

査読論文

アメリカ医療保険制度の展開過程（1950-1991） 1949年国民皆保険運動挫折後における医療保険制度の発展と動揺

朱 賢*

要 旨

第二次大戦後のアメリカは、民間医療保険が雇用者の医療保険提供を基軸に急速に普及し、1960年代までアメリカ医療保険制度の中核になった。1965年には、同制度を補強する公的医療として老人を対象とするメディケアと、貧困層を扶助するメディケイドが成立した。

アメリカの大企業は、いくつかの理由から1950年代以降、被用者への医療保険提供の範囲を拡大した。これは、医療支出免税、労使協調体制強化のための医療福利拡大、市場支配力による医療費の消費者転嫁などであった。また、中小企業も労働力確保のために、被用者に医療保険を提供した。ところが1970年代以降、医療費の高騰と内外環境の変化を背景に、企業による一連の医療費抑制政策が行われた。その過程で多くの被保険者は、生活面で深刻な影響を受けた。

一方、メディケアとメディケイドは、1980年代以降からの医療費の高騰と財政面の制約により、医療費抑制の改革を実施した。その影響で多くの問題が発生し、公的医療としての役割が低下した。1970年代初頭には、国民皆保険の議論が再燃したが、当時の内外情勢の影響によって進展しなかった。

アメリカ医療保険制度の制度としての問題点は、以下の通りである。国民健康維持機構としての安定性の欠如、公平性の欠如、制度改革を阻害する力を内包している点、大企業の医療負担増大によるアメリカ産業の競争力低下、などである。

キーワード

公的医療保険制度、メディケア、メディケイド、医療費抑制改革、国民皆保険

はじめに

アメリカは国民皆保険運動が挫折した1949年以降、「黄金時代」を背景に民間医療保険は急速に普及し、1960年代までアメリカ医療保険制度の中核となった。本稿は、第二次大戦後、トルーマン大統領主導の国民皆保険運動が挫折した1949年からクリントン大統領登場前の1991年

* 連絡先：朱 賢

機関/役職：立命館大学大学院経済学研究科 / 博士後期課程 2 年

機関住所：〒525-8577 滋賀県草津市野路東1-1-1

E-Mail：gr001085@ec.ritsumei.ac.jp

までのアメリカ医療保険制度の展開過程を考察する。この研究に取り組む筆者の問題意識と本稿の構成を述べる前に、まず、アメリカ医療保険制度に関する内外の研究の進展を概括する。

第二次大戦前のアメリカにおいて、同国の医療保険制度を主要対象とする研究は極めて少数であった。第一次大戦までは、そうした研究は皆無といってよい、そうした中で、1898年から1913年にかけて労働者の医療問題に関連する三つの著書が出版された。それは、William F. Willoughby の *Workingmen's Insurance* ,(1898), Charles R. Henderson の *Industrial Insurance in the United States* ,(1908), I. M. Rubinow の *Social Insurance* ,(1913) である。南北戦争後のアメリカは、工業化の進展による労働者の生活条件の悪化から労働運動が高揚した。特に労災の頻発により、労働者の医療状態は大きな社会問題になった。これらの三つの著書は医療保険制度の研究書ではないが、当時のアメリカ労働者の医療状況やヨーロッパとの比較で、アメリカの労働者の生活保障の実態を知る重要な手掛りになるという点で、一定の意味を持っている。Willoughby の著書は、19世紀末のヨーロッパ諸国とアメリカの労働者保険制度を概観したものである。Henderson の著書では、医療互助を含めて、当時のアメリカに存在する様々な互助組織(友好団体、教会、移民集団、企業内組織、AFL など)の活動状況について考察が行われている。また、Rubinow はその著書を通じて、ヨーロッパ諸国と比較してアメリカ労働者の生活保障の立ち遅れを明らかにし、その改善を強調した。なお、Rubinow は、1915年に始まった各州における労働者医療保障法の立法運動(いずれも失敗に終わった)においても先導的な役割を果たした。

アメリカ医療保険制度を主要研究対象としてとりあげた最初の著書は、1932年に出版されたPierce Williams の *The Purchase of Medical Care through Fixed Periodic Payment* ,(1932) である。アメリカは第一次大戦後、従来の鉄道業と鉱業に加えて、製造業による社内医療制度(Company Medicine)の導入が急速に進められた。同制度は企業が医師や病院(または医療所)を保有し、被用者に医療サービスを提供し、被用者の賃金から一定額の代価を引き落とす制度である。企業によっては、医療を無償で提供する場合もあった。1926年、製造業を中心に、大企業(被用者300人以上)400社以上が社内医療を実施しており、その雇用人数は190万人を超えていた。このため、1920年代以降、社内医療の研究が活発に行われた。しかし、その研究内容は、ほとんど社内医療の管理と運営に関するものであり、医療保険制度としての社内医療の意義や役割を論ずるものはなかった。そのことからWilliamsの研究は、この研究分野において画期的なものであると言える。Williamsの研究成果は、次の点に要約できる。膨大な資料を駆使して鉄道、石炭、紡織などの諸産業における社内医療の実態を分析し、且つ医療保険制度として、その役割と問題点を明らかにした。20世紀以降における社内医療の普及の過程において、1902 - 15年に成立した各州の労災補償法が果たした役割を明らかにした。社内医療以外の医療保険制度の問題点と限界を指摘した。1915・17年に展開した各州の労働者保険立法運動の挫折原因を解明した。

Williams の著書の出版後、アメリカでは第二次大戦まで、アメリカ医療保険制度を対象とする新しい研究は現れなかった。両大戦間のアメリカ医療保険制度研究に残された空白の一部を埋めたのは、1970年に出版された Stuart D. Brandes の *American Welfare Capitalism 1880-1940* である。Brandes は、1920年代の労使協調体制における社内医療の重要性に着目し、社内医療が両大戦間のアメリカ福利資本主義の重要な構成部分であることを明かにした。第二次大戦後の数多くのアメリカ医療保険制度研究のうち、Brandes をのぞいて両大戦間の社内医療の歴史的意義に論及する研究はほとんどなかった。

以上のように、第二次大戦前のアメリカ医療保険制度に関する研究は、戦前と戦後を通じてその数が極めて限定されていた。しかし、それらの研究と当時の政府機関の統計から我々は、大戦前のアメリカ医療保険制度について、次の点を知ることができる。それは、第一次大戦後における社内医療の普及によって、アメリカは1920年代まで、雇用関係を基軸とする特殊な医療保険制度の原型ができあがっていたということである。それがまた、ヨーロッパ諸国と異なるいわゆる「アメリカ型企業内福祉国家」の成立につながっていたわけである。こうしたアメリカ型の医療保険制度は、大恐慌を経て第二次大戦まで存続した。大戦期間中、戦時経済の一環として社内医療が中止となったが、1943年の政府の医療免税措置により、企業の医療提供方式は、現行の医療保険提供方式に変更されることとなった。こうして、雇用関係を基軸とするアメリカ型の民間医療保険制度は、その基本的な構造を維持し、戦後さらに大きく発展することとなる。

第二次大戦後、アメリカ医療保険制度の発展につれて、この分野の研究活動は益々活発になっていった。トルーマン大統領主導の国民皆保険運動が挫折した1949年から60年代にかけて、民間医療保険制度は、企業の医療保険提供を基軸に急速な発展をとげた。こうした民間医療保険制度を補完するものとして、1965年に公的医療として、メディケアとメディケイドが成立した。また1970年代に入ると、アメリカの内外環境の変化により、医療保険制度全体は「改革」の時代を迎えた。それを背景に、1950年代から1980年代にかけて、アメリカ医療保険制度を解明する多くの著書が出版された。著書の内容を大別すれば、次の四つのグループがある。(一) 1949年国民皆保険運動の挫折原因の究明、(二) メディケアとメディケイドの成立過程の研究、(三) 1980年代以降の公的医療改革の原因と問題点の分析、(四) 総合的な観点によるアメリカ医療保険制度の考察。この中で(四)については、Rashi Fenis の *Medical Care, Medical Cost*、(1986) が挙げられる。同書は、大恐慌後のアメリカ医療保険制度の発展過程を考察するものであるが、特に1949年の国民皆保険運動の挫折原因と、1980年代の公的医療改革の問題点などについて詳細な分析が行われている。また、アメリカ医師団の勢力拡大とその医療制度改革への影響を論ずる Paul Starr の *The Social Transformation of American Medicine*、(1982) は、医療制度改革問題の解明に大きく貢献した。

1990年代以降、アメリカ医療保険制度の動揺と再編を背景に医療保険制度の研究は一層活発

となり、研究対象も変化した。新しい研究課題としてマネイジドケア (Managed Care) の拡大、無保険者の増加、医療費負担増大による企業の経営危機 (特に自動車産業)、クリントン政権の医療改革挫折などが登場し、それらの問題の究明に向けて多くの研究が行われた。George Anders の *Health Against Wealth* (1996) と、Birenbaum の *Managed Care: Made in America* (1997) は、マネイジドケアの機能と役割の解明に大きな役割を果たした。クリントン政権の医療改革失敗の原因については、Theda Skocpol の *Boomerang* (1996) と Marie Gottschalk の *Shadow Welfare State* (2003) において詳細に論じられた。また、Sered, Susan Starr などの *Uninsured in America: Life and Death in the Land of Opportunity* (2005) は、無保険層の問題の究明に重要な手がかりを提供している。最後に、J. Quadagno の *One Nation Uninsured* (2005) をあげなければならない。同書は多数の未公開資料と関係者の証言により、大戦後における国民皆保険運動失敗の原因を究明し、その主要原因の一つとして、労働者階級の団結の欠如を強調した。この点は、医師会の強大な勢力に失敗の原因を求める Starr の見解と異なることが注目される。

