

アメリカにおける社会保障改革と財政^{*1}

阿部 彩^{*2}

要 約

本稿は、アメリカにおける主に1990年代から2000年代にかけての社会保障改革とその財政的インパクトについて論じたものである。本稿から明らかになった点を整理すると以下となる。

第一に、アメリカの社会保障制度は、民間部門による保障が第一義的にあり、公的部門による保障がそれを補完する形で存在する。結果として、公的な制度に市場から保障を得ることができない人々が集中し、公的プログラムの多くが所得テストを伴う公的扶助である。これらプログラムは、受益に対する拠出を伴わないため、一般予算から賄われることとなる。90年代から2000年代にかけて、社会保険方式で運用されている公的年金や高齢者医療制度（メディケア）の病院保険の支出が一定幅に収まっているのに対し、支出の増加率が大きく最大の懸念事項であるのは医療扶助制度（メディケイド）であることからわかるように、アメリカの社会保障財政にとって、低所得者に対する保障をどのように行うかが今後の最大の課題であるといえる。

第二に、このような社会保障制度の特徴として、負担と受益の関係が不透明であることが挙げられる。公的年金は、他の制度に比べ、比較的に負担と受益の関係がはっきりしているが、その保険料が「(社会保障)税」と呼ばれることが象徴的なように、賦課方式であるため、現在の負担者（現役層）と受益者（高齢層）は異なるグループである。公的医療保障制度は、国民の一部しか対象としていないが、その財源は社会保障税（現役層）と一般財源であるため、すべての国民に負担は課せられる。メディケアの病院保険の財源は現役層からの社会保障税であり、現役層は税を払うことによって将来のメディケア受給資格を得ることができるものの、現在の便益を受けることができるのは高齢者であり、現役層は、メディケアの保険料の負担に追加して、自分と家族の現在の医療保障を民間から得なければならない。さらに、メディケアの補足医療保障、メディケイド、各種公的扶助プログラムも、殆どすべて一般予算から賄われているため、負担を担っている納税者と受益者（SMI 以外は低所得者）は一致しない。このように、負担を背負っている人々と受益を受けている人々が異なるため、これらの制度が財政危機に陥った時には、その改善策として、負担の増加よりも費用の抑制が考慮され、しばしばプログラムの縮小という選択肢がとられる。2006年財政赤字削減法によるメディケイドの支出削減策は、その一例である。

第三に、一つのプログラムの縮小は、他のプログラムへのシフトを促す。1996年の福祉改革の場合は、TANF の受給者数の減少は、EITC の受給者増に反映されている。これは意図的な政策であり、予期しなかったものではないと考えられるが、TANF 縮小の影響は、

*1 本文の執筆にあたっては、責任編集者の貝塚啓明財務総合研究所名誉所長をはじめ、財務総合研究所の方々に有益なコメントをいただいた。ここに記して御礼申し上げたい。

*2 国立社会保障・人口問題研究所国際関係部第2室長

メディケイド、SSI など他の公的扶助プログラムに及んでいる。TANF の受給が生涯に 5 年間と有限化されたことにより、90 年代後半の好景気のときはともかくも 2000 年代の景気の悪化の際には、TANF の受給を控え、なるべく期限がついていない他のプログラムを先に活用しようというインセンティブが働いてもおかしくない。実際に、2000 年代のフードスタンプの急増は、受給者のこのような極めて合理的な選択をあらわしているとも考えられる。

第四に、TANF 補助金のような金額が固定されている財源の硬直性の問題である。TANF の場合、補助金額がピーク時の金額で固定されているため、受給者数が減り始めてからは補助金の余剰金が発生した。また、その用途の制限が非常にゆるやかなものであったため、他のプログラムへの流用など、不透明な活用のされかたをしている。また、MOE 条項によって、連邦政府ばかりでなく、州政府の支出額もピーク時と同レベルに固定している。包括補助金であることは、州が給付額を削減するインセンティブになり、その点では評価できるものの、景気の変動に左右されやすい TANF プログラムなどにおいては、必ずしも、財政的に効果的とはいえない。

I. 目的

本稿の目的は、アメリカの社会保障制度における近年の改革をレビューし、その財政的影響について論じることである。着目するのは、1990 年以降の社会保障改革であり、この時期に大きな改革があった公的医療保障と公的扶助に重点を置く。特に 1996 年の個人責任・就労機会調整法 (Personal Responsibility and Work Opportunity Act: PRWORA, 通称 Welfare Reform, 以下、福祉改革) は、公的扶助制度の構造改革とも言え、アメリカの社会保障のあり方を根本的に問い直すものであった。この結果として、公的扶助の受給者数が激減したことはよく知られている¹⁾。しかし、福祉改革の財政改善効果については、その財政構造の複雑さもあって、あまり

紹介されていない。また、福祉改革は、その目玉である貧困世帯への一時的扶助 (Temporary Assistance to Needy Families, 以下 TANF) の策定のみならず、他の公的扶助プログラムや隠された公的扶助ともいえる公的医療保障²⁾をも大きく変容させている。これらを含めた社会保障の全容から、福祉改革の財政への影響をみると、福祉改革が支出削減というよりも、むしろ、拡大の要因になったことがわかる。本稿では、福祉改革、90 年代の公的医療保障分野の一連の財政改善を目的とする改革を中心に、アメリカの社会保障制度とその財政を広く概観し、財政難に面する日本の社会保障制度への示唆を検討する。

1) 日本でも、阿部・後藤 2002, 阿部 2004, 根岸 2002, 根岸 2004, 尾澤 2003 などを始め多くの文献が、福祉改革とその効果について紹介している。

2) 後述するように、アメリカの公的医療保障においては医療扶助が占める割合が大きい。日本では、医療扶助は生活保護制度の一部であり、公的扶助の一形態と整理されている。

Ⅱ．アメリカの社会保障制度の財政的特徴

アメリカの社会保障制度は、社会保険を柱として公的扶助（狭義の福祉部門）がそれを補完するという基本的構造を日本と同じくしながらも、その体系は、日本と大きく異なり、先進諸国の中でも異質である（図1）。アメリカの社会保障制度においては、民間部門による保障が第一義的にあり、公的部門による保障がそれを補完する形で存在する。年金分野では、国民のほぼすべてをカバーする老齢遺族・障害年金（Old Age, Survivors and Disability Insurance : OASDI, 以下公的年金）が存在するが、医療分野では高齢者・障害者、低所得者、子供などカテゴリー別の公的制度は存在するものの、すべての国民がカバーされているわけではない。その点で、国民皆保険をその基本理念とする日本の公的医療保障と大きく異なる。また、民間市場が担う役割が大きいがゆえに、市場から脱落してしまう人々を対象とする公的扶助の必要性が高まるが、ここでも、日本の生活保護制度のように困窮の理由や申請者の属性に関係なく所得保障・医療保障・住宅保障などを包括的に行う公的扶助制度は存在せず、代わりに対象者

のカテゴリー別、扶助のタイプ別の制度が並立している。このような特質にも影響されて、アメリカの社会保障制度の財政構造も日本と異なるいくつかの特徴がある。

第一に、人々の生活保障の多くを市場が担っている結果として、公的な社会保障制度には市場からこれらの保障を得ることができない人々が集中し（残余化）、公的社会保障プログラムの多くが一般予算から賄われている点である。これらのプログラムは、受益に対する拠出を伴わず、所得テスト（いわゆるミーンズテスト）をその資格要件の一つとしている。

第二に、社会保険の形態をもつ公的年金と高齢者医療保険（Medicare, 以下メディケア）は、その財源を加入者からの社会保障税（payroll tax）としながらも、それぞれ独自の信託基金を持ち、連邦政府の一般予算からの独立性が確保されている点である。

第三に、社会保障にかかわる支出の抑制の手法として、一つ一つの社会保障プログラムにかかわる法律の制定を行うのではなく、多くのプログラムを包括的にカバーする法を用いる手法

図1 アメリカの主な公的社会保障制度の体系

	制度	対象者	予算形態
社会保障制度	(年金)	老齢遺族・障害年金 (OASDI)	高年齢者 オフ 信託基金
	(医療)	高年齢医療保険制度 (メディケア) { 病院保険 (HI)	高年齢者 オン 信託基金
		{ 補足的医療保険 (SMI)	高年齢者
		医療扶助制度 (メディケイド)	低所得者 オン 一般
		州立児童医療保険 (SCHIP)	低所得の児童 オン 一般
	(公的扶助)	貧困世帯への一時的扶助 (TANF)	主に母子世帯 オン 一般
		補足的保障所得 (SSI)	障害者・高年齢者 オン 一般
		フードスタンプ	低所得者 オン 一般
		勤労所得税額控除 (EITC)	低所得勤労者 オン 租税支出
		児童税額控除 (CTC)	有子世帯 オン 租税支出
		住宅扶助、光熱費扶助など	低所得者 オン 一般

(注：一般＝一般予算プログラム，オン＝オン・バジェット，オフ＝オフ・バジェット)

がとられていることである（渋谷 2003）。1980年代から今日まで、社会保障改革のほぼすべてがこの手法で行われている。こうすることによ

り、並立するプログラムを横並びで比較することができ、社会保障全体の財政削減効果を把握することができる。

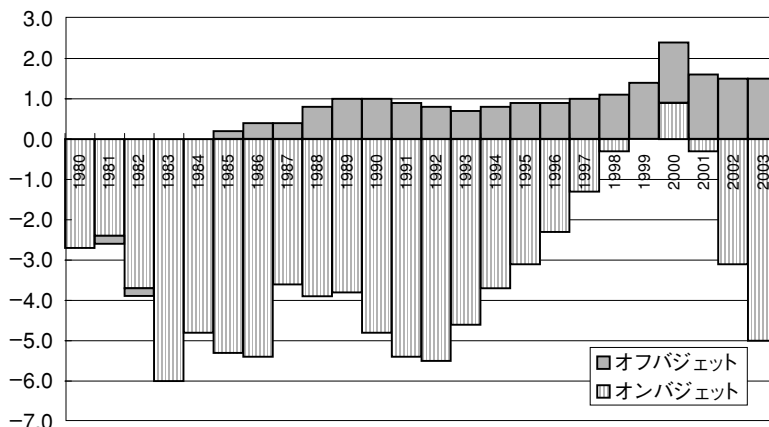
Ⅲ．アメリカ財政の概観

アメリカの連邦政府の財政構造は、一般予算から除外することを定められている「オフ・バジェット（Off Budget）」と、一般予算を表す「オン・バジェット（On Budget）」の二つに区分されている。現在、公的年金である老齢遺族・障害保険（OASDI）および郵政サービスの信託基金はオフ・バジェットに、それ以外の政府支出のすべてがオン・バジェットに含まれる。連邦政府の総合予算は、この二つの区分の合計値であるが、連邦政府の財政状況をみるためには、二つを別々にみるほうがよりわかりやすい。何故なら、近年はオン・バジェットの赤字をオフ・バジェットの黒字で一部穴埋めする状況が続いているからである。オフ・バジェットの黒字は、その大部分を占める公的年金の信託基金の将来の負債であるため、これを含めた総合予算の状況は実際の状況よりも良好な状態に見え

