

第3章 年金制度

第1節 公的年金

1 概要

米国の社会保障制度は1935年に制定された社会保障法（Social Security Act）により創設され、公的年金制度である退職年金、遺族年金、障害年金のほか、メディケア（65歳以上の高齢者等に対する医療保障）、補足的保障所得手当（低所得者、高齢者、身体障害者に対して補足的に手当を給付）の5つから成り立っている。

公的年金制度は通常 OASDI（Old-Age, Survivors, and Disability Insurance）または単にソーシャルセキュリティ（Social Security）と呼ばれ、その適用者数、財政規模等から米国最大の社会保障制度である。運営は連邦政府により直接行われ、財源の大部分は勤労者とその雇用主が収める社会保障税により賄われている。対象は米国市民だけでなく、合法的に雇用された者であれば外国人も対象となる。徴収された社会保障税は社会保障基金として積み立てられ、定年退職後の退職年金、勤労者が死亡した時の遺族年金、または勤労不能になった時の障害年金として、当人またはその家族に給付金が支給されている。所管は社会保障局で、各地の社会保障事務所を通じて各個人に固有の社会保障番号が付与され、転職しても個人データを蓄積出来る仕組みとなっている。

2 社会保障税と社会保障単位

収入のある勤労者及び自営業者は、原則として所得の一部を社会保障税として納入する義務がある。税額は勤労者の場合、毎月税抜き前の給料額の7.65%を源泉徴収されるのに対し（雇用主も同額）、自営業者は収入の15.3%を納入しなければならない。7.65%の内訳をみると、退職年金及び遺族年金分が5.35%、障害年金分が0.85%、メディケア分が1.45%である。メディケアについては別会計で運営されている。最高課税限度額は1999年度は7万2600ドルであるが、メディケア分については限度額はない。

納入された社会保障税は、その納入額に対してソーシャルセキュリティクレジット（社会保障単位）が各納税者のレコードとして記録される。1999年度は課税対象所得740ドルに対して1単位が与えられ、年間で最高4単位まで取得可能である。

なお、補足的保障所得手当は連邦及び州政府からの一般財源により賄われている。

3 退職年金

公的年金制度のうち、高齢者における退職後の収入の主流を占める退職年金について以下に詳述する。

（1）受給資格

① 必要な社会保障単位数を取得していること

必要単位は年齢によって異なるが、1929年以降に生まれた者は40単位となっている。

そのため、受給資格を得るまでに通常は最低 10 年以上社会保障税を支払う必要がある。

② 受給年齢

原則として 65 歳以上が受給対象者となるが、62 歳から減額された年金額を受給することも可能である。62 歳以降 65 歳未満の時に繰り上げ受給する場合は、1 ヶ月繰り上げるごとに 9 分の 5 % 減額され、例えば 62 歳での年金受給額は 65 歳の受給額の 20% 減額となる。この減額率は生涯適用され、65 歳以上になっても元に戻らない。なお、2000 年からは徐々に満額支給年齢が引き上げられ、2027 年からは 67 歳となる。この結果、62 歳から年金を受給する場合の減額率は、最終的には 67 歳での年金受給額の 30% となる。

また、70 歳になるまで退職年金を受給しないことも可能である。この間収入を得ていた場合には、期間中の納税額が年金額計算の基礎に算定されるほか、支給額自体も 1 ヶ月繰り下げるとに 12 分の 5.5% (年 5.5%) 増額される (1999 年度現在)。この率は年々引き上げられ、2008 年以降は年率 8 % となる。

(2) 受給者

退職者本人のほか、一定の要件を満たす配偶者、子等も受給対象となる。

配偶者については、1 年以上結婚している 62 歳以上の者が対象であるが、受給資格のある 16 歳未満の子または障害のある子を養育している配偶者については、婚姻期間が 1 年未満または 62 歳未満でも受給可能である。また、離婚した配偶者についても再婚していない場合には対象となり、婚姻期間が 10 年以上で、年齢が 62 歳以上であれば離婚後も手当が支給される。

子供に対しては通常 18 歳未満が対象となるが、小・中・高等学校に在学中であれば 19 歳まで、身体障害者である場合は 18 歳以上でも年金が支給される。

(3) 年金額

年金額は日本と同様に社会保障税の納税額及び納税期間により決定されるため各人各様である。受給者に収入がある場合は、一定の限度額を超える収入については、年金額は調整される。1999 年度では、65 歳未満の者に対しては、9600 ドルを超えた収入 2 ドルごとに年金 1 ドルが、また 65 歳から 69 歳までの者に対しては、1 万 5500 ドルを超える所得 3 ドルごとに年金 1 ドルが差し引かれる。ただし、70 歳以上については所得限度額は適用されない。なお、当該所得限度額による調整規程を撤廃する法案が 2000 年 3 月 1 日に下院を通過し、今後大統領も署名することが確実視されている。

配偶者、離別配偶者、子等に対する年金額は、65 歳で受給を開始する場合、退職者の基本年金額の 50% である。早期に受給する場合は原則として 1 月につき 36 分の 25% 減額されるため、62 歳で受給する場合の年金額は 65 歳での受給額の 75% 相当額となる。また、本人のほか配偶者、子等に対しても年金が支給される場合は、年金の合計額には一定の上限が設けられている。上限額は各受給者によって異なっているものの、概ね基本年金額の 150% から 188% である。ただし、離別配偶者に対する年金は減額されない。

平均支給額をみると、表 3-1 のとおり 1998 年現在、月額で退職者本人は 780 ドル、配偶者 400 ドル、子 358 ドルである。1998 年に新しく受給者となった者の平均はそれぞれ 754 ドル、332 ドル、333 ドルであり、新規受給者の支給額の方が少ないことが目をひく。この理由は 65 歳未満の早期受給者が増加したこと、配偶者、子等が複数いるため支給額を調整された受給者が増加したこと等が考えられる。また、所得別の年金受給額の試算では、65 歳から基本年金額を受給する場合、低所得者の平均は 577 ドル、平均所得者は 953 ドル、高額所得者は 1231 ドル、最高所得者は 1373 ドルとなっており、受取額に概ね 2.5 倍程度の格差が生ずること分かる（表 3-2 参照）。

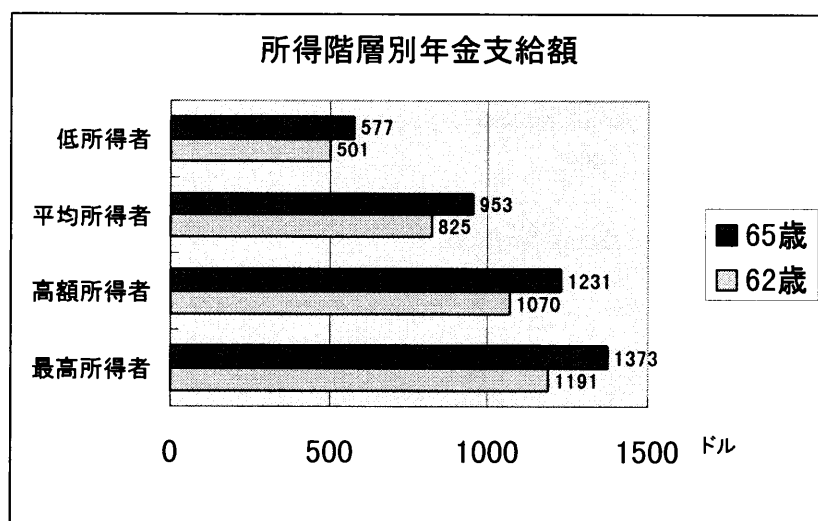
表 3-1 平均支給額（月額）

1998 年現在 単位：ドル

		新規受給者 年金額	現受給者 年金額
退職者	本人	754	780
	配偶者	332	400
	子	333	358
障害者	本人	747	733
	配偶者	196	182
	子	205	208
遺族	非障害者寡婦(男)	711	749
	障害者寡婦(男)	481	487
	子	513	510

