

アメリカの医療政策と医学研究振興政策

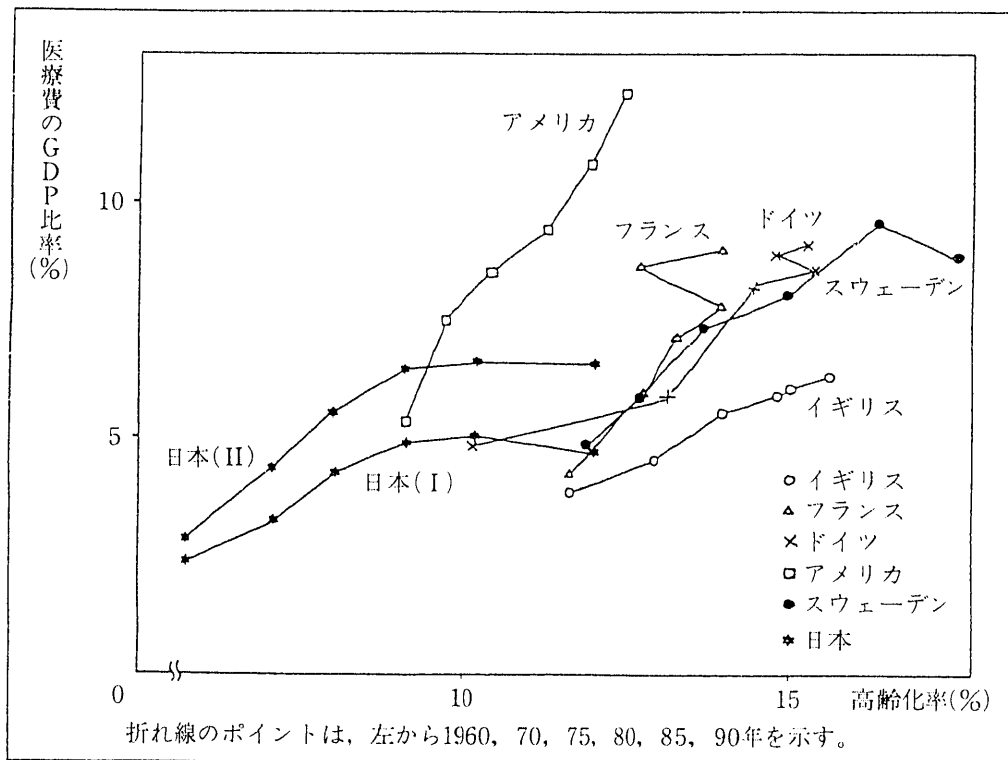
——日本は何を学ぶか——

広井良典

はじめに：もうひとつのアメリカ医療政策

昨今、クリントン大統領による医療保険改革案の動向を中心に、アメリカにおける医療政策について論じられる機会が増えているが、それ

らの多くは「ヘルスケア・クライシス（医療保障の危機）」という言葉が象徴するように“3,700万人もの無保険者を抱えつつ、なお世界最高の医療費の高騰に苦悩する国”というネガティブなものである。実際、医療費の対GDP比で比較するとアメリカの医療費の高さは（図1）にみられるように先進諸国の中で際立っており、少なく



出所：OECDデータ（*Health Care Financing Review*, Summer 1992）。
注：日本（I）はわが国で発表されている「国民医療費」（厚生省統計情報部）の医療費データを用いたものであり、日本（II）はOECDデータにおける日本の医療費データを用いたもので、「医療費」の範囲について他国との一定の調整が行われている。

図1 高齢化率と医療費水準の相関関係の国際比較（1960～90年）

とも“できる限り効率的な方法で国民に医療へのアクセスを保障する”という観点からはアメリカの医療政策は危機的な状況に瀕しているといえる。

しかし視点を転じて、(高価な医療費を負担できる資力があるという前提のもとで)提供される「医療サービスの質」や医療技術の水準そのものに着目するならば、アメリカの医療が“世界最高”水準のものであることを否定する人は少ないであろう。患者当たりスタッフ数や病室環境等といった面における質の高さについてはアメリカの病院を訪れてみれば一目瞭然のことであるし、特に医療技術ないし医学という点についてみれば、例えばノーベル医学・生理学賞の受賞者は今世紀、特に第2次大戦以降、圧倒的にアメリカ人によって占められており(表1)、アメリカの医学が世界をリードし、同時に日本の医学を根本において方向づけてきたのは事実である。アメリカはNIH(国立保健研究所)に象徴される圧倒的な「医学研究大国」として、現在なお各国から医学・生命科学研究者を吸引する存在であり続けている。そして近年では、生命科学の飛躍的革新ががんを含む慢性疾患の遺伝子レベルを通じた診断・治療に新たな可能性を開く中で、ヒトの遺伝子構造の解明を目指

