

米国の医療制度改革と非営利・協同 組織の役割

2004年度 非営利・協同総合研究所いのちとくらし
研究助成金研究成果報告書

2006年6月

青木郁夫（阪南大学経済学部教授）

上田健作（高知大学人文学部教授）

高山一夫（京都橘大学文化政策学部助教授）

時井聰（淑徳大学社会学部教授）

はじめに

21世紀に入り、先進資本主義各国において医療制度の見直しが検討されている。その際、経済の低成長と財源制約の強まりという条件のもとで、いかにして良質で安全な医療サービスを普遍的かつ効率的に提供するのが、制度改革の基本的な視点に据えられなければならない。しかしながら、わが国の医療制度改革においては、政策の基調が依然として医療費抑制に据えられており、保険給付はずしや患者一部負担の引き上げ等、家計により一層の負担を強いる制度改悪が続いている。のみならず、最近では、医療費の増大を経済成長率の範囲内に抑制せよとか、免責制度を導入せよなどといった、一步踏み込んだ抑制策も主張されている。株式会社病院や混合診療の解禁を求める規制緩和論者の主張も依然として根強いものがある。

他方、医業経営の側では、厳しい医療費抑制策の渦中にあっても、在宅医療や介護事業も含めた地域社会の医療福祉ニーズを把握し、選択的または総合的に、安全で良質な医療福祉サービスを提供してゆかねばならない。こうした課題に 대응するうえで、患者・地域住民が戦略的意思決定に参加し、また資金面でも経営を支える非営利・協同組織が有利な地位を占めることは想像に難くない。しかるに、日本の医療法人は99%が出資持分あり社団法人、すなわち事実上の同族経営であり、地域社会に開かれた組織であるとは言い難い。

そこで、本研究では、医療における非営利・協同組織がどのようにしてアクセスと質の公平の実現に寄与しうるのかについて、米国の非営利病院の実態とそれを支える社会的経済的諸条件に注目することで、考察を試みることにした。具体的には、著しい所得格差を抱えアメリカ社会の縮図ともいえるワシントン D.C.で活動する非営利の病院および運動団体を対象に、聞き取り調査を実施した。なかでも病院については、最初にアメリカ病院協会において研修を受けた後、宗教病院（バプティスト、メソヂスト、カソリックの3宗派）、非宗教の非営利病院、さらに営利病院を訪問した。非営利組織論研究者のワイズプロットの主張通り、宗教的背景の有無が組織行動に影響を及ぼすか否かを実地で確かめるとともに、営利転換に伴うメリットとデメリットを明らかにしたかったからである。また、病院経営や地方行政における公平ないし公共性の観点から、都心部の公立病院が閉鎖された後、無保険者に対する医療提供がどのようになされるのかについても調査した。

本研究は、第1章で詳しく述べるように、パウエルらの制度学派組織論の知見、とりわけ非営利病院研究の第一人者シュレシンジャーが整理した相互作用モデルを理論的な枠組みとしている。そしてワシントンD.C.での現地調査を通じて、外部要因の内部化、営利／非営利という税法上の枠組みを超えた新しい分析機軸の析出—地域住民によるコントロールなど、いくつかの仮説を獲得することができ、また、非営利病院に対する社会的規制であるコミュニティ・ベネフィット・ルールの実際について知見を得ることができた。これらの仮説や知見を今後さらに精緻化し理論化することは、我々に課せられた今後の研究テーマである。

現在、医療法人制度の改革が検討されているところであるが、本研究の成果がひとり医療の非営利・協同組織にとどまらず、ひろく医業経営がもつべき公益性とそれを保障すべき制度・政策についての問題提起となれば、幸いである。

最後に、研修並びに視察先のアレンジメントでご協力いただいたアメリカ病院協会上級副会長スティーブ・アーヘン先生、保健医療政策について貴重な情報を教授していただき、現地調査にも同行して下さった立命館大学産業社会学部の松田亮三先生、現地調査をきわめて実りあるものにして下さった通訳者の重松加代子氏と旅行会社リバティ・インターナショナル社、そのほか貴重な助言をいただいた方々にお礼を申し上げたい。また、本研究は非営利・協同総合研究所のちとくらの研究資金助成なくしては実現し得なかった。この場を借りて厚く御礼申し上げたい。

目 次

I.	医療における非営利・協同組織の役割	5
1 章	NPO 論の到達点と課題	6
2 章	アメリカ医療事情断章－医療保険市場における選択と規制－	35
3 章	米国の保健医療セクターと非営利病院	64
II.	ワシントン D.C. 現地調査報告書	80
1.	アメリカ看護管理者団体	82
2.	アメリカ病院協会	84
3.	ジョージ・ワシントン大学病院	88
4.	サバーバン病院ヘルスケア・システム	92
5.	アメリカ糖尿病協会	94
6.	バージニア病院センター	96
7.	シブレイ記念病院	99
8.	ブレッド・フォー・ザ・シティ	103
9.	プロビデンス病院	106
10.	ユニティ・ヘルスケア	109
III.	結語	112
	参考資料（現地視察企画書）	115

I 部 医療における非営利・協同組織の役割

第1章 NPO論の到達点と課題

上田健作（高知大学）

高山一夫（京都橘大学）

はじめに

これまで非営利組織（Non Profit Organizations ; NPO）をめぐる議論をリードしてきたのは、経済学である。伝統的経済学の理論では、純然たる市場経済の担い手を企業と家計に限定し、利潤最大化モデルおよび効用最大化モデルによって、市場における経済主体の行動を説明してきた。また、市場が失敗している領域では、政府が権力的に資源を配分するとされてきた。つまり、現代経済社会の全体像を把握するパラダイムとして、企業・家計・政府の3セクター構造を想定したわけである。確かに西欧諸国や日本などの20世紀福祉国家の現実を前提とすれば、こうしたパラダイムを設定しておけば十分であったといえる。民間でボランタリックに行われる非営利組織や非営利活動などというものは、経済学の対象とはならず、高度な産業社会においてはチャリティ（慈善活動）という非日常世界の存在としてしか認識されてこなかったし、せいぜい市民運動の一種として取り上げればよかった。

非営利組織論の旗手であるレスター・サラモンによれば、米国は西欧とは異なる「福祉国家」の道を歩んだという¹。米国では1970年代以降、「第三者政府」、つまり非営利組織を担い手とする福祉サービス提供のシステムが構築されたというのである。市場でもない、政府でもない、非営利組織が市場と政府に代って福祉サービスの提供主体として日常世界に躍り出たのだ²。実際に、米国において非営利組織が占める経済的地位は大きい。例えば、非営利組織全体の年間収入は国民所得の約5%であり、雇用総人口の約16%を当該セクターが吸収している。そして、非営利組織の数は、法人登録をしており内国歳入庁（Internal Revenue Service; IRS）へ納税申告を行っている団体だけでも約100万ある。

成長を遂げ、ひとつの経済セクターとして認めざるを得なくなった時点で、経済学は、非営利組織とは何か、非営利組織はどのような行動原理に従うのか、非営利組織はなぜ生まれるのか、非営利組織の活動成果は本当に公共性を有しているのかを明らかにするという課題に直面することになった。米国において他国に先駆けてNPO研究が経済学の主要な

¹ Salamon, Lester M. (1981).

² 現地調査において、ある病院経営者は「1970年代にチャリティからNPOに替わった」と指摘した。これは、それまでチャリティとして非日常的世界に位置付けられていた非営利活動が、日常世界における福祉サービスやその他の社会サービスの提供主体として確固たる地位を得たことを意味している。NPOという表現は、こうした社会背景の違いを含意しているということ踏まえておく必要がある。1970年代以降、米国において非営利組織が発展した過程の詳細については、Salamon, Lester M. (1995)を参照。

課題の一つになった理由がここに存する。わが国においても、1990年代以降、とくに阪神淡路大震災におけるボランティア活動の広がりを契機に、非営利組織研究が盛んになった。

非営利組織研究にもっとも大きな影響を与えたのは、サラモンを中心とする国際比較研究グループの研究成果であったといっていよう。サラモンは、制度的視点から非営利組織を他の諸組織から区別する基本的視点を提供する。すなわち、非営利組織を、(1)形式(公式の組織であること)、(2)非政府性(政府から独立していること)、(3)非営利性(利潤の非分配拘束にしたがっていること)、(4)自発性または自律性(組織のガバナンスが自発的=ボランタリックにかつ自律的になされていること)、(5)公益性(その活動の利益が広く社会の人びとにおよぶこと)という基準で定義する。この主張によって、我々は、「政府ではない」「営利企業ではない」という漠然とした存在にすぎなかった非営利組織を、より確たる実質を持った存在として取り扱うことができるようになった。ただし、サラモンの定義においては、「公益性」という項目が注意深く除外されている。公益性の内容が時代また地域によってきわめて多様であり、非営利組織を特定するのに利用しえないためである。

経済学は、これまで非営利組織研究に大きな貢献をしてきたし、しばしば非営利組織に対する公的支援の論拠を提供してきた。しかしながら、非営利組織は経済学的視点によってのみ理解可能なものではない。なぜなら、多くの非営利組織は、単に経済組織として機能しているのではなく、その機能が政治的・文化的側面にまで及んでいるからである。米国における非営利組織研究はますます学際的様相を帯びており、経済学だけでなく、社会学、経営学、社会心理学などの研究成果——特に組織論研究の成果——を総合する方向で展開している。

そこで、本章では、パウエルら制度学派組織論の研究成果を前提に、これまで提起された論点を紹介しつつ米国におけるNPO論の到達点を確認し、今回の訪米非営利病院調査から得られた知見とあわせて、本研究の理論的枠組みを提示することとしたい³。パウエルらの議論を出発点に据える理由は、彼らが非営利組織における私的行動(Private Action)が公共の利益(Public Good)と一致するののか否かという根源的な問いを立てて、哲学、法学、経済学、社会学、公衆衛生学といった多角的な視点から、非営利組織に関するこれまでの研究を総合しようと試みているからである。こうした試みこそ、今まさに非営利組織研究に求められる課題に正面から立ち向かう研究であろう。

1. 私的行動と公共の利益

私的行動と公共の利益に関する議論は、プラトン以来の西洋社会思想史における伝統的

³ 近年になって、わが国においても非営利組織を総合的に理解しようと試みる研究が現れている。さしあたり、塚本(2004)を参照されたい。

な係争点であり、経済学説史上もスミス以来の根源的な論点である。現代組織論の枠組みで言えば、ガバナンスに関する議論がこれに相当する。

ガバナンスは、ひとりコーポレート・ガバナンスの議論に尽きるわけではない。組織がどのように管理運営されるのか、利害関係者とどのような関係を持つのか、組織の目標が社会の利益と一致するのか否か。これらはすべてガバナンスにかかわる論点に他ならない。興味深いことに、コーポレート・ガバナンスでは、例えば取締役会の責任と義務のように、企業レベルでは極めて議論が明快であるのに対し、マクロレベルでは全く歯切れが悪く、企業の利益と社会の利益の問題は放置されている。対照的に、非営利組織論では、組織のミッションや免税資格等、マクロレベルでは全く明快である反面、個々の非営利組織のレベルになると、ガバナンスの問題は実に曖昧である。すなわち、ガバナンスに関する議論は、組織レベルと社会レベルとの2つのレベルで行われるべきであり、両者の照応及び対立関係が解明されてはじめて、組織の私的行動が公共の福祉を増進するか否かを判断することができるわけである。

パウエルらの研究によれば、全ての非営利組織において、私的な利益と公共の利益との間の絶え間ない緊張関係を観察することができ、また組織規模が拡大するにつれて、営利企業のないしは官僚制的な行動を促す強い圧力が働き、非営利組織が掲げるミッションの実現が困難になったという。言うまでもなく、非営利組織として経営効率とは無縁ではいられない。競争や規制に対処しつつ、健全な財務状態を保ち、社会に対する説明責任を果たすことは不可欠である。とはいえ、あまりに費用対効果や有用性に傾注するならば、視点がミクロのガバナンスに特化されてしまい、非営利組織が公共の利益に貢献するか否かという根本的問題が看過されてしまう恐れがある。換言すれば、非営利組織が共通して掲げるミッション——公共的サービスの提供とアドボカシーを通じた公共政策の改善——が保持され実現されるのか否かという問題が視野から漏れてしまう。そこで、非営利組織の行動が公共の利益をもたらすのか否か、また自ら存続が脅かされる状況でいかにして掲げたミッションを保持すればよいのかが、問われなければならない。

本章では、非営利組織における私的行動と公共の利益の緊張関係という問題について、①非営利組織と営利企業との区別、②非営利セクターと国家との関係、③非営利組織が民主主義に果たす役割の3つの側面から、考察を行う。最初の問題は、非営利組織が本当に営利企業から区別されるか否かである。営利と非営利という最も基本的な区別に対して多くの議論がなされているが、最終的には厳密な実証分析によって検証されねばならない。次の問題は、非営利セクターと国家との関係である。「市場と政府の失敗を補完」などという紋切り型ではなく、欧米諸国の福祉制度改革や東欧の国家社会主義体制の崩壊といった具体的状況を念頭に、社会システムにおける非営利セクターの位置づけを明確にしなければならない。最後の問題は、非営利組織が民主主義の実現に貢献し得るものなのか否か、すなわち、非営利組織は普遍的価値の形成に寄与するのか、それとも特定の価値や利害を貫徹するための支配の道具なのかという問題である。

また、本題に入る前に、米国の非営利セクターの全体像に関する我々の理解を簡単に示しておきたい。米国の非営利セクターに関して我々が抱いているイメージは、通説のイメージとは少し異なり、米国の非営利セクターは単一の構造ではなく、異なる 3 つのサブ・グループから構成されるというものである。

2. 米国非営利セクターの全体像

1) 米国における非営利組織の分類

米国では非営利組織の捉え方は大きく 2 種類に分かれる。一つは、免税の取り扱いを受ける団体のすべてを非営利組織とするものであり、いま一つは、さらにその範囲を狭めて、内国歳入法 501 条(c)(3)項の適用を受ける団体、すなわち免税だけでなく寄付金控除特典も付与される団体をもって非営利組織とみなす見解である。いずれの場合にせよ、免税措置が講じられるという税法上の取り扱いに関しては共通しており、その区別は免税の取り扱い範囲の違いにすぎない。ただし、内国歳入法による免税団体の取扱いは、当該団体の活動実体に照らして、厳しく審査される⁴。

非営利組織を免税制度によって把握する理由は、第一に、統計上の制約である。非営利組織の特性の一つは自発性であるが、統計上もしくは公式な記録上は把握されないようなボランティア的な団体を集合的に把握することは容易ではない。第二は、むしろ積極的な意味合いであるが、非営利組織を公益性と関連させたことによる。すなわち、免税団体は、その前提として非営利でなければならないが、免税特権を付与される以上は、何らかの公益性を各級政府によって認められたとみなせるからである。

さて、内国歳入法によって定義される免税団体は広範囲にわたり、様々な種類の組織が対象とされている。表 1 は免税団体の種類と団体数をまとめたものである。わかるとおり、免税団体の 6 割は宗教、慈善団体および社会福祉団体によって占められており、残りの 4 割は労働組合や社交団体、企業団体、学生共済、退役軍人団体である。また、表中、501 条(c)(1)項、同(c)(3)項、および同(c)(4)項に該当する団体は公益団体グループ、それ以外は共益団体グループとよばれている。

米国において、サラモンによる非営利組織の定義が最もよく当てはまるのは、501 条(c)(3)項および同(c)(4)項に該当する団体である。サラモン自身、米国の非営利組織を分析する際には、もっぱらこれら両団体を考察対象としている (Salamon, 1994)。保健医療においても、非営利病院やナーシングホーム等の非営利医療機関は 501 条(c)(3)項に、また、ブルー・クロス、ブルー・シールド、非営利 HMO (Health Maintenance Organizations) 等一の非営利医療保険者は 501 条(c)(4)項に該当する。ただし、医療協同組合 (Medical Cooperatives) は、

⁴ 免税資格とは対照的に、非営利組織の法人格は、各州法人法の管轄下であり、多くは準則主義により非営利法人格を容易に取得することができる。

出資金配当が可能であるがゆえに、501条(c)(3)項ではなく501条(e)に別途分類され、寄付金控除特典は付与されない。米国においては、医療協同組合は、税法上は公益団体ではなく、共益団体として、社交団体や労働組合など同様の扱いを受けるのである。この点、非営利組織と協同組合をともに社会的経済セクターとみなすフランスなどとは異なるといえよう。

表1 米国の免税団体の種類(1990年)

租税条項	免税組織のタイプ	団体数	構成比%
501(c)1	立法措置によって成立した法人	9	0.0
501(c)2	所有権保有会社	6,278	0.6
501(c)3	宗教、慈善等	489,882	47.8
501(c)4	社会福祉	142,473	13.9
501(c)5	労働、農業組織	71,653	7.0
501(c)6	企業団体	65,896	6.4
501(c)7	社交とリクレーションクラブ	62,723	6.1
501(c)8	男子学生共済会	100,321	9.8
501(c)9	ボランティア従業員共済会	14,210	1.4
501(c)10	国内男子学生共済会	18,350	1.8
501(c)11	教師退職基金	10	0.0
501(c)12	共済生命保険協会	5,873	0.6
501(c)13	共同墓地会社	8,565	0.8
501(c)14	消費者信用組合	6,352	0.6
501(c)15	相互保険会社	1,137	0.1
501(c)16	農業融資会社	19	0.0
501(c)17	補足的失業給付基金	667	0.1
501(c)18	従業員年金基金	8	0.0
501(c)19	退役軍人団体	27,460	2.7
501(c)20	法律扶助団体	197	0.0
501(c)21	黒肺塵症基金	22	0.0
501(d)	宗教および伝道団体	94	0.0
501(e)	医療協同組合	76	0.0
501(f)	教育協同組合	1	0.0
521	農業協同組合	2,372	0.2
合計		1,024,648	100.0

出所)Hodkinson (1993), p.24より作成。

税法上の区分によれば、公益グループは、パブリック・チャリティ (public charities) , プライベート財団 (private foundations) , およびアドボカシー団体に細分される (図1)。

ここでパブリック・チャリティとは、501 条(c)(3)項「宗教，慈善等」に該当する団体のうち、プライベート財団を除く団体であり，わが国の公益増進法人と同様，寄付金控除が幅広く認められる団体である。パブリック・チャリティこそ，いわゆる準公共財を提供する民間組織として，もっとも非営利組織らしい団体といえる。次いで，プライベート財団とは，501 条(c)(3)項に該当する団体のうち，パブリック・チャリティ以外のものをいう。最後に，アドボカシー団体とは，501 条(c)(4)に規定される社会福祉団体であるが，これは日本の社会福祉法人とは異なり，米国社会が抱える問題を指摘し，その解決策を様々な形で訴えて，社会を変革しようとする団体を指す。アドボカシー（advocacy）とは，既存の政策の監視と評価，代替案の提起を行う活動を意味する用語であるが，アドボカシー団体はその字義通り，社会問題を解決するための法律制定や政策提言といった政治活動と，一般の人々の理解をえるための活動を行うといえる。

税法においては，パブリック・チャリティの団体は原則的にロビイング等の政治活動が禁じられているが，実際は，団体の目的を達成するために必要な法律制定に向けた啓発活動やロビー活動は行うことができ，NPO の主要な活動となっているという（小野（1993），サラモン（1994））。研究者の側でも，非営利組織の活動にとってアドボカシーは切り離しがたい活動であるとして，「サービスの提供者は，サービス活動の限界に気づく・・・（中略）・・・サービスを必要とする人々を生み出す社会や，彼らの問題に対応できない政府や企業への批判的な精神も醸成することになる。これが，サービス主体の NPO がアドボカシーに関わっていく大きな要因だと思われる」とする見解がある。（柏木（1992））。

図 1 パブリック・チャリティとプライベート財団

(1) パブリック・チャリティ
1) 政府系非営利組織
2) 宗教，教育，医療・医学研究機関，学術団体
3) コミュニティ財団
4) 博物館，図書館，劇団，赤十字等
5) パブリック・チャリティ後援団体
6) 公共安全試験団体

(2) プライベート財団
1) 独立財団 2) 企業財団 3) 事業財団

2) パブリック・チャリティと保健医療

パブリック・チャリティは1990年時点で63万団体であり、米国の非営利組織全体の約60%を占めている⁵。米国の非営利セクターは、これら団体によって担われているわけである。パブリック・チャリティの団体数と財政状況を活動領域別に整理した表2をみると、パブリック・チャリティの活動分野が、保健医療、教育、社会福祉サービス、宗教、文化・芸術といった伝統的な領域だけでなく、消費者運動、環境保護運動、人権擁護、開発協力といった社会変革をめざす活動まで、きわめて多岐にわたることがわかる。

表2 NPOの活動領域と構成(1988年)

(単位:100万ドル)

活動領域	組織数	構成比%	パブリックサポート	構成比%	年間支出	構成比%	資産総額	構成比%
芸術・文化	12,550	9.8	4,895	7.6	8,525	2.6	19,892	3.9
教育	16,689	13.0	17,670	27.4	59,351	18.3	154,658	30.4
環境	1,574	1.3	824	1.3	1,118	0.3	3,089	0.6
動物関連	1,644	1.2	606	0.9	1,161	0.4	2,504	0.5
保健医療	21,259	16.5	12,325	19.2	190,937	58.9	228,374	45.0
一般・リハビリ	14,249	11.1	7,347	11.4	180,705	55.7	210,119	41.4
メンタルヘルス	3,530	2.7	1,863	2.9	3,755	1.2	2,430	0.5
特別な疾患	2,788	2.2	2,373	3.7	4,564	1.4	6,760	1.3
医療研究	692	0.5	742	1.2	1,913	0.6	9,065	1.8
犯罪・法律	1,799	1.4	1,232	1.9	1,591	0.5	1,070	0.2
雇用・労働	2,012	1.6	985	1.5	2,064	0.6	1,702	0.3
食料・農業	1,323	1.0	382	0.6	648	0.2	627	0.1
住宅・シェルター	5,570	4.3	1,213	1.9	5,961	1.8	17,843	3.5
公共の安全	1,172	0.9	107	0.2	285	0.1	513	0.1
リレーション・スポーツ	6,214	4.8	556	0.9	1,753	0.5	2,307	0.5
青少年育成	3,904	3.0	997	1.5	1,958	0.6	3,433	0.7
ヒューマン・サービス	18,791	14.6	8,299	12.9	17,318	5.3	20,271	4.0
国際活動	953	0.7	1,701	2.6	2,227	0.7	1,442	0.3
人権	656	0.5	244	0.4	296	0.1	249	0.0
コミュニティー・ディベロップメント	9,048	4.7	3,398	5.3	5,160	1.6	7,169	1.4
フィランソピー・ボランタリズム	44	0.0	110	0.2	119	0.0	101	0.0
科学	1,157	0.9	1,594	2.5	4,884	1.5	6,130	1.2
社会科学	420	0.3	228	0.4	348	0.1	623	0.1
公共活動	975	0.8	901	1.4	2,147	0.7	8,539	1.7
宗教関連	6,004	4.7	1,638	2.5	6,520	2.0	11,612	2.3
互助・会員共済	297	0.2	153	0.2	454	0.1	2,207	0.4
その他	17,368	13.5	4,440	6.9	9,601	3.0	13,559	2.7
合計	128,423	100.0	64,497	100	324,424	100.0	507,917	100.0

出所)Hodgkinson, *op.cit.*, p.195.

表2の活動団体数に注目すると、保健医療、ヒューマン・サービス、教育、文化・芸術、コミュニティー・ディベロップメント、住宅・シェルターなどいわゆる社会サービス分

⁵ パブリック・チャリティの支出総額は、1990年で約3,400億ドル、同年の国内総生産GDP比で6.8%に達しており、従事者数も、ボランティアをフル・タイム換算すれば、約700万人を数える。非営利セクターは、米国経済全体にとっても一大産業部門である。

野に多くの団体が存在している。分けても保健医療がヒューマン・サービスと並んで団体数が多く、非営利セクターの主要活動領域であることがわかる。

次に財政面に注目しよう。非営利組織の収入は、一般に、会費・料金収入（事業収入）と寄付・補助金等（パブリック・サポート）に大別することができる。とくにパブリック・サポートは、個人および政府からの贈与、補助金、寄付金を指すがゆえに、当該非営利組織がひろく社会に支持される団体か否かを測定する指標でもある。ただし、収入源の構成は分野によってかなり異なっており、例えば、ソーシャル・サービス分野では政府による支出が最も多く事業収入は少ないが、教育や保健医療分野では事業収入が大半を占めている、また芸術・文化分野では民間からの寄付が多く政府補助金は少ないといった特徴を有するという（サラモン（1993））。保健医療では、他分野に比して大きな料金収入が見込めるためか、パブリック・サポート総額に占める比率は教育分野に次ぐ水準となっているものの、年間支出の面では全体の約6割と突出した地位を占めている。

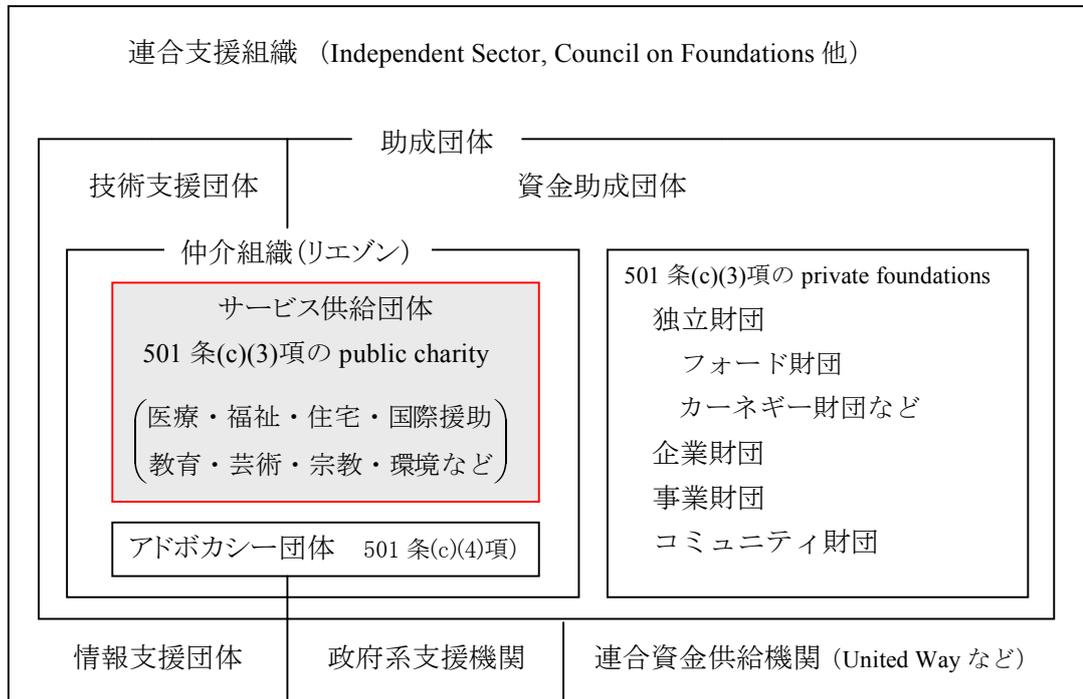
さらに、資産額で見ると、これも保健医療分野が全体の45%と高い比重を占めており、教育とあわせてパブリック・チャリティの全資産の75%が医療と教育で占められていることがわかる。資産額に占める大きさは、これら両分野における非営利活動が、米国の非営利セクターのなかで伝統的な位置を占めていることと関係している。

3) 非営利組織の機能と階層性

図2に示したとおり、501条(c)(1)項、同(c)(3)項および同(c)(4)項に該当する公益団体は、直接に公益サービスを提供するサービス供給団体と、それらを資金面や技術面、情報面から支援する団体、さらにはサービス供給団体と各種支援団体とを仲介する団体とから構成されている。サービス供給団体を支援する団体は、財・サービスの提供に不可欠の戦略的経営資源をなす資金、労働力（ボランティアを含む）、技術、そして情報を提供し、もしくはコーディネートする機能を果たしている。これら支援団体は、サービス供給団体の活動にとって、いわばインフラストラクチャを提供しているといえる。

このように、アメリカの非営利セクターは「多層重層的組織体制」（鈴木（1992））をもって存在しているのであり、それゆえに、ひとつの独立した社会経済セクターとして認知されているのである。

図2 非営利組織の機能的分類



以上は機能別に見た非営利組織の分類であるが、規模の点についても、非営利セクター内部に階層構造を見出すことができる。一口に非営利組織と言っても、事務所も専従者もない草の根のボランティア団体から、メトロポリタン美術館や大学、地域の総合病院からユナイテッド・ウェイのような全米規模の巨大団体まで、規模を大きくことにする諸団体が含まれるからである。

表3は1988年における501条(c)(3)項該当団体の団体数および年間支出規模別構成比(財務データ提出団体についてのみ)を整理したものである。同年の501条(c)(3)項該当団体の総数は宗教団体を除いて約46万団体あるが、財務データの提出が義務づけられる団体(年間支出総額が2万5000ドル以上)は13万団体強、団体総数の29.0%に過ぎない。残りの71%は、小規模な草の根の市民団体だと推定される(柏木宏(1992))。

年間支出2万5000ドルを大規模と小規模を区分する基準とするならば、アメリカにおける非営利セクター内国歳入法501条(c)(3)項に該当する公共団体グループは、20%強の社会的影響力の大きい大規模団体と、70%強の社会的影響力の乏しい小規模団体との二重構造を有しているといえる。そして、収入、支出、および資産の9割が、団体数の5.5%を占めるに過ぎない年間支出100万ドル以上の団体によって占められている。これらの大規模な団体は、主に病院や学校や社会福祉施設など、エスタブリッシュされた団体であるといわれる(伊藤(1997))。

表3 非営利組織の規模別構成

	団体数	構成比%	財務データ提出団体構成比	パブリック・サポート構成比%	支出構成比%	資産構成比%
501条(c)(3)項団体	460,289	100.0	--	--	--	--
財務データ提出団体	133,602	29.0	100.0	100.0	100.0	100.0
年間支出規模別構成						
1000万ドル以上		1.2	4.3	50.9	77.2	74.6
500万～999万ドル		0.7	2.4	10.1	6.3	6.4
100万～499万		3.6	12.5	21.8	10.4	10.3
50万～99万		2.8	9.5	6.3	2.5	3.0
10万～49万		9.4	32.4	8.2	2.9	3.7
2.5万～9万		11.5	39.7	2.7	0.7	1.9
財務データ非提出団体	326,687	71.0	--	--	--	--

出所) Hodkinson, *op.cit.*, p.89 and pp.193-194.

