

# 公的医療保障における民間保険スキームの活用

## ーカリフォルニア州の医療扶助とマネジドケアー

加藤 美穂子（香川大学経済学部教授）

### 序節：問題意識と分析視角

本研究では、皆医療保障システムのないアメリカにおける重要なセーフティネットであるメディケイド(Medicaid)<sup>1</sup>の拡充が、マネジドケア方式の普及を軸として進められる過程に注目し、それを大規模かつ先進的に推進するカリフォルニア州を事例として、実証的に考察する。

メディケイドは、医療扶助の連邦補助金プログラム(定率補助金)であり、それに交付要件として連邦規制を伴うが、基本的には、それぞれの州政府が主体的に制度設計と運用を行う。当初は、公的扶助と結びつけられた医療扶助であったが、次第に経済要件やカテゴリー要件(高齢、障害、妊婦、未成年、未成年者の扶養など)が寛大化され、公的扶助受給者ではない貧困者・低所得者も適格者に含むようになってきた。しかし、メディケイドは創設以来長らく、上記のカテゴリー要件(高齢、障害、未成年家族扶養など)のいずれにも該当しない成人は、経済要件(貧困、低所得)を満たしても、適用外としてきた。

ところが 2010 年オバマ医療改革法では、その貧困・低所得の成人の全てをメディケイドの適格者にするという画期的な改革がもたらされた。同法では、連邦貧困基準(Federal Poverty Line;以下では FPL と略記)の 138%までの所得の 65 歳未満の個人の全てを適格者とする(貧困・低所得の高齢者

---

<sup>1</sup> アメリカの医療保障システムでは、個人が医療保障を獲得するには、雇用関係を中心とした雇用主提供医療保険(雇用主が被用者に福利厚生として提供する民間医療保険)や民間保険市場からの個人保険の購入が基本であり、それら民間ベースの医療保障から排除されるリスクの高い高齢者や貧困者等に対しては、メディケア(連邦政府による高齢者向けの公的医療保険)やメディケイド(医療扶助の連邦補助金プログラム)などの公的プログラムで支援するという構造となっている。しかし、勤労世代のワーキングプア層を中心に、雇用主提供医療保険を得ることができず、民間保険を購入する経済力もないが、医療扶助の対象となるほど貧困ではないために、無保障者となるリスクが高まる中、皆保障制度の構築を目指して成立したのが、2010年オバマ医療改革法である。同法では、無保障状態を生み出す医療保障システムの構造的な隙間を埋めるべく、民間保険市場の改革や、低所得者向け医療保険商品を提供する公設市場の創設(エクステンジやマーケットプレースと呼ばれる)、そして「メディケイド拡大」などを実施した(詳しくは、加藤(2015)を参照)。

は既に適格であった)と規定され、メディケイドの適格基準が大幅に寛大化された(以下、「メディケイド拡大」と略記)<sup>2</sup>。しかし、連邦レベルの立法で「メディケイド拡大」が規定されても、実際に全米の各地域で実現するには、州・地方政府レベルにおける政策決定と実施能力が不可欠である。

このような視角から、加藤(2019)では、全米最大のメディケイド登録者を抱え、州内の無保障者への対策として「メディケイド拡大」を積極的に活用した代表的な州であるカリフォルニア州の事例を検討した。同州では、オバマ医療改革法以前から進めてきた Medi-Cal(カリフォルニア州が実施するメディケイドの制度名)の改革に整合させながら、連邦政府の「メディケイド拡大」を積極的に活用していた。その中で、同州が Medi-Cal の適格者を拡大する際に、積極的に展開していたのがマネジドケア方式への移行策である。

メディケイドにおける支払方式には、マネジドケア(Managed Care)方式と出来高払い(Fee-for-Service;以下では FFS と略記)方式がある。FFS 方式では、州政府が、メディケイド受給者に提供された医療サービスごとに診療報酬を医療機関に直接支払うのに対して、マネジドケア方式では、州政府はマネジドケア組織と保険契約を結び、契約した医療サービスのパッケージに対して、メディケイド登録者一人当たりの定額保険料を事前払いする。マネジドケア組織は、医師・病院等の医療サービス提供者を編成して医療提供ネットワークを形成するのであり、メディケイド登録者は基本的に、そのネットワークの中で医療サービスを受ける。

カリフォルニア州は、メディケイドへのマネジドケア方式の導入を先行的に進めてきた州のひとつであり、大都市地域を中心に郡政府を基盤として導入してきた。同州では、オバマ医療改革の「メディケイド拡大」を実施する際に、メディケイドをより一層、マネジドケア方式を中心とするシステムに移行させるために、様々な取り組みを行っている。第 1 に、オバマ医療改革法によって新たに医療扶助の適格対象となった「貧困・低所得の成人層」は基本的にマネジドケア方式に加入させ、さらに、それまでは FFS 方式であった高齢者や障害者のメディケイド登録者についてもマネジドケア方式への移行を促進した。第 2 に、州内の地域特性の差異を反映して、6 つの型のマネジドケア方式を設

---

<sup>2</sup> しかも当初は、全ての州政府に「メディケイド拡大」を義務付けたのだが、加藤(2015)でみたように、この「メディケイド拡大」の義務付けが、連邦最高裁判所によって違憲と判断されたために、それを実施するかどうかは、州政府の裁量に任されることになった。しかし、多数の州では「メディケイド拡大」を実施しており、アメリカの医療保障システムにおいて、メディケイドは貧困者・低所得者に対する普遍的な医療セイフティネットの役割を果たすようになってきている。さらに視野を広げてみれば、メディケイドは医療扶助ではあるが、公的扶助の対象となるほど貧困ではない低所得者に対して、日本で市町村国保が果たしている受け皿としての役割を担うようになってきているとみることもできる。

け、第3に、非都市地域や過疎地にも、その地域特性に整合する形でマネジドケア方式を本格的に導入した。

本稿におけるカリフォルニア州の Medi-Cal 拡充策におけるマネジドケア方式の活用・普及過程の考察では、医療費膨張に対する歯止め策としての側面と同時に、非都市地域や過疎地における医療提供者ネットワークの再編・再構築の促進策という側面も重視したい。

すなわち、マネジドケア方式では、登録者一人当たりの定額料金を受け取るマネジドケア組織は、実際に発生する医療サービス需要を抑制することで収益を増加できるので、予防的な検査・サービスやそのためのインフラを整備することがコスト全体を抑制できるという原理である。そして、結果的に地域や社会全体の「健康」を増進して、他の福祉関連費用も削減できる可能性もある。また、マネジドケア組織が主体的に医療提供者ネットワークを構築する主導性を発揮すれば、それが、非都市地域や過疎地の社会インフラの重要な基盤となり得る。このような問題意識をもって、カリフォルニア州の Medi-Cal におけるマネジドケア方式の拡大プロセスを、実証的に考察していく。

## 第1節：メディケイドにおけるマネジドケア方式の概要

メディケイドにおける医療提供方式は、FFS方式（出来高払方式）を原則としてきたが、今日ではFFS方式とマネジドケア方式が併存している<sup>3</sup>。ここでは、次節以降のカリフォルニア州のMedi-Calにおける

---

<sup>3</sup> Medicaid and Children's Health Insurance Program (CHIP) Programs; Medicaid Managed Care, CHIP Delivered in Managed Care, and Revisions Related to Third Party Liability; Final Rule, 81 Fed. Reg. 27500-27501 (May 6, 2016)

メディケイドに州政府がマネジドケア方式を導入する場合には、以下の連邦規定のいずれかに基づいて実施することになる (Centers for Medicare and Medicaid Services, *Managed Care Authorities*, (<https://www.medicare.gov/medicaid/managed-care/managed-care-authorities/index.html>, 2020/7/27 閲覧) )。

1) 社会保障法 section 1932 : section 1932 に設けられた4つの基準を満たすよう州プランを修正することによって、州政府は、メディケイド登録者の加入を義務化する形でマネジドケア方式を実施できる (mandatory managed care delivery system)。ただし、この連邦規定を利用する場合、州政府は特定のメディケイド登録者 (メディケアとメディケイドの二重受給者、先住民、特殊医療ニーズ未成年) に対しては、マネジドケア方式への登録を求められない。州計画は一度承認されると、州政府によって修正されるまで実行力を持ち続ける。

2) 社会保障法 Section 1915(a) ウェイバー : 州政府は、競争入札を通じた業者との契約を履行することによって、メディケイド登録者の加入が任意という条件で、マネジドケア・プログラムを実施することができる。

マネジドケア方式の分析の準備作業として、メディケイドにおけるマネジドケア方式の概要をみておこう<sup>4</sup>。

メディケイドのマネジドケア方式では、州政府は、メディケイドとして保障する医療サービスの内容と料金(一人当たり定額の月額料金等)に関する契約をマネジドケア組織と結び、契約したマネジドケア組織にメディケイド登録者を加入させることでメディケイドの医療サービスを提供する。マネジドケア組織は、加入者(メディケイド登録者)に対して初期診療医師(primary care physician)を確保し、専門サービスの医療提供者も含めて医療提供ネットワークを形成・維持し、さらに医療内容と医療受診可能性(access measures)に関する報告書を作成することが求められる<sup>5</sup>。また、ネットワークに参加する医療提供者は、マネジドケア加入者(患者)に提供する医療サービスについて、マネジドケア組織が定めるガイドラインを満たすことが求められる。

メディケイドにおける主なマネジドケア方式のタイプには、(1)Comprehensive risk-based managed care(Comprehensive Managed Careと呼ばれることもある)と(2)Primary care case management(以下、PCCMと略記)と、(3)Limited benefit plansがある<sup>6</sup>。

第1のComprehensive risk-based managed careでは、州政府は、Health Maintenance Organization(以下、HMOと略記)などのマネジドケア組織と契約し、メディケイド登録者に対して包括的な医療給付パッケージを提供する。給付内容には、急性疾患(acute)治療とプライマリー・ケアと専門サービスが含まれ、中にはbehavioral health(精

---

3) 社会保障法 section 1915(b) ウェイバー：州政府はすべてのメディケイド登録者に対してマネジドケア方式への加入を義務化できる。ウェイバー承認後、州政府は最大2年間 そのウェイバー・プログラムを実施できる。期限後もプログラムを継続するには、ウェイバー更新の申請が必要となる。

4) 社会保障法 section 1115(a) ウェイバー：このウェイバーでは、州政府はすべてのメディケイド登録者に対してマネジドケア方式への加入を義務化できる。また、このウェイバーの下では、州政府はより大きな柔軟性を得て、通常メディケイドではカバーされないサービスや個人をも、州メディケイドの適格対象に含めることや、革新的な手法を実施することも可能になる。ただし連邦政府の承認を得るためには、州政府は、そのプログラムが連邦法の目的に沿うものであり、財政中立性も満たしていることを示さねばならない。

<sup>4</sup> Herz (2006)と Congressional Research Service (2019)と Centers for Medicare and Medicaid Services (2020)を参照

<sup>5</sup> Tatar and Chapman (2019), p. 4.