表1 ノーベル医学・生理学賞受賞者数・各国別

年 代	ドイツ	アメリカ	イギリス	フランス	その他	合計
1901~20	4	1	1	3	10	19
21~40	4	4	5	1	10	24
41~60	1	19	5	0	11	36
61~80	2	30	8	4	8	51
81~88	1	9	3	0	5	18

注：同賞を受けた唯一の日本人である利根川進(MIT)は1987年のアメリカにカウントされている。

出所：Nobel Foundation Directory.

す「ヒト・ゲノム解析計画」が展開されつつある。

一方における「最高の医学医療」と、他方で医療費の高騰・多くの無保険者に象徴される「ヘルスケア・クライシス」。本稿では、こうした一見パラドックスとも映るアメリカ医療の現状をもたらしたアメリカ医療政策の基本理念を、戦後アメリカの「医学研究振興政策(biomedical research policy)」をその「医療保険政策(health insurance policy)」と対照させつつ歴史的に振り返る中で明らかにし、これらを通じて日本の今後の医療政策の課題について若干の考察を行ってみたい。

1. アメリカの医学研究振興政策 —「医学研究大国」への選択

アメリカの医療は、医療保険制度あるいは医療「保障」という側面から見ると、先進諸国の中できわめて不十分なものであるが、アメリカが医療に関する分野で明らかに大きな力を注ぎ、圧倒的に世界をリードする成果を生み出してきた分野がある。それが「医学研究(広く生命科学を含む)」の振興である。

他の先進諸国に比してアメリカ政府は医学研究の振興に絶大な重点を置き、予算を投じてきた。イギリス、西ドイツ、フランス、日本と比べた場合、医学研究が政府の科学技術振興予算に占める割合はアメリカが群を抜いて大きく、それは軍事研究予算に次いで2番目の位置を占めている。また、より「サイエンス」としての性格が強い基礎研究分野に注目すると、保健医療分野が以下のように圧倒的な1位を占めている(表2)。

なぜアメリカがこのように「医学研究」の振

表2 連邦政府による基礎研究開発資金の分野別割合 (1992年度予算)

保健医療	41%
一般科学	21%
宇宙	13%
軍事	8%
エネルギー	7%
農業	4%
その他	6%

出所：NSB, Science and Engineering Indicators 1991

興については大きな力を注いできたのかを明らかにするためには、戦後アメリカの医学・生命科学振興政策を歴史的に振り返ってみる必要がある。

(1)第1期 (1950～64年)