アメリカのNPOセクターはエスタブリッシュされた団体とボランティアな草の根の市民団体とが共存する領域である。我々は、このことを別の2つの研究からも伺い知ることができる。ひとつは、プライベート財団と非営利組織との理事・役員の兼任ネットワークの研究を通じて、エリート達による支配の存在を明らかにしたウィリアム・ドムホフやコルウェルの研究である (Domhoff (1974)(1975)(1987), Colwell (1980)(1993))。いまひとつは、ボランティアな市民のネットワークが無数のNPOを作りだし、それが「我々の生活のすみからすみまで規制している中央集権官僚体制に強烈なアンチテーゼを提起」していることを明らかにしたリップナックとスタンプスの調査研究である (Lipnack & Stamps (1982))。

『パワー・エリート』で著名な社会学者ライト・ミルズの後継者と目されるドムホフは、フォード財団などに代表されるプライベート財団や大学、大病院や研究所などの大規模な非営利組織のリーダー達は、同時に政界や財界のリーダーとしての経歴を有する者であり、上流階級が所属するソーシャル・クラブの会員であるという。すなわち、プライベート財団や非営利組織はそのようなエリート達によって支配されており、また、それら団体の資金源は、大企業の経営者や政府高官などのパワー・エリートによる政策決定過程の一環をなすものであると主張する。自らプライベート財団の理事としての経歴を持つコルウェルもまた、同様の視角から、プライベート財団および大規模非営利組織の間には、理事や役員の兼任を介したネットワークが存在することを実証している。

ドムホフやコルウェルらの主張に対しては、もちろん反論が存在する。いわゆる民主的エリート主義の立場からは、非営利組織は政界や財界から独立した存在であり、多元主義的な民主主義の担い手であると主張される。しかし、こうした論者でさえ、大規模非営利組織のリーダーが合衆国社会における戦略的エリートであることは認めている。それゆえ、財団や著名な非営利組織のあいだには、政財界のエリート達による人的ネットワークが張り巡らされていると判断してもよいだろう (Nagai (1994))。

エリート支配を説く上記の研究に対して、ごく普通の人々によるボランティア・アクションが、問題意識や要求を共有し、ネットワークを介して文字通り草の根のボランティア・アソシエーションを形成している姿を明らかにしたのが、リップナック・スタンプス夫妻である。夫妻は、ボランティア・アソシエーションからなる領域を、エリートの官僚制的ヒエラルキーが形作るフォーマルなアメリカと対比して、「もうひとつのアメリカ」とであると主張する。この「もうひとつのアメリカ」においては、フォーマルな医療制度では無視されがちなウィミンズ・ヘルスに取り組む女医たちが自発的に結成した非営利組織や、「コミュニティという観念、各自にとって平等な社会を創造する意欲、物品と資源を共有する…アメリカ民主主義の基本精神」(Lipnack & Stamps, p. 75)を現代的に再興しようとする協同組合の取り組み、さらにはコミュニティ組織における住民のボランティア・アクションや環境保全運動などが指摘できるという。

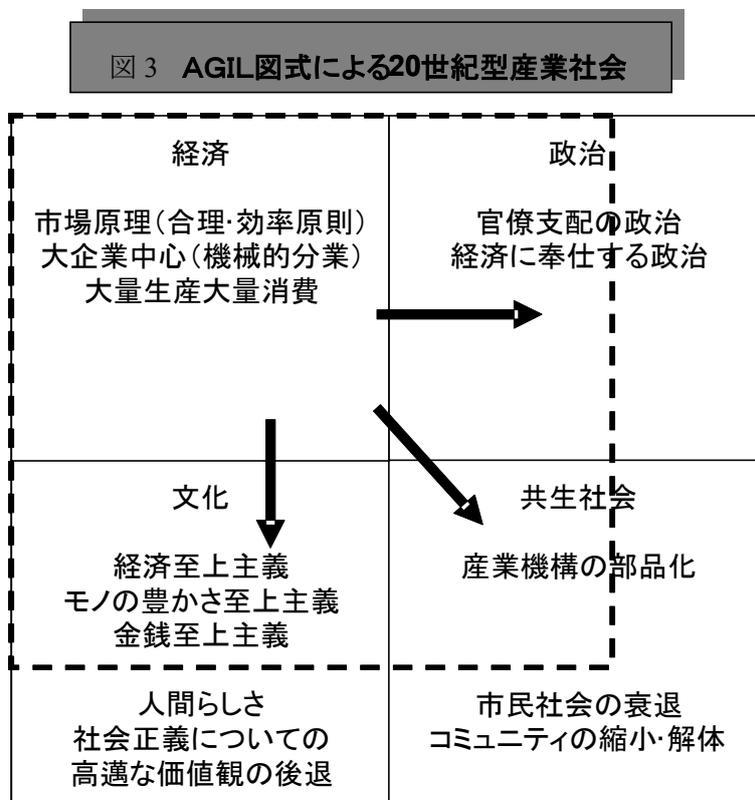
以上のことから、米国の非営利セクターは、コミュニティとの関係が強い、つまりトクビル的な意味でのアソシエーションとみなしうる非営利組織と、エリートによる支配という性格の強い非営利組織という、異なる2つの部分から構成されているといえよう。それゆえ、非営利組織を研究する際には、個々の非営利組織がコミュニティとどのような関係性を有しているのか、コミュニティのコントロールが組織のガバナンスにどのように具現されているのかという点について、考えなければならないといえよう。

4) 非営利組織の3類型

いわゆる「民主的エリート」によってコントロールされるエスタブリッシュされた非営利組織と、コミュニティによるコントロールを強く志向する「草の根の」非営利組織とは、「利潤の非分配制約」という点からは等しく非営利組織とみなされるものの、現代社会システムにおける両者の機能には明確な違いがある。従来の非営利組織論が稊然としない点を有していたのは、現代社会システムと非営利組織との関係性を所与のものとして、利潤非分配や非政府性のみで定義してきたところに問題の一端がある。そこで、本節のまとめに替えて、ここでは現代社会システム、すなわち高度な産業社会システムによって覆われた社会システムのなかで、それぞれの非営利組織がどのような位置を占めているのかを明らかにすることを通じて、本研究における非営利セクターのイメージを提示することにしたい。

図3は、現代社会システムをパーソンズのAGIL図式に依拠して説明しようとするものである。現代社会システムの特徴を一言で言えば、下位システムであるはずの経済システムが過剰なまでに肥大化して、政治システム、文化システム、そして共生社会システムを容許させていることである。つまり、経済の原理が社会の隅々にまで浸透することで、政治システムは経済に奉仕する官僚制的政治システムに、文化システムは「経済至上主義」や「金銭至上主義」を再生拡大するシステムに、そして社会統合の基盤に位置すべきコミュニティ=共生セクターは衰退し産業社会の部品へと変容してしまったわけである。20世紀は経済システムが突出した産業社会であり、それゆえに20世紀の社会病理は主として産業社会

の病理として理解されることになる（島田(2003年)）。



現代社会の課題，すなわち産業社会の病理を克服するためには，社会統合システムの基盤をなすコミュニティ＝共生社会を再生・拡大することで，経済システムの突出を抑制し，各社会システム間のバランスを回復しなければならないと主張されている（佐藤（2002），内橋（2001））。とくに，論者のひとりである佐藤は，問題解決の主たる担い手として，非営利組織やアソシエーションに期待を寄せている。これらの議論は，21世紀型社会を展望する上で，基本的に正しいものであると思われる。

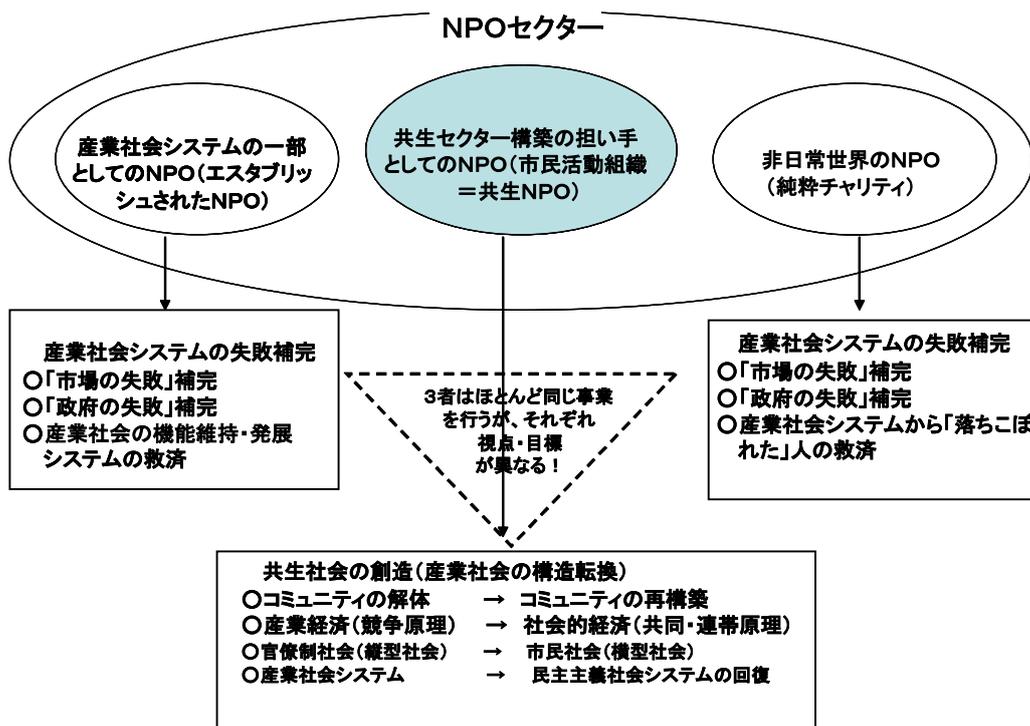
しかしながら，担い手として期待される非営利組織とは，具体的にはどのような組織を指すのだろうか。佐藤らが期待を寄せる非営利組織とは，エスタブリッシュされた非営利組織ではなく，コミュニティ志向の強い非営利組織であることは明らかである。なぜなら，エスタブリッシュされた非営利組織とは，20世紀型産業社会の重要な一契機として機能し，産業社会の失敗を補完することで，産業社会の維持・発展に寄与してきたからである。ドムホフやコルウェルがクローズアップした「民主的エリート」支配の非営利組織がこれに該当する。対して，リップナック&スタンプスがクローズアップしたような草の根の非営利組織は，20世紀型産業社会自身の構造転換を目指す存在である。前者が「縦型社会」の維持を図るとすれば，後者は「横型社会」への脱構築を目指している。前者がエリートによるコントロールを志向するとすれば，後者はコミュニティのコントロールを志向してい

るからである⁶。

さて、これまで論じてこなかったタイプの非営利組織が最後に残っている。伝統的なチャリティとしての非営利組織である。これらの非営利組織は、世俗的な見返りを何も要求しない、まさに「困っている人を救う」という普遍的な道徳的価値規範に基づいて行動する組織であり、一般の人々にとって最も理解しやすい非営利組織である。しかし、これらの非営利組織は、多くが宗教的な価値に依拠する一例えばキリスト教でいう神の福音—がゆえに、日常世界には属していない。そして世俗的でないがゆえに、その行動が社会システムの構造転換に及ぼす影響力は小さく、むしろ体制維持的であると評価されている⁷。

以上のように、非営利組織を現代社会システムとの関わりで分類すれば、「非分配拘束」と一括りにされてきた非営利組織の実像は、エスタブリッシュされた非営利組織、草の根の共生型非営利組織、そして非日常世界の非営利組織の3つの類型へと分類され明瞭に把握される。図4は、われわれが抱く非営利セクターのイメージを図式化したものである。

図4 非営利組織の3類型



⁶ わが国における非営利組織議論，とくに市民活動家レベルでの議論において，非営利組織を市民活動組織とみなす主張が根強いが，それは意識的であれ無意識であれ，コミュニティの共益をコミュニティ構成員自らの手でコントロールするための媒体として，非営利組織を位置づけているからであろう。

⁷ ただし，宗教系非営利組織や伝統的チャリティは，掲げるミッションの聖性・非世俗性ゆえに，外部環境次第で大きな社会的影響力を発揮することもある。Chaves (1998)参照。

3. 非営利組織と営利企業

非営利組織研究のいわば最初の難関は、非営利組織と営利企業（市場組織）は本当に異なるのか、という疑問である。非営利組織が文字どおり「非一営利組織」と否定形で表現されるように、この素朴な質問に対して回答することはそれほど単純ではない。非営利組織独自の特徴としてひろく主張されるのは、「非分配制約」なる独自の制約条件である。非分配制約が課せられる非営利組織では、発生した利潤を報酬として分配することができず、すべてを事業の拡大等のために費消せねばならない。つまり非営利組織に対しては、伝統的な利潤最大化モデルが適用できないわけである。

非営利組織に独自の行動モデルの構築とその検証については、非営利組織研究の第一人者バートン・ワイスブロットと、同じく非営利病院の第一人者マーク・シュレシンジャーの研究が理論的また実証的に優れている（Weisbrod (1998), Schlesinger (1998)）。そこで、彼らの所説をやや丁寧に取り上げるなかで、非営利組織と営利企業との違いについて考察をすすめたい。

ワイスブロットが強調することは、非分配制約という制約条件だけで組織行動を考察するのは誤りで、むしろ制約条件と目的関数との相互作用の結果として組織行動を把握せねばならないという基本視角である。事実、宗教的非営利組織と世俗的非営利組織とで有意の違いが検出されている。氏の結論は、非営利セクター内部でのサブ・モデルの構築を迫るとともに、非営利組織の形成に果たす宗教の役割についても考察を促すものである。しかし宗教的問題は一旦置いておいて、サブ・モデルについてもう少し考えてみよう。本章でワイスブロットは、自身がかつて提起した bonoficer model—仮に「慈善モデル」と訳す—の一般化を試みている。利潤を π 、社会的便益の提供を S とすると、両者はトレードオフの関係にあると考えられるから、組織の一般化目的関数は、

$$G = \alpha(\pi) + (1 - \alpha)S \quad (0 \leq \alpha \leq 1)$$

で表現され、

$\alpha = 1$ のとき、純粋な企業モデル

$\alpha = 0$ のとき、純粋な慈善モデル

となる。問題は、 $0 < \alpha < 1$ である中間ケースの考察である。ワイスブロット自身は、 π と S の偏導関数の符号から「強い慈善モデル」と「弱い慈善モデル」を区別しているが、これらは逆に「弱い企業モデル」「強い企業モデル」と言い換えられるのだから、営利企業と非営利組織の区別がかえって曖昧模糊としてくる。両極の中間に多様な亜種モデルが存在

し、そこでは営利企業と非営利組織の区別が程度の問題でしかない、ということになりはしまいか⁸。やはり、従来の経済学的視点での分析の弱点を克服できているようには思えない。

目的関数については他にも論点がいくつかあるが、しかしワイスブロットの議論で注目すべきは、むしろ制約条件に対する評価である。従来の通説、とくに経済学者の議論では、非分配制約が組織の効率性インセンティブを弱める点ばかりが強調されてきた。しかしワイスブロットによれば、非分配制約は、まさに利潤最大化を促さないがゆえに、社会的費用関数の考慮や低所得者に対する優先的分配をも促すのである。非分配制約は外部性や情報の非対称性が存在する場合にとりわけ大きな意義を有する。じつは先に紹介した「慈善モデル」では、その経済学的特徴として、情報劣位の消費者を公正に扱い、また支払能力に関わらず困窮者に生産物を分配する点が強調されている。実証分析上の困難はさておき、営利と非営利の区別を考える際には、非分配制約が社会に及ぼす影響の側面についても配慮をすべきである。あるいはまた、公共政策と関わって非分配制約の存在意義を考える場合にも手がかりを与える視点であろう。

次に、理論の実証分析への適用に関わって、シュレシンジャーの研究を紹介したい。シュレシンジャーによれば、これまでの非営利組織研究は理論と実証との乖離に悩まされてきたという。すなわち、理論的には営利-非営利間で組織行動上の違いが導かれるのに反して、実証研究では有意な差が見出されておらず、こうした乖離が生ずるのは、理論と実証モデルの双方に問題があるからだという。そこで氏は、外的制約が組織行動に及ぼす効果を慎重に検討することで、いかなるときに組織行動が収斂し、あるいは拡散するのかについて、慎重に検討をすすめる。そしてこの理論的作業を通じて、実証分析のための重回帰モデルが構築され、「非営利組織と営利企業に違いがあるのか」という冒頭の問題に対して一定の回答を与えている。

表4は、シュレシンジャーが収束ないし拡散の条件として提起する11の仮説を一覧表形式にまとめたものである。これらの仮説は、組織論研究の大御所W. パウエル提起した制度的同形化 (institutional isomorphism) の理論、すなわち組織行動と外部環境要因との総合作用モデルに依拠することで (Powell and DiMaggio, 1991) , 営利組織と非営利組織がとる組織行動が収斂する要因を同定しようとするものである。外部環境要因としては、市場競争のほかにも、専門職化の進展度合いや政府介入、また地域社会の圧力が注目される⁹。

そして、これら外部環境要因が組織行動に及ぼす影響を慎重に吟味した結果、営利組織

⁸ 先に示した非営利組織の3類型ごとに、目的関数も異なるように思われる。現代社会に対するスタンスの違いまでも考慮に入れると、社会的便益事態が同じSで表示できない可能性があるのではないだろうか。

⁹ 表4では保険者との競争が明示されていないが、これは市場競争の中に含まれていると考えられるべきであろう。

表4 外部環境要因と組織行動に関する仮説群

仮説1	外部要因は非営利組織と営利組織それぞれの行動に異なる影響を与える。とりわけ、規制者とコミュニティの利害関係とは、営利組織に対してよりも非営利組織の行動に対してより大きな影響を与える。
仮説2	専門職者が組織で働くとき、組織行動の非金銭的側面が専門職規範によって重視されない場合、専門職化は営利組織の行動と非営利組織の行動とを収斂させる。非金銭的側面が専門職者によってとても重視される場合、たいてい、専門職化は所有形態間での行動上の差異を一層拡大する。
仮説3	民間寄附が最小限でしかなく、サービス購入における政府の役割が大きいような産業では、非営利組織と営利企業との間の行動上の差異はより小さくなる。
仮説4	営利行動が標準となっている市場(例えば、営利企業が大規模に参入している市場)においては、非営利組織の行動は営利組織の行動により似たものとなる。また非営利行動が標準的である市場においては、逆のことが起こる。
仮説5	非営利のサービス提供者と営利のサービス提供者とは、競争に対して異なる反応をし、反対の方向に行動を変化させることもある。組織の剰余によって補助されるような活動については、競争は組織形態間での行動上の差異を小さくす
仮説6	競争が所有形態間における組織行動上の差異を縮小するとき、その縮小幅は、専門職が好むもので最も小さく、そうでないもので最大となる。
仮説7	専門職者が患者を集める主な要因であるならば、競争は、所有形態による行動上の差異を、専門職が好む活動の局面では拡大し、専門職の協力があまり得られない局面では縮小する可能性がある。
仮説8	政府の規制担当者はとりわけ説明責任の問題に関心を抱くが故に、彼らは成果のなかでも計量可能なものを好んで取り上げる。それゆえ規制担当者の影響力が強い市場においては、所有形態による行動上の差異は、組織行動における非金銭的側面のうち計量可能なもの(例えば、組織がサービスを提供する貧困者の数)により密接に関係している可能性がある。
仮説9	慈善家は、ある程度、功名心を動機としているため、彼らは組織行動のうちより具体的な形態を好む。そのため地域の利害に影響されやすい市場においては、非営利組織と営利組織との間の行動上の差異は、新たなサービスや建物といった、容易く観察されるようなもので際立つことになる。
仮説9A	地域の利害関係者によって、病院が提供するサービスの充実が促される。非営利組織の使命に対する正当性が、ある程度、これらの集団からの支持に依拠している以上、地域の利害関係者の力が強い地域においては、所有形態間におけるサービス構成の差異はより大きくなるであろう。
仮説10	専門職者が大きな影響を及ぼすところでは、所有形態間での行動差異は、革新的で技術的に高度なサービスの提供において最も明瞭になるだろう。
仮説10A	専門職者の影響力が比較的大きいところでは、所有形態による行動上の差異は、革新的かつ技術的に一流のサービスの提供や、民間保険加入患者の獲得努力においてより顕著なものとなるであろう。専門職者の影響力が大きくなればなるほど、慢性疾患患者へのサービスや公的扶助受給患者の治療において、
仮説11	政府購入機関の主要な関心は、政府が資金援助をしている顧客のアクセスを保障することであるから、購入機関の影響力が増大すればするほど、もっぱら当該機関の顧客を対象とするサービスの提供において非営利事業者の行動と営利事業者の行動とは益々似かよってくるであろう(仮説3参照)。

と非営利組織の組織行動の収斂のみを主張する通説に対して、条件によっては逆に営利と非営利との違いを拡大すること、また、営利が競争激化に対してより機敏に対応するのに対し、非営利は政府規制や地域社会からの圧力により強く左右されるといった違いを導き出している。これまでの理論の誤りは、外的要因が組織行動に及ぼす影響の強さとベクトルが、営利組織と非営利組織で同じとする暗黙の仮定に由来するわけである。

それでは、営利企業と非営利組織との違いは、組織内部のどこで見出すべきなのか。従来の議論では、営利組織では関係者に対する報酬が金銭的形態を取るのに対し、非営利組織では非金銭的形態を取る傾向にあると主張されてきた。しかし、非金銭的報酬が具体的にどのような形態をとるのかについては何も語ってこなかった。シュレシンジャーによる理論的考察の後半部分は、まさにこの点に向けられる。そして、結論的に言えば、非金銭的報酬の具体的な姿は外的要因の選好を強く反映するものであり、例えば、規制当局の圧力が強い地域においては、公的クライアント数を増やし、地域の寄附者層の圧力を受ける場合には、寄附者の「巨大建造物志向」(edifice complex)によって、壮麗なる建物や設備に重点がおかれるという。要するに、組織行動を実証的に比較する場合、立地環境の特性、とりわけ政府規制や地域社会との関係性を無視してはならないわけである。

他方でシュレシンジャーは、営利組織と非営利組織の組織行動に見られる収斂傾向に関しても、従来にない徹底的な検討を加えている。ここで注目すべきは、制度的同形化の一類型である「模倣的行動」(mimetic behavior)に対する評価である。模倣的行動とは、地域内での正当性確保を目的として、より正当で成功すると見込まれる他組織に自らを似せようとする組織行動のことである。ところで1980年代以降の病院産業においては、理論的予測とは逆に、圧倒的多数を占める非営利病院の側が新規参入した投資家所有病院を模倣する現象が観察された。ここからシュレシンジャーは、模倣的行動の動機をなす正当性の観念が偶然的なものに過ぎないことを導き出す。そして、わずか数パーセントにすぎない営利病院のシェア上昇が引き起こしたこの変動の背景に、コーポレート・アメリカを見出す。まったく氏の言う通り、「特定の産業部門で非営利という所有形態が支配的であったとしても、ずっと巨大な市場経済のなかでは、それらはただの飛び地にすぎない。だから非営利がもつ正当性など、脆いものにすぎない」(Schlesinger(1998), p.92)のである。組織行動の収斂傾向を論じるためには、単に特定の非営利産業部門を動態の相で捉えるだけでなく、それをとりまくアメリカ資本主義全体の動向をも押さねばならないのである。

シュレシンジャーの議論は、パウエルの制度論研究の成果である異質同型対応の概念を非営利組織分析に適用することで、今後の非営利組織研究に新たな手がかりを提供するものである。さらにまた、彼の仮説群が提起する論点は、非営利組織の政策論においても示唆するところが多いものと評価できる。外部環境要因の作用の問題は、公共政策にとって重要な意味を有しており、現代社会における非営利組織の役割を理解する上でも、重要な意味を持っているからである。例えば、非営利組織はその非営利性のゆえに外部からの監視がなくても責任ある行動を取るものと想定され、多くの政策立案者は、非営利組織を低コストで社会的に望ましい目標を達成するための手段とみなしている(Smith and Lipsky (1993))。しかし、シュレシンジャーの分析が示すところでは、所有形態は行動上の差異を生み出す潜在的な可能性に過ぎないのであり、それは適切な条件の下でのみ顕在化するものである。潜在的な可能性と顕在化した成果との区別がなされ、所有形態の効果を強めるように外部環境要因が整備されてゆくのならば、所有形態は社会にとって価値あるものとし

て活かされるであろう。反対に、外部諸要因がもたらす影響の度合いとベクトルを理解せず、所有形態の効果を弱めるような制度設計がなされるのであれば、非営利という所有形態は社会にとって利益をもたらすことはできないであろう。

営利－非営利という所有形態上の区別は、それ自体としては潜在的な区別をなすにすぎない。それゆえ、冒頭の質問に対しては、営利と非営利の具体的な違いは組織のミッションやその立地環境に依存すると答える他ないといえる。ただし、少なくとも潜在的には非営利組織はより多くのコミュニティ・サービスを提供する可能性を有しており、また、例えば精神病院や保育所の選択に際して、営利－非営利の区別が消費者にとって重要なシグナルとして機能しているという研究もある。情報の非対称性や外部経済が存在する場合には、所有形態は一定の役割を果たしているわけであり、「市場の失敗」に非営利組織の存在理由を求める経済学的理解の背景も、このあたりの事情に存するといえるだろう。

4. 非営利セクターと国家

次に、非営利セクターと国家との関係について考えたい。

非営利セクターと国家との関係をめぐっては、まずは両者の協働 (collaboration) を協調する議論が注目される。しかし協働モデルでは、いわゆるニュー・パブリック・マネジメントの方に重点がおかれ、民主主義理論との関わりは必ずしも明瞭ではない。とくにサラモンやアンハイアーの議論ではその傾向が強い (Salamon and Anheier (1998))。

民主主義論の立場からする国家と非営利組織の関係については、例えば、フランスにおける民主主義の発展プロセスに非営利組織を位置づけようとするウルマンの研究が注目される (Ullman(1998))。これは、国家に包摂されてしまった公共圏の一部または大部分を、市民的公共圏として市民の側に取り戻すという民主主義論であり、国家から市民社会への公共圏の返還論としてフランス社会党の周辺でも議論されている。しかしながら、公共圏の返還とその過程における非営利組織の役割を明らかにするためには、ハバーマス流の公共圏の捉え方を踏まえた非営利組織の位置づけの問題もふくめて、多くの問題が残されている。とくに、非分配制約と非政府性を軸に非営利組織を区分する方法では、アソシエーション的非営利組織＝共生型非営利組織と、それ以外の非営利組織との区別が曖昧になり、米国の非営利セクターの階層構造の箇所でも触れたように、非営利組織が政府や特定の利益集団による支配の道具なのか否かという議論に決着をつけることはできないだろう。

さらに、国家と市場と非営利組織との動的な関係が非営利組織の役割を考察するうえで不可欠だと主張するグレンビョルグの議論も注目される (Gronbjerg(1998))。彼女の議論でとくに注目されるのは、第一に、市場の失敗に対応して非営利組織が社会サービス提供を行うこと自身が市場の創出につながり、やがて営利企業との競争を誘発するという指摘である。そうした競争は、やがては非営利組織自身に対する営利化圧力をも生み出すの

である。そして第二に、非営利組織の国家との融合癒着、すなわち非営利組織の官僚制化と国家機構への取り込みという指摘である。非営利組織の官僚制化は、日本の公益法人や特殊法人の例を出すまでもなく、政府の失敗の一翼を非営利組織が担うという状況をも惹起しうるといえる。要するに、非営利組織はその活動を通じて国家や市場組織と多様な関係を持ち、その結果、非営利組織としての形式を保ちつつも、その実質を変化させる。それゆえ、市場の失敗や政府の失敗を補完もしくはそれらを代替するという通説的な非営利組織の機能は、決して固定的なものではなく、それらとの関係性の如何によって変化せざるをえないといえる。

国家と非営利組織の関係については、旧社会主義諸国における非営利組織の動向にも注意を払わなければならない。国家社会主義のもとでの非営利組織を扱う研究者たちの視点は、明らかに、非営利組織が民主主義の発展に寄与するか否かに向けられている。研究の結果は必ずしも一意的ではないが、そのもっとも悲観的なものは、非営利組織はカウンター・カルチャーにすぎないという説である（Anheier and Seibel (1998)）。東欧諸国における「革命」後の非営利組織の推移はその証左である。ここから導かれる視点は、非営利組織の機能や役割を概念化する場合、国家や市民社会の全体構造とは無関係に定義しえないということである。この点、伝統的な経済理論が定式化してきた非営利組織概念は、その有効範囲がきわめて限定されることとなる。

また、この視点に立つならば、欧米の福祉国家の収斂論を唱えるサラモンらの議論はきわめて不十分なものといわざるを得ない（Salamon and Anheier (1998)）。確かに、福祉サービスの提供という点からのみ見れば、西ヨーロッパの現状は、まさにサラモン等が主張するように、政府による一元的サービス提供から、市民によるアソシエーションの力を生かした非営利-政府パートナーシップへと移行しつつある。その限りでは、西ヨーロッパ諸国の福祉サービス提供は米国のそれに収斂しつつあると言えよう。しかしながら、先のウルマンに従えば、西ヨーロッパではアソシエーションに結集される市民の力で、政府が独占してきた公共圏を市民が奪還するというベクトルを持っているのに対して、米国においては、きわめて貧弱な福祉国家体制の下で、新たな公共的ニーズを市民自身がアソシエーション的非営利活動を通じて実現しようとする運動があり、そこに連邦政府が補助金交付を通じて非営利の失敗（サービスの過少供給）を回避しつつ、連邦政府権限の拡大をも図ってきた経緯がある。社会民主主義や社会主義の思想的影響のもとで培われた連帯や協同を基礎に、シビルミニマムを維持するとの規範が市民社会レベルで定着している西ヨーロッパ諸国を米国と同一視するのは問題が多いといわざるを得ない¹⁰。サラモン等の主張する「福祉国家の収斂」論を立証するためには、結果として米欧両者の福祉サービス供給システムが近似のものになっているというだけでなく、米国の非営利組織が福祉サービスの供給において「政府の失敗」に対応するベクトルを今日持っているのかどうか

¹⁰ 米国における非営利組織と連邦政府の協働は、相互補完的なパートナーシップなのか、それとも連邦政府による市民の力の「刈り取り」と見るべきか。興味深い論点である。

を明らかにする必要がある。

以上まとめると、非営利組織とは何かを明らかにしようとするれば、政府・非営利組織・市場組織の関係性を視野に入れ、かつその関係性のダイナミズムを視野に入れながら、非営利組織自体を動的に考察することが必要だということである。おそらく、このようなダイナミズムの検証を通じて非営利組織の機能を明らかにしようとするれば、個々の非営利組織ならびに各国別の非営利セクターの歴史分析が必要となるに違いない。

5. 非営利組織と民主主義

多くの非営利組織論では、「市民的民主主義」を実現する機能を非営利組織の自明の本質であると規定している¹¹。それゆえこの問題を再検討することは、非営利組織論にとって最も深刻かつ本質的な考察に他ならない。この論点をめぐっては、ジェンダー、社会運動支援の財団活動、国際援助における非政府組織（Non Governmental Organizations; NGO）など、様々な領域で研究が積み重ねられている。なかでも財団の活動は、民主主義に貢献するものなのか、それとも支配の道具なのかをめぐって、激論が交わされた歴史を有する。

民主主義の実現に関するテーマは、自ずと非営利組織の機能の本質が何であるのかを明らかにする問題領域の一つを構成している。この点について、重要な仮説を提起するブラウンの所説に注目しよう（Brown (1998)）。ブラウンは、非営利組織のソーシャル・キャピタル形成への貢献を主張する。ここでいうソーシャル・キャピタルとは、政治学者パットナムのいう「個人間の自発的な協同を促進する制度の編成、すなわち社会的信頼、互惠と寛容の規範、インフォーマルな連合体のネットワークにかかわるもの」と定義される。つまりソーシャル・キャピタルとは、協働的問題解決のための基盤として機能するものであり、その水準が高いほど協働的に問題が解決され、低いほどホップスの競争に解決が委ねられることとなる。ブラウンは、過度な一般化は避けるべきであると断りつつも、非営利組織がソーシャル・キャピタルの強化を促すのであれば、持続的な政治的、経済的、社会的改革に寄与しうると述べる。

それでは、非営利組織はいかなる機能を果たすことでソーシャル・キャピタルの形成に貢献し、市民的民主主義を発展させるのか。非営利組織は、社会問題に関する協働的解決努力の4つの段階のそれぞれにおいて異なる利害関係者—しかも権力格差を有する—を橋

¹¹ 果たして「自明の本質」であるか否かが、じつは非営利組織論の最大の争点である。従来の議論の歯切れの悪さは、本文でも述べたように、非営利組織を「非分配制約」と「非政府性」という二つの軸で他の諸組織と区別する方法に起因していると思われる。「住民によるコントロール」軸——コミュニティ軸——を加えると、非営利組織の中のアソシエーションや、共益団体として排除される協同組織の「市民的民主主義」にとっての意義が際立ってくるのであり、従来の非営利組織論の「市民的民主主義論」に対する曖昧さや狭さを克服できるのではないだろうか。

渡しする「架橋組織」として機能することで、ソーシャル・キャピタルの形成に貢献し、市民的民主主義の発展に寄与するとされる。4つの段階とは、(1)当事者を集合させること、(2)問題を組み立てること、(3)行動の方向性を設定すること、(4)問題解決を実施することである。ブラウンは、非営利組織がソーシャル・キャピタルの形成に貢献するプロセスを、途上国開発を支援する非政府組織の事例に依拠しつつ、次のように描き出している。

- ① 各当事者と個別に協力することで、より強い権力やより多くの資源を有する当事者その他の当事者を関係させる準備をする。問題に対するイノベーティブな解決策の先行的試行を通じて代替的解決策や主体についての信頼性を確立する。過去に確立された評価や信頼性に依拠して協同する事が難しい当事者の参加を獲得する。これらのことを通じて権力や資源における不平等を乗り越えて諸当事者を集める。(Brown(1998), p232.)
- ② 当事者（特に、強い権力をもつ当事者）が問題、その原因、および当事者相互の利害を認識することを支援する。当事者が問題解決に適切に利用可能な資源を認識することを支援する。こうした情報交換の促進によって権力の不平等によってもたらされるコミュニケーションの壁を克服して、非営利組織は全ての当事者の利害や関心を尊重することのできる問題の定義や再定義（構成および再構成）を達成して不平等な諸主体を橋渡しする（*ibid.*, p.233）。

すなわち、異なる主体の間でより抽象的な価値や展望の共有を創出する。そして、

- ③ 代替的な行動の確認と評価の促進。協同の利益を実現するために諸当事者の資源を利用する計画の展開。協同と相互的影響を可能にする基本ルールの設定と実施。表面化する当事者間の利害や考え方の対立について交渉、仲裁する。これらを通じて共有されたより抽象的な価値や展望を実現する具体的行動指針を生み出す。（*ibid.*, p.234）
- ④ プログラム業務を遂行する能力を確認し構築する。諸当事者の特定資源を用いるように実施過程を組織し、管理する。プログラムの実施過程に関与する支持者の拡大。プログラムの遂行の結果をアセスメントして、結果から生じる当事者および関係者間の緊張関係や対立を調整する。これらのことを通じて協働的問題解決を一層促進するように不平等な当事者間を架橋する。（*ibid.*, p.235）

非営利組織は、権力や分野の異なるさまざまな当事者をネットワークングして価値と展望の共有を生みだし、かつそれを実現する協働的問題解決努力を実践に移すというのである。そして、このような活動は、単に特定の社会問題の協働的解決にとどまらない成果を社会にもたらすのである。

さらに、

- ⑤ 権力や分野の違いを越えた協同問題の解決は、貧しい人々による政府プログラムの利用拡大、NGOや草の根グループによる成功したイノベーションの拡大や反復実施、協同的努力を通じてのみ利用可能となる新しい資源の創造または認識を促進する (*ibid.*, p.237)。

すなわち、非営利組織を中心とした協働的問題解決のプロセスは、単に個別社会問題の解決のプロセスにとどまらず、解決が困難な諸社会問題を民主主義的に解決していくノウハウを社会的に蓄積する一種の学習プロセスとして機能するということであろう。そして、この学習は社会問題解決を支援する制度的変化、すなわちソーシャル・キャピタルの構築へと帰結するというのだ。

- ⑥ 問題解決のための地方組織やその能力を強化する。当事者の目標を実現する能力を高める。将来の協力のための態度および制度的基盤を創造する。協同の努力を支援する外部の資源を引きつける。このことによって社会資本を増大させる。 (*ibid.*, p.239)

権力や部門の違いを越える協同は、「行動的試みが問題解決イノベーションとして成功するのに応じて、特定問題への直接的な影響を越える重要性をもつ組織的および制度的変化の温床となる」 (*ibid.*, p.239) ことを通じて社会資本を増大させるのである。

ブラウンは、彼自身の事例によるだけでなく、アメリカの財団による社会運動支援の分析 (Jenkins(1998)) や非政府組織による途上国支援の事例分析 (Smith(1998)) によっても、この仮説が支持されることを強調する。

ジェンキンスの論文では、プライベート財団によるスポンサーシップが民主主義に果たす貢献について限定的な評価を下している。すなわち、財団のスポンサーシップの評価は、民主主義や公共善についての概念に左右される。参加への障害を除去し、社会的利害の公式的代表を確保することを中心的評価項目とみなすなら、社会運動へのフィランソロピーは顕著な成功をおさめたと評価しうるが、直接的な参加あるいは記述的・実体的平等をもって試金石となすならば、社会運動へのフィランソロピーは非常に限定された成果しかあげていないと評価せざるを得ない。ジェンキンスは、財団のスポンサーシップに対して、このように中立的な論評を下し、最終的にアメリカ政治の改良を継続的に促すと結論づけている。ブラウンは、この結論の前者の部分をソーシャル・キャピタルを形成する「社会的エンパワメント」への貢献として、高く評価しているのである。この意味でジェンキンスもまた、「貢献か支配か」という観点からすれば、限定的ながらも貢献という結論を導き出したことになる。しかしながら、これに加えて住民によるコントロールという軸を設定するならば、プライベート財団が公共の利益に貢献するとは言えても、市民的民主主義を担う主体としての非営利組織であると言うのは困難であるし、自ら共生社会の担い手と

