

《論文》

アメリカの地区保健センター（CHC）制度の 盛衰と包括的プライマリケア

新井光吉

キーワード：包括的プライマリケア，偉大なる社会，近隣保健センター（NHC），地区保健センター（CHC），無保険者，メディケイド，連邦補助金，医療改革

目次

はじめに

第1節 社会改良手段としてのNHCの盛衰

[1] 保健センターの先駆

[2] ジョンソン政権（1963～1968年）の「偉大なる社会」とNHC設立

[3] ニクソン＝フォード政権（1969～1976年）のNHC解体政策

[4] NHCの実態：リー郡協同クリニック（LCCC）の事例

[5] NHCの評価

第2節 CHCの変質と解体の危機

[1] カーター政権（1977～1980年）のCHC拡大

[2] レーガン政権（1981～1988年）のCHC解体政策

第3節 CHCの再拡大大期

[1] G・ブッシュ政権（1989～1992年）

[2] クリントン政権（1993～2000年）

[3] G・W・ブッシュ政権（2001～2008年）

第4節 CHCの現状

[1] 活動状況

[2] CHCの成果

むすび

はじめに

アメリカの医療セーフティネットは都市公立病院（Urban Public Hospital, UPH）と地区保健センター（Community Health Center, CHC）の2つの制度によって支えられている。保健センターは1965年に地域を基盤とするプライマリケア・モデルとして誕生して以降、熾烈な廃止の圧力に抗しながら40年以上にもわたって強靱な生命力を示してきた。保健センターは連邦政府が医療

政策を激変させる度ごとに柔軟に対応して生き延びることができたのである。保健センターを誕生させる要因となったアメリカの医療問題はむしろ増幅されているので、その存在意義が却って高まっているからである。無保険者が4,700万人にも達し、HIV/AIDSのような新しい感染症が貧困なマイノリティ居住地区を荒廃させ、世界一高い医療費の上昇も続いており、アメリカの医療問題は益々深刻さを増しているといつてよい。

保健センター（Health Center, HC）はニクソン＝フォード政権とレーガン政権の2度にわたる

敵視政策によって存亡の危機に陥ったが、生き延びて1990年代以降には急激な成長期を迎え、アメリカ医療制度を支える重要な存在となっている。G・W・ブッシュは任期中に保健センター予算を2倍に増やし、オバマも2010年医療改革法を通じて保健センター患者を現在の2,000万人から4,000万人に拡大して大量の無保険者に医療を保障しようとしている。もちろん、保健センターのみでは4,700万人にも達する無保険者のすべてを吸収して皆保険を実現するだけの能力を持っているとはいえない。しかしアメリカが緊急の課題としている皆保険の理想に近づけるために、保健センターは無保険者を医療セーフティネットで包み込むという大胆な挑戦の最前線に立っているのである。

保健センターは2010年現在、2,000万人（全国民の6.5%）に医療を提供している。保健センター患者は7割が連邦貧困基準（2010年3人家族年収24,353ドル）以下の貧困者であり、4割が無保険者であった。ホームレス93万人、季節労働者83万人、公営住宅居住者16万人も保健センターの患者であった。保健センターは約11.3万人の職員（医師8,400人、臨床看護師・医療補助者・助産師5,100人等）が全米約8,000ヵ所の診療所で年間約7,000万回の診療を行っていた。その年齢別患者比率（2007年）は5歳未満12%、5～12歳13%、13～24歳19%、25～44歳28%、45～64歳21%、65歳以上7%となっており、高齢者の比重が低かった⁽¹⁾。しかし保健センターは若い女性や児童を中心に全年齢の地域住民に継続的で質の高い予防、プライマリケア、社会サービスを提供し、専門医受診や入院を減らして医療費の抑制に大きな成果を挙げてきた⁽²⁾。もちろん、保健センターは専門医受診や入院を除く包括的ケアを地域住民に提供して医療の質向上と医療費の抑制を両立させている。また老人患者も140万人（全患者2,000万人の7%）に達しているため、高齢人口の3.5%がその継続的なケアを受けていることになる。その意味で、保健センターはアメリカの長期ケアを改善していく上でも無視し得ない重要な存在と考えられる。

しかも保健センターは1978年にWHOがモデルとして推奨して以降、先進国に止まらず途上国でも相次いで導入されている。WHOはCHCを地域保健ニーズの確認、治療や予防活動に従事する最前線の保健医療機関と定義している。またホーキンスらの研究によれば、普遍的な医療保険制度を持つ先進11ヵ国のうちドイツとフランスを除く9ヵ国が医療サービスの提供制度としてHC（CHC）を活用していた⁽³⁾。例えば、HCは、スウェーデンではプライマリケアを提供する効率的な方法と考えられ、イギリスでは地域が自らの医療ニーズを確認し充足する方法を考える中心的な機関とされている。フィンランドでは、HCが主に地域の1次・2次・3次医療サービスを組織化する責任を担っていた。カナダでは、CHCが在宅ケア、術後ケア、退院後追跡検査等に主要な責任を持ち、予防接種の全業務と在宅ケアの90%を担っていた。スペインでは、HC専門職の優秀さと実績が高く評価されている。CHCは、オーストラリアでは民間開業医よりも集団健康増進活動や広範な地域開発イニシアチブへの参加率が高く、ニュージーランドでも地域に医療を持ち込んで住民の健康状態を高めていた。このように国民健康保険制度のある国でも、CHCは都市貧民、ホームレス、障害者、アルコール中毒者、麻薬常用者などの住民に奉仕する最も重要な保健医療機関の1つと考えられている。一方、途上国のマリ共和国では2007年現在、785のCHCが治療全体の50%以上を提供し、サービスの患者満足度も高かったが、ケアの質が必ずしも充分ではないといわれている⁽⁴⁾。

そこで、本稿はアメリカにおける保健センターの歴史的な変遷と現代における役割を分析し、予防、プライマリケア、社会・支援サービスなどを含む包括的プライマリケア・システムとしての意義を明らかにしたい。もちろん、保健センターは患者の3/4を占める無保険者やメディケイド受給者を専門医療（2次・3次医療）受診のために病院に紹介しても診療を拒否される場合があるなどの課題も抱えていた。老人患者はほとんどがメディケア受給者なので、紹介先病院で診療拒否に

遭うことも少なく包括ケアを享受できていた。このように保健センターは地域に基礎を置きながら非高齢者住民に予防や社会サービスを含む包括的プライマリケアを提供し、140万人の老人にも包括的な長期ケアを提供して在宅生活の継続を可能にし、低医療費と良質の医療を両立させてきたのである。

1965年にNPO（Non Profit Organization, 民間非営利組織）として導入された近隣保健センター（Neighborhood Health Center, NHC）は「偉大なる社会」政策の一環として医療提供と同時に社会改良（地域開発や地区住民の雇用拡大等）を重視する活動を行ったが、地域の開業医や政治家、保守的な共和党議員から激しい批判を浴びせられた⁽⁵⁾。そこで、民主党リベラル派が支配する議会は1975年医療地方交付金保健サービス法（公法第94-63号）を制定し、NHCの名称を地区保健センター（CHC）に変更して貧民に包括医療を提供するNPOとして補助金交付を承認したのである⁽⁶⁾。後には公営住宅住民やホームレス向けのセンターなどが追加された。また1996年には保健センター統合法が4つのタイプのクリニックを公衆衛生法（Public Health Service Act, PHSA）第330節の下に統合して統合保健センター制度を創設した。その結果、保健センターはこの第330節に基づく補助金交付クリニックのみを指す用語となった⁽⁷⁾。しかも第330節補助金交付団体の80%を占めているのがCHCであった。そこで、本稿ではCHCが1975年以降の保健センター活動全体を代表するものとして扱うことにする。CHCと保健センター全体を区別して説明する必要がある場合のみ保健センター（Health Center, HC）と呼んで区別することにした。

残念ながらアメリカの保健センターの歴史や活動について詳しく分析した邦語の研究は存在していない⁽⁸⁾。このため本稿は専ら英文の研究書、論文、資料に依存せざるを得なかったが、その重要性に鑑みて日本でももっと研究されても良いテーマではないかと考える。

本稿は、第1節でジョンソン政権の「偉大なる社会」政策の一環として設立されたNHCがニク

ソン＝フォード共和党政権の解体政策に直面して地域社会の改良と医療制度改革の手段として役割を放棄して貧民への包括プライマリケア提供機関に性格を変え、1975年には名称もCHCに変更し、立地も都市部中心から農村僻地に新設するようにして保守派の支持を獲得できるよう変化していった過程を明らかにする。また事例を取り上げてNHC時代の活動と意義を総括する。第2節はCHCがNHCから大きく性格を変えながらカーター政権の拡大策によって活力を取り戻すのも東の間、レーガン共和党政権によって再び解体の危機に直面するが、保守派の支持も得られるような変身のお陰で共和党支配下の議会でも生き延びることができた経緯を明らかにする。第3節は不況（特に雇主提供医療保険の縮小、G・ブッシュ期以降）や福祉改革（移民へのメディケイド非適用、クリントン期以降）の結果、無保険者が激増し、誰でも受診可能なCHCに患者が殺到したため、G・ブッシュ政権以降の歴代政権がその拡大に努めることになった過程を解明する。特に福祉改革に伴う無保険者移民増加の影響が顕著となった時期のG・W・ブッシュ政権はCHCの倍増によって皆保険導入の世論に予防線を張った。最後に、こうして大幅に拡張されることになったCHCの現状と意義を明らかにし、本稿の総括を行うことにする。

第1節 社会改良手段としてのNHCの盛衰

[1] 保健センターの先駆

アメリカには1900年代初頭以降、保健センターと呼ばれる外来クリニックが断続的に存続してきた。もちろん、それらは1965年に設置されたNHCの先駆と考えるのは誤りだとするガイガーなどの主張もある⁽⁹⁾。しかし、これら初期の保健センターも僻地立地や地域住民の参加（管理運営へは不参加）などを重視しており、NHCが社会改良のイデオロギーの故に議会の支持を失い、1975年に純粋な貧民医療提供機関としてCHCに名称を変更して以降は相違点も少なくなったよう

に思われる。とはいえ、初期のセンターは予防、社会福祉、栄養指導などに限定した公衆衛生クリニックという性格が強く、疾病治療も行っていなかった。医師会との暗黙の取引に従って、これらのクリニックは出来高払いの民間診療や病院の「慈善病棟」及び公共医療施設との競合を慎重に回避していた。例えば、1920～1940年代における最も有名なボストンのジョージ・ホワイト医療団は「処方薬を提供せず、病人も治療しない」と公約していた。しかも同医療団は医療受診権という考え方を持っておらず、単にバラバラな慈善機関や公衆衛生機関の効率化の手段でしかなかった。このため治療と予防医療を提供する地域センターを指向していたのは1932年の医療費用委員会勧告やナビジョ・メニー農場などの特別プロジェクトのみであったといえる。

しかしボーデンハーマーとグラムバッハは初期の地区保健センターが出来高払い医療に代わるものとして大きな影響を及ぼしたと評価している。スターも、多くの医療改革家がケア分断という限界を克服するために1910～1920年に保健センター運動を起こし、1930年代にはかなり注目されたが、その後消え去り、1960年代に全く違った形で復活したと考えている。またジョーナスも初期の保健センターは現代のCHCとは異なった組織だが、ある程度まで同じ機能を果たしていたと評価している⁽¹⁰⁾。なお、M・デイビスが1927年に保健センターは「特定地区で医療サービス及び関連社会サービスを提供・促進・調整する機関である」と定義しているが、もちろん、これは現実というよりも理想を語っているにすぎない⁽¹¹⁾。しかも、今日のCHCは度重なる廃止攻撃を生き延びる過程で性格やサービス内容を変化させており、先駆的保健センターとの違いもかなり縮小しているといつてよい。

アメリカでは19世紀末以降、地域保健センターが出来高払いに代わる医療として地域住民全体の健康状態に責任を負い、地域に根ざしたプライマリケアを提供する運動を始めた。例えば、アイオア州クレストンの広域地域連合(Greater Community Association)は6つの郡を含む人口10

万人の地域を医療圏とするコミュニティ病院を中心に市民団体、宗教団体、教育施設及び療養提供者などのグループを1つの組織に統合する活動を行った。この連合は保健師による予防医療と公衆衛生の活動を特に重視した。同連合は手術を安易に行わず、予防医療が失敗に終わった場合にのみ病院が治療に当たる方針を掲げていた。この実験は公衆衛生と医療の間にある不幸な溝を埋めるための試みであった。地区保健センター自身は特定地域の健康状態の改善を目的としており、疾病治療をほとんど行わなかったが、これは出来高払い医療を担う医師会が競合を警戒して強硬に反対していたからである。

1925年には助産師メアリー・ブレッキンリッジが初期医療や産科診療の設備もなく妊産婦や乳幼児の高い死亡率に苦しむケンタッキー州の貧困な僻地にフロンティア看護サービス(Frontier Nursing Service, FNS)を開設した⁽¹²⁾。FNSは①プライマリケアと健康教育に重点を置き、僻地住民に提供するサービスを地理的条件に基づいて計画し、②看護師がプライマリケアを担当し、医師は紹介を通じて2次医療を担当するなど、前述のクレストン・モデルとの共通点も持っていた。またFNSは助産師の資格を持つ看護師を雇うアメリカで最初の組織となった⁽¹³⁾。1925年に最初のクリニックが開設され、次いで1928年にはハイデン病院と保健センターが併置され、出先看護センターが9ヵ所に設置された。しかもFNSは住民が病院やクリニックに援助や助言を提供できる地区委員会を設けていた。FNSは乳幼児や妊産婦の死亡率を大幅に減少させる成果を挙げ、その活動は今日までも続いている。

1890年代初期には僻地と並行して都市でも産科や小児科を中心とする保健センターが設立された。保健センターは主に大都市の貧民や移民を対象としていた。都市部でも保健師が健康教育、栄養、公衆衛生などの面で中心的な役割を果たした。このためJ・ダーフィはアメリカのCHC概念は1901年のニューヨーク市乳幼児ミルク配給所(milk station)の設立にまで遡ることができると主張している⁽¹⁴⁾。ニューヨーク市は1914年に

地区保健センター（Health District No. 1）をマンハッタン南部東側地区のマディソン通り 206 番地に設置し、1915 年にこの立証事業を成功させた。そのスタッフが地区内に常駐し、住民との人間関係を築きながら、家族カード（house card）制度を通じて各世帯の完全な健康記録を作成するなど画期的な実績を挙げた。またミルク配給所の登録赤ん坊数が激増し、地区学童の身体的欠陥が 100% 是正されるなどの成果も挙げている。しかし不運にも第一次大戦と市政の混乱が保健センターの発展を阻害することになったのである。

それ以外にも、ボーリング・グリーン近隣協会（Bowling Green Neighborhood Association, 慈善団体の貧民生活改善協会（Association for Improving the Condition of the Poor, AICP）も加入）が 1916 年にマンハッタン南西部に保健社会福祉センターを、また AICP も 1918 年にイタリア人街マルベリー地区に保健センターを設立した⁽¹⁵⁾。後者の主な活動は妊産婦の健康と 5 年生までの児童保育に向けられ、予防医療が重視された。1922 年には AICP 看護師が地区内妊婦の半数以上を状態観察するようになり、2~6 歳児 4,000 人のうち 1,000 人に健康診断を実施していた。同センターは当初から健康的な食事の摂取に力を入れ、くる病撲滅運動や歯科衛生プログラムなども実施していたのである。

AICP は 1917 年にも市保健委員長の支援を受けて黒人居住地区コロンバス・ヒルに妊産婦と就学前保育を重視した保健センターを設立し、住民の 90% 以上が利用するに至るなどの成果を挙げている。もう 1 つのイタリア系居住区グリニッチ・ビレッジにも 1920 年にジュディソン保健センターが設けられ、1924 年までにアメリカで最大規模の施設にまで発展した。地区保健センターの設置場所は東ハーレム地区が選ばれた。この地区は 10 万人の住民が暮し、2/3 がイタリア系、残りがユダヤ人、アイルランド人や黒人などによって占められていた。既にその地区で活動していた 3 つの慈善団体（AICP, 母親センター協会、ヘンリー街セツルメント巡回保健師サービス）が赤十字と協力し、市保健局も疾病予防事務所を通じて

外来診療を提供した。参加団体が財源の一部を拠出していたが、聖テモテ連盟やローラ・スベルマン・ロックフェラー記念財団も支援を提供していた。この活動の結果、従来マンハッタン全体よりも高かった東ハーレム地区の乳児死亡率は 5 年後には逆転している⁽¹⁶⁾。

1924 年にはベルビュー・ヨークビル保健立証事業がミルバンク記念財団（1905 年設立）の補助金によってニューヨーク市で実施された。同地区人口 17.5 万人の約 44% が外国生まれであった。約 1.4 万人が室内にトイレがなく、1.5 万人が風呂もシャワーもない劣悪な住環境に暮し、地区の死亡率が市全体の 1.45 倍、乳児死亡率も 1.34 倍に達していた。しかし 1926 年 11 月に保健センターが開業し、結核プログラム、自治体初の就学前クリニック、赤ん坊・歯科・社会衛生サービスなどを実施した結果、1927~1933 年に結核感染率は 29%、乳児死亡率は 22%、ジフテリア感染率も 84% 減少したのである⁽¹⁷⁾。

しかしながら 20 世紀中頃になると、都市と僻地の両方で保健センター・モデルは衰退していった。第 1 に、病院が看護教育や診療活動の面で中心となるにつれて、保健師活動の権威が低下したからである。第 2 に、看護師が医師と協力しながらリーダーシップを発揮するというチーム医療モデルも階層的な専門職の役割関係が整備される中で衰退していったからである。このため保健医療センター・モデルの復活は 1960 年代の「偉大なる社会」改革の実施を待たなければならなかったのである⁽¹⁸⁾。

[2] ジョンソン政権（1963~1968 年）の「偉大なる社会」と NHC 設立

(1) NHC のモデル

J・ガイガーによれば、1965 年にジョンソン政権が推進したアメリカの NHC 制度は南アフリカのモデル、アメリカの公民権闘争及び「貧困に対する戦争」政策に基礎を持っていたという。それはアメリカにおける人種、貧困、不健康の間に存在する悪循環を解決する方法として新たな広い視野を持った医療とそれを提供する新しい医療機関

を設けるべきだという考えに立っていたからである⁽¹⁹⁾。

アメリカの包括的 NHC はガイガーが 1958 年にケース・ウェスタン・リザーブ大学医学部に提出した博士号請求論文において初めて提案したアイデアに基づいていた⁽²⁰⁾。そのプランはガイガーが客員医学生として南アフリカに滞在していた時の経験から構想を得たものであったという。南アフリカでは、シドニー&エミリー・カークという 2 人の若い医師が 1940 年代初頭にフォリラ保健センターとラモントビル保健センターを創設して地域志向のプライマリケアを実施し、貧困な農村住民の健康状態を改善しようと試みていたのである⁽²¹⁾。

南アフリカ政府は 1950 年代半ばまでに国内 40 ヶ所に同様の保健センターを設け、原住民、インド人、貧困白人などにケアを提供し、最終的には 400 ヶ所にまで拡大する計画であった。同国唯一の非白人向け医科大学であったナタル大学が保健センターに対するアカデミックな支援とスタッフ訓練を引き受けていた。しかし 1959 年にこの制度全体が政府の推進する人種隔離政策の犠牲となり、保健センターは事実上閉鎖されるに至ったのである⁽²²⁾。

またアメリカの公民権運動は 1964 年に人種分離政策、選挙権剥奪、経済的搾取などと戦う運動として最高潮に達した。特に「フリーダム・サマー」は黒人有権者の選挙人登録運動に数百人のボランティアを動員した。この運動は医療に焦点を当てていた訳ではなかったが、新しい全国組織「人権のための医療委員会」が公民権活動家に救急医療を提供するために全国から多くの医師、看護師、その他の医療従事者をミシシッピ州へ送ったことを切っ掛けとして、黒人住民の劣悪な医療状態に関心が向けられることになったのである。

例えば、1960 年に同州の黒人乳児死亡率は新生児 1,000 人当たり 49.9 人に達し、白人の 2 倍以上、全米黒人のそれと比べても 25% も高かった。黒人妊産婦死亡率も正常出産 1 万件当たり 15.3 件に達し、白人の 6 倍以上、全米黒人平均より 50% も高かった。というのも黒人の入院出産は僅

か 53% にすぎず、自宅出産の 45% が医師の関与なしに行われていたからである。その最大の要因は黒人医師が州内に 59 人しかいなかった点にある。貧困との関連も明らかで、1960 年センサスによれば黒人失業率は 7% に上り、黒人住宅の 2/3 がボロボロに劣化していた。特に僻地では、75% が配管水道設備、90% がトイレ、風呂、あるいはシャワーのない住宅に住んでいた。黒人の中位教育水準は 6 年で、中位家計所得も年収 474 ドルにすぎなかった。しかもこうした惨状は何もミシシッピ州に止まらなかった⁽²³⁾。

公民権運動家は 1964 年 12 月 11 日に猛烈な政治的反動と暴力的威嚇にもかかわらず、フリーダム・サマー運動を続け、改革の勢いを維持する方法を模索するためにミシシッピ州グリーンビルに集結した。この集会において初めて南アフリカ CHC モデルの米国導入が提案されたのである。この提案は 1 ヶ月後に経済機会局 (Office of Economic Opportunity, OEO) へ持ち込まれ、1965 年 6 月にタフツ大学医学部の H・J・ガイガー博士と C・ギブソン博士に立証事業の補助金が交付された。そこで、彼ら 2 人は包括医療の提供と地区住民の訓練・雇用と地域開発参加を統合する保健センター・モデル案を持って OEO へやって来た。この医療提供と地域組織の統合モデルは南アフリカの S・L・カーク博士に協力したガイガーの実践とボストンにおけるギブソンの活動に基づいていたのである⁽²⁴⁾。

補助金は 2 つの包括的医療プロジェクト (ボストンのコロンビア・ポイントと南部の僻地) に交付された⁽²⁵⁾。他にも同様の医療提供モデルを携え資金を求めて OEO を訪れる医療専門職がいたので、1966 年度の保健センター補助金は更に 6 つが追加された。こうして最初の 8 つのセンターが CAP (Community Action Program, 地域活動プログラム) の RDO (Research and Development Office, 研究開発部) による立証事業として資金を交付されることになった。プログラムの認可と資金提供も 1966 年の経済機会法改正によって大幅に拡大された。同改正法は E・ケネディ上院議員 (民主党) が推進し、医療過疎の都市や僻

地の貧困地区で包括医療サービス事業を立ち上げる特別権限をOEOに付与していたのである⁽²⁶⁾。

1966年後半にNHC補助金を管理するためにOCHP（Office of Comprehensive Health Plan, 包括医療計画局）がCAP内に設置された。同時に医療部がOEO局長室内に設けられた。後者はVISTA（Volunteers in Service to America, 米
国貧困地区奉仕活動）、ヘッドスタート（就学前児童教育）、職業部隊（Job Corps, JC）などにおける医療提供を含む全OEO医療保健制度を調整するスタッフ機関であった。1966年改正法によってNHC制度は第1表のように1967年度に5,080万ドルの補助金を交付され、補助金受給NHCは1968年までに50団体を超え、1971年末までに100団体に達したのである。

(2) 既存医療制度への挑戦

OEOはNHC制度の目的として①貧困地区の健康状態を改善するために包括医療と公衆衛生の結合、②医療サービスを提供するために多職種チーム編成、③地区住民の保健センター管理運営への参加など、を掲げていた。実際にNHCは地区に基礎を置き包括ケアを提供する革新的な医療サービスのモデルとなった。このモデルは①地区保健サービス、②地区経済開発、③地区住民の参加、など3つの面で地域に基礎を置いていた。地区保健サービスは健康状態が社会的身体的環境の結果

であり、患者住民の環境改善を治療に含めて考えていた。こうした考えは社会的医療の長い伝統の一部であり、19世紀半ばのアメリカにおける公衆衛生運動においては基本的な事とされていたのである⁽²⁷⁾。

最初のNHCはこの概念を実践に移すために地域住民が経済・環境問題に協力して取り組むよう促した。例えば、貧困なミシシッピ州デルタ地帯で活動するNHCは治療した子どもたちが栄養失調や赤痢で苦しんでいるのを目撃して、地区住民と協力して井戸を掘り、家屋を修理し、食物を育てる協同農場を設立した。他の南部地域でも、NHC職員と地域住民が衛生・下水設備の普及や住宅の改善に取り組んだ。ブルックリンのサンセットパークではNHCと病院のスタッフが地区内の住宅を修復し、地区住民を支援して建築規制や他の地域問題を解決する組織作りを行った。OEOも1968年のガイドラインでNHCが提供するべきサービスの中に伝統的な医療や社会サービスと共に予防サービス、センター往復の送迎、健康教育や環境衛生などを含めていたのである⁽²⁸⁾。

NHCは医療を分権化して地域住民に近づけようと試みた。これは特に新しい考えという訳ではなく、前述のように1910年代の保健センター運動の特徴の1つでもあった。NHCはそれらの先駆的事例と同様に一定の担当区域内の住民にサービスを提供したが、予防ケアと同時に包括医療を

第1表 OEOの医療向け資金交付（推計、会計年度、10万ドル）

プログラム	1965	1966	1967	1968
合計	188	590	1,177	995
NHC	20	78	508	332
家族計画	4	24	46	83
他のR & Dプロジェクト	18	10	17	18
麻薬中毒治療プログラム	—	—	94	—
他のコミュニティ・プログラム	34	88	70	95
ヘッドスタート保健プログラム	103	317	316	329
職業部隊保健プログラム	5	69	117	128
VISTA 保健プログラム	5	5	9	10

（資料） Hollister, Kramer, and Bellin eds., *op. cit.*, p. 52.