資料：Fast Facts & Figures, Social Security Administration

表 3-2



資料：Fast Facts & Figures, Social Security Administration

(注) 低所得者—全国平均所得額の 45%の収入を得ている者

平均所得者—全国平均所得額を得ている者（1999 年の推計値は 2 万 9732 ドル）

高額所得者—全国平均所得額の 160% の収入を得ている者

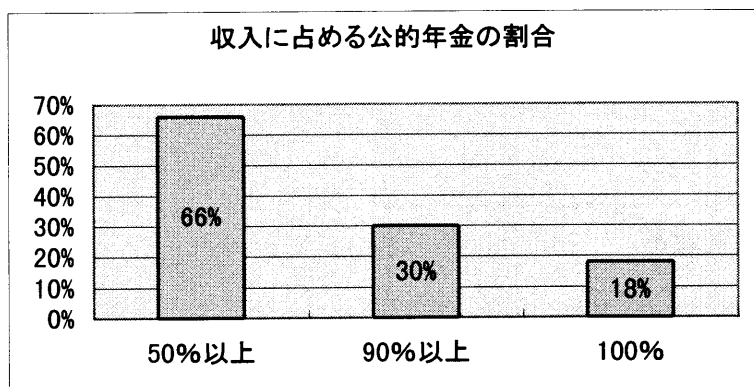
最高所得者—最高課税限度額の所得を得ている者（1999 年度は 7 万 2600 ドル）

4 受給者の状況

1998 年現在、公的年金受給者 4425 万人のうち 65 歳以上の高齢者は 3198 万人で、全体の 70% 以上を占めている。内訳は退職者 2508 万人（78.4%）、配偶者 251 万人（7.8%）、寡婦及び寡男 432 万人（13.5%）、その他 6 万人（0.2%）である。公的年金を受給している高齢者の割合は、1962 年の 69% から 1996 年には全高齢者の 91% に達している（第 1 章表 1-15 参照）。また、高齢者の全収入のうち公的年金が占める割合は 40%（第 1 章表 1-14 参照）、公的年金が全収入の 50% 以上を占める高齢者の割合は 66%（表 3-3 参照）、更に、公的年金を受けた結果貧困ライン以上の収入を得ている高齢者の割合は 41% など（表 3-4 参照）、公的年金が高齢者の生活をかなり支えている様子が窺える。

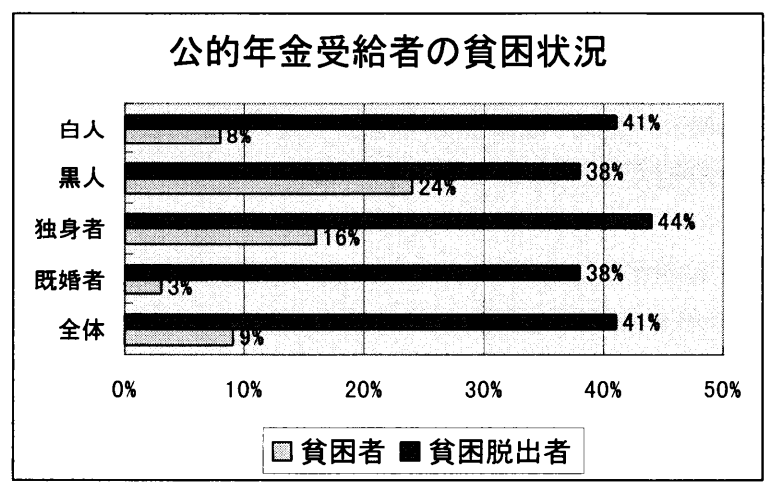
また、男女別に見ると、表 3-5 のように男性受給者については全体の 82% が退職年金を本人受給しているのに対して、女性の本人受給者は 56% に止まり、代わりに遺族年金の受給者が 22% を占めている。また年金支給額を比べると、男性の公的年金の平均受給額が月額 857 ドルなのに対して、女性は 643 ドルと男性の 80% に達していないことが分かる（表 3-6 参照）。

表 3-3



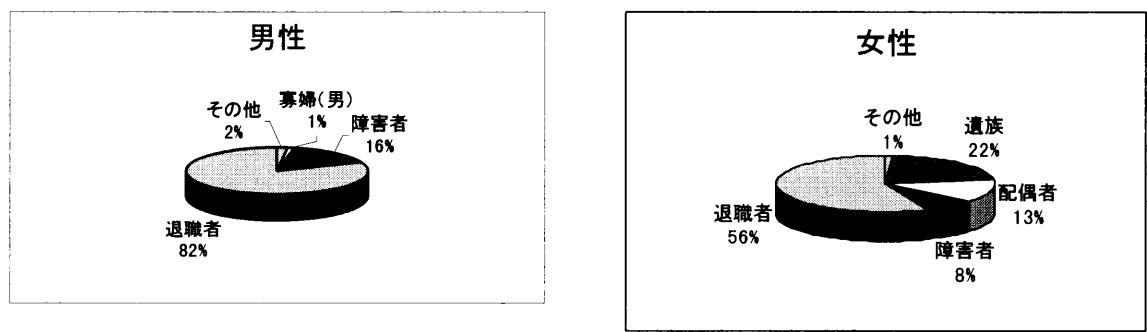
資料：Fast Facts & Figures, Social Security Administration

表 3－4



資料：Fast Facts & Figures, Social Security Administration

表 3－5 男女別受給者状況



資料：Fast Facts & Figures, Social Security Administration

表 3－6 男女別給付額

単位：ドル

		男性	女性
退職	本人	877	676
	配偶者	230	402
障害	本人	823	608
	配偶者	137	183
遺族	非障害者寡婦(男)	549	750
	障害者寡婦(男)	333	491
	親	453	549
合 計		857	643

資料：Fast Facts & Figures, Social Security Administration

5 公的年金制度の問題点

ベビーブーマー世代が 65 歳を迎える 2010 年に向けて、米国ではソーシャルセキュリテ

イーやメディケアについて財源的な観点からその将来が危惧されるとともに、支給水準や支給内容の見直しが、現在次期大統領選挙での主要な争点の一つとなっている。公的年金制度の問題点として指摘されている主な点をあげると次のとおりである。

- ・必ずしも皆保険でなく、失業や低収入の時期があると年金額が低く算定されること
- ・62歳からの繰上年金の受給者は低所得者や不健康な者が多く、低い年金額が更に減額されて少なくなること。
- ・所得制限や年金の算定方式により高額所得者に不利に働くため、就業意欲を阻害すること。（所得制限については、前述のとおり撤廃が確実視されている。）
- ・配偶者の被扶養者年金額が基本年金額の50%と大きいと、配偶者自身が働いて得られた退職年金額と専業主婦の年金額があまり変わりがなく不公平であること。
- ・育児や介護のために就業出来なかった期間について、年金上特別の取り扱いをすべきであること。

第2節 私的年金

米国では1980年代のレーガン政権下において公的年金の給付水準が長期的に引き下げられたことに伴い、公的年金の給付だけでは国民の老後の生活を保障することが不十分となった。その結果、近年私的年金への加入者が急増し、高齢者の収入に占める割合も増加している。1962年には私的年金に加入している高齢者の割合は9%、高齢者の収入に占める割合も3%に過ぎなかったものが、1996年にはそれぞれ30%、10%といずれも3倍以上の増加を示している（第1章表1-14、1-15参照）。本節では、米国における私的年金の状況について、近年日本でも脚光を浴びている401Kプランを中心に簡単に説明する。

1 私的年金の概要

高齢者に支給される私的年金の中心となるのは退職年金である。米国の退職年金制度は、一定の条件を満たす年金に対して税法上の優遇措置を与える年金税制（内国歳入法）と税制以外の年金制度の総合的な規範を定めた1974年制定の従業員退職所得法（Employee Retirement Income Security Act：通称ERISA）により主に規制されている。

退職年金は一定の契約に基づいて、事業主と被用者の双方が年金基金に拠出して退職年金を支出するもので、大きく確定給付型と確定拠出型に分類される。確定給付型は給付額があらかじめ一定の基準で定められているもので、日本で現在一般的に行われている企業・団体年金がこれに該当する。一方確定拠出型は拠出額があらかじめ一定の基準で定められ、退職時に元利合計を一時金あるいは終身年金として受け取るもので、401Kプランがその代表となる。

