
特集：アメリカの社会保障

医療保障改革法（PPACA）の10年 ——オバマケアの成果と課題——

長谷川 千春*

抄 録

2010年に成立した医療保障改革法に基づく改革は、無保障者問題及び医療費負担問題に対応しようとする連邦政府の試みである。個人へ医療保険加入義務を前提に、雇用主に対しては雇用主提供医療保険の提供の維持・拡大を促し、個人購入医療保険への加入可能性を高める試みとして医療保険取引所を創設し、低・中所得層を対象に保険料補助及びコストシェアリング補助により医療費負担可能性の向上を企図した。2010年から2016年にかけて、無保障者数は劇的に減少したが、トランプ政権に移行した2017年以降無保障者数は再び増加している。またメディケイドの連邦規定の寛大化により、すべての貧困者への医療扶助の拡大を強制的に実施しようとしたが、一部違憲との判決を受けて、12州が不採択のままとなっており、新たな州間での医療保障格差の要因となっている。低保障の問題に直面する保険加入者も増加しており、医療費負担可能性の問題は依然として大きい。

キーワード：医療保障改革法、保険加入可能性、医療費負担可能性、無保障者、低保障

社会保障研究 2021, vol.6, no.2, pp.130-147.

I はじめに

2009年のオバマ大統領就任に始まるアメリカ医療保障改革は、2010年3月の医療保障改革法（Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 [P.L.111-148] 及び Health Care and Education Reconciliation Act of 2010 [P.L.111-152]）の成立により、その一歩を踏み出した。オバマ大統領は、医療保障改革は現在の無保障者だけでなく、保険加入者にとっても必要なものであると訴えた。すなわち、第1に医療保険加入者に対してはより保険の安定性と安全性を高めること、第2に医療保

険未加入者に対しては保険料が負担可能な保険の選択肢を提供すること、そして第3に国民、企業、政府の医療費負担を抑制することを改革の目的として掲げた。

日本をはじめ各国では国民皆保険への一歩として報じられた医療保障改革法の成立であるが、この連邦法は既存の医療保障システムそのものを抜本的に変えるものではない。つまり、国民全体を対象とした公的医療保険体制を確立するものではなく、あくまで企業保障（雇用主提供医療保険）を主軸として、個人購入医療保険を含む民間医療保障によってカバーされることを想定した改革であり、また公的医療保障の枠組みも民間医療保障

* 立命館大学産業社会学部 教授

を補足するこれまで同様の位置づけで、連邦と州政府との分権的な関係性のなかで改革が進められることとなった。

本稿では、オバマ政権（2009-2017年）・トランプ政権（2017-2021年）下における医療保障改革法に基づく医療政策の動向を整理し、その成果と課題を検討する。なお、医療保障改革法は民間医療保険だけでなく、公的医療保険であるメディケア改革、医療サービスに関する内容も含む、非常に包括的なものであるが、ここでは主として民間医療保険及びメディケイド・CHIPに関する改革に焦点を当て、医療保障改革法の目的として掲げられた無保障者問題の改善とともに、医療費負担の問題の成果と課題について検討する。医療保障改革法が成立した後も、民主・共和党間での対立は続いており、さまざまな司法的、立法的、行政的な“チャレンジ”が医療保障改革に与えた影響についても検討する。

II 医療保障改革法以前のアメリカ医療保障が抱える問題

国民全体を対象とした公的医療保険がないアメリカにおいて医療保障を得る主な手段は、民間医療保険と公的医療保険（メディケア）、そして医療扶助（メディケイド等）である。その一方で、強制加入の医療保険がないことで、必然的に医療保険に未加入でかつ医療扶助も受けていない無保障者の問題を抱えてきた。

公的医療保険であるメディケアの受給資格を持つのは、社会保障年金を受給する65歳以上の高齢者及び65歳未満の一部障害者等であり、メディケア・パートA（入院医療、在宅医療、ホスピスなどをカバーする病院保険）のみが強制保険である。現役時代に社会保障税としてメディケア税（被用者の場合は課税所得の2.9%を労使折半）を納税

することで、65歳以降に保険給付を受けることができる¹⁾。任意加入である医師への報酬支払いなどをカバーするメディケア・パートBや処方薬給付を行うメディケア・パートDについては保険料を支払う必要があり、またこれらの代わりにメディケア適格の民間医療保険（メディケア・パートC、その後メディケア・チョイス・プログラム、メディケア・アドバンテージと名称変更）に加入することもできる。

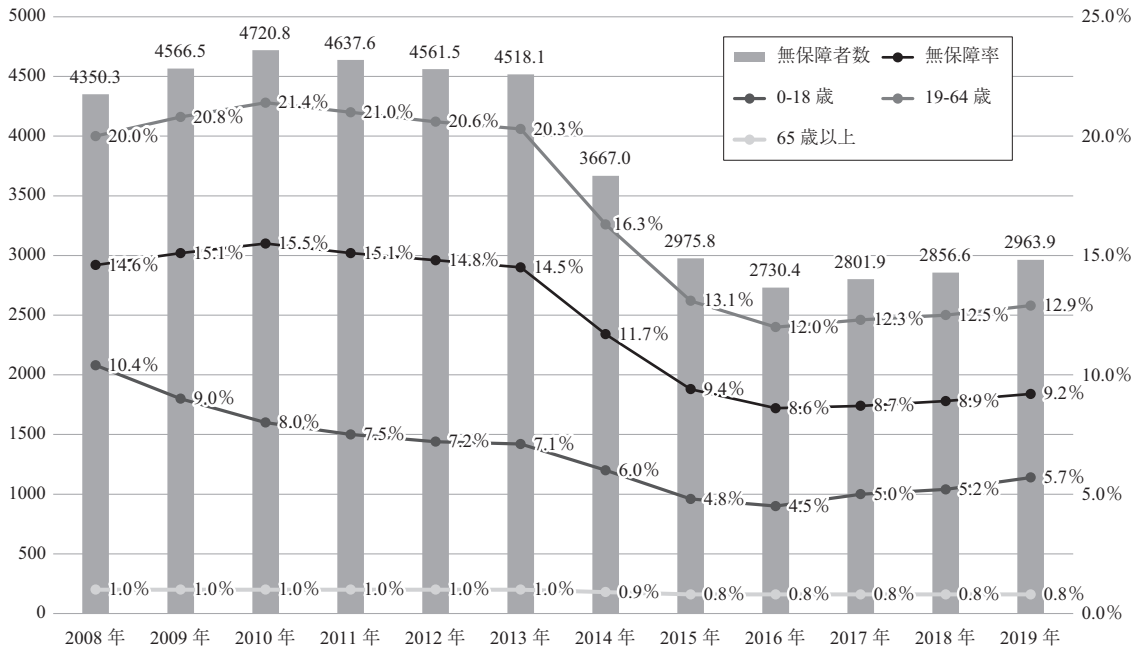
65歳以上の高齢者のほとんどが医療保険にカバーされている一方で、65歳未満の人々、特に19-64歳の医療保険加入率が相対的に低く、無保障問題はもっぱら非高齢者の問題といえる²⁾。

2000年代以降でみると、無保障者は増加の一途をたどっており、2007年からの世界同時不況の影響もあって、2008年の無保障者数は約4721万人に上り、無保障率は15.5%に達していた。特に19-64歳の無保障者が4000万人以上で、同年齢層の5人に一人が無保障という状況となっていた（図1）。

無保障問題悪化の背景には、民間医療保障の縮小がある。65歳未満の人の民間医療保険加入率は、1970年代半ばには8割近くであったが、2008年には3分の2程度まで落ち込んでいた。特に雇用主提供医療保険は、雇用主が被用者やその家族、退職者に対して、付加給付の一つとして提供する民間医療保険であるが、雇用主は、被用者（及びその扶養家族等）に医療保険の提供や保険料拠出を法的に義務付けられているわけではない。ゆえに、企業規模や業種により、雇用主提供医療保険を提供しているかどうかには違いがあり、また加入資格条件や提供する保険プランの内容、雇用主と被用者との間での保険料拠出の分担割合も、基本的には雇用主の裁量によるものとなっていた。雇用構造の変化の中で、雇用主提供医療保険の提供率が低い業種での就労者が増加したこと、そして正規雇用と非正規雇用そして従来の働き方で