提供し、センター運営に地区住民を積極的に参加させようとした点で異なっていた。例えば、地区住民職員が患者宅を訪問し、患者とNHC専門職スタッフとの連絡係を務め、両者の距離を縮めた。これは住民こそが、余所者の専門職では立ち入ることのできない地域や住民についての重要な情報を入手できると考えられたからである。これら家庭保健ワーカー（Family Health Worker, FHW）と職員は医師や保健師と共に医療チームの一員として活動した。彼らは住宅、福祉、その他患者の社会環境面の援助、保健教育及び社会的サービスを提供する役割を果たしていたのである⁽²⁹⁾。

NHCはFHWを地区内で募集・訓練・雇用するなど、医療の提供のみならず地域の経済発展にも尽力した。地域住民は雇用、技能訓練、安定した職歴の蓄積、管理職の経験などの機会を得ることができた。NHCのスタッフは医療以外の分野でも住宅や河川管理など地域開発事業に必要な専門知識を身に付けていた。OEO当局も経済機会法が掲げる可能な限り多くの貧困住民の参加という考えに固執した。このようにNHCモデルは社会的医療（あるいは地域保健サービス）の原則、地域開発手段としての医療機関の存在、医療のニーズやサービス決定への住民参加、といった基本的な考え方に基づいて活動していたのである⁽³⁰⁾。

もちろん、NHCは既存の医療提供体制に対する挑戦を意味していた。第1に、NHCは医療を広く捉え、治療と共に予防・環境改善・援助活動などを提供することによって公衆衛生と身体的医療の伝統的な分離を再統合しようとした。第2に、NHCはケアを貧困者、特定の年齢層や疾病患者に限定せず、一定地区の全住民に提供することによって従来、公的医療と私的医療の間に存在した境界を無視した。第3に、NHCは勤務医を雇うグループ診療を採用し、AMA（American Medical Association, アメリカ医師会）が固執する出来高払単独診療モデルに挑戦した。しかも医師、NP（Nurse Practitioner, 臨床看護師）、FHWからなるチーム医療組織の導入は医師を頂点とする伝統的な医療階層制に対する挑戦を意味していた。最後に、専門職が医療サービスの決定を支配

する体制も患者参加を重視することによって是正しようとしたのである⁽³¹⁾。

NHCは当初、収入とは関係なく周辺地区の全住民にサービスを提供しようとした。しかしNHCの無料医療によって患者を奪われることを懸念した開業医達が「近隣」のような対象患者の曖昧な定義に反対したので、NHCは1967年に患者の無料診療を貧困家族のみに限定され、1969年には全額及び一部の医療費を支払う患者を全患者の20%に制限され、貧民医療機関に特化させられることになったのである⁽³²⁾。

(3) 立証事業

ガイガーとギブソンは保健センター案を最初、保健教育福祉省（Department of Health, Education and Welfare, DHEW）公衆衛生総局（United States Public Health Service, PHS）へ持ち込んだ。しかし同省は医療業界寄りの官庁であったので、PHS当局は処置に困り、彼らをOEOに差し向けることにした⁽³³⁾。OEOは貧困が多く地域で経済的機会の欠如から生じ、不健康や失業を含む「貧困の循環」を通じて永続させられていると考えていた。この保健センター案は医療をほとんど利用できない貧民に質の高いケアを提供し、地区住民を雇用し、その意思決定過程に住民を参加させることによってこの悪循環を断ち切れるのではないかという期待を抱かせた。

もちろん、OEOも質の高い医療を貧民に提供するには既存制度の改革が必要だと考えていた。医療の専門化と一般医療の衰退が都市の貧困地域で利用できる医療を制限していたからである⁽³⁴⁾。このため貧民や低所得労働者層は病院外来部門、救急処置室、あるいは地方政府保健部門が提供する医療に頼る以外になかった。しかし救急処置室や外来クリニックはケアが分断化され、公的保健部門も特定の疾病や住民グループのみを診療し、包括的で患者本位のケアを提供できていなかったのである。

NHC制度を支援したOEOは医師のみならず学者としても評価の高かった改革派医師の支持を得ていた。この医師グループは前払グループ診療、

外来医療の再編、予防医療の充実などを含むアメリカ医療制度の大胆な改革を目論んでいた。しかし DHEW と議会が医療制度への政府介入に反対する AMA に対して弱腰だったので、彼らの構想は一向に進展しなかった。そこで、この改革グループに属する人々は「貧困に対する戦争」を医療制度改革の絶好の機会と捉えるようになったのである。

NHC の創設に関わった OEO 内外の関係者達はそれがアメリカ医療制度改革の触媒になると期待を寄せていた。というのも、彼らは保健センターを公民権や福祉権などの他の運動と連動した「NHC 運動」の一部と考えていたからである。しかし、その希望は NHC 創設後ほどなくして幻想に終わった。OEO の医療プログラムに幻滅した議会が 1967 年医療連携法改正によって NHC を単なる「貧民の医療機関」として再定義したからである⁽³⁵⁾。

(4) NHC への反発

NHC は主に貧民対象の制度であったので、既存の医療機関にそれ程大きな脅威を与えるものではなかった。しかも OEO は制度への反発を未然に防ごうと強力な医療提供団体の要求を事前に受け入れていた。だが、こうした配慮にも関わらず、NHC 制度は地方レベルでは薬剤師、スラム街の黒人医師、南部公衆衛生部門の当局者、地方白人医師会などから猛烈な反発を被り、全国レベルでは南部選出の連邦議員から忌避された。AMA とアメリカ病院協会（American Hospital Association, AHA）も開業医や病院の経営と競争する恐れのある保健サービス提供方式に反対した。OEO と議会内の支援者である E・ケネディ上院議員はこうした反対を抑えるために奮闘した。OEO は NHC が民間医療機関と競争することはないと保証して AMA の懸念を宥めようとした。また OEO は NHC が地方医師会の有力医師を少なくとも 1 人雇い、理事に迎え、医師会の意見に耳を傾けることを勧告したのである⁽³⁶⁾。

さらに、ケネディ上院議員は NHC に対して曖昧な態度を取っていた AMA が反対の動きに出

るのを予想して、NHC に補助金交付を認める 1966 年経済機会法改正を提案した。案の定、1967 年に AMA 新会長は既に連邦医療制度が数多く存在し、貧民にはメディケイドがあるので、富裕層課税による貧民医療の財源調達には賛成できず NHC に反対すると表明するに至ったのである⁽³⁷⁾。

当初、OEO は NHC が特定の疾病や年齢層ではなく一定地区内の全住民に医療を提供するべきだと考えていた。しかし前述のように 1967 年経済機会法改正は NHC の患者を担当区域内の全住民から貧民限定に変更し、診療が貧民以外にまで拡大することを抑制した。同法は開業医や民間医療機関の要求に基づいて立法化され、NHC の私費負担患者を全体の 20% に制限していたからである⁽³⁸⁾。

第 2 表によれば、NHC 及び他の地域プロジェクト補助金は 1965～1971 年の合計で 4.2 億ドルに達している。近隣地区が NHC 補助金の交付を受けるためにはプロジェクトのスポンサーを持たなければならなかった。そのため大部分の地区が当初、大学医学部、病院、地方保健部などをスポンサーに選択した（当初 OEO プロジェクトの 6 割以上）⁽³⁹⁾。また第 3 表によれば、補助金の大部分が地域団体（community corporation）や地域に基盤を置く団体ではなく、病院や大学医学部に向けられている。これは NHC への反発を回避

第 2 表 NHC 及び他の地域プロジェクト補助金
（単位：100 万ドル）

年 度	合計額	OEO 補助金	DHEW 補助金
1965	2.0	2.0	—
1966	7.8	7.8	—
1967	50.6	50.6	—
1968	39.5	32.8	6.7
1969	64.9	51.1	13.8
1970	98.5	72.3	26.2
1971	155.4	91.6	63.8
合 計	418.7	308.2	110.5

（資料）Zwick (1974), *op. cit.*, p. 72.

第3表 当初補助金受給時に OEO から交付を受けたプロジェクト運営機関

(単位：%)

運営機関	1965-66	1967	1968	1969	1970	1971
新医療法人		24	33	33	52	59
病院		21	22	67	9	10
大学医学部	50	18	11		18	7
自治体保健部	37	18	11			
グループ診療	13	7			9	3
その他		10	22		13	21

(資料) Zwick (1972), *op. cit.*, p. 399.

しようとする配慮も働いていたが、OEO 包括医療サービス局が早急な成果を挙げる必要性に迫られていたという事情もあったという。病院や大学医学部は多くの経験を有し、巨額の補助金処理に関しても信頼できると看做されていたからである。さらに大学医学部や病院に対する補助金は既存の制度内にいる改革者を支援して医療改革を促進するという戦略の一部にもなっていた。しかも経済機会法は NHC の立地する州の知事が認可した地域団体に対して補助金を交付することを義務づけていた。そこで、OEO は特に南部諸州では知事が黒人地区の地域団体に補助金が渡ることを忌避して拒否権を行使するかも知れないと危惧し、この規定を免除されていた大学医学部や教育病院に資金を積極的に交付しようとしたのである⁽⁴⁰⁾。

(5) 反発の克服

E・ケネディ上院議員は 1965 年頃から医療政策に関心を抱き始め、NHC が医療過疎地域においてケア提供に取り組もうとしていることに興味を持った。彼は 1966 年に最低 800 団体の NHC に補助金を交付したいと考えたが、1968 年までには OEO プログラム全体に対する反発が強まって予算を削られたために実現しなかった⁽⁴¹⁾。彼は NHC 制度が他の「貧困に対する戦争」プログラムとは異なり、専門家によって運営され、汚職もなく貧民の医療を改善してきたと力説した。また彼は NHC 制度が社会化された医療ではなく、他の反貧困プログラムとは異なる、と議員仲間を説得して回った。こうして NHC 制度は政治的に

過激な実験ではなく、むしろ正当な専門職の「慈悲深い」事業と看做されるようになり、議会で論争の種になることもなくなった。しかしニクソン政権が NHC 制度を解体しようとした 1970 年代初頭になると、議会の支持も大きく後退することになったのである⁽⁴²⁾。

ところで、1960 年代に医療問題に関与した連邦機関は OEO のみではなかった。PHS (公衆衛生総局) が 1968 年以降 NHC に補助金を交付することになり、1968～1969 年度に 24 の NHC を交付団体として認定した。こうして DHEW は PHS を通じて 1972 年までに 85 万人に医療を提供する 55 団体に補助金を交付することになった。その補助金交付の仕組みが 1966 年包括医療計画公衆衛生サービス法 (Comprehensive Health Plan and Public Health Service Act, CHPPHSA) 第 314 節(c)項の権限であった。同法の目的は質の高い包括医療が全住民に提供されるように公共部門と民間部門の両方で医療資源を調整することにあった。だが、PHS の政策的伝統は医療改革に資金を交付することに極めて消極的で、AMA が忌避する制度改革をできるだけ回避しようとし続けてきたのである⁽⁴³⁾。

しかし DHEW 長官は PHS が特定範疇制度よりもむしろ包括的医療制度を支援すべきだと考えていた。そこで、1967 年に DHEW 長官は 6 年後までに 600 団体以上の NHC を貧困地域に設置することを勧告した。もちろん、保守的な PHS 内にも包括医療の支持者が存在した。1960 年代には社会的意識の高い若手医師、社会学者、行

政官がヴェトナム戦争の兵役に就く代わりに2年間の連邦政府役務に服するためにPHSに勤務し、医療制度改革や患者参加の重要性に関心を強めていた。しかも彼らの考えを支持するキャリア官僚がPHS内にもおり、OEOのNHC担当者達と交流や議論を深めていたのである。

だが、米国衛生監（PHS長官）が地域に基礎を置き包括医療を提供するプロジェクトに対する補助金交付権限を持っており、既存制度を支持する外部利害グループの圧力に屈する傾向が強かった。PHS内部では、兵役代替役務に就いた若手医師J・ブロック博士が貧民に対するプライマリケア・サービスの改善に情熱を燃やしていた。彼はニューヨーク大学の医学生だった時に、マンハッタン南部の包括的保健センターで地域に基盤を置くプライマリケア運動の先駆者であったH・ブラウン博士と一緒に働いたことがあった。ブロックはOCHP内でNHC構想作りに関与し、包括的保健センターに補助金を交付するために第314節(c)項資金を活用する決定を下す上で中心的な役割を果たしたのである⁽⁴⁴⁾。

NHCの本来の目的は貧困地域で「多様なサービスを提供するセンター」として機能することであった。OCHPは連邦関係省庁間委員会から近隣サービス・プログラムの医療部門に資金交付を要請された時に否定的な態度を示した。第314節(c)項資金はそれまで伝統的な特定範疇の疾病プログラムに対してのみ交付されてきたからである。しかし、その後まもなくブロック博士がOCHPに配属されると、彼は第314節(c)項資金を近隣医療プロジェクトにも交付すべきだとする主張を展開し始めた。このため1967年11月に米国衛生監も貧民に対する包括医療サービスに第314節(c)項資金交付の優先権を与えることを承認したのである⁽⁴⁵⁾。

(6) 運営の実態

NHCのOEO補助金は立地、サービス受給者数、必要設備、サービス内容などによって差があり、30～350万ドルの範囲で交付された。補助金は建設・修繕費を除き、治療60%、歯科治療10%

、社会サービス・訓練・地区組織化10%、評価5%、管理運営15%などの割合で支出されていた。またOEO医療部による1967年の推計では、年間治療費は他の政府プログラムからの払戻や拠出を除き、患者1人当たり125ドルであったといわれる。NHC別の費用はデンバー市（対象人口2万人）の1人当たり年間85ドルからその倍額（ボストン市コロンビア・ポイント）までの範囲内にあった。もちろん、費用はNHCが提供するサービスの範囲によって異なっており、コロンビア・ポイントの費用が相対的に高いのは「高度の革新的」手法とサービス受給者数の少なさに原因があったという。しかし実際に活動していたNHCは1968年半ばに32団体で、最も古いものでも僅か2年の歴史しか持っていなかった⁽⁴⁶⁾。

NHC補助金の2/3は地区活動団体に交付されたが、第4表のようにそのうちの2つを除く全ケースで運営が地域の医療機関に委託されていた。病院、大学医学部、市保健部は以前から貧民向け外来・診療所サービスを提供しており、NHC制度の下でもそれを継続した。これらの医療機関はNHCが自分たちにとっての脅威ではなく、従来の慈善医療提供の修正と看做すようになった。また医師や歯科医もNHCの活動にほとんど反発を見せなくなったのである。

1965～1971年に約100団体のNHCと他の包

第4表 NHC補助金の受給機関と運営機関

(1968年7月)

	受給機関	運営機関
合計	48	49*
地区活動団体	32	2
病院	4	13
大学医学部	3	10
市保健部	0	7
医師会	1	2
グループ診療	1	3
新医療法人	1	8
他のNPO機関	6	4

(資料) Levitan, *op. cit.*, p. 61. *共同運営の1例を含む。

括医療サービス・プロジェクトがOEO補助金を受けて始動し、約50団体のプロジェクトもDHEW補助金によって活動を開始した。これらの活動に対しては総額4億ドル以上の補助金が投入された。これらの活動が全面的に機能すれば300万人が医療を受けられることになっていた。また60団体の包括医療プロジェクトが同じ期間にDHEW補助金(1966～1971年2億ドル)の交付を受けて貧困家庭の集中する地域に住む就学前・就学児童向けに実施された。これらの新プロジェクトは地理的に広く分散し、42州の120地区に立地していたが、3/4が都市地域、1/4が僻地に設置されていたのである⁽⁴⁷⁾。

[3] ニクソン＝フォード政権(1969～1976年)のNHC解体政策

(1) NHCへの逆風

ニクソン政権(1969～1974年)はジョンソン前政権時代の社会的プログラムを廃止か縮小する意向であったので、NHCも廃止して医療改革を民間部門のイニシアチブに委ねようとした。しかし取り巻く政治環境がこのように悪化したにもかかわらず、大部分のNHCはニクソン＝フォード政権時代を生き延び、質の高い医療を提供し、地域開発の手段として大きな成果を挙げたといえる⁽⁴⁸⁾。

ニクソンは新連邦主義を掲げ、「偉大なる社会」政策で設置された範疇的補助金団体を廃止し、移転支出や立証事業などを除いて連邦の社会政策権限を縮小して州・地方に移管した。その結果、社会的プログラムの補助金交付はワシントンD.C.の連邦本省ではなく地域レベルで決定されるようになった。医療政策では、同政権は民間部門の活用によってコストを削減し、NHCへの連邦補助金を大幅に縮小したいと考えていた。そこで、ニクソンは雇主提供医療保険(民間保険購入)に基づく国民医療保険の拡大と前払団体医療制度であるHMO(Health Maintenance Organization, 健康維持組織)の連邦支援、という2つの医療制度を提案した。民間をスポンサーとするHMOの発展が連邦補助金の交付によって促進されれば、

入院が減少し医療費も抑制されることになると期待していたのである⁽⁴⁹⁾。

こうしてニクソンが1970年以降、NHC制度の縮小を進めた結果、その性格も最初の構想とは異なったものへと変化した。NHCに対する管轄権も1970～1973年度までにOEOからDHEWに移管された。DHEWの下でNHCが大幅に変質させられるのではないかと懸念から、OEO長官とDHEW長官がその将来を保証するための取決めに署名したが、その精神は守られず、それ以後NHCは沈滞を余儀なくされたのである⁽⁵⁰⁾。

ニクソンは補助金の金額と受給NHC数の大幅削減を議会に求めた。議会は大幅な削減を拒否したが、医療費の高騰による実質的な減少を避けられなかった。しかも彼はHMOの発展を促すためにCHC補助金の財源になっていた第314節(c)項の債務負担金を割いてHMOに割り当てた。また1970年代初頭にはインフレーションが高進したため、第314節(c)項の債務負担金が増加しても、NHCへの実質補助金額は増加しなかった。このため1971～1973年にDHEWから新たに資金を交付された新設のNHCは皆無となった。しかもDHEWは1972年にNHCに対する連邦補助金を段階的に廃止する方針までも明らかにしたのである⁽⁵¹⁾。

その背景には1965年導入のメディケア・メディケイドが以後のNHC財源を賄えるという期待があった。だが、メディケア・メディケイドは病院外来のような医療機関と同水準の額をNHCには償還せず、また特にメディケイドはNHC患者である医療困窮者全員をカバーしてはいなかった。第三者支払機関もNHCのケア全部に対しては償還しておらず、NHC患者の全部をカバーしている訳でもなかった。このような事情からNHCは引き続き連邦補助金に依存せざるを得なかった。にもかかわらずDHEWは1973年5月の『連邦官報』でNHCが連邦補助金以外の財源獲得に最大限の努力をするように義務づける規則を発表し、補助金からの自立を要求したのである⁽⁵²⁾。

(2) DHEW への移管

DHEW への移管後は、その地方事務所が援助対象の NHC とその補助額を決定した。DHEW 本省内部にも地域事務所が NHC 補助金事務を適切に運営できないのではないかと危ぶむ声があった。そこで、NHC 全体が DHEW 管轄下に完全に移管された 1974 年に、医療サービス精神医療庁（Health Services and Mental Health Administration, HSMHA）がプロジェクトごとに地方事務所と補助金額を交渉することになった。その後、時間の浪費を省くために、地方事務所が資金交付額を決定する際に準拠すべき実績基準や交付基準を定めることになった。HSMHA 上級職員は 1971～1972 年にリベラルな医療専門職、無償医療機関の代表者、大学医学部教員、NHC 患者を結集した一連の会議を組織した。これは夕方や週末などの勤務時間外に、ニクソン政権に気づかれないように開催された。この連携はやがて貧困地域の NHC 数を増加させ、NHC を「全国の医療提供モデル」として確立することに貢献したのである⁽⁵³⁾。

NHC 制度に関する議会の権限は上院労働公共福祉委員会保健小委員会と下院州際対外通商委員会公衆衛生環境小委員会に属していた。この時期、E・ケネディ上院議員が上院小委員長、P・ロジャーズ下院議員（民主党）が下院小委員長に就いていたが、両者は共に NHC 制度の熱心な支持者であった。ジャビッツ上院議員（共和党）も医療問題に関してはリベラルな考えを持ち、ケネディに協力していた。彼らは共にニクソン政権の NHC 自立化政策に強く反対していた。NHC が他の財源を見つけ次第、連邦の直接的な補助金を停止するという DHEW の方針に対しても、両上院議員は NHC の自立が非現実的な目標であり、新法の作成まで NHC 制度の法的な延長を求めた。ロジャーズ下院議員も NHC の死命を制するような DHEW 規則に抗議し、同長官にその実施を 3 ヶ月間延期し、NHC の自立が議会の意思である証拠を 2 週間以内に提出することを求めた。結局、DHEW は補助金交付の継続を保証したが、NHC も第三者機関から多くの償還を獲得する努力を強

く求められることになったのである。

ニクソンは 1973 年度末に期限を迎える 13 種類の医療プログラムのうち 6 つ（NHC を含む）を再承認せず、他の 7 つの財源削減を提案した。しかし議会は 1973 年 6 月、政府が廃止を決めた 6 つのプログラム全部を 1 年間延長する法案を通過させた。同法は政府の反対を押し切って大差で両院を通過し、大統領の署名を得て 1973 年 6 月に成立したのである。

