

研究レポート

診療報酬の調剤体制加算が 後発医薬品の普及に及ぼす効果

元 政策統括官(经济社会システム担当)付
参事官(総括担当)付

齊藤 勇輝

政策統括官(经济社会システム担当)付
参事官(総括担当)付
参事官補佐

清谷 春樹

元 政策統括官(经济社会システム担当)付
参事官(総括担当)付

山口 昌也

1. 序論

高齢化が一層進行する中で必要な医療サービスを確保する上で、費用対効果に優れた治療法の普及により医療費の効率化を図ることが課題とされている。薬剤費の抑制に関しては、後発医薬品市場の拡大が有効な方法と考えられている。OECD(2015)が指摘するように、日本はこの分野で他の先進諸国に後れをとってきたが、「経済財政運営と改革の基本方針2015」(平成27年6月30日閣議決定)は、「経済・財政一体改革」の社会保障分野における取組の一つとして、後発医薬品の使用割合を2017年度末までに数量ベースで70%以上、2020年度末までに80%以上とすることを目標に掲げている¹。

厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向」によると、後発医薬品の使用割合は、2013年度51.2%、2014年度58.4%、2015年度63.1%と増加傾向にあるが、地域別に見ると、沖縄県の75.2%から徳島県の53.3%まで、直近年でも相当の格差が見られる(図1)。後発品使用割合80%の目標を実現するためには、普及の遅れた地域に対して有効なインセンティブを与えることが必要である。このため、本稿では、後発医薬品

の使用を促進するための措置として2008年度に導入された診療報酬の調剤体制加算の効果に焦点を当てた分析を行う。

現在、政府の推進する「経済・財政一体改革」では、経済・財政や生活に関わるデータの都道府県・市町村単位での差異を明確化し、そうした差異の要因となる行政サービスの供給主体や利用者の行動に着目した歳出改革のアプローチが採用されている。また、そのような地域差の分析のためのツールとして、内閣府が「経済・財政と暮らしの指標『見える化』データベース」を整備しており、本稿が分析の対象とする後発医薬品の使用割合のデータも収載している²。本稿は、こうしたツールを活用した分析事例を提供するものである。

2. 診療報酬における後発医薬品調剤体制加算

調剤体制加算は、直近3か月の後発医薬品の調剤比率が一定水準以上の調剤薬局に対して調剤基本料の加算を行う制度であり、2013年度以前は、全医薬品に占める後発品の割合(旧指標)が22%、30%、35%を超える場合に対応した3段階の加算となっていた。2014年度の診療報酬改定で見直しが行われ、後発品の存在する医薬品について、先発品と後発品の合計に占める後発品の割合(新指標)が55%、65%を超える場合に対応した2段階の加算制度となった³。

注目すべきは、2012年度末時点で後発品使用割合の都道府県平均値が加算基準の下限を下回る地域が存在しなかったのに対し、2013年度末時点の実績を基にすると、2014年度から適用される下限加算基準である55%を下回る都道府県が8割以上に達した点である。図2は、2013年度、2014年度、2015年度の後発医薬品使用割合の変化幅について、新指標ベースで図示したものである⁴。診療報酬が改定された2014年度の上昇幅は、多くの都道府県で7%ポイント以上とな

1 後発品が存在する医薬品について、先発品と後発品の合計に占める後発品の割合(次節で説明する「新指標」)をいう。

2 経済・財政一体改革については、経済財政諮問会議の専門調査会である経済・財政一体改革推進委員会のホームページ(<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/>)、「経済・財政と暮らしの指標『見える化』データベース」については、内閣府ホームページ(http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/db_top/index.html)を参照。

3 新指標の算出方法の下では、従来後発品が存在していない医薬品について、後発品が新たに開発・販売されるようになると、分母が上昇する。後発品の使用割合を維持するには、後発品の登場に伴い、先発品から後発品への継続的な切り替えが必要となる。

4 2012年度は新指標ベースの値が公表されていないため、2014年度及び2015年度の新指標ベースの値を定数項と旧指標ベースの値に最小二乗回帰して得られた係数推定値12.002(13.35)、1.202(55.21)(括弧内はt値)を用いて換算した。新指標導入初年度の2013年度については、新旧指標差の平均値が2014年度及び2015年度とは統計学的に有意に異なるため、回帰式の標本から除外した。回帰式の自由度修正決定係数は0.97であり、回帰残差の影響力は小さいと期待されるものの、本稿の匿名査読者より、回帰残差が後述する推計式の説明変数との間に系統的な関係を持つ場合には、2012年度の新指標の推計誤差が推計結果に影響を及ぼす可能性がある点について指摘があった。今後議論を深めるべき課題と認識し、査読者に謝意を表したい。

るなど、上昇幅が概ね4%台後半であった前後の年度と比較して2%ポイント以上拡大している。加算基準の変更が、基準点に満たない各地の調剤薬局に対して後発医薬品の使用を促す効果を発揮したことが推察される。

