

【論文】

アメリカ医療政策への一視点

——国民皆保険への道標と医学研究振興政策——

広井良典

要旨

現在アメリカでは“ヘルスケア・クライシス”が深刻化しているが、その際常にまず指摘されるのが、一方における多数の無保険者の存在と、他方における世界最高の医療費の高騰である。その背後にあるのは、医療保険に関して国が介入することに対する基本的な消極姿勢であるが、他面において、アメリカは医学・生命科学研究には莫大な国家予算をつぎ込んできており、現在圧倒的な“医学研究大国”の地位を築いている。本稿では、こうした現状の背後にあるアメリカ医療政策の基本理念を、当該政策を「医療保険政策」と「医学研究振興政策」という2つの観点から、その相互連関に焦点をあてつつ歴史的に概観し、それを日本の場合と比較することを試みる。

前者については、これまで繰り返されてきた国民皆保険の是非をめぐる政策論議を振り返り、なぜ再三の議論の高まりにもかかわらず公的医療保険制度が十分実施されてこなかったかを検討する。後者については、アメリカの医学・生命科学研究振興政策を、戦後アメリカの科学政策の文脈に配慮しつつ3つの時期に分けて考察し、とくに第2次大戦直後の時期に「医療保険制度ではなく医学研究助成に国は力を注

ぐ」との政策決定が行われたこと等に注目する。

以上の2つの観点からの分析を踏まえ、最後にアメリカの医療政策の背後にある基本理念を考察し、日本との比較を行う。

はじめに

筆者は1988年から1990年にかけての2年間ボストンに滞在したが、“医療保障の危機（ヘルスケア・クライシス）”をめぐる問題は文字通り連日新聞やテレビで報道されており、医療問題に関するニュースを聞かない日はないというほどであった。

現在アメリカにおいて「医療保障の危機」が語られるとき、ほとんど枕詞のようにまず最初に指摘される2つの問題がある。ひとつは3,500万人から3,700万人と言われる全くの無保険者の存在であり、いまひとつは世界一と言われる高額な医療費とそれが個人の家計や国の財政に及ぼす圧迫である。後者については、1987年においてアメリカの1人当たり医療費は2,051ドル（約30万円）であり、これは他の先進5カ国（イギリス、フランス、西ドイツ、日本、カナダ）の平均1,033ドルの2倍に及んでおり、またその最近の増加率も他を圧倒している（George J. Schieber and Jean-Pierre Poullier,

“International Health Care Expenditure Trends : 1987”)。

ところが、このように公的部門による医療保障や医療費のコントロールということにはきわめて消極的であるアメリカが、逆に他国に比して圧倒的な力を注いできた分野がある。それは「医学・生命科学研究の振興」政策であり、NIHに代表されるようにアメリカ政府は医学研究に対して莫大な国家予算をつぎ込んで、その結果現在のアメリカは“医学・生命科学研究大国”の地位を不動のものとしている。イギリス、西ドイツ、フランス、日本と比較した場合、医学研究が政府の研究開発予算に占める割合はアメリカが群を抜いて大きく、また、より「科学」としての性格が強い基礎研究分野について見ると、医療分野はアメリカの研究開発予算の中で圧倒的な1位を占めている(表1)。

表1 連邦政府による基礎研究開発資金の分野別割合(1990年度予算)

保健医療	43%
一般科学	23%
宇宙	11%
軍事	8%
エネルギー	6%
農業	4%
その他	5%

(出所: Science and Engineering Indicators)

なぜアメリカの医療政策はこのようなパターンとなったのか。本稿では、アメリカの医療政策を、「医療保険政策」(とくに国民皆保険をめぐる議論の展開)と「医学研究振興政策」という2つの観点から歴史的に分析し(1及び2)、それを通じてアメリカ医療政策の背後にある基本的な理念を日本との比較において考察してみたい(3)。

1. アメリカにおける国民皆保険をめぐる政策の展開

(1) メディケア・メディケイド成立までの歴史的概観

現在アメリカでは後述のように国民皆保険をめぐる議論が高まっているが、アメリカにおける国民皆保険論議は決して最近の現象ではなく、長い歴史がある。アメリカにおいて民間医療保険が発達するようになったのは1930年代頃からであるが、国が医療保険に関する制度を実施すべきとの議論は第1次大戦前からすでに存在していた。この動きはまず州レベルにおいて具体化し、1910年代後半には12の州において医療保険制度に関する法案が議論されている。国レベルにおいては1927年に「医療費問題検討委員会」が8民間財団の援助で設置され具体的な検討が行われた。この最終レポートは1932年10月に発表され、結論的には国民皆保険制度はまだ時期尚早であり当面は民間保険によるべきとの内容となったが、このレポートは医療保険、医療費の問題を政治課題として公的に認知させるのに大きな役割を果たした。