1974 年には両院の小委員会が独自財源を認めた CHC 法案を作成して議会を通過させたが、議会休会後に大統領の法案握り潰し拒否権行使によって不成立に終わった。しかし両院は 1975 年 7 月にも同一内容の特別医療地方交付金法案（公法第 94-63 号）を通過させ、フォード大統領の拒否権を乗り越えて成立させることに成功したのである⁽⁵⁴⁾。

(3) NHC 解体政策

ケネディ上院議員は当初、NHC を将来の国民医療保険制度の一部となる制度と考えていた。しかし 1973 年の経済危機以降、政治的環境が変化し、議会も財政保守主義の傾向を強めたため、NHC はもはや将来の医療提供体制を改革する手段という文脈では議論されることもなくなり、むしろその存続をどうやって保証して行くかが問題とされるようになった。ケネディ上院議員も 1973 年までには NHC 制度を国民医療保険制度改革の中心的な存在とは考えなくなっていた。NHC は対象を貧民に限定した医療制度となり、初期のように医療専門職の利益に直接的な脅威を与えるようなものではなくなっていたからである⁽⁵⁵⁾。

しかしニクソンは連邦の NHC 援助問題をめぐって議会と激しく対立した。彼はその解体を望んでいたが、議会はその維持を支持していたからである。そこで、議会は NHC の権限を法律で明文化することによってその存続を守ろうとした。これに対してニクソンは自分に忠実な者を監督官庁の要職に送り込み、NHC 制度の監督権限を従順でない官僚から取り上げさせた。彼は特に DHEW が自

分に敵対的な雰囲気を充満させていると感じ、その価値観や文化を共有する部局の長や中級職の政治的任命職員を大量に解雇した。しかも DHEW 職員は「政治的スパイ」である DHEW 立法部の者がいない場所で議会委員会のスタッフと会うことを禁じられた。また DHEW 職員は議会スタッフと行った電話の会話内容を全部メモに書くことを求められるようになった。このため官庁と議会との距離が大きく隔たり、不信感を抱いた議会が政権の忌避する社会的制度の存続を支持するという皮肉な結果を招いたのである⁽⁵⁶⁾。

議会はニクソンが特に第314節(c)項の一般権限を乱用していることに不信感を抱いていた。ニクソンが1973年に実施しようとしたNHC自立化政策にケネディとロジャーが猛反発したのも議会議りべラル派のホワイトハウス不信を反映していた。特にロジャーはその実施を規定したDHEW規則の発効延期を求め、このような政策が議会の本意ではなく、政府から事前の相談も受けなかったと抗議した。そこで、議会は政府によって存続を脅かされていたNHC制度に別の法的権限(1975年医療地方交付金保健サービス法、公法第94-63号)を与えることにしたのである⁽⁵⁷⁾。

公法第94-63号はCHCが提供するサービスをプライマリ・サービスと補足的サービスの2つに区分した。プライマリ・サービスは搬送、予防医療や歯科診療と共に医師診療、X線その他の検査を含んでいた。一方、栄養教育、健康教育、社会サービス、支援活動などは補足的サービスとされた。このように同法は政府が非包括医療モデルに資金を流用できないようにプライマリ・サービスの内容を明文化した。また同法は各CHCが患者過半数支配の運営委員会を設け、運営政策全般の決定、予算承認、執行理事任命などの権限を与えることを要求していたのである⁽⁵⁸⁾。

議会は1969～1974年に公衆衛生サービス法第314節(c)項に基づき大統領予算提案額を上回るNHC債務負担金を充当した。既にこの頃になるとNHCは主に医療弱者にケアを提供する手段と考えられるようになっていた。それゆえ上院歳出保健小委員会の最も熱心なCHC支持者は農村や

都市スラム街を抱える州の選出議員となり、選挙民に利益を供与できる好機と考えていた。開業医や病院はNHCとの競争に反発を抱き、AMAも特にNHCが非医師診療者(NPやPA(Physician Assistant, 医療補助者))を積極的に雇用していることに不安を感じていた。しかし、やがてNHCが開業医や病院の仕事を奪うものではないと判明するにつれて、反対の声は消え失せていった。ニクソン政権の末期にはNHC制度の存続が危ぶまれた時期もあったが、政府の意に反して行動する官僚の支援や彼らと連携する議会の医療関係議員の支持によって生き残ることができたのである⁽⁵⁹⁾。

(4) 議会の擁護

公法第94-63号権限下の制度を管轄することになったBCHS(Bureau of Community Health Services, 地域保健サービス部、1972年のPHS再編成時に設置)は保健センターに対する議会の支持を集め、支持者の政策ネットワークを構築した。1974年8月のニクソン辞任後、後継大統領のフォードは保健センター制度に独自の権限を認める公法第94-63号に拒否権を行使し、前任者の政策を踏襲した。しかし議会は彼の拒否権を覆し、同法を成立させことに成功したのである⁽⁶⁰⁾。

そこで、フォードはCHC交付金を削減し、範疇的医療制度を終焉させるために僻地医療イニシアチブ(Rural Health Initiative, RHI, 目的は僻地でのCHC新設)を導入した。これはCHC財源の多くを僻地へ割り当て、小規模なプライマリケア事業を設けて「最もニードの高い」地域に利用可能な資源を集中する政策(PHS所管)であった。実際には医療弱者の半数以上が僻地に住んでいたが、NHC補助金の85%が都市地域に交付されていたからである。また僻地は都市地域よりも事故や職業災害の率が高く、高齢・貧困人口も多く抱えていたが、医療サービスは都市地域よりも遥かに不足していたからである⁽⁶¹⁾。

僻地により多くの資金を交付するというPHSの政策は資金交付対象の変化とも関連していた。RHIは初期のNHCよりも規模が小さかった。

PHS は規模の大きな初期 NHC が連邦補助金の浪費を招いたと考えていたからである。またフォード政権期には財政が逼迫したので、RHI 事業は非効率や低生産性を最小限に抑えながら慎重に開始し、徐々に拡大するという方針が採られた。しかも RHI は別の連邦補助金制度との調整を行いながら実施された。その一例が 1970 年に緊急医療人員法（公法第 91-623 号）によって承認された NHSC（National Health Service Corps, 全国医療サービス部隊）との調整であった。同法はプライマリケア提供機関が存在しない地域で医師その他の医療専門職を募集し配属する権限の付与を規定していた。部隊職員は同制度に 2 年間勤務し、その後は民間開業医としてその地域に留まることを期待されていた。しかし職員たちはいったん最初の勤務期間が終了するとその地を後にしてしまうので、医師等の不足問題は一向に解消されなかった。そこで、PHS は医療過疎の僻地で医療資源を確保するために CHC と NHSC 連携させようと試みたのである⁽⁶²⁾。

RHI 補助金は 1975 年度に 47 団体への交付が始まり、1976 年度 138 団体、1977 年度 262 団体、1978 年度 356 団体と急速に増加した。RHI は政府が CHC 解体を目論んでいる時期に拡張財源を引き出す妙案であったが、その政治的な効果は CHC に対する有力政治家の支持を却って増大させることになったことである。多くの議員が 1970 年代前半に農村の貧困問題に関心を抱いていたが、CHC（RHI）がそれに対応し始めた時に俄然その支持者となった。CHC が依然として都市スラム街向け制度と看做されていたならば、恐らくその存続は危うかったであろう。RHI の導入は議会が CHC 制度を適切に運営された生産的な活動であると評価する上で大きく貢献し、その持続的な支持を獲得することに繋がったのである⁽⁶³⁾。

RHI は以前にはこのような事業がなかった僻地に設立されたので、地元の選挙区に CHC を持つ議員を増加させ、その政治的支持を拡大することになった。しかも CHC はそれまで都市マイノリティのための制度と看做されてきたが、RHI

は僻地の白人貧困層向けの事業を含んでいたのも、その支持層を広げることができたのである⁽⁶⁴⁾。

[4] NHC の実態：リー郡協同クリニック（LCCC）の事例

(1) LCCC の設立と妨害

リー郡はアーカンソー州東部農村のミシシッピ・デルタ地帯に立地している。郡役所とクリニックの所在地であるマリアナ市はメンフィス市（テネシー州最大都市）から約 60 マイルの距離にあった。郡住民 1.8 万人のうち、44%が貧困基準以下の貧困者で、58%が黒人、28%が 5 年未満の教育しか受けていなかった。リー郡は雇用機会の不足、劣悪住宅の高い比率、上下水道設備の不備など南部農村の極貧黒人密集地に共通した特徴を備えていた。同郡内住宅の半分は電話設備がなく、世帯の 1/3 が車を持っていなかった。1960 年代半ばには KKK がリー郡周辺のミシシッピ・デルタ地域の黒人の社会的経済的状態（黒人の雇用機会・住宅・教育を拒絶する人種差別）に強い影響を及ぼしていた。黒人は深刻な疾病に陥ってもメンフィス市までの片道切符と慈善病院の所在地を示す市内地図を与えられるだけであったのである⁽⁶⁵⁾。

このため公民権運動がアーカンソー州東部地域で活発になり、1968 年には州都リトルロックの知事執務室へのデモ行進にまで発展したので、知事も対策に乗り出さざるを得なくなった。そこで、知事は 1969 年に VISTA とリー郡への地区組織者・看護師・医師派遣の協定を締結した。派遣グループは黒人企業家所有の住宅を医療クリニックとして借り受けて改装し、1970 年 3 月に LCCC（Lee County Cooperative Clinic, リー郡協同クリニック）をマウンドバニューに開設した。LCCC は翌月に OEO から小額の補助金を交付されたのを皮切りに、以後 2 年間にわたり多くの補助金を受給することができた⁽⁶⁶⁾。

LCCC は当初からリー郡内の白人地区から様々な妨害を受けた。しかし LCCC は巧みな戦略で妨害を乗り越えていった。例えば、リー郡内の医師たちがリー記念病院（マリアナ市）の利用特権を LCCC 医師には認めないと票決した時、LCCC

は同院を裁判所に提訴して対抗した。同院は敗訴が濃厚になった段階で和解に応じ、資源の共有や共同購入などを通じて両者の協力関係が培われる切っ掛けとなった。また郡判事が郡の法律でOEOに特例措置を認めることを拒絶した。しかし黒人の対立候補が1970年に判事職を求めて活発な選挙運動を始めるに及んで、現職判事は態度を軟化させ、投票日直前に特例措置に署名した。その結果、郡はLCCCに繋がる道路の舗装を決めるなど態度を一変させたのである⁽⁶⁷⁾。

だが、LCCCが1972年に新しい恒久的な施設の建設を発表すると、白人住民は激しい反対運動を開始した。彼らはD・バムパーズ知事と接触し、LCCCの閉鎖を命じるよう求めたが、知事はこれを拒絶し、LCCCが白人代表を運営委員会に迎えるよう勧告した。そこで、LCCCは登録患者による選出委員14名に任命委員2名を追加する措置を採った。この措置とLCCCの地域銀行預金勘定の経済的効果が考慮されて白人層の反発はやがて沈静したのである。

LCCCがこの混乱期を乗り切れたのはO・ニール理事の手腕に負うとことが大きかった。彼はマリアナ市で育ち、LCCC開設時に勤務先のメンフィス市栄養プログラムから引き抜かれたのである。スタッフ(90%が黒人、多くが地区住民)も献身的で団結心が強く、進んで報酬なしに時間外も働き、ほとんど欠勤しなかった。LCCCも地区住民が医療政策の運営に参加できるように地区委員の能力向上に努めた。委員会が毎月開かれ、医療に関する知識と理解を高める場となっていた。また地域との絆を深めるために、LCCCは医療提供以外の活動にも積極的な支援を行った。例えば、野菜栽培者協同組合がLCCCの隣に開設されるのを援助した。さらにLCCC職員が州東部数郡を含む地域の上下水道建設を提案し、全国立証事業水道プロジェクトから200万ドルの補助金を交付されることになったケースなどもその1例である⁽⁶⁸⁾。

(2) 活動内容

LCCCは広範囲な医療関連活動を行った。常勤

医師4名、医療専門職(医療補助者、医療助手(Medex)、NP)3名及び看護スタッフが、8,000人の登録患者(20%は白人や裕福な者)に初期医療を提供していた。また歯科診療は歯科医2名と歯科助手3名が行っていた。訪問看護師は患者宅で傷の手当用品を交換し、家に引き籠った患者の薬剤使用を監視し、検査・投薬による家族の寄生虫駆除などを実施した。調剤室も年間約2万件の薬剤処方を行っていた。検査室の細菌学者やその他の職員は感染者に正確で迅速な検査を実行した。栄養部は特別な健康問題を抱えた患者に食事療法を作成し、菜園クラブ、体重監視クラブ、農務省資金による幼児給食プログラム(Women, Infants, and Children program, WIC, 1973年から農務省資金で母親・幼児・児童に特別食提供)などを支援した。それ以外にも児童発育サービス、環境衛生プログラム(住民に網戸提供、殺虫剤散布によるカトンボ退治、ネズミ撲滅、澱んだ水溜りの排水、堅穴式屋外便所建設)、専門医受診のためリトルロック医療センターへの送迎などのサービスもLCCCが提供していたのである。

これらの費用の大部分はDHEW補助金で賄われていた。メディケア患者は登録者の7%を占めていたが、その償還額は全収入の3%にすぎなかった。メディケイド患者も登録者の22%を占めていたが、償還額は全収入の僅か9%にすぎなかった。両制度は共にLCCCが提供したサービス費用のごく一部しかカバーしていなかったからである⁽⁶⁹⁾。

もちろん、地区住民の健康はLCCC開設前と比べて明らかに改善された。まずリー郡の乳児死亡率が低下した。黒人の乳児死亡率は1970~1974年に正常出産1,000件当たりの死亡36件から18件に半減した。同郡は州内で最も教育水準が低く、最も貧困率が高い地域であった。そこで、LCCCはデンバー発育審査試験の点数が低い児童の両親に特別自宅学習法を教示した。この援助を受けた児童の70%がその後の成績を向上させたといわれる。

リー郡住民にとって最も深刻な問題の1つが虫に噛まれ、細菌に感染して発症する膿痂疹(イン

第5表 各サービスを実施する NHC 比率

(単位：%)

直接的医療活動	実施 NHC 比率	医療支援活動	実施 NHC 比率
精神医療	76	社会・地域サービス	94
在宅医療	83	送迎	93
PT/ST	26	職員訓練	81
検眼	37	地区組織作り	53
鎌状赤血球貧血治療	40	環境活動	29
鉛中毒の検査と治療	31	研究と評価	67
家族計画	26		

(資料) Davis and Schoen, *op. cit.*, p. 178.

ペチゴ)の高い感染率であった。LCCCは入院や酷い損傷が起こらないように初期段階で患者を治療して大きな成果を挙げた。もう1つの深刻な問題は幼児の下痢であった。過去には哺乳瓶の間違った消毒や不潔な水の使用によって、赤ん坊が有害な細菌にさらされ、酷い脱水症、入院、時には死亡に至っていた。LCCCは母親に幼児食の処方を教えるWIC幼児給食プログラムへの参加を勧誘し、食事の準備過程で生じる多くの危険を排除した。その結果、脱水症状や入院に至るケースが大きく減少したのである⁽⁷⁰⁾。

LCCCは歯科治療、在宅ケア、栄養、児童発育及び環境衛生サービスを含む包括医療が貧困農村の黒人居住地区でも利用できるようにし、貧民患者が教育やカウンセリングを通じて自分の健康を改善できることを実証した。しかしLCCCの最も顕著な業績は医療以外の面にあった。地域医師、郡判事、白人住民、郡保健部、薬剤師などの激しい反対を克服し、黒人地区が政治過程における力と参加をある程度まで実現したからである。もちろん、その過程で優れた指導者や代弁者が黒人地区からも出現することになった⁽⁷¹⁾。

[5] NHC の評価

NHCは1974年時点において105ヵ所で140万人の登録患者を擁し、1ヵ所の平均登録患者は13,330人であった。登録患者は15歳以下の児童が36%、15~44歳の児童・成人が45%を占めていた。高齢者は僅か6%で、貧困人口に占める比

率の14%と比べてもかなり少なかった。女性が約56%を占め、特に15~44歳の女性は同年齢の男性を数で圧倒していた。人種別では、登録者の50%以上が黒人、20%がヒスパニックであり、マイノリティが全体の3/4以上を占めていたのである⁽⁷²⁾。

大部分のNHCは外来サービス全般を提供した。サンプル(NHC60団体の財務監査)によれば、医療・検査サービスは全NHC、歯科治療も96%が実施しており、90%がX線設備を所有し、94%が薬局を備えていた。これらの以外にもNHCは様々な特別サービスを提供していた。しかし第5表のようにNHCの83%が在宅医療を実施していたものの、PTや言語療法士(Speech Therapist, ST)や家族計画プログラムなどを提供していたのは僅か26%にすぎなかった⁽⁷³⁾。

その成果をみると、第1に、NHCは患者の受診率を抑制した。NHC登録患者の受診は1974年に3.1回で、全米平均の5.6回よりも少なかった。無料診療が過診を招くという懸念は杞憂にすぎなかった。NHCは頻繁な受診の抑制を目指しており、登録患者の健康改善に効果を上げていたからである。登録患者はNHCの定期予防健診を通じて疾病の早期発見・早期治療を享受していた。NHC受診の30%が予防や健康維持を目的としており、全国平均よりも5%ほど高かった。第2に、NHCは登録患者の入院を減少させた。この減少は健康改善とプライマリケアの受診機会を改善した結果でもあった⁽⁷⁴⁾。第3に、NHCは外来医療

の費用を低下させた。平均的な開業医は約1,000人の患者を診察するが、NHCは平均13,000人の登録患者を抱えていた。平均的NHCは常勤換算で医師8.4名、歯科医8名、PA2.7人、医療専門職（看護師、薬剤師、検査・X線技師、歯科衛生士、精神保健ワーカー等）38名を雇用していた。このためNHC患者1人当たり年間医療費は1974～1975年に238ドルから204ドルに低下した⁽⁷⁵⁾。第4に、NHCは貧民でも通院できる診療体制を築くことによって、その入院や救急処置室利用を減少させた。NHCは貧困地区の健康状態を改善し、特に黒人の乳児死亡率を引き下げた⁽⁷⁶⁾。第5に、NHCは包括的サービスの魅力によって多くの登録患者を惹き付け、平均ケア費用を低下させた。NHCの受診1回当たりのケア費用は1972年10月～1973年9月に登録患者が5,000人未満の場合には29ドルであったが、登録患者が2万人以上になれば22ドルに低下したからである⁽⁷⁷⁾。

このようにNHCは質の高い医療を効率良く提供できることを実証したが、連邦補助金に頼らなければ運営を続けられないという課題も示した。NHCは患者負担や第三者機関償還が収入の僅か22%、州・地方政府補助金や慈善的寄付も11%を占めるにすぎず、67%を連邦補助金に依存していた。これはNHCが他所では包括医療を受けられない貧民にケアを提供することを目的としていたからである。特にメディケア・メディケイドの低償還率がNHCの財政基盤を脅かしていた。これはNHCからサービスを受ける地域の経済環境が予想以上に多様であったからである。事前には、住民のほぼ全員が貧困基準以下の貧民で当然にメディケイド受給者であると想定されていたが、実際には相当数の住民が貧困基準よりも少し高い所得層であった。つまりメディケイド受給者となるには高すぎるが医療費を支払うには低すぎる所得層が相当数に上っていたのである。

しかも患者がメディケイド受給者であっても、NHCは提供したサービスに対して十分な償還を受けられなかった。例えば、前述のLCCCは患者の22%がメディケイド受給者であったが、収

入の9%相当の償還しか受け取ることができなかった。実際、メディケイドはNHCが20ドルの費用を要する1回の診療を行っても、僅か4～6ドルしか償還しなかった。というのも、メディケイドはNHCの広範囲なサービス全てを償還対象としている訳ではなく、また多くの州がクリニック・サービスを償還の対象外としていたからである⁽⁷⁸⁾。

第2節 CHCの変質と解体の危機

[1] カーター政権（1977～1980年）のCHC拡大

(1) CHCの変質

カーター政権（1977～1980年）のDHEW長官J・カリファノはBCHSの運営方針を大胆に変更し、貧民医療制度を積極的に支援した。ニクソン＝フォード政権が範疇的補助金制度を廃止し、社会的プログラム補助金の削減を図ったのとは対照的に、カーターは範疇的補助金制度の拡充や中央集権的な政策決定を重視する「民主的社会計画路線」に復帰した。しかも彼は1976年の大統領選挙の際に支持してくれた大都市地域に報いるためにも医療改革を推進する必要性を感じていた。彼の医療政策はカリファノDHEW長官の経験、価値観、政府内での影響力が大きく反映されていた。カリファノはジョンソン政権の官僚として「偉大なる社会」政策を支え、貧民対象の制度に強い共感を抱いていた。その結果、この時期のDHEWはニクソン期とは対照的にCHCの理念を積極的に支持することになったのである⁽⁷⁹⁾。

まず、カーターは前政権の1978年度予算を修正し、CHC予算を2.15億ドルから2.29億ドルに増額した。1978年春にも彼はCHCプログラムに5,000万ドルを追加し、財政難の都市を援助するため「スラム街医療イニシアチブ」に特別資金を交付した。同イニシアチブは①11の病院外来部門をプライマリケア・グループ診療に転換させるための資金、②公立病院の均一前払プラン立証事業4件に対する補助金、③12の新規独立系UHI（Urban Health Initiative、都市医療イニシアチブ、目的は都市部でのCHC新設）事業に対する

資金交付、の3つの部分からなっていた。

1979年度のCHC予算も前年度より3,900万ドル拡大されたが、病院経費の抑制とセットになっており、それから生じた20億ドルの節約分が他の医療制度拡大の財源として使われることになっていた。このため連邦補助金の獲得をめぐる病院とCHCの競合関係が強められることになった。しかもこの競合関係は1978年のCHC制度再承認法案に対するジャビッツ修正によって更に先鋭化されることになったのである⁽⁸⁰⁾。

当時のCHCは1960年代にOEOやDHEWによって育成されたNHCが1975年に名称変更と同時に都市貧困地域の改造機関としての性格を希薄化させ、都市中心から僻地立地の機関へと脱皮しつつあった。これに対してUHIは大部分のNHCと同様に都市に立地するプログラム（大統領選挙でカーターを支持した都市リベラル派への配慮）であったが、2つの相違点があった。第1に、NHCは「貧困に対する戦争」の一部として地域開発を重視し、雇用や職業訓練を提供し、地区組織の発展を援助する役割を担っていた。一方、UHIは1960年代とは異なりコスト抑制や効率性が求められる時代に創設されたため、既存の医療機関が資源を再調整して医療弱者にケアを提供するように促そうとした⁽⁸¹⁾。第2に、UHIは包括医療よりも基礎的医療を提供しようとした。とはいえ、UHIも家庭医、小児科医、内科医、NP、PA、歯科医からなるプライマリケア・チームを設け、補助金申請の要件を満たさなければならなかった。その結果、UHIは医師診療、救急治療、診断検査・放射線、救急搬送、入院手配、産前産後ケア、児童定期健診、免疫法、家族計画、歯科予防、児童聴覚治療などの「必須サービス」と、搬送、歯科治療、精神衛生、物質乱用治療、視覚治療、栄養・健康教育、社会サービス、情報・紹介制度などの「補足的サービス」を提供することになったのである。

