

## 圧力グループと日本の医療政策 (1995～2000 年)

ポール・デビッド・タルコット

### I はじめに

1990年代、3つの変化が日本を揺り動かしたが、高齢者の優遇された立場は変わらなかった。まず人口分布の面で、65歳以上の人口比が1990年の12%から2000年には18%に増えた。政治面では、1955年以降はじめて自民党支配が中断し、政権の行方が不透明になった。最後に、低成長下で実施された大規模な景気刺激策の結果、1999年には日本の公的債務の残高はOECDで最高の水準になり、その規模は歳出に歯止めがかからなかったかつてのイタリアや米国さえしのいだ。

こうした変化の結果、年金と医療制度を中心とする社会福祉政策見直しの声があらためて高まった。大企業や、社会政策をほぼ全面的に管轄する厚生省など、日本の強力な利益グループも、公的な健康保険制度のもとでの年金負担、医療費急増の抑制に取り組んだ。また、日本の巨大な潜在市場とあからさまな貿易障壁に注目した米国企業は、米国通商代表部(USTR)と政府に圧力をかけてアクセス拡大を求めるとともに、外国企業の立場を弱めるとみなせば日本国内の改革でさえ中止させるよう要求した。

こうした圧力を目の前に、日本の高齢者はため息をつくばかりだった。米国では年齢を基礎にした政策によって米国退職者協会の力が強まり、ドイツとフランスでは雇用を基礎とした年金給付によって政治的に強力な組合系列の年金受給者団体の力が強まったが、日本の高齢者の政治的力は弱いままだった。高齢者は自民党の長期政権に大量

の票を投じてきたが、社会保険制度での高齢者負担の増加に向けた大きな動きに対し、独自の反対運動を組織することはなかった。利益を基礎とした政治学理論の視点からすると、結論はもっと明確になるはずだった。政治改革の分野では、政治指導者が決定を行う場合、世界市場のグローバルな転換(Friedman, 1998)、支配的な国際的勢力、または民間部門の利益(Lindblom, 1977)がもっと強い影響を及ぼすものとみる。また日本は中央集権制であり、米国のように権限が重複し、圧力グループが拒否権を発動するための多様な経路のある連邦制とは異なっているため、たとえ関連グループの圧力があっても、中央政府が選択した政策によって改革の方向が決まるはずである。

1990年代末、社会政策は高齢者保護からの転換ではなく、むしろより保護する方向に変わった。包括的な介護保険(LCTI)は、それまで別個になっていた高齢者の医療、福祉、施設、個人介護の統合を目的としており、このために長期不況のさなか、年間150億ドルの新たな支出が決定され、保険料の追加負担は一部分にとどめられた。高齢者の自己負担分を6%増額する動きは3回あったが、厚生省内での長期的な合意にもかかわらず、最終段階で自民党によって撤回または骨抜きにされた。

1997年以来の日本の医療改革は、政治学者が政治改革に予想する内容とは正反対の結果になっている。「政治的インサイダー」である企業団体と労働組合は、改革のための組織化と具体的要求の作成をようやく開始した段階であり、急増するコストの抑制に失敗して不満が募っている。「政

治的アウトサイダー」である高齢者は、比較的高い給付水準を維持できただけでなく、主として税金で賄われる300億ドル規模の介護保険を手に入れることができた。政治学における利益理論では、これらの改革には、医療制度のなかの既存または変化する費用と利益をめぐる各種利益グループの相対的力関係が反映するものと予測する。個別の理論によって詳細な分析内容は異なるものの、各グループがその利益を守るために立ちあがるという点ではすべて一致する。各グループが立ち上がり、要求を具体化しないかぎり、少なくとも政治的結論において、また通常は決定過程においても、その利益は排除されるものと想定する<sup>2)</sup>。組織されない利益が政策に影響を及ぼす場合は、少なくとも情報が正確に与えられ、政治家に反対票を投じることができるものとみられる<sup>3)</sup>。

利益を基礎とした政治学理論が医療政策の分析に適している理由はいろいろある。医療政策についての経済学も政治学も、利害関係者の要求、その反映方法、排除されるグループに焦点をあてる。Uwe Reinhart (1990) は、プレーヤーを保険者、負担者、医療提供者、利用者、政府と定義している。そして、そのいずれも医療保険の費用と給付に利害関係をもっており、したがって医療政策の決定に役割を果たすという。John Campbellと池上直己は、日本の医療政策を「利益グループ政策」と特徴づけており、日本医師会が医療提供者を代表し、厚生省の健康保険局が政府と保険者を代表しているとする<sup>3)</sup>。利益を基礎とした政治学理論は、医療政策にかかわる利害関係だけでなく、制度の構造的制約を超えた点にも視点を向けてくれる。しかし本稿で明らかになるのは、強力な利害関係者のための一連の戦略的決定ではなく、組織されない支持者の利益のために政治指導者が行う目先の政治的計算である。

健康保険法、国民健康保険法、医療法の見直し、さらに介護保険法の成立の各事例を通して、政治改革に対する利益理論の視点を全面的に検証することができる。それぞれの分野には、政治的決定に大きな経済的利害をもついくつかの利益グループがかかわっている。具体的には労働者とその家

族、雇用主、医療保険者、政府、医療提供者、退職者とその家族である。改正前の法律(新しい介護保険法を除く)の存続期間が長かったため、当事者は法律が有するインセンティブに慣れるとともに、あらゆる種類の経済条件下で実施された数回の政治的改革を経験する時間が与えられた。

とくに健康保険法は、1997年以来、改革に向けた真剣な取り組みが行われてきた<sup>4)</sup>。医療費支出が国家の歳入を大幅に超えるペースで増大するなか、日本政府は自己負担を増額し、医療機関への支払いを減らし、保険料を引き上げる措置を繰り返した。これらは大規模な改革(抜本改革)ではなかったが、最終的には1997年の折衷案につながった。つまり給与所得者の医療費の自己負担を20%に増額したのである(1973年から1983年まではゼロ%、1984年は10%)。高齢者の自己負担については、5年間で定額から定率に増やすものとされた。また厚生省案には薬剤費の一部負担と、いわゆる参照価格制度と呼ばれる新しい薬価制度が盛り込まれていた。これは薬剤個々の価格ではなく、グループ分けした薬価を適用するものである。この案では患者の薬剤費は参照価格より高くなる可能性があるが、健康保険は公定上限価格しか支払わず、これを超える高額の薬剤については残りは患者本人が支払うことになる。

これらの3つの医療改革は、いずれも雇用主と労働組合が改めて運動に立ちあがったことの反映ではない。むしろ被用者保険は、高齢者の医療費を国費に代わって現役世代の保険料から直接に補助し、負担している。わたしは、1997年以來の医療改革を決定づけたのは、既存の政治の延長で支持票を求めた結果であると考える。改革案は長期の協議に基づいて決定されるが、最終段階での政治的介入により、ときには大幅に変更され、「合意済み」の案より費用が膨らむのが常であった。一般国民と高齢者の文化団体が決定に参加するよう求められる場合でも、それは法案決定の最終段階でしかない。

しかし、1990年代後半の日本の医療政策変更の過程をみると、政治家は圧力に対してではなく、組織されない選挙民、とくに高齢者票への懸念に

基づいて行動しているように思える。改革が高齢者に与える影響への懸念をふまえると、増加する高齢者の医療費が当初案どおり高齢者の自己負担にならない理由が説明できる。むしろ医療費はますます一般納税者に転嫁される。なぜなら給付水準を維持するのは中央政府の補助金だからである。政治家はこのように医療改革を指導してきたのであって、中央政府の権力や強力な利益グループのコスト増加に焦点をあてた政治学者の分析とは異なっていた。とくに企業のコストが増大する場合は医療改革の実行は不可避なものとして予測される。米国の場合は管理医療を促進する規則改正につながった。対照的に日本では、高齢者医療への国庫支出増大の懸念があっても、それは大規模な改革にはつながらなかった。今後の医療改革でも、政治指導者は制度の経済的健全性ではなく、選挙区の高齢者のコストの計算の方を重視する可能性が高い。

