

診療報酬改定が向精神薬多剤処方の削減に与える影響の評価

Effects of Medical Service Fee Revision on Reducing Psychotropic Polypharmacy

平成 31 年度入学 岡田 佑輔 (Okada, Yusuke)

向精神薬多剤処方とは通常 2 剤以上の向精神薬の併用療法のことを指す。向精神薬多剤処方は、治療レジメンが複雑化することにより、本質的に副作用又は薬物相互作用のリスク上昇及びアドヒアランスの問題と関連する。特定の状況においては向精神薬多剤処方が適切であるものの、極めて作用機序が類似する医薬品の併用等、非合理的な向精神薬多剤処方は避けるべきである。また、日本の学会が作成したガイドラインを含め、統合失調症又はうつ病の治療に関するいくつかの臨床ガイドラインにおいて単剤療法が推奨されている。しかしながら、非合理的な多剤処方を含め、向精神薬多剤処方が行われる患者が少なからず存在し、その理由としては単剤療法では治療目標が達成できないケースが最も多い。このような状況を踏まえると、臨床ガイドラインで単剤療法を推奨することのみで向精神薬多剤処方の問題を解決することには限界がある。

日本では、非合理的な向精神薬多剤処方の削減を目的とした医科診療報酬の改定（以下、「診療報酬改定」）がこの 10 年間で 4 回行われており、その内容を表 1 に示す。4 回の診療報酬改定の要点は、いくつかの例外はあるものの、厚生労働省により定められた基準以上の剤数の向精神薬が同時に処方された場合に診療報酬が減算されるということである。定められた基準以上の剤数の向精神薬を処方することは医学的エビデンスに基づいたものではないため、診療報酬改定により医師の処方行動が誘導され、非合理的又は不必要な向精神薬多剤処方の削減につながることを期待されてい

た。

上記の診療報酬改定のうち、2012年度、2014年度及び2016年度改定の影響について検討された先行研究は報告されているものの、2018年度改定の影響については明らかではないことから、本研究では、2018年度改定について医師の処方行動への影響の観点から検討を行った。

表 1. 非合理的な向精神薬多剤処方の削減を目的とした診療報酬改定の内容

改定年度	改定内容
2012年度	● 睡眠薬が3剤以上又は抗不安薬が3剤以上の場合に、精神科継続外来支援・指導料が減算。
2014年度	● 非定型抗精神病薬が3剤以上の場合、特定の入院料に対して、非定型抗精神病薬加算が算定不可。 ● 睡眠薬が3剤以上、抗不安薬が3剤以上、 <u>抗うつ薬が4剤以上、抗精神病薬が4剤以上</u> の場合、精神科継続外来支援・指導料が算定不可。また、処方料、処方箋料、薬剤料も減算。（※減算に必要な期間を設けるため、2014年10月より施行）
2016年度	● 睡眠薬が3剤以上、抗不安薬が3剤以上、 <u>抗うつ薬が3剤以上、抗精神病薬が3剤以上</u> の場合、精神科継続外来支援・指導料が算定不可。また、処方料、処方箋料、薬剤料も減算。 ● 抗精神病薬が3剤以上又は抗うつ薬が3剤以上処方されている場合、通院・在宅精神療法が減算。
2018年度	● <u>睡眠薬が3剤以上、抗不安薬が3剤以上、抗うつ薬が3剤以上、抗精神病薬が3剤以上、睡眠薬及び抗不安薬が4剤以上</u> の場合、処方料、処方箋料、薬剤料が減算。

下線部は、前回年度の改定内容からの主な変更点

1. 2018年度診療報酬改定の影響評価¹⁾

2018年度診療報酬改定においては、新たに睡眠薬及び抗不安薬が計4剤以上同時に処方された場合に診療報酬が減算となる改定が行われた。そこで、この改定について医師の処方行動への影響の観点から、減算対象となる剤数以上の医薬品が処方された患者の割合を基に集団レベルでの影響を検討した。

株式会社JMDCが保有する健康保険請求データベースを用いて、分割時系列デザインにより検討を行った。①睡眠薬、②抗不安薬、③睡眠薬及び抗不安薬の合計（以下、「睡眠薬/抗不安薬」）、④抗精神病薬、⑤抗うつ薬の5グループについて、2013年4月から2018年9月までの間に各グルー

プに該当する医薬品が少なくとも一度処方された患者をデータベースから特定した。各グループに該当する医薬品が1剤以上処方された患者のうち、同日かつ同一施設から減算対象となる剤数（睡眠薬、抗不安薬、抗精神病薬、抗うつ薬：3剤以上、睡眠薬/抗不安薬：4剤以上）の医薬品が処方された患者の割合(%)（以下、「減算対象となる剤数が処方された患者割合」）を毎月ごとに集計し、セグメント回帰分析により改定前後の変化（レベル及び傾きの変化）を推定した。