しかし、このプライマリ医療重視は1970年代の医療政策を規定する財政逼迫に対応したものであった。このためE・ケネディ上院議員や全国CHC協会（National Association of Communi-

ty Health Center, NACHC）は包括医療サービスが制限されることに強い危機感を抱いた。そこで、1978年にCHC制度を再承認する上院法案に付加された委員会報告は1975年以降にCHCが実証してきた効率性の向上を評価しながらも、医療過疎地域人口の10%弱しかカバーしておらず、また歴史の古いCHCしか包括医療を提供していない点などに懸念を表明したのである⁽⁸²⁾。

(2) CHCへの償還問題

CHCは導入当初から将来的には補助金なしで運営されるものと考えられていた。このため1973年にDHEWはCHCがメディケア・メディケイドやその他の財源から最大限の償還を獲得することを求める自立化政策を実施した。議会もCHCが基本的に第三者支払機関からの償還によって運営されるべきだと考えていた。しかし州が資格基準や給付額を決めるメディケイドは1978年時点では貧困基準以下の貧民の1/3~1/2しかカバーしていなかった。またCHC患者は貧困基準を超える収入があっても医療費を払えない低所得者が多かった。しかもメディケアは1973年までNHCを償還対象機関として認めていなかった（高度の会計処理のできるNHCのみ承認）。州はメディケイド受給者が病院クリニックを受診した場合には償還を義務づけられていたが、CHCを受診してもその義務がなかったのである⁽⁸³⁾。

メディケイドの償還が認められた場合であっても、CHCは医療サービスの一部しか償還を受けられなかった。例えば、CHCをクリニックと認めていた22州のうち、5州が援助サービス、6州がカウンセリング・サービス、7州が健康教育に対して償還を行っていたにすぎない。こうした現実を無視して、議会やDHEWは1970年代初頭以降、第三者機関からの償還を増加させるようにCHCに圧力を掛け続けたのである。このためCHCは本来の目的を損ねるような非償還サービス（貧民の健康増進等）の削減に踏み切らざるを得なかった。同様の事がNP、PA、FHWなど医師以外が行う医療行為に対する償還でも起こっている。NHCは医師以外による医療提供やチーム

医療のパイオニアでもあったが、メディケア・メディケイドはFHWのサービスを償還対象とはしていなかったため、多くのCHCがFHW職員を大量に解雇し、予防サービス（健康教育や援助活動）を縮小せざるを得なかったのである。

メディケアも1977年農村医療診療所サービス法（Rural Health Clinic Service Act, RHCSA）の制定までNP、PA、看護師/助産師のサービスに対して償還を拒否していた。しかも同法の規定はRHC（Rural Health Center, 僻地保健センター（僻地立地CHC））以外には適用されなかった。このため1977年時点でNP、助産師、PAの医療サービスに償還を行っていたのは16州（1981年26州）のみだった。このうち5州は医師不在の医療施設で医師以外の医療専門職が行うサービスにも償還を認めていた。しかしこれはCHCのケアの質に悪影響を及ぼしただけでなく、コストの抑制にとっても逆効果であった。医師でない者のプライマリケア提供は医師よりも遥かにコストが安く、予防やプライマリケアのサービスは長期的には入院の減少を通じてコストの抑制に繋がったからである⁽⁸⁴⁾。

(3) メディケイド改革

このCHCのケースは医療提供体制の改革がそれに相応した財源構造の改革を伴わなければ実現できないということを示していた。予防的・包括的プライマリケアを提供するCHCのような機関は既存の病院を中心とする医療提供体制を支える償還制度の下では支援することが難しかった。そこで、カーターはCHCに不利になっていたメディケイドの償還制度を是正することにした。1981年度の予算勧告で、カーターはメディケイドが診療所サービスを義務的なサービスに加え、CHCやMHC（Migrant Health Center, 季節労働者保健センター）などのプライマリケア提供機関を診療所として認めることを求めたのである。しかし保健センターへの償還を認める規定は両院を通過したが、折からの財政悪化の懸念から両院協議会で妥協に至らず、不成立に終わった⁽⁸⁵⁾。

既に述べたように保健センター補助金は1975

年まで大部分が都市プログラムに向けられており、NACHCの会員も主に黒人居住地区のUHC（Urban Health Center, 都市保健センター（都市立地CHC））からなっていた。そのためNACHCも当初、BCHSのRHI政策に対してかなり否定的な反応を示していた。もし限られた資金がRHCに大量に配分されるようになれば、UHCは十分な資金を確保できなくなると懸念したのである⁽⁸⁶⁾。しかしNACHCはMHCが傘下に加わるようになって以降、患者層が都市と農村の両方に拡大し、黒人と同様にヒスパニック、アメリカ原住民、東洋人や白人など多様な人種を含むようになったので、RHIに対する抵抗感を持たなくなった⁽⁸⁷⁾。しかも1978年の公法第95-626号がCHC制度に1979年度3.48億ドル（1978年度2.618億ドル）、1980年度4.05億ドル、1981年度に4.72億ドルの支出権限を認めたことも、こうした懸念の払拭に繋がったのである。

(4) ジャビッツ修正と病院関連プライマリケア・センター

1978年冬にJ・ジャビッツ上院議員（共和党、上院保健小委員会委員）が病院にもCHC補助金の受給資格を与える保健センター法改正案を議会に提出した。この提案は、運営委員会の設置要件をクリアできないために補助金を申請できないという不満を地元ニューヨーク州の病院がジャビッツ議員に訴えたことを切っ掛けにしていた。というのも、病院は法人組織であるため、独立の運営委員会を設けることができなかったからである。ジャビッツ修正案はこの規定の適用を病院に対しては免除するものというものであった⁽⁸⁸⁾。

ニューヨーク州の病院は外来ケアの分断と外来部門の赤字、という2つの深刻な問題を抱えていた。ニューヨーク州のゲッター医療（ghetto medicine）制度はこれらの問題に照準を合わせており、何とか連邦政府も関与させたいと模索していた⁽⁸⁹⁾。1969年に開始されたゲッター医療制度は一定の慈善病院が運営する外来部門や救急処置室に対して州・地方政府が補助金を交付する制度であり、ジャビッツ修正案の根拠となっている

モデルであった⁽⁹⁰⁾。その目的は地方政府保健部が医療過疎地域（スラムや僻地）に包括医療を提供する診療所を設立できるようにすることにあったからである。

これに対して NACHC は病院が患者中心の運営委員会を設立せずに CHC 補助金を受給可能になるジャビッツ修正に強い拒否反応を示した。NACHC は病院付設のプライマリケア・センター（Primary Care Center, PCC）が同一補助金の対象となれば、CHC が資金配分の際に不利になるのではないかと恐れていた。そこで、ジャビッツは病院付設 PCC に別の権限を付与する規定を法案に挿入して NACHC に譲歩したのである⁽⁹¹⁾。

この問題を切っ掛けにジャビッツは病院に積極的な改革を促そうと考えた。病院外来医療は 1960 年代から批判的になってきたケアの分断や人間味の欠如といった問題をほとんど改善できていなかった。患者が必要とする普通の病気や健康維持に対する包括的に調整されたケアを提供して来なかったからである。また患者は複数の医療提供機関（病院 ER を含む）の受診を奨励され、非効率で費用も嵩んでいた。そこで、法案は患者中心の運営委員会設置を除いて CHC と同一の要件を PCC に義務づけていた。プライマリケア・グループ診療における NP や PA の雇用も農村圧力団体や農村選出議員の要求で規定に盛り込まれた。NACHC もジャビッツ修正に公然と反対してその大幅な修正を勝ち取っていた。ジャビッツは CHC 制度の終始一貫した支持者でもあり、両者の関係は概して良好であったからである。ケネディとカーターも PCC に対する運営委員会要件の免除には反対していた。ケネディとジャビッツは病院付設 PCC が運営委員会に代えて諮問委員会を設置できるが、補助金交付の際には運営委員会を持つ病院が優先されるという案で妥協を見出したのである⁽⁹²⁾。

下院案も最終的にはジャビッツ法案とほぼ同一内容となった。しかし下院小委員会はケネディ議員、DHEW や NACHC と同様に病院との競争が独立系 CHC を不利な立場に追いやると懸念していた。AMA は同法の勤務医やグループ診療要件

（医師が病院の勤務医かグループ診療の一員になること）に反発した。カーターも僻地が最も CHC を必要としており、病院外来部門の PCC 転換によって何の利益を得られないと反対した。そのため妥協として PCC 制度は立証事業として承認されることになり、1980 年度に 4 つの僻地と 6 つの都市で病院付設 PCC が補助金を交付されることになったのである⁽⁹³⁾。

CHC は 1970 年代にはアメリカ医療制度の小さいけれども重要な一部を構成するようになった。NHC は地方政治家や専門職から激しい反発を被り、ニクソン政権期には反感を抱く連邦政府の執拗な攻撃（費用・効率性問題）に耐えて生き残った。その過程で NHC 運動は怯み、変化したが、カーター政権期に再び発展を遂げた。しかし 1980 年代に入ると CHC は政治的な支持を失い、連邦政府も資金交付に冷淡となった。そこで CHC は収入を確保するため患者や保険者（メディケア・メディケイド等）にこれまで以上に費用を請求せざるを得なくなったのである⁽⁹⁴⁾。

[2] レーガン政権（1981～1988 年）の CHC 解体政策

(1) 一括交付金制度

レーガン政権の登場は CHC を取り巻く政治環境を一変させた。1980 年の選挙が議会の政党構成や政治的雰囲気を変えたからである。しかもレーガンはニクソンと同様の社会政策目標を掲げたが、民主党リベラル派支配の議会と対決しなければならなかったニクソンとは異なり、与党共和党支配下の上院と僅か 26 議席差の民主党支配下の下院を相手にすればよかった。上院は共和党が優位を占めた上に、ニクソン時代と比べて穏健派やリベラル派の共和党議員が少なかった。このためレーガンは CHC に対して厳しい態度で臨むことができた。その鋒先は CHC の有効性や効率性よりもむしろ医療受給権といった基本原則に対して向けられた。彼は貧民の健康や医療格差の是正が連邦政府の任務であり、CHC が貧民にプライマリケアを提供するのを支援すべきだという考えを否定しようとした。

CHCは1981年にプライマリケア一括交付金制度として再承認されたが、それは名目のみの一括交付金であった。かつてはロジャー下院議員が医療環境小委員長としてニクソン＝フォード政権の反対を跳ね除けてCHC支援に委員の過半数を動員することができた。しかし1981年以降、同小委員会は深刻なイデオロギー対立状態に陥った。この対立によって同小委員会は1981年に再承認を必要とする多くの範疇的医療制度を医療一括交付金の一部とするべきかどうかに関して完全に暗礁に乗り上げるようになったのである。最終的にはCHCとMHCは1984年度までの3年間、範疇的制度として再承認されることになった⁽⁹⁵⁾。

CHCは1982年度には前年度充当額よりも約25%少ない2.48億ドルの予算を認められた。下院医療環境小委員会では、民主党議員がCHCを連邦監督下の範疇的補助金制度として維持することを主張したが、共和党議員と民主党保守派2議員がこれに反対した。しかし民主党の提案はメディケイド削減に反発する知事達の要求を下院において調整する過程で生き残ることができたのである⁽⁹⁶⁾。

共和党支配下にあった上院労働人的資源委員会(共和党O・ハッチ委員長)も厳しいイデオロギー対立に陥っていた。民主党委員は平均的な上院民主党議員よりも遥かにリベラルであり、2人の共和党委員も社会的・経済的問題に関しては他の共和党上院議員よりも遥かにリベラルであった。実は、この2人の共和党議員が上院委員会の一括補助金問題では重要な役割を果たすことになったのである。ハッチ委員長と他の6人の保守派共和党議員はレーガン政権の一括補助金提案を支持し、E・ケネディに指導された7人の民主党議員はこれに反対していた。しかしリベラルな共和党議員2人が民主党に与する姿勢を見せたため、一括交付金問題は妥協に達するに至った。こうしてCHC/MHCはレーガン提案に沿って医療サービス一括交付金に統合されたが、1982～1983年度の補助金は既存のCHC/MHC全てに交付が保証されたのである⁽⁹⁷⁾。

こうして1981年予算調整法(プライマリケア一括交付金創設)はCHC/MHCが1982年度ま

で連邦補助金制度の地位を維持することを保証した。一方、1983年以降は州が申請すればCHC/MHCの運営を引き継ぐことができた。もし州がその申請を行わなければ、CHC/MHCは従来どおり連邦政府の管轄下に置かれることになっていた。しかし運営を引き継いだ州は1982年度に連邦補助金を交付されたCHC/MHCに同水準の資金を提供し、従来の確立された制度要件(全てのCHC/MHCがプライマリケア・サービスを提供し、患者支配の運営委員会を持つこと)を履行しなければならなかった。その結果、この要件は州がCHC/MHCの運営を引き継ぐ誘引を大きく損ねることになったのである⁽⁹⁸⁾。

(2) CHCの生き残り

CHCは1982年度に連邦補助金を大幅に減額されたが、補正予算でその一部を回復することができた。特にNACHCは同制度が医療サービス一括交付金に含まれるのを阻止する上で大きな役割を果たした⁽⁹⁹⁾。CHCは1982年度にレーガンが労働教育保健福関係の債務負担法案に拒否権を行使すると警告したため、辛うじて継続決議の下で補助金を交付された。彼は両院が政府提案を超える予算額を承認したので、正規の債務負担法案に反対したのである。しかし結局、彼は1982年7月にCHC制度への追加予算3,385万ドルを含む1982年度緊急補正債務負担法(公法第97-216号)に署名した。なお、プライマリケア一括交付金法は1983年以降、州がCHC運営の引き継ぎを申請できると規定していたが、実際の申請はウェスト・バージニア州のみが行っただけであった⁽¹⁰⁰⁾。

こうした逆風に対処するためNACHCはロバート・ウッド・ジョンソン財団に対して財政援助を申請し、政府補助金依存度を低下させようと努力した。その結果、CHCは1979～1986年に連邦補助金の比率を予算の約85%から63%まで低下させることができた。ジョンソン財団からの補助金に加え、相談(conferences)、手数料、自作の技術援助マニュアル売上などの収入が増加したからである⁽¹⁰¹⁾。

こうしてCHCとその連合組織NACHCはレー

第6表 CHC 予算 1981～1986年

(単位：100万ドル)

年度	当初債務負担額	追加債務負担額	合計
1981	—	—	325.0
1982	248.4	+33.8 健康増進と疾病予防	282.2
1983	295.0	+65.0 Jobs Bill	360.0
1984	327.0	+10.0 Jobs Bill +14.3 NHSC 転換費用	351.3
1985	360.0	+23.0 NHSC 転換費用	383.0
1986	400.0	- 4.0 グラム＝ラドマン法による一律削減 +10.4 NHSC 転換費用 -15.0 NHSC 職員補充費用	391.0

(資料) Sardell, *op. cit.*, p. 195.

ガン政権期の難局を生き残ることができたが、特に NACHC はこの時期から大きな影響力を持つ存在となった。NACHC は NHC を支持する官僚や議員から厚い信頼を寄せられるようになったのである。しかし政府や議会が益々保守化する状況下で、CHC は存続の代償として患者の大幅な削減を受け入れなければならなかった。しかもレーガン政権第1期の CHC を取り巻く政治環境は第2期にもそのまま受け継がれた。同政権は終始一貫して貧困な医療弱者に対するケア提供における連邦の役割を削減して、州の関与を増大させようと努めたからである⁽¹⁰²⁾。

レーガンはその後も CHC を州運営の医療サービス一括交付金制度に統合する提案を執拗に議会に行った。CHC が 1981 年予算調整法によってプライマリケア一括交付金の受給団体になった後も、彼はこの主張を変えなかった。同法は州が CHC 運営の引継を申請できるようにしたが、面倒な要件もあって1州しか申請せず、その州も1年後には連邦に運営を返上してしまったからである。議会は彼の提案を 1984 年、1985 年及び 1986 年に拒否し、CHC の連邦所管継続を支持した。1984 年には CHC 制度を再承認する法案が満場一致で両院を通過したが、レーガンが握り潰し拒否権を行使して葬った。しかし直ぐに同一内容の法案が 1986 年 4 月に両院を圧倒の多数で通過したため、彼も署名せざるを得なかった（公法第 99-280 号）。

同法はプライマリケア一括交付金を廃止し、別の範疇の補助金を CHC と MHC に認めた。この政府方針に対する明白な拒絶は貧困な医療弱者に対する医療政策をめぐる議会とニクソン政権との対立の再現でもあった。とはいえ、議会は一括交付金化には反対したが、州が CHC の運営にもっと関与することには賛成していたのである⁽¹⁰³⁾。

(3) 実 態

1982 年度 CHC 当初予算額は 1981 年度予算（カーター政権最後の予算）に充当された額よりも 25% 以上も少なかったが、後に緊急補正予算で 3,385 万ドルの追加資金を配分された。これと同様のパターンが第 6 表のように 1983 年度と 1984 年度にも繰り返された。しかし CHC 予算の実質額は 1981～1986 年度に 20% も減少している。1986 年度の予算額は 1981 年度よりも 20% 大きかったが、治療費が同じ期間に 50% も上昇していたからである。その結果、ほとんどの CHC は補助金額を抑制され、187 団体が整理されて 872 団体から 685 団体に減少することになったのである⁽¹⁰⁴⁾。

第3節 CHC の再拡大期

[1] G・ブッシュ政権（1989～1992年）

(1) 無保険者の激増と CHC の拡充

1980 年代末～1990 年代初頭にメディケイドが

拡大されたにもかかわらず、非高齢無保険者が1987年の3,180万人から増加し始め、1998年には4,390万人に達した。これは1990年代初頭の不況などに伴って雇主提供医療保険を失い、資格要件の厳しいメディケイドも受給できず、無保険者に転落する者が激増したからである⁽¹⁰⁵⁾。実際、メディケイドの受給を認められていたのは貧民（連邦貧困基準以下の所得）の半数にすぎなかった。特にメディケイドは州ごとに受給資格に大きな差があった。例えば、カリフォルニア州ではメディケイドの受給資格は所得が貧困基準の107%以下とされたが、テキサス州では貧困基準の僅か32%以下であったのである。しかも女性は雇主提供医療保険を提供されない低賃金職種で就労する者の比率が高かったため、もしメディケイドを受給できなければ、無保険者に転落する可能性が大きかった⁽¹⁰⁶⁾。

このため無保険者の医療を担っていたCHCの役割が再評価されることになり、補助金増額や償還率引上げが実施されることになった。議会は1989年にメディケア・メディケイドの不当に低い償還率の是正に乗り出した。メディケア・メディケイドが償還率を低く抑え、支援サービス（ケース・マネジメント、紹介、援助活動など）を償還対象から排除していたので、CHCは提供したサービス費用の一部しか償還を受けられなかったからである。そこで、共和党リベラル派上院議員J・チェイフィーと民主党議員達を中心となって、メディケア・メディケイド制度がCHCに正当な費用を償還する業務規定を1989年包括予算調整法（Omnibus Budget Reconciliation Act, OBRA）に盛り込み、連邦認定保健センター（Federally-Qualified Health Centers, FQHC）制度の創設に漕ぎ着けた。その結果、FQHC制度が1989年にメディケイド、1990年にはメディケアに導入され、CHCはメディケイド償還収入を大幅に増加させ、やがて連邦政府補助金に代わる最大の収入源にすることができたのである。こうしてCHC制度は再三にわたる廃止提案を潜り抜けて生き延び、実際の費用に見合った支払いを受ける包括払制度（Prospective payment systems,

PPS）を適用されることになったのである⁽¹⁰⁷⁾。

もちろん、CHCがFQHCとして認定され、コストに基づく償還を受け取るためには以下の5つの要件をクリアしなければならなかった。即ち、①医療過疎地域立地か医療過疎住民への医療提供、②非営利・課税免除・公共性、③理事会の設置（過半数がセンター患者）、④全年齢層に対する文化的な配慮を施した包括的プライマリケア・サービスの提供、⑤スライド料金率に基づき支払い能力と無関係なサービス提供、などの要件であった⁽¹⁰⁸⁾。

一方、州はメディケイド償還を伝統的な出来高払い制度からマネジドケア制度に急速に転換し始めた⁽¹⁰⁹⁾。1988～1992年にメディケイド支出が景気後退と連邦の新しい受給資格命令によって激増したため、州は大きな財政負担を強いられ、コスト抑制、無保険者保護拡大、質の改善を促すためにメディケイド改革に乗り出したからである。こうして州は1980年代に任意参加実験として開始したメディケイド・マネジドケア・プランを1990年代にはコスト管理手段として強制参加に変更し、1998年までにメディケイド受給者の半数以上がマネジドケアに参加させられるようになったのである。

メディケイド・マネジドケアの拡大は1981年OBRAが社会保障法の改正として第1915節(b)「選択の自由」と第1115節「調査立証事業」という2つの特例措置を導入し、州が受給者にマネジドケアへの参加を強制する権限を認めて以降のことであった。まず1982年10月にアリゾナが全国で最初に州全域でメディケイド・マネジドケアを導入した。アリゾナ州はその時までメディケイドを実施していない唯一の州でもあった。しかしメディケイド・マネジドケアの全国実施率は1980年代の大部分を通じて僅か10%にすぎなかった。というのも、任意参加の下では、メディケイド受給者はケア提供者選択の自由を放棄してまで何かと制約の多い医療提供制度に参加する利点がほとんどなかったからである⁽¹¹⁰⁾。

第1115節特例措置は保健財政庁（Health Care Financing Administration, HCFA）の承認と

連邦保健社会福祉省（Department of Health and Human Services, DHHS）長官の裁量に基づき、州が資格規則から償還要件に至るほとんどのメディケイド要件を免除することを認めていた。制度全体の費用が予算に影響を与えない限り、メディケイド制度の節約分は他の低所得層に適用を拡大するために使うことができた。特例措置は直接的な支払いをケア提供者からマネジドケア・プランに変更したが、CHCはこれらのプランや州メディケイド機関と契約するか、あるいは自前のマネジドケア・プランを設立することを認められたのである。

次いで1989年OBRAは第1115節を改正してFQHC提供のサービスに対する「正当な費用」に基づく償還を義務づけた。このコストに基づく償還はFQHC（連邦認定CHC）がメディケイドの患者と償還額を大幅に増加させる契機となった。1990～1997年にFQHCはメディケイド依存を強め、全収入の21%から35%までその比率を上昇させている。しかし償還率が引き上げられることになったので、以前にはメディケイド患者を避けていたケア提供者が進んでメディケイドに参加するようになった。そのためケア提供者がメディケイド患者の獲得をめぐる競争が激しくなることになったのである⁽¹¹¹⁾。

（2）ブッシュの医療改革案とCHC

アメリカでは、1990～1991年の景気後退に伴って医療の利用機会とコストに関する国民の不安と関心が急速に高まった。国民医療費が1990年にGNPの12.2%（1970年7%）に高まり、無保険者も3,700万人にまで増大したからである。彼らは雇主提供医療保険がなく、自分で民間医療保険を購入するだけの収入もなく、メディケア受給者となるには年齢が若すぎ、メディケイドなどの貧民向け医療制度の対象からも排除されていた。1991年には有力な企業経営者、労働組合、医療機関なども政府が早急に医療改革に着手すべきだと警告した。そうした折しも折りH・ウォフォードが1991年末のペンシルヴェニア州選出上院議員補欠選挙で泡沫候補という評判を覆し、前連邦

