

# アメリカのメディケイド補助金と オバマ医療改革

加藤 美穂子

## 1 分析の視角

アメリカでは、本来的に内政分野についての権限は州政府にあり、実際に各州政府が主体的な政策形成を行っている。たしかに長期的なトレンドとして連邦政府の権限は拡大しているが、本稿の問題意識では、歴史的に形成・維持されてきた分権構造を無視して、連邦政府が集権化することは不可能であり、その本質的に分権的な基本構造が確固として存在した上での集権化の進行と考えるべきとする。さらに言えば、この集権化トレンドも、この本質的な分権構造が許容する範囲でしか進むことができず、また集権化という現象の内実は、連邦政府が州・地方政府を上から抑えつけるものではなく、アメリカ社会が必要とする全米的な枠組みを、多様な州や地域が受け入れられる形で整備するものといえる。

加藤（2013）では、上記の分析視角をもって、このアメリカの州・地方財政の本質的な分権構造について、特に1990年代以降の連邦補助金の最大の費目であるメディケイド（医療扶助）に焦点を当てて、実証的に検討した。日本人の感覚からすれば全国一律的に実施されることが公平と考えられる公的扶助の分野においてさえも、アメリカでは各州における多様な政策形成と運営を最重要な基盤とする枠組みとなっており、連邦補助金の交付に付随する規則や制約も必要最小限の縛りにとどめられたものである。そして実際に、各州は多様な形で適格要件や給付内容を設定しながら、それぞれの州内の医療扶助政策を実施してきた。

しかし 2009 年に発足したオバマ民主党政権は、リーマンショック後の経済政策や金融機関の救済・規制策など、連邦政府の積極的な介入を伴う政策を多く打ち出す中で、2010 年には医療保障の分野でも国民全体を対象とした皆医療保障システム（以下では皆保障システムと略記）のためのオバマ医療改革法（Affordable Care Act）<sup>(1)(2)</sup>を立法化した。後述のように、同法には、保険商品規制の強化、医療保険の公設市場（Exchange）の創設、Individual Mandate（個人への医療保障取得の義務付け）、「メディケイド拡大」（適格要件のカテゴリー基準の大幅な寛大化が大きな争点となる）等、連邦政府による市場や州政府への義務付けの強化・増大という側面を見て取れる。

その一方で、オバマ医療改革法の立法過程や、同法の合憲性を問う司法過程を通じて、集権化へのベクトルに歯止めがかけられた面を決して見逃してはならない。さらにもっと本質的な次元では、ニューディール期から民主党リベラル派が歴史的に目指した国民規模の社会保険ではなく、既存の民間医療保険市場を軸とするシステムを維持したうえで、補完的な仕組みであるメディケイド（医療扶助）によるセイフティネットを拡大するという形で、公的関与の増大を最小限にとどめる方向性が選ばれた。そして、本稿の主要な検討対象であるメディケイドの分野でも、司法過程を通じて、オバマ医療改革法に規定される「メディケイド拡大」を実施するか否かの選択は州政府に委ねられるべきという分権的な基本構造が確認された。

そこで本稿では、オバマ医療改革法によるメディケイド政策を中心に据えな

- 
- (1) 2010 年 3 月 23 日にオバマ大統領が Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA, P. L. 111-148) に署名し、その後すぐに PPACA を修正するための法案 (H. R. 4872) が出され 5 月 30 日に大統領の署名によって Health Care and Education Reconciliation Act of 2010 (HCERA, P. L. 111-152) が成立した。これらの法律を合わせた略称として、オバマ医療改革法は Affordable Care Act (ACA) と呼ばれている (Stone et al. (2010), p. 1)。
  - (2) 政府間関係の観点からオバマ政権の主要政策を検討した研究として、Conlan and Posner (2011) がある。オバマ医療改革法の政治過程については、Oberlander (2010)、天野 (2013)、山岸 (2014) による研究、また 1990 年代からのメディケイド政策については Thompson (2012) が参考になる。オバマ医療改革法の概要を紹介したものとしては、Redhead et al. (2012)、Kaiser Family Foundation (2013)、中浜 (2012)、長谷川 (2012)、がある。

がら、州＝連邦間の政府間財政関係に集権的なバイアスがかかる過程で、アメリカの分権的な基本構造に根差す拮抗力が強力に作用する側面を検討する。なお、メディケイド補助金の分野では加藤（2013）で詳しく検討したように、以下の基本構造が歴史的に形成されていた。

第1に、連邦政府による内政政策に関する介入の強化は、多くの場合、多数の州に受け入れられる状況にあるルールや既に普及しつつあるルールを、連邦政府が明示的な枠組みとしたものであった。

第2に、さらに新たな連邦ルールと各州の多様な実情を整合させるための仕組みとしてウェイバー制度があり、各州がそれぞれの多様な条件に適した形でのプログラムの開発や修正を行うことを許容する経路も存在してきた。

オバマ医療改革法でもウェイバーの活用が織り込まれているのだが、それは「メディケイド拡大」の方向にバイアスがあり、それに消極的な州政府の選択幅を抑制する面がある。そのため、大きな政治的対立が続く中で、ウェイバーをどのように運用してオバマ医療改革の定着・普及を図るかは課題の一つとなっている。

後に詳しく検討するように、連邦政府が定める法やルールがアメリカの伝統的な分権構造を逸脱する場合には、立法レベルでの政治過程や、司法上の違憲訴訟等の中で、それを基本構造へと引き戻す拮抗力が働くことになる。オバマ医療改革でも、これまでの医療改革法案と同様に、立法段階で激しい対立がみられたのであるが、法律成立後にも司法レベルで主要な規定に関する合憲性が厳しく争われることとなった。本稿では、このような分権構造を支える論理・価値観を捉える題材として、オバマ医療改革法の分析を進めていく。

## 2 メディケイド補助金の基本スキーム

はじめに、オバマ医療改革法以前のメディケイドの基本構造から確認しておこう。メディケイドは1965年社会保障法修正法（Social Security Amendments Act of 1965；P.L. 89-97）によって創設された公的医療扶助プログラムであり、<sup>(3)</sup>連邦政府と州政府のパートナーシップの下で実施されている。州政府は、連邦

政府が提示するこのメディケイドという枠組みに参加するか否かを選択できるが<sup>(4)</sup>、参加する場合には、連邦政府から定率の特定補助金を交付され、同時に、連邦政府が求める適格者や給付内容等に関するルールに従うことが求められる。ただし、この連邦政府が定めるルールは必要最小限度のものであり、各州政府は、受給のための適格要件やサービスの種類・給付金額・給付期間、診療報酬等の政策の中核部分についても、多様な形で州プログラムを設計・運用できる枠組みとなっている。すなわち、メディケイドは、全米で一本化されたシステムとして運用されるものではなく、50州がそれぞれ実施する多様なプログラム<sup>(5)</sup>の集合体となっている。

メディケイドの連邦法や連邦規則が定めるルールには、第1に、メディケイド連邦補助金を受ける全ての州政府が必ず順守しなければならない適格要件や給付内容に関する Mandatory ルールがある。ただし、Mandatory ルールが求める内容は、大多数の州政府が受容しうる必要最低限度の範囲のものといえる。第2に、Mandatory ルールが定めるよりも寛大な適格要件や給付内容を実施することを、州政府が裁量的に選択できる Optional ルール<sup>(6)</sup>がある。第3に、メディケイドには、州政府が連邦補助金を受けながらプログラムの設計や運営における更なる柔軟性を得る仕組みとして、上記の連邦ルールの一部を免除する「ウェイバー (Waiver)」と呼ばれる制度がある。特定の連邦ルールの免除を求めたい州政府は、連邦保健福祉省 (U. S. Department of Health and Human Services; 以下、HHS) にウェイバーの申請を行い、それが承認された場合には Mandatory ルールであっても免除されて、州独自の取り組みを柔軟に行うことができる。第4に、さらに州政府は、州資金を用いて上記のメディケイドの

---

(3) オバマ医療改革法以前のメディケイドの特質については加藤 (2013) で詳しく検討しているので参照されたい。また同法成立以降の事柄については、本論文で詳しく検討する際に根拠、出典を提示している。

(4) 現在では、全ての州がメディケイドに参加しているが、アリゾナ州のように1980年代半ばまでメディケイドを実施しなかった州もある。

(5) GAO (1995), p. 12; Daniels (1998), p. 3.

(6) Optional ルールで示された適格者や給付内容の寛大化の実施を選択する州政府は、それに付随する連邦ルールを満たすことで、追加的な連邦補助金を交付される。

枠組みに入らない独自の政策を行うことも可能である。

オバマ医療改革法でメディケイドに関して特に大きな争点となったのは適格者の拡大に関してであった。メディケイドの適格要件には、「経済基準 (financial requirements)」と共に、個人の人的属性に関する「カテゴリー基準 (categorical restrictions)」(高齢者、障害者、妊婦、児童、公的扶助受給関連世帯など) が設けられており、これら両要件を同時に満たした場合に適格となる。

オバマ医療改革法は、これまでカテゴリー基準によってメディケイドの対象外とされてきた成人(要扶養児童のいない者等)を、原則としてカテゴリー基準に含めるとしたのであるが、同法の成立以前からウェイバーや州独自の政策によってこの新カテゴリーを採用していた州は限られており、それゆえに、同法によるメディケイドの大きな政策転換に対して、多くの州から反発が生じることとなった。

### 3 オバマ医療改革法

#### 3-1 2005年議会公聴会

2005年6月に連邦議会下院のエネルギー・通商委員会で *Medicaid Reform: The National Governors Association's Bipartisan Roadmap* という公聴会が開催された<sup>(7)</sup>。共和党保守派のブッシュ(子)政権の時期であり、連邦財政の赤字削減が大きな政策課題として議論される中で、全米知事協会(National Governors Association; 以下、NGA)からメディケイド改革について意見を聞くためのもの<sup>(8)</sup>であった。

本稿の問題意識に引き付けて同公聴会の議論を検討すると、以下の3つの論点が注目される。第1に、メディケイドが州財政の最大の圧迫要因となっていることであり、第2に、アメリカの医療保障に不可欠なセイフティネット

(7) U. S. House, Committee on Energy and Commerce (2005).

(8) このNGAの提案では、メディケイドの維持・強化に必要な改革として、メディケイド自体の改革に加えて、医療保障システム全体の改善や、雇用主提供医療保険と個人医療保険の強化策なども提示されている (*ibid.*, pp. 27-40.)。

であるメディケイドを持続可能とするために、コスト抑制の改革を不可欠とするものであり、第3に、分権的な制度設計と運用が重要とされていることである。

まず、公聴会の冒頭で同委員会の J. Barton 委員長（共和党、テキサス）は、開会演説の中で以下のように述べている。<sup>(9)</sup>

第1に、「多くの州ではメディケイド支出が教育費等を上回って最大の支出項目」になっており、メディケイド改革を実施しないと、「全米の全ての州が財政破綻する」か、あるいは「メディケイド事業が崩壊する」であろうと述べている。第2に、分権的な運営に関連して、「(各州の：引用者) 知事は、それぞれの州のメディケイド事業や受給者について知識を持ち、州の財政力を知っており、自州の最も弱い人々にとって最適な給付及びサービスの水準を把握」しているとともに、「ミドル・クラスの高齢者が介護施設費をメディケイドに求めるために財産隠しをすること」や、「自己負担に関する政策の1983年レベルでの凍結が、受給者の責任ある判断」を歪めていることも知っているとしている。

そして第3に、連邦政府よりも各州の実情に詳しい知事達によって、「2002-05年の期間に全ての州で診療費及び薬剤費の抑制策が実施」され、38州ではメディケイド適格要件の厳格化が、そして34州では給付水準の切り下げが行われたと述べている。ただし第4に、それらの抑制策は、全米の貧困者を守る医療セイフティネットを維持するためにも必要であり、州財政および連邦財政の持続可能性を維持することで、「メディケイド受給者を重大なリスクにさらさないためである」として、その正当性を提示している。

Barton 委員長に続いて、議会少数派の代表 J. Dingell 議員（民主党、ミシガン）が開会演説を行ったが、<sup>(10)</sup>それは同委員長とは明らかに異なる基調であった。

第1に、当公聴会の時点で連邦財政再建案の一環としてメディケイド連邦補

---

(9) *Ibid.*, pp. 2-4.

(10) *Ibid.*, pp. 5-11.

助金の 100 億ドルの削減案が出されていることについて、それは、州政府の負担分も含めると、受給者にとっては 175 億ドルのメディケイドの縮小を意味しており、また州政府側も、連邦政府からの負担転嫁（恐らく、連邦政府のメディケイド補助金の削減によって州政府側の負担による施策が強いられるという意味と思われる：引用者）を警戒しているとした。

しかし第 2 に、州政府による貧困者と社会的弱者への費用負担の転嫁にも警戒すべきとして、NGA の改革案の多くは、「最も貧困な人々や最も弱い人々」に負担を転嫁するものであり、「個人の責任の名の下で」、児童や妊婦をはじめとするそれらの人々にとって「必要な医療サービスの獲得を困難にする」と批判した。そして、「自己負担の引上げや給付内容の変更によって、結果的に、多くの人々にとって、医療サービスを不可能にする」と警鐘を鳴らしたのである。

すなわち、Barton 委員長はメディケイドの持続可能性の維持のためには「税や納税者の資金だけでは十分ではなく」、<sup>(11)</sup> 受給者側にも費用抑制を求めるという方向性をとるのに対し、民主党の Dingell 議員はそれを否定して、何らかの財源を確保してメディケイドを拡充し、アメリカにおける医療保障システムを確実なものにするという方向性を推奨するものと理解できる。本稿の問題関心からいえば、その民主党リベラル派の論理から、後のオバマ医療改革が構築されるという流れが読み取れる。

次に NGA からの議会証言を検討しよう。最初に登場するのは、アーカンソー州の M. Huckabee 知事（共和党、NGA の会長）である。<sup>(12)</sup>

同知事が第 1 に強調するのは、「多種多様なイデオロギーを持つ民主党及び共和党の知事達による全員一致の同意」に基づいて NGA で改革が議論され、同時にその全知事は、「各州の州民の救済を持続することを望むのであれば、メディケイドが現状の制度や運営では持続不可能であり、改革する必要がある」、という確信を共有していることである。

---

(11) *Ibid.*, p. 2.

(12) *Ibid.*, pp. 22-26.



そして第2に、「メディケイドが一つの制度ではなく、50州における別々の制度」であることを強調し、アメリカには「one-size-fits-all」はなく、「各州の（メディケイドの：引用者）制度はそれぞれに独特であり、ある特定の州の制度と同じではない」というのである<sup>(13)</sup>。

各州によってメディケイドに関する診療報酬単価（reimbursements rates）が異なる。また（メディケイドの連邦ルールが求める最低基準を上回る：引用者）追加プログラムの内容も州毎に異なる。それ故に、改革案の作成はデリケートであり困難でもあった。

すなわち、NGA 会長のアーカンソー州 Huckabee 知事は、各州における重要な施策であるメディケイドの州プログラムを維持するためにコスト削減の改革が必要であり、しかもその改革は各州の独自性を基盤とする州政府の側の主体性に基づく分権的なものでなければならないという原則を示したのである。そのうえで具体的な改革案として、薬剤費の抑制、メディケイドの適格性認定における資産調査の厳格化、自己負担額の引上げ（児童適用枠を拡大する財源捻出）、給付内容に関する柔軟性、州政府に一層大きな柔軟性を与えるウェイバー改革などを提案した。特に興味深いのは、自己負担額の引上げによって調達した財源で貧困児童への医療保障を拡大したアーカンソー州の事例である<sup>(14)</sup>。

適度の自己負担額の設定（による財源：引用者）で無保障状態の児童を39%も減らした。その自己負担額には、世帯所得の5%という上限を設定している。8年間の実施期間において、各世帯はその仕組みに何らかの貢献をできることを歓迎し、そのことに自尊心（sense of pride）を持つようになった。

受給者からの自己負担の徴収には、メディケイドでは多くの制限が課されていたが、1997年に創設された SCHIP（低所得児童向けの医療保障、現在は

---

(13) *Ibid.*, p. 23.

(14) *Ibid.*, p. 23.



