Osaka Medical Practitioners' Association　2022年12月 No.157

勤務医LETTER

発行 大阪府保険医協会　https://oh-kinmui.jp/　E-mail web@oh-kinmui.jp
〒556-0021 大阪市浪速区幸町1-2-33　☎06-6568-7721㈹　FAX06-6568-2389

新規開業・継承開業など ご相談は保険医協会へ
ホームページ「勤務医フォーラム」にて、テナント情報、求人、継承者募集など随時更新しております。　soshiki@doc-net.or.jp
問合せ先（組織部）☎06-6568-7721

特別寄稿

コロナ禍で考えるDPCデータの意義

産業医科大学　医学部　公衆衛生学教室　教授　松田 晋哉

COVID-19の流行は我が国の医療提供体制に大きな影響を及ぼした。特に感染拡大の規模が大きかった大阪府では、医療崩壊に近い状況も生じた。諸外国に比較して人口当たり病床数の多いわが国で、どうしてこのような状況が生じたかと言えば、表1に示したように、第一義的には病院の人員配置が薄いからである。

表1　医療資源の国際比較

	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床あたり臨床医師数	人口千人当たり臨床医師数	病床百床あたり看護職員数	人口千人当たり看護職員数
日　本	27.8 (16.1)	13.0	19.2	2.5	90.6	11.8
ドイツ	8.9 (7.7)	8.0	53.1	4.3	164.0	13.2
フランス	8.8 (5.4)	5.9	53.7	3.2	182.6*	10.8*
イギリス	6.8 (5.9)	2.5	113.8	2.8	311.7	7.8
アメリカ	6.1 (5.5)	2.9	91.2	2.6	410.8*	11.9*

資料：OECD Health Statistics 2020
注：1：＊は臨床職員に加え、研究機関等で働く職員も含む
　　2：ドイツ、アメリカは2017年のデータ
　　3：平均在院日数の（　）は急性期病床。日本は一般病床

病院の人員配置の在り方の再検討が必要である。端的には医師数、看護師数の増員、そして高齢患者が増えていることを踏まえれば、病棟で働くリハビリテーション職や介護職の配置数も増やすべきであり、それを可能にする診療報酬体系の見直しが必要である。そうした改善を行わなければ、医師の働き方改革に対応することは難しく、結果として地域の医療機能を縮小せざるを得ない状況にもつながりうる。働き方改革は、医療職のワークライフバランスの改善につながる重要な政策であるだけに、制度の合理性が問われている。

ところで、今回のCOVID-19の流行にあたって医療提供体制が厳しい状況になった要因として、諸外国に比較して小規模な施設が多く、また施設間の機能分化と連携が進んでいないことも指摘できる[2)]。このような指摘については、データで確認する作業が不可欠となる。この目的のために使えるデータとしてDPCデータがある。以下、これについて例示してみたい。

図1は厚生労働省が公開しているDPCデータをもとに、2019年度と2020年度のDPC対象入院患者数を泉州医療圏について比較した結果を示したものである。葛城病院と阪南市民病院以外は大きく患者数が減少している

図2は同様の比較を救急車による入院患者数について行ったものである。全数で患者数が減少していた岸和田徳洲会病院は、救急患者数の受け入れは増加している。このことは同病院が不要不急の入院を抑制し、COVID-19の患者を含めて救急対応を行ったことを示唆するものである。また、葛城病院と阪南市民病院は救急入院患者数も増加している。このようなパフォーマンスの違いがどうして生じたのかについて、各地域で分析が必要である。なぜならば、その結果は現在検討が進んでいる第8次医療計画の策定にあたって重要な資料となるからである。例えば、COVID-19流行下においても救急医療の数を維持、あるいは増加させた病院はそれができる要因があったからであり、健康危機発生時の中核施設として位置付けられるのかもしれない。このように公開されているDPCデータを用いることでCOVID-19の流行が各病院にどのような影響を及ぼしたのかを評価することが可能となる。

ところで、すでに大阪府のデータ等で明らかになっているように、COVID-19の入院治療に際しては、その受け皿となる急性期病院と同様、治療後の患者を受け入れる急性期以後の病院の役割が重要であった。治療後の患者を受け入れる施設が不足すれば、急性期病院が患者を受け入れられなくなるからである。この状況については医科レセプトを分析することで確認することができる。詳しい内容については拙著[2)]を参考にしていただければと思う。

