

博士論文

医療制度改革の比較分析

－日本・米国・英国における「標準化」をめぐって－

石 垣 千 秋

目 次

第1章 序論	1
1. 問題意識と目的	1
1-1 問題の所在	1
1-2 本論の目的	4
1-3 医療制度改革と医療の標準化	6
1-4 本論の構成	8
2. 本研究の意義と研究方法	12
2-1 本研究の意義	12
2-2 対象国の選定と研究の方法	13
1) 対象国の選定	13
2) 研究方法	15
3. 医療保障と専門職	16
3-1 医療保障制度の起源と専門職	16
3-2 医療保障をめぐる先行研究	22
1) 多元主義による説明	22
2) 公的制度による説明	25
3) 縮減期の福祉国家	26
4) 福祉国家または医療制度の類型との関係	27
5) 先行研究からの示唆と限界	31
4. 分析の基礎概念	32
4-1 制度	32
4-2 不確実性	36
4-3 認識共同体	38
4-4 医療専門職団体とプロフェッショナル・オートノミー	42
5. 本論の仮説	54
第2章 米国編	59
1. 前史	60
1-1 医学界の発展と専門職団体の成立	60

1-2 医療保障制度の起源	62
1) 非営利保険と自家保険	62
2) 公的保険	63
3) マネジドケア	65
1-3 医療保険の成立過程	65
1-4 医療行政の概要	66
2. レーガン・ブッシュ政権下の医療費抑制策	67
2-1 同僚審査の登場（ニクソン政権下）	67
2-2 同僚審査の変更（レーガン政権下）	69
2-3 診療の「ばらつき」の議論	73
1) 診療の「ばらつき」の発見	73
2) 連邦議会における法案の提出	74
3) ブルーリボンパネルの提言	76
4) 米国医師会の動向	77
2-4 診療ガイドライン政策の成立	78
2-5 保身医療の防止手段としての診療ガイドライン	80
3. クリントン政権下の医療制度改革	83
3-1 州レベルから連邦レベルになった診療ガイドライン政策	83
3-2 クリントン政権の国民皆保険改革	85
3-3 連邦の診療ガイドライン策定の挫折	87
4. 本章のまとめ	93
 第3章 英国編	 95
1. 前史	96
2. 医療保障制度の概要	98
2-1 英国の医療制度	98
2-2 英国の専門職団体	98
3. 保守党政権下の診療ガイドライン政策	102
3-1 サッチャー政権のNHS改革	102
1) 市場主義の2つのアイディア	104
2) 『患者のために働く（WfP）』から医療法の改正へ	106
3) 監査制度の誕生	109

3-2	メイジャー政権の NHS 改革	113
1)	患者憲章	113
2)	研究開発戦略の国営化と「効果と効率」の基準	114
3)	質の保障と EBM	117
4.	労働党政権下の診療ガイドライン政策	120
4-1	ブレア政権の現代化政策	120
4-2	規制機関（watchdog）としての NICE の誕生	123
4-3	NICE の組織構造と専門職	124
4-4	NHS 改革の曲がり角	126
5.	本章のまとめ	127
第 4 章 日本編		129
1.	日本の医療制度の概要	131
2.	前史	133
2-1	戦前	133
1)	日本の医療制度と専門職団体	133
2)	医療保障制度の始まりと日本医師会	135
3)	第一次国民皆保険の完遂	141
2-2	戦後	144
1)	行政機構の再編と新しい社会保障を巡る議論	144
2)	社会保障制度に関する勧告に基づく治療方針	147
3)	日本医師会の改組	151
3.	武見太郎日本医師会長の登場と国民皆保険の実現	153
3-1	病院団体の誕生	153
3-2	武見太郎の登場	155
3-3	プロフェッショナル・フリーダム	157
3-4	制限診療の撤廃と国民皆保険の成立	159
4.	医療制度改革の端緒	164
4-1	富士見産婦人科病院事件	164
4-2	第二次臨時行政調査会	167
4-3	医療費亡国論	171

4-4	第一次医療法改正	173
4-5	厚生省の組織再編	175
4-6	審査体制の強化とレセプト電算化計画の失敗	177
5.	1990年代の医療制度改革	179
5-1	第二次-第三次医療制度改革	179
5-2	医療環境の変化と研究体制の整備	182
1)	疾病構造の変化と人口の高齢化	182
2)	情報化の進展	184
3)	厚生科学の進展	186
5-3	行政改革と第三次医療制度改革	187
1)	橋本行革	189
2)	審査体制の見直し	190
5-4	日本医師会の変容	192
1)	日本医師会総合政策研究機構	192
2)	日本医療機能評価機構の誕生	194
5-5	医療技術評価の議論	195
1)	医療技術評価の在り方に関する検討会	195
2)	医療技術評価推進検討会	200
6.	第四次医療法改正と診療ガイドライン政策	203
6-1	第四次医療法改正：抜本改革の挫折	203
6-2	EBMの広がりと予算の挫折	205
1)	EBMの広がり	205
2)	日本医師会の反応	206
3)	データベース設置予算の消滅	207
6-3	小泉改革と日本型 EBM の成立	209
1)	厚生労働省における EBM の新たな位置づけ	209
2)	小泉政権下の医療改革	211
3)	保健医療技術情報普及支援検討会と日本医師会の対応	213
4)	坪井医師会長時代の終焉と第五次医療制度改革	219
7.	本章のまとめ	220

第5章 結論	223
1. 米国、英国、日本における医療制度改革	224
2. 本論の意義	227
3. 本論の発展可能性	229
参考文献	231
巻末資料	

第1章 序論

1. 問題意識と目的

1-1 問題の所在

1970年代以降、福祉国家は縮減、再編、そして変容の中にあると言われている。福祉国家のプログラムの中で、医療は重要視されている政策の一つである。同時に、増大する医療保障費は福祉国家のあり方に与える影響も大きく、医療費の抑制は、政治的な争点として度々浮上している。過去30年あまり、先進国は積極的に医療制度改革に取り組んできた。

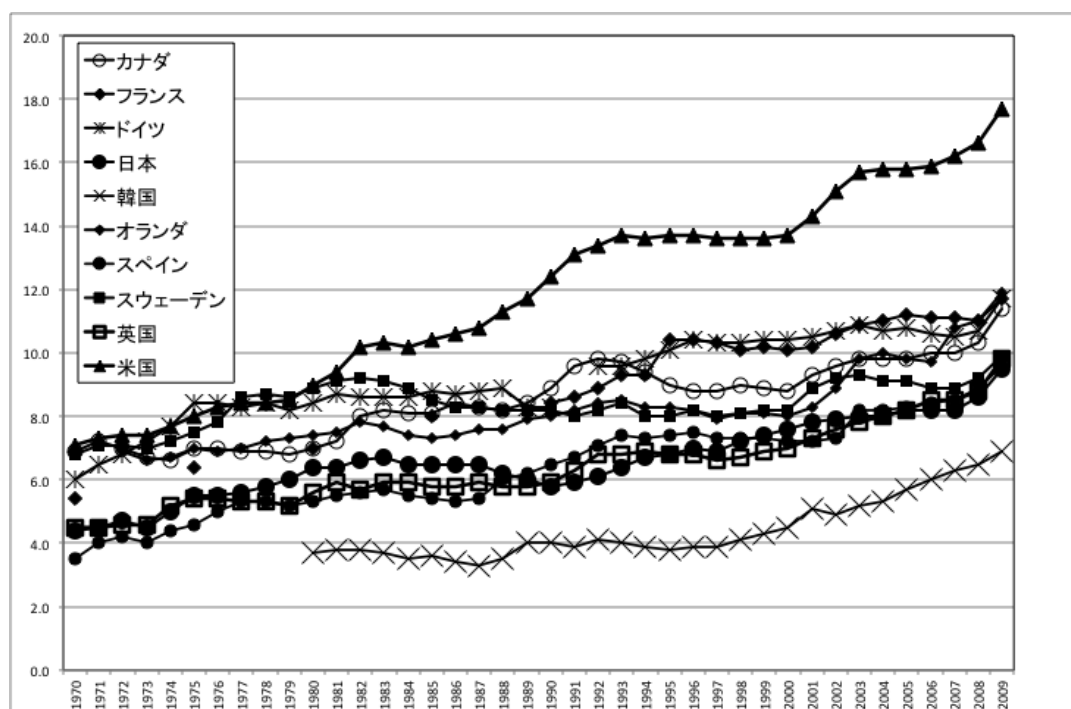
医療技術が日進月歩の進歩を遂げていることは誰しもが認めることであり、当然のことながら、医療保障の中に高度化する技術や治療方法の進歩を取り込むと、それに伴う費用も高額化する。実際、先進国の多くでは、1980年代後半から1990年代にかけて、医療費の高騰をどう解決するかが、大きな政治的争点となり、かつてない大規模な医療制度改革に取り組むようになった。

だが、技術的側面を考慮すれば、医療制度改革をめぐる政治は、単なる「縮減」にとどまらず、技術の進歩の政策への反映と費用の抑制を両立させるという、より複雑な面を持っていることは容易に想像できる。実際、GDPに占める医療費の割合をみても、ある程度の抑制に成功している国が多いとは言え、大幅な縮減に成功している先進国は皆無と言ってよい(図1)。英国¹や日本²のように、医療費の抑制によって医療資源の不足が社会問題化し、一律の抑制政策を転換している国もみられる。

¹ サッチャー政権以来の医療費の抑制政策をとっていた英国では、労働党政権下、2001年の「NHS Plan」で、他の先進国並みに医療費のGDP比10%程度まで増資する政策へと転換した。しかし、2010年に誕生した保守党・自由党連立政権下では、財政難により、医療費も厳しく抑制されている。

² 2005年の経済財政諮問会議により、社会保障費2,200億円削減が提言され、特定健診の実施による予防を通じた医療費削減と、医療療養病床の廃止による医療費削減が目指された。しかし、療養病床の他種類の施設への転換が進まないことから、事実上、医療費削減策は保留された。また、同時期に臨床研修医制度が導入されたことにより、「医療崩壊」が社会問題となり、積極的な削減策を転換している。

図1 各国のGDPに占める医療費の割合（％）＊



出典 OECD Health Statistics (*Total expenditure on health % gross domestic product)
(2012 年 10 月更新版)

だが、本論が検討したいのは、先進国が医療費の抑制の困難さに直面している点ではない。医療費抑制を目指す医療制度改革の中で、1990 年代以降、医療そのものの在り方が大きく変容を遂げた点である。

先の図 1 に示した先進諸国も、医療費を単純に縮減するのみならず、技術の進歩を医療保障に反映することに取り組み、医療保障³における診療の効果を追求していく過程で、実際に提供されている医療内容にばらつき（variation）があることが問題視された。そして、医療保障における「効果と効率」を各国が追求した結果、1990 年代以降の医療制度改革では、費用面で効率化を図ると同時に、望ましくない診療を改善し、提供する診療の質を一定に担保する、すなわち「標準化」を重要な課題とする改革の時代を迎えた。

医療の「標準化」という概念自体は古くから存在する。例えば、医学の教科書を始めとしてヒポクラテスの時代から存在する専門書も、広義には標準化を目的としている。ある医学者の教を次々と受け継いで実践していくことも、標準化と考えることができる。また、1980

³ 本論では「医療保障」という用語を、社会保険、租税、民間保険などの種別を問わない、総称として用いる。

年頃から、米国では様々な団体が様々な手法で診療ガイドラインを作成するようになり、「ガイドライン運動」(Brook, 1989; Rosoff, 1995) が起きたとされる。診療ガイドラインに対しては、それを参照して誰が実施しても同じ結果が得られるという意味をこめて、専門職の間で「料理本医療 (cookbook medicine)」(例えば、Leap, 1989)、あるいは「マクドナルド化 (McDonaldization)」(Timmermans and Berg, 2003, p.19) と揶揄されたこともある。

だが、1990 年代以降の診療ガイドラインをめぐる動向は、それ以前の「ガイドライン運動」とは一線を画している。1990 年代以降は、科学的根拠となる「エビデンス」の定義が国際的な議論の中で定まり、「Evidence-based Medicine (以下、EBM) ⁴」と呼ばれる方法による、「エビデンス」に基づいた診療ガイドラインが議論の中心となったのである。

診療ガイドラインの策定を代表例とする EBM の実践は、医学界でしばしば「パラダイムシフト」と表現される。「パラダイムシフト」とはクーン (クーン、1989) が用いた概念である。従来通りの問いに答えを出す科学が「通常科学」だとすれば、パラダイムシフトは、問題の問い方やモデルそのものが変更することを指している。本論の議論に当てはめてみれば、従来型の「通常医療」は、一定の教育を施されて独り立ちした医師が、獲得した知識と職業的倫理に基づいて、その医師なりの経験あるいは勘を活かしながら診療を行うことを指す。一方、パラダイムシフトした 1990 年代以降の医療とは、EBM の実践を前提としており、医師が診療に際し、「最新で最善の根拠を良心的かつ明確に、思慮深く利用すること」(サケット、1999、p.2) を指している。世界中に存在する研究成果の批判的吟味 (critical review) や、大規模臨床試験によって統計学的に導き出された「エビデンス」という、「最新で最善の根拠」が日常診療に求められる。「エビデンス」は、「診療ガイドライン」を媒体として個々の医師に広められる。診療ガイドラインとは、「特定の臨床状況において、適切な判断を行うために、臨床家と患者を支援する目的で系統的に作成された文書」(Institute of Medicine, 1990) ⁵である。臨床上生じた疑問 (clinical question) ⁶について、「エビデンス」

⁴ Evidence-based Medicine という用語はカナダのマクマスター (McMaster) 大学の Guyatt が作った言葉だとされる (論文への初出は 1992 年。) その後、米国からカナダ (マクマスター大学) に移り、マクマスター大学で臨床疫学や生物統計学の発展に寄与し、後に英国に拠点を移した Sackett (1997) の “Evidence-based Medicine: how to practice and teach EBM”によって、広く世界に知られるようになった。ただし、”Evidence-based Medicine”という考え方の起源は、19 世紀にさかのぼるとサケットは述べている (サケット、2000、p.2)。

⁵ ただし、2011 年に発表された報告書では、診療ガイドラインを「患者ケアの最適化を

の強さから実践に際しての推奨度を明らかに⁷している。「エビデンス」に基づいて作成された「診療ガイドライン」を国家が策定するという過程を経て、医療を「標準化」することの実現が目指された。

だが、この政策の成否は国によって異なった。米国では、当初、連邦機関が診療ガイドラインを策定することが、熱狂的に支持された。しかし、しばらくして一学会の反対で連邦機関における診療ガイドラインの策定は中止され、診療ガイドライン情報を蓄積するデータベース（クリアリングハウス）に役割が限定されることになった。英国は、米国と同様に国の機関で診療ガイドラインを策定することを目指し、それに成功した。日本は、診療ガイドライン情報のデータベースを国の機関に設置することが検討されたが、日本医師会の反対で、その予算が消滅した。その後、厚生労働省と日本医師会をはじめとする医療関係団体によって設立された機関に、データベースが設置された。

このように、国が診療ガイドラインを作成する政策の成否が異なるのはなぜか？米国、英国では、学会が重要なアクターとして、政策の成否に影響を及ぼしたが、日本だけ、なぜ医師会が政策の成否を決定するアクターとなったのか？

1-2 本論の目的

本論は、上記の問いに対して、1990年代から2000年代初頭の先進国の医療制度改革の中で、第一に医療制度改革過程で医療費抑制をめぐって「認識共同体 (epistemic community)」の働きが大きいことを主張する。「認識共同体」とは、国際関係論においてハース (Haas, 1992) が主張した概念であり、「政策に関連した専門性を伴う権威的な専門家のネットワーク (professional network with authoritative and policy-relevant expertise)」 (*ibid.*, p.3)

目的とする推奨を含む文書であり、エビデンスの系統的レビューと、他の選択肢の益と害の評価によって作成される」と新たな定義付けを行っている (Institute of Medicine, 2011, p.15)。診療ガイドラインの性質自体が2000年代以降変わってきているが、本論では診療ガイドラインの変容についての議論は行わない。

⁶ 診療ガイドライン以外の医学の情報源についてサケットは、教科書はたとえ新しいものであっても、日常の診療のためには時代遅れであり、学術誌は量が膨大で、系統だっておらず、一般内科医が診療に関連する最新の知識についていくためには、1日に19論文を1年365日読み続けることが必要であると述べている (サケット, 1999, p.8)。⁷ ただし、ガイドラインは完全に診療行為を決定することではなく、「グレーゾーン」と呼ばれる不明確な部分が存在する。そこには、やはり専門職の「裁量権」が働く (Harrison, 1998, p. 20)。

である。議論の出発点となったハースは、自然科学の科学者が認識共同体の構成員と定義しているが、議論の広がりに応じて、自然科学者に限らず、「原因と結果」についての信念を共有する専門家のネットワークと理解されるようになった。

本論で、認識共同体の役割を主張する前提となる要因が、高い不確実性の存在である。近年の制度論は、制度変更の際して、アクターの利害が不明確になり、不確実性が発生することに注目してきた。医療制度改革における不確実性は、制度変更に伴うものに限定されず、医療保障そのものにも内在する。医療保障は、専門性が高い政策分野であり、技術の著しい進歩を伴っていることにより、常に不確実性が高い状態にある。不確実性が高い分野で制度が変更される場合、より専門性が低い政策分野、あるいは技術の進歩が影響しない場合よりも、さらに不確実性が増大すると考えられる。不確実性が高い政策分野では、専門的知識を有する認識共同体の役割が大きいとハースは主張するが、医療制度改革では、正に認識共同体が大きく作用したのである。

本論では、ハースの定義を基本としながらも、医療費の問題が争点として浮上した際に、官民が同調して研究が進められ、研究空間自体が構成されたことを考慮しつつ、「ヘルスサービス研究共同体（以下、HS 研究共同体）」という概念を用いる。医療のパラダイムシフトの要因として、HS 研究共同体の働きが大きかったことを主張する。研究空間内で、政策移転（Policy Transfer）（Dolowitz and Marsh, 2000）が起きたことにより、米国、英国、日本の3か国で類似した動きがあった。

だが、HS 研究共同体内で堅固なコンセンサスが形成され、たとえ法案が成立したとしても、最終的な実施者である医療専門職の支持が得られなければ、政策が完全な実施に至るのは困難である。なぜなら、医療専門職は、業務を独占することを「資格」によって認められ、診療の唯一の実施者だからである。診療ガイドラインを検討する場合、特定の診療領域を担う医師、すなわち、「専門医」の支持が得られなければ、診療ガイドラインの実施には至らない。特定の診療領域を担当する専門医の組織であり、HS 研究共同体が各国の専門医組織をどのように取り込んだか、によって専門医の支持が異なり、国によって診療ガイドライン政策の成否が異なったというのが、第二の主張である。

そもそも、医師という職業は「専門職」と呼ばれ、近代社会において他職種と分化した職業の一つであると考えられている。法学者、神学者など、近代社会で早くから他職種と分化してきた職業にも共通する、「プロフェッショナル・オートノミー（Professional Autonomy）」は、国家による規制を受けず、内部の専門職を専門職団体自身が自己規制（self-regulation）

するという、他職種とも異なる規制形態である。「プロフェッショナル・オートノミー」を鍵概念とした専門職研究も、発展過程や特徴についての議論が、社会学を中心に相当蓄積されている。「手引き（Guidance）」と位置づけられる、診療ガイドラインという緩やかな診療内容への介入とはいえ、国家が診療内容を直接に示唆することは、専門職の伝統的な規制を大きく揺るがすものであった。医師に対する規制は専門職自身が行うものとする「プロフェッショナル・オートノミー」の考え方は、特に英国や米国、ドイツ等の国々に強い。

以上をまとめると、本論は、1990年代から2000年代初頭の先進国の医療制度改革の中で、認識共同体とプロフェッショナル・オートノミーが、「標準化」に関して大きく機能したことを明らかにすることを目的とするものである。

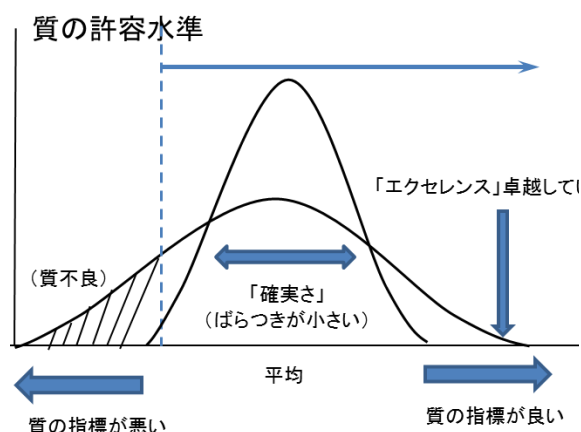
1-3 医療制度改革と医療の標準化

さて、先に1990年代の医療制度改革では、「標準化」が課題とされたと述べた。だが、「標準化」という問題は必ずしも明示的に議論されてきたわけではない。1990年代、先進国の多くは医療の「質」を制度改革の中心課題としてきた。1980年代の終わりから、日本で「量から質へ」をキャッチフレーズとして、医療制度改革が推進されたのは、その好例である。他の先進国も、「質」を前面に押し出して改革に取り組んできた。

医療の「質」の考え方には、コストにかかわらず、高度先進医療を駆使して患者の健康回復を目指すという議論もあり得る。しかし、医療制度改革の中で議論された医療の質とは、直接的には「標準化」を目標（Hacker, 2008, p.89）にし、医療費の抑制から審査の強化、そして診療のばらつきへの注目から審査のための基準作りという経路をたどってきた。

具体的に、医療制度改革の中に観察可能な事象として登場したのが、「診療ガイドライン」である。1990年代以降の診療ガイドラインは、EBMの考え方に則り、一定の科学的根拠に基づいて作成されるものとされ、診療ガイドラインを参照して実践することにより、各々の経験や勘、医学部の伝統、権威者の手法の模倣等による従来の診療よりも、科学的根拠に基づいた診療を、医師が実施するようになると期待された。そして、効果のない治療が減ることによって、治療効果の確実さが担保され、以下の図2に示すように、治療効果の「確実さ」が正規分布をとると期待された。つまり、診療ガイドラインの普及によって、質の悪い診療を排除し、効果と効率の両立を実現し、マクロ的に標準化が進むことによって、医療費を抑制しつつ、国民により良い医療を提供できると期待されたのである。

図2 診療ガイドラインの実施による医療の標準化のイメージ



出典 上原、2011、p. 44 をもとに筆者作成。

先にも触れたように、診療ガイドラインに相当するものは、ヒポクラテスの時代から存在していたとも言われる。だが、国家が作成した診療ガイドラインが登場することによって、医師は自らの職業上の特性ともいえる裁量権、独立した判断に介入されることを警戒し、専門職自身の規制を維持しようとする (Rosoff, 1995, p.5)。多様な主体が、診療ガイドラインを作成する中で、ガイドライン同士が競合し、どのガイドラインが「正当性 (authoritative)」を持つかが問われる (*ibid.*, p.26) が、特に国家が作成したものは、公的な医療保障で提供する内容のみならず、国内で提供する医療全般に与える影響も大きい。だからこそ、国家機関による診療ガイドラインの作成を、医療専門職は警戒するのである。その影響力を法律に例えたロソフは、米国の連邦機関が作った診療ガイドラインは連邦法に相当し、国内で最も影響力を持ち、潜在的には医療過誤裁判でも、連邦機関が作成した診療ガイドラインが標準治療として参照される可能性がある (*ibid.*, p.20) と指摘している。

そもそも診療ガイドラインが、臨床行為に与える影響は大きい。診療ガイドラインがあまり普及していない国とされる日本だが、日本高血圧学会が作成した高血圧治療のガイドラインは、一般からも高い関心が持たれた。高血圧治療ガイドラインの出版 (日本高血圧学会、2000 年) 以前には、高齢者の血圧は、たとえ高血圧の範疇に入るものであっても下げすぎると良くないという議論もあり、厳格に降圧しないことも多かった。2000 年のガイドライン出版後、それに先立って実施された大規模実証実験の成果とともに、「低ければ低いほど」脳卒中など、脳の疾病に関わるリスクが下がるというエビデンスが得られ、現代では 90/140mm gH という降圧目標が厳格に守られるようになっていくといわれる (桑島、2006；中橋、森本、2008)。このように、診療ガイドラインが、診療行為を変える力があることは明らかである。だが、「国家」は強い権力を行使できる臨床上の第三者であり、医療専門職が第三者

に介入されてプロフェッショナル・オートノミーが損なわれることを警戒して、国家が作成する診療ガイドラインには反発するのである。

この医学界のパラダイムシフトは、医療費の抑制、効果と効率を両立する医療保障を目指す政策の中に取り込まれ、国家は独立の専門機関を設置し、EBMによる診療ガイドラインの策定を試行した。本論では、EBMの手法に則った診療ガイドラインを、国の専門機関で策定する政策を、「診療ガイドライン政策」と呼ぶ（以下、断りがない限り、「診療ガイドライン」とは、EBMの手法に則ったものを指す。議論の性質上、EBMと診療ガイドラインが切り分けできない場合にはEBM／診療ガイドラインと併記する）。

つまり、本論は、日本、米国、英国の3か国の比較を通じ、パラダイムシフトした医療制度の改革過程を考察するものであり、HS研究共同体の構成の違いから、専門職政治の成否を論じるものである⁸。

1-4 本論の構成

本論は、続く本章2節以下で、研究の意義・方法、先行研究の検討を行ったうえ、分析の諸概念と仮説を示す。診療ガイドラインは、もともと米国、英国の医療界で普及し、国家の関与の有無は別にしても、学会、保険者団体が作成を牽引してきた経緯がある。このため、米国、英国を検討した後に日本を検討する。ただし、本論でいう「英国」はイングランドとウェールズを指し⁹、医療制度が若干異なるスコットランドは対象としない。また、米国では国民の医療保障は民間保険を中心になされているが、本論では国家と医療との関係を観察することを目的としているため、メディケア（Medicare）/メディケイド（Medicaid）の議論を中心とする。

⁸ 後述するように、医療をめぐる政治の議論は数多くある。だが、医療そのものの変化を取り込んで、医療保障の内容を更新していく側面についての政策展開はこれまで看過されてきた。その理由として、第一に公的保険の導入の有無を含め、医療費の問題が法律あるいは経済指標などによって、比較的観察が容易な事象であるのに対し、政治学が通常観察する事象とその層が異なること、また、第二には医療費の問題は国家と利益集団の対立によって観察されるのに対し、医療技術の問題は専門家どうしの見解の相違、信条など、より非公式な規制や言説などで評価せざるを得ない（当然のことながら、医学の専門家が実施しているアウトカム評価はその範疇ではない）ためと考えられる。

⁹ 2010年現在、英国の人口（居住人口）は62,262千人であり、うち、イングランド・ウェールズに55,240千人、スコットランドに5,222千人、北アイルランドに1,799千人である（Office for National Statistics）。

第2章では、米国の事例を示す。3事例の中で、米国は真っ先に診療ガイドライン政策を検討し、連邦機関を設置したが、最終的には失敗した事例である。大学やランド研究所 (Rand Corporation) の疫学者によって、提供されている医療の質にばらつきがあることが発見された。その研究者らの働きで、議会が医療の質を問題視し始め、ランド研究所、会計検査院 (General Accounting Office : GAO)、米国医学研究所 (Institute of Medicine: IOM) を中心に HS 研究共同体が形成された。1989 年の予算調整法 (Omnibus Reconciliation Act of 1989) により、従来の研究機関の組織変更を行うことによって、診療ガイドラインを策定する連邦機関を成立させた。この機関は 19 の診療ガイドラインを公刊した。

一方、主要な学会は連邦政府によって診療ガイドラインが策定されることを懸念し、米国医師会の呼びかけで、国家とは別に診療ガイドライン作成を試みた。このため、HS 研究共同体を、一部の学会が支持したものの、専門医に説得的に機能する形での学会の参加、すなわち、専門医の認定を行う組織単位で学会が参加していなかった。公刊された診療ガイドラインに対して、その領域を専門とするサブスペシャリティ学会¹⁰が反対し、診療ガイドライン政策そのものに批判が出ると、対抗するアクターが研究共同体内にはおらず、失敗に終わった。1998 年の医療の質増進法 (Healthcare Quality Enhancement Act of 1998) で、連邦機関は組織変更を余儀なくされた。

ただし、その後の米国では、学会や民間のマネジドケア (managed care) 組織が作成主体となった診療ガイドラインは多数存在している。診療ガイドラインの策定のために設立された連邦機関は、これら診療ガイドラインの情報を蓄積、公開するクリアリングハウスとして存続している。つまり、一時は診療ガイドラインの策定を期待された連邦機関は、情報の蓄積と公表 (クリアリングハウス) に役割を限定されることになったのである。

第3章では、英国の事例を示す。英国は米国とともに、EBM 及び診療ガイドラインの発展に大きく寄与した国である。米国同様、診療ガイドラインを国立機関で策定することを目指し、それに成功した。1999 年に設立された NICE (National Institute of Clinical Excellence, 2005 年から National Institute of Health and Clinical Excellence と名称変更。ただし、略称は共に NICE。以下、NICE) が、英国の医療保障制度で行う診療についてガイドラインを策定している。現在、NICE が策定した診療ガイドラインや実施した医薬品の経済学的評価は、世界中から高い関心が寄せられている。

¹⁰ サブスペシャリティ (subspecialty、英国では subspeciality) とは、内科、外科などの診療の分類と異なり、臓器、疾患、治療法により、さらに分化した専門分野である。

英国では、公的医療の研究開発戦略の中で標準化が議論されるようになった。その際、内科、外科、産婦人科学会は、国家が介入することにより、裁量権が侵害されることを恐れ、また研究費の獲得のために政府に協力し、主導権を握って診療の基準作りに動くようになった。さらに、疫学などの研究者がオックスフォードを拠点として、EBMを展開させていたこともあり、臨床系と疫学などの医学研究が、国の研究開発戦略の中で広く発展していった。HS 研究共同体内にサブスペシャリティ領域を内包する学会が含まれていたために、政策に成功したのである。現在、この機関が公刊する診療ガイドラインは、世界中から参照され、学術論文でも度々引用されるほど発展を遂げた。英国は米国と同様に、国の機関で診療ガイドラインを策定することを目指し、それに成功した。

第4章では、米国、英国の事象の後に、診療ガイドライン政策に取り組んだ日本の事例を検討する。日本は、そもそも国家が診療ガイドラインを策定すること自体が争点化しなかった。米国での診療ガイドライン政策の失敗を受け、診療ガイドラインのデータベースを国立機関に設置することが、1999年に本格的に検討された。だが、「官僚統制」からの「プロフェッショナルフリーダム」を目指す医師会の反対に遭い、データベースを設置するための2001年度予算が消滅する事態となり、失敗した。国立研究機関にデータベースを設置することさえも失敗した、国際的に見ても特異な例である。その後、厚生労働省と日本医師会との間で協議が重ねられた結果、日本医師会などの医療関係団体が設立した機関で、診療ガイドラインのデータベースを設置することで決着した。

国民皆保険のもとで実施されてきた日本の医療は、医師が研修を積んだ大学医局ごと、大学医局が医師を派遣する病院ごとに大きなばらつきがあった。日本における医療の「ばらつき」は、技術レベルにとどまらず、同じ傷病、重症度を示す病名にまで及んでいた。診療のばらつきを是正しようと、医療専門職に強い動機があった米国、英国と異なり、大学医局ごとの違い、医師ごとにばらつきがあることを前提としている。そのため、学会が主導権を担って標準化する積極的な動きはなかった。医療保険で保障される医療が適切に実施されているか否かを審査する、支払審査も特殊法人によって形式的に行われているに過ぎず、米国・英国のように審査、監査から医療のばらつきが問題視される状況にはならなかった。

医療の様々な側面についての標準化の試みは、情報化などの動きとあいまって、厚生（労働）省¹¹が漸進させてきた。例えば、電子カルテを導入するにあたって、病名等が統一さ

¹¹ 2001年の省庁再編以降、厚生省と労働省は合併して「厚生労働省」となっている。本論では、時代に合わせて、「厚生省」と「厚生労働省」と表記を分け、両者を総称して

れていなければ、情報を集約する機能が働かないからである。この過程で標準化の必要性が唱えられるようになり、米国、英国での試みも積極的に取り入れられるようになった。特に厚生（労働）省の技官が主導する厚生科学研究の中で、医療制度改革のアイデアが集められた。EBM 及び診療ガイドラインも、そのアイデアの一つだった。

日本において、HS 研究共同体は、他国のアイデアの流入、政策波及を目的として展開された、厚生（労働）省の研究補助事業の中で、厚生（労働）省が主導し、厚生（労働）省に依頼を受けた研究者が参加して形成されてきた。医療専門職の構造も米国、英国と異なり、主な医学会は、日本医師会傘下の「日本医学会」の分科会と位置づけられているため、学会が積極的なアクターとはならず、日本医師会の選好が政策の導入に大きく影響した。2000 年代に入っても、武見太郎が唱えた「プロフェッショナル・フリーダム」「官僚統制」は、日本医師会が厚生労働省に対抗する論理として残存し、この遺産が、診療ガイドライン政策にも影響した。

歴史をさらに遡れば、日本では、戦前に導入された健康保険制度で「経済的」な配慮を強く求めた「治療方針」が政府によって作られた。また、戦後間もない昭和 30 年代にも、診療の手順を細かく定めた「治療指針」が策定された。特に戦後の「治療指針」に対して、日本医師会会長の武見太郎は、独自に作り出した概念「プロフェッショナル・フリーダム」を侵害する「官僚統制」であると反発した。そして、この「治療指針」を撤廃することを条件に、日本医師会が国民皆保険の成立に協力することで、自民党と合意した。

2. 本研究の意義と研究方法

2-1 本研究の意義

本論は、1990年代から2000年代初頭を中心に、医療制度改革の中で標準化重要視されて展開された、米国・英国・日本における診療ガイドライン政策の成否を検討するものである。本論は、以下のような意義を持つ。

第一に、近年、制度変化を議論する中で注目されている「認識共同体」論を発展させることにある。そもそも認識共同体論は、国際政治において各国が一つの政策に合意に至った背景として指摘された科学者の共同体であり、ハース（Haas, 1992）が提唱して20年以上が経過した。この間、国際政治における認識共同体についての議論が蓄積（Davis Cross, 2013）されてきた。一方、制度変更を説明する上で、政策における学習と知識、専門家の役割に注目が集まり、国際政治のみならず、国内政治の制度変更においても認識共同体の存在が度々指摘されるようになった。

本論は、この議論の流れを踏まえ、認識共同体論の概念を国内の制度改革に適用し、構成員としての専門職に注目することにより、さらに認識共同体論の発展に寄与する。

第二に、専門職論への貢献である。専門職論は、専門職の特徴に注目する議論、専門職の成立過程に注目する議論と発展を遂げた後、現在は専門職の地位が弱体化する脱専門職論に注目が集まり、新たな展開を遂げている。近年の専門職論で、専門職の要件とされる「プロフェッショナル・オートノミー」を専門医制度で具体的に測定しつつ、各国を比較する説明変数と位置付ける。

第三に、福祉国家の再編期をめぐる政治の中で、とりわけ技術の進歩を前提として改革を行う場合の政治過程を検討することにある。この点は、老齢年金や生活保障とは決定的に異なる側面である。しかし、福祉国家の再編期を検討した先行研究、例えばピアソンの研究（Pierson, 1994）では、不可逆的に進歩する技術を社会保障に取り込みつつ、費用を抑制するという観点が考慮されておらず、医療保障も老齢年金と同じ論理で議論されてきた。本論では、技術や医療内容の変化を考慮した議論を展開する点が、先行研究と異なっている。

また、ピアソンは福祉国家の再編期をめぐって、有権者に対する非難回避（Weaver, 1986 ; Pierson, 1994）戦略が展開される「新しい」政治（Pierson, 1996, 2001）を主張している。避難回避とは、福祉国家の成立期には、政治家や政党が有権者に対して福祉プログラムの成立という「手柄争い」を行うのに対し、福祉国家の縮減期には、有権者に対する不人気政治

を行わざるを得ないため、政治家や政党が有権者からの非難を回避するというウィーヴァー（Weaver, 1986）の議論を土台とした概念である。「新しい政治」は、国によって、また政策によって異なる政治が展開され、医療制度における国ごとの潜在的亀裂は多様化し、国によって連合の形態も異なるであろう（Pierson, 2001, p.104）と述べてはいるが、実際のところ、ピアソンによって医療制度改革と他の社会保障分野の政治との違いについては検討されていない。

仮に政治家が非難回避戦略を展開しつつ、制度改革に成功したとしても、「どのような医療保障制度の中にあっても、提供する診療の量と質は医師によって決定」（Salter, 2004, p.19）されるのであり、「どの患者がどのような治療を受けるか」（Klein, 2006, p.61）も医師によって決定される。福祉国家論の先行研究の多くは、しばしば政党政治（Party politics）（Pierson, 2001, p.7）で議論されているが、本論は専門職同士の利害が一致せず、連合や分裂を起こす専門職政治（Professional politics）（Moran, 1999, p.5）の側面も視野に入れて議論する。

第四に、比較の視点から医療制度改革を検討することにある。医療制度改革は、先進国が取り組む改革の中でも重要な改革の一つである。比較の視点から医療制度改革を検討している成果も蓄積されてきている。診療ガイドラインの導入をめぐっても、英国と米国、英国と欧州大陸の導入度合いの違いについては議論されている（例えば、Harisson, 1998; Day, Klein and Miller, 1998）。日本で、診療報酬の審査支払から診療ガイドラインの導入に至るまでの議論の展開について、岡本（岡本, 2007）が当事者として関わってきた視点も交えて、貴重な論稿を残している。しかし、診療ガイドラインの導入に積極的とはいえない日本も交えて、比較の視点から議論をしている成果はない。本論は、医療制度改革の比較政治の蓄積に貢献するものである。

2-2 対象国の選定と研究の方法

1) 対象国の選定

2000年代後半以降、EBM及び診療ガイドラインに関わる政策が、先進諸国で何らかの形で展開されている¹²。各国が展開している政策には、国家が診療ガイドラインを策定する場合、

¹² 普及の背景には、世界保健機関（World Health Organization : WHO）、欧州共同体（European Union）の役割も大きい。1998-2003年にWHO事務局長を務めたDr. G.H. Brundtlandは、特に医療技術の標準化を重視し、2000年の年次報告で各国の医療制度のベ

診療ガイドライン情報を蓄積・普及する役割を担う場合、あるいは専門職団体が診療ガイドラインを策定し、情報の蓄積・普及を担い、国家の役割は専門職団体への財政的、技術的支援に留まっている場合もある。本論では、診療ガイドライン政策の多様性を考慮し、対象国として、米国、英国、日本を選択した。この3か国の選択は、多様なケース選択（Diverse case-selection）（Gerring, 2007）に該当するものであり、ケース数に限界があるとはいえ、ケースを広範に捉えることができる強みを持つ（*ibid.*, p.100）。

本論の中で3か国は、次のような位置づけにある。米国は、国家による診療ガイドライン政策を目標としたが失敗した。英国は、国家による診療ガイドライン政策に成功し、かつ現在では国際的にも注目を集めている国である。日本は、そもそも国家による診療ガイドラインの策定は議論されていない。代りに、診療ガイドライン情報を蓄積するデータベースを国立研究機関に設置するという案が検討されたが、この案さえも専門職団体による反対で中止され、厚生労働省と医師会、病院団体が共同で設立した財団法人（現公益財団法人）の中で診療ガイドライン情報がデータベースに蓄積されていくことになり、日本の診療ガイドラインに関する国家の役割は大きく限定されている。なお、米国と日本のデータベースとしての規模の違いをみると、米国では治療に関するガイドラインだけで1,700以上蓄積されているのに対し¹³、日本は検診、検査などのガイドラインを含めても約120¹⁴にとどまっている。データベースとしての規模の違いをみても、国家の役割が限定されていることは明らかである。

本論で診療ガイドライン政策の成否は、診療ガイドライン策定を行う「国立機関設置の成否」で測定している。診療ガイドラインは、学会や保険会社¹⁵をはじめ、様々な主体が多様な根拠（権威ある医学者の方法、単なる医学界の慣習、経済性のみを考慮した方法など）に基づいて作成している。そして関係者にはその遵守を求めている。だが、本論で検討したいのは、医療制度改革という、国ごとの制度変更に関わる事象であり、成否を測定するには国家

ンチマークを実施した。その中に医療の提供体制に関する項目が盛り込まれていることは、象徴的な出来事である（WHO, 2000）。また、欧州共同体（European Union）では、2001年、閣僚委員会（the Committee of Ministers）の勧告（Recommendation）（Rec(2001)13）により、加盟国は最善の診療を各国に適用すること、EBMによる診療ガイドラインの開発や適切な使用を実施するよう示されている。

¹³ URL <http://www.guideline.gov/browse/by-topic.aspx>（アクセス日 2013年11月25日）

¹⁴ URL http://minds.jcqhc.or.jp/n/medical_user_main.php?main_tab=1&menu_id=9（アクセス日 2013年11月25日）

¹⁵ マネジドケアで最も多用されている診療ガイドラインは、ミリオン&ロバートソン社というコンサルタント会社が作成したものであると言われる（李啓充、2000、pp.136-137）。

機関を対象とするのが妥当であると考えられる。

診療ガイドライン政策の成否を測定する指標として、「国内の医師が、どの程度国家に推奨されたガイドラインを遵守しているか」も候補と考えられるが、遵守状況の測定は困難である。診療ガイドラインは、医師が個々の患者を目の前にして、その患者の状態を判断、診断した上で用いるものであり、「患者の状態がガイドラインに当てはならなかった」と判断すれば用いられない。このため、単純に「遵守」状況を測定することは不可能である。国家が遵守を求めている場合にも医療機関として診療ガイドラインを推奨するようなマネジメントを行っているか否かが問われ、例えば遵守しない医師に罰則がつくような厳格な遵守を求めているケースはない。

2) 研究方法

本論を検討するにあたり、文献、及びインタビュー調査によって、政策過程追跡（Process-Tracing）（George and Bennett, 2005）を実施することによって、質的な調査を展開する¹⁶。この方法は被説明変数（n）が少ない場合にも、個々のケースを詳細に検討していくことによって、因果を特定することを可能とする方法である。

¹⁶ 政策とアイディアのかかわりを考察するにあたって、政策過程追跡が妥当な方法であるとキャンベルは指摘している（Campbell, 2002, p.29）。

3. 医療保障と専門職

本論の目的とする診療ガイドライン政策の成否についての政治を明らかにするため、まず医療保障制度の起源を明らかにする。医療保障制度の成り立ちの中で医療に重要なアクターである医療専門職について理解することは重要である。続いて先行研究における医療保障をめぐる政治理論の検討を行う。

3-1 医療保障制度の起源と専門職

近代以前、医療の原型とも言えるものは、治療者（healer）と患者の二者間で成り立つ関係であり、治療者が知識・技量に応じて対価を得ていた。近代医学が科学として発展し、教育体系が徐々に整えられるのに伴い、「医師」は科学者としての地位を高め、共同体内で信頼を得て、「医療専門職」として、競合する他の治療者（例えば、カイロプラクター、ホメオパシーなど）よりも社会的に高い地位を得るようになった（フリードソン、1992）。

なお、本論でいう「医療専門職」は医師を指し、看護師、薬剤師、心理士などのコメディカル（英語の paramedical）は含まない。これらの職種に言及する場合は、「コメディカル」と表記する。

医療専門職は、最も古くから他の職業と分化して専門化してきた職業の一つであり、それゆえに法律家、神学者、建築家と共に「専門職（Professional）」として、多くの議論が展開されてきた。その議論は相互に関連しながら、3つの視座に分けることができる。第一に社会における分業の観点から専門職の特性（trait）を特定するもの、第二に専門職団体の歴史を見ることによって、専門職化の過程とその成果を特定するもの、第三に近年の「脱専門職化」の議論に対応するように、統治の観点から専門職を特定するものである。

特性の議論に属し、広く普及しているのは、1970年代に医療批判から発生したフリードソン（Freidson, 1970）の議論である。フリードソンは、医療における専門職を「特殊な組織形態をとり、官吏が保有するものと類似可能な特殊な法的「権力」をもち、保健医療ケアを提供する一群の職種において支配的な位置を占める一職業（an occupation）」（フリードソン、1992、p.71）とし、「支配」の観点から医療専門職を考察した。その特性は主として3点ある（フリードソン、1992、pp.124-126）。第一には専門技能を持ち、かつその技能が国家による免許制によって正当化されていることである。医師は近代化の過程で、カイロプラクティ

ックなど他の治療者と競合した結果、現在の職域を獲得し、業務を独占している。かつての競合者にはいまや化学的・物理的な侵襲は認められていない。

第二には、専門教育に特化した教育機関において、一定の専門課程によって養成される点である。医師になるための専門課程は、通常の大学や学部では提供されず、大学医学部あるいはメディカルスクールで一定期間なされる。この課程の修了後、国家から免許が与えられる。さらに、他とは卓越した体系的知識を背景に、他からの統制を受けることがなく、同僚審査で質の管理を行うことによって他業種、他の組織から自律しているという点に最大の特徴を求めている。

第三には、当該職業集団が共有する倫理綱領等が社会に対して表明されていることが挙げられる。医師の専門職団体（＝医師会）では、その使命を示す倫理綱領が作成され、それが公に発信されている。倫理綱領は、医療専門職のあり方を国民に示し、専門職の行動規範となっている。

専門職をめぐる議論のうち、第二の専門職化の成果に注目する議論は、専門職の市場独占に注目する議論である。この議論はアボット（Abbott, 1988）やラーソン（Larson, 1977）に代表される。特に、ラーソンは、フリードソンの議論を踏まえつつも、医師の社会的な地位を高めた専門職化（professionalization）（Larson, 1977）という過程そのものにも注目すべきであると主張した。専門職化の経緯は、概観すると次の通りである。まず職業団体が結成された。医療専門職団体は、科学者としての学術の振興という学術団体の側面と、同業者としての地位の確立、向上を目指す同業者団体という2つの側面（Marmor, 1973）を目指して各国で設立されてきた。その代表が医師会である。初期には地域に分散した組織だった医師会は、やがて競合と合併を重ねながら頂上団体を組織¹⁷した。学術の振興を目的とした出版物の中で、政治的主張も会員へ伝達し、マクロパワー（Harrison, 1998）を行使してきた。

頂上団体と政府の交渉が繰り返されるようになり、交渉窓口が制度化することになり、専門職団体は一層その地位を高めることになった。政府との交渉窓口を確立した医師の職業団体はまた、国家からの資格の付与によって、市場を独占する専門職化プロジェクト（Larson, 1977）により、国家から他の職業とは異なる独自の規制を受ける専門職として支配的な地位を獲得した。政府から見ても、交渉のチャンネルが一本化されることで、職業集団との交渉

¹⁷ ただし、必ずしも全ての国に Association という概念に該当する医師会が存在しているわけではなく、フランスではあくまでも労働組合としての Union であるなど、国によって、医療専門職団体は異なる（Wilford, 1991）。

コストを下げることになり、交渉窓口としての慣習化が生じていくことになる。ラーソンは、このように専門職化の成果としての市場独占をプロフェッショナルの要件とした。歴史的に長く政府との交渉窓口を持ち、政策に大きな影響力を持つ組織である医師会は、「圧力団体の原型」（Eckstein, 1960）とも呼ばれる。

専門職が社会的、文化的に高い地位にあることを前提とした議論に対して、1980年代以降は医療政策における経営主義の興隆や、医療の受け手のエンパワメントによる消費者主義により、相対的に医療専門職の地位が低下する「脱専門職化」の視点から、再度議論が活発化¹⁸している。これが、専門職をめぐる第三の議論に属するものである。「脱専門職化」をめぐる専門職論では、体系だった専門的知識がもはや専門職の特徴として十分に機能しないことや、さらに国際比較の観点から、「Professional」自体が英語圏に特有の概念であることにも言及され¹⁹、医療専門職と国家との概念をより広く捉えるために、医療専門職の統治の議論へと、研究に新たな視座が加わってきた。

フリードソンも、2000年代に『第3の論理』という新たな専門職論を展開するようになった（Freidson, 2001）。それによると、専門職とは外部よりもより内部規制によって統制される組織構造を指すとする。また、アルソップらの議論（Allsop and Mulchay, 1996）でも、専門職とは、国家との契約により、その団体が自らの成員を規制することが認められているという特徴を持つとする。この点については、分析の基礎概念を示す中で改めて議論する。

専門職の特性、専門職化の過程、専門職の統治という三つの視座に共通するのは、明示的にではないにせよ、医療専門職の議論において、歴史的過程の早い段階から、他職種と分業し、団体として組織化した経緯があり、国家と独自の関係性があること、国家からの資格の付与、市場独占性、内部規制、といずれも国家との関わりの中において、医療専門職が他職種と分化し、異なる特徴を持っていることである。かつ、どのように成員の内部規制を行うのかについては、福祉国家の成立時期によって異なり、歴史的に形成されてきたという点（Kulmann and Allsop, 2008 ; Steffen, 1987）である。

本論でも専門職論の成果を踏まえて、議論を展開していく。その際に強調すべきことは、

¹⁸ 例えば、社会学の学術誌「Current Sociology」 54 卷（2006 年）4 号では、近年のプロフェッショナルについての議論が特集されている。

¹⁹ 例えば、フランス語やドイツ語には「professional」という言葉がなく（Ziegler, 1997, p.23）、プロフェッショナリズム論自体が英語圏で発展してきた議論である。比較の視点を可能にするため、クールマンらは「自己規制」を鍵概念として英国、ドイツの医療専門職を比較している（Kuhlmann and Allsop, 2008）。

現代では、専門職団体がさらに複雑に分化していることである。歴史的経緯によって、専門職は異なる経路をたどり、医師会のほかに専門分化しているということである。一言で専門職といっても、開業医を原型とした医師会だけではなく、各診療科・サブスペシャリティごとに発展している学会、病院団体など、医師の団体は様々な専門職団体を形成し、専門職自身が異なる（時に対立する）利害の集合（Klein, 2010, p.21）になっている。さらに、診療科、サブスペシャリティごとに専門分化して多くの団体が設立された結果、医療専門職の利害がより複雑化している。医療政策の変更によって、特定分野の利害が影響を受ける場合には、以前とは異なるところに拒否点（Immergut, 1992b; Tsebelis, 2002）が存在することもある。この点は、従来の専門職論では十分に言及されてこなかった。

本論で扱う米国、英国、日本の3か国について例示すると、歴史的に最初に専門職の団体を結成したのは英国の王立内科医学会（1518年）、次いで、王立外科医学会（1745年）である。その後、英国医師会が1832年に結成された。歴史的に早く組織化した分、王立内科医学会や王立外科医学会は、国家との強い交渉窓口も持ち、英国の医療保障制度の成立にも大きく貢献してきた。米国の場合は、米国医師会が1846年に創設され、その後、英国の王立内科医学会をモデルとした米国内科医学会が1915年に結成された。日本では、1893年に西洋医学を実施する「大日本医師会」が創設され、次いで、日本医学会が1902年に創設された。1948（昭和23）年に、日本医学会は日本医師会の傘下に位置づけられた。

このように、国家と専門職団体は、歴史的過程で国家との間に独自の関係を構築してきた。各国の福祉国家の成立時期によって異なり、専門職と国家の間にそれぞれ独自の政治があり、歴史的に形成されてきた（Kulmann and Allsop, 2008 ; Steffen, 1987 ; 市野川, 2004）。だが、そうであっても共通した独自の特性を持つ。いずれの専門職も診療上の判断は、大きく医師に委ねられているという点である。

その後、先進諸国では、医療が専門化、高度化するのに伴い、医師の専門領域を認定する「専門医」制度が発展してきた。逆に言えば、その認定がないと特定の領域の診療ができないという点で、医療専門職は専門分化するとともに、独占する市場も分化させてきた。

米国では、1940年代に入り、大きくは内科と外科の専門医に分かれ、さらにサブスペシャリティを有するようになり、教育体制も徐々に整えられるようになってきた。英国では、定められた研修を終えて、病院で特定の診療科のポストを得ると、「コンサルタント」と呼ばれる専門医となり、医師の統一された機関とその診療科を専門とする学会の両方に専門医として登録されることになっている。日本は、「自由標榜」（麻酔科を除く）が原則となっ

おり、一度医師免許を取得すると、自由に自分の診療科目を標榜できることになっている。学会によっては「認定」制度によって専門医と認定することが行われているが、認定の仕組みも学会によって大きく異なり、それを実質的に標準化するような仕組みはない。

一方、医療の受け手である市民（＝潜在的患者）と患者の側は、地域で職能組合や互助会を組織し、医師と契約するなど、社会保障制度の成立以前にも、その前史となる相互扶助的な保障の仕組みを形成してきた。患者個人から医師個人にサービス提供に対する対価を支払う仕組みから、職域、地域で医師への支払いを扶助する仕組み、そして国家が介入した保障へと医療保障は長い時間をかけて成熟してきた。実際の国家による医療保障の導入は、1883年にプロシアの宰相ビスマルクが導入した疾病保険法に始まる。医療保障は、最も古い社会保障プログラムの一つである。その後、英国では1911年にビスマルク式と同様の、社会保険方式の医療保険制度が導入され、日本でも1923（大正12）年に健康保険法、1938（昭和13）年に国民健康保険法が制定された。そして、戦後の福祉国家の中では、技術と財政が複雑に進化してきた（Maioni, 1998, p. 5）。

しかし、ビスマルク式の医療保障制度は、導入したいずれの国でも、被雇用者、被保険者本人のみを対象とするなど、普及率は低く、現代に至る本格的な医療保障制度が整備されるのは、第二次世界大戦後と考えるのが妥当である²⁰。英国の国民保健サービス（National Health Service：以下、NHS）が実施されたのは1948年、日本で国民皆保険が成立したのは1961年、米国でメディケア／メディケイド法が成立したのは1965年である。戦後の医療保障制度は、英国のNHSを加えて3類型に分類できる。つまり、国営化の度合いが最も高いNHS（北欧諸国はNHSの名称は用いていないが、これに準ずる）、ビスマルク以来の社会保険式、それに米国の民間保険（一部の公的保障を除く）である。これらは、保険者が国家であっても、その他の団体であっても数ある診療の中から、保障するサービスを一定程度制限するものである。その意味で、医療保障制度とは、国民個々に提供されるサービス内容に一定の制限を設けることにより、サービスの枯渇を防ぎつつ、実施する再分配政策（Lowi, 1964）である。

上述のような歴史的経緯から、医療保障に関するアクターは、主として国家及び保険者、医療提供者、社会（国民・患者）の三者から成る²¹と理解することができる。1883年、プロ

²⁰ ビスマルク式の社会保険制度から転換した国には、英国のほか、ギリシア、イタリア、スペインの3か国があげられる。この3か国は、現在英国と同じNHSとなっている。

²¹ 言うまでもなく、現代において医療が産業としても巨大な市場を持つことは否定の余地がなく、製薬企業や医療機器の製造企業など、多様な民間セクターが関連している。しかし、産業としての医療は本論の主題ではないので、アクター間の関係を簡潔に捉え

シア帝国のビスマルクによって医療保険が導入され、財政的に保障を行う保険者とサービス提供を担保する国家が介在するようになった。提供者を代表する頂上団体と国家との合意によって、政策決定に至る場面も多いことから、この主たる三者間の関係は、コーポラティズム的 (Salter, 2004, p.17) だとも指摘される。さらに、第二次世界大戦後、英国で社会保険式から NHS という、租税を主要な財源に国民に無償で医療を提供するサービスが誕生した。英国と同様に国家が国民に普遍的な医療を保障している国 (英国や北欧諸国など) では、国家が全ての国民に対して保険者として機能するため、租税及びその他の財源から医療提供のための予算を確保すると共に、供給可能な診療範囲で需要と供給を管理する役割を担う (ibid., p.7)。民間保険、あるいは社会保険の国であれば、保険者が基本的に健康保険組合、疾病金庫などが保険者となっているが、それらでカバーされない国民に対して公費で医療を保障している場合も多い。また、保険者が健全に運営できるよう、監督、調整を行う場合もある。

いずれの医療保障制度下でも、現代では、医療技術 (医薬品、医療機器) の承認等を通じて²²高度な技術を医療保障に取り込むプロセスで、国民の安全の確保を担っている。医療保障に医療技術を取り込む過程では、多くの患者に適用が可能で、可能な限り副作用が少ない薬を承認するなど、多くの人に適用した場合の不確実性を可能な限り減少させる仕組みを採用している。また、当初は明らかではなかった副作用が発生した場合には、承認を取り消すことを通じて、被害の拡大を防ぎ、国民の安全を確保している。だが、社会保障費の負担の増加が国家の経済成長の鈍化の一因となると理解されている²³ことから、近年は財源を含めた医療費の抑制も国家にとっての重要課題となっている。こうしたことから、医療保障の縮減は、費用の縮減を行う一方で、高度で高額な医療技術を制度に取り込んでいくという困難な変革とならざるを得なかった。つまり、M.グレイ (グレイ、2000、p.23) が示したように、効率的な医療を提供しつつ、効果の高い医療を目指し、「正しいことを正しく行う」必要に迫られたのである。矛盾する課題を両立させることが求められる時代になり、福祉国家はかつて

るためにも、この点には議論を展開しない。

²² 欧州共同体 (European Union) では、域内での医薬品の承認などでも独自の機関を有する。

²³ 例えば、米国のゼネラル・モーターズ (以下、GM) は、2005 年に債権格付け会社スタンダード&プアーズ社により債権の格付けを下げられ、銀行からの資金調達が困難になった。だが、当時は一企業として米国最大の保険者であり、110 万人の被保険者を擁していた。当時、GM が医療費にかけているコストは車 1 台当たり 1,500 ドルと言われ、医療保険負担が会社の存続を脅かすまでになった (李啓充、2009、pp.197-199)。

経験したことのないほどの不確実性に直面するようになった。

そのほか、感染症に対する対応では国民に対して移動の自由を制限し、国際的な健康への危機が、国際的に直面する技術的課題に対しては、世界保健機関（World Health Organization: 以下、WHO）の下に協力する外交的な行動もとる。

1970年代以降の公民権運動、消費者運動（Wood, 2000, p.172）、ウーマンリブ運動等の影響を受けた患者団体が「患者の反乱」（Stacey, 1992）と呼ばれる運動を展開したほか、1980年代に HIV/AIDS が問題になり、アドボカシー団体が先進国を中心に数多く誕生したと言われる。さらにインターネットを中心とした情報通信技術（ICT）の発達により、患者自身が直接医学の専門的な情報を入手する経路も拡大し、近年の国民・患者は、一面では医療専門職が有しない専門的な情報をもつ主体とも見られている。治療にあたり、患者や家族に説明を行って同意を得るインフォームドコンセント（Informed Consent）も広く普及しているが、いずれにせよ、患者に診断を下すのは医療専門職であり、診断の段階で医療の資源の分配に医療専門職が果たす役割が大きいことに変わりはない。

3-2 医療保障をめぐる先行研究

医療保障をめぐって、多くの先行研究では医療保障制度の導入を中心に議論がなされてきた。その議論は、大別すると、社会から政治過程を分析する（Skocpol, 1985）多元主義的な説明と、各国の公式／非公式な制度による説明がある。だが、これ医療保障制度の特質を十分に踏まえた議論となっていないうえ、比較の対象が限定的だという限界がある。

1) 多元主義による説明

多元主義的な立場からの説明として代表的な先行研究としては、マルモアのメディケア成立をめぐる政治の研究（Marmor, 1973/2000）が挙げられる。

米国は、よく知られているように公的な国民皆保険制度とはなっておらず、民間保険が中心となった医療保障を提供している。例外的な公的保険が、高齢者と末期腎不全患者等に提供されるメディケアと、低所得者と障害者に提供されるメディケイド、児童のための医療保険プログラム（State Children's Health Insurance Program：以下、SHIP）である。このうち、メディケアの成立過程を考察したのがマルモアである。

1915 年以来、連邦レベルで政策課題として登場した医療保険制度が、クリントン大統領に至るまで成立していない理由を、マルモアはイデオロギーの違いによる労働組合、経済団体、米国医師会間の相互作用によるものであると説明する。

米国における社会保障の例外事象ととらえられるのが、1966 年に成立したメディケアである。その要因となったのは、医師の同業者組合であると同時に科学的権威であり、プロフェッショナルであるという矛盾した性質を持つ米国医師会の社会的地位が、第二次世界大戦以降、低下したことにあったとする。

米国医師会は、専門職団体として、「選択の自由」「個人主義」「官僚主義との距離」を掲げ、他の利益集団と共に公的医療保険制度に反対してきた。だが、表向きは専門職団体という性質のために、「自己犠牲的な実地医家 (selfless practitioner)」（Marmor, 1973/2000, p.27）という、一般の人々の言説の中にある権威が阻害されるほどには、同業者組合としての利害を表出できず、「高齢者に対して何かをしなければ」という世論が支持を得る中では、それを阻止するほどのスローガンを掲げることができなかった。

この背景には、第二次世界大戦を通じてより専門化した医療、個別性が希薄化した近代的な病院での医療が興隆し、相対的に米国医師会の地位が低下したことがあるとする。例えば、診療所への連邦政府の資金の流入は、諸団体の反対で阻止されてきたのに対して、病院には戦後間もない 1946 年のヒル・バートン（Hill-Burton）法（正式名称は、Hospital Survey and Construction Act）によって、病院建設の資金が提供されるのと引き換えに、保険の種別に無関係に患者の受け入れが課されることになった。

このように、連邦政府の医療政策が、米国医師会の会員が多くを占める診療所ではなく、常勤の勤務医を抱える病院を中心として展開され、専門分化していく中で、米国医師会の地位の低下を招き、同時に、メディケアという公的医療保険の導入を実現したとする。

マルモアは、米国医師会を多様な利益集団の一つとして議論を進めつつ、専門職団体であるがゆえに持つ「自己犠牲的な実地医家」という人々の評価を失うことが、米国医師会にとっての利害であることを示唆し、米国医師会の地位の低下が公的医療保険の導入につながったとする結論を導き出している。

米国医師会を含め、利益集団を同等に扱ったマルモアに対して、医療専門職団体の社会における優位性を前提に「構造的利害」の議論を展開したのが、アルフォード（Alford, 1975）である。アルフォードは、医療政策の過程を医療専門職、官僚的組織（病院経営者、保険者、行政府等）、コミュニティ（地域住民、患者）の競争からなるとみるが、1970 年代のニュー

ヨーク市の事例をもとに、三者の利益集団としての力は同等ではなく、コミュニティは他の二者から「抑圧」されていると分析した。医療専門職、官僚的組織が常に利益集団として存在している一方、患者の利害は常に組織化されていない。より強力な他の利益集団が作り出した状況に応じて組織化する必要があり、大きな政治的エネルギーがないと力を発揮しない存在であるとした。このアルフォードの議論は、医療保障の受け手であるコミュニティが、自ら望んで受動的な立場に甘んじているのか、あるいは医療専門職や官僚的組織による抑圧でその立場にいるのか、という権力の存在が明確ではないという批判（North, 1995, p.117）があるが、常にそこに存在する（dominant）医療専門職を利益集団として捉えている点では、現代の専門職論につながる視角が見出せる。

このように利益団体間の相互作用から医療政策の成り立ちを説明する論者の中でも、専門職団体という特性を強調する議論は他にもみられる。例えば、サルター（Salter, 2004, p.1）は、医療の政治を、医療専門職、市民社会、国家が交差する三角同盟と捉えている。中でも、医療専門職は個々の診療に際しての強い権限を持つことによって、経済及び政治環境について、国家に政治的影響力を公使するとしている（*ibid.*, pp.11-12）。

また、英国の医療政策史を長期にわたって分析しているクラインも、専門職の存在がどのように医療提供に変化をもたらしたかという点に着目している（Klein, 1989, 1995, 2000, 2006, 2010, 2013）。クラインの議論の中心は、医師には「裁量権（Clinical autonomy）」、すなわち、「個々の医師が、彼／女らが個々の患者に対して正しいと考えたことを行う権限」（Klein, 2013, p.61）があるため、政治家や政府の医療政策における権限は限定されるというものである。さらに、医師は中央医師評議会（GMC）、英国医師会、王立協会（Royal Colleges）との間による自己規制（self-regulation）によって統制されるとしている。そして、英国における医療政策過程は、政治家、政府とこうした医療専門職団体とのコンセンサスによって決定されてきたとする。

以上のように、多元主義的な議論は、利益団体間の相互作用に注目し、豊かな議論を数多く生み出してきた。だが、多元主義的な議論からは、本論で対象とした3か国の診療ガイドライン政策の帰結の違いは説明できない。

2) 公的制度による説明

多元主義的な説明で扱われる医療専門職団体が「拒否権」団体（group）」と位置づけられ

るのに対して、制度配置による「拒否」点 (point) の分布の違い (Immergut, 1992a, p.8) によって、医療保険制度の成否 (医療保険法成立の成否) を論じたのが、イマーガット (Immergut, 1992a/b) である。彼女は、フランス、スウェーデン、スイスにおいて、それぞれフランスでは社会保険式の医療保障が成立し、スウェーデンでは租税による無償の医療保障が成立した一方、スイスでは国家による医療保障が成立しなかった理由を、利益集団の違いではなく、行政領域、立法領域、選挙領域に存在する拒否点の分布の違いによるものだと主張する。意思決定が行われる諸領域において、拒否権発動の機会がどこに、いくつあるかによって、医療保険制度の成否に違いが出たと説明する。

医療保障の成立を法案の議会通過という1観測点からみれば、イマーガット自身が米国及び英国に対比しつつ、ヨーロッパ大陸諸国の「立法」についての議論に限定 (Immergut, 1992a, p.3) しているように、この説明は一定の説得力を持つ。しかし、医療制度改革における医療提供方法や内容の変化については、国民が個別に選別するわけではなく、立法されるわけではない。その点から考えると、医療保険法の成立という一公的制度の説明に限定的に有効な説明であるといえる。

また、マイオーニ (Maioni, 1998) は、後述するエスピン-アンデルセン (Esping-Andersen, 1990) の福祉国家の類型によって、共に「自由主義」に分類されるカナダと米国で、なぜ租税による無償の医療保障 (カナダ) と民間保険が中心 (米国) という医療保障の違いを生み出したかという問いに対して、両国の連邦制度の違いを主張している。議院内閣制のカナダにおいては、政党規律が強いために、医師会の政党に対するロビー活動は米国ほど有効に機能せず、租税による無償の医療保障が成立した。一方、大統領制の米国では個々の議員がロビー活動の対象となり、政党規律が緩いために、医師会のロビー活動が有効に機能したと説く。

マイオーニにせよ、先のイマーガットにせよ、医療保障の「法」の成立をみる場合に、行政、立法、選挙という拒否点、あるいは政党制の違いを説明変数とする十分に納得のいく説明である。しかし、福祉国家の成立期の政治が、こうした制度を確立したことによる「手柄争い」だとすれば、福祉国家の縮減期、医療費の抑制の局面で、公的制度がどう機能するのかは明確ではない。

政策間比較ではあるが、米国の医療制度を対象にしながら、制度論の立場から公的医療制度が不在についての議論を展開したのがハッカー (Hacker, 2002) である。ハッカーは、米国には包括的な年金制度があるにもかかわらず、普遍的な公的医療保険制度がなぜ存在しないのかを、経路依存性 (path-dependency) によって分析している。その議論は、米国の医療保

険制度を他国と比較した場合に「例外」と捉えられるのは、「民間セクターからの支出が多い」こと (*ibid.*, p.16) であり、この民間セクターを支援するための補助金という「“隠れた”政府の介入」 (*ibid.*, p.12) が、普遍的な公的医療保険制度の成立を妨げ、また、民間セクターが連邦政府と競合する「余地 (capacity)」 (*ibid.*, p.284) も残したとする。しかし、年金制度には民間セクターからの支出や、民間セクターが連邦政府と競合する余地が生まれず、結果、包括的な年金制度を生み出したとする。

このハッカーの議論は、法以外の側面に表れる政府の介入を制度としてとらえ、医療保障制度の成立時のみならず、持続性に注目した点で意義がある。しかし、米国のみを対象（医療保険と年金制度の比較）をしている限界があり、他国での「隠れた政府の介入」をめぐる利害関係が明らかではない。

以上、概観した議論は、医療保障制度の各国ごとの違いについて、有効な説明変数の発見に寄与してきた。だが、これらは、制度の起点が長期間続くことを前提とし、経路依存性や粘着性といった制度の安定要因の説明を目的としたものであり、制度変化の説明には十分に貢献するとは考えにくい。福祉国家の変容期の政治は、成立期と同じ政治ではない (Pierson, 1996) とも指摘されるように、医療制度改革の中でどのような政治が展開されるかについては、成立時とは異なる観点から検討されるべきであろう。

3) 縮減期の福祉国家

ここまで、制度論の中でも福祉国家の成立期に焦点を当てた研究を批判的に検討してきた。だが、1970年代以降、実態の変化に伴い、福祉国家研究には研究対象と理論に大きな変化があった。この頃から、経済成長の鈍化、人口の高齢化など、成立期に予期していなかった「新しいリスク」 (ベック、1997) に遭遇し、先進諸国は福祉国家の縮減という課題に直面することになる。しかし、福祉国家の縮減は容易に進まなかった。福祉国家研究は、対象の点では福祉国家の成立と存続から、福祉国家の変容へと変化し、理論の点では制度論の有効さを示すことから、限界を論じることへと変化したのである。

縮減に成功しない福祉国家の政治的メカニズムについて議論を展開したのがピアソン (Pierson, 1994) である。ピアソンは、レーガン政権下の米国とサッチャー政権下の英国における老齢年金、住宅政策、所得補助、医療の各政策について検討を行った。結果、老齢年金と住宅政策には一定の縮減が見られたが、医療については両国とも縮減が困難であった。こ

の要因として、ピアソンは、福祉国家が個別施策ごとに醸成した様々な利益集団のネットワークが、福祉国家の縮減に反対する「政策フィードバック」効果を発揮するため、福祉国家の縮減が困難であると指摘した。

大きな成功を収めた住宅政策では、利益集団のネットワークを分断して弱体化させる戦略に成功した。一方、医療については縮減が困難な構造が存在 (*ibid.*, p.32) し、1) 医療界が縮減に急進的な反発を起こすこと、2) 受け手が縮減に敏感であることを挙げている (*ibid.*, p.138)。

この主張は、提供される医療サービスの公的な支出にのみ注目するとすれば、医療保障においても一つの正解と言えるだろう。一般的に考えても、いったん享受した利益を奪われかねない状況になった場合に、人は強く抵抗するからである。そもそも福祉国家の新しい政治においては、抵抗勢力となる受益層からの反対を回避するため、非難回避戦略が取られることは指摘されていることである (Weaver, 1986 : Pierson, 1994 : 田中, 2009)。だが、ピアソンの説明は、主として医療費抑制面の議論に限定されており、技術の進歩が著しい医療は、単なる医療費の問題で変化を語れないという点は、前述の通りである。ピアソン自身も、医療には独自の新しい政治があることを示唆してはいるものの、具体的な分析には踏み込んでいない。再編期の福祉国家の中で、医療保障についても、「変容」へと視点を転じた議論の展開が求められるべきであろう。

4) 福祉国家または医療制度の類型との関係

ところで、上記のような福祉国家の変容期を議論するにあたり、理論的に大きな影響を及ぼしているのが、G.エスピン-アンデルセン (Esping-Andersen, 1990 : エスピン-アンデルセン, 2001) の福祉国家の類型である。エスピン-アンデルセンは、失業給付がどの位の期間、労働市場から労働者の離脱を可能にしているかを統計的に分析し、「脱商品化 (Decommodification)」と「階層化 (Stratification)」という概念を使って、福祉国家を類型化した。そして、この類型は歴史的遺産によるもので、変化も類型ごとに説明できるのだとした。現在、福祉国家の「レジーム論」として、成立期、変容期の説明ともにあまたの研究成果がある。

しかし、医療制度の類型は、エスピン-アンデルセン (1990) の福祉国家の類型と「最もかい離」している (尾形, 2007, p.3) とも言われる。エスピン-アンデルセンが自由主義市場に分類した米国と英国が対極的な医療制度となっているため、医療政策を議論する際には、エ

スピン-アンデルセンの分類はほとんど有効性を持たない。また、シュテッフェン（Steffen, 2010）が、米国と英国に加えて、フランスとドイツの医療制度の違いを検討した上、医療制度には「福祉国家のモデルは不適切ではないか」との疑問を呈している（*ibid.*, p.142）。

医療制度による国家の類型化についてバンブラ（Bambra, 2006）は、エスピン-アンデルセンの「脱商品化」概念を応用し、「個人の医療へのアクセスが市場の位置付けに依存している程度と国の健康の提供が市場からどれだけ独立しているか」を示す「健康脱商品化（Health Decommodification）」という指標を用い、OECD18 か国のデータを定量的に分析して類型化を実施している。また、尾形（尾形、2007）も、医療の提供体制から試案で、政府の関与の強さを座標軸とし、軸の両端に英国、米国があり、日本がその中間に属する類型化を行っている²⁴。

²⁴ パリエ（パリエ、2010, pp.30-32）も、「公共型の医療制度」「医療保険型の医療制度」「自由型の医療制度」と、上記とほぼ同様の分類を行っている。

表1 バンブラによる医療制度の類型

福祉資本主義の類型	医療
自由主義 Australia Canada Ireland New Zealand UK USA	第一グループ Australia USA
保守主義 Austria Belgium France Germany Italy Japan Netherlands Switzerland	第二グループ Austria Belgium France Germany Ireland Italy Japan Netherlands Switzerland
社会民主主義 Denmark Finland Norway Sweden	第三グループ Canada Denmark Finland New Zealand Norway Sweden UK

出典 Bamba, 2006

仮にここでバンブラ (Bamba, 2006) の類型を採用し、その類型から対象国を選定した場合、医療保障の類型と診療ガイドライン政策との関係が交絡していないかという疑問が残る。バンブラによる類型による、各国ごとの診療ガイドラインに関わる状況は次の通りである。第一グループに属するオーストラリアでは、薬剤の経済学的評価は実施されているが、国が診

療ガイドラインを設定することは行っていない。第三グループに属する国のうち、デンマーク及びフィンランドでは、診療ガイドライン政策は実施されておらず、スウェーデンとノルウェーでは実施されている（Legido-Quigley *et al.*, 2012）。第二グループに属する日本、フランス、ドイツ、オランダでも、国家機関による診療ガイドラインの作成状況は異なっており、この4か国が社会保険（ビスマルク式）の国であるからという説明は成り立たない。表2に示した通り、上記4か国における診療ガイドラインに関する国家機関の有無は、フランスとドイツでは国家機関で診療ガイドラインが作成されているのに対し、日本とオランダには国家機関で診療ガイドラインが作成されていない。

表2 診療ガイドラインに関する国家機関の有無

国名	日本	フランス	ドイツ	オランダ
国家機関の有無	×	○	○	×

出典 Legido-Quigley *et al.*, 2012

このうち、フランスは、1993年に「拘束力のある医療指標（Références Médicales Opposables: 以下、RMO）²⁵」が導入され、国立医療評価機構（Agence National pour le Développement de l’Evaluation Médicale :以下、ANDEM）が設立された。しかし、この「拘束力のある医療指標（RMO）」は医師が規定を回避する抜け道も多く、現場での診療に変化が見られなかった。そのため、より強制力を持つ国立評価認証機構（Agence Nationale de l’Accréditation et Evaluation de Santé : ANAES）が設立され、病院の認証と共に診療ガイドラインの発行も担うようになった（西村、2013、pp.206-207）（パリエ、2010、p.108）。その後、さらに組織が変更され、2010年より ANAES の業務が高等保健局（Haute Autorité de Santé : HAS）に移管された。高等保健局（HAS）では、現在 89 の診療ガイドラインの作成（現在は無効となったもの、実施中のもの、5年以内を目指して作成中のものを含む）が進んでいる（Legido-Quigley *et al.*, 2012, p.150）。

ドイツは、科学的医療協会（Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften: AWMF）が作成した診療ガイドラインを、公的医療保険の中で用いることが求められている。作成された診療ガイドラインは、実施前に医療の質局（Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin : ÄZQ）が、国際的な基準に達しているかを精査する。また、診療

²⁵ 薬剤に関するネガティブリスト（薬剤使用を抑制するために、使用を避けるべきとされる薬剤のリスト）である。

ガイドライン情報は、電子図書館（Arztbibliothek）に掲載され、約 700 の診療ガイドラインが掲載されている（*ibid.*, pp.150-151）。

オランダは、医学界が積極的に診療ガイドラインの導入を進めてきた経緯がある。2006 年、医療保険法成立により、CVZ（College voor Zorgverzekeringen）による医療経済評価が開始された（西村、2013、p.234）。プライマリケア（初期のケア）では、王立一般医協会（Dutch College of General Practitioners）が診療ガイドラインを活用しており、開発にも積極的である。医療の質委員会（Regieraad）が、診療ガイドラインの研究開発を実施し、国内の診療ガイドラインの調整も行っている（*ibid.*, p.150）。