日本においてアメリカ医療保険制度に関する初期の研究として、金子卓治教授の「アメリカの健康保険における強制と任意制」(『経営研究』23号, 1956, 他二篇) があるが、それ以来、研究がほとんど行われていなかった。1980年代以降、研究が活発になり、多くの著書と論文が発表されるようになった。その大部分は1980年代以降のアメリカ医療改革の問題を取り扱っており、中でもマネイジドケアの問題が研究の中心になっている。アメリカ医療保険制度の全体像をとらえて、それを究明するものとしては次の二つの著書があげられる。その一つは、広瀬輝夫 (元ニューヨーク大学医学部教授) の『アメリカ医療はどこへ行く』(1989年) である。同書は、大戦前と戦後のアメリカ医療保険制度の歴史に論及するほか、医学の観点から1970年代以降のアメリカ医療制度の問題点を指摘するとともに、その背景を究明している。もう一つは、中浜隆の『アメリカ民間医療保険』(2006年) である。同書は民間医療保険制度の特徴を論じており、特に1990年代の一連の改革について、その内容と意義を検討している。

以上のように、アメリカ医療保険制度をめぐる多くの問題は、先学の研究によってその大部分がすでに解明された。一方、いくつかの重要な問題は今も未解明のままに残っている。その一つは、第二次大戦後における民間医療保険制度の急速な発展の究明である。アメリカ民間医療保険制度は、1950年代から1960年代にかけて雇用者の医療保険提供を梃子に大きく発展し、アメリカ医療保険制度の中核になった。その発展過程と背景については部分的な研究があるが、しかしその全過程をとらえて考察するものは今も存在していないのである。従って、大企業と中小企業を含めて、当時のアメリカ企業はなぜ、また、いかなる方法で被用者に医療保険を積極的に提供したか、さらにそれを可能ならしめた内外諸条件は何であったか、などの点に関する全面的な解明は、今も重要な課題として残っている。私見によれば、この問題の解明は、1970年代以降のアメリカ医療保険制度「改革」だけでなく、国民健康維持機構としてのアメリカ

カ医療保険制度の問題点、一部の大企業の経営危機、1970年代の国民皆保険構想と1990年代のクリントン政権の医療改革案の挫折、さらにいわゆる「アメリカ型企業内福祉国家」の動揺などの背景を理解するために極めて重要であり、且つその前提と思われる。本研究は、こうした問題意識のもとで行なわれるものである。考察時期を「1950・1991年」に限定したのはクリントン政権登場の1992年以降、医療改革問題が新しい局面を迎えたからである。

本稿は次の三つの部分から成っている。第一節では、1950年代から1960年代までの民間医療保険部門の拡大過程とその後の停滞と再編を究明する。第二節では、1970年代以降における公的医療改革の背景とその影響について検討する。第三節では、1970年代における国民皆保険議論を考察し、且つその停滞の原因を明らかにする。

民間医療保険制度の拡大と停滞

（1）1970年代初頭までの発展

第二次大戦後、急速に普及したアメリカ民間医療保険制度は、国民皆保険運動挫折後、1950年代から70年代初頭にかけて一層の発展をみることとなった。第1表に示したように、アメリカの民間医療保険加入者数は1950年の7,660万人から1967年の1億4,600万人に増加し、さらに1973年には1億6,800万人に達した。この間、アメリカでは1965年、公的医療保険制度として、65歳以上の老人を対象とするメディケア（Medicare）と、主として貧困層を扶助するメディケイド（Medicaid）がそれぞれ成立した。こうして1973年には、アメリカの人口2億1,100万人のうちの80%が医療保険に加入した。

1970年代初頭までのアメリカ民間医療保険制度の普及を推進したのは、アメリカ企業である。アメリカ企業は1950年代以降、被用者とその扶養者に提供した医療保険の範囲を大幅に拡大して、民間医療保険市場の拡大を可能にした。1958年には、入院保険加入者1億2,300万人のうち、9,500万人、全体の77%が雇用主提供の医療保険に加入したのであった。そのなかで被用者は3,720万人であり、被扶養者5,780万人であった¹⁾。従って1950年代から急速に普及したアメリカ民間医療保険は、実質的には企業による医療保険提供を基軸とする保険制度であった。さらに、その過程で大企業と中小企業は異なる役割を果たした。1977年に1,000人以上を雇用する大企業の被用者の99%は企業提供の医療保険に加入した。それに対して、25人以下を雇用する小企業の被用者のうち、企業提供の医療保険に加入した者は55%にとどまった²⁾。そこで、民間医療保険市場の拡大に大企業が果たした役割を検討する。

アメリカ大企業は、第二次大戦後、いくつかの理由で医療保険提供を中心に医療福利を拡大した。大戦後のアメリカでは労働運動が高揚し、1950年代初頭に労働組合加入率が40%に達した³⁾。このような状況において増大する労働者の生活条件改善要求に直面した大企業は、医療福利の改善についてできるだけ譲歩することになった。鉄鋼産業では主要鉄鋼会社9社が、

表1 民間医療保険加入者数の推移(単位:100万人)

年次	加入者総数	加入者数	保険会社			
			集団	個人	ブルー・クロス ブルー・シールド	自社保険
1940	12.00	3.70	2.50	1.20	6.00	2.30
1945	32.00	10.50	7.80	2.70	18.90	2.70
1950	76.60	37.00	22.30	17.30	38.80	4.40
1955	101.40	53.50	38.60	19.90	50.70	6.50
1960	122.50	69.20	54.40	22.20	58.10	6.00
1965	138.70	77.60	65.40	24.40	63.30	7.00
1967	146.40	82.60	71.50	24.60	67.20	7.10
1970	158.80	89.70	80.50	26.70	85.10	8.10
1973	168.50	94.50	83.60	27.50	81.30	9.60
1979	185.70	104.10	94.10	34.40	86.10	25.50
1980	187.40	105.50	97.40	33.80	86.70	33.20
1981	186.20	105.90	103.00	25.30	85.80	40.30
1982	188.30	109.60	103.90	29.40	82.00	48.20
1983	186.60	105.90	104.60	22.20	79.60	53.60
1986	180.90	98.20	106.60	12.10	78.00	64.90
1987	179.70	96.70	106.10	10.40	76.90	66.90
1988	182.30	92.60	100.50	10.70	74.00	71.30
1989	182.50	88.90	98.70	10.00	72.50	78.60
1990	181.70	83.10	88.70	10.20	70.90	86.20
1991	178.10	75.10	79.80	9.50	68.10	93.40

HIAA, Source Book of Health Insurance Data, -1993, p.34 より

1950年以来50%を分担していた医療保険料を、1959年、企業の全額負担に変更した⁴⁾。自動車産業においても1950年以降、三大自動車メーカーは、労働者と被扶養者などの医療保険の全額を負担した(表2)。これらの二大産業に追随して、他の産業の大企業も、1950年代から1960年代にかけて、被用者と被扶養者に医療保険を提供した⁵⁾。

このように、1950年代以降、アメリカ大企業による医療福祉の改善により民間医療保険の拡大が可能になったが、それは労働者の生活条件改善を巡る労使交渉の過程で、企業も労働組合も節税の目的で賃上げや年金よりも医療福利の改善を優先したからである。企業にとっては、同じ支出額でも賃上げより医療支出による負担が軽くなったのである。アメリカは企業の医療支出が免税になっている。さらに医療保険提供の場合、賃上げと異なり、企業が負担する社会保障税(税額の半分)も節約できる。一方、労働者にとって、賃上げによる収入増加分は課税の対象になるが、それに対して企業から提供された医療保険は、連邦税も州税も全て免税される⁶⁾。また賃上げの収入増加分に対する社会保障税(本人が50%を負担)からも免れる。この

表2 クライスラー自動車の労働者向け医療福祉の拡大（1941・1976）

1941年	会社が労働組合の要求した団体医療保険加入計画に同意した。ただし、保険範囲は入院保険に限られた。しかも加入者が給料から保険料金の天引きに同意するものに限定。
1950年	会社側が入院保険料金の50%を負担し、且つ医療福祉を外科医師報酬及び多くの医療サービスに拡大。
1953年	退職者も団体医療保険への加入が認められた。しかし保険料金は本人の自己負担。
1961年	会社側が在職者と被扶養者の入院外科医療及びその他の医療福利の全額を負担する。退職者と被扶養者についても会社側が医療保険料金の50%を負担。
1964年	外来患者の精神病治療費を負担（1966年より）。
1966年	会社側が退職者及び被扶養者医療保険料の全額を負担。
1967年	会社側が「通常」、「慣例的」、「合理的」な医師報酬を負担。
1967年	会社側が在職者及び被扶養者の処方箋薬の費用を負担。4年後の1971年、退職者にもそれを適用。
1973年	会社側が在職者に歯科保険を提供、その費用を全額負担。1976年、退職者にも適用。
1976年	会社側が在職者にメガネと補聴器の費用を負担。退職者には補聴器だけ負担。1979年、退職者も会社側の負担でメガネを購入できる。