CHIP)ではむしろ広範な柔軟性が州政府に与えられており(SCHIPの自己負担の上限は世帯所得の5%), NGAは, SCHIPと同様の柔軟性をメディケイドにも導入すべきと提案していた。Huckabee知事はこの自己負担の仕組みに, アメリカの分権的なシステムの基盤に存在するはずの「草の根」レベルの自立と自律と自助の精神を見出そうとしたのであろう。

次に証言をしたのは, バージニア州の M. Warner 知事(民主党)である<sup>(15)</sup>。同知事は第1に, 「一層の効率性と柔軟性」が必要だと強調する。効率性とは, 財政的に持続可能となるためのコスト抑制であり, 柔軟性とは, 分権的な改革という意味である。そしてメディケイド支出の膨張の原因について次のように説明する。

第1に, メディケイドが, 低所得の虚弱な高齢者や精神・身体障害者などといった医療ニーズや費用の高い人口層に, ますます提供されるようになっていくためであり, 第2に, 雇用主提供医療保険を廃止する雇用主が増加し, 場合によっては, 被用者にメディケイドの申請を勧めていることがある。第3に, 高齢者向けの長期ケア(long-term care, 介護等も含む: 引用者)がベビーブーム世代の加齢に伴って増加することである。

そしてこのような膨張要因によって, メディケイド財政の持続可能性が危うくなる中で, 以下の改革が必要と述べていく<sup>(16)</sup>。第1に, IT技術の導入であり, それがアメリカ経済の他の分野にもたらしてきた効率化を, GDPの約15%を占める医療分野にも導入すべきとした。第2に, 小企業向けの雇用主提供医療保険に適した医療保険商品の導入と, その購入資金に対する連邦税額控除(租税優遇措置を通じた実質的な助成金: 引用者)の適用であり, 第3に, メディケイドの適用を受けうる程度の貧困者に対して, 医療保険商品を提供する「purchasing pools」等の設置である。第4に, 長期ケア保険(介護サービスも含む: 引用者)についても, 上記の同様の税額控除等の促進策を講じることであり, 第5に, (メディケイドの長期ケアの膨張を抑制する手段として: 引用

(15) *Ibid.*, pp. 26-27.

(16) *Ibid.*, pp. 26-27.

者) メディケイド適格審査における資産調査の強化や、リバースモーゲイジによって借り入れる資金で在宅介護の費用を賄う仕組みの導入である。

このバージニア州の Warner 知事の証言は、Hackabee 知事が述べた共通認識と同様に、メディケイド改革を、各州政府が主体的に多様な形で制度設計と運営をすることを前提としたものと読み取ることができよう。そして各州がそれぞれの事情に適した改革方法を模索して得た教訓と成果を、連邦法に反映させるプロセスにおいて、州政府側が主体的に働きかけている一つの事例といえる。

以上のような共和・民主両党の下院議員や、共和党のアーカンソー州 Huckabee 知事、民主党のバージニア州 Warner 知事が共通して強調するメディケイド財政の危機の背後にある経済や労働編成の構造変化について、次に触れることにする。

### 3-2 アメリカの医療保障システムと無保障者

アメリカの医療保障システムの最大の特徴<sup>(17)</sup>は、民間市場からの医療保険商品の購入を原則とすることであり、全国民を強制加入させる公的な医療保険システムが存在しないことである。特に、その医療保障システムの中核を担うのが、雇用主が福利厚生の一環として被用者に提供してきた団体医療保険、いわゆる雇用主提供医療保険であり、国民の大部分がカバーされてきた。自営業者や、雇用主が医療保険を提供しない被用者等の場合には、個人医療保険の購入によって医療保障を取得することになる。

しかし国民の中には、就労が困難な状態にある者や、貧困ゆえに民間市場での医療保険の購入が困難な者も存在する。そこで、高齢者や障害者、公的扶助受給者や貧困家庭の妊婦と児童といった特定のカテゴリーに該当する社会的弱者に対しては、政府部門がメディケア（高齢者医療保険）や、メディケイド、CHIP といった公的医療プログラムを提供してきた。

(17) アメリカの医療保障の全体像については、中浜（2006, 2010）、長谷川（2010）、櫻井（2012）、天野（2013）、山岸（2014）等を参照されたい。

すなわち、民間保険を原則とするアメリカの医療保障システムは、自らの就労によって雇用や所得を獲得することを前提として、その雇用や稼得所得に基づいて医療保障を得るというものである。そして、健全な成人であれば就労可能であることから、自らの就労に基づいて雇用主提供医療保険を獲得するか、個人医療保険を購入すべきということになる。対して、高齢や障害によって就労が困難と認められる者や、母子世帯や妊婦や児童といった特別な配慮が必要とされる者については、公的扶助によって社会的に救済するという構造といえる。

ところが、1980年代以降、アメリカの産業構造が製造業からサービス業へとシフトし、雇用主が医療保険を提供しない職種が増加するとともに<sup>(18)</sup>、医療保険料の高騰によって、就労者であっても個人医療保険の購入が困難となる状況が生じるようになった。そして、雇用主提供医療保険や個人医療保険による医療保障の取得と、メディケア・メディケイド等の公的プログラムを通じた公的な医療保障の狭間に取り残され、無保障となる者も多く生じるようになった。

2000年代以降のアメリカの医療保障の構造変化を表1でみておくと、第1に、2000年では、総人口279.5百万人のうち、有保障者が242.9百万人、無保障者が36.6百万人であり、それぞれの総人口比は86.9%と13.1%となっている。2012年になると、総人口が311.1百万人へと増加する中で、有保障者が263.2百万人、無保障者が48.0百万人となり、絶対数ではいずれも増加しているが、しかし総人口比で見ると有保障者は84.6%であり、2000年と比べて2.3ポイント減少する一方で、逆に無保障者の割合は2000年よりも2.3ポイント多い15.4%となっている。

第2に、医療保障の取得には、民間医療保険の購入や公的医療保障プログラ

(18) 渋谷(2010, pp.66-68)が指摘するように、グローバル化が進行する中でアメリカの産業構造と雇用形態は大きく変化しており、1990年代から2000年代半ばにかけて「民間(部門：引用者)全体として雇用数は増大する中で、総じて賃金水準の格差が拡大する形で、(低賃金の：引用者)サービス業に雇用の比重がシフトする構造変化」が生じている。

表 1 医療保障の構造変化

		2000		2012		2000-12年の 変化(千人)	
		千人	%	千人	%		
総人口		279,517	100.0	311,116	100.0	31,599	
医療保障 取得者	合計	242,932	86.9	263,165	84.6	20,233	
	民間医療 保険	合計	205,575	73.5	198,812	63.9	-6,763
		雇用主ベース	181,862	65.1	170,877	54.9	-10,985
		直接購入	28,432	10.2	30,622	9.8	2,190
	公的医療 保障	合計	68,183	24.4	101,493	32.6	33,310
		メディケイド	28,062	10.0	50,903	16.4	22,841
		メディケア	37,787	13.5	48,884	15.7	11,097
	軍人医療保障	8,937	3.2	13,702	4.4	4,765	
無保障者		36,586	13.1	47,951	15.4	11,365	

出所：U. S. Census Bureau, *Current Population Survey Annual Social and Economic Supplements (CPS ASEC)*, Table HIB-1 より作成。

備考：複数の医療保障を持つケースもあるため、各項目を合算した数値は、合計とは一致しない。

ムへの登録がある。2000年では205.6百万人が民間医療保険に加入しており、総人口の73.5%を占める一方で、公的医療保障の対象者は68.2百万人であり、総人口比は24.4%である（民間保険購入者と公的制度登録者には重複する者も含まれる）。このように、アメリカ国民の大半が民間医療保険によってカバーされているのだが、2012年になると、民間医療保険の加入者は198.8百万人に減少し、総人口比も2000年よりも9.6ポイント低い63.9%に低下している。対照的に、公的医療保障の登録者は101.5百万人に増加し、総人口比でも32.6%に上昇しており、2000年より8.2ポイント高い。

第3に、民間医療保険の大部分を占めるのが雇用主提供医療保険であり、2000年には総人口の65.1%に当たる181.9百万人がカバーされていた。しかし2012年になると170.9百万人に減少し、総人口比も54.9%となり、2000年よりも10.2ポイントも低い。

第4に、公的医療保障をみると、その主たるものはメディケイド（貧困者・低所得者の医療扶助）とメディケア（高齢者の基礎的な医療保障の連邦所管の社

会保険)である。両制度の登録者数は、2000年ではメディケイドが28.1百万人、メディケアが37.8百万人であり、総人口比は前者が10.0%、後者が13.5%であった。2012年になるとメディケイドの登録者が50.9百万人、メディケアが48.9百万人となり、総人口比はそれぞれ16.4%、15.7%へと増加している。しかも、2000年から2012年の間にメディケイドがメディケアを上回るようになっており、メディケイド登録者の増加がかなり大きかったことがわかる。すなわち、産業構造や労働編成の構造変化によってアメリカの医療保障の中心である雇用主提供医療保険が縮小し、そこから零れ落ちて無保障となるワーキング・プア世帯の受け皿としてメディケイド等の公的医療プログラムの役割が拡大してきたのであり、そのことが、先に検討した議会公聴会で強調されたメディケイド財政の膨張と持続可能性の危機をもたらしているのである。

次に、民間部門において従業員給付として医療保障(すなわち、雇用主提供医療保険)を利用可能な労働者の割合を示したのが表2である(2010年度)。

第1に、産業別にみると、医療保険を提供される労働者の割合が高いのは、公益事業(95%)、製造業と金融保険業(それぞれ91%)、情報産業(90%)である。対照的に、際立って提供割合が低いのが、レジャー・接客産業(38%)であり、宿泊業や飲食業の低賃金労働者は無保障になるリスクが非常に高いといえる。またこれほど低くはないものの、経営管理・庶務的サービス(46%)やその他サービス(52%)、小売業(65%)も雇用主提供医療保険の利用可能性は高いとはいえない。

第2に、雇用規模別でみると、雇用規模100人以上の雇用主では労働者の80%以上に医療保険を提供しており、特に、500人以上では9割近くである。雇用規模が小さいほど医療保険の提供割合は小さくなり、雇用規模50-99人では71%にとどまる。そして雇用規模49人以下では、56%にまで低下し、さらに言えば、この中でも規模が小さいほど医療保険の提供割合は小さいと考えられる。

この傾向の背景には、民間医療保険の保険料が高騰する中で、小企業の方がその負担に耐える力が弱いことに加え、団体医療保険の加入条件も大企業より

表2 民間部門における従業員給付（医療ケア）を利用可能な労働者の割合\*1  
 （2010年3月時点、全労働者数を100%としたとき）

分類	%	分類	%
全体	71	雇用主属性別	
労働者属性別		産業別	
四分位階級別平均賃金（時給）		建設業	71
I（～\$ 10.63）	38	製造業	91
うち、下位10%（～\$ 8.1）	23	卸売業	87
II（\$ 10.63～\$ 15.70）	77	小売業	65
III（\$ 15.70～\$ 24.53）	86	運輸・倉庫業	83
IV（\$ 24.53～）	91	公益事業	95
うち、上位10%（\$ 37.02～）	92	情報産業	90
就業形態		金融・保険業	91
フルタイム	87	不動産業	70
パートタイム	24	専門・技術サービス	83
地域別*2		経営管理・庶務的サービス	46
ニューイングランド地方	70	教育サービス	76
中部大西洋地方	72	医療・社会サービス	75
東北中部地方	72	レジャー・接客業	38
西北中部地方	70	宿泊・飲食サービス	37
南大西洋地方	72	その他サービス業	52
東南中央地方	75	雇用規模別	
西南中央地方	68	1-49人	56
山脈地方	71	50-99人	71
太平洋地方	71	100-499人	82
		500人以上	89

出所：U. S. Bureau of Labor Statistics, *National Compensation Survey: Employee Benefits in the United States, March 2010*, Bulletin 2752, September 2010 (<http://www.bls.gov/ncs/ebs/benefits/2010/>), "Private Industry Tables", Table 9より作成。

注：1）ここでいう医療ケアとは、医療行為、歯科、眼科、外来処方薬に関する給付の総称である。もし労働者がこれらの給付の少なくとも一つを入手可能ならば、医療ケアを入手可能とみなしている。

2）各地方に含まれる州は次の通りである（U. S. Census Bureau, *Statistical Abstract 2012*, Table 655の注6参照）。ニューイングランド地方…CT, ME, MA, NH, RI, VT；中部大西洋地方…NJ, NY, PA；東北中部地域…IL, IN, MI, OH, WI；西北中部地方…IA, KS, MN, NE, ND, MO；南大西洋地方…DE, DC, FL, GA, MD, NC, SC, VA, WV；東南中央地方…AL, KY, MS, TN；西南中央地方…AR, LA, OK, TX；山脈地方…AZ, CO, ID, MT, NV, NM, UT, WY；太平洋地方…AK, CA, HI, OR, WA。

不利であることがある。<sup>(19)</sup>そのため後述するように、オバマ医療改革法では、小雇用主が雇用主提供医療保険を購入できるよう、入手しやすい価格の保険商品を取引する公設市場を創設した。

第3に、労働者の属性別にみると、まず就業形態別では、フルタイムでは87%が雇用主提供医療保険を入手可能であるのに対し、パートタイムでは24%にすぎない。また、平均賃金(時給)別でみると、第1の四分位点を境に、雇用主提供医療保険の利用可能性に大きな差がある。即ち、賃金水準が下位1/4にあたる労働者では、雇用主提供医療保険が利用できる割合は38%に過ぎないのに対し、それ以外の3/4の労働者はほぼ8割以上が利用可能である。賃金水準が上がるほどその割合は高くなり、上位1/4の高賃金層では9割を超える。さらに言えば、賃金水準が高い労働者ほど、保障内容や自己負担等の条件の良い医療保険が提供されていると考えられる。

以上の産業や雇用規模、賃金水準の違いによる雇用主提供医療保険の提供率の差を踏まえた上で、アメリカの無保障者問題の深刻化を考えると、その背後にある21世紀的なグローバル化の一層の進行による「産業の空洞化」(製造業の流出と経済のサービス化による労働編成の変化)を検討することは重要な作業となろう。そこで、2000年以降の労働編成の変化を示したのが表3である。<sup>(20)</sup>

第1に、アメリカ全体の就業者は2000年に1億3,689万人であったのが2010年には1億3,906万人へと217万人増加し、第2にその217万人の増加の中で、民間部門が130万人、政府部門が87万人であった。民間部門の中では、製造業が556万人も減少していることから、この減少分と民間部門全体の増加分の合計である686万人が他の分野で増加したはずである。

第3に、主な増加分野はサービス業であり、専門・技術サービス(85万人)、経営管理・庶務的サービス(76万人)、教育サービス(190万人)、病院

(19) 詳しくは、中浜(2006)の第4章及び第5章を参照。

(20) アメリカの労働編成と産業構造のシフトについては、渋谷(2010), pp. 62-68も参照されたい。



表3 労働編成の変化：雇用者数

		2000		2010		2000-10年の 変化分(千人)
		千人	%	千人	%	
合計		136,891	100.0	139,064	100.0	2,173
民 間 部 門	農業等	2,464	1.8	2,206	1.6	-258
	鉱業	475	0.3	731	0.5	256
	建設業	9,931	7.3	9,077	6.5	-854
	製造業	19,644	14.4	14,081	10.1	-5,563
	耐久財	12,519	9.1	8,789	6.3	-3,730
	非耐久財	7,125	5.2	5,293	3.8	-1,832
	卸売業	4,216	3.1	3,805	2.7	-411
	小売業	15,763	11.5	15,934	11.5	171
	運輸・倉庫業	6,096	4.5	5,880	4.2	-216
	公益事業	1,284	0.9	1,253	0.9	-31
	情報産業	4,059	3.0	3,149	2.3	-910
	金融・保険業	6,641	4.9	6,605	4.7	-36
	不動産業	2,734	2.0	2,745	2.0	11
	専門・対事業所サービス	13,649	10.0	15,253	11.0	1,604
	専門・技術サービス	8,266	6.0	9,115	6.6	849
	経営管理・庶務的サービス	5,383	3.9	6,138	4.4	755
	教育サービス	11,255	8.2	13,155	9.5	1,900
	医療・社会サービス	14,933	10.9	18,907	13.6	3,974
	病院	5,202	3.8	6,249	4.5	1,047
	保健	7,009	5.1	9,406	6.8	2,397
社会サービス	2,722	2.0	3,252	2.3	530	
レジャー・接客業	11,186	8.2	12,530	9.0	1,344	
芸術・娯楽等	2,539	1.9	2,966	2.1	427	
宿泊・飲食等	8,647	6.3	9,564	6.9	917	
その他サービス業	6,450	4.7	6,769	4.9	319	
政府部門	6,113	4.5	6,983	5.0	870	