このように、福祉国家の類型や医療保障制度からは、各国の診療ガイドライン政策の違いは説明できない。だからこそ、本論で提示した仮説が有効性を持つと考えられる。

5) 先行研究からの示唆と限界

以上、医療保障の導入時、縮減期をめぐる先行研究から、医療保障制度における医療専門職の独自性を踏まえていない点、また医療保障制度の類型を十分に踏まえた議論となっていない点、さらに比較の対象が限定的であるという点が、先行研究の問題として明らかになった。同時に、福祉国家研究に大きく貢献してきているレジーム論、あるいは医療制度の違いでも、診療ガイドライン政策の違いは説明できないという点が明らかになった。

とはいえ、福祉国家論を中心とした制度論が、福祉国家の成立期と異なる政治があることを発見し、制度変化の説明を試行してきたことは、また新しい議論を多く生み出した。次節では、そうした議論を踏まえつつ、分析の基礎概念について論じていく。

4. 分析の基礎概念

本節では、制度変化に関する概念を、新制度論を中心に検討したうえ、制度変化を説明する新たな変数として登場した「アイディア」について検討を加える。また、国際政治で用いられた「認識共同体」概念を検討しつつ、発展させる。さらに、医療における政治を論じる上で重要な概念「プロフェッショナル・オートノミー」について検討を行う。

4-1 制度

1980年代以降、政治学アプローチの中に再登場した制度論（新制度論）において、「制度」とは、狭義には法令などの公式の制度、広義にはアクター間の関係を構成する手続き、慣習、規範など（ノース、1994）まで含む概念である。これら幅広い定義の代表例として、ホールは、制度を「様々な政体や経済の集団間を構成する公式のルール、法令順守手続き、標準的な運用行為」（Hall, 1989, p.19）としたうえ、アクターが自らの利害を定義するのにも制度が影響を及ぼすものとしている。ホールをはじめ幅広い「制度」の定義に共通するのは、制度がアクター間の関係を構造づける（真淵、1994、p.52）という理解であり、そのためにアクターの利害や行為を制約しているとする点である。制度が安定している場合には、アクター間の関係も安定していると見ることができる。本論でも、ホールの定義を踏まえ、各国の医療保障制度の中での医療の提供体制を「制度」として理解することにする。

制度論の代表的な議論は、合理的選択理論と歴史的制度論に分けることができる。合理的選択理論は、アクターがそれぞれの自己利益に基づく（Ordeshook, 1990, p.12）選好を実現するために均衡点を探した結果、制度の安定を生むとするものである。アクターの選好が変化する場合には、均衡点が現状維持（status quo）から変化することにより、制度の変更を招くと考えられている。一方、歴史的制度論は、一定程度アクターの利害に対する合理性を認めつつ、より外的な要因と時間の経過によるアクターへの制約性を強調している。時間の経過に着目した重要な概念が、「経路依存性（path-dependency）」である。経路依存性とは、単純化すると、time-0 時点で発生した政策が time-1 時点に継承されることを示す。歴史的制度論が想定するアクターは、自己の利益の最大化につながらなくても、社会的に決定づけられた規則、慣習（Thelen and Steinmo, 1992, p.8）に従って行動する。アクターがその行為を続けた結果、制度がより強固に維持され、「収獲逡増」（Pierson, 2001）をしていくと考えられて

いる。

いずれの制度論においても、多くの場合、「外生的衝撃」(exogenous shocks) (Mahoney and Thelen, 2010, p.2; Thelen, 2004, p.30) または「急速な種分化」(punctuation) (Blyth, 2002, pp.19-20) という用語に示されるように、革命や戦争、恐慌など、歴史的に稀な事象を決定的な分岐点 (critical junctures) (Collier and Collier, 1991) ²⁶として制度が変化すると説明されてきた。大きな変化に見舞われることにより、アクター間の利害が均衡断絶 (punctuated equilibrium) することにより、制度が変化するとされる。このように制度が不安定な状態になる時、アクターの利害も揺らぐことにより、アクター間の利害の均衡点が変わり、アクターの行為が予測しにくくなるために、不確実性を発生すると理解されている (Blyth, 2002, p.9)。

不確実性と政策との関係については、古くから議論があり、例えばヘクロは、政治は権力の中だけではなく、「不確実性を伴った人間が集団で何をするかを自問すること」(Heclo, 1974, p.305) も、その源泉であると主張し、政治的制度の中の相互作用が集団的な学習を生みだす (ibid., p.313) としている。だが、制度論において、アクターの利害との関係で、不確実性に改めて注目が集まった点は強調に値する (Sheingate, 2003, pp.185-6)。以降、制度変容期の不確実性に着目した新たな説明が試みられるようになった。

1970-80年代以降、先述のとおり、福祉国家を取り巻く環境が変化した。福祉国家の変容と制度の関係にいち早く注目したのはピアソンだった。ピアソンは福祉国家における政治、特に縮減期には、成立期の政治とは異なり、福祉国家の成立によって新たに誕生した様々な利益集団が、福祉国家の縮減には反対する勢力として機能する「政策フィードバック」(Pierson, 1994) が働き、「新しい政治」が展開されると論じた。そのため、福祉国家の変容期は、単なる成立期の「鏡像」であるのではなく、各国に固有のダイナミズムを持つ、新たな政治が展開されると理解されるようになった (Pierson, 1996, p.156; 新川, 2011)。医療保障においても、医療費の抑制という政策課題に一樣に直面しながらも、医療保障の拡大期とは異なる政治が展開され、各国は固有の政治を生みだしている。

だが、ピアソンを含め、制度論は制度の変容を説明するには有効とは言えなかった。なぜなら、多くの論者が指摘するように、制度論は、制度変化を外部の衝撃から説明せざるを得ないという弱点を持つからである。例えば、セーレンとスタインモは、制度の安定時には制度が独立変数として政治的成果を説明するにも関わらず、均衡が崩れると、制度の崩壊によ

²⁶ Finnemore と Sikkink は、同様の分岐点を “tipping points” と表現するなど、制度が分岐する時点については、様々な表現がある (Finnemore and Sikkink, 1998)。

って引き起こされた政治的摩擦によって制度が説明され、制度が従属変数に変わってしまうと指摘している (Thelen and Steinmo, 1992, p.15)。

この点を端的に表現したブライスによると、合理的選択理論は、制度の成り立ちに外生的なメカニズムを内包しておらず、一方、歴史的制度論は、制度の変化を突発で外生的な（生物学における）「急速な種分化」（punctuation）の結果とみななければ制度の変化を説明できない (Blyth, 1997 ; Blyth, 2002, pp.19-20) という。だが、ブライス自身が指摘しているように「外生的衝撃」の発生自体が内生的 (endogenous) に説明される (Blyth, 2002, p.20 ; Widmaier , Blyth, and Seabrooke, 2007, p.749) という批判に代表されるように、制度変容の説明のために外生的に位置づけられた事象さえも、内生的に説明されるという矛盾を抱えてしまう。実際、歴史的に稀な事象がそう度々起きなくても、福祉国家は変容を続けている²⁷。

制度変化の説明を試みる中で、外生変数として新たに登場したのが、「アイディア」である。アイディアが、アクターに代替的な言説を提供することによって、不確実性下にあって曖昧になっていた利害が改めて定義され、再構成されることになる。そして新しい利害に基づいてアクターが再布置される。そのメカニズムをさらに詳細に見ると、一定のアイディアが選択されると、そのアイディアは政策の「ロードマップ」として行動目標を明確化する (Goldstein and Koehane, 1993 ; 秋吉、2005、p.48) 機能を果たし、不確実性が減少される。そして、利害の複数均衡が可能となり、アクター間に新しい連合 (Blyth, 2002; 秋吉、2005、p.48) が形成される。連合の形成に成功すると、アイディアが合理化、正統化 (legitimize) (Risse-Kappen, 1994, p.204) され、政策の中で制度化される (Blyth, 2002, p.256; 秋吉、2005、p.48)。制度の分岐の要因として、どのようにそのアイディアがその他のアクターに「共有」され、どのように正統性を獲得したかが重要 (近藤、2006、p.46) という見方も存在する。そして制度の慣性 (inertia) が生みだされることにより、収獲逡増する「経路依存性 (Path dependency)」をもたらす (Pierson, 2000)、変更を困難にするとする。

このようにアイディアが新しい制度の誕生、制度変更を生み出すメカニズムは、利害の流動化と均衡の変化、それに伴う不確実性の発生、新しいアイディアに基づく制度 (Blyth, 2002,

²⁷ 近年の制度論の中には、福祉国家の変容を踏まえ、漸進的な制度変化を説明するようになった (Mahoney and Thelen, 2010 ; Thelen and Streek, 2010)。セーレンとストレークは、ピアソンの政策フィードバック効果に着目し、制度はそれ自身で内生的にも変化すると主張する。そして、拒否点の分布と権力資源の配分による制度変化を類型化している。だが、この場合、制度は内生的にも外生的にも変化することになり、アクターと制度の関係が不明確になってしまう。

p.7) という経過をたどることが明らかになったが、不確実性の高い状況でこそ、アクターにとってのアイディアの働きが重視される。例えば、ブライスは、経済学にいう「ナイト流不確実性」(Knight, 1921) 相当する、世界恐慌という経済的危機に遭遇し、ケインズ主義が各国の政治的リーダーに受け入れられ、ロードマップとして政策決定者たちを導いた結果、先進諸国にケインズ主義の台頭が見られたと論じた(Blyth, 2002)。ケインズ主義というアイディアは、リスクの想定さえも困難な状況で、不確実性を減少させる働きをしたのである。

本論で議論する状況は、医療保障そのものに内在する、常時遭遇しているとも言える不確実性に加え、医療制度改革が急速に争点化したことによって、さらに一時的に不確実性が高まった状況である。革命や大恐慌のような「ナイト流不確実性」というほど大きな不確実性ではないものの、革命や恐慌に出会う場合よりは、発生確率が高く、それらより一時点での影響は小さいものの、持続的に影響が続く出来事である。

制度変更の変数となる「アイディア」とは、ゴールドスタインとコヘインら(Goldstein and Koehane, 1993)の定義によると、「世界観(world view)」「原理的信条(principle beliefs)」「因果的信条(causal beliefs)」の3つに分類される。世界観は宗教や文明など、多くの人に共有されるものを指し、原理的信条は人間の行動の指針となるものである。因果的信条は人びとに目的達成の指針を示すもの等であり、科学や政策アイディアもこの中に含まれる。同様に、アイディアを分類したキャンベル(Campbell, 2002)によれば、やはり世界文化のような幅広いものから、ある種の枠組みとして働くもの、ゴールドスタインらのいう「因果的信条」と類似した「プログラムのアイディア」を挙げている。「アイディア」と呼ばれる概念の中には、文明や世界観など、人が日常的には無自覚でいるものから、その生成が観察できるような技術や専門的知識までである。

本論での「アイディア」とは、「プログラムのアイディア」を指し、専門的知識とほぼ同義である。政策における専門的知識について、ラダエリは「社会科学の情報」(データ、研究、政策志向型分析)(Radaelli, 1995, p.162)、ボスウェルは「アカデミックな研究で生みだされた知識、資質を有する個人、政府内の部署(unit)」(Boswell, 2009, p.23)としている。

本論で対象とする「専門的知識」はボスウェルの定義を参考にしつつ、アカデミックな研究(大学や民間の研究機関のみならず、政府機関も含む)で生産された知識、研究成果を指す。

4-2 不確実性

ここで、あらためて医療保障制度における不確実性について、医療経済学（あるいは厚生経済学）の議論を参考にしながら、さらに検討する。医療保障は、歴史的には提供者から受け手が直接サービスを購入していたところに、国家が介入する形で社会保障へと発展していった。しかし、国家が医療制度改革を実施しようとする場合、医療保障に内在する不確実性によって、改革手段が制約されることになる。だからこそ、先進国が診療ガイドライン政策に取り組んだとも考えることができる。

そもそも、受け手が医療サービスを購入しようする時には、他の消費財を購入しようとする時には必要にならないような知識が必要になるということは、現代において経験的に自明である。しかし、受け手側が必要な情報を全て収集、理解し、自分がどの程度、またどのような医療サービスが必要なのか、明確に把握することは不可能である（マックペイクほか、2002、p.79）。そのため、「本人（principal）」である患者は依頼人となり、専門職を「代理人（agent）」として、健康状態の判断を委ね、代理人が必要なサービスを決定し、提供する。つまり、代理人である医師は、患者の診療の必要度を判断し、健康回復を目的とした診療行為によって報酬を得る。こうしてサービスの購買が機能する。

一連の過程で、代理人（医師）は患者の健康状態の改善、患者の効用の最大化など（*ibid.*、p.80）を行うことが、暗黙のうちに仮定されている（橋本ほか、2011、p.147）。だが、医療を受ける際に、病気の重さと自覚症状は一致しない場合も多く、重症な状態を軽症と主観的に判断して受診しない場合もあれば、逆に軽症であっても重症と主観的に判断して受診する場合もある。このように、患者自身の需要と医療の必要性は「ミスマッチ」していることが多い（Salter, 2004, p.19）。また、医療を受けることは患者にとって苦痛や忍耐を伴う負の側面を持つ場合が多く（遠藤、2005、p.54）、健康の回復によって初めて効用を得る。

以上のように、患者が必要とするサービスの内容と量を決めるのが医師（代理人である供給者）であることから、供給者に誘発されて需要が生まれると、厚生経済学や医療経済学では議論されており、このメカニズムは「供給者（医師）誘発需要仮説（Supplier/physician-induced demand hypothesis）」として注目を集めてきた。供給者（医師）誘発需要については、その検証も含め、医療経済における重要なテーマの一つであり、代表的な議論は「レーマーの法則」（Roemer, 1961）と呼ばれている。この法則は、「人口に対してどれだけの病床を用意したとしても、必ず病床は満たされる」と言われ、サービス供給量に応じて需要が生まれていると

いうことを示している²⁸。

医療資源の供給が拡大局面にある場合、需要に関してはほとんど懸念する必要がない。しかし、供給を縮減する局面では、「代理人」が需要を生み出していることによって、「本人」の需要が、どこにどれだけあるかについて不確実であることが問題になる。このように、医療保障には「需要の不確実性」がある。

医療技術にも不確実性が常に伴う。医療技術は、主に医師の技量、検査機器、薬剤、医療材料からなる。医師の最低限の技量は、国家試験や一定の基準で承認されたカリキュラムの学修によって国家が保証している。しかし、医療の効果は個々の患者の個別性に大きく左右され、実際に医療行為を行う医師が患者の状態をどれだけ改善したかというアウトカムをもとに、個別の診療の成果を評価することは困難である。そのため、アウトカムを基準に公的医療保険の診療報酬が支払われている国はなく（遠藤、2005、p.59）、行った診療行為に応じて報酬が支払われる仕組みとなっている。

検査機器、薬剤、医療材料などの技術は、国家が、国民の安全を保証する観点から医療技術の承認を行う役割を担っていると先に述べた。しかし、高度な技術であるほど、実施にあたって副作用のようなリスクが伴うことも多い。高度な技術を医療保障に取り込むことによって、恩恵を享受する国民がいる一方、副反応、副作用に見舞われる国民がおり、リスクが伴うことも間違いない。人体の個別性は高く、多くの人を対象に実施してはじめて、既往症やその他の要因によるリスクが明らかになることも多い。つまり、効果の不確実性があることを前提で医薬品として承認されるのである（*ibid.*, p.53）。技術の進歩によって、常に国家は不確実性と対峙している状態にある。医療保障には、このように、医師の技量や医薬品など、高い「技術の不確実性」がある。

また、再分配についてみると、代理人として本人にサービスの分配を行うのは医療専門職であり、国家は個々の医療ニーズを把握して国民に予めサービスを分配することができない。したがって、医療制度改革を主導する国家からすると、「再分配の不確実性」が高い。医療費を抑制しようとする場合、政治家が予算総額を抑制する決定をしたとしても「どのような医療保障制度の中にあっても、提供する診療の量と質は医師によって決定」（Salter, 2004, p.19）されるのであり、医師によって「どの患者がどのような治療を受けるか」（Klein, 2006, p.61）

²⁸ 実際には、供給者（医師）誘発需要については、多くの研究者が検証を重ねているが、一致した見解をみていない。しかし、経済学的な観点からだけではなく、医療政策の担当者の間でも多くの含意がある非常に重要なテーマとされている（橋本ほか、2011、p.148）。

決定される。医師は、臨床的判断について他から指図を受けないとされているため、最終的な再分配の決定について、国家が決定をすることはできない²⁹。そのために、適切な診療を診療ガイドラインという「手引き」で医師に示すことによって、一定程度再分配における不確実性を減少させることを目的としたのが、「診療ガイドライン政策」である。

以上、医療保障の不確実性が高いということを、起源と経済学的な特徴から整理し、需要、技術、再分配の面での不確実性が高いことを確認した。医療保障において医療提供の側面で、不確実性が発生することは、行政担当者にも自覚されており、行政官や専門の機関が政府の中に専門知識を取り込む役目を担っている場合は多い。だが、1980年代後半から1990年代にかけて、医療制度改革が急速に争点化したため、このような行政官だけでは、十分な専門知識が不足する事態となった。

冒頭で、顕著な医療の技術革新を医療保障制度の中に取り込みつつ、医療費を抑制するという矛盾した要求を満たさなければならない局面に、先進国は直面したと述べた。かつ、図1に見られるように、医療費を削減することに成功している先進国はない。こうした成功事例がないケースの制度改革には、大きな不確実性が伴う。

4-3 認識共同体

ところで、国境を越えた、大きな不確実性の解決をテーマに据えた議論の一つが、ハース(Haas, 1990)の認識共同体論である。ハースによれば、「認識共同体」とは「特定の分野について、認知された専門性、特定分野の適性(competence)を伴う専門家のネットワークであり、争点分野内で、政策関連の知識に権威を持つ主張」である。そして、この共同体の構成員は、1) 共通の信念を有し、共同体のための価値に基づいた合理性を提供し、2) 因果についての信念を有し、3) 有効性について共有化された観念を有し、4) 共通の実践を行うことによって、不確実性の前に政策を進められない、政策立案者たちに解決策を提示する(Haas, 1992, p.54)のである。

ハースは、1980年代に、科学者達の国際社会に対する働きかけによって、顕在化した地中海汚染について、18か国の政府の対応を取り上げて検証した。主に自然科学者達によって形

²⁹ それでも、近年は「経営主義(managerialism)」(Kuhlmann and Allsop, 2008)の興隆によって、医師が経営的観点から、病院管理者や地域当局に管理されるようになったとする議論は多数ある。

成された、認識共同体は、国際社会でのコンセンサスを作りあげるとともに、構成員が各国政府の代表や環境大臣の補佐官としても働き、政策形成に大きく関わった (Haas, 1990, p.218)。さらに、賛同する国内の科学者グループとも連携し (*ibid.*, p.225)、地中海汚染抑制の国内規制を成立させたとする。

政策決定者が、科学者のみならず、社会集団と接点を持ちながら、アイデア取り込みのエージェントとして機能している (Heclo, 1974, p.319) 状況のように、政策過程には様々な情報を収集して選別していく、学習機能 (秋吉, 2005) があることは、頻繁に指摘されている。だが、「教訓導出 (lesson-drawing)」 (Rose, 1991 など)、「社会学習 (social learning)」 (Hall, 1993)、「政策移転 (Policy-transfer)」 (Dolowitz, 2000 など)、「政策波及 (Policy-diffusion)」など、政策と学習についての議論において課題となるのは、「誰が誰から何を学ぶのか (Who learns What from Whom)」 (Dolowitz and Marsh, 1996) という点である。つまり、政策に関する知識のエージェントが誰かという点である。

ハースの議論は、国家間の利害を超えて、科学者の一致した認識が政策形成に果たす役割について考察した点で、意義は大きい。過去 20 年あまりの議論の蓄積の中で、認識共同体論の議論は、構成員が「自然科学」を専門分野とする専門家に限定する必要がないこと、国境を越えたアクターのみならず、国内のアクターで構成される場合にも、政策への影響力があること、政治家を含めた共同体など、広がりを見せた。一方、核軍縮の国際的な動向について考察した (Adler, 2005) 成果、欧州共同体 (European Union : 以下、EU) における専門知識の伝達を考察した (Radaelli, 1995) の成果などが蓄積されているにも関わらず、認識共同体の役割を過剰評価している、あるいは構成員が単に自分の利益を追求しているに過ぎない等の批判も多く存在 (Davis Cross, 2013) し、専門家の役割を非政治化している (Radaelli, 1995, p.179) との批判もある。

だが、こうした批判は、ハース自身をはじめ、認識共同体論が何を中心概念として重要視しているかに、立ち返れば小さな差異に過ぎないことが理解できる。ハース自身をはじめ、認識共同体論の議論の中でも、因果関係についての「信念」が共有されることが強調 (Haas, 1990, p.55) されてはいても、実際の効果 (effect) についての適切性は問題視されていない (Davis Cross, 2013)。例えば、アドラー (Adler, 2005) は、「認識共同体論について興味深い点は、彼／女らが依拠する科学的知識は、客観的に正しいかどうかを問われない点である (*ibid.*, p.17)」と指摘し、認識共同体を「正統性 (legitimation) という装飾を施された、白衣をまとった人々によって生み出される『実験室』 (*ibid.*, pp.110-111)」であると描

写している。

クロス (Davis Cross, 2013) は、認識共同体論について様々な懐疑があるとはいえ、実際に国際政治に見られる現象の説明には有効な概念であると評価した上 (*ibid.*, p.147)、注目すべきは、多くの認識共同体論が重視している、共同体を成立させる外部の要件ではなく、内部のダイナミズムであり、内部結合 (*internal cohesion*) であるとしている。そして、その内部結合を生み出す大きな要素の一つとして、プロフェッショナリズムの度をあげている。内部結合が強いほど、政策に対する影響力が増すのである。

クロスの議論の重要性は、専門知識の性質を検討し直すとより明確になる。ハースは、ある事象について、普遍的な真実が存在していること、また、それに対する専門家の認識が一致することを前提として議論していた。だが、ある政策の効果については、専門家の意見が分かれるために不確実性を発生することがある (Rose, 1991, p.27)。政策の効果に限らず、専門家の見解自身が複数存在 (Bakers and Peters, 1993, p.8) しており、様々な見解が競合、コンフリクトを起こす (*ibid.*, p.5) ために不確実であることは多い。複数存在する見解に矛盾もあり、技術が高度になっていくほど、その理解に専門的な知識が求められ、科学的に不確実性が高くなる (*ibid.*, pp.2-5)。時として矛盾する、複数の見解のうち、どれを政策のためのアイディアとして選択すべきか、という点自体が不明確になってしまう。

そもそも、多くの場合、政策決定者は突然に一つのアイディアに出会って選択するわけではなく、常時いくつもの、また時には矛盾する概念 (Heclo, 1974) にも接しているが、それを政策形成過程に入力または媒介する人物、「政策起業家」 (Kingdom, 2003, pp.179-183; Sheingate, 2003)、「政策ブローカー」 (徳久, 2008, p.65)、あるいは「主導アクター」 (木寺, 2012) を必要とするというように、アイディアが単体で政策過程に影響を与えるわけではなく、アイディアを重視する論者も、アクターの重要性にも言及している。不確実性下では、政策決定者は専門家に技術的な側面や原因、問題の政治的帰結を相談する傾向が見られる (Haas, 1990, p.54) という趣旨の指摘も、これまで多くなされている。政策におけるアイディアの議論の中で、いずれかのアイディアが政策過程に取り込まれるためには、重要なアクターとの結びつきが必要である (McNamara, 1998, p.22) と指摘されるが、高度な科学技術や医療保障のように複数の不確実性がある中では、その選択が困難である。

もちろん、恐慌、革命のような急激な変化に見舞われて、利害の流動化が一気に起きた場合には、たまたま存在した一つのアイディアが急ぎ採用される場合もあるだろう。だが、この場合でもアイディアは決して「自由に浮遊して」 (*float freely*) (Risse-Kappen, 1994) 政策

の中に取り込まれるわけではない。

どのアイデアを選択すべきかが曖昧な場合には、選択すべきアイデアをエージェントとなるアクターの重要性から判断し、アイデアが採用されることもある。だが、科学技術論などで議論されているように、政策分野が技術的に高度になるほど、その見解の中でどれを採用すべきかが判断できるのは、ごく限られた専門家である。どのアクターの見解が妥当であって、誰がその専門家なのか、を確認するためには、ごく狭い専門家の共同体内の見解を確認する必要があることになる。こうして、クロス（Davis Cross, 2013）が指摘しているように、内部の結合が強いほど、政策に対する影響力は大きくなることになる。

ただし、同時にクロスが指摘するように、一つのプロフェッションの全てが、認識共同体の中に内包される必要はなく、一つのプロフェッションの中でも、異なる目標を持ったいくつもの認識共同体が競合するのである（*ibid.*, p.150）。

先に検討したように、成功例がない医療制度改革を進めるにあたって、大きな不確実性が存在する状況では、アイデアの選択自体が困難な状況である。同時に、医療政策のように、科学的に高度な政策分野では、どのアクターの見解を採用すべきかを判断できるのは、ごく限られた専門家であり、見解の妥当性を確認することは、ごく少数の専門家にしかできないことになる。認識共同体論が示唆していることは、どのアイデア、どのアクターを選択すべきかが曖昧になる場合に、因果関係について強い信念を抱き、一致した方向性を目指して行動している、内部結合の強さが、あたかもアクターと彼／女らが保有するアイデアが重要性であるかのような外観を形成するということである。

以上をまとめると、政策立案を担当する側からみて、政策の効果が見込めるアイデアであれば、エージェントの性質によらず、そのアイデアを選択する可能性は高い。また、政策の効果が不明確だとしても、その政策の「専門家」と認知される場合には、そのアイデアを採用する場合もある。問題となるのは、政策の効果が不明確であり、専門家が誰であるかさえ分からない場合である。この場合には、専門家らしさ（*likely-expert*）を、因果に関する信念を抱いた、アクターの内部結合の強さから判断する、ということである。

表 3 政策決定者の認識

	(アクターの専門性の) 自明性 有	(アクターの専門性の) 自明性 無
効果 有	政策決定者が選択	エージェントとなるアクターは不要
効果 無	専門性が有ると思われれば、選択	因果の信念による内部結合で判断

出典 筆者作成

本論で言えば、医療の標準化によって、医療費の抑制が可能になるという因果に関する信念を有した認識共同体が形成されたことによって、先進国の医療制度改革は診療ガイドライン政策へ向かうことになったのである。だが、その成否は、HS 研究共同体の内部に、医療専門職団体を、どう取り込んだかによって、左右されることになった。

4-4 医療専門職団体とプロフェッショナル・オートノミー

先に「専門的知識」と書いたが、こうした「専門的知識」の「専門性」自体も必ずしも自明とは言えない。エリクソン (Ericsson and Smith, 1991) らは、心理学や工学、経営学などの学際的な研究から、「秀でた行動」 (*ibid.*, p.2) のメカニズムを分析し、『専門性の一般理論に向けて』という著作を發表している。だが、彼／女らが実験の題材としたのは、チェスやスポーツというルールが明確で競争が容易な対象である。エリクソンらとは対照的に、社会技術論などでは専門家と非専門家の知識を分ける境界は曖昧、流動的、競争的 (Jasanoff, 1987 ; Boswell, 2009, p.25) であると指摘されている。政治学でも、従来、専門家を特徴づけるとされた「業績主義的専門性」に限界があるという指摘がなされるようになった (岡山、2012, pp.23-24)。

だが、広く社会に認知されるような「業績主義的専門性」には限界があったとしても、ある専門家集団の中では、専門分化し、構成員が限定された中に、業績主義が成り立っていることも確かである。例えば、藤垣 (藤垣、2003) は、科学者がジャーナルに投稿を重ね、作法にならないながら学習し、妥当性を認められ、評価を得て、さらにその作法や評価についての認識を共有して形成される疑似的な共同体を、「ジャーナル共同体」と呼んでいる。ジャーナル共同体は当然のことながら医学の分野でも形成されており、「The Lancet」、「The new England journal of medicine」など、広く権威を認知されているジャーナルも存在する。

医学のジャーナル共同体は、ほぼ世界中のジャーナルを収載したデータベースの存在によって容易に観察できる。主として英語で書かれる医学論文は米国の「National Library of Medicine」のデータベース「PubMed」に登録され、独自のキーワードづけがなされ、インターネットにアクセスできる環境であれば、世界中どこからでも無償で検索可能となっている。

だが、こうした共同体があったとしても、共同体内部の構成員になるためには、既存の構成員から「作法」を学習し、認められることが必要である。一方、その共同体の外部にいる人、上記の例でいう、データベースを閲覧する側の人間は、そこに掲載されているという外観から専門性を認知することになる。このように、医学の研究成果は今もなお、業績主義であると言える。

だが、ジャーナルという媒体を通じた医学の業績が、情報化の進展に伴い、広く普及するのに反比例するかのように、1980年代以降、専門職に対する議論は変容を遂げている。教育の普及やサービス業の発展、情報化により、医学や法学という伝統的な専門職の分野以外にも、「プロフェッショナル」と呼ばれる職種が多く生まれ（Brint, 1994）³⁰、知識や職業倫理は専門職の特徴として考えにくくなった。

また、臨床医学の世界では、医師-患者関係はパターナリズムに陥っている³¹という指摘が長らくなされてきたが、1970年代以降の消費者運動や、医療の場におけるインフォームドコンセントの広がり、女性解放運動などによって、変化を見せるようになった。さらに、医療費抑制の動きの中で、保険者あるいは国家が様々な「管理主義（managerialism）」（Klein, 2013, p.114, pp.117-23 ; Dent, 1993）を導入した結果により、医師の権威が大きく揺らぐことになった。

1970年代には、医療専門職の「支配」という観点から医療専門職を論じ、専門技能、専門教育に特化した教育機関における養成、倫理綱領の存在を専門職の特徴としていたフリードソンもこの点を論じつつ（Freidson, 2001, p.190）、自らの専門職論を改めており、「ある職務を遂行する（perform）資格を誰が有するかを、定義づける権力を得た、組織化された職業」（*ibid.*, p.12）とプロフェッショナルリズムを定義するようになった。

³⁰ 例えば、ブrint（Brint, 1994, p.11）は、医師や法律家等、古くから社会的信用（trust）を得ている「社会的信用専門家」から、19世紀後半から1960年代にかけて、ホワイトカラー層が専門職大学院等を通じて、「専門知専門家」へと発展したとする。そして、「専門知識」が異なる形態で存在し、市場価値と結びついていく中で、専門家階層の断片化を導いたと述べている。

³¹ 医師-患者の関係を類型化した文献として、Emanuel EJ and Emanuel LL（1992）が挙げられる。

この流れに沿った議論の一つとして、アルソップら（Allsop, et al., 1993）は、規制の主体と形式によって、英国の医療専門職に対する規制を整理している。公式／非公式と内部／外部に分けることができ、英国の医療政策にかかわる組織を分類すると、以下の通りとなる。

表 4 英国の専門職に対する規制

	外部	内部
公式	公式外部 Health Service Commissioner 司法	公式内部 中央医師評議会（GMC） 王立協会（Royal Colleges）
非公式	非公式外部 公的な官僚と医療専門職の指導者の興隆	非公式内部 日常診療の中での規範の執行 ³²

（出典） Allsop,J.,and Mulchy,L.,1996, p.3 図 1-1

歴史的事実を確認すると、英国では、1858 年の医療法の成立により中央医師評議会（General Medical Council : GMC）と医師登録（Medical Register）が設立されたことによって、中央医師評議会（GMC）と英国医師会の役割が分化した。この二つの機能の設立によって、英国医師会はプロフェッショナルとしての自己規制の役割は中央医師評議会（GMC）に委ね、むしろ同業者団体として結社（association）化していくことになる。このように、組織内部に対して自己規制（self-regulation）を公式に行う機関である中央医師評議会（GMC）と王立協会（Royal Colleges）であることが、英国の医療専門職をプロフェッショナルとして特徴づけているのである。

さらに、クールマンとアルソップは、ドイツと英国の医療保障の歴史を比較した結果、英国は医療保険の導入（1911 年）にはるかに先立つ 1858 年に医療専門職の自己規制が確立し、一方、ドイツは医療保険の導入とほぼ併行して医療専門職の自己規制が確立された結果、前者は国家と分離した規制形態、後者は福祉国家に内包された規制形態となったと論じている（Kuhlmann and Allsop, 2008）。また、フランスとドイツの医療専門職を比較したシュテッフェン（Steffen, 1987）によると、フランスは医療専門職団体の結束が医療保険の導入よりも早く確立された結果、自由開業医制度を謳歌し、ドイツは医療専門職の結束が強固でない時期に医療保険の導入が進められた結果、自由開業医制度が制約されたと論じている。

³² 日本でもよく紹介される事例として、英国では、医師の非公式な内部規範として、高齢者になってから人工透析が必要となった患者には透析を実施しない。この規範は、1960 年代に医療専門職の了解によって成立したことを、クライン（Klein, 2013, p.62）が紹介している。

またクライン（Klein, 2013, p.61）は、前述の通り、英国の医師には個々の医師が自らの診療についての決定権があるとする「裁量権」があるとした上、医師が属する組織においては、自己規制が強く働くとしている。実際には、1990 年代初頭から、英国は医療スキャンダルに見舞われ、医療専門職の在り方が大きく問われたが、その中でも自己規制の在り方が変更されるようになった。また、ハリソンらも、外部要因以上に内部要因によって規制されるのが、プロフェッショナル・オートノミーであると述べている。

米国では医師資格の標準化をめぐって、ニューヨークの医師会など市や州ごとの医師会が連携して、全米規模での医師会を設立する動きとなった。そもそもの目的は、ニューヨーク市医師会が試みた医師資格要件の引き上げと、連邦レベルで医師資格を標準化することであった。米国医師会は、当初政治への関心は薄かったとされるが、1866 年に会長に就任した Delafield 会長から、積極的に政治や医師の倫理綱領の策定、知識の蓄積等を訴えるようになり、団体の性質が異なってきたとされる。1894 年連邦当局が、医学校の入学に、大学 (College) や高校の卒業程度の資格を設けることを企図したため、ようやく医師たちが立法のために団結し、その後、連邦政府から医学教育に関する Flexner 報告（1910 年）が発表されて以降、医師資格を各州の医師会の登録を持って行うよう、積極的な活動を行うようになった。また、米国は、医師会、学会が合同で設立した機構によって、医師養成課程の適切性が審査され、州が実施する医師資格試験の質を担保している。そして、州の医師会に登録をすることで、医師としての業務を行うことができる。

英国の場合、中央医師評議会（GMC）に認定された医学部での教育と臨床研修を経て医師となり、中央医師評議会（GMC）に医師登録されることで、医師としての業務を実施できる。また、健康上就業が適切ではないと認められる場合や、不適切な診療を行った場合には、登録を停止または削除するという処分も中央医師評議会（GMC）が行うことができる。

このように、歴史的経緯によって、医療専門職団体がどの程度の自己規制力を有するかは異なっている。

英国、米国に対して、日本の医師の養成課程、資格、懲戒などの仕組みは大きく異なっている。日本では、明治期になり、医学は漢方から西洋医学に転換を遂げ、西洋医学の医師が競合していた皇漢医（漢方医）より優位に立つことを目指し、各地に医師会が結成された。それら各地の医師会が徐々に全国組織化された。医師会は大正初期まで任意団体だったが、健康保険の導入が進められる中、保険業務の実施団体として、また、当時台頭してきた実費診療所に対抗するため、当時の幹部らが公的団体の地位を求め、1923 年に公的団体になった。

その当時、地域に医師会が設立された場合には、医師は全て医師会に加入することが定められた。だが、文部省が医師国家試験を所管し、医師会に医学教育の内容を認定したり、医師資格を管理する権限はなかった³³。その後、戦時下で戦争の遂行団体として、完全国営化されて脱専門職化された後、連合国総司令部（General Headquarters：以下、GHQ）によって任意加入の団体と生まれ変わった。戦後の国民皆保険の中で、現在の文部科学省が医師養成課程を所管し、医師国家試験を実施する。研修医制度は厚生（労働）省が所管している。医師に不適切な行為があった場合は、厚生（労働）省内の医道審議会で審査がされ、主に刑事罰が確定した場合に医師免許の剥奪が行われるなど、医師の養成から資格認定、懲戒に至るまでを全て国家が行っており、医療専門職団体の権限は限定的である。また、日本の医療の大きな特徴として、「自由標榜制」となっており、麻酔科以外の診療科は、いったん医師免許を獲得すると、医師が自由に標榜してよいことになっている。つまり、事実上、米国や英国と同様に、専門領域の独占を許される専門医は、麻酔科標榜医だけであるということになる。ただし、望ましくはないとはされながらも、麻酔科標榜医資格を持たない、外科医がリスクの高い全身麻酔を行うことは現在でも行われている例があり、専門領域を独占しているとは言い難い状況である。

さて、先にジャーナル共同体という外観上での専門性を判断できるものの、誰が専門的知識を有するかは、その内部にいる者のみしか分からないという構造が存在すると述べた。同様のことが、医学誌を発行している医療専門職団体にも起きる。西洋医学は、当初は内科、外科という区別から分化してきたが、徐々に臓器別、疾患別、特定の治療法別（例えば内視鏡）に、サブスペシャリティが発展し、それに応じて学会、ジャーナル共同体が発達し、強固に閉じられた専門領域が誕生する。新しい知識が生産されると、一定の手続きを経てジャーナルに掲載され、世界中に拡散し、臨床の場で多く利用されることになり、日常的な診療へと制度化されることによって「専門領域」（discipline）（藤垣、2003、p.21）が確立される。こうして、医学の発展とともに、専門領域の分化と臨床への応用、制度化を繰り返してきた。専門領域を市場独占できるのが、専門医とその集まりである学会である。

医療に特徴的なサービス提供者－医療専門職－が、医療の提供面で果たす役割が大きく、医療専門職は、国家とは分化した独自の統治形態であるため、専門職の統治の側面においても、国家からみた場合の不確実性は高い。医療保障の内容の変更を実施するためには、モラ

³³ ただし、大正期の健康保険法の実施下では、保険医を医師会に団体自由契約方式とすることになっていたため、保険医の管理団体であることは確かである。

ン (Moran, 1999) が示す通り、医療専門職をどのように統治するかという、「専門職政治」が、国家にとって重要な課題である³⁴。診療ガイドライン政策の成否に関して言えば、実際にその「診療」を行う医師の専門職団体である学会をどう取り込むかが国家にとっては重要であり、かつ、政策の確実な執行のためには、専門医の認定を担う専門職団体の支持を取り付けるかが重要となる。

先進諸国では、「専門医」としてある領域に通じていることが、学会あるいは、学会などが組織する専門機構によって認定されることによって、内科医、外科医、その他の診療科、あるいはサブスペシャリティの診療を実施することができる。したがって、診療ガイドライン政策の成否を決める大きな要素として、専門医の認定単位での専門職団体の支持が重要な要因となる。本論で対象国とした、米国、英国、日本の専門医制度を比較すると次の通りである³⁵。

米国では³⁶、1900年代初頭から、関連学会が共同で「専門医機構」を設立する運動 (medical specialty board movement) が起きたとされる。きっかけになったのは、1908年に眼科領域の学会が設立した、専門医試験機構 (American Board for Ophthalmic Examination) である。この機構は、1917年に「眼科専門医機構 (American Board for Ophthalmic Board)」と名称を変更し、眼科医を志す医師に対する研修や評価のガイドラインを作成するようになったとされる。

同様の動きは、耳鼻科領域 (1924年に American Board of Otolaryngology を設立)、産婦人科領域 (1930年に American Board of Obstetrics and Gynecology を設立) にも起きた。特に、産婦人科領域では、女性のみを診療していない医師を排除して専門領域を確立していった。さらに、1932年に皮膚科領域の専門医機構 (American Board of Dermatology and Syphilology) も成立し、他の専門医領域でも専門医機構の設立が盛んになった³⁷。

1933年になると、上記4つの専門医機構 (board) と、米国病院協会 (American Hospital

³⁴ 例えばモランは、医療が福祉国家の下位システム以上に重要性を持つようになった今日の「医療国家」における政治的手腕 (statecraft) として、医療の受け手を統治する 1) 消費政治、専門職を統治する 2) 専門職政治、また医薬品や医療機器等を開発する市場に関する 3) 生産政治という 3つの政治アリーナにおける統治が求められると指摘している (Moran, 1999, p.5)。

³⁵ 厚生科学研究費補助金、『諸外国における認定制度・専門医制度に関する研究』(主任研究者 酒井紀)

³⁶ 米国の専門医機構に関する記述については、次のウェブサイトを参照した。URL http://www.abms.org/About_ABMS/ABMS_History/Extended_History/Specialty_Board_Movement.aspx (アクセス日 2014年6月29日)

³⁷ 現存する 24 の専門医機構の名称と設立年の一覧は、資料編を参照(「米国の医療専門医機構一覧」)。

Association)、米国医学大学協会 (Association of American Medical Colleges)、州医学機構連合 (Federation of State Medical Boards)、米国医師会の医学教育及び臨床理事会 (Medical Education and Hospitals)、全国医学試験機構 (National Board of Medical Examiners) が、専門医 (specialist) の試験と資格 (certification) について議論を行い、合意の結果、米国専門医機構 (American Board of Medical Specialties : ABMS) が設立された。現在は、24 の診療領域からなる専門医機構が、米国専門医機構 (ABMS) の構成員となっており、各専門医機構が、各領域に 1 つの臨床研修医制度と専門医認定制度を有する。米国専門医機構 (ABMS) が、新たな専門医機構を発足させるためには、米国医師会と合同の委員会の認可を受ける必要があるが³⁸、他の専門領域にない新領域であることなどが要件となっており、設立は容易ではないと考えられる。

1940 年には、専門医名簿の初版が発刊され、専門医が広く認知されるようになった。第二次世界大戦時、軍医として専門医が召集されるようになり (Starr, 1982, pp.356-357)、専門医制度が確立した。

このように、専門分化、細分化された米国の学会は、専門領域が 24 の専門医機構に統合されており、領域ごとにメイン領域とサブスペシャリティ領域を形成している³⁹。さらに米国専門医機構 (ABMS)⁴⁰が専門医制度全体を評価、認定することになっており、国家とは離れたところで、州や学会を越えて各分野の専門医について、体系化、標準化を推進している側面がある (図 3)。

しかし、米国では、民間健康保険での支払いがよい、専門性の高い分野を志す医学生が多いとも言われ (ノエル、2004、p.28)、サブスペシャリティ学会 (本論、p.9) が大きな力を持っている。そのため、ある専門医機構を HS 研究共同体に取り込むことで、ある診療領域に従事する専門医の支持を広く取り付ける可能性が存在するものの、診療ガイドラインが示す内容が、サブスペシャリティ学会の診療分野と重複し、サブスペシャリティ学会の賛同を得られないと、診療ガイドライン政策が失敗に終わる可能性も存在する。米国で現実となったのは後者である。米国の診療ガイドライン政策の失敗の契機となった「腰痛の診療ガイド

³⁸ 英国、米国の専門医制度については、注 35 の研究成果のほか、厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」(2012 年 3 月 5 日開催 ヒアリング資料 1 八木聡明 参考人提出資料) を参照。URL

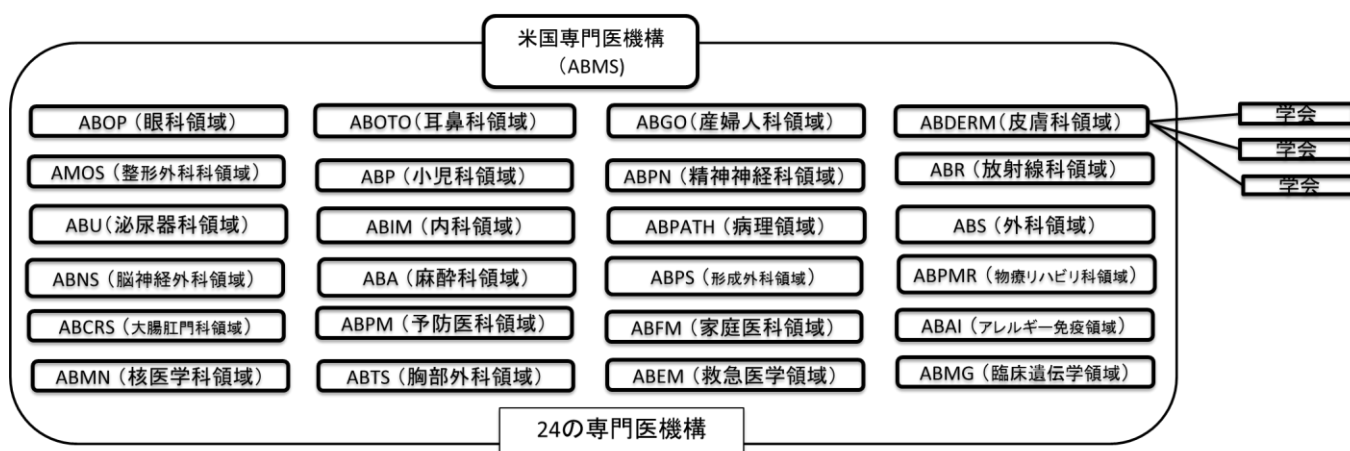
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000024jj2-att/2r98520000024jkj.pdf> (アクセス日 2014 年 6 月 27 日)

³⁹ メイン領域とサブスペシャリティ領域については、AMBS の次のウェブサイト参照。URL http://www.abms.org/who_we_help/physicians/specialties.aspx (アクセス日 2014 年 7 月 5 日)

⁴⁰ 米国専門医機構 (ABMS) 及び 24 の専門医機構は、非営利民間組織である。

ライン」は、それを診療領域とするサブスペシャリティ学会が存在し、学会の反対によって失敗したのである。

図3 米国専門医の構造



出典 筆者作成

英国には、本論が対象とした 1990 年代から 2000 年代初頭には、米国のように複数の学会によって構成される専門医機構は存在せず、各学会が専門医を認定していた⁴¹。医師はまず、一般医 (General Practice : 以下、GP) になる。さらに特定領域の専門医となるためには、学会の会員資格を有することが必要であり、個別の学会が医師の専門性を認定している点が、米国と異なる。英国では、各学会がそのまま専門医を認定する機構となるため、米国のように、学会と専門医認定機構の選好が異なる現象は発生しない (ただし、本論文が対象としている時期)。

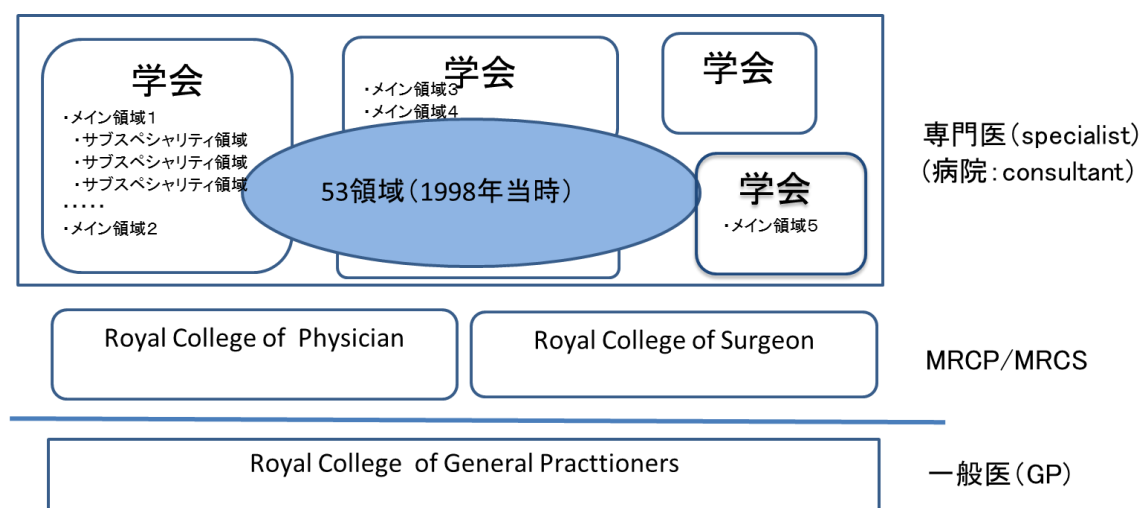
より具体的には、卒前医学教育を修了した卒業生の多くは、まず一般医 (GP) になるが、そのためには3年間の卒後教育を受け、一般医学会が実施する一般医認定試験に合格する必要がある。さらに病院で特定の診療科の専門医 (consultant) を目指す場合には、学会 (Royal

⁴¹ 本論で記述しているのは、1998年当時の専門医制度である。英国では、1990年代後半に起きた医療事故などをきっかけに、2002年にChief Medical OfficerのSir Liam Donaldsonが「Unfinished Business」を公表し、ブレア政権下で専門医制度の「現代化」が議論された。そして、主としてイングランド、ウェールズ、スコットランド間の医師の資格を平準化するため、米国と類似した専門職の認定機構 (Postgraduate Medical Education and Training Board: PMETB) が、2005年に設立された。だが、再度制度の見直しが行われ、2008年にこの機構は解散された。現在その業務は中央医師評議会 (GMC) が引き継いでいる。

Colleges) の研修ポスト (training post) に応募し、採用されると House Officer として、内科系、外科系等の基礎研修を行う。各専門領域を3年かけて経験した後、学会の会員資格取得のための試験に合格すると、内科系または外科系（内科系は member of Royal College of Physician : MRCP、外科系は Member of Royal College of Surgeon : MRCS) の資格を取得する。

その後、53 (1998 年 1 月当時。2014 年時点では 65⁴²⁾ ある専門領域の高度専門研修を 4-6 年にわたって経験することで、認定専門医 (specialist) となる。ただし、英国では各科を実際に診療する専門医 (consultant) が診療所で診療することではなく、全て病院勤務医となるため、病院での配属をもって、専門医 (consultant) となることができる。なお、英国では、医療に関する業務独占は法律では規定されておらず、中央医師評議会 (GMC) の登録を通じた名称独占 (1983 年医療法第 49 条) に規定されているのみである⁴³ (国京、2013、p.128)。

図 4 英国専門医の構造



出典 筆者作成

英国で、専門医 (specialist) について議論されるようになったのは、1930 年代だとされる。NHS の導入に向けて議論がなされていた頃だが、専門医 (specialist) の診療のばらつきが大きく、本当のところ、公式には誰をスペシャリストと見なすかについての公式な定義なかったとされる。現在の病院に勤務している専門医を指す「consultant」という言葉は、主に大学

⁴² GMC が認定している専門医と学会は、次のウェブサイトを参照。
http://www.gmc-uk.org/education/approved_curricula_systems.asp (アクセス日
 2014 年 7 月 5 日)

⁴³ 看護師、助産師にも同様の協会があり、資格認定についても医師と同様である。ただし、獣医師のみ業務独占が法律で規定されている。

病院における職位であり、一般医（GP）としての能力と共に外科的治療も行える医師がイメージされていたが、資格や能力についての認定制度はなかったという（Klein, 2013, p.2）。

現在のような専門医制度がいつ始まったのかについては明確ではないが、NHS の導入によって、制度上、一般医（GP）と、一般医（GP）の紹介状によって、患者が病院の専門医（consultant）を受診することが明確化された。NHS の施行後、1952 年に王立一般医協会（Royal College of General Practitioners）が設立され、それまで漠然と地域で診療する医師と捉えられていた一般医（GP）の役割が、明確化されることになった⁴⁴。こうした経緯から、少なくとも、NHS という医療制度の内部で、一般医（GP）と専門医（consultant）という専門職が区分され、王立内科、外科協会と、53 の診療領域について認定する認定専門医（specialist）制度形成されていると理解することができる⁴⁵。

ただし、英国の場合、一つの学会にメイン領域とサブスペシャリティ領域が含まれており、米国のようにサブスペシャリティ学会が、一つの専門領域について、強い発言権があるというわけではない。特に、王立内科協会、王立外科協会、あるいは王立産婦人科協会といった広い領域を専門とする学会の中に、複数の専門領域が認定専門医制度と一緒に内包されている。そのため、診療ガイドライン政策について、一つの学会の支持を得ることが、専門医に対して影響力を発揮することになる。

日本では、先に述べた通り、「自由標榜」となっており、医師国家試験に合格すると、どの診療科の業務にも従事することができる。ただし、麻酔科のみは医療法に定める資格であり、米国や英国と同じ意味での専門医は、麻酔科医のみということになる。

日本で医師になるには、卒前医学教育を修了し、医師国家試験に合格した後、2005 年に臨床研修制度が導入されるまでは、大学病院で任意の研修を積んだ後、診療科での研修経験を生かして大学病院でさらに専門分野の研修を積み、医局の指示によって様々な病院を回る、あるいは医局を離れて開業するなどのキャリアが通常だった。医療法で規定されている麻酔科を除けば、いったん医師免許を取得すると、どの診療科でも診療行為を行うことができる。開業する場合には、厚生（労働）省が定める診療科名のうち、任意の診療科名を届け出るこ

⁴⁴ URL

<http://www.rcgp.org.uk/about-us/history-heritage-and-archive/history-of-the-college.aspx> (アクセス日 2014 年 6 月 29 日)

⁴⁵ 現在の専門領域と研修期間については、以下のウェブサイトを参照。URL

http://www.gmc-uk.org/Postgraduate_Medical_Education_Training_Amendment_Order_of_Council_2012_No_344.pdf_48221939.pdf (アクセス日 2014 年 6 月 29 日)

とができる。そのため、卒後の研修では主として外科を中心に研修を行っていても、開業する際には患者数を多く見込める内科を標榜することも可能である。それを示すデータとして、日本専門医機構の 2004（平成 16）年 6 月 1 日時点の調査による（橋本、2005、p.168 表 2）と、日本内科学会が認定している専門医は、8.7%に過ぎず、学会員の約 90%は、専門医の認定がないまま、内科で診療している可能性がある⁴⁶。

日本の学会による「認定」専門医制度は、麻酔科標榜医の指導医制度が、1962（昭和 37）年 4 月 1 日に導入されたのをきっかけ始まった。他の学会でも、学会が一定の要件を満たした医師に対して「専門医」の認定を行うようになったのである。それらの連携を目的とした「学会認定医制協議会」が 1981（昭和 55）年 11 月 11 日に、22 学会の参加によって発足し、その後、1996（平成 8）年に「日本専門医認定機構」と改称された。さらに、2014（平成 26）年 5 月 7 日に、「一般社団法人 日本専門医機構」と組織が改められた。

機構では、第 1 群として基本領域診療科の学会群、第 2 群としてサブスペシャリティの学会群として調整・整備を行い、認定医制度の第三者評価を行っている⁴⁷。2002（平成 14）年 4 月に施行された、改正医療法によって医療機関が広告できる内容に、医師の学歴や学会認定の専門医を掲示することが可能になり、患者にも専門性を広告することができるようになったことで、認定医の取得が盛んになったと言われる⁴⁸。しかし、学会によって認定の要件も大きく異なり、本来「自由標榜」であるため、学会の認定を受けていない場合にも診療を禁じることはできない⁴⁹。倫理的に問題があるとされる診療を行っている産婦人科医に対して、学会が除名を行ったケースもあるが、何ら拘束力はないため、その産婦人科医の診療を停止させることはできていない。

以上、歴史的経緯から、国によって異なるが、専門分化した、医療専門職のプロフェッショナルリズムを特徴づけるのは構成員に対して、どのような組織形態で専門的知識を担保する

⁴⁶ 同時点のデータでは、最も専門医の比率が高い日本眼科学会で 77.1%、日本産婦人科学会で 73.4%、日本外科学会は 24.5%であり、いずれも若い医師を除いて、大半が専門医となっている状況とは、考えがたい。

⁴⁷ 日本専門医制評価・認定機構 URL

<http://www.japan-senmon-i.jp/about/history.html>（アクセス日 2014 年 7 月 1 日）

⁴⁸ 橋本信也、2005、「医師の生涯教育とプロフェッショナル・オートミー」、日本医師会編、2005、『国民医療年鑑平成 16 年度版』pp.162-170

⁴⁹ 学会によって、専門医認定の方法に大きなばらつきがある点については、現在、日本学術会議等でも専門医制度の標準化をめぐる議論がなされている（日本学術会議 医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会、2013 年、『会員加盟制医師組織による専門職自律の確立—国民に信頼される医療の実現のために』）

か、また専門医制度によって専門領域を独占できるか否かが異なっていることを明らかにした。

米国では学会からなる専門医機構が専門医の自己規制を担う機関であり、英国では学会単位となっている。また、日本は原則、自由標榜であるため、医療専門職団体の自己規制が効かない構造となっており、国家が資格認定から懲戒に至るまでを管理する構造となっている。

ただし、本論で議論しているのは、1990年代を中心とした議論であり、英国では1990年代初頭から明らかになった医療スキャンダル（いわゆる、ブリストル王立小児病院事件、ハロルド・シップマン事件等⁵⁰）により、医療専門職の在り方は変更された。また、日本でも相次ぐ医療事故の報道や臨床研修医制度の導入、とりわけ「福島県立大野病院事件⁵¹」などをきっかけに、「プロフェッショナル・オートノミー」が医療専門職に取り上げられるようになり、診療関連死について、学会が主導した説明が試みられる等、各国で専門職の在り方が変容していることを強調しておきたい。

⁵⁰ 第3章参照

⁵¹ 2006年に福島県立大野病院で、母親が帝王切開で女兒を出産後、出血多量で死亡し、産科医が業務上過失致死傷罪並びに異状死の届け出を行わなかったことで逮捕・起訴された事件である。

5. 本論の仮説

以上、先進国が医療制度改革の必要性に直面した時、医療保障制度の中に内包されている不確実性と同時に、医療技術の進歩を取り込みながら医療費を抑制するという、かつて直面したことのない不確実性に直面したことを確認した。このような不確実性下では、アイディア、本論の用語で言えば、専門的知識が制度変更を説明する変数となることを制度論、アイディアの議論から確認した。専門知識が政策に取り込まれるためには、エージェントの働きが重要であるが、不確実性下で専門性が高い分野のどのアイディア、エージェントを選べばよいかが曖昧な場合には、因果関係についての信念の内部結合が強い共同体が、政策に影響力を及ぼすことになると思われる。

本論の内容に即して言えば、1990年代の先進諸国では、医療技術が高度化していく一方、医療費の抑制が争点となり、「ヘルスサービス」のあり方に関して、専門知識が必要とされるようになった。こうして「ヘルスサービス」研究という大きな研究領域が誕生した。国家の課題として、医療制度改革が争点化したことによって、民間あるいは公的という、研究主体の性質に関わらず、研究テーマとして注目を集めるようになった。

ただし、研究領域が存在していたとしても、研究のコミュニティと政策のコミュニティの乖離（Boswell, 2009, p.32）をどのようにして埋めるかという問題がある。もともと医療技術は、国家の関与で研究が進められることも多く、政策担当者と医学界の双方が求める知識であれば、国家が主導的に研究を展開する場合もあり、実際、医療保障に関わる行政機関も、対応策の研究を推進した。一方、民間の研究者（大学、シンクタンクなど）も、医療提供に関して、研究を進めた結果、診療のばらつきを問題視し、標準化することを通じて、医療費の抑制を図ろうとする認識共同体が形成された。

この要因を考慮して、本論では、「因果関係について信念を共有する、官民にわたる研究共同体」を HS 研究共同体と定義する。認識共同体で議論される「科学者」は、主に自然科学領域であることが多かったが、「科学者」という概念を狭く使用しすぎているとする批判も存在しており、本論では社会科学の研究者をも含めることにする。

この際に問題となるのは、政治家の位置付けである。認識共同体論でも、共同体内の科学者が、各国の行政や政治家へ働きが重要な成功要因とされているが、では、官民にわたる研究共同体の中に政治家が含まれるかという問題がある。不確実性の発生する中で、政治家が政策起業家として登場することは多く言及されている（Kingdon, 2003; Sheingate, 2003）。

この意味では、政治家個人は **HS** 研究共同体の構成員として見なしてよいと考えられる (Marier, 2008)。だが、医療制度改革についての政策決定機関となっている議会や政党が、そのアイデアを支持するか否かは別の問題であり、政策決定機関は **HS** 研究共同体の外部に存在する変数として扱うことにする。

医療は専門職が改革の執行にあたっても大きな決定権を有し、専門職の団体が「プロフェッショナル・オートノミー」によって構成員を統治し、さらに、専門分化した中で、独自に専門的知識を担保する組織を形成していることから、この組織体の支持をいかに取り付けるかが、医療制度改革における成否を決定する大きな要因となることが、容易に推測できる。特に、医療の標準化を目指して診療ガイドライン政策が展開されると、各ガイドラインに盛り込まれた診療を実施する専門医から成る専門職の組織が、それを支持するか否かが重要になる。ガイドラインの診療領域の専門学会は、診療ガイドライン政策を積極的に支持する場合には、**HS** 研究共同体に参加して専門的知識を提供する場合がある。だが、様々に専門分化している学会のうち、一部の学会が参加したとしても、実際にその診療領域の専門医の大半が、診療ガイドラインを支持しなければ、**HS** 研究共同体に参加しないばかりか、積極的に反対の態度を表明していくこともあるだろう。その際には、**HS** 研究共同体外で、政策決定機関に働きかけることで、政策の成立を阻止する手段をとることも考えられうる。

以上のことから、ここまでの変数をまとめると表5の通りとなる。

表5 本論における変数

	HS 研究共同体				
	HS 研究共同体における研究者	政治家（個人）（政策起業家）	（医学の専門）学会	政策決定機関の支持（議会／政党）	Total
米国（失敗）	2	2→0	1	2→0	7→5
英国（成功）	2	—	2	2	6
日本（失敗）	1（厚生（労働）科学研究の実施者）	—	0（自由標榜）	1	1

注）表中の数値は、順序尺度であり、0．反対（参加しない）、1．限定的、2．賛成（参加している）ことを示す。

すなわち、HS 研究共同体が、研究者（大学、民間、政府機関を問わない）によって因果関係について信念を共有されて形成され、専門領域に基づいて分化した（サブスペシャリティ）学会をもその中に包含した場合に、診療ガイドライン政策が成功し、そうでなかった場合には失敗するというのが、本論の仮説である。

米国では、HS 研究共同体におけるランド研究所、大学の研究者、会計検査院（GAO）等連邦機関が、研究活動を通じて、診療のばらつきを発見し、医療の標準化と医療費抑制との因果関係の信念を形成し、HS 研究共同体が形成された。HS 研究共同体は、学会の支持を当初取り付けたものの、専門医認定単位でその中に包含されてはいない。また、政治家個人が政策起業家として、その内部での働く点についても当初明白だった。HS 共同体の外部にある政策決定機関の支持をみると、当初、ブッシュ大統領の下では支持を取り付けたが、クリントン大統領下、サブスペシャリティ学会の反対で刺激された、政権を取り戻そうとする共和党の反対によって、最終的には政策が失敗した。とは言え、国内外で作成されている診療ガイドラインについての、世界でも最大級のデータベース（クリアリングハウス）が構築されていることは間違い。

英国は、HS 研究共同体におけるコクランを初めとするオックスフォードを中心に広がった研究機関の働きが、医療について基準を作成する動きへとつながっていった。学会の取り込

みの面でみると、サブスペシャリティ分野も含む複数の学会がその中に加わっていた。政治家個人が、共同体内で強い支持をしていたことは観察されないものの、主席医療官（Chief Medical Officer）が、研究成果を行政府にもたらす積極的な活動を展開した。政権交代の中でも一貫した支持を得られた。

日本は、厚生科学研究の中で診療ガイドラインの導入が検討されたものの、大学の医学研究者やその他政府機関の研究者の独自の活動は明白ではなかった。代わって、厚生（労働）省の技官たちが、政策アイデアを求め、研究事業を通じて研究者に依頼して研究を発展させた結果、日本で「EBM」及び「診療ガイドライン」の導入が必要とする、専門家の検討会の見解を引き出した。厚生（労働）省の関与で、研究活動が展開されたことから、上記の表5では、研究者に関する変数を「限定的」とした。厚生（労働）省はまた、診療ガイドラインの作成を学会に依頼してノウハウを伝える役割を担ってきたが、政策を形成する段階で学会を直接取り込むことができなかった。診療ガイドラインの導入に関して、特に個人の政治家が診療ガイドライン政策に関与したという事実は観察されなかった。

自由標榜制である日本では、学会の構成員に対する統制力は弱く、かつ、日本医師会の中に日本医学会が位置づけられているため、厚生（労働省）が政策導入に際して、交渉する窓口は日本医師会にならざるを得なかった。さらに、当時の自民党の支持を取り付けることもできず、最終的に失敗に終わった。

これらの帰結として、米国では、当初熱狂的に政策が支持され、診療ガイドライン政策は成功したかに見えたが、その後、連邦機関は一学会と共和党の反対によって、性質の変更を余儀なくされ、現在は診療ガイドライン情報の蓄積と公開に役割を限定されている。英国では、診療ガイドライン政策が成功し、診療ガイドラインを作成している機関は、現在も世界から注目を集めている。日本は、診療ガイドライン政策は、当初から導入が困難であると予想された政策であったが、厚生（労働）省内での検討会によって、政策の導入が検討され、厚生科学研究で補助を受けた診療ガイドラインの政策が実施されたものの、日本医師会の強い反対に遭い、診療ガイドライン情報を蓄積するデータベースの設置にも困難を極めた。現在、データベースは、日本医師会や病院団体をはじめとする医療専門職団体と厚生（労働）省が設置した公益財団法人（設立当時 財団法人）に設置されている。学会によって診療ガイドラインの作成は実施されているものの、作成されているガイドラインの量も少ない。

このように、HS 研究共同体の内部に、研究者、政治家（個人）、専門職団体（特に専門医認定を行う単位）での取り込みが行われたか否か、また、これらアクターたちの支持が時間

の経過と共に変化したか否か、によって診療ガイドライン政策の成否が異なった。

以上のことを、次章からケースを見ながら検証していきたい。

第2章 米国編

米国の医療保障は民間保険が中心であり、公的保険の対象者は高齢者や低所得者、障害者など一部に限定されている。「政府部門の役割（福祉国家の機能）を自助努力によって民間部門に代替させようとする性格が比較的強いアメリカ型の福祉国家の特徴は、医療保険にもっともよくあらわれている」（中浜、2006、p.2）とも言われる。高齢者と低所得者等が加入する公的保険制度の成立も、1960年代と他の先進国より遅い。国民皆保険を目指す動きは、戦後何度もみられたが、政党や利益団体のイデオロギーの違いによって激しく流動化し、近年では民主党クリントン大統領の下で挫折した。現在のオバマ政権下でも、完全実施に至るか否かは不透明である。このため、米国は比較政治の中において、例外的な福祉国家として扱われることが多く、「なぜ、米国には国民皆保険制度が成立しなかったのか」と問われることが多い。

同時に米国は、OECD 諸国で最も医療費が高額であり、かつ高騰も著しい国である。1980年代に、医療費はGDP比10%を超え、財政赤字を抱える連邦政府の争点として浮上した。民間保険が中心ではあっても、雇用主の保険料負担は大きく、医療費負担が経済成長を鈍化させると考えられているからである。同時に、民間保険に加入せず、公的保険の適用対象にもならない国民が、無保険者となっていることが、近年政治的課題となっている。無保険者が医療を必要とする時に、本人に高額な医療費の負担が求められるばかりではなく、無保険者に医療を提供する医療機関の負担にもなり、ひいては民間、公的双方の保険料にその分が転嫁されるからである。かつ、医療訴訟の多さが招く、患者に過剰な検査や治療を施す保身医療（defensive medicine）⁵²や、医療専門職が加入する賠償保険もまた保険料に転嫁され、保険料を高騰させる要因になっている。当初、医療訴訟は州政府の課題とされることが多かったが、上記のような理由から連邦政府の課題へと変化してきた。

高額な医療費に見合った質を保証するため、連邦レベルでは医療の質にばらつきがあることが問題となり、一方、州レベルでは医療訴訟の回避と保身医療の防止が問題となり、連邦

⁵² 「defensive medicine」の定義は、米国議会技術評価局（Office of Technology Assessment）により、次のように定められている。「保身医療は、医師が検査をオーダーする時、診療する時、または訪問する時に、リスクの高い患者や、リスクの高い治療を避けようとする時に生じ、一義的には（必ずしもそれだけではないが）医療過誤訴訟にさらされる可能性を減らそうとして生じる。医師が、一義的に医療過誤訴訟にさらされる可能性を減らそうとして、過剰に検査や治療を施す場合には、医師は「積極的」な保身医療を実施していることになる。医師が、ある患者やある治療を避ける時には、医師は「消極的」な保身医療を実施していることになる。」（OTA, 1994, p.3）

及び州が抱えていた課題は、連邦政府による診療ガイドライン作成によって解決が目指された。そして、診療ガイドラインを作成する連邦機関が設立された。しかし、15 番目の診療ガイドラインが公刊されたところで、その治療を専門とするサブスペシャリティ学会が診療ガイドラインの内容に反発し、議会へのロビー活動を展開したため、診療ガイドライン政策は挫折した。しかし、連邦機関の設立に関わったアクターも、必死にこの機関を擁護したため、完全な廃止は免れ、診療ガイドラインの情報を蓄積するデータベース（クリアリングハウス）として、存続している。

1. 前史

1-1 医学界の発展と専門職団体の成立

米国の医療で特徴的なのは、欧州から移住した医学者などにより大規模病院が早くから発達し、個々に開業してきた医師たちが構成する医師会と、病院団体が覇権を競ってきたところにある。また、20 世紀になって欧州の医学教育モデルが普及し、従来の医学校が大学に発展したことにより、医学が急速に進歩した（Barr, 2007, pp.54-55）。

米国医師会の起源となったのは、各州で異なっていた医師資格要件を連邦レベルで標準化することを目指し、1846 年にニューヨークで組織された団体である。当初、政治的関心はなかったとされるが、19 世紀の終わり頃になると、連邦政府の医師資格要件の立法のために政治的活動を行うようになった。1900 年時点では、約 3 万 3 千人が米国医師会に所属し、残りの医師 7 万 7 千人は団体には所属していなかったとされる。20 世紀早々に、米国医師会は、意思決定機関として代議員会を設立し、倫理綱領を決定するなど、組織の形態を整えていった。

また、1919 年には、病院でのインターンシップについての最低基準の設定にあたって、病院団体と主導権を争うなど、活発な活動をみせ、1930 年には皆保険の導入に対して活発な反対運動を展開した。しかし、その後、連邦政府による病院への資金の注入（例えば、1946 年成立のヒル・バートン法）等に見られるように、医療政策の重点が病院に移るにつけて、米国医師会の力は失われている。1970 年代には医師の約 70% が加入していた米国医師会は、現在も最大の団体とはいえ、加入率は約 43%、29 万人（1993 年時点）程度にとどまる。

医師会と主導権を競ってきた病院を構成員とする団体は、1899 年に病院事務職員らによって結成され、1908 年に米国病院協会（American Hospital Association）と改称した。そのほか、

カソリックの病院を中心とした協会や、営利病院からなる協会等が存在するが、病院間の競争激化により、近年は団体としての政治的活動は活発ではない。

米国では、「米国精神分析医学会（American Psychiatric Association）」が1844年、「米国整形外科学会（American Orthopaedic Association）」が1887年に設立された。20世紀に入り、1905年に「米国麻酔科学会（American Society of Anesthesiologists）」が設立、1915年に「米国内科医学会（The American College of Physician）」が設立された。内科医学会は、ドイツ出身の医師が英国内科医学会を訪問し、同類の組織を米国に作ろうとして設立されたものである。それより2年早く「米国外科学会（American College of Surgeons）」が設立され、20世紀半ばには「米国家庭医学会（The American Academy of Family Physicians）」が設立された。現在、こうした診療科ごとの学会は、疾病（例えば、リウマチ、アレルギー）、臓器（例えば、泌尿器科）別などのサブスペシャリティごとにさらに細分化し、100以上の組織がある⁵³。さらに、第二次世界大戦後、1950年前後に数多くの専門学会が設立され、医学系学会が細かく専門分化しているのが特徴である。

これらの学会は、単に細分化しているのではなく、診療領域や州を越えて連携し、専門医資格を標準化している。本論第1章で述べたように、1900年代初頭から、関連学会が共同で「専門医機構」を設立する運動（medical specialty board movement）が起き、眼科専門医機構（American Board for Ophthalmic Board）（1917年改称、設立は1908年）、耳鼻科領域専門医機構（American Board of Otolaryngology、1924年設立）、産婦人科領域（American Board of Obstetrics and Gynecology、1930年設立）に、皮膚科領域の専門医機構（American Board of Dermatology and Syphilology、1932年設立）の4つの専門医機構と米国病院協会（American Hospital Association）などの団体が協議の結果、米国専門医機構（American Board of Medical Specialties : ABMS）を設立した。現在は、24の診療領域からなる専門医機構が、米国専門医機構（ABMS）の構成員となっており、各専門医機構が、各領域に1つの臨床研修医制度と専門医認定制度を有する。そして、第二次世界大戦時、軍医として専門医が召集されるようになり（Starr, 1982, pp.356-357）、専門医制度が確立した。

このように、専門分化、細分化された米国の学会は、専門領域が24の専門医機構に統合されており、一つの専門医機構内にメイン領域とサブスペシャリティ領域の学会が複数内包さ

⁵³ 医療専門職団体（米国病院協会のHP）URL

<http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-people/the-federation-medicine-national-medical-specialty-society-websites.page?>（アクセス日 2013年9月28日）

れており、サブスペシャリティ学会の独立性も担保されている。また、近年は初期診療で総合的に患者を診療するプライマリケア医を志す学生よりも、民間健康保険での支払いがよい、専門性の高い分野を志す医学生が多いとも言われ（ノエル、2004、p.28）、サブスペシャリティ学会が大きな力を持っている。

米国の診療ガイドライン政策は、当初様々な学会に歓迎された。しかし、連邦レベルの診療ガイドラインが、発言権の強いサブスペシャリティ学会からの反発を招き、頓挫していった。

1-2 医療保障制度の起源

米国の医療保障制度は、起源となった2つの非営利の保険、そして企業が伝統的に保障してきた自家保険に、民間の保険会社を中心としたマネジドケアが加わり、多様化している。公的な医療保険は、これまでいくどか導入の試みがあったものの、米国医師会を中心とする強力な反対に遭い、高齢者対象のメディケア（人口比 15.7%）、低所得者対象のメディケイド（人口比 16.4%）⁵⁴、児童のための医療保険プログラム（SHIP）と、対象者がごく限定されている。

1) 非営利保険と自家保険

非営利の保険は、1929年にテキサス州にあるベイラー（Baylor）大学とベイラー病院が契約して行った掛け金プログラムに始まる。ベイラー大学病院は、収入源を安定させるために1,500人の教職員に対して、前もって年間6ドルを積み立てておけば、一人あたり最高21日の入院医療費を保障するプランを提供した。このプランによって不安定だった病院の資金繰りが安定したため、他の医療機関の注目を集めることになった。1932年、カリフォルニア州で、ベイラー病院の方式を採用した非営利保険団体ブルークロス（Blue Cross）になった。病院と契約して被保険者に医療保険を提供するブルークロスに続き、まもなく診療所と契約するブルーシールド（Blue Shield）が開始された。また、1946年になると、米国医師会も保険を提供するようになった（米国医師会 Association Medical Care Plan、後の National Association

⁵⁴ (United States Census) URL

<http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/incpovhlth/2012/Table8.pdf>（アクセス日 2013年12月5日）

of Blue Shield)。

上記、非営利の医療保険のほか、雇用主が民間保険会社と契約して被用者に保険を提供する伝統的な雇用主提供保険（インデムニティ保険）も広く普及した。このような雇用主提供保険の普及によって、政府が公的保険を成立させるのを阻止してきたとも指摘される（Hacker, 2002）。雇用主提供保険には、雇用主が自ら保険給付の全部あるいは一部を引き受ける自家保険と、保険者と団体保険契約を結んで雇用主が保険サービスを購入し、提供する団体保険も 1940 年代に大企業を中心に開始された。

1980 年代まで、ほとんどの大企業は従業員の医療保険にかかる費用の大半を負担してきた。しかし、1980-90 年代に医療費が高騰すると、徐々に企業負担では医療費を賄えなくなり、従業員の保険料負担が増えてきた。1990 年以降、雇用主提供保険の受給率は低下している。その要因として、企業を通じて医療保険を提供される資格をもつ被用者が、有資格率の低いパートタイム被用者の増加によって低下していること、また、加入資格がありながら、コスト負担を理由に、加入を辞退する被用者が増加していることが指摘されている（長谷川、2006、pp.107-108）。

さらに、企業が従業員に保険に加入させる法的義務はない⁵⁵ため、企業によって差もある。2008 年の MEPS-IC（Medical Expenditure Panel Survey-Insurance Component⁵⁶）によると、18 歳以上 64 歳以下の被用者数 100 名以上の企業の 96.3%が医療保険を提供しているのに対し、被用者 25 名以上 99 名以下の企業は 88.3%、25 名未満の企業では 77.2%しか、医療保険を提供していない。また、自営業では 65.0%が民間保険に加入し、3.1%が公的保険に加入しているものの、31.9%の人が無保険となっている。

