

7種類以上の内服薬投薬に係る逡減・減額措置についての全国調査【概要・訂正版】

【目的】

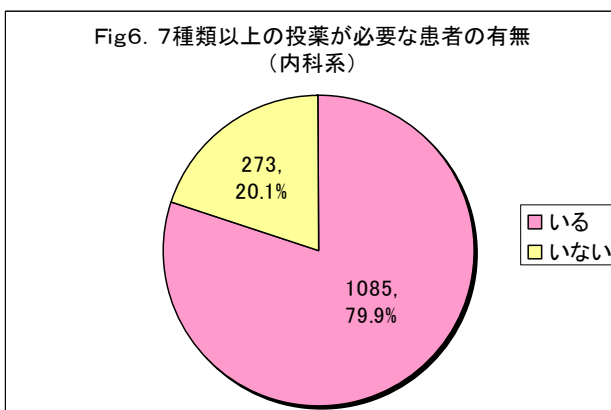
全国保険医団体連合会(以下、保団連)は、医科診療報酬の投薬(7種類以上の内服薬投与)に係る算定制限が、超高齢社会を迎えている日本の医療現場の実態に合致しておらず、「保険で良い医療」を阻害し、患者の健康や生命をも脅かす危険性があると考えてきた。そこで、次回2014年診療報酬改定において多剤投与に関する医師の技術料を適切に改善し、ひいては各地域における医療提供体制の充実を図ることを目的として、各都道府県保険医協会・保険医会(以下、協会)の一般会員を対象に意識調査を実施、アンケート結果をとりまとめた。

【方法】

- 調査対象：保団連の加盟団体である各医科保険医協会・保険医会(以下、協会)の理事会構成役員及び一般会員(医療機関の管理者)。
- 実施方法：協会毎に、全数調査、無作為又は有意抽出標本調査のいずれかを選択。
- 調査期間：2013年7月9日(火)～10月31日(木)
- 回答数：25都県より2,502件
(岩手、宮城、山形、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、石川、岐阜、静岡、愛知、三重、滋賀、兵庫、奈良、鳥取、山口、徳島、香川、愛媛、高知、佐賀、長崎、鹿児島)
※先行調査を実施した京都協会は対象外。

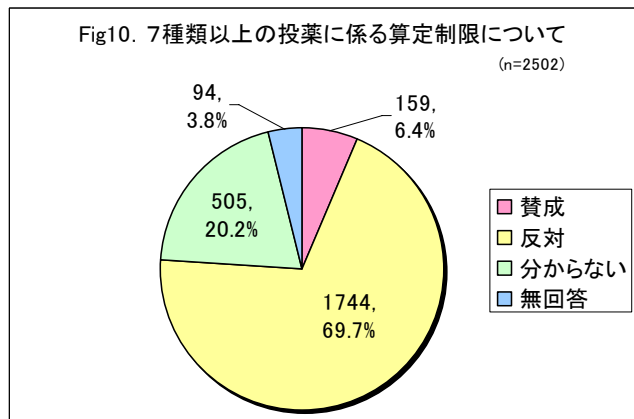
【結果】

①1,526医療機関(全体の61.0%)で多剤投与を必要とする患者が通院しており、内科系に限定すれば約8割の医療機関で対象患者がいることが分かった Fig.6。



②多剤投与が必要な患者への対応については、薬剤料の逡減や処方せん料等の減額措置への対応に苦慮している実態が明らかとなった。また、当該算定制限を受けても投薬が必要な患者に対しては薬剤の処方を行っている医師が多くいる事も分かった。

③7種類以上の投薬に係る算定制限への評価については、医療機関における対象患者の有無に関わらず回答があり、「賛成」は159(6.4%)、「反対」は1,744(69.7%)、「分からない」は



505(20.2%)であった Fig.10。

また、クロス集計を行い診療科別に分析したところ、内科系では約8割反対、外科系でも約5割が反対(賛成は1割程度)していることが明らかになった。この結果から、当該算定制限に対しては、診療科を問わず多くの医師が反対の意思を持っていることが明らかになった。

【まとめ】

本調査及び京都協会の先行調査によって、投薬の算定制限が医療現場の実態にあわない事実が明らかとなった。

現在は、薬価差益による利益享受などあり得ず、医学的に必要な場合に多剤投与が行われている。日本が今後さらなる超高齢社会を迎えれば各医療機関における高齢患者割合も増加、必然的に7種類以上の内服薬投与を行うケースは増加する。真に地域医療の充実を目指すならば、国は責任を持って次期2014年診療報酬改定で改善を図り、医師の処方に係る技術料を正当に評価すべきである。

7種類以上の内服薬投薬に係る逓減・減額措置についての全国調査 (中間報告・訂正版)

2013年11月25日

全国保険医団体連合会

医科社保・審査対策部長 武田 浩一

1. はじめに

■全国保険医団体連合会の取組み

全国保険医団体連合会（以下、保団連）は、開業保険医・勤務医である医師・歯科医師 10万4千人超の会員を擁する医療団体であり、国民医療の向上及び保険医の経営と生活の保障を目的として国民皆保険制度を守り発展させるための活動を進めている。