出所：U. S. Census Bureau, *Statistical Abstract 2012*, Table 620 より作成。

表4 産業別平均週給 (2010年)

	ドル (名目)	指数
民間部門全体	636.91	100
鉱業等	1,063.28	167
建設業	891.85	140
製造業	765.08	120
卸売業	816.15	128
小売業	399.74	63
運輸・倉庫業	710.63	112
公益事業	1,263.33	198
情報産業	938.89	147
金融業等	776.82	122
専門・技術サービス	1,073.49	169
経営管理サービス	887.79	139
庶務的サービス	536.40	84
教育サービス	NA	NA
医療・社会サービス	660.82	104
レジャー・接客業	280.87	44
芸術・娯楽サービス	364.06	57
宿泊・飲食サービス	266.78	42
その他サービス業	524.01	82

出所：U. S. Census Bureau, *Statistical Abstract 2012*, Table 644 より作成。

(105万人)、保健産業(240万人)、宿泊・飲食業(92万人)が主に増加している。

第4に、分野別の賃金格差をみるために、表4で民間部門全体の週給(2010年は637ドル)を100として各分野の週給の相対的な指数を計算しているが、その指数が100を下回る分野は小売業(同63)、庶務的サービス(同84)、芸

(21) 就業形態が多様なアメリカにおいては、時給は同じでも労働時間数によって所得水準に大きな差が生じることから、表4では、産業間の賃金水準の違いを週給ベースで示している。

術・娯楽産業（同57）、宿泊・飲食業（同42）であり、2000-10年の期間において就業者が大きく増加している分野が多い。

第5に、なお最大の増加分野である医療・保健産業では、賃金の相対的指数が104と、民間部門全体の賃金水準を上回るが、Brookings Instituteの調査によれば、同分野における就業者の増加の多くを占めるのが低技能の低賃金職種である。またU. S. Bureau of Labor Statisticsの雇用統計にて2011年以降は詳細な産業分類別の週給データが公表されているので、そこから医療・社会サービス産業内の平均週給の格差をみると（2011年10月時点、季節調整なし）、民間産業全体の平均値814.57ドルに対して、通院医療サービスと病院はそれより高い927.29ドルと1,019.16ドルであるが、ナーシングホーム・居宅施設と社会サービスではそれぞれ525.13ドルと465.31ドルであり、かなり低水準である。

以上の検討からは、グローバル化の進展によってアメリカ経済における「空洞化」とサービス化が一層進行する中で、サービス業を中心とした低賃金層の就業者の増加が、この時期の労働編成における構造変化の最大の特徴であったといえよう。そして、雇用主提供医療保険の提供率が高い製造業の就業者が大きく減り、それが提供され難い産業分野や低賃金の雇用が増えたことで、就業はしていても医療保険は個人医療保険を購せねばならず、しかし賃金が低いために無保障となる労働者層が増えたのである。

そしてこの構造変化が本稿の主たる検討課題である医療保障の抜本的な改革を要請する社会的圧力になり、また、前述の議会公聴会で強調されたメディケイド財政の危機をもたらしたのである。さらに、このような社会的圧力が高まったが故に、皆保障システムを目指すオバマ医療改革法が成立したといえる。

(22) Ross et al. (2014) を参照。

(23) U. S. Bureau of Labor Statistics, "Table B-3 b. Average hourly and weekly earnings of all employees on private nonfarm payrolls by industry sector, not seasonally adjusted," *Current Employment Statistics (National)*, Oct. 2012 (<http://www.bls.gov/opub/ce/2014/ces/ces.htm>, 2015/9/2 参照)

### 3-3 2009年議会公聴会

次に取り上げるのは、2009年4月に連邦議会上院の保健・教育・労働・年金委員会<sup>(24)</sup>で開催された公聴会である。2008年の大統領選挙で民主党のオバマ氏が当選し、同時に議会選挙でも民主党が勝利したことから、同委員会でも多数派の民主党から委員長が選ばれ、E. Kennedy 上院議員（マサチューセッツ州選出）がその役を務めていた。同委員長は、開会演説の中でこの公聴会の目的を述べており、その要旨は以下のとおりである。<sup>(25)</sup>

第1に、今日アメリカは医療システムについて、国民全体にとっての「affordable, accessible health care」を可能にするのか、あるいは、医療システムの崩壊に至るのかという歴史的な岐路に立っているとしたうえで、医療保障の危機的状況を説明している。

50 百万人近くの人々が無保障状態にあり、20 百万人以上の人々は不十分な医療保障の状態にある。無保障者の80%近くが就労世帯（失業や就労不能でないという意味：引用者）であり、40%はミドル・クラスである。雇用主提供医療保険の保険料は過去8年間で4倍になり、それは企業に、特に小企業に深刻な影響を与えた。2007年において雇用主提供医療保険は、従業員3-9人規模の企業では45%しか提供されなかったが、200人以上の規模では99%であった。

雇用主提供医療保険のない人々や、既往症のある人々は医療保険の購入は困難であり、また、近年の失業の増加によって事態は一層悪化している。無保障状態は必要な医療の先送り、病状の悪化、休業と生産性の低下をもたらし、また、救急医療（ER）の使用等で医療費の膨張につながる。その結果、メディケアやメディケイドの財政悪化がもたらされ、また雇用主は保険料の増加を賄いきれず、無保障者が増加する。

第2に、これまでの州レベルの改革の成功例から学ぶと、この事態を解決する医療システム改革は、次の3つの手段から構成されるべきと提言する。

(24) U. S. Senate, Committee on Health, Education, Labor, and Pensions (2009).

(25) *Ibid.*, pp. 1-3.

第1の手段は、医療保険市場の改革であり、特に個人向けと小企業向けの市場改革である。第2は、個人と雇用主と政府の責任分担である。第3は、医療保険を購入する経済力のない人々に対する支援と助成金である。

第3に、以上のような問題意識をもって、ユタ州とバーモント州とカリフォルニア州とマサチューセッツ州の4州から専門家を招いて話を聞くというのである。

これらの4州は、それぞれに異なる方法で医療保障を拡大し、医療提供システムを改革した先駆的な州である。各州における成功や失敗、そして（これから構築する：引者）全米医療改革に有益な教訓を聞くことにしたい。

そして第4に、Kennedy委員長は、自分の出身州であるマサチューセッツ州の医療改革を取り上げ、特にそれが3年足らずの期間で、州民における有保障者の割合を90%から97.5%に引き上げたことを強調している。民主党リベラル派のリーダーであるKennedy委員長が、マサチューセッツ州の改革の成果を強調したことは、それをオバマ政権による連邦レベルの医療改革法のモデルとする意図が見えてくる。

一方、Kennedy委員長の開会演説に続く、この時点の少数派である共和党側の代表のEnzi議員の開会演説では、マサチューセッツ州の改革を全米のモデルとする動きに対する反対意見の表明があった。Enzi議員の開会演説の要点は以下の通りである。<sup>(26)</sup>

第1に、この公聴会は、州政府の主体的な医療改革を聞くためのものであり、各州は「実験室」であるので、その成功例や課題は全米レベルの改革にとって大いに参考になる。

---

(26) *Ibid.*, pp. 3-5.

第2に、全米の医療改革は各州に住む何百万の個々の人々に影響を及ぼすことから、各州がそれぞれに異なっており、そのことがアメリカを偉大にしていることを忘れてはならない。アメリカは、異なった意見とそれぞれに独自の解決法を有する多様性の国である。

そして第3に、この公聴会に集まっている各州は、政治的にも地理的にも多様であり、それぞれに立派な医療改革を実現しているが、それは、それぞれに異なる方法によるものである。全米規模の改革の遂行において、これは強く心にとどめるべきことである。

第4に、医療保障の拡大だけではなく、医療の質や、財政問題や、医療費抑制という課題も同時に議論されるべきである。

第5に、特に興味深いのは、医療保険市場の改革に関連して、マサチューセッツ州では the Connector (同州の公設市場の名前：引用者) の開設の数年前から、(the Connector) にとって重要な仕組みである：引用者) 保険規制の強化を実施していたことである。すなわち、(同州のような十分な準備が整わない状態で：引用者) 各州に抜本的な保険市場改革を急がせると、予期せぬ結果を招く危険がある。

すなわち、上記の Kennedy 演説にみられるようにマサチューセッツ州モデルを推奨する民主党に対して、共和党の側は、アメリカの各州は多様であり、それぞれに主体的な改革を進めるべきであり、性急にマサチューセッツ州モデルを強制することに反対するという文脈が読み取れる。そこで、州政府側の代表者からのアメリカの多様性を重視する意見表明を紹介しておこう。

第1に、ニューイングランド地方のバーモント州政府の社会福祉部門の S. Besio 氏の証言<sup>(27)</sup>では、同州独自の制度設計を特にマサチューセッツ州との相違を意識しながら紹介した後で、多様性と柔軟性について、「バーモント州のような小さな州の州内においてさえも、一つのやり方がすべてに適しているわけではない (one-size-doesn't-fit-all)」ということは明白であるという。

---

(27) *Ibid.*, pp. 24-33.

「学術的な医療センターのある Burlington 郡に適した仕組みが、Northeast Kingdom 郡の非都市部では機能しない。それぞれの地域における成功を基盤として、草の根的レベルの変更を許容する形の改革であるべきである」。同様に、連邦レベルの立法においても、それぞれの州レベルの制度設計と運用を許容できるようにすべきである。バーモント州の改革にみるように、多くの州ではそれぞれ独自の規則や規制を実施している。

第2に、ユタ州議会下院の D. Clark 議長<sup>(28)</sup>の証言では、第1に「それぞれの州独自の出发点（既存の制度やシステムや価値観）を尊重することを連邦政府に求め」、その具体的な仕組みとして、「各州独自の環境・条件に合わせた修正を可能にするウェイバー」の重要性を述べており、第2に各州の独自性の具体例と、ユタ州で実施している医療保険市場の改革が紹介されたのである。

以上みたような多種多様な議論が2010年のオバマ医療改革法の背景にあったが、次に検討するように同法の基本的な規定はマサチューセッツ州モデルをベースとする集権的なバイアスを持つものである。それに対する分権的な方向への拮抗力が働く過程をみるのが本稿の主たる課題である。

### 3-4 オバマ医療改革法の概要

2010年に成立したオバマ医療改革法は、国民全体に医療保障を提供するための包括的な医療改革法であり、全国民の医療保障の入手可能性と医療保障の質の向上を目指すものである。ただし、同法は全米で一本化された公的医療保険を新たに創設するものではなく、民間市場を通じた医療保険の購入を原則として、それを社会的な弱者のための公的医療制度が補完するという既存システムを前提としている。同法における医療保障の拡大策は、第1に民間医療保険の改革であり、第2に補完的な制度であるメディケイドの拡大であった。メディケイドの拡大については、節を改めて詳細に検討することとし、ここでは民間医療保険改革についてその内容と各政策の関連性を検討しよう。

---

(28) *Ibid.*, pp. 34-38.



民間医療保険にかかわる改革には、<sup>(29)</sup>第1に民間医療保険への規制強化、第2に Individual Mandate（個人に対する医療保険加入の義務付け）、第3に一定規模の雇用主に対する被用者への医療保険提供の義務付け、第4に小規模雇用主及び中・低所得層の個人が購入可能な医療保険を提供するための公設市場（Exchange あるいは Marketplace）の創設、第5に公設市場を通じて保険を購入する低所得者等への税額控除による費用助成等、<sup>(30)</sup>がある。

第1点目の民間医療保険への規制強化についてみると、オバマ医療改革法では、個人や企業の保険入手可能性と保険料負担可能性を高めるために、民間保険事業者に対する規制の強化や説明責任の強化のための方策が提示された。具体的には、まず、契約前発病の免責（preexisting health conditions）の禁止があり、個人の既往症や健康状態に基づいて保険加入の可否や保険料を決定することが禁止された。その他にも、Essential Health Benefits（以下、EHBs）に関する年間給付額の制限（annual dollar limits）の禁止、生涯給付額の制限（lifetime dollar limits）の禁止、26歳以下の子供に対する扶養家族保障の拡大、自己負担（コスト・シェアリング）なしの予防サービスの提供などが定められた。なお、これらの政策の少なからぬ部分が、<sup>(32)</sup>様々な州政府で既に導入されていた。

第2点目の Individual Mandate（個人に対する医療保険加入の義務付け）とは、全米の市民と合法移民に Minimum Essential Coverage（最低基礎保障：以下、MEC）<sup>(33)</sup>の保持を求めるものであり、この規定を順守しない者は、連邦政府

(29) Redhead et al. (2012), pp. 1-2, Kaiser Family Foundation (2013).

(30) 加えて同法では、公設市場や一部の民間保険市場において供給される医療保険（個人向けや小規模雇用主向け）、メディケイドの拡大部分において、最低限満たすべき保険給付内容の基準（Essential Health Benefits）も設けられている。

(31) Redhead et al., (2012), pp. 1-2, Mach and Fernandez (2014), pp. 1-2.

オバマ医療改革法における民間保険市場改革では、医療保障へのアクセス、保険料、補償内容、費用分担、消費者保護に関する連邦政府の基準を設けている。ただし、同法は全米の保険市場を画一化するものでは決してなく、州政府が多様な形で州内の保険規制を実施するという本質が変わらないことには注意すべきである。

(32) 1990年代からの州レベルの医療保険の改革については、中浜（2006）が詳しいので参照されたい。

(33) 26 U. S. C. § 5000 A.

に罰金 (shared responsibility payment) を支払わなければならない。<sup>(34)</sup> MEC には、<sup>(35)</sup>雇用主提供医療保険(退職者保険を含む)、州内の個人保険市場で購入した医療保険(公設市場で提供される適格医療保険を含む)、Grandfathered health plan、公的プログラム(メディケア、メディケイド(一部例外あり)、CHIP、TRICARE等)、州ハイリスクプール保険(State high risk pool)等が含まれる。個人は、<sup>(36)</sup>これらいずれかの医療保障を保持している場合には、MEC を満たすとされる。

なお、この Individual Mandate に関する罰金は、個人所得税とともに連邦政府の内国歳入庁(Internal Revenue Service: 以下、IRS)が徴収する。<sup>(37)</sup>そして罰金額は、世帯所得の2.5%分か、1家族当たり定額(年に695ドルから最大3倍(2,085ドル)までの定額)のいずれか大きい額となる。<sup>(38)</sup>

第3点目の雇用主の医療保険提供の義務付けとは、<sup>(39)</sup>雇用規模50人以上の企業で、フルタイム被用者の中に公設市場での購入に伴う税額控除を受ける者がある場合に、雇用主に罰金を科すものである。罰金額は、雇用主が被用者に医療保険を提供するが保障内容等がオバマ改革法の基準に満たない場合には、税

---

(34) 26 U. S. C. § 5000 A(b)(1)

(35) 26 U. S. C. § 5000 A(f), CMS (2013), pp. 1-2.

(36) ただし、宗教上の理由が認められる者や不法滞在移民や収監者は、Individual Mandate の適用除外とされており、また、入手可能な最低価格保険プラン等の費用負担が世帯所得の8%を超える者や、納税申告対象所得以下の者や、経済的困窮(hardship)にある者等は、罰金が免除される(26 U. S. C. § 5000 A (e))。なお、経済的困窮者には、オバマ医療改革法の「メディケイド拡大」を実施していない州に住む MAGI が FPL 133%までの個人も含まれる。

(37) 26 U. S. C. § 5000 A(g)(1)。オバマ医療改革法の Individual Mandate の執行について、その実務としては、連邦個人所得税の納税・徴収過程が利用されている(IRS (2015), p. 5)。人々は、連邦個人所得税の納税申告書を通じて、医療保障の入手状況を申告する。免除対象とならない者が医療保険に加入していない場合、罰金を科される。すなわち、連邦個人所得税の徴税過程の中で、医療保険の有無や免除対象の確認、罰金徴収という事務を行う構造になっている。

(38) 26 U. S. C. § 5000 A(c)。罰金額は、数年をかけて段階的に導入される。世帯所得に対する定率分については、2014年が課税所得の1%、2015年が2%、2016年が2.5%であり、2016年度以降は、生活費調整(cost-of-living adjustment)によって毎年増加する。また定額分については、2014年度は95ドル、2015年が325ドル、2016年に695ドルとなる。

(39) Lowry and Gravelle (2015), pp. 5-6.

