

國學院大學學術情報リポジトリ

テキサス州のポスト・オバマケアのメディケイド改革における州財政の論理：

「負担に見合う」連邦補助金を用いた医療ニーズへの対応

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2023-02-06 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 櫻井, 潤 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.57529/00001050

テキサス州のポスト・オバマケアのメディケイド改革における州財政の論理

－「負担に見合う」連邦補助金を用いた医療ニーズへの対応－

■ 櫻井 潤

▶ 要 約

本論文の目的は、アメリカにおいて2010年患者保護アフォーダブルケア法（「オバマケア」）成立後に州政府が持続可能な財政システムの構築を目指して医療扶助のメディケイドの改革を実施するに至るまでの経緯を、連邦補助金を獲得する州財政の枠組みおよびその正当化の論理が形成される過程に焦点を当てて、テキサス州の事例に即して実証的に明らかにすることである。州政府によるメディケイド改革の課題は、無保険ワーキングプアへの医療保障を行うための持続可能な財政の枠組みを構築することであった。テキサス州政府は州財政赤字の削減および医療ニーズへの対応という課題を同時に達成するために、連邦法のオバマケアに反発する姿勢を示しつつも、その方針をふまえた独自の改革を行うことによって、自らの州にとって不利になる連邦法の規定を回避しながら連邦補助金を獲得することを目指した。その改革のあり方が州議会において検討された結果、州民の連邦税の負担に見合う連邦補助金を獲得すべきであるという論理が形成され、州政府はその論理に基づいてウェイバー制度を用いたメディケイド改革に着手したのである。オバマケア成立後のメディケイド改革の論点は、連邦規制や連邦補助金をめぐる州・連邦政府間の交渉や駆け引きがいかにして進められ、その交渉や駆け引きを経た改革が州の医療財政システムや州財政にどのような影響を及ぼすのかという点にあり、それらが「ポスト・オバマケア」の医療保障財政の枠組みを形成することになるであろう。

▶ キーワード

メディケイド、オバマケア、州財政、連邦補助金、テキサス州

目次

1. 問題意識
2. ACA 成立後のメディケイド改革における州財政の論理
 - (1) 州政府によるメディケイドの運営と連邦補助金

- (2) メディケイド改革の課題：ワーキングプアの無保険問題と州・連邦政府の財政負担
 - (3) ACAに基づくメディケイド改革：連邦補助金を用いた対象拡大への誘導
 - (4) 多様なメディケイド改革の現状
 - (5) 医療ニーズに対応するための州財政の論理：ACAに反発するテキサス州の背景
3. テキサス州における財政問題とメディケイド
 - (1) 税収減と連邦補助
 - (2) メディケイド支出の膨張
 - (3) 州財政赤字の拡大
 - (4) ワーキングプアの医療ニーズと医療セーフティネットの財政問題
 4. メディケイド・ウェイバーの申請に至る州議会の審議過程と州財政の論理
 - (1) ACAや連邦政府への反発
 - (2) メディケイド廃止案の不採用
 - (3) 医療の質の向上と効率化
 - (4) ウェイバー制度を活用したメディケイド改革：
医療ニーズに対応するための「負担に見合う」連邦補助金の獲得
 5. むすびにかえて

1. 問題意識

アメリカにおける医療保障政策の課題は、家計・企業・政府の医療費負担の軽減と、すべての人々に対して確実な医療保障を行う国民皆保険を同時に達成することを通して、持続可能な医療保障の枠組みを構築することである。多くの先進諸国とは異なり、アメリカにはすべての国民を対象とする公的医療保障制度が整備されておらず、確実な医療保障を持たない無保険者（uninsured）が数多く存在している。公的医療保障制度の対象は65歳以上の高齢者、障害者および一部の低所得者や貧困者などに限定されており、65歳未満の人々は主に医療保険市場において販売されている民間医療保険を購入することによって医療保障を得ている。しかし、アメリカの医療費水準は先進諸国の中でも突出して高く、それに対応して民間医療保険の保険料も高額であることから、保険を購入できない現役世代のワーキングプアが数多く存在する。これらの人々は、医療扶助の受給資格を得るための所得要件を満たすことができない場合には、無保険の状態に置かれたまま生活することになる。2010年には、無保険者の数は人口の16.3%に相当する約5,000万人にも上り、アメリカの国内外において深刻な状況として受け止められた。

この問題を解決することを目的としてバラク・オバマ（Barack Hussein Obama II）政権期に2010年患者保護アフォーダブルケア法（Patient Protection and Affordable

Care Act of 2010 ; P. L. 111-148) および 2010 年医療教育調整法 (Health Care and Education Reconciliation Act of 2010 ; P. L. 111-152 ; 以下, 両法を総称して「ACA」または通称の「オバマケア」とする) が成立した。ACA に基づく医療保障政策の特徴は, それぞれの州政府がこの連邦法の規定をふまえ, 自らの州にとって最も有利な方法で持続可能な医療保障システムの構築を目指す点にある。ACA の柱は, 第 1 に医療保険市場への公的規制, 第 2 に連邦財源を用いた保険料負担の軽減による民間保険への加入促進, 第 3 に州政府への連邦補助金の割増を手段とする医療扶助のメディケイド (Medicaid) の対象拡大である。

特にメディケイド拡大は, メディケイドの受給資格をワーキングプアの成人にも認めるよう州政府に実質的に義務づけるものであり, ACA が成立した当初にはその改革が無保険者の減少に大きく寄与することが見込まれていた。しかし, 2012 年には連邦最高裁から違憲判決が示され, メディケイド拡大は任意の選択に変更された。そもそも, 州政府は ACA 成立の当初から, 州ごとにそれぞれ異なる既存のメディケイドの枠組みを前提に, それぞれの財政の状況および医療ニーズをふまえて対応のあり方を模索してきた。その模索の過程で下された違憲判決が大きな分岐点となり, 州政府からの申請に基づいて連邦政府が効率的かつ効果的な制度の設計や運営などに連邦補助金を用いることを認めるウェイバー (Waiver) 制度の活用が, メディケイド改革の有力な手段として注目されることになる。

ACA 成立の当初には, 州政府はどのような州財政の状況に直面し, その状況の下でどのような特徴を有する医療ニーズへの対応を求められていたのか。そして, 州政府はどのような論理に基づいてメディケイド改革を実施することになったのか。これらの点を中心に, 州政府がメディケイド改革を実施するに至るまでの経緯および論理を歴史的に検討することは, ACA 成立後に多様な形で展開されている「ポスト・オバマケア」の医療保障政策の実態を明らかにするために不可欠な作業である。

本論文では, メディケイド改革に表れる州財政の論理を明らかにするために, ACA 成立後に州政府が自らの財政状況および医療ニーズをふまえてメディケイド改革を実施する経緯を, すべての州の中で最も多くの無保険者を抱えると同時に, 全米で最大規模の州独自の改革を実施してきたテキサス州の事例に即して検討する。

本論文の構成は以下の通りである。2 では, ACA 成立後の州政府によるメディケイド改革を規定する持続可能な州財政の枠組みの構築という課題を示す。その上で 3 では, 州政府によるメディケイド改革の背景を, 州財政の動向および医療ニーズに焦点を当てて明らかにする。その検討事例として, 無保険者数が州の中で最も多くその州民に占める割合が最も高いにもかかわらず, ACA に基づくメディケイド拡大を拒否したテキサス州の事

例を取り上げる。4では、州議会の審議資料の分析を通して、テキサス州のメディケイド改革の論理とウェイバー制度がその手段として選ばれた理由を明らかにし、そこに表れる州財政の論理を浮き彫りにする。そして5において、メディケイド改革における州財政の論理を整理した上で、「ポスト・オバマケア」の医療保障財政の論点を提示する。

2. ACA 成立後のメディケイド改革における州財政の論理

(1) 州政府によるメディケイドの運営と連邦補助金

メディケイドは、州政府と連邦政府による共同の費用負担に基づいて州政府によって運営される医療扶助であり、アメリカにおいて最も多くの人々に給付を行う医療保障制度である。連邦政府は州政府に対してメディケイドの実施を義務づけてはいないものの、2022年1月現在ではすべての州政府およびワシントンD.C.はメディケイドを実施している。

州政府は自らの税収等の財源を用いてメディケイドの支出を行うとともに、その支出額に基づいて交付される特定補助金の連邦マッチング補助金 (matching grant) を受け取る。州政府が連邦補助金の交付を受けるための条件は、受給資格、給付の対象となるサービスの内容や範囲、州政府から医療機関に支払われる診療報酬などに関する連邦ガイドラインを遵守して制度設計を行うことである。

メディケイドの受給者は、カテゴリカリー貧困者グループ (categorically needy groups) と、カテゴリカリー関連グループ (categorically related groups) に大別される。

第1に、州政府は連邦ガイドラインとして定められたカテゴリカリー貧困者グループに対して受給資格を付与することを要件として、特定のサービスの給付に関して連邦補助金を受け取る。2010年におけるカテゴリカリー貧困者グループは、(1) 各州において実施されている現金扶助制度の貧困家族一時扶助 (Temporary Assistance for Needy Families ; TANF) の前身である要扶養児童家族扶助 (Aids to Families with Dependent Children ; AFDC) の所得要件や資産要件を満たす世帯、(2) 所得が連邦貧困線 (Federal Poverty Levels)¹⁾の133%以下である世帯の6歳未満の子どもおよび妊婦、(3) メディケイドの受給者の女性が出産した1歳未満の乳児、(4) 障害者などを対象とする補足的保障所得 (Supplemental Security Income ; SSI) の受給者、(5) 養子や里子に関する児童養護制度の受給者、(6) 所得が連邦貧困線またはそれよりも少ない世帯の19歳未満の子どもなどであった。

第2に、州政府はカテゴリカリー関連グループに受給資格を付与することによって、これらの人々への特定のサービス給付についても連邦補助金を受け取ることが可能である。2010年におけるカテゴリカリー関連グループは、(1) 所得が連邦貧困線の133%から185%以下の世帯に属する1歳未満の乳児や妊婦、(2) 各州の要扶養児童家族扶助よりもいくらか寛大に設定される所得要件や資産要件を満たす21歳未満の子ども、(3) 所得が補足的保障所得の給付額の300%以下である施設入所者や一部の在宅・地域介護サービス(home and community-based services)の受給者、(4) 所得がカテゴリカリー貧困者グループの所得要件を超えているものの連邦貧困線の金額を下回る高齢者や障害者、(5) 所得が連邦貧困線の250%以下の世帯の就労している障害者、(6) 医療困窮者(Medically Needy)として州政府に認定された人々などであった。

それぞれの州政府に交付される連邦補助金は、州の支出額に各州の連邦医療補助率(Federal Medical Assistance Percentage; FMAP)を乗じた金額として算出される。FMAPは、それぞれの州における1人当たり平均所得および全米の1人当たり平均所得の相対比率の3年移動平均に基づいて50%から83%までの範囲内で年度ごとに設定される。2010連邦財政年度において、FMAPはカリフォルニア州やニューヨーク州などの50%からミシシッピ州の75.7%まで、最大で25.7ポイントの差が存在していた²。

