

福祉政策形成過程における行政官僚の役割

——一九八四年の健康保険法改正の事例研究——

東京福祉大学助教授

尹 文 九

I、はじめに

一九八〇年代の第二臨調による行政改革という政治的背景の下で医療政策においても老人保健法の制定をはじめ健康保険法の改正などが相次ぎ行われてきた。ところが、そのなかでも一九八四年に成立した健康保険法（以下健保法）の改正は、第一〇一回国会の最重要法案となり、かつ与・野党の最大の対決法案となった。つまり、福祉サービスにおいては給付水準の引き下げ、患者の費用負担面では自己負担額の増加といった点から、予想されていたような関係利益団体の圧力や野党からの反対だけでなく、自民党の派閥政治にも巻き込まれ、法改正に対する国会通過の問題は、当時中曽根首相にとって試金石となった。それにもかかわらず、この改正法案は既存の事例とは異なり、ほぼ厚生省案に近い形でしかも、国会提出から六ヶ月もかからず一回の国会会期で成立してしまったのである。

こうしたことから、この法案改正をめぐる政治過程は他の法案の政治過程と比較し、特別なケースとして考えられ

る。したがって、本稿ではどうしてそのような政策決定が可能であったのかを政策環境と政治アクターに区分して検討する。特に、政治アクターとしてはアイディアを持ち、それを第二臨調という政治的エネルギーを利用して同制度成立に大きな役割を果たしてきた厚生省の官僚に焦点を当てて考察する。

II、健保法改正をめぐる政策環境

健保法改正の背景には、大きく内部的要因と外部的要因が取り上げられる。その内部的要因としては、人口の高齢化による国民負担率の増加、国家財政状況の悪化や保険制度間の格差などの問題が挙げられる。そして、外部的要因としては、当時、福祉国家の見直し、「小さな政府」を要請した第二臨調や自民党の強いあと押し、そして健保法改正の成立のため徹底に準備してきた厚生省があつたのである。

一、内部的要因

一九八四年の健保法の改正を促進させた原因として第一に挙げられるのが国民医療費の増加である。厚生省によれば一九八二年度の国民医療費は一三兆八、〇〇〇億円で、その国民所得に対する割合は六・五%を占めているが、そのまま増加すれば、八三年度は一四兆五、〇〇〇億円と増加し、さらに、八四年度には一四兆九、〇〇〇億円となると推計した。国民医療費は、国民皆保険制度の施行前の一九六〇年度には四、〇〇〇億円であつたが、六〇年代中頃から毎年二〇%程度も増加し、七九年以後は国民所得の伸びを越え、毎年一兆円程度増加し、二〇年ほどの間に、約三四倍に急増したのである。こうした国民医療費の増加に比べて国民所得の伸びは、同一期間に約一六倍であるから

医療費の増加がいかに大きかったかがわかる。

これは疾病構造の変化や高齢者の数の増大に伴い入院医療費の増加や他の国と比較して高い薬剤費が主要因となっている。厚生省は「今後も医療費は増大傾向にあるとし、その要因として人口の増加と診療報酬の引き上げは明らかに医療費を増加させる要因となっているが、近年においては人生八〇年時代を迎えて、①成人病増加による疾病構造の変化、②人口の高齢化、③医療技術の進歩など医療費の構造的変化等も、その要因である」と指摘している。

内部的要因の第二は、制度を取り巻く客観的な環境条件、とりわけ経済情勢と国の財政事情の大きな変化である。

周知のように、石油危機以降の財政状況の悪化に伴い、国債依存度は一九八四年度二五%と、先進国のなかでも極立って高かった。したがって財政再建は一九七九年度予算から課題となり、第二臨調による行財政改革路線で一九八二年から一般歳出の一律カットというシーリング方式が導入されることになった。こうした財政状況下で、社会保障関係費も大きな影響を受け、一般歳出に占めるその構成費は一九七六年度の一九・九%をピークに低下し、伸び率も一九七九年度に一三・八%の一般歳出の伸び率を下回る一一・二%となったのである。さらに、一九八二年度からはゼロ・シーリングの例外項目でありながら二・五%と激減した。財政赤字の下で社会保障制度改革が政策課題とされたのは、社会保障予算急増が政府の財政規模の増大、財政危機の重要な要因となったという認識に基づいている。確かに、数字のみに注目すれば、この認識は否定できない。

一九八四年の健保法の改正を推進した背景となる財政的要因をもう一つあげれば、社会保障制度の潜在的膨張力である。社会保障支出の増大には、制度の拡充のみならず、人口構造の変化が大きく影響する。人口の高齢化が進むと、当然社会保障費も増えていくが、日本の場合は諸外国で例をみないスピードで高齢化が進行していることが指摘されるようになった。

内部的要因として第三に、医療保険制度における社会的公平性の確保問題を掲げられる。医療保険制度は、過去の沿革により、いくつかの制度に分立しているため、各種の医療制度間に給付内容や負担の面で様々な格差が存在し、それが問題となってきた。それで厚生省は、高齢化時代にふさわしい医療保険を確立する必要性に迫られた。制度の長期的な安定と生涯を通じた公平な給付と負担の確保といった課題にに応じていくには、制度を見直し、本格化する高齢化社会においても十分に機能を果たすことができるようにしていく必要があるとしたのである。その観点は①給付内容の無駄を徹底的に見直し、医療費の適正化を図るとともに、制度自体も効果的なものに改めていく。②医療保険の給付率の統一、全国医療保険制度間で負担の公平化を図り、公平な給付と負担を確保するという内容であった。

以上述べたように厚生省内部の事情から、医療保険についても年金制度にしても日本の社会保障制度はいまのままではよいだろうか。あるいはこれからの人生八〇年時代に備えて医療保険制度を基本的に見直し、国民の負担を適正な範囲にとどめつつ、より効率的で安定した社会保障制度に編成、再構築すべきではないかという認識が厚生省の内外関係者間に徐々に高まってきた。それが保険制度についても相反する利害を越えて新しい制度を生み出す大きな流れになっていたのである。

しかし、自己負担導入の拡大というこのような制度の改革が成立するためには、内部的にも外部的にも好条件に恵まれることが必要である。ここで、外部的な条件として第二臨調による行政改革という政策環境が、同制度の改正に好条件になったのである。