¹⁾ 医療保障改革法により、2013年以降、一定以上の賃金所得や自営業所得を得る者（単身世帯：年間20万ドル以上、夫婦世帯：年間25万ドル以上）を対象に、社会保障税が0.9%上乘せされている。

²⁾ メディケアに加入する高齢者であっても、医療費の自己負担が高額となった際の経済的負担の問題や、給付対象外とされるケア（例えば長期介護ケア等）の費用負担の問題もある。医療保障改革法では、処方薬給付の改善等のメディケアに関する施策も多く含まれるが、ここでは割愛する。



出所：U.S. Census Bureau, 2008 to 2019 American Community Surveys (ACS) より筆者作成。

図1 無保障者数及び無保障率の推移 (万人, %)

はないコンティンジェントワーカーとの間の付加給付格差が残存した中で、後者の雇用形態での就労者が増加したことで、雇用主提供医療保険の「空洞化」ともいべき事態が顕在化していた³⁾。

公的医療保障のうち、医療扶助であるメディケイド及び児童医療保険プログラム(CHIP)の役割も少なくなかった。メディケイドは、メディケアと同時に創設された、貧困者を対象とした医療扶助プログラムである。メディケイドは州政府(ワシントンD.C.含む)が所管しており、連邦政府は州がメディケイドを実施する場合に満たすべき最低限の適用要件(適用対象や所得要件など)とそれに対する最低限の基本サービスについて定め、連邦補助金を交付している。州政府はこの連邦のガイドラインに基づき、適用要件(適用対象や所得要件など)や給付範囲・期間、診療報酬支払いなどについては、独自に規定・運営しており、州

ごとに多様なプログラムとして実施されてきた。医療保障改革法以前の連邦が定めるメディケイドの最低限の適用基準では、適格対象者が限定されており、旧AFDC(要扶養児童のいる貧困家庭向け公的扶助)の経済基準を満たす貧困家族、連邦貧困基準(FPL)133%未満の妊婦(出産後60日まで)及び5歳以下の子ども、生活扶助であるSSI(Supplemental Security Income)を受給する高齢者及び障害者、FPL100%未満の6~18歳の子ども、等であり、扶養児童のいない成人は低所得であっても対象外とされてきた⁴⁾。2011年1月時点でウェイバー・プログラム⁵⁾や州独自のプログラムとして、扶養児童のいない成人にメディケイドを提供している州がわずかに7州のみであった(コネチカット州、ニューヨーク州、デラウェア州、バーモント州、ワシントンD.C.、ハワイ州、アリゾナ州(ただし、ハワイ州およびアリゾナ州は、

³⁾ 詳しくは、長谷川(2021b)。

⁴⁾ 1980年代半ばから連邦政府は州政府に対しメディケイドの子どもおよび妊婦の受給要件の寛大化を義務づけてきた。詳しくは、長谷川(2010)；(2012)。

新規受給受付を停止))⁶⁾。

1997年には、新たに州児童医療保険プログラム（SCHIP: States Children's Health Insurance Program）が創設された。このプログラムは、メディケイドの受給要件を満たさない低所得世帯の無保険の子どもを対象とした医療扶助である。児童医療保険プログラムは2007年に2年延長され、2009年にはCHIP（Children's Health Insurance Program）と名称を変え、さらに2013年まで延長されることとなり、妊婦（産後60日まで）も対象となった。ただし、CHIPもメディケイド同様、実施するかどうかも含めて、州に大きな裁量がある。18歳以下の子どもと妊婦に対しては、比較的寛大な所得要件で運用されてきた一方、子どもの親や扶養家族のいない成人に対する所得要件は非常に厳しく、特に扶養家族のいない成人の場合は、適用対象外とする州も少なくなかった。

また医療保険に加入しているにもかかわらず、保険料負担や実際に医療サービスなどを受けた際に負担する医療費負担が重い「低保障（Underinsured）」の問題もあった。低保障者とは、保険料拠出を除く医療支出が所得の10%以上あるいは低所得家庭においては5%以上を占め、また定額控除が家計所得の5%以上である場合、あるいは経済的負担を理由に、必要なケアを先送りしている場合等を指す⁷⁾。雇用主提供医療保険でも定額控除のある保険加入者が増加し、さらに定額控除額そのものも増額傾向にあった⁸⁾。2003年法（Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act）による医療貯蓄口座付の

より高額な定額控除のあるプランの普及促進効果（税制上の優遇措置）により、これらのプランへの加入が増えていることが要因として考えられた。個人購入医療保険は雇用主提供医療保険と比較して、実質的な保険給付率に格差があり、自己負担が高かった⁹⁾。

さらに所得状況とは無関係に、既往症がある人等が保険加入できない、高額な保険料を請求される、既往症にかかわる保険給付を受けられない等の問題に直面していた。また保険給付率の低い保険や基本的なケア（妊娠ケア等）の給付除外、保険者側による事後的な保険の無効化、年間あるいは生涯給付上限額の設定された保険プランがほとんどであった。

Ⅲ 医療保障改革法の対応

医療保障改革法に基づく改革は、民間医療保険の保険加入可能性と負担可能性の向上を図り、さらにそれを補足する公的医療保障の拡充を図ることで、無保障者の数を大幅に削減し、医療保険加入者（医療扶助適用者も含め）を95%にまで引き上げるとしていた。雇用主提供医療保険を中核に、個人購入医療保険、メディケイド・CHIPの既存の枠組みを前提に、制度の狭間に陥ることがないように、構想された。

第1に、個人への医療保険への加入義務化である。具体的には、ほぼすべてのアメリカ国民及び合法居住者を対象に¹⁰⁾、雇用主提供医療保険、個人購入医療保険をはじめとした医療保障改革法で

⁵⁾ 州政府が連邦政府からの補助金の交付を受けてメディケイドとCHIPを運営する場合、社会保障法のウェイバー条項の適用を受ける実験的プロジェクト（ウェイバー・プログラム）として申請・承認されれば、連邦政府の規定に縛られない運営が可能となる。社会保障法のウェイバー条項は、メディケイドおよびCHIPのプログラム構成や運営について、州による新たな実験的取り組みを促すことを目的に、連邦・保健福祉省長官の承認に基づき、連邦政府からの補助金を交付する際に課す規定を連邦政府が放棄するというものである。ウェイバー条項には、メディケイドおよびCHIPのプログラム構成や運営について、州による新たな実験的取り組みを促す1115条項以外に、メディケイドにおけるマネジドケアの活用を認める1915 (b) 条項、在宅介護や地域介護を促進する1915 (c) 条項がある。

⁶⁾ Heberlein et al (2011).

⁷⁾ Collins (2011): Collins et al (2017): Glied et al (2020).

⁸⁾ Kaiser Family Foundation (2020).

⁹⁾ Doty et al (2009).

¹⁰⁾ 加入義務には適用除外があり、インディアン、宗教的理由などによる保険未加入者には罰則金が免除される。

規定する「適格な医療保険 Qualified Health insurance (or Minimum Essential coverage)」に加入しない場合は、罰則金 (Tax penalty) を課すことで、保険加入を促すものである。公的医療保障の枠組みであるメディケアやメディケイド、CHIPにカバーされている場合は、罰則金は課されない。個人への加入義務は2014年から施行され、その罰則金の額は、成人一人当たり695ドル、子ども一人当たり347.5ドル (最大一世帯当たり2085ドル) あるいは家計所得の2.5%のいずれか高い方とされたが、2014年、2015年については軽減措置が取られた¹¹⁾。

個人への加入義務化は民間医療保険の購入を義務付けるものであることから、医療保障改革の手段としては、民間医療保険の保険入手可能性を広げ、かつそれらの保険が負担可能なものとなるような政策手段をとらねばならない。また、医療保障改革の実施前の段階において、医療保険に加入することが困難な人々、例えば、既往症等により保険加入そのものを拒否される、あるいは追加的な高額保険料を負担しなければ加入できない人々、あるいは経済的に購入困難な貧困・低所得層への対応が不可欠であった。また、保険給付の対象や保険給付率などの保険の質についても担保される必要があった。

第2に、雇用主に対する「分担責任 (The Employer Shared Responsibility Provision)」条項を設け、雇用主提供医療保険の提供を維持し拡大を促すこととした。具体的には、フルタイム被用者50名以上の雇用主 (Applicable Large Employers (ALEs)) を対象に、その被用者が医療保険取引所を通じた保

険加入をしている場合に、「所定の基準」を満たしているかどうかに応じて罰則金を科すというものである。100名以上の企業には2015年から、50名以上の企業には2016年から適用されている¹²⁾。