<sup>6</sup> 以下のマネジドケアの各タイプに関する説明は、Congressional Research Service (2019), pp. 13-14 および Centers for Medicare and Medicaid Services (2020), pp. 12-15, Herz (2006), pp. 4-5 を参照。

神医療及び薬物依存治療等)や長期療養介護(long-term services and supports)を含むものもある。費用については、州政府は通常、登録者一人当たり定額の月額料金をマネジドケア組織に支払う。そしてマネジドケア組織が医療提供者に診療報酬を支払う(定額料金とは限らずFFS方式もあり得る)。

第2のPCCMでは、初期診療提供者(Primary Care Provider:以下、PCPと略記)が初期診療サービスを提供するとともに、専門サービス(精神医療や歯科も含む)に対するゲートキーパーやケースマネージャーの役割を果たす。PCPには、初期診療医師やクリニック、グループ診療(group practice)やnurse practitionerなどがある。州政府と契約したPCPは、割り当てられたメディケイド登録者にケースマネジメント・サービス(専門サービスの調整や照会業務を含む)を提供し、一人当たり定額の管理料を受け取る。それぞれの医療サービスについては、医療提供者に対してFFS方式で診療報酬が支払われる(PCPが医療サービスを提供した場合もFFS方式で支払われる)。このような特徴を持つPCCMは、それまでFFS方式のみが適用されていたところ(マネジドケア方式の導入の初期段階や、HMOなどの従来型のマネジドケア組織がない地域や、障害者など特殊医療を必要とする個人など)に、マネジドケア方式を導入していく際に利用されることもある<sup>7</sup>。後に検討するカリフォルニア州の事例でも、マネジドケア方式の導入の初期段階においては、PCCMが活用された。

第3のLimited benefit plansは、特定の専門的な医療サービス等に限定してマネジドケア方式で提供するものであり、Prepaid Health Plans(以下、PHPと略記)と呼ばれるマネジドケア組織が、一人当たり定額料金で、精神医療・薬物依存治療や歯科医療や長期療養介護、さらには輸送サービスをも提供する<sup>8</sup>。

以上が、メディケイドの主要なマネジドケア方式であるが、連邦政府のDepartment of Health and Human Services(HHS)のメディケイド担当部局であるCenters for Medicare and Medicaid Services(以下、CMSと略記)の資料によると<sup>9</sup>、2018年7月1日時点で、全米のメデ

---

<sup>7</sup> Herz (2006), p. 6.

<sup>8</sup>メディケイドの連邦ルールでは、一定の外来サービスのみを提供するPHPをPrepaid Ambulatory Health Plan(PAHP)、入院や施設サービスの提供に特化したPHPをPrepaid Inpatient Health Plan(PIHP)としている(42 CFR § 438.2 (10-1-19 Edition) U.S. Code of Federal Regulations)。

<sup>9</sup> Centers for Medicare and Medicaid Services (2020), pp. 16.28-30; なお、一人当たり定額料金のマネジドケア方式を通じてメディケイド給付の全部ないしは一部を受けるメディケイド登録者は、1992年では2.4百万人

イケイド登録者総数7990万人のうち、何らかのマネジドケア方式に加入する者が6611万人(登録者総数の82.7%)であり、Comprehensive Managed Careの加入者が5561万人(69.6%)である。ほとんどの州がComprehensive Managed Careを何らかの形で利用しており、メディケイド登録者の7割以上が加入する州は半数以上である。

ちなみにカリフォルニア州では、メディケイド登録者数は全米でも飛びぬけて多い1314万人であり、そのうちマネジドケア方式の加入者が1067万人(81.2%)、Comprehensive Managed Careの加入者が1066万人(81.1%)である。見方を変えれば、カリフォルニア州では、これだけの数のメディケイド登録者の受け皿となるマネジドケア方式の提供基盤を、広大で多様な地域特性を持つ州内全域に構築していることになる。

ただし、州政府がメディケイドにComprehensive Managed Careを採用している場合でも、専門サービス等については、PHPといった個別のマネジドケア方式や、FFS方式によって提供していることも多い<sup>10</sup>。カリフォルニア州もその例外ではなく、特別な医療サービスを必要とするところには別の枠組を用意して対応することで、中心的な医療サービスにおける全面的なマネジドケア方式への移行を可能にしているとみることできる。同州における具体的な運用については、後に詳しく検討する。

次に、マネジドケア方式の特徴について、FFS方式と比較しながら、立ち入って検討しよう<sup>11</sup>。連邦議会調査局(Congressional Research Service: 以下、CRSと略記)のHerz(2006)は、両方式の重要な違いとして、第1に、メディケイド登録者が選択できる医療提供者の範囲、第2に、医療ケアに関する専門的なマネジメントと調整(professional management and coordination of medical care)の程度、第3に、医療サービス提供に対する監視責任の主体、第4に、医療サービスに対する州政府の支払い方法をあげている。

第1の選択できる医療提供者の範囲については、まずFFS方式では、患者は、メディケイドに参加する医療提供者であれば、どこを受診するかは自分で自由に選択できる。他方で、マネジドケア方式では、メ

---

(全登録者の8%)であったが、1998年には12.6百万人(同41%)となり、July 1, 2013年時点では45.9百万人以上(同73.5%)となっている(81 Fed. Reg. 27500 (May 6, 2016))。

<sup>10</sup> Herz (2006), pp. 4-5.

<sup>11</sup> Herz (2006), pp. 3-7.

メディケイド登録者は加入するマネジドケア組織を選択し<sup>12</sup>、そのマネジドケア組織が用意する医療提供者のリストから利用する医療提供者を選ぶことになる。

第2の医療サービスに関する専門的なマネジメントと調整については、FFS方式では、メディケイド登録者(患者)は医療提供者を自分で選んでサービスを受けるため、受ける医療サービスの全体的な管理は患者本人に負うところが大きくなる。他方、マネジドケア方式では、マネジドケア組織等が加入者の医療サービスのマネジメントと調整を担うことになり、より専門的観点をもって医療サービスの重複や不適切な利用等の改善が見込まれる。

第3の医療サービス提供に対する監視責任の主体については<sup>13</sup>、FFS方式では、州政府のメディケイド担当部局が、メディケイドに参加する医療提供者に対して、メディケイドのルールを満たす医療サービスの給付内容の基準と診療報酬を設定し(連邦政府のガイドラインを満たす必要がある)、それが順守されているかを監督する。他方、マネジドケア方式では、州政府が監視するのはマネジドケア組織であり、それぞれのマネジドケア組織が医療提供者に対する監督を行う。

第4の医療サービスに対する州政府の支払い方法では<sup>14</sup>、まずFFS方式では、州政府は、メディケイド登録者が受けた医療サービスのそれぞれに対し、定められた診療報酬を医療提供者に直接支払う。FFS方式では、医療提供者はサービスを多くの提供するほど多くの診療報酬を得ることができるため、過剰医療へのインセンティブを持つことになる。

他方、典型的なマネジドケア方式(HMOとPHP)の場合、州政府の支払いはマネジドケア組織に対するメディケイド登録者一人当たり定額料金のみであり、医療提供者(医師や病院等)への診療報酬の支払いはそれぞれのマネジドケア組織が行う。州政府は、メディケイド登録者が医療サービスを利用しなくてもマネジドケア組織に月額料金を支払うことになるが、予想よりも医療費が多い場合でも追加負担をせずに済む<sup>15</sup>。対して、マネジドケア組織の側は、加入者の実際の医療費が定

---

<sup>12</sup> メディケイドでは、原則として、州政府はメディケイド登録者に対して、マネジドケア組織の選択肢を少なくとも2つは保障しなければならないが、後述のように、それぞれの地域的事情によって1つのマネジドケア組織に限定する制度設計も可能になる(Herz (2006), p.4)。

<sup>13</sup> Herz (2006), pp. 4, 6.

<sup>14</sup> Herz (2006), pp4-6.

<sup>15</sup> そのほかにもメディケイド支出額の予見可能性という点からは、FFS方式では、メディケイド登録者が実際に受けた医療サービスの種類と量によって事後的にメディケイド支出額が確定することになるが、マネジドケア方式

額料金よりも少なければ利益を得るが、逆の場合には損失を負う。それ故にマネジドケア組織は、加入者の医療サービスの利用を管理して、過剰診療を排すとともに、予防医療等に力を入れることで高コストの治療の必要性を抑えるなど、費用節約的な方法で医療サービスを提供しようとする。この費用節約に向けたインセンティブは、マネジドケア組織と医療提供者の間の契約や診療報酬にも反映されることになる。

しかし、このような特性の故に、マネジドケア方式では患者にとって必要な医療サービスさえも抑制して、過少医療となるリスクもあり、そのため、それを防止するための仕組みが重要となる。たとえばメディケイドの連邦ルールでは、マネジドケア組織が提供する医療サービスの質の評価と実績改善を州政府に求めており、その代表的なものとして<sup>16</sup>、第1に州内で提供されるマネジドケアの質の評価と改善のための Managed Care State Quality Strategy の作成と実施があり、その Managed Care State Quality Strategy の内容として、マネジドケア組織との契約規定(メディケイドの連邦規制を組み込んだもの)、医療サービスの質・妥当性の評価方法、メディケイドの規則へのコンプライアンスに関するマネジドケア組織への定期的な監査と評価の方法、医療サービスの外部監査の体制、医療サービスへのアクセス・運用体制・質評価の基準が求められる<sup>17</sup>。第2に、マネジドケア組織やその傘下の医療提供者が提供する医療サービスの質と適時性とアクセスを分析・評価する外部医療審査(External Quality Review: 以下、EQR と略記)の実施である。すなわち、州政府が External Quality Review Organization (EQRO) と契約して、マネジドケア組織に対する毎年の EQR の実施と報告書(annual EQR technical report)を作成させることが求められる<sup>18</sup>。

---

では、事前に決められた一人当たり定額料金と加入者数によってメディケイド支出額が決まるため、州政府は財政運営上の見通しが立てやすくなるとされている。(Herz (2006), pp. 4-6.)

