

200300007A

平成 15 年度
厚生労働科学研究費補助金
政策科学推進研究事業

医薬品の使用ならびに価格に関する 国際比較研究

(課題番号：H15-政策-007)

報告書

平成 16 年 3 月

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



医療経済研究機構

主任研究者

坂 卷 弘 之

目 次

医薬品の使用ならびに価格に関する国際比較研究—研究概要	1
社会医療診療行為別調査・薬剤使用状況編個表データを用いたわが国における 医薬品使用に関する検討：解析データの概況	5
社会医療診療行為別調査・薬剤使用状況編個表データを用いた高血圧に対する 医薬品使用に関する検討	7
方法	7
結果	10
考察・結論	15
社会医療診療行為別調査票の薬剤使用実態調査ならびに薬剤経済学的研究への利用 性の検討	17
1.はじめに	17
2.調査票におけるデータ収載状況	17
3.セロトニン拮抗薬の使用実態調査における調査票の利用性	20
4.まとめ	22
急性上気道感染症に対する抗菌薬使用状況に関する分析	25
海外調査報告：英仏における処方薬データの活用と薬剤経済学について	29
I.英国	29
II.フランス	37
附表1 解析データの概況：：傷病名別データ数（入院）	51
附表2 解析データの概況：傷病名別データ数（入院）	55
附表3 解析データの概況：年度別薬効コードデータ数の推移（入院外）	59
附表4 解析データの概況：年度別薬効コードデータ数の推移（入院）	65

医薬品の使用ならびに価格に関する国際比較研究

研究概要

(課題番号：H15-政策-007)

(主任研究者)

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構
研究部長・主席研究員 坂 卷 弘 之

研究課題名：医薬品の使用ならびに価格に関する国際比較研究

研究期間（年度）：平成15年度（2年研究の1年目）

主任研究者：所属施設：(財) 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
氏 名：坂卷 弘之

分担研究者：所属施設：北里大学薬学部臨床薬学研究センター医薬品情報部門
氏 名：望月 眞弓

所属施設：慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室
氏 名：池田 俊也

所属施設：国立感染症研究所感染症情報センター
氏 名：大日 康史

所属施設：(財) 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
氏 名：速水 康紀

所属施設：(財) 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
氏 名：染谷 仁一

1. 研究目的

医薬品のあり方についての議論において、マクロ薬剤費や薬剤費比率の国際比較結果がしばしば引用され、諸外国に比しわが国の薬剤費比率は高いとした上で、薬価の引き下げや使用薬剤数の削減などの対策が実施されてきている。しかしながら、こうした議論に用いられる薬剤費は、医療費の一部として算出された総費用であるため、高水準とされるわが国の薬剤費が、薬剤費を構成する量と価格のどちらにより依存しているかは明確ではない。

本研究は、薬剤費を構成する要因のうち、主として使用量に着目し国際比較研究するものである。このうち、国内研究については、厚生労働省が毎年実施している社会医療診療行為別調査・薬剤使用状況の個票を用い、傷病別の医薬品（薬効別）の使用状況について分析

した。

また、国際比較のために、処方医薬品の価格比較のベースとして、諸外国における公的価格の算定方法について調査を行うことを目的とした。また、本研究の国内研究では、社会医療診療行為別調査データを用いたことから、諸外国の保険診療あるいは公的医療において、わが国における診療報酬明細書（レセプト）に相当するデータがどのように用いられているかを調査し、医薬品使用状況の国際比較の可能性について考察することとした。

2. 研究方法

(1)国内研究

社会医療診療行為別調査・薬剤使用状況編の個表データの平成7年度から平成15年度データを用いた。データは、厚生労働省統計情報部よりテキストデータの形式で提供を受けたものを、SPSS データセットに変換を行った。社会医療診療行為別調査における薬効コードは独自のコードを付与しているため、診療ガイドラインや国際比較には適さないとの問題がある。そこで、日本における代表的な医薬品データベースである「日本医薬品集」（じほう社、2003年10月版）を用い、医薬品リストを作成し、薬効分類コードを付与した。

分析は、本データの使用可能性とともに、以下について検討を行った。

- ① 高血圧におけるCa拮抗薬、ACE阻害薬、ARB（主任研究者）
- ② がん治療におけるセロトニン拮抗薬（分担研究者）
- ③ 抗生物質・抗菌剤の使用状況（分担研究者）

(2)海外調査

英国における処方せんデータの利用について処方箋薬価当局（Prescription Pricing Authority:以下 PPA）へのインタビュー調査、公表資料をもとに薬剤経済学利用状況の調査を行った。フランスについては、疾病金庫ならびにフランス製薬協会のインタビュー調査により、外来処方データの利用ならびに公定価格設定における薬剤経済学利用について調査した。

3. 研究結果及び考察

(1)国内研究

平成6年度まで用いられている「傷病名コード」が平成7年度に変更されたため比較することが困難であったため、社会医療診療行為別調査データを用いた分析は平成7年度以降のデータとした。データをみると、平成13年以前については、いわゆる「205円ルール」により、

1 日当たり医薬品費が 205 円未満のものについては薬剤名を診療報酬請求明細書に記載することが必須でなかったものが、平成 14 年以降、レセプト電算処理の場合には薬剤名を記載することが求められるようになり、その結果、平成 14 年度以降は薬剤名不明のものが激減している(平成 13 年度薬剤名記載の割合 67.87%、平成 14 年度同 98.18%)。従って、分析では、平成 15 年度では、本データの使用可能性を検討するとともに、「205 円ルール」に抵触しない高薬価医薬品ならびに平成 14 年度以降のみの分析を中心に行った。

降圧薬使用状況については、平成 14 年度について分析を行った。国・公的・社保で Ca 拮抗薬の使用割合が他の開設主体に比べやや低く、ACE 阻害薬の割合がやや高かった。平成 14 年度で後発品が発売されていない ARB を除く、利尿剤、β 遮断薬、α 遮断薬、Ca 拮抗薬、ACE 阻害薬のそれぞれについて設立主体別の使用割合をみると、いずれも国・公的・社保関係での後発品使用割合が低かった。また、薬効別での先発・後発使用割合をみると β 遮断薬は他の薬効に比べ後発品使用の割合が低かった。薬効別の医療費(6 月診療分)と当該薬効の薬剤費については、薬効による医療費の違いが見られ、この違いについては、薬剤費の違いと概ね近似した傾向を示していた(H15 年度)。