## II 日本の医療政策の変更 (1995~2000年)

人口分布が変化する一方、急激な政治的変革のなかった日本では、高齢者の医療費負担を現役労働人口に転嫁する強いインセンティブが政治家に作用した。長期の不況下での既存政策の一時的手直しは、最終段階での高額なコスト増を強いる結果になった。大規模な改革が行われないことは、改革への政治的障害をふまえば妥当で、おどろくべきことではなかったことかもしれないが、利益グループ理論や、日本国家に対するわれわれ外国人研究者の知識からすると全体的に予想外のことだった。雇用主と労働組合、それに医療政策をほぼ独占する厚生省の強い働きかけにもかかわらず、こうした一時的な手直しの受益者である高齢者は、医療制度のなかで引き続き特権的地位を保った。高齢者が保護されたのは、高齢者による、またはそのために組織された利益グループがあったからではなく、政治家が次期選挙をにらみ、貴重な支持票に対する調整コストを最低限に抑えようとしたからである。

65歳以上の人口比は、1998年の14.5%に対し

て1999年は16.8%と推計された<sup>5)</sup>。1997年の医療費総額は29兆円で、国の歳入の7.45%に達した。高齢者の医療費は9兆5,000億円で、現役1人当たり年間約11万円である<sup>6)</sup>。健康保険料を折半で負担する労働者と家族、そして雇用主は、とくに賃金と企業利益の伸びが一般に低迷しているなか、力を結集してコスト増大に反対すべきところである。健康保険制度の見直しと、高額な新介護保険制度によって介護負担が軽減されることになったが、この制度も現役世代の保険料と税負担を義務づけている。1983年に政治的に決着した健保組合から老人保健制度への拠出金は、いまでは総保険料収入の40%を占めている<sup>7)</sup>。企業はその後の改革に大きな利害関係をもっていたが、雇用主と労働組合は、保険対象拡大に向けた数度の動きを阻止した米国の中小企業のような強い影響力を行使できなかったと言えよう<sup>8)</sup>。表1は日本の健康保険制度の主要な改革を示したもので、企業と労働組合の利益が比較的高度に組織されているにもかかわらず、負担が高齢者から現役世代に転嫁された様子を示している。

### 1 1997~1998年の健康保険改正

1997年6月の健康保険法の大規模改正により、給与所得者が治療の際に支払う自己負担分が10%から20%に引き上げられた。不必要な薬の過剰消費を抑制することを目的に、新たに処方薬

表1 高齢者から現役世代への負担転嫁を示す主な出来事

年月	政策
1997年6月 1997年	給与所得者の自己負担が10%から20%に増加 健保組合から老人保健制度への拠出金が保険料収入の40%に増加
1999年7月	高齢者の薬剤費自己負担の暫定的免除の金額が100億ドルに
2000年3月	高齢者の薬剤費自己負担免除の恒久化が提案される
1999年11月 1999年11月	高齢者を長期介護する家族への一時金支払い 高齢者の介護保険料の免除(2000年4月から6ヵ月間)
1999年11月	高齢者の介護保険料の50%引き下げ(2000年11月から2001年10月まで)

に対する一部負担が導入された。高齢者の入院、外来の月間費用は増額された。当時の連立政権は、1997年6月16日の最終法案成立前に、高齢者の薬価一部負担の実施を延期する修正を行った。自民党は1998年12月にも、改革による影響を抑えるため、高齢者の薬価一部負担を廃止した<sup>9)</sup>。いずれの場合も、薬価一部負担の棚上げで、改革が高齢者に与える影響を除去したのである。

## 2 2000年の健康保険法改正案：一時的な財源対策

1999年11月15日、厚生省は医療保険福祉審議会(医福審)の運営部会に対し、2000年に向けた改革案を発表した。この改革案は、1999年10月13日に自民党の基礎的医療問題研究委員会と社会政策部会の合同会議が概要を定めた一般的なわく組みに基づいて、具体的な提案にしたものであることは明らかだった<sup>10)</sup>。

2000年6月には、老人保健法の大幅改正により、高齢者の薬価一部負担の全面的廃止が提案された。70歳未満の薬価一部負担も、財源確保を条件に2002年に廃止される。同時に診療時の10%の一部負担が導入されるが、高齢患者の負担を現行の定額負担の水準にとどめるためとして、負担額の月額上限が定められた。これらの改革の目的は、歳入を増やして支出を抑制しつつ、立場の弱い高齢者の負担を最小限に抑えることだとされた<sup>11)</sup>。

外来時の自己負担の上限は医療施設によって異なり、大病院の診療費を若干高めに設定した永年の政策を継続した。より重要な点は、診療所の外来については、1回800円、月4回までという現行方式も選択できることである。入院費は医療機関ごとの差はなく、定率10%負担で月額37,200円が上限となる(低所得者には大幅な引き下げになる)。

高額療養費については、70歳未満の患者の月額上限は大幅に引き上げられる。自己負担の上限は、現行の月額63,600円に加えて定額を超える医療費の1%がプラスされ、上位所得者の場合は121,800円に定額を超える医療費の1%をプラスした額となる。詳細な所得データの入手が困難な

ため、該当者の数は正確につかめないが、上位所得者の基準所得は世帯主の平均収入(2000年2月で月額38万円)の2倍に達しない<sup>12)</sup>。

要するに、現行の改革案では高齢者からの収入はあまり増えない。高齢者は低所得患者とともに引き続き保護され、自己負担は低額に抑えられている<sup>13)</sup>。そのコストは、年功序列賃金を受け取る中高年労働者が支払う。また月額上限が調整される結果、慢性病患者にコストが転嫁される。高齢者には所得に応じた一定の支援があるが、現行改革案ではこの点は十分に検討されなかった。最後に、高齢者に依拠する診療所と中小病院は、大病院の使用料だけを引き上げるという部分的なコスト負担変更措置によって保護された。

こうした改革は、改革を評価する重要な審議会からの評判も悪かった。審議会の答申は義務的ではない。これはスウェーデンの審議会制度との重要な相違点で、スウェーデンの場合、正式な委員会に参加しているすべての社会パートナーの承認を受けなければ提案は決定されない(Olson, 1985)。日本の厚生省の医療保険福祉審議会も総理大臣の社会保障制度審議会も、抜本的改革になっていないと批判した。医福審報告書はこれらの改革に対し、1997年の健康保険法改正に伴う高齢者の薬価一部負担を廃止するためのコストを埋め合わせ、診療報酬に基づいて特定の医療機関への給付を増やすための単なる財源対策にすぎないとした。また中高年層へのコスト転嫁も批判した。同時に、現在の財源危機をふまえると改革の必要性は認めるが、より抜本的な改革を遅らせるべきではないと諮問した<sup>14)</sup>。社会保障制度審議会はもっと具体的に、新しい審議機関を設け、特定利害をもつグループと現行制度に利益をもつグループの双方の代表を参加させ、医療制度の抜本改革を検討する必要があるとした<sup>15)</sup>。両審議会とも、急速に進行する高齢化社会と医療費膨張という状況のなかで、有効な改革が実行されないことに対する苛立ちを表明した。

## 3 医療機関への政策

医療機関のコストを抑制し、医療の質を高める

ためのいくつかの対策が導入されたが、議論は避けられなかった。とくに福祉と医療機関の規制を緩和し、営利企業の参入を認めることに対して大きな反対がおきた。経団連は、介護保険と規制緩和によって見込まれる新市場への企業参入に一貫して関心を表明してきた。医療法改正の最終案には、病院のサービス外注化の規制緩和に関する企業団体の案を含め、2000年に向けた提案がとり入れられた。しかし医療機関事業への営利企業参入の自由化については、規制改革促進委員会の5年間の討議にもかかわらず、大きな動きはなかった。

