

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 ——

安 部 雅 仁

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 ——

安部 雅 仁

目次

はじめに

- 1 ワグナー・マレー・ディング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

はじめに

第2次大戦時の1940年代初頭は、アメリカでは医療保障や病院施設整備に関していくつかの議論が行われ、また課題が指摘された時期であった。このなかでも医療保障については、国民の受診機会格差に対していかに対応するかが問われた。

その背景は、1930年代を通して「新しい民間医療モデル」としてのプリペイメント医療プランが考案され、これが一部の企業の雇用主提供医療保険として普及しはじめた一方、その加入機会が用意されていない多くの国民が無保険であったことにある。

こうしたなかで、ロバート・ワグナー (Robert Wagner: 民主党) は、ジェームス・マレー (James Murray: 民主党)、ジョン・ディングル (John Dingell: 民主党) と共に、1943年に連邦政府の運営・管理による医療保険プログラムの必要性を唱えた。これは、ワグナー・マレー・ディングル法案 (Wagner-Murray-Dingell Bill) ともいわれ、国民医療保険 (National health insurance: 本来、Government health insurance との言葉が使われていた) に関するアメリカで最初の提案であった。

ワグナー・マレー・ディングル法案の目的は、すべての労働者と扶養家族に加え高齢者と失業者を対象に公的な医療保険を導入しようとするところにある。こうした提案は、ヨーロッパ型の福祉国家に基づく医療モデルと市場原理に整合的なアメリカ医療モデル¹⁾との選択に関するテーマの一つとして、あるいはニューディール期から戦時中において変わりつつあった医療保障に関わる論点の一つとして重要な意味をもっていた。

以下では、それらの内容を整理して、いかなる議論・評価がなされ、連邦政府がどのように対応したかをみた上で、カイザー・パーマネンテが設立された経緯とその終戦直後の動向について検証しよう。

1 ワグナー・マレー・ディンゲルの国民医療保険法案

1.1 内容と評価²⁾

内容

ワグナー・マレー・ディンゲル法案の目的は、1935年の社会保障法に次の3つの規定を新たに設け、それらを一つの制度体系として導入しようとするところにある。第1は、全国民を対象とする「医療保険」、第2は、保険料と公費負担(国庫負担)による「連邦基金」、第3は、失業者に対する「補足給付」である。

第1の「医療保険」は、医師サービスと病院サービスを含む包括的なプログラムであり、医師サービスについては、プライマリ・ケアと専門医療に関わる大半の医療が保障の対象とされた。また、病院サービスについては、X線等による各種の検査・診断と30日間までの入院がその対象となっている。これらの医療費は、第2の「連邦基金」にプールされた財源から賄われるものとされたが、高度・高額医療と歯科医療、および在宅看護は保障の対象外となっている。

医師サービスの報酬については、出来高払い制や定額払い制のほかにも給与制が想定され、各州の政府と医師会の判断によってはこれらの組み合わせも可能とされた。この場合の出来高払い制は、医師と患者の2者間での交渉ではなく、連邦政府(主に公衆衛生局)が定める報酬表によるものとなっている。また、病院サービスの報酬については、1人の患者につき1日6ドルに設定された。

ワグナー・マレー・ディンゲル法案の一つの特徴は、多数の医師と病院を連邦政府の管理下に置いた上で医療を提供することにある。たとえば医師に対しては、個人開業医かグループに属する医師かに関わらず原則的に一般医(GP)として医療保険プログラムに参加することが求められ、加入者・患者はそうした契約医師からのみ医療を受けることができるものとされた。また、病院に対しては、国民医療保険の加入者を受け入れる以上、病院サービスの内容について連邦の適格基準(federal standards of competence)を厳守することが要求された。

次に、第2の「連邦基金」に積み立てられる保険料については、各企業の雇用主と労働者が年間賃金の最初の3千ドル(課税標準)に対して1.5%ずつを労使折半、すなわち合計で3%の負担(拠出)とされ、自営業者はその3%の全額を負担するものとなっている。3千ドルをこえる賃金については、4.5%ずつの労使折半すなわち合計で9%の負担(自営業者はその全額負担)との提案も加えられた。なお、保険料は、医療費の変動と公費負担の如何によって、見直しが行われるものとされた。

最後に、第3の「補足給付」は、疾病や怪我により就労ができなくなった労働者に対して、一定期間の現金支給(cash payments)を保障しようとするものであり、これに要する資金も「連邦基金」から賄われることとされた。すなわちワグナー・マレー・ディンゲル法案は、医療保険のほかにも所得保障を含む提案であった。なお、保険料の納付が困難な失業者や高齢者については、原則的に「補足給付」としての医療扶助による受診が望ましいとされた。

評価

ワグナー・マレー・ディンゲル法案に対しては、さまざまな評価あるいは批判がなされた。まずは雇用・就労環境の改善を望んでいた労働者のなかでも、雇用主提供医療保険の加入機会が用意されていなかった労働者や農業従事者からは、一定の評価が得られた。また、高齢者や個人事

業主は、保険料負担面での課題が残されたとはいえ、提案内容そのものについては必ずしも批判的ではなかったとされる。

一方、アメリカ医師会は、この法案は医師の裁量と患者の医師選択を制限するものと指摘した上で、社会主義的医療そのものであるとして厳しく批判した。とりわけ、医師の専門分野を問わず一律に一般医（GP）としての契約・登録が求められ、報酬や勤務時間さえも政府に管理される内容に対して、多くの医師が強い反感をもつこととなった。さらに医師会は、この法案に関する行政・管理のあり方、すなわち公衆衛生局長官が各地域の責任者（役人）にそうした業務を委任することについて、「ナチ体制（Nazidom）の全体主義の下で田舎のボス（下級行政官の例え）に地域医療が委ねられるようなもの」と酷評した。

こうして、アメリカ医師会とりわけ専門医のグループは、ワグナー・マレー・ディンゲル法案に即した医療プログラムが成立した場合には、契約医師としての参加をボイコットするための全米運動を計画していたとされる。

また、共和党議員や全米弁護士協会（American Bar Association）等の保守派グループおよびアメリカ歯科医師会（American Dental Association）と製薬工業協会（Pharmaceutical Manufacturers Association）は、この法案を次の3点から批判した³⁾。第1は、医療保険プログラムの運営・管理上の権限が連邦政府に集約され、医師と病院および国民が全体主義的な統制の下に置かれる。第2は、全国民に関わる医療費のほかにも、各地域での情報収集と行政コストを含め多額の公費が必要となり、したがって過大な国民負担につながる。第3は、大きな政府（big government）が形成されるだけであり、国民の福祉向上にとって有益ではない。

これらのほかにも、医療を受ける側の国民・患者の代表や医療制度改革を支持するグループの一部は、ワグナー・マレー・ディンゲル法案は次の3点が欠落していると指摘した。

第1は、「病院施設と病床」の整備である。この当時は、各地において多数のブルーカラー（主に、土建工事や軍需産業に従事する労働者）が病院や診療所に殺到する一方、それらの施設は極端に不足・老朽化していた。こうしたなかで、1943年初頭のラーナム法の改正により、病院建設に関わる連邦資金が削減あるいは凍結されていたため、各自治体や企業は連邦政府に対して病院施設と病床の整備を求めた⁴⁾。

第2は、「健康診断」の奨励である。多くの国民は疾病や怪我の発症直後に医療を受けることは必ずしも一般的ではなく、症状が悪化した段階ではじめて受診した結果、高額な医療費を請求され、あるいは死亡につながるケースさえあった。このため、職種や所得階層を問わず、全国民に健康診断の機会を用意することが望ましいとされた。

