

アメリカのメディケイド補助金における分権的特性

The U.S. Decentralized Intergovernmental Fiscal Relation —— Medicaid Grants-in-Aid ——

加 藤 美穂子

要旨：

メディケイドは、1965年に連邦政府が創設したエンタイトルメントの医療扶助プログラムである。ただしそれは、全米で一本化されたシステムではなく、50の州がそれぞれ実施する多様なプログラムの集合体である。本稿では、このメディケイドに関する連邦補助金の基本構造を検討することによって、アメリカの連邦システムが本質的に持つ分権的な構造と、特定補助金に関わる仕組みにおいても、各州政府の多様な制度設計と柔軟な運営を可能にしている実態の一端を明らかにする。

(キーワード：アメリカ，メディケイド，州・地方財政，政府間補助金，特定補助金)

目 次

はじめに

1. アメリカの医療保障システムの特徴
2. メディケイド連邦補助金の基本構造と連邦・州財政における膨張
3. メディケイドの適格者に関する連邦規定
4. 適格者の経済基準に関する州間の多様性

おわりに

はじめに

メディケイドは、ジョンソン政権の「偉大なる社会」政策の一環として、1965年にメディケアとともに創設されたエンタイトルメントの医療扶助プログラムである¹。ただしそれは、全米で一本化されたシステムではなく、50の州がそれぞれ実施する多様なプログラムの集合

¹ the Social Security Amendments of 1965, P. L. 89-97.

体である²。

また、メディケイドは、連邦政府が州政府に強制的に実施を義務付けるものではない。各州政府は、連邦政府が作ったメディケイドというスキームに参加することもできれば、参加しないという選択もできる。事実、現在でこそ全ての州がメディケイドに参加しているものの、アリゾナ州のように1980年代半ばまで、メディケイドを実施していなかった州も存在する³。

メディケイドへの参加を選択した州政府は、連邦政府から定率で特定補助金を受け取ることができる代わりに、連邦政府が定めるルールを遵守することが求められる。ただし、連邦政府はメディケイドの基礎的な仕組みに関するルールは設定しているものの、各州政府には、独自のプログラムを設計し、運営を行うための大きな裁量性が与えられている。その裁量性は、適格となる対象者やその判定基準、メディケイドでカバーされる医療の保障内容を含めたプログラムの根幹部分にも及ぶものであり、その結果として、50州の多様なプログラムの集合体と呼ばれる状況が生み出されている。

本稿では、このようなメディケイドの連邦補助金の基本構造を検討することにより、アメリカの連邦システムが本質的に分権的な構造を持ち、特定補助金に関わる仕組みにおいても、各州政府の多様な制度設計と柔軟な運営を可能にしている実態を明らかにする。まず第1節では、メディケイドを検討するに先立ち、アメリカの医療保障システムの特徴と無保険者の状況をみていく。第2節では、メディケイド連邦補助金の基本構造と、連邦財政と州財政におけるメディケイド支出の膨張について検討する。第3節では、メディケイド連邦補助金における連邦ルールのうち、適格者に関するマンドイトとオプションの内容と、連邦ルールの一部を免除するウェイバーと呼ばれる仕組みについて紹介する。第4節では、各州政府が設定するメディケイドの適格者の経済基準に焦点を当て、実際に多様なプログラムが実施されている姿を概観する。

1. アメリカの医療保障システムの特徴

1.1 アメリカにおける主な医療保険と無保険者問題

アメリカでは、医療保険は、各個人が私的契約を通じて民間市場から購入することが基本形であり、日本にあるような全ての国民を強制加入させる公的医療保険制度は存在しない。その代わりに、雇用関係を軸にした雇用主提供医療保険が発展しており、被用者世帯の多く

² U.S. Government Accountability Office (1995), p.12, Herz (2010), p.1, Daniels (1998), p.3.

³ アリゾナ州を除く他の州については、1974年までに全ての州がメディケイドへの参加を選択した。(Rowland (2005-2006) p.65)

は、雇用主が福利厚生の一環として提供する団体医療保険（雇用主提供医療保険）に加入することで、医療保険を得ている⁴。また、自営業者や雇用主が医療保険を提供していない被用者、65歳未満の早期退職者は、民間保険会社から個人医療保険を購入している⁵。

しかし、雇用関係や民間保険市場をベースとすることから、失業状態にある者や雇用主が医療保険を提供しない職種にある者の中に、貧困ゆえに民間市場から医療保険を購入できない者、あるいは、極めて不十分な保険しか購入できない者が生じてくる。そこで、高齢者や障害者、公的扶助を受けざるを得ないような貧困者、低所得の妊婦や児童については、政府がセーフティネットの一部として医療保障プログラムを提供している。それが、メディケア（高齢者医療保険）、メディケイド（公的医療扶助）、CHIP（貧困児童を対象とした公的医療扶助）である。だがそれでもなお、ワーキング・プア層の中には、民間医療保険とこれらの医療扶助の狭間に陥って無保険になる者が少なくない。

1.2 個人の属性別の医療保障の取得状況

次に、各医療保障制度の利用者と無保険者の状況をみていこう。表1の(1)と(2)は、2010年時点での医療保障の取得状況を、個人の属性別に示したものである⁶。

第1に、総人口306.1百万人のうち何らかの医療保険か公的医療扶助にカバーされているのは256.2百万人（総人口の83.7%）であり、そのうち民間保険でカバーされる者が195.9百万人（総人口比64.0%）、メディケアでカバーされる者が44.3百万人（同14.5%）、メディケイドでカバーされるものが48.6百万人（同15.9%）となっている。そして残りの49.9百万人（同16.3%）は、何の医療保険や公的医療扶助にもカバーされておらず、無保険状態となっている。

第2に、年齢別にみると、65歳以上人口では、総数39.2百万人のうち無保険者は0.8百万人であり、65歳以上人口の2.0%とかなり少ないことがわかる。その大きな理由は、65歳以上の高齢者を対象とした公的医療保険であるメディケアが存在するためであり、65歳以上人口の93.1%がこの制度でカバーされているためである。

対して18歳から64歳では、その総数192.0百万人のうち、21.8%にあたる41.8百万人が無保険者である。特に、若い勤労世代ほど無保険者の比率が高く、25歳から34歳ではその28.4%

⁴ アメリカの民間医療保険については中浜（2006）、雇用主提供医療保険に関しては長谷川（2010）において、詳しく研究されている。また、アメリカの医療扶助政策については、櫻井（2006）の研究などがある。

⁵ 中浜（2006）、p.2。

⁶ 以下に示す数値は、U.S. Census Bureau, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010* (P60-239), Table HI01. "Health Insurance Coverage Status and Type of Coverage by Selected Characteristics: 2010," (http://www.census.gov/hhes/www/cpstables/032011/health/h01_001.htm).

が無保険状態にある。65 歳以下の勤労世代は基本的にメディケアの対象とはならず、さらに医療扶助であるメディケイドも、原則として勤労しうる者をその対象としていないことから、この世代は高齢者や児童と比較して、無保険者の比率が高くなる傾向にある。

児童における無保険者の割合は、18 歳未満人口総数の 9.8% (7.3 百万人) であり、勤労世代よりもかなり低い。その理由は、メディケイドや SCHIP といった公的医療扶助の適格基準が比較的、寛大に設定されているためである。実際に、18 歳未満人口の 34.8%がメディケイドでカバーされており、特に 6 歳未満の児童については、その 40.2%がメディケイドの対象となっている。

