國學院大學学術情報リポジトリ

テキサス州のメディケイド1115ウェイバーをめぐる州・連邦政府間関係の動態：連邦政策の動向を見据えた州政策の展開

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/10.57529/00001053

学術論文

テキサス州のメディケイド1115ウェイバーをめぐる州・連邦政府間関係の動態
－連邦政策の動向を見据えた州政策の展開－

櫻井　潤

▶ 要　約

本論文の目的は，アメリカにおける2010年患者保護アフォーダブルケア法（オバマケア）成立後の州医療保障政策の展開過程を，テキサス州における医療扶助のメディケイド改革をめぐる州・連邦政府間関係の検討を通して実証的に明らかにすることである。テキサス州政府がメディケイドの1115ウェイバーの申請を決断した動機は，オバマケアを見据えて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によって，低所得・貧困者の医療ニーズに対応するという点にあった。テキサス州政府はオバマケア成立の当初から現在まで，州政府にメディケイド拡大を実施させたい連邦政府の意図を把握しながら，州の医療ニーズとそれを賄うための財政システムを構築するために最も有利な内容および方法に基づいて1115ウェイバーを実施している。州政府は歴代の大統領の政策方針や連邦医療政策の展開を見据えて1115ウェイバーの延長更新の手続きを行い，州における既存のメディケイドの枠組みを変えることなく連邦補助金を獲得することによって，州内の医療業界との協働に基づく医療セーフティネットの財源をしたたかに確保してきたのである。オバマケアに基づくメディケイド拡大および州主導の1115ウェイバーをめぐる連邦政策の展開とそれを見据えた州政府の政策選択のあり方は，連邦法を軌道修正した州主導の「ポスト・オバマケア」の方向性を規定する最大の要因であるといえよう。

▶ キーワード

メディケイド，オバマケア，ウェイバー，政府間関係，テキサス州

目次

1.　問題意識
2.　「ポスト・オバマケア」のメディケイド改革の分析視角
　(1)　ACA成立後のメディケイド改革：州政府による政策選択
　(2)　ACAへの反発と1115ウェイバー
　(3)　連邦政策の展開と州政策の対応関係：ACAとテキサス州の1115ウェイバー
3.　テキサス州におけるTX1115ウェイバーの全体像

(1)　州の医療問題と医療セーフティネットの財源問題
(2)　TX1115ウェイバーの申請と承認
(3)　財政中立性と延長更新
4.　オバマ政権期の政策展開と州・連邦政府間関係：ACAへの橋渡しから代替モデルへ
(1)　ACA廃止法案の不成立
(2)　対象拡大の実質的な義務化から連邦補助金による誘導へ
(3)　5年延長更新申請と暫定延長申請の戦略的な使い分け
5.　トランプ政権期の政策展開と州・連邦政府間関係：「ポスト・オバマケア」への期待
(1)　反ACAの政策方針と代替法案の不成立
(2)　1115ウェイバーの推進と延長更新の承認
(3)　新型コロナウィルス感染拡大や大統領選挙の結果を見据えた再延長更新の申請
(4)　政権末期における再延長更新の承認
6.　バイデン政権期の政策展開と州・連邦政府間関係：「ポスト・オバマケア」のゆくえ
(1)　ACA路線の推進と再延長更新の承認取消
(2)　承認取消への反発と再申請
(3)　連邦補助金の暫定延長交付案：再交渉の論点と方向性
7.　むすびにかえて

1.　問題意識

バラク・オバマ（Barack Hussein Obama Ⅱ）政権期に成立した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）の目的は，以下の2つの課題を同時に達成することであった。すなわち，第1に医療費水準が先進諸国の中でも突出して高い状況の下で家計・企業・政府の医療費負担を軽減することと，第2にすべての国民を対象とする公的医療保障制度がないことから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問題への対応として国民皆保険を目指すことであった。

ACAの柱は，(1) 医療保険市場への公的規制，(2) 保険料負担への連邦税額控除による民間保険への加入促進，(3) 連邦補助金の交付によって州政府に医療扶助のメディケイド（Medicaid）の対象拡大を促す政策である。ACAは党派間対立の政治状況の下で成立した連邦法であり，当初からその一部または全体が合衆国憲法に反しているという批判が相次ぎ，違憲訴訟が次々に提起されている。それに加え，ACAは巨額の連邦財源を用いて大規模な改革を進める内容であることから，ACAの存続や廃止または代替制度への転

換を含む「ポスト・オバマケア」のあり方は，アメリカの医療保障政策の方向性を規定する最大の論点である。

ACAの特質は，連邦財源を活用しながらも，州政府による政策選択によって実施される点にある。特にメディケイド拡大は，そ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促すものであり，ACAの成立当初にはメディケイドが最大の医療保障制度として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年にはメディケイド拡大に関する規定を違憲とする連邦最高裁の判決が示され，それは州政府への選択の余地がないという意味での実質的な義務づけから，選択可能な任意の実施に変更された。この判決が大きな分岐点となり，州政府には州内の実情に合わせてメディケイド改革を行う選択の余地が生まれ，州ごとに多様な展開がみられる。

ACA成立後の州政府によるメディケイド改革の主な論点は，第1に州政策の背景となる州財政および医療ニーズの状況，第2にACAを軸とする連邦政策の動向と州政府による多様な政策展開の対応関係，第3に地域医療の財政システムの構築およびその意義である。これらのうち，州財政および医療ニーズの状況については別稿で明らかにしているので[1]，本論文ではその成果を土台として連邦政策の動向を見据えた州政策の展開に焦点を当てて検討する。

本論文の目的は，ACA成立後のメディケイド改革について，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を検討することを通して，メディケイド改革をめぐる州・連邦政府間関係の内実を明らかにすることである。

本論文の構成は以下の通りである。2では，ACA成立後のメディケイド改革の現状および研究動向を整理することを通して，本研究の分析視角を析出する。3では，テキサス州政府がACAを視野に入れて，州の医療ニーズへの対応とそれを賄う財政システムの再構築を目的に，ウェイバー制度を活用して2011年に連邦政府に申請した実験的なメディケイド改革の内容とその承認過程を明らかにする。4から6では，ACAが成立したオバマ政権期から反ACAの政策方針を打ち出したトランプ政権期を経て，ACAを推進する立場を表明したバイデン政権期に至るまでの期間を対象に，テキサス州のメディケイド改革をめぐる州・連邦政府間関係の動態を実証的に明らかにする。そして7では，テキサス州のメディケイドをめぐる政策展開の意義を整理するとともに今後の研究課題を提示する。

2.　「ポスト・オバマケア」のメディケイド改革の分析視角

(1)　ACA成立後のメディケイド改革：州政府による政策選択

アメリカの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である。

アメリカの医療保障システムの特徴は，他の先進諸国のように公的医療保障制度がすべての国民またはその大部分を対象としている状況とは異なり，市場を最も重視している点にある。すなわち，アメリカの公的医療保障制度の対象は一部の国民に限定されており，人口の過半数は医療保険市場において民間医療保険を購入することによって医療保障を獲得している。

第1表に示されるように，雇用主提供医療保険（Employer-Sponsored Health Insurance）は，企業等の雇用主がフルタイムの正規雇用を中心とする被用者に対し，保険会社との契約に基づいて福利給付として付与する民間医療保険であり，2019年には人口の55.4%が加入していた。雇用主提供医療保険への加入が困難なパートタイム被用者や季節労働者などは，保険料負担への財政補助の制度を活用して個人単位で民間医療保険に加入するか，各制度の受給資格を満たすことができれば公的医療保障制度を通して保障されることになる。主な公的医療保障制度は，65歳以上の高齢者（一部の障害者を含む）を対象とする公的医療保険のメディケア（Medicare），低所得・貧困者に対する医療扶助のメディケイドと子ども医療保険加入支援制度（Children's Health Insurance Program；以下「CHIP」とする）である。2019年の医療扶助の受給者は，それぞれ人口の18.1%と19.8%を占めていた。

民間医療保険の保険料を拠出する経済的余裕がなく，なおかつメディケイドの所得要件を満たすほどには低い所得ではない現役世代のワーキングプアは，確実な医療保障を持たない無保険者の典型である。無保険者は同年に3,000万人近くも存在し，人口に占める無保険者の割合はACAに基づく改革が本格的に実施される以前の2013年から5.3ポイントも低下したものの，人口の9.2%にも上った。

メディケイドは，連邦政府のガイドラインを枠組みとして州政府によって実施される医療扶助であり，最も多くの人々を対象とする公的医療保障制度である。州政府は，所得要件をはじめとする資格要件を設定する裁量を持っている。ただし，連邦政府は低所得の子どもや妊婦などに対して特定のサービスの受給資格を認めることを，連邦補助金の交付要

第1表　医療保障の適用状況の推移

（万人，%）

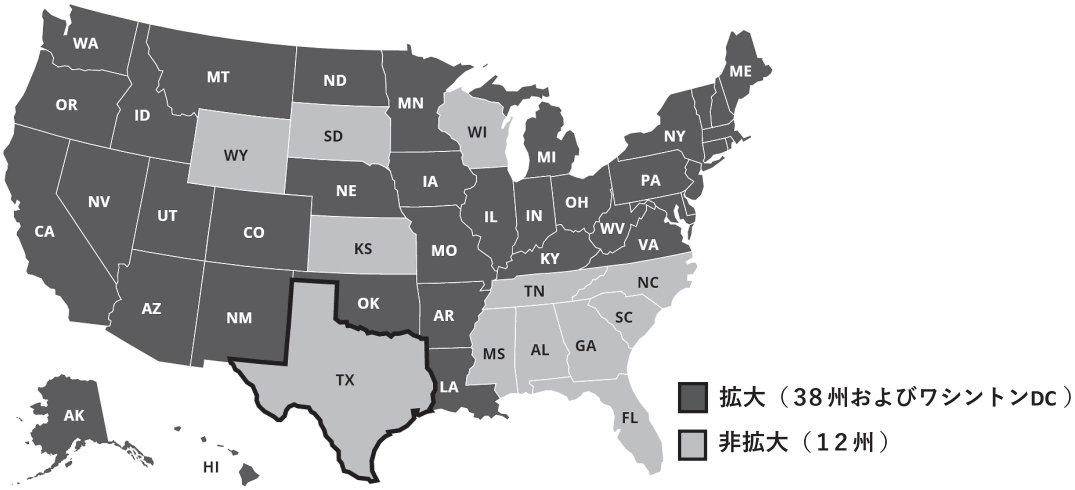
		2010		2014		2019	
		人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
全米	民間医療保険	20,027	65.8	20,833	66.4	21,781	67.4
	雇用主提供医療保険	16,714	54.9	17,027	54.2	17,892	55.4
	個人加入医療保険	3,872	12.7	4,022	12.8	4,230	13.1
	TRICARE	791	2.6	831	2.6	878	2.7
	公的医療保障	9,038	29.7	10,423	33.2	11,432	35.4
	メディケイド・CHIP	5,186	17.0	6,035	19.2	6,408	19.8
	メディケア	4,482	14.7	5,111	16.3	5,833	18.1
	退役軍人医療保障	627	2.1	691	2.2	725	2.2
	無保険	4,721	15.5	3,667	11.7	2,964	9.2
	合計	30,429	100.0	31,389	100.0	32,312	100.0
テキサス州	民間医療保険	1,426	57.5	1,605	60.6	1,762	61.8
	雇用主提供医療保険	1,208	48.7	1,329	50.2	1,466	51.4
	個人加入医療保険	244	9.8	279	10.5	304	10.7
	TRICARE	75	3.0	80	3.0	82	2.9
	公的医療保障	668	27.0	758	28.6	808	28.3
	メディケイド・CHIP	417	16.8	459	17.3	453	15.9
	メディケア	291	11.7	342	12.9	400	14.0
	退役軍人医療保障	49	2.0	56	2.1	62	2.2
	無保険	588	23.7	505	19.1	523	18.3
	合計	2,478	100.0	2,649	100.0	2,851	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3表も同様）。
出所）U. S. Census Bureau, ***Health Insurance Historical Tables-HHS Series***（https://www.census.gov/data/tables/time-series/demo/health-insurance/historical-series/hic.html；2022年3月1日閲覧）より作成。

件として定めている。そのことから，これらは州政府への実質的な義務づけとして機能している。州政府はこの連邦ガイドラインの枠組みに沿って制度を設計することによって，メディケイド支出の一定割合を連邦政府から連邦マッチング補助金（matching grant）として受け取ることができる。各州のメディケイド支出に占める連邦補助金の割合は連邦医療補助率（Federal Medical Assistance Percentage；以下「FMAP」とする）と呼ばれ，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年度ごとに設定される。2019連邦財政年度における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76.39%まで州ごとに異なり，最大で26.39ポイントの差が存在していた[2]。

ACAのメディケイド拡大は，州の医療保障政策の最も重要な論点である。ACAのメディケイド拡大に関する規定は，世帯所得が連邦貧困水準（Federal Poverty Level）[3]の138%まで成人の所得要件を引き上げることであり，州政府がこれを実施した場合には，引き上げに該当する受給者への支出については連邦補助金を州政府に寛大に交付するとい

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 Desicion*（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。

うものである。すなわち，2014 連邦財政年度から 2016 年度までの 3 年間の FMAP は 100% であり，それ以降には補助率は段階的に低下して 2017 年度から 2019 年度までの期間には 95%，2020 年度以降には 90% になる[4]。

第 1 図に示されるように，2022 年 3 月には 38 州およびワシントン D. C. が ACA に基づくメディケイド拡大を実施している一方，テキサス州を含む 12 州は未実施である。ACA 成立後から現在までの間にメディケイド拡大を実施する州の数は次第に増加しているものの，南部諸州を中心とするこれらの州はそれを頑なに拒否し続けている。

(2)　ACA への反発と 1115 ウェイバー

重要なのは，ACA のメディケイド拡大を実施していない州政府の動向であり，それらは無保険者への対策を放棄しているのではなく，州の医療ニーズをふまえて実施されてきた既存の州制度に基づいて医療保障を行っていることである。州政府はその主な手段としてウェイバー（Waiver）制度を活用し，連邦政府との共同作業を通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，メディケイドのように連邦補助金の交付を伴う連邦制度に関して連邦ガイドラインの遵守を免除する制度であり，1115 ウェイバーは社会保障法（Social Security Act）1115 条項を根拠として，1962 年社会保障法修正法（Public Welfare Amendments to the Social Security Act of 1962；P. L. 87-543）の一部として導入された[5]。その手続

きの流れは，州政府が連邦補助金の交付を伴う連邦制度の目的をより効率的に達成する方法を連邦保健福祉省（Department of Health and Human Services）に申請し，連邦保健福祉省が内容を審査した上でその申請を承認すると，申請された制度については連邦ガイドラインの一部を免除して連邦補助金を交付するというものである。ウェイバー制度においては財政中立性（Budget Neutrality）を達成することが条件であり，州政府はウェイバーを実施する場合にはそれを実施しない場合よりも連邦財政支出が増加しない見通しであることを，財政支出の試算額を提示することによって証明しなければならない。メディケイドの場合には，ウェイバー制度の実施によって連邦財政支出を増やすことなく，より効率的に医療サービスを提供することが求められる。

州政府がこのウェイバーを活用する主たる動機は，メディケイドにおけるマネジドケア（Managed Care）の導入を進めることである。医療保険や医療保障におけるマネジドケアは，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。州政府による 1115 ウェイバー活用の主な目的は，メディケイドにマネジドケアの仕組みを導入することによって制度の効率化を実現し，州政府による財政負担を抑制しながらメディケイドの対象拡大を目指すことである[6]。