なることはないように思える。つまり、プライベート財団は、まずは 20 世紀型産業社会の一部として機能するのであり、21 世紀型共生社会の構築に貢献するとすれば、それは外部環境要因によってそうなるのではないだろうかということである。プライベート財団は民主主義の発展に寄与したとも支配の道具だったとも言えないというジェンキンスの結論は、恐らくは外部環境要因によって組織行動が左右される非営利組織の実情を反映したのである。

さらに、非政府組織による途上国開発を扱ったスミスの論文では、悲観的でもあり示唆的でもある結論が導き出されている。スミスは、非政府組織が地域のエンパワメントを促進していることを指摘しつつも、一国レベルでは逆説的に、エンパワメントが非営利組織の存続を脅かす結果になると主張する。というのも、途上国の非営利組織がエンパワメントされればされるほど、政府の資金に依存し、政府のもとに取り込まれる傾向があること、また、エンパワメントが途上国の権威主義的な政府の警戒心を強めて、そのような政府が途上国非営利組織の活動を制限する可能性が強まるためである。いずれにせよ、とくに政治の領域においては、非営利組織がその能力を発揮しうる範囲やレベルが未知であることが明らかにされたといえるが、ブラウンは地域のエンパワメントの促進を「社会的エンパワメント」への貢献の証として、スミスの分析もまた、自らの仮説を支持するものと評価しているのである。

しかしながら、ブラウン自身が指摘するように、過度にこの仮説を一般化することはできない。非営利組織の活動が不平等な多くの主体の参加を促すとしても、それが即時的に実質的な平等を実現するものでないことはスミスも明らかにしているところだからである。非営利組織や途上国支援の非政府組織による多様な主体の問題解決への参加の促進は、じつは支配的価値への社会統合、ハバーマス流に言えば普遍化された特殊主義の実現にすぎないのかもしれない。

非営利組織と民主主義の問題をめぐるハバーマスの注意に注目する議論として、ロバートソンの論文が注目される (Robertson(1998))。ロバートソンは、YWCA における人種問題を対象に、非営利組織内部における異なる価値の競合、すなわち白人女性の解放と黒人女性の解放とが、どのように表出したかを分析する。そこから判明したことは、まず、非営利組織が組織として価値を表出するのは、それがひとつの価値によって担われているからではないと言う事実である。表出された価値はひとつの支配的な価値にすぎない。通説では、非営利組織は普遍的価値を担うとされているが、その場合の「普遍的」とは単に「支配的」な価値にすぎないかも知れないわけである。ロバートソンが YWCA に代表される女性解放運動に下した評価は必ずしも楽天的なものではない。ロバートソンは YWCA における女性解放の歴史的検証を通じて、それが黒人女性の解放を普遍的な女性解放問題に位置づけて総合的に扱った唯一の運動として高く評価する一方、その解放は、黒人女性の白人女性化という側面を免れないことをも指摘するのである。ここで明らかなように、非営利組織が掲げる価値をめぐって、それをハバーマス流の「普遍化された特殊主義」の文脈で

とらえるべきなのか、それとも自己改革のポテンシャルを内在する公共的コミュニケーションのプロセスと理解すべきであるのかが、鋭く問われている。

以上、非営利組織は支配の道具が民主主義の担い手かという問題を考察してきたが、この問題を解明する上で最も注目すべきは、やはりブラウン-パットナム流のソーシャル・キャピタルの形成に貢献する非営利組織という捉え方であろう。ソーシャル・キャピタルが信頼や規範といった社会関係からなる概念である以上、非営利組織自身もまた、ある特定の社会関係を形成する役割を担わされることになる。こうした関係は、これまでの民主主義理論ではどう描かれてきたのか。そしてまた、非営利組織はどのような社会基盤の上でそうした関係を構築しうるのか。どのような組織コントロールを行う非営利組織が貢献しうるのか。これらの諸点が改めて問い直されねばならないといえるだろう。

まとめ

本章では、主としてパウエルら制度学派組織論の研究成果に依拠しつつ、非営利組織論の到達点を確認してきた。そこから得られた結論は、非営利組織論を構築するには、いまだ多くの論点が未解決のまま残されているということである。無論、我々もまた論点の解明に至ってはいない。しかし、さしあたりは、次のことは言えるのではないだろうか。

多くの非営利組織論が前提としている仮定、すなわち非営利組織でありさえすれば民主主義の発展に寄与するという暗黙の前提は、破棄されねばならない。すべての非営利組織が民主主義の担い手として機能するのではなく、我々が提起したような共生型の非営利組織こそが、市民的民主主義の担い手であるということである。今後の研究においては、非営利組織の3類型がそれぞれ果たしている社会的機能をさらに詳細にかつ実証的に明らかにする必要があるだろう。その際、シュレジンジャーの提起した研究方法が大きな役割を果たすことは間違いない。

紹介してきた議論のなかでは、ブラウンの仮説が最も魅力的である。ブラウンの説が正しいとすれば、市場組織と非営利組織の違いは結果としての財・サービスの供給の違いと言うより、活動が前提とする原理の違いによって明快に区別されることになるからである。また、非営利組織と政府との協働についても、単なるニュー・パブリック・マネジメントの手段としてではなく、市民的民主主義によってコントロールされた公共財の供給者という新たな政府の姿が浮かびあがってこよう。

ただし、ブラウンの仮説は更なる前提の解明を必要としているように思われる。おそらく、この主張が成立するためには、すべての非営利組織が普遍的な価値を形成するものだという強い前提をおかねばならない。しかし非営利組織は、ロバートソンが指摘したように、普遍的な価値の表出と支配的な価値の表出という両面を持ち合わせているように思われる。それでは、非営利組織が普遍的価値の表質または支配的価値の表出を担う条件とは

何なのだろうか。この点は個々の非営利組織におけるガバナンスと民主主義の問題にゆだねられていると言える。そして、本章の随所で繰り返し述べてきたように、これらの問題に答えようとする場合に、非営利組織とコミュニティとの関係性、特にコミュニティに暮らす住民のコントロールという論点が決定的に重要なのではないだろうか。

今回の現地調査の眼目の一つは、シュレジンジャーが提起する外部要因の影響を非営利病院と営利病院の視察を通じて実地に検証することであった。調査によって得られた結論は、政府による規制や専門職者などといった外部環境要因の中でも、とくにコミュニティが組織行動及ぼす影響が極めて大きいということである。むしろ、非営利病院にとってコミュニティという外部環境要因は、組織の内部要因として理解した方がよいのかもしれない。たしかに営利病院にとっては、コミュニティは外部要因である。訪問先の営利病院の経営者は、「コミュニティ・ベネフィット、例えば慈善医療の提供は、マーケティングとしての意味を持つ」と発言していた。しかし、非営利病院では事情が全く異なる。非営利病院にとってのコミュニティは、連邦税法にも規定されているとおり、単にサービス提供の対象や正当性を得る対象ではなく、病院をコントロールする一つの主体と見なされているし、そのように扱われているのである。ここから我々は、非営利組織と営利組織を区別する明瞭な定義を得るための研究視角として次のような一つの仮説を導き出せるかもしれない¹²。

これまでの非営利組織研究は、非営利組織と営利組織を区別する座標軸として「非分配制約」を最も重視してきた。また、非営利組織と政府機関を区分するために非政府性という座標軸を重視してきた。基本的にこの二つの軸によって全ての組織を分類することによって非営利組織を定義しようとしてきたわけである。しかし、このことが非営利組織定義に様々な曖昧さをもたらしていたのではないだろうか。我々は、今回の調査を通じて、いまひとつの軸が必要だと主張したい。すなわち、コミュニティと組織との関係性、換言すれば住民あるいはコミュニティによるコントロール軸である。この新たな軸を含めて3次元の空間に諸組織を分類するならば、社会的機能を踏まえた非営利組織の定義が見えてくるような気がする。

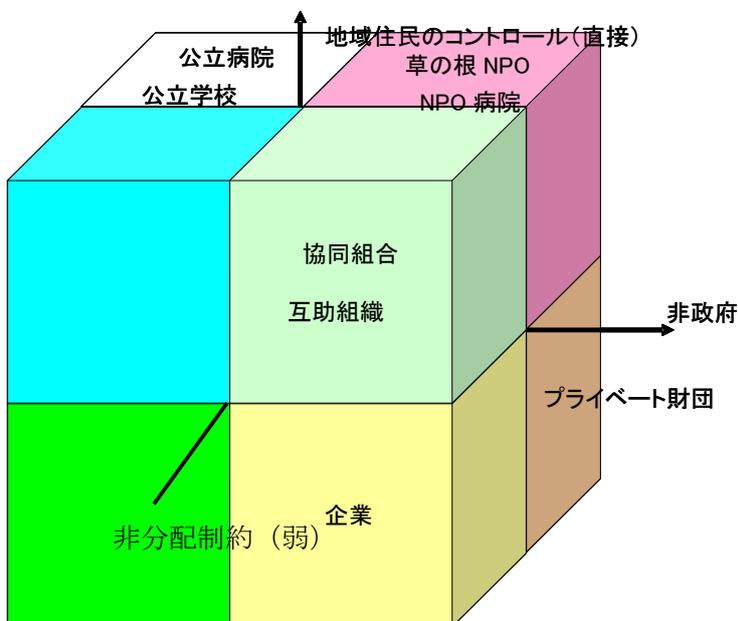
図5は、3つの軸で組織を区分する場合の模式図である。この図によれば、組織行動原理ごとに組織の分類が可能である。例えば、アソシエーション＝共生型非営利組織とプライベート財団のようなエスタブリッシュされた非営利組織の区分も可能であるし、協同組合や各種互助組織といった共益団体も同時に取り扱えるようになる。また、シュレジンジャーの分析も、非営利組織の3類型ごとに異なる結果を導き出す可能性がある。

これまで、経済学の非営利研究は、非分配制約のみを基準とし、非営利組織を全て同質のものと想定して、他の諸組織との行動上の差異を分析してきた。しかし、非営利組織といっても社会システムのどこに立脚しているかによってその行動原理は異なるのであり、

¹² もちろん、非営利病院が理念として住民のコントロールを尊重しようとしていることと、それを実現していることとは別である。非営利病院が、実際に住民のコントロールを実現しているか否かは今後の検証に委ねなければならない。

同じ外部環境要因が作用したとしてもその結果は異なるのではないだろうか。ある意味で、これまでの経済学的非営利組織研究には、産業社会システムを前提に非営利の行動分析を行うという限界があったし、シュレジンジャーもその限界から自由ではないといえよう。無論、共生型非営利組織といえども産業社会の原理から自由ではなく、それ自体を外部環境要因としてそれから強い影響を受けているだろう。そのことが、共生型非営利組織の行動にどのような影響を及ぼすのかは、これからの精査しなければならない課題である。

図5 3次元組織分類



参考文献

- Anheier, Helmut K. and Wolfgang Seibel (1998) “The Nonprofit Sector and the Transformation of Societies: A Comparative Analysis of East Germany, Poland, and Hungary”, in W.W. Powell and E.S. Clemens eds., *Private Action and the Public Good*.
- Brown, David L. (1998) “Creating Social Capital: Nongovernmental Development Organizations and Intersectoral Problem Solving”, in W.W. Powell and E.S. Clemens eds., *Private Action and the Public Good*.
- Chaves, Mark (1998) “The Religious Ethic and the Spirit of Nonprofit”, in W.W. Powell and E.S. Clemens eds., *Private Action and the Public Good*.
- Colwell, Mary Anna Culleton (1993) *Private Foundations and Public Policy: The Political Role of Philanthropy*, Garland.
- Colwell, Mary Anna Culleton (1980) *Philanthropic Foundations and Public Policy: The Role of Foundations*, Ph.D.Diss, University of California, Berkeley.
- Domhoff, G. William and Thomas R. Dye (1987) *Power Elites and Organizations*, SAGE.
- Domhoff, G. William (1975) “Social Club, Policy-Planning Groups, and Corporations: A Network Study of Ruling-Class Cohesiveness,” *Insurgent Sociologist Vol.5 No.3*.
- Domhoff, G. William (1974) “State and Ruling Class in Corporate America,” *Insurgent Sociologist Vol.4 No.3*.
- Giddens, Anthony (1998) *The Third Way: The Renewal of Social Democracy*, Polity Press. (佐和隆光訳 (1999) 『第三の道—効率と公正の新たな同盟』日本経済新聞社。)
- Gronbjerg, Kristen A. (1998) “Markets, Politics, and Charity: Nonprofits in the Political Economy”, in Powell & Clemens eds., *Private Action and the Public Good*.
- Hansman, Henry (1987) Economic theories of Nonprofit Organization, in Powell Walter W. ed., *The Nonprofit Sector: A Research handbook*, Yale UP.
- Hodgkinson, A. Virginia., Murray S. Weitzman, S.M. Hoga, H.A. Gorski (1993) *A Portrait of the Independent Sector: The Activities and Finances of Charitable Organizations*, Independent Sector.
- Hodgkinson, A. Virginia, et al. (1992) *Nonprofit Almanac 1992-1993: Dimensions of the Independent sector*, Jossey-Bass Publishers.
- James, Estell and Susan Rose-Ackerman (1986) *The Nonprofit Enterprise in Market Economies*, Harwood Academic publisher (田中敬文訳 (1993) 『非営利団体の経済分析』多賀出版。)
- Jenkins, J. Graig (1998) “Channeling Social Project: Foundation Patronage of Contemporary Social Movements”, in Powell & Clemens eds., *Private Action and the Public Good*.
- Lipnack, J. and J. Stamps (1982) *The first Report and Directory: Networking*, Doubleday & Company (正村公宏監修・社会開発統計研究所訳 (1984) 『ネットワークング——ヨコ型情報社会への潮流』プレジデント社。)
- Nagai, Althea K., Robert Lerner, and Stanley Rothman (1994) *Giving for Social Change:*

- Foundations, Public Policy, and the American Political Agenda*, Greenwood Publishing Group Inc.
- Nielsen, Waldemar A. (1979) *The Endangered Sector*, Columbia University Press.
- Nielsen, Waldemar A. (1973) *The Big Foundations*, Columbia University Press (林雄二郎訳 (1984) 『アメリカの大型財団』河出書房。)
- Powell, Walter W and Paul J. DiMaggio ed. (1991) *The New Institutionalism in Organization Analysis*, University of Chicago press.
- Powell, Walter W. and Elisabeth S. Clemens ed. (1998) *Private Action and the Public Good*, Yale UP.
- Robertson, Nancy Marie (1998) “Kindness or Justice ? Women’s Associations and the Politics of Race and History”, in Powell & Clemens eds., *Private Action and the Public Good*.
- Salamon, Lester M. and Helmunt K. Anheier (1998) “The Third Route: Government-Nonprofit Collaboration in Germany and the United States”, in Powell & Clemens eds., *Private Action and the Public Good*.
- Salamon, Lester M. (1997) *Holding the Center*, The Foundation Center.
- Salamon, Lester M. and Helmunt K. Anheier (1997) *Defining the nonprofit Sector: A cross-national analysis*, Manchester UP.
- Salamon, Lester M. and Helmunt K. Anheier (1996) *The Emerging Nonprofit Sector*, Manchester UP.
- Salamon, Lester M. (1995) *Partners in Public Service: Government-Nonprofit Relations in the Modern Welfare State*, Baltimore and London: John Hopkins University Press.
- Salamon, L.M. (1993) *America’s Nonprofit Sector*. The Foundation Center (入山映訳 (1994) 『米国の「非営利セクター」入門』ダイヤモンド社。)
- Salamon, Lester M. (1981) “Rethinking Public Management: Third-Party Government and the Changing Tools of Government Action.” *Public Policy* 29, pp.255-275.
- Schlesinger, Mark (1998) “Mismeasuring the Consequences of Ownership”, in Powell & Clemens eds., *Private Action and the Public Good*.
- Smith, Brian H. (1998) “Nonprofit Organizations in International Development: Agents of Empowerment or Preservers of Stability ?”, in Powell & Clemens eds., *Private Action and the Public Good*.
- Ullman, Claire F. (1998) “Partners in Reform: Nonprofit Organizations and the Welfare State in France”, in Powell & Clemens eds., *Private Action and the Public Good*.
- Weisbrod, Burton A. (1998) “Institutional Form and Organizational Behavior”, in Powell & Clemens eds., *Private Action and the Public Good*.
- Weisbrod, Burton A. (1991) *The Nonprofit Economy*, Harvard University Press.
- 石村耕治 (1991) 『日米の公益法人課税の構造』成文堂。

- 伊藤裕夫（1997）「NPOの実態と期待の狭間」『都市問題』Vol.88 No.4。
- 内橋克人（2001）「インタビュー—私たちはどのような危機の中にいるのか」『世界』第683号，94—101頁。
- 小野佐和子（1993）「アメリカのオープンスペース計画におけるNPO（民間非営利組織）の役割」『造園雑誌』第56巻第5号。
- 柏木宏（1992）『アメリカのNPOシステム』日本太平洋ネットワーク。
- 佐藤慶幸（2002）『NPOと市民社会—アソシエーション論の可能性』有斐閣。
- 佐藤慶幸（1994）『アソシエーションの社会学』早稲田大学出版部。
- 島田恒（2003）『非営利組織研究』文眞堂。
- 鈴木健一（1992）「グラスルーツのインフラ整備の視点—米国のNPO制度を中心として」『企業市民』第2号。
- 塚本一郎（2004）「非営利組織の経済・政治理論」（塚本一郎・古川俊一・雨宮孝子編著『NPOと新しい社会デザイン』同文館出版）。
- 橋本徹，古田清司，本間正明編（1986）『公益法人の活動と税制—日本とアメリカの財団・社团』清文社。

第2章 アメリカ医療事情断章 ——医療保険市場における選択と規制——

青木 郁夫 (阪南大学経済学部)

はじめに

先進資本主義諸国の医療保障制度を類型化した場合、イギリス・北欧諸国・イタリアのような NHS (National Health Service) 型、ドイツ・フランス・日本などのような社会保険型、そしてアメリカのような市場主義型にわけることができる。

市場主義型のアメリカにおいては、公的医療保障制度がその給付対象を年齢や所得などによって限定しており、給付対象となっていない65歳未満の人々のほとんどは医療保険市場に依存せざるをえない。医療保険市場においてはさまざまな主体が活動しており、消費者はその経済力と「選好」にもとづいて保険商品を需要し、購入している。経済力と「選好」如何によっては、医療保険を有さない人々が存在することになる。かつて、この問題を扱った報告書の題名にあったように、「the have and the have-not」、すなわち、「持つ者と持たざるもの」との問題、とりわけ医療保険を有さない無保険者問題が生ずる。人々の医療や健康を保障するという点から無保険者問題は極めて重要な政策課題として存在しつづけており、さまざまな政策が実施されてもいるが、それは「市場主義」を前提とするかぎり解決困難である。

医療保険を「持つ者」の場合の場合はどうであろうか？医療保険商品は、健康リスク、給付内容、保険料負担などによって多様なものが存在し、市場においては保険商品の供給者の側も、購入者の側も、それぞれがリスク選択・商品選択を行う。その結果として、医療保険市場は細分化され、モザイク構造とならざるをえない。人々の医療への均等なアクセスや利用を保障し、健康の格差を是正しようとする視点からは、(市場を前提とするのであれば)、その目的を実現する方向でこうした医療保険市場に対して「規制」を行う必要がある。「規制」は「ゲームのルール」を設定し、「競争条件を平準化」する意味を持つが、当然にも、それを実施するためには「コスト」がかかる。

このように、市場主義型医療保障は、人々の医療への均等なアクセスや利用を保障し、健康の格差を是正しようとする視点からは、無保険者問題や医療保険市場規制というアポリアを抱えざるをえない。かつて、クリントン政権は国民皆保険を支柱とした医療保障改革を掲げ、その実現を目指した。しかしながら、保険業界、医療関連産業界をはじめ、従業員への保健プランの提供を迫られる経済界からの反対によって、その目論見も費え去った。こうしたある意味ではラディカルな改革が提起され続けているが、連邦および州が現実にとっている政策は「部分的」で「増分主義的」なものだとされている。「市場主義」を前提とした「増分主義的」政策は、人々の均等な医療へのアクセスや利用、健康是正という課題にとってどの程度有効なのであるだろうか？

以上のようにアメリカ医療を描く課題を与えられているが、連邦国家であるアメリカにおいては、医療保障をとりあげても、連邦レベルでの制度および政策と各州それぞれのレベルでの制度および政策には多様な違いが存在しており、「アメリカ医療保障」の全体像を描き出すは容易なことではない。また、ある州のそれを全面的に描くことさえ困難である。ここでなしうることは、医療保険市場の概況、とりわけ雇用関連の医療保険の概況を示すこと、市場において重視される「消費者主権」との関連で保険「選択」がどのようになされているかに考察すること、さまざまな政策意図をもってなされる保険「規制」と無保険者問題への対応策が保険「規制」にあたえる影響について言及することにすぎない。したがって、アメリカ医療の小切片を描くにすぎない断章である。

1 節 医療保険市場の構造

(1) 医療保障の全体構造

市場主義型医療保障の国アメリカにおいては、公的医療保障は限定的である。それは、65歳以上の高齢者と永続的な障害者を給付対象者とし、連邦政府が運営する医療保険メディケア（これによって「高齢者皆保険」に近い状態になっているが、尚数百万人の高齢無保険者が存在するとされている。CBO (2001)）と、貧困者を給付対象者とし、連邦政府から資金の50%以上の補助を受け、州政府が運営する医療扶助メディケイドが中心である。連邦制のもとでは、州はメディケイドを運営するにあたって、制度の基本的構造については連邦法に準拠しつつも、それぞれ独自の制度設計をし、運営をしている。

こうした公的医療保障の対象とならない64歳未満の人々は、雇用関連の医療保険を含め、各自の経済力と判断（「選好」）にもとづいて、医療費の支弁方法を用意しなければならない。センサス局（Census Bureau (2003)）の統計によれば、2003年において、国民の68.5%、1億9,787万人は民間医療保険（そのうち、雇用関連医療保険は60.4%、1億7,402万人、個人健康保険9.2%、2,647万人）に加入している。その一方で、15.6%、4,496万人は無保険者である（表1参照）。

表1 健康保険加入状況，2003年（%）

	総人口	民間・政府健康保険被保険者								無保険者
		総数	民間健康保険			政府健康保険				
			総数	雇用 関連	個人	総数	メディ ケア	メディ ケイド	軍	
比率	100.0	84.4	68.6	60.4	9.2	26.6	12.4	13.7	3.5	15.6

出所) U.S. Census Bureau (2003), p.53 より作成。

（２）医療保険市場の構造

医療保険は、傷病の発生という生活上の事故とそれにもなう一時的かつ大量の経済的資源支出というリスクに備えるために、できるだけ大きなリスク・プールを作ることによりリスク分散を行おうとするものである。傷病発生の不確実性も、医療行為の効果や予後の不確実性も、経済的資源支出量の不確実性も、大きな人口集団を形成することで、「確率的な確実性」に転換できることで、この保険という経済組織は成り立つ。したがって、「大数原理」が働く。

しかしながら、市場における医療保険商品は単一のものが存在するのではなく、対応する健康リスク、給付内容、保険料負担などによって多様なものが存在する。それは、市場における経済主体が自らの経済的利益を最大化しようとするためである。保険商品の供給者の側は、この商品の供給を通じて利潤を獲得するためには、健康リスクが低く、保険料負担能力が高い人々をできるだけ多く加入させようとする（クリーム・スキミングという——その結果、健康リスクが高く、保険料負担能力が低い人々が排除される）。保険商品の購入者の側も、みずからの経済的利益を最大化させようとして、保険料負担能力が低くても、健康リスクが高い人々はより望ましい給付がなされる保険に加入しようとする（逆選択——その結果、保険そのものが成り立たない）。それぞれがリスク選択・商品選択を行う。その結果として、医療保険市場は細分化され、モザイク構造とならざるをえないが、民間医療保険市場は、医療保険規制との関連で、3つの下位市場に区分される。それは、主に大企業を販売対象とする大規模団体保険市場、主に小企業を販売対象とする小規模団体保険市場、そして個人保険市場である（表2参照）。

医療保険市場が細分化され、供給者の経済行為・リスク選択行為が、健康リスクが高く、保険コスト負担能力の低い人々を排除する可能性がある場合には、人々の健康権を保障するために、医療への均等なアクセスや利用を保障し、健康の格差を是正しようとする視点からは、（市場を前提とするのであれば）、その目的を実現する方向でこうした医療保険市場に対して「規制」を行う必要がある。「規制」は「ゲームのルール」を設定し、「競争条件を平準化」する意味を持つが、当然にも、それを実施するためには「コスト」がかかる（保険規制については、後述）。

規制の特質も含め、医療保険市場の構造を極く簡単に概観しておこう。

表 2 医療保険市場区分の特徴

市場区分	定義	民間市場に占める比率	経済的特質	規制の特質
大規模な 団体保険	被保険者数 51 人以上の 団体保険	約 65%	<ul style="list-style-type: none"> ・ 統一性 ・ 規模の経済 ・ 補助 ・ 逆選択がない ・ 個別保険ではない ・ 団体間では経験料率の採用, 団体内では均一料率の採用 ・ 対保険料医療給付償還比率(b)は 85-95% ・ 保険選択肢が限られる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自己保険(a)に対する ERISA 法が優先的に適用される
小規模な 団体保険	被保険者数 50 人以下の 団体保険	25%	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大規模団体保険の小型版 ・ 対保険料医療給付償還率(b)は 75-85% ・ 保険選択肢が限られる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小規模団体保険改革法の適用 ・ 法定給付の適用 ・ マネジドケア保護規制の適用
個人保険	非団体保険	10%	<ul style="list-style-type: none"> ・ 非統一性 ・ 規模の経済性はない ・ 補助がない ・ 強い逆選択 ・ 広範囲にわたる健康保証条項 	特になし

			<ul style="list-style-type: none"> ・リスク保険料率 ・対保険料医療給付償還率^(b)は 60-75% ・全面的な選択 	
--	--	--	---	--

(a) 自己保険 (self-insured, または self-funded plan) とは、雇用主が加入者の医療費請求のコストに対する直接的な金融的責任を負う保険であり、典型的には、この自己保険プラン管理サービスを提供する第三者管理者あるいは保険者と契約する。なお、ERISA 法 (Employee Retirement Income Security Act) とは被雇用者退職所得保障法のこと。

(b) 対保険料医療給付償還率とは、支払い保険金を保険料収入で除した比率をいう。

出所) Hall, M.A. (2000), p.174.

i) 大企業を中心とする「大規模団体保険」市場

大規模団体保険は、保険規制上の定義では、51 人以上の人口集団を対象とする保険を指す。団体保険は職域および労働者の健康リスクがほぼ似た人口集団を対象に開発された保険であり、そのため、その対象集団に対しては均一の保険料率 (community rate という) を課すことが可能になる。大きな人口集団が形成され、かつ比較的簡素な保険数理計算に基づいて保険が構築され、その経営管理も容易になるなどの「規模の経済性」が働くとされる。その結果、拠出された保険料のうち、保険給付として償還される比率が高くなる (対保険料医療給付償還率)。アメリカの経験では、それは 85% から 95% に達する。

50 人以上の人口集団を対象とするということからは、小企業もここに含まれることになるが、この市場での主要な購入者は大企業である。大企業においては、後にみるように、複数の保健プランを労働者に提供し、その選択権を保障している。ただし、大企業の多くの場合には、自己保険 (表 2 の注 (a) 参照) を構築することによって、州によるさまざまな規制を回避し、連邦レベルでの ERISA (被雇用者退職所得保障法) 規制を選択することで、より大きな自由度を確保している。団体保険は雇用関連保険であり、その保険料は租税控除の対象となる。このことが、団体保険を発展させる要因のひとつである。租税控除の対象となることで tax expenditure (租税支出—減税分) が「隠れた補助金」の役割を果たしている。

大規模団体保険市場は、民間医療保険市場全体の 65% を占めている。

ii) 小零細企業を中心とする「小規模団体保険」市場

小規模団体保険は、保険規制の定義では、50 人以下の人口集団を対象とする保険を指す。この小集団だけでリスク・プールを形成し、1 保険を構成することはできないので、保険会社が販売する小企業向け団体保険を購入することになる。各小企業の職域および労働者の健康リスクには違いがあり、また、経済力にも違いがあることから、多様な保険商品が

開発され、販売される。この保険商品の売買に際して、供給者側、購入者側双方において、慎重なリスク選択、商品選択がなされる。そのため、医療保険商品ごとのリスク・プールの規模はいきおい小規模にならざるをえず、「規模の経済性」は働きにくくなる。このことが、小規模団体保険の対保険料医療給付償還率を75-85%と、大規模団体保険よりも低いものになっている。

小零細企業における雇用関連保健プラン提供率と小零細企業労働者の加入率を高めるために、購入しやすい保険商品が供給されるように保険料率や保険給付内容について規制をし、あるいは、その保険商品を購入する意思がある企業を拒否できない「保障保険発行」（または、オープン・エンロールメント）を法規制として求めることが行われている。市場と規制、つまり市場での競争およびリスク選択と、人々の健康権確保、均等な医療アクセス保障のための医療保険市場規制との悩ましい問題が、とりわけ小規模団体保険市場には存在している。ここには無保険者問題が絡み、複雑な問題状況をつくりだされている。

小規模団体市場は、民間医療保険市場全体の25%を占めている。

iii) 個人保険市場

個人保険は、企業のような団体を対象として販売されるのではなく、個人を対象に販売される医療保険を指す。この個人保険市場においては、まさに各個人のリスク選択と経済力そして選好にしたがって保険商品選択がなされ、もっとも競争的な市場である。保険構築およびその運営管理に多くのコストを要することから、対保険料医療給付償還率も60-75%と相対的に低くなっている。

個人保険市場は、民間医療保険市場全体の10%を占めるにすぎない。

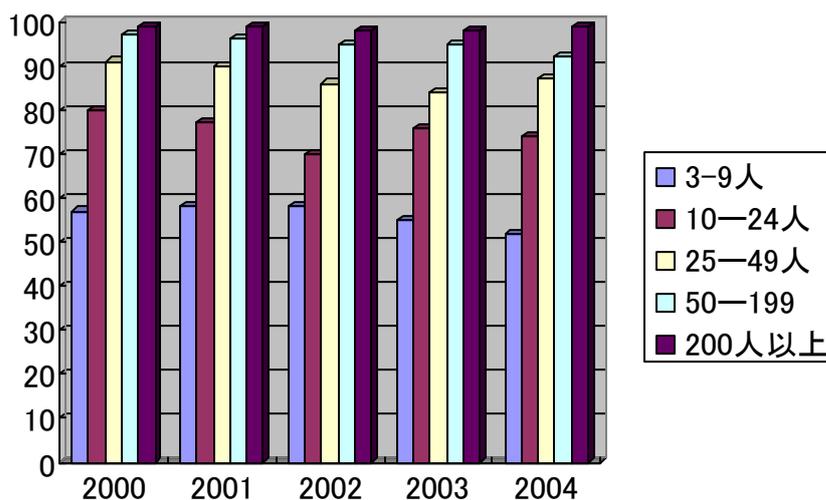
(3) 雇用関連医療保険の諸相

医療保険市場の構造を概観することで、調査によって統計上の数値には若干の違いがあるとはいえ、アメリカにおける医療費保障の中心が雇用関連の医療保険であること（国民の60%を包括）が了解できたであろう。雇用関連医療保険は、医療保険市場構造からみれば、大規模団体保険市場と小規模団体保険市場にまたがっている（企業がその労働者の個人医療保険の保険料負担の一部を補助している場合も当然ありうるが）。これらの市場の状況を、保険購入者である企業の側から、企業規模に注意しながらみておこう。雇用関連医療保険の購入意思決定者は企業であり、そこに雇用されている労働者ではないことに注意を喚起しておきたい。ここでは、カイザー・ファミリー財団の報告書（The Kaiser Family Foundation and the Health Research and Educational Trust (2004)）に依拠して、雇用関連医療保険の状況を概観していくが、この資料での従業員規模区分が医療保険市場区分や保険規制の規模区分と合致していない場合もあることをあらかじめ述べておきたい。むしろ、ここでは、企業規模別格差の状況をザクッとでも大掴みにできればいいだろう。

i) 従業員規模別保険給付提供状況

まず、企業規模別にみてどの程度の企業がその労働者に対して保健プランを提供しているのだろうか。図1によれば、2004年には、従業員規模199人以下の全小企業で63%の企業が保健プランを提供しているのに対して、200人以上の全大企業では99%の企業がそれを提供している。2000年以降のアメリカ経済の停滞および労働市場の需給軟化のなかで、全小企業の提供企業比率は2000年の68%から次第に低下してきている。全大企業は、この間、変化はみられない。小企業をより細分してみると、50-199人規模では95%前後、25-49人規模では90%となっているのに対して、3-9人規模では57-8%から52%にまで提供企業比率は低下してきている。明らかに企業規模ごとの経済力の違いが、景気状態や労働市場の状況の変化とともに、保健プラン提供状況の違いをつくりだしていることがわかるであろう。

図1 従業員規模別保険給付提供企業比率



出所) Kaiser Family Foundation and the Health Research and Educational Trust (2004) p.5.

ii) 雇用関連医療保険に包括される労働者の状況

雇用関連保険プラン提供企業比率を了解したうえで、表3をみていただきたい。従業員数でみた企業規模で3-24人あるいは25-49人の小企業において、医療保険に包括される労働者比率がこの間低下し、2004年で43%あるいは56%になっていることは、この数値の低さについての価値判断はともかく、ありうることとして了解されるであろう。それに対して、従業員規模1,000人以上の大規模あるいは巨大企業でも、保健プランに包括される労働者比率が7割を切っていることは驚くべきことである。保健プランを提供する企業比率は

ほぼ 100%であっても、その保健プランに包括されない労働者の比率が 3 割にも達するのである。保健プランに包括される労働者の比率は、従業員数 199 人までの全小企業では約 5 割、従業員数がそれ以上の全大企業で約 7 割、そして、全企業では 6 割にすぎない。この格差構造を確認しておこう。