(2) メディケイド改革の課題：ワーキングプアの無保険問題と州・連邦政府の財政負担

ACAが成立する2010年以前には、国民医療支出の膨張と同時に無保険者の数は急速に増加し、医療費負担や医療保障の問題が深刻化した。そのような状況の下で、2000年代にはメディケイドの受給者数および州・連邦政府の財政支出は大きく増えた。

第1に、1990年代半ば頃から医療保障システムの構造は変化した。多くの民間企業が企業福利制度の改革を行い、雇用主が保険会社との契約に基づいて自らの被用者に提供する雇用主提供医療保険(Employer-Sponsored Health Insurance)について保険料の拠出額を固定化させ、福利給付の実質的な削減が行われた³。2000年代には民間医療保険の加入者数が減少する傾向の下で、医療扶助のメディケイドや子ども医療保険加入支援制度(Children's Health Insurance Program; 以下「CHIP」とする)の受給者数は大きく増加し、確実な医療保障を持たない無保険者の数も過去最高の水準に達した。その結果、第1表に示されるように、2000年から2010年にかけて人口増が続く状況の下で雇用主提供医療保険の加入者数は1,249万人も減少し、特に2005年から2010年までの減少者数は

第1表 医療保障の適用状況の推移

(万人, %)

		2000		2005		2010	
		人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
全 米	民間医療保険	20,558	73.5	20,321	69.2	19,615	64.0
	雇用主提供医療保険	18,186	65.1	17,839	60.7	16,937	55.3
	個人加入医療保険	2,843	10.2	2,898	9.9	3,035	9.9
	公的医療保障	6,818	24.4	8,028	27.3	9,553	31.2
	メディケイド・CHIP	2,806	10.0	3,819	13.0	4,853	15.8
	メディケア	3,779	13.5	4,017	13.7	4,491	14.7
	軍人医療保障	894	3.2	1,116	3.8	1,293	4.2
	無保険	3,659	13.1	4,304	14.6	4,995	16.3
合計		27,952	100.0	29,383	100.0	30,655	100.0
テ キ サ ス 州	民間医療保険	1,363	65.8	1,373	60.2	1,394	55.3
	雇用主提供医療保険	1,207	58.3	1,231	53.9	1,244	49.3
	個人加入医療保険	194	9.4	170	7.4	156	6.2
	公的医療保障	423	20.4	588	25.8	703	27.9
	メディケイド・CHIP	168	8.1	283	12.4	392	15.5
	メディケア	233	11.2	278	12.2	291	11.5
	軍人医療保障	65	3.1	102	4.5	104	4.1
	無保険	456	22.0	523	22.9	621	24.6
合計		2,072	100.0	2,282	100.0	2,523	100.0

*1 1人が複数の制度によって保障されている場合もあることから、それぞれの制度の加入者数を足し合わせた人数は合計の人数と一致しない。

*2 それぞれの数値は四捨五入して算出していることから、各項目を足し合わせた値と合計が一致しない場合がある(第2表以降も同様)。

出所) U. S. Census Bureau, *Health Insurance Historical Tables-HIB Series* (<https://www.census.gov/data/tables/time-series/demo/health-insurance/historical-series/hib.html>; 2022年3月1日閲覧)より作成。

902万人にも上った。その加入者の人口比は2000年には65.1%であったが2010年には55.3%になり、10年間で9.8ポイントも低下した。それに対し、メディケイドおよびCHIPの受給者数はこの10年間に2,047万人も増加し、これらの受給者の人口比は同期間に5.8ポイントも高まった。とはいえ、医療扶助の受給者数の増加は雇用主提供医療保険の加入者数の減少よりも小規模であり、その多くは無保険者となった。無保険者の人口比は2000年の13.1%から2010年には16.3%に3.2ポイントも上昇し、2010年の無保険者数は政府による調査が開始された1987年以降において最多の約5,000万人にも上った。

第2に、2000年代には国民医療支出が増え続ける中で、メディケイド支出は特に2000年代後半に他の医療保障制度よりも大きく増加した。第2表に示されるように、国民医療支出は2000年から2010年にかけて1.89倍に増加した一方、メディケイド支出はそれよりも大きく増えて1.98倍になった。国民医療支出の増加倍率は、2000年から2005年までの期間および2005年から2010年までの期間にはそれぞれ1.48倍と1.28倍になり、2000年代前半から2000年代後半にかけて増加速度が落ちた。民間医療保険などの他の医

第2表 制度別の国民医療支出の推移

(億ドル, %)

	2000		2005		2010	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
患者一部負担	1,989	14.5	2,638	13.0	3,013	11.6
医療保険	9,190	67.1	14,140	69.9	18,323	70.8
民間医療保険	4,580	33.5	7,011	34.6	8,199	31.7
メディケア	2,248	16.4	3,398	16.8	5,195	20.1
メディケイド	2,004	14.6	3,094	15.3	3,974	15.3
連邦政府	1,168	8.5	1,775	8.8	2,665	10.3
州・地方政府	835	6.1	1,318	6.5	1,309	5.1
その他医療保険*	358	2.6	639	3.2	956	3.7
投資	833	6.1	1,197	5.9	1,521	5.9
その他	1,680	12.3	2,262	11.2	3,036	11.7
合計	13,692	100.0	20,238	100.0	25,894	100.0

* 子ども医療保険加入支援制度 (CHIP) および軍人医療保障。

出所) U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services, "National Health Expenditure Data" (<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical>; 2022年3月1日閲覧) より作成。

療保障制度の支出も、高齢者および一部の障害者を対象とする公的医療保険制度のメディケア (Medicare) の支出が2006年に処方薬給付が追加されたことに伴い大きく増えたことを除くと、2000年代前半から2000年代後半にかけて抑制される傾向にあった。それに対し、メディケイド支出は2000年代後半においても連邦支出が急速に増加したことによって、2000年代前半とほぼ同じ規模で約1,000億ドルも増え続けた。後に詳しく述べるように、2000年代後半の連邦支出の増加は主として、サブプライムローン問題を発端とする世界金融危機への対策として2009年に可決・成立したアメリカ復興・再投資法 (American Recovery and Reinvestment Act of 2009; P. L. 111-5; 以後「ARRA」とする) に基づいて、州政府に交付される連邦補助金が一時的に増額されたことによるものであった。州・地方政府のメディケイド支出は、2000年代前半には連邦支出の増加速度を上回って1.58倍に増加し、2000年代後半には連邦補助金の交付額の増加に支えられて高止まりした。

(3) ACAに基づくメディケイド改革：連邦補助金を用いた対象拡大への誘導

このような状況の下で、家計・企業・政府の医療費負担を軽減すると同時に国民皆保険を目指すことを目的として、2010年3月23日に連邦法のACAが可決・成立した。ACA

の柱は、医療保険市場への公的規制、民間医療保険への加入促進策、メディケイドの対象拡大である。これらの規定は主として国民を対象とするものであり、在米期間が5年未満であることなどから市民としての資格を持たない合法移民（lawfully present immigrants）や、入国時に認められた期間を超えてアメリカに滞在しているか、または正規の入国手続きを経ていない非合法移民（undocumented immigrants）は原則として対象外である。非合法移民の多くは無保険者であり、2000年代以降に非合法移民が急速に増加する傾向の下で無保険問題が深刻化する見通しは指摘されていたものの⁴、この規定は2022年3月現在においても存続している。

ACAによるメディケイド拡大は、成人の資格要件を緩和して世帯所得の要件を連邦貧困線の138%にまで引き上げるという内容であり、要件の緩和を行った州にはメディケイド拡大に伴う支出に関して連邦補助金を有利に交付するというものであった。具体的には、2014連邦財政年度から2016年度までの3年間にFMAPが100%に引き上げられ、それ以降には補助率は段階的に低下するものの2017年度から2019年度までの期間は95%、2020年度以降には90%という高い補助率で連邦補助金が交付される。

ACAが成立した当初の規定では、州政府がメディケイド拡大を実施しない場合、従来の受給者に関する部分も含めメディケイドのすべての連邦補助金の交付が停止されることになっていた⁵。テキサス州を含む26州の州知事や州司法長官などはACAが可決・成立した直後に、これらのACAの主要規定を違憲であるとして提訴した。

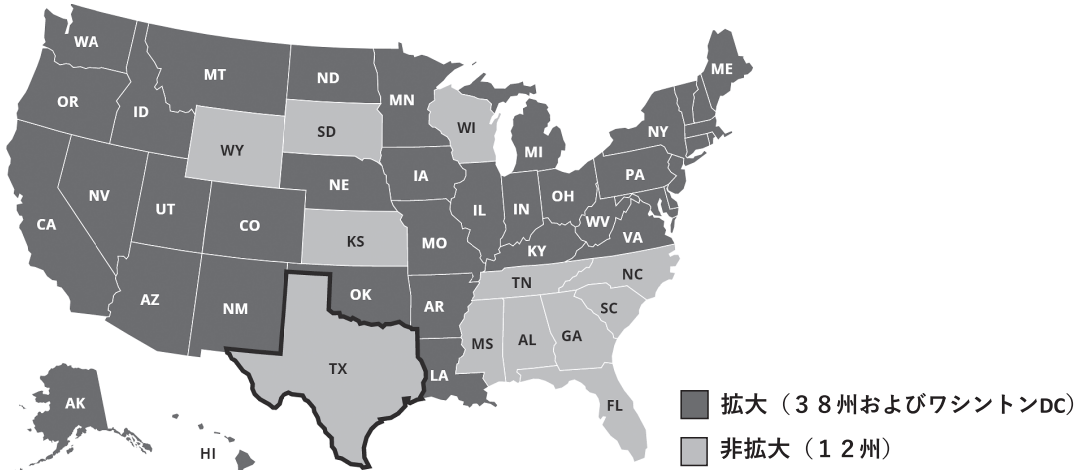
2012年6月28日における連邦最高裁の判決は、メディケイド拡大を実施しない州政府に対する連邦補助金の交付を打ち切る規定は違憲であるというものであり、これによってメディケイド拡大を実施するかどうかは州政府の裁量に基づいて選択できるようになった。この判決を契機として、ACAによるメディケイド拡大は実質的な義務化から連邦補助金を手段として州政府を誘導する政策に変化した。

(4) 多様なメディケイド改革の現状

ACAによるメディケイド拡大は連邦補助金を用いた強力な誘導を伴うものであったにもかかわらず、州政府による対応は一律ではなく、それを実施する州と実施しない州にアメリカが二分されている。第1図に示されるように、メディケイド拡大を実施しているのは2022年3月には38州とワシントンD.C.であり、南部諸州を中心とする12州はメディケイド拡大を実施していない。

本論文において取り上げるテキサス州には、すべての州の中で最も多くの無保険者が居

第1図 ACAに基づくメディケイド拡大の実施状況（2022年3月）



出所) Kaiser Family Foundation, *Status of State Action on the Medicaid Expansion Decision* (<https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/status-of-state-medicaid-expansion-decisions-interactive-map/>; 2022年3月1日閲覧) より作成。

