

包括的なケアの提供を行わず、PRO のようにある種類だけに絞った医療サービスを供給した。しかしながら、地域市場の中にあつては、下はメディケアから、中小企業に至るまでの購入者は、自分たちがどんなサービスを求め、どれくらいが妥当な（支払い）費用であると考えているかを、提供者に告知するためにマネジドケア会社を借用したということが基本的な支店である。購入市場は、販売者の過剰—すなわち、販売員人口の大きな成長拡大を生み出す病院病床数の過剰と医師の増加—に大きく助けられた。

逆説的な言い方だが、こうしたマネジドケアシステムやそれらと伝統的な医療サービスとの間での競争は、医療費を抑制しなかった。企業の指導者たちが、専門職者（医師）の支配権やうなぎ昇りのコスト上昇に終止符を打つため、競争を活用することに成功を収める一方で、HMO は、より健康な従業員に改革をしかけた。このことは、HMO 収益の健全性や、制限をつけない伝統的プランに加入している、より病気がちな自社従業員（またはその家族）に対して企業が支払い負担をするという形での事業主負担の上昇を意味している。病的現象はそれ自体をはぐくむ；すなわち、より病気がちな従業員が、伝統的なプランから離れていけばいくほど、伝統的プランの保険料はますます急騰する。また、従って、HMO の少しばかり低い影の保険料をますます急騰させることができる。さらに、企業はますます総体としての負担をいう形を増やしていくということだ。チリが静まったとき、1980 年代というものは、医療における競争の活用という形で、歴史上大きな成果があつたにもかかわらず、1970 年代と同様、急速に医療費給付にかかわるコストが上昇したのであつた。

Crisis and Paradigm Shift in Health Insurance 医療保険における危機と典型的転換

購入者の反乱に関するいくつかの様相は医療保険業界をゆさぶり、業界目的の再検討をしいた。—市場の中にどんなビジネスが成り立つかということさえ含まれていたが—市場拡大の数 10 年間で謳歌したのち、医療保険業界は、自らが 1970 年代において存在していた飽和状態の市場そのものに対面していることを知った。新しい事業に成功するということは、競争相手からビジネスを奪い去ることや、危険に対する選択の幅を拡大することで、危険に対処することを意味した（Light 1992）。また、事業主が自家保障体制を開始したと気、保険会社は単にマーケットの縮小に直面しただけではなく、第三者的な管理者であることも減少したのであつた。

もはや、保険会社は、投資による収入によって得ることができる余剰金（リザーブ・ファンド）を膨大に保持しえなくなっていた。というよりむしろ、保険会社は、費用請求処理者以上の存在には、ほとんどなりえなかつたのである。いくらかの保険者は、事業の概念を再構築しなおし、マネジドケア・サービスに立脚したサービスを導き出した。はじめのうち、彼らのいくつかは、大企業向けのヘルスケア・ネットワークを形成する一括業者としての役割をになった。彼らはまた、質の評価や提供者の評価のために、（サービスの）

提供前、提供中、提供後の利用審査に対する能力開発も行なった。

1980年代を通して、こうした技術や能力は、典型的な転換—すなわち、保険証券を軸とした保険会社の形態から、マネジドケア・システムを所有、あるいは、運営する保険会社の形態への転換—を作り上げるために結合したのであった。彼らが見つけ出した利益は、保険料と、彼らが医療提供者から抜き取ることが出来る狡猾なディスカウントとの間に存在する差額の確保を可能にする仲介業者としてのものであり、それは非常に大きな者であった。

医師や病院の供給過剰は、彼ら（保険者）にとってみれば、提供者への支払いを毎年毎年、よりいっそう遠くへ追いやる（意訳：給付対象としない提供者を毎年毎年増やす）ということの意味する。こうしたシステムにおける契約は、リスクのほとんど全てが提供者のツケにまわされることを可能にしたために、新しいビジネスやそうしたビジネスの収益減は、伝統的な保険からほとんど何も得られなかった。

National Health Care Reform as a Watershed? 国民医療改革は分岐点となるか?

競争や診療行為の統制に対する直接行動を通じた 20 年間の購入者の努力を経たあと、合衆国は、医療産業複合体（MIC）が生み出す医療費を、依然として抑制していない唯一の、そして正解で最初の国となった。というよりむしろ、MIC の収入（及び市民の費用負担）は、1970年の750億ドル（GNPの7.6%）から、1980年には、2,500億ドル（GNPの9.2%）へ、さらに1990年には6,660億ドル（GNPの12.1%）へと上昇したのであった（Burner 他 1992）。

事業主の費用負担は税引後利益の100%（全額まるごと）に匹敵した。その一方で、働く人々が医療保険を持つことは年々減った。

民間医療保険に対する“反保障範囲法”（Light 1992）とは、保険会社が“妥当である（reasonable）”“慣例的である（customary）”“優先的である（prevailing）”と判定した（提供者への）給付額に法的な制限を設定するために、保険契約内容にある保障除外規定や保障範囲限定、（保険が有効になるまでの）待機期間、償還額などの内容を限定する法律である。この法律によって、包括的な保障を最も必要とする人々の保険に対する保障範囲を狭くしてしまったのであった。

組織下にある購入者たちの手によって、今世紀始めに築き上げられた価格競争の最小限化や医療費抑制活動を支えた法律、制度、経済を分解するという行為は、ゆっくりとしたプロセスをたどってきた。

1980年代及び1990年代を通して、医学校はいまだに大量の専門医を教育訓練し、最高水準の臨床医療や副次的専門分野（コ・メディカル）及び最新医療テクノロジーなどにおいて、専門職全体に対する指導的な立場をとり、それは専門職（集団の）ひな型を形成する価値体系の芯となり、費用上昇の主たる要因となっている（Light 1989）。また、免許

や資格に関する諸規則は、医療システムを動かす専門性の（価値体系に存在する）、この芯をとりまく胸壁（ないしは狭間）を事業として生じさせている。

一方、医師への費用給付の高さや、外科医とプライマリケア医との間で、給付額に相当大きな違いがあることについては、相変わらず適切であるということが、幅広く残っている。

いくつかの大企業がいくつかの地域で顕著に費用を抑制しているにもかかわらずうなぎ昇りの医療費は下降しなかった。たとえ、政治家が下降したと宣伝したとしてもである（Light 1984, 1994）。

