

両大戦間のアメリカ医療保険制度に関する一研究

——社内医療（Company medicine）保険の発展過程を中心に——

朱 賢

目次

はしがき

- I 19世紀末のアメリカ医療保険制度
- II 社内医療保険の拡大と普及（1900—1929年）
- III 団体医療保険への移行（1930—1941年）
- 結 び

はしがき

アメリカでは19世紀後半から「社内医療保険（Company medicine）」という保険方式が鉱業、林業などの一部の産業に導入された。1900年代から1920年代にかけて、「福祉資本主義」の進展とともに社内医療保険は、製造業にも導入され、大きく普及した。それによって雇用関係を基軸とするアメリカ型医療保険制度の「原型」ができあがったのである。そして1930年代後半以降、団体医療保険の登場とともに、社内医療保険から団体医療保険へ移行した。その結果として雇用関係を基軸とするアメリカ型医療保険制度の発展の土台がさらに大きくなり、それが戦後におけるアメリカ民間医療保険制度の成立につながった。

こうした20世紀以降における企業の社内医療保険の発展過程とその実態について、すでに一部の研究によって究明されている。その代表的なものとして、Pierce Williamsの*The Purchase of Medical Care through Fixed Periodic Payment*（1932）があげられる。また、第一次大戦後におけるアメリカ「福祉資本主義」の発展の視点から社内医療の役割と歴史的意義に論及する研究もあった（Brandes, Stuart, *American Welfare Capitalism, 1880-1940*, University of Chicago Press, 1976.）。しかし、そうした先学の研究成果にもかかわらず、この問題について未解明の点がいくつか残っている。その一つは、1900—1920年代における製造業を中心とする社内医療保険普及の背景とその影響についての分析である。もう一つは、1935年以降における企業の医療保険提供方式変化（社内医療保険から団体医療保険への移行）の原因と意義の解明である。このことは、第二次大戦以降におけるアメリカ医療保険制度の発展過程を理解する上で、極めて重要なものと思われる。本研究はその目的のために行われたものである。

本稿の内容は次の三つの部分から成っている。Iでは、19世紀末までのアメリカ医療保険制度の実態とその中の社内医療保険の発展状況を考察する。IIでは、1900年代から1920年代にかけて

の製造業を中心とする社内医療保険の普及状況と、その背景を検討する。Ⅲでは、1930年代後半における団体医療保険の登場と、社内医療からそれへの移行の原因その意義を究明する。

I 19世紀末のアメリカ医療保険制度

ヨーロッパ諸国においては、19世紀末までに、ドイツを先頭にして労働者の健康を保護する保険制度が相次いで構築された¹⁾。一方、アメリカ合衆国では、海員健康維持法が成立した1798年以降²⁾、19世紀末まで労働者の健康保護に関連ある立法は行われなかった。従って19世紀後半のアメリカは、工業化の進展とともに、労働者が疾病や傷害に対応する方法として、民間の「医療保険」に加入しなければならなかった。その主な提供者は、互助組合、労働団体、企業の社内医療組織などであった。その他、友愛団体と一部の保険会社も医療保険を提供していた。

アメリカでは1880年代以降、労働者と企業の協力の下で、企業内に共済組合が相次いで設立された³⁾。20世紀初頭には、商工業を中心に全国で400以上の共済組合が活動していた。組合の主な役割は、加入者の負傷時や疾病時の医療費給付と死亡時の埋葬金給付であった。共済組合の規模は数百から千人までのものが多かった。加入が任意のこともあって、加入率は30%以下のところもあれば、70%以上のところもあった。シカゴ地区のいくつかの共済組合では、加入者が一般に、月50セント—1ドルの保険料を納めるのに対して、疾病治療を要する時に組合から6—12週にわたって、週あたり5—8ドルの医療費が支給された。組合の基金は、企業がその一部を負担する場合もあったが、大部分は組合加入者の保険料で賄われていた。

共済組合の他に、労働団体も19世紀末から組合員のために医療保険を実施していた。20世紀初頭のアメリカ最大の労働組織は、1886年に成立したアメリカ労働総同盟（American Federation of Labor, 略称AFL）である。1905年、AFLには113の職業別労働組合（Trade Union）が加盟し、その加入者数は150万人と推定された。113の加盟組合のうち、19の地区組織が組合員に医療保険を提供していた⁴⁾。この中には、大工・指物師連合（組合員14万3,000人）、国際機械工組合（同4万8,000人）などの大型組合も含まれる。労働組合員の医療保険加入は任意であった。保険加入者は月々一定額の保険料（一般に25—50セント）を納入するが、疾病が生じた場合には、地区組織から一週間3—5ドルの疾病手当（sickness benefit）の給付を受けた。給付期間は13週間から26週間までであった。各地区組織には、契約医師がいなければ契約病院もなかった。1907年、AFLの150万の加入者のうち、約37人が所属組織の医療保険に加入していたと推計される。なお、AFL以外の一部の企業の労働組合でも、直接に医師と年間診療契約を結び、組合員に医療保険が提供されていた。

ところで、19世紀末のアメリカの労働者が加入した各種の健康保険のうち、企業提供の社内医療保険（Company Medicine）は、加入者数の点で他の提供者を大きく引き離していた。賃金天引き方式（check-off system）と言われる同医療保険のもとでは、企業が自ら病院や診療所を保有し、医師を雇用して被用者に医療サービスを提供する一方、その代価として賃金から一定額为天引きが行われていた。社内医療保険は、19世紀中ごろに銅産業に導入された後、西部の鉄道業と林業を中心に急速に普及した⁵⁾。これらの産業と鉄道は、主として中西部と西部地域に立地し、地域的

表1 アメリカ労働者の医療保険加入数（1907年）

医療保険提供者	基金数	保険加入者数	医療支出（一時的疾病）
全米労働組合	19	375,000	830,000ドル
地方労働組合	346	100,000	200,000ドル
企業の互助会	35	55,000	250,000ドル
企業医療基金	374	300,000	1,200,000ドル
鉄道医療基金	31	300,000	2,000,000ドル

（出所） I. M. Rubinow, *Social Insurance*, 1913, p. 292.

には医療の未発達のところが多かった。したがって、企業は労働力確保や安定した生産活動維持のために、社内医療の医療体制を採用しなければならなかった。特に、1860年代以降における西漸運動の進展とともに、西部には鉄道会社関連の大病院が相次いで作られた。その中には、サン・パシフィック鉄道病院（1868年完成）、ミズーリ・パシフィック鉄道病院（1872年完成）、ノーザン・パシフィック鉄道病院などの大病院が含まれていた。これらの病院は、いずれも鉄道会社の資金で作られたものであるが、その経費は会社と労働者が共同で負担した。病院の管理と運営は、企業と労働者の代表によって行われた。労働者の扶養者も医療費を負担すれば利用することができた。一方、木材業では、大企業は一般に自社の病院と専任医師を保有し、保険料として賃金から一定額の天引きを行った。⁷⁾ それに対して中小企業では、自社病院を保有するものが少なく、その大部分は外部の病院と医療契約を結び、被用者から得た保険料をその医療費用として病院と医師に支出した。社内医療は、製造業にも導入されたが、19世紀末までその数は非常に限られていた。

以上のように、アメリカの労働者は19世紀末までに、既にいくつかの民間提供の医療保険に加入していた。しかし、その数は労働者全体と比べて極めて小数である。ある研究によると、1907年時点では、各種の医療保険に加入した労働者は113万人（表1）である。さらに友愛団体医療保険加入者は約30万人と推計される（1905年）。それ以外に保険会社の医療保険に加入した人もいたが、その人数は極めて少数であった。したがって、1907年における農業以外のアメリカの労働者2,000万人（製造業、商業、運輸業、サービス業など）と比べて、労働者全体に占める医療保険加入者の割合は10%以下であり、ヨーロッパ諸国とくにドイツの1,500万人と比べてその差はあまりにも大きいと言わなければならない。

当時のアメリカ労働者の低い医療保険加入率について、いくつかの理由が指摘される。その最大の理由は、保険料が一般労働者の収入に比べて相対的に高かったことである。このため、多くの人々は保険料を負担できず、保険に加入できなかった。また、当時は労働組合員の医療保険加入は任意であったため、多くの組合員は経済上以外の理由（例えば節約など）から、保険加入に積極的ではなかった。さらに、当時の共済組合と医療基金は、企業と労働者の協力によって創設されたものの、企業が基金のわずかな部分しか提供しておらず（まったく提供しなかった場合が多く）、基金支出の大部分は労働者が負担しなければならなかったのである。