日本の医療機関政策の現在の焦点は、病院（主として大規模の）の長期入院への診療報酬の抑制におかれている。病院への診療報酬は、長期入院と慢性病の外来診療の両方について、個々の診療行為ではなく病気の症状ごとに支払う方式によって抑制されつつある。狙いのひとつはコストの抑制で、もうひとつは医療機関の機能による差を拡大することにある。現在、病院は外来と入院治療の両方に使用されている。厚生省は、外来窓口での支払いに新たな一部負担を導入し、患者に診療所での診断を促すことで、病院を入院治療に集中させたいと考えている。1999年2月、医療機関の合理化のため、この診療報酬改正が承認され、2000年3月17日には内閣が医療法の見直しを勧告した。一見、こうした変革は、他に社会福祉施設の少ない地方に多い小規模病院や、長期入院患者に依存する病院に否定的な影響を与えらると思われるかもしれない。しかし、患者1人当たりの床面積とスタッフ数の基準を拡大する政策が導入されても、既存の小規模病院（200床以下）は優遇され、5年間の免除期間が与えられた<sup>16)</sup>。収入減に悩む中小病院には手厚い保護が維持されているのである。

#### 4 介護保険

2000年4月から介護保険制度が発効した。1997年9月に介護保険法が成立したが、具体的な施行令などは1999年11月まで延びた。これは自治体を基礎とする保険制度で、65歳以上の人、

および40歳から65歳までの人が被保険者となり、加齢に伴う疾病と機能障害について、施設介護と在宅介護が対象となる。保険料は自治体が徴収し、複数の自治体が合同で制度を運用する場合もある。65歳以上の人の保険料は基礎年金から控除される。40歳以上の人の保険料は加入する健康保険のなかで徴収される<sup>17)</sup>。施行初年度の予算は1兆3,000億円（1ドル108円換算で120億ドル）と推計されている<sup>18)</sup>。本稿は介護保険の詳細には立ち入らないが、制度に対する利益グループの影響に関して、一定の重要な結論を引き出せる。

介護保険と一般の健康保険制度との区分は完全に明確になっているわけではない。現在、療養型病床群での長期入院費の支払いに介護保険を利用することは可能である。つまり小規模病院など、医療機関制度の既存の利害関係者は、新しい介護保険の一部に組み入れられている。雇用主、労働者、その家族のコストが上昇しているにもかかわらず、制度の既存の利益グループはその地位を保っている。一定の抵抗があることは理解できる。医療制度を一夜のうちに変更することは困難だからである。これらのグループの利益がいかに反映されているかを詳細に検討すれば、この制度の構造もまた大規模改革をむずかしくしていることが具体的に理解できる。

### III 日本の医療政策への利害表明 (representation) の仕方の変化

厚生省と日本医師会との交渉によって医療政策を策定する方式は、1990年以前に確立した。その際、厚生省は政府だけでなく企業グループの懸念をも代表した。通常は厚生省が提案し、日本医師会が対案をだすが、交渉は医療費の伸び率をはじめとするいくつかの重要な指標が中心になる (Campbell, 増山, 1996)。

1997年は、企業と労働グループ、さらに専門団体の対応が従来のパターンを脱却する可能性を示す年になった。厚生省が諮問する審議会は、参加者がきわめて限定されるのが普通である。こうした審議会の常連メンバーであっても、独自の提

案を作成するのではなく、厚生省の作業グループが用意した法案を検討するのが常である<sup>19)</sup>。ところが1997年は、連合、経団連、日本医師会のそれぞれが、詳細な政策案を策定するための委員会を設置した。たとえば、日経連は、1980年代はじめ以来となる従業員給付に関するリポートを発表した。

部外者からみると、医療政策をめぐる状況は米国の専門家とシンクタンクのように、それぞれが独自の政策案を一斉に作成しはじめたようにみえるかもしれない。John Kingdonは、自由に意見を戦わせる解決策をゴミ箱型政策変更の一環ととらえ、アイデアと専門家が競い合うワシントンの状況を思い起こさせる(Kingdon, 1984)。しかしワシントン型の政治基盤が東京でも確立したとみるのは早計である。従来と比べてより多くのグループが、より組織された方法で参加していることは明らかだが、それが結果を変えることになったかは不明である。1997年以降の医療改革は、その反対のことを示唆している。政治的要求を表明する回数やその厚みは変化したが、選挙にとって重要な高齢者、すなわち組織や要求を強めてはいない利益グループが、相変わらず最終的な政策決定での最重要な要素になっているのである。それでも、政治活動(political advocacy)のための新しい研究機関と委員会の取り組みは、今後、その重要性を増す可能性があり、注目すべきである。またこれらの新機関の取り組みが十分に成功しなかったことは、日本の改革における政治的分析の力は、相変わらず政党指導者の公約のために制限されていることを示している(表2)。

経団連は、1999年5月25日に独自の常設の社会保障研究委員会を設置した。委員会の使命は、活動の呼びかけにとどまらない具体的な政策提案を作成することである。2つの小委員会が年金と

医療制度の問題を詳細に調査している<sup>20)</sup>。従来、経団連会長は一般的に社会保障制度の改革を訴え、医療と医療制度についてはあまり具体的に触れなかった。これらの主張は一連の政策要求の一部であって具体的な改革案の基礎にはならず、政府が主導する社会保障制度改革に反対するものでさえなかった。ところが医療小委員会の任務は、介護保険改革のための政策提案や、健康保険組合の力の増大方法の考案におかれている。

日経連は一種の不服従運動を組織し、健康保険組合から介護保険に支払うべき拠出金の納入をはじめ拒否した。抗議行動の引き金になったのは、1999年4月に自民党が、1997年の健康保険制度改革法の重要な要素であった薬価の参照価格制案を突然に撤回し、1999年7月には高齢者の薬価自己負担を棚上げにしたことである<sup>21)</sup>。日経連は健康保険制度に関する審議会の正規メンバーだが、それまでは医療費支出の増大に反対することにとどまり具体的な改革案を提起したり、いったん決定した政策に協調して反対することはまれだった。

健康保険組合連合会(健保連)は、すでに医療改革に大企業の要求を反映させるための圧力グループとして行動していた。1998年11月と1999年11月の定期全国大会では、医療制度抜本改革へのいつもの要求を再確認した。そして医療費自己負担の20%への引き上げの効果は認めながらも、現在の経済情勢のもとで企業に負担増を求めるのは非合理的であるとくぎをさした<sup>22)</sup>。1999年に厚生省が保険料の上限の撤廃を検討しはじめると、健保連は全面的な改革なしにそうした措置をとるのは非合理的であると主張した。老人保健への拠出金は、すでに健保組合の保険料収入の40%近くに達しており、介護保険の新たな支払い負担によって状況が一層、深刻化するおそれがあった<sup>23)</sup>。

1999年、雇用主、労働組合、健保組合は、協力して医療制度全体の抜本的改革を要求する共同声明を作成した<sup>24)</sup>。雇用主と労働組合指導部の取り組みは、増大する雇用不安への懸念、退職後の生活への不安の高まり、一般の労働者にとっての医療政策の重要性を反映していた<sup>25)</sup>。1998年に

表2 政治活動のための新しい研究機関

グループ	設置時期	機関名
経団連	1997年	社会保障制度委員会
日経連	1997年	社会保障委員会医療政策研究部会
日本医師会	1997年	日本医師会総合研究所(日医総研)

