

委員会は上院で 17 委員会、下院には 20 委員会が存在し、その他に、専門委員会、選任委員会、特別委員会、小委員会が加わる（1993 年の国民医療諮問委員会は小委員会である）。さらに 1980 年代から 1990 年始めにかけて、民主党主導議会のもとで数多くの委員会や小委員会が増設され、それぞれの委員会と尊敬すべき議長は自らを日の当たる場所へと導くことが許された。

こうした現実から見て、実際に 1930 年から約 60 年間の間で、議会関係スタッフは 1930 年の 1,425 名から、1960 年の 6,255 名を経て、1990 年までに実に 20,000 名へとふくれあがった (Phillips, 1994)。

議会におけるこうした構造的な拡散状況が生まれた結果、ヘルスケア・リフォームのような論点の多い法規の立法化に向けての作業は、より複雑で困難さをきわめることとなった。例えば、クリントンの提案に対しては、少なくとも 16 の委員会だけを取ってみても、各委員会がヘルスケア・リフォームに対するそれぞれの解釈を主張擁護し、聴聞や管轄権を行使した。しかしながら、共和党が 40 年間ではじめて、下院を支配下に置いた 1994 年終了後の選挙直後、大きな変化が数々生まれた。それは下院が度の追うな執務を管理すべきかという視点に立って、①三委員会の廃止（郵政及び文民委員会：コロンビア直轄区委員会：商船及び漁業委員会）、②特別調査委員会及び専門委員会を複数削減、③議会の専門スタッフ及びこれにかかわる予算の 1/3 カット、④法案に対する多重提案の禁止、⑤発言者が連続した 4 度（回）の委員会で発言を続けることの制限（委員会の議長が発言者に一方的な裁量権を与えると判断されるため）などの変更を生んだことであった。

委員会の委員割り当て数は、上院・下院それぞれにおいて、多数を占める政党対少数派政党の代議士数に比例配分される。また、1995 年に共和党の新人議員数名を下院の委員会委員に任命すると言うこれまでになかった発言 (Newt Gingrich[共：ジョージア選出]) が生まれるまでは、年功序列による委員任命が一般的であった。

ところで各委員は彼ら自身の関心事や経歴、あるいは地元や州の経済的利害などに関連する委員会のメンバーになりたがるというのが普通である。そこで、ある委員会が他よりも強い力を発揮することもある。そうした委員会の中には、上下両院の「歳出配分委員会」←*appropriation committee* ですが、*官僚用語がわからないので訂正して下さい*—すなわち各委員会が認めたプログラム基金の収支を管理するための委員会—や、上院財務委員会及び下院歳入委員会—税制立法の検討委員会—、及び上下両院の予算委員会—国家予算編成に基づいて、国家が最優先して歳出すべき項目を設定する委員会—などがある。

The Way and Means Committee (歳入委員会)

税制度の効果に関する分野に対して最も影響力を持つ委員会。1960 年代から 70 年代初めにかけて、下院議院 W. ミルズ (Wilbur Mills…民主党、アーカント選出) の指揮下で、この委員会は保健医療財政に関する数多くの立法化を進める (ミサイルの) 発射台のよう

な役割を果たした。更に加えて、単独で管轄する分野としては①メディケア・パート A ②社会保障法③失業保障④公的社会福祉⑤及び近年のヘルスケア・リフォーム関連分野などであり、メディケア・パート B 下院商務（通商？）委員会が管轄している。

The Commerce Committee（商務委員会（通商委員会？））

当委員会は公式には資源及び通商に関する委員会であるが、保健医療については次の分野を管轄する。①メディケード、②メディケア・パート B③公衆衛生問題④精神保健医療⑤保健医療専門人材、⑥HMO、⑦食品及び医薬品、⑧空気清浄法、⑨消費者保護及び安全に関する委任委員会、⑩保健医療計画、⑪バイオメディカル研究開発、⑫保健医療保護・保障

The Committee on Appropriations（歳出配分委員会）

当委員会及び当委員会の労働小委員会、厚生小委員会、教育及び関連機関小委員会は、財政上の上限を設定する権限を持ち、個人向け保健医療プログラムの連邦供出金を適正に配分し供給する。

一方、上院の保健医療関連委員会には次のようなものがある。

The Committee on Finance and Subcommittee on Health
（財務委員会及び保健医療小委員会）

下院の歳入委員会と同様、上院財務委員会は税制及び歳入分野を管轄する。それは、社会保障法関連の問題やメディケア／メディケード、国民健康保険、妊産婦と児童にかかわる保健医療などの関連問題を管轄している（Title V）。

また、等委員会は過度の業務負担を軽減し、全委員が満足して業務を果たすために一生懸命努力をした結果、実際には、保健医療小委員会を2つに分割した。1つはメディケード政策及び、メディケアと長期ケアに関する小委員会が扱っている長期収容型ナーシングホームの高医療費をどのように保証するかという検討に対して、監督権を持たせた。

The Committee on Appropriations and Subcommittee on Labor, Health and Human Services,
Education and Relation and Related Agency
（歳出配分委員会、及び労働小委員会、厚生小委員会、教育及び関連機関小委員会）

下院歳出配分委員会の相対物としての当委員会、及び小委員会は、個人向けの保健医療

プログラムに対する連邦の基金を配分し供給する役割を持つ。これに関連して、全ての保健医療プログラム立法の 15%を管轄する税制委員会（上下両院の歳入委員会）が存在しているが、当委員会は連邦保健医療支出の約 70%を監督すると推定される。一方、連邦保健医療プログラム全体の約 70%は、権威ある 2つの基本委員会—下院では資源及び商務院会、及び上院の労働及び人的資源委員会—によって審査されているが、保健医療支出について見ると、2つの委員会は 15%のみ直接的な影響力を行使している。（Schmidt, 1980）興味深いことは、連邦予算に重大な警告が発せられたとき、当委員会が、権限を有するプログラム（例えばメディケード、メディケア、社会保障年金）の管理に専念するから安心だと判断し、当委員会の自由裁量によって、厚生省予算はわずか 6%のみカットが可能であると記録させたことで、状況を平静に保とうとした、という点である。

以上が上下両院の保健医療関連委員会であるが最後に、本来はこの種の委員会ではないが、二つの委員会、すなわち、上院と下院の予算委員会もまた、権威や歳出配分に関する強大な権限を持っているので、保健医療立法化のプロセスにおいて、重要な役割を果たしている。1974年に予算及び徴収に関する議会管理法（PL39-3411）が創設されて以来、この予算委員会は連邦の全歳出及び約 20 の“職務的歳出項目”を管理することものに限定された。その項目を特定すれば、歳入増加の最低限度枠、結果的赤字額の概算見積もり、委員会権限の限度設定、議会予算局の運営に関する基本審査などである。予算委員会（上下両院共）はまた、1974年に、調停法と呼ばれる法案の初期版を した、この法案は、予算決議が、歳出と税制法に合致する事を求めたもので、委員会が特定のプログラムに対する支出をカットする権限を持つことを命じたものである。（National Health Council 1993）

