

米国の医療福祉をめぐる政府間財政関係

片 桐 正 俊

I はじめに

米国では、石油ショック以降福祉が公共財政と民間の企業会計を襲って、構造的に両部門を悪化させていることを、別稿¹⁾で明らかにした。福祉の中でも、近年最も大きな問題となっているのが医療である。連邦財政では、福祉関連のエンタイトルメント（義務的）支出に占める医療費の割合は、1970年14.2%→80年17.0%→90年26.6%→93年30.2%（見積み）と上昇している²⁾。州・地方財政では、福祉支出に占める医療費の割合は、1970年39.7%→80年40.5%→90年41.0%となっている³⁾。他方、膨張する企業（従業員）福祉費の内訳を見ると、1990年現在で企業拠出の医療保険料が全体の44.3%を占めている⁴⁾。このように医療費を中心とする福祉費が膨張し、連邦と州・地方の財政を悪化させ、民間の企業会計を圧迫し、国際競争力にマイナスの影響を与えているのである。

国民医療費に目を向けると、それは対GNP比で1970年7.4%→80年9.2%→90年12.2%→93年14.4%（見積み）と急膨張してきている⁵⁾。しかも、この医療費水準は、OECD諸国の平均値約8%と比べて格段に高い。だが、こんなに高い医療費を米国民は支払っているにもかかわらず、1992年現在人口の15%以上（3900万人近く）が、公的医療保険も民間企業拠出の医療保険も受けられずにいる。クリントン政権は、この医療危機を救うために、原則企業8割、従業員2割負担の国民皆保険を骨子とする抜本的医療制度改革案を提案した。しかし、民主党が上・下両院を制していた1994年

の第103議会においてさえも、この案は様々な反対にあって成立しなかった⁶⁾。

周知のように、米国の公的医療制度としては、1965年に法定された連邦運営のメディケア（老人医療保険）と実質州運営のメディケイド（低所得者医療扶助）がある。しかし、現役世代の公的医療保険はない。民間企業拠出の医療保険でカバーされる人達はそれでよいが、どこにもカバーされない低所得者が多数いる。AFDC（要扶養児童家族扶助）やSSI（補足的保障所得）を受けている生活保護者は、メディケイドの対象者となるが、対象とならない低所得者が多数いる。彼らを緊急の場合のみならず、恒久的にも一定の要件を満たせば、メディケイドの対象にいれざるをえなくなってきた。また、老人医療保険であるメディケアも、高齢者に全ての医療サービスを提供しているのではない。高齢者の長期療養はメディケアのサービス対象とはなっていない。メディケイドは低所得者のそれを対象にいれざるをえなくなっている。このようなメディケイド対象者の拡大やその他の諸要因が重なって、メディケイド支出は急膨張する国民医療支出の中でも、1970年7.3%→80年10.6%→90年11.3%と比重を急速に高めている⁷⁾。

このことは、メディケイドを運営する州の財政に大きな圧迫を加えることになる。州にしわ寄せされたメディケイド財政の問題は、メディケイドの資格や要件等が連邦議会で決められ、またそれがマッチング方式で連邦政府から補助金をもらって運営されるものだけに、連邦と州の間の深刻な財政問題に発展する。州によっては、地方政府に

メディケイドの財源負担を要求している場合もあり、その時は、地方政府も巻き込んだ財政問題に発展する。本稿は、このようなメディケイドをめぐる政府間財政関係の実態解明を目的としている。

II メディケイドの支出トレンド

1. メディケイドとメディケア

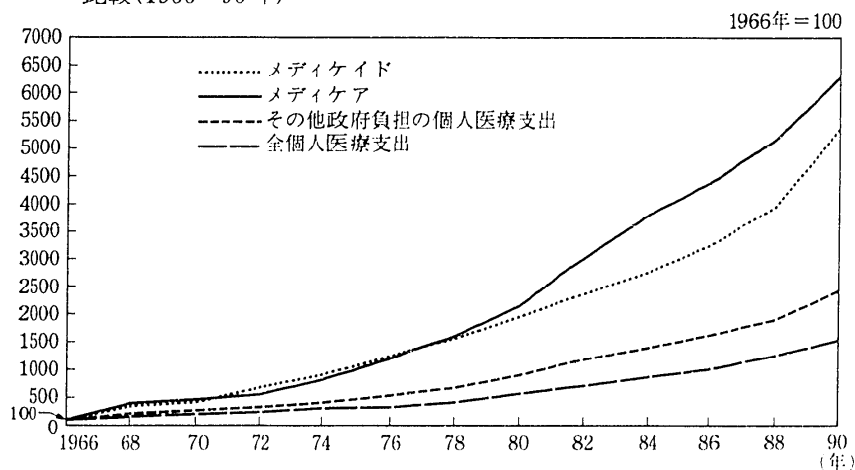
図1に示されるように、1972年から84年までの間に、メディケア支出はメディケイド支出より著しく急速に伸びた（メディケイド支出はメディケア支出の92.3%から58.6%に下落した）。その理由は、①メディケア受給者の数が、メディケイド受給者の数より速く増加したこと、②メディケア支出の方がメディケイド支出より入院治療や患者の治療に大きく比重がかかっており、かつこれらの治療費が他の医療費より伸びが大きいことによる。逆に、1984年と1990年の間では、メディケイド支出はメディケア支出よりやや速く伸びた（1990年には、メディケイド支出はメディケア支出の65.5%である）。「やや速く」の理由としてメディケア受給者の数が3050万人から3420万人へと12.1%の伸びであったのに対し、メディケイド受給者の数が2160万人から2530万人へと17.1%も伸びたものの、1984—88年間に、メディケアの医療価格の上昇が年率5.5%であったのに、

メディケイドの方は年率5.0%にすぎなかったことを挙げることができる⁸⁾。

政府間関係諮問委員会（ACIR）の研究によれば、物価上昇や医療費の上昇が1979—84年期のメディケイド支出の膨張の77.3%を、1984—89年期の60.0%を説明できるとしている。また受給者数の増加は、1979—84年期のメディケイド支出の膨張の0.7%を、1984—89年期の16.8%を説明できるとしている。さらにその他の要素（医療の利用増、患者構成の変化、新しい高額医療技術の利用増）が、1979—84年期のメディケイド支出膨張の21.4%と1984—89年期の26.9%を説明できるとしている⁹⁾。