住しており、州民に占める無保険者の割合も州の中で最も高かった⁶。それゆえに、テキサス州政府はメディケイド拡大を実施することによって、他の州よりも多くの連邦補助金を獲得して対象拡大を実現することが可能であった。それにもかかわらず、テキサス州政府は他の11州とともにメディケイド拡大の実施を頑なに拒否し続けており、ACAに反発する姿勢を崩していない。

とはいえ、これらの州政府は無保険者への対策を放棄しているのではなく、独自の論理に基づいて不十分な保障しか持たない人々や無保険ワーキングプアへの医療保障の内容や手段を見出し、独自の医療保障政策を実施している。その主な手段はウェイバー制度であり、多くの州政府はこの制度を活用して地域の医療ニーズへの対応を試みている。ウェイバーは連邦政府による規定の免除を意味しており、州政府はこの連邦制度を活用することによって裁量的な制度設計を行い、その制度内容に基づいて交付される連邦補助金を用いて柔軟なサービスの提供を行っている。州政府はウェイバーの申請書を連邦保健福祉省 (Department of Health and Human Services) に提出し、保健福祉省がその内容を審査した上で承認する手続きを経て、ウェイバー制度を実施することが可能になる。分極化が進むアメリカにおいては、連邦議会における審議が停滞する状況の下で、ウェイバー制度は政策適応やイノベーションを活性化させるために有益なメカニズムとして台頭している⁷。実際に、メディケイドのウェイバーは州政府によるメディケイド改革の最も有力な手段として、メディケイド拡大の実施の有無を問わず、ACA成立後に多くの州で実施されている⁸。

(5) 医療ニーズに対応するための州財政の論理：ACAに反発するテキサス州の背景

ACA成立後のメディケイド財政に関連する研究動向は、第1にメディケイドの財政制度およびACAの法制度に関する研究、第2に州政府によるメディケイド改革の研究、第3に低所得者や貧困者を対象とする医療セーフティネットの財政制度の研究に分類することができる。

第1の研究動向について、Geis and Fossett (2005)は、1990年代半ば以降にはメディケイドのウェイバー制度が連邦議会における審議を回避して制度改革を実施する手段として歴代の大統領によって活用されてきたと同時に、数多くの州政府はメディケイド支出を抑制することを重要なねらいとしてウェイバー制度を実施してきたことを指摘している⁹。Thompson (2012)は、1990年代後半以降の州政府による連邦補助金を用いた裁量的なウェイバー制度の実施が州主導の分権的なACAの成立要因となり、ウェイバー制度のあり方がACA成立後もメディケイドの持続可能性において重要な論点であることを明らかにしている¹⁰。天野 (2013) および山岸 (2014) は、メディケイド拡大を含むACAの法制度の特質やACAの成立に至る連邦レベルの政治過程について、医療保障システムの枠組みとの関係に即して検討している¹¹。

第2の研究動向としては、Rose (2013)はACAによるメディケイド拡大を実施している州とそれを拒否する州の両方がウェイバー制度を実施していることについて、ACAの成立に至るまでの連邦政策の展開や州政府によるウェイバー制度を用いた連邦補助金の獲得行動を交えて検討している¹²。加藤 (2021)は、ACA成立後には連邦補助金の交付を伴うメディケイド改革が州ごとに多様な展開で進められていることを、カリフォルニア州政府におけるメディケイド拡大およびウェイバー制度を活用したメディケイド改革の事例検討を交えて明らかにしている¹³。

そして第3の研究動向として、Gusmano and Thompson (2012)はメディケイドの連邦補助金が医療セーフティネットの主要な財源として位置づけられている点について、メディケイドの財政制度や運用事例に即して検討している¹⁴。

これらの研究は、ACAによるメディケイド拡大やACA成立後の州政府によるメディケイド改革について、それぞれの観点から詳細に検討している。しかしながら、それぞれの州政府がどのような背景の下で、どのような理由からメディケイド拡大や改革に踏み切ったのか、またその改革の内容および方法をどのように決断したのかは、必ずしも明らかにはされていない。第1に、メディケイド拡大を拒否している州政府は単に福祉理念や政策理念の相違を理由としてACAに反発しているのではなく、ACA成立前の州財政の状況、

自らの州における低所得・貧困者の医療ニーズの特徴、既存の医療保障制度の枠組みをACAの規定と照合し、メディケイドのあり方を決定している。第2に、州議会における政党間や政党内の勢力関係および住民投票の実績などの政治状況も、州政策の内容や手段および方向性を規定する要因である¹⁵。第3に、州政府が改革の手段としてウェイバー制度を採用したのは、州財政における連邦補助金のあり方が州議会において審議され、それが連邦補助金を有利に獲得するための手段であることを含め、州の政策目標を実現する方法であることが見出されたからである。

これらのことから、州政府によるメディケイド改革を検討する際には、改革の背景となる州財政や医療ニーズの状況と、州議会における審議内容を中心に州政策の展開過程が具体的に検討される必要があることがわかる。これらの検討を行うことによって、「民主主義の実験場」と評されるアメリカの分権的な枠組みの下で、連邦法のACAと州政府によるメディケイド改革の対応関係が具体的に明らかになる。それは、ACA成立後における多様な州政策の展開を経て形作られる「ポスト・オバマケア」の実態を明らかにするために不可欠な作業であるといえよう。

以上をふまえて本研究は、ACA成立後に州政府がメディケイド改革を実施するに至るまでの経緯を、医療ニーズや州財政の状況および州政策の展開過程に焦点を当てて検討する。本研究は全米の動向に加え、テキサス州を具体例として検討を行う。テキサス州はすべての州の中で最も多くの無保険者を抱えており、ACAに基づくメディケイド拡大を実施していない州の代表的な事例である。それに加え、テキサス州政府は全米において最大規模の財源を用いたウェイバーの独自制度を長期間にわたって実施してきた実績を持っており、「ポスト・オバマケア」の有力なモデルとして注目されている。

3. テキサス州における財政問題とメディケイド

(1) 税収減と連邦補助

テキサス州は2年制予算 (biennial budget) を採用しており、9月から翌年8月までを財政年度とする2年度分の予算が2年おきに編成される。テキサス州議会予算委員会 (Legislative Budget Board) は、経済社会情勢や政策課題などに基づいて予算の分析を行い、会期ごとに州議会に報告書を提出している。本節では主としてこの報告書に依拠しながら、ACA成立の直前に成立した2010-11年度予算を中心に州財政およびメディケイド

ド支出の動向を明らかにする。

2010-11年度におけるテキサス州の歳入予算の構造は、サブプライムローン問題を発端とする金融危機に伴う深刻な不況によって税収は減少するものの、景気対策として交付される連邦補助金が税収減を上回る規模で増加することによって、予算規模が拡大するというものであった。テキサス州を含む中西部や南部の諸州では、経済不況の影響はカリフォルニア州やフロリダ州および北東部の諸州に比べるとそれほど大きなものではなかったとはいえ、失業率の上昇や売上高の減少はテキサス州の経済や財政に深刻な影響を及ぼした¹⁶。それゆえに、連邦補助金の増額はテキサス州の経済や財政を下支えする重要な役割を担うことになった。

テキサス州議会予算委員会による2009年の報告書によると、2009年1月の時点では2008-09年度における州税等の州の歳入は当初予算額よりも大きくなり、州の主要な基金において51億ドルの財政黒字がもたらされる見通しであった。それに加え、州政府は連邦法のARRAに基づいて144億ドルもの連邦補助金を受け取った。これらの結果、「テキサス経済に悪影響を及ぼし続ける世界的な不況による影響が長引いているにもかかわらず」、2010-11年度歳入予算は増加することになった¹⁷。

実際に、第3表に示されるように、2010-11年度の歳入予算は1,803億ドルであり、2008-09年度の1,713億ドルよりも90億ドルも増えた。州税収の見込額は777億ドルであり、2008-09年度予算よりも15億ドル減少した。他の多くの州とは異なり、テキサス

第3表 テキサス州政府の歳入（2008-09年度および2010～11年度予算）

(百万ドル, %)

	2008-09年度 (A)		2010-11年度 (B)		A-B	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
税収	79,180	46.2	77,727	43.1	-1,453	-3.1
売上税	42,618	24.9	43,789	24.3	1,171	-0.6
石油産出税	2,321	1.4	1,830	1.0	-491	-0.3
天然ガス生産税	4,092	2.4	1,994	1.1	-2,098	-1.3
モーター燃料税	6,134	3.6	6,300	3.5	166	-0.1
自動車売上レンタル税	5,943	3.5	5,711	3.2	-232	-0.3
フランチャイズ税	8,702	5.1	8,702	4.8	0	-0.3
たばこ税	3,004	1.8	2,958	1.6	-46	-0.1
アルコール飲料税	1,581	0.9	1,703	0.9	122	0.0
保険営業税	2,708	1.6	2,677	1.5	-31	-0.1
その他	2,078	1.2	2,064	1.1	-14	-0.1
連邦受取	57,098	33.3	67,336	37.3	10,238	4.0
免許、手数料、罰金	17,426	10.2	13,795	7.7	-3,631	-2.5
利子・投資収入	3,656	2.1	6,309	3.5	2,653	1.4
宝くじ事業収入	3,179	1.9	3,194	1.8	15	-0.1
土地賃料収入	1,838	1.1	1,741	1.0	-97	-0.1
その他	8,891	5.2	10,215	5.7	1,324	0.5
純歳入合計	171,269	100.0	180,316	100.0	9,047	—

出所) State of Texas, Legislative Budget Board (2009) より作成。

州は州税として所得税を課しておらず、州内の営業活動に基づく利益を課税ベースとするフランチャイズ税は徴収しているものの、法人税も導入していない。州の基幹税は売上税であり、2010-11年度予算において税収の過半数を占め、2008-09年度予算よりも12億ドル増加する見通しであった。他方、フランチャイズ税の税収は、州経済の厳しい状況が続く状況の下で、2008-09年度予算から増えずにほぼ同額になる見通しであった。さらに、テキサス州経済をけん引する石油・天然ガス事業や石油化学製品の生産にかかわる石油産出税や天然ガス生産税の税収は、世界的な不況に伴う需要の減少が続いている影響で2008-09年度予算よりもそれぞれ5億ドルおよび21億ドルも減少し、これらの減少見込み額は売上税の増収見込み額を上回る規模であった。こうした州税収の減少に対し、連邦受取は2008-09年度予算よりも102億ドルも増えて673億ドルになる見込みであった。連邦受取の予算額は売上税の税収見込み額よりも大きく、州税収の総額に迫る規模であった。すでに述べたように、これはARRAに基づいてテキサス州に交付される連邦補助金が増加する見通しによるものであった。

