

アメリカの医療保障における財源確保

—メディケア、メディケイドの展開—

石田 道彦

■ 要約

メディケアとメディケイドは、アメリカにおける公的医療保障制度として重要な役割を果たしてきた。高齢者を対象とするメディケアでは、高齢化の進行による受給者の増加、給付費の増大に対して、高所得者の社会保障税、保険料負担を引き上げるとともに、社会保障税の課税対象を拡大するという対応が採られるようになってきている。他方、低所得者を対象としたメディケイドは、連邦と州が費用を共同で負担する仕組みであり、マッチング補助金の仕組みを通じて低所得者に対する医療保障が図られてきた。オバマ政権による医療制度改革では、連邦政府の財政負担によりその拡充が予定されている。医療制度改革の合憲性を争う裁判では、こうした施策が連邦政府の正当な権限行使に該当するかが争点となっており、その帰趨が注目される。

■ キーワード

メディケア、メディケイド、医療保障、社会保障税、補助金

I はじめに—医療保障における財源確保

高齢化の進展と2008年9月に生じた金融危機による財政赤字の拡大により、アメリカにおいても社会保障の財源確保は重要な課題となっている。本稿では、公的医療保障制度であるメディケアとメディケイドを題材にアメリカにおける社会保障の財源確保の問題状況を明らかにしたい。

周知のように、アメリカではすべての国民を対象とした医療保障制度が存在しない。このため、メディケアとメディケイドは、それぞれ高齢者と低所得者の医療を確保する制度として重要な役割を果たしており、連邦予算においても、これらの制度に対する政府支出は高い割合を占めてきた(2011年の時点でメディケア15.8%、メディケイド7.6%)¹⁾。

メディケアとメディケイドは、それぞれの財政方式の特性に基づいて異なった課題に直面している。高齢者を対象に医療給付を行うメディケアは、社会保障税や保険料、公費を主な財源としており、ベビーブーマ世代の高齢化による受給者増と給付費増大への対応が近年の課題となっている。他方、低所得者を対象としたメディケイドの給付費は、連邦政府と州政府の一般財源によって賄われており、州政府が運営するプログラムに対して連邦政府が補助金を支出するという仕組みをとっている。このため、連邦政府と州政府による財政負担のあり方がしばしば問題となってきた。さらに、深刻な無保険者問題を解決するために、オバマ政権下で2010年3月に成立した医療制度改革法(Patient Protection and Affordable Care Act)は、これらの制度の費用負担のあり方に新たな課題をもたらしている。

メディケアとメディケイドにおける財源調達上の諸問題は、社会保障税を主な財源とする社会保障年金制度や、連邦補助金を中心に運営される社会福祉、公的扶助制度と比べて相対的に複雑な問題構造を有しており、興味深い検討材料を提供すると考える。はじめに、費用負担と財政方式を中心に各制度の概要を確認した後（Ⅱ）、メディケア、メディケイドにおける財源確保に関わる近時の展開を検討することにした（Ⅲ、Ⅳ）。

Ⅱ 公的医療保障の費用負担

1 メディケアの費用負担

1965年の社会保障法改正により創設されたメディケアは、65歳以上の高齢者など（65歳未満の一定の障害者および終末期腎疾患患者を含む）を対象に医療給付を提供する公的医療保障制度であり、2011年の時点で約4900万人が受給者となっている。メディケアは、当初、パートAとパートBからなる制度であったが、1997年にパートC、2003年にパートDが創設されたことにより、現在は4つの制度から構成されている。各制度の財源構成、財政運営のあり方はそれぞれ異なる。

パートAは、入院医療サービスを中心に在宅医療、短期の専門介護サービス、ホスピスなどを提供する強制加入の制度である。パートAの財源の85%（2011年）は、被用者と事業主、自営業者が負担する社会保障税である²⁾。徴収された社会保障税は、連邦政府の一般予算から独立した会計制度である病院保険信託基金（Hospital Insurance Trustee Fund以下「HI信託基金」という）において管理され、65歳以上の受給者に対する医療給付と積立金にあてられる。このような財政方式が採用されていることから、メディケア・パートAは賦課方式をとる社会保険制度として理解されてきた。

