

# アメリカの児童医療保険プログラム

中 浜 隆

## 1. はじめに

アメリカでは、現在も国民皆保険が成立しておらず、多数の無保険者が存在している。無保険者のほとんどは非高齢者（65歳未満）である。2007年における無保険者数は4,566万人、全国民に占めるその割合は15.3%である。また、非高齢者の無保険者数は4,497万人、全非高齢者に占めるその割合は17.1%である。

2007年における無保険者の数と割合は2006年よりも減少したが、サブプライムローン問題に端を発した金融危機とその後の経済不況のもとで、無保険者の数と割合は増大しているであろう。さらに、Gilmer and Kronick (2009) は、経済不況が2008年～2010年における無保険者の数に与える影響について考察している。そして、医療費の増加と個人所得の伸びなやみのために、2010年までに無保険者（非高齢者）の数は少なくとも690万人増加し、2010年における無保険者（非高齢者）の割合は19.2%に上昇するであろうと予想している。

2009年1月20日にオバマ政権が発足して間もない2月4日に、1997年（1998年度）から実施されてきた「児童医療保険プログラム（Children's Health Insurance Program）」を延長し、改善する2009年児童医療保険プログラム再認可法（Children's Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009）が成立した。

児童医療保険プログラムは、低所得世帯の無保険の児童（19歳未満）に

医療保険を提供するプログラムである。児童医療保険プログラムは、連邦政府の補助金と州政府の自主財源でまかなわれ、州政府が運営している。州政府が児童医療保険プログラムを実施するかどうかは州政府の裁量であるが、すべての州とコロンビア特別区は実施している。

本稿では、2009年児童医療保険プログラム再認可法における児童医療保険プログラムの主要な規定を取り上げ、児童医療保険プログラムの特徴について叙述したい。

## 2. 医療保険制度の概要と特徴

児童医療保険プログラムについて論じるにあたり、アメリカの医療保険制度の概要と特徴について確認しておきたい。

アメリカの医療保険制度は、公的医療保険と民間医療保険からなっている。公的医療保険には、①高齢者（65歳以上）一般・障害者・末期腎不全者を対象とする「メディケア（Medicare）」、②連邦公務員とその扶養家族を対象とする「連邦公務員医療給付プログラム（Federal Employees Health Benefits Program）」、③州公務員とその扶養家族を対象とする「州医療給付プログラム（State Health Benefits Program）」、④おもに低所得世帯の児童を対象とする「児童医療保険プログラム」がある<sup>1)</sup>。しかし、非高齢者一般を対象とする公的医療保険は存在しない。そのために、非高齢者の多くは民間医療保険に加入している。

他方、上記の公的医療保険のほかに、公費（租税）をおもな財源とする公的医療サービスがある。それには、①おもに貧困者を対象とする医療扶助の「メディケイド（Medicaid）」、②現役・退役軍人とその扶養家族を対象とする「軍人医療制度（Military Health System）」、③アメリカ先住民を対象とする「先住民医療サービス（Indian Health Service）」がある。

---

1) ただし、「連邦公務員医療給付プログラム」と「州医療給付プログラム」は公的医療保険と民間医療保険の双方の特徴を有している。

民間医療保険には、団体医療保険と個人医療保険がある。加入者数でみた場合、民間医療保険の多くは団体医療保険であり、しかもその大部分は「雇用主提供医療保険 (employer-sponsored health insurance)」である。雇用主は、被用者とその扶養家族を被保険者とする団体医療保険を保険者から購入するか、自家保険を採用している。

以上の点を含め、アメリカの医療保険制度の特徴は以下の点にある。第1に、国民一般を対象とする公的医療保険は存在しないことである。第2に、民間医療保険が主流であることである。非高齢者は、就労を通じて民間医療保険（雇用主提供医療保険）に加入している。また、高齢者の多くも、メディケアの給付は十分ではない（医療費の自己負担が大きい）ために民間医療保険に加入している<sup>2)</sup>。そして、民間医療保険に加入できない貧困者は、政府が最低限の医療を保障する医療扶助（メディケイド）を受けているのである。

しかし第3に、低所得であっても貧困ではないために医療扶助の受給資格を得られず、他方で民間医療保険（雇用主提供医療保険）にも加入できないために、医療へのアクセスに大きな制約を受けている無保険者が多数存在していることである。雇用主提供医療保険では、雇用主が被用者とその扶養家族に医療保険を提供するかどうかは任意である（法律で義務づけられていない）。収益が少ないなどのために医療保険を提供していない雇用主もいる。また、雇用主が医療保険を提供していても、パートなどのために医療保険の加入資格を有しない被用者もいる。さらに、雇用主が医療保険を提供し、被用者は医療保険の加入資格を有していても、被用者の保険料負担が大きいため医療保険に加入できない被用者もいる。

---

2) メディケアにおける医療費の自己負担をおもにカバーする民間医療保険（個人医療保険）を「メディケア補足保険 (Medicare supplement insurance)」, 通称「メディギャップ保険 (Medigap insurance)」という。また、メディケアの受給資格を有する退職者とその扶養家族に、メディケアにおける医療費の自己負担などをカバーする医療保険を提供している雇用主もいる。

表1は、2007年における医療保険の加入状況を示したものである。高齢者では、93.7%の人々が政府医療保険（公的医療保険）に、57.6%の人々が民間医療保険に加入している。そのために、無保険者の割合は1.9%にすぎない。他方、非高齢者では、18.5%の人々が政府医療保険（公的医療保険）に、68.9%の人々が民間医療保険に加入している。民間医療保険には雇用主提供医療保険と個人医療保険があるが、民間医療保険に加入している非高齢者の大部分（91.2%）は雇用主提供医療保険に加入している。無保険者の割合は17.1%であり、無保険者のほとんど（98.5%）は非高齢者である。

表1 医療保険の加入状況（2007年）

種 類	全国民		高齢者		非高齢者		児 童	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
政府医療保険	83,031	27.8%	34,464	93.7%	48,567	18.5%	23,041	31.0%
メディケア	41,375	13.8%	34,278	93.2%	7,097	2.7%	518	0.7%
メディケイド	39,554	13.2%	3,263	8.9%	36,291	13.8%	20,899	28.1%
軍人医療	10,955	3.7%	2,604	7.1%	8,351	3.2%	2,101	2.8%
民間医療保険	201,991	67.5%	21,206	57.6%	180,785	68.9%	47,750	64.2%
雇用主提供医療保険	177,446	59.3%	12,558	34.1%	164,888	62.9%	44,252	59.5%
個人医療保険	26,673	8.9%	9,546	25.9%	17,127	6.5%	3,930	5.3%
無保険者	45,657	15.3%	686	1.9%	44,971	17.1%	8,149	11.0%
合 計	299,106	100.0%	36,790	100.0%	262,316	100.0%	74,403	100.0%

(注) ①「人数」の単位：千人

② 複数の医療保険の加入者がいる。

(出典) DeNavas-Walt, Proctor and Smith (2008)

本稿で取り上げる児童医療保険プログラムは、低所得世帯の無保険の児童（19歳未満）に医療保険を提供するプログラムである。2007年において、7,440万人の児童（表1の「児童」は18歳未満）のうち、2,304万人（31.0%）が政府医療保険（公的医療保険）に加入している。政府医療保険の加入者の大部分はメディケイドの加入者であり、2,090万人（28.19%）がメディケイドに加入している。民間医療保険には、2,304万

人 (31.0%) が加入している。無保険者は815万人 (11.0%) である。

2007年の無保険者4,566万人 (15.3%) は、2008年2月から4月にかけて、「昨年になずれかの医療保険に加入していたか、どの医療保険にも加入していなかったならば実際に年間を通じて無保険であったか」について調査した結果であり、したがって2007年の年間を通じて無保険であった人々の数である。しかし、いくつかの理由のために「いずれかの医療保険に加入していた」という回答は少なくなっており (したがって「年間を通じて無保険であった」という回答は多くなっており)、他の調査と比較すると4,566万人の無保険者数は調査時点で無保険であった人々の数により近いとみなされている。

Cohen and Martinez (2009) は、①調査時点で無保険であった人々、②調査時点から過去の1年間に無保険になったことがある人々、③調査時点で1年超無保険であった人々について調査した結果を示している。2007年の①は4,310万人 (14.5%)、②は5,390万人 (18.2%)、③は3,060万人 (10.3%)、2008年の①は4,380万人 (14.7%)、②は5,590万人 (18.7%)、③は3,170万人 (10.6%) である。

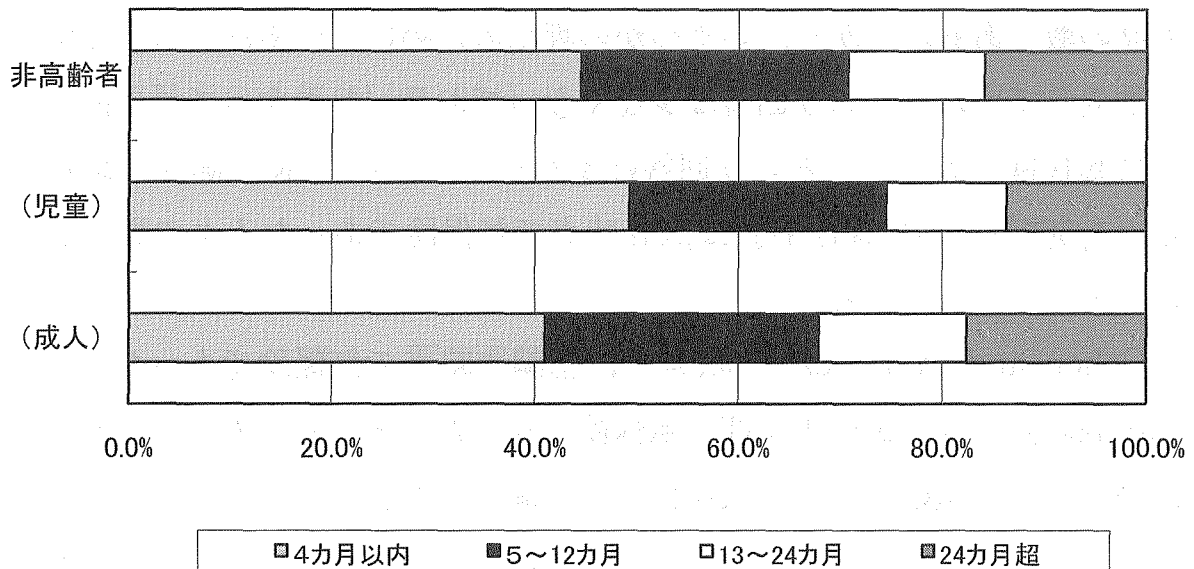
図1は、統計が少し古いですが、1996年7月～97年6月の1年間に無保険になったことがある非高齢者の無保険期間を示したものである。無保険になった非高齢者のうち、44.5%の人々の無保険期間は4カ月以内であり、26.2%の人々の無保険期間は5カ月～12カ月である。つまり、44.5%の人々は無保険になって4カ月以内に、26.2%の人々は無保険になって5カ月～12カ月でふたたび医療保険に加入している。

他方、13.4%の人々の無保険期間は13カ月～24カ月であり、15.9%の人々の無保険期間は24カ月超である。つまり、29.3%の人々は無保険期間が1年以上継続している。

図2も非高齢者の無保険期間を示したものであるが、年齢層別の無保険期間と長期無保険期間についてみることができる。①のグラフは2005年と2006年の2年間において少なくとも1カ月間、無保険になったことがある

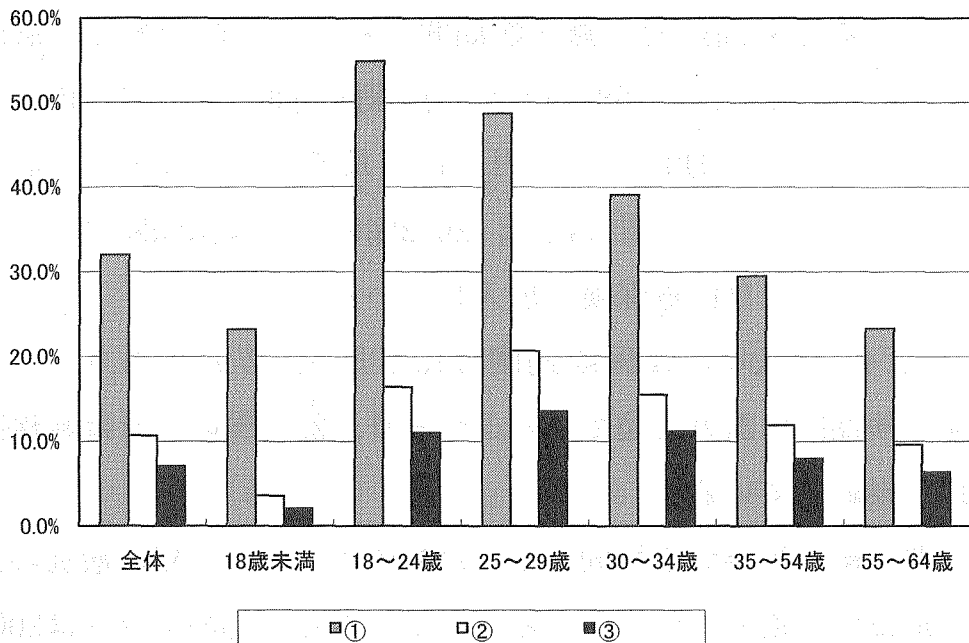
人々の割合、②は2005年と2006年の2年間を通じて無保険であった人々の割合、③は2003年～2006年の4年間を通じて無保険であった人々の割合である。

図1 無保険者（非高齢者）の無保険期間①



(出典) Nelson et al. (2003)

図2 無保険者（非高齢者）の無保険期間②



(出典) Rhoades and Cohen (2008)

非高齢者全体では、①が32.0%、②が10.7%、③が7.1%である。年齢層別（2005年末時点の回答者の年齢）では、①がもっとも大きい年齢層は18～24歳であり、54.9%である。②と③がもっとも大きい年齢層は25～29歳であり、それぞれ20.7%と13.6%である。

### 3. 児童医療保険プログラムの創設と延長

アメリカでは、州政府と連邦政府の双方が保険（保険業）の立法と規制・監督を行う権限を有している。

連邦議会は、1997年8月に1997年均衡予算法（Balanced Budget Act of 1997, P.L.105-33）を制定し（社会保障法に第21編を追加し）、「州児童医療保険プログラム（State Children's Health Insurance Program）」を創設した。1997年均衡予算法（州児童医療保険プログラムにかかわる規定）が定めた州児童医療保険プログラムの実施期間は1998年度から2007年度まで（1997年10月1日から2007年9月30日まで）の10年間であった。

州児童医療保険プログラムを延長し、改善するために、連邦議会の上下両院は2007年9月下旬に2007年児童医療保険プログラム再認可法（Children's Health Insurance Program Reauthorization Act of 2007, H. R.976）を通過させた。しかし、ブッシュ大統領が拒否権を発動する意向を示したので（実際、10月初めに発動した）、現行の州児童医療保険プログラムを延長するために、「2008年度に支出を継続する等の法律（P.L.110-92）」を急遽制定した（表2を参照）。

2008年度に支出を継続する等の法律（P.L.110-92）が定めた州児童医療保険プログラムの実施期間は2007年11月16日までであった。そこで、2007年児童医療保険プログラム再認可法（H.R.976）を修正した2007年児童医療保険プログラム再認可法（H.R.3963）を下院は10月下旬に、上院は11月初めに通過させた。しかし、ブッシュ大統領が12月半ばに拒否権を発動したために、「2008年度に支出をさらに継続する等の法律（P.L.

