

# 米国における医療制度改革に関する一考察 メディケイド改革の動向を中心に

関 谷 勝

## Abstract

The establishment of Medicaid (Title XIX of the Social Security Act) in 1965 is a jointly-funded, state-administered federal program that provides health care to the indigent. Medicaid is a Federal-State matching entitlement program providing medical assistance to low-income persons who are aged, blind, disabled, members of families with dependent children, and certain other pregnant women and children. The federal government then provides a grant of between 50% and 83% of the program's cost.

The Medicaid legislation became effective on January 1, 1966. Today, all fifty states have Medicaid programs. The federal government established broad guidelines under which states are allowed to structure Medicaid programs specific to the needs of their citizens. Recipients numbered an estimated 35.2 million in 1995, and the cost has increased to \$184.7 billion in 1998.

The increasing cost of Medicaid has hit the states even harder than the federal government. On average, states pay 45% of Medicaid's cost. Medicaid dominates most states' health budgets, and is the second largest budget item in many states.

Nevertheless, because of an inability to meet certain eligibility criteria, many of the targeted residents are not eligible for Medicaid assistance. Now, more than 40 million of Americans have no health insurance or other coverage and lack the income and resources needed to obtain health care.

キーワード.....メディケイド 社会保障制度 無保険者

## 第1章 はじめに

米国の医療保障制度は、私的医療保険を中心に発達してきたために、全国民を対象とした包括的公的医療保険制度が存在しない。公的医療保険制度としては、老人及び障害者等の一部の限定された者を対象とした連邦政府によるメディケア（Medicare：高齢者医療保険制度）と一部の低所得者を対象とし連邦が補助金を給付し、州が自主的に行うメディケイド（Medicaid：

米国における医療制度改革に関する一考察（関谷）

医療扶助制度）があるだけである<sup>1)</sup>。

米国民の医療保険加入状況割合を加入者数からみると、民間医療保険が70.2%、メディケア13.2%、メディケイド10.2%、無保険者16.3%であった（同じ者がメディケアとメディケイド、メディケアと民間保険に加入するという重複加入している為に100%となっていない<sup>2)</sup>）。

近年、米国における社会問題のひとつとして無保険者の増大現象がある。無保険者数は推定4000万人以上と言われ、この内の多くは下級中産階級の労働者である。無保険者の増加要因は、医療費の高騰、それにとまなう民間医療保険料の高騰によるメディケイド対象者外の間所得層の私保険からの離脱現象がある。州政府の多くは、無保険者の増大に対して対処するためにメディケイド制度改革にのりだしている。

本稿では、現在のメディケイド制度を整理すると共に、その問題点について考察を加えたので報告する。

以下において、メディケイドをめぐる史的経過と制度概要を述べる。

## 2章 メディケイド

メディケイドは1965年連邦の社会保障改正法（Social Security Amendments of 1965）により成立した。この連邦法の下では、各州にメディケイドを採用することが義務付けられていないが、現在全ての州で採用されている。メディケイドは、社会保障法タイトル19に規定された貧困者に対する医療扶助制度で、連邦厚生省（Department of Health and Human Services : DHHS）長官が承認した各州の貧困者医療扶助計画に対し、連邦が費用の一定の割合を支出し、州が実際の運営にあたるマッチング（定率）補助プログラムである。1998年度のメディケイド経費は、総計1,847億ドル（連邦1,044億ドル、州803億ドル）であった<sup>3)</sup>。

メディケイドは、各州ごとのプログラムであるから受給資格も同一ではない。しかしながら、連邦補助金の支給要件として一定の基準が定められている。受給資格者は、連邦法上強制適用とされる者（強制加入貧困者）、連邦法上選択的な適用とされ各州が任意に適用対象とする者（選択的な制度的対象者）、医療的貧困者のカテゴリーに分けられる。1995年度のメディケイド受給者数は3,311万人であった<sup>4)</sup>。

### 1節 メディケイドをめぐる歴史的経過

米国で医療保障問題が連邦レベルで本格的に議論されるようになったのは、20世紀に入ってからである。公的健康保険ないし医療保険を求める運動は、1915年から1920年にかけて、米国労働立法協会（American Association for Labor Legislation : AALL）を中心とする勢力により繰り広げられた。この時期の制度案は、入院費および診療費を保険適用すると同時に、従前の所得額に比例した金銭給付（いわゆる傷病手当金）をもおこなうというものであった。しかし、

労使双方、保険会社、さらに当初は好意的であった米国医師会（American Medical Association : AMA）までもが反対に回ったこともあって、この運動は成功しなかった<sup>5)</sup>。

低所得者に対する医療保障制度の必要性が政府当局に認識されたのは、1942年にロードアイランド州が連邦政府に対して低所得者の医療費支払いに社会福祉事業の社会扶助資金を使用したいと申し出たことから始まっている。連邦社会保障委員会はこの申し出を受け付けなかった。しかし、同委員会は、1949年に医療扶助制度を含む広範な社会(扶助)制度の創設を提言した。この提言はあまりにも広範で包括的すぎて議会の賛同が得られなかった<sup>6)</sup>。

その後1950年代から1960年代初頭にかけて、様々な議論が行われたが、いずれも政府内部の議論や議会における議論の中で終わった。例えば1954年、当時のロックフェラー長官のイニシアティブで厚生省がメディケイド型の医療費扶助制度の創設を提案したが、費用が余りにも掛かりすぎるので当時の連邦予算局の反対にあった。又、1960年、フレミング厚生長官は、単身の場合2,500ドル、夫婦の場合3,800ドル以下の所得世帯を対象とし連邦一般会計予算でまかなう医療扶助制度を提案したが、再度議会の反対にあった。しかし、当時の上院財政委員長Wilbur Millsと下院歳入委員長Robert Kerrが、このフレミング案の代わりにKerr-Mills法案と呼ばれる、後日のメディケイド法のもとになる法案を提案した。Kerr-Mills法案は、実質的に高齢医療扶助制度であった。この法案は、高齢扶助受給者、および同受給者ではないが医療費を賄うには不十分な所得ないし資産しかもたない65歳以上の高齢者を対象に医療扶助プログラムを設ける州に対して、各州の1人あたり所得に応じて50%から80%の範囲で連邦定率補助金を支給するものであった<sup>7)</sup>。

