

現代米国における医療提供体制の改革

— アカ운タブル・ケア組織と セーフティネット・プロバイダーを中心に —

高山 一夫

はじめに

少子高齢化に直面する先進各国において、質の高い医療を普遍的かつ妥当な費用負担で提供することは、医療政策上の中心的な課題をなす。そうした中、先進国で唯一、普遍的な医療保障制度を持たず、かつ医療費支出も突出して高額な米国の制度改革の取り組みが、注目を浴びている。

米国では、2010年に成立した「患者保護及び医療費負担適正化法」(The Patient Protection and Affordable Care Act, P.L.111-148、以下ACA法と略す)において、高騰する国民医療費を抑制しつつ、医療保険加入の促進とプライマリケアを中心とした医療提供の確保を図ることで、医療アクセスの改善を企図した改革が進められている。ACA法が本格的に施行された2014年度以降、無保険者数が大幅に減少するといった画期的な成果もすでにみられる。

しかしながら、ACA法に関する研究は、医療保険制度の改革に関わるものが大半であり、制度改革のいま一つの柱である医療提供体制の改革については、いまだ十分には論じられていない⁽¹⁾。ACA法に係る代表的な先行研究である天野(2013)と山岸(2014)においても、いずれもACA法の成立に至る政治過程や立法過程の分析を主眼とするために、政治的争点をなした医療保険制度改革に力点が置かれている。本稿で着目するアカ운タブル・ケア組織(Accountable Care Organization、以下基本的にACOと略す)については、岩崎・村山(2014)が2014年までの制度を詳細に論じているものの、その成果までは論じ得ていない。そこで本稿では、ACOに係る最新の制度や当面の成果について、2015年の現地聞き取り調査と英語文献レビューに基づき、明らかにすることを課題の一つとする。

また、医療提供体制面におけるACA法の改革に注目する際、医療扶助メディケイド拡大と関連して、米国における貧困者への医療提供を支えてきたセーフティネット・プロバイダー(safety net provider、以下基本的にSNPと略す)への影響を看過することができない。SNPに及ぼすACA法の影響については、Hall and Rosenbaum (2012)が総合的に分析している。そこで、本稿では、2012年以降の文献レビューと2015年の現地聞き取り調査、さらに2016年3月に本学にて開催した公開研究会で得られた成果をふまえ、また、ACA法の新たな取り組みである患

者中心のメディカル・ホーム(Patient-centered Medical Home、以下 PCMH と略す)を取り上げることで、ACA 法と SNP に関する新たな知見を加えたい。

まず、米国における医療提供体制の課題を整理する。次に、医療提供体制面における改革として、高齢者医療保険メディケアの診療報酬改革とアカウントブル・ケア組織について、制度改革の内容と当面の成果について明らかにする。さらに、医療扶助メディケイド拡大とセーフティネット・プロバイダーに着目し、その状況と改革の影響について分析する。以上の分析をもとに、米国における医療提供体制の改革の中長期的な展望と日本の医療制度に対する政策的含意について、考察したい。

1. 米国における医療提供体制の課題

(1) 医療アクセスの不公平

米国は、先進各国の中で唯一、普遍的な医療保障制度をもたない。1965年社会保障法により、高齢者や障害者を対象とする社会保険メディケア(Medicare)と、貧困者に対する医療扶助メディケイド(Medicaid)とが創設されはしたものの、現役世代とその扶養家族の多くは、個人加入型または雇用主が提供する民間医療保険に加入する。公的保険と民間医療保険のいずれにも加入できない者は、無保険となる。ACA 法が2014年より本格施行されることで、無保険者の数は2013年の4180万人から2014年の3297万人へと883万人も減少し、米国民の医療保険加入率が史上初めて9割に達した。しかし、米国市民権をもたない非合法移民を中心に、2014年時点でなお3300万人弱が無保険である。

医療保険加入者と無保険者とのあいだには、医療アクセス上の著しい不公平が存在する⁽²⁾。一例をあげると、2013年ないし2014年における、かかりつけ医をもたない成人(18歳以上64歳未満)の割合は、保険加入者の10.5%に対して、無保険者は52.5%である。同様に、過去12ヵ月に受診歴のない者も、前者の13.0%に対して後者は39.0%と、いずれも無保険者が有意に高い⁽³⁾。医療保険の有無は、人種・エスニシティ間での不平等とも関連している。2014年の無保険者の比率(18歳以上64歳以下)は、白人の11.5%に対して、黒人17.6%、ヒスパニック34.1%であり、ACA 法施行後においても、人種・エスニシティ間における無保険者比率の格差は解消していない。妊産婦死亡やぜんそく患者の医学管理など、健康格差(health disparities)に係るいくつかの指標においては、人種・エスニシティ間の格差がむしろ拡大傾向にあるという⁽⁴⁾。

(2) 医療過疎と医療専門職不足

医療アクセスの困難は、医療資源の不足や地理的偏在によっても生じる。米国保健福祉省医療資源サービス局(Health Resources and Services Administration、以下 HRSA と略す)は、独自に作成した医療不足指標(Medically Underserved Index)に基づき、医療過疎地域と医療過疎人口を測定し公開している。医療不足指標は、①人口千人当たりプライマリケア医師数、②乳幼児死亡

率、③連邦貧困基準以下人口比率、④65歳以上人口比率の4つの要素に基づいて作成される。2016年においては、全米で4196の医療過疎地域・人口があり、最も多いのはテキサス州の316地域である⁽⁵⁾。

同様に、HRSAは、地域医療に不可欠な領域として、①プライマリケア、②精神保健、③歯科をとりあげ、それぞれについて、地理的領域、人口集団、医療施設の3つの指標に基づき、3つの領域について医療専門職不足地域(Health Professional Shortage Area)を指定している。プライマリケアをとりあげると、2016年では、3つの指標の総計で6382地域(人口6100万人)が医療専門職不足地域に指定され、最多はカリフォルニア州の570地域となっている⁽⁶⁾。

医師数に目を転ざると、米国では一般的に専門医志向が強いとされ、プライマリケアを担う医師は、家庭医、一般内科医、小児科医を合わせても24.6万人(実質20万人)と、医師数全体の三分の一にすぎない⁽⁷⁾。そうしたプライマリケア医の不足に対処すべく、HRSAは、ナショナル・ヘルス・サービス・コープス(National Health Service Corps)とよばれる制度を設けて、プライマリケア医を目指す医学生を対象に奨学金の交付や公的教育ローンの払い戻しを行っている⁽⁸⁾。