減算対象となる剤数が処方された患者割合の経時推移を図1に示す。セグメント回帰分析の結果、睡眠薬/抗不安薬については、2018年度改定後にレベル及び傾きの有意な減少が認められた（レベルの変化及びその95%信頼区間：-0.60%（-0.69%～-0.52%）、傾きの変化及びその95%信頼区間：-0.04%（-0.06%～-0.02%））。一方で、睡眠薬、抗不安薬それぞれについては、2018年度改定後にレベル又は傾きの有意な変化は認められなかった。以上のことより、睡眠薬/抗不安薬の4剤以上の処方削減を期待した2018年度診療報酬改定により明らかな効果が認められた。

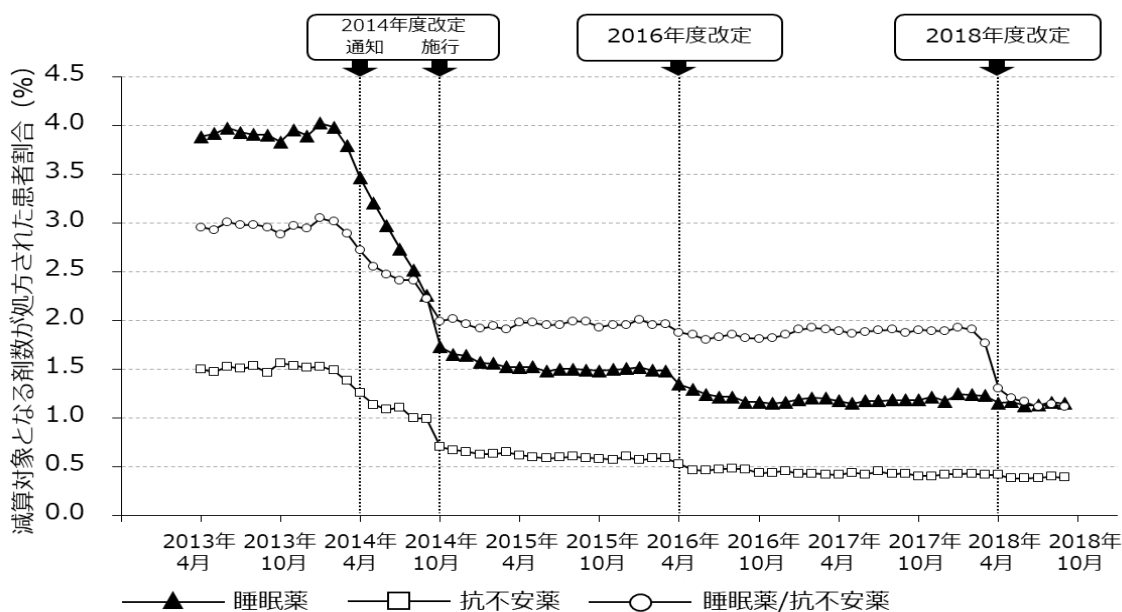


図1. 減算対象となる剤数が処方された患者割合の経時推移

しかし、減算対象となる剤数が処方された患者割合のみを指標とした場

合、診療報酬改定による集団レベルでの影響を評価することはできても、減算対象となる剤数が既に処方されていた患者において実際に減薬が行われたか等、個々の患者の減薬（剤数減少の処方変更）に関する影響を評価することはできていない点に留意する必要がある。

2. 個々の患者の減薬に関する影響評価

向精神薬の減薬は、治療中の疾患の再発や離脱症候群を引き起こす可能性があり、容易に実施できるものではないことを踏まえると、実際に減薬が促進されていたかどうかをも確認することは意義があると考えられる。そこで、減算対象となる剤数が処方された患者割合の減少が認められた診療報酬改定において、減算対象となる剤数から減算対象外の剤数に減少した患者割合を基に個々の患者レベルでの影響を検討した。

データソース及び研究対象集団は1項と同一の条件とした。減算対象となる剤数から減算対象外の剤数に減少した患者割合（%）（以下、「剤数減少が認められた患者割合」）を各月ごとに集計した。剤数減少が認められた患者割合を算出するための分母は「集計月の4カ月前から1カ月前までの期間に減算対象となる剤数が処方されており、且つ集計月に1剤以上処方された患者数」とし、分子はそのうち「集計月に処方された剤数が減算対象とならない範囲であった患者数」とした。ただし、剤数は同日かつ同一施設から処方された剤数を基に判断した。また、4カ月前から1カ月前までの期間に複数回の処方があった場合は集計月に最も近い月の処方剤数を、最も近い月内に複数回の処方があった場合は最も処方剤数が多い日の処方剤数を基に判断した。joinpoint 回帰分析（時系列データにおける変化点を joinpoint として特定し、変化点で結合された複数の直線で構成される joinpoint 回帰モデルを用いた回帰分析）により、剤数減少が認められた患