＜急速な増加の時代；医学研究支援の飛躍的拡大と「国民皆保険」構想の後退＞

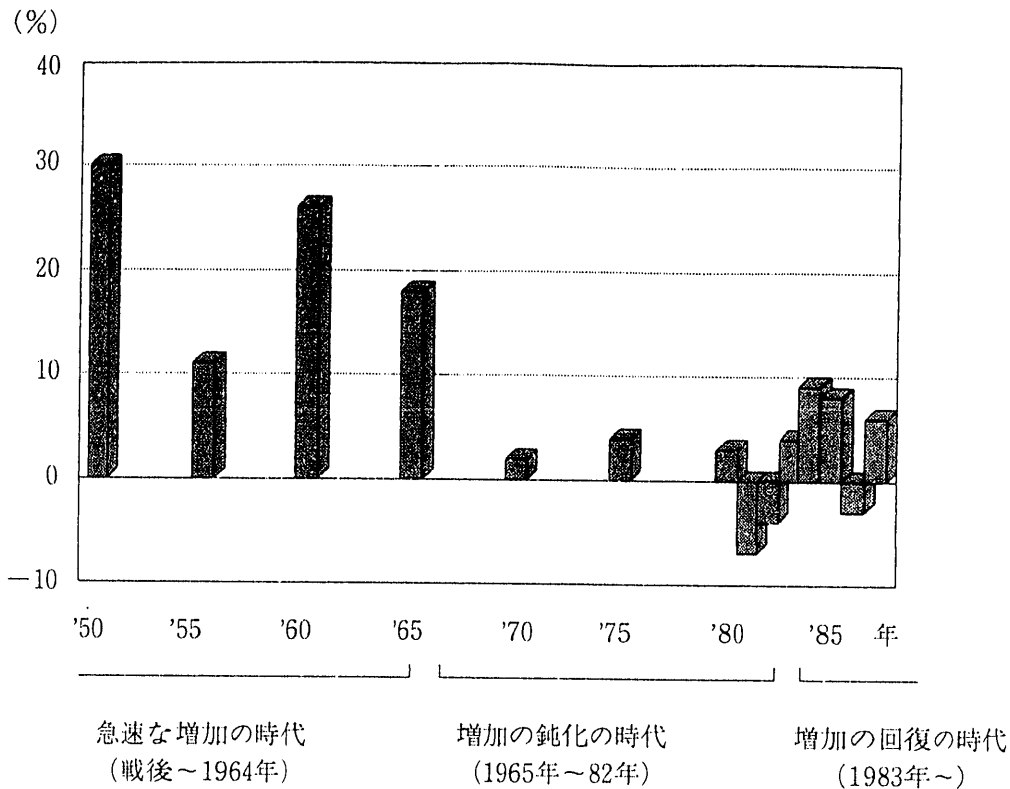
アメリカの医学研究に関する政策パターンは、基本的に第2次大戦直後の時期にその基本路線が敷かれたものである。こうした大きな変化を基本的に方向づけたのは、第2次大戦下において科学技術がアメリカにおいて戦略的にきわめて大きな役割を果たしたという事実であった。1940年夏、もとMITの副学長で当時カーネギー・インスティテュートの学長であり、政府の科学技術政策に大きな影響をもっていたバネバー・ブッシュが、ルーズベルト大統領に対し、大学での科学技術研究が外見上の非実用性にかかわらず新しい軍事技術の開発のためにきわめて有効であることを訴える。これは同年の国家軍事研究委員会、さらに翌年の科学研究開発室(OSRD)の設置となって実現し、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枢的な機能を果たすこととなり、MIT

のラジエーション・ラボラトリーでのレーダー研究、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。

この延長線上に戦後アメリカの科学政策は展開していくことになるが、その基本路線を描いたのがバネバー・ブッシュが1945年に発表した「科学 その終わりのなきフロンティア(Science; the Endless Frontier)」という大統領宛レポートであった(これはアメリカの科学技術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研究こそが国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とともに、「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やそれによる伝染病の発生率の急減は、それまでの基礎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、政府による医療分野での研究への支援が、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”の達成というゴールは、「医療保険」の制度を充実させ、国民が誰でもその経済状態いかんにかかわらず安い費用で医療サービスが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後者の道をとらなかった。なぜならこの時代、アメリカはトルーマン大統領の“国民皆保険構想”にもかかわらず、国民の間での政府の介入の増大に対する警戒や、“医療の社会化(socialized medicine)”へ



出所：NIH Data Book より作成

図2 連邦政府の医学・生命科学開発予算の対前年伸び率 (実質, %)

のアメリカ医師会の強硬な反対から、公的な医療保険制度の成立を拒んだからである。そしてその分、政府は別の仕方で、すなわち医学研究への支援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。これはアメリカ医師会をはじめ医療関係者にとっては明らかに政府による“介入”が少ないやり方であり、その方向ははっきりと支持された¹⁾。

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(国立保健研究所)は、1937年に作られていた国立がん研究所をすでに傘下に収めていたが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および国立歯科研

究所を加えて巨大化し、さらに以後ますます拡大していった。こうしてNIHは現在押しも押されぬ世界最高の医学・生命科学分野の研究機関となっており、多くのノーベル賞受賞者を輩出している。これらの研究機関を中心に、1950年から1965年の間、アメリカ連邦政府による医学研究振興費は実費で毎年平均18%の増という大幅な増加を示し、ここに“医学研究王国アメリカ”が生まれたのである(図2)。

(2)第2期(1965～82年)

〈増加の鈍化の時代；メディケア・メディケイドの成立と基礎研究の後退〉

しかし1960年代に入った頃から、そうした大幅な医学研究予算の増大に対し、果たしてその

見返り、すなわち具体的な成果は十分あがっているのかという疑問が出されるようになった。加えて、ケネディ暗殺後の1964年に地滑りの勝利で大統領選挙に勝ったジョンソンは、医学研究の振興よりもより現実的な施策、すなわち公的医療保険制度の充実に関心を向けたため、研究費の増大はこのころから鈍化することとなる。実際、メディケア・メディケイドが成立し、それが政府の医療関連予算の大きな部分を占めるようになったから、相対的な医学研究費の比重は低下せざるを得なかった。