パートBは、医師の診療、病院の外来診療、臨

床検査、在宅医療などの給付を行う任意加入の保険制度であり、パートAの受給者であれば加入できる。パートBの費用は、加入者が負担する保険料と一般財源によって賄われており、補足的医療保険信託基金（Supplementary Medical Insurance Trustee Fund以下「SMI信託基金」という）において管理されている。

1997年に創設されたパートCは、民間の医療保険プランがパートA、パートBに相当するサービスを含めた医療給付を提供する制度である³⁾。2003年のメディケア改革法（Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act）の制定以降は、メディケア・アドバンテージ・プランと呼ばれており、2011年の時点で1190万人（メディケア加入者の約25%）がパートCに加入している⁴⁾。パートCの主な費用は、HI信託基金とSMI信託基金から医療保険プランを運営する保険会社に支払われる報酬によって賄われる。

パートDは、高齢者に外来処方せん薬の保険給付を提供するために、2003年のメディケア改革法によって創設された任意加入の制度である。パートDの財政はSMI信託基金に設けられたパートBと別建ての会計制度において管理されている。パートDの財源は、2011年の時点では一般財源（83%）、加入者の保険料（11%）、州によるメディケイド受給者分の費用負担（6%）となっている⁵⁾。

2 メディケイドの費用負担

メディケイドは、低所得者を対象に医療を提供する制度であり、2010年の時点で約6800万人が受給者となっている⁶⁾。メディケイドの費用は連邦と州が共同で負担しており、連邦政府によるメディケイド補助金は、州政府に対する連邦補助金の中でも高い比重を占めている⁷⁾。

メディケイドの運営は各州が担当しており、連邦政府が定めたガイドラインに基づいて具体的な給付プログラムを設計するため、給付対象者や給

付内容は州ごとに異なっている。ただし、連邦政府は、補助金支出の条件として、妊婦や児童など一定のカテゴリーに属する者を受給資格者として州に求めている。例えば、妊娠中の女性や6歳以下の児童については、当該世帯の所得が連邦貧困基準の133%を下回る場合にメディケイドの受給資格を与えなければならない⁸⁾。

州は、所得基準などを緩和して受給対象者の範囲を拡大することが可能であり、多額の医療費支出のために所得が大幅に低下する高齢者や障害者、妊娠中の女性や児童のうち、世帯所得が連邦貧困基準の133%から185%の者などを受給資格者とすることができる。また、メディケイドでは1981年から特例許可制度 (waiver program) により、州独自の給付プログラムが実施されてきた。メディケイドの実施にあたっては、州内において一律の要件で実施することや受給者に医療機関の選択の自由を確保する等の条件が課されている。特例許可制度を利用することにより、州は連邦政府の許可を得た上で、上記の条件を緩和した給付プログラムを実施することができる⁹⁾。この制度により、これまでにメディケイド受給者を対象としたマネジドケア・プログラムや在宅・地域ケア・プログラムが実施されてきた。

メディケイド補助金は、各州の平均所得から算出された補助率 (法律上は50%~83%) に基づいて、州がメディケイドに支出した医療費に応じて交付される仕組みとなっている。上記のように州が受給資格者の範囲を拡大させた給付プログラムを実施する場合であっても、連邦政府はこれに対応して補助金の交付を行うことになる。

Ⅲ メディケアにおける財源確保

1 パートAとパートB

メディケアは、1965年に入院医療費をカバーするパートAと主に医師への報酬をカバーするパー

トBの2つの部門からなる制度として創設された。給付内容と費用負担方式の異なる2つの制度の創設は、当時の民間保険にみられたホスピタルフィーとドクターフィーへの対応を意図したものではなく、高齢医療保障を目的とした社会保障法改正案を成立させるための政治的妥協に基づくものであった¹⁰⁾。