上記のような状況を回避するためには病院機能の明確化と異なる施設間での連携体制の確立が必要となる。我が国の医療者の間には、病院機能の格付けに関して急性期＞回復期＞慢性期という心理的ヒエラルキーがある。しかし、拙著でも示したように、高齢化の進展は医療と介護とのニーズの複合化をもたらし、急性期以後の医療機能の充実、さらには提供体制の複合化、具体的にはサービス提供側の広い意味でのケアミックス化を求めている[1)]。こうした複合的サービスの重要性は、高齢者施設におけるクラスター発生の際の医療対応力の違いとして、今回のパンデミック化では顕在化した。地域医療構想調整会議では高度急性期・急性期の病床数の議論が検討の中心になりがちだが、高齢化の進むわが国では、急性期以後の医療介護提供体制を、在宅も含めて議論することが重要であると筆者は考えている。そのためにもDPCや病床機能報告といった公開データが、行政のみならず地域医療の関係者によっても分析され、医療の実践に活用されるべきである。その方法論についても拙著で解説しているので[3)]、お読みいただければと思う。

引用文献
1）松田晋哉：ビッグデータと事例で考える日本の医療・介護の未来（2021）、東京：勁草書房.
2）松田晋哉：ネットワーク化が医療危機を救う－検証・新型コロナウイルス感染症対応の国際比較（2022）、東京：勁草書房、（2022年12月刊行予定）
3）松田晋哉：地域医療構想のデータをどう活用するか（2020）、医学書院.

松田 晋哉（まつだ しんや）　プロフィール

略歴：1985年産業医科大学医学部卒業
1992年フランス国立公衆衛生学校卒業
1993年京都大学博士号（医学）取得
1999年3月産業医科大学医学部公衆衛生学教授
専門領域：保健医療システム論
主要著書：『基礎から読み解くDPC第3版』（2011,医学書院）、『医療の何が問題なのか－超高齢社会日本の医療モデル』（2013,勁草書房）、『欧州医療制度改革から何を学ぶか　超高齢社会日本への示唆』（2017,勁草書房）、『地域医療構想のデータをどう活用するか』（2020,医学書院）、『ビッグデータと事例で考える日本の医療·介護の未来』（2021,勁草書房）
所属学会：日本公衆衛生学会、日本産業衛生学会、日本衛生学会、日本医療・病院管理学会
受賞歴：2018年　第70回保健文化賞受賞

図1　2019年度と2020年度のMDC別全入院患者数の変化の状況（泉州医療圏）

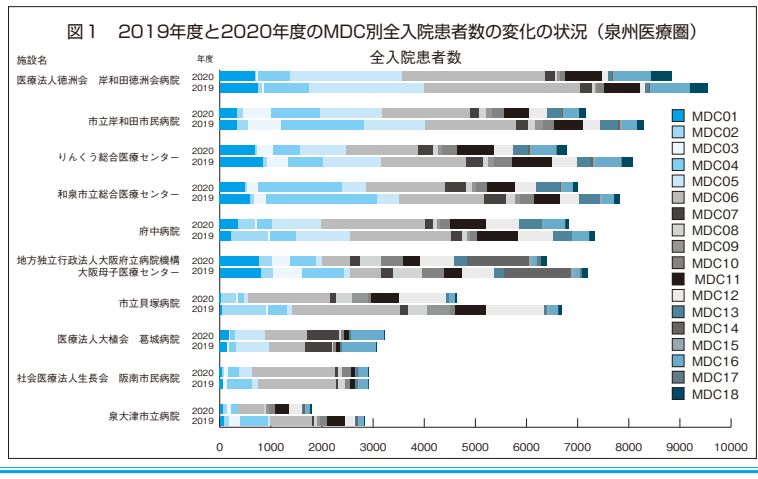
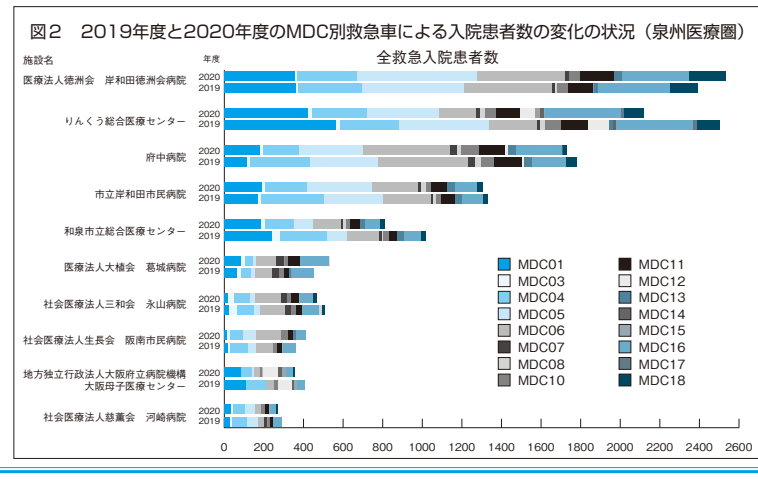