二、外部的要因

制度改正に影響を及ぼした外部的要因として指摘されなければならないのは、第二臨調の誕生と行政改革の推進と

いう大きな時代の流れである。第二臨調は三つの部会で構成されているが、第一部では「支出削減が主たる任務」であるとの立場からの社会保障制度の見直しに関して、年金とともに医療を重点施策と見て検討を行った。その部会長であり、元厚生次官として臨調内部で厚生省内「改革派」の主張を代弁した梅本純正は、社会保障制度改革の必要を説く際に、国民負担率は五〇%以下にとどめるべきであり、それを越えると先進国病に陥ると強調してきた。

これは国家財政の指標として政治的にクローズアップされる同時にその抑制方法が提案された。この点で第二臨調の活動答申に見られる政策提言は制度改革を促す大きな政治力として働いた。第二臨調は西欧諸国の経済活力の低下原因の一つとして重い社会保障・租税負担を挙げた。一九八〇年度初期に西欧諸国はすでに国民負担率が五〇%を越えており、当時は一九八一年度三三・七%として低水準であった日本の負担率も、既存制度下では西欧諸国と同水準になることは避けられないという認識の下に、第二臨調は「徹底的な制度改革の推進により、現在のヨーロッパ諸国の水準よりかなり低位にとどめる」ことを提言したのである。

その結果、医療保険制度は、年金制度を維持する保険料負担を要件とし、医療費負担の効率化という名目の下で抑制することが主眼とされた。すなわち、年金保険料負担は、制度改革によっても将来二倍程度に増え国民所得の一二・一三%になると考えられ、当時の租税負担率約二四%と、医療保険料が約六%が維持できたとしても、国民負担は四二・四三%に達すると予測した。それゆえ、「第二臨調の答申……を踏まえると医療費の伸びは国民所得伸び率程度に止め、国民負担率が上昇しないようにする」ことが社会保障制度全体から見た健保改正の目的とされた。

政府は以上の背景的要因を解釈し、制度改革を政治争点化した。すなわち、歳出削減による財政危機回避の方針の下で、急速な高齢化に対応し、国民負担の上昇を抑制するためには、社会保障給付抑制が不可避的帰結であることを示したのである。

Ⅲ、改正案をめぐる政策形成過程

一、問題の認識段階

「福祉元年」の時代に、できあがった医療保険体系及び老人医療費支給制度は、成立当時から既に問題を含んでおり、さらに、それらの制度の維持には多くの予算を必要とするため、高齢化と低成長による税収の伸び悩みのおかげに、さらに、それらの制度の維持には多くの予算を必要とするため、高齢化と低成長による税収の伸び悩みのなか、いかに財源を確保していくかという問題は厚生官僚らが早くから認識していた。たとえば、一九六〇年代半ばに保険局長に就任した小山進次郎が健保改正の提唱者の一人であるが、彼は当時、薬剤の二分の一の負担を主張した¹⁰。また、吉村仁も第二臨調以前から健保改正の必要性を痛感しており、厚生省内で勉強会を作つて、長期的な改革を模索していたが、彼が医療制度の抜本的改革の必要性を痛感したのは、制限医療が撤廃された一九六二年にさかのぼるといわれている。

当時の医療保険制度の改革に対する、吉村の最初の働きかけは、小沢辰男厚相時代に薬剤費の償還制度を構想したが、これは医師会の反対で挫折し、その後、吉村は医療に経済性の観点を導入することを一九七〇年代なかばから提唱していたのである¹¹。

また、厚生省の中野徹雄官房審議官は、一九七六年七月二〇日の都市国保課長協議会の席上、「高度成長下の社会保険財政の運営が期待できなくなった今、制度独自の負担率の引き上げ問題、適正負担、適正給付の限界点を税、保険料など、どう組み合わせていくかという問題などを考えていかなければならない。一般会計からの繰り入れ、借金でしのぐことができない状況に直面した時、初めて本音のところ、医療保険負担の限界、誰にどう持たすことが社会的公正か、この問題を否が応でも考え直さざるをえない状況になっている。その意味での見直しは単に医療保険だけ

ではなく、年金を含めた社会保障全般について優先順位の問題を含めて新たな適正負担のルールを模索せざるをえない状況である」と⁽¹²⁾と低成長下の社会保障制度改革の必要性を指摘したのである。

二、改正案の準備段階

このように厚生省では、社会保障政策において省の基本方針であった「高福祉・高負担」への路線が大きく転換し始めた。なぜならば、一九七七年、厚生省は医療費増大に対して、医療保険制度の抜本的改革に着手し、同年一月小沢厚相は「医療保険制度改革の基本的な考え方についての一四項目」を発表した。そして、この時期厚生省にとつて最大の関心事の一つは、老人医療費無料化制度の実施以後、老人医療費の増加が及ぼす国保財政への圧迫と、これに伴う国庫負担額の急増とともに、急ピッチの人口高齢化に対応していくための新しい施策の確立であった。

一九七八年二月、厚生省は「国民医療費将来推計」を発表し、このなかで五年後の八三年には国民医療費が二〇兆円を越えると予測しながら省としての危機感を表明したのである。⁽¹³⁾その上に一九七八年、七九年においては病院経営の収支は全体的に黒字が続き、かつてないほどの安定をみせていたが、一九八一年半ばになって公的一般病院の医業収支率は一〇〇を切つて赤字に陥つたことなどから、医療費改正の声は徐々に高まってきた。そこで、中央医療協議会では一九八〇年三月から毎月一回の医療問題に関する諸問題について審議が行われ、翌年二月頃から医療費改正に向けて動き始めた。

厚生省は、一九八一年四月、中医協に対して診療報酬改正についての包括的な諮問を行い、同年五月二一日には、具体的に医療費改正に関して諮問を行った。ただし、この諮問に対し、中医協は厳しい政治状況の折から引き上げ幅については診療側もやむなしと判断して、五月二四日にスピード答申を行った。

こうした動きのなか、一九八二年八月、老人保健法の制定により、各医療保険制度間の老人医療費負担公平化が図られ、老人医療費により国民健康保険の負担はある程度緩和されることになった。しかしこの制度は予算の削減と国保の財政悪化を緩和するほどの十分な改革までは行かなかったのである。老人保健法制定後、吉村仁が保険局長になり、これ以後厚生省は吉村を中心に医療費適正化・医療保険制度改革に重点を移して行く。一九八二年七月に出された第二臨調の基本答申を受けて、厚生省は、十一月一日に事務次官を長とする省を越えた「国民医療費適正化総合対策推進本部」を新たに新設した。同対策本部は当面、強力に推進するべき対策として診療の適正化対策を含む五個項について検討後、保険外負担を含む患者負担の見直しなどを掲げたプロジェクトを開始される。