表 3 企業規模別雇用主保健給付に包括されている労働者比率 (%)

企業規模	2000	2001	2002	2003	2004
3-24 人	50	49	45	44	43
25-49 人	63	62	57	59	56
50-199 人	62	67	64	61	56
200-999 人	69	71	69	68	69
1,000-4,999 人	68	69	70	69	68
5,000 人以上	66	69	68	68	67
全小企業 (3-199)	57	58	54	53	50
全大企業 (200 以上)	67	69	69	68	68
全企業	63	65	63	62	61

出所) *ibid.*, p.48.

iii) 保険設計と「消費者選択」

i 項目と ii 項目の数値の違いは何に起因するのであろうか？それは、保険の設計の仕方と「消費者選択」に左右される。企業がその雇用する労働者に対して保健プランを提供しているからといって、フル・タイム・パート・タイムなどの雇用形態の如何に関わらず、すべての労働者に加入資格をあたえているとはかぎらない。パート・タイム労働者に保健プランを提供している企業比率は、2004 年で、3-24 人規模で 20%、200-999 人規模で 41%、5,000 人超規模でも 59%にすぎない。また、保険給付を受けられるまでには一定の待機期間（全企業平均で、約 1.5 ヶ月）があるのが通例である。つまり、保険設計上、保健プラン加入資格を有する労働者は限定されているということである。

さらに、企業が提供する医療保険に加入する資格が付与されているとしても、個々の労働者には提供されている保険を選択し、加入することを「選択」するか否かの自己決定権が与えられている。後にみるように、企業側と労働者側の保険料負担区分はさまざまであり、医療保険が提供されている労働者のすべてが加入するとはかぎらない。企業規模によって、提供される医療保険によって、労働者の費用負担や選好によって、状況は変化するが、総じて、保険加入有資格者のうち加入選択をするのは 8 割程度にとどまっている。市場での「消費者選択」が重視されるが、「消費者選択」がおこなわれる環境条件がどのようなになっているかが重要である。そして「消費者選択」には「加入しない」という「選択」もあることを明記すべきである。さらに、雇用主が労働者の必要とする保険給付を提供す

るような保健プランをデザインしていると信頼している労働者は 48%にとどまるともいわれている (JEC(2003))。

労働者の加入状況は、医療保険加入資格を有する比率に、加入選択をする労働者の比率を乗じたものとして表わされる (表 4 参照)。従業員数 199 人以下の全小企業で、有資格比率 80%×加入比率 80%で、被雇用労働者に占める医療保険加入比率は 60%である。従業員 5,000 人以上の巨大企業においても、有資格者比率 80%×加入率 83%で、被雇用者のうち 67%しか医療保険に加入していないのが現実である。

表4 企業別産業別保健給付提供企業の有資格者比率等 (%)

	有資格者比率	加入率	加入者比率
小企業(3-24)	86	78	67
小企業(25-49)	82	78	65
小企業(59-199)	73	83	61
全小企業(3-199)	80	80	64
中企業(200-999)	82	84	70
大企業(1,000-4,999)	80	84	68
巨大企業(5,000以上)	80	83	67
全大企業(200以上)	81	83	68
鉱業・建設・卸売	78	80	61
製造業	91	87	80
交通・通信・公益	90	92	82
小売	62	77	47
金融	88	84	73
サービス	76	76	59
州・地方政府	90	94	84
保健医療	77	84	65
全規模・全業種	80	82	67

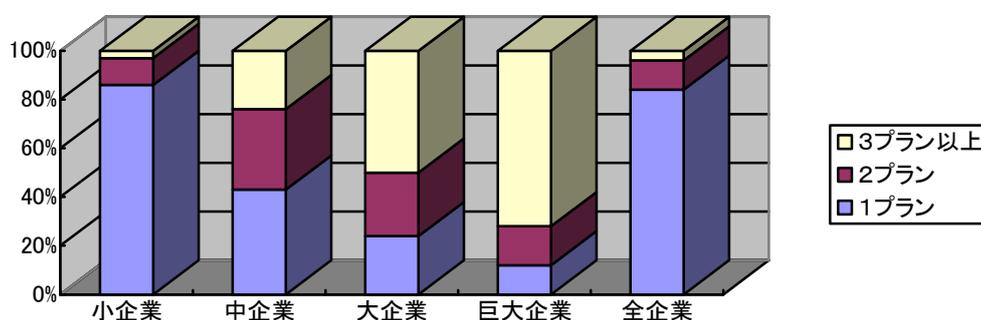
出所) *ibid.*, p.49.

iv) 「消費者選択」と雇用関連保健プラン

市場主義型の医療保障においては「消費者主権」が強調され、雇用関連保健プランについても、被雇用者の「選択権」を保証するために、複数の保健プラン選択肢を提供することを企業は求められている。しかしながら、iii)において強調したように、雇用関連保健プランの購意思決定者は雇用主である。たとえ、複数の保健プランを提供することを、しかも特定の形態の保健プランを含むことを法規制されることがあったとしても、どの保健プランを購入し、被雇用者に提供するか判断は雇用主にゆだねられている。小企業にみられるように、提供しないという「選択」もありうる。JEC (2003) は、保険料の租税控除との関連でこの点を述べている。「既存の租税控除の元で、雇用主はその従業員の健康保険に対して支払いを行っており、したがって、保険者、医師、他の医療供給者に対する第一的な顧客として重要な決定の大部分を行っている」。

そのうえで、被雇用者の側の「選択権」はどの程度確保されているのであろうか。ここでも、従業員数でみる企業規模によって大きな違いがある。従業員 3-199 人の小企業においては、保健プランを提供している企業のうち 80%は、1 つのプランしか従業員に提供していない。従業員にはそのプランに加入するか否かの「選択」しかない。3 プラン以上提供している企業はわずかに 3%しかない。従業員 1,000-4,999 人の大企業では、3 プラン以上提供している企業が半数であるが、1 プランのみの提供企業も 20%を超えている。従業員 5,000 人以上の巨大企業でも、1 プランのみの提供企業が 10%超存在している（図 2）。

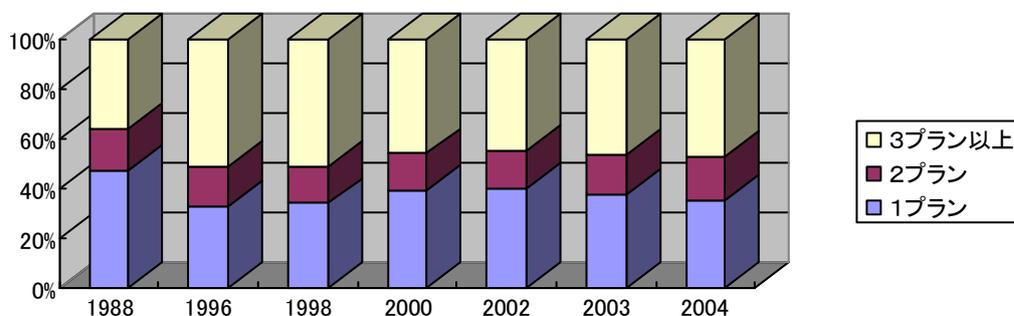
図 2 企業規模別にみた提供される保健プランの数（2004 年）



出所) *ibid.*, p.59.

これを保健プランを与えられている労働者に対する比率でみたのが図 3 である。これによると、2004 年で、約半数の労働者が 3 プラン以上の選択肢を与えられている。逆に、1 プランのみを提供されている労働者の比率は 30%を超えている。「約半数」といっても、保健プランを提供されている労働者に対する比率であるから、全労働者に対する比率としては 3 割程度にすぎない。したがって、「消費者選択」といっても、被雇用者にとっては、「加入しないという選択肢」を加えたとしても、それは極めて限定されたものでしかないといえよう。

図 3 提供される保健プラン数別労働者比率



出所) *ibid.*, p.74.

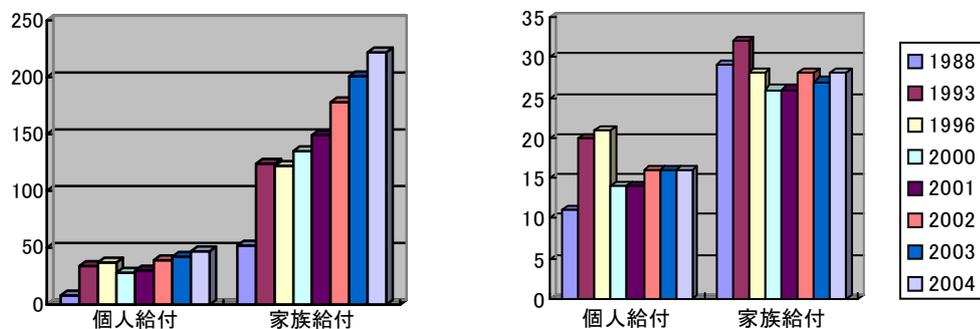
v) 保険料及び保険料負担区分

これまでの議論からも、多様な保険設計がなされており、「大数原理」が働いて相対的にリスク分散がされる「大規模団体保険」とリスク分散がしにくい「小規模団体保険」では保険料に違いが生じ、また企業規模によって労資間での保険コスト負担のあり方に違いがあることが容易に想定できるであろう。

企業が提供する保健プランには、当該労働者の傷病に対してのみ給付を行う「個人給付保険」（医療保険市場区分における個人保険とは異なる）と、当該労働者の配偶者や扶養家族の傷病に対しても給付を行う「家族給付保険」がある。近年、いずれの医療保険においても保険料が急速に増大（この4年間は毎年10%を超える増大）している。とりわけ、家族給付保険の保険料の増大は顕著である（月額で2000年に135ドルであった保険料が、2004年には222ドルと、この間、1.6倍強となっている）。

全企業平均でみた保険料の負担区分を労働者側の負担比率でみたとき、この3年ほど大きな変化はみられない。個人給付保険で16%、家族給付保険でも27-8%である。この保険料の労働者負担比率を、日本の医療保険料の負担区分と比較しておこう。

図4 保険種類別労働者拠出保険料月額・保険料負担比率



出所) *ibid.*, p.74.

vi) 企業規模別医療保険料と負担区分

保険種類別の保険料を企業規模別に比較してみると、いずれにおいてもさほど大きな差が存在していないように見える（表5参照）。しかしながら、それぞれの保険給付にはさまざまな違いがあるので、表5にみる保険料の数値から、企業規模の如何を問わず、また、保険市場の区分の如何を問わず、雇用関連の保険には大差ないと即断することはできない。

保険料の労働者負担額をみると、個人給付保険では小企業のほうが負担額・負担比率が小さく、家族給付保険では小企業のほうが負担額・負担比率とも大きくなっている。企業

の経済力から想定されるのは、小企業では労働者の負担比率が大きくなるのではないかと
いうことであるが、現実においては、個人給付保険に関しては逆になっている。ここには、
後でみるように、雇用関連保険が企業経営にとっていかなる意味をもっているかが関与し
ている。図5にみられるように、小企業における個人給付保険の企業側保険料負担比率は、
100%の企業が42%（2004年）、75-100%未満の企業が35%である。それに対して、大企
業においては、100%の企業が21%、75-100%の企業が56%である。この違いが、想定をう
らぎる現実である。

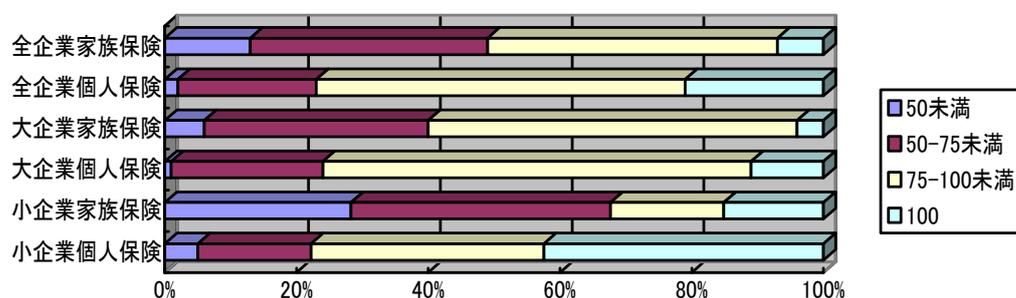
保険給付の違いについてはあまり詳細にわたるのでここでは触れない。ただ、保険給付
の一般的な構造について示しておけば、給付受給資格が生ずるまでの待機期間、給付対象
除外（exclusion）、保険給付の免責額（deduction）、定額患者一部負担（copayment）、定
率患者一部負担（coinsurance）、給付上限額（capあるいはlimit）などがある（図6参照）。

表5 企業規模別保険種別別保険料年額（2004年）

	個人保険料		家族保険料	
	全額	労働者負担	全額	労働者負担
全小企業（3-199）	3,732	514	9,737	3,382
全大企業（200人以上）	3,678	578	10,046	2,340
全企業	3,695	558	9,950	2,661

出所) *ibid.*, p.28,76 から作成。

図5 保険料の企業負担割合（2004年）



出所) *ibid.*, p.79, 80 から作成。

図 6 保険給付の構造

給付上限		給付除外
定率 負担	保険給付	
定額 負担		
免責額		

vii) 雇用関連医療保険と企業経営

雇用関連医療保険の提供状況に企業規模間格差が存在していること、そしてその原因として企業の経済力格差があることをすでに確認した。ところがその一方で、個人給付保険では小企業の企業側保険料負担が大企業の場合よりも大きいという現実も確認した。こうした状況が存在するのはなぜであろうか。企業にとって雇用関連保険を提供することにはいかなる意味があるのでしょうか。

表 6 に小企業が保険給付提供していない理由を示した。ここに示された数値から、まず「高い保険料」や企業規模が「あまりに小規模」ということが重視されていることが分かる。つまり、企業規模が小さく、十分な経済力がそなわっていないために、小企業には医療保険を購入する資力に欠ける嫌いあることが了解できる。また、従業員がその配偶者の医療保険などによって給付をうけられることを理由に、保険提供を避けようとする行動がみられる。

しかしながら、小企業が良質の労働者を大企業に互して確保しようとするれば、大企業に匹敵するような労働条件を整備せざるをえないであろう。たとえそれが全面的ではなくても、部分的には。そういう意味において、表 6 の「保健プランを提供しなくても良質の労働者を得られる」が、保険給付を提供していない重要な理由としてあげられていることに注目したい。小企業の経済力からして家族給付保険にまで十分に対応することはできなくとも、当該労働者個人に対する保険給付については、むしろ大企業よりもよい条件を提供している状況にあり、それによって良質の労働者を雇用しようとしている。そうしなくても良質の労働者を雇用できるのであれば、あえて保健プランを提供することもない。雇用関連医療保険は、まさに、人事政策、雇用管理政策の一手段であることがわかるであろう。

表6 小企業（3-199人）の保険給付を提供していない理由（2004年）

	極めて重要	やや重要	さほど重要でない	全く重要ではない	分からない
高い保険料	79%	7%	4%	9%	1%
労働者が他の保険加入	36%	36%	14%	12%	2%
高い離職率	13%	18%	22%	47%	0%
保健プランを提供しなくても良質の労働者を得られる	31%	36%	10%	23%	1%
管理の難しさ	9%	26%	29%	35%	2%
新規企業のため	8%	9%	10%	72%	2%
あまりに小規模のため	50%	19%	14%	17%	0%
重篤な不健康労働者がいる	11%	8%	10%	71%	0%

出所) *ibid.*, p.39.

2節 医療保険規制——州と連邦

連邦国家アメリカにおいては、保険業、保険市場の監督および規制の行政権限は、基本的には、州政府にある。医療保険の場合も同様である。しかしながら、連邦政府もまた、主要には州政府を補完する、保険行政を行っている。ある保険規制が州政府レベルで大量的に行われるようになると、連邦政府は、保険市場の州間での競争条件をハーモナイゼーション（調整）する意味もあつて、これを全国化する。この場合であっても、連邦政府が民間医療保険を直接的に規制するのではなく、州政府の規制行政を改変することを通して実効あるものにするのが通例の姿である。

この保険規制行政における連邦—州関係の例外とされるのが、1974年 ERISA（被雇用者退職所得保障法）である。ERISA法は、上述したように、雇用関連自己保険（self funded）を州保険規制から除外し、自らを優先適用されるようにした。さらに、1996年 HIPPA法（Health Insurance Portability and Accountability Act）も、これまでの保険規制業における連邦—州関係を改変する側面をもっている（Politz (2000)）。

ここでは、医療保険規制について、Jensen et al. (1999) によって、州、連邦にわけて素描しておこう。くりかえしになるが、州レベルの行政にも多様性があり、それを一括して記述することは誤りに導きやすいので、注意されたい。連邦—州関係についても同様である。医療保険規制はそれ自体として大きなテーマであり、ここでの素描は医療保険規制のトルソーにもならないことをあらかじめおことわりしておきたい。

i) 州による医療保険規制行政の展開

民間医療保険に対する規制は1990年代に新たな展開をみせ、90年代末には州レベルでの規制数は優に1,000を超えるまでに至った。保健プランの内容に対する規制には、「伝統的規制」と「保険種類別(=保険市場区分別)の規制」がある。「伝統的規制」は、特定の医療供給者、給付サービスあるいは加入者に関するもので、当該州の全保険者や保険者が供給する全団体保険種類に適用される。「保険種類別」規制には、「小規模団体保険改革法」、「給付特定法」、「医療提供者ネットワーク法」などがある。規制内容は、その保険財政能力を含む保険事業者に関するもの、給付内容や保険料率など保険内容に関するもの、加入資格条件など保険購入者に関するもの、保険給付に関わる医療供給者に関するものなど、医療保険の全側面にわたって、実に多様な規制が行われている。1996年段階での、州による伝統的保険規制の実施状況の一部を表7に示した。これらの医療保険規制は、総じて、「保険者による選択の機会を最小化し、消費者を保護するため」(CBO(2001))に行われているとみていい。

表7 最も共通にみられる州による伝統的保険法規制(1996年)

求められる保険給付範囲	規制を設定した州の数	法規制の種別	
		包括的法規制	選択的法規制
提供者法規制			
カイロプラクター	41	39	2
臨床心理療法士	41	40	1
検眼士	37	35	2
歯科医	34	35	1
給付法規制			
マンモグラフィ検査	46	42	3
アルコール中毒治療	43	27	16
出産在院日数	34	34	0
精神保健医療	32	18	14
給付延長法規制			
非団体保険への転換	39	38	1
従業員への保険給付継続	38	37	1
扶養者への保険給付継続	35	34	1
障害ある扶養者	34	34	0

出所) Jensen, et al. (1999)

州レベルでの医療保険規制は、1956年にマサチューセッツ州が民間医療保険給付対象である被扶養者に精神および身体障害児を含めることを求めたことに始まるとされている。

当初の規制の形態は、当該州においては販売される保険は、法規制された医療提供者、サービス、加入者を含まなければならないという意味での包括的法規制であった。

その後 70 年代初期になると、特定の型の医療提供者、サービス、加入者についての保険給付について規制する選択的法規制が行われるようになる。表 7 から分かるように、こうした伝統的規制では包括的法規制が共通にみられる形態であり、特定のサービスについて選択的法規制が行われている。

1980 年代中頃から後半にかけて、いくつかの州は保険規制の効果についての慎重な検討を行うとともに、小企業（多くの州では従業員規模 25 人以下）の保険購入を促進する意図をもって、州の伝統的な給付規制法の適用を免除する措置をとりはじめた（1988 年段階で 42 州が、95 年段階で 43 州がこの措置をとっている）。このように、80 年代後半から 90 年代かけての州医療保険規制は、小企業や健康リスクの高い人々の保険購入を促進する意図をもった、各種の「保険種類別」規制（とりわけ、小規模団体保険改革）が行われるようになった。その状況の一端を表 8 で確認しておこう。保証発行・更新（加入希望者を排除できない）、保険の通算、既往症待機期間制限、保険料率制限などの規制実施されている。

表 8 州小規模団体保険改革

政策手段の型	各政策手段を立法化した州の数			
	1989 年	1991 年	1993 年	1995 年
規制免除プランの発売	1	9	31	43
保障発行（加入）要請	0	5	30	38
保障更新要請	1	18	40	43
保険給付通算性要請	3	16	40	43
既往症待機期間制限	11	25	43	45
保険料率制限	1	20	42	45

出所) *ibid.*

こうした州レベルでの医療保険規制は十分な効果を発揮し、加入者に十全な医療給付を与え、無保険者の減少につながっているのであろうか。さきにみたように、小企業の保険提供比率の低さや加入労働者が限定されていること、さらに無保険者の 57% が若年層を中心とするフル・タイム労働者であること（JEC (2004)）にみられるように、必ずしも十分な効果があがっていないと断言していいであろう。こうした事態になっているのは、こうした規制をかいくぐる市場行動を保険者である保険事業者や保険購入者である企業がおこなっているからでもある。その市場行動は、リスク選択行為でもある。もちろん、この評価は州による医療保険をつぶさに検討した結果ではないが、RAND 研究所による「州の規制はほとんど効果がない」（同）という評価があることを紹介しておこう。

2) 連邦による医療保険規制行政の展開——1996年 HIPPA まで

連邦政府による医療保険規制においては、1973年の HMO (Health Maintenance Organization) ACT が、医療保険市場に大きな影響を与えた最初の法規制であった (Nichols & Blumberg (1998))。自己保険であるか否かと問わず、すべての保健プラン従わなければならない連邦政府の医療保険規制は、1978年の妊産婦差別撤廃法 (妊娠していることを理由に保険給付差別をしてはならない。但し、従業員 15 人未満の企業には適用されない) 以降、さまざまな形で行われてきている。

1974年の ERISA 法は、企業、労働組合、企業グループが、自己保険 (self-funded plan) を設立したばあいには、医療保険に関わるすべての州規制の適用免除を規定した。これによって、自己保険を提供する大企業は団体交渉を通じて当該労働者に与える保険給付の内容を形づくる自由を確保した。雇用関連の自己保険に加入する労働者は約 4,800 万人で、民間医療保険被保険者のほぼ 3 分の 1 を占めるが、彼らには州医療保険規制が及ばない。

後にみるように、調査が行われた時点で無保険者である者もいずれの時再び被保険者となることが多い。こうした一時的に無保険者となる人々には転職者、短期失業者がいる。前の保険受給資格期間と後の保険受給資格期間のあいだにギャップができる。こうしたギャップを埋めることを意図して、1985年包括予算調停法 (the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act—COBRA) の Medigap 改革規定は、従業員 20 名以上の企業に対して、これまで当該企業が提供する団体医療保険に加入していた労働者が離職した場合に、離職後も当該団体保険に 18 ヶ月間加入し続ける権利 (家族給付保険の場合は、被扶養家族にも。離婚、当該労働者の死亡の場合に配偶者および被扶養者は 36 ヶ月間) 付与することを求めた。その際の保険料は、当該団体保険の保険料の 102% を超えることはできない。

1996年には HIPPA が制定されたほか、他の疾患と同様の年間および生涯給付償還上限額を設定することを義務付ける精神保健衡平法 (Mental Health Parity Act, 但し、従業員 50 人未満の企業には適用されない)、妊娠を既往症とみなさないこと、そして新生児および生後 30 日以内に被保険者となった養子に既往症待機期間を適用しないことを求めた新生児母親健康保護法 (Newborns and Mothers Health Protection Act) が制定されている。

HIPPA による規制内容を表 9 にしめた。主要な内容は、(1) 団体保険における既往症待機期間条項についての通算性、(2) 健康状態による加入資格制限の禁止 (非差別条項)、(3) 小規模団体保険の保証発行、(4) 18 ヶ月以上継続して団体保険に加入した後離職し、さらに ERISA が規定する継続保険期間を費やした人々への個人保険の保証発行、の要求である。これらの規制のすでに多くの州において実施されているものである。部分的な通算性を要求したほか、アクセス保証要求もしているが、保険料率規制がともなっていないために、団体保険から個人保険への通算性は無保険者を減少させるといった効果をあまり期待できない。

こうした保険内容についての規制もあるが、HIPPA は、医療保険規制において、別の側面でひじょうに大きな意味をもっている。それは HIPPA 実施過程において、医療保険規制

をめぐる連邦—州関係を変えていく面があるからである。これまでの医療保険規制においては、連邦レベルでの規制内容は、州レベルでの法規制の改変を通して実施されてきたのであるが、HIPPA は、州レベルその規制内容に準拠する意思がない表明された場合には、連邦政府（この場合、HCFA 保健財務庁）が州に出向いて直接的に規制を実施するとしている。ミズーリ、ロード・アイランド、カリフォルニアなどいくつかの州でこれが行われた。しかしながら、連邦政府レベルには、医療保険規制を実施する専門的能力に欠ける点があり、また必要な資源も用意されておらず困難な状況があった（Chollet, et al.）。連邦政府が州政府を越えて直接的に地域市場や地域社会に関与することは、かつてのニューディールの時期や「貧困との闘い」がくりひろげられた 60 年代後半期に民主党政権がおこなったことではあるが、伝統的な連邦制のあり方とは幾分異なっている。医療保険規制行政権限は、基本的には、州政府に与えられているのだから。これが新たな連邦制（New Federalism）なのかどうかは、さらに今後の推移をみなければならない。

州そして連邦による医療保険規制はどのような効果をもったと評価できるのであろうか。この課題にとりくむ用意も余裕もない。そこで、とりあえず、Jensen & Morrissey (1999) の評価を示して、参考に供したい。

彼らによれば、（１）大部分の州医療保険法規制は州人口の半分以下にしか影響せず、特定の給付へのアクセスを高めようとする努力も極めて限られた範囲でしか成功しなかった。小企業は自己保険の提供する能力に乏しく、法規制を回避することから、労働者への効果は極めて限定である。（２）法定給付法は重要な効果をもっている。無保険者の 5 分の 1 から 4 分の 1 は州規制があるが故に無保険であるという報告もある。それは、給付規制の結果として保険料が上昇し、保険加入をあきらめる企業や労働者・個人が増えるからである。（３）労働者は医療保険規制を低賃金という形態で購っていると考えられる。つまり、規制の結果、給付内容はかわらなくても、保険料が引き上げられた場合に、そのみかえりとして賃金の引き下げを甘んじて受け入れざるをえないかもしれない。あるいは、企業がより低コストで、労働者にとっては望ましくない給付の保険に転換すれば、FRINGE・ベネフィット（付加給付）の切り下げとなるかもしれない。

こうした状況になるのは、「市場主義」の理念を前提としているかぎり、医療保険市場での保険供給者と保険購入者の保険規制をくぐりぬけようとする行動をとめられないからである。

表9 市場区分ごとのHIPPAアクセス・通算・更新基準の適用

	個人保険	小規模団体	大規模団体
信頼できる保険の証明	Yes	Yes	Yes
アクセス・利用保障	団体保険を離れた有資格者	Yes	No
更新保障	Yes	Yes	Yes
既往症除外期間制限	No(a)	Yes	Yes
差別禁止(b)		Yes	Yes
通算可能性	No	Yes	Yes
特別加入期間(b)		Yes	Yes

注) (a) 団体保険—個人保険アクセス保障の有資格者には、保険者は既往症除外を課さないこともある。

(b) 団体保険にのみ適用

(c) これらの基準のいくつかは、連邦、州、地方政府保険プログラム（メディケイド、州公務員保険プラン、企業連合福祉事業、教会プラン、bona fide「善意」協会）にも適用される。

出所) GAO (1999), p. 31.

3 節 無保険者問題とニュー・ウェーヴ「医療保険購入組合」

さてここで、話を転じて、市場主義型医療保障のアポリアの一つである無保険者問題とそれへの対応策として近年登場したニュー・ウェーヴの「医療保険購入組合」について述べることにしよう。医療保険購入組合が作りだされた政策的意図は、は小企業の医療保険購入を促進し、それによって無保険である当該企業労働者の医療保険加入へのアクセスを確保することである。この医療保険購入組合は小規模団体保険市場にどのような影響を与え、そしてまた、州による医療保険規制とどのような関係にあるのか？ こういう点では、これまでみてきた市場主義型アメリカ医療保障と医療保険市場に関する議論のなかに位置している。

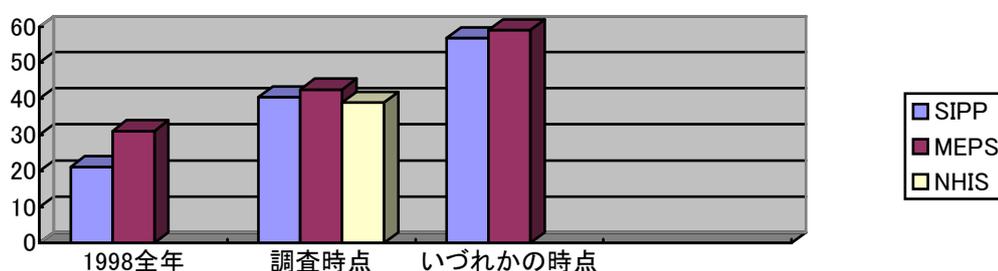
(1) 無保険者の諸相

i) 無保険者という存在

アメリカ医療における無保険者問題については、わが国においてもすでにさまざまなかたちで論じられてきているので、ここでは行論に関するかぎりのことを最低限ふれておくことにしよう。まず、無保険者問題を議論するにあたっては、無保険者に関する各調査が

どのような考え方や定義にもとづいて設計され、実施されたものであるかに注意しなければならない。その違いによって、無保険者問題の様相がことなってくるからである。ここでそれぞれの調査の特徴点を整理する余裕はないので、そうした検討を行った議会予算局の報告書（CBO (2003)）から、1998年時点での「無保険者」数をしめしておこう。ここでは（図7）、「無保険者」を、（a）1998年一年間を通じて無保険であった者（2,110万人ないし3,110万人）、（b）当該調査時点で無保険であった者（3,900万人から4,260万人）、（c）1998年のいずれかの時点で無保険であった者（5,680万人から5,900万人）、の3つに分けて示している。後でてくる Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured が分析対

図7 各種調査での無保険者数



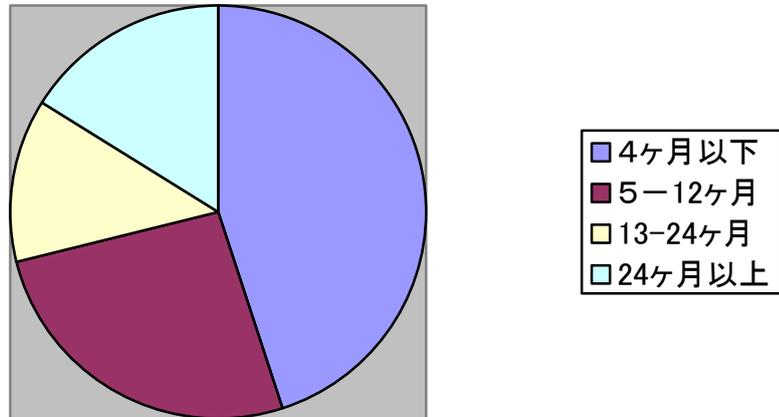
出所) CBO (2003) (原資料は SIPP: Survey of Income and Program Participation, MEPS: Medical Expenditure Panel Survey, NHIS: National Health Interview Survey)

象としている Current Population Survey は、調査においては当該年を通して無保険であった者を尋ねているが、その結果は調査時点で無保険であった者の数にほぼ一致している。統計学者も調査設計上の問題からも、調査時点での無保険者を映し出す結果になっているとしている。

ii) 滞留する無保険者と流動する無保険者

こうした各種の無保険者数の違いから、長期的に滞留している無保険者と、比較的短期間無保険になりまた保険を有するようになる流動的な無保険者が存在することがわかるであろう。政策対応にあたっては、この「無保険者のダイナミズム」を精確に把握しておく必要があるだろう。その一端を、無保険であった期間で確認しておこう。図8に示されているように、無保険期間が4ヶ月以下の者が45%、5ヶ月から1年までの者が26%、1年以上の者は29%である。もちろん期間の長短を問わず無保険であること自体が大きな問題ではあるが、無保険期間は比較的短期間である。離転職による保険給付の喪失がここにはある。したがって、上述したように、COBRAが企業に対して離職者への18ヶ月間の団体保険継続へのアクセス付与を要請していることの政策意図は明らかである。

図 8 1996年7月から1997年6月間に始まった無保険期間

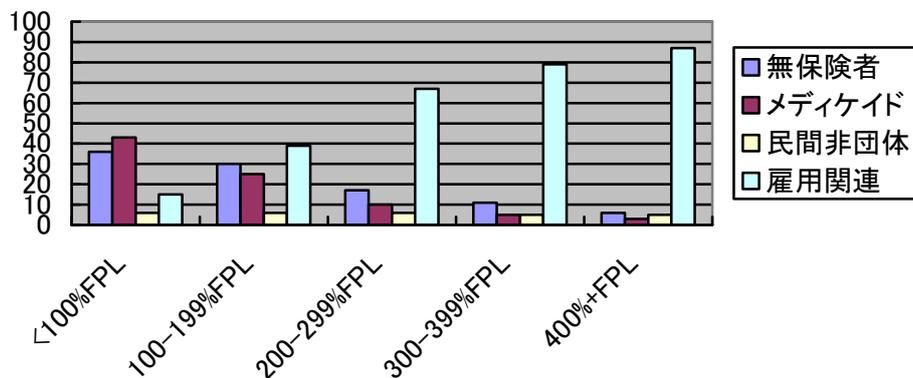


出所) *ibid.*, p.8.

iii) 所得水準と無保険者

さて、無保険者である人々は総じて貧困あるいは低所得である。高所得であってもその人の「選好」によっては無保険であるものが存在するの「市場」の現実である。図 9 にアメリカにおける「貧困線 (貧困基準)」と関係でみた貧困レベル別の健康保険の状況を示した。貧困線以下の人々でも、そのことによってすぐにメディケイドの受給者となるわけではないことに注意したい。