そして、保団連の専門部である医科社保・審査対策部会（以下、部会）では、社会保険対策及び保険医の審査、指導、監査対策を主任務として諸課題に対する医療改善運動を進めており、2012年診療報酬・介護報酬同時改定の結果を踏まえて本年7月25日には「2014年診療報酬改定に向けた保団連要求」を発表、厚生労働大臣、中央社会保険医療協議会各委員や厚生労働省保険局医療課等に対し診療報酬点数表における不合理な項目の改善を求める運動を展開してきた。

この流れの中で、2012年12月に京都府保険医協会にて一般会員を対象に実施された意識調査である「7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限に関するアンケート」結果及び厚生労働省に対する要請結果の概要が、2013年3月6日付で公表された。

特に、京都協会が実施した厚生労働省要請（2013年2月15日）について、①同省の事務担当者が「導入当時は如何に保険財源を有効に使っていくかとの観点の議論があったと思う。必要な治療が制限される事や、重症化して余計な医療費がかかるのは本意ではない」と述べた点、②「多剤投与の併用は必要な状況はあるのか」等の具体的な状況把握を行おうとの姿勢が示された点、③「全国的にも同様な傾向なのか」という質問が出された点——等が報告され、根拠となるデータを整理、提供すれば改善できる可能性のあることが明らかとなった。

そこで、部会でも「保団連で全国の状況を集約、整理し、2013年秋頃を目標に厚生労働省に対し要請を再度実施すべき」との認識のもと、実施可能な協会に実態アンケートを呼びかけ、可能な限り回答を集約した上で厚生労働省に要請し、要求実現に向けた取組みを進めることとした。

■多剤投与に対する規制強化の歴史的経緯（「京都協会調査結果」より引用）

1975年頃より薬価差益がクローズアップされ、「薬価差があるから、薬が多用されて薬漬けになる」という批判が高まった。1992年4月、薬価算定方式が90%バルクライン方式から、加重平均値に一定価格幅を上乗せした値を薬価とする加重平均一定価格幅方式に変更された。一定価格幅については、1992年の15%から徐々に縮小し、2000年には薬価基準制度改革論議の中、従来の一定価格幅を薬剤流通安定のための調整幅という考えから2%に固定されている。

この薬価改定に加重平均一定価格幅方式が導入された 1992 年 4 月診療報酬改定にて、外来についてのみ「1 処方につき 10 種類以上の内服薬の投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定する」という算定制限が導入された。

さらに、この算定制限は 1996 年度改定で 8 種類以上に強化され、同時に処方せん料に 8 種類以上の処方を行った場合の点数格差（減額）が導入された。そして 1998 年改定では院内処方の場合にも 8 種類以上の処方を行った場合の点数格差（減額）が導入、2000 年診療報酬改定では種類数が 7 種類以上にまで制限され、現在に至っている。

【投薬における減額措置】

現在の医科診療報酬体系において設定されている減額措置は以下の 3 点。目的は、多剤投与の抑制である。

- ① 1 処方につき、7 種類以上の内服薬を投薬した場合、薬剤料を 100 分の 90 とする。
- ② 7 種類以上の内服薬投薬を行った場合、処方料は、6 種類以下の場合（42 点）に比べて 13 点低くなる（29 点）。
- ③ 7 種類以上の内服薬投薬を行った場合、処方せん料は、6 種類以下の場合（68 点）に比べて 28 点低くなる（40 点）。

2. 目的

本調査の目的は、7 種類以上の内服薬投薬に係る算定制限が現在の医療現場の実態と乖離している事実を明らかにし、処方についての医師の技術料を適切に反映した診療報酬に改善していくことである。

保団連では、2014 年度診療報酬改定において薬剤料、処方料・処方せん料の算定ルールの改善が必要であることを訴えるべく、厚生労働大臣、社会保障審議会・医療保険部会委員、中央社会保険医療協議会各号委員等に本調査結果を送付し、引き続き改善運動を実施していく。

3. 方法

保団連では、21 世紀に入り超高齢社会を迎えている日本（2013 年 9 月 15 日現在の将来推計によれば 65 歳以上高齢者率は 25.0%。総務省報道資料より）において、当該減額措置が現在の医学に合致しておらず、「保険で良い医療」を阻害するとともに、患者の健康や生命をも脅かす危険性があると考えてきた。そこで、2013 年 7 月～10 月の約 4 カ月間、保団連の加盟団体である各医科保険医協会・保険医会（以下、協会）の理事会構成役員及び一般会員（医療機関の管理者）に対し、「7 種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限に関するアンケート」を実施した。ただし、先行的に調査を実施した京都府保険医協会は予め対象外とし、46 都道府県の協会を対象とした。

方法は、実施可能な協会毎に、全数調査（回収率は各 10～25% 程度）、無作為抽出又は有意抽出による標本調査のいずれかの方法を選択した。調査票本体については、別添資

料を参照されたい。

■調査期間：2013年 7月 9日（火）～ 10月 31日（木）

一次締切：2013年 8月 31日（土）

最終締切：2013年 10月 31日（木）

■回答数：25都県より 2,502件

（岩手、宮城、山形、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、石川、岐阜、静岡、愛知、三重、滋賀、兵庫、奈良、鳥取、山口、徳島、香川、愛媛、高知、佐賀、長崎、鹿児島）