その直前、社会保険関係雑誌に厚生官僚を中心に構成される医療保険政策研究会（吉村が中心）が、「医療保険の今後のあり方」についての具体的な提言を行っている。その提言は、今後医療の費用負担の点では三つの選択肢があると書かれている。その第一つ目は、国庫負担分の拡大という方法であるが、これは現在の財政状況では無理であり、もし、この選択肢のためには増税に向かわざるを得ないとした。そして、第二つ目の方法としては、保険料の引き上げであるが、これは国民の減税要求が強い現状では国民のコンセンサスは得られないであろう。最後の第三つ目は、医療保険制度による給付の引き下げという方法であった。同研究会は諸般の事項を考慮し、結局、医療にも市場原理を反映させ、患者にコスト意識を持たせるためにも、第三つ目の選択肢を選ばざるを得なかったと結論づけている。¹⁴

これは、健保改正に向けての、厚生官僚の意向を事実上提示したものであるといえる。低成長のもと、財政上の希望を失い、さらに高齢化社会の急速な進展が既存の制度の対応能力を脅かす変化が現れたことにより、厚生省は危機感を持って制度改革に向かわざるを得なくなったのである。すなわち、「制度の安定的運営」こそ官僚の存在意義であり、社会保険行政にかかわる官僚の基本認識である。¹⁵そして、一九八〇年の健保案のような内容を避け、厚生官僚

の原案に近い形で法案を成立させるため、①法案の内容と法案提出の仕方について、②提出の際に外部の力を利用するなどの戦略がとられていた。①については、当該改正案が予算関連法として提出されたことが挙げられる。これによつて、厚生省は大蔵省及び自民党の予算ないし、厚生関係議員の協力をとりつけていこうとした。かつ、法案内容においても、八割給付によつて浮いた財源で退職者医療制度を創設し、国保への国庫補助を合理化する三脚構造は、その一部のみを崩すことが許されなかつたのであり、反対勢力の足並みを乱させることも意図されていた。こうしたことは当時、吉村局長の次のような発言から明らかである。「今回の改正案については、大体同意は得られないだろうし、各方面からそれぞれ反対されると思う。私どもが若干楽観的なのは、賛成を示す部分もあつて、それを全部足せば、全部賛成ということになる。給付率の引き下げは財界は賛成、退職者医療については財界が反対しているけれども、医師会が賛成ということに賛成のところで足せば全部賛成、反対のところを足せば全部反対となる。また、労働側も退職者医療制度を望んでいたし、給付率の八割統一を打つことで国保加入者の賛成も期待できたのである」と語つた。これは厚生省が、行革ブームと臨調路線に沿つて、この法案に財界が主張するコスト意識と市場原理を取り入れ、その上に、日医の要求である財政調整による退職者医療制度を巧みに組み合わせることで、法案自体にかなり高い説得力を持たせていったのである。

こうした戦略を持っていた厚生省内改革派の思考を代弁していた吉村は、田中派の森義郎厚相に対して、医療保険制度改革を行うよう説得した。一九八三年一月には森厚相にもなわれて田中角栄に医療保険改革の必要性を説き、田中もそれを了承するに至つた。さらに、吉村は一九八三年に入つて、医療費抑制と医療における質の向上を目標とする医療制度改革の理念を掲げて、現行制度を批判する論文の投稿や講演などを通じて「医療費と亡国論¹⁷」という刺激的な用語を用いつつ、改革の必要性を積極的に展開したのである。

以上から、厚生省は吉村局長を中心として一九八三年初頭には医療制度改革の方針を固め、その実現の準備として、コンセンサスを得るための雰囲気づくりに専念していたといえよう。なぜなら、総理府も四月七日、「高福祉・高負担」には反対の声が強く、「利用者の一部負担」については賛成の意見が多いとの内容の「老後生活や社会福祉に関する世論調査」をまとめ、発表していたからである。¹⁸⁾

三、政府議題形成の段階

このような厚生官僚の動きをさらに加速させたのが、一九八四年度にゼロ・シーリング予算が導入されたことである。この枠内で予算を編成することを強いられた厚生省は、八二年度に行革特例法により厚生年金の国庫負担率の二五%カットを三年間にわたって実施、八三年度からは国民年金の支払いを削減した。一九八四年度厚生省概算要求の際、約九〇〇億円の当然増加の内、年金へのシーリング外の上積を除く、六九〇〇億円の国庫負担削減分を健康保険法の改正による被用者保険本人の二割自己負担の導入と、退職者医療制度創設、高額療養費自己負担引き上げなどを通じて充当しようとしたのである。というのは年金の削減は限界にきているとの判断から、厚生省は一九八四年度から医療保険制度の削減を本格的に検討し、現行制度での削減としては「打つ手はほぼ出尽くしたため」、制度改革を導入することにしたのである。¹⁹⁾厚生省は、健保の抜本的改革に取り組まなければ、既存の制度を危機にさらすことになるばかりではなく、新規事業もまったく断念せざるを得なくなるとの事態に追い込まれたのである。こうした事情から厚生省は健保改正のため、法案作成に本格的に動き出したのである。

一方、第二臨調は一九八一年七月に行った一次答申において①医療費適正化対策の強力な推進、②二兆三〇〇億円にも上る膨大な国庫補助が行われている国保について、医療費適正化の観点から、給付費の一部を都道府県が負担

することを提言した。²⁰⁾ この提言を契機として、政府内でこの問題について協議が行われた結果、大蔵、厚生、自治の三大臣の間で国、地方の役割分担を含め、医療制度改革のなかにおける国保のあり方について検討するととの合意がなされた。その後三月、厚生省に「国保問題懇談会」が設けられ、七月には中間報告が、また、十二月二日は最終報告が行われた。この最終報告では①医療費適正化対策の推進、②退職者医療制度の創設、③国庫補助の機能と配分方法等の見直し、④保険料確保対策の検討、を指摘するとともに、当面の方策として高額医療費の共同事業の実施が提言されていた。

また、第二臨調は一九八二年七月の第三次答申で、負担のあり方について、高齢化の進展により国民負担率は現在（当時は三五％）より上昇することとなるざるをえないが、徹底的な制度改革の推進により、現在のヨーロッパ諸国の約五〇％前後の水準よりも低位にとどめることが必要であると主張した。医療保険についても小額の医療については受益者負担を求めるといふ方向で、制度的改善を図ることなどが提言された。²¹⁾ さらに、第二臨調は「増税なき財政再建」を求めており、厚生省はこれ以上の健保改正については保険料を上げることによるのではなく、財政調整を導入し、患者本人の負担を増やす以外、もはや選択肢はありえないとの主張を繰り返すようになる。