第3は、「グループ医療」の促進である。アメリカでは伝統的に個人開業医による医療（solo practice）が一般的であったが、1930年代後半以降、各診療科の複数の医師から構成されるグループ医療（group practice）が普及しはじめていた⁵⁾。これは、医師の連携を可能にする医療とされ、そうした医師グループが病院施設と医療機器およびスタッフを共同で使用することにより効率化がはかられ、これによって一人の医師に係る運営・管理コストと財政リスク（financial risks）の軽減も期待された。こうした意味においてグループ医療は、治療成果の向上と医師サービスの効率性の観点から望ましいものと評価されつつあった⁶⁾。

ワグナー・マレー・ディンゲル法案においては、こうした3つの提案が含まれていなかったため、国民医療保険の支持者からも十分な評価は得られなかった。

ここで興味深い事は、ヘンリー・カイザーとモーリス・フィッシュバイン (JAMA の編集長) は、前稿「カイザー・パーマネンテのマネジドケア (1)」においてみたように、プライベート・グループ医療については考え方が対立していたが、国民医療保険に関しては同一の理由から、その導入に異議を唱えたことにある。たとえばヘンリー・カイザーは、ワグナー・マレー・ディングル法案に対する評価の一つとして、全国民を強制加入の対象とするシステムは「あまりにも包括的すぎる」(too comprehensive) と指摘してその法案を批判した⁷⁾。

なお、「too comprehensive」の意味は、次の2つにある。第1は、医療が公的制度の枠組みのなかで運営された場合、国民・患者および医師と病院のそれぞれの意思と行動が制約され、医療システムの効率化や治療成果の向上にはつながらないことを指している。第2は、アメリカ資本主義経済の発展は企業と労働者に対して市場での自由な活動や競争が認められることにより可能となるものであり、したがって市場経済に異質な要素(政府の介入)が大きく入り込むことは可能な限り避けるべきとの意味である。

また、ロバート・ワグナー等は、自らの法案に対するアドバイザーの一人として個人的にヘンリー・カイザーのサポートを期待していたが、これについても協力が得られなかった。その理由は、ヘンリー・カイザーは医師会と同様に、自由意志(voluntarism)、民間事業(private enterprise) および個人責任(individual responsibility) を重視する立場から、医療に対する連邦政府の介入を望んでいなかったためである⁸⁾。

ヘンリー・カイザーは、こうした意味においてモーリス・フィッシュバインやアメリカ医師会の考え方と一致しており、また保守派・共和党寄りの発想をもっていた。

ワグナー・マレー・ディングル法案は、社会保障法を医療制度面から問い直そうとするものであり、医療のあり方を国家的レベルで検討する上で重要な契機にもなった。しかしこれに対しては、上にみたように連邦政府の管理・介入の方法が広範囲・包括的であり、またいくつかの対策が欠けているとの見方が一般的であった。

何よりもルーズベルト大統領は、福祉政策に関する国民および労働者の要求に対して一定の理解を示していたとはいえ、政策上の優先順位としては「福祉プログラム」よりも「軍事プログラム」に重点を置くべきと判断した。

こうしてワグナー・マレー・ディングル法案は、連邦議会での賛否を問われることなく、その導入論議は次第に鎮静化することとなった。

1.2 地方政府の対応とカイザー医療プランの動向

ニューヨーク市とカリフォルニア州の対応

ルーズベルト政権は、ワグナー・マレー・ディングル法案に対する以上の反応を踏まえ、新たな提案(federal proposals)を行った。そうした提案の基本は、各州ないし地域において医療保障のあり方を検討することが望ましいとするものであり、13の地域において独自のプランが計画あるいは導入されることとなった。

以下ではそのなかでも、ニューヨーク市とカリフォルニア州の事例をみておこう⁹⁾。ニューヨーク市の事例を取り上げる理由は、この地域を対象とする医療プランが導入される上で自治体が新たな組織の設立に関与したことにあり、また本研究との関係で、そうしたプランが検討される過程において、カイザーの医療プランが参考にされたことにある。

ニューヨーク市では、当時の市長フィオレロ・ラガーディア（Fiorello La Guardia）の提案により、1944年にヘルス・インシュアランス・プラン・オブ・ニューヨーク（Health Insurance Plan of New York：一般に、HIP といわれる）が設立された。この目的は、主にニューヨーク市の中・低所得者を対象に、支払い可能な保険料負担によりプリペイメント医療プランを用意することにある。なお、HIP は、ニューヨーク市によって一定の管理がなされる非営利民間保険団体であり、また、医師グループや病院施設を所有せず、それらと個別契約の上で加入者に医療を提供する組織である¹⁰⁾。

ヘンリー・カイザーは、ニューヨーク市からの要請により HIP の設立に関わることとなった。その委員会においてヘンリー・カイザーは、フィオレロ・ラガーディアを中心とする HIP の設立メンバーに対し、次の2点を提案した。第1は、長い間、出来高払い制の医療に携わってきた医師の考え方を改めさせる必要がある。第2は、保険者機能の効率化と経営の安定化のためには、契約医師と病院に対する診療報酬を原則的に定額払い制に統一する。この2点である。

シドニー・ガーフィールドも、HIP の関係者やニューヨーク大学とコロンビア大学の理事およびマウント・サイナイ病院（Mt. Sinai Hospital）の経営者に、医療プランについてアドバイスをを行った。その際にガーフィールドは、医師グループを構成した上で、企業等の組織を契約単位とする団体医療を基本にして、その労働者と扶養家族が加入しうる「ファミリー医療プラン」を導入することを提案した。

HIP の設立委員会は、以上の提案を参考に医師と病院サービスの提供体制を整え、まずは中小企業の労働者を対象とする医療プログラムを検討・導入した。これ以降 HIP は、契約医師と病院を次第に拡大させ、多くの労働者と扶養家族がそのプランに加入することとなった¹¹⁾。

カリフォルニア州においても、当時の知事アール・ウォレン（Earl Warren）の提案により、定額払い制のプリペイメント医療プランを普及させるプログラムが検討された。ただしカリフォルニア州では、ニューヨーク市とは異なり、州政府が新しい組織を設立して医療プランの提供・管理に関わるのではなく、既存の民間システムを活用することが前提であった。

それらの検討を通して、カイザーのモデルを参考に、そのプランをカリフォルニア州の各地に普及させることが望ましいとされた（ただし、州政府がヘンリー・カイザーとシドニー・ガーフィールドに対して医療プランの運営・管理を全面的に依頼するとの内容ではない）。これは、医師と病院サービスおよび予防医療を含むカイザーの包括的プランが評価されたためであり、また住民にとって支払い可能な負担により実行しうるものと判断されたためでもある。

こうしたなかでカリフォルニア州医師会は、カイザーの医療プランが州政府支持の医療モデル（state-supported medical care model）として評価されたことに対し、広告会社（Whitaker and Baxter 社）と契約して批判活動を展開した。同医師会によるこうした行動のもう一つの目的は、カリフォルニア州の医師がシドニー・ガーフィールド&アソシエーツと契約して、その規模が拡大することを警戒したためでもあった。

なお、カリフォルニア州では、出来高払い制の医師サービスを基本とするブルーシールドのプランが医師会により支援されており、また、同州の広い地域において、ブルークロスの病院サービス・プランが普及しつつあった。ブルークロス・カリフォルニアは、当初はロサンゼルスを中心とするカリフォルニア南部地域を拠点としていたが、1930年代後半以降、その北部地域にもエリアを拡大していた。

こうしてカリフォルニア州では、カイザーのモデルが州政府によって支持されたとはいえ、それが医師会から批判され、また、ブルークロスの加入者が増加していたことに加え、ブルーシールドのプランも用意されていた。これらの事情から、州政府が地域の医療保障に関与する計画は具体的には進展しなかった。