図 9 貧困レベル別非高齢者の健康保険



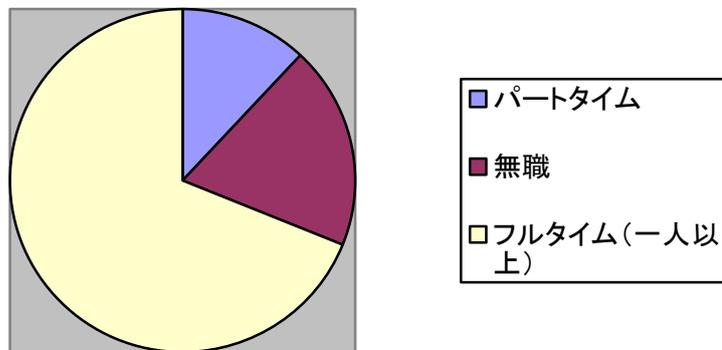
出所) The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2003), p.12. (元資料は The Census Bureau, March 2004 Supplement)

iv) 無保険者（家族）の労働実態

無保険者問題で注意しておきたいことは、すでに雇用関連保健プランについてさまざまに概観したことで明らかなように、「雇用されていることが、労働者が健康保険に加入するであろうということを保障するものではない」ということである。それは、実態的にみて、「無保険者は、主として、低あるいは中所得の労働者家族、職域において保健プランを提供されていないか、それを購えない労働者家族から生まれている」（Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2004a), p.1）からである。ここに引用した資料での分析によれば、2003年においては、無保険者約4,470万人のうち、無職の世帯の無保険者が19%、パート・タイム労働者がいる世帯の無保険者が12%、そして1人以上フル・タイム労働者がいる世帯の無保険者が69%であった。

低所得労働者はたとえ雇用関連保健プラン、とりわけ家族給付保健プランへのアクセスが与えられたとしても、保険料負担の如何によってはそれを購うことができないであろう。したがって、購入可能な状況（affordability）を如何につくりだすかが、重要な政策課題となるであろう。

図 10 労働実態別にみた無保険者（家族）



出所) The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2004a), p.4. (元資料は KCMU and Urban Institute analysis of March 2004 Current population Survey)

v) 無保険者の医療とその費用負担

無保険者も医療ニーズにしたがって、救急医療や救護的な医療をはじめさまざまな医療サービスをうけている。総じて、その医療費支払い能力が低い故に、医療サービスへのアクセスと利用において被保険者との間に格差がある。予防的ケアを受けることが少ない、疾病が進行したステージでの受診になる傾向にある、診断後の治療ケアをうけるのが少ない、予後において死亡率が高いなどのことが指摘されている（The Kaiser Commission

on Medicaid and the Uninsured (2004b)) 。

The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured は、2004 年に、通年および一時的無保険者約 6000 万人の総医療支出は 1250 億ドルに達すると推計している。そのうち無保険者が自己負担するのは約 4 分の 1 に過ぎず、残りは公的医療機関 (community health clinic, bureau of primary care, Indian health service, Veterans Administration など) での救療的医療のほか、自己負担・私的保険・公的保険にいずれによっても十分に支払いがなされない医療と定義される未償還ケア (uncompensated care) も 3 分 1 ほどになる。

この未償還ケアの費用は、無保険者が存在することによる「社会的なコスト」と見なすこともできる。その 63% は病院が、18% は医師が、19% は公的医療機関などの直接ケア・プログラムが負担している。これら未償還ケア費用のうち、85% は政府資金 (3 分の 2 以上が連邦) によって補填されている。但し、医師の負担部分は政府によってもほとんど補助されていない。

無保険者の存在は、無保険者自身にとっても、また社会にとって大きな負担を強いるものであることを了解しておくべきであろう。

(2) 無保険者対策としてのニュー・ウェーブ「医療保険購入組合」

i) 無保険者対策の考え方とそのいくつか

無保険者対策として強制加入の国民皆保険 (universal insurance) のようなラディカルな方法を考えないのであれば、長期的で滞留する無保険者対策としては、政府保険プログラムの適用範囲の拡大やその財源の拡大のような、継続的な保険給付源泉を与えることが必要であるし、短期的で流動する無保険者対策としては一時的ギャップを発見して予防することや、それを埋めることが必要である。しかしながら、こうした無保険者対策も、「市場主義」を前提とするかぎり、「無保険者が多様であり、カヴァレッジをもたないに至る要因は広範囲のものであるので、政策決定者はアメリカ人が利用可能な保険選択の範囲を拡大することに焦点をあてるべきである。それによってアメリカ人が自らのニーズ、選択、財力に適合したプランを見いだす可能性が大きくなるだろう」と考えることになるだろう

(JEC (2004))。これは賽の河原の石積みが終わるだけであろう。しかも、ますます市場の細分化と規制の増大と行政管理コストの増大と文書コストの増大を招くだけで、人々の健康権保障、医療への均等なアクセス保障、健康格差の是正に寄与するところは小さいであろう。

先にも触れたように、無保険者の医療サービス利用を補助するために、すでに直接的なサービス供給や未償還ケアへの事後的な資金補助が行われてきている。しかしながら、確実に医療へのアクセスおよび利用保障を実現するためには、現行の市場主義的な医療保障を前提とするかぎり、公私の各種の医療保険への加入をうながすことが現実的な政策であろう。それは、公的医療保障による対応と民間医療保険市場への介入による対応に分けられる。

公的医療保障による対応には、無保険者の多くが貧困・低所得者で保険料負担能力に乏しいことから、もちろん、直接的なサービス供給を拡大するという方向がありうる。また、医療機関のこうした人々へのケア供給に対して資金的補助をすることも必要であろう。公的な医療保障の枠組みにおいて進められていることは、Medicaid の適用範囲を拡大し、とりわけ貧困線以下の世帯の未成年者への保健給付拡大である。これが State Children Health Insurance Plan (SCHIP)である。連邦政府は州が実施するこのプログラムに対して当該州の平均所得の状況に応じて 65-83%の資金を補助する。未成年無保険者の削減がある程度すすんでいるようだが、その効果は連邦から資金量と州がどのようなプログラムを設計するかに係っている。

また、55-61 歳および 61-64 歳の退職労働者が一定の資格要件を満たした場合にメディケアへの任意加入を認める提案もなされている。

民間医療保険市場への介入による対応の中心は、雇用関連保健プランへのアクセスと購入可能性の拡大である。無保険者（家族）の 8 割がフル・タイムおよびパート・タイムの労働者世帯であることから、当該労働者の雇用関連の家族給付医療保険への加入が実現すれば、それだけ無保険者は減少することになる。雇用関連医療保険の購入意思決定者は企業であるので、企業が労働者の要求を満たす保険購入に向かう市場行動への誘因が極めて重要である。また、そうした保険商品を提供することを促す保険者への規制と誘因、そして、提供されたプランに加入する労働者への誘因が当然必要となる。企業の保険購入を促進する誘因としてのもちいられてきたのが、保険料租税控除である。2002 年会計年度で、この租税控除額（tax expenditure）は 1,370 億ドルにも達する。この 93%は企業側の減税分で、その内訳は企業側負担保険料についての連邦所得税 760 億ドル、社会保障税である給与税 520 億ドルである。労働者側の減税分は、自己負担保健経費および労働者負担保険料について 50 億ドルである（JEC (2003)）。このことが労資双方から保健プランというフリンジ・ベネフィットの拡大を求める要因にもなっている。

労働者のパート・タイムや臨時的雇用形態による保健プラン加入制限や離転職による無保険者化を防ぐため（保険の通算性を高めるなど）には、保険購入者である企業側と保険商品供給者である保険者側の双方へ規制および経済的誘因によって介入することが考えられる。さらに、無保険労働者のかなりの部分が中小企業の労働者であることから、「小規模団体保険市場」への介入がとりわけ重要である。この点に関しては、「医療保険購入組合」をとりあげることで、次項で触れることにしよう。

ii) 無保険者対策としてのニュー・ウェーヴ「医療保険購入組合」

1990 年代から、小企業の医療保険購入、それによる労働者の保険加入を促進する一方策として、さまざまな医療保険購入組合が、州の立法によってあるいは企業事業組合などによって設立されてきた。医療保険購入組合が意図することは、購入組合に多数の企業など

が参加することによって、個々の小企業や小規模団体保険では実現できない「保険の規模の経済性」を可能にし、保険コストの削減、より望ましい保健給付、多様な選択肢を実現することである（GAO (1999), p.6）。こうしたニュー・ウェーブ「医療保険購入組合」にはいくつか形態があり、それに対する法規制も異なる。その代表的なものを表 10 に示した。この表にそれぞれの特徴点が的確にまとめられているので、詳述するのは避けよう。

表 10 既存の健康保険購入組合（HIPC）と立法提案されている HealthMart と連合保健プラン（AHP）

	AHP	HealthMart	HIPC
組織の型, ガバナンス	民間, トラスト協定 に従う	民間, 非営利	政府あるいは非営利 政府による制限に従う
管理委員会に 代表される利 害	雇用主, 資金拠出機 関	雇用主, 非雇用者, 医 療提供者, 保険者	雇用主, コミュニティ
保険者のすべ てを参加させ なければならないか?	No	No	一般的には, No
保険料につい てプランとの 交渉は可能 か?	Yes	Yes しかし広範な保険 価格構成部分について 与えられていないよう に思われる	典型的には, 管理費構 成部分に対してのみ, 交渉可
複数の保険者 からのプラン の提供をもと められるか? (必ずしも, 異 なる型のプラ ンではない)	No, しかし, 少なく とも一つの保険プラ ンと一つの自己保険 を提供しなければな らない	No	Yes
雇用主ではな く, 非雇用者 によるプラン 選択	求められない	求められない	通例, 求められる
給付の標準化	求められない	求められない	通例, 求められる

州による法定給付法に従うか？	No	No	No
グループ規模の制限	ない	2—50人	通例, 2—50人
健康状態に関わらず, 応募するすべての小規模団体を加入させねばならないか？	連合内構成員については Yes, 非構成員は排除される	Yes	Yes
州の保険料率要請に従うか？	No, しかし, 連合内においては料率要因についての制限が適用される。	明確でない	Yes, しかし, 場合によっては, 割引率が提供されうる
他の小規模団体保険改革に従うか？	HIPPA にのみ従い, 州法には従わない (例外あり)	Yes	Yes
事業区域	連合構成員の事業区域と同様, しばしば複数州にまたがる	カウウンティ規模カウウンティを超える場合, カウウンティが接続している必要はない	通例, 州全域
自己保険を認めるか？	Yes, 支払い能力要請などに従う	No	No

出所) Hall, et al. (2001), p.144 より作成。

各種の医療保険購入組合はまだまだ数も少なく, その歴史も浅く, 州の保険市場占有率もごくわずかである。したがって, 全面的な評価はいまだ困難であり, 今後の動向を見守らざるをえないだろう。ここでは, これまでの議論の主題である, 市場および選択と規制にかかわるかぎりでの若干の論点だけを確認しておこう。

こうした各種の医療保険購入組合のこれまでの実践経験についての分析から, Long & Marqui (1999) は, 小企業労働者のプラン選択やプランの質についての情報の利用可能性にプラスの効果はあたるかもしれないが, 保険購入意思決定者である雇用主の保険へのアクセスや購入可能性を高めてはいないように思われる, としている。

医療保険購入組合は大規模団体保険と同様の「規模の経済性」を期待されたが, 現実には, より健康リスクの低い企業 (労働者) の加入を促すリスク選択を強めることで, コス

ト節約を実現しようと評価されている (Hall, et al. (2001))。これも州の規制を全面的にあるいはその一部を免れることができることが一要因となっている。また、複数の州にまたがる場合には、州による規制格差、規制にかかわる用語の定義の違いをうまく利用することも可能だからである。また、当該の医療保険購入組合内においてリスク選択ができない場合であっても、ハイ・リスク集団の加入によって保険コストが上昇する事態が生ずれば、保険供給者である保険者も保険購入者である企業とともに、より好ましいリスク・プールの形成、保険料率設定、給付構成の新たな購入組合を設立することでリスク選択を行うことが可能である。市場は常にこうした行動を促す。いわば、それが市場のダイナミズムである。

だとすれば、医療保険購入組合は、それが拡大すれば州の保険規制が適用される範囲を狭めることになり、一層巧妙なリスク選択が行われるようになるであろう。そして、医療保険購入組合がリスク選択を通じてハイ・リスク・グループを排除しつつロー・リスク・グループを囲い込むことになれば、残余の保険市場、とりわけ小規模団体保険市場にはハイ・リスク・グループが相対的に多数集積することになり、そのことは保険コストを一層上昇させ、保険加入を困難化することになるだろう。こうした事態に対してより厳格な保険規制が行われることになれば、規制コストが一層かさみ、保険コストの上昇に結果することで、この面からも保険加入が困難化するであろう。

したがって、ホールらの論文の副題が示しているように、これらニュー・ウェーブ「医療保険購入組合」は、リスク選択にもとづく競争の方向へ回帰するものみることができるであろう。表 10 に示したようなそれぞれの医療保険購入組合を構想し、提起した人々の意図とは必ずしも一致しない方向であろうが。

おわりに——増分主義的改革の限界とラディカルな改革

市場主義型医療保障のアメリカ医療においては、常に市場における競争や選択という理念を重視しようとする力と、人々の健康権を確保するために公平な医療へのアクセスや利用を実現すべく医療保険市場への規制や介入をしようとする力がせめぎあっている。「市場主義」を前提とするかぎり、医療保険市場においては保険者供給者と保険購入者の双方によって健康リスク選択が多様になされ、ますます市場は細分化されていく。Consumer-driven insurance (高免責額で低保険料の医療保険と保健貯蓄勘定との組み合わせ) まであらわれている (GAO (1998))。政策形成者にも多様な選択肢の拡大こそが人々のニーズに対応した保険の購入を可能にし、健康に寄与するとする考え方が強い。アメリカにおける医療費保障の大きな部分を構成する雇用関連保健プランの購入意思決定者は企業であり、企業の経済力と選好がそれを左右する。保健ケアの受け手である人々はこうした第一次的意思決定に関与しないばかりか、必ずしも意に添わないものも含めて限定された選

択肢から第二次的に選択しているにすぎない。「保険加入しない」という選択肢も含めて。

保険者のリスク選択を最小化し消費者を保護することを意図した保険規制も、規制をかいくぐろうとする保険者の市場行動を完全にかからめとることはできない。規制の存在が保険料の上昇に結果し、そのことが保険加入を抑制することにもなっている。また、保険規制行政権限は基本的には州政府にあるが、州間で規制格差があるほか、保険規制をめぐる連邦—州関係もまた複雑である。

無保険者問題に対する対応策も、「選択」の拡大を求める側も、「規制」を拡大しようとする側も、いずれも現状から少しずつ前進しようとする「増分主義的」傾向が強い。いずれも増大しても、問題の解決にはほど遠いのが現実である。

先にみた 2003 年の無保険者の医療費 1,250 億ドルは、もしこれらの人々が保険を有する人々と同様に医療サービスを利用するようになれば 480 億ドル増大して 1,730 億ドルになると推計されている。この 480 億ドルに未償還ケア費のうち政府資金によって補助されない 61 億ドルを加えても 541 億ドルである。2003 年の民間医療保険料租税控除による減税額は 1,885 億ドルにもなる。数字の比較からだけであれば、国民皆保険は可能なのではないだろうか。こうした計算を行う The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2004b) は、無保険者たちが保険を有することによって保健ケアへのアクセスと利用が改善され、それによる死亡率削減の経済的評価（2004 年で 1,030 億ドル）を行い、無保険者の全面的解消の社会的価値を指摘し、医療保障制度のラディカルな改革の必要性を強調している。

そのためには、市場主義の基本的理念を捨て去り、これまで医療保険市場での経済主体＝意思決定主体の利害を調整した制度設計が必要なことはいままでもない。個人主義の国、市場主義の国において、これはいうことは可能であっても、行うことは極めて困難であろう。クリントン国民医療保険改革が辿った運命がそれを象徴している。

参考文献

Census Bureau (2003) *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States*.

Chollet, D.J., K.I. Simon, A.M. Kirk, *What Impact HIPPA? State Regulation and Private Health Insurance Coverage among Adults*, (<http://www.aspe.hhs.gov/search/health/reports/hippaimpact/>)

Congressional Budget Office (2003) *How many people lack health insurance and for how long?*

Congressional Budget Office (2001) *Budget Options*.

General Accounting Office (1999) *Private Health Insurance; Progress and Challenges in Implementing 1996 Federal Standards* (GAO/HESS-99-100)

General Accounting Office (1998) *Medical Saving Accounts* (HEHS99-34)

- Hall, M.A., E.K. Wicks, and J.S. Lawlor (2001) "HealthMarts, HIPCs, MEWAs, and AHPs: A Guide for the perplexed; Newer proposals for purchasing move us back in the direction of competition based on risk selection", *Health Affairs*, 20(1), pp.142-153.
- Hall, M.A. (2000) "The Geography of Health Insurance Regulation: A Guide to identifying, exploiting, and policing market boundaries", *Health Affairs*, 19(2), March/April, pp.173-184.
- Jensen, G.A. and M.A. Morrisey (1999) "Employer-sponsored Health Insurance and Mandated Benefit Laws", *The Milbank Quarterly*, 77(4), pp. 425-59.
- Joint Economic Committee (2004) *The Complex Challenge of the Uninsured*, May 13.
- Joint Economic Committee (2003) *How the tax exclusion shaped today's private health insurance market*, December 17.
- Kaiser Family Foundation and the Health Research and Educational Trust (2004) *Employer Health Benefits 2004*.
- Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2004a) *The Cost of Care for the Uninsured*.
- Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2004b) *The Uninsured: A primer, Key Facts About Americans Without Health Insurance*.
- Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2003) *Data Update*, November.
- Long, S.H. and M.S. Marquis (1999) "Pooled Purchasing: Who Are The Player ?", *Health Affairs*, July/August, pp.105-111.
- Nichols, L.M. and L.J. Blumberg (1998) "A Different Kind of 'New Federalism' ? The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996", *Health Affairs* 17(3), pp.25-42.
- Pollitz, K., N. Tapay, E. Hadley, and J. Specht (2000) "Early Experience With 'New Federalism' in Health Insurance Regulation", *Health Affairs*, 19(4), pp.7-22.

第3章 米国の保健医療セクターと非営利病院

高山一夫（京都橘大学）

はじめに

アメリカ合衆国では、今日なお、一般病院の 80%、精神病院・専門病院の 50%、各種の外来治療施設・家族計画、精神・薬物中毒治療、日帰り外科手術等一の 40%、ナーシングホームの 20%が非営利組織である。医療機関の類型毎に幅があるにせよ、米国の保健医療セクターが非営利組織に多く依拠していることは疑いを得ない。

本章の課題は、これら米国の保健医療セクターにおける非営利組織、とりわけ地域病院（community hospital）の歴史と現状を整理する作業を通じて、保健医療システムにおいて非営利の医療機関が果たすべき役割を考察することである。

本章は 3 節からなる。まず 1 節では、米国の保健医療セクターにおける非営利組織の位置や役割を概観する。ついで 2 節では、主として地域病院を対象に、非営利病院の成長と営利病院の台頭、それらを背景とする所有形態の意義をめぐる論争などを整理する。最後に 3 節では、最近の新たな研究動向に触れるとともに、日本における医療法人制度改革も念頭におきながら、これからの非営利医療機関に求められる役割を考察することとしたい。

1 節 米国の保健医療セクターにおける非営利組織の位置

1) NTEE 分類から見た保健医療非営利組織

アメリカ合衆国においては、保健医療（health care）は非営利組織が支配的なセクターである。というより、非営利セクターのうち経済的に最大の地位を占める領域が保健医療だといってよい。1998 年には、非営利セクターの総収入の 49%、有給労働者数の 43%、支払賃金額の 54%が保健医療関連であり、それぞれの項目において最大のシェアを占めた。収入構成比についていまだ少し例示すれば、保健医療の 49%が半分を占めたのに続いて、教育研究 18%、宗教 11.5%、社会・法律サービス 11.5%、互助・友愛組織 2.7%、文化芸術 2.3%である¹³。非営利セクターの経済活動のほぼ半分が保健医療セクターでなされているわけである。

ところで、一口に保健医療セクターにおける非営利組織といっても、規模も活動も全く異なる雑多な組織から構成されている。いま、NTEE-CC（National Taxonomy of Exempt

¹³ Weitzman, et al.(2002), pp. xxxiii—xxxiv. なお、ここで言う非営利セクターとは、内国歳入法 501(c)(3)に該当するパブリック・チャリティ、宗教団体、民間財団、及び 501(c)(4)に規定された団体のことを指す。

Entities-Core Codes) の分類に基づいて、保健医療非営利セクターの現状をまとめたものが、表 1 である。

表 1 保健医療セクターにおける非営利組織の状況⁽¹⁾

	団体数		総収益		パブリック・サポート ⁽²⁾	
	団体数	年平均変化率(92-98年)	100万ドル	年平均変化率(92-98年)	100万ドル	年平均変化率(92-98年)
ナーシング・サービス	2,482	2.0	14,801.5	7.1	786.4	5.9
病院及びプライマリ施設	5,236	0.7	289,083.3	4.1	7,049.5	6.2
外来治療施設	2,493	5.8	22,082.0	12.7	2,146.2	8.5
精神保健	6,815	1.6	13,322.2	7.5	5,313.5	6.2
特定疾患関連	4,328	0.5	8,627.0	6.9	4,425.9	9.3
医学研究支援	1,805	5.8	6,414.6	11.8	2,642.1	10.6
その他	10,268	3.6	38,185.4	8.6	5,774.5	9.9
保健医療合計	33,427	2.4	392,516.0	5.2	28,138.0	7.9

注1) 内国歳入法501(c)(3)に規定されたパブリック・チャリティ。ただし、年収益25,000ドル以下の団体は除く。

注2) パブリック・サポートとは民間寄付金と政府補助金の合計を指す。(コントラクトやプログラム・サービス収益は含まない。)

1998年のパブリック・サポートのうち民間寄付金は162.8億ドル、政府補助金は119.7億ドルであった。

出所) Weitzman, et al.(2002), pp. 139-147, Table 5.6, 5.7, 5.8 より作成。

まず、NTEE-CC 分類そのものの特徴として、保健医療サービス提供を担う非営利医療機関だけではなく、各種の患者支援や教育、アドボカシー¹⁴を行う非営利組織をも集計の対象に加えていることを指摘できる。例えば、精神保健においては、精神病院・診療所はもとより、各種のセルフヘルプ団体や患者支援団体—電話相談やレイプ被害者救済など—が含まれている。特定疾患関連や医学研究支援に関しても、専門医学会のほか、先天性欠損症やがん、腎臓病など個々の疾病毎に、患者の支援活動やアドボカシーを行う非営利組織 (patient organization と呼ばれる) が包含されている。統計上の制約のため、これら 2 種の非営利組織の正確な比率は不明であるが、約 3 分の 1 が後者のタイプの非営利組織であると考えられる¹⁵。

収入面では、病院及びプライマリ施設が全体の 7 割を占めており、ナーシング・サービスや精神保健の一部にも医療機関が含まれることを考えると、経済面では非営利医療機関タイプの存在感がやはり圧倒的である。むしろ、最近の変化として、入院日数短縮化や日帰り手術の増大、また整形外科や皮膚科などの手術を専門に行う施設の増大といった臨床面での変化を反映して、各種の外来治療施設が団体数でも収入面でも急伸していることが注目されよう。

¹⁴ アドボカシー(advocacy)とは、「社会問題の所在を指摘し、問題解決の方法を様々な形で訴え、現実に社会を変えていこうとする」ことと定義される。サラモン(1994)参照。

¹⁵ 上田(1999)によれば、1992年の非営利保健医療組織 28,290 団体のうち、ヘルスサービス提供型は 19,399 (うち病院 7,339) である。

非営利医療機関と支援・教育・アドボカシー型非営利組織との違いは、パブリック・サポートー民間寄付金と政府補助金への依存度によってよりよく示される。病院及びプライマリ施設と外来治療施設は収益に対するパブリック・サポートの比率が低く（各 2.4%、9.7%）、それだけ料金等収入に依拠していることが伺える半面で、精神保健や特定疾患関連、医学研究支援（各 39.9%、51.3%、41.2%）などは、収入の3割から5割を寄付金や政府補助金に依拠していることがわかる。患者支援・教育・アドボカシーを主とする非営利組織では、会費その他の料金収入が皆無というわけではないものの、医業収入が見込める非営利医療機関と比較すれば、やはりファンド・ライジングが組織にとって死活的な問題をなすといえよう¹⁶。逆に、非営利医療機関の側では、まさに料金収入に依拠しうるので、営利組織と一体どこが異なるのか、何をもって非営利といえるのか等、自らのレゾン・デートルが鋭く問われることになる。そこで次に、保健医療機関に絞って、非営利組織の位置を確認してみよう。

2) センサス統計からみた非営利医療機関

保健医療機関の状況を業種別により詳細に知るためには、センサス統計を用いるのが有益である。センサス統計とは、産業分類ー北米産業分類システム North American Industrial Classification Systemーに基づき、事業所単位で集計した悉皆調査である。センサス調査は5年ごとに実施され、最新の2002年センサスがウェブサイト上に公開されている(<http://www.census.gov/econ/census02/>)。

表2は、2002年センサスに基づいて、保健医療サービス提供における非営利組織の位置を整理したものである。

表より注目されるのは、第一に、非営利組織（連邦税免税事業所）の存在が病院とくに一般病院に偏っており、一般病院と精神病院を除くすべての保健医療機関において営利事業所（課税事業所）が過半を制していることである。税法上医師・歯科医師の個人営業とみなされる診療所はもとより、精神病院や専門病院、ナーシングホームや外来ケアセンターなどは非営利組織と営利組織が競合する混合セクターであり、とくにナーシングホームや腎臓透析、外来外科手術などは圧倒的に営利組織が優勢である。非営利組織は事業所総数のわずか5.2%を占めるにすぎない。

しかしながら、売上や有給職員数に目を転ざると、非営利組織は各48.2%、48.9%と、半分近いシェアに達する。これは、ひとえに保健医療サービス提供の基幹部分をなす一般病院において、非営利病院が圧倒的な割合を占めているためである。また、事業所比率に比べて売上や職員数の比率が高く、非営利医療機関の方が一事業所当りで営利よりも充実したサービスを提供していることも伺える。

¹⁶患者支援・教育・アドボカシー型非営利組織に関しては、上田(1998)、高山(1999)参照。

表2 保健医療サービス事業所の構造

	事業所数			売上(百万ドル)			有給職員数(千人)		
	総数	非営利事業所		総数	非営利事業所		総数	非営利事業所	
救急保健医療サービス	488,551	17,823	3.6%	493,193	49,353	10.0%	4,938	680	13.8%
医師診療所	202,982	0	0.0%	250,449	0	0.0%	1,918	0	0.0%
歯科診療所	118,024	0	0.0%	71,258	0	0.0%	744	0	0.0%
その他診療所 ⁽¹⁾	104,413	0	0.0%	38,110	0	0.0%	496	0	0.0%
外来ケアセンター ⁽²⁾	25,556	11,784	46.1%	55,905	31,259	55.9%	584	377	64.6%
うち腎臓透析	3,135	340	10.8%	8,741	855	9.8%	64	8	12.5%
うち外来外科手術	3,373	372	11.0%	8,664	1,209	14.0%	63	10	15.9%
検査所	11,090	0	0.0%	28,861	0	0.0%	206	0	0.0%
在宅ケアサービス	17,666	3,400	19.2%	30,575	10,882	35.6%	776	224	28.9%
その他	8,820	2,639	29.9%	18,034	7,212	40.0%	214	79	36.9%
病院	6,541	5,142	78.6%	509,663	449,977	88.3%	5,172	4,624	89.4%
一般病院	5,404	4,544	84.1%	480,868	427,860	89.0%	4,800	4,335	90.3%
精神病院	605	382	63.1%	13,421	10,954	81.6%	213	176	82.6%
専門病院	532	216	40.6%	15,374	11,163	72.6%	159	114	71.7%
ナーシングホーム	16,479	3,437	20.9%	73,806	19,869	26.9%	1,594	418	26.2%
保健医療サービス総計	511,571	26,402	5.2%	1,076,662	519,199	48.2%	11,704	5,722	48.9%

注1) その他診療所とは、カイロプラクティック、眼科、精神保健(医師を除く)、PT・OT・ST、足病科などである。

注2) 外来ケアセンターとは、家族計画、外来精神・薬物中毒治療、HMO診療所、腎臓透析、外来外科手術などである。

出所) U.S. Census Bureau, 2002 Economic Census, Industry Series より作成。

次の表3は、上位企業への集中度（事業所数と売上高）について整理したものである。株式取得を通じた買収・合併が可能な営利組織の方が、非営利組織よりも集中が進行していることが予想されようが、しかしすべての業種にわたって上位企業への集中が完了しているわけではない。表に示されるとおり、寡占というべき状態にあるのは一般病院と腎臓透析施設だけであり、外来外科手術施設や検査所、ナーシングホームでは20%程度を占め

表3 上位4社への集中度

	非営利		営利			
	事業所	売上	事業所	売上		
救急保健医療サービス	194	1.6%	12.5%	928	0.2%	3.0%
医師診療所	0	0.0%	0.0%	456	0.2%	3.4%
歯科診療所	0	0.0%	0.0%	489	0.4%	1.5%
その他診療所 ⁽¹⁾	0	0.0%	0.0%	1,321	1.3%	3.2%
外来ケアセンター ⁽²⁾	184	1.6%	17.6%	2,418	17.6%	28.5%
うち腎臓透析	223	65.6%	69.1%	2,161	77.3%	80.3%
うち外来外科手術	34	9.1%	17.5%	246	8.2%	17.6%
検査所	0	0.0%	0.0%	1,917	17.3%	23.7%
在宅ケアサービス	45	1.3%	8.7%	526	3.7%	10.0%
その他	71	2.7%	24.7%	428	6.9%	22.2%
病院	202	3.9%	4.9%	430	30.7%	64.5%
一般病院	189	4.2%	5.1%	381	44.3%	71.1%
精神病院	5	1.3%	5.3%	78	35.0%	40.6%
専門病院	4	1.9%	27.1%	137	43.4%	59.7%
ナーシングホーム	200	5.8%	7.4%	1,755	13.5%	16.1%

出所) 前表に同じ。

るに過ぎない。また、腎臓透析施設については、非営利の側でも集中がみられる。

センサス統計を用いた考察をまとめると、非営利組織が優勢なのは病院とくに一般病院に限られ、その他の保健医療施設ではむしろ営利が支配的であること、他方、営利セクターにおける集中は全体としては進んでいないが、まさに非営利セクターが支配的な病院業において、数百の病院を所有する巨大営利病院が地歩を固めていることである。こうした特徴を理解するためには、アメリカの一般病院が歩んだ歴史を知る必要がある。節を改めて、アメリカにおける非営利病院の形成と発展、および再編と営利組織の進出について概観してみよう。

2 節 非営利病院の発展

(1) 病院の所有形態

非営利病院の発展史を述べる前に、病院の所有形態について補足しておきたい。米国の地域病院は、所有形態 (ownership) の観点からは、民間非営利病院 (private not-for-profit) , 民間営利病院 (private for-profit) , そして公立病院 (public) の3形態に区分される。

非営利と営利との区別は、連邦税法および州法人法における取り扱いの違いに起因する¹⁷。非営利病院は、連邦税法において、内国歳入法 501 条(c)(3)および 509 条(a)(1)に該当するパブリック・チャリティ (public charity) として扱われ、連邦所得税の課税免除と寄附金控除特典とが附与される。法人法においては、詳細は州ごとに異なるとはいえ、通常は余剰金や残余資産等を構成員や会員に分配してはならないとされる¹⁸。株主への配当も禁じられる以上、非営利病院は、株式市場から資金を調達することができない。非営利病院に許される資金調達先は、寄付金、政府補助金、そして免税債権発行¹⁹である。代わりに、所得税、固定資産税、売上税等の州税は、連邦所得税と同様に免除される。

営利病院の法制度は、今日ではほぼすべてが投資家所有の株式会社 (investor-owned) であるため、法人法や連邦税法の点で、通常の株式会社と格別の違いはない。営利病院は、株式市場を通じた直接金融によって資金調達が容易に行える半面、株主²⁰への高配当を通じて株価を維持し、他企業による買収を警戒しなければならない。

非営利と営利とは、法制度や資金調達面では明らかに区別できるが、しかし実際の医業経営においては、両者は相互浸透している。というのも、非営利病院と営利病院が管理委

¹⁷ Hansmann (1996), 石村耕治 (1992)を参照。

¹⁸ 米国では非営利法人に関する統一的な連邦法はなく、各州が州法によって非営利法人を規定している。カリフォルニア州における非営利法人法については、経済企画庁国民生活局編 (1999年), 46-54 頁を見よ。

¹⁹ 免税債券 (tax-exempt bond) は形式的には州政府が発行する。免税債券は、利率が低い代わりに利子収入に課税されないとの特徴を有する。

²⁰ 営利病院の大株主は、金融機関やミューチャル・ファンド、年金基金といった機関投資家であるという。

託契約を取り結ぶとか合併事業を設置することになれば、非営利病院が営利の事業組合を設立し、反対に営利病院が事実上の子会社として非営利病院を開設することもあるためである。それゆえ、事実上は非営利と営利との「区別の不明瞭化」が進展しているといわれる²¹。この点に関しては、後で立ち返ることとする。

さて、表 4 は、所有形態別病院数の推移をまとめたものである。この表からわかることは、第 1 に、1970 年までは病院数が全体として増大傾向にあったのに対し、1980 年以降は減少傾向に転じたことである。すなわち、1970 年には 6,700 余を数えた病院は、98 年には 5,000 にまで 3 割ほど減少している。

表4 所有形態別地域病院数の推移

病院数	1950年 ⁽¹⁾	1960年 ⁽¹⁾	1970年 ⁽¹⁾	1980年 ⁽²⁾	1990年 ⁽²⁾	1998年 ⁽²⁾
合計	6,374	6,441	6,715	5,830	5,384	5,015
民間非営利病院	3,250	3,579	3,600	3,322	3,191	3,026
民間営利病院	1,470	982	858	730	749	771
州・地方政府立病院	1,654	1,880	2,257	1,778	1,444	1,218
構成比(%)	1950年 ⁽¹⁾	1960年 ⁽¹⁾	1970年 ⁽¹⁾	1980年 ⁽²⁾	1990年 ⁽²⁾	1998年 ⁽²⁾
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
民間非営利病院	51.0	55.6	53.6	57.0	59.3	60.3
民間営利病院	23.1	15.2	12.8	12.5	13.9	15.4
州・地方政府立病院	25.9	29.2	33.6	30.5	26.8	24.3

(1)1950年から70年までの数値は、連邦政府立病院を除く全病院に関する数値である。

(2)1980年から98年までの数値は、地域病院に関する数値である。

出所)前表に同じ。ただし1950年から70年までの数値は、U.S. Department of Commerce, *Historical Statistics of the United States*, 1976(邦訳, 79頁)に拠る。

第 2 にわかることは、1970 年代までは非営利病院と州・地方政府立病院の病院数が急激に増大したのに対して、1980 年代以降は州・地方政府立病院が大きく数を減らす一方で、営利病院が絶対数でも構成比でも着実に増大したことである。非営利病院のシェア増大は、公立病院の減少があまりに急だったことの反映であり、病院数としてはむしろ減少している。

そして第 3 に、1950 年から 1980 年にかけて営利病院数が減少したことは、この時期に病院の集中が急激に進行したことの反映である。すなわち、この時期にそれまでの多数の営利個人病院にかわって、少数の株式会社形態をとる巨大営利病院へと営利病院セクターが変貌を遂げたわけである。

以上のトレンドを念頭において、非営利病院を中軸とするアメリカ医療の特徴がどのような経緯で形成されたのかを論じたい。

²¹ Gray (1991), pp.76-89.