(2) メディケイド支出の膨張

次に歳出予算をみると、教育分野に次いで保健・医療・福祉の支出が大きく、特に保健福祉サービス支出には州税収などに加えて最も多くの連邦補助金を用いられていた。

第4表に示されるように、テキサス州の財政運営に用いられる基金は、一般歳入基金（General Revenue Funds）、一般歳入特別基金（General Revenue Dedicated Funds）、連邦基金（Federal Funds）、その他基金（Other Funds）の4種類で構成されている。これらの中で規模が最も大きい一般歳入基金は、州の税収や手数料収入などを主な財源として支出を行う基金であり、最大費目が教育機関への支出であり、その次に保健福祉サービスへの支出が大きい。連邦基金は、一般歳入基金の次に規模が大きく、連邦政府から交付される連邦補助金を用いた支出を行う基金である。2010-11年度の歳出予算において、保健福祉サービスの支出に充てられた予算額は、この基金の予算総額の51.6%を占めていた。一般歳入特別基金は、一般歳入基金と同様に州税収等を用いて教育機関への支出や天然資源に関する支出などを行う。その他基金は、教育機関への支出に加え、特に産業・経済開発に関する支出を行う基金である。

テキサス州におけるメディケイド支出は、主に一般歳入基金の支出と連邦基金の支出を足し合わせた金額として算出することができる。テキサス州においてメディケイドを中心とする医療行政を担うテキサス保健福祉サービス委員会（Texas Health and Human Ser-

第4表 テキサス州政府の基金別歳出 (2010~11年度予算) ※1

(百万ドル, %)

	一般歳入基金		一般歳入専用基金		連邦基金		その他基金		合計	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
一般政府	2,443	3.0	673	10.5	692	1.1	658	2.2	4,466	2.5
保健福祉サービス	24,414	30.3	990	15.5	33,833	51.6	510	1.7	59,746	32.8
うち保健福祉サービス委員会	14,573	18.1	0	0.0	20,554	31.4	627	2.1	35,755	19.6
教育機関	48,943	60.7	2,382	37.3	9,381	14.3	14,746	49.7	75,452	41.4
司法	438	0.5	61	1.0	5	0.0	168	0.6	672	0.4
公安・刑事司法	8,630	10.7	78	1.2	618	0.9	1,442	4.9	10,768	5.9
天然資源	875	1.1	1,319	20.6	1,011	1.5	259	0.9	3,464	1.9
産業・経済開発	587	0.7	400	6.3	7,929	12.1	11,798	39.8	20,715	11.4
監督行政	312	0.4	483	7.6	5	0.0	48	0.2	847	0.5
一般貸倒引当金	2	0.0	3	0.0	1	0.0	21	0.1	28	0.0
議会	354	0.4	0	0.0	0	0.0	1	0.0	355	0.2
2009年アメリカ復興・再投資法	-6,383	-7.9	0	0.0	12,059	18.4	0	0.0	5,675	3.1
うち保健福祉サービス委員会	-2,513	-3.1	0	0.0	2,561	3.9	0	0.0	48	0.0
合計	80,614	100.0	6,389	100.0	65,534	100.0	29,651	100.0	182,188	100.0

※1 当初予算に一部の補正予算を足し合わせた金額。

※2 50万ドル未満。

出所) State of Texas, Legislative Budget Board (2009) より作成。

vices Commission；以下「HHSC」とする)は、2010-11年度の歳出予算において一般歳入基金の18.1%、連邦基金の31.4%をそれぞれ割り当てられ、全基金におけるHHSCへの割当額は全体の19.6%を占めていた。それは保健福祉サービスに充てられる予算額のおよそ6割にも上り、連邦基金における割当額は一般歳入基金のそれよりも多かった。これらに加え、2010-11年度の歳出予算においてはARRAに基づいて121億ドルもの連邦補助金が交付された。連邦財源の半分は教育機関への支出に割り当てられ¹⁸、HHSCには26億ドルが割り当てられた。この26億ドルとほぼ同額の25億ドルが、一般歳入基金からのHHSCへの割当額の減少として計上されており、州政府は連邦補助金を追加で獲得することによって州税収等を用いた保健福祉サービスへの支出を削減したことがうかがえる。

ARRAに基づくメディケイドの連邦補助金の増額は、不況下での失業対策の一環として、テキサス州に適用されるFMAPを一時的に引き上げるという方法を用いて行われた。まず、2009連邦財政年度および2010年度は連邦法の規定に沿って、2008年度にテキサス州に適用されていたFMAPの60.53%が維持されることになった。次に、そのFMAPに6.2ポイントが加算されて66.73%になり、さらに2005年8月末頃に発生したハリケーン・カトリナの被害への緊急対応として0.03ポイントの加算が行われた。さらに、州における失業率の上昇の程度に応じて2ポイントから4.18ポイントまでの加算が行われた。これらの結果、テキサス州に適用されるFMAPは最大で70.94%に引き上げられることになった¹⁹。

第5表 テキサス保健福祉サービス委員会の歳出 (2010-11 年度予算)

(百万ドル, %)

	金額	構成比
メディケイド	31,117	86.9
CHIP	2,020	5.6
機関監督および政策	1,766	4.9
その他	900	2.5
合計	35,802	100.0

* 2009年アメリカ復興・再投資法に基づくメディケイドの連邦補助金を除く。
出所) State of Texas, Legislative Budget Board (2009) より作成。

ARRAに基づく連邦補助金の交付は、不況に伴い州税収が減少する状況の下で支出増加が見込まれるメディケイドに充てるための連邦財源を州政府に提供する役割を果たした。第5表に示されるように、メディケイド支出はARRAの連邦補助金を用いた支出を除いても、HHSCに割り当てられた予算の86.9%を占める311億ドルにも上った。この支出額にARRAの連邦補助金を加味すると、HHSCに割り当てられたARRAの連邦補助金の大部分がメディケイド支出として費やされたことになる。それとほぼ同じ規模で、一般歳入基金からのHHSCへの割当額が減少した。つまり、ARRAに基づいて交付された連邦補助金の一時的な増額が減少した州税収を補う役割を果たし、それによってメディケイド支出に充てる予算が確保されたのである。

このメディケイド支出の増加は、金融危機に伴う不況の下でメディケイドの受給者が急速に増加したことによって生じた。第6表に示されるように、全米の支出は2008年度から2011年度にかけて623億ドル増加して1.18倍になったのに対し、テキサス州の支出額は同期間に71億ドル増え、全米よりも大きく1.32倍も増加した。同期間における支出の増加を連邦支出の増加および州・地方政府による支出増に分けると、テキサス州の支出増加額に占める連邦支出の増加額の割合は84.2%にも上り、全米における同割合の70.7%よりも13.5ポイントも大きく、そのぶんだけテキサス州の支出増加額に占める州・地方政府の割合は低かった。これは、テキサス州の2010-11年度予算において、ARRAに基づく連邦補助金の増額が一般歳入基金の支出を減少させたことと整合的である。

テキサス州においては、メディケイドの受給者は2008年度から2011年度にかけて全米よりも急速に増加し、同時に受給者1人当たり支出も増えた。全米の受給者はこの期間に支出額とほぼ同じ規模で1.19倍に増加し、その結果として受給者1人当たり支出の全米平均は7,600ドルから7,500ドルに減少した。それに対し、テキサス州の受給者は同期間に全米平均よりも大きく増えて1.23倍になった一方、支出額は1.32倍に増加した。その結果、受給者1人当たり支出は2008年度には7,700ドルであったが2010年度には8,300

第6表 メディケイド支出^{※1} および受給者数^{※2}の推移

		2008	2009	2010	2011
全 米	支出額 (A) (百万ドル)	344,398	374,709	397,425	406,742
	連邦政府	203,209	247,532	266,497	247,268
	州・地方政府	141,188	127,177	130,929	159,474
	受給者数 (B) (万人)	4,523	4,877	5,186	5,401
	受給者1人当たり支出 (B/A) (ドル)	7,614	7,683	7,663	7,531
テ キ サ ス 州	支出額 (C) (百万ドル)	22,309	24,557	27,651	29,433
	連邦政府	13,308	16,371	19,087	19,309
	州・地方政府	9,001	8,186	8,564	10,124
	受給者数 (D) (万人)	288	301	330	354
	受給者1人当たり支出 (C/D) (ドル)	7,746	8,158	8,379	8,314

※1 全米・テキサス州のいずれも連邦財政年度（10月から翌年9月）の支出額。

※2 全米の受給者数は連邦財政年度における年平均の人数であり、テキサス州の受給者数は州財政年度（9月から翌年8月）における年平均の人数。

出所) U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services, "National Health Expenditure Data" (<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical>; 2022年3月1日閲覧); U. S. Census Bureau (2020); Texas Health and Human Services Commission, *Texas Medicaid and CHIP Reference Guide, various issues* (<https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/about-medicaid-chip/reference-guide>; 2022年3月1日閲覧) より作成。

ドル台に増加し、2011年度にもほぼ同水準の8,300ドルに高止まりした。テキサス州の受給者1人当たり支出は、2008年度には全米平均とほぼ同額であったが、2011年度には全米平均よりもおよそ800ドルも高く、この期間に他の州よりも大きく増加した。

テキサス州におけるメディケイドの受給者や支出額の増加は金融危機に伴う不況期だけでなく、2000年代を通して子どもの受給者が急速に増え、障害児を含む障害者や子どもに関する支出額が増加する傾向にあった流れの延長線上に生じたものであった。

テキサス州においてメディケイドの受給資格を得るために満たさなくてはならない所得要件はすべての州の中で最も厳格な部類に位置しており、特に成人に適用される所得要件はかなり厳しく設定されていた。2010年度における所得要件は、長期介護サービスのニーズを抱える高齢者や障害者については連邦貧困線の218%以下、妊婦および1歳未満の乳児は185%以下、1歳から5歳までの乳児や6歳から18歳までの子どもについてはそれぞれ133%以下と100%以下（CHIPについては200%以下）であり、それらは他の多くの州よりも著しく低水準というわけではなかった。それに対し、成人に関する受給資格は一部の医療困窮者に限定されており、しかも成人に適用される所得要件は連邦貧困線の21%以下であり、他の多くの州よりも著しく厳しかった。世帯人数が4人の場合、成人がこの所得要件を満たすためには年間所得が4,631ドル以下でなくてはならず、大半のワーキングプアにとって受給資格を得ることは相当に困難であった。特に、子どもを持たな

第7表 メディケイドのカテゴリ別受給者数の推移

(千人, %)

		2000		2005		2010	
		人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
全米	65歳以上の高齢者	3,730	8.7	4,395	7.6	4,303	6.5
	障害者	6,890	16.1	8,211	14.2	9,381	14.3
	子ども	19,018	44.3	26,341	45.7	30,775	46.8
	成人	8,671	20.2	12,533	21.7	15,529	23.6
	児童養護制度の対象の子ども	761	1.8	874	1.5	930	1.4
	乳がんまたは子宮頸がんを患う女性 ^{*1}	—	—	29	0.1	53	0.1
	不明	3,817	8.9	5,268	9.1	4,441	6.8
	合計 ^{*2}	42,887	100.0	57,651	100.0	65,700	100.0
テキサス州	65歳以上の高齢者	297	11.3	268	7.1	290	6.1
	障害者	310	11.8	393	10.5	534	11.3
	子ども	1,381	52.4	2,391	63.7	2,915	61.4
	成人	406	15.4	487	13.0	573	12.1
	児童養護制度の対象の子ども	27	1.0	43	1.1	69	1.5
	乳がんまたは子宮頸がんを患う女性 ^{*1}	—	—	1	0.0	3	0.1
	不明	212	8.1	170	4.5	361	7.6
	合計 ^{*2}	2,633	100.0	3,753	100.0	4,745	100.0