2) 公的保険

米国の公的医療保険の対象者は、他の先進国に比較すると、限定的である。公的医療保険には、1) 高齢者（65 歳以上）、障害者（年齢に関係なく、2 年以上の障害年金の受給資格がある場合）、末期腎臓患者を対象とするメディケア、2) 低所得者を対象とするメディケイド、3) 児童のための医療保険プログラム（SHIP）がある。

⁵⁵ 2010 年 3 月に成立した医療保険法（いわゆる「オバマケア」）の下では加入義務があるものの、2013 年 10 月末現在も、完全施行に至るか動向は、不透明である。

⁵⁶ Medical Expenditure Panel Survey-Insurance Component URL
<http://meps.ahrq.gov/mepsweb/>（アクセス日 2013 年 12 月 5 日）

メディケアは、連邦政府が管理運営する唯一の公的保険である。基礎となる「パート A」（入院保険、対象は勤労期間中に社会保障税の拠出を 25 年以上行ってきた 65 歳以上の高齢者で、自動的に加入する）、任意加入の「パート B」（補足的医療保険、65 歳以上の人の自主的な加入による）、さらに 1997 年以降は財政均衡法により「パート C」（2003 年からメディケア・アドバンテージ）に分けることができる。メディケアの加入者は、メディケア（パート A 及びパート B）でカバーされない医療サービスについて、メディケア・アドバンテージ（旧 パート C）や民間保険で、別途カバーしていることも多い。

メディケイドは、連邦政府と州の共同による公的扶助プログラムで、メディケアと同様 1965 年の社会保障改正法により成立した。基本的に 1）低所得の子どもがいる世帯や障害者に対する医療保障、2）高齢者や障害者への介護、3）低所得のメディケア加入者への補助などを行っている。メディケイドは、連邦政府の指針に基づいて各州独自に運営するため、受給資格、給付のタイプ並びに範囲、給付額は異なっている。ただし、州政府が提供すべきサービス内容については、連邦政府が指針を設けており、指針に示された基礎的サービスを提供していない場合には、州政府は連邦政府からの補助金を得ることができない。

メディケイドは、公的扶助プログラムではあるものの、加入が一定の所得以下と定められているため、民間医療保険に加入する経済的余裕がなく、またメディケアへの加入条件を満たしていない場合に無保険者になる。このことが、米国では医療保険制度の課題となっている。2012 年時点で、いずれかの医療保険加入者は、約 2 億 6,300 万人で国民全体の 84.6%にあたる。一方、国民の 15.4%が無保険の状態にあり、その数は約 4,795 万人にあたる。また、無保険者の割合は人種によっても異なり、ヒスパニック／ラテン系国民の無保険者割合は特に高く、29.1%である⁵⁷。

ただし、無保険者が全く医療サービスを受けられないかというとそうではない。医療保険法は歴代の政権下で不成立だったとはいえ、医療のセイフティ・ネットを設けるため、1946 年ヒル・バートン法が可決され、連邦政府の補助金を受けている全ての病院は、無保険で治療費の支払い能力がない患者に、無償で入院治療を提供することが義務づけられた。無保険の患者を引き受けることで、患者が支払わない医療費は、保険に加入している利用者の医療費に転嫁され、さらなる医療費の高騰を招いている。

⁵⁷ (United States Census) URL

<http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/incpovhlth/2012/Table7.pdf>（アクセス日 2013 年 12 月 5 日）

3) マネジドケア

財源の公民の別のほか、医療保険はいくつかの基準によって分類される。まず、医療提供者に対する医療費（診療報酬）の支払い方法によって、「出来高払い（Fee-for-service）」と「マネジドケア」に分類される。出来高払いの場合には、保険者と医療サービス提供者の間には契約関係が存在しないが、マネジドケアでは、保険者と医師や医療機関との間に契約関係が存在し、保険者が医療提供側の診療内容を審査する仕組みとなっている。古典的にマネジドケアは健康維持組織（Health Maintenance Organization：以下、HMO）を基本とするが、その後、サービス提供の違いにより各種のサービスが成立した。契約形態による HMO 以外のプランは、主として PPO（Preferred Provider Organization）、POS（Point of Service）プランである⁵⁸。

2000 年代に入ると「消費者主導型医療プラン」（Consumer-driven Health Plan/Consumer Directed Health Plan:以下、CDHD）と呼ばれるプランも増加している。消費者主導型医療プラン（CDHD）は、受け手の医療機関の選択の自由度は高いが、保険給付までに被保険者が負担しなければならない定額控除が、非常に高く設定されている保険である。

1-3 医療保険の成立過程

米国における公的医療保険の成立は、挫折の繰り返しであった。まず、1935 年の社会保障法の成立時には、米国医師会を筆頭に民間セクターの「医療の社会化」への反対によって、医療は含まれなかった。1965 年になり、高齢者に対して何らかの対策が必要という世論の下に、米国医師会も反対を貫くことができず、ようやくメディケアとメディケイドが成立した

⁵⁸ HMO では、保険会社が、医師・医療機関を直接所有するか、契約関係にあるなど、ネットワークを形成し、事前人頭請負払いあるいは給与制で保険者が医師・医療機関に支払いを行う。被保険者は、原則的にネットワーク内の医師・医療機関以外は受診できない。PPO では、保険会社が、医師・医療機関とのネットワークを形成している点は同様であるが、被保険者が受診する際には、ネットワーク内外の医師・医療機関の選択が可能である。ただし、事後・出来高払いを行う際に、ネットワーク内の医師・医療機関を選択していた方が、償還率は高くなる。POS では、被保険者はプライマリケア医の初診を受けるが、その後専門医の診察を受ける際に、ネットワーク内外のいずれの医師の診察も受けることができる。ただし、ネットワーク内の医師の診察を受けた方が、被保険者の自己負担額は小さくなる。

(社会保障改正法 TitleXVIII)。

1973 年にはニクソン政権下で、HMO 法が成立する。この時点で既に HMO を基本とした支払いをしていた雇用主は多数いたものの、法の成立によって HMO の設立が加速していくことになった。やがて 1980-90 年代になると、小規模企業がマネジドケアに加入してきたが、加入者が受診できる医療機関の選択肢が制限されることが問題となり、それらを解消することを目的に POS、PPO などの新たな形態のマネジドケアが成長してきた。

1983 年には、社会保障法の改正により、「疾病診断関連群による定額償還払い」(Diagnosis related groups Prospective Payment system: 以下、DRGs-PPS) が可能となり、医療費の効率化を図る意味でも包括払いが増加してきた。

1-4 医療行政の概要

医療行政についてみると、1946 年以降、連邦保障庁 (Federal Security Agency) 内の公衆衛生局が、病院、研究計画、運営で主導権を握るようになっていたが、1953 年には公衆衛生局が保健教育福祉省 (Department of Health, Education and Welfare) と改組された。同省は医療教育支援法や看護訓練法を成立させるなど、徐々に人材管理の制度が成立していった。1979 年には教育部門を分離して、保健人的サービス省 (Department of Health and Human Service : 以下、DHHS) が成立し、以降、米国の医療制度を主導していった。

メディケアの財政については、保険財政庁 (Health Care Financing Administration : 以下、HCFA) が所管している。

2. レーガン・ブッシュ政権下の医療費抑制策

米国における医療制度改革は、1970年代に緒に就き、連邦政府の財政悪化に伴い、1980年代に本格化した。医療費の高騰が課題になってから、連邦政府が医療の質の評価に関心を寄せるようになった。先進技術を取り入れつつも、平等性を担保し、診療の効果と効率を目指す必要があったからである。

レーガン政権下では、連邦政府の財政赤字が深刻化してきたのに伴い、支払審査の変更や医療費の支払い方法の変更が試みられたが、医療費の抑制に大きな効果をあげなかった。この間、民間研究者が高額医療費であるにも関わらず、診療内容には大きなばらつきがあることを発見し、一部の連邦議員も積極的に診療内容に関心を寄せるようになった。やがて、議会や連邦機関も大きな関心を寄せるようになった。そして、診療内容のばらつきを解消することが、医療費の抑制にもつながるという信念を持つ、HS 研究共同体が成立した。

一方、州レベルで医療費高騰の要因とされていた医療過誤訴訟や保身医療を防止する手段としての、診療ガイドラインに医療費高騰を問題視する人々の関心が集まるようになり、連邦機関で診療ガイドラインを策定するための法案が成立した。

米国医師会が、連邦機関が診療ガイドラインを作成することには反発したにも関わらず、1990年代初頭まで、診療ガイドライン政策は連邦レベルで圧倒的な支持を得ていた。

2-1 同僚審査の登場（ニクソン政権下）

米国医療史の著者の中でも最もよく知られているスター (Starr, 1982) による記述によると、医療費高騰が国家の課題となったのは、1970年代以降である⁵⁹。1970年代当時、医療費高騰は、米国の医療水準の高さに由来するものと、国民には肯定的に受け止められていた。一方で、医療費の高騰を懸念する一部の人が、米国民が過剰な診療を受けていると認識していた。原因として、出来高払いの下、医師や医療機関が治療を最大限行って、請求額を増加させようとするためだと理解されていた。本格的な医療制度改革にはまだほど遠いものの、サービス提供を適正化するための試みがなされるようになったのは、ニクソン政権時である。1972年、社会保障法の改正により、診療内容の適切性を審査することが定められた。

⁵⁹ 1960年代にも一部には医療費を抑制しつつ、一定の質の保証を試みた事例はある。1966年の *Comprehensive Health Planning* がそれにあたる。地域に十分な施設とサービスを保障し、かつサービスの重複を防ぐためのものである。

従来、米国医師会が、メディケアとメディケイドのサービス利用について「利用審査」(utilization review)を行っていたが、公式には何の評価規準もなく、支払いを拒否する権限もなかった。1969年、ニクソン政権は、医師による「審査チーム」を指名する権限を保健教育福祉省に与え、不要な診療についてメディケアからの支払いを拒否できるように制度変更を試みた。法案は、ユタ州選出のベネット上院議員（共和党）によって提出された。米国医師会は当初は法案を支持したが、最終段階で支持を取り下げた。法案通りであると、保健教育福祉省に強い権限を与え、「治療と診断のみならず、同僚審査そのものも機械化してしまう⁶⁰」というのがその理由だった。

新たに米国医師会が提案したのは、保健教育福祉省が医学界と契約を結び、同僚審査(peer review)を行うというものであった。具体的には、保健教育福祉省が、専門基準審査機関(Professional Standard Review Organization：以下、PSRO)と契約を結び、審査を実施するというものである。ただし、同財団は実態としては、コミュニティや州レベルの医師会によって運営され、医師がコンピュータで行う入院に対する支払い審査だった。審査は、担当医から承認が得られていない入院に対して、主として患者に課金されるもの(Brown,1992)であり、医師が不利益を受けることはなかった。

形式だけとは言え、専門基準審査機関(PSRO)が同僚審査を行い、支払業務は保険財政庁(HCFA)が担当するという運営体制の成立により、メディケア／メディケイドの医療費高騰に対する対策が開始された。

しかし、詳細を十分に詰めることができないまま成立したこの法律(Social Security Act, P.L.92-603, 1972年10月成立、1974年施行)は、その後、米国医師会によっていくつか変更が行われた。例えば、審査データを連邦政府に提供しない⁶¹ことや、医師のみが審査プログラムの変更に関与可能とされるなど、専門基準審査機関(PSRO)⁶²の運営には医療専門職の権限が大きく、連邦政府の関与の余地はほとんどなかった(Starr, 1982, p.400)。この時点で、審査による医療の質の担保については、圧倒的に医師に委ねられていたのである(Bjorkman, 1989, p.55)。

⁶⁰ 1972年7月18-22日開催の第121回米国医師会年次大会(サンフランシスコ)での議論(JAMA, 1972年8月28日, vol.221, no.9, p.955)

⁶¹ データの非公開性については、患者の権利(診療情報にアクセスする権利)との関係で1979-80年頃に問題となり、患者の権利が強調される中で、一定の透明性を担保するようになった。

⁶² 専門基準審査機関(PSRO)は、2001年には、Center for Medicare and Medicaid Servicesの一部門 quality improvement organizationに変更された。

一方、マネジドケアでは、1973年にマネジドケア全般の質の評価についての組織がHMO法の一部として提案されたものの、一度は消滅し、1979年によりやうく成立をみた。その組織が、非営利、独立の「全国質保証委員会」(National Committee for Quality Assurance: 以下、NCQA⁶³)である。マネジドケア全般に対して、運営、医師の質、加入者の権利と責任、予防医療、利用審査、診療記録の6分野での評価を実施するようになった。

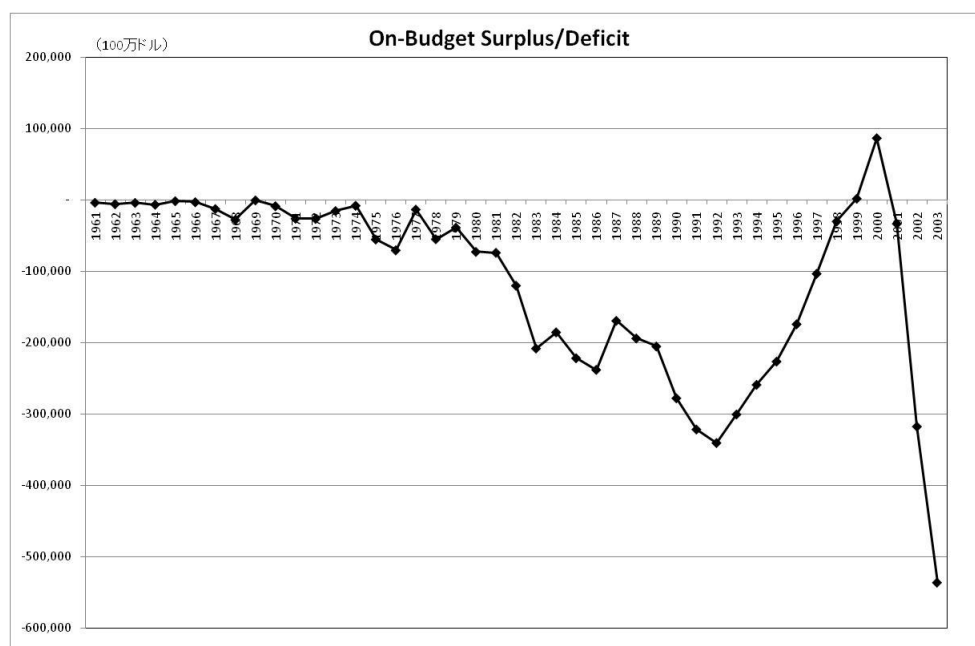
このように、医療高騰に対する対策として、メディケア／メディケイドには利用審査、マネジドケアには質の評価が導入されたが、保険者が比較的管理を行いやすいマネジドケアにおける評価でさえも、サービスの枠組みを評価対象としており、診療内容そのものについて、政府が介入する術はなかった。特に専門基準審査機関(PSRO)は、審査主体も古典的な医療専門職団体であり、審査の実施と審査によって得られる情報について医師会が独占する状況が続いた。

2-2 同僚審査の変更（レーガン政権下）

連邦政府の財政は、1970年代に赤字に転じているが、1981年1月に誕生した共和党レーガン政権期にさらに悪化した。特に1981年の大幅減税と国防費の増大によって財政赤字が増大したうえ、財政赤字が経常収支の赤字を生み出す、いわゆる「双子の赤字」の危機にさらされた。

⁶³ NCQAはAmerican Managed Care Review Association and Group Health Association of Americaが、American Association of Health Planの名称のもとに合併したものである。NCQAは、1999年にアウトカム評価を実施するようになり、Health Plan Employer Data and Information Set(以下、HEDIS)と協力して、データの充実を図るようになった。

図5 米国の財政赤字

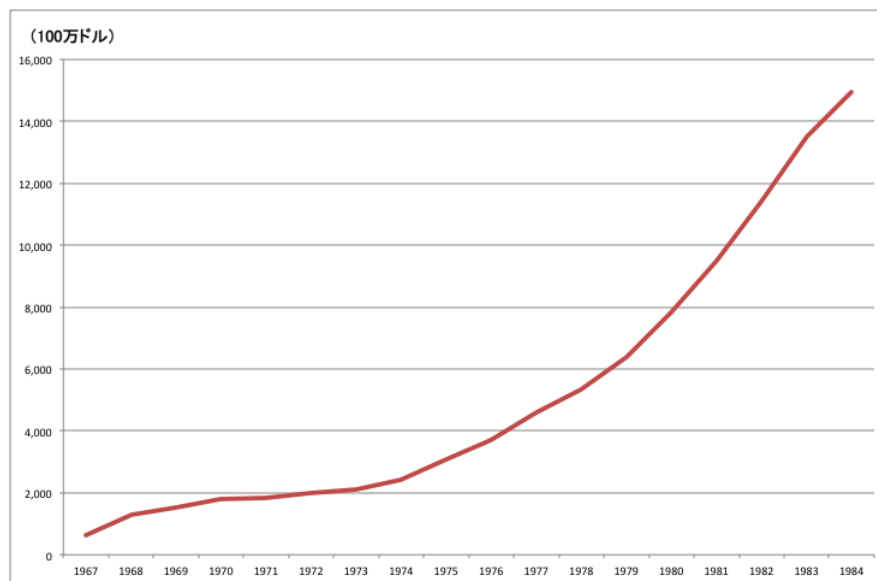


出典 Executive Office of US President

財政再建が急務とされ、解決すべき課題となったのが高騰する医療費だった。先にも述べた通り、米国の医療費は OECD 諸国の中でも最も高い水準であり、1980 年に GDP の 10% を超えてさらに高騰を続けていた。1980 年代以降、連邦議会の中でもメディケア／メディケイドの費用は重要な議題となっていた。しかし、公的医療保険の費用は、歳出予算法により毎年予算権限を付与される必要がなく、受給資格、受給金額が決められているエンタイトルメントであり、連邦政府による制御は一層困難だった。また、民間保険も伸長し、米国の企業も問題視するようになってきた（中浜、2006）。1981 年の予算調整法（Omnibus Budget Reconciliation Act）では、メディケアでの償還率の一部が抑制されることになったが、小規模な修正では効果が認められず、保健人的サービス省（DHHS）はさらにメディケア／メディケイドの医療費抑制について、より積極策を打ち出すことが求められた。1980 年代には医師の技術料増加⁶⁴も課題となっていた。

⁶⁴ この当時、メディケアは出来高払いで支払われていたが、診療費の項目は 7,000 以上にのぼっていた（The Washington Post, 1989 年 11 月 23 日、final edition）。

図6 医師の技術料の推移⁶⁵



出典 Burney, et al., 1989, p.7

このため、医療費を抑制する、より積極的手段が求められるようになった。まず、連邦政府が着手したのは、病院に対する支払い（入院費用）変更と支払い審査機関の変更だった。入院費用の抑制が、医師の技術料の抑制よりも先行して取り組まれたのは、技術料収入を直接得ている開業医の団体である、米国医師会との対立を回避するためだった。

入院医療費は、従来原価加算方式によって支払われていた。この方式により、費用が積算され、膨大になることを防止するため、新たな支払い方式として導入されたのが、疾病診断関連群（DRGs）による包括払いである。包括払いは、もともとマネジドケアで進められていたが、メディケアの入院費用をより直接的に抑制するため、メディケアでも導入が進んだ。

疾病診断関連群（DRGs）の導入を定めた法律が、1982年に成立した「税負担の公平と財政責任に関する法律」（The Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982 : TEFRA）である。翌1983年に、新しい包括払いとして、467分類の疾病診断関連群（DRGs）に基づいて、メディケア入院患者に支払いを行う定額償還払い方式（Prospective Payment System : PPS）が施行された。

また、この施行に先立ち、包括払いに合わせて医師の診療慣行を規制すべきだという考えが徐々に浸透し（Brown, 1992, pp.17-18）、同僚審査の制度にも変更が加えられた。従来の専門基準審査機関（PSRO）は、医師のみがメディケアによる入院費を審査する権限を持ってい

⁶⁵ 医師の技術料とは、診療費から運営（事務）費を除いたものである。

たため、同僚である医師の診療に、審査機関が異議を唱えることに積極的ではなかった。さらに、審査で許容される入院日数にも地域によってばらつきがあった。この二つの要因が重なり、同僚審査による医師への支払いには、抑制が効かなかったからである。

レーガン政権は、診療内容に沿って、より詳細な支払審査を実施しようとしたが、前述の通り専門基準審査機関（PSRO）は情報の占有を含め、連邦政府の制御が効かない状態になっていた。そのうえ、1983 年までに約 3 分の 1 にあたる専門基準審査機関（PSRO）が機能不全に陥っていた。このため専門基準審査機関（PSRO）を縮減し、代替的な同僚審査機関として、より連邦政府による管理が行いやすい組織、同僚審査機関（The Peer Review Organizations: PROs）を設立した（Social Security Amendments of 1983）。

同僚審査機関（PROs）では医師免許を有し、少なくとも 1 医療機関で勤務している医師 17-23 名が、自らが専門としている診療科の審査を、審査員として行うことになった（Polister, 1989, p.19）。同僚審査機関（PROs）は、データをもとに、他地域の医師の診療状況と比較して、著しく頻度が多いと判断される診療に対して、支払いを拒否すると宣言することができ、以前の専門基準審査機関（PSRO）よりも権限が強められたと言える。

1984 年 7 月に連邦政府と最初の同僚審査機関（PROs）の間に契約が成立し、同年 11 月には専門基準審査機関（PSRO）が消滅した（*ibid.*, p.18）。こうして、メディケアの支払いの審査の面に限定してみれば、他地域との比較データという、基準が採用されるようになった（The New York Times, 1985 年 9 月 24 日, late city final edition）。

一方、伝統的な自家保険でも、支払い方式を変更する動きが見られた。例えば、米国の代表的な自動車企業であるゼネラル・モーターズ社は、伝統的な出来高払い保険に対して、入院事前審査を導入した後、被保険者のマネジドケアへの加入を促進し、マネジドケアの提供メニューも充実させていった。企業が伝統的に提供してきた自家保険においても、医療費抑制のための試みが進められるようになったのである。

上記のように、1980 年代に入り、同僚審査や支払い方式の転換が図られたが、同僚審査の変更や疾病診断関連群による定額償還払い（DRG-PPS）の導入を行っても、米国の医療費が依然高騰することに変わりはなく、軍事費の抛出に伴い、レーガン政権下で連邦の財政状態が悪化した。

1980 年代後半から、医療費の抑制は、連邦政府にとって、さらに重要な課題になっていった。だが、多くの国民は「医療提供者の間に質のばらつきがほとんどないことを暗黙の前提条件」（ポーター、2009、p.112）とし、米国の治療水準の高さを信じている状況であった。

専門家の間から、研究成果に基づいた診療のばらつきについて議論が出始めたのが同時期である。

2-3 診療の「ばらつき」の議論

1) 診療の「ばらつき」の発見

国民の医療の質への漠然とした信頼を揺らがせることになったのが、質のばらつきを示唆する複数の研究成果の報道である。1984年に発表された医学研究の成果をもとに、各種メディアが診療のばらつきを報じるようになり（Wennberg, 1984）、議会も医療の質のばらつきを問題にし始めた。

診療のばらつきについての議論を主導したアクターは、政府外にいるランド研究所の研究者（医師）と大学研究者（疫学者）だった。議会から「医療サービス研究起業家」と呼ばれたダートマス（Dartmouth）大学の Jhon Wennberg（疫学）は、ニューイングランド、アイオワ州、英国、ノルウェイの診療行為を比較し、その差の大きさに言及し、「同じ領域の医師が同じ文献を読み、同じ医学の伝統を守り、同じ科学的不確実性のある処置（Procedures）について共有」（*ibid.*, p.10）するという「曖昧または不完全な科学的根拠」（*ibid.*, p.30）をもとに、医師が診療行為を行うことが原因であると指摘し、（政府で議論されているように）出来高払いが、医療費高騰の動機付けになっているのではないと主張した。また、疾病診断関連群による定額償還払い（DRG-PPS）による診療行為の内容には、患者ごとに大きな違いがあることも指摘した。そして、連邦政府に対して診療効果の研究を強化すべきだと主張した（Wennberg, 1984）。

Wennberg はジャーナルで報告すると共に、研究成果の普及のため、首都ワシントンで記者発表も行い、その席には米国医師会や上下両院の議員も出席した。中でも下院議員の Bill Gradison⁶⁶、上院議員の David Durenberger⁶⁷らは、この報告に興味を示した。また、他の議員の紹介で、Wennberg は上院議員の Georg Mitchell⁶⁸とも知己を得る（*ibid.*, p.30）。Wennberg と Mitchell のつながりは、後述のメイン州でのプロジェクトにつながり、その後の連邦政府での診療ガイドライン政策の中で重要な役割を果たすことになった。

⁶⁶ 共和党 オハイオ州選出

⁶⁷ 民主党 ミネソタ州選出

⁶⁸ 民主党 メイン州選出

また、ランド研究所の医療研究者 Robert H. Brook も Wennberg と同様に、地域ごとに診療行為に大きなばらつきがあり、不適切な外科診療が広範に行われているという研究成果を発表した (Brook, 1989)。Wennberg と Brook の研究は、連邦政府内でも注目されるようになった。ほかにハーバードの研究者による論文も米国医師会雑誌 (JAMA) に掲載されるなど、診療行為のばらつきをめぐる研究成果は、複数公表されるようになった。米国医師会も「診療のばらつきは深刻な問題」と表明するようになった (The New York Times, 1985 年 9 月 24 日、Late City Final edition)。

2) 連邦議会における法案の提出

Wennberg の研究成果に上下両院の議員が関心を示したが、彼はさらに研究を進めるため、研究者と議会に対して積極的な働きかけを行うようになった。その一つとして国立ヘルスサービス・医療技術評価研究所 (National Center for Health Services Research and Health Care Technology Assessment : 以下、NCHSR) の研究予算の拡充に活発な活動を展開した。そして、1980 年代後半になると、生物学的医学研究を中心に展開してきた国立ヘルスサービス・医療技術評価研究所 (NCHSR) の予算の拡充には限界があることを感じ、政策を志向する新しい研究機関の設立を訴えるようになった。

その後、議会内では Wennberg を支持する議員らによる複数の法案によって、医療の質のための研究と研究機関の設立へと議論が進められた。その議員の一人、上院議員 William Proxmire⁶⁹の働きにより、診療内容のばらつきについて議会で公聴会が開かれた (1984 年第 98 議会、Subcommittee of on Appropriations)。医療の質のばらつきについて研究を進める患者アウトカム研究 (patient outcome research) 推進のための法案を提出したのは、Proxmire であった。しかし、第 99 議会でこの法案は賛同を得られず、廃案となった (Proxmire が、議案を通すのに有力な委員長ポジションにいなかったためだとされる)。

再度、患者アウトカム研究の研究アイデアが法案として提出されたのは 1986 年である。保険財政小委員会委員長 Dan Durenberger⁷⁰から提案された予算案は、予算調整法 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986, Title IX, H.R.5300) の中で成立し、1987 年から 1989 年の間に研究予算額を 600 万ドルから 800 万ドルと、200 万ドル増額することが定められた。この研

⁶⁹ 民主党 ウィスコンシン州選出

⁷⁰ 共和党 ミネソタ州選出

究は、国立ヘルスサービス・医療技術評価研究所（NCHSR）の「患者アウトカム評価研究プログラム（Patient Outcome Assessment Research Program）」として、国立ヘルスサービス・医療技術評価研究所（NCHSR）のアセスメント担当チームのほか、個人の研究者⁷¹にも助成がなされた。同時にメディケアの財政を管理する保険財政庁（HCFA）にも、治療効果の研究に対するより大きな責任が課せられた（第 99 議会）。こうして、Wennberg、Brook ら民間の研究者と、彼らを支持した上下両院の議員、国立ヘルスサービス・医療技術評価研究所（NCHSR）が、診療のばらつきを解消することが、医療費の高騰を解消するという信念で結びつく、HS 研究共同体が成立した。

Wennberg の研究が注目を集めた 1980 年代半ば頃には、同時期、米国の医学界の中でも独自に診療ガイドラインを作成する動きがみられ、多くの診療ガイドラインが作成されるようになっていた。例えば、1986 年に全米麻酔学会が 9 つの研修病院と作成した、「基本的な術中モニタリングのガイドライン」（Goldsmith, 1992, p.1575）は、全米の病院の手術室に設置されていたと言われるほど普及した（Day, Klein and Miller, 1998, p.50）。また、1987 年、マサチューセッツの Medical Malpractice Joint Underwriting Association（以下、JUA）が、診療ガイドラインに従う場合には、賠償保険を 20%減額（Kelly and Swatwout, 1990, p.55）するという契約を医師との間に締結するようになり、この経験から、医学界は診療ガイドラインの有用性を知ることになった。

Wennberg と Brook の研究の中では、診療のばらつきを問題にしつつも、特に診療ガイドラインを推進したという形跡は、彼らの研究成果からは見られない。しかし、患者アウトカム評価研究プログラムの推進を支持した連邦議会と連邦政府内では、診療ガイドラインの策定を進める方向に傾いていった。診療ガイドラインの策定に向けて、連邦政府では、1986 年に設立された国立ヘルスサービス・医療技術評価研究所（NCHSR）の組織変更など、関係機関の組織変更が行われた。

1988 年、連邦議会で、メディケアの支払いを審査する「医療費審査委員会」（Physician Payment Review Commission: PPRC）は診療ガイドラインの利用を促し、1989 年の年次報告には「連邦政府が、助成、調整、評価を通じて治療効果の研究と診療ガイドライン作成支援を行うべきだ」と明記された。医療審査委員会（PPRC）は、議会に診療効果研究の潜在的な価値を繰り返し説明した。保険財政庁（HCFA）長官や Wennberg も、保険財政庁（HCFA）庁

⁷¹ 例えば、医療の質のばらつきを指摘した Wennberg には、国立ヘルスサービス・医療技術評価研究所（NCHSR）から助成がなされているとされる。

や保健人的サービス省（DHHS）の役人の後押しを受けて、何度も議会で証言を重ねた。

また、保険財政庁（HCFA）と同様に議会からの要請によって医療の質の保証について検討を重ねてきた会計検査院（General Accounting Office : GAO）は、1990 年の報告書の中で、「診療ガイドラインと診療の基準」を提言し、質の保証のための評価や監視活動を活発化すべきと（GAO, 1992）とし、メディケアの財政に対する議論の中で、「良い診療（good medical practice）」を定義し、メディケアの質保障の問題との融合を試みていた。

こうして、治療効果の研究と診療ガイドラインという二つのアイディアが連邦政府内で融合し、医療費が高騰を続ける中で、質のばらつきと診療ガイドラインをめぐる議論が、徐々に米国全体に広がっていった。

3) ブルーリボンパネルの提言

さらに、議会外にも強力なアクターが存在した。まず、ホワイトハウスのスタッフで、彼らの研究に関心を示したのは、医療政策アドバイザーの William Roper であった。Roper は、ホワイトハウスにスタッフに就任する前は、保険財政庁（HCFA）の長官を務めた人物である。メディケアの財政基盤の不安の解決策として、治療効果研究、技術評価、診療ガイドラインの普及による費用抑制に関心を寄せていた。ブッシュ大統領の就任後、1990 年予算の「医療の効率化研究」の責任者を務めた。さらに有力なアクターだったのは、大統領経験者を中心に有識者が集った「ブルーリボンパネル（Blue-ribbon panel）」である。カーター、フォード、ニクソン元大統領が共同議長を務め、医療費の高騰を問題視した経財界、学界の各方面の有力者が 1986 年の秋から 1988 年末まで議論を重ねた。パネルの答申では、医療サービスへのアクセスや財政の問題など幅広い問題に言及されているが、特に診療ガイドラインの導入による医療費の削減には、試算結果も交えて報告がなされた。報告書に示された試算によると、1990-93 年度のメディケア（パート A 及び B）にかかる 840 億ドルのうち、220 億ドルが診療ガイドラインの導入によって削減可能であるということである（The National Leadership Commission on Health Care, 1989, p.59）。また、今後の医療政策について米国学術界（American Academy Society）が設立した米国医学研究所（IOM⁷²）が、医療の質に関わる研究の優先順位

⁷² IOM は、1970 年代に設立された機関だが、1980 年代以降の医療制度改革の中で、米国のみならず、世界に影響を及ぼす機関となった。なかでも、1999 年に IOM が発表した『人は誰でも間違える（To err is human）』は、システムを構築することによって、ヒューマンエラーで発生する医療事故を防止するという新しい視点を提示し、世界で議

づけを行う必要性についても言及された。

財政赤字からの医療費の高騰への着目、そして医療費に見合った質の問題へと、議論が大きく変化してきたのは 1989 年である。研究成果をもとに議会や学界に積極的な働きかけを行ってきた Wennberg、議会内での Wennberg の支持者で上院の Mitchell 議員、下院の Durenberger 議員、ホワイトハウスで予算を担当した Roper による支持連合ができた。

このように、財政赤字からの医療費の高騰についての政治課題の登場、そして診療効果のばらつきをなくすという「標準化」の動きは、民間で作成されてきた診療ガイドラインというツールを実現することを目的として集約され、議会と政府機関が動き始めた。

4) 米国医師会の動向

先に述べた通り、医学界では全米麻酔学会が作成した診療ガイドラインが普及し、医療訴訟においての有用性を、医療専門職が知ることになった。しかし、連邦政府が診療ガイドラインを作成する動きを見せるようになり、米国医師会は国家が医師の裁量権を侵害し、医療費の抑制を重視した診療ガイドラインが普及するのではないかと警戒するようになってきた。専門職団体は、科学的な文献から診療ガイドラインを開発すべきであり、臨床的な経験を基に、信頼できる方法論で開発すべきであると主張するようになった。さらに、広範に利用可能なものとするべき (*ibid.*, p.56) であるとも主張するようになった。米国医師会は、1989 年にこの原則を米国医師会の意思決定機関である代議員会で決議し、連邦政府に対する警戒感をさらに露わにしていった。

米国医師会は、そもそも「guideline」という言葉自体に反発を示しており、医師の裁量権をより強調し、ガイドラインに示された内容以上に個々の医師の判断に許容範囲があることを示すため、「practice parameters」という用語を一貫して用いている。「practice parameters」とは、米国医師会の定義によれば、1) 患者の医学的管理のために一般に許容されている基準、2) 特定、あるいは一定の幅はあるものの、有効 (strategy) である可能性があることを確認されており、患者の医学的管理のための推奨される内容、すなわちガイドライン、3) 診療の選択肢や助言など、患者の医学的管理に有効なもの (Hirshfeld, 1991, p.2886) であり、「幅広い多様性のあるアプローチ」 (Hirshfeld, 1990, p.1990) であるとしている。米国医師会を代表して、Hirshfeld は、「診療ガイドラインが強制的な診療基準となると、医療の進歩の革新や普

論となった。

及を妨げる可能性がある」と懸念を表明している（Rosoff, 1995, p.385）。また、「診療ガイドラインは、単に本棚のホコリを集めただけのもの」が多く、「日々の診療の産物」ではないという評価も米国医師会員の中にはあった（Jesse, 2002, p.171）。

また、米国医師会は、医療専門職団体と連携して自ら診療ガイドラインを作成する試みをはじめ、1989年10月、医師会の「品質保証局（Office of Quality Assurance）」の中に「診療基準部（Department of Practice Parameters）」を設置した（JAMA, December 22/29, 1989, vol.262, no.24, p.3401）。11月、米国医師会は22学会と協力協定を結び（Specialty Society Practice Parameters Partnership）、独自に診療ガイドライン作成に動き出した。22学会は、以下の表の通りである。

表6 独自に診療ガイドライン作成に取り組んだ学会

1. 米国アレルギー、喘息、免疫学会	12. 米国予防医療学会
2. 米國小児・思春期精神科学会	13. 米国放射線科学会
3. 米国眼科学会	14. 米国リウマチ学会
4. 米国整形外科学会	15. 米国外科学会
5. 米国耳鼻咽喉科（頭頸外科）学会	16. 米国産婦人科学会
6. 米國小児科学会	17. 米国老年学会
7. 米国神経筋・電気診断学会	18. 米国精神医学会
8. 循環器学会	19. 米国消化器内視鏡学会
9. 救急医療学会	20. 米国麻酔科学会
10. 米国産業・環境医療学会	21. 米国泌尿器科学会
11. 米国内科学会	22. 米国病理学会

出典 Woolf, 1990, p.1814

米国多くの学会がこうして、米国医師会と共に、連邦政府とは別に、診療ガイドライン作成に動き出した。米国医師会は、様々な場所ではランド研究所とも協力し、診療ガイドラインの開発方法などについて研究を進め、診療ガイドラインの策定に必要な情報を収集していた（Woolf, 1990, p.1815）。ただし、連邦政府が策定したガイドラインと米国医師会の主導で策定したガイドラインの違いを、米国医師会は明確にする努力はしていなかったとされる（Day, Klein and Miller, 1998, p.51）。

2-4 診療ガイドライン政策の成立

1989年に誕生した共和党ブッシュ政権は、レーガン政権から財政赤字を引き継いだ。財政赤字を背景とする医療費抑制の議論の中で、急速に連邦レベルで診療ガイドラインを定める動きが加速してきた。1989年1月、診療効果の研究拡大を支援するために、5,200万ドルの予算が配分されることが明らかにされた（Gray,1992, p.46）

1989年春には、診療効果に対する研究のための公式な機関の設立と診療ガイドラインの策定のために、上院と下院で、共和党、民主党双方から4つの異なる法案が提出された。それらは、治療効果の研究に関するもの、医療の質の向上に関するものなどアプローチが異なるが、重複のある部分は委員会での審議を経て調整され、Willis D. Grandison⁷³が提出した「医療ケアの質に関する研究と質の向上に関する法（Medical Care Quality Research and Improvement Act of 1989）」⁷⁴（HR1692）や、治療効果の研究の推進と共に研究機関を創設することを盛り込んだ Henry A. Waxman⁷⁵の法案（Kennedy 法案）⁷⁶があった。このうち、Kennedy 法案は、既に10月12日に労働人事委員会（Labor and Human Resource Committee）に提出された「包括予算調整法（Omnibus Budget Reconciliation Act of 1989 (S.1750:OBRA)）」⁷⁷に盛り込まれていたため、最終段階で同法に盛り込まれる形で終結した。

包括予算調整法（OBRA）には、診療効果に関する研究を推進し、診療の効果の測定をすることと、さらに、国立ヘルスサービス・医療技術評価研究所（NCHSR）を拡大して組織変更を行うことで、診療ガイドラインを作成する連邦機関「医療・政策研究局」（US Department of Health and Human Services, Agency for Health Care and Policy Research：以下、AHCPR）の設立が盛り込まれた。12月には、患者の治療効果の研究プログラムが拡大され、メディケアのパートA及びBの治療効果データの再編、測定方法の開発、評価、医師の診療パターンの効果の評価などが実施されることになった。そして、最初の長官には、国立ヘルスサービス・医療技術評価研究所（NCHSR）の長官から異動した Jarrett Clinton が就任した。

このように、1989年には、診療ガイドラインを策定する連邦機関 AHCPR が設立されるこ

⁷³ 共和党 オハイオ州選出

⁷⁴ 1989年4月5日成立。91年実施。1990年には7,200万ドルの予算を成立させ、1994年には2億7,000万ドルに予算が拡大された。

⁷⁵ 民主党 カリフォルニア州選出

⁷⁶ 審議過程で Sen.Edward M. Kennedy（民主党 マサチューセッツ州選出）（11月21日に提出）法案と調整される。

⁷⁷ Waxman の法案（Kennedy 法案）にほぼ従い、新たな機関の創設が盛り込まれている。

とが決められ、診療ガイドラインの法制化は各アクターから支持を受け、「政治運動の焦点」(Woolf, 1990, p.1813) であった。

ここまで、診療のばらつきが、専門家によって明らかにされ、議会内外の政治課題として浮上してきたことを述べた。そして、党派を超えた議論により、治療効果の研究を進めることに合意され、研究を主導する新たな連邦機関が設立された経緯を検討した。

先に Mitchell 議員が、メイン州のプロジェクトで活躍したことに触れたが、連邦政府内での診療ガイドライン策定が強力に進められた背景には、複数の州で試みられたプロジェクトがあった。それらを明らかにするため、州の動きをみる必要がある。

2-5 保身医療の防止手段としての診療ガイドライン

上述の通り、連邦政府は、診療効果 (outcome) 研究を充実させるため、新たな研究機関を設立し、診療ガイドラインの発刊に至った。

しかし、1990 年代になると、米国の医療費を高騰させている、もう一つの原因として、医療過誤訴訟を回避するための「保身医療」の存在についても、議論が及ぶようになった。そして、ここでも、診療ガイドラインが保身医療を防止し、医療費抑制につながる手段として、医療費抑制を目指すアクターの注目を集めることとなった。

もともと米国は医療訴訟が多いことで知られるが、そうした訴訟の中で、医師側に何らかの「過失」があったのか、あるいは適正な診療の末に避けられない問題が起きたのかについては、医療訴訟を通じてケース・バイ・ケースで専門家の証言を得て実施されてきた。訴訟のような不測の事態が発生した場合に備えて、自らを保護するための有力な記録を得ておくために、医師はあらゆる可能性に対応した診療（特に検査）を提供する傾向にあった。結果として過剰な医療が行われる傾向にあり、それらは医師自身を守るための「保身医療 (defensive medicine)」と呼ばれるようになった。

保身医療が政策上の争点として浮上してきたのは、それが医療費を増大させていると指摘されるようになったからである (Morton, 1995)。例えば、連邦議会の技術評価局の試算では、1994 年時点で医療行為のうち 8 % は保身のために行われている (The New York Times, 1994 年 8 月 19 日, late edition, final) としている。また、米国医師会は、1992 年時点、全米で 150 億ドル (Business Insurance, 1992 年 3 月 22 日)、1994 年時点で 400 億ドル (The New York Times, 1994 年 8 月 19 日, late edition, final) が保身医療のために費やされていると試算した。

保身医療に対する医療費の高騰に対して、いち早く実験的な試みを始めたのがメイン州であった。メイン州では、1983年に内科医らが運営するメイン医療相互保険会社(Medical Mutual Insurance company of Maine)で診療ガイドラインが定められた。このガイドラインは医師が同僚を訴訟から守ることを目的に診療基準を定めたものであり、周産期医療、麻酔科、乳がんの診断基準、救急医療の分野に渡る。このうち、麻酔科のガイドラインは、麻酔科学会で取り上げられ、全米規模での麻酔科関連の訴訟に用いられるようになった(Morton, 1995)。メイン医療相互保険会社の動きは、保身医療による医療費の高騰を問題視していた財界や労働者の注目も集めることになり、医療関係者と共に Round Table coalition を形成⁷⁸した。

Round Table coalition は、メイン州政府を動かすことになり、診療ガイドラインを法的に執行する草案が作成された。特に訴訟件数が多い、麻酔科、救急医療、産婦人科、放射線科の4診療科が選ばれ、その中でも訴訟に発展しやすい17分野が定められた。医師が診療ガイドラインを順守することによって、不測の事態が発生した場合でも、医師が訴訟にかけられないと定めることが目的である。訴訟のリスクを減らすことによって、医師が過剰診療を行うことを防止し、保身医療による医療費が削減されると期待された。

メイン州では、これらのガイドライン順守の法案を策定するため、設置された医療専門家会議(medical advisory committee)によって、原案が作成され、メイン州の医療登録局及び整骨医(Osteopathic)試験登録局にて、承認された。この「メイン州デモンストレーションプロジェクト」法案は1990年に州議会を通過(24 Me Rev Stat § § 2906-2978)して成立し、1992-96年に実施することになった。法案の通過には、メイン州医師会の支援や、民主党、共和党両党の州議会議員の後押しもあった。

プロジェクト実施中、診療上不測の事態が起きた際には、訴訟に進む前に予備的な審査が実施され、州で策定されたガイドラインが守られていたかどうか審査されることになった。1992年初頭には州内の80%、1994年時点では州内の90%の医師がこのプロジェクトに参加し、参加した医師らは、患者らが訴訟を提訴しても、「私は州の診療ガイドラインに従った」と宣誓することにより、訴追を回避することができるようになった。

同様に州によって診療ガイドラインを定め、医療過誤訴訟を防止するためや、起こされた訴訟を有利に進めるための保身医療を防止するための試みは、とりわけ医療費の上昇による経済成長の鈍化を懸念する経済界の注目を集めて他州にも広まり、ヴァーモント州、フロリ

⁷⁸ 参加者は、メイン州商工会議所、企業(industry)、メイン州 Blue Cross/Shield、メイン州病院協会、メイン州医師会、メイン救急医療連合(GAO, 1993, p.19)。

ダ州、ミネソタ州等にも広まった（Business Week, 1993 年 4 月 5 日, p.66）。

これらの診療ガイドラインを準法令として策定した各州での費用削減の効果については、定かではない⁷⁹。しかし、州で実施された診療ガイドラインによる保身医療の防止というアイディアに連邦政府が注目し始め、診療ガイドライン政策は、連邦政府の争点となっていくた。

保身医療の実施による医療費の上昇と技術評価の側面からの診療ガイドラインへの注目に對して、連邦レベルで同種の取り組みを行おうと、このアイディアに注目したのが、当時米国の医療制度改革を主導していたヒラリー・クリントン（Business Week, 1993 年 4 月 5 日, p.66）だった。

以上のように、医療費高騰の議論から診療のばらつきが発見され、治療効果の研究が連邦機関で実施された。そして、州レベルで課題となっていた医療過誤訴訟と保身医療の防止のために、診療ガイドラインの遵守によって医師を訴訟から守るというアイディアが連邦政府に流入していった。

ばらつきを発見し、治療効果の研究の実施にまで一貫して中心的な立場にいたのは、民間の疫学者（大学、ランド研究所）達であり、それを支持した上下両院議員、連邦機関も患者の治療評価の研究を推進して、HS 研究共同体が形成された。

一方、米国医師会は、連邦政府による診療ガイドラインには強く反対し、米国内の代表的な学会に協力を求めて、独自に診療ガイドラインを発刊しようと試みた。米国内の主要学会は、このように、HS 研究共同体とは異なる場所で独自に診療ガイドラインを作成していた。

⁷⁹ 保身医療を防止するための診療ガイドラインを最も早く導入したメイン州は、一般的に医療過誤訴訟も多くない。ロソフによれば、彼の原稿執筆時点までにガイドラインに関わるような訴訟は起きていない。ただし、医師が過剰診療を改める傾向はみられており、保険会社は医療過誤訴訟に関わる医療費の増加分を 0.5% 程度削減できると期待しているということである（Rosoff, 1995, pp.389-390）。

3. クリントン政権下の医療制度改革

選挙戦から「国民皆保険」の実現を公約に掲げたクリントン大統領は、当初国民から高い支持を得たが、やがて支持を失い、その構想も断念せざるを得なくなった。レーガン大統領から大きな財政赤字を引き継いだクリントン大統領は、国民皆保険の挫折後、共和党政権と同様に医療費抑制の試みを続けた。

この間、連邦機関では順調に診療ガイドラインを発行していたが、やがてガイドラインに示された内容に医学界からも反発が出るようになった。特に 1994 年の「成人の急性腰痛」のガイドラインには、腰痛手術を主に実施する学会から、強力に反対された。そして、野党となった共和党も巻き込んで連邦機関存続の是非が問われ、診療ガイドライン政策は挫折し、連邦政府の役割も、診療ガイドライン情報の収集と公開に限定されることになった。

3-1 州レベルから連邦レベルになった診療ガイドライン政策

メイン州での試みについて、連邦政府の公式文書の中で最初に触れられたのは、会計検査院（GAO）である。会計検査院（GAO）の施策評価手法局（Program Evaluation and Methodology Division）は、メイン州の医療評価財団が帝王切開の診療ガイドラインを導入したことによって、医師の診療パターンが変化したことに注目し、1）国が策定した診療ガイドラインによる診療基準の設定、2）質の確保のための活動を支援するデータの強化、3）質の確保と地域レベルでの質の保障を進めること、4）国のシステムの開発、施行、監視の開発、を提言した。提言は、メイン州の法案の通過と同時期になされた。さらにメイン州のプロジェクトを評価し、その詳細を研究した報告書を発表した（GAO, 1993b）。

1980 年代後半には、メイン州で保身医療防止のための診療ガイドラインの法制化に尽力し、医療のばらつきについての研究で成果をあげた Wennberg とも接点をもつ Mitchell 上院議員も診療効果研究のための複数の法案を提出するなど、研究機関の設立と診療効果研究予算の増額に対して、共和党、民主党双方の議員が複数法案を提出する状況となった。また、Wennberg はが、ヒラリー・クリントンの依頼を受けて、クリントンの医療保険改革に、関わることになった。

連邦政府機関による医療費と質、治療効果についての議論が、連邦議会で具体的に診療ガイドラインの策定へと動き出したのが第 101 議会である。この中で、政治家や財界などの有

識者からなる委員会において、不適切、不必要な医療についての懸念が表明され、米国内科学会等が医療の質について、「明確に国の規準を定義すべきであり、費用対効果に焦点をあてた医療の適切性の評価を行うべき」との見解を示した。さらに労働組合（AFL-CIO）も医療の診療基準が必要との見解を示した（下院、いずれも9月23日の証言）。こうして、連邦の機関も含めた、医療専門職、財政等の専門家、労働組合という医療保険に関係するアクター間で、1988年の末までには連邦レベルで診療の規準を定め、高額な医療費に対して費用対効果を高めることにほぼ合意ができていたと言ってよい。

診療ガイドラインの作成は、AHCPRの「質と医療の効率性局⁸⁰」が実施することになった。そして、診療ガイドラインの開発は進み、1991年の1月1日には、「急性期の疼痛」等3種類の診療ガイドラインを公表するに至った。

AHCPRがこの後、公表したガイドラインは、以下の19種類である。

表7 AHCPRが公表した診療ガイドライン

1. 急性疼痛の管理（1992年2月）
2. 成人の尿漏れ：急性期及び慢性期の管理：1996年改訂（1996年3月）
3. 成人の褥瘡（1992年5月）
4. 成人の白内障（1993年2月）
5 a. プライマリケアにおけるうつ症状（1993年4月）
5 b. 大うつ病の治療（1993年4月）
7. 鎌形赤血球病（1993年4月）
8. 前立腺肥大症：診断と治療（1994年2月）
9. がんの疼痛管理（1994年3月）
10. 不安定狭心症：診断と治療（1994年5月）
11. 心臓の異常：左心室収縮期不完全患者の評価とケア（1994年6月）
12. 小児の浸出性中耳炎（1994年7月）
13. マンモグラフィーの精度管理（1994年10月）
14. 成人の急性腰痛（1994年12月）
16. 卒中後のリハビリテーション（1995年5月）
17. 循環器リハビリテーション（1995年10月）
18. 禁煙（1996年4月）
18. 禁煙 2000年改訂（2000年6月）
19. アルツハイマーと関連認知症の認知と初期評価（1996年11月）

⁸⁰ AHCPRは、ほかに、内外調査局、技術評価局、データ開発局等の部局を持つ。

出典 URL <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK52467/> (アクセス日 2013 年 9 月 28 日)

診療ガイドラインの法制化の動きが公になるにつれて、専門職団体（米国医師会、米国内科医学会）は、効率化を求めるこのような機運は必要なサービスの制限につながり、高齢者と障害者のケアについて合理化をもたらすのではないかとの懸念を表明した（*American Medical News*, 1989 年 8 月 18 日, no.1）。しかし、連邦政府による診療ガイドラインは、民主党クリントンにも、引き継がれていった。

3-2 クリントン政権の国民皆保険改革

クリントンが大統領選を目指す中で、国民皆保険が登場したのは、ペンシルヴァニア州上院補欠選挙で国民皆保険を掲げた無名の民主党候補が、1991 年、有力共和党候補を打ち破った事件に始まる。クリントン医療保険改革の一連の過程で、「フォーカシングイベント」として多く言及されている。

この事件の後、民主党内では、カナダの国営医療保険⁸¹をモデルとしたシングル・ペイヤー（single payer）案、穏健派のペイ・オア・ペイヤー（pay or payer）案が登場してきた。クリントン自身は、経済学者エンターベン⁸²の議論をもとに「管理された競争」案を提示して、1992 年の大統領選で勝利した。

医療保険改革の背景には、スコッチポルが「レーガンの遺産」（Skocpol, 1996, p.174）と名付けたように、共和党政権以来の財政赤字があり、解消のために増税が必要とされていた。クリントン大統領候補の医療保険改革案は、連邦が規制して、雇用主に保険を義務化することにより、費用対効率を高め、皆保険を実現することを目指しており、無保険者に保険を提供する半面、メディケア／メディケイドの保障の大幅な削減も盛り込まれていた。だが、クリントンは、医療保障の削減など国民に不利益と捉えられる言葉を回避して、政府支出も明確に示さず、「管理された競争」を前面に国民にアピールした。

1993 年 1 月、クリントン政権が誕生した。大統領に就任したクリントンは、すぐさま医療

⁸¹ 英国の NHS とほぼ同様だが、租税を財源に州が保険者となっている

⁸² Alain Enthoven (1930-) 米国ランド研究所出身の研究者の一人で、マクナマラ国防長官時代にペンタゴンで大きな影響力を持った。その後、医療問題に関心を移し、主として医療における競争原理の導入の研究が知られている。NHS の内部市場の提案のほか、米国のクリントン改革の「管理された競争」もエンターベン アイディアによるものである。

改革タスク・フォースを組織し、その長にヒラリー・クリントンを任命し、選挙戦当時からスタッフに加わっていたコンサルタントのイアン・マガザイナーを中心にすえた。タスク・フォースは紆余曲折を繰り返しながら、同年の5月に解散となったが、その後、ホワイトハウスのスタッフ、財務省や起草担当者により法案がとりまとめられた。ブッシュ前大統領の指名で AHCPR の長官となった Jarrett Clinton も、タスク・フォースに求められる情報を提供し、この改革案に貢献した。法案は、9月20日に提出（Health Security Act, H.R.3600/S.1757）され、9月22日の議会演説でその全容が示され、11月には議会両院に提出された。当初、国民に高い支持を得て、AARP（全米退職者協会）、全米看護協会、米国内科医会等の利益団体からも支持を得ていた。

このような、国民の高い支持を一気に失う事態が発生したのが、1994年の初頭だった。クリントン大統領は、1994年の年頭一般教書演説で、国民皆保険を保証しない法案に対して拒否権を発動することを約束した（1994年1月25日、一般教書演説）。しかし、経済学者フリードマンらが反対し、「管理された競争」という言葉に示された雇用主の保険加入義務化に対して中小企業が反発、さらに、米国医療保険連盟（HIAA）が反発するようになった。初期には世論を考慮して支持していた米国医師会も、政府が医療を「管理する」と読める改革案が具体化されていくにつれて、反対の態度を強めていった。

医療保険改革に、多くの利益団体が反対を表明しているなか、クリントン大統領は、他の事案にも力を入れざるを得なかった。実際、NAFTA（北米自由貿易協定）やホワイトウォーター事件の対応に多くの時間を割かれた。そして、ホワイトウォーター事件の影響を受け、クリントン大統領の支持率も急速に低下していった。

この状況を打開するため、民主党内では「規制」を強調せず、より市場主義的な改革案（例えば、クーパー上院議員が提示した「クーパー案」等）など、クリントン大統領の改革案の妥協案が複数提示されが、いずれも本会議に上程する法案をまとめるに至らず、1994年9月26日、議会の会期終了により、廃案となった。米国民は原則論としては包括的な医療改革を望んだが、各論では様々な部分に強力に反対したのである（Skocpol, 1996, p.42）。

また、国民皆保険の失敗と同時に、法案の中に盛り込まれた医療保障の効率化を図るメディケア／メディケイドの削減案なども消滅してしまった。医療保険改革そのものについては、クリントン大統領の試みは、後に自身が「完敗」と呼ぶ（クリントン、2004、p.241）ほどの挫折だった。

だが、後に個別に成立していったものも複数ある。例えば、児童に対する医療保障（SHIP）

はその一つである。さらに、皆保険の失敗により、メディケア／メディケイドの削減の道を断たれて以降、むしろ残された手段として、医療過誤紛争の防止等の観点からの医療費の抑制と質の問題の議論は進んでいった。1,368 ページに及んだクリントン社会保障法案の中で、タイトルVのセクション 5301-5312 にあたる部分は「医療過誤責任」について、解決の方策が示されていた。この部分については、他の過失責任（tort）改革の提案よりも、ずっと穏便な内容（Congressional Research Service: The Library of congress, 1994 年 3 月 7 日）が示されていた。例えば、裁判の代替的な調停方法としての ADR（裁判外紛争解決手続）や、先のメイン州における、診療ガイドラインによって保身医療を回避するパイロットプロジェクト等が示されたのもこのセクション（§ 5312）である。

クリントン政権の医療制度改革の中で、医療過誤のコストがどのように位置づけられていたかの手がかりは、クリントン大統領就任時の 1993 年の米国経済白書の中にもあり、医療過誤紛争の解決手段として、「連邦政府はまた、州によって採用された場合、法廷において職務怠慢を判断するために州が利用し得るヘルスケアのガイドラインと質的規準を作成する現在の努力を一層強化するであろう」とされ、法制度がこのような規準に頼ることになれば、「医師は保身医療をする必要がもはやなくなるであろう」と、診療ガイドラインによる保身医療の防止、医療過誤訴訟の減少に対する期待がみられる。同時に、診療ガイドラインという基準を、医師に提供できることによって、ケアの質が改善するであろうということにも期待を寄せている。

このように、診療ガイドライン政策は、診療のばらつきをなくし、治療効果を高めるための手段として、また、保身医療の防止の手段として、連邦政府の政策としての重要性を高めていった。

3-3 連邦の診療ガイドライン策定の挫折

クリントン政権では、医療保険制度改革案の中で、AHCPR のガイドラインを用いてメイン州と同様の医療訴訟のパイロットプロジェクトの実施が提案された。また、AHCPR は、同時期に EBM の手法を取り込んで診療ガイドラインを作成する事業を開始した。1990 年代の初めから、英国 NHS の研究開発戦略や米国医学研究所（IOM）の研究成果等により、過去に蓄積されたデータの評価の方法や、どのエビデンスを「科学的」とみるかなどの議論が、医学の国際的な潮流の中でコンセンサスを得てきていたのである。

ブルーリボンパネルの中で、今後の役割の重要性を指摘された米国医学研究所（IOM）は、診療ガイドラインを定義し、EBMによる診療ガイドラインとは何か、という点も明らかにした。米国医学研究所（IOM）による診療ガイドラインの定義は、「特定の臨床状況において、適切な判断を行うために、臨床家と患者を支援する目的で系統的に作成された文書」（IOM, 1990⁸³）であり、国際的にも広く普及している。

また、AHCPR が、米国医学研究所（IOM）の成果を踏まえながら EBM の「根拠」となる部分についてのエビデンスの強さを整理した（表 5）。ここで最上位のエビデンスとされている「複数の無作為化比較試験のメタ分析」は、後述する（第 3 章）A. コクランが国際的に高い評価を受けてから、科学研究の「黄金律（gold standard）」（IOM, 1998, p.15）と呼ばれるようになった「無作為化比較試験（randomized controlled trial：以下、RCT）」を発展させたものである。

表 8 米国 AHCPR によるエビデンスのランク付け

I a	複数の無作為化比較試験のメタ分析による
I b	少なくとも一つの無作為化比較試験による
II a	少なくとも一つがよくデザインされた非無作為化比較試験による
II b	少なくとも一つの他のタイプがよくデザインされた準実験的研究による
III	比較研究や相関研究、症例対照研究など、よくデザインされた非実験的記述的研究による
IV	専門委員会の報告や意見、あるいは権威者の臨床実験

出典 AHCPR, 1993, Clinical Practice Guideline No.1, Acute pain management, p.107 Rockvill,

このように、EBM による診療ガイドラインが、全米で、また国際的に具体的な形を整えていくと、医療界ではそれに反発する動きが見られるようになった。これらの動きに対して、米国医師会は「習慣的に行われている診療をエビデンスとすべき」あるいは「臨床家に受け入れられている権威を考慮すべき」と主張して、同様に反発を示した（Rosoff, 2001, pp.340-341, 原出典 American Medical Association, 1993）。

さらに、各専門学会からもガイドラインの有効性に対する反発が上がるようになってきた。1993 年には、白内障手術の大半を不要とした AHCPR のガイドラインに対し、検眼士と眼科

⁸³ Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program, M.J. Field and K.N.Lohr (eds.), D.C.: National Academy Press, p.38

医が反対を唱えた。このガイドラインに従うとメディケア患者の手術件数は 30%減少するであろうと見込まれた⁸⁴。米国の眼科学会（1980 年設立）は、学会誌などにガイドラインの有効性について問う論文を掲載したが、この時点では大きな動きにはつながらなかった。

AHCPR のガイドラインに決定的な打撃となったのは、AHCPR が発行した 15 番目の診療ガイドラインにあたる、「成人の急性腰痛」ガイドライン（1994 年発行）である。このガイドラインは、腰痛への対応として行う 90%以上の脊柱手術は不要であり、通常は手術を行わないままでも 6 週間で痛みが治まると結論づけた。

この診療ガイドラインに反発したのが、外科医を中心とした北米脊柱学会（North American Spine Society、1984 年設立）と、その外科医らが設立した患者会（The Center for Patient Advocacy）だった。本ガイドラインの成果は「痛みが治まることと手術の必要性を混同しており、患者に混乱を招く」とし、ガイドライン作成に携わった医師らがバイアスのかかった結果を公表した「馬鹿げた」研究成果であると批判を強めた。学会理事の Neil Kahanovitz は、腰痛のガイドラインのようにバイアスがかかった研究成果を報告する「無駄な機関を排除する」必要があると主張した（The New York Times, 1995 年 9 月 14 日）。

もともと連邦機関が策定する診療ガイドラインに反対の立場を表明していた米国医師会の James Todd 副会長は、診療ガイドラインのことを、「医師会では何らかの治療を可能とする選択肢の範囲を定めた『パラメーター』と呼ぶことを好む」と、改めて医師会の立場を表明した上、「（このような診療ガイドラインが公表されたとしても）なお、個々の医師が治療を選択するのだ」という見解を示した（The New York Times, 1992 年 3 月 6 日, late edition, final）。

米国人では国民の 80%が腰痛を経験し、MRI 等の最先端の検査機器の診断結果に基づいて手術が行われている。「手術不要」と結論づけた AHCPR の診療ガイドラインは、正にこの手術こそを専門領域とし、生業とするサブスペシャリティ学会の医師たちにとっては、自分たちの職業領域が否定される大きな衝撃だった。

一方、北米脊柱学会がガイドラインに反発したとはいえ、他の専門家の間ではガイドラインはおおむね好評だった。例えば、米国外科学会はこの成果を支持（The Dallas Morning News, 1995 年 9 月 3 日）しており、世界的に信頼性の高い医学ジャーナル誌 New England Journal of Medicine でも、MRI などの高度医療機器で「異常」に見える場合でも脊柱を手術する必要性が必ずしもないという結果が公表されていた。ハーバードメディカルスクールの整形外科元

⁸⁴ ワシントンポスト紙の報道によると、白内障の手術件数は、1991 年から倍増して 64 万件で、平均費用が 515 ドルとのことである。

教授も「ガイドラインは『入手可能な最善の科学の結果』である」と強調し、ガイドラインを批判する医師たちは収入のことを心配しているのだと述べる等、同じ医学界の中で評価が分かれていった。

同様に、政府内でガイドライン作成に関わっている専門家の間にも、北米脊柱学会の見解に異論を唱える意見が複数あった。例えば、AHCPR の活動に関わる米国家家庭医協会の Doug Henley は、「AHCPR がなければ、医療費がより高騰して、効果は薄れる」と主張した。また、医師の支払審査委員会（Physician Payment Review Commission）は、AHCPR を診療ガイドラインの信頼性を高めるのに貢献したと評価、一連の医療の質と効率性の問題の政府内アクターである会計検査院（GAO）も、AHCPR の診療ガイドラインは医師の 41% が使用しているとの調査結果を公表して、医学界における普及の高さを訴えた（The Dallas Morning News, 1995 年 9 月 3 日）。

このように医学界の中で見解が分かれたが、AHCPR のガイドラインが科学性や効果の面で具体的にどのような問題があるのかについて、北米脊柱学会は、学会発行のジャーナル「Spine」の中で、「AHCPR の文献レビューの量が少なく、エビデンスが十分ではない」と批判し（White et al., 1994, pp.109-110）、ジャーナリズムに対して、声高に訴えている。だが、北米脊柱学会は、それに代わって同僚審査を経るようなジャーナルの中で研究成果を発表して、科学の側面で反論を展開したわけではなかった。

しかし、ガイドラインへの反発から、北米脊柱学会は AHCPR の予算削減を目的としたロビー活動を展開した。この動きに同調したのが、テキサス州選出の共和党議員 Sam Johnson と Henry Bonilla である。彼らは、巨額の研究費が投じられている AHCPR が発行した診療ガイドラインは、診療行為を効率化することに寄与しておらず、税金の無駄遣いであると批判を行った。

共和党内では、さらに、政府の適切な役割、医療費削減に関わる利害が争点化されてきた。第 103 議会以降、民主党クリントン政権下で、下院議会では共和党が多数党となっており、活動も勢いを増していた。共和党内で具体的には、AHCPR をはじめ、医療の質と効果に関わる政府内の研究に対する巨額の費用が問題にされていった。

会計検査院（GAO）も 1995 年の報告書の中で、AHCPR が作成した診療ガイドラインについて、利用しにくさを指摘し、検討を促した。ただし、科学的根拠の正しさについては言及はしていない（GAO, 1995a, p.p.5-6）。連邦議会の支払審査委員会（Physician Payment Review Commission）も、議会に提出した年次報告書の中で、ガイドラインそのものは一般的に診療

の質の向上にはつながらず、より広く専門職と連携する必要性を強調した。さらに米国議会の技術評価局も、AHCPR の効率性研究は「恐らくは費用削減にならない」と言及し、1989 年には一斉に賛同した各機関が、診療ガイドラインに対する失望と AHCPR に投入されている巨額の研究費に懐疑を示すようになった。

共和党が動き出したことに対し、保健人的サービス省（DHHS）は、AHCPR を擁護しようとしたものの、コントロール不能なまま、第 104 議会が開始された。議会では、AHCPR の予算と効率性が議論された。Mitchell 上院議員ほか、AHCPR の設立に尽力した議員らは、既に議会を去っており、議会内には AHCPR の擁護者は少なかった。何億ドルという予算が投入されていたにも関わらず、医療の提供体制や財政に AHCPR が果たす役割は明確ではなく、クリントン政権において「AHCPR は正式な役割がない」という批判も出された。その一方、設立に貢献した議員の論文を引用しつつ、「ガイドラインによる医療費の削減効果が数千万ドル」に上っており、AHCPR のガイドライン策定予算の削減により、医療費全体に大きな影響を及ぼす点も主張された。

この間、政府は共和党議員の要求に応じ、腰痛ガイドラインの作成に関わった外科医 Biogs 医師ら 23 名の委員について調査を行い、委員にはガイドラインの結果を歪めることにつながる不法行為がないとの結果を明らかにした。AHCPR は、手法に対する批判に対して、議会では、批判を受け止めて各学会等との対話とパートナーシップを築くと共に、データ収集の点で他機関と重複していた部分を解消したこと等を訴えて立場を明らかにし、10 月には Evidence-based Practice Initiative を設立し、「医療提供者のための診療ガイドラインの開発」を強調した。また、12 月には、開発する診療ガイドラインのテーマについて公募するという手段を取った。

また、医療保険に関する機関や専門職も、AHCPR の存続自体は支持していた。例えば、米国医療保険連盟（HIAA）や Association of American Medical Colleges（AAMC）、また、米国医師会の代議員会も AHCPR を支持する決議を行った。当然のことながら、AHCPR の理事会も存続を主張し、ブッシュ政権下で設立に貢献した Roper や米国医師会の副会長 James Todd、米国病院協会から選出された理事らも存続を主張した。

さらに、ブッシュ政権下で保険財政庁（HCFA）の長官からホワイトハウススタッフとなった Wilensky は、ホワイトハウスと共和党との間の調整に尽力した。そのため、かつて Durenberg や Gradison と共に設立に協力した議員らからは存続の必要性が強調されるようになり、AHCPR は批判にさらされつつも、何とか廃止は免れることになった。

しかし、巨額の研究資金に対する批判はかわせず、1995年には15,900万ドルであった研究資金は、上院の予算適切性委員会（Senate Appropriations Committee）と本会議で25%削減され、1996年には12,500万ドル、1997年にも同額とされた。同時に医療の質と効率化に深くかかわってきた会計検査院（GAO）の常勤職員4,626人（うち235人が医療問題担当。1995年）も、1997年に3,500人に削減された。予算も2,240万ドル（1995年）から190万ドル（1997年）に削減された。

一連の議論の結果、1996年6月、AHCPRの事務局のClifton Gausは、AHCPRが直接ガイドラインを策定することは行わず、科学的なエビデンスのみを収集すると発表した（The Washington Post, 1996年6月27日）。一方、マネジドケア等を中心に民間で作られるようになった診療ガイドラインをも収集、蓄積することが議論されるようになり、その役割をAHCPRが担うことが検討された。

以降、1998年の第105議会では、「医療の質増進法」（Healthcare Quality Enhancement Act of 1998）が成立し、AHCPRは、1999年12月6日より「Agency of Healthcare Research Quality（略称AHRQ）」と名称を変更し、医療全体の質の向上に関わる研究と情報の蓄積、情報の公表に役割が限定され、診療ガイドラインに関しては、米国内で数多く発行されている診療ガイドライン情報を蓄積するという役割のみに限定されることになった。こうして、連邦政府による診療ガイドラインの作成は、19種類の診療ガイドラインを公表したのみで完全に中止された。

以上、検討したように、一時は連邦政府が診療ガイドラインの策定を担うことが熱狂的に支持され、診療ガイドラインが刊行されたが、サブスペシャリティ学会の反対で、共和党も反対した結果、ガイドライン政策における連邦政府の役割が、情報の蓄積（クリアリングハウス）に限定されることになった。

4. 本章のまとめ

以上のように、1980年代以降、米国では、GDPに占める世界一の医療費の高さが連邦政府の財政をひっ迫し始めたことをきっかけに始まり、支払審査の強化が始まった。そして、高額な医療費に見合った診療内容であるかという問題への関心から、ランド研究所等の主導による医療の質のばらつきへと議論を移し、さらに医療過誤訴訟の抑制手段に有効と思われたことから、診療ガイドラインが医療の効率化のために策定されることになり、医療専門職からも高い支持を取り付けた。そして、連邦機関によって診療ガイドラインが策定された。

診療ガイドライン策定に関わった主なアクターは、ランド大学の Brook、ダートマス大学 Wennberg ら疫学の研究者と、彼らに触発された上下両院議会の議員らであった。さらに、政府機関と、医療費抑制の観点からそれを支援した会計検査院（GAO）であり、診療のばらつきを解消するため、連邦政府が診療ガイドラインを策定するという強い信念で結びつき、HS 研究共同体を形成した。さらに、会計検査院（GAO）等の連邦機関を中心に、診療ガイドラインの必要性を強調する報告書が公刊された。その中には、診療のばらつきを問題視するのみならず、米国の医療費の高騰の一つの要因とされた、訴訟を回避するための保身医療を防止するための診療ガイドラインの導入という、複数の州で試行されたアイデアも導入された。

ブッシュ政権下では、診療効果の研究とそのための連邦機関の改組、そして連邦機関での診療ガイドラインが強く支持された。そして、1989年に AHCPR が設立された。AHCPR が公刊する診療ガイドラインは、当初医学界にも支持された。

だが、米国は医学会が多様に専門分化しており、サブスペシャリティ学会も大きな力を持っている。そのため、「成人の急性腰痛」の診療ガイドラインが、その領域をほぼ独占的に診療するサブスペシャリティ学会の反対を受けると、診療ガイドライン政策は方向転換を迫られることになった。そして、クリントン政権下で、学会が下院の多数党となった共和党へロビー活動を展開すると、AHCPR の正当性が揺らぐことになった。議会内で AHCPR の設立を推進してきた議員も議会から去っており、学会を中心としたロビー活動が展開されると、その動きを止めることはできなかった。いったん診療ガイドライン政策を成立させた HS 研究共同体内にも、上下両院の議員が去っており、有力なアクターが残っていなかった。

こうして、連邦政府が診療ガイドラインを策定するという政策は変更を余議なくされた。しかし、AHCPR は名称と役割を変え、予算も大幅に縮小されながらも存続し、学会、保険者

等が作成する膨大な診療ガイドライン情報を蓄積するデータベース（クリアリングハウス）として機能している。

第3章 英国編

英国では、第二次世界大戦後、ベヴァリッジ報告に基づいて、租税を主な財源として国民に原則無償で医療を提供する国民保健サービス（NHS）が成立した。当初の見通しと異なり、成立後の間もない時期から NHS は財政的問題を抱え、1979 年の保守党サッチャー政権の誕生後、本格的な改革の時代に入った。

英国の医療制度改革に特徴的なのは、医療費が GDP 比 7 %前後に保たれ（1970 年代半ば頃には 5 %）、先進国の中でも GDP に占める医療費の割合が低かったにも関わらず、改革が進められたことである。その背景には深刻な財政問題があった。この点は、世界一高い医療費が問題となった米国とは異なる。

改革を進めたサッチャー政権は、医療提供をより効率化することを目指し、国営の医療制度の中に疑似的な市場を創設した。また、効率化の過程で、医療の効果のばらつきという課題が発見され、「支出に見合った価値（Value for Money: 以下、VFM）」を徹底するため、医療監査（Medical Audit）が実施されるようになった。医療監査に対して、王立協会を中心とした医療専門職団体は、医師が設定する地域的な基準で監査を実施することを盛り込んだ、医療監査モデルを提示して、政府の介入を防ごうとした。白書『患者のために働く（Working for Patient : 以下、WfP）』によって、全ての医療機関に医療監査が義務づけられると、王立協会は徐々に監査の基準となるガイドライン策定を試みるようになった。

一方、オックスフォードを中心に、周産期医療の効果に関する疫学研究が進められ、無作為化比較試験（RCT）の手法が優れた科学的手法として、英国政府の行政職にある医師である首席医療官（Chief Medical Officer : 以下、CMO）や WHO に認知されるようになっていった。

医療監査におけるガイドラインの策定と、オックスフォードにおける科学的手法の開発の流れは、NHS 研究戦略の中で一つの潮流となり、米国での連邦政府による診療ガイドライン策定の動向と合わせて、NHS の診療における EBM による診療ガイドライン策定の議論へとつながっていった。

医学研究が、臨床系医学、疫学、公衆衛生全てを包括する形で、NHS 研究開発戦略の中で実施されるようになったことにより、王立協会が HS 研究共同体の中に加わっていくことになった。保守党政権の後を継いだ労働党ブレア政権の下で、診療ガイドラインを国立の機関で策定するという成果となった。

NHS の研究開発戦略を中心的に担ったオックスフォードの研究者や、白書『患者のために働く（WfP）』以降、政府に協力し、診療基準作りに積極的に乗り出した王立協会が HS 研究共同体を形成したためである。

1. 前史

英国では、1911 年のロイド-ジョージ政権下で、ドイツと同様のビスマルク式医療保険制度が創設された。しかし、労働者本人のみが被保険者となり、家族や自営業の国民がカバーされないなど、医療保険の普及率は低かった。第一次世界大戦時、動員された医師たちが、傷害を負った国民の治療環境の格差を認識し、国民全員の医療を保障する制度を創設するという、一定のコンセンサスができていった（エイペルースミス、1981）。1920 年には、「健康の維持と疾病の治療手段を全ての国民に可能とすべき、かつ予防と治療を不分離とすべき」などの原則を盛り込んだ、王立内科医協会（Royal College of Physician）理事長 Dowson が取りまとめた「ドーソン報告」が発表され、1929 年には英国医師会（British Medical Association : BMA）が、保険診療で病院の専門医（consultant）まで受診できるよう、範囲を拡大すべきとする報告を行っている。このうち、ドーソン報告は、現在の NHS の原則にも活かされている。

1930 年代に入ると、社会主義の医師会（Socialist Medical Association）によって、包括的医療を無料で提供し、医療提供者には給与払いをする案も出された（1933 年）。1939 年には、「国家の医師」と呼ばれる主席医療官（CMO）の MacNalty 卿によって、保険制度の順次拡大、地方政府による医療提供が試みられた。

第二次世界大戦後の英国の社会保障の枠組みは、ベヴァリッジが「5 人の巨人」と呼んだ、窮乏、病気、無知、不潔、怠惰を克服する構想をもとにして作成された。大戦中の 1941 年より、各省代表からなる委員会の中で議論が始められ、1942 年の「ベヴァリッジ報告」（Bevaridge, 1942）として取りまとめられた。「ベヴァリッジ報告」以降、チャーチル戦時内閣の下、包括的な無料サービスを地方政府の下で一般医（GP）と民間病院が提供する案（いわゆる The Brown Plan, 1944 年）や、一般医（GP）や病院の所管を修正した案等が検討された。そして、労働党アトリー政権下で、1939 年の MacNalty 卿の提案を引き継ぎ、1946 年「国民保健サービス（NHS）法」によって NHS が成立、1948 年 7 月 5 日に施行された。