(3)　連邦政策の展開と州政策の対応関係：ACA とテキサス州の 1115 ウェイバー

ACA 成立後のメディケイド改革に関連する研究動向は，(1) ACA 成立後の連邦議会における政策過程に焦点を当てた研究，(2) メディケイド受給者や無保険者の医療受診の実態および医療格差に関する研究，(3) 1115 ウェイバーの財政制度や実施状況に関する研究の 3 つに分類することができる。

第 1 に，Barr（2020）は ACA が成立したオバマ政権期から反 ACA の政策方針が打ち出されたトランプ政権期までの期間における連邦医療保障政策の展開を党派間対立に焦点を当てて検討し，メディケイド改革についても政策過程における党派間対立の動態およびその帰結を克明に描き出している[7]。河音（2018）はトランプ政権期に連邦議会に提出された「オバマケア」の代替法案が不成立となった過程を，政策方針をめぐる党派間対立および共和党内の方針の不一致に特に焦点を当てて明らかにしている[8]。

第 2 に，Michener（2018）はメディケイド拡大を推進する立場から，拡大を実施しな

い州において無保険者が医療ニーズを十分に満たすことができていない実態やその政治的要因について検討し[9]，Mulligan and Castaneda eds.（2018）はACA成立後のアメリカにおける普遍性を欠いた医療保障の現状について，メディケイド拡大の対象から外れる非合法移民（undocumented immigrants）の無保険問題を中心にテキサス州やニューヨーク州の実態調査に基づいて解明している[10]。

第3に，Geis and Fossett（2005）はメディケイドのウェイバー制度に関して，1990年代半ば以降にはそれが制度改革のための法制化に不可欠な連邦議会における審議を回避する手段として歴代の大統領によって活用されてきた点に着目し，同時に数多くの州政府はメディケイド支出を抑制するために1115ウェイバーを用いてマネジドケアの導入や普及を超党派で実施してきたことを指摘している[11]。Rose（2013）は，ACAに基づく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メディケイドの1115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連邦補助金の獲得行動を中心に歴史的に検討している[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，ACAに基づくメディケイド拡大を選択したカリフォルニア州における1115ウェイバーの事例検討を交えて明らかにしている[13]。

これらの研究は，ACA成立後のメディケイド改革の動向や州政府が1115ウェイバーを活用している実態について，それぞれの観点から詳細に検討しているものの，ACA成立後のメディケイド改革をめぐる州政策と連邦政策の対応関係が必ずしも明らかにはされていない。

個別の州における政策展開の意義を連邦政策との対応関係に即して明らかにするために不可欠な作業は，ACAのメディケイド拡大を実施した州の論理だけでなく，それを実施していない州政府の論理も検討することであり，そうした州政府が1115ウェイバーを申請した理由やその申請内容，さらにそれらの州政策はACAをめぐる連邦医療政策の展開とどのように対応しているのかを具体的に検討する必要がある。これらの検討を通して，州政府による政策選択の意義をアメリカの医療保障政策の全体に位置づけることが可能になる。それは同時に，連邦法のACAのゆくえを含め，ACAを推進する立場とそれに反対する立場のせめぎあいから導き出される「ポスト・オバマケア」の方向性を見定めるために欠かせない作業であるといえよう。

そこで本研究では，ACA成立後のメディケイド改革の展開を，1115ウェイバーをめぐる州政策と連邦政策の対応関係に焦点を当てて検討する。具体的には，テキサス州において2011年から実施されている「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；以下「TX1115ウェイ

バー」とする）の政策過程を検討する。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の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。それに加えて，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1115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が集まっている。本研究は，テキサス州のTX1115ウェイバーをめぐる州・連邦政府間関係の動態を検討することを通して，ACA成立後のメディケイド改革の実態解明を目指すものである。

3.　テキサス州におけるTX1115ウェイバーの全体像

(1)　州の医療問題と医療セーフティネットの財源問題

テキサス州政府がTX1115ウェイバーを申請した動機は，ACAに基づく改革を見据え，州内の低所得・貧困者の医療ニーズに対応するための医療セーフティネットの財政システムを再構築する点にあった。

第1に，全米の動向とは異なり，テキサス州の無保険者はACAに基づく改革を実施しても医療保障を得ることは困難であった。

第1表に示されるように，2019年におけるテキサス州の無保険者数は州民のおよそ5人に1人に相当する523万人にも上り，全米に存在する2,964万人の無保険者の6分の1超を占めている。人口に占める無保険者の割合は18.3%にも上り，ACAに基づく主な改革が実施される直前の2013年の22.1%から3.8ポイント減少したものの，むしろ全米平均との差は拡大してほぼ2倍という高さである。特に，全米のメディケイド受給者数は各州においてACAのメディケイド拡大が実施された2014年以降に増え続けているのに対し，テキサス州の受給者数は同期間に横ばいで推移している。

テキサス州の無保険率が高い主な要因は，高齢化率が全米平均よりも低いがゆえに人口に占めるメディケア受給者の割合が相対的に低いこと，雇用主提供医療保険や個人加入医療保険の加入率が全米平均よりもそれぞれ4.0ポイントおよび2.4ポイントも低いこと，メディケイドおよびCHIPの適用率の合計も全米平均に比べて3.9ポイントも低いことである。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く，それゆえに雇用主提供医療保険へ

の加入率が全米平均よりも低い[14]。このように民間医療保険への加入が困難な低所得者やワーキングプアが多いにもかかわらず，テキサス州のメディケイドの資格要件はすべての州の中で最も厳格な部類に位置している。2020年におけるメディケイドの受給資格をみると，(1) 長期介護サービスのニーズを抱える高齢者や障害者の所得要件は連邦貧困線の222% 以下，(2) 妊婦や1歳未満の新生児および乳児のそれは198% 以下，(3) 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144% 以下と133% 以下（CHIPについては201% 以下）であり，これらは他の州と同等の基準である。しかし，(4) 子どもを持つ成人や子どもまたは妊婦と世帯を同一にしている医療困窮者に関する受給資格は，それぞれ連邦貧困線の13% 以下および15% 以下までしか認められておらず，他の州に比べて著しく厳しい。特に，(5) 子どもを持たない成人にはメディ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い[15]。所得が連邦貧困線の100% 未満の成人は，ACAのもうひとつの柱である保険料負担を軽減するための連邦税額控除を受けられず，民間保険に加入することもできないがゆえに無保険状態に置かれることが多い。

テキサス州における無保険問題の特徴は，無保険者が数多くの非合法移民を含むワーキングプアの成人に集中しており，それらの人々がメディケイドの対象から外れていることにある。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。それに加えて，テキサス州には主に中南米から越境してくるヒスパニックの非合法移民が数多く居住しており，それらの多くは無保険である。同調査によると，無保険の成人の56% はヒスパニックであり，無保険ワーキングプアの最も典型的な人々である[16]。民間保険への加入が難しいことに加えて，州法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，非合法移民は確実な医療保障を得る機会をほとんど持たない。さらに，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のである[17]。

第2に，ACAは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機能してきた医療セーフティネットのために交付されてきた連邦補助金を大きく削減する計画であり，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）の財政運営はいっそう困難になる見通しであった。

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費を補てんしている[18]。

州政府はUC費を補てんするために，主に貧困者医療報酬制度（Disproportionally Shared Hospital；以下「DSH」とする）と報酬上限引上制度（Upper Payment Limit；以下「UPL」とする）を活用する。DSHは，メディケイドやメディケアの枠組みに基づいて，州政府が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連邦制度であり，それはセーフティネット医療機関にとっての重要な財源である[19]。UPL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り，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る[20]。

このようなUC費の補てんを目的とする財政システムを構築してきたテキサス州にとって，メディケイドにおけるマネジドケアの対象拡大およびACAの成立は，州の医療セーフティネットの存続を脅かすことになった。後に詳しく述べるように，テキサス州は1990年代初頭からメディケイドにおけるマネジドケアの導入を段階的に進めていた。UPLはマネジドケアには適用されないことから，州政府はマネジドケアの導入に伴い，連邦補助金を有利に獲得するためのUPLを活用することができなくなった。それは州政府に交付される連邦補助金の削減をもたらし，セーフティネット医療機関のUC費の補てんが困難になることを意味するものであった。それに加えて，ACAが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，それも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[21]。

このように，テキサス州政府がTX1115ウェイバーを申請した動機は，マネジドケアと両立する形でUC費の補てんを行うことが可能な制度を創設し，DSHやUPLに代わる連邦財源を確保することを通して，州内の医療セーフティネットを存続させることであった[22]。

(2)　TX1115ウェイバーの申請と承認

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ねらいとして「テキサス医療保障転換・質向上プログラム」（TX1115ウェイバー）の申請手続きを行った。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医療サービス委員会（Texas Health and Human Services Commission；以下「HHSC」とする）は，ACAのメディケイド拡大に向けた準備としてTX1115ウェイバーの申請書を作成し，2011年7月15日に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；以下「CMS」とする）に提出した[23]。

第2表は，メディケイドに関するテキサス州政府と連邦政府の政策展開を，TX1115ウェイバーとACAの政策過程を軸に整理したものである。TX1115ウェイバーの目的はACAのメディケイド拡大に備えた橋渡し（Bridge to Reform）を行うことであり，実施期間は，メディケイド拡大を実施する2014年を含む2011年10月1日から2016年9月30日までの5年間であった。その後，TX1115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。

主な申請内容は，第1にマネジドケアの対象拡大，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対してUC費を補てんする制度の財源プールの創設，第3に新たな追加報酬制度の財源プールの創設であった。申請された主なウェイバー項目は，マネジドケア型のサービスの提供範囲を州全域に拡大すること（Statewideness），マネジドケアの枠組みを用いた追加的な給付または費用対効果の高い代替給付を行うことによってサービスの量や期間および範囲を柔軟に設定すること（Amount, Duration, and Scope of Services），マネジドケア型のサービス提供を通して受給者にとっての医療機関の選択肢を制限すること（Freedom of Choice）であった。

第1に，メディケイドにおけるマネジドケアの対象拡大は，既存の1915（b）ウェイバーや1915（b）／1915（c）結合ウェイバーを土台として，マネジドケアの対象を州全域に拡大することを目指す内容であった。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

第 2 表　メディケイドに関する ACA および TX1115 ウェイバーの政策過程

		2010 年患者保護アフォーダブルケア法（ACA）	テキサス医療保障転換・質向上プログラム（TX1115ウェイバー）	
			連邦政府	テキサス州
オバマ民主党政権	2010 年 3 月	・ACA の可決・成立： メディケイド拡大の実質的な義務化（拡大を実施しない州政府への連邦補助金の交付停止）、拡大を実施する州政府への連邦補助率の引き上げ（2014 年～） ・ACA の主要規定を違憲とする 26 州の共同提訴		
	2011 年 7 月			新規申請： 2011 年 10 月～ 2016 年 9 月
	12 月		新規申請の承認： 2011 年 12 月 12 日～ 2016 年 9 月	
	2012 年 6 月	ACA の違憲訴訟をめぐる連邦最高裁判決： 州裁量に基づくメディケイド拡大への変更（拡大を実施しない州政府への連邦補助金の交付停止の撤回）など		
	2014 年 1 月	ACA に基づくメディケイド拡大の実施（一部の州）		
	2015 年 9 月			5 年延長更新の申請： 2016 年 10 月～ 2021 年 9 月
	2016 年 1 月	アメリカ国民医療保障自由復元法案への大統領拒否権の発動		
	4 月			暫定延長の申請： 2016 年 10 月～ 2017 年 12 月
	5 月		暫定延長の承認： 2016 年 5 月 2 日～ 2017 年 12 月	
トランプ共和党政権	2017 年 1 月	大統領令の発令： 各省庁における ACA 関連規定の導入停止など		連邦補助金の交付延長の申請： 2018 年 1 月～ 2019 年 9 月
	5 月			最終評価報告書の提出
	7 月	上院におけるアメリカ国民医療保障法案の否決		
	12 月		延長更新の承認： 2018 年 1 月～ 2022 年 9 月	
	2020 年 11 月			再延長更新の申請： 2022 年 10 月～ 2027 年 9 月
	2021 年 1 月		再延長更新の承認： 2021 年 1 月 15 日～ 2030 年 9 月	
バイデン民主党政権	1 月	大統領令の発令： 医療保険取引所に関する特別加入期間の導入、前政権期に厳格化されたメディケイドの加入要件の見直しなど		
	3 月	アメリカ国民救済計画法の可決・成立： メディケイド拡大を未実施であった州が拡大を実施する場合の連邦補助率の引き上げ（2021 ～ 22 年）など		
	4 月		再延長更新の承認取消： 州に申請書の再提出を促す	
	5 月			承認取消の撤回を求めて連邦地裁に提訴
	7 月			再延長更新の申請書の再提出（一部変更）： 2022 年 10 月～ 2030 年 9 月
	8 月		連邦補助金の交付延長の提案： 2021 年 10 月～ 2022 年 9 月	

出所）U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services, The Center for Medicaid and CHIP Services, ***Texas Healthcare Transformation and Quality Improvement Program***（https://www.medicaid.gov/medicaid/section-1115-demo/demonstration-and-waiver-list/83231；2022 年 3 月 1 日閲覧）；State of Texas, Department of Health and Human Services, ***Medicaid 1115 Waiver***（https://www.hhs.texas.gov/laws-regulations/policies-rules/waivers/medicaid-1115-waiver；2022 年 3 月 1 日閲覧）に基づいて筆者作成。

ジドケアの医療保障を構築してきた。主な制度は，(1) 低所得世帯の子どもや成人を対象に一部地域での実験的な実施の後に1996年に創設されたスター（State of Texas Access Reform；以下「STAR」とする），(2) 高齢者や障害者に対して急性期医療および在宅コミュニティケア（Home and Community Based Care）を含む長期介護のサービスを提供することを目的に1995年から対象地域の段階的な拡大を経て州全域で実施されているスタープラス（State of Texas Access Reform Plus；以下「STAR＋PLUS」とする），(3) 児童養護制度の対象となる子どもに養育および療養サービスを提供することを目的に2008年から州全域で実施されているスターヘルス（State of Texas Access Reform Health；STAR Health），(4) 障害児へのサービス提供を行う制度として2016年に州全域で開始されたスターキッズ（State of Texas Access Reform Kids；以下「STAR Kids」とする）である[24]。TX1115ウェイバーの申請は，主にSTARおよびSTAR＋PLUSの対象地域の拡大と，出来高払制に基づく初期歯科医療および予防小児歯科医療サービスのマネジドケア型の提供方式への変更を求める内容であった。

第2に，既存の診療報酬とは別枠の財源プールは，非償還ケア・プール（Uncompensated Care Pool；以下「UCプール」とする）と医療提供体制インセンティブ改革報酬制度（Delivery System Incentive Reform Payment；以下「DSRIP」とする）の2種類の制度を組み合わせて実施する提案であった。

UCプールは，非合法移民を含む無保険者や医療困窮者などに医療サービスを提供する州立病院を中心とするセーフティネット医療機関を対象に，UC費負担の軽減を目的として支払いを行う制度である。すでに述べたように，メディケイドのマネジドケア化に伴い州政府はUPL制度を活用することができなくなった。テキサス州政府がUCプールの創設を申請した動機は，マネジドケアの枠組みの下でUC費の補てんを行うことが可能な制度を創設し，これまでにUPL制度を活用して獲得していた連邦補助金に代わる財源を確保することを通して，州内の医療セーフティネットを存続させることであった。

