

❖ 地域の医療介護入門シリーズ

地域の医療と介護を知るために－わかりやすい医療と介護の制度・政策－

第15回 低成長期における医療・介護を巡る動き（1）

－第一次医療法改正と医療計画制度の導入－

昭和48年の石油ショックは、わが国の経済状況を大きく変えました。昭和49年度は、実質経済成長率が戦後初めてマイナスになりました。同年には、政府における税収不足が問題になり、昭和50年度には、戦後初めて赤字国債が発行されました。

その後も厳しい財政状況が続き、消費税導入を掲げた大平内閣が昭和54年の解散総選挙で敗北したことから、昭和56年には、「増税亡き財政再建」のスローガンの下、第二臨時行政調査会が設置されて歳出削減の取り組みが進み、社会保障についても、いわゆる「福祉見直し」の制度改正が次々に実施されました。

今回は、そうした取り組みの1つとされている昭和60年の第1次医療法改正について説明します。

この第1次医療法改正は、医療計画を導入したことで知られています。この医療計画については、しばしば病床過剰地域における民間病院の病床増加を規制するために導入されたという理解がされがちですが、それはある一面のみを強調し過ぎているきらいがあります。今回は、医療計画制度が導入された狙いを正しく知るために、その経緯から追っていくこととしたいと思います。

1 医療基本法案と医療計画

(1) 医療基本法案の国会提出と内容

政府が医療計画を導入すべく法律案を国会に提出したのは、第1次医療法改正が初めてではありません。連載の前回で触れましたが、昭和46年の保険医総辞退を収拾するために、武見日本医師会長と斎藤厚生大臣が合意した事項の1つに、医療基本法案の制定がありました。この合意を受けて、政府が昭和47年に国会に提出した医療基本法案に、医療計画が盛り込まれてい

たのです。

この法案は、わずか10条の法律案ですが、その内容は、すべて医療計画に関する条文といってもいいものでした。第1条で医療政策の目標を掲げるとともに、第2条で国の、第3条で地方公共団体の医療政策推進の責務を規定し、第4条で国の財政措置を規定しています。そして、第5条は国が医療計画を策定し、第7条はそのために医療計画審議会を置くこと、第6条は都道府県が都道府県医療計画を策定し、第8条はそのために都道府県医療計画審議会を置くこと、最後に第10条は、都道府県は、都道府県医療計画の推進及び地域の住民の医療の確保について協議させるため地域医療協議会を設置できるとされています。

なぜ、このような法律案が提出されたのでしょうか。政治的理由としては、上述の武見会長との約束ということと、もう一つ、政府にとっては、政管健保の赤字対策を内容とした健康保険法改正法案の国会審議を進めるために、野党の要求する医療提供体制の改革に対応する法律案を提出する必要があった、ということがありました^{注1)}。

しかし、それは法案提出の必要性であり、法案の内容が医療計画中心であったことの原因ではありません。どうして、医療基本法案の内容が医療計画だったのでしょうか。

(2) 厚生省における医系技官を中心とした地域保健医療施策の推進

この連載の第6回で触れたところですが、厚生省においては、第二次世界大戦後、保健所を第一線機関として、各地域の公衆衛生施策を推進しようとなりました。そして、その施策は、医系技官を中心に進められていました。しかし、第7回で触れたように、この施策は、戦後イン

フレを終息させるために展開されたドッジラインのデフレ政策により予算を削減され、厳しい状況に追い込まれました。

こうした状況に対抗して、医系技官や研究者が提唱していったのが「総合保健論」でした。これは、保健所・行政機関主導で、予防・治療・リハビリまで一貫した保健（医療）体制を整備しようとするものであり、こうした考え方が表明されているのが、昭和47年に公表された厚生省の「保健所問題懇談会基調報告」です。この報告が提唱した、健康を守り育てる仕組みをまとめると、別表のとおりです。

他方で、本連載で触れてきたことですが、昭和30年代、政府は、国民皆保険をの実のあるものにするために、民間医療機関中心の医療提供体制整備の方針を強く打ち出しました。そのため、医療施設整備についても、包括医療推進の観点から、地域の保健施策の一環として推進していくことが必要になりました。

医療施設基本法案が医療計画を中心とした内容であったのは、こうした、厚生省における医系技官を中心とした保健医療施策の方向性が背景にあったことによるものでした³³⁾。