もとよりヘンリー・カイザーは、カリフォルニア州政府の構想自体にとくに関心をもっていなかったとされる。シドニー・ガーフィールドも同様に、カイザー医療プランの加入者が増加するなかで契約医師を確保して、シドニー・ガーフィールド&アソシエーツの代表者としての業務に専念することが有益と判断した。

なお、ヘンリー・カイザーとシドニー・ガーフィールドが以上の構想に関心をもたなかった主な理由は、次のことにあった。すなわちそれは、カイザー医療プランがカリフォルニア州の多くの企業および労働組合から評価されるにつれ、カイザー産業以外の労働者にも医療プランを提供することを検討しはじめていたためである（その詳細については後述する）。

雇用主提供医療保険としてのカイザー医療プランの特徴

連邦政府による国民医療保険の導入論議が立ち消え、各州・地域において医療保障のあり方が検討されるなかでも、雇用主提供医療保険に対するニーズは拡大していた。その背景の一つは、1940年代初頭以降、景気回復に伴って失業率が2～3%程度にまで低下するなかで、労働力が不足したことにある¹²⁾。

多くの企業では、高額賃金提示により労働者を確保する方法が採られていたが、第2次大戦の長期化に伴ってインフレ対策としての物価・賃金統制（price and wage controls）が行われた結果、高額賃金に代えて付加給付としての医療保険の提示によって労働力の確保が進められることとなった。これは、雇用主提供医療保険に対するニーズを拡大させ、それを普及させる要因の一つにもなった。

ところで、この当時は、労働者にとっては「雇用主提供医療保険」と「雇用主提供年金」（Employer-sponsored pension）といった2つの企業福祉（より正確には、雇用関係をベースとする企業内福祉）が用意されつつあった。しかし、これらに対する労働者（労働組合）の評価・判断は、業種や勤務形態（たとえば、短期契約か常勤の長期契約か）によって異なっていたとされる。その背景と経緯について、少し整理しておきたい。

まずは1920年代後半以降、主に第2次産業の雇用主の一部は、生産効率の低下を回避するとの経営判断により、労働者の団体加入医療プランを用意した。これが、雇用主提供医療保険のベースにもなった。

ただし、これは基本的に雇用主側の判断によって導入されたシステムであり、労働者側の意向は必ずしも反映されなかったとされる。雇用主提供医療保険が労働者側の要求として浸透しはじめた時期は1935年以降であり、ワグナー法によって組合活動が合法化され、労働者の権利意識が拡大したことが大きな要因になっている。

また、1935年は社会保障法が制定された時期であり、その一つとして、連邦政府の管轄による老齢年金保険が導入された。これによってアメリカの年金制度は、1920年代後半に大企業を中心

に設立された企業年金としての雇用主提供年金および公的制度としての老齢年金保険の2つによって、その基礎が形成されることとなった¹³⁾。

こうして「雇用主提供医療保険」と「雇用主提供年金」が企業福祉の中心として用意されることとなったが、労働者のなかでもブルーカラーは後者には必ずしも関心がなく、前者を求めたとされる。

この当時（1940年代前半）のブルーカラーの多くは、一般に、土木・建設工事が完了して、あるいは生産物が完成するまでの“短期契約”の労働者とされ、この場合には「将来の生活費保障」よりも「現在の怪我や疾病に対する保障」が重要であった¹⁴⁾。また、その雇用主も、労働力の確保、労働生産性の維持・向上および企業福祉（福利厚生）の充実といった観点から医療保険を用意した。

雇用主提供医療保険が普及した主な産業は、土工事や軍需産業、鉄鋼業等の重化学工業および製造業関係であった。ただし、そうした産業において医療保険の加入機会が用意されたとしても、労働者（労働組合）のなかには必ずしもそれを評価しないケースがあった。主な理由は、次の3つとされる¹⁵⁾。

第1は、パターナリスティックであり、労働者は経営者側から管理を強化され、また従属性（忠誠）を求められる。第2は、企業組織に医療保険の部門が加わることにより、分配可能な賃金が制約される。第3は、患者としてのプライバシーが保護される保証はなく、疾病・治療記録は保険団体や病院に管理される。

こうしたなかでヘンリー・カイザーは、医療保障に関して次の考えをもっており、カイザー産業においてそれを浸透させていた。すなわち、「・・・アメリカ経済の発展のためには、企業と労働者それぞれの活力が必要であり、労働者に対して医療を提供することは“経営者の責任”である・・・（中略）・・・公的医療保険に頼ることなく労働者が自らの幸福（well-being）と人的資本の価値ないし生産性を維持するためには民間プログラムが必要であり、これに対して一定の負担を行うことは“労働者の義務”でもある」¹⁶⁾。

その上でヘンリー・カイザーは、企業における団体福祉（collective welfare）は労使間での信頼に基づいて形成され、これによって活力のある産業と経済が確立されるとの考えをもっていった。なお、カイザー医療プランは、保険・病院・医師の各サービスが「1つの組織（カイザー産業内）」で賄われるシステムであるため、患者としての情報が外部の保険団体や病院に管理されることはない。

こうした意味においてヘンリー・カイザーは、カイザー産業の労使間での交渉を通して「組織の内部」から形成される医療プランとその団体加入は有益と判断した。また、同産業の多くの労働者もそれを好意的に受け止め、扶養家族と共に医療プランに加入することとなった。

なお、カイザー産業の労働者（その一部はCIOの加入者）は、企業年金や賃金の引き上げについては、とくにこれを求めなかったとされる。前者の理由は、雇用期間がダム・水道工事や軍艦・船舶の完成までの短期であったため、「将来の生活費保障」に関わる企業年金を要求する労働者がほとんどいなかったことにある。

賃金引き上げを求めなかった理由は、雇用契約の際にそれがあらかじめ定められ、また賃金が

統制されたことにあるが、このほかにもダム建設等はニューディールに、造船・鉄鋼業は戦争にそれぞれ関わる国家事業であり、これに関連する産業（少数の大企業による寡占産業）においては比較的高い賃金が支給されていたことにある。すなわち、それらの事業に対しては多額の連邦資金が投じられ、さらに連邦政府によって一定の損失保証がなされていたため、その契約企業は、他の競争市場の企業等に比べて高い利益（分配可能利益）を得ることが可能であった¹⁷⁾。

このためカイザー産業の労働者は、企業年金や賃金よりも企業福祉としての医療保障を重視して、その拡充を求めた。

こうしてヘンリー・カイザーは、生産性の向上と良好な労使関係を維持する方法として、産業内での充実した医療サービスの確保を選択して、その提供体制を整えた。カイザー産業の労使関係と医療プランのクロズ・モデルはこれによって強化されることとなったが、こうした発想は「カイザー基準」(Kaiser criteria)ともいわれた¹⁸⁾。

これまでは、カイザー医療プランの経緯とその基本モデルについて、主にニューディールと第2次大戦期における医療保障の議論および雇用主提供医療保険の動向を踏まえながらみてきた。その要点を整理しておこう。

まずは、ヘンリー・カイザーとシドニー・ガーフィールドによって構想・導入された医療モデルは、リベラル派・改革論者が提唱するように政府とりわけ連邦政府が運営・管理主体となって多くの国民に受診機会を用意しようとする全体主義的手法ではない。また、そうしたモデルは、公的介入を悪、民間部門の自由な行動や個人の任意判断を善とみる保守派の市場原理主義的手法でもない。

すなわちカイザーのモデルは、「社会主義的医療」でも「医師と患者の個人的関係に基づく医療」でもない独自の発想に基づくものであり、組織内での福祉政策を通して形成された「保険・病院・医師サービスの統合モデル」であった¹⁹⁾。こうしたモデルに基づく医療プランは、連邦と州政府（より正確には、リベラル派と保守派の中道の立場にある議員グループ）から次第に賛同を得ることとなった²⁰⁾。