(2)海外調査

英国では、薬局等への薬剤費の償還の業務は、PPA が担っており、薬局は月毎に調剤した処方箋をとりまとめ、請求書を添付して PPA へ送付する。このように、処方箋が一カ所に集まるシステムが出来上がっており、日本の診療報酬の請求の仕組みとも類似していると思われる。フランスでは、医療費の償還を行っている疾病金庫に、医師の行った診療行為や償還対象となる処方薬等の情報が集まり、データベース化されている。疾病金庫内においては、様々な分析がなされて薬剤の使用状況の把握等に用いられている。

医薬品使用に関する研究は、これまで公表された論文が極めて少なく、経済開発協力機構(OECD)における 12 カ国比較調査ならびに EuroMedStat group により欧州 14 カ国におけるスタチン系薬剤の使用状況の試行研究が実施され一部結果公表されているが、結果は日本との比較可能なレベルではない。

4. 結論

社会医療診療行為別調査・薬剤使用状況編データは、わが国における医薬品使用を推定する唯一の公的データであり、その利用によりマクロでの医薬品使用状況を推定することが可能である。ただし、以下の問題があり、今後、データ収集方法の改善が望まれる。

- ① 医薬品名の記載率は、平成 7～13 年度は 70%弱であり、205 円(または 175 円)ルールが適用される安価な薬剤については分析が不可能であり、平成 13 年度以前に関しては医療費削減のための安価な薬剤へのシフトなどを研究するには本調査票は適さないと考えられた。

- ② 薬効コードが国内の薬価コード、海外で用いられる WHO 分類コードのいずれでもなく、分析においては、新たに薬効コードを付与する必要がある。
- ③ 傷病名が1患者について1病名のみを入力であるため、複数の傷病名が存在すると考えられる重症患者については、正確に傷病名を把握することができない。適正使用に関する解析のためにも、すべての傷病名が入力されることが望まれる。また、傷病コードが統一されておらず経時的分析における困難さがあった。薬効コードとあわせ標準化が必要である。
- ④ 本調査票の薬剤使用量についてのデータは、処方せんの発行に基づく統計資料であり、外来の経口剤で頓用で出されるものなどでは、実際に患者が使用したことを必ずしも反映しているとは限らない。
- ⑤ 現状では、本調査票からは1日用量を把握することができないため、使用薬剤の種類、投与総数のみの解析に止まり、用量的に適正使用であるかを解析することは難しい。また、国外との使用方法などの比較も困難である。
- ⑥ 本調査票は、調査対象施設が年毎に変化するため、使用量の少ない医薬品では医療機関特性の影響を受け易いと考えられる。
- ⑦ 医育機関についての入力数が年度により著しく変るため、医育機関であるかによって薬剤の使用動向が異なるかどうかを分析する場合には影響を受ける。

社会医療診療行為別調査・薬剤使用状況編個表データを用いた

わが国における医薬品使用に関する検討

解析データの概況

平成6年度社会医療診療行為別調査・薬剤使用状況編の個表データの申請を行い、提供を受けたテキストデータを株式会社富士総合研究所にて1薬剤毎のSPSSデータに変換し、医療経済研究機構にて解析・作表を行った。提供を受けた個表データの項目は図表1-1の通りである。

図表 1-1 データ使用項目

社会医療診療行為別調査の使用項目		
項番	項目名	H6・14年
1	調査年	○
2	保険種別	○
3	一般・老人	○
4	点数表	×
5	入院・入院外	○
6	施設種別	×
7	病棟区分	×
8	診療科目	×
9	被保・被扶	×
10	初診・再診	×
11	都道府県番号	○
12	課別コード	○
13	医療機関番号	×
14	シート番号	○
15	性別	×
16	年齢	×
17	傷病符号	×
18	診療実日数	×
19	総点数	○
20	総回数	×
21	診療行為数	×
出生年		
22	元号	×
23	年	×
24	入院期間	×
25	入院期間細分類	×
26	作表コードA	×
27	作表コードB	×
28	作表コードC	×
医療施設番号		
29	種別	×
30	都道府県	×
31	一連番号	×
32	C・D	×
33	病床数	○
34	開設者	○
35	医育機関	○
36	総点数+食事療養費	×
37	食事療養費	×
38	負担金額+ト'1	×
39	負担金額+ト'2	×
40	変更前施設種別	×
41	倍率	×
42	1次抽出率逆数	×
客体外		
診療行為 (1) ~ (N)		
44	再掲記号	×
45	行為符号	×
56	回数	×
点数		
47	正負符号	
48	点数	×
		×

社会医療診療行為別調査 (薬剤使用状況) の使用項目		
項番	項目名	H6・14年
1	調査年	○
2	業務名	×
3	保険種別	○
4	一般・老人	○
5	点数表	×
6	入院・入院外	○
7	施設種別	○
8	診療科目	○
9	被保・被扶	×
10	初診・再診	○
11	都道府県番号	○
12	課別コード	○
13	医療機関番号	×
14	シート番号	○
15	性別	○
16	年齢	○
17	傷病符号	○
18	診療実日数	○
19	倍率	○
出生年		
20	元号	×
21	年	×
22	客体外	○
23	薬品数	○
薬品 (1) ~ (N)		
24	診療行為	○
25	薬剤符号	○
26	薬効分類等コード	○
27	薬価	○
28	薬剤量	○
29	薬剤点数	○
30	投与回数	○
31	減※	○

※ 項番31「減」のデータについては、平成13年及び14年調査のみ。

表にデータの概況を示す。平成7年度から平成14年度のレセプト枚数、薬品数のうちの薬品名が記載されているもの、薬品名不詳のものと並びにそれぞれの合計、薬品名記載割合を示した。平成13年度までの薬品名記載割合は67～68%であったが、平成14年度から98%となっている。

この理由は、この理由は、平成13年以前については、いわゆる205円ルールにより、1日当たり医薬品費が205円未満のものについては薬剤名を診療報酬請求明細書に記載することが必須でなかったものが、平成14年以降、レセプト電算処理の場合には薬剤名を記載することが求められるようになり、その結果、平成14年度以降は薬剤名不明のものが激減したことによるものである。従って、平成13年度以前と14年度以降との時系列での比較解析は注意が必要である。

