

## リフィル処方箋の先にある未来 その対応には、外来+aの事業が必要だ

### 反対意見は多いものの 今後確実に進められる

——リフィル処方箋の導入は、今後の診療所経営にどのような影響を与えるのか。あるいはすでに影響が及んでいるのか。最初にこのテーマについて議論をしたいと思います。

**山口** リフィル処方箋に関して医療現場は「出す」「出さない」で完全に二極化していますね。

仕事柄、診療報酬に関する講演会や研修会で、開業されていらつしやる先生方と話をする機会が多いのですが、リフィル処方箋についてお話をすると「そんなものを発行したら患者が来なくなるじゃないか」と怒られることもあります。また、「受診回数が増えれば重症化する」と言われる先生もいます。こうした先生方は絶対にリフィル処方箋は出さないとという姿

シヨアが『あなたの医療費を下げるポイント、教えます！』と報道することだ」と答えています。

再診料があまり収入に影響しない基幹病院を中心に進んでいくのではないかと見えますが、アンケート調査の結果などを見ると診療所での発行が増えているようです。きっかけは患者さんに言われたことが多かったのです。

**赤瀬** ジェネリック医薬品の話がありました。私が以前行った調査ではジェネリックへの切り替えは世帯年収が少ない地域ほど早いという傾向がありました。リフィル処方箋も同様で、そうした地域の患者さんは敏感に反応するでしょう。当然、医療機関は、患者さんのニーズに応えざるを得なくなります。

大阪府保険医協会のポスターは厚生労働省の顔を潰しているようなものだと思います。1年後、リフィル処方箋の普及がほとんど進んでいなかったら、財務省から「医療界の意識は低く、全然進んでいない」と認定され、その後の診療報酬改定にも影響することになるでしょう。自分で自分の首を絞めるような反対運動は感心できませんよ。ただ、一方で保険薬局の覚悟が目に見えていないのも事実です。



ファルメディコ株式会社  
代表取締役社長  
**狭間研至**  
はざま・けんじ 1995年、大阪大学医学部卒業。同大学医学部第一外科に入局後、同大学医学部附属病院で外科・呼吸器外科診療に従事。2004年、同大学大学院医学系研究科臓器制御外科修了。同年よりファルメディコ株式会社代表取締役社長。地域医療の現場で医師として診療も行うとともに、薬剤師生涯教育や薬学教育にも携わっている。医療法人嘉健会思温病院院長。一般社団法人日本在宅薬学会理事長

勢です。そもそも「患者は医師が管理していないと薬を飲まない」という考え方が根底にあるのかもしれない。一方で患者さんの状態をみて、リフィル処方箋をすすめている開業医もいます。患者さんにとって何が最善かを熟慮されての判断なのだと思います。もっとも医師側がどれだけリフィル処方箋に反対しても、患者さんの声に逆らうことは難しいと感じます。実際、メディアの報道などでリフィル処方箋の存在を知った患者も出てきているようで、受付で受診前にもかかわらず「ここはリフィル、出してもらえますか」と質問される診療所も増えているようです。いずれはリフィルを希望する患者さんの声を無視できなくなると思いますよ。

「患者は医師が管理していないと薬を飲まない」という意識がある先生には、薬局との連携をもっと考えてみる。調剤報酬は、この算定要件をクリアしたら(1)、別の条件をクリアした(2)という仕組みのハードル型です。1つハードルを乗り越えたら収入が増えるという点数至上主義がいまだにはびこっています。病院勤務を経験した私が、調剤薬局に一番違和感を持ったのはこの点です。

一方、病院薬剤師の意識は棒高跳び型で、高いバーを乗り越えることに魅力を感じていて、私の現役のころは処方提案したら主治医が帰るまで残っていました。主治医が泊まるのなら自分も泊まるという気持ちで、処方提案をしていました。自分の提案した薬で何か起きたときに、提案者不在のまま物事が進むことは受け入れられなかったのです。この違いから、薬局薬剤師が棒高跳び型に移行することは相当厳しいだろうなと考えています。

今後は病院薬剤部と保険薬局の薬連携では、病院薬剤師と薬局薬剤師が手を取り合って、高い所を目指すロッククライミング型が必要だと思います。処方箋の発行元と受ける側の意識のすり合わせが必要です。リフィルを出せば医学管理料や再診料を取れなくなるという問題もあるでしょうが、患者さんや医療全体のメリットにつながるのであれば、お