国民全員が国民健康保険や改革を求めてから約 20 年後、国民全員は再びそれを求めた。だが、改革案の範囲は 20 年前よりも相当狭いものであった。だから、クリントン案は 1971 年のニクソン案に比べれば、より包括性に欠けていた（Garfield 1994）。にもかかわらず、1993 年は、1973 年と似ていた。なぜなら、今世紀前半の 50 年間に築き上げてきた医療システムの制度的かつ経済的な構造は、改革反対の利害勢力に包囲されてしまっていたからである。唯一の相違点は、医療産業複合体の規模が（1973 年の頃より）より大きくなってきたこと、そして企業が干渉したことによって、あまりにも多くのものが失われたことであった。改革の主たる利益者は、巨大な保険会社とマネジドケア企業であるだろう、なぜなら、下院議員、ジェームス・マックデルモット（民主党、ワシントン州選出）と上院議員、ポール・ウェストン（民主党、ミネソタ州選出）の提案による単一保険者プラン（single-payer plan）をのぞけば、主要改革法案の全てが、国民健康保険を彼ら（保険会社やマネジドケア企業）の手中に収めることができるものであったからである。しかし、1993 年末に至って、彼らはクリントン案が少なくとも大きな収益を搾取できる可能性のある抜け道を閉ざしているということに気づいたため、彼らはクリントン案の反対に転じた。

再度繰り返すが、観念的な論争が主たる役割を演じたのである。ある勢力は再び、税制を軸にしたシステムのみを要求した。また別の勢力は、税制中心システムに激しく反対した。更にある者は、政府の介入は本質的に医療の公平性や費用の効果をもたらすものであると考えていた。一方、別の者は、民間市場のみがそうしたことを可能にすると考えていた。

圧力団体の活動は、ゆがめられ、誤りの多い情報に基づいてはいたものの、1973 年当時よりはるかに大きなものであった（Kolbert 1995）。

最も興味深かったことは、事業主がうなぎ昇りに上昇する彼らの費用負担から救われるというのに、法案に反対したことであった。彼らは次の 3 つの要素に基づいて反対を訴えた。

その第一は、彼らが医療保障をクリントン案に従って実施した場合、法人所得に対する課税の分岐点が 50% に達するということであった。もっとも、この点に関しては経済学者たちが、非課税優遇措置というものは医療費の上昇の強力な原動力となっていることを指摘しているのだが。第二は、国民健康保険改革派、企業の給付担当部門（福利厚生部門）

—その部門長は社長や重役たちに対しての主任顧問としての役割をになっているのだが—の規模と権限を大きく低下させてしまうというものであった。第三には、医療保障に対する管理は、労務管理法として維持したいという企業の願望にあった。もっとも、こうした管理に要する費用は税引後利益の50%から100%まで上昇していたにもかかわらずである。こうした企業の（反対）要素は、奇妙なアメリカ人の考えによるものだと言える。なぜなら、企業が事業を展開して行く上での複雑さがあるにもかかわらず、その上、更に、医療保障に対して頭痛の種を加えたがるような事業主は、どの産業図をみても他に見当たらないからである。このことを別の言い方に置き換えて見れば、医療保障給付（ビジネス）はビッグ・ビジネスの中で、それ自体がビッグ・ビジネスであると言える。

長期的視点から見れば、結論にひとつを導き出すことができる。すなわち、クリントン改革の努力は、分岐点ではなくて、むしろ、うなぎ昇りの医療費と保障範囲の縮小が周期的に繰り返されること—そして、その周期がうなぎ昇りの医療費と保障範囲の縮小を生み出す源となっている制度や経済及び概念に脅しをかけるものとしての改革要求を引き出すのだが、—を方向転換する転機以上のものを生み出したという結論である。

Corporate medicine in a New Guise 新しさを装っただけの企業（主導）医療

クリントン改革はマネジドケア会社や保険会社によって、その努力が加速されると思われた。というのも、これらの企業は、企業のいかなる死滅に対しても影が投影される前に、買収や新事業の創設、合併、そしてそうでなければ、彼らの基本市場での独裁ないしは占有のような市場管理を手に入れることで、マネジドケア企業体として再生していたからであった。

このように1990年代は物事が相違しているように見える。国民健康保険改革への攻勢が失敗したので、マネジドケア企業や保険会社は、給付額に対する狡猾極まりない値引きや病院入院受け入れ、人口1,000人対入院患者数の低減化などに勝利するため、すさまじく、かつ、首尾よく努力した。彼らが高い市場浸透性を持っていた領域では、数10億ドルもの収入を得ることに成功した。しかし、こうした収益の大部分が、役員や重役のものとなった。また、投資によって得た収益は、勘定を支払っている事業主や従業員のところへは行かなかった。二三の産業界では、事業主は医療連合に参加するか、または連合を結成したし、これらの連合に、共同購入者としての権限を与えたりした。

しかし、（連合参加の）それぞれの事業主が多少異なる医療プランを持っていること、また連合が多少、あるいは異なった方法によって組織化されていること、及び役員が相違していることなどが原因で、こうした連合活動は困難なものである。二三の巨大購入者が節約できたことを印象づける報告を行なっているが、これはよくあることである。そして、他へ転換したことで節約できたものがどれくらいあるのかは不明なのである。人は巨大な購入者に対してではなく、地域全体の真の上昇（インフレーションによる修正を行なった

上での)の中で、低下というものを見つめる必要がある。

要するに、1990年代における医療利用及び医療費の逡減化の背後に隠された基本の力は、営利仲介業者と一括業者（パッケージャー）が持っていたのであって、事業主やメディケアではないということだ。

主要 HMO 企業の多くは、実際には医療提供者ではない。これらは一括業者の形態をもつ、新品種 HMO であり、医療サービス組織ではない。彼らは、入口で定額保険料を徴収し、提供者集団には、狡猾な値引きにもとづく支払いによって出口へと導いていく、そして、その真ん中で、彼ら自身は 18~30%（の利差益）を確保する。

管理及びマーケティング費用は高いが、利益として残るものも多い。一方、事業主は小額を節約できるかもしれない。たとえば、A. フォスター・ヒギンスによる全米調査によれば、事業主の医療費負担は、1994年に1.1%低下したとある（Freudenheim 1995）。しかし、ハーバードの保健医療経済学者、ジョセフ・ニューハウスは、医療費支出が下降したという証拠はほとんどないとみている（Huskamp&Newhouse 1994%）。むしろ、マネジドケア企業が提供者との交渉によって得た 30%近くの値引き額は、マネジドケア企業が確保している利益とほとんどぴったり一致した。

別の言い方をすれば、1990年代のマネジドケア革命は、何 10 億ドルもの医療費を、医師や看護婦、病院及びその他の提供者の手から、重役陣や投資家の手へ移行させたことが大きかったといえるだろう。

新設 HMO の 3/4 は営利であり、HMO 担当の合併によって、10HMO 企業が HMO 市場の 70%を支配するに至っている。サンフランシスコやロス・アンゼルス、あるいはミネアポリスのような大都市での成熟市場にあっては、5つ以下の HMO 企業が市場を支配している。

彼らが巨大になればなるほど、彼らが交渉によって手にする狡猾な値引きは、より狡猾なものとなり、弱小の競争相手を追い出すために必要な余剰金はますます増えていく。そして、彼らが市場の中で優位構造を築くために必要な政治的影響力もますます増していく。