一方、第二臨調の最終答申に先立って、一九八三年二月に吉村保険局長は、私見として「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え」という論文を『週刊社会保障』に掲載する。これは制度改革の一つの方向を示唆するものであり、そこでは現在の医療費問題を分析し、その処方策となる方向として①「医療費亡国論」、②「医療費効率通減論」、③「医療費需給過剰論」などを主張する同時に、国民負担率を四五％とすることを唱え始める。まさに、厚生省はこれを国民のコンセンサスと位置づけ、本人自己負担を正当化していくのである。言い換えれば、厚生省は積極的に臨調を活用、自分たちの主導のもとで医療保険制度改革を行うとしたのである。ここにおいて、吉村を含む改革派厚生

官僚は自分たちの意向を臨調答申に反映させ、臨調や行革審の政治的リソースを利用して、とりわけ日医の反対を封じ込めようという意図のもと、その答申をキャンペーンに利用していた。

このように、吉村がマスコミを通じて行ったキャンペーンは大きな効果をあげた。吉村はこうした世論形成のかたわら、積極的に自民党内での社会保障見直しへの理解を求め、それへの協力体制を党内につくろうと努力した。そのためには彼は、まず当時の田中派に近づき田中角榮や田中派の幹部、あるいは中堅族議員に協力を要請したのである。²³

このような状況のなかで、厚生省は来るべき医療保険制度の大改革を念頭に置いて、一九八二年一月二十五日、「退職者医療制度の創設」と「日雇労働者の健康保険制度のあり方」についてそれぞれ社会保険審議会に諮問を受け大蔵省と本格的な折衝に入るとともに、林厚相は中曽根首相に対して自然増の見込まれる厚生省予算の別枠化を求めた。そして、七月には竹下蔵相に対して、予算についての配慮を求めたのである。

こうした予算がらみのアプローチに対して、大蔵省は八月初め、医療保険制度の抜本的改正方針をまとめ、厚生省に申し入れた。それは国庫負担の段階的廃止の他、保険給付の見直しとして①診療一日当り二〇〇〇円程度までの小額医療費は自己負担とする。②入院時食費は全額自己負担とする。③薬剤費は二分の一度度を自己負担するなどを内容とするものであった。被用者本人八割給付という、本改革案最大の焦点はこうしたやりとりを受けた形で表に出される。林厚相は私案として「今後の医療政策―視点と方向―」を公表、このなかで、まず視点として現代医療をめぐる「四大潮流」²⁴が指摘された。また、二一世紀の医療を目指す指針として、①健康保持、疾病予防の自己責任意識の明確化、②適正かつ効率的な医療体制の整備、③社会的公平に立脚する医療保険制度の実現などが挙げられた。²⁵

医療保険制度の改正を促すもう一つの流れとして、一九八四年度予算の概算要求以降設定されたマイナス・シーリングへの対応という課題があった。厚生省は、自民党の了承を得て予算概算要求を自民党へ提出したが、概算要求額

は九兆二七〇〇億円であった。編成方針は閣議了解の原則一〇%のマイナス・シーリングを受けて、増加額二〇八八億円の枠内にいかに納めるかが大きな焦点になった。八四年度予算要求では、当然増経費が九〇〇〇億円にもなり、このうち年度の増加分として二一〇〇億円が認められているので、差し引き六九〇〇億円を何らかの形で減額させなければならなかった。そこで厚生省は、福祉、医療保険、年金など厚生行政のすべての分野について歳出を見直し、合理化を図った結果、削減の対象として予算額の大きい医療保険に焦点を当て、医療費適正化の徹底をはかるとともに、給付と負担のあり方を見直し、その公平化を軸として制度の大改革を行うことにしたのである。概算要求と同時に、発表された厚生省の医療保険制度改革案の骨子は①医療費適正化対策の推進、②医療保険における給付の見直し、③医療保険における負担の公平化、という三本柱によって構成された。①については診療報酬の体系の合理化と薬価基準の改正を、②については被用者保険本人の給付割合八割への改正を、③については退職者医療制度の創設などが盛り込まれてあった。²⁶⁾

四、各団体との利害調整段階

このような厚生省の医療保険制度改正の提案に対して、当然ながら野党・医師会をはじめ、各関係団体は強い反対の意向を示した。特に、日本医師会は「福祉政策を転換すれば、断固として対決も辞せず」という声明書を発表し、一九八三年八月二三日「国民医療破壊阻止全国医師大会」を東京で開き、「国民医療を破壊する厚生省予算案絶対反対」の決議を採択した。また、患者自己負担については、一割負担が適当として条件付き賛成の態度を示した。健保連も退職者医療制度に対して、「職域の管理の下に段階的に実施すべき」として懸念を表明した。医療保険改正案についての日医からの強い反対を受けて、自民党の田中六助政調会長は、「案はあくまでも案である」として厚生省案

(表一) 健保改正案において主要改正点の比較 (厚生省対自民党)

項 目	厚生省改革案	自民党社会部案
被用者保険本人の給付率	10割→8割 (2割負担)	10割→9割 (1割負担)
入院時給食・感冒薬等	保険給付の対象除外 (患者負担)	見送り
2000万円以上の 高額所得者	保険給付の対象除外 (患者負担)	見送り

に対する修正方針を示した。これは年内に解散・総選挙が行われるとの公算が大であり、そうなれば選挙は聞えないと判断したからである。

日医の動きは一二月の総選挙が近づくとつれ、一層活発となり、厚生省の健保改正案に反対する署名運動まで展開した。このような動きのなか、田中政調会長は日医の花岡会長に対して、「厚生省改正案を白紙にもどす」旨を言明した。さらに、日医は一〇%のマイナス・シーリングを医療予算に適用するとの兆候を察知し、厚生省予算概算要求案の組み替えを、中曽根自民党総裁と林厚相に対して要求した。⁽²⁸⁾ これを受け、自民党は健保制度改革について、「医療保険制度の改革については、厚生省原案にこだわらず、党は関係各方面の意見を聞きつつ、慎重に検討し、最善の方法を講ずる」という修正を前提とする自民党声明を発表することになった。

その結果、一九八四年一月に入り、自民党社会部会が中心になって、厚生省案の修正作業が進められた。そこでは、(表一)のように被用者保険本人の二割負担を先送りし、当面は一割負担にとどめるほか、高額所得者の保険適用除外を見送る方向が決まった。

しかし、最後まで難航したのが「患者一割負担」という項目であった。厚生省は「患者にコスト意識を持たせるためにも、定率制の導入が必要」と主張し、これに対して日医側は、定率制は医療費のかかる患者ほど負担が重くなるとの理由から「定額制」を主張していた。⁽²⁹⁾ この日医側の主張を代弁していたのは社労族の四ボスのなかで田中