さてここで、メディケイド支出膨張の要因分析を表1で試みてみよう。受給資格別受給者構成を見ると、1972—90年間に、65歳以上の老人の比重は低下し、障害者の比重は上昇しているが、両者を合わせると大きな変化はない。母子家庭の子供の比重は変わらないが母子家庭の親の比重は高まっているので、両方を合わせた比重は高まっている。受給資格別病院支払い構成を見ると、65歳以上の老人と障害者を合わせたグループの比重は高まっているのに、母子家庭の親と子供を合わせたグループの比重は低下している。以上より、老人と障害者の受給者に占める比率は変わらないのに、彼らの支払金額に占める比率は高まっていること

図1 3つのタイプの政府負担の個人医療支出および全個人医療支出の比較(1966—90年)



出所：ACIR, 1992a, p. 25.

表1 メディケイド受給者のトレンド、メディケイド支払の分布、1人当たりメディケイド年平均支払額

受給資格別受給者構成(%)

会計年度	合計 (1000人)	65歳以上 老人	盲人	身体 障害者	母子家庭 の子供	母子家庭 の親	その他	
1972	17,606	18.9	0.6	9.2	44.5	17.8	9.0	
1980	21,605	15.9	0.4	13.0	43.2	22.6	6.9	
1990	25,255	12.7	0.3	14.4	44.4	23.8	3.9	

注：重複未調整のため合計100.0%にならない。

受給資格別病院支払構成(%)

会計年度	合計	65歳以上 老人	盲人	身体 障害者	母子家庭 の子供	母子家庭 の親	その他	
1972	100.0	30.6	0.7	21.5	18.1	15.3	13.9	
1980	100.0	37.5	0.5	32.2	13.4	13.9	2.6	
1990	100.0	32.3	0.7	37.0	14.0	13.2	1.6	

注：出典でも各項目の合計が100.0%となっていない。

サービスタイプ別病院支払構成(%)

会計年度	短期入院 型病院	専門看護・ 長期療養施設	精神薄弱者 療養施設	医師、歯科医、 医療従事者	処方薬	外来病院	在宅医療	その他
1972	42.4	23.3	—	16.2	8.1	5.8	0.4	3.8
1980	30.8	33.8	8.5	10.9	5.7	4.7	1.4	4.2
1990	28.4	27.3	11.3	7.7	6.8	5.1	5.2	8.2

受給資格別1人当たり年支払額(ドル)

会計年度	合計	65歳以上 老人	盲人	身体 障害者	母子家庭 の子供	母子家庭 の親	その他	
1972	358	580	417	833	145	307	555	
1980	1,079	2,540	1,358	2,659	335	662	398	
1990	2,568	6,717	5,212	6,595	811	1,429	1,062	

サービスタイプ別1人当たり年支払額(ドル)

会計年度	短期入院 型病院	専門看護・ 長期療養施設	精神薄弱者 療養施設	医師、歯科医、 医療従事者	処方薬	外来病院	在宅医療	その他
1972	930	2,665	—	64	46	70	229	43
1980	1,918	5,650	16,439	123	96	113	847	127
1990	3,925	12,110	50,048	212	256	269	4,733	366

出所：ACIR, 1992a, pp. 33-39より作成。

が分かる。老人と障害者はメディケイドコストを高くつかせる。それは何故か、次のサービスタイプ別病院支払い構成を見れば分かる。老人と障害者が多く利用する専門看護施設や長期療養施設等のサービスのシェアが、合わせると1972-90年期に上昇している。さらに、受給資格別1人当たり

年支払額を見ると、老人と障害者の伸びの方が、母子家庭の親や子供より大きい。またサービスタイプ別1人当たり年支払額を見ても、老人と障害者が多く利用する専門看護施設や長期療養施設のサービスに対する支払いの方が、その他より伸びが大きい。以上要するに、老人や障害者の長期療

養施設サービスがメディケイド支出の膨張要因となっているのである。

2. 連邦メディケイド補助金の連邦財政と 州財政へのインパクト

連邦補助金支出は、カーター政権期の1978年に対連邦支出比17.0%、対GDP比3.6%のピークを記録した後、削減の対象となり、とりわけレーガン新連邦主義の下で実質的に大幅に削減され、89年には対連邦支出比10.7%、対GDP比2.4%にまで低下した。しかし、その後は、再度増加に転じ、1994年見積りでは、対連邦支出比14.6%、対GDP比3.3%にまで戻している。この州・地方への連邦補助金の1980年末までの傾向を逆転させたのが、メディケイド補助金である。連邦の州・地方への補助金のうち医療目的の補助金（ほとんどメディケイド）の構成比は、1965年には5.7%にすぎなかったのに、その後70年16.0%→80年17.2%→90年32.4%→94年42.1%（見積り）と80年代以降急速に高まっている。連邦メディケイド補助金は、いまや州・地方が受け取る連邦補助金中最大の項目となっているのである¹⁰⁾。

では、連邦メディケイド補助金をどの州も、最重要補助金と位置づけてきたのであろうか。1970年代は、ニューイングランド、中東部、五大湖、極西部の諸州がメディケイド補助金を支配し、それを最重要視していた。それ以外の半分以上の州ではメディケイド補助金は、受け取った連邦補助金の10分の1以下であったが、1980年代までに状況は変わった。それまでわずかの連邦メディケイド補助金しか得ていなかった南東部、南西部、大平原、ロッキー山脈の多くの州が、急速にその受け取りを増加させていった。1991年までに、連邦メディケイド補助金は、ほとんどの州にとって連邦補助金の中の最大の受け取り項目になった。とりわけニューイングランドでは40.2%、中東部では38.7%、南東部では38.5%と、その比率は高い。ニューイングランドや中東部の諸州がその比率が高いのは、元来政府サービスに対する社会的な選好が強いことによる。南東部でその比率が高いのは、①高いマッチング比率、②貧困者へのメ