〔社会保障制度の成立と医療保険の位置〕

時はすでに大恐慌に入っており、1933年にF. ルーズベルトが大統領に就任する。翌年ルーズベルトは経済保障委員会を設置して本格的な対応に乗り出すが、これは1935年8月の社会保障法(Social Security Act)となって結実する。ここで成立した社会保障制度は年金、失業保険、児童福祉等をカバーする包括的なものであったが、医療保険制度は議論の末、最終的に含めないものとされた。その背景としては国からの管理統制をきらうアメリカ医師会のきわめて強硬な反対があったこと、委員会自身も医療

保険制度まで含めると制度全体の運営自体が困難になることを危惧したこと、等があげられる。こうして同委員会の提言は「国レベルでの公衆衛生施策をととのえること」、そして「医療保険制度についてはさらに研究検討していくこと」という内容にとどまったのである。そのさい、「医療専門職にとって利益とならないような保険制度は採択しない」との文言が加えられた点も、医師会からの反対が強力であったことを物語っている。

とはいえ、こうして社会保障制度の実現により医療保険制度の問題はより具体的な政治課題となってきて、この時期から第2次大戦にアメリカが突入する1941年までは、医療保険制度についての本格的な議論が高まった最初の時期として位置づけられる。実際、1939年にはニューヨーク州出身の上院議員(ロバート・ワグナー)から連邦政府による医療保険制度をうたった法案が提出されるに至る。この時期になると議論はすでに医療保険制度の必要の是非そのものをこえて、ではどのような医療保険制度なら国が提供可能か、という制度の内容の議論に移っていたのである。しかしこうした議論の高まりも戦争の進展の中で一時中断し、課題は戦後に持ち越されることになった。

〔第2次大戦後の新たな展開〕

こうして第2次大戦後を迎えるのであるが、まずルーズベルトにかわって大統領に就任した同じ民主党のトルーマンが国民皆保険の積極支持を1945年に表明する。他方大西洋を越えた母国イギリスにおいては、国民皆保険を含む医療制度が1946年に成立する。こうしてアメリカにおいても医療保険制度実現に向けての気運は高まり、それは1948年の大統領選での争点のひとつともなった(とくに民主党の共和党に対する

政策の目玉のひとつであった)が、ここでもアメリカ医師会が広範な反対キャンペーンを展開し、結局トルーマン政権を通じて医療保険制度は最後まで実現に至らなかった。このときアメリカ医師会が展開したキャンペーンは「社会化された医療(socialized medicine)」の弊害をうたえ、「政治を医療から排除せよ」とするもので、この方向は基本的に現在に受け継がれている。

もちろんトルーマン政権下でその努力にもかかわらず国民皆保険制度が実現しなかったことには他にも理由がある。第1に民間医療保険の普及の結果、1949年の時点ですでに6,100万人のアメリカ国民が何らかの民間医療保険を有しており、かつ加入率はこの時期急速に増加しており、したがってアメリカの中産階級の間で強制的な国民皆保険に対するニーズはさほど差し迫ったものではなかった点が挙げられる。第2に、トルーマンが掲げたのはきわめて包括的かつ強制加入の保険制度であったが、これに対して任意的な保険制度を主張する反対議員層があり、実際そうした法案も提出され、医療保険制度のありかたをめぐる両者の間で妥協案をみつけるのがきわめて困難であった。最後に、医療保険制度を含め一般に「政府」の介入、役割の増大を警戒するアメリカ(国民)の伝統的な政府に対する見方が根底にあった。これらの要因があいまってトルーマン政権化での国民皆保険制度はついに実現しなかったのである。この後、1952年～60年の共和党アイゼンハワー政権のもとでは、「小さな政府」を理念とする共和党の基本姿勢のなかで医療保険制度問題は明らかに後退し、その再燃には1960年のジョン・F・ケネディの登場を待たなければならなかった。

〔ケネディ時代における前進と停滞〕

現在アメリカにおいて医療保険制度の中核をなしているメディケア・メディケイド制度が1965年（昭和40年）に成立したことは日本でもよく知られているが、ではなぜ他にもなくこの時期にそれが成立したのかについては、必ずしも十分知られていないのではないかと思われる。メディケア・メディケイドの成立に向けての動きが浮上していくのがこの1960年前後の時期であり、それは次のような展開をとった。

アイゼンハワー政権時に国民皆保険論議が一時後退したことは上に触れたが、とはいえ国民の中で民間保険のサービスを構造的に受けにくい層に対する何らかの措置の必要性は強く認識されるようになっていた。すなわちそれは「老人」である。

