

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 ——

安 部 雅 仁

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 ——

安部 雅仁

目次

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

前稿「カイザー・パーマネンテのマネジドケア (2)」においてみたように、1945年にカイザー・パーマネンテが設立され、その医療プランはカイザー産業以外の労働者にも提供されることとなった。カイザー・パーマネンテは、設立後の数年間においてブルークロス・カリフォルニアとの競争や、終戦に伴うカイザー産業の生産稼働低下により加入者が一時的に激減したが、CIOを中心とする多くの組合の支持により加入者と組織の安定・拡大をはかることが可能となった。

ところで、終戦直後において連邦政府は、経済および福祉政策の見直しが唱えられるなかで、「受診機会の平等確保」と「病院施設の整備」といった2つの課題に対する役割があらためて問われることとなった。前者は、受診機会格差（保険加入者と無保険者間の格差だけでなく、保険加入者間での保障格差）への対応が民間システム、とりわけ企業福祉ではなく公的対応に求められたことにある。後者は、地域医療に関わる基本問題として、各州の政府や自治体が病院施設の不足と老朽化への対応を求めたことにある。

こうした2つの課題に対する連邦政府の判断と対応は、戦後のアメリカ医療保障の動向を左右する要因の一つとして重要な意味をもつこととなった。

本稿では、まずは以上の内容と経緯を整理した上で、それらに関わるトルーマン政権下での医療政策に対して、ヘンリー・カイザーとシドニー・ガーフィールドがどのように対応したかをみていくことにしよう。また本稿では、ニクソン大統領の「新しい国民医療戦略」(new national health strategy)において、カイザー・パーマネンテがHMOの基本モデルとして取り上げられた背景を考察する。HMOは現代のアメリカ医療システムの基本となっているマネジドケアの出発点でもあるため、その原型モデルとしてのカイザー・パーマネンテは、マネジドケアの発展・拡大の上で重要な意味をもっていた。

1 トルーマン提案—その論争と課題

1.1 トルーマン提案

国家・国民の医療のあり方についてさまざまな要求がなされるなかでトルーマン大統領は、1945年11月の特別教書において、国民医療保険の必要性を唱えた¹⁾。これは、トルーマン提案ともいわれ、大統領が医療保険プログラム（自身の言葉によれば「comprehensive and modern health program」）を国民に直接訴えることは、アメリカにおいてはじめての出来事であった。

トルーマン提案は、以下の5つを連邦制度のもとで実行しようとするところにある（その中心は（4）である）。まずはそれらの内容を、各項目に即して整理しておこう。

(1) Construction of Hospitals and Related Facilities

各地域における病院施設（診療所や健康センター、リハビリセンターおよび退役軍人病院を含む）の必要性と地域間格差を踏まえ、連邦政府はそれらの建設のための財政支援を行う。そうした支援の条件の一つとして、新規に建設・増改築された病院施設は、予防医療に重点を置く必要がある。

「comprehensive and modern health program」においては、州と連邦政府は財政を含め、それぞれの役割と責任を明確にしなければならない。ただし、「地域の医療」を尊重する必要があるが、したがって連邦政府は、連邦資金を用いて各地に建設された病院（連邦病院を除く）に対して一定の助言を行う以外、そうした病院の運営・管理における州政府の判断に介入するべきではない。

(2) Expansion of Public Health, Maternal and Child Health Services

公衆衛生と精神科医療、および産科・小児科医療の各サービスについては、これらが整備されていない農村部を中心に連邦補助金を増額させる必要がある。公衆衛生サービスの対象は、感染症、性病、腸チフスおよびジフテリア等の拡大防止と予防であり、精神科医療については退役軍人へのケアも含まれる。

多くの疾病においては治療よりも予防が重要なケースがあるため、とくに若年世代を対象に予防医療の機会を充実させなければならない。こうしたプログラムは、教育と同様に「明確な公的責任」として捉える必要がある。

(3) Medical Education and Research

予防医療の促進と医療技術向上の観点から、医学研究・教育のサポート体制を整える。その目的は、心臓や腎臓等の内臓疾患、癌および呼吸器や乳児疾患の発症確率の抑制と死亡率の減少にあり、とりわけ癌については初期段階（early stages）での発見と治療が望ましい。このためには、連邦政府が主体となって研究・教育機関を設置して医学の専門教育を充実させ、これを臨床と疾病管理に活用することが有益である。

(4) Prepayment of Medical Costs

アメリカ国民は1930年代初頭以降の15年間において「病院サービス」のプリペイメント・プランを知り、多くの労働者がこれに加入する傾向にある。しかし「医師サービス」のそれを含む包括的医療保険の加入者は全国民の3～4%程度であり、保険加入者のなかでも受診の格差が生じている。これにより、高額な医療費を個人で負担することができないために、受診機会にめぐまれない多数の国民がいることに加え、年間所得以上の医療費を支払った結果、経済的困窮に陥る国民もいる。

このため、職業・職種を問わず、すべての労働者と扶養家族に包括的医療保険プランを用意する必要がある。その受給資格として保険料負担が前提となるが、経済的困窮者に対する負担軽減の上で一定の連邦補助金が投入される。保険料は、年間所得の最初の3千ドル（課税標準）に対して4%程度の負担となろう。

国民は、医療費として平均的に年間所得の約4%を支払っており、各労働者はこれと同等の負担により、包括的医療を受けることができる。その際には、国民・患者に対して、医師と病院選択の自由が保障されるべきである。国民・患者が望むならば、国民医療保険のほかにも民間保険に加入することも可能である。

全国民を対象とする連邦制度においては一定の基準が必要とはいえ、医療サービスは個人に関わることなので、その運営・管理面では各州ないし地域において高度に分権化されることが望ましい。医師と病院への医療費（診療報酬）の支払い方法についても、一定の連邦基準を条件に、各州において合理的に設定されるべきである。実際には、連邦機関と医療専門家から構成される諮問委員会（advisory committees）が設置され、この委員会が地域の要望あるいは苦情を受け付け、それに対して助言等を行うことになろう。

医師に対しては、医療の質に関する合理的基準（reasonable standards of quality）を充足することが求められるが、包括的医療プログラムへの参加が強制されるわけではない。これに参加する医師は、常勤か非常勤かの選択、および個人開業医か医師グループに所属するかの選択がそれぞれ可能であり、その契約医師として何人かの加入者・患者を担当することになろう。病院についても同様に、医療保険プログラムへの参加は任意である。ただしこれに参加する場合には、病院の運営においては独立性が保証されるが、患者の受け入れ等について一定の連邦基準を遵守することが求められる。

(5) Protection against Loss of Wages from Sickness and Disability

包括的医療プログラムにおける第5の提案は、労働者とその家族を稼得所得の損失から保護することにある。たとえば、疾病や怪我により、短期的ないし長期的に稼得機会を喪失した労働者あるいは日常業務ができない労働者に対して、一定期間、所得の一部を現金給付として保障するシステムが必要である。

また、就労に直接的に関わらない疾病や事故のために、労働者災害補償法（workmen's compensation laws）の対象とならない労働者に対する配慮も必要である。このため、社会保障法の関連規定と調整した上で、適切な保険料と保障内容を検討する必要がある。

以上がトルーマン提案の概要であり、その要点は、病院等の建設・整備、予防医療と医学研究の促進、プリペイメント・プランと所得保障システムの導入にある。こうした提案のなかでトルーマン大統領は、次の4点に触れながら「comprehensive and modern health program」の意義と実行可能性を強調した。

- (1) 包括的医療プランを実行するためには、国民所得のおよそ4%が必要と推計される。われわれは、そのための資金を拠出することが可能である。
- (2) 疾病の予防と受診機会の確保、医学研究の促進および所得保障制度の導入は、経済生産性を維持・向上させることができる。
- (3) 包括的医療プランの目的の一つは、国民が経済・社会活動に参加する機会を維持あるいは拡大することにある。これは国家の発展にとっても有益である。

(4) わが国は豊かであり、多くのことに資金を使いうる状況にある。しかし、国民の健康を守ることに對しては、資金が投入されていない。

トルーマン提案の目的は、ワグナー・マレー・ディンゲル法案と同様に、社会保障法に国民医療保険を加え、連邦政府による一定の管理のもとでそれを実行することにある。それらの相違は、トルーマン提案には歯科医療と在宅看護の保障が加えられ、公衆衛生や産科・小児科医療を対象に各州に対する連邦補助金を増額するプランが盛り込まれたことにある。さらにトルーマン提案は、財政面において連邦政府が介入するとはいえ、諮問委員会の設置とこれを通した対応により、各州・地域の裁量や権限が広く認められる内容であった。

なお、個人開業医かグループに属する医師かを問わず、各医師にこうしたプログラムへの参加・契約の機会が与えられるものとされたが、ワグナー・マレー・ディンゲル法案に比べ、それが強く求められたわけではなかった。また、契約医師の報酬や勤務体制については、各州政府・自治体と契約医師との交渉を通して調整することも可能とされた。すなわちトルーマン提案は、医療保障の面では皆保険が想定された一方、医師に対しては厳密な連邦基準を適用しようとするものではなかった。

1.2 トルーマン提案に対する反応

主な論争

トルーマン大統領は、以上のプログラムを議会において取り上げ、審議・成立させることを試みようとした。ロバート・ワグナーやジェームス・マレー等の国民医療保険を支持するグループは、トルーマン提案を戦後の社会保障再編に関わる重要プログラムの一つと捉え、好意的に評価した。とくにジェームス・マレーは、大統領の次の指摘²⁾を受けて、その提案は社会主義的でも共産主義的でもないとした上で、保守派の反論を退けようとした。

国民医療保険プログラムに対しては「社会主義的医療」と称され、批判されることがある・・・(中略)・・・しかし、その判断は誤っている。「社会主義的医療」とは、すべての医師が政府の被用者となることを意味している。アメリカ国民はそうしたシステムを望んでいないし、私はそれを提案しているわけでもない。

私が提唱するプランの下では、アメリカ国民は、これまでと同様に自らの判断と選択に基づいて医師および病院サービスを受けることができる。医師と病院もこれまでと同様に、プロフェッショナル・フリーダムによって医療に従事することができる。

当時の共和党リーダーの一人であったロバート・タフト (Robert Taft) を中心とするグループは、トルーマン大統領とそれを擁護しようとするジェームス・マレー等を批判した。その上でロバート・タフトは、トルーマン提案のようにすべての国民が強制加入の対象となる包括的医療保険を「ソビエト憲法 (Soviet Constitution) から生まれるような発想である」と厳しく指摘した³⁾。

また、トルーマン大統領の提案は、ワグナー・マレー・ディンゲル法案と同様に保守派・共和党およびアメリカ医師会からも批判された。医師会のなかでも専門医のグループは、大統領提案はむしろ医師のプロフェッショナル・フリーダムに制約を課すものであり、アメリカ医療の伝統

に反するとの意向を議会に伝えた。なお、アメリカ病院協会、弁護士協会、商工会議所および農業組合は、医療保障については民間保険を基本として、これに政府の補助金を通して保険加入機会を促進させることが望ましいとの対案を提唱した⁴⁾。