以上のことから、19世紀末までアメリカの労働者は、医療保障の面でヨーロッパ諸国と比べて

表2 アメリカ諸州の「労働災害補償法」の成立

1902年	メリーランド(a)
1908年	アメリカ合衆国（連邦公務員を対象）
1909年	マサチューセッツ(c), モンタナ(a)
1910年	メリーランド(c), ニューヨーク(c), ニューヨーク(a)
1911年	ネバダ, ニュージャージー, カリフォルニア, ウィスコンシン, ワイオミング, ニューハンプシャー, オハイオ, カンザス, メリーランド, イリノイ, マサチューセッツ
1912年	ミシガン, アリゾナ, ロードアイランド
1913年	カンザス(d), ニュージャージー(d), オレゴン, ネバダ(d), ネブラスカ, ミソネタ, テキサス, ウェストバージニア, オハイオ(d), コネティカット, カリフォルニア(d), アイオワ

(注) (a)憲法違反による失効, (b)二つの石炭と粘土生産地区に限定, (c)随意立法 - 死文化, (d)既存法修正

(出所) I. M. Rubinow, *Social Insurance*, 1913, pp. 169-70.

表3 アメリカの人口 (1880-1928)

1880	50,262千人
1890	63,056
1900	76,129
1905	84,219
1910	92,267
1915	99,342
1920	106,421
1925	115,378
1928	120,013千人

(注) 上記数字は、ハワイ、プエルトリコ、フィリピンなどの地域を除く。

(資料) *Statistical Abstract of the United States*, 1929.

大きく立ち遅れていた。しかし、南北戦争後におけるアメリカの工業化の進展によって、労働者の生活条件が悪化するにつれて、20世紀初頭には労働者の生活と権利を守る二つの運動が全国的な規模で展開した。その一つは、1900年以降における多くの州による労働災害補償法（Labor Compensation Act）の制定であり、もう一つは、1913年に始まる州レベルでの労働者を対象とする義務医療保険制度の導入運動であった。これら二つの運動は、いずれもアメリカ労働運動の歴史において画期的なものである。それはまた、その後におけるアメリカ医療保険制度の発展に大きな影響を与えた。以下、まず各州における労働災害補償法立法化の展開過程についてまとめてみよう。

アメリカは19世紀末まで、労災の責任は雇用者より労働者が負うべきであるという考え方が一般的であった。これは当時の慣習法のもとでは、労働者が雇用契約を結ぶに際して、労災発生の危険性は自らが承知しておくべきであり、また労災の多くは労働者自身や同僚の不注意によって発生するものであるというアメリカ社会の古くからの共通認識によるものであった。したがって、雇用側の明確な過失がなければ、雇用者は労災補償の責任から免れることができた⁸⁾。ところが、19世紀後半から20世紀初頭にかけて工業の急速な発展につれて工場や作業場では労災発生率が大幅に上昇したため、労災問題をめぐる訴訟事件が急増した。この過程で事故における雇主の責任を指摘して労働者の損害賠償要求を認める判決が年々増えた⁹⁾。この結果、労災の責任は労働側ではなく主として雇用側にあるという世論の高まりを背景に1900年代初めから第一次大戦まで20以上の州では「労働災害補償法」が相次いで成立した。このなかにはニューヨーク（1910年）、マサチューセッツ（1909年）、オハイオ（1911年）、イリノイ（1911年）、ペンシルベニア（1914年）などの工業州が含まれた。同法の成立によって雇用者は労働者の労災関連医療費の支給だけでなく、治療中の生活費支給の義務も負わなければならなくなった¹⁰⁾。なお、各州の労働災害補償法は、農業労働者と家務労働者が除外されるほか、5人以下の労働者を雇用する小企業も一般に同法の適用範囲外になっている¹¹⁾。

このように、各州における労働災害補償法の成立は、労災に遭遇した労働者に医療保障を提供する最初の立法として画期的な意味を持つものである。一方、各州における同法の実施を契機に、1910年代から1920年代にかけて、製造業を中心に企業による社内医療保険方式の導入が急速に増加し、それを通じて雇用関係を基軸とするアメリカ型の医療保険制度の基礎ができあがることとなった。

他方、1910年代以降、多くの州においてさらに義務的医療保険の導入を求める運動が展開した。その先頭に立って運動を推進したのがアメリカ労働立法協会（America Association for Labor Legislation）である。同協会は1915年、義務的医療保険に関する「基準法案」（Standard Bill）をまとめ、その立法化を各州議会に働きかけた。同法案は、年間賃金1200ドル以下の労働者を対象としたもので、こうした労働者の年間医療費を賃金の4%と見積もり、その基金設立のため、雇用主と労働者がそれぞれ40%ずつ負担し、残りの20%を政府が負担するという義務的保険方案であった。ニューヨーク州をはじめ、9つの州議会がこの法案を取り上げた。なかでもニューヨーク州議会は1916年から1920年にかけて、毎年のように審議を重ねていた。他方、アメリカ連邦議会下院でも、1916年に労働対策の一環として国民保険制度の立案を担当する連邦委員会を立ち上げる法案が提出され、それに関する公聴会も開かれた。¹³⁾

こうして、各州における労働災害補償法の実施とあいまって、義務的医療保険の問題が国民の関心を集めた。なかでもカリフォルニア州とニューヨーク州では、その成立が期待されていた。しかし1918年、カリフォルニアでは、アメリカ労働立法協会「基準法案」の是非をめぐる住民投票が実施され、結局その導入は否決された。¹⁴⁾ 他方、ニューヨーク州において、法案が1919年に州議会上院を通過したが、下院では採決にいたらなかった。¹⁵⁾ こうして、一時的に大きく盛り上がった義務的医療保険の立法化を求める運動は、ついに挫折した。

法案が成立できなかった要因として、次の諸点を指摘することができる。①「基準法案」はドイツの制度を参考に作られたものであるが、アメリカは第一次大戦時にイギリスとフランスを支援する側に立ち、ドイツとは敵対国の関係にあった。このため、国内ではアメリカが参戦した1917年以前からドイツ敵視の風潮が生まれ、アメリカが医療面で世界最初の義務医療保険導入国ドイツに見習う必要はないという国民感情が浸透した。¹⁶⁾ さらに1917年にソビエトが成立した結果、一部のアメリカ国民が義務医療保険は社会主義的な制度でありアメリカの「自由主義」の伝統に反するものであると主張し、導入に強く反対した。¹⁷⁾ ②従来から義務的医療保険に反対していた諸勢力—企業経営者、保険会社（主として埋葬費保険を主要業務とするメトロポリタン保険とブルデンシヤル保険の二社）、医師会（当初は賛成したが）—は、こうした内外環境の変化を利用して、同制度の導入に対する強力な反対運動を展開した。③最大の労働団体であるアメリカ労働総同盟（AFL）も、義務的保険は個人の権利を侵害するものであり、その導入は労働組合に対する不当な干渉であるという理由で、導入反対側の勢力に加わっていた。¹⁸⁾ ④アメリカ労働立法協会の作成した「基準法案は」、年間賃金1,200ドル以下の労働者を対象とする限定的なものであったため、広範な国民の支持を得られなかった。⑤1910年以降、多くの州における労働災害補償法の成立によって、労働者の生活条件の一部が改善された。¹⁹⁾ こうして、1915年から1920年にかけて、義務的医療保険の制度化を推進してきた関係者の努力は失敗に終わった。しかし、同運動を通じてアメリカの経営者が、労働者の医療福利の重要性を一層重視するようになり、その考え方が1910年代

以降の「福祉資本主義」の一角に組み込まれることとなった。

II 社内医療保険の拡大と普及（1900—1929年）

アメリカ経済は第一次大戦を契機に急速に発展し、1920年代には未曾有の繁栄期を迎えた。それを背景に、アメリカの「福祉資本主義」(American Welfare Capitalism)が最盛期を迎える²⁰⁾。この間、大企業を中心にして、企業では労使協調体制を推進するために一連の労務対策が行なわれた。それによって、労働者向け住宅の整備、その子弟のための学校開設、工業団地内の教会や娯楽施設の拡張、年金制度や従業員持株制度の導入などが急速な展開を見せるほか、その一環として労働者向けの医療福祉の拡大が進められた。その方法は、共済組合を通じての医療保険助成、事故・疾病保険給付、社内医療保険提供などに分かれる。なかでも社内医療保険の普及が目される。まず、共済組合への助成増大についてみてみよう。

