

大規模診療報酬データを用いた向精神薬の処方実態に関する研究

主任研究者 三島和夫 秋田大学大学院医学系研究科精神科学講座 教授

研究協力者 竹島正浩 秋田大学大学院医学系研究科精神科学講座
榎本みのり 東京工科大学医療保健学部臨床検査科

研究要旨

本研究では月ベースで最大約 475 万人の加入者を有する大型健保団体の診療報酬データを用いて、2005 年 4 月～2019 年 6 月までの日本国内における向精神薬 4 種の処方率、多剤併用率、処方力価の経年経月推移を解析した。その結果、以下の実態が明らかになった。

1) 向精神薬の処方率：睡眠薬の処方率は 2012 年まで増加した後、やや減少に転じ、2014 年以降は概ね横ばいであった。抗不安薬の処方率は 2007 年にピークに達したあとは一貫して減少傾向にあった。抗うつ薬の処方率は 2009 年に一旦減少したあと、緩徐に増加していた。抗精神病薬の処方率はごく緩徐ながら増加トレンドを示していた。

2) 向精神薬の多剤併用率：睡眠薬の多剤併用率（3 種類以上）は平成 26 年度（2014 年）の診療報酬改定後に大きく低下したがそれ以降横ばいであり、単剤化率はむしろ減少傾向であった。抗不安薬、抗うつ薬、抗精神病薬の多剤併用率は概ね経年的に低下していたが 2017 年以降は横ばいであった。単剤化率は睡眠薬以外の薬剤では増加傾向だった。睡眠薬と抗不安薬を合計 4 種類以上併用している患者の割合は平成 26 年度（2014 年）の診療報酬改定以降、減少傾向であった。

3) 向精神薬の平均力価は、睡眠薬と抗不安薬では横ばいだったが、抗うつ薬は増加傾向、抗精神病薬は減少傾向であった。向精神薬の高用量処方率は、睡眠薬は平成 26 年度（2014 年）の診療報酬改定以降 2018 年まで減少傾向であったが、2019 年に増加した。抗不安薬は概ね横ばい、抗うつ薬は増加傾向、抗精神病薬は微減傾向である。

4) 診療報酬改定の影響：睡眠薬と抗不安薬における多剤併用の是正を目的とした平成 24 年度（2012 年）および平成 30 年度（2018 年）診療報酬改定の効果は明らかではなかったが、平成 26 年度（2014 年）診療報酬改定は多剤併用率の減少に効果を示した。しかし、睡眠薬、抗不安薬ともに多剤併用率は減少したものの、処方力価を押し下げるには至らなかった。睡眠薬や抗不安薬の長期処方のは是正を目的とした平成 30 年度（2018 年）診療報酬改定の効果は本データベースでは解析できなかったため、今後の調査が望まれる。抗うつ薬と抗精神病薬における多剤併用の是正を目的とした平成 26 年度（2014 年）および平成 28 年度（2016 年）診療報酬改定は一定の効果を示した。抗精神病薬の処方力価は減少傾向ではあるものの、抗うつ薬の処方力価や高用量処方率は増加傾向であった。

A. 研究目的

本邦において、向精神薬の多剤併用および長期処方が問題となり、平成 24 年度（2012 年）以降、4 度にわたり診療報酬改定による是正が行われてきた。本研究では診療報酬改定が医師の処方行動にどのような影響を与えたかを調査するた

め、大規模診療報酬データを解析した。

B. 診療報酬改定の概要

平成 24 年度（2012 年）以降の診療報酬改定の概要を表 1 にまとめた。平成 24 年度（2012 年）の診療報酬改定では、「1 回の処方において、3

種類以上の抗不安薬又は3種類以上の睡眠薬を投与した場合は、精神科継続外来支援・指導料（1日につき55点）を100分の80の点数で算定することとなった。精神科継続外来支援・指導料は、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に算定可能であることから、平成24年度（2012年）の診療報酬改定のターゲットは精神科医であった。

その後、向精神薬の多剤併用、適応外使用などが社会問題化したため、平成26年度（2014年）の診療報酬改定では対象となる向精神薬が抗うつ薬、抗精神病薬を加えた4種類となり、「1回の処方において、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又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合」は精神科継続外来支援・指導料を算定しないこととなった。さらに、多剤投与の場合、処方料（42点から20点に）、処方せん料（68点から30点に）、薬剤料（100分の80で算定）を減算することになった。減算対象が向精神薬を処方する機会の多い一般診療科の医師に広がった。

平性28年度（2016年）の改定では適切な処方を促す観点から、抗うつ薬と抗精神病薬の多剤併用について4種類以上から3種類以上に減算対象が拡充された。また、これまでは精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合に限り、すべての向精神薬で減算されていたが、平性28年度（2016年）の改定から3種類以上の抗うつ薬と抗精神病薬を投与するに限られ、3種類以上の睡眠薬と抗不安薬については精神科の診療に係る経験を十分に有する医師がやむを得ず投与しても減算することとなった。

さらに、平成30年度（2018年）の診療報酬改定では、「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」に処方料（42点から18点に）、処方せん料（68点から28点に）を減算することになった。ただし、これらの改定によっても長期処方の頻度は低下しなかった。睡眠薬を初めて処方された患者の約10%が1年以上の長期服用者になること、服用期間が長くなるにつれて一日当たりの服用力価が増加することが大規

模診療報酬データの解析から明らかになっている^①。そのため、平成30年度の改定では「ベンゾジアゼピン系の薬剤を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（42点から29点に）、処方せん料（68点から40点）を減算することとなった。

C. 研究対象と方法

解析データは、複数の健康保険組合での診療報酬情報を保有する日本医療データセンター（東京）に抽出条件を指定して依頼した。抽出対象は、0歳～74歳の健康保険組合加入者（勤労者及びその家族）の全診療報酬データである。2019年6月段階での加入者総数は4,751,990人（男性2,654,019人、女性2,097,971人）である。

2005年～2019年までの各年4月1日～4月30日（1ヶ月間）、および、2012年1月～2019年6月の各月（102ヶ月間）のいずれかの時期に、医療機関を受診して睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬、抗精神病薬のいずれかの向精神薬（後記）を処方された患者の診療情報を連結可能匿名化したものをデータセットとして用いた。

推定処方率については、対象とした健康保険組合加入者の性・年齢構成を各年の性・年齢別（推定）人口動態データを用いて補正し、0歳～74歳の一般人口における各向精神薬の1ヶ月処方率（各年4月）を算出した。なお1ヶ月処方率とは当該薬剤がその月に少なくとも一度処方された者の割合をさす。

また、同一患者が解析対象月内に処方されたそれぞれの向精神薬の薬剤数（薬物の種類）を算出した。たとえば、同一月内に1種類の睡眠薬のみ処方されている場合は睡眠薬の単剤処方、複数の睡眠薬が処方されている場合は多剤併用処方と判定した。ただし、月ベースでの合算になるため、月内に処方変更があった場合、複数の薬剤を時期を違えて単剤で服用した場合でも多剤併用と定義されることに留意されたい。そのような事例が処方全体に占める割合については本データセットからは算出できなかった。

[解析対象薬剤リスト]

- 1) ATCコード（WHOによる2021年度版 the Anatomical Therapeutic Chemical ATC classification）に含まれている日本で処

方可能な薬剤

- 2) ATC コードに含まれていない日本で処方可
能な薬剤

睡眠薬

- 1) N05CA~N05CM, N05BA19 (etizolam につ
いては眠前投与を睡眠薬として扱った)
2) bromovalerylurea, butoctamide,
haloxazolam, passiflora extract,
rilmafazone

抗不安薬

- 1) N05BA~N05BB, N05BA19 (etizolam につ
いては日中投与を抗不安薬として扱った)
2) flutazolam, flutoprazepam, mexazolam,
oxazolam, tandospirone

抗うつ薬

- 1) N06AA~N06AX, N06AL01 (sulpiride につ
いては 300mg 未満/1 日を抗うつ薬として扱
った)
2) safrazine, setiptiline

抗精神病薬

- 1) N05AA~N05AX, N06AL01 (sulpiride につ
いては 300mg 以上/1 日を抗精神病薬として
扱った)
2) blonanserin, carpipramine,
clocapramine, floropipamide,
nemonapride, perospirone, spiperone,
timiperone,

[向精神薬力価]

各向精神薬の力価は日本精神科評価尺度研究会
が作成した、向精神薬の等価換算 2017 年版を用
いて算出した

(<http://jsprs.org/toukakansan/2017ver/>)。
睡眠薬はフルニトラゼパムで換算し、1 日 2mg 超
を高用量と定めた。抗不安薬はジアゼパムで換算
し、1 日 15mg 超を高用量と定めた。抗うつ薬は
イミプラミンで換算し、1 日 300mg 超を高用量と
定めた。抗精神病薬はクロルプロマジンで換算
し、1 日 600mg 超を高用量と定めた。向精神薬の
等価換算 2017 年版に掲載されていない薬剤につ
いては、フルニトラゼパム 1mg=スボレキサント
20mg=ラメルテオン 8mg、クロルプロマジン
100mg=アセナピン 2.5mg=ブレクスピプラゾー
ル 0.5mg と定義した。4 種向精神薬の等価換算に
ついては表 S1~S4 を参照されたい。

