

第一部

アメリカ医師会 (AMA) における 政策の形成・推進能力に関する研究

日本医師会委託研究

アメリカ医師会（AMA）における
政策の形成・推進能力に関する研究

ハーバード大学公衆衛生大学院
武見記念国際保健プログラム

主任研究員：マイケル・R・ライシュ

（ハーバード大学公衆衛生大学院、人口・国際保健学科国際医療政策担当教授）

研究員：藤崎 智子

（ハーバード大学公衆衛生大学院、武見記念国際保健プログラム）

AMAにおける政策の形成・推進能力に関する研究

I. 概要

1. 研究の目的、対象、方法

本研究は、アメリカ医師会（THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION・AMA）における政策の形成・推進に関わる能力を、政策分析を担う部署に特に注目しながら考察することを第一の目的とする。さらに、日本医師会における今後の機能強化に向けた取組みに際して有用な示唆を学ぶことを最終の目的とする。ここでいう「政策分析」とは、国の政策に対する対案やAMAとしての方針・戦略を立案、遂行するために国の政策や自らの政策、医療を取り巻く環境等を対象とした情報の収集・分析・評価を行い、これに基づくさまざまな提案を行う一連の活動を指す。

本研究で分析の対象とした情報は、AMAの幹部スタッフとの個別インタビュー、AMAの出版物及び内部文書、または他の研究文献のレビューを通じて入手した。

本研究では以下の5項目について検討を加えた。

- (1) 本研究の第一の目的である政策形成・推進過程の背景を説明するために、AMAの組織としての目的（ミッション）及び組織運営の仕組みを概説する。
- (2) 政策分析、立案を担当する部署の組織における位置づけを明らかにするとともに、AMAの政策形成・推進の過程において、それぞれがどのように機能し、また相互に影響し合っているかを説明する。ここでは、例として、煙草に関する政策の歴史を取り上げる。
- (3) 政策分析を主目的としたAMA保健医療政策研究センターの活動とその位置づけを明らかにすることにより、主な政策分析の手法、求められる専門性、要員や予算の規模とその変遷、提供の方法を示すとともに、それらの分析結果の活用状況や求められる機能について考察する。
- (4) AMAの政策推進過程において重要な世論形成ためにAMAが用いるさまざまな手段を明らかにするとともに、政策分析によって得られた情報がこれらの手段を通じて政策推進にどのように活用されているかを示す。
- (5) アメリカ医師会の経験を踏まえ、日本医師会がその政策分析能力を強化するために考えられる幾つかの条件を考察する。

なお、政策分析は、広くAMA組織内のさまざまな部署がそれぞれに役割を担っているが、ここで

は、その機能が集約されている保健医療政策研究センターの活動に注目した。また、政策分析活動の有効性の評価や、目的達成への寄与度等については本研究の対象としていない。

2. 調査結果の要約とその考察

(1) AMAによる政策分析活動

この研究では、AMAがその政策形成・推進の過程において、政策分析によってもたらされる情報の必要性・重要性を認識し、自らその収集手段を持つという現状について検討し、以下のような知見を得た。

① **政策形成過程の複雑さ**：AMAの政策は、詳細な規則により運営され、組織内の個人とユニットが数多く参画するシステムによって決定される。このシステムでは、一般会員の他、学生、レジデント等の代表で構成される理事会が、政策の決定に指導的な役割を持ち、AMAの進む方向を定めるうえで強い影響力を持つ。同様に、理事会によって任命され、主として政策推進の役割と日常業務の責任を負うExecutive Vice President (EVP) も直接理事会の承認を取ることが条件にかなりの裁量を与えられており、またどの政策に力を入れるかの判断によって、結果として政策形成に影響を及ぼし得る立場にある。さらに、AMAスタッフが間接的にはあるが、これらの政策形成過程の各段階において自らの考えを反映させる機会を持っている。なお、規則上は中心的役割を果たす代議員大会は、非常に多彩な目標と会員層を持つAMAにとって、民主的な全員参加の場を提供するという意味合いが濃い。

② **情報と分析に対するニーズ**：公式・非公式、直接・間接を問わず、政策形成・推進過程には詳細な政策分析に基づく適切な情報が不可欠である。複雑な政策形成・推進過程の各段階で、数多くの問題に関して求められる情報ニーズは膨大で、その収集・分析業務は相当なものである。これらのニーズに対し、AMAは組織内の能力で対応すべく、さまざまな専門分野の高度な知識を持つスタッフを多数擁している。

③ **保健医療政策研究センター**：情報を取り扱う数多くの部署のうち、本センターはAMAでは唯一、長期的な視野で詳細な政策分析を行うことをその第一の任務としている部署である。ここでの政策分析は経済分析が主で、医師の診療実態や経営基盤を示す独自のデータベースを用いた分析結果は、さまざまな形でAMA内外へ提供されている。長期的な研究に取り組まなければならないセンター本来の立場と、AMA内部で随時発生する情報を求める声に応える役割の間にどうバランスを保つか、研究センター管理上の最大の問題となっている。AMAを取り巻く内外の環境の変化を反映して、この二つの目的の間のバランスは時と共に変化している。

④ **政策分析の目的と形態**：AMAにおける政策分析は多彩な目的を達成するために、さまざまな形態で行われている。第一に、研究活動の信頼性や正当性を高めるために行う学術的、客観的で

研究機関としての独立性を持った研究。第二に、さまざまな内部文書、報告書、また戦略計画書を作成するのに組織内部に必要な、データの収集と分析。第三に、公式に発表される声明やロビイ活動の成果を高めるため、政策推進活動やメディア対策の一環としての状況分析や情報提供等である。これらの異なる形態の政策分析を実行するには、組織の限られた金銭的また人的資源を注意深く配分することが求められる。

⑤ 政策分析結果の利用：政策分析の大きな目的は、その結果をAMAの政策を実現するために活用することである。具体的には、政策分析から得られたさまざまな情報がロビイングや世論形成などの政策推進に効果的に利用されており、またそのためにJAMAやインターネット等のさまざまな手段を有している。

(2) 日本医師会への教訓と提案

AMAがその政策形成と推進のために政策研究を重視し、これに多くの予算と人員を割いていることを考えれば、適切な情報を常に持つ重要性を認識していることは疑う余地がない。日本医師会が、今後より実効の上がる政策を形成し、これを実現するためには、AMAに倣い組織内に政策研究を担う専門部署（いわゆるシンク・タンク）を持つ必要を検討する余地があると考えられる。その設置にあたっては、以下の5つの点を考慮することが求められる。

- ・ **スタッフ**：継続的かつ責任のある活動を担うためには、日本医師会のスタッフとして雇用され、経済学、保健医療政策、データ分析等に深い造詣を持つ専門家がチームとして活動できる環境が必要である。現在の日本において、このような人材を求めることは難しいと言わなければならないが、良い人材を集めることこそが事の成否の鍵を握ると言っても過言ではない。このチームを管理する者の人選には、特に注意を払わなければならない。しかしながら、日本で政策研究に職業としての価値を持たせることにより、海外で活躍する日本の優秀な人材に新たな道を示すとともに、国内における長期的な人材育成に与える影響は大きいと考えられる。
- ・ **活動内容**：主な活動内容は、独自のデータベースを構築すること等により広く情報を収集・分析し、日本医師会の取るべき戦略の決定に寄与することや、政府の提案に対する科学的で系統的な対案を示すことである。データベースの構築については、AMAと同様に医師の実態調査が想定されるが、その信頼性を確保するためにも公開を前提とすべきである。
- ・ **位置づけ**：組織における位置づけについては、日本医師会組織の詳細な検討が必要であり、ここで明確にすることは出来ないが、一般論として言えば、継続性、独立性、他の組織活動との連携などと密接に関連する問題であり、慎重に議論することが必要である。
- ・ **信頼性の確保**：ここで行われる政策研究の信頼性を確保することは、この組織の存在意義そのものであり、そのためには、科学的、学際的な自立性も備えていなければならない。会員を始め、外部との建設的な意見交換を通じてより価値の高い活動にする努力が求められる。

- ・財源：継続的に安定した財源が確保される必要があり、少なくとも年間数億円規模の予算が想定される。しかしながら、信頼性の高いデータベースを持ち、付加価値のある情報を提供することで、ある程度の採算性を持たせることも可能である。

以上の条件を最初からすべて満たすのは大変な困難を伴うと予想され、これらは長期的な努力によって徐々に達成されるものと考えるべきである。しかし、保健医療政策分野における深い知識と経験に裏打ちされた専門的な助言を日本医師会幹部に対して随時与える能力と、第一線で活躍する内外の学者及び官僚の両者に太いパイプを持つ専門家をまず一人でもフルタイム・アドバイザーとして迎え入れることで、日本医師会は政策分析能力強化へ向けて大きく踏み出すことが出来るだろう。テキサス州医師会は、AMA保健医療研究センター所長の助言を得てこの方法を採用し、成功を収めたと伝えられていることを最後に付記しておきたい。

II. 調査結果

1. アメリカ医師会（AMA）

（1）AMAの目的

AMAは1847年に、米国各州の医師会の連合体として設立された。AMAは定款で組織の基本的な目的を「医学の発展と公衆衛生の向上」と定めている。1996年度戦略計画書によると、AMAは以下に示す3つの機能を果たすこと目指し、非常に広範な活動を行うことを標榜している。

職能組織としてのAMA

- ・医師と国民の代弁者として、患者が常に最高の医療サービスを楽しむことができるよう主張する。
- ・医学教育と科学、医療の質、医療における倫理とその実践、最新の医療技術の利用においてそれぞれの標準を設定する。
- ・医療の専門家集団として、また個人として医師がいかに地域に貢献しているかを明らかにする。
- ・良好な患者・医師関係、及び医師の専門家としての自己裁量による医学的な決定が質の高い患者のケアを提供するという原則を守る。

サポートシステムとしてのAMA

- ・医師、患者、国民、政策決定者、研究者等にとって、信頼性の高い保健医療情報を随時提供する情報源となる。
- ・米国のすべての医師が情報やアイデアを共有し、重要な政策等についての合意形成を促進するための手段と場を提供する。

ビジネスとしてのAMA

- ・ 目的の達成に資する、質の高いサービスの提供を責任あるビジネスとして成立させる。

(2) 会員と組織運営

ここでは、AMAがその多彩な目的を達成するために行う、政策分析活動の背景となる三つの点について検討する。すなわち、第一点は、AMAの会員が複数の利益集団によって構成されていること、第二点は、代議員大会（The House of Delegates）、理事会（The Board of Trustees）、Executive Vice President (EVP) の構成と役割、第三点は、組織運営に重要なこれら構成要素の政策形成・推進過程における役割と権限である。以下、これら三点の相互の関係性に注目しながら、AMAの組織運営について考察する。

① 会員とその中の利益集団

1995年時点において、AMAの会員数は約296,000人といわれ、米国の医師人口約600,000人のほぼ45%となっている。先に述べたような歴史的な経緯から、会員の多くはAMAに所属する各州医師会の会員である。したがって、これら州医師会は次項に述べるように、主に代議員大会を通じての政策形成過程に影響力を行使することができる。

また、AMAは医師のキャリアの各段階、及び各種の診療形態に応じた会派（AMAでは「セクション」と呼ばれている）を単位とするシステムを発足させた。これらの会派は特定の利益を共有する会員が政策形成の過程に直接参加し、彼らの要望が反映される機会を作ることを目的としている。若い会員層の要望を代表する会派として、医学生、レジデント、青年医師（年齢が40才以下で、医師としての経験が5年以内の会員）の三つの会派が活動している。勤務医会派は、近年増加している病院やHMO等の医療機関に従事する会員を代表し、従来AMAの主流であった単独開業医と異なる層の会員のグループといえる。これらに加えて、AMAの規約（Bylaws）に基づいて承認されている医学部の教授と事務官は医学部会派を形成している。医学部会派を除く、以上の各会派は意思決定機関としての大会を定期的開催しAMAへの要望や行動計画を採択する。各会派はAMA代議員大会へそれぞれ代議員（Delegate）及び次席代議員を送ることができる。さらに、医学生、レジデント、青年医師の三会派はAMAの理事を一人ずつ選出することができる。この会派システムによって、若年層の会員の増加と多様な意見の抽出に務めるだけでなく、次の世代の指導者を育成していると言える。

さらに、AMAはアメリカ合衆国における主要な医学関係団体すべての代表としての位置を確保するために、さまざまな専門医団体をもその会員として傘下におさめようとしている。規約により、各種の全米専門医団体も、それぞれの代表をAMA代議員大会に送ることを認められている。

② 組織運営を支える機関

代議員大会と大会役員

AMAにおける規則および政策の決定機関は代議員大会である。大会は年に2回、それぞれ4日間にわたり開催され、代議員が提出し、後述する（第2節（2）参照）諮問委員会の答申などに基づいて具体的な決議案の採択という形で政策が議論され決定される。1996年12月にアトランタで開催された大会には447人の代議員が参加した。これらの参加者のうち大半は54の州医師会（51州、及びヴァージン・アイランド、プエルトリコ、ワシントンD.C.）と先に述べた各会派から選出された代議員であった。州医師会と各会派はそれぞれ会員数1,000人毎に一人代議員を送ることができる。これとは別に、大会にはAMAに承認された各種の全米専門医団体から選出された94人の代議員が参加した。従来、各全米専門医団体につき代議員は一人に決められていたが、近年、規約が変更され会員数2,000人につき、各団体は代議員をさらにもう一人大会へ送ることができるようになった。