(3) 高騰を続ける国民医療費

米国では、国民医療費(National Health Expenditure)が歴史的に高騰を続けてきた。2000年代以降も毎年6%の増加を続け、2014年の国民医療費は3兆3129億ドル、国民一人当たり9523ドルとなった。同年の国内総生産(GDP)に対する国民医療費の比率は、17.5%に達する⁽⁹⁾。

高騰する医療費の財源の面に着目すると、2000年代を通じて、連邦政府が負担割合を高めてきたことがわかる。国民医療費に占める連邦政府支出の割合は、2000年の19.0%から、2015年には27.8%へと急増している。その主たる要因は、連邦医療支出の7割を占めるメディケア・メディケイドの予算が、2000年の1660億ドルから5936億ドルへと3.6倍にも膨張したことに求められる。

米国の医療費は、国際的にみても高い。経済協力開発機構(OECD)の2016年の統計では、米国の医療支出(current expenditure on health)の対GDP比は16.9%であり、OECD平均の9.0%と比べても突出して高い。同年の国民一人当たり医療支出も9451ドルと、やはりOECD平均の3740ドル(購買力平価換算)の2倍以上である⁽¹⁰⁾。

2. ACA法と医療提供体制の改革(1)—メディケアMSSPとACO

(1) アカウンタブル・ケア組織の設立促進

ACA法における医療提供体制改革の柱のひとつは、アカウンタブル・ケア組織(ACO)の設立の促進である。ACOとは、患者中心(patient-centered)で質の高いプライマリケアを提供することを目的として、医師や病院が主導的に設立する医療組織である。ACA法は、メディケアの支出抑制とプライマリケアの質の向上を図るため、新たな診療報酬支払制度であるメディケ

表1 構成要素類型別アカウントブル・ケア組織数(2016年4月)

類型	回答数	構成比
開業医のネットワーク	234	54.0
病院と専門職のパートナーシップ	166	38.3
病院がACO 専門職を雇用	135	31.2
グループ・プラクティス	134	30.9
ルーラル・ヘルス・クリニック	65	15.0
連邦認可コミュニティ・ヘルス・センター	60	13.9
クリティカル・アクセス・ホスピタル	55	12.7

注) 回答数はACOの自己申告(重複回答)。構成比は433のACOに対する割合である。
出所) CMS ウェブサイト(注12に掲載)より作成。

ア・シェアード・セービング・プログラム(Medicare Shared Saving Program、以下MSSPと略す)の導入を通じて、ACOの設立を促している。

メディケアのMSSPに参加するためには、ACOは、米国保健福祉省メディケア・メディケイド・センター(Center for Medicare and Medicaid Services、以下CMSと略す)から認可を受けなければならない。ただし、ACOは従来のマネジドケア⁽¹¹⁾とは異なり、組織構成に関する制限はなく、租税番号TIN(Tax Identification Number)があれば、営利法人としての設立も可能である。2016年4月時点では、433のACOが認可されている⁽¹²⁾。

ACOの構成に着目すると、ACOのうち約半数の234は開業医のネットワークとして設立され、166が医師と病院とのパートナーシップ、135が病院雇用型、134がグループ・プラクティスである(重複回答)。また、ルーラル・ヘルス・クリニック(rural health clinic)、連邦政府認可のコミュニティ・ヘルスセンター(community health center)、クリティカル・アクセス・ホスピタルなどもACOを構成していることから、メディケア受給者の多い都市部だけでなく、医療過疎・医療専門職不足地域においても、ACOが設立されていることが窺い知られる⁽¹³⁾(表1)。

2015年におけるCMSでの聞き取りでは、ACOの組織形成にはトップダウン型とボトムアップ型の2類型があるという。トップダウン型とは、巨大な病院の最高経営責任者が主導して組織を設立するもので、十分な資本とインフラを有するものの、医師の関与の面で苦勞するケースも少なくない。対して、ボトムアップ型とは、志を同じくする医師が集まって組織するもので、熱意は高いものの、資本とインフラが乏しい。ボトムアップ型のACOでも成功する事例はあり、例えば、テキサス州のリオグランドバレーACO(RGVACO)は、同地域のプライマリケア医が設立した小規模な組織であるものの、外部の医療機関と連携しつつ在宅医療のコーディネートに取り組み、数百万ドルの費用節減に成功したとのである⁽¹⁴⁾。

(2) メディケア診療報酬改革によるACOの評価①—医療費の節減

メディケアの新たな診療報酬支払制度であるMSSPは、ACOに対して、医療費の節減と医療の質向上へのインセンティブを付与するために導入された仕組みである⁽¹⁵⁾。2015年のCMS

表2 ACO に対する報奨および損失

	MSR/MLR	報奨額／損失額	報奨額／損失額の上限
トラック 1	2.0～3.9%	節減額の50%	ベンチマーク費用の10%
トラック 2	0～3.9%	節減額の60%	ベンチマーク費用の15%
トラック 3		節減額の75%	ベンチマーク費用の20%

出所) CMS ウェブサイト(注15に掲載)より作成。

での聞き取りでは、MSSP を導入した理由として、従来のメディケア・パート A (病院保険) およびパート B (医師診療保険) の医療費を抑制し、かつケアの提供が断片的 (fragmented) である状況を改善するために、戦略的に導入したとのことである⁽¹⁶⁾。

MSSP には、基準をクリアしたときに報奨のみがもらえる片側モデル(トラック 1)と、報奨額は大きいもののクリアできなかった場合にはペナルティも課せられる両側モデル(トラック 2 およびトラック 3)との 2 種類がある⁽¹⁷⁾。いずれを選択するかは ACO 側の選択による。MSSP の種類別 ACO 数では、片側モデル(トラック 1)が411と圧倒的であり、両側モデル(トラック 2 およびトラック 3)は22にすぎない。