老人のみを対象とする医療保険制度案が浮上しやすかったのにはいくつかの理由がある。第1に対象者が客観的に限定しやすいということがあった（一定年齢以上）。第2に年金制度という同じ老人対象の大規模な社会保険制度がルーズベルトの時代にすでにでき、かつ軌道に乗っており、同様に医療保険制度についてもその運用可能性について一定の見通しがたてやすかった。第3に、もっとも基本的な理由であるが、公的援助に対するもっとも明白かつ緊急の必要がある層であった。そして、1950年代後半には民間医療保険の成長にもかかわらずこうした老人層が十分カバーされていない、という事実が認識されつつあった。

こうして1957年にロードアイランド州出身の下院議員アイム・フォーランドによって老人を対象にした医療保険案が提出される。これが1965年におけるメディケア法案成立への長い立法過程における、最初の第1歩となった。

ケネディが大統領に当選した1960年はメディケア成立にとっての重要な年であった。ケネディはこのとき共和党の大統領候補ニクソンと大統領選を争ったが、老人向け医療保険制度の問題はすでに争点の1つとなっていた。当時老人医療保険制度についてもっとも実現可能性が高いとされていたのはカー・ミルズ法案というものだったが、ケネディ、ニクソンともにこの案では不十分であるとしてより包括的な制度を提案している。ケネディが提唱したのは国民皆保険制度に近いものであり、ニクソンのものは対象を限定した福祉的な措置のものであった。

選挙はケネディの勝利に終わったが、選挙がきわめて僅差であったことと、上院下院ともにケネディの国民皆保険案に好意的でなかったことで、実現は容易ではなかった。加えてここでもアメリカ医師会の広範な反対キャンペーンがあり、前途は多難に見えた（このときアメリカ医師会が行ったキャンペーンのひとつは、62年5月20日ケネディがニューヨークのマジソンスクエアガーデンにおいて全米の老人団体の大観衆の中で医療保険制度成立に向けての大演説を行ったその翌日に、アメリカ医師会の広報委員長であるエドワード・アニスが観客席に誰もいない同じマジソンスクエアガーデンに一人立ち医療への国家の介入の弊害を切々と訴え、それをアメリカ全土にテレビ放映したというもので、このエピソードは今もアメリカの国民医療保険史上の語り草になっている）。

これらに加え、黒人の公民権運動の高まり、国際緊張の増大など、緊急を要する政治課題が噴出し、国民皆保険問題は後退する。ケネディは1963年11月に暗殺され、実現されなかった医療保険問題は、同じ民主党のジョンソン大統領へとバトンタッチされた。そして、このジョン

ソンのときにメディケア・メディケイドが成立することになる。

〔「偉大なる社会」とメディケア・メディケイドの成立〕

ジョンソンは1963年に副大統領から自動的に大統領に昇格したのであるが、64年の大統領選挙では共和党の候補ゴールドウォーターを圧倒的な差で破り、政策遂行に有利な基礎をつくる。さらにこのとき民主党は上院下院ともに2対1以上の多数派を占めるという、共和党に対する歴史的な優越状態となった。こうして民主党の年来の政策主張でもあった医療保険制度の実現にとってまさに理想的な状況が生まれたのである。ジョンソンは「偉大なる社会 (Great society)」の標語を掲げてアメリカの繁栄の中で取り残されている部分に対する政策を展開しようとした（“貧困に対する戦争”）が、老人医療保険制度はこうした文脈にもかなうものであった。

そしていよいよ議会において老人向け医療保険制度についての議論が展開された（1965年1月から7月）。ジョンソン政権側の案（キング・アンダーソン法案）は、実現可能性を考慮した上で基本的に保険の適用範囲を「病院」に限定するものであった（そのうえ適用期間も入院日数60日までに限られものであった）。医師のサービスにまで保険の範囲を広げると、制度の費用を増大させ、アメリカ医師会の反対を強め、結局実現を困難させてしまう、との現実的な配慮が働いたのである。

これに対してアメリカ医師会や共和党はそれぞれに別の案を提案した。医師会のものは上に触れたカーミルズ案に基づいた、「エルダー（老人）・ケア」と名づけられた案で、強制的な連邦医療保険制度ではなく、対象をしぼったう

えで、医療サービスの適用範囲は広く、病院以外のサービスも含めるのであった（いわば“狭く厚く”という形態）。また保険の遂行主体は国そのものではなく、民間セクターによるものであった。

ここで医師会側にとっては皮肉な展開が生じる。医師会はこのように単に病院だけをカバーする保険では不十分ということとその主張の半面として言っていたわけであるが、その依拠するカー・ミルズ案の生みの親の一人である民主党の下院議員ウィルバー・ミルズが、それではということで、病院サービスにかかる連邦強制保険と、医師サービスにかかる任意的保険の2本立てでいこうという新案を出し、これが多くの支持を得たのである。こうしてアメリカ医師会の戦略的主張は結果的により包括的な老人医療保険制度の成立を促す結果になったのである。こうしてこの2本立て案は最終的に承諾され、現在のメディケア制度におけるパートA、パートBとなったのである。