代議員大会の規模はその発足以来、次第に現在の規模に拡大してきた。例えば、1980年には279人であった代議員数が今日では約450人にまで達しようとしている。この規模の拡大はAMA会員の増加で一部は説明できるが、近年会員増加率は低調であると伝えられており、むしろAMAに参加する専門医団体の増加によるものと考えられるべきである。しかし、増加する専門医団体の存在は、AMAにおけるその政治的な影響力に必ずしも反映されているとは言えないようだ。我々のAMA幹部スタッフとのインタビューによると、これら専門医各団体間でそれぞれ政策上の立場が大きく異なっており、AMAの政策形成に影響を与える一つのまとまった政治勢力として機能していないという現状が明らかになった。

代議員大会において以下の大会役員が選出される。

- ・次期AMA会長（毎年代議員大会において選挙によって選ばれ、任期は1年。なお、前の会長、及び会長も役員を務める。）
- ・会計担当役員
- ・議長及び副議長
- ・12人の理事会メンバー（選挙によって選出され、任期は3年。）

規約によって定められた会長の役割は、AMAの政策を会員をよび社会全体に対して公式に発表するスポークスパーソンという、概して儀礼的なものである。会長は政策形成・推進過程や組織運営に関する公式な役割を与えられていない。

理事会

理事会は以下の21名の理事で構成される。

- ・代議員大会でAMA一般会員の中から選出される12名
- ・青年医師会派から1名

- ・レジデント会派から1名
- ・医学生会派から1名
- ・AMA会長、次期会長、前会長
- ・会計担当役員
- ・代議員大会議長、及び副議長（投票権を持たない）

AMA本部の所在地でありAMAに対する監督責任を持つ、イリノイ州政府の法律、及びAMA規約によって、AMAが行うすべての活動に関する最終的な責任は理事会が負うことと定められている。理事会は会員に代わってすべての活動及び事業内容を監督し、またAMAの財産を管理する責任を持つ。さらに、理事会はExecutive Vice President の任命を行い、また代議員大会で決議および提案される事項のうち、一定額以上の財政出費を伴うすべての案件についてその内容、想定される支出と得られる成果を考慮し、当該案件が実行に移されるべきか否かの判断を代議員大会に報告する。

Executive Vice President (EVP) とAMAスタッフ

EVPは理事会により会員の中から任命され、理事会に対してAMAスタッフの活動の一切について報告する義務及び責任を持つ。しかし、AMAの規約はEVPの役割と責任について非常に不明瞭な定義をしており、唯一規約のなかでEVPについて触れた一文はただ単に「EVPはAMAの活動全般を管理しかつ指導する。EVPは一般に企業の最高責任者に求められる責務の一切を行う」と述べるにとどまっている。現実には、シカゴ本部、及びニューヨーク、ワシントンの各事務所に勤務する1,000人あまりのスタッフが日々行う活動を指揮・監督するという、非常に広範な権限がEVPに委譲されており、場合によっては強い影響を与え得る立場にあると言える。

図1は前EVP、Dr. James Todd から引き継ぎ、1996年6月に新EVPに就任したDr. P. John Sewardによって進められている改革を反映した、現在のAMAスタッフ組織図である。AMAの活動のほとんどは、ここに示した部署に分れて活動するさまざまな専門知識と経験を持つ、数多くのスタッフによって行われている。スタッフの中で医学関係の教育を受けた者は20%程度であり、法律、経済、政治、公衆衛生、行政といった分野の修士号以上の学位を持つ者が多数を占める。

③ 代議員大会、理事会、及びExecutive Vice President の関係

AMAにおける政策形成・推進の過程を理解するためには、組織運営に重要な上記の三つの機関の相互関係について理解することが不可欠であろう。本研究を通じて、AMAの代議員大会、理事会、EVPおよびスタッフの相互の関係について以下のような二つの知見が得られた。

まず第一に、代議員大会と理事会は双方ともAMAの政策立案に公式に関わる機関でありながら、その過程において実際に果たす役割は異なっているということである。すなわち、代議員大会はAMAの政策の大まかな方向性を定める。一方、理事会はその決定に詳細な解釈を加えながら実際の政策に反映させる役割を担っているといえる。理事会はまた、特定の事項についてなんらかの提案や青写真を提示することにより、代議員大会での議論形成に資する。AMAにおける政策決定の過程

を効率的なものに保ち、かつ決定された政策とAMAの目指す方向の統一性を保つという二つの意味から、このような理事会の役割は非常に重要であると考えられる。このような理事会の果たしている役割がなければ、代議員大会は多様な関心を持つ450人を越えようという参加者が提出する莫大な数の提案に振り回され、会議はその本来の機能を失うかも知れない。このような理由から理事会は代議員大会に対して指導的な立場にあり、AMAの政策決定についてより明確な責任を担っている。この点に関しては、煙草に関する政策の例を取り上げながら第2節(2)で更に詳しく検討することとする。

第二に、先に述べたようなEVPの役割の定義の不明確さゆえに、場合によってはEVPが政策形成・推進の過程で重要な影響を与え得る立場にあるということである。この点は、特にEVPと理事会の関係について重要な意味を持っていると言える。AMAの基本理念を示す「定款」及び組織運営のための細部に至る規則を定める「規約」は、理事会とEVPの関係を上下のそれと位置づけている。すなわち、理事会はEVPを任命しその活動を監督する一方、EVPは定款と規約の定めた範囲内で理事会から委譲された権限を行使して、代議員大会で採択され理事会の検討を経た政策決定を遂行する責任を持つ。このように理事会または代議員大会との関係においてEVPの役割に制限が存在するものの、EVPは日々の業務を遂行するために数々の決定を下す責任と権限を持っているとも言える。過去においても、EVPの政策形成・推進における役割が理事会長とEVPという二人の個人の考え方や個性によってある程度規定されたケースが存在したと伝えられている。この点については、第4節でEVP及びその指揮下で働くスタッフが新しい煙草政策の立案を積極的に推し進めた例を取り上げて詳しく検討する。

以上、本節ではAMAが非常に広範な目的を持ち、多様な関心と利益を追及するいくつかのグループから成ることを明らかにした。さらに、このような背景の中で、政策と行動に一貫性を保ちつつ目標に到達するため、AMAは非常に複雑な構造と仕組みを持つ組織運営のシステムを築き上げてきたことを示した。実際にAMAの政策が形成・推進されてゆく過程において、それぞれの機関が相互に影響し合う様子について次節でさらに詳しく検討することとする。

2. 政策形成の過程

AMAが公式に政策を決定する過程は非常に複雑であり、それは以下の二つの目的を同時に達成しようとする事に由来すると考えられる。まず第一に、政策形成過程を民主的で開かれた状態に保ち、すべてのAMA会員が参加できる十分な機会を保障するという目的である。同時に、さまざまな立場からの提案を調整し政策間の統一を図ることが第二の目的として挙げられるだろう。この調整機能が働かない場合には、複数の政策間の統一性・整合性が失われ、さらには個々の政策がAMAの大きな目標から逸脱する危険さえ生まれる。本節では典型的な政策形成の流れを追いながら、前節で概説した三つの機関とその下部組織の詳細な役割と相互の関係について考察する。さらに、AMAが政策形成過程における各段階で政策分析に基づいた詳細な情報が必要とされることを明らかにする。本節ではAMAの喫煙についての立場の変遷の中で重要な場面のいくつかに注目し、AMAの政策形

成の過程の実際を考察する。

(1) AMAの喫煙に関する政策—背景

1960年代から1980年代にかけてのAMAは、煙草産業との関係と、その関係に由来すると思われる喫煙についての寛容な立場を批判されていた。(添付資料1「AMAの喫煙政策に関する主な出来事一覧」参照)例えば、1964年に米国公衆衛生局長の報告書が「喫煙は肺癌の原因であり、また他にも幾つかの疾病を引き起こす可能性がある」と指摘した際に、AMAはこのような結論を導くような十分な科学的なデータは存在せず、さらに研究を続けるべきだと主張し、数々の研究プロジェクトを開始すると発表した。このAMAによる一連の研究プロジェクトは以降8年間にわたって煙草産業から合計1,800万ドルの資金援助を受けたが、結果的には「米国公衆衛生局長の報告書の結論をくつがえすようなデータは得られなかった」との結論を導くに終わった。AMAと煙草産業の親密な関係は、米国議会における保健医療システムに関する法律についての議論の際に、煙草生産の盛んな地域からAMAの立場に好意的な議員を確保しておくためだったと言われている。しかし、1980年代中頃になると、喫煙の健康に対する影響を証明するデータが次々と発表され、AMAは次第に煙草産業との関係が組織にとってマイナスであるとの認識を強めていった。以降、煙草問題に関する立場を変化させてきたAMAは、現在禁煙キャンペーンの先頭に立っているというイメージ作りに躍起になっている。

(2) 煙草論議におけるAMAの組織運営機関の役割

① 代議員大会諮問委員会 (Reference Committee)

代議員大会では代議員の誰もが決議案を提出することができる。代議員大会に提出されたすべての決議案、理事会や審議会の報告書、及び提案書はその内容によって、それぞれ特定の分野の審査を担当する九つの諮問委員会に振り分けられる。(添付資料2「諮問委員会の一覧」、及び図2「政策立案・決定の過程」参照) 諮問委員会は代議員の中から選出される委員で構成され大会期間中のみ開催される。諮問委員会は通常、代議員大会の会期中に公聴会を開催し、会員はもとより議題に関する専門家の証言等を踏まえて検討を行う。会員の誰もが、諮問委員会で討議されるどのような事項に関しても発言することができ、また諮問委員会はすべてのAMA会員、代議員大会に招待されたゲスト、議題に関心のある会員以外の部外者、及び報道関係者に公開される。このような討議の後、諮問委員会は代議員大会に対して個々の決議案について (ア) 変更無し、または変更付きで案件を採択する、(イ) 案件を否決する、もしくは (ウ) 理事会の答申を得た上再度検討する、のいずれかを提案する。

1981年6月に開催された定期代議員大会において、レジデント会派がAMA会員年金の資産を煙草会社の株に投資することを禁じるよう求めた決議案を提出した。理事会関係事項を担当する諮問委員会Fは、「AMA会員年金の投資対象の選択は、社会的な目的によってなされるべきではない」という理由で、決議案を否決するよう代議員大会に報告した。代議員大会は、この諮問委員会の報告に沿い、AMAの煙草会社への投資を禁ずる政策を提案したこの決議案を退けた。しかし、この代議員大会の決定にもかかわらず、またその方針をくつがえすような新しい代議員大会の決定も無いま

ま、AMAは1985年、その関係投資会社に対して理事会およびその財政関係委員会の承認無しに、煙草会社の株を購入することはできないと通告している。この動きは、1980年代中頃のアメリカ社会が次第に喫煙に対して否定的な態度に変化する中、AMAが少しずつその立場を転換していったことを反映している。また、それは理事会が代議員大会やその他のメカニズムを越えて、重要な決定を下し、EVPにその決定を実行に移すよう指示できることを示す例とも言える。この件が代議員大会によって正式に採択され、AMAの煙草会社に対する投資を禁じた政策が成立したのは実際の通告の翌年、1986年であった。

代議員大会が諮問委員会の答申と異なる決定を下したという事例もいくつかある。1992年12月の代議員大会において、煙草を中心とする企業体の傘下にある非煙草会社から広告収入や寄付金を受け取ることの妥当性に関して議論が行われたことを受け、理事会が「煙草会社」について以下のような定義案を翌年の代議員大会に提出した。

「煙草会社が所有、又は共同所有する煙草の生産又は販売に従事しない会社及び企業は、その団体が煙草製品の宣伝促進活動、または促進につながるような活動に従事しない限りにおいて、禁止されるべき煙草産業の一部とは見なされない。もし、煙草製品の宣伝活動が開始された場合、その会社は「援助を受けるべきではない」企業のリストに加えられることになる。」

この理事会が提案した煙草会社の狭い定義によれば、AMAが煙草の生産・販売に直接関与していない煙草会社関連企業から資金を受け取ることは何ら問題にならない。公衆衛生関連案件を担当する諮問委員会Dは煙草会社に関係するすべての関連企業を含む定義に拡大すべきだと強く求めたが、代議員大会は答申を退け、理事会の提出した狭い意味での煙草会社の定義を採択した。

我々が行った調査では討議経過についての詳細な情報は得られず、最終結果に至る過程が何に影響され、誰の発言が最も大きなインパクトをもたらしたかを知ることはできない。しかし、これらの事例は、代議員大会が政策決定においてAMA定款に示されているような強い権限を持つ機関でないことを示唆している。むしろ、AMAの政策決定のシステムは理事会の意向に大きく左右される性格を持っている。加えて、AMAのスタッフが各諮問委員会の事務局に配属されていることから、意思決定の過程において何らかの影響を持つことも考えられる。

② 理事会への審理依頼

代議員大会は未決定の案件を理事会に送り、その答申を受けることができる。上記の煙草会社の定義に関する理事会の報告書は、そのような例の一つであった。これは、1992年12月の代議員大会に青年医師会派が決議案を提出したことに始まったものであるが、代議員大会は非煙草会社も煙草産業の一部と見なすべきかどうかという点で合意に至らず、理事会の意見を仰ぐことになったものである。

この動きと平行するもう一つの出来事が、同じ代議員大会で起きていた。アメリカ予防医学学会（The American College of Preventive Medicine）とアメリカ公衆衛生医師会（The American

Association of Public Health Physicians) は、AMAがすべての医学部及び医学部を持つ大学に対して、煙草産業から資金援助を受けないよう勧告することを求める決議案を提出したのである。代議員大会はこの決議案に原則的に賛成したものの、この決定を各医学部に伝達する前に、やはり理事会に対して「煙草産業」の定義を示すよう求めた。

1993年6月に提出された理事会による上記の「煙草会社」の定義案は、先に述べたような諮問委員会の反対にも関わらず、AMAの正式な政策として採択され現在に至っている。さらに、未確認ではあるがこの理事会による煙草会社の定義の原案は理事会の求めに応じて、AMAスタッフが調査を行い、原案を理事会に提出した可能性が高い。

