

**地方政府と医療行政  
— 政府間関係における政策の展開 —**

宗前清貞

**Medical System and Inter-Governmental Relations:  
Historical Analysis of Multi-level Governance in Health Care Policy**

Kiyosada SOMAE

*School of Policy Studies, Kwansei Gakuin University, 2-1 Gakuen, Sanda, Hyogo 669-1337, Japan*

(Received November 15, 2018; Accepted December 21, 2018)

## 地方政府と医療行政 — 政府間関係における政策の展開 —

宗前清貞\*

### Medical System and Inter-Governmental Relations: Historical Analysis of Multi-level Governance in Health Care Policy

Kiyosada SOMAE

*School of Policy Studies, Kwansai Gakuin University,  
2-1 Gakuen, Sanda, Hyogo 669-1337, Japan*

(Received November 15, 2018; Accepted December 21, 2018)

**Abstract** This article tries to clarify how important role sub-national and local governments play to promote health care policy nationwide. As have been studied, mutual-dependent Inter-governmental relations are required to build well-structured welfare state of which health care system functions as the core. Closer looking at health care system, however, local government does not have enough element to govern the policy; staff, hospital, and authority. Most clinics and hospitals in Japan are privately owned; few doctors as medical policy expert work for governmental office; government has very limited authority for facility and doctor arrangement. Since Japanese local governments have long been pursuing for preventive health care, they have ability for the programs including methods and trained staff. Progressing society aging, local governments will play more important role in terms of health care economy and more attention for the policy would be paid.

**Key words** — health care, inter-governmental relations, local governments, welfare state

## 1. 公共政策としての医療：問題の多義性

疾病は人間に突然ふりかかる災厄であり、それを慰め癒し人間の健康を維持・回復する技術と活動が医療である。時代を遡れば、日本の薬師寺やヨーロッパの修道院など宗教施設で医療行為が実践された。技術の水準が低かった当時の医療は宗教と不可分の関係にあり、祈りや呪術こそが医

療であった。こんにちの医療は安定した科学技術<sup>1</sup>として認知され存在するが、種々の問題も抱えている。たとえば医療費をめぐる受益と負担のギャップは、少子高齢化した日本において医療経済上の問題である。治療情報の提供と患者の同意というインフォームド・コンセント (IC) のあり方は、医療者と患者の間に大きな食い違いを生んでいる<sup>2</sup>。また、医療環境に恵まれた都市部でも産婦人科のような診療機能が不足し、市民生活に

\* 関西学院大学総合政策学部 e-mail: somae@kwansai.ac.jp

<sup>1</sup> ここでいう安定とは、医療行為が標準化されていることを意味する。特定の病理現象に対して標準治療が確立し、そうした治療によって概ね治癒が期待される状態が安定である。ただし医療の本質が応用生物学であって、人間の生体メカニズムが完全に解明されたわけではないこと、また生物である以上個体差が存在するため標準治療といえども常に成果が期待できるものではないことは留意しなければならない。

<sup>2</sup> ICをめぐる初期の「食い違い」は、パターナルな使命感と専門知識に基づき治療方針の決定権を医師が独占する一方、患者の自己

大きなリスクをもたらすことがある。ある種の患者にとっては、海外認可薬を国内で利用できないドラッグ・ラグこそ文字通り命がけの課題である。

このようにランダムに例示してさえ、医療に関連する個別の問題は存在しても、「医療問題」として総括できる単一の公共的課題は存在しないことは明らかであり、さらに言えば列挙した課題は相互排他的でさえある。ICの丁寧な実施は医師の時間という医療資源を奪い、不足している小児科や産科の受診機会を減らすかもしれない。ドラッグ・ラグの解消に向けて薬剤承認規制を緩和すれば、薬剤アクセスが改善されて治療の選択肢は広がるが薬剤費上昇を招く可能性がある。診療機能の偏在を是正するために不採算診療科に対する補助を行えば、住民福祉は向上するが住民全体の負担は増すだろう。

本稿は医療制度に対する公的関与の主体として、地方政府に着目し、医療政策はどのように具現化されていったかを検討する。まず公的制度としての医療システムを概観し、福祉国家化が進展する中で政府はどのように医療システムに（特に医療供給と医療経済の両面から）組み込まれていったかを明示する。次に、政府が活用する具体的な手段（設備と人員、そして権限）に着目し、地方政府はどのように医療制度を具体化していくのかを整理する。また、時代によって変化する政策環境に応じて、地方政府が医療政策をどのように変化させたか（あるいはさせなかったか）を観察し、そうした限界や制約、環境変化を考慮に入れた上で地方政府の将来的な医療実践の方向性を最後に示したい。

## 2. 医療制度の理解

医療制度とは、医療を安定的かつ経済的に国民に提供するため、政府が構築する手段の束を言う。医療は19世紀半ばの科学的ブレイクスルーを経て「あてになる技術」として社会的存在価値を高めたが、高度化したことで医療の位相は複雑化した。ここでは医療を理解するための基本的な2つの視座、すなわち医療の供給と医療の経済保障について概説する。

### 視点 (1) 医療供給システムの構築－医療者と場の提供

医療とは、冒頭で述べたように疾病で苦しむ患者に対して癒しと慰めを施す具体的な営みであって、それを実行するには医療者（医師を中心とした医療技術者）がいなければならない。「あてになる技術」として近代医療の発達過程を観察すると、外科医学の高度化が顕著な特性として指摘しうる。そして外科に代表される近代医療は、人体侵襲（手術）や生体介入（薬剤治療）という本質的に危険な行為を伴う。また、クライアントである患者が提供されるサービスの品質判定を行えない情報の非対称性が存在する。そもそも眼の前で治療を行っている医師は相応の技術を有しているのか否か、あるいは医師が実施する治療は治療の期待しうる最適な措置なのか否かを、医学知識のない患者が受診している時点で適切に判断することは困難であり、また不適切な医療を受けた患者は生命の危機に直面する点で一回性が高い<sup>3</sup>ため、医療の質は構造的に保障されなければならない。具体的には、医療者の資格認定や養成課程の整備について、十分な専門知識を有する主体が実質的判断に関与して医師と医療行為の質を保障する。このことが医療制度に対する社会的信頼を維

決定権が対置されることへの異議申立の「権利」として理解された（熊谷 2013:218）。他方で、近年では医療者と患者のコミュニケーション・ギャップに注目する傾向が強い（野口 2002：34-50 頁）。

<sup>3</sup> 一般に市場メカニズムを通じたサービスの適正供給は試行錯誤を通じて劣悪な供給が淘汰させることが前提となっている。これを医療に当てはめれば、劣悪な医師は数多の失敗によって購入者の評判を落とすので淘汰されることになるが、(1)「失敗」とは患者の生命リスクを含む概念であり社会的に容認できないこと (2) 淘汰される過程の「時間」概念が考慮されていない。筆者は医療や教育などが持つ「取り返しのつかなさ」を一回性と表現している。

持する最も一般的な手法である。したがって、医療供給の理解には、まず「医療専門職の供給がどのように行われるか」というヒトの供給についての視座が必要なのである。例えば、医師免許は一般的に政府が認可することが一般的だが、他方で個別診療科における専門医の認定など医療内部のテクニカルな判断については専門家集団の自治に委ねる方が合理的といえる。アメリカのように、分野別医師集団による専門医認証がメゾレベルないしマイクロレベルの医師供給を実質的に制約する事例もある。わが国では厚生労働省医政局が中心となって医事行政全般を管理し、また医師養成は文部科学省高等教育局が主管している。連邦制度を採るアメリカやカナダなどでは、国ではなく州レベル政府が医政・医育を所管する。こうした差異は主に政治体制の違いから生まれるが、その背後には行政制度の形成が分権的に整備されたか否かといった、その国固有の政治史的経緯が存在する。

医療の実践は医師によって行われるが、患者から見て診療を受けるのは医療機関という「場」である。プライマリ・ケアは、開業医個人が保有する診療所で実践されるので、場と人は一体化しているが、高度な治療は大規模な病院や複数の診療科を保持する総合病院、あるいは特定疾患の対応に特化した治療センターなどで実施される。すなわち、医療供給体制は複数レベルの「場」の集積によって成立しているので、医療供給の理解には医療機関の分布という視点を持つことが重要なのである。たとえ医療者が十分にいたとしても、患者にとって実際にアクセス可能な場所に医療機関が存在しなければ、医療制度の実効性は伴わな

い。つまり、どこにどれだけ病院や診療所が配分しているかという「医療機関をどのように配置するか」という視点がハコの供給に関する視点である。例えば、へき地や離島のように人口規模は小さいが近隣の医療機能に依拠することが出来ないような、あるいはその土地が持つ経済力によって自然に医療職を引きつけることが出来ないような場所では「政策的<sup>4</sup>」に医療機関を配置する必要があるし、医師の集積が期待できるような都市部のプライマリ・ケアに関しては公的資源投入を控えて私立医療機関の整備に依拠したとしても公共の福祉を阻害することにはならない。重層的な医療ネットワークの実現に向けて、国家・政府が資源を投入する程度が医療機関形成の公的関与であるが、わが国の医療ネットワークの特性としては、自由開業制を基礎としている。これは医師たちがどこでどのような診療科の医療機関を開設するかは自由であるという原則であるが、歴史的には近世の医師が自らの診療所で診療実践していた経緯を背景としている。わが国では病院の原型となる施設が不在であり<sup>5</sup>、また医師は個人的な師弟関係で知識・技術を伝承していた。さらに医師の収入は調剤薬の課金に依存していた<sup>6</sup>。そのため、近代化の過程を通じて病院のような近代的設備を有する施設の整備は軍や国・府県・市・官立大学などの政府機関、そして日本赤十字社や済生会などの外郭団体が行うものの、医療の中心は個人医師が開設している診療所が担っていた。その意味で、わが国の医療は受療の自己責任原則が根底に置かれていると考えることもできる<sup>7</sup>。また第二次大戦後にわが国で病院・病床が拡張された際にも、公的医療機関を中心とした体制ではなく

<sup>4</sup> 医療における「政策的」という表現は、市場メカニズムでは回収できない医療ニーズに対して、公費を投入してでも公益の観点から対処するという趣旨で使われる。

<sup>5</sup> このことはキリスト教会が設置したゲストハウスおよびそれに附属する医学校から成り立っているヨーロッパ型の医療とは対照的である。なおわが国でも悲田院や小石川療養所のような病院の原型が無かったわけではないが、あくまで例外的存在であって医療体制の根幹をなしていたとは言い難い。

<sup>6</sup> いわゆる「医は仁術」とは治療費自体を無償としつつ、患者の資力に応じて調合した漢方薬の代金を回収していた。その意味で僧侶が法事に際しお布施を受け取る状況に類似しているが、こうすることで医療が本質的に持つ「サービスの切り売り」という職人性が隠され、社会的地位の向上と経済的安定の両立が図られた。ただしこの結果、医療が近代化する過程でモノ（薬剤費や材料費）と技術（診断や治療行為自体を有償化すること）の分離が進展せず、特に診療報酬体系が診療所を前提として構築された結果、大規模病院を中心とした医療分業体制を構築するインセンティブは欠落することとなった。