ジョンソンの地滑りの勝利、議会での民主党の圧倒的優勢、こうした好条件がまさにアメリカにおける初の医療保険制度を成立に至らしめたわけで、もしこのとき（1965年）実現していなかったならばその成立はさらに数十年おくれたのではないかと、との評価がしばしばなされているほどである。

こうして1965年7月30日、ジョンソンは可決されたメディケア法案への署名を行う。トルーマンによって提唱され、ケネディによって推進された、民主党念願の医療保険制度がここに成立したわけである。

〔メディケア・メディケイド以降〕

こうしてきわめて限定された形ではあれ国が医療保障において一定の役割を果たすこととな

ったが、これ以降はメディケア・メディケイド費を含む医療費の増大が問題として大きく浮上していった。1970年代から80年代とりわけ後者のレーガン政権時代は、国が高騰する医療費の増加を抑えるための政策をスタートさせた時期として位置づけられ、具体的には1983年と89年に医療費抑制のための大きな改革が行われた（1983年のものはメディケアのホスピタル・フィーにかかる“DRG”の導入であり、昨年89年のものは同じくメディケアのドクターズ・フィーにかかる“RBRVS”と呼ばれる一種の診療報酬点数表の導入である）。しかし、これらはいくまでメディケア・メディケイドの枠内のものであり、医療保障における国の役割、というものについての抜本的な検討というものではなかった。それが近年、医療費の増大がほとんど許容範囲を越え、かつ無保険者の問題が深刻化する中で、次に見るようにアメリカの医療制度の基本枠組そのものの改革についての議論が高まっている。

(2) 最近の国民皆保険をめぐる議論の展開

〔国民皆保険議論の活発化〕

アメリカでの医療問題に関する中心的な国会議員であるエドワード・ケネディ上院議員は、氏の国民皆保険案（Basic Health Benefits for All Americans）を改めて推進しようとしており、またブッシュ政権におけるサリバン厚生長官は、具体的な支持案は示さないものの何らかの抜本的改革が必要であることを各所で述べ、昨年12月にボストンを訪れた際は「1990年医療保障をめぐる活発な議論が展開される年となる」との発言を行った。さらにアメリカ医師会雑誌の1990年1月5日は特別寄稿として「逃走するアメリカ医療制度にブレーキをかける」

（Applying Brakes to Runaway American Health Care System）と題する論文を掲載したが（筆者はアトランタのピエモント病院・医療センターの医師 Nicholas E. Davies 及び Louis H. Felder の2人）、同論文はブッシュ大統領に医療問題に関する検討委員会の設置を呼びかけ、あわせて国民皆保険の検討を含む具体的な9つの提言（医療技術のコントロール、医師への費用償還システムの改変、国家医療倫理委員会の設置、医療過誤改革、メディケア／メディケイド改革、等）を行った。このように近時、国民皆保険をめぐる議論は明らかに高まりつつあった。

〔「包括的医療検討委員会」の提言〕

こうした状況の中で去る90年3月2日、12人の国会議員と3人のホワイトハウス指名者によって構成される「超党派・包括的医療検討委員会（US Bipartisan Commission on Comprehensive Health Care）」（議長はウエストバージニア選出の民主党上院議員であるジェイ・ロックフェラー。初代委員長であるフロリダ州選出の下院議員、故クロードペッパーにちなんで“ペッパー委員会”と呼ばれている）は、アメリカ医療保険制度の抜本的改革案を発表した。これは文字通りの国民皆保険制度をアメリカに導入しようとするもので、その費用として年間連邦政府が650億ドル、民間雇用者が200億ドルの負担を行うものとされている。委員会は現在のアメリカの医療制度は破局に向かいつつあるとの基本的認識のもとで、以下のような提言を行っている。

- ・ 現行のメディケア制度を拡大し、現在の対象者3,300万人に対しさらに3,700万人の増加を図る。
- ・ 全ての慢性疾患患者及び障害者が、その財

政的条件にかかわらず長期ケアを受けられる政府の制度を創設する。これには3カ月までのナーシングホームケア費を租税を通じてまかなう制度が含まれる。

- ・メディケイド（現在は連邦政府、州政府の共管）を連邦政府管轄の医療制度に移管させる。そのさい、メディケイドの保険金は支払能力に対応したものとす。
- ・100人以上の被用者を有する雇用者が何らかの保険制度を有することを義務づける。そのさい、雇用者の負担部分を拡大する。
- ・民間保険の改革。病歴により保険への加入を制限する現在の仕組みを変更する。

ただし、これは委員会の満場一致によるものではない。副委員長のビル・グラディソン（オハイオ州選出の共和党下院議員）は、現在の危機的状况については委員会の結論と認識を共有するものの、その改革はまったくの新制度を創設することによってではなく現行制度の改善によって対応されるべきものとの反対意見を表明している。

