

オバマ政権の社会保険制度改革：医療保険制度改革及び失業保険給付の延長に焦点をあてて

根岸, 忠 / Negishi, Tadashi

(出版者 / Publisher)

法政大学大原社会問題研究所

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

大原社会問題研究所雑誌 / 大原社会問題研究所雑誌

(巻 / Volume)

639

(開始ページ / Start Page)

30

(終了ページ / End Page)

38

(発行年 / Year)

2012-01-25

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00008859>

オバマ政権の社会保険制度改革

—医療保険制度改革及び失業保険給付の延長に焦点をあてて

根岸 忠

はじめに

- 1 医療保険制度改革
- 2 失業保険給付の延長

おわりに

はじめに

アメリカは「半福祉国家」又は「躊躇する福祉国家」と呼ばれるように⁽¹⁾、伝統的に自立や自助が強調され、社会保障制度はそれほど整備がなされていない。それゆえ、先進国の中で包括的な公的医療保障制度がないただ1つの国であるため、無保険者が多く存在することが常に大きな問題となっていた⁽²⁾。

2009年1月に大統領に就任したオバマは、大統領選挙のときから医療保険制度改革を行うことを主張していたが、それは2010年3月に成立した患者の保護及び購入可能な医療の提供に関する法律（以下「PPACA」という）⁽³⁾により実現された。くわえて、成人の医療保障と同様に大きな問題となっていた児童の医療保障に対しても、従来の制度よりもさらに保護の対象を広げ、救済することとしたのである。

くわえて、2008年秋のリーマンショックに端を発する不況を原因とした失業率の悪化については、2011年10月に発表されたアメリカ労働統計局（U. S. Bureau of Labor Statistics）の同年9月の雇用統計によると、失業率は9.1%、失業者数はおよそ1,400万人となっており、2010年同月の失業率が9.6%、失業者数がおよそ1,470万人であったから、ちょうど1年たち失業者の数はおよそ

(1) 古川孝順「社会保障の歴史的形成」藤田伍一・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障7 アメリカ』（東京大学出版会、2000年）63頁。

(2) 2011年9月に発表されたアメリカ国勢調査局（U. S. Census Bureau）の統計によると、無保険者数及び無保険率は、2009年では4,900万人、16.1%であったが、2010年では、それぞれ4,990万人、16.3%であった。U. S. Census Bureau, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States : 2010*, 23, 29. See <http://www.census.gov/prod/2011pubs/p60-239.pdf>.

(3) The Patient Protection and Affordable Care Act, Pub. L. 111-148, 124 Stat. 119.

70万人減ったことが示されている⁽⁴⁾。この統計によれば、昨年より雇用情勢は好転しているといえ、いまだ高い失業率にある。

離職者がこうした大不況の中ですぐさま職を探すことは困難な状況となっており、失業保険制度によって従来の給付を行うだけでは限界があった。それゆえ、失業保険給付を延長するのみならず、前政権であるブッシュ政権下で2008年に時限的な給付が設けられ、オバマ政権においても当該給付を延長することで対応している。

本稿は、オバマ政権の社会保険改革について述べるものであるが、オバマ大統領が就任前より政策として大きく掲げてきた医療保障制度改革について、特に医療保険改革法であるPPACAの概要に焦点を当てつつ、無保険児童への対応も含めて述べ、その後失業保険給付の延長について見ることとしたい。

1 医療保険制度改革

オバマ政権下で行われた医療保険改革について見てみることにするが、その前に、アメリカにおける医療保障制度の概要を述べた上で、医療保険改革法であるPPACAの概要を述べることによって、オバマ政権が国民にどのように医療保障を提供しようとしているかを探る。

つづいて、無保険児童への医療保障について述べるが、アメリカにおいては包括的な医療保障制度が存在しなかったために、その保障からこぼれ落ち、なんらの医療保障の適用を受けない者も多かった。それゆえ、そうした親の養育を受ける児童も無保険であったことが多かったことから、当該児童については、従来制定法により一定の対応がなされてきたが、オバマ大統領が就任してすぐに制定された法律によって、無保険児童への医療保障はさらに拡充されることとなったので、これについても一定の解説を加えることとしたい。