次の2では、カイザー産業内に導入された医療プランが、1945年7月以降「カイザー・パーマネンテ」を通して提供されることとなった経緯について、とくに労働組合との関係を中心にみていこう。

ここで、カイザー・パーマネンテの設立とそれ以降の発展過程においては、西部沿岸地域のなかでもカリフォルニア州のベイ・エリア (Bay Area) が拠点となるため、その位置関係をあらかじめ確認しておきたい (図表2-1)。

図表 2-1 カリフォルニア州のベイ・エリアとそのカウンティおよび主要都市



ベイ・エリアにおける
カウンティおよび主要
都市 (●が主要都市)

←カリフォルニア州

出所) Scott, Ruef, Mendel and Caronna (2000) p. 29。

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

2.1 カイザー・パーマネンテ創設の前段階

保険料と保障内容の検討

すでにみたようにカイザーの医療プランは、他の保険団体等にはみられない独自の手法によるものであった。大半の医療をカバーする包括的プランと予防医療の奨励、さらに割安に設定された保険料は、カイザー産業以外の労働者や企業にとって大きな魅力でもあった。

ヘンリー・カイザーとシドニー・ガーフィールドは、医療保障をめぐる1940年代前半の出来事、すなわち連邦あるいは州政府による医療保障の行方が不透明な政治・社会状況において、自らが構想・実行したプランはとくに労働者にとって有益と判断した。こうしたなかで、カリフォルニア・CIO (California CIO) と AFL・アラメダ・カウンティ中央労働評議会 (AFL Alameda County Central Labor Council) は、医療プランの選択肢の一つとしてカイザーのそれを検討した。

とりわけカリフォルニア・CIO はカイザー医療プランを高く評価したとされ、CIO に加盟するいくつかの労働組合は、労使間交渉を通してヘンリー・カイザーに対してその加入機会を求めた²¹⁾。

ヘンリー・カイザーは、こうした要請を受けて、シドニー・ガーフィールド等と共に、カイザー産業以外の労働者に対する医療プラン (主に保険料と保障内容) を検討することとなった。これは、カイザー・パーマネンテが設立される前段階の作業でもあった。

ここで、1940年代前半における労働者の医療支出とカイザー医療プランの保険料 (提案) についてみておきたい²²⁾。

まずは、労働省 (Department of Labor) による1942年の調査では、労働者所得のおよそ4.7%が医療支出に充てられると推計された。また、全米鉄鋼労働者組合 (United Steelworkers) による1944年の調査では、労働者の1年間の平均医療支出 (扶養家族分を含む) は129.84ドルとされ、これは、当時の平均年収 (2千585ドル) のおよそ5%を占める。なお、鉄鋼関係の労働者は産業の寡占化と生産規模拡大のなかで比較的給与水準が高いとされたが²³⁾、他の産業における労働者の年収に占める医療支出割合は5%を大きくこえ、低賃金労働者のなかにはその割合が16~25%になるケースもあるとされた (こうした医療には予防医療は含まれていない)。さらに同調査によれば、労働者家計のおよそ53%が経済的理由により受診を遅らせていたとされる。

これらを踏まえヘンリー・カイザーとシドニー・ガーフィールドは、カリフォルニア州の多くの企業および労働組合に対して、次のことを伝えた。すなわち、平均年収 (2千585ドル) を稼得する4人家族のケースでは、1年間あたり約83ドル (年収の3.2%程度) の保険料負担により包括的な医療を提供することが可能である。

そうしたプランの基本内容は、原則的に結核と精神疾患を除く、すべての疾病と怪我に対する病院と医師サービスおよび予防医療とされた。ただし、入院医療 (とくに入院期間) については、病院施設の不足のため一定の制限が設けられ、また、扶養家族に係る最初の往診 (house call) と出産費用については、一部自己負担が求められることとなった。

ところで、カイザー産業の経営幹部は、外部企業の労働者に医療プランを提供する際には、カイザー産業の労働者よりもある程度重い保険料負担を課すべきと考えていた。その理由は、加入者の構成において外部企業の労働者割合が増加した場合、医療プランの運営・管理面でのカイザー産業の影響力が低下する可能性があり、これに一定の歯止めをかけるためであった。

同産業の経営幹部は、こうした可能性（危険性）を警戒したとはいえ、労使間での検討の結果、外部企業の労働者に対する保険料をとくに高く設定しない方向で調整することとなった。これはカイザー産業の労働組合リーダーの提案によるものとされ、その目的は、多くの企業からの新規加入者増によってカイザー・パーマネンテの規模を拡大させ、これによって医師会や一部の保守派グループからの批判を少しでも回避しようとすることにあった²⁴⁾。

カイザー・パーマネンテの設立に関わる課題—医師グループの再編と病院施設の整備

シドニー・ガーフィールドは、医療プランを多数の労働者に提供するもう一つの準備として、医師グループの拡大を進めた。本来は、医師会に加入する医師との契約が想定されたが、医師会からの根強い抵抗により、それに加入しない医師、あるいは加入していても伝統的な出来高払い制に固執しない医師との契約が優先されることとなった。

これに関してヘンリー・カイザーは、競争心とコスト意識をもった医師、多数の労働者・患者を対象とする団体医療に関心のある医師を求め、また年齢的に若い医師との契約を優先させるべきと考えた²⁵⁾。その理由は、「医師グループによる定額払い制の医療」のなかで医師が相互に質的向上に取り組み、治療の成果によって報酬が変動する「競争原理」を浸透させる上で有益と判断されたためである。こうして、医師報酬の設定とあわせ、高度な医療機器の設置により、医師グループが再編・拡大されることとなった。

医療プランの内容と保険料の検討および契約医師の確保を中心にカイザー・パーマネンテの設立準備が進められたが、固定資本のなかでも病院と病床不足の課題が残されていた。とくに、バンクーバー・ポートランドの造船所とフォンタナの鉄鋼所では、医療プランの加入者が増加するにつれそれらが不足したため、労働者の扶養家族の病院サービスについては一定の制限が設けられていた（これにより、扶養家族の加入率は、バンクーバー・ポートランドではおよそ64%、フォンタナでは50%程度であった）。

このためカイザー産業の経営サイドは、新規の契約予定とされる外部企業労働者の扶養家族に関わるプランを検討した結果、医師サービスについては対応可能であるが、入院サービスについては十分な対応ができないと判断した。

カイザー産業は、カイザー・パーマネンテの設立前に、海軍関係の住宅建設を請け負う複数の企業の求めに応じて医療プランを提供することとなったが、以上の理由によりその契約企業は、病院施設が整えられたサンフランシスコとオークランドの一部に限定された。また、そうした企業の加入者のなかでも扶養家族に関わる入院医療については、30日間のウエィティング期間（thirty-day waiting period）が設けられた。これは、疾病や怪我の治療に要する期間が30日をこえた段階ではじめて入院医療が提供される受診制限の一つであり、これについて連邦住宅局（Federal Housing Administration）は不満をもっていたとされる²⁶⁾。

ヘンリー・カイザーは、こうした実態と批判に基づいて病院と病床の増設を検討した。その方法として、ブルークロスのオープン・モデルのように各病院との「個別契約」が一つの選択肢であったが、「自己所有」の原則が維持されることとなった。繰り返し触れているように、病院の「自己所有」はカイザー医療プランの統合的・効率的運営に関わるものであり、また、これがカイザー基準の一つでもあった。

