

アメリカ医師会(AMA)における医療政策形成と
その日本医師会における適用の
可能性に関する研究

平成10年8月

日本医師会総合政策研究機構
(日医総研)

アメリカ医師会 (A M A) における医療政策形成と
その日本医師会における適用の可能性に関する研究

1998年5月

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
1997年度武見フェロー
沼澤 勝美

目 次

I. はじめに	1
1. 研究目的	1
2. 研究方法	1
II. アメリカ医師会の組織と医療政策形成過程	3
1. アメリカの医師構成	3
2. AMAと会員獲得	3
(1) AMA会員数	3
(2) AMA加入のメリット	4
3. 事務局組織の概略	4
(1) Professional Standards	5
(2) Health Policy Advocacy	5
(3) Strategic Management & Development	5
(4) Membership Constituency & Federation Relations	6
(5) Business & Management Service	6
4. 医療政策に関わる部門の概要	6
(1) Health Policy Advocacy 部門の役割	6
(2) How the AMA Sets Policy	7
(3) 理事会と評議会の関係	7
(4) Policy Compendium	8
(5) グラスルーツな医療政策活動例	9
5. 支援政策としての情報収集	10
(1) 全米医師データファイル	10
(2) 政策推進のための調査	10
(3) 調査手段としてのインターネット利用	11
6. 医療政策への支出	11

III. アメリカ医師会と政治活動	12
1. ワシントン事務所の役割	12
2. 活動の戦略例	13
IV. 日本における議員立法の現状	14
1. 日本の議会制度	14
2. 国会の役割と特徴	15
3. 立法過程とその現状	15
(1) 法案の提出権	15
(2) 立法過程の違い	16
(3) 提出法律案と成立法律案の現状	17
4. 議員立法についての検討	18
(1) 議員立法の現状と問題点	18
(2) 議員立法の意義と必要性	19
V. 日本医師会による医療政策議員立法化の可能性	20
1. 日本医師会の組織	20
(1) 代議員会・理事会・常任理事会	20
(2) 委員会	20
(3) 日本医師会総合政策研究機構	20
(4) 事務局	20
2. 議員立法成立の可能性	21
(1) 情報収集の問題	21
(2) 法案提出前の問題	21
(3) 法案提出後の問題	22
(4) 議員立法の事例	22
VI. 結論：医療政策の議員立法化へ向けて	24
1. 医療政策策定のための組織とスタッフ	24
(1) 医療政策策定部門の強化	24

(2) 政治経済分析部門の設置	24
(3) 情報管理部門の強化	24
(4) 人材の育成	25
2. 医療政策実施のための方策	25
(1) 政策ハンドブックの編集	25
(2) 政策実行のための活動	25
3. 国民の支持獲得	25
(1) 広報活動	25
(2) 情報の提供	25
4. 他組織との協力体制	26
5. 議員立法へのサポート	26
(1) 国会議員への協力要請	26
(2) 医療関連情報の提供	26

添付資料

資料1. AMA Structure Chart-1	27
資料2. AMA Structure Chart-2	28
資料3. How AMA Sets Policy	29
資料4. 日本の立法過程	30
資料5. 日本医師会の組織図	31
参考文献	32

本報告書は、財団法人 国際協力医学研究振興財団 の武見プログラム基金による助成を基に行なわれた研究成果である。

I. はじめに

1. 研究目的

21 世紀を目前にした日本は、先進諸国に前例のない速度で高齢化社会を迎えようとしている。このような状況下において、日本の社会保障制度は構造および経済効率の見地から再構築を迫られている。この重要な変革期に、従来から行われてきた厚生省官僚主導型による医療制度改革の実行を是認していくことは、日本国民の利益になるとは言い難い。

日本医師会は 1997 年 7 月に日本医師会総合政策研究機構（日医総研）を設立した。これは 21 世紀の日本医療を決定する重要事項に関し、国民の利益を代表する医療専門家集団である日本医師会が、従来から行われてきた医療政策決定プロセスに、新たな手法について模索することを目的としている。そして、国民にとって重要な影響のある医療政策に関しては広く国民各層にコンセンサスを求めたうえで、強力にその立法化を推進していくことになる。

この日本医師会の医療政策に関する基本的見地から、日本医師会が策定する医療政策に関する立法化の可能性、とりわけ日本においては未だ成立がまれである議員立法の可能性について研究する。

なお、本研究はマイケル・R・ライシュ教授により、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として 1997 年 3 月に報告された「AMA における政策の形成・推進能力に関する研究」、同 8 月に報告された「アメリカ医師会における Executive Vice President の役割に関する研究」の継続研究として実施するものである。

2. 研究方法

本研究は前述の通り「AMA における政策の形成・推進能力に関する研究」「アメリカ医師会における Executive Vice President の役割に関する研究」の 2 研究により、既にアメリカ医師会（以下 AMA と略す）の政策形成およびそれに関連した

Executive Vice President の役割が報告されているので、これらを基盤にAMAの医療政策の議会に対する働きかけの実際をAMAおよびニューヨークにあるJETRO(Japan External Trade Organization)に対して実施する面接調査と、日本医師会におけるその適用の可能性を文献調査等により探った。

特に、AMAの医療政策に関しての項目では、AMAの組織全般を理解することが医療政策推進の理解に繋がるとの観点から、前述の2報告書との内容的重複を敢えて行っていることを一言付け加えておく。

II. アメリカ医師会の組織と医療政策形成過程

ここではAMAの医療政策担当者に行ったインタビューを基礎に、AMAの医療政策に関わる組織の概要と医療政策形成過程について理解するための記述を行う。

1. アメリカの医師構成

アメリカの全医師数は現在 75～80 万人である。所謂、一般開業医は減少し続けて全体の約 5%、次のレベルのプライマリケアと称する家庭医、一般内科医、小児科医、産科医、婦人科医の合計が約 35%、そして残りの約 60%が専門医である。専門医の数が過剰傾向にあるのは、専門医の収入が多いため、医師達が自分の受けた教育に合った環境で開業可能なためである。

米国には辺境の土地や農村地帯がまだ多く存在するが、そのような土地で開業することを奨励しても、専門医をそのような場所に割り当てるのは困難である。専門医が過剰で、しかも都市に集中し過ぎるという問題がある。

連邦政府の政策決定者は専門開業医が多すぎる結果、医療費が過剰になり、また医師が技術レベルを適切に維持できないと考え、専門医とそれ以外の医師の割合を 1対1にしたい意向がある。

2. AMAと会員獲得

(1) AMA会員数

AMAの現在の会員数は約 30 万人で、その内の半数は高度の専門医、例えば循環器科、外科、そのサブスペシャリティーなどである。その他に学生会員約 2 万 8 千人、レジデントなどを含んでいる。AMA会員は全米医師数の約 42%に止まり、会員カバー率は年々減少の傾向にある。しかし、AMAには下部組織が多数あるので、AMAは全ての医師がなんらかの形でAMAに所属しているものと理解している。

例えば、ある外科医がアメリカ外科学会に属しながらAMAの非会員であっても、アメリカ外科学会の代表はAMA代議員会に出席し、議決権を行使するので、実質的にはAMAの意見や活動、事業運営に影響を与えている。すなわち、アメリカの

医師のほぼ全員がAMAの政策決定プロセスに何らかの関係を持っているということである。しかし、実際には組織率 100%がAMAの理想で、徐々にカバー率を上げていくことを目指している。

(2)AMA加入のメリット

AMAはAMAの会員になるメリットについて以下の項目を上げている。

1)AMAに対する発言権を獲得し、JAMA(Journal of the American Medical Association)とTHE AMERICAN MEDICAL NEWS紙が送付される。また、通話料無料電話で医療に関連する各種問い合わせが可能となり、刊行物の入手や、ある種の製品の割引購入などができる。

2)特に、会員は交渉代理ユニットを利用して、病院やマネージド・ケア・プランとの交渉を依頼できる。そして、AMAは新規の法律、それらが業務に与える影響に関する情報を提供し、会員の代理人として活動するため、AMAは下院議員や連邦政府行政部門と直接コンタクトするスタッフを抱えている(州レベルでは、州医学会がこれに当たっている)。

3)AMAが「会員はAMAの掲げている医師の倫理綱領を遵守する」と対外的にアピールしていること。

3. 事務局組織の概略

AMAの業務遂行に当たっては、事務局に約 1,100 人のスタッフがいる。構成は添付資料1にあるAMA組織図(1997年11月現在)の通りで5部門(Professional Standards, Health Policy Advocacy, Strategic Management & Development, Membership Constituency & Federation Relations, Business & Management Service)に分かれている(しかし、AMAは組織の改組中で、1998年2月現在では添付資料2の通りになっているが、同年6月の代議員会において更に変更される予定であるので、ここでは1997年11月時点の組織を説明する)。

各部門の役割については次の通りである。

(1) Professional Standards(スタッフ 200 名)

医学教育に関しては、AMAは医学部課程の単位を授与できる2組織(the Association of American Medical Colleges と提携関係にある the Liaison Committee on Medical Education, the Accrediting Council on Graduate Medical Education)の親団体である。加えてAMAは、CME(卒後教育)コースの単位を与えるACCME(the Accrediting Council on Continuing Medical Education)の親団体でもある。また医療機関に関連しては、AMAはヘルスケア・オーガニゼーションの合同認定委員会(JCAHO:the Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization)の5つある親団体の1つである。ここではAMAP(American Medical Accreditation Program-アメリカ医師認定制度)という新制度があり、AMAが医師免許発行や専門医を認定した後に再審査を行い、『認定証』を発行する計画がある。

結局、AMAはこの部門でこれらのプログラムを実行するために、薬学、HIV、老年医学、たばこ、公衆衛生などの専門学術スタッフを抱えている。

(2) Health Policy Advocacy(スタッフ 200 名、うちワシントン事務所 100 名)

このグループがAMAのあらゆる政策を推進し、政府の計画、民間との関係、財政問題を含む他の事柄についても方針をたてる。選挙されたか、指名を受けた医師からなる評議員会が方針についてスタッフを指導する。そして、代議員会や理事会の業務を担当する(詳細は“4”において記述する)。

(3) Strategic Management & Development(スタッフ 65 名)

戦略計画部門はAMAが現在何をなすべきか、会員のニーズは何であるかを見極め、ニーズにあった計画開発を義務づけられている。AMAにとって最も重要な会員数を増やすこと(組織カバー率の向上)も任務となる。AMAは任意団体で、医師には加入義務がないため、非会員医師は多い。前述の通り、現在の組織率は約42%である。

(4) Membership Constituency & Federation Relations(スタッフ 125 名)

この部門が実際には入会者を増加させる責任を持ち、AMAに所属する医学会の全てに於けるの会員管理業務を行っている。

(5) Business & Management Service(スタッフ 500 名)

ここはビジネスを行う部門で、取分け出版事業がAMAの大きな活動収入源となっている。JAMA(Journal of the American Medical Association)は国際的な刊行物としてAMAの出版物中では非常に重要なポジションにある。コンピュータ部門もこのセクションに含まれる。

4. 医療政策に関わる部門の概要

(1) Health Policy Advocacy 部門の役割

医療政策には三つの大きな機能がある。第一の部門はコミュニケーションで、プレスやメディアに接する機能である。広報担当が、電話に対応したり、記者会見をセッティングする。AMAに対するメディアの関心は高い。

第二の部門はワシントン事務所で、全国レベルとなる政府関係問題を担当している。立法府である下院担当スタッフも所属し、行政、ホワイトハウス、連邦省庁に関係する部門である。政治活動に関係することはワシントン事務所を通じて行われる業務である。それには医師会政治行動委員会を通ず選挙資金集めがあり、医師に政治的プロセスについて教育するものでもある。医師に政府役人になるよう奨励する制度もある。また医師が下院や上院の議員と特定の問題についてコミュニケーションを持つように奨励する制度もある。現在は一斉ファックスを利用して全国から情報や依頼を受け取ったり、情報を電話やE-MAILなどで伝達する電子環境の構築を図っている(現在はペーパー、ニュースレター、緊急警告などを利用しているが、これらには費用、時間がともに掛かる)。

第三の部門は医療政策(Health Policy)で、医師の教育や特定問題の展開依頼が主たる役目である。また、立法、倫理、規約と定款、医事サービス、学術問題、医学

教育、長期計画などの評議会をサポートする。この評議会は会員により構成される。

(2) How the AMA Sets Policy(添付資料3参照)

活動は原則として代議委員会(House of Delegates)の代議員を通じて上がってくる会員の要望に基づく。会員は代議員会に州医師会や専門学会の代表を通じて決議案(resolution)の提出ができる。代議員会は裁定委員会(Reference Committees)を持ち、会員はそこに出席して証言可能である(実際に行う会員は殆どいない)。裁定委員会には州医師会の代表その他の医師 700 人が出席し、彼らは証言する権利を有する。裁定委員会は代議員会全体に勧告(recommendation)を行う。裁定委員会は決議案、要請を採択すべきか否か勧告を行い、それを理事会に回す。理事会は勧告を更に熟慮し、年2回開催される代議員会の採決にかけることになる。勧告は代議員会で討議される。その結果は決議案と同様に裁定委員会へ回され、それから決定が行われる。政策として決定すると例えば 1997 年度版の Policy Compendium (政策ハンドブック)となり、実施に移される。

各裁定委員会は代議員会が開催されている間だけ編成され、代議員会が閉会すると解散し、次回の代議員会には新規の裁定委員会が発足する。各裁定委員会は医師達とスタッフ2名から構成され、全ての議案を検討し、勧告を行う。各代表の傍聴は自由で、各代表は勧告をその基礎として投票する。

なお、緊急の場合、理事会は独自の決定で活動することができる。その結果は事務局スタッフに指示され、実行に移される。代議員会の緊急開催の手続きはあるが、実際にはそれが行われることは希で、次の代議員会開催時に検討されることになる。そして、理事会はEVP(詳細は「アメリカ医師会における Executive Vice President の役割に関する研究」を参照のこと)を選出しているため、実際に指揮を執るのはEVPになる。

(3) 理事会と評議会の関係

理事会のメンバーは21名、代議員は477名、評議員会の人数は個々の性格により

異なり、立法担当評議会は 13 名と専門家スタッフ 1 名である。

代議員会は理事会を選任する。理事にはだれでも立候補でき、若い医師、レジデント、学生が指名される役職もある。日常の業務を遂行する理事会には委員会が複数あり、その内の 6 つは評議会である。立法評議会だけが理事会の設立で、他は代議員会が選任することになっている。

評議会は AMA の方針に沿って行動することが期待されており、この方針は代議員会が確立する。評議会のメンバーは代議員会メンバーから選ばれた会員および医学生会員で、事務局の専門家スタッフがサポートする。評議会メンバーの任期は 8 年に限られるが、専門家スタッフは継続して業務についている。この専門家スタッフが継続して業務についていることは政策実行に当たり、非常に重要である(添付資料 3 参照)。

評議会は問題を徹底して議論し、勧告案を作成する。そして、代議員会が代議員会(House of Delegates)と、総会(General Assembly)の 2 つでそれらを票決する。1975 年頃までは多くの委員会が存在したが、コスト面と運営上の問題からある種の委員会を統廃合して幾つかの評議会にした。委員会を評議会に統合した時に、規模や知識の範囲が膨大だったため、継続性をもたせることが必要になり、スタッフを配属した。したがって、ドクターたちの指示に従って専門家スタッフがその機能をフォローアップしている。

(4) Policy Compendium

医療政策は、立法、医療サービス、科学教育と医学教育、規約と定款、長期計画などが主にあげられる。

これらの方針は代議員会が議決し、理事会が実施するか、あるいは決定が行われないとすると、理事会は別の会合で今後の行動について勧告する。そこで、代議員会で議決される勧告は決定か否決のどちらかになる。決定の場合は理事会からスタッフに指示があり、否決であっても、もっと情報が必要である場合は理事会がレポートを作成することになる。

専門知識を有するスタッフのいる評議会には、理事会からしばしばレポートを依頼されるし、評議会自身が作成するレポートもある。

採択された項目の多くは、Policy Compendium (政策ハンドブック)に収録される。しかし、そこには採択された全てを収録するわけではない。原則として依頼状、政策原理と無関係な項目などはアクションを起こすが、Policy Compendium には収録しない。