1960年代に入って、ケネディ大統領は医療保障制度に関する本格的な議論を展開した。ケネディは大統領選挙のなかで本格的に医療制度を争点として採り上げた初めての 대통령候補であった。就任直後、医療保障制度に関するタスクフォースが政府内部に設置され、そこで引き続き厚生省内部でもメディケイドは、メディケアとともに創設されるべきものとして議論が行われ、制度の骨格が固まった。しかし、政府のメディケイド構想には賛成する議員もいたが、反対する議員も多かった。賛成派の代表がMills下院歳入委員長で、反対派の先鋒がマクナマラ上院議員であった。法案作成過程では、メディケイドに関する議論は、常にメディケアに付随するものとして行われてきたきらいがある。メディケイドは、1965年の社会保障改正法議論の際に、Mills議員の「メディケアは、全国民を対象とした強制的医療保険制度の導入の橋頭堡として位置づけられることから反対である、という反対論に対してどう答えていくのか」という問いかけがきっかけになって実現したといわれている。すなわち、この問いに対し、「低所得階層を対象とした別の制度を盛り込むことによって、このような批判をかわすことができるのではないか」という理由で、メディケイド法案が作成された<sup>8)</sup>。

このメディケイド法案は、Kerr-Mills法案を拡張するような形で作成された。この間、連邦政府はこの制度が州を実施主体とするものであることから州政府の福祉担当部局とも調整を行

った。しかし、ほとんどの州政府担当者、そして連邦政府の担当者までもメディケイドに係わることを内心喜んでいなかったといわれている。なぜなら医療の社会化に反対し、巨大な政治力を持っている医師会と関係していかなければならないことに恐れを抱かなければ時代であったからである<sup>9)</sup>。

1964年ジョンソン大統領が就任し、医療関係法案の立法化が精力的に進められていくが、1965年はいよいよ最終段階で、議会における審議が集中的に行われていく。しかし、議会の議論はメディケアに集中し、メディケイドはなかなか顧みられることはなかった。特に議会では、メディケアにパートB（医師診療報酬保険）を加えるべきか否かで激論が繰り広げられていたことから、メディケイド部分についてほとんど議論が行われることもなく、「居眠り法案」（sleeper）とさえ呼ばれたが、結局メディケアとともに1965年社会保障改正法で成立した<sup>10)</sup>。

メディケイドを含む社会保障改正法は、1966年1月1日より施行された。1967年までに28州が連邦政府に認められたメディケイド計画を実行し、1970年には48州が実行した。各州はメディケイドを採用することは義務付けられていないが、現在は全ての州とワシントン D.C.等の米国全土で実施されている<sup>11)</sup>。

## 2節 メディケイド受給者

現行法の下で連邦政府は、メディケイドの受給対象者として次に分類される3グループに対してメディケイド受給資格のための保険適用と財政基準を決定するための若干の裁量権を、州に与えている<sup>12)</sup>。

### 1) 強制加入貧困者（Mandatory Categorically Needy）

強制加入貧困者は、各州が必ず給付対象として取り込まなければならない者である。強制加入貧困者グループを下記に示す。

1996年7月16日に実施された州のAFDC（Aid to Families with Dependent Children：要扶養児童家庭扶助）<sup>13)</sup> 計画で、資格必要条件を満たす社会保障法の1931条で規定された子供がいる低所得家族

SSI（Supplemental Security Income：補足的保障所得）<sup>14)</sup>の受給者及び州において使用している基準（SSIプログラムの者よりいっそう制約の多い基準）を満たす高齢者、視覚障害者、その他の障害者は、1972年1月1日時点で州の認められたメディケイド計画の対象者である

メディケイド受給資格の妊婦に生まれた幼児。但し、幼児が母親の家庭で残りそして母親が前記の、に該当する適格者であれば、幼児の出生から最初の1年間メディケイド受給資格が継続される。

家族所得が連邦貧困レベル（Federal poverty level：FPL）133%以下で6才以下の子供と妊婦。（各州は、保険適用することに対してFPLより高いパーセンテージを設定する裁量権限も認められている。）州は、FPL100%以下の所得の家族に対して1983年9月30日後（あるいは州が

選択するそれ以前の日付)に生まれたすべての 19 才までの子供にメディケイド受給資格を申し出るように要求している。これは段階的に、西暦 2002 年までに 19 才まで引き上げることができる。受給資格が確立されると妊婦は、出産後の 60 日が過ぎた月の終わりまで家族所得のどんな変更にもかかわらずメディケイドの受給資格が認められる。

州は、これらの貧困家庭に対して資産テストを持つことは要求されない。しかしながら、もし資産テストを課されたとしたら、幼児と子供のための AFDC プログラムと妊婦のための SSI プログラムより資産テストは制限的ではない。

社会保障法タイトル XIV - E のもとでの養子縁組と里子養育受給者<sup>15)</sup>

一定の基準を満たすメディケア受給者

一定期間メディケイド受給資格を保持してもよい、特例的に適用が認められる者

労働による所得あるいは社会保障給付金が増えたのために SSI からの支払いを失なった者。所得のために 1931 条のもとでのメディケイド適用を 6 から 12 カ月間資格喪失が続くか、あるいは子供また扶養配偶者の増加のために 1931 条のもとでのメディケイド適用の資格喪失が 4 カ月間続いている者。

