



平成 27 年 12 月 2 日

各 位

お問い合わせ先

一般財団法人 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 主任研究員 奥村泰之

TEL : 03-3506-8529 FAX : 03-3506-8528

E-mail : yasuyuki.okumura@ihep.jp

多施設からの抗不安・睡眠薬処方に関する研究について

～複数の身体疾患を併存する場合、多施設から重複処方される可能性が高い～

医療経済研究機構（東京都港区、所長：西村周三）は、主任研究員の奥村泰之らが行った、多施設からの抗不安・睡眠薬処方に関する研究成果を「Drug and Alcohol Dependence」誌にて発表しましたので、その概要を別添のとおりお知らせします。

健康保険組合に加入する約 118 万人を 2 年間追跡し、抗不安薬や睡眠薬の大部分を占めるベンゾジアゼピン受容体作動薬 (BzRAs) と呼ばれる薬剤群について、同じ患者に対して、複数の医療機関から処方が行われている実態を調べました。その結果、757 人に連続 31 日以上にわたる重複処方が認められ、複数の身体疾患を併存する人ほど重複処方の可能性が高いこと、1 年後においてもその半数以上の人に重複処方が認められることなどが示されました。

なお本研究は、『科学研究費補助金若手研究 (B)「過量服薬の再発予防に向けた大規模レセプト情報を活用した臨床疫学研究 (研究代表者: 奥村泰之)』の助成を受けております。

書誌情報

奥村泰之 (一般財団法人 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)

著者名： 清水沙友里 (一般財団法人 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)

松本俊彦 (国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部/自殺予防総合対策センター)

標題： Prevalence, prescribed quantities, and trajectory of multiple prescriber episodes for benzodiazepines: A 2-year cohort study.

雑誌名： Drug and Alcohol Dependence (オンライン印刷日: 平成 27 年 11 月 22 日)

DOI : <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.11.010>

医療経済研究機構について

我が国における社会保障制度及び医療経済・医療政策に関する研究を促進することを目的とした研究機関です。医療政策の発展・向上に資するため、医療や介護などさまざまな事象を経済学等の手法により、実証的に研究するとともに、医療経済や医療政策に関する情報の収集・蓄積並びに普及啓発、この分野の専門的研究者の育成等を実施しております。

詳細は Web サイト (<https://www.ihep.jp>) をご参照ください。

多施設からの抗不安・睡眠薬処方に関する研究について

1. 背景

「多施設処方」とは、同一の患者に対して複数の医療機関から同種同効薬が処方されることを意味します。こうした患者の中には、1年間に主治医を何度も変更する人もいれば、薬剤を多く入手するために複数の医療機関を同時期に受診する人もいます。これまでの欧米における研究では、主に鎮痛薬の多施設処方が注目され、多施設処方が不正販売の原因や過量服薬による入院・死亡の危険因子であると報告されています。我が国においては、抗不安薬や睡眠薬の主流であるベンゾジアゼピン受容体作動薬 (benzodiazepine receptor agonists: BzRAs) の人口当たりの使用量が多く、多施設処方の状況を検討する必要があると考えられます。

厚生労働省は、平成22年に「過量服薬への取組」という指針の中で、レセプト等を利用して、多施設処方を防止する必要があると提起していますが、多施設処方の定義が複数存在しているため、具体的にどのような場合に防止すれば良いのか不明瞭な状況となっています。

2. 研究方法

株式会社日本医療データセンターが構築している、健康保険組合のレセプトデータベースを用いて、コホート研究の手法により分析しました。平成24年10月から平成26年9月の2年間にわたり同一の健康保険に加入している1,178,361人を分析対象としました。研究期間をベースライン年(平成24年10月から平成25年9月)とフォローアップ年(平成25年10月から平成26年9月)に区分し、33剤のBzRAsについて外来における多施設処方の状況を4つの分析(多施設処方の割合、身体疾患の併存別にみた多施設処方の割合、高用量処方と重複過多の検出率、多施設処方の経過)で検討しました(図表1)。

図表1 研究期間と分析

平成24年			平成25年												平成26年								
10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ベースライン年												フォローアップ年											
分析	①-1 多施設処方の割合 ①-2 身体疾患の併存別にみた多施設処方の割合 ②-1 高用量処方と重複過多の検出率																						
	②-2 多施設処方の経過																						