出所：Joseph A. Califano Jr., *American Health Care Revolution*, 1986. pp.41-42 により作成。

ようにアメリカ政府の税制優遇策のもとで1950年代以降、労働者と被扶養者の医療保険加入が促進され、それがアメリカの民間医療保険の発展に大きな役割を果たした⁷⁾(表2)。

節税のほか、アメリカ大企業が医療福利を拡充した理由は別にあった。大企業はその強大な市場支配力を通じて、医療保険料の負担を消費者に転嫁できたからである。この時期のアメリカは、労働者の医療拡充要求を主導したのが鉄鋼と自動車の二大産業の労働者団体であった⁸⁾。これらの二大産業では、戦前から少数の大企業が強固な寡占体制を維持し、市場を支配していた。1950年のアメリカ鉄鋼産業は、U.S. スチール (U.S. Steel Corporation) とベスレヘム・スチール (Bethlehem Steel) の二大企業が鉄鋼生産量の43%を占めた。残りの大半を他の7社が生産した⁹⁾。一方、自動車産業では、GM、フォード、クライスラーの三大メーカーの市場占有率が70%を越えた¹⁰⁾。これらの大企業はさらに生産技術の面で優位を保有し、世界市場で強力な競争力を維持したため、外国企業のアメリカ市場進出が極めて困難であった。従ってアメリカ企業は製品の値上げによって、その医療支出を容易に吸収できた。鉄鋼と自動車以外の多くの大企業、すなわち化学、機械、電子、食品なども強力な市場支配力を通じて、同様の

方法で医療支出を吸収できた。

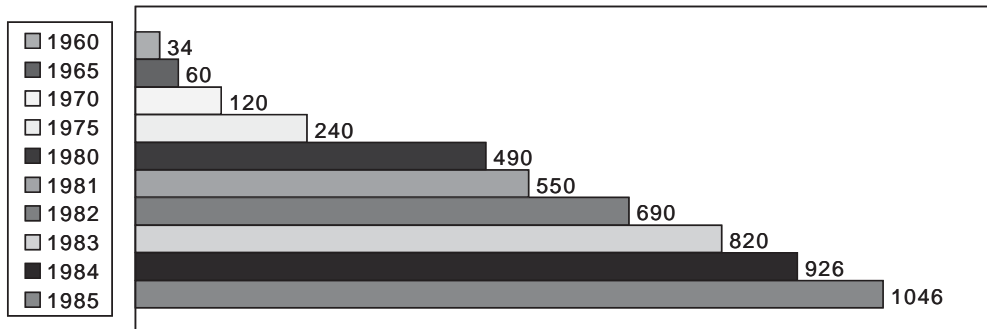
一方、企業の安定経営に貢献するという点も、大企業による医療保険提供の要因として指摘しなければならない。しかも、この点は多くの企業にとって、他の要因にも増して重要な意味をもっている。大戦前のアメリカでは、多くの大企業が経営安定化のために、さまざまな制度を導入して、「労使協調体制」をつくりあげた¹¹⁾。その一環として、大企業を中心に社内医療提供が1920年代から1930年代にかけて広く行われた¹²⁾。大企業はそうした労使協調体制を通じて、労働者の「愛社精神」を促進し、さらに欠勤率の低下から生産面で大きな成果をあげた。企業の社内医療提供は、大戦中、ほとんど中止となったが、1943年には企業などの要望により、労働者向け医療保険に対する免税が(企業収益の5%まで)³⁾実施された。このような歴史的な経緯から、戦後のアメリカ大企業は労働運動の高揚に対処する労使協調体制の再構築の一環として、医療福利の拡大が、年間休暇延長、娯楽施設拡充などとともに、積極的に進められたわけである¹⁴⁾。多くの大企業が1950年代以降、被用者向け医療保険提供を拡大したのは、このような事情によっている¹⁵⁾。

ところが、1960年代までのアメリカ民間医療保険制度の拡大を推進したのは、大企業だけではなかった。中小企業も同制度の普及に一定の役割を果たした。中小企業はアメリカ経済の高度成長に支えられて1960年代までに大企業に追隨して、保険料の全額または一部を負担して、労働者の医療保険加入を促進した。その中には、被扶養者に対しても、医療保険を提供する企業が少なくなかった。これは、大企業との競争上、中小企業が労働者に医療保険を提供しなければ、必要労働力の確保が困難になるからである。また、労働組合のない企業では、医療保険を提供すれば、労働組合の組織化を未然に防ぐことができる。さらに対外的には、医療保険提供の有無が企業の社会的な評価を左右するという点から、中小企業としては自社の名声をあげる方法として、労働者とその扶養者に医療保険を提供する必要があった。

(2) 民間医療保険加入者数の停滞から減少へ 1970年代以降

アメリカ医療保険制度の基軸として、1970年代初頭まで拡大し続けた民間医療保険部門は、1970年代に入って大きな転機を迎えた。同部門の加入者数が増加から減少に転じたのである。第1表で確認できるように、1978年に1億8,500万人の加入者数が、1990年には1億8,100万人に減少し(この間、アメリカの人口は2億2,000万人から2億5,000万人に増加)、その後も減り続けた。さらに、保険に加入した被用者の自己負担や共同負担金が増加し、医療の質も低下した。その主要要因は、1950年代から1960年代にかけてアメリカの「黄金時代」を背景に、被用者に医療保険を提供し、民間医療保険普及の土台をつくり、それを支えたアメリカ企業の医療費負担能力が低下したためであり、従って医療支出を大幅に抑制せざるを得なくなったからである。1971年から1981年までの10年間、アメリカ企業の被用者向け医療保険支出額は、3.52倍に増加した¹⁶⁾。それがその後も年率6~8%で上昇していった(表3)。一方、アメリカ企

表3 米国企業雇用主側、雇用者健康保険出費額（年別・単位 億ドル）



資料：U.S. Chamber of Commerce. (広瀬輝夫「アメリカ医療はどこへ行く」1988 p.123より引用)

業の労務費（labor cost）に占める医療支出の割合は、1965年の2.2%から1989年には8.3%になった。特に注目されるのは、同期間におけるアメリカ企業の税引き前利益に占める医療支出の大幅な増大である。すなわち、その割合は、8.4%から56.4%に大きく増えたのである¹⁷⁾。

アメリカ企業の医療負担が増大した原因として、まず医療費の上昇があげられる。アメリカは1950年代以降、医療費が上昇の一途を辿った。1965年に419億ドルであった医療支出額は、1975年に1,327億ドルに増加し、さらに1983年は3,554億ドルとなった。その結果、同期間における国民一人当たりの医療支出額は、それぞれ210ドル、610ドル、1,516ドルと増え続けた¹⁸⁾。

こうした医療費上昇の背景については、次の点が指摘される。すなわち、医療技術の進歩に伴う入院費と医師報酬の上昇、社会の高齢化による老人人口の増加、第三者（雇用者）負担に由来する被用者による医療の過剰利用などである。このように、1960年代以降における医療費の上昇は、企業の医療支出を増すこととなった。これは、大企業だけではなく、中小企業の場合についても同様のことが言える。

ところが、医療費の上昇は、大企業の医療負担増大の唯一の原因ではなかった。それ以外にもいくつかの要因がある。指摘しなければならないのは、内外市場における競争激化によって、多くのアメリカ大企業にとって以前のように、製品の値上げによる医療費の吸収が困難になったことである。1970年代以降、日本とヨーロッパの経済復興に伴い、日欧の有力企業は世界市場に進出し¹⁹⁾、その一部がアメリカ企業の強力な競争相手になった。中でも鉄鋼、自動車、機械、電子などの外国企業は、技術面においてアメリカ企業との格差を縮小し、アメリカ市場にも進出した。その結果、多くのアメリカ大企業にとって、製品値上げ、医療支出の消費者への転嫁は困難となった。1970年代後半以降、アメリカの鉄鋼、自動車、半導体産業のうち、一部の企業が経営不振に陥ったがその一因は、こうした内外環境の変化による医療費負担の増大に求めることができる²⁰⁾。

退職者医療費の増加もアメリカ大企業（雇用数1,000人以上）の医療負担を一層重いものに

した。アメリカの大企業は、1960年代以降、退職者と被扶養者の医療保険料の全額を負担することになった。このうち約70%の企業は、65歳の定年退職者だけでなく、一定の条件を満たした早期退職者についても、企業が退職後の医療保険料の全額を負担した。GMとクライスラーなどの自動車メーカーでは、在職期間10年以上の60歳以上の高齢者と、在職期間30年以上の50歳以上の人が、全てその適用対象になった²¹⁾。このため、時間の経過とともに退職者数は増加し、企業が負担する医療費は年々増えた。1982年のクライスラー自動車は、在職者50,000人に対して退職者が50,000人を超えた。ベスレヘム・スチールの場合、1980年の在職者と退職者の数は、それぞれ70,000人と54,000人であったが、1985年には、37,000人对70,000人になった²²⁾。その結果、企業は在職労働者の労働成果から得た収益の一部を、益々増加する退職者の医療のために支出しなくならなくなった。