[倫理面への配慮]

患者の匿名化と診療報酬データの抽出は株式会
社日本医療データセンターにより行われ、秋田大
学大学院医学系研究科精神科学講座向けに固有
ID を割り振られて提出された。患者が期間内に
複数回受診した場合でも、診療報酬データはすべ
て同一 ID で連結・統合した後に解析に使用し
た。本研究は、秋田大学大学院医学系研究科倫理
委員会の承認を得て行われた。

D. 結果

1. 処方率の推移 (図 1-3)

2005 年~2019 年の各年 4 月における向精神薬
4 種の処方率の経年の推移を図 1 に示した。睡眠
薬の 1 ヶ月処方率は 2005 年から 2012 年にかけて
大幅に増加したが、2012 年以降は 2.6%前後では
ほぼ一定であった。抗不安薬の 1 ヶ月処方率は
2007 年に最大 2.8%であったが、以後は減少傾向
である。抗うつ薬の 1 ヶ月処方率は 2009 年に低
下したが、以後は緩徐に増加していた。抗精神病
薬の 1 ヶ月処方率は 2005 年以降、概ね緩徐に増
加していた。

2012 年 1 月~2019 年 6 月における向精神薬 4
種の処方率を図 2-3 に示す。睡眠薬はほぼ横ばい
であり、抗不安薬は減少傾向、抗うつ薬および抗
精神病薬は増加傾向であった。

2. 単剤化率および多剤併用率の経年推移 (図
4-12)

2005 年から 2019 年の各年 4 月の単剤化率およ
び 3 種類以上の多剤併用率の経年推移を図 4-12
に示した。睡眠薬以外の向精神薬の単剤化率は増
加していたが、睡眠薬の単剤化率は減少傾向だっ
た。睡眠薬と抗不安薬の多剤併用率については平
成 24 年度 (2012 年) の診療報酬改定では大きな
変化は認められなかったが、平成 26 年度 (2014
年) の診療報酬改定後に多剤併用率は低下した。
睡眠薬と抗不安薬を 4 種類以上処方されているも
の割合は、睡眠薬と抗不安薬と同様だった。抗
うつ薬と抗精神病薬については、平成 28 年度
(2016 年) と平成 30 年度 (2018 年) の診療報酬
改定後に多剤併用率は低下した。4 種向精神薬と
もに、診療報酬改定後に多剤併用率の低下は認め

られたものの、2017年以降はほぼ横ばいであり、減少トレンドは持続しなかった。

3. 1日処方力価（図8-9, 11-20）

2005年～2019年の各年4月における4種向精神薬の平均力価を図13-16に示した。4種向精神薬の平均力価は、睡眠薬と抗不安薬で横ばいだった。抗うつ薬の平均力価は2011年以降は増加傾向であり、抗精神病薬の平均力価は2013年以降減少傾向であった。

高用量処方率を図8-11に示した。4種向精神薬の高用量処方率は、睡眠薬の高用量処方率は平成26年度（2014年）の診療報酬改定以降2018年まで減少傾向であったが、2019年に増加に転じた。抗不安薬の高用量処方率は概ね横ばい、抗うつ薬の高用量処方率は2011年以降増加傾向、抗精神病薬は微減傾向である。

2005年4月と2019年4月における4種向精神薬の1日あたりの服用量の分布を図17-20に示した。この図の値は年齢・性別で調整されていないことに注意されたい。超高用量の睡眠薬（フルニトラゼパム換算5mg超）を処方されているものは、2005年4月は3.2%であったが、2019年4月は1.9%であった。超高用量の抗不安薬（ジアゼパム換算30mg超）を処方されているものは、2005年4月は1.7%であったが、2019年4月は1.3%であった。超高用量の抗うつ薬（イミプラミン換算600mg超）を処方されているものは、2005年4月は0.3%であったが、2019年4月は0.6%であった。超高用量の抗精神病薬（クロルプロマジン換算600mg超）を処方されているものは、2005年4月は4.5%であったが、2019年4月は2.8%であった。

E. 考察

向精神薬の処方実態に対する診療報酬改定の影響を薬剤毎に論じた。

睡眠薬の適正使用に対する診療報酬改定の影響は限定的であった。睡眠薬は最初の診療報酬改定が行われた2012年までは1ヶ月処方率が増加傾向であったが、2012年の診療報酬改定以降は2.6%前後で推移し、増加トレンドに歯止めがかかっていた。睡眠薬の多剤併用率は精神科医をターゲットにした2012年の診療報酬改定前後で変化は認められなかったが、精神科医以外も対象とし

た2014年の診療報酬改定前後では多剤併用率が4%台から2%台に低下するなど一定の効果を示した。しかし、2016年以降の多剤併用率は2.6%と下げ止まっており、単剤化率も経年的に増加傾向である。高用量を処方されたものの割合は2005年4月より2019年4月の方が低かったが、これは多剤併用率の違いを反映しているものと考えられた。今後、睡眠薬の単剤化率を上昇させて高用量処方を是正するためには新たな政策の導入や、不眠症に対する認知行動療法の普及などが必要となるだろう。また、本研究で用いたデータセットは2019年6月までであり、ベンゾジアゼピン系薬剤の長期使用抑制効果を狙った2018年の診療報酬改定の影響を調査できなかった。今後、2018年の診療報酬改定の長期処方抑制効果および処方率減少効果が調査されることが望まれる。

4種向精神薬のなかで、抗不安薬の適正使用が最も進んでいた。抗不安薬の1ヶ月処方率は最初の診療報酬改定が行われる前から減少傾向を示し、そのトレンドは持続していた。そのため、抗不安薬の1ヶ月処方率に対する診療報酬改定の影響は明らかではなかったが、処方率の観点から適正使用は進んでいた。多剤併用率については睡眠薬と同様に、精神科医をターゲットにした2012年の診療報酬改定前後で変化は認められなかったが、精神科医以外も対象とした2014年の診療報酬改定後では多剤併用率が1%未満に低下するなど一定の効果を示した。高用量を処方されたものの割合も2005年4月と比べて2019年4月で低下しており、これは多剤併用率の減少を反映したものであろう。

2016年および2018年の診療報酬改定により抗うつ薬の多剤併用率は減少した。その一方で、抗うつ薬を高用量処方されたものの割合は多剤併用率が8.9%であった2005年4月と比べ、多剤併用率が2.3%であった2019年4月の方が高かった。抗うつ薬の1ヶ月処方率は経年的に増加傾向であった。原則的に短期使用が推奨される睡眠薬や抗不安薬とは異なり、抗うつ薬はときに長期使用も許容されるため、抗うつ薬の処方率増加は必ずしも悪い所見ではない。本研究では抗うつ薬が処方されることとなった精神疾患の解析を行っていないため、抗うつ薬の処方率が増加した理由は分からないが、不安症に適応を取得した薬剤が上市されたことや、うつ病や不安症のガイドラインが策

定されたことなどが影響しているかもしれない。

抗精神病薬についても抗うつ薬と同様、2016年および2018年の診療報酬改定後に抗精神病薬の多剤併用率は減少した。その一方で、抗うつ薬とは異なり、高用量を処方されたものの割合は多剤併用率の低下を反映したためか、減少していた。抗精神病薬の1ヶ月処方率は経年的に増加傾向であった。抗精神病薬は主に統合失調症に対して用いられていたが、近年はうつ病や双極性障害などの気分障害、小児期の自閉症スペクトラム障害に対して適応症が拡大された薬剤も増えており、そのため抗精神病薬の1ヶ月処方率が増加したものを考えられる。

F. 限界

本研究の対象薬剤は内服薬に限られているため、持効注射製剤を投与されている加入者の情報は研究結果に反映されていないため、抗精神病薬の処方率が低く見積もられた可能性がある。また、本研究ではパロキセチンとパロキセチン徐放錠を区別しておらずパロキセチンで力価を計算したため、本研究ではパロキセチンの力価が低く見積もられた可能性がある。本研究では倍量処方や3倍量処方されている加入者を見分けることができなかつたため、処方率が低く見積もられ、力価が過大評価されている可能性がある。ベンゾジアゼピン受容体作動薬であるクロナゼパムが不安や不眠に対してオフラベル使用されている可能性があるが、本研究では抗てんかん薬として扱っているため、睡眠薬や抗不安薬の処方率や力価に影響を与えた可能性がある。

G. まとめ

本研究では月ベースで最大約475万人の加入者を有する大型健保団体の診療報酬データを用いて、2005年4月～2019年6月までの日本国内における向精神薬4種の処方率、多剤併用率、向精神薬力価の推移を解析した。今回の調査の結果、その結果、以下の実態が明らかになった。