正己（当時幹事長）と齋藤邦吉らであったが、結局、この問題は社労族の間でも調整がつかず、自民党三役に一任することになった。ところが、党三役の調整も難航をきわめ自民党と政府の最終協議の結果、まず負担方法は定率制となり、給付率の改正は二段階実施として当面は一割の定率負担とするが、一九八六年度からは二割負担に引き上げることになった。

こうした経緯を経て一九八四年一月二〇日、大蔵省より概算要求に対する内示の形で、入院時一部導入を含め、自民党・政府首脳間でまとめられた案の通りの当初内示が厚生省に示された。しかし、大蔵省の第一次内示に示されていた健康保険本人、家族及び国民健康保険の入院時、定額一部負担に関する問題は、二四日大臣レベルの予算復活折衝の席上、自民党社会部会の意向を受けて、改正案から削除されることになった。これを受けて、厚生省は「健康保険制度等の改正案要綱」³⁰をまとめ政府に提出、一月二五日に閣議決定され、同日、渡部恒三厚相は社保審、社制審に健保法改正案に対する諮問を求めた。社保審は被保険者側、事業主側、公益側の三者の委員によって構成されているが、この三者の主張にはかなりの相違がみられた。したがって、社保審の答申は「今回の諮問について、賛否の分れるところが多く、審議会として意見を一本化することができなかったので、意見の分れるところはそれぞれの意見を併記する」とした。このように、審議会では相当反対意見があり、賛否両論の併記となった。また、社保審の答申は慎重論を取りながらも政府案を支持するものであった。³¹

一方、こうした動きに対して、日医は「自民党の公約違反」であると強く反発し、一月二六日、自民党の公約違反を追及する措置として自民党からの黨員、党友引揚げの準備態勢を全国の医師連盟に通告した。さらに、日医は健保法改正案の国会提出を目前に控えた二月二一日、三師会共同で阻止大会を開催し、改正案の撤回を要求する決議を採択した。このような医師会の対抗にもかかわらず、両審議会の答申を受けた厚生省は二月二四日、第一〇一特別国会

に健保改正案を提出することになった。

IV、改正案をめぐる政治過程

以上のような過程を経て提出された健保改正案は、第一〇一回特別国会における首相の施政方針演説のなかでも再三にわたって言及され、同国会における最重要課題として位置づけられた。

一、日本医師会の反応

これに先立ち、日本医師会内部でも大きな変化が見られた。すなわち、武見会長の引退後、新しい会長に就任した花岡は、厚生省との関係における「対話と協調」の姿勢を打ち出した。ところが、医療費の改正が小幅に押さえられながらも関わらず、一九八四年三月一日から実施された薬価基準の改正で医師の収入は実質的に二・三%のマイナスになった。しかも、一九八三年二月から実施された老人保健法の施行のもとで老人の受診率が下がったこともあいまって、医療経営にかげりがみえ、病院倒産が相次いだ。³² こうした状況のなかで日医が反対している健保法改正案が国会に上程されたことは、花岡執行部の指導力不足、ことに自民党に対する影響力の低下を日医会員に印象づけることになった。その結果一九八四年四月、日医の会長選挙では厚生省との闘いをスローガンに掲げた羽田春免が当選した。ところで、四月三日改正法案は衆議院社会労働委員会に付託され、後半国会の最重要法案となったが、論議は意外に低調であった。被用者保険本人の負担導入を、将来、一律八割給付の一環と位置づけ、コスト意識喚起により、医療費の効率的抑制に貢献するとして政府に対し、野党は政府案の中長期ビジョンの不在、患者負担導入による受診抑

制の可能性を中心に批判し、診療報酬支払いシステム改善による医療費抑制を主張した。

これに呼応して日医は羽田執行部を中心に政府首脳や自民党幹部などと会談を行う一方で、自民党医系議員と密接に連係をとりながら、政府の健保改正法案に対し自民党内の反対気運を盛り上げる作戦にのり出した。四月一六日には全国の都道府県医師会に対して、地元推薦の全国国会議員に健保法改正反対の働きかけを行うよう要請した。また、四月二四日、日医の支援を受けている自民党議員らが「二二世紀の国民医療を考える会」を発足させ、同日、本人及び代理人を含め一六八人の自民党議員が参席した第一回会合で、健保法改正について、慎重な審議を行うよう決定した。³³ さらに、五月に入って、「同 考える会」の第二回目の会合が予定されていたが、社労理事の今井勇は会合の中止を田中幹事長に申し入れた。田中は挙党体制確立の約束を踏まえ、「同 考える会」への出席を自粛するよう異例の通達を出し、「党議に反するが」とき誤解を招く一部会合が開かれることは誠に遺憾である」と伝えた。³⁴ だが、日医は全国の医師会に、推薦議員に対し出席を要請するよう指示して対抗したが、結局は田中幹事長と羽田日医会長がこれを「勉強会」とすることで合意し、開催は黙認された。

こうした日医の反対とともに、自民党内においても改正への賛否がますます予測し難しくなった。しかし、健保法改正は中曽根内閣の政治公約である行政改革の一環であり、また、これが不成立になると、一九八四年度予算に四二〇億円の歳入不足が生じることになる。それゆえ、同法の成否は中曽根内閣の評価を決め、ひいては、同年秋の総選挙での中曽根再選を左右する極めて政治性が高いものであったといえる。³⁵

ところが、国会の会期末を控えた五月一八日に、「同 考える会」の第三回目の会合が歯科医師会を中心に開かれ、二二一人の議員が出席した。そこで山崎歯医会長は、「私たちは自民党と対決して、健保を廃案に追い込むのが本意ではありません。国民医療のあり方について自民党と協議し、改正案をめぐる基本的な問題についても話し合いたい」

と挨拶し、修正に積極的に応じる姿勢を示した。⁽³⁶⁾

一方、羽田日医会長は自民党との話し合いを重視する前花岡会長を批判して当選した経緯もあり、簡単に妥協を打ち出せない苦しい立場であった。羽田は少なくとも六月二十七日、臨時代議員大会が終了するまでは、自身が表明した改正への反対路線を撤回することはできなかった。しかし、羽田会長側はすでに、自民党執行部との折衝過程で、「臨時代議員会議が終るまで、できるだけトラブルがなければ、最後まで対立しない」との話し合いがあったのである。⁽³⁷⁾したがって、六月末頃から日医の抵抗も弱化する事になり、自民党との修正折衝が活発に進行することになった。