<sup>16</sup> Centers for Medicare and Medicaid Services, *Medicaid Managed Care Quality*, (<https://www.medicare.gov/medicaid/quality-of-care/medicaid-managed-care-quality/index.html>, 2020年7月30日最終閲覧)

<sup>17</sup> Centers for Medicare and Medicaid Services, *State Quality Strategies*, (<https://www.medicare.gov/medicaid/quality-of-care/medicaid-managed-care-quality/state-quality-strategies/index.html>, 2020年7月30日最終閲覧)

<sup>18</sup> Centers for Medicare and Medicaid Services, *Quality of Care External Quality Review*, (<https://www.medicare.gov/medicaid/quality-of-care/medicaid-managed-care/quality-of-care-external-quality-review/index.html>, 2020年7月30日最終閲覧)



以上がメディケイドにおけるマネジドケア方式の概要であるが、これらの基礎的な知識を前提として、次節以降で、カルフォルニア州のMedi-Calにおけるマネジドケア方式の具体的な事例の考察を進めよう。

## 第2節: Medi-Cal とマネジドケア方式: 医療保障のセイフティネットと費用節約

まずは、カリフォルニア州のMedi-Calの現状を概観することから始めよう。

第1に<sup>19</sup>、2018年時点のMedi-Cal登録者は、未成年及びその保護者(親・親族)が515万人、2010年オバマ医療改革法(2014年施行)の「メディケイド拡大」による新加入の成人(19-64歳かつFPL138%以下の所得)が387万人、高齢者及び障害者(FPL133%以下)が202万人、Children's Health Insurance Program(以下、CHIPと略記;未成年向けの医療保障プログラムであり、未成年はFPL322%以下、親などの成人はFPL100%未満)が132万人、非合法滞在者(FPL138%以下)が61万人、養父母・里親(所得基準なし)が17万人、その他が12万人、長期療養者(Long Term Care;以下ではLTCと略記;公的扶助給付上限額の3倍までの所得)が5万人である。これらを合計すると1337万人となり、カリフォルニア州の人口の約3分の1にあたる。

すなわち、アメリカには日本のような地域保険の国民健康保険を基盤とする皆医療保障システムがないことから、カリフォルニア州においても、メディケイドが雇用主提供医療保険から取り残される非正規雇用や低所得者のための巨大なセイフティネットの役割を果たしている。既述のように、2010年オバマ医療改革法の前には「高齢者・障害者を除く貧困な成人」(19-64歳)<sup>20</sup>はメディケイド(租税資金による医療扶助)の適用外であったが、同法の「メディケイド拡大」によって「貧困な成人の全て」を適格者に加えることで、メディケイドの役割が画期的に拡大された。それが、上記の「2010年オバマ医療改革による新加入の成人」387万人の意味である。

この大規模な医療セイフティネットであるMedi-Calの持続可能性を維持するために、費用膨張の抑制が必要であり、マネジドケア方式の導入とその適用拡大が、最重要な政策手段となっている。例えば、2010年のMedi-Cal登録者はマネジドケア方式が3.9百万人、FFS方式

<sup>19</sup> Tatar and Chapman (2019), pp. 2-3.

<sup>20</sup> 65歳以上の高齢者には基礎的な医療保障として連邦政府のメディケアがある

が 3.4 百万人であったが、オバマ医療改革の施行された 2014 年には Medi-Cal 登録者が増加する中でマネジドケア方式が 6.7 百万人、FFS 方式が 3.2 百万人になり<sup>21</sup>、さらに 2018 年にはマネジドケア方式が 10.8 百万人、FFS 方式が 2.5 百万人になっている(各年 1 月時点)<sup>22</sup>。

次に、カリフォルニア州の Medi-Cal の給付内容をみておこう<sup>23</sup>。以下にみるように、Medi-Cal は急性期医療や救急医療のほかにも、予防医療や長期療養・介護までかなり網羅的に医療等のサービスをカバーしている。

(1) 外来診療：医師の診療，病院の外来診療，外来の手術，カイロプラクティック，透析等

(2) 救急診療：救急救命室 (Emergency room services) ，救急搬送等

(3) 早期・定期的検査と診断 (EPSDT)：21 歳未満の未成年に対する定期的な検査と医療上必要な治療

(4) 入院治療：入院患者診療，麻酔医，手術，臓器移植等

(5) リハビリ，長期療養等：理学療法，言語療法，作業療法，鍼，心臓リハビリ，高度看護施設 (Skilled Nursing Facility, 90 日まで) 等

(6) 歯科・眼科：救急歯科治療，義歯，インプラント，定期健診等

(7) 精神医療・薬物乱用等：外来精神科サービス，入院精神科サービス等

(8) 妊娠・出産：妊婦健診，出産および出産後ケア，母乳教育，看護助産師サービス等

(9) 交通：非救急の交通サービス

(10) 処方箋薬：US Pharmacopeia(医薬品の品質規格書)の各カテゴリーとクラスから一つ以上の薬剤を保障，100 日までの投薬治療等

(11) 予防サービス：USPSTF(米国予防医療専門委員会)の推奨 A・B グレードの予防サービス，予防接種，カウンセリング，家族計画，禁煙支援，問題行動対応(21 歳未満)等

(12) Long-term Services and Supports(長期療養・介護)：生活介護 (Personal Care Services) ，自立支援サービス，在宅介

---

<sup>21</sup> カリフォルニア州では 2014 年施行の前に準備作業として FFS 方式からマネジドケア方式への移行を始めていた。詳しくは，加藤(2019)を参照されたい。

<sup>22</sup> Tatar and Chapman (2019), p. 5.

<sup>23</sup> Tatar and Chapman (2019), p. 7.

護 (Home and Community Based Services) , 高度看護施設 (Skilled Nursing Facility, 91日以降) 等<sup>24</sup>

ただし、Medi-Cal では、多数を占めるマネジドケア方式の登録者には初期診療や急性疾患治療 (acute care) の大半をマネジドケア方式で提供しているが、他方で、幾つかの医療サービスについては Medi-Cal のマネジドケア方式から除外して、Medi-Cal の FFS 方式や郡政府の福祉プログラムで対応している。具体的には、マネジドケア方式の主な除外対象には、次のものがある<sup>25</sup>。

(1) 特殊精神医療サービス (Specialty Mental Health Services) : 軽度・中度の場合には Medi-Cal のマネジドケア方式でカバーするが、深刻な症状の場合には郡政府の精神医療プログラム (county mental health plans ; MHPs) の対象となる<sup>26</sup>。

(2) 薬物対策サービス (Substance Use Disorder (SUD) Services) : 郡政府が運営する Drug Medi-Cal Organized Delivery System (以下、DMC-ODS と略記) による薬物対策の Medi-Cal サービスである。DMC-ODS は、カリフォルニア州政府の DHCS が連邦政府から 1115 ウェイバーの下でメディケイド連邦補助金を交付されながら実施しているパイロット・プログラムである<sup>27</sup>。このプログラムに参加する郡政府が、薬物対策サービス提供者のネットワークを形成・組織化し、メディケイド登録者に統合的なサービスを提供する<sup>28</sup>。

(3) 歯科サービス : Denti-Cal という制度で Medi-Cal 登録者に対して FFS 方式で歯科サービスを提供している (ただしロスアンゼルス郡とサクラメント郡では歯科マネジドケア組織が利用可能である) 。

---

<sup>24</sup> Long-term Service and Supports は基本的には施設外の介護が中心であるが、回復期のリハビリや長期療養や生活介護の Skilled Nursing Home も入っている。それは施設外の療養・介護への移行期と考えられるので、すぐ後で議論する Long-term Care と区別される。

<sup>25</sup> Tatar and Chapman (2019), pp. 8-9.

<sup>26</sup> 後者の郡プログラムでは、1915(b) ウェイバー (メディケイド連邦補助金の交付を受けながら、その連邦ルールの一部を免除してもらう特別な制度) を利用して、特殊精神医療サービス (Specialty Mental Health Services) を実施している。

<sup>27</sup> Section 1115 Bridge to Reform waiver と Medi-Cal 2020 waiver

<sup>28</sup> Tatar and Chapman (2019), pp. 9, 14.

(4) Long-Term Services and Supports (以下, LTSS と略記) : LTSS (在宅型療養を推進する HCBS を含む)は, 基本的にマネジドケア方式の適用外とされて郡政府及び州政府福祉局が運営する別制度によって必要な介護サービスが提供されている<sup>29</sup>。ただし, 統合型ケア制度 (Coordinated Care Initiative: CCI) を実施する郡 (San Mateo 郡, Santa Clara 郡, Los Angeles 郡, Orange 郡, Riverside 郡, San Bernardino 郡, San Diego 郡の 7 郡) では, LTSS もマネジドケア方式に含めて提供される。

(5) Long-Term Care : 多くのマネジドケア契約において, 施設型長期療養の最初の 2 ヶ月の費用をカバーするが, それを超える期間については, 患者は FFS 方式の Medi-Cal に移行して, カリフォルニア州政府 DHCS が直接に費用負担することになる。ただし, Medi-Cal の COHS 型 (後述のように, 郡政府の公的マネジドケア組織への加入を郡内の Medi-Cal 登録者に対して義務付ける方式) を実施する多くの郡と, 統合型ケア制度 (CCI) の対象となる Long-Term Care は, 全てマネジドケア方式でカバーされる。

(6) カリフォルニア州未成年医療制度 (California Children's Services, CCS) : CCS は 21 歳未満未成年の慢性疾病 (心臓病, がん等) をカバーする制度であり, 従来は Medi-Cal マネジドケア方式から除外されていたが, 2018 年以降はマネジドケア方式でカバーされる方向での移行が進んでいる。

