

カイザー・パーマネンテのマネジドケア (1)

—— ニューディールから第2次大戦期までの歴史過程 ——

安 部 雅 仁

カイザー・パーマネンテのマネジドケア (1)

—— ニューディールから第2次大戦期までの歴史過程 ——

安部 雅仁

目次

はじめに

- 1 カイザー・パーマネンテの基本構造
- 2 ニューディール期のカイザー医療プラン
- 3 第2次大戦期のカイザー医療プラン

(次稿以降のテーマと目次)

カイザー・パーマネンテのマネジドケア (2)

—第2次大戦期から終戦直後までの歴史過程

はじめに

- 1 ワグナー・マレー・ディンゲルの国民医療保険法案
 - 2 カイザー・パーマネンテの創設—転換期となった第2次大戦終戦
- 補論 ミシガン州におけるヘンリー・カイザーの2つの挑戦と挫折

カイザー・パーマネンテのマネジドケア (3)

—第2次大戦後からHMO興隆期までの歴史過程

はじめに

- 1 トルーマン提案—その論争と課題
 - 2 新しい連邦医療政策—ヒル・バートン法
 - 3 トルーマンとニクソン政権下のカイザー・パーマネンテ
- むすびにかえて
参考文献

はじめに

医療保険は多くの国において社会保障の中心の一つになっており、その制度・運営面については、公的部門と民間部門が共存する形態が採られている。たとえば、ヨーロッパの先進諸国やわが国では、一般に公的部門によって全国民を対象とする基礎的制度が形成された上で、民間部門がそれを補完するシステムとなっている。これに対してアメリカの医療保険は、民間部門を通して形成されたシステムを公的部門が部分的に補完するものとなっている。

歴史的にみてアメリカでは、「医師の裁量」と「医師と患者の個人的関係」が尊重され、これによって医療が提供・管理されることが一般的であった。また、1900年代初頭までは医療保険に相当するシステムはほとんど存在せず、それに加入する機会があった場合でも一部の個人と医師

グループあるいは病院との個別契約による限定的なものであった。

こうしたなかで、1930年代初頭とりわけニューディールから第2次大戦期に、労働者（主にブルーカラー）を対象とする「団体加入の医療保険」が一部の企業において導入されることとなった。そしてこれが、雇用主提供医療保険（Employer-sponsored health insurance）として普及しはじめた時期は戦後から1950年代後半であり、したがって1930年代初頭以降の約25年間は、アメリカ民間医療システムの形成にとって重要な時期であった。

一方、1945年の戦後以降、主に次の3つの課題が指摘されるなかで、連邦政府は「民間システムを補完する」対策を検討・導入することとなった。第1は病院施設の不足・老朽化、第2は医療支出（医療費の他にも病院建設費や医学研究費を含む）の増加と過重な保険料負担、第3は受診機会格差の拡大である。これらに対する連邦政府の“部分的な”対策は長期間継続され、その基本構造は現在も変わっていない。

本研究は、以上の問題意識に基づいて、アメリカ民間医療保障の生成と歴史過程の一端を、具体的事例を踏まえながら論考するものである。ただし、全米各州の事例と歴史的背景を広く取り上げるのではなく、カリフォルニア州を中心とする西部沿岸地域を対象に、主に第2次産業から生まれた医療システムに焦点をあてる。本稿は、そうした企業の代表例としてカイザー産業（Kaiser Industry）を取り上げ、まずはその労働者と扶養家族に対する医療プランが導入された背景を整理する。次に、そうしたプランを運営するカイザー産業内の一部門が1945年にカイザー・パーマネンテ（Kaiser Permanente）として独立した後に、これがマネジドケアの原型モデル、すなわちHMO（Health Maintenance Organizations：健康維持組織）の基礎として位置づけられた経緯と意義を整理・検討する。

後述するように、カイザー・パーマネンテのモデルは、フランクリン・ルーズベルト（Franklin Roosevelt）とハリー・トルーマン（Harry Truman）の両民主党政権の時代を通して生成され、現代の巨大な組織につながる基盤もこの時期に形成された。こうしたモデルは、「土建国家企業」から「軍需産業」をベースとする医療システムとして、あるいは企業福祉ないし民間活用による福祉国家システムを形成する上で歴史的に重要な意味をもっており、現代においてもアメリカの代表的なマネジドケア（Managed care：管理医療）の一つとなっている。

ここで、本研究では、アメリカ医療システムの特徴を把握する上で次の2点を明示的に取り上げるため、それについてあらかじめ整理しておきたい。第1は、「医師サービス」（Doctor's service）と「病院サービス」（Hospital service）を区別することである。その理由は、アメリカでは、医療サービスの内容が医師および病院といった提供主体によりそれらの2つのサービスに分けられ、医療費の支払い（診療報酬）についても、それぞれが医師報酬（Doctor's fee）、病院報酬（Hospital fee）として個別に設定されるためである。

第2は、カイザー・パーマネンテのモデル（クローズ・モデル）と歴史過程を明らかにする上で、比較対象の一例としてブルークロス・ブルーシールド（Blue Cross and Blue Shield）のモデル（オープン・モデル）と歴史過程に触れることである。その理由は、カイザー・パーマネンテのモデルをより明確にするためであり、また、その生成においては、ブルークロス・ブルーシールドの保険団体が競合組織として深く関わっているためである。

まずは、カイザー・パーマネンテの基本構造を整理しておこう。

1 カイザー・パーマネンテの基本構造

1.1 現代のカイザー・パーマネンテ

組織と基本モデルの概要

カイザー・パーマネンテは、カリフォルニア州を中心とする西部沿岸地域において土木・建築業と造船・鉄鋼業を展開するカイザー産業の代表者ヘンリー・カイザー（Henry Kaiser：1882～1967年）と、新しい医療提供体制を模索する医師シドニー・ガーフィールド（Sidney Garfield：1906～84年）によって構想・設立されたマネジドケア運営組織（Managed care organizations：以下、MCOsと称する）である。マネジドケアは、医師と病院の各サービスのあり方に第3者（主に保険者）が介入することであり、こうした「管理医療」によって医療資源の効率的配分と治療成果の向上および医療費と保険料の抑制をはかることが主な目的となっている。MCOsは、こうした管理医療を実践する組織を指している¹⁾。

カイザー・パーマネンテは、保険、病院および医師の各サービス機能をもっており、それぞれがカイザー財団医療プラン（Kaiser Foundation Health Plans）、カイザー財団病院（Kaiser Foundation Hospitals）およびパーマネンテ医師グループ（Permanente Medical Groups）といった組織体によって運営される。これらの3つのサービスが一体的に運営・管理されるシステムは、IHDS（Integrated Health Care Delivery System）ともいわれ、カイザー・パーマネンテのマネジドケアを規定する最も重要な要因となっている。

こうしたシステムは、他の保険団体ないし医療プランにはみられない独自のモデルに基づくものであり、とりわけ保険料を低額に抑え、価格競争の優位性と医療の質を確保する上で有益な手段にもなっている。また、保険の契約者（企業等の雇用主）および加入者（労働者・被用者）にとって、3つのサービスの「one-stop shopping」（1か所での一括入手）が可能となっており、これによって医療保険の加入機会と受診アクセスの利便性が確保されている²⁾。

21世紀初頭の現在では、カイザー・パーマネンテは次の8地域において事業を展開しており、オークランド（サンフランシスコ湾岸の都市）にそれらの統括本部が置かれている。すなわち、北カリフォルニア地域、南カリフォルニア地域、コロラド州、ジョージア州、ハワイ州、中部大西洋地域（ワシントンD.C.、メリーランドとバージニアの各州を含む）、北西部地域（ワシントン州とオレゴン州）およびオハイオ州である。

これらの8地域に上記3種類の組織体が配置されているが、その概要と関係は、次のようになっている（図表1-1）。

図表1-1 カイザー・パーマネンテ：3種類の組織体の概要

<p>Kaiser Foundation Health Plans Nonprofit, public-benefit corporations that contract with individuals and groups to arrange comprehensive medical and hospital services. Kaiser Foundation Health Plans contract with Kaiser Foundation Hospitals and medical groups to provide services.</p> <p>Kaiser Foundation Hospitals A nonprofit, public-benefit corporation that owns and operates community hospitals in California, Oregon, and Hawaii; owns outpatient facilities in several states; provides or arranges hospital services; and sponsors charitable, educational, and research activities.</p> <p>Permanente Medical Groups Partnerships or professional corporations of physicians. Each region has its own Permanente Medical Group. The Permanente Medical Groups assume full responsibility for providing and arranging necessary medical care in each region.</p> <p style="text-align: right;"> KAISER PERMANENTE</p>

出所) カイザー・パーマネンテ (南カリフォルニア地域・パサディナ本部) 提供の資料「Our Structure」より。

これらの組織体は、オークランド・統括本部の管理下に置かれるとはいえ、原則的に独立した法人になっている。そのなかで、「保険サービス」を担うカイザー財団医療プランは非営利組織であり、加入者に対して主にHMOタイプの医療プランを提供する。カイザー財団医療プランは、保険サービスのプランニングとその提供・管理だけでなく、カイザー財団病院とパーマネンテ医師グループに施設や医療機器（医師のオフィスを含む）を提供し、それらに対してさまざまな投資も行う。

外来・入院に関わる「病院サービス」を担うカイザー財団病院も非営利組織であり、メディカル・センター（病院）と外来センター（主に診療所）から構成される。また、カイザー財団病院は、看護師等の医療従事者の育成や地域の慈善活動にも携わっている。

これに対し「医師サービス」を担当するパーマネンテ医師グループは営利組織であり、医師の共同事業体（partnerships）としての形態が採られている。パーマネンテ医師グループは、各診療科の医師サービスの他にも、加入者・患者に対して治療過程での調整を行っている。この場合の「調整」とは、診察とプライマリ・ケアから高度・専門医療、さらに在宅医療までの治療過程における検査・投薬、手術・入院およびリハビリ等の計画と実践を指している。これは、垂直的統合（vertical integration）ともいわれる。

ここで、プライマリ・ケアは、内科医や家庭医といった一般医（general practitioner：GP）による初期診療を指しており、これに従事する医師はプライマリ・ケア医師といわれる。これに対して専門医（medical specialist）は、心臓等の臓器や脳神経、整形および臓器移植等の高度医療に従事する医師である。