Problem of Turnover ((人材の)入れ替え問題)

他選委員—委員会の議長は特にそうだが—への永続的な権力を保障する長期身分保障や委員会の年功序列制度に支えられた立法組織体は、いったん安定性を考え出すと、近年の上下両院のように、委員の数の多さや委員会スタッフの入れ替え率の高さ、管轄権の交錯、あるいは当の原則を犠牲にして増加してゆく各委員の自立性拡大や委員会の情報開示、そして法律の効率性などに関するルール変更に悩まされることになる。

保健医療や医学に対する議会での政策開発ということに特に限って言うなら、これにかかわる委員会では、専門的関心やこの分野に影響力をもつ委員及び委員補佐の入れ替え率は高かった。例えば、1977年から1981年の間では、委員の入れ替え率は上下両院共に約 40%で、委員補佐の場合には 90%近くに達していた。また、保健医療立法を大量に審議する 6つの中軸委員会では 66%の委員が入れ替わり、それらが併設する小委員会は実に 90%近くの委員が入れ替わった。更に、16年前、メディケア・メディケードに賛成した下院議

員 435 名、上院議員 100 名のうち、1981 年在職者は、下院議員がわずかに 68 名 (13%)、上院議員が 13 名 (13%) であった。と同様に、6 つの委員会を支えてきた委員補佐や専門スタッフの調査によれば、メディケア・メディケードを計画し基金システムやプログラムの管理体制を支えてきた彼らが、この期間中にだれひとりとして残っていないのである。

(Gruppenhof 1952) この様式は衰えず、会期制限を主張する委員に対しては時間延長で対抗したり、党派心の強い口論を増加させ、幻滅や高コストのネガティブ・キャンペーンも増えた、そして、過去 2～3 年で、投票者の怒りは、選挙民としての任意性及び意志の両方に基づいて、上下両院議員の数を によって増やすことへと駆り立てていった。例えば、1993 年に大量の新人議員が流入し (下院で 110 名、上院は 11 名)、その後、1995 年に共和党が上下両院を呆つ取ったことによって、過去 50 年間近くの間では、最も大規模な議院の入れ替えを記録したのである。更にその影響は特に、下院の歳入委員会において激しいものであり、当委員会の保健医療小委員会では院の半数以上が去っていった。

(Peterson 1993)

同様のことが議会職員に関して現実のものとなった。それは低賃金と業務量の増加、指揮官への養成、劣悪な労働条件 (最近まで、つまり 104 議会まで、議会は公正な労働基準に守られていなかった)、職員の転職率 40% が示すように就業の安全性欠落 (Wolfe 1992) などであり、この状況は 1995 年に下院の共和党が義務化した職員カット 1/3 実施によって更に悪化した。こうした規模の縮小 (ダウンサイズ) によって生まれた結果は、経験豊富なスタッフの欠落であり、それは法令の記憶欠落という重大な問題を招いた。

その結果、議会は、医療やその関連プログラムを大きく変更するためにその主要な指導性を発揮しなければならない、まさにそのときに、知識と経験の壮大な空白を生んでしまったのであった。

Role of the Executive Branch (行政部分の役割)

議会は立法過程において支配的な役割を果たしているが、それでも行政部門が立法過程における供給源にならない、というわけではない。

付け加えるなら、行政部門は議案の提案権、議案通過のための活動 (ロビイスト活動)、立法化に対する拒否権—それは 1996 年において、特別歳出項目または特別税の徴収中断の提案に (概算項目として) 却下権を行使したことを含めて—を持ち、それらの権限は、政府の OMB (管理予算局) が予算を留保したり無効にすることで立法の意図を妨害する効果を持っているし、たとえそれによって法案が骨抜きにならなかったとしても、プログラムに関係し指揮をとる局長の任命や罷免、あるいは非同調者や敵対者の任命、更に必要不可欠の規定を交付しないことで実施を遅らせることなどによって弱体化するという効果もある。

更に、立法ゲームや微積分学的な視標設定のための同席などにおいて大統領が果たす役

割は、上下両院及びホワイトハウス両方に影響力を持つ政党のごく自然なコントロールに大きく左右されされる傾向があるということに注意しておくべきである。例えば、クリントンの前任者たち、ニクソン、フォード、レーガン、ブッシュは、民主党の立法議案成立を阻止するために、上下両院共に1/3の共和党議員プラス1人（大統領）の支援を結集して、民主党多数派の法案と妨害するために拒否権をうまく行使したが、それに比べると、クリントン大統領は、ヘルスケア・リフォーム議案の提出権を獲得するためには、少なくとも上院で60名の議員の賛成を得る必要があるという現実と直面していた。—それは大いに気力喪失をもたらす作業であった—。

Interest Group Politics and Health (利害集団の政治と保健医療)

合衆国政府の政策に影響を及ぼす組織的な利害集団の努力は本来、政治過程の一部に帰属するものである。その努力は、不満を是正する目的を持って政府への請願を行う国民の言論の自由と権利を保障した、最初の憲法修正条項を生み出したことで、大きな評価を（歴史に）残した。

今日の生活における複雑さや毎日の市民生活に対する政府の役割の増加によって、こうした利害集団の活動が政治過程の一部を担う効果は高まる傾向にある。このように、権力が連邦政府の方に向いている一方で、利害集団は、全米規模で見た場合、その数と種類が激増してきている。

毎年毎年、数百もの利害集団が、連邦政府に対して無視できない影響力を行使し、ワシントン・ロビーとしてのなごしかの組織を構成してきている。(Congressional Quarterly 1972, Drew 1967, Felicetti 1975, Hixson 1976, Milbrath 1964, Rodman 1974)

国民保健医療協議委員会 (National Health Council) によれば—これは下院における保健医療政策の明確な提唱機関であるが—医療提供組織で、首都ワシントン D.C. にオフィスを持つか、あるいはロビイストを雇用している団体数は、1979年の117団体から1986年の502を経て、1992年には740団体を数える (Ettorre 1992) 成果を得るためにこうした団体は、しばしば政府の手法に熟知した専門家を指導者に持ち、政策への意志決定や実施プロセスにおいてキーポイントとなる事柄に焦点をあてた指揮を行う傾向にある。例えば、これらの集団による議会への（圧力）活動が不成功に終わったとすれば、行政当局に課せられた実施責任をたてに、彼らの目的を果たすための活動を続けるかもしれない。そこで、立法化のゲームは法案が議会を通過し、そのあとにつづく大統領の署名が終わったとしても、終わりはない。いやむしろ、ゲームを続けなければ、法律の規定や実施項目の記載事項によって、ある立法化へ向けた彼らの推進力が決然させられてしまうのである。加えて、上下両院の議員や行政当局の重要人物が特定の課題に対して示す見解に、利害集団がなんとか影響力を及ぼそうとして、これらの団体は政党はもちろん個人立候補者へ多額の選挙資金を献金することで選挙のプロセスそのものへ積極的な働きかけを行って