額控除を受ける被用者数に3千ドルを乗じた金額か、フルタイム被用者数から30人を差し引いた人数に2千ドルを乗じた金額のうちで小さい金額である。また、雇用主が何ら医療保険を提供しない場合には、フルタイム被用者数から30人を差し引いた人数に2千ドルを乗じた金額である。なお、雇用規模25人以下かつ平均年間賃金50千ドル未満の小規模雇用主に対しては税額控除の仕組みによる財政支援がある。<sup>(40)</sup>

第4点目の公設市場では、個人と小規模雇用主が、標準化された保険給付と費用負担を備える適格医療保険を比較検討し、購入することができる。オバマ医療改革法では、全ての州において2014年1月1日から公設市場を開設することとし、各州政府に American Health Benefit Exchanges の設立を求めた。各州政府には、州独自の公設市場を設立する機会が設けられたが、もし州政府が設立しなかった場合には、HHS 長官が当該州内に公設市場を設置し、運用するものとされた。<sup>(41)</sup>

州政府が設立と運営を全て行う公設市場は State-based Marketplace (以下, SBM) と呼ばれており、連邦政府の HHS が設立・運営する公設市場は Federally-facilitated Marketplace (以下, FFM) と呼ばれている。さらに両者の中間的な形態として、州政府と連邦政府のパートナーシップの下で設立される FFM Partnership Model (以下, FFM-PM) も存在する。<sup>(42)</sup> 各州の公設市場の運営状況を見ると(後出の表5を参照, 2015年計画で実施予定のもの)、SBMを採用する州が17州(D.C.含む)、FFMを利用する州が27州、FFM-PMを採用する州が7州である。SBMを設立した州は全体の1/3にとどまり、多数の州では、州民はFFMを利用することになる。

(40) 詳しくは, Kaiser Family Foundation (2013), p. 3, Lowry and Gravelle (2015), pp. 6-7 を参照されたい。

(41) 公設市場については以下の資料に拠る。Redhead et al. (2012) p. 2; *King v. Burwell*, 576 U. S. \_\_\_\_\_ (2015), (Slip Op. No. 14-114), p. 1.

(42) 以上の公設市場の設置主体別分類は, CMS, "Medicaid and CHIP Marketplace Interactions," Medicaid.gov, (<http://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/program-information/medicaid-and-chip-and-the-marketplace/medicaid-chip-marketplace-interactions.html>, 2015/9/15 参照) に基づく。

次に、第5点目の保険料や自己費用負担等に関する税額控除についてみていこう。上記のように全米の市民は **Individual Mandate** について連邦政府の内国歳入庁に申告する義務を負い、MEC を保持していない場合には罰金を支払うことになるのだが、同時に、申告者には医療保険料税額控除が適用される場合もある。その適用条件は、<sup>(43)</sup>(1)上記の公設市場で適格医療保険を購入、(2)雇用主提供医療保険や公的医療保障でカバーされていない、(3)世帯所得が FPL の100%から400%の範囲内、などである。

以上のオバマ医療改革法の中の民間保険にかかわる規制強化、個人や雇用主への義務付け、公設市場や税額控除は、低所得層向けの医療保障システムを市場ベースで機能させるうえで、互いに欠くことのできない機能的に密接な関係を持っている。この点に関しては、*King v. Burwell* 裁判における連邦最高裁判所の判決の中で明快な説明がなされており、<sup>(44)</sup>またオバマ医療改革の前史として州政府レベルでの民間医療保険改革が重要な役割を果たしていたことが示されている。そこで、この裁判記録を参照しながら、オバマ医療改革の主要政策の位置づけと、医療改革における州政府のイニシアティブをみていきたい。

まず、当裁判について簡単に説明しておこう。<sup>(45)</sup>この裁判は、オバマ医療改革法で定められた税額控除が、連邦政府が管理する FFM にも適用されるか否かを争うものであり、原告達は FFM を利用するバージニア州に居住する **Individual Mandate** に反対する4人の個人であった。脚注36にみるようにオバマ医療改革法では、医療保険の費用負担が所得の8%を上回る場合には、**Individual Mandate** の罰金免除の規定があり、原告達は、同法の税額控除が適用されなければ所得が同規定に該当するが、税額控除が適用されると費用負担が所得の8%以内になるので、医療保険に加入しないと罰金を払わねばならない状況にあった。原告達は、同法の文言が「州政府が設立した公設市場」を税額控除の

---

(43) GAO (2015), p. 8.

(44) *King v. Burwell*, 576 U. S. \_\_\_\_\_ (2015), (Slip Op. No. 14-114)

(45) *Ibid.*, Syllabus, p. 2.

対象とするとしていることから、FFM等も税額控除の対象になるとする内国歳入庁（IRS）のルールは違法だとして訴えを起こしたのである。

既述のように、SBMを開設した州は17州（D.C.を含む）にすぎず、多数の州がFFMかFFM-PMを採用しているため、もしSBM以外の公設市場には連邦税額控除を適用できないと判断された場合には、医療保険負担が所得の8%を上回るためにIndividual Mandateの対象から外れる個人が多数発生し、オバマ医療改革が目指す皆保障システムを大きく侵食する可能性があった。そのため、この訴訟の行方が注目されたのだが、連邦最高裁が、連邦税額控除がFFM等にも適用されるという判断を下したため、オバマ医療改革は保持された。

Roberts 首席判事は法廷意見の中で、当訴訟の問題の背景として、オバマ医療改革法に至る州レベルでの医療保険改革について説明している。<sup>(46)</sup>

「オバマ医療改革法は、医療保険改革の挫折の長い歴史から生まれた。1990年代に、幾つかの州政府が、人々の医療保障へのアクセスを拡大するための方法を実験し始めた。その普及したアプローチの一つは、保険市場に一組の規制をかけることであった。それは、保険者に対して、いかなる個人にもその健康状態を理由に保険加入を拒否することを禁止する新契約加入保障（“guaranteed issue” requirement）と、同じく健康状態を理由として、より高い保険料を個人から徴収することを禁じる地域料率方式（“community rating” requirement）の実施である。これらの規制は、医療保険を購入したいと望むあらゆる人々にとって、それが可能となるよう保証するために設計された。」

この新契約加入保障や地域料率方式という規制が必要となった背景には、中浜（2006）が指摘する<sup>(47)</sup>ように、1980年代に保険者間の競争が激化し、保険者がリスクの高い小雇用主や個人に対して保険料の割増しや保険引受けの拒否を行うようになったことがある。そこで1990年代になると、その状況を是正す

(46) *Ibid.*, Opinion of the Court, p. 2.

るために、州政府が州内の民間医療保険市場改革を行う動きが全米的に生じたのである。

しかし、このような州政府による市場への介入が、市場メカニズムの中で、<sup>(48)</sup> 以下のような問題を引き起こした。

「新契約加入保障と地域料率方式に関する規制は、その目的を達成したが、それらは意図しない結果をもたらした。これらの規制は、人々が病気になるまで医療保険の購入を延期することを促進した。…(中略)…この結末は、『逆選択』として知られるものであり、第2の状況をもたらした。ますます保険を購入するのが健康な人々よりも病気の人々となった結果、保険者は保険料を上げることを強いられたのである。そしてこの結果が、第1の状況にフィードバックされた。医療保険の費用が上昇するにつれて、さらに多くの人々が病気になるまで医療保険の購入を延期するようになった。これは経済的『デス・スパイラル』をもたらした。保険料が一層高くなるにつれて、医療保険を購入する人の数はますます減少し、保険者が保険市場から退出し始めた。結果として、無保障者の数が劇的に増加した。」

そしてこれらの典型例として、ワシントン州とニューヨーク州の事例が紹介されている。<sup>(49)</sup> ワシントン州では上記の両規制を1993年に導入した結果、その後3年間で保険料は78%上昇し、登録者数は25%減少した。ニューヨーク州でも、1993年の両規制の実施後、5年間で個人保険市場の主要な保険者が保

(47) 中浜(2006), p. 9, 第3・4章。1990年代の州の医療保険改革の詳細は、同書第6・8・10章を参照されたい。なお、アメリカでは保険業に対する規制や監督の第一義的な権限は州政府にあり、州毎に民間保険市場に関するルールが構築されている(中浜(2012), pp. 173-174; Mach and Fernandez (2014), pp. 1-2)。ただし、各州政府が全く個々別々にルールを作っているわけではなく、全米保険監督官協会(NAIC: 保険監督官が設立した非政府機関の全米組織)が制定する全米基準となるモデル法とモデル規制を参考にして、各州政府は保険に関する立法等を行っている(モデル法を各州政府に強制する権限はない)。NAICとそのモデル法、モデル規制に関しては、中浜(2006, 2012)で詳しく研究されている。

(48) *King v. Burwell*, 576 U. S. \_\_\_\_\_ (2015), (Slip Op. No. 14-114), Opinion of the Court, p. 2-3.

(49) *Ibid.*, p. 3.

険料を約 40% 上昇させ、最大の個人医療保険業者が市場から撤退したとされている。

しかし、このような逆選択の問題に直面する中で、新たな政策実験を採用する州が現れた。それがマサチューセッツ州である。その主な内容は、以下の通りである。<sup>(50)</sup>

「1996 年に、マサチューセッツ州は新契約加入保障と地域料率方式を採用し、同様の結果を経験した。しかし 2006 年に同州は、2 つのさらなる改革を追加した。個人に医療保険を購入しなければ罰金を支払うことを求め、そして、(州法で：引用者) 求められた医療保険の購入 (が困難である：引用者) 個人に対して、購入を可能にするために、税額控除 (による助成：引用者) を与えた。これら 3 つの改革 - 保険市場規制、保険加入の義務付け、税額控除 - の組み合わせは、マサチューセッツ州の無保障率を、全米で圧倒的に低い 2.6% にまで削減した。<sup>(51)</sup>」

このマサチューセッツ州の事例は、まさに先にみた 2009 年の議会公聴会で Kennedy 上院議員がその成功を称えたものであり、具体的には、民間医療保険商品への規制強化によって深刻化した逆選択を抑制するために、個人に医療保険の加入義務付けを導入するものであった。そしてこのマサチューセッツ州の医療改革で採用された主要政策が、オバマ医療改革法のベースとなったのである。<sup>(52)</sup>

したがって、オバマ政権が実施した医療保険市場改革というのは、第 1 に、他の多くの連邦政策と同様に、蓄積されてきた州政府レベルでの政策実験の教訓と成果を踏まえながら構築されたものであり、第 2 に、多様な州政府の取り

---

(50) *Ibid.*, p. 3.

(51) この判決文におけるマサチューセッツ州の数値の参照元は U. S. Senate, Committee on Health, Education, Labor, and Pensions, (2009, p. 9) であるが、これは本稿で検討した 2009 年議会公聴会のことである。

(52) *King v. Burwell*, 576 U. S. \_\_\_\_\_ (2015), (Slip Op. No. 14-114), Opinion of the Court, p. 4.



組みの中で、リベラル色がかなり強いマサチューセッツ州のモデルを選択したものである。

また興味深いのは、オバマ医療改革法の中で、Individual Mandate が、新契約加入保障等を備えた医療保険商品が販売できる「効果的な医療保険市場を創り出すために決定的なもの」と評価されていることである。<sup>(53)</sup> すなわち、Individual Mandate が皆保障システムの構築の要と位置付けられているのは、消費者保護のための規制を政府が課す中で、民間保険市場に発生する逆選択の弊害を排除するためである。その役割は、公設市場において貧困者に医療保険を強制的に購入させるというよりも、もう少し経済的に余裕のある階層に対して、「逆選択を最小化し、医療保険のリスクプールを拡大させ、保険料を低下させる」ための規制である。<sup>(54)</sup>

貧困者については、次に検討する「メディケイド拡大」によって新カテゴリーの「要扶養児童の無い貧困な成人」をメディケイドでカバーすることが想定されており、オバマ医療改革法では、この「メディケイド拡大」と公設市場の税額控除付医療保険を接合することで、切れ目のない皆保障システムを構築することが想定されている。それ故に、オバマ政権としても、全ての州に「メディケイド拡大」を強制できるような仕組みが必要であったが、それが、後述のようにアメリカ的な分権システムの規範を逸脱するとして違憲判決を受けてしまう。そうして、同法の想定する皆保障システムに制度的な隙間が発生するが、それへの対策は各州政府の主体的な制度設計や運営で構築されることになる。

### 3-5 オバマ医療改革法における「メディケイド拡大」

オバマ医療改革法において上記の意味と位置づけを有する「メディケイド拡大」<sup>(55)</sup>について詳しく検討しよう。同法によるメディケイドに関する主な改革は、次の通りである。<sup>(56)</sup>

(53) 42 U. S. C. § 18091(2)(1).

(54) 42 U. S. C. § 18091(2)(1).

(55) オバマ医療改革法によるメディケイドの拡大は、1965年の成立以来、最も大きなメディケイド改革といわれている (Stone et al. (2010), p. 1)。

第1に、メディケイドの適格対象者の拡大があり、MandatoryルールとOptionalルールの適格要件が寛大化された。特に重要なのは、Mandatoryルールの適格者の拡大である。まず、オバマ医療改革法以前のメディケイドでは、経済基準のみならず、<sup>(57)</sup> カテゴリー基準によって適格対象者が限定されていた。具体的には、Mandatoryルールの対象者は、(1)旧AFDC (Aid to Families with Dependent Children, 要扶養児童のいる貧困家庭向けの公的扶助)の経済基準を満たす貧困家族、<sup>(58)</sup> (2)家族所得がFPL (Federal Poverty level)の133%未満の妊婦と6歳未満の児童、(3)Supplemental Security Income (連邦直轄の高齢者及び障害者の公的扶助)の受給者、(4)就労による稼得所得等の増加によってTANFやSSIの適格性を脱した世帯、(5)家族所得がFPLの100%未満の6～19歳未満の児童、などである。

それをオバマ医療改革法では、修正調整後総所得 (Modified Adjusted Gross Income; 以下、MAGI) がFPL 133%までの貧困者について、<sup>(59)</sup> カテゴリー基準を65歳未満の全ての個人に拡大した。<sup>(60)</sup> これによって新たに適格者に加わるのは、(1)上記の旧カテゴリーのいずれにも該当しないFPL 133%までの成人 (親、要扶養児童のいない成人等) と、(2)FPL 100～133%までの6～19歳未満の児童である。このうち、大きな争点となるのは、(1)の成人 (特に要扶養児童のいない者) であり、メディケイドの性質の根本的な転換ともみなされている。

本稿において「メディケイド拡大」について述べるときには、主としてこの従来はメディケイドの対象外 (もしくは対象に含めるべきではない) とされてきたカテゴリー、即ち、要扶養児童のいない成人 (妊婦以外) に医療扶助を拡大することを指しており、以下、この新しく適格者に含まれた成人グループを

(56) 以下のオバマ医療改革法のメディケイド制度の改革に関する説明は、Stone et al. (2010) を参照。

(57) Social Security Administration (2015), pp. 58-59.

(58) FPLは連邦政府が設定する貧困基準であり、2014年時点で単身者が11,670ドル、4人家族で23,850ドル、6人家族で31,970ドルである。

(59) MAGIベースの所得計算において、ACAでは州政府にFPL 5%分の所得の控除を求めているため、実質的にはFPL 138%に相当する (Stone et al. (2010), p. 5, footnote 9)。

(60) 42 U. S. C. § 1396 a(a) (10) (A) (i).