〔提言をめぐる評価と今後の展開〕

本委員会のメンバーの一人でもありまた上院で医療関連法案を担当する労働・人的資源委員会の委員長でもあるエドワード・ケネディ議員は、上述のように年来の国民皆保険主唱者であるが、すでに本提言にもとづく法案の準備を開始しており、委員会でのヒヤリングを踏まえてこの夏頃までに議案を提出したいとの意向を表明している。委員会提言は従来からのケネディ案よりもいっそう包括的なものなので、最終的に十分な妥協の余地もあるとされている。またアメリカで唯一皆保険の制度を州において実施することになったマサチューセッツ州の知事マイケル・デュカキスは、本提言を賞賛し、その

内容は、マサチューセッツのものを反映したものであるとし、「いま医療保険制度に必要なのは州レベルをこえた対応だ」と述べている。

しかし他方でサリバン厚生長官は、本提言は余りにも連邦政府の負担を重くするものであるとし、下院の高齢化問題委員会では「善意が意図せざる結果を招くことに注意しなければならない」と発言している（ここで念頭におかれているのは89年に1年余りで廃止されたカタストロフィック法案のことである）。さらに同長官は本提言がこれから本格化する医療制度改革論議へのひとつの重要な提案であり、行政当局としてはさらに様々な方面から提言がなされていくのを見ていきたいとしている。

行政サイドとしては、ブッシュ大統領によって任命された委員会が今年、医療制度の改革にかかる提言をまとめることとなっている。しかしもし本提言を踏まえての議会の動きが早いペースで展開していけば、行政側すなわちホワイトハウスは論議のイニシアチブを失うのではないかとみられている。いずれにしても、この提言を踏まえての議論がこれから議会において活発化していくのは間違いないと思われる。アメリカの医療保険制度は、今ひとつの大きな曲がり角に立たされているといえよう。

2. アメリカにおける医学・生命科学振興政策

以上のようにアメリカは、公的な医療保険制度の拡大ということについては、論争の長い歴史にもかかわらずきわめて消極的な態度をとり続けてきた。ところが冒頭で触れたように、アメリカは政府の大規模な助成による医学研究の振興ということについては他国にない圧倒的な

重点を置いてきた。なぜそのような政策パターンが形成されたのかを、ここではアメリカの医学・生命科学研究振興政策の展開を追いつつ明らかにしていきたい。

アメリカの保健医療分野における研究開発支出は、1940年において4,500万ドルであったものが1987年においては162億ドルの規模に達している。これは名目で360倍の伸びであり、インフレ率を差し引いた実質においても実に40倍の伸びである。これをその負担者別に内訳を見ると、1940年の時点では産業ないし企業がもっとも大きな担い手であり、全体の55%を占めていた。非営利団体（財団など）がこれに続き、政府の割合はもっとも小さく6.7%に過ぎなかった。

ところが1987年においては逆に政府がもっとも大きな研究開発の支え手となり、全体の54%を占めている。とくに連邦政府（国）についてその歴史的推移を見ると、その予算は第2次世界大戦を契機として急激に伸び、1965年には全体の62%というピークに達している。その後、大きくは漸減を続け、現在(87年)の47%となっている。保健医療分野での研究費総額が上に示したような大幅な増大を見たことを考えれば、この間政府の研究助成費がいかに拡大したかは多言を要しないところであろう（表2参照）。

表2 連邦政府による保健医療分野における研究開発費の実質伸び率（前年比 %）

1940年	—	81年	-7
50	30	82	-4
55	11	83	4
60	26	84	9
65	18	85	8
70	2	86	-3
75	4	87	6
80	3		

（出典：NIH Data Book）

このような変化の背後には、当然様々な政策決定や社会的、政治的な要因が複合的に働いているはずである。ここでは、戦後のアメリカの医学・生命科学研究振興政策の歴史を便宜上次の3つの時期に分け、先の医療保険政策との相関に注意しながら見ていきたい。

	保健医療研究費の年平均実質伸び率	
	全体	連邦政府
第1期（1950-1965） 急速な増加の時代	16.0%	18.0%
第2期（1966-1982） 増加の鈍化の時代	3.2%	2.1%
第3期（1983-1987） 増加の回復の時代	7.2%	5.0%

（1）第1期（1950-1965）——急速な増加の時代

この時期はアメリカの医学・生命科学研究費が急激に増大していった時代として把握される。研究費の総額は1.6億ドルから18.8億ドルへと11.7倍の増加を示し、実質に換算してもなお8.8倍もの急増であった。とりわけ連邦政府の予算は名目で15.9倍、実質で12.0倍という飛躍的なものであった。このような変化はなぜ生じたのであろうか。

