

## 論文の内容の要旨

論文題目 医療制度改革の比較分析  
ー日本・米国・英国における「標準化」をめぐるー  
氏 名 石垣 千秋

本論は、1990年代から2000年代初頭の先進国における、医療制度改革をめぐる政治を比較の視点から明らかにすることを目的としている。特に医療費の抑制を目的とした医療制度改革が進められる過程で、診療の「標準化」の問題が争点化され、国家が診療ガイドライン策定する（本論の中で「診療ガイドライン政策」という）ことを試行した点に注目して検討を行った。診療ガイドライン政策の成否が、国によってなぜ異なるか、が主な問いである。

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過程で、第一に医療費抑制をめぐる「認識共同体 (epistemic community)」の働きが大きかったことを主張している。本論では、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、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)」という概念を用いている。

だが、科学者による専門家のネットワークを観察の中心に据える、多くの認識共同体論と異なり、医療政策においては、医療専門職 (= 医師) という、特有なアクターがいることを考慮する必要がある。特に、診療ガイドライン政策を検討する場合、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、診療ガイドライン政策は成功には至

らないであろうことは容易に推測される。したがって、第二に 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ことを主張している。すなわち、研究者（大学、民間、政府機関を問わない）により、因果関係について信念を共有されて形成された HS 研究共同体に、専門分化した（サブスペシャリティ）学会をも内包した場合に、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。

つまり、本論が目指すのは、1990 年代から 2000 年代初頭の先進国の医療制度改革の中で、認識共同体内へのプロフェッショナル・オートノミー（医療専門職の自己規制）の内包の有無が、診療ガイドライン政策の成否の決定に、大きく機能したことを明らかにすることである。

本論の概要は次の通りである。まず、第 1 章では、本論の目的、問い、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した。その後、第 2 章では米国の事例、第 3 章では英国の事例、第 4 章では日本の事例を検討し、第 5 章で本論全体の結論について議論している。

第 2 章で分析した米国の事例では、HS 研究共同体がランド研究所、大学の研究者、会計検査院（GAO）等の連邦機関によって形成された。そして、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ていった。また、政治家個人が政策起業家として、政策を推進したことが米国では顕著だった。診療ガイドライン政策は、当初は医学界にも強く支持された政策だった。だが、米国では臓器別、治療法別に専門分化したサブスペシャリティ学会の発言力が強い。ブッシュ政権からクリントン政権に代わった後、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対し、その動きに刺激された、共和党の反対によって、最終的に政策が失敗した。連邦政府による診療ガイドラインの作成は、短期間で中止されることになったのである。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、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ない。

第 3 章で分析した英国の事例では、コクランセンター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、診療基準を作成する動きへとつながり、HS 研究共同体が形成された。英国では、米国の学会の構成と異なり、一つの学会の中に複数の専門分野が存在し、サブスペシャリティ分野も含まれ、学会が専門医を認定する主体となっている。診療ガイドライン政策に対して、学会単位での支持を取り付けることができた。政権交代の中で

も一貫した支持を得られた。英国の診療ガイドライン作成機関（NICE）は、その後も国際的に高い評価を得て、発展を続けている。

第4章で分析した日本の事例では、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の政府機関の研究者による独自の活動は見られなかった。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」の導入が必要であるとする、専門家による検討会の見解を引き出した。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厚生（労働）省が担ってきたが、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。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、当時の与党だった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、診療ガイドラインを作成していた連邦機関は一サブスペシャリティ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（クリアリングハウス）に役割を限定されている。英国では、オックスフォードの研究者らを中心に構成された HS 研究共同体に、主要な医学会（一般医、産婦人科、内科、外科等）が加わり、診療ガイドライン政策が成功した。保守党から労働党に政権が移行した後も、政府の診療ガイドライン政策に対する姿勢は大きく変化しなかった。英国で診療ガイドラインを作成している機関(NICE)は、現在も世界各国から注目を集めている。日本では、診療ガイドライン政策は、当初から導入の困難が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、導入が検討され、厚生（労働）科学研究補助事業で補助を受け、学会による診療ガイドラインの作成が実施された。それら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が検討されたものの、日本医師会の強い反対に遭い、日本医師会の働きかけによって自民党の支持も得られず、データベースの設置にも困難を極めた。厚生（労働）省、日本医師会の双方が妥協点を探った結果、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）に設置された。現在では、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く、日本で作成

された診療ガイドラインの評価は、国際的には高くない。

このように、3か国の事例を質的に分析することにより、診療ガイドライン政策の成否は、HS 研究共同体に、専門分化した（サブスペシャリティ）学会をも内包した場合に成功し、そうでなかった場合には失敗するという本論の仮説を検証した。

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性が高い、医療政策における新しい政治である。医療保障は、特に縮減が難しい分野とされていた。本論では、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。また、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、認識共同体論の発展に貢献した。

また、本論の議論は、2000年代の先進国の医療政策の分析や、医療政策以外でも、不確実性が高い科学技術を分析することにも応用できると考えられる。さらに、本論では対象としなかった国の分析にも応用できると考えられる。

以 上