DSRIPは，メディケイドの効率化を実現すると同時に非合法移民を含む州民の健康上の成果（health outcomes）を高めることを目的として革新的なプログラムの開発や実施を行う医療機関に対し，それらの成果に応じた支払いを行うインセンティブ報酬制度である。DSRIPの報酬支払いの対象となるサービスの提供は，州内を20の医療圏に区分した上で，それぞれの医療圏における地域医療共同事業体（Regional Health Partnership；以下「RHP」とする）を単位として行われる。医療機関はそれぞれのRHPに参加し，他の医療機関との連携を通して独自のサービス提供を行い，その活動の成果に応じて追加報酬を受け取る。それらの活動の目標は，受給者にとってのサービスへのアクセス向上，医療や医療システムの質の向上，医療や医療システムの費用対効果の向上，患者や家族の健康

増進の4点である。それぞれのRHPにおいて地域医療連携の重心としての役割を果たすのがアンカー（anchor）と呼ばれる公立病院または病院区（Hospital District）などの地方政府であり，アンカーは政府間財政移転の財政システムに基づいてDSRIP財源の州政府負担分を調達する役割を果たしている。TX1115ウェイバーにおけるDSRIPは，医療保障システムにおいて医師団体が大きな役割を果たしているカリフォルニア州において2010年11月に全米で初めて創設されたDSRIPを先行事例として，それを病院主導の医療セーフティネットを軸に医療ニーズに対応してきたテキサス州の実情に沿う形で構築された。後に承認されたテキサス州のDSRIPの5年間における財源総額は114億ドルであり，それはカリフォルニア州の5年間における67億ドルの2倍近くにも上り，全米において最大規模のDSRIPであった[25]。

これらの申請内容は，州政府と連邦政府の間で事前協議の結果としてまとめられたものであった。そもそも，テキサス州政府による1115ウェイバーの申請は，州内の医療ニーズへの対応とそのための財政システムの構築を目的としながらも，連邦政府からの勧告に背中を押されて行われたものであった。すなわち，CMSはマネジドケア型のサービスを提供する医療機関へのUPLの支払いを禁じる連邦規制を新たに設定する際に，それらの医療機関への追加支払いを支える地域の財政システム（local funding）として1115ウェイバーを活用するようHHSCに助言していたのである[26]。

CMS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。

CMSのマリリン・タベナー（Marilin Tavenner）副センター長はHHSCに承認を伝達する文書において，ウェイバー制度の設計や実施は決して州の専権事項ではなく，州が主要な内容に関してCMSの承認を得ることを前提としており，それらが州・連邦政府間のやり取りを通して行われる点を強調した。

第1に，タベナー副センター長はマネジドケアの対象拡大に関して，「我々は最も弱い立場にあるテキサス州民のための包括・統合ケアの創設に向けて州が対策を講じることを称賛」した上で，「あなたがたが州全域への対象拡大を予定している2012年3月に先立って（保険加入者にサービスを提供する医療機関の：引用者）ネットワークの適切性を構築し，受給者の保護が取り決め条項（Special Terms and Conditions；州・連邦政府がウェイバーに関して交渉を重ねた結果として合意した財政運営や制度運用のルール。以下「STC」とする：引用者）にしっかりと組み込まれる手続きを確実に行う際に，今後の数ヵ月間にあなたがたと一緒に取り組むことを楽しみにしている」と述べた[27]。このように，CMSは承認文書において，州政府との継続的なやり取りを通してTX1115ウェイバーの具体的な制度設計に介入する意向を明確に示していた。

第2に，DSRIPへの主なコメントは，医療機関への報酬の「支払いは，STCに明記されている通り，CMSがそれぞれのRHPから州政府に提出された計画を承認しない限りDSRIPの財源プールから行われることは認めない」ことを確認する内容であった[28]。この指摘も，DSRIPの制度設計や運営の仕方は連邦政府の意図を反映した内容である必要があり，それが連邦補助金の交付の条件であることを州政府側に改めて確認するものであった。

そして第3に，UCプールに関する通知内容は，ウェイバーが開始される2012年連邦財政年度を「移行期」と位置づけ，それと2013年度以降の期間を区別してUCプールの運営や報酬支払いの手続きを整理するものであった。すなわち，初年度の「移行期間は，（追加報酬を得る：引用者）これらの医療機関が州政府による資金の支払い方法に基づいて歴史的に行われてきたメディケイドの財源の保障を得ることを確実にするものであ」るという説明であった。それに対し，「2年目以降のUCプールからの資金配分は，州政府による医療機関の費用報告ツールやSTCに明記されているすべての所定の手続きに関してCMSが承認することを条件とするものである」ことが示されたのである[29]。この指摘におけるCMSの意図は，UCプールの財源を用いた初年度の州主導の報酬支払いはあくまで一時的な特別の対応であり，2年目以降の支払いはCMSの承認プロセスを経て，連邦政府の介入や条件づけを前提に行うことを州政府側に明確に意識させることであったといえよう。

タベナー副センター長はこれらの内容に加え，TX1115ウェイバーは「再承認が行われない限り」，2016年9月30日の期限を以て失効することを州側に伝えている[30]。この指摘の意図は，ウェイバーが期間を限定した制度であることの確認にとどまらず，承認された期間におけるCMSへの定期的な実施報告や成果報告，さらには州政府がウェイバーの延長申請を行う場合にはその申請書の作成や審査も含む長期にわたる過程が州・連邦政府間の重要な交渉の機会であることを強調することであった。

この承認文書に対し，HHSCにおいてメディケイドの監督官を務めるビリー・ミルウィー（Billy Millwee）氏はCMSへの返答文書において，指摘された事項に対する返答を行った。その主な内容は，TX1115ウェイバー承認への謝辞に加え，この新たなウェイバーがテキサス州の既存のウェイバー制度を土台としていっそうの展開を企図するものであり，その制度設計や実施における連邦政府の関与を受け入れる意思があることを伝えるものであった。第1に，ミルウィー氏は「このデモンストレーションはテキサスに対し，これまで1915（b）および1915（b）/（c）ウェイバーに基づく包括的で連携に基づくケアを継続的に提供することを許可する」と同時に，それは新たに「メディケイドの受給資格を有する子どもに対し，小児歯科プログラムを通して総合的な小児歯科の初期医療サービ

スや予防歯科医療サービスを利用することを可能にするであろう」と述べ，ウェイバー実施の意義を強調している。第2に，それに続いて「テキサスは，このプロジェクトに関して今後に予想される連邦関与の性質，特質および程度を定めた，このデモンストレーションのSTCに同意して受け入れる」と述べ，連邦政府との継続的なやり取りを通してウェイバー制度を実施する意向をCMS側に伝えた[31]。

かくして，TX1115ウェイバーはテキサス州政府と連邦政府（CMS）の協働に基づく実験的な医療保障制度として実施されることになった。

(3)　財政中立性と延長更新

TX1115ウェイバーの実施期間における事業の展開および予算配分は，州・連邦政府が協議を通して合意したSTCの規定に基づく財政中立性を達成するための計画表に示された。すでに述べたように，財政中立性は，ウェイバー制度を実施する場合にはそれを実施しない場合よりも連邦財政支出が増加しない見通しであることを，州政府が具体的な財政支出の試算額を提示することによって証明する手続きである。

第3表は，2011年にCMSに提出されたTX1115ウェイバーの申請書に添付された財政中立性の資料をまとめたものである。

TX1115ウェイバーにおける財政中立性は，メディケイドにおけるマネジドケアの対象拡大による効率化と，テキサス州のメディケイドにおいて行われてきたUPL制度を活用した医療機関への追加報酬の中止によって見込まれる連邦支出の削減額を，新たに創設されるUCプールおよびDSRIPの財源として充当するという形式で作成された。ウェイバー申請書に記載された2010年度までの支出の実績に基づく財政中立性の試算によると，ウェイバーを実施しなかった場合には，2012州財政年度から2016年度までの5年間に1,548億ドルの連邦財政支出が行われる。それに対して，ウェイバーを実施する場合の連邦財政支出も同期間に同額の1,548億ドルになり，ウェイバーを実施しても連邦財政支出が増加しない見通しであることが示された。

その内訳をみると，第1にウェイバーの対象となる人々は高齢者（その他のメディケア関連受給者を含む），障害者，成人，子どもの4種類のカテゴリーに分類され，ウェイバーを実施しなかった場合と実施する場合のそれぞれについて，カテゴリーごとに医療給付を行うために必要となる連邦財政支出が推計されている。実施しない場合のすべてのカテゴリー支出の合計は5年間で1,469億ドルと推計された一方，実施する場合の同支出の合計は同期間に1,122億ドルになる見込みであった。前者から後者を差し引いたカテゴリー

第3表　TX1115ウェイバー申請書における連邦財政支出の推計（2011年7月）

（億ドル）

		実績				基準	推計					
		2007	2008	2009	2010	2010	2012（DY1）	2013（DY2）	2014（DY3）	2015（DY4）	2016（DY5）	DY1-5合計
実支出／実施せず	カテゴリー別支出合計（A）	116	133	148	166	176	229	253	296	329	363	1,469
	高齢者・メディケア関連	14	16	18	19	19	24	27	31	34	39	156
	障害者	37	42	47	54	54	69	78	87	98	110	443
	成人※1	16	18	19	21	25	30	32	36	39	43	180
	子ども※1	49	57	64	72	78	105	115	142	157	171	691
	他の人々に関するUPL※2	11	11	11	12	12	13	14	15	16	17	75
	医師UPL	1	※3	※3	1	1	1	1	1	1	1	4
	支出合計	117	133	148	166	189	243	268	312	345	381	1,548
実施	カテゴリー別支出合計（B）	—	—	—	—	—	185	199	226	246	266	1,122
	高齢者・メディケア関連	—	—	—	—	—	20	21	22	24	26	113
	障害者	—	—	—	—	—	59	66	74	82	92	373
	成人	—	—	—	—	—	19	20	21	22	23	104
	子ども	—	—	—	—	—	87	92	109	117	125	531
	他の人々に関する　UPL	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	DSH	—	—	—	—	—	5	5	5	4	4	23
	UCプール	—	—	—	—	—	42	51	57	57	55	262
	DSRIP	—	—	—	—	—	11	13	24	38	55	141
	支出合計	—	—	—	—	—	243	268	312	345	381	1,548
カテゴリー別支出の差額（A-B）		—	—	—	—	—	44	54	70	83	97	347
高齢者・メディケア関連		—	—	—	—	—	4	6	9	10	13	43
障害者		—	—	—	—	—	10	12	13	16	18	70
成人		—	—	—	—	—	11	12	15	17	20	76
子ども		—	—	—	—	—	18	23	33	40	46	160

※1 STARの出来高払制に基づく支出およびUPLの支出を含む。
※2 ウェイバー対象期間より前の支出合計の実績には，ウェイバー対象外の人々に関するUPL支出額は含まれない。
※3 5,000万ドル未満。
出所）Texas Health and Human Services Commission（2011）より作成。

別支出の差額は347億ドルであり，これがウェイバーを5年間にわたって実施することによる連邦財政支出の削減の見込額である。これらの中でも子どもと成人の支出削減額の規模は大きく，それぞれ160億ドルと76億ドルであり，これらの合計は削減見込額の68％にも上った。第2に，実施しない場合のその他の支出は，ウェイバー対象外の人々への給付に関する連邦政府のUPL支出および医師のサービスに関するUPL支出であるのに対し，実施する場合にはDSHの支出に加えて，新たに制度化されるUCプールおよびDSRIPの支出が計上された。UCプールおよびDSRIPの5年間の連邦財政支出はそれぞれ262億ドルと141億ドルであり，これらを合わせた403億ドルは主にカテゴリー別支出の削減額から捻出する計画であった[32]。

財政中立性に基づく試算を超えた連邦財政支出の削減額は，ウェイバーが延長更新される場合には，新たな実施期間に繰り越される。すなわち，その連邦支出の削減額は余裕額（room）と呼ばれ，州政府は延長更新申請の承認時に新たに設定された財源規模に追加し

て連邦補助金を活用することができるのであり，それが州政府にとってウェイバー制度を効率的に実施する動機になる。

以上の内容をふまえて，以下の4から6では，オバマ政権期からトランプ政権期を経てバイデン政権期に至るまでの期間におけるACAおよびTX1115ウェイバーの政策過程を州・連邦政府間関係に焦点を当てて検討する。

4.　オバマ政権期の政策展開と州・連邦政府間関係：ACAへの橋渡しから代替モデルへ

(1)　ACA廃止法案の不成立

オバマ政権期におけるACA成立後の連邦医療政策の展開は，ACAの存続をめぐって党派間の駆け引きを繰り返す内容であった。

2010年にACAが成立してから2014年中間選挙の前までの期間には，連邦議会においてACA廃止法案が相次いで提出されたものの，それらが可決・成立することはなかった。

連邦議会において法案を可決・成立させるために必要な手続きから確認する。まず，下院において過半数の賛成票を得て法案を可決させ，その後に上院において100議席のうち60票以上の賛成票を得て法案を可決させる。次に，下院において上院案と同じ内容の法案を可決させると，法案が大統領の下に送られる。大統領が法案に署名すると連邦法として成立する。上院では，法案可決の阻止を目指す議員が，会期が終了するまで長時間にわたって演説することによって議事妨害（Filibuster）を行う場合がある。これを回避するために討論終結（Cloture）という手続きがあり，それに必要な賛成票は60票である。そのため，上院では60以上の賛成票を獲得することが必要になる。とはいえ，60以上の賛成票の獲得は容易ではなく，特に大規模な支出削減や増税などによって財政赤字の抑制または削減を目指す法案については合意形成が困難である。そのことから，連邦議会においては調整（Reconciliation）という別の手段が認められている。この調整というルールは，連邦財政赤字の削減を実現できる政策に限り上院への法案提出が認められるものであり，具体的には10年間の財政収支の均衡を条件として法案が作成される。この特別ルールを用いた調整法案は，上院の過半数である51票の賛成票を以て成立させることが可能である。なお，調整法案は当該年度の予算決議を根拠とするものであることから，法案は当該年度末までに制定されなければならない[33]。

2010年秋の中間選挙では，民主党は上院において6議席を失ったもののかろうじて51

議席で多数派を維持した。他方，下院では共和党が435議席のうち242議席を獲得し，4年ぶりに民主党から多数派を奪還した。ACA成立後から2013年10月に予算法案の不成立によって政府機関の一部閉鎖が起こるまでのおよそ3年半の間には，共和党の下院議員は46ものACA廃止法案に賛成票を投じて数多くの法案を続々と可決させた。しかし，それらのすべての法案は民主党が多数派を占める上院で否決され，成立には至らなかった[34]。