表 1 アメリカにおける医療保障の状況：2010 年，全米

(1) 人数（千人）

	Total People	Covered by Private or Government Health Insurance						Not Covered
		Total	Private	Health	Government Health Insurance			
			Total	Employment-based	Total	Medicaid	Medicare	
Total	306,110	256,206	195,874	169,264	95,003	48,580	44,327	49,904
Age								
Under 18 years	74,916	67,609	44,620	41,083	28,385	26,067	602	7,307
Under 6 years	25,555	23,241	13,866	12,951	11,187	10,283	233	2,314
6 to 11 years	24,701	22,400	14,825	13,919	9,362	8,694	182	2,301
12 to 17 years	24,660	21,968	15,929	14,212	7,836	7,090	186	2,692
18 to 64 years	192,015	150,209	128,585	115,453	29,990	18,926	7,268	41,805
18 to 24 years	29,651	21,573	17,407	13,612	5,579	4,516	257	8,078
25 to 34 years	41,584	29,780	25,314	23,221	5,746	4,249	610	11,804
35 to 44 years	39,842	31,149	27,426	25,573	5,046	3,449	900	8,692
45 to 54 years	43,954	36,035	31,695	29,201	6,110	3,607	1,901	7,919
55 to 64 years	36,984	31,672	26,743	23,846	7,509	3,105	3,600	5,312
65 years and over	39,179	38,387	22,668	12,728	36,629	3,587	36,457	792
Region								
Northeast	54,782	48,003	37,660	33,083	17,043	9,251	8,490	6,779
Midwest	66,104	57,499	45,774	39,223	20,092	9,973	10,015	8,605
South	113,275	91,610	67,915	59,196	35,835	17,319	16,392	21,665
West	71,949	59,094	44,526	37,763	22,032	12,038	9,431	12,855
Household Income								
Less than \$25,000	60,140	43,974	15,772	9,102	35,172	22,535	15,142	16,166
\$25,000 to \$49,999	70,680	55,245	37,160	29,599	28,510	14,202	13,926	15,435
\$50,000 to \$74,999	57,359	48,528	41,494	36,783	13,852	6,001	6,683	8,831
\$75,000 or more	117,931	108,458	101,448	93,781	17,470	5,841	8,576	9,473
RACE								
WHITE ALONE	243,323	205,938	162,508	139,386	72,970	33,306	37,634	37,385
BLACK ALONE	39,031	30,899	18,867	17,032	15,377	10,868	4,544	8,132
ASIAN ALONE	14,332	11,731	9,473	8,394	3,193	1,890	1,397	2,600
HISPANIC (ANY RACE)	49,972	34,631	20,828	19,068	16,334	13,183	3,503	15,340

資料：U.S. Census Bureau, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010* (P60-239), Table HI01. "Health Insurance Coverage Status and Type of Coverage by Selected Characteristics: 2010," (http://www.census.gov/hhes/www/cpstables/032011/health/h01_001.htm) より作成。

(2) 構成比 (%)

	Total People	Covered by Private or Government Health Insurance						Not Covered
		Total	Private Health		Government Health Insurance			
			Total	Employment-based	Total	Medicaid	Medicare	
Total	100.0	83.7	64.0	55.3	31.0	15.9	14.5	16.3
Age								
Under 18 years	100.0	90.2	59.6	54.8	37.9	34.8	0.8	9.8
Under 6 years	100.0	90.9	54.3	50.7	43.8	40.2	0.9	9.1
6 to 11 years	100.0	90.7	60.0	56.4	37.9	35.2	0.7	9.3
12 to 17 years	100.0	89.1	64.6	57.6	31.8	28.7	0.8	10.9
18 to 64 years	100.0	78.2	67.0	60.1	15.6	9.9	3.8	21.8
18 to 24 years	100.0	72.8	58.7	45.9	18.8	15.2	0.9	27.2
25 to 34 years	100.0	71.6	60.9	55.8	13.8	10.2	1.5	28.4
35 to 44 years	100.0	78.2	68.8	64.2	12.7	8.7	2.3	21.8
45 to 54 years	100.0	82.0	72.1	66.4	13.9	8.2	4.3	18.0
55 to 64 years	100.0	85.6	72.3	64.5	20.3	8.4	9.7	14.4
65 years and over	100.0	98.0	57.9	32.5	93.5	9.2	93.1	2.0
Region								
Northeast	100.0	87.6	68.7	60.4	31.1	16.9	15.5	12.4
Midwest	100.0	87.0	69.2	59.3	30.4	15.1	15.2	13.0
South	100.0	80.9	60.0	52.3	31.6	15.3	14.5	19.1
West	100.0	82.1	61.9	52.5	30.6	16.7	13.1	17.9
Household Income								
Less than \$25,000	100.0	73.1	26.2	15.1	58.5	37.5	25.2	26.9
\$25,000 to \$49,999	100.0	78.2	52.6	41.9	40.3	20.1	19.7	21.8
\$50,000 to \$74,999	100.0	84.6	72.3	64.1	24.1	10.5	11.7	15.4
\$75,000 or more	100.0	92.0	86.0	79.5	14.8	5.0	7.3	8.0
RACE								
WHITE ALONE	100.0	84.6	66.8	57.3	30.0	13.7	15.5	15.4
BLACK ALONE	100.0	79.2	48.3	43.6	39.4	27.8	11.6	20.8
ASIAN ALONE	100.0	81.9	66.1	58.6	22.3	13.2	9.7	18.1
HISPANIC (ANY RACE)	100.0	69.3	41.7	38.2	32.7	26.4	7.0	30.7

資料：表1の(1)と同じ。

第3に、地域別の状況を見ると、南部（South）と西部（West）において無保険者の比率が高く、それぞれ人口の19.1%と17.9%を占めている。対して、北東部（Northeast）と中西部（Midwest）の無保険者の比率は、それぞれ12.4%と13.0%であり、南部や西部よりも約5～7%ポイント低い。

これらの無保険率の差には、民間保険のカバー率の差が最も大きく影響している。具体的には、民間保険のカバー率は、北東部の68.7%と中西部の69.2%に対して、西部と南部では、それぞれ61.9%、60.0%とかなり低くなっている。一方、政府の医療保険等をみると、メディケアによるカバー率は、最も低い西部が13.1%、最も高い北東部が15.5%となっている。また、メディケイドについては、最も低い中東部の15.1%に対して、最も高い北東部では16.9%となっている。

このように、メディケイド等の公的医療扶助によるカバー率は、民間保険に比べると地域間の差異が小さい。言い換えれば、南部や西部では、民間保険でのカバー率が低いにもかかわらず、メディケイドなどの公的医療扶助でもそれをあまり補っておらず、最低限の保障に抑制していることが予想される。そして、むしろ民間保険でのカバー率が高い北東部の方が、メディケイドによるカバー率を拡大しているといえる。

第4に、人種別にみていくと、無保険者の比率が最も高いのは、ヒスパニック系の30.7%であり、続く黒人の20.8%よりもほぼ10%ポイントも高い。民間保険のカバー率をみると、白人とアジア系が66%大であるのに対し、黒人では48.3%であり、ヒスパニック系ではさらに低い41.7%となっている。ヒスパニック系において、民間保険でカバーされる率が特に低い理由としては、新しい移民が多く、雇用主が医療保険を提供するような職種についていないことが多いためと考えられる。対して、メディケイドについては、白人とアジア系では共に13%台であるのに対し、黒人とヒスパニック系はそれぞれ27.8%と26.4%であり、かなり高くなっている。このように、人種間で医療保険の状況にはかなりの差異があることから、地域間の人種構成の違いが、先ほどみた地域間の差異をもたらす一つの要因となっている。

1.3 皆保険提案の挫折とメディケイドの拡充

このように、少なからず無保険者が存在する中、アメリカにおいても、国民全体をカバーする医療保障政策への提案は幾度となく出されてきた。例えば、1945年には、トルーマン民主党政権の下で、国民全員を対象とする社会保険の創設を目指したNational Health Insurance法案が提出されている。また他の例として、1993年にクリントン政権が提案した国民皆保険案もある。これらの法案は、いずれも成立には至らなかったものの、アメリカでは、国民全体をカバーする医療保障政策への提案を挫折させる代わりに、特に必要度が高い部分をカバーする制度ができるというプロセスが繰り返されてきた。

トルーマン政権のNational Health Insurance法案の場合、この法案そのものは廃案となったものの、その後、高齢者のみを対象とするメディケアと貧困者のみを対象とするメディケイドの創設へとつながっていった。それによって、自立能力のある現役世代は民間ベースの医療保障を自動的に獲得することを大原則とした上で、自立できない高齢者と貧困者については医療扶助を提供するという全米的な枠組みができたことになる。

また、クリントン政権についても、国民皆保険法案が廃案となる一方で、メディケイドの拡充が実施されていった。具体的には、皆保険法案の挫折後に、クリントン政権は1997年2月に提出した1998年度予算教書の中で⁷、メディケイドの拡充や無保険の勤労世帯への医療保

⁷ The Office of Management and Budget, (1998).

