

多剤併用に対する診療報酬の減算算定は 向精神薬の処方動向にどのような影響を与えたか

三島 和夫*

抄録：向精神薬の多剤併用の抑止を目的として、平成24年度（2012年）および平成26年度（2014年）診療報酬改定では、睡眠薬および抗不安薬については3種類以上、抗うつ薬および抗精神病薬については4種類以上の多剤併用に対して指導料や処方箋料の減算が実施された。その結果、抗不安薬の3剤以上の多剤併用率は平成24年度改定後に大きく減少し、一定の効果が確認された。睡眠薬の3剤以上の多剤併用率は平成24年度改定では影響が見られず、平成26年度改定後により減少傾向が明らかになった。同時期に発出された「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」も多剤併用の抑止に一定の効果があつたと考えられる。抗うつ薬および抗精神病薬については平成26年度改定の効果は明瞭ではなかったが、両薬剤ともに改定以前から多剤併用率が減少傾向にあつたことによると考えられる。向精神薬の適正使用を推進するためには、精神科医、心療内科医のみならず、一般診療科の医師、薬剤師、その他医療従事者の意識向上が鍵になる。診療報酬による誘導だけでなく、向精神薬の適正使用についての啓発が継続される必要がある。

精神科治療学 32(11) ; 1477-1482, 2017

Key words : psychotropic drugs, hypnotics, anxiolytics, antidepressants, antipsychotics, polypharmacy

I. はじめに

近年、先進諸国における向精神薬の処方増加傾向にあり日本も例外ではない。平成22年度厚生労働科学特別研究事業で行われた調査では向精神薬の処方率が調査を開始した2005年以降2009年ま

で一貫して増加傾向にあることが大規模診療報酬データの解析により明らかになっている³⁾。特に睡眠薬の1日当たりの処方量や多剤併用率が増加しており、抗うつ薬や抗精神病薬など他の向精神薬ではむしろ単剤化が進んでいることと対照的な動向を示した。

そのような背景から、平成24年度（2012年）の診療報酬改定では、「1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合は、精神科継続外来支援・指導料（1日につき55点）を100分の80の点数で算定する」こととなった。その後、向精神薬の多剤併用、適応外使用などが社会問題化したため、平成26年度（2014年）の診療報酬改定では対象となる向精神薬が抗うつ薬、抗精神病薬を加えた4種類となり、「1回の処

How did cuts in medical service fees for polypharmacy influence prescription trend of psychotropic drugs.

*国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神生理研究部

〔〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1〕

Kazuo Mishima, M.D., Ph.D. : Department of Psychophysiology, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawahigashi-cho, Kodaira-shi, Tokyo, 187-8553 Japan.

方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、精神科継続外来支援・指導料を算定しない」こととなった。さらに、多剤投与の場合、「処方せん料(68点から30点に)、処方料(42点から20点に)、薬剤料(100分の80で算定)」を減算することとなった。減算対象が精神科以外にも拡大したことで、向精神薬を処方する機会の多い一般診療科の医師にも適正使用を促す効果が期待された。

診療報酬改定が医師の処方行動に及ぼす影響を評価するため、平成27年度厚生労働科学特別研究事業で、向精神薬の処方率、処方力価、多剤併用状況に関して追加調査を行った⁶⁾。本稿ではその調査結果をもとに、日本国内での処方の現状と問題点について解説する。なお、etizolamとzopicloneが麻薬及び向精神薬取締法(麻向法)施行規則に規定する第3種向精神薬に指定された(投与期間の上限は30日分となった)のが平成28年(2016年)10月、催眠鎮静薬、抗不安および抗てんかん薬の「使用上の注意」が改訂(薬生安発0321第2号)されたのが平成29年(2017年)3月であり、ともに調査の後であるため処方動向への影響は反映されていない。

II. どのようなデータを用いたか

調査に用いた解析データは、複数の健康保険組合での診療報酬情報を保有する日本医療データセンター(東京)から供出された。抽出対象は、0~74歳の健康保険組合加入者(勤労者およびその家族)の全診療報酬データである。2015年4月段階での加入者総数は約150万人である。したがって、処方動向を解析するには十分なデータサイズであるが、後期高齢者は含まれていない。