③ 審議会 (Council) とその下部組織としての小委員会 (Committee) の役割

AMAには重要な事項について詳細な政策分析を行い、意見を提出する機能を持つ七つの審議会とさらにその下部組織としての多数の小委員会が存在する。(添付資料3「審議会の一覧」参照) 審議会は代議員大会で選ばれた会員で構成される常設の組織である。一方、小委員会は審議会が理事会の承認を得て設置する。それぞれの審議会は、規約によって定められた領域に関わる重要事項について調査し、代議員大会に対してアドバイスを与える。代議員大会と審議会は必ず理事会を通じて連絡を取る。この際、代議員大会から審議会への検討依頼、および審議会から代議員大会への報告の双方について、理事会はその内容についての意見を添える機会を持つことになる。

これらの審議会の一つである医療サービス審議会 (The Council on Medical Services) の主な役割は規約によると「医療サービスに影響を与える社会的・経済的要因の検討と、変貌する社会的・経済的環境に対応する医療サービスの展開について、適切な提案をすること」となっている。このように、その主な活動領域がAMAの政治的に重要な関心と強く関連していることから、当審議会はAMAにとって重大な決定に常に関与しているようだ。医療サービス審議会は12名のメンバーで構成されており(10名の一般会員、1名のレジデント医師会員、1名の医学生会員)、1年に5回程度の会合を持つ。添付資料4 (イ)、(ロ)、(ハ) は医療サービス審議会の活動とその成果の一部を示す文書である。第1の文書は、ペンシルバニア州医師会が1996年の代議員大会に提出した、末期医療に係わる費用のメディケア生命保険部分による負担についての決議案第103号である。この決議案を担当した代議員大会諮問委員会Aはこの問題の十分な検討が必要だと感じ、医療サービス審議会に本決議案の採択についての意見を提出するよう求めた。第2の文書は、ある医療サービス審議会の会合における議題案である。この会合では、ペンシルバニア州医師会が提出した案件を含む合計18件を3日間の会合期間中に討議する予定になっている。また、議題案によると、医療サービス審議会の下に案件の性格により「医療ケアへのアクセス」「医療財政」「医療サービスのレビュー」といった、いくつかの小委員会が組織されていることがわかる。小委員会の調査および意見に基づいて、審議会は最終報告書をまとめ担当の諮問委員会に答申する。(マネージドケアに基づく医療現場における経済的インセンティブに関する医療サービス審議会の報告書を添付した。)

医療サービス審議会の事務局長へのインタビューによれば、審議会の活動に必要な作業の60~70

%は審議会担当のスタッフによって処理されているとのことであった。残りの30～40%の審議会関連の業務は、保健医療政策研究センターをはじめとする、保健医療政策グループ（Health Policy Group -図1参照）の他のスタッフに頼っている。審議会はスタッフによって作成された、報告書案に沿って最終報告をまとめる。1回の代議員大会の前に、各審議会はそれぞれ5～10ページにわたる報告書を平均5～10件の案件について作成し、理事会に提出する。理事会は、これらの審議会からの報告書のうち、理事から特に意見が出されたものについてのみ個別に検討し、必要に応じて独自の意見を付記することができる。

（3）AMAの政策形成過程における問題

以上のように、大変複雑なAMAの政策形成過程に関して、我々がインタビューしたAMAの幹部スタッフのほとんどが「民主的」で「開放的」なシステムであると形容した。しかし、同じ幹部スタッフが、このシステムの開放性が同時に非効率の原因となっていることも指摘した。例えば、毎年2回開かれる代議員大会であまりにも多数の決議が採択されるため、会員とスタッフにとって、特定の問題に関するAMAの総合的な見解の全体を把握することが非常に困難になってきている。このように、代議員大会を支えるスタッフは、複数の決議案の内容の重複や、類似した問題について複数の決定がなされるなどの深刻な問題と直面している。近年、事態の深刻さがいよいよ増し、ついにテーマ毎にすべての政策を網羅した、800ページ近くにもなる公式政策集を毎年出版し、またコンピューターによる検索システムを開発するに至っている。このような努力にもかかわらず、AMAの政策形成システムは、あらゆる問題について数多くの決議を採択する方向にあることには変わりなく、重複を避ける手段を見いだすことは容易ではない。

AMAの政策形成過程におけるもう一つの問題は、代議員大会とそれを支えるスタッフのこれほどまでの努力と仕事量にもかかわらず、公式の政策決定プロセスと理事会の意向を反映して実際に実行される政策の間にギャップが存在することであろう。前述の1985年に理事会が煙草株への投資の中止を決定した経緯は、その一つの例といえるだろう。このように、規則上は政策形成の中心的な役割を果たす代議員大会は、現実には会員に民主的な全員参加の場を提供するという意味あいの方が濃くなっていると言える。この点については、後の第4節でさらに詳しく検証する。

（4）AMAスタッフの果たす役割

スタッフによる大変幅広いサポートなくして、AMAの政策形成過程は十分に機能しないであろう。多数のスタッフが常時従事している政策分析や政策立案にかかわる業務は、以下のように分類することができる。

- ・組織の長期的・戦略的計画の作成
- ・新しい政策、及び現行の政策の改変に関する提案
- ・計画作成や提案を行うのに必要な問題の評価や調査の実施
- ・報告書（案）の作成等、代議員大会、理事会、審議会、小委員会が必要とする業務の遂行

例えば、後で述べるキャンペーン「煙草との戦い」（第4節（1）参照）においては、煙草株に対する投資を全面的に中止しようとする運動の具体的な提案が、EVPを頂点とするスタッフサイドから理事会に提案されたという事実である。この提案に対して、理事会は好意的に反応し、一方代議員大会は上記の記者会見の2カ月後の1996年6月、時期を逆のぼって発表された内容を認める旨の決定を採択したという経緯がある。このように、スタッフはそのさまざまな業務を通じて会員による組織運営を助けながら、同時に自らの提案を政策形成に反映させる機会を持っていることがわかる。

3. 政策分析を担う部署－保健医療政策研究センター

これまでAMAの政策形成の過程を考察し、そのシステムが機能するためには、政策分析に基づく情報が必要であることを確認した。本節では、AMAの組織のなかで唯一、政策分析を主な活動にしている保健医療政策研究センターに注目する。AMAの他の部署とは異なり、研究センターは政策分析を実施し、その結果を提供することを第一の任務とする。本節では、センターの政策分析能力とその成果について検討し、センターがAMAにとってどのような貢献をしているかを考える。また、このような部署をAMAという組織の内部に維持することに伴う管理上の問題点についても検討する。

保健医療政策グループ担当のVice President¹⁾で、研究センターの所長を兼任する、Dr. James W. Rodger（経済学のPh.D.を持つ－図3参照）によると、センターの目的は三つに分けられる。将来、AMAにとって重要な問題となる可能性のある長期的な課題を見分け、調査・研究を通じてそれらの課題に関連する詳細な情報をAMAに提供することが、センターの第一の目的である。第二の目的は、調査・研究結果に基づいて、AMAの戦略的な行動計画に対して有効な提言をすることにある。そして、第三の目的は、センターの研究成果を政策推進のための活動に提供することであり、言い換えればAMAの総合的な目標達成に寄与することにある。

（1）研究センターの分析能力

① 組織とスタッフ

過去10年間、研究センターは幾つかの組織的な変化の波にさらされてきた。例えば、10年前のセンターは組織的に、それぞれ特定のテーマを取り扱う次の三つのユニットから成っていた。

- ・ 医師による医療活動の実態
- ・ 医師と病院との関係
- ・ 医療に関わる人材と労働人口の動態

¹⁾ Vice President, Group Vice President はすべてAMAのスタッフであり、Executive Vice President がその人事権を持つ。

この、テーマ中心の責任分担の方式は、やがてセンターが生み出す情報の受け手（または、情報の機能）による以下のようなグループ分けに変わっていった。

- ・ 独自の調査研究による事実を中心とした情報
- ・ 政策立案のための情報
- ・ 政策推進のための情報

1987年には、社会経済情報調査室（The Office of Socioeconomic Research Information）が新たにセンターの組織に加えられた。この新しいユニットは、毎年外部の調査会社に依託して行われる社会経済モニタリングシステム・サーベイ（Socioeconomic Monitoring System Survey）から得られる情報を中心とした、センターの出版物の作成と配布（販売も含む）を管理している。この年次サーベイについては、以下の第3節（2）で詳しく述べる。

センターの規模は年を追う毎に、縮小して今日に至っている。10年前にはセンターのスタッフ数は約25名を越えたが、その後、何人もの研究者がセンターを去った。特に、より学術的な研究に従事していた研究者がセンターを後にした。これらの研究者の空席のいくつかは補充されず、結果的にセンターの規模は現在のように縮小した。現在センターに所属する研究者は合計12名であり、そのうち7名がPh.D.を持つ経済学者で、他に社会学のPh.D.を持つ者が1名、そして残りの4名の多くは経済学の修士号を持っている。この報告書を作成している時期も、センターはさらに新たな組織改革の真只中にいた。この改革を経て、近い将来に予定されているセンターの組織は、5～6名のPh.D.を持つ経済学者がAMAの長期的な政策及び戦略計画の構築に貢献するような研究を担当する「研究部」と、年次サーベイの実施やセンターの出版物の管理を行う「研究サポート部」の二つの部で構成される予定である。

② 予算

現在のセンターの年間予算は、年次サーベイの費用も含めて、約200万ドルであるといわれている。しかし、この年次サーベイの費用のかなりの部分は、それから派生する数々の出版物の販売によって回収されている。（資料5（イ）参照）

（2）研究センターによる政策分析の性格

センターによる研究の主眼は常に経済分析に置かれてきた。センターにおけるこれら経済分析は、政府機関や業界等の外部から入手する情報に基づいて行われるだけでなく、独自の年次サーベイによって得られる情報に基づいて行われている。毎年実施される年次サーベイは、センターによって管理され、アメリカにおける医療の実体についての、様々な側面に関する統計情報を提供してきた。65%という比較的高い回答率を誇るこのサーベイは、4～6,000人の医師に対する電話インタビューという方法で行われ、例年以下に示す項目についての情報を得ている。

- a) 診療時間：例えば、一週間当たりの診療に費やされる時間数、またそのうち直接患者に接している時間数、一週間当りの手術件数

- b) 一週間当りの患者の訪問回数によって測る、医療サービスの利用度
- c) 一週間当りの退院件数や入院日数等によって測る、病院の利用度
- d) 初診患者、及び再診患者から医師が受け取る受診料
- e) 医療過誤保険料、医師以外の人件費、診療所に係わる出費、医療機器および医療器具に係わる出費等、開業医の医療サービスに伴う支出
- f) 医師の収入

以上のデータは、地域、専門領域、診療形態の分類（個人開業とそれ以外）、ロケーション（都市部とそれ以外）、医師の年齢や勤務形態などの情報と関係づけて収集されるので、これらの要素毎の分析が可能である。この年次サーベイは、独自のデータを提供し、また医師の診療実態と収入に関するデータベースを築くことを可能にするという意味から、センターにとって大変重要な意味を持つ。また、このサーベイは1981年以来継続されていることから、医療を取り巻く環境のさまざまな事象の時間的な変化についての分析が可能である。

センターによる年次サーベイデータの解析結果は、さまざまな形で内外の利用者に提供されている。例えば、AMA外部の利用者のためにセンターは「Physicians Market Place Statistics」と「Socioeconomic Characteristics of Medical Practice」の2冊を例年出版している。（資料5（ハ）参照）前者は、年次サーベイデータのうち、特に医師の収入に関する統計情報を、100を越える図表を使って詳細に解説するものである。例えば、1993年版の「Physicians...」は、内科及び外科のうちの特定の専門領域の医師、特定の手法、メディケアの利用率、様々な医療サービスの供給システム等の側面から、医師の収入についての分析結果を掲載している。また、一般人口と医師人口の大きな10州を選び、各州間の医師収入の格差についての検討を行っている。

一方、「Socioeconomic...」は、統計情報の面では「Physicians...」に比べて限定されているが、センターの研究者によるタイムリーなテーマについての評論が含まれているのが特徴と言える。1994年版の「Socioeconomic...」に掲載された評論のタイトルは以下のとおりである。

- ・医師による広告：パターンと経費
- ・プロフィールとフィードバック：誰が医師のパフォーマンスを測るのか
- ・医療サービスマーケットのトレンド
- ・マネージドケアの最近の傾向
- ・医師の収入 1982-1992
- ・医療過誤保険の請求と保険料 1985-1992

定期的に出版される上記の2冊以外に、センターの刊行物のなかには、主にAMA内部の政策論議に貢献すべく発行される「ディスカッションペーパー」シリーズがある。（資料5（ロ）参照）このシリーズは、非常に限定された話題についての分析をもとに、センター研究員の個人名入りで出版される。シリーズは年次サーベイデータの他、外部データベースから入手された情報も分析の対

象としている。「ディスカッションペーパー」シリーズのいくつかの例を以下に列記する。（資料5（ハ）参照）

- ・新しいテクノロジーのメディケアコストと利用件数の増加に与える影響の予測
- ・マネージドケアが与える国民医療費への影響
- ・医療の質に対するマネージドケアの影響
- ・メディケア支払い方法が与える専門領域別、地域別医師収入への影響
- ・メディケア受診料金体系のもとでの医師に対する支払請求額の概算