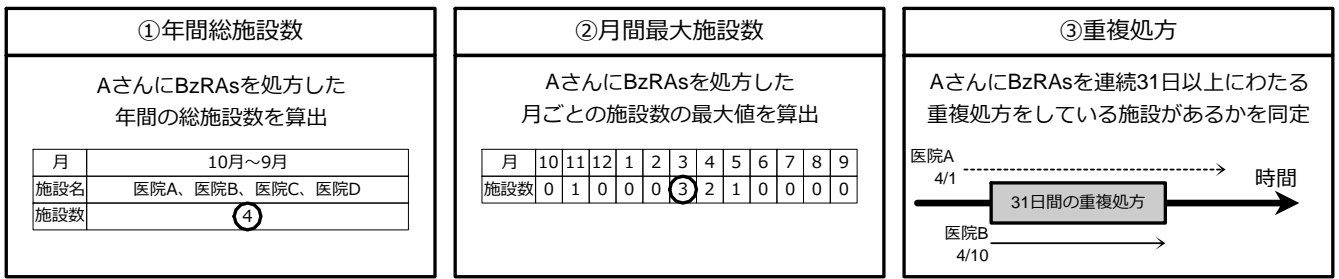
3. 研究結果のポイント

①複数の身体疾患を併存する人は多施設からの処方可能性が高い

①-1. 多施設処方割合 (ベースライン年の分析)

- 多施設処方の3つの定義 (年間総施設数・月間最大施設数・重複処方) ごとに、BzRAsの処方があった58,314人について、ベースライン年における処方割合を求めました。
- 年間総施設数 (1年間に何施設からBzRAsの処方を受けたか [図表2-①]) は、2施設が6,120人 (10.5%)、3施設が982人 (1.7%)、4施設以上が282人 (0.5%) でした。
- 月間最大施設数 (1か月間にBzRAsの処方を受けた施設数の最大値 [図表2-②]) は、2施設が4,933人 (8.5%)、3施設以上が439人 (0.8%) でした。
- 重複処方 (2施設以上から連続31日以上にわたりBzRAsの重複処方を受けている [図表2-③]) は、757人 (1.3%) でした。

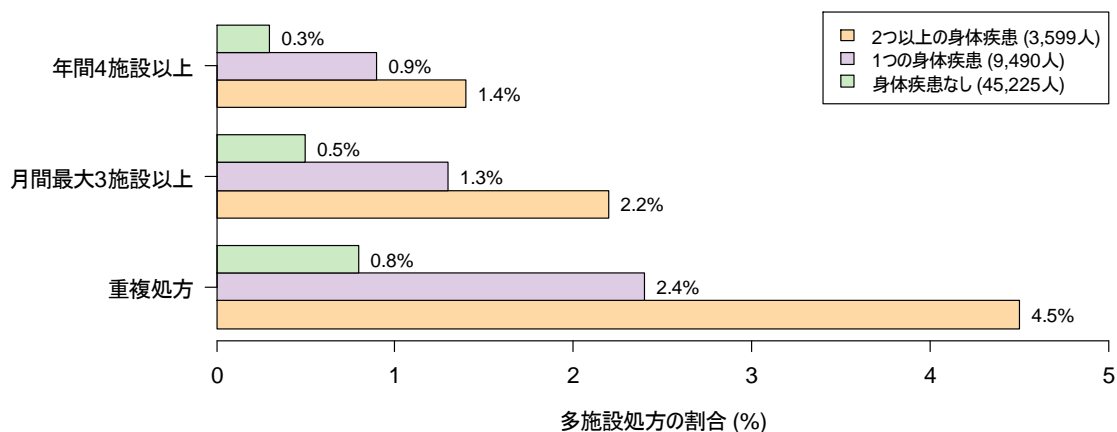
図表2 3つの多施設処方の定義



①-2. 身体疾患の併存別にみた多施設処方割合 (ベースライン年の分析)

- 身体疾患^{注1} (糖尿病・脳血管障害など) の併存別に、多施設処方割合を求めました。BzRAsの処方があった58,314人のうち、併存する身体疾患2つ以上が3,599人、1つが9,490人、なしが45,225人でした。
- 3つの定義 (年間総施設数・月間最大施設数・重複処方) 全てにおいて、身体疾患が2つ以上の方は、1つの方と比べ、多施設処方割合が高いことが示されました (図表3)。身体疾患が2つ以上の方の場合、重複処方の割合は4.5%であり、身体疾患が1つの方 (2.4%) よりも重複処方の可能性が1.8倍高いことが示されました (調整済みオッズ比^{注2})。

図表3 身体疾患の併存別にみた多施設処方割合



①-3. 考察

- 複数の身体疾患を併存する人は多施設からの処方可能性が高いことが示されました。このことは、多施設において複数の身体疾患の加療が必要となる中で、意図なしに重複処方が生じてしまっていることを示唆します。重複処方の改善のためには、特に、複数の身体疾患を併存する患者に対して、薬剤師による関与を強化するなどの対策が求められると考えられます。