図2　2019年度と2020年度のMDC別救急車による入院患者数の変化の状況（泉州医療圏）



詳しい図はホームページ「大阪府保険医協会・勤務医フォーラム」で掲載します。

これでいいのか 日本の医療

再び「コロナ難民」を生まないために

第14回

上（かみ）　昌広（まさひろ）
特定非営利活動法人
医療ガバナンス研究所
理事長

「このままでは、今冬もコロナ難民が溢れるでしょう」

訪問看護ステーションで働く看護師は言う。なぜ彼女はこのように言うのだろうか。それは「現在の体制では、高齢の感染者を救えないから」だ。彼女の話は説得力がある。

70才独居男性のケースだ。この患者は脳梗塞、心不全、慢性気管支炎などの基礎疾患に加え軽度の認知症を患っていた。近医を定期的に受診すると共に、訪問介護事業所を通じて服薬介助、おむつ交換、食事支援などのサービスを受けていた。

この患者が38度代の発熱でかかりつけ医を受診しコロナ感染と診断された。軽症のため在宅療養となったが、オンラインや在宅診療をやっていないかかりつけ医は診療を継続せず、訪問介護事業所は「感染症対策の専門知識がないヘルパーを派遣することはできない」との理由で撤退してしまった。こうやって患者は「コロナ難民」と化した。紆余曲折の末、前出の看護師が受け入れ、旧知の医師に紹介し患者は何とか回復する。

なぜこんなことになるのだろうか。それはコロナ感染が感染症法の2類に分類されているからだ。感染者は医療機関や自宅などでの隔離が義務付けられる。症状があれば7日間の外出自粛、その後3日間の感染予防行動の徹底が求められる。無症状でも最低5日間は外出自粛が求められる。もし医師や職員が感染すれば、無症状であろうと5日間は仕事ができず経営的損失となる。コロナ患者を敬遠するのも宜なるかなだ。

では隔離は医学的に合理的なのだろうか。確かに隔離は感染拡大防止には有効かもしれないが、高齢者の健康を損ねるリスクがある。前出の看護師は「コロナ感染で入院した患者さんの中には、廃用性萎縮が進み、コロナが治っても誤嚥性肺炎などをおこす人が珍しくない」という。これでは何のための入院かわからない。

感染症法は強毒の病原体対策として、保健所と急性期医療機関を中心とした体制が基本だ。オミクロン株のように、高齢の要介護の患者が「風邪をこじらせて入院する」ことを念頭においていない。これまで、このような患者は地域のかかりつけ医、訪問診療・看護・介護などの専門家が連携してきめ細かくケアしてきた。感染コロナを2類相当に据え置く限り適切な対応は期待できない。

政府は急性期病院の強化に懸命だが、第7波で急性期医療機関が果たした役割は限定的だった。我々は厚労省の公開資料に基づき、8月3日当時の首都圏、関西圏の主要26病院患者の受け入れ数を調べた。即応病床に占める入院患者の割合は、慶應義塾大学126％、順天堂大学125％のように100％を超えるところもあったが、26病院中19病院は第7波真っ只中の8月3日でも空床を抱えていた。兵庫医科大学の稼動率は36％、国立国際医療研究センターの稼動率は42％に過ぎなかった。急性期病院が果たす役割は限定的だ。

コロナは早急に5類に変更すべきだ。ところが臨時国会で成立した改正感染症法では、コロナの感染症法の位置づけを「速やかに検討し、必要な措置を講じる」と附則盛り込まれただけで2類に据え置かれた。