すでに見たように、共済組合は19世紀末から多くの企業内につくられ、労働者に医療保険を提供する組織として重要な役割を果たした。しかし、19世紀末まで、組合に加入した労働者は組合の基金予算の大部分を負担し、経営者が予算の一部を引き受けた場合でも、その分担額は極めて少額であった。ところが、1900年代以降、各州における労働災害補償法の成立を契機に経営者は労働者の医療福利問題を重視しなければならなくなり、共済組合への資金援助を大幅に増大させた。その結果、組合基金全体に占める企業出資基金数が次第に上昇し、1907年に30%であったものが、1926年には全体の3分の2を占めるようになった²¹⁾。ある調査によると、アメリカの企業共済組合の数は1908年から1916年にかけて500から425に減少したが、加入労働者の数は逆に64万人から74万人へと増加した。加入者数はその後も増加を続け、1931年には82万人に達した。このなかには自動車業界大手ゼネラル・モーター社フリント工場の4万人（同工場労働者の75%）、アメリカ電信電話の数万の労働者が含まれる。加入者に対して共済組合は、診療、入院、薬代などの医療費として現金給付を行っていた。医療費給付に加えて、一部の組合では、組合員の健康条件の改善や医療ケアの提供にも関与した。

共済組合方式のほか、多くの企業は被用者の医療条件改善の目的として、1922年からさらに被用者に事故と疾病保険 (accident & sickness insurance) を提供した²²⁾。同保険では、加入者に事故や疾病が生じた場合、保険会社から一定額の現金支給が行なわれる（事故は500—1,000ドル、病気は6—12週間、週10—15ドル）。保険会社は団体保険契約を引受ける条件として、一般に企業被用者の75%以上の保険加入を要求した。企業は保険料の一部を負担することもあったが、多くの契約は被用者が保険料の全額を負担した。政府の調査によると、1926年、同保険を導入した企業は186社にのぼり、保険加入者数は40万人であった²³⁾。その後、GM（社員18万人）をはじめ、その他の大企業も同様な保険方式を取り入れたため、加入者が増加し、1931年には、その数が110万人になったと推計された²⁴⁾。企業は一般に、同保険導入の目的として、企業に対する社員の貢献に感謝することをあげていた。しかし、より重要な目的は、むしろ被用者の転職率を抑える企業の意図であった。それと同時に企業による同保険の導入を積極的に推進した大手保険会社の役割を指摘しなければならぬ²⁵⁾。これらの大手保険会社は企業との密接な関係をつうじて活発な販売活動

表4 アメリカ製造業の雇用者数

業 種	1899年	1927年
食料品	321千人	679千人
紡織品	1,022	1,694
木材製品	671	862
製紙	167	225
印刷品	298	327
化学製品	306	254
石油・石炭製品	90	141
ゴム製品	36	142
皮革製品	245	315
陶器, ガラス, セメントなど	231	350
鉄鋼製品	279	835
非鉄金属	158	270
機械（輸送機以外）	472	886
輸送機	182	494
鉄道補修	180	428
その他	301	440
	4,712千人	8,349千人

（資料） Statistical Abstract of the United States, 1929.

を展開し、同分野で圧倒的なシェアを占めた。1930年における同保険加入者110万人のうち、メトロポリタン保険の加入者は615,000人で、全体の59%を占めている。

一方、1910年代になると製造業を中心に、診療所や病院を作り、医師を雇用して労働者に社内医療保険を提供する企業が大幅に増加した。1930年、大企業を中心にこうした社内医療を実施した企業の被用者数は300万人を超えており、共済組合会員の82万人や団体事故・疾病保険加入者の110万人を大きく上回るようになった。²⁶⁾ 企業によっては社内医療を無料で提供する場合もあったが、一般的にはその代償として被用者の給与からの天引きが行なわれた。

1920年代における企業の社内医療の実態について、アメリカ労働局がその一端を明らかにした。²⁷⁾ それによると、1926年、医療サービスを提供する407の企業（被用者300人以上の企業で同局に報告するもののみ）は合わせて190万人を雇用していた。業種別では、製造業が全体の60%以上を占め、第一位になっている。それに鉄道業（15%）と公益企業（7%）が続いている。報告を提出した407社の医療施設は、10年前と比べて大きな進歩が見られた。各社は充実した診療室を持つほか、多くの企業が最新の医療機器を使用する大規模な病院を保有するようになったのである。

20世紀以降、製造業を中心とする社内医療実施企業の増加について、次の原因が指摘される。
 (一)19世紀末以降、労働災害補償法制定の前に多くの州は労災の増加とともに、政府が労働者保護の立場から、工場や作業場の安全性を重視するようになり、そのための基準を制定して、現場検

査が定期的に行なわれた。基準違反の企業に対しては、厳しい罰則が適用された²⁸⁾。企業はそれに対応する方法の一つとして社内医療を導入して、労災による被害を最小限に抑えざるをえなかった。(二)上述したように、20世紀初頭になると、多くの州では労働災害補償法が成立した。同法によって雇用主は労働者の労災関連医療費の支給だけでなく、治療中の生活費支給の義務も負わなければならなくなった。このため企業の経営者にとって、疾病の早期治療や労災の予防と伝染病の拡大防止が一層重要となり、そのための社内医療施設をもつことが必要となった。特に工場の立地条件によって、近隣に適切な病院が存在しない、または利用できない場合には、企業がその目的達成のために、自社の病院や診療所を保有しなければならなかった。(三)アメリカの病院は、近代的な医療機関として発展が遅れたため、アメリカでは1910年代まで充実した医療設備を保有する病院が少なかった。アメリカ外科学会(American College of Surgeons)が1918年に病院の認定基準を制定した時、認定を申請した700の病院(各100病床保有)のうち、認定されたものは全体の13%にとどまった³⁰⁾。このような状況から多くの大企業は、社員の医療問題に効率的に対処するために、充実した医療設備を持つ自社の医療施設を持つことが必要であった。(四)第一次大戦前後から1920年代にかけてアメリカは、「福祉資本主義」時代の最盛期を迎えた。この間、大企業を中心に経営者は労使協調体制の強化による生産性向上運動の一環として社内医療の役割を特に重視するようになった。それは医療技術の進歩に伴い、充実した社内医療施設は、医療と衛生条件の改善によって、労働者の労働効率向上を妨げる諸要因を早急に取り除くことができるだけでなく、それを通じて労働者の「愛社精神」を育成し、労使の一体感を促進することにもなるからである³¹⁾。以下、主要産業部門における社内医療実施の状況についていくつかの例をみてみよう。

社内医療を実施した企業の代表的な例として、アメリカ最大の鉄鋼会社U・S・スチール(U・S・Steel)があげられる。20万人の労働者を雇用する(全鉄鋼産業労働者の約30%)U・S・スチールは、1900年代初頭から各地の同社工場の隣接する地域に大規模な医療施設を作り、医師を雇用して同社の社員とその家族に社内医療を提供した。1920年、同社が全国各地に25の大病院と286の診療所を保有し、その雇用する専属の内科医と外科医は167人、非常勤医師は108人であった³²⁾。

U・S・スチールの社内医療保険の実態の一端について、同社子会社の一つであるテネシー鉄鋼石炭会社(Tennessee Iron & Coal Co.)を通じて知ることができる。テネシー鉄鋼石炭は、アラバマ州最大の企業として20,000人の労働者を雇用していた。1910年、同社は州内のフェーフィールド市に大規模な病院を完成し、被用者とその家族を対象とする医療活動を開始した³³⁾。病院には330の病室があり、その半分は白人、残りの半分は黒人の入院患者専用となっている。病院は国内のもっとも先進的な医療機器をほとんど揃えており、且つ19人の専任医師を雇用した。同病院のほかに、テネシー鉄鋼石炭は、アラバマ州内の各作業所に20の診療所や救急病院を保有し、それぞれに専任の医師を配属した³⁴⁾。同社の被用者には、医療保険料として月に1.25ドルの賃金天引きを行った。会社の資料によると、同社医療部門の年間支出額の55%は被用者からの保険料収入によって賄われており、会社が残りの全額を負担した。アラバマの病院以外のU・S・スチールの病院も、規模や設備の点に関して全国の最高水準に達している。

