

(問い合わせ先)
健保連企画部
社会保障研究グループ
TEL : 03-3403-0928

平成 29 年 10 月 30 日

「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅲ」

—調査結果報告②の要旨—

健康保険組合連合会

平素から本会の事業運営につきまして、格別のご理解とご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、健保連は、加入する健保組合からレセプトデータ提供の協力を得て、平成 30 年度診療報酬改定に資する標記調査研究事業を実施しました。このたび、(1) 向精神薬(抗不安薬・睡眠薬)の処方適正化(2) 降圧剤の処方変更による薬剤費削減効果の推計(3) 生活習慣病患者に対する指導管理料のあり方—の3つの課題について結果をとりまとめましたので、お知らせいたします。

なお、同事業で実施した「重複調剤防止に対するお薬手帳の有効性」「歯科の診療実態調査」「保湿剤処理のあり方」については、9月14日に先行して公表しておりますことを申し添えます。

1. 使用データについて

本分析に使用したデータ(DPCおよび医科、調剤レセプト)は、以下のとおり

平成 26 年度 : 6,881.9 万件 (26 年 10 月~27 年 3 月診療分)

平成 27 年度 : 13,707.3 万件

平成 28 年度 : 6,660.0 万件 (28 年 4 月~9 月診療分)

2. 分析結果および政策提言

(1) 向精神薬(抗不安薬・睡眠薬)の処方適正化

① 調査の概要と主な分析結果

(調査の概要)

向精神薬(抗不安薬・睡眠薬)の処方に関して、近年報告された実態調査の結果や政策の動向について整理した上で、常用量依存の主な原因とされる多剤併用処方や長期処方への対処を目的に、外来診療における処方適正化に資する診療報酬のあり方を検討する。

(主な分析結果)

▽本調査の分析対象となったレセプトのうち、約 8 割のレセプトでは抗不安薬・睡眠薬が合計で 1 種類のみ処方されている一方、3 種類以上の処方が行われたレセプト

も4%程度存在しており、分析対象患者の一部に対して、**耐性や依存性を形成しやすいベンゾジアゼピン受容体作動薬（以下、BZDsとする）を中心とした複数種類の抗不安薬・睡眠薬が処方されている**（なお、精神科標榜なしの施設では、分析対象レセプトの約2%、精神科標榜施設では約8%で3種類以上の処方が行われていた）▽分析対象施設の約24%では、各施設内の過半数の患者に対して8週間以上の長期処方を行っている一方、長期処方を行った患者が1人もいない施設も1.4%程度存在しており、長期処方を行った患者の割合には大きな施設差がある▽抗不安薬・睡眠薬は、心療内科や精神科だけでなく幅広い診療科で処方されるため、ガイドラインの強化のみならず、診療報酬の中で常用量依存を防止する対策を施す必要がある。

② 分析結果に基づく政策提言

- ・ 精神科継続外来支援・指導料、処方せん料、処方料および薬剤料に対して、1回の処方における抗不安薬および睡眠薬の種類数を制限すべきである。特に、「BZDsの抗不安薬と睡眠薬を合わせて3種類以上の投薬を行った場合」に対して、精神科継続外来支援・指導料の算定を不可とし、処方せん料、処方料および薬剤料については減算することが考えられる。
- ・ このほか、**抗不安薬および睡眠薬の常用量依存防止の観点から、国内外での抗不安薬および睡眠薬の処方期間に関する指針等に照らして、抗不安薬・睡眠薬の不適切な長期処方を防止する規定を診療報酬上に設けることを検討すべきである。例えば、処方料および処方せん料の中で、抗不安薬・睡眠薬の累計での処方日数に応じて、継続処方の必要性の報告や減薬に向けた指導管理の実施等を義務づけるべきである。**

（2）降圧剤の処方変更による薬剤費削減効果の推計

① 調査の概要と主な分析結果

（調査の概要）

各国の高血圧治療ガイドラインにおける降圧剤の推奨と費用対効果の考慮の状況を比較・調査した上で、日本の降圧剤処方について課題を洗い出し、費用対効果の高いと考えられる降圧剤に処方を変更した場合の医療費削減の余地を推計する。

（主な分析結果）

▽世界保健機関・国際高血圧学会や英国の高血圧治療ガイドラインでは、費用対効果を踏まえて降圧剤の第一選択薬が決定されているのに対し、日本のガイドライン策定プロセスにおいては、第一選択薬の選択に際し、費用対効果に関するエビデンスを加味したかについて具体的な言及が少なく、かつ第一選択薬群の中で費用対効果を踏まえた優先順位を提言するに至っていない▽積極的適応や禁忌の傷病名が記載されておらず、かつ1分類のみの降圧剤が処方されたレセプトでは、処方額ではARBが最も大きな割合