2 退職年金の加入状況

近年確定拠出型の伸びは著しく、1980年から1995年までの間に運用プラン数は34万1

千から 62 万 4 千、加入者は 1990 万人から 4770 万人、払込金は 235 億ドルから 1174 億ドル、給付金は 131 億ドルから 979 億ドルへといずれも急増している。一方、確定給付型は運用プラン数は 14 万 8 千から 7 万、加入者は 3800 万人から 3970 万人、払込金は 426 億ドルから 414 億ドル、給付金は 221 億ドルから 851 億ドルと加入者及び払込金が横ばいなのに対して給付金が 4 倍近くに増加するなど、従前のプランを維持することは困難である様子が窺がえる。(表 3－7 参照)

また、退職者年金に加入している勤労者 79%のうち、確定給付型は 50%、確定拠出型は 57%（うち 401K プランは 55%）であり、両方に加入している勤労者は 28%に上るなど、米国では各人のライフプランに合わせて年金のタイプを選択している者が多いことが分かる。(表 3－8 参照)

表 3－7 私的年金の加入状況

	(単位)	確定拠出型				確定給付型				合 計			
		1980年	1985年	1990年	1995年	1980年	1985年	1990年	1995年	1980年	1985年	1990年	1995年
運用プラン数	(千)	340.8	462.0	599.2	623.9	148.1	170.2	113.1	69.5	488.9	632.1	712.3	693.4
加入者数	(百万人)	19.9	35.0	38.1	47.7	38.0	39.7	38.8	39.7	57.9	74.7	76.9	87.5
払込金額	(10億ドル)	23.5	53.1	75.8	117.4	42.6	42.0	23.0	41.4	66.2	95.1	98.8	158.8
給付金額	(10億ドル)	13.1	47.4	63.0	97.9	22.1	54.5	66.4	85.1	35.3	101.9	129.4	183.0

資料 : U.S. Census Bureau, Statistical Abstract of the United States:1999

表 3－8 確定給付型、確定拠出型の運用プラン数（割合）の推移

	1991年	1993年	1995年	1997年
確定給付型	59%	56%	52%	50%
確定拠出型	48%	49%	55%	57%
401kプラン	44%	43%	54%	55%
計	78%	78%	80%	79%

資料 : U.S. Census Bureau, Statistical Abstract of the United States:1999

3 401K プラン

(1) 制度の概略

米国の企業年金制度で現在最も多く採用されている確定拠出型年金制度である。1978 年の内国歳入法の改正に伴い、同法第 401 条の k 項に規定されたことからこのように呼ばれている。401k プランの下では、企業の拠出額は全額損金参入可能なため税務上有利であり、コストの安い年金制度が設置できる。一方従業員側にとっては、所得税上一定率の額を任意に給与所得からプランに対する拠出額として控除することが出来、通常非課税扱いとなる。また、積み立てられた拠出金が生む収益に対する課税も、従業員が将来年金をもらう時まで繰り延べられる。他の企業に転職した場合は、転職先の企業プランへこれまでの拠出した分も含めて移行可能である。

このように 401k プランは企業側、従業員側双方にメリットが大きいため近年急速に普及している。1985 年から 1994 年までの推移を見ると、表 3-9 のとおり、運用資産は 1439 億ドルから 6747 億ドル、払込金は 243 億ドルから 759 億ドル、給付金も 164 億ドルから 507 億ドルといずれも急増している。

表 3-9 401k プランの運用状況

単位：百万ドル

	1985年	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年	1994年
運用資産額	143,939	357,015	384,854	440,259	552,959	616,316	674,681
(%)	34%	52%	54%	53%	58%	58%	62%
払込金額	24,322	46,081	48,998	51,533	64,345	69,322	75,878
(%)	46%	63%	65%	64%	69%	68%	72%
給付金額	16,399	30,875	32,028	32,734	43,166	44,206	50,659
(%)	35%	47%	51%	51%	58%	57%	62%

資料：U.S. Census Bureau, Statistical Abstract of the United States:1999

(2) 運用方法

① 従業員の参加条件

- ・従業員全体の 40%以上、または 50 人以上が参加すること。
- ・過去 12 ヶ月間に 1000 時間以上勤務していること（パート従業員でも可）。

② 拠出額の設定

企業は負担ゼロでも構わないものの、従業員への魅力づくりのために、少しでも負担することが望ましいとされている。通常は従業員が定めた拠出額の 25%から 100%を拠出して

いる企業が多い。
従業員の拠出額は従業員自らが決定し、給料から天引きされる。ただし、給料の 25%または毎年定められる非課税限度額のうち低い方を上限額とする（1998 年は 1 万ドル）。

③ 拠出金の運用

拠出金は投資により運用され、運用している会社から提示される複数の投資先を従業員が選択することが出来る。また、投資判断はすべて従業員が行い、投資損失等は企業側は一切責任を負わないことになっている。なお、投資先としては各種のファンド、不動産、自社株などがある。

④ 受給権の設定

従業員の拠出分については全額従業員に受給権がある。企業の拠出分については従業員の勤続年数により受給権が設定される。設定は次の二通りあるが、これは最低条件であり企業側はさらに有利な条件とすることが出来る。

- ・5 年間勤務後に受給権を 100%とする。

・3年間勤務後に受給権を最低20%とし、その後1年ごとに20%を追加し、7年後に100%とする。

⑤ 途中引き出し

従業員が65歳で引退するか59.5歳に達すると、自己拠出分及び企業拠出分に運用収益を加えた額が年金として支給される。また、59.5歳に達せずに引き出しを行う場合は、経済的に困窮に伴う特例を除くほかはペナルティー・タックスが課せられる。

(3) 401k プランの問題点

急速に普及している401kプランであるが、次のような問題点が指摘されている。まず、プランに加入していない従業員に対しては企業からの拠出金の恩恵を受けることが出来ないことである。次に高額の報酬を受けている従業員の拠出最高額が制限されているために、一定以上の金額は優遇措置を受けられなくなる点である。このため、企業によっては税制非適格年金制度を適用または検討する企業も増加している。

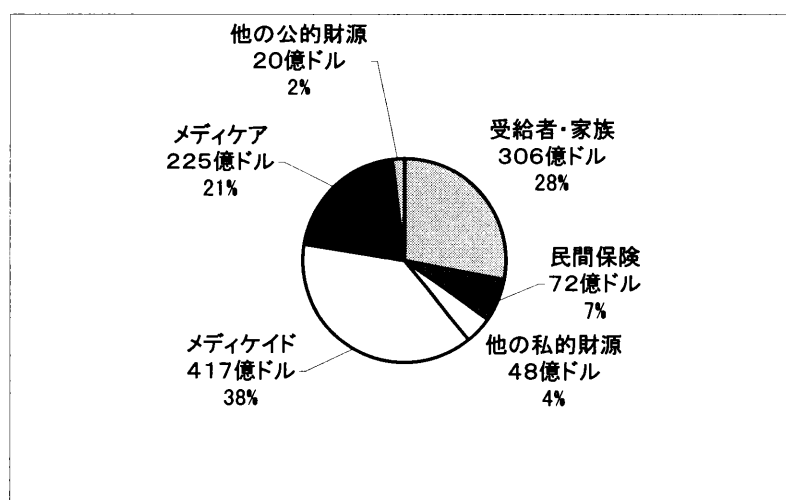
第4章 医療保険

米国では、通常の医療保険は国や地方公共団体でなく、民間の保険会社により運営されており、一般の人達は医療保険を商品として購入しなければならない。医療保険の価格は高く、大企業などに勤めていれば雇用主から手厚い補助が受けられるが、個人で医療保険に加入するとなると毎月数100ドル以上を負担しなければならない。