## 2) 選択的な制度的対象者 (Optional Categorically Needy)

州は以下の「制度的対象者」にメディケイドを提供する選択権を持っている。これらの選択的对象者は、強制加入貧困対象者の特徴を有するが、しかし適用される基準は幾分ゆるく定義されている。州がメディケイドプログラム下で制度的対象者に同様に保険保護することができる選択的な制度的対象者は、(連邦定率基金を受け取ることができる)以下の通りである。

家族所得が FPL(それぞれの州によって規定されるパーセンテージ)185%以下で強制加入貧困者として認められない 1 才以上の幼児と妊婦

各州の裁量により選択的な目標と定められた基準以下の低所得の子供

高齢者、視覚障害者、あるいはその他の障害者で強制加入貧困者として適用外の FPL100%以下の所得者

満 21 才以下の子供で AFDC が定める基準以下の所得と資産条件を満たすが、AFDC の受給資格のない者

特定の水準以下の所得と資産を持って施設に入所している者

在宅 - 地域に密着したサービスの適用除外 (waiver) でケアを受けている者は、もし州が規定するなら受給資格を得られる

州の SSI 受給者 (State Supplementary Payment : SSP ; 補足的給付金とも言われている)

SSI レベルでメディケイドの財政的資格を有する結核に感染した者 (但し、結核関連の外來サービスと結核の薬のみが給付対象となる)

疾病コントロールセンターでの乳がんと子宮頸管がんの防止早期検出プログラム (The Breast and Cervical Cancer Prevention and Treatment Act of 2000 : 乳がんと子宮頸がん防止と治療

の 2000 年法）をとうして検査、診断、そして治療を受診する低所得の女性<sup>16)</sup>

### 3) 医療的貧困者(Medically Needy)

連邦法は、各州に対して医療的貧困者に強制加入貧困者あるいは選択的な制度的対象者にメディケイド資格を拡張することを認めている。州が独自に定めた所得基準によりメディケイド給付資格を得た者である。この州による裁量権は、医療あるいは福祉でのケアを受けることによる出費が過大となった者に州のメディケイド計画によってメディケイド適用資格を認めることができる。

連邦法の下で医療的貧困者のための資格は、制度的対象者と比べて適用範囲を限定している。しかしながら、医療的貧困者に対するメディケイド適用を選択する州は、制度的対象者として 18 才以下の子供と妊婦を対象者に含むように義務付けられている。州は、これ以外の医療的貧困者にメディケイドの適用を提供することを決めてもよい。例えば高齢者、視覚障害者、あるいは他の障害者と州が認定する基準以下の 21 才までの子供。

1995 年段階では、40 州が医療的貧困者プログラムを実施している<sup>17)</sup>。

## 3 節 メディケイドの給付内容

### 1) 強制加入貧困者に対する基本的な給付内容

社会保障法のタイトル 19 は、連邦定率(マッチング)補助金を受け取るために特定の基本的な給付を強制加入貧困者に申し出ることを州に要求している。メディケイドにおける制度的対象者に対して行われる基本的な給付内容を下記に示した<sup>18)</sup>。

病院入院

外来病院

医師の診療

薬剤処方、歯の外科的な治療

年齢 21 才以上の者に対するナーシング施設 (nursing facility : N F ) への入所

看護施設サービスの資格を有する人々への在宅ヘルスケア

家族計画サービスと用品の供給

地方のヘルスクリニックサービスと州計画の下でなければ保険適用されない地方のヘルスクリニックによって申し出られた他の外来サービス

検査室とレントゲン写真サービス

開業小児科看護婦又は開業家族看護婦サービス

連邦政府認可の健康センター (federally-qualified health center : FQHC) 外来診療と FQHC サービスの他の外来サービスは、州計画の下で保険適用される

看護婦助産婦サービス (州法で公認された内容)

年齢 21 才以下のための早期、そして定期的な検診、診断と治療 (early and periodic screening,

diagnosis, and treatment : EPSDT) サービス

## 2) 選択的な制度的対象者に対する基本的な給付内容

メディケイドプログラム下で最も一般に適用された選択的な給付内容は次のものがある<sup>19)</sup>。

診療所受診

21才未満の者の看護施設入所

中間の療養施設入所 / 知能発達障害者治療

検眼士サービスとメガネ

薬剤の処方

結核感染者のための結核関連サービス

人工装具の装置と歯のサービス

州は、メディケイド資格を有する特定の者に対して在宅 - 地域に密着したケアでの適用除外サービスを供給することができる。これらの人々に供給されるサービスは、ケースマネジメント、個人的なケアサービス、休息ケアサービス、成人向けの日帰り医療サービス、家事介助 / 在宅医療援助、リハビリと他のサービスが州によって定められ、HCFA によって承認された給付内容を含むことができる。乳がんと子宮頸がん防止と治療の 2000 年法は、胸部あるいは子宮頸がんあるいは前がん症状を持つことがわかった特定の女性に対して、州に医療サービスを供給する選択を与えられている。州は、この新しい選択をメディケイド給付内容に入れることで、同じく連邦からの資金を受け取ることができる。

## 3) 医療的貧困者に対する給付内容

州が医療的貧困者をメディケイド受給者に含むことを決めたら、州のメディケイド計画は最小限として次の給付内容を供給しなくてはならない。医療的貧困者に対する給付内容を下記に示した。

妊娠している女性のために出生前ケアと供給サービス

18 才以下で規格化された給付内容を受ける資格を持つ者への外来診療

ナーシングホームサービスを受ける資格を持つ者への在宅医療サービス

精神病施設あるいは知能発達障害者の中間療養施設サービス (Intermediate care facilities for the mentally retarded : ICF/MRs)