(1) 医療保障制度の概要

「はじめに」で述べたように、アメリカでは包括的な公的医療保障制度は存在しないため、大多数の国民は、その事業主が提供する民間医療保険（以下「事業主提供医療保険」という）⁽⁵⁾に加入することにより医療サービスを受けている⁽⁶⁾。したがって、その保障からこぼれおちる者（①失業者や退職者といった雇用関係が断絶することによって当該保険の加入資格を失う者、②中小企業であるために当該保険を提供していない事業主の下で働く労働者、③パートタイマーなど非正規労働者であるために当該保険の加入資格を有しない者、④自らの就労先の当該保険の受給資格を有していても、保険料を負担するのが難しいために当該保険に加入していない者）にいかん医療保障

(4) See <http://www.bls.gov/news.release/empst.t01.htm>（2011年10月8日閲覧）。

(5) 事業主提供医療保険とは、事業主が保険会社と契約し、その労働者に提供する又は当該事業主が自ら運用し、労働者に給付を行う医療保険のことをいう。

(6) 事業主提供医療保険の被保険者数は、2009年の1億7,080万人から2010年では1億6,930万人へと減り、医療保険加入者のうち、事業主提供医療保険の被保険者が占める割合は2009年の56.1%から2010年の55.3%に下がっている。U. S. Census Bureau, *supra* note 2, at 23, 29.

を提供するかが常に大きな問題となってきたのである。

このように、アメリカにおける医療保障は民間医療保険、とりわけ、事業主提供医療保険によるものが大きな割合を占めており、公的医療保障は限定された者のみを対象としている。アメリカにおける公的医療保障の主なものはメディケア（Medicare）及びメディケイド（Medicaid）であり、どちらも1965年に制定された社会保障法修正法（Social Security Act Amendments of 1965）⁽⁷⁾によって創設された⁽⁸⁾。

メディケアは、65歳以上の者や一定の障害者を被保険者とする医療保険制度であり、実施主体は連邦政府である。4つの部分（パートAからD）から構成され、その中心となるパートAは、入院に要する費用をまかなうものであり、先述した被保険者が強制加入する制度であり、その財源は現役世代が拠出している社会保障税によりまかなわれている。パートBは、任意保険であるが、パートAでまかなわれることになる入院費用以外の医師による診療費をまかなうものであり、財源は被保険者の保険料及び連邦の公費による⁽⁹⁾。さらに、パートCは民間保険会社をとおして加入することになるものであり、先述したパートAとパートBを合わせたものが提供され、メディケア・アドバンテージと呼ばれる。パートDでは、薬剤の費用がまかなわれることとなる。

公的医療保障制度のもう1つの柱であるメディケイドは、低所得者⁽¹⁰⁾を対象とする医療扶助制度であり、実施主体は州政府である。そのため、給付の大枠は各州で似通っているが、細部で異なっている。その財源は連邦政府の補助金と州による公費によりまかなわれている。

そのほかに、一定の貧困家庭にある無保険児童に医療保障を与えるために、1997年8月に制定された均衡予算法⁽¹¹⁾により州児童医療保険プログラム（State Child Health Insurance Program, 以下「SCHIP」という）が創設された（ただし、SCHIPは後の法改正により、現在は児童医療保険プログラム（Child Health Insurance Program, 以下「CHIP」という）と名称変更されている）。これは、連邦政府の補助金及び州による公費により、州政府が行うものであり、第1に先述したメディケイドの対象者の範囲を広げる、第2に民間医療保険に加入させる、第3に両者を組み合わせる、といったいずれかの措置をとることにより、無保険児童に医療保障を提供しようとするものである。多くの州は第2か第3の手段を選んでおり、第1の手段を選ぶ州はそれほど多くはないことから⁽¹²⁾、ほとんどの州で民間医療保険が活用されていることとなる（くわしくは（3）で述べることとする）。

(7) Pub. L. 89-97, 79 Stat. 286.