1955年から1968年まで 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・シャノンは、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、医学研究に対する援助が削減されていくのではないかと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がある意味で具体的な成果が見えやすいため、議員としては選挙民の要請に応えるためにもそちらの方を優先し、その結果、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 research への助成を後回しにするのではないかと、という点であった。

なるほどこの時期も連邦政府の医学・生命科学 research 費は実質で年平均2.1%の増加を続けているから研究費が減少傾向に転じたというわけではないが、こうした研究費の“低成長”時代を迎えた結果、自ずとそれをどう「配分」するかの問題が前面に浮かび上がってくるようになっていく。

1971年、ニクソン大統領は「がんと戦争 (war on cancer)」を宣言し、“がん十字軍

(Cancer Crusade)”のキャッチフレーズのもと、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4.0億ドルと急増し、76年には全 NIH 予算の3分の1以上を占めるに至った。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、がん研究の具体的な成果の見通しがきわめて不確実なものであること、また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・生物学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 (1975年の33パーセントから86年には23パーセントまで低下)。

(3)第3期 (1983~89年)

〈増加の回復の時代；医療費適正化政策の本格化と基礎研究の重点化〉

その後医学研究振興は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、医療保険政策については83年における DRG の導入等医療費適正化政策の強化を図る一方、研究支援政策には国際競争力強化の観点 (“強いアメリカ”) から力を入れ特に基礎研究の充実に必要な力を注いだこと、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、がその大きな理由である。この場合、こうした「医療保険制度については抑制的、医学研究助成については積極的」という姿勢は、政府の果たす役割というものについての共和党

的考え方を典型的に示すものであることに注意されたい。こうした哲学のもと、NIHにおいてはより基礎研究に予算の重点配分が置かれるようになった。また他方においてはアメリカの“経済競争力”の低下への憂慮も背景としつつ応用・開発研究の振興に力を注ぎ始め、それは1985年からスタートしたNSF(全米科学財団)助成の工学研究センター・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)の成立等に表れている。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%の大きな伸びを示している。

(4)第4期(1990年～現在)

〈医療保険制度抜本改革と「ヒト・ゲノム解析計画」の始動〉

こうしたアメリカ医学研究振興政策の流れの中で、とりわけ80年代以降になって顕在化するようになった分子生物学を中心とする生命科学の飛躍的發展を受けて登場したのが「ヒト・ゲノム解析計画」(Human Genome Project)である。

各省庁の独立性ないし分権性の強いアメリカにおいてはしばしばそうであるように、この「ヒト・ゲノム解析計画」についても、当初計画を先導したエネルギー省(DOE)、全米研究審議会(NRC)、NIH等が独立の動きを示し(表3参照)、どの機関のイニシアチブのもとでどのように研究を遂行していくかが問題となったが、91会計年度以降、NIHとエネルギー省との共同の

研究計画が実施に移されており、去る93年10月には全体の15年計画のうちの初めの8年計画(98会計年度まで)が改訂され目標の再設定が行われたところである。なお、「ヒト・ゲノム解析計画」のための研究費は表3にも示されているようにかつてのアポロ計画等の巨大プロジェクトに比べれば比較的小規模なものである(例えば、1991年度のエイズ研究費は約8億ドル)。

表3 「ヒト・ゲノム解析計画」の経緯

86年3月	DOE, サンタフェでの「ヒト・ゲノム配列決定ワークショップ」後援
同年9月	全米科学アカデミー、全米研究審議会が配列決定計画実施に関する報告を提出すべきことを決定
同年9月	OTA報告『ヒトにおける遺伝変異の検出に関する諸技術(Technologies for Detecting Heritable Mutations in Human Beings)』発表
同年	レナート・ダルベッコ(75年ノーベル医学・生理学賞受賞者)『がん研究におけるターニング・ポイント; ヒト・ゲノムの配列決定』を『サイエンス』誌に発表
同年10月	(87会計年度) DOE, ロスアラモスの国立研究所等への研究費助成開始
87年4月	DOEの保健環境研究諮問委員会(HERAC)報告書、配列決定計画を推奨
88年2月	全米研究審議会、「ヒト・ゲノムのマッピングと配列決定(Mapping and Sequencing the Human Genome)」発表
同年	ヒト・ゲノムに関する全米諮問審査機関を設置するための法案審議を通じ、NIHとDOEは共同して計画に協力すること等が合意される
90年10月	(91会計年度) NIHとDOEの共同研究計画開始

出所: OTA, Mapping Our Genes, 1988等をもとに筆者作成

参考：91～95会計年度の「ヒト・ゲノム解析計画」
予算（百万ドル）

会計年度	NIH	DOE	計	91年度時点での必要予測額
1991	87.4	47.4	134.8	135.1
1992	104.8	61.4	166.2	169.2
1993	106.1	64.5	170.6	218.9
1994				246.8
1995				259.9

出所：Francis Collins and David Galas, "A New Five-year Plan for the U.S. Human Genome Project," *Science*, Vol. 262, 1 October, 1993.