ACO に対しては、メディケア受給者が機械的に割り当られる (assignment)。割当とは、あくまで統計作成上の操作であって、患者あるいは ACO 側が選択するわけではない⁽¹⁸⁾。また、ACO に登録された患者であっても、メディケア・アドバンテージとは異なり、ACO 外部の医療機関を引き続き利用することができる⁽¹⁹⁾。2016年4月時点で ACO に登録されたメディケア受給者は、約770万人である。ACO 登録者の割合では、ボストンが19.8%と最も高く、以下、フィラデルフィア16.9%、カンザス・シティ16.4%と続く。

CMS は、メディケアの診療報酬データを基に、各 ACO に割り当てられた患者の医療費と医療内容を検討し、当該 ACO を評価する。評価に際しては、MSSP 参加前の 3 年間に遡ってデータを確認した上でベンチマークを作成し、参加後の 3 年間のパフォーマンスについて、医療費を比較する。評価に際しては、年ごとのブレや割当患者の違いに起因する差異をなくすよう、メディケア全体の医療費の趨勢を考慮したうえで、リスク調整や異なる重みづけが施される⁽²⁰⁾。

ACO に対する報奨 (shared savings) は、ベンチマークと実際の医療費との差額－プラスなら節減 (savings) であり、マイナスなら損失 (loss) となる－をベンチマークで控除した値が、CMS の定める最低節減率 (Minimum Savings Ratio、以下 MSR と略す) を上回った場合に支払われる。また、両側モデル(トラック 2 およびトラック 3) の ACO の場合、最低損失率 (Minimum Loss Ratio、以下 MLR と略す) を上回る損失 (費用超過) を出したときは、損失 (shared loss) の支払が課せられる⁽²¹⁾。ACO に対する報奨および損失は、実際の節減額・損失額の 50%～75% の金額であり、かつ比較対象となるベンチマーク費用の 10～20% を上限とする (表 2)。

(3) MSSP による ACO の評価②—医療の質向上

ACO への報奨額の算定に際しては、医療の質に関する指標も考慮される。医療の質に関する

る指標(Quality Measures)は、2016年においては、次の4つの領域(domain)における34の指標に基づいて測定される⁽²²⁾。①患者・医療従事者の経験(Patient/Caregiver Experience)の8指標、②ケアのコーディネートと患者の安全(Care Coordination/Patient Safety)の10指標、③予防(Preventive Health)の9指標、そして④リスク集団の診療(Clinical Care for At-Risk Population)の7指標(ただし糖尿病は2つの指標を1つに集約する)である(表3)。

表3 MSSPにおける医療の質指標の概要(2016年)

①患者・医療従事者の経験(Patient/Caregiver Experience)
タイムリーな診療、予約、情報提供
医療従事者との良好なコミュニケーション
医療従事者に対する患者側の評価
専門医へのアクセス
健康増進・健康教育の提供
共同意思決定
健康状態・機能状態
患者の財産に対する受託責任(Stewardship of Patient Resources)
②ケアのコーディネートと患者の安全(Care Coordination/Patient Safety)
リスク調整後再入院
ナーシングホームへの30日以内再入所
糖尿病患者の意図せざる再入院
心不全患者の意図せざる再入院
複数の慢性疾患を有する患者の意図せざる再入院
COPDまたは喘息による高齢者の緊急入院(sensitive conditions admissions)
心不全患者の緊急入院
電磁的診療イニシアティブの対象となったプライマリケア医
現在の服薬記録の文書化
転倒リスクのスクリーニング
③予防(Preventive Health)
インフルエンザの予防接種
高齢者の肺炎予防接種
BMI (Body Mass Index)のスクリーニングとフォローアップ
喫煙のスクリーニングと禁煙指導
鬱病のスクリーニングとフォローアップ計画
直腸がんのスクリーニング
乳がんのスクリーニング
高血圧のスクリーニングと文書でのフォローアップ
心疾患の予防・治療のためのスタチン治療
④リスク集団の診療(Clinical Care for At-Risk Population)
うつ病患者の12か月以内の再入院
糖尿病(HA1c)のコントロール
糖尿病(眼科検診)
高血圧のコントロール
虚血性心疾患(アスピリン・その他抗血栓剤の使用)
心不全(左心室収縮機能障害に対する β ブロッカー治療)
冠状動脈疾患・糖尿病の左心室収縮機能障害に対するアンジオテンシン変換酵素阻害薬またはアンジオテンシン受容体遮断薬療法

出所) CMS ウェブサイト(注22に掲載)より作成。

医療の質に係る指標のうち、①の患者・医療従事者の経験に関するデータは、医療機関及び医療システム評価(Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)に基づき、CMSの認可を受けた事業者がサーベイする。②のケアのコーディネートと患者の安全は、大半がメディケアに対する診療報酬請求事務のなかでデータが収集されるため、ACO側が特にデータを収集し提出する必要はない(CMSと契約した事業者がACO毎のデータを整理する)。②の服薬記録と転倒、そして③予防と④リスク集団の診療については、ACOは、グループ・プラクティス・レポートイング・オプション・ウェブ・インターフェース(Group Practice Reporting Option Web Interface)とよばれるシステムを用いて、全ての指標に関するデータをCMSに提出しなければならない。とくにMSSPに参加した最初のパフォーマンス年において、それら医療の質指標に関する正確なデータを提出しなければ、ACOは報奨を受け取ることができない(報告に対する支払(pay for reporting)とよばれる)。

MSSPへの参加2年目以降のACOは、CMSが定める医療の質に関するベンチマークに照らして評価を受け、一定の水準に達しなければ報奨を受け取ることができない(パフォーマンスに対する支払(pay for performance)とよばれる)。医療の質に関するベンチマークは、CMSがメディケアに関する全国的なデータをもとに、2年毎に更新する。2016年においては、ACOは、各指標について、ベンチマークにおける自らの位置(百分位点)に基づき、0点から2点の得点を得る。得点は、最低達成基準(minimum attainment level)である第30百分位以下の場合には0点であり、百分位が10ポイント上昇するのに応じて、1.10点、1.25点、1.40点、1.55点、1.70点、1.85点と増加、第90百分位以上は最高達成基準(maximum attainment level)の2点となる⁽²³⁾。

医療の質に関する指標は、それぞれ同じ重みづけで得点が加算される。ただし、②ケアのコーディネートと患者の安全のうち、電磁的診療録イニシアティブ(Electronic Health Record Initiative)に係る指標は倍の4点満点であり、さらに、④リスク集団の診療のうち、糖尿病(眼科検診)は他の指標からの合成指標のため点数がつかない。よって、医療の質に関する得点は、①の患者・医療従事者の経験が16点、②ケアのコーディネートと患者の安全が22点、③予防が18点、④リスク集団の診療が12点をそれぞれの上限とし、合計で最大68点となる⁽²⁴⁾。

