

March 4, 1999

メディケア受給者と医療用医薬品 ——35%は給付なし——

JETRO New York, Health and Welfare Dept.

Director 伊原和人

Research assistant 天池麻由美

メディケア改革を検討する超党派の委員会 (National Bipartisan Commission on the Future of Medicare) は、報告書提出期限である 3 月 1 日までに、メディケア (高齢者と障害者を対象とした医療保険制度: 概要については図表 5 参照) の抜本改革案を提出する予定であったが、なお意見集約に手間取っており、取りまとめの目途は立っていない。中でも、高齢者層からの要望の強い薬剤給付の拡大の取扱いが大きな争点となっている模様であり、その帰趨が注目されている。

医療政策の専門誌である Health Affairs は 1999 年 1 / 2 月号で、Future of Medicare と題して、このメディケア改革の特集を組んでいるが、その中で、医薬品については、Prescription Drugs & Medicare をテーマとする論文が収載されている。

メディケアでは、外来処方薬は給付対象外とされているが、メディケア補足保険 (Medigap) や雇用主が提供する退職者医療給付、さらに近年増加しているメディケア HMO などを通して、相当数のメディケア受給者 (大半は高齢者) が何らかの外来処方薬の給付を受けており、本論文によれば、その割合は 65% に達しているとされている。

しかし、裏返せば約 35% の者が医療用医薬品の購入に当たって、全額自己負担を余儀なくされているわけで、外来処方薬の給付を持たないメディケア受給者の医薬品使用量は、処方箋枚数ベースで、給付のある者の約 4 分の 3、費用ベースでは約 5 分の 3 となっている。

マネジドケアの普及に伴って、現役世代では薬剤給付率が急上昇 (自己負担率が低下) しているという背景もあり、こうした取り残されたメディケア受給者に対する同情の聲が強まるのも無理はない。

そこで本レポートでは、この論文を基に、メディケア受給者に関する医療用医薬品の給付の状況、使用実態等について報告する。

1 メディケア受給者の約 65% は何らかの形で外来処方薬をカバー、残る 35% は給付なし

メディケアでは、外来処方薬は給付の対象となっていない。しかし、メディケア受給

者（約 3700 万人）のうち、一部の者は以前勤務していた雇用主が提供する退職者給付によってカバーされるほか、低所得者の場合には、メディケイドによって給付を受けるケースもある。また、さらに、自ら外来処方薬の給付を含んだメディケア補足保険（Medigap）を購入したり¹、メディケア HMO と呼ばれる民間プラン²に加入することによって、その給付を受ける途もある。

図表 1 は、メディケア受給者の外来処方薬の給付の状況を示したものである。³

メディケア受給者のうち、65.1%は何らかの形で外来処方薬の給付を受けており、給付なしは 34.8%となっている。過去に行われた別の推計では給付ありとする者は 50%～55%と今回の分析に比べ 10%以上も低いが、こうした差が生じている理由について、本論文では次のように説明している。

1992 年から 95 年にかけて外来処方薬のカバー率が上昇したこと。

従前の調査では、複数の制度の受給資格者については、第一次的な制度での給付の有無だけで判断しているために、他の二次的な制度でカバーされるようなケースが無視されていたこと。

今回の分析では、資料の信頼度を高めたこと。

給付ありとされる者のうち、その 4 割強（43.7%）は、雇用主が提供する退職者給付を主たる補足的給付とする者であり、以下、メディケイド（16.9%）と Medigap のみ（16.0%）と続いている。⁴

また、補足的給付を行う制度ごとに、当該制度（つまり第一次的な制度）が外来処方薬をカバーする割合を見てみると、メディケア HMO のカバー率の高さ（95.0%）が目を引き。この背景には、メディケア HMO は、本来のメディケアとの差別化を図るという観

¹ メディケア補足保険（Medigap）とは、メディケアではカバーされない免責額、自己負担分、外来処方薬、健康診断などの費用をカバーする民間保険であり、メディケア受給者の多くが購入している。給付設計によって A～J の 10 種類の組み合わせ（図表 6 参照）があり、H、I、J の 3 種類の商品が外来処方薬をカバーしている。しかし、その給付水準は低く、3 種類のうち 2 種類は、免責額が年間 250 ドル、さらに免責額を超えても自己負担が 50%、かつ給付上限額は年間 1,250 ドルとなっている。残る 1 種類についても、給付上限額が 3,000 ドルであるほかは同一条件となっている。