また、附表に、各年度の傷病名別データ数、薬効別データ数を示した。

図表 1-2 解析データの概況

	レセプト枚数	薬品数				1枚あたり薬品数
		薬品名記載あり	薬品名不詳	合計	薬品名記載割合	
平成7年度	254,975	1,007,142	452,623	1,459,765	68.99%	5.73
平成8年度	264,703	968,458	451,668	1,420,126	68.20%	5.36
平成9年度	201,179	914,341	431,912	1,346,253	67.92%	6.69
平成10年度	191,003	837,457	411,453	1,248,910	67.06%	6.54
平成11年度	234,232	997,445	479,937	1,477,382	67.51%	6.31
平成12年度	252,457	1,075,233	521,802	1,597,035	67.33%	6.33
平成13年度	243,764	1,063,388	503,415	1,566,803	67.87%	6.43
平成14年度	231,485	1,615,300	29,904	1,645,204	98.18%	7.11

社会医療診療行為別調査・薬剤使用状況編個表データを用いた 高血圧に対する医薬品使用に関する検討

方法

(1) 社会医療診療行為別調査・薬剤使用状況編個表データ

社会医療診療行為別調査・薬剤使用状況編個表データの平成7年度から平成14年度データを用いた。

データは、厚生労働省統計情報部よりテキストデータの形式で提供を受けたものを、薬剤ごとの解析をSPSSにて行うため、1薬剤ごとの固定長データのSPSSデータセットに変換を行った。なお、変換作業は株式会社富士総合研究所にて実施した。

SPSSデータから「傷病名」として「高血圧性疾患（コード：0901）」のものを抽出し、さらに、高血圧性疾患の主たる診療が入院外で実施されることから入院外患者のデータを抽出した。

(2) 薬効コード

社会医療診療行為別調査における薬効コードは独自のコードを付与しているため、高血圧診療ガイドラインや国際比較には適さないとの問題がある。そこで、日本における代表的な医薬品データベースである「日本医薬品集」（じほう社、2003年10月版）を用い、以下の手順で高血圧に使用される医薬品リストを作成し、薬効分類コードを付与した。

日本医薬品集CD-RoM版における「文中語検索」機能を用い、「効能・効果」に「高血圧」を有する医薬品すべてを抽出した。次に、主に入院での治療対象となる悪性高血圧などの高血圧緊急症に使用される薬剤、漢方製剤、精神神経用薬を除いた製品について商品名リストを作成し、それぞれについて以下の薬効コードを付与した。商品名による突合によって、(1)の社会医療診療行為別調査・薬剤使用状況編個表データに薬効コードを追加したデータセットを作成した。

薬効分類	コード
利尿剤	1
β遮断剤、α+β遮断薬	2
α遮断薬	3
Ca拮抗薬	4
アンジオテンシン変換酵素阻害薬（ACE阻害薬）	5
アンジオテンシン受容体遮断薬（ARB）	6
その他（中枢性、その他の血管拡張剤、その他）	8

高血圧治療薬効リスト(日本医薬品集 2003年 10月版)

(網掛けの医薬品(一般名)が解析対象としたもの)

項目名	サブタイトル	項目名	サブタイトル	項目名	サブタイトル
アセルニジピン	ジヒドロピリジン系Ca拮抗剤	腎臓バネカロール	α1, β遮断剤	ニトロプロレナトリウム	降圧剤
アテノロール	β1遮断剤	真連解毒湯	漢方製剤	ニプロフェン	β遮断剤
アラセブリン	ACE阻害剤	カトラジン	血管拡張降圧剤	ニブアラジン	β遮断剤
アラニジン	ジヒドロピリジン系Ca拮抗剤	カフェイン	キサンチン系中枢興奮・強心・利尿剤	ニルサロレン	β遮断剤
アルブスタルアルアラデクス	プロスタグランジンE1誘導体	カプトジル	ACE阻害剤	八味地黄丸	漢方製剤
アロプリノール	キサンチン系興奮・強心・利尿剤	カリジナダナーゼ	循環系作用薬	バソラルタン	選択的A11受容体遮断剤
安息香酸ナトリウムカフェイン	キサンチン系興奮・強心・利尿剤	カルベサロール	α1, β遮断剤	パシプロラエキス	植物性鎮痛剤