英国の病院は、近世から篤志病院、地域コミュニティによる公立病院等、様々な運営主体で発達していたが、第二次世界大戦時は戦時遂行のための臨時体制として、保健省

(Department of Health : DOH) が統制していた。この統制により、国営化への障害は低くなっていたとはいえ、民間病院からは反発があった。保健省は、自由に価格を設定できる差額ベッド (amenity bed) の設置を認めることで、病院の国営化への妥協を図った。所管については、医療が中央政府、公衆衛生と対人社会サービスは地方政府の役割と分離した。

一方、一般医 (GP) の身分が公務員となることへの反発から、英国医師会は NHS の導入に対する反対運動を展開した。だが、保健大臣だったアナイリン・ベヴァン (Aneurin Bevan) が、英国医師会に対して自由診療を認めるという大きな譲歩を行い、NHS の設立にこぎつけた。

以降、NHS は、自由主義国における社会主義的な保険制度として注目され、英国福祉国家の「王冠の中の宝石 (Jewel in the Crown)」 (Pierson, 1994, p.132) とも表現される。近年の世論調査結果をみても、政府が最も関与すべき分野が医療であると、英国国民が考えていることがわかる。NHS の最大の特徴はほとんどの財源を租税で賄い⁸⁵、一部サービスを除いて、国民に無償でサービスを提供することである。GDP に占める医療費は 8.4% (2009 年 OECD) である。

ベヴァリッジ報告にみられる医療保険制度の前提は、政府が医療保障をあまねく公平に提供することにより、国民の健康状態が向上すれば、結果として医療保障の支出は減るというものである。しかし、序論でも述べたように、その後、医療技術の進歩や人口の高齢化により、ベヴァリッジ報告の前提とは全く違った状況をたどり、医療制度改革が進められてきた。

⁸⁵ 医療費の約 82% が公費 (OECD, 2009)。

2. 医療保障制度の概要

2-1 英国の医療制度

医療行政を担うのは保健省で、NHS の改革を大きな公約に掲げて政権の座についたブレア政権下で役割が増大したと言われる（Ham, 2007, p. 36）。

行政と医療提供者の間をつなぐ行政職として、「国家の医師」とも呼ばれる主席医療官（CMO）おり、保健省の一幹部であると同時に、保健省、及び政府全体の医療アドバイザーという側面を持つ⁸⁶。ただし、スタッフの削減等により、近年影響力は低下していると言われる（*ibid.*, p.137）。

各地域での医療サービスの供給の在り方は、医療制度改革の度に組織改革が行われてきた。前労働党政権下では、プライマリケアトラスト⁸⁷が責任を担っていた。

日本とは異なり、医療機関を受診する際には、原則としてまず、かかりつけ医として登録されている一般医（GP）を受診しなければならない。一般医（GP）が専門医を受診する必要があると判断した場合や、より高度な医療を必要とする状態であると判断した場合のみ、一般医（GP）が発行した紹介状を持って病院を受診する。つまり、一般医（GP）は、病院への患者のアクセスについて「ゲートキーパー」として機能している。フリーアクセスで、診療所から先進的な医療を行う病院まで、最初に受診する機関を患者が選択できる日本とは異なっている。

国民の NHS に対する支持は高く、根本的な制度変更の議論は見られないが、待機者リストの問題等が深刻化し、保守党政権に続き、労働党政権でも改革が進められてきた。

2-2 英国の専門職団体

英国では、医師、弁護士、会計士、エンジニア等の職種は、ビクトリア朝中期から王立憲章⁸⁸によって認定された評議会を持ち、国民の信頼と自ら規定した基準（自己規制）により市場を独占している。これらの職業団体は、その内部規制が公共政策と一致しているか否か、

⁸⁶ 例えば、疫学者 A. コ克蘭の「効果と効率」という法則をがん研究の中に取り込んだのも当時の主席医療官（CMO）であり（Sheard and Donaldson, 2005, p.170）、BSE 対策で中心となったのも主席医療官（CMO）である。

⁸⁷ 2010 年 8 月現在、イングランドに 151 設置。

⁸⁸ 王立憲章は、13 世紀から法人の設立認可の法的根拠である。

枢密院の意向に沿うことを求められる。

英国の専門職団体の起源は 16 世紀にあり、かつそれらは王立憲章によって国家から認証を受けている。最も古い王立内科医協会（Royal College of Physician）は 1518 年に、王立外科医協会（Royal College of Surgeon）は 1745 年に Company of Barbers から分離して設立され、それぞれ王立憲章によって、国家から認証された。また、NHS の施行後、それまで曖昧だった、一般医（GP）の役割が明確化されると共に、1952 年に一般医王立協会（Royal College of General Practitioners）が設立された⁸⁹。The Royal Society of Medicine が一覧として表示しているリストによると、現在では、50 以上の専門職団体が存在している。2000 年代に設立された比較的歴史が浅い団体もあり、設立時期は 12 世紀から 21 世紀と多岐にわたる。これらは主に専門医（specialist）から構成される学会と理解するのが妥当である。

第 1 章で述べた通り、本論が対象としている当時、53 の専門領域の専門医が存在していたが、細分化した米国の学会と異なり、一つの学会の中にメインとなる専門領域とサブスペシャリティ領域が存在しているケースも複数ある。そのため、こうした専門領域を複数内包する内科医、外科医、産婦人科医、一般医（GP）学会が、他の学会より相対的に専門領域に関する強い発言権を有することになる。

専門領域を問わない、医師の団体として設立された英国医師会は 1832 年に設立された団体を起源とする。医学の振興と医療専門職の名誉と利益の維持を目的とし、専門職団体であると同時に、同業者としての利益を共有する集団であるという 2 つの側面を持っており、政治力を発揮する点で他国の医師会と同様である。現在では、主として一般医（GP）の利害を代表する団体と理解されている。

王立協会は、公には政治的な活動をするのを好まないとされ（Baggott, 2007, p.105）、多くの場合は英国医師会を通して利害を反映させているが、英国医師会と利害が一致しない場合には、表立って行動する場合もある。NHS の創設期には、保健相のベヴァンは英国医師会のほか、王立内科医協会、王立外科医協会、王立産婦人科医協会（Royal College of Obstetrics and Gynecology）と協議を重ねつつ、英国医師会と専門医の利害を主に主張する王立協会との関係を巧妙に断絶した（Rintal, 2003, p.70; Klein, 2001, p.19）。その戦略が、NHS の成立に有利に働いたとされる。

⁸⁹ URL

<http://www.rcgp.org.uk/about-us/history-heritage-and-archive/history-of-the-college.aspx> (アクセス日 2014 年 6 月 29 日)

英国医師会には、さらに上位に専門職の内部規制を持つ独立した評議会が存在する。1858年の医療法の成立により、英国医師会と分離して中央医師評議会（GMC）と医療登録（Medical Register）が設立⁹⁰されたことは、同業者の結社の単体である、例えば、米国や日本の医師会とは全く異なる構造である。

中央医師評議会（GMC）設立に伴い、専門職団体としての自己規制は中央医師評議会（GMC）が行うものとされ、英国医師会は同業者の結社（Association）として発展し、政府と会員に影響力を行使してきた。このように、専門職としての規律の担保は評議会が行い、同業者としての利害調整は結社である英国医師会で行うという区分が明確になされている。

中央医師評議会（GMC）の役割は、NHS のサービスを提供する「医師という人的資源に関して強力な権限と影響力を及ぼすことによって、医療のあり方、医療の内容を規制」（国京、1998b, p.400）することであり、公式に内部規制を行う（Allsop and Mulchay, 1996, p.3）。現代では、医師の登録と削除のほか、医師養成課程の認証を実施している。

中央医師評議会（GMC）と同様の評議会は、コメディカルの専門職団体にも存在し、2000年代初頭には医療分野で計9つの評議会が存在していた。他業種（エンジニアなど）にも同様の評議会があり、これらは枢密院に対して説明責任を有する公益事業を行うことで、税制が優遇されているチャリティー団体である。

中央医師評議会（GMC）による医療専門職の自己規制は、NHS の中でも重視されてきた⁹¹が、患者らから医療・医師についての訴えが増えてくるにつれて、迅速な処理はなされなくなり、中央医師評議会（GMC）に対する国民の批判は徐々に高まっていった。1990年代以降、マスメディアでも時折、専門職と公共性の問題が取り上げられるようになり、組織の改変を試みたものの、世間の中央医師評議会（GMC）に対する批判はいっそう高まり、「顕微鏡下での国民の監視」（Irvine, 2003, p.117）にさらされるようになった。ついに、1990年代終わり頃に起きた医療スキャンダルの調査委員会で、医療専門職の自己規制そのものが否定されるよ

⁹⁰ 設立当初の名称は現在と異なるが、ここでは簡略化のため、初期から中央医師評議会（GMC）として議論を進めている。現在の名称になったのは、1950年の医療法によってである。

⁹¹ 1976年のメリソン卿を座長とするNHSの方向性を問う検討会で、中央医師評議会（GMC）の役割についても議論されたが、診療の基準を保障し、国民（Public）の安全性のためには、中央医師評議会（GMC）は非専門職による管理よりも、専門職による管理の方が好ましく（Stacey, 1982, p.59）、国民を守るため、専門職の自尊心のためにも中央医師評議会（GMC）の「自己規制」が最善と早急に結論づけられた（Allsop, 2007, p. 622）。また、中央医師評議会（GMC）も「患者のオンブズマン」として認識されることを歓迎した（Stacey, 1992, p.62）。

うになった。評議会のあり方も見直され、2000年代初頭に、医療関係計9つの評議会の連絡協議会が設置され、現保守党政権では連絡協議会の改革も進められている。

GMC が国民の批判にさらされてきたとはいえ、専門職は医療政策の中で長らく安定的な地位を保ってきたのに対し、NHS は、行政全般の改革、特にサッチャー政権下での内部市場の導入など、急速な改革を迫られてきた。

3. 保守党政権下の診療ガイドライン政策

3-1 サッチャー政権の NHS 改革

1948 年に施行された NHS は、1950 年代に入ると財源の確保等の面で早くも岐路に立たされ、何度も制度の検討が行われた。だが、1950 年代、60 年代の議論の焦点は、費用の抑制よりも、サービスの必要量の確保と医療資源をいかに公平に配分するかであった。「改革」と言えるような大幅な変更が試みられるようになったのは、サッチャー政権からとみてよい。

1970 年代に入り、戦後の経済成長が鈍かったうえ、二度にわたるオイルショックによって経済が停滞した英国は、国際通貨基金（IMF）からの融資を受けるにあたり、公共支出の抑制と公共部門の効率の改善を迫られることになった。

経済成長の鈍化が課題となっている 1979 年に総選挙が行われ、労働党政権に代わり、保守党が政権の座を奪うこととなった。当時は、特に失業問題が深刻であり、政権発足当時の 1979 年の失業率は 5.4%、1983 年 11 月には 12.7% とさらに増加している (Kavanagh, 1990, p.231)。サッチャー首相は、経済の建て直しを目指して福祉国家の改革を図り、公的支出の削減のために「小さな政府」を目指し、公共事業を次々と民営化していった。例えば、1979 年に英国石油 (British Petroleum) の株を売却して民営化したほか、1984 年にブリティッシュ・テレコム (British Telecom) を史上最大額で民営化した。

しかし、老齢年金と NHS は、有権者の支持が高い政策であり、この 2 つの政策については民営化をすることは政権に対する支持を失うことにつながる、リスクの高い政策であった (Pierson, 1994)。1979 年の選挙時に、インフレに合わせて老齢年金を上げるということと、NHS を「保護」することを公約としていたため、福祉国家の縮減を進める中でも、NHS の支出は増加させ、「NHS は安泰である (“NHS is safe with us”)」と国民にアピールした (Kavanagh, 1990, p.213)。

実際、1978-79 年と 1988-89 年の歳出の増加率をみると、当時のインフレ状況を考慮しても、失業対策に関連する雇用や住宅政策、治安対策 (Home Office) を除けば、NHS の増加率は 34% と他の政策よりも高く、縮減とは呼びにくい増加率となっている。

表 6 施策ごとの支出割合の変化（1978-1979 年と 1988-1989 年（実質）の増加率）

Base year 1987-88 (£ million)	% charge from 1978-79 to 1988-89
Defense	+18
Foreign Office	-5
EEC	-40
Agriculture	+13
Trade and Industry	-67
Employment	+73
Transport	-15
DOE/Housing	-74
DOE/others	-11
Home office	+66
Education	+9
Arts	+29
DHSS/Health	+34
DHSS/Soc.Security	+33

出典 Public Expenditure White Paper, Jan. 1989 (Kavanagh, 1990, p.217 Table8.1)

厳しい経済状態を背景に取り組みされた医療制度改革は、米国の文脈とは次の点で異なる。第一に、英国は 1970 年代後半でも OECD 諸国の中で GDP に占める医療費の割合は 7 %程度と低い水準にあったが、それにも関わらず、限られた資源の中での効果と効率の両立が求められた点である。効果と効率の両立という考え方は、サッチャー政権時に注目を浴びるようになった新公共管理論 (New Public Management : 以下、NPM) のアイディアと重複しており、input に対する output を重視する考え方である。この点は、米国が「高い医療費に見合った治療効果 (outcome) が得られているのか」という問われ方をしたこととは対照的である。そして、output が課題となったために、監査の手法から医療の質についての議論へと発展していくという、米国と異なる経路をたどることになった。

第二に、租税を主たる財源とする国営の医療制度は堅持する方針が貫かれ、構造の改革に重点が置かれた点である。この点は、ほとんどが民間保険であり、医療の質を問題にする際に地域での医療提供の構造が問題視されなかった米国とは異なる。租税で普遍的に国民に医

療を無料で提供している点について、国民の支持は高く、そのために財源を変更するという選択肢は、英国の政権にとって選択肢になり得なかった。医療の民営化は、私費診療という代替物の利用を促し、NHS による医療提供を侵食してしまう (Pierson, 1994, p.134)。他政策の構造改革に民営化が行われたこととは対照的に、医療の完全民営化には大きな制約があったために、独自の「内部市場」の導入を行わざるを得なかった。そして、この大規模な変革は、地域医療に従事する一般医 (GP) らの大反発を招くことになった。

保守党が政権に就いた当時、多くの国民が、特に病院を受診するのに、長期間待たなければならないという、待機者リストの問題や長期入院に関わるスキャンダル発覚など、NHS はいくつかの課題を抱えていた。しかし、全般に国民が NHS を強く支持しており、一部負担の導入や財源を変更する議論は生まれてこなかった。サッチャー自身も、「NHS は本当に自慢できる制度」であるとし、「NHS とその基本精神の維持は、政府として変えてはならない一点」(サッチャー、1993、pp.192-193) であるとして、財源を根本的に変更する意図はなかったと述べている。ただし、サッチャー首相の認識では、NHS の提供者である医療専門職は医療の提供効率に対して無関心すぎる点が問題であり、いかに効率化を実現していくかという課題があり、何等かの改革は必要ではあった。とはいえ、国民の制度に対する人気の高さから、政権一期目では NHS の改革に取り組むのは、リスクが高すぎた。

1980 年代に入ると、NHS への政府支出に対して需要が大幅に上回り (King's Fund Institute, 1988 ; Ham, 2009, p.35)、政府は支出の拡大を求められるようになった。二期目に入ったサッチャー政権では、NHS の改革に本腰を入れることになった。他の政策分野と同様に、サッチャー首相は「小さな政府」の実現のため、行政サービスの運営に、「中央政府による政治主導の改革」「民間にならった経営手法の導入」「効率に焦点」「財政的な説明義務とコスト管理」「マーケット化」を特徴とする NPM (Hood,1991) に基づく、「支出に見合う価値 (VFM)」と「業績指標 (Performance Indicators)」をいかに医療制度の中に取り込むかを検討していった。そして、NHS の改革に、2つの大きなアイディアが導入された。

1) 市場主義の2つのアイディア

改革の方向性を決定づけたのは、二人の民間人のアイディアだった。改革の方向性を検討するため、大手スーパーマーケットの会長を務めるグリフィスを座長に登用した検討会が組成された。一般に「グリフィス報告」(Griffiths, 1983) と呼ばれる報告書は、NHS 改革の嚆

矢となった。報告書は、サービスの受け手としての患者が NHS の中心にいることを強調し、サービス全体をコストに見合った効率的なものにすることを求めた。そして、地域当局や病院という NHS の運営組織を「ビジネスライク」にすることを強調し、提供者中心の NHS の運営から、消費者の価値観を重視したものに変更した (Klein, 2001, p.129) とされる。これが、NHS の改革において、受け手を消費者とした市場主義のアイディアの一つとなった。

しかし、NHS は国営の制度であるため、そもそも市場がない。疑似的に市場をつくり出すアイディアは、米国の経済学者 A. エントーベン (第 2 章参照) から得られたものである。エントーベンは当時スタンフォード (Stanford) 大学に所属し、米国では既に医療経済の第一人者としてよく知られていた。彼の市場の競争原理を利用した医療の在り方は、前述 (のよ
うに、米国のクリントン改革の中でも採用された。

米国では 1980 年代の半ば、レーガン政権の下で取り組まれていた医療制度改革の中で、医療費管理を目指した疾病診断群分類 (DRG) の導入について議論されていた (本論第 2 章)。しかし、エントーベンは、疾病診断群分類 (DRG) を導入することで、医療の技術の進歩を阻害するとして反対の姿勢を示し、市場の競争原理を活用した効率化を主張していた。同じく改革を目指す英国についても、同様に市場の競争原理を活用した効率化を主張した。エントーベンによれば、国営であるがゆえに地域、病院という、国内で統一された競争単位を設定できる英国の医療制度の方が、競争原理を導入しやすいという。のちに内部市場のアイディアにつながる着想を The Economist 誌 (The Economist, 1984 年 4 月 28 日) で述べている。この記事をきっかけに、エントーベンは Nuffield Provincial Hospitals Trust⁹²の研究プロジェクトに招へいされ、研究成果として「内部市場モデル」を提案した (1985 年) (The Economist, 1985 年 7 月 22 日)。

内部市場とは、患者が一般医 (GP) の紹介状を持参して、二次医療 (病院) を受診する際に、病院選択の可能性を設けて、病院間で競争原理を働かせる仕組みである。内部市場の導入は、サッチャー首相や大蔵省 (Treasury)、また保健社会保障相 (Department of Health and Social Security) のファウラー等が興味を示したとされ (The Guardian, 1985 年 7 月 13 日 ; The Guardian, 1987 年 12 月 2 日)、King's Fund⁹³を始めとするシンクタンクで、アイディアがいろいろ練り上げられていった。こうして、疑似的な市場、内部市場という第二のアイディアも、

⁹² Nuffield 卿によって設立された Nuffield Provincial Hospitals Trust (1939 年) を母体とする財団である。

⁹³ 1839 年に篤志 (charity) 病院を設立する目的で創立された。現在は、英国の医療政策に関する公的なシンクタンクとして知られている。

1980年代前半には提案された。

上記のアイデアが検討されている間にも、NHSの資源不足に対してメディアの批判が相次いだ。英国医師会、王立外科協会の理事長、王立産婦人科学会などが政府の支出拡大を求める声明を出し、政権は対応に迫られ、1987年12月、NHSに1億100万ポンドの追加支出を行った。同時に1986年からサッチャー首相と保健社会保障相ファウラーは、NHSの改革の方向性について検討を行った。結果、サッチャー首相は「NHSの抱えている問題が、単なる予算不足ということでは説明できない根深いもの」であるという認識を基に（サッチャー、1993、p.195）、エントーベンの内部市場の創設も検討に含めつつ、NHSの将来像について大幅な見直しを行うことを決定した（1988年1月末）（Ham, 2009, p.35）。

見直しに当たり、サッチャー首相は、英国医師会など伝統的なアクターが含まれる王立委員会（Royal Commission）の体裁を取らず、閣僚委員会（Cabinet Committee）によって、NPMの手法をNHSの中に取り込むことを検討した。閣僚委員会は、サッチャー首相、大蔵省、保健社会保障省の閣僚からなる5名の委員と、グリフィス卿、J. サリバンらが常任の委員として加わった。委員会では、実情調査報告に基づき、主としてNHSの組織改革に重点を置くことに議論が終結していった。

この間に、大蔵省と保健社会保障省の双方から異なる素案が提出され、議論が停滞したこともあり、サッチャー首相は、NHS改革に積極的でなかった当時の保健社会保障相ジョン・ムーアを改革の閣僚委員会から解任すると同時に、保健社会保障省を保健省と社会保障省に分離（1988年7月）し、保健相にケネス・クラークを起用した（社会保障省にはジョン・ムーアが留任した）。

2) 『患者のために働く（WfP）』から医療法の改正へ

ケネス・クラークは、議論に登場していた内部市場の導入を支持し、1988年の秋頃になると、計24回開催された改革閣僚委員会の方向性は次の改革の柱は3点に集約された。その内容とは、1）（病院を独立採算にして）一般医（GP）に（病院のサービスを購入する）予算を保持させること、King's Fundなどによりさらに検討が重ねられたエントーベンの内部市場創設のアイデア（1985年）に基づき、2）購入者と提供者を分離して地域保健局を購入者とする、3）患者の利用状況に応じた予算配分にするということである。

閣僚委員会とグリフィス報告の内容は、さらに保健省内で検討され、白書『患者のために

働く (WfP) 』(1989 年 1 月 31 日) (DOH,1989) として公表された⁹⁴ (Klein, 2006, p.149) 。政権の認識として白書に提示されたのは、「NHS は高い水準の医療を提供し、国民の平均寿命も延伸してきたものの、地域によって急性期病院の入院費に 1.5 倍、一般医 (GP) ごとに処方する薬剤費には 2 倍の差があることから、費用面での効率化と標準化が問題」 (DOH, 1989, § 1.6) という点だった。白書では、NHS の管理運営の権限を各地域保健局 (Regional Health Agency) に持たせる一方、地域ごとに医療提供の効率化の程度にばらつきが大きい問題を、医療監査を導入することによって標準化することが目標とされた。さらに、NHS の中でも NPM の手法を活用するため、二次医療である病院のサービスを購入する一般医 (GP) と地域保健局を分離する提供者-購入者の分離 (Provider-Purchaser Split) を実施して、限定的に市場メカニズムを導入し、疑似的な市場である「内部市場」を導入しようとするものであった。病院サービスの購入のためには、一定割合の一般医 (GP) に対して予算を保持させる予算保持一般医 (GP fundholder) を設立することが盛り込まれている。以上のような疑似的な市場原理の導入により、患者の選択の幅が広がると期待された。

この仕組みは政治経済学的な面からみると、どのような革新性を持つのか。医療におけるサービス供給について検討すると、国家 (財源の供給者) と受け手 (患者) の間で、サービスを供給する医療専門職は自己規制により (外部からは規制を受けない) 「マイクロパワー」 (Harrison, 1998) を持ち、自らの仕事の内容、看護師や薬剤師ら時間や労力も含めて不足がちな資源配分を決定することができる (Pollitt, 1993a, p.25) 。医療専門職と受け手 (患者) との間には大きな情報の非対称性が存在するが、民間の経営手法を NPM という手法で取り込み、患者を消費者とすることは、当時サービス産業が成長してきていた英国で、受け手側をエンパワメントすることにもつながる (Wood, 2000) アイディアだった。

一方、一般医 (GP) に予算を保持させることによって成立する内部市場は、サービスのゲートキーパーである一般医 (GP) が、質のよい病院のサービスを購入することにより、独立採算制を選択した病院間での競争が促進されるというものである。制度全体で、地域の病院の経営には、これまで以上の権限が与えられた。こうして保守党政権下では、従来の地域ごとに自動的に予算を割り当てていた制度 (Resource Allocation Working Party : RAWP、1975 年一、予算割当) は廃止し、患者に一応選択肢を提示する「模擬市場 (mimic-consumerism) 」 (Klein, 2013, p.169) が導入された。ただし、ロンドン等の大都市以外では、選択肢が少なく、

⁹⁴ この間の 1988 年、下院の House of Commons Social Services Committee にて、Cabinet Committee の内容が支持された。

内部市場は十分に機能したとは言えないとされている。

なお、ここまでの一連の NHS 改革の検討過程からは、医療専門職は一切排除された。これに対し、英国医師会は発行している医学専門誌 *British Medical Journal* (BMJ) 等を通じて、政府に反発を強めた。英国医師会は、財政の抑制に対しては理解を示したものの、急進的な構造改革 (Klein, 2006, p.147)、特に、予算保持一般医を中心にした政府と一般医 (GP) との契約形態の変更について反対運動を展開した。

一般医 (GP) らは英国医師会のみならず、利害が共通する王立一般医協会を通じても反対運動を展開した。保健相は、英国医師会、王立一般医協会の改革案への反対に対して、粘り強く交渉を繰り返した。英国医師会と保健相クラークは、1989 年上半期だけで 19 回の会合を持ち、110 時間にもわたる交渉を繰り返した。救急以外、まずは地域での一般医 (GP) を受診するように定められている英国では、一般医 (GP) は、マイクロパワーを持つ政策の最終的な執行者である。白書の内容を推進するために、一般医 (GP) らを説得せざるを得ず、保健相は繰り返しの交渉に臨んだ。保健相と英国医師会の間で長時間の交渉が行われ、また数日後の再交渉が予定されていた直後、英国医師会は白書の内容に反対する広告「*blatant untruths*」(1989 年 5 月 24 日) を発表、新聞紙上でもキャンペーンを展開したほか、同年 6 月にはビデオを作成して国民にも訴えた。さらに地方選でも、保守党を支持しないように、一般医 (GP) らが積極的に有権者に訴えるなど、一般医 (GP) らの反対運動が過熱した。

英国医師会と王立一般医協会ともに、制度変更に了承が得られなければ、地域での医療の提供が行えないという点で、強力な拒否権プレーヤー (Tsebelis, 2002) であったが、先に態度を変えたのは王立一般医協会である。それは保健相が同会で行った演説で、「一般医 (GP) らが財布の中身を気にしている」(McSmith, 1994, p.153) と批判したことがきっかけとなった。

英国医師会は、保守党議員を中心に、各地で議員らに対するロビー活動を展開するほか、野党である労働党とも「何も語らずに」連携した (Klein, 2006, p.153)。また、議会内では労働党のロビン・クックによる、クラーク保健相に対する追求が続けられた。6 月になると、クラーク保健相は、改革案を 1991 年から 1993 年に、3 段階にわたって実施すると譲歩し、英国医師会との妥協点を探るようになった。さらに 8 月に入り、英国医師会は保健相から、夜間診療に対する手当の増加、75 歳以上の高齢者の診療予約に対する特別手当など有利な条件を導き出した。

一方で、頑なに政府の方針に反対運動を展開する英国医師会に対して、政府内から批判が

出始めた。改革案に反対していた労働党は、選挙で保守党に敗北し、一般医（GP）との強い連携を維持することはできなくなった。さらに、会計検査院（National Audit Office: 以下、NAO）からも多くの地域で医療費支出に無駄の多いことが指摘され、NHS の効率化の必要性について強調されるようになった。クラーク保健相は、英国医師会との交渉と妥協点を探ると同時に、病院で二次医療を担う専門医を中心に組織されていた各種の王立協会とも交渉を重ね（Klein, 2006, p.161）、かつてベヴァンが NHS の創設時にしたように、医療専門職を分断する戦略（Pierson, 1994, p.24）をとった。王立協会の中には、徐々に政府の改革を支持する動きも出てきた。政府側から妥協点が提示される中、一般医（GP）の中にも政府の方針に反対を続ける医師会の方針に反対する者も出始め、1990 年 4 月に開催された英国医師会の一般医サービス委員会（General Medical Services Committee）では、一般医（GP）らから英国医師会幹部に対する批判も出てきた。

やがて、英国医師会の幹部と保健省はいくつかの妥協点を見出した。例えば、患者数の人頭割による一般医（GP）への支払いを 47%から 60%に増加させることにより、一般医（GP）の年俸を引き上げることや、報酬の年功序列を廃止することなどである。1989 年 10 月 20 日、英国医師会は、保健相との交渉の中で、白書の内容に反対することに世論の支持が得られないと判断し、合意することになった（The Guardian; The Independent; The Time、いずれも 1989 年 10 月 20 日）。

だが、英国医師会の幹部と保健省との交渉に一介の一般医（GP）らからは賛同が得られず、英国医師会の地域ごとの会議では、契約形態の更新に対して再議決なども実施された（Klein, 2006, p.159）。英国医師会内部での混乱の間に、保健省は法案の成立に向けて準備を進め、1990 年、「NHS 及びコミュニティケア法（NHS and Community Care Act）」によって、医療制度改革が成し遂げられた。1990 年 11 月 2 日にクラーク保健相は、外務大臣として転出した（保健相の後任には Waldegrave が就任）が、この改革は数地域での試行プロジェクトを経て、1991 年 4 月 1 日に施行となった。この時点で、57 の NHS トラストと、306 の予算保持一般医（GP fundholder）が誕生した。

契約合意から執行に向けての準備が整えられているさなか、1990 年 11 月、保守党で党首選が行われ、欧州共同体をめぐる対応で閣僚と意見を異にしたサッチャー首相は、強力な支持を得ることができなかった。そして、11 月 28 日に辞任した。後継者としてジョン・メイジャー首相が改革を引き継いでいった。

このように、一般医（GP）を代表する英国医師会との交渉が難航した場合に、専門医を中

心に組織された王立協会との交渉を進めるという手段は、NHS の導入時、NHS の父と呼ばれるベヴァンがとった方法（Sheard and Donaldson, 2006, p.102）であり、クラーク保健相も同様の手段で改革案を先に進めていったのである（Klein, 2010）。

3) 監査制度の誕生

NHS 改革と並行して行政全体の改革も進み、M. パワーによれば、英国の監査制度もサッチャー政権が求めた「支出に見合う価値（VFM）」を監査する制度へと大きく意味を変えていった。コメディカルらの取り組みを元に、「支出に見合う価値（VFM）」を求める「医療監査」が誕生し、やがて診療の「基準」を策定する動きに発展していった。

英国には、グラッドストン内閣の時から、議会の機関としての監査機関が存在したが、保守党政権は、より包括的な監査の在り方を志向して、1984 年に監査法の改正を行った。さらに行政全体の「支出に見合う価値（VFM）」が求められるにつれて、監査組織も変更された。1983 年に大蔵省監査局が改編されて、設立されたのが会計検査院（NAO）である（1984 年、National Audit Act）。会計検査院（NAO）の設立により、経済性、効率性及び有効性の観点から監査する体制が整えられた。

会計検査院（NAO）の設立時点では、一連の NHS 改革において、医療の提供の質まで十分に検討されていなかった。だが、1988 年の会計検査院（NAO）の報告では、「保健省は、臨床指標を将来的に導入すべき」であり、「監査する手段についての手引き（guidance）が刊行されていないのは、国家的戦略が十分だからだ」と指摘されている（NAO, 1988, p.8, 2.8）。

これ以前に、英国に医療の質を監査する仕組みが全くなかったかと言えばそうではない。長期入院をめぐるスキャンダルの発生によって、1969 年に長期入院の問題についての監査が始められた。長期入院を余儀なくされる高齢者や精神科のケアの質の向上を目的とした「保健助言サービス（Health Advisory Service : HAS）」が設立され、監査が実施されてきたが、その監査は場当たりの、国レベルでの監査基準は存在しなかった。

しかし、サッチャー首相の改革が進められるにつれ、「基準」をめぐる議論にも変化が見られた。先に言及した「グリフィス報告」（1983 年）によって、地域の医療提供について、経済性、効果と効率について、効果指標（performance indicator）の導入が図られるようになった。さらに翌 1984 年の保健社会保障省の通達（DHSS(84)16）では、「保健助言サービス（HAS）」は、従来の高齢者と精神疾患の入院患者の入院を対象とした監査のほか、病院の

経営の観点、患者向けサービスの向上のために役割を担うことが強調された。そして、1986年には、サービス促進へと役割が拡大され、「保健助言サービス（HAS）」は、医療専門職と医療機関の経営層⁹⁵、地域での保健医療業務に関わった経験のある者が4-6名でチームを組んで監査を実施するようになっていた。

実際、「保健助言サービス（HAS）」が、当初から監査の対象としてきた高齢者や精神科患者のケアに関わるコメディカルの団体の間では、監査やケアの基準を作る試みが始められていた。基準作りに積極的だったのは、王立看護協会（Royal College of Nurse）、英国心理士協会（The British Psychological Society）、作業療法学会（The College Occupational Therapists）、心理療法協会（The Chartered Society of Physiotherapy）、言語療法学会（The College of Speech and Language Therapists）である。これらの学会、協会は1980年代後半から、要望がある場合には監査に積極的に乗り出し、質の保証に取り組むようになった。とりわけ、監査や質という問題に積極的な動きを見せたのは、王立看護協会であり、1989年からケアの基準研究（Standards of Care Project）に取り組む動きが見られた。

コメディカルの団体が、国レベルでの基準作りに取り組む一方、英国医師会、王立協会ともに1988年に会計検査院（NAO）の報告書で指摘を受けるまで、この問題には消極的だった。会計検査院（NAO）の報告書の中で、「治療の効果を保障する国家的戦略が十分になく、評価プロセスを重視していない」（NAO, 1988）（Pollitt, 1993a, p.26）との指摘によって、監査の必要性が強調されたため、（インタビュー調査を実施した）ポリットの表現によれば、英国医師会は「驚愕」し、一方、王立協会は「（政府に）魂を売り渡した」という（Pollitt, 1993, p.26）。すなわち、英国医師会が保健省と地域での契約形態について交渉を重ねている間に、会計検査院（NAO）の報告に対して、王立協会は外部監査を回避すべく妥協点を見出そうとし、監査における「自己規制」の方策を画策したのである。会計検査院（NAO）の報告書の発表以来、保健省は、王立産婦人科協会、王立内科協会、王立外科協会、卒後教育独立委員会（Standing Committee on Postgraduate Medical Education）等は、共同で医療監査のモデルを考案した。その案には、王立協会が医療監査での主導権を握るべく、

- a. 医師のみが監査を実施できる
- b. 医師の教育を主な目的とする
- c. 監査への参加は自主的なものとする

⁹⁵ 英国の医療機関経営層は医師ではない。

- d. 基準は、監査に参加する医師によって、ローカルに決められる
 - e. 監査対象となる医師やケース（患者の名前）は、匿名とする
 - f. 定期的に同じ問題を繰り返す医師については、医療的な問題として対応する
- （Pollitt,1993a, p.27）ということを原則と盛り込んだ。

実際、1988年には、王立内科協会が医療監査のための作業グループを設立し、英国小児科医協会（British Pediatric Association）も独自に調査班を立ち上げるなどの取り組みがあった。

ローカルであることを強調した医療監査の実施方法は、当然のことながら地域ごとに大きく違った。このように急ぎ、王立協会が手にした医療監査の主導権は、しかし、『患者のために働く（WfP）』の白書（DOH,1989）の発行によって、崩されることになる。

一方、看護学会などが取り組んできた監査は、地域ごとの医療費のばらつきを是正しようとする政府の関心を引き、白書『患者のために働く（WfP）』の中でその強化が盛り込まれた（Kogan and Redfern,1995）。さらに、学会が自主的に取り組んでいる監査や基準の策定には、政府からの助成が行われた。1991年の医療法の施行後には、監査に特に熱心な看護学会と作業療法士には 1,770 万ポンドの助成金が出されるなど、基準の開発に対して政府も積極的に支援をするようになった（1994年の医療監査には 203 百万ポンド）。

英国医師会と保健相の間で、地域での医療提供についてほぼ合意して以降、保健省は診療基準（Clinical Standards）について、議会で議論を展開するようになっていった。それにあわせて、王立協会は基準策定を試みる（Kogan and Redfern,1995, p.26）ようになった。その一例として、王立精神科協会（Royal College of Psychiatrists）が、1995年に発行した「精神疾患患者による自傷他害の診療ガイドライン」の存在があげられる（Baggott, 2004, p.51）。また、改訂医療法の施行に向けて、王立看護協会と王立助産協会は合同で NHS の評価プログラムを政府に提案するなどの働きかけを行っていた（Hansard, 24 April, 1990）。

各学会での監査の基準作成が進み、専門職が独自に監査を実施しようとする試行が続けられる中、白書『患者のために働く（WfP）』では、「独立した監査人（医療専門職）によって、サービスの質と費用対効果が検討されるべきである」（DOH, 1989, p.41 5.8）と言及された。そして、地域の監査においては、複数の診療科、職種からなる監査チームによって、白書で示された通り、監査が行われることになった。

ここまで見てきたように、従来の交渉窓口として有力だった英国医師会に代わり、王立協会が医療制度改革の中で積極的な役割を果たし、両者の利害が分裂していく中で、白書『患者のために働く（WfP）』の急進的な改革は、動き出すことになった。

しかし、先に述べた通り、米国と異なり、英国サッチャー政権下での医療制度改革は、「支出に見合った価値（VFM）」を中心とした費用の標準化を目的としており、診療の質そのものには深く立ち入っておらず、医療の質の問題に関わる診療の「基準」はここまでのところ整備されていない。これらの基準は、メイジャー政権によるさらなる数値目標の設定と、NHSにおける研究開発戦略の策定の中で定められていった。

3-2 メイジャー政権の NHS 改革

1) 患者憲章

サッチャーから後継者として指名され、首相に就任したジョン・メイジャーは、NHS の改革の上でもサッチャーの改革を引き継いだ。メイジャー首相は、改革をより深化させ、新しいサービス提供体制のあるべき姿を目標値で示した。同時に NHS の研究開発戦略の中で EBM と診療ガイドラインのアイディアが政府にもたらされ、診療の基準が明確化されることになった。

1991 年の NHS 及び地域ケア法（NHS and Community Care Act）の施行以降のメイジャー政権の医療政策の方向性は、1992 年の白書『国家の健康（The Health of Nation）』に示された。この白書は、同名の政府報告書（Green Paper）に寄せられた各方面の意見などを取りまとめたものである。『国家の健康』は、医療提供に限らず、予防も含めた国民全体の健康に対して国家の責任を認め、健康に関する 25 の数値目標を挙げた。目標の例を挙げると、「65 歳未満の冠動脈疾患（CHD）と発作による死亡を 2000 年までに少なくとも 40% 減少させる」といったものだった。国際的な潮流も受け、健康に対する国の役割は大きく変わっていった。

一方、NPM を一層推し進めたメイジャーは、行政をサービスと捉え、市民という消費者に対してどのようなサービスを提供すべきかについて、1991 年の「市民憲章（Citizens' Charter）」で示した。サッチャー政権で創設された医療の内部市場の中において、NHS の利用者という消費者が受益できるサービスの基準は「患者憲章」で示された。その内容は、

- ・支払能力に依らず、治療の必要性に基づいて医療を受ける権利
- ・一般医（GP）に登録する権利
- ・一般医（GP）を通じて、あるいは救急車、病院事故・救急診療科で救急治療を受ける権利
- ・必要に応じて専門医を受診する権利

- ・リスクや代替案を含めて、提案された治療に明瞭な説明を受ける権利

などである。こうして NHS の仮想の市場である内部市場において、「奇妙なトップダウンの消費者主義」（Klein, 2010, p.169）または、「官僚がスポンサーとなった消費者主義（bureaucracy sponsored consumerism）」（Salter, 2004, p.64）が成立したのである。この権利の内容は、労働党政権によって、数値目標を伴った実績指標（performance indicator）としてさらに強化されていくことになった。

1990 年代は、国際社会でも医療の潮流に変化がみられた。米国、英国、カナダを中心に EBM が発達してきており、英国は NHS の研究開発戦略を通じてその発展に寄与し、また成果を NHS の中に取り込んでいった。

2) 研究開発戦略の国営化と「効果と効率」の基準

1991 年の NHS 及び地域ケア法には、医療監査制度の実施が規定された。同じ頃、NHS の研究開発戦略が策定され、監査の基準は NHS の研究開発戦略の一部として開発された。まず、なぜ NHS の研究開発戦略がこの時期に策定されたかという点について検討する。

従来、医学研究は医学大学で、教育科学省を通じて助成され、臨床研修病院では保健省を通じて助成がなされるなど、研究を所管する省庁も分かれていた。また、省庁のほかに、医学研究評議会（Medical Research Council）、大学交付評議会（University Funding Council）などによって研究助成がなされていた。民間では篤志財団も助成を行っており、主要な篤志財団は Wellcome Trust、Imperial Cancer Research Fund、Cancer Research Campaign、British Heart Foundation の 4 つである。4 財団で民間の研究助成額の 75% を占めていた。

しかし、行政改革を背景に研究助成全体についての見直しを迫られ、1980 年代に医学研究について議論がなされた。主な論点は、研究活動の低下、医学研究と科学研究のかい離、研究環境の貧弱さと優先順位付けのなさをどう解決すべきかという点（Smitih, 1988; 正木、津谷、2006）である。

医学研究の在り方について、上院の House of Lords Select Committee on Science and Technology は議論の末、報告書「Priorities in Medical Research : The 3rd Report」を発行（1988 年）した。報告書は、臨床研究における組織のマネジメント上の問題点を指摘したうえ、これまで民間でのみ取り組まれてきた臨床研究に保健省も取り組むべきだとした。さらに「科学研究とサービス需要研究」の結合を促進し、研究成果を実行に移すことにより、NHS の効

率と費用対効果に影響を及ぼすべきだと勧告した。さらに、医療サービスの研究を所管する機関の設置、従来は実施されていなかった NHS の研究資金を供給することも提案された。

政府はこの方針を支持し、また、会計検査院 (NAO) からは、NHS に関わる研究において、従来の基礎研究 (medical research) にとどまらず、医療の効果と効率の研究を推進すべきとの意見が出された (The Independent, 1990 年 1 月 29 日)。

1991 年 4 月、NHS の新たな研究開発戦略が始まり、保健相に直属の NHS 研究の責任者が配置された⁹⁶。そして、医療サービスについての研究開発戦略が施行された。研究開発責任者に就任した Michael Peckham は研究開発戦略を公表し、1) NHS の研究開発は、NHS における効果と効率の両方が成立することを前提とし、2) 研究開発への投資は、内容 (Substantial) と一貫性をもっていることが不可欠であることを明らかにした。また、従来の研究助成では実施されてこなかった臨床研究に対して、設備 (facilities) を提供すること、患者が臨床研究にアクセスできるようにすること、そして専門家を供給することが目的とされた (Peckham, 1991, p. 368)。その後 5 年間の研究開発費用は、現行の 5 倍とされた。

NHS の研究開発戦略の枠組みの中で実施する具体的な研究フレームワークの開発には、ヨーク大学のカルヤー教授 (Anthony Culyer) が原則を定め、官民の両方から研究計画を受け付け、審査にあたった。その中には、1972 年にアーチボルト・コクランが出版した「効果と効率：医療提供におけるランダム影響」の RCT の手法に基づいて、ウェールズにあるカーディフ大学で開始された周産期医療の研究 (1972 年から実施)、WHO と英国保健省がオックスフォードにある全国周産期疫学ユニットで実施した研究 (1978 年から実施) があった。後者の研究は Medline データベース検索やハンドサーチを使って収集した 5,000 件もの研究成果のメタアナリシス⁹⁷により、約 20% の診療について効果がないというエビデンスを得たものである (Pekham, 1991, p.369)。全国周産期疫学ユニットの成果は、アーチボルト・コクランの「無作為化比較試験 (RCT) が有用である」という主張と共に電子ジャーナルで公表された後、世界中から大きな注目を集めるようになった。英国の政府関係者で研究成果にいち早く

⁹⁶ 当初の上院の報告では、Medical Research Council と一部役割を共有する National Health Research Authority (NHRA) の設立が勧告されたが、独立性が問題視され、保健相に直接責任を有する Chief of Research and Development の設立が提案された。その後、最終的には Director of Research and Development in the British National Health Service という役職となった。

⁹⁷ 「メタアナリシス」とは、「複数の研究成果を統合するための特殊な方法」(サケット、1999、p.91)、「個々の研究から得られたデータをプールし、再分析する方法」(グレイ、2000、p.92) と定義される。

注目していたのは、英国の医療行政、公衆衛生の責任者、主席医療官（CMO）である。

NHS の新たな研究開発戦略が策定された後、主席医療官（CMO）だった Kenneth Calman（在職 1991-1998）（Calman, 1998）と、ウェールズの主席医療官（CMO）だった Deirdre Hine は政府に積極的に働きかけ、この成果に言及しつつ、Kings Fund などの民間機関がサービス提供の内容について研究を盛んに行なっていたことを背景とし、サービス提供のみを政策課題として、長期的な医療の進歩に貢献する研究開発を削減するべきではないこと、診療内容そのものについても検討されるべきであることを主張した。

主張は、医学研究の在り方を根本から変えようとする NHS の研究開発戦略の中でも受け入れられた。NHS の研究開発部門の初代責任者となった Peckham は、NHS の研究開発プログラムの一環として、オックスフォードにコクランセンターを設立（1992 年）し、財政的な補助を与えることを決定した。コクランセンターは、のちに英国コクランセンターと改称し、国際的な研究ネットワーク、コクラン共同計画（The Cochrane Collaboration）⁹⁸として発展していった。

一方、文献のレビューによる評価結果を蓄積するコクランセンターに対し、効果的な治療の普及に直接、役立つ情報を普及させる機関として、ヨーク大学に、NHS レビュー普及センター（NHS Centre for reviews and Dissemination）が設立（1993 年）された。現在、英国を中心に、コクラン共同計画のみならず、無作為化比較試験（RCT）による治療効果の研究成果を配布する多くの機関が存在しているが、1993 年に発行された NHS の通達では上記の 2 機関を含め、無作為化比較試験（RCT）、EBM に関わる研究機関が例示された。

このように、主席医療官（CMO）、NHS の研究開発部門の責任者、ヨーク大学が関わり、NHS の研究開発戦略が進められた。研究開発戦略は、関係者の支持を得て順調に成果をあげているように見えたが、戦略自体に対する異論もあった。

まず、英国医師会は年次大会の中で、NHS の研究開発戦略は、従来の病院を基本とした臨床研究を劣化させていると主張した。また、1991 年の医療法で創設された内部市場との関係で、この研究開発戦略の促進を危惧する声もあった。各 NHS トラストが仮想の市場での競争を期待される中で、競争力を失うリスクがある研究開発にどれだけの費用を投資するかという疑問である（Talbot-Simith&Pollock, 2006, p.137）。

内部市場と研究開発戦略との関係について、検討会が設置され、委員長にはヨーク大学の

⁹⁸ コクラン共同計画 URL <http://www.cochrane.org/>（アクセス日 2013 年 12 月 9 日）

Anthony Culyer 教授が就任した。1993 年に発表された Culyer 報告は、医療に関わる研究開発戦略は、内部市場の競争原理を損なわないよう診療費と分離した上で、単一の国家予算として簡素化すべきであるとした。また、内部市場との関係では、内部市場は成果が直接 NHS トラストのものとならず、研究開発の発展を妨げると主張した。保健相も、内部市場についての Culyer の主張には反対はしたが、全体の主張には賛意を示した。

この報告は、その後の NHS の研究開発戦略を大きく変更した。具体的には、この報告に基づき、予算 I として、NHS に関わるどの分野であっても助成金に同等の資格が付与されること、また、予算 II として、国家の優先度を反映して中央で統括した研究が実施されることになった。この改革をもって、NHS の提供に関わる研究枠組みが成立した。

研究枠組みの中で、その後の NHS の診療内容の効果と経済的な効率を検討して、提供する EBM が醸成されていった。この研究開発戦略の下、NHS 研究開発戦略ディレクターの Peckham は、オックスフォードに「EBM センター (Centre for evidence-based medicine)」の開設を表明し、コクランセンター、NHS (ヨーク) に続く EBM ネットワーク (EBM-based Complex) (Hunter, 1997, P50) の機関が加わった。そして、EBM は、オックスフォード、ヨークを中心とした研究機関の活動と米国、カナダ、さらには WHO などが加わった国際的な潮流の中で加速していった。

3) 質の保障と EBM

ここで、英国と米国の動向を整理しつつ、EBM/診療ガイドラインの国際的な潮流を見ていきたい。1972 年のアーチボルト・コクランによる「効果と効率」により、無作為化比較試験 (RCT) という研究手法が科学的であるとされたことは前述の通りである。また、1983 年、EU の加盟国と WHO が医療における質の保障の作業グループを立ち上げ、オックスフォードで周産期医療の医療について、大量の文献によって診療効果を明らかにした点についても述べた。

先に述べた通り (第 1 章注 4)、「Evidence-based Medicine」という用語はカナダのマクマスター大学の Guyatt が作った言葉だとされる。論文に登場したのが始まりとされる⁹⁹。その

⁹⁹論文への初出は 1992 年。Guyatt G, Cairns J, Churchill D, et al., 1992, Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine, JAMA, vol.268, pp.2420-2425

後、米国やカナダ（マクマスター大学）で臨床疫学や生物統計学の発展に寄与し、英国に拠点を移したサケット（Sackett, 1997）の「Evidence-based Medicine: how to practice and teach EBM」によって、広く世界に知られるようになった。サケットは、一般内科医が重要な最新情報を把握しようとするれば、1日に19論文を365日休みなく読み続けることが必要（サケット、1999、p. 8）な時代にあつて、最善の根拠を評価して治療を続けることの重要性を強調した。そして、サケットは「Evidence-based Medicine」を「個々の患者の医療判断の決定に、最新で最善の根拠を良心的かつ明確に、思慮深く利用すること」と定義した。（*ibid.*, p.2）

では、サケットが唱える「最新で最善の根拠」とは何か。ガイヤット、サケットらの主張をもとに、無作為化比較試験（RCT）と EBM との関わりが体系的に示されたのは、米国の AHCPR の報告書である。AHCPR の報告書では、以下の表の通り、「Evidence」、つまり科学的根拠とは何かを示し、科学的根拠の優劣を示した。

表 10 米国 AHCPR によるエビデンスのランク付け

I a	複数の無作為化比較試験のメタ分析による
I b	少なくとも一つの無作為化比較試験による
II a	少なくとも一つがよくデザインされた非無作為化比較試験による
II b	少なくとも一つ他のタイプがよくデザインされた準実験的研究による
III	比較研究や相関研究、症例対照研究など、よくデザインされた非実験的記述的研究による
IV	専門委員会の報告や意見、あるいは権威者の臨床実験

出典 AHCPR, 1993, p.107

EBM が医学界にインパクトを持つのは、医療専門職それぞれが信じる「科学」の根拠ではなく、複数の無作為化比較試験（RCT）を経た研究の分析を最善のエビデンスとして、根拠の優劣について国際的にランク付けを行っている点である。

コクランセンターを中心としたエビデンスの供給と、米国、カナダ等で発達した EBM は、WHO にも支援されながら、各学会等が作成している診療基準、診療ガイドラインを作成する手法として融合していった。米国では、AHCPR で EBM による診療ガイドライン作りを連邦政府が進め、英国では、NHS の研究開発戦略の中でヨーク大学、オックスフォードの研究機関などを中心に同様の動きが目立ってきた。

1998 年 11 月 18 日時点で、医学文献の世界的なデータベースである Medline に登録されて

いる、英国の主要な学会の診療ガイドラインは、王立内科協会が作成したものが 21 件、王立一般医協会が作成したものが 1 件、王立放射線協会が作成したものが 2 件、王立外科協会が作成したものが 4 件である（日本医師会総合政策研究機構、1999）。診療ガイドラインの作成に 3 年から 5 年の期間を要することを考えれば、少なくとも 1990 年代の半ばには、こうした学会が診療ガイドラインの作成に取り組んでいたと考えられる。

さらに、NHS の内部で EBM を推進したのは、オックスフォード地域を管轄する NHS Executive の研究開発責任者で、公衆衛生の専門家ミュア・グレイである。グレイは、治療のみならず、公衆衛生にも「根拠に基づく保健医療」の在り方を示した。学会が策定していた監査基準も無作為化比較試験（RCT）とメタアナリシスという方法が望ましく、EBM によるガイドラインの必要性が唱えられるようになってきた。EBM／診療ガイドラインと監査が一続きのシステムへとつながっていった。

このように、英国において医療の標準化を信念とする HS 研究共同体は、コクランが無作為化比較試験（RCT）を展開したオックスフォードを中心に、NHS の研究戦略で設立された機関で構成され、医療監査の実施のための診療ガイドラインを作成するようになった学会もその流れに加わっていった。

徐々に研究開発戦略の中で進められていく EBM に対して、保健相の Bottomley は、高額な治療でありながら治療効果が実証されていない治療について、NHS の研究開発戦略の中で、「健康のための研究」プロジェクトを立ち上げ、3 億 1,600 万ポンドを政府が支出することを決定した（Press Association, 1993 年 6 月 29 日）。保健相 Bottomley はまた、NHS は「知識ベースの質」を保つべきであると主張した。

1990 年代の半ば頃には、保健医療分野の関係者のみならず、政府内、議会内では急速に「Evidence-based Medicine」という言葉が広まっていった（Hansard ,12 June 1990, Clinical Standard Advisory Group）。また、1995 年に米国の AHCPR から発行された腰痛治療のガイドラインの影響を受け、英国の医療監査の中では腰痛治療の費用対効果が問題視されるなど、米国と英国の双方が、診療ガイドラインの在り方に注目するようになってきた。また、1995 年頃には、保健省内の臨床効果グループ（Clinical Outcome Group）が、診療ガイドラインを訴訟に活用することや、監査のためのプロトコルとして利用することを検討するようになった。訴訟への応用等が議論されるようになってきたのは、1990 年初頭に起きたブリストル王

立小児病院事件¹⁰⁰がメディアに取り上げられるようになってきたことがあると推測される。

さらに、米国 AHCPR の失敗の経験を受けて、英国においても診療ガイドラインの策定機関の検討がなされ、米国で支出された費用ほど多額の費用を必要としないことも明らかになった。

労働党政権で進められた NICE の構想は、このように保守党政権時からその基盤が整いつつあった。

¹⁰⁰ ブリストルにある名門の王立小児病院で、診療成績が著しく低いということが明らかになり、それを長らく放置してきた、医療専門職のあり方が社会に問われるスキャンダルに発展した。そして、独立の調査委員会が設立された。

4. 労働党政権下の診療ガイドライン政策

4-1 ブレア政権の現代化政策

前述の通り、EBM は 1990 年代後半から、医学界の常識として国際的に発展を遂げる。英国、米国、カナダのアングロ・サクソン圏のほか、オランダ、北欧でも診療ガイドラインが発達してきた。1999 年には、英国国内でエビデンスに基づく社会政策についての全国会議が開かれるなど、アカデミックを中心としたその動きは活発化してきていた。また、無作為化比較試験 (RCT) は、政策立案に関わる公的セクターやアカデミックの中では、「黄金律 (Gold Standard)」と呼ばれており、調査研究の設計には欠かせない手法となっていた (Daview, et al., 2000)。無作為化比較試験 (RCT) の有効性を広く知らせるきっかけを作ったコクランの名前をつけたネットワーク、コクラン共同計画 (The Cochrane Collaboration) の社会政策版とも言える、キャンベル共同計画 (The Campbell Collaboration)¹⁰¹が、1999 年にロンドンで設立されている。

1997 年 5 月 1 日、トニー・ブレア率いる労働党は、総選挙で大勝利を収めて 18 年ぶりに政権についた。ブレア政権が主張したのは、「第三の道」と呼ばれる改革である。上記のような一連の動きの転換点となっているのが、1999 年 3 月に発表されたブレア政権の白書『政府の現代化 (Modernising Government)』 (Cabinet Office, 1999) である。「現代化」とは、政策を戦略的に立案し、結果 (outcome) に焦点を当てて評価して透明性と説明責任を増すこと、そして政策はエビデンスと調査研究に基づくべきであることを述べている。さらにエビデンスの質を上げるべきであることとされている。また、これらの実現のために、内閣府内に調査研究を進めるための複数の部署が設けられた。

ブレア政権以降の英国では、EBM とともに Evidence-based Policy という言葉も頻繁に目にするようになっていく。Evidence-based Policy は、EBM の考え方が政策全体に拡大されたものと理解することができる。

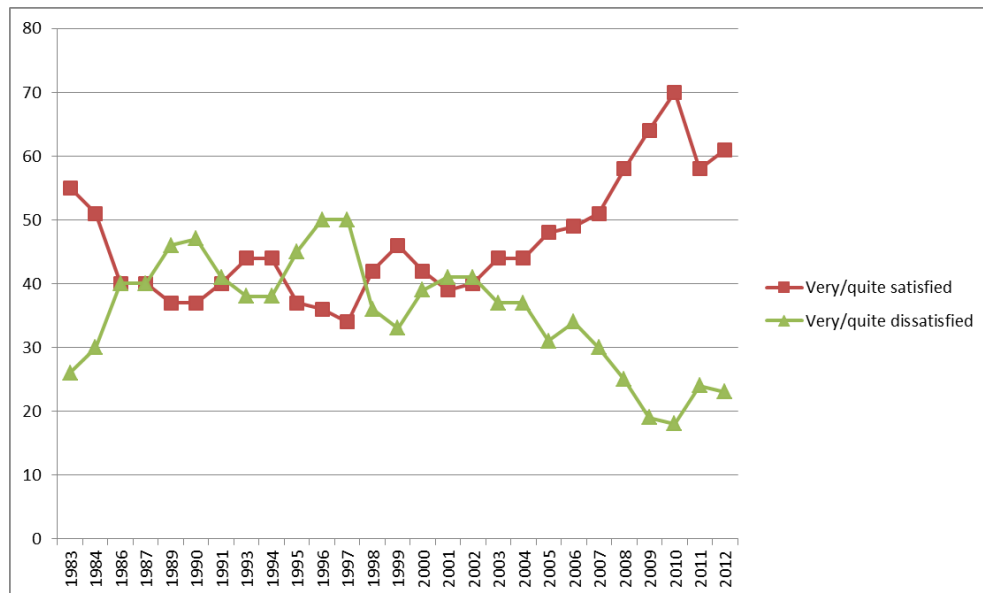
労働党は、医療面については、保守党政権による改革を行き過ぎた市場主義と強く批判し、選挙公約の中でも内部市場の廃止を唱えていた。待機者リストの削減と、医療の質の向上、受け手中心主義を主張した。それらの方針は、1997 年の白書『New NHS』で示された。この中では、サッチャー政権の改革を基本的に踏襲しつつ、より「現代的」で新しい方向性を示

¹⁰¹ キャンベル共同計画 URL <http://www.campbellcollaboration.org> (アクセス日 2013 年 12 月 9 日)

すという意味を込めて「New」という言葉が頻繁に使われている。NHS の中に「支出に見合った価値（VFM）」という概念をもたらした保守党政権に対して、『New NHS』の中では、今後 NHS をより費用対効果の高いものにする（more cost effective）とうたっている。さらに、サッチャー政権下の支出（output）に焦点を当てた効率性ではなく、結果（outcome）に焦点を当てていることが、上記の政策の現代化の中からも読み取れる。

実際、政権交代の直前から、国民の NHS に対する満足度は低くなっており、労働党政権にとって、NHS は早急に立て直しが必要とされる政策分野だった。下記の図 7 の世論調査結果にみられるように、NHS に対する国民の満足度は、1995-1997 年に「満足」が 30% 台にとどまっているのに対して、「不満足」が 50% 前後を推移していた。

図 7 英国民の NHS に対する満足度



出典 British Social Attitude (Table A.4 Satisfaction with NHS over all 1983-2012)

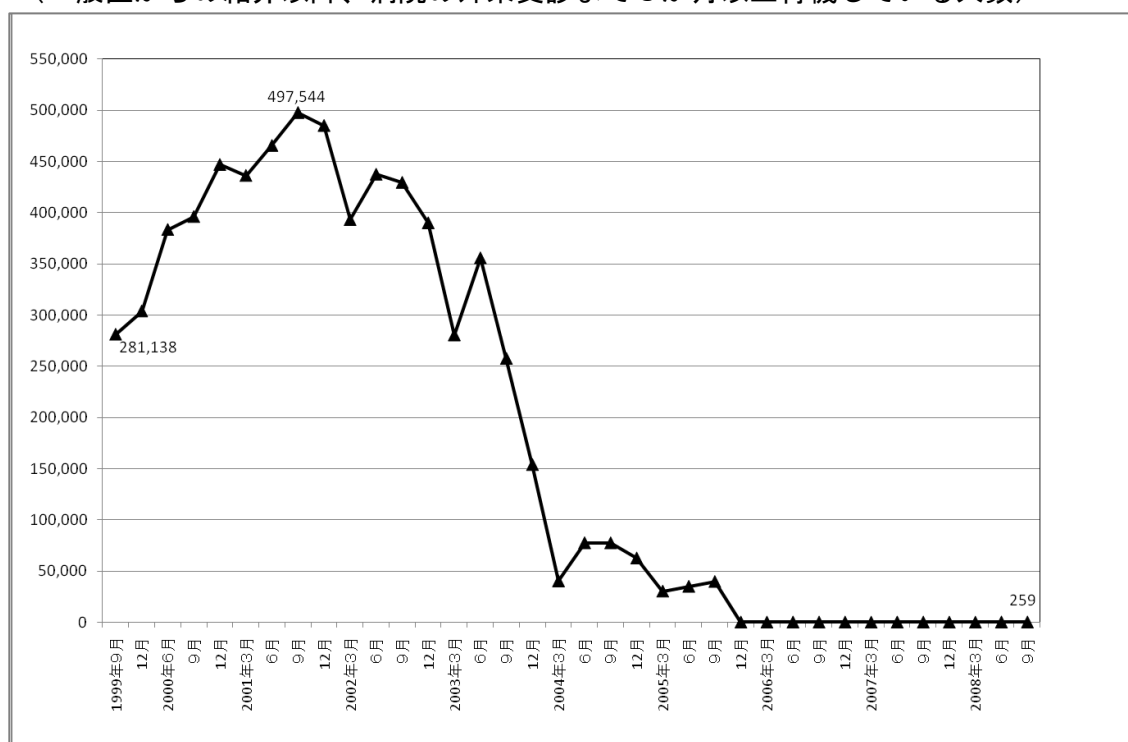
NHS の新たな具体的方針は、2000 年 7 月に発表された『NHS プラン：財政投入、改革のためのプラン』（Cm4818）に示されている。この中には、民間病院との協定や NHS の予算増加等、前保守党政権の政策とは一線を画す様々な政策が盛り込まれた。GDP 比 7% 程度に抑えられていた医療費は、インフレ率を割り引いて実質 6.1% 増額した資金を、毎年 NHS に投入し、他の欧州諸国と同様の GDP 比 10% 程度までの医療費の増額が行われることになった。

また、「現代化」の中心となる統治手法として、「クリニカル・ガバナンス (clinical governance)」

が提示された。「クリニカル・ガバナンス」とは、前政権から課題となっていた待機者リストの問題などを含め、NHS の提供体制、診療内容ともに「明確な国レベルでの質の基準（National Service Framework）を設定」し、「地域でのサービス提供を保障」し、「提供を監視」する仕組み全体を指す（NHS Executives, 1999）ことである。この目標値を設定するためには、根拠に基づいた基準の設定と目標達成に対する監視が必要とされた。具体的には、国家レベルでサービス目標の設定（National Service Frameworks）と適切な診療のあり方を設定し、監視機関¹⁰²が、質の向上と費用の効率化、診療の標準化の実施状況を監視し、その評価を予算配分に反映させる仕組み（ベンチマーク）である。この手法で、国民に対する説明責任も担保している。

図8 労働党政権下での待機者数

（一般医からの紹介以降、病院の外来受診まで3か月以上待機している人数）



出典 DOH（2009）Waiting Times Information – INDEX, Outpatient Waiting Time, +13 Weeks（Commissioner based）

地域レベルでは、提供者の生涯学習と自己規制によってサービス提供を確実なものとし、国民の満足度調査によって監視していき（*ibid.*）、その中に国民・患者のあらゆるレベルでの苦情の申し立てと意思決定への参画（Public and Patient Involvement）が組み込まれている。

¹⁰² 例えば、医療技術の評価と費用の評価を行い、NHS の診療ガイドラインを定める NICE など。

また、診療内容についての目標を設定する基準（＝診療ガイドライン）を策定する機関として NICE、そしてそれを監視する機関として保健増進委員会（Commission for Health Improvement: CHI）が創設されることになった。

4-2 規制機関（Watchdog）としての NICE の誕生

1997 年の政権発足当初と 2000 年に公表された NHS の具体的な改革案の中には大きな違いがあった。

まず、NHS をより効率的にするという視点は残しつつ、医療費は増加へと転じたことである。この背景には、1999-2000 年の「冬の危機」と呼ばれるインフルエンザの流行があった。1999 年末から 2000 年に、高齢者を中心にインフルエンザが大流行し、病院の救急のみならず、集中治療室もインフルエンザ患者で満床になる事態が起きた。集中治療室が利用できないため、予定されていた心臓疾患やがん等の手術が次々と延期される事態が各地で発生し、中には手術が行えるようになった時には病気が進行し、手遅れになったというケースもメディアを通じて頻繁に報道された。ブレア自身もそうした患者の一人から、直接手紙を受け取ったことを明らかにしている（Blair, 2010, pp.261-262）。

二点目は、規制機関の一つとして、国による診療ガイドラインの作成機関（National Institute for Clinical Excellence：以下、NICE）が設立されることになったという点である。国際的な流れ、あるいは保守党時代からの EBM を含む NHS の研究開発戦略からすれば、持続する流れであるように見える。しかし、内部市場の廃止という、保守党政権の改革の象徴の廃止をしながら、EBM については、なぜ、労働党は保守党政権から続いてきた政策を新しく（new）にしなかったのか。一つの可能性としては、後述する通り、英国の名門医療機関の一つ、ブリストル王立小児病院事件が 1996 年に報道され、国民から公的な調査委員会の設置を求める世論が高まっていたことである（Horton, 1999）。NICE に対しては、新しい治療の評価、ガイドラインの開発、監査の促進が期待されていた。そして何よりも、初代の所長（ロンドンのトーマス医学大学 Michael Rawlins）が強調したのは「信頼の確立」であった。NICE は、ブリストル王立小児病院事件に加え、同時期に明らかにされたハロルド・シップマン事件という、スキャンダルによって信頼を失った NHS にとっての「特効薬（panacea）」（Smith, 1999）と期待されていたのである。

さらに、クリニカル・ガバナンスの中で、ガイドラインをはじめとする NHS の運営の監査

として、医療監査より、より診療内容まで踏み込んだ監査を実施する機関として保健増進委員会（CHI）が設置され、「臨床監査（clinical audit）」が実施されることになった。

また、別の観点から Paton（Powell, 2008, p.19）は、EBM を中心とした NHS を支える人材が保守党政権から継続している点に注目する。パトンは、地域を管轄する NHS Executive に保守党時代の改革を執行した幹部が多く残り、彼らが労働党に近かったと指摘している¹⁰³。特に Senior Manager の Nigel Crisp が労働党政権下で、NHS Executive のトップに起用されたためであると指摘する。かつ、EBM／診療ガイドラインに関わる保健省内の臨床効果グループ（Clinical Outcome Group）は、NHS Executive によって設立された部署でもあった。先の EBM の推進者のひとりに数えられるミュア・グレイも NHS Executive に属する有力者の一人である。

また、実務的な理由として、NHS の研究開発戦略により学会ごとに数多く作られた診療ガイドラインに提示されている助言の中には矛盾するものも多く、現場に混乱が見られるようになったことも挙げられる（Kleijnen and Bonsel, 1998）。

内部市場の廃止と国が明確な診療基準を定めることは、1998 年 11 月の議会開催のエリザベス女王のスピーチの中にも盛り込まれ、NHS と専門職にとっての重要な 이슈へと なっていった。

4-3 NICE の組織構造と専門職

なお、EBM そのものについては、国際的にも議論が展開されていた。主な論点は、そもそもエビデンスが不足しており、効果が明確にならないグレーゾーンが多いこと、目の前にいる治療すべき患者が、この標準治療に見合った患者であるかどうか分からないことなどであった。また、専門職の間で「料理本医療（cookbook medicine）」（例えば、Leap, 1989）、あるいは「マクドナルド化（McDonaldization）」（Timmermans and Berg, 2003, p.19）といった批判もあった。

しかし、英国の NICE の設立に関して、内部市場導入時のような、英国医師会や学会は表立った反対運動は展開しなかった。学会は、その趣旨に賛意を示しつつ、単に医療費抑制化

¹⁰³ 内部市場についても、労働党政権は発足から時を経ずして同じメカニズムを取り入れている。そのような政策の連続性についても、ロンドン大学（London School of Economics）の Julian Le Grand が保守党時代から政府のアドバイザーとして継続していたことがあげられる。

の機関とならないよう、NICE に対して、より幅広い医療の質の問題に役割を果たすよう求めた。1997 年に NICE の長官に任命された、疫学者のローリンズ (Michael Rawlins) は、「NICE は警察権力ではない」としている。ローリンズは、NICE と同様の同時に設立され、一般には NICE の勧告の執行状況を監査する機関と理解されていた保健増進委員会 (CHI、設立当初は CHMP) の役割でさえも、「(NICE 助言を執行するための) 助言機関だ」と強調して、医療専門職の不安を緩衝する発言を行った (BMJ Vol.317, 28 Nov,1998, p.1467)。さらに、米国の AHCPR の失敗を受け、議会における政府、ローリンズ共に、予算の大幅な増額を行わずに NICE を運営できることを強調している (*ibid.*)。

一部には NICE の誕生により、各種王立協会への研究助成が減額され、必ずしも彼／女らが NICE に協力的ではないという意見もある¹⁰⁴が、NICE のガイドライン策定は、学会を作成過程で取り込み、共同で作成する仕組みとなっている。診療ガイドラインは、実際には NICE から依頼を受けた王立協会や疫学、医療経済等の専門家がその案の策定にあたり、NICE に答申を出す仕組みになっている。各王立協会は、ガイドラインの作成過程ではそれぞれの分野の主導権を握ることができる仕組みになっており、作成過程には他の専門家（例えば疫学、統計学の専門家など）、非専門職（患者・介護者）が関わるようになっている。その手順は、おおよそ次の通りである¹⁰⁵。まず、NICE は作成する診療ガイドラインのテーマを公募し、そのテーマに沿った国立協働センター (National collaborating Centres)¹⁰⁶に作成範囲 (Scope) の作成を依頼する。このセンターは、関連する王立協会の医師と疫学者、統計学者、意思決定 (コンセンサス・ビルディング) からなる。前述のとおり、NICE の誕生によって、学会への研究助成が減額されたという側面もある可能性があるが、国立協働センターの中で診療ガイドラインの作成に協力する王立協会は、この作成過程の中で一定の主導権を握ることも可能なのである。医療監査実施の際の王立協会の対応から推論すると、政府への反対を表面化させずに、専門職としての裁量を維持するために、王立協会が NICE への参加を選択したとしても不思議ではない。

国立協働センターでガイドラインの概略が作成された後、NICE 内で関連領域の専門医、一

¹⁰⁴ インタビュー日 2007 年 1 月 6 日

¹⁰⁵ インタビュー日 2007 年 1 月 6 日。

作成手順を示した NICE の URL

http://www.nice.org.uk/media/62F/36/How_NICE_clinical_guidelines_are_developed_4th_edn_FIANL_LR.pdf

¹⁰⁶ 2009 年末現在で、がん、精神科、女性と小児科医療、急性期と慢性期医療の 4 センターがある。

般医（GP）、公衆衛生の専門家、医療経済学者、看護師などのコメディカル、また一般から公募された患者らが関わって内容を発展させていき、パブリックコメントを経て正式な診療ガイドラインとなる。

以降 NICE は、2000 年に「知歯の抜歯」「腰痛」「小児喘息」「大腸がん」の 4 件、2001 年には 10 件の診療ガイドラインを発行した。2005 年には若干の組織変更があり、公衆衛生の研究所も統合する形で役割を拡大している。

つまり、英国の診療ガイドライン政策は、政策の形成においても NHS の研究開発戦略の中で学会を巻き込み、また個別のガイドラインの策定の中でも彼/女らが関与する仕組みとなっているのである。

4-4 NHS 改革の曲がり角

NHS プランで医療予算の拡大が示されたが、具体的な拡大方針については、2002 年 4 月、ブラウン蔵相の依頼により、大蔵省で検討が重ねられた結果を取りまとめた「Wanless Report」で公表された。レポートは乳がんや肺がんなどの 5 年生存率、65 歳時点での平均余命の低さなどを他国との比較で指摘したうえ、長年の予算の縮小と過少投資の結果、サービスの需要と供給が一致していないと指摘し、2011 年までの医療費の増額を明言した。

ここで、1979 年以降、医療制度改革の中で「効率化」を目指してきた NHS は方向転換を行うことになった。ただし、NICE の役割はむしろ、医療提供側から受け手側まで多様なアクターを巻き込んで医療の基準を策定するという点で、世界的に注目を集め、縮小することはなかった。

だが、NICE で認められた治療法しか NHS では行えないことから、抗がん剤を NICE の指針と異なる方法で使いたいとする患者が裁判に訴えるなど、診療ガイドラインというもののあり方をめぐって、国民の間にも疑問視する意見がないわけではない。それにも関わらず、国立機関で診療ガイドラインを作成している NICE に対して、近年も国際的な関心が高まりを見せている。

5. 本章のまとめ

以上、英国の NHS における医療制度改革を、保守党サッチャー政権から労働党ブレア政権までの構造改革と、それに伴う標準化、EBM／診療ガイドライン政策を中心にみてきた。英国の医療費はもともと GDP に占める割合も高くはなかったが、財政危機により、さらなる「効率化」が目指された。その中で、国営の医療制度の中に市場原理を取り込む、内部市場の導入という大きな構造改革を経て、「支出に見合った価値（VFM）」を確実にするための監査、そして診療内容を監査する医療監査へとつながっていった。医療監査は、国家が主導したもの、王立協会（Royal Colleges）が主導権を取り戻すことで、自分たちの地域的な基準によって実施された。その中で、診療ガイドラインという基準についての議論も生まれてきた。

同時期、NHS の研究戦略も内部市場の導入に伴って、見直しが計られた。NHS の研究開発戦略の中では、無作為化比較試験（RCT）を実施した科学的成果が最良とする、EBM が米国の動きと同期して生まれ、医療監査の基準を求めて診療ガイドラインの必要性が争点となった。そして、国家が診療ガイドラインを策定する NICE が誕生した。

このように、英国の診療ガイドライン戦略の成立には、医療専門職の研究基盤である NHS 研究開発戦略が重要な要因となった。そして、オックスフォードを中心とした研究ネットワーク、EBM ネットワーク（Evidence-based Complex）（Hunter, 1997, p.50）の議論の中から、NHS で実施する診療についての診療ガイドラインを提供する国の機関の設立の議論へとつながっていった。そしてその機関（NICE）で診療ガイドラインを作成する過程の中には、王立協会を中心とした専門的知識を持つ関係者が関わることにより、診療ガイドラインの作成に、医療専門職からの大きな反発は起きなかった。

つまり、HS 研究共同体に特にオックスフォードを中心に研究ネットワークが広がり、EBM の研究が展開されるなかに、専門医を認定する主要な学会が参加して、診療ガイドラインの作成を行うようになった。やがて、学会（王立協会）の側からも国立の機関による、診療ガイドラインの調整を望むようになり、診療ガイドライン／EBM 政策の成功につながった。

米国のように、そのアイディアを直接議会に持ち込んだ政治家の存在は確認されないものの、主席医療官（CMO）が、コクランに始まるオックスフォードの研究者の取り組みに注目し、NHS の研究開発戦略の中に取り込んでいったことにより、行政府内、そして議会にも支持が広がり、診療ガイドライン政策を成功に導いた。

第4章 日本編

日本は、戦後「国民皆保険」を達成し、医療機関の受診にあたって、受け手が診療所や病院といった受診先を自由に選択できる「フリーアクセス」を特徴とする医療保険制度を導入している。かつ、先進国の中でも GDP に占める医療費の割合が比較的低い国としても知られる。だが、1970 年代以降、人口の高齢化が世界に類を見ない速度で進み、医療をはじめとし、社会保障全般の制度改革が進められている。

日本の医療制度改革は、増加する高齢者への医療保障をどうすべきかという点、初期から高度までの様々なレベルの診療を提供する医療機関が、地域でどのように整備すべきかという点を中心に議論が進んだ。だが、民間非営利を原則とする日本の医療機関は、計画的に整備することが困難なことから、既存の医療機関を「機能分化」する議論が進められた。

一連の改革の中で、診療内容が議論されるのは米国、英国よりも遅かった。そもそも大学医局によって人材が養成され、医療機関に派遣される仕組みが長く続き、医師の出身医局ごとに診療にばらつくことは、関係者の間で認識されてきた。そのため、医療費の抑制の議論の過程で、医療費の増加と医療のばらつきが関連づけて議論されることはなかった。また、米国、英国と異なり、特殊法人が支払審査を実施しており、形式的な審査に留まったため、支払審査の過程でも診療の基準が争点化されなかった。