(8) アメリカの医療保障の概要については、中浜隆「アメリカの医療扶助改革と民間医療保険」『社会科学研究』59巻5・6号（2008年）7頁以下、長谷川千春「アメリカの医療保障システム」『海外社会保障研究』171号（2010年）16頁以下、長谷川千春『アメリカの医療保障』（昭和堂、2010年）20頁以下参照。

(9) メディケアについてくわしくは、関ふ佐子「メディケア・アドバンテージにみる社会保険と私保険併存の模索」『横浜国際経済法学』18巻3号（2010年）113頁以下を参照。

(10) たとえば、所得が連邦貧困水準133%以下の妊婦や当該水準100%以下の6歳から19歳までの児童などである。

(11) The Balanced Budget Act of 1997, Pub. L. 105-33, 111 Stat. 251.

(12) 中浜・前掲（注8）論文27頁によると、2007年8月時点では、第2の手段を用いているのはコロンビア特別区と9つの州のみとのことである。

(2) 医療保険改革法の概要

すでに述べたように、アメリカにおいては無保険者が多く存在するため、そうした者に医療保障を与えるためにPPACAは制定された。すでに述べているように、アメリカでは民間医療保険による医療保障が中心であったため、オバマ大統領は国民に医療保障を提供するに際し、包括的な公的医療保障制度を創設するのではなく、民間医療保険制度を活用することを選んだ。包括的な医療保障制度を設けようと、歴代の民主党政権はたびたび試みてきたが、医師会や保険会社の反対によってことごとく失敗に終わったのである⁽¹³⁾。そのために、オバマ大統領は包括的な公的医療保障制度を創設するやり方ではなく、いずれかの医療保障制度（事業主提供民間医療保険、個人購入民間医療保険、メディケア、メディケイド、CHIPなど）に加入することを義務付けることによって、国民に医療保障を提供する政策をとったのである。

2010年3月に制定されたPPACAは、国民の医療保障について多くの規定を有しているが⁽¹⁴⁾、段階的に施行されるため、完全施行は2018年を待たなければならない。とりわけ、PPACAの要となる、国民にいずれかの医療保障制度への加入を義務付けることを目的とした加入者の義務付け（individual mandate）は2014年に施行される。以下では、加入者の義務付けを含むPPACAの特徴的な規定を見ていくこととしよう。

まず、加入者の義務付けについてであるが、これは、国民にさきほど述べたメディケア、メディケイド、CHIPといった公的医療保障制度か民間医療保険かのいずれを問わず、なんらかの医療保障制度への加入を義務付けるものである。2014年以降いずれの医療保障制度にも加入しない者には罰金（95ドル又はその者の所得の1%のうち、いずれか高い額）が科されることとなる。ただし、そうした加入を行う上では、次の2つが満たされる必要がある。そもそも、無保険者の多くは(1)で述べた①～④に該当するものであるから、事業主提供医療保険の加入資格がないか（①、②及び③）、かりに当該資格があったとしても、自己の保険料を負担することが難しい者（④）であるから、単にPPACAでなんらかの医療保険への加入を義務付けただけでは意味がなく、それを支援する仕組みが必要となる。

そのため、PPACAはこれらの者が事業主提供医療保険や個人購入医療保険に加入する仕組みを創設する。各州は2014年までに医療保険取引制度（Health Benefit Exchanges, 以下「HBE」という）及び小企業医療選択プログラム（Small Business Health Options Program, 以下「SHOP」という）を設けることになる。HBEは、保険料を自分だけでは負担することができない者（連邦貧困水準が133%⁽¹⁵⁾

(13) アメリカにおいて、包括的な公的医療保障制度の創設が困難となった理由の背景については、天野拓「オバマ政権の医療保険改革—『保険加入の義務付け（individual mandate）』案の導入とその背景』『アドミニストレーション』17巻1・2号（2010年）1頁以下参照。