初期の頃の HMO より進んだ HMO でさえ、HMO 自らの選択によってより健康な患者を（受給者の）上位へと引き上げたが、この新品種（HMO）は、より重症の加入者を回避することに対する規制を無視する戦術を行使した。

2人の医師の調査によれば（Woolhandler&Himmelstein 1994, p586）、新種 HMO は、正常に作動しないエレベーターを持つビルディングの高層階に（提供者との）契約部門を設定し、HIV（医療的に危険率が高いという意味での例だが）の感染率が高い地域の近くで活動している提供者（医師）との契約を拒否することや、医師相互の転職率を高く維持するための給料体系（診療活動に従事している年月が長くなればなるほど、そういう医師には重症の患者を診療させる）、あるいは、ウェルネスを目的としたぜいたくなサービスの提供（すでに運動クラブの会員である加入者にさえ）、またあるいは高医療を必要とする慢性疾患加入者への粗末で不便な取り扱い（だから彼らは非会員）などを行なっている

という。

総医療費の 72%を、全人口の 10%で消費しているということからすれば、危険（な加入者）の排除は、収益をあげる這う這うとして、最も手っ取り早いし、最も簡単なものである。

その結果、社会は二度払いをしている、すなわち、一度目は、高コストプランに集中的に加入しているハイリスクの人々への支払いであり、二度目はリスクの選別に成功しているプランが得ることになる過剰収益のための支払いである（Employee Benefits Research Institute, 1995, p586）。

一方、同時に無保険者の数は上昇を続けており、1993 年で約 100 万人、1994 年にはさらに 100 万人が無保険者の仲間入りをしている（Employee Benefits Research Institute, 1995）。

やがて、値引きは自然消滅するだろう。そこでマネジドケア企業は、直接的な臨床サービスから収益を抜き取るだろう。これがすでに起こっていることは物証によって示されている。マネジドケアの全加入者を対象とした全米調査によれば、加入者が受け取るサービスの質が、まあまあ、ないしは低いという人は、伝統的なプランの加入者に比べて、約 2.5 倍以上おり、医師がまあまあ、ないしは悪いという人は 4 倍に達している（The Commonwealth Fund 1995）。注目すべきことは、調査報告書にもあるように、マネジドケアの加入者は、一定の決まったケア提供者を持たず、予防的サービスを利用していないし、退院後に必要なケアも利用していないということで、これはマネジドケアが解決すべき重要な問題である。アクセスについてみれば、マネジドケアの加入者は、担当医の変更、医師の選択、救急医療へのアクセス、及びサービス利用までの待機機関などについては、まあまあ、ないしは悪いという比率だけが非常に高い。

ケアの不連続性は不満に直接結びついている。さらに、事業主や従業員は短期的に利益を得られるようなプラン、ないしは報償金などによって誘導するようなプランへの切り換えを行なうため、プランから常にプレッシャーを受けている。

さらにあげれば、1995 年のロバート・ウッド・ジョンソン財団助成によるレポートでは、患者が重症にならない限り専門医診療は受けられないように強制している。ふたたび、伝統的な非マネジドケア・プランと比べれば、不適正なケアを受けていると思われる病気の加入者は 3.3 倍、検査が完全に実施されていないという加入者は 4.0 倍、医師の診療時間が不適正だと思っている加入者は 2.5 倍、そして医師はケアを行なっていないというのが 2.1 倍だと報告されている。更に加えれば、これら病気の患者が負担する自己負担は、マネジドケアに対して多くの人々が想像しているように、ゼロではなくて、1,502 ドルである。

この 1,502 ドルという自己負担額は、同じく病気の患者が出来高払いのプランで支払う自己負担の平均額（1,735 ドル）より、わずかに少ないだけである。

こうした状況からみて、マネジドケア記号は、すでに病気の治療に対して（出来高払い）

よりは、悪いケアが提供されており、それは事業主と従業員双方にわずかなかりの節約をもたらす見返りとして、マネジドケア企業に高い給料と高い管理費用、そして高い収益をもたらす構図によって支えられているということをあらわしている。

Conclusion : The Rhetoric of Competition 結論：競争への美辞麗句

米国の指導的実業家や政治家たちは、競争力が医療の有効性と費用の低減化を可能にするということについて、疑問の余地なく信じ続けている。彼らは市場というものが決して自由なものではないにもかかわらず、自由市場をより好むというのが常である。町の小売店における市場というものでさえ、市条例や、商業活動領域に対する強力な約束事項にもとづいた形式ばらない商活動、及び商行為に対する基準によって組み立てられている。実際、医療市場はほとんどが組み立てられたものの中にあり、地球上のいかなる市場よりも、最も自由度は低い。

さらに、競争は表2-3『完成市場 VS 医療市場』が示す市場の失敗に関する多くの問題点が存在しているがゆえに、現在の段階までは、医療市場における競走というものが、ほとんど不可能なものであると一般的にはみなされている。

競争が、かたよった選択やコスト・シフティング、そして巨額の診療費用給付などを存在させた後であっても、本当に経済上の節約を可能にしているという証拠はほとんどない。再度言えば、合衆国は、国民一人ひとりに対してケアの質を犠牲にせずに医療費の抑制を行なっている国々から、そのやり方を学んではいない。いやむしろ、明確な目標設定のないままに、また別の政策的改良を実行しようとしているというふうに見える。医療は引き続き、州と連邦の予算に占める比率を増加させるのが常であるような、教育予算、住宅予算、産業開発予算、そして福祉予算などの中から医療の財源を引きだし続けるだろう。

米国の医療政策を魅惑的なものにするということは、競走における公平性を永遠に保つことと並んで、まさに競争が機能することを確信するがゆえに、反競走を創り出すというような片務的・一方通行的な変更を事業主や政府に課すことである。

例えば、レーガン政権は競走として PPS を論議したが、それは基本的に給付額の固定であり、その規模は全体に及んだ、またそれは機能した。

すでに述べたように、米国労働者の給付内容は、どんどん圧縮しており、無保険者の数は年々約 100 万人の増加をみている。

議会もまた同じ様に、皮肉な病的症状に突き動かされた行動をとっている。つまり、議会は一方で高齢者や貧困者をマネジドケア・システムの中へ追い込むことを模索しつつ、他方ではメディケア・メディケード両予算については、歴史的に見て巨額の削減を提案したのであった。これらの両方を実施するということとその意味するところは、医療費節約の明確な軌跡は報告されていないが収益についてはそれが報告されているような営利組織が、高齢者や貧困者のための削減予算内で、その予算に適応できるようなケアの配分を行