1966年に発足したメディケアは、企業退職者の医療費の一部を吸収することができた。しかし、それには一定の限界があった。65歳以上の退職者がメディケアに加入したものの、企業はそのメディギャップ (medigap: メディケアの自己負担分や、非保険項目を民間医療保険の加入によって補足する保険) を負担するからである²³⁾。さらに、メディケア加入の資格がない65歳以下の退職者については、企業がその医療保険料の全額を負担し続けなければならなかった。こうした退職者の医療負担は、その後も増大の一途を辿り、多くのアメリカ大企業の経営を圧迫する主たる原因となった。

被保険者と被扶養者の医療に対するコスト意識の欠如、医療の非効率的な利用も大企業の医療費増加の一因である。多くの大企業は、1960年代以降、被用者、被扶養者の医療保険料の全額を負担することになった。従って、被扶養者を含め、被保険者は無料、または小額の料金を支払うだけで医師と病院を自由に選び、医療サービスを受けることができた。このため、医師と病院側も、患者側も医療の代価やその合理性と効率性を考えないことから、過剰医療を誘発する傾向が強かった²⁴⁾。実際、医療行為の中には必要以上に医師の診療回数を増やしたり、入院期間を延長したりすることが多かった。後に見るように、クライスラー自動車の調査によると、1980年代初頭における同社の被用者、被扶養者、退職者の入院費と治療費のうち、その25%は全く不必要なものであり、または不適當なものであった。本来ならば、自社保険を実施した企業から医療費の支払い業務を委託された保険会社またはブルー・クロスなどが、病院と医師からの医療費請求を厳格に審査しなければならなかった。しかし実際には、これらの受託機関はそのような役割を果たさなかった。クライスラーだけでなく、他のアメリカ大企業も、被保険者の医療コスト意識の欠如から必要以上の医療費を支出した。

1980年代以降におけるアメリカ政府のメディケア改革も、大企業の医療支出増加に拍車をかける要因となった。後に見るように、アメリカ政府は1982年、膨張するメディケアの医療費を抑制する方法として、DRG (Diagnosis Related Groups) 制度をメディケアに導入した。これによって、患者の入院期間が大幅に短縮した。その影響を受けて、病院の入院収入が大きく

減少したが、病院は入院費の大幅な引き上げを行い、収入減少分の一部を民間利用者に転嫁した。こうして政府の公的医療改革は、メディケアの支出抑制に成果をあげたが、一方、それが民間医療費の増加につながった。ある研究によると、DRGの実施に伴い、多くの大企業の医療費は1983年から1984年にかけて、20～25%も上昇した²⁵⁾。大企業だけでなく、中小企業も政府のメディケア改革によって、医療費負担は一層重くなった。

以上のように、1970年代以降における医療費の急速な増大は、アメリカ大企業の経営を大きく圧迫した。そこで医療支出を抑制するため、様々な方法が導入された。その一つは、自社保険（self insurance）の実施である。アメリカでは1974年に年金受給者の保護を目的とするERISA法（Employee Retirement Income Security Act of 1974）が成立した。同法のもとでは、企業規模と資金力が一定の基準に達するものが州保険法の適用範囲から除外され、企業による自社保険の導入が可能になる²⁶⁾。自社保険を実施すれば、企業はこれまで保険会社に支払う保険手数料を節約できる。また、保険内容についても各州の保険局が規定した各種各様な保険事項を取り入れる必要がなく、企業がその必要とする保険に限定して実施できる。さらに医療費支払い業務を第三者（主として保険会社やブルー・クロス）に委託することもできる²⁷⁾。以上の利点から、自社保険を導入した大企業は年々増加した。1975年に自社保険を実施した企業は、企業全体の5%であったが、それが1985年に42%になった。1990年に、被用者の50%が自社保険に加入しており、その大部分は大企業の被用者で占められた²⁸⁾。ERISA法の厳しい基準から、中小企業による自社保険の導入は、非常に限られた。

自社保険のほかに、大企業はさらに、被用者の医療利用に対する管理強化と、被用者の自己負担金増加に乗り出した。このことは、特に内外市場で外国企業と激しい競争に直面する大企業によって広く行われた。その先頭に立ったのは、自動車、鉄鋼、電機の大企業であった。クライスラー自動車はその一例である。自社保険を実施したクライスラー自動車は、1980年代初頭、医療支出の増大による競争力低下を憂慮し、同社社員の医療保険利用状況を詳しく調べた。その調査によって、同社の被保険者による医療の非効率的または過剰利用に関する、数々の事実が明るみに出た。そこでクライスラーは、社内の医療管理を強化し、入院の必要性を厳格に審査する委員会を設置すると共に、被用者の診療を担当できる医師を指定した。それと同時に、後発薬の優先使用、検査料や診療報酬の引き下げなどを病院と医師に要求し、医療支出の一層の削減に努めた²⁹⁾。クライスラーにとどまらず、多くのアメリカ大企業は、1980年代初頭から医療利用の管理を強化し、医療費の増加率を抑制した。

医療利用の管理強化とともに、被用者に自己負担や共同分担金の大幅な増加も実施された。1982年は、アメリカ企業のうち、3%の企業が被用者による医療費の部分負担を実施した。それが1984年には、63%に急増した³⁰⁾。

アメリカ大企業の医療費抑制策は、1980年代中ごろ以降、一段と強化された。この間、医療支出抑制の方法としてマネイジドケア（管理医療）の導入が急速に進められた。

アメリカ大企業は1980年代中ごろから後半にかけて、管理医療方式としてHMO(Health Maintenance Organization)を広く採用した³¹⁾。HMOを導入した大企業の中には、自社のHMOを設立するものと、外部のHMOを活用するものがあった。後者の場合、さらに被用者全員を特定のHMOに加入させるものと、一部だけが加入するものに分かれる。R.J.Reynolds(レイノルズ)会社が1982年にHMOを設立し、社員の87%が加入した。その結果、以前と比べて同社の被用者の入院日数と救急室使用率は、それぞれ50%と90%減少した³²⁾。一方、アライド・シグナル(Allied Signal)は、サイナ(Cyna)保険会社と契約し、同社社員5万人が全てサイナ系列下のマネイジドケアプランに加入した。同契約により、サイナがアライド・シグナルに、1988年以降3年間の同社医療費の年間上昇率を、6%以下に抑制した³³⁾。GMも1983年に医療費節約のために、被用者による保険加入先の自由選択を認めた。その結果、被用者の75%が個人保険のブルー・クロス、17%がHMO、7%がPPO(Prospective Prepayment Organization)を選び、加入した。それによってGMは、1985年に2億ドルの医療支出を節約できた³⁴⁾。1992年には、アメリカに575のHMOが活動しており、その加入者は4,100万人に達した。

1990年代以降、大企業の中でマネイジドケア方式として、HMOよりPPOを採用するものが急増した。これは同じ医療管理方式でも、HMOと比べてPPO加入者が、医師や病院をより自由に選択できるためである。1992年には、大企業を中心に、アメリカ企業の被用者のうち、自社保険の他に25%がHMO、22%がPPOにそれぞれ加入している。

1970年代に始まったアメリカ大企業の医療費抑制策は、以上のものにとどまらなかった。それ以外にも、様々な方法が実施された。その中で、一部の企業は、医療費節約のために無保険社員を中心とする雇用制度を採用した。これは、主として流通業、外食産業や小売業などの分野で多く見られる。ウォルマート(Wal-Mart)がその代表的な例である³⁵⁾。さらに、国内の投資規模を縮小して、海外の生産拠点を拡大する方法も採られた。自動車や電機などにおいて、この傾向は特に顕著であった。GMとフォードは、1970年代以降、医療費抑制の観点から国内よりも海外投資を重視したこともそのあらわれである。シカゴのゼニス(Zenith)電機が、1980年代に生産拠点を国内から海外に移したのも同様の理由によるものである。一方、予防医学を積極的に取り入れる動きも1980年代に次第に広がった。しかし、個別企業の抑制策は、一定の成果があっても、アメリカ大企業全体の医療支出増大を抑制する有効策にはならなかった。

ところが、1970年以降における医療費負担の増大は、大企業だけでなく、中小企業の経営も大きく圧迫した。しかも、その影響は一層深刻なものであった。中小企業被用者一人当たりの医療保険料は、大企業より30%以上高かった³⁶⁾。これは、保険会社が50人以下の小集団保険の管理費として、保険収入の25~40%を使わなければならないが500人以上の場合の費用は、保険収入の5~12%で済むからである。このため、1970年代後半以降における景気後退と医療費高騰の中で、中小企業は医療支出増大の対策として、被用者の共同分担や自己負担金を大幅に

増やさなければならなかった。多くの企業は、被扶養者への医療保険提供を中止した。さらに、被用者に医療保険を提供しなくなった企業が続出した。1982年のアメリカでは、72%の企業が被用者の医療保険の全額を負担していたが、1991年にその比率が51%に大きく低下した。既に見たように、1982年から1991年にかけて医療保険を提供するアメリカ大企業の数も、97%から92%に減少したという点を考慮すれば、1980年代以降におけるアメリカ企業の医療福祉の縮小過程で、中小企業が主役を演じたことは容易に看取できる。このことはまた、1980年代以降におけるアメリカの無保険者の増加につながった。