² メディケアを運営する連邦医療保険財政庁は、メディケア受給者が希望する場合、メディケア HMO への加入を認め、これを運営する民間保険団体（会社）に対し、保険料の代わりに、加入した高齢者の年齢層の 1 人当たりの平均的医療費見込み額の 95%分をあらかじめ払い込み、その医療の提供の一切を委ねている。これにより連邦医療保険財政庁は、当該加入者の医療費のリスクを直接負わずに済むこととなる。メディケア受給者にとっては、マネジドケア型の医療保険を選択することによって、医療機関への自由なアクセスが制限されるが、代わりに通常のメディケアでは給付対象となっていない外来処方薬等の給付が受けられるといったメリットがある。

³ メディケア受給者は、しばしば、複数の制度の受給資格を有していることから、この論文では、複数の制度の受給資格のある者の分類に当たっては、その者が受給資格を持つ制度のうち主要な（第一次的な）制度をメルクマールとしている。

⁴ ここで示される数値は、あくまで分類先の制度又は他の二次的な制度のいずれかによって外来処方薬がカバーされる割合を示したものであり、メディケイドが 16.9%、Medigap が 16.0%をカバーすることを意味するものではない。

点から、外来処方薬の給付をセールス・ポイントとしてきたという事情がある。⁵これに対して、Medigap のカバー率の低さ（28.9%）は好対照をなしている。これは、Medigap の 10 種類の商品のうち外来処方薬をカバーするものが 3 種類しかないことに起因している。また、同様の理由から、Medigap に加入しながらも薬剤については他の二次的な制度から給付を受ける者が 7%と他と比べ多くなっている。

図表1 メディケア受給者の外来処方薬の給付の有無(1995年)

	総数 (A+B)	給付あり (A)			給付なし (B)
			主制度で カバー	従制度で カバー	
Medicare 受給者総数	36,715,848 100.0%	23,928,657 65.1%	22,671,434 61.7%	1,257,223 3.4%	12,787,190 34.8%
補足的 給付なし	2,953,582	0	0	0	2,953,582 100.0%
補足的 給付あり	33,762,266 100.0%	23,928,657 70.9%			9,833,609 29.1%
Medicare HMO	2,507,962 100.0%	2,404,044 95.0%	2,383,685 95.0%	--*	103,918 4.1%
Medicaid	4,498,400 100.0%	4,038,890 89.8%	3,949,139 87.8%	89,751 2.0%	459,510 10.2%
雇用者による退 職者給付	12,105,893 100.0%	10,451,526 86.3%	10,161,803 83.9%	289,723 2.4%	1,654,369 13.7%
Medigapのみ	10,640,789 100.0%	3,818,500 35.9%	3,075,376 28.9%	743,124 7.0%	6,822,289 64.1%
その他(退 役軍人 給付 等)	985,931 100.0%	787,465 78.5%	773,753 78.5%	--*	198,466 20.1%
中途で給付 プランを乗り換え	3,023,291 100.0%	2,428,235 80.3%	2,327,678 77.0%	100,557 3.3%	595,056 19.7%

* 対象者数が少ないため、数値の信頼性なし

2 薬剤給付の有無が医薬品使用量に大きく影響——給付なしの場合、処方箋発行枚数は約 4 分の 3——

図表 2 は、メディケア受給者の外来処方薬の年間使用状況である。

1995 年の 1 年間に、少なくとも 1 度以上外来処方薬の処方を受けた者は、メディケア受給者全体の 86%に達し、処方箋枚数ベースで見ると、18.5 枚となっている。

外来処方薬に関する補足的給付の有無別に比較すると、給付ありとする者が実際に 1 年間に処方を受けた割合は 89%であるのに対し、給付なしとする者の場合には 81%と 8%の差がある。処方箋枚数で比較するとその差はもっと大きくなり、給付ありとする

⁵ メディケア HMO については、1997 年の均衡予算法により、HMO のみならず PPO や POS といった他のマネジドケア形態の商品にも拡大され、急速にメディケア内で広がる機運を見せていたが、昨年来、メディケア分野では収益性が低いとの理由で、縮小・撤退する動きが目立っている。さらに、そのセールス・ポイントである薬剤給付については、昨今の薬剤費の高騰といった事情もあり、その給付を縮小・廃止するところも出てきていると言われている。

者が 20.3 枚であるのに対し、給付なしとする者の場合には 15.3 枚と約 4 分の 3 という状況にある。薬剤給付の有無が医薬品使用の有無、さらに使用量の相違となっていることが読み取れる。

補足的給付を行う制度別に見ると、メディケイド対象者に対する処方箋発行枚数が際立って多いこと（25.6 枚）これに対し、メディケア HMO 加入者の枚数が少ないこと（15.7 枚）が目につく。こうした相違は、対象者（加入者）の健康状態の差（メディケイド対象者は病気がちであるのに対し、メディケア HMO 加入者は比較的健康な者が多い）が主要な要因とされているが、メディケア HMO の場合には、厳格なフォーミュラリーなど薬剤給付管理が厳しいことが大きく影響しているものと推測される。