U・S・スチールのほか、当時の主要鉄鋼会社のひとつであるコロラド鉄鋼石炭会社(Colorado Iron & Fuel Co.)は、その社内医療の状況を明らかにした(1931年当時)。コロラド鉄鋼石炭会社

はコロラド州に大規模な製鋼工場のほか、多くの鉄鉱山と炭田を保有し、採鉱を行っていた。同社の医療部門の目的は、被用者の疾病予防と早期治療であった。³⁵⁾このため、各鉱山と炭鉱には1名の専任医師が医療を担当し、被用者の入院・加療はすべて自社の病院や診療所で行なわれた。医療部門の経費は会社からの寄付、賃金の天引き、被用者以外の患者からの収入などでまかなわれた。鉄鋼工場も鉱業部門も、被用者は月1.5ドルの賃金天引きを通じて、入院を含めて必要な医療サービスを受用できた。プエブロ（Pueblo）市にある同社のコルウィン病院（Corwin Hospital）は、プエブロ市内に居住する同社被用者や同病院周囲2マイル以内の被用者は、すべて同病院を利用できる。一方、鉄鉱山や炭鉱の被用者は、同社の附属病院や診療所、または被用者の自宅で自社の医師による診療が行なわれる。被用者家族は割引料金で同社の病院を利用できた。

電機産業では社内医療を実施した企業としてウェスタン・エレクトロニック社（Western Electric Co.）が注目される。同社はアメリカン電信電話会社（AT&T）の子会社であり、国内最大の電気通信機器製造企業であった。1926年、同社は35,000人を雇用し、全国有数の大規模な病院を保有した。³⁶⁾同病院では最新の医療機器を備えており、各種の手術が行なわれた。病院は昼も夜も入院が可能だった。さらに、英語以外の言葉でも対応できる医師が多く配属されていた。もうひとつは、トマス・エジソン・インテレスト（Thomas Edison Interests）のニュー・ジャージー病院である。³⁷⁾同病院も各種疾病治療と救急のための大病院として知られ、医療実習の場でもあった。病院は主要手術のための大規模な設備を保有する一方、病気予防の医学教育も実施していた。トマス・エジソン病院の管理人は病院の職員に対し、病院のめざす目標について次の点を強調しながら、目標達成のための努力を求めた。「…当病院は若人にとって自分が軽い病気にかかったとき、または指を怪我して包帯を必要とするとき、いつでも気軽に祖母の懐に来て助けてもらうような存在にならなければならない。彼が受けた治療は彼がまた何かあったら当病院に戻りたいという気持ちをもたせねばならない。そして自分を大切にしてくれるこの工場で働くことは、結果的には、大変よいことであると感じるようにしてあげなければならない…」。³⁸⁾

大企業の社内医療保険は、鉄鋼や電機などの基幹産業に限ってみられたものではない。それは消費財産業においても広く行われている。その一例が製靴業最大手のエディコット・ジョンソン社（Endicott Johnson Corporation）である。米国最大級企業の一つであった同社は、1910年代に1万7,000人の労働者を雇用していた。³⁹⁾1913年、同社は1910年に制定されたニューヨーク州労災補償法の規定に従い、労災救急治療を目的とする医療サービスを開始した。その後、サービスの範囲は拡大され、労災だけでなく一般疾病にも適用されるようになった。こうして大恐慌までに、同社は三つの医療センター、二つの産婦人科病院、二つの耳鼻咽喉科病院を保有し、各医療機関にそれぞれ専属の医師（合計26人）を配置した。同社はまた、必要なら地域内の公立病院でも治療を受けさせ、その場合の医療費も全額を支給していた。同社社員は、保険料として会社の「医療互助会」を通じて、週に20セントの会費を払った。

一方、19世紀広範から社内医療を導入した鉄道、鉱業、木材などの産業は、20世紀以降も多くの企業が引きつづき社内医療を実施している。鉄道業についてみると、1930年、鉄道労働者150万人のうち、社内医療を提供する27の病院組合（hospital association）に加入した労働者は53万人であり、鉄道労働者の34%を占めている。⁴⁰⁾病院組合は加入自由であり、社長以下の会社全員が加

入できる。27の病院組合が所属する鉄道会社は20社がシカゴ以西の鉄道会社であり、7社は東部の鉄道会社であった。27組合のうち、17組合はあわせて33の病院を所有し、各病院が路線の重要な地点に立地していた。病院の規模は異なるが、20床から300床まであり、合計で3,129床であった。鉄道会社が病院の所有権を保有していたが、病院組合は病院の管理を担当した。経営者と労働者は病院組合を共同で運営した。病院の経費は、おもに労働者の賃金天引きによってまかなわれた。大部分の病院は鉄道会社から資金援助を受けていた。これは鉄道会社が各州の労働災害補償法の適用対象外であるため、会社が資金援助を通じ、作業中の労働事故の医療費を補助する必要があったからである。労働者の家族も割引料金で病院を利用できた。

一方、鉱業と木材業においても19世紀後半から普及した賃金天引きによる社内医療方式が続けられた。1930年、同方式の対象となった労働者の数は、54万人と推計される⁴¹⁾。その大部分は鉱業と石炭業の労働者である。鉱業では産銅業において社内医療方式が広く採用された。全国有数の産銅州であるアリゾナ州では、主要産銅会社4社はいずれも自社の病院を保有し、かつ専属の医師を雇用した。会社は医療支出をまかなうため、賃金から1.5または2ドル天引きしていた。4社のうち、3社は労働者の家族による病院の無料使用を認めたが、他の1社は割引料金での利用を認めるにすぎなかった。産銅業と同様、アルミの原料であるボーキサイト産業も賃金天引きによる社内医療を実施していた。ボーキサイトの最大生産州はアルカンザス州であるが、同州のボーキサイト生産を行う最大規模の会社は、病院を所有すると同時に医師を雇用した。独身の労働者は月1ドル、配偶者をもつ労働者は1.5ドルの賃金天引きが行なわれた。家族は病院で無料の医療サービスを楽しむことができた。医師の報酬は月給制であるが、地域内の他の患者の診療を通じて収入を得ることが会社から許された。

石炭業においても、社内医療方式は19世紀末から、さらに普及してきた。20世紀以降、石炭産業の斜陽化にもかかわらず、同方式は依然として広く行なわれていた。アメリカの石炭生産の中心地域は東部と中部に集中していた。とくに、ペンシルベニア、ウエスト・バージニア、イリノイ、ケンタッキーなどの4つの州が、あわせて全国石炭生産量の過半数を占めていた。主要石炭会社は一般に自社の病院を所有し、専属の医師を多数雇用した。ケンタッキー州の最大石炭会社は、合衆国石炭・コックス会社（United State Coal & Coke Co.）とコンソリデーション石炭会社（Consolidation Coal Co.）の二社であるが、二社ともAクラスの病院を所有し、被用者に医療サービスを提供した⁴²⁾。二社では賃金の定期的な天引きが行なわれ、家族も病院の医療サービスを楽しむことができた。その他の大きい石炭会社もほぼ2社と同様の方式を採用していた。一方、中小生産者は一般に会社医師（Company doctor）の方式を取り入れていた。会社が特定の医師及び病院との契約により、被用者への医療サービスを提供するが、医師の報酬と病院入院費は被用者の賃金天引きによってまかなわれていた。

木材産業においても社内医療方式は広く採用された。カリフォルニア州は、この時期における木材産業の社内医療制度の一端を明らかにしている。第二次大戦前まで農業州であった同州の主要産業のひとつは、木材業であった。1930年、同州の木材業では雇用主提供の医療プランに加入した労働者が、49,483人と報告された⁴³⁾。このうち、木材会社16社の労働者は25,335人であり、全体の過半数を占めた。木材会社16社中、7社はあわせて16人の医師を月給制で雇用した。他の9社のうち2社は出来高払い方式によって、3名の医師を雇用しており、4社が賃金天引きの収入

をそのまま専属の医師に渡した。また、1社は会社と労働者が共同で設立した病院の2人の専属医師に月給を支払った。一方、木材会社16社のなかで8社が病院を所有していた。1社が附属団体を通じて病院をもっていた。他の7社は1社が地元の病院を利用しており、4社は専属医師が所有した病院に依存した。16社の賃金天引き額について、個別的な資料はなかったが、平均は月1ドルと推定される。