ただ、それでは、こうした医療基本法案の内容が、日本医師会や野党に評価されたかという点、逆であり、強い批判を受けました。それは、日本医師会や社会党の医療政策は、政府の方向とは異なったものであるためでした。

（3）日本医師会の医療政策

日本医師会の医事法制委員会は、昭和43年に「医療基本法（第一草案）」を公表しています。この案は33条からなるものですが、そのポイントとして、以下の点が挙げられます³⁴⁾。

- 国の医療政策の目標は、医学の発展、医師の養成、医療施設の整備運用の施策を強力に推進するとともに、医師の自主性・独立性を尊重し、その社会経済的地位を尊重し、国民医療の水準の向上を図る事（第1条）
- 医療の基本原則は、以下の4点（第2条）
 - ①医療の包括性（医療は、医学が社会に適用されるあらゆる分野を包括）
 - ②医療の生産性（医療は、健康の生産であり、その支出は保健投資）
 - ③医療の地域社会性（医療は地域社会を場として行われる）

別表

	市町村レベル	地域レベル (数市町村レベル)	広域地域レベル
業務	健康相談・健康診査等日常生活に密着したサービス	専門技術を要する診断、検査、公害を含む地域保健対策等	特殊専門的診断、検査、調査研究等
施設	市町村による地区保健センター（仮称）	都道府県及び大きな市による地域保健センター（仮称）	広域地域保健センター
保健所の位置づけ	保健衛生関係者等からなる地域保健協議会を設置する	保健所は地域あるいは広域地域の保健センターに脱皮を遂げるべき。そのため、当面、地域保健計画の策定、情報管理、公害保健対策、環境監視、試験検査等の機能を強化すべき	

④医療の相互信頼性（医療は、医師と患者の相互信頼の下に行われる）

- 国は、第2条の基本原則に則り、第1条の目標達成のために必要な施策を総合的に講ずる（第3条）
- 国は、医療の主体たる医師の責任の重大性に鑑み、その自由性・独立性を尊重し、ふさわしい社会的経済的地位を保障する施策を講ずる（第18条）
- 国は、医療の地域社会性・生産性に鑑み、医療保険制度を、地域社会における保健投資の観点で、企業単位から地域単位に再編成する（第24～26条）

また、医事法制委員会は医療法の抜本改正の基本構造も示しています。そのポイントは、以下のとおりです³⁴⁾。

- 現行の医療法が、医療施設を物理的にとらえ、その開設者や管理者という従属的な立場で医師を位置づけ、医療の中心にあるべき医師の主体性を無視していることは誤りである。
- 新しい医療法は、取締法でなく、未来に目標を置いた科学技術の法とする。そのために、医療だけでなく、医業経営も医師が行うものとする。
- 公的医療機関は、地域社会を単位として、当該地域社会の医師団が経営権を有する公社組織に改組すべきである。
- 病院も診療所も機能分化・多様化の途上にあり、私的施設に法律面からのコントロールは避けるべきであるので、私的施設については、その意図する機能を十分発揮できるようにするための適正規模を考えればよ

く、病院か診療所かという区別はしない。その適正規模の許可は、日本医師会の定める基準に基づき地域の医師会が行う。

- 地域の医療施設のうち、一定の施設は専門的医療施設・医師修練施設として機能させ、外来診療は行わない。それ以外の地域医療公社の施設は、オープンシステムの入院サービスを行う施設として、地域の医師団に開放し、外来診療は行わない。

このように、医師会による医療政策は、医療および医業経営は、医師が主体的に行うものであり、行政や保険者は、医師による地域医療を尊重し、支える役割を果たす存在であるという構想になっています。地域医療重視という意味では厚生省の構想と同様の方向ですが、行政が医療計画を策定するという厚生省構想に対して、医師会構想では、医師が主体となった地域医療推進ですので、どこが中心となるかという点で、対立することになります。