## 4 節 メディケイド費用の支払い

メディケイドの費用はプロバイダ (医療提供者) に直接支払いされる。メディケイドに参加しているプロバイダは、メディケイド償還レベルを全額払いとして受け入れなくてはならない。州は、メディケイドのための償還方法を決定 (連邦政府によって課された上限と特定の制限) できる比較的広い裁量権を持っている。しかし、その裁量権には、3つの例外がある。

(1) 規格化された給付内容のための支払いは、メディケイド支払いレートで支払われる料金を超

えてはいけない

（２）特殊病院支払補助（the Disproportionate share hospital : DSH）のために、異なった限界が適用される<sup>20)</sup>

（３）ホスピスケアに関しては、メディケア料金を下回ってはならない

州は、一定基準のメディケイド受給者に控除、共同保険、あるいは被保険者負担額（定額、定率）を課すことができる。緊急サービスと家族計画給付は、このような被保険者負担額から免除されされる。特定のメディケイド受給者である妊婦、18才以下の子供、所得の大部分を失う可能性が高い病院あるいはナーシングホーム患者、HMO登録された制度的対象者は、このコスト共有から除外されている。

メディケイドのための総合的な連邦支出量は、上限の設定がない。どちらかと言うと、各州がメディケイド受給者のために何を供給するかを決めたものに、連邦政府は定率補助を州に対して行わなければならない。しかしながら、少なくともメディケイドケアと給付内容が利用可能で、ケアと給付内容がその地理的なエリアで一般的な住民にとって入手可能である限り、メディケイド償還レートは、プロバイダが協力するにあたり十分でなければならない。

連邦医療補助比率（Federal Medical Assistance Percentage : FMAP）として知られている連邦政府によって支払われるメディケイド経費部分は、州平均の1人当たり所得を全国平均と比較する方式によって、各々の州ごとに毎年決定される。法律によって、FMAPは50%以下であってはならず、同様に83%より高くはしてはいけないと規定されている。富裕な州ほど連邦からのメディケイド割当て費用は、少なく償還される。連邦政府はメディケイドプログラム実施のために州の出費で同じく分け合う<sup>21)</sup>。ほとんどの管理経費は、すべての州のために50%定率である<sup>22)</sup>。

州は、特殊病院支払補助（DSH）プログラムによってメディケイド受給者又は他の低所得者の患者割合が高い医療機関に対して、メディケイド受給者の入院サービスを供給する資格を持った病院に対する支払いを特別に増大させなくてはならない。DSHは1996年度においてメディケイド支出経費の9.7%であった。

## 5節 メディケイド給付と制限

州は、広範囲の連邦ガイドラインの中でメディケイドでの適用申請された給付内容とその制限を決定する。給付内容、制限とそれぞれの給付範囲は、目的を達成することに対して十分でなければならない。州は、医療の必要性あるいはコントロール基準に基づいた適切な限界をメディケイド給付に置いている。例えば、州はメディケイド適用に際し医師訪問回数、入院期間あるいは給付供給前に事前認可を必要とする等、制限を設けている。この制限は一様でなく、各州によって様々である。しかし、EPSDTプログラムで適格な子供のために「医学的に必要である」ことを示されたヘルスケアサービスは、たとえそれらの給付が州のメディケイド計画で

適用された給付の一部として包含されなくとも、メディケイドによって供給されなくてはならない。

ある特定の例外で州のメディケイド計画は、メディケイドに参加しているプロバイダ間で受給者に選択の自由を許さなくてはならない。一般に、州はすべての制度的対象者で適格な者に対して類似サービスを供給することが要求される。多くの州では、州がメディケイドを供給し、健康維持組織（Health Maintenance Organization：HMO）のような種々の前払い取り決めを通してメディケイドに対する費用を支払うことができる。

州は、費用効果が高い限り給付範囲を限定されることなく供給することができる。

### 3章 メディケイドの財政的危機

メディケイド受給者が増加するにつれメディケイド経費は、大幅に増加した。平均して州は45%のメディケイド経費を支払っている。このことは、連邦予算を緊迫させるだけでなく、州における健康予算をも独占し、州出費における13.6%に相当している。多くの州では2番目に大きな予算項目になっていった<sup>23)</sup>。

メディケイドの財政的危機の要因を以下に述べる。

#### 1節 メディケイドとメディケア関係

メディケアプログラム（社会保障法のタイトル18）<sup>24)</sup>は、パートAとして知られている病院保険（Hospital Insurance：HI）同じくパートBとして知られている任意加入の補足的医療保険（Supplementary Medical Insurance：SMI）を提供する。1997年度におけるメディケア受給者は3,800万人に達している<sup>25)</sup>。

HIのための保険適用は、社会保障あるいは鉄道退職で保険を掛けられた65才以上の高齢者（そして障害者）のために必然的である。HIのための保険保護は、毎月のパートA保険料の支払いを通して保険を掛けられた状態を持っていない個人によって購入される。保険適用は、SMIのために同じく毎月の保険料の支払いを必要とする。

低所得、限定された資産を持っているメディケア受給者は、州のメディケイド計画から彼らの自費の医療出費に対して支払い援助を受け取ることができる。このことは、メディケア権利を与えられ、そしてメディケイド適用における資格を有する「二重の適用資格（dual eligibles）」にとって入手可能な種々の給付金を得ることを意味している。

完全なメディケイド資格を有する人々のためにメディケイドは、州のメディケイド計画での給付内容と利用可能な供給によってメディケアを補っている。両方のプログラムによって保険適用されるサービスは、メディケアとの相違によってメディケイドによって州の支払い限界まで支払われる。メディケイドは同じく追加の給付内容を保険適用する。例えば、メディケアに