こうした大きな変化を基本的に方向づけたのは、第2次対戦下において科学技術がアメリカで戦略的にきわめて大きな役割を果たしたという事実であった。1940年夏、もとMITの学部長で当時カーネギー・インスティテュートの学長であり、政府の科学技術政策に大きな影響力をもっていたバネバー・ブッシュが、ルーズベルト大統領に対し、大学での科学技術研究が外見上の非実用的性格にかかわらず新しい軍事技術の開発のためにきわめて有効であることを訴える。これは国家軍事研究委員会、さらに翌年の科学研究所（OSRD）の設置となって結

晶し、これらは戦時下におけるアメリカの科学技術政策の決定機関として中核的な機能を果たすこととなり、MITのRadiation Laboratoryで有名なレーダー研究、そしてロス・アラモスでの原子爆弾の開発を導くことになる。こと医療に関してはOSRDの中の医学研究委員会(CMR)が戦時下の医学研究を先導した。

この延長戦上に戦後アメリカの研究振興政策は展開していくことになるのであるが、その基本路線を描いたのが、ブッシュが1945年に発表した「科学 その終わりなきフロンティア (Science: The Endless Frontier)」との著名な大統領宛レポートであった(これはアメリカの科学政策史上の記念碑的な文書とされている)。ここでブッシュは科学技術こそが国家の経済的繁栄や安全保障においてもっとも本質的な役割を果たすことを説くのであるが、同時に「疾病に対する戦争(war against disease)」を重要な課題として挙げ、戦時下における急速な医療技術の進歩及びそれによる伝染病等の発生率の急減が、それ以前の基礎的研究の長年にわたる蓄積のうえに初めて可能であったことを指摘しつつ、政府による生命科学・医療分野での研究開発への支援がアメリカ国民の健康水準の向上に大きく寄与していくことを訴えたのである。

しかし同時にここにはひとつの大きな選択がひそんでいた。“国民の健康水準の向上”の達成は、医療保険の制度を充実させ、国民の誰もがその経済状態のいかんにかかわらず医療サービスを受けられるような制度——その典型が国民皆保険制度である——を作ることによっても別の意味で可能なはずだからである。

しかしアメリカはこの道をとらなかった。なぜなら先に述べたようにこの時代、アメリカは

トルーマン大統領の国民皆保険制度支持にもかかわらず、アメリカ医師会の強硬な反対や、国民の間での政府の介入の増大に対する警戒から、公的医療保険制度の成立を拒んだからである。そしてそのオルタナティブとして政府は別の仕方でも、すなわち医学研究への助成を急増させるというかたちで、“国民の健康水準の向上”のための政策を選んだのである。これはアメリカ医師会をはじめ医療関係者にとっては、もっとも政府による“介入”が少ない方式であり、その方向ははっきりと支持された。

この歴史的な選択により、これ以降議会は医学・生命科学にきわめて好意的な姿勢を示し、積極的に予算を配分していく。1930年に設置されていたNIHは、1937年にNational Cancer Actによって設置されていた国立がん研究所(NCI)を既に傘下に収めていたが(1944年)、戦後さらに拡大していき、1948年には新設の国立心臓研究所(NHI)及び国立歯科研究所(NIDR)を加え、翌年にはさらに国立精神保健研究所(NIMH)が、続く50年には国立神経・盲研究所(NINDB)が加わり、この後もさらに拡大していった。また戦時中まではNIHはその内部での研究を主としていたが、戦後は大学等への助成金を通じての委託研究を積極的に行うようになっていった。

NIHの各機関はその名称からわかるように「疾病別」の編成となっており、したがって他分野の基礎研究に比べ、研究とその具体的目標ないし成果(当該疾病の治療、撲滅)のつながりが見えやすい。これは患者団体などからの具体的要望を受けやすい国会議員からすれば他の研究分野に比べその分優先性が高くなりがちであり、実際NIHの予算については若干の例外的な年を除き常に議会の認めた額のほうが行政

サイドからの要求額を上回るという、防衛費の場合とは対照的なパターンが当初より現在に至るまで続いている。

(2) 第2期(1966-1982)——増加の鈍化の時代

上記のように戦後飛躍的な増加をみたアメリカの医学・生命科学研究助成費であったが、60年代の前半には予算当局や議会の中にはそうした大規模な支出を今後とも増大させつづけていくこと、とりわけそうした研究支出の実質的な見返りないし成果に対し疑念を抱く者が現れるようになった。経済成長率の鈍化を考えてもこれは当然のことであった。時のジョンソン大統領は、それまで保健医療研究分野に連邦政府は大幅な投資を行ってきたが、そろそろその成果が具体的に国民に還元されるべき時期であり、そうでないのであれば、政府はより直接的な形で国民の医療へのアクセスが容易になるような方策を進めていくべきだ、との政策態度を示すようになる。そのひとつの現れが1965年に法制化された地域医療プログラム (Regional Medical Program) であり、その一つの眼目は、医学研究の成果を中心的な研究機関から地域の医療施設へと迅速に拡散・普及させることにあった。