いる。(こうした献金は多くの場合、政治路線の異なる立候補者の双方に賭ける掛け金としての意味を持っている)

例えば、1979年以降、保健会社や医薬品企業及び医療産業などが組織している370団体以上もの「政治行動委員会(PAC)」は、上下両院議員選挙のキャンペーン基金として1.5億ドル(約1,800億円)を超える献金を行っており、その献金先の多くは、立法化の鍵を握る委員会—例えば、上院予算委員会、上院歳入委員会、下院商務委員会(以前の多数派は民主党)に向けられた。(Makinson, 1992, pp128, 131)しかし、1994年の議員選挙後、医療産業界は、他の産業界の利害団体と同様に、政治的寛容さを民主党から共和党へと転換した。例えばマネジドケア産業界では、1993年から94年の間、PAC献金額の56.4%を民主党に供給していたが、1995年になると、PACのご祝儀金74.9%が共和党へ向けられた。

(Public Citizen's Congress Watch, 1995)、同様のことがAMPAC(アメリカ医師会のPAC)にも生まれ、1993年から94年の上下両院共和党議員への軍資金56%は、95年には、95%へと増加した。

医療産業にとって基本的な財政的支援対象者は、上下両院の新しい共和党リーダー達であった。例えばジョージア州選出のN.ギングリッチ下院議員は、1993年に医療関連産業から約16,000ドルの献金を受けたが、1995年には70,500ドルへと膨れ上がった。同様に、下院歳入委員会の保健医療小委員会新議長、W.トーマス下院議員(カリフォルニア選出)の場合でも、1993年の献金額はわずかに26,300ドルだったものが、1995年の上半期(6ヶ月間)で、医療関連産業界からの献金が66,500ドルに昇っている。(colford 1995)その上、ワシントンをベースにした市民行動団体—約20年間、医療における政治活動団体の財政的関連性を追跡している—によれば、こうした献金活動の水準や速度は相対的に弱体化することなく続いている。市民行動団体が献金を記録に残しはじめて以来ずっと先頭を切っていたアメリカ医師会は、1993年-94年の選挙期間中に、他の全医療団体や保険業界のPACによる献金額よりは、遙かに巨額の2,562,368ドルを総額として献金している。他の医療団体は、アメリカ歯科医師会のPAC(1,394,451ドル)、アメリカ看護協会(1,226,598ドル)アメリカ病院協会(1,120,540ドル、前の選挙期間中(2年前)からみれば2倍の献金額である)、アメリカ眼科医学界(863,355ドル)、アメリカ検眼医協会(660,230)、アメリカ指圧師(597,118ドル)、アメリカ独立保険代理店業界(552,171ドル)、アメリカ麻酔医協会(513,700ドル)、アメリカ医療協会(497,217ドル)である。(Weissenstein 1995)過去2年間の流れをよく検討すると、こうした医療産業の利害団体は、1つのテーマに絞り込み、各団体の政治活動委員会がもつ豊富な資金をテコに、立法化の成否を決するプロセスにおいて、不均衡な影響力を握っているということが増えてきている。

(Congressional Quarter 1972)合衆国における利害団体の活動は、連邦政府が広範囲の活動を可能にするために、それぞれが、それぞれの団体の経済的ないしは社会的な関心事に結びついた活動を行うというのが伝統であった。(例えば労働組合、企業団体、農協のように)

だが、一方で、新しい形の圧力団体が成長し始め、それらの団体は、一つの課題のもとで合同し、経済と社会双方の関心事を統合するという姿を生み出したのである。

(Congressional Quarterly 1988) 更に、大きな負担が伴うような政治論議の場合、それは反対の立場の側が修辭的かつ婉曲的な特性を増加させるものだが、女性の墮胎（妊娠中絶）における保険医療的影響について大統領への報告書を書いた C. E. クープ (C. Everett Koop) 公衆衛生局長の文章のように、その抜粋としての釈明通知書がないと、論者のはっきりした 見えてこないという困難さに、しばしば直面するのである。

『墮胎論争における反対派特色を簡単に示すことは難しい。墮胎反対派は自らを生命賛成派 (Pro-life) と呼んでいる。他方、墮胎賛成派ではないと主張している非生命賛成派は、むしろ選択賛成派であることを自ら認め、墮胎に対する女性の選択権を支持する。

選択賛成派の一部が、個人的には墮胎に反対していることは本当である。しかし彼ら自身も、胎児の権利と母親の権利に対して、どこで一線を引くべきかについてははっきりしているわけではない。したがって選択賛成派一枚岩ではない。生命賛成派もまた一枚岩ではない。生命賛成派個人としてみた場合、その多くの熱烈な支援者達は、胎児の生命を守ることに献身的な人々なのだが、倫理的にも道徳的にも、そして宗教的に間違いである避妊に対して、いっさい検討しない。しかし、生命賛成派陣営の一部では、国際問題として、墮胎と避妊をある意味で同一視している。(Shannon 1989)』

多くの利害集団は、議会の委員会システムに対して効果的な支配権を持つことで、議会の権力構造や議事手続きへの管理を強めている。例えば、上下両院を通過する全法案の約90%が、その法案を管轄する委員会が起草した原文のままで成立していると推定される。

(Congressional Quarterly 1972) 法律の性格の検討するだけでなく立法化を促進したり、逆に妨害する役目を持つ委員会の力は、それ自体が利害団体の活動目標を設定する上で、誘惑的なものである。例えば、ワシントン・ロビー (陳情圧力団体) は、団体の利益を圧迫するかもしれない政府の開発作業に並行して、非常に長期の活動を行っている。彼らは、どの委員会が彼らの利害にとって重要な働きをするかを知り、観察していることは確かであり、それは委員会の重要メンバーやスタッフとの関係を築き保持することや、予定されている法案ないしはすでに立法化が進められている法案に関する情報を保持し続けること、あるいは、委員買いよりは先に、見解を設定するための試行や事前声明を提出することなどに基づいている。(Congressional Quarterly 1972)

全体的に見れば、(圧力) 団体の加入者数や資金、人材などの規模が大きいとしても、立法化の停止に大きな影響力を持つ団体の力が、(団体の) 論点や代表者の抜け目のなさ、あるいは政治的商才や技能を引き出すと言える。もともと、こうした才能や事柄は、その団体の理念や立場が健全かつ公正であることの上に成り立つものなのだが。

(Congressional Quarterly 1988)

ある観察者によれば“大半の米国市民は特定の利害団体には属しておらず、したがって、多大の政治的効果を与える活動組織と連携している利益集団（少数派）よりは、特定の立法議案に対して明確な意志表現を行うことが少ないのである。”と述べている。（George B. Galloway, Congressional Quarterly 1972, P4からの引用）

