六頁。
- (27) 倉田・林(一九七七) 二二―二三頁。
- (28) 田中(一九七六a) 四〇―四二頁、四六―四八頁。
- (29) 橋本(一九七五a) 六五頁、山下(一九八四) 五六頁。
- (30) 厚生省公衆衛生局保健所課編(一九六二)。
- (31) 山下(一九八二) 五七頁、橋本(一九七八b) 六三頁、丸山(一九七八) 六四八頁。
- (32) 日本医師会の地域医療論の整理にあたっては、野村(一九七三)(一九七六a-Ⅱ)(一九七六b)を参考にした。
- (33) 日本医師会編(一九六七)『国民医療年鑑(昭和四二年版)』一三〇―一四二頁。
- (34) 時間的な流れから言えば、包括医療論が先にあり、それから派生したものが管理医学論である(野村「一九七六b」九一頁以下)。
- (35) 野村(一九七二) 四六頁、野村(一九七六b) 九一―九五頁。
- (36) 「医療総合対策」は日本医師会編(一九七〇)『国民医療年鑑(昭和四五年版)』二六九―二七五頁に所収。以下の内容と引用箇所は同書による。
- (37) 「医療総合対策」二八八頁。
- (38) 「医療総合対策」二九五―二九六頁。
- (39) 「医療総合対策」二九九―三〇一頁。
- (40) 「医療総合対策」三〇〇・三〇九頁。
- (41) 「医療総合対策」三〇九頁。
- (42) 「医療基本法第一草案」は、日本医師会編(一九七〇)『国民医療年鑑(昭和四五年版)』二〇三―二〇六頁に所収。
- (43) 武見太郎の造語と言われている。その内容については、日本医師会編『国民医療年鑑』に掲載されている武見の諸論稿や、日本医師会医事法・社会立法委員会研究報告「医師における自由と法」(日本医師会編(一九八三)『国民医療年鑑(昭和五七年版)』四〇五―四三三頁を参照。概説としては、池上・キャンベル(一九九六) 二九・三一頁を参照。
- (44) 梅澤(一九九八) 九〇頁。
- (45) 「社会保障基本法案」は、日本社会党(一九九〇)三〇二―三〇八頁に所収。
- (46) 「医療の社会化」という言葉は、一九二六年に東大の社会医学研究会が発行した著作の題名に端を発している。彼らは、①医療の普及、②医療の公営化ないしは非営利化、③医療費負担の社会化、④医療業務の社会的組織化、⑤医療制度の民主化、などを「医療の社会化」の課題とし、医療サービスの機会均等化と、疾病の社会的環境的要因と予防も重視した社会医学への転換を主張した(野村、一九七六a-Ⅱ、一五三―一五四頁)。ただし社会党の理論はそれらとは若干異なり、医療の国営化により重点が置かれたものとして理解されている(野村「一九七六a-Ⅱ」一五五―一六三頁。なお「医療の社会化」一般について、詳しくは佐口(一九八二)を参照。
- (47) 一九七三年の医療保障基本法案(社会・公明・民社党共同提案)国会提出時の社会党議員による説明(資料日本社会党「一九九五」四九