ディケイド拡大を南部諸州に要求した連邦の指令、③南部諸州がAFDCのような他の公的扶助よりもメディケイドの方を選好したこと等による。西部地域の多くの州では、依然その比率は低い¹¹⁾。

今度は、州の側から連邦メディケイド補助金と州メディケイド支出を見てみよう。州の一般自主財源に対する連邦メディケイド補助金の比重はどう変化してきたのか。それは、1966年2.0%→70年4.3%→80年6.9%→90年8.3%と増大してきた。また、州の一般支出に対する州自身のメディケイド支出の比重はどう変化してきたのか。それは、1966年2.9%→70年7.0%→80年11.6%→90年14.8%と増大してきた¹²⁾。

以上、連邦および州・地方の両レベルでメディケイド支出が傾向的に増大し、1980年代後半からそれが一層加速化してきていることを確認した。次に、メディケイド支出の増加要因である、受給資格の拡大について考えてみよう。

III メディケイド受給資格の拡大をめぐる 政府間関係

1. メディケイド受給資格の拡大

米国厚生省や管理予算局は、1980—90年期のメディケイド支出増加の22%が、連邦の法律と免責条項によるプログラムで説明できるとしている¹³⁾。メディケイドの受給資格の変更は、1980年以前は、1965年社会保障改正法の改正として行われていたが、80年代に入って、それは、包括予算調整法(OBRA)やその他の法律で行われるようになった。1980年代以降の受給資格拡大の特徴は、元来、メディケイドは、AFDCやSSIの受給資格を持つ人達を対象としていたのであるが、それ以外の人達にも資格を拡大したことにある。したがって多くのメディケイド受給者は、貧困線以下の貧困者ではない。逆に貧困者でもメディケイドにカバーされていない人は多くおり、例えば1990年では貧困者の54.8%がカバーされていない¹⁴⁾。

さて、1980年代以降AFDCやSSIにリンクした貧困者以外にどのような人達にメディケイドの受給資格が拡大されてきたのか。第1に、1984年

から始まって、議会は徐々に AFDC とはリンクしない、低所得の妊婦と子供に受給資格を拡大した。第2に、議会は 1980 年代後半から高齢者や障害者に対し、受給資格およびサービスを拡大した。1986 年 OBRA, 1987 年 OBRA, 1988 年メディケア・カタストロフィ・カバレッジ法 (MCCA), 1990 年 OBRA 等に彼らに対する拡大事項が含まれている。第3に、外国人やホームレス等にも受給資格が拡大されてきている。1986 年 OBRA, 1986 年移民改革管理法, 1986 年麻薬乱用防止法等にそうした条項が含まれている。1991 年現在 2830 万人のメディケイド受給者のうち、AFDC と SSI にリンクしている人が 61% で、受給資格の拡大でメディケイド対象者となった人が 39% を占めている¹⁵⁾。

ところで、メディケイドの受給資格の拡大が政府間関係にどうして問題を引き起こすのか。それは、当初は州の選択プログラムとして出発しながら、州への指令となることが多いからである。もっとも最初から連邦の指令であるものもある。いずれにせよ、それは州の裁量権を奪うことになる。

1984 年赤字削減法で、議会は AFDC の条件を満たす特定の妊婦にメディケイドを給付することを要求し、さらに 1985 年統合 OBRA は AFDC の条件を満たす全ての妊婦にメディケイドを給付することを要求した。その頃、南部諸州で、高い幼児死亡率に対する懸念が広がり、AFDC 対象者以外の低所得の妊婦と子供に対するメディケイド資格の拡大を要求するようになった。これを受けて、議会は、1986 年 OBRA で州に、貧困線と同じ水準の州で設けられた所得基準を満たす妊婦と 1 歳から 5 歳までの子供に、メディケイドを供給することをオプション（選択）として認めた。1987 年 OBRA から始まって、その後の 1988 年 MCCA および 1988, 89, 90 年の各 OBRA で、議会は従来州の選択できた事柄を連邦の指令に変えたり、州がこれまで求めてきた以上の要件を課すようになった¹⁶⁾。

このように、低所得の妊婦と子供に対するメディケイドの拡大が連邦の指令となったが、それ以外にも連邦の指令となったものがある。1988 年

MCCA は、州が貧困率 100% 以下の所得のメディケア受給者の保険料とコスト負担分を支払うことを要求した。さらに最近では、州は、貧困率の 100% から 120% の間の高齢者のためのコスト負担分を支払うよう要求されている。1989 年 OBRA は、広い範囲のサービスの支払いを州に要求することで子供向け早期・定期検診、診断、診療 (EDSDT) を拡大した¹⁷⁾。

2. 新たなメディケイド指令の州へのコスト圧力

1980 年代後半から上述のように、連邦議会はメディケイドの受給資格を拡大し、そのプログラムの実施を州に義務づけるようになってくるが、全ての州がそれを自州で実施すべき重要課題と考えているわけではない。そこに問題が発生する。1 つは、対メディケアとの関係であり、もう 1 つは指令コストの問題である。

まず、対メディケアとの関係から述べよう。上述の 1988 年 MCCA の指令は、1990 年 OBRA でさらに拡大され、91 年から州は、「有資格のメディケア受給者 (QMBs)」に一定のメディケイドを給付せねばならなくなった。QMBs とは、所得が連邦の貧困線の 100% 以下で、資力が SSI で認められている金額の 2 倍を超えない、メディケア受給の高齢者と障害者である。州は、要求されるメディケアの定率自己負担分および患者責任負担額と並んで、メディケア・パート B の保険料を（そしてもし適用できるなら、パート A の保険料も）QMBs のために支払わねばならない。さらに 1993 年からは全ての州は、その所得が貧困線の 100% から 110% (1995 年より 120%) の間にあるけれども QMBs である受給者について、パート B の保険料（パート A の保険料でもなく、パート A あるいはパート B の定率自己負担分や患者責任負担額でもない）を支払わねばならない。このような形で、連邦運営のメディケアの欠陥を、州運営のメディケイドがカバーしている。それは当然に州財政に負担をかける¹⁸⁾。