二、国会での各政党の反応

一方、国会における審議は、五月二三日、自民党が七七日という大幅な会期延長を決議し、これに野党が一斉に反発したことから空転を続けた。六月二日になって、ようやく衆院社労委員会での審議が再開され、成立に向けての法案の修正をめぐる舞台裏の与野党・日医の攻防が焦点となった。そのなかで六月二十八日、自民党の橋本医療基本問題調査会会長は、野党に対して一次修正案を提示した。この一次修正案は二割負担実施を条件に、退職者医療制度を受け入れた財界を配慮し、それを原則堅持する一方、日医、野党の反対を弱めるために附則で一九八六年以後も九割割付を条件付きで定めている。また、日医には、小額医療費の定額制、高額療養費自己負担限度額の控え置きでさらに妥協している。⁽³⁸⁾

これに対して、社会・公明党は「部分的に評価できるところはあるが、全体としては不満」として修正案を拒否する方針を示した。しかし、民社党は明確に拒否の態度を示さず、「また（修正内容の）よくわからない所がある」として、修正交渉に柔軟に対処していく構えをみせていた。自民党の修正案に対し、社会・公明両党が評価し、民社党

も「前進」としているのは、高額療養費の自己負担限度額を現行の五万一〇〇〇円（政府原案五万四〇〇〇円）に据え置くとしている点であった。しかし、改正の柱であるサラリーマン本人の自己負担導入で、二割負担は原則として残すものの、当分の間は一割負担にするという自民党の修正案に対しては、社会党は「一割負担を撤回しない限り、修正とは言えないし、妥協できない」と強硬な態度を示した。また、公明党も「国民健保を含め、すべての健康保険制度を一割負担に統一すべきだ」と主張したのである。¹⁰⁾

そして、七月五日の衆院社労委員会における強硬採択がささやかれるなかで七月三日、自民党は、①改正健保法の施行後、組合健保の外來家族の現行三割の自己負担率と国保の被保険者の負担率（三割）を、ともに二割に引き下げよう必要な措置を講じる、②政管健保についても、本人の自己負担分を企業が肩がわりする「付加給付」を行うことができるよう所定の手続きを講じる、の二点を新たに盛り込んだ第二次修正案を野党に提示した。しかし、修正案に対し、野党各党がそろって拒否したが、今後も橋本会長を交え、与野党の社労委理事の間で修正の話し合いを継続していくことでは一致した。¹⁰⁾

同日、三師会会長と二階堂自民党副総裁との会議が「考える会」幹部の立ち会いのもとに行われ、二階堂副総裁は法案成立に協力してほしいこと、反対意見は実務レベルでつめ、合意できない部分は党首脳が誠意をもって解決する旨の発言をした。これに対して、日医側は強行採決をしないこと、一割定率制の導入には反対であることを申し入れた。この話し合いを受けて翌日四日、小沢・橋本両議員と三師会担当理事との初会合が開かれた。しかし、ここでも日医は被用者保険本人の負担率を数パーセントに抑えるように求めたのに対し、小沢・橋本両議員は一割定率負担は崩せないとして話し合いは終わった。さらに、修正案をめぐる自民党と三師会との調整は七月五日に持ち越され、そこで日医は、①現行の八〇〇円の初診料を引き上げる、②月が変わるごとに六〇〇円の一部負担金を払う、③一ヵ月限りで

払っている入院費の一日五〇〇円の負担金を一〇〇〇円に改めるとともに徴収する、との修正案を提示した。⁽⁴¹⁾

こうした情勢のなか、自民党の六項目の第二次修正案を野党側に提示し、七月五日に衆院社労委員会では採決する意向を示した。第二次修正案に対し、社会党・公明党は拒否、民社党も再検討を求め、与野党折衝も物別れに終わった。

こうして五日採決の方針は微妙になり、自民党は一四項目にわたる付帯決議を野党側に提示した。この中で、健保本人と、国保及び健保家族の八割給付統一の時期について「医療保険制度の一元化を図るため、一九九〇年度以降、できるだけ早い時期を目的に、給付水準の統一と負担の公平化の措置を実施すること」とした。⁽⁴²⁾七月五日に衆院社労委員会では強行採決が回避され、一三日採決が与野党間ではば合意されたことで日医も要求に乗り遅れることを恐れ、九日、二階堂副総裁・金丸総務会長、羽田日医会長の間で、小額医療費の三段階定額負担で最終決着がいたのである。その結果、第一〇一回特別国会における最大の重要法案とされた健保法改正案は七月一二日、衆院社労委員会では一部修正されたのち、自民・新自由国民連合会の賛成多数で可決、一三日の衆議院本会議での可決を経て参議院に送付された。それは高額療養費支給制度などの再修正の上、八月六日、参議院本会議で可決、八月七日衆議院で「健康保険等の一部を改正する法律案」は成立した。

このように、医療保険の大改正が一回の国会会期で成立したことは例のないことである。さらに、通常の重要法案の審議時間が三〇時間程度といわれているが、今回の改正はその倍の六〇時間近く時間がかかったことを考えれば、異例に審議時間も長かったのである。それにもかかわらず、大幅と見えた修正も本人負担導入、退職者医療制度の創設、国保への国庫負担削減の根幹には触れず、日医の要求による代理受領制度（患者に代わって健保組合が後日一割負担分を医師に支払う制度）、小額医療費定額制も事務手続きの煩雑さを考えれば、実行は難しく、医療費抑制を骨抜きにする譲歩ではなかった。

V、まとめにかえて

以上、考察したように一九八〇年代半ばに、医療保険における給付と負担等に関する社会的公平を確保するとの目標下で成立した健保改正は日本医師会を含め野党、関係団体から強い反対があったにもかかわらず、単一国会会期内で、しかも、厚生省の原案に近い形で成立した。それでは一九八四年の健保改正は、J・Cキャンベルがいうどのようなアイディアとエネルギーによって可能となったのか。これに答えるため、一九八四年の健康保険法改正の政策決定過程における見られた特徴を簡単に整理しておきたい。

一九八〇年代の日本の政治過程における最も中心的なイッシューは第二臨調を軸とする行財政改革であった。そこで、まず法案成立過程における主要なアクターとして第二臨調の役割ないし、影響力が挙げられる。第二臨調は一九八一年七月に緊急に取り組むべき行政改革事案として、支出削減等と財政再建の推進を提示し、そのなかに医療を第一に取り上げられた内容の一次答申を提出する。そこで、医療費適正化と医療保険制度が指摘され、前者については、「総額を抑制し、医療資源の効率利用を図るため」として具体的な措置を提言した。そして、後者については、定額国庫補助金の廃止等により削減を図り、また、高額医療費自己負担率の引き上げ等を行うとされた。⁴³⁾