なお、この時期は病院建設に関わるラーナム法の連邦資金がほとんど凍結されていたため、カイザー産業の法人資産とヘンリー・カイザーの個人所得によって、パーマネンテ財団病院（外来センターを含む）の建設が進められた²⁷⁾。

2.2 カイザー・パーマネンテの独立と新たな課題

労働組合と医師会の反応

以上の経緯と準備を経て、第2次大戦終戦直前の1945年7月にカイザー・パーマネンテが設立され、カイザー医療プランは、この組織によって運営・管理されることとなった。終戦直後には、オークランドに新しい統括本部が設けられ、多くの労働者とその家族および個人事業主を対象に医療プランが提供された。

カイザー・パーマネンテの独立後に加入した最初の組合は、たとえばオークランド活版印刷組合、ビル・サービス労働組合およびクリーニング・染物労働組合等であり、このほかに事務系のホワイトカラーも加入者となった²⁸⁾。また、サンフランシスコ南部のベツレヘム鉄鋼企業組合をはじめ、カリフォルニア地域の鉄鋼組合労働者の多くが、カイザー・パーマネンテに加入した。鉄鋼関係の組合がカイザー・パーマネンテを選択した理由の一つは、フォンタナのカイザー鉄鋼所において同業種の労働者を対象とする医療プランがすでに導入されており、その内容が評価されたためであった²⁹⁾。

なお、こうした組合においては雇用主から複数の医療プランが用意されるケースがあり、労働者はそのなかでもブルークロス・カリフォルニアやブルーシールド・カリフォルニアのプランを選択することも可能であった。雇用主提供医療保険を通じた団体加入の増加と労働者にとっての医療プランの選択肢拡大は、カリフォルニア州において、カイザー・パーマネンテ、ブルークロスおよびブルーシールド間での競争を加速させる要因にもなった³⁰⁾。

次に、カイザー・パーマネンテの独立に対する医師会の反応についてみておこう。前稿「カイザー・パーマネンテのマネジドケア（1）」において取り上げたように、西部沿岸地域の医師会は、カイザー・パーマネンテの次の2つのシステムを批判していたが、それらがカイザー産業以外の労働者にも拡大されたことに対してさらに批判を強めた。その第1は、労働者の団体加入と扶養家族を対象とするプリペイメント医療プラン、第2は、医師の裁量や報酬および勤務体制が管理されるプログラムである。

こうした批判の理由を再確認すれば、多数の加入者を対象に割安な保険料により包括的医療が提供され、しかも限られた財源プールから定額払い制に基づいて契約医師に所得が支給（再分配）されることにある。医師会のなかでも、とりわけモーリス・フィッシュバインは、そうした給与制の報酬システムを社会主義的手法そのものとみていた。また、西部沿岸地域の個人開業医は、カイザー・パーマネンテのようにグループ医療に関わる医師は組織の一員としての立場に置かれるため医療の質的向上を必ずしも優先するものではなく、患者に対する倫理的責任を全うするこ

ともできないと批判した³¹⁾。

こうしたなかでカリフォルニア州各地域の医師会は、ブルークロスやブルーシールドとの協力的ないし契約拡大を通して、カイザー・パーマネンテに対する敵対的行動を採ることとなった。すでにみたように、ブルーシールド・カリフォルニアは、この地域の医師会によって設立されたカリフォルニア・医師サービス（CPS）が運営主体となっている。また、ブルーシールド・カリフォルニアの契約医師の多くは、ブルークロス・カリフォルニアの契約病院において医師サービスを提供していた。

カイザー・パーマネンテの競合組織としてのブルークロス・カリフォルニア

ブルークロス・カリフォルニアは、保険加入者獲得の上でカイザー・パーマネンテと競合関係を形成しつつあったが、アメリカ病院協会（とくにカリフォルニア病院協会：California Hospital Association）との協力関係を得るなかで組織の規模を安定的に拡大させていた。それらの協力関係の目的は、主に病院サービス・プランのブランド力向上をはかり、加入者を増加させることにあるが、これは各地に設立されたブルークロスの保険団体にとっても同様であった。

アメリカ病院協会とブルークロスの保険団体は、アメリカ民間医療保障のなかでも病院サービス・プランの形成と拡大の上で深い関わりがあるため、カイザー・パーマネンテの設立後の動向について検討する前に、それらの関係について少し整理しておきたい³²⁾。

まずはアメリカ病院協会は、1899年の設立以来、多くの国民・患者に病院サービスを提供する国家的基準（national standards）を模索・検討していたとされる。こうしたなかで1930年代以降、ブルークロスのプリペイメント病院サービス・プランが各地において次第に普及することとなった。

アメリカ病院協会は、ブルークロスのプランを好意的に受け止め、多数の国民に対する病院サービス（提供）の国家的基準になりうるものと判断した。そうした基準を証明する証の一つとして、アメリカ病院協会は1939年以降、協会の紋章（図表2-2）をブルークロスのシンボル・マーク（図表2-3の中央部）として使用することを認めた。

図表2-2 アメリカ病院協会の紋章（Crest）



出所) American Hospital Association (2009年3月)
 「About the American Hospital Association」
 (<http://www.aha.org/aha/about/index.html>) より。

図表 2-3 ブルークロスのシンボル・マーク



出所) Blue Cross Blue Shield Association (2009年3月)
「History of Blue Cross Blue Shield」
(<http://www.bcbs.com/>) より。

これは、ブルークロスにとって、病院サービス・プランの信頼性を高め、加入者を増加させる上で有益でもあった。また、アメリカ病院協会は、ブルークロスのプランを通して、病院サービスの提供機会と加盟病院（したがって加盟料収入）それぞれの拡大をはかることが可能となった。

なお、ブルークロス（そのプランおよび保険団体）とアメリカ病院協会の発展は、次稿「カイザー・パーマネンテのマネジドケア（3）」において詳しく取り上げるように、1946年のヒル・バートン法とも密接な関係がある。この法律の主な目的は、一定の連邦基準の充足を条件に、各州・地域に対して病院建設に関わる連邦資金を交付することにある。

ヒル・バートン法の導入以降、全米において病院建設が促進され、医療提供の場が拡大した結果、主に病院サービス・プランを提供する保険団体が各地に設立された。それらの保険団体の多くは、ブルークロスのプランを提供する組織（営利、非営利を含む）であった。

同様にアメリカ病院協会は、病院施設が増加するなかで加盟病院を拡大させ、これにより組織と収入の安定・拡大が可能となった。また、こうした過程において、アメリカ病院協会とブルークロスの各保険団体の協力関係が強化されるにつれ、ブルークロスの病院サービス・プランの加入者は（一時的な変動を除いて）大きく増加することとなった³³⁾。

なお、アメリカ病院協会の紋章はブルークロスにおいて1972年まで使用されることとなったが、翌73年以降、新たに「humanity」（人間性、博愛）を尊重する意味から「人間模様」のマークに置き換えられた（図表 2-4）。

図表2-4 ブルークロスの新しいシンボル・マーク



出所) Blue Cross Blue Shield Association (2009年3月)
(前掲) より。

シンボル・マークが変更された主な理由は、ブルークロスが病院サービス・プランの契約者・加入者を増加させるなかで、独自のイメージを作り出す必要があると判断したことによるものとされる。

以上の過程においてブルークロス・カリフォルニアは、1970年代初頭まではアメリカ病院協会およびカリフォルニア病院協会と協力して、それ以降は、新しいイメージとブランド力を活用しながら加入者と組織の規模を拡大させた。こうしてブルークロス・カリフォルニアは、多くの病院との契約やCPSとの協力関係（とくに医師との優先契約）を得ることができたため、カイザー・パーマネンテにとって最大の競合組織となった。