よって 100 日間限度のナーシングホームケア、薬材の処方、メガネと補聴器が適用される。

メディケイドにおける給付限界は、同じくある特定のメディケア受給者のために自費のメディケアコスト出費に対して支払うのに利用される<sup>26)</sup>。もし彼らがメディケイド資格を取得するならば、メディケイドはメディケア支払い責任を受け入れる。条件付きメディケア受給者（Qualified Medicare Beneficiary：QMB）は、SSI プログラムでの許された標準の 2 倍以下の所得あるいは資産で、FPL100%以下であれば、毎月のメディケア保険料、控除と共同保険を支払わなくてもよい。特別低所得メディケア受給者（Special Low Income Medicare Beneficiary：SLMB）は、QMB レベルを超えそして SSI プログラムでの許された標準の 2 倍の所得あるいは資産で、FPL120%以下であれば毎月のメディケアのパート B 保険料を支払わなくてもよい。SSI プログラムで許された標準の 2 倍以下の資産、あるいは完全なメディケイド受給者でない者（Qualifying Individuals：QIs）は、所得において SLMB レベルを超え、あるいは所得が FPL135%以下（又は FPL175%より少なく、少なくとも 135%）である場合はすべての援助、あるいは毎月のメディケアパート B 保険料の一部を得ることができる。しかし、仕事に戻ったためにメディケア適用資格を失った障害のあるメディケア受給者は、メディケアのパート A を購入してもよい。さもなければもし個人が FPL 200%以下の所得と資産が SSI プログラムで許された標準の 2 倍であるならば、メディケイド給付の資格を有さないが、メディケイド資格を持った障害者で働いている者（Qualified Disabled and Working Individuals: QDWIs）は、メディケアのパート A 保険料を毎月払う資格を得ることができる。

メディケイドがメディケアを補うことにより、メディケイドの給付内容が増大してきている傾向がある。

## 2 節 メディケイド受給資格の拡大

メディケイドの適用は、もし個人がさかのぼって受給資格が適格であるならば、出願の数ヶ月あるいは 3 カ月前にさかのぼって始めることができる。メディケイドの受給は、一般に人の状況が変化する月の終わりに停止する。

多くの州は、メディケイド資格を得ない指定された貧しい人々に対して、医療援助を提供する追加の「州のみの」プログラムを持っている。連邦資金でないものは、州だけのプログラムで提供される。州単独のメディケイドサービス事業には、制度的対象者、医療的貧困者のみに適用されるものだけでなく、メディケイド非対象者への給付を行っている州も多い。給付内容は視力検査、看護婦による麻酔、付き添い看護、予防サービス等多岐にわたっている<sup>27)</sup>。

メディケイドは、すべての貧しい人々に医療援助を提供していない。連邦法の最も広い条項でさえ（ある特定の人々のための非常事態サービス以外）メディケイドは、明示されたグループ（強制加入貧困者、医療的貧困者）の 1 つに属さないのなら、非常に貧しい人々であってもヘルスケア給付を提供しない。低所得は、メディケイド資格のための唯一のテストである。メ

ディケイド資格を有する強制加入貧困者は、貧困家庭への一時的扶助 (Temporary Assistant for Needy Families : TANF)<sup>28)</sup> プログラム、あるいは SSI プログラムから現金援助を受け取ることができる。所得あるいは資産以外の制度的対象者である医療的貧困者は、極端な医療費支出のためだけに単にメディケイド資格を有する。

州は、AFDC 受給者と高齢者、視覚障害者、そして他の障害者のメディケイド資格を社会保障法 1902 条(r)(2)と 1931 条のもとで区分してメディケイドの受給決定するために、もっと多くの所得と資産の方法論を使うことができる。しかし、個人所得は連邦で定めた限界を越えることはできない。

メディケイドに影響を与えた重要な変更は、1988年のメディケア高額医療費保障法 (Medicare Catastrophic Coverage Act : MCCA)<sup>29)</sup>で行われた。MCCA によれば、HI につき年間定額負担を引き上げる一方、保険適用を受ける入院サービス給付日数の制限を撤廃した。専門ナーシングホームサービスの適用日数等を拡大した。メディケイドについては、保護を受ける目的で恣意的になされる資産譲渡を規制した。又、段階的に、FPL を下回る所得であり SSI における基準の2倍以下の資産しか保有しない高齢者及び障害者に対して、メディケア保険料・負担金をメディケイドから支払うべきことを各州に義務付けた。MCCA は、制定直後からメディケアにつき追加的税負担を課されることになる非貧困高齢者等から激しく反対された。このため 1989年には、メディケアに関する規定が完全に廃止されたが、メディケイドに影響を与えている部分は結果的に残っている。

制度化後に最初の資格確定時、在宅において残された配偶者のために資産を守る MCCA は、同じく若干のナーシングホーム患者のためのメディケイド資格を規定した。収容された者の収入控除にあたり、配偶者控除額を大幅に引き上げると共に、資産についても最低 12,000 ドルか夫婦総資産額の半額 (最高 60,000 ドル) のうち高額な方までの保有を在宅に残された配偶者に認めた<sup>30)</sup>。

### 3 節 メディケイドの傾向

メディケイドは低所得者、高齢者、身体障害者と扶養されている子供と彼らの母親に対する連邦政府によって資金を供給された所得維持プログラムにおける医療ケアへの拡張である。しかしながら、長い時間にわたってメディケイドは、強い束縛から現金プログラムのための資格まで (今まで) 分岐していった。

最近の法律は、膨大な数の低所得の妊婦、貧しい子供、そしてどんな現金援助プログラムの資格をも有さない若干のメディケア受給者、そしてより以前のメディケイド規則下でメディケイドの資格を有さなかった人々にメディケイド適用を保証する。立法の変更が強化された妊婦の特定のグループに対して計画的な救済活動と子供に焦点を合わせ、ケアへのアクセスを増やし、そしてケアの品質を改善した。