インザパミド	非チアジド系降圧剤	カンヂタルタンシキセチル	アンキホチンゲンシE1受容体拮抗剤	ピドログロロチアジド	チアジド系降圧利尿剤
クラシニル	利尿薬改善・降圧剤	クエン酸タンロスピロン	非ペンゾジアゼピン系・セロトニン作動性拮抗不安薬	ピドログロール	β遮断剤
エントライ	降圧剤	味機徳湯	漢方製剤	フェロジピン	ジヒドロピリジン系Ca拮抗剤
エチゾラム	チエノジアゼピン系精神安定剤	クロルジアゼポキシド	マイナー tranquilizer	フレメルビゾプロロール	選択的β1アドレナリン受容体拮抗剤
エポプロステノールナトリウム	プロスタグランジンI2製剤	ホルカザリド	スルホンアミド系降圧利尿剤	フルジアゼパム	マイナー tranquilizer
塩酸アセブトロール	β1遮断剤	若功加毒骨壮湯	漢方製剤	フルトプラゼパム	ペンゾジアゼピン系持続性心身安定剤
塩酸アモスラロール	α1, β遮断剤	酢酸カンパヘンス	中枢性α2刺激剤	フルゼミド	ループ利尿剤
塩酸アロチナロール	α1, β遮断剤	三黄瀉心湯	漢方製剤	ブトラジン	血管拡張降圧剤
塩酸イミダカリル	ACE阻害剤	ヒ物降下湯	漢方製剤	プロマゼパム	ペンゾジアゼピン系精神神経用剤
塩酸インダロール	β遮断剤	可勃湯	漢方製剤	プラゼパム	ペンゾジアゼピン系昼夜型抗不安薬
塩酸エホニジピン	ジヒドロピリジン系Ca拮抗剤	酢酸メトプロロール	β1遮断剤	プロスシラリジン	海葱強心配糖体
塩酸カルチアラロール	β遮断剤	シラサマリル	ACE阻害剤	ベシカルド	ジヒドロピリジン系Ca拮抗剤
塩酸キナプリル	ACE阻害剤	シニジピン	ジヒドロピリジン系Ca拮抗剤	ペハイドラ錠	血圧降下剤
塩酸クロニジン	中枢性α2刺激剤	臭武湯	漢方製剤	ベラプロスタトトリウム	プロスタサイクリン(PGI2)誘導体
塩酸エンブアラジン	中枢性α2刺激剤	ゾキトキシ	ジキタリス強心配糖体	ペンズプロマロン	高尿酸血症改善剤
塩酸エンブアラゼム	ペンゾジアゼピン系Ca拮抗剤	ゾキシン	ジキタリス強心配糖体	ベシカルドプロクロチアジド	チアジド系降圧利尿剤
塩酸エリゾロール	β遮断剤	ネビモラダクトン	抗アルドステロン性降圧利尿剤	ベリンドプリルエムラミン	ACE阻害剤
塩酸チリソロール	β遮断剤	大柴胡湯	漢方製剤	防風通聖散	漢方製剤
塩酸チモカプリル	ACE阻害剤	大柴胡湯去大黄	漢方製剤	マレイン酸エナチアプリル	ACE阻害剤
塩酸アラメジン	α1遮断剤	大承気湯	漢方製剤	マロン酸ヒンセントロール	β遮断剤、プロドラッグ
塩酸アラプリル	ACE阻害剤	油藤散	漢方製剤	メキサゾラム	オキサノロベノゾジアゼピン系拮抗不安剤
塩酸トドラジン	血管拡張降圧剤	通津散	漢方製剤	メシル酸ジドロエリゴトキシ	胆代謝・末梢循環改善剤
塩酸ニカルジピン	ジヒドロピリジン系Ca拮抗剤	カホルミサルタン	特異性A11受容体遮断剤	メシル酸トキサゾジン	α1遮断剤
塩酸バルニジピン	ジヒドロピリジン系Ca拮抗剤	アスラノシド	ジキタリス強心配糖体	メチクラン	非チアジド系降圧利尿剤
塩酸ヒドロラジン	血管拡張降圧剤	靴枝承気湯	漢方製剤	メチルジゴキシン	ジキタリス強心配糖体
塩酸オナジピン	α1遮断剤	トランドラプリル	ACE阻害剤	メチルドパ	中枢性α2-刺激剤
塩酸アードロロール	α1, β遮断剤	トリアステレン	抗アルドステロン性降圧利尿剤	メチルソブリン	非チアジド系降圧利尿剤
塩酸アララジン	α1遮断剤	トリクロルメチアジド	チアジド系降圧利尿剤	抑肝散加陳皮半夏	漢方製剤
塩酸アロクラノロール	β遮断剤	トリパミド	血管・腎作動性降圧剤	ラナトシドC	ジキタリス強心配糖体
塩酸ベタキソロール	β1遮断剤	ナドロール	β遮断剤	リソソプリル	ACE阻害剤
塩酸ベナセプリル	ACE阻害剤	ニコチン酸トコフェロール	ビタミンE	順脈ベンブトロール	β遮断剤
塩酸モニジピン	ジヒドロピリジン系Ca拮抗剤	ニルサロレン	β遮断剤	レンナミン	降圧剤
塩酸ヘベトロール	Ca拮抗剤、α1遮断剤、β1遮断剤	ニトログリセリン	β遮断剤	レセルピン	降圧・鎮静剤
塩酸モニジピン	β1遮断剤	ニトログリセリン	冠動脈拡張剤	ドラルタンカリウム	β遮断剤、A11受容体拮抗剤