だが、情報化の進展により、傷病名等を統一、標準化する必要性が生じたこと、諸外国の医療制度改革のアイデアが流入してきたことにより、日本でも EBM／診療ガイドライン政策への関心が高まった。標準化を意識し始めたのは、厚生（労働）省の技官たちだった。厚生（労働）省の研究補助事業の中で、米国・英国から医療制度改革のアイデアを積極的に受け入れており、診療ガイドライン政策もその一つである。アイデア流入に貢献したのは、厚生（労働）省であり、国立の研究機関や外郭団体が研究事業の担い手だった。そのため、学会が積極的な役割を担うような、HS 研究共同体は形成されなかった。

日本のケースは、国立機関におけるデータベースの設置が政策目標とされた点、医師会が拒否権プレーヤー (Tsbelis, 2002) となった点で、米国、英国の事例とは異なっている。米国、英国とは異なり、なぜ、日本では、日本医師会が政策の正否を決める強力なアクターになったのか。

この点を理解するには、日本医師会が主張する「プロフェッショナル・フリーダム」と、日本医師会が強く批判する「制限診療」を理解する必要がある。この二つの概念は、日本医

師会を四半世紀にわたって主導してきた武見太郎会長の主張によるものである。日本医師会が、武見太郎会長の下、「制限診療」の撤廃と引き換えに国民皆保険の導入を了承してきた歴史があるからである。

さらに、武見太郎が「制限診療」を批判し、「プロフェッショナル・フリーダム」を主張した背景として、大正期の健康保険制度がある。この点を理解するため、本章は明治初頭から分析を行った。

大正期に医療保障財源が不十分なまま、医療保険制度の導入が行われ、日本医師会が保険診療の実施団体となった。しかし、財源不足が深刻だったため、国家によって「治療方針」が策定され、経済的効率性が目指された。また、戦後にも保険診療の混乱に伴い、「治療指針」によって、治療の手順が細かく規制された。この「治療指針」を、武見太郎が「制限診療」と強く批判したのである。

「プロフェッショナル・フリーダム」を重視してきた日本医師会は、いったん医師になった以上、麻酔科を除く、どの診療科であっても標榜することができる「自由標榜」を原則として堅持しており、学会によって、医師が診療する専門領域を特定するような専門医制度は、成り立たなかった。さらに、戦後、日本の主要な医学会は、日本医師会の傘下に位置づけられ、日本医師会から独立した政治アクターとなることは稀だった。そのため、日本医師会が厚生（労働）省との交渉窓口として機能してきた。

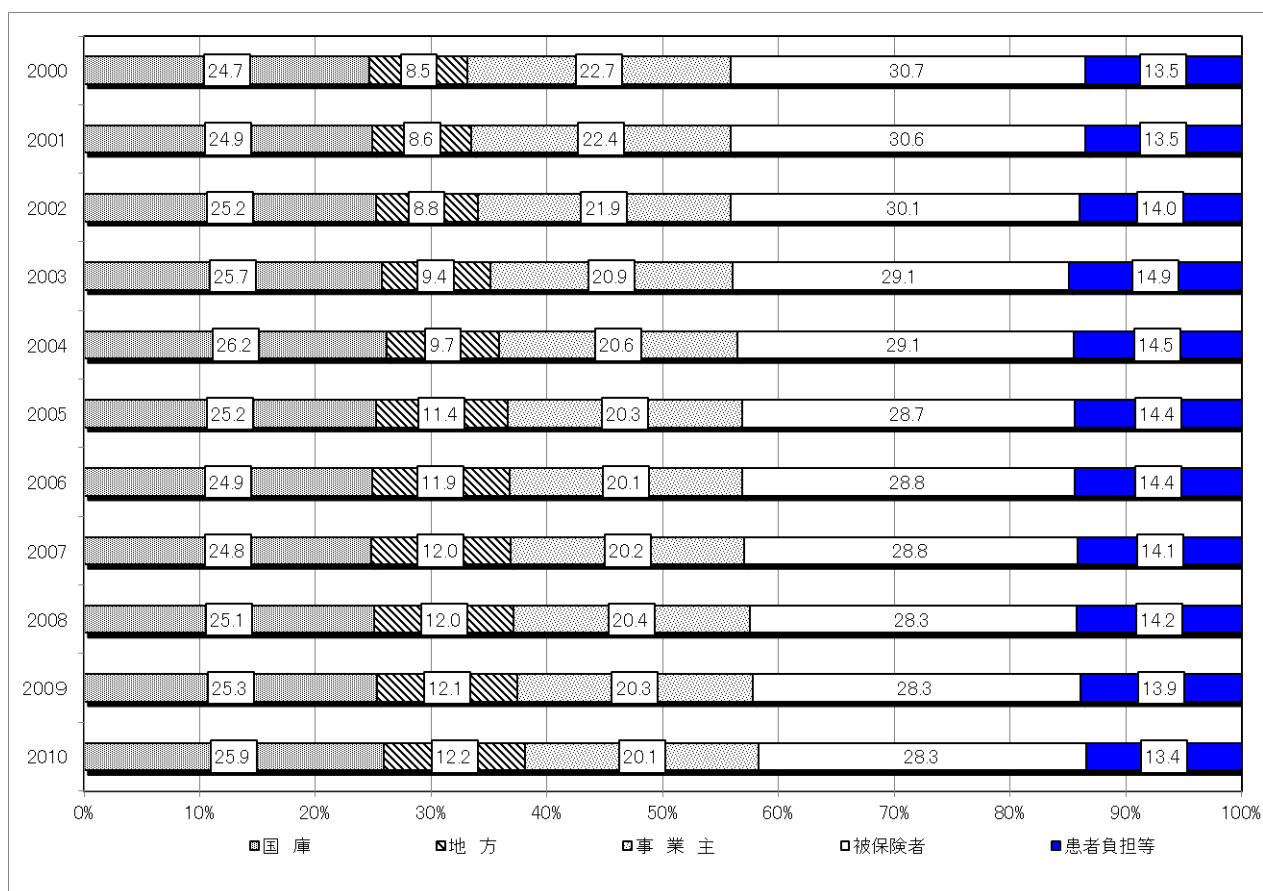
診療ガイドラインのデータベースを国立機関に設置するという厚生（労働）省の案に、日本医師会が反対し、国の機関に診療ガイドラインのデータベースを設置することは失敗に終わり、日本医師会や病院団体が主導して設立し、厚生労働省が所管する財団法人（現 公益財団法人）にデータベースが設置された。

1. 日本の医療制度の概要

日本の医療保障は、大正時代に作られた健康保険制度を出発点として、戦後、制度が再整備された。当初、地域保険と職域保険の2種類から成る保険制度だった。地域保険と職域保険に加え、2006（平成18）年の法改正により、2008（平成20）年4月からは、75歳以上の後期高齢者を対象とした医療保険が、74歳以下の国民を対象とした医療制度と別建てとされた。

保険者数は3,602であり、主要な保険者数は、2012（平成24）年3月末時点で、協会けんぽ1、国民健康保険（市町村）1,723、組合管掌健康保険1,458、共済組合85、後期高齢者医療制度（後期高齢者医療広域連合）47である。2010（平成22）年度の国民医療費は約37兆4千億円となっている。財源別にみると、約38%が公費（国庫及び地方）、約49%が保険料（事業主及び被保険者）という構成となっている。

図9 財源別国民医療費の推移



出典 厚生労働省、各年、「国民医療費」

医療提供の点では、諸外国と異なり、自由開業医制度であることが特徴である。医師であればどこでも自由に開業し、どの診療科を標榜（自由標榜）してもよいことになっている¹⁰⁷。医療機関は、病床数 19 床以下の診療所と、病床数 20 床以上の病院、薬局、助産所などになっており、それぞれの施設の人員、設備について医療法及び施行規則に定められている。国立、公立、公的、民間と設置主体は多様だが、病院は非営利を原則としている。

診療行為は約 4,000 種類に分類され、それぞれに公定価格の診療報酬が定められ、実施した診療行為に応じて医療提供者に支払いがなされる出来高払い制度となっている。ただし、急性期の大病院では、2003（平成 15）年より、日本独自の方式による、診断群分類による包括払い（Diagnosis Procedure Combination 以下、DPC）が入院費に導入され、現在は約 1,500 機関（2012（平成 24）年度診療報酬改訂時見込み）で DPC が導入されている。

GDP に占める医療費の割合は約 7 % と先進諸国の中でも低い水準を保っているが、高齢者の医療制度、医師不足、医師・医療機関の偏在、高額化する診療を課題に改革を繰り返している。

¹⁰⁷ ただし、麻酔科のみは、医療法に定められた資格である。

2. 前史

本節では、まず戦前の「第一次国民皆保険の完遂」と呼ばれた出来事までを対象に、日本の医療保障制度において、健康保険の運営団体として機能し、国家との分化がなされないまま、戦争の遂行団体の一つとなり、脱専門職化された過程について検討を行う。さらに、その過程で、財政基盤が脆弱な健康保険の円滑な運営のための「診療方針」が導入されたことに言及する。

次に、戦後に社会保障の体系が整備されていく中で、「治療指針」が作成されたことについて述べる。この「治療指針」は、戦前の「治療方針」と共に、日本医師会にとって「制限診療」と認識されてきたものである。国民皆保険の導入にあたって、なぜ「制限診療」の撤廃を求めたのか、後に重要になる武見太郎の主張を理解するために、戦後の社会保障制度の成立について検討を行う。

2-1 戦前

1) 日本の医療制度と専門職団体

明治期以降、日本では漢方医療から西洋医学への転換が図られた。西洋医学を基本とした専門職団体は明治初期から各地で結成されてきたが、統廃合を繰り返しながら、医師の資格化を目指した。その成果として、「医制」（1874（明治7））年、東京・京都・大阪の三府に発布）によって、西洋医学を基本とした医師免許制度¹⁰⁸が整備された。医制の発布をきっかけに、隆盛を誇ってきた漢方医が衰退していくことになった。

西洋医の専門職団体の形成に視点を移すと、1893（明治26）年11月2,000人を超す会員で結成する「大日本医会」が設立され、「関西連合医会」、「東京医会」、青木胤通、森鷗外、入沢達吉ら東京帝国大学出身者を中心とした「明治医会」（起源は、医師会法案反対同盟会）と、西洋医の医師団体が乱立した。各団体が医師法案を公表し、医師法制定の運動へとつながっていった。各医師会が提案した医師法案の争点は、医師免許の取得に大学での教育を義務づけるか、従来の医師開業試験からの移行期間を何年とするか、医師法と同時に制定する医師会令の設立を強制とするか、否かという点であった。特に、明治医会は医師免許取得の

¹⁰⁸ ただし、この時の医師免許は、開業試験に合格することが条件となっており、高等教育機関での養成を義務づけていなかった。この点が、後の医師法制定にあたって争点になっていった。

要件に大学での教育を義務付けることを求め、大日本医会と対立した。

一度は内容を取りまとめることができず（第13回帝国議会）、医師法は成立に至らなかった。そのため、法案の中心となっていた、大日本医会は瓦解した。その後、大日本医会の下部組織だった、北里柴三郎を中心とした「東京医会」が活発に活動を展開した結果、医師団体間で妥協案が取りまとめられ、1906（明治39）年3月に貴族院を通過、5月に法律として公布された¹⁰⁹。また、1916（大正5）年、東京医会は「大日本医師会」として全国組織化された。1919（大正8）年の医師法改正で、府県、郡市医師会が法定の団体として設立されることになり、府県、郡市医師会が設立された際には、開業医が医師会に強制加入することを義務づけられた。ただし、実際には開業医のみ強制加入が課され、国公立病院の医師、大学病院の医師などは対象外だった。また、医師会の医師に対する懲戒権はなく、1879（明治12）年に設立された中央衛生会が、懲戒権を有していた。府県、郡市医師会が強制設立、強制加入とされたにも関わらず、上位団体である大日本医師会は任意団体であり、貴族院議員となった北里柴三郎らが中心になって大日本医師会を法定団体とすべく、運動を展開した。

1923（大正12）年11月に、大日本医会を母体にさらに統廃合を繰り返した職業団体「大日本医師会」が内務大臣認可の合法的団体となり、「日本医師会」と改称した。日本医師会は1）強制設立、強制加入（勅令429号）、2）公法人の人格を持つ団体であり、医療問題に中心的に取り組む団体と位置づけられた¹¹⁰。この医師法改正をもって、明治以来複数の団体が競合している状態は収束し、日本医師会が、国家に対してほぼ唯一の医療専門職団体として機能するようになった。

開業医が、このように明治・大正期を通じて組織化の道を歩んでいったのに対し、病院は明治期にようやく整備が開始された新しい機関だった。明治初期に医師養成の機関として主力病院が設立され、続いて各藩が藩立病院を設立したほか、個人または地元有志によって病院が設立された。1877（明治10）年には、日本赤十字社の前身である博愛社が設立され、1904（明治37）年以降、各地に日赤病院が設立された。大逆事件（1910（明治33）年）の後には明治天皇による「施薬救療の大詔」により、恩賜財団済生会が設立され、済生会病院が設立

¹⁰⁹ この経緯は入沢達吉「医師会法案後始末」に詳しい。

¹¹⁰ 菅谷（1976）によると、大日本医師会と日本医師会の選好は、この医師法改正を機に変化しているという。大日本医師会は、医師会の公法人化を目標に、医療問題に取り組む機関を目指して活動を続けてきた。それに対して、公に医療問題に中心的に取り組む団体と位置づけられた日本医師会は、表向きの目的と異なり、開業医の組織として強固となり、自由開業制の堅持を強く訴えるようになった（菅谷、1976、pp.264-265）。

された（1924（大正 13）年以降）。こうして近代の日本において、徐々に西洋医学の供給体制が整った。大正時代の終わり頃には、病院は約 3,400 機関に達していた。

また、「施薬救療の大詔」以降、貧困者のための治療を目的とした活動が、民間でも展開されるようになった。代表的なのは、鈴木梅四郎と加藤時次郎が主宰した「実費診療所」である。実費診療所は、医師ではない者が診療所を開設し、低価格で診療を行う¹¹¹医療機関であった。当初、各地医師会から激しい反発に遭いながらも、広がりを見せていった。実費診療所をはじめとする社会的慈善事業を主眼とした医療は、昭和に入って無医村の村にも拡大を見せた。さらに、1930 年代半ばからは、貧困者への医療提供（施療）を目的とした公立病院も各地に設立されていった。

以上のように、日本では明治維新後、西洋医学の導入に合わせ、開業医制度が整備された。従来の仕組みが転換されたのに加え、新たな医療体系として病院が設立されるようになった。病院は、最新の医療を提供する施設（池上、キャンベル、1996、pp.49-50）と位置づけられ、教会などによる篤志施設として患者の施療、収容を強く意識してきた、西欧の病院とは起源が異なった。後に、貧困者に対する医療は「施療」として病院で実施されるようになったが、近代初期には、病院は最新の医療を提供する施設だった。

また、次節に述べるように、大正期に制定された健康保険法の施行に関して、国公立病院、大学病院は保険者との契約方法が開業医と異なったため、日本医師会は診療所及び私立病院を開業する医師の団体として発展し、その他の病院は後にそれぞれの利害を代表する団体を設立していった¹¹²。

2) 医療保障制度の始まりと日本医師会

日本の「国民皆保険」の起源は明治時代中期にある。大企業の一部などが、健康保険組合の原型となる共済組合を作り始めたのは明治時代中期である。1910 年代以降、労働争議が頻発したため、労使協調や生産の効率化を目指し、1922（大正 11）年、健康保険法が成立した（第 45 回帝国議会）（島崎、2005、p. 4）。健康保険法は、施行時当初は工場法の適用を受

¹¹¹ 多数の患者があれば経営が安定するように企画され、診察料は取らなかった。そのため、患者が他の医療機関で受診する場合に比較すると、4 分の 1 程度の負担にすぎなかった（川上、1965、p.339）

¹¹² ただし、戦後、私立病院と日本医師会は、診療報酬体系を巡って対立し、私立病院の団体も分裂と連立を行うことになった。

ける常時 10 人以上の労働者を使用する工場等を適用対象としていた¹¹³。反対に工場法の適用を受けない零細な工場や、現代でいうサラリーマンは、強制加入あるいは任意加入の対象にもなっていない。

また、独自に健康保険組合を設立できない中小企業に対しては、政府が保険者となる政府管掌保険が設立された。医療保険の導入当初から、政府が保険者になっている点は他の社会保険の国とは異なる特徴である。ほかに、業務外の傷病と死亡及び分娩のほか、業務上の傷病も対象としており、現在の労災が、医療保険から明確に分離されていなかった。保険料負担は労使折半で、施行当初、被保険者本人の一部負担はなかった。国庫補助もあり、適用対象事業所で雇用される労働者は強制加入となっていた。労災とその他傷病が共に保険事故となっている点は、健康保険運営の財政が厳しい中、施行後間もなくから使用者、政府間で問題となった。

1927（昭和 2）年、保険料の徴収が開始されると、年内に 319 の健康保険組合が設立された。初めて導入された保険制度の運用をめぐって地域的に研究会が設立され、やがて、1932（昭和 7）年に、地域あるいは産業別の健康保険組合の連合会が「日本健康保険組合連合会」を結成し、保険制度について社会局長からの諮問を受けるなどの活躍をするようになった。

保険診療は、政府（内務省社会局¹¹⁴）と日本医師会（1923 年の医師法成立までは任意団体のまま）の契約によって提供されることになった。政府管掌保険の場合、内務省社会局と日本医師会が毎年度契約を結び、日本医師会に所属する医師のうち、保険医になることを希望する者が保険診療を行う、団体自由契約方式¹¹⁵とした。企業の健康保険組合は、個別に日本医師会と契約を締結したが、おおよその契約内容は、政府管掌保険にならった。

日本医師会（大日本医師会）は、健康保険導入に際し、府県医師会及び郡市医師会ごとに保険部を設置することを求め、保険診療の実施体制を整えた。内務省と日本医師会が団体自由選択主義に基づく契約を締結したのは、1927（昭和 2）年 3 月 30 日である。契約では、被

¹¹³ 当初 1924（大正 13）年 4 月 1 日から実施予定だったが、関東大震災の影響で延期され、1927（昭和 2）年 1 月 1 日から保険給付及び保険料の徴収が始められた。

¹¹⁴ 1922（大正 11）年 11 月 内務省の外局として設置された。健康保険法の成立までは、農務省が保険行政を担当していたが、内務省に社会局が設置され、保険業務が移管されたことに伴い、労働行政機構が一元化された。翌 1923（大正 12）年 6 月、社会局に臨時健康保険部が設置された。

¹¹⁵ 当初、内務省案では、政府が直接保険医となることを希望する嘱託医制度であったが、医師が嘱託医とそうでない医師に二分されることを懸念した日本医師会によって実現しなかった。

保険者人頭割金 7 円 42 銭 6 厘 7 毛の 12 分の 1 を月額報酬として保険医に支払われる¹¹⁶ことになり、被保険者はそれぞれ保険医に登録して同じ保険医に受診することとされた。保険医の指導、監督、診療報酬の請求事務も日本医師会が担うものとされた。

保険診療は思いの外、順調な伸びを見せた。当初は、好奇心からささいな症状であっても、受診する者が多かったとする当時の報道もある。特に、歯科、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科は受診者が多く、「保険料を納める以上は医者にかからなければ損であると云ふような気分が濃厚」にあったと当時の内務省社会局長だった長岡隆一郎は回想している（長岡、1939、p.321）。ただ、保険診療の評判は必ずしも良いものではなく、「粗診粗療」であることや保険医が不親切であるという問題が、帝国議会でも取り上げられたこともあった。反面、保険料が高額であることについて、保険者からは批判が集まった。

一方、保険医からは、保険診療開始当初から報酬の少なさに対する不満が表明された。不満の要因になったのは、受診者が予想外に多く、人頭式報酬の採用によって診療を多く行うほど、報酬の一点単価が下り、政府との交渉で決められた報酬額が、保険医にとっては見合わないものと認識されたことである。

このように、受診者、保険者、保険医の各方面から、保険診療に対する不満が表明され、施行後間もなくから、健康保険制度に対する見直しの声があがった。中でも、保険者側である企業団体は施行数か月後から、具体的に見直しに向けた活動を開始した。例えば、日本工業倶楽部¹¹⁷は独自に健康保険法調査委員会を設け、1927（昭和2）年6月8日に政府に対し、「医療組織に関する陳情書」を提出した。同倶楽部は、健康保険の効果について、独自に調査を行い、報告を発表している（日本工業倶楽部 1927 年 3 月）。また、幹部の藤原銀次郎は、私案として「保険事故を私傷病に局限」することや、強制加入を中止して、「任意保険」にすることを提案して（『医海時報』、1927 年 6 月 25 日、p.11）おり、当時代表的な企業団体である日本工業倶楽部からは、活発に健康保険についての意見が公表された。さらに東京商工会議所も、独自に健康保険についての調査に乗り出した（『医海時報』、1927 年 6 月 25 日、p.11）

内務省社会局も同年 6 月、予想外に受診者が多いことへの対応として、「受診心得」を作

¹¹⁶ 毎月初日現在で報酬が支払われた。ただし、1926（昭和元）年は末現在に実施した。

¹¹⁷ 1916（大正5）年設立。前身は1897（明治30）年設立の工業倶楽部であり、現在の名称は日本工業協会である。明治期に勃興した工業の経営者らが設立した同業者団体である。健康保険法の立法当初から法案に関心を持ち、1922（大正11）年1月、「健康保険法調査委員会」を内部に設立している。

成し、被保険者に配布した。「心得」の前文の中で、「医療の濫用を防ぎ合う様に努めない」と保険の経済は保てません・・・敢て諸君の自制を乞ひ同時に相互扶助の精神を十分に考慮せられんことを願ひます」と、軽症での受診を控えるよう呼びかける内容と共に、保険診療の細かな注意を記した。

日本工業倶楽部をはじめとする保険者側の陳情を受けた内務大臣は、労働保険調査会に対し、「健康保険制度ニ関シ改善ヲ要スベキ事項如何」との諮問を行った（1927（昭和2）年7月27日）。調査会からは10月12日に答申が出され、実施後間もない健康保険ではあるが、財政面から、大改正が必要であるとの認識が示されると共に、医療給付濫用を防止するための対策も必要であるとされた。この答申を受けて、内務省社会局は健康保険法の改正案の作成に取りかかった。そして、第54回帝国議会に提出するため法制局に送られたが、1928（昭和3）年1月21日、田中義一内閣による議会解散のため、法案の提出には至らなかった。

政府が保険者からの要望を受けて、給付の濫用を何とか抑制しようと対策に乗り出し始めた頃、各地で保険診療の報酬が低額であることによる保険医の辞退が相次ぎ、日本医師会の統率力は疑問視されるようになっていた。前述の通り、人頭式による報酬配分を採用したため、保険診療を多く提供するほど一点単価が低くなる仕組みだったからである。そのうえ、保険請求のための事務も医師会内で処理するため、事務経費も予想外にかさみ、日本医師会から傘下の医師会への支払い、保険医への配分が滞ることも多かった。支払遅延に対し、日本医師会傘下の郡市医師会は、保険診療の中止を決議して、保険料と事務費の増額を日本医師会に迫るという例も見られた（新潟県魚沼医師会など）。郡市医師会の反発を受け、日本医師会の幹部は、1927（昭和2）年度夏頃から、翌年度の交渉に向けて診療単価約6割増額と事務費の約60万円増額という案を公表した。

健康保険法の改正が頓挫して以降、内務省社会局と日本医師会の間で、翌年度の診療費についての交渉が始まった。しかし、1927（昭和2）年度の契約終了間際の3月17日から20日まで交渉は難航した。日本医師会からの増額要求に対し、内務省社会局定額式報酬として一点単価の低下を防ぐことを提案した。ただし、定額制と引き換えに保険医を政府や保険者が直接契約する嘱託医制度も提案した。この提案に対して、団体の統制が崩壊するとし、日本医師会は譲歩しなかった。年度末を目前にしながら、連日にわたって交渉が繰り返された結果、帝国議会が既に閉会していたことを理由に、政府と日本医師会双方が条件を出し合い、

報酬は前年度と同水準のまま妥協することになった¹¹⁸。（17日の段階で、日本医師会の代表者が北島医師会理事長（慶応大学病院）に示した案の）「医療方針は政府で決定し医師はその方針に基づき医療をするがこの方針の決定については日本医師会の意見を容れること」の条件など（3項目¹¹⁹）により、妥協案が作られた（朝日新聞、1928年3月20日）。

交渉の過程で、保険者の保険診療に対する不信感を払拭するため、保険診療の方針を明確にすることが決定され、1928（昭和3）年度の契約に盛り込むことになった。そして、3月28日に政府と日本医師会と締結した契約には、「医療方針は政府においてこれを決定し保険医をしてこれを実行せしむること」との条文が盛り込まれた。この治療指針が、日本の医療保険で初めて公に保険診療のあり方を示すものであり、現在はその内容の多くが『療養担当規則』の中に盛り込まれている。

契約成立後、内務省社会局は診療方針の作成に取りかかったが、この作業は遅々として進まなかった。保険診療の基準となる「指針」を作成していたのは、もともと、日本医師会の方だった。契約以前に、府県医師会のうち、保険診療について何等かの基準を設けているところは府県（郡市医師会）で12医師会¹²⁰あり、さらに1927（昭和2）年5月に、日本医師会の渡辺房吉、寺邑紀毅一両理事が、私案¹²¹として『医務指針』を発表していたのである。社会局は、日本医師会による既存の「医務指針」と呼ばれるものを叩き台に検討を進めた。

これら地方医師会の医務指針、渡辺・寺邑による『医務指針』は、どのような意図で作られたのか。資料が残っている広島県医師会保険部の「健康保険に関する医務指針」をみると、保険で行う診療がどうあるべきかについて合意がなく、保険医の中には報酬に見合わない、当時としての最先端の治療を施す医師もいると記述されており、指針はそれを改善することを目的としていると思われる。「斬新なる治療を施し得ることは不利なることにして手術その他を制限せねばならぬ点は考慮を要する」と記述¹²²されており、保険診療の効率化を目的

¹¹⁸ 実際には、施行数か月を経過すると、受診者も減少してきたほか、全く保険診療を実施していない保険医もかなりの割合で存在することが明らかになってきたことも、同水準での妥協につながった要因と考えられる。

¹¹⁹ 3項目とは、上述のほか、1）医療費がかかる炭坑労働者の保険料を別とする、2）入院診療は政府が直接取り扱うこと、である。入院費が、医師会で請け負う費用と別建てにされたことにより、実質的に医師会の人頭割報酬は上がることになった。

¹²⁰ 政府が収集した当初は21あったとのことだったが、基準と呼べるものに限定した結果12まで減少したとのことである。

¹²¹ 両名を著者としており、日本医師会の公式見解という立場はとっていない。

¹²² 1936（昭和11）年に内務省社会局が作成した『健康保険事業沿革史』には、健康保険で提供する診療について「即ち研究等の目的を以て之を為すことがあってはならないのである」という記述がある。いずれにしても、最先端の診療を提供するものではない

として、指針を作成したことを示唆している。また、寺邑らが公表した『医務指針』の中でも「健康保険に於ける診療の範囲には自ら一定の限度のある可き筈」とし、「健康保険の診療は一般開業医家の技能と熟練とを標準とすべき」との見解を示している。

資料は限定的だが、これら医務指針は、健康保険で提供すべき診療は、当時可能な診療のうち、最先端のものではなく、開業医の平均的な治療を標準とすべきであると、保険医を指導している。もちろん、1927（昭和2）年当時に作成された医務指針は、予想外の受診者の多さを受けて、保険医が報酬の上で不利益を被らないようにすることを目的としていたと思われる。

以降、保険診療のあり方が問題となる度に、何を基準にどの範囲を保険診療として提供するかは、何度も議論がされているが、日本の医療保障の出発点である1927（昭和2）年の段階では、医師が労働の対価として妥当な報酬を受け取るために、保険診療には制限があるという議論が展開されたのである。

さて、内務省内における診療方針の作成は難航¹²³し10月末になってようやく診療方針の案が発表された。日本医師会内で合意を得て、社会局に返答することができるギリギリのタイミングだった。それが「診療方針に関する件」（社会局保険部通牒 1928年12月4日、発保92号）である。ここで示された診療方針は、「保険医の診療は必要の範囲並びに限度に於いて之を行うべく経済的にして而も最も適切なるものたるを要す」とし、各項目には「必要な範囲」と曖昧な表現が目立つ内容となった。

こうして、日本で最初に作られた「診療方針」は、あくまでも保険診療のためのものであり、保険診療の執行を請け負う団体だった日本医師会に、保険診療はそもそも「経済的」であるべきという方向性を明確に示していたのである。この点は、日本の医療制度の議論の中からは忘れられている印象があるものの、日本医師会の組織の中には引き継がれていた。

だが、この診療方針は、1936（昭和11）年になると大幅に改められた。それは、保険医の中には「経済的」という言葉にとらわれすぎるあまりに、保険診療がゆがめられ、必要な診療を行わないという理由からだとされる（厚生省保険局、1958b、p.101）。この診療方針の改定について、日本医師会は「従来の経済診療一点ばかりより必要診療へ」と捉えており、医師会員の保険医に対しては、必要な診療は行い、診療費は必要なだけ請求できる制度に変更されたという解釈を提示している（『医政』、1936、第20巻第2号、pp.4-5）。

ということを示している。

¹²³ 報道によると、医師会が協力しなかったためであるとされる。

こうして、内務省社会局と日本医師会は、保険診療の契約について対立を繰り返すうちに、保険診療の規格化され、診療報酬の基礎ができ上がった。しかし、毎年、政府と日本医師会の交渉は難航し、保険診療のいわゆる「粗診粗療」も度々議会で問題にされたことから、1941（昭和 16）年度から診療報酬を地方庁が直接保険医に支払い、保険医の指導監督を行うことになった。そして、戦争に突入していく中、1942（昭和 17）年の法改正（昭和 17.2.2 法律）により、1943（昭和 18）年に日本医師会、日本歯科医師会による請負制度が廃止された。診療報酬は点数単価による公定診療費が採用された。ただし、戦後、連合軍総司令部（General Headquarters: 以下、GHQ）の意向を受けて廃止されるまで、都道府県医師会及び郡市医師会が自主審査の形で診療報酬請求書の審査を実施していた。

内務省と日本医師会は、このように診療報酬や医業分業をめぐる議論で対立を繰り返しつつ、しかし、健康保険の普及や医療を管轄する政府内の体制は徐々に確立していった。

開業医とは対照的に大学病院は、研究目的ではなく、被保険者として患者を受け入れると大学病院の意義を喪失することや、保険診療によって国庫負担が増加することなどを理由に反対の姿勢をとり、健康保険の被保険者の受け入れに合意したのは、1927（昭和 3）年になってからだった（東京朝日新聞、1927 年 2 月 6 日、朝刊 p.2）。公立病院については、自治体と各保険者が契約した。

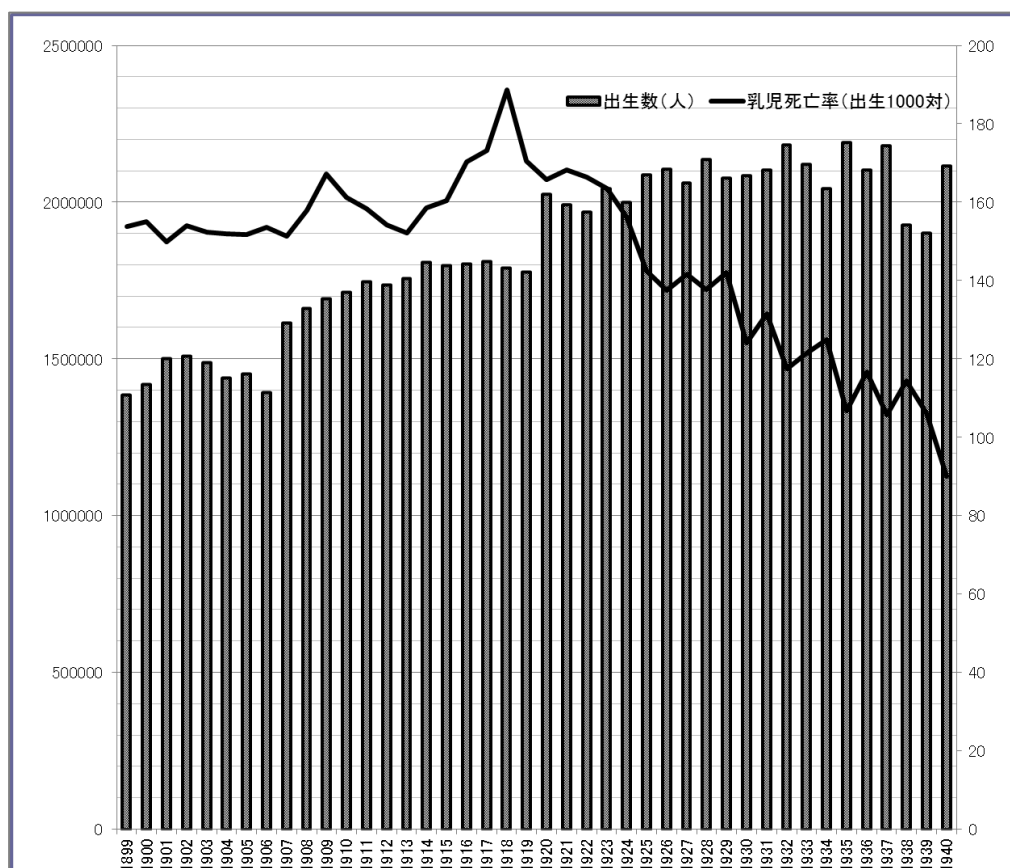
3) 第一次国民皆保険の完遂

ここまで見てきたように、明治時代、大正時代を通じて、日本の医療は西洋医療へと転換すると共に、専門職団体が発達し、医療保険制度も、何とか形を整えつつあった。この間、医療に関した行政は、内務省が中心となっており、感染症への対応や、健康保険法の成立以降は医療保険に関わる業務を担当した。しかし、国民の健康一般に対処する省庁は存在していなかった。日本が太平洋戦争へと向かっていく時代となり、軍部は国民の戦争遂行のため、体力強化を急ぎ、医療の普及・合理化のための抜本的改革として新省庁を設立しようと企図した。

軍部が保健医療政策に介入してきたのは、1936（昭和 11）年の二・二六事件以降である。広田内閣において「保健国策」が提唱され、陸軍による「衛生省」の設立が構想された。特に満州事変以降、人的資源の重要性が指摘されたにも関わらず、人口増加率が減少傾向にあったことが、陸軍から問題視された。乳児死亡率が高く、例えば 1936（昭和 11）年当時の乳児死亡率は、出生 1000 に対して 116.7 と、10 人に 1 人以上の新生児が亡くなる状態だった。

また、同年12月に全医療機関を対象に実施した「病勢調査」（調査日10月10日）が公表¹²⁴され、調査当日時点の患者数が約200万人、結核による死亡者数が毎年12万人と報告された。以降、「健民健兵」政策が展開された（厚生省保険局、1958b、p.11）。そして、「挙国銃後の護を鞏うし、國民體位の維持向上に萬全の策を講ずべきの時」（清水、1938、序）として、1938（昭和13）年1月に厚生省が設立された。

図10 出生数と乳児死亡率（出生1,000対）



出典 厚生労働省、2011年「人口動態調査」

（注）日本は、現在では他国と比較しても乳児死亡率の最も低い国の一つとなっており、2011（平成23）年には出生1,000に対して2.3となっている。

軍部は、医療機関の地域分布の是正、国民の医療環境の改善のため、1940（昭和15）年10月に「医療制度改善方策」を発表し、無医村の解消を目指して都市部での医師の開業を制限するとともに、診療報酬の制定、医師の勤務指定制度、インターン制度の導入、診療科名の整理など、現代にもつながる医療制度の整備を進めた。他方、日中戦争の開始と共に、軍部は文部省を通じて、軍医の養成のため、中学卒業後に進学可能な臨時医専を増設し、軍医の

¹²⁴ 東京朝日新聞 1936年10月17日11面、同1936年12月20日11面、報知新聞 1936年12月21日

急増を目指した。

さらに重要なのは、この方策の中で日本医師会が改組されたことである。都道府県医師会が強制設立することを求められ、日本医師会との従属関係が明確化された。医師は都道府県医師会及び日本医師会に強制加入することが義務付けられた。同時に、郡市医師会は廃止された。日本医師会は国策協力機関に改組され、日本医師会長は内閣から任命されることになった。つまり、公的人格をもった同業者団体であった日本医師会（及びその傘下の都道府県医師会）は、戦争遂行のための機関として国家に組み入れられたのである。

1942（昭和 17）年 2 月には、国民医療法によって、医師法ほか医療関連の法律が統合され、政治統制下に入ることになった。同時にこの法律に基づいて日本医療団が設立され、医療団の一元的運営のもとに医療機関の全国整備が進められた。医師会の強い反対に遭いながら、医療団による整備計画が展開されていった。

1945（昭和 20）年 8 月、日本は敗戦を迎えた。戦後の日本では、GHQ の指導の下、現在の社会保障の基礎が作られ、日本医師会も新たな組織へと変更されることになる。

戦時下では「健民健兵政策」ともあいまった全国的な普及総動員体制がとられ、1942（昭和 17）年には 1）任意設立主義がとられていた普通国保組合について地方長官が認めた場合には強制設立させ得ること、2）強制設立の組合が成立したときには組合員の資格を有する者はすべて組合員となること等を内容とする国民健康保険法の改正が行われた。

改正の影響もあり、1942-43 頃には、町村部では 98%、全体で見ても約 95%の市町村に普通国保組合が設立され、「第一次皆保険の完遂」と称される状況ができた。しかし、その中には数合わせのために一夜にして作られた名目的な組合も存在していたという（島崎謙治、2005、p. 8）。

保険者側の動向についてみると、1932（昭和 7）年に発足した日本健康保険組合連合会は、地域、産業別の連合であったため、調整面で様々な限界が明らかになった。1936（昭和 11）年には全保険組合を網羅する「社団法人健康保険組合連合会」（以下、健保連）が発足し、加盟組合は 377 となった。組合管掌の療養の給付については、健康保険組合が個別に日本医師会、道府県医師会、郡市医師会など同様の契約を結び、組合によっては実情に応じて独自の医療組織を採用した。その後、1940（昭和 15）年に、健保連と医師会との一括契約によって報酬が支払われるようになった。

なお、保険診療が急増¹²⁵して財政を圧迫するようになったことにより、1942（昭和 17）年から一部負担が導入された¹²⁶。

2-2 戦後

1945（昭和 20）年 8 月に敗戦を迎えた日本では、厚生省が組織再編され、戦後の社会保障制度のあり方について議論が始められた。やがて国民皆保険を目指した動きが出てきた。GHQ による改革によって、日本医師会も新たな組織となり、諸分野の学会を分科会とする日本医学学会もその組織に位置づけられることになった。日本医師会の傘下に日本医学学会が位置づけられたことにより、その後、医療政策のアクターとして、日本医師会の動きが顕在化し、一方、学会は長らく積極的なアクターにならなかった。

1) 行政機構の再編と新しい社会保障を巡る議論

「第一次国民皆保険の完遂」と呼ばれた健康保険制度は、太平洋戦争を通じて崩壊した。戦前から戦中期に被保険者数は 4 千万人を超えていたものの、戦災による工場等の消失や崩壊、軍需生産の停止によって、大量の失業者が出た結果、一挙に半減した。また、戦災で焼失したり、開業医が招集されて閉鎖された医療機関も少なくなかった。終戦までに被保険者数はさら減少し、終戦直後の人手不足や社会的混乱により、保険料の徴収は困難になり、過半数の健康保険組合が事業の不振または休止となった。

戦前は内務省社会局と日本医師会との契約によるものだったが、交渉が難航したことは先に見た通りである。第二次世界大戦末期の 1943（昭和 18）年には、診療の算定に関して、厚生大臣による「点数単価表」が告示され、国が定める公定価格で診療を実施する規則が定められた。

翌 1944（昭和 19）年になると、新たに適正な診療報酬を審議する機関として、日本医師会のほかに公立病院、健康保険組合、官庁の委員からなる「社会保険診療報酬算定協議会」が厚生省に設置され、現在の中央社会保険医療協議会の前身となった。1948（昭和 23）年社会

¹²⁵ 例えば、読売新聞 1927 年 6 月 15 日朝刊 2 面には「医師の負担過重に対策を諮問」という見出しで、被保険者となった労働者の受診が急増し、日本医師会の報酬見込み以上に患者が殺到したため、内務省社会局が医療提供体制改善の検討を始めたことが記載されている。

¹²⁶ 内務省社会局では、健康保険の見直しに関し、労働者に診療費用の一部自己負担を導入して、医師の報酬にすることが検討されていると報道された。（読売新聞 1927 年 6 月 15 日朝刊 2 面）

保険診療報酬に関する厚生大臣の諮問機関として、政令で置かれていた社会保険診療報酬算定協議会が法律に規定され、さらに保険医を指導監督するために中央及び地方に「社会保険診療協議会」が設置された。これらは 1950（昭和 25）年には統合されて、現在「中医協」と呼びならわされている、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）となった。

中医協は、保険者、被保険者と事業主、療養担当者、公益を代表する委員が、当初は 6 : 6 : 6 の比率で任命されており、任期は 2 年、半数が 1 年ごとに改選される仕組みとなっていた。

中医協の仕組みは、2002 年に起きた贈収賄事件（いわゆる、日歯事件）以降、変更されたが、それまでは次のような仕組みで診療報酬が決定されていた。第 1 段階として全体としての改定幅の決定（＝改定後の医療費総額をほぼ決定）、第 2 段階として薬価（薬剤の価格）の改定（市場取引価格の調査に基づく。通常、取引価格は薬価より低いため、各薬剤の加重平均された取引価格が、薬価の 2 % を超えた場合、超過分だけ薬価を下げる）、そして第 3 段階として第 1 段階の改定の全体枠から、第 2 段階の薬価の引き下げ分を除いた残りの枠内における診療報酬の「本体」部分の改定を行っていた。第 1 段階と第 3 段階は政治的交渉で決まり、日本医師会が大きな力を持っていた。第 2 段階は、厚生大臣が中医協に諮問し、中医協で審議、厚生大臣へ答申という手続きであり、中医協での審議と前後して、族議員や財務省から厚労相への圧力があつたが、公式にはすべて厚労相と中医協の諮問・答申によって決定されてきた。

この中医協での委員の配置、指名や、診療報酬の決定において、日本医師会は厚生省と激しく対立を繰り返し、厚生省と日本医師会の対立の場は、主に中医協だった。2004（平成 16）年度の改訂までは、薬価部分の引き下げが行われることはあっても、日本医師会は 1980 年代までは診療報酬を有利に増加させることに成功してきており、本体部分と呼ばれる医科の診療費の引き下げが行われたことはなかった。特に 1980 年代に至るまでは、経済成長もあり、診療報酬は高い伸び率を示し、日本医師会に優位に推移してきた。

さて、戦中に改組された日本医師会、日本歯科医師会の解散（1947（昭和 22）年 10 月）に伴い、（政府管掌保険を中心とした）保険診療における保険者と日本医師会、日本歯科医師会の契約は解消された。保険医から報酬支払いの遅延について不満が出ていたことを先に言及したが、日本医師会、日本歯科医師会が解散する際の清算事務で、膨大な額の診療費の支払い遅延が発見された。

支払い事務を担当する機関が存在しなくなったため、政府は、暫定的に中央及び地方に保

険指導委員会を設置して、診療報酬請求書の審査を担当させ、政府管掌健康保険の診療費支払い事務は財団法人社会保険協会が、組保管掌保険については各都道府県の健保連支部が担当することにした。膨大な事務作業の処理や報酬支払いの円滑化のため、さらに当時のインフレ状況から支払いを迅速化することが重要だったため、支払機関の一元化を法制化する必要性が認識され、健保連の協力も得て、医療費の審査、支払いの代行機関として、社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金）の設置を規定する「社会保険診療報酬支払基金法」が制定され、1948（昭和 23）年 7 月 10 日に公布施行された。保険者が保険医に支払う診療報酬の審査及び支払いを統一的かつ迅速に行う機関が設立¹²⁷されたのである。

支払基金は、支払基金法の規定によるだけでなく、支払基金と保険者の契約に基づいて業務を行うことになっていたが、健康保険組合と支払基金との契約については、健保連が組合の委任を受けて一括して契約を締結した（健康保険組合連合会、1960、pp.65-69）。厚生省通知により、健康保険組合は支払基金に手数料を支払って、審査を任せることとされ、保険者による直接審査は事実上禁止された。この点は、後の規制緩和の中で変更されるまで続き、保険者が審査業務を通じて保険診療を監査する機能を麻痺させていくことになった。

国民健康保険について整理すると、1948（昭和 23）年に法律が改正され、GHQ の指導により、原則、市町村が自らの事業として公共的性格を明らかにしつつ実施することとなった。そして、国民医療法が廃止されるとともに、日本医師会等が解散し、保険医の指定は、本人の同意に基づく都道府県知事の任意指定制度に変更された。戦前と異なり、一般診療の患者が減少する一方、一点単価の引き上げにより、保険医を希望する医師が増えていった。政府は、点数単価表の告示と共に、国民医療法を改め、1948（昭和 23）年、「医療法」によって医療施設の人員、設備等の基準を定めた。

陸軍が主導した「健民健兵」政策の一貫として設置された厚生省だが、新憲法によって国の責務とされた社会福祉、社会保障、公衆衛生の向上・増進を担う機構となった。憲法の趣旨に沿って、GHQ が発出した「日本政府ノ健康及ビ厚生行政機構改正ニ関スル覚書」（1946（昭和 21）年 5 月 11 日）により、同年 11 月 5 日、官制の改正を行った。従来 of 衛生局及び医療局を廃止し、新たに公衆保健局（調査課、保健課、栄養課）、医務局（医務課、薬務課、製薬課、病院課、療養課）、予防局（予防課、防疫課、検疫課）の 3 局の設置を決定（サム

¹²⁷ 終戦後、診療報酬支払い事務は医師会が行うことになったが、GHQ が医学職能団体であるべき医師会が事務を行うことに反対したため、支払いの円滑化の観点から基金が設立された（島崎、2011、p.50）。

ス、2007、p.173) した。旧陸海軍の病院も厚生省の所管になった。

この時期、社会保障の在り方を議論する機関も次々に設置された。1945（昭和 20）年、最初に設立されたのは、軍人恩給の善後措置を検討することを目的として設立された「社会保険審議会」である。社会保険審議会は、1946（昭和 21）年 3 月に改組されて「社会保険制度調査会」となり、同調査会が社会保障確立のための本格的な検討を始めた。翌 1947（昭和 22）年には、英国のベヴァリッジ報告に影響を受けた、全国民を対象とした傷病、老齢、失業などを保障事項とした「社会保障制度要綱」を勧告した。

勧告が発表される少し前、1947（昭和 22 年）8 月に、米国社会保障部のウィリアム・エッチ・ワンデル博士を団長とする社会保障調査団（いわゆるワンデル調査団）が日本を訪問し、社会保障の在り方について調査団の報告が発表された。この報告は、日本の社会保障の方向性を示すと同時に、国会と政府に対して勧告権を有する審議機関が、社会保障制度改革の具体的方法や計画を議論すべきであると言及した。その方針に従い、翌年 12 月、内閣総理大臣の諮問機関として、社会保障制度審議会が設置されることになった。

1948（昭和 23）年 5 月、国会議員、各省次官、学者、各界代表 40 名の委員をもって発足した社会保障制度審議会の設置以降、日本の社会保障の議論は GHQ を離れた。1950（昭和 25）年 10 月 16 日、同審議会は「社会保障制度に関する勧告」を採択（第一次勧告）し、吉田茂首相に答申した。勧告の中で、早急に実現すべき社会保障に関する総合的な計画が描かれた。

2) 社会保障制度に関する勧告に基づく治療方針

さて、1950（昭和 25）年 10 月 16 日に公表された、社会保障審議会の「社会保障制度に関する勧告」は戦後の医療を検討する上で重要である。この勧告によって、治療指針が複数定められたからである。

表 11 診療方針の改正経過

実施時期	令規番号	件	摘要
1928（昭和 3）年 12 月 4 日	保発 92 号社会局長官通ちょう	診療方針	はじめて制定
1936（昭和 11）年 10 月 5 日	保秘 283 号社会局長官通ちょう	診療方針（歯科を除く）	診療方針の緩和
1939（昭和 14）年 12 月 23 日	社発 1170 号保険院社会保険局長通	健康保険医療規格調査会決定事項実	一部治療標準設定

	ちょう	施方に関する件	
1940（昭和 15）年 1 月 30 日	社発 80 号保険院 社会保険局長通ち ょう	健康保険医療規格 調査会決定事項実 施方に関する件	健康保険薬局方 の設定
1941（昭和 16）年 7 月 1 日	昭和 16.6.20 社発 827 号保険院社会 保険局通ちょう	健康保険診療方針	治療制限疾病の 撤廃
1943（昭和 18）年 4 月 1 日	昭 18.3.12 厚生省 告示 105 号	健康保険医療養担 当規程	保険医制度の法 定化による改正
1949（昭和 24）年 4 月 1 日	昭 25.9.20 厚生省 告示 239 号	健康保険医療養担 当規程（全文改正）	中央社会保険医 療協議会の発足 に伴い、診療適 正化のための全 面改正

(つづき)

実施時期	令規番号	件	摘要
1950（昭和 25）年 4 月 1 日	昭 25.10.4 厚生省 告示 258 号	健康保険保険医療 養担当規程の一部 改正	性病治療方針の 改正
1953（昭和 28）年 4 月 1 日	昭 28.4.22 厚生省 告示 136 号	健康保険保険医療 養担当の一部改正	結核の治療指針 及び抗生物質の 採用
1954（昭和 29）年 7 月 1 日	昭 29.1.28 厚生省 告示 8 号	健康保険保険医療 養担当規程の一部 改正	完全看護、完全 給食、寝具設備 の採用
1955（昭和 30）年 8 月 1 日	昭 29.7.1 厚生省告 示 269 号	健康保険保険医療 養担当規程の一部 改正	高血圧療法およ び慢性胃炎、胃 十二指腸潰瘍療 法の採用
1956（昭和 31）年 4 月 1 日	昭 31.4.10 厚生省 告示 76 号	健康保険保険医療 養担当規程の一部 改正	薬価基準に収載 していない医薬 品について処方 箋の処方禁止の 改正
1957（昭和 32）年 4 月 1 日	昭 32.3.28 厚生省 告示 55 号	健康保険保険医療 養担当規程の一部 改正	副腎皮質ホルモ ン、副腎皮質刺 激ホルモン、性 腺刺激ホルモン 療法および精神 病療法の採用

出典 厚生省保険局編、1958b、pp.99-100

この治療指針は何を目的としたものか。「勧告」の内容を引用する。

医療保障が社会保障制度の一環であるかぎり、そこで保障される医療の内容は必要にしてかつもつとも効率的な医療でなければならぬ。診断、治療、投薬、注射その他治療材料の支給や検査などについてこの原則が守られねばならないとともに、とくに医療の設備や施設についても、それが「必要にしてもつとも

効率的」なることが要請されるのは当然のことである。なお、ここで「効率的」というのは、まず第一には、それが技術的にみてもつとも効果的であるということであり、第二には、経済的に無駄があつてはならないということを意味する。

（中略）しかし、新らしい診療方法の採用については、その効果が的確であり、かつ効率的であるかどうかを十分に確認する必要があるとともに、すみやかにこれを取り入れるべき措置を講ずるべきである。なお、これが採用に当たっては、たとえば、現行の結核の場合のように、各科別に治療指針を作り、その診療が効率的に行われるよう指導する必要がある。（社会保障審議会、1950、pp.76-77）

治療指針は、「必要にしてかつもつとも効率的な医療」「経済的に無駄」のないものを実施するために作成されたことがわかる。答申を受けて、昭和 30 年代には「結核の治療方針」「高血圧の治療方針」「抗生物質療法の基準」「慢性胃炎、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の治療方針」など 9 種類の社会保険における治療方針があった（広井、1997、p.56）。各治療方針では、具体的に疾患ごとに使用できる薬の種類と使う順序が決められ、医師の裁量で有効性の高い薬を自由に使えない仕組みであり、第一順位の使用後に効果がなければ次の薬を使ってもよいという細かい規則で成り立っていた。薬剤の使用方法のみをまとめた「抗生物質療法の基準」には、「第一順位の薬剤の効果がなければ、副作用が強いまたは投与不可能なる場合には次の順位の薬剤を用いる。耐性が明らかなる場合も同様である」としたうえ、「同一効果をもたらす薬剤間の選択に当たっては、経済的考慮を払う必要がある」と経済性についても明記されていた。また、入院についても、地域社会保険事務所から入院許可をもらい、さらに許可を得た入院日数で治癒しない場合には、再度、社会保険事務所に許可を得るという仕組みになっていた。つまり、治療の方法、入院継続の可否などが、この治療方針と社会保険事務所に規制されていたのである。

治療方針は誰が作成していたのか。一例として、「高血圧の治療方針」（1955（昭和 30）年 7 月 29 日、中央社会保険医療協議会での決定）の序文をみると、厚生省保険局長・公衆衛生局長連名で、1952（昭和 27）年 8 月、高血圧に対する正しい診療を普及するため、日本医師会を通じて、社会保険における「高血圧の治療指針」について日本循環器病学会に意見を求め、1953（昭和 28）年 3 月に答申があり、それに基づいて定めたとされる（水野、2003、

p.68)。

また、「結核の治療指針」については、この審議会以前の 1946（昭和 21）年に定められたが、改正が繰り返され、1951（昭和 26）年 10 月に公衆衛生局長及び保険局長が結核病学会に依頼し、結核研究所を中心に作成され、翌年 4 月 1 日から実施と都道府県知事宛てに通知された（保発第 18 号、1951 年 3 月 31 日）。

戦前から重要視されてきた結核治療に対して、このような方針が示されたことについては、「従来の療養担当規程の診療方針を補う」目的であると同時に、対症療法に偏りがちな治療を是正し、「結核撲滅対策の見地から一般実地医家のためにも是非必要」であるからとされた¹²⁸。1928（昭和 3）年に作られた診療方針によって、保険診療のあるべき姿が示されるようになり、その内容の多くは「保険医療機関及び保険医療養担当規則」に引き継がれたが、特定の疾患について、経済性や効率性を求めた治療指針は戦後、作られたことになる。

厚生労働省の事務次官経験者¹²⁹の推測によれば、戦争中、軍医を急いで養成するために作られた国内の臨時医専出身の医師や、また外地での医師不足を補うために設立された満州医大、台湾医大、上海医大等の医科大学出身の医師たちが、戦後大量に復員してきたという事情もあり、保険診療について医師を教育するという意味から、治療方針が定められたのではないかということである。当初は医師に便宜を図るためのものだった治療方針が、強力な日本医師会の会長武見太郎と厚生省の対立の争点となった。

1954（昭和 29）年秋頃から、「わが国の医療保障問題を全般的見地から検討する必要がある」という議論が出始めるようになった。1955（昭和 30）年 10 月の「七人委員会の報告」¹³⁰においても、国民健康保険制度の強制設立が勧告された。勧告を受け、1955（昭和 30）年頃には、国民皆保険・国民年金の達成が大きな政策目標となり、同審議会での審議も本格化した。そして、1956（昭和 31）年 1 月 8 日に「医療保障制度に関する勧告」が正式に決定され、日本の戦後医療制度整備の方針が定められた。勧告¹³¹は、まず、わが国の医療保障問題のほとんど全分野に触れていること、第二に、示された目標は、将来の理想的な目標というよりも、当面の国民皆保険に焦点を当てていること、第三に、政府がやる気になれば、財政経済

¹²⁸ 『社会保険時報』（1951 年 4 月）第 25 巻 4 号、大村潤四郎「結核の治療指針」の決定に寄す」 p. 4

¹²⁹ インタビュー日 2008 年 9 月 18 日。

¹³⁰ 同年 4 月に健保等の財政対策審議のために設けられた 7 人の学識経験者からなる委員会の通称

¹³¹ 共済組合連盟、1957 年 1 月、「医療保障制度に関する勧告について」第 5 巻 1 号、pp.49-55

的に実現し得るものでなければならないこと、という前提で方針を示した。他方、細目を決定するような態度をとってはいない。

医療制度¹³²については、「いま直ちにわが国において、英国流の公営医療を実現することは恐らく至難であろう」と、当時の費用概算で 3,300 億円を要するとされたベヴァリッジ式の医療制度実現性の困難さを指摘し、「今後相当の期間は、健康保険を中軸とする被用者保険と、国民健康保険を中心とする地域保険の二本建のままで進み、国民皆保険の体制への途を切り開いてゆくという方向をとらざるを得ないであろう（『社会保険旬報』、1956 年 11 月号、pp.70-71）」としている。

この勧告により、国民皆保険に向けて、戦前の制度を引き継いだ被用者保険、地域保険の二本建てで進められることが決定づけられた。ただし、かつての国民健康保険法と大きく異なる点もあった。それは、国民皆保険を達成するために、市町村に国民健康保険事業の運営を義務づけるとともに、市町村に住所を有する場合は被用者保険加入者でない限り、強制加入とされた点である。また、国保事業は市町村の団体委任事務として、国が市町村国保の療養費 2 割を一律負担とするなど、国の責任も明確化され、戦後の社会保障の体制が徐々に整備されていった。

以上、戦後の健康保険制度の立て直しを図る過程で、保険診療の適切性を審査する機能は、専門職団体でもなく保険者でもない、特殊法人に移行された。職域（組合管掌／政府管掌）保険と、国民皆保険制度の中で整備された地域（国民健康）保険という、複数の保険者が存在する日本で、専門職団体は診療に関するデータを手放したことになる。

また、1957（昭和 32）年、「療養担当規則」により、保険診療の大原則が定められた。従来の保険診療のための「診療方針」が「療養担当規程」として告示されたのである。療養担当規程は、戦前の診療方針とは異なり、疾患ごとの治療には触れず「保険医の診療は、（中略）適切な診断をもととし、患者の健康の保持増進上、妥当適切に行なわなければならない」（第 12 条）や、「診察は、特に患者の職業上及び環境上の特性等を顧慮して行う」（第 20 条）等、大原則にとどめられ、経済的な配慮にも言及されていない。この規程は、1957（昭和 32）年に「保険医療機関及び保険医療養担当規則」¹³³と改められ、現在まで改正を繰り返している。

¹³² 厚生省保険局「医療保障制度に関する勧告」『社会保険旬報』第 30 巻（10 月 11 日）1956 年 11 月 pp.66-90

¹³³ 1957（昭和 32）年 4 月 30 日厚生省令第 15 号（直近改正：2010（平成 22）年 3 月 5 日 厚生労働省令第 25 号）。一般に「療担規則」として知られている。

3) 日本医師会の改組

1940（昭和 15）年に改組された医師会は、戦後、GHQ から変革を求められた。政治統制下で戦争遂行に加わった専門職団体は、GHQ から見れば解体、変革すべき団体だったのである。

GHQ による改革の要点は、1）強制設立から任意団体にすること、2）学究研究を中心とする職域団体の性格を強めることの 2 点だった。GHQ で改革の中心にあったサムス准将の構想では、米国医師会がモデルだったとされる。

1945（昭和 20）年 11 月医師会法が改正され、12 月から各都道府県で役員選挙が実施された。しかし、1946（昭和 21）年 2 月に選挙によって選出された会長は、戦時下の医師会で副会長を務めた中山寿彦だった。この選挙結果について、GHQ は、医師会内の改革が十分に進んでいないことと不満を表明し、医療を国家統制してきた国民医療法の廃止と、より根本的な医師会の改組を指示した。

同年 9 月 30 日、医師会改組懇談会が開かれ、医師会が解散された後、とるべき措置について討議を重ねた。その後、GHQ 側の了解を得て、日本医師会長ほか 13 名からなる改組審議会を開き、医師会改組要綱案が誕生した。この要綱案は翌年に改組委員会によって決定された。医師会の設立を法律によって規定する方針だったが、GHQ の反対により実現せず、民法 34 条に基づく公益法人にすることに定められた。

1947（昭和 22）年には、「医師会、歯科医師会、及び日本医療団の解散等に関する法律」が公布され、1947（昭和 22）年 8 月に新たな日本医師会設立委員会が発足、11 月に社団法人日本医師会が誕生した。1948（昭和 23）年 1 月からは機関誌の発行も行うようになり、3 月には、新たに再編された日本医師会の初の役員選挙が行われた。会員 500 人に対して 1 人の代議員を出すという運営体制は、米国医師会にならった。このように米国医師会をモデルとして進められた日本医師会に対して、サムス准将は回想録の中で「日本医師会は、今日では専門職の資質の向上に専念する民主的専門職団体のモデルになっているのではないかと思います」（サムス、2007、p.214）と自負を語っている。

この後、都道府県医師会、郡市医師会もそれぞれ所在地の首長の認可を受けて設立された。1950（昭和 25）年には定款の一部が変更され、日本医師会に、医学に関する科学及び技術の研究並びにこれに関する事業を行う日本医学学会を置くことになった。この日本医学学会は、医学の主要な学会¹³⁴の頂上団体であり、かつ日本医師会の下部組織と位置づけられていること

¹³⁴ 2010 年 8 月現在、日本医学学会の傘下に「分科会」と位置づけられている学会は 108

から、日本医師会が医学界の利害を取りまとめる団体として機能してきた。

このように、戦後の民主化改革は、戦中、下位国家に位置づけられていた日本医師会を任意団体として新生させた。そして、日本を代表する医学の学会は、日本医師会の傘下に位置づけられ、政府との様々な交渉の窓口が日本医師会に一本化されたことである。この構造が、他国とは異なる専門職団体の機能を生み出すことになった。

3. 武見太郎日本医師会長の登場と国民皆保険の実現

1950（昭和 25）年の社会保障制度審議会の「社会保障制度に関する勧告」によって、昭和 30 年代には、「結核の治療方針」「高血圧の治療方針」など、具体的に疾患ごとに使用できる薬の種類と使う順序を定めた規則が定められた。

戦後、建前上は医学に関する科学及び技術の研究を行うことを目的とした団体として、再出発した日本医師会は、1957（昭和 32）年に武見太郎という強力な指導者を得た。武見太郎は、1957（昭和 32）年に医師会長に選任されて以来、13 期（26 年）にわたって医療政策に強い影響を及ぼした。国民皆保険の実現に向けた検討が進むなかで、武見太郎は大正期までの医療保険のあり方をこの「治療方針」に重ね、「官僚統制」「制限診療」と治療方針を批判し、「プロフェッショナル・フリーダム」を主張した。1961（昭和 36）年の国民皆保険の導入をめぐって、武見太郎は「制限診療」の撤廃を条件に国民皆保険を了承した。

武見太郎が唱えた、「官僚統制」を排除し、「プロフェッショナル・フリーダム」を実現するという方針は、2000 年代初頭まで日本医師会の行動を支える選好となっていた。

3-1 病院団体の誕生

前史で述べたように、日本の病院は、明治期に導入された新たな医療体系であり、当初から最新の医療を提供する場と位置付けられた。また、医学校に併設して患者を相手にしつつ、西洋医学を教える場としての病院が開設され、昭和期には徐々に増加した。

病院と診療所（開業医）の区別は、1948（昭和 23）年 7 月 30 日医療法が施行された、戦後の医療法の中で明確化された。医療法の成立当時の病院数は 3,048 病院であり、うち 72% が私立病院だった。

翌年 9 月になると、東京都下の病院管理者の有志が慶応義塾大学の北里講堂に集まった。そして、医療法が規定する病院基準が高く、これに則って病院を再建することは困難として、「東京都病院管理者協議会」を設置した。この協議会は、1950（昭和 25）年になると「東京病院協会」と改称し、常設の病院団体となった。この東京病院協会を中心に全国に分散していた病院協会が統合され、1951（昭和 26）年には「日本病院協会（日病）」が設立された。

団体設立後、日本医師会からの推薦ではなく、日本病院協会より中医協委員を選出するよう厚生大臣に要求したが、日本医師会の反対に遭い、中医協委員の選定が混乱した。日本病

院協会はその後、入院料の扱い、診療報酬の体系をめぐって日本医師会と対立するようになった。武見太郎の日本医師会長就任後、「日医以外に日医と同様の社会的目的を持った団体はありえない」（日医会誌、1957、第38巻、p. 637）と、日本医師会は、自ら、病院も含めた医療を代表する団体であるとの立場を鮮明にし、日本病院協会との対立姿勢をより明確化した。

1957（昭和32）年9月、厚生省は社会保険診療報酬改定案を提示した。この改定案では物と技術の分離・技量尊重・事務手続きの簡素化をうたう甲表と、従来の点数構成に依拠した乙表からなっていた。改定案に対して、日本病院協会（現 日本病院会）は甲表を支持し、乙表を支持する日本医師会とは別行動をとった。このため、中医協の委員でもあった神崎三益の行動、進退をめぐって厚生省と日医の関係が悪化するという事態を招いた。日本医師会は神崎氏の中医協委員の辞退を迫り、厚生省は同氏の辞任を慰留するという事態に発展した。

その間、日本病院協会内では、日本医師会が支持する診療報酬体系（乙表）を支持する会員病院と、そうではない診療報酬体系（甲表）を支持する会員との対立が鮮明となり、1959（昭和34）年5月になると、近畿東海の病院を中心とした会員が「全日本病院協会」を設立し、日本医師会と共同歩調を取ることを明らかにした。この分裂により、そもそもまとまりを欠いていた病院団体がさらに分裂し、病院の利害を代表する団体が一つにまとまらず、診療報酬の配分等の側面で長らく病院団体の発言権は強くなかった。

日本病院協会は、制限診療についても日本医師会とは異なる立場をとり、1960（昭和35）年8月、中山マサ厚生大臣に提出した要望書の中で「医療は自由が原則である。しかし予算をもって運営する保険診療がある程度規格診療に陥ることもまたやむを得ない」（日本病院会、1984、p.65）との立場をとっている。中山厚生大臣は「制限診療を撤廃すべきである」という要望については、現在の諸指針や基準の改正を行うことによって要望の趣旨は充たされることと考えている・・・」とこれに答弁している。

日医との利害をめぐって、対立していた日病と全日病だが、1971（昭和46）年になると「病院協会連絡会」を設立して、病院の経済的待遇の改善を共に目指すようになった（*ibid.*、社団法人日本病院会、1984、p.172）。

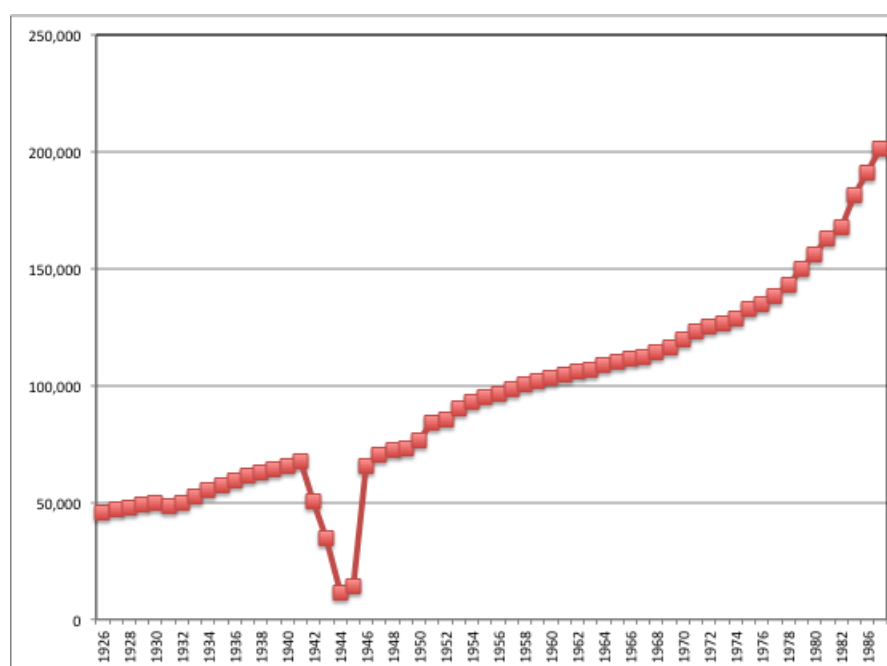
2000（平成12）年には、日本病院会（日病）、全日本病院協会（全日病）、日本医療法人協会（医療法人協）、日本精神病院協会（日精協）による四病院団体協議会（以下、四病協）が結成されて、病院団体間での協力が進むようになったほか、2005（平成17）年4月には、四病協に自治体病院や大学病院の団体なども加わり、日本病院団体協議会（日病協）が設置

され、分立していた病院団体間の連絡、協議の場も拡大を見せている。

3-2 武見太郎の登場

戦後まもなくの日本医師会は、主として医師の賃上げ闘争を行う労働組合と同種の団体と認識されており、専門職の団体という色彩はなかった（水野、2003、p.43）。武見太郎自身が回想録の中で述べているように、医師会活動の中でもハンストをはじめ、当時の労働組合の活動と同種の活動を行う若手も多かったという（武見、1968）。特に、厚生省によって七人委員会が組織され、健康保険法改正案が作成されると、労働者、国民の負担を増大させる改悪案と受け止めた日本医師会は健保改悪反対闘争を展開した。総評がそれをバックアップした（野村、1976、p.53）。経済のインフレが進む中、大正時代から築かれた医療保険の仕組みは崩壊状態であり、診療費の支払いも停滞していた。だが、戦中には激減した医師数も、戦後は戦地からの復員により戦前の水準に回復した。

図 11 医師数の増加状況(人)



出典 厚生省、各年、「医療施設調査 医師歯科医師薬剤師数調査」

武見太郎は、もともと研究をキャリアとして志向していたと言われ、医師会の活動に関わる前には理化学研究所に勤務していた。日本医師会会長に田宮猛夫が就任する際に副会長に

招かれている。その打診を受けた際、「過去の自分の勉強に新しい活路を求めるとしたら新しい天地である。学問と社会をつなぐという役割が専門職団体としての医師会にあるはずだ」として、創設者北里柴三郎の遺志を継いだ学術団体に立て直そうという決意をしたという（武見、1983、p.35）。労働組合と同種の団体と認識されていた日本医師会を、専門職団体に変革しようとしたのである。

その経緯を武見自身が回想したのが、次の引用である。

（武見、1968、p.228）

日本医師会は北里先生が創設された当時の、学術の社会化と健康教育および衛生教育の組織の中枢にならなければならないと決心していた。昔と違って新しい民主社会のなかにこのような考え方の根を植えつけて、それを育てていくことは容易なことではないし、その理解が必ずしも医師会にないことも私は知っていた。しかし、私は運命と思ってこの仕事を引き受けた。

（*ibid.*, p.229）

柿沼先生は理研の私の研究室を尋ねて来られ、「こんど田宮医学部長が定年退職後、日本医師会会長になる。そして医師会と学会をともに新しい医界に適合した形で再建されることになった。ついては君ひとつ副会長をやらないか」と熱心にすすめられたいきさつがある。そのようなことから、私の決心は次第に固まっていったわけである。

今日においても、柿沼教授のこの発言は、学会にも考えてもらわなければならない点が多々あるように思う。学界と医師会がほんとうにアマルガメート（融合）することを田宮会長も理想としておられたし、またそのためにいろいろな施策をめぐらされていた。そのもとで私が二回にわたって副会長の職を与えられたことは、たいへん大きなしあわせであった。

1957（昭和 32）年 4 月、前任者田宮猛雄の後継として、武見は日本医師会長に就任した。武見太郎自身の回想によると、労働組合と同じような活動を展開する若手に対して、医師会の幹部（昔の長袖流の代議員会）は「にがにがしく思っていたが、対等に論議する弁舌と社会的理論に欠けて」おり、対立を排して社会的使命を自覚し、「中正の医師会」を作ろうと

する動きの中で、医師会長への就任を要請されたという。

会長に就任した武見太郎は、労医提携を否定し、専門職の学術団体という性格を強調しつつ¹³⁵、義理の伯父にあたる吉田茂との個人的関係を活かして自由民主党と交渉し、厚生省に圧力を与えるという手法をとった。開業医→地域住民（有権者）→政党（自民党）→政府（日本医師連盟）という路線を敷くことによって、厚生省や健保連と対峙した（野村、1976、p.85）。その後、自民党と厚生省の間で試行錯誤が繰り返される医療政策について、「学問は官僚に統制されてはいけない。自由社会に生きる医師の集団である医師会は責任をもつべきだ」（武見、1983、p.56）と一貫して主張し続けた。武見太郎にとっての医療保障、それを具体化する健康保険法は「大正期の官僚統制の最盛期のものが戦時中に強化されたままで今日まで」残存したものであり、国民皆保険を実現しようとする動向は「学術否定と官僚統制を筋金とした健保法が罷り通っている」ものであった¹³⁶。厚生省を主な対象とした「官僚統制」という批判は、その後の日本医師会が国家に反対する論理として生き続けている。

武見太郎が、日本医師会の役割を方向づけるために用いたのが、「プロフェッショナル・フリーダム」という概念である。この概念は、日本医師会が国家との関係を築く上で重要な概念なので、以下で検討したい。

3-3 プロフェッショナル・フリーダム

武見太郎が「プロフェッショナル・フリーダム」の考え方について、まとまった記述をしているのは、1979（昭和 54）年の「医療と法」という論文の中である。武見太郎によれば、プロフェッションには2種類ある。まず、「古典的プロフェッション」として聖職者、弁護士、医師の三者が地位を獲得し、特権としてライセンス制、業務独占、依頼者のプライバシーへの侵入の容認等を有し、一方、特権に伴う義務として、開放性（患者を選択する自由の制限ないし応招義務）、依頼者の秘密保持、自己宣伝の制限などがあるとする（武見、1979、p.307）。古典的プロフェッションは機能が消極的であるがゆえに、1920年代の健康保険制度の設立には、労使関係の安定を図り、社会不安を除去するために医師が利用され、自由の制限や法的な統制がなされてしまった。

¹³⁵ 水野肇は、武見太郎が1938（昭和13）年4月から1941（昭和26）年1月まで、財団法人理化学研究所で原子物理学の医学への応用研究に従事していた事実を指摘しつつ、「この経歴や日ごろの話を通じて、私が感じていたことは、武見自身は学者になりたかったのではないかということだ。事実、それだけの力を持っていたと思う」と述べている（水野、2003、p.25）。

¹³⁶ 武見太郎、1958年、「医師会は被害者団体である」『中央公論』第73年第5号 p.116

新たに登場したのが、「現代プロフェッション」である。戦後の日本における現代プロフェッションは、発展する医学・医療を習得・駆使することによる公共活動で、プロフェッション性を確固不動のものとし、医療資源の開発と配分の問題、地域医療（地域内で診療所から高度までの医療を一貫して受診できる「コンプリヘンシブ・メディシン」）の立案、実践が中心的役割とする（*ibid.*, pp.308-309）。現代プロフェッションの役割を果たすのが、戦後の日本医師会である。

そして、「学問は官僚に統治されてはいけない」「自由社会における生きる医師の集団である医師会は、ちゃんと責任を持つべきだ」（武見、1983、p.52）と、医療政策の主導権を握る厚生省の在り方に強く反発した。他方、診療報酬の増額を求める労働組合に近い医師会に対しての批判も厳しく、日本医師会を「長袖医者が多い欲張り村」「汚染地区」とも批判していた。

以上の記述をみても、武見太郎のいう「プロフェッショナル・フリーダム」の全容を理解できるものではないだろう。当時の医師会会員の多くも、武見太郎の主張をほとんど理解できなかったという¹³⁷。後に武見太郎の後継者と言われた医師会長坪井栄孝も、「若い時から武見太郎が主催する研究会に参加して生の言葉を聞いてきたが、わからなかった」と述べている¹³⁸。

野村（野村、1976）の解釈によれば、武見の当時の指導部が目指したものは、国民医療法が成立するまでの医師会が持っていた「一本化された窓口」というものだったとする。つまり、国民に対する、あるいは医療担当者、医療機関に向けられる医療行政の窓口は日本医師会という窓口一本化されなければならない、日本医師会を経由しない、いかなる医療行政ルートも認めないことによって、政府・行政に圧力をかけることができるとする構想だった。しかし、野村によれば、昭和初期の状況と比べて、多様化した国民の要求を日本医師会で一本化することを目指すと、行政機関に最も近い場所で一本化しなければならない、これを目指せば目指すほど政治に密着することになった。一本化された窓口としての日本医師会を実現するためには、「権力への接近」が必然として求められ、唱えられた「フリーダム」は、権力を掌握して社会の権力機構の頂点に立って国民を支配する以外には実現できない自由であった（*ibid.*, p.64）。

史実に照らしても、武見太郎が理想とした、北里柴三郎が率いた医師会が、健康保険制度

¹³⁷ インタビュー日 2008年9月17日

¹³⁸ インタビュー日 2009年11月24日

施行までに活動していた期間は短い。大日本医師会として、医師法の改正（医政）を中心として活動していた時期に相当する。日本医師会と改称された後は、健康保険の実施団体として保険医を統率することに努力を重ねていた。「健康保険は医師の仕事であり、点数の計算も医師会がやった」と、北里の後継者として日本医師会長になった北島多一は述べているが、その結果として「医師会の経済というものはほとんど健康保険によって成り立つようになり、健康保険組合の理事層の力が医師会よりも勝るようになった」と述べている（北島、1955、p.117）

