

と算出される。(Madrick...) こうした利用可能資源の低下によって、保守派の教義はその再考と修正を行うように刺激を受けた、ということだ。

計画や規制を否決すべき多くの徴候や自由市場が問題解決についての優先権を持っていること、があったにもかかわらず、今日の国民保健医療政策に対する主導権は、競争市場または正統派的慣行の勝利を意味していない。競争や民間主導によって、今日の政治的議論や論文は一よく推敲されたのちに一広範囲な支援を喚起しているが、それらは新しい意義を獲得してきた。と言うよりはむしろ、政府から離れたところで、競争は今日、2つまたはそれ以上に入り乱れた連合体によって規制への取り組みが行われる、ということの意味している。

同様に、民間主導は次のようなことを示すものではない。すなわち、多くの財政的変更によって医療アクセスを拡大すること及び、全国民への医療供給に対して、公的権力がよりいそう改良的な行使を行うこと、などに関する政府の介入は終了している、ということを示していない。世紀の転換点において、市場の概念は保健医療サービスの消費と供給をより厳しくコントロールするための同時代的危急性に対して、あまりにも不一致でありすぎる。政治的左派または右派が抱く絶対神への祈願は同時代の政策における複雑性と矛盾する。社会が結合するためのより高い必要条件は、公平と有効性の両目標に置ける相互の依存性に関して、均衡性と中庸性を改良的に研究することであると指摘している。

この両目標をお互いに変換しあう必要があるという認識は、新しい政治的取り組み—それは保健医療政策領域の中心から見て、右及び左からでてくる熱心な功利主義者（プラグマティスト）の参加による新保守主義だが—の基礎を構成するものである。

新保守主義は、防衛費の支出、確信的行動、墮胎などのような重要課題については（意見が）異なるかもしれないが、州の福祉における基本的な外形に対しては協力的である。

彼らはまた、政府と民間のパートナーシップは、成熟経済—低い生産性しか維持できないような産業が雇用の源泉であるという—の複合性をより快適に改革するという目的で再定義されるべきだ、ということに同意している。

経済限界時代において、公平性をテーマとした政治的願望を達成するための挑戦は、“熱中”という名のアーチで覆われている。明確な思想学派の立場を構成する外観は変革に影響を与える政治権力の抑制と複合的な社会問題を処理するために公的な抑制を行うことについての長所（美德）を強調するというものである。今日的な社会と政治の環境にあつて、効果的行動のために必要な合意を確立維持することが困難であることに焦点をあてて、付け加えるなら、新保守主義は多くの問題を解決するために、行政的及び技術的なリーダーシップを長く保ち続ける期間というものが必要である、注意を払うべきだ。この外観は政府の現行政策に対して、鋭くかつ突飛的な行動を短期的に行うことで、良い結果を求めることよりも、むしろ害であるという結論を下すことを、彼らに鼓舞している。

彼らはまた、確信的行動の定量性にもとづく社会集団の中での等価性—それは人類の発展における最良の進路だとされるが—よりも、むしろ、個人の好機や成功の方に、深い忠

誠心を共有している。自己信頼と政府扶助との間のバランスを改善することはもうひとつ別の折り紙付き特徴であり、それは、行動科学的な問題に対して、自己責任が社会や環境への貢献と結びつくことを伴っている。(Steintels...)

1970年代初期にマクロ経済の不調がはじまって以来、供給すべきものや獲得すべきものに深く配慮した結果、ほとんど極端な保守主義（共和党）や自由主義（民主党）保健医療政策にどう取り組むべきかという点での相違点を減少させ不鮮明化したのである。例えば、この集団性は、自由な企業活動への動機付けを行うための広範囲な議会支援—それは保健医療分野の中で構造上、管理上の再生を行うことに強く抵抗するものに打ち勝つための実質的な道具として存在しているが—の中に明らかに現れている。(Battistla..)