以上みたように, Medi-Cal マネジドケア方式では, マネジドケア方式になじまない高コストが予想されるサービスを, FFS 方式あるいは別の制度でカバーする形で除外して, マネジドケア方式の運営面の安定性, あるいは持続可能性を確保するという構造である。ただし, 新しい傾向として, その除外される分野も可能であればマネジドケア方

---

<sup>29</sup> Tatar and Chapman (2019), pp. 9, 13 ; なお, マネジドケア方式で在宅型長期支援が提供されない場合には, 郡政府が実施する在宅支援サービス制度 (IHSS : In-Home Supportive Services) や, カリフォルニア州政府高齢福祉局の総合高齢者サービス制度 (MSSP : Multipurpose Senior Services Program) や, コミュニティ型成人サービス (community-based adult services) がある。次に取り上げる Medi-Cal のマネジドケア方式でカバーされる Long-Term Care (施設収容) の外に位置するコミュニティ及び在宅型の長期支援の分野は, 州政府及び郡政府あるいはコミュニティを基盤とする支援サービスでカバーされるという構造が読み取れる。

式に入れることで、セイフティネット的な医療保障システムの全体のコスト膨張を抑制しようという動きも読み取れる。

ここまで、Medi-Cal におけるマネジドケア方式の給付内容と除外項目を検討し、その運営の安定性と持続可能性を支える制度設計もみた。次に、運用安定性と持続可能性を支えるもう一つの仕組みを検討しておこう。

既述のように、マネジドケア方式ではマネジドケア組織あるいは傘下の医療サービス提供者が登録者一人当たり定額料金を受け取ることを前提とすれば、実際の医療サービスのコストを差し引いた残りが収益となるので、コスト削減のインセンティブが強くなり、不適切な医療サービスの抑制によるコスト削減のリスクが高くなる。そのため、それらを監視・防止することが不可欠になる。

カリフォルニア州の場合、Medi-Cal の医療サービスに関する主たる監視機関となるのが、州政府の Department of Health Care Service (以下、DHCS と略記)である。先に紹介したメディケイド連邦補助金に伴う連邦ルールによって、カリフォルニア州 DHCS は<sup>30</sup>、第 1 に Medi-Cal マネジドケア方式について外部医療審査機関(External Quality Review Organization:以下、EQRO と略記)と契約することが求められ、第 2 に EQRO は、全米医療審査基準である Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS)に基づいて、各マネジドケア組織における医療実績を詳細に審査し、州 DHCS に報告する。そして第 3 に、州 DHCS 及び EQRO は各マネジドケア組織に対する報告書の作成と改善策の開発を行う。また第 4 に、州 DHCS は、Medi-Cal 登録者からのサービス利用に関する苦情等(医療内容、アクセス)を、各マネジドケア組織の監視に活用している。第 5 に、Medi-Cal の契約内容を順守していないマネジドケア組織に対しては、是正措置 (corrective action plan (CAP)) や財政的制裁を科すこともある。

マネジドケア方式における費用節約への誘導メカニズムと、Medi-Cal の第一義的な使命である医療保障のセイフティネットという役割を両立させるためには、このような監視システムが不可欠といえる。本稿の第 4 節で大規模マネジドケア組織である Anthem の契約医療サービス提供者向けマニュアルについて詳細に検討するが、そのマニュアルは上記の要件に規定されている。逆からいえば、マネジドケア方式の医療サービスの現場において、カリフォルニア州政府の求める要

---

<sup>30</sup> Tatar and Chapman (2019), p.11

件を満たす仕組みが構築されることが、Medi-Cal におけるマネジドケア方式の拡大と普及を可能にしているといえよう。

### 第 3 節 : Medi-Cal マネジドケア方式の歴史

カリフォルニア州の Medi-Cal は全米のメディケイドの中で最大規模であり、また同時に医療保障システムにおけるセイフティネットであるメディケイドの制度改革についても先進的な位置を占めている<sup>31</sup>。

また、カリフォルニア州では特定の方式を州内に画一的に導入するのではなく、COHS 型や GMC 型や Two-plan 型というように、それぞれの郡における地域的な状況に合わせて、多様なシステムを導入・構築している。同州では、広大な州域内に多様で自立的な地方政府が存在しており、そのことが、Medi-Cal の改革の最大の基盤となり得ると同時に、このような多様性を認めなければ州政府の政策を地域の現場に展開できない者とも考えられる。

本節では、1990 年代の連邦会計検査院 (United States General Accounting Office, 以下では GAO と略記) による 2 つの報告書を取り上げよう。第 1 は、1995 年に連邦議会下院の Subcommittee on Health and the Environment, Committee on Commerce に提出した *MEDICAID MANAGED CARE: More Competition and Oversight Would Improve California's Expansion Plan* (以下では GAO(1995) と略記) であり、第 2 は、1997 年に連邦議会下院の Committee on Government Reform and Oversight に提出した *MEDICAID MANAGED CARE: Delays and Difficulties in Implementing California's New Mandatory Program* (以下では GAO(1997) と略記) である。

これらの GAO の報告書では、最大規模で先進的なカリフォルニア州の Medi-Cal において、同州が積極的にマネジドケア方式を導入・拡大するプロセスが、いわゆる「州の実験室」の役割を果たすものであり、全米規模でメディケイドが拡大する中で持続可能性を模索する過程で先駆的な事例として考察されている。

---

<sup>31</sup>周知のように、カリフォルニア州では、メキシコ等からの合法あるいは非合法の移民がその経済に不可欠な存在となっている。また、アメリカ経済社会の全体を見ても、「内なるグローバル化」が進行して外国企業や外国人労働者が大きな比重を占め、アメリカ経済社会の発展力の不可欠な要因になっている。それに対応する 21 世紀的なアメリカ福祉国家システムのひとつのモデルを示す分野が、カリフォルニア州における Medi-Cal の拡充による医療保障システムであり、またその拡充を支える費用抑制策としてのマネジドケア方式の導入と拡大も注目される。

### 3-1 マネジドケア方式の導入

GAO(1995)によれば<sup>32</sup>, 1965年の連邦レベルの社会保障法修正法によってメディケイドが立法化されると, 同じ年にカリフォルニア州は, 同州におけるメディケイド制度として「Medi-Cal」を創設した。

カリフォルニア州は 1968年には実験的なプロジェクトとして Prepaid Health Plan (PHP) と契約している<sup>33</sup>。しかし Medi-Cal 登録者への診療拒否等の不正が発覚したことから, 1972年に Medi-Cal における PHP 契約の基準や管理方法のために Waxman-Duffy Prepaid Health Plan Act(カリフォルニア州法)を制定し, さらに 1975年には PHP の免許付与及び規制の権限をカリフォルニア州 Department of Corporations に与えるために Knox-Keene Health Care Service Plan Act(カリフォルニア州法)を制定した。このような規制強化に伴って多くの PHP は Medi-Cal から撤退した。

そして 1980年代になると, あらためて Medi-Cal におけるマネジドケア方式の導入が模索された。1981年の州立法によって Primary Care Case Management (PCCM)のパイロット・プログラムに着手され, 1982年の州立法では County Organized Health Systems (COHS)型と Geographic Managed Care (GMC)型の Medi-Cal マネジドケア方式が承認されるとともに, PCCM との定額料金ベースの契約も承認された<sup>34</sup>。

この PCCM は, プライマリー・ケア(初期診療)提供者によって運営され, 患者が受ける全医療サービスのケースマネジメントと内科外来サービスを一人当たり定額料金で提供し, それ以外の医療サービスは FFS 方式で提供する仕組みであり, Medi-Cal 登録者の PCCM への加入は任意とされた<sup>35</sup>。それに対して COHS 型は, 郡政府が設立・運営する公的マネジドケア組織に郡内の Medi-Cal 登録者を義務的に加入させる制度であり, その公的マネジドケア組織が州政府 DHCS と契約して, Medi-Cal 登録者一人当たり定額料金を受け取り, 包括的なケースマネジメントを行いながら, 傘下の契約医療提供者を通じて医療サービスを提供する仕組みである。

また GMC 型は, 当該の郡について, 州 DHCS が複数の民間マネジドケア組織と契約し, 郡内の Medi-Cal 登録者はそれらの民間マネジドケア

---

<sup>32</sup> GAO (1995) p. 3.

<sup>33</sup> GAO (1997, p. 4)によれば, このカリフォルニア州の PHP は, 予防ケアと acute ケアとケースマネジメントを一人当たり定額で提供するマネジドケア組織であり, 連邦政府が HMO と定義するマネジドケア組織と同義とされる。

<sup>34</sup> GAO (1995) pp. 3-4.

<sup>35</sup> GAO (1995) p. 4.

組織の中から選択して加入するという仕組みであり、民間マネジドケア組織は、一人当たり定額料金で、州政府と契約した医療サービスを加入者に提供する。GMC型は、Sacramento郡で1994年にパイロット事業が開始され、AFDC（要扶養未成年を有する貧困家族への公的扶助）を受給するメディケイド登録者に加入を義務付けたが、それ以外のメディケイド登録者は任意加入とされた<sup>36</sup>。

すなわち、1970年代に弱い規制環境で失敗したマネジドケア方式を、1980年代に再度導入するための法整備が進む際には、PHPだけではなく、PCCMやCOHS型やGMC型を加えることでマネジドケア方式の多様化が図られた。そして1990年代になると、より本格的にマネジドケア方式の適用範囲を広げるためにTwo-plan型が開発されることになる。

Two-plan型を導入する郡では<sup>37</sup>、Medi-Calでマネジドケア方式を導入するにあたり、2つのマネジドケア組織を用意して、Medi-Cal登録者にいずれかへの加入を促すものであった。この2つのマネジドケア組織のうちの一つは、公的マネジドケア組織(local initiative)が担うこととされ、それぞれの郡政府が郡内の医療機関等（従来から貧困者医療を担ってきた地域医療センターや連邦認証医療センターも含む）と協力して設立することとされた。そしてもう一方は、競争入札を通じて選定された民間マネジドケア組織が担っている<sup>38</sup>。

カリフォルニア州は、1993年にTwo-plan型の計画を策定し、1996年1月にはそれを実施するためのウェイバー（連邦法のルールの適用除外）の承認を連邦政府のDepartment of Health and Human ServicesのHealth Care Financing Administration (HCFA；当時の連邦政府メディケイド担当部局)から受けている。同州の計画は、Two-plan型を12郡(Alameda郡, Contra Costa郡, Fresno郡, Kern郡, Los Angeles郡, Riverside郡, San Bernardino郡, San Francisco郡, San Joaquin郡, Santa Clara郡, Stanislaus郡, Tulare郡)で実施し、2.2百万人のMedi-Cal受給者を登録（AFDC受給者等は加入義務化、これ以外の高齢・障害者の公的扶助受給者は任意加入）することを目指すものであった<sup>39</sup>。

Two-plan型の制度設計は、第1に、各郡でMedi-Calマネジドケアを提供する2つのマネジドケア組織のいずれもが、リスク分散するの

---

<sup>36</sup> GAO (1995), p. 5 および GAO (1997), p. 4.