公的医療の医療費抑制と改革

1965年に成立したメディケア（Medicare）とメディケイド（Medicaid）は、その後、民間医療保険を補完する公的医療として重要な役割を果たしている。成立当時、65歳以上の老人が加入するメディケアは、1972年に加入対象を身体障害者層（腎臓透析者など）などに拡大した。1985年には、アメリカ人口2億3,800万人のうち、メディケアに加入した65歳以上の老人が2,820万人、身障者が300万人であった。同年、メディケアのPart A入院保険に2,930万人、Part B外来と医師報酬に3,000万人がそれぞれ加入した³⁷（表4）。

一方、連邦政府と州政府の共同事業として、低所得者や身体障害者を対象とするメディケイ

表4 アメリカの医療費の推移

（10億ドル，％）

	1965	1970	1975	1980	1985	1990
計	41.9	75	132.7	248.1	419	717.3
GNP比（％）	5.9	7.4	8.3	9.1	10.4	12.4
・医療サービス支給	38.4	69.6	124.3	236.2	403.4	666.7
個人医療費	35.9	65.4	117.1	219.7	368.3	607.5
病院医療費	14	28	52.4	101.6	166.7	251.6
医師診療費	8.5	14.3	24.9	46.8	81.4	157.5
歯科医師診療費	2.8	4.7	8.2	15.4	27.1	31.5
その他専門家のサービス費	1	1.6	2.6	5.7	12.4	18.2
処方箋薬	5.2	8	11.9	18.8	28.5	40.3
眼鏡，他機器	1.2	1.9	3.2	5.1	7.8	11.2
ナーシングホーム費用	2.1	4.7	10.1	20.4	34.7	52.6
その他	1.1	2.1	3.8	5.9	9.8	9.6
医療保険等制度管理経費	1.7	2.8	4	9.2	23.9	39.2
公衆衛生関係費	0.8	1.4	3.2	7.3	13.8	20.0
・研究費，医療施設建設費	3.5	5.4	8.4	11.9	16.4	26.4

Statistical Abstracts of the U.S. による

ドは、1985年、2,500万人に医療扶助を実施した。このうち、500万人はシングルマザーであり、900万人は子供、盲人、身体障害者であった。連邦政府は、全体としてメディケイド予算の50%を負担するが、その配分比率は各州の状況によって異なる³⁸⁾。

設立後のメディケアは、老人の健康維持と改善に大きく貢献した。その成果の一つは、死亡率の低下にあらわれた。アメリカの死亡率は、1950年代から1960年代初頭まで、ほとんど変化しなかった。ところがメディケアの実施を契機に死亡率が低下し、1968年と1978年の間には、男性と女性が年平均でそれぞれ1.5%と2.5%低くなった³⁹⁾。メディケアの影響で、白内障、股骨、関節などの手術が進歩し、数百万の老人の生活の質は改善された。

しかし、同じメディケア加入者でも、メディケアの利用率は大きく異なる。1981年には、加入者の77%が病院と医師への支払い額の6%を占めた。また、加入者の39%は、メディケアを利用することが一度もなかった。その一方、加入者の9%が、メディケアの支払い額の79%を使った。多額の医療費を必要とするメディケア加入者は、末期的または慢性病患者で、年齢が高く、収入も低い人々であった⁴⁰⁾。

メディケアの支出額は、1970年から1983年にかけて、年平均で17.4%増加しており、増加率の点で、同期間のインフレ率の2.5倍、さらに民間医療費増加率の1.3倍を上回った。1983年のメディケア支出額は、588億ドルにのぼり、連邦予算の7.4%を占めた⁴¹⁾。メディケアの主な財源は、民間の雇用者と被用者の共同負担による給与税(Payroll tax)の一部であるが、その税率は1984年の2.7%から1985年の2.9%に引き上げられた⁴²⁾。その税収は、入院保険信託基金(Hospital Insurance Trust Fund)によって管理される。メディケアの医療費が膨張するにつれて、政府は1985年、数年後、基金が資金不足に陥ることを発表して、アメリカ社会に大きなショックを与えた⁴³⁾。

メディケアの医療費の急速な膨張は、いくつかの要因によるものであった。(1)アメリカ社会の高齢化の進展である。アメリカでは、65歳以上の老人の数は、1960年から1980年にかけて、1,660万人から2,570万人に増え、全人口に占める老人人口の比率が、9.2%から11.3%に上昇した⁴⁴⁾。(2)1960年代後半以降におけるインフレの影響があげられる。1967年から1978年までの間におけるメディケアの入院費上昇率の41%は、インフレに由来すると推計された⁴⁵⁾。(3)医療技術の向上による入院費の上昇である。1971年から1981年までの入院費の上昇率のうち、その5分の4は医療技術の進歩に対応する病院の設備拡充と、医療サービスの高度化によるものと指摘された⁴⁶⁾。(4)メディケア成立時の病院と医師に対する政府の優遇策が指摘される⁴⁷⁾。そのことによって、医師がメディケア加入者に「合理的」、「慣例的」、「一般的」診療報酬を請求できることになった。

メディケアの医療費が増加するにつれて、政府は1970年代から入院費の上昇率を緩めるいくつかの措置を実施し医療費の抑制に乗り出した⁴⁸⁾。しかし、入院費はその後にも上昇の一途を辿り、1974年30%、75年25%、そして76年と77年に、それぞれ18%増加した⁴⁹⁾。一方、1972年か

ら、医師たちが同僚の診療内容を審査する委員会（PSRO）が各地区で発足した。しかし、PSROは強力な権限がなかったため、期待するほどの機能を発揮できず、後に廃止となった。

メディケア改革の過程で、議会・政府が実施した最も重要な医療費抑制策は、1982年におけるDRG-PPS（Diagnosis Related Group-Prospective Payment System）の導入であった。DRGのもとでは、疾病が468の種類に分類され、それぞれの入院費は入院日数と関係なく、その分類に適用する一定の金額で償還されることになった⁵⁰。その結果、病院は、収入確保の誘因により、自ら入院日数の削減に努力しなけらなければならなくなった。

DRGの導入にあわせて、全国の54地区では、専門家審査委員会（Peer review organization PRO）が設立された。委員会は、医師、医療機関、消費者の代表によって構成された。その役割は、メディケアの委託により、所属地区の病院の入院基準と医療サービスを監視することである。委員会には、特定疾病の入院手術申請や、病院による不必要なサービスの償還請求を阻止する権限が与えられた⁵¹。

メディケアのDRG導入は、政府の医療費削減に大きな役割を果たした。DRGの導入を契機に、メディケア加入者の平均入院日数は、1982年の10.2日から、1984年には8.8日に減少した⁵²。その結果、1984年のメディケアの入院償還額は、当初の予算より22億ドルも少なくなった⁵³。また、連邦政府職員150万人が加入したブルー・クロスとブルー・シールドは、連邦政府に対し、1984年の医療保険料の一部として7億5,400万ドルを返還した。これは1984年における同加入者の入院日数が、前年より22%も減少したのである⁵⁴。

以上のように、DRGの導入は医療支出抑制策として、政府の医療費削減に大きく寄与した。それと同時に、同制度は、アメリカ医療保険制度に様々な影響を与えた。その一つは、医療の質の低下である。というのは、病院が収入をあげるため、入院したメディケアの重症患者を不当に早期退院させることが多くなり、さらに患者に提供した入院サービスが、不十分な、標準以下の実例が増えたからである⁵⁵。病院はまた、予想入院日数の少ない病人を優先的に入院させ、他の入院希望者、特に重症患者を差別した⁵⁶。本来ならば、メディケアの委託を受けた各地区の専門家審査委員会が、このような病院の行動を監視し、阻止しなければならないが、多くの委員会は財政上の理由などから、その役割を果たすことができなかった⁵⁷。一方、入院収入が減少した病院は、入院費を引き上げて、その負担の一部を企業などに転嫁した。それによって、民間企業と被用者の保険料が上昇し、その負担が大きく増えた⁵⁸。また、早期退院させられた多くの患者は、ナーシング・ホーム（Nursing Home）に移らざるを得なくなり、それがメディケイドの負担増大につながった⁵⁹。以上のことから、DRGの導入による医療費削減は、アメリカ医療保険制度にとって、多くの問題点を残すものとなった。

DRG導入後のメディケア改革の重要な一環として注目されたのは、1988年に成立したMCCA（Medicare Catastrophic Coverage Act of 1988）と、その廃止である。同法は、メディケアが加入者の共同負担を廃止する一方、医師診療費の自己負担金に上限額を設定した（1,370

ドルまで⁶⁰⁾。さらに、1991年から、患者に薬剤を給付するというものである。その目的は、医療費負担の増大に直面する慢性病患者などを扶助し、救済することである。当時のレーガン政権は、世論と民主党の支持のもとで同法を成立させたが、一方、その財源として収入の高いメディケア加入者層に対する保険料を大幅に引き上げた。こうして、成立直後の同法に対して、高い保険料を負担しなければならない加入者層から、強烈的な反対運動が起こり、多くの民主党議員と一部の共和党議員もそれに加わった⁶¹⁾。その結果、1989年には、新しい法案が通過し、同法は廃止された。