では、英語の概念でいう「プロフェッショナル・オートノミー」とはどう異なるのか。英語圏での医師の裁量権（プロフェッショナル・オートノミー）とは、大きくは専門職団体の内部規制の観点から論じられている（第1章）。だが、日本医師会は成員の規制について、英国医師会のような団体で内部を規制する機能を持たない。英国では、医師として診療を行うにあたり、専門職団体（GMC）への登録が求められるが、日本医師会にはそのような機能がない。さらに、加入の義務がないことによって、1923（大正12）年に公法人となった医師会でも、医師に対する懲戒権は持たず、行政機関がその役割を担ってきた。

また、米国医師会のようにピア・レビューによる支払審査によって、診療の妥当性を評価する機能を持たない。健康保険制度の開始時には、保険請求の事務処理を行っていたが、充分にその機能を果たすことができず、社会保険診療報酬支払基金の創設により、保険診療の事務と保険診療としての妥当性のみが審査される仕組みとなり、診療の妥当性を医師自ら審査する仕組みを歴史過程で失った。

しかし、武見太郎は、成員の内部規制や審査の主導権には触れず、保険診療における「治療方針」からの自由を強く意識しながら、「フリーダム」を強く主張した。そして、後の日本医師会では、「プロフェッショナル・フリーダム」が、医師会が団結して行政に対峙するためのマジックワードとなっていった。

3-4 制限診療の撤廃と国民皆保険の成立

武見太郎は治療方針に対し、厚生省が戦時統制を温存したまま、健康保険や医療を統制しようとしたものと解釈し、徹底的に闘う姿勢を示していた。聞き書きに残された言葉のなかで、「制限診療の撤廃というのは人道問題で、学問上の信念からも絶対に譲れない」（水野、2003、p.69）という態度を示している。

武見の態度に対し、日本医師会会員の立場にはかい離があったと、武見自身が回想してい

る。制限診療を残したまま、国民皆保険を推進しようとする厚生省に対して、武見太郎は有識者の意見を考慮しつつ、「強制的に保険に入れるんなら制限診療はよくない」としていたのに対し、医師会の内部では「そんなことより、診療報酬の単価を上げてくれ」という意見の方が強かったという。

診療報酬の増額と制限診療の問題は、昭和 30 年代の後半から自民党、厚生省、日本医師会の間で激しくぶつかり合うことになった。例えば 1960（昭和 35）年の 8 月 18 日、国民皆保険制度の実施をめぐる、医師会と厚生省の間で折衝が続くなか、武見太郎は当時の中山厚生大臣に対して、国民皆保険の開始にあたっての最低限の要求として 4 つの項目をあげている。第一に制限診療の撤廃、第二に 1 点単価 3 円の即時値上げ、第三に事務煩雑化是正、甲乙表一本化¹³⁹、第四に地域差撤廃である。

「制限診療の撤廃」を、当時の厚生省健康保険課事務官による医師会への反論¹⁴⁰を手掛かりに医師会の主張をさらに明確にすると、「医師会は現在の保険診療についての基準は廃止し、薬品は、全て販売許可のあるものは自由に使用し得るようにせよ」という主張である。診療方針に新しい治療法を採り入れるのに時間的なずれ、現在でいうドラッグラグの問題を主張している¹⁴¹。

厚生省の事務官は、そもそも「自費診療こそ最大の制限診療」であり、診療方針は医学界の意見に基づいて作成されたものであり、治療の制限を意図したものではないこと、また、カナマイシンの採用は日本医師会の反発によって中医協の機能が失われていたことによるものであると反発している。

その対立が最も顕在化したのが、1961（昭和 36）年のいわゆる「保険医総辞退」（後述）である。保険医がその職を辞任するということは、戦前にも行われていたことである。しかし、日本医師会が保険診療の請負者として政府と契約していたため、日本医師会の幹部の慰留によって全国的な保険医総辞退には発展しなかった。。

1961（昭和 36）年 1 月の新年度予算編成の中で、診療報酬の上げ幅をめぐる問題で、日本医師会は前年の 8 月から 30%の引き上げを要求していた。それに対し、自民党は報酬単価に

¹³⁹ 当時の診療報酬は、甲乙 2 表に分かれており、両表で入院（滞在）費の扱い等が異なっていた。

¹⁴⁰ 健康保険連合会「医師会の四項目の主張に答える」、1961、健康保険連合会（編）『健康保険』第 15 巻 3 号、pp.14-17

¹⁴¹ この背景には、結核の新しい治療薬として登場したカナマイシンが保険で利用できないという問題が発生していたこともある。

ついて、1円50銭(15%)の引き上げ方針を決めた。しかし、厚生省は大蔵省と折衝の結果、「診療報酬点数表を改正して平均10%引き上げる」とし、病院は10-15%の引き上げ、開業医は35%と差をつけるとする決定がなされた。これに対し、日本医師会では「国民皆保険非協力の実力行使に入る」と決定した。

その後、日本医師会は1月18日、政府が新年度予算案に診療報酬10%引き上げを計上したのを契機に、10%という引き上げ率を不満として、1月21日、全国都道府県医師会長協議会で、「医療危機突破闘争本部」を設けた。本部において保険医総辞退、休診などを含む実力行使などの戦術を決定し、全国で運動が展開された。2月7日、日本医師会は本部戦術委員会の決定に基づくものとして、全国一斉休業の指令を出し、2月25日までに保険医総辞退届を取りまとめることを決定した。こうした動きに対し、国民、世論が反発を示すと共に、保険者の団体である、国民健康保険中央会や健保連が休業中止の要望などを相次いで出した。

自民党は2月15日に党三役らが自体收拾案をまとめ、16日、17日と武見会長、また日本医師会と共同歩調をとる日本歯科医師会会長らと会談を行った。ここで取りまとめられたあっせん案¹⁴²として、1)医療費は若干の単価の引き上げの実施と中医協に対する諮問、2)制限診療については速やかな結論、3)地域差の撤廃、4)事務の簡素化、5)保険の根本的改正への着手を提示した。しかし、日本医師会側はこのあっせん案が会談前に新聞報道されたことを不服として、会談の席に付かず、2月19日には全国一斉休診となった¹⁴³。これが、日本医師会が国家に対して強硬にその主張をアピールした「保険医総辞退」である。

さらにその後、日本医師会と日本歯科医師会は3月5日に再度一斉休診を決定し、また保険医総辞退届の取りまとめに動く中、2月25日に自民党三役と保険関係団体が会談、28日に三役と日本医師会、日本歯科医師会長の会談が行われて、単価引き上げ以外には一定の歩みよりが見られた。このうち、制限診療問題については、1)学会で認められた新薬の採用、2)結核、精神病などの治療指針の緩和、3)医療機械、検査などに幅を認める、4)歯科の補てつの制限を緩めるなどの内容が示された。この内容によって、再度の一斉休診は回避されることになった。そして、制限診療について「早急に撤廃することはできないが、将来緩和の方向で努力する」との与党幹部の譲歩を得た。

¹⁴² 健康保険組合連合会編『健康保険』第15巻3巻(1961.1)「医療費をめぐる動き」p.25

¹⁴³ ただし、厚生省の対応などにより、急患の診療体制が強化されていたため、大きな問題は発生しなかった

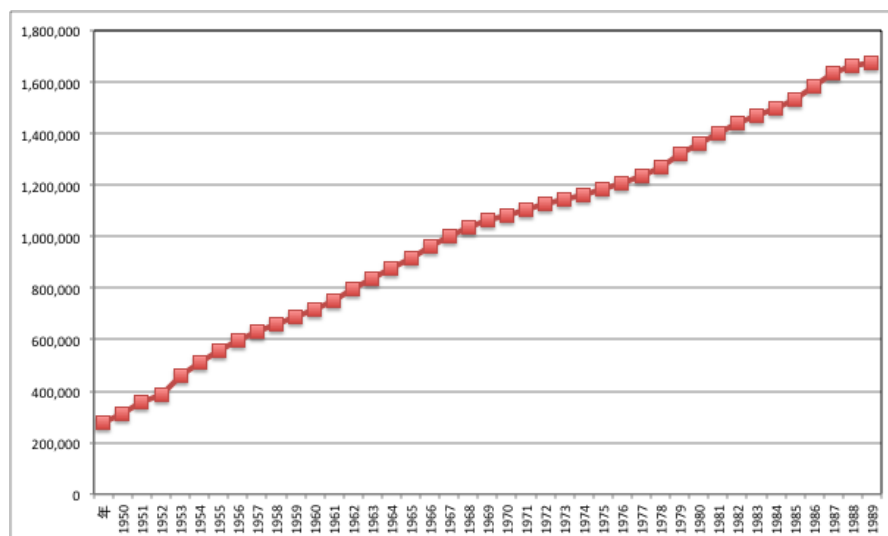
この後、4月1日には国民健康保険が全国で実施され、国民皆保険が達成された¹⁴⁴。しかし、武見が理化学研究所に勤務していた頃から付き合いがあった田中角栄政調会長の白紙委任によって、保険医総辞退は回避された。だが、このように繰り返し保険医総辞退を持ち出す日本医師会に対する国民の信頼は損なわれ、武見太郎会長への求心力も徐々に衰えていくことになる。

いずれにせよ、薬剤の使用順序等を厳しく定めていた診療方針は、1962（昭和37）年に抗生物質等使用基準の大幅な改正が行われ、高価な抗生物質や胸膜炎などの治療に使用する副腎皮質ホルモン、さらには抗がん剤4種などが保険医療に使用できるようになり、制限診療が事実上撤廃された。これが1961（昭和36）年から1963（昭和38）年にかけて、日本医師会が「プロフェッショナル・フリーダム」の名の下で「制限診療の撤廃」、つまり、「医療に対する官僚統制」を象徴する診療方針を撤廃した出来事である。この出来事後、国民皆保険が実現に至ったが、広井（広井、1997、p.57）はこの事実をもって、日本の医療政策がほぼ「医療保険政策」に尽きており、医療の「内容」についての政策がほとんど欠落した背景として、「医療の内容についてのオープンで、公共的な評価や議論」を「最大の代償」として、国民皆保険という大事な「宝物」を得たのだと述べている。

以降、日本は国民皆保険制度のもと、医療の提供を充実させていく「量」の時代になった。1942（昭和17）年に医療法が改正されて以来、医療機関の整備は進み、病床数は著しく伸びてきた（図12）。しかし、医師数は1970（昭和45）年頃から諸外国に比べて少なく、厚生省が「昭和60年までに人口10万人対150人の医師を確保する」という目標を掲げ、大学医学部の定員を増加し、一県一医大構想によって医師の養成が行われ、1983（昭和58）年には目標を達成した。しかし、地域格差は大きく、医療施設の計画的な整備と機能の分化、連携が必要と議論されるようになっていた。

¹⁴⁴ 国民健康保険法は1958（昭和33）年に岩手、滋賀、山形、石川、島根、秋田、福島
の7県では既に全県に普及し、1959（昭和34）年には福井、鳥取、長野の3県で全県
普及していた。1960（昭和35）年には東京都を含む33県で皆保険となった。残り13
県は1961（昭和36）年4月1日に実施された。

図 12 病床数の増加（全病床：床）



出典 厚生省、各年、「医療施設調査」

また、高度経済成長を背景に、いわゆる「革新自治体」の取り組みを国が取り入れる形で、1974（昭和 49）年には老人医療費が無料化され、ベヴァリッジ型の福祉国家の第一歩を踏み出したという意味で「福祉元年」と呼ばれた。

その間、武見太郎に率いられた日本医師会は、中医協を中心に診療報酬の値上げ要求を繰り返してきた。新医療費体系（甲乙 2 表、1 点単価 10 円）が導入された 1958（昭和 33）年 10 月以来総医療費 8.5%引き上げ、1961（昭和 36）年 12.5%引き上げ、1972（昭和 47）年 2 月には医科 13.7%引き上げ、1974（昭和 49）年 10 月医科 16.0%引き上げと、診療報酬は高い伸び率で推移していった。

しかし、1980 年代に入り、日本の財政に危機感が唱えられるようになり、診療報酬は上がらず、また人口の高齢化が問題視され、健康保険法の改訂なども議論されるようになってきた。さらに次節で述べるように、医療に対する不信感を招く事件が起きた。

日本医師会内部には、徐々に武見太郎の方針に反対を示す会員も増加し、13 選目の会長選挙では批判票が 85 票と 3 分の 1 にも達した。さらに、武見太郎自身の病気もあり、1981（昭和 56）年 4 月には引退を表明、1982（昭和 57）年 4 月の会長選挙では、長野県医師会の花岡堅而が新たな会長に就任した。こうして、四半世紀にわたった武見太郎の引退で、日本医師会も、日本の医療制度も、曲がり角を迎えた。

4. 医療制度改革の端緒

武見太郎が率いる日本医師会と対立しながら、量的な拡大をしてきた日本の医療制度は、1980年代から、「量から質へ」といわれる医療制度改革の時代に入った。その背景には、武見の引退とともに、一種の厚生省に対する危機感が医療制度改革への端を開くことになったクリティカルイベントがあった。その第一は富士見産婦人科病院事件であり、第二は第二次臨時行政調査会である。以降、医療制度改革の始まりを迎えた。

医療費は、2年に一度の診療報酬の改定による一定の診療内容の変更と医療費総額の決定と個々の診療行為の価格の決定がなされる。報酬の改定を通じ、提供者誘発需要を応用して、一定程度の医療のあるべき姿が示される。また、給付と負担の観点から健康保健法が改訂され、さらに提供体制を見直し、医療法の改定を行う。医療法の改定をもって、その後の第一次から2006（平成18）年度の第5次改定をそれぞれ、第一次医療制度改革、第二次・・・と呼び慣わしている。

しかし、「量から質へ」が強調される中で、「医療制度改革」の中では「質」についての具体的なアイディアはなく、医療機関の「機能分化」が中心となった。

4-1 富士見産婦人科病院事件

富士見産婦人科病院は、1980（昭和55）年に、埼玉県所沢市にある芙蓉会富士見産婦人科病院で、理事長が無資格のまま患者に対して医療器機（ME）の操作を実施して得られた診断により、患者が不必要な手術を実施されたという事件¹⁴⁵である。医師法違反で理事長が、保健師助産師看護師（当時、保健婦助産婦看護婦法、2001年に題名改正）法違反で院長（医師）が逮捕された。不要な手術を受けたという患者たちは被害者同盟を組織し、また、消費者団体なども医療に対する受け手の不満・不信などの相談に乗り出すなど、大きな社会問題に発展した。

医療内容に不信感をもった患者たちは、埼玉県に対して医療監視などによって状況を明ら

¹⁴⁵ 富士見産婦人科病院事件は、1980（昭和55）年9月埼玉県警と所沢署が、医療法人芙蓉会富士見産婦人科病院の北野早苗理事長を超音波装置で無資格の診療行為を重ねていたとして医師法違反容疑で逮捕した事件である。当時の斉藤厚相は、北野理事長から1千万円を受け取っていたことを認めて辞任し、園田厚相が就任した。また、同院が不要な手術を行っていたことも発覚し、被害者同盟が発足したほか、厚生省内では「医療に関する国民の信頼を回復するための検討委員会」が設置された。

かにしてほしいとの要望を出していたが、埼玉県は「医療法に基づく医療監視は、病院の設備などに関するものであって、診療内容に対する監視ではない。診療録や帳簿類の検査も、診療内容を調べるための権限によるものではない」（富士見産婦人科病院被害者同盟／同盟原告団、2010、p.55）と、この事件に対して積極的に介入する態度は見せなかった。

元患者 500 名は「被害者同盟」の結成大会を開き、10 名の弁護士とともに病院の責任追及と被害救済を求めていくことを決定した。マスコミは何らかの形で医療機関の状況を把握しておかなかった医療法に問題があるという論調になり、医療の質が取り上げられるようになった。また、この事件の報道の過熱と共に、医療に対する国民の不信感が報道されるようになり、国会でもこの問題についての質疑や、政府の対応についての議論に時間が割かれるなど、急速に政治的課題になっていった。

この時点で日本医師会会長の座にとどまっていた武見太郎は（直前まで入院していたが）、1980（昭和 55）年 9 月 30 日の退院後初の記者会見の中で、「保健所に資料を出しても保健所が動いていなかったのが問題だ。医師会には捜査権はないので監督しろといってもできない。医師に理事長をおさえる勇気がなかったのは残念であり、医療法人の理事長・理事に非医師がなれるところに問題がある¹⁴⁶」と語り、むしろ行政の側に責任があると主張した。このように、日本医師会はこの問題に責任を持つプロフェッショナルな団体として全く機能せず、世間の批判も、むしろ医療機関を規制しない行政へと向かっていった。

「乱診乱療」「乱療列島」との言葉が連日紙面をにぎわし、世論や国会から対策を連日迫られた厚生省は、10 月に「医療に関する国民の信頼を回復するための検討委員会」を開催し、対応策を省内で検討した。この検討委員会は、省内の医務局、公衆衛生局、薬務局、社会局、保険局の省内を横断する各局からの課長クラスのメンバーで構成された。省外からの有識者などは加わっていない。4 つの分科会で「医の倫理の昂揚と医療関係者の資質の向上」「医療制度の在り方」「医療機関に対する指導監督の強化」「医療内容の適正化」の内容について検討が行われた。

また、厚生省は、都道府県知事宛て医務局長通知（医発第一、007 号、1980（昭和 55）年 10 月 6 日）を通じて、都道府県による医療機関の指導監督の強化、市町村住民からの通報等にも十分配慮するよう求めた。さらに園田厚生大臣は、10 月 21 日の参議院社会労働委員会で、「医療機関に対する様々な苦情を受け付ける相談窓口」の設置を報告、11 月 1 日には「医

¹⁴⁶ 以降、医療機関の管理者には医師になるよう定められた。

療 110 番」の集計結果を持参した日本婦人会議にも、都道府県に近日中に医療相談コーナーを設けることを確約した。

同じ 10 月、日本病院会（日本病院協会から改称）は、「本会の名誉を毀損した」と富士見産婦人科病院を正式に除名、その後、倫理綱領を作成した。また、日本弁護士連合会は 11 月 9 日、この事件について世間の注目が集まる中で開催した第 23 回人権擁護大会で「健康宣言」を採択し、「だれでも、どこでも、いつでも、予防・治療・リハビリテーションの包括的給付を得ることができる原則に即した医療制度の改革」の必要性を訴えた。

また、日本婦人会議から要望書が提出されたことも受けて、産婦人科医の集まりである社団法人日本母性保護医協会は、自主規制を行うことを申し合わせ、「産婦人科強化委員会設置要綱」を策定した（朝日新聞、1980 年 12 月 1 日）。しかし、この「要綱」は会員個々に「適正医療」を求めたものであり、判断は各自に任されおり、同僚審査のような内容が含まれているわけではない。

富士見産婦人科病院事件は、不正な政治献金の実態についても徐々に明らかになり、医療の内容の問題というよりは、政治事件として扱われるようになっていった。その後、1983（昭和 58）年 8 月 20 日の新聞朝刊各紙で、傷害罪で告訴された元理事長と医師らに対する不起訴が決まったことが報じられている。浦和地検の捜査では、「治療目的なくして手術を行った」との立証が十分にできないとして、35 名の患者の訴えは全て却下された¹⁴⁷。

事件をきっかけに、市民団体、学会、厚生省、都道府県などが医療への不信感に対してとった行動は短期間に沈静化し、日本医師会はこの事件を「行政と政治の責任」として遠ざけた。だが、この事件は医療制度改革の下地として十分な意味を持った。厚生省は、医療に対する不信感から、医療に対する信頼回復という使命を得ていたのである。

医務局長の田中明夫は、医療計画という形で医療機関の状況を把握しておけば、間接的にはこのような事件の再発を防げるのではないかと、医療法改正に向けての議論を進めていた¹⁴⁸。他方、厚生省内の検討会で、田中は「医療内容の適正化については、医療そのものは医師と患者の相互信頼関係の上に成り立つもので、医師は患者の病気を治すためにベストをつ

¹⁴⁷ 刑事訴訟で不起訴となった後、民事訴訟でも争われ、1999（平成 11）年には 5 億円の賠償金の支払いが命じられた。翌年の 11 月、医師らの処分などを検討する厚生省の医道審議会では、3 回にわたる審議の結果、刑事訴訟の不起訴処分を受けて、関係者らへの処分は行わず、一連の事件の終了となった。

¹⁴⁸ インタビュー日 2008 年 8 月 14 日

くし、患者はそれを信頼することが基本ですから、そこへ踏み込むことは考えられません¹⁴⁹⁾」と医療の内容について、行政が取り組む考えはないことを示した。

「医療に関する国民の信頼を回復するための検討委員会」の中間報告は「従来進めてきた医療費対策のみでは不十分であって、これからは医療そのものについて、可能な限りその効率化、合理化を進め、併せて質の確保向上を図る施策の推進が必要」と、当時の技官トップ（健康政策局長）の手記によれば、中間報告を回想しながら、「医療行政が曲がり角を回った」としている。（厚生省五十年史編集委員会、1988、p.1915）

こうして、医療政策の中に「医療内容の適正化」、また、「質」という側面が登場し、これ以降、強調されていくことになる。ただし、何が適正な医療内容なのかについて、この時、問われることはなかった。不要な手術を行ったのか否か、の議論はともかく、この事件を機に医療の議論は大きく「質」へと転換していき、第二次臨時行政調査会による転換とあわせて、医療制度改革の出発点となった。

4-2 第二次臨時行政調査会

偶発的な事件によって日本の医療のあり方が問われたのが、前述の富士見産婦人科病院事件だとすれば、行政のあり方全体から日本の医療の転換を迫られたのが、第二次臨時行政調査会に端を発する行政改革である。「日本型福祉社会」が目指される中で、厚生省もそれまでの量的拡充の医療政策の転換を迫られることになった。

臨時行政調査会は、1964（昭和 39）年の池田内閣時に結成されたのが起源だと言われる。この際には、審議会等 34 の整理と許認可法の整理等が実施された。その後、佐藤内閣時（1962 年）の第一次及び第二次行政改革計画（許認可など 3,277 事項の整理等）や、福田内閣時の 1977（昭和 52）年 12 月行政改革計画、大平内閣時の 1980（昭和 55）年行政改革、鈴木内閣時の 1981（昭和 56）年行政改革等、各内閣がそれぞれ行政改革に取り組む時代となった。

とりわけ、その後の医療制度改革に大きな影響を及ぼすことになったのは、鈴木内閣の誕生の翌年（1981 年）1 月に中曽根康弘のイニシアティブで設置された「第二次臨時行政調査会（以下、「第二臨調」¹⁵⁰⁾）」である。民間から起用された土光敏夫を委員長として、3 月

¹⁴⁹⁾ 「動向 富士見産婦人科病院事件で問われるもの」、『社会保険旬報』No.1341（1980.11.11）pp.4-6

¹⁵⁰⁾ 池田内閣時の臨時行政調査会を第一次と考え、この調査会は「第二次」と呼ばれることになった。

から開始された第二臨調は、会長を含む9名の委員と専門委員21名、参与49名からなり、3つの専門部会からなっていた。

第二臨調では「増税なき財政再建」をスローガンとして、増税によらず、徹底した行政の合理化により、特例国債への依存からの脱却を図り、財政の対応力を回復し、中期的には一般歳出の伸び率をGDPの名目成長率の伸び率以内に抑えると共に、一般政府総支出の対GNP比をほぼ現状程度（約35%）にとどめることが目標とされた。

その背景には、当時、国民負担率（租税及び社会保障負担の対国民所得比）がおおよそ50%となっている欧州が、低成長や人口の高齢化という問題を抱えており、西欧型福祉国家の「大きな政府」や低成長の「先進国病」が危機と受け止められていたことがある。西欧型福祉国家とは異なるあり方を目指すため、日本の国民負担率は欧州の水準よりかなり低く抑えることが必要であると議論された。

国民負担率50%未満という方針は、その後の社会保障、医療制度改革（＝医療費抑制）の目標となっていくが、50%とする根拠や、また、欧州と異なる医療制度（医療費が増大しやすいとされるフリーアクセス、出来高払いの医療制度）を採用しながら、GDP比で欧州よりも低い割合にある日本の医療費になぜ同じ水準を採用したのかという根拠は、明らかではない。

現在でも、この国民負担率については議論があり、経済成長率に影響を与えない可能性も指摘されている。例えば、岡本章（岡本、2007、p.68）は、Atkinson（Atkinson, 1999）の計量経済的な分析結果に基づく、社会移転支出が高いときに成長率が低くなっている場合もあれば、逆になっている場合もあるとし、「経済パフォーマンスと国民負担率の関係について、統一的な見解は見出されていない」と結論付けている。また、岩本（岩本、2006）の研究結果から、経済成長率と国民負担率の間に「見せ掛けの相関が形成されている可能性」についても言及されている。

このように、経済成長率と国民負担率の相関には疑問が呈されているものの、第二臨調以降、社会保障制度の議論及び医療制度改革の中で重要な指標となっていく。

国民負担率の指標としての適切性はともかく、中長期的に行政改革を進め、国民負担の増大を抑制し、我が国の社会の活力を維持させることが、今回の行政改革の中心的理念であると第二臨調の報告書では述べられ、「日本型福祉社会」という言葉が以降のキーワードとなっていた。

「日本型福祉社会」とは、1979（昭和54）年の大平内閣時の「新経済社会7カ年計画」で

打ち出されたビジョンであり、「個人の自助努力と家庭や近隣社会等の連帯を基礎としつつ、効率のよい適正な公的福祉を重点的に保障する社会」と定式化された福祉見直し構想のことを指している。第二臨調はこの構想をほぼそのまま受け継いだ（島恭彦ほか、1982、p.30）。

1981（昭和 56）年 7 月 10 日に出された行政改革に関する第一次答申では、行政改革の理念として、国内的には「活力ある福祉社会の実現」、対外的には「国際社会に対する貢献の増大」（*ibid.*、1982）の二つの理念が提示された。

医療費については、総額の抑制と共に医療資源の効率的利用を図るため、第一には、国民健康保険について年末までに検討を行うこと、第二に薬価調査を毎年実施し、薬価基準の見直し、算定方針の改善を行うこと、第三に医療費の不正請求及び乱診乱療を抑制するため、レセプト審査、医療機関に対する指導強化の実施を行うこと、第四に医療費の効率化に資するため、高度医療機器の利用促進等を行うこと、第五には、医療費適正化のために有効な改革案を検討して早急な実施を図ること等が検討された。

医療費の不正請求及び乱診乱療については、富士見産婦人科病院や十全会、川合病院等の事件を踏まえた項目であり、さらに社会保険診療報酬支払基金の審査のあり方等についても見直しが進められることになった。

第二臨調の後、政府・与党は第一次答申の提出を受けて、処理方針の検討を行い、7 月 17 日には、行政改革推進本部及び閣議で「第一次答申を最大限に尊重し、速やかに所要の施策を実施に移すものとする」との方針を決定した（臨時行政調査会 OB 会、1983、p.21）。さらに、政府声明では「この答申は、行政改革に関する国民的要請が集約された姿であり、政府は、誠実にこれを実行することが国民の信頼と負託にこたえる道である」とのメッセージを発し、当時の鈴木内閣では、1982（昭和 57）年度予算編成に向けて最大限に答申の内容を活かし、法改正を必要とする内容については、秋に予想される臨時国会に法案を提出すべく政府部内の調整が進められることになった。結果、答申後わずか 1 か月半で政府としての方針 1981（昭和 56）年 8 月 25 日閣議決定「行財政改革に関する当面の方針」）が取りまとめられ、同答申に基づく当面の法律改正事項を「行政関連特例法案」として第 95 回臨時国会に提出した。同法案は、10 月 29 日に衆議院本会議に上程され、可決・通過し、その後参議院でほぼ同様の審議が行われて 11 月 27 日に可決成立した。

引き続き第二次答申では、許認可改革を中心とした答申が 1982（昭和 57）年 2 月 8 日に提出された。政府は第 96 回通常国会に、第二次答申に基づく関連法案を「行政事務簡素合理化法案」等として提出している。

第一次答申提出後から、第二次答申の提出までの間に、臨時行政調査会の部会組織は再編された。このうち、行政の理念について報告を行った第一部会では、これまでの答申に新たに「行政サービスの水準と負担の在り方」が加わり、今後のあるべき行政の枠組みとして、当面は「増税なき財政再建」という方針を堅持し、増税によらず徹底した行政の合理化により、特例公債依存からの脱却を図り財政の対応力を回復し、中期的には一般歳出の伸び率を GNP の名目成長率の伸び率以内に抑えると共に、一般政府総支出の対 GNP 比をほぼ現状程度（約 35%）にとどめるという目標が設定された。この達成のため、厳しい政策選択を行うとともに、「本格的な行政改革を進める 21 世紀を展望した長期にあっては、人口の高齢化に伴う社会保障移転の増大により政府支出のウェイトは高まらざるを得ないが、徹底的な行政改革により国民の負担率（租税及び社会保障負担の対国民所得比）を欧州の水準（50%）よりかなり低く抑える」という方針が示された。

続いて翌 1982（昭和 57）年 7 月 30 日、第三次答申では、社会保障の基本的な考え方について、次のように述べられている。制度的に西欧諸国に比較してほぼ遜色ない水準に達した社会保障が、1）制度が分立した年金、医療の制度ごとに内容が不均衡であり、2）乱診乱療等による医療費の非効率利用が、毎年巨額な増加をする医療費の原因となっており、さらに、3）社会福祉における不十分な施策の体系化、重点化、公私の連携という問題があると指摘され、今後、高齢化の進展等に伴う需要の増大や国際化の進展に対応し、安定的に機能し得るよう、国民の合意の得られる負担水準との関連に配慮しながら、現行制度における不合理の是正、効率化、体系化を図ることなどを主張している。特に「医療費適正化と医療保険制度の合理化等」の各論として、医療費の総額の抑制、受益者負担を求める形での医療保険制度の改善、地域の実情に応じた医療施設の整理合理化、医療従事者の需給バランスを見通した医師養成計画が課題とされている。

第二臨調の答申に対して、武見太郎会長に率いられる日本医師会の圧力を受けているとの演出を公には見せながら、量的拡充を目指してきた厚生省は、少なくとも 1982（昭和 57）年の夏ごろまでは社会保障費抑制攻勢に「釘をさし」つつ、省としての態度を決めかねていたという（『社会保険旬報』、1982、1403 号、pp.328-332）。しかし、第二臨調の主張が急速にマスコミ・世論の支持を高める中で、改革が不可避のものとなっていった。

4-3 医療費亡国論

第二臨調の主張については、世論の大きな後押しがあったものの、強力な利益集団である日本医師会と対峙しながら、医療政策の方向転換を厚生省が図るには、世論形成だけでは不十分（新川、2005、p.334）だった。第二臨調の改革が医療政策で実現された背景には、吉村仁を中心とする医療保険を担当する改革派官僚の働きと、彼／女らの働きかけで動いた自民党田中派の力があつた。

改革の動きは、1981（昭和 56）年の社会保険診療報酬改定のなかで、老人医療費の無料化から大きく方向転換し、検査や老人医療の一部にいわゆる「マルメ」といわれる定額払いが導入され、1983（昭和 58）年に老人保健法が施行されたことに見られる。その後、改革への具体的なビジョンをもつ省内の「改革推進派」の優勢が確認されるようになった。

1982（昭和 57）年度予算で、厚生省は「医療支出の適正化対策」を打ち出した（＝「ムダ排除から適正化」へ）。続く 1983（昭和 58）年度予算の概算要求について、当時の厚生省事務次官石野清治は、雑誌のインタビューに答える中で、「予算の概算要求の段階でこんなに苦しむとは思っていなかったのです。去年の暮れあたりから、（昭和）58 年度をどうするかということは常に考えてきた問題ですが、国全体がゼロシーリング、マイナスシーリングということになってくると、それを乗り越えていくわけにはなかなかいかない。自らの自浄作用というか自浄努力をしていく以外にない」と、予算枠の厳しさを指摘し、医療費適正化については、「ええ、思い切ってやらなければなりません。相当厳しい医療費適正化が必要です。従来の医療費自然増というものを頭に描いていては概算要求はできません」と、医療費に対する厚生省の考えの方向転換を示している¹⁵¹。

厚生省の方向転換の背景には、医療制度改革の必要性を早くから認識していた保険局の官僚たちの動きがあつた。改革派の代表格が、吉村仁¹⁵²である。吉村仁は、1982（昭和 57）年に保険局長に就任し、第二臨調の答申を受けて、医療費の不正請求の徹底的な排除等に活発な動きを見せた。入省後 12 年、企画課長補佐時代の 1965（昭和 40）年頃に部下を集めて医

¹⁵¹ 社会保険旬報 No.1403（57.8.11）「移動マイク 臨調答申・老人保健・医療費問題 厚生事務次官 石野清治氏にきく」p.6

¹⁵² 広島県出身。1953（昭和 28）年に東大法卒業後、厚生省に入省。1956 年に保険局医療課、1959 年に官房企画室を経て、三重県民生部厚生課長。1965 年に保険局企画課、1967 年に社会保険庁の船保課長となり、社会局施設課長から 1971 年に保険局国保課長、1972 年から薬務局の課長を歴任して 1975 年に官房総務課長、1977 年 8 月から 2 年間保険局審議官をつとめた後、保険庁の官房参事官となり、1980 年 9 月から官房長、1982 年 8 月に保険局長に就任。

療制度改革のための勉強会を始め、その後、健康保険改正で当時の武見太郎日本医師会長との対立を経験している。日本医師会と対峙した経験から、その後の吉村の戦略は「専ら与党政治家に対する説得」（加藤、1991、p.180）であり、与党最大勢力の田中派に健康保険法改正への理解と協力を求め（加藤、1991;青木、1993、p.241）、必ずしも厚生省内で合意が得られていない第二臨調の改革路線を、「省内にほとんど相談せずに、既成事実化した上で、自民党社労族の権威を借りて省内の反対を押さえ込んでしまった」（大嶽、1994、p.153）。この吉村の働きが、医療制度改革を推進させていくきっかけとなっていた。

吉村の主張を象徴し、第二臨調の主張と並行してその後の医療制度改革の基調となったのは「医療費亡国論」である。臨調の答申の通り、このまま医療費が伸長していけば、「国が亡ぶという危惧もある」というのが、主張の中心である¹⁵³。

その概要を示すと¹⁵⁴、吉村は、医療費問題が、財政再建・行政改革、予算編成、租税・社会保障負担の中でも最大の問題の一つであると第二臨調の認識を共有しながら、医療費問題の出発点は「国民の健康の維持向上を目標としながら、医療費を国民全部の共有財産として大事にしようではないか」と訴える。そして、3つの視点から議論を展開している。その第一は、現在の医療費は、額もさながら、その伸び率が高く、今後期待できる成長率を上回ってしまうとしながら、「このままいけば、租税・社会保障負担が増大し、日本社会の活力が失われるのではないか」という視点である。これを「医療費亡国論」と名づけている。

第二には、成人病の増加を背景に、今後の医療費が増えさえすれば国民の健康の増進や向上に直接つながるのかどうかという医療費の効率に関する疑問を呈し、「医療費効率低減論」と名づけている。

第三には、現在の医療については、医療の供給と需要との間にプライス・メカニズムが働かないため、需給ともに過剰気味に転じているのではないかという「医療費需給過剰論」を論じている。ここで、当時、富士見産婦人科病院事件などを背景に、たびたび論じられていた「不正請求」については、医療費の全体像を語るものではないとしている。

そして、それぞれの対応について、まず「医療費亡国論」については、「医療費総枠の抑

¹⁵³ 吉村仁「録音室 医療費不正請求は徹底的に排除―全総協総会で吉村保険局長が講演」、『週刊社会保障』no.1221（S58.4.4）、p.43

¹⁵⁴ 吉村仁の講演録等で、同じ議論は度々紹介されているが、論点が最も明快に示されているものは1983（昭和58）年3月11日『社会保険旬報』に掲載された「医療費をめぐる情勢と対応に対する私の考え方」である。ここでは、その議論に随時他の資料を交えて整理する。（なお、本文は吉村仁さん追悼集刊行会の「吉村仁さん」（1988年）pp.512-517によるものである。）

制」という解決方法を提案する。ここで、吉村自身も注意を促しているのは、「医療費」とは、国民医療費を指すのではなく、あくまでも「公共医療費」、つまり、租税、保険料で賄われる部分の総額抑制を意味し、社会保険診療報酬点数表で支払われる医療費であるという点である。自由診療や差額ベッドの問題は含めないとしている。また「総枠」とは、国民所得の伸び程度という目安を示し、第二臨調の主張と同調している。

次には「医療費効率逡減論」への対応について、治療から予防や指導の重視へと政策の重心を移していくということを提案している。従来の医療費、つまり、治療費の枠に入らない、予防、健康管理、生活指導、健康づくりなどについても、診療報酬上の配慮を考えるべきであると主張する。第三の「医療費需給過剰論」への対応としては、過剰部分の見直しと是正であり、医学部・歯学部の方員の見直しの必要性、需要面については、患者教育・健康教育を通じて適正な受診をすることの必要性について訴えた。

以上の解決策を提案し、医療費の総枠の伸びを国民所得の伸び程度に留めながら、「治療から予防へ」「非効率部門から効率部門へ」等、各種の「効率的な配置換え」を進め、「国民も医師も質の良い医療を望んでいるのであり、質の良い医療こそ効率の高い医療¹⁵⁵につながるのだから」（吉村仁さん追悼文集刊行会、1988、p.516）と質の良い医療こそが伸びていく方法を探るべきであると訴える。

以降、厚生省の主張は医療費を抑制しながら、「効率的で質の良い」医療をいかに提供していくかという論調へと変化していった。

4-4 第一次医療法改正

第二臨調の基本答申（第三次答申）を受けた政府は、1982（昭和 57）年 9 月 24 日の閣議で、いわゆる「行政改革大綱」（「今後における行政改革の具体化方策について」）を決定した。重要政策の一つには医療費の適正化対策があげられており、「医療費総額の抑制を図るとともに、医療資源の効率的利用に資する」こととして 1）医療機関に対する指導監査の強化、2）レセプト審査の充実、3）医療費通知の充実、4）薬価算定方式の改定を含めた薬価基準の改定などを提言している。

行政改革大綱の決定を受けた厚生省は、本格的な医療費適正化対策に取り組むため、「国民医療費適正化総合対策推進要綱」をまとめ、「国民医療費適正化総合対策推進本部」を 10

¹⁵⁵ 傍点筆者追加。

月1日に発足させた。山下眞臣事務次官を本部長とし、官房長をはじめ関係局長など6人を副本部長に、また、関係部課長8名からなる大臣官房審議官を本部員とし、本部に3部会4プロジェクト・チームを設置した。部会は、診療報酬部会、医療制度部会、国民運動部会から構成された。プロジェクト・チームは、1) 老人施設等、2) コンピュータ、3) 指導監査、4) 総合対策推進の4チームからなっている。

この日に決定された要綱では、「医療費に対する費用負担を適正な範囲内に止めつつ医学医術の進歩に応じた必要な国民医療を確保、充実していくため、国民医療費適正化に関する需要供給両面にわたる総合対策」を推進することを目的とし、1) 当面強力に推進する対策、2) 検討を急ぎ速やかに実施に移す対策、3) 国民医療費適正化総合対策推進本部の設置の3つからなっており、ここに厚生省内で本格的に医療費適正化に取り組む組織的体制が整えられた。

厚生省内の「改革派」として活躍してきた吉村仁保険局長は、この本部の設立について、「手前味噌ですが、いままで保険局ばかりが適正化、適正化といていた。医務局は知らんぷりをしていた。公衆衛生局もあまりわが方は関係ないということだったんですが、やはり医療供給サイドの面を考えてもらわなければいけない」とし、医療保険政策と医療供給政策の両面から取り組むことについて評価している¹⁵⁶。

1983（昭和58）年3月14日の第二臨調の最終答申を受けた後、厚生省はその方針に沿って動き出すことになった。最終答申の評価について、当時の厚生省大臣官房・総務審議官小林功典は、「臨調答申とわれわれ（＝厚生省¹⁵⁷）の思想とは基本的に一致」しており、「幸いにして、大部分は厚生省の意識と同じで、従来からの厚生省の主張も取り入れられているので、全力をあげて答申の方向に沿った解決を進めていくべきだ」との考えを示し¹⁵⁸、第二臨調の方針に沿った改革を推進していく姿勢を強く示している。

第二臨調による改革、吉村らのビジョンを受け、1985（昭和60）年には健康保険法の改正が行われた。さらに、富士見産婦人科病院事件の影響から、医療法人に対する監督強化のための医療法の改正の必要性が議論されるようになり、都道府県の区域ごとの地域医療計画の作成とそれに基づいた病床の増減の規制、さらに医療法人に対する都道府県知事の立ち入り

¹⁵⁶ 「新春対談 厳しい姿勢で医療費適正化－老人保健法後の医療保険の課題と展望－」、1983、『週刊社会保障』（1983（昭和58）.1.10）no.1209pp.7-8

¹⁵⁷ （ ） 注挿入、著者。

¹⁵⁸ 「移動マイク 臨調答申の実施に向けて」、1983、『社会保険旬報』（1983（昭和58）.4.1）no.1426, pp.12-17

検査の権限等を盛り込んだ医療法改正案を、厚生省は社会保障制度審議会に諮問した。

審議会諮問に日本医師会は「官僚統制」と反発し、また社会保障制度審議会もこの改正案には積極的な回答は出さなかった。その後、改正案は廃案、継続審議を繰り返し、1985（昭和 60）年に医療計画の策定にあたって「都道府県医師会、歯科医師会、薬剤師会の意見を聴くこと」を盛り込み、また医療法人の認可条件を緩和して、医師一人でも医療法人を設立できることを認めて医療法の改正が成立した。これが第一次医療制度改革である。

地域医療計画は、1987（昭和 62）年に神奈川県で作成された後、1989（平成元）年に東京都が策定したことにより、全都道府県で策定されることになった。しかし、計画前の既存病床は削減しないことを前提としていたため、計画策定前に駆け込み増床することも多く、病床自体は増加していった。

いずれにせよ、ここに第五次にわたる医療制度改革の端緒が開かれた。

4-5 厚生省の組織再編

先の第二臨調の最終答申後、厚生省においても組織改革が実施された。この改革については、臨調開始前に「マネジメント・レビュー」という名目のもと、各省で自主的に機構改革案を作成して臨調に提出し、結果としてはほぼその案が採用されている。このため、厚生省も積極的な姿勢で受け止めている（『社会保険旬報』、1983.4.1、no.1426、p.13）。衛生 4 局とされる医務・薬務・公衆衛生・環境衛生が、時代が変わってくると即応しきれない面があるという反省、地域医療計画の導入、治療と予防の統合の必要性から、具体的には企画部門と事業部門に再編強化するという改革ということができる。

大杉寛（大杉、1993）は、第二臨調による行革が進展し、行政資源（人員・組織・財源等）の制約が強化される中で、随伴するように現業官庁を中心に「政策官庁」への脱皮（「政策官庁化」）が進んだと論じ、「“量的拡充”から“質的向上”へ」というフレーズで象徴される政策変容の中で、厚生省内部で「供給体制のコントロールに絞って政策立案を専管する『政策官庁』に純化した姿が健康政策局」であるとする。

健康政策局は、1984（昭和 59）年の「臨時行政調査会の最終答申後における行政改革の具体的方策について」及び「行政改革に関する当面の方針について」の閣議決定を受けて実施された衛生部局再編成の一貫として、医務局、公衆衛生局、環境衛生局という従来の 3 局が、健康政策局、保健医療局、生活衛生局の 3 局に編成替えされたときに誕生したものである。

再編成の中で、従来医務局が所管していた狭義の医療に関する制度と、国立病院・国立療養所等の現業や公衆衛生局所管の疾病予防や各種のヘルスサービス、精神疾患・伝染病対策とを分離した。人口の高齢化が進む中で、健康維持に始まり、疾病の予防・発見、治療、リハビリテーションに至る極めて広範囲にわたる保険医療行政の必要性が高まってきたことへの対応があったとされる（大杉、1993）。

つまり、健康政策局とは、保健医療の現業ではなく、保健医療全般に幅広く関る政策立案とその実施を行う局であり「供給体制のコントロールに絞って政策立案を専管する『政策官庁』に純化した姿が健康政策局」であると言える（大杉、1993、p.61）。医療保険政策に関わる保険局と、このような医療供給政策に関わる健康政策局では、権限以外の点でも異なる点がある。それは保険局が事務官によって統制されるである局であるのに対して、健康政策局は医系技官によって統制される局であるという点である。医系技官のトップの職が健康政策局長であった¹⁵⁹。健康政策局長職を筆頭に、保健医療局長、生活衛生局長の3ポストが技官のポストとなった¹⁶⁰。

保険局の官僚が医師会を中心に、大正期から「保険官僚」と呼ばれてきたのに対し、健康政策局は提供する医療の内容そのものを企画立案する官僚（群）が集まることになった。彼／女らは第一次医療医療法改正により、医療計画の策定という新しい政策に取り組むことになった。さらに 1970-80 年代に登場した情報技術やバイオテクノロジー等の新技術も次々に誕生し、それらをいかに医療に取り込むかという議論にも取り組んでいくことになった。

しかし、「量から質へ」というキャッチフレーズのもとに方向転換した医療制度改革の中で、「効率的」「質の良い」医療のあり方について、明確なアイディアがあったわけではなかった。

アイディアの不在については、第二臨調の答申直後にも既に批判があった。例えば、経済

¹⁵⁹ 現厚生労働省（2001年以降）の場合には、技官の最高職が医政局長である。

¹⁶⁰ 技官が省内の3局の局長ポストを占めるという慣習は、戦後の占領期の衛生行政の改革の中で作られたものである。GHQで公衆衛生福祉局長に就任したサムズ（医師）が、「公衆衛生というのは技術というか、ドクター（医師）がやらなきゃならないのに、どこを向いてもミスター（事務官）ばかりであって、話し相手になる者がいない」と発現したことに端を発する。その後、厚生省の医系官僚のトップとの会談を経て、1946（昭和21）年5月にGHQが「日本政府の健康および厚生行政機構に関する覚書」を日本政府に出し、厚生省に衛生3局を置き、都道府県に衛生部と厚生部を置くよう指令した。サムズは、衛生局の局長に医系技官を当てるよう指示した（従来、医系技官のポストは、1938（昭和13）年の厚生省発足以来、1942（昭和17）年までは予防局長が最高ポストだった。しかし、戦時中の機構改革の中で予防局長ポストはなくなっていた）。（武見、1997、pp.12-13）

学者の西村周三（西村、1981）は、「過度な抗生物質の使用が医療費の上昇に少なからず寄与してしまったことは明らかであり、健康の増進のためには保健・予防的な医療への転換が図られなければならないことは、もはや心ある医療関係者の間では常識となっている」と述べ、「医療費が上昇するからといって現行制度を改変しないまま医療機関に対する指導監督だけを強化する」（＝支払審査）ことや、「高額医療機器の共同利用を促進しようといった後追い政策」を批判する一方（*ibid.*, p.9）、民間活力を重視する第二臨調の総論について、「医療の質について人々が適確な情報を持つことが大前提として必要である」（*ibid.*, p.10）と指摘している。この後、西村は米国の医療政策を概観し、医療費抑制のために組織された HMO や同僚審査等の方法を紹介しているが、ごく一部の専門家を除けば、医療の質と効率についての認識はなかったといってよい。そのアイディアを得るには、研究体制の充実等、アイディアの流入を待つ必要があった。

4-6 審査体制の強化とレセプト電算化計画の失敗

医療の質の向上のため、当面の対策として検討されたのが、審査の強化であった。先に述べた通り、被用者保険の支払審査は、社会保険診療報酬支払基金で行うように厚生省の通知で定められている¹⁶¹。支払審査の過程は次の通りである。保険医療機関は、毎月 10 日までに、診療報酬明細書（以下、レセプト）を支払基金に提出する。支払基金の中では、保険請求の適切性を審査した後、保険者ごとにレセプトを整理し、保険者にレセプトを送る。保険者は、レセプトに基づいた診療報酬を支払基金に支払い、支払基金が、今度は保険医療機関ごとに支払い額を取りまとめて保険医療機関に支払うことになっている。

「乱診乱療」と騒がれた富士見産婦人科病院事件の後、特にこの審査の強化が課題とされた。審査は、支払基金が委嘱をしている医師、歯科医師が委員としてあたる。しかし、この当時の一人当たりの審査取扱件数は 1 か月平均 1 万 3 千件であり、これを 5 日で審査することから、レセプト 1 枚当たりの審査時間が 6 秒であり、「ろくな審査もできない、審査が粗漏」¹⁶²という批判があった。さらに、医療技術の進歩によって、請求内容が高度、複雑化してきたことから、厚生省は 1981（昭和 56）年度に、政管健保・国保における点検審査事務の強化、支払基金、国民健康保険団体連合会の審査委員増等の予算化を行っている。支払基金

¹⁶¹ 国民健康保険のレセプト審査は国民健康保険連合会が行う。

¹⁶² 「クローズアップ 81 医療保険の周辺」、1981 年、『週刊社会保障』 no.1120（1981（昭和 56）.4.1） pp.20-21

は、1980（昭和 55）年度の 3,231 名の審査委員を、1981 年度には 3,369 名に増員することにした。うち、専任審査委員は 235 名から 337 名に増員している。だが、多少の増員でも膨大な紙のレセプトの審査が精緻になるわけではなく、「形式的」という批判が繰り返された。審査の電子化によって、そのような中で、支払審査を改革しようとしたのが先の吉村仁であった。

情報技術も進歩が著しく、審査が課題として重要視されたにもかかわらず、実際の電子化、情報化の流れは必ずしも順調に進んだとは言えなかった。支払審査の電子化（一般にいう「レインボー計画」）は早々に頓挫している。1983（昭和 58）年、吉村仁保険局長時代に打ち出された診療報酬請求事務の電算化計画「レセプト処理システム（レインボー計画）」により、医療電算事務の標準化が提案された。当初は医師会も関東 2 県でのモデル事業を計画するなど、比較的積極的な姿勢を見せた。

しかし、「不正請求等」の発見を目的としているという新聞報道に医師会が反発し、モデル対象県の医師会が反対するようになった。日本医師会は「反対意見が出され、收拾がつかなくなり、協力できなくなった」として、レインボー計画に反対し、支払い、審査についての電子化は大きく遅れることになった。支払審査の効率性については、後の行政改革の中で繰り返し問題となった。

以上のように、1985（昭和 60）年の医療法改正から、厚生省は、医療計画の導入による増床規制に取り組むようになった。「量から質へ」をスローガンとする改革の端緒ではあるが、質についての明確なアイディアはなく、医療スキャンダルを契機として支払審査の強化が図られた。しかし、電子化によって支払審査を強化しようとする試みも早々に挫折した。何をもって医療の質とし、どのように「量から質へ」転換するのかは、その後の医療制度改革の成果を待つことになった。

5. 1990 年代の医療制度改革

第二臨調による医療費の抑制（量から質の時代へ）と、厚生省の組織改編、そして富士見産婦人科病院事件というスキャンダルの上に、日本医師会会長の武見太郎の引退が重なり、日本は医療制度改革の時代に入っていた。

以下では、まず医療費の増加と人口の高齢化に対応した制度改革を見ていく。1980 年代から 90 年代の半ばまでは、人口の高齢化や疾病構造の変化を背景に、医療施設の機能分化が進められた。同時に、高齢者のいわゆる「社会的入院」を解決するため、日本における 5 番目の社会保険制度として介護保険制度が導入された。

この間、厚生省では研究機関や外郭団体が増加すると共に、医療を取り巻く技術の進歩に合わせた組織が作られた。また、情報化の進展により、技官たちが医療情報とともに医療内容の「標準化」に関心を寄せるようになった。さらに、厚生科学研究により、諸外国の医療制度改革のアイデアが流入してくるようになった。

しかし、大学医局ごとに診療が異なることが前提であった日本では、知識の流入の中でも、学会を中心とした医療専門職から、医療の「ばらつき」が積極的に問題視されることはなかった。

他方、日本医師会には強いリーダーが不在のまま、医療の機能分化等、拡大から一転した政策の導入を中心に医療制度改革が進められてきたが、1990 年代の後半になり、武見太郎の再来と呼ばれるような強い会長が誕生した。

5-1 第二次-第三次医療制度改革

1985（昭和 60）年の第一次医療法改正から第三次医療法改正までは、「医療費の適正化」をうたい文句にし、診療報酬は微増に抑制され、薬価を調整することで総額の抑制が行われた。提供体制の変更としては、医療施設（主として病院）の機能分化と利用者への情報提供の促進が進められた。

診療報酬の伸び率は抑制されたものの、日本医師会は武見体制で獲得した中医協をはじめとする、診療報酬の決定過程における政治的影響力を行使しながら、開業医に有利な診療報酬の変更を働きかけた。

日本の診療報酬は、初診料、再診料、指導管理料など、開業医の基本的な技術である診療

部門の重点的な評価（高木、2005、p.97）が行われ、病院も経営面から外来診療に力を入れてきた。高木（*ibid.*、p.99）は、日本医師会が開業医の収入を確保するため、導入に大きな働きかけを行ってきた診療報酬として、以下の6点をあげている。

- ・1961（昭和36）年 乳幼児加算
- ・1970（昭和45）年 内科再診料
- ・1974（昭和49）年 休日加算
- ・1976（昭和51）年 乳幼児内科再診料
- ・1981（昭和56）年 乳幼児育児栄養指導加算
- ・1981（昭和56）年 慢性疾患指導料

（ただし、これらは他の項目に統合されるなどして、現在は消滅している）。

また高木（*ibid.*、p.99）は、厚生省は医療費増加に対して影響が少ない再診料の増加を、初診料の増加よりも容認する傾向があり、1960（昭和35）年を100とした指数でみると、1990（平成2）年には病院1,420、診療所1,620と、診療所の伸び率が大きくなっていると指摘している。

診療報酬において再診料が高く設定されているため、医師は経営のために患者を何度も通院させるという傾向が生まれるとも考えられ、高度な医療施設、スタッフを有する病院でも外来で軽症な患者を多く診療した方が収入を得やすいという傾向もみられた。大病院に多くの患者が殺到するために、「3時間待って3分診療」という表現も度々使われるようになった。大病院で提供されるような医療のサービスの向上や技術力の高い医療の提供を求める国民のニーズと、医療費の抑制を求める厚生省の観点から、医療施設の機能分化が図られるようになった。

1990（平成2）年1月、厚生省は「21世紀の医療の在り方」として、医療施設の機能分化と体系化、在宅医療の推進等をうたい、第二次医療法改正案として医療審議会及び社会保障制度審議会に諮問した。医療機能分化と体系化の中でも重要なのは、厚生大臣の承認を受けることにより、「特定機能病院」と称する医療機関が生まれたことである。その要件は、1）高度医療ほか、高度の医療技術の開発、評価、研修を行う能力を有すること、2）厚生省令で定める一定数以上の診療科名、病床数、人員及び設備を有すること、3）医師の求めに応じて診療に関する記録を閲覧させ、他の病院または診療所の医師の紹介患者の医療を行うことだった。日本の医療制度では、フリーアクセスで医療機関を選択できることが原則だったが、「紹介状」を要求することで、高度先進技術を提供する大病院の外来に、軽症な患者が

殺到する事態を回避しようとした。他方、改正案には、長期入院患者の療養に適した施設として療養型病床群を設置することと、自宅（居宅）も療養場所とすることが盛り込まれた。

第二次医療法改正案は、特定機能病院を承認する厚生省令の内容が不明確であるという理由で、国会で継続審議を繰り返したが、病床数、人員配置、外来患者の紹介率等を明確化したことにより、1992（平成4）年4月に実質審議に入り、6月に成立した。改正医療法には医療の担い手として医師、歯科医師のほか、看護婦及び薬剤師も明記された。改正法成立後に、特定機能病院は、国立がんセンター、循環器病センターのほか、全国で81の大学病院が承認された。

さらなる要介護者の増大などを背景に、介護体制の整備を行うことと、日常の生活圏内での医療需要に応えるために、医療機関の機能分担の明確化と連携を強調し、「地域医療支援病院」を創設、療養型病床群の設置、患者の立場に立った情報提供（インフォームド・コンセントの促進など）を盛り込んだのが、1997（平成9）年の第三次医療法改正である。他方、医療費に対する公的支出を抑制する目的から、被用者保険の被保険者の2割負担などを盛り込んだ健康保険法の改正が実施された。

ここまで三次の医療制度改革が実施されてきたが、「量から質へ」といわれた医療制度改革は、主として医療機関の機能分化や、患者の受診、治療の選択の幅を広げるための情報提供の充実等にとどまり、診療内容そのものについての議論はみられない。

診療内容の質をどのように高めるかは、2年ごとに改訂される診療報酬の中で提供者誘発需要を応用した誘導によって行われてきた。診療行為や薬剤の適用量を定め、医療機関が望ましい提供体制を整備した場合には報酬に加算を行い、不適切な診療を提供した場合には減算を行うという、診療報酬改定による動機づけは効果的だった。

診療報酬を決定する権限は、事務官が局長の座にあり、大半を事務官が占める保険局が担ってきた。保険局の局長職は事務次官につながる役職でもあるため、健康政策局の誕生前には、診療報酬によって医療の質が担保されているという考え方も厚生省内にはあったという¹⁶³。

しかし、厚生労働省の成立により、衛生3局が再編され、技官が局長職につく局が2つになると、技官が集中して健康政策局等に配置された。そして、診療報酬による医療の質の担保に異議を唱えるようになり、技術評価によって医療の質を定めようとしたのが、厚生科学

¹⁶³ インタビュー日 2007年4月26日

研究からの知識の流入でアイデアを得た技官たちであった。

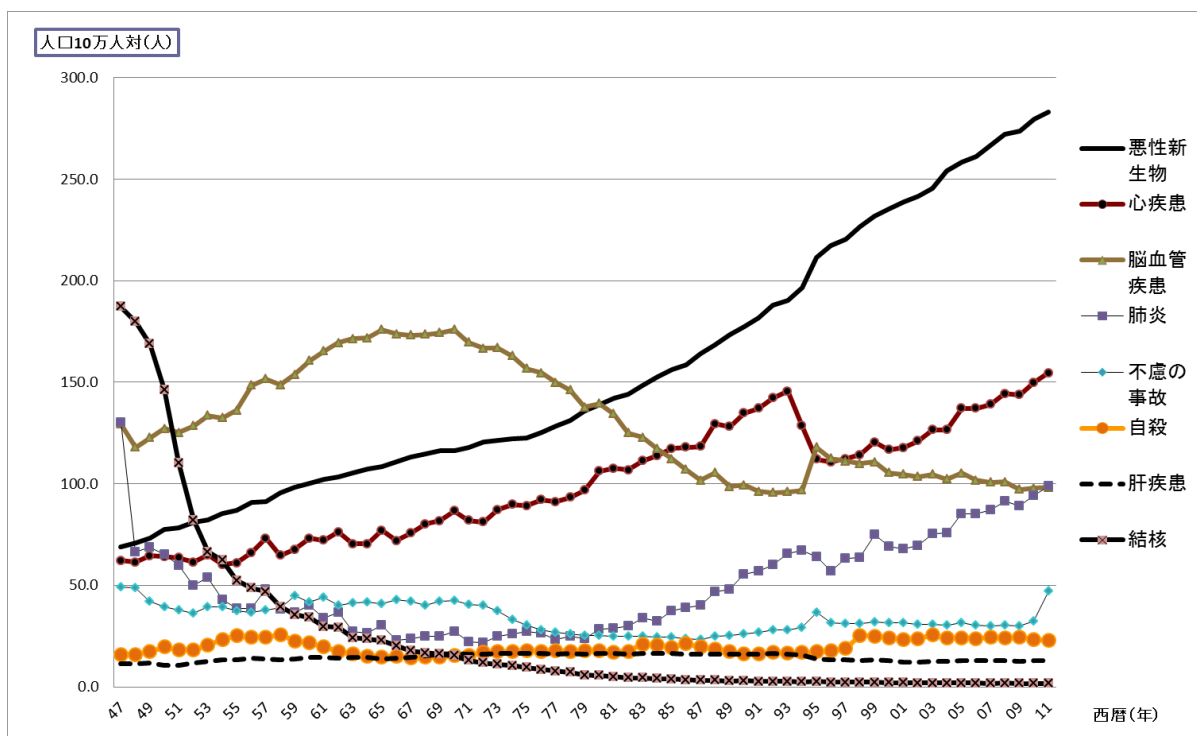
5-2 医療環境の変化と研究体制の整備

医療制度改革が繰り返される中、医療をめぐる環境にも変化が生じた。一つは新たな技術の進歩であり、もう一つは人口の高齢化と疾病構造の変化である。これら技術の進歩に合わせて、厚生省内の組織も新しい担当部署が設置されると共にその課題に取り組むための外郭団体が設立され、厚生科学研究の担い手となっていった。その後、コンピュータ技術が進展し、DNA の発見等、世界的な科学技術の発展は医療政策を取り巻く状況も変化させていった。

1) 疾病構造の変化と人口の高齢化

昭和 20 年代には、各種の抗生物質の導入によって、日本の疾病構造上大きな位置を占めてきた感染症（結核、らい、性病等）は、治療が容易な疾病となっていった。1981（昭和 56）年には、日本人の死亡原因の 1 位はがんへと変わり、いわゆる「生活習慣病」の対策が新たな課題として浮上してきた。1983（昭和 58）年には、政府内にがん対策閣僚会議が組織され、がん研究の推進など「対がん 10 か年総合戦略」が策定され、がんに関する研究開発への期待が高まった。

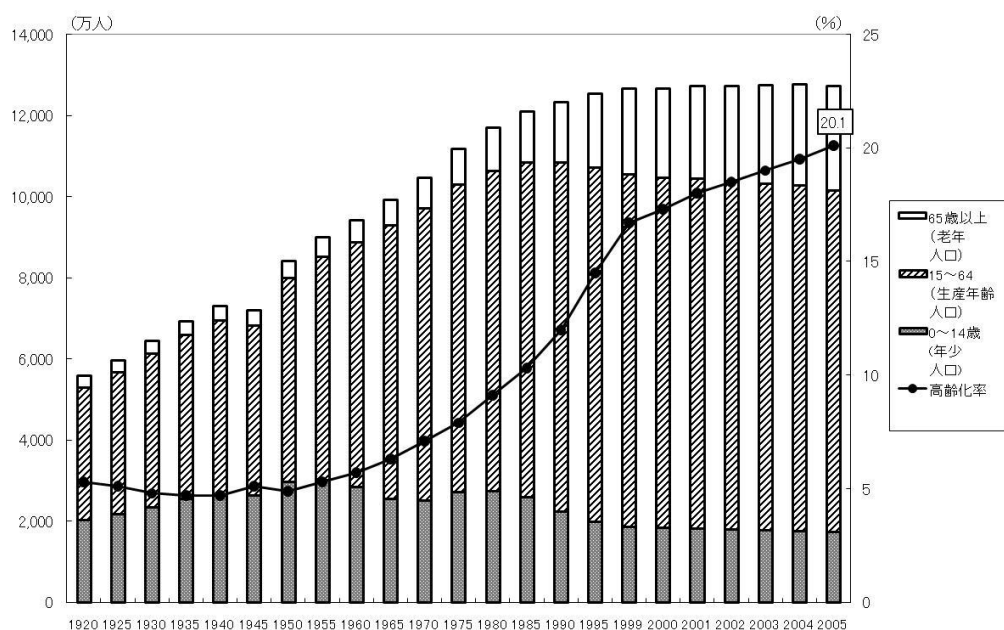
図 13 主な死因別にみた死亡率の推移



出典 厚生労働省大臣官房統計情報部、各年、「人口動態統計」

さらに、人口の高齢化の見通しも、大きな課題として浮上した。少子化により生産年齢人口が減少するとともに、長寿化により人口に占める高齢者の割合が増加し、2000年代に5人に1人が65歳以上となる見通しが示された。このため、1986（昭和61）年の科学技術会議では、「長寿社会対策大綱」に基づいた研究体制の重要性が強調された。

図14 人口の推移



出典 総務省統計局「国勢調査」、厚生労働省「人口動態調査」各年

厚生省は大綱を受けて、同年9月には有識者からなる「長寿科学研究組織検討会」を設け、1987（昭和62）年にその検討結果を具体化する機関として「長寿科学研究センター」の設置構想を示し、「長寿科学研究財団」と「研究センター」が設置¹⁶⁴された。

日本の少子高齢化は世界に類をみない速度で進んだ。高齢者が人口の7%を占める高齢化社会になってから、14%に達する高齢社会になる倍加速度をみると、欧州大陸諸国が約1世紀かかっているのに対し（例えば、フランスでは115年）、日本は1970（昭和45）年から1997（平成9）年の24年間で達成している。そのため、高齢者にサービスを提供する人材の養成・確保、施設・サービスの整備も重要な課題となった。

人口の高齢化が顕著に進む日本で、当時の医療機関の平均在院日数は42.5日とOECD諸国（1997年 米国：7.3日、ドイツ：11.9日、フランス：13.6日）の中で著しく長く、入院期間の短縮により、医療費を削減することは重要な課題であった。長期入院のなかには、本来は入院の必要のない高齢者が、退院後の生活環境が整わないために入院を続ける「社会的入院」も見られ、医療費の抑制、高齢者福祉の観点から問題とされた。「社会的入院」が起きる要因として、福祉サービスの未整備が問題視されたのである。政府は1989（平成元）年の「ゴールドプラン」、1995（平成7）年の「新ゴールドプラン」で、ヘルパーの養成、高齢者施設の整備などの具体的な数値目標を示し、自治体に高齢者対策を促す政策をとった。

また、当時の老人福祉が「措置」として提供されていたことを背景に、公的な介護保険制度の創設について議論が進められた。「措置」制度の下では、介護を必要とする人にも利用に対しての抵抗感は強く、また、サービスの決定には市町村の判断が大きく作用して利用者の選択の余地は限定的だった。さらに市町村の財政事情によって、提供される福祉の供給には大きな違いがあった。新しい高齢者を対象としたサービスのあり方は、老人保健法から長らく議論されており、従来の老人福祉の延長線上にない、新しい方向性が模索された。

議論の過程で、1994年に導入されたドイツの介護保険制度が参考にされた。制度創設には、保険者をどこにするか、現物給付と現金給付など様々な議論があったが、1997（平成9）年12月9日に介護保険法が可決成立、2000（平成12）年度から施行された。こうして、日本で5番の社会保険制度が誕生した。措置制度から、利用者のニーズに基づく、契約制度に転換

¹⁶⁴ 1995（平成7）年。2004（平成16）年より「国立長寿医療研究センター」と改称。

されたこと、新たに民間の事業者などが提供者となる点などが、これまでの福祉サービスと一線を画している。

2) 情報化の進展

疾病構造、人口構造の変化に加えて、情報技術の進歩は、徐々に厚生省内外の組織を変化させていった。厚生省が医療技術の情報化（当時の電子化）に取り組み始めたのは、国民皆保険制度が成立してまもなくの時期であった。省内で医学、理学、工学などの学識経験者からなる新医療技術開発に関する打ち合わせ会を持ち、1964（昭和 39）年度から新医療技術研究補助制度が予算化された。心電図、脳波などの生体情報を取り出す技術の開発、検体自動分析技術の開発、人工臓器の研究、医療高分子材料に関する研究、医用電子機器等の安全性に関する研究等が進められるようになった。

情報化を進めた背景には、医療需要が急速に増加する一方、医療技術の向上や高度経済成長に伴う人口の都市集中など、増大する医療需要に対応しつつ水準の高い適切な医療を提供するためのシステム開発が急がれるようになったことがある。

1971（昭和 46）年に社団法人日本電子工業協会に医療システム化調査委員会が発足したのを受け、厚生省に医療情報システムを担当する部署が作られたのは、1972（昭和 47）年 10 月だった。当時の医務局総務課に医療システム開発準備室を設置する一方で、省内に医療情報システム研究会を設け、今後、国として推進すべき施策の方向についての検討に着手した。この年には、英国で軍事技術を応用した CT スキャナー（エックス線コンピュータ断層法）が開発され、診断精度が急速に向上していくことになる。

翌 1973（昭和 48）年に準備室は医務局医療システム開発調査室に変更、同年度から医療情報システム開発委託費を計上し、医療情報システム検討会の開発計画の下に研究開発が進められていった。1984（昭和 59）年 7 月に衛生部局の再編に伴い、医療情報システム開発室を健康政策局総務課医療技術開発室に改組し、従来の医療情報システムの開発業務に加え、新たに医療機器の研究開発、配置、使用に関する規格、実施、調整の業務を行うこととした。1995（平成 7）年 4 月にさらに機能を強化し、医政局の医療技術情報推進室となった。また、省内での格付けについても徐々に上がり、1995（平成 7）年に省令による室へと変更された。

1974（昭和 49）年 7 月には、通商産業省との共管により、「財団法人医療情報システム開発センター（MEDIS-DC）」が設立され、以後、厚生省内での方針の検討を経て、実際の医

療情報システムの開発は同センターに委託されることになった。ここで開発されるシステムには主として、1) 地域医療情報システム、2) 病院情報システム、3) 医療情報サービスシステム等があるが、後にこれらをさらに進めて診療情報そのものを電子化する電子カルテの情報へと発展していく。

昭和 50 年代に入ると、日本でも上記の CT スキャナーが短期間のうちに全国の医療機関に普及していくが、医療に関する科学技術を総合的に調整する部署として、1983（昭和 58）年 2 月に大臣官房総務課にライフサイエンス室、薬務局経済課にはバイオテクノロジーの技術などへ対応するため、医薬品先端技術振興室が設置された。組織変更に合わせて、1986（昭和 61）年 2 月から「医療・福祉機器研究開発研究推進会議」が設置され、同年 4 月には、医薬品を始めとする医療・福祉機器、保健衛生の技術を振興するため、「財団法人ヒューマンサイエンス振興財団」が設立された。

以上のように医療情報をはじめとする、技術の進歩は厚生省の組織を変化させ、同時に関連する外郭団体を増加させていった（厚生省五十年史編集委員会、1988、pp.1620-22）。

3) 厚生科学の進展

医療技術や情報技術など、新しい技術を厚生行政に取り込むために導入されたのが、「厚生科学研究補助事業」である。科学研究補助事業の発端は、1951（昭和 26）年度に成立した厚生行政科学研究費である、当初の助成費用は 250 万円、261 件の研究がこの助成費用で実施された。研究費は、1961（昭和 36）年度に医療研究費、1964（昭和 39）年度に新医療技術研究費等と、名目を変えて実施されてきたが、1979（昭和 54）年度から補助金として、毎年計上されるようになった。昭和 50-60 年代には、疾病構造、人口構成の変化、医療技術の進歩を受け、厚生省の内部組織とそれに対応した財団などの機関が外部に設置され、大学などの研究者個人と共に、厚生科学研究の助成金は、テーマごとに研究補助金を受ける機関を指定する形で配分されていった。当初は官報に掲載されて募集され、厚生省の外郭団体を中心に実施するための費用だったが、徐々に募集方法、評価方法等の体制を整え、行政に新たなアイディアをもたらす窓口となっていった。

1986（昭和 61）年 11 月には、多岐にわたるテーマの科学研究の長期ビジョンについて懇談を行うため、厚生大臣と有識者による「厚生科学会議」が開催された。1988（昭和 63）年には厚生科学会議の「厚生科学研究の基盤確立とブレイクスルーのために」とした名称の報

告書の中で、研究体制の見直しなどが提言された。また、重点テーマとして、1) 高齢化への対応、2) 国民の疾病構造の変化や治療技術の新しい可能性の開拓等の高度化、多様化する需要への対応、3) 情報への取り組み、4) 国際社会への貢献等が挙げられた。この報告に合わせて、同年、大臣官房総務課ライフサイエンス室は、厚生科学課として独立強化され、厚生科学研究の総合調整を行う部署とされた。

さらに 1997（平成 8）年政府の「科学技術基本計画」に基づき、厚生科学研究はさらに重点的、効率的、効果的に拡大されることになり（厚生省「21 世紀に向けた厚生科学研究の総合的推進について」）、厚生科学会議を発展的に改組した「厚生科学審議会」が設立された。また、一般会計所属の 8 機関と国立病院特別会計所属の 6 機関（設置予定の長寿医療研究センターを含む）が研究の中核と位置付けられ、重点的に研究すべきとされる脳科学やヒトゲノム・遺伝子研究、高度先端医療技術、エイズ研究を行う拠点とされたほか、社会保障に関する研究を実施する機関として、特殊法人の社会保障研究所が位置づけられた。

科学技術と連動した、各種機関の設立や会議開催は、厚生行政に関わる研究の資源となり、行政改革の動きが活発化するなかで、医療提供のあり方のための研究も実施されるようになった。

以上のように医療政策に浮上する新たな課題に対応して、厚生省内の担当部署の設置と共に、その研究や啓発の実務を担当する外郭団体が徐々に設置されていき、厚生科学研究に加わっていった。

この間、1991（平成 3）年度に 10 課題だった研究課題は、1993（平成 5）年度に 35 課題とテーマの広がりを見せると共に、厚生省の所管する財団以外の多くの研究者（主任研究者個人）にも開かれていった。そして、医療の質や医療技術評価に関する研究課題を通じて、政策アイデアが行政内に流入していった。

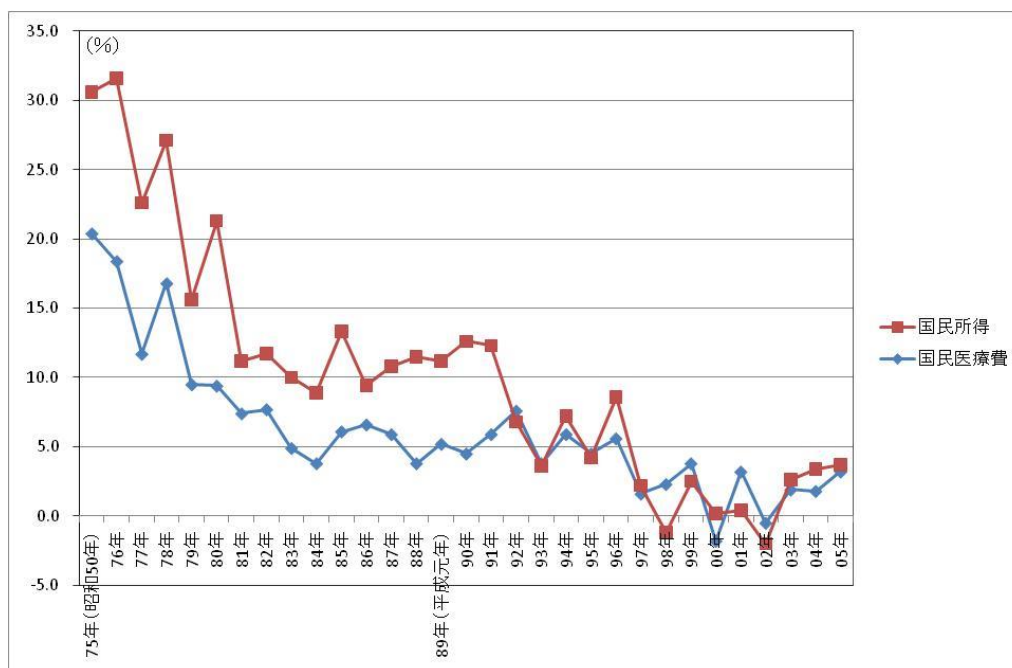
日本における HS 研究共同体は、政策志向の研究補助金である厚生科学研究を財源としながら、厚生省に関連する財団や国立研究機関、大学などへと拡大をみせ、諸外国の政策を波及させる大きな役割を担った。

5-3 行政改革と第三次医療制度改革

昭和の終わりから平成のはじめにかけて、国民医療費及び社会保障費の伸びは、国民所得の伸びを下回り、対所得比は一時低下したが、バブル経済の崩壊・人口高齢化の進展等に伴

って、国民医療費及び社会保障費の伸びは国民所得の伸びを上回るようになった。そして、今後も経済成長、国民所得の伸びがあまり期待できない状況で、同じペースで伸び続ければ、それまで38%程度で推移してきた国民負担率は、近い将来50%を超えてしまうことが強く懸念されるようになった。

