

基礎研 レポート

メディケイドと CHIP: 米国の医療セーフティネット —コロナ後の通常運営で加入者は減少中—

保険研究部 主任研究員 磯部 広貴
(03)3512-1789 e-mail: h-isobe@nli-research.co.jp

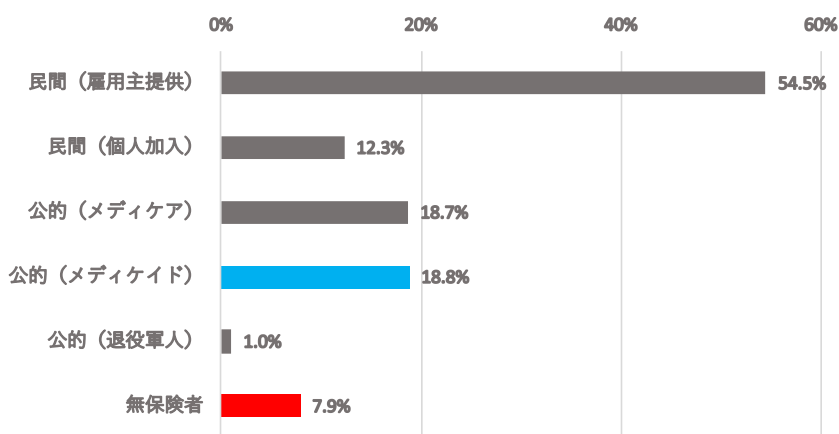
1—はじめに

米国の医療保険制度はわが国を含めた他の先進諸国とは大きく異なる。退役軍人を除いた一般国民向け公的制度は高齢者と障害者のためのメディケアと低所得者のためのメディケイドに限られており、他は民間医療保険に委ねられている。

保険料が高額であることもあって、富裕層は立派な民間の医療保険に加入できるけれども低所得者には加入が難しい。その現実から自己責任、小さな政府、ひいては弱肉強食などステレオタイプの米国のイメージが浮かんでくるところだが、上述の通り低所得者にはメディケイドという公的制度がある。

図表 1 は米国統計局が公表した 2022 年のデータを基に米国民の医療保険加入状況を類型別に示したもので、メディケイド（第 4 章で述べる CHIP を含む）の加入者は 19% 弱である。国民皆保険である日本の健康保険に親しんだ我々の視点からは 8% 近く存在する無保険者が気になるところであるが、これはメディケイドの加入資格を得るほど貧しくはなく、それでも自らの意思で保険に加入していない層と言ってよい。経済的には最貧レベルから始まり 2 割弱の米国民がメディケイドに加入することで医療保障を受けていることを理解いただけよう。

【図表 1：米国医療保険の加入状況（2022年）】



（資料）U.S. Census Bureau - Health Insurance Coverage in the United States: 2022より筆者作成。重複加入があるため合計数値は100%を超える。

実際のメディケイド加入者は、新型コロナウイルス感染拡大時に膨らんだ後で減少傾向にあるものの、それでも米国民の2割を超えているとみられる（第7章参照）。

このレポートでは、わが国では語られることの少ない米国の低所得者向け医療保険メディケイドと、さらに児童向けに対象範囲を拡大したCHIPについて、経緯と現状を論じていきたい。

2—公的制度の挫折と民間医療保険の普及

メディケアとメディケイドは1965年に誕生したが、これ以前にも国民に等しく医療保障を提供すべく公的制度を作ろうという動きは存在した。それらの試みが結果として挫折する中、医療保障ニーズを拾う形で普及していったのが民間医療保険である。以下の通り経緯をみていきたい。

1) 米国労働立法協会のモデル州法案（1915年）は採用されず

急速な経済発展は貧富の格差を拡大させ、20世紀に入る頃には看過できない社会問題となっていた。知識階級を中心に改革が検討される中、1905年に設立された米国労働立法協会は公的な医療保険の発足を目指した。

1911年に英国で国民保険法が成立したことにも刺激され、1915年、米国労働立法協会と米国医師会はドイツの制度¹に範を取り各州が労働者向けの医療保険を導入するためのモデル州法案²を発表した。

しかし1917年に米国が第一次世界大戦に参戦すると医療保険への関心は下がり、また、敵国ドイツの制度を手本としていることが反対派からの攻撃材料ともなった。特に大きな影響を与えたのは米国医師会が反対の立場に転じたことであった。実際に各州で議論される中で多くの医師が自らの患者との関係に州政府が介入することに否定的な見解を抱くようになる中、1920年、米国医師会は如何なる形でも医療保険を義務化することに反対の意思を公式表明した。

最終的に米国労働立法協会のモデル州法案を採用する州は現れずに終わった。

尚、この時期には既に民間医療保険が登場していたものの、医師と患者との関係に介入するという懸念は同じであるため米国医師会は否定的なスタンスを保ち、普及は限定的であった。

2) 社会保障法（1935年）から脱落

1929年の大恐慌の後も失業率が高止まりする中、1935年、民主党のフランクリン・ルーズベルト政権はニューディール政策の一環として社会保障法を成立させた。失業保険と老齢年金という2つの社会保険を中心とする同法は、大恐慌からの立ち直りを企図した労働政策の色が濃いものの、包括的な³社会保障制度を成立させた点において画期的と評価してよいだろう。

半年強の準備期間で立案された同法であったが、医療保険は検討の過程で除外された。

¹ 公的制度として医療保険を初めて導入したのはドイツ帝国の初代宰相ビスマルク（1815年～1898年）である。

² 天野拓「オバマの医療改革」（2013年）3頁によれば「①給付内容は、医療、手術、看護などを含む包括的なものとする、②4日間から最大26週間、週給の3分の2に相当する金銭的な給付を提供する、③出産や、④葬送費用に対する給付（最大50ドルまで）も保険対象に含める、といった点を特徴としていた。保険料は、労働者、雇用主、州政府が分担し、その拠出割合は、それぞれ労働者（40%）、雇用主（40%）、州政府（20%）と定められた。」

³ 但し当初は失業保険も老齢年金も加入者の職種が限定され、主に正規雇用の労働者が対象であった。

原案を作成するスタッフが医師ではなく公衆衛生学者であったこと、米国労働立法協会の会員でもあり当初案は 1915 年のモデル州法案と大差なかったことから、米国医師会の反発を招いた。米国医師会が強制的な医療保険に反対する旨の決議を採択する中、州の裁量を拡大するなど法案に修正が施されたものの、最終的にフランクリン・ルーズベルト大統領は医療保険を除外する決断を下した。医療保険が入ることによって、ニューディール政策の一環たる社会保障法案の成立が妨げられる危険を回避するためであった。

尚、法案修正の過程で州が低所得者を強制加入対象から外すことが認められた点については、中産階級が民間医療保険に加入し低所得者には医療費を扶助すればよいという考え方を導くことにもなった。

同じ頃、反対の姿勢を取っていた各地の病院や医師たちから民間医療保険の新局面が開かれつつあった。非営利で病院が運営し病院サービスを対象とする保険はブルークロス⁴と呼ばれ、1930 年代前半に広がっていた。また、地方の医師会が認め医師サービスを対象とする保険はブルーシールド⁵と呼ばれて 1940 年代に普及していく。