(4) ACOとMSSPの成果と課題

ACOの成果について、CMSが公表した2015年の集計結果によれば、MSSPに参加したACOのうち、119(同年のMSSP参加ACOの31%)が医療の質に関する基準を満たしたうえでベンチマークを上回る医療費節減を達成し、全体として4億2900万ドルの報奨を受けた。また、別に83のACOが、節減率がMSR(表2参照)に達しなかったがゆえに報奨は受け取れなかったものの、医療費自体はベンチマーク以下の水準に抑えたという⁽²⁵⁾。ACOの95%がトラック1(MSRが2%程度で、医療費節減額の50%を報奨として受け取る)であることを考えると、メディケア全体として、2015年に8億5800万ドル以上の医療費を節減できたことになる。また、医療の質についても、2015年は84%の指標において改善がみられたという。とくに、転倒リスクのス

クリーニング、鬱病のスクリーニングとフォローアップ、高血圧のスクリーニングとフォローアップ、そして高齢者の肺炎予防接種の4つの指標では、2014年と比べて15%以上の改善を見た⁽²⁶⁾。

2015年のCMSでの聞き取り調査では、費用節減と質向上に成功したACOについて、具体的にどのような特徴を有するかについて質問を行った⁽²⁷⁾。CMSの担当者は、成功したACOの特徴として、①電子的な情報管理に積極的であること、②ケア・コーディネーターを雇用し、ハイリスク患者に対して積極的に介入していること、③退院した患者が意図せずして再入院することのないよう十分に治療した上で外来診療に移すこと、④臨床行為について高い技術水準を有すること(champion)、⑤患者中心のメディカル・ホーム(Patient Centered Medical Home)の実施⁽²⁸⁾、そして、⑥ACO内部での情報の共有、の6点を指摘した。

また、上記の聞き取り調査では、とくに情報共有の重要性が強調された。例えば、あるACOでは、参加する医師のあいだで情報を共有するために、毎月の会合で診療に係るスコアやレポートを共有し、医師間で競争と交流を深める「ダッシュボード」とよばれる仕組みを導入することで、成果を上げているという。CMS自身も、四半期ごとに集計データを各ACOに送付し、また3年毎にレポートも作成する。ACOの側は、自分たちのデータやレポートを全国平均と比較することで、さらなる改善のインセンティブが付与される、という⁽²⁹⁾。

CMSの公表データと聞き取り調査に基づく、ACOは当面の成果として、メディケア支出の節減と医療の質の向上とを達成したといえる。しかしながら、MSSPの導入とACOの設立の促進が継続的に費用節減と医療の質向上を実現するかどうかについては、明らかではない。例えば、2012年と2013年にMSSPに参加したACO割当患者の医療費を一般のメディケア受給者と比較分析した研究によれば、前者(2012年に参加)のACOでは患者一人当たり144ドルの医療費節減をもたらしたのに対して、後者(2013年に参加)では3ドルしか節減が観測されなかったという⁽³⁰⁾。また、MSSPに施行前に試験的に導入されたパイオニアACO(pioneer ACO)における割当患者の医療費を一般のメディケア受給者と比較した別の研究においても、2012年には患者一人当たり月35.62ドルの節減に対して、2013年は11.18ドルにとどまったことが示されている⁽³¹⁾。ACOの中長期的な成果については、さらなる調査と研究がまたれるといえる。

3. ACA法と医療提供体制の改革(2)—メディケイド拡大とSNP

(1) 医療アクセスを支えるセーフティネット・プロバイダー

ACA法による医療提供体制の改革に関して、メディケイド拡充とセーフティネット・プロバイダーの動向に視点を転じたい。

セーフティネット・プロバイダー(SNP)とは、無保険者やマイノリティ、HIV/AIDS患者など、医療アクセスに困難を抱える患者の診療と支援をもつばら手がける医療機関をいう⁽³²⁾。SNPのなかでも、①支払い能力を問わず患者を診療することを法的に義務づけられ、あるい

表4 セーフティネット・プロバイダー(SNP)の概要

<p>公立病院 (州・地方政府立の 急性期総合病院)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・全米で1,003病院¹⁾ ・米国公立病院協会(America's Essential Hospitals)加盟病院 (275病院)の概要²⁾ (一病院当たり年間患者数) 入院2万人、外来44.5万人、救急(ER)7.8万人 (患者の支払区分別構成比) (入院)無保険13.1%、メディケイド35.7%、メディケア29.2% (外来)無保険19.6%、メディケイド27.6%、メディケア22.4% (未償還医療費)78億ドル(全米の病院全体の16.8%に相当)
<p>コミュニティ・ヘル ス・センター(CHC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・全米1375のセンター³⁾ (一施設当たり年間患者数)1.7万人 (患者の支払区分別構成) 無保険24.4%、メディケイド49.4%、メディケア8.9% (未償還医療費)30億ドル⁴⁾
<p>地方保健部(LHD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・全米郡市保健当局協会(The National Association of County and City Health Officials)への加盟数は約2,800 ・予防接種、小児検診、母子特別補助栄養プログラム、メディケイド早期定期健診診断治療プログラム、感染症診断・カウンセリング、家族計画、学校保健、連邦母子保健事業などを実施 ・2014年国民医療費のうち公衆衛生は790億ドル(連邦政府110億ドル、州・地方政府680億ドル⁵⁾)
<p>非コア SNP</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・非営利病院、教育病院、開業医(医療過疎・医療専門職不足地域の開業医や薬剤師、インナーシティのマイノリティ出身医師)、学校保健、連邦政府の保健医療プログラム(退役軍人庁、先住民保健サービス) ・2014年の未償還医療費は病院全体で428億ドル⁶⁾ ・2014年国民医療費のうち、学校保健は44億ドル、退役軍人庁は572億ドル、先住民保健サービスは38億ドル⁵⁾

1) 米国病院協会ウェブサイト(<http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml>, 2016年8月30日最終アクセス)より作成。
(以下、ウェブサイトへの最終アドレス日は同じ。)