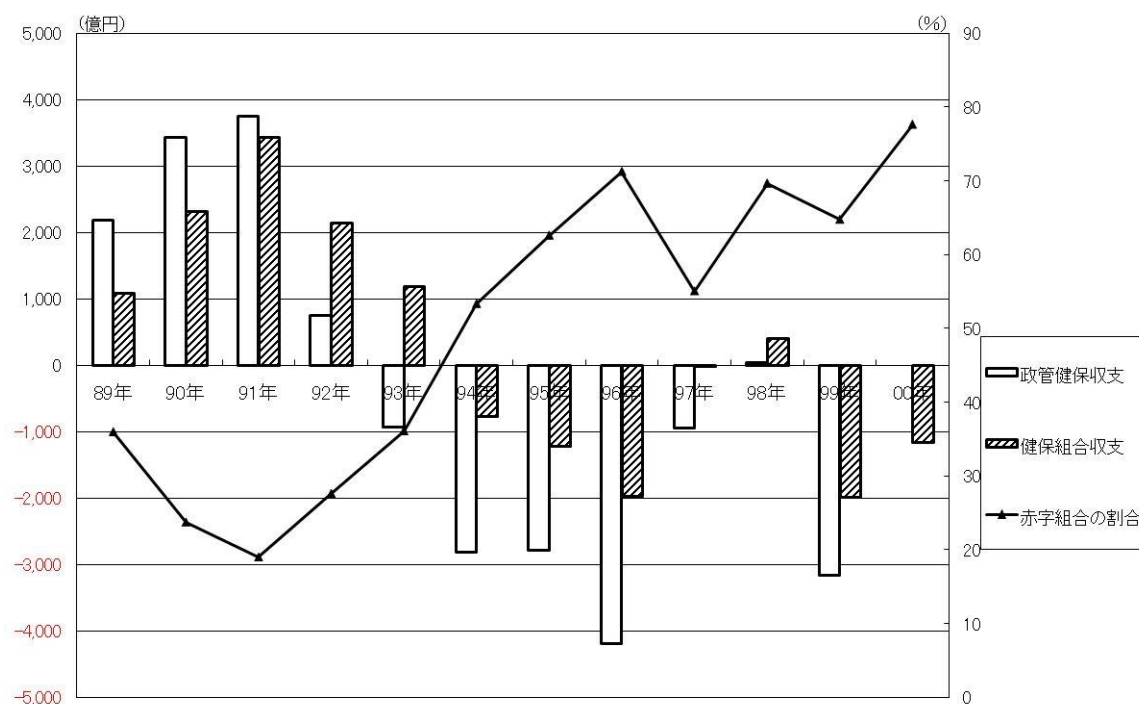
図 15 国民医療費と国民所得の伸び率



出典 厚生労働省、各年、国民医療費の動向

医療財政面でみると、1981（昭和 56）年から 1992（平成 4）年まで 12 年間黒字であった医療保険財政も、1993（平成 5）年から再び赤字に陥り、1996（平成 8）年度には単年度赤字が 4 千億円を超えた。また、経常収支が赤字となる健康保険組合の割合は、約 71%に達した。

図 16 組合管掌保険（健保組合）と政府管掌保険（政管健保）の収支、赤字健保組合の割合



出典 厚生労働省、各年、健康保険に関する基礎資料

こうしたことから、社会保険制度の給付と負担の在り方を根本的に見直し、将来の国民医療費や社会保障費の増加、それによる国民の保険料負担や国の財政負担の増加を極力抑制する必要があるという議論が高まった。その議論は行政改革と同期しながら進んでいった。

1) 橋本行革

1996（平成8）年1月、村山富市内閣の後を継ぎ、自民党、社民党、さきがけの連立によって首相に就任した橋本龍太郎は、9月には衆議院を解散、改革路線を明確化した内閣を組閣した。11月には、橋本首相を座長とする行政改革会議が設置され、財政構造、金融、地方分権、社会保障、教育、行政の6大改革について議論が進められ、内閣機能の強化、省庁再編、「行政のスリム化」を目指した独立行政法人の創設等を特徴とする改革が進められることになった。医療に関しては、国立病院の独立行政法人化も検討された。同時期、厚生行政に関して、薬害エイズ事件や福祉施設の許認可に関わる収賄事件（いわゆる「岡光事件」）等が起き、医療、福祉に関わる官僚組織とその人脈には批判が集まった。

また、特殊法人・認可法人の整理合理化が閣議決定（1997（平成9）年6月）され、従来

の政策の執行体制も変更を迫られることになった。財政面については、「財政構造改革の推進について」（1997（平成9）年6月閣議決定）により、特殊法人、認可法人、民間団体等の補助金のうち、特に長期間継続している補助金、実体的効果が薄い少額補助金の見直し、整理が定められた。見直し、整理の機運によって、厚生省の外郭団体も変化せざるを得なくなった。

その前年の、1996（平成8）年7月、医療保険審議会（第二次報告）（塩野谷祐一会長）が「当面の医療保険改革メニュー」を提示して改革の方向性を示し、11月には「今後の医療保険のあり方と平成9年改正について」とする建議書を小泉純一郎厚相に提出した。建議書では平成9年改正を「総合的かつ段階的な改革の第一段階」と位置づけ、高齢者医療のあり方や診療報酬体系のあり方を中心に「抜本的な見直しに着手すること」が強調された。そして給付と負担の見直し（「給付と負担の公平化」）について、「医療費の効率化を図りつつ、保険料、公費負担、患者負担のバランスを図る」とこととされた。

審議会の建議をうけて、12月17日には与党医療保険制度改革協議会（座長 丹羽雄哉元厚相＝自民党）が結成され、初会合で高齢者の入院及び外来の一部負担額の引き上げや、被用者負担の本人負担を定率1割から2割に改めること等が取り決められた。

年が明けると1月27日に医療保険審議会、1月28日に老人保健福祉審議会、1月31日に社会保障制度審議会がそれぞれ答申をまとめ、政府は2月10日に健康保険法の一部を改正する法律案を閣議決定し、同日国会に提出した。国会の会期中に健康保険法の改正を目指す観点から、この時点では構造的な改革自体には踏み込まず、日本医師会の反対を受けながらも、会期中に成立させた。

健康保険法の改正により、1997（平成9）年9月から、これまで1割であった健康保険の医療費の被保険者本人負担を2割に引き上げることなどを盛り込んだ改革を実施した。また、1998（平成10）年度の予算では、自然増で8千億円を上回る、社会保障費の対前年増加分を3千億円程度に抑制した。

2) 審査体制の見直し

1990年代にも「レセプトの審査体制の強化」が問題となった。支払基金には、年間約7億9千件にのぼるレセプトが持ち込まれるようになっていた（朝日新聞、1997年9月2日朝刊）

¹⁶⁵。1枚あたりを目視で審査する審査は、1枚あたり0.7秒と計算されており、審査の厳しさにも地域ごとに差があるとされた。

財政難の健康保険組合などから、「手数料が高すぎるうえ、レセプト審査が医療機関に甘い」と反発が強くなってきていた。1997（平成9）年3月に改訂された支払基金が保険者から受け取る事務費単価は、保険診療分の医療のレセプト1枚あたりは116.8円となっており、審査の非効率性ばかりではなく、高額な事務費単価も赤字を抱える健康保険組合にとって課題となってきたのである。健保組合の中には審査済みのレセプトを再度チェックして「点検」を行い、支払基金に再請求を行う場合も従来あったが、再点検がより積極的に行われるようになった。結果、支払基金による審査のずさんさが一層明らかになり、保険者に不満がますます蓄積することになった。与党の医療保険制度改革協議会でも、医療機関の不正請求に対する歯止め策として、月額1千万円以上のレセプトについて、審査機関が医師を呼び出して説明を求める面接審査の導入に合意し、審査結果の実績を公表させて情報公開を進める方針などが取り決められた（朝日新聞、1997年12月12日）。

もともと「形式的」という批判が審査に対して向けられていたが、行政改革の焦点が特殊法人改革に及び、支払基金のあり方そのものも問題となってきた。1995（平成7）年2月の特殊法人整理合理化についての閣議決定では、「業務の縮減を含む事業の合理化・効率化を推進」とすると共に、支払基金については「レセプト電算処理システムの構築及びレセプトの保険者ごとへの振分・集計業務の抜本的な機械化により合理化・効率化」を図ることが求められた。1998（平成10）年12月には、与党医療保険制度改革協議会が、健康保健法に不正請求の罰則強化などを盛り込んだ改正案を提出することに合意し、レセプトの審査を強化していくことも定められた。

このように、日本の医療保障における支払審査は、医療専門職が主導する審査（米国）とも、医療費に対する効率化を求めるもの（英国）とも異なり、一部の重点審査を除けば、大量の紙のレセプトを数秒の目視で点検するという、「形式的」という批判を免れないものであった。したがって、この中から米国、英国の例に見たような、医療の標準化に向けた「基準」への要求などは生まれようがなかった。

¹⁶⁵ 朝日新聞、1997年9月2日朝刊3総「レセプト審査、機能不全 改革はだれのために・医療保険（時時刻刻）」

5-4 日本医師会の変容

さて、橋本内閣が誕生して間もなく、武見太郎以降、花岡堅而、羽田春兔、村瀬敏郎と3代の会長が交代し、長らく強力なリーダーが不在だった日本医師会でも、武見太郎の再来と呼ばれる会長が誕生した。第15代目の会長、坪井栄孝である。診療所ではなく、福島県の病院長という、医師会長として稀なケースである。坪井栄孝は、若い頃から武見太郎の医療政策研究会にも参加しており、「プロフェッショナル・フリーダム」を唱えつつ、医師会自身も変革する必要性を強調した。

4期8年（1996～2004年）にわたる会長職の中では、橋本内閣による改革と小泉内閣による改革に対峙し、最終的には戦後初めて、診療報酬（本体）のマイナス改訂を了承することになった。この間、様々な取り組みがあったが、特筆すべき点は第一に、日本医師会の情報収集の弱さを補うことを目的としたシンクタンクの創設、第二には武見太郎が唱え続けた地域医療の一翼を担う病院の機能評価を実現させたことである。特に後者は「プロフェッショナル・フリーダム」とともに、武見太郎が唱えた「地域医療（コンプリヘンシブ・メディシン）」を体現させたという意味で、武見太郎の後継者と言える実績である。誕生した「日本医療機能評価機構」は、日本型診療ガイドライン政策を担う機関として役割を果たしていくことになる。

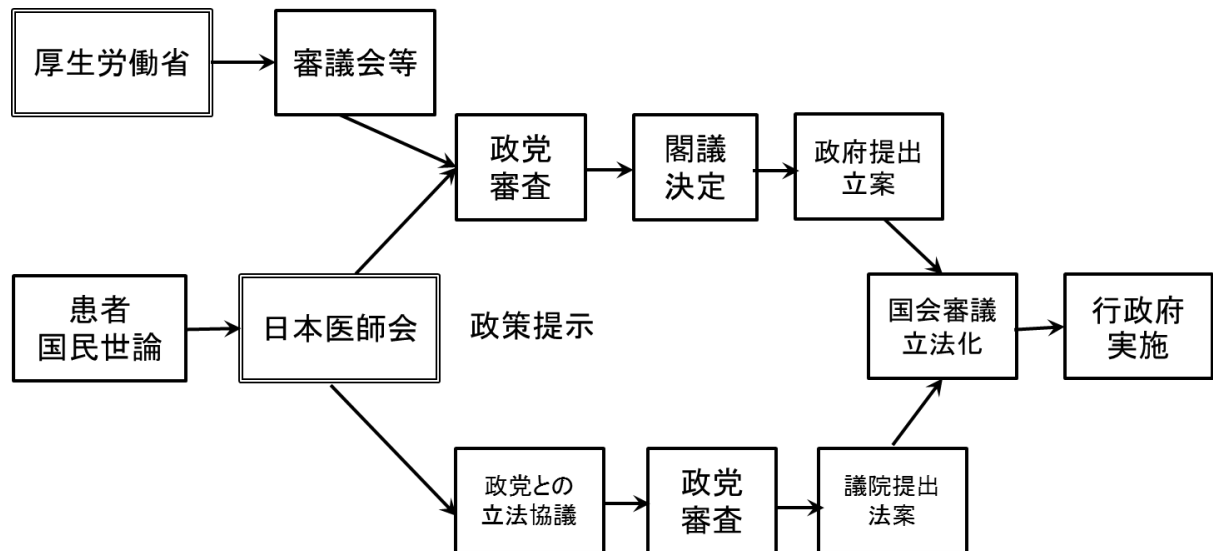
1) 日本医師会総合政策研究機構

坪井会長が就任と同時に発足させたのが、日本医師会のシンクタンク「日本医師会総合政策研究機構」である。日本医師会内では、各種委員会報告、情報収集や評価、政策に対する提言等の仕組みがバラバラで、「様々な意見や提言を統合して政策を取り上げる仕組み・仕掛けが多少希薄または弱かったのではないか」との認識のもとに、「患者や家族の事情を正確に把握した政策立案は、毎日患者を診ている地元の医師・看護師からの情報をアップトゥデートに把握できる医師会が行うのが最も的確」（坪井、2001、p.153）であるとし、「地域の医師たちが毎日実践している地域医療の実績データ」¹⁶⁶を収集・整理し、外部の情報と総合して独自の政策提言の基礎資料を作成するシンクタンクとして、1997（平成9）年4月に日本医師会総合政策研究機構（以下、日医総研）を設立した。

¹⁶⁶ 1996（平成8）年4月2日 所信表明「21世紀に対応した変革へ向けて一日医会長就任にあたって」

坪井は、医療政策決定過程を変えなければ、医療・介護における「医師の裁量権（プロフェッショナル・フリーダム）は壊滅してしまうという危機感」（*ibid.*, p.154）を持って、シンクタンクを立ち上げた。坪井の念頭にあった、医療政策の立法過程は次の図に示されている。

図 17 坪井による医療政策の立法過程



出典 坪井、2001、p.154 「医療政策立法過程の改革」

武見太郎が、吉田茂という一政治家との関係性の中で会長という「個」の力を発揮したとすれば、坪井氏が目指したのは、自民党との関係を強化する中で日本医師会という団体の力を発揮し、医師会独自の政策案を明確に主張することだった（*ibid.*、p.172、p.185）。

厚生省が実施している医療経済実態調査（診療報酬の改訂の基礎資料とされる）に対して、「医療機関総合実態調査（定点観測）」を担い、今後の診療報酬改訂で主導権を握りたいと、情報源そのものの点でも日本医師会が、厚生省から独立する意向を示している。

坪井氏は、プロフェッショナル・フリーダムについて、「高度の医療を含め、医者には国民に医療を提供していく義務がある。しかし、そのためには研鑽を積まなければならないという義務」が一方にあり、「適正な医療や医者が提供すべき能力そのものを制限」されない自由であるという。そして「最初に枠（＝制度）があってその中に医療を閉じ込めるのではなく、まず医療があってそこに枠付けをしなければならない」¹⁶⁷と主張する。さらに医師の職業倫理の確認とともに、医師の自立意識の醸成によって、旧来の行政支配からの完全な脱

¹⁶⁷ 「プロフェッショナル・フリーダムの確立のために 医療情報集積のシステム作りが急務」、1996、『月刊 Times』月刊タイムス社 20 刊 6 号、pp.44-47

却こそ、医師の自由裁量の確保のために必要であると訴えた。武見会長が唱え始めた「プロフェッショナル・フリーダム」は、医師会員に、たとえその手法は「武見依存型の政治力」(ibid., p.184) だったとしても、医師会の政治力を思い起こさせ、結束を強める概念であり、日本の診療ガイドライン政策の導入を阻止する論理だった。

2) 日本医療機能評価機構の誕生¹⁶⁸

坪井氏個人の思い入れが強いシンクタンクの創設とは異なり、病院の機能評価は武見太郎時代から引き継がれてきた課題であった。

その発端は 1976 (昭和 51) 年に日本医師会内に病院委員会が設置され、武見会長が「地域医療の中で病院はいかに機能すべきか」を中心課題とし医療機能についての検討を諮問したことである。武見会長が唱えてきた「地域医療」の視点も踏まえて、病院に求められる医療機能とそのあり方などを検討、我が国の医療環境を踏まえた「新しい病院像」の構築を目指していたとされる。その後、1980 (昭和 55) 年 3 月の報告書ですでに、医療機能評価の問題にも武見会長が言及している。1980 (昭和 55) 年度から、医療機能評価に先進的な米国の事例を参考として、医療機能評価の方法論などの基礎的研究等を行うと共に、日本に適合する評価方法を本格的に検討することとなった。

その後、1985 (昭和 60) 年に羽田日本医師会会長が、医師会の事業として「病院機能評価」を取り上げ、8 月に「病院機能評価に関する研究会」を組織、同会は、病院が自らの医療機能を評価する自己評価のための評価項目と評価基準、マニュアルを開発した。

さらに、1987 (昭和 62) 年 4 月、同研究会は、日本医師会長と厚生省健康政策局長に「病院機能評価マニュアル」を報告、全国の病院で自己評価を試行するまでになった。マニュアルは、1989 (平成元) 年 4 月 日本医師会・厚生省作成『病院機能評価マニュアル』として公刊された。

自己評価から第三者評価に進めるため、日本医師会の病院機能評価検討委員会では、1992 (平成 4) 年 3 月に第三者医療機能評価方式の開発等に関して、機能評価の意義、内容、実

¹⁶⁸ 坪井栄孝、2004、『変革の時代の医師会とともに：日本医師会長、世界医師会長として』春秋社 pp.452-439、日本医師会編、平成 6 年度版、『国民医療年鑑－21 世紀の国民医療をめざして (その 3)－』、春秋社、pp.50-57、「病院を採点する」(医療の周辺：63)、1995 年 6 月 25 日、『社会保険旬報』No.1941、p. 4

施方法、評価基準の考え方、評価項目、マニュアルの作成など、具体的な事項についての報告を取りまとめた。

1993（平成5）年9月、厚生省は、日本医師会の同意を得て「病院機能評価基本問題検討会」を設置し、第三者評価機構による医療機能評価の実施に向けて、評価対象、評価内容、評価結果の取り扱い・活用方法・評価機構のあり方などの課題を検討のうえ、1994（平成6）年9月に、『病院機能評価基本問題検討委員会報告書』を発表した。

そこに1990（平成2）年秋発足、岩崎栄（日本医科大教授 医療管理学）が事務局長を務める「病院医療の質に関する研究会（以下、質研）」らが加わり、1995（平成7）6月8日、「財団法人医療機能評価機構」の発起人会が開催される（7月発足）など、病院機能評価機構の実現は、一気に加速していった。6月25日（朝日新聞 夕刊）の報道で、質研の岩崎は「今年は病院機能評価元年だ」と語っているが、米国の病院機能評価等、医療の質の問題について海外のアイディアに着目してきた研究者にとっては、いよいよ日本でそれが実現に至るという画期的な出来事だった。

1997（平成9）年2月28日、財団法人日本医療機能評価機構（舘龍一理事長）理事会と評議会を開催し、同年度の事業計画を作成、初年度240病院で実施予定（申し込みは35病院どまり）となった。

このように、財団法人医療機能評価機構は、日本医師会が武見太郎会長の下で、その原型を構想し、日本医師会の主導の下に、厚生省と共に実現のための議論を積み重ねてきた成果であった。

5-5 医療技術評価の議論

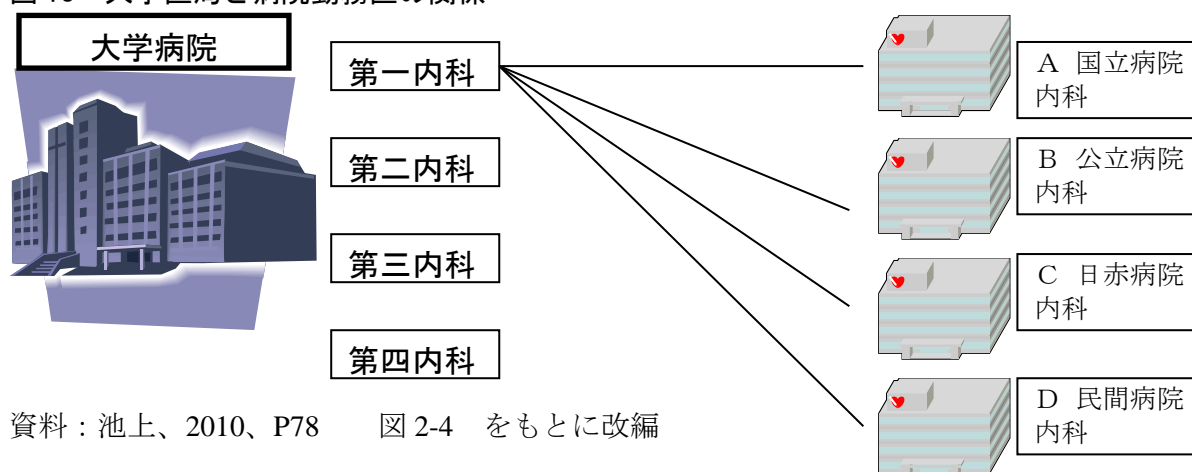
橋本内閣による行政改革とそれに連動しつつ進められた第三次医療制度改革が行われ、日本医師会に新しい医師会長を迎えた時期に、医療の質の議論も転換点を迎えた。医療の情報化の推進の議論が進み、すでに米国、英国で導入されたEBMによる診療ガイドラインの議論が浮上してきたのである。それらは、情報化を担当している厚生省の医療技術情報推進室の技官たちによって進められてきた。

1) 医療技術評価の在り方に関する検討会

1990年代半ば、厚生省医療技術情報推進室では、電子カルテの活用やテレメディシンの導入についての議論が進んでいた。この時点での情報化の議論は、現在のカルテ（診療録）を単に電子化するのではなく、これまでの医療制度改革で進められてきた方向性に沿って診療録を開示、また国際的な動向を踏まえて疾病診断群分類（DRG）による支払いを導入するための、病名の統一、診療録の記録の構造化等にまで及んでいた。

そもそも、日本の病院には人事権はなく、大学医局の管理下に病院が置かれることになった。このため、同じ大学出身の同じ診療科の医師であっても、第一内科、第二内科・・・のように、医局ごとのタテのネットワークが重視され、診療パターンも大学医局ごとに異なっていた（池上、キャンベル、1996、p.51）。

図 18 大学医局と病院勤務医の関係



資料：池上、2010、P78 図 2-4 をもとに改編

このため、大学医局ごとに伝統的に診療は標準化されていても、専門職団体ごとに技量の標準化をはかることは困難であった（池上、2010、p.79）。

また、大学医局に所属して研修をこなした後、開業する医師はそのまま、医師免許のもとに医局で学んだ医療を実施していった。こうして、大学医局ごと、医師ごとに実施する医療が医師免許のもと、「経験と勘」（*ibid.*, p.26）で実施していくことが許容されている。

かつ、「自由標榜」を原則としている日本では、学会の専門医制度も、専門医ではない医師を排除する方向には働かず、専門領域ごとに医師の診療内容を規制するような方向には働かなかった。「プロフェッショナル・フリーダム」という、武見太郎の言葉は、医師の診療そのものにおいても、自らの「経験と勘」を優先する論理として機能した。

医局による相違は、診療にとどまらず、医局ごとに傷病名までもが異なると言われる。たとえ同じ病院でも、担当する医師によって、同じ状態像の患者に異なる病名がつけられ、異

なる治療が施されるということがしばしば見られた¹⁶⁹。

だが、医局という枠を超えて見れば、医療機関ごと、あるいは医師ごとの診療のばらつきは大きかった。診療のばらつきを検証するような大規模研究等は不十分ながらも、この事実はある程度、医療に詳しい関係者の間では指摘されていることだった。

一方、診療ガイドラインについてみると、日本でも診療ガイドラインを作る動きがそれ以前になかったわけではない。例えば、1993（平成5）年に日本アレルギー学会は、アレルギー疾患治療ガイドラインを発表しているが、これは EBM の主張するような大規模な無作為化比較試験（RCT）による証拠に基づくものではなく、「現在、われわれの行っている治療をガイドラインとして整理した」（西村、2000）と書かれており、性質が全く異なるものである。

議論のためのアイディア流入の窓口となったのは、厚生省健康政策局医療技術情報推進室である。推進室が所管する厚生科学研究のうち、健康政策調査研究費の項目の中の「保健医療分野における技術の評価に関する研究」の成果と、それらの研究に関わる機関、研究者だった。医療技術評価については当時、社会保障関係の一部の雑誌等で紹介されていたが、電子カルテの導入と医療技術評価の導入の議論が混在した形で医療技術評価について議論がなされるようになっていった。

この頃、諸外国の技術評価／EBM に関連して、政策移転(policy-transfer) (Dolowitz and Marsh, 2000 など) によってもたらされた情報は、研究者の関心に応じて診療ガイドライン政策の異なる部分に焦点を当てたものだった。

例えば、米国の議会等に代表される技術評価そのものに関連したもの¹⁷⁰、診療ガイドラインの作成、EBM の根拠となる情報検索・蓄積に関するもの¹⁷¹、英国のコクラン・コラボレーションの動きの紹介¹⁷²、そして EBM そのものの導入に関したものの¹⁷³などであった。こうした

¹⁶⁹ 医療保険上は、実施する診療が保険制度に妥当するように病名をつけるため、いわゆる「レセプト病名」がつけられるのが慣例となっている。

¹⁷⁰ 例えば、「情報技術を用いた医療技術評価に関する研究」（1997 年 厚生科学研究補助事業 主任研究者 長谷川敏彦）、「医療テクノロジー・アセスメントに関する研究」（1998-2000 年 厚生科学研究補助事業 主任研究者 久繁哲徳）

¹⁷¹ 例えば、「21 世紀の保険・医療・福祉分野における EBM による新しい情報提供機能の確立のための調査研究」（1999 年度 厚生科学研究補助事業 主任研究者 丹後俊郎）

¹⁷² 津谷喜一郎らをはじめとするコクラン日本支部の試行。URL <http://cochrane.umin.ac.jp>（アクセス日 2014 年 6 月 29 日）

¹⁷³ 例えば、「EBM 導入研究」（1998 年 厚生科学研究補助事業 主任研究者 福井次矢）

研究報告を得て、厚生省健康政策局では、医療技術評価によって医療の質を担保すべきであるという議論が行われるようになった。

導入の検討を行うために開催されたのが、「医療技術評価の在り方に関する検討会」だった。この検討会は、1997（平成9）年12月に健康政策局長の私的検討会として設置され、1998（平成10）年6月27日に報告書を発表するまでの半年あまりに、おおよそ月1回のペースで計6回開催された。委員の構成は、医療管理学の専門家、医療政策の研究者のほか、医療技術評価の専門家、日本医師会、日本薬剤師会、日本看護協会の代表、さらには当時院内の情報化、電子カルテの導入で先進的な医療機関として紹介されていた病院の代表も委員となり、計14名の委員から構成された。座長には、財団法人ヒューマンサイエンス振興財団理事長だった竹中浩治氏（前 厚生省健康政策局長）が就任した。健康政策局医療技術情報推進室が、医療技術評価について論文が多い研究者、また各関係団体への啓発も意図して、各団体の代表を委員として選出した。

表 12 「医療技術評価のあり方に関する検討会」委員

<委員> ○座長	
池上直己	慶応義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授
今井正信	三豊総合病院院長
岩久正明	新潟大学歯学部教授
岩崎 榮	日本医科大学医療管理学教室主任教授
亀田俊忠	医療法人鉄蕉会亀田総合病院理事長
川田智恵子	岡山大学医療技術短期大学部看護学科教授
小池昭彦	社団法人日本医師会常任理事
斉藤憲彬	社団法人日本歯科医師会常務理事
○竹中浩治	財団法人ヒューマンサイエンス振興財団理事長
長谷川敏彦	国立医療・病院管理研究所医療政策研究部長
久繁哲徳	徳島大学医学部衛生学講座教授
廣井良典	千葉大学法経学部助教授
福井次矢	京都大学医学部附属病院総合診療部教授
山崎摩耶	社団法人日本看護協会常任理事

出典 厚生労働省資料

当初、この検討会は医療の質を高める方法として、医療技術評価の導入について検討する

会として企画されていた。しかし、この時点で既に、米国の AHCPR が医学界で反対を受けたことについて、厚生省の担当者には伝わっていた。諸外国の状況を研究者からヒアリングした際に、複数の研究者より「現在欧州では、医療技術評価ではなく、EBM についての議論が盛んになっている」という情報がもたらされたという¹⁷⁴。担当者の間でも、この時点では EBM について十分に理解及んだわけではなかったが、医療技術評価の導入と同時に、EBM の導入が検討会の目標となった。

検討会の報告書は、1998（平成 10）年の 6 月 27 日に発表された。報告書によれば、「医療の質の向上を図りながら効率的な医療の提供を行うことが求められている」との認識に立ち、医療のばらつきの問題の例として、都道府県ごとの一般病院の平均在院日数の差を挙げ、改善の試みとして、諸外国で医療技術評価の試みがあることが紹介されている。また、検討会の目的は、「我が国における医療技術評価の利用等について検討することを」と述べられている。

報告書全体は、米国を中心とした医療技術評価の諸外国の状況や、評価の方法についての解説が中心となっている。さらに、医療技術評価の政策上の位置付けとして、医療技術の臨床的有効性や経済的効率等について総合的に評価する役割を果たし、医療機関レベルでは、個々の医療技術の選択や医療の質の評価のための基準を設定し、医療の質の改善を進めることができるとしている。

医療技術評価についての諸外国の動向等からやや飛躍する形で、この報告書は、EBM（正確には、ここでは Evidence-base Health Policy）と診療ガイドラインについての言及に進んでいく。本報告書では、以下のように書かれている。

これらの評価の過程と結果を活用することにより、今後の医療政策の企画・立案や諸制度の見直し等に資することが可能となることから、医療政策の企画等において医療技術評価の結果を活用するよう努めるべきである。これは海外で言われている「根拠ある医療政策（Evidence-based Health Policy）」の推進にも呼応するものである。

さらに、米国における診療ガイドラインの動向が紹介された上で、「我が国においても、このような診療ガイドラインがこれまでいくつも作られているが、今後とも、臨床医等がより科学的な根拠に基づいて診断・治療法等を選択、決定すること（Evidence-based Medicine）

¹⁷⁴ インタビュー日 2007 年 4 月 26 日

を支援する取組を積極的に行うべきである」と述べている。続いて「効率的で質の高い医療を医療現場で提供するには、技術評価によって医学的、経済的、社会的に適正と評価が定まった医療技術を可能な限り使用することが求められる。」（厚生省、2000、p.38）とし、いわゆる「根拠のある医療（Evidence-based Medicine）」の実現を目指すとされている（*ibid.*、p.43）。

医療技術評価と EBM は直接に結びつくものではないが、EBM の導入を目標として開催されたこの検討会では、その分野の専門家である一部の委員を除けば、医療技術評価にも、EBM にもなじみがなく、特に反発もなく進んでいった。引き続いて、その体制などを検討する検討会が開催された。

この間、厚生科学研究補助事業による研究で、早急に診療ガイドラインを実現する試みもあり、例えば英国医師会がまとめた診療ガイドラインの翻訳（葛西龍樹）¹⁷⁵等が実施されるなどもあった。

2) 医療技術評価推進検討会

「医療技術評価の在り方に関する検討会」から間を置かず、「医療技術評価推進検討会」が設置された。本検討会では先に提案がなされた EBM について検討を行い、実行方法や診療ガイドラインの策定について議論することが目的とされ、1999（平成 11）年 3 月までに 6 回の検討会が開催された。

この委員会では、前回委員会よりも目的が絞られ、臨床医学の専門家や医療技術評価の専門家が委員のほとんどを占めている。また、前回は日本医師会、日本歯科医師会、日本看護協会の代表が委員となっていたが、本検討会では日本医師会の代表のみが委員となっている。

表 13 医療技術評価推進検討会 委員

<委員>		○座長
青柳 俊		日本医師会常任理事
岩崎 榮		日本医科大学医療管理学教室主任教授
垣添忠生		国立がんセンター中央病院院長

¹⁷⁵ 日本クリニカル・エビデンス編集委員会監修、2001、『クリニカル・エビデンス』医学書院

猿田亨男	慶應義塾大学医学部長
○高久史磨	自治医科大学学長・日本医学会副会長
仲村英一	医療情報システム開発センター理事長
長谷川敏彦	国立医療・病院管理研究所医療政策研究部長
久繁哲徳	徳島大学医学部衛生学講座教授
廣井良典	千葉大学法経学部助教授
福井次矢	京都大学医学部付属病院総合診療部教授
宮城征四郎	沖縄県立中部病院長
矢崎義雄	東京大学医学部教授

出典 厚生労働省健康政策局研究開発振興課医療技術情報推進室、2000、p.8

この検討会では、医療技術評価と EBM の関連について、EBM の定義は「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと」と定義できる実践的な手法とされた。また、その効果として患者の健康の改善が期待できるとしている。

人口に占める罹患者数等を考慮して、治療ガイドライン対象疾患の優先順位として 47 疾患が選抜され、数年度に分けて厚生科学研究費で学会に作成費用を助成することが定められた。

その内容は、以下の通りである（括弧内は主任研究者）。

1999（平成 11）年度作成開始

- ①本態性高血圧（九州大学 藤島）
- ②糖尿病（朝日生命糖尿病 赤沼）
- ③喘息（日本臨床アレルギー研究所 宮本）
- ④心筋梗塞（日本大学 上松瀬）
- ⑤前立腺肥大（名古屋大学 大島）

2000（平成 12）年度作成開始

- ⑥白内障（獨協医科大学 小原）
- ⑦慢性関節リウマチ（大阪大学 越智）
- ⑧脳梗塞（慶應義塾大学 福内）
- ⑨腰痛症（日本医科大学 白井）

⑩胃潰瘍（自治医科大学 菅野）

⑪くも膜下出血（大阪大学 吉峰）

⑫アレルギー性鼻炎（獨協医科大学 馬場）

以下、2001（平成13）年以降も継続し、47疾患の診療ガイドラインを作成する予定となった。主任研究者は、いずれもその分野の学会で権威を持つ研究者であり、医療技術推進検討会（座長・高久史麿自治医科大学学長）の要請により、日本医学会（森亘会長）の協力を得て研究班を作り、まず12疾患について情報集策定に着手することになった（読売新聞、2000年8月21日、朝刊、14版 2面）。

本報告書で最も注目すべき点は、EBMの推進体制についての役割分担が示された点である。報告書によれば、厚生省はEBMの概念の普及・啓発、疾患ごとの診療ガイドラインの作成の推進、学会は診療ガイドラインの作成、教育方法の開発、医師会は学会と協力して、EBMの普及・啓発などを進めていくものとしている。

調整機関として、米国のAHCPRのような「独自の調整機関が設置されることが望ましい」としながらも、実際のところ、新たな機関の設置は課題にならなかった。当時の参加者によると、橋本内閣の下で特殊法人改革も進められるようになり、かつて厚生省が実施してきたような新たな財団法人という手法は無理だと了解された。行政改革により、選択肢が著しく制限されていたため、当初から新たな財団法人は話題に上らなかったということである。

報告書の発表時点（1999（平成11）年3月23日）では、日本医師会の代表も案に特段の反対は示さず、EBMという言葉も厚生白書に登場するようになっていった。また、厚生省の1999（平成11）年度の科学研究補助金の中では、EBMが新たに取り組むべき研究分野として紹介され、1）医療情報の体系的整理、2）疾病別診療情報の整理、などの研究を展開する予定であることとされている（厚生省厚生科学課、1999、p.57）。

6. 第四次医療法改正と診療ガイドライン政策

1990年代後半、財政の改革の必要性が政治争点として議論される中、医療制度改革も争点として重要性を増していった。EBM／診療ガイドラインに関するアイディアは、厚生科学研究を窓口に入力され、厚生省と厚生省が所管する研究所の研究者、あるいは大学の一部の研究者の間で、日本の医療への導入と実施が目標とされるようになった。だが、この間、学会が積極的に導入に向けた動きを見せることはなかった。

米国における診療ガイドライン政策の失敗を受け、日本で実現可能な案として、国立研究機関に、学会が作成した診療ガイドラインのデータベースを設置する案が検討され、予算獲得に厚生省が動き出した。しかし、日本医師会からの強い反対に遭い、この案は挫折した。

6-1 第四次医療法改正：抜本改革の挫折

1997（平成9）年11月、財政構造改革法が成立し、2003（平成15）年度までに赤字国債額をゼロにすることを目指し「財政構造改革元年」と呼ばれるなど、財政の改革が厳しく迫られる中、医療提供体制及び医療保険制度の両面にわたる「抜本改革¹⁷⁶」を目指し次の改革の議論が進められた。国民負担率は約45%となっており、社会保障の改革、特に医療保険も危機感を持って議論されるのである。

あくまでも医療プロフェッショナル団体が主導する医療制度改革として、日本医師会からも、1）医師会ネットワークシステムの構築など、高度情報化への対応、2）出来高払いを堅持し、高齢者を中心とした慢性期の包括払いの導入、長期的には老人保険を創設する等、一般医療と老人医療の二極化、3）物（薬剤）と技術の分離をした、保険医薬品対策の抜本改革が提示された（1997（平成9）年3月25日）。4月7日、与党医療保険制度改革協議会（座長＝丹羽雄哉元厚相）は財政状況が逼迫している中で医療保険制度が破綻してしまうという危機感のもと、「医療制度改革の基本方針」を決定し、2000（平成12）年を目途に「抜本改革」の実現を目指すことが公表された。ここでいう抜本改革とは、1）定額払い制の積

¹⁷⁶ 「抜本改革」は、日本医師会が1961（昭和36）年の保険医総辞退の4項目合意以降、主張してきたものである。具体的には、1961（昭和36）年3月「健保改革の方向」として発表され、政管健保、組合健保等の扶養者をそれぞれの地域保険に吸収させて住民保険とし、別に各種保険の本人（被用者）だけで被用者保険を作り、最終的には被用者保険と住民保険を統合して一本化するということである（野村、1976、p.88）。

極的な活用、2) 薬価の新制度の検討、3) 老人保健制度の検討など、公的な医療支出を抑制するための制度変更である。

8月には、厚生省が医療保険制度の抜本改革案として「21世紀の医療保険制度」を取りまとめ、与党の医療保険制度調査会（丹羽雄哉座長）に提出した。改革案の第1案としては高齢者も含め医療保険制度の一本化による地域医療保険制度案、第2案として被用者保険と国民健康保険を残しつつ、高齢者に別途保険制度を新設する案が提示され、議論が進められていった。

8月末には与党医療保険制度改革協議会が、高齢者医療制度の創設や慢性疾患における定額払いの拡大等を盛り込んだ医療保険制度改革案を取りまとめ、2000（平成12）年度までの実現を目指すこととされた。1998（平成10）年には、2000（平成12）年度までの老人保健拠出金の見直し等を内容とする国民健康保険法が改正され、抜本改革は目前と思われた。

しかし、最大の問題である高齢者医療制度の改革に対して、健康保健組合連合会、国民健康保険中央会、日本医師会などの関係者の合意が得られないことを理由に、「抜本改革」は2002（平成14）年度まで先送りとなり、2000（平成12）年1月28日、その方針転換が厚生省から自民党の医療基本問題調査会と社会部会の合同会議で示された。ただし、「抜本改革」には及ばないものの、薬価制度、高齢者医療制度、診療報酬体系、医療提供体制の4つの柱としてきたもののうち、実施可能なものから順次実施するとして、医療制度改革は継続された。

与党・政府の動きに対して、日本医師会も1999（平成11）年7月に「医療構造改革の具体化に向けて」を発表、また2000（平成12）年8月には「2015年医療のグランドデザイン」を発表し、「世界有数の国民皆保険体制を堅持」のため、医療の効率化の重要性を認めつつ、75歳以上の医療と介護を統合した「高齢者医療制度の改革」を提案するなど、改革の主導者たろうという姿勢をみせた。

橋本内閣の後を継いだ小渕恵三内閣（1998（平成10）年7月～）の下、2000（平成12）年12月には、「行政改革大綱」が閣議決定され、内閣府の創設と共に1府11省庁へ中央省庁の再編、独立行政法人制度の導入、審議会の統合整理等が進められた。さらに、後の小泉政権下で影響力を発揮する経済財政諮問会議も創設された。

また、橋本内閣による行政改革で課題とされた審議会のあり方について、1999（平成11）年4月27日の閣議で、中央省庁等改革関連17法案と、「国の行政組織等の減量、効率化に関する基本的計画」「審議会等の整理合理化に関する基本計画」を決定し、厚生省内の審議

会のうち、医療・福祉に関する審議会も大幅に整理され、医療、福祉、年金、人口問題等を検討する「社会保障審議会」と、厚生科学、公衆衛生、生活環境等を検討する「厚生科学審議会」、食品衛生薬事を審議する「薬事・食品衛生審議会」、医療関係者の処分等を検討する「医道審議会」などに整理された。

2001（平成 13）年 1 月から、厚生省は、厚生労働省として組織が再編されることになった。

6-2 EBM の広がりと言算の挫折

1) EBM の広がり

前述のように、関係者の間では診療ガイドラインのデータベースについて一定の合意が得られた。健康政策局が提示した新たな施策に対し、保険局も特に反対は示さず、そのまま推進体制が整えられていった。もともと、健康政策局で医療技術評価や EBM の導入に議論を進めてきた技官たちの間では、診療報酬による医療の質の担保という考え方には否定的な傾向もみられ、診療ガイドラインと診療報酬を結び付ける発想は全くなかったという¹⁷⁷。

健康政策局長を中心に、実際に診療ガイドラインを作成し、データベースを国立公衆衛生院に設置するという施策の執行に向けて具体的な動きが出てきた。診療ガイドライン作成のため、厚生科学研究補助金を各学会に配分していくことになり、各地の医師会や大学医学部に説明を行い、EBM という概念の啓発を進めていった。

当時の健康政策局長によると、各地の医師会はアイディアにあまりにも不慣れで大きな反応はなかった。むしろ反発を強めたのは、大学医学部の各医局を束ねる教授たちだったという¹⁷⁸。これまで連綿とつながってきた医局ごとの伝統を否定されたうえ、エビデンスを作り出せるような臨床データの蓄積がなかったことが理由と推察される。

実際に胃がんのガイドラインの作成時には、1998（平成 10）年に日本胃癌学会内に「胃癌標準治療検討委員会」が設置され、ガイドラインの作成が進められたが、作成に反対したのは高齢の医師たちであった。検討委員会は反対者に配慮しつつ、内部評価委員会での批判を受けて改訂を繰り返し、2001（平成 13）年 3 月に胃がん治療ガイドラインを完成させた。（SFC

¹⁷⁷ インタビュー日 2007 年 4 月 26 日

¹⁷⁸ 当時の厚生省、健康政策局長へのインタビューによる（インタビュー日 2007 年 5 月 14 日）。

フォーラム・ニュース No.55、元日本胃癌学会会長吉野肇一)¹⁷⁹。

厚生省は啓発活動を進めながら、データベース予算の要求の手続きへと具体的に進んでいった。新聞でも EBM が一般に紹介され、「経験より科学的根拠重視の医療」への「転換促進」（読売新聞、2000 年 8 月 21 日朝刊、第 14 版第 2 面）と報道された。

2) 日本医師会の反応

日本医師会自身もこのような動向に決して無関心だったわけではなく、日医総研も EBM に関する研究成果を発表¹⁸⁰するなどしている。

しかし、厚生省の検討会の中では明確な反対を示さなかった日本医師会は、公の場で徐々に厚生省の方向性に疑問を示すようになった。例えば、1999（平成 11）年の日医ニュースの中で EBM、DRG の 3 文字の英略語をあげ、「今後は、適正な医療や効率的医療の普及を大義名分として、厚生省によって、保険診療ガイドラインやマニュアルに利用される恐れがあり警戒する必要がある」¹⁸¹としている。また、第 100 回定例代議員会の中で、坪井会長は、「EBM や DRG 等はアメリカの保険会社が医療費抑制に利用した経緯がありますが、本来は医療の質や効率性を担保するための優れた理論」と述べつつ、「厚生省はこれをわが国においても医療費抑制のために導入しようとしている」として、「いたずらに国際標準化の波に流されることなく、わが国独自の伝統ある医療制度を保持していく」ことの重要性を訴えた¹⁸²。日本医師会が会員向けに発する情報の中では、徐々に EBM という言葉とそれに対する「警戒」の必要性が伝えられた。また、医師会内で 2025（平成 37）年の医師会の将来像を描くために作られた未来医師会ビジョン委員会の合宿¹⁸³の講演で、坪井会長は「EBM すなわち科学的根拠のある医療を行うことは当然である」としながらも、「もし、（それによって）裁量権が侵されるときは、闘ってでも医師の勝利はかちとらなければならない」と述べたとされる¹⁸⁴。

そして、厚生省と日本医師会が EBM をめぐり、大きな対立を起こしたのは、2000（平成

¹⁷⁹ URL <http://sfc-forum.sfc.keio.ac.jp/forumnews/news55/forumnews55-1.html>（アクセス日 2007 年 6 月 14 日）

¹⁸⁰ 日医総研、1999 年 3 月『日本の診療ガイドライン整備への基礎研究』

¹⁸¹ 日医ニュース、「視点 3 文字の輸入品」、1998 年 9 月 5 日

¹⁸² 日医ニュース、1999 年 4 月 20 日

¹⁸³ 1998 年 8 月 7 日から 2000 年 3 月までに計 8 回開催され、上記坪井氏の発言は、1999（平成 11）年 11 月の講演でのものである。

¹⁸⁴ 日本医師会 未来医師会ビジョン委員会、2000 年 3 月、『未来医師会ビジョン委員会答申-2025 年の日本』

12) 年の8月だった。EBM が政策的に実現に近づいていることが関係者に明らかに伝わり、日本医師会は急速に反発を強めた。同月、厚生科学研究補助金「医療技術評価総合研究事業」により、作成が進められていた5つの診療ガイドラインの開発研究班と、2000（平成12）年に作成を進める予定の開発研究班全てが集まり、文献レビュー（評価）の方法と作成手順について確認するための合同会議「治療ガイドライン作成班合同会議」が開催されることになった（2000年8月1日）。この際、関係者に事前配付された「治療ガイドライン作成研究班合同会議」という資料名に、日本医師会が反発を示したことから、当日配付資料は「診療エビデンス集作成班合同会議」と差し替えられ、内容も一部変更してようやく開催したという（鈴木、2008、p.248）¹⁸⁵。

この頃から、日本医師会が「診療（あるいは、「治療」）ガイドライン」という言葉に反発を示すようになった。標準的な医療行為指針（対処法）」と位置づけられるガイドラインが「画一的な診療」を招き、「患者に対する適切な診断・治療を妨害することになる」とするのがその理由である（日本医師会、2001（平成13）年6月、「日本健康情報センター（仮称）」構想に関する日本医師会の提案）。

諸外国と同じ水準での診療ガイドラインを作成するため、関係者間の調整のための会議を開催するところまでこぎつけた厚生省だったが、医師会の反発は、同月の概算要求に対してさらに強力になっていった。

3) データベース設置予算の消滅

同じ時期、2001（平成13）年度の厚生労働省所管の概算要求がなされた。国立公衆衛生院にデータベースを設置するための「メディカル・フロンティア」戦略の中の「医療に関する情報の収集・提供のための基盤整備」として6億1,400万円の厚生省の要求に対して、健康政策局長から要求の説明を受けた自民党社会部会・労働部会等合同会議は、概算要求に項目は残すものの、内容をさらに検討することを求めた。8月25日の会議の席上、武見敬三参議員議員は、「医療の質を高めるためにEBMは不可欠」としながらも、「厚生省が、医療を全

¹⁸⁵ 鈴木博道、2008、「診療ガイドラインの新たな可能性と課題：わが国10年のガイドライン開発史を振り返って」の中でこの経緯が記述されているが、p.252には事前配付資料と変更された当日配付資料が掲載されている（平成20年度 厚生労働科学研究補助金地域医療基盤開発事業、2008年4月『診療ガイドラインの新たな可能性と課題：患者・一般国民との情報共有と医療者の生涯学習』総括・分担研究報告書 主任研究者 中山健夫）

て国で管理しようとする意図が感じられた。EBMは英国のコクランセンターのように第三者機関で実施されるべき¹⁸⁶」として反対した。

この意見に対して、説明をおこなった伊藤雅治健康政策局長は、「（この事業で）厚生省が官製の診療ガイドラインを作るという考えは全くない」と強調した。しかし、自民党の他の議員からも、武見敬三氏の論理の方が、厚生省の意見よりも筋が通っていると賛同の声が大きかったという。また、能代社会部会長も日々数多くの研究報告、論文が出る今日の医学界の状況に照らして、「一般の医療関係者にこうした情報を提供することには異議は出ていない」と要求項目の趣旨に食い違いがないことを強調したうえ、「国立公衆衛生院での実施が妥当かどうか」が問題との認識を示した。議論について、丹羽医療基本問題調査会長からは、この部分を政治的に「留保」したうえ、さらに厚生省が関係団体と調整を行うことを前提に、概算要求が了承された。

8月29日には、自民党医療基本問題調査会が正副会長顧問会議を開いて、この問題を協議した。この結果、概算要求の項目としてはこのまま残し、どこにデータベースを配置するかについては、今後早急に結論を出すことを確認した。ただし、調査会として今後協議することとはせず、厚生省と日本医師会との折衝に委ねられることになった¹⁸⁷。

しかし、日本医師会の第103回臨時代議員大会（2000（平成12）年10月17日開催）では、日本医師会が1999（平成11）年3月から医療技術評価やEBMについて研究を重ねた結果、「日本医師会と日本医学会が協同し、学術専門団体としての診療ガイドラインを設定する方針」であり、私立医科大学協会等も一堂に会し、10月中にも「診療ガイドライン設立センターの準備委員会を発足させる」ことが報告された（『社会保険旬報』、2000年11月1日、no.2078、p.11）。また、日医ニュースの2000年11月5日号（『日医ニュース』「視点 EBMに基づく診療ガイドライン」、第940号、2000年11月5日）では、「現在、厚生省によって官主導型の診療ガイドライン作りが企図」されており、それは、医療現場や患者の状況を考慮していない「『上位下達』的なガイドラインとなっていて、医師の裁量権を著しく損なう危険性がある」とし、「保険診療の審査基準等に利用されることのないようにしなければならない」と掲載されている。この文章にもみられるように、日本医師会と厚生省の間の調整はつかず、2000（平成12）年の12月には予算要求から、概算要求した6.1億円の予算を撤

¹⁸⁶ インタビュー日 2011年3月10日

¹⁸⁷ 「EBM予算化で自民党内に異論」、2000、『日本醫事新報』No.3984（2000年9月20日）p.67、「国立公衆衛生院の診療情報DBは留保：自民党合同会議 関係団体との協議継続」2000年8月28日、Japan Medicine、p.2

回するという異例の事態となった。

日本医師会の主張は、1) EBM 及び医療技術評価の推進には、医療の質を高める観点から必要性は認識している、2) ただし、学会が診療ガイドラインを作るといいながら、国が助成金を出し、国が作ったとすることは、保険診療と結び付けられる可能性があり、「制限診療」の実現につながり、プロフェッショナル・フリーダムを侵すものである、3) 国の機関にデータベースを設置することは、国によって医療が管理されるということである、ということであった。

上記のように、日本医師会は、独自の「診療ガイドライン評価センター（仮称）設立のための準備委員会を発足」（「視点 EBM に基づく診療ガイドライン」『日医ニュース』、第 940 号、2000 年 11 月 5 日）させ、日本医師会主導の流れを作り出そうとしていた。一方、厚生省内でも、徐々に診療ガイドラインの作成について次の突破口を探しつつあった。

6-3 小泉改革と日本型 EBM の成立

橋本内閣による行政改革により、2001（平成 13）年、年初の省庁の再編により、厚生省は厚生労働省として新しくスタートをすることになった。

橋本内閣に続く、小渕恵三内閣、森喜朗内閣でも、財政再建や特殊法人の合理化が取り組まれてきたが、さらに行政改革を進めたのは、2001（平成 13）年 4 月に誕生した小泉純一郎を首相とする内閣である。改革の特徴は、内閣府の総合規制改革会議、経済財政諮問会議で合意を取りつけながら、自民党内の調整では合意を得られにくい分野の改革にも着手した点である。医療制度改革にもこの 2 つの会議は大きな役割を果たし、予算の「政治的留保」から予算が消滅し、停滞していた EBM もこれらの支援を得て成立していくことになった。

1) 厚生労働省における EBM の新たな位置づけ

健康政策局は、医政局と名称を変更したが、前年の 8 月から健康政策局長をつとめていた伊藤雅治氏が引き続いて医政局長となった。省庁が再編された時期、EBM については厚生労働省自身が何らかの動きをする予算は全くなく、日本医師会との接触を続けながら、次の策を練るという消極的な動きが中心だった。

厚生労働科学研究補助金の助成を受けた学会は、最初の 12 疾患の診療ガイドラインを作成

していた。また、2000（平成 12）年の3月に『EBM ジャーナル』という雑誌も創刊され、EBM という言葉が、それぞれの専門家によって異なる理解ながら、ブームともいえる現象になっていった。また、国会審議など政策の場でも「Evidence-based」という言葉が、徐々に見られるようになっていった。

厚生労働省が一つの突破口を見出したのは、この時点まで作成された診療ガイドラインのうち、高血圧のガイドラン『実地医家のための高血圧診療ガイドライン 2000 年』¹⁸⁸（日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会（編）、2001）に予想外の反響があったことである。新聞紙上でも、患者にガイドラインを示し、「自分で納得して生活習慣を改め、必要なら薬を飲んでもらわないと治療効果はあがらない。ガイドラインは説明と理解の助けになる」と話す開業医の姿が紹介される¹⁸⁹など、患者や国民に診療情報を提供する手段として注目されるようになった。開業医を主なターゲットとしていた診療ガイドランだが、ここで、国民への情報提供という位置付けを獲得することができた。その後、医療制度改革の中でも「医療費の効率」「標準化」といった位置付けではなく、「患者のための情報提供」という流れに位置付けられることになる。

2001（平成 13）年の厚生労働白書に、EBM という言葉が、白書としては初めて登場することになった。白書に示された説明は、「EBM に基づいた情報提供を進めることにより国民が医学情報や最新の治療法などを入手しやすくなることで、自分の病気をより理解し、納得して治療を受けることも可能になると考えられる」（厚生労働省、2002、p.175）とされ、国民の情報提供のための EBM として方向性が検討されていった。

また、当時の厚生労働省の担当者は、EBM の意義を執筆した雑誌の中で次のように述べている。

国民の価値観の多様化により、治療法の選択にあたって患者にインフォームド・コンセントをとることは当然のこととなっているが、近年、患者自ら受ける医療を選択することを尊重し、そのための情報を提供する必要性が増加している。

そのため、医療の透明性の向上や治療に関して医師が説明責任を果たす必要があるが、EBM はこれらの際に非常に有用であると考えられている。（武末、2002、p.32）

つまり、従来の文脈と異なる政策の中に EBM を位置づけることにより、厚生労働省は日本

¹⁸⁸ その後、2004（平成 16）年、2009（平成 21）年、2014 年に改訂が行われ、2009 年版で 25 万 5 千分（2011 年 5 月末）発行された。

¹⁸⁹ 「[医療ルネサンス] 最適な治療とは（3）指針で患者と共通理解」読売新聞、2001 年 2 月 8 日、東京朝刊、

医師会との対立を解消する突破口を見い出したのである。

2) 小泉政権下の医療改革

上記のように、EBMを「国民への情報提供」を位置づけることにより、厚生労働省は新しい展開を見つけつつあったが、さらに小泉政権下での医療制度改革が追い風となった。小渕恵三首相自ら本部長となって設置された、政府・行政改革推進本部の規制改革委員会（委員長＝宮内義彦オリックス（株）代表取締役社長）で、EBMの推進がもりこまれ、小泉政権でその動きが具体化したのである。

規制改革についての第二次見解（2000（平成12）年12月14日）は、医療提供について、レセプト処理の電算化によって効率化を進めると共に、保険者機能を強化して被保険者への情報提供を進めるべきと強調した。そして「機能的な医療提供体制にふさわしい医療費体系をより公正でより効率的なものとする検討が重要である」という認識を示し、「良質かつ適切な医療の効率的な提供とその再生産を可能にする観点」からの検討を急ぐべきであるとの考えを示した。さらに「医療の標準化による医療の質の向上」という観点から、診断名等の用語の標準化、EBMを推進のうえ、疾病診断群分類（DRG）による支払いを進めるべきであるという見解を示した。厚生省が表向きには明らかにしなかった、「標準化」の手法としてのEBMは、規制改革を議論する中から争点として浮上してきた。

経済の低迷等を背景とした保険料収入の伸び悩みにより、医療保険財政は政府管掌保険を中心に悪化を続けており、2002（平成14）年の医療制度改革は不可避として、2001（平成13）年から議論が始まった。2001年（平成13）年3月、財政再建の観点から社会保障の改革を目指して、政府・与党社会保障改革協議会は「社会保障改革大綱」を策定、同年11月29日には「医療制度改革大綱」を策定した。この大綱の中でもデータベースを早急に設置すべきと言及された。

この間、経済財政諮問会議が6月に提示した「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針（いわゆる「骨太の方針」）」の中では、「医療サービス効率化プログラム（仮称）」の中にEBMの推進による医療の標準化が盛り込まれた。2001（平成13）年度予算が消滅したために、厚生労働省はEBMの推進に具体的な動きを取れずにいたが、経済財政諮問会議をきっかけに、大きく政策が前進することになった。小泉改革で目標とされた医療の効率化の分野で、EBMが重要な位置づけを占めるようになっていったのである。

2002（平成 14）年 3 月 1 日、政府は、医療制度改革関連法案を臨時閣議で決定し、国会に提出、3 月 28 日、政府・与党が医療制度改革関連法案について最終合意し、6 月 14 日には衆議院厚生労働委員会で、医療制度改革法案を与党のみで可決した。7 月 26 日には、参議院本会議で、医療制度改革関連法が成立した。特に制度の維持が困難になっている高齢者の医療について、2002（平成 14）年 1 月から 70 歳以上の自己負担の 1 割を徹底、高所得者は 2 割の自己負担が実施された。

さらに改革を推進していくため、2002（平成 14）年 3 月、厚生労働省に医療制度改革推進本部が設置された。8 月には坂口力厚相から、いわゆる「坂口試案」と呼ばれる改革案も示された。そして、9 月 25 日、厚生労働省は 2002（平成 14）年度の医療制度改革試案¹⁹⁰を公表した。厚生労働省試案で、健康増進・予防の推進と共に、情報の開示、医療提供体制における機能分化・集約化が取り上げられた。

特に医療提供体制の改革として、「患者の選択の尊重と情報提供」「質の高い効率的な医療提供体制」「国民の安心のための基盤づくり」があげられている。そのうち、当面進めるべき施策として「根拠に基づく医療の推進（EBM）」や「医療の IT 化の推進」があげられた。

このような行政改革の議論は、EBM の推進に変化をもたらした。2002 年度の予算折衝に際し、これらの経済財政諮問会議、総合規制改革会議の委員へは各省庁の官僚が説明に訪れ、委員の支持から予算の実現へと結び付けようとしていた。医療担当の委員には、厚生労働省等の官僚から「いろいろ反対もあるでしょうが、なんとか押し切ってください」との電話（朝日新聞、2001 年 12 月 12 日）もあったという。

診療ガイドラインが患者に支持されてきたこと、そして両会議の委員の支持を得たことにより、2002 年度の予算では EBM のデータベースを設置する予算が復活した。そして、データベースの実現に向けて動き出した。

また、小泉政権の下、2001（平成 13）年 12 月、臨時閣議で特殊法人整理合理化計画が決定された。行政改革大綱及び 2001（平成 13）年通常国会によって成立した特殊法人等改革基本法に基づいて、支払基金は民間法人化されると共に、国の通知による医療保険者に対する支払基金への委託義務付けを廃止することが決定された。また、レセプト電算化普及のための計画も具体的に進められることになった。

¹⁹⁰ 自己負担を 3 割に上げ、老人医療費の伸び率管理制度の導入を盛り込んだものである。

3) 保健医療技術情報普及支援検討会と日本医師会の対応

2001（平成 13）年度予算が消滅した後、厚生労働省は表立った動きはとれないものの、医政局長の私的検討会として、「保健医療技術情報普及支援検討会」を設置した。この検討会は、表向きにはこれまでの厚生（労働）省の検討の成果を踏まえながら、医政局長が専門家から情報を得る場とされていた。しかし、実質的には、橋本行革で統廃合された審議会の代替的な役目を担い、医療政策の方向性を決定する権限を持っていた。

2002 年 11 月に発表された「医療制度改革大綱」以降、厚生労働省は、健康情報を国民に提供するための手段としてのデータベースの構築することを焦点として具体的な検討を行うことになった。この検討会に向けて、省内担当者が作成したメモでは、検討会設置の趣旨は、「EBM とは、正しい医療技術の推進、いわゆる治療の標準化」であり、「診療エビデンス集（治療マニュアル）を医療の現場に普及させ、臨床医各自の個人的な最良による治療のばらつきを少なくさせる」と書かれ、目的が共有されていたが、表向きには伏せられた¹⁹¹。また、全 8 回の開催のうち、より具体的な内容を議論した 2002 年度の第 6 回、第 7 回の会議は、各地の医師会、大学などからの反発を恐れて非公開とした。委員は以下の通りであり、日本医師会を代表して出席した櫻井氏を除けば、いずれも EBM や医療情報の専門家であり、医学界に影響力を持つ委員ばかりである。

表 13 保健医療技術情報普及支援検討会 委員

<委員>	
葛西龍樹	日鋼記念病院北海道家庭医療学センター所長
開原成充	医療情報システム開発センター理事長
櫻井秀也	日本医師会常任理事
○高久史磨	日本医学会副会長・自治医科大学学長
野添篤毅	愛知淑徳大学文学部図書館情報学科教授
久繁哲徳	徳島大学医学部衛生学講座教授
福井次矢	京都大学医学部附属病院総合診療部教授
矢崎義雄	国立国際医療センター総長
<事務局>	
本間泉	医政局研究開発振興課長

¹⁹¹ インタビュー日 2007 年 4 月 6 日

谷口隆	医政局研究開発振興課医療技術情報推進室長
武末文男	医政局研究開発振興課医療技術情報推進室長補佐

出典 厚生労働省健康政策局 資料

表 14 保健医療技術情報普及支援検討会 各回の議題

回数	月日	議事
第 1 回	2001（平成 13）年 4 月 20 日	(1) 「保健医療技術情報普及支援検討会」設置の主旨について (2) これまでの旧厚生省の取り組み (3) わが国における有用な診療のための情報提供の在り方についてのフリートーキング (4) 今後の検討会の進め方について
第 2 回	2001（平成 13）年 5 月 14 日	(1) 診療ガイドラインの作成の手順（福井委員） (2) 健康情報センターの役割と機能（久繁委員） (3) わが国における診療情報提供システムの具体方策についての提言（矢崎委員、野添委員、福井委員） (4) 意見交換
第 3 回	2001（平成 13）年 6 月 25 日	(1) 診療ガイドライン情報センターの役割と動向（久繁委員） (2) 英国 EBM の現状（葛西委員） (3) 「日本健康情報センター」（仮称）構想に関する日本医師会の提案 (4) 意見交換
第 4 回	2001（平成 13）年 7 月 30 日	(1) わが国健康情報センター構想についての提案（開原委員） (2) フリートーキング
第 5 回	2001（平成 13）年 9 月 14 日	(1) EBM データベースを運営していくための組織と機能についての考え方（事務局） (2) フリートーキング
第 6 回 第 7 回	非公開	
第 8 回	2003（平成 15）年 1 月 29 日	(1) 診療ガイドラインのデータベース化について (2) 厚生労働省のガイドライン作成支援の現状について (3) その他

出典 厚生労働省、保健医療技術情報普及支援検討会、資料

一方、日本医師会は2001年6月に開催された第3回の検討会で、国が管理する診療ガイドラインのデータベースには反対し、日本医師会が運営するデータベースを「日本医学会を主体に組織化をすすめ、運営を担当する日医との連携、協力で『公正で円滑に』運営する」（宮崎日日新聞、2001年6月27日、朝刊、p.3）と表明したが、厚生労働省内には、「データの管理や運営でトラブルが起きた場合、民間主導で責任を取れるのか」という異論も多かったという（宮崎日日新聞、2001年6月27日、朝刊、p.3）。だが、厚生労働省医政局大谷総務課長と日本医師会の交渉窓口となっている櫻井秀也常任理事との意見交換の場では、大谷総務課長が「EBMについては、経済財政諮問会議の目玉でもあり、厚生労働省としては、非常に重要な事項と考えている」と述べたのに対し、櫻井常任理事が「経済財政諮問会議というようなところでEBMを取り上げるので、医療費抑制の手段として使おうとしていると考えざるを得ない」と述べて、強い反発を示した。

この時期の日本医師会は、厚生労働省の判断を待つことなく、独自のデータベース実現に向けた検討を進めていた。厚生（労働）省の1999（平成11）年度科学研究補助事業以降、「官主導型の診療ガイドライン」（日本医師会、2002、p.195）¹⁹²が作成されたとして、日本医師会が主導、財源を負担して病院団体等が加わる「診療ガイドライン情報センター（仮称）」設立のプロジェクト委員会を、2001年9月に発足させた（『日医雑誌』、2002年4月15日、pp.1261-1262）。検討会の場でも櫻井委員は「日本医師会の名前が出ましたから。医師会の実施事業ということで、お金がかかって大変だろうというご配慮をいただきまして大変ありがたいので。別に、これは医師会としての考えですが、口はださないでお金だけ、国のほうからくれるというのならいただきます。」と発言（検討会議事録）し、あくまでも日本医師会が中心に事業を進めるという立場を示した。また、当時の坪井日本医師会会長は、自分の経営する病院にもっと財政的余裕があれば、私費を投資してでもデータベースを医師会で作りたいと述べたとも伝えられる¹⁹³。

検討会の場でも、少なくとも第4回の会議（2001（平成13）年7月30日）までは、高久史麿座長も「医師会の事業の中に重要な事業として入れていただくと、スムーズに会員の意見が反映されるのではないかと思います。」（厚生労働省 保健医療技術情報普及支援検討

¹⁹² 掲載原稿は、日本医師会常任理事の櫻井秀也氏が、2002年2月3日放送のラジオたんぱ特別医療講座で発言し、2002年3月15日の『日本医師会雑誌』第127巻第6号に掲載されたものである。

¹⁹³ インタビュー日 2007年4月6日

会 検討会議事録)と述べ、明確な設置場所については言及しておらず、「日本医師会のほうも、いろいろご計画があるようですので、先ほども申しあげました会員のフィードバックという形で、この第三者機関の運営に積極的に関与していただければと思います」と会議を締めくくった(厚生労働省 保健医療技術情報普及支援検討会 検討会議事録)。

日本医師会の内部では、若手会員による EBM／診療ガイドラインの活用のビジョンも描かれていた。日本医師会の「未来医師会ビジョン委員会」が、物語風に記述した 2025 (平成 37) 年の医療の姿には、このセンターが次のように描かれている。

日本医師会が設置した日医診療支援センターでは、“EBM に基づく診療及び治療の指針”を稼働させており、全国の会員医療機関が同センターのコンピュータにアクセスして、受診患者の治療について標準治療法を得ることができる。しかも、多くの個体差や条件差が蓄積されており、不適合例はごくわずか、個別の診療にも対応可能だ。さらに、治療の結果(アウトカム)も診療情報として自動採取されるため、常に修正された最善の治療方針を得ることができる仕組みになっている。(日本医師会 未来医師会ビジョン委員会、2000 年 3 月、p.20)

このプロジェクトは後に「日本健康情報センター(仮称)」と改称されているが、「臨床の場において想定される代表的な状況に対処するための『標準的な医療行為指針(対処法)』」という位置づけを逸脱しない範囲で、利用者と双方向で情報交換しながら情報を蓄積させるという企画を総合規制改革会議(第 9 回、2001 (平成 13) 年 9 月 20 日)に提示している。事業主体は「日本医学会」、運営を「日本医師会」で実施するという案も浮上したが、消滅していった¹⁹⁴。

打ち出した構想を進められない日本医師会は、厚生労働省と交渉で有利な条件を引き出すしかなかった。2001 (平成 13) 度の初めから国の機関ではなく、かつ民間でもない、医療に関する「中立的な公益法人」として、「財団法人 日本医療機能評価機構」が浮上し、厚生労働省と日本医師会で非公式に交渉を重ねていった。日本医師会にとって、財源の負担がなく、かつ「中立機関」として財団法人日本医療機能評価機構が望ましいと認識していたことを示す資料として、櫻井秀也常任理事が書いた「EBM に基づく診療ガイドライン」という論

¹⁹⁴ この点について、日本医師会は具体的な理由は公表していないが、厚生労働省の関係者など、関係者の推測では予算不足であろうとされている(インタビュー日 2006 年 12 月 26 日)。

文が 2001（平成 13）年度版『日本医療年鑑』（日本医師会編）に示されている。そこで、整理されている内容によれば、医師会が情報センターを設立する場合、考慮すべき事項として「事業の中立性についての確保に疑問」「患者からのアクセスが問題」「巨大な運営費を負担できるか」の 3 点が挙げられている。それに対して、中立機関である「既存の公益法人を想定した場合」には、財源が「国庫補助＋民間経費」ではあるものの、「公益法人への国庫補助は削減の方向にあるので、運営費の確保が問題点」としている。

表 15 ガイドライン情報センターをめぐる運営主体別比較

	運営主体	財源	考慮すべき事項
日本医師会の診療ガイドライン情報センター構想	日本医師会	医師会負担	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の中立性についての確保に疑問 ・患者からのアクセスが問題点 ・巨大な運営費を負担できるのか
中立機関	既存の公益法人を想定した場合	国庫補助 ＋民間経費	・公益法人への国庫補助は削減の方向にあるので、運営費の確保が問題点
	公益法人の新設を想定した場合	国庫補助 ＋民間経費	<ul style="list-style-type: none"> ・同上の理由 ・新財団設立は困難な状況にある
公設民営	国が設置し、民間主体が運営	国費による民間委託	・国の関与が過度に強まらないか

出典 櫻井、2001、p.196 表2

医師会側は、繰り返し、診療ガイドラインが保険診療の基準とならないことの確認を取り、同機構にどのように設置するかについて議論を重ねていった。この非公式な交渉で、厚生省と日本医師会が日本医療機能評価機構での診療ガイドラインのデータベース事業の設置に合意したのは、2001（平成13）年夏頃である。

第5回の保健医療技術情報普及支援検討会（2001（平成13）年9月14日開催）の席上、当時の厚生労働省医政局開発振興課医療技術情報推進室長、遠藤は「日本医師会、学会も第三者機関の運営に積極的に関与してもらう必要がある・・・第三者的な中間機関、具体的には適切な既存の公益法人を活用するということで、合意が得られたというふうに、私どもは理解いたしました。・・・これまで関係者の意見等を踏まえまして、慎重に検討を重ねて参りました。その結果、データベースの設置・運営の法人として、財団法人日本医療機能評価機構が最もふさわしい候補という結論に事務局としては達しました」と述べ、関係者間の合意が成立したことを明らかにしている（厚生労働省 保健医療技術情報普及支援検討会 議事録）。

厚生労働省、日本医師会、日本医学会の協力のもとに同機構でこの事業を実施することになり、11月2日の保健医療技術情報普及支援検討会の場において¹⁹⁵、事務局（厚生労働省）の提案に委員の賛同も得られ、同機構でのデータベース事業の実施に合意ができた。日本医

¹⁹⁵インタビュー日 2007年4月6日

師会が日本医療機能評価機構での事業実施を了承したのは、同機構が行っている医療機能評価（医療機関の認証事業）は、EBMと同じ医療技術評価の一側面を持つという理由からである。そして、同年12月に同機構理事会で、EBMデータベース事業の委託を受けることが決定された。

2003年10月10日、日本医療機能評価機構は、医療情報サービス「Minds」(Medical Information Network Distribution Service) 事業の立ちあげを公表し、2004（平成16）年から公開することとした。事業では、一般の臨床医、国民・患者、専門家へ診療ガイドライン情報の提供を行うことにより、EBMの実現を目指すものとされた。以降、学会が診療ガイドラインを作成し、データベースに掲載されるという事業が継続されている。

以下は、その後の日本医師会の動きである。EBMがメディアを通じて国民に浸透し始めた2004（平成16）年に、日本医師会学術推進会議で「医療の質をめざして」という報告書を発表（坪井、2004、pp.239-256）し、EBMの推進が医療の質の向上のためには重要であること、しかし、「プロフェッショナル・オートノミー」、つまり、「専門職として医師が良心を基盤として自らを律し、積極的自由の精神をもって診療の従事すること」を、診療ガイドラインの使用が侵害するものではないということを示した。武見太郎の「プロフェッショナル・フリーダム」は、「しかし現在『プロフェッショナル・フリーダム』という、『干渉されたくない』というエゴイズムという烙印を一般社会から押されかねない」（坪井、2004、p.247¹⁹⁶）とし、以降1987年の世界医師会総会（第39回マドリッド）で宣言された「プロフェッショナル・オートノミー」を唱えるようになった。プロフェッショナル・オートノミーは、マドリッド宣言によれば、「各国医師会は、医師のために自己規律のシステムを確立」すること、つまり内部規制を求めているが、日本医師会はこれを「自己を律することに責任を持たねばならない」¹⁹⁷と解釈しており、団体として成員を律することと、医師個人を医師個人で律することという違いがある。

2000年代の初頭、医療制度改革で医療費抑制、また、あくまでも学会が自主的に発行しているという体裁を取ってはいるが、診療ガイドラインの導入という一連の医療政策の変化を経て、日本医師会自身が変化を示さなければならなかった。そして、武見太郎以来の強い医師会の遺産、象徴的な概念であり、医師会員を結束させるためのマジックワードでもあった

¹⁹⁶ 2004年12月の日本医師会学術推進会議の報告書の記載内容である。

¹⁹⁷ 橋本信也、2006、「知っておくべき新しい診療理念 68 プロフェッショナル オートノミー」『日医雑誌』2006年1月号、第134巻第10号、pp.1950-51

「プロフェッショナル・フリーダム」という言葉を捨てて、新しい姿を模索し始めた。

4) 坪井医師会長時代の終焉と第五次医療制度改革

坪井会長の下で新たな「プロフェッショナル・オートノミー」へと転換していった日本医師会だが、小泉政権下、2002（平成 14）年の診療報酬改定で「三方一両損」と言われた改定のもと、診療報酬本体が戦後初の 1.3%のマイナス改定となり、会員からの反発を招くことになった。同年 12 月 12 日に開催された日本医師会の臨時議員会では、マイナス改定について代議員から執行部に対して批判が相次いだ。これに対して、坪井会長は小泉政権になって以降、経済財政諮問会議や総合規制改革会議等の議論もあるうえ、「官邸内で政策が決められ、まったく外部との相談もなくトップダウンで閣議決定」がされるようになり、従来の日本医師会のように自民党と交渉するだけでは足りず、様々な人を通じて官邸と直接交渉する必要があり、交渉手法が「非常に複雑化」と述べた。そして、さらにこうした手法を駆使して、日本医師会の主張を成功させていく決意を述べた（『社会保険旬報』、no.2153、2002 年 11 月 11 日、pp.28-34）。

その後も小泉政権下で、医療制度改革が進められ、生活習慣病の予防を中心とした特定健診の実施により、2,200 億円の医療費の伸びを抑制すること等を盛り込んだ、第五次改革を迎えた。あわせて 1990 年代後半から議論が進められてきた医師の新卒臨床研修の義務化により、新たな臨床研修が 2005（平成 17）年度から始まり、新卒医師の研修先の選択が大幅に流動化し、病院での医師不足という現象が議論となるようになった。そして「医療崩壊」という言葉も頻繁にメディアをにぎわすようになり、医療制度改革は、また新たな局面を迎えた。

7. 本章のまとめ

以上、日本の1980年代から第五次にわたった医療制度制度改革と、それに先立つ日本の医療保障について検討を行った。日本では、1980年代に「日本型福祉社会」を目指した社会の転換点を迎え、医療制度も「量から質へ」と唱えられる時代を迎えた。米国、英国と異なるのは、医療費抑制の過程で医療のばらつき自体は問題視されなかったことである。日本での診療は、大学医局ごとに異なっていることが前提だったからである。

十分に議論がされないまま唱えられた「量から質へ」と転換で、医療内容が問題になる度に試みられたのが審査体制の充実だった。だが、社会保険診療支払基金における支払審査は、1980年代はじめ、レセプト審査の電子化は日本医師会の反対によって失敗し、大量の紙を目視する審査が続けられていた。度々「形骸化」していると、批判を受けてきた審査体制の中からは、診療の基準に関する議論は生まれようがなかった。

しかし、医療制度改革が進められる中で、情報通信技術の進展などにより、標準化を議論するようになったのは、厚生科学研究の事業から諸外国の情報を得ていた、厚生省の技官たちだった。厚生省所管の国立機関や外郭団体の研究者を主として招き入れて検討が進められた、標準化の議論は、米国、英国のように、標準化によって医療費の抑制、あるいは効率化を目指すという強い信念を持った、アカデミックによって主導されたHS研究共同体とは、異なるものだった。厚生（労働）省内の検討会で、日本医師会などの関係者の中で合意を形成していったが、国立機関に診療ガイドライン情報を蓄積するデータベースを設置するための予算を獲得する段階になり、日本医師会と、日本医師会が働きかけた自民党の反対で予算が消滅することになった。

米国や英国では、学会が専門領域の専門医に影響を及ぼすが、日本では、近代以降「自由標榜」が原則となっており、学会が専門医を掌握するような仕組みにはなっていない。このため、米国や英国では、学会をどのようにHS研究共同体に取り込むかが、診療ガイドラインの成否を分ける大きな要因となったが、日本では、学会ではなく、日本医師会の選好が大きく影響する構造になった。