4. 結果と考察

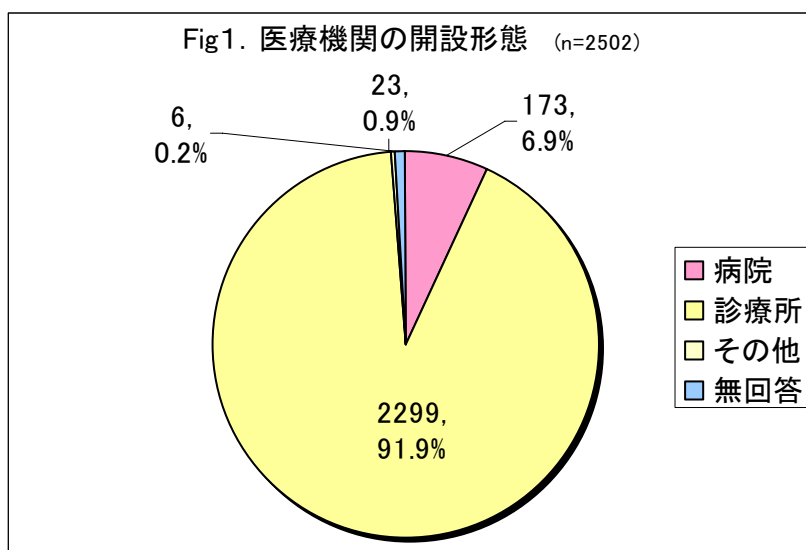
（1）医療機関の開設形態と第一標榜科目の内訳

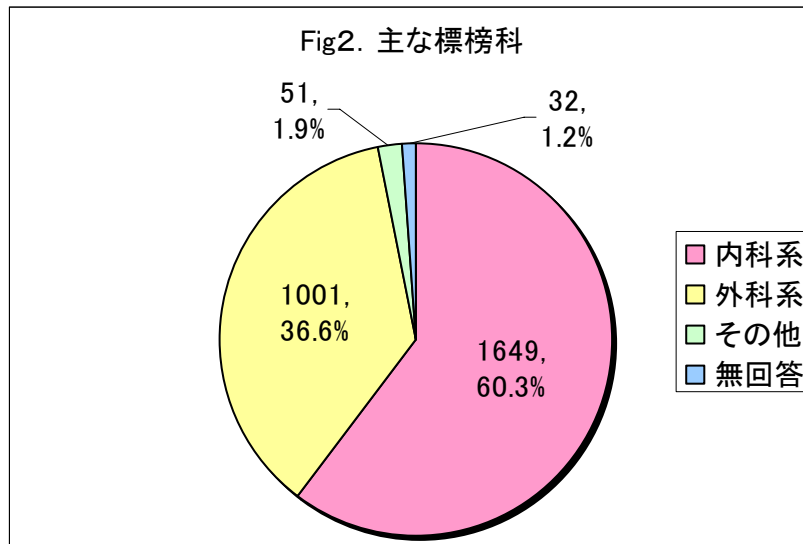
回答者の開設形態は、病院6.9%、診療所91.9%であり **Fig.1**、そのうち内科系は60.3%、外科系は36.6%であった **Fig.2**。ただし、約130医療機関（全体の数%）は内科・外科の両方、或いはその他診療科まで含めて回答してきたことから、クロス集計では除外して集約を行った。

注：本アンケートにおける内科系・外科系とは具体的に以下の診療科を指す。

内科系＝内科、神経内科、心療内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器科、小児科、精神・神経科

外科系＝外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、肛門科、整形外科、リハビリテーション科、形成外科、産科・婦人科、耳鼻咽喉科（気管食道科）、皮膚科、泌尿器科、麻酔科、放射線科

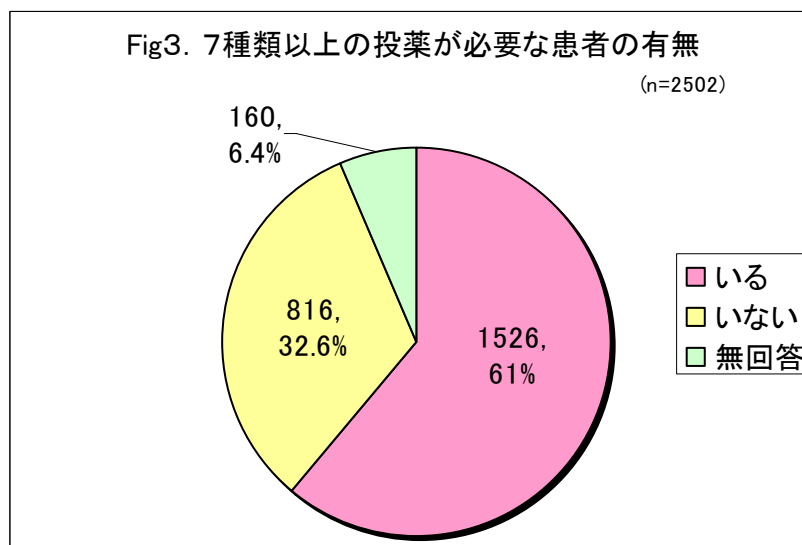




(2) 7種類以上の内服薬投薬が必要な患者数、患者割合等

保団連が指摘している投薬料の算定制限とは、薬剤料×90%の通減及び処方料・処方せん料の減額措置のことを指しており、当該措置が医療現場にどのような影響を及ぼしているのか、実態はどのようになっているかを検証するために分析を行った。