この Policy Compendium には決定された全政策が毎年収録されていくが、10年毎に再検討され、継続、修正、削除が行われる。しかし、通常この変更は比較的小規模で、本編のマイナーチェンジが行われている。また、この Policy Compendium は非常に膨大なものであるので、編集された本以外にもフロッピー化されて、コンピュータ(ウインドウズのプログラム)でサーチできるようされている。

この Policy Compendium がAMAは何を成すべきか、活動に係わるバックボーンは何かを示す方針となっている。

(5) グラスルーツな医療政策活動例

AMAは医療政策活動の一環としてグラスルーツ活動も重視しているが、ここに一例を参考として紹介する。

マネージド・ケア制度を利用している患者の痛みの訴えを、医師が救急扱いの心臓発作だと判断したが、診察してみると腹痛であったとする。心臓発作なら救急医療でも保険適用になるが、腹痛は除外される。医師は『患者がやってきて診察したのだから、診察料を払ってもらいたい』と主張するが、保険会社は『心臓発作なら支払うが、腹痛では払えない』と回答する。保険会社との契約上の取り決めがあるので、患者には請求できない。医師は患者の訴えに応じて救急ケースと判断して処置をしたが、この場合は全くの無報酬となってしまう。

AMAは患者の状態が緊急と判断するのに妥当と思われるケースについては、保険会社は医療費を支払うべきことをその方針としている。保険会社に方針変更を依頼するが、変更に応じる場合はまれで、保険会社はたいてい『いや、払えない。保

険証券は作成済みだ』と主張する。そこで、AMAと州医師会は州議会にこの問題を提訴し、法律を改正した上で、保険会社に医療費を支払わせるように要望する。

こうした例における活動の大部分は金銭、管理、指示に関することで、責任の所在あるいは法的基準などで、後は患者の利用可能なケアの質である。

5. 支援政策としての情報収集

(1) 全米医師データファイル

AMAは会員・非会員に拘わらず、アメリカの医師全員についてのマスターファイルを所有している。医師の加入している生命保険、所在地、専門医研修、出身医学校、その他、全てを把握している。これらの情報はAMAが独自に収集し、所有しているもので、各種の報告作成などに利用される。医師のデータ・サマリーは代議員会へも報告される。

(2) 政策推進のための調査

医療政策推進のための調査・分析スタッフは15人程度で、ほぼ全員がエコノミストでコンピュータの専門家でもある。

時系列データが必要な調査は、医師の活動についての長期的情報を必要とするものなので、毎年ルーチンの質問をする一方、アンケート用紙には特別プロジェクトに関する一回限りの新しい問題についてのスペースもある。

例えば、この10年間に医師の開業の仕方が大幅に変化していることに関して、小グループ、専門単科、個人開業などの形態の医師に何が起きているかを追跡調査している。調査の結果は、医師の多くが大きなグループに加入したり、複数の専門グループになったり、勤務医になったり、健康保険に雇われて病院で働いたり、オーナーや自営が減少傾向であることを示している。この様な医師の実態を把握することが、医師達のニーズに答え得る医療政策実施の基礎とAMAは理解している。政府もこれらの情報の提供を望んでいるが、それに対してAMAはケース・バイ・ケースで応じている。

調査のサンプル数は統計的に有効なサンプルを調査することにしていて、確実に有効なサンプルとして1,500例を取り、更にこれを会員・非会員に分けている。

また、文献調査により他の研究者の意見を調べて、政策推進の参考にしている。個人インタビューも行っているが、費用がかかる割にはアイデアが得られるだけであまり有効ではない。そして、電話による調査も行っている。

(3) 調査手段としてのインターネット利用

AMAはWWWでホームページ(一般向けと会員専用のページがある)を開設しているので、将来的にはインターネットを使った医師に対するアンケート調査の実施を考えている。しかし、それには医師達がウェブ・サイトまでアクセスしてくることが大前提となる。

現在、コンピューターを持たず、タイプも打てず、ウェブを見ない医師がまだ多いため、調査を実施するのに相応しい調査サンプルが集まらないのである。しかし、インターネットの医師への将来的普及は確実で、新たな調査ツールとしてAMAは期待している。

6. 医療政策への支出

AMAの年間収入は60~70%がビジネスにより得ており、残りの約30%が会員からの会費収入によるものである。

そして、全支出に占める医療政策に関する支出の割合は年間10~12%である。

Ⅲ. アメリカ医師会と政治活動

1. ワシントン事務所の役割

AMAのワシントン事務所の主な業務は、下院が国内法について何をしようとしているのかを調べ、AMAの政策に必要なものは何か、そのためには何をなすべきかを調査することである。

すなわち、ワシントン事務所のロビーストはAMAの方針や重要視している問題を、上下院議員やそのスタッフに伝え話し合うことを常としている。また、大統領、ホワイトハウス、関係政府省庁、取分け Health and Human Services などに働きかけるのである。要するにシカゴのAMA指示に基づき、医療制度を運営している関係者と交渉するのがワシントン事務所の重要な役割である。そして、シカゴとワシントンの連絡には主に電話や E-mail を使用しているが、場合によっては飛行機で行き来して連絡を密に取り合っている。ワシントン事務所は連邦議会に圧力をかけ、AMAの政策を推進し、政府や下院の動きについて情報を得るのである。

例えばその1つに、メディケア制度で政府が65歳以上の国民と障害者の医療費として年間約2千億ドルを支払っているが、その制度は非常に不安定といえる。先進諸国にあっては国民に対して必要な医療費であっても、財政支出としての医療費は抑制される傾向にあり、アメリカにおいても同様である。他の先進諸国と同様に、アメリカにおいても高齢化が進み、社会的に引退した人達と比べて労働人口が減少する傾向にある。

そして、1999年には連邦議会にメディケア制度、財源、運営の見直しが提案される予定である。1998年にはケアの質と保険制度機能見直しを検討する政府の委員会が設置される。翌年の1999年にはその委員会報告に基づき、その立法化が図られる。AMA代表はこの委員会に出席し意見陳述を行う予定である。これに関する会員からの要請は、メディケア制度の財源安定化と、政府が患者と医師との関係に干渉しないことである。AMAはメディケア制度にこの意見を取り入れるための政策を検討し、連邦議会に提案かつその実現を図ることを計画している。

2. 活動の戦略例

ワシントン事務所が行う活動の戦略としては特定の資金、特定計画の資金など同じ事柄に関心をもつ医療関連諸団体（for example The Heart Association, American Hospital Association）と協力して、政府や議会に対して該当する医療政策の変更を迫ることもある。また、AMAのグラスルーツ政治運動としては、上下院議員とコンタクトできる医師達を確保することである。上下院議員は選挙対策として、選挙区にいる有権者の考えを知ることにより選挙を有利に戦うことを意図する。AMAにとって重要である関係法案に対するAMAの考え、方針などを医師達にファックスで伝達する。連絡を受けた医師達はその地区の上下院議員に電話をかけるなどして、関係法案についての適切な議決を依頼するのである。選挙区において有権者は皆同様のことを行うが、医師達の上下院議員やそのスタッフに対する影響力は非常に大きいため、専門のロビイストやグラスルーツな医師達の行動が一緒になると、相乗作用でその力は非常に増大する。そして、AMAスタッフは医師達が個人レベルで何らかの医療関連問題を抱えている場合には、上下院議員がその選挙区に戻っている時に面会を求め、その問題を話すように勧めている。AMAはこれらの政策は患者側に立つものであると考えている。

アメリカの政治システムはイギリス型議会制度(議院内閣制)と異なり、国家の責任者である大統領は国民の直接選挙により選出される。そのため現在、議会においては共和党が主導権を持っているが、少数派政党である民主党からクリントン大統領が誕生している。そこで、実際に議会で力を振るう政党と大統領が指名した政府閣僚が別の政党になるために、議会と政府閣僚が一致して影響力を発揮できる議会制度とはまったく異なり、委員会政治と言われる各種の委員会が中心になり立法化が図られているため、ロビー活動が有効な手段として発揮され易いのである。

IV. 日本における議員立法の現状

ここでは日本の議会制度に簡単に触れてから、国会に関連して議員立法の現状、事例などについて述べる。なお、このレポートの目的は、議員立法の現状と可能性を探ることであるので、国会の立法過程に関係する政治的諸問題に深くは触れない。

1. 日本の議会制度

日本の議会制度は 19 世紀後半に西欧型議会制度を基礎に成立したが、第二次世界大戦後に発布された日本国憲法を基盤に、漸く国家権力を厳密に立法・司法・行政の相互に独立する三機関に委ねることになった（三権分立）。そして、普通選挙を原則に、立法権のある国会を国家の最高機関とする議会制度(憲法 41 条)を確立するに至った。

国会は衆議院(定数 500)と参議院(定数 252)の二院から構成され、行政権を有する内閣の首長である内閣総理大臣(首相)を、国会議員の中から議決によりこれを指名することができる(憲法 67 条)。首相は国务大臣の任免権(憲法 68 条)を有し、内閣を組織する。このように国会の信任・支持により組閣され、内閣は国会に対して政治的連帯責任を負う(憲法 66 条 3 項)一方、首相は国会(衆議院)に対して解散権を有する。この解散権は、首相が国会議員を選出した国民に意思表示を求めることになり、これによって国会と内閣の権力の均衡と抑制(チェック・アンド・バランス)を取ることになる。

このように普通選挙の原則が成立し、主権を有する国民により公選された国会が内閣を構成する日本の議会制度は、一元主義型の議院内閣制と呼ばれるものである。この図式は選挙民の意志、すなわち国民の意思・意見が議会選挙を通じて国会に送られ、結果的には行政権(内閣)に反映されることを意味する。

しかし現実には、殆どの候補者は政党を背景にして国政選挙に臨み、その当選者が議員として国会に登院するのである。その結果、国会では多数党が主導権を握り、自派から首相を選出して内閣を構成することになる。国会の多数派と内閣は一体化して、国会と内閣の権力の均衡と抑制というより、与党を基盤とする内閣(行政権)

が国会(立法権)をコントロールするのである。

したがって、内閣から提出された法律が国会を通過し易いという、行政権の優位性が当然のこととして発生する。このような現実の固定化を回避する要件としては、一般的に政権交代を可能とする野党の存在が重要な鍵とも言われている。

2. 国会の役割と特徴

前述の通り、国会は国権の最高機関で、唯一の立法機関である(憲法 41 条)。日本国民の権利・義務を決定する権利、法律を制定する権利を持つ唯一の機関である。その他の主な役割は、首相の指名権を有すること、行政と司法の監視をすることなどが上げられる。

また、国会は二院制の下にイギリス型の議員内閣制をとっているが、第二次世界大戦後、これにアメリカ議会の委員会制度を導入した。その結果、特に立法に関する審議は全て委員会へ付託され、委員会審議終了後に委員長が本会議でそれを報告し、本会議はそれを審議裁決する制度(一回審議制)になっている。これは、国会における立法審議は、本会議よりも委員会にその中心があることを意味する(委員会中心主義)。

委員会には常設の常任委員会と会期毎に設置される特別委員会があり、常任委員会は衆議院に 20、参議院に 17、特別委員会は衆議院に 9、参議院に 8 設置されている。なお、本会議は原則として公開であるが、委員会は報道関係者、委員長の許可のある者を除き、原則非公開となっている。

法案は衆議院と参議院で可決されてはじめて法律になるが、両院の決定が異なった場合は、衆議院の決議が優先される。すなわち、参議院で否決されても、衆議院で出席議員の 3 分の 2 以上による賛成で再度可決すれば、法律は成立するのである。

3. 立法過程とその現状

(1) 法案の提出権

日本の法律は全て、唯一の立法機関である国会において、国会優位と委員会中心

主義をその基礎にして制定される。

法案の提出権は議員と内閣の2者にあるが、実際に発議される法律案には、内閣が提出するもの、衆参両議院委員会の委員長が所管事項について提出するもの、議員個人が発議するものの3区分がある。内閣の法案提出権については、特に憲法規定はないものの、内閣法5条によって提出可能とされている。後2者が広義の意味で、議員立法といわれているものであるが、狭義の意味では最後の議員個人が発議する法案が議員立法と呼ばれている(したがって、今後このレポートにおいて議員立法という言葉は、原則として狭義の意味において使用する)。

(2) 立法過程の違い

内閣提出法律案は内閣の閣議決定を受けて国会に提出される。提出されるまでの概略は第1に、検討対象となる法案を当該省庁に依頼して、その原案を作成することである。この段階においても、当該分野に詳しい関係省庁の官僚の手により原案が作成されるわけで、内閣提出法律案は非常に有利な条件下にあるといえる。次に、必要に応じて他省庁との協議、あるいは審議会に諮問、そして省議を経てから大臣の決裁を受けた後に、内閣に送付されるのである。このようにして国会に提出される内閣提出法律案には、事前に政府与党間で根回しがあることは当然である。したがって、これらの過程を経た法案は国会提出と決まった段階で、既に可決成立する可能性は非常に高いといえる。

一方、議員提出法律案については、自ら発議しようとする議員は秘書、政党事務局、常任委員会調査室、国会図書館、関連省庁から情報・資料等を収集あるいは協力を得て法案要綱の作成を図ることになる。そして、衆議院あるいは参議院の議員法制局において法律案としての形態にしてもらい、員数要件を満たす賛成議員の署名(国会法56条)を集めた上で、議長に提出するのである(添付資料4参照)。しかし、殆どの議員は政党・会派に所属しているので、当該法案は事前に所属の政党・会派において調整・検討されることは当然あり得ることである。

(3) 提出法律案と成立法律案の現状

国会に提出された内閣提出法律案と議員提出法律案は、共に提出された当該議院の委員会と衆参両議院の本会議を通過してはじめて法律として制定されるのである。前述のごとく内閣提出法律案は国会で多数を占める与党の協力下にあるので、成立の可能性は非常に高い。一方、議員立法は委員長提出の議員立法を除き、一般的に野党議員により提出されることが多く、特殊な例以外は、その成立の可能性は低いと考えてよい。これは、政党・会派が法案の採決に際して、政党・会派としての決議の下に党議拘束を掛ける結果である。政党政治においては、政党の存在理由において党議拘束を掛けることは必然で、これは議院内閣制の持つ制度的問題といえる。

以下に過去 10 年間の内閣と議員による提出法案データ表を示すが、これを見ても分かる通り、1997 年の提出総数に占める議員立法の件数は全提出数の 42.9%であるが、成立した議員立法の全成立法案に対する比率は 13.6%となっている。過去 10 年を概観してみると、成立する法案の 90%程度は内閣提出法案で占められ、残りの約 10~15%が議員立法となっている。しかし、議員立法は当然、委員長提出による法案が多数含まれるので、狭義の議員立法はかなり低率といっても過言ではない。

表 1. 提出法律案総数に占める議員立法案

	'88	'89	'90	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97
提出総数	115	39	210	35	129	155	120	180	154	196
議員提出数	20	26	45	15	35	59	26	61	43	84
議員提出割合(%)	17.4	66.7	21.4	42.9	27.1	38.1	21.7	33.9	27.9	42.9

出典：「国会辞典 第3版」(浅野一郎 編)、参議院法制局

(注) 継続審議分は含まない

表2. 成法律総数に占める議員立法

	'88	'89	'90	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97
成立総数	94	32	169	27	110	103	113	137	120	132
議員提出数	10	7	18	6	14	14	17	18	12	18
議員提出割合(%)	10.6	21.9	10.7	22.2	12.7	13.6	15.0	13.1	10.0	13.6

出典：「国会辞典 第3版」(浅野一郎 編)、参議院法制局

この政府提出法案成立の優位性は、西欧諸議会においても日本と同様で、イギリス90%以上、西ドイツ70%、フランス60%である。法律の発議権を議員に限り認めているアメリカにおいても、大統領の実質的提出法案である依頼立法は成立法案の80%といわれている(データ引用：議員立法の研究 中村睦男 編 信山社)。

4. 議員立法についての検討

(1) 議員立法の現状と問題点

既に繰返している通り、日本国憲法第41条は「国会は、国権の最高機関であつて、国の唯一の立法機関である」と規定している。したがって、国民による普通選挙により選ばれた国民の代表たる国会議員が、国会に法案提出権を持つことは当然であり、行使されるべき権利なのである。

しかし、個々の議員に議案の発議権はあるが、国会法第56条により「議員が議案を発議するには、衆議院においては議員20人以上、参議院においては議員10人以上の賛成を要する。但し、予算を伴う法律案を発議するには、衆議院においては議員50人以上、参議院においては議員50人以上の賛成を要する」となっている。