<sup>37</sup> 以下のMedi-CalのTwo-plan型の説明については、GAO(1997)を参照。

<sup>38</sup> GAO (1997), pp. 6-7. なお、GAO(1997, pp. 6, 10)によると、Fresno郡では、公的マネジドケア組織を設置できなかったため、1997年時点で2つとも民間マネジドケア組織となっている。

<sup>39</sup> GAO (1997), pp. 4-5.



に十分な加入者数を確保できること、第2に、Medi-Cal 登録者が、一般の民間保険加入者（すなわちメディケイド登録者ではない個人：引用者）にサービスを提供している民間マネジドケア組織も利用できること、第3に、州政府の限られた資源を最大限有効に活用できるよう、監視すべきマネジドケア組織の数を限定すること、を意図したものとなっている<sup>40</sup>。

これらの GAO 報告が提出された 1990 年代半ばの Medi-Cal マネジドケア方式では、州政府 DHCS からマネジドケア組織に対して「登録者一人当りの毎月」の定額料金が支払われ、そのマネジドケア組織は契約上の医療サービスの全費用を負担するという基本構造であったが、その方式の安定的運営と持続可能性のために、適用医療サービスからの除外項目（臓器移植、慢性腎疾患、施設型長期療養（ロングタームケア）、歯科サービス）を設定し、また、「想定されるリスクを超過した場合」には、州政府からの補てん制度があった。なお、マネジドケア組織に支払われる定額料金は、FFS 方式で想定される費用を前提に算出されていた<sup>41</sup>。前述のように、高リスク・高費用の除外項目については FFS 方式あるいは別の公的制度で対応することでマネジドケア方式から除外し、費用節約的なマネジドケア方式を持続可能な形で運用しながら、医療保障システムにおけるセイフティネットである Medi-Cal の持続可能性を維持するという構造であろう<sup>42</sup>。

---

<sup>40</sup> GAO (1997), p. 5.

<sup>41</sup> GAO (1995), p. 4.

<sup>42</sup> 周知のように、アメリカでは 1950 年代から国民全体を対象とする社会保険として医療保障の皆保障システムを構築する政治的な試みが何度か挫折して、1965 年によく社会的弱者である高齢者に対するメディケア（高齢者・障害者の基礎的な社会保障年金の受給者を対象とする連邦政府管轄の社会保険）と公的扶助受給者を対象とするメディケイドを規定する社会保障法修正法が成立したが、現役世代の多くは民間ベースの雇用主提供医療保険でカバーされるというシステムであった。その根本的な原因は、イギリス型の「社会主義的医療保障（Socialized Medicine）」を拒否するアメリカ自由主義である。それ故に、アメリカで医療サービスについての「選択の自由」を束縛するマネジドケア方式が拡大するのは不可解な現象ともいえそうであるが、医療費高騰とグローバルな経済競争の激化によってアメリカの医療保障システムの中心をなす雇用主提供医療保険がその医療保障を維持することが次第に困難になる中で、費用節約的なマネジドケア方式への転換が進んできたのであり、それは「選択の自由」を多少犠牲にしても、基礎的な医療保障の機能を確保するためと理解することもできる。そして、個人の自立的な就労に基づく雇用主提供医療保険等においてもマネジドケア方式が一般化する中で、医療扶助であるメディケイドに対しては医療給付の在り方と支出膨張の問題が問われてきたのであり、また、雇用主提供医療保険の縮小

これらの GAO 報告で興味深いもう一つの論点は、カリフォルニア州がマネジドケア方式の利点として、費用節約だけではなく、従来の FFS 方式の欠点である Medi-Cal 登録者に対する医療サービスの質と利用便宜性（アクセス）の問題を解決する手段としても位置づけていることである。FFS 方式では<sup>43</sup>、Medi-Cal 登録者は自分で Medi-Cal 患者を受け入れる医師を探し出すことが必要であるが、マネジドケア方式の導入によって多くの医療提供者を、マネジドケア組織のネットワークに参加させることが可能になる。すなわち、Medi-Cal に参加する医療提供者が限られる場合には、むしろマネジドケア組織が構築する医療ネットワークの方が患者の選択肢が広がる可能性がある。Two-plan 型で民間マネジドケア組織に、民間保険市場で一般に販売されるマネジドケアの保険商品の提供を求めるのは、そういう意味と解釈できよう。

さらに、FFS 方式においては州政府が医療サービスの質の監視と保証を直接行うのに対して、マネジドケア方式にすれば、マネジドケア組織が契約する医療提供者の選別と診療方法等の標準化や監視を行うことで一定の医療サービスの質が確保され、さらには必要に応じて、政府部門がマネジドケア組織の医療提供ネットワークの全体に対する監視と規制を行うという仕組みである。

### 3-2 マネジドケア方式の普及

次に、マネジドケア方式の普及に視点を置いて、カリフォルニア州の Medi-Cal の拡充過程をみておこう。

上記の GAO 報告が提出された 1990 年代後半には、文字通りのグローバル化の下でアメリカ経済社会における「製造業の空洞化」と、低賃金のサービス業の比重増大という構造変化が進展し、アメリカ医療保障システムの支柱であった雇用主提供医療保険から取り残される非正規的な雇用が増加して、いわゆる無保障者（Uninsured：日本では無保険者と訳されることが多いが Insured の中にはメディケイド等の医療扶助も含まれるので本稿では無保障者とする）の問題が大きな社会問題となっていた。

貧困対策の福祉支出の膨張を抑制することを強く求めるアメリカ社会全体の圧力の下で、メディケイドについては費用抑制の政策手段としてマネジドケア方式が注目され、カリフォルニア州でも Medi-Cal に

---

をカバーする形でメディケイドが医療セイフティネットの機能を拡充するにあたってはマネジドケア方式が原則として適用される方向性が出てきたといえよう。

<sup>43</sup> GAO(1995), p. 14.

おけるマネジドケア方式の拡大策が進められたのが、この時期である。1996年度にはMedi-Cal登録者538万人の中でマネジドケア方式が125万人(23.1%)であったのが、1998年度にはMedi-Cal登録者502万人の中でマネジドケア方式が225万人(45.8%)になっている。例えば、カリフォルニア州政府の積極的な方策として、58郡のうち26郡において、Medi-Cal登録者の中でAFDC/TANF受給者(公的扶助の中で最も典型的とされる要扶養児童家族扶助)に対して、マネジドケア方式への移行を義務化した<sup>44</sup>。

しかし、マネジドケア方式への移行を進めるには、Medi-Cal登録者への義務的移行の措置だけでは無理であり、その移行してくるMedi-Cal登録者を実際に受け入れるマネジドケア組織や、そのマネジドケア組織が編成する医療提供者ネットワークの構築が不可欠な条件である。

1990年代前半には、マネジドケア方式は主として都市地域の郡で実施され、Medi-Cal登録者に対するマネジドケア方式への移行の義務化も進んでいなかった。1994年にCOHS型(County-organize Health System; 既述のように郡政府が設立する公的なマネジドケア組織への加入の義務化を推進する方向性を有する)がカリフォルニア州政府によって承認されたが、それを実施したのは3郡(Santa Barbara郡, San Mateo郡, Solano郡)にすぎなかった<sup>45</sup>。

そして1994年にはGMC型(Geographic Managed Care: 既述のように複数の民間マネジドケア組織と州政府DHCSが契約して、Medi-Cal登録者はそれらの民間マネジドケア組織の中から選択して加入するという仕組み)がSacramento郡で導入され、当時の同郡内の選択肢は6つの民間マネジドケア組織であった。また、1998年に導入したSan Diego郡では7つの民間マネジドケア組織であった<sup>46</sup>。

1990年代半ばから、カリフォルニア州政府によるMedi-Calマネジドケア方式の拡大策であるTwo-Plan型(既述のように、郡政府の公的マネジドケア組織と民間マネジドケア組織の2つが選択肢となる)が推進され、1990年代末には9郡(Alameda郡, Contra Costa郡, Fresno郡, Kern郡, Los Angeles郡, San Francisco郡, San Joaquin郡, Santa Clara郡, Stanislaus郡)で実施され、さらに3郡(Riverside郡, San Bernardino郡, Tulare郡)で実施作業が進められていた。対象となる郡の選定には2つの基準があり、第1はMedi-Cal登録者数が

---

<sup>44</sup> Draper, Gold and Hudman (1999), pp. 23-26.

<sup>45</sup> Draper, Gold and Hudman (1999), p. 27.

<sup>46</sup> Draper, Gold and Hudman (1999), pp. 27-28.