(3) 分析

【分析1】年度別高血圧治療薬使用状況の推移

平成6年度から平成14年度までの薬効ごとの使用状況、病床規模別、開設主体別の薬効別使用状況について検討を行った。

開設主体については、「医療施設調査」に従って、以下の区分で再集計を行った。ただし、解析の結果、国、公的、社保関係団体についてはデータ数が少なかったため、これら3種別を合計して、「国、公的、社保関係」、「法人」、「個人」の3種別で結果を表示した。



【分析2】平成14年度高血圧治療薬使用状況の検討

平成13年以前データについては、包括部分、院外調剤については医薬品名が不明のものが約35%含まれているため、【分析1】の時系列での分析については意味がないことが判明したため、平成14年度について焦点をあて、薬効別の使用状況、薬効別での診療報酬点数、医薬品の点数、先発・後発別の療報酬点数・医薬品の点数について分析した。

医薬品点数は、1回の処方薬の薬価に基づく点数（薬剤点数）×投与回数（日数）により計算した。

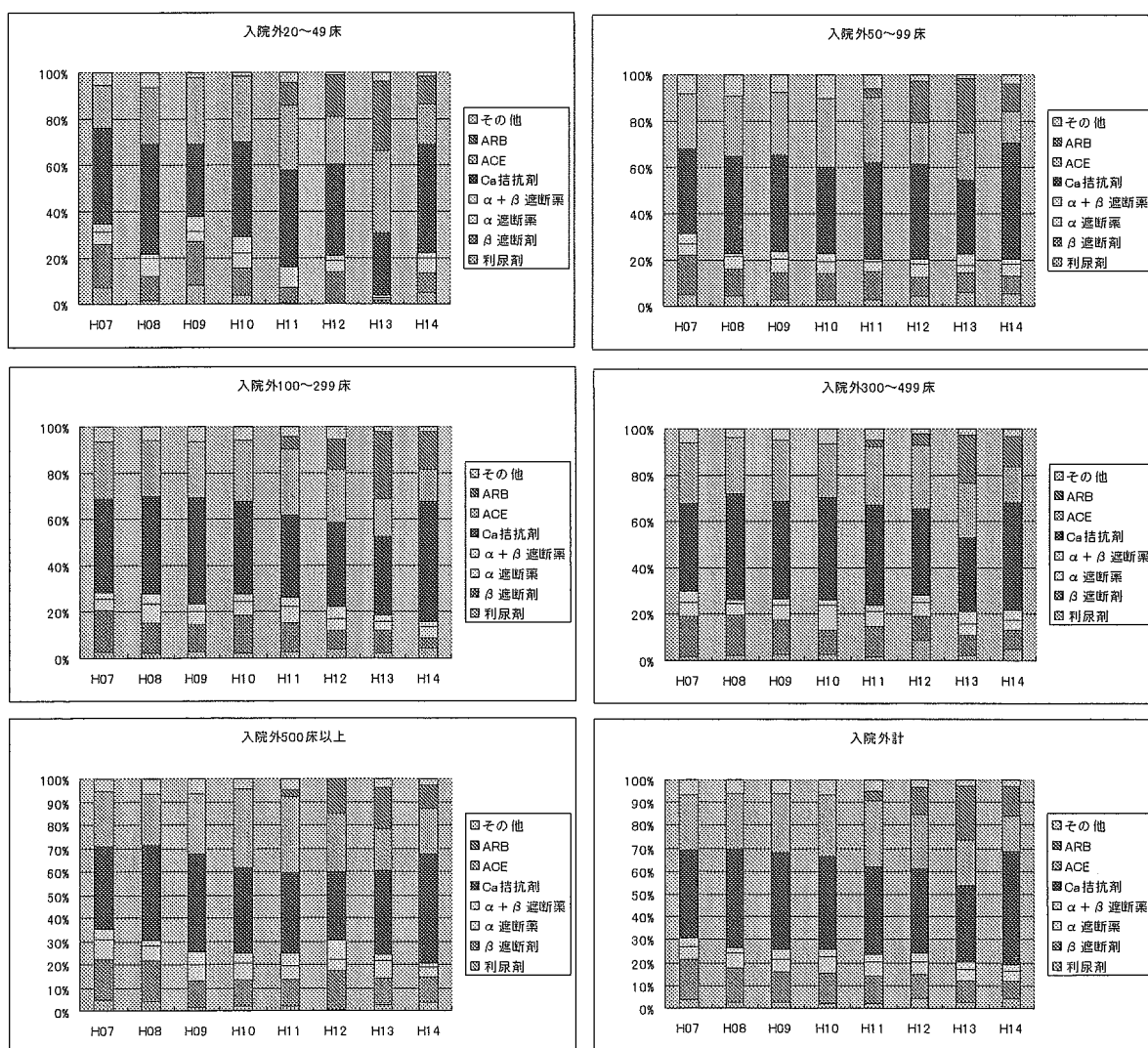
結果

【分析1】平成7年度～平成14年度の年度別高血圧治療薬使用状況の推移

(1) 病床規模別・薬効別使用状況の推移

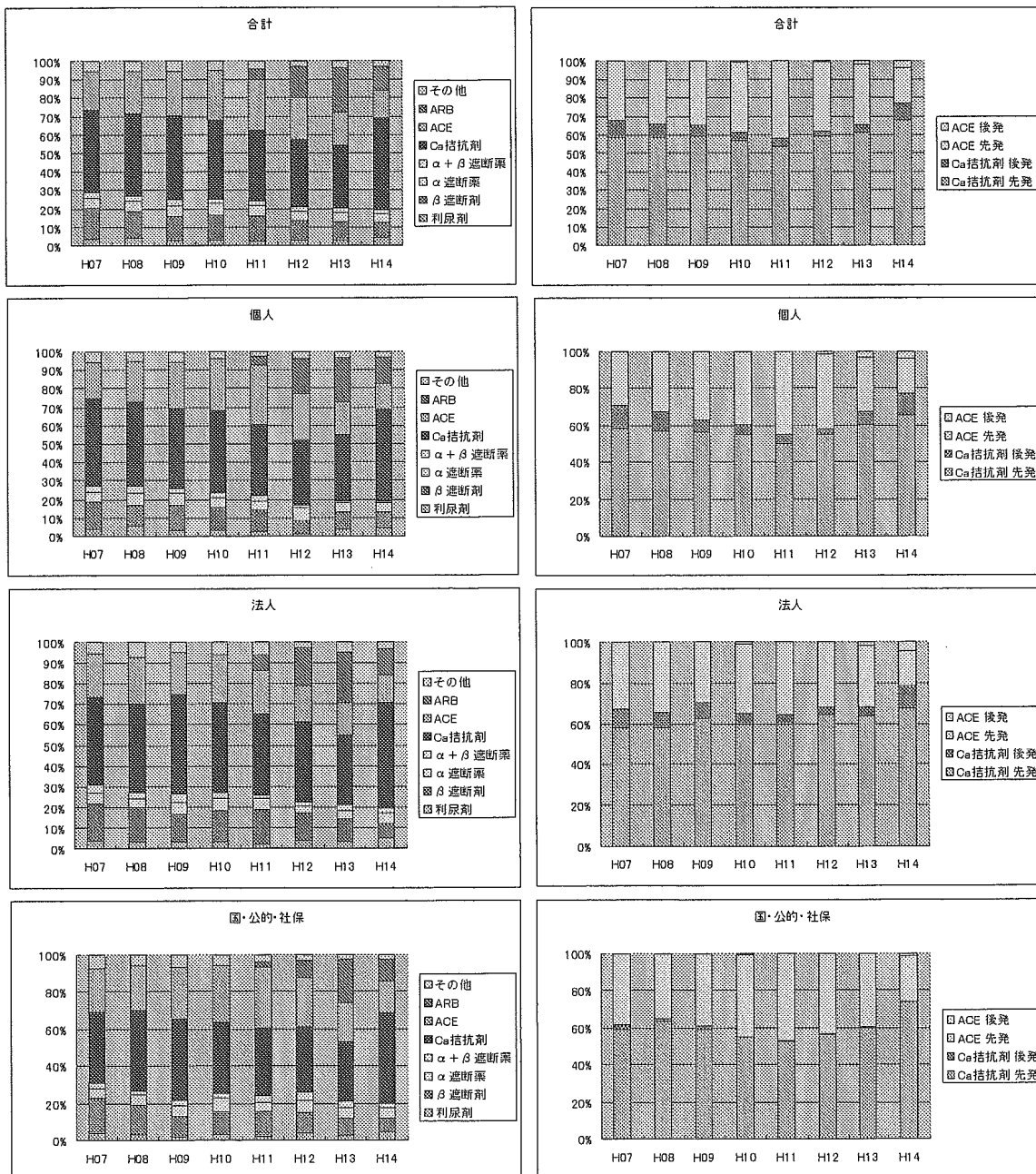
平成7年度～平成14年度の病床規模別・薬効別使用状況の推移を図に示した。平成11年度に新たな薬効としてARBが発売され、その後平成13年度まで、ARBのシェアが拡大していた。しかしながら、平成14年度に見かけ上、ARBのシェアが減少に転じているように見える。

この理由は、平成13年以前については、いわゆる205円ルールにより、1日当たり医薬品費が205円未満のものについては薬剤名を診療報酬請求明細書に記載することが必須でなかったものが、平成14年以降、レセプト電算処理の場合には薬剤名を記載することが求められるようになり、その結果、平成14年度以降は薬剤名不明のものが激減したことによるものである。