3. 後発医薬品の普及に対する診療報酬加算基準見直しの効果

本節では、調剤薬局に対するインセンティブ措置としての調剤体制加算の効果について統計学的な分析を行う。図3は、図2に示した各都道府県の新指標ベースの後発品使用割合の変化幅を、当年度に適用される下限加算基準との差により基準化した前年度の後発品使用実績と比較している。前年度実績が下限加算基準を上回る場合と下回る場合とでは、後者の方が後発品使用割合の上昇幅が大きいという非対称性があることが示唆される。

このような加算基準点を閾値とした後発医薬品使用割合の不連続な変化を考慮に入れるため、回帰不連続デザイン (Regression Discontinuity Design, RDD) の手法を用いた分析を行う⁵。具体的には、ある年度 t (= 2013年度、2014年度、2015年度) の都道府県 s における後発医薬品使用割合の変化幅を $\Delta y_{s,t}$ 、前年度の後発医薬品使用割合と当年度に適用される下限加算基準との差を $\bar{x}_{s,t}^L$ 、医薬分業率⁶の変化幅を $\Delta z_{s,t}$ として、以下の式を推計する。

$$\Delta y_{s,t} = a + \beta \bar{x}_{s,t}^L + \gamma \Delta z_{s,t} + \rho_1 D_{s,t}^L + \rho_2 D_{s,t}^H + \varepsilon_{s,t}$$

$D_{s,t}^L$ は前年度実績が当年度の下限加算基準を上回っている場合に0、下回っている場合に1の値をとるダミー変数、 $D_{s,t}^H$ は前年度実績が当年度の上限加算基準を上回っている場合に1、下回っている場合に0の値をとるダミー変数である。下限加算基準を境とした非対称性は ρ_1 によって、上限加算基準を境とした非対称性は ρ_2 によってそれぞれ捕捉される。医薬分業率については、患者に対する薬学的管理指導が処方医から独立した立場で行われることにより、後発品への置き換えにつながる効果があると考えられる。 $\varepsilon_{s,t}$ は誤差項である。

表1に、上記推計式の最小二乗推定の結果を報告す

る。まず、定数項 a の推定値は4.844である。これは、後発品使用割合の実績が当年度の下限加算基準と同水準で、かつ、医薬分業の進捗に変化がなかった場合の使用割合の上昇が4.8%ポイントとなることを意味している。また、 $\Delta z_{s,t}$ の係数は0.346で有意に正であり、医薬分業の進展は後発品使用割合を高める効果があるといえる。

調剤体制加算については、まず、 $\bar{x}_{s,t}^L$ の係数 β の推定値が-0.065と有意に負となっている。これは、前年度の後発品使用割合が低い地域ほど、当年度の使用割合が高まる傾向があることを意味しており、加算制度が使用割合の地域差を縮小させる効果が確認された。さらに、 ρ_1 の推定値は1.210で有意に正であることから、後発品の使用実績が下限加算基準に満たない地域ではより大きな誘導効果が発揮されるといえる。他方、 ρ_2 の推定値は有意ではないことから、上限加算基準については、後発品の使用を促す効果が明確ではない。

2014年度に医薬分業率は67.0%から68.7%へと1.7%ポイント上昇した一方、2013年度末の後発品使用割合の全国平均51.2%は下限加算基準を▲3.8%ポイント下回っていた。これらの事実と本節の推計結果とを照らし合わせると、2014年度の使用割合の上昇に対する医薬分業の進展と調剤体制加算の誘導効果の寄与は、それぞれ0.6%ポイント程度、1.5%ポイント程度と見込まれ、平年度と比べて2%ポイントを超える使用割合増加幅の拡大の大部分を説明する。

4. 結語

本稿では、診療報酬の調剤体制加算が、後発医薬品の使用実績が加算基準に満たない地域において大きな誘導効果を発揮し、地域差の縮小に寄与してきたことを示した。2016年度の診療報酬改定において、調剤体制加算の加算基準が10%ポイント引き上げられ、後発医薬品使用割合65%以上及び75%以上の2段階の加算制度となった。2015年度末の実績を基にすると、6割以上の都道府県において後発品使用割合が新たな下限加算基準65%を下回る状況にある。今後、それらの地域における誘導効果の発揮状況を見極めた上

5 解説については、Angrist and Pischke (2008) の第6章などを参照。

6 入院外医療診療及び歯科診療における投薬対象数に占める調剤薬局の処方せん受取枚数。公益社団法人日本薬剤師会「医薬分業進捗状況 (保険調剤の動向)」より引用。

で、後発品使用割合の目標実現に向け、引き続き有効なインセンティブを付与することが必要である。

また、診療報酬においては、調剤薬局に対する措置のほか、一般名処方加算など処方医に対するインセンティブ措置も採られている。本稿では分析の対象外としているが、今後、こうした措置の効果についての検証も必要となる。

参考文献

Angrist, J. D., & Pischke, J. S. (2008). *Mostly Harmless Econometrics: An Empiricist's Companion*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Organisation for Economic Cooperation and Development. (2015). *Health at a Glance*. Paris, France: OECD Publishing.