（3）研究センターによる政策分析の成果と利用者

上記の出版物を含めて、センターの研究活動の成果はAMA内外の幅広い層の利用者に対して、さまざまな形で提供されている。外部の利用者の中には、医療経済学、公共政策、保健政策等の分野の学術的研究者、関連分野のシンクタンク、政府関係者、ワシントンの議員とそのスタッフ等が含まれる。AMA内部の主な利用者としては、保健医療政策担当のVice President、理事会、医療サービス、法律、長期計画及び開発に関する各審議会とその関係スタッフ、そして他の幹部スタッフ等が挙げられる。表1はセンターによる出版物等を、タイプ別、想定される利用者別にまとめたものである。

またこの他、センターの幹部研究員は、ホワイトハウスのスタッフや議会関係者、ニューヨークタイムズなどの主要新聞の編集者等と定期的に会合を持ち、独自の分析結果をもとに保健医療政策に関する意見交換を行っている。

（4）AMAにおける研究センターの位置づけ

図3にも示されているように、センターは現在、医療サービス審議会担当部、政策推進プログラム部、さらに新たに設置される政策開発部の3部とともに、保健医療政策グループ担当のVice Presidentの監督下にある。保健医療政策グループ担当のVice Presidentは、以下の5つの分野を統轄する保健政策推進担当のGroup Vice Presidentに対して報告義務を持っている。

- a) 政府と政治関係（いわゆるロビー活動）
- b) プライベートセクターとサポートチーム
- c) コミュニケーション（報道関係とパブリックリレーション、JAMAおよび科学ニュース、演説原稿作成、の3部に分れる。）
- d) マネージドケアと医療の質
- e) 政策推進（アドボカシー）・キャンペーン活動および調整

このような組織上の位置づけから、この政策研究を担当するセンターが、AMAの政治的な活動と深く関係していることが伺える。このような関係は、センターの複数の目的の間に、不整合を生み出す危険をはらんでいる。すなわち、センターはある場合には相反しうる以下の3つの機能を期待

されていると言える。

- ・ 政治的立場から独立した自由で学術的な研究を進める組織内シンクタンク
- ・ AMA内部の要求に応じた合目的な調査を実施するユニット
- ・ AMAの政治的ロビー活動のための調査活動

これは、AMAにおける保健医療政策研究センターの様に、組織内に政策分析グループを持つ場合の共通する組織管理上の最も困難な問題点と言える。センターの幹部研究員および、AMAの他のスタッフに対するインタビューによると、センターは二つの相反する力に挟まれてきた歴史を持つことが伺える。一つは、AMAスタッフや組織運営機関からの要求に応えることによって、センターがAMA全体の活動と関連を保つよう、センターに対して働き掛ける力である。もう一つは、AMAの政治的な立場から独立した、客観的な判断を下せるような研究の自主性を保ち、外部からの信頼も獲得したいとする、言わばセンターの切実な欲求とも言えるものである。センターは、その研究対象についても、常に、この二つの力の間に妥当なバランスを見いださなくてはならない立場に置かれている。すなわち、一方に組織の政治的な見解から離れて、長期的な研究に取り組みなければならないセンター本来の立場があり、他方、AMAとして日々行われる業務のなかで、随時発生する情報を求める声に応える役割が存在するわけである。

我々の調査によると、近年センターはAMAスタッフの緊急の要請に応えるという組織内部からの期待に、より敏感になっているようである。この傾向は、AMAの長期的な戦略の立案に貢献するというセンターの重要な役割に制限を加えることになるだろう。（センターの情報の利用者のうち、AMA「内部」対「外部」の割合が、以前の40/60から現在50/50に変化しているとも、伝えられている。）最近のAMAの厳しい財政状況から、組織全体の厳格な見直しが行われているという状況が、このような運営方針の変化を決めた背後にあるようだ。センターの幹部スタッフは、このような現在の状況を大変厳しいものと認識しており、以前のように独立を誇る一方で、センターの存在がAMAの中心的な活動から乖離していると組織の他の部署から見られる、という状況は防がなくてはならないと考えているようだ。すなわち、センターは組織内部の要求に応えることを最優先課題に据えることによって、その存在価値を高め活動の意図を正当化しようという路線を取り始めた、ということであろう。

さらに、センターの何人かの研究者とのインタビューから、彼らが「自分達の研究がAMAの内外で認められていないのではないか」という懸念を抱いていることがわかった。この懸念は、内部の仕事が増加している現在、より明確なものとして認識されているようだ。各種審議会の報告書作成にあたって、センター研究者が与える専門的なアドバイスは研究者個人の実績として認められない場合がほとんどである。このように、センターの存在が見えにくくなっている状況のなか、最近のAMAメデイケア改革案作成にあたってセンターが残した業績は、研究員が明確な形で功績を示した非常に例外的な事例かも知れない。AMA改革案の準備の段階で、センターのシニアエコノミストは指導的な活躍をしたと評価されている。また、独自のデータに基づく分析に裏打ちされたAMAの主

張は説得力を増したと言われている。センターはまた、メディケア改革資料集を制作し、ロビイストをはじめ、AMAの職員にその主張を裏付ける数々の統計データを使いやすい形で提供した。（資料5（ハ）参照）これらのデータは、コミュニケーション部等の努力により、一般にもわかりやすい言葉に書き換えられ、様々なチャンネルを通じてAMA会員、メディア、そして広く一般大衆の手にも渡った。

4. 政策推進（アドボカシー）活動

いったんAMAの公式な立場が決定されれば、それは会員を代表する形で行われる政策推進のための活動に反映されなければならない。現実には、AMAの政策形成と政策推進の段階は一部重複している。すなわち、代議員大会や諮問委員会での討論がメディアに公開されていることが、AMAの政策を世間一般に知らしめる一助になっているとも言える。

それ以外にもAMAは政策推進活動のための手段を数多く持ち、それらは次の三つに分類できる。（図4）一つは、アメリカ医師会雑誌（JAMA）や「Archives」シリーズ、「AMAニュース」のような自前の出版物や、「AMAビデオニュース」のような独自の製品がこれにあたる。特に、JAMAは医学雑誌としてその地位を確立し、幅広い読者層を持つことから、AMAにとって大変強力なコミュニケーションの手段と言える。JAMAは臨床的な話題を中心に扱うが、例えば煙草、暴力、エイズ等についてのAMAの見解を広く一般に公表する効果的な場といえる。このような、JAMAの効果的な利用法の例として、AMAの反煙草キャンペーンについて後で詳しく述べる。

AMAの持つ、二つ目の政策推進活動の手段は、ニューヨークタイムズ、ワシントンポストといった主要大新聞や、テレビの全米キーネットワークなどのメディアとの繋がりである。メディアは、特に公衆衛生や医療の社会的・経済的な側面等に関わるAMAの政策の実現に向けて世論形成を促す重要な手段である。ニューヨークとワシントンには、メディアとの関係維持を任務とするフルタイムスタッフがそれぞれ数名ずつ常駐している。AMAの政策や見解を報道関係者に周知させること、また組織挙げてのキャンペーンの一環として、AMA幹部とメディアの会合を設定するのが、彼らの主な仕事である。

三つ目の手段として、主にワシントンで活躍するAMAのロビイストが挙げられる。彼らの活動を通じて、AMAはワシントンで最も影響力のある、確固とした地位を持つ利益団体の一つとして知られている。

我々がインタビューした、コミュニケーショングループのニュース・情報担当課長によると、ここ数年間に、次の三つの理由から、AMAはメディアとの関係を重視するようになってきたとのことである。第一に、メディアが設定した政策論議に対応するよりも、自ら問題を提議しAMAの立場に沿った政策論議を展開する方法が、戦術的に優れていると考えるようになったことが挙げられる。二つ目の理由として、昨今のアメリカの医療を取り巻く環境の劇的な変化が挙げられる。この変化

の中で、医師の利益を擁護する立場にあるAMAは、より積極的なメディアへの対応を迫られている。そして最後に挙げられる理由は、AMAの活躍がメディアの中でもっと報じられるべきだ、という会員自身の要求である。多くの会員が、AMAについての情報を一般のメディアから得ているという状況の中で、メディアにおけるAMA関連の情報の欠如は、会員にとって大きな不満となり、新たな会員募集にとってもマイナスであると見られている。

(1) キャンペーン「煙草との戦い」の例

1996年4月23日、AMAの会計担当役員がワシントンで行われた「煙草との戦い」キャンペーンの記者会見の席上で次のように述べた。

「すべての医師、医療関係者、公衆衛生の推進者、医療機関、そしてわれわれの子供達の健康と福利に関心のあるすべての人は、ただちに自らの投資対象を再検討し、いかなる煙草株または煙草に対して投資している者に対する財政投資を中止する、または中止するよう働き掛けなければならない。」

この席上、第三者機関の行った調査に基づいてAMAが作成した、煙草製品を生産し又は販売している13社、及び煙草会社に投資している1,474のミューチュアルファンドのリストが配布された。AMAはまた、このリストを今後毎年改訂し出版物を通じて公表することを確認した。さらに、AMAはミューチュアルファンドを取り扱う投資会社全7,000社に対して、「煙草に投資しない運動」に参加するよう呼びかけた。(添付資料6(イ)参照)この出来事は、AMAの煙草に関する見解の一連の変化と呼応するものであり、現在AMAが反煙草キャンペーンの先頭に立って戦っているというイメージを一般に与えることを目的としている。この背景には、AMAコミュニケーショングループによって作成された1994-95年コミュニケーション戦略計画があり、それは「AMAは国民の健康の推進者としての地位を確立するため、すべての機会を有効に活用しなければならない」と述べ、公衆衛生をAMAが取り組むべき三つの重要な課題の一つとしたうえで、特に煙草問題に積極的に取り組むべきだとしている。(他のAMAが取り組むべき二つの問題とは、「良好な患者・医師関係の確立」「医療倫理と教育」が挙げられている。)このような戦略的判断の裏には、「国民の健康を守り、促進するAMA」というイメージが、他の医療保健システムといった問題についてのキャンペーンを展開する際に、AMAの立場を良好なものにするのではないかとの期待がある。実際に反煙草キャンペーンがAMAに政治的なプラスをもたらしたとの指摘がある。これは、キャンペーンを通じて今まで関係を築くことが困難であった、煙草に反対の立場を貫く議員と接する新たな機会を得たことを指す。医師の収入を守ることを第一に考える利益団体としてのイメージを抱くこれら議員達に対して、公衆衛生の向上を目指すAMAという違った側面をアピールする機会を得たわけである。これらの新たに築かれた政治的な繋がりは、AMAにとって大きな関心事である医療システム改革等に関して有益であると期待されている。

さらに、煙草株への投資に反対するキャンペーンは、AMAがいかに調査・研究活動(この場合は、外部で行われた研究成果)を自らの政策推進活動に利用し、また、政策的なメッセージを医師や一般社会へ広めるために出版物を有効に活用している良い例と言える。ワシントンでの記者会見で、

AMAは煙草問題の特集したJAMA1996年4月24日号を配布した。特集号は、喫煙と健康に関する四つの新しい研究の成果を掲載している。米国疾病予防センター(CDC)など米国の第一級の研究機関からこれらの研究に参加した研究者は、ワシントンでの記者会見にAMAによって招待され、集まった記者達を前に研究結果のプレゼンテーションを行った。過去にも、AMAの反煙草政策を推進する場として、JAMAがこのような形で利用された事例はあった。1995年7月、喫煙が肺癌を引き起こす事実をある煙草会社が知っていた事を示す文書についての考察と、煙草産業の資金がその事実を隠蔽するためのPRに使われた事実を非難する特集をJAMAが組んだ例がそれに当たる。(添付資料6(ロ)参照)

以上、「煙草に対する戦い」キャンペーンの事例の検討を通じて、AMAの政策推進活動についての考察は次の3点にまとめられる。

- ・第一に、スタッフはAMAが置かれている政治的環境を分析し、煙草問題をてこに立場を改善するという戦略計画を構築するという役割を担った。
- ・第二に、AMAは科学的な研究の成果を動員してキャンペーンの正当性を高めた。
- ・第三に、AMAはキャンペーン・メッセージを会員や広く社会に伝える、出版物、広報担当職員、メディアとのコンタクトといった、数多くの手段を有している。

これらの政策推進のための活動が、どれほど効率的に期待された結果に結び付いているかについては、本研究の領域外であり、我々には未知の問題である。しかし、反煙草キャンペーンの考察は、AMAスタッフの役割が代議員大会や理事会の決定を行動に移すだけでなく、新しい政策を提案することも含むという前節での結論をさらに確認する結果となった。

(2) 新しいコミュニケーションの手段－AMAホームページ

以上のようないわゆる伝統的なコミュニケーションの手段の他に、AMAは現在インターネットを使った新しい方法の開発を行っている。ここでは、AMAのWorld Wide Web上のホームページの概要と政策推進のための手段として活用するAMAの努力を示す。

① 内容

1997年1月の時点で、AMAのホームページは以下の8種類の情報を提供している。

- ・「AMAについて」は、組織の概要と一般に公開している情報の項目について解説する。
- ・「What's New」は、AMAに関する最近の出来事や活動について紹介する。このページを通じて、老人医療、医師に対する支払い、メディケア等について最近発表されたAMA幹部による声明や、議会に対して行われた証言の内容が紹介されている。
- ・「医学と教育」に掲載される情報は、医学生や医師に対してAMAが提供する教育・研究に関する

るものと、国民向けの医療に関するものの2種類がある。後者の情報のうち、例えばAMA Health InsightはJAMA HIV/AIDS Information Centerのような特定の疾患についての情報を与えるページに利用者を導く。またAMA Physician Selectは、約600,000名の米国内の医師についてのデータベースを使って、消費者が医師名、専門領域、地域名などの情報をもとに自分のかかりたい医師を選択を支援するシステムである。