推定処方率については、対象とした健康保険組合加入者の性・年齢構成を各年の性・年齢別(推定)人口動態データを用いて補正し、0~74歳の一般人口における各向精神薬の3ヵ月処方率を算出した。なお3ヵ月処方率とは当該薬剤が各年の4~6月に少なくとも一度処方された成人の割合を指し、常用もしくは頓用患者の両者が含まれる。

また、同一患者が解析対象月内に処方されたそれぞれの向精神薬の薬剤数(薬物の種類)を算出した。たとえば、同一月内に1種類の睡眠薬のみ処方されている場合は睡眠薬の単剤処方、複数の睡眠薬が処方されている場合は多剤併用処方と判定した。ただし、月ベースでの合算になるため、月内に処方変更があった場合、複数の薬剤を時期を違えて単剤で服用した場合でも多剤併用と定義される。そのような事例が処方全体に占める割合については本データセットからは算出できなかった。

III. 処方率の推移

さて、最初に2005~2015年の各年における向精神薬4種の3ヵ月処方率の経年的推移を見てみる(図1)。

日本国内では睡眠薬と抗不安薬の処方率が抗うつ薬、抗精神病薬の処方率を大きく上回っている。これは欧米でも同様で、睡眠薬と抗不安薬は精神疾患患者に限らず、一般診療科でも幅広い疾患に用いられているためである。実際、日本国内の睡眠薬と抗不安薬の7割近く(処方箋発行ベース)は一般診療科で処方されている。

過去10年間の向精神薬の処方動向で最も顕著な変化は、抗不安薬の処方率が2008年に4.17%に達して以降、大幅な減少に転じたことである。本稿では示さないが、この減少の主な理由は一般診療科での処方率が大幅に低下したことに起因する。一方、精神科・心療内科での処方率(精神科・心療内科から抗不安薬を処方されている患者の人口に占める割合)は1%弱ではほぼ変化がなく推移している。

短期間に抗不安薬の処方率がこのような特徴的な変動が生じた背景要因はわかっていない。抗不安薬の大部分を占めるベンゾジアゼピン系薬物の依存形成リスクについて過去10年間にわたり繰り返し啓発が広く行われたことは確かである。たとえば、気分障害の治療ガイドライン⁷⁾、睡眠薬の適正使用に関するガイドライン⁸⁾ではベンゾジアゼピン系薬物を漫然と投与せず、症状改善後には速やかに減薬をすることを推奨している。

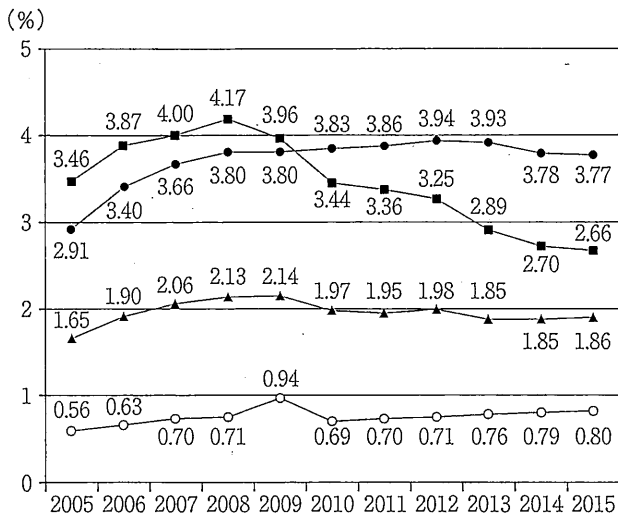


図1 向精神薬4種の処方率の経年的推移
(文献6から引用)

本調査で対象とした健康保険組合加入者の性・年齢構成を調査該当年の国勢調査の性・年齢別人口データおよび推定総人口データを用いて補正し、一般人口における各向精神薬の3ヵ月処方率を算出した。●— 睡眠薬, ■— 抗不安薬, ▲— 抗うつ薬, ○— 抗精神病薬

睡眠薬の処方率は4種の向精神薬の中で最も高く、2005年以降漸増傾向が続き2012年には3.94%に達したが、その後減少に転じている。抗うつ薬の処方率は2009年まで持続していた緩徐な上昇トレンドが終息し、その後はほぼ横ばいで推移している。唯一、抗精神病薬の処方率は最も低いながらも緩徐な上昇トレンドが続いている。