トルーマン提案は、各州・地域の裁量と権限を広く認める内容が盛り込まれ、医師と病院に対して医療保険プログラムへの強制参加を求めなかった点では一定の評価がなされた。しかし、保守派・共和党のほかにもリベラル派・民主党からも必ずしも十分な賛同が得られず、さまざまな批判や代替提案がなされたため、その全体像についてはコンセンサスを得るには至らなかった。

こうした判断がなされた理由の一つは、戦後における福祉政策の再編問題が提起されたとはいえ、医療システムについては民間部門の規律に委ねるべきとの考えが一般的であったことにある。もう一つの理由は、後述するように当時の重要課題が戦後の外交政策とマーシャル・プランに移行しつつあり、多額の連邦資金を用意する必要があったためである。

なお、すでにみたように、ヘンリー・カイザーとシドニー・ガーフィールドも、医療保障に対する公共部門の介入は望ましくないと主張していた。とくにヘンリー・カイザーは、全国民の加入を前提とする医療保険プログラムについては「あまりにも包括的すぎる」(too comprehensive)との批判的考えをもっており、議会においてもこうした見方が広がっていた。

ただしヘンリー・カイザーは、医療に対する公的介入それ自体を全面的に否定したわけではない。その意味は、医療保障のあり方は各企業・産業における労使間の判断と市場原理を基本とするべきであり、こうした民間システムから外れる国民の医療に関してのみ、連邦ないし地方政府が一定の責任をもつべきとの判断であった⁵⁾。

一方、シドニー・ガーフィールドは、国民医療保険プログラムはアメリカ国家における医療の「衰退」(deterioration)につながると考えており、たとえば1944年のアメリカ医師会の総会において、自らのプランの意義とあわせ、次のことを主張していた⁶⁾。すなわち、

- (1) カイザーの医療プランは「医療の社会主義化」の影響を回避することができる。
- (2) われわれのプランの加入者には、予防医療を含め包括的で良質な医療が用意されている。
- (3) 政府は、国民医療保険の必要性が低いと判断した場合には、医療を連邦管轄化に置くことを試みないであろう。

すなわち、ヘンリー・カイザーとシドニー・ガーフィールドは、国民に対する医療保障としては、①労使関係をベースとする「企業（内）福祉」を基本として、②労働者と扶養家族を対象に予防医療を含む民間の包括的プランが用意されるべきであり、③こうしたプログラムに参加することができない国民に対してのみ政府が一定の保障を行うことが望ましいとの考えであった。繰り返し触れているように、この①と②が「カイザー基準」に関わる基本原則である。

トルーマン提案に残された重要課題

国民医療保険に関して以上の議論（とりわけ批判）がなされるなかでも、トルーマン提案の（1）に関わる「病院施設の整備と財政支援」については、国内の優先課題として継続的に検討が行われていた。これは、各地において病院等の施設が不足ないし老朽化しており、また地域間でのそれらの格差が拡大していたためである。民主党・共和党双方の議員がその対応を緊急課題の一つと捉え、議会において新たな提案がなされることとなった。

そうした提案の検討を通して1946年に導入された制度がヒル・バートン法であり、「限られた連邦資金において実行可能で有益な内政政策」として、あるいは「戦後における財政収入の使い道」の一つとして広く受け入れられた。ヒル・バートン法は、リスター・ヒル (Lister Hill: 民主党) とハロルド・バートン (Harold Burton: 共和党) によって提唱され、連邦政府 (主に公衆衛生局) と州政府のほかにもアメリカ病院協会等の協力によって実行される医療政策である⁷⁾。

ヒル・バートン法の目的は、全国民に対する「受診機会の平等」を保障しようとするところにあるのではなく、連邦政府が「病院施設の整備」に関わる資金の一部を各地域に配分することにある。ただしその条件の一つとして、連邦資金を受けた病院施設は低所得者や母子家庭に対して一定の受診機会を用意することが求められた⁸⁾。なお、この場合の「病院施設」とは、公立病院と非営利民間病院および関連施設 (診療所や健康センター等) を指しており、新規の建設だけではなく既存施設の増改築も含まれる。

こうした制度は、病院施設といった「固定資本の整備」面から福祉国家を形成するものとして、あるいは戦後以降の医療保障に影響を与えうる連邦政策の一つとして重要な意味をもっていた。

このため以下では、まずはヒル・バートン法の経緯と内容について詳しく整理しておきたい。その上で、病院施設を望んでいたカイザー・パーマネンテがヒル・バートン法に関していかなる選択を行ったかについてみていこう。

2 新しい連邦医療政策—ヒル・バートン法

2.1 法案成立までの経緯

連邦資金を活用した病院建設の構想は、ルーズベルト大統領が1934年にニューディール政策の一環として提唱した医療福祉プログラム (Social health and welfare program) にあるといわれる。しかしこうした提案は、35年の社会保障法の議論が行われた際には、ほとんど支持されなかった。

同様の構想は、1940年の国家病院法案 (National Hospital Bill)、41年のラーナム法 (Lanham Act) および上記トルーマン提案の (1) に引き継がれ、ヒル・バートン法はこれらの延長線上に位置づけられるものであった。

さて、ヒル・バートン法の提唱者でもあるリスター・ヒルとハロルド・バートンは、所属政党や支持層 (支持団体) が異なっていたが、大恐慌と第2次大戦を経験するなかで医療提供の場の整備が極端に遅れている実態を目の当たりにして、とくにブルーカラーが多い地域や農村部を中心に病院の増設が必要と判断した。実際に1930年代後半以降、そうした地域では、小規模で老朽化した数少ない病院や診療所に多数の患者が殺到しており、また、各カウンティのなかでも約40%を占める農村地域 (人口で見ればおよそ1千500万人が居住する地域) には、病院施設がまったく存在しなかったとされる。さらに戦後以降、多数の退役軍人 (帰還兵) に対する医療施設の整備が必要とされていた⁹⁾。

こうしたなかで、アメリカ病院協会をはじめ多くの病院経営者は州政府・自治体に財政支援を求め、州政府・自治体も連邦政府にその整備に関わる支援を求めた。

以上の経緯を経てヒル・バートン法案が作成・提出され、1945年末以降の連邦議会と公聴会に

において、そのプログラムの骨格をめぐる議論が行われた。主な論点は、地域の医療に対する連邦政府の介入の内容と方法に関するものである。

本来、リスター・ヒルとハロルド・バートンは、全米の各地域を対象とする病院建設プログラムについては、連邦政府の介入・管理を基本とすることが望ましいと主張した。しかしそうした提案は、議会において一定の影響力をもっていたロバート・タフトを中心とする保守派グループの強い抵抗により修正されることとなった。

すでにみたようにロバート・タフトは、福祉国家に関する自らの考えに基づいて、国民医療保険を社会主義的ないし共産主義的とみなし厳しく批判していたが、ニューディールから戦後期における医療保障の議論と全米の世論からヒル・バートン法の導入は「避けられない結果」と判断した。ただしこの場合でもタフトは、連邦政府の役割については、市場の補完機能に制限されるべきとの考えをもっており、たとえば「各州政府の任意判断」と「連邦政府の包括的介入」を比べた場合、経済社会に与える弊害に関しては「前者の方がはるかに小さい」と指摘した。

こうしてロバート・タフトは、ヒル・バートン・プログラムにおける政府の役割について、次のように主張した。すなわち、各州の自主性と自治体の裁量（権限）が保証された上で、連邦政府の規制権力（regulatory powers）は、地域の病院施設や病床数の実態把握とそれらの格差を踏まえた資金配分に限定されるべきである。

なお、ロバート・ワグナーやジェームス・マレー等の国民医療保険を支持するグループは、ロバート・タフトとは対立する立場にあったが、戦後の政治・国際情勢においてはタフトの主張を受け入れる必要があった。また、リベラル派の一部は、ヒル・バートン法に国民医療保険の要素を少しでも加えるよう修正を求めたが、上下両院において共和党が過半数を占める当時の議会において、その試みは失敗した。このため、ロバート・ワグナーとジェームス・マレーは、ヒル・バートン法を将来の「国民医療保険の導入につなげる漸進主義的アプローチ」（incrementalism approach）の一つと判断した¹⁰⁾。

次に、ヒル・バートン・プログラムを通した連邦資金の配分方法（基準）についても、いくつかの検討が行われた。たとえば、民主党の一部のグループは、地域によっては経営・維持が困難な病院が多数あることを踏まえ、そうした病院が財源確保のために患者に高い料金を課した結果、負担能力の無い患者が医療を受けられないケースがあることを指摘した。ジェームス・マレーとクロード・ベッパは、病院建設資金が配分される際には、こうした問題を解消しうる方法ないし基準を設ける必要があると考えた¹¹⁾。

この点についてロバート・タフトは、シンシナチ（本人の出身地）のように財政的に豊かな自治体は自主財源によって病院建設を進めることができるため、その配分方法については「地域間の格差を縮小しうる基準」を設けることが望ましいと指摘した。タフトは、こうした意味ではヒル・バートン・プログラムを公共事業の一環として捉え、これによって地域間での財源再分配をはかりうとした。

また、公衆衛生局長官のトーマス・ペイランは、公立病院のほかにも非営利民間病院に対する資金提供の必要性を唱えた。その理由の一つは、公立病院の不足・老朽化が目立つなかで、非営利民間病院はコミュニティ病院として失業者や低所得者の受診機会を補う機能をもっていることにある。もう一つの理由は、いくつかの州の憲法では、営利・非営利を含め税財源を民間病院に対して支出することが禁止されていたため、連邦資金によって病院施設の地域間格差をある程度

まで解消しようとするにであった¹²⁾。

こうした議論を経て、ヒル・バートン・プログラムの骨格が形成された。その過程においては、「各州・自治体に対する連邦資金の配分方法」と「地域の医療に対する連邦政府の関わり方」の2点が大きな争点となったが、これ以外ではとくに目立った論争はなく短期間で連邦法として成立した¹³⁾。

次に、ヒル・バートン法の内容と成果について、要点を整理しておこう。

2.2 内容と成果

ヒル・バートン・プログラムを通じた資金提供が行われる前提として、連邦政府は、まずは各州政府に対して次の2点に関する調査と報告を求めた。第1は「病院と病床の実態」、第2は「充足されていない医療ニーズ (unmet medical needs) とその対応」である。これらの報告書は、病院施設整備のマスター・プランを立てる際に利用されることとなった¹⁴⁾。

第1の「病院と病床の実態」に関する調査・報告は、ヒル・バートン・プログラムにおける基本条件の一つとされた。連邦政府は「人口1千人あたり4.5病床」¹⁵⁾といった基準を設け、これに基づいて各州政府は、主にカウンティの広さ(面積)と人口ないし人口密度を尺度として、必要となる(あるいは不足する)病院と病床を推計した。このほかにも、連邦資金を受けて病院が建設ないし増改築される予定の州政府と当該病院は、収支見直しを中心に医療提供の場としての経営安定化に関するプランの提出を求められた。