「所定の基準」とは、(1) フルタイム被用者やその扶養家族 (配偶者除く) の95%以上に医療保険を提供すること、(2) 提供する医療保険は基礎的医療給付を給付対象に含み、その保険給付割合が医療費の6割以上であること、(3) 基礎的医療給付を含む最も安価な単身保険の被用者分の保険料拠出が家計所得の9.5%を超えない (インフレ調整により2019年は9.86%) ような“負担可能な”保険プランであることを求めている。基礎的医療給付には、①外来、②救急、③入院、④妊婦・新生児ケア、⑤精神保健・物質乱用ケア、⑥処方箋薬、⑦リハビリサービス・器具、⑧臨床検査サービス、⑨予防・健康増進サービスと慢性病管理、⑩小児科 (口腔・眼科ケア含む) の10項目が含まれる¹³⁾。

例えば、雇用主提供医療保険を提供しておらず、かつフルタイム被用者のうち1名でも医療保険取引所を通じた保険加入で保険料補助を受けている場合は、フルタイム被用者1名につき2000ドル (ただし30名までは免除) を罰則金として課すこととした。また、対象となる雇用主には、税務申告の際に、雇用主提供医療保険の提供の有無、及び提供している場合はその保険内容についての報告義務が課された。

第3に、民間医療保険のうち、個人購入医療保険への加入可能性を高める試みとして、医療保険取引所 (American Health Benefit Exchange. Marketplace ともいわれる) を州ごとに創設することとした¹⁴⁾。医

¹¹⁾ 2014年は成人一人当たり95ドル、子ども一人当たり47.5ドル (最大一世帯当たり285ドル) あるいは家計所得の1%、2015年は成人一人当たり325ドル、子ども一人当たり162.5ドル (最大一世帯当たり975ドル) あるいは家計所得の2%に軽減された (内国歳入庁HPによる)。

¹²⁾ 医療保障改革法における雇用主の分担責任条項の適用対象となるALEsかどうかは、前年におけるフルタイム被用者及び「フルタイム相当被用者 (full-time equivalent (FTE) employee)」を合わせた数の平均により決まる。同法におけるフルタイム被用者は「週労働時間30時間以上」被用者であるが、週30時間労働時間未満のパートタイム被用者の暦月における労働時間 (一人当たり120時間まで) を足した数を120で割って出た数を「フルタイム相当被用者数」としている。

¹³⁾ 一部を除き、すべての民間医療保険は基礎的医療給付 (Essential health benefits) を行う保険でなければならないと規定された。

¹⁴⁾ 医療保障改革における医療保険取引所の位置とその実態、意義については、長谷川 (2021a) で検討しているので参照されたい。

療保険取引所は、基本的にウェブを介した個人購入医療保険の購入支援プログラムであり、州政府は自ら医療保険取引所を設立し運営するか、あるいは連邦すなわち保健福祉省（HHS）が設立・運営する医療保険取引所（Healthcare.gov）を利用するか、選択することが認められた。医療保険取引所に参入する保険者や提供される保険プランが「適格な医療保険プラン」であるかの審査・認定が、州政府が持つ保険監督権限の枠組みの中で行われる。医療保険取引所で提供される民間医療保険は、保険からの給付水準に応じて、4つの保険カテゴリー（ブロンズ、シルバー、ゴールド、プラチナ）に区分され、ブロンズに区分された保険プランは、保険給付率60%であり、金属の色が上位になるにつれ、10%ずつ保険給付率が高くなり、プラチナに区分された保険プランは、保険給付率90%である。保険給付率が高い保険プランのほうが保険料も高くなっている。また、30歳未満あるいは個人への加入義務免除者のみが加入可能な高額医療費保険（Catastrophic Plan）を提供することもできる。高額医療費保険は、補償内容が抑えられ、コストシェアリングを高く設定することで、比較的低い保険料で提供される。補償内容としては、基礎的医療給付と最低3回のプライマリーケアの受診を含まなければならないとされているが、コストシェアリングの自己負担上限は内国歳入庁（IRS）が定めるHDHP/HSA（High-deductible Health Plan/Health Saving Account）の自己負担上限額までとされている（2019年は個人保険6,750ドル、家族保険13,500ドル。2020年は個人保険6,900ドル、家族保険13,800ドル）。

第4に、医療保険取引所を通じて医療保険に加入する場合、低・中所得層を対象として、保険料補助（Premium Tax Credit）及びコストシェアリング補助（Cost sharing subsidies）を行うこととした。医療保険取引所を通じて保険加入しようとする場合、メディケイドやCHIPなどの医療扶助の

受給資格に該当するかどうかも判定される。その結果、医療扶助の受給資格に該当せず、また自らの雇用主あるいは家族の雇用先で、雇用主提供医療保険の加入が可能であったとしても「手ごろな価格『Affordable』」ではないあるいは「最低給付基準『Minimum value』」を満たしていないとみなされる場合¹⁵⁾、連邦貧困基準（FPL）100%から400%未満の所得層を対象に、所得に応じた保険料補助とコストシェアリング補助を実施するとした。主に低・中所得層の個人を対象に、民間医療保険の加入可能性と負担可能性を高める試みであるといえる。

保険料補助の額は、その地域の医療保険取引所で提供されるシルバー・プランの二番目に低い保険料（ベンチマーク・プラン）と、所得に応じた負担上限額との差額として計算される。具体的には、医療保険取引所を通じた医療保険への加入申込の際に、次の年の予想所得額に応じて保険料補助額と毎月の保険料負担が算出され、補助分については直接保険会社等に支払われることで、毎月の保険料負担が軽減されることとなる（年末の確定申告に際して、実際の課税総所得に応じて税額控除額が調整・確定され、所得が少ない階層には還付付きの税額控除となる）。

さらに、連邦貧困基準100%から250%の家計所得の場合、シルバー・プランに加入することでコストシェアリング補助を行うこととした。コストシェアリング補助とは、実際に医療機関などを利用した際に発生する医療費の自己負担分について、定額控除の額を所得に応じて減額し、あるいは年間負担上限額を上回った場合にはその分を補助するというものである。実際には、医療保険取引所を通じてシルバー・プランに登録したときに、所得基準を満たす場合には自動的に保険給付率が引き上げられ、年間自己負担上限額が引き下げられたプランに変更される。シルバー・プラン以外の保険プランに加入する場合は、保険料補助

¹⁵⁾ 当該雇用主が提供する基礎的医療給付（Essential health benefits）を行う最も安価な単身保険で見たときに、被用者分の保険料拠出が家計所得の9.86%（2019年）以上である場合、あるいは保険プランの保険給付率が60%に満たない場合、雇用主提供医療保険ではなく医療保険取引所を通じて保険加入に際して、保険料補助を受けることができる。

は受けられるが、コストシェアリング補助は対象外である。

第5に、メディケイドの連邦基準の適用拡大、すなわちメディケアの受給権を持たない低所得の非高齢者に適用対象を拡大し（これまでは、子ども、妊婦、親のみが対象であり、扶養家族のいない成人は適用対象外であった）、またその受給要件を連邦貧困基準（FPL）133%以下にまで寛大化した。受給要件を審査する際、FPL5%に相当する所得控除が認められるため、実質的にはFPL138%以下が対象となった（2020年は単身17,609ドル（年間）、4人家族36,156ドル（年間）以下の所得層が対象。アラスカ州、ハワイ州除く）。

州政府がメディケイドを実施する場合、連邦規定に基づき実施しなければならず、それを満たすことを前提として連邦補助金が交付される¹⁶⁾。医療保障改革法により適用拡大されたことで増加するメディケイド給付の費用については、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%とした。従来のメディケイドの連邦補助率（50-73%）よりも、連邦政府がその費用の多くの部分を負担することとした¹⁷⁾。その一方で、メディケイドの適用拡大を実施しない、あるいは実施できない州に対しては、すべての連邦補助金を交付しないという制裁措置が盛り込まれた。この点が、のちに違憲訴訟の争点の一つとされた。

第6に、保険会社に対する規制強化である。保険会社に対し、加入希望者の健康状態に基づく加入拒否、割高な保険料率、保険給付内容の制限を禁止した¹⁸⁾。個人購入医療保険及び小団体医療保険（小雇用主医療保険）を対象に、州の保険規制権限を保持しつつ、連邦としての料率規制とし