入院費のほかに、医師診療報酬もメディケアの支出削減の対象になった。1950年から1981年までの医師報酬の上昇率は、492.6%に達し、物価上昇率の301%を上回った⁶²⁾。実際、議会は1976年に、合理的な医師診療報酬の基準を設定し、それがメディケアの診療報酬の償還基準となった。しかし、医師たちは必ずしもそれに従う義務がなかった。1978年には、その基準を受け入れた医師は全体の18~19%にとどまり、医師の28~30%が基準を全く無視した。残りの52~53%は、病状によって報酬を決めるという方法を採用した⁶³⁾。こうして、医師の大半が償還基準を上回る診療報酬を患者に請求し、その超過額は患者の自己負担や第三者が支払うことになった⁶⁴⁾。

メディケアの医療費抑制の一環として、議会は1984年に、診療報酬の引き上げを一時的に凍結した。その翌年には、医師診療報酬の固定化を審議する委員会が設けられた。医師会の協力のもとで、1989年には従来の診療報酬方式に代わって、医師診療報酬点数表が作成され、それが5年間かけて実施された⁶⁵⁾。それと同時に、アメリカ政府は、1980年代後半以降、さらにメディケア加入者の自己負担の増加、メディケア加入者のHMO加入、予防医療の導入などを推進し、メディケアの医療費膨張を抑制する努力を一層強化した⁶⁶⁾。

メディケアと同様、メディケイドもその成立後、医療費が上昇の一途を辿った。メディケイドの年間支出額は、1972年から1981年にかけて、年率17%で増加し、1968年の40億ドルから1984年には340億ドルになった⁶⁷⁾。1984年の支出額の内訳は、ナーシング・ホームケア43%、入院費30%、外来と医師診療報酬21%、検査料、薬代など6%になっている⁶⁸⁾。

1980年代以降、レーガン政権の緊縮財政によって、連邦政府からメディケイドへの交付額が1981年から84年まで減少した。その影響で州政府によるメディケイド加入者の資格審査が厳格に行われ、約50万世帯がメディケイドから排除された⁶⁹⁾。ところが1984年以降、メディケイドへの医療費抑制の圧力が弱まり、逆に増加の傾向に転じた。それにはいくつかの理由があった。まず、州政府が、議会で強力なロビー活動を展開したからである。一方、民間医療保険関係者の中で、特に医療提供者と雇用者などは、1980年代中頃からメディケイドの拡大を支持した。これらの関係者は、メディケイドの拡大が無保険者増加の解決策の一つであると考えた⁷⁰⁾。さらにメディケアの改革が進むにつれて、メディケアから十分な医療保障を受けられなくなった高齢者が増加し、メディケイドはその受け皿として重要な役割を果たすようになった。1984年

のメディケイド支出額のうち、低所得の高齢者を扶助するナーシング・ホームが、40%以上を占めたことがそれを反映している。

国民皆保険議論の再燃と終息

民間医療保険普及率の鈍化と公的医療の改革と並行して、アメリカでは1960年代末から1970年代前半にかけて、医療費の上昇を背景に、国民皆保険制度導入をはじめ、医療保険制度改革をめぐる活発な議論が台頭した。しかし、同期間におけるアメリカ経済と社会状況や労働団体の思想面の対立から、公的医療の拡大は大きく進展しなかった。そして、1980年代以降、レーガン大統領の登場とともに、議論はほぼ終息した。

メディケアとメディケイド成立の3年後、公的医療の拡大を最初に主張したのは、アメリカ労働運動の指導者の一人、UAW（合衆国自動車労働組合）のルーサー（W.Reuther）会長であった。同会長は1968年、アメリカ医療保険制度の問題点を指摘し、その解決方法として、国民皆保険制度導入の必要性を強調した⁷¹⁾。UAW会長の主張に対して、E.ケネディ（E. Kennedy）をはじめ、以前からUAWと密接な関係を持つ一部の民主党議員がそれに賛成した。こうして同年には、UAWの主導のもとで、アメリカ医療保険制度改革を促進する団体として、国民皆保険促進100人委員会（Committee of 100 for National Health Insurance）が成立した。同委員会には、様々な社会階層の代表が参加したが、その中で、E.ケネディ上院議員が委員会の計画立案において、中心的な役割を果たした⁷²⁾。1969年には、委員会からアメリカ医療保険制度改革案として、「医療保障案（Health Securities）」が発表された。同案は、当時のアメリカ民間医療保険制度と公的医療制度 - メディケアとメディケイド - を全てひとつの医療保険制度に統合し、それを政府の予算と管理下で運用するというものである。委員会はまた、その目指す改革の方向が、医療の社会主義化ではなく、アメリカの国情に合致する改革である点を強調した。

こうして「医療保障案」の提案者はE.ケネディであったが、その背後の最大推進勢力はUAWであった。UAWは、もともとCIO-AFLの一員として、メディケアの立法化に重要な役割を果たした。それがメディケア成立の3年後に、全民医療保険制度を目標とする公的医療の拡大を主張したのは、次の事情によるものであった。それは、アメリカ自動車産業が、1960年代中頃から国内市場の成熟化を予見して、投資の重点を次第に国内から海外へ移すこととなったからである。なかでも、ドイツ、イギリス、フランスなどの西ヨーロッパ諸国の経済復興が進む1960年代以降、米系自動車のヨーロッパ進出が急速な展開を見せた。このことは、ヨーロッパ自動車生産台数に占める米系3社の割合が、1960年の22.7%から1970年には29.7%に増大したという事実から看取できる⁷³⁾。一方、こうしたアメリカ自動車産業の海外戦略の積極化に伴い、UAWが団交を通じて企業から獲得できるパッケージ（Package）は、次第に縮

小した。しかも、医療費の上昇によって、パッケージに占める医療福利の割合が増大し、賃金の部分が小さくなった。こうした矛盾に直面した UAW は、局面打開の方法として、国民皆保険制度の導入を主張することとなったのである⁷⁴⁾。

アメリカ医療保険制度を改革しようとする E. ケネディらの努力は、公的医療に反対した諸勢力に大きな脅威を与えた。中でもアメリカ医師会 (AMA) は、強烈に反応した。同会は E. ケネディらの「医療保障案」に対抗して、AMA 独自の「医療保険制度改革案」を公表した。この AMA 案は、メディクレディット (Medicredit) と呼ばれ、その内容は次の点に要約できる⁷⁵⁾。それは、連邦政府が低所得者に最小限 (basic) の医療保障を享受できる証書を発行し、中産階級の人には医療保険料免税の特典を与えるというものである。また、連邦政府は、補助金交付を通じて、貧困層に対する州政府の医療福祉提供活動を支援する。AMA は、同案がこれまでの公的医療反対勢力からの支持を期待したが、結果はそのようなことにならなかった。これまで公的医療反対勢力の一角であった病院団体は、メディケアの実施後、収益が増大したため、逆に公的医療領域の拡大を望んでいた。一方、保険業界は、政府による医療分野の規制強化につながることを理由に、AMA 案を支持しなかった。

E. ケネディらの医療改革提案は、ニクソン大統領にとっても無視できるものではなかった。大統領は、これまで一貫して国民皆保険に反対してきた。ところが、医療保険問題は、1971年の大統領選挙で重要な社会問題の一つになること、さらに E. ケネディ上院議員が、民主党の大統領候補に選ばれる可能性が高いことから、E. ケネディ案に対抗する政府の医療保険案を国民に提示しなければならなかった。ニクソンの指示により、政府は1971年春に医療保険改革案を議会に提出した⁷⁶⁾。「国民医療保障協同組合法 (National Health Insurance Partnership Act)」と名づけられた政府案は、保険会社の積極的な参加によって、民間医療保険市場を拡大し、医療保険の普及を一段と促進するものであった。この政府案には HMO の導入も掲げられた。1971年のアメリカ議会では、関係者による13の医療保険改革法案が提出された⁷⁷⁾。この中で、特に注目を集めたのは、E. ケネディ上院議員らの医療保障法案と政府案であった。しかし、1971年の議会では、13法案のうち、成立した法案は一つもなかった。

E. ケネディ案が成立しなかった重要な理由は、ベトナム戦争の影響によるアメリカ国民の医療保険問題に対する関心の低下である⁷⁸⁾。アメリカは1960年代後半からベトナム戦争を拡大した。それに伴い、アメリカの軍事費は年々増加し、1970年代初頭まで政府予算の40%以上を占めた。そして、戦争が長期化するにつれて、インフレが高進し、国民の日常生活を大きく圧迫した。こうしたことを背景に、1970年代初頭までのアメリカでは、一般国民の関心が、ベトナム戦争の動向に集中しており、他の政治や社会問題は、いわば二次的な問題であった。このような状況の中で、医療保険改革の推進者は、メディケア成立当時のように、大衆動員を通じて公的医療の拡大を一つの国民運動に発展させることが不可能であった⁷⁹⁾。

さらに、公的医療拡大の問題を巡る主要労働団体間の思想対立が指摘される。アメリカ労働

団体のうち、UAW が E. ケネディの「医療保障案」を強力に支持した。ところがその UAW は、1968年、思想面の対立から AFL-CIO から離脱して独立したのであった。それ以来、医療保険問題に関しては、UAW の指導者が自動車産業労働者の将来の利益を考えて、国民皆保険の必要性を強く主張した⁸⁰⁾。それに対して、AFL-CIO の指導者は、労働組合が現存の医療体制の下で、団体交渉を通じて有利な医療福利を獲得することこそ労働者の利益になると考えた。このため、E. ケネディ議員らが UAW の意向を取り入れて「医療保障案」を提出した時、AFL-CIO は同案を積極的に支持しなかった。こうした医療保険問題を巡る有力労働団体間の考え方の相違から、ケネディ案の推進者は、労働者階層の力を結集して、同案の成立に導くことが不可能であった。