障を拡大する提案等を行った。これを契機として、連邦議会では貧困家庭の児童に対する医療扶助の拡大に関する様々な提案がなされ、最終的には SCHIP が 1997 年 8 月に The Balanced Budget Act of 1997 (BBA 97; P. L. 105-33) の一部として立法化された。

だが、2008 年に誕生したオバマ民主党政権は、それまで挫折を繰り返してきた医療改革の歴史に、大きな転機をもたらした。2010 年 3 月に、皆保険を目指した包括的医療改革法案である the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) (P. L. 111-148) が成立したのである。ただし、PPACA は、全米で一本化された公的医療保険を作ろうとするものではなく、既存の分立したシステムを前提としながら、医療保障の空白部分を、メディケイドの拡充や新たな制度で埋めていこうとするものである。

PPACA は、全ての国民に対して、何らかの医療保障の資格を取得することを求めており、違反者に対しては追徴税 (tax penalty) を課すものとなっている⁸。同時に、一定数以上の被用者を雇用する雇用主に対して、雇用主医療保険の提供や費用負担を課している。その上で、PPACA は、医療保険市場の改革、メディケイドの適格者の拡大、個人及び小規模雇用者のための医療保険市場の創設を通じて、医療保険へのアクセスを増加させることを目指している⁹。

ただし、連邦政府レベルで PPACA 法案が成立はしたものの、この改革が全米で定着し、普及するかはまた別の話である。PPACA に対しては、今なお保守派からの抵抗は大きく、その合憲性を巡る訴訟なども各地で行われている。幾つかの州では、連邦地方裁判所でこの医療改革法案に対する違憲判決がだされており、連邦最高裁判所での審理に付されるなど、今後の行方はまだ不透明である。

2. メディケイド連邦補助金の基本構造と連邦・州財政における膨張

2.1 メディケイド連邦補助金の基本構造

次に、メディケイドの連邦補助金としての特徴を検討していこう。メディケイドは、連邦政府と州政府が協働し、費用を分担するプログラムである。連邦政府の負担分は、定率の特定補助金として各州政府に配分されている。この補助金は、上限なしのエンタイトルメント (open-ended entitlement) であるため、連邦政府は、州政府がメディケイド・プランの下で適格性を認めた登録者すべてに対して、上限なく、州支出の一定割合を支払う義務がある¹⁰。

メディケイドに関する連邦資金のマッチング率は、the federal medical assistance percentage (FMAP) と呼ばれており、各州の人口 1 人当たり所得に応じて 50% から 83% の間で設定さ

⁸ Kaiser Family Foundation, (2011), p.1.

⁹ U.S. Government Accountability Office, (2011), Summary より。

¹⁰ 州政府が行う適格者の登録に関して、連邦政府は制限できない。GAO (2002), p.6.

れている。たとえば 2010 年度では¹¹、人口 1 人当たり所得の高いニューヨーク州の FMAP は 50.00%であり、州資金 1 ドルに対して連邦政府からの補助金を 1 ドル受け取ることになる。対して、人口一人当たり所得の低いミシシッピ州の場合、FMAP は 75.67%であり、州資金 1 ドルに対し、連邦政府からの補助金は 3.11 ドルとなる。

連邦政府は、メディケイドの連邦補助金の交付要件として、州政府に、受給要件やサービスの種類、給付金額、給付期間、診療報酬等に関する連邦政府が定めたルールやガイドラインを満たすことを求めている¹²。ただし、後に検討するように、これらの連邦政府のルールは緩やかなものであり、適格者の受給資格要件や給付内容をはじめとして、州政府にはメディケイドの設計と運用に関する裁量性と柔軟性がかなり与えられている¹³。実際に、各州では、各々の地域の特性に合わせた多様な運用が行われている。

メディケイドの受給資格やケアの内容に関する連邦政府のルールには、大きく分けて、「マンドイト」と「オプション」がある。マンドイトとは、メディケイドの連邦補助金を受けるすべての州政府が必ず満たさねばならない受給資格や給付内容 (benefits) 等に関するルールである。一方、オプションとは、マンドイトとして定められた適格者や給付内容よりも、州政府が裁量的に、寛大な適格基準や給付内容を実施することを選択できる範囲である。オプションを選択した州政府は、追加的な連邦補助金を得る代わりに、それに付随する連邦ルールを満たすことが求められる。

これらに加えて、メディケイドには、州政府が連邦補助金を受けながらも、プログラムの設計や運営における更なる柔軟性を得るための仕組みとして、「ウェイバー (Waiver)」が設けられている。ウェイバーとは、権利や要請等を、自主的に放棄ないしは免除することであり、メディケイドについては、社会保障法 (the Social Security Act) の中で、連邦厚生省長官が、州政府に対して、一部の連邦規定を免除してもよいという権限を与えられている。社会保障法が認める項目について州政府がウェイバーの申請を行い、それが連邦厚生省から承認された場合には、マンドイトとされる連邦ルールであっても免除されるのであり、独自の取り組みを試みることができる。

メディケイドに関するウェイバーは、社会保障法のセクション 1115 とセクション 1915 において定められている。セクション 1115 では、特定のプログラムに対して、その目的を促進するための調査や実験的プロジェクトを実施する幅広い権限を連邦厚生省 (HHS) 長官に与えており、Research & Demonstration Projects Waiver と呼ばれている。また、セクショ

¹¹ U. S. Department of Health & Human Services (2008), を参照。

¹² 中浜 (2006), p.25。

¹³ GAO (2002), p.6。

ン1915では、1915(b)のManaged Care/Freedom of Choice Waiversと、1915(c)のHome and Community-Based Services Waiversとが規定されている。

日本の感覚からすれば、中央政府がマンデイト(義務)と決定したものについては、下位政府が絶対に逃れることができない義務という印象になるのだが、アメリカのメディケイドを考察する際には、連邦政府が基本的なルールを定めているものの、州政府側の選択権と裁量が大きく確保されている点に注意すべきである。

以上をまとめると、第1に、メディケイドは公的扶助ではあるものの、州政府には、連邦政府の提示するスキームに参加するか否かという選択のチャンスがある。第2に、州政府がメディケイドに参加することを選択した場合にはじめて、逃れることができない義務としてマンデイトが課されることになる。第3に、その上で、マンデイトの基準よりも寛大な適格者基準や給付内容を実施したい場合には、一定の連邦ルールの中で連邦補助金を受けながらそのような保障の拡大ができる各種「オプション」の実施を選択することもできる。第4に、さらに、マンデイトに分類されるルールであっても、ウェイバー条項の対象となるときには、連邦政府の義務付けが外される。第5に、これらの連邦補助プログラムの枠組みの外で、州政府が独自のプログラムを行うことは、勿論可能である。

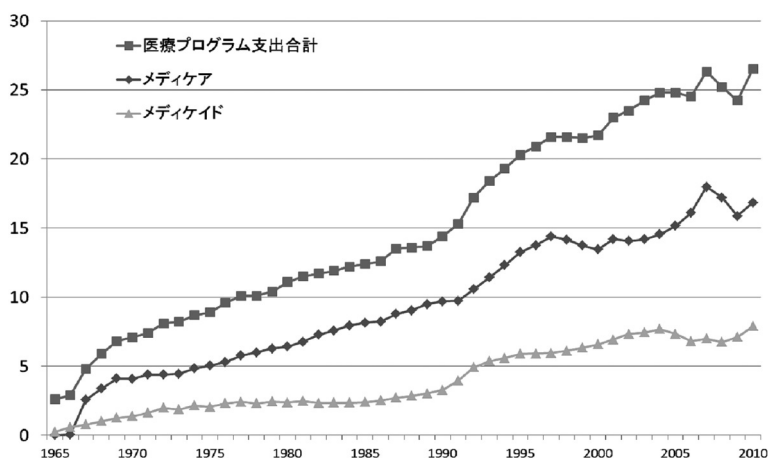
2.2 連邦財政におけるメディケイド補助金の増加

メディケイドへの支出は、連邦財政、州財政のいずれにおいても拡大傾向にあり、財政膨張の大きな要因の一つとなっている。そこで、連邦財政と州・地方財政の支出構造や連邦補助金の推移とともに、メディケイド政策の大まかな変遷をみていこう。

まず、図1から連邦支出総額に占める医療プログラムへの支出の割合をみると、1965年時点では数%にすぎなかったものが、2010年では25%にまで上昇している。この大半を占めるのがメディケアとメディケイドである。メディケアは、高齢者を対象とした医療保障プログラムであり、連邦政府が管轄している。一方、メディケイドは、連邦政府と州政府が財源を負担するプログラムであるため、連邦財政におけるメディケイド支出は、連邦補助金として各州に配分され、州資金と合わせて貧困者への医療扶助として支出される。連邦財政においては、メディケイドよりもメディケアの方が、政策の決定・運営に関する責任も大きく、財政支出額も大きい。だが、政府間関係に注目する場合には、連邦補助金を通じて州・地方財政にも影響を与えるメディケイドの方が重要な意味を持つ。