この法の主な趣旨は、議員による発議権の乱用が円滑な国会運営を阻害することや、議員立法の利益誘導的利用を回避することにあると思われる。しかし、これにより議員個人や小会派による自由な発議は制約を受け、個々の議員が発議権を行使するにはある一定規模の政党、あるいは会派への所属が必要要件となる。そして当然、議員立法の原案作成に際しては、所属する政党・会派による審議を受けること

になる。

(2) 議員立法の意義と必要性

現在の国会において成立する法律は、データ的に見ても圧倒的に内閣提出の法律が占め、議員提出の法律は少数でしかも狭義の議員立法の成立は殆ど例外的と考えられる。これは、殆ど全ての法案作成や審議過程が実質的官僚主導により行なわれていることを意味する。各省庁の官僚は当該分野の専門家であるので、日本におけるこの立法プロセスが必ずしも不適切とはいえない。しかし、このプロセスを固定化すれば、国民の声をより多く反映させる法案よりも、行政側が自らに都合のよい法案成立を図る可能性が高くなることは想像に難くない。国民にとっては、行政側からの一方的な立法ではなく、より多くの民意を反映する法律が制定されることは当然、望ましいことである。

現在、議員立法を活用することの論議として、野党の立場からのものが多々あるが、与党におけるそれが論じられることは希である。議員立法は、与党・野党という対立軸の観点から、野党による内閣提出法案への対抗手段というケースに限定されて論じられるのではなく、国会という唯一の立法機関にとって、至極当然な立法手法として論じられるべきである。国会においては最終的帰結として多数決の論理から離れることは不可能だが、その前に国会内で法案の内容を問い、議論を尽くすことは国会本来の機能であり、議員の本来の権利であり、責務でもある。

特に、議員立法の利点としては、「常に国民の身近にあって国民の意思を吸い上げることのできる議員の立場から、政府提出法律案としてとりあげれば手続的に非常に時間がかかり急場に間に合わないといった場合に、複雑な提案までの手続きを省略することができる議員立法により早急に対応措置を講ずる、こういうサイドの議員立法が一番ふさわしいのではないかと思われる。」(引用：議員立法の研究 534 頁 中村睦男 編 信山社)などが上げられる。また、政党・会派の枠を超える国民全般の重要問題については、全国会議員が与野党の立場を離れ、国民の声の代表として、一国会議員の立場から議論を尽くすことは重要なことである。

V. 日本医師会による医療政策議員立法化の可能性

IIからIVにおいてAMAの組織、医療政策形成、政治活動、日本における議員立法の現状について考察したが、ここではこれらを参考に日本医師会の政策策定基盤といえる組織現状、さらに議員立法を可能とする環境について検討する。

1. 日本医師会の組織(添付資料5参照)

(1) 代議員会・理事会・常任理事会

会長、理事および常任理事を代議員会が選出するなどの組織構造、システムはAMAとほぼ同様であるが、Executive Vice Presidentによる医療政策策定、推進に関しては異なる。しかし現在、AMAは組織改変中であるので、この相違点が今後どのようなようになるか、現時点では不明である。

(2) 委員会

従来から日本医師会には各種医療に関する問題を検討する委員会が多数設置されている。委員会は任期2年の委員(平均約10数名)により構成され、平均開催回数は約年6回となっている。この委員会は必要に応じて医療政策に関わる問題をも検討してきた。しかし、即解決を迫られる問題の集中審議、また継続的にデータ蓄積・分析を要求される問題などについては対応しきれないという問題点がある。

(3) 日本医師会総合政策研究機構

日本医師会は従来の内部組織では対応しきれない問題、医療政策策定を含む重要な問題については、シンクタンクを設立することにより解決を図ることにした。そこで、日本医師会は1997年4月に日本医師会総合政策研究機構(日医総研)を設立、専門研究員を配置してその活動を開始した。

(4) 事務局

日本医師会の事務局は執行部、委員会をサポートすべく組織化されており、現在

合計約 120 人のスタッフが各部門に配置されている。一方、AMA の事務局は 1,100 人のスタッフが活動している。このスタッフ数の主な相違は、日本医師会が会員の会費を収入源とする非営利法人であるのに対して、AMA が出版業務を中心とする各種ビジネスによりその収入の約 7 割(会費収入は約 3 割)を得ていることにある。

2. 議員立法成立の可能性

議員立法の実現を図るにはクリアすべき多くの問題がある。そこで、議員立法を成立可能とする要点について検討する。

(1) 情報収集の問題

議員立法の原案を作成する段階では、既に述べたように「議員は秘書、政党事務局、常任委員会調査室、国会図書館、関連省庁から情報・資料等を収集あるいは協力を得て法案要綱の作成を図る」。この過程で、その作成を図る国会議員に十分な情報・資料が、果たして提供され得るかが問題である。

国会議員の最も身近なスタッフである秘書は、現在、議員 1 人当たり 3 人の公設秘書が認められている。アメリカの例で見ると、下院では議員 1 人当たり公費により平均 16~17 人、上院では同じく平均 43 人程度の秘書を雇用している(データ引用; 議会と議員立法 公人の友社)。この差が議員の政策立案能力の差として現れることは歴然としている。現在の日本に、政策担当秘書資格制度があったとしても、公設秘書 3 人枠の中で活躍するには現実的に無理がある。

また、常任委員会調査室、国会図書館から必要十分な情報を獲得し得るかという問題に加えて、当該法案の関連省庁から内閣提出法律案と同程度の情報提供あるいは協力を官僚から得られるかという問題もある。

(2) 法案提出前の問題

議員立法の原案が作成されたとしても直ぐに提出できるわけではない。まず、当該議員が所属する政党・会派による調整・検討を受けることになる。何故なら、これを受けなければ、前述の国会法 56 条による議員立法提出に要する員数要件(IV 章

の4. の(1)参照)を満たすことは事実上、不可能となるからである。

先進西欧諸国の場合、責任内閣制のイギリス、あるいはそれに類似するドイツ、フランス、そして大統領制のアメリカなどは、日本のように法案提出前に政党・会派による審査、あるいは提出の可否を決定する仕組みは採用していない。

アメリカを例にみると、法案提出はホッパーと呼ばれる箱に議員が自ら作成した法案をただ投入するだけである。したがって、議員は法案提出を自由に行え、その法案は関係委員会により審議の可否を決定されるのである。これら西欧先進諸国の法案提出に関するシステムは日本でも採用可能である。

(3) 法案提出後の問題

手続き上の問題をクリアーして議員提出法律案が当該委員会に諮られたとしても、議論が活発に行われることにより法案の行方が決まっていくことは一般的に困難で、基本的には多数の支持を取り付けておくことが必要である。それは党議拘束の存在が大きく影響するからで、このことは政党政治である限り宿命といえる。しかし、このあり方については各政党・会派においても再考され得る余地がある。

すなわち、東西冷戦時代は終焉し、世界のイデオロギー的対立は消失した。そして、日本の政界においても自社さ連立政権発足以来、政党間にかつて存在したイデオロギー的境界線は不明確となり、与野党の対立はむしろイデオロギー以外のものにある。この様な政治的状況であるからこそ、日本の将来を決定していく根本的な事項や、政党の存在意義・利益から離れている事項に関しては、活発な法案提出と議論が求められられるべきである。各政党・会派は全ての法案に関して党議拘束を掛けるという画一的な方法を見直して、必要に応じて検討するという柔軟な姿勢を持つ必要がある。

(4) 議員立法の事例

与党自民党の中山太郎参議院議員(元外相)により提出された“臓器移植を認める法案”が与野党議員の修正を経て、1997年6月16日参院臓器移植特別委員会にお

いて賛成多数で可決された。同修正案は翌 17 日には参議院本会議において賛成 181、反対 62、欠席 9 で可決。同日、修正案は衆議院本会議に送られ、賛成 323、反対 144、欠席 33 で可決成立した。これらの採決に際しては、共産党を除く各政党・会派はいずれの採決でも党議拘束を外している。

この修正法案の内容に関することや、政党間の駆け引き・思惑などに言及することはこのレポートの目的と異なることであるので、敢えて触れることはしない。しかし、重要な事項を対象とした議員立法案が、各政党・会派による修正を受けながらもその党議拘束が外され、そして成立したことは重要なことである。

〈参考〉

表 3. 成立法律総数に占める医療関連法律の割合

	'95	'96	'97
成立総数	137	120	132
医療関連分数	5	7	7
医療関連割合(%)	3.6	5.8	5.3

出典：参議院法制局

表 4. 成立医療関連法律総数に占める議員立法の割合

	'95	'96	'97
成立総数	5	7	7
医療関連分数	1	2	1
医療関連割合(%)	20.0	28.6	14.3

出典：参議院法制局

VI. 結論：医療政策の議員立法化へ向けて

既に述べてきた通り、本研究テーマは日本の保険医療制度の抜本的改革が求められているこの重要な変革期に、日本医師会が医療の専門家集団として医療をリードし、国民の利益を代表する立場から、21世紀の日本の将来を決定する医療政策に関して、率先して適切な医療政策の立法化の可能性を探ることである。

そして、日本医師会が医療に関わる政策立案を行い、それを議員立法化することは現実として可能であることを本研究の結論とし、日本医師会執行部が活動する際に、それらを実現可能とする体制、環境、方策について以下に提言したい。

日本医師会が議員立法により医療政策の実現を図ろうとするとき、AMAの持つ組織構成、政策決定過程、議会との関わりから、日本医師会が得るところは大きいといえる。当然、政治体系や医療体系における違いにより、AMA組織の要点をそのまま採用するのは不可能であり、また望ましくもない。しかしながら、このAMAの政策決定過程の研究は日本医師会の組織と政策決定体系の強化を図ることには、幾つかの貴重な示唆があると思われる。

1. 医療政策策定のための組織とスタッフ

(1) 医療政策策定部門の強化

医療政策の策定・実行する部門を内部(あるいは外部)に設置し、そのスタッフに法学の専門家(弁護士等)を配置するなどの強化を行う。

(2) 政治経済分析部門の設置

政治学・経済学の専門スタッフ採用による政治経済分析部門を設置し、政治・経済の現状分析を常に行う。

(3) 情報管理部門の強化

情報管理部門における情報収集・作成能力を強化し、独自データを蓄積し、情報社

会における自己の位置付けを有利に展開する。

(4) 人材の育成

若手スタッフの教育システムを確立し、常に人材の確保に努める。

2. 医療政策実施のための方策

(1) 政策ハンドブックの編集

日本医師会が行う政策の継続性・普遍性のために、決定された医療政策を長期間収載する政策ハンドブックを編集し、実行する政策方針を明確にする。

(2) 政策実行のための活動

政策を実行するためにはそれをサポートするあらゆる活動を行う必要があるが、その活動の手段としては次にあげるものが考えられる。

- 1) グラスルーツの活用
- 2) 日本医師会員 14 万人の協力
- 3) 世論調査の実施
- 4) マスメディアの活用

3. 国民の支持獲得

(1) 広報活動

メディア等を活用して日本医師会の行政に対する活動が、国政の医療政策決定過程の重要な要素の一つであり、国民の権利擁護の役割を担っていることを国民各層に訴え、その理解・支持を受ける。

(2) 情報の提供

日本医師会の有益な情報を国民・患者に提供し、開かれた日本医師会を示す。また、日本医師会員と連携し、日々、国民と医師の相互理解を可能とする関係を築く。

4. 他組織との協力体制

政策を実行していく場合、常に正当性を持つことは当然であるが、その行動においては単独組織としてよりも、政策によっては目的を同じくする他組織との連携をも考慮することも考え得る。こうした柔軟な活動方針は目的完遂をさらに強力にすることになる。