そして、一九八二年七月の第三次答申でもまた、社会保障について医療費適正化と医療制度の合理化が指摘され、医療保険のあり方として、「高額な医療については適切に保障する一方、軽費な医療については受益者負担を求めめる方向で制度的改善を図る」とされた。この三次答申は一九七八年に厚生省が打ち出した健康保険法改正原案の考え方とほぼ同じであり、厚生省の考え方を再度答申した形であった。その第二臨調の答申が、八三年の厚生省の健保法改正原案に盛り込まれたのである。

さらに、土光会長は八三年一二月、中曽根首相に提出した意見書で医療保険制度を個別的に取り上げ、被用者保険の本人への給付率を現行の一〇割から八割にするとした厚生省案を、「臨調答申の趣旨に沿うものであり、その実現を図るべきだ」とし、厚生省案を積極的に支持した。こうしたこと44から、厚生省の健保法改正の基本的な考え方が、第二臨調の路線と支持のもとに行われたことは明らかである。

このように、大前提となる政策の枠組みは、第二臨調による行政改革関連法案として推進されたのである。健保法改正の成立の成否は、財界と自民党の戦略的利害関係にかかっていた。なぜならば、財界は退職者医療制度の創設によって、経営者側の負担が増加する結果を招来するにもかかわらず、この法案に賛成し、自民党も自民党の支持団体であった日医の強硬な反対があつたにもかかわらず、法案を通過させなければならなかつた。これは第二臨調による強大なエネルギーが自民党内の医系議員らの政治的影響力を弱化させた結果であるといえる。

一方、第二臨調による基本方針の指示を受けて、改革の具体案を作成し、その実現に向けて推進したのは、医療保険を担当する厚生官僚であつた。厚生省には早くから改革派と称するグループができ、彼らは日本医師会の影響下にある厚生行政に不満をもっていたが、そのリーダーが吉村仁保険局長であつた。もし、吉村のイニシアチブがなかつたならば、厚生省の意向に沿つた改正は不可能であつたかもしれない。吉村という政策企業家のアイデアの展開及び活動は、今回の健保法改正の成立における重要な役割を演じたのである。彼は自身のアイデアを臨調行革の力を利用して積極的に展開し、世論を形成していくとともに、中曽根首相を支えていた田中角栄に接近し、その支持を得て、さらに、田中派の社労族のリーダーたちへの説得にも全力を挙げた。その結果、従来の与党政治家を通じて医師会が官僚に影響を行使するパターンから、官僚が政治家に働きかけて、その支持を獲得し、それによって、医師会の反対を抑え込むパターンに変化したのである。したがって、八〇年代の医療改革によって、医療政策における医師会の影響

力が相対的に低下した反面、厚生省の権限が強化される傾向に変化したのである。これに対し、大嶽秀夫は八四年の健康保険法の改正は「医師会及びその利益を代弁する自民党族議員に対する厚生官僚の主導権回復の試み」であり、「鉄の三角形の解体が（エリート）官僚の復権、官僚的合理性の回復であるという図式がこの改革に典型的に当てはまるのである」と指摘した。⁴⁵

次の特徴として考えられるのは自民党族議員の行動の変化である。一般的に族議員とは、特定の政策分野について、自民党政務調査会を主要な舞台として公式、非公式的にかかわらず、強力な影響力を持つ自民党議員を示している。だが、政調会は一方で、それぞれの官僚制の利益の実現と調整者の役割を果し、議員に対しては個々の選挙区利益の実現と調整を行なうこととなっているので、族議員の影響力のベクトルは、ある場合には利益集団の利益の立場に立ち、利益集団の利益の擁護にまわり、官庁の利益を調整する（抑える）場合もあるし、逆に、官庁の立場に立ち官庁の利益を擁護し、利益集団の利益を調整する（抑える）こともある。⁴⁶

このように族議員は「利益代表」と「利益調整」という相反する機能を背負っているが、今回、「社労族」は利益調整役として機能したといえる。⁴⁷ 普通、社労族は自民党の族のなかでも官僚制に対する影響力が強い族といわれている。なぜならば、他の多くの族が官庁の協力の下で形成されたのに対し、社労族は日本医師会という利益集団によって育成されてきた族であるからである。したがって、武見日医会長の時代においては、医師会の立場に立ち、医師会の利益を代弁して厚生行政に関与してきた。しかし、今回は特に小沢と橋本が厚生省の主張を代弁してきた。すなわち、健保法改正において、族議員の行動パターンを見ると医師会という利益集団のための利益代表としてだけでなく、利益集団の利益を抑える行動パターンが注目されるのである。

以上、検討したように、一九八四年の健康保険法改正をめぐる政策決定過程は、多くの関係団体の強い反対があつ

たにもかかわらず、厚生省の原案に近い形で成立したことから政策決定過程で官僚が多大な影響力を行使した事例であったといえる。

〈参考文献〉

- (1) 健康保険制度の改正には、健保連や労働団体、日本医師会、経営団体などの利益団体が関与しているが、このなかでも保険者と被保険者の間に仲介者として医師、薬剤師が存在し、彼らの組織する利益集団(三師会)が強力な反対勢力として、与党議員にも大きな影響力を行使していた。
- (2) 厚生総計協会『保険と年金の動向』一九八四年、一六頁。
- (3) 『厚生白書』一九八四年版、九二―九九頁。
- (4) 国連は、六五歳以上の人口比率が七%〜一四%までの社会を高齡化社会と呼んでいるが、日本が高齡社会に入ったのが一九七〇年、フランスは一八六五年、スウェーデンは一八九〇年、ドイツ、イギリスは一九三〇年、アメリカは一九四五年である。また、日本が一四%の水準に達したのは一九九四年であり、七%から一四%へ達するまで要した時間二四年と比べ、ドイツは四五年、アメリカは七〇年、スウェーデンは八五年、フランスは一三〇年も要したのである。さらに、日本は二〇二五年には高齡者人口が二〇%を越え、欧米諸国の経験しなかつたレベルに至ると推計された(資料『図説高齡者白書』一九九七『三六頁』)。
- (5) 『厚生白書』一九八四年度版、一〇三―一〇四頁。
- (6) 吉原健二、「老人保健法の成立とその内容①」『社会保険』、一九八三年五月、二七頁。この記事は老人保健法制定当時、老人保健部長であった著者が社会保険大学において特別講義したものに加筆したものである。