て、採用する危険要因を「地域」「年齢」「家族構成」「喫煙の有無」に制限し、「年齢」についてはその料率格差を3倍（3：1）以内、「喫煙」についてはその料率格差を1.5倍（1.5：1）以内に制限した。性別や病歴を加味してはならず、既往症に対しても、保険加入後の給付制限を禁止した。

合わせて保険給付内容も、医療保険取引所と水準を合わせ、給付率60%～90%で設計しなければならず、基礎的医療給付に関しては、生涯給付上限及び年間給付上限を設定することを禁止した。基礎的医療給付のうち、予防ケアや健康診断などは定額控除額に達していなくとも保険給付の対象としなければならない¹⁹⁾。

また、若年層における無保障者に対応するため、25歳以下の子どもまで家族保険の扶養家族としての加入を適用拡大した。医療保障改革法より前では、家族保険に扶養家族として加入できるのは18歳以下とされてきた。これをすべての民間医療保険を対象に、25歳まで寛大化した。

IV オバマ政権及びトランプ政権下における法成立後の見直しの動き

医療保障改革法の10年は、繰り返し司法的なチャレンジを受け、また立法的・行政的な見直しや「妨害」の試みを受ける10年でもあったといえる。

1 司法的なチャレンジ

医療保障改革法に対しては、2010年の法案成立直後から2021年6月までの間に法の重要規定に関する3つの訴訟が提起された。

第1の訴訟は、2010年3月の医療保障改革法成立

¹⁶⁾ アメリカの連邦政府による補助金には、主に包括補助金と特定補助金があり、後者の方がよりその用途が限定されている。しかし、日本と比較すると、特定補助金でも州政府には大きな裁量が認められており、州政府ごとに多様な運営が可能となっている（渋谷（2005））。

¹⁷⁾ 加藤（2015）。

¹⁸⁾ 民間医療保険に対する監督規制の権限は、基本的に州政府にあるが、州間で規制をできるだけ統一的・効果的に行うため、全米保険監督官協会（NAIC）が全米基準となるモデル法を制定し、各州政府がそれを参考に規制を実施している。保険料率規制について、詳しくは中浜（2017）参照。

¹⁹⁾ なお、大企業等が提供する雇用主提供医療保険はこのような保険規制の対象外であるが、一般に規模の大きい雇用主提供医療保険の方が被用者に対し有利な条件で契約がなされているという実態がある。

直後に、フロリダ州やバージニア州をはじめとした14州が起こした違憲訴訟である。主な争点は、国民に対する医療保険への加入義務規定が憲法違反であるかどうか、そしてメディケイドの適用拡大の不採用州に対して連邦補助金を交付しないという罰則規定が憲法違反であるかどうかであった。唯一第11巡回控訴裁判所が個人への加入義務規定を違憲とする判決を出したことで、連邦最高裁で判断されることとなった（原告は、26の共和党系司法長官・州知事、全米独立企業連盟（National federation of Independent Business）及び個人2名）。

2012年の最高裁判決では、保険加入の義務付けは議会の権限を越えているとする一方、加入しない人への罰則金は議会の課税権限として認められ、個人への加入義務は、保険加入するか税金を支払うかの選択との解釈を示し、「合憲」とした。

また、メディケイドの適用拡大に関する規定そのものは合憲としたが、不採用州に対する制裁的な規定については違憲とされた。その結果、メディケイドの適用拡大を採用するかどうかは、州政府の選択に任せられることとなった。

第2の訴訟は、2014年に罰則金のある個人への加入義務に反対する個人4名が起こした、保険料補助（具体的には、還付付き税額控除）に関する訴訟である。先述のように、医療保障改革法は、個人購入医療保険への保険加入可能性と保険料負担可能性の改善のため、医療保険取引所を通じて保険に加入する低・中所得層を対象として、保険料補助を行うと規定している。この医療保険取引所は、州政府が自ら設立・運営するか、あるいは連邦すなわち保健福祉省（HHS）が設立・運営する医療保険取引所（Healthcare.gov）を利用するか、州政府に選択することが認められた。2014年の医療保険取引所の運用開始当初、独自の医療保険取引所を設立したのは17州（ワシントンD.C.含む）のみであり、多くの州がHealthcare.govを利用することとなった。原告は、法文上、保険料補助（税額控除）は「州によって設立された医療保険取

引所」を通じて保険に加入した個人が受けられる、と規定されており、内国歳入庁が、連邦あるいは州政府設立いずれの医療保険取引所での保険加入者に対しても保険料補助が適用されるとしたのは、法の規定を逸脱していると訴えた。

2014年の最高裁判決では、内国歳入庁のルールを支持し、原告の訴えを退けた。文言として「州によって設立された医療保険取引所」とされているが、法構成と文脈から連邦設立の医療保険取引所も保険料補助を実施できる、との解釈を提示した。

そして、2018年に再び個人への加入義務規定を違憲とする訴訟が起こされた。トランプ政権となった2017年12月の減税・雇用法によって、医療保険に未加入の場合に課す罰則金を0ドルとすることで、実質的に個人への加入義務が無効化された。このことを受けて、罰則金なしでの義務の合憲性に異議を唱え、18州が法全体の違憲性を主張し、提訴した。しかし、2020年秋の大統領選挙の結果、民主党のジョー・バイデン氏が大統領となり、新型コロナウイルス感染拡大の中での緊急対応の中で、医療保障改革法の継続・拡大が実施されている。そして、2021年6月17日、最高裁判所は、違憲訴訟そのものを棄却する形で、医療保障改革法の合憲性を再び認めることとなったが、今後も同様の違憲訴訟が起こされる可能性はゼロではない²⁰⁾。

2 立法的・行政的な見直しの動き

トランプ氏は大統領選挙期間中から、“オバマケアの撤廃”を主張してきた。大統領就任後、2017年7月にはオバマケアの廃絶・代替法案を複数上程したものすべて否決された。

議会の承認を経てのオバマケアの廃絶が困難となったトランプ大統領は、2017年10月大統領令を発令し、コストシェアリング補助金の保険会社への支払いを停止した。法律上、保険会社にはシルバー・プラン加入者のうち対象となる所得層のコストシェアリングを引き下げることが義務付けら

²⁰⁾ Jost (2021).

れている。そのため、多くの保険会社がコストシェアリング補助の喪失を埋めるため、2018年には軒並み保険料を引き上げることとなった。ワシントンDC及び20州の医療保険取引所に参加する保険会社の数が軒並み減少し、市場からの撤退を選択する保険会社も増加することとなった。

また大統領令では、医療保障改革法の適用除外とされていた短期・期間限定保険（Short-term limited duration plan）について、より加入を促すよう指示を出した。短期・期間限定保険は、おおむね1年未満の契約期間で、就職や転職などにより保険を移動する際の一時的な無保障期間に対応することを想定された保険プランである²¹⁾。そのため、医療保障改革法で禁止されている既往症を理由とした加入拒否や基礎的医療給付をすべて含まない保険プランも認められていた。医療保障改革法上、短期・期間限定保険は同法に規定する「個人購入医療保険」には該当しないとして特に規制していなかったが、オバマ政権時の2017年に短期・期間限定保険の契約期間は90日以内と制限した²²⁾。これを、トランプ政権下の2018年10月に、短期・期間限定保険を、医療保障改革法の包括的な保険プランに「代替」するものとして、契約期間1年未満のプランで最大3年（36か月）まで契約更新できることとした。ただ、半数以上の州が、州規制により、「短期」の契約期間を1年未満よりも短く制限する、契約更新を禁止・制限する、短期・期間限定保険の提供そのものを禁止するなどの措置をとっている²³⁾。

さらに、2017年12月には、減税・雇用法により、個人への加入義務を実質廃止（罰則金を0ドルとした。2019年から）したことで保険市場の安定性への不安から、2018年のベンチマークプランの保険料が平均34%引き上げられることとなった。ただ、州によっては加入義務を継続している。例えば、ニュージャージー、ワシントンDC、マサチューセッツ、カリフォルニア、ロードアイランドは罰則金付きの加入義務を継続しており、バー