日経連と連合が雇用政策に関する合同研究グループを設立したことで、労使の協力は政治的影響力をもつようになった。この合同研究グループが政府への圧力になり、100万人の新規雇用創出のための新政策が実施された(このうち70万人は1999年末に成立した補正予算の目標となった)<sup>26)</sup>。したがって、当初の焦点は医療ではなかった。

しかし1999年5月には、日経連、健保連、連合が医療費と制度改革に関する初のシンポジウムを開催した<sup>27)</sup>。6ヵ月後、三者は全面的な改革を要求する共同声明を作成し、現役世代と雇用主へのコスト転嫁に反対した<sup>28)</sup>。1999年12月、医療問題での協力関係は全経済団体に拡大し、日経連、経団連、日商、経済同友会が、小淵首相に対し、2000年度内に医療制度改革の公約を実行するよう一致して要求した。日経連は、この公約は2000年上期にはまったく実行されておらず、詳細な改革案が示されていないとのコメントを発表した<sup>29)</sup>。

日経連は調査を海外比較にまで拡大した。1999年11月にはフランス、ドイツ、イギリスを訪問して政府や使用者団体と会談した。いずれの国でも、高齢化社会、移民、医療、年金、さらに一般的な雇用安定が話し合われた。日経連がもっともおどろいたのは、上昇する高齢化社会のコストの解決策の一環として、EUが外国労働者をすんなり受け入れていることだった<sup>30)</sup>。こうした調査活動や改革要求にもかかわらず、自民党は新たなシンクタンク組織に守られて利用者負担引き上げ(高齢者は除く)を強行し、健康保険制度の再編成や国庫支出の増額は回避しようとした。

連合は、1987年に中央調整委員会を設置してから、政治的要求を策定するシステムを確立してきたが、医療を専門とする政治活動のためのグループはなかった。以前は主として年金問題を扱っていた政策研究グループの福祉生活部会が、医療改革が大きく動きはじめた1996年から医療改革のための具体案作りに力をいれはじめた<sup>31)</sup>。政治活動の常套手段である大衆動員戦術が、医療改革の方向転換のためのキャンペーンにもとり入れられた。2000年4月5日の森首相との会談でも、

連合代表は雇用政策、企業統治の再構築の問題と並んで、医療改革の必要性を訴えた<sup>32)</sup>。これに先立ち、失業、年金、医療改革への対策を要求する過去最大の署名活動が行われた。署名数は2000年3月には500万件に達した<sup>33)</sup>。活動の矛先は中央社会保険医療協議会(中医協)にも向けられた。連合は厚生省前でデモを組織し、駅頭に宣伝カーを出して医療費総体の引き下げを訴えた<sup>34)</sup>。しかし従来型の反対キャンペーンも、雇用主や企業団体との共同声明も、過去を上回るほどの効果を発揮しえなかった。

雇用主と労働組合の行動が明らかに失敗に終わったことは、日本を製造業者に支配された社会とする見方(Samuels, 1985; Uriu, 1996)や、過小評価されることの多い労働組合の影響力の大きさを指摘する最近の研究(Kume, 1998)に、一定の限界のあることも示している。高齢者の経済的利益を守るための露骨な政治的動きをみると、日本の国家は一定の公共利益を配慮しているという主張にも疑問符がつく。医療には多数の競合する利益がからんでおり、日本がそれらの均衡をはかる国家だとしても、医療コストの負担を配分する際は、たとえば現役世代と退職者のどちらかを選択しなければならない。

改革の方向に雇用主と労働組合が大きな圧力をかけているなかで、国(省と内閣)がそうした懸念に正面から応えなかったのは不思議である。1997年から1999年にかけて、かつて仇敵同士であった労使がきわめて迅速に提案を作成し、協調行動を成功させえたことを考えれば、疑問はさらに深まる。また日本の高齢者の協調行動は脆弱であり、米国の退職者協会のように薬価引き下げの要求を代弁したり、ドイツの年金者団体のように既存の掛金水準維持のために行動する組織はない。高齢者の利益を反映させているのは、その組織ではなく有権者としての価値である。こうした利害表明の方法自体、すべてがおどろくべきほどのことではない。しかし、景気低迷の時期にあって明確に要求を打ち出す製造業者と労働組合に対抗し、一貫してその利益が擁護された事実は、集中した利益グループは調整期に要求を実現するものとする

る一般的予測と正反対である。

政治家は、わたしが高齢者のための「民間の政治的擁護者」とよぶ日本医師会の要求には、たしかに応えた。日本の医師の収入の多くは、老人保健制度と新たな介護保険制度の対象患者に依拠している。他の諸団体と同じように、医師会も独自の具体的な政策案の発表を検討しはじめ、1997年に日本医師会総合政策研究機構を開設した。インターネットに日本医師会と同研究所のウェブサイトを一時的に立ち上げるとともに、坪井現会長は医療制度の長期的ビジョンの策定を訴え、これに基づいて「2015年医療のグランドデザイン」が作成された。しかし健康保険政策全体への直接的影響がどの程度かはまだ未定である。たとえばその戦略ビジョンの重要な要素は診療報酬見直しに2000年1月現在では反映されなかった。診療報酬をめぐる1999～2000年の交渉で、日本医師会はかかりつけ医の診察、薬剤処方に対する報酬の新設を強く求めたが、労働組合と事業者団体の抵抗によって拒否された<sup>35)</sup>。

この他、完全に分離された高齢者の保険制度などの要素も、2000年の健康保険法改正にはとり入れられなかった。また参照価格制度は拒否したものの、日本医師会が提案した現行制度に代わる処方薬報酬案についても、改正過程で大きな成果をうることができなかった。こうして日本医師会の強さとは、結局は高齢者をめぐる政治的要求の成果に左右されることになる。つまり高齢者を擁護する医療政策は、有権者としての高齢者の価値と、日本医師会による高齢者を代弁する行動で形成されている。1団体だけでも、また有権者として存在するだけでも不十分である。

小規模で受動的ではあるが、1997年の改革を利用して自らの利益を掲げ、組織的な影響力を高めようとする高齢市民の運動はあった。1998年9月15日(高齢者の日)、全国退職者協会などのグループがフォーラムを開催し、5000人が参加した<sup>36)</sup>。しかし、これらのグループは労働組合の影響下にあり、実際に活動する高齢者会員の数は少ない。労働組合と連携したドイツの年金者の運動とは異なり、具体的な政治課題について直接に政

治指導部に働きかけることはない。

それでも、これらのグループは幅広い目標を掲げており、これまで主として文化活動促進のための団体であった老人クラブ全国連合会は医福審運営部会に代表を送りこむことに成功した。議長は長年、厚生省の退職官僚が努めているが、現在のスポークスマンと副会長は直接の官僚出身ではなく、準政府組織である社会福祉事業団の出身である。高齢者の政治活動は、個別の提案になるとやはり一般的要求に限定されるが、労働組合、使用者、医師などと同じように活動を拡大している。それでも直接の政治活動が限られているため、高齢者団体の代表による介入が政策決定に影響を与えているとはいいがたい。あくまでも高齢者のインパクトは自民党の票田としての価値と、日本医師会の政治活動に依拠している。

#### 1 審議会の再編成

厚生省と首相直属の既存の審議会を補うものとして、2000年に新しい社会保障改革案を検討するためのグループ「社会保障構造の在り方について考える有識者会議」が首相によって設置された。首相が主宰し、厚生大臣が補佐する有識者会議の第1回会合は2000年1月16日に開催された。メンバーは内閣官房長官、大蔵大臣、自治大臣、経済企画庁長官、それに日本医師会会長、社会保障分野の多数の大学教授、1名の弁護士などである<sup>37)</sup>。1993～1994年にクリントン大統領が設置した医療改革立案のための秘密の委員会とは対照的に、有識者会議の運営はかなり透明で、会合議事録はインターネットに公開された。しかし、クリントン大統領の立案委員会のように1000ページもの詳細な政策案を作成するものではなかった。むしろ意見を収集し全体的な改革案への視点を提示する作業グループであり、法律の各部の具体的内容の作成、見直しを監督する組織ではなかった。