その後の2014年中間選挙において，共和党は下院に加えて上院においても過半数の54議席を獲得したものの，ACAの廃止は実現しなかった。2014年から2016年にかけて提出されたACA廃止法案のうち，2015年10月16日に提出されたアメリカ国民医療保障自由復元調整法案（Restoring American's Healthcare Freedom Reconciliation Act of 2015，H. R. 3762）は調整法案としてまとめられた。共和党の戦略は，法案の成立を優先し，上院における議事妨害を回避するために調整法案を提出するというものであった[35]。アメリカ国民自由復元調整法案は240対189の賛成多数で下院で可決し，下院案を一部修正した上院案も52対47の賛成多数で可決した。その後，上院案と同じ内容の法案が240対181の賛成多数で下院を通過したものの，2016年1月8日にオバマ大統領は拒否権を発動して不成立となった。共和党議員は上下両院において拒否権を乗り越えるために必要な3分の2の賛成票を集められず，ACAの廃止は実現しなかった[36]。

2014年以降には，ACAのもうひとつの柱である医療保険取引所を通した保険加入や給付が開始され，その恩恵を得た人々を中心にACA廃止法案に賛成票を投じる共和党議員への批判が強まった[37]。すなわち，ACAに基づく保険加入の恩恵を実感する国民が増えるにつれて，有力な代替制度を明示しない共和党の姿勢を疑問視する声が高まったのである。

(2)　対象拡大の実質的な義務化から連邦補助金による誘導へ

一方で，2012年6月28日の連邦最高裁の判決によってメディケイド拡大が州政府による選択制に変更されたことは，オバマ政権のACAの推進派にとって望ましくない政策の変化であった。ACAは成立当初から，州政府によるメディケイド拡大を選択可能な任意実施としていたものの，それを実施しない場合には既存の連邦補助金の交付を停止することになっていた。連邦最高裁の判決は，州政府を既存のメディケイドの連邦財源を失う脅威にさらしている点が州政府への「強制」（coerce）であり，それゆえにACAは合衆国憲法に反しているというものであった[38]。この判決によって，ACAのメディケイド拡大

を実施しない場合でも既存の連邦補助金は交付されることになり，州政府はメディケイド拡大を柔軟に選択できるようになった。ACAを推進する立場のオバマ政権にとって，この判決は政策遂行を妨げるものとなった。

ACAそれ自体は廃止されることなく，ACAに基づく医療保障システム改革は継続し，オバマ政権とメディケイド拡大を拒否する州政府の対立はウェイバーに関する協議においても顕在化することになった。すでに述べたように，TX1115ウェイバーの当初の目的はACAに基づくメディケイド拡大に備えることであったが，連邦最高裁による違憲判決を契機として，テキサス州政府はTX1115ウェイバーをメディケイド拡大に代わる独自制度として明確に位置づけるようになった。オバマ政権は引き続きACAを推進する立場を堅持したことから，メディケイド拡大を追求する連邦政府と州政府がTX1115ウェイバーをめぐって対立するようになったのである。

(3)　5年延長更新申請と暫定延長申請の戦略的な使い分け

連邦政策の動向を見据えて，テキサス州政府はTX1115ウェイバーの実績を最大限にアピールしながら，期間延長や内容の拡充を実現するための手続きを慎重に進めた。

HHSCは2015年9月30日に，2016年10月1日から2021年9月30日までの5年間の期間延長を申請した。期間延長に加えて，DSRIPについては「早期の成功を土台として実施を継続するとともに，実施によってもたらされる成果をさらに見極めるための時間を確保するために」，1年度当たりの財源としてDY5年度と同額の31億ドルを要求した。UCプールについても，財政中立性の要件を十分に達成する見込みであることや医療機関によるUC費負担の試算額をふまえて，2017連邦財政年度には58億ドル，2018年度には66億ドル，そして2019年度から2021年度までの3年間には1年度当たり74億ドルの財源を申請した[39]。あわせて，HHSCは同日にTX1115ウェイバーの中間評価報告書を提出し，マネジドケアの対象拡大が受給者の医療機関へのアクセス向上，サービス提供における連携体制の強化，サービスの質の向上，費用対効果の改善をもたらしたことをアピールした[40]。グレッグ・アボット（Greg Abbott）州知事は申請書の提出をCMSに通知する文書の中で，「テキサスはマネジドケアを活用した費用対効果の高い方法を用いたメディケイドのサービス提供を保証するための我々の政策において極めてイノヴェーティブであり続け」ており，TX1115ウェイバーの「各制度において達成されてきた大きな費用節約や効率性を継続し，サービス提供のイノヴェーティブな方法をいっそう実験し，そしてテキサスに特有のUC費に対処するために，ウェイバーのすべての構成要素に関して延長を

申請する」と述べ，ウェイバーの実績に基づいて延長の意義をアピールした[41]。

CMSは申請を受理したものの，申請された内容での承認には難色を示し，HHSCが延長更新の承認を得る見通しを持つことは困難であった。CMSディレクターのエリオット・フィッシュマン（Eliot Fishman）は申請受理から間もない11月20日にHHSCに送付した文書において，UCプールの評価報告に関して，すでに提出済の中間評価報告書よりも詳細な第三者機関による分析および評価の報告を2016年5月31日までに提出すべきであることをHHSCに伝えた。それに続いて，過去にテキサス州政府とCMSの間で確認済であったCMSの審査における3つの原則が改めて示された。第1に，低所得者に対して医療へのアクセスを確保するためには「（保険による医療費の：引用者）補償が最良の方法」（coverage is the best way）であり，UCプールの財源はメディケイド拡大を実施した場合に補償される費用の支払いに用いるべきではない。第2に，メディケイドの支払いはメディケイド受給者および低所得の無保険者へのサービス提供に行われるべきである。第3に，医療機関への報酬はメディケイドのネットワークに対する医療機関の参加および受給者のアクセスに十分な金額でなければならない[42]。CMSがこれらの原則を明示した意図は，州政府が医療機関への報酬を低く設定することによってUC費が増加し，それを補てんするためのUCプールへの連邦補助金が膨張する方向にくぎを刺すことに加え，そうしたUC費を補てんする財政システムの構築を追求するよりも，ACAのメディケイド拡大を実施する方向に州政府を誘導することであったと考えられる。

そこでHHSCは戦略を一部変更し，5年延長更新の申請に追加する形で，2016年10月1日から2017年12月31日までの15ヵ月間にわたる暫定延長の承認をCMSに迫った。HHSCのクリス・トレイラー（Chris Traylor）委員長は2016年4月7日付のCMSへの申請文書において，暫定延長を申請する目的を「5年満期での延長への秩序立った移行を円滑に行う」ためであると述べた。その上でトレイラー委員長は，15ヵ月間の延長期間におけるDSRIPとUCプールの予算として，DY5年度の12ヵ月分の予算と同額の31億ドルと3ヵ月分の追加財源を要求した。さらに，HHSCは事前の取り決めに沿ってUCプールに関する調査報告書を2016年8月31日までにまとめることを含め，CMSとともに作業を続ける意思があることを伝えた。申請文書を締めくくる言葉は，テキサス州の医療機関はメディケイド受給者にサービスを提供し続けるために「一定程度の確実性」（a level of certainty）を必要としており，それゆえに「時宜にかなった対応が極めて重要である」ことと，この暫定延長の申請期間が2016年10月1日から2017年12月31日までであることを強調した[43]。

この申請文書の内容をふまえると，HHSCが暫定延長を申請した目的は以下の2点に整理することができる。

第1に，オバマ政権はACAのメディケイド拡大を実施しないテキサス州の独自政策に消極的であることから，HHSCはオバマ政権期に5年満期での延長更新の承認を得ることを断念し，2016年秋の大統領選挙を経て2017年1月に発足する次の政権に延長更新の承認を得る戦略を打ち出した。HHSCは，CMSがウェイバーの総体的な実績評価を行わずに延長更新の申請を承認しないことは適切な手続きではないことを強調するために，UCプールの調査報告書が未提出であることを明示し，暫定延長の承認を得るための手段として利用したのである。暫定延長の申請期間がオバマ政権の末期から始まることを確認した意図は，審査の材料が揃わないまま政権末期に不承認の決定を行うことは性急であり，実質的な審査は次の政権に託すべきであると伝えるためであったと思われる。

第2に，HHSCは州内の医療機関の参加がなければTX1115ウェイバーだけでなくメディケイド全体の存続が危ぶまれることを念頭に置いて，暫定延長期間における連邦補助金の追加交付をCMSに迫った。HHSCは長年にわたってメディケイドを運営してきた経験から，州政府への連邦補助金の交付がなくなれば医療機関は受給者へのサービス提供を取りやめることを熟知しており，実際に医療機関はメディケイドを通したビジネスの条件が厳しいと判断した場合には州政府との契約を打ち切る判断を行ってきた。HHSCは，受給者へのサービス提供に空白の期間が生じる事態は連邦政府にとっても望ましいことではなく，混乱を回避するためにはCMSは連邦補助金の追加交付を認めざるを得ないという見通しに基づいて，暫定延長をしたたかに申請したのである。

CMSは2016年5月2日に暫定延長申請を受理すると同時に，暫定延長期間に行われる審査方針の確認を行うことを通して，実質的にACAのメディケイド拡大を州政府に促した。CMSのヴィッキ・ワチノ（Vikki Wachino）副センター長はこの15ヵ月間に行われるべき作業の具体的な内容として，すでに承認済の内容に沿って報酬制度や財政メカニズムの改革を進めることに加え，州政府がUCプールだけでなくDSRIPの実績に関する外部評価をまとめた報告書を提出し，それをCMSが審査する手続きを行うことを指摘した。それに続いて，以前にも確認済のUCプールの審査における3つの原則が改めて示された上で，州政府がそれらの原則を念頭に置いてUCプールとDSRIPの報告書を期日までに提出することを求めた。さらにワチノ副センター長は，CMSと州政府が延長更新の内容に関して合意に至らなかった場合，UCプールは2017年末を以て更新されず，その財源規模はCMSのUCに関する原則に沿った水準にまで下げられる見通しであることと，2018年からはDSRIP財源が1年ごとに25%ずつ段階的に削減されることを指摘した[44]。

このように，CMSはACAに基づく改革を推進する自らの方針に基づいて厳密な審査を行う意向を明確に示したのである。この指摘の意図は，州政府が今後の厳しい審査を経てUCプールやDSRIPの予算減額のリスクを抱えるよりも，メディケイド拡大を実施し

て連邦補助金の割増分を獲得する方向に進むほうが望ましく，それを州政府に迫ることであったといえよう。

HHSCは8月19日にCMSに送付した文書において，暫定延長の期間内にUCプールとDSRIPの評価報告書を8月末日までに提出する予定であることを伝えるとともに，マネジドケアの対象拡大，UCプール，DSRIPを柱とするTX1115ウェイバーの継続実施がメディケイドのイノヴェーションに有益であることをアピールし，延長更新の承認を再び求めた[45]。その直後の8月26日には，第三者機関としての調査や研究を行っている保健医療管理調査会社（Health Management Associates；HMA）によって作成されたUCプールとDSRIPの評価報告書が提出された。とはいえ，その報告書の主な内容は，テキサス州政府が近い将来にACAのメディケイド拡大を行うことはないという見通しを前提に，UCプールとDSRIPの制度やそれらが医療機関のUC費を補てんしている実態をまとめた内容にすぎなかった[46]。その後もCMSとHHSCはウェイバーの延長更新をめぐって交渉を続けたものの合意には至らず，政権末期には議論の膠着状態が続いた。

かくして，TX1115ウェイバーは連邦補助金の追加交付を伴って存続したものの，延長更新のゆくえは次の政権に委ねられることになった。

5.　トランプ政権期の政策展開と州・連邦政府間関係：「ポスト・オバマケア」への期待

(1)　反ACAの政策方針と代替法案の不成立

ドナルド・トランプ（Donald John Trump）氏はACAの廃止を公約に掲げて大統領選挙に勝利し，政権発足の直後からACAの廃止や代替制度の創設を目指した。トランプ氏は第45代大統領に就任した2017年1月20日に，「廃止を検討中の患者保護アフォーダブルケア法による経済的な負担を最小化する」ことを連邦の関連部局に命じる大統領令に署名・発効した。この大統領令のセクション1には，「ACAの即刻廃止を追求することは我が政権の方針である」というトランプ政権の反ACAの政策方針が明示されていた。その後もトランプ大統領は，ACAの効力を無効化させることをねらいとする大統領令を次々と発令した。

トランプ政権期において連邦医療政策の画期となった出来事は，政権および共和党議員がACAの有力な代替案として位置づけていたアメリカ国民医療保障法（American Health Care Act；以下「AHCA」とする）案が，民主党議員だけでなく一部の共和党議

員や医療業界からの反発によって不成立になったことであった。

AHCA案は，2020年度からACAの主要な規定の廃止や他の制度への置き換えを行うことによって「ポスト・オバマケア」の医療保障システムの構築を目指す改革案であり，2017年3月6日に下院の共和党議員によって公表された。その内容は多岐にわたり，医療保険への加入義務を持つ人々が保険に加入しない場合に納める過料（penalty）の廃止や，所得が連邦貧困線の100%から400%までに該当する人々が医療保険取引所を通して保険に加入する際の負担軽減を目的とする保険料税額控除（Premium Tax Credit）および患者一部負担補助（Cost Sharing Reduction）を廃止し，それらを年齢や所得に応じた1人当たり定額の新たな税額控除に置き換えることを含むものであった。メディケイドに関する改革案としては，ACAのメディケイド拡大を実施する州に適用されているFMAPの割増を廃止することと，州政府から医療機関に支払われる受給者1人当たりの診療報酬の年間増加率の上限を医療サービスの消費者物価指数（Consumer Price Index for Medical Care）の増加率に設定することによって，実質的な支出抑制を図るものであった。

AHCA案は連邦財政赤字の大幅な削減が見込める内容であったものの，無保険問題の深刻化や州の財政負担の増加を懸念する指摘が，民主党議員だけでなく穏健派の共和党議員からも相次いで示された。議会予算局（Congressional Budget Office）は3月13日に，AHCAによる連邦財政および医療保障の適用状況への影響に関する試算の結果を発表した。それによると，改革によって連邦財政赤字は2017年度から2026年度までの10年間で3,365億ドルも減少する一方，無保険者数は同期間にACAを続行する場合の2,800万人から2,400万人も増えて2026年度には5,200万人にも上る見通しであった[47]。AHCA案はACAの代替策として作成されたにもかかわらず，無保険者数がACA成立以前の水準に戻ってしまうことに加えて，メディケイドの連邦補助金や保険料税額控除の大幅な削減によって州の財政負担が増加することへの強い反発が生じたのである。

それに加え，共和党の保守派の下院議員で構成される会派のフリーダム・コーカス（Freedom Caucus）はACAの廃止を求める立場から，AHCA案が代替案として不十分であると非難した。そこでAHCA案はACAの完全な廃止に近い内容に修正され，下院に提出された。修正法案は5月4日に217対213の賛成多数で可決したものの，193名の民主党議員だけでなく20名の共和党議員も反対票を投じた。

上院では財政や医療保障への影響を緩和する目的で下院案にさらに修正が加えられたものの，医療業界は下院案に続いて上院案にも強く反発し，法案の成立には至らなかった。

下院案の内容を修正した上で6月22日に公表された改善医療保障調整法（Better Care Reconciliation Act；以下「BCRA」とする）案は，過半数の賛成票で可決が可能な調整法案として作成された。この時に共和党議員は上院の52議席を占有しており，トランプ