「新カテゴリー」と呼ぶことにする。

この他、同法で経済基準の計算方法を MAGI に統一化していることにも注意すべきである。従来、メディケイドの経済基準の具体的な算定方法は、各州政府が選択可能であった。<sup>(61)</sup> 即ち、メディケイドの適格性を判断するための所得の計算式において、各州政府がどのような種類の所得や資産や費用を控除するかを決定できた。したがって、連邦政府が適格者に含めるべき経済基準の最低水準（即ち、FPL の何パーセントなど）は全米で一律に定めていたとしても、実際には、州政府が所得の計算式に含める所得の種類や控除項目を選択できたことから、Mandatory ルールの適格者についてさえも含まれる対象者の範囲は州間で多様な状況にあった。そのため、この経済基準の MAGI への統一化は、メディケイドと公設市場を切れ目なく接合するために必要とされるものであるが、一方で州政府の側からみれば、上述の裁量性を奪うものとなる。

第 2 に、新カテゴリーへの「メディケイド拡大」に関する州政府の費用増加をカバーするために、連邦補助率が增加されている。<sup>(62)</sup> 具体的には、新カテゴリーに対するメディケイド給付の費用について、その連邦補助率を、2014-16 年は 100%、2017 年は 95%、2018 年には 94%、2019 年には 93%、それ以降は 90%としている。これらは、従来のメディケイドの連邦補助率（50-83%）と比べて高いものであり、新カテゴリーの無保障者を減らすに当たり、連邦政府がその費用の多くの部分を負担する形になっている。

第 3 に、同法では、新カテゴリーへの「メディケイド拡大」を実施しない、あるいは実施できない州政府に対して、新カテゴリーへの連邦補助金のみならず、従来からあるカテゴリーに対するものも含めて、全てのメディケイド連邦補助金を交付しないという制裁措置が盛り込まれており、その権限を HHS 長官に付与した。<sup>(63)</sup> しかし後述するように、この適格対象者の劇的な変化と不服従

---

(61) 所得計算の MAGI への統一化の詳細は、Angeles (2011)、長谷川 (2012) を参照されたい。

(62) 42 U. S. C. § 1396 d(y) (1)

(63) 42 U. S. C. § 1396 c.

の州に対する重い罰則規定を伴う「メディケイド拡大」は、同法の成立直後から、**Individual Mandate** と共に違憲訴訟の対象とされた。

連邦最高裁が2012年6月28日に下した判決では、オバマ医療改革法の「メディケイド拡大」に関する規定自体は無効としなかったものの、それに付随する上記の罰則については違憲とされた。その結果、同法が求める「メディケイド拡大」を実施するか否かは、州政府の選択に任せられることとなった。

第4に、上記のほかにも、同法では様々なメディケイド・プログラムの変更が行われている。たとえば、メディケイド適格者による民間保険購入に対する助成措置の容認や、アウトリーチ活動と登録手続きの改善・促進、ホーム&コミュニティ・ベース・ケアの拡大・促進、DSH 予算の削減、不正・浪費の防止・抑制策<sup>(64)</sup>などである。

#### 4 州メディケイド・プログラムの多様性

次に、全米の51州(D.C.を含む)のメディケイド適格要件の多様性を表5で検討し、先に取り上げた議会公聴会で連邦議員や州知事が強調していたメディケイド制度における分権的な基本構造が、オバマ医療改革法の施行後も維持されていることを確認しよう。特に重要なのは、次節で詳細に検討するように連邦最高裁において同法の「メディケイド拡大」を州政府に強制する規定が違憲とされ、各州におけるメディケイドの多様な制度設計や運営というアメリカの分権システムの特徴が明確に再確認され、維持されたことである。

そこで第1に、同表で「メディケイド拡大」の実施の有無から検討しよう。

(64) メディケイドに関する州政府の裁量性の拡大の例として、メディケイド適格者に対する wrap-around benefit (雇用主提供保険には含まれないメディケイドでカバーされたサービス) への保険料助成の実施が州政府に認められるようになったことがある (Stone et al. (2010), p. 17)。また、ホーム&コミュニティ・ベース・サービスを拡大するために、その障壁となる規制の除去や、促進のためのインセンティブ政策が組み込まれている (ibid., pp. 24-25)。これは、メディケイドの中でも特にコストの高い長期ケアにおけるナーシングホーム等の施設ケアに代替させる形で、在宅医療や地域医療を促進しようとするものであり、上述の議会公聴会で提起された問題についても、具体的なきめの細かい対応策が織り込まれている。

表5 メディケイド経済基準、メディケイド拡大および公設市場の実施状況\*1  
(MAGI対象グループ、2014年10月1日時点の州の決定に基づく)

地域	州名	メディケイド拡大の採否			児童			妊婦			成人			公設市場のタイプ SBM/FFM-PM/FFM 連勝*3
		メディケイド*2			分離型CHIP			CHIP			その他成人			
		0-1歳	1-5歳	6-18歳	CHIP	メディケイド	親	その他成人	親	その他成人	その他成人			
極西部	アラスカ	AK	N	203%	203%	203%	N/A	N/A	N/A	129%	0%	*6	FFM	A
	カリフォルニア	CA	Y	261%	261%	261%	N/A	N/A	208%	133%	133%	133%	SBM	SBM
	ハワイ	HI	Y	308%	308%	308%	N/A	N/A	191%	133%	133%	133%	SBM	SBM
	ネバダ	NV	Y	160%	160%	133%	200%	200%	160%	133%	133%	133%	SBM	A
五大湖圏地方	オレゴン	OR	Y	185%	133%	300%	300%	185%	N/A	133%	133%	133%	SBM	D
	ワシントン	WA	Y	210%	210%	31.2%	31.2%	193%	N/A	133%	133%	133%	SBM	SBM
	イリノイ	IL	Y	142%	142%	142%	31.3%	208%	N/A	133%	20%	*7	FFM-PM	A
	インディアナ	IN	N	208%	158%	250%	212%	195%	N/A	133%	133%	133%	FFM-PM	A
中東部	ミシガン	MI	Y	195%	160%	160%	212%	208%	N/A	133%	200%	*7	FFM-PM	A
	オハイオ	OH	Y	206%	206%	N/A	N/A	200%	N/A	133%	133%	133%	FFM-PM	A
	ウェスコニン	WI	N	301%	186%	151%	301%	301%	N/A	95%	*7	95%	FFM	A
	デラウェア	DE	Y	212%	142%	133%	212%	212%	N/A	133%	133%	133%	FFM-PM	A
中東部	コロンビア特別区	DC	Y	319%	319%	N/A	N/A	319%	N/A	216%	210%	210%	SBM	A
	メリーランド	MD	Y	317%	317%	N/A	N/A	259%	N/A	133%	133%	133%	SBM	SBM
	ニュージャージー	NJ	Y	194%	142%	350%	194%	194%	200%	133%	133%	133%	FFM	D
	ニューヨーク	NY	Y	218%	149%	400%	400%	218%	N/A	133%	133%	133%	SBM	SBM
ランド	ペンシルバニア	PA	Y *4	215%	157%	133%	31.4%	215%	N/A	33%	0%	*6	FFM	A
	コネチカット	CT	Y	196%	196%	318%	318%	258%	N/A	196%	133%	133%	SBM	SBM
	メイン	ME	N	191%	157%	208%	208%	209%	N/A	100%	6%	*6	FFM	A
	マサチューセッツ	MA	Y	200%	150%	300%	300%	200%	200%	133%	*6	*6	SBM	SBM
地方法	ニューハンプシャー	NH	Y	318%	318%	N/A	N/A	196%	N/A	133%	133%	133%	FFM-PM	A
	ロードアイランド	RI	Y	261%	261%	N/A	N/A	190%	253%	133%	133%	133%	SBM	SBM
	バーモント	VT	Y	312%	312%	31.2%	31.2%	208%	N/A	133%	133%	133%	SBM	SBM
	アイオワ	IA	Y	375%	167%	302%	*5	375%	N/A	133%	133%	133%	FFM-PM	A
大草原地方	カンザス	KS	N	166%	149%	133%	24.2%	166%	N/A	33%	0%	0%	FFM	A
	ミネソタ	MN	Y	283%	275%	N/A	N/A	278%	N/A	200%	200%	*9	SBM	SBM
	ミズーリ	MO	N	196%	150%	300%	300%	196%	N/A	18%	*7	*8	FFM	A
	ネブラスカ	NE	N	213%	213%	N/A	N/A	194%	N/A	57%	0%	0%	FFM	A
山脈地方	ノースダコタ	ND	Y	147%	147%	170%	147%	147%	N/A	133%	133%	133%	FFM	D
	サウスダコタ	SD	N	182%	182%	204%	204%	132%	N/A	58%	0%	0%	FFM	A
	コロラド	CO	Y	142%	142%	260%	260%	195%	260%	133%	133%	133%	SBM	SBM
	アイダホ	ID	N	142%	142%	185%	185%	133%	N/A	24%	*8	*8	SBM	SBM
ロッキンギ	モンタナ	MT	N	143%	143%	261%	261%	157%	N/A	47%	51%	*7	FFM	D
	ユタ	UT	N	139%	139%	200%	200%	139%	N/A	51%	*7	*8	FFM	A
	ワイオミング	WY	N	154%	133%	200%	200%	154%	N/A	56%	0%	0%	FFM	D

アラバマ	AL	N	141%	141%	312%	141%	141%	13%	N/A	13%	0%	FFM	D
アーカンソー	AR	Y	211%	211%	N/A	209%	209%	133%	N/A	133%	133%	FFM-PM	D
フロリダ	FL	N	206%	140%	210%	210%	191%	30%	N/A	30%	0%	FFM	A
ジョージア	GA	N	205%	149%	247%	247%	220%	35%	N/A	35%	0%	FFM	A
ケンタッキー	KY	Y	195%	159%	213%	213%	195%	133%	N/A	133%	133%	SBM	A
ルイジアナ	LA	N	212%	212%	250%	250%	133%	19%	N/A	19%	* 7	FFM	D
ミシシッピ	MS	N	194%	143%	209%	209%	194%	22%	N/A	22%	0%	FFM	A
ノースカロライナ	NC	N	210%	210%	211%	* 5	196%	45%	N/A	45%	0%	FFM	A
サウスカロライナ	SC	N	208%	208%	N/A	194%	194%	62%	N/A	62%	0%	FFM	A
テネシー	TN	N	195%	142%	250%	250%	195%	105%	N/A	105%	0%	FFM	D
バーモント	VA	N	143%	143%	200%	200%	143%	49%	N/A	49%	0%	FFM	A
ウェストバージニア	WV	Y	158%	141%	333%	300%	158%	133%	N/A	133%	133%	FFM-PM	D
アリゾナ	AZ	Y	147%	141%	200%	* 5	156%	133%	N/A	133%	133%	FFM	A
ニューメキシコ	NM	Y	300%	300%	N/A	250%	250%	133%	N/A	133%	133%	SBM	A
オクラホマ	OK	N	205%	205%	N/A	133%	133%	42%	N/A	42%	* 7	FFM	A
テキサス	TX	N	198%	144%	201%	198%	15%	0%	N/A	15%	0%	FFM	A

出所：メディケイド・CHIP については、CMS, *State Medicaid and CHIP Income Eligibility Standards*, (For MAGI Groups, based on state decisions as of October 1, 2014), (<http://medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/program-downloads/medicaid-and-chip-eligibility-levels-table.pdf>, 2015/6/20 閲覧), 公設市場については、Medicaid.gov, *State Medicaid/CHIP and Marketplace Interactions* (As of November 6, 2014) (<http://www.medicare.gov/medicaid-chip-program-information/program-downloads/medicaid-and-chip-and-the-marketplace/medicaid-chip-marketplace-interactions.html>, 2015/9/15 閲覧) より作成。

注：1) これらの適格者に対しては、個人所得は新たな MAGI ベースの所得ルールに基づいて計算され、5%の控除による調整が行われる。この表は主要な MAGI 対象グループを反映したものであるが、全てではない。  
 2) これらの経済基準には、CHIP 資金によるメディケイドの寛大化を含む。  
 3) 「A」は、FFM がメディケイド・CHIP の適格性を査定してその評価を州のメディケイド・CHIP 担当部に送り、州政府が最終決定をする州 (Assessment State)。「D」は、州政府が FFM に適格性の決定を行う権限を委譲している州 (Determination State)。  
 4) 2015年1月1日から「メディケイド拡大」に移行。  
 5) WI, DE, IA, FL は 1-18歳, NC は 6-18歳を対象とする。AZ は、オバマ医療改革法の成立以前に分離型 CHIP の登録を終了 (Brooks et al. (2015), pp. 7, 27)。  
 6) 当該州は、一部の 19-20歳をカバーしている。AK (129%), FL (30%), ME (156%), MA (150%), NY (150%), NC (46%), PA (33%)。  
 7) メディケイド州計画の下での親への保障を反映。当該州は、1115 ウェイバーを通じて州計画の適格要件を超える一部の追加的保障を行っている。このウェイバーには、州内の全ての住民には提供されない適格性や給付内容に関する制限、登録キャップを含む。  
 8) 当該州は、一部の低所得の成人にメディケイドの医療保障を提供する 1115 ウェイバーを持つ。このウェイバーには、州内の全ての住民には提供されない適格性や給付内容に関する制限、登録キャップを含む。  
 9) FPL 133-200%の親と成人は、1115 ウェイバーを通じてカバーされている。

オバマ医療改革法では、実施州への高い連邦補助率と、未実施州への重い罰則規定によって、成人（新カテゴリー）へのメディケイド適格性の拡大を強い形で州政府に促すものであった。だがこの表にみるように、2014年10月1日時点で、「メディケイド拡大」を実施したのは28州（D. C.を含む）であり、対して23州は実施していない（検討中の州も含む）。45%の州において実施されていないという事実とオバマ医療改革法の規定との大きな乖離は、繰り返し述べるように、連邦最高裁による「メディケイド拡大」を強制する罰則規定への違憲判決が大きな要因である。さらに根底的な要因として、既に述べたように、「要扶養児童を有しない成人」という新しいカテゴリーは、それまでのメディケイド適格要件のカテゴリーとは抜本的に異なるものであり、まだ多くの州が実質的にそれを望まないという状況があるためともいえる。次節でみるように、連邦最高裁において、この「メディケイド拡大」を強制する規定が違憲とされたのも、この新カテゴリーが同法以前のメディケイドとかなり異質であることを重視したためである。

第2に、地域別にみると、比較的都市化が進み、相対的に所得が高いニューイングランド地方、中東部、極西部では「メディケイド拡大」が実施され、他方で都市化が進まず、所得水準が低いロッキー山脈地方や南部で非実施州が多い。極西部では6州中の5州が、中東部では6州の全てが、ニューイングランド地方では6州中の5州が実施している。他方、ロッキー山脈地方では5州中の4州が、南東部では12州中の9州が実施していない。残る五大湖地方や中西部や南西部では実施州と非実施州がおおよそ相半ばしている。

第3に、6州の全てが実施州である中東部に立ち入ってみると、D. C. やメリーランド州では児童に対するメディケイドの経済基準が寛大であり、FPL 300%を超えているが、ニュージャージー州やニューヨーク州では1-5歳層や6-18歳層のそれがFPL 140%台である。しかし、後者の2州においては、分離型CHIPの経済基準がそれぞれFPLの350%と400%となっている。CHIP（またはSCHIP）とは、メディケイドの経済基準を超える無保障の低所得児童に医療保障を行うための連邦補助金プログラムであり、各州政府はメディケ



イドと CHIP を密接に連携させながら制度設計と運用をしている。州政府が CHIP を実施する際には、メディケイドに組み込むこともできれば（メディケイド拡張型 CHIP）、メディケイドとは別プログラムとすることもでき（分離型 CHIP）、また両者を組み合わせることもできる（混合型 CHIP<sup>(65)</sup>）。したがって、ニューヨーク州とニュージャージー州の場合は、医療扶助であるメディケイドの運用は抑制的にしながら、低所得家族の児童についてはメディケイドから切り離れた CHIP を通じて寛大にカバーするという制度設計といえる。その他、デラウェア州も「メディケイド拡大」の実施州であるが、児童向けのメディケイド及び CHIP の経済基準は中西部の中では相対的に低く抑えられている。

第4に、極西部の実施州5州をみると、カリフォルニア州では児童のメディケイドの経済基準が FPL 261% であるが、ネバダ州やオレゴン州では FPL 200% を下回っている。しかし、オレゴン州では分離型 CHIP の経済基準が FPL 300% と寛大な水準であり、中東部のニューヨーク州と似た制度設計になっている。また、ニューイングランド地方においても同様の多様性がみられる。

第5に、非実施州の多い南東部に立ちってみると、フロリダ州では児童の1-6歳層と6-18歳層ではメディケイドの経済基準がそれぞれ FPL の140% 及び133% と低く抑えられているが、分離型 CHIP のそれは FPL 210% に設定されており、中東部のデラウェア州とほぼ同じ制度設計である。ジョージア州、ケンタッキー州、ミシシッピ州、テネシー州も同じタイプと言えよう。アラバマ州でも児童の3つの年齢層で FPL 141% に抑えられているが、分離型 CHIP のそれは FPL 312% と比較的高く設定されており、その制度設計は五大湖地方の実施州のイリノイ州（大都市シカゴを抱える有力州）と同じ制度設計である。すなわち、オバマ医療改革法による「メディケイド拡大」に否定的な南東部においても、社会的弱者である貧困児童に対するメディケイド及び CHIP による医療保障システムは多様な形で構築されているといえよう。