<sup>7</sup> こうした責任の転嫁を医療史家の川上武は「低医療費政策」と呼んでいる（川上・小坂 1992：28-32）。

診療所の拡大版としての中小規模病院が乱立した点で、現代医療は依然として開業医主体の自由診療制が基本となっている。

本項におけるわが国の医療供給の特性をまとめると、医師をはじめとする医療職の認定は国家資格として政府が独占的な権限を有し、また養成についても政府の関与が大きい<sup>8</sup>。一方、免許は終身資格で維持認定について政府が関与する度合いは小さい。また、医療機関の開設については後述するように若干の制限があるとは言え、診療科の配置も含めて国家が有する機能は小さい。国家に裏付けられた高度の専門職として、医師が比較的自由にふるまえるのが日本の医療供給体制の特性だといえる。

## 視点 (2) 医療保障制度の形成－医療アクセスの経済的保障

前項で指摘した医療供給の視点とは、治療を実施する「ヒト」と「場」の整備に関するものだった。他方、医療は経済行為でもある。19世紀末から20世紀にかけて医療が高度に発達した<sup>9</sup>ことで費用が高騰し、負担の問題が顕在化する一方、医療はいまや「あてになる技術」へ変貌し、受診機会の有無が生死に直結する。その意味で、受診機会を経済的に保障することは新たな社会的公平の課題となった。このことを国家の福祉機能拡大の観点から歴史的に概観してみよう。

資本主義の発達には工業化や都市化を伴ったが、労働者保護を含めた社会保障機能の弱い近代初期において、疾病は失業をもたらす、失業は貧困に直結していたので、端的に言えば疾病自体が社会

不安の主因であった。そこで資本主義体制の保全を図る公的介入として確立した制度が社会保障である。わが国においては、工場法<sup>10</sup>（1911年制定、16年施行）を端緒として、被用者を対象とした健康保険法（1922年制定、27年施行）、主に農村部を対象とした国民健康保険法（1938年公布及び施行）などが成立し、さらに被用者保険の適用対象拡大<sup>11</sup>や国保設立を促進し被保険者範囲を広げることで疾病保障を普遍化させる方策が戦中期に実施された。戦後しばらくは国保の休眠状態が続いたが、1947年ごろから徐々に保険診療が普及し、1958年に国保事業は義務化され世界で6番目の国民皆保険制度が完成した（3年の猶予期間があったため制度発足は1961年）。

保険は参加者の保険料をプールすることによって治療費を賄う仕組みなので、リスクの集団化による患者個人の経済的救済にその本質があり、再分配機能は制度として内蔵されていない。また収支のバランスを図るために、保険契約が許容する医療行為の範囲を定めて支出を抑制しようとする。専門職たる医師は、自らの裁量を狭める制約を嫌うので、自由開業医制においては保険診療が本来浸透しにくいはずである。事実、我が国でも当初は医師たちが保険を嫌い、あるいは軽視していた。しかし、国民（特に男子青年と乳幼児）の健康状態を向上させることは、高度国防国家建設を目指す中では欠かすことの出来ない要素であり、国家総動員体制を構築する中で健康保険制度が全国的に導入されていった。戦後しばらくは休眠状態に陥る国保組合が続出したが、単価の改定や支払い制度の改善、税としての国保料徴収が認

<sup>8</sup> 日本の医学校は82校あり、うち52校が国公立政府系（防衛医大と自治医大を含む）、30校が私立である。国公立系の6年間学費は400万円程度なので（防衛医大や自治医大は義務機関があるため無償）州立であっても専門職課程に高額な学費を請求する北米などの大学と比較して、日本では医学部進学に家計の状況が直結していないように医育システムが設計されている。

<sup>9</sup> 19世紀の中頃には、（1）アメリカで麻酔の実用化が図られる一方、（2）大陸ヨーロッパで外科における消毒の必要性（ゼンメルワイスら）が周知されるに至った。しかし最も重要な科学史的ブレイクスルーは（3）英独における細菌学研究所の発達である。フランスのパスツールとドイツのコッホによる細菌学研究によって、病理探索は飛躍的に深化し、また予防医学の精度も向上した。

<sup>10</sup> 工場法は労働者保護法制であるが、労災による遺族補償の規定（15条）があるため、疾病保険のさきがけとも考えられている。

<sup>11</sup> もともとは防貧・救貧対策として社保が導入されたため、比較的安定した処遇がなされていた職員（ホワイトカラー層）は対象外であった。また保険による診療報酬はかなり安かったため多くの開業医は保険診療を嫌う、あるいは施療と呼ばれる社会貢献活動に類するものと考えている風潮があった。後に職員層にも適用が拡張されたほか、炭鉱など被保険者の多い地域を中心に保険診療は引き合うという認識が開業医間に広まり、医療は疾病保険と共存するようになった。

められたことで、保険制度は戦後の混乱から徐々に回復した。さらに戦時中に軍医養成を主眼とした医育機関が拡大したことで医師数が急増し、戦後しばらくは医師の供給過多が続いた<sup>12</sup>。これらの要因が「追い風」となって、戦後の日本医療は偶発的に保険制度へ回収されることとなった。

医療の保険化は、医療政治におけるアクター関係を大きく変化させた。医療保険は戦前の人頭割単価方式<sup>13</sup>から点数単価方式に移行し、中央社会保険医療協議会（中医協）が設定する診療報酬体系に基づき積算方式で医療費が支払われることとなった。保険医療が医業収益の中心となることは、医療関係者の対立と調整が公定価格を決定する中医協で図られることを意味する。本来、疾病保険の政治過程では、被保険者や雇用主などの支払い側と医師たち医療側の対立が基本にあり、そこに裁定役あるいは場の設営役として医政官庁が介入する。ところがわが国の厚生省の場合、そうした役割に加えて中小企業従業員を対象とした政府管掌健康保険の保険者という二面性を持っていた<sup>14</sup>。また、後述するように医療機関の量的コントロール手段が存在しない日本の医療行政では、価格メカニズム以外に医療の量的統制を図る手段

がない。そのため、厚生省は支出を抑える動機を強く持っており、医療の政治過程においては支払い側と並んで供給拡大を抑制するアクターとして存在することになる。

一方、医療側の代表的アクターが日本医師会（日医）である。GHQは戦前から続く官許団体であった医師会を解散させ、新たに任意団体として日医を設立した。日医は開業医の利益を集約するとともに歯科医や薬剤師など隣接職の利益も代弁し、強力な圧力行動を展開した<sup>15</sup>。また医師会が影響力を行使していた時期は、疾病構造の転換・病院の拡張<sup>16</sup>などの衛生環境が大きく変化した時代でもあった。さらに経済成長によって所得分配が拡大した結果、増加した医療費を吸収することができた。そのため、本来日医と対立するはずの税・保険料負担者としての国民は、公衆衛生環境の拡張を支持しており、医療衛生環境の改善は社会全体の支持を調達した。すなわち、戦後の日本医療における日医は、供給の充実を目指す限りでは包括的利益を推進するアクターだったといつてよい<sup>17</sup>。

厚生省と日医の対立はしばしば激化し、特に1971年8月には日医が保険医総辞退という事実

<sup>12</sup> 日中戦争における地上戦の拡大は、軍医需要の急速な拡大をもたらした。一方、自由診療制下の医師は長期の修学に見合うような経済の魅力は必ずしもなく、医学部はそれほど人気のある進路でなかった。そこで軍部と政府は、旧制中学に直結した短期速成医学校である医専を設置した。その拡張は急激で、昭和20年4月の医学校入学定員は一万人を突破するほどだった。医専では高度な医学教育が行われないため卒業生は開業医になる道だけが残された。医師供給過多は昭和30年代初頭まで続いたと言われている。

<sup>13</sup> 設定された被保険者一人あたりの医療費単価に被保険者数を掛けたものを府県の保険医療費総額とした上で、社会保険に参加する診療機関の医療行為点数を集計し、個々の診療所にはその点数のシェアに応じて医療費を比例配分する。これが人頭割単価方式（あるいは人頭割請負方式）であり、保険事務は各府県医師会が担当した。事務費は概ね医療費の2割程度だったので、府県医師会財政は保険事務によって潤沢なものになった。一方で、人頭割単価方式は制度の特性から保険診療収入が不安定になり、総じて自由診療価格よりも廉価に設定された。

<sup>14</sup> 保険者としての厚生省は、当然ながら医療支出を抑制する制度的な動機を持つことになる。厚生省の低医療費政策に不信感を持っていた医療側は、こうした二重性を容認しなかったため報酬をめぐる政治過程は常に紛糾することとなった。ただし保険者であるがゆえに医療経済の実態に関して情報を取得できるという側面もあり、厚生省が保険者機能を内包していたのは政治過程の情報戦における有力な資源であった。後に厚生省内部に外局の社会保険庁を設立し、集金・支払い業務は同庁に「外部」化したのが、人事上の一体性は保持された。

<sup>15</sup> 医師会の政治性に触れた言説は数多あるが、代表例として田口富久治の『社会集団の政治機能』（1969、未来社）を挙げたい。田口は医師会の影響力が組織内議員を大量に生み出す集表能力にあると分析した。医師会は利益表出活動において行政ルートをスキップできるため、他の利益団体と異なって主管官庁の厚生省と真向から対立する立場を確保できたと述べている（同著、188-198頁）。

<sup>16</sup> 国民病と呼ばれた結核は、抗生物質の開発によって昭和20年代に克服され、一方で悪性新生物（癌）や交通外傷が顕在化したため、医療需要は端的に言えば呼吸器内科から外科へシフトした。この時期には日医の圧力によって医療金融公庫が設置（1960）され、病院開設費用のファイナンスが整備されたため空前の病院ブームが到来している。

<sup>17</sup> こうした「蜜月」は石油ショックの顕在化や高齢化の進行によって70年代中期から破綻する。伊藤光利が言うように「大企業労使連合」による労使負担の抑制が攻勢に転じ、医療費をめぐる政治過程において日医は主導権を失って行く（伊藤光利1988、高橋秀行1989）。

上の医療ゼネストに踏み切った。このような対立があまりに鋭くまた明示的だったために、医療をめぐる政治が診療報酬をめぐる政治過程と等視される傾向が強い。ただし前項で述べたように歴史的に考えれば、医療をめぐる政治には供給の管理と医療の経済的保障（疾病保険）の両面が存在している。地方政府における医療政策を考える際にもこの両要素を分析に加味しなければならない。

### 視点（1）再論：医療機関の整備と政府の関与

前二項で触れたように、医療とは物理的アクセス（ヒトとハコ）と経済的アクセスの双方を保障することで成立する。そして、アメリカのような民間保険を主体とする例外的なシステムを除けば、多くの先進国では政府が運営に責任を持つ社会保障制度を通じて医療に対する経済アクセスを保障している。一方で、医療機関の整備は政府が独占的に関与するものではないし、民間資本だけで構築できるものでもない。そこで本項では、医療体制の整備における政府の役割として、我が国における医療機関整備に絞って考える。