日本医師会が診療ガイドライン情報を蓄積するデータベースを、国立機関に設置することに反対した論理は、それが「制限診療」につながりかねない、「官僚統制」であり、「プロフェッショナル・フリーダム」を侵害するからであった。これらの論理は、日本医師会を四半世紀にわたって率いてきた武見太郎会長が唱えたものである。

戦後、GHQによって新しい組織とされた日本医師会は、傘下に日本医学会を持つ団体として、武見太郎会長の下で医療政策における強力なアクターとなっていた。そして医療の量的な拡大を続けていった。武見太郎は、社会保障審議会の勧告によって導入された「治療方針」と大正期・戦前戦中の脱専門職化を重複させつつ、「制限診療」と批判し、これを撤廃する「プロフェッショナル・フリーダム」を主張した。そして、「制限診療」の撤廃と引き換えに国民皆保険制度が成立した。

「診療ガイドライン」とは、日本医師会にとっては、大正から昭和初期の健康保険の中で、また戦後間もなく社会保障への勧告によって導入された「治療方針」「治療指針」を思い起こさせるものだった。それら「制限診療」を撤廃することは、当時の多くの日本医師会の会員以上に武見太郎会長が望んだことだった。そして、1961年、制限診療の撤廃と引き換えに、国民皆保険制度が成立した。

その後、「プロフェッショナル・フリーダム」は、日本医師会が厚生（労働）省と対峙する際に自らの行動を正当化する論理として働いてきた。1997年に日本医師会長に就任した坪井栄孝が、日本医師会員を率いていくのに強調したのも「プロフェッショナル・フリーダム」だった。

いったんは予算の消滅によって、日本医師会が「プロフェッショナル・フリーダム」を堅持し、診療ガイドライン政策は失敗したかに見えた。だが、診療ガイドラインに徐々に患者や国民の支持が集まり、日本医師会も妥協点を探る必要に迫られた。「中立的」な機関を厚生省、日本医師会が求める中、新たな財団法人の設立は行政改革の中で制限され、双方の妥協点となったのが、武見会長時代から日本医師会が唱えていた、地域医療（コンプリヘンシブ・メディシン）の実現のために重要とする病院評価を行う「財団法人日本医療機能評価機構」（現 公益財団法人）にデータベースを設置することだった。日本医師会の影響力が及ぶ機関の中に、診療ガイドライン政策が収められた。

一方、日本医師会は、小泉政権の下で、戦後初めて診療報酬の「本体」と呼ばれる医療機関への報酬部分で、マイナス改定を強いられた。長らく日本医師会が掲げてきた「プロフェッショナル・フリーダム」は修正を迫られ、諸外国より遅く「プロフェッショナル・オートノミー」という言葉が専門職の共通の規範と理解されるようになった。

こうした違いがありながらも、米国や英国と同様に、標準化を目指して日本でも診療ガイドライン政策が試みられた。だが、主導したのは厚生（労働）省の技官たちであり、医療費抑制を問題視した研究者が中心的なアクターにはならなかった。また、専門医制度も米国、

英国とは異なり、事実上、麻酔科以外には存在せず、学会も有力なアクターにはならなかった。その一方、日本医師会が重要なアクターであり、日本医師会と自民党の反対によって、診療ガイドライン政策は失敗に終わった。

その後の日本では、過去五次にわたる医療制度改革の間に、医療事故をめぐって学会が、医療事故の原因究明のために積極的に動き出し、「プロフェッショナル・オートノミー」を唱えて解決策を提案する動きが見られるなど、新たな転換点を迎えた。

また、2005年に導入された臨床研修医制度によって、大学の医局が医師の人事権を握っていた制度は大きく揺らぐことになった。医局から派遣されていた医師の異動のパターンが変化し、また、地方自治体の財政健全化のために自治体立病院の見直しが図れたことがあり、「医師不足」「医療崩壊」という問題が争点化し、医療制度改革も新たな局面を迎えた。

第5章 結論

本論の目的は、1990年代から2000年代初頭、先進国の医療制度改革の過程に見られたパラダイムシフトとも言うべき、「標準化」の動向を考察し、それを象徴する「診療ガイドライン政策」の成否が、国によってなぜ異なったか、を明らかにすることだった。さらに、米国、英国では、医療の学会が成否を決定づけるアクターになったのに対し、日本では学会が重要なアクターにならず、日本医師会が重要なアクターになったのは、なぜかを明らかにすることだった。

それに対して、HS研究共同体（因果関係について信念を共有する、官民にわたる研究共同体）の構成、及び政策決定機関の支持の有無によって成否が異なった、というのが本論の仮説である。とりわけ、診療ガイドラインが公刊された際に、最終的な執行者となる医療専門職、専門医を規制する専門職組織が、HS研究共同体の中に取り込まれている際に成功し、取り込めないと失敗することを主張した。ただし、専門医をどのように認定しているかという、専門職の自己規制の形式は国によって異なっている。

米国は、さまざまな専門分野に細分化されて学会が存在するが、単に細分化されているのみならず、専門領域の学会が複数で「専門医機構」（民間非営利組織）を設立して、専門医資格を民間で標準化している。各専門医機構には、メイン領域とサブスペシャリティ領域の学会が、それぞれ独立して内包されている。そのため、サブスペシャリティ学会は、ある領域について固く閉じられた専門領域の専門職団体として存在し、発言権も強い。

英国は、本論で対象とした時期には、王立協会がそれぞれ会員資格を医師に認定することによって、専門医（specialist）の資格を得ることができた。英国の医師は、卒後の研修を経た後、一般医（GP）の学会の認定試験に合格することで一般医（GP）になり、さらに専門医を目指すためには、王立内科協会あるいは王立外科協会の会員資格を得たうえ、さらに、特定分野の研修を積むことで、該当する学会の会員資格を得て専門医（specialist）となることができる。53（1998年当時）存在する専門領域は、一学会に複数の専門領域が内包される形になっている。そのため、複数の専門領域を持つ学会（例えば、内科、外科、産婦人科）がHS研究共同体を支持することで、複数領域の専門医の支持を得ることになる。

日本では、米国や英国と異なり、専門医資格によって診療領域を独占できるのは麻酔科のみである。自由標榜が原則となっているため、医師免許を獲得すると、どの診療科であっても診療を行うことができる。学会が認定する専門医制度も徐々に広がり、現在の医療法では、

学会認定の専門医が広告できることから、専門医の認定を受ける医師も増えているが、学会の専門医に対する規制力は強くない。さらに、日本の主要な学会は、日本医師会の傘下に日本医学会として位置づけられており、学会が医療政策における主要なアクターとはならなかった。このように、専門職団体の構成の違いは、HS 研究共同体の内部結合（Cross, 2013）を左右することにつながり、診療ガイドライン政策の成否に大きく影響した。

以下では、各章の内容を振り返りつつ、本論の到達点を確認する。

1. 米国、英国、日本における医療制度改革

先進諸国では社会保障費の抑制策が試みられているが、特に医療保障費の増加は顕著で、財政、経済に与える影響が大きいことから、様々な改革が試みられてきた。

第2章では、米国の事例を検討した。米国は、先進国の中でもとりわけ医療費が高い国である。民間保険が中心とはいえ、増大する医療費が企業の経営に与える影響も大きく、またレーガン政権期に連邦財政が悪化したことから、医療費が政治的争点として浮上した。高額な医療費に対して、当初は支払審査の改革、支払方法（出来高払いから包括払いへの変更）の変更が行われた。

1980年代初頭、民間の疫学者の研究から、医療費が高額なのにも関わらず、全ての診療が高いレベルにあるというわけではなく、診療の効果には「ばらつき」があるということが明らかにされた。そして、ランド研究所、大学の研究者が、診療のばらつきを解消すべきであるとして、積極的な活動を展開し、連邦議会の上下両院議員を巻き込んでいった。さらに、彼／女らを支持する連邦機関もばらつきの解消を対象とした研究を展開するようになり、ばらつきの解消を医療制度改革の中心に据えた HS 研究共同体が形成された。そして、診療のばらつきを解消するためには、連邦機関で診療ガイドラインを公刊するのが望ましいとする、連邦機関の報告書が出されるようになった。

1989年、予算調整法によって、連邦機関 AHCPR が設立され、診療ガイドラインが公刊された。当初、この政策は医学界にも熱狂的に歓迎された。だが、専門領域の診療ガイドラインに反対するサブスペシャリティ学会が反対して共和党に働きかけると、連邦機関の役割が変更され、診療ガイドライン情報を蓄積するデータベース（クリアリングハウス）にその役割が限定された。

このように当初、民間研究者と上下両院議員が働きかけ、政策決定機関がそれを支持した

ことで、いったん連邦機関 AHCPR が設立されたものの、サブスペシャリティ学会の反対により、頓挫することになった。サブスペシャリティ学会が反対した時点では、当初議会で積極的な働きをした議員らは議会を去っており、また連邦議会の多数派も変わっており、政策が転換された。

英国と日本は、先進国の中で比較的医療費が安い国である。だが、その両国でも、それぞれ異なった理由で医療制度改革が開始された。第3章では、英国の事例を検討した。英国は、1970年代に石油危機などの影響もあり、IMFから資金援助を受けるにあたり、財政の効率化が求められた。ほぼ全ての費用を租税でまかなう医療を展開している英国で、NHSは人気政策である。他の政策分野と異なり、NHSは「民営化」という手段によって効率化を図ることが困難だった。保守党サッチャー政権は、NHSの財源は変更せず、その構造のみを大胆に改革した。国営の医療制度の中に仮想の市場を導入（いわゆる内部市場）し、運営を効率化しようとしたのである。そして、「支出に見合った価値（VFM）」を保証する、医療監査を全ての医療機関に義務づけた（1983年）。

医療監査の導入は、当初、医療専門職から激しい反対を受けたが、国家の医療内容への介入を防止しようとした学会が、裁量権を固守するために主導権を握って医療監査を実施するようになった。医療監査に対する反対の姿勢から、最初に賛成に転じたのは、王立一般医協会である。やがて医療監査を実施している学会、王立外科協会や王立産婦人科協会が監査のための「基準」を独自に作るようになった。

同時期、NHSの研究開発戦略も内部市場の導入に合わせて改革が行われ、その戦略の中でオックスフォードやヨークにEBMの研究拠点が作られ、国際的にも評価される成果が発表されるようになった。こうした研究拠点の研究者らの活躍と、医療監査の基準作りに動き出した学会の活動から、国の機関で診療ガイドラインを作成すべきとするHS研究共同体が形成された。

英国の場合、政治家個人のHS研究共同体への参加は、特に観察されなかったものの、首席医療官（CMO）がオックスフォードで展開された研究に高い関心を示し、保健省内でも診療効果の研究への関心が高まっていった。そして、保守党政権で議論され始めた診療ガイドライン策定機関の設立は、労働党政権で実現した。現在、その機関NICEが公刊する診療ガイドラインは、国際的な評価が高く、世界中から参照されている。

第4章では、日本のケースを検討した。日本では、1973年に老人医療費の無料化が実現し、「福祉元年」と呼ばれた。だが、経済成長が鈍化したうえ、将来の人口の高齢化を見据えて、

社会保障制度について議論されるようになった。1980年代のはじめ、老人医療費の無料化は、老人保健制度に転換され、第二臨調を経て医療費も抑制策へと転換が図られた。そして、「量から質へ」とうたわれ、医療制度改革が開始された。1985年の第一次医療法改正で医療計画が導入され、地域（医療圏）ごとに病床数が規制されるようになった。

日本では、大学医局ごとに医師が養成され、その後、病院に医師が派遣されることから、医局ごとに病名、技術が異なっていることは関係者の間では知られたことである。つまり、大学医局ごとに、ある程度、診療が標準化されていたのである。また、日本で支払審査は、特殊法人が大量の診療報酬明細書を目視して実施しており、支払審査の過程で診療のばらつきが問題視されることはなかった。

国際的な傷病名を導入するなど、徐々に諸外国の情報が流入してくるなかで、大学医局の違いを超えた標準化が意識されるようになった。診療報酬を決定している事務官中心の保険局に対して、情報化の進展等を背景に、「標準化」を意識し始めたのは医政局（旧 健康政策局）の技官たちだった。

医療制度改革のアイディア流入に貢献したのは、厚生（労働）省、及び国立の研究機関や外郭団体など、研究事業の担い手だった。そのため、学会が積極的な役割を担うような、HS研究共同体は形成されなかった。日本の場合、診療ガイドラインを国立機関で策定されることさえも目標とされず、学会が作成した診療ガイドラインを国立機関に設置したデータベースで公開することが政策目標とされたが、それさえも日本医師会の反対で失敗した。

診療ガイドラインのデータベースを国立機関に設置するという厚生（労働）省の案に、日本医師会は、武見太郎が唱えた「官僚統制」による「制限診療」の復活であると反対し、「プロフェッショナル・フリーダム」を主張して、厚生（労働）省と対立した。そして、日本医師会の反対と、日本医師会からの働きかけによって、自民党がデータベース設置の予算案に反対、国の機関に診療ガイドラインのデータベースを設置することは失敗に終わり、日本医師会や病院団体が主導して設立し、厚生労働省が所管する財団法人（現 公益財団法人）にデータベースが設置された。こうして、診療ガイドラインに関して、国家機関に診療ガイドラインのデータベース（クリアリングハウス）を設置するという案さえも、日本では実現することができなかった。

日本のケースは、「プロフェッショナル・フリーダム」を唱えた日本医師会が拒否権プレーヤー（Tsbelis, 2002）となった点で、米国、英国の事例とは異なっている。日本では、大正期に導入された健康保険制度下で、日本医師会は健康保険の実施団体として機能した。財政

基盤が十分ではなかった、健康保険の運営のため、「経済的」な配慮を求めた診療方針が作られた。さらに、昭和 30 年代に、保険診療について治療方針が存在し、1961 年、日本医師会が批判してきた、これら「制限診療」の撤廃と引き換えに、国民皆保険制度が成立した。

保険診療の在り方が、長らく規制されてきた日本で、そこからの自由こそが日本医師会にとっての「プロフェッショナル・フリーダム」だった。診療ガイドライン政策においても、日本医師会の「プロフェッショナル・フリーダム」が大きく作用した。だが、自由標榜の日本で、学会の専門医に対する規制は働かず、学会は積極的なアクターにはならなかった。

以上のように、HS 研究共同体の構成と、政策決定機関の支持の有無によって、診療ガイドライン政策の成否が異なるということが明らかになった。

2. 本論の意義

本論が明らかにしたのは、福祉国家が変容を迫られるなか、技術の進歩と費用の抑制を迫られるという不確実な状況における新しい政治である。ピアソン (Pierson, 1994) が主張した新しい政治とは、社会保障プログラムの縮減をめぐる非難回避の政治である。医療保障は、特に縮減が難しい分野とされていた。医療保障には、国家にとって、評価が確定しない技術の進歩を取り入れるという不確実性があるほか、受け手の医療の必要性が予め予測できないという需要の面、専門職が提供を独占していることによって再分配の不確実性がある。医療費抑制の面で専門職を管理しようとしても、専門職が独自の統治形態をとる職種であるために、統治の不確実性がある。

不確実性に直面する場合に、アイディアが制度変更をする変数として機能することは、近年数多くの研究で言及されている。しかし、医療のように専門性が高い分野では、「専門家」と呼ばれる人々の間でも見解が分かれることも多く、どのアイディア、専門的知識を採用すべきか自体が不明確な場合も多い。政策立案を担当する側からみて、政策の効果が見込めるアイディアであれば、エージェントの性質によらず、そのアイディアを選択する可能性は高い。また、政策の効果が不明確だとしても、その政策の「専門家」と認知される場合には、そのアイディアを採用する場合もある。問題となるのは、政策の効果が不明確であり、専門家が誰であるかさえ分からない場合であり、1990 年代に先進国が直面した医療制度改革の課題は、このケースに該当する。

この場合には、因果に関する信念を抱き、強く結束したアクターが大きく政策に関与する。

特に米国では、医療費の高騰が連邦レベルで争点化していく過程で、診療の「ばらつき」がその要因と言及され、医療費高騰との因果関係について、アクター間が信念で結びつくようになったことが、明瞭に観察できた。英国では、先進国の中で医療費は比較的低かったものの、さらなる効率化を求めて改革が進められる中で、医療監査の「基準」という標準化が求められるようになった。日本では、一部の関係者の間では自明とされていたばらつきについて、国際的な潮流について情報を得た、厚生（労働）省の技官たちの中から、標準化に向けた取り組みが生まれた。

本論では、3か国の医療制度改革過程を追跡することによって、認識共同体が有する「因果関係についての信念」がどのように形成されてきたのかを分析し、認識共同体の形成を外部要因からではなく、内生的に説明している。また、漠然とした「専門家のネットワーク」（Haas, 1992, p.3）ではなく、異なる知識（例えば、疫学）とスキル（政策形成）を持つ専門家の複合体として、認識共同体をとらえている。

とりわけ、重要な点は、診療ガイドラインの政策の結果、自らが独占している市場（＝診療領域）に影響を受ける、専門医の組織がどのような形で認識共同体に参加しているかが、重要だった点である。

これまで、医療専門職の市場独占が議論される際には、他職種（例えば、カイロプラクティック）から独立した分業に注目されてきた。医療専門職の政策、社会に対する影響が検討される際には、主として「医師会」の役割が強調されてきた。だが、今日の医療は、専門分化が進み、専門医が細分化された専門領域を独占している。本論は、国によって異なる専門領域の形成の違い、すなわち、専門医制度に着目して、強固に専門領域を維持しているアクターが、政策に及ぼす影響を明らかにし、専門職論に新しい展開を与えた。

国によって、専門医が異なる在り方をしているとはいえ、情報の非対称性がある中で、誰がその専門領域の専門家であるかは、専門医という外観から判断せざるを得ない。同様に、不確実性が高く、政策の効果、アクターの専門性が判断できない場合に、因果の信念によって結合している認識共同体が、専門家らしさという外観から判断される。認識共同体論の中でも指摘されるように、信念である因果関係が客観的に正しいかは問われない。本論で対象とした、1990年代から2000年代前半の診療ガイドライン政策は、その好例だった。診療ガイドラインを導入にしても、その診療ガイドラインを、EBMの議論で強調されるような科学性をもって作成しても、医療費の抑制に資するということは保証されていない。それどころか、EBMの手順に則っても、診療効果さえも保証されていないという理解が、EBMの導入

を主張する医学研究者の間でも一般的な理解である。

とはいえ、何らかの形で診療ガイドラインを用いたり、EBMの主張するような根拠を基に診療を行うことが、2000年代の医療のスタンダードになり、もはや「経験と勘」による医療は信頼されなくなった。その意味で、本論で対象とした3か国も含めて、先進国の医療は過去20年あまりの間にパラダイムシフトを遂げたのである。

3. 本論の発展可能性

さて、本論で対象としたのは、2000年前半までの医療制度改革だった。先進諸国では、その後も社会保障費、とりわけ医療費の増加は著しく、医療制度改革が繰り返し行われている。診療ガイドライン政策以降、国際的な潮流として医療政策に登場したのは、患者に対する医療の安全対策である。

1990年代の終わり頃から、各国では「医療事故」が頻繁に報道され、医療専門職に対する信頼が大きく揺らぐことになった。例えば、英国では1990年代半ばから、名門のブリストル王立小児病院での診療成績が著しく低いことが明らかになった。日本でも、1999年に起きた都立広尾病院における医療事故や、東京女子医大病院における小児に対する心臓手術が報道されるようになった。特に、前者では医師法第21条による「異状死の届け出義務」に違反したとして、院長らが刑事責任を問われ、医療界が動揺した。

英国では、専門職の自己規制を行う機関とされている中央医師評議会(GMC)の在り方が、医療事故を通して問い直されることになった。日本では、これまで医療政策の積極的なアクターとなっていなかった学会が、「プロフェッショナル・オートノミー」を強調し、診療関連死の死因を究明する第三者機関の設立を議論するようになった。医療事故という、診療行為の大きな外れ値の存在が顕在化し、両国では医療専門職の在り方が議論された。

また、1999年、米国医学研究所(IOM)は、「人は誰でも間違える(To Err is Human)」を発表し、医療事故における個人の過失の追及ではなく、システムとしての医療安全の確保を強調するようになった。そして、他産業におけるシステムの安全対策から学ぶことが強調された。この議論については、医療事故を専門とする研究者の間でも評価が分かれ、必ずしも合意に至っていない。

いずれにせよ、診療ガイドラインに取り組んだ先進諸国は、そのわずか後に、医療そのものに対する信頼を揺るがす出来事に直面し、新しい局面を迎えることになった。この中でも、

強固な専門医制度を確立していた米国と英国では、医療専門職のみならず、医療の様々な場面に非専門職の参加を求めるようになり、事実上専門医制度が確立していなかった日本では、「プロフェッショナル・オートノミー」を主張して学会の活動が顕在化してきた。だが、日本では、学会の会員に対する規制力はなく、診療関連死の第三者機関の設立にも困難を極めた（2014年6月によりやく関連法が成立した）。

医療専門職の自己規制、あるいは専門性が動揺したこの出来事には、医療専門職のほか、法律の専門家、航空・運輸の安全対策の専門家など、また新たなアクターによって、認識共同体が形成された。だが、医療専門職自身の変容と共に、アクターが入れ替わった認識共同体を観察していく上でも、本論で提示した議論は有益な視座を与えるものと考えられる。

また、医療ではないにしても、やはり技術的な専門性が高く、不確実性が高い政策分野、例えば、科学技術政策、特に2011年3月11日に起きた東日本大震災以降、議論が活発化している原子力の有無を論点としたエネルギー政策のような、政策を議論する際にも、専門的知識のみならず、それをもたらすアクターのうち、誰を選択すべきかが自明ではないことも多い。そうした政策過程を考察する上でも、本論で示したHS研究共同体の概念は、有益であると考えられる。

本論では米国、英国、日本を対象国として議論を展開した。この対象国の抽出によって「多様なケース選択」（Gerring, 2007）を可能としている。しかし、対象とできた国の数は3か国に限られ、日本の医療保障の起源となっているドイツやフランス、オランダというビスマルク式の医療保障制度である欧州大陸の医療保障については、言及することができなかった。当然のことながら、欧州大陸の諸国もまた、医療制度改革に絶え間なく取り組んでおり、グローバル化の中で診療ガイドライン政策を導入している国もある。日本の医療保障と類似した欧州大陸の医療制度下での改革の取り組みは、より日本に対する示唆も多く得られると考えられ、今後の課題としていきたい。

参考文献

- Abbott, Andrew, 1988, *The System of Professions: An Essay of the Division of Expert Labor*, The University of Chicago Press, USA
- Abel-smith, B., 1964, *The hospitals, 1800-1948 : a study in social administration in England and Wales*, Heinemann, London (=1981、多田羅浩三、大和田建太郎訳
『英国の病院と医療 : 二百年のあゆみ』、保健同人社)
- Alford, R., 1975, *Health Care Politics*, University of Chicago Press, Chicago. IL, 1975
- Allsop, J. and Mulcahy, L., 1996, *Regulating Medical Work: Formal and informal Controls*, Open University Press Buckingham, UK
- Allsop, J., 2006, Regaining Trust in Medicine Professional and State Strategies, *Current Sociology*, 2006, vol. 54 no. 4, pp. 621-636
- Alt, J. and Shepsle, K.A., 1990, *Perspectives on Positive Political Economy*, Cambridge University Press, USA
- American Medical Association, 1989, AMA Insights: QA Review, *Journal of American Medical Association (JAMA)*, vol.262.no.10, p.1313
- American Medical Association, 1993, Statement to the Subcommittee on Health, Committee on Ways and Means, 103d Congress, 1st session, Ser.No.103-123
- American Medical Association, 1999, AMA Insights: In October, *Journal of American Medical Association (JAMA)*, vol.262.no.24, p.3401
- American Medical Association, AMA Insights QR review, *Journal of American Medical Association (JAMA)*, vol.262, no.10, September 8, 1989, p.1313
- American Medical Association, AMA Insights In October, *Journal of American Medical Association (JAMA)*, vol.262, no.24, December 22/29, 1989, p.3401
- Atkinson, A.B. (1999) , *The Economic Consequences of Rolling Back the Welfare State*, The MIT Press
- Baggott, R., 2004, *Health and Health Care in Britain, 3rd edition*, palgrave macmillan, New York
- Baggott, R., 2007, *Understanding Health Policy*, The Policy Press, UK

- Bambra, C., 2006, Decommodification and the words of welfare revisited, *Journal of European Social Policy*, vol.16 (1), pp.73-80
- Barker, A. and Peters, P.G., 1993, *The Politics of Expert Advice: Creating, Using and Manipulating Scientific Knowledge for Public Policy*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh
- Barr, D.A., 2007, *Introduction to U.S. Health Policy: The Organization, Financing, and Delivery of Health Care in America 2nd*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore
- Baumgartner, F.R. and Jones, B.D., 2009, *Agents and Instability in American Politics*, 2nd edition, the University of Chicago Press, USA
- Beck, U., Giddens, A., and Scott, L., 1996, *Reflexive modernization : politics, tradition and aesthetics in the modern social order*, Suhrkamp, Frankfurt am Main (= 1997、松雄精文・小幡正敏・叶堂隆三訳『再帰的近代化：近現代における政治、伝統、美的原理』而立書房)
- Beecham, L., 1998, Royal college calls for NICE to have a broader role, *British Medical Journal (BMJ)*, vol. 317, p.1021
- Berman, S., 1998, *The Social Democratic Moment: Ideas and Politics in the Making of Interwar Europe*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts
- Beveridge, Sir W., 1942, *Social Insurance and Allied Services*, HMSO, London
- Bjorkman, J.W., 1989, *Politicizing Medicine and Medicalizing Politics: Physician Power in the United States*, Fredd, G. and Bjorkman, J. M.(eds), 1989, *Controlling medical Professionals*, Sage publications, London
- Blair, T., 2010, *A Journey*, Hutchinson, London
- Blyth, M., 1997, "Any More Bright Ideas?" The Ideational Turn of Comparative Political Economy, *Comparative Politics*, January, 1997, pp.229-250
- Blyth, M., 2002, *Great Transformation: Economic Idea and Institutional Change in the Twentieth Century*, Cambridge University Press
- Borenstein, Daniel B, 1996, Annual Report to Membership, *American Journal of Psychiatry*, October 1996, p.1375
- Boswell, C., 2009, *The Political Uses of Expert Knowledge: Immigration Policy and Social Research*, Cambridge University Press

- Brint, S., 1994, *In an Age of Experts: The Changing Role of Professionals in Politics and Public Life*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey
- The British Medical Journal, 1988, Medical Research “Priorities in Medical Research”: a summary of the recommendation of the House of Lords Select Committee on Science and Technology, *British Medical Journal*, vol.296, 16 April 1988, p.1109
- Brook, R.H., 1989, Practice Guidelines and Practicing Medicine: Are They Compatible?, *Journal of American Medical Association*,(JAMA), vol. 262, no. 21, pp.3027-3030
- Brown, L.D., 1992, Political Evolution of Federal Health Care Regulation, *Health Affairs*, 1992 Winter, pp.17-37
- Burney, I., Hickman,P., Paradise, J. and Schieber, G., 1984, Medicare Physician Payment, Participation and Reform, *Health Affairs*, vol.3, no.4, pp.5-24
- Cabinet Office, 1999, *Modernising Government* (Cm4310) The Stationary Office, London
- Calman, Kenneth C., 1998, *The Potential for Health*, Oxford University Press
- Campbell, 2002, Ideas, Politics, and Public Policy, *Annual Review of Sociology*, vol.28, pp.21-38
- Caper, P., 1988, Defining Quality in Medical Care, *Health Affairs*, Spring 1988, pp.49-61
- Carr-Sanders, A.M., and Wilson, P.A.,1933, *The Professions*, Oxford, Clarendon Press
- Clinton, B., 2004, *My life / Bill Clinton*, Knopf, New York
(=2004、楡井浩一 訳、『マイライフ クリントンの回想 下巻』朝日新聞社)
- Cochrane, Archibald L., 1972, *Effectiveness and Efficiency - Random Reflections on Health Services*. London : The Nuffield Provincial Hospitals Trust (=1999、森亨訳『効果と効率：保健と医療の疫学』サイエンティスト社)
- The Cochrane Collaboration, www.cochrane.org/about-us/hisotry (accessed 25/03/2011)
- Collier, R.B. and Collier, D., 1991, *Shaping the political arena : critical junctures, the labor movement, and regime dynamics in Latin America*, Princeton, N.J. : Princeton University Press
- Cross, Mai'A K. Davis, 2013, Rethinking epistemic communities twenty years later, *Review of International Studies*, Vol.39, pp.137-160
- Davis, K., Anderson, G.F., Rowland, D., and Stein berg, E.P., 1990, *Health Care Cost Containment*, The Johns Hopkins University Press, London

- Day, P., Klein, R. and Miller, F., 1998, *Hurdles and Levers: A Comparative US-UK study of guidelines*, Nuffield Trust, London
- Dent, M., 1993, Professionalism, educated labour and the state: hospital medicine and the new managerialism, *The sociological Review*, 1993, pp.244-273
- Dent, M., 1999, Professional judgment and the role of clinical guidelines and evidence-based medicine (EBM) : Netherlands, Britain and Sweden, *Journal of Interprofessional Care*, vol.13, no.2, PP151-156
- DOH, 1989, *Working for Patients* (Cm 555), HMSO, London
- DOH, 1991, *The Patient's Charter*, HMSO, London
- DOH, 1997, *The new NHS: modern, dependable*, White Paper (Cm 3807), The Stationary Office, London
- DOH, 1998, *A first class service, quality in the new NHS*, (Cm3807), The Stationary Office, London
- DOH, 2000, *An organization with a memory, Report of expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the CMO*, Stationary Office, London
- DOH, 2000, *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform* (Cm 4818-I), Stationary Office, London
- Dolwitz and Marsh, 1996, Who Learns What from Whom: a Review of the Policy Transfer Literature, *Political Studies*, vol.XLIV, pp.343-357
- Dolwitz and Marsh, 2000, Learning Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-making, *Governance*, vol.13, No.1 pp.5-24
- Ecstein, H., 1960, *Pressur Group Politics: The Case of the British Medical Association*, Ruskin House, George Allen & Unwin Lid, London, UK
- Eddy, D.M., 2005, Evidence-based Medicine: A United Approach, *Health Affairs*, vol.24, no.1, pp.9-17
- Ellis, R., 1993, *Quality Assurance in Health Care: a Handbook*, Edward Arnord
- Emanuel, EJ and Emanuel, LL, 1992, Four models of the Physician-Patient Relationship, *Journal of American Medical Association(JAMA)*, vol. 267, pp.2221-2226
- Evetts, J., 2006, Trust and Professionalism: Challenges and Occupational Changes, *Current Sociology*,

vol.54, pp.515-539

- Ericsson, K.A. and Smith, J., 1991, *Toward a general theory of expertise: Prospects and limits*, Cambridge University Press, USA
- Esping-Andersen, G., 1990, *The three worlds of welfare capitalism*, Princeton, N.J. : Princeton University Press (=2001、岡沢憲英、宮本太郎監訳『福祉資本主義の三つの世界 : 比較福祉国家の理論と動態』 ミネルヴァ書房)
- Estevez-Abe, M., 2008, *Welfare and Capitalism in Postwar Japan*, Cambridge university Press, New York
- Evans, P., Rueschemeyer, D. and Skocpol, T.(ed.), 1985, *Bringing the State Back in*, Cambridge University Press, UK
- Exworthy, M. and Halford S.(eds), 1999, *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*, Open University Press, USA
- Finnemore, M. and Sikkink, K., 1988, International Norm Dynamics and Political Change, *International Organization*, vol.52, no.4, pp.887-917
- Freddi, G., and Bjorkman, J.W., 1989, *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*, SAGE Publications, London
- Freidson, E., 1970, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical care*, Atherton Press Inc. (=1992、進藤雄三、宝月誠訳『医療と専門家支配』 恒星社厚生閣)
- Freidson, E., 2001, *Professionalism : the third logic*, Cambridge : Polity Press
- Freund, D.A., Evans, D., Henry, D. and Dittus, R., 1992, Implication of the Australian Guidelines for the United State, *Health Affairs*, Winter, pp.203-206
- GAO, 1986, *Medical Malpractice: Insurance Costs Increased but Varied Among Physicians and Hospitals*, September, 1986, GAO/HRD-86-112
- GAO, 1990, *Quality assurance: A comprehensive, National Strategy for Health Care Is Needed*, February, 1990, GAO/T-HEHS-95-221
- GAO, 1993a, *Medical Malpractice, Medicare/Medicaid Beneficiaries Account for a Relatively Small Percentage of Malpractice Losses*, August 1993, GAO/HRD-93-126
- GAO, 1993b, *Medical Malpractice: Maine's Use of Practice Guidelines to Reduce Costs*, October

- 1994, GAO/HRD-94-8
- GAO, 1995a, *Practice Guidelines: Overview of Agency for Health Care Policy and Research Efforts*, July 1995, GAO/T-HEHS-95-221
- GAO, 1995b, April 4, 1995, *The Honorable William S. Cohen United States Senate*, GAO/HEHS-95-118R
- GAO, 1996a, *Practice Guidelines: Managed Care Plans Customize Guidelines to Meet Local Interests*, GAO/HEHS-96-95
- Garnick, D.W., Hendricks, A.M. and Bernnan, T.A., 1991, Can Practice Guidelines Reduce the Number and Costs of Malpractice Claims, *Journal of American Medical Association (JAMA)*, vol. 266, no.20, pp.2856-2860
- George, Alexander L. and A. Bennett., 2005, *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Gerring, John, 2007, *Case Study Research: Principles and practices*, Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Goldsmith, M.F., 1992, Anaesthesiology Led in Establishing Standards of Care, Now Plans Practice Parameter Strategies, *Journal of American Medical Association (JAMA)*, vol.267, no.12, pp.1575-1576
- Goldstein, J., and Keohane, R.O., and Katzenstein, P., 1993, *Ideas and foreign policy : beliefs, institutions, and political change*, Cornell University Press
- Gray, J.A.M., 1997, *Evidence-based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions*, Churchill Livingstone (=2000、久繁哲徳監訳『根拠に基づく保健医療：健康政策と経営管理の判断決定の方法』オーシーシー・ジャパン)
- Gray, B.H., 1992, The legislative battle over health services research, *Health Affairs*, 1992 Winter, pp.38-66
- Gray, B.H., Gusmano, M.K. and Colloins, S., 2003, AHCPR and the Changing Politics of Health Service Research, *Health Affairs*, Web Exclusive, W3-283-307 (downloaded January 31, 2011)
- Griffiths, R., 1983, *NHS Management Inquiry*, Department of Health and Social Security, London, Mineo, 6 October, 1983

- Haas,P.,1990, *Saving the Mediterranean: the Politics of International Environmental Cooperation*, Columbia University Press, New York
- Haas, P., 1992a, Introduction: Epistemic communities and International Policy condition, *International Organization*, vol.46, no.1, pp.367-390
- Haas, P., 1992b, Conclusion: Epistemic communities, World Order, and the Creation of a Reflective Research Program, *International Organization*, vol.46, no.1, pp.367-390
- Hacker, 2002, *The divided welfare state : the battle over public and private social benefits in the United States*, Cambridge : Cambridge University Press
- Hacker, 2008, *Health at Risk : America's Ailing Health System-and How to heal it*, Columbia, New York
- Hall. P.,1986, *Governing the Economy: The Politics of State Intervention in Britain and France*, Oxford University Press, New York
- Hall, P.(eds), 1989, *The Political Power of Economic Ideas: Keynesianism across Nations*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey
- Hall, P., 1993, Policy Paradigms, Social Learning, and the State; The Case of Economic Policymaking in Britain, *Comparative Politics*, April 1993, pp.275-29
- Ham, C., 2009, *Health Policy in Britain, Public Policy and Politics 6th edition*, Palgrave Macmillan
- Harrison, S., 1998, The Politics of Evidence-based Medicine in the United Kingdom, *Policy & Politics*, vol.26, no.1, pp.15-31
- Harrison, S. and McDonald, R., 2008, *The Politics of Healthcare in Britain*, Sage publication Ltd., London
- Hassenteufel,P., 1997, *Les Medecins Face A L'etat: Une Comparaison europeenne*, Presses de sciences po
- Havighirst, C.C., 1991, Practice Guidelines as Legal Standards governing Physician Liability, *Law and Contemporary Problems*, 1991, Spring, pp.87-117
- Heclo,H.,1974, *Modern Social Politics in Britain and Sweden: From Relief to Income Maintenance*, Yale University Press, New Haven, London
- Heinen, L., Gorski, J.A., Roe, W., 1988, Up Date, *Health Affairs*, vol.7, no.1, pp.145-150

- Henkel, 1991, *Government, Evaluation and Change*, Jessica Kingsley Publishers London
- Herdman, R.C., 1989, The Congressional Office of Technology Assessment, *Journal of American Medical Association (JAMA)*, vol.262, no.4, p. 550
- Herbst, S., 2003, Political Authority in a Mediated Age, *Theory and Society*, vol.32, pp.481-503
- Hirshfeld, E., 1990, Practice Parameters and the Malpractice Liability of physicians, *Journal of American Medical Association(JAMA)*, vol. 263, no.11, pp.1556-1562
- Hirshfeld, E., Should Practice Parameters Be the Standard of Care in Malpractice Litigation?, *Journal of American Medical Association (JAMA)*, vol. 266, no.20, pp.2886-1891
- Hirshfeld, E., 1993, Use of practice parameters as standard of care and in health care reform: a view from the American Medical Association, *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 1993 August, vol.19, no.8, pp.322-9
- Holland, W.W., 1994, Letter Culyer Report, *The British Medical Journal*, vol. 309, 12 November, p.1305
- Hood, C., 1991, A public management for all seasons?, *Public Administration*, vol. 69, pp.3-19
- Hopkins, A., 1995, Some Reservation about clinical guidelines, *Archive of Disease in Childhood*, vol.72, pp.70-75
- Horner, S.L., The Health Care Quality Improvement Act of 1986: Its History, Provisions, Applications and Implications, *American Journal of Law and Medicine*, vol.16, no.4, pp.455-498
- Horton, 1999, NICE: a step forward in the quality of NHS care, *The Lancet*, vol. 353, March 27, 1999, pp.1028-1029
- House of Lords, 1988, *Select Committee on Science and Technology: Priorities in Medical Research*, volume 1-3
- Hunter, DJ., 1997, *Desperately Seeking Solution: Rationing Health Care*, Addison Wesley Longman, UK
- Immergut, E., 1992a, *Health politics : interests and institutions in Western Europe*, Cambridge University Press, Cambridge
- Immergut, E., 1992b, The rules of the game: The logic of health policy-making in France, Switherland, and Sweden, in Steinmo, S., Thelen, K. and Lingstreth, F.(eds.), 1992, *Structuring Politics:*

- Historical institutionalism in comparative analysis*, Cambridge University Press, UK
- Institute of Medicine, (Marilyn J, and Kathlenn N.Lohre,eds.), 1990, *Clinical Practice Guidelines: Directions for New Program*, National Academy Press, Washington D.C.
- Institute of Medicine, (Field, M.J. and Lohr, K.N.), 1992, *Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use*, National Academy Press, Washington D.C.
- Institute of Medicine, (Molla S.Donaldson), 1998, *Statement on Quality of Care National Roundtable on Health Care Quality*, Institute of Medicine, Washington D.C.
- Institute of Medicine, 2011, *Report: Clinical Practice Guideline We Can Trust*, Washington D.C.
- Jasanoff, S., 1987, Contested Boundaries in Policy-Relevant Science, *Social Studies of Science*, vol.17,no.2, pp.195-230
- Jesse, W.F., 2002, In Memoriam: John M. Eisengberg, MD, MBA, *International Society for Quality in health Care*, vol.14, no.3, pp.171-172
- Jobert, B., and Muller,P.,1987, *L'Etat en action: Politiques publiques et corporatismes*, Press Universitaires de France
- Johnsen, J.A. and Jones, W.J., 1993, *The American Medical Association and Organized Medicine*, Garland Publishing, US
- Johnson,T., Larkin, G. and Saks, M.(eds), 1995, *Health professions and the state in Europe*, Routledge, UK
- Josse, William F., 2002, In Memoriam-John M. Eisenberg, MD, MBA, *International Journal fro Quality in Health Care*, vol. 13, no.3, pp.171-172
- Jost, Tinothy Stolfus, 1990, *Policing Cost Containment: The Medicare Peer Review Organization Program*, University of Puget sound Law review, vol.14, pp.483-526
- Kavanagh, D., 1990, *Thatcherism and British Politics: The end of Consensus?*, Oxford University Press, New York
- Kelly, J.T. and Swartwout, J.E., 1990, Development of Practice Parameters by Physician Organization, *QRB*, vol.16, no.2, pp.54-57
- King, G., Keohane, R. and Verba, S., 1994, *Designing social inquiry: scientific inference in qualitative research*, Princeton University Press, Princeton, N.J.

(=2004、真淵勝監訳『社会科学のリサーチ・デザイン—定性的研究における科学的推論』勁草書房)

Kingdon, J.W., 2003, *Agents Alternatives, and Public Policies*, 2nd edition, Longman

Kinney, E.D., 1995, Malpractice Reform in the 1990s: Past Disappointments, Future Success?, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol.20, no.1, pp.99-135

Kleijinen, J. and Bonsel, G., 1998, Guidelines and quality of clinical services in the new NHS, *British Medical Journal*, vol. 316, p.299

Klein, R., 1989, *The New Politics of the NHS from creation to reinvention*, 2nd edition, Longman, London

Klein, R., 1995, *New Politics of the NHS* 3rd edition, Prentice Hall

Klein, R., 2001, *New Politics of the NHS*, Prentice Hall

Klein, R., 2006, *New Politics of the NHS from creation to reinvention* 5th edition, Prentice Hall

Klein, R., 2010, *The New Politics of the NHS from creation to reinvention*, 6th edition, Radcliff publishing, Oxford

Klein, R., 2013, *The New Politics of the NHS from creation or reinvention*, 7th edition, Radcliffe Publishing Ltd, Oxford

Klein, R., Day, P., and Redmayne, S., 1996, *Managing Scarcity: Priority Setting and Rationing in the National Health Service*, Open University Press, Bristol

Knight, Frank H., 1921, *Risk, Uncertainty and Profit*, Houghton Mifflin Company, Boston and New York

Kogam M. and Redfern, S., et al., 1995, *Making Use of Clinical Audit : A guide to practice in the health profession*, Open University Press

Kohn, L.T., Corrigan, J.M. and Donaldson, M.S. (eds), 2000, *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine
(=2000、医学ジャーナリスト協会訳『人は誰でも間違える』日本評論社)

Korpi, W., 1978, *Working Class in Welfare Capitalism: Work, Unions and Politics in Sweden*, Routledge & Kegan Paul Books

Kuhlmann, E., and Allsop, J., 2008, Professional self-regulation in a changing architecture of

- governance: comparing health policy in the UK and Germany, *Policy and Politics*, vol.36(2), pp.173-89
- Kuhn, T., 1985, *The Copernican revolution : planetary astronomy in the development of Western thought*, Harvard University Press, Cambridge, Mass. (=1989、常石敬一訳『コペルニクス革命 : 科学思想史序説』講談社)
- Larson,M.S.,1977, *The Rise of Professionalism: A sociological analysis*, University of California Press
- Leap, L., 1989, Are practice guidelines cookbook medicine? :*The Journal of The Arkansas Medical Society*, vol. 86 (2), pp. 73-5.
- Legido-Quigleya,H., Pantelib,D., Brusamentoc,S., Knaia,C., Salibaa,V., Turkd.E, Soléf, M., Augustinb,U., Carc,J., McKeea, M., Busse,R., 2012, Clinical guidelines in the European Union: Mapping the regulatory basis, development, quality control, implementation and evaluation across member states, *Health Policy*, vol.107, pp.146-156
- Lowi, T., 1964, American Business, Public Policy, Case Studies, and Political Theory, *American Political Science Review*, vol.58, no.3, pp. 589-599
- Mahoney, J. and Thelen, K., 2010, *Explaining Institutional Change: Ambiguity Agency and Power*, Cambridge, USA
- Mahoney, J. and Thelen, K., 2010, A Theory of Gradual Institutional Change, in Mahoney, J. and Thelen, K.(ed.), 2010, *Explaining Institutional Change: Ambiguity Agency and Power*, Cambridge, USA
- Maioni,A., 1998, *Parting at the Cross Roads: The Emergence of Health Insurance in the United States and Canada*, Princeton University Press
- Marmor, T., 1973, *The politics of Medicare*, Chicago : Aldine Pub
- Marmor, T., 2000, *The politics of Medicare 2nd edition*, Chicago : Aldine de Gruyter, New York
- McNamara, K., 1998, *The Currency of Ideas: politics in the European Union*, Cornell University Press
- McPake, B. and Normand, C., 2008, *Health economics : an international perspective / Barbara and Charles*, Routledge, London (=2004、大日康史, 近藤正英訳『国際的視点から学ぶ医療経済学入門』東京大学出版会)

- McSmith, A., 1994, *Kenneth Clarke: A Political Biography*, Verso, London
- Mills, K.S., 1967, *A System of Logic*, Longman, London
- Moran, M. and Wood, B., 1993, *States, Regulation and the Medical Profession*, Open University Press, USA
- Moran, M., 1999, *Governing the Health Care State: A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany*, Manchester University Press
- Morton, Jermy R., 1995, "The Maine Demonstration Project: Using Practice Parameters as an affirmative defense", *Bulletin of the American College of surgeons*, vol. 8, pp.30-33
- Mullan, F., 2004, Interview: Wrestling with Variation: An interview With Jack Wennberg, *Health Affairs*, 7 October, var.73-80
- National Audit Office, 1988, *Quality of Clinical Care in National Health Service Hospitals*, HMSO, London
- The National Leadership Commission on Health care, 1989
- NHS Executive, 1999, *Clinical governance in the new NHS*
- North, D. C., 1990, *Institutions, institutional change and economic performance*, Cambridge University Press, New York : (=1994、竹下公視訳、『制度・制度変化・経済成果』晃洋書房、京都)
- North, N., 1995, ALFORD REVISITED: The professional monopolisers, corporate rationalisers, community and markets, *Policy and Politics*, vol.23 no.2, pp.115-125
- Odershook, 1990, The emerging discipline of political economy, in Alt, J. and Shepsle, K.A., 1990
- OECD, OECD Health Statistics, URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
(アクセス日 2014年8月19日)
- Office for National Statistics, URL: <http://www.ons.gov.uk/ons/index.html>
(アクセス日 2014年8月18日)
- Office of Technology Assessment, 1994, *Understanding Estimates of the Impact of Health Reform on the Federal Budget* (OTA-BP-H-132)
- Orient, J.M., 1996, *Practice Guideline and Outcomes Research (Part 1): Insights from the Clinton Health Care Task Force*, URL:

- www.haciendapub.com/medicalsentinel/practice-guidelines-and
-outcomes-research-i-insights-cinton-health-care-task-f (アクセス日 2013 年 10 月 18 日)
- Palier, B., 2004, *La réforme de système de santé*, Press Universitaires de France, Paris
(=近藤純五郎監修、林昌浩訳、2010、『医療制度改革-先進国の実情とその課題』白水社)
- Paton, C., 2008, The NHS after 10 years of New Labour, in Powell, M. eds, 2008, *Modernising the Welfare State*, The Policy Press, UK
- Peckham, M., 1991, National Health Service Research and Development for the National Health Service, *The Lancet*, vol.338, August 10, 1991, pp.367-371
- Perterson, M.A., 1993, Institutional Change and the Health Politics of the 1990s, *American Behavioral Scientist*, vol. 36, no.6, pp.782-801
- Perterson, M.A., 1993, Political Influence in the 1990s: From Iron Triangles to Policy Networks, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol.18, no.2, pp.395-438
- Pierson, P., 1994, *Dismantling the Welfare State?: Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*, Cambridge University Press
- Pierson, P., 1996, The New Politics of the Welfare State, *World Politics*, vol.48, no.2, pp.143-179
- Pierson, P.(ed.), 2001, *The New Politics of the Welfare State*. Oxford University Press
- Pierson, P., 2000, Increasing Returns, Path Dependence, and Study of Politics, *American Political Science Review*, 94(2), pp.251-68
- Polister, P., 1989a, The PRO utilization and quality review process: An over view Part I, *American College of Surgeon Bulletin*, volume 74, no.5, pp.17-22
- Polister, P., 1989b, The PRO utilization and quality review process: An over view Part II, *American College of Surgeon Bulletin*, volume 74, no.6, pp.18-20
- Pollitt, C., 1990, Doing Business in the Temple? Managers and Quality Assurance in the Public Service, *Public Administration*, vol.68, pp.432-352
- Pollitt, C., 1993a, The Politics of Medical Quality: Auditing Doctors in the UK and the USA, *Health Service Management Research*, vol.6, no.1, pp.24-34
- Pollitt, C., 1993b, The Struggle for Quality: the case of the National Health Service, Policy and

- Politics, vol.21, no.3, pp.161-170
- Porter, M. E. and Guth, C., 2004, *Redefining health care : creating value-based competition on results*, Springer, Heidelberg : (=2009、山本雄士訳『医療戦略の本質：価値を向上させる競争』日経 BP 社)
- Powell, M. eds, 2008, *Modernising the Welfare State*, The Policy Press, UK
- Radaelli, C.M., 1995, The role of knowledge in the policy process, *Journal of European Public Policy*, vol.2, no.2, pp.159-83
- Research and Development Taskforce, 1994, *Supporting research and development in the NHS: A Report to the Minister for Health by a Research and Development Task Force chaired by Professor Anthony Culyer (Culyer report)*, HM Stationery Office, London
- Rinella, L, 1995, The Use of Medical Practice Guidelines in Medical Malpractice litigation-Should Practice Guidelines Define the Standard of Care, *UMKC Law Review*, vol. 64, pp.337-355
- Rintala, M., 2003, *Creating the National Health Service: Aneurin Bevan and the Medical Lords*, Frank Cass, London
- Risse-Kappen, T., 1994, Ideas do not Float Freely, Transnational Coalitions, Domestic Structures, and the End of the Cold War, *International Organization*, vol. 48, no.2, pp.185-214
- Roemer, M., 1961, Bed Supply and Hospital Utilization: A natural experiment, *Hospitals*, vol.35, pp.36-62
- Roper, W., Winkenwerder W. Hackbarth G, Krakauer H., 1988, Effectiveness in health care: an initiative to evaluate and improve medical practice, *New England Journal of Medicine*, 1988, vol.319, pp.1197-1202
- Rose, R., 1991, What is lesson-drawing, *Journal of Public Policy*, vol.11, pp.3-30
- Rosoff, A.J., 1995, The Role of Clinical Practice Guidelines in Health Care Reform, *Health Matrix*, pp.369-396
- Rosoff, A.J., 2001, Evidence-based medicine and the Law : The Courts Confront Clinical Practice Guidelines, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol.26 no.2, April 2001, pp.327-368
- Sabatier, H.T. and Jenkins-Smith, H.C., 1993, *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalitions Approach*, Westview Press, USA
- Sackett, D., et al., 1997, *Evidence-based medicine : how to practice and teach*

- EBM*, Churchill Livingstone, New York (=1999 久繁哲徳 監訳 『根拠に基づく医療：EBM の実践と教育の方法』 オーシーシー・ジャパン)
- Sackett,D., et al., 2000, *Evidence-based medicine : how to practice and teach EBM 2nd edition*, Churchill Livingstone, Edinburgh
- Saks, M., 1995, *Professional and alternative medicine*, Routledge, UK
- Salter, B., 2004, *The Politics of Medicine*, Palgrave Macmillan, New York
- Scheutzow, S.O., 1999, State Medical Peer Review: High Cost But No Benefit-Is It Time for a Change?, *American Journal of Law& Medicine*, vol.25, pp.7-60
- Skogstad, G., 1998, Ideas, Paradigms and Institutions: Agricultural Exceptionalism in the European Union and the United States, *Governance*, vol.11, no.4, pp.463-490
- Skocpol,T.,1985, Bringing the State Back In: Strategies of Analysis in Current Research, in Evans, P., Rueschemeyer, D. and Skocpol, T.(ed.), 1985, *Bringing the State Back in*, Cambridge University Press, UK
- Skocpol,T., 1996 , *Boomerang : Health Care Reform and the Turn Against Government*, W.W.Norton & Company
- Sheard, S., and Donaldson,Sir L., 2006, *The Nation's Doctor: The role of the Chief Medical Officer 1855-1998*, The Nuffield Trust, UK
- Sheingate, A.D., 2003, Political Entrepreneurship, Institutional and American Political Development, *Studies in American Political Development*, pp.185-203
- Sheldon,T., 1994, The UK Cochrane Centre and the NHS Centre for Reviews and Dissemination: Respective Roles within the Information Systems Strategy of the NHS R&D Programme, Coordination and Principles Underlying Collaboration, *Health Economics*, vol. 3, pp201-203
- Skogstad, G., 1998, Ideas Paradigms and Institution: Agricultural Exceptionalism in the Union and the United States, *Governance*, vol. 11, No.4, pp.463-490
- Smith,R., 1988, The sickening of medical research: multiple diagnoses and tow remedies, *British Medical Journal*, vol. 296, No.6629, pp.1079-80
- Smith , R., 1999, "NICE: a panacea for the NHS?," *British Medical Journal*, 318, 27 March, 1999
- Stacey, M., 1992, *Regulating British Medicine: The General Medical Council*, John Wiley & Sons, UK

- Starr, P., 1982, *The Social Transformation of American Medicine: The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*, Basic Books, USA
- Steffen, M., 1987, The Medical Profession and the State in France, *Journal of Public Policy*, vol. 7, no. 2, pp 189-208
- Steffen M., 2010, Social Health Insurance Systems: What Makes the Difference? The Bismarckian Case in France and Germany, *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, vol. 12, no.1-2, pp.141-161
- Steinmo, S., Thelen, K., and Longstreth, F., 1992, *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, Cambridge University Press
- Stephenson, J., 1997, Revitalized AHCPR pursues Research on Quality, *Journal of American Medical Association(JAMA)*, vol.278, no.19, p.1557
- Streeck,W. and Thelen, K., 2010, *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford
- Streeck,W. and Thelen, K., 2010, Introduction: Institutional Change in Advanced political Economics, in Streeck,W. and Thelen, K., 2010, *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford
- Steslicke, W.E.,1973, *Doctors in Politics: The Political Life of the Japan Medical Association*, Praeger Publishers,USA
- Surel,Y., 2000, The role of cognitive and normative frames in policy-making, *Journal of European Policy*, vol.7, No.4, pp.495-512
- Talbot-Smith, A. and Pollock, A.M., 2006, *The new NHS: A Guide*, Routledge, Oxon
- Thatcher, M., 1993, *The Downing Street years*, HarperCollins, London, New York
(=1993、石塚雅彦訳、『サッチャー回顧録 ダウニング街の日々 (下)』日本経済新聞社)
- Thelen, K. and Steinmo, 1992, Historical Institutionalism in Comparative Politics, in Steinmo, S., Thelen, K. and Longstreth, F., 1992, *Structuring Politics*, Cambridge University Press
- Thelen, K., 2004, *How Institutions Evolve: The Political Economy of Skills in Germany, Britain, the United States, and Japan*, Cambridge University Press, UK
- Thelen, K. and Streeck, W., 2010, *Beyond continuity : institutional change in advanced political economies*, Oxford University Press, New York
- Timmermans, T., and Berg, M., 2003, *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*, Temple University, USA
- Tsebelis, G., 2002, *Veto Players: How Political Institutions Work*, Russel Sage Foundation,

USA

- US Congress, Office of Technology Assessment (OTA), 1994, *Defensive medicine*, July 1994 (OTA-H-602), Washington, D.C.
- Van Waarden, F., and Drahos, M., 2009, Courts and (epistemic) communities in the convergence of competition policies, *Journal of European Public Policy*, vol. 9(6)
- Warden, J., NHS bill to legislate against clinical lapses, *British Medical Journal*, vol. 317, p. 1474
- Weaver, 1986, "Politics of Blame Avoidance", *Journal of Public Policy*, 6 No. 4. PP. 371-98
- Wennberg, John E., 1984, Dealing with medical practice variations: A proposal for action, *Health Affairs* 3(2) pp. 6-32.
- Wennberg, J.A., 1992, AHCPR and the Strategy for Health Care Reform, *Health Affairs*, winter 1992, pp. 67-71
- West, E. and Newton, J., 1997, Clinical guidelines: An ambitious national Strategy, *British Medical Journal*, vol. 315, p. 324
- White, et al., 1994, "letter to the editor", *Spine*, vol. 19 No. 1, pp. 109-110
- WHO, 2000, *World Health Report*
- Widmaier, W., Blyth, M., Seabrooke, L., 2007, Exogenous Shocks or Endogenous Constructions? The Meanings of Wars and Crises, *International Studies Quarterly*, vol. 51, pp. 747-759
- Wilsford, D., 1991, *Doctors and the State: The Politics of Health Care in France and the United States*, Duke University Press, USA
- Wood, B., 2000, *Patient Power? The politics of patients' association in Britain and America*, Open University Press, USA
- Woods, K.L., 1998, Funding changes in NHS research and development, *Current Obstetrics & Gynaecology*, vol. 8, pp. 232-233
- Woolf, S.H., 1990, *Practice Guidelines: A New Reality in Medicine: I. Recent Developments*, *Arhc Intern Med*, vol. 150, pp. 1811-1818
- Woolf, S.H., 1992, *Practice Guidelines: A New Reality in Medicine: II. Methods of Developing Guidelines*, *Arhc Intern Med*, vol. 152, pp. 946-952
- Woolf, S.H., 1993, *Practice Guidelines: A New Reality in Medicine: III. impact on Patient Care*, *Arhc Intern Med*, vol. 153, pp. 2646-2655

Ziegler, J.N., 1997, *Governing Ideas: Strategies for Innovation in France and Germany*, Cornell University Press, Ithaca

秋吉貴雄、2007、『公共政策の変容と政策科学：日米航空輸送産業における2つの規制改革』
有斐閣

天野拓、2006、『現代アメリカの医療政策と専門家集団』、慶應義塾大学出版会

池上直己、2006、『医療問題＜第3版＞』日本経済新聞出版社

池上直己、2010、『医療問題＜第4版＞』日本経済新聞出版社

池上直己、キャンベル、1996、『日本の医療』中央公論社

医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会、2013、『会員加盟制医師組織による専門職
自律の確立－国民に信頼される医療の実現のために』日本学術会議

市野川容孝、2004、「ドイツにおける医療倫理と医療プロフェッション：歴史社会学的考察」
『思想』2005年9月号、pp.109-136、岩波書店

伊藤善典、2006、『ブレア政権の医療福祉改革：市場機能の活用と社会的排除への取り組み』
ミネルヴァ書房、京都

岩本康志、2006、「社会保障の規模拡大は経済に悪影響を与えるのか」『季刊社会保障研究』
42(1)号、pp.2-3

上原鳴夫、2011、「医療の質を高める」矢崎義雄編『医の未来』岩波書店、pp.37-53

内山融、伊藤武、岡山裕（編著）、2012、『専門性の政治学－デモクラシーとの相克と和解』
ミネルヴァ書房

遠藤久夫、2005、「診療報酬制度の理論と実際」遠藤久夫・池上直己編著、2005、『講座 医
療経済・政策学 第2巻 医療保険・診療報酬制度』勁草書房遠藤久夫、池上直己（編
著）、2005、『講座 医療経済・政策学 第2巻 医療保険・診療報酬制度』勁草書
房

大杉覚、1993、「医療行政の再編と健康政策局の組織対応」総務庁長官官房企画課編『社会環
境と行政Ⅲ－新たなる行政システムの構築に向けて』行政管理研究センター、pp.52-73

大杉覚、2002、「利益、公共精神とシステム改革－クリントン医療改革挫折の政治分析にみ
るアメリカ政策過程の展開」『季刊行政管理研究』no.99、2002.9、pp.3-29

- 岡山裕、2012、「専門性研究の再構成」内山融、伊藤武、岡山裕（編著）、2012、『専門性の政治学—デモクラシーとの相克と和解』ミネルヴァ書房
- 大嶽秀夫、1994、『自由主義的改革の事態-1980年代前期の日本政治』中公叢書、東京
- 尾形裕也、2007、「先進諸国の医療保障・提供制度の類型論と制度改革の動向」田中滋、二木立（編著）、2007、『講座 医療経済・政策学 第6巻 医療制度改革の国際比較』勁草書房
- 岡本章、2007、「少子高齢化と国民負担率」、橘木俊詔（編）『政府の大きさと社会保障制度：国民の受益・負担からみた分析と提言』東京大学出版会
- 岡本悦司、2007、「レセプトオンライン化はいかに決定されたか—官邸主導の政策決定過程の研究」『ヘルスサイエンス・ヘルスケア』vol.7、December15,2007、pp.66-77
- 加藤淳子、1991、「政策決定過程研究の理論と実証」『レヴィアサン』8号、木鐸社
- 加藤智章・西田和弘（編）、2013、『世界の医療保障』法律文化社
- 鎌江伊三夫、林良造、城山英明、2013、『医療技術の経済評価と公共政策』じほう
- 川上 武、1965、『現代日本医療史—開業医制の変遷』勁草書房
- 北島多一、1955、『北島多一自傳』北島先生記念事業会
- 行政改革会議事務局 OB 会編、1998、『21 世紀の日本の行政：内閣機能の強化：中央省庁の再編：行政の減量・効率化』行政管理センター
- 木寺元、2012、『地方分権改革の政治学：制度・アイディア・官僚制』有斐閣
- 国京 則幸、2013、「第6章 イギリス」、加藤智章・西田和弘（編）、2013、『世界の医療保障』法律文化社
- 桑島巖、2006、「高血圧」『EBM ジャーナル』vol.7, no.1, pp.46-50
- 健康保険組合連合会、1960、『健康保険組合連合会創立 15 年記念史』健康保険組合連合会：東京
- 健康保険組合連合会、1960、『健保連三十年の歩み』健康保険組合連合会：東京
- 厚生省医務局、1976、『医政百年史』ぎょうせい
- 厚生省厚生科学課、1992-1999、『厚生科学要覧』厚生科学研究所
- 厚生省健康政策局研究開発振興課医療技術情報推進室（監修）、2000、『わかりやすい EBM 講座』厚生科学研究所

厚生省五十年史編集委員会（編）、1988、『厚生省 50 年史』財団法人厚生問題研究

厚生省保険局（編）、1958a、『健康保険三十年史』上巻全国社会保険協会連合会

厚生省保険局（編）、1958b、『健康保険三十年史』下巻、全国社会保険協会連合会

小山路男、1985、『戦後医療保障の証言』総合労働研究所

近藤康史、2006、「比較政治における「アイディアの政治」-政治変化と構成変化-」『年報
政治学：政治学の新潮流-21 世紀の政治学へ向けて』vol.2006（2）、pp.36-59

近藤康史、2008、『個人の連帯－「第三の道」以降の社会民主主義』勁草書房、東京

酒井紀、1997、厚生科学研究費補助金 行政政策研究分野 厚生行政科学研究事業『諸外国
における認定医制度・専門医制度に関する研究』

坂本忠次・住居広士、2006、『介護保険の経済と財政』勁草書房

佐口卓、1982、『医療の社会化（第二版）』勁草書房

サムス、C.F.、2007、『GHQ サムス准将の改革―戦後日本の医療福祉政策の原点』桐書房

渋谷博史、中浜隆、2006、『アメリカの財政と福祉国家 3 アメリカの年金と医療』
日本経済新聞社

島恭彦、池上淳、重森暁、二宮厚美、1982、『臨調と改革：2 年間の記録』青木現代叢書

島崎健治、2005、「わが国の医療保険制度の歴史と展開」遠藤久夫、池上直己（編著）、2005、
『講座 医療経済・政策学 第 2 巻 医療保険・診療報酬制度』勁草書房

島崎謙治、2011、『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会

社会保険診療報酬支払基金、2008、『60 年史』社会保険診療報酬支払基金

新川敏光（編著）、2011、『福祉レジームの収斂と分岐：脱商品化と脱家族化の多様性』
ミネルヴァ書房

菅谷章、1976、『日本医療制度史』原書房

高木安雄、2005、「わが国の診療報酬政策の展開と今日的課題」、遠藤久夫、池上直己（編
著）、2005、『講座 医療経済・政策学 第 2 巻 医療保険・診療報酬制度』勁草書
房

高橋鉦一、1999、「軍医増産の教育社会史：臨時付属医学専門部をめぐって」、青木保ほか
（編）『近代日本文化論 10 戦争と軍隊』岩波書店、pp.182-196

武見太郎、1968、『武見太郎 回想録』日本経済新聞社

- 武見太郎、1979、「医療と法」日本医師会（編）『国民医療年鑑』1979年
- 武見太郎（聞き書き：有岡二郎）、1983、『実録 日本医師会』朝日出版、東京
- 田口富久治、1969、『社会集団の政治機能』未来社、東京
- 田中滋、二木立、2007、『医療制度改革の国際比較』勁草書房
- 田中拓道、2009、「現代福祉国家研究における『政治』概念—1970年代以降の方法の変遷」
『法政理論』41巻2号、pp.14-39、新潟大学人文学部
- 田村二郎、1961a、「制限診療といわれるもの（上）」『週刊社会保障』172巻 pp.31-33
- 田村二郎、1961b、「制限診療といわれるもの（中）」『週刊社会保障』173巻 pp.31-33
- 坪井栄孝、2001、『我が医療革命論』東洋経済新報社
- 坪井栄孝、2004、『改革の時代の医師会とともに：日本医師会長、世界医師会長として』春秋社
- 出川雅彦、2009、『ルポ医療事故』朝日選書
- 徳久恭子、2008、『日本型教育システムの誕生』木鐸社、東京
- 長岡隆一郎、1939、『官僚25年』中央公論社
- 中島明彦、2001、医療供給政策における政策過程の変容—厚生技官の台頭と政策コミュニティの形成、『医療経済研究』vol.9、pp.23-38
- 中橋毅、森本茂人、2008、「わが国ガイドラインの変遷：降圧薬と降圧目標」『血圧』vol.15
no.11, pp.965-968
- 中浜隆、2006、『アメリカの財政と福祉国家7 アメリカの民間医療保険』日本経済新聞社
- 成田至、五十嵐明、1952、「制限診療問題をめぐる抗議と回答」『社会保険旬報』第335号、
pp.9-11
- 二木立、1994、『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房
- 西村浩一、2000、「診療ガイドラインをどう使うか—気管支喘息ガイドライン」『EBMジャーナル』2000年7月号 vol.4、no.4、pp.72-76
- 西村周三、1981、「行政改革と医療費：その効率性・合理性を考える」『社会保険旬報』No.1364
(56.7.11) pp.8-11
- 西村智子、2013、「オランダの医療制度の管理競争と医療技術評価」pp.225-、鎌江伊三夫、林良造、城山英明、2013、『医療技術の経済評価と公共政策』じほう

- 日本医師会創立 50 周年記念事業推進委員会 記念誌編纂部会、1997、『日本医師会創立記念誌－戦後 50 年のあゆみ』社団法人 日本医師会
- 日本医師会総合政策研究機構、1999、『日本の診療ガイドライン整備への基礎研究』日本医師会総合政策研究機構
- 日本工業倶楽部調査課、1926、『健康保険法実施の影響』日本工業倶楽部
- 日本工業倶楽部五十年史編纂委員会、1972、『日本工業倶楽部五十年史』日本工業倶楽部
- 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会（編）、2001、『実地医家のための高血圧診療ガイドライン 2000 年』日本高血圧学会
- ノエル、ゴードン・L.（加我君孝監訳）、2004、『変貌する日本の医学教育：米国医学教育者の提言』金原書房
- 野村拓、1968、『講座医療政策史』医療図書出版
- 野村拓、1972、『講座現代日本の医療政策』医療図書出版
- 野村拓、1976、『医療政策論考 I・II』医療図書出版
- 野村拓、1976、『日本医師会』勁草書房
- 橋本英樹、泉田信行（編）、2011、『医療経済学講義』東京大学出版会
- 長谷川千春、2006、「アメリカの無保険者問題」、渋谷博史、C.ウェザーズ（編）、2006、『アメリカの貧困と福祉』日本経済評論社
- 長谷川千春、2010、『アメリカの医療保障』昭和堂
- 長谷川敏彦、2001、「「医療事故」と「医療の質」をめぐる新たな国際的潮流 米国医学院報告書の衝撃」『病院』60 巻 2 号 2001 年 2 月、pp.117-123
- 福岡政行、村川一郎、谷藤悦史、小林良彰、大谷博愛、中村昭雄、1982、『現代の政治過程』学陽書房、東京
- 早坂茂三、1987、『政治家田中角栄』中央公論社
- 広井良典、1997、『医療保険改革の構想』日本経済新聞社、東京
- 広井良典（編著）、1999、『医療改革とマネジドケア：選択と競争原理の導入』東洋経済新聞社、東京
- 藤垣裕子、2003、『専門知と公共性：科学技術社会論の構築へ向けて』東京大学出版会
- 富士見産婦人科病院被害者同盟／同盟原告団、2010、『富士見産婦人科病院事件：私たちの

30年のたたかい』一葉社

藤本一美、濱賀祐子・末次俊之（訳著）、2007、『資料：戦後米国大統領の「一般教書」』

第4巻「クリントン、ブッシュ・ジュニア」大空社

藤田由紀子、1995、『昭和50年代以降の医療政策の変容』東京大学都市行政研究会

藤田伍一・塩野谷祐一、2000、『先進国の社会保障7 アメリカ』東京大学出版会、東京

毎日新聞医療問題取材班、2003、『医療事故がとまらない』集英社新書

正木朋也、津谷喜一郎、2006、「エビデンスに基づく医療（EBM）の系譜と方向性：保健医療評価に果たすコクラン共同計画の役割と未来」『日本評価研究』第6巻第1号、日本評価学会、pp.3-20

真淵勝、1994、『大蔵省統制の政治経済学』中公叢書

水野肇、2003、『誰も書かなかった日本医師会』草思社

吉村仁さん追悼集刊行会、1988、『吉村仁さん』ぎょうせい

吉原健二、和田努、1999、『日本医療保険制度史』東洋経済新報社

吉原健二、和田努、2008、『日本医療保険制度史[増補改訂版]』東洋経済新報社

李啓充、2000、『アメリカ医療の光と影-医療過誤防止からマネジドケアまで』医学書院

李啓充、2009、『続 アメリカ医療の光と影-医療過誤防止からマネジドケアまで』医学書院

臨時行政調査会 OB 会、1983、『臨調と改革：2年間の記録』文真舎

臨調・行革審 OB 会、1987、『臨調 行革審 行政改革 2000 日の記録』財産法人行政管理研究センター

雑誌等

『医海時報』

『醫時公論』醫時公論社

『医政』日本医師会編

日本医師会編『国民医療年鑑』春秋社

週刊社会保障

社会保険旬報

日本医師会雑誌

日本之医界

『日本保険醫協會會報』 日本保険醫協會

朝日新聞

読売新聞

American Medical News

Boston Globe

Business Insurance

Business Week

British Medical Journal (BMJ)

The Dallas Morning News

The Economist

The Guardian

Evening Standard

Journal of American Medical Association

The Independent

The Independent

M2 Presswire

The New York Times

Press Association

PR newswire Europe

The Time

The Washington Post

卷 末 資 料

インタビュー対象者一覧

名前	所属（インタビュー当時）	インタビュー日
V. T.	Patient and Public Involvement Programme, NICE	2007 年 1 月 6 日
鈴木 博 道	財団法人 国際医学情報センター EBM支援センター 主任研究員	2007 年 12 月 26 日
P. W.	UK Cochrane Centre	2007 年 1 月 12 日
D. I.	Public Affairs Manager, BUPA	2007 年 1 月 16 日
武末 文 男	厚生労働省 医薬食品局 血液対策課 補佐	2007 年 4 月 6 日
U. H.	環境省総合環境政策局 環境保健部長	2007 年 4 月 26 日
久繁 哲 徳	医療テクノロジー・アセスメント研究所 所長	2007 年 4 月 28 日
I. M.	社団法人 全国社会保険協会連合会 理事長	2007 年 5 月 14 日
S. R.	日本医師会総合政策研究機構 研究部長	2008 年 4 月 23 日
中村 十 念	株式会社日本医療総合研究所	2008 年 5 月 22 日
K. S.	財団法人 長寿科学振興財団	2008 年 7 月 5 日
I. T.	国立保健医療科学院 研究情報センター 図書館サービス室長	2008 年 8 月 12 日
T. K.	財団法人 医療関連サービス振興会 理事長	2008 年 8 月 14 日
K. M.	財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 理事長	2008 年 9 月 17 日
岡本 悦	国立保健医療科学院 経営科学部経営管理室 室長	2008 年 10 月 17 日

司		
坪井 栄 孝	(元) 日本医師会会長、財団法人慈山会医学研究所理事長 (坪井病院名誉院長)	2009 年 11 月 24 日
武見 敬 三	元参議院議員、東海大学教授	2011 年 3 月 10 日

注) インタビュー対象者のうち、氏名掲載の許諾を得た方のみ掲載。

米国の医療専門医機構一覧

American Board of Medical Specialists の加入機構

	領 域 名	略 称	設立年	名 称
1*	眼科	ABOP	1917	AB of Ophthalmology
2*	耳鼻咽喉科	ABOTO	1924	AB of Otolaryngology
3*	産婦人科	ABGO	1930	AB of Obstetrics and Gynecology
4*	皮膚科	ABDERM	1932	AB of Dermatology
5	整形外科	ABOS	1935	AB of Orthopedic Surgery
6	小児科	ABP	1935	AB of Pediatrics
7	精神神経科	ABPN	1935	AB of Psychiatry and Neurology
8	放射線科	ABR	1935	AB of Radiology
9	泌尿器科	ABU	1935	AB of Urology
10	内科	ABIM	1936	AB of Internal Medicine
11	病理	ABPATH	1936	AB of Pathology
12	外科	ABS	1937	AB of Surgery
13	脳神経外科	ABNS	1940	AB of Neurological Surgery
14	麻酔科	ABA	1941	AB of Anesthesiology
15	形成外科	ABPS	1941	AB of Plastic Surgery
16	物療医科・リハビリテーション科	ABPMR	1947	AB of Physical Medicine and Rehabilitation
17	大腸肛門科	ABCRS	1949	AB of Colon and Rectal Surgery
18	予防医学科	ABPM	1949	AB of Preventive Medicine

19	家庭医学科	ABFM	1969	AB of Family Medicine
20	アレルギー免疫科	ABAI	1971	AB of Allergy and Immunology
21	核医学科	ABMN	1971	AB of Nuclear medicine
22	胸部外科	ABTS	1971	AB of Thoracic Surgery
23	救急医学科	ABEM	1979	AB of Emergency Medicine
24	臨床遺伝学	ABMG	1991	AB of Medical Genetics

(注) *は、ABMS の創設メンバー

(注) AB =American Board

英国の医学専門領域一覧

専門領域名(2014 年7月現在)
Royal College of Anaesthetists
1 Anaesthetics
Faculty of Intensive Care Medicine
2 Intensive care medicine
College of Emergency Medicine
3 Emergency Medicine
Joint Royal Colleges of Physicians Training Board
4 Acute Internal Medicine
5 Allergy
6 Audio Vestibular Medicine
7 Cardiology
8 Clinical Genetics
9 Clinical Neurophysiology
10 Clinical Pharmacology and therapeutics
11 Dermatology
12 Endocrinology and diabetes mellitus
13 Gastro-enterology
14 General (internal) medicine
15 Genito-urinary medicine
16 Geriatric medicine
17 Haematology
18 Immunology
19 Infectious diseases
20 Medical oncology
21 Medical ophthalmology
22 Neurology
23 Neurology
24 Nuclear medicine
25 Paediatric cardiology
26 Palliative medicine
27 Pharmaceutical medicine
28 Rehabilitation medicine
29 Renal medicine

30	Respiratory medicine
31	Rheumatology
32	Sport and exercise medicine
33	Tropical medicine
Joint Committee on Surgical Training	
34	Cardio-thoracic surgery
35	General Surgery
36	Neurosurgery
37	Oral and maxilla-facial surgery
38	Otolaryngology
39	Pediatric surgery
40	Plastic surgery
41	Trauma and orthopaedic surgery
42	Urology
43	Vascular surgery
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists	
44	Obstetrics and Gynaecology
Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare	
45	Community sexual and reproductive health
Faculty of Occupational medicine	
46	Occupational medicine
Royal College of Ophthalmologists	
47	Ophthalmology
Royal College of Paediatrics and Child Health	
48	Paediatrics
Royal College of Pathologists	
49	Chemical pathology
50	Diagnostic neuropathology
51	Forensic histopathology
52	Histopathology
53	Medical microbiology
54	Medical virology
55	Medical microbiology and virology
56	Paediatric and perinatal pathology
Royal College of Psychiatrists	
57	General psychiatry

58	Child and adolescent psychiatry
59	Forensic psychiatry
60	Old age psychiatry
61	Psychiatry of learning disability
62	Medical psychotherapy
Faculty of Public Health	
63	Public health medicine
Royal College of Radiologists	
64	Clinical oncology
65	Clinical radiology