

## REPORT

レポート◎診療報酬改定で向精神薬処方がしにくくなる！？

## ベンゾ長期処方が大幅減額、その対策は？

2018/3/22

古川 湧=日経メディカル

処方の長期化と多剤併用により依存を作ってしまう、多彩な副作用に悩まされることもある**向精神薬**治療。安易な処方を回避するよう、近年、向精神薬の多剤処方を減点する仕組みが導入されてきたが、今回はさらに一步踏み込んで単剤の長期処方でも減点されるようになった。一方で、他の医療職と協力した減薬への取り組みに新たに点数が設けられた。これらの改定の背景と薬剤師と協力して減薬に取り組んだ事例を紹介する。

2018年度診療報酬改定で、**ベンゾジアゼピン（BZ）** 受容体作動薬を長期処方する場合の**処方料・処方せん料**が新設された（表1）。BZ受容体作動薬の単剤処方であっても、1年以上連続して同一の用法・用量で処方した場合は、処方料と処方せん料がそれぞれ29点、40点になる。通常の処方料と処方せん料がそれぞれ42点、68点なので、3分の2ほどに減点されることになる。ちなみに、厚生労働省の3月5日付け通知「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添1によると、BZ系薬と非BZ系薬を含むBZ受容体作動薬がすべて減算対象となっている。

**表1 BZ受容体作動薬を長期処方した場合の処方料と処方せん料**  
（出典：3月5日の都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会資料）

（新設）処方料 29点  
（新設）処方せん料 40点

【算定要件】平成30年4月以降の処方において、ベンゾジアゼピン受容体作動薬である抗不安薬等を1年以上連続して同一の用法・用量で処方している場合。ただし、以下のいずれかに該当する医師が行った処方、または当該処方の直近1年以内に精神科の医師からの助言を得て行っている処方については除く。

- ア 不安または不眠に係る適切な研修を修了した医師であること
- イ 精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師であること

BZ受容体作動性の抗不安薬や睡眠薬は、常用量でも長期間服用し続けると一部の患者で薬物依存を生じることが知られている。BZ受容体作動薬で主に問題になるのは身体依存。休薬すると離脱症状によって不眠や不安が引き起こされるため、薬剤を中止できなくなり服用し続けるという悪循環に陥ってしまう。また、吐き気、頭痛、めまい、転倒などの副作用により、交通事故が2.2倍に増加したり（Hansen RN, et al. *Am J Public Health*. 2015;105:64-9.）、高齢者だと転倒による大腿骨頸部骨折が1.6倍に増加することが報告されている（Saarelainen L, et al. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18: e15-87.e21.）。

特に3種類以上の併用は依存形成のリスクが高いことから、厚生労働省は診療報酬による経済誘導を導入。2014年から、向精神薬（抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬など）を3種類以上処方するときの処方料、処方せん料を段階的に減点してきた（表2）。

**表2 向精神薬の多剤併用時の処方料、処方せん料の推移**  
（出典：各年度の診療報酬点数表）

【2014年度診療報酬改定】  
処方料 20点 処方せん料 30点（どちらも新設）  
【算定要件】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、または

4種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合。

【2016年度診療報酬改定】

処方料 20点 処方せん料 30点

【算定要件】3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、または3種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合。

【2018年度診療報酬改定】

**処方料 18点 処方せん料 28点**

【算定要件】3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬または**4種類以上の抗不安薬および睡眠薬**の投薬を行った場合。

今回の改定では、減額対象となる薬剤がさらに広がり、また処方料と処方せん料が2点ずつ低い設定になる。対象となる処方として、新たに「4種類以上の抗不安薬および睡眠薬の投薬を行った場合」が加わった。抗不安薬を2種類、睡眠薬を2種類といった処方はこれまで対象外だったが、今回の改定から減算対象になる。これらに該当する場合の処方料は18点、処方せん料は28点で、一般的な薬剤の処方料、処方せん料に対して半分以下にまで下げている。

© 2006-2018 Nikkei Business Publications, Inc. All Rights Reserved.