プライマリ・ケア医師と専門医は、同僚審査（peer reviews）や患者の満足度調査の対象となるが、専門医は効率性すなわち「low cost and high quality」の観点からプライマリ・ケア医師よりも厳密な管理のもとに置かれる。そのなかでも高度・高額医療は、治療の必要性と内容および進め方について事前審査と事後審査の対象となる。

なお、カイザー財団病院とパーマネンテ医師グループは、カイザー・パーマネンテの加入者への医療提供が基本であるが、契約関係や紹介（状）によっては他の保険団体あるいはPPO（Preferred Provider Organizations：特約医療〈提供者〉組織）やPOS（Point of Service：受診時選択プラン）等の加入者、さらにメディケアの加入者とメディケイドの対象者にも医療を提供する。

現在（2007年）におけるカイザー・パーマネンテの経営状況等についてみれば、被用者がおよそ17万人（契約医師の1万5千人を含む）、メディカル・センターが37施設、外来センターが431施設となっており、これによって約870万人の加入者に病院と医師の各サービスが提供される。また、1年間の総収入はおよそ344億ドル、経常利益が17億ドル、純利益が13億ドルとなっている³⁾。

次に、カイザー・パーマネンテの重要拠点でもあるカリフォルニア州を例に、近年の加入者動向についてみておきたい。この地域では、カイザー・パーマネンテと次の2つのMCOsを中心に市場競争が展開されている。すなわち、ブルークロス・カリフォルニア（Blue Cross of California：統括本部の所在地はロサンゼルス）とブルーシールド・カリフォルニア（Blue Shield of California：統括本部の所在地はサンフランシスコ）である。

こうした3つのMCOsは、加入者数の規模からして「Big 3」ともいわれる（図表1-2）。

図表 1-2 カリフォルニア州における「Big 3」の加入者

	Kaiser	Blue Cross	Blue Shield	Big3 Total
Dec'04	6,461,779	4,595,259	2,775,624	13,832,662
Dec'05	6,588,510	4,550,212	2,721,481	13,860,203
Dec'06	6,758,447	4,397,820	2,621,060	13,777,327
Dec'07	6,793,480	4,162,214	2,600,394	13,556,088
Sep'08	6,797,878	3,972,996	2,631,667	13,402,541
(参考) Change from Dec'04-Sep'08				
In Percent	5.2%	-13.5%	-5.2%	
In Enrollment	336,099	-622,263	-143,957	

出所) California HealthCare Foundation（オークランド・本部）提供の資料「California Health Plans and Insurers」, 「Health Insurance Regulators」より。

たとえば、2007年のカリフォルニア州の人口はおよそ3千650万人であり、この内HMOやPPO、POSといったマネジドケア・プランの加入者が約2千200万人、出来高払い制（fee-for-service）やPPOのなかでも割引き出来高払い制（discounted FFS）プランの加入者が280万人、メディケア等の公的医療保険の対象者が630万人、無保険者が730万人とされる⁴⁾。このなかで、マネジドケア・プランの加入者（約2千200万人）の内、「Big 3」の占める割合はおよそ62%（約1千356万人）となっている。

なお、2004～08年においてはブルークロスとブルーシールドの加入者が減少傾向にある一方、カイザー・パーマネンテのそれは増加している。カイザー・パーマネンテの加入者が増加した要

因の一つは、2002年以降「KP HealthConnect」が段階的に導入された結果とされる。「KP HealthConnect」はインターネットを活用したカイザー・パーマネンテの新しい戦略（医療、保険および健康維持、疾病・薬剤管理と予防医療等に関するオンライン・サービス）であるが、その詳細については別稿において取り上げる。

プリペイメント医療について—カイザー・パーマネンテとブルークロス・ブルーシールドの相違
カイザー・パーマネンテの医療プランの基本は、「医師サービス」と「病院サービス」を含むプリペイメント・グループ医療（Prepayment Group Practice）にある⁵⁾。プリペイメント・グループ医療は、「プリペイメント医療」と「グループ医療」の2つから成るシステムである。

まずは「プリペイメント医療」は、保険者が契約者・加入者から保険料を徴収した上で財源がプールされ、これを用いて保険者と契約（ないしパートナーシップ）関係にある医師と病院において医療が提供されるシステムである。保険料は、保障内容の他にも団体加入か個人加入かによって異なり、団体加入の場合には保険者と契約者間での交渉を通して、通常は「1人あたり固定額」として算定される。

次に「グループ医療」は、原則的に各診療科を担当する複数の医師がグループを構成した上で、これによって医療が提供されるシステムである（個人開業医が医師グループのネットワークとして参加するケースもある）。なお、医療費は保険料収入の範囲内に制約され、医師の報酬については基本的にCapitation（人頭請負払い制）ないし給与制が採られる。

したがってプリペイメント・グループ医療は、「医師グループによる定額払い制の医療」としての性質をもっている。

プリペイメント医療は、現在では一般的なシステムとなっているが、1900年代初頭のアメリカにおいては、こうしたシステムはほとんど存在しなかった。その当時は、「医師サービス」と「病院サービス」は共に出来高払い制によって提供され、医療費は治療行為（医療技術や使用された資源と時間）に応じて事後的に請求・償還されていた。とくに医師サービスについては、アメリカ医師会（American Medical Association：原則的に保守派に属する団体）が提唱するシステム、すなわち個人開業医と患者・消費者間での任意契約・自由交渉による出来高払い制の医療（solo fee-for-service practice）が基本であった。これが、伝統的な「個人開業医による出来高払い制の医療」といわれるものである。

こうしたなかで、1920年代以降、少人数の医師から構成されるいくつかの医師グループが「医師サービスのプリペイメント・プラン」を用意して⁶⁾、少数の病院施設も「病院サービスのプリペイメント・プラン」を取り入れた。1930年代以降、医師グループや病院以外でもそうしたプランが提供されはじめ、その代表例がカイザー医療プラン（カイザー・パーマネンテの前身）、ブルークロスおよびブルーシールドであった。

ここで、ブルークロスは「病院サービス」、ブルーシールドは「医師サービス」のそれぞれに関わるプリペイメント・プランであり、ブルークロス・ブルーシールド協会（Blue Cross and Blue Shield Association：統括本部の所在地はシカゴ）と契約する全米各地の保険団体を通してそうしたプランが提供される。また、それらの保険団体は、病院、個人開業医および医師グループとの個別契約の上で、加入者に医療を提供する。

後述するように、本来、ブルークロスとブルーシールドの歴史過程はそれぞれ異なっている

が、1940年代にプランの統合が行われ、82年にブルークロス・ブルーシールド協会が設立された。なお、ブルークロス・ブルーシールドはPPOを基本とするMCOsであり、こうしたプランの加入者（全米で約60の契約保険団体における加入者合計）は、2007年では約1億人となっている。そのなかで、89%がPPO等のマネジドケア・プラン、11%が出来高払い制のプランを選択している⁷⁾。

カイザー・パーマネンテの基本システムを整理する上で、ブルークロスとブルーシールドとの主な相違をまとめておこう（図表1-3）。

図表1-3 3つのMCOsの基本的相違

	カイザー・パーマネンテ	ブルークロス ¹⁾	ブルーシールド ²⁾
保険のタイプ	病院サービスと医師サービスのプリペイメント・プラン（非営利）	病院サービスのプリペイメント・プラン（原則的に非営利）	医師サービスのプリペイメント・プラン（原則的に非営利）
病院と診療所の所有・契約関係	所有している（カイザー財団病院：非営利）	所有していない（各病院・診療所との個別契約）	所有していない
医師・医師グループの所有・契約関係	所有している（パーマネンテ医師グループ：営利）	所有していない	所有していない（各医師・医師グループとの個別契約）

1), 2) ブルークロスとブルーシールドのプランは、多くの地域（州）では1つの保険団体を通して提供されるが、たとえばカリフォルニア州では、個別の保険団体を通してそれぞれのプランが提供される。

出所) カイザー・パーマネンテ（オークランド・統括本部）提供の資料「About Kaiser Permanente」、ブルークロス・ブルーシールド協会（シカゴ・統括本部）提供の資料「Introduction to Blue Cross and Blue Shield」等より作成。

カイザー・パーマネンテの加入者が病院と医師サービスを受ける際には、原則的にそれぞれカイザー財団病院とパーマネンテ医師グループを利用する。こうしたシステムは、closed accessないし closed panel（一般に、クローズ・モデル）といわれる。

ブルークロスの加入者が病院サービスを受ける際には、原則的にブルークロスと契約する病院・診療所を利用する。同様にブルーシールドの加入者が医師サービスを受ける際には、原則的にブルーシールドと契約する医師および医師グループを利用する。なお、ブルークロスとブルーシールドの各プランにおいて、契約関係にある病院・診療所と医師・医師グループが多い場合には、加入者にとってそれらを選択（選別）する機会が増える一方、保険料が割高になる。こうしたシステムは、open accessないし open panel（一般に、オープン・モデル）といわれる。

以上、カイザー・パーマネンテの現代の組織形態と加入者動向を整理した上で、その基本モデルについて、ブルークロス・ブルーシールドとの比較を通して概観した。これらの保険団体はアメリカの代表的なMCOsであるが、その生成・発展過程においては、上記の「定額払い制のプリペイメント医療」が重要な意味をもっていた。

そのなかでもプリペイメント・グループ医療は、カイザー・パーマネンテの土台となっただけではなく、マネジドケアとりわけ1973年のHMO法の基本モデルの一つでもあった。こうしたシステムは、1930年代初頭のニューディールから第2次大戦および戦後（50年代中頃まで）のおよ

そ25年間に基本構造が形成され、出来高払い制が中心であったアメリカ医療において大きな転換をもたらすものであった。

これに対してアメリカ医師会等の保守派グループは、そうした動向を警戒し続け、様々なキャンペーンを通してその拡大阻止を試みた。とりわけ、「個人開業医による出来高払い制の医療」と「医師グループによる定額払い制の医療」は基本構造において鋭く対立するため、医師会は、後者を「社会主義的医療」(socialized medicine)とみなして厳しく批判した。しかしそうした主張は、労働者の権利意識と組合活動が拡大するなかで、また多数の労働者への医療保障が重視されるにつれ、必ずしも支持されるものではなかった。