(2) 開設主体別使用状況の推移

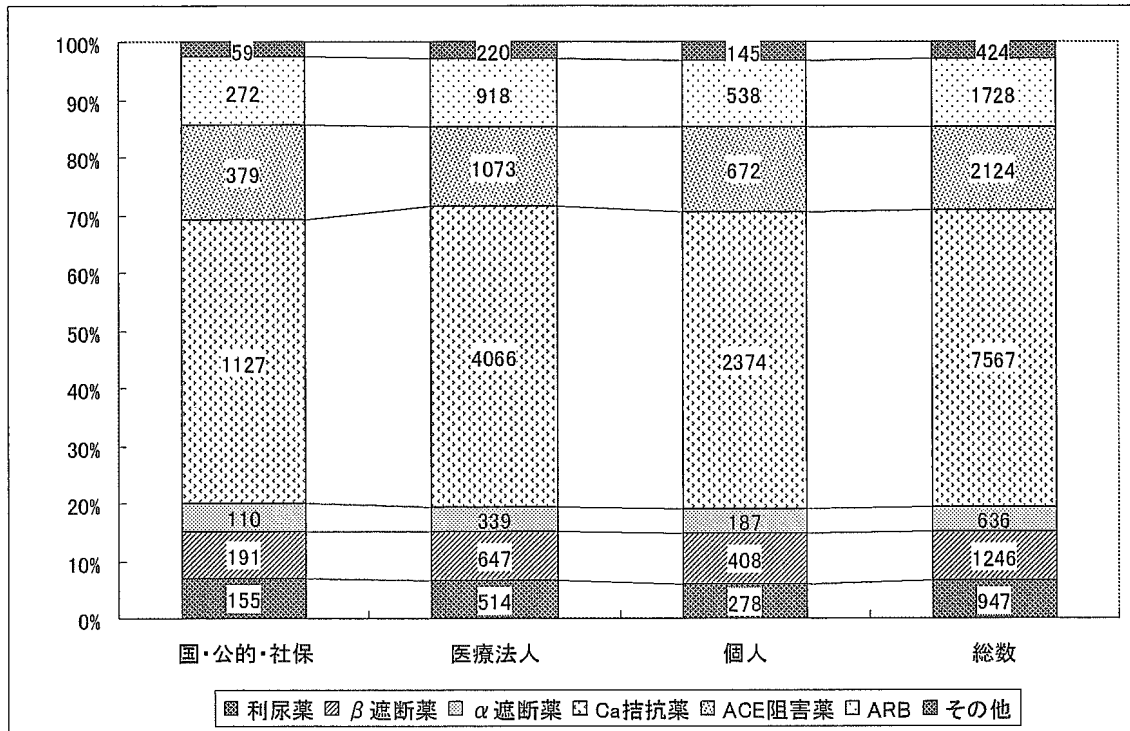
病床規模別と同様、平成13年度以前と平成14年度とで異なる傾向があり、年度間の比較は困難であったが、ACE阻害薬とCa拮抗薬について先発品、後発品使用の割合について検討を行った。全体的に平成11年から平成13年度にかけてACE阻害薬の使用割合が減少傾向にあるが、これはACE阻害薬がARBに置き換わったことによるものと考えられる。先発品・後発品の割合については、Ca拮抗薬が後発品使用割合が高い傾向にあるが、恐らく、後発品の品目数の違いが影響しているものと考えられる。国、公的、社保関係については、後発品の使用割合が、他の開設主体に比べ低い傾向がみられた。