- ・「会員と会員のグループ」は、AMAの会員になるための条件、会員の特典についての情報を提供し、このページを通じて入会の手続きをオンラインで行う事もできる。また、医学生、青年医師などの各会派の活動の内容もこのページで紹介されている。
- ・「サイエンスジャーナルとニュース」では、11種類のAMAの出版物の抄録を入手することができる。
- ・「アドボカシーとコミュニケーション」は、医療に関する法律や政治の問題をAMAの会員に解かりやすく説明し、草の根レベルでどのような活動ができるかを紹介する。また、このページを通じて、AMAのメディケア改革案など、その時々ホットな話題について会員と国民に対してAMAの立場を説明する。
- ・「AMAカタログ」は、医師、医学生、一般消費者を対象に販売されているAMAグッズと出版物を紹介する。
- ・「他の医学サイトへのリンク」は、政府、大学、研究機関等、他の医学関係のホームページに案内する。

② 利用者

AMAホームページは、医師と一般の利用者の両方を想定した情報を提供している。後者向けとしては、先のデータベースを使って医師を選択するPhysician Select や、疾病に関する情報を掲載するHealth Insight などがある。現時点では、医師よりも医師以外の利用者数が多く、また、ホームページを利用する医師の過半数は会員である。現在、ホームページ全体の構成の見直しが進んでおり、医師向けと一般向け情報を明確に分類することによって、より多くの医師による利用を促す手段が検討されている。

AMAホームページでは、利用者に登録を促す箇所が幾つかあるが、登録を通じて集められた情報は、主にモニタリングの目的に使われている他、広告主にも報告されている。非常に限られた場合ではあるが、パスワードを持つ人にものみ公開される情報もある。例えば、代議員大会関係の情報は、大会前には関係者にしかアクセスできないようになっているが、大会終了後はパスワードが解除され、すべての情報が公開されるようになっていた。

③ ホームページ上の広告

広告料を取りながら喘息や偏頭痛などといった特定の疾患についての情報を提供する計画が現在進行しており、JAMA HIV/AIDSのサイトはその第1号である。例えば、このエイズサイトはグラクソ・ウエルカムという製薬会社の出資によるものである。今後、同じような形式のサイトの予定が、4～6件あるといわれている。また、AMAは製薬会社だけでなく、どのような分野の企業からの広告も受け付ける用意があると述べている。さらに、別のタイプの広告として、スクリーンの下部の帯広告を始めることも検討されている。

④ ホームページの開設と維持

周辺機器や電話回線の購入のための費用を含めて、AMAホームページの開設時の経費は約100万ドルといわれている。現在ホームページは6名のスタッフの他、外部のコンサルタントによって維持されている。添付の1日利用報告書にあるように、通常の利用状況は毎日モニタリングされている。(資料7参照) われわれがインタビューしたホームページ担当のスタッフは、「ホームページの維持には、情報を掲載している部署が長期的に必要な金銭的・人的費用を継続して提供するということが明確に認識していることが不可欠だ」と指摘している。例えば、AMAではホームページに情報を掲載しようとする部署に、利用者が直接問い合わせることが出来る担当スタッフのEメール番号を記載することを義務づけている。こうすることによって、担当部署の仕事量は確実に増加するが、効果的なコミュニケーションの手段というホームページの意義を保つためには必要な措置といえる。詳細な利用状況のモニタリングのため、オンライン上でのサーベイや、フォーカスグループ・ディスカッション(利用者のニーズを測るために、特定の属性を持つ数人のボランティアを集めて討議させる方法)も不定期に実施される。

⑤ ホームページを開設することの意義

我々がインタビューしたスタッフのほとんどは、ホームページをAMAの政策や活動を広めるために役立つ効果的なコミュニケーションの手段だと感じていた。特に、ホームページを開設することの意義として、以下の3点が指摘された。

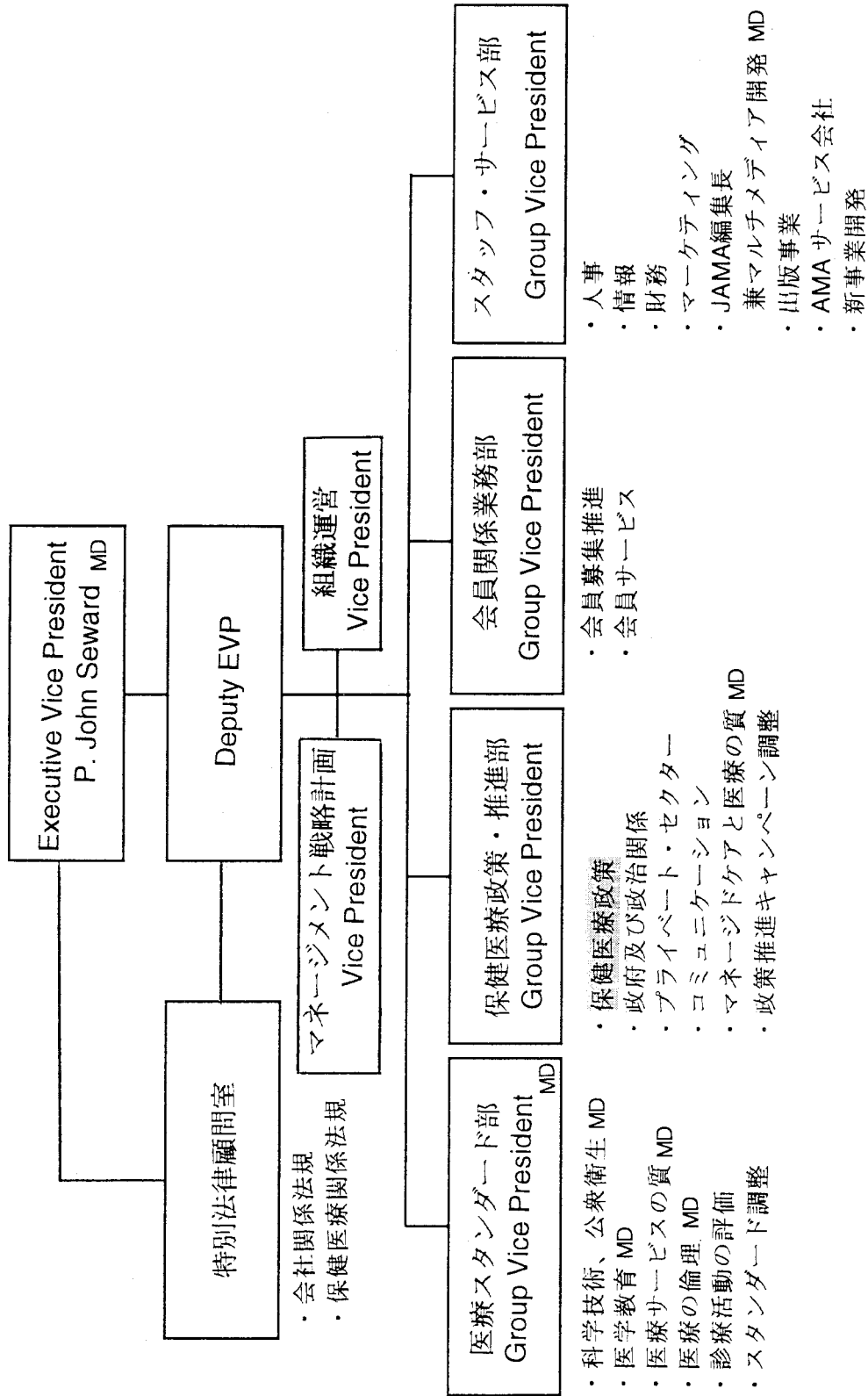
- ・ AMAの政策についての情報を、一般に伝えることができる。
- ・ 医療に関する質の高い情報を提供することで患者を支援する団体としての新しいAMAのイメージを作り出すことができる。
- ・ 多彩な情報を提供することで会員サービスの向上を図ることができる。

しかしながら、我々の調査では、政策分析と政策推進の目的の達成のためにこの新しいコミュニケーションの手段が果たす定量的な役割を確認できていない。

表1 保健医療政策研究センターが提供する情報の形態と利用者

情報の形態	想定される利用者
<p><u>内部者用：</u> 特定の情報を求める内部メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療サービス審議会、法律審議会、およびその事務局 ・理事会 ・AMA幹部職員
<p>「ディスカッションペーパー」シリーズ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・内容に関連する技術的知識を持ったスタッフ
<p>「ポリシーリサーチ・パースペクティブ」 (ニュースレター)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・一般職員
<p><u>外部者用：</u> 販売用の刊行物</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師マーケットについての統計 ・医療サービスの社会的経済的側面 ・一般医／家庭医の医療実態 ・アメリカの医療ケアの傾向 	<ul style="list-style-type: none"> ・大学 ・シンクタンク、研究機関 ・大規模なヘルスケア供給者 ・弁護士 ・議員 ・保険会社
<ul style="list-style-type: none"> ・ワークショップ 	<ul style="list-style-type: none"> ・議員 ・学術研究者
<ul style="list-style-type: none"> ・アメリカ医師会雑誌（JAMA）への掲載 	<ul style="list-style-type: none"> ・AMA会員、一般読者
<ul style="list-style-type: none"> ・専門学術雑誌への掲載 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療経済学、保健政策の研究者
<p><u>内部／外部利用者用：</u> 主に政策実現活動のための出版物</p> <ul style="list-style-type: none"> ・AMAのメディケア改革案 ・メディケア改革のための資料集 ・パンフレット 	<ul style="list-style-type: none"> ・議員 ・メディア ・一般大衆 ・AMA幹部職員 ・AMAのロビイストをはじめ、政策推進活動に従事する職員

図1 AMAスタッフ組織図



・ Group Vice Presidentの監督する上記4部の下に、それぞれに担当Vice Presidentがいる。
 ・ EVPのみが選挙により会員から選出される。それ以外のGroup Vice President、Vice PresidentはすべてAMAのスタッフでありEVPがその人事権を持つ。
 ・ 「MD」は医師の資格を持つスタッフを示す。

図2 政策形成・推進の過程

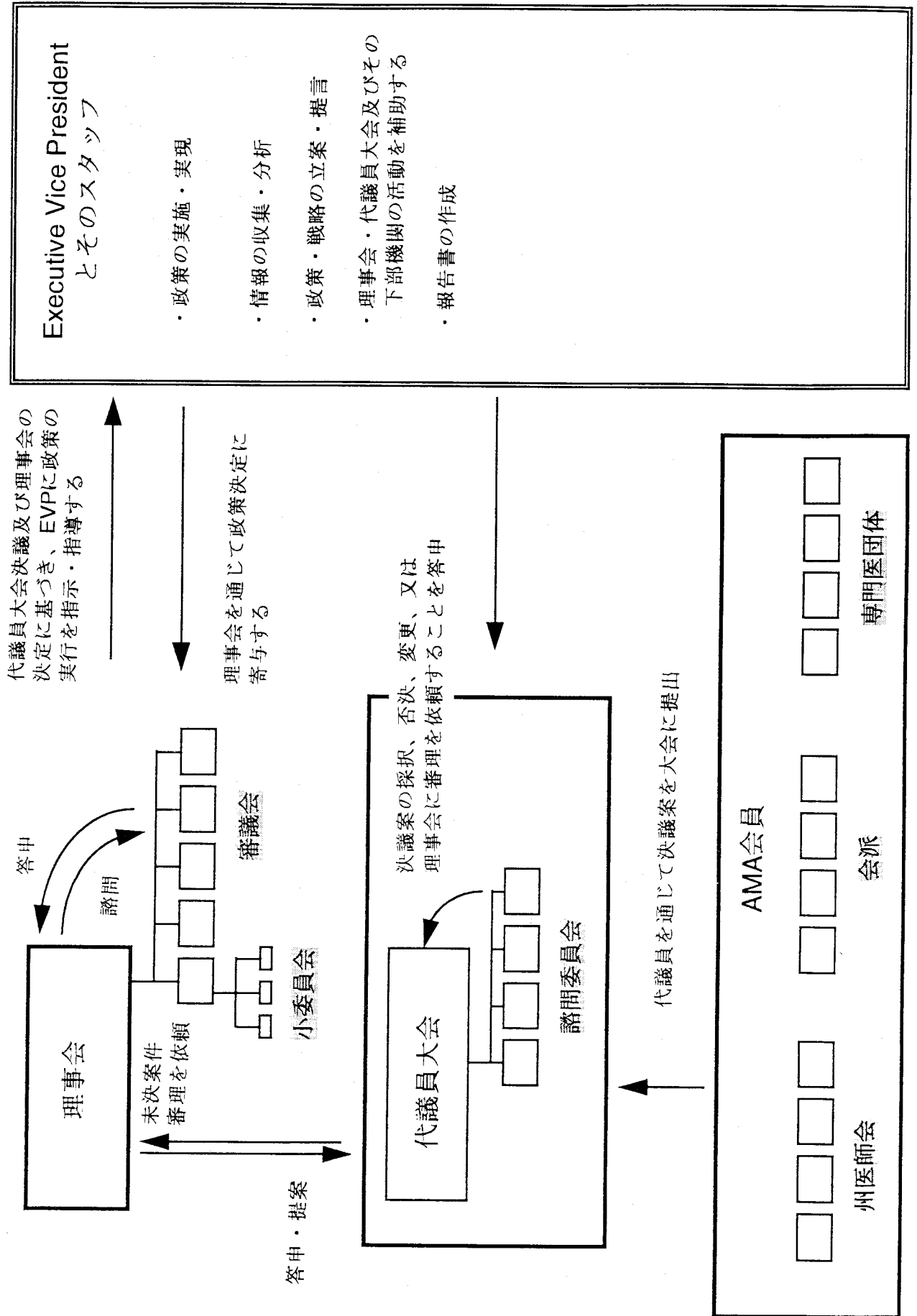


図3 保健医療政策グループ組織図(案)