これに関する要因の一つは、ルーズベルトとトルーマンの両民主党政権において、民間システムを通して医療保障を拡充する方向が選択されたことにあった。そうしたシステムのベースが、企業福祉としての雇用主提供医療保険、より正確には「労働者を対象とする定額払い制の団体加入保険」である。このなかでもカイザー産業のプリペイメント・グループ医療は、連邦政府の公聴会や国民医療保険をめぐる議論において、「新しい民間医療モデル」の一つとして取り上げられることとなった。

以下では、それらの内容と歴史過程について、詳細にみていくことにしよう。まずは1.2において、ブルークロスとブルーシールドの起源を概観した後に、ヘンリー・カイザーとシドニー・ガーフィールドによってカイザー産業に医療プランが導入された経緯を明らかにする。

1.2 ブルークロス、ブルーシールドおよびカイザー・パーマネンテの起源 ブルークロス

ブルークロスの起源の一つは、1929年のテキサス州・ダラスにおけるベイラー医療プラン (Baylor health plan) にみることができる。これは、医師ジャスティン・キムボール (Justin Kimball) が提唱・実践した「病院サービス」のプリペイメント・プランであり、ダラス市の公立学校教員を対象に福利厚生面での改善をはかることが目的であった。その内容は、1ヵ月あたり50セントの保険料負担により、ベイラー大学病院での21日間の病院サービスが保障されるものである⁸⁾。

ベイラー医療プランは、当初は1千500人程度の教員を対象にしていたが、いくつかの企業が新規に契約した後にダラス以外の地域にも拡大された。こうして加入者が増加した結果、1938年以降、ベイラー医療プランはブルークロス・テキサス (Blue Cross of Texas) を通して提供されることとなった⁹⁾。

本来、こうしたプランは、加入者に対して「一つの病院」に限定して病院サービスを提供するものであったが、全米の各州に設立されたブルークロスないしブルーシールドの保険団体において「複数の病院」へのアクセスを可能にするプランが導入された。これが、ブルークロスの「オープン・モデル」の出発点であり、カイザー・パーマネンテの「クローズ・モデル」とは対照的なシステムが形成されることとなった¹⁰⁾。

ブルークロスの病院サービス・プランは、とくに1930年代後半以降、各企業および労働者にとって入手可能な (affordable) 医療保険として好意的に受け入れられ、加入者が大きく増加した。加入者増につながった他の要因は、1946年の連邦医療政策、具体的には、病院調査・建設法 (Hospital Survey and Construction Act) として知られるヒル・バートン法 (Hill-Burton Act) に

よって各地で病院建設が促進され、加入者・患者にとってアクセスが容易になったことにある。もう一つの要因は、病院施設の増加に伴ってアメリカ病院協会（American Hospital Association：原則的にリベラル派に属する団体）が組織と財政力を強化するなかで、ブルークロスの病院サービス・プランを支援したことにある。

ブルーシールド

「医師サービス」のプリペイメント・プランの起源の一つは、すでに触れたように（注の6）1800年代後半のメイヨー・クリニックやクリーブランド・クリニックにみることができる。こうしたプランは、1900年代初頭の北西部地域において、森林・製材、採鉱および鉄道の各産業にも導入された¹¹⁾。

このなかでも森林・製材業関係の雇用主は、労働者の業務に関わる（work-related）怪我の治療機会を用意する上で、1917年にワシントン州・タコマのウェスタン・クリニック（Western Clinic）に従事する複数の医師と契約した。その内容は、労働者1人につき1ヵ月あたり50セント程度の負担により、外来の医師サービスを提供することにあった。これが、ブルーシールドの医師サービス・プランのベースとされ、基本的には出来高払い制のプランであった（50セントをこえる部分は雇用主の負担とされた）。

その公式プラン（Official Blue Shield plan）を提供する最初の組織として、1938年にサンフランシスコを拠点とするカリフォルニア・医師サービス（California Physicians' Service：CPS）が設立された（これが、ブルーシールド・カリフォルニアの運営主体にもなっている）。なお、カリフォルニア・医師サービスは、カリフォルニア州医師会によって設立された組織であり、多数の医師から構成される巨大な医師グループであった¹²⁾。

ブルーシールド・カリフォルニアの「医師サービス」プランは、保障対象となる怪我や疾病の種類にいくつかの制限が設けられ、また出来高払い制のため保険料も割高であったが、多くの労働者（とくにブルーカラー）の受診機会が求められるなかで一定の加入者を確保していた。同様のプランは、各州に設立されたブルーシールドないしブルークロス・ブルーシールドの保険団体においても採用されることとなった（ただし、ブルークロスのプランに比べ、その加入者は必ずしも大きく増加したわけではない）。

本来、ブルーシールドのプランは、加入者に対して「1人の医師ないし1つの医師グループ」での医療に限定するものであったが、ブルークロスと同様に「複数の医師および医師グループ」へのアクセスを可能にするプランが（部分的に）導入された。これによって「オープン・モデル」での受診機会が用意されることとなった¹³⁾。

こうしたなかでカリフォルニア・医師サービス（CPS）は、カイザー・パーマネンテのプランを「アメリカ医療の伝統に反する」ものと批判して、多数の医師が関わるブルーシールドの優位性（とくにオープン・モデルによるアクセスの広範性）を広く宣伝した。さらにCPSの医師は、アメリカ医師会と共に、1940年代初頭における連邦政府の公聴会と医療保障をめぐる議論の場において、ヘンリー・カイザーやシドニー・ガーフィールドと厳しく対立することとなった（これらの内容については、順次、詳しく取り上げる）。

カイザー・パーマネンテ

カイザー・パーマネンテは、ブルークロスやブルーシールドとは異なり、すでにみたように保険、病院および医師の各サービスが一体的に運営・管理される「クローズ・モデル」がベースとなっている。このなかでも医師サービスの起源は、1933年にカリフォルニア州のデザート・センター (Desert Center: ロサンゼルスから約250キロの東方に位置する砂漠地帯) に設けられた小規模な病院での医療にあった。この病院は、シドニー・ガーフィールドが建設した病床数12の病院であり、Contractors General Hospitalと名付けられた¹⁴⁾。

シドニー・ガーフィールドがこの地での開業を選択した理由の一つは、大恐慌の最中にあったロサンゼルスでは十分な臨床の機会に恵まれず、医療を必要とする多くの労働者 (とくにダム建設等に従事するブルーカラー) がデザート・センターの近くに就労していたことにある。もう一つの理由は、アメリカ医師会が提唱する医療のあり方やロサンゼルス・カウンティ医師会の行動に疑問をもったことにある。以下は、その概要である。

ロサンゼルス公共事業局 (Los Angeles Board of Public Works) は、水道工事プロジェクトに従事する約2千人の労働者に医療を提供するため、1929年にロス・ルース・クリニック (Ross-Lose clinic) と契約した。ロス・ルース・クリニックは、Ross-Lose Medical Groups といわれる医師グループを構成して、当初は主に外来サービスを提供していた。

ロス・ルース・医師グループは、水道工事に関わる労働者の他にも、ロサンゼルス・カウンティの民間労働者やロサンゼルス・消防局と警察局的の職員を対象に医療プランを提供することとなった。医療プランの内容は、労働者の1家族につき1ヵ月あたり2.69ドル (労働者1人の場合には1ヵ月あたり1.5ドル) の保険料により、外来と入院を含む包括的な医療サービスを保障するものであった。そのコストは「個人開業医による出来高払い制の医療」の半分程度とされ、1930年代中頃までに、加入者がおよそ4万人、契約医師が20名にまでそれぞれ増加した。

ロサンゼルス・カウンティ医師会は、ロス・ルース・クリニックとその医師グループの取り組みを「伝統的な医療に反する」ものと批判した上で、これに契約する医師の行動を妨害した。妨害の内容は、その契約医師の医療行為を制限あるいは禁止するよう各病院に圧力をかけ、また、そうした医師の数名を医師会から除名することになった¹⁵⁾。

シドニー・ガーフィールドは、ロス・ルース・クリニックの医療プランを評価した一方、これに対するロサンゼルス・カウンティ医師会の行動に大きな疑問をもった。こうした経験からシドニー・ガーフィールドは、医師会の介入に左右されることなく、多くの労働者への医療が可能となる機会を模索した。その結果として選択された場所が、ロサンゼルスから距離的に離れ、ニューディール政策の一つが展開されるデザート・センターであった。そしてヘンリー・カイザーがシドニー・ガーフィールドの発想と行動に触れることとなった最初の場が、そこに開設された Contractors General Hospital であった。

ヘンリー・カイザーは、カリフォルニア州北部の砂・砂利工場において被用者として経験を積んだ後に、セメント・コンクリートの製造と舗装に係る事業を立ち上げた。これが、カイザー産業の最初の企業、カイザー舗装社 (Kaiser Paving: 1914年設立) である¹⁶⁾。

カイザー舗装社は、自動車の製造・消費が拡大しはじめた時期に設立された企業である。当時の自動車の登録台数と普及率についてみれば、たとえば1913年には登録台数がおよそ100万台で

あったものが20年に813万台となり、30年には2千300万台をこえ、普及率は、20年には全世帯のおよそ26%であったが35年には55%にまで上昇した。

こうしたなかで1910年代前半以降、道路整備の必要性が唱えられ、とりわけ自動車と石油業界および農業団体がそれを強く求めた。これに対して連邦政府は、1916年に連邦補助道路法（Federal Aid Road Act）を制定して、道路建設に対する補助金を増額させた¹⁷⁾。

モータリゼーションと以上の道路政策により、カイザーの舗装業とその原材料としてのセメント・コンクリートの製造事業は軌道に乗ることとなった。また、ニューディール政策の一環として道路・橋梁建設が促進されるなかで、その事業規模は大きく拡大した。

ヘンリー・カイザーは、こうした過程において「労働生産性の維持」ないし「最大生産（物）の確保」を意識することとなる。これが「カイザー医療プラン」の導入につながる基本的背景であり、また、そうした発想は、アメリカ経済における医療保障のあり方を規定する要因の一つでもあった。

次の2では、ニューディール政策の一つであるフーバー・ダムとグランド・クーリー・ダムの各建設現場におけるカイザー医療プランの生成と内容を整理した上で、3では第2次大戦中に設立されたカイザー造船所（Kaiser Shipyard）と鉄鋼所（Kaiser Steel）での医療プランの導入・拡大過程をみていくことにしよう。