2) 米国公立病院協会ウェブサイト(<https://essentialhospitals.org/wp-content/uploads/2016/06/2014-Essential-Data-Our-Hospitals-Our-Patients.pdf>)より作成。

3) HRSA ウェブサイト(<http://bphc.hrsa.gov/uds/datacenter.aspx>)より作成。

4) Coughlin, et al. (2014)に基づき作成。

5) CMS ウェブサイト(注9に掲載)より作成。

6) 米国病院協会ウェブサイト(<http://www.aha.org/content/16/uncompensatedcarefactsheet.pdf>)より作成。

は定款で明記した医療機関であり、かつ、②実際の患者構成において無保険者やメディケイド受給者の割合が大きいものは、コア SNP とよばれる。具体的には、州・地方政府立の公立病院、コミュニティ・ヘルスセンター(Community Health Center、以下 CHC と略す)、地方保健部(Local Health Department)である。また、非コア SNP としての非営利病院、教育病院、開業医(特に医療過疎・医療専門職不足地域の開業医や薬剤師、インナーシティのマイノリティ出身医師等)、さらに学校保健や連邦政府の保健医療プログラムもまた、それぞれの事業を通じて、無保険者等に対する保健医療サービスの提供体制を支援している(表4)。

ACA法の施行に伴って無保険者は大幅に減少したものの、SNPによる医療アクセスの支えが引き続き不可欠である。改革の対象外とされた不法移民者(illegal immigrants)を中心に

3300万人弱の無保険がいること、また、新たに加入した医療保険の患者負担の支払が困難な者や、転職等により一時的に無保険を余儀なくされる者、あるいは言語的・文化的障壁により、受診に際して様々なサポートが必要な患者も少なくないためである⁽³³⁾。

SNPが実施する無保険者等の診療に係る財源は、政府補助金、寄附金、民間医療保険加入者へのコストシフト等より調達している。とはいえ、SNPを受診する患者にはそもそも民間医療保険加入者が少なく、患者負担の支払能力も乏しい。それゆえ、SNPの運営には、各種の政府補助金が不可欠である。無保険者の診療に要する未償還医療費(uncompensated care cost)は、2013年で総額533億ドルと推定され、うち連邦政府が328億ドル(61.5%)、州・地方政府が198億ドル(37.1%)、その他(自己負担や寄附)が7億ドル(1.3%)であったという。このうち、メディケイドによる追加診療報酬支払(disproportionate share hospital payment、以下DSHと略す)は135億ドルで、未償還医療費全体の25.3%を占める。当該支出に係る連邦政府分担金も118億ドルで、連邦による支出の36%に達する⁽³⁴⁾。

(2) 医療制度改革が公立病院に及ぼす影響

ACA法は、医療保険制度改革の一環として、要件緩和を通じたメディケイド受給者の拡大(Medicaid expansion)を各州に求めている。メディケイド拡大の内容は、①受給者に係る所得要件を連邦貧困基準の133%(実質138%)にまで引き上げること、②従来は8州およびコロンビア特別区しか認めていなかった要扶養児童をもたない貧困な成人も、新たに対象とすること、である⁽³⁵⁾。これらメディケイド拡大にともなう費用の増加について、ACA法は、その大部分を連邦政府が負担することを定めている。2016年8月時点では、31州およびコロンビア特別区がメディケイドを拡大したものの、19州は拡大に依拠していない⁽³⁶⁾。

ACA法は、増大するメディケイド受給者の診療を担う医療機関に対する診療報酬を抑制するために、メディケイドDSHに係る連邦分担金を毎年削減する規定をも盛り込んだ。ACA法が公立病院の経営に及ぼす影響について、カリフォルニア州を対象とする2013年の研究では、無保険者の減少に伴い未償還医療費は節減されるものの、受給者の増加と一人当たり医療費の増大に起因するメディケイドの原価割れ(Medicaid Shortfall)も拡大し、SNPの経営状態が悪化することを、示唆している⁽³⁷⁾。すなわち、メディケイド受給者増や医療費高騰に対応した適切な診療報酬が設定されなければ、ACA法の施行によって、SNPの財務状態はむしろ危うくなる可能性がある⁽³⁸⁾。

ただし、メディケイドDSHの支出額は、州間のばらつきが大きい。2008年の支出額を分析した研究によれば、貧困者一人当たりのDSHは、ニューハンプシャー州の2,451ドルを筆頭に6つの州で1,000ドルを超過した半面で、半数以上の州においては300ドル未満であった⁽³⁹⁾。こうしたばらつきは、各病院へのDSH支払いの対象や範囲の設定(targeting)に関して、州政府の裁量が大きいことに起因する。また2012年の別の研究では、メディケイドを拡大した州では患者1日当たりDSH交付額が平均して56ドル削減される一方、未拡大の州では32ドルの削減に

なること、すなわち拡大をした州のほうがメディケイド DSH の削減がより大きくなることを示した⁽⁴⁰⁾。メディケイド受給者が増えた結果、連邦政府のメディケイド DSH が減額されるならば、公立病院の経営悪化に対して、州・地方政府は別の財源で賄わねばならないことになる。

ACA 法の本格施行に伴う上記の懸念を背景として、連邦議会は、2013年超党派予算法(The Bipartisan Budget Act of 2013)、2014年メディケア・アクセス保護法(The Protecting Access to Medicare Act of 2014)、さらにメディケア・アクセスおよび小児医療保険再授權法(The Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015)により、三度にわたりメディケイド DSH 削減の開始を延期した。2016年時点では、メディケイド DSH の削減は2018年の20億ドルを起点とし、2019年に30億ドルと、2024年まで毎年10億ドル削減額が上乘せされ(2025年は2024年と同額)、2025年までの8年間で合計430億ドルの削減が予定されている⁽⁴¹⁾。

(3) ACA 法による新たな取り組み—PCMH の推進

公立病院と並ぶいまひとつの主要なコア SNP であるコミュニティ・ヘルスセンター(CHC)に対しては、ACA 法は、コミュニティ・ヘルス・センター・ファンド(Community Health Center Fund)を新たに設け、2011会計年度から2015会計年度までの5年間で、110億ドルの補助金を新たに交付している⁽⁴²⁾。うち95億ドルは、既存センターの運営補助、医療過疎地域での新規開設、予防及びプライマリ・ヘルスケア⁽⁴³⁾の拡充に用いることとし、15億ドルは全米での主な建設とリノベーションに支出している。例えば、慢性疾患患者の管理や予防、電磁的診療録を用いた質に関するデータ報告などで成果をあげたセンターに対する報奨の授与や、行動保健領域における補助金の拡大などである。