パートAの費用の85%は、被用者と事業主、自営業者が負担する社会保障税で賄われており、被用者と事業主は、社会保障税 (メディケア相当分) として給与の1.45%をそれぞれ負担する¹¹⁾。自営業者の場合には所得の2.9%に相当する額の支払いが求められる¹²⁾。パートAの受給資格は、少なくとも40×四半期 (10年) の期間、社会保障税を支払うことで発生し、65歳になった受給者に対して追加の保険料負担は求められない¹³⁾。また、社会保障税を負担し受給資格者となった者の扶養配偶者にもパートAの受給資格は認められる。被用者が雇用期間中に社会保障税を支払うことで、65歳以降に受給資格が発生するという財政方式は、1935年に成立した社会保障年金 (Old-Age, Survivors, and Disability Insurance OASDI) に大きく影響されている¹⁴⁾。

パートAの社会保障税以外の財源として社会保障年金への課税がある。一定額以上の年金給付を受給する公的年金受給者に対して、給付額の85%を対象に連邦所得税が課せられており、HI信託基金の収入の6.5%を占めている。その他の財源はHI信託基金の利子収入 (5.2%)、任意加入者の保険料 (1.4%) となっている¹⁵⁾。

パートBの費用は、主に加入者が拠出する保険料 (25%) と一般財源 (73%) によって賄われる¹⁶⁾。パートBにおける公費負担は、任意加入の制度の下で保険料の上昇によって逆選択が生じることを防ぐという目的を有していた¹⁷⁾。このため、パートBは任意加入の制度であるが、パートA受給者の92%が加入している¹⁸⁾。パートBの保険料

は当初、定額であったが、2003年のメディケア改革法により高所得の加入者に対して割増保険料が設定されるようになっている。

2 パートAにおける社会保障税の変容

パートAの費用は社会保障税によって賄われており、一般財源からの支出は予定されていない。このため、パートAの費用を管理するHI信託基金の財政状況がたびたび問題となってきた。1980年代から給付費の増大に対応するためにDRGの導入など診療報酬の支払方式において改革が進められてきた。他方、財源調達局面では、現役世代に対して給付に直結しない社会保障税の負担増を求めることは政治的に困難であり、社会保障税の税率引き上げは緩やかなペースで進められてきた¹⁹⁾。

近年のパートAにおける財源調達方法の変化を特徴づけているのは、社会保障税の課税対象範囲の拡大である。メディケアの社会保障税については、当初、課税対象所得について社会保障年金と共通の上限額が設定されていた。しかしながら、1990年の包括財政調整法（Omnibus Budget Reconciliation Act）によって、メディケアの課税対象所得の上限は社会保障年金よりも高く設定され、1993年の包括財政調整法においてメディケアに関する社会保障税の上限は廃止されることとなった。

2010年3月に成立した医療制度改革法では、メディケアの給付内容の改善、効率化を図るとともに、高所得者に対する社会保障税の負担をさらに引き上げることでメディケアの財政状況の改善を図られている。同法に基づき2013年からは一定額以上の所得を有する世帯（単身世帯で200,000ドル以上、夫婦世帯で250,000ドル以上）に対しては、所定額を超えた収入につき0.9%の社会保障税が上乘せされる。²⁰⁾

これと同時に、パートAでは、はじめて資産運

用益（investment income）に対して社会保障税が賦課されることになった。従来、社会保障税は、個人の給与や所得のみを課税対象としていた。2013年からは（利子所得や配当所得などの）資産運用により一定額以上の収入を得た者（単身世帯で200,000ドル以上、夫婦世帯で250,000ドル以上）に対して3.8%の社会保障税が課税される。ただし、この社会保障税の対象となるのは、資産運用益の総額、または世帯の調整総所得（adjusted gross income AGI）のうち所定の基準額（200,000ドルまたは250,000ドル）を超過した額、のいずれか少ない方の額である。

2009年のHI信託基金財務報告書では、HI信託基金は2017年には支払不能状態になると指摘されていた。メディケア・メディケイド・サービスセンター（Center for Medicare and Medicaid Services）の推計によれば、医療制度改革法に基づく上記の措置により、HI信託基金の破たんは2029年にまで先延ばしされることになった²¹⁾。