なぜ厚労省は2類にこだわるのか。それは2類に留め置くことで関係者が利益を得るからだ。厚労省・保健所・公衆衛生関係者の予算や権限が強化されるのは言うまでもない。病院も未曾有の補助金で潤う。2021年度の財務諸表によれば、国立病院機構が受け取った補助金は1317億円（前年度比28％増）だ。第7波で患者受け入れ数が少なかった国立国際医療研究センターは52億円（同6％増）、兵庫医科大学は62億円（同64％増）だ。

民間企業も利益を得る。検査会社大手のH.U.グループホールディングスの21年度の売上は2729億円（同22.4％増）、経常利益474億円（86％増）だ。ちなみに、コロナ前の19年度の売上は1887億円、経常利益は65億円だった。

これが2類・5類論争の実態だ。「5類にすると医療費の自己負担が増える」などと主張する与党議員がいるが、財政的措置は与党が本気になればなんとでもなる。要はやる気がないだけだ。今のままでは、患者そっちのけで関係者の利益が優先される。医師は患者のためにもっと声をあげなければならない。

近著（監修）：『ポストコロナ時代に医学部をめざす人のための医療の仕事大研究』（2022年8月発行・晶文社）

開業して思うこと 85

コロナ療養を経て開業しました

松屋町みやけクリニック　院長　三宅 泰裕（大阪市中央区）

a general practitioner

2022年4月に大阪市中央区松屋町で開業しました三宅泰裕と申します。1993年に大学卒業後、消化器外科での勤務医をしておりましたが、2010年ごろより緩和医療に携わり、2017年より在宅診療を行う先生方の会に参加するようになりました。

少子高齢化が進み、外来医療・地域医療・入院医療の体制に基づく地域包括ケアシステムを厚労省が唱える中で、在宅医療に対する役割が大きくなっていると感じ、住み慣れた地域で暮らす住民の地域医療の力になりたいと思い、在宅医療にかかわっておられる開業医の先生方と交流する中で、在宅医療に携わることをより具体的に考えるようになりました。

救急も含めた種々の処置はある程度できると思っておりましたが、多くの新薬を用いた内科治療について改めて勉強しました。新型コロナ感染症のため、会場での勉強会、研修会は減少しましたが、一方でインターネットを介した多数の勉強会が開催されるようになり、学会会場に出向かなくても最新の知識を得ることが可能になりました。内科は多岐に細分化されており、すべての分野を専門家レベルで対応するのは困難と考えておりましたが、WEB開催の勉強会から多くを学び、プライマリーケアについては、各分野で対応することはなんとかできるのではないかと考えました。

さて、大阪市中央区で開業しておられた旧笹岡クリニック院長の笹岡先生主催の勉強会『なにわドクターズネットワーク』に数年ほど前から参加しておりましたが、2022年春に笹岡先生が故郷の高知県室戸市立有床診療所の院長として就任されることになり、クリニックの患者様を引き継ぎ、『松屋町みやけクリニック』として診させていただくこととなりました。この地域はわたしの出身高校に近く、付近を自転車でよく出向いていた場所ですので、開業して改めて懐かしい気持ちでした。

しかし実際に開業すると、銀行との面接や、スタッフの募集、電子カルテ導入、機器の購入、ホームページ作成、看板作成など、経済的なことや手続きが大変でした。

さらに、2022年4月1日開業を目標に順調に準備をすすめておりましたが、3月初旬に新型コロナに私自身か罹患し、自宅療養を10日間送ることとなりました。私自身が動けるようになったのは開業の約10日前と、混とんとした中で開業することとなりましたが、支援くださる皆様のおかげで、順調なスタートをきることができました。また、クリニックの近隣には多数の全国有数の総合病院があり、いつもスムーズに紹介を受けていただき、大変感謝しております。

当院では新型コロナ感染症対策として発熱外来を6月末から開始し、大阪府の支援を受けPCRを10月に導入しました。経済が優先されている現在の日本社会では、今後インフルエンザと新型コロナ感染症の同時流行が危ぶまれていますので、院内感染に注意しながら慎重に発熱外来をおこなっています。同時にオンライン診療も開始し、多忙で来院できない患者様だけでなく、コロナ陽性患者に対しての治療についても進めています。また、在宅医療については少しずつ患者様を診るようにしています。