CHC への補助を通じた医療提供体制改革について、とくに注目されるのは、患者中心のメディカル・ホーム(PCMH)の推進である。米国の医療政策に関する代表的テキストの最新版である Bodenheimer and Grumbach (2016)によれば、PCMH とは、低所得者やマイノリティにおける健康格差を改善するために総合的なケアを提供する CHC である。具体的には、①患者が事前に PCMH に登録、②ニーズに応じて事前に決められた計画により、受診の有無を問わずケアの内容を決定、③根拠に基づくガイドラインに従って診療を標準化、④医療の質や患者満足度を評価、⑤多職種間の協働を促進するといった特徴を有する⁽⁴⁴⁾。

PCMH は、1967年に米国小児科学会が、複雑なニーズを有する小児に対して多様なケアを調整する小児科医の規範を示す標語として用いたことに由来する。その後、PCMH は、アクセス、継続性、包括性、家族中心主義、調整、共感、文化的有効性といった特長を有するケアの概念へと発展させられ、2007年には、米国家庭医学会、米国内科医師会、米国小児科学会、米国オステオパシー協会の4団体合同により、原理としてとりまとめられた⁽⁴⁵⁾。ACA 法は、医療提供体制の改革として PCMH の推進を掲げ、2014年には全米147の施設に対して、総計3億5700万ドルの補助金を交付した⁽⁴⁶⁾。

もともと、連邦補助金が交付される CHC に対しては、患者の移送や通訳、ケース・マネジ

メント、貧困児童のケア等といった授権サービス(enabling services)の実施が義務付けられている。HRSA での聞き取りによれば、この授権サービスの範囲は広く、対象となる低所得者・無保険者やマイノリティの健康格差の改善に寄与する限り、概念的にはどのようなことでも含みうるという。また、住宅や学校などの建設計画それ自体は含められないものの、他の事業との組み合わせは可能であり、近年では刑務所と連携する CHC が増えているとのことである⁽⁴⁷⁾。PCMH は、そうした CHC の多様な活動をさらに発展させるものといえる。

ただし、CHC の全国団体である全米コミュニティ・ヘルスセンター協会(National Association of Community Health Centers)での聞き取りでは、PCMH について、狭い意味でのメディカルではなく、予防なども含めたより広範囲の「ヘルスケアホーム」という概念を提唱し、試験的な取り組みをはじめたという。また、そうした活動を推進するには、医師の確保が困難であり、ナース・プラクティショナーなど医師以外の職種との協働を深めているとのことであった⁽⁴⁸⁾。

PCMH の成果については、例えば、民間の非営利団体である全米医療保険評価委員会(The National Committee for Quality Assurance)の2015年度報告書では、PCMH ではメディケアの受給者と比較して、救急処置室(Emergency Room)の受診の伸び率が低下し、また、一人当たり平均で265ドル(入院1人につき164ドル)の費用節減をもたらしたという⁽⁴⁹⁾。しかし他方、ニューヨーク州ロチェスターの PCMH を分析した別の研究では、費用節減効果は見られなかったという⁽⁵⁰⁾。PCMH の推進が中長期的に医療費の節減とプライマリ・ヘルスケアの向上をもたらすかどうかについては、ACO と同様、今後の研究を俟たねばならないといえる。

おわりに

本稿では、米国における医療提供体制面での現状と改革動向について、とくにアカウントブル・ケア組織(ACO)とセーフティネット・プロバイダー(SNP)の動向に着目して、考察を行った。本稿の締めくくりとして、米国における医療提供体制改革の中長期的な展望について考察し、次いで、日本の医療制度に対する政策的含意を述べたい。

米国の改革の中長期的な展望として、第一に、メディケア MSSP における ACO の設立促進が、中長期にわたって医療費の節減と医療の質向上を実現するのかどうか、現時点では確かなことは言えない。頻回受診や重複投薬、不適切な退院管理による再入院などに起因する医療資源のロスなどが解消することで、医療の質向上と医療費節減が両立する場合もある。しかし、医療の質が向上するにつれて、医療費が増加に転ずることも考えられる。事実、血圧管理や糖尿病の予防、メディケアの疾病管理などについては、患者の健康状態に改善はみられるものの、費用節減は期待できないとする研究が多い⁽⁵¹⁾。

第二に、貧困者や無保険者に対する医療提供を支えてきた SNP に及ぼす改革の影響について、メディケイド DSH の動向が SNP とりわけ公立病院の経営を左右することを述べた。また、PCMH という新たな取り組みに関して、ACO の場合と同様、貧困患者に対する医療の質の向

上と医療費の節減を同時に実現するかどうかは、現時点では定かでない。

以上述べた米国における医療提供体制の改革が有する日本の医療制度への政策的含意として、次の二点を指摘しうる。第一に、診療報酬制度における医療の質に係る多面的な評価方法についてである。米国の MSSP では、患者・医療従事者の主観的経験や慢性疾患の予防・管理も含む34項目もの指標に基づいて、医療の質を多面的に評価している。日本においても、診療報酬の算定に際して医療の質が考慮されてはいるものの、MSSP なども参考に、より多面的で総合的な視点から、診療報酬制度における医療の質評価方法を検討することが、望まれる。

第二に、国民皆保険を有する日本においても、保険料滞納やホームレス状態等によって無保険状態にある人々がおり、また、公的医療保険の被保険者であっても、法定患者負担の支払困難などにより、受診の遅延や処方薬の受取の見送りなど、さまざまな形態での受診抑制が広がっている。そうした医療アクセスに困難を抱える人々をどのように支援するのかについて、米国の SNP の経験から学ぶことが多いと考える。

謝辞

本稿は、2015年度京都橘大学学術研究奨励費による研究助成の成果である。本学における公開研究会にて講演をされた P. Shin 先生をはじめ、米国での現地調査で応接して頂いた多くの方々大変お世話になったことを感謝したい。もとより、本稿の文責はすべて筆者にある。