5. 議員立法へのサポート

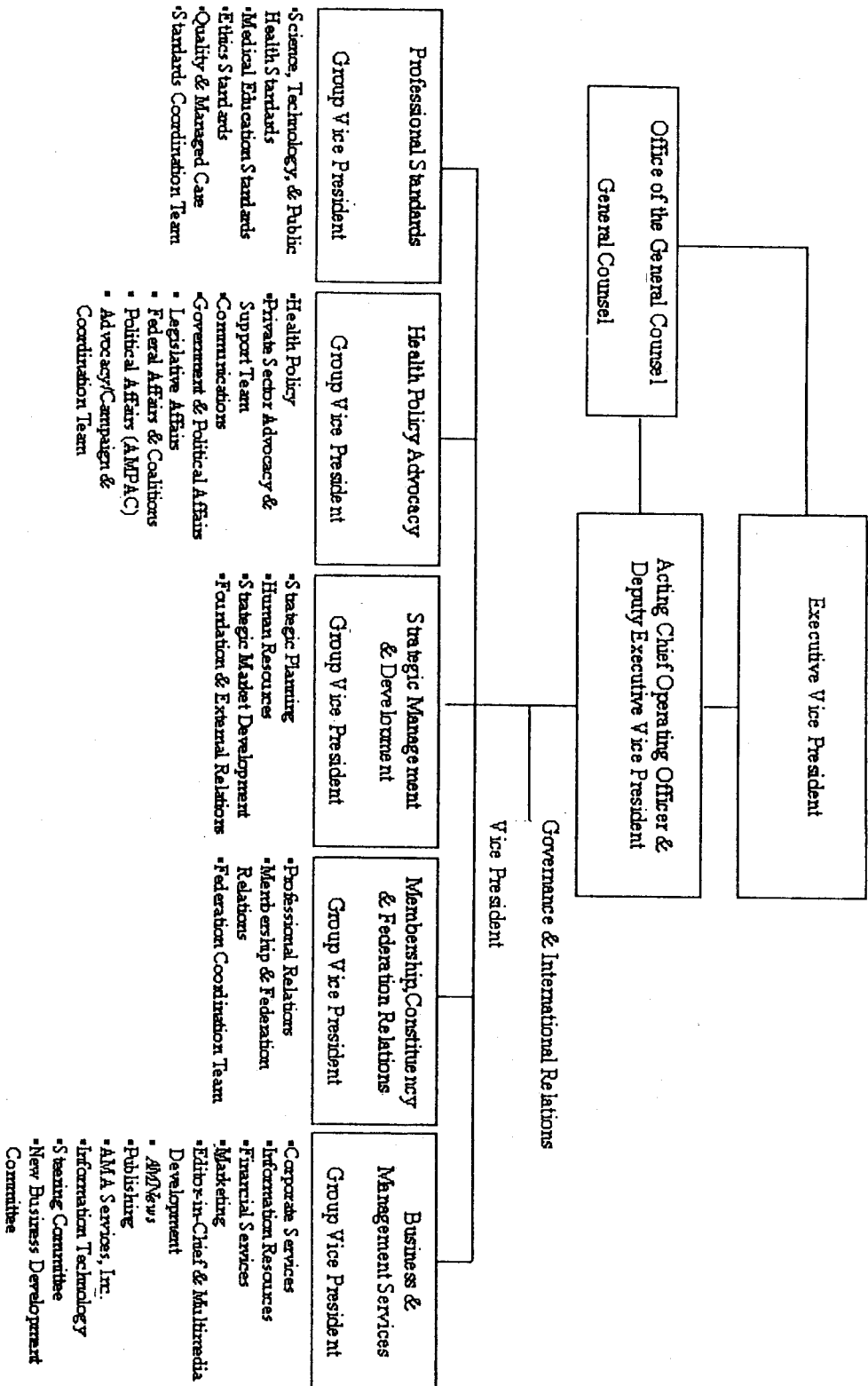
(1) 国会議員への協力要請

日本医師会の推進しようとする医療政策が、多くの国会議員に理解され、協力を得られるための活動が重要である。

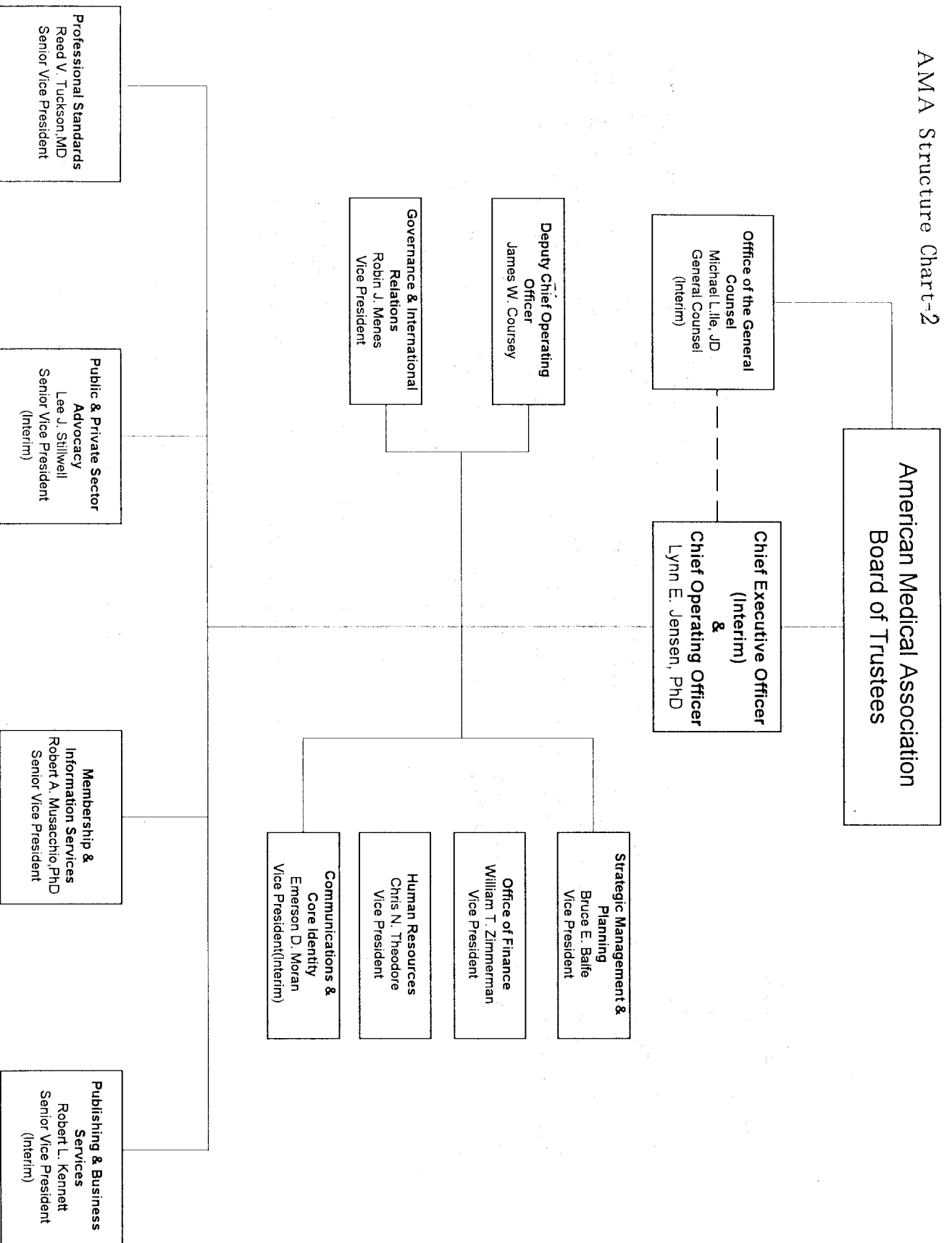
(2) 医療関連情報の提供

議員立法原案作成の基礎資料となる情報を日本医師会から提供し得ることが必要である。そのためには、日本医師会が医療関連情報の重要なセンターとなることが不可欠である。

AMA Structure Chart-1

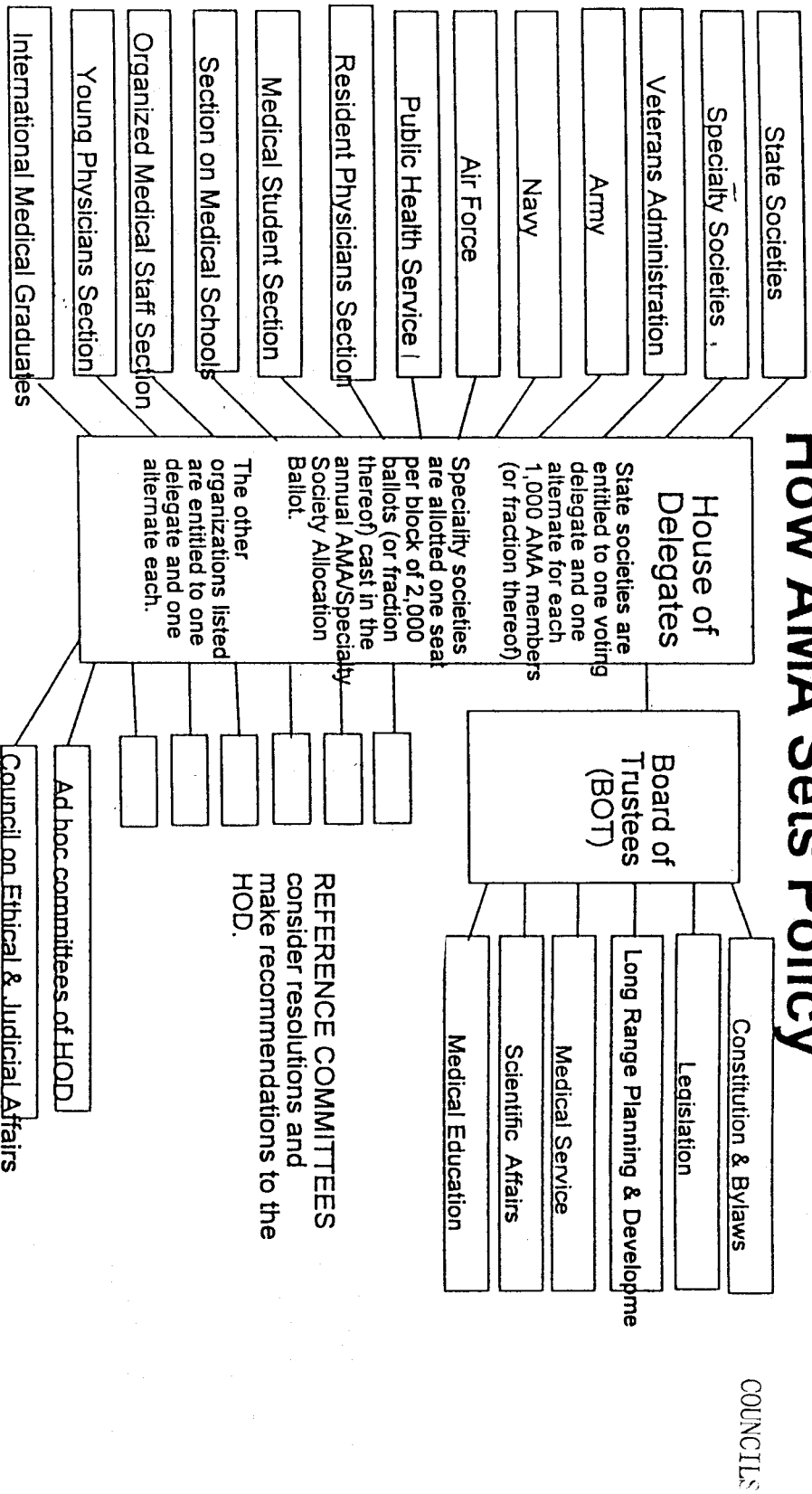


AMA Structure Chart-2

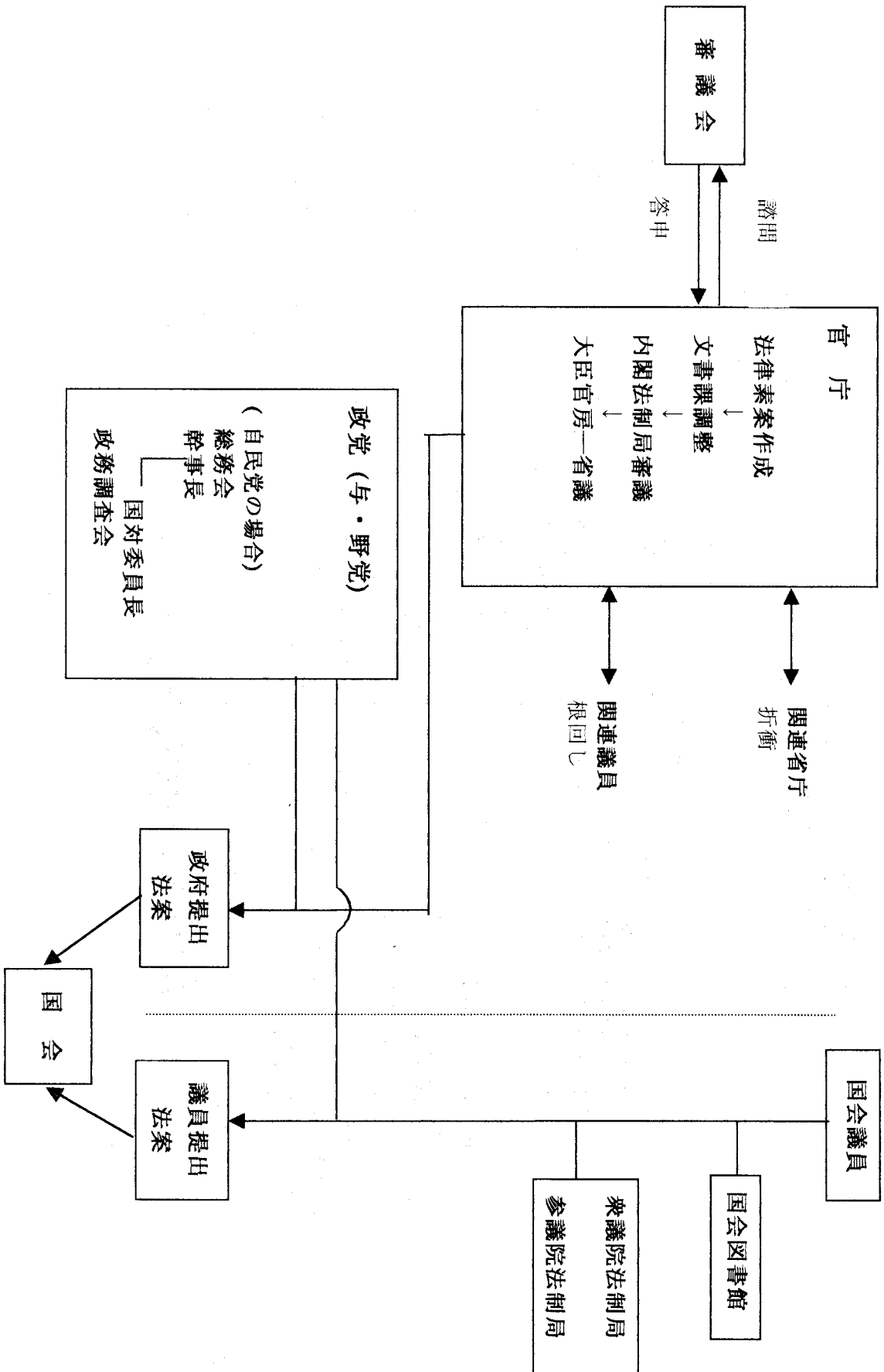


February 1998

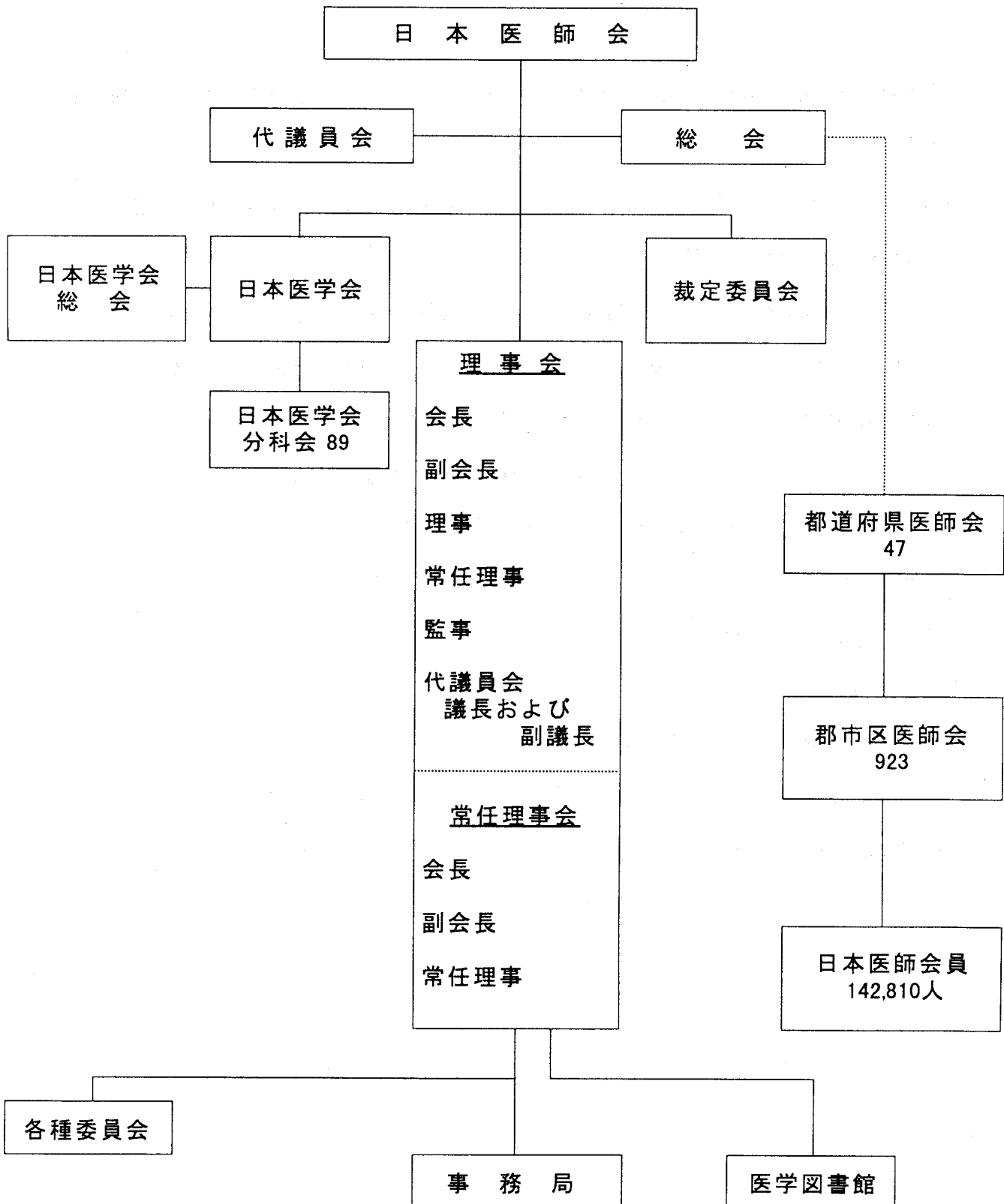
How AMA Sets Policy



日本の立法過程



日本医師会組織図



参考文献

- Michael Reich, Policy Analysis Capacity at the American Medical Association (AMA), 1997
- Michael Reich, The Role of Executive Vice President at the American Medical Association (AMA), 1997
- James A. Johnson, Walter J. Jones, The American Medical Association and organized medicine: a commentary and annotated bibliography, 1993
- American Medical Association, Caring for the Country
- T. R. Reid, Congressional Odyssey – The Saga of a Senate Bill, 1980
- Woodrow Wilson, Congressional Government, 1884
- US Government Printing Office, How Our Laws Are Made, 1978
- 「議員立法」五十嵐 敬喜 著 三省堂, 1997
- 「議会の時代」渋谷 修 著 三省堂, 1994
- 「議員立法の研究」中村 睦男 編 信山社, 1993
- 「議会と議員立法」上田 章,五十嵐 敬喜 <対論> 公人の友社, 1997
- 「概説 現代日本の政治」阿部 斎,新藤 宗幸,川人 貞史 著, 1997
- 「アメリカの圧力団体－権力に迫る食料・農業ロビイスト－」ブルーノ・ジュリアン著, 1988

Health Policy Formulation Practices of the American Medical Association
(AMA) and the Japan Medical Association (JMA)