(4) 野党の医療政策

次に、当時の野党が掲げていた医療政策はどのようなものであったか。昭和48年に野党（社会党・公明党・民主党）が国会に提出した医療保障基本法案を見てみましょう。

この法案のポイントは以下のとおりです。

- ①地域の健康管理は、保健所および診療所医師である健康管理医の連携により行うものとし、健康管理医は固定報酬とすること。
- ②おおむね人口20万人を単位とする地域ごとに、その中枢として公的医療機関である地域基幹病院を設置すること。
- ③高齢者、乳児、心身障害者、難病患者については、すべて公費負担で医療を提供する事を目指して、公費負担医療を拡充すること。
- ④医療保険については、患者負担の廃止を目指し、当面は、一部負担は国保は1割、被用者保険家族は2割とすること。国庫負担を大幅に増額すること。

この構想は、診療所医師については固定報酬の健康管理医とする等イギリスのNHS制度と同様の制度を目指すものであり、病院についても、民間病院の存在は認めるものの公的病院中心の体系を目指し、また、地域医療について保健所が積極的に関与することとする等、厚生省

の案とも医師会構想とも異なるものでした。

2 第一次医療法改正

(1) 改正のきっかけ

第一次医療法改正のきっかけは、2つの事件でした。

まず、昭和55年に起きた、埼玉県所沢市の富士見産婦人科病院の事件でした。この病院では、医師免許を持っていない理事長が患者の診療をし、中には、不必要な子宮摘出をされたため出産できない体になった患者もいました。このため、理事長や院長が逮捕されました。さらに、この病院が当時の厚生大臣等多数の政治家に多額の政治献金をしていたため、厚生大臣の辞任等の政治問題にまで発展しました。

もう一つは、京都市で3つの精神病院や医薬品会社、病院給食会社等を経営する十全会グループが、株を買い占めて利益を上げていたり、入院患者を虐待していること等が問題になった件です。昭和55年に厚生省と京都府は合同で立入調査を行い、理事長一族の退陣、外部監査人の導入、医師や看護婦の増員等厳しい措置を行いました。

富士見産婦人科病院事件をきっかけに、厚生省においては、医療制度の問題については、医療保険における診療報酬による対応だけでなく、医療提供制度における対応が必要であるという認識が高まってきました。また、十全会グループ事件においては、医療法における医療法人への指導監督権限の不十分さが指摘され、国会でも当時の園田厚生大臣が医療法の改正を検討する旨を答弁しています^{注5)}。

(2) 医療法改正を取り巻く状況

本稿の冒頭でも触れたように、昭和50年代は、低成長経済下で、国民所得の伸びを上回る医療費の伸びをどのように抑制するかが大きな課題とされた時期であり、医療提供体制の問題も、しばしば、その文脈で捉えられるようになりました。

例えば、「高齢者社会の入口に立つ社会保障」との副題が付けられた昭和52年版厚生白書は、「第1章 社会保障の国際的動向とその背景」で、欧米主要諸国が、いずれも、国民所得の伸びを上回る国民医療費の上昇を受けて財政対策に苦慮し、保険料引き上げ等の「保険財政

の収支バランスの維持という範囲を超え適切な医療保障への接近を目的とする」施策が展開されている」として、その例として「フランスにおいては、全国的に「保健地図」が策定され、地域の医療需要に応じ他病院の新增設および高度医療機器の導入について認可制が採られている」ことを紹介しています^{注6)}。

さらに、自由主義的医療が行われていたアメリカでも、1974(昭和49)年に、国家医療計画・資源開発法が制定され、国の定めるガイドラインの下で、州レベルおよび地域医療圏レベルで医療計画を定めることとされ、わが国でも注目されました^{注7)}。

このように、当時は、国際的にも、医療費増加抑制の観点から医療提供体制の規制が進められる動きがありました。

(3) 医療法改正法案の検討と国会提出の断念

厚生省は、医療法改正法案の策定作業に入り、昭和56年3月には、社会保障審議会に、医療法改正法案要綱を諮問しました。この要綱のポイントは以下のとおりです。

- ①都道府県知事は、各医療圏について、必要病床数等を定めた医療計画を策定する。都道府県知事は、医療計画の達成のために必要な場合には、医療施設開設者に勧告できるものとする
- ②都道府県知事は、医療法人への立入調査を行う事ができるものとする。都道府県は、必要な措置を命じ、これにしたがわないときは、当該法人の役員等の解任等を命じることができる。