モント及びメリーランド州は罰則金なしの加入義務を課している。マサチューセッツ州は、2006年に成人を対象とした加入義務と罰則金を科しており、引き続き有効である。

V 医療保障改革法の成果と課題

医療保障改革法は、個人に対する保険加入義務を基本として、医療扶助であるメディケイドの適用拡大、医療保険取引所の創設、医療保険取引所を通じて民間医療保険に加入する際の保険料補助やコストシェアリング補助を実施することで、医療保険への加入可能性を改善する試みである。また、保険者に対しては、家族保険への扶養家族の対象者拡大、健康状態に基づく加入資格要件の設定の禁止などにより、リスク調整の仕組みを持ったうえで保険引き受けを強化させた。そして一定規模以上の企業に対しては、雇用主提供医療保険の提供義務を課すことで、医療保障改革法以前からの民間医療保障の支柱を保持する選択をした。医療保障改革法の諸規定は2010年から順次、その多くが2014年に施行された。

1 無保障者の減少と残存する無保障者問題

2010年に成立した医療保障改革法に基づく改革の成果として、まずは無保障者数が激減したことが指摘できる。

2010年の医療保障改革法の成立年から2016年までの間に、無保障者数は約4720万人から約2730万人に約1900万人減少し、無保障率は15.5%から8.6%にまで改善した。無保障者の多くを占める19-64歳でみると、無保障率は21.4%から12.0%に低下した（図1参照）。

センサス局のCurrent Population Surveyによると、すべての年齢層で無保障者数が減少し、またこれまで相対的に無保障率の高かった19歳から25歳の無保障率は大きく低下した（29.7%（2010年）→13.1%（2016年））。また人種別でも、すべ

²¹⁾ Federal Register, Vol. 83, No. 150, August 3, 2018.

²²⁾ Federal Register, Vol. 81, No. 210, October 31, 2016.

²³⁾ Norris (2020).

ての人種で無保障率が減少した。2010年と2016年の無保障率を比較すると、白人（ヒスパニック除く）は11.9%から6.3%に、黒人は20.8%から10.5%に、アジア系は18.1%から7.6%に、ヒスパニックは30.7%から16.0%となった。所得階層別でも、低所得層も含めすべての所得階層で無保障率が減少した。2010年と2016年を比較すると、家計所得2万5000ドル未満の所得層の無保障率は26.9%から13.7%に、2万5000ドル～4万9999ドル層では21.8%から11.9%に、5万ドル～7万4999ドル層では15.4%から9.8%に、7万5000ドル以上の所得層では8.0%から3.5%に低下した²⁴⁾。

カイザー・ファミリー財団は、医療保障改革法の施行以前であれば、非高齢者の約27%（約5400万人、2018年）が既往症を理由として個人購入医療保険に加入拒否されうると推定している²⁵⁾。つまり、医療保障改革法により既往症を理由とした保険加入拒否が禁止され、新規契約や契約更新が保障されたことで、約5400万人が雇用主提供医療保険やメディケイドなどを失ったとしても、個人購入医療保険を通じた保険加入先が確保されることとなった²⁶⁾。

医療保険取引所での医療保険加入も、2014年には約800万人、その後も年々増加して2016年には約1270万人となった²⁷⁾。うち8割以上が保険料補助を受け、約5割がコストシェアリング補助を受けており、個人購入医療保険市場における保険入手可能性及び保険料負担可能性の向上に一定寄与

しているといえる。

また、メディケイドの連邦基準の適用拡大により、新たに受給資格を得た1480万人の成人がメディケイドの受給を開始し、医療保障改革法施行以前から受給資格があった約390万人の成人も新たに受給につながった。ニューヨーク州及びミネソタ州のみで実施されている医療保障改革法に基づくBasic Health Programの加入者約100万人も加えると、医療保障改革法に基づく医療保険への加入が2021年には約3100万人と、法施行後最大となった²⁸⁾。

しかし、無保障者数は2010年以前と比べて激減したとはいえ、医療保障改革法以前からの医療保障格差は残存しており、トランプ政権に移行した2017年以降無保障者数は再び増加傾向にある。また医療保障改革法に基づく諸施策の実施が州間で異なることにより無保障者問題に新たな格差要因が生まれている。順に見ていく。

まず、医療保障改革法以前から残存する医療保障格差として、人種別でみると黒人やヒスパニック、年齢層では若年層（19-34歳）、所得層では低所得層の無保障率が相対的に高い状況は残存している。

トランプ政権へと移行した2017年以降、それまで減少していた無保障者数が増加に転じ、無保障率も悪化傾向にある。2016年と比較すると、2019年には無保障者数は233.5万人増加し、無保障率は8.6%から9.2%となった。特に19歳から34歳の

²⁴⁾ U.S. Census Bureau (2011); (2017). Current Population Surveyでの医療保険加入とは、暦年1年間を通じてあるいは一部でも医療保険に加入している場合を指す。他方で、無保険とは、暦年一年間を通じて医療保険に一度も加入していない場合を指す。American Community Surveyは、調査時点での保険加入状況を調査している。2014年以降、CPSでも「調査時点での保険加入状況」が推計されるようになった。

²⁵⁾ Pollitz, K (2020).

²⁶⁾ 医療保障改革法施行以前は、健康状態に基づく加入拒否理由として、妊娠、不妊、近親者による性的暴力、性的暴行も含まれていたが、医療保障改革法により、個人購入医療保険及び小団体保険を対象に、これらも含めた健康状態による加入拒否が禁止されることとなった。このことが、女性の医療保険及び医療へのアクセスの改善に寄与したとの指摘もある (Lee et al (2020))。

²⁷⁾ U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation (ASPE), Health Insurance Marketplace Open Enrollment Reports for 2014, 2015, and 2016による。

²⁸⁾ U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation (ASPE) (2021). ただし、医療保障改革法による若年層に対する家族保険の加入拡大や、医療保障改革法以前から適用対象となっていた子どもやその親のメディケイド受給の増加（「ウェルカムマット効果」）の影響は含まれていない（メディケイドの受給増加の「ウェルカムマット効果」については、Hudson and Moriya (2017) 参照）。

年齢層の無保障率が15.6%と高く、18歳以下の5.7%、25-64歳の11.3%、65歳以上の0.8%と比較しても高い。また、家族保険での扶養家族としての加入ができなくなる26歳の無保障率が18.3%と最も高くなっている²⁹⁾。

2017年から2019年は景気拡大で歴史的な低失業率であり、雇用主提供医療保険の加入者は約501万人増加していたが、同じ期間にメディケイド・CHIPの受給者数は約228万人減少し、個人購入医療保険の加入者も約251万人減少した。メディケイド・CHIPの受給者の一部は雇用主提供医療保険に移動したと考えられるが、それだけではなく、トランプ政権によるメディケイド受給「妨害」の影響もある³⁰⁾。例えば、2018年1月にトランプ政権は、州に対し、ウェイバー条項を活用して、メディケイドの適用要件として「就労要件」を課することを促した。就労要件とは、健康な成人を対象に、就労または求職活動、職業訓練を受講していることをメディケイドの受給要件とするものである。2020年7月時点で10州がウェイバーを許可されているが、実際に実施したのはアーカンソー州のみである。アーカンソー州の経験からは、新たに就労要件を課されたことによって2018年には約1万8000人がメディケイドを失っている³¹⁾。

州間での無保障率の差も大きい。2019年の子ども(0-18歳)の無保障率は、テキサス州の12.8%が最も高く、最も低いマサチューセッツ州は1.3%である(アメリカ全体では5.6%)。同じ年の成人(19-64歳)の無保障率も同様に、テキサス州が最も高く(24.5%)、マサチューセッツ州は4.4%である(アメリカ全体では12.9%)³²⁾。地域分布で見ると、南部の無保障率が依然として高く、それらの州の多くがメディケイドの適用拡大を拒否している州である。

2012年の連邦最高裁判決により、メディケイド

の拡充規定そのものは合憲とされたが、連邦補助金にかかわる制裁的措置については違憲とされた。その結果、メディケイドの拡充については州政府の裁量により採用・不採用が決まるということになった。2014年のメディケイド拡充の発効時点では、州の半数ほどしか採用しなかったが、その後徐々に採用州が増え、2021年4月時点では38州(21年内の採用含む)およびワシントンD.C.が採用しているが、12州が不採用となっている。医療保障改革法の施行後、メディケイド拡充の不採用州も含め、子ども、妊婦に対するメディケイド及びCHIPの所得要件はそれ以前と比べて、寛大化している一方で、メディケイド拡充不採用州では「扶養家族のいない成人」は対象外のままであり、成人に対する所得要件は連邦貧困基準100%よりもはるかに低い州が大半である(最も低いのがテキサス州のFPL17%以下。12州のうち8州がFPL50%よりも低い所得上限設定としている(2021年))。

医療保障改革法以前から、州間での公的医療扶助の適用条件には違いがあり、またウェイバー条項により、メディケイド・CHIPの運用に州政府の大きな裁量が認められてきた。医療保障改革法によるメディケイドの拡充により、特に成人におけるメディケイド受給可能性の州間での格差が大きくなったといえる。メディケイドの適用拡大を採用していない12州では、Coverage Gapと言われる、メディケイドも適用されず、医療保険取引所での保険料補助も受けられない無保障者が数多く存在することが指摘される(2021年4月時点で約220万人と推計するものもある)³³⁾。

また医療保障改革法施行後も依然として非高齢者の主要な保険加入先と期待される雇用主提供医療保険への加入可能性の問題も大きい。2019年のNational Health Interview Surveyによると、無保険

²⁹⁾ U.S. Census Bureau (2020).