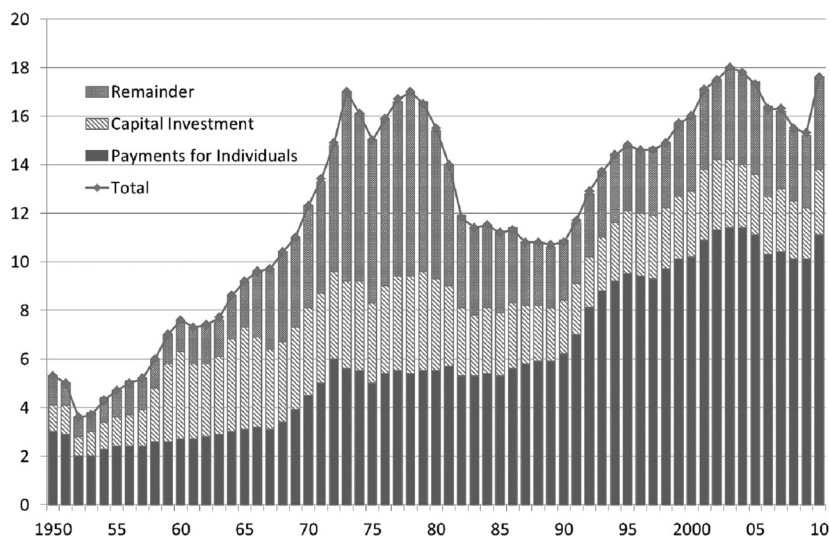
そこで次に、連邦補助金の動向についてみていこう。まず、連邦財政支出に占める連邦補助金総額の割合をみると、1955年度には4.7%であったものが、その後、急速に上昇して1973年度には17.0%に至っている。背景としては、1960年代のケネディーおよびジョンソン民主党政権期による「偉大なる社会」政策の影響が考えられるのであるが、しかし、1950年代後

図1 連邦支出総額に占める医療プログラムの割合（％）



資料：OMB, *The President's Budget for Fiscal Year 2012*, Historical Tables
(<http://www.whitehouse.gov/omb/budget/Historicals>, 2011.10.29.DL), Table 16.1 より作成。

図2 州・地方政府に対する連邦補助金の推移（対連邦支出（Federal Outlays）、単位：％）



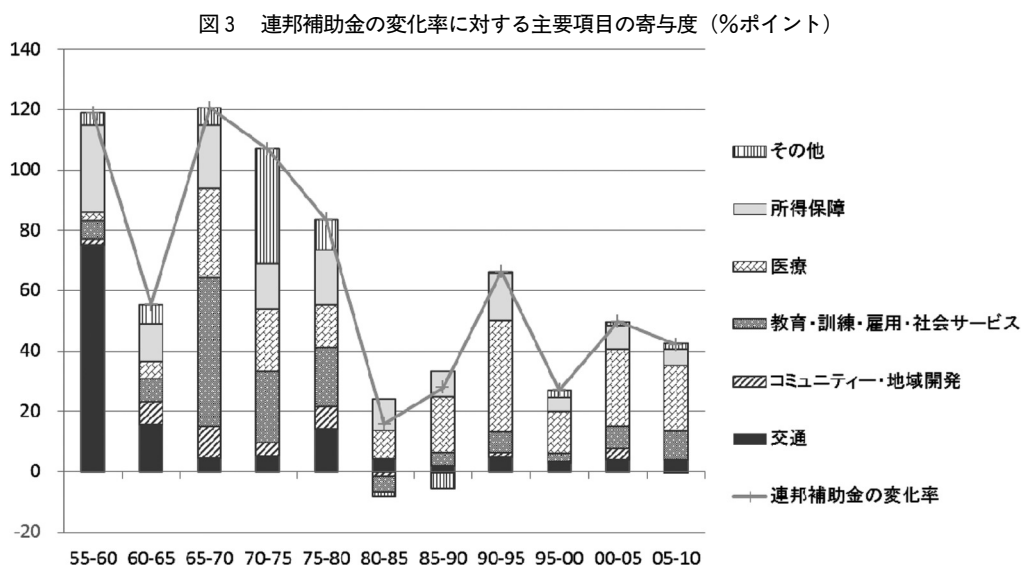
資料：OMB, *The President's Budget for Fiscal Year 2012*, "Historical Tables,"
(<http://www.whitehouse.gov/omb/budget/Historicals>, 2011.10.29.DL), Table 12.1 より作成。

半から 60 年代半ばまでの連邦補助金増加は、個人への支払い（Payments for Individuals）に関するものよりも、むしろ資本投資（Capital Investment）の増加によるところが大きく、個人への支払いに関する連邦補助金が大きく増加するのは、1960 年代後半から 1970 年代初頭

にかけてのことである。この1960年代と1970年代の連邦補助金の変化については、渋谷(2005)が、『偉大なる社会』政策等によって公的扶助やメディケイドなどの個人向けの施策の補助金が拡充されたうえに、雇用・職業訓練関連の非資本形成・非個人向けの補助金も増加し、さらに資本形成向けの中でも貧困対策の一環であるコミュニティ開発等の比重が増加した」ことを反映したものであることを指摘している¹⁴。

しかし1980年代に入ると、レーガン共和党政権の下で、財政再建と福祉国家政策の合理化・再編が進められていき¹⁵、それを反映する形で連邦財政における連邦補助金の比重は急速に減少する。具体的には、1979年度には16.5%であった連邦補助金の対連邦支出比は、1982年度には11.8%にまで低下している。渋谷(2005)によれば、この時期に連邦補助金の動向は、「偉大なる社会」政策において拡充されてきた雇用・職業訓練関連の非資本形成・非個人向けの補助金や、貧困対策のためのコミュニティ開発といった資本形成などが縮減されていった一方で、個人への支払いに関する連邦補助金は一定のシェアを維持し続けたという¹⁶。

ところが1980年代後半になると、連邦補助金の連邦支出に占める比重は再び高まり、2003年度には18.0%に上昇する。図3の連邦補助金の変化率に対する主要な支出項目の寄与度をみてもわかるように、この時期の連邦補助金の増加の多くの部分は、医療に関するものの増



資料：OMB, *The President's Budget for Fiscal Year 2012*, "Historical Tables," (<http://www.whitehouse.gov/omb/budget/Historicals>, 2011.10.29.DL), Table 12.3 より作成。

¹⁴ 渋谷 (2005), p.136。

¹⁵ 渋谷 (2005), pp.106-141. に詳しい。

¹⁶ 渋谷 (2005), p.136。

加である。さらに、同統計からメディケイドの連邦補助金のデータを確認すると、この医療に関する連邦補助金の増加分のほとんどが、メディケイドの連邦補助金の増加によるものとなっている。

2.3 メディケイドの膨張による州・地方財政の圧迫

メディケイドはエンタイトルメントの定率補助金であることから、連邦補助金におけるメディケイドの増加は、州・地方財政におけるメディケイド支出の増加を反映したものといえる。均衡予算ルールや課税・支出制限などをはじめとして、連邦政府に比べて財政制約が強い州・地方財政において、メディケイドの膨張は、財政圧迫の大きな要因となっている。このような州・地方財政におけるメディケイド膨張の状況を検討しておこう。

まず、州・地方政府の直接一般支出の内訳を示したのが表2である。州・地方財政において、最も比重が大きいのは教育支出であり、続いて社会サービス及び所得維持(Social services and income maintenance)となっている。教育支出は、地方政府において特に大きく、その直接一般支出の4割以上を占めている。一方、州政府においては、教育支出の比重は直接一般支出の2割強にとどまっている。これに対して、社会サービス及び所得維持は、州政府の最大の支出項目であり、直接一般支出の45.3%を占めている。一方、地方政府では、直接一般支出の12.3%を占めるにとどまっている。

州政府の社会サービス及び所得維持に関する支出の中心は、公的福祉(Public welfare)であり、直接一般支出全体の35.6%を占めている。対して、地方財政では、公的福祉は直接一般支出の3.7%を占めるに過ぎない。統計資料の制約上、メディケイドのみの支出額を捉える

表2 州・地方財政の支出の構成（全米合計，2009年度，単位：1000ドル，%）

	State & local		State		Local	
直接一般支出	2,475,075,607	100.0%	1,064,596,166	100.0%	1,410,479,441	100.0%
教育	862,051,958	34.8%	243,089,471	22.8%	618,962,487	43.9%
社会サービス及び所得維持	655,013,999	26.5%	481,777,595	45.3%	173,236,404	12.3%
公的福祉	431,097,521	17.4%	379,211,050	35.6%	51,886,471	3.7%
ベンダー支払い	323,569,756	13.1%	317,283,626	29.8%	6,286,130	0.4%
交通	181,876,260	7.3%	93,769,296	8.8%	88,106,964	6.2%
治安	222,661,025	9.0%	69,257,410	6.5%	153,403,615	10.9%
環境及び住宅	190,638,699	7.7%	37,760,855	3.5%	152,877,844	10.8%
行政	127,424,074	5.1%	51,930,300	4.9%	75,493,774	5.4%
公債費	103,477,883	4.2%	45,201,558	4.2%	58,276,325	4.1%
その他	131,931,708	5.3%	41,809,681	3.9%	90,122,027	6.4%