○向精神薬の処方率

睡眠薬で横ばい、抗不安薬は減少傾向、抗うつ薬と抗精神病薬は増加傾向であった。

○向精神薬の単剤化率および多剤併用率

睡眠薬の単剤化率は減少傾向で、それ以外の向精神薬の単剤化率は増加傾向であった。

多剤併用率はすべての向精神薬で減少していたが2017年以降はほぼ横ばいである。

○向精神薬の力価

抗うつ薬は高用量処方率が増大し、それ以外の向精神薬は減少していた。

○診療報酬改定の影響

診療報酬改定は睡眠薬の1ヶ月処方率の増加トレンドの抑制、多剤併用率の減少、睡眠薬以外の向精神薬における単剤化率の増加など、一定の効果を発揮した。その一方で、向精神薬の多剤併用率も2017年以降は横ばいであった。現状ではこれ以上の向精神薬の多剤併用率の減少効果は期待できないであろう。

H. 健康危険情報

特になし

I. 研究発表

論文発表

原著

1. Yamato K, Inada K, Enomoto M, Marumoto T, Takeshima M, Mishima K. Patterns of hypnotic prescribing for residual insomnia and recurrence of major depressive disorder: a retrospective cohort study using a Japanese health insurance claims database. *BMC Psychiatry.* 2021;21:40.
2. Yamamoto M, Inada K, Enomoto M, Habukawa M, Hirose T, Inoue Y, Ishigooka J, Kamei Y, Kitajima T, Miyamoto M, Shinno H, Nishimura K, Ozone M, Takeshima M, Suzuki M, Yamashita H, Mishima K. Current state of hypnotic use disorders: Results of a survey using the Japanese version of Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire. *Neuropsychopharmacol Rep.* 2021;41:14-25.
3. Takeshima M, Otsubo T, Funada D, Murakami M, Usami T, Maeda Y, Yamamoto T, Matsumoto T, Shimane T, Aoki Y, Otowa T, Tani M, Yamanaka G, Sakai Y, Muraio T, Inada K, Yamada H, Kikuchi T, Sasaki T, Watanabe N, Mishima K. Takaesu Y. Does cognitive behavioral therapy for anxiety

- disorders assist the discontinuation of benzodiazepines among patients with anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2021.
4. Narisawa H, Inoue Y, Kobayashi M, Okajima I, Kikuchi T, Kagimura T, Matsui K, Inada K, Mishima K. Development and validation of the Benzodiazepine Hypnotics Withdrawal Symptom Scale (BHWSS) based on item response theory. *Psychiatry Res.* 2021;300:113900.
 5. Kishi T, Matsuda Y, Sakuma K, Okuya M, Mishima K, Iwata N. Recurrence Rates in Stable Bipolar Disorder Patients after Drug Discontinuation versus Drug Maintenance: A Systematic Review and Meta-analysis - Corrigendum. *Psychol Med.* 2021:1.
 6. Inada K, Enomoto M, Yamato K, Mishima K. Prescribing Pattern of Hypnotic Medications in Patients Initiating Treatment at Japanese Hospitals: A Nationwide, Retrospective, Longitudinal, Observational Study Using a Claims Database. *Drugs Real World Outcomes.* 2021.
 7. Inada K, Enomoto M, Yamato K, Marumoto T, Takeshima M, Mishima K. Effect of residual insomnia and use of hypnotics on relapse of depression: a retrospective cohort study using a health insurance claims database. *J Affect Disord.* 2021;281:539-546.
 8. Enomoto M, Kitamura S, Tachimori H, Takeshima M, Mishima K. Long-term use of hypnotics: Analysis of trends and risk factors. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020;62:49-55.
- J. 知的財産権の出願・登録状況
なし
- K. 引用文献
1. Long-term use of hypnotics: Analysis of trends and risk factors. Enomoto M, Kitamura S, Tachimori H, Takeshima M, Mishima K. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020;62:49-55.

図1：向精神薬4種の1ヶ月処方率の経年的推移（2005～2019年の各年4月）（国勢調査値を用いて5歳階層、性別で補正）

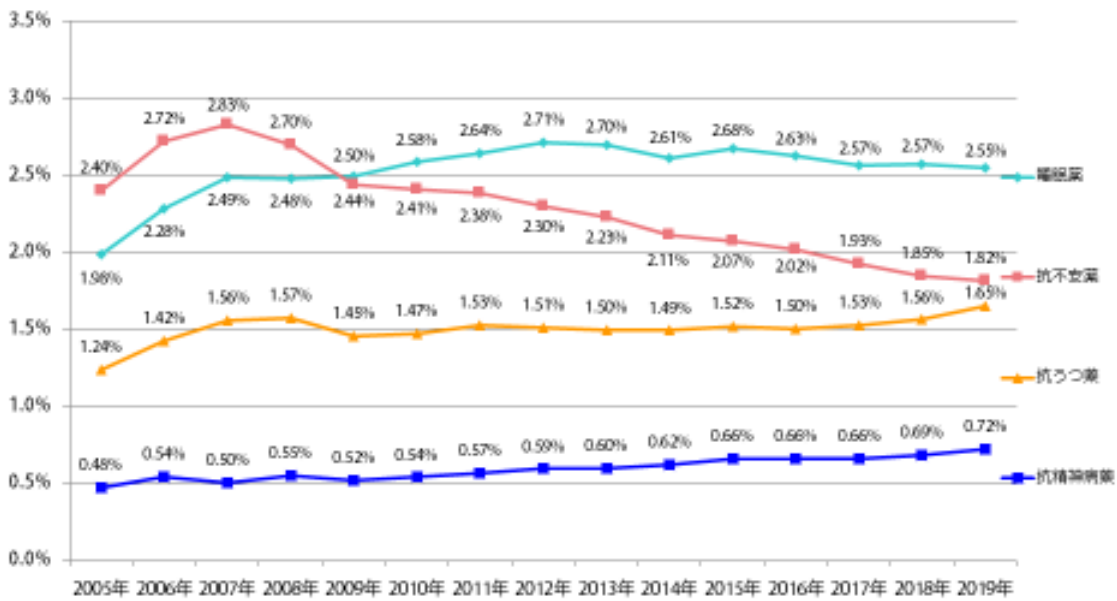


図2：平成24年度（2012年）、平成26年度（2014年）および平成30年度（2018年）診療報酬改定前後での睡眠薬および抗不安薬の1ヶ月処方率の推移（2012年1月～2019年6月、0～74歳）（国勢調査値を用いて5歳階層、性別で補正）

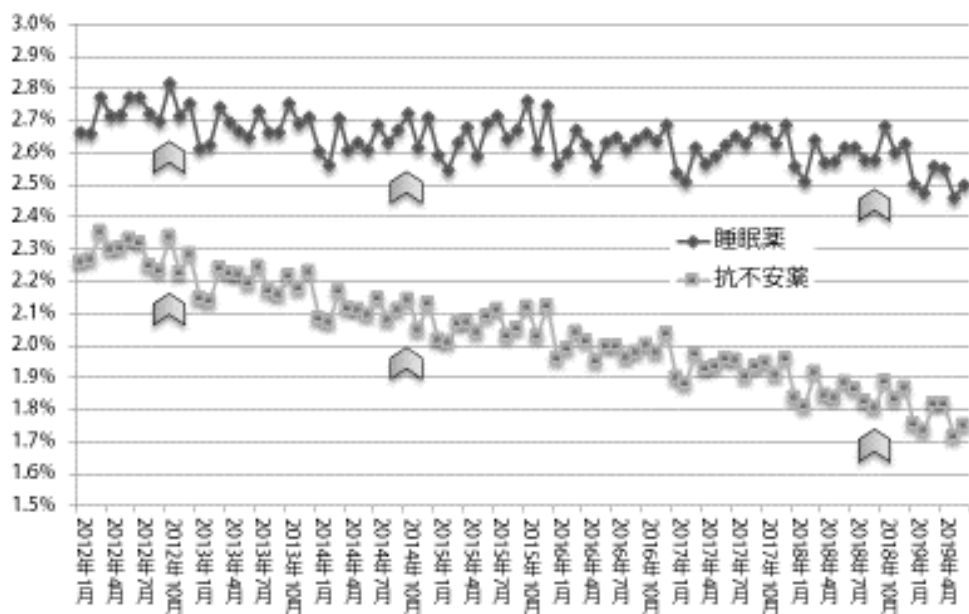


図3：平成24年度（2012年）および平成26年度（2014年）診療報酬改定前後での抗うつ薬および抗精神病薬の1ヶ月処方率の推移（2012年1月～2019年6月、0～74歳）（国勢調査値を用いて5歳階層、性別で補正）