注

- (1) ACA 法の当面の成果については、高山一夫(2016a)(2016b)も参照されたい。
- (2) 松田亮三・鎮目真人編著(2016)
- (3) USDHHS (2016)
- (4) <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqdr/nhqdr14/index.html> (2016年8月30日最終アクセス。以下、注42を除く全てのウェブサイトについて、最終アクセス日は同じ。)
- (5) <http://datawarehouse.hrsa.gov/topics/shortageAreas.aspx>
- (6) 同上。
- (7) <http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/primary/pcwork1/index.html>
- (8) また、臨床の現場でも、医師の監督や指示のもとで一定の処置や処方を行えるフィジシャン・アシスタントやナース・プラクティショナー、専門看護師(Clinical Nurse Specialist)が活躍している。Bodenheimer and Grumbach (2016), pp.78-81.
- (9) <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-systems/Statistics-Trends-and-reports/NationalHealthExpendData/index.html>
- (10) OECD (2016)
- (11) マネジドケア(managed care)とは、1970年代後半から90年代に普及した保険者主導の医療組織であり、その代表がHMO (Health Maintenance Organization)である。HMOは、民間保険だけでなく、メディケア・メディケイドにおいても取り入れられている。しかし、HMOに対しては、保険者による診療制限などが問題視されている。
- (12) <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/Sharedsavingsprogram/Downloads/All-Starts-MSSP-ACO.pdf>
- (13) ルーラル・ヘルス・クリニックとは、医療過疎地域においてプライマリケアの提供を目的とする医療施設をいう。また、クリティカル・アクセス・ホスピタルとは、医療過疎地域において、外来診療と

- 他病院への搬送を担う小規模な病院をいう。
- (14) CMS での聞き取り調査(2015年2月19日)。応接者は、T. Postma 氏。
 - (15) <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/Shared-Savings-Losses-Assignment-Spec-V4.pdf>
 - (16) 注14に同じ。
 - (17) 注12に同じ。なお、トラック1とトラック2のACOに対しては遡及的に(各年末に)、トラック3のACOに対しては事前に(各年初に)、受給者が割り当てられる点で、3者のあいだに違いがある。
 - (18) 割当対象となるメディケア受給者の条件は、以下の通り。①メディケアの加入歴があること、②メディケアのパートAとパートBの両方に1ヵ月以上加入していること、③メディケア・グループ・ヘルスプラン(メディケア・アドバンテージやPACEプログラム等)に加入していないこと、④他のACOに登録されていないこと、⑤米国内に居住していること、⑥ACO内のプライマリケア担当医(内科・全科診療(general practice)・家庭科・小児科・産科)および専門職(ナース・プラクティショナー、専門看護師、フィジシャン・アシスタント)を受診していること、⑦ACO外のプライマリケアを利用している場合、当該医療費がACO内でのプライマリケアよりも小さいこと。
 - (19) ただし、その場合でもACOは、割当患者のケア全体をコーディネートし、データの管理も行わなければならない。
 - (20) ベンチマーク費用は、登録患者の受給類型(65歳以上高齢者、65歳以上でメディケアとメディケイド両方の受給権者、慢性障害者、末期腎不全患者)ごとに、1人当たり年間医療費(per capita expenditures)として求められる。集計の対象は、メディケア・パートAおよびパートBの診療費用で、入院、外来、在宅医療、医師診療、非耐久性医療機器、ホスピスである。医学教育やDSH(Disproportionate Share Hospital)などの、追加的な診療報酬支払額は含まない。年間医療費の計算では、メディケア全体の費用の趨勢を加味した上で、Completion factor とよばれる係数が乗じられる。また、割当受給者のリスクスコア(平均医療費からのズレ)に対しても、HCC(Hierarchical Condition Category)モデルに基づくリスク調整がなされる。最後に、MSSPへの参加前3年間の費用に異なる重みづけ(3年前は10%、2年前は30%、1年前は60%)を与えて、ベンチマークとなる医療費を算出する。2015年までのベンチマーク計算方法については、岩崎・村山(2014)に詳しい。
 - (21) トラック1(片側モデル)のACOに対しては、割当受給者数に応じて2.0%~3.9%のMSRが適用される。また、両側モデル(タイプ2およびタイプ3)に適用されるMSR/MLR(数値は同じ)は、ACO側の選択により、①ゼロ%、②0.5%~2.0%の範囲内(0.5%刻み)、③片側モデルと同じ数値(割当受給者数に応じて変動)のいずれかとなる。
 - (22) <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/2016-ACO-NarrativeMeasures-Specs.pdf>
 - (23) <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/Sharedsavingsprogram/Downloads/MSSP-QM-Benchmarks-2016.pdf>
 - (24) なお、医療の質に関する指標において、とくに改善が著しいものについては、各領域の上限の範囲内で4点にまで得点を引き上げる、質改善に係る報奨(Quality Improvement Reward)も設けられている。
 - (25) <https://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Fact-sheets/2016-Fact-sheets.html>
 - (26) 同上。
 - (27) 注14に同じ。
 - (28) ただし、ジョージ・ワシントン大学医療政策学部(GWU)での聞き取り(2015年2月18日、応接者はP. Shin氏(PhD, MPH, Associate Professor of Health Policy, Geiger Gibson/RCHN Research Director)とK. Horton氏(RN, MPH, Research Professor)では、PCMHはすでに相当程度に費用を節減しているため、ACOには参加しにくいとのことであった。また、全米コミュニティ・ヘルスセンターでの聞き取り(2015年2月19日、応接者はC.D. Wheatley氏(Office Manager/ Executive Assistant to Dan Hawkins Public Policy and Research)では、CHCの患者に占める高齢者は8%ほどであり、ACOに関与するセ