者割合の経時変化について検討した。

剤数減少が認められた患者割合の経時推移を図2に示す。睡眠薬については、3剤以上の処方が減算対象となった2014年度改定の施行月である10月に剤数減少が認められた患者割合は24.4%であったのに対し、他時点ではすべて19.1%（2016年4月を除くと16.0%）以下であった。抗不安薬については、2014年10月に剤数減少が認められた患者割合は30.4%であったのに対し、他時点ではすべて16.7~25.5%の範囲内であった。睡眠薬/抗不安薬について、4剤以上の処方が減算対象となった2018年度改定の施行月である4月に剤数減少が認められた患者割合は36.3%であったのに対し、他時点ではすべて12.1~22.3%の範囲内であった。睡眠薬、抗不安薬及び睡眠薬/抗不安薬のいずれについても、joinpoint回帰分析の結果、剤数減少が認められた患者割合がピークとなった時点はjoinpointとして特定された。減算対象となる剤数が処方された患者割合の減少が認められた診療報酬改定時に、実際に剤数減少の処方変更が促進されていたことが確認できた。

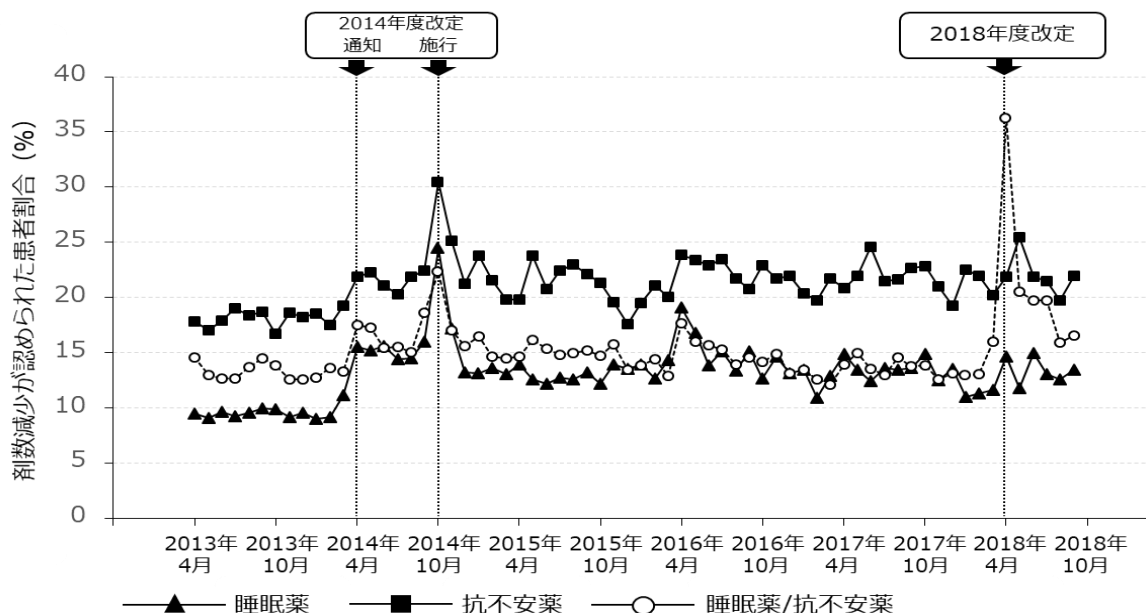


図2. 剤数減少が認められた患者割合の経時推移

3. 総括

本研究において、2018年度改定には、4剤以上の睡眠薬/抗不安薬が処方された患者の割合を減少させる効果があったことを示した。また、睡眠薬の3剤以上の処方削減及び抗不安薬の3剤以上の処方削減を期待した2014年度改定施行時には、睡眠薬、抗不安薬がそれぞれ2剤以下となる処方変更が増加していたこと、並びに、睡眠薬/抗不安薬の4剤以上の処方削減を期待した2018年度改定時にも睡眠薬/抗不安薬が3剤以下となる処方変更が増加していたことから、診療報酬改定の効果として個々の患者においても実際に剤数減少のための処方変更が促進されていたことが明らかとなった。

診療報酬改定に限らず、近年、政府や自治体において科学的根拠を参照しながら政策立案を行うことで政策の有効性を高める「エビデンスに基づく政策立案」(Evidence-Based Policy Making (EBPM))に対する関心が高まっている。EBPMを実践するには、科学的根拠を参照しながら政策立案を行うことのみではなく、その土台として、実施された施策の効果に関するエビデンスを蓄積していくことが重要である。本研究は、向精神薬の非合理的な多剤処方の削減を目的とした施策の効果を検討したエビデンスの一つとして活用されること、あるいは、施策効果について確認する方法を示した研究の一つとして活用されることが期待される。

《参考文献》

- 1) Okada Y., Akazawa M., *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, **57**, 411-422 (2022).