まだ、開業して半年ですが、様々なトラブルも楽しんで、乗り越えながら、自身がやりたい医療を自分の責任でどんどん進めていけることに喜びを感じています。今後とも地域医療にすこしでもお役に立てればうれしいと思っております。

シリーズ 臨床Update 83

新型コロナウイルス感染症の小児重症・中等症について

兵庫県立こども病院　小児集中治療科
部長　黒澤 寛史

新型コロナウイルスに感染しても小児は重症化しない、と言われてきました。しかし、感染者数が増加するにともない重症化する小児もでてきています。日本集中治療医学会の小児集中治療委員会は、2020年３月にCOVID-19ワーキンググループを設置し、その実態把握に務めてきました。そして2021年８月の第５波の時から、日本集中治療医学会会員と日本小児科学会会員とに広く協力をよびかけ、小児重症・中等症例の報告システムを構築しました（https://www.jsicm.org/news/news220530.html）。本システムの報告対象症例は以下です（１および２、かつ３のいずれかを満たすもの）。

1．年齢20歳未満
2．抗原あるいは遺伝子検査によるCOVID-19確定例、あるいは疑い症例
3．症候
　1）酸素投与以上を必要としたCOVID-19肺炎（中等症II、重症相当）
　2）小児COVID-19関連多系統炎症性症候群（MIS-C）
　3）その他の病態（例：けいれん重積・在宅人工呼吸管理）で、モニタリングや酸素投与・人工呼吸などを要し、SARS-CoV-２陽性・濃厚接触で専用病床を必要とした症例

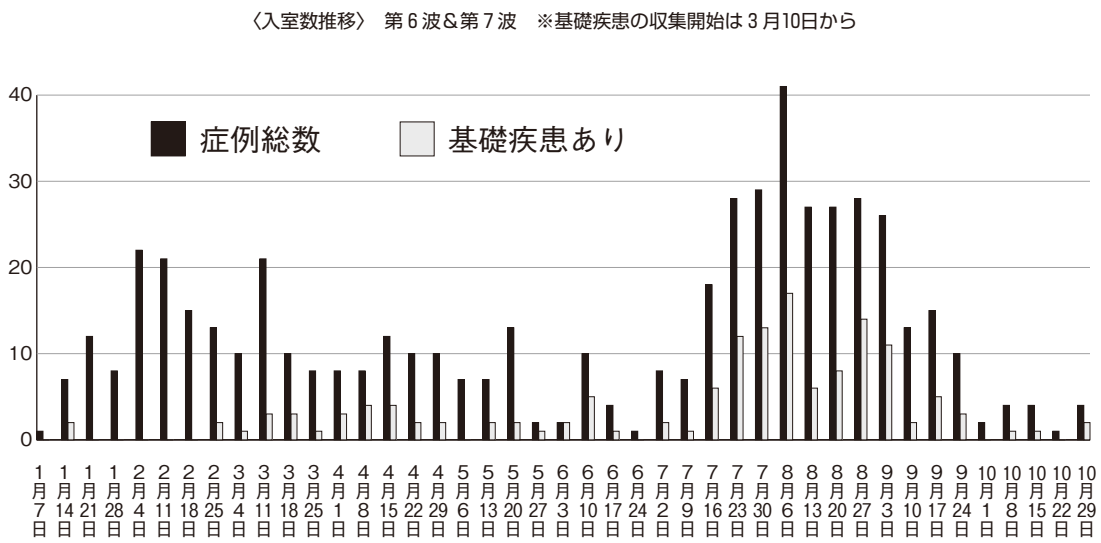
第５波の時には2021年８月末が症例発生のピークで、50件が本システムに登録されました。2022年１月初旬からの第６波とそれに続く第７波では症例数が急増し、10月末までに約500件登録されました（図）。小児の新型コロナウイルス感染症の臨床像は多彩です。肺炎の他には第６波ではクループ症候群が目立ちましたが、第７波ではけいれんや急性脳症として登録される症例が増えました。