大きいことであり、第2には当該地域にそのメディケイド登録者を受け入れるだけのマネジドケア方式の仕組みが形成されるという基準である<sup>47</sup>。

なお、公的マネジドケア組織は、FQHC (Federally Qualified Health Center ; 連邦政府認可保健センター) や DSH (Disproportionate Share Hospital ; 無保障者に対する医療サービス提供による過剰な負担に対してメディケイド補助金から財政支援を受けている病院・医療機関 ; 文字通り最後の医療セーフティネットと考えられる) を、医療提供者ネットワークに包摂することが求められた。すなわち、その貧困地域の医療セーフティネットを公的マネジドケア組織のネットワークに組み込むためである。もう一つのマネジドケア組織は、通常の民間マネジドケア組織であり、当該郡の Medi-Cal 登録者は、それらの2つのマネジドケア組織から選択することになる。

たとえば、1999年時点でTwo-Plan型を実施していた11郡の中では、民間マネジドケア組織としてBlue Cross of Californiaを選定していたのは6郡 (Alameda 郡, Contra Costa 郡, Fresno 郡, Kern 郡, San Francisco 郡, Santa Clara 郡) であり、Health Net を選定したのは3郡 (Fresno 郡, Los Angeles 郡, Tulare 郡) であり、Molina Medical Centers が選定されたのは2郡 (Riverside 郡, San Bernardino 郡) であり、Omni Healthcare が選定されたのは2郡 (San Joaquin 郡, Stanislaus 郡) であった<sup>48</sup>。

以上みたような1990年代におけるカリフォルニア州のMedi-Calにおけるマネジドケア方式への移行・拡大の結果、1999年2月時点にはMedi-Cal マネジドケア方式の加入者は236万人に達した。その内訳はTwo-Plan型が171万人、COHS型が32万人、GMC型が30万人であった。その中で加入者が10万人を超える郡は、Two-Plan型ではLos Angeles郡(98万人)と、Riverside郡及びSan Bernardino郡の統合組織(16万人)と、Fresno郡(12万人)と、Alameda郡(10万人)であり、COHS型ではOrange郡(20万人)であり、GMA型ではSacramento郡(15万人)とSan Diego郡(15万人)であった<sup>49</sup>。

---

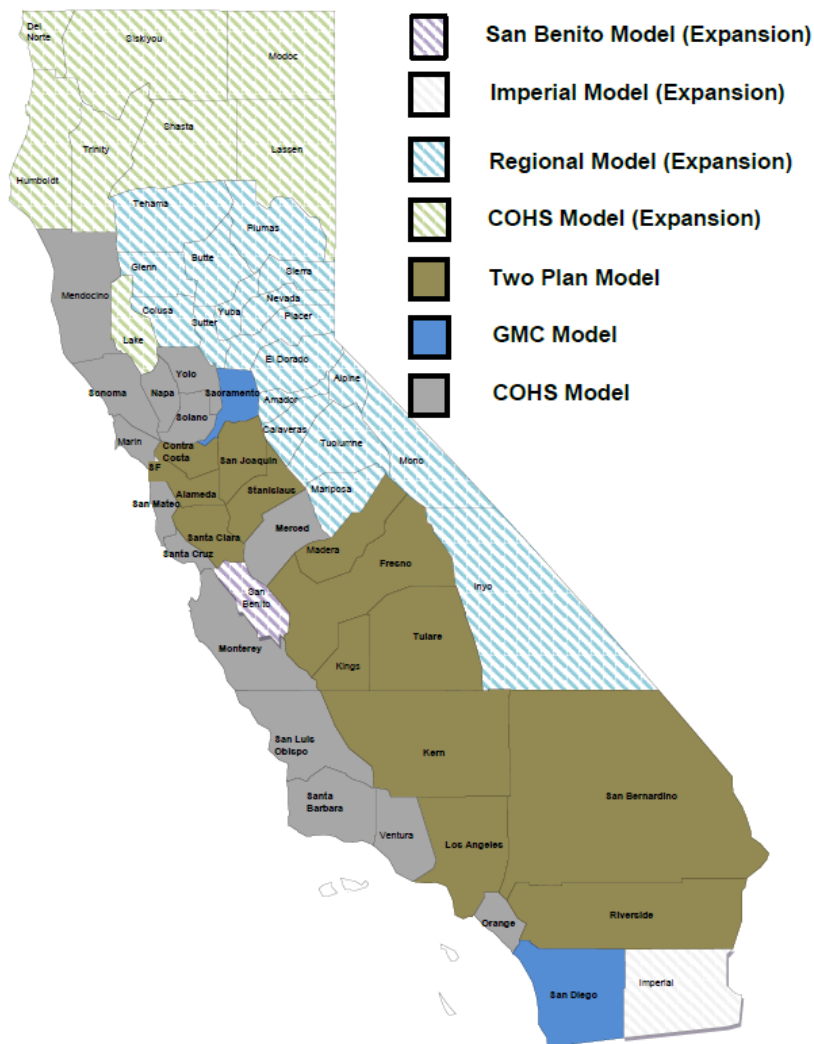
<sup>47</sup> そのうえで、Two-plan型を導入する郡の選定は、第1に、マネジドケア方式の対象となるメディケイド受給者が45千人以上存在し、第2に、Two-plan型の導入意思がある、もしくは、郡内で既にマネジドケア組織が大きな存在となっていること、の2つを基準として行われた。

(GAO(1997), p.5)

<sup>48</sup> Draper, Gold and Hudman(1999)pp.28-30 ; なお、Fresno郡だけは例外的に公的マネジドケア組織を設立せずに2つの民間マネジドケア組織で運営された。

<sup>49</sup> Draper, Gold and Hudman(1999), p.38.

図表 1 : 郡別のマネジドケア]方式の型



出所：California Department of Health Care Services, *MEDI-CAL MANAGED CARE MODELS*, ([http://www.dhcs.ca.gov/services/Documents/MMCD\\_County\\_Map.pdf](http://www.dhcs.ca.gov/services/Documents/MMCD_County_Map.pdf), 2018/7/13ダウンロード)

### 3-3: Los Angeles 郡の Two-Plan 型

次にその最大規模の Los Angeles 郡で実施されていた Two-Plan 型について立ち入ってみよう。

既述のように、州政府 DHCS が Medi-Cal のマネジドケア方式拡大策の重要な一環として Two-Plan 型を推進することを決定したのが 1993 年であり、それを最大規模で実現したのが Los Angeles 郡であった (1996 年実施)。その実施作業が開始された 1994 年の時点で、同郡内の Medi-Cal 登録者の約 2 割に当たる 374 千人がマネジドケア方式に

任意で加入していた。その中で、郡政府が運営する Community Health Plan という HMO (Health Maintenance Organization; マネジドケア組織のひとつ) の加入者は僅かに 12 千人であったので、Medi-Cal 登録者のマネジドケア方式への移行を義務化するためには、あたらしく公的マネジドケア組織を設立する必要がある。1996 年に Two-Plan 型を実施する時点で、公的マネジドケア組織である L.A. Care は 7 つのマネジドケア組織 (上記の公的な Community Health Plan の他、民間の Blue Cross of California と Care 1st Health Plan と Kaiser Permanente と Maxicare と Tower Health と UHP Healthca) に業務委託して、そのマネジドケア組織がそれぞれに医療サービス提供のネットワークを形成するという構造であった<sup>50</sup>。

また、Two-Plan 型における公的マネジドケア組織と並ぶもう一つの軸としての民間マネジドケア組織には Health Net が選定され、その下にも業務委託される 3 つの民間マネジドケア組織 (Friendly Hills, Molina Medical Centers, Universal Care) が存在した<sup>51</sup>。この Los Angeles 郡の Two-Plan 型においてカリフォルニア州政府と契約する Health Net のみならず、L.A. Care 及び Health Net の下請け契約者である民間マネジドケア組織の Blue Cross of California や Molina Medical Centers は、上述のように、他の郡の Two-Plan 型においては州政府 DHCS と直接に契約する位置にある。すなわち、Los Angeles 郡の大規模な Two-Plan 型では、経験豊富で大規模な複数のマネジドケア組織を下請け契約者として編成することで、全体のシステムを構築したといえよう。

さらにそれらの下請け的な位置にあるマネジドケア組織が医療提供者ネットワークを形成し、病院や医師グループが複数のネットワークに組み込まれていた。特に重要なのは、従来から Los Angeles 郡内の貧困者向けの医療セイフティネットの分野で中心的な役割を担っていた公立病院も、その複数のネットワークに組み込まれたことであり、また同時に Two-Plan 型の実施前には FFS 方式であった公立病院も、実

---

<sup>50</sup> L.A. Care は正式には 1997 年に Los Angeles 郡によって設立され、郡政府から独立した理事会によって運営され、カリフォルニア州政府の DHCS と契約して Medi-Cal マネジドケアの業務を遂行する公的マネジドケア組織である。設立時から民間マネジドケア組織と下請け契約を通して業務委託していたが、2006 年から直営のマネジドケア方式の業務も実施するようになった。2017 年時点で L.A. Care の直営のマネジドケア事業では 32 の医療提供グループ (Participating Physician Group) と、「加入者一人当たり定額」形式の契約を結んでいる。(California Department of Health Care Services (April 26, 2018), p.1)

<sup>51</sup> Draper, Gold and Hudman (1999), pp. 46-48.

施後にはマネジドケア方式に転換したことである。もちろん、後述のように、マネジドケア方式の持続可能性のために除外される高リスク・高コストの症例については、FFS方式で治療することも、留意しておきたい。

1990年代後半における Los Angeles 郡の Two-Plan 型の立上げの時期に、同郡内の Medi-Cal 登録者の中でマネジドケア方式への加入を義務化されたのは、AFDC 受給者(要扶養未成年者家族の扶助)と医療困窮者 (Medically Needy with no share of cost)と医療困窮未成年者 (Medically Indigent Children with no share of cost)であった。高齢者及び障害者は、マネジドケア方式と FFS 方式から選択できることになっていた(すなわち、マネジドケア方式への移行は任意となる)。

こうして、Medi-Cal 登録者のマネジドケア方式への移行策と、その大量の移行者を受け入れる多層的なマネジドケア方式のネットワークの形成によって、Los Angeles 郡内の Medi-Cal 登録者の中のマネジドケア加入者は 1994 年 10 月の 34 万人から 1999 年 2 月には 98 万人に増加しており、その内訳は公的マネジドケア組織の L.A. Care が 59 万人(下請け別の人数は公的な Community Health Plan 9.7 万人, 民間では Blue Cross of California 16.6 万人, Maxicare 9.3 万人等), 民間マネジドケア組織の Health Net が 39 万人(下請け別の人数は Universal Care 12.6 万人, Molina Medical Centers 9.4 万人等)であった<sup>52</sup>。

#### 第 4 節 : 非都市地域へのマネジドケア方式の展開

連邦レベルの 2010 年オバマ医療改革法によって「メディケイド拡大」のための連邦補助金が大幅に増額される状況下で、カリフォルニア州政府も Medi-Cal の改革と拡大を推進する一環として、非都市地域の 28 の郡(従来は Medi-Cal のマネジドケア方式が導入されていなかった)において、マネジドケア方式を積極的に導入・拡大する具体的な作業が進められた。

前出図表 1 にみるように、オバマ医療改革の「メディケイド拡大」に伴って、その改革の実施の直前に、マネジドケア方式を導入した 28 郡とは、Regional 型の 18 郡(内陸部の非都市地域; Alpine 郡, Amador 郡, Butte 郡, Calaveras 郡, Colusa 郡, El Dorado 郡, Glenn 郡, Inyo 郡, Mariposa 郡, Mono 郡, Nevada 郡, Placer 郡, Plumas 郡, Sierra 郡, Sutter 郡, Tehama 郡, Tuolumne 郡, Yuba 郡)と、COHS 型の 8 郡

---

<sup>52</sup> Draper, Gold and Hudman(1999), pp. 51, 56.