大統領は法案に署名する意向を示していたことから，法案が可決・成立する機運が高まったかのようにみえた[48]。とはいえ，議会予算局によって6月26日に発表されたBCRA案の影響に関する試算結果は，AHCA案のそれと大差ない内容であった。すなわち，連邦財政赤字は2017年度から2026年度までの10年間に3,210億ドルもの削減が見込まれる一方，無保険者数は同期間に2,200万人も増えて2026年度には4,900万人にも上る見通しであった[49]。BCRA案の公表に先立つ5月5日付のCBSニュースは，アメリカ家庭医学会（American Academy of Family Physicians）やアメリカ小児科学会（American Academy of Pediatrics）などに加えてアメリカ医師会（American Medical Association）を含む数多くの有力な医療団体がAHCA案に対して強く反対する意向を示したことを報じており[50]，上院案にも医療業界からの強い批判が寄せられた。ミッチ・マコネル（Addison Mitchell McConnell，Jr.）上院院内総務は7月25日に下院から送られてきた法案の強行採決に踏み切ろうとしたが，共和党議員からの十分な同意を得られずに断念した。その後，マコネル院内総務は同日中にBCRA案の修正案を提出したものの，法案の採決では9名の穏健派の共和党議員が反対票を投じ，43対57の反対多数で否決された。

そこで，7月26日には通称「スキニー（Skinny Repeal）法案」と呼ばれる医療保障自由法（Health Care Freedom Act）案が提出された。この法案の形式は，約2年後にACAの主な規定を廃止することを定めるとともに，代替案の内容は後の審議において決定するというものであった。ただし，その直後に法案の修正が行われ，修正案においてはメディケイド拡大を含むACAのいくつかの規定が維持された。そのような医療保障の維持や州財政などへの配慮にもかかわらず，議会予算局によって7月27日に公表された試算では，連邦財政赤字の削減は2017年度から2026年度までの10年間に1,788億ドルであったが，メディケイドの連邦支出は2,350億ドルもの削減となる見通しであり，連邦補助金が大幅に削減される懸念は払しょくされなかった。それに加えて，無保険者数は同期間にACAが存続する場合よりも1,500万人も増えて2026年度には4,300万人になるという試算結果が示された[51]。

この法案については48名のすべての民主党議員に加えて3名の共和党議員が反対票を投じ，49対51の反対多数で否決された。調整法案は年度末の9月30日を以て期限切れとなり，トランプ政権の反ACA方針を象徴する代替法案は不成立に終わった。

(2)　1115ウェイバーの推進と延長更新の承認

AHCA案が不成立に終わった時点で有力な代替案は他に存在しなかったことから，ト

ランプ政権は反ACA政策の進め方を転換せざるを得なかった。現実的な選択肢は連邦議会において新たな代替法案の可決・成立を目指すことではなく，ウェイバー制度を活用して州が実践する医療政策の中から新たなモデルを見出そうというものであった。

トランプ政権はTX1115ウェイバーに，メディケイドの連邦マッチング補助金を包括補助金に置き換えるための新たなモデルとして，政権発足後の早い時期から注目していた。UCプールとDSRIPは，ウェイバーの財政中立性に基づいて獲得した連邦補助金を医療機関へのUC費の補てんと特定サービス提供への追加報酬として，包括補助金と同様の定額方式で配分する財政方式である。トランプ政権下のCMSはテキサス州の実験的な改革であるTX1115ウェイバーを積極的に支援することを通して，非合法移民を含む無保険者の医療問題と州財政問題が同時に解決し，その実績に基づいてTX1115ウェイバーがACAの有力な代替モデルとして確立することを期待していた。

テキサス州政府はACAの代替モデルを求めるトランプ政権の政策方針を的確にとらえ，TX1115ウェイバーをそのモデルとして積極的に売り込んだ。

第1に，HHSCはトランプ政権が発足した直後の1月26日に，メディケイド・マネジドケアの実施期間の延長に加え，UCプールとDSRIPへの連邦補助金の交付延長を申請した。申請期間は2018年1月1日から2019年9月30日までの21ヵ月間であり，連邦補助金の申請額はすでに承認済の財源規模と同額の1年当たり31億ドルに9ヵ月分の案分額を加えた金額であった。HHSCのチャールズ・スミス（Charles Smith）委員長は，21ヵ月間の交付延長によって「あなたの政権と第115（連邦：引用者）議会が2017年に我が国の医療保障システム，特にメディケイドの抜本改革のあり方を熟考することが可能になる。それに加え，この財源はテキサスがメディケイドの高い柔軟性や効率性を達成するための新たな包括的ウェイバーや包括補助金の改革案を作成する時間を提供するであろう」と述べた。さらに，スミス委員長はその期間に「新たな大統領の政権は1115ウェイバーに関する自らの方針を決める」ことになると述べており[52]，新政権によってウェイバーの延長更新が承認されることに期待を寄せていたことが読み取れる。

第2に，HHSCは5月29日にTX1115ウェイバーの約5年間の実績に関する最終評価報告書を提出し，CMSとの合意に基づいて設定されていた11項目の評価目標のほぼすべてにおおむね良好な成果が見出されたことを報告した。報告書によると，評価項目1から4に関するメディケイド・マネジドケアの対象拡大は受給者の医療へのアクセス向上や医療連携の推進を実現し，効果的かつ効率的なサービス提供を行うことによって潜在的に回避可能な入院（potentially preventable hospitalization）が減少傾向を示すとともに医療サービスの質がわずかに向上した。項目5に関するUCプールについては2014年度までのUC費のデータが出揃うまでは評価が困難であるという歯切れの悪い内容であったもの

の，項目6から11に関するDSRIPについては，地域における医療機関の協力関係が強固になり，制度の導入時期においてはDSRIPにかかわる医療機関およびその他に利害関係にある医療機関は全体としておおむね満足しており，個別の取り組みである医療のナヴィゲーションによって不適切な救急医療の利用や入院が減少したことが示された[53]。

CMSはこれらのテキサス州政府による積極的なアプローチに応え，2017年12月21日に，2018年10月1日から2022年9月30日までを新たな期間とするTX1115ウェイバーの延長更新を承認した。トランプ政権下でCMSセンター長を務めたシーマ・ヴァーマ（Seema Verma）氏は2017年12月21日付の承認文書において，DSRIPの実施に関して「時宜にかなった方法でテキサスと協力することを固く約束」し，UCプールについても「これらの財源プールに対する一貫した連邦政策の優先事項として扱い」，無保険者へのチャリティケアを行うセーフティネット医療機関への財政支援を行ってきたと述べ，これらの制度への肯定的な姿勢を明確に示した[54]。これらの記述から，ヴァーマ氏がTX1115ウェイバーを「ポスト・オバマケア」の有力なモデルとして期待を寄せていたことがうかがえる。これに対し，HHSCのスミス委員長はウェイバー承認に対する同日付の返答文書において，ウェイバーを実施してきた6年間における連邦政府との協力関係は「地方・州・連邦政府の包括的な関係を通して（いかに多くの目標を：引用者）達成することができるのかを実証するものである」と述べ，新たに承認された期間においても連邦政府との協力関係に基づいてウェイバーを実施する意思があることを伝えた[55]。

ウェイバー更新の主な内容は，メディケイド・マネジドケアのさらなる対象拡大や295億ドルもの追加財源を用いたUCプールとDSRIPの継続的な実施に加え，これらの制度とは別に医療機関への複数の追加報酬制度を展開するものであった。すなわち，テキサス州政府は連邦政府との合意に基づいて，(1) メディケイド・マネジドケアにおいてプライマリケアや専門サービスなどの幅広いネットワーク構築を促すための報酬支払制度のネットワーク・アクセス向上プログラム（Network Access Improvement Program；NAIP），(2) STAR＋PLUSに加入している高齢者が入所する介護施設のサービス提供実績に応じて報酬を支払う質向上インセンティブ報酬プログラム（Quality Incentive Payment Program；QIPP），(3) STARとSTAR＋PLUSの加入者にサービスを提供する病院への追加報酬制度の一律病院報酬引き上げプログラム（Uniform Hospital Rate Increase Program；UHRIP）を実施することになった。これらの財源は，2011年にウェイバーが承認された際に合意された財政中立性の枠内で賄われることになった。それは，約6年間のウェイバー実施による連邦支出の削減額を，ウェイバー実施に伴う連邦支出額とウェイバーを実施しなかった場合の連邦支出の推計額との差額として算出し，その節約額（room）を新たな追加報酬制度の財源として活用するという手順で行われた[56]。

アボット州知事や州内の有力な医療団体は，ウェイバー延長更新の承認を大いに歓迎した。同日付のテキサス・トリビューン誌は，テキサス州の共和党議員がACAに基づくメディケイド拡大を拒否した後にオバマ政権がTX1115ウェイバーを終わらせる可能性を示唆していたことを報じるとともに，アボット州知事がウェイバー延長更新の承認に関して「オバマケアの下での壊れた（broken）メディケイドのシステムを拡大せずに医療サービスへのアクセスを維持することに努めてきた」と発言したことを報道した。その上でアボット州知事は，新たに承認されたウェイバーによって「最高品質の医療サービスを求める我々の州民にサービスを提供する病院のための財源が確保されるであろう」と述べ，TX1115ウェイバーの医療財政システムがメディケイド拡大よりも優れていると主張した。州内の最有力の医療団体として活発な政治活動や積極的な政策提言を行うテキサス病院協会（Texas Hospital Association）のテッド・ショー（Ted Shaw）会長兼CEOも，「（TX1115：引用者）ウェイバーは高品質の医療サービスへのアクセスの向上にきわめて重要であり続けてきた」と述べ，CMSの承認を大々的に称賛した[57]。

(3)　新型コロナウィルス感染拡大や大統領選挙の結果を見据えた再延長更新の申請

2019年冬頃から，2020年11月の大統領選挙に向けた機運が高まる情勢の下で新型コロナウィルス感染症（COVID-19）の感染が拡大し，全米の主要な医療機関が数多くの感染者への対応に追われた。こうした感染症のパンデミックに伴い，トランプ大統領は2020年3月13日に1976年国家緊急事態法（National Emergency Act）に基づいて国家非常事態宣言を発令した。同日に，保健福祉省のアレックス・アザー（Alex Azar）長官は公衆衛生上の緊急事態（Public Health Emergency）への対応として社会保障法1135条項に基づくウェイバーを活用し，メディケア，メディケイド，CHIPなどに関する要件の一次的な緩和措置を行うことを州政府に周知した[58]。

こうした緊急対応の下で，HHSCは7月10日にTX1115ウェイバーの内容の一部変更を申請し，9月3日にCMSに承認された。承認された変更内容は，COVID-19に関する入院に限り，30日間の入院日数の上限を60日間に引き上げるとともに受給者への給付を20万ドルの上限を超えて行うことを認めるものであった。これらに関する支出は，財政中立性にかかわる支出の枠外で連邦財源によって賄われることになった。変更は3月1日に遡り，公衆衛生上の緊急対応が解除された日から60日後まで適用されることが決定した。CMSのアン・マリー・コステロ（Anne Marie Costello）副センター長は承認文書に

おいて，「COVID-19のパンデミックによってもたらされた重要な課題に責任を持って対処するあなたの州の約束を高く評価すると同時に，THTQIP 1115条項デモンストレーション（TX1115ウェイバーのこと：引用者）における我々の継続的なパートナーシップを楽しみにしている」と述べ，テキサス州政府との協働に基づいてTX1115ウェイバーの実施を続ける意向をHHSCに改めて伝えた[59]。

11月3日の大統領選挙が近づくと，TX1115ウェイバーの終了時期は2年も先であったにもかかわらず，テキサス州政府は選挙の結果を見定めて再延長更新を申請する作業を急いだ。11月3日の大統領選挙はジョー・バイデン（Joseph Robinette Biden）候補にトランプ大統領が敗れるという結果になり，その後に選挙結果に対する疑義や反発が生じたものの，トランプ大統領の逆転は困難であるという見通しが強まっていった。州政府はこうした情勢を受け止め，ACAに批判的で1115ウェイバーを推進する立場のトランプ政権が終了する前に，ウェイバーの再延長更新の申請手続きを急いで進めることを決断した。その背景には州内の医療団体からの強い要請が存在しており，州政府は医療業界からの圧力を受けて申請手続きを急いだ。テキサス病院協会は，「現下のCOVID-19のパンデミックをふまえると，今は（DSRIPの州制度への移行という：引用者）新たなプログラムの展開も，必要不可欠なDSRIPの財源を失うことも行う時ではな」く，DSRIP財源交付の「少なくとも1年間の延長を支持する」という声明を発表し，コロナウィルス感染拡大を根拠としてウェイバー再延長を求める意向を州政府に伝えていた[60]。

HHSCは再延長更新の申請書を取りまとめるにあたり，メディケイドおよびCHIPの1115ウェイバーの延長申請に関してCMSが2015年に創設した「迅速」連邦審査制度（“Fast Track” Federal Review Process）を利用し，短期間での申請，審査を経て承認を得ることを目指した。「迅速」連邦審査制度は，1915ウェイバーの申請や州政府によって作成されるメディケイド実施計画書の修正と同等の簡易な手続きを1115ウェイバーにも適用することによって，連邦政府による申請内容の審査や意思決定を促し，州・連邦政府の行政負担の軽減を目指すものである[61]。すでに述べた通り，テキサス州政府はメディケイドの1915ウェイバーの申請手続きを経て承認を得た実績を持っていたことから，この制度を巧みに利用して，ACAに批判的なトランプ政権が終了する前にTX1115ウェイバーの再延長更新の承認を得ようとした。

注目すべきなのは，HHSCがこの延長更新の申請書に組み込む形で，COVID-19の感染拡大に早期に対処する必要があることを理由に挙げ，ウェイバー申請の要件である公告（public notice）に関する正規の手続きの免除も同時に申請したことであった。公告は，利害関係にある組織や団体に要望や意見などの申し立ての機会を提供する重要な手続きとして位置づけられている。ウェイバーのルールに基づくと，テキサス州政府は延長更新の

申請に先立って公告の手続きを行い，その上でCMSから了承を得ておく必要があった。それにもかかわらず，HHSCはその事前の手続きおよび了承を得ずに，延長更新の申請と同時に手続きの免除を求めたのである[62]。

HHSCは簡略化された内容をまとめた申請書を作成し，2020年11月30日に，2022年10月1日から2027年9月30日までの5年間の再延長更新を申請した。申請内容は期間延長に加え，2021年9月30日に連邦補助金の交付が停止される予定のDSRIPの移行に伴い新設される公衆衛生医療機関チャリティケア制度（Public Health Provider-Charity Care Program；PHP-CCP）や，新たな追加報酬を行う複数の州直接支払制度（state direct payments；以下「SDPs」とする）の導入を提案するものであった。第1に，公衆衛生医療機関チャリティケア制度は，公立病院や地域医療センターなどを対象に無保険者への行動科学医療，予防接種，慢性疾患などの予防サービスの費用を支払うものであり，2021年10月1日に開始される。第2に，新たに提案された主なSDPsも2021年10月1日から開始されるものであり，UHRIPとほぼ同等の追加報酬制度の包括的病院増額報酬制度（Comprehensive Hospital Increase Reimbursement Program；CHIRP），STARやSTAR＋PLUSおよびSTAR Kidsの加入者にサービスを提供する医師団体に診療の成果に応じて報酬を支払うテキサス医師専門サービス・インセンティブ報酬制度（Texas Incentives for Physicians and Professional Services；TIPPS），非都市部においてSTARやSTAR＋PLUSおよびSTAR Kidsの加入者にプライマリケアや予防サービスを提供する診療所に報酬を支払う非都市部プライマリケア予防サービス・アクセス向上制度（Rural Access to Primary and Preventive Services；RAPPS），STARやSTAR＋PLUSおよびSTAR Kidsの加入者に問題行動医療サービスを提供する精神科医療センターに診療の成果に応じて報酬を支払う問題行動医療直接支払制度（Directed Payment Program for Behavioral Health Services；DPP for BHS）であった。これらの提案も，DSRIPへの連邦補助金の交付が2021年9月30日に停止されることをふまえ，州政府がその後継となるSDPsの導入を目指していることを示すものであった[63]。