功利主義（プラグマティズム）は今日的な保健医療政策立案の主流の中で、精神面に対して優先的姿勢をとる最良の伝達人である、という言葉は、他のどの単語よりももっとよく現している。

保健医療分野がGDPに占める比率は1950年の控えめな4、5%から今日の当惑すべき2倍の高水準へと拡大しているが、その拡大の可能性は、ある種の鍵となる仮説と信念—それらは伝統的な知恵を強制する集合体として構成されているが—を優先的かつ深く信頼することに大部分を依存している。

これらの中には次のようなものがある。第一はバイオメディカルの研究開発に対する集中的かつ大規模な支出には国民の長寿と健康水準を著しく改善するだろうという仮説と信念への信頼である。

第2は、患者ケアの最良の場は病院である。なぜなら最良の技術と医療サービスが集中化しているから、という仮説と信念への信頼である。第3は、医療の専門性は必要であり望ましいことだ。一方、技術的な能力に対する知識が急増し国民の期待も上昇している時代において、GP（一般診療）や家庭医療は時代遅れのものだ、という仮説と信念への信頼である。第4は、医療サービスは消費を制限されるべきである。なぜなら、予防医療や保健医療教育がもたらす未知の必要性や利益に対して、結果的にはうんざりするくらい飽食を味わっているから、という仮説と信念への信頼である。

第5は保健医療サービスに対する政府の役割はハイテク・サービスへの必要資金と消費者の購買力を復活し強化することにとどめるべきだ、という仮説と信念への信頼である。行動が意図に反した結果や失敗をもたらすことで、政策立案者の中に生まれる不満は、こうした信念が、保健医療分野への公的介入の将来に対して、多くの今日的不確実性を生み出すことに寄与していることと一致する。絶えざる進展のシナリオとは反対に、1970年代の間に次のような事実が増加した。すなわち、(1) 保健医療サービス支出に対する好機には限りがなかったこと、(2) ハイテク医療サービスの発達によって、限界社会保障が削減段階に達したこと、(3) ゼネラリストを無視したことで、医療サービスをはじめて受けるときの費用が経済的・人間的言語概念から見て、非常に高コストであったこと、(4) 近代医学の診断や治療が生み出す不注意な医療が病気や生涯の驚くべき大量化に寄

与していること、(5) 病院病床が過剰であること、(6) 医師の供給増化が、診断場所や形態に基因する配分不良の問題解決にはならないこと、(7) 経済と質の目標を達成するために、専門職者の自己規制のみに依存することはあまりにも危険であること、(8) 医療給付に対する非現実的な公的信頼性への高さが、他の手段を用いればより良くなるような多くの社会問題を(全て)医療の問題として特化する結果を生んだこと、そして(9) 巨大な保健医療支出は経済成長にとって障害物であったこと、などである。

保健医療サービスの価値に対する懐疑と幻滅は1970年代初期に、米国及び海外ではじまった高度に批評的な出版物が連続して登場したことで助長された。(Carlson...)

保健医療において顕著な自由主義の多くを、伝統的な知恵から切り離すことに関して、最も可能性が高い論文の例としては、1977年の Daedalus ((訳注)ギリシャ神話に登場するクリートの迷路をつくった、名工匠の名前(ダダラス)) 特別版“善行と悪行：米国の医療：(Doing Better and Feeling Worse:Health in the United States)”—ジョン・H・ノーレス(DR.John.H.Knowles) 著があげられる。

この著作には、政治的及び知的影響力の大きい広範囲の修正主義者が多数、著者として名を連ねている。それらは、デビッド・E・ロジャーズ、ドナルド・S・フレデリクソン、ルイス・トーマス、レニー・フォックスなどである。出版物の寄稿文は合衆国医療システムの業績にもかかわらず物事は近年悪い方向へ向かい、新しい解決策が求められているという常識的な関心事と結びついたものである。一方、彼らとは類似しない見解の擁護者である保健医療政策の新保守主義者は政策の将来に影響を与えるようなある種のより重要な選択と関連しながら、常識的な方向性をもっている。