第6に、同じく社会的弱者としてメディケイドの適格性について全米的にコ

(65) そのため、表5の児童のメディケイドの経済基準の中には、CHIPによって拡張された部分も含まれている。

ンセンサスが形成されている貧困妊婦に対する経済基準をみると、「メディケイド拡大」を積極的に実施している中東部でも FPL の 194 - 319% とかなりの幅があり、また消極的な南東部の非実施州の中でも FPL の 133 - 220% とやはり幅があることがわかる。名目所得が低くても、ニューヨークやボストンの大都市部の貧困地域における無職者とは違って、後者の地域では、サービス業等で就労する低賃金労働者への医療保障を各州における地域特性を織り込んだ形で対策がとられているはずである。新カテゴリーを拒否するという選択をした州でも、旧カテゴリーの児童や妊婦については医療扶助で保護することの正当性を認めて、連邦政府の最低基準よりも寛大とすることは不思議ではない。実施州の方が非実施州よりも、児童や妊婦に対する適格性を寛大にする傾向があるものの、非実施州であっても CHIP で寛大な適格性を与えている州は少ない。

第7に、成人（妊婦以外）については、「メディケイド拡大」の実施州でさえも、その多くが、親（要扶養児童を有する成人）とその他の成人（要扶養児童の無い成人）のいずれの経済基準も FPL 133% にとどめており（28州のうちの24州）、連邦政府が Mandatory ルールによって要請する最低水準に据え置いている。

非実施州においても、親については全ての州でメディケイドの適格者に含まれているが、<sup>(66)</sup> その経済基準はかなり低く、FPL 100% を超えるのはアラスカ州、メイン州、テネシー州のみであり、半数以上の州は 50% 未満である。特に、テキサス州とアラバマ州はそれぞれ FPL 15% と 13% であり、極めて限定的である。

したがってこの場合には、貧困な家庭において、児童や妊婦はメディケイド等でカバーされるが、それ以外の成人はカバーされない状態となるであろう。所得が FPL 100% を下回る個人は、公設市場での医療保険購入に対する連邦税

---

(66) 表5の注にあるように、実際には、その他の成人に関しても、非実施州の少なからぬ州が、1115 ウェイバーを用いて一部の低所得の成人に、本来よりも限定的な形でメディケイドの提供は行っている。

額控除を受けることができないことから、非実施州において、メディケイドから排除され、かつ公設市場での保険購入への支援も受けられない成人が「医療保障の狭間（coverage gap）」<sup>(67)</sup>に陥ることになる。

とはいえ、そういう無保障者を放置できないという社会的要請が強まり、連邦レベルでの医療保険改革が進められたのであるから、その中の新カテゴリーの採用という形の「メディケイド拡大」は選択しない州においても、何らかの制度・対策の必要性は高まっているはずであり、そのために、各州の独自の政策を実施するためのウェイバーが今後一層重要になると思われるが、それは終節で述べるように次の論文の課題としたい。

以上みたように、全米の各州におけるメディケイドはそれぞれに多様な制度設計になっており、そのことは、先にみた2005年公聴会のアーカンソー州のHuckabee知事（NGA会長）による、アメリカには「one-size-fits-all」はなく、「各州の（メディケイドの：引用者）制度はそれぞれに独特であり、ある特定の州の制度と同じではない」という証言と整合する実態である。このような文脈に位置づけながら、次節では、連邦最高裁によるオバマ医療改革法の「メディケイド拡大」の規定に関する違憲判決の意味を考察しよう。

## 5 連邦最高裁判決による連邦議会の権限の抑制

オバマ医療改革法は2010年に成立したが、それを巡る対立はそこで終焉したわけではない。この対立は立法から司法へと場を移して、同法が合衆国憲法に対して合憲か違憲かが争われることとなった。その代表的な訴訟の一つが、共和党知事の州を中心とする26州の知事等とNational Federation of Independent Business（小事業者の団体である全米独立企業連盟、以下、NFIB）が、Individual Mandateと「メディケイド拡大」の違憲性を訴えておこした*NFIB v. Sebelius*,

(67) Garfield et al. (2015, p. 2) が2014 Current Population Survey データに、2014年の各州の適格要件と2015年3月時点の「メディケイド拡大」の実施状況を反映して行った推計によると、coverage gapに陥っている人口は全米で約370万人であり、そのうちの26%がテキサス州、18%がフロリダ州、10%がノースカロライナ州、8%がジョージア州に居住しているという。

132 S. Ct. 2566 (2012) である (Sebelius は, HHS 長官である)<sup>(68)</sup>。

この訴訟の結果, 連邦最高裁判所は, 第 1 に, Individual Mandate を合憲とし, オバマ医療改革法の法文自体も変更を命じることはなかったが, 第 2 に, 「メディケイド拡大」の強制については, 拡大を実施しない州政府に対する罰則があまりに重く, 実質的に, 州政府に実施以外の選択を不可能にすることから, 憲法違反とした。その結果, 州政府が同法の「メディケイド拡大」を実施するか否かを選択できることとなった。

この「メディケイド拡大」の強制に対する違憲判断を支える論理には, 連邦政府の権限拡大に対する拮抗力としての分権的な思想が随所に示されている。それらについて詳しく検討していこう。

### 5 - 1 *National Federation of Independent Business v. Sebelius* の主な経緯<sup>(69)</sup>

オバマ大統領がオバマ医療改革法に署名を行った同日に, フロリダ州を含む 13 州が, オバマ医療改革法の違憲訴訟をフロリダ州北地区連邦地方裁判所に提訴した。その後, この訴訟の原告にはさらに 13 の州と NFIB 等が加わり, オバマ医療改革法の Individual Mandate や「メディケイド拡大」に関する規定が, 合衆国憲法の定める連邦政府の権限を逸脱するか否かが争われることとなった。<sup>(70)</sup>

フロリダ州北地区連邦地方裁判所の判決は, 約 10 か月後の 2011 年 1 月 31 日に下された (Senior District Judge は, Vinson 判事)<sup>(71)</sup>。その主な結論は, 第 1 <sup>(72)</sup>

(68) 同判決に関しては, 法学分野を中心に研究が蓄積されてきている。例えば, Metzger (2012), Minow (2012), Rosenbaum and Westmoreland (2012), Gluck (2013), Persily et al. (2013), Strauss (2013), 藤井 (2012), 木南 (2013), 秋葉 (2013), 宮下 (2013), 山岸 (2014), 坂田 (2015) 等がある。

(69) この項については, 主として当訴訟に関する連邦最高裁の判決文, *NFIB v. Sebelius*, 132 S. Ct. 2566 (2012), pp. 2580-2582 を参照した。

(70) 原告 26 州とは, FL, AL, AK, AZ, CO, GA, ID, IN, IA, KS, LA, ME, MI, MS, NE, NV, ND, OH, PA, SC, SD, TX, UT, WA, WI, WY である (Musumeci (2012), p. 1)。

(71) *Florida v. U. S. Dep't of Health and Human Services*, 780 F. Supp. 2d 1256, (N. D. Fla. 2011)。

(72) *Ibid.*, pp. 1256-1257.

に、「メディケイド拡大」については、州政府に大きな負担をもたらす中で、メディケイドを著しく拡大するものではあるものの、支出条項の下で連邦議会に付与された権限を越えるものではないとした。第2に、Individual Mandateは、州際通商条項（Commerce Clause）と、必要かつ適切条項（Necessary and Proper Clause）のいずれにおいても連邦議会の権限を逸脱するものであり、合衆国憲法に対して違憲であるとし、第3に、Individual Mandateはオバマ医療改革法の全体から不可分なものであり、同法全体が無効であり、違憲であるとした。

その後、同訴訟は上訴され、第11巡回区合衆国控訴裁判所の審理にかかった<sup>(73)</sup>。2011年8月12日に同控訴裁が出した判決では、第1に、「メディケイド拡大」は、「支出条項に従って制定されており、州政府の立法を促進する支出権限の利用に関する憲法修正第10条の制約を侵害するほどの過度な強制ではない」として合憲とした。第2に、Individual Mandateについては、「通商条項の下での連邦議会の権限の境界を超える」ものであり、また、租税としてではなく市民への規制的なペナルティとして運用されることから課税・支出条項に基づく権限ともできないとして違憲とした。第3に、Individual Mandateは違憲としたものの、それは「オバマ医療改革法の多種多様な残りの改革から分離できる」とし、同法の全体を無効とするものではなかった。

## 5-2 訴訟の主な争点と最高裁判決の概要

この第11巡回区合衆国控訴裁判決の後、連邦最高裁判所に上訴審査が求め

(73) Individual Mandate に関しては、その他の巡回区合衆国控訴裁判所でも審理されたが、その判断は一樣なものではなかった。具体的には(以下、*NFIB v. Sebelius*, 132 S. Ct. 2566 (2012), p. 2581を参照)、第6巡回区とDC巡回区では、Individual Mandateは、連邦議会の通商条項の権限の合憲的な行使と判断された(*Thomas More Law Center v. Obama*, 651 F. 3d. 529 (C. A. 6th 2011); *Seven-sky v. Holder*, 661 F. 3d. 1 (C. A. D. C. 2011))。また、第4巡回区では、Individual Mandateの罰則が反差生命法令法の対象となる課税に相当するとして、原告はその罰則の支払い後でなければ提訴することができないとした(*Liberty Univ., Inc. v. Geithner*, 671 F. 3d 391 (D. C. Cir. 2011))。

(74) *Florida v. U. S. Dep't of Health and Human Services*, 648 F. 3d. 1235 (11th Cir. 2011), p. 1235.

られることとなった。これら一連の審理の中で、主な争点となったのは、以下の4点である。

第1の争点は、反差止命令法 (Anti-Injunction Act) に照らしたときに、この提訴がそもそも裁判所の審理の対象となるか否かである。反差止命令法とは、「税の賦課または徴収を差し止めようとする訴えは何人によってもその者に税が付加されたか否かを問わず裁判所に提起することが許されないことを定める」<sup>(75)</sup>連邦法の規定である。これは、「徴税を禁止あるいは妨害することを目的とした訴訟を禁じることによって、着実に絶え間なく収入を集める政府の能力を保護する」ものであり、租税に関する訴訟について、「通常、租税が支払われた後にのみ、払戻しのための訴訟によって異議申し立てを行うことができる」<sup>(76)</sup>としている。

第2の争点は、Individual Mandate に関する規定の合憲性であり、連邦議会の権限を定める合衆国憲法の主要条項の適否である。特に、「州際通商条項」や「必要かつ適切条項」、「課税条項 (Taxing Clause)」の権限の範囲内か否かが争われた。

州際通商条項とは、合衆国憲法第1編8節3項を指し、連邦議会は「外国との通商ならびに各州間… (中略) …の通商を規制する」権限を有すると定めている。<sup>(77)</sup>この条項が対象とする州際通商はかなり広く解釈されており、州際を越えての物品の移動のみならず、運輸・通信などの通商手段、人の移動、州際的な生産や事業 (原料や生産物が州際を越えて取引される場合や、州際間の人の流れに関する事業など) も含めて、同条項に基づく連邦政府の規制対象と解釈されている。<sup>(78)</sup>

次に、必要かつ適切条項とは、合衆国憲法第1編8節18項を指し、合衆国

(75) 26 U. S. C. § 7421(a) (邦訳は木南 (2013), p. 137 を参照)。

(76) *NFIB v. Sebelius*, 132 S. Ct. 2566 (2012), p. 2582.

(77) U. S. Const., Art. I, § 8, cl. 3. (邦訳: 田中 (1993), p. 219)

(78) この州際通商条項に関する説明は、田中 (1991, p. 466) を参照。なお、1950年代から60年代の公民権運動の成果として制定された Civil Rights Acts of 1964 も、レストランや事業所等における差別を禁止するに当たり、この州際通商条項を根拠としている (同上, pp. 148, 466)。

憲法第1編8節の1項から17項で定められた権限および同憲法により合衆国政府に付与された権限を<sup>(79)</sup>実行するために必要かつ適切な法律を制定する権限を、連邦議会に与えるものである。

そして課税条項とは、合衆国憲法第1編8節1項を指し、「連邦議会は、合衆国の債務の弁済と、共同の防衛および一般の福祉を提供するために、租税、関税、輸入税および消費税を賦課徴収するための権限を持つ」が、「ただし、すべての関税、輸入税および消費税は、合衆国全体を通じて均一でなければならない」と<sup>(80)</sup>されている。即ち、債務償還、国防、一般の福祉に関する政策については、その経費を賄うために課税する権限を連邦議会に付与するものであり、同規定は課税条項であると同時に、連邦議会の支出権限を規定する支出条項（Spending Clause）ともなっている。

第3の争点は、「メディケイド拡大」に関する規定の合憲性であり、特に、「メディケイド拡大」を実施しなかった州に対する罰則が、支出条項で認められた連邦議会の権限を逸脱するか否かが争われた。この争点については、項を改めて詳細に検討する。

第4の争点は、Individual Mandate や「メディケイド拡大」に関する規定が、オバマ医療改革法のその他残りの全体構造と可分か不可分かである。もし Individual Mandate や「メディケイド拡大」が法律全体にとって不可分であるならば、その不可分な要素が違憲と判断されたときには同法の全体が無効とされる。上述のように、フロリダ州北地区連邦地裁の判決では、Individual Mandate に関する規定を違憲としたうえで、法律全体から不可分のものと判断したため、同法全体を違憲とした。対して控訴審では、Individual Mandate を違憲としながらも、同法の他の部分とは可分なものとされた。

連邦最高裁判所の判決は、2012年6月28日に下された（*NFIB v. Sebelius*, 132 S. Ct. 2566 (2012)）<sup>(81)</sup>。判決の要旨は以下の通りである。<sup>(82)</sup>

第1に、「反差止命令法は適用されず、訴訟の実施を妨げない」とし、当訴

(79) U. S. Const., Art. I, § 8, cl. 18.

(80) U. S. Const., Art. I, § 8, cl. 1. (邦訳にあたっては田中 (1993), p. 219 を参照)



訟を最高裁判所の審理対象とした。

第2に、Individual Mandateについては、「Minimum Essential Coverageの要請を課し、その下で特定の個人に医療保険を購入・維持しなければならないとしており、州際通商条項の下での連邦議会の権限を逸脱している」としたものの、第3に、「Individual Mandateは、連邦議会の課税権の範囲内にある権限行使」であるとした。即ち、結果的にはIndividual Mandateを合憲としたものの、その根拠は州際通商条項の下での連邦議会の権限行使ではなく、課税条項に基づく課税権の行使として根拠づけた。

第4に、「オバマ医療改革法のメディケイド拡大に参加しない選択をした州に罰則を科す権限をHHS長官に与える同法の規定は、合衆国憲法の支出条項に基づく連邦議会の権限を逸脱している」とし、第5に、その「罰則規定は、(同法の残りの規定から：引用者)分離可能である」とした。補足すると、「メディケイド拡大」を順守しない州に対して、オバマ改革以前からのメディケイド事業に対する連邦補助金を停止するという罰則については違憲としたが、これをもって「メディケイド拡大」に関する規定およびオバマ医療改革法の全体を無効とすることはせず、HHS長官に与えられた当該権限のみを無効とすればよいとした。

以上の判決に当たっては、課税条項の下でのIndividual Mandateの合憲性については5対4で合憲とされ(Roberts, Ginsburg, Breyer, Sotomayor, Kaganの5判事が支持)、法廷意見が示された。一方、「メディケイド拡大」を憲法違反とする判断については7対2で支持されたが<sup>(81)</sup>(Roberts, Breyer, Kagan, Scalia,

---

(81) この連邦最高裁の判決には、Roberts首席判事の意見のほか、Ginsburg判事の意見(Roberts意見に一部同意、一部結果同意、一部反対。Sotomayor判事が賛同、Breyer判事とKagan判事が一部賛同)と、Scalia判事・Kennedy判事・Thomas判事・Alito判事の共同反対意見、そしてThomas判事の単独反対意見が付されている。なお、Roberts首席判事の意見のうち、訴訟の経緯・反差止命令法の不適用・課税条項によるIndividual Mandateの合憲判断については法廷意見、「メディケイド拡大」の違憲判決についてはBreyer判事とKagan判事が賛同する意見、そのほかは単独意見として示されている。  
(*NFIB v. Sebelius*, 132 S. Ct. 2566 (2012), p. 2575)

(82) *NFIB v. Sebelius*, 132 S. Ct. 2566 (2012), p. 2566.