その後，HHSCは12月7日にオンライン限定の公聴会（Public Hearing）を開催するとともに翌日の協議会では公告に基づく意見聴取を募る手続きを行ったが，これらは正規の公告手続きではなく簡略化された方法であった。しかも，これらは延長更新の申請後に行われたことから，どのような意見が示されたのかは申請書には反映されなかった。

(4)　政権末期における再延長更新の承認

CMSは，トランプ政権が終了する直前に再延長更新を承認し，2021年1月15日にHHSCにほぼ申請通りの内容でウェイバーを承認する文書を送付した。承認された期間は，承認文書の日付と同日の2021年1月15日からHHSCによる申請期間を超えて2030年9月30日までの約10年間にも上った。このような長期間の延長は過去に例がなく，きわめて異例の対応であった。しかもCMSは，HHSCがCOVID-19の感染拡大を理由として正式な公告の手続きの免除を申請したことについても了承し，この点もきわめて異例の事態であった。テキサス州に加え，トランプ政権は1月8日にテネシー州に対し，メディケイドの連邦マッチング補助金の交付額に10年間の上限を設定することによって包括補助金の要素を導入する内容のウェイバーを承認したほか，1月15日にはTX1115ウェイバーと同時にフロリダ州による1115ウェイバーの10年間の延長を承認した。これらの州は，ACAのメディケイド拡大に反発して独自のウェイバーを実施してきたという点でテキサス州との共通点を持っていた[64]。

センター長のヴァーマ氏は承認文書において，COVID-19の感染拡大に伴う公衆衛生の危機を鑑みると，ウェイバーの期間延長と新たな制度の創設は州政府や州内の医療機関に不可欠であると述べた。第1に，ヴァーマ氏は「この10年間の延長は州政府およびメディケイド受給者にサービスを提供するセーフティネット医療機関に大きな財政上の確実性をもたら」し，「このデモンストレーションは予算確保が不確実な時代に確約された財源を用意するものである」と述べ，ウェイバー継続の意義を強調した。第2に，COVID-19の感染が拡大する状況は公告の手続きを免除するためのすべての条件を満たしており，CMSが自らの権限の範囲内で延長更新を承認したことが示された[65]。

HHSCのセシル・アーウィン・ヤング（Cecile Erwin Young）委員長は1ページ余りの短い返答文書において，ヴァーマ氏に対して謝辞を述べた一方，10年間もの異例の延長が承認されるに至った理由や経緯については言及しなかった。ヤング委員長は，「この成熟したデモンストレーションの全期間にわたる連邦政府と我々のパートナーシップは効率的かつ効果的なメディケイドの設計および実現に不可欠であ」り，「この再延長は，メディケイドを運営しながら公衆衛生の危機に力強く対応し続けるためのテキサスを横断する医療保障システムに欠かせない責務を果たすことを保証するものである」と述べ，州・連邦政府が協働してパンデミック下の緊急対応を行いながらウェイバーを設計・実施し，それによってメディケイドの有力なモデルの構築を目指す意義を改めてアピールした。その他には，多少の技術的な修正に関してCMSに協力する旨が一言で記されているのみで

あり，承認された10年間にDSRIPやその後継となる制度の枠組みをどう構築する計画なのか，それがウェイバーの更新内容とどう関係しているのかなどの具体的な説明は示されなかった[66]。

6.　バイデン政権期の政策展開と州・連邦政府間関係：「ポスト・オバマケア」のゆくえ

(1)　ACA路線の推進と再延長更新の承認取消

ウェイバーの再延長更新が決定した5日後，2021年1月20日に第46代大統領に就任したバイデン氏は，ACA推進策を政権発足直後から実行に移すと同時に，トランプ政権期に延長更新の承認を得た1115ウェイバーの見直し作業にも着手した。2021年におけるACA推進策および1115ウェイバーの再検証は，大統領令の発令，連邦法の制定，州政府との交渉を手段として進められた。

第1に，バイデン大統領は1月28日に2種類の大統領令を発令し，トランプ政権によって停止されていた医療保険取引所のウェブサイトを再開するとともに，トランプ政権期に承認されたメディケイドへの就労要件の導入やTX1115ウェイバーなど，メディケイドおよびACAに関するウェイバーの再審査を行うよう連邦機関に指示した。バイデン大統領はこれらの大統領令を，「トランプ氏がもたらしたダメージを修復するための基本的に最良の方法」であると述べた[67]。

第2に，2021年3月11日には第117連邦議会においてアメリカ国民救済計画法（American Rescue Plan Act of 2021，P.L. 117-2）が可決・成立し，COVID-19の感染拡大に対応するための19兆ドルもの大型経済対策の一環として，連邦補助金を用いたACAのメディケイド拡大を推進することになった。すなわち，ACAのメディケイド拡大を未実施のテキサス州を含む12州がそれを行う場合，拡大の対象となる成人の支出に適用される割増FMAPの90%に加えて，8四半期に限りさらに5ポイントの割増が行われる。これらの12州のすべてがメディケイド拡大を実施すれば，これらの州は2年間に最大で68億ドルの財政負担を行うことで連邦補助金を164億ドルも追加で受け取ることが可能になった[68]。

第3に，バイデン政権はトランプ政権期に承認された1115ウェイバーの見直し作業として州政府との協議を開始し，TX1115ウェイバーの再延長更新の承認についても再検証の手続きが進められた。バイデン政権下でCMSの長官代理を務めるエリザベス・リヒタ

ー（Elizabeth Richter）は2月12日にHHSCに宛てた文書において，トランプ政権末期に行われたTX1115ウェイバーの再延長更新の承認プロセスに疑問を呈した。その疑問点とは，前政権下のCMSと州政府の間で合意されたウェイバーのSTCの前提となる公告の手続きが免除されたことであった。すなわち，ウェイバーの重要事項をまとめたSTCは，事前に公告の手続きを通して利害関係にある組織や団体からの要望や意見などの申し立ての機会が提供されていることを前提に合意されるものであるにもかかわらず，正式な公告の手続きが免除されたことは正当なプロセスではなかったという主張が，CMSから州政府に伝えられたのである。またリヒター長官代理は，「1115ウェイバーのデモンストレーションに関するCMSの一般的な監督の必要性に加え，現下のCOVID-19のパンデミックや（厳しい：引用者）経済環境は，現行のデモンストレーションおよび関連する権限の一部または全部を調整，一時停止または終了することによって，現在のまたは将来的に変化する環境に適切に対応するためにCMSが規制上の柔軟性を維持することを余儀なくされる」と述べた。つまり，バイデン政権下のCMSの方針は前政権下での対応とは逆に，COVID-19の感染拡大という非常事態が公告手続きを免除する根拠になるとは認定せず，むしろ非常事態への緊急対応およびその後も適切な対応を行うためには平時と同様に正規の手続きに沿ってウェイバーの審査を行うべきであるというものであった。その上で，正式な手続きが行われなかった場合にはウェイバーの「一部または全部を調整，一時停止または終了する」可能性を州政府に示唆した[69]。

再検証の結果，CMSは2021年4月16日にTX1115ウェイバーの承認を取り消すことを決定し，HHSCに文書で通知した。リヒター副長官は承認取消の理由に関して，まず公告手続きの免除は延長更新の申請に先立って申請された上で承認を得る規則であるにもかかわらず，それが遵守されずに延長更新の申請書に組み込まれる形で同時に申請されたことを不適当なプロセスであったと述べた。次に，HHSCがその免除を申請した理由を，COVID-19の感染拡大という緊急事態に対処する州内の医療機関に財政的安定性をもたらすためであると主張したことについて，その免除が医療機関の財政的安定性とどのように関係しているのかについて説明がなく，しかもそれは受給者や他の利害関係にある団体にとっての意見や要望を申し立てる機会を奪ってしまうことが問題視された。これに関して，新たに申請された追加報酬制度は正式な公告手続きを伴わずに承認されたが，HHSCが申請書において正式な手続きを行わない理由を説明していないことも挙げられた。さらに，そもそも申請に関して公告手続きを免除するための要件は「人命に対する直接の脅威でなければならない」と社会保障法に定められているのに対し，HHSCが免除申請の理由として掲げた医療機関への財政的安定性の提供はその要件に該当しないことが指摘された。

CMSはこれらを理由にウェイバーの承認取消を伝えると同時に，HHSCに対してウェイバーの再申請を呼びかけた。すなわち，リヒター副長官はHHSCに対し，「我々はそのデモンストレーションの継続が認められている（2022年9月30日までの：引用者）次の18ヵ月間に，州による（正式な手続きに基づいてまとめられた申請書の：引用者）提出およびCMSによる申請内容の審査を完遂するために，州と協働する用意ができている」と述べ，正式な公告手続きを行った上で申請書を再提出することを促したのである[70]。

(2)　承認取消への反発と再申請

テキサス州政府は承認取消に猛反発し，5月14日には州のケン・パクストン（Ken Paxton）司法長官がTX1115ウェイバーをトランプ政権下において承認された10年間の延長更新の状態に戻すことを求めて連邦地裁に提訴する事態にまで発展したものの[71]，ウェイバーの存続に向けてCMSとの再交渉の機会が維持されることになった。アボット州知事は，「ウェイバー延長を取り消すことによって，バイデン政権は脆弱なテキサス州民の医療へのアクセスを妨害し，テキサスの非都市部の病院に不可欠な資源を取り上げて」おり，「このウェイバーを通してもたらされた資源に依存する州民を故意にだましている」とCMSを厳しく批判した。しかし同時に，HHSCのヤング委員長は自らのチームがウェイバーを「軌道に戻すために」CMSとともに取り組むことを「十分に確信している」と述べ，再交渉の意思があることを明確に示した[72]。

テキサス州選出の連邦議員は承認取消の決定に対し，共和党議員はその撤回を，民主党議員は再交渉の機会をCMSに求めるという形で要求の仕方が異なっていたものの，TX1115ウェイバーの存続を求めるという点では見解が一致していた。

連邦両院の24名の共和党議員は連邦保健福祉省のゼイビア・ベセラ（Xavier Becerra）長官に宛てて連名で文書を送付し，トランプ政権による延長更新の承認は「州内の最も脆弱な市民の医療保障の将来に向けて財政システムを設計するために我々が切望していた確実性を州政府に提供し」てくれたにもかかわらず，バイデン政権下の承認取消の決定は「数十億ドルもの財源を危険にさらしている」と批判した。それは「州のメディケイドの安全性を脅かし」，「この（州・連邦政府間の：引用者）合意の継続性を軽視し」，「州とCMSの間のパートナーシップを侵食させる」ものであり，これらによって州・連邦政府間の信頼関係に基づくイノヴェーションの創出が妨げられることが問題視された[73]。

民主党の13名の下院議員は，ウェイバーの再合意とメディケイド拡大の両立を視野に入れ，CMSとの再交渉の機会を求めた。彼らはベセラ長官およびリヒターCMS長官代

理に宛てた連名での文書において，CMSの承認取消は「重要な透明性や国民参加の要件を無視したことによるトランプ政権の法令違反によって必然的に生じたものであった」と理解を示し，「適切に再交渉されたウェイバーはその（セーフティ：引用者）ネットの数多くの穴を埋めることができる」と主張した。彼らによると，「TX1115ウェイバーはACAに基づいてメディケイドを拡大するための連邦財源を州政府が受け入れなかったことに代わるものとして機能すべきではな」く，それはむしろ「不可避的に発生するUC費の補てんやイノヴェーティブな医療サービス提供モデルを試すための財源としての役割を果たすべきものである」。民主党の下院議員はこの認識を前提として，「CMSは，現行のウェイバーよりもいくらか修正された延長を含む新たなウェイバーの申請が（メディケイド拡大という：引用者）すぐに実施可能な制度拡大を行わないための資金提供として誤用されることがないよう，州政府と協働すべきである」と訴えかけた。さらに，メディケイド拡大を実施しているオハイオ州，イリノイ州，カリフォルニア州の1115ウェイバーは「最終的に目指すべき州全体の医療保障へと導く進路としての役割を果たしてきた」ことから，CMSがこれらの実績に基づいてガイドラインを提示することによって，テキサス州の1115ウェイバーについても合意が可能であると呼びかけた[74]。

テキサス病院協会のショー会長はCMSによる承認取消の決定を強く批判すると同時に，ACAを推進する立場のバイデン政権の発足をふまえて，1115ウェイバーの存続だけでなくメディケイド拡大にも前向きに取り組むよう州政府に求めた。ショー会長は承認取消の5日後の4月21日に，アボット州知事とダン・パトリック（Dan Patrick）副知事およびデイド・フェラン（Dade Phelan）州議会議長をはじめとする州議会議員に宛てて『白書』（whitepaper）と題する文書を送付した。

『白書』においてショー会長は，450施設を超える州内の医療機関を代表した州政府への要望として，「テキサスのカバレッジ・ギャップを縮めるための超党派の州議会議員によるスマートで財政中立的な解決策」と「その費用の大部分を賄うための連邦財源の活用」を求めた。カバレッジ・ギャップとは，テキサス州政府がメディケイド拡大を実施した場合には「百万人の低賃金労働者が」受給資格を獲得する一方，「400万人近くの州民は」受給の要件を満たすことができずに無保険者にとどまるという独自の試算に基づく見通しを指していた。これは，テキサス州には非合法移民や在米期間が市民権を得るための5年間に満たない人々が数多く住んでおり，それらの人々がメディケイド拡大の対象外であることを念頭に置いた指摘であると思われる。このことを念頭に置いて，「人口規模が大きく人口統計学的に多様なテキサスのような州においては」，TX1115ウェイバーまたはメディケイド拡大のどちらか一方だけを実施するという「画一的な（one-size-fits-all）アプローチは，すべてのテキサス州民に固有の医療ニーズを満たす上で非効率である」と

述べた。それゆえに，「（メディケイド：引用者）拡大と1115ウェイバーはテキサス州民のために協力し合うべきであ」り，これらの両方を実施することが要求された。ただし，ショー会長は，それはバイデン政権下のCMSがテキサス州政府に迫っているような「メディケイド拡大を強要しようとするために医療セーフティネットの安定性をひっくり返す」という「軽率で浅はかな」やり方で行うべきではないとも述べた。そうではなく，メディケイド拡大は「その（カバレッジ・ギャップの：引用者）費用の大部分を賄うための連邦財源の活用」を軸に，テキサス州の医療ニーズに効率的かつ適切に対応するために実施してきたTX1115ウェイバーと一体的に行われるべきであり，それこそが「スマートで財政中立的な解決策」であると主張したのである[75]。