これらを踏まえた資金配分によって地域間での医療施設の格差緩和が期待されたが、その配分額を決定する際には、ジェームス・マレーやロバート・タフトが指摘したように一定の政策的配慮がなされることとなった。たとえば、経済的・財政的に「豊かな地域」と「豊かではない地域」に大別してみた場合、「豊かな地域」に対する配分割合が低く抑えられ、「豊かではない地域」に対してはそれが高く設定された。

具体的には、前者の地域に対する連邦資金の配分割合は病院建設資金の3分の1程度、後者の地域に対する同割合は3分の2程度であった(それぞれの地域での病院建設に要する差額資金については、各自治体ないし当該病院の自主財源とされた)。すなわちヒル・バートン法は、各州・地域において大きな所得・資産格差があるなかで、「地域間の財源再分配」機能を有する制度でもあった。

連邦資金が提供される際には一般にいくつかの条件が課されるように、ヒル・バートン法を通して資金を得ようとする病院施設は、連邦指針 (federal guidelines) の一つとして支払い能力のない住民(主に失業者と母子家庭)に対して「一定の医療サービス」を提供するものとされた。これについては、第2の「充足されていない医療ニーズとその対応」として調査・報告することが求められた。

この当時は、稼得所得や医療保険加入の有無により大きな受診機会格差が生じていたとされ、こうした第2のプログラムによって、各地域での調整と対応が期待された。これは、連邦資金を通して失業者や母子家庭等の無保険者に対して“間接的に”受診機会を用意しようとするはじめての取り組みとされ、資金を受けた病院施設は、州政府の管理下において最長20年間そうした住民に無償あるいは低負担で医療を提供することが求められた¹⁶⁾。ただしヒル・バートン法におい

ては、その対応は各州政府と当該病院に委ねられるものとされ、連邦政府による介入が明確に禁止された¹⁷⁾。

こうしてヒル・バートン法の規定では、病院の建設や増改築を望む州・自治体および当該病院に対して、地域住民への医療提供プランを提出することが求められ、それが不十分と判断された場合には資金は交付されないこととなった。こうした規定は、「uncompensated care obligation」ともいわれる。

また、この当時は、南部地域の病院を中心に人種や出生地による差別的扱いがなされていたとされ、たとえば黒人に対する医療が拒否されるケースもあった。このため連邦政府は、ヒル・バートン法に「人種差別禁止」の規定を設け、資金交付対象のすべての病院にこれを適用した。こうした規定は、「community service obligation」ともいわれる。

以上の2点に関する調査・報告書は主に公衆衛生局において審査され、その承認後に、州政府を通して連邦資金が当該病院に交付されるものとされた。なお、ヒル・バートン法は、本来は「病床を有する病院施設」を対象にしていたが、リハビリ施設、外来医療施設およびナーシング・ホームも資金の交付対象として認められた。

こうした政策により、1970年までにおよそ9千200の病院等の施設と42万4千の病床が増設されることとなった¹⁸⁾。

ヒル・バートン法は、先にも触れたように固定資本の整備といった側面から福祉国家を形成する上で重要な意味をもっていた。ただし、総体的にはそのような評価が可能とはいえ、「地域の視点」からみた場合、いくつかの課題が残されたといわれる。

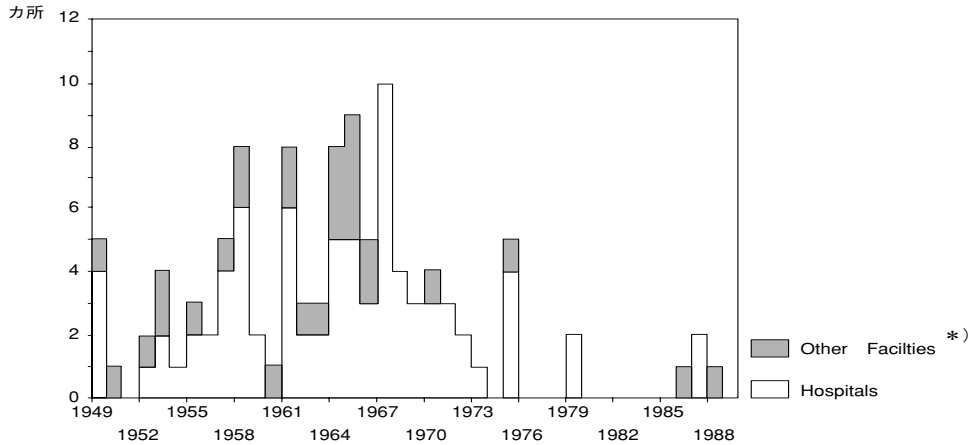
たとえば「無保険者等に対する受診機会の提供」や「地域間での財源再分配」は実際にどの程度まで有効であったか、また「病院施設の建設場所」の妥当性についてもいくつかの見方がなされている。これらは重要な課題であるが、詳しい内容と議論については別の機会に取り上げることにしたい。

2.3 ヒル・バートン法とカイザー・パーマネンテ

ヒル・バートン法に関する以上の内容と成果を踏まえ、ここでは、その具体的事例としてベイ・エリアにおけるいくつかの病院を取り上げてみていくことにしよう。

まずは、ヒル・バートンのプログラムにより全米各地に連邦資金が投じられ、ベイ・エリアにも多額の資金が交付された。この結果、次の図表3-1にみるように、1980年代末までに83の病院と27の関連施設が建設されることとなった。

図表3-1 ヒル・バートン・プログラムによるベイ・エリアの病院施設等の建設件数



*) Other Facilities は、リハビリ施設、外来医療施設およびナーシング・ホームを指している。
出所) Scott, Ruef, Mendel and Caronna (2000) pp. 252-253.

1965～70年代初頭に一つのピークがみられるが、主な理由は、メディケアとメディケイドの導入に合わせ、連邦政府が病院施設等の建設を促進させ、その効果がベイ・エリアにも及んだためである。

ところで、以上の成果が得られるなかで、ヒル・バートン法に対する各病院の反応、いいかえれば、そのプログラムに参加して連邦資金を得るか否かの病院側の判断はそれぞれ異なっていた。こうした現象は、全米の各地域においてみられたとされるが、これはベイ・エリアでも同様であった。以下ではその理由について、サンノゼ病院 (San Jose hospital: 1923年設立)、スタンフォード大学病院 (Stanford University hospital: 1917年設立) およびカイザー・パーマネンテ (パーマネンテ財団病院) の3つの事例をみておこう¹⁹⁾。

サンノゼ病院は、1930年代後半以降、ブルークロス・カリフォルニアと契約関係にあった一方、サンタクララ・カウンティ (ベイ・エリアの南東地区) においてコミュニティ病院としての役割をもっていた。すなわち同病院は、失業者や母子家庭等の無保険者の患者も受け入れており、こうした取り組みを前提に、1949年にヒル・バートン・プログラムに参加するプランを検討・作成した。

そうしたプランは、サンタクララ・カウンティにおける同プログラムの審査・選定委員会により、「公共性をもちうる」ものと評価された。これを取りまとめたカリフォルニア州政府の報告に基づいて、サンノゼ病院は連邦政府からヒル・バートン法の基準に照らして適格と判断され、資金を受けた上で病院と病床の増改築 (各種の医療機器の設置を含む) を行った。

次に、スタンフォード大学病院は、サンノゼ病院と同様にサンタクララ・カウンティとサンマテオ・カウンティ (ベイ・エリアの南部地区) における地域医療の一端を担っており、ヒル・バートン・プログラムの審査・選定委員会やカリフォルニア州医師会からも評価されていた。しかし同大学病院は、ヒル・バートン法適用の前提となる無償・低負担の医療 (とくに貧困者に対する医療) については、そのイメージ、発展性および生き残り (survival) 戦略といった観点から病院存立の趣旨ないし目的に馴染まないと判断した。

こうしてスタンフォード大学病院は、高度な医学研究と医療技術に関する名声の維持を重視したため、サンタクララ・カウンティにおいて要請されたヒル・バートン・プログラムへの参加を見送り、独自の資金によって病院・病床の増設と医療機器の近代化を進めた。

一方、カイザー・パーマネンテは、組織・経営の拡大をはかる上で病院施設の新設や改築を必要としていたが、ヒル・バートン法導入以降のおよそ20年間（1960年代後半まで）はその申請を行わなかった。また、各カウンティでの調査・報告書を取りまとめるカリフォルニア州政府も、カイザー・パーマネンテに対してヒル・バートン・プログラムへの参加を積極的に呼び掛けたわけではなかった。

その第1の理由は、パーマネンテ財団病院は医療提供の対象をカイザー・パーマネンテの契約者・加入者としており、ヒル・バートン法の適用条件となる“voluntary”ないし“charitable”としての性質を備えたコミュニティ病院ではなかったためである。第2の理由は、すでにみたように1940年代初頭以降、カイザー・パーマネンテの「プリペイメント・グループ医療」がアラメダ・カウンティ医師会から批判されていたことにある。その会員医師の一部は、ヒル・バートン・プログラムの審査・選定委員会のメンバーにもなっており、「アラメダ・カウンティではパーマネンテ財団病院の増改築は不要」と指摘した²⁰⁾。

こうした理由のほかにもヘンリー・カイザーは、ヒル・バートンのプログラム自体に関心をもっていなかったとされる。この点についてカイザー産業は、1941年のラーナム法に関しては連邦資金を受けて病院を増設したが、同法のプログラムは無保険者等に対する無償・低負担の医療提供を資金交付の前提とするものではなかった。すなわちラーナム法は、国家事業としてのニューディールや軍事物資生産に従事する労働者への医療を重視する政策であり、ヒル・バートン法の目的とは本質的に異なっていた。

こうしてカイザー・パーマネンテは、この当時は独自のシステム（クローズ・モデル）を厳密に維持していたため、ヒル・バートン・プログラムには参加せずに病院施設の整備を進めることとなった。そのための資金は、ヘンリー・カイザーの個人所得とカイザー産業の法人資産およびバンク・オブ・アメリカからの融資によって賄われ、これによってベイ・エリアの各カウンティに複数の病院と診療所が建設された²¹⁾。

以上、戦後の医療保障に関わるトルーマン提案とヒル・バートン法の内容を整理して、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選択についてみてきた。そうした反応と選択は、カイザー・パーマネンテの基本モデルを確定させる契機にもなった。

次の3では、トルーマン政権下での医療保障の動向に影響を与えた他の要因を整理して、カイザー・パーマネンテの基盤がさらに強化された背景を考察する。その上で、ニクソン大統領の「新しい国民医療戦略」の基礎とされるHMO法と、その成立過程におけるカイザー・パーマネンテの位置づけをみていくことにしよう。

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

3.1 トルーマン政権下の新たな政策課題と医療保障の動向

トルーマン・ドクトリン、マーシャル・プランおよびフェア・ディール政策

戦後の医療保障をめぐる議論において、市場原理と公的介入の選択問題を含め明確な方向が見出されないなかで、病院施設の建設といった固定資本整備に限定する連邦政策が実行された。国民医療保険に比べて連邦政府の負担が少ないとされるヒル・バートン・プログラムが支持された背景は、以下にみるように当時の政治および財政事情にもあった。