3 パートBにおける割増保険料の導入

パートBの保険料は、年度ごとの収支を考慮して設定されるため、SMI信託基金が枯渇する危険はない。パートBの財源は、保険料25%に対して一般財源等が75%という構成になっており、これには次のような経緯がある。メディケアが施行された段階では、パートBの費用の50%を加入者の保険料で賄うことが予定されていた。ところが、1972年の社会保障法改正により、パートB保険料の引き上げ幅は社会保障年金の生計費調整（cost-of-living adjustment）の範囲内に制限されることとなった。その後、パートBから支出される医療費は物価上昇率を上回って増加し続けたため、パートBの財源において保険料収入の占める割合は25%にまで低下することとなった。その結果、1980年代から連邦議会では一般財源からの支出の拡大を抑制するために、パートBの費用の25%

表1 パートBの保険料（2012年）²⁶⁾

総所得（単身世帯）	パートB保険料（月額）
\$85,000未満	\$99.90
\$85,000—\$107,000	\$139.90
\$107,001—\$160,000	\$199.80
\$160,001—\$214,000	\$259.70
\$214,001以上	\$319.70

を保険料で賄う立法措置が繰り返し行われることとなった。そして1997年の財政均衡法（Balanced Budget Act）により恒常的にパートBの費用の25%を保険料で補填するというルールが確立された²²⁾。

2012年に予定される標準保険料（単身で年収85000ドル以下の場合）は99.9ドルである。パートBの保険料は、長年、加入者の所得にかかわらず定額であったが、2003年にブッシュ政権下で成立したメディケア改革法により、高所得者から割増保険料を徴収する仕組みが導入されており、2007年から実施されている。5段階の所得階層が設定されており、年間所得（単身者）が85,000ドルから107,000ドルからの場合、保険料（月額）は139.9ドルである（表1参照）。2012年の時点では、割増保険料の対象者はパートB加入者の5.1%と推計されている²³⁾。

オバマ政権による医療制度改革では、パートBにおける高所得者を判断するための所得基準を2010年から2019年まで凍結することとなった。このため、次第に多くの高齢者が高所得者として割増保険料の対象となると考えられている。割増保険料を負担するメディケア受給者は、2020年には全受給者の10%に増加し、2035年には25.8%になると予想されている²⁴⁾。もっとも、こうした措置により、今後、高所得者の中にはパートBに加入しない者が増加し、パートBの保険料はさらに引き上げられる可能性がある²⁵⁾。

IV メディケイドにおける財源確保

1 メディケイドにおける財政負担の構造

州は、メディケア・メディケイド・サービスセンターの承認を受けてメディケイド・プログラムを運営し、医療費支出の一定割合について連邦政府による補助金の交付を受ける。2010年度におけるメディケイドの支出総額は4060億ドルであり、このうち、連邦メディケア補助金による支出は2740億ドルである。メディケイド補助金は、連邦政府が州政府に交付する補助金の43%を占めており、最大のものとなっている²⁷⁾。

メディケイド補助金は、実際に州が支出した医療費の一定割合を連邦政府が定めた負担率に基づいて補助する方式がとられており（マッチング補助金）、補助金額には上限が設定されていない（オープンエンド型補助金）。このため、州がメディケイドにおいて多額の医療費支出を行うと、これに応じて連邦によるメディケイド補助金が増額される構造となっている。

連邦政府によるメディケイドの補助金負担率（Federal Medical Assistance Percentage FMAP）は、1人当たりの州の平均所得に基づいて算出される。1人当たりの州所得が1人当たりの国民所得よりも低い場合には、高い補助金負担率が適用されるようになっており、2012年度の補助金負担率は50%から74.18%となっている²⁸⁾。このように、州の財政状況が考慮されているものの、実際には州民一人あたりの平均所得の高い州（補助金負担率が低い州）の方が、メディケイドに多額の医療費を支出することが可能であり、これに対応して多額のメディケイド補助金が支出されている。このため、上記の算定方法については、州の貧困率を考慮した見直しが必要であるとの指摘がなされている²⁹⁾。

以上のようにメディケイドでは、マッチング補

助金という特徴的な仕組みが採用されている。この方式の下では、連邦補助金を得るために、州は自ら財政負担を負わなければならない、州の財政支出が促されることになる。このため、メディケイド受給者に対する医療給付を安定して確保することに貢献してきたと評価されている³⁰⁾。