なうことで、(メディケア・メディケードの) 医療費に責任を取らせるということである。

表 2 - 3 『完成市場 VS 医療市場』

完成市場の概念	医療市場の現実的危険因子
業務及びマーケティングコストをなくすこと	巨額の業務及びマーケティングコスト
多数の購入者と販売者	少数の購入者と販売者：市場の占有
製品またはサービスに対する性質・質・有効性の認識（理解）に立脚：市場での失敗は存在しない	製品またはサービスに対する性質・質・有効性の認識は不完全かつ多様性を持つ：時として市場での失敗が存在する
権力、規定、ヒエラルキーは存在しない	権力、規定、ヒエラルキーはどの領域にも存在している
ごまかし、ゲーム、コストシフティングの存在は不明	ごまかし、ゲーム、コストシフティングは一般的（それには市場での失敗も含めて）
失敗者の倒産は削減する	失敗者はいたるところに存在。システムはその役に立っていない
最大限の有効性	最大限の無効力性
消費者に対する責任	“消費者” に対する責任：但し、要求の誘導、製品（医療行為・器材など）及びサービスの希薄化と代替（代用）化。誤った情報の提供などを含めて

しかし、更にもっと興味深いことは、購入者の支配権と競走の間に戦いが存在していることであり、それは（給付額や保険／保障管理のための）費用のばらつきを横一線にするための戦略が相違しているために発生しているということである。

独占的な購入者が行なう強力な制限行為は、販売者が行なう制限行為－購入者は販売者

の限定行為強制が競走を助長しているというかもしれないが—と同様に、反競争的なものである。

医療において競争状況をつくりだすことが全ての点で困難であるため、競走は医療に対しては、適合性の乏しいものでもある。その理由は、競争戦略というものが、専門職者たちの利他主義を破壊し、重症者に対する商業的医療行為（訳注：アメニティーの高い自費医療のこと）も壊してしまうこと、また、提供者は、さしたる節約もできないのに、手の込んだ市場ゲームで役割を演ずることに引きずりこまれてしまうなどである。それは、我々が望む購入者の支配ないしは競走というものなのだろうか？もしその答えが「競走」なら、我々は、ベビーブーム世代の高齢化してゆくことや、現在医師数が減少していることに対処するため、購入者の支配から提供者の支配へと変更する用意をしているだろうか？

筆者が分析するところでは、我々は調整期もまったただ中にあり、その中では、各地域ごとに存在しているマネジドケア・システムが巨大な市場を管理するためお互いすさまじい競走を展開しているということだ。“節約”というなら、その大半は、彼らのシステムを稼働させるための費用が、1加入者の保険料ごとに20セント～30セントで抑えられていることによるだろう。

しかし、1990年代の終わりまでには、ほとんど大都市ないしは地域市場においては、2つか3つくらい主要な医療企業体のみが存在することになり、ほとんど価格競争もないような独裁的組織となるだろう。全体的にみて、節約というものがあるとしたら、それはこの調整期の間に大きく発生するだろう。そして、合衆国は、これまでになかったようなより大きな飢えと数10億ドル企業の管理を押し付けられるだろう。

一方、前向きな視点に立てば、マネジドケア企業は、他のどのような手法を使ったとしても、最も大きく、肥満を切り崩し（手斧で）、どの企業よりも速度を進めるだろう。また、米国民の大部分が人頭払いにもとづく提供システムのもとにおかれるだろう。マネジドケア企業は、医師に対してはプライマリケアを、病院に対してはコミュニティ・ケアを組織化してゆくだろう。従って、過去60年以上にもわたって存在した、医師の支配権の拡大という流れは、消し去られるだろう。

こうした変化は、国民健康保険としての皆保険化にとって有益である。但し、議会がそれを決断すればのことだが…。実際、おびただしい疑問が湧き起こっている。すなわち、伝統的なブルークロスのような非営利ネットワークは、そのシステムを稼働させるために、10セントを使い、臨床医療費に多額の給付を行なっているのに、どうしてマネジドケア企業は、システムを稼働させるために20セント～30セントも使うのか？実際、こうした企業の収益は、2000年までにやせ細っていくかもしれない。そして、マネジドケア・システムを動かしている企業は、喜んで事業から撤退したり、何か別の事業を開始するだろう。もしこのようなことが何か起これば、米国の医療システムは、国民の健康を最大限に向上させ、21世紀の役割である慢性症患者の高波に対処するということに対して、観念的な構造への接近に、終止符を打つことになるだろう。

第3章：米国保健医療政策における交錯状況とその打開策

過去 20 年間、社会科学は、米国の保健医療政策が描き出したものと同じもの一すなわち、ケアのアクセスがしぼんでいくのに、医療費は膨らんでいく—を循環させてきた。手におえない問題に対して、全種類の改革案を創作することで、民主、共和両党は成長を遂げてきた。医療サービスの研究開発者たちが、政策論議に必要な山ほどのデータを付け加えた。一方政府は医療費抑制プログラムへの着実な流れをつくることで、医療専門職者たちの痛打をあげた。しかし、医師は一般的にみると、抑制を回避する方法を見つけだした。結果として、保健医療政策は豊富な機能を描き出したが、政策そのもの、ないし医療システムのいずれかにおいて本質的な変化はほとんど生まれなかったのであった。

1990 年代に入って、“昔と同じ物語”が突然やってきた。保健医療改革者たちは、30 年間の間で、システムに意見を述べる機会としては最も有望なチャンスを手に入れた—そして決定的な敗北を喫した。しかし我々は、その敗北によって、行き詰まっている古いシステムへと逆戻りはしなかった。なぜなら、クリントン政権の医療改革に対する国民的議論でさえも、それは偉大な革命的役割を果たしたといえるからである。メディケアは医師による領域的支配の原理から、企業的組織及び事業活動の原理へと急速に変化した。この過程において、医療施設、医療行為（活動）、医療財政及び社会的公正、標準はすべて、根本的な手法の変更を開始し始めた。

第3章では、どんなことが起こり、起こったことの失敗とは何であり、なぜそうなったかを検討する。

最初の部分では、米国の政策過程における本質的で、かつ政治的なダイナミズムを検証する。政治的風景に存在する頑強な構造的特性は、ある種の政策改良がなぜ成功したのか。そして、なぜ失敗したのかを説明することによって、検証の手助けとなる。

2 番目の部分では、公的セクターに目を移し、近年の米国史上、最も重大な失敗のひとつだと証明されるかもしれないもの—クリントン医療改革提案—を検証する。ここでは、誤りに導いたものは何であり、なぜそういうことが起こったのかを検証する。

3 番目の部分では、今度は民間セクターに転じ、米国医療システムの今日的な注目点の変化について検討する。現状の米国医療体制は医師を従属させ、恥を知らないビジネス原則に沿って医療を再編し、医療システムの枠外にある再配分権の論理を組織化している。皮肉れば、変化はクリントンの改革提案によって—それは医療革命とは完全に異なる種類のことを目的としていたのだが—偶然にも活気づけられたのであった。

Policy Politics in the U.S. (合衆国の政策的政治)