Kennedy, Thomas, Alito の 7 判事が支持)<sup>(83)</sup>、法廷意見は示されていない。

以下では、「メディケイド拡大」に関する論旨についてさらに立ち入って検討を進めていくが、「メディケイド拡大」に関しては法廷意見に相当するものがないことから、判事達の各意見から判断理由を検討する必要がある。本稿では、Roberts 首席判事の意見（Breyer 判事と Kagan 判事が賛同）を中心に据えながら、アメリカの分権的論理を検討する。

### 5-3 「メディケイド拡大」への反対論理

再確認しておく、オバマ医療改革法の「メディケイド拡大」に関する争点は、これに関する規定が支出条項の下で認められている連邦議会の権限を逸脱するか否かであった。特に問題となったのが、「メディケイド拡大」を実施しない州に対して、オバマ改革以前からのメディケイドへの連邦補助金までも停止するという罰則規定（42 U. S. C. § 1396 c）であった。結論としては、この罰則規定は、「メディケイド拡大」の実施を望まない州でさえもその実施を拒否できないほどの強い脅しであり、「強制」に該当することから、支出条項の下で認められる連邦政府の権限を逸脱するというものであった。この違憲判決を導き出した Roberts 首席判事達の論理について、Ginsburg 判事は以下のよう<sup>(84)</sup>にまとめている。

「首席判事の見解では、第 1 に、『メディケイド拡大』は新たな補助金プログラムであり、オバマ医療改革法の以前に存在してきたメディケイド・プログラムへの追加物ではない。首席判事によると、連邦議会は新たなプログラムを州政府に採用させるために、旧プログラムの資金を喪失させることをもって州政府を脅している。第 2 に、この拡大は、州政府が最初にメディケイドに署名したときに、州政府によって予想できるものではなかった。第 3 に、（旧プログラムも含めたメディケイドの：引用者）資金の喪失という脅しは、『メディケイド拡大』に参加する以外には州政府が何ら実質的な

(83) 木南（2013），pp. 136-137。

(84) *NFIB v. Sebelius*, 132 S. Ct. 2566（2012），p. 2630。

選択肢を持たないほどに大きい。首席判事はしたがって、史上初めてとなる、連邦議会の支出権限の違憲的な強制の行使であると判断している。」

周知のように、連邦政府の権限は合衆国憲法で限定列挙されており、そこに挙げられていない権限については州政府に留保されている。だが実際には、連邦政府が直接的には規制や統制をできない分野においても、連邦補助金という間接的な政策手段を用いて、州政府にインセンティブを与えて誘導することは支出条項の下での権限行使として認められてきた。そして連邦政府は、連邦補助金という手段を用いるに当たり、特定のルールに従うことを交付の条件として付すことも認められてきた。このような連邦補助金の交付に付随するルールや条件は、その資金が連邦政府の政策目的に沿って使用されることを担保し、連邦政府自身が納税者に説明責任を果たすために必要不可欠なものである。この点については、「メディケイド拡大」の合憲派も違憲派も共に認めており、今日のアメリカでは一般的に共有されている認識である。<sup>(85)</sup>

しかし他方で、アメリカの連邦主義の下では、連邦政府の権限が際限なく拡大することは許されず、連邦法が支出条項の下での正当な連邦議会の権限の行使と認められる範囲には制限があることも示されてきた。たとえば本判決でも、Ginsburg 判事がその意見の中で、過去に連邦最高裁判所が示した代表的な見解を再確認している。<sup>(86)</sup>

「Dole 裁判 (*South Dakota v. Dole*, 483 U.S. 203, 107 S.Ct. 2793, 97 L.Ed.2d 171 (1987)) において、最高裁判所は4つの基準を特定している。州政府に対する連邦補助金に課される条件は、(a) 『一般の福祉 (general welfare)』を促進するものでなければならぬ、(b) 州政府に対して、彼らに求められていることを『明確に知らしめなければならない』、(c) 『特定の全米プロジェクトやプログラムにおける連邦の利益

(85) 例えば Roberts 首席判事の意見でも、「連邦議会が意図する『一般の福祉』という観点に沿って、連邦資金が支出されることを保証する手段」と明言されている (*ibid.*, p. 2604)。

(86) *Ibid.*, p. 2634.

(federal interest)』に密接に結びついていなければならない、(d) 州政府を憲法違反となる活動に携わるよう誘導してはならない。

*Dole* 裁判において最高裁判所は、採択はしなかったが、半世紀前に仮説的に示された更なる制約にも言及した。それは、『ある状況』において、連邦政府は、圧力が強制へと転じる点を越えるほどに非常に強制的な『財政的誘因』を提供することを禁止される可能性がある… (中略) …しかしながら、これまで連邦最高裁判所は、いかなる補助金の条件にも誘惑と強制の間の不明確な線を越えたと裁定したことは一度もない。」

Ginsburg 判事自身は、「メディケイド拡大」を合憲とする立場から、連邦政府にはメディケイド連邦補助金の交付条件を変更する権限があり、「メディケイド拡大」に関する罰則規定も、これまで連邦最高裁が認めてきたものと同様に支出条項の権限内にあると主張した。他方で、「メディケイド拡大」を違憲とした多数派の見解は、上記の支出権限に対する制約のうち、第2点目と最後に付け加えられた制約に該当する、「州政府が契約の条件を自発的、かつ、認識して受け入れたか否か」を特に強調し、<sup>(87)</sup> 連邦最高裁として初めて、連邦補助金につけられた条件が誘導の域を超えた強制であるという判断を下した。

Roberts 首席判事は支出権限へのこの制約を強調するに当たり、「支出条項立法が、我々の連邦システムにおける独立した主権者としての州政府の地位を弱体化しないことを保証するために、決定的に重要」なものとし、アメリカでは建国以来、個人の自由を脅かす集権的な中央政府を排するために、州政府と連邦政府が並立する連邦システムを採用したのであり、連邦議会には、州政府に連邦議会の命令に従って統治するよう求める権限はないことを確認している。<sup>(88)</sup> すなわち、この Roberts 首席判事の意見は、アメリカが伝統的に尊重してきた分権的な連邦システムの理念と役割を重視するものである。

(87) *Ibid.*, pp. 2602, 2659-2660 を参照。なお、この文言の原文は、*Pennhurst State School and Hospital v. Halderman*, 451 U. S. 1, 17, 101 S. Ct. 1531, 67 L. Ed. 2d 694 (1981)) である。

(88) *NFIB v. Sebelius*, 132 S. Ct. 2566 (2012), p. 2602.

このような論理の一つとして興味深いのが<sup>89)</sup>、連邦補助金プログラムの実施において州政府の自発的な選択を重視する見解が、アメリカの連邦システムの根幹を支える「政治的説明責任」に関わる問題として捉えられていることである。たとえば、Roberts 首席判事の以下の記述が参考になる。

「連邦資金と引き換えにその連邦政府の条件を受け入れるかどうかの合法的な選択の自由を州政府が持つ…（中略）…状況では、州当局者は、連邦政府のオファーを受け入れるか拒否するかに対する政治的説明責任を適正に保持できる。しかし、州政府がなんら選択の自由を持たないとき、*New York and Printz* 判例とまったく同様に、連邦政府は説明責任を持つことなく、その目的を達成できる。実際に、連邦議会が支出条項の下で行動するとき、この危険は増大される。なぜなら、連邦議会は、列挙された権限の下では直接的には課することができないであろう連邦政策を実施するために、その力を利用することができるためである。」

すなわち、「連邦政府が強制的に州政府に政策の実施を命令する場合には、州政府の当局者がその政策に関して有権者の審判にさらされるが、一方で実際にその政策を立案した連邦政府の当局者は、そのような政治的責任の追及を免れる」こと<sup>90)</sup>によって、民主主義と連邦システムに深刻な問題がもたらされるのであり、それ故に、州政府が連邦補助金をその付帯条件とともに受け入れるか否かを自発的に判断する「選択の自由」を持つことが、決定的に重要であるというのである。

そしてオバマ医療改革法の「メディケイド拡大」は、これまで連邦最高裁判所が連邦政府の支出権限を容認してきた過去の事例とは違い、連邦議会の立法が「強制と促進を区別する一線を越え」ており、州政府の自発的かつ自由な選

(89) *Ibid.*, pp. 2602-2603.

(90) *Ibid.*, p. 2602 (Roberts 首席判事による *New York v. United States et al.* 505 U.S. 144 (1992) p. 169, 112 S.Ct. 2408 の引用)。Roberts 首席判事と、共同反対意見を提出した保守系判事達は、この先例での判断を根拠の一つとして示しながら議論を展開している。

択を不可能としていると論じている。<sup>(91)</sup> その第1の理由は、連邦補助金の交付条件の一つとして付された、「メディケイド拡大」を実施しない州に対するメディケイド連邦補助金の全面停止という罰則規定が、実質的に、州政府にとっては「メディケイド拡大」に関する自由な選択を不可能にするというものである。そして Roberts 首席判事は、「メディケイド支出は、平均で州の総予算額の20%以上を占めており、連邦資金がその費用の50~83%を」賄っており、「州政府の予算全体の10%以上の喪失の恐れ」は、「州政府にメディケイド拡大に従う以外に実質的な選択肢を残さない経済的脅威 (economic dragooning) である」ことを確認している。<sup>(92)</sup> したがって、連邦政府によるその罰則は、もはや連邦政策の実施を促進するための「圧力」ではなく、州政府への違憲的な「強制」であると結論づけた。

オバマ医療改革法の「メディケイド拡大」を合憲とする側からは、メディケイドを規定する連邦社会保障法では、メディケイドの「あらゆる規定の変更、修正、撤廃を行う権利は、本規定によって連邦議会に留保される」と定めており、<sup>(93)</sup> 州政府は最初にメディケイドへの参加を決定した際に、この規定も含めて承諾したと、強く主張された。<sup>(94)</sup> したがって今回の「メディケイド拡大」についても、連邦議会がメディケイドの規定を変更することには何ら問題はなく、連邦補助金を受ける州政府にはその順守が求められるとした。

これに対して違憲とする側は、同法の「メディケイド拡大」は、もはや既存のメディケイドの改変ではなく、新プログラムの創設に該当するものとした。そしてそのようなプログラムの劇的な転換を、州政府がメディケイドへの参加を最初に決定した時点で予想することは困難であるとして、同法の「メディケイド拡大」を受け入れるか否かという選択を、従来のメディケイドの承諾とは別の問題として切り離したのである。<sup>(95)</sup>

(91) *NFIB v. Sebelius*, 132 S. Ct. 2566 (2012), p. 2603 を参照。

(92) *Ibid.* pp. 2604-2605. なお、ここで首席判事が引用した数値は、NASBO (2011), *Fiscal Year 2010 State Expenditure Report*, p. 11, Table 5 による。

(93) 42 U. S. C. § 1304.

(94) *NFIB v. Sebelius*, 132 S. Ct. 2566 (2012), p. 2605.

「メディケイド拡大」を新プログラムとみなす理由として、Roberts 首席判事は次の点を挙げている。第1に、メディケイドは元々、特定のカテゴリー（身体障害者、視覚障害者、高齢者、要扶養児童のいる家庭）に該当する貧困者に対象を限定しており、これまでのメディケイドの改正はこれらのカテゴリーの境界の変更や拡大であったが、今回の「メディケイド拡大」はFPL 133%までの全ての成人を対象とするものであることを挙げている。第2に、従来のメディケイドに対する連邦補助率の規定とは別に、「メディケイド拡大」の新適格者に対する連邦補助率の規定が創設されたこと、第3に、新適格者に対してMandatory ルールの給付内容が、従来型メディケイドの下での給付内容よりも制限されていることである。

これに対して、合憲とする側は、「メディケイド拡大」は新たなプログラムではなく、従来のメディケイド法の変更と同等のものであると反論する。たとえば Ginsburg 判事は<sup>(95)</sup>、第1に、オバマ医療改革後もメディケイドの目的は、「貧困者が必要な時に基礎的な医療を受けることを可能とすること」であり、従来のメディケイドの目的と変わっていないこと、第2に、メディケイドの創設以来、数多くの適格要件の変更が行われており、特に1988年から90年に行われた妊婦と児童への適格性の拡大（FPL 133%までの妊婦と6歳未満の児童、FPL 100%までの6-18歳の児童を適格者にしたもの）は数百万人のメディケ

(95) Rosenbaum and Westmoreland (2012, p. 1668) は、この Roberts 首席判事のロジックについて、新プログラムに相当するのは新カテゴリーの成人に対する「メディケイド拡大」の部分であり、その他のオバマ医療改革法のメディケイド規定については既存法の修正として連邦政府が州政府に順守を促す圧力を課すことが可能であると指摘している。

(96) *NFIB v. Sebelius*, 132 S. Ct. 2566 (2012), pp. 2605-2606, 2636.

(97) *Ibid.*, pp. 2630-2633, 2635 を参照。他にも Ginsburg 判事は、違憲派の新適格者に対する給付内容が従来型メディケイドほど包括的ではないという主張に対しては、オバマ医療改革法以前（2006年）から既に従来型メディケイドよりも制限的なベンチマークパッケージを州政府は提供できるようになっていることを指摘しており、また、連邦補助率の違いについても、参加する州政府に対して寛大な措置を講じているにすぎないとしている（*ibid.*, p. 2636）。また州政府の財政負担については、Ginsburg 判事は「メディケイド拡大」が州政府にもたらす新たな追加負担はさほど大きくないと主張しているが（*ibid.*, pp. 2631-2632）、Roberts 首席判事も指摘するように（*ibid.*, p. 2605）、その内容は違憲派が問題とする旧メディケイド補助金の停止がもたらす負担を評価したものではなく、論点がかみ合っていない。

イド適格者を増やす大規模な法改正であったが、それが新たなプログラムの創設とはみなされていないことがあげられている。

そして第3に、(オバマ医療改革法の下でも：引用者)州と連邦の協調的プログラムとして運営されるメディケイドでは州政府が大きな裁量性を享受している事実を重視し、むしろ連邦政府の支出権限を拘束すること(この仕組みを否定すること：引用者)によって、より集権的で州政府の権限を阻害する手法を連邦政府が採る危険性を指摘している。

これらの争点のうち、メディケイドが目的とする適格対象者に関する合憲派と違憲派の見解の相違は、「メディケイド拡大」を巡る対立の本質にかかわるものであり、極めて重要な論点である。

既述のように、旧来のアメリカ社会の中では、健康な成人であれば自らの努力によって就労機会や所得を得られるはずであり、その自助努力をせず公的扶助に依存することは許されなかった。そのような就労機会や所得を得ることが難しいと考えられる、高齢者や障害者、要扶養児童を抱える家族(主として母子家庭)、妊婦や児童については、政府がセイフティネットを提供することもやむを得ないというのが、メディケイドの本来的なスタンスであったといえる。

合憲派があげた1980年代後半から90年代初頭の妊婦と児童への適格者拡大について言えば、連邦政府はMandatoryルールとする前にOptionalルールとして導入していた部分が少なからずある<sup>(98)</sup>。その中でも特に救済の必要性が高いFPL 100%未満の妊婦と1歳以下の乳児については、OBRA 1986 (P. L. 99-509)でOptionalルールとされ、Medicare Catastrophic Coverage Act of 1988 (P. L. 100-360)でMandatoryルールとされたのだが(1990年7月1日から施行)、GAO(1989)によると<sup>(99)</sup>、1989年1月時点で既に41州がこれらの対象者を適格としており、大多数の州政府がその必要性を共有していたと考えることができる。

(98) この時期の主なメディケイドの拡大についてはGAO(1991, pp. 40-42)を参照されたい。

(99) GAO(1989), p. 3.