図表2 メディケア受給者の外来処方薬の年間の使用状況(1995年)

	医療用医薬品の使用経験			一人当たりの平均処方箋枚数		
	全体	給付あり	給付なし	全体	給付あり	給付なし
Medicare 受給者総数	86%	89%	81%	18.5	20.3	15.3
補足的 給付なし	70%	--	70%	12.7	--	12.7
補足的 給付あり						
Medicare HMO	87%	87%	81%	15.7	16.2	5.1
Medicaid	87%	91%	56%	25.6	27.0	12.9
雇用者による退職者給付	89%	89%	90%	18.4	18.6	16.9
Medigapのみ	87%	87%	86%	17.8	19.8	16.8
その他(退役軍人 給付等)	92%	95%	77%	19.4	20.9	13.4
中途で給付プランを乗り換え	87%	89%	76%	18.8	20.6	11.6

3 費用ベースで見ると薬剤給付の有無により生じる格差はより拡大

図表3は、1人当たりのメディケア受給者の外来処方薬に関する費用負担の状況を見たものである。

2で見たように、薬剤使用量の相違を反映して、補足的給付による外来処方薬のカバーがある者の場合、年間 691 ドルを費消しているのに対し、給付のない者の場合には、432 ドルと約 5 分の 3（62.5%）にとどまっている。処方箋枚数ベースでは約 4 分の 3（75.3%）であったから、給付のない者の場合、より安価なジェネリック品などを購入しているケースが多いものと推測される。

また、補足的給付を行う制度別に見ると、メディケア HMO 加入者の消費額の少ないことが際立っている。給付ありとする者でも、472 ドルと給付のない者の平均（432 ドル）と比較してあまり変わりがない。健康な者が多いという条件を割り引いても、やはり安価な製品が積極的に使用されていることがうかがえる。

図表3 メディケア受給者(一人当たり)の外来処方薬に関する費用負担状況(1995年)

	薬剤費総額 (A+B)			給付額 (A)		自己負担額 (B)		
	全体	薬剤 給付あり	薬剤 給付なし	全体	薬剤 給付あり	全体	薬剤 給付あり	薬剤 給付なし
Medicare 受給者総数	\$600	\$691	\$432	\$297	\$459	\$303	\$232	\$432
補足的 給付なし	352	--	352	--	--	352	--	352
補足的 給付あり								
Medicare HMO	458	472	125	297	310	160	162	125
Medicaid	727	777	284	577	642	150	135	284
雇用者による退職者給付	698	732	484	438	507	260	224	484
Medigapのみ	550	674	480	112	313	437	361	480
その他(退役軍人 給付等)	618	677	385	341	427	277	249	385
途中で給付プランを乗り換え	547	600	331	244	304	303	297	331