2 ニューディール期のカイザー医療プラン

2.1 フーバー・ダム建設

ヘンリー・カイザーは「舗装・セメント」業に続いて、ハーバート・フーバー（Herbert Hoover）共和党政権での公共事業が進められるなかで、1930年代初頭に「ダム建設・水道工事」業にも着手した。カイザー産業は、そうした事業のなかでもコロラド川・開拓計画（Colorado River reclamation projects）に関わるフーバー・ダム（1931年着工、36年完成）の建設と水道工事の入札を目的に共同企業体を構成した。こうした開拓計画はルーズベルト政権のニューディール政策に引き継がれ、その共同企業体は多額の事業計画を請け負い、多数の労働者を雇い入れた¹⁸⁾。

ところで、ニューディール初期の1933～34年には全米の労働者はおよそ5千万人（約1千200万人の失業者を含む）とされ、その多くは業務上の危険を伴う産業（土建や鉄道、石炭・鉄鋼および森林・伐採業など）に従事するブルーカラーであった。こうした労働者に対する当時の医療は「個人開業医による出来高払い制」が基本であり、雇用主の提供によるプリペイメント医師サービス・プランの加入者は全労働者の内およそ100万人（2%）、そのなかでもブルーカラーは54万人（1.1%）程度であった¹⁹⁾。

フーバー・ダム建設と水道工事に従事する労働者（正確にいえば、全米各地から新しい仕事と生活を求め、西部地域に移り住んだ労働者と扶養家族）も同様に、大恐慌に伴う経済的困窮のため十分な医療を受けることができなかった。カイザー産業等の共同企業体は「労働力とその生産性の維持」を目的に、多発する労働者の怪我や疾病に対応する上で数名の医師と契約した。その中心となった医師が、共同企業体の本部事務所近くのデザート・センターに病院を設けたシドニー・ガーフィールドであった。

シドニー・ガーフィールドは、およそ5千人の労働者を対象に医療を提供することとなった。当初の契約内容は、多数の労働者を対象にする団体医療であったが、医療「保険」ではなく、医療費は受診した労働者に事後的に請求され、雇用主も一部を負担するものとされた。しかし実際には、労働者・患者は給与を衣食住等の生活費に充て、支払いの取り決めを守らないケースがあり、何よりも医療費の支払い自体についての認識がきわめて低かったとされる。

シドニー・ガーフィールドは、労働者・患者の支払い能力や病院経営をあまり考慮することなく医療を提供した結果、Contractors General Hospitalの収支が悪化して、看護師等の従業員に給与を支払うことさえ困難な状況となった。こうしたなかでシドニー・ガーフィールドは、共同企業体の労働者側の代表であり福利厚生を担当していたハロルド・ハッチ (Harold Hatch) とアロンゾ・オードウェイ (Alonzo Ordway) と交渉した結果、ロス・ルース・クリニックでの取り組みを参考に次のプランが考案され、雇用主もその導入を了承した²⁰⁾。

- (1) 業務に関わる疾病と怪我 (work-related illness and injury) の治療については、労働者が1ヵ月あたり1.5ドルをプリペイメントする (保険料の個人負担)。
- (2) 共同企業体側が (1) の17.5%をプリペイメントする (保険料の雇用主負担: この負担割合は段階的に引き上げられている)。
- (3) 業務に関わらない疾病と怪我 (non-work-related illness and injury) の治療については、労働者が1ヵ月あたり1.5ドルを追加的にプリペイメントする (保険料の雇用主負担はなし)。
- (4) 以上の (1) ~ (3) の資金によって医療を提供して、余剰資金が発生した場合には、病院施設の維持・修繕や医療機器の購入に充てる。

これらを管理する部署として保険組合が設けられ、ハロルド・ハッチとアロンゾ・オードウェイがその代表を務めることとなった。

以上のなかでも、(1) の「業務に関わる疾病と怪我」に対する医療保険については原則的に全労働者に加入が勧められ、保険組合が所得から保険料を控除 (天引き) する方式が採られた。

(3) の「業務に関わらない疾病と怪我」に対する補足的 (supplement) プランの加入については労働者の任意 (オプション) とされ、これに契約した労働者が保険料を直接、保険組合に支払うこととされた。

こうしてシドニー・ガーフィールドは「団体加入のプリペイメント医療」を構想して、これがカイザー医療プランのベースにもなった。また、そうしたプランは、ブルークロスやブルーシールドと同様に、現代のアメリカにおいて広く普及するシステム、すなわち「雇用主提供医療保険、労働者の団体加入、保険料の一括徴収 (所得控除)、雇用主の一部負担、診療報酬の定額払い制 (主に給与制)」の原型でもあった。ただし、この段階でのカイザー医療プランは労働者の扶養家族をカバーするものではなく、現代にみられる「家族プラン」が一般化するまでには多様な論争があった。

なお、ダム建設等に従事する労働者の衛生状態や生活環境は良いとはいえず、健康の維持 (health maintenance) といった認識も不十分であった。このためシドニー・ガーフィールドは、疾病が発症・悪化した後の医療だけではなく予防医療 (preventive care: 健康診断を含む) が有益と判断した。

上記プランの (3) はそれを想定したものでもあるが、ヘンリー・カイザーは、予防医療を

「労働者の健康維持」だけではなく「労働力とその生産性の維持」において望ましいと考えた（予防医療は、現代のカイザー・パーマネンテにおいても重要プログラムの一つとなっている）²¹⁾。

こうしたプランが導入された直後は、ほとんどの労働者が実際に治療を受ける前に費用を負担すること（すなわちプリペイメント）に抵抗感をもっていたとされる。しかし、雇用主と労働者が費用を負担し合い、その共同資金から医療費が賄われるシステムの意味が浸透するにつれ、多くの労働者が医療プランに加入した。これによって労働者の受診機会が確保され、Contractors General Hospital の経営も安定することとなった。こうしたなかでシドニー・ガーフィールドは2つの病院を増設させ、10名程度の医師との新規雇用契約を行った²²⁾。

コロラド川・開拓計画と同時期の1933年に、カイザー産業は、新しい事業としてデザート・センター近くのイーグル・マウンテン（Eagle Mountain）にカイザー鉄鋼所を設けていた。ここでも労働者の疾病と怪我に対する医療が必要とされたため、ヘンリー・カイザーは、シドニー・ガーフィールドに上記と同様の医療プランを依頼した。

シドニー・ガーフィールドは、こうした経験を通して「プリペイメント医療」および各診療科の複数の医師による「グループ医療」、すなわち「プリペイメント・グループ医療」の手掛かりを得た。そしてこの時にヘンリー・カイザーは、保険、病院および医師の各サービス事業と、病院施設の自己所有に関心をもったとされる。現代のカイザー・パーマネンテの基本モデルにみられるように、こうした3つのサービスの一体的運営・管理（IHDS）の発想はこの点にあった。

1937年頃までのカイザー産業の医療プランは、西部の未開拓地域に限定された小規模なものであったため、アメリカ医師会とカリフォルニア州医師会はとくに関心をもっているわけではなかった。そうしたプランは、以下にみるグランド・クーリー・ダム建設事業や第2次大戦時のカイザー造船所と鉄鋼所に導入された際には大規模に展開され、多数の労働者と扶養家族がそれに加入した。これによりアメリカ医師会等は、カイザー産業の医療プランの動向を次第に警戒することとなる。

2.2 グランド・クーリー・ダム建設

ヘンリー・カイザーは、ニューディールの巨大プロジェクトの一つとされるワシントン州・コロンビア川のグランド・クーリー・ダム（1933年着工、42年完成）の建設にも関わることとなった²³⁾。カイザー産業は、新しい共同企業体を構成して多額の連邦資金を得て、多くの労働者を雇い入れた。

シドニー・ガーフィールドは、この建設現場でも医療プランのマネジメントを依頼された。その対象となる労働者は、デザート・センターにおいて経験した約3倍の1万5千人（扶養家族を含めれば5万人程度）であった。

シドニー・ガーフィールドは、共同企業体の責任者となっていたエドガー・カイザー（Edgar Kaiser：ヘンリー・カイザーの息子）と医療プランの内容および実施方法について調整を行った。その際の課題の一つは、共同企業体が契約したメイソン・シティー病院（Mason City Hospital）の医師が不足して施設も老朽化しており、十分な医薬品や医療機器が用意されていなかったことにある。もう一つの課題は、建設現場とその周囲に設けられた居住エリアの衛生状態が悪く、労

働者家族のなかに伝染病の罹患者がいたことにある。

このため、ダム建設に従事する労働者の代表は、共同企業体が用意した病院施設と医療のあり方(伝染病対策を含む)を改善するよう求めた。さらに多くの労働者は、扶養家族の受診機会が用意されていないことに対して不満をもっていた²⁴⁾。

ところで1930年代後半は、各企業において賃金や付加給付(主に医療保障と企業年金)をめぐる労働組合との交渉・調整が求められはじめた時期でもあった。その背景は、1935年のワグナー法(Wagner Act)により労働組合の団結・交渉権が合法化され、労働者の権利意識が次第に拡大したことにある。これに伴って、AFL(American Federation of Labor)とCIO(Congress of Industrial Organizations)を中心に、各地において組合運動が活発化した²⁵⁾。

グラント・クーリー・ダム建設に従事する労働者の一部も主にCIOに加わり、団体交渉を通して医療保障の改善・充実を要求した(カイザー産業の労働者は企業年金や賃金引き上げをとくに求めなかったとされるが、その理由については、次稿において取り上げる)。

こうしてエドガー・カイザーは、労働組合への対応が求められることとなったが、医療保障面での要求を受け入れるとした場合でも、それが「無料の商品」(priceless commodity)とならないよう警戒した。これに対してヘンリー・カイザーは、経営安定化の観点から良好な労使関係を重視しており、シドニー・ガーフィールドも医療プランの充実にとって組合との協調が重要と判断した。

この点についてシドニー・ガーフィールドは、グラント・クーリー・ダムの建設現場は、それまでに経験した医療プランの発展にとって大きな可能性をもっていると考えた。その理由は、デザート・センターでは、コロラド河流域の広い地域に分散する約5千人の労働者を対象とする医療であったが、グラント・クーリーでは、1万5千人の労働者が建設現場の近くで家族と生活する「コミュニティ」が形成されていたことにある。すなわち、そうしたコミュニティでの加入者の「集中」は、保険、病院および医師といった3つのサービスの運営と管理、さらに治療成果の向上にとってきわめて有益と判断された。