3) トルーマン国民皆保険案の霧消 (1952 年)

第二次世界大戦中の 1945 年 4 月、フランクリン・ルーズベルト大統領は他界しトルーマン氏が副大統領より昇格した。トルーマン大統領は社会保障法から脱落した医療保険を国民皆保険として導入することに意欲を示したものの、1946 年の中間選挙で上下両院とも過半数を共和党に制された。

折しもソ連との対立が深まっていく中、共和党や米国医師会は国民皆保険案を社会主義化⁶と痛烈に批判した。1948 年の大統領選挙では民主党が分裂し支持基盤が弱まったにも関わらず、トルーマン大統領は番狂わせの当選を果たした。また、上下両院とも民主党が過半数を奪還し公的医療保険発足の期待が高まった。

しかし事は順調に進まなかった。議会で要職を占める南部州出身の民主党議員が共和党議員と同様に反対の姿勢を示した。その一因として、人種隔離政策を取っていた南部州では、医療保険導入で連邦政府が病院などでの人種統合に着手することへの懸念があったとされる。また、危機感に煽られた米国医師会は猛烈な反対運動に傾いていった。国民皆保険案に対し従前からの社会主義化批判を加えるのみならず、現状に鑑み一部戦略を転換し民間医療保険を支持する立場を取った。

戦時下に遡る 1942 年、企業には一定以上の賃金引上げを禁じる賃金統制が課されたものの医療保険料は対象外であったことから、優秀人材確保のために民間医療保険を導入する企業が増えていった。医療保険料に税制優遇措置が認められたこともこれを後押しした。前述のブルークロス/ブルーシールドを含めた民間医療保険加入者は 1940 年の人口比 9.3%から、1948 年には同 41.5%に至

⁴ 1929 年、テキサス州のペイラー大学病院が医療費の高騰に悩む教員グループを対象に 1 人年間 6 ドル前払い制の保険を始めたことがブルークロスの嚆矢とされる。

⁵ 1939 年、カリフォルニア州は州医師会が運営し任意加入による医療保険を承認した。非営利団体とされ、保険業に関する規制の対象外であることも確認された。

⁶ V. R. ヒュックス「保健医療の経済学」(1990 年)には「第二次大戦後、ソ連邦からの亡命者たちが西欧でインタビューを受けたとき、彼らは例外なく西側世界を礼賛し、ロシアでの生活を告発したが、それには重要な例外が一つだけあった。亡命者たちはソビエト国家が提供する包括的な医療保険を失ったことを嘆いたのである(Field, 1967).」との記述がある。

った⁷。さらには、公的医療保険を支持していた労働組合においても、労使交渉を通じた民間医療保険の獲得や拡充に注力するようになっていった⁸。このような状況下、代案なくしては広く支持を得られないと判断した米国医師会は、国家に管理される公的保険ではなく、民間医療保険の拡張路線に舵を切った。

折しもトルーマン政権時代は、東西冷戦構造が固まり朝鮮戦争が勃発するなど対外情勢が緊迫した時期でもあり、政権末期には国民皆保険案は顧みられなくなっていた。

3— 社会保障法改正によるメディケイド導入

この章ではジョンソン政権によるメディケイド導入について振り返りたい。尚、メディケイドの内容は州によって異なり、また、導入から多くの時間が経過し変遷もあるため現状は第6章で確認することとする。

1950年代に民間医療保険が普及していく中、退職した高齢者が取り残され⁹、その救済のため公的制度の必要性が議論¹⁰されるようになった。共和党のアイゼンハワー政権ならびに民主党のケネディ政権時代にメディケア法案として高齢者¹¹向け制度の検討が続いたが、現実化の契機となったのはジョンソン大統領¹²が「偉大なる社会」(Great Society)を標榜し1964年の大統領選挙で圧勝したことである。

議会選挙でも同時に民主党が大勝を果たし、同党内でもメディケアに反対する保守派が減少した。立法化が確実視される中、反対の姿勢を取っていた米国医師会も態度を軟化せざるを得なくなり、最終的な検討の中で加わった¹³のがメディケイドである。年齢を問わず貧困層を救済するという目的に加えて、導入は各州の任意、運営に関して各州の裁量が大きいなど、反対の可能性が少ない制度設計であった。

議会ではメディケアについて活発な議論が行われたものの、メディケイドは顧みられることが少なく居眠り制度(sleeper program)と呼ばれながら成立に至った。

7 山岸敬和「アメリカ医療制度の政治史 20世紀の経験とオバマケア」(2014年)79頁。

8 長谷川千春「アメリカの医療保障 グローバル化と企業保障のゆくえ」(2010年)60頁には「UAW(United Auto Workers)のReutherは、1946年の時点で早くも、「われわれが政府に救済を求めるといふ信念に希望を与えるような証拠は何もない。近い将来、労働組合が労使交渉を通じてそのような保障を獲得できる範囲に限って、われわれは保障を勝ち取れるであろう」と言明していた。」とある。

9 割安な保険料を提示して事業の拡大を図るため、営利保険会社は企業の現役従業員のみを対象に、良好な健康状態を前提とした経験料率を採用した。非営利団体であるブルークロスとブルーシールドも生き残りのためにそれまでの地域料率から移行するようになった。

10 退職後も医療保険を継続する要望を受ける中、現役組合員の負担増を避けたい労働組合としては高齢者向けの公的医療保険導入を支持するスタンスをとった。

11 メディケアの対象に障害者が加わったのは1972年であり、制度発足時点では検討に含まれていなかった。

12 ジョンソン大統領はケネディ前大統領の暗殺を受けて前年に副大統領から昇格していた。

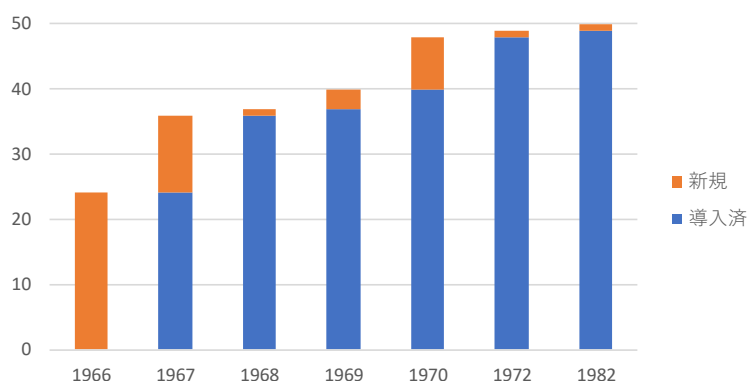
13 社会保障研究所編「アメリカの社会保障」(1989年)246頁には「メディケイドを1965年の社会保障改正法に盛り込むかどうかは、Mills上院議員の「メディケアは、全国民を対象とした強制的医療保険制度の導入の橋頭保として位置づけられることから反対である、という反対論に対してどう答えていくのか」という問いかけがきっかけになって実現したと言われている。すなわち、この問いに対し「法案に低所得者階層を対象とした別の制度を盛り込むことによって、このような批判をかわすことができるのではないか」とし、メディケイド法案が作成されていった」とある。