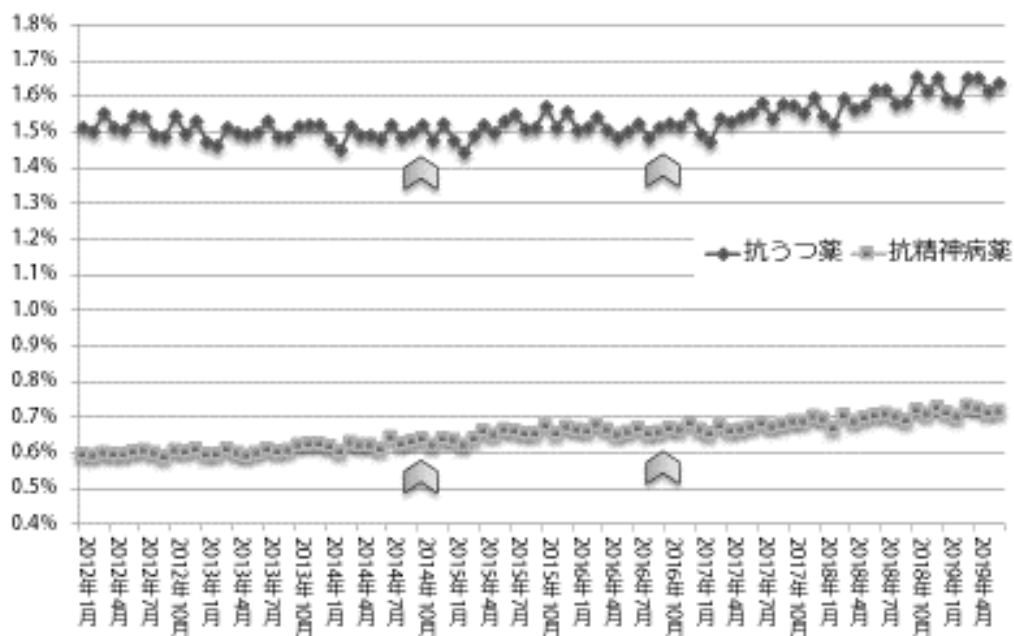


図 4：睡眠薬の多剤併用率の推移（2005～2019 年の各年 4 月、0～74 歳）（国勢調査値を用いて 5 歳階層、性別で補正）

矢印は平成 24 年度（2012 年）、平成 26 年度（2014 年）および平成 30 年度（2014 年）診療報酬改定年

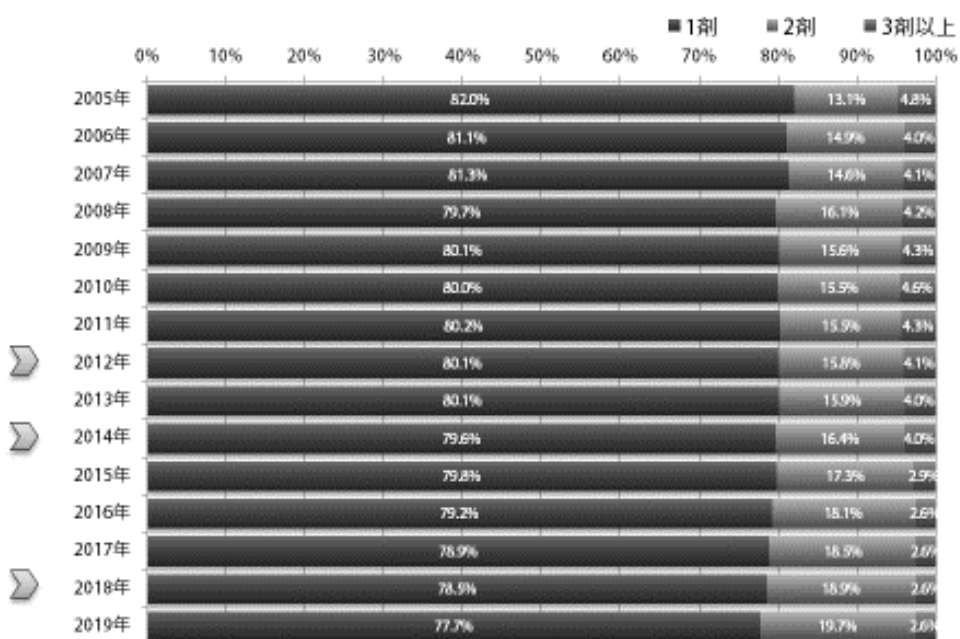


図 5：抗不安薬の多剤併用率の推移（2005～2019 年の各年 4 月、0～74 歳）（国勢調査値を用いて 5 歳階層、性別で補正）

矢印は平成 24 年度（2012 年）、平成 26 年度（2014 年）および平成 30 年度（2014 年）診療報酬改定年



図 6 : 抗うつ薬の多剤併用率の推移 (2005~2015 年の各年 4 月、0~74 歳) (国勢調査値を用いて 5 歳階層、性別で補正)

矢印は平成 26 年度 (2014 年) および平成 30 年度 (2018 年) 診療報酬改定年

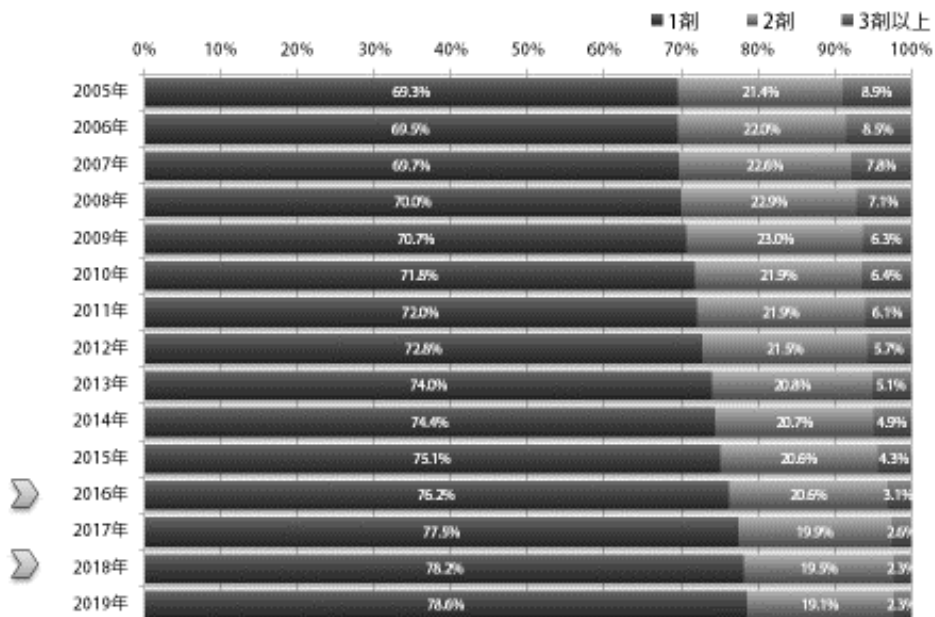


図 7 : 抗精神病薬の多剤併用率の推移 (2005~2015 年の各年 4 月、0~74 歳) (国勢調査値を用いて 5 歳階層、性別で補正)

矢印は平成 26 年度 (2014 年) および平成 30 年度 (2018 年) 診療報酬改定年

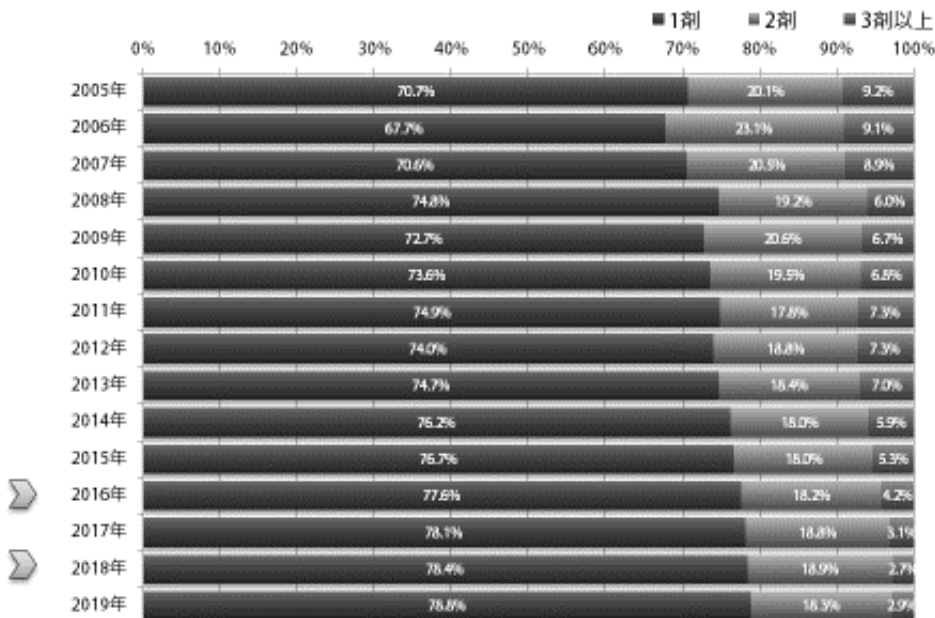


図 8：睡眠薬の多剤併用率（左）および高用量処方率（右）の推移（2005～2019 年の各年 4 月、0～74 歳）
（国勢調査値を用いて 5 歳階層、性別で補正）