110-137)」を急遽制定した（表2を参照）。

その後、連邦議会は2件の連邦法を制定し、州児童医療保険プログラムを2009年3月31日まで延長した（表2を参照）。そして、2009年2月に2009年児童医療保険プログラム再認可法（Children's Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009, P.L.111-3）を制定し、州児童医療保険プログラムを2013年9月30日まで延長している<sup>3)</sup>。

表2 児童医療保険プログラムの延長

法 律	有効期限
2008年度に支出を継続する等の法律 (Making continuing appropriations for the fiscal year 2008, and for other purposes), P.L.110-92, 2007年9月制定	2007年11月16日まで
2008年度に支出をさらに継続する等の法律 (Making further continuing appropriations for the fiscal year 2008, and for other purposes), P.L.110-137, 2007年12月制定	2007年12月21日まで
2008年度に支出をさらに継続する等の法律 (Making further continuing appropriations for the fiscal year 2008, and for other purposes), P.L.110-149, 2007年12月制定	2007年12月31日まで
2007年メディケア・メディケイド・SCHIP延長法 (Medicare, Medicaid, and SCHIP Extension Act of 2007), P.L.110-173, 2007年12月制定	2009年3月31日まで

(出典) The Library of Congress, THOMAS

4件の連邦法が定めた州児童医療保険プログラムの延長期間は比較的短期であったのに対して、2009年児童医療保険プログラム再認可法が定めた延長期間は4年半である。そして、同法は、加入資格の拡大と加入の促進、連邦補助金の増額、保険給付の拡大、保険料補助の促進などの措置を盛り込んでいる<sup>4)</sup>。以下では、①加入資格と加入者、②財源、③保険給付、④

3) 同法はプログラムの正式名称を「州児童医療保険プログラム」から「児童医療保険プログラム」に変更している。

4) 同法は、2007年児童医療保険プログラム再認可法 (H.R.3963) と類似し



保険料補助を取り上げ、それぞれの従来の内容と同法による変更点について考察する。

#### 4. 加入資格と加入者

児童医療保険プログラムの加入資格を有する児童は、メディケイドの受給資格を有していない低所得世帯の無保険の児童（19歳未満）である。

メディケイド（Medicaid）は、連邦議会が1965年6月に制定した1965年社会保障修正法（Social Security Amendments of 1965, P.L. 89-97）によって創設された。メディケイドはおもに貧困者（高齢者、障害者、扶養児童のいる世帯、妊婦・児童など）を対象とする医療扶助であり、州政府が運営している。州政府がメディケイドを実施するかどうかは州政府の裁量であるが、すべての州とコロンビア特別区は実施している。メディケイドの財源のほとんどは、連邦政府の補助金と州政府の自主財源である。メディケイドを実施する場合、州政府が連邦補助金を受け取ることができるためには、連邦法や連邦規則など連邦政府が定めたガイドラインに従わなければならない。

州政府は、連邦ガイドラインに従って受給資格者、所得・資産要件、保険料（加入料）、保険給付、医療費の自己負担、医療提供者（医師と医療機関）に支払う診療報酬などについて自州のプランを設計しなければならない。しかし、州政府は連邦ガイドラインの範囲内で自州のプランを柔軟に設計することができる。そのために、受給資格者や保険給付などは州ごとに異なっている<sup>5)</sup>。

たとえば、受給資格者では、社会保障法は州政府がメディケイドの受給資格を「与えなければならない」人々と「与えてもよい」人々について定

---

ている。

- 5) 州政府が自州のプランを修正する場合、保健福祉省のメディケア・メディケイドサービスセンター（Centers for Medicare and Medicaid Services）に申請し、保健福祉省長官の認可を受けなければならない。

めている。前者の人々には、以前の要扶養児童世帯扶助の所得・資産要件を満たす貧困世帯、世帯所得が連邦貧困水準の133%以下の妊婦と6歳未満の児童などがいる<sup>6),7)</sup>。後者の人々には、世帯所得が連邦貧困水準の133%超185%以下の妊婦と1歳未満の乳児などがいる。州政府が後者の人々にメディケイドの受給資格を与えるかどうかは州政府の裁量である。また、前者の人々でも、州政府は社会保障法第1902条(r)項(2)の規定に従って、所得・資産基準を柔軟に設定することができる。州政府は、どのような種目を所得または資産とするか、所得は粗所得とするか純所得とするか、資産とする種目の価値をいくらにするかを決定する。

さらに、州政府はメディケイドのウェーバープログラム (Waiver Program) を活用してメディケイドを柔軟に運営することができる。ウェーバープログラムは、社会保障法が定めるメディケイドのいくつかの要件が解除され (解除する権限は保健福祉省長官に与えられている)、それをふまえて設計・実施される各州政府独自のプログラムである<sup>8)</sup>。

- 
- 6) 要扶養児童世帯扶助 (Aid to Families with Dependent Children) は、扶養児童のいる貧困世帯に最低限の所得を保障する現金扶助である。要扶養児童世帯扶助は1935年社会保障法 (Social Security Act of 1935) によって創設され、1996年8月に制定された1996年個人責任・就労機会調整法 (Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996, P.L.104-193) によって「貧困世帯一時扶助 (Temporary Assistance for Needy Families)」に再編された。
- 7) 連邦貧困水準 (federal poverty level) は、連邦貧困線 (federal poverty line) とも呼ばれている。連邦貧困水準は、食料スタンププログラム (Food Stamp Program)・全米学校給食プログラム (National School Lunch Program)・児童医療保険プログラムなど多くの公的プログラムで受給資格を決定するために利用されている貧困基準である。48州・コロンビア特別区用の連邦貧困水準とアラスカ州・ハワイ州用の連邦貧困水準があり、毎年改定されている。
- 8) ウェーバープログラムについても、州政府は自州のプログラムを保健福祉省のメディケア・メディケイドサービスセンターに申請し、保健福祉省長官の認可を受けなければならない。ウェーバープログラムの実施期間は2～5年であるが、更新の申請をして認可を受けると延長することができる。

ウェーバープログラムには、①社会保障法第1115条の規定に基づいて、試験的・実験的なプロジェクトを実施するリサーチ・デモンストレーションプロジェクト、②社会保障法第1915条(b)項の規定に基づいて、マネジドケアを導入する1915条(b)ウェーバープログラム、③社会保障法第1915条(c)項の規定に基づいて、自宅または地域社会で社会サービスを提供する1915条(c)ウェーバープログラム、④社会保障法第1915条の(b)項と(c)項の双方の規定に基づいて実施する1915条(b)(c)ウェーバープログラム、がある<sup>9)</sup>。

保険給付にも、州政府がメディケイドで「行わなければならない」給付と「行ってもよい」給付がある。前者の給付には、入院サービス、外来病院サービス、医師サービスなどがある。後者の給付には、処方薬、歯科サービス、検眼サービスなどがある。前者の給付でも、州政府はたとえば入院サービスの年間給付日数を何日と制限してもよいし、制限しなくてもよい。

児童医療保険プログラムも、州政府が実施するかどうかは州政府の裁量であるが、すべての州とコロンビア特別区は実施している。財源のほとんどは、連邦政府の補助金と州政府の自主財源である。連邦政府の補助金を受け取ることができるためには、州政府は連邦ガイドラインに従って自州のプランを設計しなければならないが、連邦ガイドラインの範囲内で自州のプランを柔軟に設計することができる。

児童医療保険プログラムの加入資格を有する児童は、メディケイドの受給資格を有するほどの貧困世帯の児童ではなく、医療保険（公的医療保険または民間医療保険）に加入していない低所得世帯の児童である。した

9) 児童医療保険プログラムでも、州政府はリサーチ・デモンストレーションプロジェクトを実施することができる。メディケア・メディケイドサービスセンターのメディケイドのウェブページには、認可を受けた497件のウェーバープログラムが掲載されている（2009年7月1日時点）。497件の内訳は、リサーチ・デモンストレーションプロジェクト64件（12.9%）、1915条(b)ウェーバープログラム79件（15.9%）、1915条(c)ウェーバープログラム351件（70.6%）、1915条(b)(c)ウェーバープログラム3件（0.6%）である。

がって、児童医療保険プログラムはメディケイドのうえに構築されている。

図3は、事例として、2009年1月時点におけるカリフォルニア州・ニューヨーク州・テキサス州におけるメディケイドの受給資格と児童医療保険プログラムの加入資格を有する児童の世帯所得を示したものである。48州・コロンビア特別区用の2009年連邦貧困水準（＝連邦貧困水準の100％）は、3人家族の場合18,310ドル、4人家族の場合22,050ドルである（家族が1人増えるごとに3,740ドル加算される）。連邦貧困水準の250％は、3人家族の場合45,775ドル、4人家族の場合55,125ドルとなる。なお、ニューヨーク州で、世帯所得が連邦貧困水準の200％超400％以下の児童に提供する医療保険については、州政府の自主財源のみでまかなわれている<sup>10)</sup>。

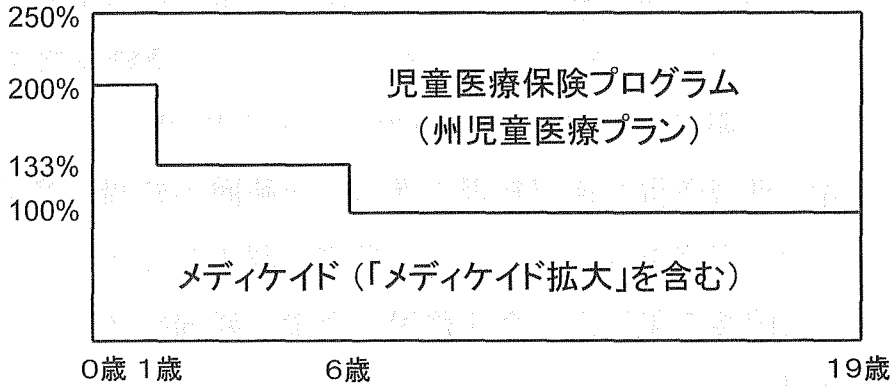
---

10) 児童医療保険プログラムの財源については次章で、図中の「州児童医療プラン」と「メディケイド拡大」については第6章で述べる。

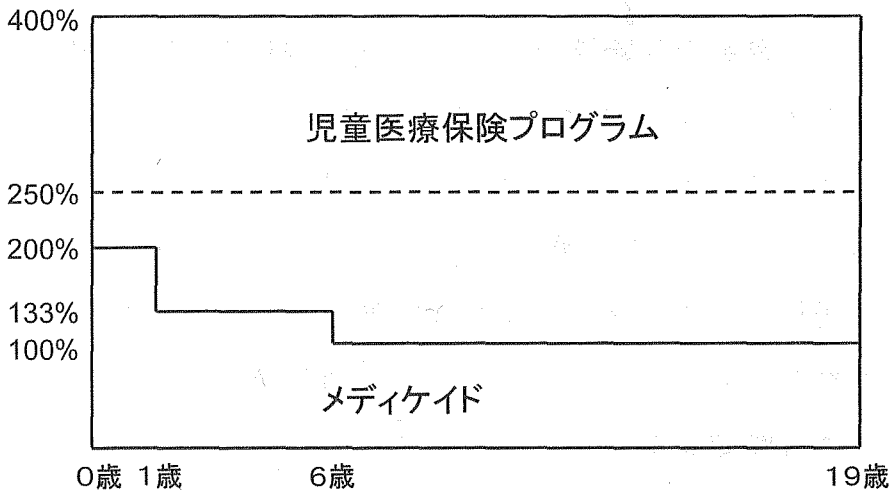
図3 加入資格を有する児童の世帯所得（2009年1月）

① カリフォルニア州

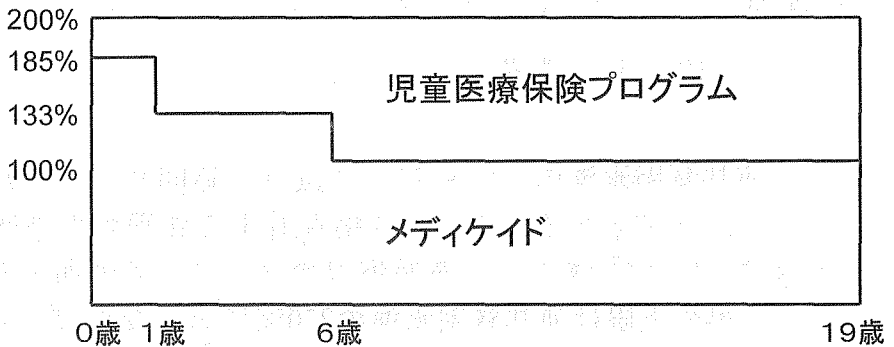
連邦貧困水準



② ニューヨーク州



③ テキサス州



(出典) Ross and Marks (2009)；メディケア・メディケイドサービスセンター資料

2009年児童医療保険プログラム再認可法は、第1に、児童と妊婦の加入資格について以下の3つを定めている。1つ目は、州が所定の要件（児童医療保険プログラムの加入資格を有する児童の世帯所得の上限は連邦貧困水準の少なくとも200%であること、メディケイドの受給資格を有する妊婦の世帯所得の上限は連邦貧困水準の少なくとも185%であることなど）を満たす場合、世帯所得が連邦貧困水準の一定範囲の妊婦に児童医療保険プログラムの加入資格を与えることを州政府に認めたことである<sup>11)</sup>。