次に、指令コストの問題がある。州は、メディケイド受給者が拡大され、受給資格に様々な要件がつき、しかも州への指令（マンドイト）として義

務づけられると、それを満たすための仕事が増え、人件費や運営費・管理費が必要となって新たなコスト負担を受ける。これを指令コストという。連邦から一切資金がつかなければ、無財源指令という。

全米州予算官協議会 (NASCO) は、1988 年以来法定されたメディケイド拡大条項は、1991 年度には、州に 20 億ドルの費用を追加して負わせることになり、1995 年までに 174 億ドルになると見積もっている。州財政では、メディケイド支出は、イヤマークされた税収入を持たず、一般会計で賄われるために、費用のかかる指令は一般会計で賄われる他の費用を減らすことになり、州財政の弾力性を失わせることになる。このため、1989 年に 48 州の知事は、これ以上の指令は 2 年間凍結するよう求める決議を出した。さらに、1989 年と 90 年に、追加的要件が連邦から州に加えられた時に、全米知事会は、議会に 1990 年指令を 2 年間遅らせるよう求める決議を採択した¹⁹⁾。

3. 州の裁量権拡大の必要性

連邦の一方的な指令や規制は、州のメディケイド行政の裁量権を狭め、それを非効率にする。そのため州の裁量権を拡大し、州が自州の事情に合わせた弾力的なメディケイド計画が立てられるようにする必要がある。もっともすでに認められて、有効な機能を果たしているオプションもある。州は、HMO やそれと類似の機関とリスク契約を結ぶことができる。リスク契約を結ぶと、州は HMO や PHP にメディケイド対象者の保険料を各自につき月決めで支払う。メディケイド対象者は、契約でカバーされている全てのサービスを受けることができる。リスク契約の利用は全く州の裁量である。州は厚生省の長官にメディケイド要件について一定の免責条項を求めうる。例えば 1981 年 OBRA 法の 2175 節の免責条項を利用すれば、州は第一次医療のケース管理ができる²⁰⁾。

IV 州のメディケイド財政負担をめぐる政府間関係

1. 州一般会計内の財政負担解消の方策

メディケイドの受給資格やサービスの拡大は、州財政に大きな負担を強いるので、近年州は対応策に躍起となっている。一般会計内の他の経費を圧縮するなり、課税するなりの方法がとられる。

一般会計内のメディケイド以外の経費の圧縮状況は、次の数値で確認できる。1987-90 年期の州のメディケイド支出が 19.4%増、矯正費が 16.0%増であったのに、運輸費が 6.9%減、高等教育費 0.6%減、現金扶助 3.5%減となっており²¹⁾、メディケイド支出は矯正費とともに、他経費を圧迫している。

他方、増税に努めた州もある。メディケイド支出の膨張に應えるために、カリフォルニア、コネチカット、テキサス、メリーランド等の州は、所得税、売上税、財産税のような州税を増税した。増税は政治的に不人気であるにもかかわらず、メディケイド支出の急増に合わせて、そうせざるをえなかったのである。もっともそれは一般財源としての増税であるが、明らかに目的財源としてそうしたケースもある。例えば、カリフォルニアでは、メディケイドのカバレッジを貧困線の 200%にまで広げる州の計画の財源とするために、タバコ税が利用された²²⁾。

だが、州がメディケイド拡大に伴う負担増を州財政の枠内で緩和しようとしても、おのずと限界がある。そこで、州は州財政の外にその緩和策を求めるのであるが、それは連邦政府や地方政府あるいは医療機関との間に、多くの問題を発生させることになる。以下、州の主な財政負担緩和策とそれをめぐる政府間関係について述べる。

2. メディケイド医療機関への州の支払率の抑制とボーレン改正法をめぐる政府間関係

1989 年現在、メディケアは病院にコストの 92%を支払っているのに、メディケイドは病院にコストの 78%しか払っていないという数値がある。こ

れは、州が病院にメディケイドコストを十分支払っていないことを意味する。州が病院へのメディケイドの支払いを抑える根拠として利用したのが、1981-82年のポーレン改正法である。1980年以前は、州は病院やナーシングホームのメディケイドサービスに対する支払いに、メディケアに使われていたのと同じ合理的コストシステムを使うよう要求されていた。つまり、医療機関は、現実が発生したコストをベースに支払われていた²³⁾。

ポーレン改正法は、この要件を撤廃し、病院やナーシングホームが、効率的で経済的に運営される医療機関を十分に補償するようなレートで、支払われるべきことを要求したのである。そして州に病院への支払いシステムを自分で開発することを認めた。1980年代初頭、メディケイド経費の急増を懸念していた議会とレーガン政権は、州にこのような裁量権を認めた方が、医療費のコントロールに役立つと考えたからである。ただこの改正法を制定するに際し、議会は州に一定の裁量権を与えるが、病院への支払いレートが適正であることを保証するために、連邦の監視を続ける意図を明確にしていた。しかし、連邦の監視が緩やかだったのであろうか、ほとんどの州は見込み払いシステムに移行し、1980年代末には、80年代初頭よりも低いメディケイドコストを病院やナーシングホームに支払っていたのである。これに対し、医療機関の側は、ポーレン改正法のあいまいな規定を逆手にとって、州の支払いシステムはポーレン改正法に定められた基準を満たしていないとして、あちこちの州で裁判を起こすようになった。それを支援するかのようになり、1990年6月合衆国最高裁判所は、ヴィルダガー対ヴァージニア病院組合判決の中で、医療機関はメディケイド支払いの引き上げを求めて、連邦裁判所に直接裁判を起こす権利があるとの判断を示した。それも手伝って、1991年現在で29州がこのような裁判の経験を持つようになっていた。こうした法廷闘争の圧力を受けて、州は医療機関への支払いレートを引き上げざるをえなくなっている²⁴⁾。