エドガー・カイザーは、労働者の保険料負担を条件に、病院の再建と契約医師の増員に要する資金を提供することとなった。これによりシドニー・ガーフィールドは、病院を整備した上で、1938年に自らを代表とする医師グループ、すなわちシドニー・ガーフィールド&アソシエーツ(Sidney R Garfield and Associates:パーマネンテ医師グループ〈図表1-1〉の前身)を設立した²⁶⁾。

その上でガーフィールドは、当時の先駆的な病院の一つとされたメイヨー・クリニックのシステムを参考に、医師グループの再編と医療プランの再検討を行った。前者については、病院施設の近代化と併せ、費用対効果において一定の成果を得た医師にボーナスを支給するシステムが導入されることとなった²⁷⁾。

シドニー・ガーフィールドは、これによって多くの医師との新規契約を行ったが、それにはメイヨー・クリニックの外科医セシル・カッティング(Cecil Cutting)と産科・婦人科等の数名の医師が含まれた。後述するようにセシル・カッティングは、カイザー医療プランの発展の上で大きな影響力をもつこととなる。

医療プランについては、外来と入院および予防医療を含む包括的プランが用意され、保障の範囲が広げられることとなった。すなわち、デザート・センターでの医療プランは「業務に関わる疾病と怪我」が主な対象とされ、「業務に関わらない疾病と怪我」についてはオプションであった。これに対してグランド・クーリーでは、その両者を含む「すべての疾病と怪我」（all work-related and non-work-related illness and injury）が医療プランの対象とされた。

保険料については、（平均週給が60ドルのなかで）1週間につき50セントとされ、これが給与から控除（天引き）されることとなった。この負担額については、当時の平均物価、たとえば家賃の8ドル75セント、水道・光熱費の4ドル80セント、食費や日用品の18ドル（それぞれ1週間あたり）と比べて必ずしも重くなかったため、組合のリーダーは全労働者に対して医療プランの加入を奨励した²⁸⁾。

ところでセシル・カッティングは、メイヨー・クリニックでの経験を参考に、労働者の扶養家族を対象とする医療プランを提案した。これは、家族と暮らす労働者の要求に応えようとするものであり、保険料の追加負担を条件に、ファミリー医療（Family practice：予防医療、産科・婦人科および小児医療を含む）プランが導入されることとなった。その保険料は、原則的に1週間あたり配偶者については50セント、子供については1人につき25セントとされ、それぞれが労働者本人の給与からの控除（天引き）とされた²⁹⁾。

こうしたプランは、出産を控え、あるいは子供をもつ女性からとくに評価され、多くの労働者家族がこれに加入した。なお、現代のカイザー・パーマネンテの「ファミリー・プラン」（Kaiser family plan）は、これがベースとなっている。

以上により1938年に、約5万人の労働者家族から成るグランド・クーリーの大規模なコミュニティにおいて、カイザー医療プランが導入された。その基本プログラムは「プリペイメント・グループ医療」によるものであり、治療成果の向上と医療プランの運営・管理にとって有益であったとされる。

カイザー医療プランは、第2次大戦時の造船事業の場にも導入され、これが1940年代前半以降、医療保障をめぐる連邦政府での議論において「新しい民間医療モデル」の一つとして取り上げられることとなる。以下では、それらの経緯をみていくことにしよう。

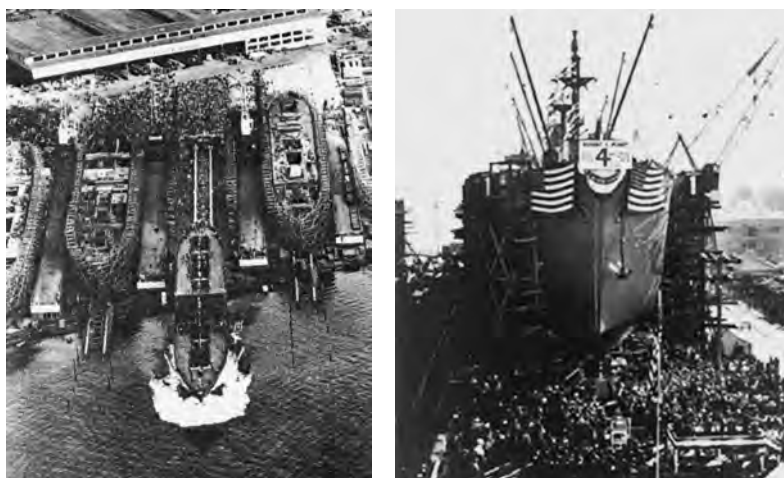
3 第2次大戦期のカイザー医療プラン

3.1 カイザーの造船所と鉄鋼所

グランド・クーリー・ダム建設と同時期の1939年に、ヘンリー・カイザーはオークランドに造船所を立ち上げ、軍事船舶と商業用船舶の製造にも携わることとなった。同年9月の第2次大戦の勃発により、カイザー造船所は連邦政府から戦艦や軍事物資輸送船の製造を依頼され、ドイツとの戦火が拡大したイギリス等からも受注を受けた。

1940年には、ルーズベルト政権において軍備拡張が策定された際に、ヘンリー・カイザーはリッチモンド（オークランドから約10キロ北西）にも大規模な造船所を設けた（図表1-4）。

図表1-4 カイザー造船所^{*)}



*) 写真の左がオークランドの造船所、右がリッチモンドの造船所。
出所) カイザー・パーマネンテ (オークランド・統括本部) 提供の資料「How we started」等より。

1941年の日本海軍による真珠湾攻撃の直後に、ヘンリー・カイザーはワシントン州のバンクーバーとオレゴン州のポートランドにも造船所を増設した。こうしてカイザー産業は、1942年の初頭までに西部沿岸地域の4か所に造船所を設け、その本部がオークランドに置かれることとなった。

戦火が世界中に拡大して軍備増強が進められるにつれ、カイザー造船所は、海軍関係を中心におよそ140隻の戦艦等を受注・生産した。国防関係の受注が多い理由は、戦時下といった特殊事情と連邦政府の財源制約のなかで、製造期間が他の造船会社の3分の2程度とされ、コストについても他の会社の半分程度に抑えられていたことにある。

これは、製造過程において「組み立て工法」が導入されたためである。「組み立て工法」は、あらかじめ加工された材料や部品を用いて最終生産物を製造することであり、これによって早期の完成を目的とするものである。

ヘンリー・カイザーは、そのための拠点の一つとして、1941年にフォンタナ (ロサンゼルスから約50キロ東方) に鉄鋼所を設け (図表1-5)、これによりカイザー造船所は、材料・部品等を低価格で早期に調達することが可能となった³⁰⁾。

図表1-5 カイザー鉄鋼所（フォンタナ）



出所) John Charles, Jr. Anicic (2006), *Kaiser Steel Fontana*, Arcadia publisher, p. 47より。

フォンタナのカイザー鉄鋼所は、イーグル・マウンテンの鉄鋼所よりも規模が大きく、最盛期にはおよそ7千人の労働者が従事したとされる。こうした鉄鋼所において製造された鋼板や部品は、カイザー造船所だけではなく、他の造船会社や自動車および建設会社にも販売・提供された。

オークランド等の4か所の造船所と上記2か所の鉄鋼所において、ピーク時には総勢25万人近くの労働者が従事することとなった。こうした大規模な事業によりカイザー産業は、当時の造船関係のおよそ3割の生産に関わったとされる³¹⁾。

これらの製造現場においては、コロラド川・開拓計画やグランド・クーリー・ダム建設と同様に、労働者に対する医療が緊急の課題となっていた。また、連邦政府も、国策に関わる軍事物資生産拠点での医療提供体制の整備が必要と判断しはじめていた。

ヘンリー・カイザーは、これまでと同様に、医療プランの運営をシドニー・ガーフィールドに全面的に依頼した。ガーフィールドは、グランド・クーリーでの経験を基に、多数の労働者家族への医療に対応しうるプランを検討した上で、契約医師を200人程度にまで増加させた³²⁾。これにあわせヘンリー・カイザーは、1941~42年にカイザー産業の各拠点に病床数100~330の病院をそれぞれ新設したほか、多くの診療所を設けた（こうした病院等は、現在のカイザー財団病院〈図表1-1〉につながる出発点となった）。

さらに、医療プランと病院・医師サービスを総合的に管理するために、1942年にオークランドにパーマネンテ財団（52年にカイザー財団に改称）が設立され、その支部がバンクーバーとポートランドにも設けられた（これらが、現在のカイザー財団医療プラン〈図表1-1〉の前身である）。

以上の病院建設と財団の設立に関わる資金の大半は、ニューディールの公共事業と造船事業によって蓄積された法人資産によるものである。そのなかでも病院建設資金の一部は、後述するようにラーナム法（Lanham Act：1941年に成立した連邦法）を通した連邦資金によるものであった³³⁾。

こうして、カイザー医療プランの提供体制が整備・強化されることとなった。次の3.2では、それらの動向と評価について、アメリカ医師会の反応および1942年の公聴会での論争を参考にしながらみていくことにしよう。

3.2 アメリカ医師会と連邦政府の反応

医師会の反応

カイザー医療プランの基本構造が形成され、加入者が次第に増加する過程において、ヘンリー・カイザーとシドニー・ガーフィールドは、新たな課題に直面することとなった。そうした課題は、とくにアメリカ医師会を中心とする保守的グループの批判と行動にある。

その理由は、カイザー医療プランの存続・拡大が個人開業医の職権（権限）と稼得機会に影響を与え、また「医師と患者の個人的関係」に基づく自由医療ないし出来高払い制のシステムを阻害するものとみなされたことにあった。とりわけカリフォルニア州とワシントン州の医師会は、カイザーの「プリペイメント・グループ医療」を社会主義的手法とみなし、政治的影響力を通して敵対的行動を採ることとなった³⁴⁾。