る。図2に、1980年からのオン・バジェットとオフ・バジェットの収支を示す。オフ・バジェットの財政は、1983年の社会保障改革によって大幅に改善し、その結果、単年収支はその後一貫して黒字となっている。問題なのはオン・バジェットの財政収支である。オン・バジェットの財政は、1990年代後半に一時的に改善するものの、ほぼ一貫して赤字である。年代を追ってみると、オン・バジェットの財政赤字は1980年代中旬に対 GDP 比6.0%に達し、財政赤字が一般国民の懸念材料となるまで悪化した。対応を迫られた政府は、1985年財政均衡法（GRH 法）および1987年修正 GRH 法を成立させ、財政赤字上限目標額を設けるなどしたが、GRH 法には抜け穴が多く存在し、空文化した（渋谷 2003）。

80年代後半の景気の回復に伴い、財政赤字は減少し始めるが、1990年代初旬には湾岸戦争や

図2 アメリカ連邦政府の財政収支 対GDP比：オンバジェット対 オフバジェット (%)



出所：GPOAccess（2005）

不況も重なり、再び、ふくらみ始める。こうした状況に対処するものとして、1990年には、予算執行法（Budget Enforcement Act : BEA³⁾）が制定された。予算執行法は、財政支出を裁量的プログラム（discretionary programs）によるものと義務的プログラム（mandatory programs）によるものとに分けて、それぞれの歳出抑制ルールを設定した。裁量的支出は、当該年の法に基づいて歳出額が決定されているもので、これには、上限額（キャップ）を設定するキャップ制が適用されることとなった。義務的支出は社会保障年金や福祉給付の受給資格基準などそれぞれの法で予め決定されているが、これらを新たに増加させたり、歳入を減少させる新立法を行う際には、それに見合う財政措置を確保しなければいけないというペイ・アズ・ユー・ゴー（Pay-as-You-Go）原則が適用された。しかし、ペイ・アズ・ユー・ゴー原則は、義務的支出の自然増には対応できないため、その効果については疑問視する声も多い（渋谷 2003）。これら財政抑制策よりも、1990年代の歳出削減に役立ったのは、むしろ、冷戦の終結による国防費（裁量的支出）の減少であるというのが一般的な見解である。また、歳入面においても、1990年、1993年の包括予算調整法によって、相次いだ増税が行われ、特に富裕層の負担の増大が図られた（詳細については、片桐 2004を参照のこと）。これらの財政再建政策と景気の好転に裏付けされ、1990年代後半にはオン・バジェットの財政赤字は大幅に減少し、1998年から2001年にかけては総合予算も黒字に転じた。

渋谷（2003）は、この時期の財政余力が、福祉国家の拡充に向かわなかったことについて、「連邦基金における財源増加分が信託基金における社会保険に移転されないという分離型の財政構造が維持された上で、政府部門の外側にある民間ベースの福祉国家のところで市場論理が強化された。そういう形での福祉国家再編は財政再建にとって基本的に中立的であった」（渋

谷 2003）と言及する。確かに、1990年後半における社会保障改革は、公的な負担を抑制し、市場原理がより強調されるものであった。年金分野では、私的・企業年金の拡充が行われた一方で、公的年金は現状維持され、医療分野では、公的医療制度における民間の活用による支出削減、個人医療保険の税制優遇措置がとられた。また、公的扶助部門においても、市場原理の徹底が推し進められた。ただし、公的扶助の改革は、対象者を「Deserving Poor（扶助すべき貧困者）」と「Non-deserving Poor（扶助するべきでない貧困者）」に線引きし、後者には給付削減を図ったものの、前者には、形態を変えた給付を拡充させたので、改革全体の財政への影響はむしろマイナスである。これら1990年代の社会保障改革とその財政的影響については、後節にて詳しく検討する。

しかし、2002年には総合予算は再び赤字に転落している。片桐（2004）は、この転落の要因を「1990年代の財政再建の歳出抑制・歳入増加のベクトルが逆を向いた」と述べる。一端、財政が黒字になると、プッシュ政権は、キャップ制やペイ・アズ・ユー・ゴー制のしくみは保ちながらも、テロ対策などへの緊急歳出と、2001年経済成長・租税負担軽減調整法を始めとする「プッシュ減税」を相次いで行った。つまり、「財布のひもがゆるんだ」のである。結果として、2003年の予算は、オン・バジェットで対GDP比5%、総合予算で3.5%の赤字となっている。数回延長された予算執行法も2002年に期限切れとなり、2003年にはペイ・アズ・ユー・ゴー制の制約を受けずに10年間の支出増大が3,950億ドルと見込まれる2003年メディケア処方薬剤改善・近代化法が成立した。こうして、90年代の財政緊縮政策は終わりを告げた。

このような状況の中、2006年2月、プッシュ大統領は財政赤字削減法（The Deficit Reduction Act of 2005 : DRA）を成立させた。財政赤字削減法は、義務的支出を長期的に削減し、それ

3) 予算執行法は、包括予算調整法（Omnibus Budget Reconciliation Act : OBRA 1990）の一部である。

に伴う各プログラムの改革を推し進めることを目的としており、2006年から2010年の5年間に約500億ドルの義務的支出の削減を予定している。500億ドルの内訳は、奨学金改革（145億ドル）、メディケイド改革（114億ドル）、養育費取り立て強化プログラム（49億ドル）などであ

る。また、これによって、2002年から暫定措置で運用されてきた貧困家庭への一時的扶助（TANF）の改正と2006年～2010年の予算措置が組まれた。さらに、フードスタンプ、補足的所得保障（SSI）など公的扶助のプログラムも改正され、支出が抑制されることとなった。

Ⅳ. アメリカにおける社会保障の財政状況

社会保障の各論に入る前に、まず、社会保障の全体の財政の傾向を把握しておこう。表1と図3に、アメリカ連邦予算に占める社会保障の割合を示す。全体でみると、社会保障が連邦予算に占める割合は徐々に増加しており、2003年には58%に到っている。うち、公的年金は、約25%で推移しており、1970年代から2003年にいたるまで、ほぼ一定の割合に収まっている。公的年金は、1983年と1993年に財政改善を目的とする大きな改革を行っているが、これはどちらも歳入増加の側面が大きく、支出抑制効果は将来的に期待できるものの、現在のところ、まだあらわれてきていない（歳入増加の効果をみるためには、後述の社会保障信託基金の財政状況を見る必要がある）。一方で、公的医療制度に

かかわる支出は、高い増加率で上昇しており、2006年度には年金を超える割合になると予測されている。医療支出の中では、メディケア（高齢者医療保険）の支出が、メディケイド（医療扶助）等医療サービスの支出を上回っているが、80年代、90年代にかけて、メディケイドの伸び率はメディケアの伸び率の約2倍であり、社会保障の中でも医療、中でもメディケイドの支出の増加が、財政上の最大課題であるといえる。

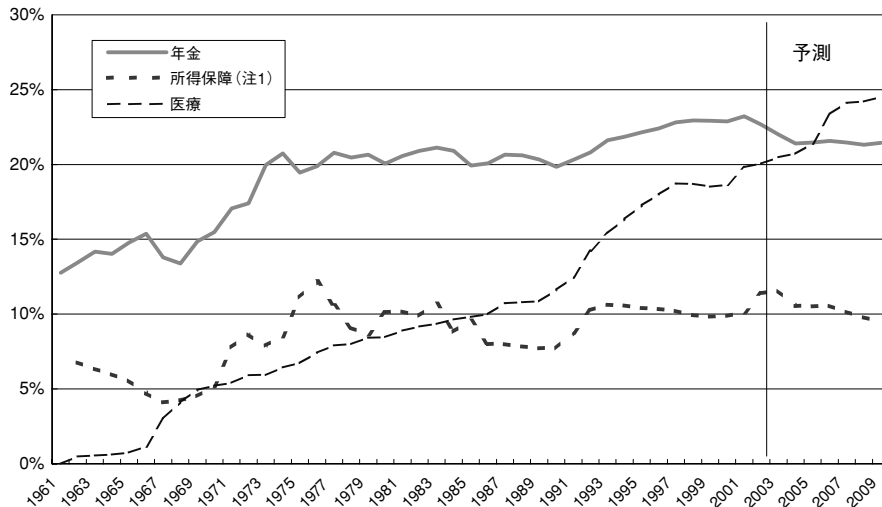
最後のカテゴリーである所得保障には、失業保険、住宅扶助、食料扶助、他の公的扶助が含まれる。所得保障全体が連邦予算に占める割合は11.6%であり、その率は1980年代以降若干の増減はあるものの、殆ど横ばいである。所得保障は、失業給付やフードスタンプなど、景気に

表1 アメリカ連邦予算に占める社会保障の割合（%）

					伸び率		
	1973	1983	1993	2003	73—83	83—93	93—03
年金 計	23.6%	25.6%	25.9%	25.9%	8.6%	0.9%	0.3%
OASDI	20.0%	21.1%	21.6%	22.0%	5.7%	2.3%	1.8%
連邦公務員の所得保障	3.6%	4.5%	4.3%	3.9%	24.7%	－5.7%	－7.6%
医療 計	5.9%	9.4%	15.4%	20.5%	57.6%	64.9%	32.8%
メディケア	3.3%	6.5%	9.3%	11.6%	98.5%	42.4%	24.8%
メディケイド等医療サービス	2.7%	2.8%	6.2%	8.9%	7.1%	116.5%	44.9%
所得保障	7.9%	10.7%	10.6%	11.6%	35.7%	－0.6%	8.7%
合計	37.4%	45.7%	51.9%	58.0%	22.1%	13.7%	11.7%

出所：Budget of the United States Government：Historial Tables, Table 3.1 & 3.2

図3 アメリカ連邦予算に占める社会保障の割合



注：2004年以降は推計値。

注1：所得保障＝一般老齢・障害所得保障(年金を除く)、失業保険、住宅扶助、食料扶助、その他公的扶助

資料：GPO (2006) *Budget of the United States Government : Historical Tables Fiscal Year 2005* から筆者作成

大きく左右され周期的な動きをとるものも多く、短期的なスパンでその増減傾向を把握するのが難しい。1996年には、「End Welfare as We know it (既知の福祉を終了する)」と謳われた福祉改革が実行されたが、その効果もこの表からは読み取れない。しかし、後述するように、1996

年福祉改革は、財政的に拡充された部分と縮小された部分を内在しており、支出抑制政策というよりも、理念的な構造改革と理解したほうが正しい。これら議論を含め、次節では、各制度の近年の主立った改革を記述し、その財政改善効果について検討する。

V. 医療保障

冒頭で述べたように、アメリカの公的医療制度では、国民皆保険が達成されていない。原則として、国民の大多数は民間医療保険を任意購入(多くは雇用者が福利厚生の一部として提供)することを前提に、民間保険への加入が難しいとされる高齢者と障害者にはメディケア(Medicare：高齢者医療保険制度)、低所得者にはメ

ディケイド(Medicaid：医療扶助制度)、子供には州立児童医療保険プログラム(State Children's Health Insurance Program : SCHIP)と対象者別の公的制度が並立している。公的医療制度にカバーされている人は国民の26.6% (メディケア13.7%, メディケイド12.9%) にしか過ぎず (U.S.Census, 2005)⁴⁾、国民医療費の割合