すなわち、連邦政府にとって戦後の優先課題は、国内の「福祉政策」よりも、共産主義・社会主義諸国との対立が深刻化する国際情勢において、基軸国としての規範を示す「対外政策」にあり、そのために財源を確保する必要があった²²⁾。

とりわけ、1947年3月の外交政策（トルーマン・ドクトリン）は「共産主義封じ込め政策」ともいわれ、大戦後の最重要課題の一つとされた。トルーマン大統領は、自由主義と全体主義といった2つの世界観を提示すると共に、自由主義国が全体主義国の支配下に置かれた場合にはその弊害は世界中に及ぶと警戒して、とくにトルコとギリシャに対して軍事と経済面での援助を行うためにおよそ4億ドルを供与した。

また同年6月には、アメリカはNATO（北大西洋条約機構）を中心に多くの軍事同盟の締結をはかり、そうした関係を構築するなかでマーシャル・プランをはじめ大規模な経済援助計画を構想した。こうした計画に対して西欧16ヶ国（イタリア、オーストリアおよびドイツ西部を含む）は、復興4ヶ年計画と援助所要額をまとめた報告書を共同で作成して、アメリカの資金援助を受け入れることとなった²³⁾。

すなわち、戦後の福祉国家の検討過程において、国民医療保険の導入が見送られ、あるいは政策決定過程での論争が沈静化した背景の一つは、こうした対外政策が重視されたためであった。

次にトルーマン大統領は、1948年の大統領選挙の際に内政政策の柱としてフェア・ディール政策を唱え、再選後の49年に具体的プランを策定した。その目的は、「全国民に対して公平な扱い（Fair Deal）を受ける権利を与える」ことにあるといわれ、ニューディールと同様にリベラルな内容もっていた。フェア・ディール政策の骨格は、住宅と教育関連の補助金拡充、社会保障年金の対象範囲拡大と給付水準の引き上げ、そして国民医療保険の導入にあった。

このなかでも国民医療保険のプログラムについて、トルーマン大統領は1949年2月に、45年末の自らのプランを踏襲する形で提案を行った²⁴⁾。ただし、49年の提案は、プリペイメント方式による包括的医療保険の導入・普及を強調する以外、45年のそれと比べて必ずしも発展的な内容ではなく、予防医療と産科・小児科医療については限定的であり、疾病や怪我に伴う所得保障に関してはほとんど取り上げていない。新しい提案としては、医療保険の加入要件としての保険料の納税ができない経済的困窮者への対応が盛り込まれ、こうした国民は医療扶助によってカバーするものとされた²⁵⁾。

以上のプログラムについてトルーマン大統領は、1945年の提案と同様に「連邦政府の管理・介入よりも、医師の裁量と地域の自主性が尊重される」ことをあらためて主張した²⁶⁾。これに対して、アメリカ医師会や歯科医師会のグループ、商工会議所および弁護士協会は、従来と同様に以上のプログラムを「社会主義的」あるいは「反アメリカ的」(unAmerican)とみなし批判した²⁷⁾。

トルーマン政権は、こうした保守派の抵抗よりも、労働組合を中心にリベラル派の各グループから広い支持・賛同が得られることを想定していた。ところが、国民医療保険に関するギャラップ調査によれば、1943年には調査対象の60%程度がその導入を支持するとの回答であった一方、49年の同調査ではそうした割合は51%に低下していた。また、1946年には、医療保険の加入者は全国民の25%程度であったが、40年代末までにその割合は50%をこえ、50年には60%に達した。

これに関する主な要因は、1930年代後半以降に拡大した団体交渉および保険料に関する税額控除の規定により、各労働者にとって雇用主提供医療保険の加入機会が広く浸透していたことにあった²⁸⁾。こうしたなかでAFLとCIOは、次の2つの理由により、49年の国民医療保険提案を支持しなかったとされる²⁹⁾。第1は、雇用主提供医療保険が連邦政府の社会保険に代替された場合には、自らのイニシアティブが低下するためであり、第2は、医療費の拡大に伴って連邦政府の負担が増加した場合には、保険料の増税にもつながるためである。

こうして、フェア・ディール政策の一環として国民医療保険の提案がなされたが、対外政策に軸足を置く戦後のアメリカ政府の判断（選択）とそのための財源確保、さらに医師会等の抵抗と労働組合の不支持により、ここでも合意は形成されなかった。

ところで、以上の結果に至ったもう一つの要因として、タフト・ハートレー法（Taft-Hartley Act）³⁰⁾の検討過程において、民間医療保障の形成にとって重要な判断がなされたことがあげられる。

まずはタフト・ハートレー法の内容は、ワグナー法によって認められた労働者の諸権利（労働者の団結権や労使間交渉の対等性の保障等）を大幅に修正・制限することにある。これに対してAFLやCIOが強く抵抗して、トルーマン大統領も拒否権を行使したが、46年秋の選挙に民主党が敗北して共和党が過半数を占める当時の連邦議会において、47年6月に同法が成立した。

こうした法案が提出された段階では、次の2つの内容が含まれていたとされる。第1は「組合が管理する医療と年金資金に対して、雇用主が資金を負担（拠出）することを禁止する」、第2は「労働者が団体医療保険に加入することを禁止する」である。しかし、労働組合の抵抗と連邦裁判所の判決により、こうした項目（提案）は法案成立の直前に取り除かれることとなった。

これは労働者側の意向が尊重されたことによるものとされるが、何よりもこれによって「労使間交渉を通じた民間医療システムの形成機会」が維持されることとなった。トルーマン大統領が1949年の国民医療保険提案において、45年のそれを具体的に発展させることができなかった理由の一つはこうした事情にあったとされ、実際に同大統領は49年の提案を早い段階で断念した³¹⁾。

こうして、戦後のアメリカ医療保障については、病院施設の整備以外、「連邦政府の管理・介入や公的資金に依存しない民間システム」がいつそう重視されることとなった。

ヒル・バートン法と雇用主提供医療保険の関係

医療保障については民間システムをベースとする方向が選択された背景は、雇用主提供医療保険が定着・拡大しつつあったことにもあるが、それを可能にした要因の一つとしてヒル・バートン法が重要な意味をもっていた。この点について整理しておきたい³²⁾。

まずは、以上の経緯をまとめれば、前稿「カイザー・パーマネンテのマネジドケア（2）」に

おいてみたように、1943年のワグナー・マレー・ディングル法案に対して様々な批判がなされた後に、連邦政府の提案 (federal proposals) により、いくつかの州や自治体において医療保障のあり方が検討された。次に、1946年のヒル・パートン法導入以降、多くの地域において病院が建設され、医療提供の場が整備された。こうした2つの出来事は、民間保険団体 (病院や医師グループが保険者としての機能を備えるケースを含む) の設立を促進させる要因となった。

それらの団体は、たとえば、複数の州を対象とする非営利組織や特定地域を対象とする営利組織、現代にみられる HMO や PPO と同様なシステムを採る組織³³⁾、さらに自家保険組織 (self-insured corporations) 等であり、保険者としての規模も多様であったとされる。そしてこれらの団体が、保障対象となる疾病や怪我の種類と保険料 (率) などに基づいていくつかの医療プラン (主に病院サービス・プラン) を用意して、各地域に新設・増設された病院と契約した。

こうして各保険団体は、各州の規則や産業と就業形態および医療ニーズに応じて、多くの企業との保険 (医療提供) 契約を進めたが、それ以外にも次の契約関係があった。たとえば、連邦政府の職員を対象とする医療保険プログラムとして連邦政府と契約するケース、州政府ないし自治体の職員を対象とする医療保険プログラムとして州政府・自治体と契約するケース、あるいは連邦政府や州政府から事業委託を受けた企業の労働者 (たとえば、公共事業現場での労働者) を対象に、各政府の医療保険プログラムの代行者として契約するケースである。

これらの結果、とくに企業の労働者に医療保険プランの「加入機会」と「選択肢」が用意され、これが団体交渉や保険料の税額控除規定を通して雇用主提供医療保険を普及・拡大させる大きな契機となった。

3.2 カイザー・パーマネンテの規模拡大と組織再編

カリフォルニア州とワシントン州での動向

各地において雇用主提供医療保険が普及するなかで、カイザー・パーマネンテは、事業エリアを拡大させることとなった。これは、多くの企業ないし労働組合からの要求によるものであるが、ヘンリー・カイザーはとくに労働組合との関係を重視した。

まずは、カリフォルニア州では、住民に占める労働者 (とりわけブルーカラー) の割合が高く、雇用主がそうした労働者の怪我や疾病の治療に対応する上で、あるいは企業福祉体制を整える上で、医療保険に対するニーズが拡大した。

こうしたなかで、サンフランシスコとオークランドを中心とする北カリフォルニア地域では、雇用主提供医療保険の選択肢として主にカイザー・パーマネンテとブルークロスおよびブルーシールドの各プランが用意されていた。この結果、多数の労働者がそのいずれかに加入したとされるが、カイザーのプランは「支払い可能な負担により包括的な医療を提供する」ものと評価された。また、カイザー・パーマネンテは、サンフランシスコ市との交渉を通して、1947年以降、同市が事業委託する複数の企業の労働者を対象に医療プランを提供することとなった。

ロサンゼルスを中心とする南カリフォルニア地域においても、カイザー・パーマネンテは多くの企業と労働者から同様な評価がなされた。とくにフォントナのカイザー鉄鋼所での医療プランが好意的に受け入れられ、この地域のいくつかの労働組合 (とりわけ鉄鋼産業関係の組合) リーダーがカイザー医療プランの加入機会を求めた。これを踏まえカイザー・パーマネンテは、南カリフォルニア地域においても都市部を中心に契約医師を増加させ、医師グループの再編と病院・診療所の建設を進めた。

こうしてカイザー・パーマネンテは、カリフォルニア州の各地にエリアを拡大させ、契約者・加入者を増加させることとなった³⁴⁾。

一方、ワシントン州のバンクーバーでは、終戦後に造船関係の生産稼動低下に伴ってカイザー・パーマネンテの加入者が、3千500人程度にまで激減した。この結果、北部パーマネンテ・バンクーバー病院（Northern Permanente Vancouver Hospital）の経営は破たん寸前となっていた。

こうした状況においてカイザー・パーマネンテは、退役軍人局（Veterans Administration）との長期契約（主に帰還兵・退役兵に対する1946～50年までの医療提供契約）を得ることとなった。さらに港湾関係の多数の企業との新規契約により、北部パーマネンテ・バンクーバー病院の経営破たんは回避された。なお、本来、バンクーバーおよび隣接するポートランドはカイザー・パーマネンテにとって必ずしも重要拠点ではなかったが、複数の診療所と大規模な病院（Bess Kaiser Hospital）が建設された結果、加入者（この地域に従事する連邦職員も含まれる）は次第に増加することとなった³⁵⁾。