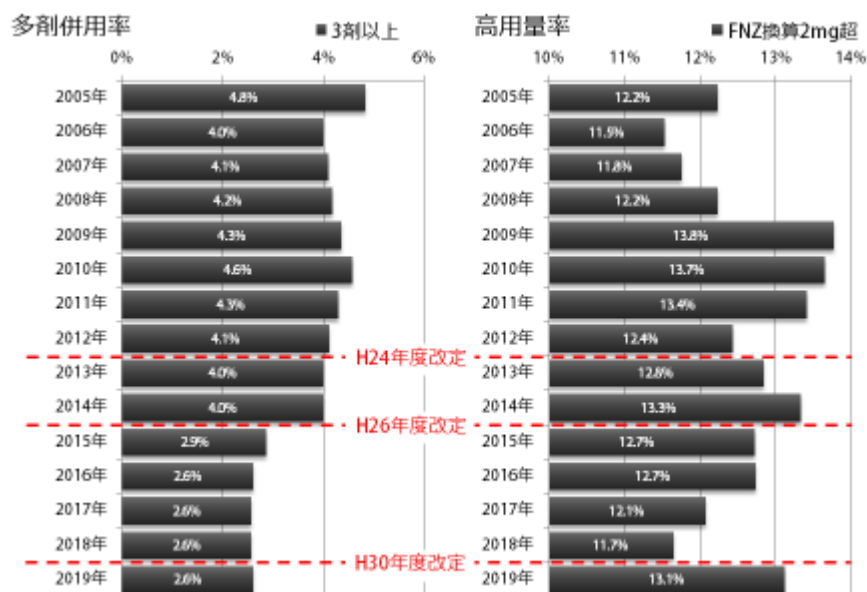


図 9：抗不安薬の多剤併用率（左）および高用量処方率（右）の推移（2005～2019 年の各年 4 月、0～74 歳）
（国勢調査値を用いて 5 歳階層、性別で補正）

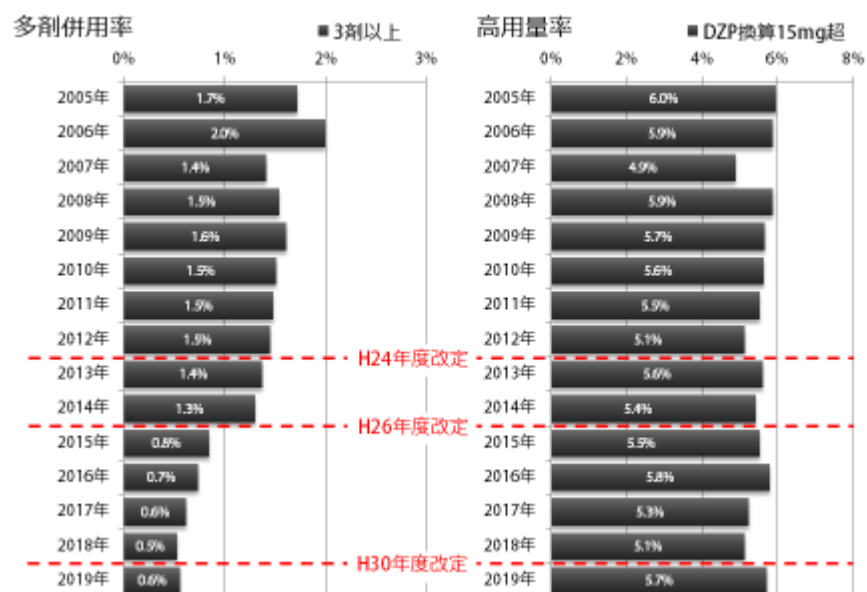


図 10：睡眠薬と抗不安薬を合計 4 種類以上処方されているものの割合の推移（2005～2019 年の各年 4 月、0～74 歳）（国勢調査値を用いて 5 歳階層、性別で補正）

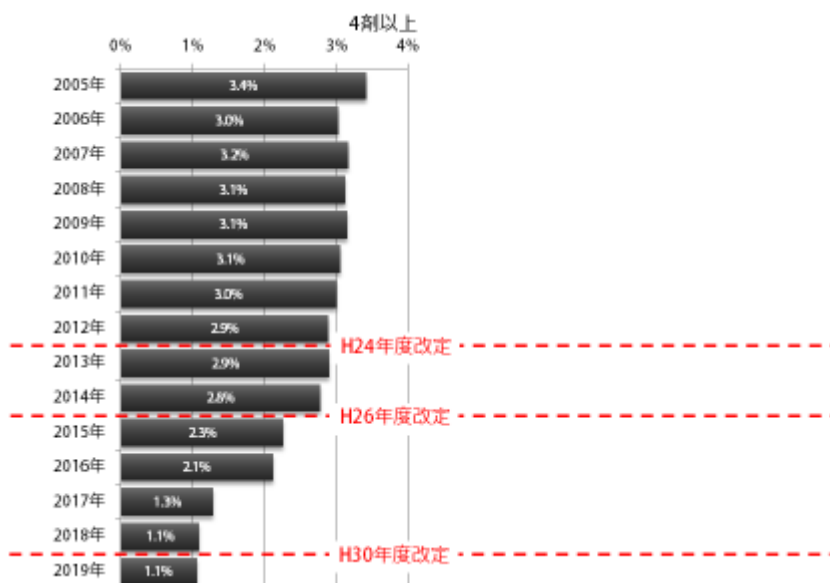


図 11：抗うつ薬の多剤併用率（左）および高用量処方率（右）の推移（2005～2019 年の各年 4 月、0～74 歳）（国勢調査値を用いて 5 歳階層、性別で補正）