本節の1項で述べたように、医療の供給とは医療専門職と医療の「場」を提供することである。わが国では明治6年の医制発布以降、医師は医学校で受ける専門的訓練を経て免許を獲得することとされた<sup>18</sup>。中核となる医学校の多くは官公立であり免許授与に際して国家試験が免除されたが、いわゆる町医者を目指する多くの医学生は独学で学科を学んだり私立予備校に通学して実技を学んだりすることで、免許試験を突破した。その意味で医師養成は二極化（大学と専門学校の差を考慮すると三極化）され、しかも公的関与は限定的だった。戦前日本の診療実践の場の多くは診療所ない

しは個人病院であり、これらの医療機関における診療費は自費診療である。公的な扶助医療（いわゆる施療）は零細で、社会保障は大正から昭和にかけて社会不安抑制に向けた都市政策ないしは総動員体制完成に向けた体力行政の一環としてようやく拡充していったに過ぎない。医師養成と医療機関整備という医療供給のふたつの柱に国家が介入する余地は少なかった。これが、脚注3で言及した「低医療費政策」の帰結であった。

戦後となり、新憲法に基づくリベラルな福祉政策が希求される中で、健兵健民政策に代わる新たな理念で医療法が制定された。病院は、従来の10床以上から20床へ規定が変更され、総合病院や公的医療機関の考え方も同法に盛り込まれた。また、保健婦助産婦看護婦法のように、医師ではないが病院で必要とされる専門職の身分法が制定されたことは、法律上でも医療実践の中心が診療所から病院にシフトしたことの反映である。医療の中心は、実態はともかくとして病院であるべきだ、と構想されたのである。

先に述べた疾病構造の変容は、現実の医療中心を病院に移動させた。国民病と言われた結核が克服されたことで、呼吸器疾患の内科的治療に資源を集約する必然性が失われ、がんや脳神経疾患、あるいは新たな疾病として急増しつつあった交通外傷など急性期の外科対応が社会的に必要とされるようになった。ところで日本の病院は再三指摘するように民営が多いため、へき地や救急など不採算医療<sup>19</sup>をカバーできない一方、1962年の医療法改正によって公的医療機関の病床に対する上限規制が導入された。したがって国民の保健と医療供給の関係はきわめて繊細なバランスの上に運営されることとなった。また、学制改革当初は

<sup>18</sup> ただし正統な教育を経た医師が充足されるまで、一代限りの要件で漢方医に免許を与えた。また正規の医学校卒業生は試験が免除されるようになる一方、試験免許の多くは私塾（一部は済生学舎のように後に正規の医科大学に転じた）で訓練を受けたものに対して実施された。野口英世もこうしたルートを経た一人であり、医術開業試験は1916年まで実施された後に廃止され、医師養成は医学校ルートに一本化された。

<sup>19</sup> 医療界ではこうした不採算部門のことを、「市場ベースではない、公的介入が必要な医療」という意味で政策医療と呼ぶ。ただし厳密な操作的定義に基づく概念ではないため、不採算性と公益性が同義反復的な関係になっており、これが後に言及する公立病院の経営危機に際して問題視されるようになった。

14あった公立医科大学は、地方財政が悪化するにつれて国立移管が進んだ<sup>20</sup>。したがって戦後の医療においては、医育面における国の関与は徐々に増大する一方、供給に対する公的関与は低いという状態が続いた。また医療が高度化するにつれて病院は装置産業と化し、初期投資とその回収に経営リスクが伴うようになった。病院経営の専門性は重視され、医療経営環境への適応が医療機関に求められるようになった。1949年に厚生省には病院管理研修所（国立保健医療科学院の前身）が置かれたが、しかしこうした取り組みは限定的で、大規模に拡大されはしなかった。

このように、戦後（特に1960-70年代）のわが国医療環境は大きく変化したが、政府の関与は限定的だった。すなわち、開業医や私立病院の増加が医療の拡大を支え、そのため医療供給構造内の格差は積極的には解消されなかったのである。

### 3. 地方政府と医療制度

本節では地方政府（府県や市町村）は医療に関していかなる公共政策的関与ができるかを考察する。前節で概観したように、医療への公的関与は供給面と経済面の両者があり、医療経済の中核である健康保険制度を始めとする医療経済に関連する政策決定は主に国家レベルで実施される。そのため地方政府ができる関与の幅は非常に限定的である<sup>21</sup>。したがって、中医協で決定される診療報酬を所与の前提とした上で、供給面の調整を行っ

たり準医療的な機能を提供したりすることが地方政府にとって可能な医療への関与であり、換言すれば医療における地方政府の自律性とは、行政上の権限と管理している装置の関数だと考えられる。本節では、経済・権限・装置の三点から地方政府の政策形成について概観する。

#### 国民健康保険者としての市町村

前節の「視点（2）」で述べたように、わが国の社会保険は職工対象の健康保険制度が先行し、後に職員層や船員も含める形で雇用者全体に適用対象が拡大した。しかし高度国防国家を建設する必要上から疲弊する農村にも医療アクセスを経済的に保障する必要性が認識され、1938年に国民健康保険が設立された。市川喜崇や北山俊哉はこうした一連の経緯の背景に市町村行政の拡大を認めた<sup>22</sup>。市町村は衛生行政機能を担当し、後に戦後憲法体制下で福祉国家の先端行政機関として行動する能力を具えていった。また、市町村行政変容の「最初の一撃」とも言うべき農山漁村自主更生運動が進展する中で（市川2012：84-88）、農村部の社会権力構造に大きな変化が生じ、若手指導者層が台頭した。彼らは農業技術に革新をもたらすと同時に医療利用組合<sup>23</sup>の結成を推進した。したがって、市町村が国保の受け皿たり得たのは、単に国防国家を建設する上からの強制のみならず、農村側の対応能力があつたことだったのである<sup>24</sup>。

戦後は財政上の窮乏と医療供給の欠如から多く

<sup>20</sup> 現在も道府県市立である八校（北海道、福島県、横浜市、名古屋市、京都府、大阪市、奈良県、和歌山県）を除く鹿児島、広島、兵庫、三重、山口、岐阜の六県立医科大学が1964年までに国立移管された。

<sup>21</sup> 中医協は厚生労働省の保険局医療課が事務局機能を担当する審議会で、供給側7名（日医3、病院2、歯科、薬剤師各1名）、支払い側7名（保険者3、労組3、経営者1）、公益委員6名（社会科学系の研究者）から構成されるほか、必要に応じて専門委員を置く。このうち、国保保険者枠として市町村長一名が委員に充当されるという意味で影響力がなくはない。しかしそれはあくまでも保険者として他の保険者や支払側委員と共同歩調を取ることが期待されている点で強い制約が働いているといつてよい。なお近年の中医協は公益委員が会長を勤め、2011年に行政学者である森田朗、2015年から田辺国昭が会長職に就いている。また公益委員の多数は医療経済学者であり、総じて供給側の意向には冷淡な傾向がある。詳しくは森田朗2016と同著に対する書評である宗前清貞2017を参照されたい。

<sup>22</sup> 市川はわが国の政府間関係で特に基礎自治体の事務量が膨張した点に着目し、これが戦前に起源を持つことを実証した（市川喜崇2012：68-74 & 84-99）。北山は国保制度の導入を通じて地方の総合行政化を分析している（北山俊哉2011：53-57および同2017：60-62）。

<sup>23</sup> 医療に限定した協同組合で、医療供給の薄かった農山村部において予めプールした資金で医療者を雇用し、医療供給を実現する方式。

<sup>24</sup> 更生運動期における農村の権力構造変容についてはアン・ワズオ（ワズオ2006：83-116）ならびに鬼島淳（鬼島2008：19-36）の立論に依拠した。



の国保組合が休眠状態になったが、制度の改善によって国保事業は復活・拡張し、1958年の法改正で市町村事務として国保実施が義務化された(国民皆保険)。ただし給付率や加入者の負担については大きな差があり、例えば国保の給付率は当初5割(社保本人は10割)しかなく、さらに雇用主負担がないため料率が相対的に高かった。そのため、市町村長は政治ルートを通じて国保財政の負担軽減を政府に要求し、結果として事務費の国庫負担や医療費用の2割補助、後には老人保健制度のような保険間財政調整制度を実現した<sup>25</sup>。革新自治体が60年代末から伸張すると、社会福祉政策として医療アクセスの平等性を実現することは重要な政策課題となり、自民党にとっては一党支配の根幹たる農村部からの要求に即応する必要があったことも財政調整が比較的短期に実現した一因である。

総じて国保に対する市町村の関心は財政悪化を食い止める(=一般会計からの補填を極小化する)ことであった。その一環として公衆衛生看護職としての保健師を雇用し、乳幼児保健に代表される予防医学の徹底を図ることで、市民の健康改善に直結する取り組みを実施してはいる。しかしこうした市町村の「保健」行政が、「保険」医療体系全体に強力な影響をもたらしたとまでは言えない。その意味で、診療報酬体系を前提とした医療制度の中で地方政府は医療経済環境に対して受動的な存在だった。

#### 地方政府の医療装置1(出先機関)

政府が医療政策に関わる場合、いわゆる本庁内の政策立案機能のみならず、いかなる制度装置を有しているかが政策目標の具体化にとって重要である。わが国の医療システムは自由開業制が基本なので、医療供給は個人営業主である開業医に依存する一方、これらのアクターを直接管理する権

限は国家にほとんど残されていない。価格機能を通じて医療を統御する医療経済的手段(診療報酬改定)もあるにはあるが、少なくとも地方政府が関与できないことは既に述べた。しかし、保健環境を制御するような行政機能であったり大規模・高度の医療機関を直営していたりすれば、医療供給に対する一定の影響力を保持することは地方政府にも可能である。ここではその代表的な機関である保健所と病院について触れておきたい。

#### 1) 保健所

公衆衛生業務は、明治期に警察が担当したが、衛生行政自体の独自性が認識されるにつれて、その所管は内務省警保局から衛生局さらには新設の厚生省へ移行した。ただし地方行政機関で保健行政を実施できるのは警察以外に無く、政策の具現化という点ではアンバランスな行政領域のままだった。しかし1937年に保健所法が制定され、公衆衛生を実施する地方機関として保健所が公式に設置された。戦後は、新憲法制定によって地方自治の理念が強まり府県の権限が拡大したこと、また衛生状況の改善を求めるGHQの意向も加わり、1947年に保健所法が大幅に改正され、「厚生省-県衛生部-保健所」という一元的な衛生行政ルートが確立した。保健所には従来の保健指導に加えて公衆衛生行政全般の責任が付加されたが、さらに県に加えて市レベル(保健所政令市)で保健所設置が認められ、1954年までには773箇所・31,500人の定員が確保されている(厚生省医務局1973a:388)。保健所には所長を含む医師、歯科医師、保健師など医療職を配置し、健康診断や予防接種など準診療機能的な機能も持っていた。