IV. 処方率に及ぼす要因

年齢階層別の処方率を解析すると、睡眠薬、抗不安薬ともに20~50代の若年~中年層では精神科・心療内科での処方が多く、60代以降は一般診療科での処方が多くなることが明らかになっている。特に睡眠薬は65歳以上のいわゆるリタイア世代向け処方の90%が一般診療科、すなわちかかりつけ医から処方されている。また、性別での解析では、睡眠薬、抗不安薬ともに男性に比較して女性で、特に高齢女性で処方率が高いことが明らかとなっている。これは不眠症、うつ病、不安障害、ストレス関連疾患などの精神疾患の罹患率が女性

で高いことが一因であると推測される。

睡眠薬と抗不安薬の処方率は合併身体疾患数に伴って顕著に増加することも明らかになっている。不眠や不安を主訴として医療機関を新規に受診し、睡眠薬や抗不安薬を処方される患者は実は少数派である。むしろ、生活習慣病等で受診中の患者が加齢やストレスを契機として不眠や不安症状を呈したときにかかりつけ医が処方することが圧倒的に多い。したがって、ベンゾジアゼピン系薬物の適正使用については精神科医のような向精神薬の専門医ばかりが熟知していても実効性は乏しい。

V. 診療報酬改定前後の多剤併用率の推移

平成24年度(2012年)および平成26年度(2014年)の診療報酬改定は多剤併用の抑止を目的に実施されたが、その効果はあったのだろうか。2005年から診療報酬改定後の2015年までの向精神薬の多剤併用率の推移を図2に示した。平成24年度改定での多剤併用のペナルティは精神科継続外来支援・指導料であったが、抗不安薬の3剤以上の多剤併用率は平成24年度改定後に大きく減少した。なお、抗不安薬の処方率の顕著な低下は改定に先立つ2009年から始まっており、多剤併用率の急減は診療報酬改定後の効果と考えられる。

一方、睡眠薬の3剤以上の多剤併用率は平成24年度改定では影響が見られず、平成26年度改定後により減少傾向が明らかになった。2014年(4月)でも若干の低下が見られるが、これは平成26年(2014年)1月に「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」が発出され、その後種々の啓発活動や関連書籍の出版が続いた時期と一致しており^{4,9)}、多剤併用の抑止に一定の効果があったと考えられる。

平成26年度改定では4種類以上の抗うつ薬または4種類以上の抗精神病薬の処方が減算対象として追加された。改定による多剤併用の抑止効果は明瞭ではなかったが、両薬剤ともに改定以前から多剤併用率が減少傾向にあったことによると考えられる。