こうしてカイザー・パーマネンテの加入者は、終戦後の10年が経過した1955年でみれば、北カリフォルニア地域ではおよそ30万2千人、南カリフォルニア地域では20万人、ワシントン州では2万3千人となり、合計で52万人超となった。このなかでもベイ・エリアにおいては、1955年までにAFL-CIOを中心に組織労働者の過半数がカイザー・パーマネンテに加入することとなった³⁶⁾。

組織の再編と基本モデルの完成

カイザー・パーマネンテは、アメリカ医師会等の保守派グループからの反発や、ブルークロス・ブルーシールドとの市場競争のなかでも、独自のプランに対する広い支持により契約者・加入者を増加させることが可能となった。こうした過程においてカイザー・パーマネンテは、組織の再編を行い、1955年頃までに基本モデルを完成させた。

まずは、医師サービスを担うシドニー・ガーフィールド&アソシエーツは、本来、個人事業の形態が採られていたが、契約医師が増加するなかで、1948年に「パーマネンテ医師グループ」として法人組織化された³⁷⁾。これに属する医師は、50年代中頃には、西部沿岸地域での13のカイザー財団病院と30の外来医療センターのいずれかにおいて医師サービスに従事していた。

次にヘンリー・カイザーは、1951年に3種類の組織体、すなわちカイザー財団医療プラン、カイザー財団病院およびパーマネンテ医師グループの一体的運営を進める上で、オークランド・統括本部の管理機能を強化させた。これによって、IHDS（Integrated Health Care Delivery System）といわれるモデルの基本構造が形成されることとなった。IHDSは、これまでもみたとように「保険・病院・医師サービスの統合システム」を指している。

なお、パーマネンテ医師グループに属する医師は、オークランド・統括本部のもとで管理される医療（すなわち、マネジドケア）に抵抗して、3種類の組織体のなかでパーマネンテ医師グループを独立させるよう求めた。これに対してヘンリー・カイザーは、この当時としては必ずしも一般化されていない大規模な「多重スクリーニング・プログラム」（multi-phasic screening program）³⁸⁾を取り入れた。

こうした高度な医学研究機会とその資金がパーマネンテ医師グループに与えられたが、経営サ

イドと医師サイドの内部抗争（医療の提供方法をめぐる主導権争い）の解消には必ずしもつながらなかったとされる。

一方、シドニー・ガーフィールドは経営者であり医師グループの代表者でもあったが、パーマネンテ医師グループに所属する医師が1955年に700人近くに達する過程で経営・管理面での課題が指摘されることとなった。その対応として、シドニー・ガーフィールドの管理業務が軽減された結果、ヘンリー・カイザーによる独裁的な経営スタイルはいっそう強化され、ヘンリー・カイザーとパーマネンテ医師グループとの間に対立関係が生じた。

これらの問題に対して、カイザー・パーマネンテの経営アドバイザー（オークランド・統括本部の役員）の1人であったユージン・トレフェセン（Eugene Trefethen）は、1955年に次の提案を行った。すなわち、「3種類の組織体を原則的に独立させた上で、それぞれが相互依存関係にあるパートナーシップを形成する」。経営サイドと医師サイドの交渉・調整の結果、こうした提案が受け入れられることとなり、そのなかには「low cost and high quality」の観点から一定の成果をあげた医師に報酬を上乗せする内容が含まれた。

こうしてカイザー・パーマネンテは、1930年代初頭以降、医療提供体制や医療保障をめぐる様々な経験と論争および組織の再編を経て、55年頃までに基本モデルを完成させた。これ以降、IHDSに基づくマネジドケアを展開するなかで、60年には加入者がおよそ80万人となり、事業エリアが拡大する過程において70年代後半には加入者が300万人に達した。

カイザー・パーマネンテは、1977年までに6地域（カリフォルニアの北部および南部地域、ワシントン・オレゴンの北西部地域、ハワイ、コロラド、オハイオの各州）に事業を拡大させ、連邦政府によってHMOs（HMOを提供する組織）として適格と公認された^{39）}。

本稿の最後に、HMOの概要とその検討過程におけるニクソン大統領の構想を整理した上で、HMOとカイザー・パーマネンテの関係についてみておこう。

3.3 HMOとカイザー・パーマネンテ

ニクソン政権期の医療問題とポール・エルウッドの提言

現代において多様な内容と手法を有するマネジドケアの原点の1つが1973年のHMO法にあり、その目的は、一定の財源制約のなかで最も効率的な方法で医療を提供しようとするところにある^{40）}。HMOに関する議論は1960年代後半以降にはじまるが、その際には次の3つが重要課題として提起された。

第1は、病院施設の増加に伴って拡大した国民医療費の抑制、第2は、メディケアとメディケイドのプログラムによって急増した公的医療費の削減、そして第3は、労働者間と地域間のそれぞれにおける受診機会格差の解消である。

HMO法の目的は、こうした課題にいかに応えるかにあった。

アメリカでは、1960～70年の10年間において、医療コストは生活コストの2倍程度に上昇して、そのなかでも病院サービス費用（病院の建設費を含む）は同期間において3倍以上に急増した。その主な原因が、ヒル・バートンとメディケア（とくに、入院等の病院サービスをカバーする強

制加入のパートA)のそれぞれのプログラムにあるとされた。これが、診療報酬の出来高払い制ないしコスト・プラス方式 (cost-plus basis) のもとで、いわゆる「供給が需要を生み出す」形で医療費の“demand pull”インフレーションをもたらすこととなった⁴¹⁾。

ニクソン大統領は、ジョンソン (Lyndon Johnson) 政権期から続く「偉大なる社会」計画およびベトナム戦争等といった課題に直面するなかで、医療を中心とする福祉制度改革を重要な内政課題の一つと定めた⁴²⁾。これに関してニクソン大統領は、「医療コストの削減と医療システムの効率化」を政策目的の上位に掲げ、就任直後の1969年2月に次の声明を行った⁴³⁾。

われわれは、医療費の増加と国民の受診機会格差に関して重大な課題に直面している。運営・管理のあり方と制度の見直しを通して、この2～3年以内にそれらの対応がなされない場合には、医療システムは崩壊 (breakdown) して、多数の国民に深刻な影響を与えることになるであろう。

1960年代後半のアメリカ医療については、こうしたニクソン大統領の指摘に加え、1970～71年の議会において共和党を中心に「医療の危機」(health care crisis) との懸念がなされ、政策提言者や研究者からも「亡国的医療費」(catastrophic health costs) といった問題が提起された。

一方、国民の受診機会格差 (保険加入者と無保険者間の格差だけではなく、保険加入者間での保障内容の格差) が拡大するなかで、ニューヨーク州知事のネルソン・ロックフェラー (Nelson Rockefeller) をはじめリベラル派・民主党の一部から国民医療保険の必要性があらためて問われた。

こうしてニクソン政権は、「医療支出の抑制」と「医療の平等確保」といった2つの課題に向き合うこととなった⁴⁴⁾。

ニクソン大統領は、まずは医療に対する政府介入、とりわけメディケアとメディケイドの各プログラムの失敗 (failure of government interventions) を取り上げた上で、一定の公的管理と行政機能が必要とはいえ、市場ないし民間組織を通して平等・効率的な医療提供体制を整えることが必要と判断した⁴⁵⁾。しかしニクソン政権は、そのための具体的な方法や政策を見出していなかった。

こうしたなかで、ポール・エルウッド (Paul Ellwood)⁴⁶⁾を中心とする医師グループは、ニクソン政権に対して、プリペイメント・グループ医療に基づく「Health Maintenance Organization」(すなわちHMO)を提言した。そのプロトタイプ・モデルがカイザー・パーマネンテであり、ポール・エルウッドは、カイザー・パーマネンテの当時の役職者の一人でもあったスコット・フレミング (Scott Fleming) 等とそのモデルについて意見交換を行っていた⁴⁷⁾。

なお、ポール・エルウッドは、ジョンソン政権のもとで「Health Planning」といわれる医療構想に関わった経験をもっており、その際に健康教育福祉省 (Department of Health, Education and Welfare) の官僚と「健康維持」およびそれを実践する「組織」のあり方について調査・研究を行っていた。そのなかで、医療政策の専門家・研究者や連邦政府の官僚は、医療費が急増した1960年代末には、カイザー・パーマネンテを「a model of future healthcare」と評価したとされる⁴⁸⁾。

ポール・エルウッド等の医師グループは、医師と病院サービスを効率化する上では次の2つが必要と判断して、それをニクソン大統領にも伝えた。その第1は、プリペイメント方式と Capitation によって診療報酬システムに構造的誘因 (structural incentive) を取り入れることであり、第2は、予防医療・健康診断を促進することである。

すでにみたように、1900年代前半以降、いくつかの病院と医師グループおよび保険団体においてプリペイメント・医療プランが導入されていた。また、40年代後半以降、ヒル・バートン法の病院施設整備に伴って設立された保険団体においても同様なプランが用意され、雇用主提供医療保険として多くの労働者にそれが提供された。

こうしたプランにおいては、病院サービスについては定額払い制が採用されつつあったが、医師サービスについては原則的に出来高払い制とされ、予防医療・健康診断は重視されていなかった。

これに対してカイザー・パーマネンテのプランは「医師グループによる定額払い制のプリペイメント医療」によるものであり、それには医師と病院サービスおよび予防医療が含まれていた。ポール・エルウッドをはじめ医療政策の専門家がカイザー・パーマネンテを評価した理由は、「医療コストの削減と医療システムの効率化」および「治療成果の向上」にとって有益と判断したことにあつた⁴⁹⁾。なお、カイザー・パーマネンテは、1960年代後半の段階では、雇用主提供医療保険を通して加入しうる唯一の「Health Maintenance Organizations」とされた⁵⁰⁾。

ニクソン大統領の「新しい国民医療戦略」

ニクソン大統領は、ポール・エルウッド等による提言を HMO の基本モデルと位置付け、1971年2月と72年3月の特別教書において「新しい国民医療戦略」を提唱した。次の(1)～(3)はその概要である⁵¹⁾。

(1) 背景と課題

アメリカの医療支出は、1960年の260億ドルから71年の750億ドルにまで急増した。それらの大部分は、医療の実態面ないし質的・量的な向上につながったわけではなく、単純に「price inflation」によるものである。医療費の増加に伴って保険料が上昇した結果、大半の国民は保障内容の充実した医療保険に加入できない状況となっている。

これまでの20年を振り返れば、医療保険の加入者は50%から80%にまで増加した一方、保険を通してカバーされる医療の割合は60%程度にすぎない。国民の多くが病院サービス保険に加入しているとはいえ、医師サービス保険の加入者は国民の半数程度であり、そのなかには個人開業医での医療に限定された者も含まれる。しかも、加入保険の種類によっては、カバーされる医療費の割合や保障内容が異なっている。また、医療施設とりわけ病床が過剰となっているなかで平均在院日数が長期化しており、病床の4分の1は、入院医療が必要とされない患者によって占有されている。すなわち、受診機会格差と保険加入者間での保障内容格差がみられる一方、病院サービスにおいて非効率が生じている。