新たな経営環境下におけるカイザー・パーマネンテの動向

―転換期となった第2次大戦終戦

カイザー・パーマネンテは、カイザー産業のゲートをこえて医療・保険事業を展開しはじめた一方、厳しい競争環境に置かれることとなった。さらに、第2次大戦終戦以降、軍備増強の必要性が薄れカイザー産業の生産稼働が低下するにつれ、造船所を中心に多くの労働者がその現場を去った。これに伴ってカイザー産業内での医療プラン加入者は、2万人程度にまで激減した。

こうしたなかで、シドニー・ガーフィールド&アソシエーツに属する医師は、たとえばブルーシールド・カリフォルニアとの契約に切り替え、あるいはブルークロス・カリフォルニアの契約病院において医師サービスに携わることも可能であった。しかしこうした医師の大半は、シドニー・ガーフィールド等と併に医療に従事することを望み、これをヘンリー・カイザーとカイザー・パーマネンテの経営サイドに伝えた³⁴⁾。

カイザー・パーマネンテは、経営の立て直しをはかることとなり、とりわけブルークロスやブルーシールドとの差別化を基本に、企業・労働者の多様な医療ニーズに対応する上で主に次の3点から医療プランを再検討した。第1は、病院と医師サービスの統合的・効率的運営を通じた保険料の抑制、第2は、家族プランの拡充と予防医療の促進、第3は、病院施設と医療機器の近代化である³⁵⁾。

これらによる医療プランは、以前よりカイザー・パーマネンテに好意的であったカリフォルニア・CIOとAFL・アラメダ・カウンティ中央労働評議会に伝えられた。こうした広報活動にはカイザー・パーマネンテの医師グループも加わることとなり、これによって主にサンフランシスコとアラメダの各カウンティのブルーカラーが新規の加入者となった。そうした加入者には、空軍と海軍に従事する民間労働者も含まれた。

さらにカイザー・パーマネンテは、ベイ・エリアのバレーオ (Vallejo) とナパ (Napa) に滞在していた海軍関係の連邦職員に医師サービスを提供するために、いくつかの診療所を新規に開設した (バレーオはソラーノ・カウンティの南西部、ナパはナパ・カウンティの南部に位置する: 図表2-1)。また、セシル・カッティングとシドニー・ガーフィールドは、ベイ・エリアにおける複数の診療所を買収して、医師サービスの提供施設を拡大させた。

こうした取り組みによってカイザー・パーマネンテの加入者は、毎月2千人以上のペースで増加することとなり、終戦後の1年間におよそ5万人程度にまで回復した (加入者は1955年までに50万人以上に拡大したが、その詳しい経緯については次稿において取り上げる)。なお、新規の加入者には、それまで無保険であった労働者の他に、ブルークロス・カリフォルニアやブルーシールド・カリフォルニアから保険加入を切り替えた労働者も含まれる³⁶⁾。

ヘンリー・カイザーとシドニー・ガーフィールドにとって、カイザー・パーマネンテの創設は医療プランの提供対象をカイザー産業以外の企業・労働者に広げる重要な契機であった一方、第2次大戦の終戦は組織の存続にも関わりうる転換期となった。こうしたなかで、経営戦略の再検討と広報活動を行った結果、加入者が増加に転じ、多くの労働組合の支持により組織の安定的拡大をはかることが可能となった。

これ以降、カイザー・パーマネンテは、主にカリフォルニア州のCIOとAFLとの関係を重視して、そのマネジドケア (現代のHMOに相当するモデル) を広く展開することとなった。

国民医療保険に関する新たな動向

アメリカの西部地域においてはニューディール政策のさまざまなプロジェクトが展開され、また軍事物資生産や重化学工業関係の工場が設けられるなかで、全米各地から多数の労働者とその家族がこの地域に移住した。こうした労働者家族の多くは、戦後においてもカリフォルニア州を中心に、西部地域での就労と生活を継続させた³⁷⁾。

これらの労働者においては、業務上の怪我や職場と住生活面での不衛生な環境に伴う疾病が長い間、頻発していたとされる。このため、各雇用主は労働力の確保と労働生産性の維持の観点から、あるいは労働者の医療ニーズに対応する上で医療保険を提供した。

こうしたなかでカリフォルニア州では、カイザー・パーマネンテ、ブルークロス・カリフォルニアおよびブルーシールド・カリフォルニアといった、いわゆる「Big 3」を中心に、多くの労働者に対して医療保険の加入機会が用意されつつあった。また、全米のなかでも人口の多い都市部や産業が発展する地域においては、ブルークロス・ブルーシールドをはじめ、いくつかの医療プランが普及しはじめていた。

しかし、こうした状況にはない地域の労働者、あるいは雇用主提供医療保険が用意されていない労働者 (主に、小規模企業の労働者や個人事業主、農業従事者) は、十分な受診機会にめぐま

れない状況が続いており、高額な医療費を個人で支払うケースもあった。

また、労働者にとって雇用主提供医療保険が用意されている場合でも、「病院サービス・プラン」の加入者は増加していたとはいえ、「医師サービス・プラン」の加入者は一部に限られていた。したがって、保険加入者間での「受診機会格差」も生じはじめており、多くの国民・患者が医師サービスを受ける際には、（雇用主が一部を負担するケースを除いて）費用の全額が個人負担されていた。

このため、医療保険に加入していない（あるいは加入できない）国民、および十分な医師サービスを受けることができない国民の一部は、連邦ないし州政府の運営による医療保険の必要性を訴えた。その理由は、無保険での受診とりわけ出来高払い制の医療は国民にとって所得の喪失につながりうる大きな不安要因であり、その対応を企業福祉や民間制度ではなく公的制度に求めたためである。

こうしたなかで、ルーズベルト大統領に続くトルーマン政権のもとで拡大したニューディール・改革論者は、「戦後における財政収入の使い道」についての検討がなされた際に、連邦政府による医療保険プログラムの導入をあらためて主張した。後述するように、トルーマン大統領もそうしたプログラムを重要な内政政策の一つと判断して、連邦議会においてその必要性を唱えた³⁸⁾。

ここで、1943年のワグナー・マレー・ディンゲルによる国民医療保険法案の議論が沈静化した後に、それがルーズベルト政権からトルーマン政権にいかに関引き継がれたかについて整理しておきたい。

ルーズベルト大統領は、戦争の勝利を確信しはじめた1945年初頭以降、戦後においては、軍事プログラム中心の連邦予算と政策から次の3つのプログラムに段階的に移行させる必要性を唱えていた³⁹⁾。

第1は、経済政策（非軍事的投資の促進、雇用対策や公共事業を含む）およびインフレ対策、第2は、輸出入銀行を通じた国際金融プログラム（International Financial Programs）の構想⁴⁰⁾、第3は、医療（病院建設や看護師養成、退役軍人の医療を含む）と教育および農業の各政策である。

ルーズベルト大統領は、こうしたプログラムに関わる予算と税制のあり方、とりわけ「戦時中の税制」から「戦後期の税制」への見直しについても取り上げている。そのなかで、平時（peacetime）の財政に移行する際には、民間需要と民間投資を促進させることが重要であり、そのためには「合理的な減税」（reasonable tax reduction）が必要との指摘がなされている⁴¹⁾。

さらにルーズベルト大統領は、「戦後における財政収入の使い道」の一つとして、国民に対する平等な受診機会の提供および高齢者や失業者の経済的困窮からの保護等に対する取り組みをあげた。このなかでも医療について大統領は、1945年1月の予算教書と一般教書においてそれぞれ次の2点に触れた上で、その制度改革を進めることとした。第1は「われわれのプログラムには、医療等の社会保障の拡充策が含まれなければならない」⁴²⁾、第2は「社会保障の拡充と充実した医療および教育プログラムは、各人の生産性と消費の拡大を支える上で不可欠である」⁴³⁾、この2点である。