4) 民間の医療保険に加入している人は国民の68.6% (職場からの加入60.4%, 直接購入9.2%), であるが、何の医療保険にも加入していない無保険者も15.7% (4580万人) にのぼる。なお、民間医療保険と公的医療制度の両方にカバーされている人々もいるため、総和は100%とならない (U.S.Census 2005)。

表2 アメリカの最近の主な社会保障改革

法	年金 (OASDI)	医療 (メディケア、メディケイド、SCHIP他)
1982 租 税 公 平・財 政 責 任 法 (TEFRA)		メディケア：入院サービスの症例毎の運営費用の増加率上限設置、メディケア・リスク契約プログラムの導入
1983 社会保障改正法	①それ以前から予定されていた社会保障増税の繰り上げ実施、②自営業者の社会保障税率の引き上げ、③高所得高齢者の年金所得の一部課税、④対象者の拡大 (国家地方公務員など)、⑤年金受給開始年齢の段階的引き上げ	メディケア：パート A に DRG/PPS を導入
1985 財政均衡法 (GRH 法)		
1986 税制改革法		メディケイドの加入資格拡大 (1986OBRA, 移民改革管理法)
1987 包括予算調整法 (OBRA87, 修正 GRH 法)		メディケイド：加入資格拡大
1988 メディケア・カタストロフィ・カバレッジ法		メディケア：加入資格拡大
1989 包括予算調整法 (OBRA1989)		メディケア：パート B の医師診療報酬支払方式に RVRVS を導入
1990 包 括 予 算 調 整 法 (Omnibus Budget Reconciliation Act 1990)		メディケア：社会保障税のメディケア部分の課税対象所得の上限引き上げ (渋谷03, p. 108)
予 算 執 行 法 (Budget Enforcement Act: BEA)		
1991		メディケア：HI の資本関連費用 (capital-related cost) に DRG/PPS 導入
1993 統 合 予 算 調 整 法 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1993)	年金所得の一部課税ベースの拡大 (年金所得額の最高50%から85%に引き上げ)	メディケア：社会保障税の課税上限の撤廃
1996 個人責任・就労機会調整法 (PRWORA: 福祉改革法)		
1997 財政均衡法 (Balanced Budget Act of 1997)		メディケア：「リスク契約プログラム」をメディケア・プラス・チョイスに改名・拡大、入院外医療への PPS 制度新設、在宅医療を一部パート A からパート B へ移管、等
		SCHIP の設立、メディケイド購買制度の開始、メディケイドへのマネジドケアの導入の促進策
納税者負担軽減法 (Tax Payer Relief Act 1997)		
2001 経済成長・租税負担軽減調整法		
2003 メディケア処方薬剤改善・近代化法 (MMA)		HSA (Health Savings Account) による所得税控除の導入
The Jobs and Growth Tax Relief Reconciliation Act of 2003		メディケイドの FMAP 率の引き上げ
2006 財政赤字削減法 (Deficit Reduction Act of 2005)		

アメリカにおける社会保障改革と財政

公的扶助	財政
EITC の拡充（控除額の大幅引き上げ）	①多くの租税優遇措置の廃止，②税率区分の簡素化（14→2），課税最低限の引き上げ，④キャピタルゲインの60%不算入規定の廃止，代替最低課税の導入
EITC の拡充	個人所得税の最高税率の引き上げ，個人所得税の人的控除，課税最低限を所得上昇に伴う段階的消失（phaseout）規定，項目別所得控除の高所得者に対する制度の導入
	①「調整可能財政赤字目標」の設定，②裁量の支出には上限額（Cap）を設定，③歳入および直接支出に対してはペイゴー制の導入
低所得者用住宅税額控除（LIHTC）を恒常的な制度へ改編	個人所得税の区分を4つに，所得税最高税率の引き上げ（31→36%，39.6%），25万ドル以上課税所得の10%付加税（税率39.6%），法人最高税率の引き上げ（34→35%），など，富裕層の増税
EITC の拡大（子供のない世帯にも適用） AFDC・JOBS を廃止，TANF 策定	OBRA90のキャップ制とペイゴー制の2002年までの延長
	長期キャピタル・ゲインの減税（最高28%から20%へ引き下げ）
児童税額控除（CTC），教育関連税額控除の設立	
児童税額控除（CTC）の拡充	
児童税額控除（CTC）の控除額引き上げの前倒し	
TANF 改正（5 年延長ほか），保育の予算増加，児童福祉，養育費関連の予算削減，SSI（18歳時点での資格審査他）による削減	

でも、公的医療制度からの支出が46%、民間からの支出が54%である（ASPE 2005）⁵⁾。

しかし、IV節でみたように、社会保障支出の中でも、公的医療制度は一番大きな伸びをみせており、2003年には連邦予算の20.5%（メディケアが11.6%、メディケイド他が8.9%）を占め、2006年にはその割合は公的年金の占める割合を超える。換言すると、将来的に財政に与える影響が最も大きいのが医療部門であり、この支出を一定範囲内に抑えることが急務となっている。以下では、メディケア、メディケイドの財政的インパクトおよび近年の財政改善を目的とした改革を紹介し、その効果と展望について分析する。

V—1. メディケア（高齢者医療保険） 財政の現状

メディケアは、65歳以上の高齢者と障害者を対象とする公的医療保険制度であり、4,250万人（うち、3,580万人が65歳以上の高齢者、670万人が障害者（2005年））をカバーしている。2005年のメディケアの総支出は3,300億ドルであり、これは、GDPの2.7%、連邦予算の11.6%にあたる。2006年には後述のパートDも加わることとなりメディケアはGDPの3.2%になると推計されている（CMS 2006）。

メディケアには、病院保険（Hospital Insurance, 以下HI）と補足的医療保険（Supplementary Medical Insurance, 以下SMI）の二つの部分からなっており、その財源や給付内容は全く異なる。前者のHIは、パートAと呼ばれ、主に入院サービス、ナーシング・ホーム・サービスを

カバーしている。HIは、強制的な社会保障税（payroll tax, 税率2.9%、労使折半）を主な財源としており、65歳までに本人または配偶者が少なくとも通算10年の社会保障税を支払うことにより、自動的に受給資格を得ることができる⁶⁾。HIは賦課方式であるため、実質的には、現時点の65歳以下の勤労者からの税が現在のHI加入者（高齢者・障害者）の医療費を支払っていることになる。後者のSMIは、任意加入の追加的な保険であり、パートBとパートDの二つの部分がある。パートBは、医師サービス、在宅医療サービスのほか、パートAの対象とされない医療上必要なサービスをカバーしている。パートDは、2003年メディケア処方薬剤改善・近代化法（Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003, 以下MMA法）によって新しく追加された部分であり、医師から処方される薬剤費をカバーする保険である⁷⁾。パートBとパートDは、任意加入であり、保険料が課せられる⁸⁾。

メディケアは、医療費から自己負担額を引いた額をカバーしている。自己負担額には、定額負担分（deductible）と、定率負担分（coinsurance）が存在し、二つを合わせた自己負担分は非常に高い。また、日本の高額医療費制度のように、自己負担の上限も定められていない。そのため、自己負担分（メディギャップと呼ばれる）をカバーするために、多くのメディケア加入者は追加の民間保険に加入している。

HIとSMIは、まったく異なった財源構造をしており、それぞれの収入は独自の信託基金に納められ、独立して管理されている⁹⁾。HIとSMI

5) 医療保険の税制上の優遇措置による財政負担を除く。これを含めると、政府による国民医療費の負担は60%を超える（ASPE 2005）。

6) 加入期間がそれに満たない時には、月々の保険料を支払うことにより加入することができる。

7) パートDの開始は、2006年であり、2004年5月から2006年までの暫定的な措置として薬剤割引カード・プログラム（Drug Discount Card Program）が行われた。このプログラムは、希望するメディケア加入者に10～25%の割引（ディスカウント）が受けられるカードを\$30で販売し、低所得者でメディケイドの加入資格がない人については、このカードに年間\$600までのクレジット（補助金）がつけられる。

8) しかし、加入資格があるのに加入しない場合には、保険料が年々引き上げられる。

9) なお、パートBとパートDの間の移転も許されていない。

の一番大きな違いは、HI は社会保障税を財源とし、毎年の支出を、社会保障税収入と HI 信託基金を運用することによって発生する利子でほぼすべて賄っており、完結した財政基盤を持っているのに対し、SMI は、支出の75%を一般予算からの繰り入れ、残り25%を受給者からの保険料で賄うことが法によって定められている。二つの財政構造の違いを、2005年のデータで示したものが表3である。太字は連邦予算からの繰り入れを示している。表からわかるように、HI は、社会保障税が収入の86%を占めており、残り14%は HI 信託基金を運用したことによる利子、給付からの税金などである。連邦予算からの繰り入れは殆どないが（5億ドル）、HI 信託基金は法によりすべて国債で運用されているため、国債の利子が連邦予算から HI 信託基金への移転として支払われる。しかし、この移転の殆どは実際に支出されるわけではなく、政府内の口座の振り替えであり、将来の負債として HI 信託基金に積み上げられる。すなわち、連邦予算から見た実際の収支は、被保険者からの収入(A)から支出(D)を引いた9億ドルに過ぎない。信託基金の観点からみると、利子を除くと収支はほぼバランスしており、残高が、利子分とほぼ同じ165億ドル増加したこととなる。現在のところ、HI の信託基金の残高は増加しており、給付を支出するのに支障はないが、将来的に HI 信託基金が枯渇した時に、連邦一般予算から自動的に繰り入れが認められるわけではなく、なんらかの法的措置が必要となる。2006年の Trustees Report の予測によると、HI 信託基金は2010年に赤字になり、2018年までは積立金によって給付を行うことができるが、それ以降は破綻することとなる。

反対に、SMI は毎年の必要経費を保険料と一般予算からの繰り入れで充当することが定められており¹⁰⁾、その点で SMI の信託基金からみた収支がマイナスになることはない。しかし、

連邦予算からみた収支は、大きくマイナスである。支出額1,535億ドルに対し、保険料等からの収入は386億ドルに過ぎず、残りの大部分は一般財源から繰り入れられているため、2005年度においては、連邦予算からみた SMI の収支は-1,149億ドルであった。HI が基本的に財政的独立性を保っているのに対し、SMI は大きな連邦支出であることがわかる。

近年の改革と財政への影響

しかし、アメリカの歴代政権は、メディケアによる財政プレッシャーに対して無対策であったわけではない。以下に、1997年財政均衡法を中心とする90年代からの収入増加と支出抑制の試みを説明する。

収入増加の試み

連邦予算からの繰り入れを除くと、メディケアの収入の殆どは、HI の社会保障税と SMI の保険料である。HI の社会保障税は、実際の受益者ではない勤労世代からの税であるため、その大幅な引き上げは政治的にも困難である。実際に、メディケアに充当する社会保障税率は、メディケア発足当時から1986年までは徐々に引き上げられてきているものの、国民の抵抗もあって、86年からは2.9%（労使折半）に据え置かれている。税率を変えずに税金増加を図る方法として、課税対象ベースの拡大が考えられるが、これについては、1990年の包括予算調整法（OBRA1990）で課税対象所得の上限が引き上げられ、その後1993年の OBRA1993で上限が撤廃された。