既存の審議会などにも、高齢者の懸念が表明されることが多くなった。たとえば新しい医福審運営部会のメンバーである全国老人クラブ連合会の見坊和雄副会長は、2000年の財源改革が低所得高齢者に与える影響について質問した。同氏は高



齢者に関する調査結果も報告し、収入による自己負担の調整を支持することを示唆した<sup>38)</sup>。こうした意見表明の役割は、米国議会が委員会に産業や利益団体代表を招いて法案の最終的内容を修正するやり方とは大きく異なっている。ただ要求に具体性がなく、最終的決定への影響は、あってもそれほど明確ではないとはいえ、以前よりも政治への直接の参加の可能性を開くものではある。それでもやはり審議会の役割は具体的な改革案についてこれを作成するというより対応することにある。

政党も、組織されない特定の有権者を代表する直接の役割を担うのだろうか。1993年に自民党の長期単独支配が終焉して以来、労働組合の場合は長年にわたって支持してきた社会党に対して距離をおきはじめた。しかし1999~2000年の抜本的な社会政策改革の失敗は、現在の自民党連立政権への支持を変更させる効果があったかもしれない。連合は1999年に、一時、自民党と協力関係についての協議をはじめた。しかし同年末に自民党が多数の選択肢のなかから3党の連立を成立させたため、連合は方針を変更した。

最大のきっかけは、1999年11月に衆議院の厚生委員会が開催され、委員会にも本会議にも野党が欠席したまま、基礎年金支給額の5%引き下げが強行採決されたことである。連合は11月中頃には国会での座り込みと署名活動を展開し、その後、自民党の一部議員が連合との関係を完全に絶とうとしていることに警戒感を表わした<sup>39)</sup>。2000年1月には、民主党と協力して署名活動を開始し、年金、雇用政策、医療の改革とともに、衆議院の早期解散を要求した<sup>40)</sup>。多面的協力の戦略も、被用者保険が老人保健制度と切り離されているため、相変わらずむずかしい。それでも労働組合は、別のより政治的な可能性を探っており、社会保障関係の審議会の中心での地位を拡大しようとしている。

#### IV 討 議

##### 1 新たな政治活動の成果

医療政策改革の影響を受ける利益グループの新

たな取り組みは、なお、そのメンバーにとってよい結果を導き出しえていない。新しい医療政策の最大の「勝利者」は、いまのところ高齢者と一部の医師である。日本の医療提供で果たしている基本的役割をふまえると、民間の医師が強い立場を維持しているのはおどろくべきことではない。おどろくべきは、直接の利害表明の経路をもたない高齢者もまた、政治的介入による利益を得ていることである。しかも使用者と労働者、その家族が医療改革に大きな利害関係をもっているにもかかわらずである。高齢者に対する保護の背景を探ると、制度化された政治と、政治家による積極的な介入の両面にいきつく。

##### 2 政治構造が高齢者を保護する

高齢者を大きく優遇する給付は、1973年に大蔵省の反対をおさえて自民党がはじめて導入したもので、その後は医療政策関連の審議会への利害表明システムのなかに制度化された。とくに医療改革で重要な役割を果たした米国の中小企業と比べると、日本の場合はおどろくほど影響力が限られている(Martin, 1997)。医療以外の政策分野では、中小企業と建設などの特定産業は、自民党による配慮の恩恵がもっとも大きいとみられている(Calder, 1998; Woodall, 1996)。そして日本の健康保険制度は、一見すると各種の使用者や労働組合が要求を直接に反映させやすいように思える。日本の健康保険は大きく4種類(加えて多数の小規模な保険)に分けられている。大企業には健康保険組合がある。中小企業の場合は政府管掌健康保険がある。これらの保険でカバーされていない人は、自治体を基盤とした国民健康保険の対象になる。そして70歳以上の高齢者は老人保健制度の対象になる。

したがって民間の利益グループは、雇用を基盤としたシステムと自治体を基盤としたシステムの2つに分かれ、それぞれ給付水準が異なる。保険料は健保組合より政管健保の方が高い。他の保険制度への拠出金は健保組合の方が多い。収入不足の健保組合は政府に補助金を申請できる。政管健保にはそうしたシステムはなく、収入不足

分は国庫から補填しなければならない。このため中小企業のオーナーにとって圧力になる<sup>41)</sup>。しかし健康保険制度のなかでの使用者の問題は、主要な審議会に代表をだしている日経連が一般に扱い、中小企業の全国団体である全国商工会議所連合会は扱わない。

つまり全国商工会議所連合会の役割は、加盟企業のための直接の政治活動ではなく、既存の健康保険政策の実施に関する情報伝達機関にとどまることを意味する。したがって審議会の代表制度が、正式な立法過程で中小企業が直接に行使できる影響力を制限しているのである。この点をふまえると、米国の医療改革での経験に基づいてわれわれが予測するほど、使用者の連合体が強力に利害を主張できない理由が理解できる。しかし高齢者への給付と、そのための財源のあり方全体に焦点をあてると、使用者の圧力にはどんな場合でも政治的限界のあることが明らかになる。中小企業は、収入不足の政管健保への直接の補助金で一定の補償を得ているが、そのコストを直接に引き下げるための手段がないのである。

### 3 政治家が高齢者を守る

政治構造に目を向けると、高齢者が優遇される理由は一層、わかりにくくなる。高齢者には政治過程に働きかける団体がなく、直接の利害表明が(最近まで)制限されていたからである。学者のなかには、米国でも高齢者の団体が政治に影響力を発揮しているかは疑問だとする人がいる。Pratt (1993) はむしろ、政策が受益者団体に及ぼす影響力の方が大きいのであって、その反対ではないとする。日本の場合に不思議なのは、老人保健制度や新しい介護保健制度などの年齢を基準とした政策が、米国と同様の受益者グループの結成を促進しなかったことである。考えられるのは、高齢者人口がわずか8%にすぎなかった1973年の段階で、高齢者を優遇する医療政策が決定されたため、政治活動をするグループが必要なくなったということである。しかしそうだとすると、高水準の給付が削減の標的とされる不況期に、だれが高齢者を代表するかが問題になる。

年齢を基準とした給付体系であるにもかかわらず、日本の高齢者には米国の全国退職者協会のような全国政治活動団体がなく<sup>42)</sup>。見坊和雄氏は、審議プロセスのなかでの高齢者の弱い立場をうまくいあてている。2000年1月のインタビューで、重要な審議会である老人保健福祉審議会では、高齢者や低所得者の意見を代表するとみなされる少数の代表者は、実際にはなにも発言していないと述べた<sup>43)</sup>。

強力なグループが存在しないことから、医療政策における高齢者の強さは個別的な交換で説明できる可能性がある。高齢者は、健康保健制度と新介護保健制度でのコスト増から身を守るために、票を交換しているとみることもできる。このことは、利益グループ政治学における交換理論が、高齢者のパワーをもっともよく説明できることを示唆する。