これとは別に、市町村には国保会計内で保健師(国保保健婦)を雇用し、母子保健・結核・精神疾患対応などの対人行政サービスを実施していた。公衆衛生活動が充実すると、その実効性を高

<sup>25</sup> 被用者保険が若年層に限定されている一方、退職した元被用者が地域保険たる国保に加入するため、特に国保の現役世代加入者の負担が重くなった。老人保健制度はこうした矛盾を解消する手段だったが、同時に被保険者の平均所得が高い組合健保や政管健保による事実上の国保救済という意味も持っていた。

めるために県保健婦と市保健婦の連携が重視され、情報の一本化が課題<sup>26</sup>となるようになった。そこで1978年に厚生省は通知を発令し、国保保健婦を市町村の一般会計に移管しその身分を技術吏員と変更したほか、市町村に保健センターを設置することを認めた。

1994年に保健所法は地域保健法へ全面改訂され、公衆衛生行政の内容は大きく変わった。県の保健所はHIVなどの困難疾患対応や、地域保健の政策形成機能に特化するよう求められ、対人事業は市町村を中心とする機能分化が実施された。医療ニーズを細密に把握するには地域社会に近い市町村を主体にしたほうが合理的であることが主因だが、当時は精神疾患や高齢者の治療の場を医療機関から地域へシフトする医療トレンドが存在し、そうした変化に対応したものとも言える。かくして、地方政府における公衆衛生行政の主役は市町村が担当するようになった。ただし市町村保健セクションには、医療機能も患者に対する指示権限もない。したがって保健所や保健センターは地方政府が健康増進政策を推進する重要な装置ではあるが、医療システム全体の中で直接的で強い影響力を有するとはまでは言えない。地域において住民の健康を面的に捉え、入院と地域生活のインターフェイス機能を果たしているというのが妥当な認識である。

## 2) 公立病院

地方政府が医療に関与する形態として最も直接的なのは、自らが医療機関を保有することである。冒頭でも述べたようにわが国の医療史には病

院の原型がなく、後発国として近代化する過程で病院システムが形成された。資源が限られた環境で病院を整備する余力があったのは公的セクターに限られ、明治期の病院は軍を含めた官公立病院が多数を占めた(福永2014:159表1)<sup>27</sup>。戦後、新たに医療法が制定され病院が医療機関の中心となったのはすでに述べたとおりだが、加えて公的医療機関の規定が置かれ官公立病院以外に医療の公共性を担当する規定が明文化された。受診機会の平等性(救貧医療やへき地医療)を確保するために、多くの自治体で二次医療機関としての公立病院整備が進んだ<sup>28</sup>。

ところで公立病院とはいかなる存在かを法律的に考えると、医療法と地方公営企業法という性質の異なるふたつの法律によって規定される存在だといえる。つまり病院に力点を置いて考えるか、自治体立に力点を考えるかで異なった制約が明瞭になる。

まず公立「病院」は、医療法上20以上の病床を保有する医療機関である。さらに同法では100以上の病床を保有し主要な5科以上の診療科を標榜する病院を「総合病院」と定義した<sup>29</sup>が、二次医療をカバーするための公立病院は必然的に大規模かつ広範な医療機能を保持するために総合病院であることが多い。さらに同法31条に規定された「公的医療機関」であり政策医療に協力する義務を負う一方、経費補助の対象でもある。

一方「公立」病院は、地方公営企業法に基づく事業実施機関である。同法ではもっぱら会計と組織編制の規定が置かれ、特に他の開設者との公平性を図るために企業会計導入が義務付けられてい

<sup>26</sup> 昭和35年に厚生省は2局長4課長通達によって保健所と市町村で共同保健計画を立案することを求めた。一方、市町村の国保保健婦は県民生部の管轄下におかれ、情報系統が衛生部と民生部の複線化されるにいたった。

<sup>27</sup> なお、県立病院の中には地元の素封家の出資で実現した事例(私設公営)が多いことも福永は指摘している。旧制高校や大学など高等教育機関の地方設置に類似するこうした事例は、財政資源に制約がある中で公的施設整備を進める明治期の標準的な行政手段だったことが推定される。

<sup>28</sup> 厚生省の統計(厚生省医務局1976b:562-563表9)より筆者分析。わが国では、機関数・病床数とも戦後一貫して高い伸びを示す病院統計であるが、①結核療養所を多く所有する国立病院は、疾病構造の転換とともに数・病床数とも停滞した②私立病院は急激な伸びを見せているが、機関あたりの病床数は100以下であり、高次機能を有する医療機関として成長したとはいえない③公立病院の数は1000前後で推移しているが、病床シェアが大きく伸びており、機関あたり病床も200弱と相対的に大きい医療施設として開発が進んでいる。ただし1962年から公的医療機関の病床規制が導入されたため、以後の伸びは鈍化している。

<sup>29</sup> この規定は1996年の医療法改正で廃止されており、総合病院のうち一部は新たに規定された特定機能病院や地域医療支援病院に移行した。

る<sup>30</sup>。医療機関は装置産業であり、建物や高額な医療機器を導入した場合に減価償却が生じるために資金回収に配慮して経営する必要がある。ただし公営であるということは、民間資本が参入しない状況で企業活動を行っており、従って資金回収が困難な医療を実施しなければならないのかもしれない。そこで、そうした公共性のある事業に資金提供を正当化するため、法は一般会計から繰り入れ可能な基準<sup>31</sup>を設定している。つまり地方財政における公立病院とは、非市場的な医療コストを公的に賄い、その他の医療行為は診療報酬体系に基づいて行うことが期待されている。それによって公共性と経営の健全性をバランスさせているのである。

ところで交付税や公営企業を所管する総務省（旧自治省）には、医系技官を採用するなど組織的に医療専門知を確保する制度設計をしていない。そのため、もしも自治体病院の要求を個別に査定した場合に、その妥当性を判断し難い。そこで、一定の基準式に基づいて「政策医療コスト」を算定し、当該自治体に交付する交付税交付金に積算する。ただし査定官庁の常として歳出抑制傾向が強く、自治体が病院事業会計に繰り出すよりもはるかに少額の措置がなされている。自治体側は、本来必要な政策医療コストを下回った措置しか無いと考えているが、他方で、繰り入れ基準の表記は定性的なので、「政策医療コスト」を客観的に算出することはもともと困難である。そもそも行政職に準じた俸給表を活用する公立病院事業では、年功序列賃金によって人件費が高止まりする傾向があり、監督官庁としての総務省・旧自治

省や、同じ自治体内でも予算査定を行う官房系部局と病院側では認識が異なる可能性は高い。繰入金要求は、生じた赤字を単に均衡させるために求められた、経営の欠如に過ぎないのかもしれない。いずれによ、中央と地方や官房と現場の対立・不信がそこには存在する。

こうした事態を打開するには、病院経営の専門性と独自性を認識した上で、能力の高い人物が経営を所管する体制に切り替えるほうが望ましい。そのため、「経営が分かる医師」を外部から招き公営企業管理者に就任させる病院事業<sup>32</sup>が2004年から急増した<sup>33</sup>。さらに近年は地方独立行政法人化する病院事業も増加している。ただし知事部局が政策医療コストを補填するルールが安定的でないため、この動きは「全適ブーム」の時と同様のインパクト・スピードで拡散してはいない。

公立病院の医療機能はさまざまである。地域の基幹病院である場合もあれば、一般的疾患のみ対応可能な場合もある。特殊な医療ニーズ（がんや小児）に対応する場合もあれば、オールラウンドに診療科をそろえた機関もある。そもそも医療機関の配置自体が経路依存性の強い地域の独自性があるものなので、公立病院は一般化可能な行政機関でないが、こんにちの公立病院に対しては医療機能上よりも経営上の配慮が制約として課せられている点が概ね共通している<sup>34</sup>。

#### 地方政府の医療装置2（マンパワー）

前項では政策手段としての行政機構に着眼したが、地方政府にとって病院は不可欠の装置ではない。したがって保健所に代表される公衆衛生活動

<sup>30</sup> 官公庁の標準会計は現金主義なので、発生主義に基づく公営企業会計とは原理がかなり異なっている。

<sup>31</sup> 繰り出し基準は一般会計による補填がやむを得ない非営利的医療行為14項目（へき地医療や精神医療、附属看護学校運営費など）が定性的に規定され、交付税措置によって定量的に処理される。

<sup>32</sup> 地方公営企業法の規定を会計準則以外の全てに適用するため、全部適用（略称・全適）と呼ばれる。なお、医療法上、病院長は医師が必置とされているが、公営企業管理者は院長ではないため医師に限定する必要はない。しかし医師資格の有無は、政策共同体として閉鎖性の強い医療政策内部で改革を進行させるために不可欠な資格であり、当時全適化した自治体で医師が管理者に就くのが通例だった。

<sup>33</sup> 契機となったのは総務省自治財政局による「公立病院改革ガイドライン」の発令であるが、こうした動きが顕在化したのは公立病院財務のダメージが深かったことの反映であり、改革が強く望まれていた。全部適用は2005年に982院中200（残りはすべて財務適用）だったが、2015年には893院中365事業（40.9%）を数えるほか、その他の新規組織形態も増加した結果、財務適用のみの旧来型病院は393事業（41.3%）に過ぎない状況となった。

<sup>34</sup> この点について詳しくは拙稿を参照されたい（宗前2010：95-117）。

が地方における主たる医療行政であるとかんがえられる。これを担うマンパワーはふたつ考えられる。第一に医師である。保健所長は医師必置が法定されているし、専門知識の保持という面でも地方政府が内部に医師官僚を有しているのは対外的には政策の実効性を担保する切り札となる。第二に保健師である。保健師は正看護師（臨床）資格を前提とした公衆衛生看護専門職であり、大学ないし修士レベルの訓練を経て<sup>35</sup> 地方公務員として勤務する。

前者の地方公務員医師（病院勤務者を除く）はしかし、きわめて希少な存在である。例えば2016年末における医師総数32万人のうち、行政機関に勤務するものは1740名に過ぎない<sup>36</sup>。地方政府に所属する医師は1200名程度で、うち80%（900名強）が保健所に、残り（240名）が本庁に勤務する<sup>37</sup>。本庁で政策立案を担当する「背広を着た公務員医師」は医療の世界では例外的な存在なのである。ただし医師の絶対数が少ない農村部で医系公務員が庁内に存在すると、そのこと自体が打ち出した医療政策の正統性を担保することはあり得る。

地方政府における医療職として、より普遍的かつ安定的に存在するのは保健師である。地方政府に所属する保健師は38,000人弱<sup>38</sup>でうち28,500人は市町村に勤務している<sup>39</sup>。また1997年に330万人いた地方公務員は2011年には280万人へ減少しているが、その間保健師は25,000人から31,000人へ増加しており、その存在感は確実に上