- ンターは少ないとのことであった。
- (29) ACO に提供するデータは、割当患者の個人情報を含むため、一般には公開されていない。
- (30) McWilliams et al. (2015)
- (31) Nyweide et al. (2015)
- (32) IOM (2000), pp.21-25, Takayama (2015)
- (33) ACA 法の施行後も、SNP が引き続き米国における医療アクセスを下支えすることを先駆的に指摘した文献として、Hall and Rosenbaum (2012), Coughlin, et al. (2012), Andrulis & Siddiqui (2010) などを参照。
- (34) Coughlin, et al. (2014)
- (35) メディケイド拡大を受け入れた州に対して、ACA 法は、基準を133%に引き上げることに加えて、所得の算定方式を修正調整済み粗所得へと変更することを求めている。同算定方式では、所得の5%が考慮されないため、メディケイド受給のための所得要件は、実質的に138%まで引き上げられることとなる。Norman, G. (2015) 参照。
- (36) ACA 法は当初、拡大しない州へのメディケイド連邦分担金の停止を行うとして、メディケイド拡大を実質的に義務付けた。しかし、州知事らによる集団訴訟において、合衆国最高裁は ACA 法の規定を違憲と判断し、メディケイド拡大は州政府の裁量とした。National Federation of Independent Business v. Sebelius, June 28, 2012.
- (37) Neuhausen, et al. (2013)
- (38) P. Shin “Health Care Safety Net in the United States” 公開研究会におけるプレゼンテーション (2016年3月8日、京都橋大学)
- (39) Hall and Rosenbaum (2012), pp. 164-165 (Table 7.2)
- (40) Graves (2012)
- (41) The Medicaid and CHIP Payment and Access Commission (MACPAC) ウェブサイト
<https://www.macpac.gov/subtopic/disproportionate-share-hospital-payments/>
- (42) <https://www.fas.org/sgp/crs/misc/R41301.pdf> (2016年10月6日最終アクセス)
- (43) CHC あるいは PCMH に対しては、通常の診療に加えて、予防や授権サービス (enabling services) の実施を義務付けているため、HRSA はプライマリケアではなく、プライマリ・ヘルスケアの語を用いているものと思われる。
- (44) Bodenheimer and Grumbach (2016), p.54.
- (45) <http://www.aafp.org/media-center/releases-statements/all/previous/20070305pressrelease0.html>
- (46) <http://www.hhs.gov/about/news/2014/08/26/the-affordable-care-act-supports-patient-centered-medical-homes-in-health-centers.html>
- (47) HRSA での聞き取り (2015年2月19日)。応接者は、K. Nesseler 氏 (MS, RN, Director of Office of Global Health Affairs) および S.A. Hayashi 氏 (MD, MPH, FAAFP, Chief Medical Officer and Senior Advisor for Special Populations)
- (48) NACHC での聞き取り (2015年2月19日)。注28参照。
- (49) http://www.ncqa.org/Portals/0/Programs/Recognition/PCMHEvidenceReportJune2015_Web.pdf?ver=2016-02-24-143948-347
- (50) Rosenthal, et al. (2015)
- (51) 二木立 (2015)、特に208—218頁参照。

参考文献

- Andrulis, D.P. and N.J. Siddiqui (2010) “Health reform holds both risks and rewards for safety-net providers and racially and ethnically diverse patients”, *Health Affairs* 30(10): 1830-1836.
- Bodenheimer, T. and K. Grumbach (2016) *Understanding Health Policy: A clinical Approach*, 7th ed., McGraw

Hill Education

- Coughlin, T.A., J. Holahan, K. Caswell and M. McGrath, The Urban Institute (2014), *Uncompensated Care for the Uninsured in 2013: A Detailed Examination*, <http://kff.org/uninsured/report/uncompensated-care-for-the-uninsured-in-2013-a-detailed-examination/>
- Coughlin, T.A. et al. (2012) "How five leading safety-net hospitals are preparing for the challenges and opportunities of health care reform", *Health Affairs* 31 (8): 1690-1696.
- Graves, J.A. (2012) "Medicaid Expansion Opt-Outs and Uncompensated Care", *The New England Journal of Medicine* 367 (25): 2365-2367.
- Hall, M. and S. Rosenbaum, eds. (2012) *The Health Care Safety Net in a Post-Reform World*. Rutgers University Press
- Institute of Medicine (2000) *America's Health Care Safety Net: Intact but Endangered*. National Academy Press
- TAKAYAMA, K. (2015) "The Affordable Care and its Effects on Safety Net Provider in the United States" *RITSUMEIKAN Social Science Review* 51 (3): 25-36.
- McWilliams, J.M., L.A. Hatfield, M.E. Chernew, B.E. Landon, and A.L. Schwartz (2015) "Early Performance of Accountable Care Organizations in Medicare" *The New England Journal of Medicine* 374 (24): 2357-2366.
- Neuhausen, K., A.C. Davis, J. Needleman, R.H. Brook, D. Zigmond, and D.H. Roby, (2013) "Disproportionate-Share Hospital Payment Reductions May Threaten the Financial Stability of Safety-Net Hospitals" *Health Affairs* 33(6): 988-996.
- Norman, G. (2015) *Medicaid Expansion under the Affordable Care Act: Overview and Missed Opportunities*, Nova Publishers, Inc.
- Nyweide D.J., W. Lee, T.T. Cuedon, H.H. Pham, M. Cox, R. Rajkumar, P.H. Conway (2015) "Association of Pioneer Accountable Care Organizations vs traditional Medicare fee for service with spending, utilization and patient experience" *The Journal of the American Medical Association* 313 (21): 2152-2161.
- Organization for Economic Cooperation and Development (2016) *Health Statistics 2016*
- Rosenthal, M.B., A.D. Sinaiko, D. Eastman, B. Chapman, and G. Partridge (2015) "Impact of the Rochester Medical Home Initiative on Primary Care Practices, Quality, Utilization, and Costs" *Medical Care* 53 (11): 967-973.
- U.S. Department of Health and Human Services (2016) *Health, the United States 2015 with Special Feature on Racial and Ethnic Health Disparities*
- 天野拓(2013)『オバマの医療改革—国民皆保険制度への苦悩』勁草書房
- 岩崎宏介・村山令二(2014)「高齢者医療の人頭払いに代わる ACO」『社会保険旬報』2588、10-18頁。
- 高山一夫(2016a)「米国の医療制度改革の現況と展望—ACA 法とその政策的含意を中心に」『国民医療』No. 330、15-23頁。
- 高山一夫(2016b)「地域医療の改革課題—米国の事例から何を学ぶか」『大阪保険医雑誌』599号、24-27頁。
- 二木立(2015)『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房。
- 松田亮三・鎮目真人編著『社会保障の公私ミックス再論—多様化する私的領域の役割と可能性』ミネルヴァ書房。
- 山岸敬和(2014)『アメリカ医療制度の政治史—20世紀の経験とオバマケア』名古屋大学出版会。