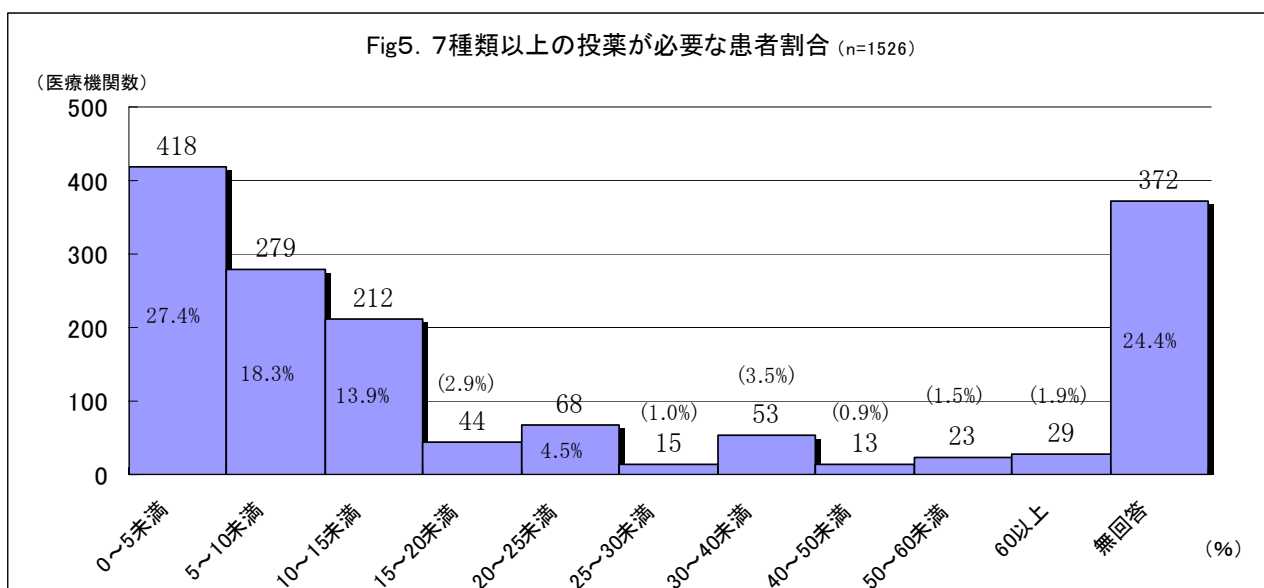
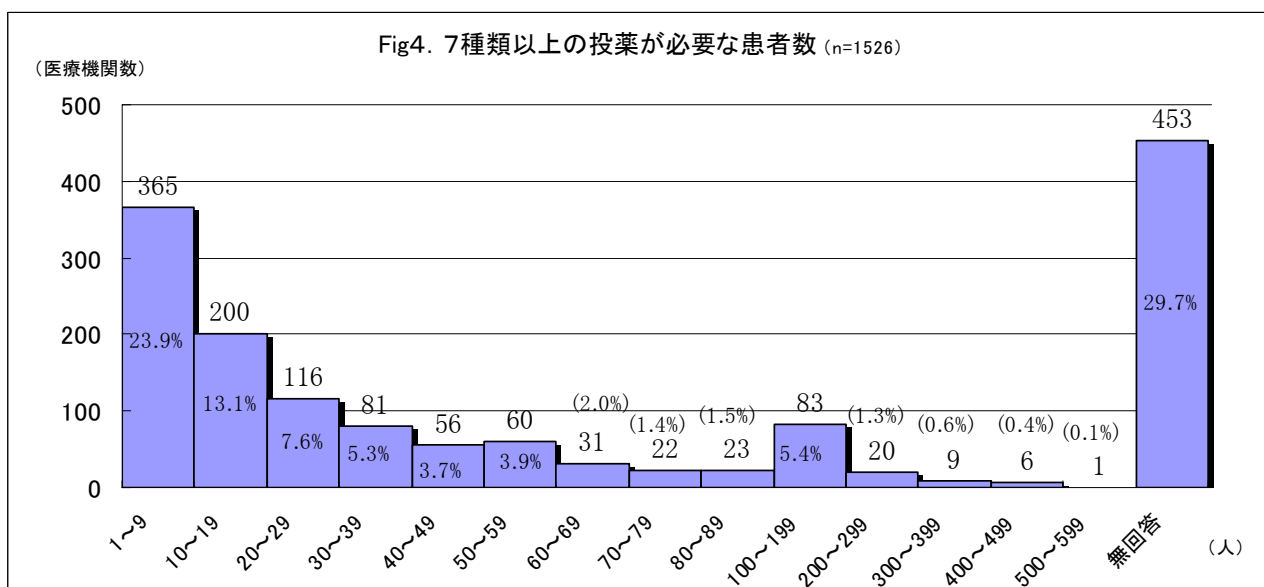
まず、2013年7月実績として「7種類以上の内服薬を投薬、処方せざるを得ない患者の有無」について質問したところ、1,526医療機関(61.0%)が「いる」、816医療機関(32.6%)が「いない」と回答、過半数を超える医療機関で多剤投与を必要とする患者が通院している事実が明らかとなった Fig.3。無回答であった160医療機関の中には「正確な数が分からない」との理由で空欄にしているケースがあり、実際はさらに多い可能性もある。