Katsumi Numasawa
Takemi Fellow
Harvard School of Public Health

May, 1998

TABLE OF CONTENTS

I. Introduction	1
1. Objectives of the Study	1
2. Study Approach	1
II. Organization of and the Process of Health Policy Formulation at the AMA	2
1. Demographic Composition of Physicians in the US.....	2
2. AMA and Membership Recruitment	2
(1) Number of AMA Members	2
(2) Merits to Joining the AMA.....	3
3. Summary of the Organizational Structure	3
(1) Professional Standards	3
(2) Health Policy Advocacy	4
(3) Strategic Management & Development	4
(4) Membership Constituency & Federation Relations.....	4
(5) Business & Management Service.....	4
4. Summary of Groups Concerned with Health Policies.....	4
(1) Role of the Health Policy Advocacy Group.....	4
(2) How the AMA Sets Policy	5
(3) Relations between the Board of Trustees and the Councils.....	6
(4) Policy Compendium	6
(5) Grass Roots Political Activities.....	7
5. Collecting Information as a Means of Policy Assistance.....	8
(1) Data File on All Physicians Within the United States.....	8
(2) Policy Promotion Surveys	8
(3) Use of the Internet as a Study Approach.....	8
6. Expenditures in Health Care Policy.....	9
III. The AMA and Its Political Activities	10
1. Role of the AMA Washington Office.....	10
2. Strategy of the Washington Office Activities.....	11
IV. Present of Legislation Initiated by Japanese Diet Members	12
1. Japanese Parliamentary System	12
2. Role and Characteristics of the Diet	13
3. Existing Conditions of the Legislative Process.....	13
(1) Power to Submit a Bill.....	13
(2) Differences in the Legislative Process	14
(3) Existing Conditions of Proposed and Adopted Bills	14
4. Review of Diet Member Legislation.....	16
(1) Existing Conditions and Issues in Diet Member Legislation.....	16
(2) Significance and Need for Diet Member Legislation.....	16

V. Prospects for Diet Member Legislation of JMA Sponsored Health Policies	18
1. Organization of the JMA (see Figure)	18
(1) House of Delegates, Board of Trustees, and Executive Board of Trustees	18
(2) Committees	18
(3) JMA Research Institute	18
(4) Administration	18
2. Prospects for Diet Member Legislation	19
(1) Collecting Information	19
(2) Before a Bills Is Submitted to the Diet	19
(3) After a Bills Is Submitted to the Diet	20
(4) Case Example of a Diet Member Sponsored Legislative Bill	20
VI. Conclusion: Moving Towards Health Policies Legislated by Diet Members	22
1. Organization and Staff Needed to Formulate Health Policies	22
(1) Strengthening the Section on Health Policy Formulation	22
(2) Create a Section to Analyze the Socio-economy	22
(3) Strengthen the Information Management Section	22
(4) Foster Human Resources	22
2. Policy on Implementing Health Policies	23
(1) Compile a Policy Handbook	23
(2) Activities Related to Policy Implementation	23
3. Solicit the Support of the Japanese Public	23
(1) Public Relations	23
(2) Disseminate Information	23
4. Cooperation with Other Organizations	23
5. Activities to Support Legislation by Diet Members	24
(1) Solicit the Cooperation of Diet Members	24
(2) Provide Health Related Information	24
Appendix 1	25
Appendix 2	26
Appendix 3	27
Appendix 4	28
Appendix 5	29
Bibliography	30

This research was supported and funded by the Takemi Program Fund of Japan Foundation for the Promotion of International Medical Research Cooperation.

I. Introduction

1. Objectives of the Study

With the advent of the 21st century, Japan is faced with a rapidly aging population that is exceptional even among the advanced nations. Against this milieu, the Japanese government is under pressure to restructure its social security system in terms of structure and economic efficiency. It can not be said that the approval of bureaucratic reforms implemented under the traditional model of leadership provided by the Ministry of Health and Social Welfare are in the best interests of the Japanese people.

The Japan Medical Association (JMA) established the Japan Medical Association Research Institute in July 1997. The objective of this institute is to explore new decision making processes of health policies which have traditionally been carried out by the JMA, in its capacity as an organization of professional medical specialists representing the interests of the Japanese people on vital issues that will determine Japanese health care policies and practices in the 21st century. In addition, it will seek a wide-ranging consensus from all levels of Japanese society on the impact of health care policies; and it will strive to enact their legislation based on this consensus.

In view of this basic stance on health policy by the JMA, the feasibility of legislating health care policies formulated by the JMA, especially the feasibility of legislation by Japanese Diet members which is rarely achieved, was studied.

This study has been implemented as an ongoing topic of research in the wake of the paper entitled, "Policy Analysis Capacity at the American Medical Association", compiled in March 1997 and the paper entitled, "Research on the Role of Executive Vice President at the American Medical Association (AMA)" which was compiled in August 1997 by Professor Michael Reich of the Harvard School of Public Health under the Takemi Program in International Health.

2. Study Approach

As mentioned above, an analysis of AMA's policy formulation practices and the role of the Executive Vice President were reported in the two research papers, "Policy Analysis Capacity at the American Medical Association" and "Research on the Role of Executive Vice President at the American Medical Association (AMA)". Based on these two studies, the real influence of AMA's House of Delegates on health care policies was explored by utilizing data obtained from an interview survey carried out at the AMA and the Japan External Trade Organization (JETRO) in New York and by researching written material, etc. on the feasibility of applying such policy formulation practices by the JMA.

Particularly, in the area of AMA health care policies, an understanding of the overall organization of the AMA is necessary in order to understand how health care policies are promoted. As a result, a segment of the information contained in this report duplicates the content of the two papers mentioned above.

II. Organization of and the Process of Health Policy Formulation at the AMA

A summary of the organization concerned with health care policy within the AMA and the process by which health care policies are formulated have been presented, based on interviews with the AMA personnel in charge of health policies.

1. Demographic Composition of Physicians in the US

There are presently about 750,000 to 800,000 physicians in the United States. The number of so-called general practitioners has continued to drop; and they comprise approximately 5 percent of the overall population of physicians. Primary care family physicians, general internists, pediatricians, obstetricians, and gynecologists follow them; and their total comprises about 35 percent of all physicians. The remaining 60 percent are specialists. The trend in an excess of specialists is due to the high income earned by specialists which allow these physicians to work in an environment that is commensurate with their educational costs.

There are many remote regions and rural areas in the United States and although physicians who work in such areas are to be commended, it is difficult to allocate specialists to such areas. As a result, there is a surplus of specialists who are overly concentrated in urban areas.

Federal government decision-makers are of the opinion that high health care costs are partly the result of a surplus of specialists. In addition, they believe that physicians are unable to maintain an appropriate level of technical knowledge. Consequently, they would like to change the share of specialists and other physicians to a ratio of 50:50.

2. AMA and Membership Recruitment

(1) Number of AMA Members

There are approximately 300,000 members as of November 1997. About one half are specialists; 20,000 are medical students, and 30,000 are residents. Together, they comprise 42% of the entire population of physicians in the United States and the AMA membership ratio of physicians has tended to decrease yearly (see graph). However, due to the existence of numerous AMA associated sub-organizations, all physicians are affiliated to the AMA in some way.

For example, a surgeon who is a member of the American College of Surgeons, but who is not a member of the AMA, has a substantial impact on AMA views, activities, and their management through the representative of the American College of Surgeons who attends the AMA's House of Delegate meetings and votes on AMA resolutions on behalf of the society. In other words, it can be said that nearly all physicians in the United States are affiliated in one way or another to the AMA's policy decision making process. However, the ideal goal of the AMA is to achieve a 100 percent membership ratio and the AMA continues to strive for a gradual increase of its membership.

(2) Merits to Joining the AMA

The AMA has listed the following advantages to becoming a member of the association.

1) Members have the right to voice their views to the AMA and they receive copies of the Journal of the American Medical Association (JAMA) and the American Medical News. In addition, toll free numbers are available to members calling for various information, and they are eligible to receive publications, discounted prices on products, etc.

2) In particular, members are eligible to utilize the services of AMA's representative negotiating units to negotiate with hospitals and managed care plans. In addition, the AMA provides information to members on new laws and their impact on the medical field.

3) The AMA requires that its members abide by the medical ethics for physicians that are promulgated by the AMA.

3. Summary of the Organizational Structure

The AMA employs approximately 1,100 administrative staff members to implement the work of the organization. The organizational structure of the association is comprised of five groups as shown in the attached organizational chart (Professional Standards, Health Policy Advocacy, Strategic Management & Development, Membership Constituency & Federation Relations, and Business & Management Service). The role of each group is explained below. The following discussion describes the organization as of November 1997 (as shown on Appendix 1). It is important to note that the AMA in 1998 is undergoing wide-ranging reorganization. The structure changed first in February 1998 (as shown on Appendix 2) and is expected to change again in June following the meeting of the House of Delegates.

(1) Professional Standards (200 staff members)

For medical education, the AMA is the parent organization of two bodies able to accredit medical school programs: the Liaison Committee on Medical Education (in partnership with the Association of American Medical Colleges), and the Accrediting Council on Graduate Medical Education. In addition, it is also a member of the organization that accredits Continuing Medical Education (CME) courses, the Accrediting Council on Continuing Medical Education.

For medical facilities, the AMA is a member of the Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). It has plans for a new system of the American Medical Accreditation Program (AMAP), in which the AMA would issue a "seal of approval" after reviewing physician and specialist licensing and accreditation. Finally, to implement its programs on professional standards, the AMA employs academic specialists in pharmaceuticals, HIV, geriatrics, cigarette smoking, public health, etc.

(2) Health Policy Advocacy (200 staff members, including 100 staff members of the Washington office)

This group is responsible for promoting a diverse range of AMA policies, in addition to formulating policies on government planning, relations with the private sector, and other issues related to financial problems. The councils (comprised of appointed or elected physicians) guide the staff on policies. In addition, it is in charge of the administrative tasks of the HOD and the Board of Trustees (explained below in section "4").

(3) Strategic Management & Development (65 staff members)

The Strategic Management and Development group is responsible for assessing what the AMA should do at present and the needs of its members, and for developing plans that meet these needs. It is also responsible for increasing the membership constituency (to increase the organization's coverage ratio), an extremely important issue for the AMA. Since the AMA is a voluntary organization, physicians are not required to join the association and there are many nonmember physicians. As mentioned earlier, the current ratio of members is 40 percent of all physicians in the United States (see the graph on the organization's ratio of members).

(4) Membership Constituency & Federation Relations (125 staff members)

This group is responsible for increasing the number of association members. It is in charge of relations with all member medical societies.

(5) Business & Management Service (500 staff members)

This group is responsible for all business-related matters. The publishing activities of the AMA are an especially large source of revenue for the association. JAMA, which is an international publication, is one of AMA's vital publications. The computer section is also included in this group.

4. Summary of Groups Concerned with Health Policies

(1) Role of the Health Policy Advocacy Group

The Health Policy Advocacy group fulfills three major functions. The first function deals with communication or liaison with the press and mass media. Public relations personnel are in charge of answering telephone inquiries and setting up press conferences.

The second function is fulfilled by AMA's Washington office, which is in charge of overseeing government related issues on a nationwide level. Staff members are in charge of overseeing communications with Congress. This section is concerned with government administration, the White House, and Congress. AMA's political activities are carried out through its Washington office. Election funds are collected through the American Medical Political Action Committee (AMPAC), which also serves to educate physicians on the political process. There is also a system that recommends physicians for government positions and a system, which promotes communication on specific issues between physicians and members of the Senate and

House of Representatives. Presently, information and requests are faxed to this section from the entire country and an electronic environment has been established which allows information to be sent via telephone and e-mail (presently, paper, newsletter, and emergency reports are used, but these forms of communication are costly and time-consuming).

The third function mainly involves physician education and requests to address specific issues in health policy. In addition, it supports the councils in the areas of legislation, ethics, agreements and articles of incorporation, medical services, academic issues, medical education, long-term planning, etc. The councils are comprised of AMA members.

(2) How the AMA Sets Policy

In principle, activities are based on the demands of members that are presented to the HOD through delegates. Members are able to submit resolutions to the HOD through their representatives from a state medical society or medical specialty societies. The HOD meets twice yearly, in June and December. To handle the resolutions, it convenes reference committees at which any HOD member may testify (though few do).

Reference committees are composed of members of the HOD. Each reference committee votes whether to recommend adoption of the resolution by the HOD, non-adoption, or substitute language for the resolution. At the House of Delegates, members vote on recommendations from the reference committees. It can vote to accept, reject or refer resolutions to the Board of Trustees. It can also substitute new language for resolutions. AMA policy is the result of votes by the House of Delegates and can take the form of statements or directives. If a resolution is referred to the Board of Trustees, it decides whether to recommend the policy to the HOD. These recommendations are debated in the HOD and they are referred to a Reference Committee, similar to the process in which a resolution is decided, and finally voted on by the HOD. For example, if a resolution has been adopted as a policy, it is published in the Policy Compendium of that year and implemented.

Each reference committee is organized only during the duration of a HOD meeting and they are disbanded at the end of each meeting; and new reference committees are created at the following HOD meeting. Each committee is comprised of physicians. They are responsible for reviewing all the proposals and they submit their recommendations accordingly. The hearing of each delegate is freely conducted and each delegate casts his or her vote based on the recommendations that are made.

In the case of emergencies, the Board of Trustees is empowered to take action based on decisions made by the Board independently of the HOD. In such cases, the administrative staff is instructed accordingly and the decision is implemented. Although measures to hold emergency HOD meetings exist, in actuality, they are used, but are debated at the next HOD meeting. The Executive Vice President (EVP), who is appointed by the Board of Directors, holds the actual reins of leadership (see "Research on the Role of Executive Vice President at the American Medical Association (AMA)" for further details).

(3) Relations Between the Board of Trustees and the Councils

The Board of Trustees is comprised of 21 members, the HOD has 477 delegates, and the number of members, which comprise a council, differs accordingly. The Council on Legislation is comprised of 13 members and one professional staff member.

The HOD elects the Board of Trustees and all members may stand as a candidate for the Board. There are some posts where young physicians, residents, and medical students are slotted. Numerous committees and six councils support the Board of Trustees, which is responsible for the day-to-day operations of the association. The Council on Legislation is the only council created by the Board of Trustees and the HOD elects the remaining councils.

The councils are expected to function according to AMA policies, which are established by the HOD. Council members are elected from among HOD delegates or medical student members and the professional staff supports them. Their term is limited to eight years, but the term of professional staff members is unlimited. This is an extremely important factor when implementing policy (see Appendix 3).

The proposed resolutions and demands are thoroughly debated by the councils and the HOD who vote on the recommendations submitted by the councils. Numerous committees existed until 1975, but due to subsequent problems involving cost and operations, many were integrated or disbanded into the six councils that exist today. When the committees were integrated into councils, it became important to establish continuity, due to the extremely large scope and range of information; and as a result, staff members were allocated to the councils. Consequently, professional staff members are placed under the leadership of the physicians and they are responsible for following up the work.

(4) Policy Compendium

The Policy Compendium is mainly concerned with legislation, health care services, scientific and medical education, agreements and articles of incorporation, long-term planning, etc.

Policies in these areas are decided by the HOD and implemented by the Board of Trustees. In the event a decision is not reached, the Board of Trustees will submit their recommendations at the next HOD meeting. Recommendations are either passed or vetoed by the HOD. When a recommendation has been passed, the Board of Trustees instructs the staff on its implementation. However, the Board of Trustees is required to compile a report on recommendations that are not passed if additional information is required.

The councils, which are manned by professional staff members, are often requested to compile reports by the Board of Trustees, in addition to reports that are compiled independently by the councils.

Although not all of the adopted issues are recorded in the Policy Compendium, many of them are. As a rule, action is taken on requests for letters or items that are unrelated to policy principles, but they are not recorded in the Policy Compendium.

All policies that are adopted are recorded annually in the Policy Compendium; and they are reviewed, carried over, revised, or deleted every ten years. However,

these changes are relatively minor. In addition, due to the enormous volume of the Policy Compendium, it is also available on diskette to enable data search by computer (Windows program).

The Policy Compendium is a compilation of the goals of the AMA and it contains the policies that are the backbone of AMA activities.

(5) Grass Roots Political Activities

Grass roots political activities are also considered important in AMA health care policies. A case example of one such movement is presented below.