こうした動向に関連して、西部沿岸地域における各カウンティの医師会は「資源調達・配置委員会」(Procurement and Assignment Service of the War Manpower Commission)にも関わることとなり、そうした立場を利用してカイザー医療プランの拡大阻止を試みた。ここで、資源調達・配置委員会は、ルーズベルト大統領の指示により1941年に構成された委員会であり、主な目的は、軍需産業、医療・公衆衛生および軍隊等に関わる労働者や各種資源を調達して、それぞれの分野での必要性と緊急性を考慮しながらそれらを配置することにある³⁵⁾。

カリフォルニア州とワシントン州の各カウンティの医師会は、こうした委員会を通して医師の配置や病院・診療所の設置計画を行うことが可能な立場にあり、また、軍需産業の労働者と軍隊に対する医療・衛生管理も担当していた³⁶⁾。

このなかでも、アラメダ・カウンティ医師会 (Alameda County Medical Association) に属する医師ハロルド・フレッチャー (Harold Fletcher) は、北カリフォルニア地域の資源調達・配置委員会の委員長を務めていた (アラメダ・カウンティは、オークランド、バークレーおよびフレモントといった都市をカバーする地域〈郡〉である)。ハロルド・フレッチャーを中心とする同委員会は、オークランドとその近郊における医師の配置や病院・診療所の設置については、アラメダ・カウンティ医師会によるプランニングが望ましいと判断して、その計画を進めていた。

これに対してセシル・カッティングは、そうした判断と計画は戦時下の特殊事情において、あるいは労働者の医療にとって有益ではないと反論した。なお、セシル・カッティングをはじめカイザー医療プランの医師グループは、グランド・クーリーと造船所での医療の取り組みについて、西部沿岸地域のリベラル派・民主党から一定の評価を得ていた。

こうしたなかでハロルド・フレッチャーは、とくに次の2つの理由から、カイザー医療プランの存在をいっそう警戒することとなった。その一つは、カイザー産業の軍事物資生産が連邦政府から支持され、その病院建設資金の一部として公的資金が投入されたことにある。もう一つは、その病院において海軍関係の造船に従事する労働者のほかにも扶養家族を対象とするプランが導

入され、これが連邦政府において好意的に受け取られはじめたことにある。

何よりもハロルド・フレッチャーは、カイザーの医療プランを次のようにみていた。すなわち、「市民に配慮することなく、独善的に鉄鋼生産等の事業に携わっていたヘンリー・カイザーは、シドニー・ガーフィールドと共に資源調達・配置委員会や医師会の意向を無視して、しかも十分な医療提供能力をもちえずして医療プランを作り上げた」。その上で、「ヘンリー・カイザーがこれ以上、ガーフィールドと協調することは賢明ではない・・・(中略)・・・カイザーの医師は、アラメダ・カウンティ医師会から（入会や地域での医療活動を：引用者）認められないであろう」とも指摘した。

さらにアラメダ・カウンティ医師会は、セシル・カッティングとシドニー・ガーフィールドに対して、次のように警告した。すなわち、「軍需産業に従事する民間労働者の医療」については、州の医師会が設立したカリフォルニア・医師サービス（CPS）とブルーシールド・カリフォルニアがこれを担うことになる³⁷⁾。

連邦政府の反応—公聴会におけるカイザー医療プランの評価

カイザー医療プランは、西部沿岸地域の医師会等から以上の批判がなされたが、連邦政府においても、さまざまな評価がなされることとなった。この点についてまずは、1942年の公聴会（U.S. Senate Committee on Education and Labor, Hearings, 77th Congress, 2nd Sess）の資料を参考にしながら整理しておこう。

公聴会の主なテーマは「軍需産業に従事する民間労働者の医療」のあり方であり、カイザー医療プランが基本モデルとして取り上げられている。その内容は、カイザー・パーマネンテの動向だけではなく、民間医療システムに関する医師会および連邦政府の考え方を探る上で有益となっているので、以下では詳しくみておきたい。

公聴会の議長は、教育・労働小委員会（Education and Labor Subcommittee）の議長を兼任するクロード・ベッパー（Claude Pepper：民主党）である。主な参加者・発言者は、資源調達・配置委員会の国家委員長でもある医師フランク・ライヒ（Frank Lahey）、軍医総監（Surgeon General：現在の公衆衛生局長官）の医師トーマス・ペイラン（Thomas Parran）、JAMA（*Journal of the American Medical Association*）の編集長・医師モーリス・フィッシュバイン（Morris Fishbein）、そしてヘンリー・カイザーとシドニー・ガーフィールドである。

まずはクロード・ベッパーとトーマス・ペイランが、戦時下における医療と公衆衛生の問題を取り上げ、海軍・陸軍と軍需産業においてそれが深刻化していることを説明した。これについてフランク・ライヒは、資源調達・配置委員会の国家委員長としての立場から、同委員会の任務はそうした課題に対応することにあると伝えた。また、トーマス・ペイランは、各軍需産業に対する医療提供の必要性を指摘した上で、そのなかでも病院施設についてはラーナム法を通して一定の整備が進められていることを紹介した。

以上を踏まえ、カイザー産業の医療プランについて多様な意見が交換された。はじめにヘンリー・カイザーが、同産業では約25万人の労働者が国家政策（national policy）としての軍事物資生産に従事していることを説明して、そうした労働者に医療を提供していることを伝えた³⁸⁾。

次にシドニー・ガーフィールドが、カイザー医療プランの責任者としての自らの立場に触れた上で、次のことを説明した。すなわち、「・・・業務に関わるか否かを問わず、労働者のすべての疾病と怪我に対する医療を通して、最大生産 (maximum production) の低下を回避することがわれわれの任務である。また、労働組合との話し合いの結果、扶養家族を対象とする医療プランが必要と判断して、これを導入した。」³⁹⁾。

さらにシドニー・ガーフィールドは、カリフォルニア州とワシントン州における資源調達・配置委員会がカイザーの医療プログラム (とくにプリペイメント医療プラン) を批判していることを伝えた上で、この2つの州の医師会もそうしたプランの拡大を阻止しようとしていることを取り上げた。

クロード・ペッパーが「アメリカ医師会がプリペイメント医療プランを批判する理由は何か」と問うたことに対して、シドニー・ガーフィールドは「出来高払い方式の伝統 (old traditional way) が失われることを警戒したためである」と答えた⁴⁰⁾。

これに続けてシドニー・ガーフィールドは、扶養家族を対象とするプラン (Kaiser family plan) が批判されていることについて、フランク・ライヒが議長を務める国家資源調達・配置委員会からの通知 (警告書) を公開した。次の4つがその内容である⁴¹⁾。

第1は、労働者の扶養家族に対しては、プリペイメント医療プランは適用されるべきではない。第2は、扶養家族がカイザー産業の病院設備を利用することが可能であったとしても、そこでの医療は扶養家族が選択した医師に委ねられるべきであり、カイザー産業の医師である必要はない。第3は、カイザー産業と契約する医師は、救急医療以外、扶養家族の治療を行うべきではない。そして第4は、扶養家族を対象とするプリペイメント医療プランは、医師会が管轄する地域において十分な医療提供がなされない場合にのみ利用されるべきである。

医師ロバート・ラム (Robert Lamb) は、シドニー・ガーフィールドに対して「扶養家族に対する医療プランの必要性と、そうした医療が労働者の生産活動に与える影響」について問うた。これに関してガーフィールドは、次のように答えた。すなわち、「(生産現場と居住エリアでは：引用者) 伝染病や感染症が発生しつつあり、そのまん延を防ぐためにはそうした家族を隔離する必要がある。これは生産活動の低下につながるため、(そうした事態を：引用者) 回避しなければならない。」。さらにガーフィールドは、扶養家族を対象とするプリペイメント・プラン (予防医療、産科・婦人科および小児医療を含む) は、その健康維持と疾病の早期発見・早期治療が可能となり、労働者家族の生活面での安定と生産活動 (機会) の維持につながりうることを説明した。

以上に続いてモーリス・フィッシュバインが、JAMA の編集長としての業務等を紹介した上で、アメリカ医師会と資源調達・配置委員会のそれぞれの経緯と役割および関係について説明した。フィッシュバインは、資源調達・配置委員会は「戦時下における医師の配置や軍関係の労働者の医療と公衆衛生」を担う上で、重要な機能をもっていることをあらためて主張した⁴²⁾。

こうした指摘の後にヘンリー・カイザーは、モーリス・フィッシュバインに対して、カイザー産業の「プリペイメント・グループ医療」について意見を求めた。フィッシュバインは、「それが病院サービスに限定される場合には望ましいと思うが・・・(中略)・・・医師サービスを含むすべ

てのプランに適用されることは望ましくない」と答えた⁴³⁾。言うまでもなくこの意味は、医師サービスについては「個人開業医による出来高払い制」を基本とするべきといったことにある。

これに関してヘンリー・カイザーは、「あなたが（軍事物資生産に携わる：引用者）私と同じ立場にあり、多くの労働者に対する怪我や疾病の対応が緊急の課題であった場合、あなたは何をするだろう」と問うた。これに対してモーリス・フィッシュバインは、「状況による・・・(中略)・・・私は、それぞれの地域の規定・慣習の範囲内で行動することが望ましいと考えている」と答え、その役割は資源調達・配置委員会にもあることを強調した⁴⁴⁾。すなわちモーリス・フィッシュバインは、シドニー・ガーフィールド&アソシエーツのような「グループ医療」についても批判的であった。

なお、トーマス・ペイランは、資源調達・配置委員会に関わる医師会の行動を疑問視した上で、「アメリカ医師会は軍関係への医師の配置を統制・管理しようとしている・・・(中略)・・・軍事物資生産に従事する約570万人の労働者への医療・衛生面での対応が不十分」と指摘して、それらの行動を批判した⁴⁵⁾。また、医師の養成とJAMAの編集に携わる医師ポール・クルーフ（Paul Kruif）は、医師会に配慮しつつ「資源調達・配置委員会の判断は、医師の配置と医療提供にとって必ずしも望ましくない」と指摘した⁴⁶⁾。

これらに対してモーリス・フィッシュバインは、次のように反論した。すなわち、「資源調達・配置委員会の決定は・・・(中略)・・・軍隊と労働者および市民の医療ニーズについて、アメリカ合衆国において認可された約17万6千人の医師の内、12万3千人から構成されるアメリカ医師会の最善の判断によるものでもある」。さらにフィッシュバインは、シドニー・ガーフィールドが「アメリカ国民の保健・医療の向上に対する（医師会の：引用者）取り組みを妨害しようとしている」と批判した⁴⁷⁾。