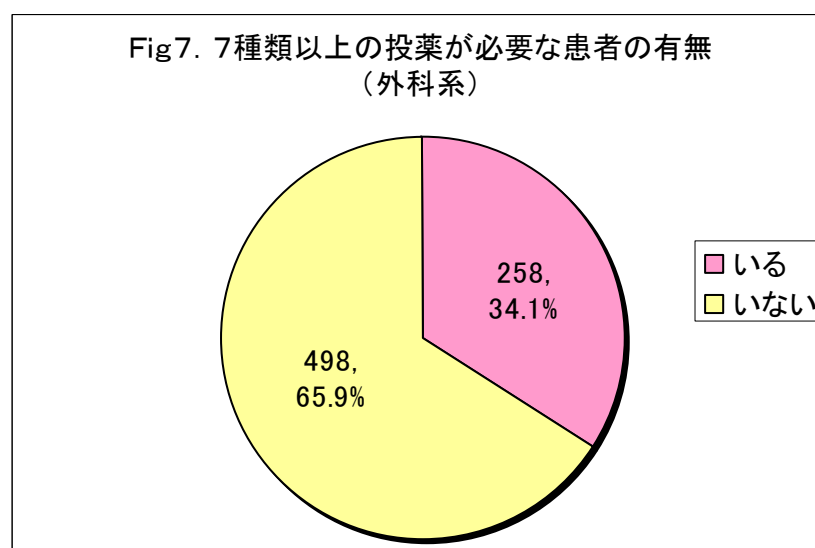
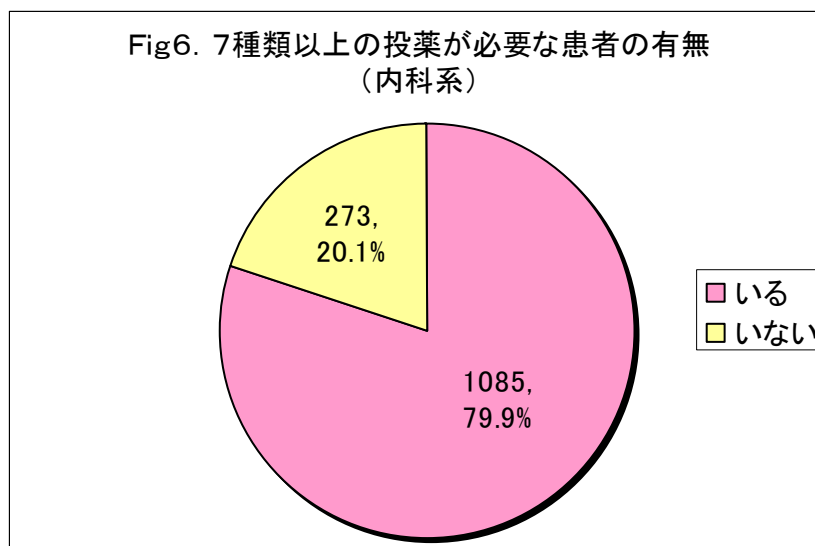
「7種類以上の内服薬投薬を必要とする患者がいる」と回答した1526医療機関のうち、当該患者数の内訳は Fig.4の通りとなった (Fig.4中の%は、1,526を分母として算出)。無回答を除く1,049医療機関で見た場合、1～9人までが34.0%、10～19人までが18.6%

となり、19人以下との回答が565医療機関（52.6%）から寄せられた。また、各医療機関に通う患者のうち当該患者が占める割合の内訳は Fig.5 に示す通りとなった（Fig.5 中の%は、1,526 を分母として算出）。無回答を除く1,154 医療機関で見た場合、0～5%未満が39.0%、5～10%未満が26.0%となり、10%未満との回答が697 医療機関（65.0%）から寄せられる結果となった。

ただし、508 医療機関（回答のあった医療機関の47.3%）については1月に20人以上多剤投与を必要とする患者が訪れており、また当該患者割合が1割を超える医療機関も457（回答のあった医療機関の42.6%）存在することから、地域の実情や各医療機関の患者層によっては投薬料の算定制限が大きく医療機関経営に影響を及ぼしかねないことを意味している。当該算定制限が、高齢者に対する療養の給付を担保する上で医療機関に対してマイナスのインセンティブを与えかねない実態があるとするならば、早急な改善が必要ではないだろうか。



また、「7種類以上の内服薬を投薬、処方せざるを得ない患者の有無」について、内科系・外科系でクロス集計を行い、第一標榜科による差異について検証したところ、内科系では「いる」との回答が79.9%、「いない」が20.1%となった **Fig.6**が、外科系では「いる」が34.1%、「いない」が65.9%となり **Fig.7**、結果は逆の傾向を示した。このことから、投薬料に係る算定制限は、内科系医療機関により影響を及ぼすことが分かった。