2 メディケイドの財政負担をめぐる州と連邦の関係

上記のような財政負担構造の下で、連邦と州の間ではメディケイドの実施をめぐる、これまでに次のような動きがみられた。

第1に、多くの州において、マッチング拠出の仕組みを利用してメディケイド補助金を増大化させる動きがみられた。このような例として、病院への割増支払制度（Disproportionate Share Hospitals Payment）による補助金最大化行動がある³¹⁾。当初、メディケイドの診療報酬はメディケアに依拠していたが、これでは無保険者や低所得者に医療を提供する医療機関への支払いが不十分であるという問題が生じた。このため、1981年よりこれらの医療機関に対して、州がメディケイドにおいて（メディケアが定めた診療報酬基準を上回る）割増支払いを行うことが認められることになった。この制度は、低所得者や無保険者に対する医療を積極的に行う病院を財政的に支援するという意義を有していた。

ところが、この仕組みを利用して、州がメディケイド補助金の最大化を図るといった問題が生じるようになった。一部の州では、低所得者医療などに取り組む病院に対して割増支払いを行うとともに、病院に対する課税や病院からの寄付金を通じて資金の一部を「取り戻す」という行為がみられた。このような場合であっても、メディケイド補助金は州から病院に対する支払額を反映して増額されることになる。1991年と1993年の立法措置（Medicaid Voluntary Contribution and Provider-

Specific Tax Amendments）により、割増支払いの上限額が州と病院ごとに設定され、このような補助金の最大化行動に対して制限が加えられた。また、メディケイドから支払いを受ける医療機関のみを対象とした州の課税についても禁止されることになった。以上の措置により、2006年には、このような行為はみられなくなったとされる。

第2に、メディケイド補助金は連邦政府にとって大きな負担となっており、共和党を中心にメディケイド補助金の包括補助金化の提案が繰り返されてきたことである。包括補助金化の構想では、メディケイド補助金を上限付きの補助金に転換し、受給要件や給付内容の設定について州の裁量を大幅に拡大することが予定されている。

2012年に発表されたポール・ライアン（Paul Ryan）下院予算委員長（共和党）による予算案においても、メディケイドの包括補助金化の提案がふくまれている³²⁾。この提案では、州に対する包括補助金額を消費物価指数と人口増に応じて調整していくとしている。包括補助金化が提案される最大の目的は、財政赤字の削減である。議会予算局（Congressional Budget Office）の試算では、2012年にライアンの予算案が実行された場合には10年間で8100億ドルの歳出削減となり、2022年にはメディケイド予算の34%を削減することが可能になるとしている³³⁾。

包括補助金化がなされた場合には補助金額に上限が設定されるため、メディケイドの給付に影響が生じることになる。上記の試算によれば、補助金の削減に対応するために、州は、増税またはメディケイドの受給要件や給付内容を縮小する必要が生じるとしている。現政権の下で包括補助金化が実施される可能性はほとんどないが、緊迫した財政状況を背景に、メディケイド補助金の包括補助金化は繰り返し提示されてきた政策であり、今後も政策上の論点として議論される可能性がある。

第3に、メディケイドの実施について州の裁量

が拡大されたことである。従来、特例許可制度を通じて州独自のメディケイドの給付プログラムが実施されてきた。2005年の財政赤字削減法（Deficit Reduction Act）により、連邦政府による特例許可を得ることなく、州は、独自の給付プログラムを実施することが可能となった。例えば、連邦貧困基準133%未満の非高齢者のうち、州が定めた特定層に対して、通常のメディケイドよりも給付範囲を限定したベンチマーク給付を提供することが可能となった。ただし、ベンチマーク給付として、連邦保健省より承認されたプラン（連邦公務員医療給付プログラムによるブルークロス・ブルーシールドの標準プラン、州公務員の医療保険プランなど）と同等の給付を提供することが求められる。2014年からは医療制度改革法に基づき、ベンチマーク給付は、同法が定めた必須給付パッケージ（essential benefit package）の内容を含むものでなければならない。

また、州の判断によりメディケイド受給者に一定の自己負担を課することが可能となった。メディケイドでは、18歳以下の子供や妊婦などに一部負担金を求めることは禁止されており、その他の受給者に対する費用徴収も限定的であった。上記の法改正により、収入が連邦貧困基準を上回るメディケイド受給者に一定の自己負担を課することが認められることになった。