本調査は2015年(4月)で終了しており、平成26年度改定が実施された同年10月から半年間しか

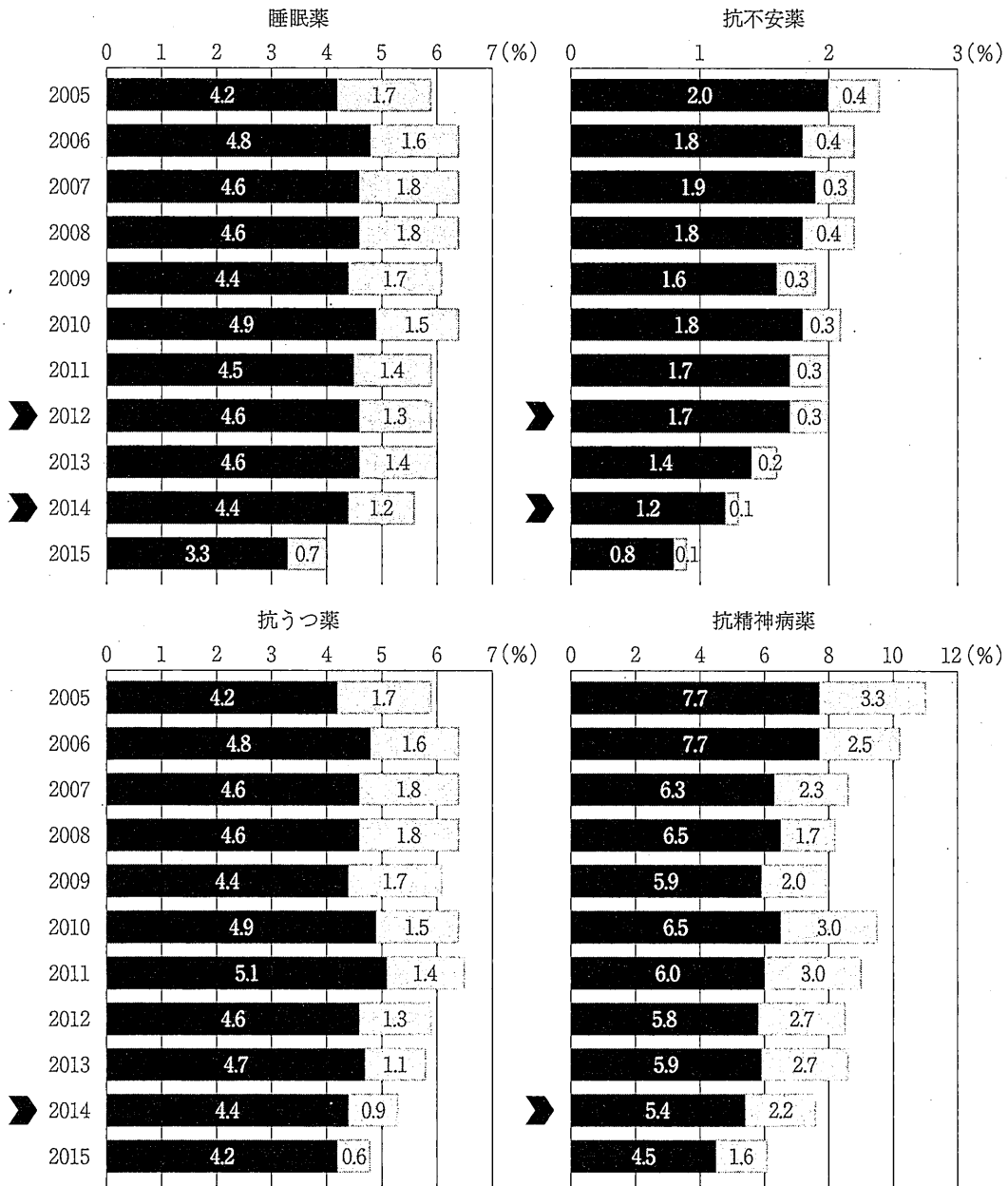


図2 平成24年度(2012年)および平成26年度(2014年)診療報酬改定の影響(文献6から引用)

改定内容の運用は当該年度の10月から始まるため、その効果は翌年のデータに反映される。
濃いアミガケ：3剂併用，薄いアミガケ：4剂以上併用。

効果を追跡できなかった。そこで、本年度から始まった厚生労働科学研究事業「向精神薬の処方実態の解明と適正処方を実践するための薬物療法ガイドラインに関する研究」で追跡調査と今後の課題について検討する予定である。

VI. 2種類の睡眠薬で治らないときにどうするか

2種類の睡眠薬で対処できない薬物療法抵抗性の不眠症患者は確かに存在する。診療報酬改定後に睡眠薬以外の向精神薬を代替薬として用いる事

表1 米国内の不眠症の治療ガイドライン

A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians (2016) ⁷⁾	An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline (2017) ⁸⁾	
	薬剤	利益 適応 (成人)
一般成人		
□心理療法		
1. 認知行動療法, 刺激制御療法		
□薬物療法		
1. eszopiclone		睡眠維持障害
2. zolpidem (頓用, 持効製剤, 舌下)		入眠困難 睡眠維持障害
3. suvorexant	利益 > 不利益	入眠困難 睡眠維持障害
4. dexepin		入眠困難
高齢者		
□心理療法		
1. 認知行動療法, 簡易行動療法, 刺激制御療法		
□薬物療法		
1. eszopiclone		睡眠維持障害
2. zolpidem		入眠困難
3. ramelteon	利益 = 不利益	入眠困難 睡眠維持障害
4. doxepin		入眠困難
		睡眠維持障害
		入眠困難
	利益 = 不利益	入眠困難 睡眠維持障害
		入眠困難
		睡眠維持障害
	不利益 > 利益	入眠困難 睡眠維持障害