なお、カリフォルニア州では木材業のほか、電気鉄道会社5社も社内医療を実施していた。5社のうち4社の労働者数は16,971人であった。5社中の1社は病院を所有すると同時に、外部の医療施設をも利用した。2社は外部の病院に依存した。他の2社は不明である。賃金の天引き額は月1ドルから1.8ドルと推定される。また、カリフォルニア州では、労働者は賃金天引き制度を通じて、労災以外の疾病に関する医療サービスを受けることができた。労災にかかわる医療費は、同州の労働災害補償法の規定に従って、雇用主から支出されるようになっていた。

以上のように、大恐慌までに、アメリカでは企業の社内医療保険が製造業を中心に大きく普及した。それを梃子に雇用関係を基軸とするアメリカ医療保険制度の原型ができあがったのである。1930年、企業の社内医療保険を受けたアメリカ労働者は、製造業200万人以上、鉄道業50万人、鉱山・林業50万人であり、その合計は300万人を超えている。社内医療保険のほか、共済組合保険（約80万人）、団体事故・疾病保険（約110万人）があったが、これらのものは労使関係の強化に寄与するという点で、社内医療保険とともに、「アメリカ型」医療保険制度の形成と発展を促進したと言える。

Ⅲ 団体医療保険への移行（1930—1941年）

1929年の大恐慌はアメリカ経済と社会に大きな打撃をあたえた。恐慌の結果、アメリカの国民総生産は1929年から1932年にかけて1,040億ドルから740億ドルへ減少した。この間、大規模な企業倒産が起り、1932年には失業者が1,200万人にも達し、労働者の4人に1人が失業した⁴⁴⁾。こうした状況のなかで、1933年、新しい大統領に就任したF・ルーズベルトは増大する社会不安に対処するため、アメリカ社会の構造改革を目的とするニューディール（New Deal）政策を打ち出した。その一環として、1933年に労働者の結社自由と団体交渉の権利を認める産業復興法（National Industrial Recovery Act—略称NIRA）が制定され、さらに1935年にはアメリカ社会保障制度を構築する社会保障法（Social Security Act）が成立した⁴⁵⁾。NIRAは1935年、最高裁の違憲判決を受け無効となったが、しかしその2カ月後には、労働者の権利をさらに明確に規定する全国労働関係法（National Labor Relations Act—通称ワグナー法）が成立した。

アメリカ企業の医療福祉活動も大恐慌によって、影響を受けた。恐慌発生後、一部の企業が経営難に陥り、社内医療活動を中止した。しかし、全体としてみた場合、恐慌の影響は相対的に軽微であった。1935年の調査によると、調査の対象になった製造企業2,075社のうち、1,292社が社内医療を実施しており、その数が全体の62%を占めている。一方、非製造業では、金融、公益企業、サービス業を中心にその比率が一層高くなっている。調査した377社のうち、社内医療提供の企業数が306社に達し、全体の81%にのぼっている。特に注目されることは、以前の調査結果

と比べて、巨大企業以外の企業が社内医療提供活動を縮小したのに対し、巨大企業は逆にその過程でそれを拡大したのである。⁴⁶⁾これは、大企業が恐慌下における労使協調体制維持のために、特に医療福利の拡大を重視したことによるものと思われる。

ところが、1930年代後半になると、状況に大きな変化が見られた。それは1935年以降、企業による医療福利の拡大とともに団体入院保険を導入する企業が急速に増加したのである。ある調査によると、1939年には調査対象になった2,700社のうち、949社、つまり、全体の35%が1935年から1939年にかけてブルー・クロスの入院保険を導入している⁴⁷⁾（表5）。製造業では、鉄鋼企業244社の72社、電機企業117社の43社、自動車関連104社の35社は、社員がそれぞれブルー・クロスに加入するようになったのである。その中には中小企業だけでなく、大企業も多く含まれる。2,700社のうち、被用者5,000人以上の大企業184社中、ブルー・クロスの団体入院保険を導入した会社は、84社にのぼっている⁴⁸⁾のである。

1930年代後半における企業の医療福利拡大とそれに伴う団体入院保険導入の増加は1935年におけるワグナー法の成立と密接に関係していた。上述したように、1935年に成立した同法は労働者の結社自由と団交権利を明確に規定した。その結果、アメリカ労働運動は新しい高揚期を迎え、労働者の組織化が急速に進展した。こうした状況において、多くの経営者は医療福利の拡大による労使協調の維持や、労働組合組織の防止が必要になったが、その方法としてブルー・クロスの団体入院保険が選ばれることとなった。これは当時の社内医療保険と比べて、ブルー・クロスが提供する団体入院保険が次の利点を有しているからである。①社内医療の実施と維持は多額の資金と一定の準備期間を必要とするが、団体医療保険の導入ではその必要がない。②一定の雇用人数でなければ充実した社内医療の維持は不可能であるが（例えば一人の専任医師を雇用するには、750人以上の雇用人数が必要など）、⁴⁹⁾団体医療保険ではその必要もない。雇用人数が25人以上であれば、団体保険に加入できる。③1920年代以降、アメリカの病院は以前よりもはるかに充実したものとなり、多くの病院が最新の医療設備を保有することとなった。このことは1923年、アメリカ外科学会に認定を申請した900の病院の合格率が86%に達したという点からも看取できる。⁵⁰⁾しかも多くの病院は、不況対策として企業に安価な団体入院保険を提供している。④団体医療保険に加入すれば、企業は医療管理の事務から免れる。以上のことから、ブルー・クロスの団体医療保険方式は、不況下のアメリカ企業に対して労働対策の強力な武器を提供したのである。とくに多くの中小企業にとって、団体医療保険を導入できることはきわめて重要な意味をもっていた。

こうして1930年代後半から第二次大戦にかけて、ブルー・クロスの団体医療保険に加入した企業の被用者は年々増加した。1940年には、その人数は400万人以上になった。⁵¹⁾一方、保険会社提供の団体医療保険加入者も、1937年以降に急速に増加し、100万人から1941年には250万人になった。GMは、1938年に同社が1927年に給付した団体事故・疾病保険に団体医療保険を加えた。⁵²⁾その翌年、さらに外科保険を追加した。タイヤ大手のファイヤーストーンも、1938年に社員が団体医療保険に加入した。GMもファイヤーストーンも会社が保険料の一部を負担したが、残りの部分は被用者の賃金天引きによって賄われた。

企業による団体医療保険の導入が増加する一方、大恐慌以前から社内医療を実施した多くの大企業は、1935年以降も従来の医療活動を維持していた。最大鉄鋼会社U・S・スチールと最大製靴会社エンリコ・ジョンソンは、その代表的な例としてあげられる。これらの大企業は、以前か

表5 業種別からみた企業の医療保険給付状況（1939年）

		会社数	団体傷害保険	互助会	団体入院保険*
製 造 業	農業機械	24社	5社	10社	4社
	自動車・飛行機部品	104	56	22	35
	化学	128	56	23	62
	衣類	78	12	9	20
	電気機器	117	47	27	43
	食品	156	49	28	48
	鉄鋼	244	95	63	72
	革製品	64	18	17	16
	木材製品	121	49	21	49
	機械・工具	260	76	89	86
	金属製品	286	107	62	102
	製紙	134	59	33	42
	印刷品	98	34	24	47
	ゴム製品	38	20	6	16
	セメント・ガラスなど	100	31	14	27
	紡織品	169	46	24	42
	他	92	26	25	29
	小計	2,216	786	497	740
	非 製 造 業	銀行	62	8	3
保険		42	10	3	18
ガス・電力		91	35	29	30
運輸・通信		78	27	19	33
商業		97	18	31	54
鉱業		42	13	3	16
石油		47	20	13	17
他		25	7	4	11
小計		484	138	105	209
合計	2,700	1,641	602	949	

（資料） National Industrial Conference Board, Personnel Activities in American Business, 1940, p. 24より作成。

（註） * 主にブルー・クロスの団体入院保険

ら大規模な医療施設を保有しているので、団体医療保険を導入する必要がなかった⁵³⁾。ある調査によると、1939年には調査対象になった2,700社の企業のうち、1,142社が社内医療を実施しており、その労働者数は331万人で、2,700者の66.5%を占めた。2,700社の中の287社（全体の10.6%）が専任の医師を雇用したが、その労働者は239万人に達しており、2,700社の労働者498万人の48%⁵⁴⁾になっている。しかし、1940年代に入ると、第二次大戦の発生とアメリカの戦時経済への移行に

表6 ブルー・クロス設立数の推移（1933-1941年）

1933年	1社
35	10
37	26
39	48
41	65
42	66

（出所） Harry Becker, *Prepayment and the Community*, 1955, p. 8.