SMI については、費用の25%を加入者からの保険料、75%を一般予算からの補填で賄うとするルールが1997年財政均衡法によって恒久化された。このため、SMI の支出の自然増と同率に保険料も増加することとなり、2006年の SMI 保険料は2005年に比べ11%の増加をみている。また、25%ルール自体を引き上げようと

10) SMI の創設時には、保険料収入が支出に占める割合は50%であったのだが、1972年の社会保障法改正により25%に低下し、1997年財政均衡法において25%に固定された（CWM 2000）。

表3 メディケア HI と SMI の収支 (2005年)

(億ドル)

主な財源	病院保険 (HI) : Part A		補足医療保険 (SMI) : Part B & Part D	
	保険料	保険料率=2.9%	約75%は、連邦一般予算。残りは、 保険料 (パート B は \$88.50 (2006 年) / 月, パート D の保険料徴収 は2006年から)	
収入				
被保険者からの収入				
社会保障税 (Payroll tax)	1,714	86%	0	0%
保険料	24	1%	375	24%
給付からの税収	88	4%	0	0%
他	11	1%	11	1%
計(A)	1,837		386	
連邦一般予算からの繰り入れ				
一般財源	5	0%	1,181	75%
利子	152	8%	14	1%
計(B)	157	8%	1,195	76%
収入 計 (C=A+B)	1,994	100%	1,581	100%
支出				
病院	1,217	67%	236	15%
高齢者施設	185	10%	0	0%
在宅ケア	59	3%	66	4%
physician fee			578	
マネジド・ケア	249	14%	221	14%
薬カード補助金	0	0%	10	1%
その他	89	5%	392	26%
管理費	29	2%	32	2%
支出 計 (D)	1,828	100%	1,535	100%
信託基金から見た収支 (C-D)	165		46	
信託基金残高 (2005年末)	2,858		240	
連邦予算から見た収支 (A-D)	9		-1,149	

出所: CMS (2006) *The 2006 Medicare Trustees Report*

いう提案も出されたが、実現していない (片桐 2004)。つまり、課税対象所得の上限が撤廃された以外は、80年代から今日にかけて収入増加は政治的に不可能であったのである。また、一方で、1997年財政均衡法によって低所得のメディケア加入者の保険料をメディケイドから給付する制度が始まったため、保険料を引き上げても、保険料収入の一部 (高齢者の貧困率は、2004年で10.2%, U.S.Census 2005) はメディケイ

ドを通して、結局、一般財源からの移転となるという事実もある。総じて、HI にしても、SMI にしても、収入増加は容易ではなく、次に見るような支出抑制策が打ち出されてきた。

医療提供者への支払抑制 (診療報酬制度の改正)

収入増加の手段が限られている中、財政改善の期待を込められたのが様々な支出削減策である。その中でも、もっとも大きな効果を発したのが、保険者から医療提供者に支払われる診療

報酬制度の改正である。医療提供者への支払を抑制しようという試みは、1980年代より行われている。早くは、1982年の租税公平・財政責任法（TEFRA）が入院サービスの運営費用の年増加率のキャップを制定している。しかし、メディケアの診療報酬制度を抜本的に変容させたのは、DRG/PPS（診断関連群見込払制度）の導入である。これは、保険者からの支払が従来の出来高払い方式ではなく、患者一人あたり、症例あたり、入院あたり、日割りなどによって、診断関連群ごとに一定に定められている方式であり、過剰なサービスを提供するインセンティブを無くし、支払額を抑制するものである。メディケアに最初にDRS/PPSを導入したのは、1983年の社会保障改正法であり、HIの入院費用（施設関連費用）がその対象となった（小林1997, 片桐 2004）。少し遅れた1989年には、SMIの医師診療報酬に資源準拠相対的評価指数（Resource-Based Relative Value Scale : RBRVS）が導入され、1991年には、HIの資本関連費用（capital-related cost）にもDRG/PPSが適用された。しかし、これら一連のDRS/PPSの導入は、メディケア総支出の抑制にそれほど大きな効果があったと評価されていない。その理由は、外来サービス、在宅ヘルスケア、高度医療施設など、DRS/PPSの対象とならなかった医療分野への費用転嫁が行われたからである（小林1997）。

そこで、1997年には1990年代最大のメディケア改革が行われ、DRS/PPSの対象がさらに拡大された。1997年財政均衡法は、専門介護施設（SNF）、在宅医療機関、病院外来、リハビリ施設、救急サービスに対する診療報酬制度をPPSに変更した。この改革によって、在宅医療支出およびSNF支出は1997年からの2年間で45%と17%減少した（片桐2004）。

マネジドケア（管理医療）の導入

医療費削減のもうひとつの取り組みが、マネジドケアである。マネジドケアとは、保険者と医療提供者が協定の上、受けられる医療の内容に制約を設けることにより、保険料と自己負担

を低く抑える保険方式である。医療費の増加とそれに対応する保険料・自己負担額の増加に汲々とする雇用者の悲鳴を受けて、国民の大部分が加入する民間医療保険部門でマネジドケアは飛躍的に浸透した。この手法を、民間部門と同じく医療費高騰に悩む公的部門においても活用しようという試みは、必然の動きであった。メディケアにおけるマネジドケアとは、政府と保険会社の間で協定が結ばれ、メディケア加入者がそれを選択した場合に、メディケアの通常のプログラムから離れて、マネジドケア保険に加入することとなる。マネジドケアを提供する保険会社には、メディケア・プログラムから保険料が支払われる。加入者は、受けることができる医療サービスに制限が課せられるものの、通常のメディケアでカバーされなかったサービスも受けることができる。既に1982年の租税公平・財政責任法にて、メディケアのSMIにおいてマネジドケアの形態の一つであるHMO（Health Management Organizations）をメディケアの枠組内で利用可能とするリスク契約プログラム（Risk-contracting Program）が発足し（西田2001, 片桐2004）、90年代にはいつてからは、メディケアHMOの加入者は急速に増加した。1997年財政均衡法は、リスク契約プログラムを改名・拡大し、HMOを含む各種マネジドケア保険をメディケアの追加保険として選択できるメディケア・プラス・チョイス（Medicare + Choice）プログラムを発足させた。これにより、99年にはメディケア受給者の17%がマネジドケア保険に委託された。しかし、その後、マネジドケア保険会社は相次いでメディケアから撤廃することとなる。これは、メディケアから医療提供者への償還率が低く、マネジドケア保険の採算が合わないことによる。その後、メディケア・プラス・チョイス・プログラムは、2003年MMA法によりメディケア・アドバンテージ（Medicare Advantage）と改名され、新たにその導入が促されたが、マネジドケア加入率は1999年より減少し続けており、2003年は12%となった（CWM2004）。

今後のメディケア改革

CBOの推計によると、90年代最大の改革であった財政均衡法は、5年間で1,164億ドルの財政改善に役立った（CWM 2004）。しかし、これをもってしても、メディケアによる財政への圧迫は今後も増加するであろう。それは、高齢化による加入者数の自然増に加え、パートB、パートDなど、保険料をとりながらも、財政的には社会保険方式というよりも税方式で行われている部分が今後も増大すると考えられるからである。前節で述べたように、2003年MMA法による処方箋薬剤費保険（パートD）の追加は、これを入院の回避によって将来の医療費の削減に結びつくというポジティブな解釈する見方も存在するが（CMS 2006）、2004年から2013年にかけて3950億ドルの支出増加を要する。MMA法は、メディケアによる財政プレッシャーに警告を発するメカニズムを内蔵しており、今後7年間のメディケアの全支出の45%以上が一般財源から補填されなければならないとTrustees Reportが2年続けて報告した際には、「メディケア財源警告」を発動されなければならないと定めている。既に、2006年のTrustees Reportでは、2012年に45%を超えることが予測されており、2007年のTrustees Reportでも同様の予測がされると、来年にもメディケア財源警告が発せられることとなる。これを受けた大統領および議会は次回の国会でこの問題に対する何らかの措置をとらなければいけない。

それでは、具体的にはメディケアの財政改善はどのような方法があるのであろうか。メディケアの財政問題は、三つに集約される。一つは、HI信託基金積立金の減少と将来的な枯渇の問題、二つは、SMIの保険料および一般財源からの繰り入れの増大の問題である。そして、三つ目は、最初の二つに共通して、自己負担や保険料の増大によって、メディケア加入者または支出がメディケイドにシフトしてしまう問題である。まず、HIの問題は、現在のところ、HIの収支はバランスしているため、将来的な人口高齢化や医療費高騰を要因として、HIの収支

が赤字に転じることを懸念するものである。予測では2010年にこれが起こる可能性があるため、早急に手をうつ必要がある。HIの財源の拡大の手法としては、勤労世代の社会保障税の引き上げ、受益者の自己負担分の引き上げ、または、一般予算からの移転があげられる。このうち、受益者の自己負担分の増大は、それを払えない高齢者の負担分を後述のメディケイドでカバーしているため、結局は一般予算からの移転の増大を意味する。社会保障税の引き上げは、負担を背負う現役層と受益者である高齢者層との軋轢を生み出し、現役層の理解を得ることができるか争点となる。第二の問題であるSMIの給付費の増大は、法的にはSMIからの支出は一般予算と保険料の引き上げで充当することになっているため、HIのようにタイム・リミットが決まっている問題ではない。しかし、一般予算からの繰り入れが増大し続けることはそれ自体が問題であり、なんらかの措置が必要であることは間違いない。SMIもHIと同様に、保険料と自己負担の引き上げは、それを払えない高齢者の増大を意味し、結局、彼らをメディケイドに流出させることとなるため、得策とはいえない。

残る手段は、マネジドケアなど医療費自体を抑制する試みである。しかし、既に述べたように、90年代に行われたメディケアにおけるマネジドケアの試みの効果は限定的であった。また、Rivlin & Sawhill（2005）が指摘するように、医療費高騰の現象は公的部門のみならず、国民の大多数をカバーする民間医療保険部門の現象であるため、公的部門における抑制策を強調することによって、公的医療部門と民間医療部門に医療の質の差を生じさせたり、メディギャップをさらに大きくすることは政治的にもモラル的にも困難な選択であろう。

V-2. メディケイドとSCHIP

次に、メディケアと並ぶ公的医療制度であるメディケイド（Medicaid、医療扶助制度）の財政問題を取り上げよう。メディケイドは、公的

医療扶助制度であり、基本的には拠出を伴わない¹¹⁾。対象者は、TANFやSSIなど公的扶助の受給者、妊婦、子供など、また、低所得の高齢者¹²⁾である。運営の主体は州であり、給付対象、給付内容ともに州ごとに決められており、連邦政府から州への補助金と州の独自の財源で賄われている。なお、連邦政府から州への補助金は、連邦政府の一般財源から支出される。補助金がメディケイド支出全体に占める割合は連邦マッチング率(Federal Medical Assistance Percentage)と呼ばれ、全国の一人あたり個人所得と州の一人あたり個人所得の割合で決められており、州の一人あたり所得が低いほど、マッチング率は高くなるように設定されている¹³⁾。2006年のメディケイドのマッチング率の平均は59.6%であった(Federal Register Vol 69, No.226)。