ジョンソン大統領による署名は、トルーマン元大統領夫妻臨席の下、ミズーリ州のトルーマン大統領図書館で行われた。約 20 年前にトルーマン元大統領が意欲的に取り組んだ国民皆保険ではないもの

の、遂に一般¹⁴米国民向け医療保険に公的制度が入った瞬間であった。

尚、メディケイドを盛り込んだ社会保障改正法は 1966 年 7 月に施行されたが、前述の通りメディケイドの導入は各州の任意のため、施行後全米で速やかに採用されたわけではない。最後となったアリゾナ州が導入したのは 1982 年であった。但し同州の他は 1972 年までに導入済であったため、この頃までにはほぼ全米の制度になったと評してよいだろう。

【図表 2：メディケイド導入州の推移】



(資料) Health Management Associates "Medicaid Expansion Considerations For Non-Expansion States"内の図表を基に筆者作成。

4—CHIP（州児童医療保険プログラム）導入

メディケアが高齢者と障害者、メディケイドが低所得者をカバーするようになったものの、米国民全般に幅広く医療保障を提供するニーズが薄れていったわけではない。

1990 年代には低調な経済と民間医療保険料の上昇を受けて無保険者が増えていく中¹⁵、医療保険制度改革を公約に掲げた民主党のビル・クリントン氏が 1993 年、大統領に就任した。

1) クリントン改革の頓挫

クリントン大統領は就任した同年 1 月のうちに医療保険制度改革に向けたタスク・フォースを立ち上げ妻のヒラリー氏を座長に任命した。新たなるファーストレディー像を示したことで話題を呼んだものの、改革案の作成には当初想定 of 100 日を超える時間を要し公表されたのは同年 9 月であった。

各州内で最低 1 つ以上の医療保険組合¹⁶を設立の上、各組合が民間保険会社と契約し企業や個人を加入させることを前提に、医療費の上昇は連邦レベルの国民健康委員会で抑制を図るなど国民皆保険を目指す意欲的な内容であったが、内容以前に非公開のタスク・フォースで作成されたことから議会の反応は芳しくなかった。11 月に法案として提出された後の議論は激化し、共和党や各業界

¹⁴ 退役軍人向けには古くより診療所などの医療サービスがあったが、第二次世界大戦で多数の退役軍人が見込まれる中、1944 年に退役軍人援護法が成立し大きく充実した。

¹⁵ 1991 年、民主党のハリス・ウォフォード氏はソ連に対抗する軍事費の必要がなくなった今、国民医療保険を最優先で検討すべきと訴えてペンシルバニア州の上院議員特別選挙において逆転勝利を飾った。この選挙は全米の注目を集め、多くの米国民に医療保障制度改革の必要性を喚起した。

¹⁶ 従業員 5000 人以上の企業は単独で医療保険組合を組成可能。

団体からの反対¹⁷のみならず、もう一方の民主党内リベラル派¹⁸もまとめられない状況を招いた。議会には複数の議員から対抗する法案が提出され、最終的には1994年9月の段階でクリントン改革は頓挫するに至った。

2) CHIPの導入

その約2か月後に行われた中間選挙で民主党は大敗を喫し、上下両院とも共和党が過半数を奪取した。クリントン大統領自身は1996年の選挙で再選を果たしたものの、2期目を通して上下両院で共和党が過半数を占める状況に変わりはない。

よって1期目に頓挫した国民皆保険のように抜本的な改革ではなく、特に医療保障ニーズが高い分野で議会との合意が可能な対策が部分的に図られるようになった。その一つ¹⁹が民主共和両党の協力で法案が提出された州児童医療保険プログラムである。Children's Health Insurance Programの頭文字からCHIP（チップ）と呼ばれる。

当時は約1,000万人の児童が無保険状態であり、その多くはメディケイドの加入資格を得るほど貧しくはない勤労家庭にあった。これらの児童を念頭に、連邦政府が助成金を支出して各州による医療サービスの提供を支援する制度がCHIPである。1997年に創設され、クリントン政権は1999年にInsure Kids Now（今、子供たちに保険を）キャンペーンを開始した。この時点で既に47州がCHIP導入済みであり、2000年9月までには250万人以上の児童が加入見込みと述べられた。

CHIPは時限立法によるものであり、10年後の2007年に更新と加入資格拡大のため議会が法案を可決したものの、共和党のブッシュ大統領は修正案も含め二度にわたり署名を拒否した。一部共和党議員も賛同しての拒否権を覆す多数可決²⁰は成立せず、最終的には2009年3月までの短期延長となり、前年の大統領選挙で勝利し同年1月に就任した民主党のオバマ大統領によって署名された。オバマ大統領は、800万人の児童が無保険状態にある中、既に700万人をカバーしているCHIPへ新たに400万人を加えて計1,100万人とすることは、全ての米国民に保障を提供するという自らの公約への手付金であると述べた。

CHIPが低所得者支援策の一つであることに変わりはないが、メディケイドから対象家庭を拡げることさらに一歩踏み込んだ子育て支援策でもある。その後のオバマ政権による医療保障制度改革においてもCHIPは生き残り、無保険者減少に向けた諸対策の中で低所得者の子育てを支援する機能としてメディケイドとともに重要な位置を占めることになる。

5—オバマケアと違憲判決を受けてのメディケイド拡張

2010年3月、医療保障制度改革に向けた法案(Patient Protection and Affordable Care Act、略

¹⁷ 特に企業に従業員への医療保険提供を義務化する点に対し、中小企業団体を中心に強い反対の声が出た。

¹⁸ 民間医療保険を前提とする改革では国民皆保険制度を実現できないとの危惧を抱かれた。また、財源の一部をメディケア・メディケイドの効率化に頼る点は両制度の給付内容悪化を招くと懸念された。

¹⁹ 他にはメディケア・アドバンテージが挙げられる。これはメディケア・パートCとも呼ばれ、従来のメディケア（病院サービスのパートAと医師サービスのパートB）の保障を代行しつつ、歯科などの保障も加えて民間医療保険会社が受託するものである。保険料は商品によって異なる。

²⁰ 大統領によって拒否権が行使された法案であっても、上下両院が3分の2以上の多数で再可決すれば発効となる。

称ACA)が成立した。厳密に国民皆保険を目指したわけではなく、複数の対策を組み合わせることで社会不安化していた無保険者の大幅な減少を進める²¹内容である。オバマケアとも呼ばれる。

この章では、オバマケアの中で本来メディケイドがどのように使われようとしたか、そして連邦最高裁より違憲判決を受けたことがどのような影響を与えたかをみていくこととしたい。

1) 無保険者減少策の一環としてのメディケイド

オバマケアの内容は複雑多岐にわたり概括することは難しいが、個人に医療保険加入を義務化し、また、企業による従業員への医療保険提供も義務化する一方で、これらを実現するための支援や体制整備を行う点が大局と言えよう。これまでと同様に主役は民間医療保険であり、その加入を拡大することが基本線である。