米国政治学の流れのなかで発展した政治学における交換理論(DenzauおよびMungerなど)は、一般的表現として使用されることが多く、政治的決定は一組の利害関係者と政治家との交換条件を反映するものと予測する。しかし政党の統制といった構造的条件がある場合、委員会の力と立法の独立に関する理論を一般化することがむずかしくなる。厳格な政党統制が存在する日本のような議会制民主主義国の場合にはなおさらである。政党の統制のもとで議員個人は自分の議決を自由に選択できないから、有権者は個々の議員の忠実さを監視するのがむずかしい。また議員が自分の力を有権者に誇示する機会も少ない。これは法案提出権が一般に内閣に限定されているからである。日本では選挙の回数が少なくなっており、内閣が選挙の間に頻繁に連立相手を変えるため、個々の選挙区の事情を詳細に検証しなければ交換の発生を説明できない。最後に、内閣にとってはぎりぎりでの修正を含めた立法の最終段階が、改革案を策定する正式の政治過程と同じくらいに重要になっている。したがってReinhart (1994: 23) が主張するように、政党統制の幅広い構造は、政治制度を効率的に機能させるためだけにあるのではない。それは特定の利益を守るためにも機能する。

厚生省は改革の2000年7月実施を予定し、審議会報告も改革の方向になら変更を加えなかったが、政治的配慮から健康保険法改正の議会審議は遅れた。これについて読売新聞は、6月の衆議院選挙を目前に自民党が選挙への影響を配慮したためだと報道した。同紙はまた、高齢者の薬剤費への給付を引き上げた政治的後退など、重要な修正条項に関連して日本医師会を批判した<sup>44)</sup>。連合も2000年3月3日の診療報酬体系の改正を批判した。日本医師会の要求に過度に譲歩し、連合、日経連、健保連の引き下げ要求にもかかわらず、診療報酬を1.9%引き上げる政治的決着を行ったというのである<sup>45)</sup>。中医協での診療報酬体系の決定という方式は2000年度は機能しなかった。1999年11月の中医協で協議が決裂した後、日本医師会が自民党との直接交渉を行ったからである<sup>46)</sup>。しかし日本医師会は、医療費が急増して中医協での診療報酬の協議が決裂した1970年代にも、自民党に直接にかけあって成功している<sup>47)</sup>。こうした一連の事態も、改革の結論(または結論がでないこと)に対するグループを基盤とした分析の正しさを支持しているように思える。

しかし改革のパターンを、日本医師会の影響だけに帰すことはむずかしい。利益グループの影響に対するネットワークを基盤とした分析では、まずグループ自体を要求の発生源ととらえ、その保有能力とリソースが効果を決定するとみる<sup>48)</sup>。入院治療の際の技術料の導入など、診療報酬見直しには日本医師会の要求を反映している部分もあるが、それは1961年に全国民対象の健康保険制度が成立した当時から要求していたものである。また高齢化社会の到来をふまえた医療制度の全面的な見直しを含め、日本医師会の多くの提案は実現しなかった。分析においては、日本医師会と自民党の共通の支持基盤、つまり高齢者に焦点をあてる方が分かりやすい。日本医師会の高齢者に対する政策的立場は、一般に高齢患者の負担引き下げであり、政治家(あらゆる政党の)の目標と一致している。そして、各種医療機関の間での医療財源の配分という重要な問題を含め、多くの政策において日本医師会は全体の利益を代表しているの

であって、たとえば診療所と大規模病院、または日本医師会の方針決定への参加単位である各県医師会の間での対立を裁定する能力は低い。したがって、一般のメディアで影響力が高いとされる日本医師会をも含めた特定の団体の行動というより、その背後にある利益の方が、医療改革の方向を理解するうえでは役に立つのである。

日本医師会が高齢者の代理組織といえるかもしれない。他の全国組織(全国老人クラブ連合会など)が独自の政治活動能力をもっていないからである。これはグループを基盤とした政治学理論が示唆する利益グループとは大きく異なっている。グループが、より勢力の弱いグループの利益を反映する場合があるが、少なくとも勢力の弱いグループは明確な立場をもっているとみるのが普通である<sup>49)</sup>。つまり、日本の医療改革で高齢者がおどろくほど有利な立場を確保している事実をみると、改革の結末の理解のために有効なのは、有権者の特徴、利益グループ、政治家が重視する地元選挙民という点を重ね合わせることであって、利益構造、選挙制度または圧力グループ(国際的圧力を含む)の成功を検証することではないことがうかがえる。

## V 結 論

最近の日本の医療改革で高齢者に発生していると思われる状況は、政治学での利益グループに関する既存理論の視点からは予想外の結果になっている。記録的水準の公的負債、深刻な財政危機、景気低迷のなかにあつて、活発な政治活動組織をもたないゆるやかなグループが有利な政治的結果を獲得している。政治的な選択が改革の方向に及ぼした影響力は、集中した利益グループ、財政的制約、または国際的圧力に基づく理論が予想するよりはるかに大きかった。

自民党の高齢者票への依拠が、なぜ、健康保険制度の記録的赤字にもかかわらず、最終的段階での薬価の据え置き、薬剤コスト抑制のための参照価格制度の拒否、高齢者からの保険料徴収の2002年までの延期、当初は予想されなかった介

護保険での家族への現金給付制度の実現につながるかを説明するには時間がかかる。これらは政治指導者が、ロビー活動団体の仲介なしに、貴重な地元有権者との関係によって実行した。

日米関係のなかでの国際的圧力は、国際的な企業がすでに大きく進出している分野に影響すると思われるかもしれない。しかしこれらの圧力は、薬価制度の改革を拒もうとする日本国内の有権者の方向と一致したがゆえに、効果を発揮した<sup>50)</sup>。また1999年の交渉後、米国通商代表部の取り組みの重点は薬品部門からはなれ、薬価制度は貿易交渉の焦点ではなくなった。

改革に向けた強力な利益団体からの圧力と、財政再建への一般的な懸念にもかかわらず、高齢者の利益は政治活動組織がなくても反映された。日本の医療制度の特徴のひとつは、年齢を基準にした給付になっている点である。高齢者のための独自の制度があることで、政治活動グループがなくても受益者は明確になる。先進国のなかで、年齢だけが給付基準になっている国は日本と米国以外にない。イギリスとスウェーデンは(方式は違うが)市民権を基準にしており、フランスとドイツは雇用形態に密接に関連付けている(ドイツの場合は収入も加味)。これらの国での利害表明のあり方が給付の性格に依拠しているかどうか、政権党と政党連合に代表されている有権者の種別、または政治過程のなかでの組織された利益グループの地位について、さらなる研究が必要である。

医療政策における日本の高齢者の状況は、組織されていないグループであっても特定の条件のもとでは保護されうること示唆している。この点は、交換、組織的な成功、または利害表明のあり方や全体的システムに焦点をあてた通常の利益理論では説明できない。前政権から引き継いだ政治的制約の枠内で、政治家が組織されない利益と組織された利益を考慮に入れるという点は、まったく新しい発見だった。

年齢を基準とした給付も医療改革の方向を制約する米国の事情と対極をなしていることをみると、組織されない利益は政治過程で放置されるという一般的な理解には限界のあることが分かる。改革

についての分析では、比較調査において一体だとみられている企業などの利益が、実際は分解している事実を立証したものもある<sup>51)</sup>。しかし当初より、強力とされるグループについての事例調査の結果、高度に組織され、資金力豊富な利益グループは一般に政治決定の過程で主張を通すとみる見方には重要な修正が加えられた。Bauer, Pool, Dexter (1963) は、政治学でグループに焦点を合わせる手法を企業を例にとって批判するとともに、企業はお互いに利益が競合するため、影響力に限界のあることを強調した。Lindblom (1997) は、焦点を特定グループの活動から制度内の特権的地位に移した。しかし医療改革の経験は、企業間の調整問題をうまく解決しても、また政治制度のなかで特権的地位を保っていても、強力な政党とその支持票を前にすると、それだけでは政策の方向を変更するには不十分なことを示唆している。このことは、政治的指導部の裁量の余地が、利益理論が通常、想定するより大きいことを示している。