に伴い、企業の社内医療維持が困難となった。このため1942年以降、一部のものを除いて大部分の企業が社内医療活動を中止した。それを契機に団体医療保険は一般のアメリカ企業の医療保険給付方式になった。

以上のように、大恐慌発生まで企業の労使協調体制において、医療面で中心的な役割を果たした社内医療保険方式は、大恐慌後におけるアメリカ経済と社会の要求に対応できなくなった。このため、1935年以降、企業による団体医療保険方式の導入が急増し、同方式は次第に社内医療方式に替わって、企業の主要医療保険方式になる。その過程で大企業のほか、これまで社内医療保険を実施できなかった多くの中小企業が団体医療保険を利用して医療福利を拡大できた。それによって1920年代にできあがった雇用関係を基軸とするアメリカ医療保険制度の存在基盤が大幅に拡大され、その一層の発展が可能となった。一方、団体医療保険加入者の増加は民間医療保険市場の発展を促進し、同保険を提供するブルー・クロスと民間保険会社の業務拡大につながった。以下、その展開過程を検討する。

まず、ブルー・クロスの設立過程とその発展を可能にした団体医療保険業務の増加について見てみよう。アメリカでは、団体入院保険を最初に導入したのは、テキサス州ダラス市のベイラー大学病院（Baylor University Hospital）である。同病院は1929年、同市教職員組合と年間入院保険契約を結び、それを通じて教職員1,250人が年間6ドルの前払い金（保険料）で、年間3週間を限度に同大学病院の施設サービス（病室利用、検査など）の給付を受けることができた。「ベイラー方式」と呼ばれるこの保険方式は、その後、同市や同市以外の地域にも取り入れられた⁵⁵⁾。そして1932年にはカリフォルニアを中心に、保険加入者による同一地域内の病院の自由選択を認める「自由選択型（free choice plan）」保険が考案され、それがのちにブルー・クロスの原型として全国的な規模で拡大した。

こうしてベイラー大学病院によって始められた団体入院保険方式は、1930年代におけるアメリカ医療保険提供方式再編の契機となった。大恐慌後、多くのアメリカ民間病院は、次の理由から深刻な経営危機に直面した。(1)国民の収入と貯蓄の減少により入院費を負担できる階層が縮小し、さらに入院者の中には入院費を支払えないものが増加した。⁵⁶⁾(2)これまで労働者のために年間契約を通じて病院を利用していた多くの企業は、医療費支出を停止または契約を大幅に削減した。(3)大恐慌以前、病院の有力な収入源であった個人や慈善団体からの寄付金は、大幅に減少した。(4)病人の中で入院費の軽減や節約意識から民間病院には入院せず、入院費の低いまたは無料医療を

表7 民間医療保険加入者数（1941年）

ブルー・クロスとブルー・シールド	6,000,000
民間保険会社	3,700,000
グループ保険	(2,500,000)
個人, 家族	(1,200,000)
HMO, 自社保険, 他	2,300,000
合 計	12,000,000

(出所) HIAA, *Source Book of Health Insurance Data*, 1993, p. 34.

提供していた公立病院を利用する傾向が増え、入院者数の減少に拍車をかけた。⁵⁷⁾ (5)入院患者数の減少につれて、同一地域内の病院間の競争がますます激化し、倒産する病院数が増えるようになった。団体入院保険制度は、これらの問題を全面的に解決できるものではなかったが、その一部を解決することは可能であった。⁵⁸⁾ このような状況において、1935年以降における企業の団体入院保険導入の増加は、多くの病院の経営危機の回避に大きく寄与しさらにブルー・クロスの発展に大きな役割を果たした。ブルー・クロスは、1935年から1941年にかけて、10社から65社に増加した。同期間中、その加入者数は100万人から600万人になったが、増加分の80%以上は企業労働者を中心とする団体医療保険加入者であった。なお、1939年、カリフォルニア州では、年間20ドルの保険料で各種病気の診療サービスを提供するブルー・シールド (Blue Shield) ができた。ブルー・クロスは保険会社に対する競争力強化のため、各地におけるブルー・シールドの設立に協力した。⁵⁹⁾

企業の団体医療保険導入が増加するにつれて、保険会社も1930年代後半から団体医療保険業務に積極的に進出した。保険会社は保険料の設定において、ブルー・クロスと異なる方式を採用した。それは、(1)ブルー・クロスの保険料は「地域別価格設定」の方法で決められ、同一地域内の料金が加入者の年齢と病歴とは無関係に均一化されていた。これに対して保険会社は、「病歴別価格決定」方法を採用したため、保険料は加入者の年齢や健康状態によって決定された。このため、若年層や健康状態が良好の人の保険料は相対的に安くなる。⁶⁰⁾ (2)ブルー・クロスは医療的な見地から、必要入院期間や入院費を算出して保険料を設定した。これに対して保険会社は補償方式を採用したため、入院期間や入院費に上限（例えば入院期間の限定や一日の入院費の補償額）を設けることができた。この結果、ブルー・クロスと比べて保険料を相対的に低い水準に抑えることが可能になり、企業などの保険加入者から歓迎された。各保険会社は当初、団体医療加入の必要人数を250人以上に設定したが、その後、ブルー・クロスとの競争上、人数を250人から100人以上に引き下げ、最後にはそれを25人以上に変更した。⁶¹⁾ 当初は保険対象を被用者に限定したが、1938年から被扶養者を対象に加えた。

以上のことから主要保険会社の団体医療保険加入者数は、短期間のうちに大幅な増加を記録した。それが、1935年の10万人から1941年には370万人に増え、同年における医療保険加入者全体の31%を占めている。⁶²⁾ 370万人のうち、250万人は主に企業の団体医療保険加入者であった。その過程で大手保険会社は市場拡大の主役を演じた。1940年の保険加入者250万人のうち、メトロポ

リタン保険の加入者は52万人で全体の22%を占めている。そのほか、トラベラル社とエトナ社などもそれぞれ大きな市場占有率を保有した。⁶³⁾

以上のように、1930年代後半以降における企業の団体医療保険需要の増大を背景に、保険業務を急速に拡大した。ブルー・クロスと保険会社は、医療保険提供者として1940年代以降も医療保険市場の拡大において、重要な役割を果たすこととなった。

一方、民間医療保険制度の再編成と相俟って、公的医療保険をめぐる論議も大恐慌を契機に再び活発になり、しかも舞台は州議会から連邦議会へと移っていった。すでにみたように、1933年アメリカ大統領になったF・ルーズベルトはその就任直後、恐慌対策としてニュー・ディールを実施した。その一環として1935年には社会保障法が成立した。同法によって、アメリカではこれまでなかった老齢年金、失業保険、児童福祉などの諸制度が確立したのである。アメリカ政府は、はじめは公的医療保険も社会保障の一部として同法案に加えることを考えていたが、最終的にはそれを断念した。それは、当時のアメリカ医師会が公医療に強く反対したほか、企業団体と南部出身の民主党議員もそれに同調したからである。政府がそれをあえて実行した場合、より緊急性を要する他の社会保障事業の立法化に支障が生ずる恐れもあったからである。⁶⁴⁾ こうして、公的医療保険制度は1935年以降実施の社会保障制度の一部にならなかった。民主党の一部議員はその後も公医療の立法化を試みたがしかし、成功しなかった。その結果、公的医療の問題は戦後に持ち越されることとなった。⁶⁵⁾

結 び

われわれは、以上において両大戦間における企業の社内医療保険方式普及の背景と影響、さらに1930年代後半におけるその団体医療保険への移行の原因を見てきた。この考察を通じて、われわれは次の点を知ることができる。

- (1) 19世紀末まで、主に鉄道業と鉱業に限られた企業の社内医療という医療保険方式は1900年代から1920年にかけて、製造業を中心に急速に普及した。それによって雇用関係を基軸とするいわゆる「アメリカ型医療保険」の原型ができあがった。しかし、その保険方式は大恐慌後におけるアメリカ経済と社会の変化に対応できなくなった。このため、1930年代後半以降、アメリカ企業の医療保険提供方式は社内医療保険から団体医療保険方式に変更することとなった。
- (2) 団体医療保険への移行によって、これまで社内医療を実施できなかった大企業や多くの中小企業が医療保険を提供できることになった。その結果、雇用関係を基軸とするアメリカ型医療保険制度の土台は、さらに拡大され、その一層の発展が可能となった。それが、第二次大戦後における国民皆保険運動を抑制する主要要因の一つとなり、さらに1950年代以降における民間医療保険制度の確立につながった。
- (3) 団体医療保険への移行後も、社内医療時代の「天引き方式 (check-off system)」は、そのまま踏襲された。それは第二次大戦後になって、福利給付 (Fringe Benefit) は、経営者の特権の一部 (management prerogative) であるか、あるいは労働者の賃金の一部であるかという