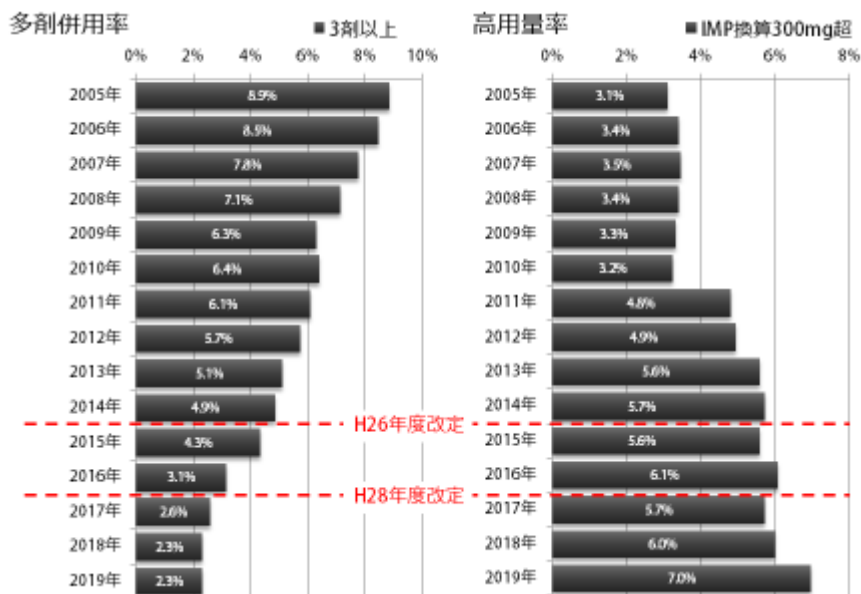


図 12：抗精神病薬の多剤併用率（左）および高用量処方率（右）の推移（2005～2019年の各年4月、0～74歳）（国勢調査値を用いて5歳階層、性別で補正）

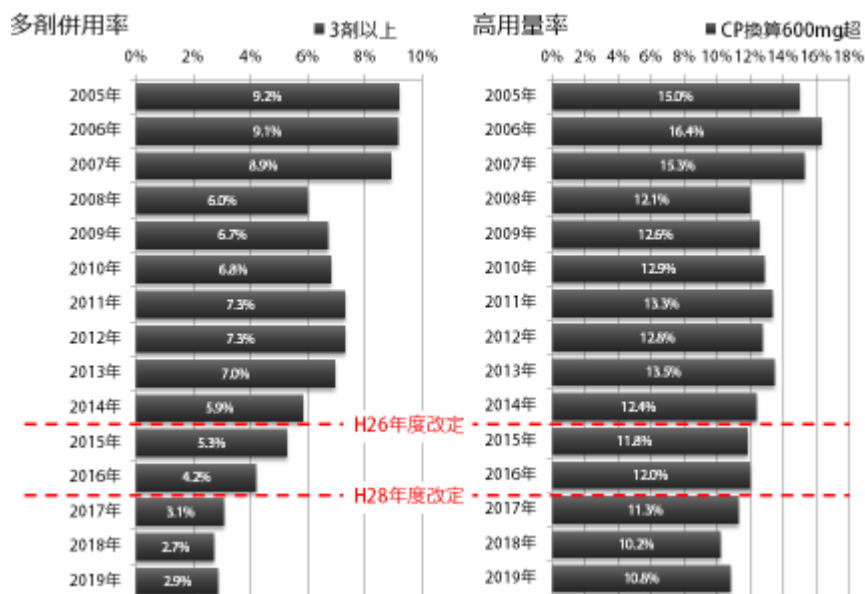


図 13：睡眠薬の平均一日処方力価の推移（2005～2019 年の各年 4 月、0～74 歳）（国勢調査値を用いて 5 歳階層、性別で補正）

矢印は平成 24 年度（2012 年）、平成 26 年度（2014 年）および平成 30 年度（2014 年）診療報酬改定年

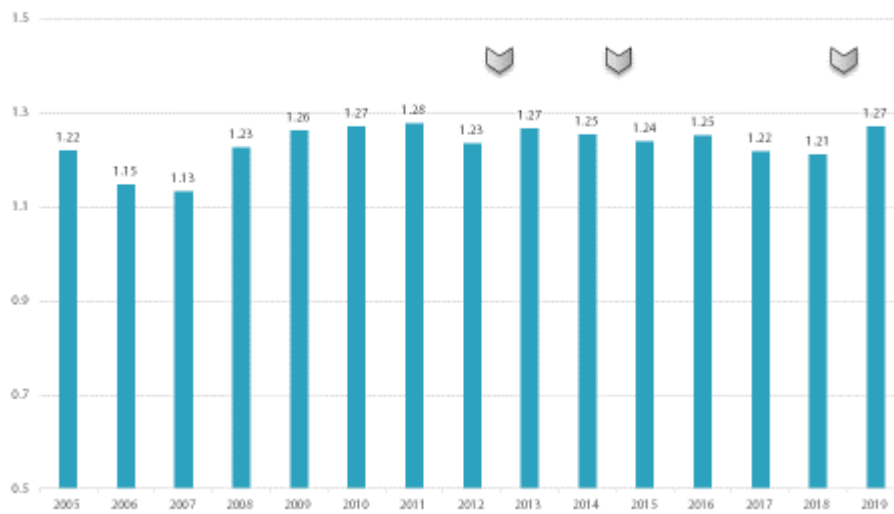


図 14：抗不安薬の平均一日処方力価の推移（2005～2019 年の各年 4 月、0～74 歳）（国勢調査値を用いて 5 歳階層、性別で補正）

矢印は平成 24 年度（2012 年）、平成 26 年度（2014 年）および平成 30 年度（2014 年）診療報酬改定年

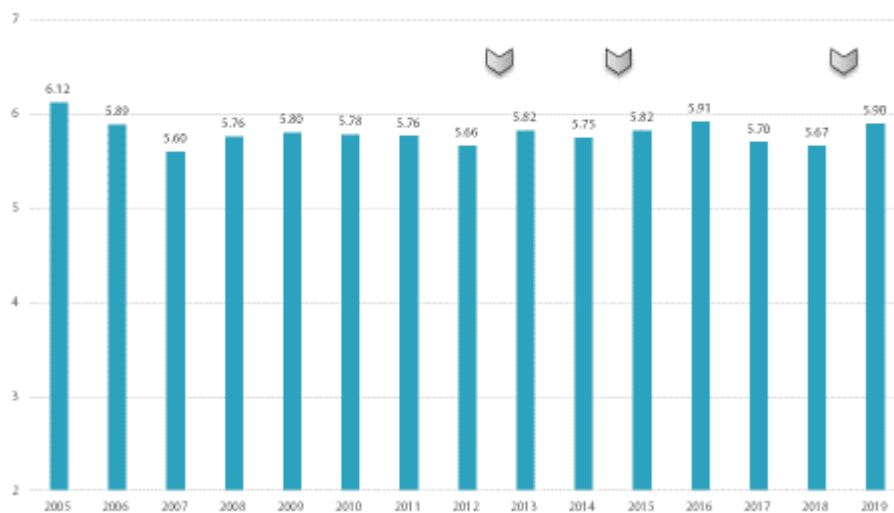


図 15：抗うつ薬の平均一日処方力価の推移（2005～2019 年の各年 4 月、0～74 歳）（国勢調査値を用いて 5 歳階層、性別で補正）

矢印は平成 26 年度（2014 年）および平成 30 年度（2018 年）診療報酬改定年