3 医療制度改革によるメディケイドの拡充

(1) メディケイドの適用拡大

オバマ政権による医療制度改革では、ヘルスケア・エクスチェンジの創設、民間保険に対する規制などの施策を通じて、国民の医療アクセスの改善が図られており、その一環としてメディケイドの適用範囲の拡大が予定されている。

医療制度改革法が制定されるまでは、メディケイドを受給するためには、一定のカテゴリー（妊娠中の女性や児童など）に属する者について設定

された所得基準を満たす必要があった。このような資格要件が設けられた背景には、「扶助に値する困窮者」の考え方が存在したとされる³⁴⁾。

2014年から実施されるメディケイドでは、この方針が転換される。すなわち、上記のカテゴリーに該当せず、これまでメディケイドの対象外とされていた、65歳以下で所得が連邦貧困基準133%以下の者に対してもメディケイドの受給資格が認められることになる³⁵⁾。さらに、連邦貧困基準133%を上回る者に対しても州の裁量によりメディケイドの対象とすることが可能となる³⁶⁾。これらの施策により、2014年から2016年の間に新たにメディケイドを受給する者の給付費については、連邦政府が100%の費用負担を行うとしている（2017年から2020年までの期間に負担率は90%に減額する）。医療制度改革に先行して、メディケイドや児童医療保険プログラムの適用範囲を拡大する州がみられるが、これらの州に対しても同様の財政負担がなされる。

(2) 医療制度改革の合憲性

医療制度改革法の制定後、同法に反発する保守層の強い州などによって、保険加入の義務付け規定は合衆国憲法に違反するなどとして同法の廃止を求めた訴訟が提起された³⁷⁾。2012年3月には、連邦最高裁においてフロリダ州などが原告となった裁判（Florida v. Department of Health and Human Services）の口頭審理が行われ、争点のひとつとして、メディケイド拡充の合憲性が問題とされている。これは、連邦政府の財政負担によるメディケイドの適用拡大は州に対する不当な強制であり、連邦の正当な支出権限（合衆国憲法第1条第8節）の行使にあたらぬとするものである。

本件の原審において、第11巡回区連邦控訴裁判所は、保険加入の義務付けを違憲とする原告の主張を認めたが、次のような理由からメディケイ

ドの拡充が不当な支出権限の行使に当たるとする原告の主張を斥けた³⁸⁾。第1に、メディケイドの創設以来、連邦議会はメディケイドの内容を改定する権利を有しており、州にはメディケイドの改定に従うか、メディケイド補助金を受け取らないかを選択する機会が与えられてきた。第2に、医療制度改革法に基づくメディケイド拡充のための費用の大半は連邦政府が負担しており、州の負担は少ない。第3に、州は、医療制度改革法の成立後、メディケイド・プログラムの拡充に参加するかを判断するために十分な時間を与えられている。第4に、州は連邦議会が定めたメディケイド・プログラムの条件が気に入らない場合、自らの課税・支出権限を行使し、独自のプログラムを創設することができる。

メディケイドの拡充に関わる争点は、連邦政府と州政府の権限配分という連邦制度の基本に関わる問題となっている。多くの論者は、最高裁が先例を変更し³⁹⁾、メディケイドの拡充を違憲と判断する可能性は低いとみている⁴⁰⁾。この主張が認められた場合、メディケアだけでなく、連邦補助金のあり方全般について見直しが求められることになる。このため、最高裁における審理の帰趨が注目されている。

V おわりに

本稿では、公的医療保障制度であるメディケア、メディケアにおける財源確保の展開と現状を検討した。

メディケアでは、近年、高所得者に対する社会保障税、保険料負担の引き上げが行われてきた。高齢者の増加による医療給付費の増加に対しては、財源調達の拡大が必要となる。しかしながら、現役の被用者に対して一律に社会保障税負担を引き上げることは困難であり、高所得者を中心とした負担の拡大が不可避であったと考えられる。ブッ