問題になり、第二次大戦後における労使対立の焦点の一つになった。

注

- 1) 19世紀後半以降におけるヨーロッパ諸国の労働者健康保険制度の発展について詳しくは、William Franklin Willoughby, *Workingmen's Insurance*, Thomas Y. Crowell Co., 1898, Rubinow, I. M., *Social Insurance*, Henry Holt & Co., 1913, pp. 17-19. 参照。特にドイツの制度については次のものが詳しい。*Fourth Special Report of the Commissioner of Labor, Compulsory Insurance in Germany*, Government Printing Office, 1893. なお、本稿のIの部分は主として次の拙論文の一部からの引用と加筆によるものである：朱賢「第二次大戦前のアメリカ医療保険制度に関する一考察」(上) (東京薬科大学研究紀要第9号2006年)
- 2) アメリカの医療保険の歴史は1978年に始まったと言われている。同年に、海員たちへの医療提供機関として、合衆国海員病院事業部 (U. S. Marine Hospital Service) を設ける法律が成立したからである。同法により、アメリカ関税当局は海員たちの賃金から月20セントを天引きし、これをプールして、疾病対策用の基金をつくりあげた。そしてこの基金から、負傷や病気になった海員に対して医療費の給付が行われた。海員病院事業部は100年後に廃止されるが、その間、基金がいくつかの病院の建設ならびに買収を行った。同制度の廃止に伴い、政府が海員の医療費を負担することになった。その背景には、アメリカの造船業界と海運業界の要望があった。当時のアメリカ海運業とイギリス海運業は、船員募集をめぐる激しく競争していた。一方、イギリス政府がイギリス海運業育成のため、船員の疾病保険を財政資金で補助していた。したがって、アメリカの海運業界は、イギリスとの競争上、不利な立場におかれていた。このような状況を改善するために、アメリカ政府はアメリカ海運業の要望を受け入れて、政府が船員の健康保険を全額負担することになった (Becker, Harry, *Prepayment and the Community*, 1995, p. 5.)。
- 3) Henderson, Charles R., *Industrial Insurance in the United States*, University of Chicago Press, 1908, pp. 212-238.
- 4) Ibid, pp. 84-86, 90-96.
- 5) Becker, ibid, pp. 5-6; Brandes, Stuart, *American Welfare Capitalism, 1880-1940*, University of Chicago Press, 1976, pp. 97-98.
- 6) Becker, ibid.
- 7) Williams, Pierce, *The Purchase of Medical Care Through Fixed Periodic Payment*, National Bureau of Economic Research, 1932, pp. 20-21.
- 8) Bruchey, Stuart, Enterprise, *The Dynamic Economy of a three people*, Harvard University Press, 1990, pp. 366-367. 1880年から1900年にかけて、アメリカ労働者は労災のため、年間平均で35,000人が死亡し、53万6,000人が負傷した。
- 9) Rubinow, ibid, pp. 166-170.
- 10) Ibid. なお、日本では労働者補償法について、いくつかの研究があった。以下のものを参照。加藤一郎「アメリカにおける労働者(災害)補償法の発展」(『法学協会雑誌』, 82巻4号, 1966年), 蔦川忠久「アメリカ医療保障法研究・序説(-), (二)」(『熊本大学教養部紀要』(人文・社会科学編), 20号, 1985年), 林弘子「アメリカにおける労災補償責任の法理と保険制度の形成」(『労働災害補償法論』(窪田隼人教授還暦記念論文集), 法律文化社, 1985年), 藤田伍一「アメリカにおける労働者災害補償法の形成」(『一橋論叢』92巻1号, 1984年)。
- 11) Faulkner, U. Harold, *American Economic History*, 1954, pp. 472-473.
- 12) Williams, ibid, pp. 40-42; Starr, Paul, *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books, 1982, pp. 250-254.
- 13) Williams, ibid, p. 45.

- 14) Starr, *ibid*, p. 253. 投票の結果、賛成票は133,858票、反対票は358,324票になった。
- 15) Williams, *ibid*, pp. 51-53.
- 16) Starr, *ibid*, p. 253.
- 17) *Ibid*, p. 254.
- 18) Williams, *ibid*, pp. 51-53. 同問題に関する研究として日本では、藤田伍一「アメリカにおける強制健康保険運動の挫折」（『国際社会保障研究』34号、1984年）の研究がある。同論文は、Williams と Rubino と同様、立法失敗の主要原因として、保険資本の反対をあげている。
- 19) Starr, *ibid*, p. 254.
- 20) 第二次大戦前のアメリカ福祉資本主義の発展については、Brandes の前掲書と Sanford M. Jacoby, *Modern, Manors, Welfare Capitalism since the New Deal*, Princeton University Press, 1997, pp. 11-34 を参照。
- 21) Brandes, *ibid*, p. 99.
- 22) U. S. Bureau of Labor Statistics, *Health and Recreation Activities in Industrial Establishments*, GPO, 1926, pp. 64-65.
- 23) *Ibid*, p. 66.
- 24) Somers, H. & Somers, A., *Doctors, Patients, and Health*, Brookings Institution, 1972, p. 230.
- 25) U. S. Bureau of Labor Statistics, *ibid*, p. 68; M. James, *Metropolitan Life*, Viking Press, 1948, p. 264.
- 26) Brandes の推計によれば、アメリカ製造業労働者（800万人）のうち、企業提供の社内医療サービスを受けたのは最盛期でも60%以下であった（Brandes, *ibid*, p. 110.）。
- 27) U. S. Bureau of Labor Statistics, *ibid*, p. 4.
- 28) National Industrial Conference Board, *Medical Care of Industrial Workers*, NICB, 1926, pp. 5-6.
- 29) *Ibid*, pp. 6-7.
- 30) Becker, *ibid*, p. 14.
- 31) Brandes, *ibid*, pp. 102-104.
- 32) Cotter, Arundel, *United States Steel Corporation*, Doubleday Page & Co., 1921, p. 181.
- 33) *Ibid*, p. 178.
- 34) Williams, *ibid*, pp. 159-160.
- 35) *Ibid*, pp. 117-118.
- 36) Hackett, J. D., *Health Maintenance in Industry*, A. W. Shaw Co., 1925, p. 95.
- 37) *Ibid*, p. 94.
- 38) Brandes, *ibid*, pp. 100-101.
- 39) Hackett, *ibid*, pp. 98-99.
- 40) Williams, *ibid*, p. 4, pp. 193-195.
- 41) *Ibid*, p. 3, pp. 104-106, p. 128.
- 42) *Ibid*, pp. 152-154.
- 43) *Ibid*, pp. 92-94.
- 44) Fein, Rashi, *Medical Care, Medical Cost*, Harvard University Press, 1986, p. 34.
- 45) 1935年の社会保障法成立の背景について詳細は、Paul, H. Douglas, *Social Security in the United States*, 1939. を参照。
- 46) National Industrial Conference Board, *What Employers are Doing for Employees*, NICB, 1936, p. 5, pp. 44-45.
- 47) *Ibid*, *Personnel Activities in American Business*, NICB, 1940, p. 24.
- 48) *Ibid*.