2つ目は、入国後5年以内の合法移民の児童と妊婦にメディケイドの受給資格または児童医療保険プログラムの加入資格を与えることを州政府に認めたことである。

3つ目は、児童医療保険プログラムの加入資格を有する児童の世帯所得の上限を連邦貧困水準の300%としたことである。

この規定は、メディケア・メディケイドサービスセンターが各州政府に出した2007年8月17日付の通達（directive）とかかわっている。その通達は、世帯所得が連邦貧困水準の250%超の児童に児童医療保険プログラムの加入資格を与えるためには、①児童医療保険プログラムに加入する前に1年以上の待機期間を課す（児童医療保険プログラムに加入する前の少なくとも1年間、児童は無保険でなければならない）など、民間保険（雇用主提供医療保険）から公的保険（児童医療保険プログラム）への乗り換え（crowd-out）を防止する措置を講じなければならないこと<sup>12)</sup>、②世帯

---

11) 世帯所得が連邦貧困水準の一定範囲とは以下の範囲をいう。たとえば、ある州において、メディケイドの受給資格を有する妊婦の世帯所得の上限は連邦貧困水準の185%であり、児童医療保険プログラムの加入資格を有する児童の世帯所得の上限は連邦貧困水準の250%であるならば、児童医療保険プログラムの加入資格を有する妊婦の世帯所得は連邦貧困水準の185%超250%以下となる。つまり、一定範囲の下限はメディケイドの受給資格を有する妊婦の世帯所得の上限（185%）であり、一定範囲の上限は児童医療保険プログラムの加入資格を有する児童の世帯所得の上限（250%）を超えてはならない。

12) 州政府が民間保険から公的保険への乗り換えを防止する措置を講じてい

所得が連邦貧困水準の200%以下でメディケイドの受給資格または児童医療保険プログラムの加入資格を有する児童の少なくとも95%がメディケイドまたは児童医療保険プログラムに加入していること、③雇用主提供医療保険への低所得世帯の児童の加入率が過去5年間に2ポイント以上低下していないこと、を州政府に求めるものであった。

しかし、世帯所得が連邦貧困水準の250%超の児童に児童医療保険プログラムの加入資格をすでに与えていた州政府および加入資格を与えることを決定していた州政府がこうした指令に従うことはほとんど不可能であった。

そこで、2009年児童医療保険プログラム再認可法は、児童医療保険プログラムの加入資格を有する児童の世帯所得を連邦貧困水準の300%以下（世帯所得の上限を連邦貧困水準の300%）とした（したがって、世帯所得が連邦貧困水準の300%以下の児童に提供される医療保険については、児童医療保険プログラムの連邦医療補助率が適用される）。しかし他方で、世帯所得が連邦貧困水準の300%超の児童に提供する医療保険については、メディケイドの連邦医療補助率が適用されることとした<sup>13)</sup>。

図4は、2009年1月時点における児童医療保険プログラムの加入資格を有する児童の世帯所得の上限別の州数を示したものである<sup>14)</sup>。各州の世帯所得の上限は、150%（ノースダコタ州）から350%（ニュージャージー

---

るのは、親の勤務先の雇用主提供医療保険に加入している児童のなかには、雇用主提供医療保険に加入しないならば児童医療保険プログラムの加入資格を有する低所得世帯の児童がいるためである。

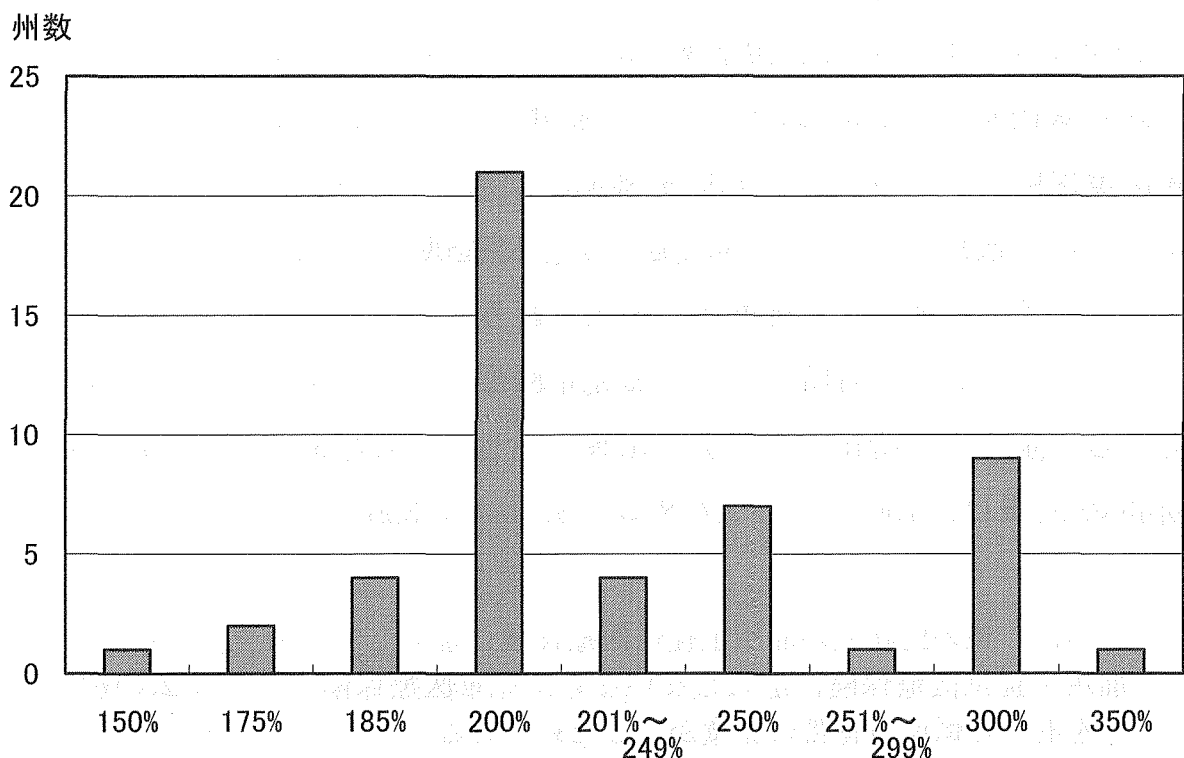
13) ただし、2009年2月4日（2009年児童医療保険プログラム再認可法の制定日）時点で州政府が児童医療保険プログラムの加入資格をすでに与えていた児童の医療保険および加入資格を与えることを決定していた児童の医療保険については、児童医療保険プログラムの連邦医療補助率が適用される。「メディケイドの連邦医療補助率」と「児童医療保険プログラムの連邦医療補助率」については次章で述べる。

14) 州政府の自主財源のみでまかなわれている医療保険の加入資格を有している児童の世帯所得は除外している。

州) までの範囲にある。世帯所得の上限を200%に定めている州がもっとも多く (21州), 300%に定めている州がその次に多い (9州)。

48州・コロンビア特別区用の2009年連邦貧困水準 (=連邦貧困水準の100%) は, 3人家族の場合18,310ドル, 4人家族の場合22,050ドルである。したがって, 連邦貧困水準の300%は3人家族で54,930ドル, 4人家族で66,150ドル, 連邦貧困水準の350%は3人家族で64,085ドル, 4人家族で77,175ドルとなる。世帯所得の上限が300%または350%であるならば, 児童医療保険プログラムは低所得世帯のみの児童を対象にしているとはいえないであろう。

図4 世帯所得の上限 (2009年1月)



(出典) Ross and Marks (2009)

2009年児童医療保険プログラム再認可法は, 第2に, 児童のいない成人 (ただし, 妊婦は除く) および児童医療保険プログラムの加入資格を有する児童の親に同プログラムの資金を使用して医療保険を提供することを禁止したことである。



2006年2月に制定された2005年赤字削減法 (Deficit Reduction Act of 2005, P.L.109-171) は、保健福祉省長官に対して、児童のいない成人（妊婦は除く）に児童医療保険プログラムの資金を使用して医療保険を提供する新規のリサーチ・デモンストレーションプロジェクトの認可を禁止した。2009年児童医療保険プログラム再認可法もこの規定を定めるとともに、既存のリサーチ・デモンストレーションプロジェクトを2009年12月31日までに終了する規定を定めている。

また、保健福祉省長官に対して児童医療保険プログラムの加入資格を有する児童の親に同プログラムの資金を使用して医療保険を提供する新規のリサーチ・デモンストレーションプロジェクトの認可を禁止し、既存のリサーチ・デモンストレーションプロジェクトを2013年9月30日までに終了する規定を定めている<sup>15)</sup>。

2009年児童医療保険プログラム再認可法は、第3に、メディケイドと児童医療保険プログラムの加入者を増加させるために、申請支援・加入活動 (outreach and enrollment activities) を促進していることである。

児童医療保険プログラムの創設以降、各州政府は申請支援・加入活動を行ってきた<sup>16)</sup>。しかし、メディケイドの受給資格または児童医療保険プログラムの加入資格を有していても、家族がメディケイドまたは児童医療保険プログラムの加入申請を行っていないために無保険である児童および定期的に（ほとんどの州では1年ごとに）行わなければならないメディケイドまたは児童医療保険プログラムの更新申請を行わないために無保険になる児童が多くいる<sup>17)</sup>。

---

15) メディケイドと児童医療保険プログラムのリサーチ・デモンストレーションプロジェクトについては、Artiga (2009) を参照。

16) この点については、Williams and Rosenbach (2007) を参照。

17) 2005年において、無保険である児童の62%は、メディケイドの受給資格または児童医療保険プログラムの加入資格を有していた (Hudson and Selden, 2007, p.w627)。また、Sommers (2007a) は、児童が無保険である原因を分析している。

申請支援・加入活動を促進する措置には、①全米加入キャンペーン (national enrollment campaign) の実施、②州政府・地方政府・その他の所定の機関への連邦補助金の交付<sup>18)</sup>、③メディケイドと児童医療保険プログラムの加入・更新手続きの簡素化・迅速化、がある。

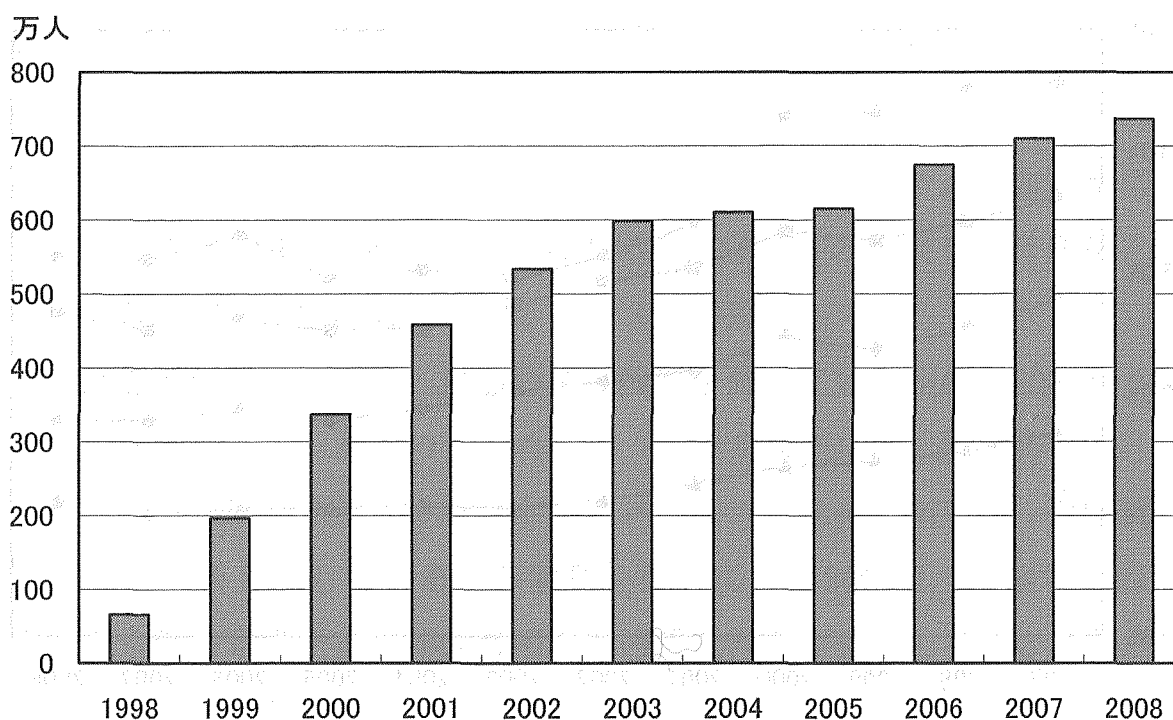
メディケイドの受給資格または児童医療保険プログラムの加入資格を有していても無保険である児童の多くは、他の公的プログラム（食料スタンププログラム、全米学校給食プログラム）で受給している。全米加入キャンペーンは保健福祉省長官が立案・実施する。それには、それぞれの公的プログラムの加入資格・加入システムをリンクさせるために、他の公的プログラムを管理している教育省長官や農務省長官とパートナーシップを形成すること、教育省長官や労働省長官と共同でメディケイドと児童医療保険プログラムの広報活動を行うこと、などがある。