前述したように、今後の社会保障財政の中でも、メディケイド支出の増大が最も危機的である。メディケイドは、医療保障の中でも「最後の砦」であるため、国民皆保険の未整備や、他の公的プログラムのしわ寄せが集中してくるからである。また、経済の悪化、医療費高騰などの理由によって民間医療保険を得られない人が増えると、メディケイド加入者も増大することとなる。

メディケイド支出の膨張要因

メディケイドの支出が高い率で増加しているのは、いくつかの要因が複合的に左右し合っているからと考えられている。CMSによると、メディケイドによる医療費の増加要因は、①加入者の増加、②長期療養施設サービスの増加、

③給付内容の拡大、④DSH(Disproportionate share hospital:メディケイド入院患者を多くかかえる病院)に対する追加支払の増加、⑤超未熟児や重度障害を持つ人々などに対する医療技術の発展、⑥薬剤費の値上げ、⑦医療サービス提供者に対する支払額の増加が挙げられる(CMS 2005a)。加入者数の増加は、80年代に低所得の妊婦と子供、外国人、ホームレスなど加入資格が相次いで拡大されたこと(片桐 1995)、また、90年代に低所得の障害者などがメディケイドの加入資格に加えられたことにも起因する¹⁴⁾。また、経済の悪化や、民間医療費の高騰により、職場からの医療保険を受けられない人が増加したこともメディケイドの拡大要因である(阿部・後藤 2003)。もう一つの誇張要因は、高齢者や障害者の長期療養施設(介護)サービスの増大である(片桐 1995)。CMSによると、2005年度支出に占める介護の割合は施設介護が19%、在宅介護が12%である(CMS 2005b)。子供(メディケイド受給者の49%)や大人全体(同26%)の一人あたりの給付費は\$1,470、\$1,865なのに対し、高齢者(同9%)や障害者(同16%)の一人あたり受給額は\$11,450になり、この大部分が介護に使われている。ナースিংホーム(特例老人ホーム)の場合、一人あたりメディケイド支出額は\$22,245にもなり、在宅介護にても一人あたり支出額は\$3,685(2002年、CMS 2005a)となる。

マネジドケア

メディケイドの歳出抑制の一つの方法が、メディケアでも導入されているマネジドケアであ

11) 州政府は、メディケイドの受給者に一定の自己負担を課すことを許されているが、妊婦、子供、施設ケアに収入の殆どを支払っている人々は免除しなければいけない。

12) 低所得のメディケア加入者のメディケアでカバーされない医療範囲(長期療養費など)や、メディケアの保険料および自己負担分もメディケイドによってカバーされ、メディケア加入者の18%がメディケイドの恩恵を受けている。

13) しかし、法で定められた上限・下限の中でなければならず、2006年の上限は83%、下限は50%である。

14) 1997年財政均衡法は、連邦貧困基準250%以下の障害者が州が定める低額の保険料を支払ってメディケイド加入資格を得る制度(Medicaid Buy-In)を導入した。また、1999年就労チケットと就労インセンティブ改善法(Ticket to Work and Work Incentives Improvement Act)も、16歳以上の就労している障害者を所得とは無関係にメディケイドの加入資格を与えることができたようにした(阿部・後藤 2001)。

る。メディケイドにおけるマネジドケアの導入は、ウェイバー（waiver）制度を用いて行われている。メディケイドのウェイバー制度とは、既存のプログラムと財政的に中立であれば、州が従来のメディケイドの給付内容と異なる斬新的なプログラムを策定することを可能にするものである。その一つの形が、マネジドケアである。マネジドケアでは、メディケイドを運営する州とサービス提供者の間の協定により、従来の出来高払いではなく、一人あたりいくらかといった支払額算定方式がとられる保険方式であり、医療費抑制の効果があるとされている。1997年の財政均衡法（BBA）は、州がメディケイドの加入者をマネジドケアに移行させるために、州のメディケイド・プログラムを修正することを許可した。その結果、メディケイドによるマネジドケアの導入はさらに加速された。マネジドケアに加入しているメディケイド受給者は急増しており、1994年から2004年の間に23%から61%になっている（CMS 2005a）。

メディケイドにおける財政改善策

前述したように、メディケイド費用の増大は、アメリカにおける社会保障制度全般からいっても最大の課題である。メディケイドは、医療扶助制度であり、貧困者の健康を守る「最後の砦」である。1990年代になって、TANF 退出者、低所得のメディケイド加入者、障害者など、メディケイドが次々にその門を広げてきたことと、1990年代の公的扶助の縮小とは無関係ではない。公的扶助や公的年金に、市場の論理を追求すると、市場から脱落してしまう人々に対するなんらかの保障が必要となるのである。対象者が低所得者であるため、メディケイドは原則拠出も自己負担もない形で運用されてきた。連邦議会と大統領は、メディケイド対象者の自己負担の

引き上げとなるような案をすべて否決してきたことからわかるように（Burtless 2000）、低所得者の医療扶助に負担を求めることは政治的に非常に困難だったからである。しかし、ブッシュ大統領によって2006年に策定された財政赤字削減法（DRA 法）は、メディケイドから今後10年間で261億ドルの支出削減を求めており、その約半分は自己負担の増加、給付内容の縮小からなっている。DRA 法により、一定の所得以上の人々に対しては、州が保険料および自己負担額を徴収することが可能となった。

一方で、歳出の抑制の対策については、その効果も限定的であり、メディケイドの支出の増大を食い止めてはいない。彼らの医療保障をその給付内容を削減することなく供給するためには、一般予算の投入が今後とも必要となることは間違いのないと思われる。

メディケイドの費用増大は、連邦政府から州への補助金の増大という問題もさながら、まずは、その運営を直接おこなっている州政府の財政問題である。州政府の財政が非常に厳しい中、メディケイドによる重い財政負担は州の死活問題となってきている。いくつかの州においては、斬新的な支出抑制策が打ち出されている。例えば、オレゴン州では高騰する薬価の支出を抑えるために、同じ効果を持つ薬剤については一番低価で効率的な薬価しかメディケイドから支払わない制度を導入した。またメイン州でも、州内で薬剤を販売する際に、価格の値下げ交渉を州政府と行わなければならないという規制を設けている（阿部・後藤 2003）。しかし、これらの規制は、医療の自由市場を妨げるものとして、薬剤会社などから猛反対に合っており、裁判となっているケースも多い。

Ⅵ. 公的年金

公的年金の財政状況

老齢遺族・障害年金（公的年金）の財源は、65歳未満の勤労者から集められた社会保障税（12.4%、労使折半、2006年の最高課税対象所得は\$72,600）を主として、その他には、積立金の利子、年金給付からの税¹⁵⁾、若干の一般財源からの繰り入れから成り立っている。なお、一般財源からの繰り上げは、兵役のために拠出を免除されている人々の社会保障税や一部の福祉年金的な給付に充当するためであり、あくまでも例外的な存在である（佐藤 2001）。これらの収入は、老齢遺族保険と障害保険の二つの社会保障信託基金（Social Security Trust Funds）に納められ、一般基金とは区別されて管理されている。また、社会保障信託基金は、法により、国債に投資されることが決められている（GAO 2005, 佐藤 2001）。

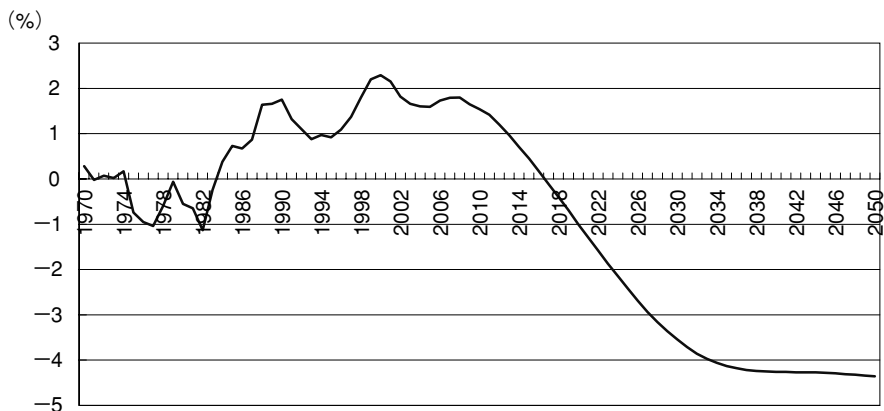
社会保障信託基金の財政状況は現在のところ黒字であるが、高齢化、労働人口の減少、社会

保障給付費の増大などの理由から長期的には持続可能でないといわれている。社会保障庁によると、社会保障信託基金は、2017年に赤字に転じ、その後は急速に減少し、2040年には底をつく予測である（SSA 2006）。

社会保障税収の引き上げ

公的年金制度は、1935年の創設当初から今日にいたるまで、いくつかの財政危機に面してきた。その経緯は、創設当初は2%であった社会保障税率が、現在の12.4%と大幅に引き上げられてきた歴史が裏付けている。その中でも、特に大きな改革は1977年にカーター大統領が行った改革と、1983年にレーガン大統領が行った改革である。最初の改革が行われた1970年代は、公的年金の歴史の中でも最大の財政危機であった時代である。その理由の一つは、1972年の改正によって年金給付額を自動的にインフレ率で調節する生計費調整条項（Automatic cost-of-living adjustments : COLA）が導入されたこと

図4 社会保障信託基金（OASDI）の収支：対総課税所得



15) 1983年の社会保障改革により、高所得者の年金給付に対する課税が始められた。

であった。この算定方法は、インフレ率を過剰に計算するように設定されており、公的年金はまたたくまに財政困難に陥った。1977年の改革は、1972年のCOLA方式を下方修正し、保険料率を引き上げるものであった。しかし、この改革による財政の改善はみられたものの、70年代のオイルショックによるインフレ経済を背景に、財政危機は解消されず、1980年代半ばには信託基金が底をつくと予測された。

このような状況の中、公的年金の抜本的改革を進めるために、1981年レーガン大統領の命を受け、のちに長年、連邦準備制度理事議長を務めることとなるアラン・グリーンズパン氏を委員長とするグリーンズパン委員会が発足した。委員会の提案により、公的年金の発足以来今日まで最も包括的な改革である1983年社会保障改正法が成立した。その内容は以下の通りである。

①以前から予定されていた社会保障増税の繰り上げ実施、②自営業者の社会保障増税（被用者及び雇用者の負担の75%であったのが、100%に引き上げ）、③一定所得以上（\$25,000単身、\$32,000夫婦ジョイント）の受給者の年金給付額の50%までの課税とその税収の社会保障信託基金への繰り入れ、④適用対象者の拡大（国家および地方公務員、NPO職員など）、⑤年金受給開始年齢を65歳から2009年に66歳、2027年に67歳に引き上げ、早期受給オプションの場合の支給額の引き下げ（80%から2009年には75%、2027年には70%）（渋谷 2003, Attarian 2003）。

1983年社会保障法の改正は、税収の大幅な増加をもたらし、信託基金の余剰積立金が当面は発生し続けることを確保した。余剰積立金の発生は、信託基金の財政方式が賦課方式から部分的積立方式に変容したことを意味する（佐藤 2001）。これにより、公的年金の財政状況は21