- 49) Brandes, *ibid*, pp. 99-101.
- 50) Becker, *ibid*, p. 14. 1918年当時の700病院の合格率13%と比べて、大幅な改善である。
- 51) Becker, *ibid*, p. 8.
- 52) U. S. Congress. Senate. Committee on Labor and Public Welfare, *Welfare and Pension Plan Investigation*, Final Report, GPO, 1956.
- 53) 1920年, U. S. スチール保有の25の大病院は、いずれも1900年代後半から1910年代にかけて建設されたものである。エンリコ・ジョンソンの主要病院も1920年代に完成された。
- 54) National Industrial Conference Board, *Personnel Activities in American Business*, NICB, 1940, p. 12.
- 55) Califano, Joseph A. Jr., *America's Health Care Revolution*, Random House, 1986, p. 41. 前払入院保険方式はすでに大恐慌以前にも存在していた。アイオワ州のグリーンネル病院 (Grinnel Hospital) は、1918年から年間8ドルの前払金で21日入院可能な入院保険を提供していた (William, *ibid*, p. 237.)。また、イリノイ州のロックフォード・アソシエーション (Rockford Association) は、1912年から15歳以上の住民を対象に、一定の前払金により年間6週間の入院が可能という「入院保険」を実施していた (Becker, *ibid*, p. 6.)。しかし、ペイラー病院の入院保険はその後、大恐慌期における病院の不況対策モデルとして、他の病院にも次々取り入れられたという点で、それ以前のものと異なるといえる。
- 56) Becker, *ibid*, pp. 7-8.
- 57) 1933年, シカゴでは公立病院の利用率が88%であったのに対し、私立病院のそれは50%にとどまっていた。1929年から1933年にかけて、シカゴの28の私立病院の収入は43%も減少した (Fein, *ibid*, p. 13.)。
- 58) こうした入院保険方式の導入において、アメリカ病院協会 (American Hospital Association) は、不況対策としてその採用を積極的に支持した。一方、ニューヨーク州をはじめとするいくつかの州では、州保険局が入院サービス契約を保険業務の一種と見なし、その規制にのりだした。こうしたなかで病院関係者の努力により、1934年、ニューヨーク州では非営利活動を目的とする病院サービス団体の設立を認める法律が成立した。そしてその翌年、同法に基づき、ニューヨーク市ブルー・クロス (New York City Blue Cross) が発足した。ニューヨーク州の法律はその後、ほかの州の立法のモデルとなり、1935年までに27の州が同様な法律を制定した。各地域のブルー・クロスは、それぞれの地域の状況により、地域別料金を設定し、同一地域内の加入者には均一の保険料を適用していた (Becker, *ibid*, pp. 7-8.)。
- 59) Califano, *ibid*, p. 42. 保険会社の保険には、入院と診療サービスが含まれているのに対し、ブルー・クロスの保険は入院だけである。ブルー・クロスのほか、大恐慌後、「前払い団体診療方式」 (Prepaid group practice=PGP) が新しい医療保険方式として登場した。この方式は大恐慌後、太平洋岸と南部を中心に発展した。その始まりは1929年、カリフォルニアのロス・ルース診療所 (Ross-Loos Clinic) とロサンゼルス水道電力局 (Los Angeles Department of Water and Power) との間で結ばれた前払い医療契約である。この契約により、水道電力局の労働者2,000人とその家族は、月2ドルの前払い金で医療サービス (入院費を除く) を受けることができた。ロス・ルース診療所はその後、他の政府機関とも同様の契約を結び、1935年までには契約者数が1万2,000人、その家族が2万5,000人に達している。これらの「被保険者」は、月平均2ドル69セントの「保険料」を支払ったが、この額はカリフォルニア州内の都市部住民の平均医療費の半分であったといわれている (John G. Smillie, *Can Physicians Manage the Quality and Cost of Health Care?*, 1991, p. 11.)。
- 60) Fein, *ibid*, pp. 28-29.
- 61) Becker, *ibid*, p. 9.
- 62) *Ibid*, p. 11.
- 63) M. James, *ibid*, p. 336.

- 64) Fein, *ibid*, p. 42.
 65) Starr, *ibid*, p. 225.

参考文献

- Becker, Harry, ed., *Prepayment and the Community*, McGraw-Hill Book Co., 1955.
 Brandes, Stuart, *American Welfare Capitalism, 1880-1940*, University of Chicago Press, 1976.
 Bruchey, Stuart, *Enterprise, The Dynamic Economy of a three people*, Harvard University Press, 1990.
 Califano, Joseph A. Jr., *America's Health Care Revolution*, Random House, 1986.
 Cotter, Arundel, *United States Steel Corporation*, Doubleday Page & Co., 1921.
 Faulkner, U. Harold, *American Economic History*, 1954.
 Fein, Rashi, *Medical Care, Medical Cost*, Harvard University Press, 1986.
 Franz, Goldman, *Voluntary Medical Care Insurance in the United States*, Columbia University Press, 1948.
 John G. Smillie, *Can Physicians Manage the Quality and Cost of Health Care?*, 1991.
 Hackett, J. D., *Health Maintenance in Industry*, A. W. Shaw Co., 1925.
 Henderson, Charles R., *Industrial Insurance in the United States*, University of Chicago Press, 1908.
 M. James, *Metropolitan Life*, Viking Press, 1948.
 Paul, H. Douglas, *Social Security in the United States*, 1939.
 Quadagno, Jill, *One Nation Uninsured: Why the U. S. has no National Health Insurance*, Oxford University Press, 2005.
 Rubinow, I. M., *Social Insurance*, Henry Holt & Co., 1913.
 Starr, Paul, *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books, 1982.
 Somers, H. & Somers, A., *Doctors, Patients, and Health*, Brookings Institution, 1972.
 Williams, Pierce, *The Purchase of Medical Care Through Fixed Periodic Payment*, National Bureau of Economic Research, 1932.
 William Franklin Willoughby, *Workingmen's Insurance*, Thomas Y. Crowell Co., 1898.
 加藤一郎「アメリカにおける労働者（災害）補償法の発展」（『方角協会雑誌』, 82巻4号, 1966年）
 金子卓治「アメリカにおける健康保険制度のための運動」（『保険学雑誌』421号, 1963年）
 蔦川忠久「アメリカ医療保障法研究・序説(-), (二)」（『熊本大学教養部紀要』（人文・社会科学編）, 20号, 1985年）
 林弘子「アメリカにおける労災補償責任の法理と保険制度の形成」（『労働災害補償法論』（窪田隼人教授還暦記念論文集）, 法律文化社, 1985年）
 廣瀬輝夫『アメリカ医療はどこへ行く』日本医療企画, 1988年
 廣瀬輝夫『皆保険を守る医療改革を』篠原出版新社, 2002年
 藤田伍一「アメリカにおける強制健康保険運動の挫折」（『国際社会保障研究』34号, 1984年）
 藤田伍一「アメリカにおける労働者災害補償法の形成」（『一橋論叢』92巻1号, 1984年）
Fourth Special Report of the Commissioner of Labor, Compulsory Insurance in Germany, Government Printing Office, 1893.
 U. S. Bureau of Labor Statistics, *Health and Recreation Activities in Industrial Establishments*, GPO, 1926.
 U. S. Congress. Senate. Committee on Labor and Public Welfare, *Health Insurance Plans in the United States*, Report No. 359, GPO, 1951.
 U. S. Congress. Senate. Committee on Labor and Public Welfare, *Welfare and Pension Plan Investigation*, Final Report, GPO, 1956.
 U. S. Department of Commerce, *Statistical Abstract of the United States*, 1960-1995.

National Industrial Conference Board, *The Present Status of Mutual Benefit Association*, 1931.

National Industrial Conference Board, *Effect of the Depression on Industrial Relation Programs*, 1934.

National Industrial Conference Board, *Medical Care of Industrial Workers*, NICB, 1926.

National Industrial Conference Board, *What Employers are Doing for Employees*, NICB, 1936.

National Industrial Conference Board, *Personnel Activities in American Business*, NICB, 1940.

A study of the development of America's Health Insurance System before WW II

— the growth of “Company medicine” and its replacement by group health insurance —

ZHU XIAN

Abstract

“Company medicine”, the so-called “check-off” system, was introduced into the mining, lumber, and railroad industries in America in the late nineteenth century to meet the medical needs of their employees working in remote places where medical facilities were not immediately available. To provide the medical services, employer built its own hospital, employed doctor, and deducted a certain amount of the wages to pay for the medical expenses.

Following the enactment of the Labor Compensation Act by a number of states in 1900s-1910s, many manufacturing companies also adopted “company medicine” as a means to promote the welfare program for their employees. As a result, the system greatly contributed to the growth of the employment-related insurance system in America in the 1910s-1920s. Some studies show that “company medicine” provided medicare for close to one half of the manufacturing laborers in the 1920s.

Under the Great Depression, “company medicine” gradually gave way to Blue Cross and insurance companies which began to offer group hospital or health insurance in the late 1930s. The expansion of group health insurance provided the American employment-related insurance system with a more extensive basis to further its growth in the late 1930s and after WW II.