



だろう。

- 患者の時間コスト削減についてはご指摘のとおりであり、長期処方が相當に進んできている要因の一つでもあると考える。診療報酬上どのようなインセンティブにするのか、リフィル処方箋と普通の処方箋を区別するのか否かについては、中央社会保険医療協議会などで考えていく視点の一つであると考える。
  - 電子処方箋の普及が進めば、紙の処方箋を持ち続けなくてもリフィル処方を受けられ、利便性向上につながるだろう。
- 
- リフィル処方箋は就労世代の時間コスト削減につながることから、積極的に推進すべき。高齢化が進展し慢性疾患の患者が増加している中で、30日以上継続して服薬する患者が2022年度時点では43%にのぼっており、長期処方やリフィル処方箋には確実な需要があると考えられる。
  - 3ページに記載されているが、処方箋全体に占めるリフィルの割合が、2022年の診療報酬改定で導入されてから2年を経た2023年11月現在で0.05%という数字は非常に少なく、政策の効果が出ていないと考えるべきではないか。また、最新の数字があればご教示いただきたい。
- 令和6年11月における、全体に占めるリフィル処方箋の割合は0.02%増の0.07%で、実数では38.1%の増加である。加えて、5ページになるが、長期処方については相当に普及していると考えており、全体の約半分を占めている。リフィル処方箋と長期処方箋のどちらを進めるべきかについては、患者の利便性や医学的な必要性という観点を留意して検討すべきと考える。3か月程度の長期処方はかなり頻繁に出ている状況であり、例えば3か月までのリフィル処方を1か月×3回として出すことを射程に入れるとすれば、それは長期処方でもある程度実現されていると捉えうるとも考えられ、そのあたりの関係についてはよく考えていく必要があるだろう。
  - 特にリフィル処方箋の認知度が低い。日経メディカルの2024年6月の記事によると、大阪の保険医協会の調査では院内掲示要件に賛成した医師がゼロであったこと、日経メディカル自身による調査でも賛成が23.9%で反対とほぼ同数、最多は「分からぬ」の53.5%であり、開業医に絞ると反対が54.8%だったというデータがある。これを踏まえると、医師は本音ではリフィル処方を積極的にやりたいとは思っておらず、現在のインセンティブの状況からすると、特に開業医がそう考えるのは当然だと考えられる。医師は患者の求めがないとリフィル処方を行わない傾向にあるため、患者側の知名度向上が何より大事。2030年まであと4年という中で、患者におけるリフィル処方箋の知名度を50%にするというKPIは低いのではないか。
  - 現状値は29%余りであり、これをどう伸ばしていくかというところ。50%というのは積極的な数字と考えている。
  - ジェネリック医薬品の普及に際しては、2004年に放映されたテレビCMをきっかけとしてブレイクスルーした。リフィル処方箋もこのような方法で認知度を上げて普及させることが非常に重要。
  - 患者側の認知度については、政府広報への協力依頼も含めて、広報のありかたは考えていきたい。また、令和4年度においては医療機関への掲示を求めている。実際に処方箋をもらう方は医療機関や薬局に足を運ぶため、そういう場を通じた広報も一つの選択肢になるとを考えている。これまでの取り組みの成果を見ながら、次に何ができるかも考えていきたい。

- 90 日の長期処方とリフィル処方の 3 回分を組み合わせると 270 日分処方してもらえ、実質的に年 1、2 回の通院で済むという理解でよいか。安定期の慢性疾患患者にとって、度々の通院による経済的・時間的コストを削減できるため、長期処方箋があればリフィル処方箋は不要という話にはならないのではないか。
- これは患者の症状が 270 日先まで安定し、その薬を同じように服用し続けることを医師が予見できるかどうかの話になる。予見できるならば、90 日 × 3 回といったことも可能であると考える。一方、仮に症状が変わった場合に、その薬をそのまま服用し続けることが望ましいか否かを、薬局で判断できるかどうかが論点になる。
- 長期処方箋、リフィル処方箋とも症状が安定している方を対象とし、不要な頻回受診の削減や患者の通院負担軽減といった目的は共通している。他方で、医師中心の服薬治療管理なのか、医師と薬剤師が連携して服薬治療を管理していくのかという違いがある。
- リフィル処方箋と長期処方箋の関係性を整理することで、処方実績の KPI の設定方法がより明確になる。それぞれが補完関係にあるのか、あるいは代替関係にあるのか。また、政策の目的が、症状が安定している人の通院負担を減らして治療を続けやすくするといった費用軽減や効率化そのものにあるのか、それともリフィル処方箋の導入を通して、地域医療における医師と薬剤師のタスクシェアによる患者の服薬治療管理という新しいシステムへの移行なのかといった点である。厚生労働省から提案のあった KPI 案は、医師によるリフィル処方箋と長期処方箋の処方実績を合算したものだが、上述の関係性を整理することで、長期処方とリフィル処方を合算した KPI がよいのか、あるいはそれを独立した KPI にした方がよいのかについて、答えが出てくるのではないか。
- リフィル処方箋や長期処方箋は全ての薬剤や疾患に適しているわけではない。疾病、病態、治療内容、薬剤の特性、患者の属性、就労・居住地を含む生活背景等を考慮し、リフィル処方箋が適しているケースとそうでないケースを整理しながら、処方箋発行の全体像をモニタリングするとともに、トレーサー指標のようなものを設けて、適しているケースの進捗度合いを見ていくような KPI 設定もありうるのではないか。制度上、投薬量制限の規定がある薬や湿布薬はリフィル処方の対象から除外されているため、全処方箋に対するリフィル処方箋の発行数を集計する際、除外薬を省く方が合理的ではないか。
- リフィル処方箋の推進に当たっては、広報や認知度を高めることがまず大きな目的であるが、幅広く認知度を高める方法と並行して、特に効果が見込まれる患者層をターゲットにした、重点的な広報や周知も重要。診療報酬改定の検証調査の結果では、リフィル処方を「利用したい」、「どちらかといえば利用したい」と答えた方は 20 歳から 60 歳未満の年代に多い。リフィル処方箋を交付された経験がある場合に感じたメリットとしては、通院回数の削減や、自分の都合に合わせて薬が受け取れることを挙げる方が多いようだ。仕事等で平日に医療機関にかかることが難しい方にとってはリフィル処方箋のメリットが大きいのではないかと考えられる。幅広い層への広報と併せて、より効果的な層を対象に周知するのも有効ではないか。例えば勤労者であれば、被用者保険の健康組合や共済組合を通した広報の強化などが考えられる。
- 検証調査の結果によると、リフィル処方の仕組みを理解していた人は名称のみ知っている人の半数に留まっている。制度の仕組み自体に不安を抱いている方が一定数存在することも報告されており、