(14) Troy J. Oechsner & Magda Schaler-Haynes, *KEEPING IT SIMPLE : HEALTH PLAN BENEFIT STANDARDIZATION AND REGULATORY CHOICE UNDER THE AFFORDABLE CAREACT*, 74 ALB. L. REV. 241, 264 (2011) では、個人は、なんらかの医療保険に加入（have）すべきであり、また、一定の最低水準をふまえた医療保険に加入しつづける（maintain）べきであるという、少なくともこういった2つの認識をPPACAが有していることをPPACAの特徴であるとしている。

(15) 2011年における連邦貧困水準133%（4人世帯）は、アラスカ州及びハワイ州を除くすべての州で、年間所

から400%にある者)には助成金を与えることによって、その者の保険料の負担を軽減することを目的としている。ただし、こうした助成金を得るためにはHBEをとおして医療保険に加入しなければならず、それ以外の方法で加入する者には当該助成金は支給されない。くわえて、SHOPは、小企業事業主(100人までの労働者を雇用する者)を対象として、HBEと同様に、SHOPをとおして医療保険を購入した当該事業主に一定の税額控除という形で保険料負担を軽減しようとするものである。

このように、州によって設立されるHBE及びSHOPという一定の公的な制度が関与することにより、これらにより適格と認められた医療保険のみが前記の者及び当該事業主に選択肢として提示されることとなる。

これらの対応は、とりわけ、前記④について大きな影響を及ぼすと考えられる。というのは、中間所得層である連邦貧困水準400%までの者は、メディケイドを受けるほど貧困ではないが、さりとて保険料の支払いが難しいために無保険となる者が多いことから、HBEをとおして医療保険加入を促し、一定の保険料について助成するという政策をとることは、無保険者の解消に向けて大きく前進することとなるからである。

しかし、この加入の義務付けに対しては、PPACAが合衆国憲法違反であるとして20以上の州で訴訟が提起されているが⁽¹⁶⁾、そのうちの1つであり、昨年6月29日に出されたThomas More Law Ctr. v. Obama事件⁽¹⁷⁾では、第6巡回区控訴裁判所は合衆国憲法が定める州際通商条項には反しないと判断した。ところが、その後の8月12日に出されたFlorida v. HHS事件⁽¹⁸⁾では、第11巡回区控訴裁判所は、PPACAが当該条項に反すると述べたことから、巡回区での判断が異なることとなった。それゆえ、PPACAが違憲か合憲かの判断は、連邦最高裁判所に持ち越されることとなったのである。

前記②及び③に対しては、彼らがHBEにおいて個人で医療保険に加入するよりも、その事業主が医療保険を彼らに提供しているならば、当該保険に加入したほうが、通常保険料負担は安くすむことが多いだろう。そのため、2014年以降、50人以上の正規労働者⁽¹⁹⁾を雇用している使用者が、その雇用している労働者に医療保険を提供しない場合には、雇用している労働者30人を超えた労働者1人につき、年間2,000ドルの罰金を科すことによって、PPACAは当該事業主に事業主提供医療保険を設けさせようとしているのである。

また、①については、メディケアに加入することができず、かといってメディケイドを受給するほどの低所得者ではない、55歳以上の早期退職者の医療保障が問題となる。これに対しては、すでに2010年6月から早期退職者再保険プログラム(Early Retiree Reinsurance Program)が施行されている。同プログラムは、メディケアに加入することができない55歳以上の早期退職者の医療保険の提供を事業主に促すことを目的として、一定の要件を満たした事業主に対し、当該退職者に対

得が29,726ドルとなっている。See http://www.coverageforall.org/pdf/FHCE_FedPovertyLevel.pdf.

(16) 厚生労働省編『世界の厚生労働 2011 2009～2010年海外情勢報告』(山浦印刷, 2011年) 284頁。

(17) 2011 U. S. App. LEXIS 13265 (6th Cir. 2011).