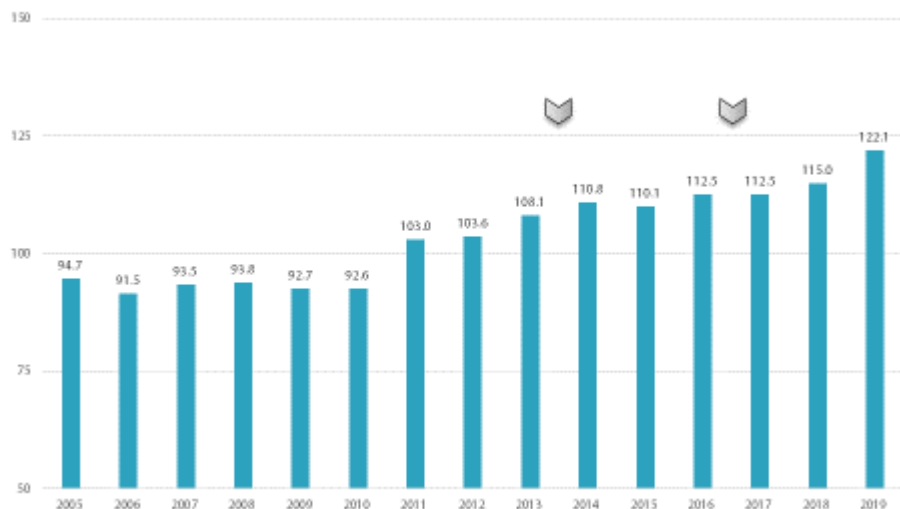


図 16：抗精神病薬の平均一日処方力価の推移（2005～2019 年の各年 4 月、0～74 歳）（国勢調査値を用いて 5 歳階層、性別で補正）

矢印は平成 26 年度（2014 年）および平成 30 年度（2018 年）診療報酬改定年

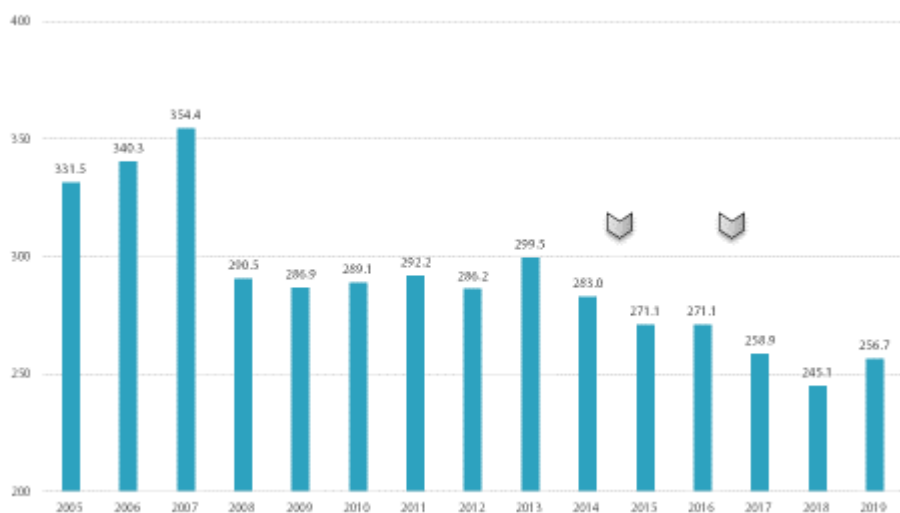


図 17：睡眠薬の一日当たりの処方力価の分布（上：2005 年 4 月、下：2019 年 4 月）

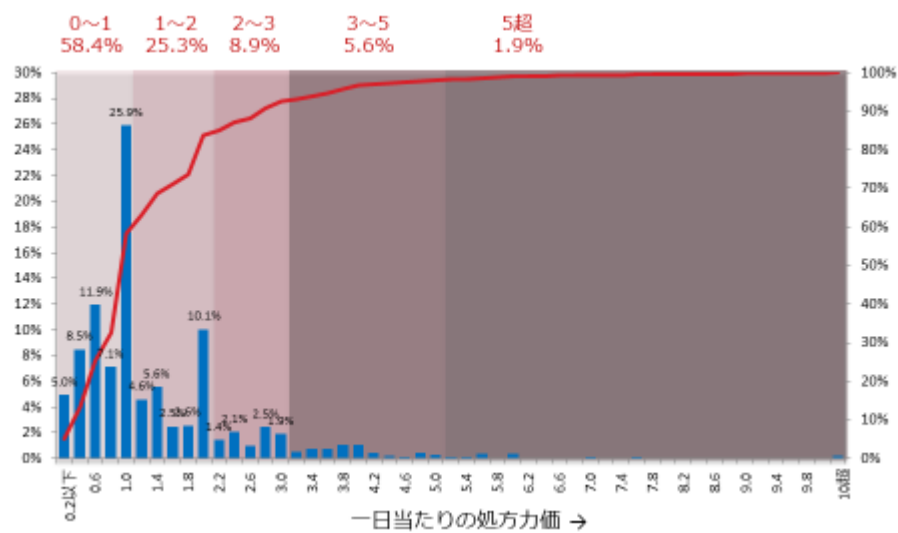
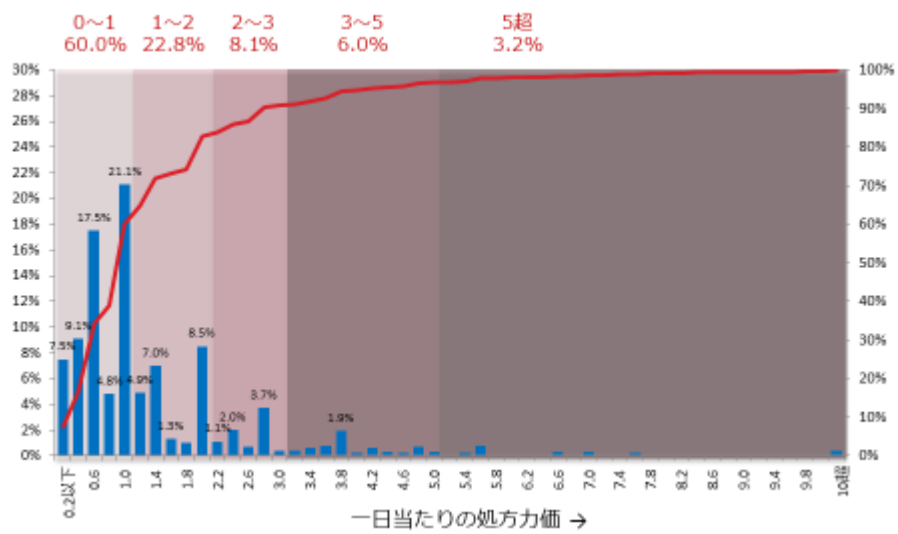


図 18：抗不安薬の一日当たりの処方力価の分布（上：2005 年 4 月、下：2019 年 4 月）

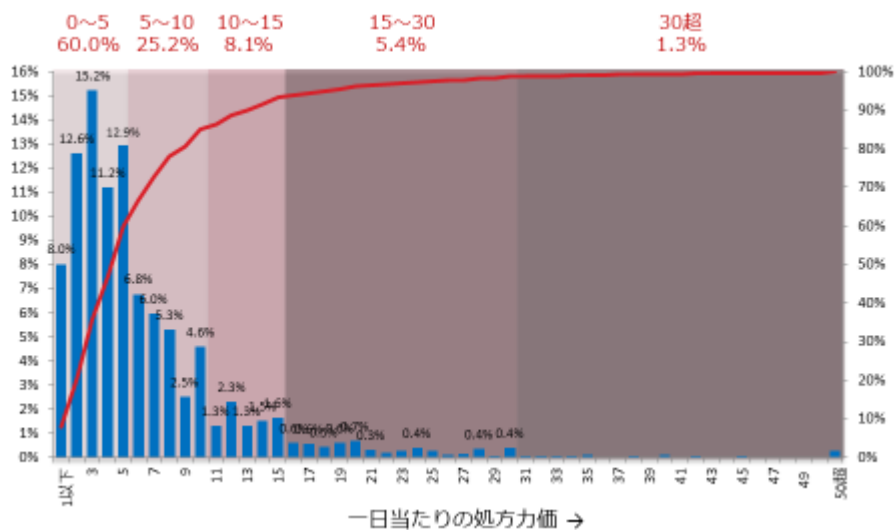
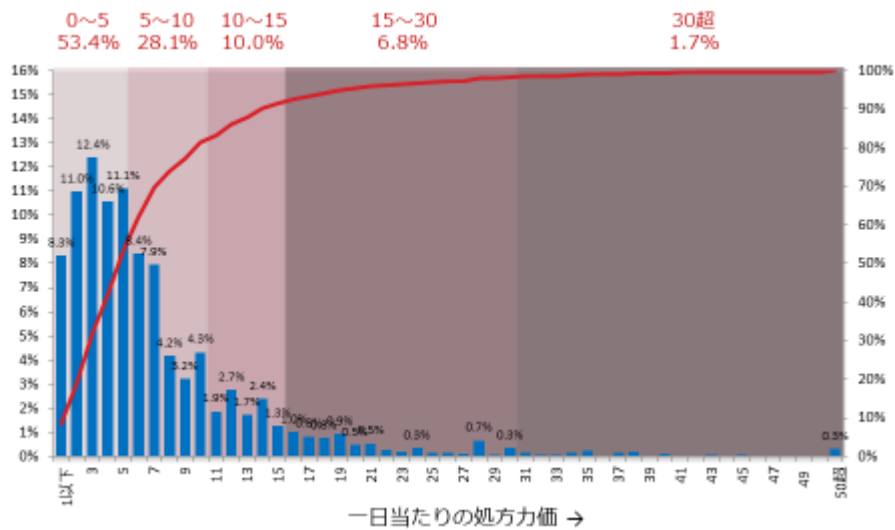


図 19：抗うつ薬の一日当たりの処方力価の分布（上：2005 年 4 月、下：2019 年 4 月）

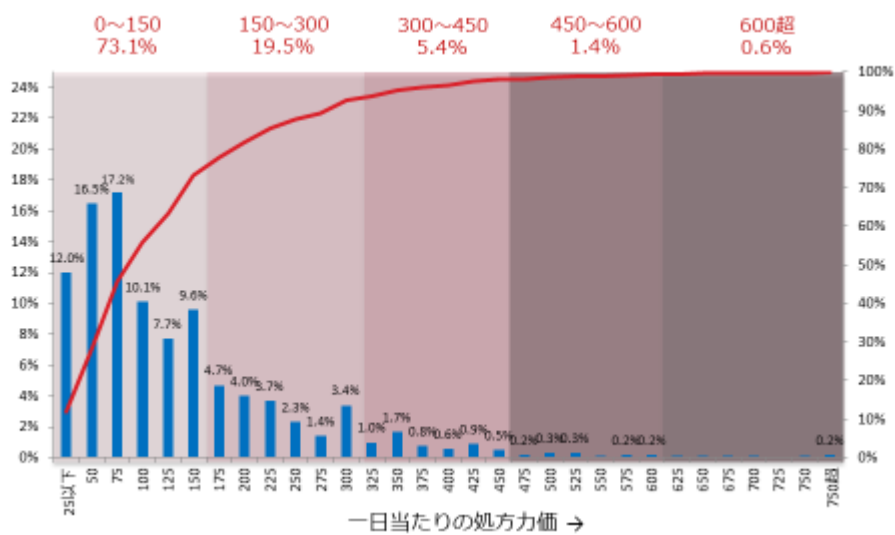
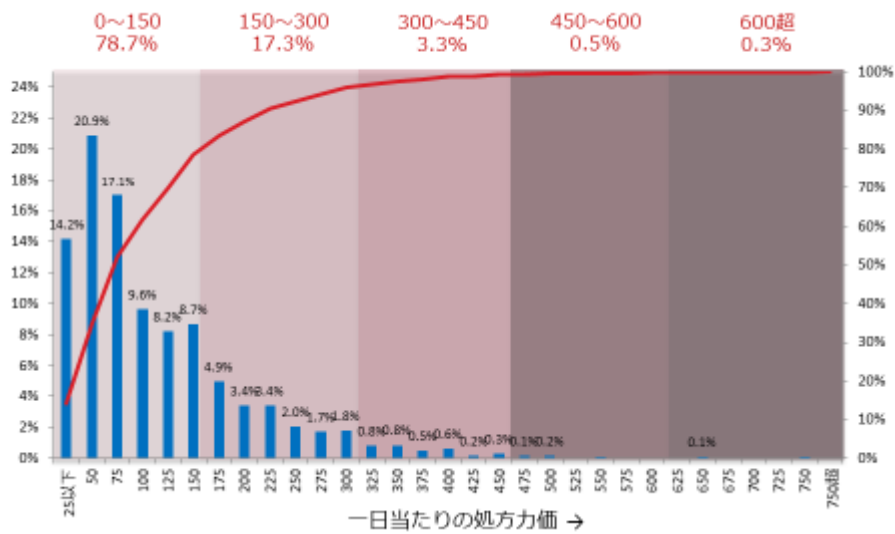