本稿でいう意味での政治的指導部が、近い将来、その立場を脅かされる可能性は少ない。日本の組織された利益グループによる新しい研究と政治活動が、改革の方向をどの程度、変更しうかは不透明である。2001年3月のこの時点では、政治指導部は他の多くの問題に忙殺されているため、各省と関連する利益グループの間でいつもの事態が進行する一定の余地はあるかもしれない。しかし、さきごろ厚生省と労働省は統合、再編成され、職員の配分にかなりの時間がとられている。これらすべての理由から、医療政策の過程への参加者が根本的な変革を実現できる可能性は低い。そして2002年予定の次期見直しでも、今回のように最終段階で大切な地元選挙民のための大幅な譲歩が組み入れられる可能性が高く、企業、労働組合、市民グループ、または政権入りを狙う野党が提起する具体的な案に基づいて改革が進展することはないだろう。

## 付記

筆者について

タルコット博士は1988年にスワースモア・カ

レッジで政治学の文学士号を取得し、1999年にハーバード大学で政治学博士号を取得した。博士論文のタイトルは「弱者が勝利する理由：戦後日本の医療政策」である。博士は Association for Asian Studies, American Political Science Association, International Political Science Association などで論文を發表している。最近は、1990年代の日本の医療と年金分野の政策決定へのグローバル化の影響に焦点をあてて研究を行っている。

### 注

- 1) この排除の理論は、日本の周縁化されたグループの分析でよく引用される。Pharr, 1991; Krauss, 1993; Broadbent, 1998 参照。
- 2) 組織されていないが情報を理解した利益グループが反映される可能性については、Denzau と Munger (1986) の正規な交換モデルのなかで詳述されている。
- 3) 増山と Campbell (1996) と同様、池上と Campbell も、日本の医療費負担の相対的低さ、利益グループの均衡を理解するうえで、中央社会保険医療協議会 (中医協) の自由裁量機能が重要な位置を占めると主張する (1999: 65)。
- 4) 池上と Campbell (1999: 72-73) は、近い将来の大規模な改革は望ましくもなく、また可能性も低いと論じる。
- 5) 厚生省の 1995 年国勢調査のデータ、国立社会保障・人口問題研究所の人口予測を使用して計算。
- 6) これらの計算は、1995 年国勢調査、厚生省の 1997 年国民医療費計算による概算にすぎない。現役 1 人当たりの高齢者医療費は、高齢者医療費の総額を 15 歳以上 65 歳以下の人口で割ったもの。
- 7) 健保連の 2000 年「健保連ニュース 1568 号」(4 月中旬)『平成 12 年度健保組合の予算状況』。
- 8) 2000 年に全米中小企業組合 (NSBU) は、政治家に対する年次要求リストのトップに、医療分野で中小企業を防衛することを明確に打ち出した。NSBU「Issue Statement from the 2000 Small Business Congress」2000 年 2 月 (原稿)。概要は <<http://www.nsbu.org/thedcongress/2000issues.htm>>。
- 9) 日本医師会の役員は自民党指導部への直接の窓口をもっている。21 世紀の社会保障制度を考える議員連盟には 200 名が参加しており、会長は竹下登元首相が就任している (「日医ニュース」1999 年 1 月 5 日号)。
- 10) 「週刊社会保障 2063 号」(1999 年 11 月 22 日)。
- 11) 厚生省「健康保険法等の一部改正案の概要」参照。オンラインでは <[http://www.mhw.go.jp/topics/iryō-ho/tp0313-1\\_e\\_19.html](http://www.mhw.go.jp/topics/iryō-ho/tp0313-1_e_19.html)>。本章の改革案の要約は同文書から引用した。追加的な分析 (個人へのコストの影響) は他の注で示した文書または引用のデータに基づく。
- 12) 詳細な所得分布データがないため、改革の正確な影響を推計することは一層むずかしい。平均のデータは統計局・統計センター「家計調査」の勤労者世帯から利用できる。オンラインでは <[http://www.stat.go.jp/data/kakei/sokuhou/zen/img/fies\\_mr3.gif](http://www.stat.go.jp/data/kakei/sokuhou/zen/img/fies_mr3.gif)>。
- 13) 食費、差額ベッド料金、シーツ代などのコストは引き続き上限額には含まれない。高齢者治療の個人負担の全額が常に公式の費用データに反映されない理由については、二木立 (1995)、Reich と小林 (1993) を参照。
- 14) 「医療保険福祉審議会運営部会諮問状」(2000 年 2 月 3 日)。オンラインでは <[http://www.mhw.go.jp/shingi/s0002/s0203-1\\_19.html](http://www.mhw.go.jp/shingi/s0002/s0203-1_19.html)> (2000 年 4 月 24 日ダウンロード)。
- 15) 社会保障制度審議会「医療保険制度の改正について (諮問)」(2000 年 2 月 7 日)。オンラインでは <[http://www.mhw.go.jp/topics/iryō-ho/tp0313-1\\_i\\_19.html](http://www.mhw.go.jp/topics/iryō-ho/tp0313-1_i_19.html)> (2000 年 4 月 24 日ダウンロード)。
- 16) 厚生省健康政策局総務課 (2000 年 3 月)。
- 17) 厚生省 (2000 年)「介護保険ってどんな制度?」。オンラインでは <[http://www.mhw.go.jp/topics/kaigo99\\_4/sugu/pl1-2.pdf](http://www.mhw.go.jp/topics/kaigo99_4/sugu/pl1-2.pdf)>。
- 18) 厚生省「老人保健福祉局、平成 12 年度予算要請概要について」(1999 年 10 月)。オンラインでは <[http://www.mhw.go.jp/topics/kaigo99\\_4/41pdf/1-4.pdf](http://www.mhw.go.jp/topics/kaigo99_4/41pdf/1-4.pdf)>。
- 19) 介護保健の法案策定が官僚のプロセスによって支配されている様子については、日医総研 (1997) に詳しい。
- 20) 経団連「社会保障制度委員会が発足」。オンラインでは <<http://www.keidanren.or.jp/japanese/news/info/if199906.html>>。2000 年 4 月 25 日にダウンロード。
- 21) 「日経連、今年の活動」日経連タイムス (1999 年 12 月 13 日)。
- 22) 日経連タイムス (1998 年 12 月 14 日)。
- 23) 日経連タイムス (1999 年 12 月 13 日)。
- 24) 「日経連特別委員会活動の状況」日経連タイムス (2000 年 3 月 30 日)。
- 25) 明るく楽しい退職生活を予想する人の数は、史上最低の 20% に低下した。同時に、政府が優先すべき課題で 3 番目に多かったのが雇用政策で、その数も史上最高の 13% に達した。1 位は医療政策で、35% だった。経済企画庁国民生活局 (2000)「平成 11 年度国民生活選好度調査」。