米国には公的医療保険制度が2種類しかない。一つは高齢者向けのメディケア、もう一つは低所得者向けのメディケイドである。メディケアは、65歳以上の公的年金加入者や65歳以下の身体障害者を対象にした連邦政府運営の医療保険制度である。メディケアはカバーされる医療種類の違いによって2つに分類され、それぞれに異なった役割を果たしている。これらは、病院保険（パート A メディケア）、医療保険（パート B メディケア）と呼ばれており、現在米国では公的年金を受けている高齢者のほとんどが、パート A、パート B の両方に加入しているといわれている。メディケアについての詳細は第2節で述べる。メディケイドは、低所得者に対して、メディケアでカバーされない医療サービスを含む医療費を支払うサービスである。メディケイドについての詳細は第3節で述べる。

また、介護の費用については、低所得であることを要件とするメディケイド以外には、慢性病や障害を伴う疾病の費用を十分まかなう公私の財源はない。健康保険庁（Health Care Financing Administration ; HCFA）の統計によると、1996年において、1087億ドルが介護サービスに費やされたとされており、この金額は大きくメディケイド、メディケア、その他の公的財源（全体の約 61%）と民間保険、自己負担その他の私的財源（全体の 39%）から構成されている（表4-1参照）。

表4-1 介護サービスの財源（1996年）



資料: Health Care Financing Administration, National Health Expenditures 1996

第1節 民間医療保険

米国においては、民間医療保険は雇用と結びついた団体保険が多く、従業員及びその家族に適用するのが一般的である。このため従業員が退職したり、離婚した場合、本人や配偶者は団体保険を脱退し、個人で保険に加入することになる。また、障害を伴う疾病にかかった者、例えば、アルツハイマー病やパーキンソン病で徐々に障害を持つようになった場合は職を失い、結果的に職場での団体保険を失うことになる。連邦法の改正(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act(COBRA) 1986年7月成立)により、離職後18か月間は、元の団体保険の適用を受けられるようになったが、そのために個人が支払う費用は高額(年1000～2000ドル)となり、個人的に加入できる者は限られている。また、民間保険は、通常、急性病の医療にしか適用されず、在宅ケアまで保険がカバーすることはない。在宅ケアに保険が適用されるのは、専門的看護や治療のみに限定されるため、要介護者にとっては厳しい現状となっている。

現在販売されている医療保険プランを大別すると以下の1～4の4つとなる。それぞれの保険プランは、病院・医者の利用範囲、保険料、自己負担割合などの点で一長一短があるため、加入者はその必要に応じた選択をしなければならない。

1 実費給付プラン(Indemnity Plan)

保険会社の伝統的なプランで、団体の場合、通常従業員3名以上から加入可能である。このプランの特徴は、加入者(家族を含む)が全米どこかの医者・病院でも診療が受けられることである。通常は、実際にかかった医療費を加入者がその場で立て替え、後日、保険会社へ給付請求手続きを行う。保険会社では、請求内容を査定の上、加入者本人(または家族)の負担部分があれば、その額を控除してから給付の支払を行うことになる。

2 マネージド・ケア(管理型医療)

1の従来型の医療保険は「損害賠償型」であり、医療サービス供給側(医者・病院など)の自由裁量によって行われた医療行為について、「出来高払い(fee for service)」の支払いをするのに対して、このマネージド・ケアでは医療コストを削減することを目的に、不必要な医療行為が行われることのないように、医療サービス供給側の裁量にさまざまな形で制限を加えている。マーサー/フォスター・ヒギンズ社の全米雇用主を対象にした調査によると、従来型保険の加入者は1993年の48%から、1997年には15%に減少し、85%が何らかのマネージド・ケア型保険に加入するまでになったといわれている。

(1) HMO(Health Maintenance Organization)

マネージド・ケアの中でも、最も歴史が古くかつ典型的なもので、一定地域の医者・病院を組織化し、加入者に対して料金前払い制のもとで医療サービスを提供する制度。1の実費給付プランと異なり、自己負担部分がなく、一定額の会費を支払うだけで、医療サービスが受けられるメリットがある。米国保健省の調べによると、米国のHMO加入者

は1976年には人口比3%に過ぎなかったが、1996年には人口比20%までに上昇したといわれている。

(2) PPO(Preferred Provider Organization)

PPO は、主に保険会社により構築・管理されている全米カバーの病院・医者ネットワークである。これは加入者の希望により、ネットワーク外の病院・医者を利用することができるため、実費給付プランと HMO の中間的制度といえる。ネットワーク内の病院・医者を利用した場合、保険会社と病院・医者間の取り決めにより、一般より10～20%低いコストで医療サービスが受けられるとともに、実費給付プランよりも、医療給付率を高める(自己負担額の軽減)というプラン設計をとっているのが特徴である。ネットワーク外の病院・医者を利用した場合は、実費給付プランと同様の取り扱いとなる。

(3) POS(Point of Service)

POS は PPO と異なり、ネットワーク内の医者を利用する場合、加入者はあらかじめ、一次医療医(Primary Care Physician)、あるいはファミリー・ドクターを指定することが義務付けられている。通常は一次医療医かファミリー・ドクターがネットワーク内の専門医や入院に際しての病院を紹介する。

3 ブルークロス、ブルーシールド(Blue Cross, Blue Shield)

ブルークロス、ブルーシールドは、地域別に設立されている非営利団体で、ブルークロスは入院負担、ブルーシールドは診療費をカバーする。加入者は、ブルークロス、ブルーシールドの組織に加盟している病院や医者を利用しなければならないが、入院費や診察費の支払いについては、組織と病院・医者間で清算されるため、立て替えの必要はなく、個人負担部分のみの支払いで済むという利点がある。

ブルークロス、ブルーシールドは、あらかじめ病院・医者との間で入院費や診療費のガイドラインを取り決めることで、診療費を低く抑えるとともに、州保険料税が免除されていることなどから、民間保険会社と比較すると保険料は安いといえる。しかし、近年、保険会社の医療保険に加入できない人や、高齢者などリスクの高い人が加入するようになり、一部のブルークロス、ブルーシールドの団体では経営が圧迫され、保険料が大幅に値上がりしたり、保険サービスが悪化しているところがある。

4 自家保険制度(Self-funding Plan)

保険会社の医療保険を購入する代わりに、企業自ら医療保険制度を運営し、かかった医療費の一部、または全額を企業が負担する制度である。企業が医療費を全額負担し、日常の給付支払い事務だけを保険会社や TPA(Third Party Administrator—管理・事務を代行する第三者機関)など、外部へ運営委託する完全な自家保険制度の ASO プラン(Administrative Service Only)と、一定限度額までの医療費を自家保険でまかない、その限度額を超過する部分は保険会社が支払い責任を負うという、中間的な自家保険制度の

MP プラン(Minimum Premium Plan)がある。

5 メディケア補足保険(Medicare Supplement Insurance)

メディケア補足保険とは、別名「Medigap」と呼ばれ、メディケアではカバーされない免責額、自己負担分などの費用をカバーする民間保険である。ただし、メディケアが給付しない部分をカバーするといっても、あくまでその対象範囲は、メディケアによって少なくともその一部が給付対象とされているものに限定されており(例外は、医療用医薬品、予防給付等)、メディケアでは全く給付対象とならないようなサービスは除外されている。

このメディケア補足保険については、過去、メディケアと重複する給付を内容とする商品が販売され、消費者から強い批判を浴びたこともあり、1990 年にメディケア補足保険標準化法(Medigap、Standardization Law)が制定されている。この法律によって、メディケアと重複する給付の設定は禁止され、消費者にとって商品の選択が容易になるようにと、販売される商品設計は、A から J の 10 種類に統一された。

いずれの商品も基本的給付として、パート A に関して、入院中の一部負担、特別入院日数延長制度が切れた以降 365 日を限度とする入院費用、パート B に関して、20%の一部負担、輸血の自己負担がカバーされることとなっている。この基本的給付のほか、B から J のカテゴリーに属する商品では、それぞれのカテゴリーごとにメディケアを補足するような給付が設けられている。

C から J の商品では、Skilled Nursing Facility(SNF:専門的な医療ケアやリハビリテーションサービスを提供するナースিংホーム)入居期間中の自己負担がカバーされることとなっているが、あくまでもメディケアがカバーする 100 日までの期間内の自己負担分が対象であり、100 日を超えた期間についてはカバーされないことに留意する必要がある。