司法長官R・ソーンバーグに番狂わせの逆転勝利を収めたことは、医療改革に対する国民的な関心の強さをいやがうえにも際立たせる結果となった。

こうして医療改革を求める世論が急速に高まったので、ブッシュも大統領再選を控え、1992年2月に税額控除や医療保険保証金証書（voucher）計画を発表し、中・低所得者でも医療保険を手頃な値段で購入できるようにする医療改革を提案した。例えば、もし税額控除が完全に実施されれば、年収14,300ドル以下（調整済み粗所得）の世帯（4人家族）は3,750ドルの医療保険を購入できるだけの税額控除を得ることができた。しかも州がこれらの世帯の税額控除でも購入できるような基本的医療保険パッケージを開発する責任を持つものとされた。またブッシュは調整された（包括的）ケアの提供という重要な提案も行っていた。というのも、調整されたケアという手法は医療の質を維持しながらコストを抑制する上で最も有効な手段の1つと考えられるようになっており、ブッシュも州メディケイド制度に調整されたケアを導入するための法案に支持を表明していたからである⁽¹¹²⁾。

ブッシュは医療保険の拡大に加えて医療過疎地域のサービス拡大も提案していた。特に多くの都市や僻地における医師や診療所の不足を緩和するために、彼はCHC（含むMHC）と全国保健サービス部隊の予算拡大を標榜した。彼はプライマリケア組織を中心とする健康増進と疾病予防にも関心を持っていたからである。しかし医療改革が内政の最重要な争点となると共に、大胆な皆保険構想を掲げたクリントンが大統領選挙における勝利を手にするようになったのである。

〔2〕 クリントン政権（1993～2000年）

（1）CHCの拡充と財源の変化

CHCはこの時期もブッシュ前政権以降の拡大傾向を維持した。議会はクリントンの8つの年度予算のうち7つを拒否したが、CHCはその歴史を通して最大の予算増額を承認された。しかも1994年の中間選挙で民主党が敗北した後も、CHC予算は維持され、その後再び増加した。例

えば、1995～2001年にCHC予算は7.57億ドルから11.69億ドルへと65%も増加したのである⁽¹¹³⁾。

しかしCHCの財源はブッシュ政権期以降、連邦補助金に代わってメディケイドが増大し、クリントン政権期には完全に逆転するに至った。連邦補助金が1990～1998年にCHC収入の41%から26%に比率を低下させる一方で、メディケイドは21%から34%に上昇させたからである。メディケイドは2003年においてもCHC収入の36%を占め、その後もこの1/3強の水準を維持するのである⁽¹¹⁴⁾。

ところで、1980年代末から始まったメディケイド受給者の増加は1995年以降着実に減少した。この減少の多くは経済的好況に帰せられるが、厳格な福祉改革の実施に伴う現金扶助の打ち切りがメディケイド受給資格の終焉と連動していたためにメディケイド受給者の激減に繋がったといわれる。70万人（その62%が母子家庭の児童）が福祉改革の直接的な結果として無保険者に転落したと推定されている。1995～1997年のメディケイド受給者の減少は全国平均では7%であったが、厳格なワークフェア（Workfare）を実施したウィスコンシンでは最高の17.4%、福祉政策に比較的寛大であったコネチカットでは0.1%にすぎなかった。連邦保健社会福祉省も州が福祉扶助とは切り離してメディケイド受給資格の維持に最大限の努力をするよう要請したが、その縮小傾向に歯止めを掛けることができなかつたのである⁽¹¹⁵⁾。

メディケイド受給者の減少と一部地域でのメディケイド患者の獲得競争がCHCの収入動向にも影響を与え始めた。1990年代における受給資格や制度の拡大はCHCのメディケイド償還金への依存度を高めてきた。メディケイド財源の拡大やコストに基づく償還によって、CHCは間接費やインフラ費用を賄う重要な「暗黙の補助金」を提供されるようになり、限られた補助金を無保険者のケアのために使えるようになったのである。それゆえメディケイド償還金の減少はCHCが増大する無保険者ケアの財源確保に関して甚だ不安定な立場に置かれることになったのである⁽¹¹⁶⁾。

しかも福祉改革が合法移民のメディケイド受給資格の取得にも重大な影響を及ぼすようになった。新しい福祉法が1996年8月22日以降に入国した合法移民に対して救急サービスを除き、米国到着後最初の5年間についてはメディケイド受給資格を認めないと規定していたからである。またその権利を知らず、あるいは処罰（米国就労に必要な市民権や入国許可の拒絶）を恐れて、多くの移民が法的には受給資格のある給付を引き続き申請しなかつた。このためカリフォルニア、テキサス、ニューヨークやフロリダなどメディケイド受給資格のない膨大な移民が存在する州では、既に過大な患者を抱えていたCHCなどセーフティネット機関が更なる負担を負わされることになった。移民として大量に流入するヒスパニックが黒人その他のマイノリティと共に無保険者の中心を占めるようになり、CHC患者の主要部分を構成するようになったからである。クリントン政権は1999年5月にも入国拒否や強制送還などの脅しによって移民が公的扶助に依存することのないようにする生活保護政策を明示した規則を発表し、メディケイド増加に繋がる懸念材料を払拭しようとした。新しい規則は国務省や移民帰化局が移民に対する生活保護認定の際にメディケイドやSCHIPの提供を考慮しないことを規定していたのである⁽¹¹⁷⁾。

1997年均衡予算法（Balanced Budget Act, BBA）は連邦メディケイド法の下で州が利用できるマネジドケア政策オプションを大幅に拡大した。同法は連邦特例措置の承認なしに受給者にマネジドケア参加を強制する権限を州に認めた。また同法は州に対するメディケイド、不均衡負担病院（Disproportionate Share Hospital, DSN）交付金を1998～2002年に104億ドル削減することを規定していた⁽¹¹⁸⁾。しかも同法はFQHCに対するコストに基づく償還を5年間で段階的に廃止することも規定していたのである。これは州の負担を軽減して連邦のメディケイド補助金を抑制したいという連邦の意図が働いていた。前述の福祉政策が移民を中心に無保険者を激増させると予想されたが、それについては既にCHC補助金を手当てしてある、というのが連邦の理屈だったのかも

知れない。これらの措置はクリントン政権が共和党支配下の議会による財政赤字削減圧力に譲歩せざるを得なかったという背景もある。しかし前述のようにCHCはこの時期にはメディケイドを最大の財源とするに至っており、その償還率が削減されれば本来無保険者ケアに充当されるべき補助金をメディケイド患者にも注ぎ込まざるを得なくなり、その分だけ無保険者ケアの能力を低下させることになっていたのである。そのため1999年OBRAは償還率削減の実施を2年間遅らせたが、結局はその後実施されることがなかったのである。

（2）CHC へのマネジドケア浸透

クリントンは1992年の大統領選挙で医療費上昇と無保険者問題を解決する医療改革を公約したが、提出した改革案が1994年9月に上院で廃案となり、同年11月の中間選挙で共和党が圧勝したことから最終的に断念に追い込まれた⁽¹¹⁹⁾。そこで、彼は前述のCHCとマネジドケアの拡大によって医療問題に対応することになったのである。既に1995年にアメリカで支配的な医療提供方式となっていたマネジドケアは1999年には非高齢民間医療保険加入者の90%を取り込むに至った。しかしマネジドケアの隆盛は医療機関が無料あるいは低価格で医療を提供する能力をも蚕食することになった。こうして医療機関は償還率の引下げによって不払い治療費を他の患者に付け替えることができなくなったので、メディケイド・メディケア患者の診療を拒否するようになった。その結果、貧困な医療弱者に進んで医療を提供しようとする医師が激減することになったのである⁽¹²⁰⁾。

一方、CHCは1990年代半ばにメディケイド患者を失う危機に直面し、①MCOとの契約締結、

②他の保健センターや公立病院とのネットワーク形成、③自ら非営利MCOの設立、などの対応を行った。こうしてマネジドケア参加のCHCは1998年の1/3から2002年には2/3以上に激増したのである⁽¹²¹⁾。

1996年にCHCは685団体に増加し、約800万人に医療を提供していた。63%が貧困基準以下、20%が貧困基準の2倍以内の低所得層であった。また人種別では黒人が28%、ヒスパニックが32%、他のマイノリティが4%、とマイノリティが2/3を占めていた。CHCは患者の所得に基づくスライド料金表を用い、患者に自己負担と第三者償還を求めている。CHCの収入は連邦補助金28%、メディケア7%、メディケイド34%、他の第三者機関8%、州・地方・民間補助金17%、患者負担6%、などからなっていた。もちろん、連邦及び他の補助金は大部分がCHC患者の40%を占める無保険者の診療に使われていたのである⁽¹²²⁾。

前述のように1989年FQHC法（コストに基づくメディケイド患者診療費償還）はCHCがメディケイドから受け取る償還額と収入比率を大きく増加させ、その患者受入能力も拡大させた。その結果、CHC受診のメディケイド受給者数とCHC受診者総数が共に増加している。もちろん、CHC患者に占めるマネジドケア加入者の比率も上昇した。これはCHCがその収入の1/3を占めるメディケイド受給患者を失うのを恐れて、マネジドケアに積極的に参加した結果である。

実際、第7表のようにマネジドケア契約を結んでいたCHCは1991～1996年に41団体（全CHCの6%）から308団体（同45%）に急増している。メディケア・メディケイドと商業的保険を含むマネジドケア加入者数は1990年代半ばには120万人に達していた。CHCがマネジドケア組織

第7表 CHCのマネジドケア導入

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
導入率 (%)	6	14	16	21	26	45
導入CHC数	41	102	118	165	201	308

（資料） Shi, Frick, Lefkowitz, and Tillman, *op. cit.*, p. 3.

(Managed Care Organization, MCO) によってカバーされたメディケイド患者数を拡大しようとする一方で、MCOも、CHCがメディケイド受給者に包括的サービスを提供し、信頼関係を築いているのを知っていたので、契約に魅力を感じていたといわれる。またMCOやメディケイド当局もCHCがリスクの高い病弱なメディケイド受給者に費用効率の高いケアを提供している医療機関であると認めていたのである。

マネジドケアに参加したCHCは収入源を多様化し、補助金依存度を低下させた。これらのCHCは、補助金依存のマネジドケア不参加CHCよりも様々なBPHC (Bureau of Primary Health Care (プライマリ医療局)、DHHS内 Health Resources and Services Administration (HRSA, 医療資源サービス庁)の部局) 補助金から資金を得ていた。とはいえ、CHCがマネジドケア参加の結果として補助金の必要性を低下させたとはいえなかった。CHCは依然として無保険者や医療困窮者にケアを提供し続けるためにかなりの補助金交付を必要としていたからである。しかもマネジドケアに参加したCHCは無保険者やホームレスの患者比率を低下させる傾向があった。例えば、無保険患者の比率はマネジドケア参加CHCで34.4~38.4%、不参加CHCで47.3%と10%以上の差が生じている。CHCはマネジドケア参加の程度が大きく期間も長くなれば、その意思や使命感に反して非償還医療(セーフティネット)を提供する能力を低下せざるを得なかったからである⁽¹²³⁾。

これはマネジドケア参加CHCがマネジドケア不参加CHCよりも赤字に陥る可能性を高めることを示している。CHCの赤字要因は自己資金の不足にあったが、マネジドケア参加CHCの高コスト体質がもう1つの要因となっていた。例えば、平均的な1回当たり受診費用はマネジドケア参加CHCがマネジドケア不参加CHCよりも2.37~12.51ドル割高になっている。これはマネジドケアへの参加に伴って追加費用が生じるからである。マネジドケア参加は新しい組織運営技術の発展や情報システムの強化、財務管理や患者管理の制度

を必要とする。その結果、マネジドケア参加に伴って必要となる新しいシステムが少なくとも短期的には費用を節約するよりも増大させることになったからである⁽¹²⁴⁾。

しかもマネジドケア参加CHCは不参加CHCよりも少ない患者しか診察しなかった。というのも、マネジドケアは受診回数の増加が収入増加に繋がらないように受診抑制の誘引を与えられていたからである。またマネジドケア参加CHCは患者診察とは無関係な活動に多くの時間を費やさなければならなかった。CHC医療管理責任者(medical director)はマネジドケア参加が一般的となっている都市部ではマネジドケアへの参加が限られている僻地のCHCよりも患者診察に費やす時間が遥かに少なかったのである⁽¹²⁵⁾。

患者の特徴は僻地のCHCでは高齢者、白人、ヒスパニックが多く、都市部のCHCでは黒人や貧民が多かった。またCHC患者をHMO加入者と比較したサンプル調査によれば、HMO加入者は白人層(81.6%)と高所得層(世帯年収2.5万ドル以上83.2%)が高い割合を占めていたが、CHC患者は非白人層(83.2%)や低所得層(世帯年収2.5万ドル未満85.9%)が多かった。HMO加入者は94%が年間を通して保険に加入していたが、CHC患者は無保険者が19.3%、1年間の一部分のみの保険加入者が18.2%を占めていた。しかもCHC患者と比べて、HMO加入者は通常の医療提供者を長期的な関係と考え、自分に合った医者を選ぶ傾向が強く、医療費支払いの困難に陥ることも少なかったからである⁽¹²⁶⁾。

(3) 無保険患者の増加とCHC

PHSA第330節の下で統合された連邦補助金交付保健センター(CHC, MHC, ホームレス)は無保険患者と貧弱な医療保険加入者を対象とする重要なプライマリケア提供機関として活動している。2000年時点で連邦認可保健センター730団体が960万人以上の患者に医療を提供していたが、そのうちの40%以上が無保険者、85%以上が連邦貧困基準200%以下の低所得者であった。しかもアルコール・薬物乱用が11%、ホームレ

スが5%、HIV感染者が2.5%もいたのである。第330節補助金以外の資金によって支えられていた保健センターの中にはHRSAによって連邦保健センター補助金の申請基準を満たしていると認定されているものもあった。この「類似」保健センター111団体は2000年に100万人以上の患者に医療を提供していた。保健センターへの連邦資金交付額は増加しているが、医療需要の増大には十分に対応できていなかった。例えば、新設保健センターの交付申請は2001年と2002年に僅か1/3しか認められず、2003年には更に1/4に減少している⁽¹²⁷⁾。

CHCは①無保険者の増加、②メディケイド・マネジドケアの急増、③慈善診療費用を賄う補助金の抑制、の3つの要因によって、支払い能力に関係なく受診を望む誰にでもケアを提供する能力を蝕まれてきた。1988～1998年に無保険の非高齢者数は公的保険や雇主提供保険の適用が減少したため30%増加して4,400万人に達した。その結果、CHCは無保険患者の激増に見舞われ、慈善診療の増加によって財政を悪化させた。またCHCの1/7がメディケイド患者比率の大幅な減少を経験した。これは多くの医療提供機関がメディケイド・マネジドケアを受け入れるようになり、メディケイド患者の奪い合いが激化したからである。そのためCHCの半分以上が1997～1999年に赤字に転落している。これは連邦補助金が患者数の激増に歩調を合わせて増大しなかったからである。そこで、議会も急遽、既存CHCへの補助金増額と新規CHCの設立のために1999年度1億ドル、2000年度9400万ドル、2001年度1.5億ドルの債務負担の追加を行ったのである⁽¹²⁸⁾。

CHCは団体数の増加、既存団体の診療所増設、新しい医療専門職の増員などを通じて拡大された。CHCの医療セーフティネット拡大は特にマイノリティと無保険者に大きな恩恵を及ぼしてきた。マイノリティは非ヒスパニック白人層よりもプライマリケア受診のためにCHCを利用する比率が高く、CHCの無保険患者も一般国民と比べてプライマリケアの受診率が高かった。CHCも1994～2001年には受給資格を有する患者に対し

て保険適用を確保し、またマネジドケアに積極的に参加することによって財政を改善しようとした。

CHCは1994～2001年に慢性病高齢患者に対する診療を増加させたが、ケアの継続、定期健診受診率、免疫状態管理受診率など医療の質に関する指標もすべて改善させている。患者当たりの平均受診回数はほとんど変わらなかったが、受診に占める予防サービスの割合が増加した。予防サービスの利用はアメリカでは人種、社会経済的状態や保険加入状況などによって不平等が存在していたが、CHC患者の間では不平等が大きく軽減され、ケアの質も他の低所得層向け医療機関のケアと比べて全く遜色がなかった。CHCは白人、黒人、ヒスパニックの間、また保険加入者と無保険者の間で公平に予防サービスを提供していた。このようにCHCを通じてプライマリケアを利用できるようになった結果、医療過疎地域に住む患者の間で医療の不平等がかなり緩和された。CHCは医療の継続性、予防サービスの提供、医療へのアクセスなどを改善する一方で、病弱な人々の受診機会を増加させたのである⁽¹²⁹⁾。

[3] G・W・ブッシュ政権（2001～2008年）

(1) ブッシュのCHC拡大政策

G・W・ブッシュは2001年に「思いやりのある保守主義」を掲げて大統領に就任した際に、最優先政策の1つとしてCHCの拡大を挙げた。失業率の低下とSCHIP（State Children's Health Insurance Program、州児童医療保険制度）の実施によって1998～2000年の短い一時期に無保険者数が4,430万人から3,870万人まで減少したが、再び景気が悪化して増加に転じ始めたからである⁽¹³⁰⁾。彼は最初の予算教書で次の5年間で1,200ヵ所にCHCの新設と既存診療所の拡大を行って患者数を1,600万人にまで拡大することを提案した。福祉改革に伴う無保険者の増加は児童についてはSCHIPで対応したが、メディケイド受給資格を与えられない移民や不況で雇主提供医療保険を失った者に対する医療提供はCHCに期待する以外になかったからである。こうして大幅な予算増額が毎年の大統領予算教書に盛り込まれ、

議会も2005年までそれを積極的に支持することになったのである⁽¹³¹⁾。

CHCは病弱な人々へのプライマリケアに加えて、ケースマネジメント、健康教育、送迎援助、言語通訳、保育、子育学級などの広範なサービスを提供した。CHCは連邦指定の医療過疎地域に立地しながらこれらのサービスを1ヵ所で開催し、プライマリケア受診の公平性を高める重要な役割を果たしていた。ブッシュ政権と議会もその役割を高く評価し、CHCを拡大するために2002年医療セーフティネット法（Health Care Safety Net Act, HCSN）改正法を成立させたのである。

このブッシュの政策は2002～2006年にCHCの診療能力を60%増加させることを目標としていた。CHC患者は約90%が連邦貧困基準の2倍以下の低所得層であり、マイノリティ・グループが2/3、無保険者も40%を占めていた。このためCHCの拡大は医療弱者が質の高い医療を利用する機会を改善することになったのである⁽¹³²⁾。

2005年度のCHC予算は総額17.47億ドルに達したが、財政赤字の削減圧力がCHCを含む国内制度にも加えられそうな状況となった。FQHCも予算削減のターゲットとされ、メディケイドの削減も低所得患者と医療提供機関に深刻な不利益をもたらすと懸念された。しかしブッシュのCHC政策は他の社会的プログラムと比べても極めて寛大であった。ブッシュは2004年の共和党全国大会演説、2005年2月の年頭教書、及び2006年予算教書においてCHCの高い効率性を賞賛し、CHCを拡大して全ての貧困な郡に設置することを提唱している。こうしてNHC誕生から40年後にほとんどの人々が不可能な夢だと考えていた初期の計画規模を超えるような大拡張のチャンスが生まれたのである。

ブッシュは2007年12月にオマハ市（ネブラスカ州）のCHCを訪問した際にも、それが低所得層や新来の移民に医療を提供して病院の緊急処置室の負担を軽減しており、アメリカ医療制度における不可欠な機関になっていると評価した。しかもCHCの連邦補助金はブッシュ在職中の2001～2008年に11億ドルから2倍の22億ドルに増大

している。センター数も2001～2007年12月に約750団体から1.6倍の1,200団体に増加したのである⁽¹³³⁾。

(2) 患者の外部紹介とネットワーク

無保険者（全人口の15.5%）はCHC患者の40%を占めていたが、民間開業医の患者では5%にすぎなかった。またメディケイド受給者（全人口の12.4%）は開業医患者の10%未満を占めるにすぎなかったが、CHC患者では36%に達していた。さらに黒人とヒスパニックは無保険者の1/3強、人口の1/4を占めていたが、CHC患者では60%にも上っていた⁽¹³⁴⁾。CHC患者の過半数は主にプライマリケア・サービスを必要としていたが、特別な診断や治療を必要としている者もいた。例えば、CHCは2004年に喘息患者40.2万人、糖尿病患者69.1万人、高血圧患者109.7万人、HIV/AIDS患者6.8万人、などを抱えていた。もちろん、必要なサービスの一部は現場でも提供されていた。CHCも常勤換算で産科医495名、精神科医145名、その他の専門医178名、歯科医1,416名を雇用していた。特に多くの患者や医療資源を持つ規模の大きなCHCは現場で多くのサービスを提供していた。これらの現場での診療では、保険加入患者と無保険患者との間に差別がほとんどなかったといわれる⁽¹³⁵⁾。

しかしCHC内部で提供できない専門医療の受診に際して、無保険患者は保険加入患者と比べて大きな困難に遭遇した。これは①地域に専門医が少なく、②地域の医療機関が無保険者や公的保険加入者の非救急医療受診を拒否し、③言語や文化の違いが意思疎通を妨げていた、からである。しかも専門医や高度診断のサービスは無保険患者が自己負担するには高すぎて支払えなかったからである。専門医に紹介されたCHC患者が受診を拒否されるという事態は包括ケアの破綻にも繋がるので大問題であった。しかし規模の大きいCHCは内部で提供する診療サービスの比率が高いので、紹介に伴う困難がより小さかったといわれる。

そこで、CHCは病院や大学医療センター（Academic Medical Center, AMC）との連携に

加えて、水平的（同じ予防・プライマリケア提供機関と連携）、垂直的（2次・3次医療提供病院その他と連携）、あるいはその両方とネットワークを形成して包括ケアを維持しようとしてきた。これらの連携は最初、マネジドケア（強制的メディケイド・マネジドケア）に対応するために始められたが、1990年代以降にはマネジメントの共有、情報制度、サービス、あるいは共同購入など、リスクを伴わないサービス統合として形成されるようになった。例えば、ボストンでは、CHCネットワークは単独のCHCでは雇余力のない専門医を共同で雇用した。連邦BPHCも1994年度から統合サービス・ネットワーク（Integrated Service Network, ISN）の発展を支援するために補助金を交付するようになった。その結果、2003年までに366のCHC団体（41%）がISNに参加し、その63%がBPHC補助金を交付されたのである。ISNの役割は治療計画やガイドラインの共有、双方向情報システムの開発、臨床家の資格認定証の集中管理、共同購入、専門医紹介グループの設立、などの活動が含まれていた⁽¹³⁶⁾。

州政府は1980～1990年代に医療費の節約と医療の質改善の手段としてマネジドケアを導入し始めた。最初は一般メディケイド受給者、次いで障害者とSCHIP加入者がマネジドケアに移管された。その結果、マネジドケア加入のメディケイド受給者は1994～2003年に480万人から2,530万人（59%）に激増した。しかもマネジドケアの考え方は予防やプライマリケアを重視した包括ケアの提供というCHCの使命にも合致しており、CHCがメディケイド患者を確保するためにもメディケイド・マネジドケアに参加するのは当然のことであった。実際、CHCのマネジドケア参加は1994～2003年に25%（157団体）から60%（537団体、300万人以上）に増加し、それに伴う収入も11億ドルに達したのである⁽¹³⁷⁾。