2022年３月10日から基礎疾患に関する情報収集を追加しました。そこから９月末までの約半年間に登録された373件を解析したところ、基礎疾患のない症例が244件（65.4%）と、約３分の２を占めたことが分かりました。さらに、国立感染症研究所の調査（新型コロナウイルス感染後の20歳未満の死亡例に関する積極的疫学調査（第一報）（https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2559-cfeir/11480-20-2022-8-31.html）によりますと、2022年１月１日から2022年８月31日までに報告された死亡例は41例でした。うち内因性死亡は29例であり、その約半数（15例）に基礎疾患がありませんでした。これらのデータからは、頻度が高くないとはいえ、基礎疾患のない小児も重症化することがあり、残念なことに亡くなった小児もいたことが分かりました。

新型コロナウイルス感染症の重症小児を受け入れられる施設や病床数は非常に限られています。日本集中治療医学会の重症症例登録システムに登録されている全国の小児施設は34施設であり、新型コロナウイルス感染症の人工呼吸管理可能施設はこのうち28施設にとどまり、各施設で用意された病床数を合わせても全国で50床程度でした（調査当時）[1)]。今後さらに重症小児が増えると重症小児の医療体制は危機的な状況になり、その場合は都道府県の枠を超えた連携や、成人用の集中治療室との連携が非常に重要になります。

一方で、重症小児の発生数を抑えることができればそれに越したことはありません。そのためには社会全体で感染拡大を抑える努力が重要です。手指衛生などの感染対策に加えて、予防接種の効果についても分かってきています。小児を守るためには、周囲の成人の予防接種が大切です。小児への予防接種については、日本小児科学会が2022年11月に生後６ヶ月以上５歳未満の小児への新型コロナワクチン接種に対する考え方を公開しました（http://www.jpeds.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=466）。このような情報を吟味しつつ、私たちがどうすることが小児を守ることにつながるのか、考え続けたいと思います。

図　2022年１月１日以降の週ごとの登録者数。■が症例総数、□がそのうち基礎疾患のある症例数。2022年11月５日現在のデータ。



参考文献
1．黒澤寛史、青景聡之、池山貴也、他．日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会および日本集中治療医学会小児集中治療委員会日本小児集中治療連絡協議会COVID-19ワーキンググループ活動報告第2報．日小児会誌2021；125：521-7.

黒澤 寛史（くろさわ ひろし）　プロフィール

職　歴
2000年　東北大学医学部卒業
　仙台市立病院　小児科研修医
2002年　国立成育医療研究センター
　手術集中治療部レジデント
2004年　神戸市立医療センター中央市民病院
　救命救急センター
2007年　静岡県立こども病院
　小児集中治療センター
2011年　フィラデルフィア小児病院
　シミュレーションセンター
　リサーチフェロー
2013年　メルボルン小児病院　集中治療科
　クリニカルフェロー
2015年　９月　兵庫県立こども病院
　救急集中治療科　医長
2016年　４月　兵庫県立こども病院
　小児集中治療科　診療科長

学　位　医学博士
認定医・専門医　救急科専門医
　集中治療専門医
　小児科専門医・指導医
　麻酔科標榜医
著　書　PICUハンドブック

開業医の先生方を力強くサポート
新規開業講習会
会場　大阪府保険医協会 会議室
（浪速区幸町１-２-33　TEL 06-6568-7721）
申込　組織部 FAX 06-6568-2389
FAXまたは右のQRコードよりお申込みください。
申込フォーム
参加費　無料 ※事前にご予約ください。
主催　大阪府保険医協会 組織部

2023年以降の予定
新規個別指導編
新規開業医が知っておくべきポイント
1月14日(土) 14:30～16:00
講師　保険医協会役員・事務局
雇用管理編
よりよい医療の提供は最適な雇用管理から
3月11日(土) 14:30～16:00
講師　桂 好志郎 社会保険労務士
保険診療編（内科を中心に）
審査委員、先輩開業医がわかりやすく解説
3月18日(土) 14:30～16:30
講師　審査委員・保険医協会役員
医院経営・スタッフ育成編
経営コンサルが指南する
6月予定

勤務先・自宅住所が変わられた先生方へ
自宅住所、勤務先が変わられた場合にはご連絡をお願いします。
ホームページ（https://osaka-hk.org/）のお問い合わせフォームから登録情報の変更が可能です。