社会保障法は、メディケイド資格の標準的な継続を越えて同じく特定の給付金を続け、そして若干のサービスを制限する州の能力に若干の制限を置いた。

受給者数の増加のほかに、近年の最も顕著なメディケイド給付内容関連における傾向は、高齢者と障害者への集中的な救急処置、そして在宅ヘルスと看護施設サービスの（今まで）出費に対する継続的な急激な増加であった。

メディケイド経費を年次毎にまとめたものを表 1、受給者数の推移を表 2 に示した。

表 1 メディケイドプログラム経費の推移、(1966-1998 年)

Fiscal Year	Total(millions)	Federal(millions)	State(millions)
1966	\$ 1,658	\$ 789	\$ 869
1970	\$ 4,852	\$ 2,617	\$ 2,235
1975	\$ 12,637	\$ 7,060	\$ 5,578
1980	\$ 25,781	\$ 14,550	\$ 11,231
1985	\$ 40,917	\$ 22,655	\$ 18,262
1990	\$ 72,492	\$ 41,103	\$ 31,389
1995	\$ 156,395	\$ 89,070	\$ 67,325
1998	\$ 184,712	\$ 104,384	\$ 80,328

データは 1998 Green Book, 968-969 より引用し、著者作成

表 2 メディケイド受給者の推移、(1972-1995 年)

Fiscal Year	1972	1975	1980	1985	1990	1995
Recipients	17,606	21,462	21,520	21,814	25,255	36,282

(単位は千人) データは 1998 Green Book, 970-971 より引用し、著者作成

メディケイド給付の拡大は、受給者数の増加とともに経費の急騰を起し、連邦政府と州政府を財政的に厳しい状況に追いやっていった。特に 1985 年以降は、連邦政府、議会のメディケイド受給者・給付内容の拡大、高齢化の進展により急激に増加傾向にある。

サービス供給での最も重要な傾向は、メディケイドにおけるマネージドケア (Managed Care) への登録が急速に増大したことである。州がメディケイドにマネージドケアを採用するには、HCFA の適用除外 (waiver) を得ることが義務付けられていたが、1997 年の財政均衡法 (Balanced Budget Act of 1997) により原則、連邦法の適用除外が不要となった。1995 年、メディケイドにおけるマネージドケアに登録された受給者は、メディケイド受給者の 4 分の 1 にすぎなかった

が、1998年度には53.6%まで大幅に増加した。その理由は、州政府が一方的にマネージドケアへの利用を強制することによって費用の抑制を図ろうとしたからである<sup>31)</sup>。

#### 4節 メディケイドに関する連邦法の適用除外

メディケイド法に規定されていない受給者へのメディケイド拡大給付及び給付内容以外等を行うには、州は連邦政府から連邦法の適用除外を得なくてはならない。メディケイドの適用除外には、連邦法の1915条(b)適用除外、1915条(c)適用除外、1115条適用除外がある<sup>32)</sup>。

連邦法の1915条(b)は、保健福祉長官(Secretary of Health and Human Services)にメディケイド法の単一供給者あるいは健康保険からケアを得る強制加入メディケイド受給者の状態を防止するある特定の部分の遵守を無視する権限を与える。

適用除外は、医療財政庁(Health Care Financing Administration: HCFA)によって認可されなくてはならない、そして連続した2年間更新できる選択があり、2年間有効である。マネージドケア計画は、過去10年以上に重要に成長するにつれて、もっともっと州がメディケイド受給者の選択の自由を制限するために連邦法の1915条(b)適用除外を求めた。

1997年度の均衡予算法により州がマネージドケアを採用するにあたっての適用除外は、不要となった。

連邦法の1915条(c)は、在宅-地域に基礎をおく施設以外の設定で、患者に長期療養ケアを供給するために連邦のメディケイド定率基金を得るために州によって使われる道具である。適用除外はHCFAによって承認され3年間有効で、その後5年ごとに更新しなければならない。

メディケアは、介護を要しケアが長期にわたる場合の保障はされない。ナーシングホームへの入所に対する保障は、わずか20日間だけである。しかも、近年この種の施設入所費用は急騰しているために、豊かな層は民間保険で長期ケアを受けられるが、中間層以下は厳しい経済的条件におかれるのが現状である。資産減少のためにメディケイド受給者となるケースも増加している。在宅-地域に基礎をおくケアは、州のためだけでなく友人たちと家族間で残留する者のために、長期の制度化されたケアに望ましい選択肢だと見なされている。なぜなら、サービスが制度化されたケアコストより少なくてすむかもしれないからである。メディケイド給付で入所費用の8割以下で受けられる<sup>33)</sup>。

連邦法の1115条は、保健福祉長官にタイトル19のメディケイド法条項からの連邦法の適用除外を行う広い権限を与えている。これらの「適用除外」は州に高齢者、視覚障害者、扶養されている障害のある子供、妊婦、(そして)児童福祉と公衆衛生のためにタイトル19のいっそう適切な条項を作る目的を進めることを許している。

一般に連邦法の適用除外は、期間として5年が承認され、年度更新の適用を受ける。適用除外の多くの主要な要素は、タイトル19の連邦法で保険適用されない低収入の人々へのメディケイド資格の拡大である。しかしながら、保険適用された新しい人々は、適用範囲とプロバイダ

の種類（性質）が適用除外から適用除外へと変動する。

多くの州は、増大するメディケイド経費と無保険者の増加に対応することを余儀されなくなった。州が独自のメディケイド改革に乗り出す為には、HCFA からの連邦法の 1115 条適用除外を得なければならない。

## 5 節 クリントン大統領のメディケイド改革

1998 年、国民皆保険の導入に失敗したクリントン大統領は、増大するメディケイド経費を抑制するために、1 人当たりの上限を決めることでメディケイド支出の連邦負担を制限することを提案した<sup>34)</sup>。