- オンラインでは〈<http://www.epa.go.jp/2000/c/0217c-senkoudo/senkoud.html>〉。2000年4月25日にダウンロード。
- 26) 日経連タイムス(1999年11月4日)。
- 27) セミナーの内容は、医療分野での日本医師会の要求と自民党の政治活動との強い結びつきに対する批判が中心になった。週刊「連合」(1999年5月21日)、日経連タイムス(1999年5月27日)参照。
- 28) 週刊「連合」(1999年10月)。
- 29) 日経連も(連合同様に)診療報酬の増額に対して、健康保健制度が直面する新たな問題を反映しない政治的着着だと批判した。日経連ニュース(2000年2月10日)。
- 30) 日経連タイムス(1999年11月4日)。
- 31) 週刊「連合」(1997年6月6日)の生活福祉部会メンバーとのインタビュー。
- 32) 週刊「連合」(2000年4月14日)「1日も早く解散、総選挙を：森内閣発足で事務局長の相談」。
- 33) 週刊「連合」(2000年3月24日)「1カ月で650万の署名集める：安心できる年金改革など求め、衆参議長に提出」。
- 34) 週刊「連合」(2000年1月14日)。
- 35) 週刊「連合」(2000年3月17日)。
- 36) 週刊「連合」(1998年9月18日)。
- 37) 全メンバーの一覧と会議の使命に関する文書は、オンラインで閲覧できる〈<http://www.kantei.go.jp/jp/syakaihosyou/youkou.html>〉。2000年4月25日にダウンロード。
- 38) 「医療保険福祉審議会第24回運営部会議事要旨」(2000年1月19日)。オンラインでは〈[http://www.mhw.go.jp/shingi/s0001/s0119-1\\_19.html](http://www.mhw.go.jp/shingi/s0001/s0119-1_19.html)〉。
- 39) 週刊「連合」(1999年11月26日)。
- 40) 連合の笹森事務局長は、署名での民主党との協力を全面的な支持とは区別した。週刊「労働ニュース」(2000年2月7日)。
- 41) 週刊「連合」(1999年10月29日)。
- 42) Binstock(1989)は、1965年に年齢を基準としたメディケア・システムが導入された後、全米退職者協会が急拡大した様子を説明している。Binstock(2000)は、高齢者を一枚岩的な利益グループとする見方に注意を発している。所得、人生経験、価値観が多様だからである。それでも、年齢を基準とした医療と年金給付に関する団体が、日本でまったく登場しないのは異常であると思える。
- 43) 見坊氏は、高齢者の懸念を代表するものとして日本医師会は重要であるとまで述べている。日医ニュース(1998年1月20日)。
- 44) 読売新聞社説(2000年4月23日)。
- 45) 週刊「連合」(2000年3月17日)。
- 46) 週刊「連合」(2000年1月14日)。
- 47) 具体的な交渉内容をもっとも詳しく説明しているのは有岡(1997)である。診療報酬改正交渉の歴史的なパターンは、増山、Campbell(1996)が検討している。医療政策の見直しで組織されない有権者を代表する政治家の役割については、Talcott(1999)も参照。
- 48) この種の分析ではPappi, Knoke, Broadbent, 辻中(1996)が傑出しており、政治家は他のアクターから影響を受ける代理人として扱われている。Olson(1971, 1982)も政治過程を同様の手法で扱っている。ただし同氏の焦点はグループ組織におかれていて、集中し組織されたグループが影響力をもつものとされている。
- 49) Tarrow(1998)は、社会運動が成功し、制度化されるためには、間接的な利害表明が不可欠であると主張する。
- 50) 貿易交渉における有効な圧力の条件については、Schoppa(1997), Lincoln(1999)を参照。
- 51) Cathi Jo Martin, 「企業の影響力と国家権力：米国の法人税政策」, *Politics and Society* 17: 2 (1989年6月)。

#### 参考文献

- 有岡二郎(1997)『戦後日本医療保障制度の舞台裏』, 東京：朝日新聞社。
- 佐藤誠三郎(1986)『自民党政権』, 東京：中央公論社。
- 二木立(1995)『世界一の医療費抑制政策を見直す時期』, 東京：勁草書房。
- 日医総研(1997)『介護保険導入の政策形成過程』, 東京：日医総研。
- 日医ニュース(1998)「21世紀の医療：高齢者との接点、新風対談：(日本医師会会長)坪井栄孝×(全国老人クラブ連合会副会長)見坊和雄」, 1998年1月20日。
- Bauer, Raymond A. (1963) "Ithiel de Sola Pool, and Lewis Anthony Dexter," *American Business and Public Policy: The Politics of Foreign Trade*, New York: Atherton Press.
- Binstock, Robert H. (2000) "Older People and Voting Participation: Past and Future," *The Gerontologist* 40: 1, 18-31.
- (1989) "The Politics and Economics of Aging and Diversity," Scott A. Bass, Elizabeth A. Kutza, and Fernando M. Torres-Gil, *Diversity in Aging*: 73-99, Glenview, IL: Scott, Foresman.
- Broadbent, Jeffrey (1998) *Environmental Politics in Japan*, Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Calder, Kent (1988) *Crisis and Compensation* :

- Public Policy and Political Stability in Japan*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Campbell, John Creighton (1992) *How Policies Change*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Denzau, Arthur T. and Michael C. Munger (1986) "Legislators and Interest Groups: How Unorganized Interests Get Represented," *American Political Science Review* 80: 1, March: 89-106.
- Friedman, Thomas L. (1999) *The Lexus and the Olive Tree*, New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Ikegami, Naoki and John Creighton Campbell (1998) *The Art of Balance in Health Policy: Maintaining Japan's Low-Cost, Egalitarian System*, Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- (1999) "Health Care Reform in Japan: The Virtues of Muddling Through," *Health Affairs* 18: 3, May/June: 56-75.
- Kingdon, John (1984) *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Boston: Little Brown.
- Knocke, David, Frank Pappi, Jeffrey Broadbent, and Yutaka Tsujinaka (1996) *Comparing Policy Networks: Labor Politics in the U.S., Germany, and Japan*, New York: Cambridge University Press.
- Krauss, Ellis, ed. (1984) *Conflict in Japan*, Honolulu, Hawai'i: University of Hawai'i Press.
- Kume, Ikuo (1998) *Disparaged Success: Labor Politics in Postwar Japan*, Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Lincoln, Edward J. (1999) *Troubled Times: U.S. -Japan Trade Relations in the 1900s*, Washington, D.C.: Brookings Institution Press.
- Lindblom, Charles (1977) *Politics and Markets: The World's Economic Systems*, New York: Basic Books.
- Martin, Cathi Jo (1989) "Business Influence and State Power: The Case of U.S. Corporate Tax Policy," *Politics and Society* 17: 2, June.
- (1997) "Mandating Social Change: The Business Struggle Over National Health Reform," *Governance* 10: 4, October: 397-428.
- Masuyama, Mikitaka and John Creighton Campbell (1996) "The Evolution of Fee-schedule Politics in Japan," John Creighton Campbell and Naoki Ikegami, eds. (1992) *Containing Health Care Costs in Japan*, Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- McKean, Margaret (1993) "State Strength and Public Interest," Gary D. Allinson and Yasunori Sone, eds., *Political Dynamics in Contemporary Japan*, Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Olson, Mancur (1971) *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- (1982) *The Rise and Decline of Nations: Economic Growth, Stagflation, and Social Rigidities*, New Haven: Yale University Press.
- Pharr, Susan (1991) *Losing Face: Status Politics in Japan*, Berkeley, CA: University of California Press.
- Reich, Michael and Kobayashi, Yasuki (1993) "Health Care and Financing for the Elderly in Japan," *Social Science & Medicine* 37: 3, August.
- Reich, Michael (1990) "Why The Japanese Don't Export More Pharmaceuticals: Pharmaceutical Policy as Industrial Policy," *California Management Review* 32: 2, Winter: 124-50.
- Reinhardt, Uwe (1990) "Response to Bengt Joenson," in OECD Social Policy Studies No.7, *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*, 105-111, Paris: The Organization for Economic Co-operation and Development.
- (1994) "Germany's health care system: It's not the American way," *Health Affairs* 13: 4, Fall: 22-23.
- Schoppa, Leonard J. (1997) *Bargaining With Japan: What American Pressure Can and Cannot Do*, New York: Columbia University Press.
- Talcott, Paul (1999) "Why the Weak Can Win: Healthcare Policy in Postwar Japan, 1945-1997," Dissertation, Harvard University.
- Tarrow, Sidney (1998) *Power in Movements: Social Power and Contentious Politics*, New York: Cambridge University Press.
- Uriu, Robert M. (1996) *Troubled Industries: Confronting Economic Change in Japan*, Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Woodall, Brian (1996) *Japan Under Construction: Corruption, Politics, and Public Works*, Berkeley, CA: University of California Press.
- (Paul David Talcott 東京大学社会科学研究所 客員研究員)