4 自己負担額——現役世代との差が拡大、薬剤給付の拡大を求める動きへ——

図表3の自己負担額の欄を見ると、給付ありとする者の自己負担額が232ドルとなっているのに対し、給付なしとする者の自己負担額は432ドルと約1.9倍となっている。

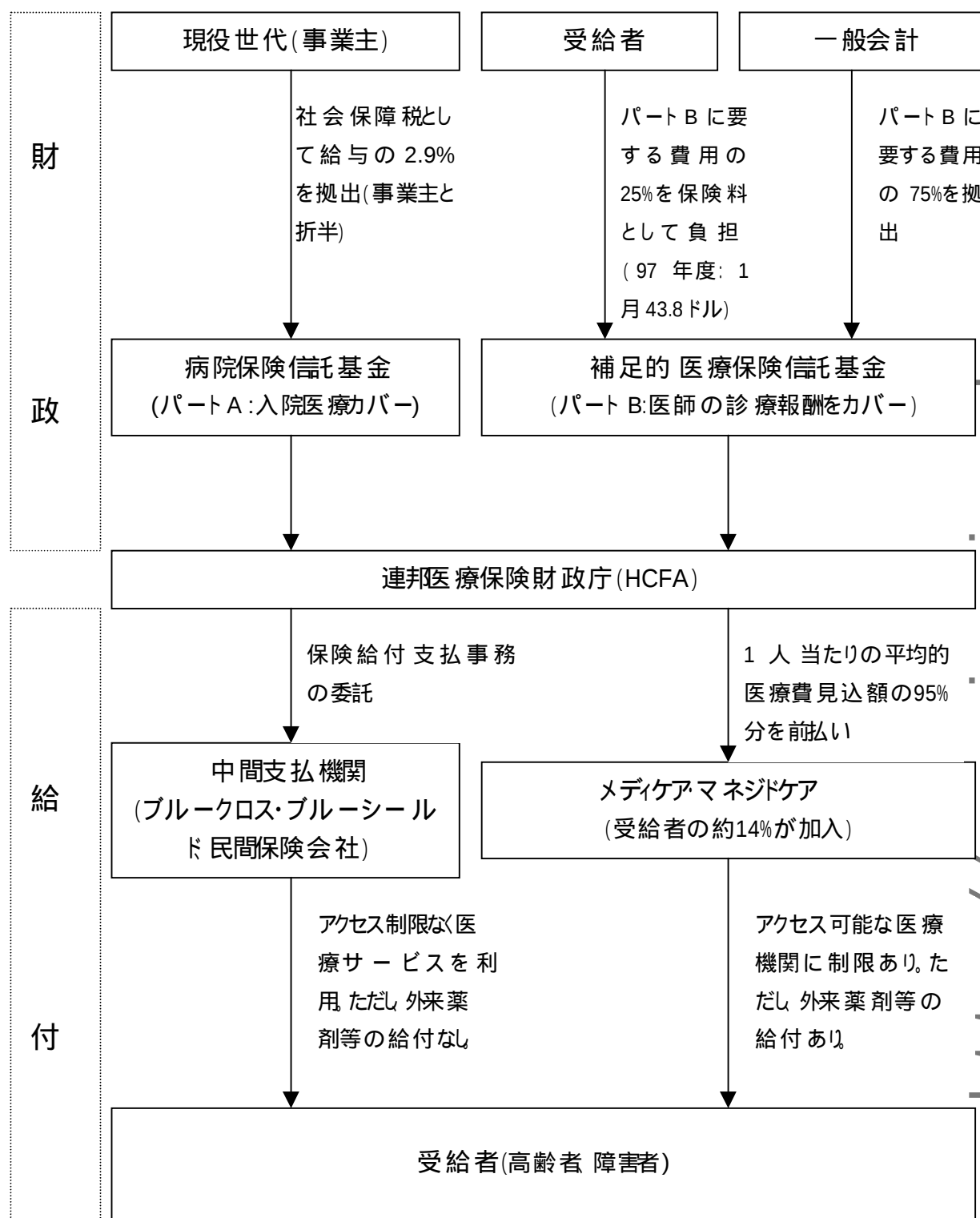
図表4は、自己負担割合を見たものであるが、メディケア受給者全体で50%、薬剤給付ありとする者については、34%となっている。本調査の対象年である1995年段階における米国民全体での自己負担割合は、34%(連邦医療保険財政庁)となっており、メディケア受給者の負担割合の高さが目につく。さらに、医薬品の調査会社IMSの調査では、1998年の第二四半期段階で米国民全体の自己負担割合は25%にまで低下しているとされており、メディケア受給者の状況との差は一層、広がっているものと推定される。

こうした現役世代と高齢者との医薬品のカバー率の格差の拡大が、現在のメディケア改革をめぐる論議において、薬剤給付の拡大を求める動きに拍車をかけていることは間違いない。

図表4 メディケア受給者の外来処方薬の自己負担の状況(1995年)

	薬剤費総額に占める自己負担額の割合	
	全体	薬剤給付あり
Medicare 受給者総数	50%	34%
補足的 給付なし	100%	--
補足的 給付あり		
Medicare HMO	35%	34%
Medicaid	21%	17%
雇用者による退職者給付	37%	31%
Medigapのみ	80%	54%
その他(退役軍人 給付等)	45%	37%
途中で給付プランを乗り換え	55%	49%

(図表5) メディケアの仕組み



(図表6) メディケア補足保険の商品設計

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
	基本的給付	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
付 加 的 給 付	SNF の一部負担			○	○	○	○	○	○	○	○
	パート A の免責額		○	○	○	○	○	○	○	○	○
	パート B の免責額			○			○				○
	メディケアの償還 額を超える事業者 からの請求分						100%	80%		100%	100%
	海外療養費			○	○	○	○	○	○	○	○
	回復期の自宅療養 者の身体介護				○			○		○	○
	外来処方薬								○	○	○
	健康診断等					○					○

(注) 基本的給付には、入院中の一部負担、特別入院日数延長制度終了後 365 日までの入院費（以上パート A）、20%の一部負担、輸血に関する一部負担（以上パート B）が含まれる。

(出所) Social Security Administration, Social Security Programs in the United States より作成