(同州の北部 ; Del Norte 郡, Humboldt 郡, Lake 郡, Lassen 郡, Modoc 郡, Shasta 郡, Siskiyou 郡, Trinity 郡)と, Imperial 郡 (Imperial 型) と San Benito 郡 (San Benito 型) である。

COHS 型は既述のように, 郡政府が設立する公的マネジドケア組織への加入を Medi-Cal 登録者に義務化するものであるが, Regional 型は, 2 つの民間マネジドケア組織 (Anthem Blue Cross と CA Health & Wellness, 3 郡ではこれらに Kaiser も加わる) から一つを選んで, Medi-Cal 登録者が加入するものであり, また, Imperial 型と San Benito 型も民間マネジドケア組織に加入するものである<sup>53</sup>。

繰り返しになるが, マネジドケア方式では州政府 DHCS がマネジドケア組織と契約し, そのマネジドケア組織が現場の医療提供者との契約や支払を行うという仕組みであり, 逆からみれば, マネジドケア組織が医療提供者のネットワークを形成して, 州政府 DHCS は, その医療提供者ネットワークの全体の代表者としてのマネジドケア組織と契約しているとみることにもできる。非都市地域 28 郡へのマネジドケア方式の拡大の意味を考えると, Medi-Cal の費用抑制策とともに, マネジドケア組織による医療提供者ネットワークの構築と運営能力も重要である。何故なら, 後述のように, 非都市地域では Medi-Cal 登録者に対する十分な医療サービス提供のネットワークの構築が容易でなかったためである。

ここで取り上げる Kemper 報告書は, カリフォルニア州の非都市地域で 2013 及び 2014 年に実施された現地調査に基づき, 医療サービスの利用可能性 (Access and Availability) や医療提供者ネットワークの構成や, 初期診療担当医 (Primary care provider)・病院・専門医までの距離や時間に重点を置くものであった<sup>54</sup>。

後述のように, 州 DHCS による Medi-Cal マネジドケア方式の基準には, 登録者の住居から専門医までの距離や時間の項目もある。医療提供者ネットワークの整備において, 専門医の不足, あるいは専門医の中には受け入れ可能患者数を制限することもあり, 場合によっては, 当該郡の外にある専門医を予定することもある。

専門医の問題では, 特に精神医療の分野は課題が大きかった。オバマ医療改革法によるメディケイド拡充策の一環としてカリフォルニア州では軽度の精神医療サービスを Medi-Cal マネジドケア方式で提供

---

<sup>53</sup> 加藤(2019), pp. 304-307。

<sup>54</sup> Kemper (2015), p. 4.



するようになったが、重度の精神医療サービスについては郡政府の精神医療制度（Mental Health Plan）の担当とされた。具体的には非都市地域の 28 郡では精神医療サービスの提供者はコミュニティ医療センター（Community Health Center）であり、郡政府の精神医療施設が限られる状況下では、マネジドケア組織と郡政府とコミュニティ医療センターの連携が重要であった。さらに薬物乱用者への医療サービスについても郡政府によるインフラ整備の遅れ故に、その対応策がマネジドケア組織と郡政府にとって大きな課題となっていると、この報告書は述べている<sup>55</sup>。

また、初期診療医（Primary Care Provider）への距離についても、カリフォルニア州政府 DHCS による基準は「10 マイル及び 30 分以内」であるが、調査時点の Anthem Blue Cross（非都市地域の代表的な民間マネジドケア組織）に関する調査結果では、非都市地域の 19 の郡（Regional 型の 18 郡と San Benito 型の San Benito 郡）における Medi-Cal 登録者の半分について、その基準を満たしていなかった。また専門医の利用可能性を向上させるために、Anthem Blue Cross は医療提供者ネットワークの中の専門医だけではなく、必要時にはネットワーク外の専門医の予約を取ったり、交通手段の手配するために特別チーム（Access to Care Unit）を設立している。なお、Regional 型の 18 郡の中には、医療提供者ネットワークの中核となる病院が立地しない場合（Alpine 郡、Sierra 郡、Sutter 郡）<sup>56</sup>もあり、その場合にも近隣の郡にある医療提供者ネットワーク内の病院が活用されると思われる。

#### 第4節：民間マネジドケア組織 Anthem の医療提供者向けマニュアル

前節においてみたように、都市地域から非都市地域へ展開されるマネジドケア方式の普及のプロセスを実際に担う主体として、民間マネジドケア組織である Anthem Blue Cross に少し立ち入ってみよう。

Anthem Blue Cross はカリフォルニア州の Medi-Cal において最大の民間マネジドケア組織であり、以下の郡で事業を展開している<sup>57</sup>。州都の Sacramento 郡では GMC 型（4つの民間マネジドケア組織で構成）に参加している。都市地域の Two-Plan 型では公的マネジドケア組織と競争する位置にある民間マネジドケア組織）として、サンフラン

---

<sup>55</sup> Kemper (2015), pp. 13-14, 19.

<sup>56</sup> Kemper (2015), pp. 16, 26.

<sup>57</sup> Anthem Blue Cross (2019), p. 27.

シコ大都市圏の4郡（Alameda郡、Contra Costa郡、San Francisco郡、Santa Clara郡）とサンフランシスコ及びロスアンゼルス大都市圏の中間地域の4郡（Fresno郡、Kings郡、Madera郡、Tulare郡）で事業展開し、さらに、ロスアンゼルス郡のTwo-Plan型における公的マネジドケア組織であるL.A. Careの傘下で業務委託される形で事業展開している。

他方、非都市地域のRegional型（医療提供者ネットワークの構築が困難な状況下で民間マネジドケア組織が地域のマネジドケア方式のインフラ整備を先導するという形でマネジドケア方式の導入と定着を推進する）では、18郡（Alpine郡、Amador郡、Butte郡、Calaveras郡、Colusa郡、El Dorado郡、Glenn郡、Inyo郡、Mariposa郡、Mono郡、Nevada郡、Placer郡、Plumas郡、Sierra郡、Sutter郡、Tehama郡、Tuolumne郡、Yuba郡）で事業展開し、同様に、非都市地域のSan Benito型のSan Benito郡では唯一の民間マネジドケア組織として事業展開する。

すなわち、Anthem Blue Crossは、大都市圏における大規模なMedi-Cal マネジドケア方式で獲得した運営能力を持って、カリフォルニア州内の非都市地域におけるMedi-Cal マネジドケアの立上げを担うという役割を果たしたと考えられる。そのような問題意識をもって、Anthem Blue Crossの医療提供者向けマニュアルという貴重な資料を検討したい。

第1に、患者が医療機関の診断・診療を受けるための待機日数の基準が重要であり、その最低基準が順守されないと、医療提供者が利益優先のために患者を危険な状態で放置したり、また、過小な設備と人員配置によるコスト削減という方策で利益を最大化する危険がある。

Anthem Blue Crossのマニュアルでは医療提供者に対して、例えば、救急診断については、週7日24時間の体制で対応するよう規定している。ただし、このマニュアルには、救急室での待ち時間までは規定されていない。緊急診断（Urgent (sick) examination）の場合は、Anthem側の承認が不必要な時は申し込みから48時間以内、承認が必要あるいは医師の判断による場合には申し込みから96時間以内としている。また、Medi-Cal登録時の初回の健康診断については、登録後120日以内としている。予防的ケアの場合は、申し込み後14日以内とされているが、おそらく、登録時の初回診断で予防的ケアが必要かつ有効と判定された受給者に提供されるという段取りであろう。具体的には以下の通りである。

（1）救急診断（Emergency examination）の場合には、週7日24時間の体制で対応する。

(2) 緊急診断 (Urgent (sick) examination) の場合には、Anthem 側の承認が不必要な時は申し込みから 48 時間以内、承認が必要あるいは医師の判断による場合には申し込みから 96 時間以内。

(3) 定期診断の場合には申し込み後 10 営業日以内。

(4) 非緊急的な相談は申し込み後 15 営業日以内。

(5) 医師以外への非緊急のメンタル相談は申し込み後 10 営業日以内。

(6) 非緊急の補足的診療は申し込み後 15 営業日以内。

(7) Medi-Cal 登録時の初回健康診断は登録後 120 日以内。

(8) 予防的ケアは申し込み後 14 日以内。

(9) 定期的な健康診断は申し込み後 30 日以内。

(10) 18 歳以下の未成年の初回健康診断は登録後 120 日以内あるいは小児科学会ガイドラインの規定のどちらかの早い日時。

(11) 19-29 歳の成年の初回健康診断は登録後 120 日以内。

(12) 妊婦初回診断：申し込み後 10 日以内。

(13) 妊娠 6 カ月までの診断は申し込み後 7 日以内。

(14) 妊娠 6 か月以降の診断は申し込み後 3 日以内。

(15) ハイリスク妊娠の診断は申し込み後 3 日以内。

(16) 分娩後の診断：出産後 21～56 日の期間である<sup>58</sup>。

第 2 は、Anthem Blue Cross とのマネジドケア契約でカバーされる医療サービスである。下に掲げるのは主たる医療サービスであり、該当しない医療サービスについては Anthem Blue Cross の Customer Care Center あるいは Provider Relations の指示を受けることになる。また、救急診断の場合を除いて、Anthem Blue Cross のネットワークの外部の医療提供者による医療サービスは、このマネジドケア契約によってカバーされないことになる<sup>59</sup>。

まず、Anthem Blue Cross による事前承認を必要としない医療サービスの主要項目は以下の通りである<sup>60</sup>。

①妊娠中絶、②鍼灸治療、③アレルギー検査、④羊水穿刺、⑤麻酔、⑥聴覚障害者向けの支援サービス(ロスアンゼルス郡内のみ適用)、⑦血液製剤、⑧がん検診、⑨未成年検診、⑩化学

<sup>58</sup> Anthem Blue Cross (2019), p. 8.