(2) 目的

われわれが取り組むべき課題は、医療の分野に「いくら」支出するかではなく「いかに」支出するかであり、したがって「新しい国民医療戦略」の目的は、急増する医療費の財源を調達することではなく、効率的な医療システムを作ることにある。伝統的な出来高払い制のシステムは、医師と病院に対して、国民の健康維持よりも、疾病等からの利益の追求(拡大)

を可能にする非合理的インセンティブをもっている。これに対してHMOは、予防医療と治療の効率化に主眼を置くものであり、国民にとって有益なプログラムとなるであろう。医療資源を予防医療に重点的に投入して、早期の発見・治療が行われるならば、医療費の節約が可能となろう。このためには、プライマリ・ケアを充実させる必要がある。

われわれは“health”システムを作るべきであり、健康を回復（restore）するための医療よりも、それを維持（maintain）するための医療システムが重要である。そのためには、消費者・患者および医療提供者がコスト意識をもつことが必要となる。HMO法案の目的の一つは、コスト意識の浸透とこれによる医療費の節約にある。

HMOにおいては、複数の医師から構成される“医師グループ”によって医療が提供されるため、医師間での連携を通して医療の質的向上と効率化がはかられる。またHMOのシステムでは、加入者・患者はそうしたグループからの医師選択が認められるため、医師間での競争意識が生まれるであろう。医療の効率化は、医師グループが病院施設や医療機器、医療スタッフを共同で使用するによって可能となり、医師一人あたりの経営・管理コストや財政リスク（医療過誤に関わるコストを含む）も軽減される。

（3）方法と期待される効果

HMOsは、医師グループ、病院およびクリニックが1つの組織（single organization）に統合された上で、あるいはこれらのパートナーシップが構成された上で医療の運営・管理を担うこととなり、加入者・患者はこの組織を通して医療を受ける⁵²⁾。医療の技術と各種の機器および経営と管理能力の向上・高度化に伴って治療の成果と効率性が向上しつつあり、さらに疾病分類や患者の病歴・治療歴の管理も容易になっている。こうしたなかでは、個人開業医や小規模病院あるいは加入者の少ない保険団体よりも、HMOsの統合モデル（パートナーシップ）のもとでの一体的運営が有益である。

HMOにおいては医療の効率性とコスト削減が求められ、その責任は「保険者（第三者支払機関を含む）」、「医療提供者」および「加入者・患者」のそれぞれにおいて分担される。これによって、HMOs間での競争と資源の効率的配分が期待される。こうしたシステムは、出来高払い制とは異なり、一定の財源制約のなかで加入者・患者の健康維持と疾病の早期発見・早期治療が促進され、効率的で適切な医療が行われた場合に、医師、病院および保険団体に利益をもたらす。なお、HMOの加入者・患者は、自らの判断と選択によっては、出来高払い制の医療保険に加入することも可能である。

HMOの加入要件として保険料（会費）負担が必要となるが、その料率については、各州の政府が一定の連邦基準に基づいて適正に設定することになる。また、HMOsの拡大にとって障害となるような州の規定を取り除く必要がある。そうした規定の一つは、22の州において医師グループによる医療が禁止されていること、もう一つは、大半の州において医師に対して経営責任を求めることが禁止されていることである。さらに、都市部と農村等の過疎地域間での受診機会格差の解消のために、過疎地域を対象にHMOsの設置と医師報酬およびコミュニティ病院の整備に関わる連邦補助金を用意する必要がある。

現在では、約700万人の国民がHMOないしそれに準じるプランに加入していると想定され、支払い可能な負担により良質の医療を受けている。より多くの国民にHMOsの加入機会を用意することが、「新しい国民医療戦略」の最終目的である。

ニクソン大統領の以上の提案にみられるように、本来、HMOは「保険・病院・医師の各サービス」と「経営・管理機能」が統合されたモデルによって運営されるものである。こうしたモデルはカイザー・パーマネンテによって具体化されており、ニクソン大統領がHMO法案を作成した際には、そのモデルが前提となっていた⁵³⁾。

HMO法の検討過程と制度内容

ニクソン政権は、予防医療を重視するプリペイメント・医療プランの導入が不可欠と判断して、HMO法案に基づく「新しい国民医療戦略」を唱えた。これに関してニクソン大統領は、1973年2月の一般教書⁵⁴⁾において以下の声明を行ったが、その内容は、ジョンソン政権の政策を批判しながら、自らの「戦略」の必要性をあらためて強調するものであった。

すべてのアメリカ国民は、自らの可能性を実現するために機会の平等が与えられている・
(中略)・わが国においてこれまでに行われてきた(「偉大なる社会」の：引用者)プログラムは、機会の平等を実現することにおいて失敗した。われわれの資源は無限ではない。われわれは、重税と過大な政府支出は万能薬(cure-all)ではないことを十分に学んできた・(中略)・重い税負担と(インフレによる：引用者)高い生活費は、本来、国民に約束された利益を大きく損ない、政府に対する国民の信頼を低下させた。

われわれは連邦政府の金を使っているのではなく、納税者の金を使っている。納税者の金は、最も価値があり利益をもたらす方法で使われなければならない・(中略)・政治・経済および外交等において多様な課題に直面するなかで、われわれは効率的な方法で国民に医療が提供される場(機会)を用意する必要がある。

ニクソン大統領の「新しい国民医療戦略」は、運用面では各州政府の裁量と市場原理が尊重される一方、その管理面では連邦政府の介入を前提とするものであった。このため、アメリカ医師会の一部のグループは、医師の行為が政府の指導・管理下に置かれることを警戒した。

ところでアメリカ医師会は、1940年代以降、国民医療保険のように医師裁量が制約される政策を繰り返し批判していたが、ニクソン大統領の提案がなされた70年代初頭には、その組織率(全医師に占める医師会加入者の割合であり、個人開業医を中心に構成される)は低下傾向にあった。医師会の組織率は、1940~50年代を通して安定的に増加してピーク時の50年代中頃にはおよそ70%であったが、60年前後を境に低下して、70年代初頭には50%程度となっていた(90年代以降は40%以下になっている)⁵⁵⁾。

これに関する主な理由は、雇用主提供医療保険の普及に伴って「団体加入」プランが増加するなかで、医師グループがそうしたプランを提供する保険団体との契約を拡大させた結果、個人開業医の医療提供機会が減少したためである⁵⁶⁾。これによって、政策決定過程におけるアメリカ医師会の影響力は次第に低下しつつあった。

こうしたなかで医師会のリーダーは、伝統的な「個人開業医による出来高払い制の医療」に必ずしも固執することなく、メディケア・メディケイドや定額払い制の団体保険、あるいはファミリー・プラン等のニーズに柔軟に対応する方向を選択しはじめた。これに対して強硬な保守主義

者（die-hard conservatives）は「アメリカ医師会は会員を裏切った」と批判したが、組織率が低下するなかで医療の社会的要請を受け入れようとする医師会の姿勢は、そうした保守主義者と距離を置くものであった⁵⁷⁾。

このため、HMO 法案に対するアメリカ医師会の批判ないし抵抗は、従来と比べて必ずしも強いものではなかった。

なお、ニクソン大統領の提案は、上下両院において民主党が過半数を占める当時の議会のなかでも一定の支持が得られていた。理由の一つは、まずは1976年までに各州に1千700程度のHMOsを創設した上で、4千万人にその加入機会を用意するものとされ、そのために連邦資金を投入する内容が含まれていたためである。もう一つの理由は、制度導入後の10年間において、人口の90%がこれに加入することが目標とされたことにある。

また、HMO 法案の内容は、HMOs の認可・設立に関しては連邦政府が一定の基準を設けた上で関与する一方、その後は各地域において独自に運営されるものとされた。すなわち、長期的には民間組織としてのHMOsが市場を通して保険と医療サービスを提供するとの提案であったため、この意味では共和党の意向を取り込むものであった⁵⁸⁾。

こうしてHMO 法案は、とくに大きな批判・反論もなく1973年12月に連邦法として成立した。ただし、ニクソン大統領のすべての提案が是認されたわけではなく、いくつかの修正・削除がなされた上で、主な制度内容は次の5点に集約されることとなった⁵⁹⁾。

- (1) HMOs は非営利組織として設立され、その基本形態は保険、病院および医師グループの各機能が統合されたモデル、ないしそれらのパートナーシップによる運営モデルとする。各地域の病院と医師グループの配置状況やサービス内容および患者の受け入れ態勢等が考慮され、これにより加入者の受診アクセス（地理的利便性）とプライマリ・ケアの内容について一定の統一がはかれる。また、免責（定額控除）あるいは自己負担によってHMO プランへの加入が制約されることがないように、連邦ないし州政府が状況調査（utilization review）を行い、定期的に審査を行うものとする。
- (2) 25名以上の労働者を雇う雇用主は、労働者に対する保険加入の選択肢として、出来高払い制等のプランのほかにHMO のプランを用意しなければならない。こうした「dual choice provision」は、HMO 法における最重要規定の一つである。
- (3) 各HMOs は、一定のガイドライン（たとえば、カバーされる疾病の種類とそれに対する標準的な治療内容）に基づいて医療を提供する。そうした医療においては、健康診断とプライマリ・ケアが重視され、大半の医師と病院サービスが含まれるが、高度・高額医療は原則的に対象外となる。なお、内科医や家庭医といったプライマリ・ケア医師はゲート・キーパー（Gatekeeper）としての役割が求められ、専門医の治療が必要な場合には紹介状の発行が必要となる。
- (4) HMO の加入者は、地域ごとに（1人あたり）一定額に定められた保険料を月額負担としてプリペイメントする。HMOs の病院と医師グループは、Capitation ベースでの報酬を受け取った上で医療を提供する一方、その運営と医療の成果に関わる責任ないしリスクの一部を負うものとする。こうした観点から、加入者も受診アクセスが制限され、あらかじめ指定された病院と医師グループにおいて医療を受けるものとする。

(5) 連邦政府は、HMOsの拡大をはかるために、その申請者(HMOsの経営・管理者)が以上の基準において適格(federally certified)と判断された場合に設立に関わる資金の一部を提供する。さらに連邦政府は、各地域にHMOsを普及させる上で、いくつかの州に設けられている規定(「医師グループによる医療提供の禁止」と「医師の経営責任免除」に関する規定)を取り除くこととする。

以上がHMO法の主な内容であり、ニクソン政権は各地においてHMOsが創設され、拡大することを想定・期待した。しかし、多くの規制が設けられたため、法案成立直後にはHMOsは必ずしも増加せず、そのプランが雇用主提供医療保険の選択肢の一つとして全米に普及した時期は1980年代以降であった。

なお、ベイ・エリアでは、1970年代末以降、カイザー・パーマネンテを中心にHMOsの加入者が急速に増加した。この地域では、65年まではHMOsに相当する組織はカイザー・パーマネンテのみであったが、80年代後半には25のHMOsが設立された。