九頁

- (48) 『社会保険旬報』一九七二年四月二日号(第一〇二二号)二〇頁。同医療基本法案は、同誌三三―三七頁に所収。
- (49) 『社会保険旬報』一九七二年四月二日号(第一〇二二号)三三頁。
- (50) ただし社会党自身は「包括医療」という言葉は用いていない。
- (51) See Kingston(1996) ch.6.
- (52) 事実経過については、「朝日新聞」『日本経済新聞』『社会保険旬報』『週刊社会保険』『日医ニュース』『日本医師会雑誌』を参照したが、煩雑になるため逐一典拠は示していない。
- (53) Kingston(1996) ch.7.
- (54) 小島(一九七九) 一三四頁。
- (55) 村松他(一九八六) 二六〇頁。
- (56) 田口(一九六九) 一六九―一七〇頁。
- (57) 田口(一九六九) 一五五―一五六頁。
- (58) 田口(一九六九) 一八八―一九〇頁。
- (59) 田口(一九六九) 一六五―一六九頁。
- (60) 田口(一九六九) 一九三―一九四頁。
- (61) 田口(一九六九) 一九三―一九四頁、一九九頁注記(五)。
- (62) 田口(一九六九) 一九四―一九八頁。
- (63) 『日医ニュース』一九七二年二月二〇日(第二五二号)一面。
- (64) 村川(一九八二) 四七頁。
- (65) 岩井(一九八八) 一六七―一六八頁、村川(一九八二) 五六―六八頁。
- (66) ただし社会党など野党にも医系議員が存在しており、彼らが国会で法案の審議進行や可決成立を阻止する可能性は否定できない(田口「一九六九」一九六―一九七頁)。また、自民党の医系議員らが巻き返しを図り、廃案とはならなくても法案修正がなされることはありうる。
- (67) 武見(一九八三) 一九五頁。
- (68) 健保法改正案の他にも、いわゆる国鉄運賃値上げ法案についても与野党が対立し国会審議が紛糾していた(「日経」一九七二年五月二七日一面)。
- (69) 有岡(一九九七) 三〇二頁。
- (70) 『朝日』一九七二年六月一六日(四画)。
- (71) 以下の説明は、つぎに例示する当時の一般紙の記事・社説、専門誌の記事を主に参考にした。「朝日」一九七二年六月一六日(四画)、「日経」一九七二年六月一七日(二画)、「社説 醜態をさらけ出した通常国会」『朝日』一九七二年六月一七日(五画)、「動向 健保改正

ついに廃案」『社会保険旬報』一九七二年六月二二日号(第一〇四四号)二二―二三頁、「編集部座談会「健保廃案」の後のもの」『社会保険旬報』一九七二年七月一日号(第一〇四五号)四―一二頁、「特集 健保改正案が審議未了で廃案」『週刊社会保険』一九七二年六月二六日号(二六卷六七五号)二八―三三頁。

- (72) 有岡(一九九七)三〇五頁。
- (73) 浅野編(一九八八)は国会の法案審議過程を、①平穩型、②条件型、③対立型、④放置型に分類している(二七八頁以下を参照)。
- (74) 浅野編(一九八八)一八七―一八九頁。
- (75) 既述の通り日本では与党審査制度が確立されているが、中にはこのように廃案含みで与党承認・国会土程される法案もあることを示している。
- (76) 国会における野党の影響力については、岩井(一九八八)第六章、福元(二〇〇〇)を参照。
- (77) 「リンケージ」の概念は福元(二〇〇〇)による。国会用語では「取引」、「括処理」、「人質」などと呼ばれており、与党が成立を望む法案と野党が望む法案とを結びつけて取引材料にする国会戦術の一つである(八六頁)。
- (78) Kingdon(1995) pp.146-149.
- (79) 『朝日』一九七二年一月一日(四画)。
- (80) Kingdon(1995) p.207.

参考文献

* 一般紙(縮刷版)に関しては、注記中、「朝日新聞」＝「朝日」、「日本経済新聞」＝「日経」と略記した。なお新聞名の直後に付された(夕)は夕刊を指す。それ以外のはすべて朝刊である。

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

朝倉新太郎・日野秀逸他(一九九〇)『講座日本の保健・医療(第三卷)地域と医療』労働旬報社。

浅野一郎編(一九八八)『立法技術入門講座(第一卷)立法の過程』ぎょうせい。

姉崎正平(一九七八)『海外における地域保健医療の動向』保健・医療社会学研究会編『保健・医療社会学の展開―地域社会と保健医療問題』恒内出版、七三―一〇七頁。

有岡二郎(一九九七)『戦後医療の五〇年―医療保険制度の舞台裏』日本醫事新報社。

池上直己・ジョン・C・キャンベル(一九九六)『日本の医療』中公新書。

岩井幸信(一九八八)『現代政治学叢書(二)立法過程』東京大学出版会。

梅澤昇平(一九九八)『現代福祉政策の形成過程』中央法規出版。

川上武(一九七八)『医療社会学と開業医(下)』『社会保険旬報』一九七八年二月二二日号(第二二六九号)一〇―一五頁。

倉田正一・林喜男(一九七七)『地域医療計画』篠原出版。

郡司篤晃(一九九二)『地域福祉と医療計画』『季刊社会保険研究』二六卷四号、三六九―三八四頁。

健康保険総合連合会編(一九七七)『健康保険制度の抜本改革関係資料(第六八通常国会をめぐっての動きを中心として)』厚生省医療局編(一九七六)『医制百年史(記述編)(資料編)(付録)』ぎょうせい。