医者ないしその他の医療従事者に対する、メディケイドサービスの州の支払いレートは、全般的

には全く低く、メディケアと比べるとその73.7%となっている。それは、一般的には州の支払いが普及料金——最高額が同等のメディケアサービスについての地域の慣習的料金の通常75%として設定される——に基づいて決められるからである。すなわち、州は、各医療サービス当たりの最高固定支払額を明示した料金表を使えるのである。1989年現在、41州とコロンビア特別区が固定料金表を使用していた。メディケイドの医者に対する州の支払いはこのように低いが、それでもなお、州はそれをコスト削減の対象としている。というのは、医者への支払いレートは、医療機関への支払いレートのようなポーレン改正法をめぐっての裁判闘争にあまり影響されていないからである²⁵⁾。

メディケイド処方薬については、例えば1987-90年間にその支出が50%も増えて深刻な問題となってきた。だが、患者に一部負担を求めたり、処方箋の数を制限したりして、処方薬のコストを限界的に削減したところはあるが、この給付を完全になくすことを本気に考えている州はどこにもない。むしろ、連邦議会がメディケイド処方薬支出の増加に反応して、1990年OBRAで、この増加率を抑えるための措置がとられることになった。1991年から薬品製造会社は、その会社の薬がメディケイドプログラムでカバーされたいと思うならば、一定の算式によりメディケイドにリベートを払うことが要求されるようになった²⁶⁾。

なお、州が求めるコスト節約の方法としてマネジド・ケアの利用がありうる。事実、いくつかの州がそれを拡大している。しかし、ミシガン州を例外として、あまり大きなコスト節約とはなっていない²⁷⁾。

3. 連邦メディケイド補助金増額のための 医療供給者への寄付の強制や課税

連邦メディケイド補助金は、次の算式を使って各州に交付される。

連邦マッチング率(FMAP)

$$= 100\% - (\text{州の1人当たり個人所得} / \text{合衆国の1人当たり個人所得})^2 \times 45\%$$

州の1人当たり個人所得は3年間の平均値であ

表2 連邦メディケイド補助金マッチング率(1966—93年)

(単位: %)

			1966年	1971年	1976年	1981年	1986年	1991年	1993年
ニ ュ ー ヨ ー ク 州	平均レート	6州	59.24	57.36	59.54	59.77	57.78	54.87	54.22
	最高レート	メーン	69.57	68.33	70.60	69.53	68.86	63.49	61.81
	最低レート	マサチューセッツ	50.00	50.00	50.00	51.75	50.00	50.00	50.00
中 東 部	平均レート	5州, 1特別区	50.73	50.77	50.90	50.86	51.12	51.11	50.91
	最高レート	ペンシルヴァニア	54.38	54.60	55.39	55.14	56.72	56.64	55.48
	最低レート	ニューヨーク, ニュージャージー, メリーランド, コロンビア特別区	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00
五 大 湖	平均レート	5州	53.20	52.10	54.15	54.07	57.09	57.39	57.94
	最高レート	ウィスコンシン(66—81年) インディアナ(86—93年)	57.60	55.21	59.91	57.95	62.82	63.24	63.21
	最低レート	イリノイ	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00
大 平 原	平均レート	7州	62.04	60.99	58.20	59.13	57.57	62.63	62.84
	最高レート	ノースダコタ(71, 93年) サウスダコタ(66, 76—91年)	71.05	70.48	67.23	68.78	67.82	71.69	72.21
	最低レート	ミズーリ(66年), アイオワ(71年) カンザス(76—86年), ミネソタ(91—93年)	53.90	55.27	54.02	53.52	50.00	53.43	54.93
南 東 部	平均レート	12州	76.06	74.40	69.68	68.02	68.13	68.81	68.20
	最高レート	ミシシッピ	83.00	83.00	78.28	77.55	78.42	79.93	79.01
	最低レート	フロリダ(66—76年) ヴァージニア(81—93年)	65.21	64.10	57.34	56.54	53.14	50.00	50.00
南 西 部	平均レート	4州	68.07	68.10	66.20	63.12	60.60	67.07	68.46
	最高レート	ニューメキシコ	70.73	71.48	73.29	69.03	68.94	73.38	73.85
	最低レート	アリゾナ(66, 76, 91年) テキサス(71, 81, 86, 93年)	63.94	65.66	60.48	58.35	53.56	61.72	64.44
ロ ッ キ ー 山 脈	平均レート	5州	61.69	63.70	63.41	60.24	61.67	68.40	67.79
	最高レート	アイダホ(66, 71年) ユタ(76—93年)	70.73	68.91	70.04	68.07	72.62	74.89	75.29
	最低レート	コロラド(66—93年, 81年除く) ワイオミング(81—86年)	53.08	56.24	54.69	50.00	50.00	53.59	54.42
極 西 部	平均レート	6州	51.32	51.18	52.13	50.94	52.10	53.64	53.28
	最高レート	オレゴン(66—93年)	54.12	56.35	59.04	55.66	61.54	63.50	62.39
	最低レート	カリフォルニア, アラスカ(66—93年) ネヴァダ(66—93年, 93年除く) ワシントン(71, 81年), ハワイ(76, 81年)	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00

注: 1993年は推計値である。

出所: ACIR, 1992a, p. 17より作成。

る。この算式は1人当たり個人所得の低い州に連邦補助金を多く交付し、1人当たり個人所得の高い州に連邦補助金を少なく交付することを意図したものである。もし、州の1人当たり個人所得が

全国平均に等しければ、連邦のシェアは55%となる。現行法は最小FMAPを50%, 最大FMAPを83%と決めている²⁸⁾。表2は、そのマッチング率の地域的分布と時系列的変化を示したものである。

特に、南東部、南西部、ロッキー山脈といった地域は貧しく、マッチング率は総じて高い。それでもこれらの地域のマッチング率は、1966年以降81年までは低下してきていたが、80年代以降今日まで、再度上昇してきている。これは、1人当たり個人所得が1980年代初めまでは、地域的に均衡化してきたのであるが、その後不均衡を拡大していることの反映である。

ところで、この算式には批判がある。1人当たり個人所得では、州の収入調達力を正確に量れない。低所得州の連邦補助金交付率(マッチング率)は、メディケイドサービスに対する、それらの州の低い支払い能力を完全に補填するものではない。そのため、会計検査院は、州の課税力と貧困人口を1人当たり個人所得に代わる尺度として利用することを提唱している²⁹⁾。