ファリク（1975）は、政治的な問題という面から見た場合の保健医療における潜在的な力は、利害団体の政治（活動）に存在するいかがわしい性質によって限定されている、と論じている。保健医療問題に対する政治的関心は、一般市民の論争や国民への教育、あるいは全国的な保健医療問題に対する肯定的な政治行動を支える大衆の幅広い基盤などを活発化させることに役立ってはいるが、政治ゲームの駆け引きが、陳情圧力のためうまく組織化されたこれらのグループへの不均衡な得点を与えることになるということは、全くの事実である。保健医療分野についていうなら、こうしたグループは、医療界と教育界の複合体としての業界代表になっているという面が非常に大きい。すなわち、複合体とは、医療専門学校、医学界、病院産業、及び第三者的支払い組織によって構成される（Falik 1975, Health Policy Advisory Center, 1986:Common Cause, 1991 参照）

こうした受益団体の活動は、それ自体が、まるで髪の毛を手入れするように、立法府や行政府の専任官僚を支援していることを明確に示している。すなわち、主な医療提供者団体の代表者たちは、彼らに特惠的なプログラムを（反対者の攻撃から）守り、基金をつけさせるために選任官僚たちを支援しており、大半の行動や資金援助は、法律の制定よりむしろ立法化阻止行動の方に傾斜している。（例えば、医療保険業界がクリントン・プランを脱線させたこと）

『公共的人格者センター 公共高潔センター:Center for Public Integrity』（1994）によると、クリントンヘルス・リフォーム・プランを敗北させるために、医療関連の特定同業者連中が使った資金の額は1億ドル以上であり（その60%は広告宣伝費で、40%がPAC提出金である）。近年の米史上では、立法主導権を握るために最も激しいロビイスト活動を記録したとされる（Selye, 1995）クリントン提案と約30年前のメディケアにおいて、鍵を握る参加団体の政治的立場を比較するということは、年代や環境が変化するのと同様に、同業者たちの政治的連携や立場も変わっていったということを明らかにするという点で有益なことである。

つまり、1960年代初めにおいては、高齢者の医療提供における連邦政府の役割の必要性や立法権にかかわる役割が論議されたのに比べると、30年後には、国民的医療システムをある程度リフォームする必要があるという世論へと大きく変わったのである。

アメリカ医師会や商工会議所一長い間、連邦の介入に敵対していたのだが一でさえ、基本的には賛成へと変わった。しかし、クリントンプランの支持は限られ、まばらであるのに、反対は広範囲かつ激しいという中で、いかにすべきかという点については、ほとんどはっきりしなかった。

メディケアの成立においては、様々な利益団体が役割を果たすことで、5年間の論議を巻き起こした。そうした論議に加わった諸団体は、次の通りである。(Anderson 1968, Harris 1976) AHA、BCA (ブルクロス連盟: 連盟会長、Walter J. McNearney)、ANA (アメリカ看護協会)、労働者組織 (定義的には強力な AFL-CIO と、UAW)、民主党リベラル派及び中道派、APHA (アメリカ公衆衛生協会)、全米ソーシャルワーカー協会、全米教会協議会、アメリカ公共福祉協会、全米ユダヤ系女性協議会、全米シニア・シティズン協議会 (労働者組織の代理)、農民連盟、医師フォーラム、社会保障年金に基づく高齢者医療に関する医師委員会、強敵反対者である AMA に対抗する勢力、全米商工会議所、全米製造業協会 (NAM)、アメリカ歯科医師会、大企業及び小企業グループ、共和党、及び民主党南部諸州の保守派上下両院議員。

30 年後の立法的 における秩序はきわめて多くの同一性を残しているが、多くの参加者の位置や連携には変化が見られる。そして、大統領プランを支持する組織や集団の中には、次のようなものがある。

- ・ マネジドケア競争組織の連合体。例えば、エトナ、プルデンシャル、ドラベラーズ、メトロプリタン生命、シグナ (全て HIAA を脱退している)、それにブルクロスなどのような全米規模の医療保険や医療プランの多くによって構成されている。この連合体は、クリントンプランが言う、地域連合としての役割を自らが担うものと思っていた。(Peer 1992)
- ・ 24 企業から成る医療企業協議会。デュポンや IBM のようなフォーチュン 100 社企業のほとんどが参加しており、これらの企業では、すでに自社労働者のために比較的豊かな保障を提供している。(Firshein 1994)
- ・ ヘルスケア・リフォーム全米指導者協議会。前民主党議員、P. ロジャー (フロリダ選出) と前アイオワ州知事 (共和党)、R. レイの二人を共同議長とする二大政党連携型集団で、三大自動車メーカーと鉄鋼企業数社が含まれる。(Firshein 1994)
- ・ ヘルスケアリフォームのために特別組織された企業グループ。120 の大企業で構成し、多くは (上述の) ヘルスケアリフォーム全米指導者協議会にも属しているベツレヘム・スティーレル社、クライスラー社、フォード社、ジャイアント・フード社などを含む。
- ・ 77,000 会員のアメリカ医学界。会員の多くはプライマリケア提供者を代表している。
- ・ アメリカ歯科医師会。健康保険への免税措置に反対するが、予防的な歯科サービスへの保障拡大を求める。
- ・ AHA (アメリカ病院協会)
- ・ APHA (アメリカ公衆衛生協会)
- ・ ANA (アメリカ看護協会)
- ・ 全米ユダヤ系女性協議会
- ・ ファミリー・USA
- ・ ヘルスケア・リフォーム・プロジェクト。医師・病院、消費者、企業主、労働者グループ

ブから1つ団体が参加し、イデオロギーの範囲をつなぐことによって構成する。AARP（アメリカ退職者協会）を含む。各参加団体は、5000ドルずつを献金し、包括的なヘルスケア・リフォームのために使う。

- ・弱体化した労働力の回復運動（グループ）。労働力は1950年の25%から1990年の16%へと弱体化しており、この運動では、連邦や州、あるいは市町村を単位とする1つの保険者が1つの保障プランによって全国民を保障するシステムを基本に、あらかじめ選定した提供者のみを優先的に利用する保険制度…プリファード・シングル・ペイヤー・プラン（Preferred-Single-Payer Plan）…を支持する。
- ・民主党の分派。民主党上院議員、P. ウェルストーン（ミネソタ選出）を先頭に民主党内のリベラル派で構成。シングル・ペイヤー・システム（注：上述）の成立に圧力をかける。