その一方で採り入れられたのが公的制度であるメディケイドの加入資格拡張である。一定水準までの低所得者はその義務として加入させるのではなく、公的制度によって救済する趣旨に基づく。従来FPL（連邦貧困水準）までであったメディケイドの加入資格をFPLの133%²²に広げるものであった。図表3は現時点で拡張がどのようなものであったかのイメージを持っていただくため、あえて2023年のFPL（連邦貧困水準）を基に作成した。

【図表3：オバマケアによるメディケイド加入資格（年収水準）拡張】

| (オバマケア前) | | | (オバマケア) | | | |
|----------|------------|--------------|---------|----------------|--------------|-------|
| 家族の人数 | 2023FPL ※1 | 円換算額 (万円) ※2 | 家族の人数 | 2023FPL × 1.33 | 円換算額 (万円) ※2 | 増加額 |
| 1 | \$14,580 | 204.1 | 1 | \$19,391 | 271.5 | 67.4 |
| 2 | \$19,720 | 276.1 | 2 | \$26,228 | 367.2 | 91.1 |
| 3 | \$24,860 | 348.0 | 3 | \$33,064 | 462.9 | 114.9 |
| 4 | \$30,000 | 420.0 | 4 | \$39,900 | 558.6 | 138.6 |
| 5 | \$35,140 | 492.0 | 5 | \$46,736 | 654.3 | 162.3 |
| 6 | \$40,280 | 563.9 | 6 | \$53,572 | 750.0 | 186.1 |
| 7 | \$45,420 | 635.9 | 7 | \$60,409 | 845.7 | 209.8 |
| 8 | \$50,560 | 707.8 | 8 | \$67,245 | 941.4 | 233.6 |

※1： アラスカ州とハワイ州を除く48州とワシントンDCが対象。家族が8名を超える場合は9名以降1人当たり\$5,140を加える。

※2： 1ドル140円で算出。

(資料) 2023FPL (Federal Poverty Level) はHealthCare.govより取得。

²¹ 法案成立前年の米国議会予算局の文書 (<https://www.cbo.gov/sites/default/files/111th-congress-2009-2010/costestimate/41423-hr-3590-senate.pdf>) では、2019年の無保険者を2,400万人と見積もっている。2010年の無保険者を5,000万人としていたことから9年かけて半減のイメージであったことが伺える。

²² 法令では133%のところ、その後には決まった計算方法(修正調整後総所得計算)に基づき実質的にはFPLの138%となった。よって138%と記す文献もあるが、諸々加入資格に関するFPLへの掛け目は法令ベースで書かれるため、このレポートでは133%で統一する。

4人家族を例に円換算額で考えるならば、年収420万円が上限であったところ、オバマケアの実現によって年収560万円弱までの家庭がメディケイドに加入できることとなった。

尚、オバマケア法案には上院案と下院案があり、最終的に成立したのは上院案をベース²³としたものである。採用されなかった下院案はメディケイドの加入対象を上院案より大きくFPLの150%まで拡張する一方でCHIPを廃止する内容であった。

2) 連邦最高裁による違憲判決

法案は成立したものの、オバマケアに反対する共和党が知事を務める州から相次いで訴訟が提起された。中核とも言える個人への医療保険加入義務化（医療保険に加入しない個人からのペナルティ徴収）が合憲か否かに注目が集まっていたところ、2012年6月、連邦最高裁はこの点を合憲と判断する²⁴一方で、メディケイドの加入資格拡張に対して判事9名のうち賛成7反対2で違憲判決を下した。

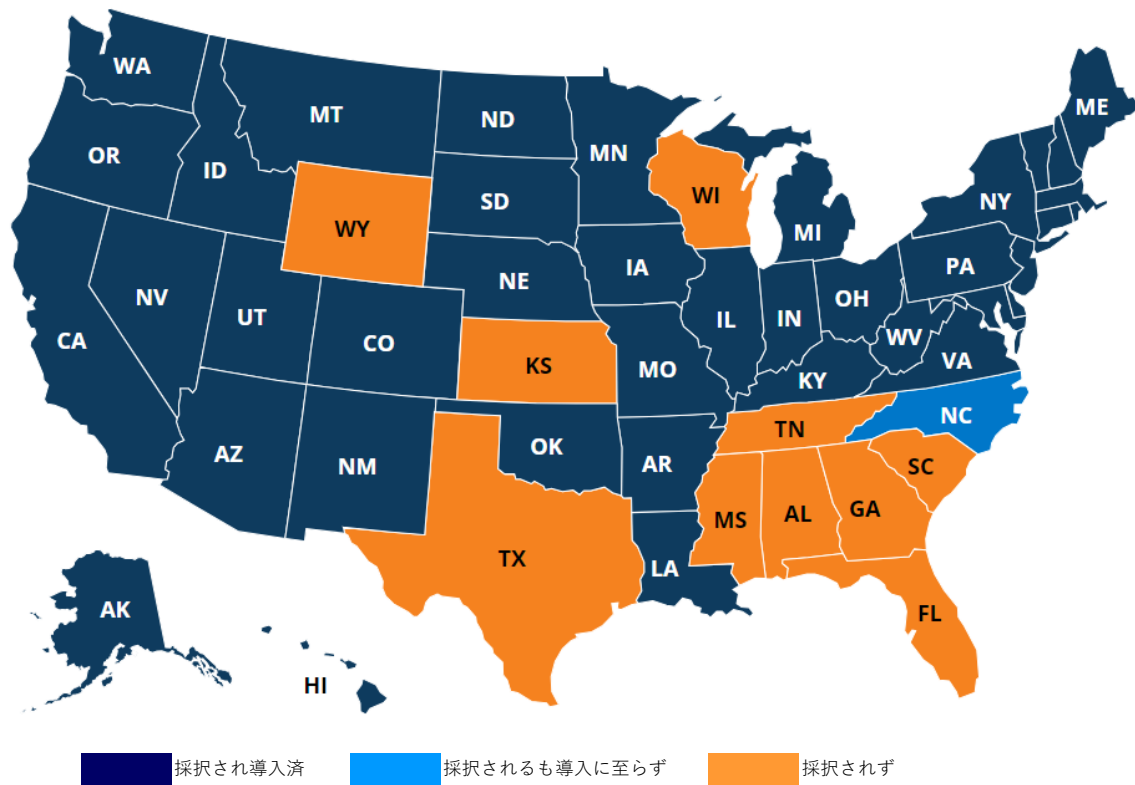
オバマケアではメディケイド加入資格拡張に伴う費用を2014年から2016年まで連邦政府がすべて負担するとしつつも、加入資格拡張に応じない州へは既存のメディケイドに関する費用拠出を停止する権限が連邦政府にあるとしていた。第3章で述べた通り、メディケイドの導入自体が各州の任意であることを踏まえ、このような権限は実質的に連邦政府が各州に加入資格拡張を強制するものとして違憲と判断されるに至った。