*1 2000年乳がんおよび子宮頸がん予防治療法に基づく受給者。

*2 それぞれの項目を足し合わせた人数と合計が一致しない場合がある。

出所) U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services, MSIS Tables (<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Computer-Data-and-Systems/MedicaidDataSourcesGenInfo/MSIS-Tables>; 2022年3月1日閲覧) より作成。

い成人にはケイドの受給資格が認められておらず、これらの人々は災害発生時や緊急対応を要する場合などを除くとメディケイドの給付を受けられなかった²⁰。

このような資格要件を背景として、テキサス州のメディケイドの受給者は子どもを中心に増加した。第7表は、2000年から2010年までの10年間におけるメディケイドの受給者数の推移をカテゴリ別にまとめたものである。全米の子どもの受給者はこの10年間に1,176万人も増えて1.62倍になり、受給者の総数に占める子どもの受給者の割合は2000年の44.3%から2010年の46.8%に2.5ポイント上昇した。成人の受給者は同期間に867万人から1,553万人に1.79倍になり、子どもの受給者よりも大きく686万人も増えた。その受給者の総数に占める割合は2000年には20.2%であったが2010年には23.6%になり、3.4ポイントも上昇した。それに対し、テキサス州では子どもの受給者は10年間に138万人から292万人に2倍以上に増えて153万人も増加し、その受給者の総数に占める割合は52.4%から61.4%に9.0ポイントも上昇した。子どもの受給者は、金融危機に伴う不況期だけでなくそれ以前の期間においても増加し、2010年には受給者の3分の2近くを占めるに至った。成人の受給者は2000年から2010年にかけて17万人増加したものの、それは子どもの受給者が増えた規模の1割程度でしかなく、全米平均とは逆に受給者の総数に占める成人の割合は同期間に15.4%から12.1%に3.3ポイント低下した。

第8表 メディケイドのカテゴリー別支出額の推移

(億ドル, %)

		2000		2005		2009	
		支出額	構成比	支出額	構成比	支出額	構成比
全 米	65歳以上の高齢者	446	26.5	634	23.1	643	19.7
	障害者	728	43.2	1,193	43.4	1,416	43.4
	子ども	235	14.0	419	15.2	581	17.8
	成人	177	10.5	322	11.7	448	13.7
	児童養護制度の対象の子ども	33	2.0	53	1.9	59	1.8
	乳がんまたは子宮頸がんを患う女性 ^{※1}	—	—	3	0.1	6	0.2
	不明	66	3.9	125	4.5	104	3.2
	合計 ^{※2}	1,684	100.0	2,749	100.0	3,260	100.0
テ キ サ ス 州	65歳以上の高齢者	27	29.0	34	23.6	35	18.9
	障害者	34	36.6	53	36.8	73	39.5
	子ども	18	19.4	38	26.4	57	30.8
	成人	10	10.8	14	9.7	14	7.6
	児童養護制度の対象の子ども	2	2.2	3	2.1	4	2.2
	乳がんまたは子宮頸がんを患う女性 ^{※1}	—	—	※2	0.1	※2	0.3
	不明	2	2.2	2	1.4	2	1.1
	合計 ^{※2}	93	100.0	144	100.0	185	100.0

※1 2000年乳がんおよび子宮頸がん予防治療法に基づく受給者。

※2 5,000万ドル未満。

出所) U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services, MSIS Tables (<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Computer-Data-and-Systems/MedicaidDataSourcesGenInfo/MSIS-Tables>; 2022年3月1日閲覧) より作成。

受給者数の増加に伴い、テキサス州のメディケイド支出は2000年代を通して増え続けた。第8表は、資料の制約ゆえに2009年までの実績ではあるものの、第7表とほぼ同じ期間における全米およびテキサス州のメディケイド支出額を受給者のカテゴリー別に整理したものである。全米のメディケイド支出は2000年から2009年までの期間に1.94倍に増加し、そのうち障害者に関する支出は同期間に支出総額とほぼ同様に1.95倍に増加した。他方、成人および子どもに関する支出はそれぞれ2.53倍および2.47倍に大きく増え、支出総額に占める成人および子どもへの支出の割合は、同期間にそれぞれ3.2ポイントおよび3.9ポイント上昇した。ただし、金融危機に伴う不況の時期を含む2005年から2009年までの期間におけるそれぞれの支出の増加額は、2000年から2005年までの期間におけるそれよりも少なく、支出の増加速度は鈍化する傾向にあった。

こうした全米の動向に対し、テキサス州のメディケイド支出はこの期間に全米のそれよりも大きく1.99倍に増加した。そのうち、成人に関する支出は1.4倍に増加した一方、障害者への支出は支出総額よりも大きく2.15倍に増えるとともに、特に子どもに関する支出の増加倍率は3.17倍にも上った。2005年から2009年までの期間におけるこれらの支出の増加額は、2000年から2005年までの期間における増加額とほぼ同じであり、全米の動向とは異なり支出の増加速度があまり衰えずに増え続けた。その結果、支出総額に占

める成人の支出の割合はこの9年間に3.2ポイント低下した一方、障害者への支出の同割合は2.9ポイントも上昇し、特に子どもに関する支出の同割合は11.5ポイントも大きく上昇した。

(3) 州財政赤字の拡大

以上のように、テキサス州においてはメディケイドの受給者と支出が増加する状況の下で、ARRAに基づいて州に交付される連邦補助金が増額された。第9表は、テキサス州議会予算委員会の2010-11年度予算に関する報告書に記載されたメディケイド財源の見通しをまとめたものであり、2008年度の決算額、2009年度の見込額、2010年度と2011年度予算額が示されている。予算総額は増え続けるものの、2009年度から2011年度には連邦基金の財源にARRAに基づく41億ドルもの連邦補助金が加算されることによって、支出の増加に伴う州の財政負担を軽減させることができた。いいかえると、ARRAに基づく連邦補助金の増額の適用期間が終了した後もメディケイド支出の削減が困難である状況が続けば、テキサス州政府は州財源を用いた支出を増やさざるを得なくなり、それは州財政赤字を増加させる大きな要因となった。

実際に、この問題は2010-11年度予算の執行過程において州財政の状況が悪化した際に顕在化した。テキサス州議会予算委員会による2012年の報告書によると、2012-13年度予算の審議を行う第82州議会が開会された2011年1月の時点では、「世界的な不況による影響で売上税の税収が前の2年間よりも減少し」、2010-11年度には一般歳入基金および一般歳入特別基金において43億ドルもの財政赤字が発生した²¹。2011年度には、ARRAに基づくFMAPの引き上げが年度途中で終了するなどの理由で連邦補助金の交付額が6億ドルに減少する見込みであり、それも州財政の状況を悪化させる要因であった。それに加え、2012-13年度には不況の継続が影響して売上税の税収が大きく減少する見込み

第9表 テキサス州のメディケイド財源の推移および2010-11年度予算案の財源構成^{*1}

(10億ドル、%)

	2008		2009		2010		2011	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
連邦基金	11.6	59.5	12.7	58.8	13.0	58.3	13.1	57.7
景気対策に伴う連邦基金 ^{*2}	0.0	0.0	1.6	7.4	1.9	8.5	0.6	2.6
一般歳入基金、一般歳入専用基金、その他基金	7.9	40.5	7.3	33.8	7.4	33.2	9.1	40.1
全基金	19.5	100.0	21.6	100.0	22.3	100.0	22.7	100.0

^{*1} 2008年度は決算額、2009年度は見込額、2010年度および2011年度は予算額。

^{*2} 2009年アメリカ復興・再投資法に基づく連邦補助。

出所) State of Texas, Legislative Budget Board (2009) より作成。

であり、2010-11年度と同等の公共サービスを提供すれば270億ドルもの歳入不足が発生する見通しであった²²。2012年度以降にはARRAの連邦補助金が交付されないことから、州財政の見通しやメディケイドの財政運営はいっそう厳しくなることが予想された²³。

(4) ワーキングプアの医療ニーズと医療セーフティネットの財政問題

2000年代には、メディケイドの受給者数の急速な増加と並行して無保険者の数は大きく増加し、州の医療問題が深刻化した。

すでに明らかにした通り、2000年代にはメディケイドの受給者数は子どもを中心に大きく増え、それと同時に成人の無保険ワーキングプアの数も急速に増加した。第1に、州内の低所得者やワーキングプアの多くは、雇用主からの医療保険の提供率が全体として低い建設業やサービス業および農業に従事しており、しかも賃金水準が全米平均よりも低いことから保険料拠出が困難である場合が多かった²⁴。それゆえに、第1表に示されるように、2000年には州の人口に占める雇用主提供医療保険の加入者の割合は58.3%にすぎず、全米平均の65.1%よりも6.8ポイントも低かった。その加入率は2010年には49.3%になり、この10年間に9.0ポイントも低下した。第2に、テキサス州では若い移民の流入が長期間にわたって続いたことから高齢化率の上昇は他の州に比べて緩慢であり、2000年のメディケア受給者の人口比は全米平均よりも2.3ポイントも低かった。2000年代には他の多くの州において高齢化が進んだことに伴いメディケア受給者の人口比が上昇した一方、テキサス州では人口増が続く中でその受給者数は小規模な増加にとどまった結果、メディケア受給者の人口比は同期間にほぼ横ばいで推移した。そして第3に、すでに述べたようにテキサス州では成人に適用されるメディケイドの所得要件がかなり厳しく設定されていた。そのことから、民間保険への加入が困難な人々のうち、低所得世帯やワーキングプア世帯の子どもの多くは申請手続きを経てメディケイドの受給者になることが可能であったものの、それらの世帯に属する成人の大部分はメディケイドの受給資格を得ることが困難であった。メディケイドおよびCHIPの受給者を合わせた人数は、2000年の168万人から2010年には392万人に10年間で224万人も増加し、人口に占めるこれらの受給者の割合は同期間に7.4ポイントも上昇した。とはいえ、それは雇用主提供医療保険の加入率の低下を埋め合わせるには至らず、これらの結果としてテキサス州の無保険者数は10年間で456万人から621万人に165万人も増えた。テキサス州にはすべての州の中で最も多くの無保険者が居住しており、2010年には全米の無保険者の1割超がテキサス州に集中していた。

テキサス州における無保険者の特徴は、その多くがワーキングプアの成人であり、特に非合法移民が多い点にあった。2013年にテキサス州の19歳から64歳までの成人を対象に実施された調査によると、無保険の成人の69%が就労者を含む世帯に属し、40%が連邦貧困線を下回る世帯所得であった。また、無保険の成人の56%はヒスパニックであり、中南米から越境してくるヒスパニックの非合法移民が最も典型的な人々であった²⁵。非合法移民は、民間医療保険への加入が難しいことに加えて、テキサス州法では非合法移民に対してメディケイドをはじめ多くの公的制度の受給資格を認めていないことから、確実な医療保障を得る機会をほとんど持たなかった。さらに、すでに述べたようにACAの各規定は非合法移民に適用されず、仮に州政府がメディケイド拡大を実施しても非合法移民の無保険問題は解決しない状況であった²⁶。