³⁰⁾ Broaddus (2019).

³¹⁾ Rudowitz et al (2019); Garfield et al (2021).

³²⁾ Kaiser Family Foundation, State Health Facts による。(https://www.kff.org/state-category/health-coverage-uninsured/health-insurance-status/, 2021年7月29日最終確認)。

³³⁾ Rudowitz et al (2021).

の被用者（65歳未満）の72.5%が、雇用主によって医療保険を提供されていなかった³⁴⁾。民間企業に勤める被用者のうち、勤め先で雇用主提供医療保険に加入する割合は低下傾向にある。雇用主に医療保険の提供義務がない中では、雇用先で付加給付として医療保険を提供しているかどうか、提供していたとして雇用形態や勤続期間等により加入資格が得られるか、また後述するように労使間での保険料拠出の負担を受け入れるかどうか、に規定されることとなっている³⁵⁾。

2019年から保険未加入者に対する罰則金が実質無効化されたことによる影響とともに、医療保障改革法での規定の「狭間」で無保障に陥る問題として把握できる。

2 医療費負担可能性の改善と課題

医療費負担可能性の問題は、第1に保険加入の際の保険料、そして第2に実際に医療サービスや薬を必要としたときの自己負担の問題である。

個人購入医療保険の医療費負担可能性は、医療保障改革法により創設された医療保険取引所により、特に低所得層にとって大きく向上したといえる。個人購入医療保険は、雇用主提供医療保険とは異なり、雇用主による保険料拠出がない分、保険料負担が重くなりがちであった。医療保険取引所を通じて提供される医療保険は、保険料率規制により健康状態などによる割増保険料が設定されることはなく、また連邦貧困基準100%から400%以下であれば所得に応じた保険料補助が得られることとなった。先述のように保険料補助は、予め加入者が負担する保険料そのものを引き下げる形で行われるため、保険への加入の障壁を低くしたといえる。ただ、Commonwealth Fundの2020年調

査によると、過去3年間に個人購入医療保険市場あるいは医療保険取引所を通じて保険購入を検討した人のうち、42%が実際に購入には至らなかった。その理由として、実際に購入しなかった人の71%が「保険料が高すぎる」ことを一番の理由として挙げている³⁶⁾。

カイザー・ファミリー財団の雇用主提供医療保険の調査によると、雇用主提供医療保険の平均保険料は、2015年から2020年の5年間に単身保険で20%、家族保険で22%、2010年から2020年の10年間に単身保険で48%、家族保険で55%上昇し、同じ期間のインフレ率や賃金の伸びを大きく上回っている³⁷⁾。単身保険の年間保険料の分布をみると、2010年には年間保険料6000ドル以上の被用者は19%に過ぎなかったが、2015年には53%となり、2020年には82%となっている（図2）。

そして同じ期間の被用者の保険料拠出率はほぼ変わっていないが（単身保険17~19%、家族保険27~31%）が、保険料そのものが上昇していることで、その拠出額は2015年から2020年の5年間に単身保険で17%、家族保険で21%、2010年から2020年の10年間に単身保険で39%、家族保険で50%上昇している³⁸⁾。そのため、加入資格があったとしても、保険料負担を理由として加入をしていない無保険被用者も少なくないと推察できる。

次に、医療ケアにアクセスする際の経済的負担、すなわち定額控除及びコストシェアリングの負担の問題については課題がある。保険給付については保険数理上6割以上の保険プランとなっているが、給付が開始される以前に負担しなければならない定額控除は引き上げ傾向にある。いわゆる「低保障（Underinsured）」の問題については、あまり改善しておらず、むしろ雇用主提供医療保

³⁴⁾ Tolbert et al (2020).

³⁵⁾ アメリカにおける産業・就業構造の変化を踏まえたうえで、民間企業における被用者の雇用主提供医療保険への加入可能性及び保険料負担可能性の現状については、長谷川（2021b）を参照。

³⁶⁾ Collins, Gunja and Abouafia (2020).

³⁷⁾ インフレ率及び被用者の賃金の伸びは、2010年から2015年でそれぞれ8%、10%、2015年から2020年で10%、15%であった（Kaiser Family Foundation (2020)）。

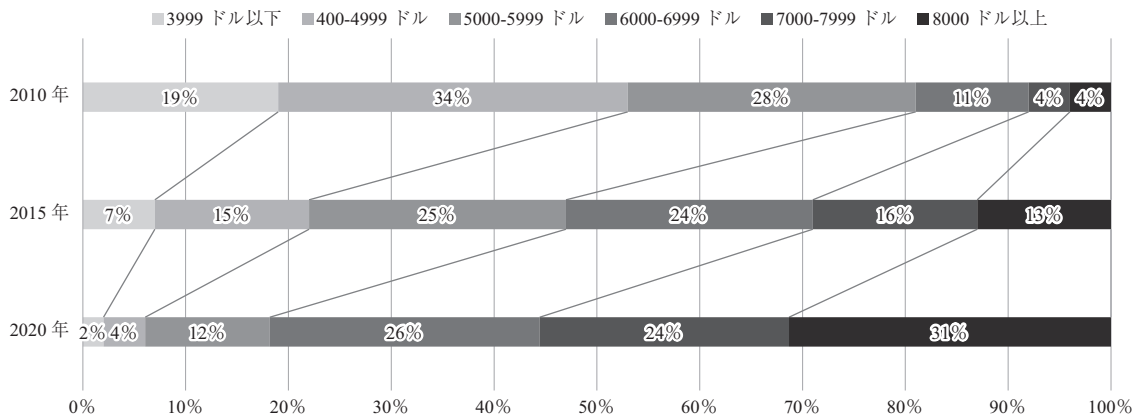
³⁸⁾ Kaiser Family Foundation (2020)。またMedical Expenditure Panel Survey – Insurance Componentでも、2010年から2019年の間の被用者の保険料拠出率はほぼ変わっていないが、保険料そのものが上昇していることで、その拠出額は単身保険で45.8%、家族保険で53.9%上昇している（Collins, Radley and Baumgartner (2020)）。

険を中心に、定額控除のある保険プランの加入増、さらに定額控除額そのものの増加傾向が見受けられる。

Commonwealth Fundは2001年以降、19-64歳を対象に、調査時点での保険加入の有無、前年における保険加入状況、そして定額控除や自己負担により低保障になっていないかどうか、を調査している³⁹⁾。低保障であるかどうかは、1年以上継続的に保険に加入している人が、保険料以外の医療費負担（定額控除や自己負担）を家計所得と対比した際に一定の水準以上であるかどうかで判断する。具体的には、過去12か月間における自己負担

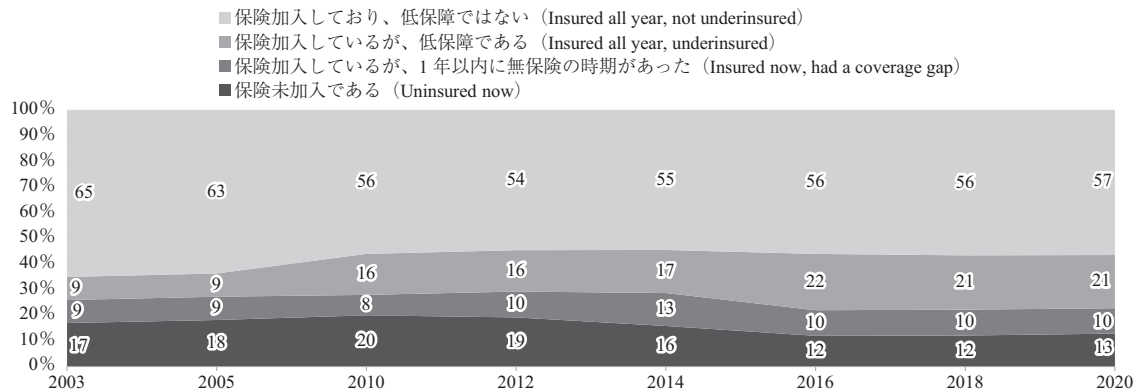
額が、家計所得の10%以上を占める、あるいは家計所得がFPL200%未満で過去12か月間における自己負担が家計所得の5%以上を占める、あるいは定額控除の額が家計所得の10%以上を占める場合、過去12か月間にわたって保険に加入していても「低保障（Underinsured）」とみなす。