名称だけではなく仕組みを分かりやすく伝えて制度への信頼度を高めていくという広報のあり方も重要。

- 検証調査の結果、リフィル処方箋を発行したことがある医師の中で、リフィル処方箋の2回目、3回目の調剤に関する薬局からの報告について、問題がない場合でも患者の来局や体調などを報告して欲しいと回答した方が70%以上いた。リフィル処方箋を進めていく中で医師または医療機関と調剤薬局との情報連携が重要になる。少し大きな視点として、リフィル処方箋の安全でしかも効果的な運用を考えた時に、薬剤師のヘルスシステムの中での機能やかかりつけ薬剤師制度の普及、医療機関と薬局との連携を強めるような政策を並行して行っていくことで、リフィル処方箋の政策実施の下支えができるのではないか。
- 認知度について、ジェネリック医薬品も分かりにくい言葉だったが、CMの影響、それとともに調剤報酬への加算、全国の6万件を超える薬局での薬剤師による説明もあり、今は使用率も8割、9割になってきた。リフィル処方箋も、認知度を高める取り組みを行うことに加えて、医師と薬剤師の間できちんとした連携を取ってリフィル処方箋を推進することに何らかのインセンティブがあるという形が良いのではないか。
- リフィル処方箋と長期処方箋の発行経験をKPIにすることは一案だが、最終的にどのような疾患に対してどれぐらいのリフィル処方箋を発行したかはモニタリングするべき。
- 症状の安定の目安については、例えば過去の処方から概ね3か月程度、処方に変更がない方や症状が安定している方などが対象になると考えられる。
- 高血圧や血圧コントロールの患者に対しては、リフィル処方箋を出しやすい。薬局で2回目、3回目を処方する際、薬剤師からコンプライアンスと血圧の経過、予見される副作用の有無を確認し、医師にフィードバックを返せれば、より安全にできるのではないか。長期処方を受けている方にとっては逆に手間が増えるために断られることも多いが、毎月通う方には結構受け入れてもらえるようだ。
- 生活保護世帯で、公費負担の場合は月に1回医師と会う必要があるためであったり、要介護の方でヘルパーが受診介助に付き添っているケースであったり、リフィル処方箋を断られるという事例もある。
- より大きな視点として、今回のリフィル処方箋の話やOTC医薬品の話もそうだが、国民に対し安全かつ有効に医薬品を適切に行き渡らせるにはどうすればよいか、ということを、経済性と有効性のバランスを取りながら進めるという範囲の一環だと考えている。
- 医療用医薬品の場合、患者自身、自分が何の病気なのか、どの薬を飲めばいいか分からぬ場合は病院に行き、医師の診断を仰ぐべき。一方で、患者自身、何の病気にかかっているかを理解し、どの薬を飲みたいかが明確な場合、例えば花粉症や血圧の薬などの場合には、医師の診断はいらないので、薬剤師によってきちんと服用できているか、薬の効果が出ているか、副作用が出ていないかを確認し、医師につないでいくことが適しているのではないか。
- 安全性については薬剤師の役割が極めて重要で、患者を診てコンプライアンス、効果、副作用の有無を判断し、問題があれば医師にフィードバックする必要がある。有効性については、薬剤師が診た上で薬の量が足りない、あるいは服用しきれていないといったこと分かった場合は、リフィルは行わずに医師に連絡しなくてはいけないし、必要な臨床判断能力を薬剤師が高めていくことが重要。経

済性について、リフィル処方にはモラルジレンマがある領域である。例えば 180 床の病院の場合、売り上げのほとんどは入院医療費になるために外来診療費が多少増減しても影響は小さいうえ、勤務医にとっても外来患者が少ない方が入院患者を手厚く診られるという面がある。一方、開業医の場合には、基本的に患者数が出来高制であり、売上に直結するため、なかなかリフィルに移行しづらい面がある。そのため、リフィルを処方しても売上が減らないような、例えば薬剤師と連携するような包括管理の仕組みや診療報酬上の工夫が必要ではないか。

- 現場の感覚からすると、制度によって経済的な問題が解決していけば、リフィル処方は非常に良いシステムだと思うし、限られた人材で今後増加する高齢者を診る必要があるという課題に対しては欠かせないテーマである。リフィル処方は、医薬品を患者の元へ適切に届け、安全に使用されるために、医師と薬剤師が連携する一つの形態ではないか。

(以 上)