他方、クリントンの発議権に反対する連合体は次の通りである。

- ・アメリカ医療保険協会（HIAA）。中・小規模の保険会社、275社が参加し、クリントン・プランを攻撃するために、TVコマーシャル“Marry and Louise”シリーズを企画し、1600万ドルの広告キャンペーンを行ったことは最も有名である。
- ・全米生命保険（引き受け業者）協会（NALU）。医療保険代理業協会及びアメリカ独立開業保険代理店協会の10,000会員を含む。クリントン提案の保健医療連合は28万代理店及びその従業員の生活をおびやかすものであると表明している。（Kent, 1994）
- ・ゆとりある健康保険のための協議会。個人加入型の出来高保険を販売する30の小保険者で組織している。
- ・全米製造業協会（NAM）。125,000会員が参加。従業員500人以下の企業がほとんどで、従業員への保険保障は95%の企業が実施している。
- ・全米独立事業者連合（NFIB）。南部及び西部の農山村地域に集中する独立小事業者、約607,000が参加。そのうち11,400会員（全会員の2%）は保険代理業である。このグループは、企業主への義務化に脅威を感じている。
- ・合衆国商工会議所。22万小企業を代表する。初めは（1993年3月）、保険の「責任分担」概念に支持表明をしていたが、1年後（1994年2月28日）に、会員からの圧力によって反対の立場をとり、企業主への義務化に反対した。（Medicine I Health 1994）
- ・民間年金及び福祉プラン協会（APPWP）。大小あわせて470の企業を代表。これらの企業の多くは、（企業の）福利厚生コンサルティング会社である。合衆国商工会議所及び企業円卓会議の双方がそうであるように、このグループも、はじめは「責任分担」の概念を支持していた。「責任分担」の概念は、企業主と従業員が医療保障プランを購入するために双方共に基金を積み立てるというものであるが、クリントンプランが、企業主への義務化を求め、それにもかかわらず、保障内容や費用に対して企業側のコントロール

があまり効かないプランであるため、プランから離れていった。

- ・AMA（アメリカ医師会）。メディケアの論争では疑問の余地がないほど強い指導力を発揮した。ヘルスケア・リフォームの論議においては、なだめ役に回ることが多く、断片的な役割しか果たさなかった。AMAの公認出版物、JAMA（Journal of the American Medical Association）は1991年5月15日付合で、連邦は全国民に基本医療保険を保障すべきだと主張したが、マネジド・ケアを強調するあまり、AMA保守派の反対論議が活発化し、クリントンへの支持を後退させた。（Star Tribune, 1991）
- ・PMA（医薬品製造業協会）、医薬品価格統制に脅威を感じている。
- ・米国農業局
- ・キリスト教連合
- ・墮胎反対グループ。墮胎（中絶）医療費保障を求める。
- ・保守擁護のトークショーでホスト役（例えば、ラッシュ・リンボーなど）
- ・共和党。1994年議会閉会後の選挙キャンペーンで、クリントン・プランに反対する政党コンサルタントのW.クリストルを支持する党員グループ。

クリントン・プラン反対の連合体は、その他に、「草の根」連合のようなものがあり、高潔さを売り物にしたような団体名をつけているが、1つ以上の利害団体が連合するという形がしばしば見受けられる。

これら「草の根」連合は次のようなものがある。

- ・医療アクセスの公平を求める協議会。資金提供はPMA（医薬品製造業協会）。
- ・保健医療の公平化行動連盟。全米独立事業者連合が の先頭に立ち、事業主が一括して従業員の保障費用を負担するというクリントン・プランの要求に反対した。

こうした組み合わせと結合は、政治というものが、奇妙な一時的な仲間や希薄な結合をしばしば生み出すものであるということを例証するものであるし、また、個人の経済的利害は、法律制定の要求に重要な役割を果たすというフェルドシュタイン・テーゼ（本書10章参照）への支持を与えるものである。

Participatory Democracy and Health

（民主主義への参画と保健医療）

この国が保健医療政策を検討する場合、公共の関係者が組織的利害集団の活動によって制限を受けるということはない。しかし、公共関係者は住民参加方式や議案提出権、あるいは住民投票などを含む、別の形を取ることはある。であるが故に、住民参加はア

アメリカ民主主義の遺産をふくらませると表現できる。また民主主義プロセスの理想を意味しているようでもある。(Burke 1968) 更に、議案提出権や住民投票は、立法化に対して公共がコントロールを行う権利の行使という点では、基本的には権利であり、それは州や地域の事情に応じたものである (Roemen 1965)

Community Participation and Health

(地域参加と保健医療)

保健医療政策の決定に対する公共(住民)の参加については、歴史的にみれば、制度上の統治一多元的、分類基本形システムの中で地域権力構造を関係付けることを包摂していた。一連の古典的研究によれば (Eling&Lee 1966, Belknap&Steinle 1983, Holloway 他、1963)、地域の有力者とボランティア及び公式の保健医療福祉施設との間の関係性や組織としての意志決定に与える影響力について記述してある。(Eling, 1968)、他方、リスカやティラーは、こうした組織の理事たちは、住民の非常に狭い消費者のためと称している人々との不一致が起こりうると述べている。

保健医療政策決定における地域ないしは市民の全員参加を可能にする機会は、代表的な都市の条例 (PL88-164) やジョンソン政権による保健医療計画法 (PL89-749) によって制度化されている。保健医療を含む人的サービスへの意志決定に広い分野から住民が参加するという動きは、この分野専門人材の介入に対する不満や、専門人材の投入いかににかかわらず意志決定が行われる政策というものの性質を理解する人々が増えたことなどのような多様な要素に帰するものであるとされてきた。(Silver 1973) 驚くことではないが、こうした概念の適用は、ゲイガー (Geiger, 1969) が言及する“地域の強要”と“専門家の抵抗”との間における衝突を生じる結果となった。また、不幸なことだが、医療供給システムが、地域の真の代表者は誰か、“参加”や“地域”の真の意味は何かなどの問題を通して、政治への関心を持つようになったという、ある種の問題点を生み出す結果も招いた。

(Geiger 1969, Bellin 1969, 1970, Brandon 1977, Gordon 1969, Moote 1971, Thompson 1974, Feingold 1973)

Initiative and Referendum

(議案提出権と住民投票)

最後に、保健医療における議案提出権及び住民投票の活用について付加すべき記述がある。不運にも、こうした超法規的装置を行使することで科学的な地域社会を体験するかどうかについては、何ひとつ約束されていない。例えば、公共による住民投票を保健医療問題について提案すれば、それはがっかりする必要はないが、様々なものが混じ

り合った雑多な結果を生み出す。もう少し広範囲の研究事例によると、水道事業拡張に関するものがある。1950年代と60年代の間に、保健医療問題に関わる住民投票提案は600件あり、地域医療の幅広い推薦を受けていたにもかかわらず、その60%以上が否決された(Crain 他、1968)。このころと同様の体験は、アイスマン(Isman 1981)の報告書にも見られ、1980年上半期(1~6月)の間に合衆国が保健医療問題で受け付けた住民投票は19件で、17件が敗北した。一方、近年についてみれば、喫煙(場所)の制限、未成年者へのタバコ販売制限、終末期の成人患者に対する尊厳死の権利(オレゴン州)などに関する議案の提出や住民投票が1990年代に実施されたが、ある程度の成果を収めたことは明らかである。だが、1994年にカリフォルニア州で行われたプロポジション“シングル・プレイヤーシステム”は、確実な数(72%対28%)によって、全州でははじめて、シングル・プレイヤーシステム創設を否決した。このような住民の手による提案が失敗する理由のいくらかについては、投票者が無知なこと、無関心であること、政府への不信感が強くなっていること、医療における権力的支配層の存在などをあげて説明することができた。(Isman 1981, Marmor 他 1986, Gamson 1961)しかし、結論的に言えば、次のようなことで充分だ。