Under American law, physicians have the obligation to extend care to all patients in need of treatment. A reasonably informed person who goes to the emergency room is legally entitled to care. Under this law, the doctor bears the risk of treatment. For example, the emergency physician suspects a patient under the managed care system that is in pain and seeks emergency medical services, as suffering from a heart attack. However, he is found to be suffering from a stomachache on further examination. The insurance companies, which will cover the costs of emergency care for a heart attack, will not do so in the case of a stomachache. The physician will insist that the examination fees be paid since the patient received an examination, but the insurance company's stance is that medical fees will be paid in the case of a heart attack, but not for a stomachache. Due to the conditions of the contract signed between the insurance company and the patient, the patient cannot be billed. Despite the fact that the physician provided the patient with medical care, judging him to be an emergency case, the services, which were provided nonetheless, become free of charge.

In cases where the patient's condition has been appropriately judged as an emergency, AMA's stance is that the insurance company should pay the medical costs. Although the AMA will request the insurance company to change its policy, rarely have insurance companies cooperated. Insurance companies will usually insist, "No, we can not pay these costs. The insurance contract has already been drawn up." Consequently, the AMA and the state medical society will present the case to state legislatures; and with a revision of the laws, they will demand that the insurance company pay the medical costs.

A large segment of such activities require financial and administrative guidance and with the establishment of legal standards that stipulate where the responsibility lies, in effect raises the quality of the care provided to patients.

5. Collecting Information as a Means of Policy Assistance

(1) Data File on All Physicians Within the United States

The AMA possesses a master file on all physicians in the United States irrespective of whether the physician is an AMA member or not. Data on the physicians' life insurance address, specialist training, medical university, and other data are maintained. This information is collected and owned independently by the AMA and it is utilized in each report that is compiled. Physician data summaries are also reported to the HOD.

(2) Policy Promotion Surveys

A survey and analysis staff that is responsible for promoting AMA policies is comprised of 15 members who are mainly economists and computer specialists.

In surveys where continuous data are required, such as long-term information on the activities of physicians, the same questions are used in the annual questionnaires, but space is also given for new questions that are included only for that year in conjunction with a special project.

For example, major changes have occurred in private medical practice over the last ten years and an investigative study on the developments taking place among small medical groups, specialized medical fields, and private medical practitioners is being conducted. The results of the study indicate that many physicians have joined large medical groups, numerous specialist groups or have become employed by hospitals or medical health insurance related hospitals; and there is a decline in physicians engaged in private practice. This information has enabled the AMA to formulate basic medical policies that meet the needs of physicians through an understanding of the actual environment that surrounds them. The government has also requested this data, but the AMA on a case releases it by case basis.

The number of samplings undertaken by the study contains about 1500 samplings that are ascertained as statistically effective; and they are divided into members and nonmembers. In addition, survey reports that investigate the views of other researchers are used to promote policies. Personal interviews are also carried out, but only ideas are solicited in such interviews and they do not appear to be very effective in terms of the cost involved. Telephone surveys are also conducted.

(3) Use of the Internet

The AMA maintains a web home page (for both the general public and members); and plans are under consideration to implement a questionnaire survey that targets physicians utilizing the Internet in future. However, a major precondition is that physicians have access to the web site.

Due to the large numbers of physicians who still do not possess a computer, do not type, or do not access web pages, it is difficult to a collect sample suitable for survey implementation. However, the spread in the use of the Internet among physicians in future is an undisputed fact; and its potential use as a new survey tool is anticipated.

6. Expenditures in Health Care Policy

Approximately 60 to 70 percent of the AMA's annual income is generated from business and the remaining amount of its revenue stems from membership fees. The total annual ratio of expenditures pertaining to health policies ranges from 10 to 12 percent.

III. The AMA and Its Political Activities

1. Role of the AMA Washington Office

The major responsibilities of the AMA Washington office are to investigate what is occurring in the Congress in the area of domestic legislation, to determine what is needed for AMA policies, and to study what action needs to be taken in order to promote them.

In other words, the lobbyists at the Washington office are responsible for continually communicating AMA policies and important issues to both the House of Representatives and the Senate and their respective staff. They are also responsible for appealing AMA's interests to the President, the White House, relevant government departments and agencies, and especially Health and Human Services. A vital role of the Washington office is to negotiate the health system with relevant parties based on directives from the AMA Chicago headquarters. Both the AMA headquarters and the Washington office maintain close communication through telephone and e-mail, as well as frequent trips by personnel between the two offices. The Washington office will put pressure on Congress, promote AMA countermeasures, and obtain information on movements in the federal government and the House of Representatives.

A case in point is the Medicare system where the federal government expends approximately \$200 billion annually to cover the medical costs of the handicapped and of citizens over the age of 65 years. This system is extremely unstable. There is a tendency for financial expenditures in health care costs to be suppressed in advanced countries, irrespective of the required health care costs of its population; and the United States is no exception. As in other advanced nations, America also faces an aging population and the working population has tended to decrease in comparison to the retired population.

Consequently, a review of the Medicare system, its financial resources and its administration will be submitted to Congress in 1999. A federal committee to review the functions of the health insurance system and the quality of health care will be created in 1998. Based on this committee's report, legislation will be debated in 1999. As of March 1998, however, this plan had not been implemented. The demands of the AMA members are to stabilize financial resources for the Medicare system and to prevent the government from interfering in the patient and physician relationship. The AMA is considering policy measures that will incorporate its views in the Medicare system and it is planning a policy proposal that it intends to submit to Congress.

2. Strategy of the Washington Office Activities

The strategy of the Washington office is to put pressure on the government and Congress on health care policy changes with the cooperation of other medical related organizations that have the same concerns on specific funds and funding plans. In addition, the strategy of AMA's grass roots political activities is to recruit physicians who will communicate with Senators and Representatives. Senators and Representatives make it a point to know the views of the electorate in their electoral districts, in order to gain an advantage in the election. The AMA asks these physicians to fax or telephone in the views and policies of the association on relevant bills that are important to the organization. The physicians who are contacted will communicate with the Senator or Representative of their respective district by telephone or other means and request that an appropriate decision is made on a relevant bill. The physician electorate in each district will carry out the same action. As a result, due to the large influence which physicians exert on the Senators and Representatives and their staff, the steps taken by these physicians are combined with that taken by the professional lobbyists and their multiplied impact can be significant. In the event a physician has a problem related to health care services on an individual level, the AMA staff will request a meeting with a Senator or Representative when he or she has returned to their electoral district to discuss the problem. The AMA's stance is that its policies side with the patient.

America's political system differs from the British parliamentary system and its citizens directly elect the President, who holds the highest office of the nation. As a result, despite the fact that the Republican Party controls Congress, President Clinton was elected from the minority Democratic Party. Since the political party that has actual control of Congress and the political party of the Cabinet members appointed by the President differ, the influence wielded by present day Congress is the antithesis of that which stems from a united Congress and Cabinet. As a result, mainly individual committees in what are referred to as committee politics carry out legislation. Lobbying is an effective means of advocacy under such a system.

IV. Present of Legislation Initiated by Japanese Diet Members

A brief summary of the Japanese parliamentary system is introduced, followed by an explanation of the present system of legislation initiated by Diet members, specific examples of such legislation, and the future of such a system. The aim of this report is to explore the current condition of legislation initiated by Diet members and its possibilities. Political issues that are related to this legislative process will not be dealt with in depth.

1. Japanese Parliamentary System

The Japanese parliamentary system was modeled on the parliamentary system of the West in the latter half of the 19th century. However, in accordance with the Japanese constitution, which was enacted after WWII, the state authority was strictly divided into three independent divisions of legislation, judicature, and administration (tripartite system). The Diet was established as the nation's supreme body of state power based on the parliamentary system (Article 41 of the Constitution) and its legislative powers are in principle, based on general elections.

The Diet is comprised of the House of Representatives (500 members) and the House of Councilors (252 members). It is empowered to designate the Prime Minister who is the head of the Cabinet, the core administrative power, from among the Diet members through an electoral process (Article 67 of the Constitution). The Prime Minister is empowered to appoint the ministers of state (Article 68 of the Constitution) and to organize the Cabinet. Thus the Cabinet is formed with the confidence and support of the Diet to which it is politically and collectively responsible to (Article 66, Item 3 of the Constitution). Conversely, the Prime Minister has the authority to dissolve the House of Representatives. This authority allows the Prime Minister to seek a declaration of intention from the electorate which is responsible for electing Diet members and it allows a system of checks and balances to exist, ensuring the fair distribution of power between the Diet and the Cabinet.

The Japanese parliamentary system that is comprised of a Cabinet and a Diet elected by the people in whom the sovereignty of the state is vested in, is based on what is known as a unified parliamentary cabinet system. This system allows the will of the electorate, i.e. the will or opinion of the people, to be known to the Diet through elections and subsequently, it is reflected in its administrative power (Cabinet).

However, in reality, the majority of the candidates enter the national elections with the support of a political party and the winning candidate enters the Diet as a Diet member. As a result, the leadership of the Diet lies in the hands of several parties and electing a Prime Minister from within their rank forms the Cabinet. The Cabinet and the political parties of the Diet are united. Instead of a balanced control of power between the Diet and Cabinet, a Cabinet controls the Diet whose base of support is the majority party. Subsequently, legislation submitted by the Cabinet is passed easily by the Diet and administrative power tends to predominate. It is generally said that the existence of the opposition parties that provide the impetus for a possible turnover in administrative power is an essential factor, which prevents this from becoming a permanent reality.

2. Role and Characteristics of the Diet

As explained earlier, the Diet is the supreme body of state and it is the sole legislative body in Japan (Article 41 of the Constitution) with the power to decide the rights and duties of Japanese citizens and to enact laws. Some of the other major roles fulfilled by the Diet include the power to nominate the Prime Minister, to monitor the administration and judiciary, etc.

Although the Diet adopted the two-house parliamentary system of Great Britain, the American congressional system of committees was introduced in the aftermath of WWII. Consequently, all reviews, particularly those pertaining to legislative matters are submitted to the committees. At the end of committee deliberations, the respective committee chairman submits a review to the Diet and the Diet makes a ruling on these reviews (single review system). This implies that deliberations on legislative matters are concentrated in the hands of the committees rather than in the plenary sessions of the Diet (system of committee referendum).

There are two types of committees, the standing committees and the special committees that are established with each session of the Diet. There are 20 standing and 9 special committees in the House of Representatives and 17 standing and 8 special committees in the House of Councilors. Although the plenary sessions of the Diet are open to the public, the committees are not, with the exception of the mass media and persons with special permission from the committee chairman.

When both houses pass a bill, it becomes a law. If both houses differ on a bill, the decision to pass a bill by the House of Representatives takes precedence over that of the upper House. In other words, if the House of Councilors vetoes a bill, it will be established as a law if it is passed by more than two-thirds of the attending Diet members in the House of Representatives.

3. Existing Conditions of the Legislative Process

(1) Power to Submit a Bill

All the laws of Japan are established by the Diet, the sole lawmaking institution of the nation in which the upper and lower Houses base legislation on decisions and through committee referendums.

The Diet members and the Cabinet are the two bodies that have the power to submit bills for approval, but these measures are submitted according to three categories - bills that are submitted by the Cabinet, measures that are submitted by the committee chairmen of both houses, and bills that are submitted directly by an individual Diet member. Although the power of the Cabinet to submit bills to the Diet is not specifically stipulated in the Constitution, it is in accordance with Article 5 of the Cabinet Law. The remaining two categories are widely known as "Diet member legislation" which is narrowly defined as legislative measures that are initiated by individual Diet members (therefore, the use of the term "Diet member legislation" in this report will also be used in this context).

(2) Differences in the Legislative Process

Bills, which have been passed by the Cabinet, are submitted to the Diet. In summary, prior to their submittal, the Cabinet will request the relevant ministry or agency to draw up the bill for deliberation. Bureaucrats from that ministry or agency with the expertise on that particular subject matter will prepare the bill. As a result, bills that are submitted by the Cabinet have the vast resources of the various ministries and government agencies at their disposal. In some cases, other ministries deliberate the bills and agencies if required, are debated by a committee, or are submitted to the Cabinet following a review by a departmental council. As a result, bills submitted by the Cabinet have been debated and negotiated by the majority parties prior to its submittal to the Diet. Therefore, bills that have gone through this process have in all likelihood been passed de facto by the time they are submitted to the Diet.

In contrast, bills submitted by Diet members are compiled using the individual resources available to the Diet member, i.e. their secretary, the office of their political party, the Diet library, plenary session research room, collecting information and data and seeking the cooperation of relevant ministries and agencies, etc. The Bureau of Legislation for either the House of Representatives or the House of Councilors will draft the bill and after the required number of Diet member signatures endorsing the bill has been collected (Article 56, Diet Law), the bill is submitted to either the Speaker of the House or the President of the House of Councilors (see Appendix 4). However, since the majority of the Diet members belong to a political party or a political faction, in many cases, the bill will be debated and modified by the party of the Diet member initiating the bill prior to its official submittal to the Diet.

(3) Existing Conditions of Proposed and Adopted Bills

The bills submitted by both the Cabinet and individual Diet members must be passed by the relevant Diet committee and the plenary session of both Houses, before they are enacted as laws. As explained earlier, the likelihood of Cabinet sponsored bills to be adopted by the Diet is extremely high since the bills have the cooperation and support of the majority parties. In contrast, members of the opposition parties generally submit bills sponsored by individual Diet members, with the exception of bills submitted by a committee chairman. The likelihood of such a bill being passed is low, with the exception of special cases, because when a political party or a faction adopts a bill, it becomes restricted to the confines of a party platform. In party politics, it is inevitable that a political party's *raison d'être* is tied to its platform. This is a restrictive factor inherent to the parliamentary system.

Data on the number of bills sponsored by the Cabinet and individual Diet members over the past ten years is shown below. As can be discerned from this data, the ratio of bills initiated by Diet members in 1997 was 42.9 percent of all bills sponsored for that year. But the ratio of Diet member initiated bills that were actually adopted by the Diet was 13.6 percent of all bills passed. Nearly 90 percent of all the legislation adopted during this ten year period was Cabinet sponsored bills and the remaining 10 to 15 percent were Diet member initiated measures. In addition, bills that submitted by Diet committee chairmen are also included in the latter group.

Consequently, it would not be an exaggeration to conclude that Diet member sponsored legislation, as it is narrowly defined has a low ratio of success.

Fig. 1 Ratio of Diet Member Legislation of the
Total Number of Bills Submit

	'88	'89	'90	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97
Total Bills Submitted	115	39	210	35	129	155	120	180	154	196
Number of Diet Member Bills	20	26	45	15	35	59	26	61	43	84
Ratio of Diet Member Bills (%)	17.4	66.7	21.4	42.9	27.1	38.1	21.7	33.9	27.9	42.9

Source: Diet Dictionary Third Edition, Edited by Ichiro Asano, Bureau of Legislation, House of Councilors

Note: Deliberations on bills carried over from the previous session are not included.

Fig. 2 Ratio of Diet Member Sponsored Bills of the Total Number of Bills Adopted

	'88	'89	'90	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97
Total Bills Passed	94	32	169	27	110	103	113	137	120	132
Number of Diet Member Bills	10	7	18	6	14	14	17	18	12	18
Ratio of Diet Member Bills (%)	10.6	21.9	10.7	22.2	12.7	13.6	15.0	13.1	10.0	13.6

Source: Diet Dictionary Third Edition, Edited by Ichiro Asano, Bureau of Legislation, House of Councilors

The success rate of government initiated bills in Western countries with a parliamentary system is similar to that of Japan. It is higher than 90 percent in Great Britain, 70 percent in Germany, and 60 percent in France. Even in the United States where legislative initiative lies solely in the hands of Congressmen, the success rate of legislation or bills supported by the White House is said to be about 80 percent (source: A Study of Legislation by Diet Members, edited by Nakamura, Mutsuo, published by Nobuyama Co.).

4. Review of Diet Member Legislation

(1) Existing Conditions and Issues in Diet Member Legislation

As explained earlier, Article 41 of the Japanese Constitution defines the Diet “as the supreme body of state and the sole lawmaking body in Japan”. Therefore, it is logical that Diet members, who have been elected by the Japanese electorate as their representatives, are given the power to initiate legislative bills and to practice that authority.

However, although individual Diet members have the power to initiate a bill, they are required to obtain the endorsement of more than 20 members of the House of Representatives and more than 10 members of the House of Councilors in order to initiate a bill in accordance with Article 56 of the Diet Law. However, in the case of a legislative bill that requires a budget, the endorsement of more than 50 members from both Houses is required.