しかし近年、こうした見地を転換したことで、新保守主義の活動が論理的帰結や可能性を導き出すための外挿法(的推定)を確立することはあっても、それ以上に経験を積むということには少ない。保健医療における新保守主義は、大半の部分が福祉州としての基本目標に身をゆだね、有効性よりも公平性に対する優先権を保持している。

他方、彼らは、資源不足の現実を受け入れ、保健医療サービスや政府の介入を継続的に発展させることと連動した正統派自由主義の教義に対する欠点を認める。

その他に彼らが適用しているものの中では、実用性というものがあり、それは際だって特徴的である。彼らは(保健医療サービスの) 価格を受け入れる可能性を切り開く道を確認する。但し、慎重に特定化した状況下においてのみ受け入れるという条件付きだが。

制限の時代にあって、価値に疑問があるような医療サービスを公的財政が負担することで得られる目的とはいったい何なのか? 適正な技術評価が可能だと仮定すれば、健康増進や費用抑制の観点に立つことから、安全と効能基準に合致したと決定しうるサービスのみ公的財源の支出を限定することまで、両方ともが実用的で望ましいことになるだろう。

(U.S.Congress)

確かに、安全性が証明されていないサービスは、市民の健康を守ることが必須の社会においては、市場性をもちえない。もっとも、効能に疑問があるが無害なサービスは、うま

く市場に残るかもしれないが。そしてまた、連邦や州政府の支出抑制が原因で、低所得者が本質的なサービスへの給付を続けるということは彼らを守っているということにならないのだ。

現在、医学的に価値がなく疑問もあるような行為への給付額は、支出総額のおおむね20%以上だと認められる。(Mitchell...)

また、病院が頻繁に行う多くの医療行為について見ると、外科手術、入院、検査の不適正な提供率は20%~70%の間にある、と研究では一貫して結論づけている。(Beruick...)

量に関する設計図と技法の観点から見た場合新保守主義の欠点は一般的に、代替可能な支出との比較によって保健医療サービスの効果やコストをより良いものに設定する努力に対して指示を与えるという点にある。

あらかじめ知らされた上で意志決定を行うことに関心を抱く彼らは、推進的自助努力によって隠された価値を明らかにすることや保健医療サービスが強い主観性に支えられていることを把握しえないような手法によって、分析がゆがまないことの方を好む。

「欧米の医療政策動向に関する基礎的調査研究」

付録

執筆陣

ゲアリーL.アルブレット Ph.D
イリノイ州立大 教授
(医療政策及び管理学)
公衆衛生学教室

ロバートG.エヴァンス Ph.D
ブリティッシュ・コロンビア州立大 教授
経済学部教授
医療サービス及び政策研究センター

チャールズH.バックストローム Ph.D
ミネソタ州立大教授
政治学部

デイビッド・ファルコン Ph.D
オクラホマ州立大 教授
医療管理学部、医療政策学部
公衆衛生単科大学 教授

モーリスL.バリヤー Ph.D
ブリティッシュ・コロンビア州立大 (カナダ) 教授
ヘルスサービス及び政策研究センター部長

ラシ・フェイン Ph.D
ハーバート医科大学 教授 (医療経済学)
社会医療学部

ロジャーM.バティステラ Ph.D
コーネル大教授 (医療政策・医療管理学)
ヘルスサービス管理に関するスポン・プログラム担当
政策分析・管理学部

ポールJ.フェルドスタイン Ph.D
カリフォルニア州立大アービン校 教授
(医療管理学)
ロバート・ガンビナー講座
経営管理学 (大学院コース)

ロバートJ.ブレンドン Sc.D
ハーバート公衆衛生学教室教授
(医療政策・政治分析学)
ケネディスクール教授

イレナ・フレザー Ph.D
連邦医療政策研究所 部長
医療組織及び環境システム研究センター

ダナ・バー・ブラッドリー Ph.D
ハスカティ州州立大 補助的教授 (老年医学)