(2) 非営利病院の発展過程

米国病院の歴史を通史的に扱った研究は数多いが²²，ここでは Marmor, et al(2000)に立脚する。それによれば，非営利病院の発展は，①形成期（1900年～50年），②発展期（1950年～75年），③再編期（1975年以降）の3つの時期に区分できるという。そこで以下では，この時期区分に拠って，非営利病院の発展過程を概観することにしたい。

①非営利病院の形成期－1900年から1950年まで－

米国においては，19世紀後半に至るまで，診療所と病院が互いに連携することなく並存していた。医師が支払能力ある患者からの料金収入で診療所を経営する一方で，病院は寄付や補助金を頼りにもっぱら貧困な病人のケアに従事していた。宗教団体や地域住民の寄付によって開設・運営された経緯から，地域病院は非営利組織として扱われたわけである。そしてこれら非営利病院は，地方政府が開設した公立病院ともども，ボランティア・ホスピタルとよばれた²³。

しかしながら，非営利病院の開設は各地で順調に進んだわけではなかった。比較的宗教団体や住民からの寄付が集まりやすかった東部や中西部とは対照的に，南部や西部においては患者からの料金請求に依拠する営利病院が支配的であった。そのうえ，19世紀末になると，外科領域での進歩や地方政府補助金の削減，西部開拓の進展などもあって，病院の6割以上が医師所有の営利病院に占められた²⁴。

トレンドが逆転するのは20世紀に入ってからである。医療技術進歩に伴う政府補助金の増額や寄付の拡大，加えて寄付金控除特典が病院に認められたことで，非営利病院の増大が促された。独占禁止法の適用も緩められ，非営利病院による事実上の営利病院参入制限も行われる。さらに，医師会はじめ専門職のコミュニティまでもが，非営利病院を強く支持した²⁵。最後に，病院協会が設立したブルー・クロスが成長し，営利病院に対して割安な償還レートを適用したことが，営利病院にとって打撃となった²⁶。これらの要因が相俟って，人口急増地帯を除き，営利病院のシェアは急落し，非営利病院が優勢となったのである。

²² Starr(1983), Seay & Vladeck(1988), Stevens(1999 原著は1989)などを参照。

²³ Stevens(1982).

²⁴ Bays(1983).

²⁵ Nielsen(1979), p.184, Starr(1983), pp. 219-220. なお，非営利病院は，独占禁止法だけでなく，その他多くの連邦法が適用除外された。例えば，全国労働関係調整法が非営利病院に適用されたのはようやく1974年からである。Horty & Mulholland(1983), p.30, Stevens(1999), pp.164-166 参照。

²⁶ Steinwald & Neuhauser(1970). なお，ブルー・クロス自身の免税資格獲得は病院ほど容易ではなく，内国際入庁は寄付金控除特典を認めなかったほか，州税をも免除した州も1978年時点でわずか20であった。地域料率が採用された背景には，ブルー・クロス自身の非営利性を示す必要性があったのである。

②非営利病院の発展期—1950年から1975年まで—

第2次大戦後、1950年代から70年代にかけて、アメリカの非営利病院は質量共に発展期を迎える。そのための財源を用意したのが、ヒル・バートン法に代表される政府補助金制度であり、また私的および公的医療保険制度の拡充であった。

まずはヒル・バートン法を事例に、政府補助金制度の影響について検討しよう。政府補助金制度の1946年病院調査・建設法（通称ヒル・バートン法）は、米国における最初の連邦医療計画であり、貧困者に対する慈善医療の提供を条件に、公立病院はもとより民間非営利病院の建設と設備拡充に対しても、補助金を交付した²⁷。同法は、病院建設費補助金制度としては、1974年に国家医療計画・資源開発法に吸収され廃止されるが、慈善医療の提供を条件とする低利融資制度として今日なお存続している。

ヒル・バートン法は、1947年から71年にかけて、全病院建設計画の約3分の1に補助金を支出し、資本費総計の10%を賄ったとされる²⁸。同法の補助対象を所有形態別に整理すると、補助施設数では、非営利病院が5,468病院と全体の50.9%を占め、地方政府4,605施設（同42.8%）、州政府675施設（同6.3%）と続く。また病床数ベースでは、整備病床数合計47万床のうち、非営利病院が28万床と全体の59.7%を占め、施設数ベースよりもシェアを伸ばしている²⁹。ヒル・バートン法で最も恩恵を蒙ったのが非営利病院であった。

病院開設を促された非営利病院は、同時にまた、法622条f項および625条e項の規定に基づき、「人種、信条、肌の色を理由に差別されることなく、州民に十分な病院施設が提供されること」、および「財務的に不可能でない限り、支払能力を欠く個人に対して病院サービスを提供すること」が義務付けられ、また連邦補助金の私的な流用を防ぐために、20年間に亘って所有形態の転換—具体的には営利病院へ売却、あるいは転換した場合、交付額に相当する金額を国庫に返還しなければならないとされた。こうした慈善医療提供に関する規定は、その後、非営利病院の免税資格要件を定めた1954年歳入規則にも盛り込まれ、財政的に可能な限りで（to the extent of its financial ability）、無料ないし減額料金で貧困者に医療を提供することが定められた³⁰。先に見た非営利病院の伝統的な性格—地域の貧困患者をケアすること—が、免税資格要件として税法上にいわば再現したわけである³¹。

²⁷ 1948年病院調査・建設法の立法過程の詳細に関しては、高山一夫（2002）、pp. 37-63 参照。

²⁸ Lave & Lave (1974), p.16.

²⁹ 高山一夫（2002）、pp. 54-55.

³⁰ 非営利病院が、内国歳入法の501条(c)(3)項に定められたパブリック・チャリティ（public charitable organization）として認められるための必要要件は、①非営利のチャリティとして組織されていること、②慈善医療を提供すること、③特定の医師によって排他的に利用されないこと、④純利益が分配されないことである。このうち、①と④は各州法人法の規定を引き継いだ項目にすぎず、③もオープン・システムとよばれる医師—病院関係を追認したにすぎない。しかし②の基準は、ヒル・バートン法の規定を税法に持ち込んだものといえる。高山（2002）、pp. 56-58

³¹ ただし、ヒル・バートン法は公立病院をも整備したため、地域の貧困患者のケアという役割をむしろ公立病院に転嫁させたとする議論もある。Feder, Hadley & Mullner (1984)参照。

次いで、医療保険の拡充に視点を移せば、私的および公的医療保険の拡充は、むしろ営利病院セクターの発展に刺激を与えた。なかでも 1965 年社会保障法改正によるメディケア・メディケイドの創設とその後の拡充は、表 5 に示したとおり、営利医療機関の参入を促した。

表 5 メディケア・メディケイドと営利医療機関の成長

業種	給付の拡充時期	営利のシェア	
		3～5年前	3～5年後
短期病院	メディケア成立(1965年)	5%	7%
ナーシングホーム	メディケア成立(1965年)	60%	70%
腎臓透析施設	メディケア拡充(1972年)	4%	21%
在宅ケア機関	メディケア拡充(1981年)	7%	25%
精神病院	各州で民間保険の給付を義務化(1975-80年)	1%	6%

出所) Marmor, et al.(2000), p.227, Table 13.2より作成。

例えば、メディケアにおいては、経常費用が総括原価方式（標準原価に適正報酬率を乗じた額を支払う方式）に基づいて償還されただけでなく、資本費に関しても、入院患者総数に占めるメディケア入院患者の割合に応じて支払った。さらに、営利病院に対しては、資本投下に対する利子支払として、特別に ROI 支払（Return On Investment Payment）を行う措置も盛り込まれた。こうした有利な支払い制度を追い風に、営利病院セクターは 1970 年代末には Hospital Corporation of America 社を筆頭とする少数の巨大営利病院が台頭する。

また、1970 年代のメディケア拡充によって営利の腎臓透析施設や在宅ケア機関が増大し、さらに精神医療給付に関する州保険業法規制の改正を追い風に、営利の短期精神病院も成長を遂げた。

③非営利病院の再編期－1975 年以降－

医療保険の拡充は、医療費のインフレーションを惹起し、1970 年代後半より医療費支払いの抑制政策を招来した。1983 年にはメディケア入院費用償還に DRG/PPS が導入され、あわせて PRO (Peer Review Organization)による支払審査が厳格に実施された。例えばニューヨーク市では、メディケア入院の 14%が支払いを拒否され、またメディケア患者の平均在院日数も審査開始後わずか 2 ヶ月で 13 日から 8.7 日へと短縮した³²。

支払抑制と競争激化は、病院経営を直撃し、不採算医療のための内部補助を難しくし、必要な手続きを経ずに患者を公立病院に移送する、いわゆる患者ダンピングがひろく見られるようになった³³。1986 年に全米公立病院協会が 12 の州およびワシントン D.C.に立地する 26 の公立病院を対象に実施した調査によれば、移送された患者の 15%がダンピングの疑いの濃いケースであった。これら患者の 46.6%は無保険者であり、メディケイド受給者も

³² 李啓充 (2000), pp.88-94.

³³ Schlesinger & Dorwart (1984).

18.1%を占める。移送元の 51.6%は非営利病院、20.4%が営利病院だったという³⁴。コストのかかる患者の集中は、公立病院の財政を悪化させ、1977年から83年の間に128の州および地方政府立病院が閉鎖する事態を招いた。

また、1970年代にはいり、ヒル・バートン法をはじめとする連邦補助金制度が縮小・廃止されたことも、非営利の病院経営に経営余剰を追求させる要因となった。補助金の代わりに非営利病院の資金調達を支えた制度が、連邦信用保証計画と州免税債発行計画である。連邦信用保証計画は、1965年住宅都市開発法の第242条モーゲージ・インシュランス・プログラムを非営利病院建設に適用したものであり、1969年から76年にかけて、地域病院の建設費用の13%に相当する16億ドルのモーゲージ保険を提供した。また、1963年以降、病院区だけでなく、州政府が非営利病院の免税債券発行を可能にする機関を設置し始めた。州内の非営利病院は、これら発行機関と *lease-back revenue arrangement* を締結することで、病院収益を担保とした免税債発行が認められた。しかしながら、これらの施策は非営利病院の債券市場依存を深める結果となった。病院免税債の発行は1974年の12.5億ドル（同年の免税債発行総額の5.7%）から83年には92.3億ドル（同12.3%）へと倍増し、地域病院全体でみて固定資産が3倍になる一方、長期負債が7倍にも膨れ上がった³⁵。元利償還のための経営余剰確保が非営利病院経営の死活問題となったわけである。

支払抑制政策と債権依存の深化に直面した非営利病院が、競合する営利病院から経営効率化手法を学ぶことは必然であろう。より直接に、経営管理を営利病院に委託する非営利病院も散見され始める。非営利病院が競合相手たる営利病院をマネしはじめたわけであり、そこから営利病院の影響力や、非営利病院に対する疑義をめぐって、論争が展開されることになる。

そこで、次節では医療機関の所有形態をめぐる論争を紹介しつつ、非営利病院の現状と展望を述べることにしたい。

3 節 非営利病院の現状と展望

（1）医療機関の所有形態をめぐる論争の展開

非営利病院に対する研究は、1970年代までは、利潤動機からの逸脱は効率性を低下させる（X非効率）という新古典派経済学の企業理論に基づく単純な議論が多かった³⁶。しかしながら、営利医療施設の急激な台頭に警鐘を鳴らしたレルマンの「新・医療産業複合体」論を皮切りに³⁷、1980年代を通じて医療機関の所有形態をめぐる論争が華々しく展開されることになる。

³⁴ “15% of transfers seen as ‘dumping’”, *Hospitals*, Oct.5, 1986.

³⁵ Cohdes & Kinkead (1984), pp.17-26.

³⁶ 遠藤久夫 (1998), p.197.

³⁷ Relman (1980).

当初の論争では、営利医療機関は機会主義的行動をとることから、貧困者の医療アクセスを阻害し、医学教育・研修プログラムにも参加せず、不必要で高価な検査や手術に積極的である等、総じて医療の質を低下させると危惧された³⁸。中には非営利形態を専門職のエリート主義と重ねることで、非営利病院の非効率性を主張する議論もあったが³⁹、営利病院の方が高コストで機会主義的行動だとして、非営利病院の優位性を強調する論調の方が強かった⁴⁰。

ところが、経済学者も交えた実証研究においては、むしろ営利と非営利の間に行動上の差異が見出せないことが多かった⁴¹。また、所有形態間に本質的差異を求める研究者の側でも、業種や時期、地域を通じた一貫した差異を見出せなかったという⁴²。それゆえ、所有形態は組織行動に本質的な差異をもたらすものの、多様な要因によってその発現が覆い隠されているのだと主張する者もいる⁴³。

なぜこうした理論と実証との乖離が生じたのかについても、いくつかの説明がある。ひとつは、実証研究が精力的になされた1980年代は、営利・非営利ともに競争激化とコストダウン圧力増大にひどく苛まれた時期であり、その時代の研究結果は時代を超えて妥当しないという主張である⁴⁴。いまひとつは、実証研究の方法に関する疑義である。すなわち、組織行動に及ぼす外部要因（競争や規制の程度、コミュニティとの関係など）の影響のあり方に関する仮説が単純すぎるという批判である。例えば、大抵の実証研究においては、外部要因の圧力が強まるほど（競争激化、規制強化など）、営利と非営利の間の行動上の差異は小さくなると仮定されている。しかし、非営利組織は営利組織と比較して、競争強化には鈍感だが規制強化には敏感に反応するかもしれない。もしそうだとすれば、競争と規制が同時に強まった場合、行動上の差異はかえって拡大することになってしまう。したがって、所有形態による行動の違いと外部要因の関係について、より緻密な実証研究と理論化が必要だというわけである⁴⁵。

さらに、近年の実証研究においては、所有形態と医療の質とに関連があることを示唆する研究も散見されはじめた。表3-5は、医療の質を **adverse event**—管理上の問題によって引き起こされた傷害であり、具体的には院内感染の発生や退院時アセスメントの不備による再入院などを指す—の観点から把握した研究の結論をまとめたものである。

³⁸ Relman (1980, 1991), Starr (1982), Pellegrino (1982), Ginzberg (1988), Schlesinger & Dorwart (1984).

³⁹ Clark (1980).

⁴⁰ Institute of Medicine (1986), Schlesinger and Dorwart (1984).

⁴¹ Shortell & Hughes (1988), Pattison & Katz (1983), Campbell & Kane (1990).

⁴² Schlesinger (1998), p.84.

⁴³ DiMaggio & Anheier (1990).

⁴⁴ Thomas, et al. (2004), pp. 257-258.

⁴⁵ Schlesinger (1998), p.85.

表 6 非営利病院を比較対象としたオッズ比(1992年)

	教育病院	公立病院	営利病院
全adverse event	1.44 (0.71-2.91)	2.46 (1.45-4.20)	1.57 (1.03-2.38)
うち投薬関連	0.37 (0.16-0.89)	0.92 (0.26-3.27)	0.99 (0.48-2.02)
うち手術関連	2.30 (0.86-6.13)	4.85 (2.44-9.62)	2.63 (1.42-4.87)
うち診断・治療の遅延	2.21 (0.61-8.03)	4.27 (1.48-12.31)	4.15 (1.84-9.34)
うち処置関連	2.27 (0.57-9.05)	1.17 (0.31-4.46)	0.65 (0.29-1.46)

注)カッコ内は95%信頼区間の上下端。

出所) Thomas(2004), p.266, Table 4より作成。

表からわかる通り、adverse event の発生は、公立病院および営利病院において非営利病院よりも有意に高い。とりわけ、手術に関連したもの、および診断・治療の遅延に関連したものの発生が高く、平均して2倍から4倍の発生確率である。すなわち、この研究からは、営利病院（および公立病院）では非営利病院よりも医療管理上の事故が発生しやすいことが示されており、両所有形態間で医療の質に違いがあることを伺わせるものである。なお、教育病院に関しては、いずれの項目についても非営利病院と差があるとはいえない。

提供される医療の質と所有形態の関連については、ナーシングホームについても同種の研究結果が公表されている⁴⁶。

(2) 医療機関の所有形態と組織行動に関するまとめ

以上、駆け足で所有形態に関する論争を紹介してきたが、これまでに蓄積された研究は膨大であり、上で紹介したものはほんの一握りにすぎない。

にもかかわらず、所有形態が保健医療にどのような影響を及ぼしているのかについては、まだ確定的なことはいえない状況にある。第1章でも述べたように、近年の非営利組織論では、制度学派組織論の見地から、単に営利病院と非営利病院を比較するのではなく、それらが立地する様々な外部環境—市場構造や規制、宗教団体や地域社会との関係性等—との相互作用のなかで、組織の構造や行動を考えねばならないことがわかってきた（異質同型対応；isomorphism）⁴⁷。しかしながら、外部環境要因として具体的に何に注目するのか、またそれが所有形態間の組織行動の差異にどのような影響を及ぼすのかについては、まだ研究の途上である。

例えば、ここまであまり触れてこなかったが、所有形態は専門職特に医師の存在と関連している可能性がある。所有形態ミックスを示した表2を眺めても、診療所は別として、医師の介入が大きいほど医療機関が非営利となる傾向にあることがわかる。しかしながら、専門職が必ず非営利を好むかといえ、営利の検査施設や外科手術センターを自ら開設し

⁴⁶ Harrington, et al. (2004)

⁴⁷ Powell & DiMaggio (1991), Powell & Clemens (1998).

経営する企業家的医師の存在も指摘されており、理論化に際しては考えるべき点が多く残されている⁴⁸。

また、医療に限らず、非営利組織とは要するにベンチャー企業に他ならず、その事業に対する社会的認知が進むほど営利組織や公的機関が参入し、非営利組織によるサービス提供の重要性が減少するとの議論もある。すでに述べたように、非営利病院はもともと貧困な患者をケアする施設であり、そのための財源を寄付や補助金に依拠していた。ところが、医療保険が発達し、患者からの料金収入が見込めるようになるにつれて営利病院が参入し、また、貧困な患者のケアが公立医療機関によって担われるようになることで、チャリティ・ケアの担い手としての非営利病院によるチャリティ・ケアの重要性は次第に低下してゆく。折からの医療費抑制と競争激化によって、経営手法の面でも営利病院と区別がつかなくなる。

非営利ベンチャー論は問題の立て方にかなり無理があるものの、1980年代後半より、非営利病院の免税資格に対する疑義が強まっているのは事実である。ユタ州やペンシルベニア州では、州最高裁によって連邦慣習法上のチャリティの概念—健康の増進は慈善活動であり、したがって非営利病院はチャリティである—の概念が否定され、非営利病院に対する「報酬テスト」が課せられた⁴⁹。この動きと歩調を合わせるように、免税特典の付与と引き換えに、免税額に見合ったコミュニティ・ベネフィットの提供を非営利病院に求める州が増加している⁵⁰。そして今回の現地調査報告でもっとも話題になった事柄こそ、このコミュニティ・ベネフィットであった。

おわりに

米国の医療政策や医療経済研究においては、営利化をめぐる論争は一時に比べて沈静化しているように見える。1980年代に精力的に取り組まれた実証研究においても、営利病院と非営利病院の間に一貫した違いは見出せない結論づけたものが多い。医療の質や安全性の向上、患者に選ばれる病院作り、そのための経営効率の改善など、所有形態を問わない経営課題が実践上は重視されてきた面もある。さらには、20世紀の米国病院史をまとめた Stevens のように、非営利病院をして「カメレオンのような組織⁵¹」として、すなわち自らを取り巻く社会経済環境に応じて外見を変化させる適応的制度 (adaptive institutions) とみなす社会学の議論もある。

⁴⁸ 例えば、医療法および医療政策の資料集とも言える Havighurst (1998)では、Commercialism Versus Professionalism という1章が設けられ、文献、判例その他が200頁にわたって参照されている。

⁴⁹ *Utah Community v. Intermountain Health Care* 709 P.2nd 265.

⁵⁰ Stevens, 1999, p. xxx, note 36.

⁵¹ Stevens(1999), “Preface, 1999”, p. xi.

それでもなお、営利と非営利、民間と公立といった所有形態にこだわるわけは、この問題が単なる所有形態の問題ではなく、保健医療のあり方に対する社会的な意識を反映しているからである。

かつてトクヴィルが米国人にはアソシエーションを設立する習慣があると指摘したが、アメリカの非営利医療機関においては、コミュニティとの関わりこそが本質的であり、きめ細かな住民ニーズの掘り起こしと慈善医療（無保険者の治療や ER 開設、採算割れの診療科の開設など）や教育・研修機会の提供、そして病院の戦略的意思決定に地域住民を実質的に参加させること。こうした取り組みこそが、巨額の資本力を生かして全国展開する巨大営利病院に対抗して、多数の非営利病院が今日なお存続していることの、ひとつの重要な理由になっているのだと思われる。

参考文献

American Hospital Association (2000) *Hospital Statistics*.

Bays, C. (1983) "Patterns of Hospital Growth: The Case of Profit Hospitals." *Medical Care* 21: 950-957.

Campbell, P. and Kane, N. (1990) "Physician-management relationships at HCA: A case study." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 15: 591-605.

Clark, R.C. (1980) "Does the Nonprofit Hospital Form Fit the Hospital Industry?" *Harvard Law Review* 93, no. 7: 1416.

Cohdes, D.R. and Kinkead, B. (1984) *Hospital Capital Formation in the 1980s*. Johns Hopkins University Press.

DiMaggio, P.J., Anheier, H.K. (1990) "The Sociology Of Nonprofit Organizations And Sectors". *Annual Review of Sociology*, 16: 137-159.

Feder, J., Hadley, J. and Mullner, R. (****) "Falling through the Cracks: Poverty, Insurance Coverage, and Hospital Care for the Poor, 1980 and 1982." *Milbank Memorial Fund Quarterly* 62: 544-566.

Gray, B.H., ed. (1983) *The New Health Care for Profit: Doctors and Hospitals in a Competitive Environment*. National Academy Press.

Gary, B. (1991) *The Profit Motive and Patient Care*. Harvard University Press.

Ginzberg, E. (****) "For-profit medicine, reassessment" *New England Journal of Medicine* 319: 757-761.

Hansmann, H. (1996) *The Ownership of Enterprise*, The Belknap Press.

Harrington, C., Woolhandler, S., Mullan, J., Carrio, H., and Himmelstein, D.U. (2004) "Does Investor-ownership of Nursing Homes Compromise the Quality of Care?" In Navarro, V. and Muntaner, C., eds., *Political and Economic Determinants of Population Health and Well-Being*.

- Baywood Publishing Company.
- Horty, J.F. and Mulholland, D.M. (1983) "Legal Differences between Investor-Owned and Nonprofit Health Care Institutions." In Gray, B.H., ed., *The New Health Care for Profit*. Institute of Medicine. (1986) *For-Profit Enterprise in Health Care*. National Academy Press.
- Lave, J. and Lave, J. (1974) *The Hospital Construction Act*. American Enterprise Institute.
- Marmor, T.R., Schlesinger, M. and Smithey, R.W. (1987) "Nonprofit Organizations and Health Care." In W.W. Powell ed., *The Nonprofit Sector: A Research Handbook*. Yale University Press.
- Pattison, R.V. and Katz, H.M. (1983) "Investor-owned chain and not-for-profit hospitals." *New England Journal of Medicine* 309: 347-353.
- Pellegrino, E. (1982) "The coming of corporation." In Williams, K., ed., *Medical Care Quality and the Public Trust*. Pluribus Press.
- Powell, W.W. and DiMaggio, P.J., eds. (1991) *The New Institutionalism in Organization*. The University of Chicago Press.
- Powell, W.W. and E. Clemens eds. (1998) *Private Action and the Public Good*, Yale UP.
- Relman, A.S. (1991) "Shattuck Lecture. The health care industry: Where is it taking us?" *New England Journal of Medicine* 325: 854-859.
- Relman, A.S. (1980) "The New Medical Industrial Complex." *New England Journal of Medicine* 303: 963-970.
- Salamon, L.M. (1993) *America's Nonprofit Sector*. The Foundation Center. (入山英訳(1994)『米国の「非営利セクター」入門』ダイヤモンド社。)
- Salamon, L.M. (1997) *Holding the Center*, Foundation Center.
- Salmon, J.L., ed. (1990) *The Corporate Transformation of Health Care I*. Baywood Publishing Press.
- Salmon, J.L., ed. (1994) *The Corporate Transformation of Health Care II*. Baywood Publishing Press.
- Schlesinger, M. (1998) "Mismeasuring the Consequences of Ownership: External Influences and the Comparative Performance of Public, For-Profit, and Private Nonprofit Organizations." In Powell, W.W. and E. Clemens eds. *Private Action and the Public Good*, Yale UP.
- Schlesinger, M., Bradley, E., and Gray, B.H. (1996) "Charity and Community: The Role of non-profit ownership in a managed health care system." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 21: 697-751.
- Schlesinger, M. and Dorwart, R. (1984) "Ownership and mental health care: A Reappraisal." *New England Journal of Medicine* 311: 959-965.
- Seay, J.D. and Vladeck, B.C. (1988) *In Sickness and in Health*. McGraw-Hill.
- Starr, P. (1983) *The Social Transformation of American Medicine*. Basic Books.
- Shortell, S.M., and Hughes, E.F. (1988) "The effects of regulation, competition, and ownership on

- mortality rates among hospitalized inpatients.” *New England Journal of Medicine* 318: 1100-1107.
- Steinwald, B. and Neuhauser, D. (1970) “The Role of the Proprietary Hospital.” *Journal of Law and Contemporary Problems* 35: 817-838.
- Stevens, R. (1982) “A Poor Sort of Memory’: Voluntary Hospitals and Government before the Depression.” *Milbank Memorial Fund Quarterly* 60: 551-584.
- Stevens, R. (1999) *In sickness and in wealth: American hospitals in the twentieth century*. New material. Johns Hopkins University Press. (原著初版は1989年, Basic Books社より刊行。)
- Thomas, E.J., Orav, E.J., and Brennan, T.A. (2004) “Hospital Ownership and Preventable Adverse Events.” In Navarro, V. and Muntaner, C., eds., *Political and Economic Determinants of Population Health and Well-Being*. Baywood Publishing Company.
- U.S. Census Bureau. *Economic Census 2002*. (<http://www.census.gov/econ/Census02/> に掲載)
- Weitzman, M.S., Jalandoni, N.T., Lampkin, L.M., and Pollak, T.H. (2002) *The New Nonprofit Almanac and Desk Reference: The Essential Facts and Figures for Managers, Researchers, and Volunteers/foreword by Sara Melendez and Elizabeth Boris*. Jossey-Bass.
- 石村耕治 (1992) 『日米の公益法人課税の構造』 成文堂。
- 上田健作 (2000) 「米国の多元的医療システムとミニマム保障」 『行財政研究』 No.42, 10-20 頁。
- 上田健作 (1999) 「米国保健医療産業のフレームワーク」 『宮崎産業経営大学経営学論集』 第12巻第2号, 27-54 頁。
- 上田健作 (1998) 「米国保健医療非営利団体の印象」 『宮崎産業経営大学経営学論集』 第12巻第1号, 15-68 頁。
- 遠藤久夫 (1998) 「医療における市場原理と計画原理の相互補完性」 『医療と社会』 第8巻2号, 183-205 頁。
- 経済企画庁国民生活局編 (1999) 『海外におけるNPOの法人税度・租税制度と運用実態調査』 大蔵省印刷局。
- 高山一夫 (2002) 『合衆国病院産業における公共性と企業化』 (京都大学大学院経済学研究科学位論文)
- 高山一夫 (1999) 「アメリカ合衆国における保健医療関係非営利団体」 『福井医科大学一般教育紀要』 第19号, 41-62 頁。
- 李啓充 (2000) 『アメリカ医療の光と影』 医学書院。

Ⅱ部 ワシントン D.C.現地調査報告

ワシントン D.C. 現地調査旅程表

2月27日(日)	成田空港発 → (日付変更線) → ワシントン D.C.着		
2月28日(月)	9:00	American Hospital Association Greeting	Steve Ahnen, SVP, AHA
	9:15-11:30	American Organization of Nurse Executives	Pam Thompson, CEO, AONE
	14:00-16:00	American Hospital Association	Caroline Steinberg, VP, AHA
3月1日(火)	8:30-10:30	George Washington University Hospital	Rick Davis, CFO Helen Salazar, Int. Affairs
	13:30-16:00	Suburban Hospital Healthcare System	Brian Gragnoati, President/CEO
3月2日(水)	9:30-11:45	American Diabetes Association	Dr. Nathaniel Clark, Nat. VP of Clinical Affairs Dr. Richard Kahn, Chief Scientific & Med. Officer
	14:00-16:00	Virginia Hospital Center- Arlington	Carl Bahenlein, Exec. VP/COO Erin Curtin, Public Relations Man.
3月3日(木)	13:00-15:30	Sibley Memorial Hospital	Fern Stone, VP/Development and Public Affairs
	18:00-	Steve Ahnen 氏と情報交換	
3月4日(金)	9:30-11:30	Bread for the City	Lisa Johnson, Medical Clinic Admin.
3月7日(月)	9:30-11:30	Providence Hospital	David Sparks, SVP/Finance
	13:00-15:30	Unity Health Care	Vincent Keane, CEO
3月8日(火)	ワシントン D.C.発 → (機中泊)		
3月9日(水)	成田空港着		

1, アメリカ看護管理者団体 American Organization of Nurse Executives

日時 2月28日(月)

応対者 Caroline Rossi Steinberg, Vice President, Trend Analysis

まずアメリカの看護師の現状についての状況についての説明があった。看護師の平均年齢 42~45 歳であり, 55 歳で退職が通常とのことである。30 歳以下が看護師全体の 10%を割り込むことになっている。看護師の高齢化が垣間見られるデータであった。この理由は 25 年程前からの女性の社会進出の動向に起因するところが大きいと語られるところである。最近日本においても増加してきている男性看護師であるが, その構成比は全体の 6%程度であるとのことであった。



AONE 副会長のスタインバーグ氏

これもまた日本同様の看護師の不足に対する対処としては, 看護師専攻希望の学生の増加が必要とされるのであるが, 受け入れ学部の不足, 看護教育にあたる教員の高齢化 (48 ~50 歳) などにより, 50,000 人の志望学生が大学及び専門学校に入学することが出来ない状態だそうだ。

看護を専攻する若い人にとって, 看護師の雇用労働環境は恵まれたものなのであろうか。看護は確かに自律性 (Autonomy) を Shared Governance の発想により持たねばならないとの指摘があった。この自律性とは看護師グループにおける自分たちの仕事に関する自己決定権であり, 内容としては看護に関する time schedule, education, 看護の実践にかかわるものである。ただその具体的内容に関しては州により相違する。特に看護師の実践の範囲は異なるものであり, 所属する病院ごとあるいは看護師が受けた看護教育による異なるのである。また, RN から PN などその専門性の高低に関連して異なるものである。

これからの看護師とくに看護リーダーが持つべき知識は, その看護基礎教育に関する对患者に関しての基礎的知識は申すに及ばず, 管理のための教育つまり職場でのリーダーシップ能力の開発の必要性が強調された。この背景的理由としては, 看護師がその職を離れる理由として, 管理職との人間関係を理由として離職するケースが多いことがあげられていた。

将来の看護の内容を考えるにあたっては, 現場と教育の間のフィードバックの必要性が特に強調された。

派遣看護師に関して, 特にフィリピンからの看護師の流入については, アメリカの場合多民族国家ということもあり, 移民労働者に関しての違和感は存在しない。短期間として

考えるのは良いのであるが、その者たちについての **support system** の問題が残っている。

こうした看護師の割合は、大都市大病院に多く見られる。つまり看護労働力不足があるからである。**Small community** のほうが労働力が安定供給されているということがある。また一方において、**life style** に合うとしてそうした働きかたを選択する人もいることも事実である。都会における人材の不足など労働環境を考え直すことが必要であろうし、またスタッフに労働環境改善のための問いかけをする必要もあると語られた。

どのような看護が必要なのかはそれぞれの病院の決定事項である。軍人病院、軍設立の病院に関してはこれは当てはまらないが。将来の看護職に問われるべき素養は、新しい知識が導入されるあるいは開発される際に **critical thinking** が可能かどうかではないかとの指摘があった。いわゆる **team** 医療において各専門職間の **coordinator** の役割を負うのはアメリカにおいては医師ではなく **nurse** なのである。いつも患者の傍に居るのは医師ではなく **nurse** であり、こうした事実は患者一人ではなくその家族も認知していることだからである。ただ昨今の技術の飛躍的進歩に伴い、医療技術がその間に入り込むことにより患者と **nurse** の関係性にも変化が生じてきていることも見逃せない事実である。距離を置いて患者との関係性を以下に構築するのか、いわく **virtual** な環境の構築が新たな課題となるのである。また質の高い看護を達成するために必要なものとして、患者の文化的背景への配慮が上げられる。回診を **team** で行うことを想起すれば、患者の置かれるその文化的背景の相違に関する配慮を醸し出す看護教育が重要なポイントとなるであろう。地域において実際文化的背景の相違に起因する問題が生起しており、**area** に関する知識を伝授する教育が必要なことが認識されていた。実際地域社会において何が必要とされているのかについての共通認識を持っている病院は成功しているのである。病院において入院よりも外来のほうが多いのが常であり、そうした外来についてのサービスの充実が地域住民を如何に理解するかが鍵となるのである。病院は常に地域との連携を以下に図るのかということが重要な命題となるのである。無保険者の問題もまたこうした理解の上で把握する必要があることも言うまでもないとの指摘があった。