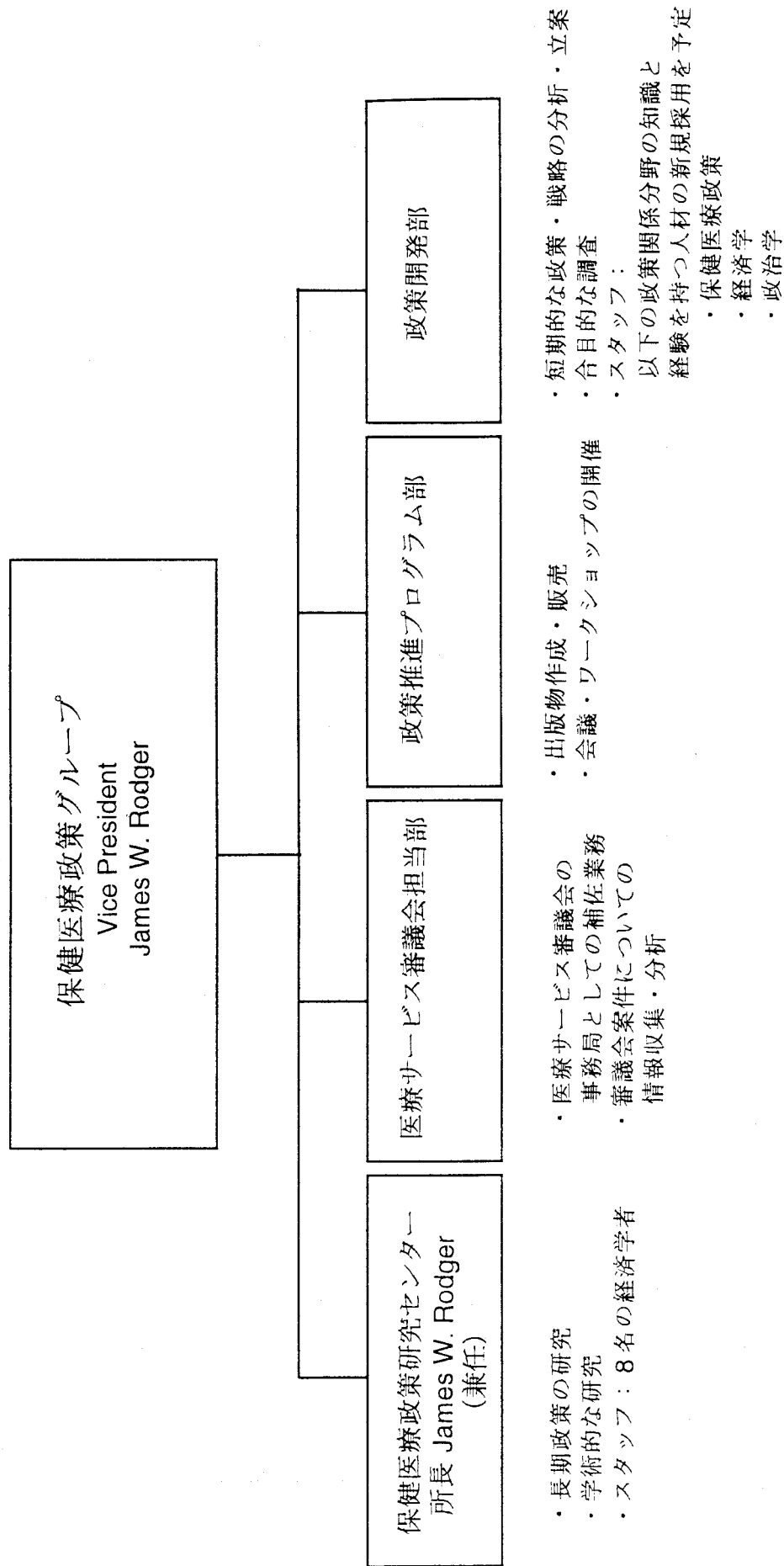
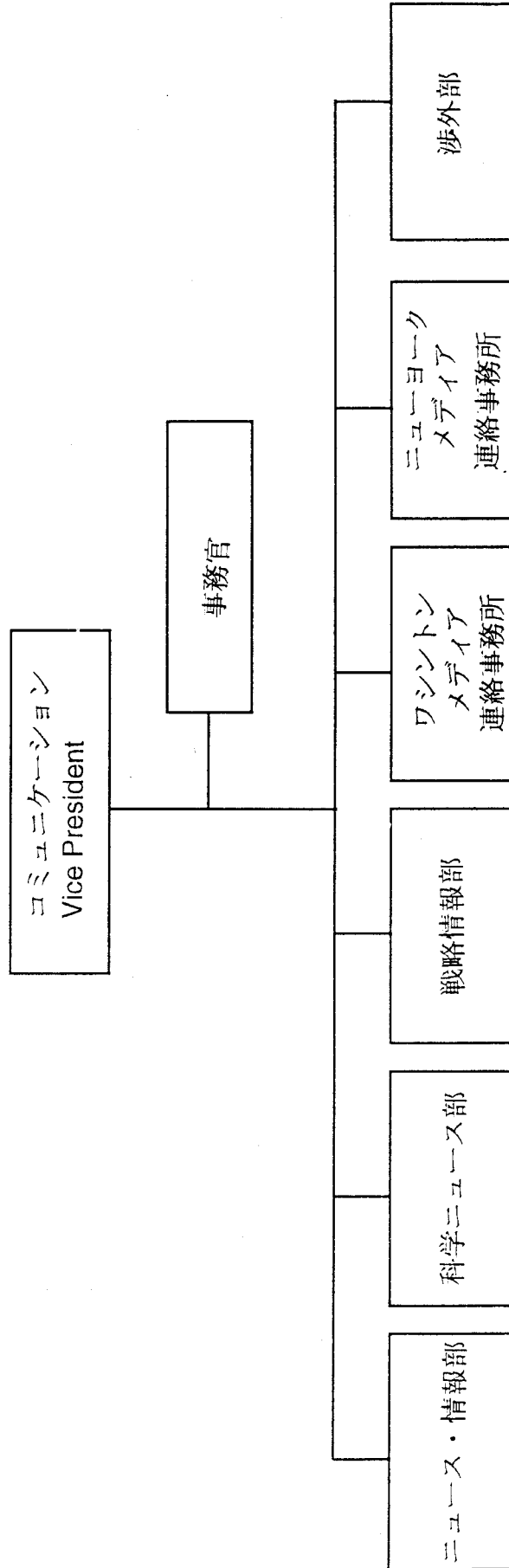


図4 コミュニケーション・グループ組織図



- ・報道関係対策
- ・情報宣伝活動
- ・アメリカ医師会雑誌 (JAMA)発行
- ・科学情報の提供
- ・公式声明・証言文の作成

資料1 AMAの喫煙政策に関する主な出来事一覧

- 1963年 12月 4日 AMAは代議員大会において、喫煙と健康の関係について「統計データ以上の科学的な証拠」の有無を確定するために基礎研究の強化を図ることを決定した。
- 1964年 1月 11日 米国公衆衛生局長が「喫煙は肺癌の原因であり、また他にも幾つかの疾病を引き起こす可能性がある」と発表した。
- 1月 31日 AMA教育研究財団は、「煙草が健康に影響するメカニズムを明確にし、可能であれば疾病につながる要因を除去する」ことを目指した研究プロジェクトを指揮する委員会を組織することを発表した。AMAはこのプロジェクトに対して煙草産業から5年間に1,000万ドルの資金提供を受けた。
- 6月 AMAの立場と米国公衆衛生局長報告書の見解の相違に対する非難を受け、「喫煙と肺癌は統計的に有意な関係にある」という見解を含む決議を代議員大会で採択した。
- 1967年 AMA教育研究財団の研究プロジェクト委員会が、アメリカ医師会雑誌に「確かに、米国公衆衛生局長報告書の見解と原則的に反する科学的なデータは存在しない」と述べた。
- 1968年 AMA教育研究財団の研究プロジェクトに対して煙草産業は、さらに800万ドルの資金を申し出、AMAはこれを受領した。このプロジェクトは1972年まで継続され、合計844人の研究者が219件の研究課題に取り組んだ。
- 1978年 AMAは教育研究財団研究プロジェクトの結果は「米国公衆衛生局長報告書の結論を変えるものではない」と発表した。
- 1980年 6月 医学生会派がAMAの煙草に反対する活動を強化するよう求める決議案を代議員大会に提出したが、諮問委員会は否決するよう答申し、代議員大会はこれに従った。
- 1981年 6月 レジデント会派がAMA会員年金の資金を煙草株に投資することを禁じる決議案を提出したが、代議員大会はこれを否決した。（しかし、AMAは1985年に投資会社に理事会の承認なしに煙草株を購入することを禁止する旨、通告した。）

- 1985年 6月 この代議員大会において、「2000年までに、煙草のない社会を目指す」決議を含め、数多くの喫煙に反対する立場を明確にした決議が採択され、AMAの煙草政策の歴史において重要なターニング・ポイントとなった。
- 1986年 6月 レジデント会派が提出した「煙草会社の他事業への拡大による影響を調査する」ことを求めた決議案に対して、諮問委員会は調査の目的が不明確であること、及び調査結果の利用に関する法律的な問題を理由とし否決することを答申した。
- 代議員大会は、煙草株に対する投資を禁止する決議を採択した。
- 1986年12月 理事会は、雑誌、新聞の煙草広告掲載の禁止、及び航空機内での禁煙を目指す運動を支持するよう代議員大会に求めた。この件に関して、AMAは米国議会での法制化を目指したロビイ活動に参加したが、議会はこの法案を承認するに至らなかった。
- 1992年 6月 代議員大会は、医学生会派の提出した医師会、及びその会員が煙草に関係する投資活動に一切関係しないよう求める決議を採択した。
- 1992年12月 代議員大会において、煙草関連企業から広告その他の収入を得ることの妥当性について議論され、代議員大会は理事会に煙草会社に関する定義についての報告書を次の大会に提出することを求める決定を採択した。
- 1993年 6月 理事会は煙草の生産・販売に直接関係しない煙草関連企業からの資金を受け取ること認める報告書を代議員大会に提出した。公衆衛生に関する諮問委員会の求めに反して、代議員大会はこの理事会による定義をAMAの正式な政策として採択した。
- 1996年 4月24日 AMAはワシントンで記者会見を開き、煙草株への投資を全面的に中止することを広く社会に求める声明を発表した。
- 1996年 6月 理事会の提案に基づき、代議員大会は上記の声明を追加承認する決議を採択した。

資料 2 AMA 代議員大会諮問委員会の一覧

- ・ 定款と規約改正に関する諮問委員会
- ・ 諮問委員会A：医療サービス
- ・ 諮問委員会B：法律
- ・ 諮問委員会C：医学教育
- ・ 諮問委員会D：公衆衛生
- ・ 諮問委員会E：科学技術
- ・ 諮問委員会F：理事会
- ・ 諮問委員会G：医療の実践と施設 (Medical Practice/Facilities)
- ・ 諮問委員会H：保健医療情報とシステム

資料 3 AMA各種審議会の一覧

- ・ 定款と規約に関する審議会
- ・ 医学教育審議会
- ・ 医療サービス審議会
- ・ 倫理と司法に関する審議会
- ・ 長期的計画と開発に関する審議会
- ・ 法律審議会
- ・ 科学審議会
- ・ 医療保険とその利用に関する審議会

資料 4 (イ) 1996年代議員大会決議案第103号

「メディケア生命保険による末期医療に係わる医療費負担について」

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION HOUSE OF DELEGATES

Resolution: 103
(A-96)

Introduced by: Pennsylvania Delegation

Subject: Financing Terminal Care Under Medicare with Life Insurance

Referred to: Reference Committee A
(Douglas G. Smith, MD, Chair)

-
- 1 Whereas, Because the majority of persons die with Medicare coverage in effect; and
2
3 Whereas, Approximately 20 percent of Medicare expenditures pay for the last year of a bene-
4 ficiary's life, suggesting the same proportion of Medicare-designated employment taxes could
5 be spent on premiums of life insurance policies, payable to Medicare, with an effect which
6 would largely be invisible to patients and providers; therefore be it
7
8 RESOLVED, That the American Medical Association study the desirability of devoting a
9 portion of Medicare payroll contributions to life insurance premiums (on the individual's
10 life with Medicare as the beneficiary) for the purpose of reimbursing Medicare for incurred
11 costs during the last year of the individual's life.