本計画の成果は、遺伝病やがん等の疾患の機構解明や治療、遺伝子の機能や老化メカニズム等の解明、分子進化学や集団生物学等への応用等に活用されていくこととなるが、単に科学上の問題にとどまらず遺伝情報の保護の問題、診断と治療のタイムラグの問題、出生前診断、優生学上の諸問題等さまざまな倫理的問題を含むものであるため、「倫理的、法的、社会的含意 (ELSI; Ethical, legal, and social implications)」の検討には計画全体の予算の3%を当てることとなっている。

現在のクリントン政権は、抜本的な医療保険制度改革を図ろうとする一方で、ゴア副大統領との連携のもと財政的な制約のなか科学政策にも重点を置いており、こうした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。

補論：アメリカにおける医療マンパワー政策

以上見てきたような医学研究振興政策の問題は、医学教育の問題を介して「医療マンパワー

政策」とも結びつく。アメリカの医療マンパワー政策は、すでにみた医学研究振興政策の流れとも呼応しつつおおむね次のような政策的経緯をへて今日に至っている。

すなわち、医療マンパワーに係る連邦政府の政策的対応は、戦後から1970年代前半に至るまで、基本的にはその「量的拡大」を図っていくというものであった。この方向が抜本的に修正されるのが、1980年に発表された医師養成に関するいわゆる GMENAC (Graduate Medical Education National Advisory Committee) 報告であり、そこでは明確に将来の「医師過剰」が宣言されるのであるが、同報告は、戦後アメリカのヘルス・マンパワー政策について以下のような総括的な時代認識を示している。

すなわち、戦後、とりわけ1954年から65年までの10年間は、アメリカの医療政策は一言でいえば「医学研究支援の時代 (Era for Support of Biomedical Research)」と呼ぶことができ、「科学」への絶大な信頼のもとで、医学研究への助成が医療政策全体の中心を占めていた。マンパワーに即していえば、この時代はそうした科学信仰という背景から、スペシャリスト志向のもとで「専門分化」が急速に進んだ時期として位置づけられる。これに対し、1955年から1980年に至る時期は、いわば「ヘルス・マンパワーに関する論争と助成の時期 (Era of Debate and Funding for Health Manpower)」と呼ぶことができ、ヘルス・マンパワーがなお絶対的に不足しているとの基本認識のもとで、その増加のための諸施策がとられていった。そして、そこでの方向づけは、①一般医や医療関連従事者数の不足、②スペシャリストがジェネラリストに比して不均衡に多いこと、③医師および医療施設の地域的偏在、の3つを是正していく、とい

うものであった。実際、アメリカではとりわけ1960年代から70年代にかけて、1963年の「医療専門職教育援助法」をはじめとしてヘルス・マンパワー養成促進のための多くの立法措置がとられている（1963年の医療専門職教育援助法、64年の看護婦養成法、66年の医療関連専門職種養成法、68年のヘルス・マンパワー法、71年の包括的ヘルス・マンパワー養成法、71年および75年の看護婦養成法等）。これらの措置の結果、ヘルス・マンパワーの養成数は戦後から70年代にかけて急速に増加していったのである。

ところが1976年の医療専門職教育援助法のあたりから、マンパワー数の成熟化の中で、こうした拡大方向は次第に修正を被ることとなる。こうした状況の変化の中で、厚生省（DHHS）の諮問機関として、有職者によって構成される上記のGMENAC委員会が同1976年に設置され、80年9月に報告書をまとめるに至るが、同報告は、①1990年および2000年に向けて医師の過剰が発生する（具体的には90年において7万人〔需要46万6千に対し供給53万6千〕、2000年において14万5千人〔需要49万8千に対し供給64万3千〕の過剰）ため、医学部の定員の大幅な削減が行われるべきことや、②医師以外の医療従事者も引き続き増加していくと見込まれるが、これは上記医師過剰と相まって深刻な問題を生むこととなり、医師を含めた養成計画へと統合されていくべきこと、等を指摘したのである。この報告は、我が国の医師養成政策にも大きな影響を与えている（厚生省に設けられた「将来の医師需給に関する検討会」最終意見が提出されたのが1986年6月である）。