2012年6月の判決を受け、オバマケア全体は合憲として進められていく一方で、メディケイド加入資格拡張を行うかはあくまで各州の任意とされた。その結果、採択されたが未導入の州が1、採択されていない州が10、計11州で現在も加入資格拡張は実現していない。具体的には図表4の通りである。

²³ 当初はそれぞれ可決済の上院案と下院案を一本化した上で再可決する予定であったが、2010年1月、マサチューセッツ州の上院議員特別選挙にて共和党が議席を獲得したため上院で共和党によるフィリバスター（議事妨害）が可能な状態に陥った。このため上院案を下院でも可決させ、その後の修正を経て予算調整法案として上下両院で再可決する手続きが取られた。予算調整法案であれば上院でフィリバスター（議事妨害）を回避し単に過半数で法案を成立させることが可能であったためである。尚、パブリック・オプション（個人が民間医療保険に加入する代わりに選択できる公的医療保険）の新設など、総じて下院案は上院案より踏み込んだ改革案であった。

²⁴ 被告である連邦政府は、連邦議会の州際通商を規制する権限を個人への医療保険加入義務化の主な根拠に挙げて主張を展開した。これは認められなかったものの、最終的には連邦議会による課税権限の行使として賛成5反対4で合憲とされた。共和党政権による任命ながらもときにリベラルな立場を取るケネディ判事が鍵を握ると予想されていたものの、実際に賛成のリベラル派判事4名に加わったのはケネディ判事ではなくロバーツ首席判事であった。

【図表4：メディケイド加入資格拡大の州別採択状況】（2023年10月4日時点）



（資料）KFF Status of State Medicaid Expansion Decisions: Interactive Map, Published: Oct 04, 2023

6—現時点におけるメディケイドとCHIPの概要

上述の経緯をたどってきたメディケイドとCHIPが現時点においてどのような制度であるかみていきたい。

1) メディケイド

① 連邦政府の求める給付内容

低所得者支援という性質上、メディケイドは加入者から保険料を徴収せず給付は治療行為など現物で行われることが基本である。連邦政府は各州が運営するメディケイドの費用に対し下限50%から上限83%までを負担²⁵する（但しオバマケアによる加入資格拡張に伴う費用は90%）ところ、そのような財政支援を行う前提として、メディケイドによる給付内容には一定の条件が設定されている。

伝統的条件は15の必須給付内容²⁶と任意給付内容で構成される。処方薬や歯科治療は必須給付

²⁵ メディケイド費用に対する連邦政府の負担率はFMAP（The Federal Medical Assistance Percentage）と呼ばれ、その州の1人当たり収入が全米平均より高いと負担率が下がり（連邦支援小）、低いと逆になる（連邦支援大）構造となっている。

²⁶ ①入院医療サービス、②外来医療サービス、③早期および定期的な検査・診断および治療サービス、④療養施設サービス、⑤在宅医療サービス、⑥医師診療サービス、⑦地方保健クリニックサービス、⑧連邦資格保有の健康センターサービス

内容には含まれていない。給付の期間や範囲はその目的に応じて各州が決定可能である。

これとは別に各州はA B P (Alternative Benefit Plan) と呼ばれる代替プランを州内の特定のグループに提供することが認められている。個別の給付内容を要件化したものではなく、包括的なプラン²⁷の中から選択されるが、当該プランはオバマケアによって医療保険取引所で提供される個人保険に義務化された10種類の給付内容 (E H B²⁸) を含む必要がある。A B Pの採用は州の義務ではないものの、オバマケアの加入資格拡張による加入者にはA B Pを適用せねばならない。

② 免除規定

各州は連邦当局に個別に申請し承認を得ることによって、連邦規制とは異なるメディケイドの運営を行うことが可能となる。社会保障法には複数の免除規定があり、最も有名であるのは研究・実証プロジェクトのための第1115条である。

第1115条では連邦当局の承認に基づき、各州は連邦規制とは別に、加入資格や給付内容を拡げることが可能となる。当初は5年間で承認され、以後は基本的に3年(最長10年)毎に更新されるが、連邦予算に対しては中立である(連邦予算を増大させない)ことが求められる。2022年12月時点では49州とワシントンDCにおいて84の研究・実証プロジェクト²⁹が認められている。

50%以上の財政支援を行いつつも連邦規制は柔軟であり、メディケイドの運営には各州の裁量が大きく反映される構造となっている。

2) C H I P

各州が運営するC H I Pの費用に対する連邦政府による負担の下限はメディケイドよりもさらに高く65%である。

その前提として、各州はF P L (連邦貧困水準) の170%から400%内で基準を定め、基準収入以下の家庭における18歳以下で無保険の児童をカバーするよう連邦政府は求めている。オバマケアによる加入資格拡張を採用した州であってもメディケイドのカバーはF P Lの133%までの家庭の児童に止まるところ、C H I Pによって守られる児童を拡げる趣旨である。その一方、年収水準に応じて保険料を徴収³⁰することがある。

ス、⑨検査およびX線サービス、⑩家族計画サービス、⑪助産師サービス、⑫認定小児科および家族看護師プラクティショナーサービス、⑬独立型出産センターサービス(州によって認可または承認されている場合)、⑭治療のための移動、⑮妊婦向け禁煙カウンセリング。

²⁷ 対象となるプランは①連邦職員医療給付プログラムを通じて提供される標準的なブルークロス/ブルーシールドのPPOと同等の医療保険、②州職員に提供される医療給付制度、③州内でメディケイドではない加入者を最多で有するHMO、④保健福祉長官が認可した制度の4つである。PPOはPreferred Provider Organizationの略で、ネットワーク加盟医療機関が複数あり、さらに加入者はネットワーク外の医療機関にかかってもよいがネットワーク加盟医療機関に比し保険給付が限定される。HMOはHealth Maintenance Organizationの略で、加入者はGatekeeperとも呼ばれる主治医にかかる必要がある、主治医の紹介がないと専門医の治療を受けられない。一般的にはPPOがHMOより加入者の利便性が高いとされる。

²⁸ Essential Health Benefitsの略。具体的には①外来患者サービス、②救急サービス、③入院サービス、④出産・新生児ケア、⑤メンタルヘルス・薬物使用障害サービス(行動保健治療を含む)、⑥処方薬、⑦リハビリテーションサービスおよび器具、⑧検査サービス、⑨予防診断および慢性疾患管理、⑩口腔・視力ケアを含む小児サービス。