勤務医に役立つ医薬情報 第18回

リフィル処方箋は定着するのか？

廣田 憲威 ひろた のりたけ
薬剤師　一般社団法人　大阪ファルマプラン　理事長

リフィル処方箋が2022年４月の診療報酬改定で導入されたことは、既にご承知のことと思います。この背景には、2017年に日本医療政策機構が行ったリフィル処方箋についてのアンケート調査で、80.4%（賛成32.2%、どちらかと言えば賛成48.2%）の国民（n＝1000）が賛成している結果が示されたことと、リフィル処方箋によって40歳以上の再診頻度が90日に１回になると年間で362億円もの医療費適正化効果があると、健保連が試算したことによります。これらがベースとなって昨年末に財務大臣と厚労大臣との間で政治折衝が行われ、急遽導入が決定されました。導入効果は医療費ベースで▲0.1%が見込まれました。

かねてからリフィル処方箋に対して反対していた日本医師会は、会員から「今回のプラス改定と引き換えに導入を容認したのでは？」との批判も出されるも、中川俊男前会長は、リフィル処方箋が導入されても「処方から投薬に至るまでの責任は医師にある」「薬剤師の医学的判断が介入する余地はない」と強調されました。一方、日本薬剤師会の山本信夫会長は「40年前から主張してきたことが、ようやく実現した」と、今回の導入を大きく評価され、両者での受け止め方の違いが顕著に現れています。

今後、日本においてリフィル処方箋は定着するのでしょうか？　今回は、患者と薬局・薬剤師の立場から考えてみたいと思います。

患者の立場からのリフィル処方箋のメリット・デメリット

患者の立場からのメリットとして挙げられている事として、「仕事が忙しい中で受診回数を減らすことができる」「担当医にゆっくり話を聞いてもらえるなど診療への満足度が増す」「かかりつけ薬剤師を持つことができ、相談しやすくなる」「長期処方に比べて薬剤管理がしやすくなる」などがあるようです。デメリットとしては、「自覚症状の乏しい症状の変化を医師に発見してもらう機会が減り、症状の重篤化につながることがある」「生活習慣病の自己管理がおろそかになることがある」などです。

それでは経済面からはどうでしょうか？　これまで28日毎に通院されている場合、３回利用可能なリフィル処方箋が発行されることで、２回分の通院が無くなるため、その分の再診料と処方箋料が減る事になります。薬局ではリフィル処方箋になっても３回来局して頂くことになるため、基本的に一部負担金は変わりません。リフィル処方箋が発行されるということは、慢性疾患で症状が安定されていることが前提になるので、もし28日×３回分のリフィル処方が84日分の長期処方に変更された場合ではどうなるでしょうか。再診料はリフィル処方と同様に２回分少なくなり、処方箋料は１回の処方日数が30日を超えるので減算されます。薬局では、調剤基本料などの技術料は１回分で済み、調剤料は28日を３回に分けるよりも84日分の方が安くなります。皮肉なことに、患者にとって経済的にメリットがあるのは、リフィル処方箋よりも長期処方になってしまうのです。

薬局・薬剤師の立場からのリフィル処方箋のメリット・デメリット

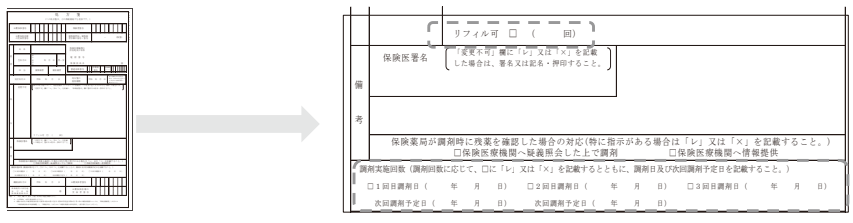
当然ながら薬局としては、長期処方よりもリフィル処方箋の方が処方箋の受付回数が増えるので収益増になります。薬剤師としても、毎月来局されることで、対面で丁寧な服薬指導と服用期間中のフォローが行うことができるメリットがあります。しかし、多くの薬剤師が躊躇しているのは、リフィル２回目と３回目における「調剤」の判断です。２回目のリフィル処方箋を受付けた際に、医師の診察後の１回目のリフィル処方箋と同様に調剤しても良いのかということです。来局時に薬剤師が患者に問診を行い、どういう判断基準で調剤を可とするのか、または医師への再受診を促すのかが大きな議論となっており、各地から日本薬剤師会に対してリフィル処方箋に関するマニュアル作成の要望が出されています。こうした意見に対して前出の山本信夫氏は、リフィル処方箋の取り扱いは、日々処方箋を処理して次の来局日までの間にフォローアップするという流れを繰り返すことと「なんら違いはない」との見解を示しました（第55回日本薬剤師会学術大会、2022年10月９日、仙台市）。これについて筆者は大きな疑問を抱かざるを得ません。リフィル２回目と３回目において、薬局で機械的に調剤することは、薬剤師としての職能を果たせていないと思うからです。筆者は、来局時に問診に加えて高血圧患者であれば最低でも血圧測定を行うことや、法整備は伴いますが糖尿病患者では血糖値やHbA1cを薬局で測定することが、適切な調剤の判断と服薬指導が行えるものと考えています。日本医師会も現時点では薬剤師にそうした機能を期待していないとなると、リフィル処方箋と言っても、結果的には非常に評判の悪かった「分割調剤」の二の舞になるのではと危惧しています。

