

「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ」

—調査結果報告の要旨—

健康保険組合連合会

健保連は、健保組合からレセプトデータ提供の協力を得て、2020年度診療報酬改定に資するレセプトデータ分析等を実施しました。このたび、その結果をとりまとめたので、お知らせいたします。

1. 使用データ及び分析内容について

①使用データ

本分析に使用したデータは、以下のとおり

2016年度：7,075万件（10月～3月診療分）

2017年度：13,823万件（4月～3月診療分）

2018年度：6,639万件（4月～9月診療分）

②分析内容

- 分析テーマは、1) 機能強化加算のあり方についての検討、2) 生活習慣病治療薬の適正な選択（フォーミュラリ）の導入に向けた検討、3) 繰り返し利用可能な処方箋（リフィル処方）の導入に向けた検討、4) 調剤報酬のあり方についての検討、5) 花粉症治療薬の保険適用範囲についての検討-の5つを選定した。

2. 分析結果及び政策提言

（1）機能強化加算のあり方についての検討

①目的と主な分析結果

（目的）

かかりつけ医機能を強化する観点から、2018年度診療報酬改定で新設された機能強化加算のあり方について検討する。

（主な分析結果）

- 機能強化加算を算定された患者の受診回数をみると、分析期間の6カ月の間に、算定患者の約6割は受診回数が1回のみで、再診がなかった。
- 機能強化加算の算定有無別の患者の傷病名をみると、傷病構成はほぼ同等で、年齢層に関係なく、急性気管支炎が最も多かった。また、高血圧症、糖尿病、脂質異常症のいずれかを有するレセプトは全体の5%に満たなかった。

- 複数の医療機関を受診した患者の機能強化加算の算定状況をみると、約6割の患者が2つ以上の医療機関から機能強化加算を算定されていた。
- 専門医療機関等への紹介状況や患者が受診する施設数等に関しても、機能強化加算の算定有無別で差異がみられなかった。
- 健康保険組合全体の機能強化加算の算定金額は、年間 50 億円程度と見込まれた。

②分析結果に基づく政策提言

施設基準（地域包括診療加算、在宅時医学総合管理料等を届け出ている診療所または200床未満の病院）さえ満たしていれば全ての初診患者に対して一律に80点が初診料に上乗せされる機能強化加算について、生活習慣病等の慢性疾患を有する継続的な管理が必要な患者を対象を限定する等、現行の算定要件を見直すべきである。

(2) 生活習慣病治療薬の適正な選択（フォーミュラリ）の導入に向けた検討

①目的と主な分析結果

(目的)

諸外国を中心に導入されているフォーミュラリの事例等を整理し、日本の診療報酬制度にフォーミュラリの考え方を導入することについて検討する。

(主な分析結果)

- 諸外国のフォーミュラリ事例および国内外の診療ガイドライン等を参考に、生活習慣病治療薬について診療報酬制度に組み込むことを想定したフォーミュラリ（案）を策定し、その影響額を試算したところ、薬剤費の削減可能性は、年間で、降圧薬 1,794 億円、脂質異常症治療薬 765 億円、血糖降下薬 582 億円の合計約 3,100 億円（全国推計値）と見込まれた。

②分析結果に基づく政策提言

フォーミュラリ推進の具体策として、診療報酬制度に生活習慣病治療薬のフォーミュラリを盛り込むべきである。

中長期的には、有効性、安全性を前提としつつも経済性にも優れた処方薬を推進するため、関係学会等に対して薬剤の費用を加味した診療ガイドラインの作成を促す等の環境整備を進めるべきである。

(3) 繰り返し利用可能な処方箋（リフィル処方）の導入に向けた検討

①目的と主な分析結果

(目的)

約 500 億円にも達するといわれる残薬が問題となっているなか、医療費適正化や医師の業務負担軽減にも資するとされるリフィル処方の導入可能性について検討する。

(主な分析結果)