1980年代末以降、PPOやPOS等の拡大に伴ってHMOsの合併ないし撤退が進み、その数(組織数)自体は減少することとなった。こうしたなかでもカイザー・パーマネンテは契約者・加入者を増加させ、HMOsとしての市場占有率は安定的に拡大した⁶⁰⁾。

こうしてベイ・エリアでは、1990年代末までに地域住民の50%近くがカイザー・パーマネンテの加入者となった。カイザー・パーマネンテは、現在(2007年)は全米の8地域において医療・保険事業を展開しており、とくにカリフォルニア州では民間保険団体の「Big 3」の一つとして、ブルークロス、ブルーシールドと共に大きな影響力をもつこととなった。

むすびにかえて

本研究「カイザー・パーマネンテのマネジドケア(1)～(3)」は、その歴史過程について、主にルーズベルトとトルーマンの両民主党政権およびニクソン共和党政権における医療保障の動向を踏まえながらみてきた。それらの内容を整理しておこう。

まずは、現代のアメリカ医療保障の基本となっている雇用主提供医療保険の原点の一つは、1900年代初頭における森林・製材、採鉱および鉄道等の各産業の労働者を対象に、それらの雇用主が用意した医療プランにあった。そうした産業においては、労働者の怪我や疾病が頻発していたため、雇用主は「労働生産性の維持」ないし「最大生産(物)の確保」といった判断に基づいて「団体加入の医療」プランを用意した。ただし、それは保険ではなく、医療費が事後的に請求・償還されるものであり、「団体加入の医療保険」プランが普及しはじめた時期は1930年代前半以降であった(そうしたプランの提供主体として、ブルークロス、ブルーシールドは重要な役割をもっていた)。

医療保険が労働者(労働組合)側のニーズとして浸透した時期は、1935年のワグナー法以降である。40年代に入り多くの国民の受診機会格差の問題が指摘されるなかで、連邦政府において国民医療保険の導入論議が繰り返し行われたが、「労使関係をベースとする企業福祉の形成」に重点が置かれることとなった。また、46年以降、ヒル・バートン法による病院建設の促進に伴って各地に保険団体が設立され、それらを通して「病院サービス」プランの加入者(団体加入)が急

速に増加した。

一方「医師サービス」プランについては、「個人開業医による出来高払い制の医療」を維持しようとするアメリカ医師会の影響により加入者は必ずしも大きく増加せず、また予防医療もほとんど普及しなかったとされる。このため、一部の大企業を除いて、雇用主提供医療保険の内容は、少なくともマネジドケアが拡大する1980年代以前までは、いわゆる「包括的医療プラン」といえるものではなかった。

カイザー・パーマネンテの前身でもあるカイザー医療プランは、1930年代前半以降、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において導入されたものであるが、以上の経緯のなかで独自のモデルを構築していた。そうしたモデルは「保険・病院・医師サービスの統合モデル」(IHDS)によるものであり、その基本構造は、ニューディールから戦時中および戦後の1950年代中頃までに完成されることとなった。

カイザー・パーマネンテは、1945年の創設以降、西部沿岸地域以外にも複数の地域において事業を拡大させた一方、そうした過程において、アメリカ医師会を中心とする保守派グループから「社会主義的医療」等と厳しく批判された。しかし多くの労働者、とりわけブルーカラーの組合がカイザーのプランを好意的に受け止め、また民主党と共和党のそれぞれにおいて一定の評価がなされるなかで、契約者・加入者が次第に増加することとなった。労働組合がカイザー・パーマネンテを支持した理由は、支払い可能な保険料負担により包括的プランが提供され、それには扶養家族を対象とする医療と予防医療が含まれていたことにある。

すでにみたようにカイザー・パーマネンテのモデルは、HMO法と密接な関係があり、1980年代以降に拡大したマネジドケアのプロトタイプとして重要な意味をもっていた。80年代後半から現代において、受診アクセスや保障内容に関して多様なマネジドケア・プランが普及するなかでも、カイザー・パーマネンテのHMOクローズ・モデルは、アメリカ民間医療システムの代表的存在の一つとなっている。

最後に、本研究の次の課題は、「Backlash against Managed care」との批判が広がった1990年代末以降におけるアメリカ医療保障の動向を整理した上で、そのなかで導入されたカイザー・パーマネンテの新しい戦略について考察することにある。そうした戦略は、「KP HealthConnect」といわれるプログラムによるものである。これとあわせ、カイザー・パーマネンテとは異なるモデル（PPOのオープン・モデル）を全米において広く展開するブルークロス・ブルーシールドの現代の戦略についても取り上げる。そうした戦略は、「BlueCard」、「BlueWorldwide Expat」といわれるプログラムによるものである。

これらのなかでも「KP HealthConnect」は、インターネットを活用した医療・保険の情報サービス事業であるが、単に契約者・加入者の増加や収益の拡大を目的とするものではない。そのプログラムは、いわゆる医師と患者間での「情報の非対称性」による市場経済への弊害に対して、あるいは福祉国家に関して指摘される「資本主義の異質な要素」⁶¹⁾に対して、次の効果が期待される。すなわち「KP HealthConnect」は、医療と保険サービスの各内容を標準化・規格化した上で、多数の国民・患者を対象に「市場取引を容易にする」ないし「商品経済になじませる」⁶²⁾性質をもっている。

こうしたマネジドケアが現代のアメリカ福祉国家においていかなる意味をもちうるかを考究す

ることが、本研究の次のテーマである。

【注】

- 1) Truman (1945), Vivian (1945) pp.176-177。
- 2) Truman (1945)。
- 3) Starr (1982) p.283。
- 4) Poen (1979) pp.88-89, Starr (1982) p.283。
- 5) 「民間システムから外れる国民」とは、主に低所得者や母子家庭を指している。
- 6) Hendricks (1989) pp.173-174。
- 7) Perlstadt (1995) p.90, 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>)。
- 8) Scott, Ruef, Mendel and Caronna (2000) p.31, pp.189-191, p.201, Starr (1982) p.351。
- 9) Truman (1945), Shaheen and Perlstadt (1982) pp.390-391, Starr (1982) p.348。Answers Corporation・ホームページ (2009年2月) 「Hill-Burton Act」 (<http://www.answers.com/topic/hill-burton-act>)。
- 10) Perlstadt (1995) pp.90-93。
- 11) *ibid.*, pp.84-85, p.89, Shaheen and Perlstadt (1982) p.391。
- 12) Perlstadt (1995) p.87。
- 13) *ibid.*, pp.82-85, Scott, Ruef, Mendel and Caronna (2000) p.31, pp.189-191, p.201, Starr (1982) pp.348-351, アメリカ病院協会・ホームページ (2009年1月) (前掲) 等。
- 14) Folland, Goodman and Stano (2004) pp.410-411。
- 15) Starr (1982) p.349。これは、対人口比でみた当時の病床数のおよそ2倍に相当するものとされた。Answers Corporation・ホームページ (2009年2月) (前掲)。
- 16) Perlstadt (1995) p.81, p.92, Shaheen and Perlstadt (1982) pp.385-386, pp.390-393, p.401, Answers Corporation・ホームページ (2009年2月) (前掲)。こうした医療が求められた理由は、連邦資金によって整備された病院と病床の有効利用をはかるためでもあった。
- 17) Shaheen and Perlstadt (1982) pp.391-392, Starr (1982) p.351。
- 18) Shaheen and Perlstadt (1982) p.392, Starr (1982) pp.348-351, Answers Corporation・ホームページ (2009年2月) (前掲)。
- 19) Scott, Ruef, Mendel and Caronna (2000) pp.53-54。
- 20) Hendricks (1993) p.95, p.215。
- 21) Scott, Ruef, Mendel and Caronna (2000) pp.159-161。
- 22) 渋谷 (2005) [I] pp.110-112。
- 23) 岡田 (2000) p.7, p.286, 渋谷 (2005) [I] pp.110-114, [II] p.153。
- 24) Poen (1979) pp.174-189, Truman (1949a) (1949c)。
- 25) Truman (1949b)。
- 26) Truman (1949c)。
- 27) Poen (1979) ch.6, Sparer (2005) pp.134-135。
- 28) Sparer (2005) p.134, 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>)。ただし、多くの労働者は病院サービス・プランのみの加入であった。
- 29) 渋谷 (2005) [I] pp.121-125等。
- 30) Cunningham and Cunningham (1997) p.81, p.89, Starr (1982) pp.311-314, 岡田 (2000) p.156。
- 31) Cunningham and Cunningham (1997) p.81, p.89, Hendricks (1993) p.94, Starr (1982) pp.313-317。
- 32) 以下の内容は、主に Perlstadt (1995) pp.93-94, Sparer (2005) pp.134-135, Scott, Ruef, Mendel and

- Caronna (2000) p.201を参照。
- 33) この当時のHMOに相当する組織がカイザー・パーマネンテ、PPOに相当する代表的組織がブルークロスであった。
- 34) Hendricks (1993) p.8, p.48, 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」を参照。
- 35) 以上の内容は、Hendricks (1993) p.69, Seward, Blank and Greenlick (1968) pp.234-236を参照。
- 36) Hendricks (1989) pp.170-172, 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」。
- 37) 「Kaiser Medical Groups」ではなく「Permanente Medical Groups」とされた理由は、その医師グループが“Kaiser”といった個人によって医療が管理・支配されるイメージに拒否感をもったことにある。Hendricks (1993) pp.124-125。
- 38) Hendricks (1993) p.124。これは、疾病の早期発見と治療だけではなく、予防医学を目的として、多数の症例とサンプルを対象に情報収集と臨床研究を行うことである。
- 39) 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 Papers Hawaii」。
- 40) Kominski and Melnick (2007) p.555, Kongstvedt (2004) ch.1, pp.43-49, Scott, Ruef, Mendel and Caronna (2000) pp.41-44等。
- 41) Christianson and Avery (2004) p.68, Nixon (1971)。
- 42) Christianson and Avery (2004) p.68, Starr (1982) pp.394-395。
- 43) Nixon (1969)。
- 44) Starr (1982) pp.395-396。
- 45) Scott, Ruef, Mendel and Caronna (2000) p.218。
- 46) ポール・エルウッドは、ミネアポリスの医師であり、アメリカ・リハビリ財団（American Rehabilitation Foundation）を指導・管理する立場にあった。Starr (1982) pp.394-395等。
- 47) Christianson and Avery (2004) pp.65-69, Scott, Ruef, Mendel and Caronna (2000) pp.41-42。
- 48) Kongstvedt (2004) p.6, Scott, Ruef, Mendel and Caronna (2000) p.52。
- 49) Scott, Ruef, Mendel and Caronna (2000) p.218, Starr (1982) pp.394-395等。
- 50) Holleran (1999), Best Syndication・ホームページ（2010年1月）「A History of the Insurance Industry and the HMO Plan」(<http://www.bestsyndication.com/2005/Nicole-WILSON/081005-HMO-Plan-History.htm>)。
- 51) Nixon (1971) (1972)。
- 52) これは「one-stop health service」ともいわれ、カイザー・パーマネンテの「one-stop shopping」と同じ意味である。前稿「カイザー・パーマネンテのマネジドケア（1）」を参照。
- 53) Hendricks (1993) pp.206-207, Scott, Ruef, Mendel and Caronna (2000) pp.41-42, p.218, 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」。
- 54) Nixon (1973a)。
- 55) Scott, Ruef, Mendel and Caronna (2000) p.179。
- 56) Holleran (1999) 等。また、医師の過剰によりその収入の増加率が低下するなかで、高額な医師会会費を支払うことができない医師が増えたためともいわれる。
- 57) Starr (1982) p.398。
- 58) Nixon (1973b), Starr (1982) pp.395-396。
- 59) Folland, Goodman and Stano (2004) p.256, p.263, Jacobs and Rapoport (2004) p.402, Kongstvedt (2004) pp.43-49, Nixon (1973b), 西田 (1999) pp.105-106等。
- 60) Scott, Ruef, Mendel and Caronna (2000) pp.74-77。
- 61) 渋谷 (2005) [I] pp.9-14。
- 62) *ibid.*