## REPORT

レポート◎診療報酬改定で向精神薬処方しにくくなる！？

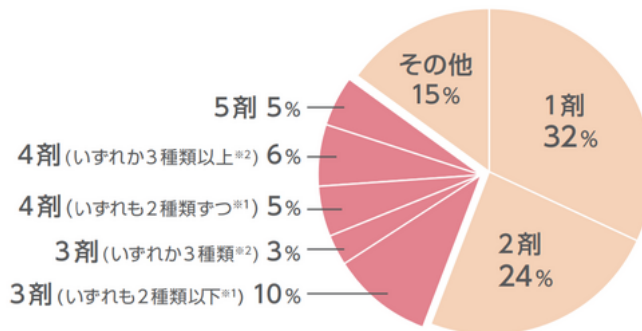
## ベンゾ長期処方が大幅減額、その対策は？

2018/3/22 古川 湧 = 日経メディカル

### 多剤併用の現状は変わらず

こうした変更について厚労省のスタンスは「向精神薬の多剤処方の適正化推進をより強化することが目的」（保険局医療課）と明確だ。

しかし、これまでの診療報酬改定の効果は限定的だったことが分かっている。2010年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）の分担研究「診療録データ等を用いた向精神薬処方に関する実態調査研究」によると、2010年時点で抗不安薬・睡眠薬が処方されている患者3257例のうち、3剤以上を併用している患者の割合は19.8%。これに対し、中央社会保険医療協議会（中医協）で報告された2016年のレセプトデータに基づく処方動向調査では、3剤以上の併用例は29%だった（図1）。国立精神・神経医療研究センターで精神保健研究所精神生理研究部部長を務める三島和夫氏は「既に多剤併用となっている患者の減薬が難しい一方で、漫然とした長期服用によって新たに多剤併用になる患者が増えているのではないかと説明する。



※1 薬効分類における「催眠鎮静薬・抗不安薬」または「精神神経用剤」に該当する薬剤をいずれも2種類以下含む処方

※2 薬効分類における「催眠鎮静薬・抗不安薬」または「精神神経用剤」に該当する薬剤をいずれも3種類以上含む処方

図1 外来レセプトおよび調剤レセプトにおける向精神薬の処方剤数  
2016年8月時点のレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を用いて算出した。（2017年10月18日の中医協総会の資料を基に編集部で作成）

そこで今回、BZ受容体作動薬の単剤投与であっても長期投与であれば減点するという新たな仕組みが導入されることになった。BZ受容体作動薬は服用期間が長引くと、多剤併用状態に陥りやすいからだ。実際、睡眠薬を初めて処方された患者の追跡調査から、約1割の患者が1年以上の長期服用に陥り、服用期間に応じて多剤併用例が増加することが分かっている。「重症不眠症でやむを得ず長期服用になっている患者もいるが、睡眠習慣に問題があり、眠れないことへの不安から治療が複雑になっているケースも多い。今回の改定は、こうした単剤処方の患者が多剤併用になる前に、適切な生活指導や心理的サポートで減薬に取り組んでほしいというメッセージだ」と三島氏は話す。

健康保険組合連合会が2017年に報告した調査では、BZ受容体作動薬を含む抗不安薬・睡眠薬を処方された患者約113万人のうち、1年以上処方されている患者が12%存在する。こうした患者が多剤併用へと進んでしまうことをできるだけ抑えようというのが、今回の改訂の主な目的だ。



「今回の改定で処方期間にも議論が移されたのは啓発的な意味合いもある」と話す国立精神・神経医療研究センターの三島和夫氏。

ただし例外もあり、精神科の医師から助言を受けて処方した場合、不安または不眠に関する研修、精神科薬物療法に関する研修のいずれかを修了した医師が処方した場合は、通常の処方料・処方せん料で算定できる。「単剤で安定している患者への処方を全て止めるべきと言っているわけではない」（厚労省保険局医療課）。

三島氏は「循環器疾患や痙攣性疾患などの併存疾患がある患者の中には、むしろ睡眠薬をしっかりと使ってきちんと睡眠を確保すべき患者もいる。BZ受容体作動薬の処方が長期に及んできたら、まだ継続すべきか、それとも中止してもいいのかを判断し、必要に応じて専門医へ紹介してほしい」と話している。

© 2006-2018 Nikkei Business Publications, Inc. All Rights Reserved.