<sup>59</sup> Anthem Blue Cross (2019), p. 14.

<sup>60</sup> Anthem Blue Cross (2019), p. 14.

療法薬剤，⑩在宅介護，⑪糖尿病（ただし 21 歳未満の場合には州政府の別プログラムがある），⑫腎臓透析（ただし 21 歳未満の場合には州政府の別プログラムがある），⑬内視鏡検査，⑭家族計画（ただし，不妊治療関連は除く），⑮分娩監視装置，⑯健康啓蒙教育・補聴器，⑰慢性腎疾患，⑱B 型肝炎・ガンマグロブリン症，⑲入院治療費，⑺入院室料金，⑻予防ワクチン，⑽注射サービス，⑾通訳サービス，⑿病理学的検査，⑿妊婦へのサービス，Ⓣ産科婦人科サービス，Ⓚ眼科サービス，Ⓛ放射線治療，Ⓜ定期的身体検査，Ⓨ輸血，ⓏTransgender 関連サービス，ⓐ視力補強：器具等，ⓑ緊急治療センター，ⓓ予防的定期相談

次に Anthem Blue Cross の事前承認が必要な医療サービスである<sup>61</sup>。

①救急搬送，②問題行動医療サービス（Behavioral health），③白内障向けメガネ，④結腸瘻造設術，⑤レントゲン診断，⑥医療に必要な設備（エアコン・水泳プール等を除く），⑦救急医療室の費用，⑧在宅介護サービス，⑨ホスピス・サービス，⑩未熟児無呼吸発作，⑪結石破碎，⑫臓器移植，⑬栄養士サービス，⑭義歯・矯正歯科，⑮心理カウンセラー，⑯放射線診断，⑰再生外科，⑱リハビリ・サービス，⑲長期看護施設，⑳顎関節治療。

また，マネジドケア方式の適用外の医療サービスについては以下のように明示されている<sup>62</sup>。

①人工授精（Artificial insemination），②バイオフィードバック療法，③薬物乱用リハビリ（州政府あるいは郡政府による別プログラムが適用），④歯科サービス（原則的に Medical の歯科サービスのマネジドケアがあるので，Anthem Blue Cross では取り扱わない），⑤薬物依存からの解毒療法（Detoxification；州政府あるいは郡政府精神医療部局が運営する FFS 方式で対応する），⑥結核の直接監視下療法（Directly observed therapy，州政府が運営する FFS 方式で対応する），⑦試験的医療（Experimental procedures），⑧遺伝子検査（Genetic testing；州政府の遺伝子病理の部局で扱う），⑨アルコール及び薬物乱用（州政府あるいは郡政府精

<sup>61</sup> Anthem Blue Cross (2019), p. 14.

<sup>62</sup> Anthem Blue Cross (2019), p. 14.

神医療部局が運営する FFS 方式で対応する), ⑩経頭蓋磁気刺激 (transcranial magnetic stimulation)。

以上みたように, Anthem Blue Cross のマニュアルは医療提供者向けであるために, マネジドケア契約で適用する病名を詳細に規定しており, また不適用の場合でも, 州政府あるいは郡政府の別のプログラムを指摘して, マネジドケアの医療提供者から情報提供ができるように配慮されている。

また, 第1節でみたカリフォルニア州の Medi-Cal の全体的な枠組みの機能分担の明示されている。例えば, 第1に, 薬物乱用や重度精神疾患について, 基本的に「郡政府の特別プログラムへの移管」ということであるが, さらに Anthem Blue Cross のマニュアルの中では, 「軽度の問題行動の症状はカバーするが強度の症状は郡政府の担当部局の責任」であり, 特に「精神疾患の施設入院は Medi-Cal から除外されるので郡政府精神医療部に問い合わせる」ことが明記されている<sup>63</sup>。第2に, 歯科サービスについては, Anthem Blue Cross のマネジドケア方式の適用分野からは除外している。第3に, California Children's Services が適用される未成年の難病についても, 「Anthem Blue Cross は州政府及び郡政府の医療制度と連携協定を締結しており, (Anthem Blue Cross のネットワーク内の: 引用者) 医療サービス提供者がそれらの公的医療制度に紹介状を発行した場合には, (Anthem Blue Cross の: 引用者) Utilization Management に連絡する責任がある」という記述がある<sup>64</sup>。

すなわち, 既述のような高リスクで高コストの分野をマネジドケア方式から除外して他の公的制度に任せることで Medi-Cal のマネジドケア方式の持続可能性が維持されるという基本構造と, この Anthem Blue Cross によるマネジドケア方式の参加する医療サービス提供者向けのマニュアルが整合していることが, 確認できよう。

## おわりに

マネジドケア方式は, アメリカ医療保障システムのセイフティネットであるメディケイドの経費膨張に対する費用抑制策として, 導入が進められてきた。初期治療医師が専門医師の治療の必要の有無を判断し, また, 定額支払い方式であるため, 必要医療経費を差し引いた金

<sup>63</sup> Anthem Blue Cross (2019), pp. 28, 32.

<sup>64</sup> Anthem Blue Cross (2019), p. 28.

額が保険組織あるいは医療提供者の「収益」になる方式である。しかし、その反面、必要な医療サービスを不適切に抑制する危険があり、メディケイド当局はマネジドケア契約において、必要なサービス基準を設定することで、医療セーフティネットの役割と費用節約の要請のバランスを追求することになる。逆からみれば、マネジドケア方式の費用節約という長所を生かすために守られるべきサービスの基準を設定するが、高リスクで高コストの分野はマネジドケア方式から除外して、その外側で公費の負担で対応する仕組みが構築される必要もある。

このようなマネジドケア方式を、カリフォルニア州では、1990年代から大都市地域で本格的に導入・拡大策を実施しており、その郡レベルの「実験室の改革」による成果と運用能力の蓄積を前提として、21世紀には非都市地域でもマネジドケア方式を義務化する方向で Medi-Cal 改革を進めたのである。先進的なカリフォルニア州における「実験室」の成果は、単なるマネジドケア方式の普及ではなく、それが地域的な多様性の中で、都市地域の先進的な郡レベルの実験成果が非都市地域でも活用されるという政策展開の在りかたとしての教訓としても貴重であり、しかも、民間マネジドケア組織を通して伝搬するプロセスも興味深い。日本においても、高齢化の一層の進行と非正規雇用の拡大に伴い、社会的弱者や底辺層や低所得層への医療保障を担う公的メカニズム(医療扶助, 国民健康保険, 後期高齢者医療制度等)の持続可能性の問題が、より深刻化するはずである。本調査研究のアメリカの公的医療保障におけるマネジドケア方式(医療の包括的管理という手法や費用節約的なメカニズムを特徴とする民間保険スキーム)の活用と地域特性に応じた医療提供者ネットワークの構築・再編の事例は、今後の日本にとって有用かつ有効な示唆を提供するものとなる。このような問題意識で、多層的な「実験室の成果」が全米規模で活用されるプロセスを分析することを次の課題としたい。

## 参考文献リスト

- Anthem Blue Cross (2019), *PROVIDER MANUAL: Provider Manual Medi-Cal Managed Care Major Risk Medical Insurance Program*, ; ACA-PM-0016-19.
- Bindman, A., D. Hulett, I. Ostrer, and T. Kang (2019), *A Close at Medi-Cal managed Care: Statewide Quality Trends from the Last Decade*, California Health Care Foundation.
- California Department of Health Care Services (DHCS), (April 26, 2018), *MEDICAL REVIEW - SOUTHERN SECTION I AUDITS AND*

*INVESTIGATIONS DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES L. A. Care Health Plan.*

- California Department of Health Care Services, *MEDI-CAL MANAGED CARE MODELS*, ([http://www.dhcs.ca.gov/services/Documents/MMCD\\_County\\_Map.pdf](http://www.dhcs.ca.gov/services/Documents/MMCD_County_Map.pdf), 2018/7/13 ダウンロード)
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), (2020), *Medicaid Managed Care Enrollment and Program Characteristics, 2018*.
- Centers for Medicare and Medicaid Services, *Managed Care Authorities*, (<https://www.medicare.gov/managed-care/managed-care-authorities/index.html>, 2020/7/27 閲覧)
- Centers for Medicare and Medicaid Services, *Medicaid Managed Care Quality*, (<https://www.medicare.gov/managed-care/quality-of-care/managed-care-quality/index.html>, 2020/7/30 最終閲覧)
- Centers for Medicare and Medicaid Services, *Quality of Care External Quality Review*, (<https://www.medicare.gov/managed-care/quality-of-care-external-quality-review/index.html>, 2020/7/30 最終閲覧)
- Centers for Medicare and Medicaid Services, *State Quality Strategies*, (<https://www.medicare.gov/managed-care/quality-of-care/managed-care-quality/state-quality-strategies/index.html>, 2020/7/30 最終閲覧)
- Congressional Research Service (CRS), (2019), “Medicaid: An Overview,” *CRS Report for Congress*, R43357.
- Draper, D., M. Gold and J. Hudman (1999), *Managed Care and Low-Income Populations: A Case Study of Managed Care in California*, Kaiser Family Foundation.
- GAO (United States General Accounting Office), (1995), *MEDICAID MANAGED CARE: More Competition and Oversight Would Improve California's Expansion Plan*, GAO/HEHS-95-87.
- GAO (1997), *MEDICAID MANAGED CARE: Delays and Difficulties in Implementing California's New Mandatory Program*, GAO/HEHS-98-2.
- Herz, E. J., (2006), “Medicaid Managed Care: An Overview and Key Issues for Congress,” *CRS Report for Congress*, RL33711.
- Kemper, L., (2015), *On the Frontier: Medi-Cal Brings Managed Care to California's Rural Counties*, California Healthcare Foundation.
- Tatar, M. and A. Chapman (2019), *The Medi-Cal Program: An Overview*, California Health Care Foundation.

- 加藤美穂子(2015), 「アメリカのメディケイド補助金とオバマ医療改革」『香川大学経済論叢』, 第 88 巻第 3 号, pp. 75-132.
- 加藤美穂子(2019), 「オバマ医療改革の州レベルの実施過程ーカリフォルニア州の『メディケイド拡大』を事例に」『香川大学経済論叢』, 第 91 巻第 3・4 号, pp. 279-316.