多くのCHCは独立系のMCOと契約していたが、初期にはCHCやCHCネットワークが自らMCOを設立する場合もあった。CHC所有のMCOは1970～1980年代にカリフォルニア、メリーランド、マサチューセッツ、オハイオなどの各

州で設立された。特に1990年代半ばにはCHC系列の医療プランを設立する動きが加速された。外部のプランに対する失望の経験がその動きに拍車を掛けたからである。これらの医療プランは病院、大学保健センターや他のパートナーと組む場合もあったが、CHCが全面的に管理していた。それらは①メディケイド患者の医療改善と②強制的マネジドケアに対応しながらメディケイド患者数の維持・増大、という2つの目的のために運営されていたのである⁽¹³⁸⁾。

CHC及び関連団体運営の医療プランは州とのマネジドケア契約において大きな役割を果たすようになった。州がメディケイド受給者の半分以上をマネジドケアに移管した時、営利保険は当初、市場拡大の好機と考えてこれに飛び付いた。しかし州が保険料を制限したため、営利保険はメディケイド受給者が既存の医療や提供機関ネットワークには適合しないと考え、メディケイド市場から撤退してしまった。このためメディケイド市場の多くがCHCなどセーフティネット提供機関系列の医療プランに残されることになったのである。

第4節 CHCの現状と意義

[1] 活動状況

(1) 第330節補助金

CHCは貧困患者、マイノリティ、無保険者などの医療弱者が質の高いケアを利用する機会を改善した。しかしCHCは2001年1月にメディケイド包括払制度が導入されて以降、財政の悪化に見舞われることになった。会計検査院（General Accounting Office, GAO）も包括払制度がCHCの発展を阻害していると報告していた。ブッシュ政権が前述のように新たに1,200団体のCHCを設置するために22億ドルの連邦資金を充当する支援策を実施する一方で、包括払導入のような政策がCHCの拡大を阻害していた。しかも連邦メディケイド支出は総額制限が設けられ、財政危機に陥った多くの州も補助金を削減したので、メディケイドを最大の財源とするに至ったCHCは厳しい状況に置かれることになった⁽¹³⁹⁾。

そのため連邦補助金が一層重要となるが、CHCが第330節補助金を受給するためには①連邦指定医療過疎地域立地か連邦指定医療過疎住民への医療提供、②非営利・公共性・課税免除の資格、③包括的プライマリケア・サービス、紹介、ケース・マネジメント・通訳・送迎など受診を容易にする他のサービス提供、④患者過半数の運営委員会設置、⑤スライド料金率に基づく支払い能力と無関係なサービス提供、などの要件を満たさなければならなかった。運営委員の過半数がCHC患者でなければならぬという要件はセーフティネット提供機関の中でもユニークなもので、CHCが引き続き地域ニーズに敏感に反応する保証となっていた。またそれはCHCが病院、地方政府や宗教団体などの大きな組織の一部になることを阻止するためでもあったといわれる⁽¹⁴⁰⁾。

さらに保健センター（地区・季節労働者・公営住宅・ホームレス・学校）は法的に統合され、第330節補助金制度の下に置かれることになった。全補助金の約80%はCHC、残りの20%が季節労働者、公営住宅、ホームレス及び学校などの保健センターに配分されていた⁽¹⁴¹⁾。

こうして2004年には900団体のCHCが全米3,700地区のクリニックで1,320万人（類似機関を含めれば1,500万人）に包括プライマリケアを提供していた。CHCは半数が僻地に立地し、全米低所得者の1/4、僻地住民の1/10、メディケイド受給者の1/9、マイノリティの1/7、無保険者の1/8に医療を提供していたのである⁽¹⁴²⁾。

もちろん、第330節補助金はCHC収入の1/4を占め、依然として重要ではあったが、CHCの存続にとっては連邦のメディケイド償還政策の方がより重要であった。そこで、議会は1989年にメディケイドの低償還率を是正し、CHCが無保険者医療の継続に第330節補助金を使えるようにFQHC制度を設けた。FQHCはメディケイドとメディケアに対して「費用に基づく」償還を命じ、CHCに有利な償還政策を確立した。その結果、CHCは実際に医療提供に要した費用に基づいて償還を受けられるようになったのである⁽¹⁴³⁾。

FQHCの認定資格は①PHSA第330節補助金

の交付団体（「保健センター」と呼ぶ）、②保健福祉省長官が定める補助金受給要件を満たしていること認められながら実際には補助金非受給団体（「類似」と呼ぶ）、③部族・都市インディアン団体によって運営される外来施設、の3タイプのプライマリケア診療所に限定された⁽¹⁴⁴⁾。FQHCの約80%は第330節補助金交付保健センターであり、10%が類似、他の10%が部族・都市インディアン施設であった。2004年8月時点で900以上の保健センター補助金交付団体、93の類似団体、79の部族外来保健組織、19の都市インディアン保健施設がFQHCに認定されていた。なお、僻地医療クリニック（Rural Health Clinic, RHC）はメディケイド・メディケアからコストに基づいて償還を受けるが、FQHCではないもう1つのタイプのクリニックであった。

(2) 財 源

CHCは2010年現在、推定2,000万人に医療を提供していたが、その約40%が無保険者であった。近年、連邦のCHC予算は大幅に増加している。例えば、2009年アメリカ復興再投資法は現在の景気後退期にCHCが更に300万人に診療を拡大し、設備を改善し、医療ITシステムを採用できるように20億ドルの資金を充当した。オバマ大統領は2010年2月の2011年度予算教書でもCHCに2.9億ドルの追加資金の承認を求め、連邦のCHC予算額を25億ドルに拡大した。このようにCHCはほとんど未曾有の超党派的な支持を獲得している。というのも、全米435選挙区のうち35を除く全選挙区に連邦認定CHCが立地していたからである。

CHCはG・W・ブッシュのお気に入りの医療制度でもあり、第8表のように在職中に連邦予算を2倍に拡大した。今やCHCは如何なる事態が起ころうとも医療提供において大きな役割を果たすことを運命付けられているかのように見える。例えば、医療改革法の成立は今まで以上に多くの患者がCHCに集中する事態を招くと予想されているので、その拡充のために120億ドルの資金を投入する必要があるといわれているからであ

第8表 CHC患者数と連邦債務負担額

年度	患者数（万人）	債務負担額（億ドル）
2001	1,030	11.69
2002	1,130	13.43
2003	1,240	15.05
2004	1,310	16.17
2005	1,410	17.35
2006	1,500	17.85
2007	1,610	19.88
2008	1,710	20.65
2009*	1,895	21.90
2010**	2,010	21.90

（資料） Iglehart, *op. cit.*, p. 344. *は推計, **は予想。

る⁽¹⁴⁵⁾。

CHCの患者は40%の無保険者以外に、約35%のメディケイド受給者が存在する。残りの大部分はメディケアと民間保険の加入者である。CHCは複数の収入源を持っていたが、保険者（公的・民間）と患者自己負担からの収入が全体の60%に上っていた。州・地方政府と民間財団からの補助金が収入の20%で2番目に大きく、米国医療資源サービス庁から交付される連邦補助金も約20%を占めていた⁽¹⁴⁶⁾。

さて、民主党が推進し2009年に両院で承認された医療改革法案はCHCへの政府補助金を更に拡大しようとした。下院法案は2011～2015年の5年間に追加120億ドルをCHCに交付し、その患者数を4,500万人に増加させる計画であった。また上院法案は5年間にCHC補助金を70億ドル増加させ、3,500万人に医療を提供することを謳っていた。これは改革法が保険対象者を拡大しても、新被保険者と引き続き無保険者であり続ける数百万人がプライマリケアの提供者としてCHCに依存せざるを得ないことを議会も暗黙のうちに認めていたからである。実際、マサチューセッツ州が2006年に公的及び民間医療保険の適用対象を拡大する医療改革を実施した後もCHCの患者数が激増していたからである⁽¹⁴⁷⁾。

しかしCHCは第三者機関からの償還に関して

大きな問題を抱えていた。特に民間医療保険業者がCHCの診療に対して十分な償還を行っていなかったからである。メディケイド、メディケア、SCHIPはCHCが提供する特別なサービス（歯科、精神医療サービス、通訳、診療予約の送迎を含む）を認め、民間開業医よりも高い率でCHCに償還を行っていた。CHCが診療を拡大し続けるためには、民間保険業者がCHC提供の様々なサービスを償還対象として認めて払戻しを行う必要があったのである。

(3) サービス対象者

CHCの患者は低所得の女性と比較的若い人々が圧倒的に多かった。年齢別の患者比率は2007年時点で5歳未満12%、5～12歳13%、13～24歳19%、25～64歳49%、65歳以上7%となっていた。その特徴は児童（19歳以下）が患者の36%を占め、老人が僅か7%にすぎないという点である。このように若年者と女性の患者比率が高かったため、特に産科・婦人科、家庭医、小児科などに対する高い受診需要が存在していた。

患者の医療保険加入状況は第9表のように約4割が無保険者（全米では人口の16%）であった。無保険患者の比率は常に40%前後に上っていたが、無保険者数自体は2001～2007年に400万人から621万人（全米無保険者の13%）に増加している。貧困者対象のメディケイドも35%を占めており、無保険者とメディケイド受給者を合わせれば全体の3/4に達する。2009年現在でも無保険者38%、メディケイド/SCHIP 37%、メディ

第9表 第三者保険別のCHC患者（2007年）

第三者保険の種類	保健センター患者の割合と人数	
	割合（%）	人数（1万人）
無保険	39	621
メディケイド	35	568
メディケア	8	122
他の公的保険	3	47
民間保険	16	251

（資料） USDHHS HRSA, *op. cit.*, p. 4.

第 10 表 人種別人口比と CHC 患者人種別構成比

(単位：%)

	アメリカの人口		保健センター患者	
	2001 年	2006 年	2001 年	2006 年
アジア太平洋諸島	4.0	4.5	3.4	3.5
黒 人	12.0	12.5	25.1	23.0
アメリカ原住民	0.8	0.8	1.0	1.1
ヒスパニック	13.0	14.8	34.8	36.1
白 人	69.8	67.4	35.7	36.3

(資料) USDHHS HRSA, *op. cit.*, p. 5.

第 11 表 CHC 職員と患者数 (2008 年)

	常勤換算スタッフ数	患者受診数
プライマリケア医	8,440.9	31,911,661
NP/PA/CNM	5,137.6	14,745,906
看護師	9,806.8	3,197,134
歯科医	7,419.9	7,347,759
歯科衛生士	891.6	1,204,955
行動医療専門職*	3,188.6	3,052,843
薬剤師	2,309.6	N/A
支援サービス要員**	10,994.7	4,571,422
その他	64,869.7	N/A
合 計	113,059.3	66,924,192

(資料) NACHC, *op. cit.*

* 精神科医, 臨床心理士, 認定行動医療提供者を含む。

** 援助活動ワーカー, 健康教育担当者, ケースマネージャー, 通訳, 送迎運転手, 保育士などを含む。CNM は認定看護助産師。N/A はデータなし。

ケア 7%, 他の公的保険 3%, 民間保険 15% とほとんど変化がなかった。

また人種別では, CHC 患者は第 10 表のように黒人が 23%, ヒスパニックが 36% を占め, マイノリティ (全米では人口の 33%) が全体の 2/3 を占めている。特にヒスパニックは黒人の比率の 1.6 倍, 全米人口に占めるヒスパニック比率の 2.4 倍に達していた。所得別 (2009 年) では, 患者の 71.4% が連邦貧困基準 (2009 年 3 人家族で年収 18,310 ドル) 以下, 92.5% が貧困基準の 2 倍以下の低所得者 (全米では人口の 31%) であったのである⁽¹⁴⁸⁾。

CHC の中には季節労働者, ホームレス, 公営住宅居住者などを含む特定の人々をケアの対象として特別補助金を受給している団体もある。これら特定層対象の CHC の患者数は 2007 年には季節労働者 83 万人, ホームレス 100 万人, 公営住宅入居者 13 万人となっていた。なお, 全保健センターの 52% が僻地住民, 48% が都市住民に医療を提供していたのである⁽¹⁴⁹⁾。

(4) CHC スタッフ

医療不平等の解消には適切で受診しやすい包括ケアを提供できる医療機関の存在が不可欠である。

このようなニーズに対応するため CHC は患者を全人的に診療する多職種チームを編成していた。2008 年に CHC は全体で第 11 表のように医師 8,441 人、NP・PA・認定看護助産師 5,138 人、看護師 9,807 人、歯科医 7,420 人、歯科衛生士 892 人、行動医療専門職 3,189 人、薬剤師 2,310 人、支援サービス要員 10,995 人、その他 64,870 人など、合計 113,059 人の職員を擁していた。

また CHC の臨床スタッフ内訳は 2007 年時点で医師 26%、看護師 37%、NP 11%、認定看護助産師 1.7%、PA 6.4%、歯科医 8.5%、薬剤師 8.7% などとなっていた。また CHC の専門医は家庭医 47%、小児科医 19%、一般内科医 19%、産科・産婦人科医 9%、精神科医 4%、他の専門医 3% という構成比になっており、プライマリケアに重心を置いた陣容となっている。しかし CHC は 2008 年時点でも医師、NP、PA、認定看護助産師を含めて 1,843 人のプライマリケア提供者の不足に見舞われていた。特に看護師は 1,384 人も不足しており、深刻な人手不足が大きな問題となっていたのである⁽¹⁵⁰⁾。

医師は年平均で 3,790 回の診療を行っていた。CHC では NP・PA・認定看護助産師が医師とほぼ同等のプライマリケアに従事しており、その診療回数も 1 人平均年 2,870 回にも上っていた。各 CHC の平均職員数は 2002～2007 年に 83 人から 97 人へと約 1.2 倍に増加しており、やや規模が拡大しつつある⁽¹⁵¹⁾。

(5) サービス内容

CHC は地区住民の医療ニーズに対応し、適正な口腔衛生、精神衛生、物質乱用治療など含むプライマリケアと予防医療を提供していた。受診に伴う障害を取り除くため、CHC は通訳・説明、ケース・マネジメント、地区援助活動（outreach）、栄養、送迎などのアクセスやケアの質を高める広範な支援サービスを提供している。

CHC の患者は第 12 表のように高血圧や糖尿病、精神衛生・物質乱用、鬱病などの疾病で受診することが多かった。CHC は診療に加えて予防も重視していたので、健康管理、特定免疫法、口腔歯

科検査などの予防サービスを受ける患者の比率も高かった。もちろん、各 CHC 団体は規模も様々であったので、内部で提供できないサービスは他の医療機関に紹介を行っていた。CHC 内部で提供されているサービスの全国比率は第 13 表のようになっている。専門職サービスでは、GP 診療が 100%（全 CHC で実施）、視覚検査が 93%、聴覚検査が 86%、とかなり高かったのに対して、調剤は 35% と低く、医薬分業が一般的なアメリカの状況を反映していた。予防サービスでは、血圧観察、HIV 検査とカウンセリング、血中コレステロール検査、糖尿病検査などが高い実施率を示している。支援サービスでは、特に健康教育の実施率が高くなっていたのである。

CHC の患者は貧困や言葉の壁に加えて病弱な健康状態が重なっていたので、支援（enabling）サービスと包括プライマリケアを共に提供する必要があった。このため CHC はケース・マネジメント、通訳、送迎、援助活動、健康教育などの支援サービスも提供するユニークなプライマリケア

第 12 表 CHC 患者受診数（2008 年）

	受診数	患者数
診療サービス		
高血圧	3,738,246	1,694,890
真性糖尿病	3,218,775	1,058,416
心臓病	596,925	250,896
喘息	858,620	495,179
鬱病その他の気分障害	1,738,526	567,178
精神衛生・物質乱用	4,804,720	N/A
予防サービス		
健康管理（0～11 歳児）	4,011,898	2,308,890
特定免疫法	4,589,312	3,234,033
口腔歯科検査	3,059,609	2,289,524
パップテスト	1,840,003	1,664,237
乳房撮影写真	331,092	306,014
HIV 検査	653,466	601,807

（資料） NACHC, *op. cit.* N/A データなし。

第 13 表 CHC 内部提供のサービス (2008 年, %)

専門職サービス		視覚検査	93
GP 診療	100	調剤	35
胎児健診	70	予防サービス	
予防歯科ケア	74	禁煙プログラム	58
HIV 検査とカウンセリング	92	減量プログラム	79
糖尿病検査	86	支援サービス	
血圧観察	99	ケースマネジメント	91
血中コレステロール検査	89	適格性援助	89
精神衛生治療・カウンセリング	77	健康教育	98
物質乱用治療・カウンセリング	51	通訳・翻訳サービス	89
聴覚検査	86	送迎	54

(資料) NACHC, *op. cit.*

提供機関となっているのである。

[2] CHC の成果

(1) 成 果

CHC は医療弱者の受診機会を向上させ、質の高い効率的なケアを提供することによって健康格差を是正し、患者の健康状態を改善してきた。CHC は特に「患者を全人的に」診る多職種チームを活用した効率的な医療を提供している。そこで、CHC が達成してきた具体的な成果を以下で総括しておこう。

第 1 に、CHC は受診機会の不平等を改善した。CHC の無保険患者は受診率が一般無保険者よりも 2 倍以上に高かった。CHC の無保険患者は 2007 年時点で 96% が日常的な受診先機関 (CHC) を持っていたが、一般無保険は 60% しか持っていなかった。また年 4 回以上の医師診療を受ける者が CHC 無保険患者では一般無保険者 (22%) の約 2 倍の 40% に達していた。さらに日常的な受診先機関を持つ者の比率 (2002 年) も CHC の無保険患者 (97%) とメディケイド患者 (99%) の方が民間保険加入者 (91%) よりも高かった。CHC の無保険患者は一般無保険者よりも必要な受診機会を 2 倍多く持っていたといえる。一方、経済的理由で受診が遅れる比率 (2001 年) は CHC の無保険患者では 25% にすぎなかったが、

一般無保険患者では 55% にも達していた。必要な受診を諦める者の比率は CHC の無保険患者では 16% にすぎなかったが、一般無保険者では約 2 倍の 30% にも達していた。処方箋に従った調剤を受けられない者の比率も 12% と 24% で、2 倍の差があった。このように CHC は医療弱者である無保険者やメディケイド受給者の受診機会を大きく改善したのである⁽¹⁵²⁾。

CHC は人種間の受診不平等も改善した。2002 年時点で CHC 患者の 98% が日常的な受診先医療機関を持ち、非ヒスパニック白人、黒人及びヒスパニックの間に差は見られなかった。CHC はマンモグラム受診の不公平も改善した。CHC 患者と非 CHC 患者のマンモグラム受診率はヒスパニックで 88% と 79%、黒人で 86% と 78%、メディケイド受給者で 96% と 75%、無保険者で 78% と 71%、となっており人種や貧困等に関係なくいずれにおいても CHC 患者の方が高くなっている。CHC はパップ検査受診率の不平等も改善した。CHC 患者と非 CHC 患者の検査受診率はヒスパニックで 95% と 91%、黒人で 92% と 89%、メディケイドで 94% と 90%、無保険者で 86% と 77%、とやはり CHC 患者の方が高くなっているのである。

第 2 に、CHC は患者に対する疾病予防サービスの提供も改善した。CHC 患者のサービス種類別受診件数 (2007 年) を見ると、治療が 75%、

支援が7%、歯科が11%、行動医療（behavioral health）が7.5%、その他が2%となっていた。CHCは特に低所得者、マイノリティ、無保険者などの患者が大部分を占め、高血圧や糖尿病などの慢性病に罹患するリスクが非常に高かった。もちろん、適切な治療が行われれば、慢性病患者の健康状態は改善され、健康格差も縮小・解消する。特に血圧のコントロールは心臓病や脳溢血のような疾患と関連した健康リスクを減らすことができる。しかし、これらの慢性疾患の改善は普通、最初のステップとして生活習慣の変更や投薬治療が必要とされるので、効果的なコントロールが容易ではなかった。米国疾病管理予防センター（Center for Disease Control and Prevention, CDC）の2004年のデータによれば、全米で適切な高血圧コントロールを行っていたのは成人の36%のみであったが、CHC患者では44.4%に上っていたのである。

また目の検査はCHC患者63%、一般低所得者52%、同じく足の検査は26%、23%、インフルエンザ予防接種も78%、67%、肺炎球菌ワクチンも62%、60%、といずれもCHC患者の方が一般低所得者よりも受診率が高かった。つまり、CHCの無保険患者は一般無保険者よりも多くの健康増進カウンセリングを受ける機会を持っていたといえる。さらにCHC無保険患者と一般無保険者の受診率はそれぞれ性病で50%と38%、薬物で57%と44%、食事療法で68%と48%、運動で68%と48%、アルコールで67%と54%、喫煙で72%と62%、といずれもCHC患者の方が高くなっている。同じくCHCのメディケイド患者も一般メディケイド患者よりも多くの健康増進カウンセリングを受ける機会を持っていたのである。

第3に、CHCは低出生体重児（Low Birth Weight, LBW）出生率を全米平均よりも低く抑えるなど質の高いケアを提供していた。適切な出産前母体管理は新生児死亡と最も密接な関係を持つリスク因子である低体重児の出産を減少させるからである。CHCの低体重児出生率は2000年7.1%（全米平均は7.6%）、2001年7.1%（7.7%）、2002年7.0%（7.8%）、2003年7.0%（7.9%）、

2004年7.0%（8.1%）、2005年7.3%（8.2%）、2006年7.75%（8.3%）と推移しており、一貫して全米平均よりも低かった。低出生体重児の出生率（2001年）は僻地でもCHC黒人女性患者7.4%、一般黒人女性13.0%と、CHC患者の方がかなり低い。これはCHCが妊娠後初期3ヵ月間の妊婦の体調、妊娠や出産に伴う余病リスクの確認などを行って分娩結果の改善に努めてきたからである。妊娠3ヵ月の出産前診察をCHCで受診する妊婦患者の比率も2001～2006年に60.7%から64%に上昇している⁽¹⁵³⁾。

第4に、CHCは効率的なケアも実現した。CHCは継続的で質の高いプライマリケアを提供し、患者が費用の高い救急部門や病院を受診する必要性を減少させている。CHCメディケイド患者は他の医療機関を受診しているメディケイド患者と比べて①避けられる疾病で入院することが11～22%、ERを利用することも19%少なく、②入院率が低く在院期間も短く、外来その他の費用も安い、という特長を示していた。その結果、CHCはメディケイド受給患者1人当たり医療費を30～33%節約していたのである。通院から入院に至る割合はCHC患者で6%、その他医療機関患者で8%、また通院からER受診に至る割合はそれぞれ26%、38%となっており、やはりCHCは患者が入院やER利用を減らすことに貢献していたといえる。このためCHC患者1人当たり医療費の伸び率は2000～2007年に38.4%に止まり、国民医療費の1人当たり伸び率65.2%の6割にすぎなかったのである⁽¹⁵⁴⁾。

サウスカロライナ州における事例研究（2000～2003年）でも、メディケイド糖尿病患者の治療費は1人当たり年平均プライマリケア医支払額でCHC患者1,340ドル、家庭医患者1,778ドル、また入院の年平均費用額でもそれぞれ1,991ドル、3,112ドルとなっており、CHC患者の方がかなり低くなっている。

第5に、CHCは経済効果や雇用効果も持っていた。CHCは全体では2005年に直接で72億ドル、間接で11億ドル、誘発で42億ドル、合計126億ドルの経済効果を生み出し、雇用（常勤換