- ① 議論の多い保健医療問題を投票者から承認してもらうための提案は失敗することを覚悟した上で行うものであり、非常に注意深く関わる必要があること。
- ② 投票者の理性を使用すること、科学的証拠による説得力、提案議題の公正さ、保健医療専門スタッフに対する信望、及び反対者の批判が妥当でないことへの申し立て、などについて、提案側にあえて、最前の状態にしておくべきだということ。もし、目的に反しない結果を得たいのなら。
- ③ そうした努力が報われるためには、多大な政治的技法、地域に対する広範囲の知識、幅広い層の人々の動員、地域の幅広い支援などが求められること。

The Growth of the Government in Health and Health Care in the U.S: Evolution, Not Revolution (合衆国の保健医療における政府の発展：革命ではなく進化)

政府の政治的な生气は、民間機関がやれないことや好まないことのみの実施を許すことの中にある。というのは長い間、合衆国の公理であった。政府の介入に関する基本的な経済上の正当性は、ブルムスタインとザゴコフ(1973)が記述しているように、ある市場の失敗に対して救済策として存在する。本質的に、政府介入の伝統的な基本(手法)は、市場が資源の効果的な分配を達成しない場合、その原因のいかんを問わず、改善的に何かを行うということであった。保健医療福祉分野についてみれば、この見解は、1965年の合衆国商工会議所作業部会が行った、『政府の役割に関する経済成長と機会への勸

告』が、おそらく最もよく表現している。それは次のような内容である。

『政府プログラムは、任意性や「私」のもつ意味が一それはもちろん真の努力と試練によるものなのだが一社会のニーズに適合しえない場合においてのみ、病人や障害者、高齢者を救済する目的を持って適用されるべきである』(US. Chamber of Commerce, 1965)

上述の見解に関して必然的に引き出せる結論として、次のようなことを付け加えることができるだろう。すなわち、憲法がこれらの権限を委任しているということを除外すれば、連邦政府の影響力が拡大することで、一般的には州が必要性を感じている分野に対しても影響力が強まるということである。1887年の州間通商法を例に挙げると、この法律は、州がらせん状につながる州間の鉄道ネットワークを管理することに失敗した後になってから成立しているし、ニューディールは、大恐慌後、州が弱体化し、高齢者年金プランを持つ州がわずかに17州のみで、その他の大半の州がひどい財源不足となった4年後に法制化された。(Kennedy 1981) 合衆国における保健医療への政府または公の介入拡大は、本質的には、革命というよりむしろひとつの進化(への介入)であり、それは司法的判断のみならず社会的、経済的、政治的効果による進化である。

Constitutional Base (憲法的基盤)

州及び連邦レベルにおける健康や保健医療への政府の影響力のあり方に関する基盤は、憲法上、全く異なる原則によって支えられている。州の場合、“市民の健康や安全から一般的な福祉に至るまで、市民を守るための法制化やその施行”に関しては警察権力を通じた政府の影響力ということである。例えば、州は、どちらかといえば、医療システムの実質的なあらゆる面に対して、州境界地域内において統制し影響力をもつための幅広い包括的な法的権威者として存在している。(Grad 1973, Wing 1976) こうした(州の)介入は、伝染病の予防接種強制というケースの場合でさえ、裁判によって承認されてきた。(マサチューセッツ州のジャコブソン訴訟、197US11(1973))、そうした裁判は、宗教における表現の自由の権利に関して、憲法の修正を求める最初の運動旨にみられるような、憲法への異議申し立てに直面することもある。(Blumstein & Zubkoff 1973)

一方、連邦の影響力については、福祉条項への司法的介入、医薬品や薬物治療の場合の通商規定によって支えられており、過去40年以上もの間に、そうした規定は磨かれ拡大してきた。歴史的には、例えば、通商規定の定義付けについてみれば、それは幅広く多様性を持ってきたし、この領域に関する議会の権限は、司法的介入に関して制限規定をつけるものと、広範囲の権限を承諾するものとの間で揺れ動いてきた。例えば、企業活動が支配的になった1880年から1936年の間を見ると、裁判所の判断の方向性は、通商規定に対する小規模の介入によって、政府を閉鎖的制御の下に維持させらるものであった。他方、過去60年間のように、政府が最高権威者として存在してきた時代は、“通

商”という言葉に対して、裁判所はどちらかという、幅広い介入権を与えてきた。

Historical Development (歴史的発見)

過去 200 年の道筋をみると、合衆国における医療サービスの組織、財政、供給における政府の役割は、サービス提供者や公衆衛生の保護者に対する強力な圧縮統制から、「笛吹きに金を出すものが曲を注文する権利を持つ」（費用責任者が決定権を持つ）のごくと、本質的には民間提供者への政策や手続きが、ますます彼らの自立性や特典を侵害させていることに対しての、主たる財政引受人へと進化してきている。同時に、拡大的かつ曲解の様相として、こうした進化は、気まぐれによって生まれたのではないし、国会議員や官僚機構がこうした進化の努力に介入する欲望を何も持たなかったから生まれたのでもない。むしろ、本来影響を受ける側—提供者（医師団体は有名な除外団体だが）、消費者、保険者、そして政治家—が、援助や政府が影響力を発揮することの必要性を認識していたから生まれたのである。

合衆国における保険医療や治療に対しての政府の役割はこのように長い年月を経て進化してきたのである。例えば、共和制の初期において、政府による保健医療プログラムは、州、連邦の両方とも、ほとんど組織化されていなかった。(Lee 1968) 州保健医療局もなかった。外国人の入国検疫は各港の責任であった。また、伝染病コントロールや環境衛生に関するプログラムは、市町村政府に責任があった。保健医療に対する政府の介入は一般的に、流行性疾患のような公共全体の危険性に対して社会を守ることや、貧困者と欠乏者の本質的なニーズに応えること—これはエリザベス貧困法の遺産だが—に限定されていた。この介入は、宗教団体、その他の慈善組織、社会的友愛団体、共済組合、海外からの移民によって組織された同好会などの支援と—対のものであった。(Falk 1967) 保健医療問題に対する連邦政府の役割は、そのほとんどの役割において、温情主義と保護、そして大半が最小限という特性をもっており、過去、現在、未来ともに、船員及び軍人の医療や治療に対しての本質的な責任をもつという構成にあった。(Falk 1967) 事実、国家的政府が、軍人以外の人を対象に、疾病及び医療規定によって介入した最初の主たるものは、1798 年に病気または障害の船員を対象とする船舶病院サービス法であった。その後、これは州内居留地に住むアメリカ・インディアンを保護することを含むものへ拡大した。これ以外に、1976 年成立のインディアン保健医療サービスが開発されていたが、これは私的開発医と敵対関係にあったアラスカ医師会の解散決議を主な目的としたものであった。合衆国の初期の歴史の歴史過程を通して、保健医療及び治療活動は、本質的には、私的で個人の問題だと見なされていた。このパターンはほとんど 80 年間、相対的に変化しないままであった。こうした状態は、1921 年に産科と小児科に関するシェパード・タウンナー法が成立する 1920 年代までそのままであったが、同法以降、保健医療、及び治療活動における連邦政府の役割が近代的な形を取り始めることになった。