- (7) 梅本純正、小山豆男（対談）「行革答申作業を振り返る——答申と厚生行政を談ずる——」『総合社会保障』一九八三年六月、一一—一二頁。
- (8) 厚生省保険局企画課監修『医療保険制度五九年大改正の軌跡と展望』年金研究所、一九八五年、三六—三七頁。
- (9) 老人医療費支給制度は七〇才以上の老人、六五才以上の寝たきり老人が自己の加する医療保険で受診受療したとき、自己の負担しなければならぬ三割の医療費を所得制限につきで公費が肩替わりするものをいう。
- (10) 小山路男編『戦後医療保障の証言』総合労働研究所、一九八五年、三〇一頁。
- (11) 早川純貴、「福祉国家をめぐる政治過程（一）——八四年健康保険法改正過程の事例研究——」、駒澤大学法学部、『法学論集』第四三号、三三二頁。
- (12) 『週刊社会保障』一九七六年八月、二月、三八—三九頁。ただし、ここでは早川純貴、前掲論文、一五一—一五二頁から再引用。
- (13) 厚生省では日本経済低成長下において財政的にみても、もはや経済成長率を上回る医療費の伸びが許されなくなっており、さらに、日本社会が高齢化社会の人口にあり、近い将来、それが本格化するであろうことが厚生官僚の危機意識を強めていたのである。しかし、一方で吉村を中心とした改革派の官僚たちにとっては、別の危機感もあった。それはこれまでの医療保険行政が日本医師会の意向を代弁する自民党族議員らの影響下にあり、厚生官僚の主導権が喪失していることからくる危機意識である。
- (14) 医療保険制度 政策研究会「医療保険政策の構想（上）——低成長下における医療保障のあり方——」『健康保険』一九八三年四月、三五—三六頁。
- (15) 『社会保険序だより』第二五卷一号、一九八三年九月一日、一七頁。
- (16) 早川純貴、山口裕司、田村晃司「二一世紀の医療保険は展望できたか——健康保険法改正をめぐる政治過程——」『阪大法学』一九八六年、二一〇—二二二頁。

- (17) 一九八三年三月二二日の全国総合健康協議会 第三五回総会で、吉村局長は「このまま医療費が増大し、それを国家財政で賄うとすれば、税と社会保険料の負担の増大が日本から活力を奪い、国が減びるといふ」旨の発言をし、「医療費亡国論」への対応として医療費総枠の抑制を主張した。さらに、そのような内容をまとめた論文を社会保障関係専門雑誌『社会保険旬報』『週刊社会保障』に掲載した。このような発言に対し、花岡堅而日医会長は林厚相と自民党三役に対して「官僚がこのような独善的行為をやらないように嚴重に注意してもらいたい」と申し入れたのである。(神原勝『転換期の政治過程』総合労働研究所、一九八六年)を参照。
- (18) 福祉文化学会編『高齢者生活年表(一九二五—一九九三)』日本エディタースクール出版部、一九九五年、九七頁。
- (19) 大嶽秀夫、「中曽根政治のイデオロギーとその国内政治的背景」『レヴァイアサン』一号、一九八七年秋、一四五頁。
- (20) 臨調・行革審OB会監修、『臨調、行革審—行政改革二〇〇〇日の記録—』、行政管理研究センター、一九八七年、一三七—一三八頁。
- (21) 同上、一七七一—一七九頁。
- (22) 吉村仁「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え」『週刊社会保障』No.二二一七、昭和五八年三月七日、二〇—二二頁。
- (23) 田原総一郎『新・日本の官僚』文春文庫、一九八八年、二九四—三〇五頁。
- (24) 厚生省が発表した現代医療をめぐる四大潮流とは、①疾病構造の変化と人口の高齢化、②国民の健康に関する意識の高まり、③国民所得の伸びを上回る医療コストの増大、④経済の低成長と医療負担能力の低下、などである。
- (25) 厚生省五十年史編集委員会編、前掲書、一八一—一五頁。
- (26) 同上、一八一—一六頁。
- (27) 『日医ニュース』一九八三年八月二〇日。
- (28) 同上、一九八三年二月五日。

- (29) 有馬元治『健保国会波高し』春苑堂、一九八四年、六八―六九頁。
- (30) 厚生省の改正案要綱について詳細は、厚生省五十年史編集委員会編、前掲書、一八一―一八八頁を参照。
- (31) 『社会保険旬報』一四六〇号、社会保険研究所、八一―〇頁。
- (32) 『読売年鑑』一九八五年度版、読売新聞社、一九八五年、一九〇頁。
- (33) 朝日新聞、一九八四年四月二五日。
- (34) 有馬元治、前掲書、一二四―一二六頁。
- (35) たとえば、一九八三年九月、厚生省案が提示された段階から非主流派で医系議員の多い福田派は、本人の一部負担導入に反対を決議し、その後、改正反対運動の中心になった。これに対し、主流派の田中派は改正法案の通過が中曽根再選にもたらす影響を考慮し、中曽根を押す立場から法案の成立に焦点を置いた（日本経済新聞、一九八四年六月二二日）。
- (36) 有馬元治、前掲書、一六五頁。
- (37) 青木泰子「健康改正の政治過程」、内田健三他編『税制改革をめぐる政治力学』中央公論社、一九八八年、二三六頁。
- (38) 加藤淳子、「政策決定過程の研究の理論と実証―公的年金制度の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』第八号、一九九一年、一七九頁。
- (39) 日本経済新聞、一九八四年六月二八日。
- (40) 同上、一九八四年七月三日。
- (41) 高橋秀行、「医療保険政策変容と政治過程」『日本の公共政策―その基準と実際―』、行政管理センター、一九九一年、二五四―二五五頁。
- (42) 中村昭雄『日本政治の政策過程』葎書房、一九九六年、一三五―一三六頁。
- (43) 臨時行政調査会OB編、前掲書、二三七―二八〇頁。
- (44) 日本経済新聞、一九八三年二月三〇日。

(45) 大嶽秀夫、前掲書、一五七頁。

(46) 猪口孝、岩井奉信『族議員の研究』日本経済新聞社、一九八七年、二九頁。

(47) 一九八四年健保法改正では、小沢辰男、橋本龍太郎、田中正己、齋藤邦吉など、社労族四ボスといわれる人が主なアクターとして登場した。ところが、今回の場合、小沢と橋本は厚生省の立場を代弁し、田中と齋藤は日本医師会の立場を主張したのである。特に、ここで社労族の機能については早川、山口、田村、前掲論文、二〇四―二〇七頁を参照されたい。