いずれにしても、こうした戦後の基本的なマンパワー拡大政策の結果、日本とアメリカの医療マンパワー数を比較すると、それは（表4）

に見られるように、人口全体に占める医療関連従事者の割合は、アメリカは日本のほぼ2倍となっている。医療費の対GNP比が、アメリカの場合日本のその2倍強であることを考え合わせると、「日本と比較した場合のアメリカにおける医療費の高さは、医療関連マンパワーの数の

表4 日米医療マンパワー数の比較

	日本 ('90年)	アメリカ ('90年)
人口 (千人)A	123,540	259,571
医療関係従事者数 (千人)B	2,183	9,447
人口に占める医療マンパワーの割合 B/A	1.77%	3.64%
医師数 (対人口割合)	201 (0.16%)	601 (0.23%)
看護婦数 (対人口割合)	403 (正看護婦) (0.33%)	1,599 (RN) (0.62%)
准看護婦数 (対人口割合)	354 (准看護婦) (0.29%)	417 (LPN) (0.16%)
看護補助者数 (対人口割合)	178 (0.14%)	1,246 (nurse aides) (0.48%)

注1：人口はいずれも OECD, Health Data File, 92. 日本医療従事者数は医療施設調査・病院報告（平成2年静態調査）（医師・歯科医師については常勤のみ。それ以外については非常勤を含む）。アメリカ医療従事者は Health, United States 1990. ただし、医師数、RN数については OECD, Health Data File, 92. また、LPN および nurse aide については1980 Census of Populationによる1979年のデータ。

注2：アメリカの医療マンパワー数については、主要なもの（医師、RN等）については毎年U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, Employment and Earnings または Department of Commerce, Statistical Abstract of the United States により把握できるが、それ以外については10年おきの Department of Commerce による Census of Population によらなければならない（90年分は未公表）。

多さと相関関係にある」ということが指摘できる（なおこの場合、人件費は医療費全体の約半分を占めること、また、人件費のマクロの合計を決めるのはマンパワー数及び各職種の給与水準であること、に留意する必要がある）。さらに、医療マンパワーの職種に立ち入ってみると、医師については人口当たり数はアメリカは日本の1.5倍程度に過ぎないが、その他の職種（看護補助者、パラメディカル、事務職等）において2倍またはそれ以上の差がある点が特徴的である。

こうした事実については、次の2つの異なる「評価」が可能と思われる。すなわち、一方では、アメリカにおいては、患者1人当りの医療マンパワーの密度、すなわちケアの密度が日本の2倍であり、かりに「医療の質」をマンパワーの配置の厚さで測れるとすれば、とりもなおさず「日米の医療費の差は両国におけるケアの厚さないし医療の質の相違を反映したものである」、との評価がある。しかし他方で全く逆に、医療マンパワーの数の多さが質の良さに直結しているとは必ずしもいえず、したがって、上記事実はアメリカの医療における少なくとも何らかの「非効率性」を示しているとの評価や、さらにこの背後には、医療の価格が公的にコントロールされてこなかったために、一種の市場の失敗が生じ、医療マンパワー数ないし市場が必要以上に拡大したとの評価もありうる。

いずれにしても、こうした医療関連マンパワーのあり方は、一方において医療や介護の質、他方において医療費全体のあり方に大きな影響を及ぼすものであり、特に今後老人を中心とした長期療養やケアの比重が社会の中で大きくなっていく中で、「どの程度の人材を医療や介護、福祉の分野に振り当てるのが妥当か」という問

題は、全般的な労働力不足の中で、社会全体として大きな問題となるものと考えられる。今後さらに立ち入った検討が求められている。

2. 日米医療政策の比較と日本についての課題—医療の「内容」面についての公共政策の確立を—

以上、アメリカの医療政策を、医療保険政策や医療マンパワー政策の流れとも対比しつつ医学研究振興政策を中心に概観してきた。これらの全体像をまとめたのが（表5）である。