ヘンリー・カイザーとシドニー・ガーフィールドは、モーリス・フィッシュバインの指摘に異を唱えた上で、「・・・国防のために必要となる物資の生産には多くの労働者が必要である・・・(中略)・・・われわれは、そうした労働者の2千人に対して1人の医師を配置している」と反論した⁴⁸⁾。

こうした論争に対してクロード・ペッパーは、西部沿岸地域の医師会と資源調達・配置委員会が労働者とその家族の医療についてどの程度まで親身になっているかを問うた上で、とくに医師会はその職権（権限）や政治力を行使してカイザー医療プランのような「新しい民間医療プログラム」を排除しようとしているとも指摘した⁴⁹⁾。

以上が公聴会の主な内容であるが、そのなかでクロード・ペッパーは、ヘンリー・カイザーとシドニー・ガーフィールドに対して次のことを伝え、一定の評価を行った。すなわち、「本来、公共政策（public policy）においては・・・(中略)・・・あなた方が実行しているように、民間資源を活用することが望ましい」との指摘であり、その上で、カイザー産業の医療プランは多数の労働者に対する医療保障の一つとして有益と判断された⁵⁰⁾。これに関してヘンリー・カイザーは、「（労働者への医療は：引用者）政府サービスによるべきではなく、企業経営者の責任と判断に委ねられるべきである」と答えた⁵¹⁾。

ラーナム法とカイザー医療プラン

公聴会での意見交換あるいは論争は、連邦政府において、カイザーの医療プランに関心が寄せられる一つの契機にもなった。主な関心対象は、上記のクロード・ベッパの指摘にみられるように「民間活用による労働者への医療提供」のほかに、「扶養家族を対象とするプラン」および「病院施設と医師グループの一体的運営」にある。これによりカイザー医療プランは、連邦政府の一部の議員グループから一定の評価を得ることとなった⁵²⁾。

ところで、以上の議論が行われている最中に、国家政策に関わる事業が展開される地域での病院施設が必要と判断され、連邦事業管理局 (Federal Works Agency) の下に置かれるラーナム法を通して、その建設が進められていた。

ラーナム法の主な目的は、病院 (公立病院と非営利民間病院)、学校および住宅それぞれの建設を促進するために連邦資金を投入することにある。このなかでも病院建設については、1940年の国家病院法案 (National Hospital Bill) においても提案されていたが、同法案は、連邦資金を受けた病院の運営面に厳密な連邦規則が設けられ、これについて十分な賛同が得られなかったことから成立には至らなかった⁵³⁾

これに対してラーナム法は、国家病院法案とは異なり、連邦資金を受けた病院 (連邦病院を除く) の運営に対する政府の介入・管理を禁止するものであった。こうした制度は、とりわけ非営利民間病院にとって、連邦資金を活用して施設を建設あるいは増改築しうる重要なプログラムでもあった⁵⁴⁾。

1941～42年にカイザー産業において、連邦資金を財源の一部として病院建設が進められたことについてはすでに触れた。これもラーナム法によるものであるが、連邦資金の交付要因の一つとして、軍事物資生産とそこでの労働者の医療・公衆衛生に対する当時の政治的ないし政策的判断があったとされる。

連邦政府はそれらの実態調査を行うこととなり、その一環としてルーズベルト大統領自身が、カイザー産業の取り組みを視察した (図表1-6)。

図表1-6 カイザーの造船所と医療施設を視察するルーズベルト大統領^{*)}



*) 左から二人目がヘンリー・カイザー、右手前がルーズベルト大統領。

出所) カイザー・パーマネンテ (南カリフォルニア地域・パサディナ本部) 提供の資料「Kaiser Permanente: Born and Raised in California」より。

カイザー産業はニューディール政策の一つとしてのダム建設等に関わり、造船や鉄鋼といった軍事物資生産に携わるなかで、それらに従事する多数の労働者に医療を提供していた。しかしそうしたプランの加入者増に伴って医療提供の場の整備が遅れ、先にみた公聴会においてもヘンリー・カイザーは「われわれは病院施設が不足している」と繰り返し訴えていた⁵⁵⁾。

連邦政府は、カイザー産業の取り組みを評価した上で、ヘンリー・カイザーの主張を受け入れることとなった。これにより、カイザー財団病院の建設に関わる連邦資金が提供され、造船と鉄鋼の各生産拠点に複数の病院と診療所が建設された⁵⁶⁾。

なお、ラーナム法は1941年以降の2年間程度は各地の病院建設にとって有効に機能したとされるが、戦時下における財源と鉄鋼等の原材料の不足に伴って、軍需生産委員会（War Production Board）は同法の修正を求めた。とりわけ、軍事費を中心とする財政支出拡大とこれによる財政構造悪化のなかで⁵⁷⁾、ルーズベルト大統領は軍事物資生産を優先させる必要があると判断した。この結果、ラーナム法は1943年の初頭以降、本来の計画よりも大幅に縮小されることとなった⁵⁸⁾。

3.3 新しい民間医療システムとしてのプリペイメント・プランの動向と課題

カイザー医療プランの土台にもなっているプリペイメント医療は、主に1930年代を通して、いくつかの地域ないし組織において導入されはじめたシステムである。すでにみたようにその代表例としては、ロサンゼルス・ロス・ルース・クリニックでのプランやダラスのバイラー医療プラン、ブルークロスとブルーシールドのほか、ワシントンD.C.のグループ・ヘルス・アソシエーツ（Group Health Associates：1937年に設立された団体で、一般にGHAといわれる）等の各プランがあげられる。

この時期に、民間部門においてプリペイメント医療が構想された基本的背景は、主に次の4つにあった。

- (1) 1929年以降の不況期において、医療を受けることができない多くの失業者や貧困者が発生するなかで、国民医療保険のような公的制度が整えられていなかった。
- (2) ニューディールの各事業や軍事物資生産といった国家政策に従事する多数の労働者が生まれ、これらに対する医療保障が重要課題になっていた。
- (3) 「個人開業医による出来高払い制の医療」は経済力のある一部の国民に限られ、大半の国民にとって入手可能な（affordable）医療ではなかった。
- (4) アメリカの伝統的価値観と財政事情から、すべての国民、医師および病院が連邦政府の介入・管理の対象となる公的制度を導入しうる状態にはなかった。

こうしたなかで、企業、病院および医師グループあるいは労働組合が連邦や州政府の支援に依存することなく、市場において実行可能な医療システムを検討した一つの結果としてプリペイメント医療、より正確には「労働者の団体加入による定額払い制のプリペイメント医療プラン」が構想・導入されることとなった⁵⁹⁾。

そしてこれが、ニューディールと第2次大戦期を通して「個人開業医による出来高払い制の医療」に代わりうるシステムとして、あるいはアメリカ福祉国家を規定する要因の一つとしての「新しい民間医療モデル」になりつつあった。各地域の医師会は、そうした医療の形成・拡大の

阻止を試みたが、上記4つの経済・社会および財政事情のなかでは、それらの主張や行動はほとんど受け入れられなかった⁶⁰⁾。

プリペイメント医療プランの普及は、何よりも労働者の受診機会確保と労働生産性の維持の上で有益と判断されたためであるが、このほかにも、企業側の経営安定化策の一環としての意味をもつものであった。これについて、主に第2次産業に関わる比較的規模の大きな企業が、労働者の団結権や組合活動が拡大するなかで、雇用主提供医療保険としてプリペイメント医療プランを用意した。さらに各企業は、労働力を確保する方法の一つとして、そうしたプランを提示ないし利用することとなった。

これらの結果、1943年頃までに全労働者のなかで約1千200万人が「病院サービス」のプリペイメント・プランに加入して、約700万人が「医師サービス」のそれに加入することとなった⁶¹⁾。

ところで、大企業の労働者を中心にそうしたプランの加入者が増加しつつあったとはいえ、それ以外の国民、たとえば小規模企業の労働者と個人事業主、あるいは労働者の扶養家族や高齢者・失業者といった国民の大半が無保険であった。したがって、この当時のプリペイメント医療プランは、加入者数やそうしたプランを提供する保険団体の数と規模からして、多くの国民をカバーしうる全米モデルとしては普及せず、多数の無保険者への対応すなわち受診機会格差の問題が残された。

こうしたなかで、1943年に連邦と州政府の議員の一部が、「連邦政府の運営・管理による国民医療保険」の導入を提唱した。とりわけニューディール政策の推進論者は、社会福祉政策の一層の拡充を唱え、1935年の社会保障法 (Social Security Act) の改正を通して国民医療保険を盛り込むことを主張した⁶²⁾。

以上の諸点を踏まえ、次稿以下ではルーズベルトとトルーマンの各政権において提唱された国民医療保険プログラム等の内容を整理した上で、それらに対するアメリカ医師会、労働組合およびヘンリー・カイザーとシドニー・ガーフィールドの対応についてみていくことにしよう。

【注】

- 1) Andersen, Rice and Kominski(eds)(2007), Birenbaum (1997), Enthoven and Tollen(eds)(2004) Kovner and Knickman(eds)(2005), 安部 (2003)(2007), 西田 (1999) 等を参照。
- 2) カイザー・パーマネンテ (オークランド・統括本部) 提供の資料「About Kaiser Permanente」, 「Our model」, 「Our Mission」。
- 3) カイザー・パーマネンテ (オークランド・統括本部) 提供の資料「Kaiser Permanente: at a glance」。
- 4) California HealthCare Foundation (オークランド・本部) 提供の資料「California Health Plans and Insurers」と「California's Uninsured, 2008」より。カリフォルニア州におけるメディケア加入者の内、およそ190万人はマネジドケア・プランや出来高払い制のプランにも加入している。
- 5) Enthoven and Tollen(eds)(2004), Starr (1982) pp. 320-327等。
- 6) 医師サービスのプリペイメント・プランの起源は、古くは1800年代後半にあるとされ、たとえばメイヨー・クリニック (Mayo Clinic: ミネソタ州・ロチェスター) やクリーブランド・クリニック (Cleveland Clinic: オハイオ州・クリーブランド) 等のごく一部においてそれが導入されていた。Robinson (2004) p.207, Shortell and Schmittiel (2004) p.4, Starr (1982) pp.210-213, Stewart