## REPORT

レポート◎診療報酬改定で向精神薬処方がしにくくなる！？

## ベンゾ長期処方が大幅減額、その対策は？

2018/3/22 古川 湧 = 日経メディカル

向精神薬の多剤併用、BZ受容体作動薬の長期処方に歯止めをかける一方、薬剤師や看護師などと協働して減薬に取り組むと、新たに診療報酬が得られる枠組みが新設された。いわば「減薬に対するインセンティブ」とも言えるもので、向精神薬調整連帯加算を処方料、処方せん料に追加できる。向精神薬を多剤併用もしくは長期服用している患者について、減薬した上で薬剤師などに患者のフォローアップを指示した場合に算定する（表3）。

### 表3 新設される向精神薬調整連帯加算

(出典：3月5日の都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会資料)

#### 処方料・処方せん料

#### (新設) 向精神薬調整連帯加算 (12点)

[算定要件] 直近の処方が向精神薬多剤投与または向精神薬長期処方に該当する患者であって、当該処方において直近の処方から抗不安薬等の種類数または1日当たり用量が減少したのについて、薬剤師または看護職員に処方内容の変更に伴う心身の状態の変化について確認を指示した場合。

12点上乗せされた処方料と処方せん料は54点、80点になる。表2の多剤処方の状態と比較すると約3倍だ。

患者の離脱症状などを早期発見することが目的で、薬剤師だけでなく、看護師や准看護師、保健師などの看護職員に指示した場合にも算定できる。処方の変更によって患者の体調に変化がないか、医師だけでなく多職種で確認する体制づくりを求めている。

では、こうした他の医療職との連携は退薬症状に対してどの程度効果があり、具体的にどのようにすればよいのだろうか。参考になるのは、2015年から薬剤師との協力体制を築いている飯塚病院（福岡県飯塚市）リエゾン精神科の取り組みだ。

同院の精神科外来では、医師の診察前の待ち時間を利用して、薬剤師が患者と面談を行う体制を整えた。薬剤師が治療や副作用の評価を行い、減薬が可能と判断した場合には医師にその旨を提案するというもの。

実は、もともとは医師の負担を軽減する目的で始まった取り組みで、時間的制限のある診察の前に、減薬を見込めそうな患者をピックアップする狙いがあった。患者は医師の診察時に緊張感を覚えることがあり、限られた診察時間では副作用の有無などを医師に伝えきれないからだ。同院リエゾン精神科部長の光安博志氏は「事前に薬剤師が話をすることで、減薬すべき副作用のある患者が把握しやすくなった」と話す。

図2 基本情報収集シート（左）と症状（副作用）評価支援シート（右）  
 症状の程度については、症状（副作用）評価支援シート下部にある顔のマークを患者に指差ししてもらうことで確認する。（\*クリックで拡大します）

薬剤師による面談では、独自に作成した2種類の支援シートを用いて患者の状態を評価する（図2）。「基本情報収集シート」で既往歴や喫煙、飲酒習慣などを確認し、「症状（副作用）評価支援シート」で副作用の程度を5～6段階に評価する仕組みだ。基本情報シートは初回のみ使用して、症状（副作用）評価支援シートは面談で毎回使用する。医師が薬剤師に面談を依頼した場合、もしくは看護師が診察前の患者聞き取りで薬剤師による面談が必要と判断した場合に、患者や家族の同意を得て実施している。

実際に面談を行っている同院薬剤部の進健司氏は「処方されている薬剤ごとに、生じやすい副作用について時間をかけて確認している。患者の状態を漏れなく把握して、減薬の提案につなげている」と話す。

同院の検討では、2015年7月～2016年6月に面談を行った患者182名のうち、薬剤師による減薬提案があった患者は117名。減薬の提案はのべ306件で、このうち304件が医師に採用された。減薬された薬剤は、抗精神病薬、睡眠薬、抗不安薬の順に多く、向精神薬以外では解熱鎮静消炎剤、緩下剤、止瀉薬などだった。患者1人あたりの面談回数は4回で、1回の面談に掛かる時間は15分だった（どちらも中央値）。

飯塚病院の事例は院内処方の場合だが、院外処方ではどのような協力体制が想定されるだろうか。進氏は「院外処方の場合は、その患者の薬をいつも調剤している薬局薬剤師に患者のフォローアップを指示すると良いのではないかとみる。実際、厚労省保険局医療課も「いわゆるかかりつけ薬剤師のような、患者と直に接する薬剤師との協働を想定している。電話などでその薬剤師と連絡を取り合うことで算定できる」と説明する。

「多職種が患者をフォローすることで、安全性に配慮した向精神薬の選択や減薬が可能になるだろう」と進氏は話している。



飯塚病院薬剤部の進健司氏は「副作用だけでなく、症状や検査状況の確認も薬剤師が行い、主治医と情報共有している」と話す。