世紀半ばまで健全になると考えられた。しかし、改正による負担は、殆どすべて将来の年金受給者（当時の勤労世代層）が背負うこととなり、世代間の不公平が顕在化した。

今後の公的年金改革の動向

83年の改革によって、緊急の財政危機を脱したことから、90年代、2000年代にかけては公的年金の改革は行われていない。むしろ、1990年代以降は、民間部門が担う役割をより拡大する方向性が打ち出され、公的年金制度は現状維持されつつ、個人年金の税制優遇措置などが拡充された。そして、現在の公的年金改革の議論に上がっているのも、プッシュ大統領が提案する、個人勘定の導入である。これは、社会保障税の一部に、個人で自由に運用できる個人勘定を設けるものである。この案の支持者は、公的年金制度を通して国によって強制的になされる貯蓄が、国債のみで運用され、よりリターンの高い運用がされていないことに不満をもった人々である。個人勘定は、拠出と負担が明朗となるだけでなく、おのおのの年金の運用を個人で決定することができるためオーナーシップ感を育むといわれる。逆に反対の立場をとる人々は、個人勘定は投資のリスクを個人におしつけるだけでなく、個人勘定への移行期間に発生する二重の負担が発生すると唱える。公的年金制度が賦課方式で運用されているため、社会保障税の中で個人勘定へ移行した分の財源を、連邦政府の一般財源などからまかなわなければならないからである。また、個人勘定の導入自体は、社会保障信託基金の長期的財政状況の改善につながらないという意見も多い。これら賛否両論の議論が飛び交ったが、現在のところ、本プッシュ案については共和党内の足並みも揃わず、暗礁に乗り上げている。

Ⅶ. 公的扶助

アメリカには日本の生活保護制度のように困窮状態であれば、どのような人をも対象とし、最低生活費を保障する包括的な公的扶助制度は存在しない。その代わり、高齢者、障害者、母子世帯など対象者をカテゴリー別に選別した制度、または、食費、光熱費、住宅費などその用途を限定する制度が並立する。本稿では、公的扶助制度の中でも、現金またはそれに近い給付を行う制度についてその歳出面を中心に議論する。カテゴリー別の対象者を設定している制度には、母子世帯を対象とする貧困家庭への一時的扶助（Temporary Assistance for Needy Families : TANF）、障害者・高齢者を対象とする補足的保障所得（Supplemental Security Income : SSI）、主に低所得の有子世帯を対象とする稼得所得税控除（Earned Income Tax Credit : EITC）が代表的なものである。また、すべての人を対象とする制度としては、最低限の食料を保障するフードスタンプ、州毎に独自に運営されている一般扶助（General Assistance）、低所得世帯光熱費扶助（LIHEA）などがある。

1996年個人責任・就労機会調整法（Personal Responsibility and Work Opportunity Act : PRWORA、通称 Welfare Reform 福祉改革）は、公的扶助を受ける資格がある人とそうでない人を明確に線引きし、資格がある人々に対しても、勤労をその支給要件とすることを徹底した。これにより、公的な給付はあくまでも限定的な措置であり、市場所得を補完するものであると位置づけられた。福祉改革の目玉は、それまでの母子世帯を対象とした扶養児童家庭扶助（Aid to Families with Dependent Children : AFDC）」と「職業機会と基本スキル訓練プログラム

（Job Opportunities and Basic Skills Training : JOBS）」を TANF に改編し、タイムリミットと就労要件がついた一時的な所得保障と変容したことである。TANF の詳細とその評価については、既に日本でも多くの文献があるので、ここで詳細には触れない（阿部・後藤2002、阿部2004、根岸2002、2004、尾澤2003など）。しかし、日本ではあまり紹介されていないのが、福祉改革が及ぼした TANF 以外の公的扶助制度に対する影響である。福祉改革の理念は、TANF のみならず、SSI、フードスタンプ、一般扶助、住宅チョイス・バウチャーなど公的扶助のあらゆる分野に影響し、それらを変容させた。また、福祉改革と前後して、勤労所得税額控除（Earned Income Tax Credit : EITC）、児童税額控除（Child Tax Credit : CTC）など、税制上の低所得者対策が拡充され、公的扶助を一部の働けない人々に対する限定的給付、税額控除を working poor（低所得勤労者）への所得補填というすみ分けが進んだ（阿部2002）。これら低所得者対策の構造改革の結果として、低所得者を対象とするプログラム間で対象者数および財源のシフトがおこった。本節では、1996年福祉改革を中心に、90年代のアメリカの公的扶助の財政面からの再編について検討をすすめていく。

TANF の財政構造と支出削減効果

AFDC と TANF の違いは、AFDC が給付要件をクリアした申請者に対して給付が確保されている、いわゆるエンタイトルメント・プログラムであり、その財源は連邦政府から州政府へのコストの50%¹⁶⁾を負担する特定補助金と州独自の財源で構成されていたのに対し、TANF は、5

16) 連邦政府からの補助金の割合は、州ごとに決められており、一人あたり所得が低いほど高い率が設定される（根岸 2002）。

表 4 TANF 支出と受給者数の推移： 1990—2001

	支出 (100万ドル)				受給者数 (万人)
	合計	連邦	州	%連邦	
1990	30,154	16,370	13,785	54	1,146
1991	31,465	17,170	14,295	55	1,259
1992	33,673	18,436	15,237	55	1,363
1993	33,212	18,168	15,044	55	1,414
1994	34,535	18,775	15,761	54	1,423
1995	35,035	18,830	16,205	54	1,366
1996	31,931	17,065	14,867	53	1,265
1997	25,569	13,782	11,788	54	1,094
1998	23,473	12,314	11,159	52	879
1999	22,747	11,854	10,893	52	719
2000	23,335	12,885	10,450	55	594
2001	24,543	14,785	9,757	60	542

資料：Green Book 2004, Table 7—18

年間の時限立法で、連邦政府から州政府へあらかじめ決定されている金額の包括補助金 (Block grant) を支出するものであり、予算内で執行されるプログラムであるためエンタイトルメント・プログラムとはいえない点である。連邦政府から州政府への補助金の金額の総額は、年間165億ドルであり、州政府は、TANF の目的¹⁷⁾に資するプログラムに、この補助金を用いることができる。補助金総額の165億ドルという金額と、その各州への配分は、1992年度から1995年度までの AFDC, JOBS, EA の支出額から算定されている¹⁸⁾。各州の配分を保つためには、州政府は独自の財源を TANF プログラムにすぎ込まなくてはならず (Maintenance of Effort : MOE 条項)、この額は、1994年に州政府から AFDC, JOBS, EA (Emergency Assistance to Needy

Families) に支出された額の最低75%と決められている。つまり、連邦政府から州政府の年間 TANF 補助金額は一定であり、また、MOE 条項により、州政府の支出額も義務づけられているのである。そのため、TANF プログラムが連邦政府および州政府の財政基盤へ及ぼす影響は、ピーク時のそれに固定されている。しかし、補助金は使用期間が制限されておらず、繰り越された余剰金は翌年以降の給付に充当することができるため、州政府はこれをすべて当該年度に使いきらなくてもよい。また、補助金の使途も TANF の目的に沿うものであれば多様なプログラムに充当することができる。

表 4 に、福祉改革前後の連邦政府と州政府の TANF 関連支出および受給者数の推移を示す。1995年までは、AFDC, JOBS, EA の合計支出

17) TANF の目的は、1) 貧困家庭を扶助することにより、子どもが自身の家庭の中でケアされること、2) 就労準備、就労、結婚を促し福祉依存を減らすこと、3) 婚外子を減らすこと、4) 二親家庭の維持と形成を促すこと、である。

18) また、TANF には、連邦政府から州政府に対する様々なインセンティブが盛り込まれており、TANF の目的に沿った効果を表す数値目標 (例えば、就労参加率、婚外子の減少など) に達するか否かによって補助金が増減するようになっている。

表5 TANF 支出内訳： 1999, 2002

	1999		2002	
給付	13,450	60%	11,123	44%
就労支援	1,754	8%	2,696	11%
通勤等その他の就労支援			658	3%
保育	1,996	9%	3,347	13%
管理費	2,291	10%	2,640	10%
その他	3,095	14%	5,062	20%
合計	22,585	100%	25,526	100%

資料：Green Book 2000, Table 7—18, Green Book 2004, Table 7—21

額、1997年からはTANFの支出額を示している（1996年はミックス）。支出のピークは改革直前の1995年である。景気の上昇および支給要件の厳格化などの効果もあり、TANF受給者数は1996年以降減少し続け、1993年の1,414万人から1999年には718万人まで減少した。この間に、連邦政府、州政府ともに支出は減少し、1999年支出額は1995年支出額の35%減となった。しかし、受給者数は1995年以降も引き続き減少するものの、TANF支出額は1999年から再び上昇している。その理由は、TANFプログラム内で行われた給付以外の支出の増大である。福祉改革によって、就労促進や保育支援など手厚いケースワークを行わなければならなくなった州政府は、受給者数が減ったことによって生じた余剰額を給付以外の支出項目の増加に用いたのである。TANF支出の内訳をみると、1999年に給付が占める割合は60%であったが、2002年には44%に減っている。逆に、就労支援は8%から14%に、保育支援は9%から13%に増加した（表5）。

また、州政府は、連邦政府からの補助金をTANF以外のプログラムにも充当している。特

にTANFと関連が深い保育開発基金（Child Care Development Fund：CCDF）と社会サービス包括補助金（Social Services Block Grant：SSBG¹⁹⁾）には、TANF補助金の一部が毎年移転されており、2002年を例にとってみると、この年の補助金169億ドルのうち、CCDF、SSBGの両基金への移転が29億ドル、TANFの支出に充当された額が99億ドルである。残高の41億ドルは翌年以降への繰越となる。一方、2002年のTANF支出額の連邦政府分は148億ドルである。148億ドルから99億ドルを差し引いた49億ドルは、前年度までの補助金の繰越から支出されている（表6）。

2006年2月に制定された財政赤字削減法（DRA）によって、2002年より暫定措置によって運営されてきたTANFがついに正式に5年間（2006～2010年度まで）延長（Reauthorize）された。改正後のTANFの予算措置は年間164億ドルと改正前と変わらないが²⁰⁾、MOE条項の75%から80%への引き上げ、就労参加率とその計算方法の改正、養育費取立て強化プログラムへの補助金削除など、州にとっては、より厳しい規制が課せられることとなった。DRAは、

19) 社会サービス包括補助金（社会保障法タイトルXX）は、OBRA1981によって設立されたプログラムで、児童虐待、保育、高齢者・障害者福祉など幅広い社会サービスを行うために州政府に与えられる補助金である。2003年は、総括17億ドルの補助金が支出された。

20) 財政赤字削減法では、164億ドルの基礎補助金のほかに、2008年までは3億ドルの追加補助金が認められた。また、2002年TANFにて州が数値目標達成した際に与えられたボーナスは廃止となった。

表6 TANF の財政構造： 1999, 2002

	1999	2002
連邦政府からの補助金	16,713	16,927
CCDF への移転	1,764	2,012
SSBG への移転	1,028	928
TANF 支出	8,003	9,908
繰越	5,918	4,078
TANF 支出 連邦補助金		
前年度補助金からの支出	3,320	4,877
2001年補助金からの支出	8,003	9,908
計	11,323	14,785
州独自財源	11,262	10,741
TANF 支出計	22,585	25,526