図5は、児童医療保険プログラムの加入者数を示したものである。児童医療保険プログラムが実施された1998年度から2003年度までの6年間に加入者は着実に増加し（2003年度の加入者数は約598万人）、2008年度には約737万人が加入している。

---

18) その他の所定の機関には、先住民関連の団体、連邦適格保健センター (Federally-qualified health center)、比較的多くのメディケイド受給者と無保険者を治療している病院、公的・民間非営利団体、公衆衛生サービス法 (Public Health Service Act) 第1955条の要件を満たす宗教団体、小中学校などがある。

図5 児童医療保険プログラムの加入者数



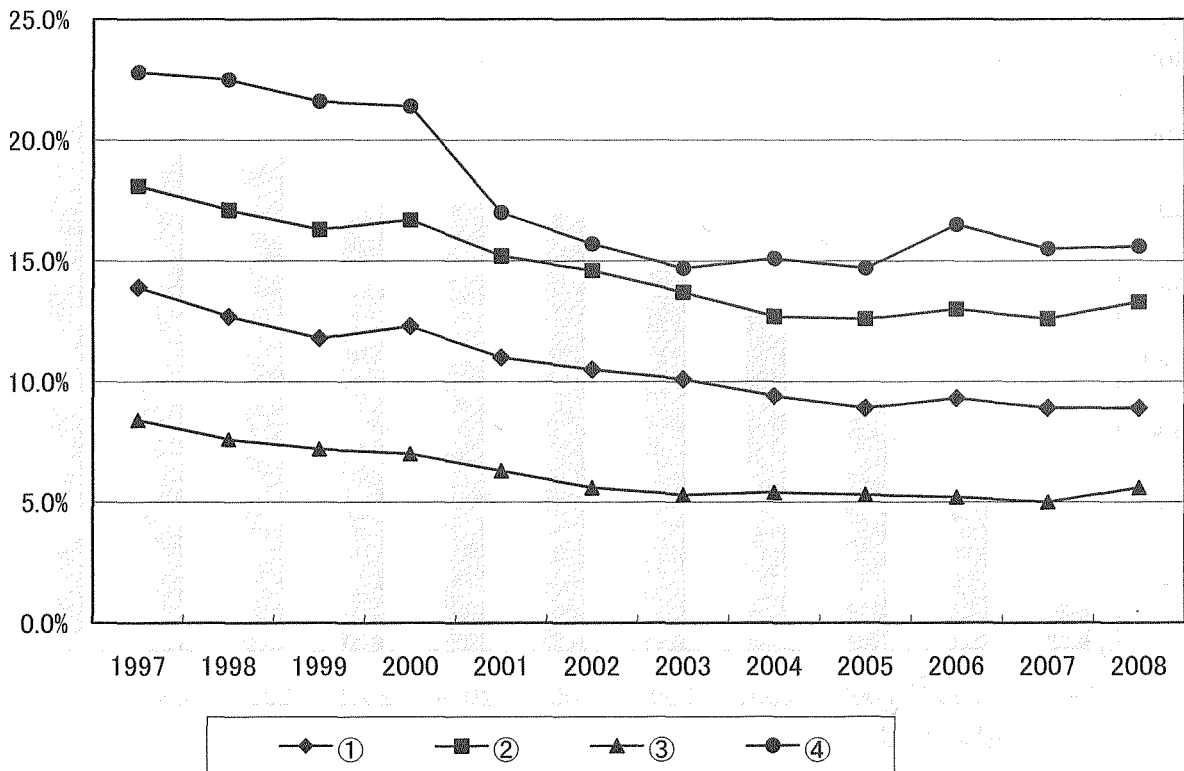
(注) 各年は財政年度

(出典) メディケア・メディケイドサービスセンター資料

図6は、1997年～2008年における児童（18歳未満）の無保険率の推移を示したものである。①のグラフは調査時点で無保険であった児童の割合、②は調査時点から過去の1年間に無保険になったことがある児童の割合、③は調査時点で1年超無保険であった児童の割合、④は低所得世帯（所得世帯が連邦貧困水準の100%以上200%未満）の児童のうち、調査時点で無保険であった児童の割合である。それぞれの無保険率は1990年代後半と2000年代前半に低下している。それは、上記の児童医療保険プログラムの加入者数の増加が大きな要因になっているのである<sup>19)</sup>。

19) この点については、Hudson, Selden and Banthin (2005) を参照。

図6 児童の無保険率の推移



(出典) Cohen and Martinez (2009)

そして、議会予算局 (Congressional Budget Office) は、2009年児童医療保険プログラム再認可法によって、2013年までに新たに410万人の児童がメディケイドまたは児童医療保険プログラムに加入すると推計している。410万人のうちの340万人は、メディケイドの受給資格または児童医療保険プログラムの加入資格をすでに有しているが、加入・更新申請を行っていないために無保険である児童である。残りの70万人は、受給資格または加入資格を新たに有する無保険の児童である。

## 5. 財源

児童医療保険プログラムは「保険」の名称が付けられているが、財源のほとんどは公費である。つまり、児童医療保険プログラムの経費（保険給付費と非保険給付費）のほとんどは連邦政府の補助金と州政府の自主財源によってまかなわれており、保険料はわずかである。

児童医療保険プログラムで児童に提供する医療保険において保険料と医療費自己負担を課す場合、児童の世帯所得に応じて保険料額と医療費自己負担額を変えることができる。しかし、保険料額と医療費自己負担額の総計は児童の世帯所得の5%以下でなければならない。また、児童の世帯所得が連邦貧困水準の150%以下である場合、保険料の上限が世帯所得と世帯の人数に応じて定められている（表3を参照）。

児童医療保険プログラムにおいて保険料を課している州は、2003年8月時点で26州である。26州のうちの1州（テキサス州）は、加入料も課している。26州以外の2州（コロラド州とノースカロライナ州）は、保険料ではなく加入料を課している。保険料を課している26州は、保険料を課すもっとも低い世帯所得（連邦貧困水準の最低割合）を定めている。各州の連邦貧困水準の最低割合は、それがもっとも低い100%（ネバダ州）からもっとも高い235%（コネチカット州）までわたっており、ニューヨーク州は133%、テキサス州は151%である<sup>20)</sup>。つまりニューヨーク州は、児童の世帯所得が連邦貧困水準の133%以上である場合、保険料を課している。

表3 月額保険料の上限

世帯所得 (月額)	世帯の人数			世帯所得 (月額)	世帯の人数		
	1～2人	3～4人	5人以上		1～2人	3～4人	5人以上
\$150以下	\$ 1	\$1	\$1	\$601～\$650	\$11	\$ 8	\$ 7
\$151～\$200	2	1	1	\$651～\$700	12	9	8
\$201～\$250	3	1	1	\$701～\$750	13	10	9
\$251～\$300	4	1	1	\$751～\$800	14	11	10
\$301～\$350	5	2	1	\$801～\$850	15	12	11
\$351～\$400	6	3	2	\$851～\$900	16	13	12
\$401～\$450	7	4	3	\$901～\$950	17	14	13
\$451～\$500	8	5	4	\$951～\$1,000	18	15	14
\$501～\$550	9	6	5	\$1,000超	19	16	15
\$551～\$600	10	7	6				

(注) 月額保険料の下限は1ドル

(出典) 42 CFR 447.52(a)(b), 457.540(a) (2008)

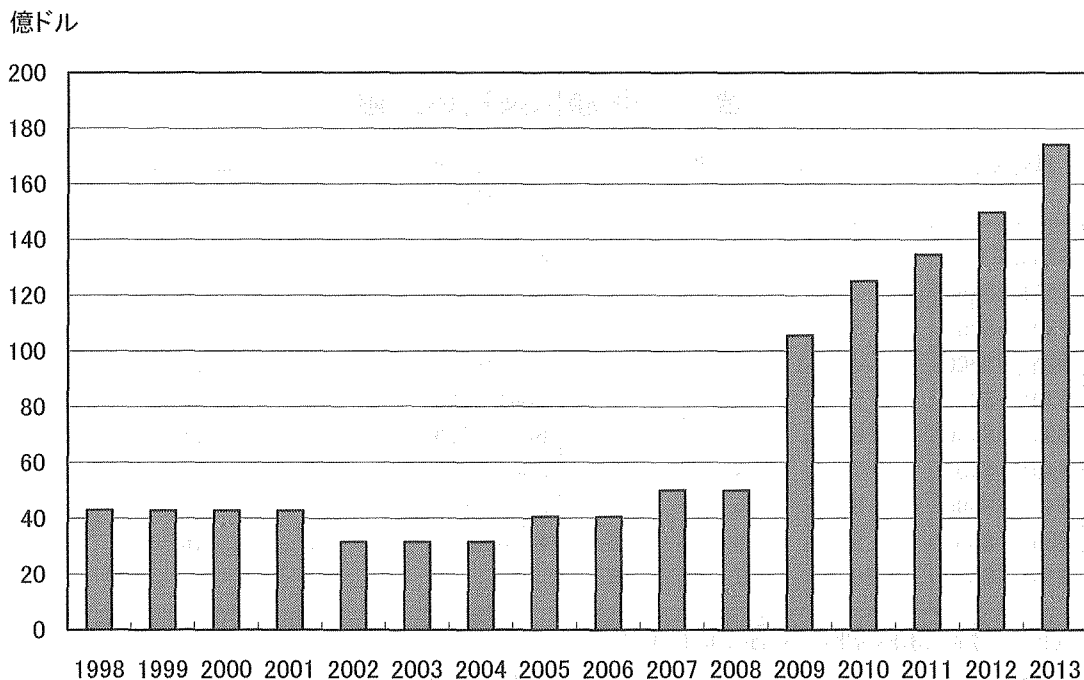
20) GAO (2004), pp.38-40.

メディケイドも児童医療保険プログラムと同じく、財源のほとんどは公費（連邦政府の補助金と州政府の自主財源）である。しかし、児童医療保険プログラムでは、各年度に各州政府に交付される連邦補助金に総額（上限）が定められている（メディケイドには、総額（上限）はない）。

過去11年間（1998年度～2008年度）における各年度の連邦補助金の総額（上限）は、1998年度42.95億ドル、1999年度～2001年度42.75億ドル、2002年度～2004年度31.5億ドル、2005年度～2006年度40.5億ドル、2007年度～2008年度50億ドルであった。

2009年児童医療保険プログラム再認可法は、第1に、2009年度～2013年度の各年度の連邦補助金の総額（上限）を大幅に増額していることである<sup>21)</sup>。各年度の連邦補助金の総額は、2009年度105.62億ドル、2010年度125.2億ドル、2011年度134.59億ドル、2012年度149.82億ドル、2013年度174.06億ドルである（図7を参照）。

図7 各年度の連邦補助金の総額



(出典) The Library of Congress, THOMAS ; Horner et al. (2003)

21) 連邦補助金の増額分は、おもに連邦タバコ税の引き上げによってまかなわれる。

各年度の連邦補助金の総額は、所定の割当方式によって各州に配分される。2009年児童医療保険プログラム再認可法は、第2に、連邦補助金の総額の割当方式を変更していることである。

2008年度までは、各年度の連邦補助金の総額は、「児童数」（各州における無保険の低所得の児童数およびすべての低所得の児童数）と「州コスト係数」（各州における医療サービス業の被用者1人当たり年平均賃金）に基づく割当方式によって各州に配分された。

州政府は、自州に配分された各年度の連邦補助金（当初配分額）を3年間にわたって使用できた（たとえば、1998年度の連邦補助金は2000年度末まで使用できた）。3年後に、連邦補助金（当初配分額）を使い切らなかった州の連邦補助金（残額）は、連邦補助金を使い切った州に再配分された（再割当方式は、年度によって異なっていた）。再配分されなかった連邦補助金は、財務省に帰属した。

上記のように、2008年度までは、各年度の連邦補助金の総額は「児童数」と「州コスト係数」に基づく割当方式によって各州に配分された。それに対して2009年度からは、各年度の連邦補助金（当初配分額）を各州の予定使用額に近づけるために、以下の割当方式によって各州に配分される。

2009年度の当初配分額は、次の①～③のなかでもっとも多い金額の110%に決定される。

- ①2008年度の連邦補助金の使用額に「1人当たり医療費増加係数」と「児童人口増加係数」をかけた金額
- ②2008年度の当初配分額に「1人当たり医療費増加係数」と「児童人口増加係数」をかけた金額
- ③2009年度の連邦補助金の予定使用額<sup>22)</sup>

2010年度の当初配分額は、「2009年度の当初配分額+2009年度の児童加

22) 2009年度の連邦補助金の使用予定額は、「1人当たり医療費増加係数」と「児童人口増加係数」を使用して算出した金額である。

入異常準備金（後述）からの受取額」に「1人当たり医療費増加係数」と「児童人口増加係数」をかけた金額である。

2011年度の当初配分額は、「2010年度の連邦補助金の使用額」に「1人当たり医療費増加係数」と「児童人口増加係数」をかけた金額である。

2012年度と2013年度の連邦補助金の総額の割当方式はそれぞれ、2010年度と2011年度の割当方式と同じである。

2009年児童医療保険プログラム再認可法は、第3に、連邦補助金が不足する事態に備えて（連邦法を急遽、制定しなくてもよいように）、児童加入異常準備金（Child Enrollment Contingency Fund）を創設したことである<sup>23)</sup>。