シュ政権下で成立したメディケア改革法において高所得者への割増保険料（パート B）が導入されたことは、医療保障の財源確保において再分配的な要素を導入する必要性を示したものとみることができる。また、パートAにおいて、社会保障税の課税対象に資産運用益を含めたことが注目される。1997年に社会保障税（メディケア分）の課税上限が廃止された時点で、社会保障税による再分配の要素は強められており、上記の措置は、これをさらに強化したものとみることができる。もっとも、社会保障税における課税対象の拡大は、（パートBのように）医療保障の費用に一般財源を用いた制度との区別を不明確にするとの指摘がある⁴¹⁾。

他方、連邦と州の財政関係が問題となるメディケイドにおいては、連邦と州によるマッチング補助金の仕組みを通じて、低所得者への安定した医療保障が図られてきた。近年の経済危機に起因する労働者の失業や収入低下はメディケイドの受給者増、州政府の歳入低下等の事態をもたらしており、医療制度改革の一翼を担うメディケイドの財源確保には、今後も困難な局面の続くことが予想される。

個人の自律、自己責任が重視されるアメリカにおいても、医療保障の維持、拡大を図るために、財源確保に再分配的な要素が導入されてきたことは、わが国の制度のあり方を考える上で興味深い視点を提供するものと考えられる。

注

- 1) Congressional Budget Office, *The Budget and Economic Outlook: Fiscal Years 2012 to 2022* (2012).
- 2) Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *2012 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds at Table II.B1* (2012).

- 3) メディケア・アドバンテージ・プランについては、関ふ佐子「メディケア・アドバンテージにみる社会保険と私保険併存の模索」横浜国際経済法学18巻3号(2010年)113頁以下参照。
- 4) The Henry J. Kaiser Family Foundation, Medicare Advantage, Fact Sheet (2011), <http://www.kff.org/medicare/upload/2052-15.pdf>.
- 5) The Henry J. Kaiser Family Foundation, Medicare Spending and Financing (2011), <http://www.kff.org/medicare/upload/7305-06.pdf>.
- 6) Elicia Herz, Cong. Research Serv., RL33202, Medicaid: A Primer 13 (2010).
- 7) 2010年会計年度において約43%と推計されている。The Henry J Kaiser Family Foundation, State Fiscal Conditions and Medicaid (2012), <http://www.kff.org/medicaid/upload/7580-08.pdf>.
- 8) このほかAFDC(1996年まで存在した要扶養児童家庭対象の扶助制度)の受給資格要件を満たす家族、7歳から18歳までの児童、補足的所得保障プログラム(SSI)の受給資格を有する障害者および65歳以上の者などをメディケイドの受給資格者とすることが州に義務付けられている。42 U.S.C. 1396a (10) (A) (i) (D).
- 9) Id., at § 1396n (b), 1396n (c).
- 10) 民主党が多数を占める当時の議会構成の下でも、高齢者を対象とした医療保険制度の創設には、共和党を中心とした反対派や民主党内に慎重な立場が存在し、社会保障法改正案の成立は難航していた。このため、共和党を中心に反対の強い強制加入の医療保険(パートA)については、保険給付の対象が入院医療を中心としたサービスに限定されることとなった。これと同時に、共和党案を取り込む形で医師の診療などを対象とした補足的医療保険(パートB)が任意加入の制度として創設されることになった。菊池馨実『年金保険の基本構造—アメリカ社会保障制度の展開と自由の理念』(北海道大学出版会、1999年)294-296頁参照。1971年には、社会保障諮問委員会により、両制度の統合が提案されたが、実現しなかった。同書304頁参照。
- 11) 26 U.S.C § 3101 (b), 3111 (b).
- 12) Id., at § 1401 (b).
- 13) 42 U.S.C § 1395c.
- 14) ただし、社会保障年金と異なり、医療給付を提供するメディケアでは、社会保障税の拠出実績は給付には反映されないため、世代間の所得再分配の傾向が強くなる。菊池・前掲書・注10) 302頁。
- 15) Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *supra* note 2), at Table II.B1.
- 16) Id.
- 17) 菊池・前掲書・注10) 302頁。
- 18) Patrica Davis, Cong. Research Serv., R41436, Medicare Financing 9 (2011).
- 19) 被用者、事業主が負担する社会保障税の税率の主な変遷は次のようになっている。0.35% (1966年) → 0.6% (1968年) → 1.0% (1973年) → 1.3% (1981年) → 1.45% (1986年)。Social Security and Medicare Tax Rate, Social Security Online, <http://www.ssa.gov/oact/ProgData/taxRates.html>.
- 20) それぞれ150,000ドルの給与のある夫婦の場合、夫婦の総所得(300,000ドル)が基準額である200,000ドルを上回るため、超過分の50,000ドルに対して社会保障税0.9%が上乘せされて徴収される。
- 21) The Henry J. Kaiser Family Foundation, Medicare Spending and Financing: A Primer 9 (2011), <http://www.kff.org/medicare/upload/7731-03.pdf>.
- 22) Jennifer O'Sullivan et al., Cong. Research Serv., RL32582, Medicare: Part B Premiums 3-4 (2004).
- 23) The Henry J. Kaiser Family Foundation, Income-Relating Medicare Part B and Part D Premiums: How Many Medicare Beneficiaries Will Be Affected? 2 (2012).
- 24) Id., at 4.
- 25) Richard L. Kaplan, Means-Testing Medicare: Retiree Pain for Little Governmental Gain, J.Retirement Planning 36 (May-June 2006).
- 26) Social Security Administration, Medicare Premiums: Rules For Higher-Income Beneficiaries 8 (2012).
- 27) Kaiser Family Foundation, (*supra* note 7).
- 28) Kaiser Family Foundation, Id. 2011年の時点で補助金負担率が高い州はミシシッピ州(74.73%)、ウエスト・ヴァージニア州(73.24%)、ケンタッキー州(71.49%)となっている。他方、下限の50%が適用される州は、ニューヨーク州、カリフォルニア州、メリーランド州となっている。Medicaid and CHIP Payment and Access Commission, Report to the Congress on Medicaid and CHIP 106 (2011).
- 29) 小泉和重「アメリカにおける財政調整制度について」自治体国際化協会編『平成17年度 比較地方自治研究会調査研究』(自治体国際化協会、2006年)115頁。
- 30) Cindy Mann, Medicaid and Block Grant Financing Compared (2004), <http://www.kff.org/medicaid/upload/Medicaid-and-Block-Grant-Financing-Compared.pdf>.
- 31) 片桐正俊『アメリカ財政の構造転換』(東洋経済新報社、2005年)303-306頁、311頁参照。
- 32) House Budget Committee, The Path to Prosperity:

- A Blueprint for American Renewal, Fiscal Year 2013 Budget (2012).
- 33) Congressional Budget Office, *The Long-Term Budgetary Impact of Paths for Federal Revenues and Spending Specified by Chairman Ryan* (2012).
- 34) Tom Baker, *Health Insurance, Risk, and Responsibility after the Patient Protection and Affordable Care Act*, 159 U. Penn L. Rev 1577, 1584 (2011).
- 35) 42 U.S.C. § 1396a (a) (10) (A) (i) (VIII).
- 36) 42 U.S.C. § 18051 (a) (1), (e) (1) (B).
- 37) *Thomas More Law Center v. Obama*, 720 F.Supp. 2d 882 (2010); *Commonwealth of Virginia v. Sebelius*, 702 F.Supp. 2d 598 (E.D. Va. 2010). 医療制度改革法成立直後の議論状況については、石田道彦「アメリカ医療制度改革の法的論点」週刊社会保障2577号(2010年)44頁参照。
- 38) *Florida v. Department of Health and Human Services*, 648 F. 3d 1235, 1267-68 (11th Cir. 2011).
- 39) *South Dakota v. Dole*, 483 U.S. 203 (1987).
- 40) See, e.g., Sara Rosenbaum and Timothy Stoltzfus Jost, *All Heat, No Light. The States' Medicaid Claims before the Supreme Court*, 366 N. Engl. J. Med. 487 (2012).
- 41) Richard L. Kaplan, *Rethinking Medicare's Payroll Tax after Health Care Reform*, TAXES 55 (August 2011).

(いしだ・みちひこ 金沢大学教授)