厚生省公衆衛生局保健所課編(一九六一)『保健所管理』日本公衆衛生協会。

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

小島和夫(一九七九)『法律ができるまで』ぎょうせい。

小山路男(一九八五)『戦後医療保障の証言』総合労働研究所。

佐口卓(一九八二)『医療の社会化(第二版)』勁草書房。

衆議院、参議院編(一九九〇)『議会制度百年史(国会史)(中巻)』大蔵省印刷局。

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

菅谷章(一九八二)『日本の病院』中公新書。

杉山章子(一九九五)『占領期の医療改革』勁草書房。

田口富久治(一九六九)『圧力団体』としての「医師会」田口富久治『社会集団の政治機能』未来社、一五八―二〇一頁。

武見太郎(聞き書き・有岡二郎)(一九八三)『実録日本医師会』朝日出版社。

田中恒男(一九七六a)『地域医療の理論と構造』勝沼晴雄監修・田中恒男編『医療学序論』篠原出版、四六―九三頁。

田中恒男(一九七六b)『地域保健・医療』勝沼晴雄監修・田中恒男編『医療学序論』篠原出版、一三五―一三九頁。

谷勝宏(一九九五)『現代日本の立法過程―一党優位制議会の実証研究』信山社出版。

西岡晋(二〇〇一)『医療政策過程分析の枠組み―「政策の窓」モデルの可能性』『早稲田政治公法研究』第六七号、五七―八七頁。

日本医師会編(一九六二)『国民健康保険読本―現状と問題点』。

日本医師会編(各年)『国民医療年鑑(各年版)』春秋社。

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

日本社会党『日本社会党政策資料集刊行委員会・日本社会党政策審議会議編』(一九九〇)『日本社会党政策資料集』日本社会党中央本部機関紙局。

野村拓(一九六八)『講座医療政策史』医療図書出版。

野村拓(一九七二)『講座現代日本の医療政策』医療図書出版。

野村拓(一九七六a)『医療政策論攷I・II』医療図書出版。

野村拓(一九七六b)『日本医師会』勁草書房。

橋本正己(一九六八)『地域保健活動』医学書院。

橋本正己(一九七五a)『地域保健活動の動向と課題』医学書院。

橋本正己(一九七五b)『保健所問題の経緯と課題』『公衆衛生』三九卷四号、二二〇―二二六頁。

- 橋本正己(一九七八a)「地域保健・医療論の系譜」保健・医療社会学研究会編『保健・医療社会学の展開―地域社会と保健医療問題』恒内出版、四二―七二頁。
- 橋本正己(一九七八b)「市町村保健計画の経緯と課題」『公衆衛生』四二巻一〇号、六二―六三頁。
- 橋本正己(一九八二)『公衆衛生現代史論』光生館。
- 長谷川俊彦(一九九八)「地域医療計画の効果と課題」『季刊社会保障研究』三三巻四号、三八―三九頁。
- 福元健太郎(二〇〇〇)『日本の国会政治―全政府立法の分析』東京大学出版会。
- ブリッジマン、R・F(谷村英彦訳)(一九六七)『病院の地域化』鹿島研究所出版会。
- 丸山創(一九七八)「市町村保健計画と保健所」『公衆衛生』四二巻一〇号、六四―六五頁。
- 宗像恒次(一九七七)「へき地における保健医療審給問題(八)」『社会保険旬報』一九七七年八月一日号(第二二二三号)一四―一七頁。
- 村川一郎(一九八二)「政治過程と政党」村川一郎・福岡政行他『現代の政治過程』学陽書房、四七―七七頁。
- 村松岐夫・伊藤光利・辻中豊(一九八六)「戦後日本の圧力団体」『東洋経済新報社』
- 山下節義(一九八二)「地域保健・医療計画をどうたてるか」西尾雅七監修『現代の地域保健Ⅰ』法律文化社、五六―七三頁。
- 山下節義(一九八四)「地域保健活動の壁」青山英康編『明日の医療② 地域医療』中央法規出版、四六―六九頁。

(行政学専修)