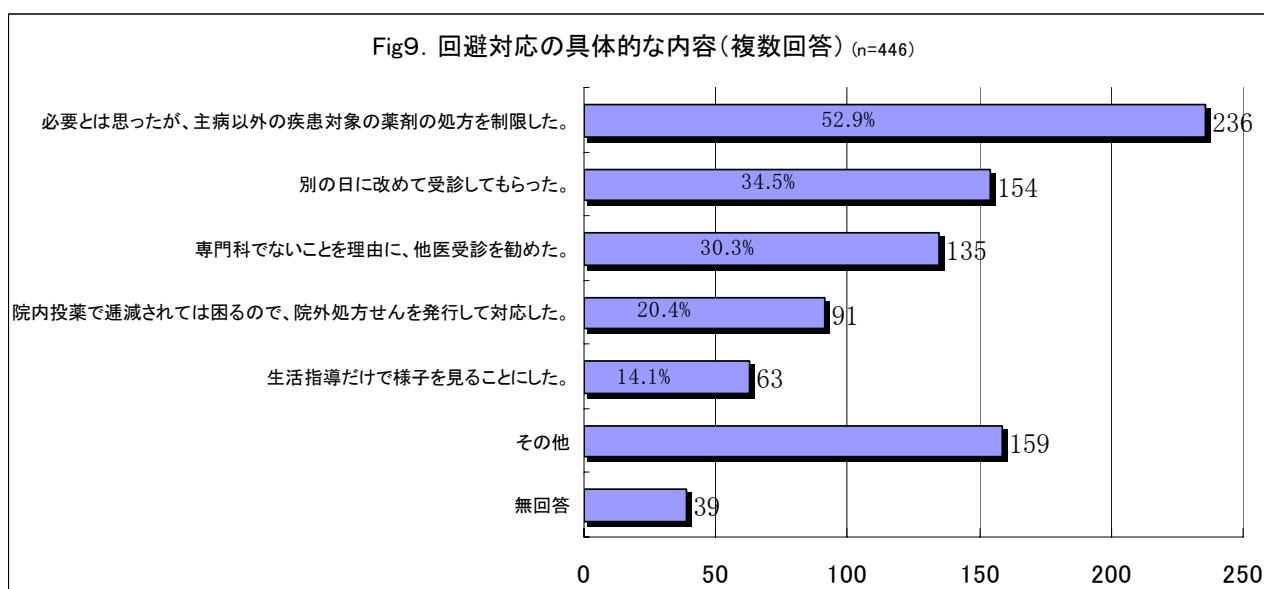
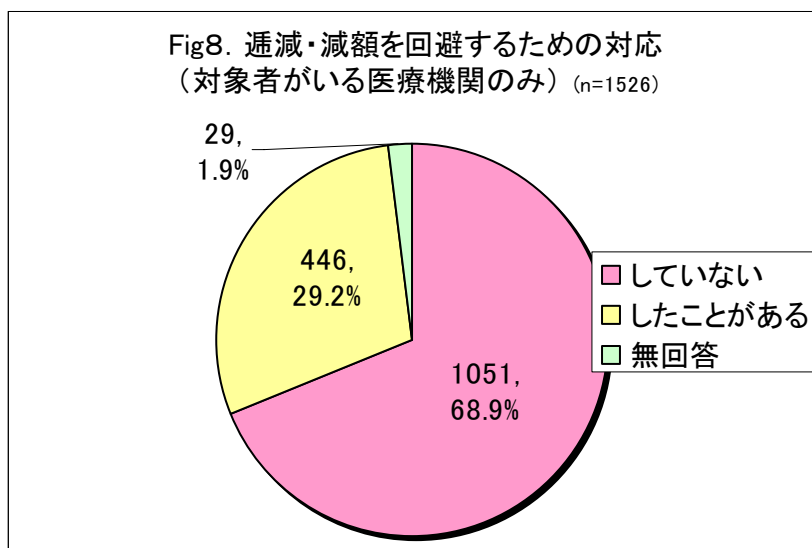
(3) 多剤投与が必要な患者に対する医療機関の対応

「7種類以上の内服薬投与が必要と思われる患者に対し、薬剤料の逓減や処方料・処方せん料の減額を回避するために何らかの対応をしたかどうか」の質問については、対象患者が「いる」と答えた1,526医療機関のうち、1,051医療機関(68.9%)が「していない」、407医療機関(29.2%)が「したことがある」と回答した **Fig.8**。

そして、「したことがある」と回答した446医療機関から寄せられた具体的な内容は、「主病以外の疾患に対する処方制限」が236件(52.9%)、「別の日に受診」が154件

(34.5%)、「専門科ではない理由から他医受診を勧めた」が 135 件 (30.3%)、「院内投薬の通減を回避するため院外処方せんを発行」が 91 件 (20.4%)、「生活指導で様子を見る」が 63 件 (14.1%) であった **Fig.9**。

7 種類以上の内服薬を投薬・処方せざるを得ない患者が「いる」と回答した医師は、薬剤料の通減や処方せん料等の減額措置という算定制限への対応に苦慮している実態が明らかとなった。また、当該算定制限を受けても患者に対し必要な薬剤の処方を行っている医師が多くいる事も分かった。