この医療法改正案要綱については、社会保障審議会からはこれを認める旨の答申が出されましたが、日本医師会や病院団体からは、医療の官僚統制であるとの強い批判が出されました。このため、当時、老人保健法の制定、健保本人1割負担導入等を内容とする健康保険法の改正、基礎年金導入等を内容とする年金法改正等の大きな改正法案が目白押しの状況であった厚生省は、法案の優先度を考慮し、医療法改正法案の国会提出を断念しました^{注8)}。

(4) 各都道府県における地域保健医療計画策定への取り組み

厚生省は、上記の法律改正による医療計画導

入の取り組みと並行して、一部の都道府県で医療計画をモデル的に実施する取り組みも進めました。

昭和48年に厚生省が設置した「地域保健医療策定委員会」は、既に医療圏の検討・設定を進めている北海道や青森県等の取り組みを踏まえ、岩手県、埼玉県等5つの県をモデル県として、二次圏域の設定の方法を調査研究し、その成果を翌49年に報告書としてまとめています。

この報告書では、保健医療圏域について、定期健診や家庭訪問などの業務については市町村単位の一次圏域で、専門的な医療や健診サービス等は、広域市町村圏や地方生活圏を第二次保健医療圏として整備し、さらに高次の業務は都道府県レベルにおいて考えるが妥当としており、この報告を受けて、厚生省は、各都道府県に地域医療計画の作成を指導していきました。

医療計画というと、病床規制ばかりが議論されるさらいがありますが、それらの地域医療計画は、むしろ、前述の「保健所問題懇談会基調報告」を受けた、地域の関係機関の連携による保健医療体制の整備という方向の取り組みでした。これらの各地域で先行的に実施された医療計画は、医療法改正で医療計画を制度化していく際に参考になったとのこと^{注9)}。

(5) 医療法改正法案の国会提出と改正の実現

厚生省が一度は断念した医療法改正が再び動きだしたきっかけは、老人保健法案の国会審議でした。昭和56年に、老人保健法案の厚生労働委員会における採決にあたり、厚生大臣は、医療法改正を次期通常国会に提出するよう努めていくと答弁したのです^{注8)}。そして、もう一つ、大きな情勢変化がありました。医療法改正に強く反対してきた日本医師会の武見会長が昭和57年に退任し、その後任として、「対話と協調」路線を掲げた花岡会長が就任したのです^{注9)}。

こうした状況の下で、厚生省は、医療法改正法案の国会提出に向けて、日本医師会等の関係団体や与党との調整を進めました。

その過程で、昭和56年に社会保障審議会に諮問した要綱において、都道府県知事が医療法人の役員等の解任等を「命じる」ことができるとの規定は、解任を「勧告する」ことができることとされ、また、医療圏における必要病床数について有床診療所の病床が除外されました^{注9)}。

この協議において出てきたのが、「一人医師医療法人」制度導入でした。

連載第8回で、昭和20年代に、診療報酬への課税については、課税対象は診療報酬収入の3割とする（7割が控除）旨の優遇措置が講じられたことを触れましたが、昭和50年代に入り、政府部内で一般消費税導入の議論が行われる中で、そのためには不公正税制の是正が必要とされ、そのやり玉に医師優遇税制が挙がりました。そして、大蔵省と日本医師会との折衝により、昭和54年度から、診療報酬収入額に応じて控除率が5段階となる制度に改正されました。具体的には以下のとおりです。段階別にしたのは、過疎地域の患者の少ない医療施設の医師への配慮によるものとされています。

診療報酬収入2500万円以下	控除率	72%
〃 2500万円超3000万円以下	〃	70%
〃 3000万円超4000万円以下	〃	62%
〃 4000万円超5000万円以下	〃	57%
〃 5000万円超	〃	52%

なお、この控除率は、あくまで課税対象となる診療報酬額の話であり、税率については、わが国の個人所得税は累進税率（所得額が高くなると、税率も高くなる。当時の最高税率は75%）を採用しているため、収入の高い医師は、多額の所得税を支払わなければなりません。これに対して、医療法人の場合、利益の多少によって異なりますが税率は30～40%でした。このため、所得の高い医師は、医療法人を設立した方が税制上有利になるのですが、診療所が医療法人を設立するには3人以上の常勤医師が必要とされており、これは多くの診療所にとっては厳しい要件でした。そこで、医師1人でも医療法人を設立できるようにならないか、という要請が出てきたものです。