児童加入異常準備金には、各年度の連邦補助金の総額の20%を上限とする準備金が積み立てられる<sup>24)</sup>。そして、各年度において、児童医療保険プログラム（厳密には、次章で述べる「州児童医療プラン」）の加入数が目標数を上回り、前年度の当初配分額の繰越金と今年度の当初配分額（再配分額は除く）を使い切った州に対して、「1人当たり児童医療保険プログラム支出額に連邦医療補助率をかけた金額」に「目標数を上回った加入者数」をかけた金額が児童加入異常準備金から支払われる。

2009年児童医療保険プログラム再認可法は、第4に、州政府が各年度の連邦補助金（当初配分額）を使用できる期間を3年間から2年間に短縮したことである。

2年後に、連邦補助金（当初配分額）を使い切らなかった州の連邦補助金（残額）は、連邦補助金（前年度の当初配分額の繰越金＋今年度の当初配分額＋児童加入異常準備金からの受取額）を使い切った州に再配分される。再配分されなかった連邦補助金は、パフォーマンス・ボーナス（後

23) 2006年度に13州で連邦補助金が不足することが予測されたために、連邦議会は2006年2月に2005年赤字削減法（Deficit Reduction Act of 2005）を制定し、2億8300万ドルの連邦補助金を追加的に支出していた。

24) 児童加入異常準備金は、各年度の連邦補助金の総額から積み立てられるのではなく、各年度の連邦補助金の総額とは別途、積み立てられる。



述)の財源に充てられる。

2009年児童医療保険プログラム再認可法は、第5に、より多くの児童がメディケイドに加入することを州政府が促進するように、パフォーマンス・ボーナス (Performance Bonus Payment) を創設したことである。

パフォーマンス・ボーナスは、各年度において、メディケイドの加入者数が目標数を上回った州に対して、目標数を上回った加入者数が目標数の10%までの加入者 (第1層加入者数) については「児童1人当たりメディケイド支出額に15%をかけた金額」に「第1層加入者数」をかけた金額が、第1層加入者数を上回った加入者 (第2層加入者数) については「児童1人当たりメディケイド支出額に62.5%をかけた金額」に「第2層加入者数」をかけた金額がパフォーマンス・ボーナスとして支払われる。パフォーマンス・ボーナスの財源には、32億2500万ドル (2009年度) のほかに、上記の連邦補助金 (再配分額) の残額などが充てられる。

メディケイドも児童医療保険プログラムも、連邦政府の補助金と州政府の自主財源によってまかなわれている。つまり、メディケイドの受給資格者と児童医療保険プログラムの加入者が医療機関で医療サービスを受けた場合、医療機関に支払う医療費 (患者の自己負担がある場合、それを除いた金額) は連邦政府と州政府が分担する。連邦政府が分担する医療費は、上記の連邦補助金から支払われる。

医療機関に支払う医療費のうち、連邦政府が分担する割合は「連邦医療補助率 (federal medical assistance percentage)」と呼ばれる。メディケイドの場合、各州の連邦医療補助率は各州の1人当たり個人所得に基づいて決定される (50%~83%の範囲内に設定される)。連邦医療補助率が60%の場合、医療費の60%を連邦政府が支払い (州政府に連邦補助金を交付し)、40%を州政府が支払う<sup>25)</sup>。

---

25) 経済不況と失業率上昇にともなうメディケイド受給者の増加と州政府の歳入減少に対処するために、2009年児童医療保険プログラム再認可法 (2009年2月4日制定) に続いて2月17日に制定された2009年アメリカ回

州政府が児童医療保険プログラムを実施するかどうかは州政府の裁量である（実際は、すべての州とコロンビア特別区が実施している）。州政府が児童医療保険プログラムを実施するように仕向けるために、連邦政府は児童医療保険プログラムの連邦医療補助率をメディケイドよりも高く設定している。児童医療保険プログラムの連邦医療補助率は、100%とメディケイドの連邦医療補助率との差額の30%がメディケイドの連邦医療補助率に加算される。たとえば、メディケイドの連邦医療補助率が60%の場合、児童医療保険プログラムの連邦医療補助率は $60 + (100 - 60) \times 0.3 = 72\%$ になる。ただし、85%の上限がある。

児童医療保険プログラムの連邦医療補助率が72%の場合、医療費の72%を連邦政府が支払い（州政府に連邦補助金を交付し）、28%を州政府が支払う<sup>26)</sup>。しかし、児童医療保険プログラム（厳密には、次章で述べる「州児童医療プラン」）では、州政府が加入者に医療保険を提供するさい、民間保険を活用している。つまり、州政府は民間保険者に加入者向けの医療保険を開発・販売してもらっている。この場合には、医療保険の保険料（加入者が保険料の一部を負担する場合、それを除いた金額）を連邦政府

---

復・再投資法（American Recovery and Reinvestment Act of 2009, P. L. 111-5）は2008年10月1日から2010年12月31日までの27カ月間、各州のメディケイドの連邦医療補助率を引き上げ、それによって生じる連邦補助金の増加に対して866億ドルを計上している。

なお、各州のメディケイドの連邦医療補助率の引き上げは、2003年度から2004年度にかけての時期にも行われている。2003年5月に制定された2003年雇用・成長減税調整法（Jobs and Growth Tax Relief Reconciliation Act of 2003, P.L.108-27）は2003年4月1日から2004年6月30日までの15カ月間、各州のメディケイドの連邦医療補助率を引き上げ、それによって生じる連邦補助金の増加に対して100億ドルを計上している。

26) 連邦補助金は、事後的に（四半期ごとに）州政府に交付される。つまり、州政府は医療費（患者の自己負担がある場合、それを除いた金額）の全額を支払い、四半期ごとに連邦政府に支出報告書を提出して連邦補助金を申請する。連邦政府は医療費に児童医療保険プログラムの連邦医療補助率をかけた金額の連邦補助金を州政府に交付する。

と州政府が支払う<sup>27)</sup>。

児童医療保険プログラムの支出には、保険給付費（医療費）のほかに非保険給付費（管理費）もある。連邦補助金は非保険給付費に対しても交付される。つまり、支出額（保険給付費＋非保険給付費）に児童医療保険プログラムの連邦医療補助率をかけた金額の連邦補助金が交付される<sup>28)</sup>。しかし、連邦補助金が交付されるためには、非保険給付費は支出額（保険給付費＋非保険給付費）の10%以下でなければならない<sup>29)</sup>。

2009年児童医療保険プログラム再認可法は、第6に、前章で述べたメディケイドと児童医療保険プログラムの申請支援・加入活動を促進するために、以下の2つの措置を盛り込んでいることである。

1つは、2009年度から2013年度までの5年間で1億ドルを計上していることである。1億ドルのうちの1,000万ドル（10%）は、全米加入キャンペーンに支出される。残りの9,000万ドル（90%）は、州政府、地方政府、その他の所定の機関に補助金として交付される。ただし、9,000万ドルのうちの1,000万ドルの補助金は、先住民医療サービス（Indian Health Service）の医療機関および先住民医療改善法（Indian Health Care Improvement Act）の第5章に従って補助金を受けている都市部の先住民の機関（urban Indian organization）に交付されなければならない。

上記の連邦補助金はマッチング・グラントではない。マッチング・グラントとは、州政府が支出した経費に対して所定の割合（連邦医療扶助率）

27) 「従来のメディケイド」と「メディケイド拡大」でも、州政府は医療保険（マネジドケアプラン）を提供している。この場合には、保険者に保険料を支払う。

28) メディケイド（従来のメディケイド）でも、連邦補助金は非保険給付費（管理費）に対しても交付される。しかし、児童医療保険プログラムと異なり、一般に非保険給付費の50%が連邦補助金として交付される。

29) 1997年均衡予算法は非保険給付費を「連邦政府の支払額（連邦補助金）」の10%に制限したが、1997年11月に制定された1998年コロンビア特別区支出法（District of Columbia Appropriations Act, 1998, P.L.105-100）は「州政府の支払額＋連邦政府の支払額」の10%に修正している。

の金額が交付される補助金である。これまで、州政府が支出した申請支援・加入活動費に対して、連邦医療扶助率に相当する金額の連邦補助金（当初割当額）が交付されている。上記の連邦補助金は、所定の割当方式によって各州に配分される連邦補助金（当初割当額）とは別途、交付される。

州政府が上記の連邦補助金を受け取ると、州政府が支出してきた申請支援・加入活動費を削減する可能性がある。そこで、州政府が上記の連邦補助金を受け取ることができるためには、2009年度に支出する申請支援・加入活動費は2008年度に支出した申請支援・加入活動費を下回ってはならないという州政府の「努力維持（maintenance of effort）」が定められている。

もう1つは、英語が第一言語でない家族の児童のための翻訳・通訳サービス費に対する連邦医療補助率を引き上げていることである。翻訳・通訳サービス費に対する連邦医療補助率は、メディケイドでは75%であり、児童医療保険プログラムでは「75%」と「児童医療保険プログラムの連邦医療補助率+5%」の高いほうである。

## 6. 保険給付

州政府は、児童医療保険プログラムを実施する場合、以下の(1)~(3)のいずれかのプログラムを選択しなければならない。

### (1) 州児童医療プラン（State Child Health Plan）

「州児童医療プラン」は、メディケイドとは別のプログラムを創設して児童に医療保険を提供するプログラムである。

メディケイドはエンタイトルメント・プログラムであるが、州児童医療プランはエンタイトルメント・プログラムではない。エンタイトルメント・プログラムとは、受給資格要件を満たす人々は給付を受ける権利（受

給権) を与えられるプログラムである<sup>30)</sup>。

前章で述べたように、メディケイドには連邦補助金の総額(上限)はない。つまり、メディケイドの受給資格者が医療機関で医療サービスを受けた場合、医療機関に支払う医療費(患者の自己負担がある場合、それを除いた金額)のうち、メディケイドの連邦医療補助率に相当する医療費を連邦政府はかならず支払わなければ(州政府に連邦補助金を交付しなければ)ならない。

それに対して児童医療保険プログラムでは、連邦補助金に各年度の総額(上限)がある。各年度の連邦補助金の総額は、所定の割当方式によって各州に配分される。州政府が州児童医療プランを選択している場合、そしてある年度に連邦補助金(前章で述べた当初配分額と再配分額)を使い切った場合、州政府は原則として、それ以降の年度中に生じる医療費の全額を支払わなければならない。州児童医療プランはエンタイトルメント・プログラムではないので、州政府は加入者数の上限を設定する措置および連邦補助金を使い切った場合に加入を停止する措置などを講じることができ

しかし、前章で述べたように、2009年児童医療保険プログラム再認可法は各年度の連邦補助金の総額(上限)を大幅に増額し、各年度に各州に交付される連邦補助金(当初配分額)を各州の予定使用額に近づけるととも

---

30) メディケイドと児童医療保険プログラム(州児童医療プラン)にかかわるエンタイトルメント(entitlement)には2つの意味がある。1つは、州政府が定めた受給資格要件を満たす人々は給付を受ける権利を与えられるという「個人のエンタイトルメント」である。もう1つは、連邦政府が定めたガイドラインに従って作成・申請したプラン(メディケイドと児童医療保険プログラムの自州のプラン)を連邦政府が認可した州政府は連邦補助金を受け取る権利を与えられるという「連邦予算のエンタイトルメント」である。「州児童医療プラン」は、前者の意味ではエンタイトルメント・プログラムではないが、後者の意味ではエンタイトルメント・プログラムである。それに対してメディケイドは、前者の意味でも後者の意味でもエンタイトルメント・プログラムである。

に、連邦補助金が不足する事態に備えて児童加入異常準備金を創設している。

2009年4月時点で、ジョージア州・ニューヨーク州・ペンシルバニア州・テキサス州など18州が州児童医療プランを選択している<sup>31)</sup>。

## (2) メディケイド拡大 (Medicaid Expansion)

「メディケイド拡大」は、児童医療保険プログラムの加入者をメディケイド（従来のメディケイド）の受給資格者と一体化して運営するプログラムである。したがって、「メディケイド拡大」はエンタイトルメント・プログラムであり、給付内容は従来のメディケイドの給付内容と同じである。

州政府が「メディケイド拡大」を選択している場合、児童医療保険プログラムの加入者が受けた医療サービスに対して支払う医療費のうち、連邦政府が分担する割合は次のようになる。州政府が連邦補助金を使い切るまでは、連邦政府が分担する割合には児童医療保険プログラムの連邦医療補助率が適用される。州政府が連邦補助金を使い切った以降も、「メディケイド拡大」はエンタイトルメント・プログラムなので、連邦政府は医療費を負担する。しかしこの場合、連邦政府が分担する割合にはメディケイド（従来のメディケイド）の連邦医療補助率が適用される（メディケイド（従来のメディケイド）の連邦補助金が州政府に交付される）。

2009年4月時点で、メリーランド州やオハイオ州など6州とコロンビア特別区がメディケイド拡大を選択している。

## (3) 組合せプログラム (Combination Program)

「組合せプログラム」は「州児童医療プラン」と「メディケイド拡大」を組み合わせるプログラムである。

「州児童医療プラン」と「メディケイド拡大」の使い分けは、州によっ

---

31) メディケア・メディケイドサービスセンターの資料（児童医療保険プログラムのウェブページに掲載）による。

て異なっている。たとえば、世帯所得が比較的少ない児童は「メディケイド拡大」に加入し、比較的多い児童は「州児童医療プラン」に加入している州がある。また、年齢が比較的低い児童は「メディケイド拡大」に加入し、比較的高い児童は「州児童医療プラン」に加入している州もある<sup>32)</sup>。

2009年4月時点で、カリフォルニア州・フロリダ州・イリノイ州・マサチューセッツ州・ミシガン州・ニュージャージー州・バージニア州など26州が「組合せプログラム」を選択している。

そして、州政府が「州児童医療プラン」を選択する場合、児童に提供する医療保険として以下の①～④のいずれかの保険を選択しなければならない。

#### ① ベンチマーク保険 (Benchmark Coverage)

「ベンチマーク保険」とは、次の(a)～(c)のいずれかの保険と同じ医療保険である。

##### (a) FEHBP 同等保険

「連邦公務員医療給付プログラム (Federal Employees Health Benefits Program : FEHBP)」でブルークロス・ブルーシールドが引き受けている標準的な PPO プラン

##### (b) 州公務員保険

自州の「州医療給付プログラム (State Health Benefits Program)」で一般的に提供されている医療保険

##### (c) HMO が引き受けている保険

HMO が引き受けており、自州で加入者 (メディケイドの受給者を除く) がもっとも多い医療保険<sup>33)</sup>

32) Duchovny, Nelson et al. (2007), p.vii.