(18) 2011 U. S. App. LEXIS 16806 (11th Cir. 2011).

(19) 1週30時間以上就労している労働者を指す。See <http://www.ncsl.org/documents/health/EmployerPenalties.pdf>.

する給付費の8割を連邦政府が負担するものである。さらに、両親の医療保険に被扶養者として加入していた無収入の学生や低所得の者は、従来19歳になると当該保険に加入することができなくなっていたが、PPACAはこれらの者が19歳以前と同様の状況にある限り、26歳まで当該保険に継続して加入することができるようにしている。

くわえて、先述したHBEを通じて医療保険に加入し、助成を受けたとしても、医療保険に加入することが難しい者の医療保障を図るために、65歳未満の者がメディケイドを受給する際には受給資格を連邦貧困水準133%未満とすることによって、その対象者を拡大している。また、PPACAは高齢者の医療保障につき、メディケアについてもいくつかの改正を行っている⁽²⁰⁾。

PPACAは、最低限の医療サービスに関して、保険会社が、その被保険者の生涯にわたってなされる給付額に限度額を設定したり、なんらの理由もなく、ある者を保険加入から排除したりすることを禁止した。また、既往症を理由に医療保険への加入を拒否したり、高額な保険料を課したりすることも禁止している。くわえて、保険会社は、医療保険に予防サービスを付加して提供することを義務付けられ、保険料の用途を開示しなければならないこととされた。

(3) 無保険児童への医療保障

(1) で述べたように、アメリカにおいては民間医療保険、なかでも事業主提供民間医療保険が中心となっている。大企業では医療保険を提供しているところが多いが、中小企業ではその割合が少ないことから、当該医療保険の対象にならず、また、保険料の負担が大きいために個人購入医療保険を購入することが難しい者がいる。それゆえ、無保険者世帯では扶養されている児童も無保険である割合が高くなるのは当然ともいえる。このように、こうした世帯では、医療保険の保険料を負担することができないために無保険に陥っているが、かといって、メディケイドを受給するには所得が多いことからその対象から外れるため、こういった制度のはざまにある者にいかに医療保障を提供するかが問題となっていた。

そこで、(1) で触れたSCHIPが制度化された。SCHIPは前述のとおり、メディケイドの受給資格を有しないが、さりとて親の医療保険（とりわけ、事業主提供医療保険）に加入していない低所得世帯の無保険児童（19歳未満の者）を対象に制度化されたものである。そのため、かりに当該医療保険に加入したほうが費用の面から妥当である場合には、当該医療保険の保険料の一部が助成されることとなる。

SCHIPは均衡予算法によって当初は2007年9月までとされていたが、その後、いくたびかの法改正を経て2009年3月まで延長された⁽²¹⁾。さらに、オバマ政権が成立して間もなくの2009年2月に制定された児童医療保険プログラム再受権法（以下「CHIPRA」という）⁽²²⁾によって、2013年9月まで延長することとされ、そのときにSCHIPはCHIPと名前を変えることとなった。くわえ

(20) その詳しい中身については、中川秀空「アメリカの高齢者医療制度の現状と課題」『レファレンス』61巻2号（2011年）5頁以下参照。

(21) この間の経緯については、中浜隆「アメリカの児童医療保険プログラム」『損害保険研究』71巻3号（2009年）55-56頁参照。

(22) The Children's Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009, Pub. L. 111-3, 123 Stat. 8.