ある種の段階においては、すべての政治システムは一定の変化をする。合衆国は過去 30 年間で、リンドン・ジョンソンの“偉大な社会 (Great Society)” から、ニュート・デングリッチの“アメリカとの契約 (Contract with America)” へと転じた。にもかかわらず、政策過程が安定した外観を呈していることは、米国の公的政策を着実かつ強力なものにしていることに大きく影響を与えている。この外観は、時間の経過と共に、米国の医療政策に対して、何が起こり、何が起こらないか、ということの具体的な姿を現す、というものである。

Dread of Government (政治の不安)

アメリカ人は、州に対して深い疑惑—政府にとっては不安だが—を抱いているというのが一般的である。州はアメリカ社会の中では、珍しく多義的な存在として位置する。建国以来の権利であるが、独立宣言は、新しい国の新しい国民は、政府が個々人の自由を侵害することに対して、強い抗議権を持つものと規定している。憲法は正確な形で、この原則と同じものを根拠にしている。市民権の獲得や国民の自立権、及び独立戦争時代において、アメリカ州政府は、独特の反州政府独立主義（訳注：連邦主義）の精神に基づいてすべてのことが表現されていた。J. マディソンは、合衆国憲法に関する市民権の確立について、ヨーロッパの場合と比較しながら次のように述べている“ヨーロッパの市民権は、権力によって保障された自由の公認であるが、合衆国の場合は、むしろ、自由によって保証された権力の公認である。” (Wood 1969 p60) 限定した政府というあり方に夢中になることで、アメリカの市民生活は、生き生きとした姿を呈してきた。アレクシス・デ・トクビル (Alexis de Tocqueville) は、1832 年に、すでに、次のような道が存在していたと述べている。—“自らによる、自らのための社会行動…非常に弱々しくて、制限付きであるということが、(政府の) 行政に残されたもう 1 つの である” (de Tocqueville 1966) アメリカはほとんどのヨーロッパ資本主義国家よりはあらかに気が進まないものとして、社会保険プログラムを開発してきたという、ひとつの結果がある。ヨーロッパでは、保障は労働者の忠誠心を保持するために、政治家の値付け的な努力に基づいて、政治的中心事項として提供された。というのが一般的であった。ビスマルク、ロイド・ジョージ、ナポレオン三世は、それぞれ、社会福祉保障によって労働力を吸収する努力をしていた。

一方合衆国においては、そうしたプログラムは、政治的忠誠心を促進するというよりも、怠惰（及び圧政の許容）についての議論をより刺激する、ということがしばしば存在している。社会政策論議はしたがって、ほとんど必然の結果として、州の干渉が合法性を持つ

かどうかの議論を巻き込むものとなっていた。

シンボルが進化してゆくことは確かである。レトリックが新しいねじれを生み出す。しかし、“税と歳出”“大きな政府”“無能な官僚”“ブーツ・ジャックの機能にも似たような州の行政各部門（省庁）”（訳注：ブーツ用靴脱ぎ道具のように、あれば便利だが、なくても困らないような程度の州行政部門という意味）などが生み出すツケは、長期的かつ勢力的なアメリカの観念的伝統の中に責任がある。反政府主義の概念が常に決定的なものとはならないというのはごく自然のことである。だが、その概念によって代替的なシンボルやレトリック的な伝統に対抗することは可能である。しかし、公的政策はほとんどいつ時代でも、米国では社会福祉プログラムに関する議論がなされてきたというのが公的政策の外観として存在している。改革派は、彼らのプランが危機に直面するとき、この観念的伝統を無視してしまうのである。（Skocopol, 1994）

Civil Service（公共サービス）

合衆国は公共サービスについて、これまでにドイツ、フランス、英国、または日本などに比べると、それらの国より優れたものを開発してこなかった。おそらくこのことは、20世紀まで、この国の姿勢が、資格制限などについての技術論よりも、むしろ（開発過程での）政治的忠誠心に、より傾斜していたということが理由であろう。（Skowronek 1982）公共サービスには、（それを利用するということが）墮落と無能であるというイメージをなかなか消せないということが絶えずつきまとっている。（時としては、完全に不公平だということも…）この結果、公共サービスは、相対的には低い威信、貧しい資源、低賃金に苦しむこととなった。

この米国公共サービスの低い地位は、ブッシュ・クリントンの両政権期間中に政府が“操業停止”したことによって、劇的な形で例証された。公共（サービス）に関わる行政の能力を育てることにあまり乗り気でないということが、特に、保健医療政策を弱体化させている。よく組織化され、十分な経済力を持つ高い技術水準の専門職者（医師）と交渉するためには、能力と資源の両方が必要である。公務員が仕事に耐えられそうもないとき、アメリカが影として反射するものは、より有効なものに挑戦したり再構築したりすることではなくむしろ、すべてのことを政府のせいにしてののしることである。

Institutional Fragmentation（制度の断片性）

合衆国の公的権力は途方もなく断片的である。連邦、州、及び市町村政府は、目的あるいは、プログラムに対して、わずかばかりの調整は行うものの、それぞれの政府がそれぞれの政策を追求する。ワシントンでは、議会と大統領府は、過去 28 年間のうち 22 年間の間、両者が別々の政党にコントロールされてきた。米国の国会議員は（議会指導者は主たる省庁長官の書類カバン持ちであるため）、憲法上、長官執務室を占有することが禁じられている。その結果、省庁間の争いがしばしば助長される…そうした争いの中にある省庁が、同じ政党に掌握されているときでさえも。クリントン大統領の医療改革への努力は、制度が断片的であることを特に生き生きと示すケースである。31 の異なる国会委員会及び小委員会は立法過程での委員会権限強化に向けて、ある意味で銀（のよにすばらしいもの）を要求しようと試みた。7 委員会は実際にその過程でそうした位置を勝ち取った。

(Clymer 1994)。それぞれの（7つの）委員会は、大統領提示案に対して、自委員会の提案を自由に代用できると考えていた。その結果、全く異なる法案が異なる委員会から出てきた。あるケースでは、小委員会が法案を提起すると、委員会（下院歳入委員会）がそれを無視した。また別の委員会（上院教育及び福祉審査会）は複数の法案を提出した。（多くの）委員会が改革提案を行うことで生じる混乱によって、政治過程の全領地は一すなわち、上下両院での別々の審議と法案の通過、そして、両院が通過させた法案を調停するための両院合同委員会での交渉、更にそのあとで、承認を求めて両院への差し戻し、など一気力喪失に見舞われた。上院では、41 名の委員が（これらの立法過程の）全領域に対してどの段階においても妨害を可能としていた。

もし、法案が通過したとしても、次の段階ではまさに混沌とした状況が生まれた。まず、大統領が法案に署名する。（クリントン大統領は、もし通過した法案が自分の優先課題としたものに合致しなければ署名を拒否すると威脅することで、うっかり立法過程の複雑さを例証してしまったのだが）次の段階は（省庁）の官僚だが、彼らは大統領か議会のいずれかが承認した法案を、刊行し法案に対する各種の論評や書簡を収集再編集するという範囲内で、法案に対しての自由な管理権を持つ。その次に、法案は施行に向けて 50 州に移行される。そこには、地域の法律家やロビイストを雇い入れた組織的利益集団が待っており、すべての政治プロセスが新しい循環を開始する。そして、最終的にすべての当事者は、長い政治の循環が最終的な成果を描き出したところで、閉幕とするのである。（Morone 1995 pp94～396）