現行算式の欠陥はともかくとして、州の1人当たり個人所得が出れば、その州に対する連邦補助金交付率は自動的に決まってくる。したがって、この交付率自体は、州に操作の余地はない。しかし、州が連邦から多くの補助金を引き出す手は他にある。連邦メディケイド補助金は、オープンエンド型なのでそれを利用できる。連邦補助金の交付率が所与であっても、州がメディケイド資金を多く用意すればするだけ、連邦補助金は多くつく。だが、州の負担が増えては意味がない。

そこで、州は多額の連邦補助金を州の負担を増やさずして引き出すために、次のような方法を利用している。州は、メディケイドサービスを供給する病院に課税したり、そうした病院やナーシングホーム、その他の医療供給機関から寄付金をとるのである。これらの収入は、メディケイドサービスの州支払い分として取り扱われ、州はそれにマッチした連邦メディケイド補助金を受ける³⁰⁾。1992年5月現在で、22州がメディケイドサービス供給機関に何らかの特別課税をしていた。このうち18州は病院への課税をしており、12州でナーシングホームへの特別課税が行われていた。メディケイドサービス供給機関からの寄付金は、15州で州の収入源となっていた³¹⁾。1992年の推計では、これらの方法によるメディケイドサービス供給機

関への支払金額は114億ドルにのぼり、そのうち69億ドルが新たに連邦補助金として交付されたものである³²⁾。

さらに、医療費割増支払いという方法があるが、これは、先に述べたような課税や寄付金による方法としばしば結びついて発展してきたものである。法律では、メディケイドの病院支払いは、医療費割増支払いの場合以外、メディケアの支払いレベルを超えることはできない。ただ、州がターゲットにしている病院に高いレベルの支払いをしたいと望むならば、この医療費割増支払いを利用できる。元来この方法は、低所得の(メディケイドや無償で治療を受けている)患者に治療水準を割り増しして提供するが、それによって病院の財政状態が危うくなる可能性があるので、病院への援助を増やすことを意図したものであった。だが、その後、多くの連邦メディケイド補助金を確保するための手段として利用されている。その基本は、まず病院グループが州に寄付金を出すと、代わりに州は病院に割り増しして医療費を支払うが、その過程でより多くの連邦補助金を引き出すのである³³⁾。

課税と寄付金による方法と医療費割増支払いの方法とは、必ず結びつくとはいえないが、しばしば結びつけて利用されている。ミシガン州の例を説明しよう³⁴⁾。1991年にミシガン州の諸病院は4億100万ドルの寄付金を州に出した。州は代わりに、医療費を割り増しして4億3800万ドルを同じ諸病院に支払った。州は約2億4000万ドルの連邦メディケイド補助金を受け、このうち2億300万ドルを他のサービスの支払いのためか、あるいは一般会計の赤字を減らすために充てた。この医療費割増支払いの方法は、州自身の一般会計からのメディケイドへの支払いを約8%減らすと同時に、メディケイドの全体的支払いを34.9%増やすことになった。

医療費割増支払いの利用状況はどうか。1992年春に、11州が短期入院型の病院からの寄付金に頼っていたが、そのうち10州はこれらの寄付金を医療費割増支払いに使っていた。また少なくとも18州が短期入院型の病院に特別税を課していたが、

そのうち 16 州がこれらの税収を医療費割増支払いに使っていた³⁵⁾。1992 年現在こうした医療費割増支払いの金額は 160—180 億ドルに達していたと推計されている³⁶⁾。

ところで、以上のような州の資金調達の方法は、かなりギクシャクした政府間関係を伴いながら展開されてきている。1985 年までは、州のメディケイド担当職員の訓練目的以外に、寄付金の利用は認められていなかった。しかしながら、1985 年に、医療財務庁 (HCFA) は、乱用の可能性は小さいので、民間からの寄付金は、メディケイドサービスや行政上の支出の州負担分を賄うために使用できることを認めた。1986 年と 87 年に、ウェストヴァージニアとテネシーの両州で、病院が州に出した寄付金は、メディケイド支出の州負担の一部を賄うのに使われた。当初 HCFA はこれを認めたが、その後、それに対応した州への連邦補助金は否認された。しかしながら、両州の抗議で、これらの連邦補助金の否認は、覆された³⁷⁾。その後、州側と連邦政府の間にこうした方法をめぐって激しい論争が戦われたが、交渉の結果、1991 年にメディケイド自由寄付金・医療供給者税法の改正が行われた³⁸⁾。

この改正法は、基本的に、州マッチング資金として寄付金を使うことを禁止し、医療供給者への税が幅の広い課税ベースをとる限り、州マッチング資金の 25% までに、その特別税収入の利用を制限した。税は、特定クラスの全医療供給者に一律に課せられねばならない。例えば、もし州が病院税を維持しようと思うのなら、それは全ての病院に適用されねばならない。加えて、州は、病院に医療費を割り増しして支払うのに利用できるメディケイドマッチング資金の金額に、制限を受けた。1992 年 10 月から、医療費割増支払いに国と州の制限が課せられることになる。国の制限は全メディケイド支出の 12% である。現在その制限を超えている州はそこでそれを凍結せねばならない。他方制限を超えていない州は医療費の割増支払いを引き上げることが認められる³⁹⁾。

いずれにせよ、連邦メディケイド補助金がオープンエンド型であることに目をつけて、州が医療

機関への課税、そこからの寄付金、政府間移転 (V 節 1 項で述べる)、医療費割増支払い等の方法を使って、連邦補助金を引き出すことには、それが急膨張して連邦財政赤字の大きな要因となっているだけに、今後連邦政府と議会は厳しい態度をとってくるだろう。

V メディケイドをめぐる州と地方の財政関係

1. 政府間移転

先に、州が連邦メディケイド補助金を多く引き出す手段として、医療機関への課税やそこからの寄付金を利用していると述べたが、同じ目的の手段として、もう 1 つ政府間移転がある。この政府間移転というのは、地方団体 (例えば、カウンティ政府や地方病院区) から州に移転された資金を表している。この政府間移転資金は、メディケイドの一部として扱われる時には、それに対応した連邦補助金が交付される。したがって、この政府間移転は、医療機関への課税やそこからの寄付金と同様に州のメディケイド負担を軽減するものである。しかし、この政府間移転と、課税や寄付金とが全く同じということはない。政府間移転は明らかに州の新しい収入源になる。換言すれば、それは、メディケイド支援のために州に移転された地方税である。1992 年 5 月現在 17 州がメディケイドプログラムの資金源として政府間移転に依存していた⁴⁰⁾。