て、その後、先述したPPACAにより、CHIPは2014年以降も継続されることが決まった。このように、CHIPはたびたび延長され、さらにPPACAにより永続的な給付となることとなったのである。

CHIPRAは、いくつか重要な改正を行っているが、まず、CHIPの適用対象児童を所得が連邦貧困水準の300%にある者にまで拡大している。さらに、州が、アメリカに合法的に入国して5年経過した児童及び妊婦にCHIP及びメディケイドを受給する資格を与えることができるか否かを選択する権限を与えたことである。つづいて、CHIPの給付の内容は各州で異なっているのであるが⁽²³⁾、CHIPRAは州に対し、歯科診療を給付の対象とすることとした。また、それとの関係から、歯科診療について給付を行っていない事業主提供医療保険の適用を受けている児童に対し、州がCHIPによって歯科診療を提供することができるようにした⁽²⁴⁾。くわえて、その他に、財源についても規定している。

(4) 小 括

これまで述べてきたように、アメリカにおいては国民に医療保障を提供するに際し、他の先進国とは異なり、民間医療保険を主軸にして、公的医療保障制度であるメディケアやメディケイドといった、いずれかの医療保障制度に加入させる政策を採った。そのため、保険料負担の補助や事業主に事業主提供民間医療保険の創設を促すという形で、国民になんらかの医療保険に加入させ、それでも民間医療保険制度に加入することができない低所得者や無保険児童に対しては、メディケイドやCHIPの適用対象者を拡大することで対処しているといえる⁽²⁵⁾。

2 失業保険給付の延長

ここでは、失業保険給付の延長を述べるにあたり、まず失業保険制度の仕組みを述べ、その後、失業保険制度がもともと規定していた延長給付 (extended benefits) と今回の不況で時限措置として設けられた給付について述べることにしたい。

(1) 失業保険制度の概要

失業保険は1935年に制定された社会保障法 (Social Security Act)⁽²⁶⁾ によって創設されたが、社会保障法はあくまでその大枠を定めるのみであり、実際の運営は州によって行われているため、各州で仕組みが異なっているのが特徴である⁽²⁷⁾。

(23) <https://www.cms.gov/NationalCHIPPolicy/> (2011年10月15日閲覧)。

(24) <https://www.cms.gov/SMDL/downloads/SHO041709.pdf>。

(25) もっとも、公的な医療保障制度であるCHIPやメディケアですら、民間の医療保険制度を活用している。

(26) Pub. L. 74-271, 49 Stat. 620.

(27) アメリカの失業保険制度については、中窪裕也「アメリカの失業保険制度」『労働法律旬報』1684号(2008年)37頁以下を参照。州の失業保険制度については、カリフォルニア州の失業保険制度の分析を行った柳澤武「カリフォルニア州失業保険制度の現状と課題」『名城法学』58巻1・2号(2008年)92頁以下を参照。

失業保険の運営のために必要な財源は、連邦失業税法（Federal Unemployment Tax Act）⁽²⁸⁾及び各州の失業保険立法に基づき、これらの法が適用される使用者に失業保険税が課される。連邦の失業保険税は、使用者がその雇用する労働者に支払った年間賃金のうち、7,000ドルまでの部分の6.2%である。州の失業保険税は、労働者に負担を課す3つの州を除いて、使用者のみに課されており、各州で失業保険税率は異なる。とはいっても、一定の要件を備えた州の失業保険制度では、その州の税率のいかんにかかわらず、5.4%分が控除され、連邦と州の失業保険税をあわせて、結局のところ、使用者は前記年間賃金の0.8%を負担する。州の失業保険税は後述する26週までの給付の財源に充てられ、連邦の失業保険税は次項で述べる延長給付の財源に充てられる。

アメリカの失業保険制度の特徴として、いわばわが国の労災保険制度におけるメリット制と同様の経験料率（experience rating）が採用されている点あげられる⁽²⁹⁾。過去に失業者を多く発生させた事業主には高い税率が、逆の場合には低い税率が設定されることとなる。

失業保険の受給資格を得るには、多くの州で、第1に、離職前の一定期間に雇用され、賃金を支払われたこと、第2に、労働の意思及び能力があることが必要である。第2の要件には、懲戒解雇など自らに非があることを理由として退職した者及び正当な理由のない離職者には、受給資格がないか一定の待期間がもうけられるといったことが加わる。