2. アメリカ病院協会 American Hospital Association

日時 2月28日(月)

応接者 Stephen M. Ahnen, Senior Vice-President of AHA

Caroline R. Steinberg, Vice-President of AHA

1. アメリカ病院協会について

アメリカ病院協会(以下、協会)は、教育病院から中小病院まで米国のほぼすべての病院が加盟する業界団体である。協会の事務所は、シカゴ(本部)、ワシントンD.C.およびサンフランシスコに開設されている。D.C.の事務所では、連邦政府及び連邦議会に対する働きかけを主な業務としている。病院歳入の約50%(メディケア38.5%、メディケイド14.3%)は政府からの支払であるため、連邦の政策への関与がきわめて重要だからである。協会では、その他、会員病院が相互に協議・検討する機会も提供している。

なお、各州にも州病院協会が設立されているが、協会は親組織ではなく、あくまで各州組織のパートナーに過ぎない。



病院協会のエントランス

2. 非営利病院とコミュニティ

病院の85%は非営利病院であるが、これは米国における病院の歴史と関わっている。宗教団体が開設したものもあるが、非営利病院の多くは、コミュニティのニーズから生まれ、コミュニティによって開設し維持されてきた。非営利病院とは、コミュニティによる、コミュニティのための組織であるといえる(hospitals by the communities, for the communities)。

①理事会とガバナンス

非営利病院の理事会(community boardないしboard of trustees)は地域住民の代表から構成されている。理事会の構成に対する規制はないが、通常は、実業界(商工会議所や銀行、不動産開発業者など)、教育界(大学教員など)、開業医(病院の診療部長にもなる)、看護部長などが参加している。患者代表としての理事はいないが、患者団体の代表が理事会に参加している病院もある。なお、公立病院では、理事の構成については厳しく規制されている。

理事会は住民代表であるが、議題が医療の質や安全性、効率性など難しいテーマになるため、そうした問題を理解できる人でなければならない。そこで、協会では、理事に対する教育支援を目的としたcenter for healthcare governanceを新設した。同センターでは、医療

の質、安全、ベストプラクティス、ガバナンスといったテーマを設けて教育を行っている。また、各地の理事が参加しやすいよう、地域でのミーティングも開催している。ただし、病院のガバナンスには教科書はなく、理事たちが自らつくりだす他ない。ガバナンスとは、結局は、理事会のマインドの問題である。エンロンやワールドコム的事件もあって、株式会社の役員会のあり方が問われているが、非営利組織も他人事ではないと思う。

医療の質については、良いケアを効率的に提供することが大事である。ただし、医療の質を向上させるためには、財源、IT、労働環境など、多様なドメインを総合的に改善しなければならないため、協会では、各ドメインで最低限必要な事項をまとめた一覧表（governance dashboard）の作成に取り組んでいる。

②コミュニティ・ベネフィットの提供

非営利病院は、地域に対してコミュニティ・ベネフィットを提供しなければならない。具体的には、無保険者の診療や教育、ニーズ・アセスメントに基づいた診療科の開設、健康診断等ヘルスプロモーションなどである。非営利病院の9割以上は地域のニーズ・アセスメントを実施しており、地域のニーズの把握に努めている。

ただし、病院の財務状態は厳しく、メディケア・メディケイドからの支払も原価割れしている。診療科にも儲かるものとそうでないものがあり、例えば心臓外科手術や整形外科手術はもうかるが、精神保健や外傷ケアは不採算である。しかし、精神保健や外傷ケアのほうが、むしろ地域にとって必要なサービスなのである。また、医療費の80%は2割の患者（慢性疾患）が費消しているが、現行の支払制度では、慢性疾病の予防や管理を行っても採算が合わない。そもそも病院は患者の治療を強制できないし、喫煙や肥満といった不健康な生活に対して強制的に介入することは、アメリカの文化ともそぐわない。協会では様々な患者団体と協議を行っているが、まだ連携までは行かない。今後のライフワークである。

結局は、コミュニティからの期待と病院が実際にできることとのバランスをどう図るかが問題である。病院が非営利であることを願うのは、むしろコミュニティの側であって、政府の支援が足りないならば、コミュニティに支えてもらうしかない。病院の医療費には節約の余地があるが（情報技術の標準化など）、新技術を導入するために数十億ドル単位の投資が必要になることもある。例えば、薬剤溶出ステントの普及だけで年間の医療費が20億ドル増加している。非営利病院は、コミュニティの他の部門と連携しながら、求められているサービスを提供すること、さらに政府や保険者も含めてパートナーシップを構築することが大事だと思う。

③開業医との関係

非営利病院に影響を及ぼす要因として、患者のほか、開業医とコミュニティがある。どちらも大事だが、最近では医師と病院との間でいろいろな問題が発生している。医師は、

保険者からの支払抑制や医療過誤賠償責任保険料の高騰などで苦しんでおり、病院と患者の奪い合いをしている。例えば、自分の所有する施設で日帰り手術を実施する、心臓外科や整形外科など利益のでる医療行為ばかりをする等である。そして、営利病院が率先して、医師に対してこうした環境を提供している。その結果、医師がそうした採算分野については非営利病院を利用しなくなった地域もある。

とはいえ、開業医の協力が無ければ病院に患者はやってこないのだから、医師のことは無視できない。

3. 病院の財務状況と営利病院

病院は、公的保険の赤字を考慮して、民間保険に上乗せ請求をしている。また、非営利病院は企業からのフランソロピーや地域住民からのファンド・ライジングにも取り組んでいる。寄付収入の割合は病院毎に異なり、宗教病院や小児病院では大きなところもあるが、それでも収入の数%である。他方、営利病院への寄付は税制優遇されないので、ほとんどない。

ここ 20 年の間、病院に対するコスト効率化の圧力が強まるなかで、営利病院が増加している。また、営利に転換し、あるいは営利に支配された非営利病院もある。しかし、医療もビジネスであるとはいえ、支払能力に関わり無く、必要な人に必要なサービスを提供しなければならないという点で、他のビジネスとは異なる特徴を有している。

営利病院による非営利病院の買収に際しては、連邦及び州政府からコミュニティとの関連を保つよう監査が入るし、また、買収元の多くがその地域で営業している営利企業であることが多いので、買収されたからといって、直ちにコミュニティの利益に反する事例は少ないと思う。

実際、市民の意識には、営利か非営利かという区別はあまりない。質問すればすべて営利と答えるだろう。むしろ私立か公立かで区別している。

所有形態によってコミュニティにおける病院の行動が左右されるわけではない。むしろ、病院の立地環境、すなわちコミュニティがどういう運営やサービス提供を病院に望むかによって、病院のあり方が異なるのだと思う。それに、営利であれ非営利であれ、専門職は自らの価値観で仕事するものである。

4. 医療制度改革に対する見解

協会は、かねてより国民皆保険（universal coverage）を主張している。ただし、今の政治状況では実現は難しいため、当面は既存制度を活用して保険加入者を増やす取り組みをしている。例えば、メディケア・メディケイドで無保険者の治療を義務付けているのならば、そのための財源を保障すべきだと議会に働きかけている他、各州の協会では、学校で無保険者児童がいないかチェックし、いた場合には速やかに州児童医療扶助制度（SCHIP）への加入を促すなど、コミュニティへの働きかけを行っている。なお、マサチューセッツ州な

どでは、未払い医療費支払基金制度（uncompensated care pool）が設けられているが、これは無保険者の減少には寄与しないから、あまり賛成できない。また、医療費は社会に対して健康という便益をもたらしているのだから、医療費＝悪というイメージの払拭にも努めている。

ただし、様々な医療問題を実際に解決するのは、個々の病院である。協会のできることは政治的な働きかけだけである。



**アメリカ病院協会上級副会長のアーネン氏(中央)
現地調査では大変にお世話になりました。**

3, ジョージ・ワシントン大学病院 George Washington University Hospital

日時 3月1日(火)

応接者 R. Davis, Chief Financial Officer

H. Salazar, International Affairs, Marketing

1. R. Davis へのインタビューより

○営利転換した経緯について

ジョージ・ワシントン大学病院 (GWU) は100年以上の歴史を誇る病院であるが、1990年代以降、大学側が資本の大半を大学本体に投入したため、病院に資金が回らなくなった。その結果、病院施設の老朽化や機器更新が困難になり、閉鎖するか、営利企業と合併を組むかの選択を迫られた。いくつかの企業と交渉し、199



デAVIS氏(左)とサラザー氏

と合併を開始した。資本提携の比率はGWU側20対UH側80である。また、病院の敷地は50年間の長期リース(地代は年1ドル)であり、2002年に完成した現病院の建設費は提携比率に比例して出資した。UH社がこの7年間に投入した資本は1.5億ドルにも上る。

合併であるから、資本比率に応じて利益も分配される(減価償却費や利子費は除く)。買収ではないから、営利転換に際して金銭的な授受はなかった。合併契約では、病院建物への投資、および日々の運転資金の提供が主要な内容であった。

合併に際して、免税債の発行なども検討されたであろうが、外部のコンサルタント会社に調査させた結論が合併だった。その際、教育は大学、臨床のうち医師グループ(240名の医師から構成)とマネジドケアプランは独立(ただしマネジドケアプランは99年に廃止)となり、医師グループは2000年に非営利団体となったが、所属する医師の多くは大学でも教育に従事している。

最近では、医師が自分たちで小規模な専門医療施設(心臓外科、整形外科など利益の出る診療科)を開設したため、病院の利益率が低下している。そのため、政府は専門病院の開設を一時停止(モラトリアム)している。

UH社としては採算がとれているが、他の病院に比べるとまだ利益率が低い。大学病院の経営という難しさがあると思う。営利参入の問題は、医療が権利かビジネス化という哲学の問題である。

なお、UH社は1977年に設立された病院経営会社であり、全米に急性期病院27、精神病

院 50 を所有・管理している。年売上高は 40 億ドルで全米 3 位である。UH の銘柄で株式も公開している。

○営利転換後の状況

転換前の 1997 年には毎年 700–800 万ドルの赤字であったのが、2004 年には 1,800 万ドルの黒字を計上するまでに回復した（ただし資本費支出は含まれていないが）。

臨床面では、例えば、新技術の導入（外科、心臓外科カテラボ、MRI 等）が進み、最近では 120 万ドルを投資して手術用ロボットのダ・ビンチを購入した。手術用ロボットは侵襲性が低いため、入院日数の短縮化や院内感染の防止にも役立っている。

病院の課題は、ワシントン D.C. 全体の問題でもあるが、特定診療科の医師が確保しにくいことと、看護師の採用が厳しいことである。また、マネジドケアとの契約（本院は 20–30 社と契約している、ただし主要には 5 社であるが）も経営上の課題である。保険者毎に支払方式が異なるため、請求処理一つとっても大変である。

営利転換後も医師の勤務形態は変わっていない（開業医との診療契約）。また、医学教育の大半は大学が担当しており、インターンやレジデントの給与のみ UHS が大学に支払っている。

2. H. Salazar（マーケティング担当）のインタビューより

○医療マーケティングについて

病院にとっての顧客は医師と患者である。患者調査でみると、大学病院だから受診したという回答が多い。D.C.には同じような病院が 9 つ、他にリハビリ・小児施設などもあり、マーケティングが大事である。毎年マーケティング戦略を立案するが、その際は、自分たちの売りを検討する。たとえば、全国紙を利用して、ダ・ビンチの手術用ロボットを宣伝し、また D.C.の地方局だが前立腺ガン治療の TV コマーシャルも作成した。さらに、近隣の 15 万世帯に年 4 回パンフレットを配布し、患者セミナーも開催している。

当病院の目玉として、開業医に対して新しい技術の導入を提唱している。例えば、ロボットの利用を地域の開業医にも開放し、前立腺ガン患者を扱う開業との食事会も開催している。

来院する患者の 47%は D.C.の住民で、残りは通勤圏内（バージニア等の隣接州）の住民である。外国人も 8%いる。

コミュニティに対しては、健康フェア、無料検診サービス、高齢世帯や開業医ダイレクトメールをしている。患者の 60%は医師やマネジドケアの指示で来院するが、残り 40%は自分たちの努力である。UH 社との合併前の 1997 年以前は、まったくマーケティングをしていなかったが、現在ではマーケティングとして年 150 万ドルを支出している。UHS 本社に 22 人のマーケティング専門家がいるので、マーケティング活動自体も効率化できた。

コミュニティ・ベネフィットはいろいろ提供しているが、ケアの提供という観点からは、

無保険者へのケアが問題である。D.C.には、州保険計画省（health planning dept.）が管轄する必要証明法（Certificate of need）があり、実際の支出の何%を無償ケアに使うかが州法で決められている。この法律は、医療機器購入や増床のチェックだけでなく、地域の無保険者の比率におうじて uncompensated care の支出比率をも規制している。それ以外には、ラテン系を対象とした医師のクリニックに対して無料ケアのための資金提供や臨床サービスの提供をしている。また、心臓協会に無料の検査、がん協会に無料の前立腺がん検診、インフルエンザ・ワクチンの接種、卒中の検査なども提供している。

ただし、大学病院はセーフティネットの主要部分ではない。こうした役割はむしろ地域のクリニックや D.C.の保険局の任務である。D.C.は、人口あたり病院は十分であるが、プライマリアケアが不足しており、結果として ER に集まってしまう。ER の閉鎖は法的に認められていないし、われわれのビジネスの大きな部分を占めているわけではないので、積極的に受け入れてはいる。しかし、本来はプライマリにいくべき患者も多いのが実情である。だから、セーフティネットといってもすべてを大学病院がすべきとは限らない。また、病院内に SW やファイナンシャル・カウンセラーを配置して、無保険者の保険加入（Medicaid など）を促している。

○黒字転換の秘訣

UH 社が管理する大学病院はジョージ・ワシントン大学病院だけである。多分、これが最初で最後だろう。UH 社の考え方として、人口急増地帯への投資を戦略的に定めているからである。決して儲からないからというわけではない。

大学病院を経営するメリットとして、例えば、本院の新生児 ICU 担当医師の技術は全米第一であり、彼が他の UHS 病院の医師を教育するなどで効果があった。

大学病院の効率化には、時間がかかる。ただし、現時点では、営利・非営利には区別はなく、存続するためには赤字を削減して経営を効率化しなければならない。非営利病院のなかには営利病院以上に効率化している非営利病院もある。

ジョージ・ワシントン大学病院が黒字転換した理由は、患者の確保が容易であったことである。これは、D.C.中心部にあり、各種団体、国際団体、170 カ国以上の大使館その他が存在するという立地特性が大きく寄与したと思う。また、大学病院という昔からの名声、昼間人口が夜間人口の 4 倍であること、合併による新技術の導入と施設の建替えなども大きい。最後に、ケアの質を決めるのはスタッフであり、よいスタッフを確保するために管理者の役割も大事である。



営利化したジョージ・ワシントン大学病院

4, サバーバン病院ヘルスケア・システム Suburban Hospital Healthcare System

日時 3月1日(火)

応接者 Brian Gragnolan, president/CEO

○病院の概要と設立経緯

1960年軍の施設であった土地を地域社会が購入し設立された NPO 病院であり teaching hospital である。community board director により管理される。理事会は 18 名より構成され、任期は最大 10 年(不動産デベロッパー、医師(NIH 関係者



グラグノラン会長(左)

れる。理事会のメンバーは gender, 民族, 宗教に配慮して構成されている。理事会の下に質管理委員会, 財務委員会, 企画委員会, 監査委員会, 投資委員会などがある。その他にも関連組織が色々に渡り存在し, 地域の意見が公正に反映されるようになっている。理事会が年次計画を練るのであるが, 地域の needs (最重要項目) 充足が最優先項目となる。地域 needs の掘り起こしの方法であるが, ペンシルベニア州のケースを例としてあげていた。内容としては, 地域住民の健康状態のデータを収集し, community forum 等を開催, 次いで結果を report し, community panel に提示し priority を決定してゆく。ここで言う地域そしてその範囲は, 地域住民の access の範囲と言う認識に立っていた。病院の ER は支払能力に関係なく医療を提供する部門との位置づけであった。あくまでも病院は, 利益を生むのではなく地域への貢献を主眼目とするもので無ければならないとの認識もあった。地域の needs をどのように組みとり展開するのかの具体的事例として, 1970 年代に産科 care がトラウマ care へ(外傷ケア進歩の年) 変化したことをあげていた。この変化の背景は, 統計的 background によるものとのほうこくもあった。現時点においては, 広報 officer が地域との連携をとり地域 needs を正確に把握する機能を果たしているとの指摘もあった。また, 特に 9.11 以後に関しては, それまでは地域病院は競争的であったが, 協調的で緊急時対応への変化がもたらされたことに言及があった。協調的対応の具体的事例として, primary care access についての病院関連携の動きが出来たことがあげられる。

また現在 D.C.には 90,000 人の無保険者が存在(一過性住民)しており, 郡に掛け合い 3 つの primary center の建設を要求(20,000 人のケア可能)している。この際の数的根拠として ER データから access しやすい所に作ることを進言している。

現在 D.C.には 100 万人存在対応するべき病院は 5 つ(NPO 病院)であり, 市立病院は閉鎖されているという現実がある。

非営利病院とは何かと言う問いに関しては, 支払能力のあるなしに対応するものであり。

また以下の3点を

- ①NPOは必ずしも利益につながらないところへの医療を促進する
- ②住民のwellnessを向上させるもの（outreach program作成の促進や予防の充実）
- ③community benefit（for-profitの場合はmarketingとなってしまう）

を主眼とする病院であるとの答えを得た。しかしながら、経営と活動のバランスについては、現実に予算立ち上げの時点で免税債を発行している事実もあり、NPOなのかと思うときがあるとの言葉もあった。



**サバーバン病院のER入口
ヘリコプターも常駐しています**

5, アメリカ糖尿病協会 American Diabetes Association

訪問日：2005年3月2日9:30~11:00

対応者：Dr. Nathaniel Clark(National VP of Clinical Affairs), Dr. Richard Kahn(Chief Scientific and Medical Officer)

2人の糖尿病専門医から米国の医療システムの問題点、医療改革の展望など貴重かつ率直な意見を聞くことができた。

1. 活動の概要

1940年代に発足して1970年まで、アメリカ糖尿病協会は糖尿病専門医による専門職団体として活動した。従って、当初の活動は、糖尿病専門医による患者教育と専門職教育(医師以外も含む)であった。その後、活動資金拡大が課題となったこともあって会員拡大を行い、現在では医師以外の専門職や患者も会員となっている。理事は全員ボランティアであり、患者も含まれている。会員拡大の当初の目的は、資金集めの裾野を広げることになったということだが、「会員拡大によって、協会の関心が拡大した」ということである。医師にとっては、患者の自己管理を進めるための患者教育をどうしたら旨くやっつけられるかに大きな関心が注がれているようであるが、会員拡大以降は患者のピアサポート活動などが推進されている。また、米国には糖尿病専門の学会が存在しないことから、本協会が実質的にその役割を担っているようである。米国にある多くの患者団体(Patients Organization)が、専門職、特に医師以外の専門職によって担われている中で、患者も会員として医師その他の専門職と活動する珍しい事例である。

2. 慢性疾患という視点から見たアメリカ医療システムの問題性

1) 米国に医療システムはない

まず、米国の医療体制は、「急性期疾患の治療に特化しており、慢性疾患を取り扱う仕組みになっていない。病院はシステムではなく単に『構造』に過ぎない。アメリカには医療システムがないのだ」という指摘がなされた。

糖尿病などの慢性疾患は、現行の医療体制に2つの課題を提起している。1つは、医学教育上の課題。慢性疾患では、患者による自己管理が決定的であり、医師はコーチ(カウンセリングやコーチング)として機能する必要があるが、そのような意思を養成する教育が弱い。第2は、医療費の支払制度の問題。病院や診療所にとって慢性疾患は収入源にならない。なぜならば、患者が入れ替わらないから。要は、慢性疾患は病院や診療所にとって不採算な疾病であり、現行の支払制度は極めて不十分であるということであった。この問題を解決するには、「皆保険に向かわざるを得ない」というのが2人の医師の意見である。

いささか悲観的ではあるが、クリントンの医療改革に失敗した今、2人の医師は「展望がない」という。

2) 医療改革に失敗した理由

米国の医療をめぐる問題は極めて複雑であり、改革といってもどこから手をつけてよいかすら誰もわからない状態である。個別のテーマについては、多くのパートナーシップが存在しているが、どのようなシステムにするかということになると大同団結は困難であるという。その背景には、米国の人種の多様性、文化の多様性があるという。人種によっては医療に価値をおいていない人種も在り、人種によっては慢性疾患になりにくい人種もあって、それぞれの利害を調整して大同団結させるには困難があるということらしい。

連邦政府が、Healthy 2004 を出して国民の健康改善に対して方向を示しているように見えるが、これは、お金も出さず、改革の役割分担(つまりコーディネート)もせずでは、所詮打ち上げ花火のようなものであると言う。

ようするに、2人の医師が言いたかったことは、米国の医療をシステムにするには、皆保険制度の導入が必要であるが、それに失敗した今、また展望がなくなったということである。



クラーク医師(右)とカーン医師(左)

6, バージニア病院センター Virginia Hospital Center

日時 3月2日(水)

応対者

Kristen M. Peifer, Public Relations Director

Carl B. Bahnlein, Executive Vice President & Chief Operating Officer

Robin Norman, Senior Vice President & Chief Financial Officer

James B. Cole, President & CEO

概要：院内(新しい建物)の見学と上記4名(主要には後の3名)の方へのインタビュー。
主な内容(入手資料, インタビューによる)：

○病院の概要

・VHCは60年以上にわたって地区で医療を提供してきた病院である。現在の病床数は334である。

・2004年11月より新しい病棟を稼働している。この新しい病棟では、患者を中心とした最善のケアの提供(best for patients)に向けたデザインになっている。これにより



バージニア病院のエントランス

ER・集中治療・放射線施設の拡充, ER等以外の通常の全病室をシャワー・トイレ付きの個室で確保, 施設配置の工夫による利用のしやすさの改善, 外来手術施設の拡充, がん治療施設, がん患者・家族向けの教育・支援施設(cancer resource center), 新たに20床のリハビリテーション施設の設置, 医師診療施設の拡充がなされた。PACSの導入もしている。外傷治療については, 第2水準の施設を整備しているとともに, 心臓手術については研修施設にも指定されている。

・患者サービスの改善の例としては, 受付(コンシェルジェと呼んでいるが)で手続きをするのではなく, すぐ病室に入れるようにしていることなどがある。プライバシー保護基準も満たすようにした。また, 救急では短時間で診療が終わる場合について first track という別の処理体系をつくって対応している。こうした中で, ギャラップ社の調査を利用しているが, 患者の98%がサービスに満足しているという結果を達成している。

・主な病院の活動指標の概数をあげると, 年間ER受診患者数41,000, 月間日帰り手術件数1,000件(これにはポリペクトミーなども含まれる), 月間入院患者手術件数1,000件, 平均在院日数3.5(精神科など一部の診療科を除く)。

○財務について

- ・2004年11月に正式に開設した新病棟の建設には16,500万ドル必要であったが、このうち15,000万ドルは免税債によって調達した。新病棟の建設前は営業利益率が1%程度の黒字であったが、現在は7-8%程度の赤字となっている。この赤字分は投資収入で賄っている。
- ・患者のなかでおよそ40%がメディケア患者、8%がメディケイド患者であり、4-5%が無保険者である。公的保険の患者を診察すると赤字になる。

○Community benefit について

- ・大きくは、charity care と健康増進の活動がある。
- ・Charity care については、すべてのER利用患者について病状安定化まで治療しなくてはならないのが法的に義務づけられている。また、貧困ラインの2倍までの人については無料ですべての医学的に必要なケアを提供している。これは、メディケイドの基準に従ったものであるが、非営利病院として行わねばならないことである。さらに、肺炎の治療など利益を生まないサービスも提供している。また、貧困者向けのクリニック(The Arlington Free Clinic (<http://www.arlingtonfreeclinic.org/>))など、なお、このクリニックは2003年のCommunity Volunteer Award を獲得している)に対して資金を提供しているが、これもcharity care の活動である。総収入が2億ドルであり、charity care は2,200万ドル、clinic については400-500万ドル支出している。
- ・健康増進の活動としては、ヨガや禁煙教室などさまざまなプログラムを提供している。ただしこれは有料である(webによる)。
- ・バージニア州ではcommunity benefit report は義務付けられていないので、内国歳入庁(Internal Revenue Service)に提出するフォームにまとめているのみである。

○地域との関係について

- ・理事会には医師、地域住民からなり、それぞれ財務などを含めた得意分野をもっている。
- ・理事会の下に、計画、財務、医療の質、情報技術、コンプライアンスに関する委員会が設定されている。
- ・地域の状況を把握するには、医師からの情報が大きい。紹介する際に困るなどのことが報告され、それにより心臓外科の拡充がすすめられた。
- ・医療の質については、患者の転倒状況、死亡率などいろいろな指標がある。

○非営利性について

- ・実はVHCは1991年から2001年まで、Columbia/HCAと提携していた。その間、charity care について縮小したわけではない。ただ、新技術の導入などは比較的短期に実施することができた。
- ・提携を解消したのは理事会の判断であるが、要するに地域の人々が営利企業にまかせるのではなく、自分たちの管理のもとに病院をおきたかったのである。この決定に際しての議論は、理事会の中でインフォーマルな形で情報を集めてすすめられた。
- ・非営利にもどって困ったこととしては、医師が提携を行っている時期に新技術がすばや

く導入されたのになれて期待が高くなっていることであろうか。

○その他

・患者の不満についてすべての従業員が対応するが、特に担当する人も **patient relations** として配置している。この人は、これまで医療管理の分野に従事している。

○コメント

・営利企業との提携は解消される場合もあることを示した例である。**charity care** の位置づけについて、特に貧困者向け医療の維持については、提携の内容にふみこんで検討する必要がある。

・患者中心の病院のデザインを追求するとともに、満足を実現するためにさまざまな工夫をしているように思われた。

・非営利病院の資金調達として免税債そして資産運用が重要な位置にある例であると思われた。

・2003年の **Community Volunteer Award** を獲得した **The Arlington Free Clinic** についても見学などしたかったところである。



会長兼 CEO のコール氏

7, シブレイ記念病院 Sibley Memorial Hospital

日時 3月3日(木)

応対者

R.L. Sloan, President, CEO

Jerry Price, Vice President, COO

Stephen McDonnell, Vice President, CFO

Christine Stuppy, 新規事業開発担当

○地域と病院の概要

シブレイ記念病院は 328 病床であり、ワシントン D.C.郊外に所在している。比較的裕福な住民が多い。出産、乳がん治療などの女性関係の診療に力を入れている他、整形外科、高齢者医療、がん治療センターや睡眠障害治療センターもある。急性期病院に加えて、skilled nursing beds が 40 床あり、リハビリテーション施設も充実している。また、介護生活施設 104 室を設けているのも特徴である。関連している医師は約 1,000 名である。



シブレイ病院の前景

○Robert L. Sloan (院長・CEO) へのインタビュー

- ・病院は 1890 年からの歴史である。もともとメソヂストの研修施設であったのが、シブレイの寄付をもとに病院が設立された。
- ・理事会は 35 名の構成で、年に 2 回の会合がもたれる。そのもとに、15 名の執行委員会がおかれ月に 1 度の会合をもっている。理事の多くはメソヂストであり、教区の牧師なども参加している。理事はボランティアとして行われている。地域からの代表として理事会に入っている人は少ないが、多くの理事は地域に住んでいる。メソヂスト系の病院であるが、教会からの資金は受けていない。ただし、教会の威光はある。
- ・病院は地域の資源であり、利益のでないサービスも実施している。宗教系と非宗教系の病院での差よりも、営利と非営利の差が大きいと考えている。
- ・地域ニーズの把握は、医療事業計画(health planning)をする中で検討する。そういう中から、介護生活施設ができてきた。予算のバランスをとるのはかなり重要であるが、その上で重

要なのは保険会社との交渉である。ただし、現状でも提供している以上のニーズが地域にある。

- ・地域への貢献としては、charity care の提供と、よいそしてより多くのケアを提供すること。それには利益のでない分野のサービスを提供することも含まれる。
- ・非営利であることは、ある国のためによりよいことであり、医療を単なる商品として扱うのではなく、人生全体をよくするものとして見なすことである。給料は民間病院に比べて多くはないが、仕事しての全体的な報酬は大きいと考えている。

○Jerry Price（副院長・COO）へのインタビュー

- ・病院ボランティアについては、多くが引退した人である。この中には、女性の仲間(Women's Guild)というような毛糸織のものをつくっているグループもある。ただ、高齢化しており 10 年後どうなるかが不明。
- ・Charity care をより詳しくいうと、次のような活動がある。無料の診療所、無料のケアの提供などである。年間 23,000 人が救急診療部を利用する。
- ・病院としてはケアの質の改善に力をいれてきた。（質改善で有名な）デミングが近隣に住んでいたこともあり、実際当院の質改善に関わって、彼の病院での事例は当院のものである。ベンチマークなどさまざまな手法を行っている。
- ・厳しい競争の時代を生き抜いていくには、素晴らしい質の医療の提供、そのために高度な力量を備えたスタッフの確保、そして保険会社との交渉を成功させることである。

○Stephen McDonnell（副院長・CFO）へのインタビュー

- ・病院の年間予算は 1 億 800 ドルであり、2-5%の経常利益をだしている。無保険者へのケアは総収入の 5%をしめる。これは近隣の病院よりも少ないが、その理由の一つはこの地域に住んでいる住民が比較的豊かであることである。問題は D.C.当局によって定められている非営利病院が提供すべき charity care の基準よりこの数字は低いので、他の病院に無保険者を紹介してもらうなどのことにより必要な charity care を確保しようとしている。なお、内国歳入庁の基準は「合理的な貢献」という文言があるだけなので、それほど明確なものではない。
- ・投資については、内部留保、免税債（5,800 万ドル）、寄付(350 万ドル)で賄っている。
- ・歳入の中で 50%がメディケアなどによるものであり、ブルー・クロス、ブルー・シールドによるものが 25%程度である。私的保険との交渉は経営上重要であるが、有利な条件は少ない。ケアの質と地域の企業の協力が軸になる。この交渉にはこうしたことを考慮にいられた費用分析を行い 8 ヶ月かけて行う。契約は 4 年契約となる。交渉時にあたって他の病院と一緒にすることは禁じられているし、交渉内容については守秘義務がある。保険の手続きは面倒で、ケアをしても結局は保険から支払われない場合などもある。支払いのタイプにはいろいろあるが、人頭制はない。

○Christine Stuppy（新規事業開発担当）へのインタビュー

・新規事業開発は地域のニーズをよく把握することから始まり、それは人口の状況の把握、また必要に応じてはグループ・インタビューなども行う。事業案は企画委員会・財務委員会で検討した上で、執行委員会の議論にかける。

・現在、整形外科部門での外来手術センターを作成中である。

・当院では charity care が D.C.が固定資産税免税に際して定めている規定より低くなりがちであり、規定を満たすために、一定の病床を charity care のために割り当て、他の病院などから該当する患者を送ってもらったりしている。D.C.当局からは年間 700 万ドルの charity care の実施が求められている。

・無料の診療所の活動は、そもそも診療所を把握しているわけではないが、他の組織と共同して活動をすすめている。具体的にはある医師の活動に資金的に協力するということがある。利益のでない分野の診療も charity である。

・charity care をすすめる上での大きな問題は、診察する医師の確保である。医師に対しては病院のような規定がないのでかなり困難な面がある。現在はカソリック系の医師で、お金ではなく時間を寄付してくれる医師を中心に協力してくれる医師のリストをつくって協力を依頼している。もちろん、医師から医師への依頼という場合もある。

○病院見学

・病院見学では産科、リハビリテーション施設、介護生活施設(assisted living residence) Grand Oaksなどを周った。介護生活施設は居住性が豊かな施設であり、共用の部屋の調度品もかなり整ったものであった。ちなみに、居住費は部屋の大きさによるが一番安いもので月 4,814 ドルであった。

○ コメント

・宗教系の病院であるため理事会の構成が独特であった。経営の展開には、地域住民のニーズを把握するため、また患者を引き付けるための両面に配慮してすすめることが必要であるようであった。

・裕福な地域に立地していることが患者層をかなり規定しているようであった。そのため、非営利病院が DC 当局から免税を受けられるための charity care の基準を満たすために、貧困地域に立地している病院との興味深い連携がみられた。



介護生活施設のエントランス・ホール



スローン院長(男性)とスタッピー氏(女性)

8, ブレッド・フォー・ザ・シティ Bread for the City

日時 3月4日(金)

応接者 Lisa Johnson, Medical Clinic Administrator



ブレッド・フォー・ザ・シティは貧困地区に立地しています

当センターの活動は以下の5つになる。

- ① free clinic
- ② free legal (4名)
- ③ social work(10名 1名医療担当)
- ④ food service
- ⑤ clothing service

活動は低所得者層を対象とする service 提供である。

1974年に設立され、当初は小さい組織であったが

medical clinicが最初の service 提供であった。1994年5つの組織 service がそろふことになる。soup kitchen が助成金 (original grants ; 5,000 ドル) を得ることにより medical clinic を中心とする活動を開始したと言える。clinic 部門はそこで働く医師達が友人に声をかけることにより組織を大規模化した。当初は食べ物の支給と医療は別々の組織で start し、それから法律 service が加わる。こうした組織の拡張拡大は、その活動の対象が共通であるから統合したほうがよいためになる活動になると考えられたからである。

1974年の活動当初は doctor は全て volunteer であった。1991年において part time doctor が参入することになる。つまり活動の発端は、医療の volunteer 精神に負うところが大きいといえる。医療部門は一人の常勤の医師と、一人の nurse practitioner と part の看護師からなる。20名の医療職が volunteer として参加しているが、大半が医師である。引退した人もいれば、勤務時間以外の volunteer 活動をしている人もいる。医師の中には医療政策に携わる人が個々に臨床の経験をするために参加するケースも多いそうだ。