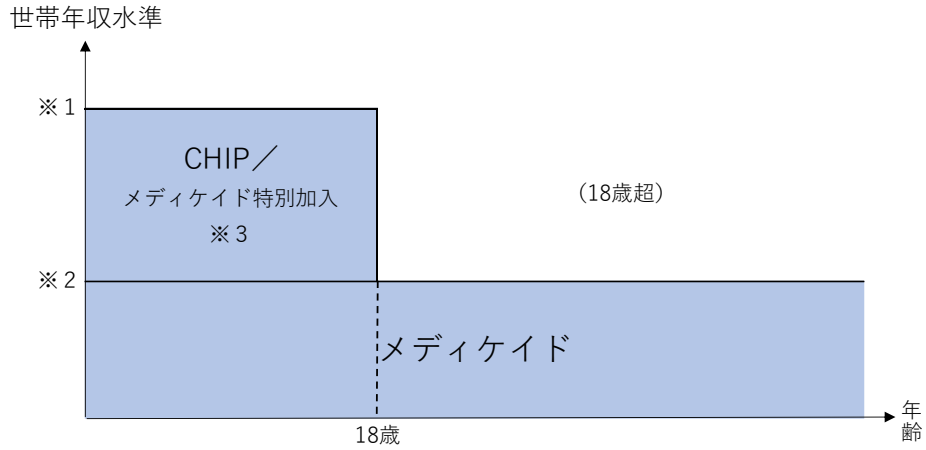
²⁹ Congressional Research Service "Medicaid: An Overview" Updated February 8, 2023の23頁。

³⁰ ニューヨーク州の場合、FPLの400%までの家庭の児童が加入可能であるものの、1歳未満児童では同218%超、1歳から18歳以下児童では同149%超の家庭に対し保険料が求められる。

CHIPの採用方法には以下3つの手法がある。

- ① 独立したCHIPのみ（2州）
- ② メディケイドへの特別加入（10州とワシントンDC）
- ③ 独立したCHIPとメディケイドへの特別加入を併用（38州）

【図表5：CHIP採用のイメージ】



- ※1： FPL（連邦貧困水準）の170%から400%内で各州が決定。
- ※2： FPL（連邦貧困水準）の133%（加入資格拡張を行っていない州では100%）
- ※3： 世帯年収水準や年齢によって区分しCHIPとメディケイド特別加入を併用可能。

資料) 筆者作成

2020年の登録児童数はメディケイドが約3,520万人、CHIPが約906万人、合計で約4,426万人³¹となっている。

3) 州別運営の例

連邦政府による財政支援を受けつつも、上述の通りメディケイドとCHIPの具体運営には各州の裁量が大きく認められている。ここでは、人口と経済規模が近い水準で民主党色の強いニューヨーク州と共和党色の強いテキサス州を対比しつつみていきたい。

³¹ Medicaid.gov の Federal Fiscal Year (FFY) 2020 Statistical Enrollment Data System (SEDS) Reporting より。

【図表6：メディケイド／CHIPの加入資格（対FPL）】※1 & 2

| 州 | 児童 1歳未満 | 児童 1～5歳 | 児童 6-18歳 | 独立した CHIP | 妊婦 | 他の大人 |
|--------|------------|------------|-------------|--------------|------|--------|
| ニューヨーク | 218% | 149% | 149% | 400% | 218% | 133%※3 |
| テキサス | 198% | 144% | 133% | 201% | 198% | 100% |

※1： 数値はいずれもFPL（Federal Poverty Level）に対する掛け目。

※2： 2023年7月時点。

※3： 133%超200%まではBasic Health Programに加入可能。オバマケアによって認められた医療保険取引所の一形態であり導入済は2州（ミネソタ州とニューヨーク州）。

（資料）Medicaid.govのMedicaid, Children's Health Insurance Program, & Basic Health Program Eligibility Levelsより筆者が作成。

図表6で示した通り、メディケイドとCHIPの加入資格はニューヨーク州がテキサス州に比し広範であり、低所得者への医療支援により注力していると言えるであろう。

給付の内容については、両州ともマネジドケアの仕組み³²を導入する観点から複数の民間医療保険会社に委託しプランも地域ごとに分かれているため一概な比較は難しいところ、両州のホームページよりCHIPの給付内容例示を図表7の通り引用したい。

【図表7： 各州ホームページにおけるCHIP給付内容の例示】

| ニューヨーク州※1 | テキサス州※2 |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・小児科健診 ・身体検査 ・予防接種 ・疾病やケガの診断と治療 ・X線検査およびラボ検査 ・外来手術 ・救急医療 ・医師の処方による処方薬および非処方薬 ・入院医療または外科治療 ・短期治療外来サービス（化学療法、血液透析） | <ul style="list-style-type: none"> ・アルコール依存症や薬物使用、精神疾患の入院および外来治療 ・歯科治療、医学的に必要な矯正 ・視力ケア ・言語療法（制限が適用されることあり） ・聴覚サービス ・耐久性医療機器と医療用品 ・病院への緊急救急車輸送 ・ホスピス |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・医師や歯科医師による定期検診 ・処方薬やワクチン ・病院での治療とサービス ・X線検査およびラボ検査 ・視力と聴力のケア ・専門医やメンタルヘルスクエアへのアクセス ・特別な健康ニーズや既往症の治療 |

※1： 愛称はChild Health Plus。

※2： メディケイド（愛称はSTAR）の給付も同じ内容で例示している。

（資料）New York State Department of HealthならびにTEXAS Health and Human Servicesのホームページを基に筆者作成。

いかなる高額医療であってもカバーされるわけではないものの、財政支援の前提として連邦政府が求める給付内容をクリアした上で各州が設定しており、低所得者への福祉として十分な対応と言

³² 民間医療保険会社が医療機関をネットワーク化し診療価格、ときには治療の要否を決定することで保険給付の対象となる医療費を抑制することが可能となる。

えるであろう。

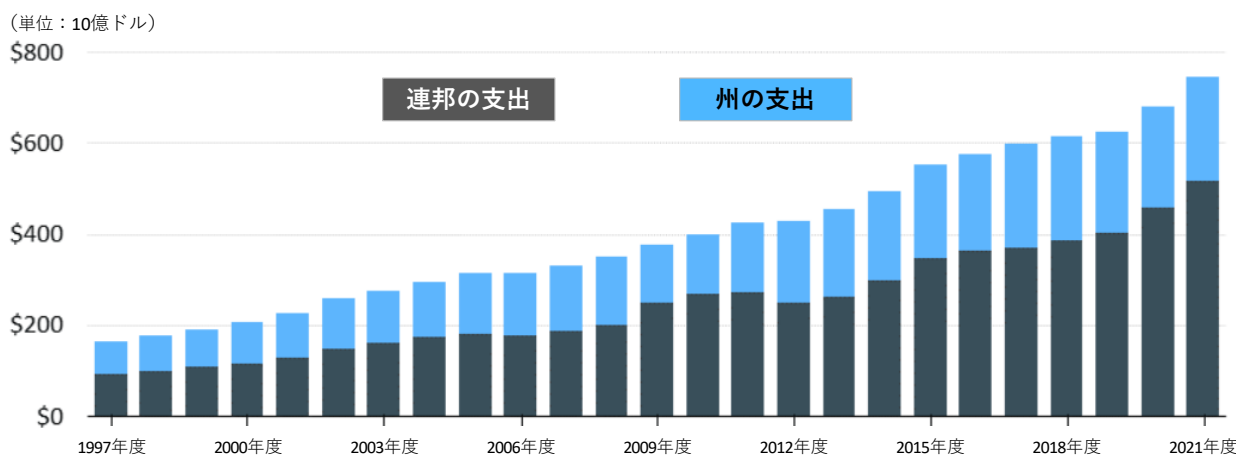
4) 医療機関による診療の実効性

米国において医療機関は患者を選ぶことができる。保険に加入しておらず診療報酬の支払いを期待できない患者への診療を拒否することもあれば、より高い診療報酬を支払える患者を優先し他を後回しにすることもありえる。メディケイド／CHIPに加入していても実際に医療機関の診療を受けられないのであれば福祉としての機能が不十分と言えよう。