議会に提出されたクリントン大統領の予算は、メディケイド支出縮小を含めて 259 億ドルの削減を含んでいる。クリントン大統領は、メディケイドのための資金供給に対しての削減を含む予算を国会に提出した。この節減を達成するために大統領は、特にマネージドケアを通してヘルスケアサービスを受ける受給者に対してメディケイドの資金調達構造、そして連邦の保護を弱めている州における柔軟性の変更を提案した。

5 年で 93 億ドルの節減を達成するために、クリントン大統領は 1998 年に 1 人当たりの上限を導入することでメディケイド支出における連邦負担割合を制限することを提案した。各々の州のための 1 人当たりの上限は、4 つのグループ（障害を持っていない子供、障害を持っていない成人、老人と子供と障害を持っている成人）に分けられ、州メディケイド出費を見る式に基づいて計算される。1996 年の出費データを使用し、1 人当たりの基本レートが受給者グループ毎に求められ、それぞれのグループのために必要な州出費を分ける方法で計算される。グループ毎の限界が、それぞれのグループに丸 1 年間登録された受給者数、レートとメディケイドでの州への連邦からの定率補助と「許されているメディケイド成長レート乗数」によって、グループ毎に 1 人当たりの基準率が計算される。この方式で州の総計の上限は、登録者数成長で増加することができるが、しかしながら、基準率の増大が受給者毎に「許されているメディケイド成長レート乗数」（年平均 5%）によって国内総生産のパーセンテージに限定されている。

クリントン大統領の提案は、「危険な状態」にある貧しい人たちに対してヘルスケアのコスト増大を引き起こすことが予想された。彼らの「危険」を最小にするために、州がアクセスに厳密なコントロールを課し、そして保険適用と給付金を制限する強い誘因を持つことが必要であるからである。

大統領の提案は、1997 年 10 月 1 日かそのあとの HCFA 長官による新しくメディケイド適格者数の州全体の拡大を許す社会保障法の 1902 条（42 U.S.C. 1396 条 a）の必要条件を無視するために、連邦法からの適用除外 1115 条を使う権限を排除しようとしている。現在認められていた適用除外が長官によって拡張されるか、あるいは修正されるかもしれない。クリントン大統領は、メディケイドのみのマネージドケア制限を排除し、そして 1,000,000 ドル以下の州

とマネージドケア間での契約に連邦の監督を排除することを提案している（限界は現在100,000ドル以下である）。受給者には、少なくとも2つのメディケイド計画の選択を与えられなくてはならない、そして連邦政府が品質改良作戦を持つように要求されている。しかし、客観的な品質標準あるいは施行条項が法案で提言されていない。

州は、受給者毎に健康ドルの連邦割合に制限を加えることによって、州の減少した財源の中でメディケイド受給者と給付を減らさなければならない。大統領の見積もられた節減を達成するためには、他にどのような方法もない。強い消費者保護を欠いて、州がマネージドケア登録を義務化する誘因を持つであろうが、しかし適切なケアが供給されるという連邦の保証はない。代替りのヘルスケアマーケットではなく、高いコスト・健康の必要性を持っている障害者と高齢者の貧しい人たちと予防ケアからの給付を必要としている子供たちが最も影響を受けるであろう。

#### 4章 むすびにかえて

米国の社会保障、社会政策は伝統的に地方政府の責任を基本としてきた。この根本理念は今も変わっていない。米国の社会保障制度は、市場重視モデルで民間保険中心、最低限の国家介入、自立自助を規範としてきた<sup>35)</sup>。米国の医療は、医療へのアクセス保障と医療費抑制の二つの面で失敗してきた。メディケイドにおいても、受給者数の増大によってメディケイドの財政危機が続いている。裏を返せば連邦政府と州の財政危機でもある。

メディケイドは、制定当初から低所得者に対する医療扶助制度として機能してきた。メディケイドは、何百万という成人と子供のために重大な安全網（safety net）としての役割を演じてきた。特に社会的弱者とされる低所得層の高齢者、障害者、子供及び妊婦に対して機能してきた。しかし、社会的問題として生じている大きな問題は、仕事についている成人に無保険者が増大していることである。この無保険者の多くは中間所得層で、高騰する保険料を支払うことができないために私保険からの離脱した労働者である。

クリントン大統領は、医療制度改革を行おうとした。しかし、クリントン大統領による国民皆保険制度の導入は、伝統的に官僚的な政府介入に対する抵抗感が強いこと、自立と自助といった理念が重視され医療は個人の責任と考えられてきたこと、米国医療では平等より自由の理念が重視されてきたこと等の理由で失敗に終わった。

連邦政府は、連邦法の1115条（42 U.S.C. 1315条（a））適用除外で医療財政庁長官にメディケイド法の目的と一貫しているデモンストレーションプロジェクトを承認する権限を与えている。近年、多くの州は、メディケイドマネージドケアプログラムを州全体で実行するために連邦法からの適用除外を得た。そしてその多くは、保険をかけていないグループに対してメディケイド資格の拡大を含んでいる。オレゴン州、オクラホマ州、テネシー州、マサチューセツ