Fiscal Note: No significant fiscal impact

AMAの許可を得て転載

DRAFT

AGENDA

Council on Medical Service
American Medical Association

The Carlton Hotel
Washington, DC

Friday-Sunday
January 24-26, 1997

- 1 - Call to Order: 8:00 am

William A. Fogarty, MD
- 2 - Minutes of the Previous Meeting -December 6, 1996 Tab A
- 3 - Washington Report Tab B
- 4 - Meetings with Government Representatives Tab C
 - (a) Chris Jennings
 - (b) Bruce Vladeck, PhD
 - (c) Bruce Fried
 - (d) Lisa Simpson, MD
- 5 - Council "Roundtable" Discussion Tab D
- 6 - Report of Committee on Health Care Access
 - (a) Improving Access to the Uninsured/Underinsured Tab E
 - (b) Disaggregation of Medicaid Spending Tab F
 - (c) Rural Health Clinic Regulations Tab G
- 7 - Report of Committee on Health Care Financing
 - (a) Financing Terminal Care Under Medicare with Life Insurance Tab H
 - (b) Adverse Selection and Risk Assessment in a Medicare Program with Expanded Choice Tab I

AMAの許可を得て転載

DRAFT

- (c) Payment for Electronic Platform Mobility Devices Tab J
- (d) Payment for Case Management Services/Care Plan Oversight Tab K
- 8 - Report of Committee on Health Care Review
 - (a) Medicare Medical Necessity Requirements for Laboratory Services Tab L
 - (b) Peer Review Organization Program Status Tab M
 - (c) Medicare Integrity Program Tab N
- 9 - Report of Committee on Electronic Data Interchange
 - (a) National Uniform Claim Committee and Electronic Data Interchange Tab O
 - (b) Implementation of Administrative Simplification Provisions of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (PL 104-191) Tab P
- 10 - Other Issues for Council Discussion/Action
 - (a) For-Profit Conversions of Health Care Organizations Tab Q
 - (b) Defining Levels of Health Insurance Coverage Tab R
 - (c) Physician Decision-Making: Use of Medications or Other Non-Pharmacological Treatments Tab S
 - (d) Reorganizing AMA Policy on Managed Care and Capitation Tab T
 - (e) Fraud and Abuse Tab U
 - (f) Policy Compendium Taxonomy Tab V
- 11 - Other Business Tab W
- 12 - Adjournment

資料 4 (ハ) 医療サービス審議会報告書
「マネージドケアに基づく医療現場における
経済的インセンティブについて」

REPORT OF THE COUNCIL ON MEDICAL SERVICE

CMS Report 3 - I-96

Subject: Financial Incentives Utilized in the Management of Medical Care
(Resolution 114, A-96)

Presented by: William A. Fogarty, MD, Chair

Referred to: Reference Committee A
(Robert W. Higgins, MD, Chair)

1 During 1996, hundreds of bills were introduced in state legislatures that would regulate a variety of
2 health insurance practices, particularly those involving managed care. The issues generating the
3 most publicity have been the establishment of minimum maternity length-of-stay requirements and
4 the prohibition of “gag” clauses in physician contracts. Nonetheless, increasing attention has been
5 directed toward so-called “financial incentives,” such as capitation, withholds, and bonuses.

6
7 Interest in financial incentives also has been generated as a result of the Health Care Financing
8 Administration’s (HCFA) March 1996 final rule, which implemented provisions of the Omnibus
9 Budget Reconciliation Act of 1990, regarding requirements for physician incentive plans in prepaid
10 health care organizations in the Medicare and Medicaid programs. The final rule, which the AMA
11 strongly supported, prohibits plans from making specific payments as an inducement to reduce or
12 limit covered services, requires plans to disclose information on financial incentives to HCFA and
13 Medicare beneficiaries, and requires plans to provide “stop-loss” protection for physician groups
14 designated to be at “substantial financial risk.” Originally scheduled for implementation beginning
15 May 28, 1996, HCFA delayed implementation until January 1, 1997.

16
17 The following report describes the principal types of financial incentives, presents recent data on the
18 prevalence of such incentives, summarizes relevant AMA policy on this subject, and presents several
19 policy recommendations. The report also responds to Resolution 114 which was referred at the 1996
20 Annual Meeting. Introduced by the American Academy of Dermatology, Resolution 114 (A-96)
21 calls for the AMA to establish as policy that no health insurance payment be made to any physician
22 that would constitute payment for rationing appropriate medical services to any patient.

23
24 TYPES OF FINANCIAL INCENTIVES

25
26 In general, most physicians are paid by health plans, hospitals, and group practices through a variety
27 of methods, such as fee-for-service, salary, and capitation. Increasingly, financial incentives are
28 becoming an intrinsic component of these forms of payment, usually to encourage “appropriate”
29 levels of medical services and referrals, as well as the provision of high quality care. Incentive
30 payments typically take the form of capitation payments in excess of costs, returned withholds, and
31 bonus payments. These forms are briefly described below:

AMAの許可を得て転載

- 1 • Capitation - a set dollar amount per member per month that a health plan or other entity
2 pays to a physician or physician group for a specified set of services, regardless of the
3 actual volume of services provided.
4
- 5 • Withholds - percentages of payments or set dollar amounts that a health plan or other entity
6 deducts from the payments to each physician or physician group (i.e., from fee-for-service or
7 capitation payments). The amounts withheld are often pooled to pay for hospital inpatient
8 services and referrals to specialists. Withholds are returned, in whole or in part, to the
9 extent that referral costs do not exceed budgeted ceilings for such services. Conversely,
10 physicians or physician groups may be at risk for financing withhold pool deficits.
11
- 12 • Bonuses - payments that a health plan or other entity makes to a physician or physician
13 group beyond the physician's or group's base salary, fee-for service payments, or capitation
14 payments. Bonuses are often based on a variety of factors such as quality of care,
15 productivity, patient satisfaction, level of referrals, and overall performance of the plan.
16

17 In addition, a number of other factors may affect the level of financial risk to physicians, such as
18 whether incentive payments are based on individual physician performance or physician group
19 performance; the size of the physician group; the length of time for which performance is measured;
20 and whether there is some type of "stop-loss" protection to limit the financial risk to the physician or
21 group.
22

23 PREVALENCE OF FINANCIAL INCENTIVES

24

25 There are several recent sources of information regarding the prevalence of financial incentives in the
26 management of medical care. Table 1 presents data from the AMA's 1995 Socioeconomic
27 Monitoring System (SMS) core survey of nonfederal, patient care physicians regarding the percent
28 of physicians with capitated contracts and withholds in 1995, as well as the share of practice
29 revenues capitated or subjected to withholds. As indicated in the table, one-third of all physicians
30 had capitated contracts during 1995. Of those physicians with such contracts, capitated payments
31 represented an average of 19% of their total practice revenue. Pediatricians (63%), family
32 practitioners (50%) and general internists (45%) most frequently reported having capitated contracts.
33 Similarly, well over half (63%) of physicians in practices with 25 or more physicians reported
34 having capitated contracts, compared to only 27% of physicians in solo practice.
35

36 With respect to withholds, nearly half (48%) of all physicians had revenues subjected to withholds
37 during 1995. On average, however, only 8% of the total practice revenues of those physicians were
38 subjected to withholds. It is worth noting, that the prevalence of withholds varied substantially
39 across geographic regions during 1995. For example, the percent of physicians with practice
40 revenues subjected to withholds ranged from 33% in the West South Central region (Arkansas,
41 Louisiana, Oklahoma and Texas) to 75% in the New England region (Connecticut, Maine,
42 Massachusetts, New Hampshire, Rhode Island and Vermont).
43

44 A June 1996 report by the Physician Payment Review Commission (PPRC), entitled, "Arrangements
45 Between Managed Care Plans and Physicians II," contained the results of a mid-1994 survey of 108
46 managed care plans (29 group or staff model health maintenance organizations [HMOs], 50 network

1 or independent practice association [IPA] HMOs, and 29 preferred provider organizations [PPOs]
2 in 20 metropolitan markets. A portion of the survey, which was conducted for the PPRC by
3 Mathematica Policy Research and the Medical College of Virginia, addressed the methods used by
4 managed care plans to pay physicians. According to the survey respondents, 68% of group/staff
5 model HMOs and 84% of network/IPA HMOs paid for primary care services using capitation,
6 and/or withholds or bonuses applied to salary or fee-for-service payments. In contrast only 10% of
7 PPOs paid for primary care services using these methods (the remaining 90% paid for these services
8 using "straight" fee-for-service). Capitation was the predominant form of payment for primary care
9 services for 34% of group/staff model HMOs, 56% of network/IPA HMOs, and 7% of PPOs.

10
11 With respect to specialty care services, the survey revealed that 59% of group/staff model HMOs
12 and 56% of network/IPA HMOs used capitation, and/or withholds or bonuses applied to salary or
13 fee-for-service payments to pay for these services. Again, in contrast to HMOs, only 3% of PPOs
14 paid for specialty care services using these methods (the remaining 97% used straight fee-for-
15 service). Capitation was the predominant form of payment for specialty care services for 31% of
16 group/staff model HMOs, 20% of network/IPA HMOs, and none of the PPOs.

17
18 Finally, a more recent survey of HMOs by InterStudy, a managed care research organization,
19 showed that 45% of primary care services covered by HMOs nationally in 1995 were paid for
20 through capitation. Of the remaining primary care services covered by HMOs, 27.3% were paid for
21 under fee-for-service arrangements, 7.2% were paid through "relative value scale" systems, 6.5%
22 were paid based on salary, and 14% were paid using a "combination of payment methods. On a
23 regional basis, however, the percent of primary care services covered by HMOs through capitated
24 arrangements was diverse, ranging from 24% in the East South Central region (Alabama, Kentucky,
25 Mississippi and Tennessee) to 61% in the Pacific region (California, Hawaii, Oregon and
26 Washington).

27 28 CURRENT AMA POLICY

29
30 Over the years, the AMA has adopted a number of policies that, in the aggregate, balance a
31 physician's right to contract with the need to exercise due caution in the use of financial incentives.
32 Key among these policies are the following:

- 33
- 34 • Policies 165.989[4] and 285.998[4], AMA Policy Compendium, support the right of
35 physicians to enter into whatever contractual arrangements with health care systems they
36 deem desirable.
 - 37 • Policies 140.978[1], 165.951[3e4], 285.982[3] and 285.998[4] state that financial
38 incentives should not result in the denial of appropriate medical services or access to such
39 services.
 - 40
 - 41 • Policies 140.978[4][5], 285.982[3a], and 285.998[4] state that physicians and/or managed
42 care plans must disclose any financial incentives that may limit diagnostic and therapeutic
43 alternatives that are offered to patients, or restrict referral or treatment options.
 - 44
 - 45 • Policy 285.982[3b] states that limits should be placed on the magnitude of withholds,
46 bonuses and other financial incentives.

- 1 • Policies 285.982[3b] and 285.998[4] state that incentive payments should be based on the
2 performance of groups of physicians rather than individual physicians.
- 3 • Policy 285.998[4] states that incentive payments should not be based on performance over
4 short periods of time.
- 5
- 6 • Policy 285.996 states that physicians should obtain legal counsel prior to signing contracts
7 that contain financial incentives to assure that such incentives do not inappropriately
8 influence clinical judgment, as well as their own accountants to assure proper auditing and
9 distribution of withholds when financial incentives are included in contracts.

10 11 DISCUSSION

12
13 As a result of widespread publicity over the inclusion of “gag” clauses in physician contracts by
14 some managed care organizations, there has been growing interest among some members of the press
15 regarding capitation and the use of withholds and bonuses. An April 1996 article on managed care
16 in the Chicago Tribune, for example, referred to capitation as “the new bully on the block” which is
17 “driving a wedge between doctor and patient because now doctors get paid more by doing less.”
18 Similar concerns also have been raised by some consumer and health care organizations in certain
19 regions of the country. In Oregon, for example, voters were to decide on an initiative in November
20 1996 that would prohibit capitation as a form of physician payment.

21
22 Much of this concern is due to capitated payments and other financial incentives being viewed as an
23 extension of efforts by employers and health insurers to reduce employee health benefit costs by
24 placing physicians, rather than insurers, at risk for excessive costs. Yet, as the Council on Medical
25 Service noted in Report 3-A-95, capitated payment arrangements present opportunities for
26 physicians in a number of ways. First, capitated payments increase clinical autonomy because they
27 often eliminate the need for external utilization review. Second, capitated payments may permit
28 physicians and group practices to direct and control a larger share of the premium dollar. Third,
29 capitated payments improve cash flow and eliminate the risk of bad debt expense. In response to
30 requests from the House of Delegates and numerous AMA members, the AMA has developed
31 several products and services during the past two years to help physicians with capitation. Such
32 products include the AMA publications, Capitation: The Physicians' Guide, and Evaluating
33 Capitation Payments: A Guide to Calculating Benchmark Capitation Rates.

34
35 The concept of capitation--paying a set dollar amount for a specified set of services regardless of the
36 actual volume of services provided--is not new. In addition, as the SMS, PPRC, and InterStudy
37 survey data cited in this report indicate, physician and health plan experiences with capitation and
38 withholds have become more common as well. Close to half of the primary care services covered by
39 HMOs are presently paid for through capitation. Similarly, one-third of all physicians currently
40 have capitated contracts, while nearly one-half of all physicians have some portion of their practice
41 revenues subject to withholds. On a national basis, however, the overall percent of physician
42 practice revenues derived from capitation (6.3%) and subjected to withholds (3.8%) remains
43 relatively small.

44
45 In an earlier era when traditional health insurance plans dominated the marketplace, and in which
46 most insurers paid physicians on a fee-for-service basis, concerns were raised that the financial

1 incentives inherent in that type of financing and delivery system had the potential to lead to an
2 overutilization of medical services. Today, in an era in which 83% of all physicians have at least
3 one managed care contract, and a growing number of insurers are paying physicians through a
4 variety of methods including capitation and the use of withholds and bonuses, concerns have been
5 raised that the financial incentives in these types of financing and delivery systems have the potential
6 to lead to an underutilization of medical services. It is not yet clear, however, whether the use of
7 capitation and withholds will continue to grow. In some regions of the country, it has been reported
8 that while health plans continue to capitate the group practices with which they contract, many of the
9 group practices are moving toward more “neutral incentive” compensation arrangements for their
10 individual physicians that are often based primarily on salary.

11
12 What is clear, the Council believes, is that in a pluralistic health care system there will always be
13 some concerns raised regarding both the possible underutilization and overutilization of medical
14 services. The Council strongly believes, however, that the vast majority of physicians, based on
15 their training, professional commitment, and adherence to the code of medical ethics, will continue to
16 do what is best for their patients and will provide the appropriate level of medical care, irrespective
17 of any financial incentives inherent in their methods of compensation.