てはどうかと思います。一昨年(2020年9月施行)の薬機法の改正を受けて、薬局の薬剤師には調剤時に限らず、必要に応じた服薬フォローが義務づけられています。リフィル処方箋の場合、必ずそうした対応をしてくれるはず。リフィル処方箋は、医師の負担軽減にもつながるものですが、なかなかこの点については理解が進んでいませんね。

**狭間** 確かに二極化していると思います。特に大阪府では、大阪府保険医協会の姿勢が明確で、医療機関に「処方箋の使いまわし」はよくないという趣旨のポスターを作成し、HPでも公開しています。

リフィル処方箋に反対する理由には表と裏の2つがあります。前者は、体調管理はかかりつけ医の仕事であり、医師が定期的に診るのが最善という理由です。確かにそのとおりですが、山口さんが指摘されたように薬剤師さんの在り方が変わっているというところが医師には伝わっていません。

ただ、その在り方を変えられている薬剤師さんは少数派で、いまだに「リフィル処方箋で患者さんに不具合が生じて自分の責任になるのはイヤだ。今まで通り医師に診てもらったほうが助かる」と思っている人がいるのも事実です。薬局経営者も今

互いに妥協点を見出すことはありません。じゃないかなと思っています。

### 短期的には患者主導 長期的には政策主導で進む

——では、どのようなシナリオやお膳立てを用意すれば、リフィル処方箋が普及していくと考えられますか。

**狭間** 私は4月と5月、週1回の外来で、適切と考える方7人にリフィル処方箋を出しました。患者さん全体の2%ぐらいで、湿布を出しているとか、睡眠薬を出しているなどの理由で意外にリフィル処方箋を出せない方が多いのです。

血圧手帳で症状が安定していることが確認できる高血圧の方に、「処方箋が3回まで使えるけど、どうしますか?」と説明すると、皆さん「助かります」とおっしゃいます。特に忙しい仕事の合間を縫って来

までのやり方でビジネスが成り立っていたので、変えたくないと思っっている人が多くいます。服薬後のフォローをしなければ服薬管理指導料を算定できなくなりましたが、厚生労働省も最初から厳しく取り締まるつもりはないでしょう。

一方、裏の理由は収入が減ることです。数年前、ある講演会で厚生労働省の幹部が話された際、私が「リフィル処方箋を導入するのなら、何かの管理料を新設してカバーする必要があります」と言ったら、「そうだよな」と。しかし今回の改定では、リフィル処方箋導入で0.1%減となっただけで何の手当もありません。リフィル処方箋による収入減が反対の理由とは、表立って言えないので、保険医協会のポスターで「使いまわし」というネガティブな表現になったのだと思います。

通常、医師は看護師や薬剤師、介護職などさまざまな人とやりとりにおいて勝ちますが、唯一、勝てない相手が患者さんです。患者さんに「リフィルを出してくれないなら他院に行く」と言われたら「ちよつと待ってください」と立場が逆転します。

これと同じことが、ジェネリック医薬品で起きました。私は「リフィル推進のポイントは何でしょうか」と聞かれると「週刊誌やワイド

る人と介護職に付き添ってもらって来院している人は、とても喜んでくれます。ただ、高齢者で病院に行くことがイベントになっている方の中には、賛同してもらえなかった例もありました。

今後リフィル処方箋を普及させるには、患者さんの身近な範囲にリフィル処方箋を使ったことがある人がいることが大事だと思います。「医師には会わないけど、薬局でちゃんと確認してくれて安心!」「何それ?」という流れで進むのではないかと。小さな成功例の積み重ねで、ジェネリックの普及に近いスピードで進むのではないのでしょうか。

——狭間先生は病院も経営されていますが、職員にはリフィル処方箋をどのように扱うべきだと言われていますか。

**狭間** リフィル処方箋の目的などを



日本経済大学教授  
**赤瀬朋秀**

あかせ・ともひで 1989年、日本大学理工学部薬学科卒業。同年4月、慶應義塾大学病院薬剤部研修入局。同年9月、北里大学病院薬剤部入局。2003年、社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院薬剤科長。06年、社会福祉法人恩賜財団済生会神奈川県横浜市東部病院薬剤部マネージャー。12年、日本経済大学大学院教授。病院部門別管理・運営の実践シリーズ「薬剤部門のマネジメント」(日本医療企画)ほか、編著書多数

続きは、本誌7月号をご覧ください