昇してきた。そうした事情の背景には、先にも述べたケアの地域化が存在する。高齢化が進行するに従って疾病は慢性化する。そうした「患者」を全て医療施設で対応すると医療費負担が高騰するし、患者の生活環境（生活の質・QOL）という観点からも好ましくない。そのため、治療やケアが在宅化したがるが、他方でなんの支援もなく家庭にケア・治療対象を戻せば、社会生活に混乱が生じるのは明らかである。そこで、医療と生活の中間項を接続する機能として、面的保健の維持に長けた保健師が重視されるようになったのである。保健師の教育課程は概ね標準化されており、結果として都市部から農村まで高度に均質化した人材が浸透しやすく、いわば厚生労働省から県庁・保健所を経て市町村に至る政策共同体を構築することができる。政策共同体は、政策形成の遮蔽性を高めるので地域の自律性を阻害する恐れもないではない。しかし対人サービスである保健医療政策の実効性を高めるためには、地域ニーズに基づく政策立案が期待されている。マンパワーの水準にばらつきがないことは、いわばニーズの吸い上げの質を保障し、結果として政策の水準を保持することに寄与する。

もっとも、市町村の保健活動が当該地域の医療環境を直ちに規定するわけではないため、こうした保健師ネットワークの政策波及効果を過大視せず、それは公衆衛生・健康増進領域に限定されると考えた方がよい<sup>40</sup>。

<sup>35</sup> 正看護師は高校卒業後に3年以上の専門学校レベル教育を受けることで国家試験受験資格を有する。保健師はさらに一年の専門課程を経るか、あるいは四年制の看護学士課程内で臨床と公衆衛生看護の双方を学ぶ。近年、大学院部局化された医学部保健学科設置校を中心に、四年制看護課程では臨床に専念し、保健師・助産師の修学は大学院課程で実施する「高学歴化」が進んでいる。

<sup>36</sup> 厚生労働省2017,「平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」表1より。

URL = [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/16/dl/kekka\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/16/dl/kekka_1.pdf) 【2018/12/13 閲覧】

<sup>37</sup> 厚生労働省2005,「公衆衛生医師の育成・確保のための環境整備に関する検討会」報告書資料2。やや古いデータだが、保健所設置状況や医師の所得（公衆衛生医は総じて低い）に変化はなく、傾向は継続していると考えられる。

URL=<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/dl/s0118-4f.pdf> 【2018/12/13 閲覧】

<sup>38</sup> 厚生労働省2017,「平成28年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」表2。

URL=<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/16/dl/kekka1.pdf> 【2018/12/13 閲覧】

<sup>39</sup> 先にも述べたように地域保健法の改正によって保健所が医療系事業を削減し、地域の保健（健康増進）事業は市町村に重心が移動したことによる。

<sup>40</sup> もちろんこの両者が補完関係にあることはこれまで指摘されている。例えば経済学のスタンスから両者の関係を明らかにしたものとして澤野孝一郎と大竹文雄によるもの（澤野・大竹2004:37-48）や足立泰美・赤井伸郎・植松利夫らによる分析（足立・赤井・植松2012:334-348）がある。

## 医療法改正と県の権限

連邦制を採用する国では州など地方政府が職業免許や開業規制を含めた統制権限を有しているが、わが国にはそうした権限のほとんどが地方政府に残されていないことはすでに述べたとおりである。医療者の資格、その育成機関の管理、医療自体を管理する法律は厚生労働省（医学部や附属病院など一部は文部科学省）が管轄し、そもそも自由開業制を基本とするわが国では、公権力が設置主体の規制を直接実施することはほとんどない。しかし稀少な例外が、都道府県の所管する医療計画制度である。

戦後、医療機関の供給は不足を基調としてきたため、病床や医療機関数が増加することは望ましいこととされてきた。先に公立病院の説明で触れた公的病床規制は、私立病院の病床拡張の阻害要因を除去するためにもっぱら開業医を中心とした日医サイドが求めたものであり、私的病床の機能バランスを保全する意図はあれ増床を否定するものではなかった。ところが1970年代に老人医療費無料化や一県一医大政策などによって医療体制が転換し供給量が激増した。さらに衛生状況や経済状態が改善されたことで高齢化が進行し、老人医療費の膨張が大きな課題として認識されるようになった。

医療制度で最も重要な変化は、老人医療費の無料化である。自己負担の免除は金銭的制約が消滅したことを意味するため、老人医療費は急膨張した。問題は、本来高齢者が自己負担すべき分（医療費の3割）の増分が政府の負担増となっただけではない。医療給付費総額が膨張するということは、保険給付（医療費の7割）が増大し、その分が医療保険に莫大な負担となって降りかかることを意味している。職場を退職した高齢者は地域の国保に加入していたため、老人医療費無料化による医療給付の増大は、ただでさえ平均所得が低い

国保の現役被保険者たちに限度を超えた負担を強いることとなった。国保に赤字が生じれば一般会計からの繰り入れを行わざるを得ず、結局加入する保険、老人か否かを問わず、この問題は全国民的な課題となっていったのである。老人医療費は73年1月に無料化されたが、すでにその二年後には、大蔵省側から一部自己負担を導入することで財政バランスを回復するよう提案される。制度は早期に破綻の様相を見せ始め、ほぼ十年後の82年夏に老人保健法が成立して高齢者医療に対する「大盤振る舞い」は縮小に転じた。

医療は、需要と供給における情報の非対称性から、供給主導財としての特性が強い。そのため、保険制度を改定して患者の受診行動を抑制するように設計しただけでは必ずしも医療費抑制をすることができない<sup>41</sup>。そこで医療供給自体を抑制する必要がある。そのため1985年に医療法が大幅に改定（いわゆる第一次改正）され、都道府県が責任主体となって作成する医療計画という概念が導入された。

医療計画は地域の医療体制を体系的に整備する点に狙いがあった。国全体として充足しつつあった医療機関の病床も、地域的な分布の偏りがあったので、医療計画は病床の偏在を是正して質量のバランスを取ることを目標としていた。そのため県内を医療機能別に三分割し、プライマリ・ケアを担当する市町村単位の一次医療圏、県全体を範囲とした（例えば救命救急などの）広域で高度な医療機能を担当する三次医療圏、そしてその中間として県内を複数分割した二次医療圏を設定した。医療計画には二次医療圏に必要病床の上限が設定されたことで、府県は医療供給を調整する政治過程の場として新たに規定された。

医療法は少子高齢化の進行に伴う医療費の膨張をさらに抑制するため、1992、1997、2000、2006年の四次に渡って改正が行われた。第二次改正

<sup>41</sup> 患者は早期の受診を忌避した結果、より重症化して結果としてトータルの医療費がかさむことがあり得る。老人医療費の無料化は、岩手県旧沢内村（現・西和賀町）で開始されたプログラムだが、沢内では国保病院長が健康管理（保健）課長を兼職することで、地域全体で健康を追求しつつ万一の時には医療費負担がない体制を構築したため、結果的に沢内村国保会計は健全化されている。無料化は予防と負担軽減がパッケージ化されるか、あるいは両者が強くリンクされる程度の規模で実施されないと進展しないことが理解できる（増田進1983；及川和男2008：終章）。

(1992) では高齢者の社会的入院<sup>42</sup>を抑制するため療養型病床群を規定した。またこの改正で特定機能病院の規定を、さらに97年の第三次改正で地域医療支援病院の規定を設け、医療資源の投入が必然的に求められる(それゆえ医療コストが本質的にかさむ)病院への診療報酬上の支援を明確にした。2000年の第四次改正では老人病院と療養型病床群を統合して療養病床を設け、介護保険の導入とともに需要が減少するはずだった療養系患者の入院抑制を図った。また06年の第五次改正では府県に医療対策協議会を置き、地域実情を踏まえた上でのより細密な医療供給体制の管理が求められた。

このように医療法の改正は一貫して府県に医療提供体制の管理権限を与えている。しかし与えられた権限自体は上限と目標値の設定であり、その意義は関係者が一堂に会して合意を形成すること自体にある。85年の第一次医療法改正や86年の老人保健法改正を発端とする高齢者医療の「適正化」トレンドは、病院と診療所の連携など地域完結型の医療<sup>43</sup>を志向するようになった。とはいえ個々の医療機関は相応の戦略性に基づいて機器を購入し、診療の専門性を追求している。法律や行政潮流が変わったから自動的にそれに対応するわけではないので、その意味では医療対策協議会というのは、例えば関係者間で病診連携はどうすれば機能するかを考えるラウンドテーブルとして存在し得る。つまり府県が有する医政機能は「場 venue」としての機能なのであって、強制力はそれほど強くはない。しかし病床のキャップ規制権限を府県が有している以上、医療のステークホル

ダー(特に最も強い反対動機を持つ医師会)はこの「場」に参加せざるを得ない。

府県の医療についての権限は、供給を直接統制するものではない。しかし関係者を繋ぎ止める機能はあるということが本項の分析からさしあたって引き出すことのできる結論である。

#### 4. 政策環境の変化と地方政府の対応

前節では地方政府が有する政策資源と医療制度の関係について概観したが、本節では、地方政府を取り巻く環境の変化によって医療制度に対する関わり方がどう影響され、変化するかを論じる。

##### 政策アイデアの転換

公衆衛生行政は戦後に本格化した。地方政府における取り組みは特に顕著な変化があった。通史的に概説すると、わが国の公衆衛生行政は衛生行政から福祉行政を経て健康行政へ変容してきた。戦後すぐに衛生行政が重視された一因は、戦勝国として占領統治を実施するアメリカ軍が日本の劣悪な衛生環境を警戒したことにある。ただしその展開にあたっては、GHQ内に置かれた公衆衛生福祉局(PHW)の長を務めるサムズ准将(軍医)やオルト看護課長(看護婦)ら専門職によって制度設計と運用が行われた。当時の日本における衛生問題は、何よりも感染症予防と食糧不足への対処であった<sup>44</sup>。食糧問題はLARA物資の配給により一応の改善を見ることができたが、GHQと厚生省はより医療的な公衆衛生状況の改善のために、2.2.1で述べたように保健所を重視し活用

<sup>42</sup> 介護施設が不足している・高額である・在宅療養に足る家庭介護力がない・住宅が狭いなど、医療的必然性がなく(=社会的要因によって)入院しているような患者を指す。こうした高齢の患者は容態の急変があまり生じないために医療資源(看護師の人的配置)を抑えられる一方、急性期の患者と同じ診療報酬を得られるので社会的入院を受け入れる経済的動機が医療機関側に生じた。こうした医療供給側の逆選択を防止するために92年改正が行われたのである。社会的入院が生じる社会経済メカニズムの解明については印南一路2009を参照。

<sup>43</sup> ここでいう「地域完結」とは、一つの施設の中だけで完結させないという意味であって、高額な医療機器を周辺の開業医が競い合っ備えるようなことを止め、地域の中核病院が有する高度な機能を地域の診療所が共有する(=患者を紹介することで一次医療において高額な医療費を費消しない)ことを想定している。