This law aims to prevent Diet members from abusing their powers of legislative initiative and impeding Diet operations and to prevent the misuse of this power for purposes of self-interest. However, this law restricts the freedom of legislative initiative of individual Diet members and small factions. Consequently, in order for Diet members to practice this legislative initiative, they must belong to a political party or faction of a certain scope and size. Inevitably, bills that are compiled and sponsored by Diet members are deliberated within their party or faction.

(2) Significance and Need for Diet Member Legislation

As can be seen from the data, laws that are enacted by the current Diet are overwhelmingly Cabinet sponsored legislature. Legislation which has been initiated by Diet members are few and Diet member legislation, in accordance with its very narrow definition, which has been successfully enacted are generally exceptions to the rule. This implies that virtually all of the activity involving the preparation of the bills and the reviewing process are in actuality, based on government bureaucrats. Since the bureaucrats in each respective ministry or agency are experts in a specific field, this legislative process is not completely without its advantages. However, when this process becomes an ingrained practice, there is a decided tendency for legislative measures to reflect the expedience of the government rather than the interests of the public. It is natural and desirable for legislation to reflect the majority will of the people rather than the unilateral interests of the government.

Presently, the ruling parties often debate legislative measures initiated by Diet members by the opposition parties and rarely. Diet member legislation should not be utilized by the opposition alliance as a means of opposing measures initiated by the majority parties, but it should be viewed as a very legitimate vehicle of legislation by the nation’s sole lawmaking body. Although the final concluding decision is based on

majority rule, it is also the basic right and duty of Diet members to review and fully debate the contents of legislative bills within the Diet in accordance with its original function.

The merits of Diet member legislation is that “Diet members who are in close proximity to and have an understanding of the people and their will, have the means of initiating immediate measures through Diet member legislation. This ensures their timely adoption by circumventing the time-consuming procedures of complex proposals when they are initiated as government sponsored bills” (source: A Study of Diet Member Legislation, pg. 534, edited by Nakamura, Mutsuo, published by Nobuyama Co.). In addition, all Diet members should put aside their partisan differences when faced with important issues that affect the entire nation and which are beyond the scope of political parties and factions. It is important that members with a nonpartisan outlook who act on behalf of the public interest debate such issues in the Diet.

V. Prospects for Diet Member Legislation of JMA Sponsored Health Policies

The organization, health policy decision-making process, and the political activities of the AMA were discussed in Chapters II and IV. In Chapter V, the present conditions surrounding the organization, which serves as the foundation of the JMA's health, policy decision-making process as well as the environment pertaining to legislation through Diet members are discussed.

1. Organization of the JMA (see Appendix 5)

(1) House of Delegates, Board of Trustees, and Executive Board of Trustees

The organizational structure and process whereby the House of Delegates elects the President, the Board of Trustees, and the Executive Board of Trustees are similar to that of the AMA. However, the two associations differ in the area of health policy formulation and promotion activities carried out by the Executive Vice President. The AMA is currently in the midst of reforming their organization and the organizational structure of the two associations may differ in other areas as well depending on the future reforms and changes that will be implemented by the AMA.

(2) Committees

The JMA has traditionally appointed committees to investigate various issues surrounding each area of health care. Committees are comprised of about ten members and each member serves a term of two years. They meet on an average of about six times a year. In the past, these committees have deliberated on health policy issues as the need arose. However, a major drawback of these committees is that they are unable to conduct intensive sessions in order to cope with issues that need to be resolved immediately and they are unable to deal with issues that demand continual data collection or analyses.

(3) JMA Research Institute

In an attempt to resolve major issues pertaining to health policy formulation and existing internal organizational issues, the JMA established a think tank, the JMA Research Institute, in April 1997. Researchers have been already been employed and the institute has begun operations.

(4) Administration

120 members who have been assigned to various sections presently staff the administrative office. Their task is to support the board and the committees. In contrast, the AMA has an administrative staff of 1,100 members. The major difference between the JMA and the AMA is that the JMA is a nonprofit organization and its sole source of revenue is its membership fees, whereas approximately 70 percent of the AMA's revenue stems from its publishing activities and other business activities (membership fees comprise about 30 percent of AMA revenue).

2. Prospects for Diet Member Legislation

There are many issues, which must be resolved before legislation by Diet members can be successfully achieved. Summaries of the issues that must be addressed in order to enhance Diet member legislation are presented below.

(1) Collecting Information

As explained earlier, the resources of the Diet Library, the standing committee research room, the cooperation of a Diet member's political party office, and a Diet member's secretariat, and other agencies and ministries are utilized as a source of information and data when the prospectus of a legislative bill sponsored by a Diet member is being compiled. Whether or not the Diet member sponsoring the bill has been provided with adequate information and data during the compilation process remains a moot issue.

Each Diet member is presently permitted to have a publicly employed secretariat comprised of three staff members. In the case of the United States, a member of the House of Representatives is allowed to have a publicly employed staff of about 16 to 17 staff members and a senator is permitted to have a publicly employed staff of about 43 members (source: Diet and Diet Member Legislation, Kojin no Tomosha). In view of this fact, the difference between the capabilities of Diet members initiating legislative bills with that of US Congressmen is inevitable. Even if Japan were to adopt a system of employing qualified staff members in charge of preparing legislative bills, it would be impossible to implement given the current number of only three publicly paid staff members who are assigned to each Diet member.

Compounding the issue of whether adequate information and data is provided by the Diet Library and the standing committee research room, is the problem of whether legislative bills sponsored by Diet members are given the same level of cooperation or information that are given to Cabinet sponsored bills by relevant agencies and ministries.

(2) Before a Bill Is Submitted to the Diet

A legislative bill prepared by a Diet member can not be submitted immediately to the Diet. The bill must first be deliberated and amended by that Diet member's political party or faction. If the bill does not undergo this initial process, it will not obtain the required number of supporting Diet members needed to submit it to the Diet, in accordance with Article 56 of the Diet Law (see section (1), Chapter 4).

In advanced West European nations, the system of Cabinet responsibility as practiced in Great Britain, Germany, and France and the presidential system of the United States do not require a legislative bill to be deliberated by a political party or faction nor is a decision made as to whether or not a bill is to be submitted to Parliament by such parties or factions, as in the case of Japan.

In the case of the United States, a legislative bill prepared by a Congressman is placed in a box known as a hopper by the Congressman himself. As a result, a Congressman is able to submit a bill freely and the decision to accept or refuse a bill is deliberated by the relevant committee. This type of system as practiced by the industrialized nations of Western Europe and the United States can also be adopted in Japan.

(3) After a Bill Is Submitted to the Diet

In Japan, when a bill has successfully completed the initial process explained earlier and has been submitted to the relevant committee for deliberation, it is still generally difficult to determine the direction it may take based on an active debate of its content. Basically, the support of a large number of other Diet members is required due to the strong domination of party platform restrictions. This reveals the limitations of political party politics. However, each political party and faction can still make changes regarding the current situation.

In summary, the cold war period between the East and the West ended and the confrontation between the world's two major ideologies disappeared. Correspondingly, in the world of Japanese politics, the ideological differences that existed between political parties have blurred with the creation of a coalition administration comprised of the Liberal Democratic Party and the Socialist Party. The antagonism between the ruling and opposition parties no longer stem from ideological differences, but appear to be due to other reasons. Due to this political milieu, legislative bills that concern fundamental issues, which affect Japan's future or are separate from the interests and authority of a political party should be actively submitted to the Diet and debated. Each political party and faction should carry out a comprehensive review of its practice of subjecting Diet member sponsored bills to party platform restrictions and take a more flexible approach when reviewing such legislative bills.

(4) Case Example of a Diet Member Sponsored Legislative Bill

The bill to recognize organ transplants which was sponsored by Diet member Taro Nakayama of the ruling LDP party (former Foreign Minister) was amended by both the ruling party and opposition party Diet members and passed by a majority approval of the House of Councilors' Special Committee on Organ Transplants on June 16, 1997. The plenary session of the House of Councilors on the following day, June 17, with a majority vote of 181, an opposing vote of 62, and 9 defaults adopted the amended bill. It was then voted on and passed by the Lower House on the same day with a majority vote of 323, an opposing vote of 144, and 33 defaults. With the exception of the Communist Party, each political party and faction adopted the bill without subjecting it to the restrictions of each party's respective platform.

The aim of this report is not to cover the study of tactics and ulterior motives that exist between these political parties or to delve deeply into the contents of the amended bill. However, it is important that when legislative bills concerning vital issues which are sponsored by Diet members and are subject to revisions by respective political parties or factions, they should be adopted without being held accountable to party platform restrictions.

Table 3 Ratio of Health Related Laws Among the Total Number of Laws Adopted

	1995	1996	1997
Total Laws Passed	137	120	132
Number of Health Laws	5	7	7
Ratio of Health Laws (%)	3.6	5.8	5.3

Source: Bureau of Legislation, House of Councilors

Table 4 Ratio of Diet Member Sponsored Laws Among Total Health Laws Passed

	1995	1996	1997
Total Laws Passed	5	7	7
Number of Health Laws	1	2	1
Ratio of Health Laws (%)	20.0	28.6	14.3

Source: Bureau of Legislation, House of Councilors

VI. Conclusion: Moving Towards Health Policies Legislated by Diet Members

As mentioned earlier, the task confronting the JMA as a leading organization of health professionals and as a representative of the interests of the Japanese people during this crucial time when fundamental reforms of Japan's health insurance system are in demand, is to take the initiative in exploiting the possibilities of legislating appropriate health policies that will determine the future of Japan in the 21st century.

It is the conclusion of this report that it is possible for the JMA to draw up health policies and to have them legislated through the process of Diet member legislation. Recommendations on structure, environment, and policy, which are needed in order to enable its Board of Directors to carry out activities in this area, are suggested below.

If the JMA is to be successful in moving to a strategy of relying on Diet member sponsorship of health care legislation, then the AMA's organizational structure, policy-making process, and its relationship to Congress may prove instructive. Naturally, differences in the political system and health care system make it impossible (and undesirable) to adopt all the features of the AMA organization. Nevertheless, this study of the policy-making structure of the AMA provides the spark for several suggestions to strengthen the organization and policy-making apparatus of the JMA.

1. Organization and Staff Needed to Formulate Health Policies

(1) Strengthening the Section on Health Policy Formulation

A section responsible for formulating and implementing health policies should be created within the JMA organization (or external to it). The employment of legal professionals (lawyers, etc.) should strengthen the section.

(2) Create a Section to Analyze the Socio-economy

A section responsible for monitoring and analyzing the socio-economy and staffed by political scientists and economists should be created.

(3) Strengthen the Information Management Section

Strengthen the information collection and compilation capabilities of the Information Management Section. The section should create its own data base and develop a position of leverage within an information society.

(4) Foster Human Resources

A system of educating and training young staff members should be established and efforts to secure qualified personnel should be made.

2. Policy on Implementing Health Policies

(1) Compile a Policy Handbook

In order to ensure consistent and sustainable health policies, the JMA should publish a policy handbook over the long-term, which clarifies health policies that have been adopted for implementation.

(2) Activities Related to Policy Implementation

Various support activities are needed in order to implement policies. These activities include the following.

- 1) Conduct grass roots activities
- 2) Solicit the cooperation of JMA's 140,000 members
- 3) Implement public opinion polls
- 4) Implement activities targeting the mass media

3. Solicit the Support of the Japanese Public

(1) Public Relations

The mass media should be utilized to publicize JMA's activities that target the Japanese government and to inform the public that the JMA is an important factor in the national health policy decision-making process, and thereby solicit the understanding and support of the Japanese public.

(2) Disseminate Information

The JMA should disseminate serviceable information to patients and the public and promote the image of being an open and accessible organization. The association should strive to establish mutual understanding between the public and physicians with the help of its members.

4. Cooperation with Other Organizations

In conjunction with its goal of legislating its health policies, the JMA should not only maintain consistent legitimacy in its activities, but it should also coordinate its activities with other organizations that have the same policy objectives rather than pursue an independent and separate course of action. This kind of flexible approach to policy related activities will serve to further strengthen the JMA's efforts to achieve its goals.

5. Activities to Support Legislation by Diet Members

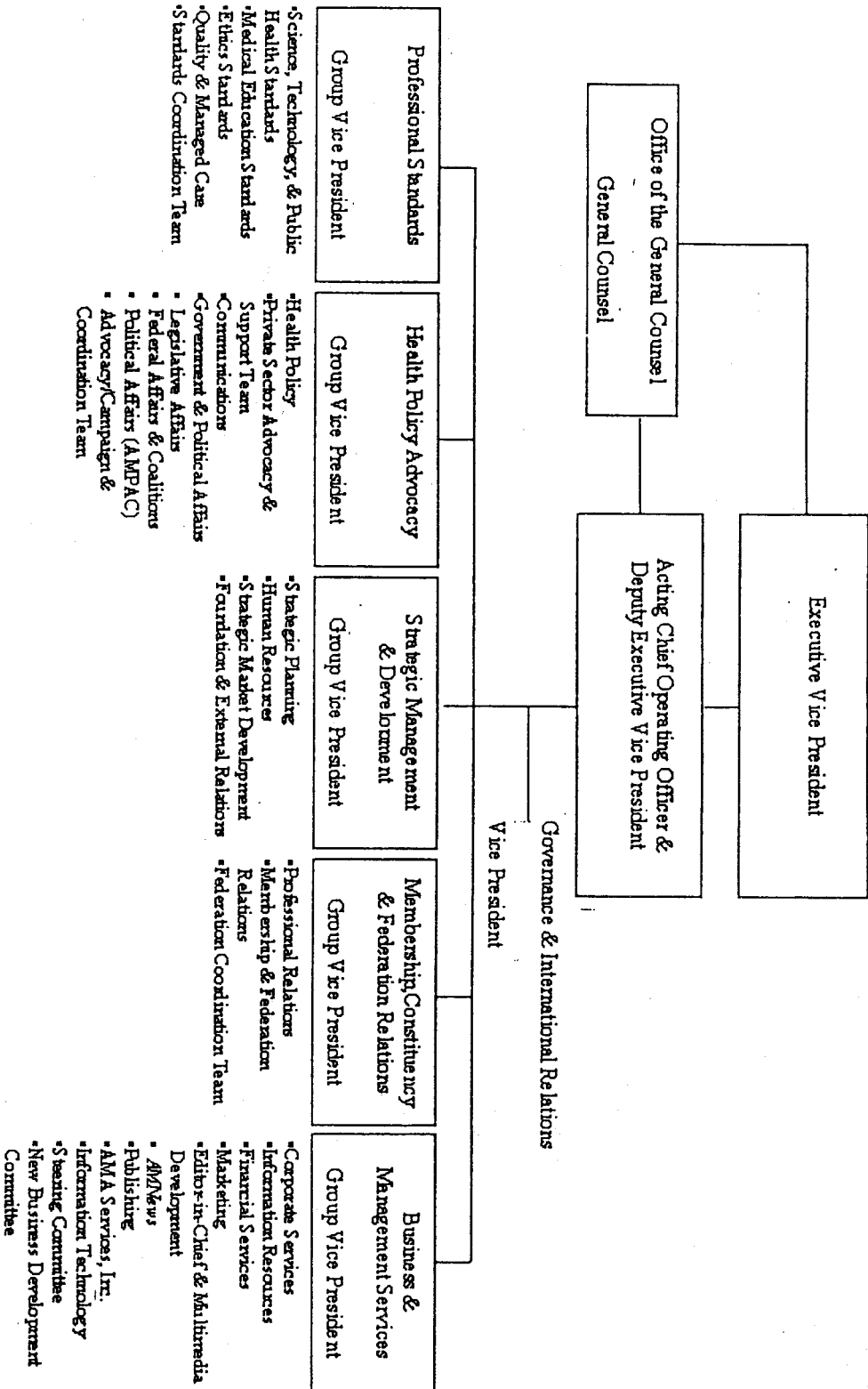
(1) Solicit the Cooperation of Diet Members

Activities that will help solicit the understanding and cooperation of numerous Diet members for JMA's health policies are crucial.