参考文献

- Adams, S.(1990), “When production wasn’t enough : Kaiser–Frazer and the culture of consumption” *Business and Economic History*, Vol.19.
- Andersen, R., Rice, T. and Kominski, G(eds) (2007), *Changing the U.S. Health Care System : Key Issues in Health Services Policy and Management* (3rd.ed), Jossey–Bass.
- Anicic, C.(2006), *Kaiser Steel Fontana*, Arcadia publisher.
- Atwater, R(ed) (1943), “The Wagner–Murray Bill”, *American Journal of Public Health*, April. Vol.33, No.10.
- Atwater, R(ed) (1945), “The Hill–Burton Bill”, *American Journal of Public Health*, April, Vol.35, No.4.
- Berwick, D. and Jain, S.(2004), “The Basis for Quality Care in Prepaid Group Practice”, in Enthoven, A. and Tollen, L(eds) (2004).
- Birenbaum, A.(1997), *Managed Care*, Praeger.
- Brody, D.(1993), *Workers in Industrial America : Essays on the 20th Century Struggle* (2nd.ed), Oxford University Press.
- California Medical Association.(2007), “History of Health Coverage in California”, California Medical Association, January.
- Christianson, J. and Avery, G.(2004), “Prepaid Group Practice and Health Care Policy”, in Enthoven, A. and Tollen, L(eds) (2004).
- Chuang, K., Luft, H. and Dudley, A.(2004), “The Clinical and Economic Performance of Prepaid Group Practice”, in Enthoven, A. and Tollen, L(eds) (2004).
- Crosson, F., Weiland, A. and Berenson, R.(2004), “‘Group Responsibility’ as Key to Accountability in Medicine”, in Enthoven, A. and Tollen, L(eds) (2004).
- Cunningham, R. III. and Cunningham, R. Jr.(1997), *The Blues : A History of the Blue Cross and Blue Shield System*, Northern Illinois University Press.
- Enthoven, A. and Tollen, L(eds) (2004), *Toward a 21st Century Health System : The contributions and Promise of Prepaid Group Practice*, Jossey–Bass.
- Folland, S., Goodman, C. and Stano, M.(2004), *The Economics of Health and Health Care* (4th.ed), Prentice–Hall Inc.
- Foster, M.(1985), “Giant of the West : Henry J. Kaiser and Regional Industrialization, 1930–1950”, *Business History Review*. 59. Spring.
- Hendricks, R.(1989), “Liberal Default, Labor Support, and Conservative Neutrality : The Kaiser Permanente Medical Care Program After World War II”, *Journal of Policy History*, Vol.1, No.2.
- Hendricks, R.(1993), *A Model for National Health Care : The History of Kaiser Permanente*. New Brunswick, Rutgers University Press.
- Holleran, S.(1999), “The History of HMOs”, *Capitalism Magazine*, November, No.1.
- Jacobs, P. and Rapoport, J.(2004), *The Economics of Health and Medical Care* (5th.ed), Jones and Bartlett.
- Johnson, L.(1966), “The President’s News Conference at the LBJ Ranch”, (December 21, 1966), *Public Papers of the Presidents, 1966*.
- Kongstvedt, R.(2004), *Managed Care–What It Is and How It Works* (2nd.ed), Jones and Bartlett.
- Kovner, A. and Knickman, J(eds) (2005), *Health Care Delivery in the United States* (8th.ed), Springer Publishing Company.
- Kominski, G. and Melnick, G.(2007), “Managed Care and the Growth of Competition”, in Andersen, R., Rice, T. and Kominski, G(eds) (2007).
- Lesparre, M.(1998), “A Century of the AHA”, *Hospitals & Health Networks*, 20, January.
- Nixon, R.(1969), “Remarks at a Briefing on the Nation’s Health System”, (July 10, 1969), *Public Papers of the Presidents, 1969*.

- Nixon, R.(1971), “Special Message to the Congress Proposing a National Health Strategy”, (February 18, 1971), *Public Papers of the Presidents, 1971*.
- Nixon, R.(1972), “Special Message to the Congress on Health Care”, (March 2, 1972), *Public Papers of the Presidents, 1972*.
- Nixon, R.(1973a), “State of the Union Message to the Congress : Overview and Goals”, (February 2, 1973), *Public Papers of the Presidents, 1973*.
- Nixon, R.(1973b), “Statement on Signing the Health Maintenance Organization Act of 1973”, (December 29, 1973), *Public Papers of the Presidents, 1973*.
- Palette, M.(1944), “California Procurement and Assignment Service”, *California and Western Medicine*, Vol.60, No.65.
- Perlstadt, H.(1995), “The Development of the Hill-Burton Legislation : Interests, Issues and Compromises”, *Journal of Health & Social Policy*, Vol.6, No.3.
- Poen, M. (1979), *Harry S. Truman Versus the Medical Lobby*, University of Missouri Press.
- Rice, T. and Kominski, G.(2007), “Containing Health Care Costs”, in Andersen, R., Rice, T. and Kominski, G(eds) (2007).
- Robinson, J.(2004), “The Limits of Prepaid Group Practice”, in Enthoven, A. and Tollen, L(eds) (2004).
- Roosevelt, F.(1942a), “Executive Order 9139 Establishing the War Manpower Commission”, (April 18, 1942), *Public Papers of the Presidents, 1942*.
- Roosevelt, F.(1942b), “Letter on National Physical and Moral Fitness”, (June 17, 1942), *Public Papers of the Presidents, 1942*.
- Roosevelt, F.(1943), “Executive Order 9347 Establishing the Office of War Mobilization”, (May 27, 1943), *Public Papers of the Presidents, 1943*.
- Roosevelt, F.(1945a), “Annual Budget Message”, (January 3, 1945), *Public Papers of the Presidents, 1945*.
- Roosevelt, F.(1945b), “State of the Union Address”, (January 6, 1945), *Public Papers of the Presidents, 1945*.
- Saward, E., Blank, J. and Greenlick, M.(1968), “Documentation of Twenty Years of Operation and Growth of a Prepaid Group Practice Plan,” *Medical Care*, May-June, No.3.
- Schama, S.(2009), *The American Future-A History*, BBC Worldwide Ltd.
- Scott, R., Ruef, M., Mendel, P. and Caronna, C.(2000), *Institutional Change and Healthcare Organizations : From Professional Dominance to Managed Care*. University of Chicago press.
- Selby, C.(1944), “Procurement and Assignment-The Industrial Hygiene Problem”, *American Journal of Public Health*, Vol.34, April.
- Shaheen, P. and Perlstadt, H.(1982), “Class Action Suits and Social Change : The Organization and Impact of the Hill-Burton Cases”, *Indiana Law Journal*, Vol.5, No.3.
- Shortell, S. and Schmittdiel, J.(2004), “Prepaid Groups and Organized Delivery Systems : Promise, Performance, and Potential”, in Enthoven, A. and Tollen, L(eds) (2004).
- Sparer, M.(2005), “The Role of Government in U.S. Health Care”, in Kovner, A. and Knickman, J (eds) (2005).
- Starr, P.(1982), *The Social Transformation of American Medicine*, New York : Basic Books.
- Stewart, J.(2004), “The Origins of Prepaid Group Practice in The United States”, in Enthoven, A. and Tollen, L(eds) (2004).
- Truman, H.(1945), “Special Message to the Congress Recommending a Comprehensive Health Program”, (November 19, 1945), *Public Papers of the Presidents, 1945*.
- Truman, H.(1949a), “Annual Message to the Congress on the State of the Union”, (January 5, 1949), *Public Papers of the Presidents, 1949*.
- Truman, H.(1949b), “Annual Budget Message to the Congress : Fiscal Year 1950”, (January 10, 1949), *Public Papers of the Presidents, 1949*.

- Truman, H.(1949c), "Special Message to the Congress on the Nation's Health Needs", (April 22, 1949), *Public Papers of the Presidents, 1949*.
- U.S. Senate Committee on Education and Labor (1942), *Report of Hearings held before a Subcommittee of which Senator Claude Pepper is Chairman* (77th Congress, 2nd Sess), reprinted in *Journal of the American Medical Association* (1942), Vol.120, No.12.
- Vivian, R.(1945), "The Role of Public Health in The Practice of Medicine", *Canadian Medical Association Journal*, August, Vol.53, No.2.
- 秋元英一 (1995) 『アメリカ経済の歴史—1492-1993』東京大学出版会.
- 安部雅仁 (2003) 「DRG/PPSの意義と課題」国立社会保障人口問題研究所『季刊 社会保障研究』Vol.39, No.3.
- 安部雅仁 (2007) 「マネジドケアと医療改革」渋谷博史・中浜隆編『アメリカの年金と医療』日本経済評論社.
- 岡田泰男 (2000) 『アメリカ経済史』慶應義塾大学出版会.
- 渋谷博史 (2005) 『20世紀アメリカ財政史』全3巻 ([I] バクス・アメリカーナと基軸国の税制, [II] 「豊かな社会」とアメリカ型福祉国家, [III] レーガン財政からポスト冷戦へ) 東京大学出版会.
- 中浜隆 (2006) 『アメリカの民間医療保険』日本経済評論社.
- 西田在賢 (1999) 『マネジドケア医療革命』日本経済新聞社.

[Abstract]

Managed Care of Kaiser Permanente (3) : Its History and Strategy from Immediately after the Second World War to the flourishing of HMO

Masahito ABE

This study examines the history and strategy of Kaiser Permanente from immediately after the Second World War to the flourishing of HMO. From 1945 to 1947, after the War, the subjects of “equality of medical treatment” and “preparation of hospitals” were posed by the Truman Administration. Both Truman’s proposal and the Hill-Burton Act concerning these subjects had an important meaning for the trend and selection of the American medical security system. Kaiser Permanente had been expanding its organization scale even during the political and economic problems after the War. This was owing to Henry Kaiser, Sidney Garfield and the support from many labor unions above all. The health plan members amounted to 3 million by the latter half of the 1970s. As a result, the IHDS (Integrated Health Care Delivery System) model of Kaiser Permanente was adopted as the basic model of HMOs under the Nixon Administration.