また、老人団体の医療保険改革議論に対する無関心もあげなければならない。医療保険制度改革の議論が再燃した時、老人団体は議論に殆ど参加しなかった。老人団体の関心は、メディケアによる加入者の自己負担金の減少と、薬代の無料化に集中していた。こうした老人たちの医療保険制度改革に対する無関心な態度は、改革実現の可能性をさらに小さいものにした。

以上のように、アメリカでは1970年代初頭まで、全民保険をはじめとして、医療保険制度改革の議論が再燃したものの、議論が大きな国民運動に発展することがなかった。そして1971年の大統領選挙の終了とともに、議論自体が急速に消沈した。

1973年に入って、ベトナム戦争の縮小と医療費の大幅な上昇を背景に、短期間ではあるが医療保険改革議論は再び活発になった。同年には、政府の推進によって HMO 法が成立した⁸¹⁾。さらに1974年になると、政府の医療法案とケネディ ミルズ (Kennedy-Mills) 医療法案を統合する折衷案が、議会関係者の間で検討された。しかし、結果として、折衷案を作成することができなかった⁸²⁾。それは、折衷案の計画を推進したニクソンが、1974年春、ウォーター・ゲイト (Water Gate) 事件の拡大に伴い、大統領を辞職したからである。その間、1973年に発生した石油危機の影響が拡大し、アメリカは1974年から1975年にかけて深刻な不況に陥った。そこでニクソンに代わって大統領となった共和党のフォード (G. Ford) は、その在任中、医療保険制度改革の議論を回避した⁸³⁾。一方、議会と一般国民の関心も、既存の医療保険制度のもとでの医療費抑制へ移った。1977年の大統領選挙で、民主党のカーター (Carter; 1977-81) が大統領になったが、カーターもその任期中、基本的には同様の路線を踏襲して、国民皆保険の構想たるものを放棄した⁸⁴⁾。

1981年の大統領選挙では、カーターに代わって共和党のレーガン (D. Reagan) が当選した。レーガン政権 (1981-89) の下では、インフレーション抑制と企業減税のほかに、「小さな政府」の基本方針に沿って、医療費抑制を目的とする一連のメディケア改革が行われた⁸⁵⁾。この間、国民皆保険はもとより、公的医療拡大に関する一切の議論が消滅した。レーガンの後、同じ共和党のブッシュ (G. Bush) が大統領になった (1989-93)。ブッシュの在任期間中、レーガン時代の医療保険政策がそのまま引き継がれた⁸⁶⁾。アメリカでは国民皆保険の議論が再び勢

いを取り戻したのが、1991年の大統領選挙の時であった。

結び

1950年代以降、雇用関係を基軸に発展したアメリカ医療保険制度は、1970年代に入って大きく動揺し、一連の「改革」が行われた。その改革の過程で医療保険制度としてのアメリカ医療保険制度の問題点も浮き彫りになった。その一つは、国民健康維持機構としての同制度の安定性の欠如である。

アメリカ企業は1970年代以降、医療費の抑制に乗り出したが、その過程で多くの被用者がその犠牲になった。中でも小企業には、医療費負担の重圧に抗し切れず、被用者や被扶養者への医療提供を中止したものが多かった。アメリカでは、無保険者が1980年から1991年にかけて3,047万人から3,471万人に増えた⁸⁷⁾。増加分のうち、多くの人々は、小企業を中心とする企業の医療支出抑制による無保険者である。しかも、大企業を含めて、雇用者が医療保険を提供した場合でも、多くの被用者は自己負担の増加、保険項目の削減、被扶養者への保険提供中止などによって、生活面で大きな負担を強いられた。実際、1970年代以降、多くのアメリカ国民は、雇用者からの医療費負担金増額要求や、失業や転業による医療保険喪失を心配して、不安な日々を送らなければならなかった⁸⁸⁾。

一方、公的医療として民間医療保険制度を補強するメディケアとメディケイドは、1970年代から80年代にかけて、医療費の高騰や財政上の理由から、医療費抑制のための改革が行われた。その結果、メディケアでは加入者の負担増加、メディケイドでは、加入者の制限が実施された。つまり、両者発足当時に期待されたその社会的な役割から大きく後退したのである。

もう一つは、「公平性」の欠如である。同じ被保険者であっても、医療費負担比率と受ける医療サービスの質に大きな格差が存在することである。1977年には低所得者層の年間平均医療保険料は645ドルであり、雇用主(主に小企業)がそのうちの54%を負担した。一方、中産階級のそれは901ドルで、雇用者の負担比率は67%であった。さらに、高収入層の分担額はそれぞれ1,046ドルと71%になっている⁸⁹⁾。こうしてアメリカ医療保険制度の下では、低所得者層は低賃金による低収入にもかかわらず、相対的に高い負担比率とより狭い保険範囲の医療保険しか入手できなかったのである。この問題が存在する限り、民間医療制度改革の必要性は大きいのである。

さらに、同制度自体がその改革の阻止力をも生み出したことである。アメリカでは1970年代初頭、無保険者救済の目的を含めて、国民皆保険制度の導入が試みられた。ところが、その試みは失敗に終わった。その原因のひとつは、最大の労働団体が、同運動の推進勢力にならなかったことであった。1970年代以降、企業の医療支出抑制によって、労働者全体の医療福利が縮小したが、その中で大企業の労働者は、他の労働者と比べて相対的に高水準の医療福利を維

持した。従って、これらの労働者は、国民皆保険の実施による税負担の増加と、医療サービスの平等化よりも、自分たちの既得権を守ることが有利であると考えた。実際、こうした大企業労働者の既得権防衛意識は、その後における国民皆保険制度実現の阻害要因になっていた⁹⁰⁾。

最後に、アメリカ医療保険制度が、退職者医療費負担の増大を通じて大企業の経営を圧迫している点をあげなければならない。大企業は、1960年代まで、被用者への医療保険提供範囲を拡大し、退職者及び早期退職者とその扶養者に、医療保険を長期間提供することとなった。ある研究によれば、1980年代初頭のアメリカ最大企業500社（フォーチュン誌）の被用者は1,500万人であり、会社の資産総額は1兆4,000億ドルであった。これに対して、500社の退職予定者に対する医療保険料負担額は、2兆ドルと推定され、年金支出予定額（約1兆ドル）を大きく上回っている⁹¹⁾。このため、退職者の医療負担は、一部のアメリカ産業の競争力低下の問題だけでなく、今後のアメリカ経済の発展方向を左右する重要な問題でもあると思われる。

なお1990年代以降、アメリカ医療保険制度の発展と深い関係を持つ問題として、医療支出の増大、製薬産業の拡大、医療保険業の合併と再編、医療負担増加と産業衰退（特に自動車）などが指摘されているが、それらのことは次稿で究明する。

以上

註

- 1) H. Somers & A. Somers, *Doctors, Patients, and Health Insurance*, 1972, p.228
- 2) Rashi Fenis, *Medical Care, Medical Costs*, 2001, p.153
- 3) *Statistical Abstract of the United States*, 1958
- 4) U.S. Department of Labor, *Collective Bargaining in the Basic Steel Industry*, 1961, p.306
- 5) Raymond Munts, *Bargaining for Health, Labor Unions, Health Insurance, and Medical Care*, 1967, p.48
- 6) Martin Feldstein, *Hospital Costs and Health Insurance*, 1981 pp.206-222
- 7) 1993年には医療保険免税の結果、連邦政府と州政府の年間税収が1000億ドルも減少した。Grace-Marie Arnett (edit), *Empowering Health Care Consumers Thorough Tax Reform*, 2002, p.137
- 8) Munts, *ibid*, pp.48-51
- 9) Labor Research Associations, *Monopoly Today*, 1950, 『現代の独占資本』立井海洋訳, 1953, p.40
- 10) *Moody's Industrials*, 1955-60
- 11) Stuart D. Brandes, *American Welfare Capitalism 1880-1940*, 1976, pp.75-110
- 12) *ibid*, pp.99-102
- 13) Fenis, *ibid*, p.22
- 14) Elizabeth A. Fones-wolf, *Selling Free Enterprise the Business Assault on Labor and*,