こうしたアメリカの医療政策を我が国のそれと対比した場合、そこには基本理念に遡った根本的な相違があることを認めざるをえない。すなわちアメリカが「自由」ないし「卓越性の追求」の理念のもとに「最高の医学を実現すること」を医療政策の一次的目標とし、そのための具体的政策において本稿でみたような「医学・生命科学の振興」に大きな重点を置いてきたのに対し、日本の場合は何よりもまず「平等、公平」を医療政策の基本理念とし、「医療サービスへの国民のアクセスの保障」を医療政策の一次的目標としつつ、そのための政策として「国民皆保険制度の実現」とそこでの給付と負担の「公平」を追求してきた。さらに追加すれば、アメリカの場合、“世界最高の医学をアメリカにおいて実現すること”を目標としたうえで、現実にはその“成果”ないし“恩恵”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に委ねてきた（民間保険への加入など）。一言でいうならば、第二次大戦後、アメリカはまさに「サイエンスとしての医療」政策を追求し、日本は「平等としての医療」政策を追求したといえるだろう。

表5 アメリカ医療政策の展開 (総括表)

時代区分	年	医学・生命科学研究振興政策	医療保険政策	その他の医療政策 (医療供給, マンパワー等)	医学・科学, 科学政策, 疾病構造等
第1期	戦後~1964年	(特徴) 医学研究支援の飛躍的拡大と「国民皆保険」構想の後退		46年 ヒル・バートン法 (病院建設の整備助成)	53年 ワトソン・クリックDNAモデル発表 55年 全米科学財団 (NSF) 設立 57年 スプートニク・ショック 57年 血液化学自動分析機開発(→ME時代へ) 58年 NASA 設立
		医学研究助成の急速な増加 45年 Bush, "Science; the Endless Frontier" 48年 NIH 拡大	45年 トルーマン大統領, 国民皆保険構想を支持→実現せず 51年 民間営利保険加入者数がブルークロス, ブルーシールド加入者数を上回る		
第2期	1965~82年	(特徴) メディケア・メディケイドの成立と基礎研究の後退		65年 地域医療プログラム導入(三大慢性疾患の撲滅) 71年 包括的ヘルスマンパワー養成法, 看護婦養成法 74年 国家医療計画・資源開発法による医療計画導入 80年 将来の医師過剰問題等に関するGMENAC報告	62年 「沈黙の春」出版 67年 初の心臓移植 70年 カンザス州にて初の脳死立法 71年 アメリカ病院協会「患者の権利章典」 72年 議会に技術評価局 (OTA) 設置 72年 CT開発(英EMI) 73年 人工妊娠中絶合憲判決(最高裁) 73年 遺伝子組み換え技術(→76年 NIH ガイドライン) 81年 生命倫理問題に関する大統領委員会報告 81年 初のエイズ患者
		医学研究助成の実質伸び率の鈍化(→配分問題の浮上) 71年 ニクソン, 「がん十字軍」提唱(→国家がん法成立, がん研究への傾斜的配分)	65年 メディケア・メディケイド成立(←ジョンソンの「Great Society」構想) 68年 ホスピタル・コーポレーション・オブ・アメリカ設立(最大の営利マルチホスピタルシステム) 71年 ニクソン「新国民医療戦略」→HMOの提唱 82年 国民医療費, GNPの10%を突破		
第3期	1983~89年	(特徴) 医療費適正化政策の本格化と基礎研究の重点化		86年 医療計画廃止(←レーガンの「市場競争戦略」)	84年 全米臓器移植法 86年 技術移転法 89年 「成果研究」のための機関AHCPR設置
		医学研究助成の実質伸び率の回復(←レーガンの基礎研究重視政策)	83年 メディケアの病院医療費に係る診断群(DRG)別定額支払い制度導入 88年 メディケアの保障範囲拡大に関する破局的疾病保障法(→89年廃止) 89年 メディケアの医師報酬に係る診療報酬点数制度(RBRVS)導入決定(→92年施行)		
第4期	1990年~現在	(特徴) 医療保険制度抜本改革と「ヒト・ゲノム解析計画」始動			90年 初の本格的遺伝子治療(ADA欠損症)
		90年 NIHとエネルギー省によるヒト・ゲノム解析共同計画スタート	93年 クリントン医療保険制度抜本改革案発表		

出所: 筆者作成

日本において、「平等」を基本的な理念とし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自体は決して誤りではなかったと筆者は考える。このことは日本に身を置いていると

国民皆保険制度はあたかも「空気」のようなものであるため日本の医療システムのそういった長所は長所として気づかれにくいだが、現在のアメリカの医療をめぐる状況を見ればはつきりす