【分析2】平成14年度高血圧治療薬使用状況の検討

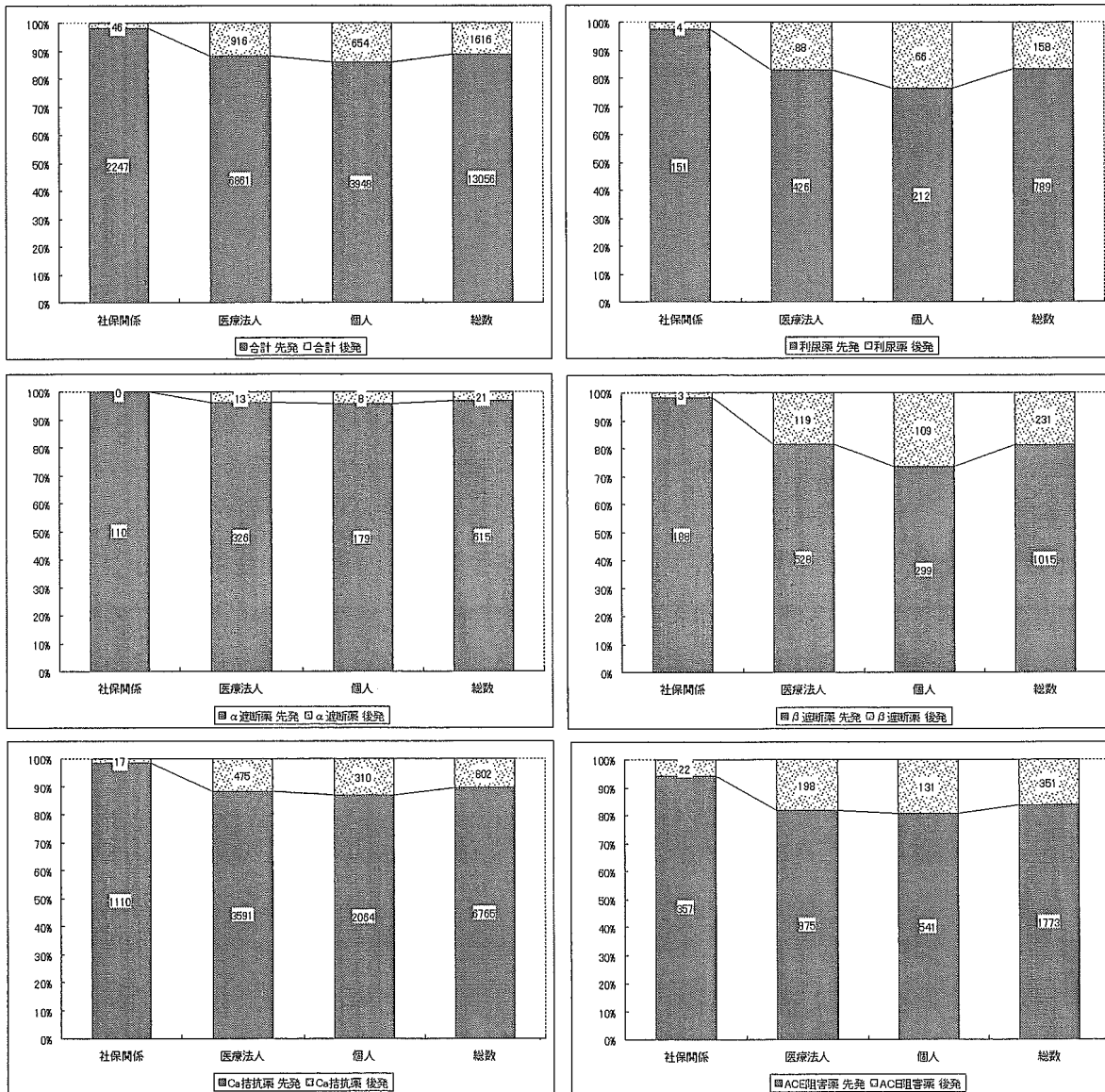
(1) 薬効別使用割合

図に示すように、国・公的・社保でCa拮抗薬の使用割合が他の開設主体に比べやや低く、代わってACE阻害薬の割合がやや高かった。



(2)薬効別・先発・後発使用割合

平成14年度で後発品が発売されていないARBを除き、利尿剤、β遮断薬、α遮断薬、Ca拮抗薬、ACE阻害薬のそれぞれについて設立主体別の使用割合をみた。いずれも国・公的・社保関係での後発品使用割合が低かった。また、薬効別で見るとβ遮断薬は他の薬効に比べ後発品使用の割合が低かった。

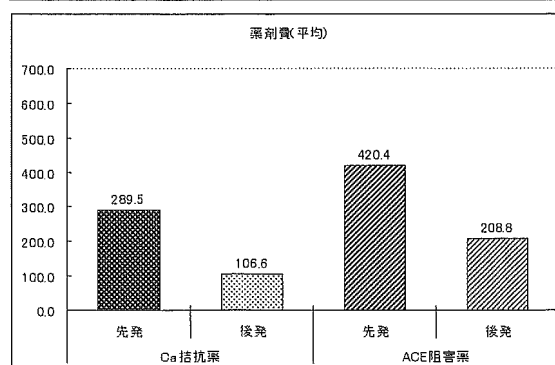
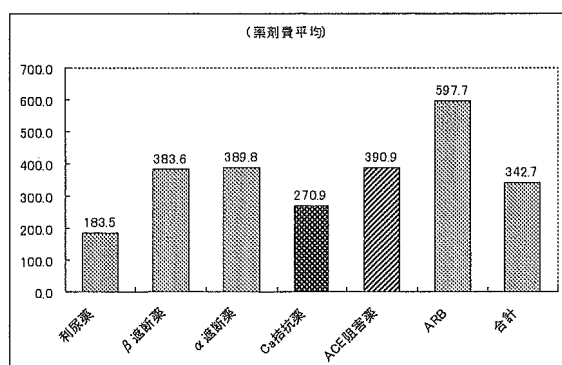
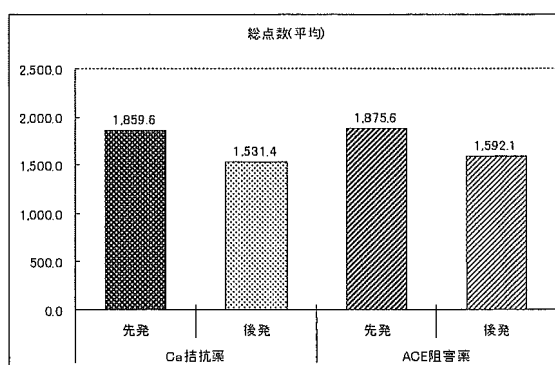
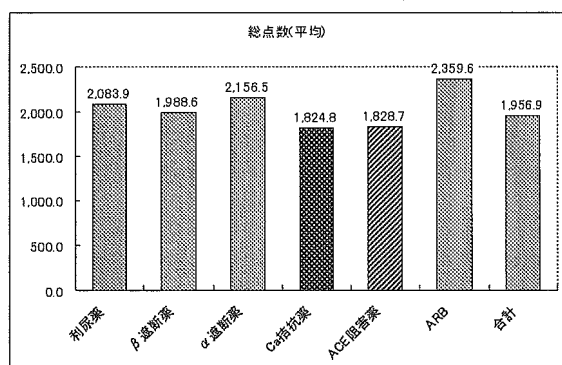


(2) 薬効別医療費、薬剤費

薬効別の医療費(6月診療分)と当該薬効の薬剤費について表、図に示した。薬効による医療費の違いが見られ、この違いについては、薬剤費の違いと概ね近似した傾向を示していた。しかしながら、薬剤費の違いだけで医療費の違いは説明できない。例えば、ARBについては、他の薬効と比べ医療費が高かったが、合計との差は402円であるのに対し、薬剤費の合計との差は254.9円であり、ARBについては、検査などの診療内容に違いがある可能性があることが推察される。同様に、利尿薬では、当該薬剤費は他の薬効に比べやすいにも関わらず、医療費は高くなっている。これは、利尿薬が単独で使用されることが少なく、他の薬剤が上乗せされている可能性があることによるものと推察される(注)。

注：本解析は、薬剤単位の解析であり、例えば「利尿薬」とあるのは、利尿薬が使用されているレコードについての解析であり、他の薬効の併用状況については考慮されていない。

薬効	総点数(平均)	合計との差	薬剤費(平均)	合計との差
利尿薬	2,083.9	127.0	183.5	-159.3
β遮断薬	1,988.6	31.7	383.6	40.8
α遮断薬	2,156.5	199.6	389.8	47.1
Ca拮抗薬	1,824.8	-132.1	270.9	-71.8
ACE阻害薬	1,828.7	-128.2	390.9	48.1
ARB	2,359.6	402.7	597.7	254.9
合計	1,956.9		342.7	



考察・結論

社会医療診療行為別調査データを用い、診断名が高血圧性疾患とされる入院外患者の高血圧治療に用いられる降圧薬の使用状況について検討を行った。その結果、以下が明らかとなった。

① 傷病名

一般に、診療報酬明細書の傷病名は、請求のための傷病名が記載されることが多く、その信憑性に疑問がなげかけられている。また、社会医療診療行為別調査では、主傷病名として一つのみが入力されているため、分析においては、①「レセプト病名」としての高血圧以外が含まれること、②本来は主傷病として高血圧を有していながら高血圧性疾患として扱われていないものも存在することの2点の問題があると考えられる。

