

講演3

# 2024年！第8次医療計画、 トリプル改定と 医薬品卸の対応

株式会社リンクアップラボ  
代表取締役

酒井麻由美



日時 | 令和5年7月13日（木）  
16:00～16:50

講演3では、リンクアップラボの酒井代表取締役に「2024年！第8次医療計画、トリプル改定と医薬品卸の対応」をテーマにお話しいただいた。

酒井氏は、医療機関から相談を受けている事例などを含めながら「医療機関の経営状況」、「マイナ保険証の本格活用と医療DXの推進」、「医師の働き方改革」、「2040年版地域医療構想の変化」など、懸念される8つの課題を提示。それぞれの実状や問題点を説明しながら対応策を解説した。また、改定される診療報酬項目には医療機関が生き残るためのヒントがあるとし、多忙で診療報酬改定の情報を熟知していない医療機関に対して医薬品卸が正確な情報を提供してほしいと訴えた。

## 医療機関の経営状況と医療DXの推進

### ●悪化している医療機関の経営状況

本日は、2024年の診療報酬改定の予測と対応について重点的に話ししたいと思います。早速、懸念される課題を8つに分けてお話しします。

課題1は、「医療機関経営実況調査より医療機関

の経営状況」です。コロナ禍で外来患者さんが減少し、稼働率が悪化しました。しかも、水道光熱費の高騰や物価高も加わり、いま、医療機関の経営は極めて厳しい状況です。

全日本病院協会や日本病院会などの資料では、2022年度の水道光熱費は2021年度の約1.5倍になっています。しかし、その赤字を埋める診療報酬は

なく、一部補助金が出たくらいです。赤字を補填するには、収益を増やすか、コストを見直すしかありません。収益を上げるため、あるいは費用を見直すためには、医薬品の価格や在庫管理の見直しが必要になります。

2021年度と2022年度は、ともにコロナ禍でしたが赤字の内容が少し違います。2022年度は補助金が出ても、経常利益はマイナスになっています。つまり、補助金では赤字を補填できないということなのです。そのため、私は医療機関から、まず費用を見直す前に、収益を何とか上げる方法はないのかとの相談を受けています。

### ●コロナ禍での診療報酬算定の実態

このテーマの前に、新型コロナウイルス感染症で何が起こったのかについてお話しします。日本で新型コロナウイルス感染症が始まったのは2020年2月ぐらいで、診療報酬改定を間近に控えていました。しかしながら、医事課は新型コロナ対応に追われ、診療報酬自体をしっかり算定できない状況にありました。

また、算定情報の伝達も、コロナ禍でオンラインセミナーが主体でした。オンラインセミナーでは、例えば電話が鳴るとその対応をしなければならず、なかなか集中できません。結果的に、診療報酬自体が熟知されませんでした。赤字を補うための診療報酬が設定されていたものの、現実的に算定されていなかったのです。ですから、医薬品卸の皆さんには、医療機関の訪問の際に算定情報を伝えていただけると有難いと思います。

### ●マイナ保険証の本格活用

課題2は、「マイナ保険証の本格活用と医療DXの推進」です。医療DXの推進によって危惧されることや、国が何を考えているのかについてお話しします。そこでは、少ない処方薬を評価する仕組みが導入される可能性があるということです。

まず、オンライン資格確認が始まったものの、なかなかうまくいかず問題になっています。始まったばかりだからスムーズに行くはずはないと見ている向きも多いかと思いますが、保険証代わ

りにするだけでなく、マイナンバーカードの本来の目的は何なのかを説明します。

マイナンバーカードの診療報酬は、どういう仕組みになっているのでしょうか。いまは特例措置の状況ですが、保険証利用のマイナンバーカードを提示すると、医療機関はマイナンバーカードから様々な情報を入手することができます。その情報を入手することによって、質の高い医療につなげていくことが本来の目的です。