こうした医療業界からの要求をふまえ，HHSCはCMSに指摘された公告手続きを行った上で，7月14日にウェイバー延長更新の申請書を再提出した。HHSCは延長更新の再申請に先立って，6月2日にダラス郡のテキサス州立大学サウスウエスタン医療センターにおいて公聴会を，6月10日にオンライン限定の意見聴取会を，6月15日には州都オースティンにあるHHSC本部の公聴会室で対面形式とオンライン形式を併用した公聴会を，そして6月21日にはオンライン限定の公開討論会をそれぞれ開催した。ただし，これらの会合の議題において前提となる再申請案の内容は，主要な部分については1月15日に承認された延長更新とほぼ同様の内容で作成されたものであった[76]。これらを含め，州民からの意見や要望の受付は6月28日を期限として行われた。

テキサス州の公共政策に関して提言を行うNPOのエブリー・テクサン（Every Texan）においてアソシエイト・ディレクターを務めるアン・デュンケルバーグ（Anne Dunkelberg）氏は，「州民のメディケイド拡大への絶大な支持をふまえると」，「HHSCはウェイバー延長の代わりにメディケイドの拡大を求める数多くの要求を受けるであろう」という見通しを示していた[77]。実際に，公告期間には州民および州内の組織や団体等から肯定的な意見と批判的な見解の両方からなる1,000通を超えるコメントが口頭，文書，電子メールの形式で提出され，それらのいくつかは後に提出された再申請書の添付資料に記載された。その資料においては，多くのコメントはウェイバーの意義や延長更新を求める「一般的な支持」を示す見解であったことが説明されたが，一方で「ウェイバーの取消はメディケイドの受給者に不利益をもたらすかもしれないことから」CMSに指摘されたすべての問題を解決すべきであるという意見も紹介された。それらに加え，ウェイバー延長更新に関する懸念や反発を表明するコメントも掲載され，それらは「10年間の延長申請，財政方式の複雑さ，公衆衛生医療機関チャリティケア制度（PHP-CCP）の新設に向かうDSRIPの移行案」を支持しないという主張であり，さらに「メディケイド拡大の差し迫った必要性」を訴える声もあった。ところがHHSCは文書において，「これらのコメント

について考慮はするが，テキサスのセーフティネットのシステムの安定性および財源を確保するために，およそ10年間の延長を申請しているのである」と返答し，従来の方針を維持することを表明した[78]。かくして，HHSCはこれらのコメントを関連資料として再申請書に添付し，延長更新の申請に踏み切ったのである。

アボット州知事は延長更新の再申請をベセラCMS長官に告げる7月14日付の文書において，再申請書の内容はCOVID-19の感染拡大に伴う特別対応の申請内容などに関して軽微な変更を行ったものの，他の主要な部分については1月15日付の「承認は現在でも効力を維持している」と主張し，承認時の内容と同じであることを説明した[79]。実際に，数々の添付資料を含む再申請書の内容は，承認取消後に行われた公告手続きの経緯や公聴会の期日などが追加されていたものの，主要部分は前回の申請書とほぼ同様であった。HHSCはこのような再申請書を提出し，DSRIPに関する連邦補助金の交付が終了する2021年9月30日までに承認することをCMSに迫った[80]。

CMSは自らの方針を変えることなく，再申請の承認に難色を示した。CMSのダニエル・ツァイ（Daniel Tsai）副センター長は8月13日にHHSCに宛てた文書において，既存の追加報酬制度の継続実施や新たに導入される追加報酬制度の財源規模の拡大を伴う「SDPsの枠組みを現行案のまま承認することは不可能である」と宣告した。その理由として指摘されたのは，CMSとHHSCがこの州の提案に関して「社会保障法や他の施行規則に基づく連邦法および連邦規定のすべての要件を満たす点に到達することができないからである」という内容であった。それに続いて，州の申請内容に対するCMSの懸念事項として，第1にメディケイドのマネジドケア型保険を運営する民間組織に対する定額払いの報酬額をSDPsの一部として加えるという州政府の提案は，定額払いと追加報酬の区別を曖昧にすることから「定額」払いの実質的な意味を損なってしまうこと，第2にSDPsに基づく医療機関への報酬がサービスの質や内容と必ずしも適切には結びついていないこと，第3に州政府がウェイバー財源のうち非連邦政府の負担額を社会保障法や施行規則に沿って賄うための財源を用意していないことが指摘された。さらにCMSはHHSCに対し，SDPsを中心にウェイバーの財源総額を減額する方向での見直し，医療機関への報酬の支払いを前政権期における実績ではなく現在の実施期間における実績に基づいて行うこと，報酬の支払いを出来高払制の受給者を除いてメディケイド・マネジドケアの受給者に対するサービスの質の向上に基づいて行うこと，ウェイバー財源のうち非連邦政府の負担分を賄うための財源を社会保障法や施行規則に沿って用意すること，他の制度等の影響を排除した適切なウェイバーの実績評価を行うための基準となるデータをCMSに提出することを受け入れるよう提案した[81]。

(3)　連邦補助金の暫定延長交付案：再交渉の論点と方向性

その上で，CMSは同文書において，DSRIPに関する連邦補助金の交付を2021年10月1日から2022年9月30日までの1年間に限り暫定的に延長することを提案した[82]。バイデン政権発足後の政策展開をふまえると，この提案のねらいは，連邦補助金の追加交付を行うことによって州・連邦政府間の協議を連邦主導で行う期間を確保し，SDPsを中心にTX1115ウェイバーの財政規模を小さくすることや，あるいはメディケイド拡大を州政府に迫る点にあったととらえることが可能である。州政府も連邦補助金の交付延長を求めていることから[83]，この提案は合意に至る可能性が高く，そうなれば暫定延長交付の期間中に新たな交渉や駆け引きが行われることになる。

TX1115ウェイバーの存否や方向性は，バイデン政権によるACA推進策の展開やウェイバーの実施状況に基づく州・連邦政府間の合意形成の仕方によって規定される。それは同時に，連邦法のACAの方向性や全米の各地域において展開される「ポスト・オバマケア」の具体的な内容を形作る過程でもある。バイデン政権期において，テキサス州政府と連邦政府はTX1115ウェイバーに関して妥当な合意点を見出せるのか，そしてその合意に基づく政策はすべての州の中で最も多くの無保険者が住むテキサス州の低所得・貧困者の医療ニーズに対し，効果的かつ効率的に対応することが可能な制度の枠組みを構築することに成功するのか。これらは今後のメディケイド改革の論点であると同時に，連邦法を軌道修正した州主導の「ポスト・オバマケア」の方向性を決定づけるであろう。

7.　むすびにかえて

ACA成立後のメディケイド改革は，連邦政策の動向を見据えた州政府の政策選択を通して形成される「ポスト・オバマケア」の模索と，その方向性をめぐる州・連邦政府間の駆け引きの過程であった。

分極化や党派間対立の下で連邦政策が展開される状況において，州からの提案を起点として協議がはじまり実施に至るメディケイドの1115ウェイバーは，アメリカの医療保障政策における最大の争点として浮上した。テキサス州政府はACA成立の当初から現在まで，連邦マッチング補助金の交付を主な手段として州政府をメディケイド拡大の方向に誘導したい連邦政府の意図を把握しながら，自らの州の意向を反映する1115ウェイバーを

追求し，今日まで実施してきた。すなわち，州政府は歴代の大統領の政策方針や連邦医療政策の展開を見据えてウェイバーの延長更新の手続きを行い，州における既存のメディケイドの枠組みを変えることなくウェイバー制度を活用して連邦補助金を獲得することによって，州内の医療業界との協働に基づく医療セーフティネットの財源をしたたかに確保してきたのである。

ACA のメディケイド拡大および州主導の 1115 ウェイバーは，「ポスト・オバマケア」のあり方をめぐって州・連邦政府間の駆け引きが繰り広げられる主戦場である。それらをめぐる連邦政策の展開とそれを見据えた州政府の政策選択のあり方は，連邦法を軌道修正した州主導の「ポスト・オバマケア」の方向性を規定する最大の要因であるといえよう。

本研究を通して得られた成果を足掛かりとして，「ポスト・オバマケア」の医療保障政策のあり方を解明することを通して，アメリカの政府間財政および州財政の内実に迫りたい。今後の研究課題は，メディケイドの 1115 ウェイバーに基づいて地域医療の政府間財政の枠組みが構築される過程と，1115 ウェイバーを手段とするメディケイド改革の州財政における意義を，テキサス州における TX1115 ウェイバーの政策過程に即して実証的に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）の助成を受けた研究の成果の一部である。

注

1 櫻井（2022）。

2 メディケイドの受給資格や制度内容については 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）を参照。

3 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，2019 年の 4 人家族に適用される連邦貧困水準は 2 万 5, 750 ドルであった。

4 ACA の成立過程や内容については天野（2013）；山岸（2014）；櫻井（2016）を参照。

5 メディケイド 1115 ウェイバーの制度については以下のウェブサイトを参照。U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services, About Section 1115 Demonstrations （https://www. medicaid. gov/medicaid/section-1115-demonstrations/about-section-1115-demonstrations/index. html；2022 年 3 月 1 日閲覧）.

6 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。

7 Barr（2020）.

8 河音（2018）。

9 Michener（2018）.

10 Mulligan and Castaneda eds.（2018）.
11 Geis and Fossett（2005）.
12 Rose（2013）.
13 加藤（2021）。
14 Young and Garfield（2014），p. 4.
15 Texas Health and Human Services Commission（2020），pp. 8–21.
16 Young and Garfield（2014），pp. 5–6.
17 Dunkelberg（2016），pp. 5–12.
18 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。
19 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。
20 Medicaid and CHIP Payment and Access Commission（2021）. これに関して，州政府は UPL を巧みに活用し，州立病院，郡政府，病院区などとの政府間財政移転の枠組みに基づいて州財政負担を増やさずに連邦補助金を獲得していることがたびたび指摘されている。U. S. Governmental Accountability Office（2012）はテキサス州における UPL の実態に関する報告書であり，連邦政府はこうした UPL の活用を問題視してきた。
21 2013 年以降には数々の連邦法の制定によって DSH 予算削減の実施時期は延期されたものの，予算削減の規定は廃止されていない。
22 なお，ACA のメディケイド拡大は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）州知事は当初からその内容を強く批判し，州主導のメディケイド改革を行う意思を表明していた。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。State of Texas, Office of the Governor（2010a）. その後，ペリー州知事は「テキサスにおけるメディケイドの将来」と題する 12 月 3 日付の自らの声明において，「現行のメディケイド・システムは州政府および連邦政府のどちらにとっても財政的に持続不可能であり」，「大きな裁量や連邦規制の撤廃が伴わなければ，オバマケアや他のプログラムがメディケイドを拡大させるにつれて，メディケイドは州財政や州の納税者を窒息させるであろう」と述べ，メディケイド拡大に反対する意向を改めて示した。それと同時に，「メディケイドにおける裁量やイノヴェーションを拡大させることは，たとえそれが州政府への（州の支出に基づく連邦マッチング補助金ではなく定額の連邦補助金である：引用者）包括補助金の交付であったとしても，テキサス州政府や連邦政府にとってより良い恩恵をもたらすであろう」と主張し，ACA とは異なる州独自のメディケイド改革を志向していることを強調していた。State of Texas, Office of the Governor（2010b）. ペリー州知事によるメディケイド拡大への反発については Thompson（2012），pp. 194–197 も参照。
23 Texas Health and Human Services Commission（2011）.
24 Texas Health and Human Services Commission（2020b），pp. 141–143.
25 Medicaid and CHIP Payment and Access Commissioner（2020），p. 2. カリフォルニア州のメディケイド 1115 ウェイバーについては加藤（2021）が詳しい。
26 Texas Health and Human Services, 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）.

27 U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2011), p. 1.
28 U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2011), p. 2.
29 U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2011), p. 2.
30 U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2011), p. 2. 指定州健康増進プログラム（Designated State Health Programs）への連邦補助と，同一年度内における DSRIP・UC プール間での財源の流用や未執行財源の次年度への繰越を行う州の権限については不承認となり，これらを TX1115 ウェイバーとして実施することは見送られた。
31 Texas Health and Human Services Commission (2012), pp. 1–2.
32 Texas Health and Human Services Commission (2011), p. 17; pp. 69–80.
33 調整法案は，賛成と反対が 50 票ずつの同数であった場合には，上院議長を兼務する副大統領の投票によって可決される。連邦議会制度と連邦財政の対応関係については河音（2018）を参照。
34 Barr (2021), p. 95.
35 民主党のバイデン副大統領は ACA 廃止法案に反対票を投じることから，共和党は 51 票を集める必要があった。
36 Barr (2021), pp. 107–109.
37 Brill (2015), p. 390.
38 Jost (2012), p. 1661.
39 Texas Health and Human Services Commission (2015b), pp. 27–31.
40 Texas Health and Human Services Commission (2015a).
41 Texas Health and Human Services Commission (2015c), p. 1.
42 U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2015b), pp. 1–2.
43 Texas Health and Human Services Commission (2016a), pp. 1–2.
44 U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2016), pp. 1–2.
45 Texas Health and Human Services Commission (2016b), pp. 1–3.
46 Texas Health and Human Services Commission (2016c).
47 U. S. Congressional Budget Office (2017a).
48 賛成票と反対票が同数の場合，上院議長を兼務する共和党のペンス副大統領は ACA 廃止法案に賛成票を投じることから，共和党は 50 票の賛成票を以て法案を可決・成立させることが可能であった。
49 U. S. Congressional Budget Office (2017b).
50 “Prestigious medical groups denounce health care vote”, CBS News, May 5, 2017 (https://www. cbsnews. com/news/doctors-health-groups-denounce-ahca-health-care-vote/；2022 年 3 月 1 日閲覧).
51 U. S. Congressional Budget Office (2017c).
52 Texas Health and Human Services Commission (2017a), pp. 1–2.
53 Texas Health and Human Services Commission (2017b), pp. 1–2.
54 U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2017), pp. 1–3.
55 Texas Health and Human Services Commission (2017c), p. 1.

56 2017年におけるTX1115ウェイバー延長更新の詳細はTexas Health and Human Services Commission（2017c）を参照。

57 “Texas, feds agree to renew Medicaid funds for safety net hospitals”, The Texas Tribune, December 21, 2017（https://www.texastribune.org/2017/12/21/texas-feds-agree-renew-medicaid-funds-safety-net-hospitals/；2022年3月1日閲覧）.

58 U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services, Coronavirus waivers & flexibilities（https://www.cms.gov/about-cms/emergency-preparedness-response-operations/current-emergencies/coronavirus-waivers；2022年3月1日閲覧）.

59 U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services（2020）, pp. 1-3.

60 Texas Hospital Association（2020）, p. 1.

61 U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services（2015）.

62 HHSCが公告手続きの免除を求めた動機は次のように考えることができる。この手続きを行うことによって州民からウェイバー延長よりもメディケイド拡大を求める要求が殺到し，それがCMSに延長更新の申請を不承認とする根拠を与えかねないことをHHSCが懸念したことが考えられる。実際に，州内には他の州と同様にメディケイド拡大を求める州民は数多く存在しており，それらの人々や支援団体は公告における意見や要望の申し立ての機会を利用してメディケイド拡大を要求する可能性が十分にあった。こうした背景をふまえると，HHSCはこのような世論を把握した上で，ウェイバーの延長更新を勝ち取るために都合の悪い情報をCMSに渡したくないという動機を抱いていたがゆえに，公告手続きの免除を申請したと考えることが可能である。州民によるメディケイド拡大の要求については以下の記事を参照。“As Clock Ticks, Medicaid Expansion Dwindles”, The Texas Tribune, May 8, 2013（https://www.texastribune.org/2013/05/08/clock-ticks-chances-medicaid-expansion-dwindles/；2022年3月1日閲覧）.