ここで、カリフォルニアの例について述べておこう。カリフォルニアは 1992 年 5 月に政府間移転支払いプログラムを策定した。このプログラムでは、カウンティ病院を持つ全てのカウンティ (58 カウンティ中 20 カウンティが病院を持つ)、病院区、選ばれたカリフォルニア大学病院がプログラムに資金を出す。その支払金は、州に移転され、それに対応した連邦メディケイド補助金が得られる。医療保障のない患者を不釣り合いなほど多く抱えている州内の病院は、この新しいプログラムから支払いを受けるのである⁴¹⁾。

2. 地方政府のメディケイド負担

地方政府は、連邦法ではメディケイドの財政負担について何も求められていない。しかし、州は、メディケイドコストの非連邦負担分について、一定の負担を地方政府に求めることができる。カウンティは、15州でメディケイド財源の負担に一定の責任を負っており、またその他の7州では財源以外のメディケイドの責任を負っている。表3に示されるように、1993年現在データの得られる15州の地方政府によるメディケイド支出は、合計約46億ドルである。これらの州において、非連邦メディケイド支出中の地方負担率は、アリゾナやニューヨークの50%台からオハイオ、コロラド、ペンシルヴァニア、サウスダコタ、ウィスコンシンの1%以下まで大きな差がある。注目すべきは、ニューヨーク州の諸カウンティとニューヨーク市は、総額38億5000万ドルすなわち全地方メディケイド支出の83.9%を占める点である。メディケイドの地方負担の算式は、州によって大きな差がある。ニューヨークのカウンティは全ての医療サービスについて、非連邦負担分の50%を支払い、長期治療の28%を支払うことになっている。他州では、カウンティのメディケイド負担は、医療サービス全般についてではなく、行政コスト、長期

治療、精神医療サービス等、サービスのタイプごとに負担率が違う⁴²⁾。

なお、先に述べたテキサスの病院区の州への政府間移転は、メディケイド非連邦負担分の州負担分の計算に使われる。

VI む す び

米国の政府と民間を合わせた、全福祉システムが医療分野において最も問題先鋭化している。医療については、公的医療システムの不備を、州運営のメディケイドが集中して受ける形で問題が生じている。連邦運営のメディケアではカバーされない、低所得の長期療養老人、無保険者、妊婦や子供等に対し、メディケイドの受給資格を拡大することを、連邦議会が財源をつけることなく州に義務化することによって、メディケイド財政の運営は大変厳しい状況に追い込まれてきている。しかし、問題はアメリカの医療制度の不備に発しているだけに、メディケイドの改革だけでは根本的解決とはならない。そこで、1994年のクリントン政権による医療制度改革に期待がかかったのであるが、錯綜する利害を調整できず、結局それは挫折した。その後共和党が上・下両院で多数を制し、

表3 地方政府メディケイド支出(1993年) (単位:千ドル, %)

州	地方メディケイド 支出(A)	非連邦メディケイド 支出(B)	$\frac{(A)}{(B)}$ (%)
ア リ ゾ ナ	180,938	325,344	55.6
コ ロ ラ ド	1,638	356,529	0.5
フ ロ リ ダ	114,527	1,535,277	7.5
ア イ オ ワ	65,871	297,434	22.1
ミ ネ ソ タ	128,423	820,172	15.7
モ ン タ ナ		69,363	
ニューハンプシャー	41,767	198,489	21.0
ニ ュ ー ヨ ー ク	3,853,543	7,708,736	50.0
ノースカロライナ	164,941	712,367	23.2
ノ ー ス ダ コ タ	6,422	70,117	9.2
オ ハ イ オ	1,841	1,555,971	0.1
ペンシルヴァニア	18,058	1,906,388	0.9
サ ウ ス ダ コ タ	503	56,476	0.9
ユ タ	7,148	97,540	7.3
ウ ィ ス コ ン シ ン	7,540	721,829	1.0
合 計	4,593,160	16,432,032	28.0

出所: ACIR, 1994c, p. 13.

民主党政権との間で政治的ねじれが生じている中で、目立った医療制度改革の動きも出ていない。

ところで、一方でポーレン改正法に依拠した医療機関による医療費支払い引き上げ要求が高まり、他方で医療機関への課税、寄付金、政府間移転、医療費割増支払い等を手段とする連邦補助金引き出しが制限されてくる中で、州のメディケイド財政の運営は、いよいよ困難になってきている。当分連邦の抜本的医療改革が望みえない以上、それに代わるメディケイド独自の改革が必要である。そこで最後に、本稿で分析したメディケイドをめぐる政府間財政関係と関連させて、今後の改革の方向性を整理しておくことにしよう⁴³⁾。

第1に、メディケイドの受給資格の拡大のために、連邦議会が制定した法律や新たな要件が、州にとって大きな財政負担になっている。この問題について、ACIRは、連邦のメディケイド条件や要件の変更に、州が直ちに応じる必要はなく、HCFAの最終規則ができるまで待てるようにし、2年間は、新しいメディケイド要件にかかるコストの100%を連邦政府が負うべきだと勧告している。さらに、連邦の行政部門、連邦議会、州の間に、メディケイドの政府間関係を考える、恒久的な政府間医療委員会を設けることを勧告している。

第2に、州はメディケイドサービスを州の選択、需要、資金等種々の事情に合わせて提供したいと思っているのに、現行のメディケイド規制は、サービスの量、期間、範囲について、州全般の規範から離れることについてはHCFAからの免責許可を得なければならないので、それは容易ではない。そこで、ACIRは、厚生省の同意で、あるいはHCFAから免責許可なしで、州・地方独自のプログラムを実施できるようにすることを勧告している。