同法ははじめて、個人へのサービスに対して連邦の継続プログラムが州の保険医療組織に補助金を交付するという形を確立したものであり、今日的な産科／小児科保健医療プログラムの先駆である。しかし、AMA の（反対）活動に大きく影響を受け、この法律は 1929 年に廃止を許したのである。（Schlegingn 1967, chapman & Talmadge, 1970, 1971）合衆国における社会福祉システムの出発点となった。1935 年の社会保障法制定は、連邦政府が保健医療への影響力を拡大する上で、その次に大きな発展をもたらすものであった。この法律によると、社会福祉の概念は次の 2 つが明らかになった。

- 1) 勤労者のための社会保険。すなわち、失業保険、労働災害給付、退職保障
- 2) 公的助成。すなわち、就労が困難な人への州による直接的経済援助。

この慣例的傾向をもつ法律は、受給者を分類して助成する医療保険プログラムとしての意図はなかったが（ルーズベルト大統領は高額医療費を必要とする受給者への助成は考えていたが、その期間やサービス提供場所（病院や地域など）については考えになかった）、高齢者、盲人、扶養児童をもつ家庭への公的助成だけではなく、公衆衛生や産科、小児科、肢体不自由児童などへも、連邦による州への助成金交付という構造を持っていた。その他に連邦主導による医療プログラムの初期的なものは、1935 年から 1947 年にかけての、農業保障局によるものがある。おそらく、この国における医療提供に関してもつとも初期のものひとつで、最も広範囲かつ包括的な連邦の努力によるものとしてのこのプログラムは、次のような同時代人の観光を組み入れていた。すなわち、そうした勧告とは、消費者参加、ケアの集中化排除、給付財源の集中化、予防及び教育の強調、ナース・クリニシヤンの活用、勤務医推進、低収入農家や（南部の）分益小作人及び多民農民の入院医療や転移・送り込み／送り返しに対する行政的管理などである。連邦農業保障局のプログラムは、そのピーク時に、65 万人以上の低所得貧困農民と百万人の移民農業従事者を有資格者とし、この国の全山農地帯の 1 / 3 に担当する医療共同体ないしは農業従事者専用クリニックを抱えていた。

グレイ（1994）によれば、このプログラムは、メディケア・メディケードが成立するまで、特定の市民グループに対して国家が献身的に医療を保障する連邦支援のプログラムとしては最大のものであったという。医師会は強く反対したが、これらのプログラムは人道主義と経済的関心に導かれた多くの医師達の草の根的地域レベルの支援を受けた。だが、医師所得の向上と農村地域の人口減は医療に対する連邦介入に関して、連邦と医療プログラムとの間での概念的な論争を巻き起こすことと一体になって、第二次大戦以降、プランの現実的な死滅を結果することになった。（Grey 1994）興味深いことだが初期の頃、この国の社会的保健医療法案の多くは、明示的には職場の安全性やリハビリテーションなどに対処するものとして巨大な人道主義の土壤に依存し、あるいはそれを発展させることで成立していたが、本質的には、労働への復帰と未来への投資という実利ないしは功利的基盤に支えられていた—それは、プロテスタント倫理の信頼と信仰に影

響されて一。

一方、1946年のヒルバートン建設法の成立—それは大恐慌から第二次大戦の間に老朽化と時代遅れが加速した病院の臨床施設に対する連邦助成金の交付プログラムだが—は、医療に対する連邦介入の原型を生み出すことに役立つものであった。

それに加えて、市町村の指導権や州の審査権、及び連邦の助成に関する共同原則を確立したことで、議会の執行権による州計画というもの—それは少なくとも最初の「計画」というものの痕跡なのだが—を招き入れることにもなった。

1950年代から60年代初めにかけて、連邦助成は医学教育や研究分野へと更に拡大したが、医師会の激しい反対もしばしばあった。(Anderson 1966, 1968a, Carter 1958, Harris 1967, Hydet Walitt 1956, Rayaik 1967) にもかかわらず、ジョンソン政権下の89議会において、1965年から66年の間に、地域医療プログラムの確立や包括的保健医療計画の立法化、あるいは医師及びその他の医療専門スタッフ教育への助成拡大、そして、社会保障法の1965年修正条項、第18項、19項に基づく、メディケア・メディケードの成立などによって、医療に対する連邦政府の役割が十分に実を結んだことは、遺産として残っている。確かに、掘り出し物はメディケード法案であった。それは初期のケル・ミルズプログラムを拡大すると共に趣旨を改善し、ケル・ミルズプログラムがそうであったように、メディケア法案は、既存の福祉システムに新しいものを供給したのであった。メディケード法案は保守派をなだめるために、部分的な政治的妥協を行うことで、素早く成立した。したがって、その構造は明確のゴールを、生き生きと描き出すことがなく、福祉システムの全体に存在している固有の問題を把握することもない—特に受給資格者の確定問題を州にあずけたままで—というものであった。

更にメディケードが開始されたあとにおいても、政策立案者達は、そのほとんどの者が、プログラムが必要とする潜在的な財政規模ないしは、連邦が民間市場の中へ巨額の公的基金を注入することの効果に対して、いかなる認識も持っていなかった (Friedman 1977a…)

メディケード・プログラム以前に存在していたケル・ミルズ・プログラムと同様、メディケードは、広範囲な社会プログラムの管理権限に関する州の取り組みを抜粋化し圧縮してしまう方向にあったのである。

プログラムに対して、州がその自立性や医師決定権を保有しようとする試みは、例えば、財政が豊かな州の場合にはより財源を確保しようとし、それに反して貧しい州では、全く何も行動を起こさないか、あるいはプログラムへの最少参加か、いずれかの行動をとるというものであった。

更に、連邦が州への助成金交付を提案したとしても、多くの州、特に南部諸州ではメディケード基金の拡大を望まないか、あるいは拡大が困難であるかのいずれかにあった。結果として、経済低下の状況をもものともせず、悪化を克服することができるような画一性は、州相互の間、州内自体ともに、大きく欠落することとなった。

こうして、1970 年不況が生んだ受給者の増加という状況に直面した多くの州では、メディケードの過剰支出を招き、深刻なプログラム削減、あるいはニューメキシコ州のようにプログラムの完全撤退を余儀なくされた。

それに加えて、こうした福祉プログラムの場合、公は地域ニーズに対する地域自らの管理や判断を保障する役割を持つのだが、メディケードは、地位沖の福祉事務所や地方自治体の各部局が、わずかばかりの政治的権限を守るためにきゅうきゅうとし、風変わりな管理様式にしたがわせることをその見返りとして得たのであった。さらに、貧困と福祉システムに対するジョンソン大統領の挑戦の多くがそうであったように、メディケードもまた、行政の悪夢を生み出すものであったことを明らかにしたのである。