ラインC.ハートヴィッグ D.P.H
南ミシシッピ大学
コミュニティーヘルスセンター部長
医療及びスタッフサービス部門

ウィリアムP.ブランドン Ph.D
ハスカティ州州立大 名誉教授 (公共政策)
メトロリナ医療財団

ベティー ヒル Ph.D
アクロン大 助教授
政治科学部
バツテル短期大学 人文学部

モーリヤン・ブロディー Ph.D
ヘンリーJ.カイザーファミリー財団
特別プロジェクト部長/主席研究員

キャスリーンA.ヒンクリー Ph.D
アクロン大 助教授
政治学部
バツテル大単科大学 人文科学部

キース J. ミューラー Ph.D
初ラスカ州立大付属医療センター
郡部医療研究センター部長
予防医学及び社会学的医療部門

ウィリアムW.ラマーズ Ph.D
USC 南カフォルニア大 教授
政治科学部

バリーG.レーベ Ph.D
ミシガン大助教授
公衆衛生学教室及び医療政策・
医療管理部

ドナルドW.テイト Ph.D
ニュージャージー医科大学・付属病院教授
(ヘルスシステム比較論)
ペンシルベニア大付属 レオナルド・デービス
医療経済研究所
補助的主席研究員

レオナルドS.ロビンス Ph.D
ルーズベルト大教授
公的管理プログラム

デベラ J. リプソン NIHSA
アルファセンター 準部長
(ワシントン DC)

デイビッドA.ロシェフォート
ノースウエスタン大教授
政治科学部

セオドルJ.リトマン Ph.D
ミネソタ州立大 教授
医療管理及び医療政策部

フランク J. トンプソン
ネソロックフェー行政政策単科大教授
行政政策大学院学部長
ニューヨーク州立大教授 (アーバニー)

セオドールR.アルマー Ph.D
エール経営管理スクール 教授
(公共政策及び政策管理論)

ジェームス・モローヌ Ph.D
ブラウン大 教授
政治科学部

目次

| | |
|---|-----------------------------------|
| 序章 (ラシ・フェイン) | |
| はじめに (序文) | |
| パート1 保健医療における政治と政策の動向 | 1 |
| 第1章：保健医療における政府と政策の関係 | — 3 |
| — 社会政治学的概観 — | |
| (セオドル J. リトマン) | |
| 第2章：米国ヘルスケアシステムの再生 | (ドナルド W. ライト) — 46 |
| 第3章：米国保健医療政策における交錯状況とその打開策 | (ジェームス A. モース) — 64 |
| 第4章：ヘルスサービスの政策的な経済性 | — 75 |
| — 主として観念論的な見地から見た場合の影響及び新たな 経済実態へのインパクトに関する検証と評価 — | |
| (ロジャー M. バティスラ、協力：ジョン B. オストリック) | |
| パート2：保健医療政策及びその政治的構造 | |
| 第5章：大統領のリーダーシップと保健医療政策 | (ウィリアム W. ラマーズ) |
| 第6章：議会と保健医療政策 | (デビッド・ファルコン、ライン C. ハートウィック) — 135 |
| — 変化なきダイナミックス — | |
| 第7章：保健医療政策発展への挑戦 | (フランク J. トンプソン) — 155 |
| 第8章：保健医療政策における州の役割 | (デブラ J. リブソン) — 176 |
| — これまではプロローグであった？ — | |
| パート3：保健医療政策における世論と提供者団体の役割 | — 199 |
| 第9章：世論と保健医療政策 | (ロバート J. ブレンドン、モリヤン・フレイヤー) — 201 |
| 第10章：規制と国民医療システム再生への要求 | (ポール J. フェルドスタイン) — 220 |
| 第11章：不信感を招く見解：医療提供者団体による戦略的な選択判断 | — 231 |
| (キャスリーン A. ヒンクリ、ベティ・ヒル) | |
| パート4：保健医療政策とその策定プロセス | — 263 |
| 第12章：共同責任とコスト抑制：医療財政における基本的な対立 | — 265 |
| (ロバート G. エヴァンス) | |
| 第13章：ヘルスケアへのサクセス | (イレナ・フレザー) — 306 |