2003年から2020年までの調査では、過去12か月間に医療保険に加入していた19-64歳の人のうち、低保障である割合が、9%（2003年）から2010-2014年は16-17%、2016-2020年は21-22%と増加している（図3）。民間医療保険加入者に限定すると、低保障である割合は、2003年の12%から2010-



出所：Kaiser Family Foundation（2010）；（2015）；（2020）より筆者作成。

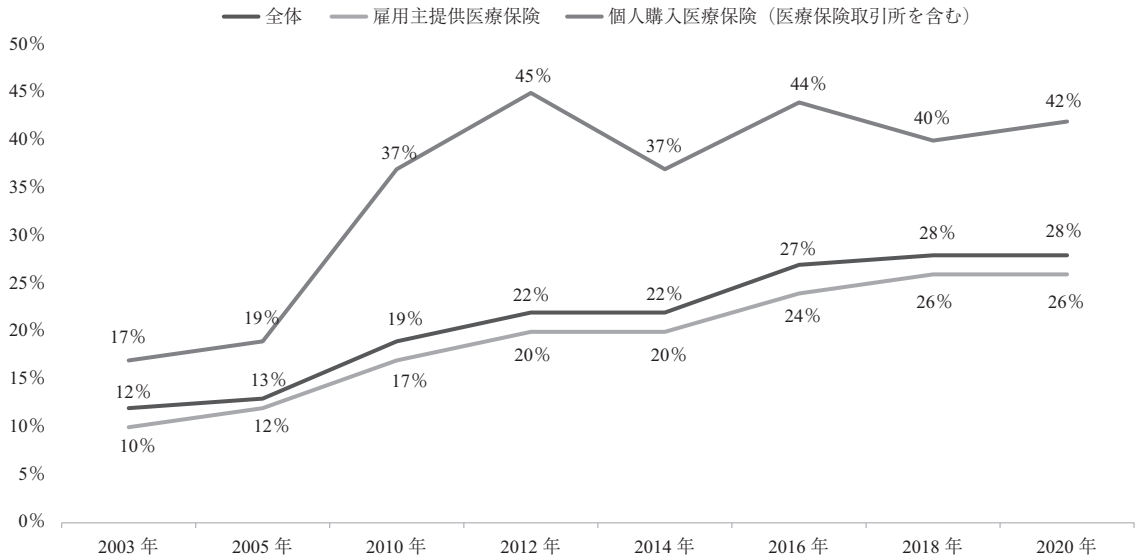
図2 雇用主提供医療保険（単身保険）の保険料の分布（2010、2015、2020年）



出所：Collins et al（2019）；Collins, Gunja and Aboulafia（2020）より筆者作成。

図3 19-64歳の保険加入及び低保障の状況

³⁹⁾ Collins, Gunja and Aboulafia（2020）.



出所：Collins et al (2019)；Collins, Gunja and Aboulafia (2020) より筆者作成。

図4 民間医療保険加入者（19-64歳）の低保障の割合

2014年は19-22%，2016-2020年は27-28%に大幅に増加している。個人購入医療保険（医療保障改革法の下でのMarketplaceあるいは個人購入保険市場を通じて）及び雇用主提供医療保険とともに、低保障の割合が高くなっている（図4）。2020年の個人購入医療保険の低保障の割合が42%である一方で、雇用主提供医療保険のそれが26%と約4分の1であるが、実際の保険加入者数は雇用主提供医療保険がはるかに多いことから、2010年以降の低保障の成人の増加は雇用主提供医療保険における不十分な保障の保険加入者の増加によるといえる。

民間医療保険加入者のうち定額控除が1000ドル以上の割合は、2010年から2020年の間に2倍となっていた（2010年22%から2020年46%）。定額控除が家計所得の5%以上の割合も、2010年は7%であったが、2016年には15%となった⁴⁰⁾。医療保険取引所を通じた保険加入者の場合、FPL250%以下でシルバー・プランに加入した場合はコストシェアリング補助が受けられる一方、それを超えるとコストシェアリング補助が適用されない。医療保障改革法によって定額控除に上限が設定され

てはいるものの（2020年のシルバー・プラン（単身保険）では8150ドル）、FPL250%を少し上回る所得層にとっては決して小さくない負担である。

雇用主提供医療保険の加入者の場合、年間での定額控除がある保険プラン加入者の割合は増加傾向にあり、2006年は単身保険加入者の55%，2010年は70%，2014年は80%，2019年は82%となっている⁴¹⁾。

年間定額控除のある保険プランで見た場合、年間定額控除の平均額も増額傾向にある。年間定額控除のある単身保険では、2006年584ドル、2010年917ドル、2014年1,217ドル、2019年1,655ドルとなっている。年間定額控除が1,000ドル以上の保険プラン加入者は、2009年22%から2014年には41%，2019年には55%となっている。企業規模別でみると、中小企業の単身保険加入者の場合、40%（2009年）から61%（2014年）、そして2019年には68%に、大企業の単身保険加入者の場合、13%（2009年）から32%（2014年）、そして2019年には50%に増加している。年間定額控除が2,000ドル以上の保険プラン加入者も、中小企業で

⁴⁰⁾ Collins, Gunja and Aboulafia (2020).

⁴¹⁾ Kaiser Family Foundation (2020).

45%，大企業で22%（いずれも2019年）存在している。

定額控除の額が低額であるほど必要なときに必要な医療を受けられている，という調査結果もあり⁴²⁾，医療費負担の問題は必要なケアへのアクセシビリティと健康にも影響する問題としてとらえるべきであろう。

VI おわりに

医療保障改革法は，雇用先での医療保険加入を主軸と据えたうえで，個人購入医療保険への加入可能性を向上させるために新たに医療保険取引所を創設し，既存の民間医療保障システムを改革しようとする連邦政府としての試みである。ただ，雇用先での医療保険加入の動向は，景気動向や雇用情勢に左右されるものであり，また被用者であったとしても就労形態によっては加入資格を得られない，保険料拠出の負担への懸念から加入しない（できない），失業・転職などを機に無保障状態に陥るリスクが常にあるものである。それゆえに，雇用主提供医療保険を失ったとき，それに代わるものとして，個人購入医療保険や公的医療扶助であるメディケイド・CHIPのアクセシビリティを向上させ，医療のセーフティネットとしての機能強化を図ったものであった。

2020年3月以降の新型コロナウイルス感染拡大は，アメリカにおいても多くの感染者，そして死亡者を生み，経済社会に多大なる悪影響を及ぼすこととなっている。2019年から保険未加入者に対する罰則金が0ドルとなり，加入義務は実質的に無効となったが，2020年初めまでは歴史的な低失業率のなか，その影響はそれほど大きくなかった。しかし，2020年3月以降の新型コロナウイルス感染拡大に伴う経済状況の悪化と失業者の増加は，雇用先での医療保険を喪失するリスクに直面する人々を増加させている。Garfield et al (2020)

は，2020年5月時点で失業している人のうち約2700万人が雇用主提供医療保険を失うことで無保険となると推計し，そのうち79%が医療保険取引所を通じて保険料補助を得て民間医療保険に加入するかあるいはメディケイド受給が可能となると推計している。失業が継続することで収入も減少することから，メディケイド受給あるいは保険料補助を得ての保険加入者が増えると思込むが，居住州がメディケイドの拡充を採択しているか否かで，その選択の可能性が変わってくるという。すなわち，メディケイド拡充州では，メディケイドの受給が主たる選択となる一方，メディケイド拡充不採択州では，保険料補助を得ての保険加入が主たる選択となり，“Coverage GAP”に陥る失業者が190万人に上ると見込んでいる。2021年6月にCMSが公表した資料によると，2020年2月から2021年1月までの1年間でおよそ973万人が新たにメディケイドにカバーされ，CHIPの加入者も約12万人増加した。

2021年のバイデン大統領就任以降，医療保障改革法に基づく無保障者や低保障者への対応が図られており⁴³⁾，雇用主提供医療保険加入の不安定性が増す中，医療保障改革法が医療のセーフティネットとして一定機能しているといえる。ただ，非常事態を前にした連邦支出の増大に対し，どのように財源確保を図るのかなど，連邦政府としての医療政策の今後については改めて検討したい。

参考文献

- Broadus, M. (2019). “Research Note: Medicaid Enrollment Decline Among Adults and Children Too Large to Be Explained by Falling Unemployment.” *CBPP Research Note*.
- Center for Medicare and Medicaid Services (2021), *December 2020 and January 2021 Medicaid and CHIP Enrollment Trends Snapshot*.
- Collins, S.R. (2011), “Premium Tax Credits under the Affordable Care Act: How they will help millions of uninsured and underinsured Americans gain affordable,

⁴²⁾ Collins (2011): Collins, Gunja, and Doty (2017).