- ・リフィル処方に類する仕組みとされる医師の指示による分割調剤の実施率は 0.1%未滿であり、活用されていないに等しい状況だった。
- ・長期間にわたり処方内容の変更がない処方箋が、40 歳以上の延べ処方日数の 5 割程度を占めることがわかった。また、40 歳以上で長期間にわたり処方内容の変更がない処方箋が発生したケースの疾患は、高血圧症、高脂血症、糖尿病等の生活習慣病が主だった。
- ・40 歳以上で長期にわたり処方内容の変更がない処方患者の再診料と処方箋料（全国推計値で年間約 692 億円）のうち、リフィル処方を導入（90 日に 1 回受診すると仮定）することで年間約 362 億円（全国推計値）の医療費適正化効果が見込まれた。

②分析結果に基づく政策提言

病状が安定し、繰り返し同じ処方箋を医師から受けることが見込まれる患者について、かかりつけ薬剤師に限定したリフィル処方を診療報酬制度の中に導入し、リフィル処方の普及に向けた取り組みを促進すべきである。

(4) 調剤報酬のあり方についての検討

①目的と主な分析結果

(目的)

調剤を受けている患者の実態を調査し、調剤薬局が提供する付加価値と報酬のあり方を検討する。

(主な分析結果)

- ・全処方箋の 78%に門前薬局以外を想定した調剤基本料 1 が算定されているが、全処方箋の 8 割以上が医療機関と同一番地または 250m圏内の薬局で調剤されていた。
- ・複数の医療機関を受診した患者のうち、1 つの薬局のみ利用している患者、すなわち、かかりつけ薬局を持つ患者の割合は 4.5%にとどまった。
- ・薬剤服用歴管理指導料は全処方箋の 98%にルーチン的に算定されており、同指導料が算定されている処方箋の 24%は、処方薬が 1 剤のみだった。

②分析結果に基づく政策提言

対物業務から対人業務へのシフトを進めるため、調剤基本料及び薬剤服用歴管理指導料について、地域医療貢献の実績に応じた評価や薬歴の管理・指導が必要な患者の明確化等、現行の算定要件を見直すべきである。

中長期的には、薬機法等改正に呼応し、薬局の機能類型に対応した調剤報酬体系へと再編すべきである。

(5) 花粉症治療薬の保険適用範囲についての検討

①目的と文献調査・主な分析結果

(目的)

近年、スイッチOTC医薬品が急速に普及している、花粉症治療薬の保険適用のあり方について検討する。

(文献調査・主な分析結果)

(文献調査)

- ・近年、第二世代抗ヒスタミン薬のスイッチOTC医薬品が相次いで上市されており、市販薬市場で広く流通している。
- ・診療ガイドラインによると、花粉症の初期療法や軽症においては、第二世代抗ヒスタミン等、通常1分類の薬剤で治療を開始することとなっている。

(主な分析結果)

- ・花粉症治療薬の薬剤費のうち、OTC類似薬のみの処方薬剤費は約1割で、このうち1分類処方の割合が約9割を占めている。
- ・花粉症治療薬の保険適用範囲について、▽OTC類似薬を1分類のみ投薬する場合、当該薬剤について保険適用から除外する、▽OTC類似薬全てについて、フランスの制度にならう、患者自己負担率を7割に引き上げる、▽OTC類似薬全てを保険適用から除外するーと見直した場合の薬剤費削減効果(全国推計値)は、年間36億円~597億円程度と見込まれた。
- ・スイッチOTC医薬品の購入価格は、医療機関を受診しOTC類似薬を処方された場合の自己負担額と大きな差はなかった。

②分析結果に基づく政策提言

花粉症治療薬におけるスイッチOTC医薬品の流通状況や、医療の必要性に応じて保険償還率を段階的に設定している海外の制度等を参考に、OTC類似薬全般について、保険適用からの除外や自己負担率の引き上げを進めるべきである。

まずは、花粉症を主病とする患者に対し、1処方につきOTC類似薬を1分類のみ投薬する場合は、スイッチOTC医薬品を使用して自ら治療する患者との整合性を図る観点から、当該薬剤について保険適用から除外すべきである。