| | |
|--|------|
| 第 14 章：国民健康保険政策（セオドル R. マルマー、モリス L. バリマー） —1990 年代の試みとそれから学ぶべきこと— | |
| 第 15 章：高齢者と保健医療政策（ウィリアム P. ブランドン、ダナ B. ブラッドリー） —高齢化時代の到来— | —323 |
| 第 16 章：保健医療政策と精神医療（ディビッド A. ロシェフォート） | —352 |
| 第 17 章：障害者への保健医療政策（ゲーリー L. アルブレット） | —267 |
| 第 18 章：環境保健医療政策（バリー G. レーバ） | —384 |
| 第 19 章：郡部地方における医療供給体制と財政：その政策と政治 (キース J. ミュラー) | —402 |
| 第 20 章：AIDS 政策（レオカルド S. ロビンス、チャールズ・バックストローム） | —419 |
| エピローグ（終章） 保健医療における政治と政策 —21 世紀へ向けての付加的課題と挑戦への継続性 (レオナルド S. ロビンス) | —439 |
| 〈付録〉 合衆国政府関連保健医療発展史及び画期的な政策の要約ハイライト (セオドル J. リトマン) | —445 |
| 〈関連文献リスト〉 (セオドル J. リトマン) | —473 |
| インデックス索引 | —485 |

研究者あとがき

アメリカ合衆国の公衆衛生、医療管理、経営管理大学院の多くは、医療政策政治学講座を開講しているが、その最も権威あるテキストがデルマー出版社の「保健医療：その政治と政策（第三版）ー保健医療を政治学的に科学するー」であることは、国際学会のメンバーが等しく認めるものである。編者のセオドル・J・リトマン教授（ミネソタ州立大学 医療管理プログラム）とレオナルド・S・ロビンス教授（ルーズベルト大学 公共管理プログラム）は、この分野の国際的権威である。

この本に収録されている各論文は政治と保健医療の役割に関する研究者としては一流のグループによって書かれており、政治と政策の歴史的発展のみならず、保健医療における歴史的背景の中で、公的介入を説明することによって我々の疑問に答えてくれるものである。その価値は、単に個々の論文の総和というより、それ以上のものを持っている。なぜなら、各論文は筆者独自の見解に突き動かされながら展開されており、そうしたスタイルによる影響は決して小さくないからだと考えられる。

実際に各パートの概要はつぎの通りである。

パートⅠ：アメリカ独特の環境をふまえて、保健医療、政府、政治に関する解説や焦点的な手法の起源に触れる。そしてそれを通じた全体的概要が記述されているが、マクロからミクロに至るまで様々な内容となっている。

パートⅡ：連邦政府の行政、立法部門における個々の役割や、州政府の機能と重要政策などに注目した内容である。ただし、政策実施過程や政府の努力などについては触れていない。

パートⅢ：政治過程に影響を与える世論やヘルスケア産業界の動向に焦点を当て、異なる見解や論議の数々は、玉ねぎの皮をひとつひとつはがしていくような手法で検討されている。これによって我々は読者に、抽象から具象へ、理論から実際への推移を提供し、この章が再び読者へ有益性をもたらすものであろう。

パートⅣ：保健医療政策の課題や対象となる国民層に関してのすでに取得した知識を活用しながら、9つの「ケーススタディー」が展開される。そういう読者は特定の課題を検討している他の章だけを読んだ方がいい。