第2節 メディケア

メディケアは、ジョンソン大統領時代に創設され、1966年からスタートしたもので、65歳以上の高齢者、年齢に関わりなく腎不全患者及び身体障害者を対象にした連邦政府による医療保険制度である。

あくまでも疾病、負傷を対象とした医療保険であり、元来、長期介護に対する費用の給付を目的としたものではないが、長期介護に該当するものの中でも医療の延長上と見なされるケースについては、限定的ながら給付対象としている。

例えば、少なくとも3日以上病院に入院した後、SNF (Skilled Nursing Facility)に入居する場合については、100日を限度としてメディケアの負担が認められている。また、自宅から出られなく、傷病のために専門的な医療ケアが必要な者に対して、メディケアから指定を受けた在宅サービス事業者が、医師の指示に基づき、一定のサービス(訪問看護やリハビリテーションなどの専門的ケア(Skilled Care)、Home Health Aideと呼ばれる介護スタッフによる食事・入浴・排せつ等の介助、理学療法、言語療法、作業療法、医療用具)を提供した場合にもメディケアでカバーすることが認められている。なお、在宅サービスの利用の場合にはナーシングホームと異なり、事前の病院への入院は不要であり、要件に合致し、医療上合理的かつ必要である限り、制限はない。

後述するように、介護保障という観点から見た場合に、医療保険制度としてのメディケアには、カバーされるサービスの対象、給付期間、水準等の面で限界がある。にもかかわらず、大部分のアメリカ人は、メディケアによって介護サービスがカバーされるものと錯覚しているとされ、自らあるいは配偶者が要介護状態に立ち至った際に、初めてメディケアの給付範囲が極めて限定的であるという事実を知ると言われている。メディケアは専門的看護に対しては費用を負担するが、ほとんどのナーシングホームでは専門的看護をしていないので、メディケアからの給付は受けられないことになっている。

1 メディケアの概要

メディケアには、強制加入のパートA(Hospital Insurance Program :入院医療費をカバー)と任意加入のパートB(Supplementary Medical Insurance:医師等に対する診療報酬をカバー)があり、その費用は、パートAは、現役世代が負担する社会保障税、パートBは、メディケア受給者自身が毎月負担する保険料と連邦政府の一般財源からの拠出金により、賄われている。

2 パートA(Hospital Insurance Program)

(1) 対象者

パートAの対象者は、以下のとおり。

- ① 公的年金(Social Security)の受給資格のある65歳以上の者
- ② 鉄道従業員退職者制度に基づく年金の受給資格のある者
- ③ 継続して2年以上、障害年金の受給資格を有する者

④ 腎臓透析又は腎臓移植を必要とする慢性腎臓病に罹患している公的年金の被保険者

なお、以上の他、65 歳以上の者であって、アの要件を満たさない場合でも、米国に居住し、かつ、申請時点で 5 年以上の居住実績があり、さらに、市民権あるいは永住権を有している者であれば、毎月、一定の保険料を負担することで、任意加入することもできる。

(2) 給付対象となるサービス

パート A においては、入院サービス、退院患者に対する SNF における介護サービスや在宅ケア、ホスピスケアなどについて給付を行っている。なお、これらのサービスの中でも医師の診療費等については対象外であり、パート B がカバーしている。以下、これらの中で介護に関連する入院サービス、SNF における介護サービス及び在宅ケアに係る給付に関し、解説する。

① 入院サービス(医師の診療費は対象外。パート B でカバー)

(受給要件)

入院サービスを受けるためには、以下の 4 条件をすべて満たす必要がある。

ア 医師が疾病又は負傷の治療に関し、入院を指示したこと

イ 必要とする治療が、病院でしか受けられないものであること

ウ 入院した病院がメディケアの指定を受けた病院であること

エ 当該病院の施設利用調査委員会(URC:Utilization Review Committee)又は当該病院が所在する同僚審査委員会(PRO:Peer Review Organization)が、入院の妥当性・必要性を認めたこと

(対象となる入院サービス)

給付の対象となる入院サービスは、以下のとおり。

- ・セミプライベートルーム (1 室 2~4 ベッド:個室代は対象外)
- ・食事(特別食を含む。)
- ・看護
- ・ICU や CCU 等での特別なケア
- ・入院中の薬剤、輸血
- ・病院の費用に含まれる生化学検査、X 線等の放射線検査(治療)
- ・ギプス、包帯、副木等の医療用品
- ・車椅子等の機器
- ・手術室等の利用
- ・理学療法、作業療法、言語療法等のリハビリテーション

(給付期間)

90日間(精神病院の場合には、190日間)。なお、90日間経過後は、選択によって1日につき380ドル(1997年:後述する免責額(deductible)の50%相当額)の一部負担を支払えば、一生の間に60日間を限度として、延長できるとなっている(特別入院日数延長制度)。

(一部負担)

給付上限の90日間のうち当初の60日間は通算して760ドル(1997年:免責額)までは全額自己負担。61日目から90日までの30日間は、1日につき190ドル(1997年:免責額の25%相当)を自己負担することとなっている。なお、90日間を超える期間は、特別入院日数延長制度を利用しない場合にはメディケアの給付対象外となる。

日本の公的医療保険制度においては、被保険者が高額な医療費によって破産等の経済的困難に陥らぬよう、給付期間の制限や自己負担の逓増措置といった制度は設けられておらず、逆に高額療養費制度によって、負担が過大となることを極力抑制する制度構成となっている。しかし、これに対して、米国の場合には、民間の医療保険同様に、上記のように保険給付の上限を設定しており、長期にわたって療養を必要とする要介護状態となった場合に、メディケアで対応することには困難がある。なお、仮に、メディケアの給付が打ち切られ、さらに経済的に自己負担することが困難となった場合には、日本における医療扶助(生活保護制度の一種)に相当するメディケイドにおいてカバーすることとなる。

② Skilled Nursing Facility における退院後の介護サービス

病院の退院後も、専門的な看護やリハビリテーションを必要として、メディケアが指定するSNFに入所して介護サービスを受けた場合には、パートAは入院の延長上にあるものとして、給付を行うこととなっている。

(受給要件)

SNFにおける介護サービスがメディケアの対象として認められるためには、以下の要件を満たす必要がある。

- ア SNFに入所する前に、継続して3日間以上病院に入院していたこと
- イ 入院中の治療の対象であった疾病又は負傷に関し、SNFで介護を受ける場合であること
- ウ SNFへの入所は、退院後、少なくとも30日以内のものであること
- エ 医師が専門的な看護やリハビリテーションが連日必要であると認めた場合であること
- オ 当該SNFの施設利用調査委員会(URC:Utilization Review Committee)又は当該SNFの所在地の同僚審査委員会(PRO:Peer Review Organization)が入所の必要性を認めた場合であること

以上のようにメディケアにおけるSkilled Nursing Facilityに関する給付は厳格な要件を

課されているが、それでも、第 5 章第2節3の施設サービスのところで述べるように、ナーシングホーム入居者の費用負担者別に見た場合(表4-2参照)では、徐々にメディケアの割合が上昇している。

表4-2 ナーシングホーム入居者の主たる費用負担者

	1985 年調査	1995 年調査
メディケイド	652 千人(49. 5%)	801 千人(56. 3%)
メディケア	20 千人 (1. 5%)	178 千人(12. 5%)
自己負担	576 千人(43. 7%)	405 千人(28. 5%)
その他	70 千人 (5. 3%)	38 千人 (2. 7%)

資料:National Nursing Home Survey 1985-1995

③ 在宅ケア

病院や Skilled Nursing Facility への入院・入所後など、そのアフターケアとして、在宅で、専門的な看護やリハビリテーション等の在宅ケアを受けた場合には、給付を受けることができる。ここで給付対象となるサービスは、Skilled Care に該当するサービスであり、在宅介護サービスというよりは、在宅医療サービスの範疇に入るものである。

(受給要件)