ルーズベルト大統領のこうした考えに基づいて、社会保障委員会 (Social Security Board) において医療制度改革の原案が作成されることとなった。そうした原案は、ワグナー・マレー・ディンゲルの修正案 (revised Wagner-Murray-Dingell billないしre-drafted Wagner-Murray-Dingell bill) ともいわれ、1943年のオリジナルの法案を踏襲する内容であった⁴⁴⁾。しかし、こうした作業が進められるなかでルーズベルト大統領は、そのメッセージを国民に伝えることなく、1945年4月に逝去した。

トルーマン大統領は、上記の修正案に基づいて、自らの国民医療保険プログラムを検討することとなった⁴⁵⁾。これは、トルーマン提案 (Truman's proposal: Truman planともいわれる) に反映され、また、フェア・ディール (Fair Deal) 政策における土台の一つにもなっている。

次稿「カイザー・パーマネンテのマネジドケア (3)」では、トルーマン政権下での国民医療保険をめぐる論争と経緯について、主に次の3つの制度ないし政策を踏まえながら考察した上で、それらに対するヘンリー・カイザーとシドニー・ガーフィールドの反応およびカイザー・パーマネンテの対応等についてみていくことにしよう。3つの制度・政策とは、病院調査・建設法として知られるヒル・パートン法、戦後における外交政策 (Truman's foreign policy: トルーマン・ドクトリン) そして上記のフェア・ディール政策である。

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⁴⁶⁾

自動車市場への参入と事業拡大

ヘンリー・カイザーは、カイザー産業の規模が拡大する過程において、アメリカの産業と文化の象徴ともされる自動車に関心をもつこととなり、新しい事業としてその生産・販売を構想した。こうした考えの背景は、ゼネラル・モーターズ、フォード、クライスラー等の巨大企業への挑戦といった、アメリカ市場経済での「経営者精神」にあったとされる。

しかしヘンリー・カイザーは、道路・ダム建設や造船・鉄鋼業に関しては精通していたとはいえ、自動車関係については十分な知識をもっていなかった。このためヘンリー・カイザーは、1944年に事業の再編を検討していたグラハム・ペイジ・モーター (Graham-Paige Motor Company) の代表者ジョセフ・フレイザー (Joseph Frazer) と交渉した上で、カイザー・フレイザー社 (Kaiser-Frazer: 1945~70年) を設立した (実施的にはカイザー産業の子会社とされた)。

その生産拠点として、ミシガン州・イプシランティ (Ypsilanti: デトロイトから約30キロ西方) にウィロウ・ラン工場 (Willow Run plant) が設けられ、このほかにもロサンゼルススのロングビーチとオレゴン州のポートランドにも工場が建設された⁴⁷⁾。

このなかでもウィロウ・ラン工場は、本来、連邦政府がヘンリー・フォード (Henry Ford) にB24・リベレーター (Liberator) の生産委託をするために建設したものであった。終戦に伴って、遊休化した軍需関係施設の民需転換あるいは売却が進められたが、ヘンリー・フォードはこの施設の継続使用を望まなかった。このため、連邦政府が新たな売却先を求めた結果、ヘンリー・カイザーが交渉の上で有利な条件 (とくに価格面) でこれを取得した。ウィロウ・ラン工場がカイザー・フレイザー社の生産拠点となった背景は、こうした事情にあった。

さて、カイザー・フレイザー社は、車名にKaiser, Frazerといったそれぞれの名前を付け、セダンやクーペ、ジープのいくつかの車種を製造・販売した。それらの車は、当時としては斬新

なデザインとされ、販売当初は人気があったとされる。しかし、長期的には売上台数や収益が伸びず、ゼネラル・モーターズ等の巨大企業に対抗しうるまでには成長することができなかった。

こうしたなかで、自動車産業の代表的存在でもあったゼネラル・モーターズは、1953年にミシガン州・リボニア（Livonia：デトロイトから約15キロ西方）の油圧機器工場の火災により生産稼働が大きく停滞することとなり、早急な復興対策を検討した。これに対して、経営が必ずしも軌道に乗っていなかったカイザー・フレイザー社は、再編計画の一環として、ウィロウ・ラン工場をゼネラル・モーターズに売却することとなった。

ヘンリー・カイザーは、こうした状況においても生産台数を維持あるいは段階的に拡大させる新たな計画を立てたが、ジョセフ・フレイザーはこれとは異なる考えをもっていた。ジョセフ・フレイザーは、経営方針に関してヘンリー・カイザーの提案を受け入れることができなかったため、最終的には共同事業関係を解消した。これによりカイザー・フレイザー社は、カイザー・モーターズとして組織替えが行われることとなった。

カイザー・モーターズは、いくつかの新しいモデルの自動車を製造して、生産規模の拡大を進めようとしたが、販売台数が停滞するなかで多量の在庫を抱え、1963年には事業の継続が困難となった。これ以降、カイザー・モーターズは、ゼネラル・モーターズやフォード等に製造部門と車種（ブランド）のいくつかを分割・売却しながら、自動車市場から完全に撤退することとなった。

医療・保険市場の開拓

ヘンリー・カイザーがミシガン州（とくにデトロイト）に関心をもったもう一つの理由は、カイザー・パーマネンテの医療プランをこの地域に普及させることにあった。こうした考えの背景は、自動車産業の組合活動が長期化するなかで、その対応策の一つとして医療プランを紹介した上で、多くの労働者を加入者として受け入れることにある。

この点について、終戦直後には労働組合の加入者がおよそ1千500万人にまで増加するなかで、多数の組合が賃上げや福利厚生をめぐって団体交渉を行い、あるいはストライキ運動を展開していた。1945年の秋頃には、たとえば全米自動車労働者（United Automobile Workers）、全米鉄鋼労働者（United Steelworkers of America）および全米鉱業労働者（United Mine Workers）の各組合は、消費者物価が急激に上昇する経済・生活環境において、経営者側に対して大幅な賃上げを要求した。これに対してトルーマン大統領は、その妥協案（主に、賃上げ率の折衷案）を提示したとはいえ、多くの組合はこれを拒否したとされる⁴⁸⁾。

ゼネラル・モーターズの労働者が中心となっている全米自動車労働者組合は、CIOの当時の代表者フィリップ・マレー（Phillip Murray）と共に組合運動を継続させ、経営者側に対して賃金面のほかにも医療保障の拡充を求めた。デトロイトにおいて労使間闘争が長期化するなかで、ヘンリー・カイザーは、まずはゼネラル・モーターズの労働組合にカイザー・パーマネンテの医療プランを紹介した。

本来、ゼネラル・モーターズでは、団体交渉により保険料の事業主負担増の合意がなされていたが、契約関係にあったブルークロス・ブルーシールド・ミシガン（Blue Cross and Blue Shield of Michigan）のプランに対して、組合側が不満をもっていたとされる。そうしたプランには、外来の医師サービスにおいて制限が設けられ、また扶養家族への医療や健康診断が含まれていなかった。

ヘンリー・カイザーは、ブルークロス・ブルーシールド・ミシガンよりも割安な保険料負担により、包括的医療プランの提供が可能であることをゼネラル・モーターズの労使双方に伝えた。その上で、カイザー・パーマネンテのプログラムを完全な形で実行するためには病院（カイザー財団病院）が必要になるため、ヘンリー・カイザーは、ゼネラル・モーターズに対してその建設資金の一部を提供するよう求めた⁴⁹⁾。