本質的な問題点は単純なことである。すなわち、無秩序なプロセスは改革をきわめて困難にしているという点である。国内問題についての米国の政治システムは、中央集権的な権威を維持する制度的な可能性がほとんど存在していない。いや、むしろ、何度も何度も繰り返しながら事を処理するために困難さを異常なまでに増大させるビザンチンのプロセス（訳注：迷路のように入り組んだビザンチン建築という意味と権謀術策的ビザンチン派教会の両方を含んだ意図がある）が存在している、という方がいい。結論は大規模改革、特に社会福祉改革などにおいては、それに勝利するには耐え難い困難さがあるということ

を物語っている。イデオロギーや政府組織というものは（困難さによる）行き詰まりに対しての反応を強めるものである。それは大きな政治的事件一例えば、画期的な（争点が存在するような）選挙、大多数の大衆による動乱、戦争、国内的危機などを生み出すが、これらの事件は臆病で不活動なものに向かう妥当な攻めの矛先を一時的に振り切るためのものである。

Government Health Reform : The Democrats' Great Chance

（政府の保健医療改革：民主党の大きなチャンス）

クリントン政権の保健医療改革に対する努力は、保健医療政策及び、より一般的に言えば、米国政治、の両方にとって、大きな政治的分岐点であっただろう。では非常に重要なこととはいったい何であったのか？また、それほど重要であったとしても、なぜ失敗したのか？

The Stakes : (賭け)

1992年の選挙に勝利した後でさえ、民主党は自らが困難な位置にあることを自覚していた。米国の政治は、いまだロナルド・レーガンの影の中にあっただろう。抜け目なく仕組まれた赤字予算は前向きの改革を遮断した。抜け目ない折衝によってつくられた予算、ルールというものは、新規歳出を可能にするために議会で、60%の過半数を必要とする、というものであった。潜在的な反税観念は、就労の確保に対する経済的不安や政府に対する国民の恐怖心、及び停滞する収入に対しての中流層の怒りなどを助長した。押しの強い個人主義に対する美辞麗句、人種的な猜疑心、足かせのない経済市場が、アメリカの大衆文化全体を駆走していた。共和党は“税と歳出”に対する気前の良さに反対して、マントラのごとき呪文を唱えることがすべてであったが、しかし、民主党は、犯罪や自由貿易のような共和党が課題とするものを取り入れるために党内が混乱するということはほとんどなかった。

こうした強力な反政府的遺産の存在とは反対に、政治科学の知恵は、大きくかつ大衆的なプログラム—すなわち、古いタイプの選挙民を再編し、改革の旗手となっている政党に対しての忠誠心を再構築することや、政府の能力に対してある種の大衆的信頼を回復することなどを必要とした。それはごく一般的な考え方であった。そうした考えはかつて、民主党と連携したことがあった—メディケアは結局、グレート・ソサエティ（偉大な社会）の最も評判の良い成果であった。端的に言えば、医療改革は民主党に大きな機会をもたら

した。厳密に言えば、政治という文脈の中で。そして、共和党には大きな をもたらした。回想的に言えば、これは、伝統的な国民健康保険にとっては、最後の（創設への）可能性であったかもしれない。医療の企業形態も成長し繁栄した。そのため社会福祉分野に特化して設計されてきた政府の大規模な介入はますます縮小していくように見えた。

しかし、1993年1月、クリントン政権が執務を開始したとき、医療改革は良い賭け（方策）だとみなされていた。クリントン改革は、1991年の上院議員特別選挙において、ハリソン・ウォフォードが予期せぬ当選を果たしたことで、国民一般の課題としての位置を劇的な形で占めたのであった。このときの選挙キャンペーン開始当初、ウォフォードは、医療の問題を投票のテーマから遠ざけていた。彼は医療問題への機会をつかみ、それを巧みに利用して、（ジョージ・ブッシュ大統領の時代に増えていた不満をうまく利用して）選挙を勝利へと導いた。（Rockman 1995）長い年月をかけてトロトロと煮え立ってきた国民一般の不満—それは医療費の上昇と保障の空白部分（欠落）に対するものだが—がこの課題を前進させていた。上院・下院共に、国会議員たちは医療法の提案を開始し始めた。ブッシュ政権はささやかだが法律を後援した。

愛党心の強い保守政党、共和党でさえ、フィル・グラム（共和党、テキサス州選出）やボブ・ドール（共和党、カンサス州選出）のような上院議員などが、医療法案の提案に前向き姿勢をとった。だがこれを課題とし、1992年の選挙において、重要な争点としたのは、ビル・クリントン大統領候補者であり、そのとき、ハリソン・ウォフォードは選挙キャンペーンの幹事長として採用されていた。クリントンが勝利したとき、多くの立会人たちは、ついに医療改革は“機が熟した”と結論そこで次に、医療における政府の役割についての論議は、クリントン努力と、失敗の原因は何だったのかという疑問に戻っていく。これを分析するためには、二つの段階—すなわち、戦略的な失敗と構造的な傾向—を検討する必要がある。

Strategic Errors（戦略のあやまり）

最も単純な説明から始めるなら、それは、議決できなかったことである。ほとんど不可能に近いことだが、もし仮に、この政権が、56名の民主党上院議員の全員当選によって支えられていたとしても、議事妨害を阻止するためには4票が依然として不足していた。

民主党はジョン・カフィー（共和党、ロードアイランド選出）のような共和党リベラル派をひっくり返して勝利しなければならなかった。しかし、カフィーは自分の法案を保留し民主党の指示を待っていた。—彼の提案はクリントン政権の提案よりはより穏健なものではあったが。（Brady & Buckley 1985）こうした単純な説明には、しかしながら限定が多く存在している。つまり、上・下両院の国会議員が各党の幹事会を開き、政治的取引

を行い、得票数を読むという点で、その状況は絶え間なく、おびただしい変化の中にあつたのである。結局、この過程のはじめには、カフィー法案は、上院少数派指導者であつたロバート・ドールが共同提案者であつた終わりの頃には、民主党の多くが、カフィー上院議員が最初の頃に提案していた法案とは遙かかけ離れた法案設定を望んだのであつた。改革者達の展望は見えすいた政治的失態のために理解しにくいものであつた。例えば、下院歳入委員会併設の保健医療小委員会、委員長であつたピート・スターク（民主党、カリフォルニア選出）は、特別検討部会長の報告を得るために、委員会室の外で1時間以上も待つことになつた。ワシントン政界の中での政治的典例という点から見て、これは大いなる侮辱であり、クリントン医療改革が重要な小委員会の手の中に運命づけられていると噂されることのひとつである。しかし、議会における同盟的活動が生み出す失敗というものは、まさに政治的氷山の頂上のものである。