33) PPO (Preferred Provider Organization) と HMO (Health Maintenance Organization) については、中浜 (2006) の第3章を参照。

## ② ベンチマーク同等保険 (Benchmark-Equivalent Coverage)

「ベンチマーク同等保険」とは、次の(a)~(c)の要件を満たす医療保険である。

- (a) 「基礎サービス」(入院・外来病院サービス, 医師サービス, 生化学・レントゲン検査サービス, 予防サービス) をカバーしていること
- (b) 総保険数理価値 (aggregate actuarial value) がベンチマーク保険の1つと少なくとも同じであること
- (c) それぞれの「追加サービス」(処方薬サービス, 精神保健サービス, 眼科サービス, 耳科サービス) の保険数理価値がベンチマーク保険の保険数理価値の少なくとも75%であること

医療保険の「保険数理価値 (actuarial value)」とは、加入者が受ける医療サービスに対して支払われる全医療費のうち、どれだけが医療保険から支払われるかを示すものである。主要な医療サービスをカバーし、医療費の自己負担が少ない医療保険の保険数理価値は高くなる。保険数理価値は、カバーされる医療サービスと医療費自己負担が異なる医療保険を比較する手段の1つである。

## ③ 既存の総合保険 (Existing Comprehensive State-Based Coverage)

フロリダ州・ニューヨーク州・ペンシルバニア州の3州は、児童医療保険プログラムが実施される以前から、州内全域で低所得世帯の児童に医療保険を提供していた。「既存の総合保険」とは、これら3州が提供している医療保険である。

## ④ 保健福祉省長官が認可した保険 (Secretary-Approved Coverage)

この保険は、州児童医療プランで低所得世帯の児童に提供する保険として州政府が申請し、保健福祉省長官がそのような保険として適切であると決定した医療保険である。それには以下の保険が含まれるが、以下の保険



に限定されない。

- (a) メディケイドの自州のプランで児童に提供されている給付と同じ保険
- (b) 社会保障法第1115条に従って保健福祉省長官が認可したメディケイドのデモンストレーションプロジェクトで州政府が児童に提供している総合保険
- (c) 早期・定期検診治療 (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment) 給付をすべて含んでいる保険, または州政府が自州のメディケイドの全受給資格者に拡大している保険
- (d) ベンチマーク保険 (上記①) に追加給付をプラスした保険
- (e) 既存の総合保険 (上記③) で提供されている給付と同じ保険
- (f) 州政府が購入している団体医療保険の給付を含んでおり, ベンチマーク保険 (上記①) のそれぞれの給付とおおよそ同等または上回ることを州政府が証明している保険

2009年児童医療保険プログラム再認可法は, 保険給付について以下の新たな規定を定めている。

第1に, 児童医療保険プログラムで児童に提供する医療保険に歯科給付を含めることを州政府に義務づけたことである。その場合, 州政府は以下の3つの歯科給付プランのなかから選択することができる。

- (a) FEHBP の歯科保険

「連邦公務員医療給付プログラム (FEHBP)」で, 職員が扶養家族の歯科給付プランのなかで過去2保険年度のどちらかの年度にもっとも多く選択している扶養家族の歯科給付プラン

- (b) 州公務員の扶養家族の歯科保険

自州の「州医療給付プログラム」で一般的に提供されており, 職員が扶養家族の歯科給付プランのなかで過去2保険年度のどちらかの年度にもっとも多く選択している扶養家族の歯科給付プラン

- (c) 民間歯科保険

自州で提供されており、扶養家族の加入者（メディケイドの受給者を除く）がもっとも多い歯科給付プラン

第2に、州政府が雇用主提供医療保険に加入している児童にも歯科保険を提供できるようにしたことである。

歯科サービスをカバーしていない雇用主提供医療保険に加入している児童であり、かつもし雇用主提供医療保険に加入していないならば児童医療保険プログラムの加入資格を有する児童に対して、州政府は児童医療保険プログラムの資金を使用して歯科保険（単品）を提供できるようになった。

第3に、「精神保健給付の同等性（mental health parity）」について定めたことである。精神保健給付の同等性とは、精神保健給付（mental health benefits）は、身体医療給付（physical health benefits）と同じ方法で提供されなければならないという要件である。

州政府が州児童医療プランで児童に提供している医療保険が「治療・手術給付（medical and surgical benefits）」と「精神保健給付または薬物使用障害給付（mental health or substance use disorder benefits）の双方を提供している場合、精神保健給付または薬物使用障害給付に適用される医療費の自己負担と治療の制限（治療の頻度、通院回数、給付日数など治療の範囲と継続に対する制限）は治療・手術給付に適用されるそれらよりも大きくすることはできない。

なお、雇用主提供医療保険に対しては、1996年9月に制定された1996年精神保健同等法（Mental Health Parity Act of 1996, P.L.104-204）が精神保健給付に対する「年間給付額の上限」と「生涯の総給付額の上限」について定めている。

団体医療保険が治療・手術給付と精神保健給付の双方を提供している場合、ほとんどすべての治療・手術給付に対して「年間給付額の上限」と「生涯の総給付額の上限」を定めているならば、精神保健給付に対する「年間給付額の上限」と「生涯の総給付額の上限」は治療・手術給付に対

するそれらよりも厳しくすることはできない。他方、ほとんどすべての治療・手術給付に対して「年間給付額の上限」と「生涯の総給付額の上限」を定めていないならば、精神保健給付に対しても定めることはできない。

上記の規定は、被用者50人以下の小雇用主医療保険には適用が除外された。また、2001年9月30日までに提供されるサービスに対する給付に適用された（サンセット条項）。その後、上記の規定は7件の連邦法で有効期限が延長されている（表4を参照）。

表4 精神保健同等規定の延長

法 律	有効期限
2002年労働省・保健福祉省・教育省および関連機関支出法 (Departments of Labor, Health and Human Services, and Education, and Related Agencies Appropriation Act, 2002), P.L.107-116, 2002年1月制定	2002年12月31日まで
2002年精神保健同等再認可法 (Mental Health Parity Reauthorization Act of 2002), P.L.107-313, 2002年12月制定	2003年12月31日まで
2003年精神保健同等再認可法 (Mental Health Parity Reauthorization Act of 2003), P.L.108-197, 2003年12月制定	2004年12月31日まで
2004年就労世帯減税法 (Working Families Tax Relief Act of 2004), P.L.108-311, 2004年10月	2004年10月4日から2005年12月31日まで
1974年被用者退職所得保障法第I編等を修正する法律 (An Act to amend title I of the Employee Retirement Income Security Act of 1974, title XXVII of the Public Health Service Act, and the Internal Revenue Code of 1986 to extend by one year provisions requiring parity in the application of certain limits to mental health benefits), P.L.109-151, 2005年12月制定	2006年12月31日まで
2006年減税および医療法 (Tax Relief and Health Care Act of 2006), P.L.109-432, 2006年12月制定	2007年12月31日まで
2008年軍人所得支援および救済税法 (Heroes Earnings Assistance and Relief Tax Act of 2008), P.L.110-245, 2008年6月制定	2008年6月17日から2008年12月31日まで

(出典) The Library of Congress, THOMAS

また、2008年10月に制定された精神保健および依存症同等法（Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008, P.L.110-343）は、精神保健給付または薬物使用障害給付に適用される医療費の自己負担と治療の制限について定めている。

団体医療保険が「治療・手術給付」と「精神保健給付または薬物使用障害給付」の双方を提供している場合、精神保健給付または薬物使用障害給付に適用される「医療費の自己負担」と「治療の制限」は治療・手術給付に適用されるそれらよりも大きくすることはできない。

2009年児童医療保険プログラム再認可法が精神保健給付の同等性について定めた規定は、上記の規定と同じである。

## 7. 雇用主提供医療保険の保険料助成

第2章で述べたように、民間医療保険に加入している非高齢者の多くは雇用主提供医療保険に加入している。しかし、雇用主が医療保険を提供し、被用者（とその扶養家族）は医療保険の加入資格を有していても、被用者の保険料負担が大きいため医療保険に加入できない被用者（とその扶養家族）もいる。

雇用主提供医療保険には、被用者のみが加入する「単身保険」と、被用者とその扶養家族が加入する「家族保険」がある。「単身保険」を提供している雇用主のほとんどは「家族保険」も提供している。児童は、親の勤務先が医療保険を提供している場合、「家族保険」に加入することができる。

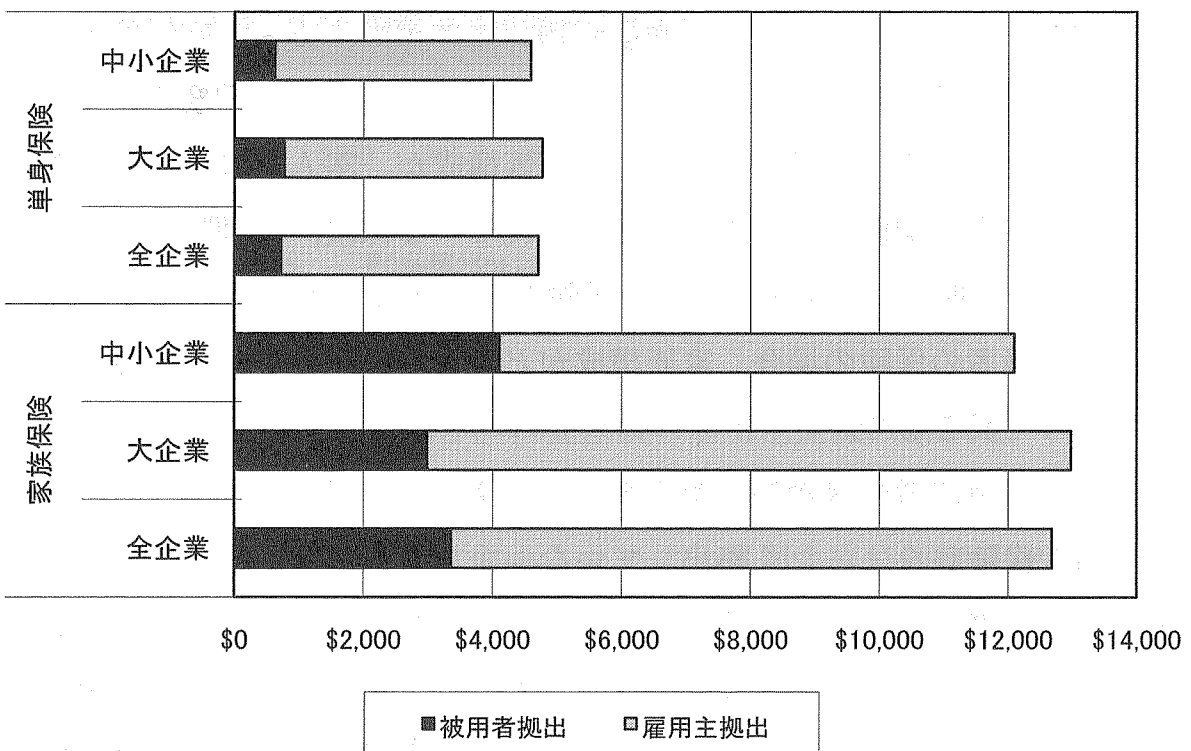
雇用主提供医療保険には、雇用主が保険料を全額拠出する（被用者は拠出しない）保険と、被用者も保険料を拠出する保険がある。前者を「非拠出プラン」、後者を「拠出プラン」という。

保険料は、家族保険のほうが単身保険よりも高い。また、被用者の保険料の拠出割合は、単身保険も家族保険も雇用主によって大きく異なるが、同じ雇用主では一般に家族保険のほうが大きい。そのために、扶養家族の

いる被用者が家族保険を選択すると、被用者の保険料の負担は大きくなる<sup>34)</sup>。

図8は、単身保険と家族保険の年平均保険料および雇用主と被用者の拠出額を示したものである。まず、年平均保険料をみると、「単身保険」も「家族保険」も大企業（被用者200人以上）のほうが中小企業（被用者3～199人）よりも多い。

図8 年平均保険料の拠出額（2008年）



(出典) Kaiser Family and HRET (2008)

次に、被用者の保険料の拠出額（拠出割合）をみると、「単身保険」では、中小企業の被用者の拠出額は624ドル（13.6%）、大企業の被用者の拠出額は769ドル（16.1%）であり、大企業の拠出額（拠出割合）のほうが多い。しかし「家族保険」では、中小企業の被用者の拠出額は4,101ドル

34) 一般に所得が低い被用者ほど、単身保険でも家族保険でも、被用者の保険料の拠出割合は大きくなっている。この点については、Sommers (2007b) を参照。

(33.9%)、大企業の被用者の拠出額は2,982ドル(23.0%)であり、中小企業の拠出額(拠出割合)のほうがかなり多い<sup>35)</sup>。

つまり「家族保険」では、年平均保険料(保険料の総額)は中小企業のほうが少ないにもかかわらず、被用者の保険料の拠出額は中小企業のほうがかなり大きくなっている。

48州・コロンビア特別区用の2008年連邦貧困水準は、3人家族の場合17,600ドル、4人家族の場合21,200ドルである。したがって、家族保険における中小企業の被用者の拠出額4,101ドルは、3人家族の連邦貧困水準の23.3%、4人家族の連邦貧困水準の19.3%に相当する。家族保険の保険料率は、家族構成にかかわらず同じである保険もあれば、家族構成によって異なる保険もある。後者の保険には、家族構成が「本人(被用者)+配偶者」と「本人+配偶者+子供」に区分されている保険、「配偶者」「子供」「配偶者+子供」に区分されている保険などがある。前者の保険か後者の保険か、後者の保険の場合、家族構成がどのように区分されているかは企業によって異なる<sup>36)</sup>。