無保険ワーキングプアの急増は、ACAに基づく改革と相まって、テキサス州において長い期間をかけて整備されてきた医療セーフティネットの財政システムを脅かす事態を招いた。

医療費負担に困難を抱える無保険者や低所得者は、州立病院や地域医療センター（Community Health Center）などのセーフティネット医療機関（safety-net hospitals）を通して、割引された料金または無償で医療サービスを受けることが可能である。セーフティネット医療機関が無保険者、医療困窮者、メディケイド受給者などに対して医療サービスを提供する場合、その費用は非償還医療費（uncompensated care cost；以下「UC費」とする）として計上され、州政府は主に連邦補助金を用いてこれらの医療機関へのUC費の補てんを行っている。UC費の定義はいくつかの見方によって異なり、主なものとしては治療費から患者一部負担および保険給付やメディケイドの診療報酬などを差し引いた金額として算出される場合と、あくまでそれぞれの医療機関における割引・無償診療としてのチャリティケア（charity care）に要する費用のみを指す場合の2種類がある。

州政府はこれらの医療機関に対し、連邦補助金を用いてUC費の補てんを行ってきた。第1に、貧困者医療報酬制度（Disproportionally Shared Hospital；以下「DSH」とする）はメディケイドやメディケアに内蔵されている制度であり、州政府は無保険者や医療困窮者などを患者の一定割合以上に受け入れる医療機関に対して報酬を支払う²⁷。第2に、メディケイドにおける報酬上限引上制度（Upper Payment Limit；以下「UPL」とする）は、診療報酬やDSHに加えて医療機関への追加報酬を行うものである。UPLは、州政府があるサービスのメディケイドの診療報酬を設定する際に、連邦政府によって定められたメディケアの同等サービスの診療報酬の金額まで引き上げることを認める連邦制度である。UPLに基づく支払いは、UPLの金額から診療報酬を差し引いた差額として算定され、その支払いには連邦補助金が用いられる。各州のメディケイドの診療報酬は一般的にメディ

ケアのそれよりも低く設定されている。そのことから、UPLは、連邦政府が州政府に対してメディケイド支出の増加を認め、それによって各州のFMAPまたはそれ以上の補助率に応じた連邦補助金の受取額を増やすことを容認する仕組みであり、それはDSHとともに州政府がセーフティネット医療機関のUC費を補てんするための手段となっている²⁸。

テキサス州におけるUC費の水準は他の州よりも高く、2000年代には多くの医療機関においてUC費が増加した。テキサス州医療サービス省（Department of State Health Services）が州内の急性期病院および精神病院を対象に行った調査によると、急性期病院のUC費は2002年には64.5億ドルであったが2011年には181億ドルになり、この期間に2.81倍に大きく増えた。2011年におけるUC費の水準を人口の多いテキサス州、カリフォルニア州、ニューヨーク州、フロリダ州、イリノイ州、ペンシルヴェニア州、オハイオ州の7州で比較すると、テキサス州のUC費の総額および人口1人当たりUC費はこれらの州の中で最も多く、医療機関の患者収益に対する比率も最も高かった²⁹。

このようなUC費の増加は、断続的な不況を伴った2000年代において、医療セーフティネットが無保険者や不十分な保障しか持たない人々にとっての最低限の医療保障としての役割を果たしてきたことを示すものであった。州政府はDSHやUPLを通してメディケイド等の連邦補助金を獲得し、セーフティネット医療機関に対してUC費の補てんを行うことによって、非合法移民を含むワーキングプアの医療ニーズに対応してきた。

しかし、ACAの成立に伴い、これらのセーフティネット医療機関の財政運営は困難になることが予想された。ACAが可決・成立した当初の規定においては、DSH予算は2015年から2019年にかけて181億ドルも段階的に削減される計画であり、それはセーフティネット医療機関の貴重な収入源を減らす方向の改革であった。テキサス州にとって重要なのは、メディケイド拡大の実施によって医療セーフティネットへの需要が減少することから、ACAの規定がDSH予算を段階的に削減することを見込んでいたことであった。なぜなら、すでに述べたようにテキサス州には無保険の非合法移民が多く居住しており、それらの人々はACAによるメディケイド拡大や医療保険への加入促進策などの対象にはならない。つまり、テキサス州においてはACAの計画通りに医療セーフティネットの需要が減少しないのであり、DSH予算の削減によって医療セーフティネットの財政運営が困難になることが危惧されていた。

以上のように、テキサス州政府は財政赤字が拡大する状況の下で、増え続けるメディケイド支出を賄うと同時に医療セーフティネットの財政運営を維持し、非合法移民を含むワーキングプアの医療ニーズに対応するという難題に直面した。

4. メディケイド・ウェイバーの申請に至る州議会の審議過程と州財政の論理

(1) ACA や連邦政府への反発

ACA によるメディケイド拡大は医療問題の有力な解決策として少なくない州民から支持されていたにもかかわらず、リック・ペリー（Rick Perry）州知事は ACA が成立する見込みであった当初からその内容を強く批判する発言を繰り返していた。ペリー州知事は 2010 年 3 月 21 日に州議会議員に宛てた文書において、メディケイドを含む連邦制度は「すでに壊れているとともに持続不可能」であり、それゆえに「我々が目を向けるべき保障拡大の第一順位にすべきではない」と強く批判した³⁰。

その後の同年 11 月 2 日に行われた中間選挙では、ペリー州知事が再選されるとともに共和党が大勝して下院の議席数を 23 議席も増やした。選挙の直後には、州の保守強硬派を中心とする共和党議員は ACA への反発にとどまらず、州財政赤字を削減するための解決策として連邦制度のメディケイドそれ自体を廃止するという急進的な改革案を声高に主張した³¹。このように、州内外における分極化や保守派の台頭という状況の下で、テキサス州がメディケイドを廃止するという選択肢が第 81 州議会において検討されることになった。

(2) メディケイド廃止案の不採用

HHSC は州保険局（Texas Department of Insurance）とともに、州政府が 2009 年度にメディケイドを全面的に廃止した場合の州財政や医療保障への影響に関する調査を行い、2010 年 12 月にその試算結果をまとめた『メディケイドの廃止がテキサスに及ぼす影響』と題する報告書を州下院議会に提出した。その報告書の要点は以下の通りであった。

第 1 に、メディケイドの廃止によって州政府は、受給者へのサービス提供に関する 125 億ドルもの連邦マッチング補助金の交付を受けられなくなり、2010 年度以降にも交付は行われなくなる。それに加え、州政府は UC 費を補てんするための DSH や UPL に関する 23 億ドルもの連邦補助金も失い、2009 年度の受取の減少額はあわせて 150 億ドルにも上る。

第 2 に、少なくとも 255 万人もの州民が医療保障を失い、すべての州の中で最多のテキ

サス州の無保険者数はさらに増え、それに伴い医療機関のUC費は増加する。病院等の医療機関は、救急部門に運ばれてきた患者には保険加入や医療費の支払い能力にかかわらず、症状が安定するまで診療を行うことを医療機関に義務づける連邦法の1986年緊急医療処置・分娩法（Emergency Medical Treatment and Active Labor Act of 1986；EMTALA）に基づいて、数多くの無保険者にサービスを提供しなければならない。それゆえに、無保険者の増加に伴いUC費は毎年度に40億ドルも増加する。それは特に公立病院や病院区などの負担の増加となり、固定資産税の増税などの形で納税者に転嫁されるであろう。さらに、医療機関はUC費の増加に対応するために、民間医療保険に加入している自らの患者の保険請求額にその費用を上乗せして保険会社にコストシフトを行うかもしれない。そうなれば医療保険料の水準はあっというまに高まり、より多くの雇用主が被用者に保険を提供しなくなることや民間保険への加入を取りやめる人々が増加するなど、医療保険市場にも悪影響を及ぼす可能性がある。

しかも第3に、これが最も重要な点であるが、州がメディケイドを廃止した場合にも、州民や州内の事業主は他の州のメディケイドのために連邦税を負担し続けなければならない。2009年度には、テキサス州民や州内の事業主による連邦税の負担額は連邦税収の約8.4%であったのに対し、州政府に交付されたメディケイドの連邦補助金は連邦メディケイド支出の約6.8%であった。それはテキサス州にとって州の資金が「純流出（net outflow）」している状態であり、メディケイドの廃止はそれを加速させ、州民や州内の事業主に対して「他の諸州のメディケイド支出に充てられる連邦支出を賄い続ける」という責務を負わせる結果となる³²。

このような試算結果はテキサス州財政や医療保障にとってのメリットが少なく、むしろデメリットが多い内容であったことから、メディケイド廃止案は不採用となり、以後の論点はテキサス州にとって最も有利なメディケイド改革のあり方に焦点化されていった。

メディケイドの廃止は州歳入の3分の1以上を占める連邦補助金の大幅な削減を意味しており、州の財政・経済・社会に甚大な影響を及ぼす改革である。それゆえに、本格的な検討を行うとすれば、このような一会期での報告書に基づく検討にとどまらず、地元の病院団体や医師会などの医療業界、保険業界、各種財界、受給者の支援団体などを交えた相当に大々的かつ長期にわたる検討や審議が行われたはずである。検討のねらいはむしろ、メディケイドの連邦補助金が州財政に不可欠な構成要素であることを確認するとともに、州財政赤字の削減と医療ニーズへの対応を同時に達成することが可能な財政システムの構築を最優先課題として設定する手続きを行うことであったといえよう。

(3) 医療の質の向上と効率化

メディケイド改革の最大の論点は、テキサス州が長年にわたって実施してきた既存のメディケイドの枠組みを維持しながら、効率的かつ効果的な医療サービスの提供を行うための制度改革のあり方であった。州議会ではその検討が数年間にわたって続けられており³³、第81州議会ではその実績を土台として、州財政赤字の削減と医療ニーズへの対応を両立させるために最もふさわしい方法が模索された。

はじめに、不況と州財政赤字の下で増え続けるメディケイド支出を抑制することが喫緊の課題として提示された。州歳出予算の4分の1近くを占めるメディケイド支出は、2010-11年度には2008-09年度のそれよりも13億ドルも増え163億ドルになった。しかも、約200万人がACAに基づくメディケイド拡大によって新たに受給者になり、支出額は2014年度から2023年度にかけて270億ドルも増加する見通しであった。

次に、メディケイド支出の増加要因に関する検討が行われ、人口高齢化、慢性疾患を抱える人々の増加、医療の費用対効果が低いという浪費の3点がその要因として挙げられた。第1に、高齢化によって診療費が相対的に高額な慢性疾患に対する医療や長期介護のニーズが高まり、それは2040年までにメディケイド支出の急速な増加をもたらす見通しが示された。第2に、州民の4人のうち3人が慢性疾患を抱えており、それらの多くはたばこの喫煙を見直すなど生活習慣を変えることによって予防が可能であるにもかかわらず、肥満の成人や糖尿病を患う成人がいっそう増える見込みであった。第3に、アメリカの医療費水準は他の先進諸国よりも著しく高い一方で医療の質や患者の満足度は決して良い成績ではなく、それは非効率な行政運営や不必要な診療および医療過誤という医療資源の浪費によるものであり、そのことはテキサス州にもあてはまることが示された³⁴。