まず無保険者との比較では、メディケイド／CHIP加入者の医療機関との関係は非常に良好³³であり、公的制度として十分に機能していると評してよいだろう。しかし民間医療保険との比較では様相が異なる。メディケイド／CHIPの診療報酬が低いために患者を受け入れる医療機関が限られる、特に専門医を探すことが難しいといった事実がかねてより指摘されてきた。2017年時点となるが、民間医療保険の患者は96.1%を受け入れたもののメディケイド／CHIPの患者は74.3%であったという調査結果³⁴がある。また、この数値は全米平均であり、州ごとあるいは医療の分野ごとに差異が大きい。

連邦政府と州の財政支出が増加基調をたどってきたことは図表8が示す通りである。財源確保の観点から常にコスト削減が求められており診療報酬の増加は難しいところ、民間医療保険と大差なく医療機関の診療を受けられるよう、各州の運営が問われるところである。

【図表8： 連邦と州による実際のメディケイド関連支出】



※事務費用も含む。

(資料) Congressional Research Service "Medicaid: An Overview" Updated February 8, 2023

³³ KFF "10 Things to Know About Medicaid"の図表7 (2021年の調査)によれば、日常的に利用可能な医療機関がないとする回答は大人の場合で無保険者40.9%のところメディケイド等公的保険加入者では10.9%、児童の場合で無保険者21.4%のところメディケイド等公的保険加入者では2.9%に止まった。

³⁴ MACPAC "Physician Acceptance of New Medicaid Patients: Findings from the National Electronic Health Records Survey"

7—コロナ後の加入者減少

1) コロナ時の加入者増大

新型コロナウイルス感染拡大という非常事態の中、連邦政府はその財政負担を増やしつつメディケイド／CHIPの継続時加入資格審査を2023年3月末まで凍結³⁵した。

この対策によって、メディケイド／CHIPは非常時の医療セーフティネットとして機能した半面、結果として加入者は大きく増えた。2020年2月から2023年3月末にかけて2,330万人の増加を受け、加入者数は9,500万人に至ったとの推計³⁶もある。

2) 通常運営への回帰

連邦法の適用が切れる2023年4月以降、各州は通常運営に回帰しメディケイド／CHIPの加入資格審査が再開した。

但し取組は州によって区々であり、時期としても4月再開が5州、5月再開が14州、6月再開が21州とワシントンDC、7月再開が9州、10月再開が1州であった。

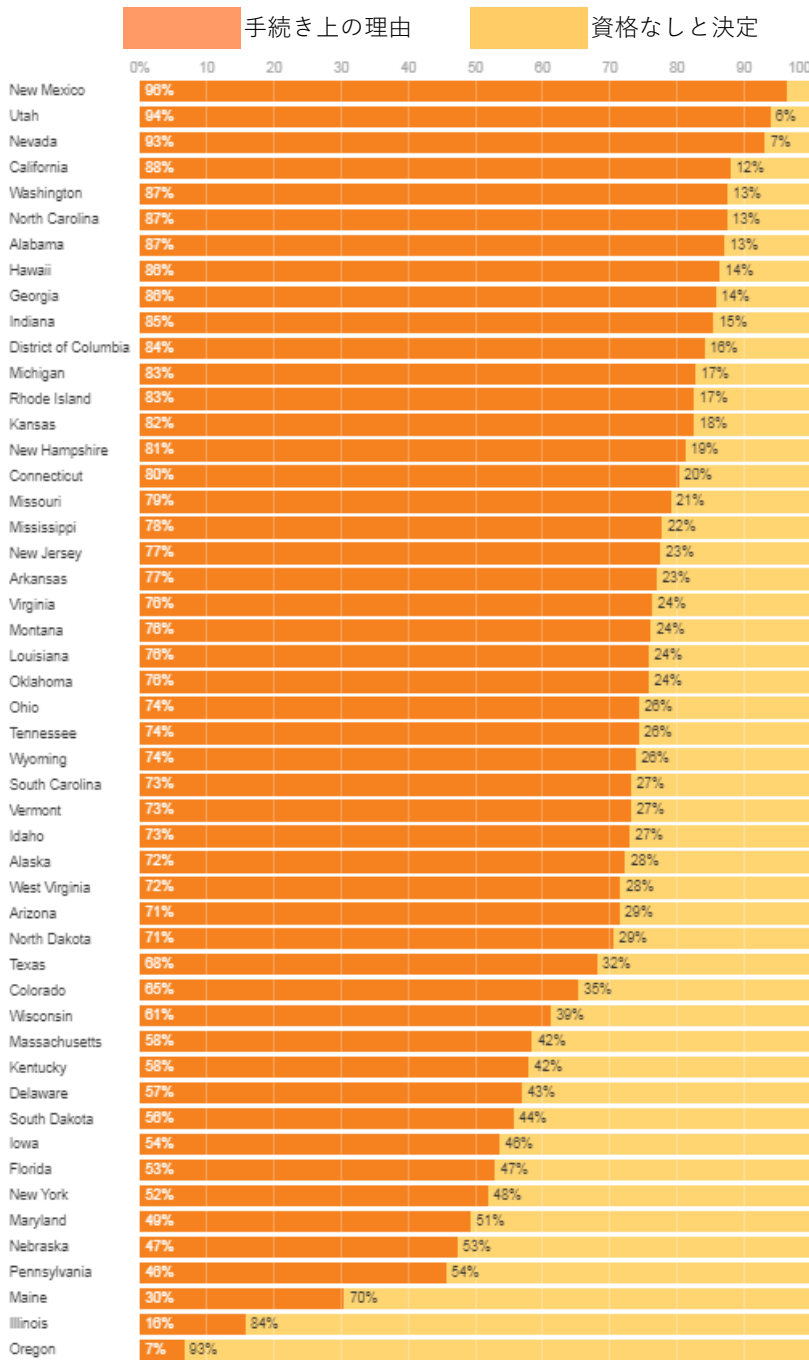
KFFの最新調査³⁷によれば、4月以降の加入資格審査再開を受けて少なくとも1,061万人強がメディケイド／CHIPから脱退となり保障を失った。対象期間や審査の方針が各州によって異なるものの、これまでの資格更新と脱退の比率は全米で65:35となっている。州ごとの差異も大きく、テキサス州で同比率が35:65と脱退が3分の2を占めるところ、逆にイリノイ州では90:10と脱退は1割に過ぎない。既に無資格であると想定される加入者や連絡の途絶えた加入者から優先的に進めた州もあれば、加入者それぞれの更新日に応じて手続きを進めている州もある。また、手続きの効率性、特にシステム開発の度合いも州によって異なる。メディケイドの運営は各州に委ねられている性質上、致し方ない状況と言えよう。