いっそう深刻な失敗（の原因）は、古典的な進歩主義（者）の近視眼的な短見にあつた。進歩主義（者）は科学的管理や専門技術的な知識の名の下に、巧みに逃げを打つというような「熟考」を追い求めるところに原型があつた。彼らにとって、かんばしくない概要を持つのが、ごちゃ混ぜであろうが、そんなことよりもむしろ、正しいことを勝ち取っているかどうかの法が重要であつた。クリントン政権の医療チームを支えた知的継承者たちはこの誤りを繰り返した。一彼らは政治というものの過小評価していた。改革者たちは、専門家による特別部隊を編成したが、詳細な作業には相当の困難性も伴うので、政治プロセスの中で対応すべきタイミングを失するというぞんざいさがあつた。そのため致命的な遅延を引き起こした。そして、最終的に彼らが提案として作り出したものは、複雑で一般性を持たず、国民に説明することが不可能なものであつた。その結果、（クリントンの）改革案は、いとも簡単にマンガ化され、されやすいものとなつた。提案の基本概念は、管理に基づいた競争であり、実際には、民間セクターの中で起こっているものを後追いするというものであつた（後述）。しかし、それを国民に説明するには、かなり困難なことであつたため、ワシントン政界の大まかな姿やごちゃ混ぜ状況からすれば、不十分な設計というべきものであつた。事実、イラ・マガジナーのような新進歩主義による当世風、特別部隊の指導者たちは、改革案をぶちこわすために、どぎつい政治キャンペーンをはり、長期的かつ声高に（反対を）訴えた。B. J. コーフリン—シカゴの政治家—は1世紀も前に、こうした新進歩主義に対して、次のように語っている“政治ゲームというものは、日曜学校経営事業の一事業部ではない”医療プランに対する不当な批判にはかなり多くの賭け（事的なもの）が存在していた。大規模な変革というものは誰かに負担をもたらす—そしてこの場合の敗者は共和党政政治家を含んでいた。共和党の世論調査専門家としての B. マッキンターフは、彼の顧客に対して、“共和党の勝利〔1994年の中間選挙における〕にとって最も重要なもののひとつだと断言できることは、医療の（無料利用）パスを手に入れることではない”と述べた。（Tonner 1994）すべての政治家は、良く知られていない候補者（クリントン&ゴア）または、立法提案をうち負かすための当世風の調理法—政治家が自分自

身（の見解）を明確にするより前に、それら（候補者または提案）を定義づけという料理の仕方で一を知っている。

大統領提案に対する批判は、医療プランの難解な謎を否定の象徴として付帯した。批判は良く知られた保守派の祈りという文一税と歳出、大きな政府、連邦官僚政治の自制心のなさ、米国医療の破壊一を吟唱するものであった。のちに、分析者たちは、クリントンプランに向けられた の大半の部分が、明らかに虚偽であることを示してみせた。(West & Heith …) しかし、 は機能した。クリントン医療プランに対する支持は急激に容解していった。ある世論調査によれば、9月に67%の支持率があったものが、翌年2月には44%となった。(West…) 大きく象徴すべきものを武器に斗うということは別に驚くことではない。一政治歴史学者は選挙前でさえ、公平な警告を与えていたのだが一。(Skocpol 1994 …) 政権が執務を開始する前に自分たちの課題を広めるという共和党の戦略はそういう斗いをした。そして政府の恐怖心は、共和党の斗いの枠組み形成へと駆り立てるものとしての強力な概念的伝統を反対者（共和党）に与えてしまった。クリントン派はそれに反応するために、果敢に斗った。

しかし、彼らクリントン派が擁護していた難解な経済的混合物は、大衆を奮起させ、象徴戦争に勝つためのものとしては設計されていなかった。更に、政府に存在する古い会議主義という物以上の何かが、機能していた。

この医療改革論議は醜悪であり、道徳を拒絶する新土着主義の政治家を生み出した。かつて、アメリカの医療保険論議は、諸外国の危機に対処すべき差し迫った警告という特色を持っていた。一そうした危機とは例えば、“社会主義アーチを支えるレーニンのくさび医師（キーストーン）”（訳者解説：社会主義体系を支えるレーニン主義という根本原理）“ソ連的な共産主義”など一。

そしてこの時代はそれまでよりもより、（意見が）分裂し、慣例的で人種的なレトリックを駆使する論議が出現した。ある役人の発言はそれを示している。“クック郡（Cook County）の郊外に住んで過酷な労働に従事している人々が、シカゴの貧乏白人と同じように、「医療同盟」（訳注：ブルークロスのような相互利益保障団体）を利用するというのは、期待できないことだ” 彼の見解によれば、中流階級は、薬物乱用者や福祉対象の未婚の母、外国人、その他、これらの似たような人々を対象とする不十分な給付保障制度への参加（ないしは助成金の組み合わせ給付）を強制されるべきではない、という。

官僚政治の機能は、医療における危険性というものを集約すべく設計されているが、その機能はまた、責任ある行動か無責任な行動かに関する定型的な考え方に対して、議論をふっかけるものでもあった。伝統的な政治の知恵によれば、全国民的なプログラム（社会保障年金制度(Social Security)のような)の方が、（資格や保障内容に) 的を絞り込んだり、資産審査を課すようなプログラム（扶養児童を持つ家庭への助成金制度のようなもの）

よりも、より強力で妥当性も高いと忠告している。クリントン医療改革論議は、全国的な社会福祉（制度）の考え方が、後退するという兆しかもしれない。長い目で見た場合の地域像、連帯像、および組み合わせ的体系—これらのいかなる医療改革であっても本質的な構成要素だが—は、ますますバラバラになってゆく社会の緊張下にあっては、ひとつの警告である。こうした（バラバラに）異なる人々の猜疑心によって、政府が抱く恐怖心は今日、悪化している。

ところが、こうした土着主義者の感傷はまさに、医療改革論議の間中、ささやいたのであった。彼らは論議が進行中に行われた 1991 年の中間選挙において、激しい非難を吹聴した。カリフォルニア州では、187 提案（プレポジション 187）によって、未登録外国人（不法在住者）が社会福祉システムから一掃された。共和党支配下の上院議員、フィル・グラム（共和党・テキサス州選出）は、“4000 万人と伝えられる福祉ただ乗りの国民は、今やその乗り合いカートから降りており、残りの国民がそのカートの後押しを手助けしている”と発表した。一方下院では、新しく選出された発言者、ニュート・ギングリッチ（共和党・ジョージア州選出）が、非合法出産は、再び汚名を着せるべきものであると示唆した。ある提案では、短時間の審議だけで、未婚の母親が自分の子供に医療を与える事ができないような場合の児童を（福祉助成プランから）排除した。どこであれ至るところで、犯罪は国民の心の中に存在している。政治的指針というものはすべて、同じ方向を指し示すものであるように見える：つまり、1992 年に、医療改革を誠意時の課題へと持ち込んだ人民党的な政策（者）は、怒気を含んだ土着主義（者）へと転向し、進歩的政府の将来展望を葬り去ったのであった。何が刺激となってアメリカの土着主義は再燃したのか？答えは、改革者の敗北を説明する上で手助けになっている根本的な制度上の課題のいくつかの中に存在している。