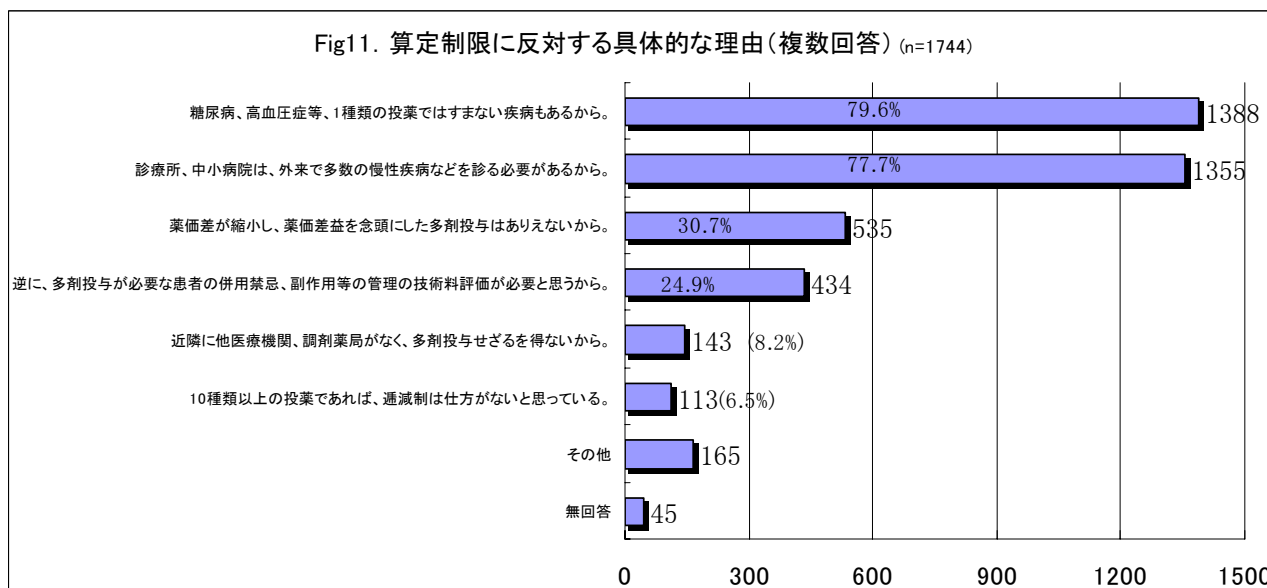
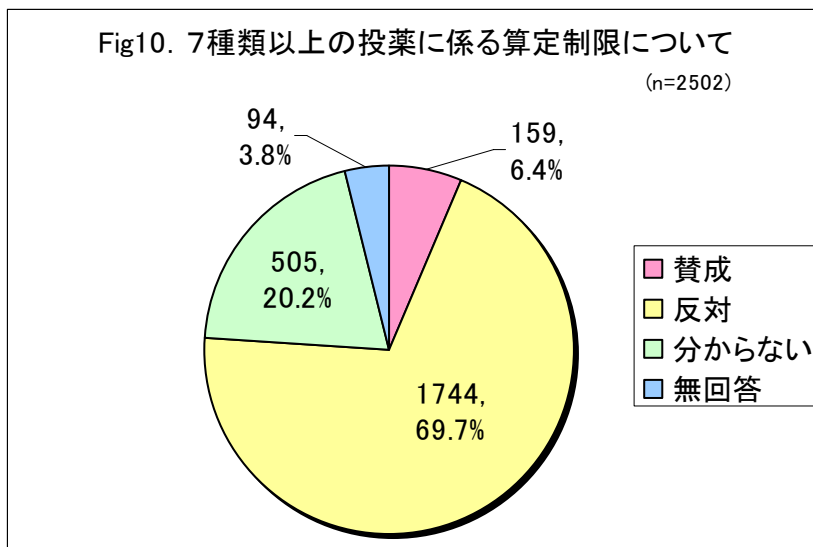


(4) 7 種類以上の内服薬投薬への算定制限に対する評価

7 種類以上の投薬に係る算定制限への評価については、医療機関における対象患者の有無に関わらず回答があり、「賛成」は 159 (6.4%)、「反対」は 1,744 (69.7%)、「分からない」は 505 (20.2%) であった **Fig.10**。

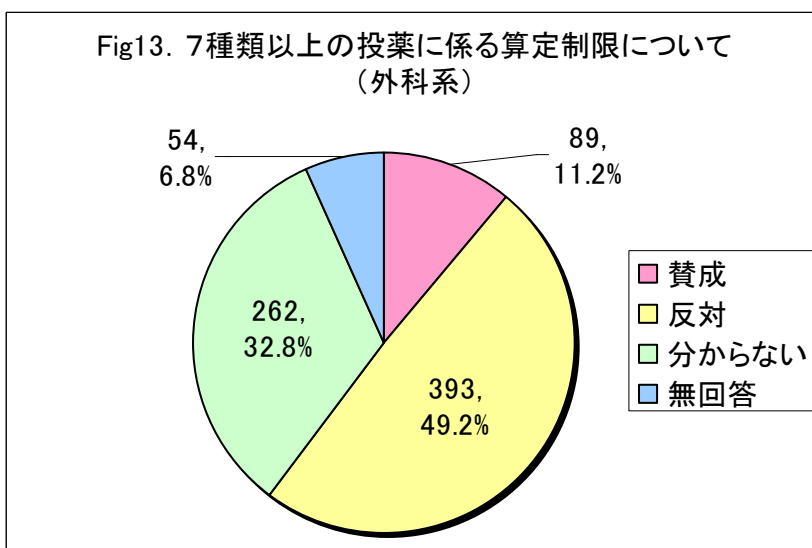
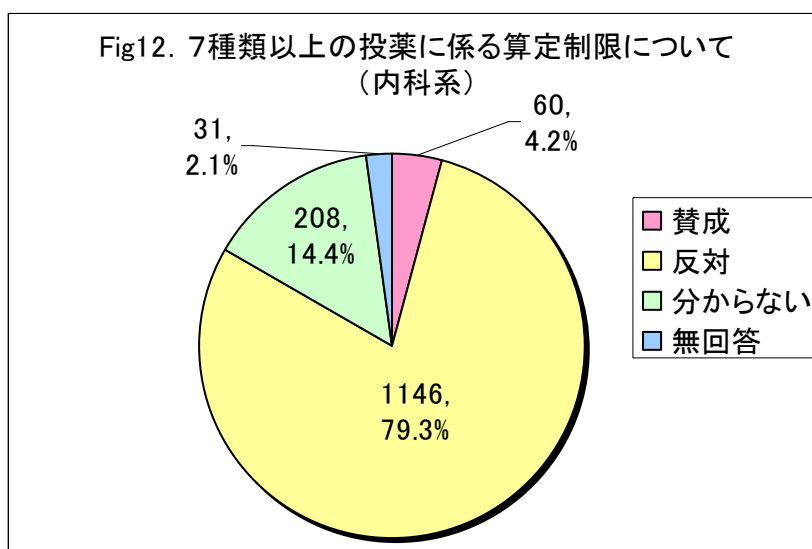
また、「反対」と答えた 1,744 医療機関から寄せられた具体的な理由は、「糖尿病、高