- Liberalism 1945-60, 1994, pp.1-10; Edward D. Berkowitz & Kim Mcquaid, *Creating the Welfare State*, 1992, pp.165-168
- 15) Edward D. Berkowitz & Kim Mcquaid, *ibid.* p.166
- 16) Health Insurance Association of America, (HIAA), *Source Book of Insurance Data*, 1993, p.21
- 17) Paul Starr, *The Logic of Health-Care Reform*, 1991, p.22 1984年, 同比率は38%であった
- 18) *Statistical Abstract of the United States*, 1966, 1976, 1984
- 19) 岩田勝雄 『現代世界経済と日本』2008, p.23
- 20) 1980年代に入ると, 一部のアメリカ大企業は医療負担が一因となって経営危機や倒産に見舞われた: LTV (鉄鋼), クライスラー (自動車, 1979年) など (Moody's Industrials, 1985-1990)
- 21) J. Califano, *American Health Care Revolution*, 1986, pp.41-42
- 22) Marie Gottschalk, *Shadow Welfare State*, 2003, p.123
- 23) HIAA, *ibid.* p.10
- 24) アメリカのランド研究所 (Rand Corp.) の調査によれば企業による医療費全額負担の場合では, 被保険者が一般の被保険者より多くの医療サービスを求める傾向がみられる Grace-Marie Arnett, *ibid.* pp.30-31
- 25) J. Califano, *ibid.* p.164
- 26) Gottschalk, *ibid.* p.111
- 27) HIAA, *ibid.* p.5 1992年には企業の自社保険のうち, 企業が自社で管理し, リスクを負担した部分が45%, 第三者に管理を委託した部分が31%, さらに第三者から保険を購入した部分が24%になっていた。
- 28) Birenbaum, *Managed Care: Made in America*, 1997, p.39
- 29) Califano, *ibid.* pp.18-19
- 30) *Ibid.* p.32
- 31) George Anders, *Health against Wealth, HMO and Breakdown of Medical Trust*, 1996, pp.16-34 なお, HMOの原型とその発展過程について, 同書参照。
- 32) Califano, *ibid.* pp.31-32
- 33) Andres, *ibid.* pp.29-30
- 34) 広瀬雅夫 「アメリカ医療はどこへ行く」, 1988, pp.122-123
- 35) ウォーマットはこうした雇用政策を通じて, 医療費の負担を最小限に抑えることができた。
- 36) Marie Gottschalk, *ibid.* p.123
- 37) U.S. Centers for Medicare & Medicaid Service, Office of Actuary, "Medicare Enrollment Trends 1966-1999, 2000
- 38) *Ibid.*

- 39) Statistical Abstract of the United States, 1950-60, 1970-80
- 40) U.S. Senate, Special Committee on Aging, "Medicare and the Health Cost of Older Americans: The Extent and Effect of Cost Sharing", 1984, p.VI
- 41) U.S. Senate, *ibid*, p.9
- 42) アメリカの社会保障税率は1977年5.85%, 1980年6.13%, 1984年7%, 1988年7.5%である。その中に病院保険税率の0.9%, 1.05%, 1.3%, 1.45%がそれぞれ含まれる。
- 43) アメリカ経済白書, 1985, pp.173-174
- 44) World Population Prospect, Estimates and Projection as Assessed, *ibid*, p.11
- 45) U.S. Senate, *ibid*, p.11
- 46) *Ibid*, p.V
- 47) Califano, *ibid*, pp.51-52
- 48) Statistical Abstract of the United States, 1975-1990
- 49) Califano, *ibid*, pp.144-149
- 50) Congress of the United States, Office of Technology Assessment, Medicare's Prospective Payment System, 1985, p.3
- 51) Jonathan Oberland, The Political Life of Medicare, 2003, p.119
- 52) Congress of the United States, *ibid*, p.38
- 53) *Ibid*, pp.40-41
- 54) Califano, *ibid*, p.121
- 55) Staff Report, U.S. Senate, Special Committee on Aging, Impact of Prospective Payment System on Quality of Care Record by Medicare Beneficiaries, 1985, pp.316-318, 325, 328
- 56) *Ibid*, pp.322-323
- 57) *Ibid*, pp.324, 331
- 58) Fenis, *ibid*, pp.87-88
- 59) Staff Report, U.S. Senate, *ibid*, pp.343-345。その影響により州と地方財政が悪化し、教育費などを削減する場合が生じた。
- 60) HIAA, *ibid*, p.157
- 61) Quadagno, One Nation Uninsured, 2005, pp.156-158
- 62) Federal Supplementary Medical Insurance Trust Fund, Annual report of the board of trustees, 1983
- 63) U.S. Senate, 1984, *ibid*, p.4
- 64) *Ibid*
- 65) Quadagno, *ibid*, pp.137-138
- 66) U.S. Senate, 1984, *ibid*, p.V

- 67) Statistical Abstract of the United States, 1969, 1985
- 68) Ibid
- 69) Paul Pierson, Dismantling the Welfare State, 1994, p.137
- 70) Ibid, p.139
- 71) J.Quadagno, ibid, p.110
- 72) Theo Lippman Jr., Ted Kennedy, 1976, p.236
- 73) Y. S. Hu, The Impact of U.S. Investment in Europe, 1973, p.23
- 74) Quadagno, ibid, p.111
- 75) Design and Cost Estimates of Tax Credit System to Finance Medical Care, May 16. 1969.
American Medical Association, p.4
- 76) Quadagno, ibid, p.114
- 77) Nicholas Laham, Why the United States Lacks A National Health Insurance Program,
1993, p.37
- 78) Fenis, ibid, p.110
- 79) メディケア成立時の状況については T.R.Marmor, The Politics of Medicare, 1973, pp.17-28 参
照
- 80) Nelson Lichtenstein, The Most Dangerous Man in Detroit: Walter Ruther and the State of
American Labor, 1995, p.297 . なお , 医療保障案をめぐる AFL-CIO 指導者と老人団体の態度
について Quadagno 前掲書参照
- 81) E. D. Berkowitz and K. Mcquaid, Creating the welfare State, 1992, p.216
- 82) Fenis, pp.148-150
- 83) Paul Starr, The Social Transformation of American Medicine, 1982, pp.405-407
- 84) カーター政権時代の医療費抑制政策について詳しくは , Laham, ibid, pp.42-59 参照
- 85) 岩田勝雄 , 前掲書 , pp.63-64 . Paul Pierson, ibid, pp.135-139
- 86) Theda Skocpol, Boomerang, 1996, p.10
- 87) HIAA, ibid, p.33
- 88) T.Skocpol, ibid, p.9
- 89) Fenis, ibid, pp.154-155
- 90) Gottschalk, ibid, pp.44-55
- 91) Califano, ibid, p.178

参考文献

- 1) Stuart D. Brandes, American Welfare Capitalism, University of Chicago Press, 1976.
- 2) J. Califano, American Health Care, Revolution, Random House, 1986.

- 3) Rashi Fenis, *Medical Care, Medical Cost*, Harvard University Press, 2001.
- 4) Marie Gottschalk, *Shadow Welfare State*, Cornell University Press, 2003.
- 5) Health Insurance Association of America, *Source Book of Insurance Data*, 1993.
- 6) Raymond Munts, *Bargaining for Health, Labor, Unions, Health Insurance, and Medical Care*, University of Wisconsin Press, 1967.
- 7) Paul Pierson, *Dismantling the Welfare State*, Oxford University Press, 1994.
- 8) H. Somers & A. Somers, *Doctors, Patients, and Health Insurance*, Brookings Institution, 1972.
- 9) Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books, 1984.
- 10) U. S. Department of Commerce *Statistical Abstract of the United State*, GPO, 1970-1990.
- 11) J. Quadagno, *One Nation Uninsured*, Oxford University Press, 2005.
- 12) 岩田勝雄 『現代世界経済と日本』, 桜井書店, 2008年 .
- 13) 広瀬雅夫 『アメリカ医療はどこへ行く』, 日本医療企画出版社, 1988年 .

The Development of the American Health Insurance System After the Failure of Truman's "National Health Insurance" campaign (1950-1991)

Zhu Xian *

Abstract

Private health insurance in America entered a new era of expansion after the failure of President Truman's "National health insurance" campaign in 1949. In the years there after, U.S. employers, led by major corporations, expanded their health programs to extend insurance coverage to employees. By the end of the 1960's, private health insurance had emerged as a pivotal part of the American health insurance system with its participants accounting for 70% of the population. In 1965, the U.S. Congress created two public health systems to reinforce the nation's health security system: "Medicare" and "Medicaid", the former to provide medical aids for people of 65 or over and the latter to extend medical assistance to low-income families.

Major U.S. corporations expanded the health insurance coverage for their employees in 1950s-1960s. Aside from savings resulting from tax exemption related to medical expenses, increase in health benefits enabled the management to promote a better relationship with employees, thus contributing to increased productivity as well as stability of the business enterprise. Many big corporations, by means of their dominant positions in the market, could also raise the prices of their products and shift the medical burden to the consumers. Small employers, in order to attract the labor forces needed for their operations, also provided health insurance for their employees.

The economic recession following the oil crisis in 1973, together with the continuous rise in medical costs, brought about a drastic change in the health policy of U.S. business community. As employers undertook measures to contain medical expenses, some employees lost their health coverage and many more were compelled to increase their share in health costs. Employees of small business suffered more than those working for big corporations.

* Correspondence to : Zhu Xian
Ritsumeikan University, Graduate School of Economics, postgraduate course
1-1-1 Nojihigashi Kusatsu-city, Shiga 525-8577 Japan
E-Mail : gr001085@ec.ritsumei.ac.jp

Medicare and Medicaid also adopted measures to contain medical expenditures as the country entered the 1980s. The result was an enormous increase in the financial burden of their participants. A number of Medicaid participants even lost their coverage due to restriction of eligibility. Although some labor and political leaders pointed out the need for a national health insurance program in the early 1970s, their efforts failed to gather nation-wide support due to the Vietnam War and the ensuing recession.

As a health security system, the American health insurance system possesses a number of characteristic features : (1) its structural instability as a national health maintenance system, (2) lack of fairness in the treatment of its participants, (3) the system itself embraces the forces that resist its reform, and (4) The increasing medical burden of U.S. major corporations weakens their competitiveness in the global market.