Institutional Realities: (制度の実現性)

より本質的な段階から見れば、クリントンの失敗は、戦略的課題というものではほとんどない。むしろ、政治過程そのものが、行き詰まりを生むように組織化されていたという方がいい。米国の政治組織—いや、もっと正確に言えば、組織化されていない組織—は改革の運命にある。論議の間に、この制度的矛盾の問題は、巨大な利益団体の監視（介入）によって消失した。医療改革が急に前進方向へ傾いたとき、終わりなき分析がはじまり、多元編者群団に存在していたそれぞれの（政策的）転換によって、（医療改革は）不利な地位に立たされることになった。

クライスラー社のリー・アイアコッカ会長は、彼の会社の医療費は負担しきれないことを、ほのめかした—彼は、改革を今、支持するだろうか？彼以外の残りの米国企業につい

ではどうだろうか？巨大な保険者は、小企業とは分離していた。では、巨大な保険者はクリントン政権の医療改革によって、彼らの収益ビジネスを削減するだろうか？彼以外の、残りの米国企業についてどうだろうか？巨大な保険者は、小企業とは分離していた。では、巨大な保険者はクリントン政権の医療改革によって、彼らの収益ビジネスを削減するだろうか？政権のプランはそれ自体が、利益集団—すなわち、ほとんどの集団が各自、活動分野の中で、自覚した中庭（市場）をもついくつかの集団—の論理に根ざしているように思われた（Ben David 1993）

しかし、アメリカの政治は、議会制民主主義とは著しく異なって、断片的なものではない。イギリスでは、マーガレット・サッチャー首相が、医療改革というものは首相執務室の密室の中で設計し、それを実施に移すためには、彼女の後継首相に法案を通過させる、というふうな段取りするものだと発表した。ドイツでは、キリスト教民主同盟（非常におおざっぱだが米国の共和党に同じ）は社会民主党（だいたい米国の民主党と似ている）と共に敗北したが、彼らは、苦心しながら、国民健康保険制度の意味深い改革案を考え出した。（Morne & …）これらとは対照的に、米国の政治におけるそれぞれの取引は、終わりのなき政治のプロセスの中で、他のどの国よりも交渉を繰り返す柔軟な道が開いている。だから、多元論者は誤った道を映し出す。“…のための集団”や“…に反対する集団”の全活動総量は、折衷を必要とする制度的地形というものから、注意を別のものにそらす。だが、こうした利益集団が最初の（政治）過程の段階で、どこに位置しているかということに気をつける必要はない。敵対者は、反対するために複数の機会を手に入れる：敗者は彼らの損失を埋め合わせることができるような制度的活動領域をたくさん持っている：支持者は常に折衷可能である（その政治過程を中断したり、前へ進めたりするための）

しかし、州を基盤とする組織は、こうした制度の筋書きの一部分に登場するのみである。アメリカ産業界の構造もまた、医療改革の挫折に手を貸した。経済界が医療改革のために集結しえなかったのはなぜかという点については、多くの推測がある。独断的な反州政府主義が原因だと指摘する人も幾人かいる。（Brown 1994）、その他、そもそも事業活動を守る組織だからという人もいる。経済界の一商会議所や全米工業界などのような団体—は拒絶者としての声を拡大した。

これら以外他に何も理由がないとしたら、改革の実現による潜在的な損益者（現在医療保障のための費用を負担していない企業）が、潜在的な受益者（補償費用を負担している企業。しかし、受益の程度は不明だが、こうした企業が保障に対して持っている管理支配権を少しは失うことになるだろう）よりも、より一生懸命改革に反対した、ということだろう。（Martin 1994）こうした（事業者）戦略的動機の範囲を超えたところには、基本的な問題点のある事情がたくさん横たわっている。

1920年代以来、アメリカの企業は、私的福祉システムといっても同然のものを、彼らの従業員に供給してきた。企業は医療保障、高齢者年金、就労保障（労災・失業）及び有給保障などを提供してきた。

一方、公的福祉をもつ州では、公と私のすき間を埋めたり、保障に対する法的ルールを設定することで、私的システムを取り囲むという構成にあった。クリントン・プランは、大企業の事業主が従業員医療保険の提供を義務づけられることによって、医療へのアクセスが主として保障される、という典型例であった。

そして今日、70年経って、企業福祉をもつ州は消えつつある。新しい国際経済は、“うつろな企業”と“不確かな従業員”による経済活動の創造を指令している。企業は常勤従業員を雇うよりむしろ、臨時従業員またはコンサルタント、あるいはサービスについて単一契約などを採用している。パートタイムの労働力は、市場の状況に応じて迅速な修正を可能にする：そして企業は従業員保障事業からはずれることによって、人件費の約1/3程度を削減する。

1992年の段階で、アメリカの労働力の1/4以上が、こうした“不確かな”労働力に支えられている。(du Rivage 1992)

それ以降、その比率は急速に上昇を続けている。労働者にとって、新しい議事進行手続きは、就労の不安と偶然性を含んだ社会福祉保障をもたらすものであった。経済は比較的に良い状況にあるのに、なぜそうした深い不安が存在したのかについては説明がつく。また、事業主側上昇し続ける事業の活力を存在させているが故に、医療保障を強制されることに抵抗しがちになるという理由は推測できる。

そして、接近しているアメリカ医療の危機—もし事業主が(費用を)負担しないのなら誰が支払うのか?—をそのことは指摘しているのである。

端的に言えば、我々は幅広い評価に支えられた改革と私的福祉システムとが別々のものになりはじめていることを崩壊させるために、政治制度を設計し運営している。クリントン政権が常勤労働者の医療保障を確実なものにしておくことに失敗したということは、医療改革の長い過程の中では、最もあとに出てきた誤りである。この時点で、我々はアメリカにおける保健医療の安全保障が急速に崩壊することに直面している—単に安全性の正味ばかりか、根本的なインフラにおいて—。

われわれは、もちろん、また再び医療改革に出会うだろう。しかし、我々はより過酷で、社会的にはより危機的な経済体制の下で、それを行うことになるようだ。

THE PRIVATE SECTOR: (民間セクター)

A new medical capitalism: (新医療資本主義)

国民の注意が、国民保健医療改革に関する政治的大論議に向けられているうちに、医療(提供者や保険者)セクターは、いち早くその大論議に対する(批判の)認識を持っていた。その結果は合衆国における医療と保健医療政治を土台から作り直すという変化を、