血圧症等、1種類の投薬ではすまない疾病もある」が1,388件(79.6%)、「診療所や中小病院は外来で多数の慢性疾病等を診る必要がある」が1,355件(77.7%)、「薬価差益による多剤投与はあり得ない」が535件(30.7%)、「逆に多剤投与が必要な患者を管理するための技術料評価が必要」が434件(24.9%)、「近隣に他医や薬局がなく多剤投与せざるを得ない」が143件(8.2%)、「10種類以上なら制限があっても仕方ない」が113件(6.5%)であった【Fig.11】。



また、診療科による当該算定制限への評価は、内科系で「賛成」4.2%、「反対」79.3%、「分からない」14.4%となり【Fig.12】、外科系では「賛成」11.2%、「反対」49.2%、「分からない」32.8%という結果になった【Fig.13】。内科系での反対は8割に迫り、外科系でも約5割が反対、賛成は1割程度に過ぎないことが分かった。これにより、当該算定制限に対しては、診療科を問わず多くの医師が反対の意思を持っていることが明らかになった。

国は、本調査に協力した医療機関のうち全体の7割が当該算定制限に反対している事実と、第一線医療を担う医師からの「医学的に不合理である」との指摘を重く受け止め、次回2014年診療報酬改定において、診療報酬点数表における投薬料の算定要件の改善を図るべきである。



5. おわりに

本調査によって、6割以上の医療機関で多剤投与の必要性のある患者が通院していることが分かった。そして実に全体の7割に及ぶ医療機関が「7種類以上の内服薬投薬に対する算定制限（薬剤料×90%の逡減、処方せん料等の減額）」に対し、現場の実態に合わず不合理である、反対であると感じている実態が明らかとなった。第一標榜科目が内科系の医療機関に限れば約8割が反対である。また、医師が多剤投与を必要とする患者への対応に苦慮しており、必要な薬剤を処方するために甘んじて投薬料の減算を受けている事実も見えてきた。

現在は、薬価差益による利益享受など到底考えられない中で、医学的に必要な場合以外に多剤投薬が行われるケースは想定しにくい。決して医療機関は利益のために患者に不要な薬を与えているのではない。そのことは、投薬料を減額されても回避措置をとらない医療機関が多いことから明らかである。

日本が今後さらなる超高齢社会を迎えるに当たり、地域差はあっても各医療機関における高齢患者割合の増加は容易に想定され、必然的に7種類以上の内服薬投与を行わざるを得ないケースが増加していくだろう。このような条件下において、当該算定制限は、高齢者に対する療養の給付を担保する上で、医療機関に対してマイナスのインセンティブを与えかねない。地域による医療提供体制の格差を減らし、本当の意味で地域医療の充実を目指すならば、国は責任を持って早急に改善を図り、医師の処方に係る技術料を正當に評価すべきである。

最後に、全国保険医団体連合会は、療養の給付を規定する診療報酬点数表の適切な在り方を追及し、今後も診療報酬改善に向けた運動を継続していく。本調査で明らかになった投薬料の逡減・減額措置に対する全国の医師の意見を踏まえ、また京都府保険医協会が先行的に実施した調査結果報告における指摘も十分に勘案した上で、次回2014年診療報酬改定において適正な診療報酬点数表の改定がなされることを切に望むものである。

6. リファレンス

京都府保険医協会（2013.3.6）「7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限に関するアンケート結果」

【留意事項】

本調査報告（中間整理）は、まず全国集計の結果を明らかにすることを目的としてとりまとめた。したがって、アンケート質問項目のうち「7種類以上の内服薬投与が必要な患者の具体的事例」等、回答者から具体的に寄せられた意見等については、今後あらためて整理、検討を行う予定である。

《当該文書の無断転載等を一切禁ずる》

全国保険医団体連合会（正式略称：保団連）担当事務局：小林寛
〒151-0053 東京都渋谷区代々木 2-5-5 新宿農協会館 5階
TEL：03-3375-5121 / FAX：03-3375-1862