63 2020年における再延長更新の申請内容の詳細はTexas Health and Human Services Commission（2020a）を参照。

64 Mann, Cindy, “Uncompensated Care Pool Waivers Undermine Health Coverage for the Uninsured”, To the Point（Blog）, *Commonwealth Fund*, April 16, 2021（https://www.commonwealthfund.org/blog/2021/uncompensated-care-pool-waivers-undermine-health-coverage-uninsured；2022年3月1日閲覧）.

65 U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services（2021a）, pp. 8-9.

66 Texas Health and Human Services Commission（2021a）, p. 1.

67 “Biden reopens online health insurance marketplaces, citing ‘damage’ from Trump”, Reuters, January 28. 2021（https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-usa-insurance-idUSKBN291AN；2022年3月1日閲覧）.

68 Keith（2021）, p. 696.

69 U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services（2021b）, pp. 1-2.

70 U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services（2021c）, pp. 1-8.

71 この提訴においてテキサス州側は，リヒターCMS副長官はウェイバー延長を取り消す権限を持た

ないと主張した。詳細は以下の記事を参照。“New Texas lawsuit accuses Biden administration of threatening state's health care funding to force Medicaid expansion”, The Texas Tribune, May 14, 2021（https://www.texastribune.org/2021/05/14/texas-health-care-paxton-lawsuit-medicaid/；2022年3月1日閲覧）.

72 “CMS rescinds Texas's 1115 Waiver extension”, State of Reform, April 16, 2021（https://stateofreform.com/featured/2021/04/cms-rescinds-texas-1115-waiver/；2022年3月1日閲覧）.

73 “U.S. House Republicans Letter to HHS on Waiver Rescission”, Texas Hospital Association, April 27, 2021（https://www.tha.org/Portals/0/files/Issues/waiver/Republican_ltr_to_hhs_re_tx_1115_waiver_rescission.pdf?ver=2021-04-29-143533-320；2022年3月1日閲覧）.

74 “U.S. House Democrats Letter to HHS on Waiver Rescission”, April 27, 2021（https://www.tha.org/Portals/0/files/Issues/waiver/1115_Renegotiation_and_Coverage_Letter.pdf?ver=2021-04-29-143513-927；2022年3月1日閲覧）.

75 Texas Hospital Association（2021）, p. 1.

76 Texas Health and Human Services Commission, “Waiver Renewal”（https://www.hhs.texas.gov/regulations/policies-rules/waivers/medicaid-1115-waiver/waiver-renewal；2022年3月1日閲覧）.

77 “Another 10 years for Texas's 1115 waiver? Experts say it's unlikely”, State of Reform, June 2, 2021（https://stateofreform.com/featured/2021/06/another-10-years-for-texass-1115-waiver-experts-say-its-unlikely/；2022年3月1日閲覧）.

78 Texas Health and Human Services Commission（2021b）, pp. 52-61.

79 Texas Health and Human Services Commission（2021c）, pp. 1-3.

80 Texas Health and Human Services Commission（2021b）, p. 4.

81 U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services（2021d）, pp. 1-2；Appendix.

82 U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services（2021d）, p. 2；Appendix.

83 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）.

参考文献

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

Barr, Donald A.（2021）, ***Crossing the American Health Care Chasm: Findings the Path to Bipartisan Collaboration in National Care Policy***, Johns Hopkins University Press.

Brill, Steven（2015）, ***America's Bitter Pill: Money, Politics, Backroom Deals, and the Fight to Fix Our Broken Healthcare System***, Random House.

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.

Jost, Timothy Stoltzfus (2012), "The Affordable Care Act Largely Survives the Supreme Court's Scrutiny-But Barely", *Health Affairs, 31: 8*, pp. 1659-1662 (https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2012.0738；2022年3月1日閲覧).

Keith, Katie (2021), "The American Rescue Plan Expands the ACA", *Health Affairs, 40: 5*, pp. 696-697 (https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2021.00597；2022年3月1日閲覧).

Medicaid and CHIP Payment and Access Commission (2020), "Delivery System Reform Incentive Payment Programs", *Issue Brief* (https://www.macpac.gov/wp-content/uploads/2018/03/Delivery-System-Reform-Incentive-Payment-Programs.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).

Michener, Jamila (2018), *Fragmented Democracy: Medicaid, Federalism, and Unequal Politics*, Cambridge University Press.

Mulligan, Jessica M. and Heide Castaneda eds. (2018), *Unequal Coverage: The Experience of Health Care Reform in the United States*, New York University Press.

Rose, Shanna (2013), *Financing Medicaid: Federalism and the Growth of America's Health Care Safety Net*, The University of Michigan Press.

State of Texas, Office of the Governor (2010a), "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日閲覧).

State of Texas, Office of the Governor (2010b), "Statement by Gov. Rick Perry on Future of Medicaid in Texas", December 3, 2010 (https://lrl.texas.gov/scanned/govdocs/Rick%20Perry/2010/press120310.pdf；2022年3月1日閲覧).

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日閲覧).

Texas Health and Human Services Commission (2012), "Texas Demonstration Approval Acceptance Letter", January 10, 2012 (https://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Waivers/1115/downloads/tx/Healthcare-Transformation-and-Quality-Improvement-Program/tx-healthcare-transformation-demo-apprvl-accept-ltr-01102012.pdf；2022年3月1日閲覧).

Texas Health and Human Services Commission (2015a), *Evaluation of the Texas Healthcare Transformation Quality Improvement Program 1115 (a) Demonstration Waiver Interim Evaluation Report*, as Required by Special Terms and Conditions #72 (https://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Waivers/1115/downloads/tx/Healthcare-Transformation-and-Quality-Improvement-Program/tx-healthcare-transformation-intrm-eval-rpt-09302015.pdf；2022年3月1日閲覧).

Texas Health and Human Services Commission (2015b), *Texas Healthcare Transformation and Quality Improvement Program Section 1115 Demonstration Waiver Extension Application* (htt

ps://www.hhs.texas.gov/sites/default/files/documents/laws-regulations/policies-rules/1115-docs/101415/TX_1115_ExtApp2015_AttachD_corrected.pdf；2022年3月1日閲覧).

Texas Health and Human Services Commission (2015c), "1115 Transformation Waiver Extension Cover Letter", September 30, 2015 (https://www.hhs.texas.gov/sites/default/files/documents/laws-regulations/policies-rules/1115-docs/93015/TX_1115_Extension_App_CoverLetter_20150930.pdf；2022年3月1日閲覧).

Texas Health and Human Services Commission (2016a), "State 15-month Extension Request", April 7, 2016 (https://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Waivers/1115/downloads/tx/Healthcare-Transformation-and-Quality-Improvement-Program/tx-healthcare-transformation-15month-ext-req-04072016.pdf；2022年3月1日閲覧).

Texas Health and Human Services Commission (2016b), "HHSC Letter to CMS about 1115 Waiver Extension", August 19, 2016 (https://www.hhs.texas.gov/sites/default/files/documents/laws-regulations/policies-rules/1115-docs/HHSC-to-CMS.pdf；2022年3月1日閲覧).

Texas Health and Human Services Commission (2016c), ***Evaluation of Uncompensated Care and Medicaid Payments in Texas Hospitals and the Role of Texas'Uncompensated Care Pool***, as prepared by Health Management Associates, August 26, 2016 (https://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Waivers/1115/downloads/tx/Healthcare-Transformation-and-Quality-Improvement-Program/tx-healthcare-transformation-uncomp-care-eval-rpt-08312016.pdf；2022年3月1日閲覧).

Texas Health and Human Services Commission (2017a), "HHSC Letter to CMS about 1115 Waiver Extension", January 26, 2017 (https://www.hhs.texasgov/sites/default/files/documents/laws-regulations/policies-rules/1115-waiver/1115-Waiver-Additional-21-Months.pdf；2022年3月1日閲覧).

Texas Health and Human Services Commission (2017b), "CMS Approved Final Evaluation of the 1115 (a) Texas Demonstration", May 30, 2017 (https://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Waivers/1115/downloads/tx/Healthcare-Transformation-and-Quality-Improvement-Program/tx-healthcare-transformation-final-eval-rpt-05302017.pdf；2022年3月1日閲覧).

Texas Health and Human Services Commission (2017c), "HHSC Acceptance Letter", December 21, 2017 (https://www.hhs.texas.gov/sites/default/files/documents/laws-regulations/policies-rules/1115-waiver/1115-cms-extension-new.pdf；2022年3月1日閲覧).

Texas Health and Human Services Commission (2020a), ***Section 1115 Demonstration FAST TRACK Extension Template for Program Changes*** (https://www.hhs.texas.gov/sites/default/files/documents/laws-regulations/policies-rules/1115-waiver/waiver-renewal/section-1115-fast-track-extension-application.pdf；2022年3月1日閲覧).

Texas Health and Human Services Commission (2020b), "Texas Medicaid and CHIP Reference Guide Thirteenth Editon" (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日閲覧).

Texas Health and Human Services Commission (2021a), "State Acceptance Letter", January 15, 2021 (https://www.medicaid.gov/medicaid/section-1115-demonstrations/downloads/tx-healthcare-transformation-state-accpt-ltr-20210115.pdf；2022年3月1日閲覧).

Texas Health and Human Services Commission (2021b), "Demonstration Extension Application Sec-

tion 1115 (a) Appendices A-E", Texas Healthcare Transformation and Quality Improvement Program, Project # 11-w-00278/6 (https://www.hhs.texas.gov/sites/default/files/documents/laws-regulations/policies-rules/1115-waiver/waiver-renewal/demonstration-extension-application-section-1115a-appendices-a-e.pdf；2022年3月1日閲覧).

Texas Health and Human Services Commission (2021c), "1115 Transformation Waiver Extension Cover Letter", July 4, 2021 (https://www.hhs.texas.gov/sites/default/files/documents/laws-regulations/policies-rules/1115-waiver/waiver-renewal/governors-cover-letter-1115-waiver.pdf；2022年3月1日閲覧).

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日閲覧).

Texas Hospital Association (2020), "Texas Hospitals & Health Care Providers Support DSRIP Extension", August 10, 2020 (https://www.tha.org/Portals/0/files/Issues/waiver/DSRIP_COVID-19_Explainer-2-Pager_Final.pdf?ver=2020-08-11-162451-563；2022年3月1日閲覧).

Texas Hospital Association (2021a), "Letter Rescinding 10-Year Extension of Texas 1115 Waiver", April 21, 2021 (https://www.medicaid.gov/medicaid/section-1115-demonstrations/downloads/tx-healthcare-transformation-ca.pdf；2022年3月1日閲覧).

Texas Hospital Association (2021b), "Whitepaper: Losing Texas's Waiver Extension Destabilizes the Health Care Safety Net", April 21, 2021 (https://www.tha.org/Portals/0/files/Issues/waiver/1115_Waiver_Rescinded_FINAL-042221.pdf?ver=2021-04-22-231052-850；2022年3月1日閲覧).

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日閲覧).

Thompson, Frank J. (2012), *Medicaid Politics: Federalism, Policy Durability, and Health Reform*, Georgetown University Press.

U.S. Census Bureau (2021), *Health Insurance Coverage in the United States: 2020* (https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2021/demo/p60-274.pdf；2022年3月1日閲覧).

U.S. Congressional Budget Office (2017a), *H. R. 1628, American Health Care Act* (*cost estimate*), March 13, 2017 (https://www.cbo.gov/sites/default/files/115th-congress-2017-2018/costestimate/americanhealthcareact.pdf；2022年3月1日閲覧).

U.S. Congressional Budget Office (2017b), *H. R. 1628, Better Care Reconciliation Act* (*cost estimate*), June 26, 2017 (https://www.cbo.gov/system/files/115th-congress-2017-2018/costestimate/52849-hr1628senate.pdf；2022年3月1日閲覧).

U.S. Congressional Budget Office (2017c), *Estimate of Direct Spending and Revenue Effects of H. R. 1628, the HealthCare Freedom Act of 2017, an Amendment in the Nature of a Substitute* [*S. A. 667*], July 27, 2017 (https://www.cbo.gov/system/files/115th-congress-2017-2018/costestimate/s.a.667.pdf；2022年3月1日閲覧).

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2011), "Approval to Amend Letter", December 12, 2011 (https://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Waivers/1115/downloads/tx/Healthcare-Transform

ation-and-Quality-Improvement-Program/tx-healthcare-transformation-amend-appvl-ltr-12122011.pdf；2022年3月1日閲覧).

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2015 a), "Implementation of a "Fast Track" Federal Review Process for Section 1115 Medicaid and CHIP Demonstration Extensions", CMCS Informational Bulletin, July 24, 2015 (https://www.hhs.gov/guidance/sites/default/files/hhs-guidance-documents/CIB07242015-Fast-Track_28.pdf；2022年3月1日閲覧).

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2015 b), "CMS Uncompensated Care Pool Letter", November 20, 2015 (https://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Waivers/1115/downloads/tx/Healthcare-Transformation-and-Quality-Improvement-Program/tx-healthcare-transformation-uncompensated-care-pool-ltr-11202015.pdf；2022年3月1日閲覧).

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2016), "CMS Temporary Extension Approval", May 2, 2016 (https://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Waivers/1115/downloads/tx/Healthcare-Transformation-and-Quality-Improvement-Program/tx-healthcare-transformation-temp-ext-app-05022016.pdf；2022年3月1日閲覧).

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2017), "CMS Demonstration Extension", December 21, 2017 (https://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Waivers/1115/downloads/tx/Healthcare-Transformation-and-Quality-Improvement-Program/tx-healthcare-transformation-demo-ext-12212017.pdf；2022年3月1日閲覧).

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2020), "CMS Approval-Texas COVID-19 Amendment", September 3, 2019 (https://www.medicaid.gov/medicaid/section-1115-demonstrations/downloads/tx-healthcare-transformation-ca-covid19-amendment-09082020.pdf；2022年3月1日閲覧).

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2021 a), "CMS Approval", January 15, 2021 (https://www.medicaid.gov/medicaid/section-1115-demonstrations/downloads/tx-healthcare-transformation-cms-approval-01152021.pdf；2022年3月1日閲覧).

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2021 b), "CMS Letter to State", February 12, 2021 (https://www.medicaid.gov/medicaid/section-1115-demonstrations/downloads/tx-cms-ltr-state-02122021.pdf；2022年3月1日閲覧).

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2021 c), "CMS Letter to State", April 16, 2021 (https://www.medicaid.gov/medicaid/section-1115-demonstrations/downloads/tx-healthcare-transformation-cms-ltr-st.pdf；2022年3月1日閲覧).

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2021 d), "CMS Letter to State", August 13, 2021 (https://www.medicaid.gov/medicaid/section-1115-demonstrations/downloads/tx-healthcare-transformation-cms-ltr-state-08132021.pdf；2022年3月1日閲覧).

U.S. Governmental Accountability Office (2012), "Medicaid: More Transparency of and Accountability for Supplemental Payments Are Needed", *GAO-13-48* (https://www.gao.gov/assets/g

ao-13-48. pdf；2022年3月1日閲覧).

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

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（2018）「トランプ・共和党統一政府下の政策形成：オバマケアの撤廃・代替法案の挫折を事例として」,『大阪経大論集』, 第69巻第2号, 107～129頁。

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。

櫻井潤（2022）「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」,『國學院経済学』, 第70巻第2号, 1～33頁。

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。