雇用主と被用者の保険料の拠出割合は企業によって大きく異なっており、被用者が保険料をまったく拠出していない企業もあれば、被用者が保険料の大部分を拠出している企業もある。図9は、被用者の保険料拠出割合による家族保険の被用者の構成割合を示したものである。被用者が保険料の25%以下を拠出している被用者の割合は、中小企業が40%、大企業が60%であり、大企業が20ポイント大きい<sup>37)</sup>。また、被用者が保険料の50%以下を拠出している被用者の割合は、中小企業が71%、大企業が94%であり、

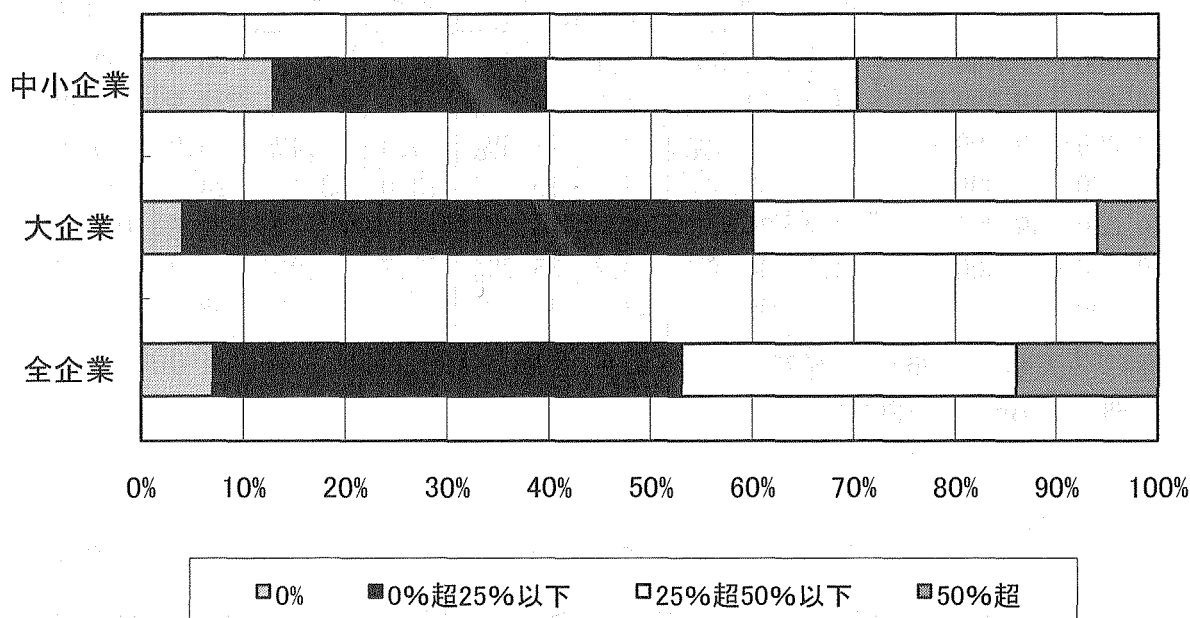
35) 2008年における雇用主提供医療保険の年平均保険料や被用者平均拠出額などについては、Crimmel(2009)も参照。

36) 被用者50人以下の雇用主が被用者とその扶養家族に提供する医療保険(小雇用主医療保険)では、家族構成の区分を州保険法で定めている(保険者はそれによって家族保険の保険料率を設定しなければならない)州がある。

37) しかし、被用者が保険料をまったく拠出していない被用者の割合は、中小企業が13%、大企業が4%であり、中小企業が9ポイント大きい。

大企業が23ポイント大きい。

図9 被用者の保険料拠出割合別の被用者の構成割合（2008年）



(出典) Kaiser Family and HRET (2008)

一般に世帯所得が低いほど、扶養家族の雇用主提供医療保険への加入率は低くなっている（表5を参照）。それには、次の2つの要因が考えられる。1つは、親がパートなどであるために、雇用主提供医療保険の加入資格を有していないことである。もう1つは、雇用主提供医療保険の加入資格を有していても、被用者の保険料負担が大きいため家族保険に加入できないことである。

表5 世帯所得別の非高齢者の雇用主提供医療保険への加入状況  
(2007年)

世帯所得	本人①		扶養家族②		①+②		全体	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
10,000ドル未満	1.1	5.5%	1.1	5.6%	2.3	11.1%	20.3	100.0%
10,000～19,999ドル	3.2	14.1%	1.3	5.9%	4.5	20.0%	22.5	100.0%
20,000～29,999ドル	6.2	24.9%	3.1	12.5%	9.3	37.4%	25.0	100.0%
30,000～39,999ドル	8.2	33.3%	4.8	19.7%	13.0	53.1%	24.5	100.0%
40,000～49,999ドル	8.2	36.3%	6.0	26.8%	14.2	63.1%	22.5	100.0%
50,000～74,000ドル	18.5	38.3%	17.2	35.7%	35.7	74.0%	48.2	100.0%
75,000ドル以上	38.6	39.3%	44.9	45.6%	83.5	84.9%	98.3	100.0%

(注) 「人数」の単位：百万人

(出典) Fronstin (2008)

児童医療保険プログラムにおいて、児童が同プログラムの加入資格を有しており、また親の勤務先の雇用主提供医療保険（家族保険）の加入資格も有している（しかし、被用者の保険料負担が大きいなどために加入していない）場合、州政府が州児童医療プランで直接提供する医療保険に児童が加入するよりも、親の勤務先の雇用主提供医療保険（家族保険）に加入するほうが「コスト効果的（cost-effective）」である（つまり、親の勤務先の雇用主が提供する家族保険に加入する場合の州政府のコストは、州政府が直接提供する医療保険に加入する場合の州政府のコスト以下である）ならば、「家族保険」で被用者が拠出する保険料を州政府は児童医療保険プログラムの資金から支払う（保険料の全額とは限らない）ことができる。これは、一般に「保険料助成（premium assistance）」と呼ばれる。

雇用主提供医療保険（家族保険）に対する保険料助成には、親は雇用主提供医療保険に加入しているが、児童はそれに加入していない場合（つまり、親が「単身保険」に加入している場合）、親も児童も雇用主提供医療保険に加入していない場合、がある。後者でも、「家族保険」の保険料に対する雇用主の拠出割合が比較的大きい（換言すれば、被用者の拠出割合が比較的小さい）ならば、児童のみが州児童医療プランで提供される医療



保険に加入するよりも、家族（親と児童）が雇用主提供医療保険（家族保険）に加入するほうが「コスト効果的」になる。

州政府は、①メディケイドの「医療保険料助成（Health Insurance Premium Payment）」、②児童医療保険プログラム（州児童医療プラン）、③医療保険柔軟性・説明責任イニシアチブ（Health Insurance Flexibility and Accountability Initiative）、④州政府の自主財源、で雇用主提供医療保険（家族保険）に対して保険料助成を実施することができる。

メディケイドで実施される保険料助成は一般に「医療保険料助成」と呼ばれ、1990年11月に制定された1990年包括財政調整法（Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990, P.L.101-508）によって導入された<sup>38)</sup>。メディケイドで導入されていた保険料助成が児童医療保険プログラム（州児童医療プラン）にも導入され、拡充されたものといえる。

2001年8月に導入された医療保険柔軟性・説明責任イニシアチブは、とくに民間保険を活用して低所得の無保険者に医療保険を提供するリサーチ・デモンストレーションプロジェクトの1つである<sup>39)</sup>。

州政府が児童医療保険プログラム（州児童医療プラン）で雇用主提供医療保険に対して保険料助成を行う場合、雇用主提供医療保険の給付水準と医療費自己負担は、州政府が州児童医療プランで児童に提供する医療保険と同等でなければならない。雇用主提供医療保険の給付水準が州児童医療プランの医療保険よりも低い場合、州政府は補足給付を提供しなければならない。また、雇用主提供医療保険の医療費自己負担が州児童医療プラン

38) 医療保険料助成は、1990年包括財政調整法では州政府の義務とされたが、1997年均衡予算法によって州政府の義務から裁量に変更された。

39) メディケア・メディケイドサービスセンターは、リサーチ・デモンストレーションプロジェクトを①包括的デモンストレーション（comprehensive demonstration）、②家族計画デモンストレーション（family planning demonstration）、④医療保険柔軟性・説明責任イニシアチブ、⑤薬剤プラスデモンストレーション（pharmacy plus demonstration）の5つに分類している。

の医療保険よりも大きい場合、州政府は差額を支払わなければならない<sup>40)</sup>。

2009年児童医療保険プログラム再認可法は、雇用主提供医療保険に対する保険料助成について以下の新たな規定を定めている。

第1に、雇用主の最低限の保険料拠出割合を40%に定めたことである。つまり、雇用主が保険料の40%以上を拠出する場合、州政府は雇用主提供医療保険（家族保険）に対して保険料助成を行うことができる。雇用主の最低限の保険料拠出割合を定めているのは、被用者の児童が児童医療保険プログラムの加入資格を有することがわかった場合、雇用主がその保険料拠出割合を大幅に引き下げること防止するためである。

2009年児童医療保険プログラム再認可法の制定以前では、医療財政庁（Health Care Financing Administration）は各州政府に出した1998年2月13日付の通達（directive）で雇用主の最低限の保険料拠出割合を60%としたが、2001年1月11日発行の『フェデラルレジスター』第66巻第8号に掲載された保険料助成についての最終の規則（施行日は2001年4月11日）には盛り込まなかった<sup>41)</sup>。しかし、州政府は雇用主の最低限の保険料拠出割合を定めなければならなかった。たとえば、アイダホ州とユタ州は50%（2007年時点）に定めていた<sup>42)</sup>。

図10は、図9の「被用者の保険料拠出割合別」を「雇用主の保険料拠出割合別」にして被用者の構成割合を示したものである。雇用主が保険料の50%以上を拠出している被用者の割合は、中小企業70%、大企業94%、全企業86%である。したがって、2009年児童医療保険再認可法で新たに規定された「雇用主の最低限の保険料拠出割合40%」には、大部分の被用者（大企業ではほとんどの被用者）が該当している。

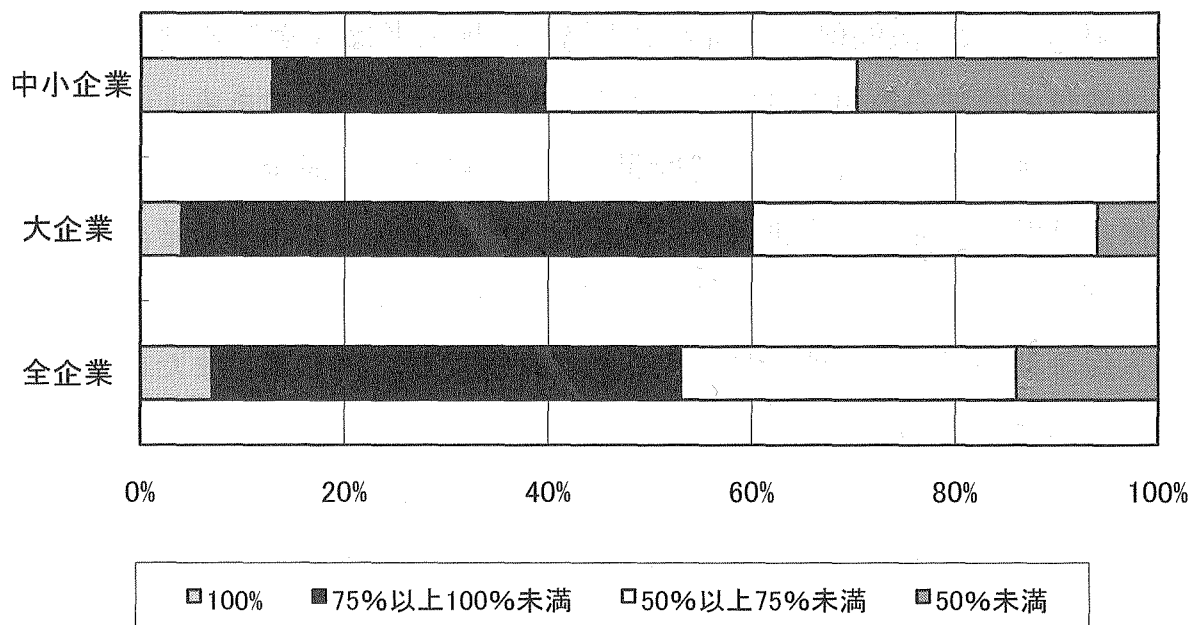
---

40) 雇用主提供医療保険の給付水準や医療費自己負担などの要件は、メディケイドの医療保険料助成、児童医療保険プログラム（州児童医療プラン）、医療保険柔軟性・説明責任イニシアチブで異なっている。この点については、Williams（2003）を参照。

41) 医療財政庁はメディケア・メディケイドサービスセンターの前身である。

42) Alker（2008）, p.6.