また、上述のようにトルーマン以来民主党の政策課題であった公的医療保険制度が、1965年に妥協的な要素を多分に含むとはいえともかくメディケア・メディケイドというたかちで実現する。このことは、連邦政府の医療分野への支出が医学「研究」から医療「サービス」へと相対的な比重を移すことを意味した。

1955年から1968まで NIH の長官を務め、NIH 史に残る大きな影響力を持ったジェームズ・ジャンソンは、退官数年後に上院で発言を行

った際、議会がメディケア・メディケイドの運営に大きな関心を注ぎその費用が膨張していくにつれて、研究に対する援助が削減されていくのではないかとの危惧を表明している。特に彼が懸念したのは、医療保険制度の充実のほうにより具体的な成果が見えやすいために、国会議員としては選挙民の要請に答えるためにもそちらのほうを優先し、短期的な効果は見えにくい長期的には国民の医療水準を決定する要因となる医学・生命科学研究への助成を後回しにするのではないか、という点であった。実際、連邦政府の(医療保険等を含めた)医療に関する全支出に対する研究開発費の割合をみるならば、メディケア・メディケイドの成立後研究開発費の割合は漸減しているのが見て取れる(表3)。

表3 連邦政府の医療関連全支出に対する研究開発費の割合の年次推移

	連邦政府支出 (百万ドル)		
	保健医療分野での研究開発費 (A)	医療に関する全支出 (B)	A/B (%)
1965	1,174	5,625	21.0
1975	2,832	37,079	7.6
1985	4,723	65,762	7.2
1986	6,895	126,622	5.5
1987 (推計)	7,640	142,700	5.4

(出典: Health Care Financing Review, NIH Data Book)

もちろん、この第2期も連邦政府の医学・生命科学研究費は実質で年平均3.2%の増加を続けているのであるから研究費が減少傾向に転じたというわけではない。しかしこうした研究費の“低成長”期を迎えた結果、おのずとそれをどう「配分」するかの問題が全面に浮かび上がってくるようになっていった。

1971年、ニクソン大統領は「がんとの戦争

(war on cancer)」を宣言し、NIH 中の国立がん研究所への大幅助成増を指示する。この結果、同研究所への予算は1971年には1.7億ドル、翌年には4.0億ドルと激増し、76年には全 NIH 予算の3分の1以上を占めるに至る。また、これと同時に国立がん研究所の制度上の地位も変わり、その所長は大統領の指名するところとなり、またその予算要求は NIH あるいは保健福祉省による改変をへることなくホワイトハウス直属の予算局 (OMB) においてチェックされることとなった。

医学研究費低成長の時代にあつて国立がん研究所のこうした大幅予算増は当然他の研究関連機関の予算減という対価をともなつてなされた。そのため NIH の他の機関は、がん研究の具体的成果の見通しがきわめて不確実なものであること、また国立がん研究所での狭義のがん研究に予算を集中するよりも幅広い基礎医学・生物研究を基盤強化したほうがかえつてがん発生の機構解明に結びつく可能性が高いこと、等を挙げて、国立がん研究所への重点配分に強く反対した。この訴えは結局功を奏し、その後 NIH 全体の研究補助費に占める国立がん研究所の割合は現在に至るまで低下傾向を続けている。

(3) 第3期(1983-1987)——増加の回復の時代

医学研究振興は1980年代に入って再びその増加率を高めることになる。これは時の大統領レーガンが基礎研究の充実に大きな力を注いだこと、またインフレが収束し経済も着実に成長していったこと等がその大きな理由である。同時に医学研究の第1の担い手たる NIH の研究政策にも質的な変化がみられた。というのも第2期における上記のような予算的制約に直面した

NIH は、低成長時代に対応した新たな研究戦略を模索するに至ったからである。NIH が採った戦略の第1は、研究開発において政府が果たすべき本来の役割である「基礎研究」分野への重点予算配分である。この結果、1970年においては NIH の予算中基礎研究にあてられていたものは44%であったものが、1987年には60%にまで増大するに至った（逆に応用研究は39%から30%へ、開発研究は11%から9%へと減少をみた。表4参照）。

表4 NIHの研究費の性格別年次推移(%)

	基礎研究	応用研究	開発研究
1970	50.9	38.5	10.6
1975	44.1	41.3	14.7
1980	51.6	36.0	12.4
1986	62.3	29.4	8.3
1987	61.1	29.7	9.2

(出典：NIH Data Book)