18
19 As cited earlier in this report, existing AMA policy clearly supports the right of physicians to enter
20 into whatever contractual arrangements with health care systems they deem desirable while, at the
21 same time, cautioning against financial incentives that may encourage the denial of appropriate
22 medical services or access to such services. The Council believes that these policies not only remain
23 appropriate, but adequately address current concerns regarding financial incentives. The Council
24 does recommend, however, that a “modest” consolidation of several of these policies into a single set
25 of policy statements on financial incentives be adopted to further enhance the utility and clarity of
26 AMA policy on this subject. In addition, the Council believes that Policy 285.982[3], developed by
27 the Council on Ethical and Judicial Affairs in its 1994 report on ethical issues in managed care,
28 already addresses the intent of Resolution 114 (A-96). That policy reads, in part, as follows:

29
30 Efforts to contain health care costs should not place patient welfare at risk. Thus, financial
31 incentives are permissible only if they promote the cost-effective delivery of health care and
32 not the withholding of medically necessary care.

33
34 Finally, in reviewing the AMA’s extensive policy base relative to the development of this report, the
35 Council identified three long-standing policies that it believes are worth noting. These three policies,
36 all of which embody the importance of pluralism, continue to serve the AMA well in addressing a
37 multitude of issues, such as financial incentives, as well as in supporting efforts to recruit and retain
38 AMA members. These policies advocate AMA support for the following:

- 39
40 • Free market competition among all modes of health care delivery and financing, with the growth
41 of any one system determined by the number of people who prefer that mode of delivery, and not
42 determined by preferential federal subsidy, regulations or promotion (Policy 165.985[1]).
43
44 • Physicians retaining the freedom to choose their method of earning a living (fee for service,
45 salary, capitation, etc.) (Policy 165.960[8]).

1 Recognition of the need for multiple methods of delivering medical services and encouraging and
2 participating in efforts to develop them. In the interest of attracting the most highly qualified
3 candidates to the field of medicine, the AMA supports making every effort to maintain and
4 create incentives in medical practice. Among these incentives are a multiplicity of practice
5 options, maximum professional independence, and freedom of choice for both physicians and
6 patients (Policy 160.997[2]).
7

8 The Council on Medical Service will continue to monitor the use of financial incentives in the
9 management of medical care, and will report further to the House of Delegates as appropriate.
10

11 RECOMMENDATIONS

12

13 The Council on Medical Service recommends that the following be adopted in lieu of Resolution 114
14 (A-96), and the remainder of the report be filed:
15

- 16 1. That the AMA reaffirm Policy 285.982[3] which provides guidelines for ethical issues in
17 managed care.
- 18
- 19 2. That the AMA replace Policies 165.951[3e4], 285.996[1-2][4] and 285.998[4] with the
20 following policy statements:
21

22 The AMA believes that the use of financial incentives in the management of medical care should
23 be guided by the following principles:
24

- 25 a) Patient advocacy is a fundamental element of the physician-patient relationship that
26 should not be altered by the health care system in which physicians practice, or the
27 methods by which they are compensated.
28
- 29 b) Physicians should have the right to enter into whatever contractual arrangements with
30 health care systems they deem desirable and necessary, but they should be aware of the
31 potential for some types of systems to create conflicts of interest, due to the use of
32 financial incentives in the management of medical care.
33
- 34 c) Financial incentives should enhance the provision of high quality, cost-effective medical
35 care.
36
- 37 d) Financial incentives should not result in the withholding of appropriate medical services
38 or in the denial of patient access to such services.
39
- 40 e) Any financial incentives that may induce a limitation of the medical services offered to
41 patients, as well as treatment or referral options, should be fully disclosed by health
42 plans to enrollees and prospective enrollees.
43
- 44 f) Physicians should disclose any financial incentives that may induce a limitation of the
45 diagnostic and therapeutic alternatives that are offered to patients, or restrict treatment

- 1 or referral options. Physicians may satisfy their disclosure obligations by assuring that
2 the health plans with which they contract provide such disclosure to enrollees and
3 prospective enrollees.
4
- 5 g) Financial incentives should not be based on the performance of physicians over short
6 periods of time, nor should they be linked with individual treatment decisions over
7 periods of time insufficient to identify patterns of care.
8
 - 9 h) Financial incentives generally should be based on the performance of groups of
10 physicians rather than individual physicians. However, within a physician group,
11 individual physician financial incentives may be related to quality of care, productivity,
12 utilization of services, and overall performance of the physician group.
13
 - 14 i) The appropriateness and structure of a specific financial incentive should take into
15 account a variety of factors such as the use and level of “stop-loss” insurance, and the
16 adequacy of the base payments (not at-risk payments) to physicians and physician
17 groups. The purpose of assessing the appropriateness of financial incentives is to avoid
18 placing a physician or physician group at excessive risk which may induce the rationing
19 of care.
20
 - 21 j) Physicians should consult with legal counsel prior to agreeing to any health plan
22 contract that contains financial incentives, to assure that such incentives will not
23 inappropriately influence their clinical judgment.
24
 - 25 k) Physicians agreeing to health plan contracts that contain financial incentives should seek
26 the inclusion of provisions allowing for an independent annual audit to assure that the
27 distribution of incentive payments is in keeping with the terms of the contract.
28
 - 29 l) Physicians should consider obtaining their own accountants when financial incentives
30 are included in health plan contracts, to assure proper auditing and distribution of
31 incentive payments.
32
 - 33 m) Physicians, other health care professionals, and third party payors through their
34 payment policies, should continue to encourage use of the most cost-effective care
35 setting in which medical services can be provided safely with no detriment to quality.

Table 1

Physician Experience with Capitation and Withholds

	Percent of Physicians with Capitated Commercial <u>Contracts</u>	Percent of Practice Revenues <u>Capitated</u> ^a	Percent of Physicians with Revenues Subject to <u>a Withhold</u>	Percent of Practice Revenues Subject to a <u>Withhold</u> ^b
All Physicians	33%	19%	48%	8%
<u>Specialty</u>				
General/Family Medicine	50	21	56	12
General Internal Medicine	45	19	53	10
Internal Medicine Subspecialties	30	14	44	6
General Surgery	19	20	54	9
Surgical Subspecialties	22	13	50	7
Pediatrics	63	23	57	12
Obstetrics/Gynecology	21	16	50	9
Radiology	31	14	35	6
Psychiatry	17	31	30	7
Anesthesiology	16	17	36	6
Pathology	26	10	32	3
Emergency Medicine	25	17	22	2
Other Specialties	21	25	49	9
<u>Census Division</u>				
New England	43	15	75	17
Middle Atlantic	30	18	38	8
East North Central	35	19	51	8
West North Central	30	18	54	9
South Atlantic	27	15	39	6
East South Central	26	18	51	8
West South Central	28	18	33	5
Mountain	38	21	50	9
Pacific	40	26	54	12
<u>Practice Size</u>				
1 physician	27	16	50	10
2-4 physicians	31	15	49	8
5-9 physicians	28	18	48	8
10-24 physicians	33	15	42	7
25 or more physicians	63	31	48	11

^a Among physicians with capitated contracts.

^b Among physicians with revenues subject to withholds.

Source: 1995 Socioeconomic Monitoring System core surveys.

資料5 (イ) 保健医療研究センター出版物一覧

CENTER FOR HEALTH POLICY RESEARCH
PUBLICATION PRICE LIST
JANUARY 1997

<u>Distributed through Customer Service</u>	<u>AMA Member</u>	<u>Non Member</u>
International Health Systems: A Chartbook Perspective, Second Edition (OP191993)	\$19.95	\$29.95
Physician Marketplace Statistics		
1996 (OP193196)	199.95	329.95
1995 (OP193195)	199.95	329.95
1994 (OP193194)	97.98	162.98
Physician Marketplace Statistics on Diskette (with book)		
1996 (OP193396)	249.95	379.95
1995 (OP193395)	249.95	379.95
1994 (OP193394)	245.00	375.00
Practice Patterns of General/Family Practice (OP710195)	24.95	49.95
Practice Patterns of General Internal Medicine (OP191694)	24.95	49.95
Practice Patterns of Obstetrics/Gynecology (OP710095)	24.95	49.95
Socioeconomic Characteristics of Medical Practice		
1996 (OP192696)	75.00	120.00
1995 (OP192695)	69.95	114.95
1994 (OP192694)	69.95	114.95
Socioeconomic Characteristics of Medical Practice on Diskette (with book)		
1996 (OP192496)	129.95	175.00
1995 (OP192495)	129.95	174.95
State Health Care Data: Utilization, Spending and Characteristics (OP191793)	10.00	15.00
Trends in U.S. Health Care, 4th Edition (OP190295)	24.95	34.95

Prepayment is required on all publications. Specify OP number(s) when ordering. Make check or money order payable to the American Medical Association and forward to:

Customer Service
American Medical Association
P.O. Box 109050
Chicago, IL 60610

Credit Card Orders Call Toll Free: 1-800-621-8335. Visa, Mastercard, American Express, and Optima accepted. Allow two weeks for routine delivery; expedited mailing available. Please add applicable sales tax; see last page for applicable rates.

<u>Distributed through the Center for Health Policy Research</u>	<u>AMA Member</u>	<u>Non Member</u>
Center Discussion Papers	\$ 3	\$ 3
Physician Marketplace Statistics 1988 through 1993	50	75
Physician Marketplace Update (single issues) 1987 through 1992	3	3
Socioeconomic Characteristics of Medical Practice 1985 through 1993	25	40

To order publications distributed through the Center for Health Policy Research, please contact:

Center for Health Policy Research
 American Medical Association
 515 North State Street, 13th Floor
 Chicago, Illinois 60610
 (312) 464-4673

All prices include routine shipping and handling unless otherwise indicated, and are subject to change.
 Expedited mailing subject to additional charges.

資料5 (ロ) 保健医療研究センター
「ディスカッションペーパー」シリーズ一覧

Center for Health Policy Research
American Medical Association

DISCUSSION PAPER SERIES

- 94-3 **Reimbursement and Physicians' Willingness to Accept New Medicare Patients** K.D. Gillis and D.W. Lee
- 94-2 **Impact of Premium Caps on State Level Health Care Spending** G.D. Wozniak
- 94-1 **An Evaluation of Single Payor Health Systems** K. Kmetik
- 92-2 **National Medical Spending: Where Does the Money Go?** J. Hixson
- 92-1 **Framing the Health Care Cost Containment Issue.** D. Emmons and A. Chawla
- 91-7 **The 1987 Revision of Fees in Germany: Impact on Physician Income.** D. Rublee and G. Brenner
- 91-6 **Access-Based Projections of Medicare Physician Expenditures and the Medicare Volume Performance Standards.** R. Reynolds and P. McMenamain
- 91-5 **Assessing the Validity of Geographic Practice Cost Indexes.** K. Gillis, R. Willke, and R. Reynolds. Inquiry 30 (Fall 1993): 265-280
- 91-4 **Physician-Based Measures of Medicare Access.** K. Gillis, D. Lee, and R. Willke. Inquiry 29 (Fall 1992): 321-331
- 91-3 **Elementary Projections of Medicare Part B Outlays.** D. Lee
- 91-2 **Estimating the Effect of New Technology on Medicare Part B Expenditure and Volume Growth: Do Related Procedures Matter?** D. Lee. In Advances in Health Economics and Health Services Research, 13, Greenwich: JAI Press, 1992
- 91-1 **Noncontacts: Effect of Survey Estimates.** S. Thran and R. Willke. American Statistical Association, 1990 Papers and Proceedings of the Section on Survey Research Methods
- 90-7 **Efficacy of Statistical Outlier Analysis for Monitoring Quality of Care.** K. Gillis and J. Hixson. Journal of Business and Economics Statistics 9 (July 1991): 241-252
- 90-6 **Alms and Mds: A Reconsideration of the Determinants of Charity Medical Care by Physicians.** D. Emmons and J. Rizzo. Journal of Human Resources 28 (Spring 1993): 412-428

Copies are available for \$3.00 each prepaid (plus sales tax where applicable) from the Center for Health Policy Research, American Medical Association, 515 N. State Street, Chicago, IL, 60610, November 1994.

- 90-5 Trends in Private Sector Health Care Reimbursement. A. Chawla
- 90-4 Early Professional Development in Medical Practice. R. Willke, W. Marder, P. Kletke, D. Emmons, J. Loft, and M. White
- 90-3 Recent Trends in Expenditures on Physicians' Services in Canada. D. Rublee and J. Moser. Health Policy 18 (1991): 119-129
- 90-2 Practice Changes Among Young Physicians. R. Willke
- 90-1 The Risk of HMO Failure. D. Lee
- 89-10 Are Nonrespondents Different? Results of an Experimental Design. W. Marder and S. Thran
- 89-9 The Geographic Distribution of Primary Care Physicians in Cook County, Illinois. P. Kletke and W. Marder
- 89-8 Medical Technology in Canada, Germany, and the United States. D. Rublee. Health Affairs, 8:3, pp. 178-181, Fall 1989.
- 89-7 The Effects of Medicare's CPR Reimbursement on Physicians' Profits, Service Levels, and Fees. D. Lee and D. Mandy
- 89-6 Physicians' Fees and Public Medical Care Programs: Comment. D. Lee and D. Mandy
- 89-5 The Time Component of the Resource-Based Relative Value Scale (RBRVS): An Empirical Analysis. D. Lee and J. Hixson
- 89-4 Alms and Mds: A Reconsideration of the Determinants of Charity Medical Care by Physicians. D. Emmons and J. Rizzo. Obsolete, see revision 90-6
- 89-3 Teaching Hospital Costs: The Effects of Medical Staff Characteristics. W. Custer and R. Willke. Health Services Research, forthcoming.
- 89-2 The Value of Physician Time: Comparisons Across Specialties. W. Marder and R. Willke. In H.E. Frech, Ed., Regulating Doctor's Fees: Costs, Competition and Controls Under Medicare, American Enterprise Institute, forthcoming.
- 89-1 Physician Involvement With Third-Party Payors. J. Moser

R:\King\DPS.94