これらの検討の結果、医療の質を高めながら無駄な費用を減らして効率化を進めることが政策目標として提示されるとともに、それは主として診療報酬制度の改革によって達成されるべきであるという改革の方向性が示された。それは、医療機関によって提供されたサービス量に応じて支払いを行う現行の出来高払制（Fee for Services）は、人々の健康的な行動を促すことに失敗しているどころか医療資源の浪費を促しており、高品質で効率的なサービス提供を行う医療機関を経済的に不利に扱っているという認識に基づいていた。それに続いて、このような「画一的な（one size fits all）アプローチはイノヴェーティブな医療提供モデルを抑圧しており、しかも全体として患者を蚊帳の外に置いている」として現行制度への批判的な見解が示された。その上で、医療機関や保険会社等は医療の質を高めながら費用を抑制することを目的とする医療提供モデルの開発を進めており、それら

の成果をメディケイドに取り入れることによって問題の解決を目指すべきであるという改革案が見出された³⁵。さらに、その改革は高品質で効率的な医療に基づいて実現される成果（outcome）を促す仕組みへの診療報酬制度の転換を軸に行うという方向性が示された。すなわち、そのような成果に基づく診療報酬（Pay for Performance；P4P）としばしば呼ばれる制度は、不必要な救急医療室の利用や入院を減らし、回避可能な再入院（Potentially Preventive Readmissions）の頻度や日数を減らし、感染症や意図せざる手術後の障害や死亡などの受療後に生じる回避可能な諸問題（Potentially Preventive Complications）を抑止することなどを促し、それを通して医療の質を高めると同時に支出の抑制を目指すべきであるという提案が行われたのである³⁶。

その改革は、メディケイドにおいて1990年代初頭から段階的に導入されてきたマネジドケア（Managed Care）の枠組みを活用して実施されることになった。マネジドケアは、財政運営の責任を負う保険会社や政府部門等が医療機関との契約に基づいてサービスの提供および利用の両面に介入し、診療コストの削減やサービスの利用制限などを行うことによってサービスの質を維持しながら効率化を達成し、それを通して保険給付費や財政支出の抑制を目指す仕組みである³⁷。テキサス州政府はメディケイドの受給者への給付を保険会社等に委託しており、それらの保険会社等はマネジドケア型の保険プランを開発し、医療機関との契約を通して加入者がサービスにアクセスできるようネットワーク体制を整備する。受給者はそれらのマネジドケア型の保険プランに加入し、医療機関のネットワークを通してサービスを利用する。州政府は1995年以降にメディケイド・マネジドケアの制度を次々と創設し、州内の各地域において保険会社や医療機関などとの契約に基づいてマネジドケア型の医療保障の枠組みを構築してきた³⁸。医療の成果に基づく診療報酬制度の構築を中心に、メディケイドの効率化をねらいとする改革は、テキサス州においておよそ20年にわたって進められてきたマネジドケアの導入の一環として行われることになった。

(4) ウェイバー制度を活用したメディケイド改革：医療ニーズに対応するための「負担に見合う」連邦補助金の獲得

その一方で、メディケイドにおけるマネジドケアの導入は、テキサス州における医療セーフティネットの財政システムの存続を脅かした。連邦法の規定では、州政府はマネジドケアの枠組みにおいてUPLの制度を用いることを禁止されている。ACAに基づくDSH予算の段階的な削減に加え、州政府はUPLを活用できなくなることから、UC費の補てんを行うための連邦財源が大きく減少することになる。しかもこれらは、継続的な不況に

伴い州税収が減少して州財政赤字が増加する状況の下で進むことから、UPLに代わる医療セーフティネットの財源の確保が大きな課題になった。

そこで、2011年に開会された第82州議会では、医療セーフティネットの財源確保のあり方がメディケイド改革とあわせて検討された。その解決策を見出すために、通常議会の後に開会された第1臨時議会において上院第7号法案（Senate Bill 7）が可決し、この州法に基づいてHHSCはUPLの代替となる連邦財源を確保する方法について検討することを指示された。この上院第7号法に加え、第82州議会通常議会において可決した下院第1号法案（House Bill 1）は、HHSCに対してメディケイドにおけるマネジドケアの対象拡大を指示するものであった³⁹。このように、HHSCはメディケイドにおけるマネジドケアの対象拡大、成果に基づく診療報酬制度への改革、医療セーフティネットに充当するための連邦財源の確保をすべて実現するために、様々な政策手段の中からテキサス州にとって最適な方法を模索することになった。

すでに述べたように、ARRAに基づくFMAPの引き上げは2011年度の途中で終了し、それ以降には連邦補助金の増額は行われない見通しであった。そのことから、2012年度には連邦基金の予算額は前年度の164億ドルよりも26億ドルも減少して138億ドルになり、その減少を補って支出増加に対応するためには、主に一般歳入基金における州の財政負担を増やさざるを得ない状況であった。州政府は、メディケイドにおけるマネジドケアの対象拡大や成果に基づく診療報酬制度への改革を軸とする支出抑制策を実施して、2012年度に19億ドル、2013年度には23億ドルの支出削減を達成することを2012-13年度予算に盛り込んだ。

それと同時に、改革によって2013年度に99億ドルもの新たな補足的な財源（supplemental funding）を獲得することが目標になった⁴⁰。そのうち39億ドルは一般歳入における州財源から捻出し、残りの60億ドルは連邦基金において確保するという内容であった⁴¹。

この99億ドルの補足的な財源は2012-13年度の当初予算には計上されず、メディケイドのウェイバー制度を活用し、それを新たな連邦財源として獲得することが改革の手段となった。州政府が連邦政府との協働に基づいてウェイバー制度を実施するために遵守しなければならない主な条件は、財政中立性（Budget Neutral）と呼ばれる財政ルールである。それは、州政府がウェイバー制度を実施した場合には、それを実施しなかった場合よりも連邦支出が増えないようにするというものである。州政府は、制度の効率化によって支出を抑制できることについて連邦政府の承認を得ることによって、その支出抑制の見込額と同額の連邦補助金を獲得することが可能になる。それゆえに、テキサス州政府はマネジドケアの対象拡大を軸とする改革を申請し、それによる支出抑制の見込額と同額の連邦

補助金を獲得することによって、UPLに代わる医療セーフティネットの連邦財源を確保しようと画策したのである。

かくして、メディケイドのウェイバー制度は、テキサス州の医療ニーズに対応し、連邦税負担に見合う連邦補助金を獲得するための手段として位置づけられた。すでに述べたように、2009年度には州民や州内の事業主による連邦税の負担額は連邦税収の約8.4%であった一方、州政府へのメディケイドの連邦補助金の交付額は連邦メディケイド支出の約6.8%であり、州の資金が「純流出」している状態であるという認識が示されていた⁴²。ペリー州知事のスポークスマンを務めるジョシュ・ヘイヴン（Josh Haven）氏は州知事の意向に沿って、「テキサスの納税者はワシントンD.C.に巨額の資金を送っており、このウェイバーによってテキサスは（連邦補助金の：引用者）公正な取り分を受け取ることができるであろう」と述べ、ウェイバー制度を活用した連邦補助金の獲得は州にとって正当であると主張した⁴³。

このような過程を経て、医療ニーズに対応するための「税負担に見合う」連邦補助金の獲得というメディケイド改革の論理が定立されるに至り、州政府は州内の医療セーフティネットの財政システムを再構築することを目的として、「テキサス医療保障転換・質向上プログラム」（Texas Healthcare Transformation and Quality Improvement Program）と題するウェイバー制度の申請手続きを行った。HHSCは、ACAに基づくメディケイド拡大に向けて準備を進めるという形式に基づいて申請書を作成し、2011年7月15日に連邦保健福祉省の下部組織としてメディケイドを管轄するメディケア・メディケイド・サービス・センター（Centers for Medicare and Medicaid Services）に提出した。

テキサス州がウェイバーを申請した当初の目的は、メディケイド拡大に備えて改革への橋渡し（Bridge to Reform）を行うことであった。主な申請内容は、第1にメディケイドにおける医療の効率化のためにマネジドケアの対象を拡大し、第2に既存の診療報酬とは別枠で州政府から医療機関に支払われるUC費の補てん制度を構築し、第3に追加報酬制度の財源プールを創設することであった。申請されたウェイバーの実施期間は、州政府によるメディケイド拡大の実施が実質的に義務づけられていた2014年を含む2011年10月から2016年9月までの5年間であった⁴⁴。メディケア・メディケイド・サービス・センターはHHSCの申請を承認し、実施期間を承認日と同日の2011年12月12日から2016年9月30日までの期間とするTX1115ウェイバーが実施されることになった。その後、このウェイバーは暫定延長を含む3回の延長更新を経て、2022年3月現在も継続して実施されている。州政府はウェイバー制度を活用することによって、メディケイドにおける連邦補助金を手放さずに州独自の医療保障政策を実施できることになった⁴⁵。それと同時に、その制度の実施を通して、既存のメディケイドとは別枠の連邦補助金を新たに獲得す

ることにも成功したのである。

5. むすびにかえて

ACA 成立後に州政府によって実施されたメディケイド改革の課題は、無保険ワーキングプアへの医療保障を行うための持続可能な財政システムを構築することであった。

テキサス州政府は、州財政赤字の削減および医療ニーズへの対応という課題を同時に達成するために、連邦法の ACA に反発する姿勢を示しつつも、その方針をふまえた独自の改革を行うことによって、自らの州にとって不利になる連邦法の規定を回避しながら連邦補助金を獲得することを目指した。その改革のあり方が州議会において検討された結果、州民の連邦税の負担に見合う連邦補助金を獲得すべきであるという論理が形成され、州政府はその論理に基づいてウェイバー制度を用いたメディケイド改革に着手したのである。それは州政府にとって、自らの州における医療ニーズなどの実情に基づいてつくり上げてきた既存のメディケイドの枠組みを変えず、連邦補助金を獲得し続けることを意味していた。そこで、メディケイドのウェイバー制度を活用し、メディケイドの基本枠組みの延長線上に独自の制度を構築することによって、医療セーフティネットの存続に不可欠な連邦財源を獲得した。かくして、州政府は自らの州にとって最も好都合な医療財政システムを構築することに成功したのである。

無保険ワーキングプアの医療保障は ACA 成立後の医療保障政策の主な課題であり、ACA の対象から外れている非合法移民を含めた対応のあり方が問われている。州政府によるウェイバー制度の活用は、州政府によるメディケイドの運営と、それに対する州・連邦政府の財政負担のあり方を規定する重要な論点であり、その実施を通してメディケイド財政の枠組みがどのように変化していくのかが注目されるであろう。

本研究の成果を土台として、「ポスト・オバマケア」のメディケイド改革の内容および意義を具体的に明らかにしたい。次の研究課題は、ACA 成立後のメディケイドのウェイバー制度をめぐる州政策の展開を、連邦政策の動向との対応関係に焦点を当てて明らかにすることである。

本稿は、日本学術振興会による平成 31～33 年度（令和元年度～3 年度）科学研究費助成事業「若手研究」（課題番号：19K13981）による助成を受けた研究の成果の一部である。