- (2004) p.271。
- 7) ブルークロス・ブルーシールド協会（シカゴ・統括本部）提供の資料「Introduction to Blue Cross and Blue Shield」, 「The Blue System Today」。なお、中浜（2006）は、ブルークロス・ブルーシールドを中心に、アメリカの民間医療保険の基本構造を把握する上で有益である。
 - 8) Cunningham and Cunningham (1997) ch.1, Baylor Health Care System・ホームページ（2008年12月）「History 1903-2007」 (<http://www.baylorhealth.com/Pages/default-bhcs.aspx>)。ベイラー医療プランには、医師サービスをカバーするプランは含まれていない。
 - 9) ブルークロス・ブルーシールド協会（シカゴ・統括本部）提供の資料「History of the Blue System: Blue Cross」等。
 - 10) ブルークロス・ブルーシールド協会（シカゴ・統括本部）提供の資料「History of Blue Cross Blue Shield」, Cunningham and Cunningham (1997) ch.3, Business & Finance・ホームページ（2008年11月）「Company History: Blue Cross and Blue Shield Association」 (<http://www.answers.com/topic/blue-cross-and-blue-shield-association>)。
 - 11) ブルークロス・ブルーシールド協会（シカゴ・統括本部）提供の資料「History of the Blue System」, Wellmark Blue Cross and Blue Shield・ホームページ（2008年10月）「The Blue Cross Blue Shield Organization」 (<http://www.wellmark.com/index.asp>)。
 - 12) ブルーシールド・カリフォルニア（サンフランシスコ・統括本部）提供の資料「Blue Shield of California: History」, California Medical Association (2007), Cunningham and Cunningham (1997) p.45。
 - 13) Blue Cross and Blue Shield Association・ホームページ（2009年2月）「Blue Cross and Blue Shield: History」 (<http://www.bcbs.com/>), Business & Finance・ホームページ（2008年11月）（前掲）。
 - 14) カイザー・パーマネンテ（オークランド・統括本部）提供の資料「Kaiser Permanente Founding & History」。
 - 15) ロス・ルース・クリニックの取り組みと、これに対する医師会の批判行動については、Hendricks (1993) pp.17-18, Shortell and Schmittiel (2004) p.4, Stewart (2004) pp.271-272, Starr (1982) pp.301-304を参照。
 - 16) カイザー・パーマネンテ（オークランド・統括本部）提供の資料「About Kaiser Permanente」, Hendricks (1993) p.11。カイザー・パーマネンテの“Permanente”の由来は、カイザー舗装社の工場が Permanente Creek（パーマネンテ溪谷：サンフランシスコから南東に約60キロ）の近くにあり、ヘンリー・カイザーの最初の妻がその名前を好んでいたことにあるとされる。
 - 17) 秋元（1995）pp.154-156, 岡田（2000）pp.102-104。
 - 18) Foster (1985) pp.3-5, Hendricks (1993) p.12, p.20, Schama (2009)。こうした事業において多量のセメント・コンクリートが必要とされたが、ヘンリー・カイザーはこれらを自らの工場から入手することが可能であった。
 - 19) Hendricks (1993) pp.18-19。
 - 20) カイザー・パーマネンテ（オークランド・統括本部）提供の資料「About Kaiser Permanente」, Cunningham and Cunningham (1997) p.39, Hendricks (1993) pp.26-28, Starr (1982) p.301。
 - 21) カイザー・パーマネンテ（南カリフォルニア地域・パサディナ本部）提供の資料「Kaiser Permanente: Born and Raised in California」。後述するように、カイザー・パーマネンテの予防医療は、リチャード・ニクソン（Richard Nixon）大統領の「新しい国民医療戦略」(new national health strategy)においても取り上げられている。Nixon (1971) (1972)。
 - 22) Hendricks (1993) p.28。
 - 23) こうした西部地域での大規模な公共事業は、フーバー・ダム建設等と同様に国家・国民のフロンティア精神を刺激して、全米において約1千200万人とされる失業者に希望を与えるものとされた。Hendricks (1993) p.12, p.20。
 - 24) Hendricks (1993) pp.32-39, Coulee Community Hospital・ホームページ（2009年3月）「History」

(<http://www.couleecommmhosp.org/about/>)。

- 25) AFLとCIOを含め、アメリカの労働者と組合の動向については、Brody (1993)等を参照。
- 26) カイザー・パーマネンテ (南カリフォルニア地域・パサディナ本部) 提供の資料「Kaiser Permanente : Born and Raised in California」, Hendricks (1993) p.34。
- 27) Berwick and Jain (2004) p.33, Chuang, Luft and Dudley (2004) p.55, Crosson, Weiland and Berenson (2004) p.184, Robinson (2004) p.207, Starr (1982) pp.210-213。ただし、この当時のメイヨー・クリニックでの医療は、出来高払い制によるものであった。
- 28) California Medical Association (2007), Hendricks (1993) pp.35-36。
- 29) Hendricks (1993) p.37。カイザー・パーマネンテ (オークランド・統括本部) 提供の資料「About Kaiser Permanente」。なお、産科・婦人科医療に関しては、一定の自己負担が求められた。
- 30) Anicic (2006), Foster (1985) p.14。
- 31) Foster (1985) p.9, Hendricks (1989) p.157, Hendricks (1993) ch.2。
- 32) カイザー・パーマネンテ (南カリフォルニア地域・パサディナ本部) 提供の資料「Kaiser Permanente : Born and Raised in California」, Foster (1985) pp.9-10, Seward, Blank and Greenlick (1968) pp. 233-234。
- 33) Hendricks (1989) p.158, Hendricks (1993) p.64。病院建設費に占める連邦資金の割合は、およそ40%とされる。なおカイザー産業は、労働者家族のために住宅やレクリエーション施設も建設した。Foster (1985)。
- 34) Hendricks (1989) pp.158-159, Palette (1944) pp.245-246。
- 35) Palette (1944), Roosevelt (1942a) (1942b) (1943), Selby (1944)。
- 36) Palette (1944) pp.245-246, Selby (1944) pp.383-384。
- 37) カイザー医療プランに対するハロルド・フレッチャーとアラメダ・カウンティ医師会の批判等については、Hendricks (1989) pp.159-160, Hendricks (1993) pp.78-82を参照。
- 38) U.S. Senate Committee on Education and Labor (1942) "Statement of Henry J. Kaiser, Shipbuilder"。
- 39) *ibid.*。
- 40) *ibid.*。
- 41) *ibid.*。
- 42) *ibid.*, "Statement of Dr. Morris Fishbein"。
- 43) *ibid.*。
- 44) *ibid.*。
- 45) *ibid.*, "Statement of Dr. Frank H. Lahey", "Statement of Dr. Thomas Parran"。
- 46) *ibid.*, "Statement of Dr. Paul de Kruif"。
- 47) *ibid.*, "Statement of Dr. Morris Fishbein"。
- 48) *ibid.*, "Statement of Henry J. Kaiser, Shipbuilder"。
- 49) *ibid.*, "Statement of Dr. Morris Fishbein", "Statement of Henry J. Kaiser, Shipbuilder"。
- 50) *ibid.*, "Statement of Henry J. Kaiser, Shipbuilder"。
- 51) *ibid.*。
- 52) Hendricks (1989)。
- 53) Perlstadt (1995) pp.82-83, p.89。
- 54) Perlstadt (1995) pp.82-83, p.85, p.88, p.90, Seward, Blank and Greenlick (1968) p.233。
- 55) U.S. Senate Committee on Education and Labor (1942) "Statement of Henry J. Kaiser, Shipbuilder"。
- 56) Foster (1985) pp.9-10, Hendricks (1989) p.158, p.162。
- 57) この当時の財政問題については、とくに渋谷 (2005) [I] pp.92-94を参照。
- 58) Perlstadt (1995) pp.82-83, p.85, p.88, p.90。後述するように、病院建設に関する議論は、トルーマン政権にも引き継がれることとなる。

- 59) アメリカの民間医療保険のルーツの一つは、こうした団体プランにみることができる。主にヨーロッパ諸国から自由を求めて入国した多数の移民・労働者に対する医療保険としては、公的制度がこれを担う必要性が乏しく、あるいはそうした発想が生まれることもなく、むしろ民間ベースにおいて、とくにブルーカラー労働者を対象に（または労働者間の相互扶助として）団体プランが形成されることとなった。
- 60) その具体的な内容と経緯については、Hendricks（1993）p.83, Starr（1982）p.305等を参照。
- 61) Hendricks（1993）p.40, ch.2。これらの両プランに同時に加入する労働者数については不明。なお、こうしたプランの保険料については、雇用主が負担するケースや労使双方の負担により賄われるケースなど多様であり、また地域（州）によって異なるとされる。
- 62) この点について、フォーチュン（Fortune）社による1942年の調査では、調査対象の70%以上が国民医療保険を支持すると答え、また43年のギャラップ調査（Gallup poll：標本抽出調査）では、調査対象の60%程度がそれを好意的に評価するとの回答が得られたとされる。Hendricks（1993）p.85, Poen（1979）p.30, Starr（1982）pp.287-289, Social Security Online・ホームページ（2010年3月）「Social Security History：The Third Round 1943-1950」（<http://www.ssa.gov/history/corningchap3.html>）。

付記：本研究は、北星学園大学・特別活動研究費（2008年度）の成果の一部である。

[Abstract]

Managed Care of Kaiser Permanente (1) : Its History and Strategy from the New Deal to the middle of the Second World War

Masahito ABE

This study examines the history and strategy of Kaiser Permanente from the New Deal to the middle of the Second World War. Kaiser Permanente was established by an industrialist Henry Kaiser and a doctor Sidney Garfield and it is one of the biggest MCOs (Managed Care Organizations) in the U.S. now. The basic strategy introduced by Kaiser Permanente is IHDS (Integrated Health Care Delivery System) which is composed of insurance service, hospital service and physician's service. This system was formed during the New Deal and the Second World War. Henry Kaiser managed dam construction in the New Deal era and shipbuilding in the Second World War era. Many injuries and illnesses occurred at those plants. In this situation, Sidney Garfield made a contract with Kaiser industry to provide medical services. The Kaiser health plan was born from the encounter of Henry Kaiser and Sidney Garfield, in California, 1933. The Kaiser health plan has an important meaning as one of the employer-sponsored health insurance systems that are basic for many Americans.