算)でも直接で89,922人、間接で10,233人、誘発で42,918人、合計143,073人の職を創出した。都市の大規模なCHCは直接で1,225万ドル、間接で227万ドル、誘発で711万ドル、合計2,164万ドルの経済効果を持ち、雇用(常勤換算)では直接で187人、間接で24人、誘発で70人、合計281人の職を生み出している。一方、僻地の小規模なCHCも直接で333万ドル、間接で26万ドル、誘発で29万ドル、合計388万ドルの経済効果を生み出し、雇用(常勤換算)では直接で45人、間接で3人、誘発で4人、合計52人の職を作り出したのである。

このようにCHCは1人当たり平均559ドルの費用で1,600万人以上(2007年)の患者にヘルス・ホーム(health home)を提供していた⁽¹⁵⁵⁾。このためCHCは医療弱者の受診機会を増大させ、患者の健康を改善し、国民の間の医療不平等を縮小し、医療費の抑制に成功したと評価されている。WHOもCHCをプライマリケア提供のモデルとして高く評価しており、先進諸国のみならず途上国においてもその導入と拡大を奨励しているのである。

(2) 課 題

CHCはオバマ政権が医療改革の柱の1つと期待する制度であるが、深刻な課題も抱えていた。第1に、CHCは大量の貧困患者ケアの負担を補填するために補助金の交付が不可欠であった。CHCは地区内の高い無保険率や貧困率から考えてコストを他に転嫁する余地が全くなかった。しかし連邦補助金は現在、CHC運営費の25%、州・地方補助金も9%を占めるにすぎなかった。CHCはこの補助金と患者自己負担(経費の6%)によって40%を占める無保険患者の医療費を辛うじて賄っていたのである。もしこの補助金がなくなれば、無保険者に対する医療提供は継続できなくなる恐れがあった。

実際、CHCの収入は診療コストの上昇に追い付いていなかった。CHC患者の1人当たり年間医療費は2001~2007年に425ドルから552ドルへと1.3倍に上昇したが、無保険患者1人当たり

の年間CHC連邦補助金は1.09倍(248ドルから270ドル)の増加に止まっていた。第三者機関の償還も実際のコストを下回っており、その償還率(2007年)はメディケイド85.1%、メディケア68.5%、他の公的保険65.6%、民間保険57.5%とかなり低かった。しかもCHCの営業利益率(operating margin)は病院のそれと比べても甚だ低く、その財務体質が甚だ脆弱だった。実際、CHCの営業利益率は0.85%(2000~2007年平均)で、病院(2000~2006年平均3.43%)の1/4以下にすぎなかったのである。

第2に、CHCはメディケイドが支出抑制政策を転換させない限り、財政的な制約から活動を拡大できなかった。CHCのケア提供能力に最大の影響を及ぼしているのは連邦補助金よりもむしろメディケイドであった。現在、メディケイドはCHC収入の1/3以上を占める最大の財源となっているので、その縮小はCHCの活動を抑制することになるからである。CHC患者の21%を占める貧困近傍世帯(連邦貧困基準2倍以下の低所得者)の多くが既に無保険者となっていた。現在、貧困近傍世帯でメディケイド加入者となっている者がその資格を剥奪されれば、CHCは貧困地区で医療提供に利用できる財源を枯渇させてしまう恐れがある。

ちなみにCHC患者の保険加入状況(2007年)はメディケイド35.4%、メディケア7.6%、他の公的保険2.6%、民間保険15.5%、無保険(自己負担)38.9%であったが、CHCの収入源はメディケイド36.5%、メディケア6.0%、他の公的保険2.6%、民間保険7.3%、無保険(自己負担)6.6%、補助金・契約等40.9%となっており、補助金を除けばメディケイドが主な収入源となっていることが分かる。無保険者は患者比率の1/6の収入しかもたらしておらず、補助金とそのギャップを補填していた。これにメディケイドの縮小が加われば、CHCはたちまち財政危機に陥ってしまう恐れがあったのである。

メディケイドは2005年現在、6,000万人をカバーしてアメリカ最大の医療保険(扶助)となっていたが、依然として貧困者全員には適用されていな

かった。連邦政府が成人や移民に対するメディケイド適用を厳しく制限していたからである。しかもメディケイドは児童や妊婦に対しては連邦貧困基準の133%という全国一律の所得資格基準が設けられていたが、成人に対しては一律の貧困定義が設けられていなかった。このためメディケイドは2006～2007年には貧困成人の僅か28%しかカバーしていなかったのである⁽¹⁵⁶⁾。

第3に、CHCはその患者に専門医療の受診機会を十分に保障することが難しいという深刻な問題を解決できなかった。CHC患者も外部の専門医や病院を受診するために紹介を受けるが、無保険者やメディケイド受給者である場合には紹介先医療機関が受診を拒否することも多かった。特に無保険者の場合はたとえ紹介を行っても、ほとんどの外部医療機関が受入を拒否する傾向にあった。連邦政府はCHC診療所数を積極的に拡大する政策を実施しているが、専門医受診の機会を拡大する政策には全く注意を払っていないので、CHC患者の専門医療受診の困難は今後も未解決のまま拡大されるものと懸念されている⁽¹⁵⁷⁾。

む す び

CHCが今日まで存続できると予想した者は誰もいないといわれる。だが、ニクソン＝フォード政権とレーガン政権による2度の熾烈な廃止圧力を乗り越えて、CHCは生き残っただけでなく、アメリカ医療制度において重要で不可欠な地位を確保しているのである。存続が可能であった理由の1つはその制度設計と初期における地域参加の歴史にあった。現在もCHCの患者運営という要件（「偉大なる社会」政策の遺産）は依然として維持されている。また補助金受給CHCの圧倒的多数は非営利地区団体であった。CHCに対する熱烈な支持は地区住民がその所有者であるという強烈な意識によって増幅されていた。地域活動や経済開発などの支援を目的としていたNHCとは違って、CHCは必要とされる時と場所においてプライマリケアや支援サービスを提供していた。医療は露骨な政治的制度的ように激しい反発を招

かずに地域の諸問題を解決して行く突破口となっていたのである⁽¹⁵⁸⁾。

2010年現在、1,200のCHC補助金受給団体が全米の都市と僻地の8,000ヵ所以上において2,000万人に医療を提供していた。非営利CHCは公衆衛生サービス法の権限に基づく連邦補助金を交付され、米国医療資源サービス庁の監督を受けていた。CHCは連邦（及び州・郡・市）補助金に加えて、第三者機関の償還（保険加入者）や無保険者の支払能力に基づく自己負担（スライド料金制）によって必要な財源を賄っていた。もちろん、患者は支払能力とは関係なく、誰も（移民も）拒否されることなく受診することができた。

CHCは医療過疎地域住民にプライマリケア、歯科治療や社会サービス等を提供していた。患者は若い女性や児童の比率が高く、言葉や文化的な壁によって疎外され、地理的に孤立し、季節労働に従事し、あるいは都市スラム（ホームレスを含む）に逼塞している、などの特徴を持っていた。CHCは貧困者が70%、マイノリティが2/3近くを占めるその患者層にとって唯一の受診可能な医療提供機関となっていた。もちろん、CHCは無保険者に対する医療提供に止まらず、質の高いプライマリケアを必要とする保険加入者も積極的に受け入れている。現在、CHC患者の35%がメディケイド受給者、25%がメディケアや民間医療保険の加入者であった。しかもオバマの医療改革の実施に伴って、CHCは今後、保険加入者の受診率上昇に見舞われると考えられている。CHCは依然として無保険者に対する最後の頼みの綱となる医療提供機関であり続けると同時に、全ての人々に開かれた包括的プライマリケアの提供者としての役割も更に高めて行くものと期待されている⁽¹⁵⁹⁾。

しかし2009年時点でも、全米の医療過疎地域の43%にはCHC診療所が設置されていなかった。G・W・ブッシュはCHCを2倍に増やすために2001～2008年度にその補助金額を2倍の21億ドルに拡大した。オバマも2009年アメリカ復興再投資法（America Recovery and Reinvestment Act, ARRA）によってCHCに1回限りの20億

ドルの補助金増額を行った。また彼は医療専門職不足地域で医療専門職を募集・配属する全国医療サービス部隊にも3億ドルの補助金を交付した。さらに彼は専門医学実習生、医学生、PA、歯科医を対象とするプライマリケア訓練制度に対しても4,760万ドルを充当したのである。

もちろん、最も重要な政策は最近成立した医療改革法（Patient Protection and Affordable Care Act）であり、2011年から5年間にCHCと全国医療サービス部隊を大幅に拡大するために125億ドルを充当した。これによってCHCは公衆衛生サービス法の下で新たに1.5万人の医療提供者を追加され、全米で4,000万人の患者に対するプライマリ医療の提供を担うことになった⁽¹⁶⁰⁾。その結果として無保険者や医療弱者の多くが医療を受ける権利を保証されることになるといわれている。なお、医療改革法は地域に基礎を置く医学教育制度に対して新しい第Ⅲ章補助金制度（5年間に2.3億ドル）、CHCのプライマリケア専門医学実習生訓練制度の拡張に対しても新しい第Ⅱ章補助金制度などを盛り込んでいた⁽¹⁶¹⁾。

CHCは日常的ケアの重要な提供者として、医療弱者が質の高い継続的なプライマリケアや慢性病ケアを容易に利用できるようにした。またCHCは受診の不平等を縮小し、症状を悪化させるリスクの高い患者の健康を改善し、救急部門や入院のような費用の高い医療機関の利用を減らして費用効率性の高いケアを提供していた。包括的プライマリケアを重視するCHCモデルは国民医療保険制度を実施している他の先進国でも医療弱者に対するケア提供制度として導入されていた。例えば、40年前に皆保険制度を実施したカナダのオンタリオ州でも、低所得者や病弱な人々の間で医療利用機会が悪化していることへの対応策として、保健センター制度が大々的に導入されたのである⁽¹⁶²⁾。

とはいえ、CHCが今後も医療弱者の受診を容易にし、予防やプライマリケアを継続的に提供して入院や専門医受診を減らし医療費を抑制して行くためには多くの課題も存在している。繰り返しになるが、もう1度確認しておこう。第1に、

CHCは大量の貧困患者ケアの負担を補填するために補助金が不可欠だった。CHCは地区内の高い無保険率や貧困率から考えてコストを他に転嫁する余地が全くないといってよかった。しかし連邦補助金は現在、CHC運営費の25%、州・地方補助金も9%を占めるにすぎない。CHCはこの補助金と患者自己負担（経費の6%）によって患者の40%を占める無保険者の医療費を辛うじて賄うという状況に置かれていたのである。もしこの補助金が削減あるいは廃止されれば、無保険者に対する医療提供は忽ち継続できなくなるだろう⁽¹⁶³⁾。

第2に、CHCはメディケイドが抑制政策を転換させなければ、財政的な制約から活動を拡大することができなかった。CHCの存続と患者ケア能力に最も大きな影響を及ぼすのは連邦補助金よりもむしろメディケイドであった。メディケイドはCHC収入の1/3以上を占める最大の収入源であり、その縮小はCHCの機能不全を招きかねなかった。CHC患者の21%を占める貧困近傍世帯の多くは既に完全な無保険者となっている。この貧困近傍世帯のうち現在メディケイド加入者となっている者が更に受給資格を剥奪されることになれば、CHCは貧困地区で医療提供を続ける財源を枯渇させてしまう恐れがあったのである。

メディケイドは2005年に6,000万人をカバーし、アメリカ最大の医療保険（扶助）となっていた。しかしメディケイドは連邦政府が成人や移民への適用を厳しく制限したので、今なお貧困者全員には適用されている訳ではなかった。しかもメディケイドは児童や妊婦に対しては連邦貧困基準の133%という全国一律の所得資格基準を設けていたが、成人に対しては一律の貧困定義を設けていなかった。このためメディケイドは2006～2007年時点でも貧困成人の僅か28%をカバーしているにすぎなかったのである。

第3に、CHCは患者に専門医療サービスの利用を保証できないという深刻な問題も解決できていなかった。CHC患者は外部の専門医を受診するために紹介を必要とするが、無保険者やメディケイドの患者は専門医療や病院の受診を拒否され

ることが多かった。特に無保険者はたとえ CHC から紹介を受けても、外部の医療機関から受入を拒否されることがほとんどであったといわれる。ブッシュ政権は CHC 診療所数の拡大を図ったが、専門医療の受診を拡大するために何の対策も実施しなかったため、専門医療受診の困難が増大する恐れがあったのである。

このような課題もあったが、CHC は無保険患者やメディケイド受給患者の受診における不公平をかなり是正した。メディケイド予算が削減される中で、CHC は医療弱者が包括的プライマリケアを利用できるように改善する重要な政策手段となってきた。しかしながら CHC は無保険者に医療提供を保証する唯一の解決策とはいえない。CHC も無保険患者にメディケイド受給患者と全く同等のプライマリケアを提供していた訳ではなかったからである。医療受診における不平等を是正するためには別の政策も必要とされているのである。

また CHC は患者比率では老人が 7% しか占めていないが、人数では 140 万人に達するので長期ケア提供機関としての重要性も無視できない。もちろん、CHC は予防やプライマリケアなどからなる包括的ケアを提供しているが、専門医療との連携に課題があった。この点で、高齢者包括ケア・プログラム（Program for All-inclusive Care for the Elderly, PACE）は加入者の全医療リスク（全費用）を引き受けて高齢者に完全な包括ケアを保障しているという点で優れた組織であると考えられる。しかし PACE は特別な組織原理の故もあって、加入者が現在も 2 万人を下回っており、病弱な老人の多くをカバーすることは不可能に近いと思われる。そこで、CHC が地域に基礎を置きながら入院や入所の必要のない病弱な老人の包括的ケアを引き受け、より病弱な老人を PACE が引き受けるという補完的關係も考えられるのではないだろうか。

[付 記]

本稿は科学研究費補助金基盤研究(C)（平成 21～23 年度、課題番号 2153025、及び平成 18～20 年度、課

題番号 90211604）による成果の一部である。

《注》

- (1) USDHHS HRSA, *Health Center Data Reporting Highlights*, <<http://www.hrsa.gov/data-statistics/health-center-data/index.html>>.
- (2) プライマリケアの定義は「個人的な医療ニーズの大部分に対応し、患者との継続的な協力関係を育み、家族や地域という環境の中で診療に責任を持つ臨床家によって統合された利用しやすい医療サービス」という医学研究所（IM）の定義に依拠（L. Shi and G. D. Stevens, “The Role of Community Health Centers in Delivering Primary Care to the Underserved: Experiences of the Uninsured and Medicaid Insured,” *Journal of Ambulatory Care Management*, Vol. 30, No. 2 (2007), p. 160).
- (3) D. R. Howkins et al., *The Use of Community Health Centers in Countries with National Health Insurance: Evidence from the Literature*, 2001, pp. 7-10.
- (4) S. Fomba et al., “Patient’s Utilization and Perception of the Quality of Curative Care in Community Health Centers of the Fifth Commune of Bamako,” *Indian Journal of Community Medicine*, Vol. 35, No. 2 (April 2010), pp. 256-260. なお、中国大連市の 58 の CHC に関する研究でも CHC の医師や看護師の質向上の必要性が指摘されている（H. H. Dib et al., “Evaluating community health centers in the City of Dalian, China; How satisfied are patients with the medical services provided and their health professionals?,” *Health and Place*, Vol. 16 (2010), pp. 477-487).
- (5) NPO はアメリカでは組織の意思決定機関設置、一定の規約に基づいた活動、政府から独立した存在、収益の全てをその組織の活動に再投資などがその要件とされているが、日本では「様々な社会貢献活動を行い、団体の構成員に対し収益を分配することを目的としない団体」と定義されている（植田和弘「NPO」『日本大百科全書』小学館、1998 年、内閣府 NPO ホームページ）。
- (6) CHC は補助金を交付され、医療過疎地域の住民に包括的プライマリケアや関連サービスを直接・間接に提供する民間非営利団体である（A. Diever and T. Giovannini, “Community Health Centers: Promise and Performance,” *Medical Care Research and Review*, Vol. 55, No. 4 (De

- ember 1998), p. 407).
- (7) J. Taylor, *The Fundamentals of Community Health Centers*, *NHPF Background Paper*, August 31, 2004 (The George Washington University), pp. 3-4, 28.
- (8) アメリカの医療関係の教科書では保健センターは必ず 2~3 頁が割かれている。例えば, L. Shi and D. A. Sigh, *Delivering Health Care in America: A Systems Approach*, 2008, pp. 271-273; S. Jonas, *An Introduction to the U. S. Health Care System*, 5th Edition, 2003, pp. 81-83 などを参照。
- (9) H. J. Geiger, "Community health centers: Health care as an instrument of social change," in V. W. Shidel and R. Sidel ed., *Reforming Medicine: lessons of the last quarter century*, 1984, pp. 16-18.
- (10) T. S. Bodenheimer and K. Grumbach, *Understanding Health Policy*, 2nd Edition, 1999. 下村健他訳『アメリカ医療の夢と現実』社会保険研究所, 2000年, 153-155頁。Jonas, *op. cit.*, p. 82. 初期の保健センターのNHCへの影響を指摘するものにはJ. D. Stoeckle and L. M. Candib, "The Neighborhood Health Center — Reform Ideas of Yesterday and Today," *The New England Journal of Medicine*, Vol. 280, No. 25 (June 19, 1969), pp. 1385-1390 などがある。
- (11) P. Starr, *The Social Transformation of American Medicine*, 1982, p. 194.
- (12) Frontier Nursing Services Inc. のホームページ (<http://www.frontiernursing.org/History/History.shtm>)。
- (13) 下村健他訳前掲書, 155頁。
- (14) J. Duffy, *A History of Public Health in New York City 1866-1966*, 1974, Russell sage Foundation, pp. 107, 239. 1890年代にスラム地域の乳児・児童の福祉に対する関心が高まり, 貧困な乳児・児童に無料か僅かな費用でミルクを提供するミルク配給所を發展させることになった。ニューヨークの慈善家N・シュトラウスが1993年にその第1号を設けた。これらのミルク配給所は結局, 保健局に引き継がれ, 児童保健所 (child health station) の先駆となったのである。
- (15) Duffy, *op. cit.*, pp. 321-322.
- (16) *Ibid.*, pp. 322-323; M. M. Davis, *Clinics, Hospitals and Health centers*, 1927, pp. 345-346.
- (17) *Ibid.*, pp. 344, 350; Duffy, *op. cit.*, pp. 324-325.
- (18) 下村健他訳前掲書, 155頁。
- (19) H. J. Geiger, "The First Community Health Centers: A Model of Enduring Value," *Journal of Ambulatory Care Management*, Vol. 28, No. 4, 2005, p. 313; B. Lefkowitz, *Community Health Centers: A Movement and the People Who Made It Happen*, 2007, pp. 6-7.
- (20) H. J. Geiger, *Family health in three cultures: Implications for medical education*, 1958, Doctoral dissertation of Case Western University Medical School.
- (21) H. J. Geiger, "Community Oriented Primary Care: A Path to Community Development," *American Journal of Public Health*, Vol. 92, No. 11, 2002, p. 1713.
- (22) 南アフリカは1948年の選挙でアパルトヘイト政策を公約に掲げた国民党が政権を握り, 1950年に人民登録法を制定してアパルトヘイトを完成させた。
- (23) サウスカロライナ州のある郡でも1961年に黒人乳児の10人に1人が1年以内には死亡していたといわれる (Geiger (2005), *op. cit.*, p. 314)。
- (24) Starr, *op. cit.*, p. 371; May, Durham, and New, *op. cit.*, p. 589; A. Sardell, *The U. S. Experiment in Social Medicine: The Community Health Center Programs, 1965-1986*, 1988, pp. 51-52; Lefkowitz, *op. cit.*, pp. 8-9; Taylor, *op. cit.*, p. 3.
- (25) 最終選考地はミシシッピ農村デルタ地帯の郡とボストンの公営住宅プロジェクトが選ばれ, 南アフリカのフォリラとラモントビルのCHCを綿密に真似ることになったという (Geiger (2005), *op. cit.*, p. 314)。
- (26) Starr, *op. cit.*, p. 371; L. B. Schorr and J. T. English, "Background, Context and Significant Issues in Neighborhood Health Center Programs," *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 46, July 1968, p. 192; R. M. Hollister, "Neighborhood Health Centers as Demonstrations," in R. M. Hollister, B. M. Kramer, S. S. Bellin eds., *Neighborhood Health Centers*, 1974, p. 1.
- (27) K. Davis and C. Schoen, *Health and the War on Poverty: A Ten Year Appraisal*, 1978, p. 161; Schorr and English, *op. cit.*, p. 191; I. Marcus, *Dollars for Reform: The OEO Neighborhood Health Center*, 1981, p. 5; L. B. Schorr and J. T. English, "Background, Context and Significant Issues in Neighborhood Health center Programs," in Hollister, Kramer, Bellin eds., *op. cit.*, pp. 45-47. 下村健他訳前掲書, 155-156頁。NHCは①貧民地区への立地, ②既存医療や他の