資料：Green Book 2004, Table 7-20, Green Book 2000, Table 7-17

TANF の財源構造を基本的に周到したものであるが、これについてはいくつかの批判が存在する。まず、第一に、TANF が成功すれば成功するほど、残った受給者プールには「困難ケース」が増え、就労参加率の達成がますます困難になることが挙げられる（阿部 2004）。DRA は州がその補助金規模を維持するために必要とする就労参加率を大幅に引き上げており、州がそれを満たすことができない場合は、補助金が削減されると同時に、給付額も増えることとなる。第二に、インフレ率を考慮すると、2007年の実質補助金額は、1997年の補助金額の22%減、2011年では30%減となることである（CBPR 2006）。近年では、前年度からの補助金の繰越額が徐々に減ってきており、それが底をつき、実質的な TANF 財源が縮小すれば、今後、景気後退期に TANF 受給者が増加すると、州は独自の財源でそれを補わなければならない。多くの州がすでに財政危機の状態にある中、かれらが就労支援や保育支援など TANF 関連プログラムの縮小、最悪の場合は TANF 給付水準の切り下げ、受給者の引き締めなどの策をとるのではないかと懸念がある（根岸 2002）。第三の批判は、補助金の余剰額の発生が、その使途を不透明にしているというものである。補助金が給付に使わ

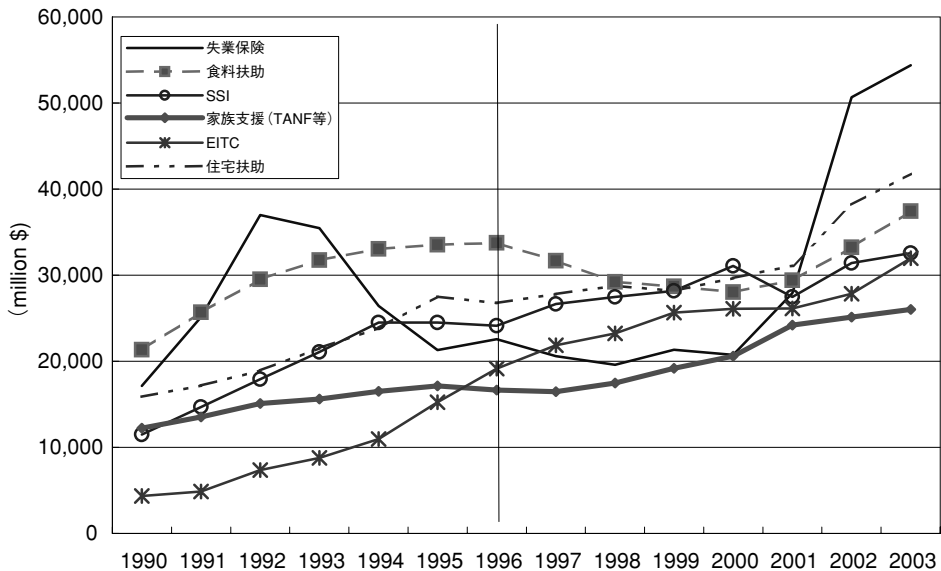
れなかった場合の余剰額の使途は多岐にわたり、州政府はそれについて詳しい報告を義務付けられていない（CBPR 2006）。そのため、余剰金の使途の全容ははっきりとはわからないが、州によっては、TANF からの余剰金を州が通常行っている児童福祉サービスに充当しており、これは、TANF 支出にイヤーマークされた財源が州のほかのサービスの財源の穴埋めに使われているに異ならない（Ibid.）。

福祉改革の他の制度への影響

福祉改革は、TANF のみならず、他の公的扶助プログラムへも大きく影響した。その影響が財政的に現れていないかを確かめるために、1990年から2003年にかけての所得保障プログラム（家族支援（TANF 含む）、失業保険、食料扶助、SSI、EITC、住宅扶助）の支出の時系列推移をみたものが図5である。

前節でも述べたように、TANF を含む家族支援は、TANF 以外のプログラムの拡大もあって、支出額が若干増加している。1996年以降、一番顕著な支出減少をみせているのは、TANF ではなく、フードスタンプを主とする食料支援である。フードスタンプは、食料のみに交換できるバウチャーを低所得者に給付するプログラムである²¹⁾。低所得であることのみを受給資格とす

図5 所得保障のプログラム別内訳 (1990—2003)



出所：Budget of the United States 2005, Historical Tables 8.5, 8.7から筆者作成

るという意味で、フードスタンプはアメリカの公的扶助の中でも普遍的な性格をもつ。その受給者数も2,568万人（2005年暫定値、USDA 2006）であり、アメリカ人の12人に一人がフードスタンプを受けていることとなる。1996年の福祉改革において、フードスタンプにおいても「福祉から就労へ（welfare to work）」の理念が導入され、成人の健常者に対する就労要件が厳しく適用されるようになった。障害者でなく、子どもを持たない18歳～49歳の成人は、働いているか又は職業訓練中でないかぎり、フードスタンプが受給できるのは3年間のうちの3ヶ月間に制限されることとなった。働く意志があるものの失業中の人も、制限の対象に含まれる。フードスタンプの受給者数および支出は、福祉改革直前の1994年をピークに減少し、2000年には1994年の60～70%となった。しかし、2002年

以降は受給者数・支給額とも急増し、支給額はほぼピーク時と同数に、支給額は一人当たり支給額が増加したため、ピーク時の1.3倍になっている。福祉改革後のフードスタンプの縮小は、フードスタンプ自体の支給要件の厳格化によるものではなく、TANF退出者がフードスタンプの受給資格は持続しているのにその受給を放棄してしまうことに起因しているという懸念の声が多かった（GAO1999）。しかし、近年の実証研究の多くは、福祉改革の影響はフードスタンプの受給者数減少の25%以下しか説明できず、福祉改革よりも好景気によるところが大きいという見解である。一方で、2002年以降の受給者の急増は、フードスタンプの捕捉率上昇のための様々な政策が効果があげた結果と景気の後退によるものである（Danielson & Klerman 2006）。

フードスタンプ以外の公的扶助プログラムの

21) フードスタンプの受給資格は、再分配前の世帯所得が連邦貧困基準の130%以下であること（世帯員に高齢者または障害者を含む場合を除く）、再分配後の世帯所得（控除後）連邦貧困基準以下であること、世帯の資産が\$2,000（高齢者を含む場合は\$3,000）以下であることの三つである。

支出は、福祉改革後も減少しておらず、むしろ、増加している。一番大きな増加を見せているのは勤労所得税額控除（EITC）であるが、補足的補償所得（SSI）、住宅扶助も増加の傾向をみせている。失業給付も2002年から激増しているが、この給付はもともと景気に左右され周期的な動きをしているため、この増加は政策の変更によるものではない。そこで、SSIとEITCの増加要因は何であったのだろうか。SSIは、障害者と高齢者を対象とする所得保障制度であり、公的年金制度の障害年金のように過去の保険料支払いをその支給条件とするものではないため、所得テストを伴う公的扶助制度と考えてよい。1996年の福祉改革は、SSIの受給資格も改正しており、永久居住権を得た法的外国人や難民など特例の場合を除き、外国人に対するSSIの給付が制限されるようになった。しかし、この改正にもかかわらずSSI受給者数と支出額は1990年代に一貫して増加している。特に増加率が高いのは1990年代前半であり、1996年以降も増加の傾向が続いている。この増加の要因は、子供の受給者の急増である。高齢者のSSI受給者数は減少傾向にあり、1980年代からはほぼ200万人で横ばいである一方で、子供（18歳未満）は1990年の29万人から2002年の92万人へ約3倍増となっている。子供のSSI受給者の増加の理由は、制度の周知徹底、子供の障害の認定制度の簡素化²²⁾、精神障害の定義の拡大、SSIの継続認定の簡素化などがあげられている（CWM 2004）。つまり、SSIも福祉改革の影響を受けたものの、子供の障害者への所得保障の拡大という福祉改革とは別に行われた政策を背景に、その支出は拡大し続けたのである。

租税支出による「隠れた福祉国家」

1990年代に飛躍的に支出が増大したのが、EITCを始めとする福祉的性格をもつ税制上の優遇措置である。表7に、アメリカの所得税に

おける様々な控除と、その推計額を示す。同表が示すように、控除の項目は、低所得者、子供、教育、医療費、住宅費、年金、介護など多岐にわたり、その多くが1996年の福祉改革前後またはその後に導入・拡大されている。片桐（2004）は、1990年代において増大した「選択的減税」が「隠れた福祉国家」を作り出しているとするHoward（1997）の説に言及し、その理由として、一般に租税支出は、1990年の予算執行法によるペイゴー原則に縛られていないため、連邦予算状の支出のような抑制圧力がかかっていないことを指摘する（片桐 2004）。

特に、EITCは、還付可能な税制控除であり、主に低所得の子供のある勤労世帯を対象としているため、実質的に低所得者への現金給付と異ならない。還付可能な税制控除とは、控除額が税負担額を上回る場合、その差額が納税者に還付（給付）される制度であり、EITCの場合、控除額の90%は還付されている²³⁾。EITCの発足は早く1975年に制定されているが、その後、給付額がインフレ調整されていなかったため、次第に縮小していった。EITC給付額が飛躍的に増加したのは1986年の税制改革法によって控除額がインフレ率と連動するようになり、さらに90年代になって、統合予算調整法（OBRA 1990, OBRA 1993）などが次々にその対象者・控除額が拡充してからである²⁴⁾。また、EITCの他にも、1990年代後半から2000年代にかけて、福祉的目的をもつ租税優遇措置が次々に拡充されている。1997年財政均衡法では、児童税額控除（Child Tax Credit : CTC）、ホープ奨学金税額控除、生涯教育税額控除が設立された。これらは、合わせて952億ドルの中間層向け減税効果があるとされる（渋谷 2003）。ブッシュ政権は、CTCをさらに2001年、2003年と引き続いて拡充している²⁵⁾。

このように、1996年の福祉改革は、その主眼

22) 2005年のDRAは、子供の障害の認定の厳格化を盛り込み、SSIの支出抑制を図っている。

23) EITCの詳細については、阿部（2002）を参照のこと。

24) その後、1996年の福祉改革法、1997年納税者救済法、1997年財政均衡法などが、EITCの不正受給防止のための策などを定めているが、EITCのしくみ自体には変化はない。

表7 推計総所得控除、税額控除： 項目別 (2003)