<sup>44</sup> 戦時下で栄養低下と医薬品資材不足による衛生環境が悪化していたことに加えて、復員・引き揚げによる病原菌の移入が伝染病患者を増加させた。また食糧の確保は本来的には日本政府の責任だったが、餓死者が続出したほか1946年5月には皇居前でいわゆる食糧メーデーが開催されるなど食糧問題自体が治安や占領統治の懸念材料となりつつあった(新村2006:286-288)。

した。したがって当時の医療行政とは衛生行政と同義であり、例えば1950年代の府県標準編制における保健関係行政の所管部局名はその多くが「衛生部」であった（稲垣2015：11）。

その後、伝染病などが鎮静化し、経済成長による全般的な衛生状況の改善の後に課題となったのが高齢者や乳幼児の衛生であった。戦後の日本は急速な産業構造の変化を体験し、農業主体から商工業主体へ変化した。と同時に農村から都市へ人口移動が発生したので、家族介護を前提とする従来型の高齢者福祉が時代のニーズに適合的でないのは明らかだった。加えて大正期から始まった多産多死社会から少産少死社会への移行傾向が加速し、乳幼児の死亡率は低下していく一方、医療資源の偏在による死亡率の地域偏差が大きかった。そのため地方政府における新たな衛生行政として、高齢者と乳幼児の保健衛生活動がその中核に置かれるようになった。またそうした傾向を反映して、府県の医政担当部署名が衛生部から民生部へ改名される例が増大したが（稲垣前掲書同頁）、このことは医療行政の福祉化と言い換えることができる。

ただし昭和30年代は公衆衛生行政の後退期でもあった。例えば厚生省内に置かれていた看護課は廃止され医事課に統合されたほか<sup>45</sup>、保健所職員の減員も相次いだため「保健所黄昏論」といわれるようなネガティブな空気感が公衆衛生界にあった。その一方で1958年には全市町村で国民健康保険の事業が義務化された。与党自民党の社会政策における目玉とも言うべき国民皆保険制度の実現であり、3年の猶予期間を設けた上で1961年から完全実施され、医療に対する国民の経済アクセス保障は大きく拡大した。すなわち、保健所の後退と皆保険の実現を対比すると、この経済成

長の時期に日本の医療は広義の福祉行政の一環に位置づけられたと言えよう。

ところで従来までの福祉行政は戦後直後に制定された福祉三法<sup>46</sup>を基軸としていたが、1960年代に入ると知的障害や児童に対する経済的扶助、母子家庭、そして老人福祉などを対象とした福祉立法が相次いだ（加藤ほか2009：16-18）。この時期の医政は先述のように衛生から福祉へ位相を転換したので、保健行政の一時的な後退がある一方で福祉拡大にともなう医療給付の充実が見られるなど複雑な政策展開が見られた。その一つの頂点が1973年のいわゆる「福祉元年」である。当時の首相であった田中角栄が野党の要求を先取り・丸呑みした形で社会保障制度の拡張を行い、老人医療費無料化・健康保険の家族給付7割化・年金水準の上昇（5万円年金）と物価スライド制導入など、給付の拡大が実現した。

この時期の医療供給面における変化として医師養成の拡大が挙げられる。サムズ准将が強権的に介入し削減を実施した医師養成の減員は、市場における競合者の制限を歓迎する医師会の賛同を得て実現した。その結果、1950年代から60年代にかけては年間4000名程度の「参入制限」が実施されると同時に医学部の修学環境も徐々に整えられた。いわば医師養成の少数精鋭化であるが、そうした供給制限はこの時期に大きく転換し一県一医大と呼ばれる医学部増設が実現した。特に医療供給の偏在・不足に不満を持つ地方の有権者たち（当然ながらその多くは自民党の基盤的支持層だった）の要求に対し、自民党文教族による政策調整と田中角栄首相による最終的な政治決断<sup>47</sup>で拡大が決定され、従来の46医大4000名体制から80医大8000名体制<sup>48</sup>へと医師養成環境は激変した。こうした供給構造の変化は医師のキャリアパ

<sup>45</sup> 看護課長は医療課看護参事官という課長職のまま据え置かれたが、所管課がなくなったインパクトは大きかった。

<sup>46</sup> 福祉三法は生活保護法・児童福祉法・身体障害者福祉法による。これらの編制当時の立法意図は、恩給が停止され生活基盤を失った旧軍人や傷病兵や、空襲などで大量に生じた戦災孤児らの救済であった。福祉三法の適用範囲は徐々に広がり、より普遍性を持つようになったが、こうした立法の経緯から三法体制が慈恵的・救済的色彩を濃く有していたので、普遍主義的な福祉行政の基盤とまでは言えなかった。

<sup>47</sup> 資金と人員を多量に必要とする医科大学・医学部の増設は、国立大学において予算上および人員管理上の制約を突破する必要がある。大蔵省や行政管理庁が所管するこうした制約を乗り越えるためには、最終的に首相による政治的な影響力の行使が必要とされていた。

<sup>48</sup> 新設医大は1970年の秋田大および71年の杏林・北里・川崎医科・帝京・東洋医科（のちに聖マリアンナへ改称）・愛知医科ら6私

ス選択が大きく変容する一因となった。競争の激化と疾病構造の変化によって、医師の就業は病院を主軸とした就業形態へシフトしたため、医療供給面でも医療経済面でも極めて大きな構造変化を招いた。特に老人医療費の無料化は、病院における医療支出拡大を招来し、医療保険（特に高齢者が多く在籍する国保）の財政バランスを破壊した。供給の拡大を推進する医療行政の展開の中で、同時に矛盾が噴出していったのである。

福祉元年諸施策が始まった直後にオイルショックとスタグフレーションが世界の先進国を襲った。偶発的な物価急騰に加えて雇用・賃金の伸長を前提と出来なくなっただけでなく「資本主義の危機」に瀕して、わが国の政治過程は再配分を中心とした「歳出の政治」から、歳入によって歳出を強く制約する「歳入の政治」へと大きく変化した。このことは、日医と協調しながら医療環境を拡張する「公衆衛生イデオロギー」から、歳出抑制を基本とする「医療経済イデオロギー」へと厚生省内部の機関哲学が変化したことを意味する<sup>49</sup>。具体的には、価格メカニズムを活用した受診抑制が制度の基本となるような設計変更が実施された。老人医療費の無料化は、福祉元年から9年後の1982年に老人保健制度の発足によって自己負担金が復活したほか、84年の健保法改正で被用者保険の本人給付が9割に減額された。ただしこの間の健康保険法改正は特に負担の重い国民健康保険を救済するという意図もあった。社保の「卒業生」が職域保険を外れて地域保険である国保に加入するために、もともと平均所得が高くない国保加入者の現役世代負担は極めて重かった。個々の国保は市町村が運営しており、首長や議会といったアクターは切実な要求として国保救済に向けた圧力行動を取った。大規模な制度変更を伴わずに現行制度を前提とした微調整を実施するのであれば、保険間財政調整を用いて国保の負担軽減を図

る以外にない。しかし保険間財政調整制度を導入した結果としてリスクのプールという保険運営原則が崩れ、一方的に負担を押し付けられた被用者保険側の不満が高まりつつあった。特に1971年夏に日医が診療報酬審議の膠着を打開するために保険医総辞退（開業医による一種のゼネスト）を強行した結果、開業医に対する国民の視線は変化した。従来ならば医療支出の増大は医療環境の充実と同義と理解されていたが、もはや医療費は聖域でなく、費用対効果や医療の質といった本質的な側面に着眼するようになっていった。医療政治においてもはや医師・医療機関は超然たる存在ではなく、一つの利益団体として認知されるようになったし、あるいは医療政治においても消費者主権が顕在化したことの帰結だといってよい。

疾病保険の維持管理から医療歳出を見るならば、健康リスクを抱える高齢者の医療支出をいかに抑制するかが関心の焦点だった。しかし「保健」から医療歳出を考えると、最終的な社会的経済的コストを抑えるためには、年齢にかかわらず各人の健康状態を維持することが目標となる。したがって1990年代ごろを契機に、公衆衛生概念は地域全体の健康状態を向上させると面的概念に力点を変えていき、それが具体的に表れたのが1994年の地域保健法制定だった（杉田ら2005：207）。特に行政面では対人サービス提供の拠点として市町村の機能が重視される一方、府県の出先機関であった保健所は指針形成に重点をおくなど政策志向が強まっている点が大きな特徴である。90年代は高齢者福祉において大規模な施設建設促進（いわゆるゴールドプラン）に厚生省の政策トレンドを変化させたことに典型的であるように、福祉行政の転換点とも言うべき時期だった。しかし激増する高齢者人口の保健という本質的な政策課題に対応せずにケア需要が創出され続けられれば、早晚高齢者福祉行政は破綻する。そこで医療・

大の新設を皮切りに1979年琉球大学医学部設置まで34校の増設を見た。そのうち自治医科・防衛医科・産業医科を含めた20校が公的に設置されたが、学部と附属病院に多くの職員を要する医学部を大量増設することは、予算的にも定数管理的にも行政折衝で決着する問題ではあり得ず、政治の力を必要としたのである。

<sup>49</sup> この時期の政治的変化については村松岐夫の整理に依拠した（村松岐夫1994）。



介護・保健の一体化の模索が新たな政策アイデアとして関係者の間に共有されるようになり、その傍証として市町村の高齢者保健担当部局が健康長寿課へ改称される例が相次いだ。

公衆衛生行政は、高齢者を主なターゲットとした健康政策へと内実を転換させつつあった。その結果、具体的なクライアントを有する市町村が健康政策の実施主体として前面に出ることとなり、それまでの地方における主要な実施主体だった府県やその出先機関である保健所は後景化した。高度経済成長以後の地方政府における医療行政の変容とは、こうした「市町村による健康政策化」であったと言える。

### NPM と医療政策

「歳入の政治」は資本主義の危機の時代において歳出抑制を前面に押し出した行財政のアイデアだが、1990年代に入ると新たな行政改革の潮流が出現した。それがいわゆる新公共哲学（以下NPM）である。バブル景気の崩壊によって経済の成長は鈍化したが、より構造的には日本社会が成熟して少子高齢化し、人口増を主因とする経済拡大が見込めなくなった。こうした社会環境では、投入資源を絞った上で効率的・効果的な公共政策が求められる。そうした観点から関心を招いたのが土木事業を中心とする公共事業だった。

日本の公的歳出は、国で予算化され地方で執行されるものが多い。そして地方自治体における公共事業のあり方は90年代から2000年代にかけて極めて強い批判の対象となっていた（三田2010：58-69）。当時、円高基調を打破するため内需拡大を志向する経済政策が採択されたが、その具体策として立案されたリゾート法は、地方自治体の財政規律を弱めるとともに効果の薄い公共事業の乱立と自治体財政の疲弊をもたらした（村松・北村

2010：173-175）。こうした行政の悪弊を打破するには、執行過程の違法性排除を主目的とした従来型の行政監視ではなく、住民ニーズや市場性を織り込んだ上で有効性を問うような政策管理を必要とする。つまり、行政統御は法治主義的なガバナメント概念から有効性基準を主軸とするガバナンス概念へと転換したのである。稀少な資源を有効に活用するとは、執行の現場で有能な管理職が政策を管理することを意味する。マネジャーの役割が重視されるNPMとは、すなわちニュー・パブリック・マネジャリアリズムなのである。