資料：U.S. Census Bureau, *2009 State and Local Government Finances*,
(<http://www.census.gov/govs/estimate/index.html>) より作成。

表3 州政府の一般支出（名目値）の変化率に対する寄与度（%ポイント）

	1980-85	1985-90	1990-95	1995-2000	2000-25	2005-08
一般支出	51.23	47.27	44.31	31.52	32.47	17.51
教育	17.82	16.32	12.74	13.20	11.18	7.23
公的福祉	10.12	10.91	17.68	6.00	13.61	3.28
医療ケアに対するベンダー支払	—	—	—	4.45	11.37	1.97
その他公的福祉	—	—	—	1.55	2.24	1.31
保健・病院	4.27	4.37	3.41	2.00	1.81	1.66
ハイウェイ	3.57	3.21	2.58	2.32	1.73	1.24
警察・矯正	2.62	2.82	1.98	1.69	0.74	0.89
その他	12.83	9.65	5.91	6.31	3.41	3.22

資料：主な支出項目については、U.S. Census Bureau, *Statistical Abstract*, “Table State Governments — Summary of Finances”, U.S. Census Bureau, *State and Local Government Finances*, “State & Local Summary Tables by Level of Government,”の各年版より作成。「医療ケアに対するベンダー支払」については、*State and Local Government Finances*, “State by Level of Government — Public Use Format,” (<http://www.census.gov/govs/estimate/>)の各年版より作成。なお、医療ケアに対するベンダー支払に関しては、1992年度以前のデータがインターネット上で公表されている資料のみでは入手できなかったため、1995年度以降のみ計算を行った。

事が困難となっているが、メディケイドに関する支出は、公的福祉の中のベンダー支払い (Vendor payments) という項目にその大半が計上されている。そのため、このベンダー支払いのデータによって、メディケイド支出の大きさを捉えてみると、ベンダー支払いは、地方政府においては直接一般支出のわずか0.4%にすぎないのに対し、州政府においては29.8%も占めている。即ち、メディケイドは基本的に州政府が管理しており、州財政の主要な支出項目となっている。

そこで、州政府に焦点を絞り、州財政におけるメディケイドの影響を検討するために、州政府の一般歳出の変化率に対する支出項目別の寄与度を示したのが表3である。ここでも、メディケイドの主な支出は、公的福祉の中の「医療ケアに対するベンダー支払」という項目に計上されている。

州政府の一般支出 (General expenditure) の変化率の推移をみると、1980年代前半と80年代後半にかけての増加が大きく、ほぼ50%の伸び率を示している。その後、伸び率は次第に低下していくものの、それでも90年代の前半には44.3%、90年代後半と2000年代前半には約30%、2005年度から2008年度にかけては17.5%の増加率となっている。この一般支出の増加に対して大きく寄与しているのが、教育と公的福祉に関する支出である。一般支出全体の変化の5割以上、期間によっては7割以上が、この2つの項目の増加によって生じている。そして、公的福祉の伸びの多くの部分が、医療ケアに対するベンダー支払によるものとなっている。

以上のように、メディケイドの支出は、州財政において主要な支出項目の一つであり、その

膨張は州財政にとって大きな懸念材料となっている。しかしながら、メディケイドはすでにアメリカの地域社会において定着しており、それを廃止するということは実質的に不可能ともいえる。むしろ、アメリカ国内の産業構造の変化によって雇用主医療保険が提供されない職種が増加し、また医療費や医療保険の価格が上昇する中、ワーキング・プア層において少なからぬ無保険者が発生しており、メディケイドのさらなる拡充への圧力は高まっている。

このような状況の中、州政府は、一方ではメディケイドの給付水準を抑制して単価を下げる努力をしながらも、保障対象を拡大して適格者の人数を増やすという困難な課題に直面している。そのため、州政府側からは、連邦補助金に伴う連邦ルールを緩和することによって、州政府側の柔軟性を高めることや連邦補助金額の拡大を求める声が上がっている。

では実際のところ、連邦政府はメディケイドに関して、どのような義務付けや要請を州政府に課しているのだろうか。メディケイドに関する連邦ルールには、適格者に関するルール、給付内容に関するルール、受給者の自己負担に関するルール、プロバイダーへの支払いに関するルール等、広範な規定が存在する。今回はそれらのうち、公的扶助政策の寛大さを特徴づける重要な要件の一つである適格者に関する規定に焦点を当てて検討を進めることにする。

3. メディケイドの適格者に関する連邦規定

3.1 適格者に関するマンドイトとオプション

連邦政府は、メディケイドの適格者について、50以上のグループを定義している。メディケイドの適格性に関する基準には、大きく分けて、第1に、所得や資産などに関する「経済基準（financial requirements）」と、第2に、個人の人的属性（扶養児童や障害の有無、年齢などの状況）に関する「カテゴリーカル基準（categorical restrictions）」がある¹⁷。即ち、メディケイドの資格を得るには、まず貧困であることが基本的な前提であり、各個人の貧困度合いを測るために、第1の経済基準が設定される¹⁸。だが、単に貧困であるというだけでは公的扶助の対象とはならず、社会的保護を必要とする妥当な理由がなければならない。それが第2の基準の意味するものである。具体的には、高齢者、障害者、扶養児童がいる家庭の構成員、妊婦、児童が、カテゴリーカル基準の基本的な該当者である¹⁹。言い換えれば、健常かつ扶養児童のいない成人は、原則として、どれほど貧困であろうとも、メディケイドの対象と

¹⁷ Herz (2005), pp.1-2.

¹⁸ ただし、カテゴリーカル基準の一部のグループに対しては、連邦貧困線を超える所得基準が設定されている。

¹⁹ 近年では、特定の乳がん・子宮頸がん患者、結核患者、障害を持つ勤労者なども、メディケイドのオプションの対象に含まれている。ただし、各グループが、同じ給付内容を保証されるわけではない。(Hearne(2005), p.1)

はされてこなかった²⁰。

異なるカテゴリーカル基準に属するグループには、異なる経済基準が適用されている。そして、経済基準、カテゴリーカル基準の範囲は、州によってかなり異なる。さらに、州によって経済基準の計算の方法が異なることから、同じカテゴリーに属する適格者であっても、実際の所得水準には州間でかなりの差異がある可能性もある。

連邦政府は、メディケイドを実施する全ての州が、必ず適格者に必ず含めなければならない対象者をマンドイトして定めると同時に、州政府が適格性を与えることを選択できるグループをオプションとして定めている。また、それら以外にも、ウェイバーを通じて、州政府がメディケイドの対象に含めることができるグループもある。

具体的には、マンドイト・グループの主な該当者は、以下の通りである²¹。

- ① 旧 AFDC プログラムの（世帯規模に基づく）経済要件を満たす貧困家庭
- ② 就労による稼得所得の増加によってメディケイドの適格性を失った世帯であり、メディケイドの受給期間が12カ月以下の世帯。
- ③ 連邦貧困線（FPL）の133%未満の世帯の妊婦と18歳までの児童
- ④ SSI プログラムの下で、現金給付の受給資格を持つ障害のある貧困者や64歳以上の貧困者
- ⑤ メディケイドの財政要件、カテゴリー要件の全てを満たす合法的な永住権を持つ移民の特定集団

次に、連邦政府が、州政府に対し、オプションとしてメディケイドの対象者に含めることができるとしているオプション・グループの主な例は、以下のとおりである²²。

- ① 世帯所得がFPLの133%超から185%までの妊婦と幼児
- ② 所得がSSIの水準（全米のFPLの約75%）を超え、FPLの100%までの障害者と64歳を超える高齢者
- ③ 施設ケア（a nursing facility またはその他の医療施設）を必要とする個人であり、所得がSSIの基準を超えるものの、（世帯規模に基づく）適用可能なSSIの支払い基準（applicable SSI payment standard）の300%あるいはFPLの約221%までの者。

²⁰ ただし、州政府が特定のウェイバーの承認を受けた場合には、このような成人にもメディケイドが提供されうる。

²¹ この説明は、Herz (2010), p.2を参照。なお、PPACA (Patient Protection and Affordable Care Act) によって、2014年からは、里親制度の対象年齢を超えた者で、上記のマンドイト・グループのいずれにも該当しない26歳までの者と、非妊婦・非高齢者であり、modified adjusted gross income (MAGI) が連邦貧困線の133%未満である全ての成人も含められる予定である。Herz (2010), p.2.

²² Herz (2005), p.3.