これに対してオバマ医療改革法の「メディケイド拡大」は、むしろ大多数の州においてまだ扶助の必要性が共有されていない対象者にまで適格範囲を拡大したために、大きな対立を引き起こしたと考えるべきであろう。

次に、Roberts 首席判事の意見に代表される連邦最高裁の判断が、「メディケイド拡大」の罰則規定を違憲としながらも、「メディケイド拡大」自体を廃止しなかったことの意味も考えておこう。Metger (2012) が指摘するように、この判断は、「メディケイド拡大」の実施を望まない州に対して「実施しない」という選択を可能とただけではなく、「メディケイド拡大」の実施を望む州にはそれを可能とする途を残すものである。すなわち、保守的な州だけではなく、リベラル州の「選択の自由」も保持したのである。

Roberts 首席判事は保守派として知られており、判決の直前までオバマ医療改革法（特に Individual Mandate）を無効とする立場をとっていたが、最終的には上述の見解に至っている。それは、個人的党派性を越えて、連邦最高裁判所としての憲法判断を行い、アメリカの民主主義システムにおける連邦最高裁判所の司法の立場・意義を守るためのものと解釈されている。

これを本稿の問題意識に引き付けていえば、既述のように 20 世紀末からのグローバル化と国内の経済構造の大きな変化によって医療保障システムについても抜本的な転換が社会的に要請される中で、最高裁判所もまた、そのような社会変化を無視するのではなく、それを踏まえた上で、アメリカの合衆国憲法の理念の今日的解釈を模索しているともいえよう。

その理念の今日的解釈の一つである上記の「メディケイド拡大」の判断において、「選択の自由」の概念が重要な位置を占めていたのだが、それは Individual Mandate に関する首席判事の意見の中にも見て取れる。Roberts 首席判事は、Individual Mandate を個人への規制として位置付ける通商条項の適用

(100) Metger (2012), p. 105.

(101) 坂田 (2015), pp. 123-124。

(102) Metger (2012), p. 86; 宮下 (2013), p. 213; 山岸 (2014), p. 283.

(103) 同様の解釈は、Metger (2012), pp. 85-86, 105; 木南 (2013), p. 141 でも示されている。



を否定し、代わりに、当規定を実質的な課税として位置付け、財・サービスの購入を促進するインセンティブとしての課税権の行使とした。<sup>(104)</sup> みる角度を変えれば、通商条項上の権限の行使としての **Individual Mandate** は否定したが、**Roberts** 首席判事は、**Individual Mandate** を無効として医療改革法を廃止に追い込むのではなく、課税条項上の権限に当たるかを検討し、さらには連邦議会の決定を存続させる道を選んだのである。それに関連して、課税条項と通商条項との違いに関する以下の言及も興味深い。<sup>(105)</sup>

「(通商条項の下では：引用者)、連邦議会は、指示通りに行動することを個人に命令することが許され… (中略) …服従しない個人は、刑事制裁を受ける可能性がある。… (中略) …対照的に、課税権の下での議会の権限は、個人に連邦財務省への資金の支払いを求めることに制限され、それ以上のものではない。もし租税が適切に支払われれば、政府は、その制約の下で、個人を強制したり懲罰を与える権限を持たない。我々は課税、特に規制目的で行われる課税が課すことができる厳しい負担を軽視しない。しかし、課税は、それにもかかわらず、個人がその選択に課される税を支払う意思がある限り、特定の行動を行うか行わないかの合法的な選択を個人に残す。」

すなわち、課税条項に基づく場合、罰金を払うことで、医療保険を購入しないという選択を個人ができるという位置づけになる。

**Metzger** (2012) は、「通商条項の下でのマンドイトを拒否して租税としてそれを支持することによって、そして、既存の資金に対するメディケイド資金の遮断の適用を不可能にしながら、メディケイド拡大全体は無効としないことによって、**Roberts** 首席判事は、これらの手法を用いた順守が自発的行為であることを保証しようとした」のであり、「個人と州政府の選択の幅を拡大するための努力の一部として見ることができる」としている。<sup>(106)</sup> そしてさらに、**Individual**

(104) *NFIB v. Sebelius*, 132 S. Ct. 2566 (2012), pp. 2593, 2599.

(105) *Ibid.*, p. 2600.

(106) *Metzger* (2012), p. 105.

Mandate を課税権の下で適法とすることによって、市場主導型の医療改革を存続させ、「メディケアや社会保障年金のような集権化された政府プログラムを通じて無保障者問題に対処するためのあらゆる圧力を未然に防」ぐものともされている<sup>(107)</sup>。

この考え方を本稿の問題意識から、以下のように解釈することも可能である。即ち、同じ論理から、連邦＝州政府の関係の中では内政政策に関して、連邦政府が直接規制によって州政府に連邦政策を実施させるのではなく、連邦補助金を用いている。連邦補助金を通じた誘導という形をとる場合には、州政府には選択の自由があるが、他方で直接規制だとそのような州政府側の選択の余地はなく、連邦政府から強制されることになる。合衆国の理念からすると、州政府の選択の自由を損なう連邦政府の強制自体が受け入れられないのである。

既述のような 21 世紀の新しい社会状況の中で、州の側もメディケイドの拡大を否定しているわけではない。ただ、その拡大方法について、連邦政府の画一的なやり方ではなく、それぞれの州の多様な条件に整合するやり方を選択したいというのである。そのようなアメリカ的分権システムを維持する役割を、上述の連邦最高裁判決が担ったと考えることができよう。

## 6 今後の課題

20 世紀に構築されたアメリカの医療保障システムにおいて、民間保険とメディケイドの狭間にある無保障者が不可逆的に増大する状況に対して、21 世紀初頭に、民間医療保険の改革とメディケイドの拡大という形によって対応することについて、国民的なコンセンサスが形成されていた。オバマ医療改革はそのコンセンサスを基盤として進められたが、医療改革法の規定は大きなバイアスがあったために、それに反対してそれぞれの州の独自の条件・環境に整合的な制度設計を主体的に行うことを求める分権的な主張が強くなされた。そういう状況を背景として、連邦最高裁による司法判断によって「メディケイド拡

---

(107) *Ibid.*, p. 107.

大」を強制する連邦政府の権限が否定され、州政府の側に主体性を確保するアメリカの伝統的なシステムのあり方が再確認された。

この2012年判決を経た2014年時点における全米の各州による多様なメディケイドの運営は、先に引用した議会公聴会における、「メディケイドは一つの制度ではなく50の制度の集合体である」という発言のような実態が現在も維持されていることをすでに見た。

次の研究課題は、そのような全米の各州における多様なメディケイドの制度設計と運用について具体的な州のレベルに立ち入って実証的に検討することである。そしてその際に最も重要な仕組みとして焦点を当てるべきは、ウェイバーという仕組みである。加藤（2013）で詳しくみたように、ウェイバーにおいては、州政府による主体的で多様な政策形成や制度設計が連邦政府に提案され、その承認の下、連邦補助金による財源的な基盤が提供される。最高裁判決を経て、州政府側の主体性が明確に確保されたので、次は、ウェイバーを通して各州における具体的な制度設計と運用が模索され、新しい医療扶助システムとして「メディケイド拡大」が現実的に定着していくプロセスが進められよう。

このような分権システムを基盤とするアメリカの連邦補助金は、日本と比較してみると、各州政府の多様な制度設計を前提とした上で、州・地方政府に大きな裁量性を認めるものとなっている。そしてそれは、草の根レベルの力強い自治に裏打ちされた州政府の主体的な政策展開が存在するためであり、連邦政府からの集権的な圧力に対抗する根拠となっている。アメリカの連邦補助金の枠組みと具体的な政策プロセスを検討することによって、補助金の受け手側の主体的な制度設計を可能とする連邦補助金の構造と、その重要な前提である州政府レベルの主体的な政策形成の実態を明らかにすることで、21世紀の日本の福祉国家システムの再編における新たな政府間財政関係の構築にとっても有用な示唆が得られるはずである。

## 参 考 文 献

- Angeles, J., (2011), *Explaining Health Reform The New Rules for Determining Income Under Medicaid in 2014*, Washington, D. C. : Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, (<https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/8194.pdf>, 2015/9/16 参照).
- CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services), (2013), "CCIIO Sub-Regulatory Guidance : Process for Obtaining Recognition as Minimum Essential Coverage," *Insurance Standards Bulletin Series – Information*, (<https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Regulations-and-Guidance/Downloads/mec-guidance-10-31-2013.pdf>, 2015/9/26 参照).
- Conlan, T. and P. Posner, (2011), "Inflection Point? Federalism and the Obama Administration," *Publius : The Journal of Federalism*, Vol. 41, No. 3, pp. 421-446.
- Daniels, M. R., ed., (1998), *Medicaid Reform and the American States*, Westport, Connecticut : Auburn House.
- *Florida v. U. S. Dep't of Health and Human Services*, 780 F. Supp. 2d 1256, (N. D. Fla. 2011).
- *Florida v. U. S. Dep't of Health and Human Services*, 648 F. 3d 1235, (11th Cir. 2011).
- GAO (U. S. General Accounting Office), (1989), *Medicaid : States Expand Coverage for Pregnant Women, Infants, and Children*, GAO/HRD-89-90.
- GAO, (1991), *Medicaid Expansions : Coverage Improves but State Fiscal Problems Jeopardize Continued Progress*, GAO/HRD-91-78.
- GAO, (1995), *Medicaid Section 1115 Waivers : Flexible Approach to Approving Demonstrations Could Increase Federal Costs*, GAO/HEHS-96-44.
- GAO (U. S. Government Accountability Office), (2015), *Patient Protection and Affordable Care Act : IRS Needs to Strengthen Oversight of Tax Provisions for Individuals*, GAO-15-540.
- Garfield, R., A. Damico, J. Stephens and S. Rouhani, (2015), *The Coverage Gap : Uninsured Poor Adults in States that Do Not Expand Medicaid – An Update*, Washington, D. C. : Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, (<http://kff.org/health-reform/issue-brief/the-coverage-gap-uninsured-poor-adults-in-states-that-do-not-expand-medicare-an-update/>, 2015/8/30 参照).
- Gluck, A. R., (2013), "Federalism from Federal Statutes : Health Reform, Medicaid, and the Old-Fashioned Federalists' Gamble," *Fordham Law Review*, Vol. 81, Issue 4, pp. 1749-1775.
- IRS (Internal Revenue Service), (2015), *2014 Instruction 1040*, Cat. No. 24811V, (<http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/i1040gi.pdf>, 2015/9/15 参照).
- Kaiser Family Foundation, (2013), *Summary of the Affordable Care Act*, Last Modified : Apr 23, 2013, (<http://files.kff.org/attachment/fact-sheet-summary-of-the-affordable-care-act>, 2015/9/14 参照).
- *King v. Burwell*, 576 U. S. \_\_\_\_\_ (2015), (Slip Op. No. 14-114).
- Lowry, S. and J. G. Gravelle, (2015), "The Affordable Care Act and Small Business : Economic Issues," *CRS Report*, R43181.

- ・ Mach, A. L. and B. Fernandez, (2014), "Private Health Insurance Market Reforms in the Affordable Care Act (ACA)," *CRS Report*, R42069.
- ・ Metzger, G. E., (2012), "To Tax, To Spend, To Regulate," *Harvard Law Review*, Vol. 126, No 1, pp. 83-116.
- ・ Minow, M., (2012), "Affordable Convergence : "Reasonable Interpretation" and the Affordable Care Act," *Harvard Law Review*, Vol. 126, No 1, pp. 117-49.
- ・ Musumeci, M., (2012), *A Guide to the Supreme Court's Affordable Care Act Decision*, Washington, D.C. : Kaiser Family Foundation, (<http://kff.org/health-reform/issue-brief/a-guide-to-the-supreme-courts-affordable/>, 2015/9/26 参照).
- ・ *National Federation of Independent Business v. Sebelius*, 132 S. Ct. 2566 (2012).
- ・ Oberlander, J., (2010), "Long Time Coming : Why Health Reform Finally Passed," *Health Affairs*, Vol. 29, no. 6, pp. 1112-1116.
- ・ Persily, N., G. E. Metzger and T. W. Morrison, eds., (2013), *The Health Care Case : The Supreme Court's Decision and Its Implications*, Oxford ; New York : Oxford University Press.
- ・ Redhead, C. S., H. Chaikind, B. Fernandez and J. Staman, (2012), "ACA : A Brief Overview of the Law, Implementation, and Legal Challenges," *CRS Report for Congress*, R41664.
- ・ Rosenbaum, S. and T. M. Westmoreland, (2012), "The Supreme Court's Surprising Decision On The Medicaid Expansion : How Will The Federal Government And States Proceed?," *Health Affairs*, Vol. 31, No. 8, pp. 1663-1672.
- ・ Ross, M., N. P. Svajlenka and J. Williams, (2014), *Part of the Solution : Pre-Baccalaureate Healthcare Workers in a Time of Health System Change*, Washington D. C. : Brookings Institute, (<http://www.brookings.edu/~media/research/files/reports/2014/07/healthworkforce/healthcare-workers-report.pdf>, 2015/9/26 参照).
- ・ Social Security Administration, (2015), *Annual Statistical Supplement to the Social Security Bulletin, 2014*, SSA Publication No. 13-11700, (<https://www.socialsecurity.gov/policy/docs/statcomps/supplement/>, 2015/9/26 参照).
- ・ Stone, J., E. P. Baumrucker, C. Binder, E. J. Herz, E. J. Heisler and A. J. Rothenburger, (2010), "Medicaid and the State Children's Health Insurance Program (CHIP) Provisions in PPACA : Summary and Timeline," *CRS Report for Congress*, R41210.
- ・ Strauss, D. A., (2013), "Commerce Clause Revisionism and the Affordable Care Act," *The Supreme Court Review*, Vol. 2012, No. 1, pp. 1-29.
- ・ Thompson, F. J., (2012), *Medicaid Politics : Federalism, Policy Durability, and Health Reform*, Washington, D. C. : Georgetown University Press.
- ・ U. S. House, Committee on Energy and Commerce, (2005), *Hearing, Medicaid Reform : The National Governors Association's Bipartisan Roadmap*, 109th Cong. 1st Sess, (Serial No. 109-22).
- ・ U. S. Senate, Committee on Health, Education, Labor, and Pensions, (2009), *Hearing*,

*Learning from the States : Individual State Experiences with the Healthcare Reform Coverage Initiatives in the Context of National Reform (Roundtable Discussion)*, 111<sup>th</sup> Con. 1st Sess, (S. Hrg. 111-865).

- ・秋葉丈志, (2013), 「医療保険改革法と合衆国憲法における連邦政府の権限 - *National Federation of Independent Business v. Sebelius*, 132 S. Ct. 2566 (2012) -」『比較法学』(早稲田大学比較法研究所), 第46巻, 第3号, pp. 328-337。
- ・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, (2013), 『アメリカの分権的財政システム』, 日本経済評論社。
- ・木南敦, (2013), 「最近の判例: *National Federation of Independent Business v. Sebelius*, 132 S. Ct. 2566 (2012) - Patient Protection and Affordable Care Act と合衆国議会の立法権限の範囲」, 『アメリカ法』(日米法学会), 2013-I号, pp. 132-141。
- ・櫻井潤, (2012), 『アメリカの医療保障と地域』, 日本経済評論社。
- ・坂田隆介, (2014), 「医療保険改革法とアメリカ憲法(1)」, 『立命館法学』, 第356号, pp. 1-40。
- ・坂田隆介, (2015), 「医療保険改革法とアメリカ憲法(2・完)」, 『立命館法学』, 第359号, pp. 75-139。
- ・渋谷博史, (2010), 「アメリカ・モデル経済社会の基本構造」, 渋谷博史編, 『アメリカ・モデルとグローバル化I - 自由と競争と社会的階級』, 昭和堂, 第1章。
- ・田中英夫編, (1991), 『英米法辞典』, 東京大学出版会。
- ・田中英夫編, (1993), 『Basic 英米法辞典』, 東京大学出版会。
- ・中浜隆, (2006), 『アメリカの民間医療保険』, 日本経済評論社。
- ・中浜隆, (2010), 「アメリカの医療扶助改革と民間医療保険」, 渋谷博史・中浜隆編『アメリカ・モデル福祉国家II: リスク保障に内在する格差』, 昭和堂, 第1章。
- ・中浜隆, (2012), 「アメリカにおける州・連邦政府の医療保険規制 - 規制の分権性と州政府の主導性 -」渋谷博史・根岸毅宏編, 『アメリカの分権と民間活用』, 日本経済評論社, 第5章。
- ・長谷川千春, (2010), 『アメリカの医療保障』, 昭和堂。
- ・長谷川千春, (2012), 「オバマ医療保険改革 - 無保険者問題の地域性と分権的な無保険者対策 -」, 渋谷博史・根岸毅宏編, 『アメリカの分権と民間活用』, 日本経済評論社, 第6章。
- ・藤井樹也, (2012), 「『オバマ改革』に対する司法判断」, 『成蹊法学』, 第77号, pp. 1-15。
- ・宮下紘, (2013), 「アメリカ最高裁の判決を読む(2011-12年開延期)」, 『駿河台法学』, 第26巻第2号, pp. 195-228。
- ・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。