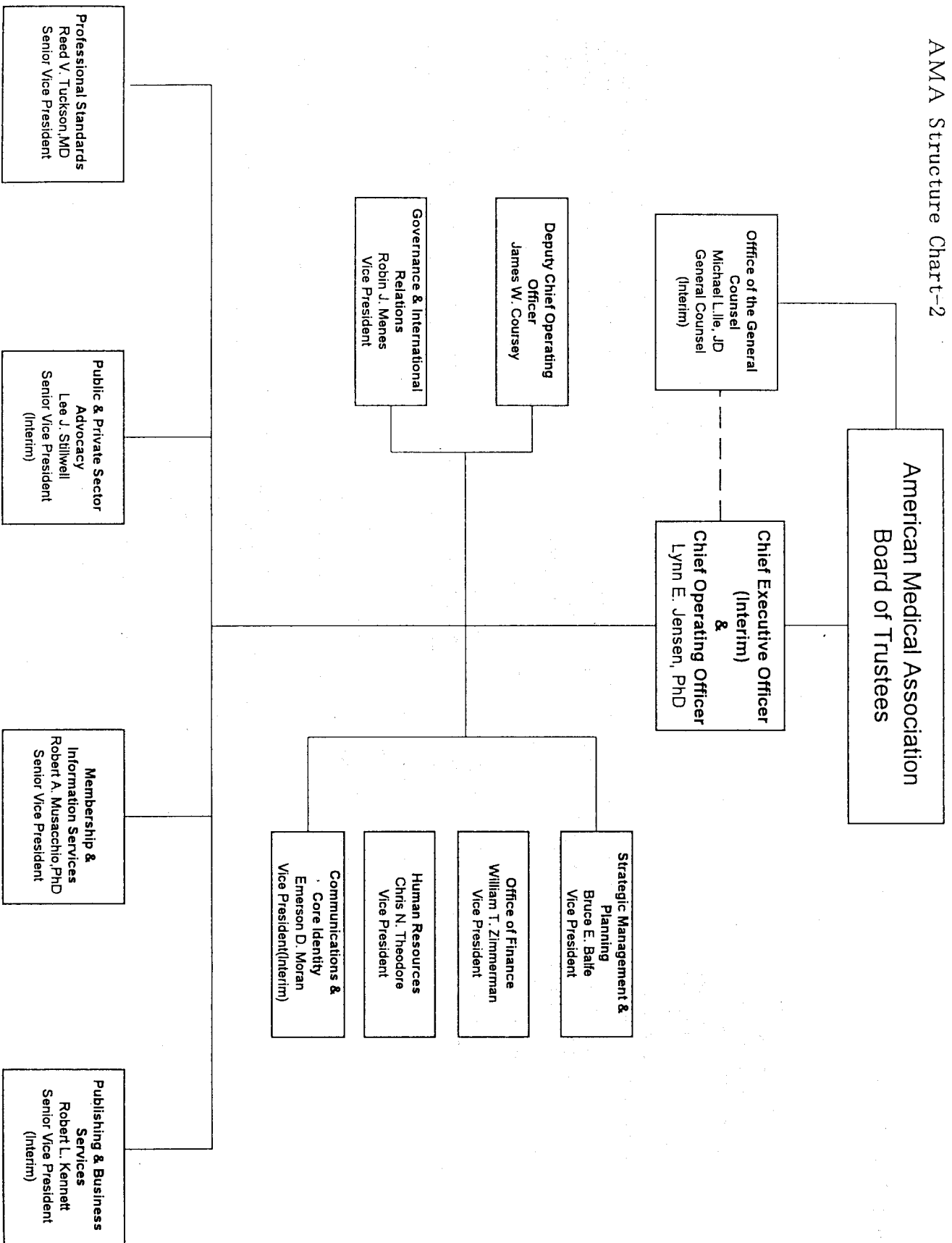
(2) Provide Health Related Information

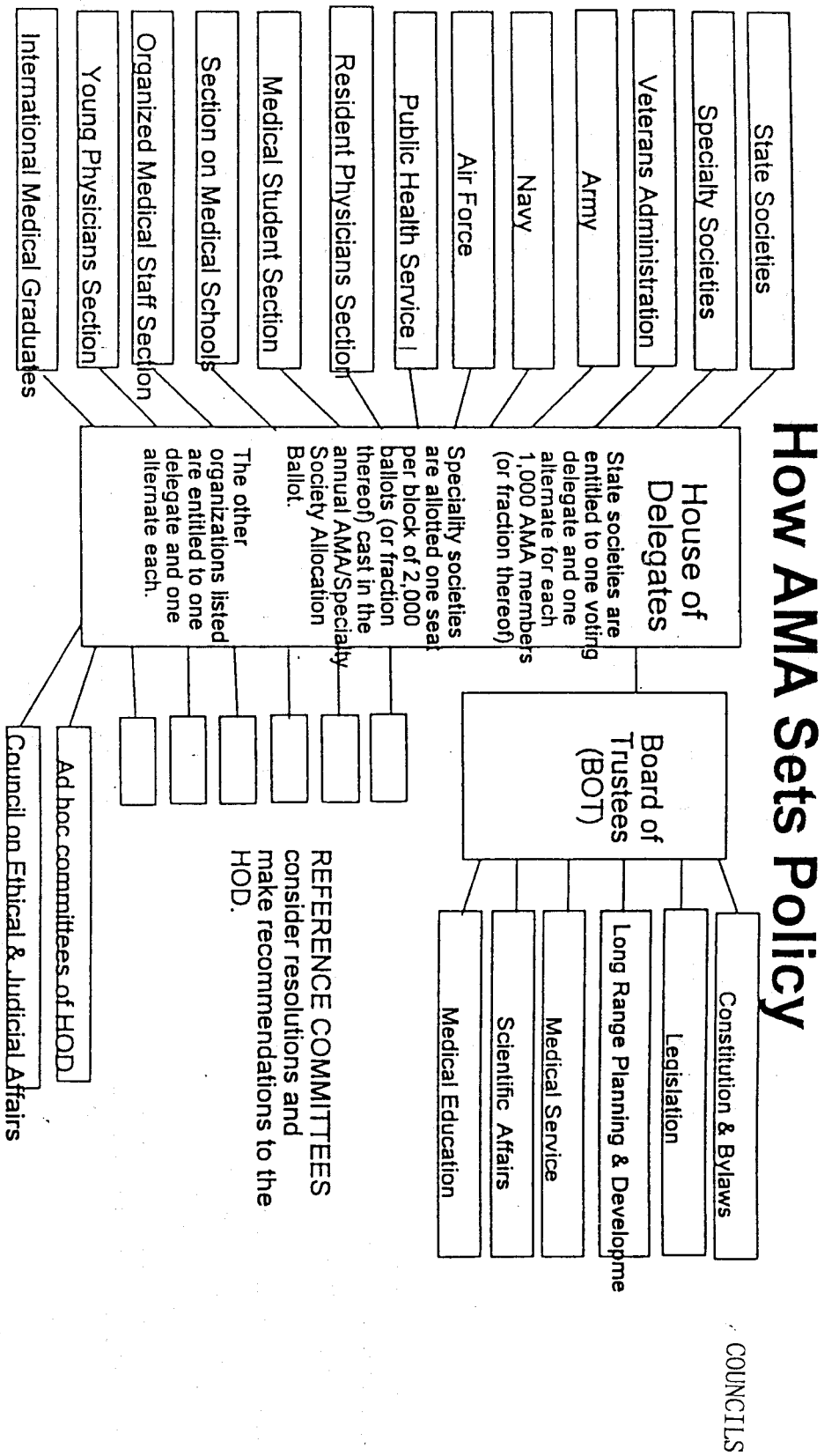
It is important that the basic information and data needed to formulate health policy bills by Diet members are provided by the JMA. In order to carry out this function effectively, the JMA must become an important center of health related information.

AMA Structure Chart-1

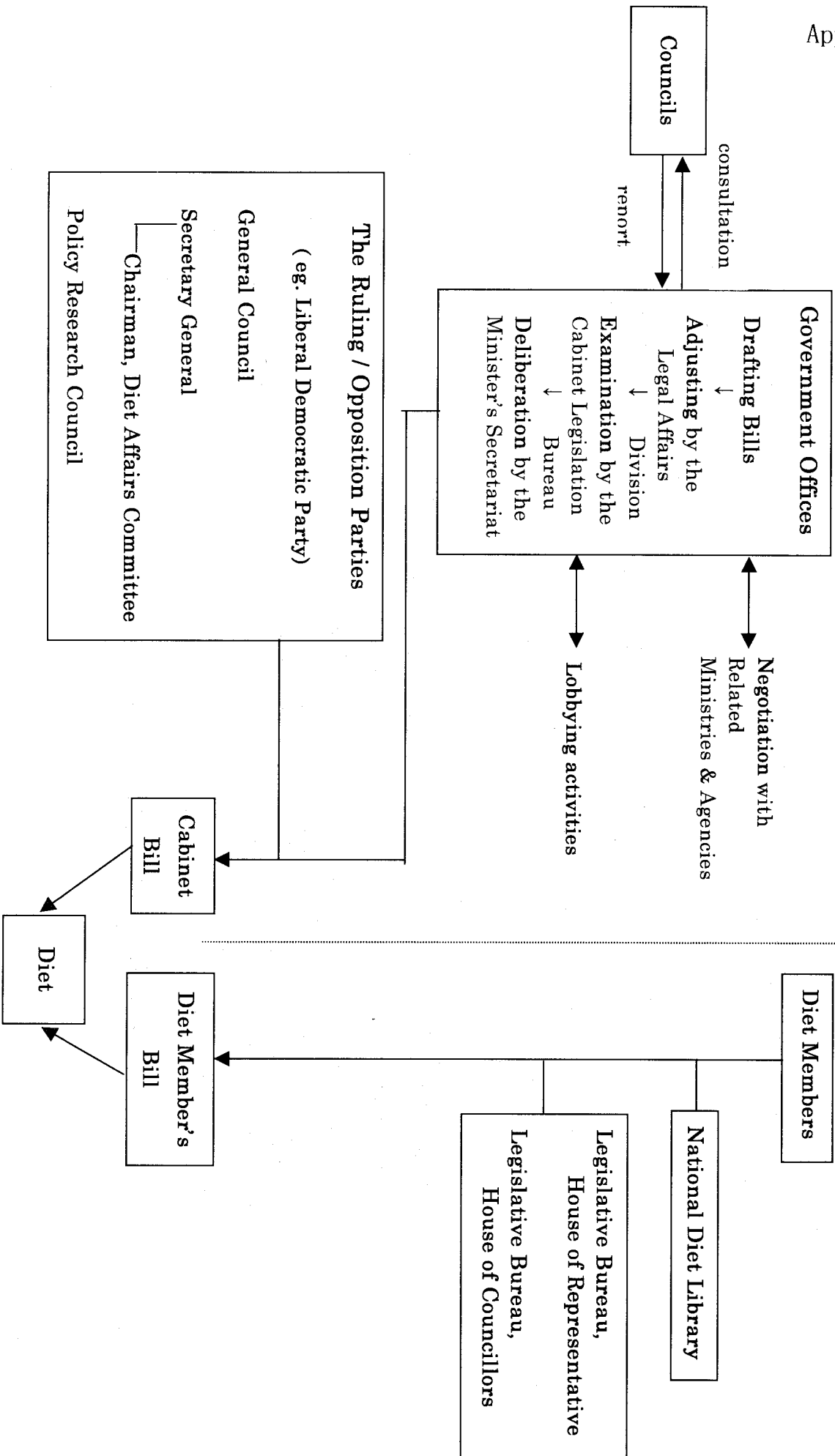


AMA Structure Chart-2

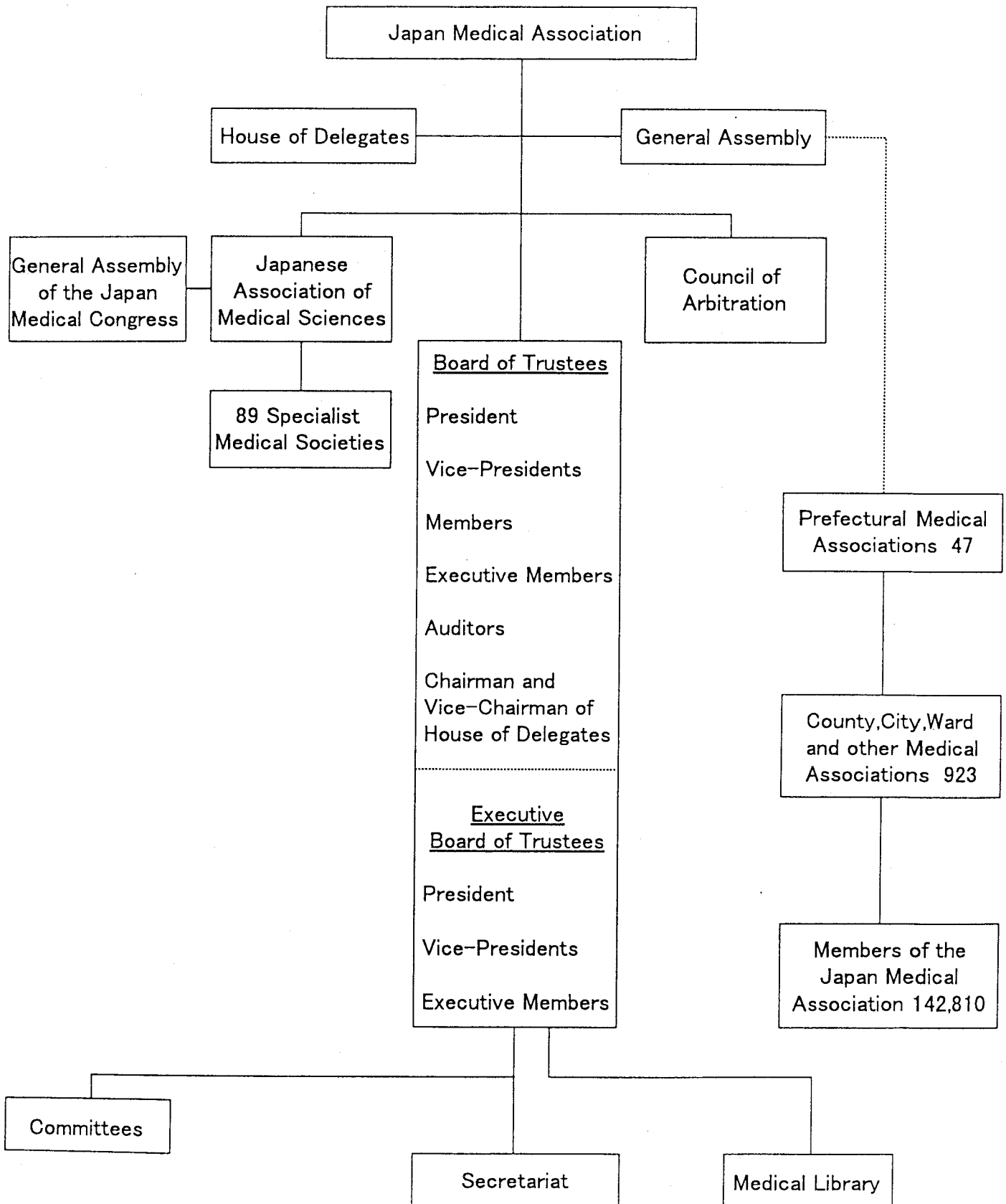




Legislative Process in Japan



Organization Chart of the Japan Medical Association



Bibliography

Tomoko Fujisaki and Michael Reich, Policy Analysis Capacity at the American Medical Association (AMA), 1997

Naoko Iwasaki and Michael Reich, The Role of Executive Vice President at the American Medical Association (AMA), 1997

James A. Johnson, Walter J. Jones, The American Medical Association and organized medicine: a commentary and annotated bibliography, 1993

American Medical Association, Caring for the Country, 1997

T. R. Reid, Congressional Odyssey – The Saga of a Senate Bill, 1980

Woodrow Wilson, Congressional Government, 1884

US Government Printing Office, How Our Laws Are Made, 1978

T. Igarashi, Diet Member Legislation, 1997

O. Shibuya, The Age of Congress, 1994

M. Nakamura, The Study of Diet Member Legislation, 1993

A. Ueda, T. Igarashi, Congress and Diet Member Legislation, 1997

H. Abe et al, Politics in Modern Japan, 1997

B. Julian, America Pressure Group: The Agro-Food Lobby and Quest for power, 1988

日本医師会総合政策研究機構 報告書 第7号

非売品

アメリカ医師会（AMA）における医療政策形成と
その日本医師会における適用の可能性に関する研究

発行 日本医師会総合政策研究機構

〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

日本医師会館内 ☎ 03 (3946) 2121 (代)

代表 坪井 栄 孝

平成10年8月 発行