例が増加しているのか確たるデータはない。従来からいくつもの抗うつ薬や抗精神病薬は、主観的な催眠作用、睡眠ポリグラフ上での入眠潜時の短縮、総睡眠時間の延長、中途覚醒時間の短縮など催眠鎮静作用を有するため、睡眠薬の代替薬としてしばしば不眠治療に用いられてきた。たとえば、米国内での近年の調査では、過去1ヵ月間に不眠のために何らかの薬物を服用した者の割合が2.97%であり、うち、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬 (eszopiclone, zaleplon, zolpidem) が1.23%と首位を占めたが、第2位が trazodone (0.97%)、第3位がベンゾジアゼピン系睡眠薬 (0.40%)、第4位が quetiapine (0.32%)、第5位が doxepin (0.12%) と、抗うつ薬や抗精神病薬も頻用されていることが明らかになっている¹⁾。しかし、不眠症患者を対象に有効性と安全性を支持するエビデンスは乏しい。慢性不眠症に対する有効性が確認された抗うつ薬や抗精神病薬はほとんどなく、米国でも不眠症への効能が承認されているのは doxepin のみである。昨年末で公開された不眠症の治療ガイドライン^{7,8)}でも、抗うつ薬や抗精神病薬は一切推奨されていない (表1)。認知機能障害や持ち越し効果などによる社会機能やQOLへの影響を勘案すると現時点では抗うつ薬や抗精神病薬による代替療法に過大な期待を抱くことはできない。今後、既存の睡眠薬が奏効しない難治性不眠症に対

する補完療法として抗精神病薬の一部を活用することが可能か、用量、投与期間、安全性を明らかにする臨床試験が実施されることが望まれる。

Ⅶ. まとめ

本稿では筆者らが行った厚生労働科学研究事業での薬剤疫学研究データをもとに、日本国内における向精神薬の処方率および多剤併用の現状をレビューし、診療報酬改定およびガイドラインの影響について私見を述べた。向精神薬の処方率は社会状況や高齢者比率などの人口構成比に大きく影響されるが、多剤併用率は治療ガイドラインや医療者側の見識に大きく依存する。向精神薬の適正使用を推進するためには、精神科医、心療内科医のみならず、一般診療科の医師、薬剤師、その他医療従事者の意識向上が鍵になる。向精神薬の適正使用についての啓発を通じて多剤併用が減少している現在のトレンドが今後も持続することを期待したい。

文 献

- 1) Bertisch, S.M., Herzig, S.J., Winkelmann, J.W. et al.: National use of prescription medications for insomnia: NHANES 1999–2010. *Sleep*, 37; 343–349, 2014.

- 2) 気分障害の治療ガイドライン作成委員会：日本うつ病学会治療ガイドラインⅡ. 大うつ病性障害 2012, 2012.
- 3) 三島和夫：診療報酬データを用いた向精神薬処方に関する実態調査研究. 厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「向精神薬の処方実態に関する国内外の比較研究」（研究代表者：中川敦夫）平成22年度分担研究報告書, p.15-32, 2011.
- 4) 三島和夫：睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究. 厚生労働科学研究費補助金（障害者対策研究事業）「睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究」（研究代表者：三島和夫）平成24年度総括・分担研究報告書, p.1-12, 2013.
- 5) 三島和夫（睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班）編：睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン. じほう, 東京, 2014.
- 6) 三島和夫, 千先純, 三井寺浩幸ほか：大規模診療報酬データを用いた向精神薬の処方実態に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「向精神薬の処方実態に関する研究」（研究代表者：中込和幸）平成27年度総括・分担研究報告書, p.9-22, 2016.
- 7) Qaseem, A., Kansagara, D., Forcica, M.A. et al. : Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults : A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann. Intern. Med.*, 165 ; 125-133, 2016.
- 8) Sateia, M.J., Buysse, D.J., Krystal, A.D. et al. : Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults : An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J. Clin. Sleep Med.*, 13 ; 307-349, 2017.