(さいとう ゆうき/せいたにはるき/やまぐち まさや)

図1 各都道府県における後発医薬品使用割合（新指標ベース）

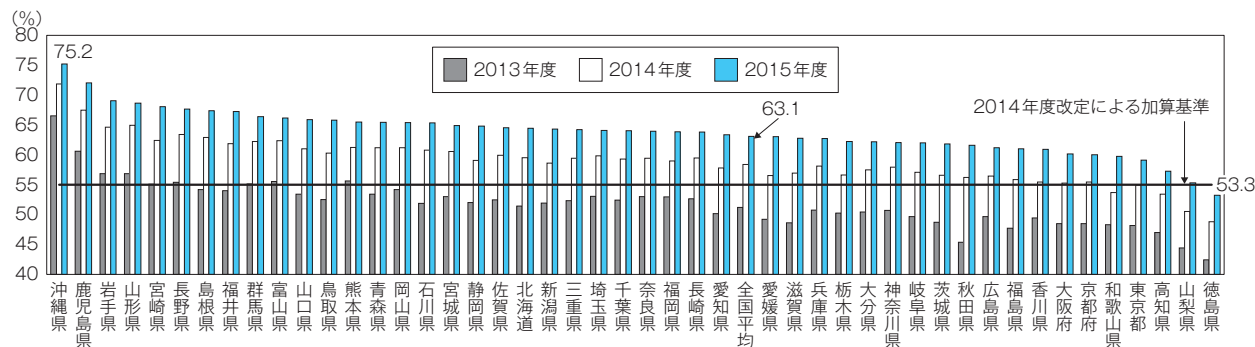


図2 各都道府県における後発医薬品使用割合の変化（新指標ベース）

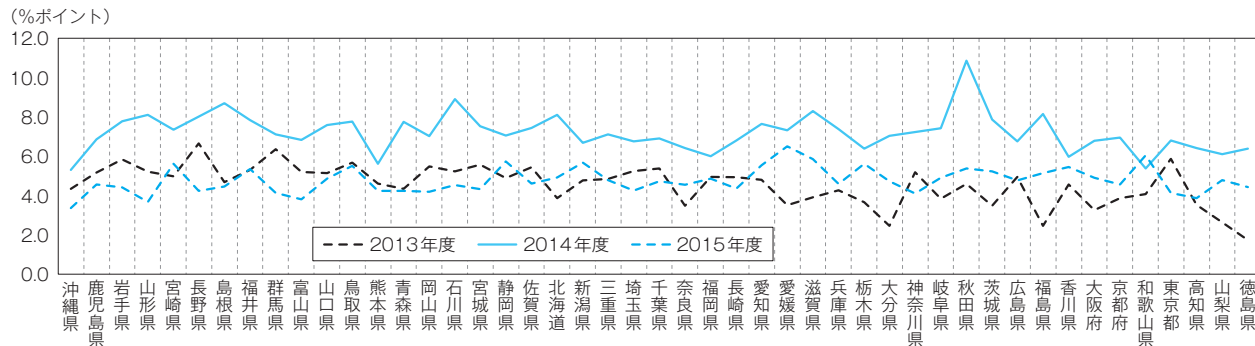
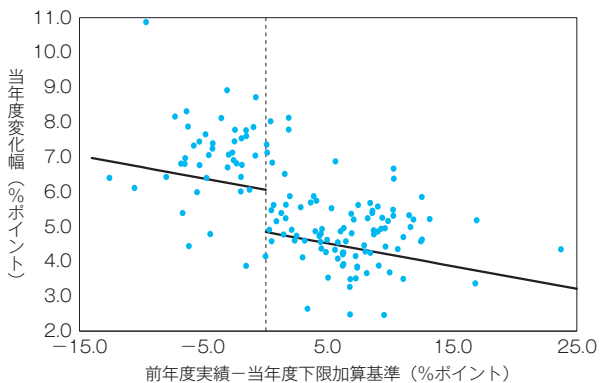


図3 後発医薬品使用割合の前年度実績と当年度の変化幅（新指標ベース）



(備考) 図1、図2、図3とも厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向」各年度版より作成。2012年度の数値（旧指標ベース）について、推計値を用いて新指標ベースに換算。

表1 最小二乗法による各都道府県の後発医薬品使用割合の変化幅の推計結果

観測数 = 141

	係数 推定値	t値
定数項: α	4.844	16.15 ***
前年度実績 - 当年度下限加算基準 ($\bar{x}_{s,t}^L$): β	-0.065	-2.24 **
前年度実績 < 当年度下限加算基準 ($D_{s,t}^L$): ρ_1	1.210	3.33 ***
前年度実績 > 当年度上限加算基準 ($D_{s,t}^H$): ρ_2	0.581	0.97
医薬分業率 ($\Delta z_{s,t}$): γ	0.346	2.39 **
自由度修正済み決定係数 (\bar{R}^2)	0.440	

(備考) **及び***は、推定値がそれぞれ有意水準5%及び1%で有意であることを示す。