第3に、現行の1人当たり個人所得をベースとする、連邦メディケイド補助金の算式では、メディケイドの需要が高いが、財政力の弱い州に、十分連邦補助金が交付されていない。このため、ACIRは、連邦メディケイド補助金の算式のベースに使っている1人当たり個人所得に代えて、コスト調整済代表的州支出のACIR見積りに対す

る、州収入能力のACIR見積りの比率を使うことを提案している。

第4に、メディケイドの行政や財政負担に地方政府が協力している州とそうでない州とを比べた場合、前者の方が後者よりプログラムの全体コストは高くついている上、それは、財政の弾力性の低い地方政府にも負担になっている。それで、ACIRは、メディケイドの行政と財政負担を地方政府に要求している州に、それを止めて、現在地方政府が担っている行政コストやプログラムコストを全て引き取ることを要求している。

第5に、高齢者や障害者の長期療養に要するメディケイド支出の割合が増大して、メディケイド財政を圧迫してきている。ACIRはこの長期療養費を連邦のメディケアに移管するよう勧告している。

注

- 1) 片桐, 1995, 53-75 頁。
- 2) CWM, 1994, p. 176, pp. 796-797 より算出。
- 3) ACIR, 1994 b, p. 74 より算出。
- 4) EBRI, 1992, pp. 19-20.
- 5) Dauner and Bowker 1994, p. 12.
- 6) クリントンの医療改革案が成立しなかった事情や代替案の問題点については、次の文献を参照。松山, 1994, 58-124 頁; 西村, 1995, 1-12 頁, 111-154 頁, 181-257 頁。
- 7) ACIR, 1992 a, p. 23.
- 8) ACIR, 1992 a, pp. 24-25.
- 9) ACIR, 1992 b, pp. 5-7.
- 10) ACIR, 1994 b, p. 30; レーガン新連邦主義下の補助金削減については、次の文献を参照。片桐, 1992, 72-80 頁。
- 11) Rowland et al., 1993, pp. 113-117.
- 12) ACIR, 1992 a, p. 28.
- 13) HCFA, 1993, p. 276.
- 14) ACIR, 1992 a, p. 33.
- 15) HCFA, 1993, pp. 276-280; Merlis, 1993, p. 6.
- 16) CRS, 1993, pp. 35-37; Rowland et al., 1993, pp. 156-157.
- 17) Rowland et al., 1993, pp. 29-31.
- 18) CWM, 1994, p. 786.
- 19) ACIR, 1992 a, p. 20.
- 20) ACIR, 1992 a, pp. 11-13.
- 21) Rowland et al., 1993, p. 36.
- 22) Rowland et al., 1993, p. 35.
- 23) HCFA, 1993, p. 281; ACIR, 1992 a, p. 14.
- 24) HCFA, 1993, pp. 280-281; ACIR, 1992 a, pp.

- 14-16; Rowland et al., 1993, pp. 83-94.
- 25) CRS, 1993, p. 304; Rowland et al., 1993, p. 36.
- 26) Rowland et al., 1993, pp. 36-37; HCFA, 1993, p. 281.
- 27) Rowland et al., 1993, p. 37.
- 28) CRS, 1993, p. 480.
- 29) CRS, 1993, p. 481.
- 30) CRS, 1993, p. 498.
- 31) CRS, 1993, p. 503.
- 32) Rowland et al., 1993, p. 40.
- 33) Rowland et al., 1993, p. 38.
- 34) Rowland et al., 1993, p. 39.
- 35) CRS, 1993, p. 503.
- 36) Rowland et al., 1993, p. 40.
- 37) CRS, 1993, p. 500.
- 38) CRS, 1993, pp. 498-514.
- 39) Rowland et al., 1993, p. 40.
- 40) CRS, 1993, p. 499, pp. 503-510.
- 41) Rowland et al., 1993, p. 39.
- 42) ACIR, 1994 c, pp. 13-14.
- 43) ACIR, 1992 a, pp. 1-5.
- Committee on Ways and Means (CWM) U. S. House of Representatives 1994 *Overview of Entitlement Programs, 1994 Green Book*.
- Employee Benefit Research Institute (EBRI) 1992 *EBRI Databook on Employee Benefits*, second edition.
- Dauner, Duane C. and Bowker, Michael 1994 *The Health Care Solution*, Vision Publishing.
- Advisory Commission on Intergovernmental Relations (ACIR) 1992 a *Medicaid: Intergovernmental Trends and Options*.
- ACIR 1992 b *Intergovernmental Perspective: Intergovernmental Focus on Health Care*, Vol. 18 No. 2.
- ACIR 1994 a *Characteristics of Federal Grant-in-Aid Programs to State and Local Governments: Grants Funded FY 1993*.
- ACIR 1994 b *Significant Features of Fiscal Federalism*, Vol. 2.
- ACIR 1994 c *Local Government Responsibilities in Health Care*.
- Rowland, Diane, Feder, Judith, Salganicoff, Alina eds. 1993 *Medicaid Financing Crisis: Balancing Responsibilities, Priorities, and Dollars*, AAAS Publication.
- Health Care Financing Administration (HCFA) 1993 *Health Care Financing Review 1992, Annual Supplement: Medicare and Medicaid Statistical Supplement*.
- Merlis, Mark 1993 "Medicaid: An Overview," *CRS Report for Congress*, 93-144 EPW.
- Congressional Research Service (CRS) 1993 *Medicaid Source Book: Background Data and Analysis*.
- (かたぎり・まさとし 東京経済大学教授)

参考文献

- 皆川尚史 1989 「メディケアとメディケイド」 社会保障研究所編『アメリカの社会保障』東京大学出版会
- 松山幸弘 1994 『アメリカの医療改革——日本は何を学ぶべきか』東洋経済新報社
- 西村由美子編 1995 『アメリカ医療の悩み——どこに問題があるか』サイマル出版会
- 片桐正俊 1992 「連邦・州・地方政府間財政関係の変容——レーガン政権期」林 健久・加藤榮一編『福祉国家財政の国際比較』東京大学出版会
- 片桐正俊 1995 「アメリカ福祉国家の問題先鋭化」『東京経大会誌』191号