日本医師会側の文書によると、厚生省側が、この1人医師医療法人制度の導入で医師会と妥協を図ったが、これを医療法改正法案に加えるとすると、昭和56年に社会保障審議会に諮問した要綱案の大幅な修正になり、再度諮問する事が必要になるため、議員修正の方式を採用したとされています^{注10)}。しかし、厚生省の当時の担当者の回顧談では、1人医師医療法人については、医療関係者側から強い要望があり、厚生省としては賛成ではないが国会で議論されるなら仕方ないという感じであった、とされていま

す^{注11)}。

なお、厚生省の担当者回顧談では、法律案作成過程で、内閣法制局から、医療法が、いわゆる「業法」であれば、医療計画は独占禁止法違反になるのではないかという指摘があり、厚生省は、医療法はあくまで衛生規制であり、医療計画は需給調整ではない、と説明して理解を得たという経緯があったとされています^{注11)}。

いずれにしても、昭和58年3月に、医療法改正法案は国会に提出されました。

しかし、実質的な審議に入ることはできず、継続審議になりましたが、秋の臨時国会では、ロッキード事件での田中角栄元首相有罪判決を受けて、国会審議がストップし、衆議院が解散されたため、廃案になりました。

翌昭和59年に、医療法改正法案は、再度国会提出されました。この年には、日本医師会の会長選挙で現職の花岡会長が破れ、医療法改正法案は医療の官僚統制につながるとして反対した羽田会長が誕生し、また、この国会では、基礎年金導入等を内容とする国民年金法等改正法案の審議が優先されたこともあり、医療法改正法案は継続審議になりました。

しかし、同年秋の臨時国会では、日本医師会も態度を軟化させ、国会でも、初めて委員会で実質的な審議に入りました。そして、1人医師医療法人の導入等の修正が加わり、同年12月に、医療法改正法案は可決成立し、公布されました^{注12)}。

改正の概要は以下のとおりです。

①医療計画関係

- 都道府県は、医療提供体制の確保に関する計画（医療計画）を策定する。医療計画には、医療圏の区域の設定に関する事項、必要病床数に関する事項を定めるほか、病院の機能を考慮した整備目標に関する事項、医療に関する施設の相互の機能及び業務の連携に関する事項等を定めることができる。
- 医療圏の区域の設定及び必要病床数に関する標準は、医療審議会の意見を聴いて、厚生省令で定める。
- 都道府県は、少なくとも5年ごとに医療計画に再検討を加え、必要があれば変更する。その際には、あらかじめ、診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴かなければならない。

○都道府県知事は、医療計画の達成の推進のために特に必要がある場合には、病院開設者等に、病院の開設や病院病床数の増加等について勧告することができる。

② 1人医師医療法人関係

○常勤医師が1人又は2人の診療所についても、医療法人の設立を認める。

③ 医療法人の指導監督関係

○医療法人には、役員として、理事3人及び監事1人を置く。

○都道府県知事は、医療法人に対し、その業務や会計の状況に関する報告を求めたり、事務所への立入調査を行うことができる。

○都道府県知事は、医療法人の業務や会計が法令等に違反し、又は著しく適正を欠いている場合は、必要な措置を命ずることができ、その命令に医療法人が従わないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、業務の全部又は一部の停止や役員の解任を勧告することができる。

このように、日本医師会の態度が変わってきたことについて、西岡晋(2002)^{注12)}は、日本医師会が要求した修正がほぼ受け入れられたことに加え、いわゆるチェーンホスピタルが日本でも増加し、とくにアメリカで急増していた株式会社経営の病院チェーンが日本進出を狙っていたという事情もあって、既得権益の確保を企図した日本医師会が病床規制や医療法人への規制措置を法制化させることに同意したからである、としています。また、竜聖人(2015)^{注13)}は、そうした医師会側の事情に加え、当時の最大野党であった日本社会党が、その最大の支持組織である総評において、当時の民間労組が労働戦線統一の動きを強める中でその動きをコントロールするために自らも右傾化していた事の影響を受け、従来の医療の社会化の主張を弱めることになった、と指摘しています。確かに、医療法改正法案の委員会採決においては、共産党以外の主要政党は、社会党を含めすべて賛成しています。

(6) 改正の実施と駆け込み増床

医療法改正によって導入された、都道府県知事による病床規制は、勧告という強制権限のない仕組みでしたが、厚生省が、この勧告に従わない医療機関については、保険医療機関の指定