- ④ メディカリー・ニーディー：カテゴリカル基準を満たす者で、かつ、医療費を控除後の所得が、州の旧 AFDC プログラムの下で適用された最大支払総額の 133 ⅓%より低い個人²³。
- ⑤ アメリカに来て 5 年を経た合法移民

このように、連邦政府が州政府に対して、メディケイドの対象者に必ず含めるよう義務付ける（マンドイトとする）のは、貧困の度合いが極めて高く、かつ、経済的な自立が難しい高齢者や障害者や児童、一時的に保護が必要となる妊婦に限定されていることがわかる。メディケイドは、元々、公的扶助の受給が適格要件と関連づけられており、主に、AFDC や SSI の受給者を対象とするものであった。しかし 1980 年代から 90 年代に、低所得の児童と妊婦に対して、メディケイドの適格者の範囲が大きく拡大されてきたのである²⁴。

例えば、レーガン政権期には、1986 年に連邦貧困線 100%以下の妊婦と 1 歳未満の乳児にメディケイドを提供するためのオプションが創設され、その 2 年後の 1988 年には、これらの対象者はメディケイドのマンドイト・グループへと変更された。さらに 1989 年には、連邦貧困線の 133%までの妊婦と 6 歳未満の児童をメディケイドの適格者に含めることがマンドイトとされ、90 年には連邦貧困線 100%未満の 6 歳から 18 歳までの児童も段階的に適格者へと含められていった。

クリントン政権期になると、1996 年の福祉改革において、AFDC が TANF へと変更され、公的扶助政策の引き締めがなされた。その一方で、医療扶助については、Balanced Budget Act of 1997 (BBA) によって、メディケイドの適格基準を満たさない貧困の無保険児童に対して医療扶助を提供するための The State's Children Health Insurance Program (CHIP) が創設されている²⁵。

3.2 ウェイバー条項による連邦規定の免除

先にも述べたように、メディケイドには、連邦政府が義務付けの一部を免除する制度が存在しており、ウェイバーと呼ばれている。州政府がウェイバーを得るには、連邦厚生省内のメディケイド・プログラムを管理・監督する the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) にウェイバー・プログラムの提案書を提出し、その承認を求めることになる。そし

²³ メディカル・ニーディーに関しては、メディケイドの経済基準の適否を判断する際に、所得総額の計算から医療支出を控除することが可能となっている。この制度は、とりわけ高齢者と障害者にとって重要とされている。(Herz (2010), p.3)

²⁴ 以下の記述は、U.S. Department of Health and Human Services, “a Profile of Medicaid, Chart book 2000,” p.10 を主に参照した。

²⁵ また、州政府がマネージドケアを実施しやすいようにするための変更もなされた。

て承認されたウェイバー・プログラムは、州のメディケイド・プランの一部とみなされることになり、その費用は FMAP に基づいて連邦シェア分が支払われる²⁶。

メディケイドに関するウェイバーには、大きく分けて、社会保障法セクション 1115 で規定される Research & Demonstration Projects (以下、1115 ウェイバー) と、社会保障法第 1915 節の programmatic ウェイバーとがある²⁷。

1115 ウェイバーは、メディケイドが創設される以前から存在しており、元々は様々な福祉プログラムを対象として創設されたものである。だが、次第にメディケイドにおいて大きな役割を果たすものとなってきた。

1115 ウェイバーは、さらに 3 タイプに分けられる²⁸。第 1 のものは、1115 ウェイバーの「基本形」であり、プログラムの目的を推進すると思われる実験的、試験的、実証プロジェクト (experimental, pilot, or demonstration projects) に対し、法定要件 (statutory requirements) を免除するというものである。第 2 のものは the Health Insurance Flexibility and Accountability Initiative (HIFA) と呼ばれるものであり、これはプログラムの費用を増加させることなく、より多くの無保険者に医療補償を提供するための提案に焦点をあてたものとされている。第 3 のものは、Pharmacy Plus であり、これは 1115 ウェイバーを用いて、プログラムの費用を増加させることなく、メディケイドの適格性がない低所得の高齢者に対する処方箋薬の補償範囲の利用機会を拡大することを州政府に奨励するというものである。第 2、第 3 のものは、1115 ウェイバーにおいては新しいものであり、連邦厚生省 (HHS) がメディケイドと SCHIP の 1115 ウェイバーの利用について、より大きな許容範囲を認めるようになったことを意味するものとされている²⁹。

州政府が 1115 ウェイバーを用いてプログラムを実施する場合、その費用は、プログラムの存続期間にわたって財政中立的 (*budget neutral*) でなければならないとされている³⁰。

一方、セクション 1915 の Programmatic ウェイバーは、1981 年に議会によって承認されたものであり、セクション 1915 (b) で規定される Freedom of choice waiver と、セクション 1915 (c) の home and community-based care waivers とがある。Freedom of choice waiver は、代替的な医療ケアの供給と払戻しシステム (主にマネージドケア) の設計に関するものである。そして、セクション 1915 (c) の home and community-based care waivers は、施設レベルのケアが必要であるが、居宅・コミュニティーベースの環境下 (home and

²⁶ Herz (2005), p.9.

²⁷ Thompson and Burke, (2007), p.974.

²⁸ この説明は、GAO (2002), p.1 による。

²⁹ GAO (2002), p.1.

³⁰ Herz (2005), p.9. 即ち、プログラムの財政的健全性 (fiscal integrity) を守るために、ウェイバー・プログラムの実施による推定費用は、既存のメディケイドの推定費用を越えることはできないとされている。

community-based (HCB) settings) にある個人に対し、包括的な long-term care (LTC) のサービスパッケージを提供することを州政府に認めるためのものである³¹。なお、1115 ウェイバーとは異なり、これらの Programmatic イニシアティブは、制度としては評価を義務付けていない。

これらのウェイバーは、コストの膨張を抑制しつつ、増加するメディケイドへのニーズの拡大に対応する際に、州政府が様々な試みを行うことを可能にしている。

4. 適格者の経済基準に関する州間の多様性

4.1 妊婦に関する経済基準

では最後に、上記の連邦政府の枠組みを前提として、各州が多様な制度設計を行っている状況を概観する。ここでは Ross and Marks (2009) による調査結果を用いて（2009 年 1 月時点）、適格者の範囲、特に 1980 年代以降に行われたメディケイドの寛大化において、主たる拡大対象となってきた妊婦と児童について、州間の多様な状況を検討してみよう。

まず、各州の妊婦に関するメディケイドの経済基準からみてみよう。第 1 に、メディケイドにおいて、妊婦に対する所得の上限を最も寛大にしているのは、ウィスコンシン州とワシントン DC であり、FPL の 300%となっている。これら 2 州は、児童に対する経済基準も全米の中で高い水準に設定している。

これらのほかにも、州独自のプログラムによって高い所得階層にまで保障を与えている州もある。ロードアイランド州では³²、妊婦に対するメディケイドの所得制限は連邦貧困線の 250%であるものの、所得が連邦貧困線の 251~350%の間の女性に対し、州資金によるプログラムを提供している。ただし、このプログラムでは、受給者は保険料（premium）を払う必要があり、州政府が資金手当てするのは分娩費用のみとなっている。また、カリフォルニア州では³³、the Access for Infants and Mothers (AIM) プログラムが、連邦貧困線の 201 から 300%の間の所得の妊婦に対し利用可能となっている。

第 2 に、妊婦に対する経済基準を最も低く設定している州は、ノースダコタ、サウスダコタ州、アイダホ州、モンタナ州、ユタ州、ワイオミング州、アラバマ州であり、連邦貧困線の 133%に設定している。これらの州の多くは、児童に対するメディケイドも、連邦のマンドイトの水準に限定している。

第 3 に、妊婦に関して最も多い経済基準の値は、連邦貧困線の 185%であり、フロリダ州やミシシッピ州、オレゴン州を含む 18 州が該当する。

³¹ Herz (2010), p.5.