在宅ケアがメディケアの対象として認められるためには、以下の要件を満たす必要がある。

- ア 専門的看護、理学療法又は言語療法のいずれかが必要であること。つまり、Skilled Nursing Facility で説明したようなSkilled Care を要する状態にあること。ただし、同時に、連日継続するケアを要する程度に重度ではないことが条件となっている。
- イ 外出できる状態にないこと
- ウ 医師により医学的なケアが必要と判断されていること
- エ 在宅ケアを提供するサービス事業者が、メディケアの指定を受けていること

(対象となる在宅サービス)

- ・専門的看護
- ・理学療法
- ・言語療法
- ・作業療法
- ・身体介護

- ・包帯等の医療用品や医療用具
- ・耐久性の医療機器(durable medical equipment:在宅酸素療法用装置、車椅子、家庭用人工透析設備等)

(注)医薬品や食事の宅配(meals on wheelのようなサービス)、24 時間付き添うような長時間継続看護などは、給付の対象外となっている。

(給付期間)

制限なし

(一部負担)

制限なし。ただし、耐久性の医療機器については、20%の自己負担あり。なお、1997年に成立した均衡予算法においては、在宅ケアに関し、その訪問1回につき5ドルの一部負担を導入すべきとの意見が論議となり、一時は上院で可決されている。

しかし、最終的には導入は見送られ、現在、次期のメディケア改革の主要な課題の一つとなっている。

(3) 財源

パート A の対象となる 65 歳以上の者等の保険料負担はなく、メディケアや公的年金を賄う社会保障税の一部によってカバーされている。1996 年において社会保障税全体で料率 15.3%(労使折半、自営業者は全額自己負担)、そのうちパート A に充当される分は 2.9%となっている。

3 パート B(supplemental Medical Insurance Program)

パート B は、主として医師の診療費用、外来サービス、パート A でカバーされないその他のサービス等について給付を行う。

(1) 対象者

パート A に加入している者及びパート A 未加入であっても、米国に居住し、かつ、申請時点で 5 年以上の居住実績があり、さらに市民権あるいは永住権を有している者が対象となる。なお、強制加入であるパート A と異なり、任意加入であり、加入者は、毎月所定の保険料(1997 年段階で 43.80ドル)を負担しなければならない。

(2) 給付対象となるサービス

パート B においては、主として医師の医療サービス(診療費等)、病院での外来サービス、パート A で給付されないその他のサービスなどを対象に給付を行っている。ただし、美容等については対象とならない。具体的には以下のとおり。

- ・医師の医療サービス

- ・病院での外来サービス
- ・理学療法、言語療法
- ・救急車での搬送
- ・生化学検査
- ・耐久性の医療機器
- ・歯科用の補綴器具
- ・在宅ケア
- ・輸血 等

(3) 給付期間

パート B については、給付期間の制限はない。

(4) 一部負担

原則として1年間に受けたサービスの総費用のうちメディケアが認定した額から免責額100ドルを差し引いた額の80%が償還され、残りの20%が自己負担となる。なお、この免責額100ドルは、加入者全員に受診の有無に関係なく1年に一律100ドルを納めることが義務づけられている。しかし、年度末の3ヶ月の医療費総額が100ドル以下であった場合には、免責額(100ドル)と最終3カ月の医療費の差額が翌年度の自己負担分に加算されるという繰り越し措置が認められている。

また、生化学検査及び在宅ケアについては、一部負担はない。

(5) 財源

パート B の財源は、加入者が毎月負担する定額保険料(43.80ドル—1997年)と連邦政府の一般財源からの拠出金によってまかなわれている。公的年金を受給している者に係るパート B の保険料は、公的年金から控除され、それ以外の者に係る保険料は、加入者が直接(公的扶助を受けている者については、州政府その他の扶助機関が代わって)、連邦保健福祉省(Department of Health and Human Services: DHHS)に支払うこととされている。

4 メディケアの現状

これまでの実際のメディケアの運用では、長期入院を減らし、在宅ケアを促進する観点から、比較的緩く解釈されてきたようで、1990年代に入ってもその支出額は、毎年2桁の伸びを記録してきた。ところが1997年の均衡予算法の審議の過程において、メディケア支出の抑制が最大の課題となる中で、在宅ケア部門での不正請求、不当請求が大きく取り上げられた。会計検査院の推計によれば、在宅ケアに係る総支出のうち約4割が不正ないしは不当な請求だとされ、現在、その取締が強化されている。また、あわせてその報酬支払い方式について見直しを行っており、現行の一時的支払

額決定方式(Interim Payment System:IPS)から事前支払額決定方式(Prospective Payment System:PPS)への移行が検討されている。

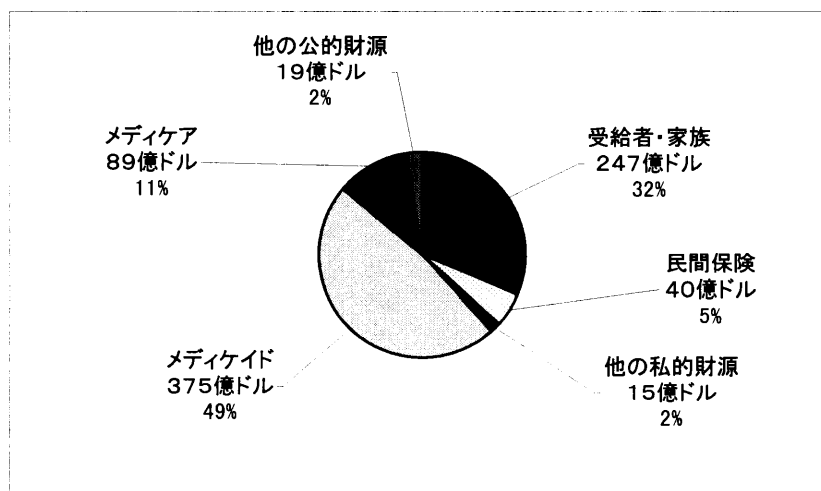
なお、近年のこうしたメディケアにおける在宅ケアの伸びは主として訪問回数の増加(特に、年間 100 回以上利用するケースの増加)が要因として挙げられている。1988 年と比較して 1993 年には、利用者 1 人当たり在宅ケア費用は、1,215ドルから 3,389ドルへと 3 倍近く上昇しているが、この間の訪問 1 回当たりの料金は、62.00ドルから 81.00ドルへの上昇にとどまっているのに対し、利用者 1 人当たりの訪問回数は、年 24 回から 57 回へと 2 倍以上増加している。

第3節 メディケイド

メディケイドは低所得者を対象にした連邦・州共同の医療扶助制度である。各州はそれぞれ独自のメディケイド・プログラムを運営しており、連邦政府（医療保険財政庁：HCFA）が設定した広範なガイドラインの範囲内で、受給資格者やカバーするサービスの範囲をそれぞれ設定している。

メディケイドは、元来、低所得者に対して基本的な医療サービスを提供することを目的として作られた制度であるが、現在では介護サービスに関する公的財源の中心をなしており、特にナーシングホームにおける介護費用のうち公的財源部分のほとんどはメディケイドが負担している（表4-3参照）。また、このほか、一定の在宅サービスについても給付の対象となるが、その内容は州によって異なっている。

表4-3 施設サービス（ナーシングホーム）の財源（1996年）



資料：Health Care Financing Administration, National Health Expenditures 1996

低所得者を対象とした制度であるため、メディケイドの受給資格を得るためには、ミーンズテスト（所得や資産の調査）を受け、各州で定める要件を満たしていることを証明する必要がある。また、メディケイドの受給者は、少額でも所得のある場合には、個人的なニーズを満たすための手当（月額 30 ドルから 75 ドル：州によって異なる）等を除き、その全てをサービス費用として、入居しているナーシングホームあるいは利用している在宅サービス事業者を支払わなくてはならないこととなっている。また、配偶者の所得や保有する資産についても厳しい制限が課されている。

したがって、米国においてメディケイドの受給者となることは、同時に経済的な自立を失うことを意味することから一般のアメリカ国民にとってメディケイドは、「最後の手段」として考えられている。