		(億ドル)
所得控除		
年金		
年金拠出（保険料）と年金給付	↓	2,791
Keogh プラン		114
個人年金	○	427
社会保険料の被雇用者分を超える年金給付		3,055
医療		
医療、介護保険料の雇用者負担分		5,619
メディケア給付		
パート A		1,652
パート B		1,135
医療費の自己負担		471
自営業者の医療保険料		196
Accelerated 死亡保険金		28
医療貯蓄口座（Health savings accounts）	◎	0
貧困		
公的扶助および SSI 給付		526
雇用		
職場からの dependent care		35
従業員ストックオプションプラン		54
カフェテリア・プランからの給付		858
高齢者・障害者		
炭鉱員の労災および障害給付		335
高齢者、視覚障害者の追加一般所得控除		128
住宅		
住宅ローンの利子		3,629
持ち家の財産税	○	1,577
借家の depreciation ほか		133
家族		
学資保険（Coverdell 教育貯蓄口座）		2
就学ローンの利子	○	6
税額控除		
貧困		
EITC：還付されなかった控除分	○	27
雇用		
扶養者ケア税額控除		34
就労機会税額控除	◎	4
Welfare-to-work 税額控除	◎	1
住宅		
低所得者住宅税額控除（LIHTC）	○	41
家族		
児童税額控除（CTC）	◎	441
HOPE 奨学金等税額控除	◎	43
養子税額控除	○	1

(注：雇用者への税制優遇措置を含む)

◎ 福祉改革またはそれ以降に設立されたもの

○ 福祉改革後に拡充されたもの

↓ 福祉改革以降に縮小されたもの

出所：Green Book 2004, Table 13—2

である AFDC/TANF の支出をピーク時レベルに固定しただけでなく、支出抑制策の網のかけられない租税支出を増大させた。また、福祉改革の直接の対象ではなかったフードスタンプの支給を一時的に抑制したものの、SSI など他の所

得保障制度の膨張は止めることができなかった。また、1990年代後半の「選択的減税」によっていったん拡張された「隠された福祉国家」は、財政が悪化した2002年以降も膨張している。

VIII. 考察

本稿では、アメリカにおける主に1990年代から2000年代にかけての社会保障改革とその財政的インパクトについて論じた。本稿から明らかになった点を整理すると以下となる。

第一に、アメリカの社会保障制度は、民間部門による保障が第一義的にあり、公的部門による保障がそれを補完する形で存在する。結果として、公的な制度に市場から保障を得ることができない人々が集中し、公的プログラムの多くが所得テストを伴う公的扶助である。これらプログラムは、受益に対する拠出を伴わないため、一般予算から賄われることとなる。90年代から2000年代にかけて、社会保険方式で運用されている公的年金や高齢者医療制度（メディケア）の病院保険の支出が一定幅に収まっているのに対し、支出の増加率が大きく最大の懸念事項であるのは医療扶助制度（メディケイド）であることからわかるように、アメリカの社会保障財政にとって、低所得者に対する保障をどのように行うかが今後の最大の課題であるといえる。

第二に、このような社会保障制度の特徴として、負担と受益の関係が不透明であることが挙げられる。公的年金は、他の制度に比べ、比較的に負担と受益の関係がはっきりしているが、その保険料が「(社会保障)税」と呼ばれることが象徴的なように、賦課方式であるため、現在の負担者（現役層）と受益者（高齢層）は異なるグループである。公的医療保障制度は、国

民の一部しか対象としていないが、その財源は社会保障税（現役層）と一般財源であるため、すべての国民に負担は課せられる。メディケアの病院保険の財源は現役層からの社会保障税であり、現役層は税を払うことによって将来のメディケア受給資格を得ることができるものの、現在の便益を受けることができるのは高齢者であり、現役層は、メディケアの保険料の負担に追加して、自分と家族の現在の医療保障を民間から得なければならない。さらに、メディケアの補足医療保障、メディケイド、各種公的扶助プログラムも、殆どすべて一般予算から賄われているため、負担を担っている納税者と受益者（SMI 以外は低所得者）は一致しない。このように、負担を背負っている人々と受益を受けている人々が異なるため、これらの制度が財政危機に陥った時には、その改善策として、負担の増加よりも費用の抑制が考慮され、しばしばプログラムの縮小という選択肢がとられる。2006年財政赤字削減法によるメディケイドの支出削減策は、その一例である。このような負担と受益の構造は、日本の社会保障制度にもあてはまる面があり、2002年に行われた児童扶養手当改正などは、母子世帯の自然増による支出の増大が、その負担者である納税者の理解を得られなかったがために、制度の縮小という形で対処された経緯と同じである。

第三に、一つのプログラムの縮小は、他のプ

25) 2001年には、CTC の対象児童が3人目以降から全児童に拡大、控除額は一部還付可能となり、さらに2003年には予定されていた控除額の引き上げが前倒しに行われている。

プログラムへのシフトを促す。1996年の福祉改革の場合は、TANFの受給者数の減少は、EITCの受給者増に反映されている。これは意図的な政策であり、予期しなかったものではないと考えられるが、TANF縮小の影響は、メディケイド、SSIなど他の公的扶助プログラムに及んでいる。TANFの受給が生涯に5年間と有限化されたことにより、90年代後半の好景気のときはともかくも2000年代の景気の悪化の際には、TANFの受給を控え、なるべく期限がついていない他のプログラムを先に活用しようというインセンティブが働いてもおかしくない。実際に、2000年代のフードスタンプの急増は、受給者のこのような極めて合理的な選択をあらわしているとも考えられる。

第四に、TANF補助金のような金額が固定されている財源の硬直性である。TANFの場合、補助金額がピーク時の金額で固定されているため、受給者数が減り始めてからは補助金の余剰金が発生した。また、その用途の制限が非常にゆるやかなものであったため、他のプログラムへの流用など、不透明な活用のされかたをしている。また、MOE条項によって、連邦政府ばかりでなく、州政府の支出額もピーク時と同レベルに固定している。包括補助金であることは、州が給付額を削減するインセンティブになり、その点では評価できるものの、景気の変動に左右されやすいTANFプログラムなどにおいては、必ずしも、財政的に効果的とはいえない。

参 考 文 献

- 阿部彩. 2002. 「EITC (Earned Income Tax Credit) の就労と貧困削減に対する効果：文献サーベイから」『海外社会保障研究』Vol.140.p.79－85.
- 阿部彩. 2004. 「アメリカの福祉政策の成果と批判」『海外社会保障研究』第147号, p.68－76.
- 阿部彩・後藤玲子. 2001. 「アメリカ合衆国」『世界の社会福祉年鑑2001年』旬報社.
- 阿部彩・後藤玲子. 2002. 「アメリカ合衆国」『世界の社会福祉年鑑2002年』旬報社.
- 阿部彩・後藤玲子. 2003. 「アメリカ合衆国」『世界の社会福祉年鑑2003年』旬報社.
- 尾澤恵. 2003. 「米国における96年福祉改革とその後」『レファレンス』第635号.
- 片桐正俊. 2004. 「アメリカの財政改革と社会保障・メディケア両信託基金」林・加藤・金澤・持田（編）『グローバル化と福祉国家財政の再編』東京大学出版会, p.77－105.
- 片桐正俊. 1995. 「米国の医療福祉をめぐる政府間財政関係」『季刊社会保障研究』第31巻第3号, pp.218－230.
- 小林均. 1997. 「アメリカにおける医療費適正化政策：効果と限界」『海外社会保障情報』No. 120, p.8－14.
- 佐藤隆行. 2001. 「アメリカの社会保障年金」渋谷博史・内山昭・立岩寿一編『福祉国家システムの構造変化』東京大学出版会, p.95－117.
- 渋谷博史・渡瀬義男・樋口均編（2003）『アメリカの福祉国家システム』東京大学出版会.
- 西田在賢. 2001. 「米国マネジドケアの試みから医療保険における保険者機能を考える」『海外社会保障研究』第136号, p.3－16.
- 根岸毅宏. 2002. 「アメリカの一九九六年福祉改革と州政府の動向」日本財政学会編『地方財政権』竜星出版, p.56－84.
- 根岸毅宏. 2004. 「アメリカの福祉改革：公的扶助に浸透する市場論理とその現状」渋谷博史・平岡公一編『福祉の市場化をみる眼』ミネルヴァ書房.
- Burtless, Gary (抄訳：金子能宏). 2000. 「アメリカにおける社会保障制度の給付と財源－改革のための選択肢－」藤田伍一・塩野谷祐一（編）『先進諸国の社会保障⑦アメリカ』東京大学出版会, p.297－331.
- Attarian, John. 2003. *Another Greenspan Social-Security Reform?*, Mises Institute, <http://www.mises.org/story/1111>.

- mises.org/story/1176, 2006/04/05 Center on Budget and Policy Priorities (2006) “Implementing the TANF changes in the Deficit Reduction Act: ‘Win-Win’ Solutions for Families and States,” May 2006, CBPR.
- Centers for Medicare & Medicare Services (CMS), Department of Health and Human Services. 2005a. *Brief Summaries of Medicare & Medicaid*, (<http://www.cms.dhhs.gov/>) (last access 05/15/06)
- . 2005b. *CMS Financial Report: Fiscal Year 2005*.
- . 2006. *The 2006 Medicare Trustees Report*. Center on Budget and Policy Priorities (CBPR). 2006. *Implementing the TANF Changes in the Deficit Reduction Act: “Win-Win” Solutions for Families and States*.
- Committee On Way And Means (CWM), U.S. House Of Representative. 2000, 2004. *The Green Book 2000, The Green Book 2004* <http://aspe.hhs.gov/greenbook/> (last access 05/16/06)
- Danielson, Caroline & Jacob Klerman. 2006. “Why Did the Food Stamp Caseload Decline (and Rise)? Effects of Policies and the Economy,” Institute for Research on Poverty, Discussion Paper no.1316–06, March.
- Government Accountability Office (GAO). 1999. “Food Stamp Program: Various Factors Have Led to Declining Participation,” GAO/RCED–99–185. Washington, DC; GAO, July.
- Government Accountability Office (GAO). 2005. “Social Security Reform: Answers to Key Questions,” GAO–05–193SP. Washington, DC; May. (last access 3/30/06).
- Howard, Christopher. 1997. *The Hidden Welfare State: Tax Expenditures and Social Policy in the United States*, Princeton University Press.
- Rivlin, A.M. & I. Sawhill. 2005. *Restoring Fiscal Sanity–2005–: Meeting the Long-Run Challenge*, Brookings Institution Press, Washington DC:
- Social Security Administration. 2006. *The 2006 OASDI Trustees Report*, Washington, DC; May.
- Social Security Reform Center, *History of Social Security*, <http://www.socialsecurityreform.org/history/index.cfm> (last access 2006/04/05)
- The Board of trustees, Federal Old-Age and Survivors Insurance and disability Insurance Trust Funds (2006) “The 2006 Annual Report of the Board of Trustees of the Federal Old-Age and Survivors Insurance and Disability Insurance Trust Funds (2005 Social Security Trustees’ Report),” <http://www.ssa.gov/OACT/TR/TR06> (last access 5/10/06).
- The Board of trustees, Federal Hospital Insurance and federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds (2006) “The 2006 Annual Report of the Board of Trustees of the Federal Hospital Insurance and federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds”, <http://www.cms.hhs.gov/ReportsTrustFunds/downloads/tr2006.pdf> (last access 5/10/06).
- United States Census Bureau. 2005. *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2004*, August 2005. <http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/hlthin04.html> (last access 5/11/06)
- United States, Department of Agriculture (USDA). 2006. *Food Stamp Program Participation and Costs*, June 2006. <http://www.fns.usda.gov/pd/fssummar.htm> (last access 07/20/06).
- United States Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation (ASPE). 2005. “Long-Term Growth of Medical Expenditures— Public and Private,” ASPE Issue Brief, May.