³² Ross and Marks (2009), p.33, 脚注 15。

³³ Ross and Marks (2009), p.33, 脚注 3。

4.2 児童に関する経済基準

次に、児童に関する経済基準を検討していこう。児童への医療扶助を検討する際には、メディケイドだけではなく、SCHIP についても考慮する必要がある。SCHIP は、1997 年に創設されたメディケイドの経済基準を超える無保険の貧困児童に対し、医療保障を行うための連邦補助金プログラムである。各州政府は、メディケイドに加えて SCHIP も実施することで、より多くの児童に医療扶助を提供している。

州政府が SCHIP を実施する際の体制には、3 つのタイプがある。第 1 は、既存のメディケイドの中に SCHIP を組み込み、児童への医療扶助を拡大する方法(メディケイド拡張型 SCHIP)であり、第 2 は、メディケイドとは別個の児童への医療補助プログラムとして SCHIP を実施する方法(分離型 SCHIP)、第 3 は、1 と 2 を組み合わせたものである。各州政府は、これらのうちいずれかの形態にて SCHIP を実施している。

表 4 では、各州政府がメディケイドと SCHIP を組み合わせて、どの程度、貧困児童への医療補助を拡大しているかを検討することができる。なお、表中の Medicaid/SCHIP Expansion の欄は、メディケイドあるいはメディケイド拡張型 SCHIP に関する経済基準を示しており、Separate State Program の欄は、分離型 SCHIP における経済基準となる。

第 1 に、メディケイドの所得要件を最も厳しく設定している州では、5 歳以下の児童に対しては連邦貧困線の 133%、6 歳から 19 歳の児童に対しては 100%としており、連邦政府がマンデイトとして求めている基準に一致している。いずれの年齢においても連邦政府のマンデイトの基準のみに抑えている州としては、アラバマ州、コロラド州、モンタナ州、ネバダ州、ノースダコタ州、オレゴン州、ユタ州、ワイオミング州があり、地域別にみれば、Rocky Mountain 地方の州において、顕著に厳しい所得要件が設定されている。ただしこれらの州では、分離型 SCHIP を採用しており、そちらで低所得の児童への医療補助を拡充している。多くの州では FPL の 200%程度の児童まで補助対象に含めている。

第 2 に、メディケイドの経済基準を最も寛大に設定している州では、19 歳以下のすべての児童に対し、連邦貧困線の 300%という経済基準を設けている。そのような州としては、ハワイ州、メリーランド州、バーモント州、ワシントン D.C. があり、地域別にみると、Mideast や New England において、メディケイドと SCHIP を合わせて FPL の 300%までの児童に医療補助を提供している州が多い。

このように寛大な所得要件を設けている州では、メディケイドのオプション加えて、SCHIP やウェイバーを最大限に活用しながら、より広範な児童に医療補助を提供していると考えられる。Ross and Marks (2009) によると、たとえばバーモント州では³⁴、まずメディケイド

³⁴ Ross and Marks (2009), p.24, 脚注 21。

表4 メディケイドの適格基準の州間比較（2009年1月時点）

		児童				妊婦	Jobless Parents at Application	Working Parents at Application
		Medicaid/SCHIP Expansion			Separate State Program (0-19)			
		Infants (0-1)	Children (1-5)	Children (6-19)				
Far West	Alaska	175	175	175		175	80%	85%
	California	200	133	100	250	200 (300)	100%	106%
	Hawaii	300	300	300		185	100%	100%
	Nevada	133	133	100	200	185	26%/200%	91%/200%
	Oregon	133	133	100	185	185	100%	100%
	Washington	200	200	200	250	185	38%/200%	77%/200%
Great Lakes	Illinois	200	133	133	200 (No limit)	200	185%	185%
	Indiana	200	150	150	250	200	20%/200%	26%/206%
	Michigan	185	150	150	200	185	39%	66%
	Ohio	200	200	200		200	90%	90%
	Wisconsin	250 (300)	250 (300)	250 (300)		300	200%	200%
Midwest	Delaware	200	133	100 (200)		200	75%/100%	121%/106%
	District of Columbia	300	300	300		300	200%	207%
	Maryland	300	300	300		250	116%	116%
	New Jersey	200	133	133	350	200	200%	200%
	New York	200	133	100	250 (400)	200	150%	150%
	Pennsylvania	185	133	100	300	185	27%/200%	36%/208%
New England	Connecticut	185	185	185	300	250	185%/300%	191%/300%
	Maine	200	150	150	200	200	200%	206%
	Massachusetts	200	150	150	300 (400)	200	133%	133%
	New Hampshire	300	185	185	300	185	41%	51%
	Rhode Island	250	250	250		250 (350)	175%	181%
	Vermont	300	300	300	300	200	185%	191%
Plains	Iowa	200	133	133	200	200 (300)	29%/200%	86%/250%
	Kansas	150	133	100	200	150	27%	34%
	Minnesota	280	275	275		275	275%	275%
	Missouri	185	150	150	300	185	20%	26%
	Nebraska	185	185	185		185	46%	58%
	North Dakota	133	133	100	150	133	45%	62%
	South Dakota	140	140	140	200	133	54%	54%
Rocky Mountain	Colorado	133	133	100	205	200	60%	66%
	Idaho	133	133	133	185	133	22%	28%
	Montana	133	133	100	175	150	33%	58%
	Utah	133	133	100	200	133	40%/150%	68%/150%
	Wyoming	133	133	100	200	133	40%	54%
Southeast	Alabama	133	133	100	200	133	11%	25%
	Arkansas	200	200	200		200	14%/200%	17%/200%
	Florida	200	133	100	200	185	21%	55%
	Georgia	200	133	100	235	200	29%	52%
	Kentucky	185	150	150	200	185	36%	62%
	Louisiana	200	200	200	250	200	12%	26%
	Mississippi	185	133	100	200	185	25%	46%
	North Carolina	200	200	100	200	185	37%	51%
	South Carolina	185	150	150	200	185	49%	90%
	Tennessee	185	133	100	250	250	73%	134%
	Virginia	133	133	133	200	185	24%	30%
West Virginia	150	133	100	220	150	17%	34%	
Southwest	Arizona	140	133	100	200	150	200%	200%
	New Mexico	235	235	235		185	30%/200%	69%/408%
	Oklahoma	185	185	185		185	32%/200%	48%/200%
	Texas	185	133	100	200	185	13%	27%

出所：Ross and Marks, (2009), Table 1, Table 3, Table 4 より作成。

表5 メディケイド/SCHIP の設定状況 (連邦貧困線に対する割合 (%), 2009年1月時点)

	児童				妊婦
	Medicaid/SCHIP Expansion			Separate State Program (0-19 歳)	
	Infants (0-1 歳)	Children (1-5 歳)	Children (6-19 歳)		
最大値	300	300	300	350	300
州の数	5	4	4	1	2
最小値	133	133	100	150	133
州の数	10	25	21	1	6
最頻値	200	133	100	200	185
州の数	16	25	21	18	18

資料: Ross and Marks, (2009), Table 1, Table 4 より作成。

において、無保険の児童のうち、世帯所得が FPL 225%以下の者をカバーし、世帯所得が 226%から 300%の者については、分離型 SCHIP プログラムでカバーしている。さらに、無保険ではないものの、十分な保険に入っていない児童 (underinsured children) に対して、メディケイドの 1115 節ウェイバーを通じて、FPL の 300%までの者に医療補助を提供している。

第3に、各年齢区分において、最も多い経済基準の値を見ると、メディケイド (メディケイド拡張型 SCHIP 含む) については、1歳未満時では FPL の 200%、1歳以上4歳以下では FPL の 133%、6歳以上19歳以下では FPL の 100%となっている。一方、分離型 SCHIP については、FPL の 200%という州が最も多い。すなわち、メディケイドの対象として、新生児については比較的寛大な基準で医療を提供しているのに対し、1歳以上の児童については対象者を最低ラインに絞り込んでいる州が多いといえる。その代わりに、多くの州では、メディケイドの基準よりも若干所得が高い無保険の児童に対し、分離型 SCHIP において医療補助を提供している。

第4に、連邦補助金の基準よりも寛大な政策を、自主財源によって実施している州もある。ニューヨーク州やマサチューセッツ州では、メディケイドと分離して SCHIP を実施しており、自主財源を投じて FPL の 400%までの児童に補助を提供している。また、イリノイにおいては、州の自主財源を投じることにより、児童の経済基準を上限なしとしている。

以上からわかるように、貧困児童への医療補助に関して、州によってはメディケイドと SCHIP を一体的に使用して寛大化を図っている州もあれば、メディケイドはあくまでも最低限度に抑え、SCHIP でより多くの児童を補助している州、または、メディケイドと SCHIP 共に補助を限定している州など、様々なパターンが存在する。勿論、ここで示した経済基準が同じ水準であっても、保障している医療ケアの範囲や利用者負担の程度等は、州によって異なる。すなわち、適格性をより寛大にしている州では、利用できるケアの範囲も寛大にしている可能性もあれば、逆に、対象者を拡大している代わりに、利用できるケアに制限をかけている

可能性もある³⁵。このような州間の多様な戦略については、給付やマネージドケアの活用など他の側面も含めながら、今後さらに検討する必要がある。

おわりに

アメリカには、皆保険型の公的医療保障システムがなく、雇用主提供医療保険と公的医療扶助との狭間で無保険となる者が少なからず存在してきた。それゆえに、長年にわたって皆保険制度の導入に向けた包括的な医療改革が大きな論点となってきたのだが、その提案がなされるたびに、拒否されてきた経緯がある。その代わりに、アメリカでは、社会的に合意が得られる範囲内で、部分的にメディケイドの扶助対象を拡充するというプロセスが繰り返されてきた。しかしこのメディケイドもまた、全米で一律的なシステムではなく、連邦政府が定めた一定のルールを満たしつつも、各州が多様なプログラムを設計できるものとなっている。