こうした厳しい制度であるにもかかわらず、メディケイドにおける Skilled Nursing Facility

(SNF:専門的な医療ケアやリハビリテーションサービスを提供するナーシングホーム)や在宅ケア(長期介護以外のものを含む)に関する費用は 1990 年代に入って急速に伸びており、連邦保健福祉省が毎年まとめている Social Security Bulletin, Annual Statistical Supplement, 1996 によれば、ナーシングホームでは、1990 年に約 80 億ドルであった支出が、1995 年には約 290 億ドル(3.6 倍)、在宅ケアについては、1990 年に 34 億ドルであったものが、1995 年には 94 億ドル(2.8 倍)にまで増加している(表 4-4 参照)。その間、利用者数の伸びは、ナーシングホームで 1.1 倍、在宅ケアでは 2.3 倍であったから、この間の価格の高騰ぶりがうかがえる。

表 4-4 給付項目別に見たメディケイドの給付額

会計年度	総計	入浴サービス		中間ケア施設サービス		ホームシング アグ	サ ー 診 療 ビ ス	サ ー 歯 科 ビ ス	サ ー そ の 他 診 療 ビ ス	サ ー 外 来 診 療 ビ ス	サ ー ク リ ニ ック ビ ス	作業療法	在宅ケア	処方箋	家族計画 サービス	その他
		一般病院	精神病院	精神薄弱者	その他											
	給付額(百万ドル)															
1972	6,299	2,557	113			1,471	794	170	59	365	41	81	24	512		112
1975	12,242	3,374	405	380	1,885	2,434	1,225	339	127	373	389	126	70	815	67	233
1980	23,311	6,412	775	1,989	4,202	3,685	1,875	462	198	1,101	320	121	332	1,318	81	440
1981	27,203	7,194	877	2,996	4,507	4,035	2,101	543	228	1,409	373	147	428	1,535	139	691
1982	29,400	7,670	974	3,467	4,979	4,427	2,086	492	226	1,438	400	160	496	1,599	133	853
1983	32,392	8,813	933	4,079	5,381	4,621	2,175	467	226	1,574	479	184	597	1,771	156	936
1984	33,891	8,848	1,042	4,256	5,823	4,810	2,220	469	232	1,646	594	207	774	1,968	164	838
1985	37,508	9,453	1,192	4,731	6,516	5,071	2,346	458	251	1,789	714	337	1,120	2,315	195	1,020
1986	41,005	10,364	1,113	5,072	6,773	5,660	2,547	531	252	1,980	807	424	1,352	2,692	226	1,212
1987	45,048	11,302	1,409	5,591	7,280	5,967	2,776	541	263	2,226	963	475	1,690	2,988	228	1,349
1988	48,709	12,076	1,375	6,022	7,923	6,354	2,953	577	284	2,413	1,105	543	2,015	3,294	206	1,569
1989	54,500	13,378	1,470	6,649	8,871	6,660	3,408	498	317	2,837	1,249	590	2,572	3,689	227	2,085
1990	64,858	16,674	1,714	7,354	9,667	8,026	4,018	593	372	3,324	1,688	721	3,404	4,420	265	2,618
1991	77,048	19,891	2,010	7,680		20,709	4,952	710	437	4,283	2,211	897	4,101	5,424	359	3,384
1992	90,810	23,503	2,196	8,550		23,544	6,102	851	538	5,279	2,818	1,035	4,886	6,765	500	4,243
1993	101,709	25,734	2,161	8,831		25,431	6,952	961	937	6,215	3,457	1,137	5,601	7,970	538	5,784
1994	108,270	26,180	2,057	8,347		27,095	7,189	969	1,040	6,342	3,747	1,176	7,042	8,875	516	7,695
1995	120,140	26,331	2,511	10,383		29,052	7,360	1,019	986	6,627	4,280	1,180	9,406	9,791	514	10,700

資料: Social Security Administration, Social Security Bulletin, Annual Statistical

しかし、各州が在宅サービスの拡充に努めているとはいえ、メディケイドの介護サービスに対する負担は、なお施設サービスに大きく偏っている。介護サービスに対するメディケイドの負担は 417 億ドル(1996 年)となっており、その内訳は、施設サービスが 375 億ドル(89.9%)、在宅サービスが 42 億ドル(10.1%)となっている。

こうしたメディケイドの費用(給付費及び事務費)は、連邦政府と州が共同して負担するこ

ととされている。給付費に関する連邦政府の負担割合は、各州ごとに州民一人当たり平均所得を勘案して、最低 50%から最高 83%の範囲内で定められており、1997 年度予算を見ると、13 州＋ワシントン DC が最低の 50%、最高はミシシッピ州の 77.2%、平均 57.0%となっている。事務費に関しては、一部の例外を除き 50%を州が負担することとなっている。

(1) 受給資格

メディケイドの受給資格は、大きく「Categorically Needy」と「Medically Needy」に分かれる。前者は、他の社会保障プログラムの受給者であることによって自動的に受給資格が生じるものであり、後者は、Categorically Needy に該当しないものの医療費や介護費の支払いが負担となって、これらの費用の支払が困難となっていると認められるケースである。

こうした受給資格の設定に当って、州は連邦政府が定めた最低限の範囲とは別に、一定の範囲で独自に受給資格を拡大することができることとなっている。

代表的な受給資格としては、以下のようなケースが挙げられる。

- Categorically Needy

母子家庭で Aid to Families with Dependent Children (AFDC) の受給者

高齢者、障害者等で補足的保障所得 (SSI) の受給者

連邦貧困基準 133%以下の世帯に属する妊産婦

- Medically Needy

ナーシングホーム入居者で、当該費用が本人の月間所得を上回り、かつ、保有資産も取り崩し、支払が困難となっている者

要介護状態に関しメディケアの給付に制限のある米国では、長期間にわたり要介護状態となることによって、その保有する資産のほとんどを介護費用のために使い果たすといったケースが多いことから、介護という観点から見た場合には、後者の Medically Needy のケースが一般的である。

ナーシングホームに入居した者がメディケイドの受給資格を認められるためには、所得と資産の 2 つの基準を満たす必要がある(注)。資料4-5は、各州ごとのそれぞれの主要な基準を示したものである。

(2) 給付

メディケイドにおいては、基本的な給付として、以下のようなサービスをカバーすることとしている。

- 入院サービス

- 病院外来サービス

- 医師の診療(病院、診療所、SNF、在宅等場所を問わない)

- 生化学検査、X線検査

- ・SNF でのケア(21 歳以上の者が対象)
- ・Skilled Care を必要とする者に対する在宅ケア
など

また、以上のような基本的な給付の他、各州は付加的に処方薬、眼鏡、義歯、在宅サービス、リハビリテーション、移送サービスなど 34 の給付を行うことができることとなっている。

(3) メディケイド・ウェイバー条項を活用した給付

1980 年代初頭以降、大部分の州で、ナーシングホームに係るメディケイドの負担の増加を防ぐことを目的として、在宅介護への転換が積極的に進められた。その中心となったのが、メディケイド・ウェイバー条項を活用した在宅ケアに関する給付である。

メディケイドにおいて、各州は、連邦法が定めたメディケイド適用条件のうち特定部分の適用除外(メディケイド・ウェイバー)を連邦政府に申請し承認を受けることで、ナーシングホーム等に代替する一連の介護サービスの提供を認められている。つまり、通常のメディケイドの場合には、定められた給付内容をメディケイド受給者全員に給付しなくてはならないが、このメディケイド・ウェイバーを利用することによって、各州の独自の判断で、通常のメディケイドに含まれないサービス(食事の宅配サービス等)を含めて、特定の受給者を対象に給付することが認められるのである。その一例を挙げれば、ナーシングホームへの入所を未然に防ぐ観点から、メディケイド受給資格者の収入要件を一定の在宅介護プログラムを受けようとする場合には緩和するといった取扱である。