図10 雇用主の保険料拠出割合別の被用者の構成割合（2008年）



第2に、保険料助成にかかわる申請支援・加入活動を促進する（それによって雇用主提供医療保険の加入を増加させる）ために、保険料助成にかかわる申請支援・加入活動費に対してより多くの連邦補助金が交付されることである。

連邦補助金は、保険給付費だけでなく非保険給付費（申請支援・加入活動費など）に対しても交付される。しかし、第5章で述べたように、連邦補助金が交付されるためには、非保険給付費は支出額（保険給付費＋非保険給付費）の10%以下でなければならない。

2009年児童医療保険プログラム再認可法は、全支出額の10%までの非保険給付費に加えて、州政府が全支出額の1.25%（上限）を保険料助成にかかわる申請支援・加入活動費に支出することを認めている（つまり、非保険給付費に支出できる割合を全支出額の10%から11.25%に引き上げている）。

第3に、雇用主提供医療保険の「特別加入保証期間（special enrollment period）」にかかわる新たな規定を定めたことである。

雇用主提供医療保険には、一般に「加入保証期間」がある（上記の「特

別加入保証期間」とは異なる)。「加入保証期間 (open enrollment period)」とは、医療保険に加入する場合、加入者は保険料の割り増しまたは給付の削減の適用を受けることなく加入できる期間である。

加入保証期間は、各年に一定期間 (たとえば30日) 設定されている。加入保証期間中に雇用主提供医療保険に加入する場合、被用者とその扶養家族は保険料の割り増しまたは給付の削減の適用を受けない (逆にいえば、加入保証期間以外の期間に加入する場合、保険料の割り増しまたは給付の削減の適用を受ける)。

1996年までは、連邦法には「特別加入保証期間」の規定がなかった。そのため、被用者とその扶養家族が雇用主提供医療保険の加入資格を取得した場合、その時に加入しないで後に加入する (たとえば、子供の誕生などによって加入の必要性が高まったために加入する) 場合、保険料の割り増しまたは給付の削減の適用を受けたくなければ次の「加入保証期間」まで待たなければならなかった。

1996年8月に制定された連邦法の1996年医療保険携行・執行責任法 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, P. L.104-191) は、「特別加入保証期間」について定めた。それによって、結婚・子供の誕生・養子縁組によって家族構成が変化した場合、家族構成の変化後30日以内であれば (家族構成の変化後30日が特別加入保証期間)、被用者とその扶養家族は保険料の割り増しまたは給付の削減の適用を受けることなく雇用主提供医療保険に加入できるようになった。

2009年児童医療保険プログラム再認可法は、児童が児童医療保険プログラムの加入資格を取得または喪失した場合でも、雇用主提供医療保険の「特別加入保証期間」を設定した。

世帯所得の増加などのために児童が児童医療保険プログラムの加入資格を喪失した場合、加入資格の喪失後60日以内であれば、被用者とその扶養家族は保険料の割り増しまたは給付の削減の適用を受けることなく雇用主提供医療保険に加入できることになった。

また、児童が児童医療保険プログラムの加入資格を取得し、また親の勤務先の雇用主提供医療保険の加入資格も有している場合、そして州政府がその雇用主提供医療保険に対して保険料助成を行う場合、児童医療保険プログラムの加入資格の取得後60日以内であれば、被用者とその扶養家族は保険料の割り増しまたは給付の削減の適用を受けることなく雇用主提供医療保険に加入できることになった。

## 8. むすび

アメリカの医療保険制度は、公的医療保険と民間医療保険からなっている。高齢者（65歳以上）一般には、「メディケア」と呼ばれる公的医療保険がある。しかし、非高齢者一般を対象とする公的医療保険は存在しない。非高齢者の多くは、就労を通じて雇用主提供医療保険と呼ばれる民間医療保険に加入している。また、メディケアの給付は十分ではない（医療費の自己負担が大きい）ために、高齢者の多くも民間医療保険に加入している。つまり、アメリカでは民間医療保険が主流である。

民間医療保険に加入できない貧困者は、政府が最低限の医療を保障する「メディケイド」と呼ばれる医療扶助を受けている。しかし、低所得であっても貧困ではないために医療扶助を受けられず、他方で保険料の負担が大きいために民間医療保険にも加入できない無保険者が多数存在している。

1997年に創設された児童医療保険プログラムは、州政府がおもに低所得世帯の無保険の児童に医療保険を提供するものである。そのさいの特徴の1つは、州政府は民間保険（雇用主提供医療保険）から公的保険（児童医療保険プログラム）への乗り換えを防止する措置を講じていることである。それは、親の勤務先の雇用主提供医療保険に加入している児童のなかには、雇用主提供医療保険に加入しないならば児童医療保険プログラムの加入資格を有する低所得世帯の児童がいるためである。

乗り換えを防止する措置には、①保険のデータベースを通じて家族の保

険加入状況を確認する，②児童医療保険プログラムに加入する前の一定期間，無保険でなければ児童医療保険プログラムの加入資格を与えない，③雇用主提供医療保険で雇用主が保険料の拠出割合を引き下げていないか，また自己負担を引き上げていないか監視する，④児童医療保険プログラムで提供する医療保険の自己負担を民間保険の自己負担と近似させる，などがある。

児童医療保険プログラムで児童に医療保険を提供するさいのもう1つの特徴は，民間保険を活用していることである。児童医療保険プログラムの財源のほとんどは公費（連邦政府の補助金と州政府の自主財源）であり，保険料はわずかである。しかし，州政府は保険者になって医療保険を提供しているのではなく，民間保険者に無保険児童向けの医療保険を開発・販売してもらい，その保険料を助成している。また，児童医療保険プログラムの加入資格を有する児童の親が就労していても，被用者の保険料負担が大きいため雇用主提供医療保険（家族保険）に加入できない場合には，その保険料も助成して民間医療保険の加入を促進している。

オバマ政権が発足して早々に制定された2009年児童医療保険プログラム再認可法は，児童医療保険プログラムを4年半と比較的長期に延長するとともに，連邦政府の補助金を大幅に増額している。しかし，公費（連邦補助金）の増額は，保険者が政府である公的保険を拡大させるものではない。児童医療保険プログラムで州政府が無保険の児童に医療保険を提供するさいの特徴である民間保険の活用は維持されており，雇用主提供医療保険に対する保険料助成は促進されているのである。

また，2009年児童医療保険プログラム再認可法（2009年2月4日制定）に続いて2月17日に制定された2009年アメリカ回復・再投資法（American Recovery and Reinvestment Act of 2009）は，COBRA継続保険（COBRA continuation coverage）に対する保険料補助について定めている。

COBRAとは，1986年4月に制定された1985年包括財政調整法（Con-

solidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985, P.L. 99-272) である。同法によって、被用者20人以上の雇用主の被用者またはその扶養家族に適格事由 (qualifying event) が生じた場合、被用者またはその扶養家族は医療保険 (雇用主提供医療保険) を継続することができる。

上記の適格事由には、勤務に関連する事由 (辞職・解雇・退職による雇用の終了、医療保険の加入資格を喪失させる勤務時間の減少) および家族に関連する事由 (被用者の死亡や離婚など) の2種類がある。勤務関連事由の場合は18カ月間、家族関連事由の場合は36カ月間、医療保険を継続できる。しかし、被用者またはその扶養家族は保険料を全額支払わなければならない。

また、多くの州保険法は、1985年包括財政調整法が適用されない被用者20人未満の雇用主の被用者またはその扶養家族の継続保険について定めている。

2009年アメリカ回復・再投資法は継続保険 (州保険法が定める継続保険も含む) に対する保険料の補助金として247億ドルを計上し、2008年9月1日から2009年12月31日までの期間に解雇された被用者が医療保険を継続する場合、連邦政府は9カ月間、保険料の65%を補助する<sup>43)</sup>。

オバマ政権は医療保険改革を重要課題の1つに掲げており、2009年末までに医療保険改革法の成立を目指す意向を示している。2009年7月初め時点で、連邦議会の上下両院の委員会で多くの医療保険改革案が提示されており、改革案のなかには公的医療保険の創設を盛り込んでいるものもある<sup>44)</sup>。

公的医療保険の創設については賛否両論があり、公的保険の拡大か民間保険の普及 (雇用主提供医療保険に対する租税優遇措置の強化など) かが大きな争点になるであろう。しかし、公的保険 (連邦政府または州政府が

43) 保険料補助について詳しくは Schwartz (2009) を参照。

44) Kaiser Family (2009)。

保険者となる公的保険) を創設しても、それは民間保険から公的保険への乗り換えが生じないように設計され、本稿で取り上げた児童医療保険プログラムのように加入資格者が定められるか、そうでなければ民間保険とともに選択肢の1つとして提供されるであろう。

(筆者は小樽商科大学教授, 経済学博士)

#### 参考文献

- Alker, Joan (2008), *Choosing Premium Assistance: What Does State Experience Tell Us?* Washington, DC: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Artiga, Samantha (2009), *The Role of Section 1115 Waivers in Medicaid and CHIP: Looking Back and Looking Forward*. Washington, DC: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Baumrucker, Evelyne P. (2001), *The State Children's Health Insurance Program: Eligibility, Enrollment, and Program Funding*. CRS Report for Congress, RL30642, Congressional Research Service, The Library of Congress.
- Bilheimer, Linda et al. (1998), *Expanding Health Insurance Coverage for Children Under Title XXI of the Social Security Act*. The Congress of the United States, Congressional Budget Office.
- Cohen, Robin A. and Michael E. Martinez (2009), *Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey, 2008*. Atlanta: National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention.
- Crimmel, Beth Levin (2009), *Employer-Sponsored Single, Employee-Plus-One, and Family Health Insurance Coverage: Selection and Cost, 2008*. Statistical Brief No.251. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- DeNavas-Walt, Carmen, Bernadette D. Proctor, and Jessica C. Smith (2008), U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P60-235, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Duchovny, Noelia, Lyle Nelson et al. (2007), *The State Children's Health Insurance Program*. The Congress of the United States, Congressional Budget Office.



- Fronstin, Paul (2008), *Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2008 Current Population Survey*. EBRI Issue Brief No.321. Washington, DC: Employee Benefit Research Institute.
- Gilmer, Todd P. and Richard G. Kronick (2009), "Hard Times and Health Insurance: How Many Americans Will be Uninsured by 2010?" *Health Affairs*, Vol.28, No.4, pp.w573-w577.
- Hearne, Jean (2005), *Medicaid Eligibility for Adults and Children*. CRS Report for Congress, RL33019, Congressional Research Service, The Library of Congress.
- Herz, Elicia J. and Chris L. Peterson (2006), *State Children's Health Insurance Program (SCHIP): A Brief Overview*. CRS Report for Congress, RL30473, Congressional Research Service, The Library of Congress.
- Herz, Elicia (coordinator), Jean Hearne et al. (2005), *How Medicaid Works: Program Basics*. CRS Report for Congress, RL32277, Congressional Research Service, The Library of Congress.
- Horner, Dawn, Jocelyn Guyer, Cindy Mann, and Joan Alker (2009), *The Children's Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009*. Washington, DC: Center for Children and Families, Georgetown University Health Policy Institute.
- Hudson, Julie L. and Thomas M. Selden (2007), "Children's Eligibility and Coverage: Recent Trends and A Look Ahead." *Health Affairs*, Vol.26, No.5, pp.w618-w629.
- Hudson, Julie L., Thomas M. Selden, and Jessica S. Banthin (2005), "The Impact of SCHIP on Insurance Coverage of Children." *Inquiry*, Vol.42, No.3 (Fall), pp.232-254.
- Kaiser Family (2009), *Side-by-Side Comparison of Major Health Care Reform Proposals*. The Henry J. Kaiser Family Foundation, July 9, 2009.
- Kaiser Family and HRET (2008), *Employer Health Benefits: 2008 Annual Survey*. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation, and Chicago, IL: Health Research and Educational Trust.
- Lambrew, Jeanne M. (2007), *The State Children's Health Insurance Program: Past, Present, and Future*. New York: The Commonwealth Fund.
- Nelson, Lyle et al. (2003), *How Many People Lack Health Insurance and For How Long?* Washington, DC: The Congress of the United States, Congressional Budget Office.

- Neuschler, Ed and Rick Curtis (2003), *Premium Assistance: What Works? What Doesn't?* Washington, DC: Institute for Health Policy Solutions.
- Oberlander, Jonathan B. and Barbara Lyons (2009), "Beyond Incrementalism? SCHIP and the Politics of Health." *Health Affairs*, Vol. 28, No.3, pp.w399-w410.
- Rhoades, Jeffrey A. and Steven B. Cohen (2008), *The Long-Term Uninsured in America, 2003-2006: Estimates for the U.S. Civilian Noninstitutionalized Population under Age 65*. Statistical Brief No.220. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Ross, Donna Cohen and Caryn Marks (2009), *Challenges of Providing Health Coverage for Children and Parents in a Recession: A 50 State Update on Eligibility Rules, Enrollment and Renewal Procedures, and Cost-Sharing Practices in Medicaid and SCHIP in 2009*. Washington, DC: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Schwartz, Karyn (2009), *The COBRA Subsidy and Health Insurance for the Unemployed*. Washington, DC: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Sommers, Benjamin D. (2007a), "Why Millions of Children Eligible for Medicaid and SCHIP are Uninsured: Poor Retention Versus Poor Take-up?" *Health Affairs*, Vol.26, No.5, pp.w560-w567.
- Sommers, John P. (2007b), *A Comparison of Employer-Sponsored Health Insurance Characteristics for the Private Sector for the Years 2001 and 2004, by Average Payroll*. Statistical Brief No.160. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- United States General Accounting Office (GAO) (2004), *Medicaid and SCHIP: States' Premium and Cost Sharing Requirements for Beneficiaries*. GAO-04-491. Washington, DC: GAO.
- Williams, Claudia (2003), *A Snapshot of State Experience Implementing Premium Assistance Programs*. Portland, ME: National Academy for State Health Policy.
- Williams, Susan R. and Margo I. Rosenbach (2007), "Evolution of State Outreach Efforts Under SCHIP." *Health Care Financing Review*, Vol.28, No.4 (Summer), pp.95-107.
- 中浜 隆 (2006) 『アメリカの民間医療保険』(渋谷博史監修, シリーズ「アメリカの財政と福祉国家」第7巻) 日本経済評論社
- (2008) 「アメリカの医療扶助改革と民間医療保険」 『社会科学研究』(東京大学社会科学研究所) 第59巻第5・6合併号, pp.7-42.