ツ州、ケンタッキー州、バーモント州等では現在医療制度改革が行われている。

今後、無保険者に対する医療給付を行うために州が行っている医療制度改革について検討を加えていきたい。

<注>

- 1) 米国で社会保障という場合、狭義の意味では公的年金（OASDI）を指す。広義では社会保障、医療及び所得援助にかかわる公的の制度を指す。具体的には、社会保障である年金・失業・労災保険、公的扶助である補足的保障所得（SSI）や要扶養児童家庭扶助（AFDC）その他公務員や軍人、鉄道職員に対する特定職域制度等が含まれる。これらは、全体として所得保障を中心に考えられている。こういう広義的な社会保障制度の中に、医療プログラムとしてメディケア、メディケイドが含まれている。
- 2) 週間社会保障編集部編、『欧米諸国の社会保障』、法研、p.285、2000
- 3) 1998 GREEN BOOK p.958 より引用
- 4) 前掲 1998 GREEN BOOK p.958
- 5) 菊地馨実『年金保険の基本構造』北海道大学図書刊行会、p.282、1998
- 6) 社会保障研究会編『アメリカの社会保障』東京大学出版会、p.245、1993
- 7) 前掲 菊地馨実、p.290
- 8) 前掲 社会保障研究会編、p.246
- 9) 前掲 社会保障研究会編、p.246
- 10) 前掲 社会保障研究会編、p.246
- 11) W. John Thomas, The Oregon Medicaid Proposal: Ethical Paralysis, Tragic Democracy, and the Fate of a Utilitarian Health Care Program. Oregon Law Rev.47, p.80, 1993 spring
- 12) Kant Patel, Mark E. Rushefsky, Health Care Politics and Policy in America, M.E. Sharpe, pp.55-94,1999  
最新の情報を得る為に Health Care Financing Administration のホームページを参照。  
<http://www.hcfa.gov/medicaid/meligib.htm>
- 13) AFDC は、要扶養児童のいる貧困層のひとり親世帯を対象として、主に現金給付を補助する制度である。各州が運営するが、州はその資金の一部を連邦からの補助金によっている。1994 年度の場合、総額 236 億ドル支出されていたがそのうち 141 億ドルを連邦が残りの 95 億ドルを各州が負担した。AFDC は 1996 年度の福祉改革法によって TANF に改められた。藤田伍一、塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障アメリカ』東京大学出版会、pp.22-23、2000
- 14) SSI は、低所得の高齢者と障害者を対象に現金給付を行う制度。所得には稼得所得の他、社会保障年金（OASDI）や現金、小切手、現物給付等が含まれる。ただし、フードスタンプや家庭用光熱費扶助は除かれる。資産からは本人の住居と土地、仕事や通院に使用する車等は除外される。給付限度額は毎年調整されるが、1993 年には FPL75%であった。財源は連邦政府の一般財源で、1995 年度で 276 億ドルであった。前掲 藤田伍一、p.165 及び p.21
- 15) 家庭において安全に生活できない児童たちに対して、里親によるケアは彼らの両親が問題を解決している間、また家庭の再統合が難しい場合には、最終的に養子縁組先が見つかるまで、児童に安全で良好な、かつ安定的な環境を提供する措置サービス。連邦は里親、養子縁組制度（Foster Care and Adoption Assistance Program）をとおして州の管理に直接補助を行う。1966 年度でこのプログラムには 50 万人の児童が適用されている。前掲 藤田伍一、pp.255-256
- 16) <http://www.hcfa.gov/medicaid/bccpt/default.html>
- 17) 前掲、週間社会保障編集部編、pp.314-315
- 18) 前掲、Kant Patel, Mark E. Rushefsky と Health Care Financing Administration のホームページを参照。
- 19) 34 のあらかじめ提示されたサービスがある。前掲 藤田伍一、p.200
- 20) 特殊病院支払補助とは、医療ニーズのある低所得者が特に多い州への補助金プログラムである。
- 21) 1997 年において最も高い補助は 11 州での 77.22%、最も低いのは 50%のコロンビア特別区である。前掲 1998 GREEN BOOK, p.958
- 22) 高い定率レート（75、90 と 100 パーセント）が、ある特定の機能と活動のために法律によって規定されている。
- 23) W. John Thomas, The Oregon Medicaid Proposal: Ethical Paralysis, Tragic Democracy, and the Fate of a Utilitarian Health Care Program. Oregon Law Rev.47, p.84, 1993 spring
- 24) メディケアの受給者は 65 才以上の高齢者で社会保障年金給付を受ける者である。また、65 才未満の障害者、終末期腎疾患患者も受給資格がある。HI の保険料は支払う必要はない。65 才以上で自動的に

は受給資格が得られないものでも保険料(月額を187-311ドル)を支払うことにより加入できる。SMIの保険料は1997年で月額43.80ドルである。メディケア対象者のうち、低所得であると認定された者はメディケイドの対象者となり、その場合保険料が免除される。前掲、藤田伍一、p.189

- 25) 前掲、藤田伍一、p.189
- 26) Diane Rowland, Judith Feder, Alina Salganicoff. *Medicaid Financing Crisis*, p.62, AAAS Press, 1993
- 27) 前掲 1998 Green Book, p.988
- 28) 1996年にAFDCがTANFに名前を変えた。TANFは特に移民を対象として、就業する能力を持つ者にできるだけ就業機会をあたえるという意図で改革された。特に児童のメディケイド受給権を保障しようとしている。前掲 藤田伍一、p.206
- 29) 前掲 菊地馨実、pp.486-487
- 30) 前掲 菊地馨実、pp.486-487
- 31) 前掲、週間社会保障編集部編、pp.314-315
- 32) <http://Medicaid.aphsa.org/waivers/waivers.htm>
- 33) 前掲 藤田伍一、p.222
- 34) Claudia Schlosberg, Jane Perkins. The Impact of President Clinton's Medicaid Proposals. On the Health of Poor Americans . 1997 <http://nhelp.org/index.shtml>
- 35) 広井良典、『日本の社会保障』、p.18、岩波新書、1999

#### <参考文献>

本論文を推考するに当たり下記の文献を参考にした。

Colleen M. Food, *International Care Reform* Routledge, 2000

*Federal Social Security Laws, Selected Statutes and Regulations*, West Group, 1999

Karen Davis, Gerard F. Anderson, Diane Rowland, Earl P. Steinberg, *Health Care Cost Containment*, Johns Hopkins, 1990