だが、政治や医療の問題、そして保健医療政策に関する相互の関連性を検討することは、(エイズなどの) 特定の課題が持つ範囲を超えて拡大している影響や効果を理解できるという意味がある。

わが国からみた場合の、米国のヘルスシステムは数多くの劇的な変化を成し遂げてきたように思う。最も重要なものとしては、

- ①サービスにかかわる財政と提供の問題を解決するものとしての自由競争市場の拡大への支持、
- ②それとは逆説的だが、メディケアに導入された病因支払いシステムとしての DRG/PPS のように、レーガン政権が実施したヘルスシステム史上、最も侵略的な現制コントロール策、
- ③保健医療における連邦政府の潜在的な主導性を保ちつつ、連邦の会計と予算を削減すること、
- ④クリントン政権の最初の 2 年間に行われた国民医療改革の実現へ向けた国民の悪ふざけぶり
- ⑤1994 年に共和党が両議会の多数はを占めたことによって、過去 60 年間に積み上げてきた社会福祉立法が解体してしまったこと、などである。

アメリカ合衆国の医療政策は、政治過程の一部分としての政界が決定するという傾向を強く持っている。またそうした決定を行うには、保健と医療の相対的な関連性の範囲内にある過程や内容を理解しよう、という方向にもあるといえる。

ところで、保健医療分野の政治に特化した研究を行っている政治科学者の間では、ここ数年保健医療の政治課題について、分析としてもユニークな政治科学的展望がいくつか出ており、それらは鋭い知的討議を伴ったものではないにしても、より深く練られた思索となっている。

例えば、保健医療における政治は、好ましい政治情勢の中で管理運営されるのが普通である。保健医療の概念はポピュラーなものであり、それは健康な人も病気の人も含め全ての国民が、保健医療の促進とその維持のために医学が有効性を発揮するということを確信し、疾病の減少や長寿を可能にする未来型医学の発展を信じるというものである。この結果、保健医療の全分野、特にバイオメディカル研究その医療サービスに対して、強力な財政援助が一般化する。唯一の重大な圧力は、国民が明らかに増税を望まず、国家財政の収支バランスが悪化することも望まない、という財政上の問題だけである。

保健医療と異なり他の分野では、それらが政治の舞台に登場した場合、あまり幸運に恵まれてはいない。例えば、福祉だが、支出についていえば、税金や支出が不利な結果を招く可能性があるからといって反対する国民はあまりいないのだが、そもそも福祉への支出そのものに反対であるという国民が存在していることが重要な部分である。国民は、福祉を受ける一部の人々に怠惰と依存を助長するだけだから、福祉が何かを行うということが、何もしない以上に悪いことだと信じている。

保健医療における政治が、他の分野と同様の形態にあると考えるのは間違いである。

「政治的論争にはおもに3つの形態があり、公的政策の3つのタイプ—分配、調整、再配分—のそれぞれをどのように関連づけるべきかというものである」というロウイの類型論的助言ほど明快に区分されてはいないということがはっきりしている。全ての公的プログラムは、資源の再分配であるが、ほとんどのプログラムが、基本的にはそういう試みのものではない。同様に、政府の全てのプログラムは、市民による最大限の指揮調整機能に依存したものである。にもかかわらず、大半のプログラムは、そうした調整能力を基本的に目的としたものではない。

保健医療の政治は、実施と密接な関係を持ち、潜在的にも理論との関連性が深いものであるにもかかわらず、政治科学の関心分野としては一般的に無視され続けてきた。社会学や経済学とは対照的に、政治科学は、保健医療における政治学に関してほとんど関心を持たず、研究も行ってこなかったことは明らかである。

以上のように改めて考えてみると、わが国の医療政策政治学の研究状況は、極めてお粗末であると言わざるを得ない。「欧米の医療政策動向に関する基礎的調査研究」が、継続的におこなわれ多くの研究者が協力できる体制が確立することを強く希望したい。

分担研究者 小山 秀夫

(国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長)