医師・薬剤師間の機能分担がさらに深化しないと本当の意味でのリフィル処方箋は醸成しないのでは

現在、イギリス、フランス、アメリカ（州により制度が異なる）、オーストラリア、カナダにおいてリフィル処方箋（またはリピート調剤）の制度が運用されています。これらの国で共通しているのは、医師は専ら診断と治療方針の決定に専念し、慢性疾患の薬物治療が始まると、その管理は薬剤師に委ねられるということです。カナダのアルバータ州では、軽度の高血圧や糖尿病については、研修を受けた薬局薬剤師が薬物治療を行うことも認められています。アメリカでは医師と薬剤師との間で薬物治療共同管理（CDTM）が取り交わされ、プロトコルに基づいて処方権の一部が薬剤師に移譲されています。例えば、ワルファリンを服用している患者では薬局でINRを測定し、その値に応じて薬局でワルファリンの投与量を調整することができるのです。日本においても、このような医師・薬剤師間の機能分担がさらに深化しない限り、国民の期待や医療費の適正化という目的だけでは、本当の意味でのリフィル処方箋は醸成しないのではないかと考えています。

処方箋様式の見直しについて

➢ 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設け、処方箋の様式を見直す。



出典：令和４年度調剤報酬改定の概要（厚生労働省保健局医療課）

手頃な保険料で先生方の万が一に備える
家族のサポート グループ保険（死亡・高度障がい保障）
幅広い保障プラン
保険金額は300万円～最大6,000万円
配偶者も最大3,000万円までご加入いただけます！
●簡単な告知のみ（医師の診査なし）でご加入できるのも忙しい先生方にとって魅力です
＊6,000万円以上の保障をご希望の際は、保険医共済会の「新グループ保険（最大6,000万円）」を上乗せでご加入いただけます。
お問い合わせ先　TEL 06-6568-2230（直通）

手頃な保険料
加入プラン例①
万が一の場合、残された家族の生活が心配…
35歳（保険年齢）
保険金額6,000万円の場合
月額保険料　男性5,460円　女性3,420円
加入プラン例②
子どもが独立し、保障を少し減らしたい
50歳（保険年齢）
保険金額2,000万円の場合
月額保険料　男性4,620円　女性3,460円
さらに！
配当金の還元により保険料の負担が軽くなります。
直近５年平均 約20%を配当！※配当金は毎年変動します

保険金額と保険料表（一例）

保険金額と月額保険料		35歳まで	36～40歳まで	41～45歳まで	46～50歳まで
6,000万円	男性	5,460円	7,020円	9,600円	13,860円
	女性	3,420円	5,880円	7,260円	10,380円
5,000万円	男性	4,550円	5,850円	8,000円	11,550円
	女性	2,850円	4,900円	6,050円	8,650円
4,000万円	男性	3,640円	4,680円	6,400円	9,240円
	女性	2,280円	3,920円	4,840円	6,920円
3,000万円	男性	2,730円	3,510円	4,800円	6,930円
	女性	1,710円	2,940円	3,630円	5,190円
2,000万円	男性	1,820円	2,340円	3,200円	4,620円
	女性	1,140円	1,960円	2,420円	3,460円