NPMは最小資源を追求する面も強いが、その本質において結果（成果）重視であり、資源投入と成果の関係を可能な限り直線的なものとし、不要な制約を嫌う傾向が強い。そのため、処遇と成果が直結しない公務員型雇用や、あるいは議会や本庁の介入を不可避とする官公庁直営主義は歓迎されない<sup>50</sup>。

言い換えればサービスを提供するような機能しか持たない機関は外部化・民営化され、政策立案機能や管理機能だけが政府の本体業務とされる。その意味では前項で述べた府県の保健所機能がコンサルタント化した過程は、健康長寿政策の推進機能を有する市町村に従来の公衆衛生サービス機能を「外部化」したとも言えるし、またこうした公衆衛生サービスは市場化し得ない公共財であるがゆえに市町村という「政府」に内部化されたままだったとも言える。いずれによせ、地方自治体の医療政策機関においてサービス提供機能なのか政策立案センターなのかという切り分けが重要な争点となり、特に公立病院においてその組織形態のありようが大きな課題となっていった。

医療供給機関としての公立病院には多面的な性格があるが、特に重要なのは出先機関であることと、政策医療の主体であることの二点である。公

<sup>50</sup> NPMの代表的な論者であるオズボーンは政府機能の再生のためには起業家主義 entrepreneurship が必要であり、繁文縟礼 red-tapes はそれを阻むものであると徹底して排除する姿勢を見せた。筆者がNPMの「M」を村松岐夫の翻訳に倣って「マネジャリアリズム」とするのは、オズボーンらに典型的に見られる有能な経営者の裁量によって政策を推進する姿勢がNPMの本質にあると考えるからである。Cf. Osborne and Gaebler 1992, Reinventing Government, Addison Wesley, Osborne and Plastrik 1997, Banishing Bureaucracy, Addison-Wesley.

立病院は先述したように、まず病院という医療機関であり、その収入は国が定める診療報酬体系に依拠している。また従事者の多数を占める医療専門職は公私セクターを横断して移動するので、費用の大部を占める人件費の水準は労働市場に準拠した設定を要する。一方で公立病院が担う「政策医療」とは、採算を超越した医療供給を意味している。例えば救急医療や小児医療、あるいはへき地医療などは、投入するマンパワーに対して得られる医業収益が低いが、地域としては必要不可欠な医療機能であるから、収支の欠損を一般会計から繰り入れて補っている。また、病院建設費や高額機器購入などの初期費用を補助するなど公的財務介入によって地域に必要な医療機能を存続させている。特に地方都市における二次医療圏<sup>51</sup>の中核医療機関では、都市部よりまばらな人口に対して相対的に高度な医療機能を要するので、過剰装備になる。医療労働市場では都市部からの距離に反比例して人件費が高止まりする。地方都市の病院は構造的に採算が見込めず、それゆえ多くは設置主体が公立とならざるを得ないのである。

ところで80年代の「歳入の政治」期を前後して、国は価格メカニズムを通じて医療機能を制御し、さらには整理しようと試みた。具体的には症状が比較的安定している高齢者の入院基本料を安く、激変しやすい急性期の疾患に対しては高く設定した。ところが出先機関である公立病院は、職

員定数管理に厳しい制約があったり予算・会計に議会の承認が必要であったりするなど、環境変化に対応しやすい経営管理構造を伴わない。また、政策医療は操作的に定義された概念ではないために「適正な赤字」を算出することが困難なので、結局「赤字だから政策医療」という同義反復<sup>トートロジー</sup>に陥る。問題は、そうした規律の欠如によって重装備なのに低収益<sup>52</sup>であるとか病院の「身の丈」に合わない給与構造<sup>53</sup>を温存しているといった事例が生じることである。

他方で2000年を前後して公立病院の中で有能な経営者<sup>54</sup>を据えて経営改善に成功する事例があらわれ始めた。彼らの多くは臨床医として長年公立病院に勤務し、経営者となった後には医業収入の向上を目指すことで収益の改善を遂げた例が多かった。公立病院の中には首長との信頼関係を基盤に一定の経営自律性を獲得した事業や、さらには地方独立行政法人化して定数や予算の制約から離脱する事例もあった。

総じてNPMトレンドが流入した後の公立病院事業は、経営の専門性が強調される傾向が強まったが、それは同時に国が設定する医療経済環境の中で市中病院と競合することを意味していた。特に、医師たちが追求するキャリアパスにおいて、大学病院の医局が影響力を失う中で、本体である大学病院のマンパワーを充実させるためにこれまで提供していた地方公立病院への医師派遣を中断

<sup>51</sup> 府県を複数の医療圏に分割し、一定の専門性を有する医療機能が提供できる範囲を指す。ちなみに一次医療は市町村を単位とした日常的医療（プライマリ・ケア）を提供する。また三次医療圏は府県全体を単位として、高度で最先端の医療機能（救命救急や高度専門医療など）を提供する。

<sup>52</sup> 診療報酬に基づく入院基本料は看護師の配置密度によって決定されるが、一方で患者の受け入れはその地域における医療ネットワークのあり方に依存する。そのため高コスト高収益を目指して人員を厚く配置しても、その医療機関が急性期病院として認知されていなければ急性期でない患者を収容することになる。在院日数の長い非急性期患者を多く抱えると高い入院基本料を得る条件を欠くので、コストが高く収益がそれに見合わない状況が出現する。

<sup>53</sup> 診療報酬は単価積算型の価格メカニズムなので、医療労働の長短を本質的に問わない。そうした労働市場における給与カーブはフラット（はじめ高くその後上がらない）であるほうが適格的であるが、公立病院で適用される給与表は年功序列型の事務職給与を準用しており、在職が長くなれば人件費が上昇する構造になっている。さらに職制を無視した給与上の管理職を多く設置する（いわゆる「ワタリ」）ことで、人件費率が過剰に高止まりする例も2000年当時には多く見られた（宗前 2005：227-228）。

<sup>54</sup> 単独病院の経営者は病院長だが、公立病院を複数有する自治体においては公営企業会計法に基づいて病院事業を統括する特別職としての病院事業管理者を置く例もあった。本稿ではそれらを一括して「経営者」「院長」と呼ぶ。なお病院長は医療法によって医師資格を持たないものがその職に就くことは禁じられているが病院事業管理者にはその制約はない。しかし多くの場合、地方政府の管理者に医師を据えた。それは管理者を置くこと自体が急激な改革であり、そのような変化を現場の専門医療職に受容させるには医師資格のあるトップである必要があったからである。

する例が顕在化すると、二次医療を担当する公立病院の中には（産婦人科や脳神経外科などの）医療機能の縮小を余儀なくされる例が目立ち始めた。また、病院が取り組む収益の強化は同時に、周辺自治体の国保会計を圧迫することもあった。地方部における患者の多くは国保被保険者であり、病院会計の黒字は国保の赤字とトレードオフの関係にあり、特に単価の高い高齢者の入院医療費を縮減することが地方政府にとっては不可欠の課題となりつつあった。したがって地方行政におけるNPMの浸透は、公立病院を含めて医療機関の収益強化をもたらした。それは当然に国保財政を圧迫するため、国保を所管する市町村においては医療費の構造的抑制に取り組む動機が高まったと言ってよい。

#### 介護保険の導入と地域包括ケア

前項で述べた医療費の構造的抑制とは、具体的には非医療的理由による入院を排除することにほかならない。国民医療費の総額は2016年度で41.3兆円だが、そのうち18%を占める調剤費を除いた81.4%が診療費に充当される。その92%は医科で、8%が歯科で消費され、また医科消費の54%（総医療費の40.1%）が入院診療費として消費されている<sup>55</sup>。これは病床区分の整理や介護保険が導入されて、制度が複線化した現在の数値であって、かつての入院医療費歳出はさらに割合が高く、なおかつ単価が高かった。前述のように1971年夏に日本医師会が保険医総辞退という事実上の医療ゼネストを実施した後には開業医に対する国民（消費者・保険料負担者）の視線は急

速に冷えた。短時間診療に対する不満や、次々に摘発される開業医の脱税事件などによって、国民が外来診療費に対して向ける視線は極めて厳しいものがあったが、実際の医療費構造から考えると高齢者の入院、特に「社会的入院」こそが解決すべき課題であった。

社会的入院とは医療上の必然がない入院を指す（印南2009：3-12）。特に、社会構造が急速に変化したために、従来であれば家庭の介護力を前提として高齢者福祉が成立していたのだが、都市でも地方でも様々な原因でこうした家庭介護力が急速に低下した上に施設整備が不十分だった。平成に入ってから国も施設介護の充実に方針を変更し<sup>56</sup>大規模な施設整備に着手するが、量的な充足が高齢化の進展に追いつかないことに加えて、利用者の負担額が非常に大きいため高齢者福祉施設の利用は限定的であった。

他方で昭和30年代の開院ブーム<sup>57</sup>や疾病構造の転換による空き病床の増加<sup>58</sup>によって病床には供給の余裕があった上に、福祉給付の充実策によって入院費の自己負担額はかなり抑制されていた。その結果、需給双方の目論見が合致し、医療的必然性のない入院が増加し、そのことが国民医療費を押し上げる結果となった。こうした状況は、現役世代の被用者・雇用者にとって望ましいものではなかった。本来労賃として分配されるべきものが保険料として労使双方で負担させられ、しかもそれは違う保険制度である国保に加入する高齢者に分配されているからである<sup>59</sup>。

そこで社会的入院を抑制するために2.4で述べたような病床規制が導入され、県の正式な関

<sup>55</sup> データは厚生労働省による「平成28年度 医療費の動向」による。  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/16/index.html> 【2018/3/4 閲覧】

<sup>56</sup> 1989年のゴールドプランや1994年の新ゴールドプランが典型的な政策体系である。

<sup>57</sup> 国民皆保険が成立し、被保険者にとっての医療に対する経済アクセスの阻害要因が減少したことで医療需要が増大したことが主因だが、日医の要求を受け入れた政府による医療金融公庫の整備で開業医が診療所を病院化する資金的ハードルが下がったことや、車社会の到来による交通外傷の増大など複数の要因で病院開設が急速に伸びた。病院は1955年の5,119施設51万床から1970年までに7,974施設106万床に拡張された（厚生省医務局1976b：表9）。

<sup>58</sup> かつて国民病とされた結核治療は、内科的療養によって対処するしか治療法がなく、そのため戦時中から戦後にかけ、国は病床整備計画を立て非都市部に大量の結核病床を配置しようとした。ところが抗生物質が開発されたことで、1950年頃から結核は急速に克服された。こうした科学技術開発の偶発性と、施設整備のタイムラグによって多くの非外科的病床が地方に残されていた。

<sup>59</sup> こうした対立構造を伊藤光利は「大企業労使連合」と名付け、後に中曽根政権で全面的に展開される「小さな政府」の実体的基盤として理解した（伊藤1988：53-70）。