給付の中身も、細かいところで各州によって異なるが、多くの州で、おおむね離職前賃金の5割ほどが離職後26週まで支給される。

(2) 延長給付及び緊急失業補償の概要

先述した、離職後26週まで支給される本来の給付を受給しても、なお職に就くことができない者に対しては、延長給付がなされる。当該給付は、失業率が高い時期に13週を上限として支給され（ただし、20週を上限としている州もある）、2012年1月4日までその財源は連邦政府の全額負担である⁽³⁰⁾。

しかし、もともと失業保険制度が想定していた延長給付を支給するだけでは、今回のリーマンショックに端を発する急激な雇用状況の悪化に対処するのは限界があることから、ブッシュ政権下の2008年6月に制定された補正歳出法（Supplemental Appropriation Act of 2008）⁽³¹⁾により、2009年3月31日までの措置で緊急失業補償（Emergency Unemployment Compensation 2008、以下「EUC08」という）が実施されることとなっていたが、2008年11月に制定された失業補償延長法（Unemployment Compensation Extension Act of 2008）⁽³²⁾によってさらに延長されることとなった。

この政策は、オバマ政権でも踏襲され、オバマ大統領が就任してまもない2009年2月に制定されたアメリカ復興及び再投資法（The American Recovery and Reinvestment Act of 2009）⁽³³⁾により同

(28) Pub. L. 76-1, 53 Stat. 183.

(29) 経験料率が採用された詳しい背景については、中窪・前掲（注27）論文46頁注9を参照。

(30) 本来、延長給付の財源は連邦と州とが折半して負担することとなっている。

(31) Pub. L. 110-252, 122 Stat. 2323.

(32) Pub. L. 110-449, 122 Stat. 5014.

年12月まで、また、その間のいくつかの法律によってさらなる延長がなされた⁽³⁴⁾。現在、2010年12月に制定された減税、失業保険再受権及び雇用創出法（Tax Relief, Unemployment Insurance Reauthorization, and Job Creation Act of 2010）⁽³⁵⁾により2012年1月3日まで実施されることとなっている。

EUC08は、失業保険法が定める本来の給付及び延長給付をすべて受給しつつしたが、それでもなお就職することができない者が受給することができ、その財源は連邦政府の補助金による。この結果、州によっては、これら給付を合わせて、最長で99週にわたり失業保険給付を受けることができることとなった。

(3) 小 括

EUC08は時限措置という扱いでずっと延長されてきたのであるが、「はじめに」で述べたように、昨年よりは雇用状況が改善されてきてはいるものの、すぐさま劇的に改善するとは思われない。となると、現在EUC08は今年1月3日までとされているのであるから、近いうちにさらなる支給の延長を行う法改正がなされるであろうことが考えられる。

おわりに

メディケア及びメディケイドの創設以来、きわめて重要な社会保障改革がオバマ政権によって行われた。しかし、すでに述べたように、PPACAが合衆国憲法に違反するか否かに関する訴訟が連邦最高裁判所に上訴されている。今年大統領選挙があり、その前に連邦最高裁判所で判決が出されるとの観測がある。そのため、かりに当該訴訟で合憲判決が出れば、オバマ大統領の再選に弾みがつくが、逆に違憲判決が出れば、オバマ大統領の求心力の低下は避けられないであろう。ゆえに、当該訴訟で合憲判決が出るか否かが、医療保障改革の分水嶺となると考えられる。

また、失業保障給付については、EUC08の支給の期限が今年1月3日までとなっているが、さらなる財政支出を伴うものであることから、さらにEUC08の支給期限を延長することについては反対意見が出るのが当然予想される。これに対し、オバマ大統領がどういった対策を講じ、雇用状況を改善するのかについて、失業保険制度を含む求職者支援策についても分析する必要があるが、それについては、今後の課題としたい。

(ねぎし・ただし 高知短期大学社会科学科専任講師)

(33) Pub. L. 111-5, 123 Stat. 115.

(34) この間の経緯については、厚生労働省編・前掲（注16）書16頁注22参照。

(35) Pub. L. 111-312, 124 Stat. 3296.