図 20：抗精神病薬力価の推移（上：2005 年 4 月、下：2019 年 4 月）

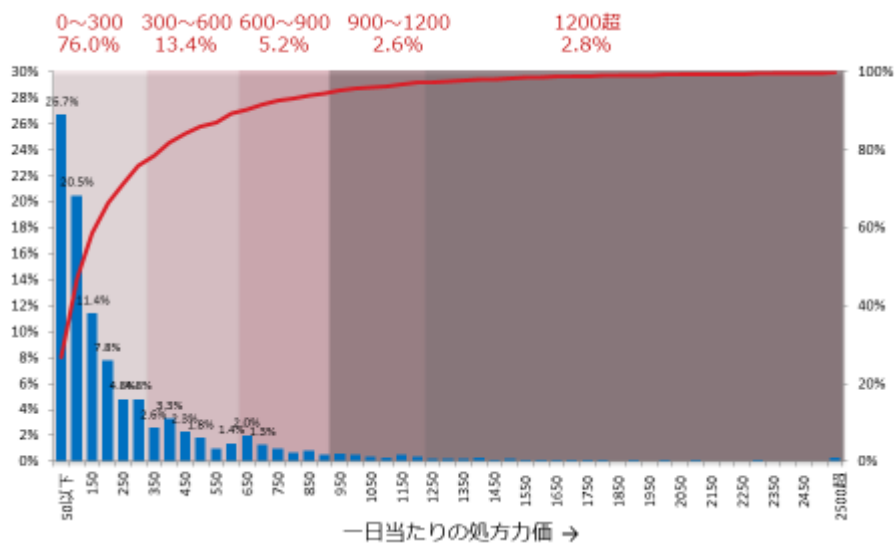
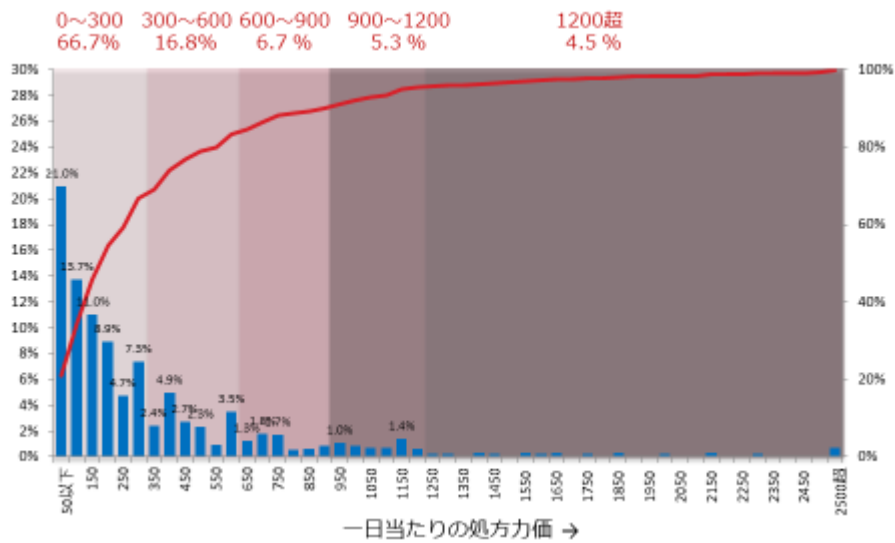


表1 向精神薬の多剤併用、長期処方に対する診療報酬改定

改定年度	算定要件	改定内容
向精神薬の多剤併用に対する診療報酬改定		
平成24年度 (2012年度)	1回の処方において、 <u>3種類以上</u> の抗不安薬 又は <u>3種類以上</u> の睡眠薬を投与した場合	精神科継続外来支援・指導料 (1日につき55点) ⇒100分の80の点数で算定
平成26年度 (2014年度)	3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、 <u>4種類以上</u> の抗うつ薬、または <u>4種類以上</u> の抗精神病薬の投薬を行った場合	精神科継続外来支援・指導料⇒算定不可 処方せん料 68点⇒30点 処方料 42点⇒20点 薬剤料 100分の80の点数で算定
平成28年度 (2016年度)	3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、 <u>3種類以上</u> の抗うつ薬、または <u>3種類以上</u> の抗精神病薬の投薬を行った場合	処方箋料、処方料、薬剤料は据え置き
平成30年度 (2018年度)	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 <u>4種類以上</u> の抗不安薬および睡眠薬の投薬を行った場合	処方せん料 68点⇒28点 処方料 42点⇒18点 薬剤料 100分の80の点数で算定
	不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン系の薬剤を <u>12月以上連続して</u> 同一の用法・用量で処方されている場合	処方せん料 68点⇒40点 処方料 42点⇒29点
ベンゾジアゼピン系薬剤の長期処方に対する診療報酬改定		
平成30年度 (2018年)	直近の処方時に、向精神薬の多剤処方の状態にあった患者又は不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン系の薬剤を12月以上連続して同一の用法・用量で処方されていた患者であって、減薬の上、薬剤師（処方料については薬剤師又は看護職員）に症状の変化等の確認を指示した場合	処方せん料 68点⇒80点 処方料 42点⇒54点

表 S1 睡眠薬の力価

一般名	ATC コード	力価
アモバルビタール	N05CA02	50
バルビタール	N05CA04	75
ブロモバレリル尿素	-	500
ブロチゾラム	N05CD09	0.25
セミコハク酸ブトクタミド	-	500
抱水クロラール	N05CC01	250
エスタゾラム	N05CD04	2
エチゾラム	N05BA19	1.5
フルニトラゼパム	N05CD03	1
フルラゼパム	N05CD01	15
ハロキサゾラム	-	5
ロルメタゼパム	N05CD06	1
ニメタゼパム	N05CD15	5
ニトラゼパム	N05CD02	5
パッシフローラ エキス	-	100
ペントバルビタール	N05CA01	50
クアゼパム	N05CD10	15
リルマザホン	-	2
トリアゾラム	N05CA06	0.25
ゾルピデム	N05CF02	10
ゾピクロン	N05CF01	7.5
ラメルテオン	N05CH02	8
エスゾピクロン	N05CF04	2.5
スボレキサント	N05CM19	20

表 S2 抗不安薬の力価

一般名	ATC コード	力価
アルプラゾラム	N05BA12	0.8
ブロマゼパム	N05BA08	2.5
クロルジアゼポキシド	N05BA02	10
クロラゼプ酸二カリウム	N05BA05	7.5
クロチアゼパム	N05BA21	10
クロキサゾラム	N05BA22	1.5
ジアゼパム	N05BA01	5
エチゾラム	N05BA19	1.5
フルジアゼパム	N05BA17	0.5
フルタゾラム	-	15
フルトプラゼパム	-	1.67
ヒドロキシジン	N05BB01	-
ロフラゼプ酸エチル	N05BA18	1.67
ロラゼパム	N05BA06	1.2
メダゼパム	N05BA03	10
メキサゾラム	-	1.67
オキサゼパム	N05BA04	15
オキサゾラム	-	20
プラゼパム	N05BA11	12.5
タンドスピロン	-	25
トフィソパム	N05BA23	125

表 S3 抗うつ薬の力価

一般名	ATC コード	力価
アミトリプチリン	N06AA09	150
アモキサピン	N06AA17	150
クロミプラミン	N06AA04	120
デジプラミン	N06AA01	150
ドスレピン	N06AA16	150
フルボキサミン	N06AB08	150
イミプラミン	N06AA02	150
ロフェプラミン	N06AA07	150
マプロチリン	N06AA21	150
ミアンセリン	N06AX03	60
ミルナシプラン	N06AX17	100
ノルトリプチリン	N06AA10	75
パロキセチン	N06AB05	40
サフラジン	-	30
セルトラリン	N06AB06	100
セチプチリン	-	6
スルピリド	N05AL01	300
トラゾドン	N06AX05	300
トリミプラミン	N06AA06	150
デュロキセチン	N06AX21	30
ミルタザピン	N06AX11	30
エスシタロプラム	N06AB10	20
ベンラファキシン	N06AX16	150

表 S4 抗精神病薬の力価

一般名	ATC コード	力価
ブロムペリドール	N05AD06	2
カルピプラミン	-	100
クロルプロマジン	N05AA01	100
クロカプラミン	-	40
塩酸フロロピパミド (ピパンペロン塩酸塩)	-	—
フルフェナジン	N05AB02	2
ハロペリドール	N05AD01	2
レボメプロマジン	N05AA02	100
モペロン	N05AD04	12.5
モサプラミン	N05AX10	33
ネモナプリド	-	4.5
オランザピン	N05AH03	2.5
オキシペルチン	N05AE01	80
ペロスピロン	-	8
ペルフェナジン	N05AB03	10
ピモジド	N05AG02	4
プロクロルペラジン	N05AB04	15
プロペリシアジン	N05AC01	20
クエチアピン	N05AH04	66
リスペリドン	N05AX08	1
スピペロン	-	1
スルピリド	N05AL01	200
スルトプリド	N05AL02	200
チオリダジン	N05AC02	100
チミペロン	-	1.3
トリフロペラジン	N05AB06	5
ゾテピン	N05AX11	66
チアプリド	N05AL03	100
ブロナンセリン	-	4
アリピプラゾール	N05AX12	4
クロザピン	N05AH02	50
パリペリドン	N05AX13	1.5
アセナピン	N05AH05	2.5
ブレクスピプラゾール	N05AX16	0.5