NIH の第2の戦略は、内部機関での研究に対する外部委託研究 (extramural research) の割合を増やし、これにより限られた予算の中での研究支援の実質的な効率化を図ることであった。実際、1977年から1986年にかけて、研究補助金による外部研究の割合は56%から70%へと増加している。同時に NIH は予算の範囲内でできるだけ数多くの研究者を支援するという方策を採ったため、委託研究件数は同時期に15,300件から23,622件へと50%の増加を示している。

他方において、アメリカ政府は応用・開発的研究の振興政策にも力を注ぎ始め——この背後にはアメリカの経済競争力の低下への憂慮が働いている——、それは1985年からスタートした NSF (全米科学財団) 助成による「工学研究センター・プログラム」に基づく産官学共同の推

進（例；MITにおけるバイオテクノロジー・プロセス・エンジニアリング・センター）や1986年の技術移転法（Technology Transfer Act。NIHなど国立研究機関から民間企業への研究成果の移転をはかるもの）の成立に表れている。全体として、1983年から88年にかけての時期を見ると連邦政府による医学研究予算は年平均実質5.0%の伸びを示しているが、この傾向が続くとすれば、アメリカが今後も当分世界最大の“医学・生命科学研究大国”であり続けることはまず間違いない。

3. 日本との比較

以上アメリカの医療政策を医療保険に関する側面と医学研究振興に関する側面の2つの観点から見てきたが、これらは日本と比べてみるとどのような特徴を持っているといえるだろうか。

アメリカが、公的な医療保険制度の充実よりも医学研究の振興に力を注いできたのとほとんど対照的に、日本の場合はその政策のほとんどの関心を、国民すべてをカバーする医療保険制度の実現とその整備、さらには制度間の公平に向けてきたといえる。

そこにあるのは、単なる医療における政策の違いというより、国の果たすべき役割というものについての、さらには「自由」と「平等」という理念の間のバランスについての、ほとんど根本的な考え方の違いであると言えるのではなからうか。すなわちアメリカは、“国民誰もがその経済的状态に関わらず医療サービスを受けられる”といったこと、すなわち「平等」や「公平」の理念よりも、まず“世界最高の医学をアメリカにおいて実現すること”に意を注い

できたのであり、現実にその“恩恵”，すなわちそうした医療へのアクセスを各人が受けられるか否かについては、もっぱら個人の自助努力——民間保険への加入を含めて——に委ねてきたのである。

このきわめて大きな基本姿勢の違いをごく簡単にまとめるとすれば、それは次の表のような対比となるだろう。

日米の医療政策の比較

	アメリカ	日本
基本理念	自由 卓越性（エクセレンス）の追求	平等，公平
一次的目標	最高の医学の実現	医療サービスへの国民のアクセスの保証
具体的政策	医学・生命科学研究への大規模な助成 最小限の公的保険制度	国民皆保険制度の実現
現在の問題点	医療費の高騰（世界最高） 多数の無保険者の存在	医療費の増加（特に高齢化との関係） 基礎研究の弱さ

日本において何よりも公的保険制度の充実に力が注がれてきたことは決して誤りではなかったと筆者は考える。このことは現在のアメリカの医療をめぐる状況を見ればはっきりすることである。しかし、同時にまた日本において基礎研究を中心とした生命科学の振興が余りにも軽視されてきたことは否定できず、他国での基礎研究の成果をもとに“商業的な見返り”の大きい開発研究ばかりに専念している、という日本に対する“基礎研究ただ乗り論”がアメリカ、ヨーロッパを問わず強まっているのは謙虚に受け止めるべきだと思う。医療保険制度との十分

なバランスを考えつつ、これまで軽視されてきた研究振興政策をどう見直していくかということが、日本にとっての今後のもっとも大きな課題ではなかろうか。

参考文献

本文中で言及したもののほか、

- Burger, Edward J. *Science at the White House*. Baltimore : The Johns Hopkins University Press, 1980.
- Dickeson, David. *The New Politics of Science*. New York : Pantheon Books, 1984.
- Fein, Rashi. *Medical Care, Medical Costs*. Cambridge, Harvard University Press, 1989.
- Ginzberg, Eli & Dutka, Anna B. *The Financing of Biomedical Research*. Baltimore : The Johns Hopkins University Press, 1989.
- Wechsler, Henry & Lamont, Ronald & Cahill, George F. eds. *The Social Context of Medical Research*. Cambridge : Ballinger Publishing Company, 1981.
- Smith, Bruce L. R. *American Science Policy since World War II*. Washington D. C. : The Brookings Institution, 1990.
- Starr, Paul. *The Social Transformation of American Medicine*. New York : Basic Books, 1982.
- Strickland, Stephen. *Politics, Science, and Dread Disease*. Cambridge : Harvard University Press, 1972.
- Strickland, Stephen. *Research and Health of Americans*. Lexington : Lexington Books.
- (ひろい・よしのり 厚生省保険局医療課企画法令係長；前マサチューセッツ工科大学大学院生)