メディケア、それは連邦が単独かつ完全に新しいプログラムの管理権をもつという利点があり、支払い仲介業者としての民間や保険業界を活用することで、厚生省内の全体がうまく立ち上がり、受け入れられたものなのだが、それに比べてメディケードは、このプログラムが収入保障なのか、それとも医療サービス・プログラムなのか？あるいはプログラムの管理は福祉局なのか、それとも公衆衛生サービス局なのか？といった主軸の論議がすぐに始まり、結局、福祉に傾斜することで決着したのである。しかし、連邦政府の側からみれば、プログラムに対する管理運営を発展させれば、それは、政府におけるいくつかのマネジメント条項を制定化する道へとつながっていく。これらは、州プログラムのコスト、管理、医療サービスの質を継続的に審査するために必要な連邦ガイドライン—それはケアの質を確保することや、ナーシングホームへの定期的な審査を行うことなどに対する厳格な基準を含む—を確立することを含んでいた。

1967 年、議会は、メディケード資格者で 21 歳以下の児童及び青少年に対して、診断及び治療行為への早期かつ定期的なスクリーニングを含むプログラム拡大を了承した。その結果州は、低所得家庭の児童に対する保健医療がプログラムの主要な優先課題であると考えただけではなく、連邦政府や当局管理者が、医療サービスの直接的な供給を監督してくれる、と期待した。(Foltz & Brown 1975, Foltz 1975)

プログラムは 1990 年の OBRA 法で再び拡大した、OBRA 法は全ての貧困家庭児童にメディケードの給付拡大を定めたものである。にもかかわらず、プログラムに対するフラストレーションや魅力減少が続き、その影響を受けて、共和党議員がサービス給付の削減とより多くの財源的負担を提供者や患者に転嫁することでコスト抑制を図ることだけでなく、ニクソン、フォード、カーター、レーガン-ブッシュ、そしてクリントン政権下において繰り返された努力にも響いたのであった。

Nature of the Government's Role in Health and Health Care in the United States
(合衆国の保健医療における政府の役割の性質)

合衆国の医療受療者に対する公的支援の責任—退役軍人への障害者向けサービスや、インディアンや軍隊などの特定対象者、及び公衆衛生など—は伝統的にも歴史的にも、政府にあった。ところが、施設建設資金や医療専門スタッフの訓練費用は政府の様々な省庁と民間セクターの間で分担されていた。一方、個人へ直接医療サービスを提供することは、民間の努力が基本であった。ファルク（1967a）によれば、米国ヘルスケアシステムにおける政府の介入は、次のような特性を内包する傾向にあったという。

1. 保険（メディケア）か一般税収（メディケード）かのどちらか一方、またはその両方によって、全ての国民が（サービスを）入手可能となることを保障するための財政的な引き受け者としての介入
2. 公的基金に基づくサービスの質を守るために、様々な基準や手続きを開発・確立する事による介入
3. 非政府的な提供者や公共施設がどこにあらうとも利用可能になるためのサービス提供への介入
4. 公的財政に基づくサービスが包括性を拡大する方向へ向かうための介入
5. 医療施設や器財の近代化及び必要人材の教育訓練のための財政的な直接支援による介入

フォード財団のためにブラウン（1989 p2）が準備した洞察力のある一遍によると、ファルクと類似した記述が見られるが、ブラウンは、米国と同様の諸外国における中央政府というだけではなく、この国の連邦政府という意味での政府、医療システムに対して、4つの目的を考慮に入れた介入と、それを達成するための、主に4つの政策的戦略に依存しているという。例えば、

- (1) 提供者や公共施設に助成金や支援を行うことを通して、医療サービスとその資源の供給に影響力を及ぼすこと、に加えて、
- (2) 国民全体または一部の中にある医療への要求に影響力を及ぼすこと—普通は公的保護下において創設される健康保険プログラム財政を通じたものだが—、
- (3) 特定の人口集団のために新しい構造を築くことで医療システムの組織を変更すること（例えば、VAヘルスシステムやNHSC（国民保健医療サービス団体など）、または、HMOの採用やHMOへの支援によってケアのアクセスとコストの抑制を向上するというようなある種の大きなゴールというものを前進させること、そして
- (4) PRO, HAS, PPS^註のような中心となる規制プログラムを通して、施設の規模、所在地、

^註 PRO: Peer Review Organization（専門的同僚者審査機構）PPS: Prospective Payment System（予定額支払いシステム）HAS: Health System Agency（保健医療システム局）

設備内容だけではなく、利用、コスト、サービスの質に関しての提供者行動様式に影響力をもつこと、などは、政府が探し求める介入や戦略のようである、としている。

この国の保健医療サービスシステムにおける所有権、財務、及び運営は、アンダーソン（1968a, 1968b）が観察しているように、広範囲な財源配分及び意志決定部門の存在によって、拡散している。

それは、公私が共に自らも知っているように、様々な部門が相互に交渉し調停するという“不安な近郊”としての多元的システムである。

事実、広範囲かつ多様な提供者や組織形態、資本出資形態が米国の医療システムの中に共存しているために、積極的な見方をすれば、次のような多くのものごとが見られる。それは、新しいテクノロジーが急速に拡散していくことに貢献していることであり、ケアの質への魅力であり、変化に対応する改良と適用を可能にするシステムの能力である。（National Center for Health Services Research, 1977）

米国の歴史においては、任意病院（Voluntary Hospital）に対する政府基金の流れは良くそして敬意に値するものである。スティーブンス（1982）によれば、大恐慌以前において、任意の一般病院に対する州の基金は一般的に選別的で、その場限りのものや、個人を基本的に対象としたものであり、それは、影響力のある地域集団からの特定の要求に応えることも多くあった。一方、市町村レベルでの政府による病院助成は、政治的条件、常識、利害集団の力、州の税制構造がそれぞれ、組み合わせられることによって決定されていた。

民間の善意団体が管理することで病院への公的助成金が適正になるという、ゴールドウォーター（1909）がいうところの“アメリカ特有の実践”は、スティーブンスによれば、米国の慈善団体が成長する過程において公と私の機能の間に存在する区別が欠落していることによるものだ、とも言える。

Federal Role（連邦の役割）

前述したように、保健医療における連邦の役割は、米国の豊富な歴史を通して、ずっとごちないものであった。それは、公衆衛生分野における疾病の予防と抑制を軸とした重大局面での介入に限られていた（Falk 1967a）ブルムスタインやザブコフ（1973）が述べているように、保健医療分野における連邦の介入は典型的には、全体計画や明確な目的の記載ないしは理論的確認などを欠落したままの、その場限りのものであった。更に、特定の記載がほとんどないために、米国の国民保健医療政策は、ゴール設定が多