⁴³⁾ アメリカ救済計画法 (American Rescue Plan Act) により，医療保険取引所を通じた保険加入への保険料補助の対象を，連邦貧困基準400%を超える所得層に拡大し (2022年まで)，またすでに保険料補助を受けている場合でもその負担をさらに引き下げるとしている。詳しくはMcDermott, Cox and Amin (2021)。

- comprehensive health insurance”, *The Commonwealth Fund Pub. No.1560*.
- Collins, S.R., Gunja, M.Z., and Doty, M.M. (2017), “How Well Does Insurance Coverage Protect Consumers from Health Care Costs?”, *The Commonwealth Fund Issue Brief*.
- Collins, S. R., H. K. Bhupal and M. M. Doty (2019). “Health Insurance Coverage Eight Years After the ACA: Fewer Uninsured Americans and Shorter Coverage Gaps, But More Underinsured”, *The Commonwealth Fund Survey Brief*.
- Collins, S. R., M. Z. Gunja and G. N. Abouafia (2020). “U.S. Health Insurance Coverage in 2020: A Looming Crisis in Affordability”. *The Commonwealth Fund Survey Brief*.
- Collins, S.R., D.C. Radley and J.C. Baumgartner (2020), “State Trends in Employer Premiums and Deductibles, 2010-2019”, *The Commonwealth Fund Data Brief*.
- Davis, P.A., Binder, C., Hahn, J., Kirchhoff, S.M., Morgan, P., Villagrana, M.A., and Voorhies, P. (2020), “Medicare Primer” *Congressional Research Service Report R40425*, Updated May 21, 2020.
- Doty, M.M., Collins, S.R., Nicholson, J.L. and Rustgi, S.D. (2009), “Failure to Protect: Why the Individual Insurance Market is not a Viable Option for Most U.S. Families”, *The Commonwealth Fund Issue Brief*, July.
- Garfield, R., R. Rudowitz, M. Guth, K. Orgera and E. Hinton (2021). “Work Among Medicaid Adults Implications of Economic Downturn and Work Requirements.” *KFF Issue Brief*.
- Glied, S. A., S. R. Collins and S. Lin (2020). “Did The ACA Lower Americans’ Financial Barriers To Health Care?” *Health Affairs*, 39(3): 379-386.
- Heberlein, M., T. Brooks, J. Guyer, S. Artiga and J. Stephens (2011). “HOLDING STEADY, LOOKING AHEAD: ANNUAL FINDINGS OF A 50-STATE SURVEY OF ELIGIBILITY RULES, ENROLLMENT AND RENEWAL PROCEDURES, AND COST SHARING PRACTICES IN MEDICAID AND CHIP, 2010-2011.” *Kaiser commission on medicaid and the uninsured*.
- Hudson J.L. and Moriya, A.S. (2017) “Medicaid Expansion For Adults Had Measurable ‘Welcome Mat’ Effects On Their Children”, *Health Affairs*, 36 (9).
- Jost, T.S. (2021) *The Supreme Court Throws Out the ACA Lawsuit, Not the ACA*, Commonwealth Fund Blog, June 21.
- Kaiser Family Foundation (2010-2020) *Employer Health Benefits Annual Survey*.
- Lee, L. K., A. Chien, A. Stewart, L. Truschel, J. Hoffmann, E. Portillo, L. E. Pace, M. Clapp and A. A. Galbraith (2020). “Women’s Coverage, Utilization, Affordability, And Health After The ACA: A Review Of The Literature.” *Health Affairs*, 39 (3).
- McDermott, D., C. Cox and K. Amin (2021), *Impact of Key Provisions of the American Rescue Plan Act of 2021 COVID-19 Relief on Marketplace Premiums*, <https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/impact-of-key-provisions-of-the-american-rescue-plan-act-of-2021-covid-19-relief-on-marketplace-premiums/> (最終確認 2021年7月30日)。
- Norris, L. (2020), ‘So-long’ to limits on short-term plans, <https://www.healthinsurance.org/so-long-to-limits-on-short-term-plans/> (最終確認2021年7月30日)。
- Pollitz, K (2020), Pre-existing Conditions: What are They and How Many People Have Them?, Kaiser Family Foundation.
- Rudowitz, R., M. Musumeci and C. Hall (2019). “February State Data for Medicaid Work Requirements in Arkansas.” *KFF Issue Brief*.
- Rudowitz, R., Garfield, R. and Levitt, L (2021), *Filling the Coverage Gap: Policy Options and Considerations*, Kaiser Family Foundation.
- Tolbert, J., K. Orgera and A. Damico (2020). “Key Facts about the Uninsured Population.” *KFF Issue Brief*.
- U.S. Census Bureau (2009-2020), *2008-2019 American Community Survey*.
- (2011), *Current Population Survey, 2010 Annual Social and Economic Supplements*.
- (2017), *Current Population Survey, 2018 Annual Social and Economic Supplements*.
- (2020), *2019 American Community Survey Statistics for Income, Poverty and Health Insurance Available for States and Local Areas*.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation (ASPE) (2021), “Health Coverage Under the Affordable Care Act: Enrollment Trends and State Estimates”, *Issue Brief*, No.HP-2021-13.
- 加藤美穂子 (2015) 「アメリカのメディケイド補助金とオバマ医療改革」『香川大学経済論叢』, 88 (3)。
- 渋谷博史 (2005) 『20世紀アメリカ財政史Ⅲ レーガン財政からポスト冷戦へ』 東京大学出版会。
- 中浜 隆 (2017) 「オバマ政権の医療保険改革」『國學院経済学』, 66 (3・4)。
- 長谷川千春 (2010) 『アメリカの医療保障 - グローバル化と企業保障のゆくえ』 昭和堂。
- (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。
- (2021a) 「医療保険取引所の検証」『生命保険論集』, 214。
- (2021b) 「産業・雇用構造の変化と医療保

障』『アメリカ医療保障制度に関する調査研究【2019
年度版】』医療経済研究機構。

(はせがわ・ちはる)

The Decade of Patient Protection and Affordable Care Act: Achievements and Remaining Health Security Issues of “Obamacare”

HASEGAWA Chiharu*

Abstract

The reforms under the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) passed in 2010 are federal attempts to address the uninsured and healthcare cost burden for the insured. On the premise of “individual mandate”, PPACA includes “Employer shared responsibility provision”, and it has promoted the maintenance and expansion of the provision of employer-sponsored health insurance. Also, Health Benefit Exchange or Marketplace was established to increase the possibility of individual’s purchasing health insurance by subsidizing insurance premiums and cost sharing for low- and middle-income people. From 2010 to 2016, the number of the uninsured decreased dramatically, but since 2017, when the President Trump came in power, the number of the uninsured has increased again. PPACA provide Medicaid Expansion to adults with incomes under 138% of poverty, but 12 states have not adopted. This is the new factor of health security disparity between people in the states where it is adopted and those in the states where it isn’t. The number of “the Underinsured”, who was insured continuously but had high out-of-pocket costs or deductibles relative to their income, is increasing, so the problem of the affordability remains large.

Keywords : PPACA, Accessibility, Affordability, Uninsured, Underinsured

* Ritsumeikan University College of Social Sciences Professor