ところが、ミシガン州政府において検討されていた病院建設資金の一部負担が見送られ、その資金が不足することとなった。こうした課題のほかにも、デトロイトの医師会と開業医グループは、カイザー・パーマネンテの医療プランが自動車関係の労働者に提供されることに対して強く反発した。これらによりヘンリー・カイザーは、デトロイトでの医療保険事業の参入は困難と判断して、ゼネラル・モーターズもカイザー・パーマネンテとの契約を断念した。

ゼネラル・モーターズの経営側は、ブルークロス・ブルーシールド・ミシガンとの契約を継続させ、企業負担による病院外科プラン (company-paid hospital-surgical coverage plan) を追加して労働者に提供することとなった⁵⁰⁾。

こうしてヘンリー・カイザーは、ミシガン州における医療・保険市場への参入を構想していたが、それを実現させることができなかった⁵¹⁾。

【注】

- 1) 渋谷 (2005) [I] p.2, p.121。
- 2) 主に Atwater(ed) (1943), Cunningham and Cunningham (1997) pp.70-74, p.126, Poen (1979) pp. 31-45, Starr (1982) pp.280-289, Vivian (1945), アメリカ病院協会・ホームページ (2009年1月) 「Constructing a Postwar World—Has a national health program been put before congress?」 (<http://www.historians.org/projects/GIRoundtable/Health/Health4.htm>) に負っている。
- 3) 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>) 等。
- 4) こうした実態が、次稿において詳しく取り上げるヒル・バートン法 (Hill-Burton Act) の基本的な背景にもなっている。
- 5) グループ医療を実践する当時の代表例としては、すでにみたようにロチェスターのメイヨー・クリニック、カイザー医療プランのシドニー・ガーフィールド&アソシエーツ、ロサンゼルス・ロス・ルース・クリニック、およびワシントン D.C.のグループ・ヘルス・アソシエーツ等があげられる。
- 6) 後述するように、1960年代末以降のHMOをめぐる議論においてもグループ医療が取り上げられ、ニクソン大統領は「新しい国民医療戦略」の一つとして、医師グループによる医療を提唱した。Nixon (1971) (1972)。
- 7) Hendricks (1989) pp.164-165。
- 8) *ibid.*
- 9) 主に California Medical Association (2007), Hendricks (1989) pp.166-167, Hendricks (1993) pp.84-88, Poen (1979) p.31, Starr (1982) pp.282-283, pp.322-326を参照。
- 10) HIP・ホームページ (2009年1月) 「Our History」 (<http://www.hipusa.com/visitors/timeline.asp>)。
- 11) HIPはニューヨーク市においてすぐれたMCOsの一つとして評価され、現在(2008年)ではおよそ140万人(ニューヨーク市民の16%)が加入者となっている。HIP Annual Report (2008) (2009)。
- 12) 秋元 (1995) p.175。
- 13) その概要については、渋谷 (2005) [I] pp.73-75, 渋谷 (2005) [II] pp.22-32を参照。
- 14) これに対して、ホワイトカラー(とくに、常勤ないし長期雇用契約の労働者)は、必ずしも怪我や疾病が多発する労働環境にはないため、医療保険よりも「将来の生活費保障」を確保する上で「雇主提供年金」を望んだものと考えられる。

- 15) Starr (1982) pp.200-206等。
- 16) Hendricks (1989) p.165。
- 17) 秋元 (1995) p.163, pp.217-218, 岡田 (2000) p.131, p.234, pp.254-255。連邦政府による一定の保証とは、とくに民間軍需投資に対する税制面での優遇措置やリスクの肩代わり（損失が生じた場合の政府保証）による「軍需発注方式」にある。
- 18) Hendricks (1993) p.136。
- 19) *ibid.*, p.66, p.92, p.207。
- 20) Hendricks (1989)。
- 21) *ibid.*, pp.169-170, Starr (1982) pp.310-327。
- 22) 以下の内容については、Hendricks (1989) pp.169-170等を参照。
- 23) 秋元 (1995) pp.146-147, p.163。
- 24) Hendricks (1989) pp.168-169, Hendricks (1993) p.65。
- 25) Hendricks (1989) pp.174-175。
- 26) 以上の事例は、Hendricks (1989) pp.167-168, Hendricks (1993) p.63を参照。
- 27) 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」。
- 28) Hendricks (1989) p.170。
- 29) Hendricks (1993) p.68。
- 30) Cunningham and Cunningham (1997) ch.3, Hendricks (1993) ch.3。
- 31) Hendricks (1989) p.175。
- 32) 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.1, ch.7, Lesparre (1998)。
- 33) Cunningham and Cunningham (1997) ch.3, ch.4, Poen (1979) p.89, Scott, Ruef, Mendel and Caronna (2000) pp.134-135, Starr (1982) p.348。
- 34) 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」, Seward, Blank and Greenlick (1968) p.233。
- 35) 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」。
- 36) Hendricks (1989) pp.169-170。
- 37) Schama (2009)。この結果、西部地域の人口が急増することとなり、たとえばカリフォルニア州で見れば、1930年の約568万人から40年の691万人、さらに50年の1千60万人へと、20年間におよそ1.87倍にまで増加した。
- 38) Poen (1979) pp.59-73, アメリカ病院協会・ホームページ（2009年1月）（前掲）。
- 39) Roosevelt (1945a) (1945b)。
- 40) ルーズベルト大統領は、これについて「Most important of all—1945 can and must see the substantial beginning of the organization of world peace」と指摘している。Roosevelt (1945b)。
- 41) Roosevelt (1945a)。
- 42) *ibid.*。
- 43) Roosevelt (1945b)。
- 44) Social Security Online・ホームページ（2010年3月）（前掲）。
- 45) Poen (1979) ch.3等。
- 46) 以下の内容は、主にHendricks (1993) p.69, p.91, pp.173-175, Adams (1990), The Business History Conference・ホームページ（2009年1月）「A Picture Review of the Kaiser/Frazer」 (<http://oldcarandtruckpictures.com/Kaiser/>)、This day in history・ホームページ（2009年2月）「Kaiser-Frazer is born」 (<http://www.history.com/this-day-in-history.do?action=Article&id=7526>) に負っている。
- 47) 日本においても三菱重工業と製造・販売委託契約を結び、川崎に工場が設けられていたとされる。
- 48) Brody (1993) ch.5。

- 49) ゼネラル・モーターズがこれに応じたか否かは明らかではない。
- 50) 近年のゼネラル・モーターズにおける雇用主提供医療保険の動向については、長谷川千春(2006)「雇用主提供医療保険システムの動揺—1980年代以降のGM社の医療給付改革との関係で」渋谷博史・中浜隆編『アメリカの年金と医療』(第4章)日本経済評論社を参照。
- 51) Hendricks (1993) pp.93-94等。

付記：本研究は、北星学園大学・特別活動研究費(2009年度)の成果の一部である。

[Abstract]

Managed Care of Kaiser Permanente (2) : Its History and Strategy from the middle of the Second World War to Immediately after the War

Masahito ABE

This study examines the history and strategy of Kaiser Permanente from the middle of the Second World War to immediately after the War. Kaiser Permanente strengthened its basic structure under the Roosevelt Administration and the Truman Administration. The Wagner-Murray-Dingell Bill that intended to introduce national health insurance for all Americans was proposed in 1943. But the bill was not supported by the Roosevelt Administration. In such circumstances, Kaiser Permanente was officially established in 1945 during the Truman Administration, and it provided private health insurance for many workers, especially in California. After 1945, Kaiser Permanente competed with Blue Cross of California and Blue Shield of California to increase its health plan members. Blue Cross had some cooperation with the American Hospital Association. Blue Shield was supported by the American Medical Association. However, many workers and labor unions supported Kaiser Permanente. As a result, the members of Kaiser Permanente increased gradually even under the severe competition.