ることである。こうしたことを考えれば、公的医療保険のカバーする範囲を安易に減らそうとする単純な“医療の民活論”には十分に慎重であるべきである。

一方同時にまた、アメリカとの対照のもとに日本の医療政策を振り返るとき、それがほとんどイコール「医療保険政策」ないし医療「費」政策に終始しており、「医学・生命科学の振興」（およびそれを通じた疾病の機構解明～撲滅や人々の健康水準の向上）や「医療の質」の向上、あるいは医療技術を含む医療サービスの質の「評価」といった、医療そのものの「内容」についての政策が大幅に欠落していたことは否定できない。

特に医学・生命科学研究に関しては、本稿では紙面の都合もあり詳述はできないが、ヒト・ゲノム解析計画に代表されるような、疾病の発生機序の遺伝子レベルでの解明と治療を中心とする現在進行中の医学・生命科学の革新は、戦後医療における「第3次医療技術革新」というものであり(表6参照)、医療の質の向上のみならず、かつての抗生物質の開発による結核の撲滅とそれに伴う結核医療費の激減(昭和30年頃には結核に係る医療費は日本の医療費全体の4分の1以上を占めていたが、抗生物質による根治により現在では1%前後にしか過ぎなくなっている)のように、医療費の削減という観点からも有効なものであり、成熟経済の国として、本格的に医学・生命科学研究政策に着手する時期にきていると考えられる²⁾。

医療保険制度における「平等」の理念は我が国医療の最大の長所として堅持しながら、医学・生命科学の振興政策を含め、医療の「内容」面に関する「公共政策」を確立していくことが、日本の医療にとっての今後の最大の課題である

表6 医療技術革新の展望

	第1次 医療技術革新	第2次 医療技術革新	第3次 医療技術革新
時期	戦後～60年代	70年代～現在	現在～
主たる 内容	抗生物質による 結核等の治療 外科技術の進 歩(輸血・麻 酔等)	MEを中心と する診断・ 検査技術 (CT等) 治療技術(人 工呼吸器、 内視鏡利用 ESWL, レ ーザー, 放 射線治療等) 人工臓器, 移 植医療ICU	疾病の発生機 序の遺伝子 レベルでの 解明と治療
基盤と なる理 論科学 の革新	19世紀後半以 降の細菌学 ～生化学等 の発展	20世紀初頭～ 半ばの物理 科学の革新 と発展(相対 論, 量子力学 ～コンピュ ータ, エレク トロニクス)	分子生物学等 生命科学の 革新
対象疾 患	感染症	慢性疾患	
技術の 性格	純粹技術	途上の技術	純粹技術
医療費 への影 響	医療費削減型	医療費誘発型	医療費削減型?

ように筆者には思われる。

注

- 1) この間の経緯については, Stephen Strickland, *Politics, Science and Dread Disease: A Short History of United States Medical Research Policy*, Harvard University Press, 1972.
- 2) 医学・生命科学における今後の技術革新の展望については, 広井良典「技術革新の巨視的展望と医療」『社会保険旬報』94年1月11日～21日号を参照されたい。

参考文献

【アメリカの医学研究政策について】

- Eli Ginzberg, Anna B. Dutka, *The Financing of Biomedical Research*, The Johns Hopkins University Press, 1989.
- Penick *et al*, *The Politics of American Science ; 1939 to the Present*, MIT Press, 1972.
- Richard Rettig, *Cancer Crusade : The Story of the National Cancer Act of 1971*, Princeton University Press, 1971.
- Bruce L. R. Smith, *American Science Policy since World War II*, The Brookings Institution, 1990.
- 【ヒト・ゲノム解析計画について】
- OTA, *Mapping Our Genes*, U.S. Government Printing Office, 1988.
- Daniel Kevles and Leroy Hood (eds.), *The Code of Codes ; Scientific and Social Issues in the Human Genome Project*, Harvard University Press, 1992.
- Francis Collins and David Galas, "A New Five-Year Plan for the U.S. Human Genome Project," *Science*, Vol. 262, 1 October, 1993.
- 【アメリカの医学・医療及び医療政策全般について】
- Kenneth M. Ludmerer, *Learning to Heal : the Development of American Medical Education*, Basic Books, 1985. (アメリカの医学教育について)
- Paul Starr, *The Logic of Health Care Reform : Transforming American Medicine for the Better*, the Grand Rounds Press, 1992. (クリントン政権における医療保険改革について)
- 広井良典, 『アメリカの医療政策と日本 ; 科学・文化・経済のインターフェイス』 (勁草書房, 1992)
- (ひろい・よしのり
厚生省社会・援護局更生課課長補佐)