組織活動の要と言える財源は、開発担当の staff が fund raising を担当する、財団からの助成金が大半である。寄付は、宗教団体、地域住民、地域教会からの寄付である。private hospital からの寄付も少しはある。しかしながら政府と契約をしているからであり、その内容としては月 500 ドル程度の薬代、あるいはお金ではなく物品としての寄付が主である。また専門医の care (現物支給) としての寄付、ジョージ・ワシントン大学病院については、週に1回心臓病の consulting 業務がある。他の非営利病院との連携は確立したものではない。City Government Department of Health が作った D.C. Health Care Alliance (無保険者のための保険プログラムで2001年7月に設立) が稼働している。これはそれまであった公立病院の閉鎖に伴い、その公立病院運営資金を投入して作られたものである。DCHCA が出来るまでは専門的医療の提供は難しかった。専門医に患者を送って見てもらえるのはなかなか引き

受けてくれる医師が少なく難しいのである。

primary care clinic (charity care)においては、専門医によるサービスそして入院サービスがどうしても手薄になってしまうという問題点がある。

ER を通して患者を診る事に関しては、needs をみたしている。他の医療機関に紹介をして診てもらうことが出来ないという現実がある。ER から他の医療機関に送った際、consultation は受けることが出来るのであるが、検査などがキャンセルされてしまうのが現実である。この地域を診療権としている病院は、Harvard University Hospital の他は皆営利病院である。先にも述べたが 2001 年までは公立病院が存在し、そこが primary care を行っていたのであるが、その非効率性ゆえに閉鎖の憂き目に会うことになったのである。公立病院あるいはそれに変わるものの存在が望まれる。DCHCA が出来てから病院においても ER の訪問件数は減少している。市が 100%面倒を見ている。DCHCA に関する問題としては、登録できるのに登録していない問題点があげられる。

何故このように doctor の volunteer が多いのかの理由としては、

- ① BFC には 30 年の歴史があること⇒口コミによる参集
- ② 医療を本業としていない医師（民間企業、政府など）
- ③ 連邦政府で働いている意思是週のうち半日 volunteer が可能であり、給金も支給される
- ④ 研修、レジデントなどの training の場所としての利点がある

（患者数は月 500 名 ジョージ・ワシントン大学病院、ハーワード大学病院、ジョージ・タウン大学病院）医学的情報として貴重な経験がつかめるという認識

- ⑤ 患者を診るのに時間制限がないことも魅力なのである

の 5 つの点があげられる。

患者の大半は clinic の周辺から集まってくる。患者も口コミでやってくる。患者構成としては、米国に移住してきた人たちが多く（その内訳としてアフリカ系 70%、ヒスパニック系 18%、エチオピア系 5%、その他小集団）。対象はほとんどが成人。子供に関しては政府の保証に負う。つまり対象年齢は 18 歳以上 65 歳以下となる。低所得の人たちも対象とするが、一切お金を取ることはしない。近隣に Free Clinic が 7ヶ所あるがたいていの場合寄付を募るのが常である。必須条件としているところは少ない。Medicaid を対象としているところもある。Medicaid をここでは対象としていない。Medicaid を受けると資金的に安定するので検討中。運営資金としては年間 400,000 ドル（clinic のみ）であり、その内訳は給与と備品に当てている。Medicaid を受け入れることにより、高度医療に対応せねばならなくなるし、そのためには医師を新たに雇用する必要があるので余り前向きには考えていない。理事会のほうでは Medicaid を受け入れることに興味を持っている。理事会の構成は、18 名よりなる。民間人、弁護士、公共機関、利用者、医師よりなる。Outreach は行っていない。Health fair には参加するが、主催はしていない。Schooling もしていない。理由としては最後まで責任の持てないことは出来ないという考えがある。望まれない出産に関してはアメリカ市民の場合、Medicaid の対象となる（妊娠、出産まで）、市民以外の場合特別

のプログラムが Medicaid にあるが妊娠中の care はない。Providence hospital (charity care) に、ここからは妊娠した女性を送り込む。そして助産師の care を受け入れるようにする。妊娠 9 月間一括 200 ドルで面倒を見る。通常は一回の検診で 200 ドルは要求される。この支払いに関しても financial coordinator が相談に応じる。スタッフは保険の check をするものが一人。Clinical coordinator 3 名（医学部の進学前にここにくる。そしてスタッフ 9 名総勢ではこの事務所で 35 名の方が働いている。

聞き取りを行った Lisa 女史の仕事は

- ① 助成報告提出義務に伴う書類の作成
- ② volunteer doctor のコントロール
- ③ 資格 check
- ④ medical director と実行監査

が主な仕事内容である。この仕事についてのは、一人の人をトータルに世話することの面白さだと語っていた。彼女いわく人間は医療を受ける権利があるのだと感じる人がここには多く存在するのである。患者さんの受入れは予約制が主、しかしながら drop in care 診療もありとしている。

彼女の経験からして NPO は独自の文化があるとの指摘があった。スタッフの回転も早い。Healthcare は住民たちの safety-net との認識を持っている。ここに来ている人々がここを必要としなくなるということが究極の目標という言葉には、目からうろこの感想を持った。今後は就労支援など地域により広く深くかかわる必要があるという認識を持っていた。より密度の濃い、より良い状況にするためには何が出来るのか社会の底辺の方の引き上げはどうすれば出来るのかという点については、advocacy の機能(組織として)について従来は他の advocacy 専門団体に任せていたのであるが、そんな団体より自分たちのほうが利用者に近いのだから advocacy もやっても良いのではないかとの考えを語ってくれた。



リサ・ジョンソン氏へのインタビュー風景

9, プロビデンス病院 Providence Hospital

訪問日：2005年3月7日9:30～11:30

対応者：David Sparks (SVP;CFO)



プロビデンス病院の正面玄関より

1. 病院の概要

1) 歴史および地域的背景

19世紀末に創設されて以来100年以上にわたりカソリック系の地域病院として機能してきている。本病院の立地する地域は、いわゆる貧困世帯地域であり、人口構成は75%～80%がアフリカ系アメリカ人、次がヒスパニックである。

尚、本病院は、カソリック系病院のネットワークであるAscension Healthのメンバーとして活動している。アセンシオン・ヘルスは、3つの修道会（Daughter of Charity, Sisters of St. Joseph of Nazareth, Sisters of St. Joseph of Carondelet）をスポンサーとして形成されている。

2) 病院理事会の構成と地域住民の意思反映の仕組み

理事会は9名の理事で構成されており、カソリックの歴史背景を反映して5名の理事が修道女であり、残り4名が宗教関係者以外である。但し、理事の全員はこの病院が立地する地域の住民である。非宗教系非営利病院同様に、住民から直接選出された住民が理事を構成しているわけではないが、理事の全員が地域に居住する住民であるという点では、一応住民が病院をコントロールする形になっている。

理事会は年に6回開催され、病院経営に最終的責任を負っているが、具体的な経営政策を策定するために、理事会の下に常任委員会が設置されている。常任委員会は、財務委員会、企画委員会、倫理委員会、監査委員会で構成される。常任委員会も年6回開催される。

その他に、市民ボード（25～27名の地域代表で構成される諮問委員会）が設置され年6回開催される。このボードには、理事会や常任委員会と同じ情報が提供されており、このボードが直接住民の声を汲み取る仕組みを提供している。尚、ボードの長は当該病院の理事であり、理事は全員このボードに参加している。コミュニティ・ベネフィットを地域に提供するという点でこのボードは極めて大きな存在である。

このほかにも、病院が立地する地区の住民団体との利害調整なども行なっており、地域の病院として住民の意向を汲み取る努力を行なっている。

4) 宗教性の病院経営への反映

カソリック系病院であることを象徴しているのは、倫理委員会であり、当該委員会は生命

倫理（「生命維持とは」など）について病院の行動指針を司る立場にあり、宗教的価値観と医療とが直接対峙する場を形成している。しかし、病院側の説明によれば、宗教性が医療面で病院の行動に他の病院との間で違いを生み出してはいないという。

違いがあるとすれば、それは、組織（経営）風土であるとのこと。それは、営利病院のそれがビジネス・アプローチであるのに対して当該病院のそれはファミリー・アプローチであるということだった。つまり、ビジネス・アプローチでは、利益が生じた場合、高級職員（管理職）に対して多額の成功報酬(ボーナス)が支払われるが、当該病院ではレベルの低い職員（例えば、清掃職員）をも大切にすることから全職員平等にボーナスが支払われるのである。当該病院では、この組織風土を基に、**Just-Wage-Program** を実施して、低賃金の職員に毎年てこ入れをして生活保障する努力を行っている。我々に説明をしてくれた幹部の話では、以上の点こそ宗教性が最も反映している点だと言う。

3) 診療の概要と財務状態

急性期一般病床（392床）、ナーシングホーム病床（250床）を有して、幅広い急性期の入院治療と長期ケアを提供している。その他に、プライマリケアの診療所を院内に1つ、院外に2つ持っている。

年間の診療実績は、2004年で、入院患者数（15,157人）、述べ入院日数（78,711日）、日平均病床占有数（215床）、ER訪問者数（46,630人）、外科診療（10,510人）、産科診療（12,680人）、診療所来診数(36,009人)、ナーシングホーム述べ在院日数（87,001日）、日平均病床占有数（238床）。

支払の殆どは、メディケアとメディケイド(65-70%)。特に当該病院は、メディケイドの受入れ比率とチャリティ・ケアの比率が平均以上に高い。これはこの病院が貧困地区に立地しているためである。そのため、D.C.が設けているヘルス・アライアンス（医療的貧困者に対するチャリティ・ケア実施の公的組織）から年間約800万ドルの補助を受けている。それでも昨年度は700万ドルの赤字を計上した。そのために、「過剰なFree Careの見直し」を含めて財務体質の強化を迫られている。2004年度診療収入は、約2億200万ドル、支出は約2億900万ドル、うちチャリティ・ケアは約1700万ドルであった。その対象は、無保険者、特に非登録住民（不法移民者）であった。こうした損失の大半は、診療内容で言えば、非登録住民の外来分娩（産科）である。「あそこの病院は無料で分娩サービスをしてくれる」という話が口コミで広がり他地域から人が集まっている。但し、非登録住民であってもメディケイドが適用される範囲（子供と妊産婦の一部）があるので、その場合は病院でメディケイドの申請手続きをして支払を受けることにしている。メディケイドの支払は、一般に償還率が低い、地域平均で償還率が算出されるので、地域で算定される償還費用と病院の費用との差額がある場合は、メディケイド患者の受入れは経営上悪くないからである（当該病院ではこの差額が公的支援になっている）。

また、ビザをもって入国している外国人も来院しており、これについては確認した上で

受診を制限することに決定したそうである。

2. コミュニティ・ベネフィットの提供

コミュニティ・ベネフィットとしては、ER の提供、チャリティ・ケアの提供、メディケイドなどの公的プログラムへのアクセスの提供、地域住民の健康教育（慢性病の予防や管理教育、アルコール依存症のケア提供など）、医療専門職教育プログラムの支援（教育病院機能）を提供している。

これらは、連邦税法 501 条(c)(3)項によって期待されているが、免税のための法的要件にはなっていない。しかし、州法では規定されているところもあり、D.C.では純診療収入の3%をこれらのサービスに支出することが法によって定められている。当該病院は、診療所におけるプライマリケアを含めて多くのチャリティ・ケアを提供しており、これが赤字の原因でもある。近年、チャリティ・ケアが増えてきているが、その原因の一つは、D.C.にあった公立病院が閉鎖されたことによる。この公立病院が引き受けていた Free Care のニーズを当該病院が引き受けざるを得なくなったためである。

また、当該病院は、市の住宅プログラムとタイアップして、その付属診療所を最貧地域（アフリカ系アメリカ人地域）に設置した。これは地域からの要請に応えたものである。設立資金は寄付金 45 万ドルによって賄われた。

3. 他の保健関係非営利組織との連携

Bread for the City やクライシス・ホームレス、ユニティ・ヘルスケアといった地域の貧困者支援の NPO と連携している。これらの団体に対して専門医ケアを提供する取り決めを行っている。



スパークス氏

彼は 17 年間この病院で働いている。彼の経歴の全ても非営利病院でのそれである。彼は、非営利組織で働くモチベーションを「人間報酬だけが人生ではないでしょう」と明言する。

4. 病院が非営利であるべき理由

その理由は明瞭である。営利（株式会社立）になれば、「ウォールストリートに左右される。病院の存在理由は患者のためではなく、株主のためになる。患者は置き去りにされるだろう。今、最も懸念されることは病院の営利化である。」「株価の枷は NPO にはない」。

日時：3月7日（月）

応接者： V.A. Keane, CEO

J.A. Aponte, COO

L. Padilla, MD（家庭医）



ユニティ・ヘルスケアの入り口(元々のクリニックの看板を掲げています)

(1) 組織の概要

ユニティ・ヘルスケアは、開設されて20年になる。元々はホームレスへの医療提供を事業内容としていたが、現在ではプライマリケア、ソーシャルサービス、OG/OB、新生児ケア、歯科サーヴィス、薬局、精神保健など、貧困層を対象に幅広い医療サーヴィスを提供している。ホームレス対象施設も持っている。我々のゴールは、貧困者に対する医療ニーズの充足である。

我々はニーズのあるところに出てゆくが、ニーズとは、貧困であることと他に施設がないことによって決まると考えられる。具体的には、D.C.の南東部（プロスタ川沿い）または中心部の貧困地区において事業を展開している。D.C.は小さいが64万人が居住し、貧困層がかなりいる。この10年間で大半の都市で貧困者数が減少したにも関わらずD.C.では逆に増えている。

設立の経緯であるが、この場所に元々あったネイバーフッド・カルドーザが倒産したあと、先方の依頼により、我々が買収した。それが1997年であり、2003年には別のクリニックも買収した。それ以降、クリニックも提供している。買収によって地域の医療ニーズにこたえらるとともに、連邦のCommunity Health Centerプログラムから助成金をもらうことができるようになった。このプログラムでは、①理事会に住民代表の参加、②包括的な医療サーヴィス提供、③支払い能力に関わらず提供が交付要件に定められている。

(2) 財源について

年間の予算は3,900万ドルで、財源は多様である。例えば、連邦政府、D.C.政府、寄付（募金・財団）など。少しだが患者からも徴収している。受診件数は25万件である。

この20年間に学んだことは、自分達自身がクリエイティブでなければならないということである。資金集めや他施設との関係構築において特にそうである。我々は、リウマチ治療プログラムについてNIH（National Institute of Medicine）と提携している。近年ではNIHの側も地域に出なければならないと考えている。また、ジョージ・ワシントン大学病院、ジョージ・タウン大学病院、ハワード大学病院とも連携を保っており、D.C.にある全ての病院と連携しているといつてよい。この連携によって、我々ではできないケアの提供を実現することができる。

カナダ、イングランド、また CEO の出身地であるアイルランドなど、各国では政府が医療費を賄っている。米国では、労使関係で保険料を拠出するのが主であるが（付加給付）、問題は、失業者の取扱いや雇用者負担の低下、保険給付の引き下げである。公的保険にはメディケアとメディケイドがある。メディケイドは貧困者や妊婦・子供が対象、メディケアは老人・障害者である。メディケイド受給資格は所得によってきまり、給付は州毎に異なる。メディケイドは貧困者全てをカバーしているわけではなく、およそ 4,300 万人もの無保険者がいる。それがユニティの対象である。メディケア・メディケイドの受給者も訪れるが、その場合は、彼らの文化－黒人とヒスパニック－にこのクリニックが適しているからである。

D.C 市からは、9,300 万ドルの資金提供があるが、対象が限られており、すべての無保険者が対象というわけではない。市内には 5 万人の無保険者がいるが、Alliance を通じて支払われる人数は予算上 24,000 人までとなっている（Alliance は entitlement ではないため予算で左右される）。

連邦政府からは、Community Health Center プログラムを介して補助金を交付されている。ただしこれも一定額であり、使いきったら終わりである。連邦は、他にも疾病別ケース別の資金提供もしており、例えば、HIV やホームレスを対象に交付している。それでも数百万ドル規模に過ぎない。

（3）診療内容について

ヒスパニック中心なので、人種別格差などに直面する。配られた資料の数値には、市民権をもたない不法移民が含まれていないため、実際の患者数はもっと多いだろう。ヒスパニックは全米で 12%（3,000 万人）おり、今後増えてゆくと予測されている（出生率＋移民が高い）。カリフォルニア州では 45%ではヒスパニックである。これを配慮しない制度はありえない。

D.C. Alliance は市民権をもたない患者にも支払うが、メディケイドでは受給資格を得ることができない。不法移民の診療はコミュニティ・ヘルスセンターに特有の問題である。実際には言語的文化的経済的な障壁が存在するし、マイノリティは医療制度に対する理解も乏しい。事実、黒人やヒスパニックはアクセスが劣っているとの研究もある。慢性疾患の有病率も高い。臨床においては、言語の障壁がもっとも大きいと思う。ただし、連邦政府は通訳サービスを義務付けており、この点ではブッシュも評価できる。

患者の多くは、これまで適切なケアをうけられなかったため慢性疾患患者である。そこで、例えば、連邦と協力して糖尿病の長期ケアモデルを実施するなど、慢性ケアのモデルを提供している。慢性疾患にはチーム医療が不可欠であり、将来的に、喘息、高血圧、心臓病、肥満などにも拡大したいと考えている。というのも、これらの疾病がもっともコストがかかるからでもある。また、慢性疾患ではないが、患者数が多いので、NIH と連携してリウマチ患者も診療している。リウマチ専門医はいないが週に 3 回 NIH の医師が診

療にあたっている。

スタッフの 90%はフル・タイムである。ボランティアの医師やナース・プラクティショナーは、連邦の医療事故保険に加入できないため、医療職にボランティアはいない。組織が成熟してくると医療職のボランティアは難しくなる。とくに、ここはプライマリケアのモデル（主治医が患者につく）であるため、常勤でないと難しい。

診療では、一次予防、二次予防に努めている。また、walk-in clinic もある。ただしプライマリケアのシステムにのるよう患者を指導している。大事なものは、治療ではなく、地域保健である。例えば、向かいにあるラテンアメリカン・ユースセンターは子供に対する予防活動をしており、そことの連携を重視している。

（４）ネットワーキング

非営利病院は法的にコミュニティ・ベネフィット提供が義務付けられている。ところが、最近、地域に十分還元していないのではないかと批判が強まっている。ちいさなクリニックの場合は、義務付けが弱い、診療を断ってはいけないとの規則がある。ユニティの場合、全体の理事会の 51%は地域代表でなければならないとされている。非営利性とは、むかしは専門職がボランティアで働くことが多かったが、今日では、自分のミッションを果たすと同時に、ビジネス・プラクティスとしての精神も満たさなければならない。

40 年前、ネイバーフッド・ヘルスセンターが設立されたときの当初の目的は、健康な地域社会をつくることだった。また、ヘルスセンターは、地域住民を雇用することによって、地域経済の活性化の原動力になることも期待されていた。この地域では若者の暴力が深刻なので、他の NPO と連携し、地域を変えようとしている。

ユニティのあらゆる部門はネットワーキングに努めている。National Association of Community Health にも加盟しているし、営利のジョージ・ワシントン大学病院とも連携している。同大学病院は、かつては検査等を引き受けてくれるなど非常に寛大なサポーターであったが、営利転換してからはさほど寛大ではなくなった。営利組織はその分、税金を払っているのでは仕方がないのだが。



CEO のカーン氏(左)は元々カトリックの神父であり、全米カトリック教会で 30 年働いた後、UHの CEO に就任した。**COO のアポンテ氏(右)**も赤十字で勤務したあとUHに来たという。アポンテ氏は「NPO は私の情熱である」と語った。

結 語

本研究は、過去 7 年にわたり活動してきたアメリカ・保健医療・非営利組織研究会を母体として行われた。研究会は、経済学、財政学、社会学、法学など、学際的な立場から保健医療分野における非営利組織の可能性について検討してきた。本研究においても、これまでの理論研究並びに実地調査の蓄積をふまえて、あたらしい理論的発展の方向性を模索した。

現地調査にあたって当面の問題意識は、ワイスプロットの仮説—宗教的背景の有無が組織行動に影響を及ぼす—を検証すること、より一般的には、シュレシンジャーの組織—外的要因相互作用モデルにおける外的環境要因の同定であった。この作業は、私的な医療機関が医療という価値財を提供する場合、どのような法人格が望ましいのか、また、医療機関が期待される役割を果たすためにはどのような経済的社会的規制が望ましいのかに関する論点の重要な一部であった。大量の無保険者を抱える米国においては、この問題は、無保険者に対する医療サービスの提供をどのように制度的に保障するのかという政策論議と不可分である。

現地調査の結論をまとめるならば、宗教を背景に設立されようが、直接地域のニーズを背景に設立されようが、非営利病院は、収益性にとらわれず可能な限り患者のニーズに応えるための医療組織であることが明らかとなった。コミュニティ・ベネフィットの提供が病院を非営利たらしめる最大の要素であるという意味は、非営利病院が、きわめてボランタリックな形ではあるが、地域インフラとしての病院を住「民」のコントロールの下で管理し、地域の多様な医療ニーズを充足していくアメリカ的仕組みだということである。病院を地域のインフラとして捉えるならば、その経営形態は非営利にならざるを得ないといえる。なぜなら、地域の医療ニーズは、必ずしも利益ベースで採算の取れるものばかりではないからである。その典型が、地域に居住する無保険者等の医療的貧困者へのチャリティ・ケアだということになる。宗教性はむしろ、病院が設立された地域の特性によるものであると理解され、たまたまコミュニティが特定の宗教を信仰する住民によって構成される場合、当該宗派の病院となっているように、今回の調査からは、思われた。

このように理解すれば、アメリカにおけるコミュニティ病院（一般病院）配置の構造は、極めて明瞭である。地域に病院を支える力（患者の支払能力及び寄付の力など）がある地域は非営利病院を設立して、病院インフラを住「民」自らの管理下に置いて運営する。その力のない地域（貧困地区）では、公立病院が出勤することになるのである。

非営利病院、特にコミュニティ病院とは、要は、地域の医療インフラのひとつとしての病院を地域住民がボランタリックに統治するための枠組みなのである。ところが、この仕組みは、理念的には素晴らしいが、現実には大きな矛盾を抱えている。不採算の地域医療

ニーズが病院経営を支える地域の力を超えた場合どうなるのだろうか。答えは簡単である、独立採算を原則とする非営利病院は、過剰なニーズの提供を止めるか、つぶれるまで赤字を出すかしかない。プロビデンス病院の例でもわかるように、どこかの非営利病院が不採算医療を制限すれば、不採算医療を引き受ける他の非営利病院に患者は殺到するであろう。やがてはその病院も不採算医療制限せざるを得なくなり、診療制限というデススパイラルが生じる事は想像に難くない。このように米国の非営利コミュニティ病院は、その理念と現実の狭間で揺れ動かざるを得ないという限界を持っているといえる。その根本原因は何か、それは多くの非営利病院関係者が今回の調査で指摘したように、統一された支払システムの欠如、皆保険制度がないことによるのである。

こうしてみると、皆保険制度とは、地域住民による医療資源の統治の理念を現実に転化させる前提条件だということになりはしないだろうか。今回のヒアリングで明確になったことだが、皆保険の欠如(特に支払方式の一本化の欠如)は、病院の管理費を肥大化させることで経営効率を著しく妨げる最大の原因の一つにもなっている。医療資源の住民による統治という側面からも、医療資源の効率的利用という視点からも、皆保険制度の意義の大きさは今一度評価されるべきであるというのが、今回の調査によって我々が得た結論の一つである。

いまひとつ、運動型のNPOの役割と可能性についてである。この点に関しては、これまでもアンケートや現地調査を通じて研究を重ねてきたが、糖尿病協会で医師の話を伺って、米国が未だにジレンマの中をさ迷っていることを再確認した。アメリカの医療にはシステムがない、システムがないので多様な意見、対立が生まれて皆保険制度のようなシステムが作れない、皆保険制度が導入できないのでシステム形成に向けた医療改革が進まない。まるで「卵が先か鶏が先か」の堂々巡りである。

アメリカ糖尿病協会の2人の医師は、悲観的に過ぎると思うが、クリントン改革に挫折した人々の落胆を反映しているのかもしれない。いまだ、米国はあの落胆から立ち上がることができないでいるのだろう。しかし、我々の調査をコーディネートしてくれた米国病院協会のアーネン氏は言う。「必ず機会があります。それまで頑張ります」と。また、貧困医療の最前線で、やがては皆保険が導入されて、自分たちの活動が必要とされないときがくることを確信して、熱く活動している、**Bread for the City**のリンダさんがいる。非営利病院の経営者達もまた、皆国民皆保険論者であった。氷の下には、暖かい水が流れていると思う。こうした人たちがいる限り、それほど悲観的では無いように思う。

Bread for the Cityのリンダさんの一言が忘れられない。「あなたがたは医療の営利化に賛成ですか」。「No」と答える我々に「じゃあ協力し合えるわね」。米国の人々と医療改革をめぐって「協力し合う」ということは、今まで考えたこともなかった。だが、訪問した営利病院の経営者達が、株式会社病院の参入を認めつつあるわが国に関心を抱いていたことを思い起こすと、これからは医療を「権利」と考える人々の国を超えた連帯が必要なのではないだろうか。米国で、医療改革に失望する人たちを増やさない、権利としての医療の拡

大を目指す人々を勇気付ける連帯が、わが国の医療制度の改善にも今後大きな力となるのではないだろうか。

參考資料

October 29, 2004

アメリカ・保健医療・NPO 研究会

非営利病院のガバナンスと外部環境要因に関する調査研究企画書

福井大学医学部 高山一夫

1, 調査の目的

米国の非営利病院は、これまで経営効率の向上とミッションの実現（救急・無料医療など地域医療への貢献や医学研究・教育機会の提供など）の両立という点で、営利病院よりも優れたパフォーマンスを実現してきた。しかしながら、定額支払制度やマネジドケアの発展に伴って病院の経営環境が厳しさをますます増し、こうした非営利病院の優位性が損なわれ、営利病院との違いが縮小しているといわれる。そこで、非営利病院が今日どのようにして経営効率の向上とミッションの実現を両立しようとしているのか、その際、地方政府やコミュニティ、患者団体、および専門職団体といった外部環境要因（external factors）が組織の構造や行動にどのような影響を及ぼしているのかを調査したい。

2, 調査の背景

アメリカ合衆国では、医療分野は、教育と並んで非営利組織が支配的なセクターである。医療はもともと地方政府の事業であり、住民の寄附で設立される非営利病院もまた、地方立病院ともどもボランティア病院とよばれた歴史をもつ。今日でも、一般病院の 80%、精神病院・専門病院の 50%、外来治療施設（家族計画、精神・薬物中毒治療、日帰り外科手術等）の 40%、ナーシングホームの 20%は非営利組織（内国歳入法 501(c)(3)に規定される public charity）であり、とくに大西洋岸の諸州において非営利組織の占める比率が高い。

非営利病院に対する研究は、1970 年代までは、利潤動機からの逸脱は効率性を低下させる（X 非効率）という新古典派経済学の企業理論に基づいて、非営利病院を非効率とみる議論が多かった⁵²。しかし、1980 年代になされた一連の実証研究においては、営利病院の方が高コストで機会主義的行動（クリーム・スキミング）をとるとして、かえって非営利病院の優位性が強調された⁵³。

ところが、1983 年の DRG/PPS 導入、また 1990 年代におけるマネジドケアの成長によって病院の経営環境が厳しさを増すなかで、営利転換や営利病院チェーンによる買収、

⁵² Newhouse (1970) , Pauly and Redisch (1973) , Clarkson (1972) 。

⁵³ Institute of Medicine (1986) , Watt et. al (1986) , Woolhandler and Himmelstein (1997) , Schlesinger and Dorwart (1984) , Schlesinger, et. al (1987) 。

営利病院との各種業務提携・子会社設立などが全国的に進行し、非営利組織と営利組織の境界が曖昧化しているという。また、医療の非営利組織が直面する「市場競争の危機」に注目し、PPS やマネジドケアの台頭に伴う内部補助の消滅が無償医療や研究・訓練といったミッションに関わる活動を困難にし、また情報システムやマーケティング、各種の業務委託等へかなりの資本投資を強いているとして、非営利組織の経営は死活問題になったとする議論もある⁵⁴。

さらに、医療で事業を営む非営利組織に対する非課税措置が重大な挑戦を受けている。すでに 1986 年の税制改正によって HMO やブルークロス・ブルーシールドが連邦税優遇措置を剥奪され、ニューヨークやカリフォルニアでは営利組織に転換する経営も生まれたほか、ユタ州やペンシルベニア州では州最高裁によって連邦慣習法上のチャリティ（健康の増進は慈善活動である）の概念が否定され、非営利病院に対する「報酬テスト」が課せられたという⁵⁵。

近年の非営利組織論では、制度学派組織論の見地から、単に営利病院と非営利病院を比較するのではなく、それらが立地する様々な外部環境—市場構造や規制、宗教団体や地域社会との関係性等—との相互作用のなかで、組織の構造や行動を考えねばならないことがわかってきた（異質同型対応；isomorphism）⁵⁶。しかしながら、未だ理論的な考察の段階にとどまっており、外部環境要因として具体的に何に注目するのかという点に関しては、いまだ確定しているとは言い難い。

そこで、本調査研究では、非営利病院セクターが優勢な東海岸（ニューヨーク、ワシントン DC など）を対象地域として選定し、非営利の短期一般病院が経営効率化とミッションの実現をどのように取り組んでいるのか、また、市行政や患者団体、および専門職団体との関係性が非営利病院にどのような影響を及ぼしたのかについて、調査することにした。

本研究は、将来的には異種同型対応に関する量的研究、ならびに経営史的研究の出発点をなすものであり、また、非営利組織が公共の利益を担うための望ましい社会的条件についての考察にも寄与するものと思われる。

3. 主な調査内容

(1) 予め文献等資料で明らかにしておくべきこと

- ・医療制度改革の動向（連邦および DC）
- ・NPO 税制の改正動向（Utah, Penn., NY などの法人税制改正にも注目）
- ・DC における NPO セクターの構造（IRS Master File, Census 等を活用）
- ・DC の地域医療システム、地域医療市場 web, hospital stat. など

⁵⁴ Gray (1990), Salmon (1990, 1994), Salamon (1997), 遠藤 (1998)。

⁵⁵ *Utah Community v. Intermountain Health Care* 709 P.2nd 265.

⁵⁶ Powell and DiMaggio (1991), Powell and Clemens (1998)

(2) 現地での調査内容

- ・非営利組織の環境対応と環境アクター側の動向については、質的研究法（qualitative research）の半構造化面接法に準拠したインタビューや文献調査、ドキュメント分析を行いながら明らかにしていきたい。
- ・具体的には、以下のような質問文を想定している（今後さらに詰める）。

A. 非営利病院に対して

- ①非営利組織である理由、またはそのメリットは何か
- ②ミッションの実現に支障をきたしてはいないか（経営困難、定款改定等）
- ③コスト削減および医療の質向上のための取り組み事例の紹介
- ④地域社会、患者団体、および専門職団体とどのような関係を築いているか
特に、チャリティ・ケアを行う際にNPOと連携しているのか
- ⑤非営利病院が担うべき公共の利益（public good）をどう考えているか

B. 運動型の非営利組織に対して

- ①慢性疾患(糖尿病)患者の医療ニーズをどのように把握しているのか。患者ニーズに照らした場合、現在の医療(治療)システム——特に病院&診療所——を改革すべきポイントはどこだと考えているのか。
- ②糖尿病患者の医療ニーズを実現するために病院&診療所及び医療専門職に対して患者サイドとしてどのような働きかけを行っているのか。
- ③慢性疾患（糖尿病）患者のニーズを満たすために病院&診療所とどのような関係を構築または構築しようとしているのか。

4. スケジュール

- ・2005年2月27日（日）～2005年3月9日（水） いずれも日本時間
- ・旅程

2月27日（日）関空出発

2月27日（日）ワシントンDC到着

2月28日（月）午前：アメリカ病院協会 午後：アメリカ看護協会

3月1日（火）午前：病院① 午後：病院②

3月2日（水）午前：休養 午後：アメリカ糖尿病協会

3月3日（木）午前：病院③ 午後：病院④

3月4日（金）午前：Neighborhood Health Service 午後：Bread for the City

3月5日（土）休養・観光（*可能ならAHA代表と昼（夕）食会開催）

- 3月6日(日) 休養・観光
- 3月7日(月) 午前：病院⑤ 午後：市保険局
- 3月8日(火) 出発
- 3月9日(水) 関空着

5. 調査の公表方法

- ・2003年度非営利総合研究所研究助成金・受託研究報告書(和文)に利用
- ・団体名および個人名の取扱い(倫理規定・プライバシーの保護)

6. 調査メンバーのリストおよび連絡先(略)

7. 主な参考文献

- Newhouse, J. (1970), "Toward a theory of nonprofit institutions", *American Economic Review* 60.
- Pauly, M. and M. Redisch (1973), "The not-for-profit hospital as a physician's cooperative", *American Economic Review* 63.
- Clarkson, K (1972), "Some implications of property rights in hospital management", *Journal of Law and Economics* 15.
- Institute of Medicine (1986), *For-Profit Enterprise in Health Care*, National Academy Pr.
- Watt, M., R. Derzon, S. Renn, C. Schranmm, J.Hahn, and G. Pillari (1986), "The comparative economic performance of investor owned chain and not for profit hospital", *New England Journal of Medicine* 314.
- Woolhandler, S. and D. Himmelstein (1997), "Cost of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States", *New England Journal of Medicine* 336.
- Schlesinger, M. and R. Dorwart (1984), "Ownership and mental health care", *New England Journal of Medicine* 311.
- Schlesinger, M., B. Gray, and K. Perreia (1987), "Medical professionalism under managed care", *Health Affairs* 16(1).
- Gary, B. (1991), *The Profit Motive and Patient Care*, Harvard UP.
- Salamon, L. (1997), *Holding the Center*, Foundation Center.
- Salmon, J.L., ed. (1990), *The Corporate Transformation of Health Care I*, Baywood Pub.
- Salmon, J.L., ed. (1994), *The Corporate Transformation of Health Care II*, Baywood Pub.
- 遠藤久夫(1998)「医療における市場原理と計画原理の相互補完性」『医療と社会』第8巻2号。

Powell W.W. and P.J. DiMaggio, eds. (1991) , *The New Institutionalism in Organization*, The Univ. Chicago Pr., esp. chap. 15.

Powell. W.W. and E. Clemens eds. (1998) , *Private Action and the Public Good*, Yale UP.