を行わない取り扱いとしたこともあり、医療機関にとっては、脅威に映ったようです。各地域では、多くの医療機関が、都道府県が医療計画を策定する前に病床数を増やそうとする「駆け込み増床」の動きを見せたのです。

昭和60年12月に成立した医療法改正は、昭和61年8月に施行されました。これを受けて、各都道府県は医療計画の策定を進め、最も早い神奈川県は昭和62年2月公示を皮切りに、平成元年3月の富山県の公示を最後に完了しています。

病床規制の根拠となる基準病床数の算定にあたっては、当時、医療法に診療所は患者を48時間収容しないようにつとめなければならない(連載第7回参照)との規定があったことから、病院病床とはその機能が異なるとして、診療所病床は算定対象外とされました。

そこで、医療法改正の実施時期および各都道府県の医療計画策定期間の前後における病院の病床数の変化を見ると、昭和59年は27千床の増、60年は28千床の増に留まっていたのが、医療法改正が施行される昭和61年には39千床増、62年は48千床増、63年は52千床増と大きく増加しています。そして、すべての都道府県で医療計画の策定・公示が終了した平成元年以後は、元年は28千床増、2年は15千床増と、落ち着きを見せるようになっていきます^{注14)}。

ここまで述べたように、第一次医療法改正における医療計画の導入は、地域における医療提供体制を整備していく道筋を示すという大きな狙いがあったにもかかわらず、福祉見直しの時期であったことから、病床規制の面ばかりが目され、その結果、駆け込み増床という医療機関側の過剰反応を生んでしまったという副作用はありましたが、それまで計画性に欠けていたわが国の地域医療提供体制整備の政策について、新たな局面をもたらしたという点において、高く評価されるのではないかと思います。

注1) 西岡晋(2001b):199-213.

注2) 厚生省(1988):1117-1118.

注3) 西岡晋(2001b):197-200.

注4) 日本医師会編「国民医療年鑑(昭和45年版)」:201-213.

注5) 西岡晋(2002a):189-193.

注6) 厚生省(1977):総論 第1章第4節4.

注7) 広井良典(1992):56-58.

- 注8) 医療政策ヒストリー座談会録 (2016) : 367-389.
注9) 西岡晋 (2002b) : 66-67.
注10) 日本医師会 (1997) : 173.
注11) 医療政策ヒストリー座談会録 (2016) : 366, 380-381.
注12) 西岡晋 (2002b) : 71-73.
注13) 竜聖人 (2015) : 156-157.
注14) 中島明彦 (2017) : 143-148.

参考文献

- 橋本正己「地域保健活動の動向と課題」: 1975, 医学書院.
厚生省「厚生白書 昭和52年版」: 1977.
厚生省「厚生省五十年史」1988: 中央法規.
広井良典「アメリカの医療政策と日本-科学・文化・経済のインターフェイス」, 1992, 勁草書房.
日本医師会「日本医師会総創立記念誌-戦後50年のあゆみ」, 1997, 日本医事新報社.
有岡二郎「戦後医療の50年-医療保険制度の舞台裏」: 1997, 日本医事新報社.
長谷川敏彦「地域医療計画の効果と課題」: 季刊社会保

- 障研究Vol.33 No4, 1998, 国立社会保障・人口問題研究所.
西岡晋「医療政策過程分析の枠組」早稲田政治公法研究67号, 2001, 早稲田政治公法研究会 (2001a).
西岡晋「医療基本法案の政策過程」早稲田政治公法研究68号, 2001, 早稲田政治公法研究会 (2001b).
西岡晋「第1次医療法改正の政策過程(1)」早稲田政治公法研究70号, 2002, 早稲田政治公法研究会 (2002a).
西岡晋「第1次医療法改正の政策過程(2)」早稲田政治公法研究71号, 2002, 早稲田政治公法研究会 (2002b).
竜聖人「第1次医療法改正の政策過程: 政策学習論の視点から」, 筑波法政第64号, 2015, 筑波法政学会.
医療政策ヒストリー座談会録 第1回「1985(昭和60)年第一次医療法改正」: 医療と社会Vol.26 No4, 2016, 医療科学研究所.
中島明彦「医療供給政策の政策過程-地域医療計画の形成・決定・実施過程と政策の変容」: 2017, 同友館.