もっとも、こうしたメディケイド・ウェイバー条項による例外措置が、ナーシングホームから在宅ケアへの代替に効果があったかという点については、疑問も出されている。つまり、こうした例外措置によって提供された在宅ケアは、むしろナーシングホームへ入所していなかったり、あるいは入所する必要のない人々によって利用され、ナーシングホームの代替とはならなかったというものである。すなわち、今まで給付がなかった分野にメディケイドが給付されることになったために、在宅ケアへの新たな需要が生まれたとし、在宅ケアへのメディケイドの給付が一般化するにつれて、在宅ケアが最も適切である状態の要介護者を新たに発掘する結果になっているというものである。

表4-5 州別のメディケイド受給資格(ナーシングホーム入居者)

州	本人の保有 可能資産額	配偶者の保有 可能資産額	本人の月間 処分可能所得	配偶者の月間 最低必要手当
Alabama*	\$ 2000	\$ 25,000	\$ 30	\$ 1327
Alaska*	2000	79,020	75	1976
Arizona*	2000	15,804	72.60	1327
Arkansas*	2000	15,804	40	1327
California	2000	79,020	35	1976
Colorado*	2000	79,020	34	1327
Connecticut	1600	15,804	30	1326.25
Delaware*	2000	25,000	42	1326.25
District of Columbia	2600	79,020	70	1976
Florida*	2000	79,020	35	1327
Georgia	2000	79,020	30	1975
Hawaii	2000	79,020	30	1976
Idaho*	2000	16,000	30	1326
Illinois	2000	79,020	30	1975
Indiana	1500	15,806	30	1327
Iowa*	2000	24,000	30	1975.50
Kansas	2000	15,804	30	1327
Kentucky	2000	79,020	40	1976
Louisiana*	2000	79,020	38	1975.50
Maine	2000	79,020	40	1295
Maryland	2500	15,804	40	1327
Massachusetts	2000	15,804	60	1327
Michigan	2000	15,804	30	1327
Minnesota	3000	22,336	63	1327
Mississippi*	2000	79,020	44	1975.50
Missouri	1000	15,804	30	1327
Montana	2000	15,804	40	1326
Nebraska	4000	15,804	40	1975
Nevada*	2000	15,804	35	1326
New Hampshire	2500	15,804	40	1327
New Jersey	2000	15,804	35	1327
New Mexico*	2000	31,290	30	1327
New York	3450	79,020	50	1976
North Carolina	2000	15,804	30	1327
North Dakota	3000	79,020	40	1976
Ohio	1500	15,804	40	1327
Oklahoma*	2000	25,000	30	1976
Oregon*	2000	15,804	30	1326
Pennsylvania	2400	15,804	30	1327
Rhode Island	4000	15,804	40	1327
South Carolina*	2000	66,480	30	1662
South Dakota*	2000	20,000	30	1327
Tennessee	2000	15,804	30	1327
Texas*	2000	15,804	30	1975.50
Utah	2000	15,804	45	1327
Vermont	2000	76,740	45	1918.50
Virginia	2000	15,804	30	1295
Washington	2000	79,020	41.62	1327
West Virginia	2000	15,804	30	1327
Wisconsin	2000	50,000	40	1727
Wyoming*	2000	79,020	30	1975.50

*印のついた州は、income gap ルール(本文参照)を設定。

(注)

ア 所得の取扱い

(ア) 本人所得の取扱い

所得は全て、その源泉や受取時期にかかわらず、ケアに使うことができるものとみなされる。ただし、個人的なニーズを満たすための手当(月額 30 ドルから 75 ドル:州によって異なる)と本人のメディケアのパート B に係る保険料は例外として留保が認められる。

32 の州では、いわゆる「Spenddown(使い果たし)」制度をとっており、本人の月間所得は上記の例外を除きすべてナーシングホームに提供され、メディケイドは、本人が提供した月間所得額とナーシングホームの費用(ただし、各州が定める償還上限額の範囲内)との差額を負担する構成をとっている。

残る 19 の州(多くが南部:表4-5では*印の付いた州)では、さらに厳しい基準を設けており、本人の月間所得が基準額(1997 年段階で 1452ドル)を超える場合には、仮にナーシングホームの費用が本人の月間所得を超える場合であっても、メディケイドの対象から除外している。ただし、こうしたルール(income gap)を設定する州においては、基準額を超えるためメディケイドの受給を受けられない者は、州裁判所に申し立てて、基準額を上回らない範囲で自らに配当する信託(MillerTrust と呼ばれる。解約や変更不可)を設立することによって、こうしたルール下でもメディケイドの給付が受けられるような途が認められている。

(イ) 配偶者の所得の取扱い

ナーシングホームに入居する者のメディケイドの受給資格判定にあたって、その配偶者名義の所得が算入されることはない。しかし、配偶者の月間所得が、月間最低必要手当(Minimum Monthly Maintenance Needs Allowance:MMMNA、1997 年段階で 1327ドル)を上回る場合には、ナーシングホームに入居する夫又は妻の所得の一部を自らの生活費に使用することは認められない。この MMMNA の水準は、連邦政府が最低水準を定め、各州は独自の判断で上乘せすることが認められており、州によっては 1975. 50ドルまで引き上げている州もある。

逆に、配偶者の月間所得が MMMNA を下回る場合には、ナーシングホームに入居する夫又は妻の所得と合算して、月間所得を MMMNA まで引き上げることを要請することができることとなっている。

イ 資産の取扱い

(ア) 本人名義の資産の取扱い

メディケイドでは資産を、算入(利用)可能資産(Countable Assets)、算入(利用)不可能資産(Non-Countable Assets)、アクセス不可能資産(Inaccessible Assets)の 3 つのグループに分けている。

算入(利用)可能資産は、まず本人のケアに使用することが求められる資産であり、メディケイドの受給資格を得るためには、まずこれらの算入(利用)可能資産を使い果たすことを求められる。

算入(利用)不可能資産は、受給資格の判定には算入されないものである。

アクセス不可能資産とは、以前は算入(利用)可能資産であったものの、他人に譲渡するなり、解約や変更が認められない(irrevocable)信託を設定することによって、現在では本人による所有ないしコントロールが及ばない資産である。なお、算入(利用)可能資産を、親族等への低廉な価格で譲渡するといった形をとってアクセス不可能資産に見せかけるという手法が、過去普及したこともあって、今日では、こうした見せかけの譲渡等が過去 36 カ月以内に存在する場合には、その資産額、時期等に応じて、メディケイドの給付時期が一定期間停止される措置がとられている。

表4-6 メディケイドの受給資格に関連する資産の種類

算入(利用)可能資産	算入(利用)不可能資産	アクセス不可能資産
・ 2,000ドルを超える現金、預金 ・ 株式、債権、譲渡性預金 ・ IRA(個人退職勘定)、年金保険その他の退職プラン ・ 財務省証券(国債) ・ 一定額を超える生命保険解約返戻金 ・ 別荘 ・ その他の算入(利用)不可能資産に挙げられていない資産	・ 自宅(配偶者や被扶養者が居住するもの) ・ 家具、備品 ・ 自動車(1台に限る) ・ 婚約指輪、結婚指輪(各1個) ・ 世帯道具 ・ 額面総額が1,500ドルを超えない解約返戻金付生命保険 ・ 墓地の区画 ・ 埋葬信託基金	・ 他人に譲渡された資産 ・ 特定の条件を満たす取消不能信託

ウ 配偶者名義の資産の取扱い

配偶者の名義の資産についても、表4-6の算入(利用)可能資産に該当するものは、配偶者が特に保有を認められる資産として算定された額を除き、すべて算入(利用)可能資産とみなされ、ナーシングホームに入居している夫や妻の介護費用の支払いのために使用されなければならないこととなっている。

配偶者が保有を認められる資産額は、入居者本人及び配偶者の全ての算入(利用)可能資産を合算し、これを2で除した額か、連邦政府が定めた最低保有額(1999年段階で15,804ドル)のいずれか大きい方の額である。ただし、限度額が定められており79,020ドル(1997年段階)を上回ることはいかなる場合でもできないこととなっている。

また、各州は連邦が定めた最低保有額を独自に引き上げる権利を有し、例えば、ニューヨーク州の場合、最低保有額を79,020ドルとし、仮に2で除した額が79,020ドルを下回るような場合でも、79,020ドルの保有まで認めている。