本稿では、このメディケイドに焦点を当て、アメリカの連邦補助金システムが持つ分権的な特性について検討してきた。その連邦補助金に関する連邦政府からの義務付けと州政府の裁量性に関する基本的な枠組みをまとめると、以下ようになる。

第1に、州政府には、連邦政府の提示するスキームに参加するか否かを選択することができる。第2に、州政府がメディケイドに参加することを選択した場合にはじめて、逃れることができない義務としてマンドイトが課されることになる。第3に、その上で、州政府がマンドイトの基準よりも寛大な適格者基準や給付内容を実施したい場合には、一定の連邦ルールの中で連邦補助金を受けながらそのような保障の拡大ができる各種「オプション」の実施を選択することもできる。第4に、さらに、マンドイトに分類されるルールであっても、ウェイバーの対象となるときには、連邦政府の義務付けが外される。第5に、これらの連邦補助プログラムの枠組みの外で、州政府は独自のプログラムを行うこともできる。

このようなメディケイドの枠組みは、日本からみれば、かなり州政府の裁量性が大きいものということができる。勿論、片桐（2005）が指摘するように、連邦政府によるマンドイト等は増加しており、長期的にみれば、アメリカの連邦システムの中に集権的な側面が強まっているのも事実である。しかし今回検討してきたように、アメリカでは、公的扶助において

³⁵ ただし、連邦貧困線は、アラスカ州とハワイ州以外の州に対しては、同じ値が用いられることにも注意を要する。すなわち、同じFPLの100%に該当する金額であっても、物価水準や賃金水準等が高い地域と低い地域とでは、生活水準は大きく異なることになる。このような州間の違いを捉えるために、各州の中位所得(SMI)と連邦貧困ラインとを比較してみると、連邦貧困線100%に相当する金額は、ミシシッピ州ではSMIの38.4%に相当するのに対し、コネチカット州では20.8%にしか相当していない（中位所得と連邦貧困線は共に、3人家族に対する2007～2009年の平均値で計算した）。

すらも連邦政府が州政府にその実施を強制するのではなく、連邦補助金という手段によって最低限度の保障や基準の普及を目指すという形を堅持するのであり、この姿からは、長期的に進みつつある集権化というのも、アメリカ連邦制が伝統的に持つ基本的な分権構造を前提にした上でのものであることが予想される。この点については、アメリカの政府間関係に関して、より体系的、包括的な分析を進めながら、検討していく必要がある。

そして、このような分権的なシステムが成り立つためには、単に連邦政府からの義務付けが少なければよいというわけではなく、州政府や地方政府自身に、独自に政策を設計し、運営しうるだけの能力が必要となる点にも注意が必要である。さらにアメリカ社会においては、分権的な政府システムの支える重要な基盤として、草の根レベルでの層の厚い NPO と住民自治も不可欠な存在となっている。州政府レベルでの政策プロセスや民間部門とのパートナーシップの実態を明らかにするために、特徴的で先進的な州の事例研究を通して、実態的な基盤を持つ裁量的かつ多様な政策運営を明らかにすることも、今後の課題の一つである。

また、州政府による多様な試みを可能にする仕組みとして、興味深い役割を果たすウェイバーについても、さらに検討する必要がある。このウェイバーという仕組みは、まさに民主主義の実験室としての州政府の役割を促進するものであり、メディケイドにおいても、適格者の拡大やマネージドケアの導入において大きな役割を果たしている。ウェイバーを通じて得られた裁量性を州政府がいかに利用し、また連邦政府が自身の政策目標との整合性をいかに担保しているのかを検討することは、国の規制緩和や政策イノベーションが重要な課題となっている日本に対しても重要な示唆を与える可能性がある。

参考文献

- (1) 片桐正俊 (2005), 『アメリカ財政の構造転換』, 東洋経済。
- (2) 櫻井潤 (2006), 「アメリカの医療扶助と州・地方財政」, 『アメリカの貧困と福祉』 (渋谷博史, C. ウェーザーズ編), 日本経済評論社。
- (3) 渋谷博史 (2005), 『20 世紀アメリカ財政史 III』, 東京大学出版会。
- (4) 中浜隆 (2006), 『アメリカの民間医療保険』, 日本経済評論社。
- (5) 長谷川千春 (2010), 『アメリカの医療保障—グローバル化と企業保障のゆくえ』, 昭和堂。
- (6) Daniels, M. R. (1998), *Medicaid Reform and the American States*, Auburn House, Westport, Connecticut.
- (7) Hearne, J. (2005) “Medicaid Eligibility for Adults and Children,” *CRS Report for Congress*, RL33019.
- (8) Herz, E. J., (2005, 2010), “Medicaid: A Primer,” *CRS Report for Congress*, RL33202.
- (9) Herz, E., J. Hearne, J. Stone-Axelrad, K. Tritz, E. Baumrucker, C. Scott, C. Peterson, A. Grady, and R. Rimkunas, (2005), “How Medicaid Works: Program Basics,” *CRS Report for Congress*, RL32277.
- (10) Kaiser Family Foundation, (2011), “Summary of New Health Reform Law,” *Focus on Health Reform*, (<http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf>, 2011/11/3 ダウンロード).
- (11) The Office of Management and Budget, (1998) *Budget of The United States Government Fiscal Year*

- 1998, (<http://www.gpoaccess.gov/usbudget/fy98/browse.html>).
- (12) Ross, D. C. and C. Marks, (2009), *Challenges of Providing Health Coverage for Children and Parents in a Recession : A 50 State Update on Eligibility Rules, Enrollment and Renewal Procedures, and Cost-Sharing Practices in Medicaid and SCHIP in 2009*, Kaiser Family Foundation (<http://www.kff.org/medicaid/upload/7855.pdf>, 2011 年 11 月 31 日ダウンロード).
- (13) Rowland, D. (2005-2006) “Medicaid at Forty,” *Health care financing review*, Vol.27, No.2, pp.63-77.
- (14) Smith, D. G. and J. D. Moore, (2008) *Medicaid Politics and Policy 1965-2007*, Transaction Publishers, New Brunswick, New Jersey.
- (15) Stone, J., E. P. Baumrucker, C. Binder, E. J. Herz, E. J. Heisler, K. Wilkicki, and A. J. Rothenburger, (2010), “Medicaid and the State Children’s Health Insurance Program (CHIP) Provisions in PPACA,” *CRS Report for Congress*, R41210.
- (16) Thompson, F. J., and C. Burke, (2007), “Executive federalism and Medicaid demonstration waivers: Implications for policy and democratic process,” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 32(6), pp.971-1004.
- (17) U.S. Department of Health and Human Services, (2000), *a Profile of Medicaid, Chart book 2000*, (<https://www.cms.gov/TheChartSeries/downloads/2Tchartbk.pdf>, 2012/3/3 ダウンロード).
- (18) U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services and Center for Medicaid and State Operations, (2005) *Medicaid At-a-Glance 2005 -A Medicaid Information Source*, CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES.
- (19) U.S. Department of Health & Human Services(2008), *Federal Medical Assistance Percentages or Federal Financial Participation in State Assistance Expenditures : FMAP, Fiscal Year 2010 Tabl*, (<http://aspe.hhs.gov/health/fmap.htm>).
- (20) U.S. General Accounting Office, (1987) *Medicaid: Lessons Learned From Arizona’s Prepaid Program*, GAO/HRD-87-14, (<http://archive.gao.gov/d2t4/132348.pdf>, 2011 年 5 月 4 日ダウンロード).
- (21) U.S. General Accounting Office, (1995), *Medicaid Section 1115 Waivers: Flexible Approach to Approving Demonstrations Could Increase Federal Costs*, GAO/HEHS-96-44, Washington, D.C.
- (22) U.S. Government Accountability Office. (2002), *MEDICAID AND SCHIP Recent HHS Approvals of Demonstration Waiver Projects Raise Concerns*, GAO-02-817, (<http://www.gao.gov/new.items/d02817.pdf>, 2011/5/2 ダウンロード).
- (23) U.S. Government Accountability Office. (2008), *Medicaid Demonstration Waivers ; Recent HHS Approvals Continue to Raise Cost and Oversight Concerns*, GAO-08-87, Washington, D.C.
- (24) U.S. Government Accountability Office, (2011), *Patient Protection and Affordable Care Act: Contracts Awarded and Consultants Retained by Federal Departments and Agencies to Assist in Implementing the Act*, GAO-11-797R, (<http://www.gao.gov/products/GAO-11-797R>).

(かとう みほこ 財政学専攻)