³⁵ まず2020年3月に成立したThe Families First Coronavirus Response Actによって新型コロナウイルスに伴う公衆衛生上の緊急事態収束まで継続保障が定められた。その後、Consolidated Appropriations Actが2022年12月に成立し、緊急事態とは関係なく2023年3月末まで継続保障実施を定めた。

³⁶ KFF News Release “As States Prepare to Resume Disenrollments, Medicaid/CHIP Enrollment Will Reach Nearly 95 million in March, and the Pandemic-Era Enrollment Growth of 23 million Accounts for 1 in 4 Enrollees”

³⁷ KFF “Medicaid Enrollment and Unwinding Tracker” (2023.11.14)

【図表 9： 各州別メディケイド脱退理由】



(資料) KFF “Medicaid Enrollment and Unwinding Tracker” (2023.11.14)

脱退の理由は加入資格なしとの決定と事務手続き上の理由とに大別される。加入資格なしと決まった脱退者がそのまま無保険状態になるか、あるいは他の医療保険に加入するかも重要であるものの、特に留意すべきは全米平均で脱退の71%が事務手続き上の理由によることである。州ごとの状況は図表9の通りである。

手続き上の理由とは、住所が正確に管理されていないため加入者が更新通知を受領していない、紛失を含め加入者が更新書類を送付していない、送付はされたが記入や添付書類に不備があつて更新できない、などである。

また、情報としては十分ではないが、同調査の中で把握可能な21州において脱退者の4割近くが児童（18歳以下の子供）となっている。

新型コロナウイルス感染が収束してもメディケイド／CHIPが低所得者への医療セーフティネットとして機能せねばならないことには変わりはない。連邦政府と各州の財政を守るため本

来の加入資格で運営することは当然であるものの、単に手続き上の理由で保障を失いかねない現状は社会不安の一因となっている。特に英語を苦手とするメディケイド／CHIP加入者が母国語のサポートのない州に居住している場合には、手続き上の問題がハードルとなる。

尚、第1章ではメディケイド／CHIP加入者の比率を19%弱と述べたが、これは民間医療保険を含めた全体を概観するために米国統計局の調査回答などによるデータを示したためである。

連邦政府が実際に各州への財政支出を算出するための報告データ³⁸に基づくならば2021年でメディケイド／CHIP加入者は9,210万人、人口（3億3180万人）比では27.8%であった。同年は継続時加入資格審査が凍結されて加入者数が膨らんでいた時期に該当し、既に参加者が減少傾向にあることはこの章で報じた通りであるものの、それでも米国民の2割超がメディケイド／CHIP加入者とみてよいであろう。

8—おわりに

一般に社会保障は「自助」「互助」「共助」「公助」に大別される。

低所得者にとって「自助」は難しい。米国の医療において「共助」は民間医療保険になるが、これも保険料が高額のため低所得者には難しい。よって前章まで述べた通りメディケイド／CHIPが「公助」として低所得者を支えてきた。米国民の2割超がメディケイド／CHIPによって一定の医療保障を受けている。

さらに米国では寄付などの「互助」あるいは慈善事業の存在感が大きい。わが国における寄付額が年間2兆円強に過ぎない³⁹ところ、米国における寄付額は年間4,993億ドル⁴⁰（約69.9兆円⁴¹）に至る。

このような米国の「互助」のうち、どれほどが低所得者のための医療に使われているかは判然としないものの、キリスト教の価値観で建国された米国⁴²においては現在も一定の比重を占めるものと想定してよいだろう。

メディケイド／CHIPという「公助」に「互助」まで加味すれば、米国は必ずしも自己責任ばかりの国ではなく、その医療セーフティネットは意外としっかりしていると考えてよいのではないだろうか。

以上

<主な参考資料>

天野拓「オバマの医療改革 -国民皆保険制度への苦闘-」勁草書房（2013年）

佐藤千登勢「アメリカ型福祉国家の形成 -1935年社会保障法とニューディール-」筑波大学出版会（2013年）

社会保障研究所編「アメリカの社会保障」東京大学出版会（1989年）

長谷川千春「アメリカの医療保障 -グローバル化と企業保障のゆくえ-」昭和堂（2010年）

山岸敬和「アメリカ医療制度の政治史 -20世紀の経験とオバマケア-」名古屋大学出版会

³⁸ MACStats: Medicaid and CHIP Data Book 2022 の EXHIBIT 1. Medicaid and CHIP Enrollment as a Percentage of the U.S. Population, 2021 (millions).

³⁹ 日本ファンドレイジング協会の寄付白書 2021 Infographic によれば、2020年の個人寄付総額が1兆2,126億円、2019年の法人寄付額は6,729億円、同年の助成財団による助成額は1,195億円。

⁴⁰ Giving USA 2023 Infographic より。

⁴¹ 1ドル140円で算出。

⁴² V. R. ヒュックス「保健医療の経済学」（1990年）69頁によると「伝統的社会では、家族が病者のニードを満たせないときには、宗教組織が代わって役割を果たした。じつのところ、ヨーロッパ諸国のほとんどすべての病院は教会が建設し、職員を配置し、主として貧困者にサービスを提供した。」

(2014 年)

V.R.フックス (江見康一／田中滋／二木立 訳)「保健医療の経済学」勁草書房 (1990 年)

厚生労働省 HP アメリカ合衆国 (United Staes of America) 社会保障施策

<https://www.mhlw.go.jp/content/001105034.pdf>

An official website of the Social Security Administration - Social Security History

<https://www.ssa.gov/history/>

Health Insurance Coverage in the United States: 2021 – Current Population Reports

<https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2022/demo/p60-278.pdf>

Congressional Research Service - Medicaid: An Overview (2023.2.8 改定)

<https://crsreports.congress.gov/product/pdf/R/R43357>

Medicaid.gov

<https://www.medicaid.gov>

Medicaid and CHIP Payment and Access Commission

<https://www.macpac.gov>

KFF - 10 Things to Know About Medicaid

<https://www.kff.org/mental-health/issue-brief/10-things-to-know-about-medicaid/>

InsureKidsNow.gov

<https://www.insurekidsnow.gov>

State Health Access Data Assistance Center - ACA Note: When 133 Equals 138 - FPL

Calculations in the Affordable Care Act (2012.1.27)

<https://www.shadac.org/news/aca-note-when-133-equals-138-fpl-calculations-affordable-care-act>

Congressional Research Service – Overview of the ACA Medicaid Expansion (2021.6.9 改定)

<https://crsreports.congress.gov/product/pdf/IF/IF10399>

New York State Department of Health - New York State Medicaid

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

New York State Department of Health – Child Health Plus

https://www.health.ny.gov/health_care/child_health_plus/

TEXAS Health & Human Services - Medicaid and CHIP

<https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/>

KFF - Medicaid Enrollment and Unwinding Tracker

<https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/medicaid-enrollment-and-unwinding-tracker/>

Giving USA 2023 Reports Insights

<https://www.bwf.com/giving-usa-2023-report-insights/>

以 上