注

- 1 連邦貧困水準は、連邦政府によって貧困の状態にあると認定される所得水準であり、公的扶助などの資格要件に用いられる。その金額は世帯人数などに応じて1年ごとに設定されており、2010年の4人家族に適用される連邦貧困水準は2万2,050ドルであった。
- 2 メディケイドの財政制度についてはU. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services, “Medicaid. gov” (<https://www.medicaid.gov/medicaid/index.html>; 2022年3月1日閲覧), 2010年の制度内容についてはSocial Security Administration (2011), pp. 58-64を参照。
- 3 長谷川 (2010)。
- 4 Zuckerman et al. (2011)。
- 5 ACAの成立過程や法制度の内容については天野 (2013); 山岸 (2014); 櫻井 (2016)を参照。
- 6 Henry J. Kaiser Family Foundation, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2011)。
- 7 Thompson (2012), p. 162.
- 8 Morris et al. (2020), p. 33. ウェイバー制度の詳細や州政府によるウェイバー活用の歴史的展開についてはGeis and Fossett (2005)を参照。
- 9 Geis and Fossett (2005)。
- 10 Thompson (2012)。
- 11 天野 (2013), 山岸 (2014)。
- 12 Rose (2013)。
- 13 加藤 (2021)。
- 14 Gusmano and Thompson (2012)。
- 15 Rocco et al. (2020)。
- 16 State of Texas, Legislative Budget Board (2009), p. 39.
- 17 State of Texas, Legislative Budget Board (2009), p. 21.
- 18 State of Texas, Legislative Budget Board (2009), p. 7.
- 19 State of Texas, Legislative Budget Board (2009), pp. 147-148.
- 20 State of Texas, Legislative Budget Board (2009), pp. 195-197.
- 21 State of Texas, Legislative Budget Board (2012), p. 27.
- 22 State of Texas, Legislative Budget Board (2012), pp. 2-3.
- 23 State of Texas, Legislative Budget Board (2012), pp. 37-38.
- 24 Young and Garfield (2014), p. 4.
- 25 Young and Garfield (2014), pp. 5-6.
- 26 Dunkelberg (2016), pp. 5-12.
- 27 UC費およびメディケイドのDSHについてはGusmano and Thompson (2012)を参照。
- 28 Medicaid and CHIP Payment and Access Commission (2021)。
- 29 Texas Department of State Health Services (2013), pp. 12-13.
- 30 State of Texas, Office of the Governor (2010)。
- 31 “No More Medicaid?”, The Texas Tribune, November 6, 2010 (<https://www.texastribune.org/2010/11/06/lawmakers-discussing-dropping-health-care-program/>; 2022年3月1日閲覧)。
- 32 Texas Health and Human Services Commission and Texas Department of Insurance (2010), p. 19-27.
- 33 たとえば第80州議会では、医療の成果に基づく診療報酬制度への改革や児童養護制度の対象となる子どもや発達障害者にかかわるサービスの質を向上させる方法などが検討され、これらはそれ以降の

会期においても検討事項としてしばしば取り上げられた。Texas Senate Committee on Health and Human Services (2008).

34 Texas Senate Committee on Health and Human Services (2010), pp. 146-147.

35 Texas Senate Committee on Health and Human Services (2010), pp. 147-148.

36 Texas Senate Committee on Health and Human Services (2010), pp. 148-159.

37 アメリカの医療保障システムにおけるマネジドケアの特徴やメディケイドにおけるマネジドケアの具体的な枠組みについては櫻井 (2012) および加藤 (2021) を参照。

38 テキサス州のメディケイドにおけるマネジドケアの導入については Texas Health and Human Services Commission (2020) を参照。

39 Texas Health and Human Services Commission, “Waiver Overview & Background Resources” (<https://www.hhs.texas.gov/regulations/policies-rules/waivers/medicaid-1115-waiver/waiver-overview-background-resources>; 2022年3月1日閲覧)。

40 State of Texas, Legislative Budget Board (2012), pp. 157-159.

41 State of Texas, Legislative Budget Board (2012), p. 153.

42 州議会財政委員会の 2012-13 年度予算に関する報告書においても、2009 年度のテキサス州の 1 人当たり連邦支出は全米平均の 1 万 396 ドルよりも少ない 9,164 ドルであり、50 州のうち 42 番目の低い水準であることが強調されていた。State of Texas, Legislative Budget Board (2012), pp. 58-59.

43 “Perry’s Texas Awash in Federal Money”, Politico, November 25, 2011 (<https://www.politico.com/story/2011/11/perrys-texas-awash-in-federal-money-069072>; 2022年3月1日閲覧)。

44 Texas Health and Human Services Commission (2011).

45 Thompson (2012), p. 164.

参考文献

Aberbach, Joel D. and Mark A. Peterson eds. (2005), *The Executive Branch*, Oxford University Press.

Dunkelberg, Anne (2016), “Immigrant’s Access to Health Care in Texas: An Updated Landscape”, *Center for Public Policy Priorities* (https://everytexan.org/images/HW_2016_ImmigrantsAccess_FullReport.pdf; 2022年3月1日閲覧)。

Geis, Thomas and James Fossett (2005), “Federalism and the Executive Branch”, in Aberbach, Joel D. and Mark A. Peterson eds. (2005), pp. 486-522.

Gusmano, Michael K. and Frank J. Thompson (2012), “Safety-Net Hospitals at the Crossroads: Whither Medicaid DSH?”, in Hall, Mark A. and Sara Rosenbaum eds. (2012), pp. 153-182.

Hall, Mark A. and Sara Rosenbaum eds. (2012), *The Health Care “Safety Net” in a Post-Reform World*, Rutgers University Press.

Henry J. Kaiser Family Foundation, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2011), “The Texas Health Care Landscape”, *Key Facts* (<https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/8267.pdf>; 2022年3月1日閲覧)。

Medicaid and CHIP Payment and Access Commission (2021), “Upper Payment Limit Supplemental Payments”, *Issue Brief* (<https://www.macpac.gov/wp-content/uploads/2021/11/Upper-Payment-Limit-Supplemental-Payments.pdf>; 2022年3月1日閲覧)。

Morris, John C., Martin K. Mayer, Robert C. Kenter and Luisa M. Lucero (2020), *State Politics and the Affordable Care Act: Choices and Decisions*, Routledge.

Rocco, Phillip, Ann C. Keller, and Andrew S. Kelly (2020), “State Politics and the Uneven Fate of

- Medicaid Expansion”, *Health Affairs*, 39: 3. pp. 494-501 (<https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2019.01414> ; 2022年3月1日閱覽).
- Rose, Shanna (2013), *Financing Medicaid: Federalism and the Growth of America's Health Care Safety Net*, The University of Michigan Press.
- Social Security Administration (2011), *Annual Statistical Supplement to the Social Security Bulletin, 2010* (<https://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2010/supplement10.pdf> ; 2022年3月1日閱覽).
- State of Texas, Legislative Budget Board (2009), *Fiscal Size-up 2010-11 Biennium* (https://www.lbb.texas.gov/Documents/Publications/Fiscal_SizeUp/Fiscal_SizeUp_2010-11.pdf ; 2022年3月1日閱覽).
- State of Texas, Legislative Budget Board (2012), *Fiscal Size-up 2012-13 Biennium* (https://www.lbb.texas.gov/Documents/Publications/Fiscal_SizeUp/Fiscal_SizeUp_2012-13.pdf ; 2022年3月1日閱覽).
- State of Texas, Office of the Governor (2010), “Joint Memo to the Texas Congressional Delegation Regarding Federal Health Care Bill Costs to the State of Texas”, March 21, 2010 (<https://lrl.texas.gov/scanned/govdocs/Rick%20Perry/2010/memo032110.pdf> ; 2022年3月1日閱覽).
- Texas Department of State Health Services (2013), *Texas Hospitals: Utilization and Financial Trends 2002-2011* (<https://www.dshs.texas.gov/chs/hosp/hosptrnd.doc> ; 2022年3月1日閱覽).
- Texas Health and Human Services Commission (2011), *Texas Healthcare Transformation and Quality Improvement Program Medicaid 1115 Waiver Proposal* (<https://www.kff.org/wp-content/uploads/sites/2/2011/09/wavier-1115-proposal.pdf> ; 2022年3月1日閱覽).
- Texas Health and Human Services Commission (2020), “Texas Medicaid and CHIP Reference Guide Thirteenth Edition” (<https://www.hhs.texas.gov/sites/default/files/documents/laws-regulations/reports-presentations/2020/medicaid-chip-perspective-13th-edition/13th-edition-complete.pdf> ; 2022年3月1日閱覽).
- Texas Health and Human Services Commission, *Texas Medicaid and CHIP Reference Guide, various issues* (<https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/about-medicaid-chip/reference-guide> ; 2022年3月1日閱覽).
- Texas Health and Human Services Commission and Texas Department of Insurance (2010), “Impact on Texas if Medicaid Is Eliminated”, *A Joint Report Required by House Bill 497 Eighty-first Texas Legislature Regular Session 2009* (https://static.texastribune.org/media/documents/Impact_on_Texas_if_Medicaid_is_Eliminated.pdf ; 2022年3月1日閱覽).
- Texas Senate Committee on Health and Human Services (2008), Interim Report to the 81st Legislature (https://senate.texas.gov/cmtes/80/c610/HHS_Report2008.pdf ; 2022年3月1日閱覽).
- Texas Senate Committee on Health and Human Services (2010), *Interim Report to the 82nd Legislature* (<https://senate.texas.gov/cmtes/81/c610/c610.InterimReport81.pdf> ; 2022年3月1日閱覽).
- Thompson, Frank J. (2012), *Medicaid Politics: Federalism, Policy Durability, and Health Reform*, Georgetown University Press.
- Young, Katherine and Rachel Garfield (2014), “The Uninsured Population in Texas: Understanding Coverage Needs and the Potential Impact of the Affordable Care Act”, *Henry J. Kaiser Family Foundation Report* (<https://www.kff.org/wp-content/uploads/2014/07/8610-the-uninsured-p>

opulation-in-texas. pdf ; 2022 年 3 月 1 日閲覧).

Zuckerman, Stephen, Timothy A. Waidmann, and Emily Lawton (2011), "Undocumented Immigrants, Left Out of Health Reform, Likely to Continue to Grow as Share of the Uninsured", *health affairs*, 30: 10, pp. 1997-2004.

天野拓 (2013) 『オバマの医療改革：国民皆保険制度への苦闘』勁草書房。

加藤美穂子 (2021) 『アメリカの連邦補助金：医療・教育・道路』東京大学出版会。

河音琢郎・藤木剛康編著 (2016) 『オバマ政権の経済政策：リベラリズムとアメリカ再生のゆくえ』ミネルヴァ書房。

櫻井潤 (2012) 『アメリカの医療保障と地域』日本経済評論社。

櫻井潤 (2016) 「医療保障政策：市場に潜む不安定性と『リヴァイアサン』」, 河音琢郎・藤木剛康編著 (2016), 109~137 頁。

長谷川千春 (2010) 『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。

山岸敬和 (2014) 『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。