ただし、前者の問題については、薬効分類から、通常の血圧管理に用いられる薬剤を選択していることから、恐らくは、高血圧の患者のみが対象として分析されているものと思われる。後者の問題は、データからはどの程度の推察であるかを推察することはできないので、少なくとも本分析においては、レセプト病名としての高血圧以外が含まれている可能性は、比較的少ないが、高血圧でありながら分析対象外となったものの存在がありうることから、患者数としては少な目の推計値となっていると考えられる。

② 薬効分類

わが国における薬効分類コードは、一般に、「日本標準商品分類番号」によるコード、薬価表におけるコードなどが、それぞれ、独立して使用されている。これらは、①診療実態と一致しない、②国際分類と合わないとの問題がある。そこで今回は、別途、日本医薬品集をもとに、薬効コード（商品名）ごとに、診療ガイドラインなどで使用される分類を新たに付与した。また、国際分類では、標準的な使用量をDDDとして示されているが、こうした情報も含め、わが国において国際的な情報・コードを含む医薬品データベースの作成が必要と考えられた。

③ 欠損データ

平成14年度以降、欠損データが著しく減少したが、結果的に平成13年以前とそれ以降との経時的変化を検討することはできなかった。近年、エビデンスに基づく医療への関心の高まりとあわせて、診療ガイドラインの策定が進んでいる。診療ガイドライン導入の評価のために、本データは有用であると考えられる。欠損データは、これまで、いわゆる「205円ルール」の部分が多かったためと考えられるが、包括評価部分についても、欠損データとなっている。今後、急性期医療における包括評価が広がっていくことで、再度、包括部分の欠損データが増加することになると、医療現場での医薬品使用状況を分析において、また限

界の要因となる危険性があり、今後も、欠損データが生じないようにデータ収集方法を見直す必要がある。

平成 15 年度厚生労働科学研究 分担研究報告書

社会医療診療行為別調査票の薬剤使用実態調査ならびに 薬剤経済学的研究への利用性の検討

分担研究者

北里大学薬学部臨床薬学研究センター医薬品情報部門

望月眞弓

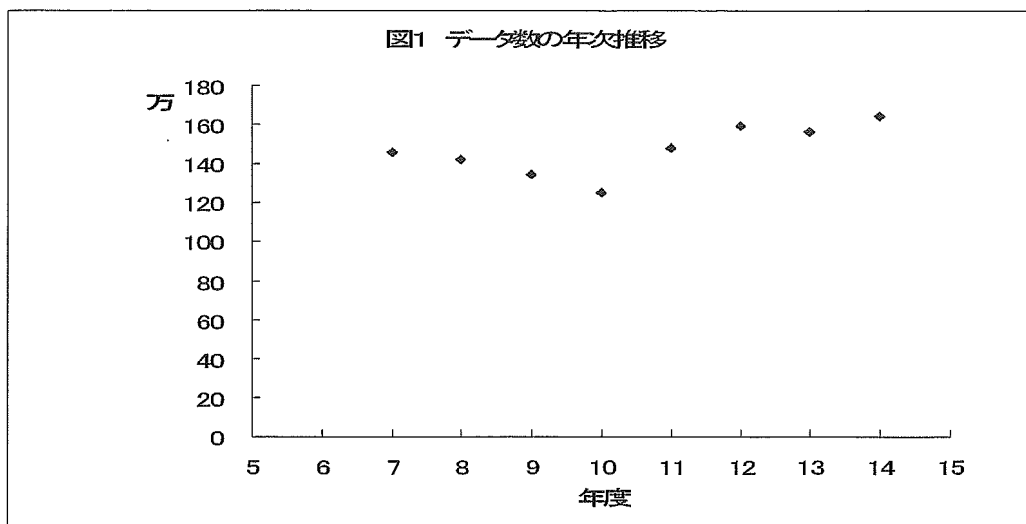
1.はじめに

近年、医療に対する要望の高度化・多様化などに対応して、適切な医療を安定的かつ効率的に提供するためにも、診療行為に深く関わりのある医薬品について、その使用実態を明らかにすることは、ますます重要度を増すと思われる。わが国における医薬品に関する公的統計として「薬事工業生産動態統計」があるが、生産（出荷）額ベースであり、使用実態を直接には反映していない。また、レセプトデータを用いた使用量に関する統計資料として「社会医療診療別調査」があるが、薬剤使用編の個票データを用いた研究はほとんどなされていない。

そこで、今回、日本における医薬品の使用実態調査ならびに薬剤経済学的研究に対して社会医療診療行為別調査票を用いることが可能かどうかを検討した。対象とした調査票は平成7年度～平成14年度のものである。また、データ抽出は統計解析ソフト SPSS ver11.5 (SPSS Inc, Chicago, IL) を用いて行った。

2.調査票におけるデータ収載状況

本調査票に収載されている各年度別の総データ件数の調査結果を図 1 に示す。総データ件数には同一患者が重複してカウントされていることに留意する必要があるが、140～160 万件の範囲にあった。



つぎに、薬剤使用実態調査(Drug Utilization Study)に利用可能な項目を検討するために、本調査票のデータ構造を解析した。項目として保険種別、一般・老人、入院・外来、施設種別、診療科目、初診再診、県番号、性別、年齢、傷病名、診療日数、薬品数、薬品名、規格、薬価、薬剂量、薬剤点数、投与回数、後発品、総点数、病床数、開設者、医育機関が考えられた。これらの項目の記載率を総データ件数について調べた結果、保険種別、一般・老人、入院・外来、施設種別、初診再診、県番号、性別、年齢、傷病名、診療日数、薬品数、診療行為の記載率は100%であった。投与回数はほぼ100%に近く、総点数、病床数、開設者に関しては平成7～13年度はほぼ100%であったが、平成14年後は34～41%であった。診療科目、薬品名、薬剂量、薬剤点数の記載率は、平成7～13年度は66～68%であったが、平成14年度においては診療科目と薬剤点数の記載率は横ばいであったのに対して、薬品名と薬剂量については98%へと大幅に増加した(図2-6)。平成14年度においては、薬剤点数が入力されているにもかかわらず薬品名がなかったものは0.16%に過ぎなかった。これらのことは、平成13年度まで施行された205円(または175円)ルールの影響が出たものと考えられる。なお、医育機関の記載については平成8～10年度の3年間は60%程度の記載率があったが、平成11年度以降は10%程度であった。