与が制度化された（1985 第一次医療法改正）ほか、病床機能の切り分け（1992 第二次医療法改正および 2000 第四次医療法改正）、病診連携の促進（1997 第三次医療法改正）によって、「安易に入院」することを困難にしてきた。しかしこれらに実効性をもたせた重要な制度変化は介護保険制度の導入である。ケア自体を経済的に保証する介護保険制度が成立したことで、社会的入院によってケア費用を迂回するルートは遮断されることになった。また介護保険制度は国保を理念的基盤として設計されたのでもともと分権的なシステムであり、介護事業計画の立案や一号被保険者（65 歳以上の高齢者）保険料決定などは市町村の責務とされている。したがって高齢者の健康ニーズを把握して介護と医療の適切な使い分けを行う高齢者保健事業の責任と、介護保険制度自体を公式に運営する責任の双方が市町村に残された。

ところが高齢化が進展し介護ニーズが増大する中で介護サービスの提供体制を見直す必要が生じた。そのため、2011 年の介護保険法改正によって地域包括ケアと呼ばれる総合的なケア体制整備を市町村ごとに設定する義務が明記された。地域包括ケアは「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」の 5 機能の連携を図ることで、ケアを必要とする高齢者が地域で生活することを可能とする体制である（豊島・立石 2016：8-9）。他方で、介護の社会化（脱家族化）を基本理念としていた介護保険の延長線上に位置づけられていたはずの地域包括ケアは、政府と社会が置かれていた財政的制約のゆえに「安上がりなケア体制」の代替物として理解される面もあった（宮本 2014：8-9）。ところが先駆的事例として参照される広島県御調町（現在の尾道市御調町）の仕組みは、公立病院を中心に相応の公的投資を伴うシステムだった。合併した尾道市で御調方式が継承されていないのは、この制度がコスト高であることの明らかな証明である（二木 2015：3-4& 脚注 8）。

ところで地域包括ケアの本質とは、二木立が指摘するように諸機能の提供主体をつなぐネットワークであり、その基礎的特性として重視されるのが医療機能である（二木 2015：6-7&12-14）。したがって地域包括ケアの典型を政府が示しても、包括ケアの本質が医療的ネットワークであればその構築は地域特性に規定されるので、制度の設計主体は市町村中心にならざるを得ない。それに加えて義務教育機関・保健センター・消防などと異なり、公立病院は各市町村の必置機関ではないので、包括ケア体制は自治体間の分散が大きい個別的なものとなるだろう。ところがこの制度は財政的裏付けが充分でないために、地域包括ケアセンターを外部主体に委託する例が多い。それでは医療や福祉、住宅などの諸機能提供主体間の調整を十分に行うことができない<sup>60</sup>。

こうした状況を前提とすると、高齢化が進んだ先にある自治体の医療制度の運営は、かなり厳しいものになるだろう。特に地域包括ケアを含めたケア提供体制の整備について楽観することは難しい。

## 5. 結びに代えて：健康のまちづくりと地方自治

前項では、現在の地方財政のあり方を前提とした上で、地方自治体における医療保健制度の将来について悲観的な見通しを述べた。しかしそうした困難をひとまず置いて、住民の健康を守る地域づくりとはそもそも何なのかを簡潔に考察して本稿を閉じたい。

地域に住む様々な人々の「健康」は、医療的アプローチだけで維持できない。安定的な健康形成には、雇用や住環境の保障、あるいは適切な健康情報の浸透で自助努力を促す基盤を作ることも前提となる。このように様々な取り組みを安定的・継続的に実現するには、広義の健康づくりをまち

<sup>60</sup> 沼尾波子は、画一的で財政制約が厳しく自治体の人的サポートもない制度の中で地域ニーズに沿ったケア・ネットワークを構築しなければならないため、当初想定していたような「死ぬまで地域で自立して暮らす高齢者」像が市町村において実現し難いジレンマを描写している（沼尾 2014：130-136）

づくりの公共政策として展開する必要がある。政策形成においては、行財政制度の理解と公衆衛生や福祉の専門技能<sup>61</sup>、そして住民の合意を引き出す調整能力の全てが求められる。公共圏の主体が拡散しつつある現代社会であってもそれらの能力を所有する中核的なアクターは依然として自治体職員だといってもよい。

前項で医療機能を中心に置いたネットワーク性が地域包括ケアの真髄であるという二木立の指摘を引用した。地方行財政の貧困が包括ケアの進展を妨げているとした沼尾波子の批判的検討を考える際に重要なのは、そもそも地方自治体が包括ケア体制の構築という機能を担うのかというラジカルな問いである。筆者は、2.3で述べたように、公衆衛生職が地方政府で相対的に充実していることを考慮すると、そうした機能を担うことは条件次第で可能だと考えている。保健師の養成は脚注24で触れたように高度に標準化されるので、政策実施のマニパワーにおける質は地域を問わずに保障されている。また、保健師が修学する地域看護学は、社会科学的な要素の強い（特に地域社会学の影響下にある）学問体系なので、地域の現状を把握し課題を抽出する地域づくりの発想と親和的である<sup>62</sup>。したがって、保健師に代表される公衆衛生専門職を現在のような現業職的に活用するよりも、地方行政の要員として育成し活用する視点があれば、先に述べた法制知と専門知のハイブリッド型職員として包括ケアの具現化をリードすることが期待できる<sup>63</sup>。

また宮本太郎が構想する「土建自治体から保健自治体（宮本2014：18）」への転換は、地域活力の維持という意味で重要である。医療福祉機能はクライアントの存在するところで成立するビジネ

スなので土着（ローカル）性が強く、産業として都市化・集約化する必要は必ずしもない。すなわち、医療福祉機能自体が地域における雇用センターとなりえるのであり、医療費の抑制という「歳入の政治」の視野だけでとらえることは必ずしも適切ではない。それは地域の経済循環を支える潜在力でもあるかもしれない。

今後の地方行政において、医療や介護の重要性が増すことは疑う余地がない。そこで必要なのは地域の現況と未来を描く能力であり、専門知を有するスタッフを多面的に活用することが求められていると言ってよい。

## 参考文献

- 足立泰美・赤井伸郎・植松利夫 2012, 「保険行政における医療費削減効果」, 『季刊社会保障研究』48巻3号
- 市川喜崇 2012 『日本の中央地方関係』法律文化社
- 伊藤光利 1988 「大企業労使連合の形成」, 『レヴァイアサン』2号
- 稲垣浩 2015, 『戦後地方自治と組織編成』, 吉田書店
- 岩永俊博 1995 『地域づくり型保健活動のすすめ』医学書院,
- 印南一路 2009, 『社会的入院の研究』, 東洋経済新報社
- 及川和男 2008 『村長ありき－沢内村深沢晟雄の生涯』, れんが書房新社
- 加藤ほか 2009, 『社会保障法第4版』, 有斐閣アルマ, 16-18頁, 特に表1
- 川上武・小坂富美子 1992, 『戦後医療史序説』,

<sup>61</sup> このふたつの知識は政策学者の秋吉貴雄がしばしば言及する「ofの知識」と「inの知識」に相当すると言ってよい。一般行政職に求められる法制的専門性が政策領域横断的なofの知識だとすれば、専門技術職に求められる個別的専門知が領域固有の「inの知識」に相当する。この両者は習得コストがトレードオフの関係にあるために、通常の地方政府においては行政職と技術職がそれぞれ分担して深化を追求する。

<sup>62</sup> 地域の合意をもとに健康づくりを進めていく事例は、岩永俊博らが提唱するヘルスプロモーションを参照した（岩永1995：グリーン&グロイダー1997）。

<sup>63</sup> 地方公務員としての法制知識や行政知識は後天的に習得が可能なものであるのに対して、工学や公衆衛生学を通常の行政事務職員が後天的に習得するのは高コストであるため、技術系職員をハイブリッド化するほうが現実的である。

- 勁草書房
- 鬼島淳 2008 「戦時・戦後の保健医療問題と農村社会」, 『民衆史研究』 75号
- 北山俊哉 2011 『福祉国家の制度発展と地方政府』, 有斐閣  
2017 「日本における総合行政の起源」, 『法と政治』 68巻1号
- 熊谷晋一郎 2013 「痛みから始める当事者研究」, 石原孝二編 『当事者研究の研究』, 医学書院
- グリーン&グロイダー (岩永訳) 1997, 『ヘルスプロモーション』, 医学書院.
- 厚生省医務局 1976a 『医制百年史』, ぎょうせい  
1976b 『医制百年史・資料編』, ぎょうせい
- 澤野孝一朗・大竹文雄 2004 「医療サービスと予防行動に関する研究サーベイ - 予防政策評価のための一試論 -」, 『医療経済研究』 vol.15
- 新村拓 2006, 『日本医療史』, 吉川弘文館
- 杉田暉道・平尾真智子・長門谷洋治・石原明 2005 『系統看護学講座別巻 看護史』, 医学書院
- 宗前清貞 2005 「政策過程における専門情報の強度 - 公立病院改革を題材に -」, 『政策科学・国際関係論集 (琉球大学法文学部)』 7号  
2010 「自治体における経営の限界と公共性 - 公立病院問題を中心として」, 『年報行政研究』 46号  
2017, 「書評 森田郎『会議の政治学Ⅲ』」 『年報行政研究』 52号,
- 田口富久治 1969, 『社会集団の政治機能』, 未来社
- 高橋秀行 1989 「第3章 医療保険」, 『日本の公共政策 - その基準と実際 -』, 行政管理研究センター
- 豊島泰子・立石宏昭編 2016, 『地域包括ケアシステムのすすめ』, ミネルヴァ書房
- 沼尾波子 2014, 「地域包括ケアシステムにおける自治体行財政運営の課題」, 宮本太郎編 『地域包括ケアと生活保障の再編』, 明石書房
- 野口裕二 2002, 『物語としてのケア』, 医学書院
- 福永肇 2014 『日本病院史』, ピラールプレス
- 二木立 2015, 『地域包括ケアと地域医療連携』, 勁草書房
- 増田進 1983 「『生命を守る村』 自戦記」, 太田祖電ほか 『沢内村奮戦記』, あけび書房
- 三田妃路佳 2010, 『公共事業改革の政治過程』, 慶應義塾大学出版会
- 宮本太郎 2014, 編 『地域包括ケアと生活保障の再編』, 明石書房
- 村松岐夫 1994, 「歳入歳出政治の設定 - 大平政治の役割」, 公文・香山・佐藤編 『大平正芳 政治的遺産』, 大平正芳記念財団
- 村松岐夫・北村亘 2010 「財政赤字の政治学」, 寺西重郎編 『バブル/デフレ期の日本経済と経済政策』, 慶應義塾大学出版会
- 森田朗 2016 『会議の政治学Ⅲ 中医協の実像』, 慈学社
- アン・ワズオ 2006 「1920年代の農民運動」, ワズオ・西田編 『20世紀日本の農民と農村』, 東京大学出版会