②重複処方とは高用量処方と重複過多を検出でき、重複処方は1年後も継続する

②-1. 高用量処方と重複過多の検出率（ベースライン年の分析）

- 高用量処方^{注3}や重複過多^{注4}といった、問題を含む可能性がある処方を、多施設処方の3つの定義により検出できるかを比較検討しました。
- BzRAsの高用量処方は、4,997人に認められました。多施設処方により高用量処方を検出できるかを検討したところ、陽性的中率^{注5}は、年間4施設以上が24%、月間最大3施設以上が31%、重複処方が32%でした。陰性的中率^{注6}は92%と、3つの定義間に相違は認められませんでした。
- BzRAsの重複過多は、1,650人に認められました。多施設処方により重複過多を検出できるかを検討したところ、陽性的中率は、年間4施設以上が61%、月間最大3施設以上が70%、重複処方が93%でした。陰性的中率は97%~98%と、3つの定義間に相違は認められませんでした。

②-2. 多施設処方の経過（ベースライン年とフォローアップ年の分析）

- ベースライン年において年間4施設以上からBzRAsの処方を受けた282人のうち、フォローアップ年においても年間4施設以上から処方を受けた人は20.6%でした。
- ベースライン年において月間最大3施設以上からBzRAsの処方を受けた439人のうち、フォローアップ年においても月間最大3施設以上から処方を受けた人は25.1%でした。
- ベースライン年においてBzRAsの重複処方が認められた757人のうち、フォローアップ年においても重複処方が認められた人は52.7%でした。

②-3. 考察

- 高用量処方と重複過多を検出する観点から、多施設処方の3つの定義のうち「重複処方」が最も優れていることが示されました。加えて、52.7%は1年後においても重複処方が認められるため、健康保険組合等の保険者は、重複処方の患者を検出すべく、処方状況を定期的に確認する必要があると考えられます。

脚注

注1 急性心筋梗塞、心不全、末梢血管障害、脳血管障害、認知症、呼吸器疾患、結合組織疾患、消化性潰瘍、軽症肝疾患、糖尿病（合併症なし）、糖尿病（合併症あり）、対麻痺、腎疾患、がん、転移性がん、重症肝疾患、HIVの17の状態を意味します。これらは、Charlson 併存疾患指数で定義されている疾患です。

注2 オッズ比は、曝露とアウトカムの関連の強さの指標です。本研究では曝露は併存疾患の数、アウトカムは多施設処方になります。オッズ比の値が1を超える場合、基準である身体疾患が1つの人と比べて、多施設処方となる可能性（オッズ）が高いことを意味します。なお、ここでのオッズ比は、性別と年齢の影響を補正した値を示してあります。

注3 「高用量処方」は、世界保健機関が定める主な適応症に対する成人の1日維持用量（Defined Daily Dose: DDD）の2倍超となる平均投与用量と定義しました。例えば、zolpidem 10 mg と eszopiclone 3 mg が同時に処方された場合、それぞれ1 DDD に対応し、併せて2 DDD となり、1日維持用量の2倍となります。

注4 「重複過多」は、以下の式で示す、年間総投与量に占める重複処方による投与量の割合が10%超となる値と定義しました。

$$\text{重複割合} = \frac{\text{重複処方による投与量 (DDD)}}{\text{年間総投与量 (DDD)}} \times 100$$

例えば、年間270日にわたり医院Aからzolpidem 10mgが処方され、医院Aと重複する30日の期間に医院Bからeszopiclone 3 mgが処方された場合、年間総投与量は300 DDD (= 270 DDD + 30 DDD)、重複による年間総投与量は30 DDDとなり、重複割合は10%となります。この値は、1日以上の上位60%の重複処方がある人の中で、上位60%の重複割合に対応します。

注5 陽性的中率とは、簡便な基準により「陽性」と判断された人のうち、確定的な基準により「陽性」である確率によって定義されます。本研究では、簡便な基準は「多施設処方の3つの定義」、確定的な基準は「高用量処方」と「重複過多」が対応します。例えば、高用量処方に対する重複処方の陽性的中率が32%とは、重複処方に該当する人のうち32%が高用量処方であることを意味します。

注6 陰性的中率とは、簡便な基準により「陰性」と判断された場合に、確定的な基準により「陰性」である確率によって定義されます。本研究では、簡便な基準は「多施設処方の3つの定義」、確定的な基準は「高用量処方」と「重複過多」が対応します。例えば、高用量処方に対する重複処方の陰性的中率が92%とは、重複処方に該当しない人のうち92%が高用量処方ではないことを意味します。