- 地域機関とのサービス統合と調整，③良質の医療提供，④地域住民の理事会や諮問委員会への参加，⑤地域住民への雇用機会や訓練の提供，などの特徴を持っていた。
- (28) Sardell, *op. cit.*, p. 54. Davis and Schoen, *op. cit.*, pp. 166-168.
- (29) Davis and Schoen, *op. cit.*, p. 162; Jonas, *op. cit.*, pp. 81-83; I. Zwick, "Some Accomplishments and Findings of Neighborhood Health Center," *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 50, pt. 1, October 1972, pp. 404-405. 1971年時点でNHCスタッフの半数以上が貧困地域住民であり，また約1,000人の医師がNHCで診療していたが，その35~40%が常勤であったという。
- (30) *Ibid.*, p. 162; Zwick, *op. cit.*, pp. 394-398.
- (31) *Ibid.*, pp. 404-405; Sardell, *op. cit.*, pp. 55-56; May, Durham, and New, *op. cit.*, pp. 592-598.
- (32) Davis and Schoen, *op. cit.*, p. 164; Zwick, *op. cit.*, pp. 407-410. この制限はNHCプログラムのほとんど全面的な公的資金依存を保証することになったといわれる。
- (33) Sardell, *op. cit.*, p. 56; USDHHS HRSA, *Health Centers: America's Primary Care Safety Net Reflections on Success, 2002-2007*, 2008, p. 1.
- (34) Davis and Schoen, *op. cit.*, p. 166.
- (35) J. T. May, M. L. Durham, and P. K. New, "Structural Conflicts in the Neighborhood Health Center Program: The National and Local Perspectives," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 4, No. 4, Winter 1980, p. 586; Sardell, *op. cit.*, p. 60. DHEW 庇護下のNHCはOEOプロジェクトには含まれていた革新的な非医療サービスをほとんど重視しなかった (Marcus, *op. cit.*, p. 18).
- (36) Marcus, *op. cit.*, p. 15; Sardell, *op. cit.*, p. 61.
- (37) Davis and Schoen, *op. cit.*, p. 163.
- (38) Levitan, *op. cit.*, pp. 56-57; Sardell, *op. cit.*, p. 64. この法律によりNHCは低所得家族への無料診療を制限されることになった (Starr, *op. cit.*, p. 372).
- (39) Davis and Schoen, *op. cit.*, pp. 167-168. 大部分のNHCは医療専門職を雇用した独立のクリニックとして設立された。
- (40) Sardell, *op. cit.*, pp. 64-65; Davis and Schoen, *op. cit.*, pp. 167-168; Zwick, *op. cit.*, p. 393; Marcus, *op. cit.*, pp. 24-31. なお，OEOは1968年末までに1億1,450万ドルの資金を52団体のNHCに交付したが，このうち42団体は既に30万人にケアを提供し，10団体は組織作りの最中であった (J. B. Gordon, "The Politics of Community Medicine Projects: A Conflict Analysis," in Hollister, and Kramer and Bellin eds., *op. cit.*, p. 111).
- (41) Sardell, *op. cit.*, pp. 66-67. なお，1964年経済機会法の1966年と1967年の改正はOEOとケネディのスタッフが相談しながら作成し，ケネディは他の議員に支持を呼びかけたのである。
- (42) *Ibid.*, p. 68.
- (43) *Ibid.*, pp. 68-69; Levitan, *op. cit.*, pp. 60-62. これは以前のDHEW政策からの逸脱であり，連邦官僚内のもう1つの医療改革家グループによって推進された。
- (44) Sardell, *op. cit.*, p. 71.
- (45) Levitan, *op. cit.*, pp. 62-63.
- (46) Levitan, *op. cit.*, p. 57; Hollister, *op. cit.*, p. 2. NHCは1ヵ所で予防，治療，リハビリなど包括的医療を6,000人~5万人の住民に提供した。NHCは貧困者には無料で，それ以外の患者には支払い能力に応じた基準料金で医療を提供し，職員の約半数は地区住民だった。
- (47) D. I. Zwick, "Some Accomplishments and Findings of Neighborhood Health Centers," Hollister, Kramer, and Bellin eds., *op. cit.*, pp. 71-72.
- (48) Sardell, *op. cit.*, p. 77; Davis and Schoen, *op. cit.*, p. 170.
- (49) R. P. Nathan, *The Plot That Failed: Nixon and the Administrative Presidency*, 1974, pp. 13-25; B. Lefkowitz, "The Health Center Story: Forty Years of Commitment," *Journal of Ambulatory Care Management*, Vol. 28, No. 4 (2005), p. 298; Starr, *op. cit.*, p. 396.
- (50) Marcus, *op. cit.*, pp. 16-18; Davis and Schoen, *op. cit.*, p. 170. この管轄権移管により補助金交付の決定権が連邦OEOからDHEWの未経験な地方事務所へ移されることになった。
- (51) Hollister, *op. cit.*, p. 2; Sardell, *op. cit.*, p. 78; 1971年までに150団体のNHCが都市スラム街と農村地域に立地していたが，100団体はOEOが，50団体はDHEWが資金を提供していた (Lefkowitz, *op. cit.*, p. 14). NHCは3/4が都市地域，1/4が農村地域に立地し，患者100万人の健康向上に役立った。ニクソン政権1期目はOEOプログラムを1969年水準 (20億ドル弱) に維持したが，2期目にはその解体を進める姿勢

- を鮮明にした (Marcus, *op. cit.*, p. 16)。
- (52) Hollister, *op. cit.*, p. 2. 1973年のGAOの研究もNHCがメディケアやメディケイドから十分な払い戻しを受け取っていないと結論づけている (Sardell, *op. cit.*, p. 79)。
- (53) Sardell, *op. cit.*, p. 82. 彼らはニクソン政権内の「ゲリラ」として行動したという。
- (54) Sardell, *op. cit.*, pp. 88-89. 1970年代半ばに公衆衛生サービス法第329節と第330節がCHCとMHC (季節労働者保健センター) を恒久的なNPOとして認めた。これにホームレス医療プログラム (1987年) と公営住宅プライマリケアプログラム (1990年) を加えた4プログラムの認可が1996年保健センター強化法によって第330節の下に置かれることになった (USDHHS HRSA, *op. cit.*, p. 2)。
- (55) Sardell, *op. cit.*, pp. 92-94. 1974年にはNHCプログラムは医療サービスを十分に受けられない貧困者に限定されたプログラムと定義された。
- (56) *Ibid.*, pp. 96-97; Lefkowitz, *op. cit.*, pp. 13-15. ニクソンの国内政策は初期には後期ほど保守的ではなかったといわれる。
- (57) Sardell, *op. cit.*, p. 99. 政府への不信感から、CHCを認可した公法第94-63は保健センターがどのように機能すべきか明確に規定した。
- (58) *Ibid.*, pp. 100-101. OEOは当初、委員の1/3を住民患者とする規則を定めていたが、1973年までに50%まで引き上げた。
- (59) *Ibid.*, pp. 104-105.
- (60) *Ibid.*, pp. 109-110. 公法第94-63号はCHCプログラムに1976年度2.2億ドル、1977年度2.4億ドルの支出を認めたが、フォード政権は1976年度について1975年度の1億9,670万ドルより20%も少ない1億5,520億ドルしか求めなかった。
- (61) *Ibid.*, p. 112.
- (62) *Ibid.*, p. 113.
- (63) *Ibid.*, pp. 114-116. NHSCは当初の1970年には農村医療サービスの欠如問題への対応と考えられ、初期職員雇用の大部分は農村地域で行われた。
- (64) *Ibid.*, p. 117.
- (65) Davis and Schoen, *op. cit.*, p. 173.
- (66) *Ibid.*, p. 174.
- (67) *Ibid.*, p. 174.
- (68) *Ibid.*, p. 175.
- (69) *Ibid.*, pp. 175-176.
- (70) *Ibid.*, p. 176.
- (71) 他の事例としてフィラデルフィア南東部NHC (SFNHC) については J. Vermeiren, *A Transition Planning Model For The Neighborhood Health Center*, 1974 が詳しい。
- (72) Davis and Schoen, *op. cit.*, pp. 177-178.
- (73) *Ibid.*, p. 178.
- (74) *Ibid.*, pp. 179-182. NHCの入院削減効果はボストン、シカゴ、チャールズタウンなど多くの地区で検証されている。
- (75) *Ibid.*, p. 190. NHC費用の半分未満が伝統的治療、検査、X線、調剤サービス、12%が歯科治療、10%が精神医療、在宅医療及びその他の医療サービス、16%が支援サービス、17%が管理運営に支出されていた。治療、X線、検査及び調剤への支出は1975年に登録患者1人当たり108ドルで、全米平均の150ドルより遥かに少なかった。
- (76) *Ibid.*, pp. 182-185. ローウンデーズ郡 (アラバマ州) では、乳児死亡率がNHCのサービス開始によって正常出産1,000人当たり1967年の46.9人から1971年の28.3人へと低下した。なお、NHCの成果についてはモアヘッド、スパーラー & ジョンソン、アンダーソン & モルガン等の研究が肯定的な評価を行っている。
- (77) *Ibid.*, p. 192; R. A. Reynolds, "Improving Access to Health Care Among the Poor — the Neighborhood Health Center Experience," *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 54 (Winter 1976), p. 69; G. Sparer and A. Anderson, "Cost of Services at Neighborhood Health Centers," *The New England Journal of Medicine*, Vol. 286 (June 8, 1972), pp. 1241-1245. NHCの費用は病院外来部門やクリニック、巨大前払いグループ診療 (カイザー・ポートランド等) の費用に匹敵していた。
- (78) Davis and Schoen, *op. cit.*, pp. 193-195. 1977年社会保障法改正はメディケイドがこれらのサービスに対する償還を農村クリニックに行うよう州に命じた。
- (79) Sardell, *op. cit.*, pp. 118-120; Lefkowitz (2005), *op. cit.*, p. 299. 保健担当次官 J・リッチモンド、彼の次官補 R・ハンフトと J・ラショフ、及び保健企画評価次官補 K・デービスなどは皆以前にNHCプログラムに関与していた。
- (80) Sardell, *op. cit.*, p. 122.
- (81) *Ibid.*, pp. 123-124. 例えば、UHI補助金はNHSC職員 (医師) を利用した病院付属クリニックの発展を促した。これはNHCを既存の医療提供制度変革のモデルと考えたOEOの政策と極めて対照的だった。
- (82) *Ibid.*, pp. 125-126. 1975~1978年にCHCは患

- 者1人当たり医療費を50%低下させたが、包括的サービスを提供しているCHCは574団体のうち158団体のみであった。DHEWはまずプライマリ医療の提供から始めて包括医療へと拡大する漸進主義の考え方で説明した。
- (83) C. Brecher and M. Forman, "Financial Viability of Community Health Centers," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 5, No. 4 (Winter 1981), pp. 744-745; P. Kalmans, *Medicaid Reimbursement of Community Health Center*, 1977, p. 24; Sardell, *op. cit.*, pp. 127-128. 1977年時点で22州とワシントンDCのみがCHCをクリニックとして認め、償還を行っていた。
- (84) Sardell, *op. cit.*, pp.128-130; Lefkowitz (2005), *op. cit.*, p. 299.
- (85) Sardell, *op. cit.*, pp. 131-132.
- (86) *Ibid.*, pp. 136-137.
- (87) *Ibid.*, p. 137.
- (88) *Ibid.*, p. 149.
- (89) ゲットー医療についてはJ. V. Connorto, "Ghetto Medicine Funding," *American Journal of Public Health*, Vol. 62, No. 1 (January 1972), pp. 5-8を参照。
- (90) Sardell, *op. cit.*, p. 149.
- (91) *Ibid.*, p. 152.
- (92) *Ibid.*, pp. 153-156. 例えば、PCCは補助金を新規建設費用に充当することを禁止された。
- (93) *Ibid.*, pp. 159-161.
- (94) H. J. Geiger, "community health centers: Health care as an instrument of social chang," in Sidel and Sidel ed., *op. cit.*, p. 13. 下村健他訳前掲書, 156-157頁。
- (95) Sardell, *op. cit.*, pp. 168-169. 同小委員会の11名の民主党員のうち6名は平均的下院民主党員より経済や社会問題に対して遥かにリベラルな考えを持っていた。2名の民主党員は平均的下院共和党員よりも保守的であった。一方、共和党員は全員保守派であったという。
- (96) *Ibid.*, pp. 170-171; Lefkowitz (2005), *op. cit.*, pp. 299-300.
- (97) Sardell, *op. cit.*, pp. 172-173; F. I. Greenstein ed., *The Reagan Presidency: An Early Assessment*, 1983, pp. 53-56.
- (98) Sardell, *op. cit.*, p. 175; Lefkowitz (2005), *op. cit.*, p. 299.
- (99) *Ibid.*, p. 176.
- (100) Lefkowitz (2005), *op. cit.*, p. 300. ジョージア州も申請したが規則不服従と裁定され、取り下げるようになった。
- (101) Sardell, *op. cit.*, p. 190.
- (102) *Ibid.*, p. 192.
- (103) *Ibid.*, pp. 192-194.
- (104) Lefkowitz (2005), *op. cit.*, p. 300.
- (105) A. H. Strelnick, "Increasing access to health care and reducing minority health disparities: A brief history and the impact of community health centers," *Journal of Legislation and Public Policy*, Vol. 8 (2005), p. 63; *The New York Times*, February 17, 1991; M. K. Gusmano, G. Fairbrother and H. Park, "Exploring the Limits of the Safety Net: Community Health Centers and Care for the Uninsured," *Health Tracking*, Vol. 21, No. 6 (Nov./Dec. 2002), p. 188.
- (106) J. G. Dryfoos, "What President Bush can do about Family Planning," *American Journal of Public Health*, Vol. 79, No. 6 (June 1989), pp. 689-690.
- (107) Strelnick, *op. cit.*, p. 63; Lefkowitz (2005), *op. cit.*, p. 300. CHC (含むMHC) は1990年当時、600団体が2,000ヶ所の診療所で600万人に包括的プライマリケアを提供していた。
- (108) Strelnick, *op. cit.*, p. 70.
- (109) M. E. Lewin and S. Altman eds., *America's Health Care Safety Net: Intact but Endangered*, 2000, p. 29. 1998年にマネジドケアはメディケイドの主な提供制度になった。全受給者の半分以上(1,670万人)がマネジドケアに参加し、特に10州(フロリダ, オレゴン, アリゾナ他)では75%以上が参加していた。
- (110) Lewin and Altman eds., *op. cit.*, p. 30; GAO, *Medicaid: Spending Pressures Drive States toward Program Reinvitation*, 1995, pp. 7-8. 第1915節(b)特例措置は最初、社会保障法に対する1962年公的福祉改正の一部として導入され、第1115節特例措置は1981年に議会によって促進されたメディケイド改正の一部であった。
- (111) Strelnick, *op. cit.*, p. 73; Lewin and Altman eds., *op. cit.*, p. 31.
- (112) L. W. Sullivin, "Sounding Board: The Bush Administration's Health Care Plan," *The New England Journal of Medicine*, Vol. 327, No. 11 (Sept. 10, 1992), p. 802; A. Maioni, *Parting at the crossroads: the emergence of health insurance in the United States and Canada*, 1998, p. 168.
- (113) Lefkowitz (2005), *op. cit.*, p. 301.
- (114) S. Wilensky and D. H. Roby, "Health Centers

- and Insurance: Complement, not Alternatives,” *Journal of Ambulatory Care Management*, Vol. 28, No. 4 (2006), p. 350.
- (115) Lewin and Altman eds., *op. cit.*, p. 39. 10州のみは全米の趨勢に抗してメディケイド受給者を増加させた。ワークフェアについては拙著『勤労福祉政策の国際展開』九州大学出版会, 2005年, 第1章を参照。
- (116) Lewin and Altman, *op. cit.*, p. 39.
- (117) Lewin and Altman, *op. cit.*, p. 40.
- (118) Lewin and Altman, *op. cit.*, pp. 5, 40. 1996年にはDSH交付金とメディケアが公立病院によって提供された不払い医療の約40%を賄っており, 貧民ケア財源として重要な役割を果たしていた。
- (119) 詳しくは拙著『アメリカの福祉国家政策』九州大学出版会, 2002年, 第3章を参照。
- (120) S. Wilensky, S. Rosenbaum, D. Hawkins and H. Mizeur, “State Funded Comprehensive Primary medical Care Service Programs for Medically Underserved Populations: 1995 vs 2000,” *American Journal of Public Health*, February 2005, Vol. 95, No. 2, pp. 254-255.
- (121) A. S. O’malley, C. B. Forrest, R. M. Politzer, J. T. Wulu and L. Shi, “Health Center Trends, 1994-2001: What Do They Portend For The Federal Growth Initiative?,” *Health Affairs*, Vol. 24, No. 2 (2005), pp. 470-471.
- (122) L. Shi, K. D. Frick, B. Lefkowitz, and J. Tillman, “Managed Care and Community Health Centers,” *Journal of Ambulatory Care Management*, Vol. 23, No. 1 (Jan. 2000), p. 2. 1998年にはCHCは700団体(約2,000ヵ所)に達し, 900万人に医療を提供していた。この患者のうち40%が無保険者, 65%がマイノリティ, 6%がホームレス, 33%がメディケイド受給者, 66%が貧困基準以下の低所得者, 他の20%が貧困基準の100~200%の所得の貧困者となっていた(L. Shi, B. Starfield, J. Xu, R. Politzer and J. Regan, “Primary Care Quality: Community Health Center and Health Maintenance Organization,” *Southern Medical Journal*, Vol. 96, No. 8, August 2003, p. 787)。
- (123) Shi, Frick, Lefkowitz, and Tillman, *op. cit.*, p. 14.
- (124) 赤字はマネジドケアの比率の高いCHC 54.9%, 低いCHC 47.2%, 非マネジドケアCHC 42.8%となっていた(*Ibid.*, p. 14)。
- (125) *Ibid.*, p. 15.
- (126) Shi, Starfield, Xu, Politzer and Regan, *op. cit.*, p. 789.
- (127) Wilensky, Rosenbaum, Hawkins and Mizeur, *op. cit.*, p. 254; J. S. McAlearney, “The Financial Performance of Community Health Centers, 1996-1999,” *Health Affairs*, Vol. 21, No. 2 (March/April 2002), p. 219.
- (128) *Ibid.*, p. 224.
- (129) O’malley, Forrest, Politzer, Wulu and Shi, *op. cit.*, p. 470.
- (130) Gusmano, Faibrother and Park, *op. cit.*, p. 188.
- (131) Lefkowitz (2005), *op. cit.*, p. 301; J. K. Iglehart, “Health Centers Fill Critical Gap, Enjoy Support,” *Health Affairs*, Vol. 29, No. 3 (2010), p. 343. 2005年に赤字膨張に直面して予算一律削減の一環として提案された増加分2.19億ドルが1.16億ドルに半減された。
- (132) O’malley, Forrest, Politzer, Wulu and Shi, *op. cit.*, p. 465.
- (133) J. K. Iglehart, “Health Centers Fill Critical Gap, Enjoy Support,” *Health Affairs*, Vol. 29, No. 3 (2010), p. 343; Do., “Spending the Safety Net — Obstacles to the Expansion of Community Health Centers,” *The New England Journal of Medicine*, Vol. 358, No. 13 (2008), pp. 1321-1323.
- (134) D. Howkins and S. Rosenbaum, “Health Center at 40: Implications for Future Public Policy,” *Journal of Ambulatory Care Management*, Vol. 28, No. 4 (2005), p. 361; M. Falik, J. Needleman, R. Herbert, B. Wells, R. Politzer, M. B. Benedict, “Comparative Effectiveness of Health Centers as Regular Source of Care,” *Journal of Ambulatory Care Management*, Vol. 29, No. 1 (2006), p. 24.
- (135) A. Zubekas, “Health Centers and the Health care System,” *Journal of Ambulatory Care Management*, Vol. 29, No. 1 (2005), p. 334.
- (136) Zubekas, *op. cit.*, pp. 335-336. ロバート・ウッド・ジョンソン財団の地区管理 (Community in Charge) プログラムやW・K・ケロック財団の地区選択 (Community Voices) プロジェクトなどを含む財団もネットワーク発展に助成を行った。
- (137) Zubekas, *op. cit.*, p. 337.
- (138) *Ibid.*, p. 337.
- (139) Howkins and Rosenbaum, *op. cit.*, p. 363;

- Wilensky, Rosenbaum, Hawkins and Mizeur, *op. cit.*, p. 255.
- (140) Taylor, *op. cit.*, p. 4.
- (141) *Ibid.*, p. 5; 補助金総額の 40%~60%が僻地住民向けに交付されると法定されていた。
- (142) M. Proser, "Deserving the Spotlight: Health Centers Provide High Quality and Cost Effective Care," *Journal of Ambulatory Care Management*, Vol. 28, No. 4 (2005), p. 322. 季節労働者 70 万人, ホームレス 68 万人にも医療を提供していた。
- (143) Taylor, *op. cit.*, p. 6.
- (144) *Ibid.*, p. 7. 「保健センター」は第 330 節補助金交付クリニックに限定して使われる。
- (145) Iglehart, *op. cit.*, p. 343.
- (146) *Ibid.*, p. 344.
- (147) *Ibid.*, p. 344.
- (148) NACHC, "America's Health Center," *Fact Sheet*, August 2010.
- (149) USDHHS HRSA, *op. cit.*, p. 7.
- (150) NACHC, *A Sketch of Community Health Centers Chart Book*, 2009.
- (151) NHSC は農村の医師が辞め, 転出して多くの地域が無医村になった 1950 年代と 1960 年代にアメリカで起こった医療危機のために設立された。農村州が議会に訴え, HRSA の管轄下に設立された。NHSC は医療専門職の学生に対する奨学金や学費債務肩代わりによって, 全米の医療専門職不足地域 (HPSA) が必要な医療ニーズを満たせるように医療・歯科・精神医療提供者を確保できるように援助している (HRSA ホームページ, <http://nhsc.bhpr.hrsa.gov/about/default.htm>)
- (152) NACHC (2009), *op. cit.*
- (153) USDHHS HRSA, *op. cit.*, p. 12.
- (154) Proser, *op. cit.*, pp. 321-330.
- (155) ヘルス・ホーム (メディカル・ホーム) は建物, 住宅あるいは病院などではなく, 包括的プライマリケアを提供する方法を指している。その定義はアメリカ小児科学会によれば, ①アクセスの良さ, ②継続性, ③包括性, ④家庭中心, ⑤調整, ⑥思いやり, ⑦文化的効果, などの要素を持ったプライマリケアとされている (USDHHS HRSA, *op. cit.*, p. 3)。
- (156) S. Rosenbaum, "Medicaid and National Health Care Reform," *Community Health Forum*, 2009, p. 30.
- (157) N. L. Cook, L. S. Hicks, A. J. O'Malley, T. K. Keengan, E. Gaudagnoll, and B. E. Landon, "Access To Speciality Care And Medical Services In Community Health Centers," *Health Affairs*, Vol. 26, No. 4 (2007), p. 1465.
- (158) Lefkowitz (2005), *op. cit.*, pp. 301-302.
- (159) E. Y. Adashi, H. J. Geiger and M. D. Fine, "Health Care Reform and Primary Care — The Growing Importance of the Community Health Center," *The New England Journal of Medicine*, No. 362, No. 22 (2010), pp. 2047-2048.
- (160) 2010 年医療改革法は次の 5 年間で CHC が診療対象とする患者数を 4,000 万人に拡大するための資金増額を盛り込んでいた (*State Health Watch*, September 2010, pp. 10-11)。
- (161) Adashi, Geiger and Fine, *op. cit.*, p. 2049.
- (162) Proser, *op. cit.*, p. 328; Howkins and Rosenbaum, *op. cit.*, p. 362.
- (163) 非高齢者の多くが雇主提供医療保険に加入していたが, その比率は 2001~2004 年に 65%から 61%に低下し, 無保険者を増加させた (Wilensky and Roby, *op. cit.*, p. 350)。

《Summary》

Vicissitudes of the Community Health Center Program
and Comprehensive Primary Care in the United States

ARAI Mitsuyoshi

The aim of this paper is to analyze the activities of Community Health Centers (CHCs) in the United States, to relate their history through various political administrations up to the present time, and to make clear their significance with regard to prevention, primary care, and social and support services in the comprehensive health care systems. Three quarters of the patient load at CHCs is made up of Medicaid recipients and the uninsured, and these centers are burdened with the problem that their patient referrals are frequently turned away by outside specialists. CHCs have offered comprehensive long-term care to 1.4 million elderly people, which has enabled these clients to continue living at home as long as possible. The overall significance of the CHCs has been to offer comprehensive community-based care to community residents; they have achieved both low medical costs and good quality medical care.

For more than 40 years, CHCs have shown a strong ability to survive, resisting early pressure for abolition following their establishment as part of the Great Society policies in 1965. After surviving the hostile policies of both the Nixon and the Reagan administrations, they have continuously been able to support the American health care system. In fact, President G. W. Bush doubled the CHC grant budget during his term of office. President Obama, in order to secure medical treatment for the large number of uninsured Americans, is attempting to increase the patient usage of the CHCs from 20 million people to 40 million through his health care reform package. The United States are facing the urgent problem of achieving universal health insurance, and CHCs are standing in the forefront in providing a safety net for the uninsured. CHCs reduce the inequality of access to care, treat at-risk patients before their condition worsens, decrease the use of high cost medical institutions like emergency rooms or hospitals, and deliver medical treatment with high cost-effectiveness. Up to now, detailed research analyzing the history and activities of CHCs has not been carried out in Japan, to our loss. This paper is an attempt to remedy this deficiency.

Keywords: comprehensive primary care, Great Society, Neighborhood Health Center, Community Health Center, uninsured, Medicaid, federal grant, health care reform