を占めている（高血圧症以外に傷病名を持たず、かつ1分類のみの降圧剤が処方された場合の降圧剤の処方額のうち、ARBの処方額は6割超。さらに、ARBの処方日数上位5銘柄のうち、4銘柄は先発品（うち、3銘柄は後発品がない先発品（※分析当時））であるなど、高価なARBの処方が降圧剤全体の処方額を引き上げている）▽積極的適応や禁忌等の傷病名が記載されておらず、かつ1分類のみの降圧剤が処方されたレセプトでARBが選択される割合は、施設によって大幅に異なる（約24%の施設ではARBを全く処方していなかった一方、約10%の施設ではすべてのレセプトでARBを処方。また、同じ患者でも、通院する施設が変わると降圧剤の分類が変更される事例が見られ、患者に処方される降圧剤は施設の処方傾向の影響を受けている可能性がある）

② 分析結果に基づく政策提言

- ・ 「高血圧治療ガイドライン」を始めとする診療ガイドラインは、関係学会が主導的に策定し、普及を図ることが望まれるが、国としても費用対効果のエビデンスを反映した診療ガイドラインのより一層の推進に向けて積極的に関与すべきである。

③ 医療費の削減効果

ARBの積極的適応となる傷病名（またはCa拮抗薬の禁忌・慎重使用となる傷病名）が記載されておらず、かつARBが1分類のみで処方されたレセプトを対象に、ARBを同じ1日投与量のCa拮抗薬に置き換えた場合、全国で削減される薬剤費の規模は年間560億円～830億円程度と推計される。

なお、ARBの主要な銘柄である「ミカルディス」（一般名：テルミサルタン）や「オルメテック」（一般名：オルメサルタンメドキシミル）については、平成28年度中に特許期限を迎えており、仮に、上記2銘柄の処方分がすべて後発品に切り替えられたと仮定した場合、Ca拮抗薬への置き換えによって削減される薬剤費の規模は、年間400億円～660億円程度と推計される。

（3）生活習慣病患者に対する指導管理料のあり方

① 調査の概要と主な分析結果

（調査の概要）

高血圧症や脂質異常症患者に対して実施されている指導管理の実態をレセプト分析から可能な範囲で把握し、医療施設間格差の是正やエビデンスに基づく治療の観点から、生活習慣病患者に対する適正な指導管理を促す指導管理料のあり方を検討する。合わせて、現行の指導管理料（特定疾患療養管理料、生活習慣病管理料）の算定頻度を見直した場合の医療費削減の余地を推計する。

（主な分析結果）

▽国内外の診療ガイドラインでは、安定した高血圧症または脂質異常症患者に対して、

数カ月に 1 回程度の間隔での経過観察を推奨している。一方、本調査の分析対象患者である高血圧症または脂質異常症ありの患者については、約 5 割が 4 カ月間に 3 カ月以上の頻度（24 カ月間に 18 カ月以上）で通院していた▽特定疾患療養管理料や生活習慣病管理料に対する患者 1 人あたりの算定月数や算定回数は、施設によって異なる。「ほぼ毎月」算定している施設と、平均して「隔月」のペースで算定している施設のピークが存在する。また、特定疾患療養管理料の算定回数にも大きな患者間、施設間の差異が存在する。施設類型に応じて診療報酬点数が異なる特定疾患療養管理料の場合、診療報酬点数が最も高い「診療所」は「病院（100～199 床）」よりも算定月数で 9 カ月（算定回数では 10 回）多く、「病院（100 床未満）」よりも算定月数で 7 カ月（同 8 回）多い▽特定疾患療養管理料および生活習慣病管理料の算定月数は、施設の違いに一定程度起因している。本調査では、患者や施設の属性を調整した後の算定月数のばらつきのうち、特定疾患療養管理料の場合は約 33%、生活習慣病管理料の場合は約 51% が施設に起因すると推定された▽特定疾患療養管理料または生活習慣病管理料を 1 回以上算定した患者について、算定月数の多寡とその後の入院発生率との間には有意な関係が認められなかった。

② 分析に基づく政策提言

- ・ 特定疾患療養管理料および生活習慣病管理料の算定期間の要件（それぞれ「月 2 回」および「月 1 回」）を、各指導管理料の適応となる疾患のガイドライン等を踏まえて見直し、より長期間の総合的な指導管理を対象とした評価とすべきである（例えば、「2 月に 1 回に限り算定可」）。

③ 医療費の削減効果

仮に、高血圧症または脂質異常症の患者に対する特定疾患療養管理料を、「2 月に 1 回に限り算定可」とした場合、日本全体での医療費の削減額は年間 2,000 億円程度の規模と推計される。

また、仮に生活習慣病管理料（高血圧症）および同（脂質異常症）の算定回数の要件をそれぞれ「2 月に 1 回に限り算定可」とした場合、日本全体での医療費の削減額は合計で年間 70 億円程度の規模と推計される。

以上