ですから、マイナンバーカードの診療報酬について特例措置で説明すると、マイナンバーカードを持ってきてもらわないと情報を入手できないので、持ってこなかった患者さんには初診で6点の診療報酬が請求されます。一方、マイナンバーカードを持っていくと請求される診療報酬は2点です。ただ、マイナンバーカードを持っていくと医療機関はマイナンバーカードを通じて様々な情報を入手しても良いかを、必ず患者さん本人に確認しなければなりません。持ってきただけでも情報は提供したくない患者さんは、持ってこなかった患者さんと同じ点数を請求されることになります。

### ●マイナ保険証で閲覧可能な情報

マイナンバーカードを通じて質の高い医療につなげるために入手できる情報は、特定健診の結果です。例えば、初めて行った医療機関でも、マイナンバーカードがあれば、3年前から血圧が高いとか、肝機能に問題があったことなどが分かります。服薬履歴や喫煙の情報も分かります。通常は患者さんへの問診でしか分からない情報が、確実な形で得られるわけです。

さらに薬剤情報では、どこの医療機関や薬局において、どういう薬が、いつ調剤されたかという情報が、2021年9月以降、3年分閲覧可能になります。医療機関の病名にはレセプト病名がありますが、薬剤情報としては当てにならないところがあります。しかし、薬剤情報では確実に症状や、どういう薬が処方されているかが分かり、その患者さんがどういう病気で、どういう症状を持っているのかが分かるのです。

それ以外にも、診療情報があります。これは

2022年6月以降ですが、放射線治療やCT、MRI検査の数、どこで撮影したのか、病理診断検査を行ったのかといった情報も入手できます。

そのほか、どこでどういう指導が行われているのかという患者さんの受診情報、過去の診療情報が閲覧できます。例えば、高血圧で一時的に治療を行っていたけれど、この1年間は治療していないといったことも分かるわけです。

そういった、初診の患者さんからの口頭による情報だけでなく、様々な情報から診察することができます。

## ●電子処方箋のメリット

処方箋に関しては、医師の処方箋が調剤薬局へ行き、重複や併用禁忌の処方があった場合は薬局から医師へ情報を確認する流れでした。しかし、調剤薬局は患者さんにどこでどういう薬が出されているかをすべて知っているわけではないので、限られた情報の中での対応でした。それに対し、電子処方箋が出され、それが電子処方箋管理サービスへ行くという仕組みになれば、患者さんのすべての服薬情報が照会できるようになるので、重複投与や禁忌情報を知ることができます。一つの調剤薬局の情報ではなく、現在、その患者さんが服薬しているすべての医療機関の薬の情報が分かるようになるわけです。

こうした情報は、いままではレセプトに基づいていたので、昨日処方された薬の情報は分かりませんでした。医療機関は翌月10日までにレセプトを出すので、今月出された薬の情報は分かりませんでした。

しかし、電子処方箋の管理サービスであれば、処方箋情報はその日に反映されるので、例えば、午前中に電子処方箋が出された薬の情報も把握できます。このサービスが進むことによって、重複投与が防げるようになり、医師も確実に患者さんにどういう薬が出ているかを把握して診療することができるようになりますと期待されています。

## ●患者データの集約・活用状況

このように、患者さんや担当医が患者さん本人

の過去の診療や投薬の履歴を参照することが可能になれば、質の高い医療につながります。

加えて、医療DX利活用等による医療費適正化というねらいがあります。患者さんの処方箋情報をリアルタイムに把握することが可能になり、重複投薬や重複検査を防ぐことができれば、薬や検査の削減につながるからです。実際、他の国ではうまく機能しており、例えば、韓国では審査支払機関による適正化が行われています。

## ●薬剤総合評価調整加算

もっとも、以前から少ない処方薬を評価する仕組みは設定されていました。まず、入院基本料等加算を説明します。

いま、ほとんどの病院・病棟では薬の包括化が進んでいます。これは、マルメ（包括点数）というものです。ただし、薬剤総合評価調整加算は、ほぼすべての病棟で出来高です。対象者は、入院前に6種類以上の内服薬が処方されている患者さんです。そういった薬をたくさん処方されている患者さんは、まず薬剤師が持ち込み薬のチェックを行います。持ち込み薬は基本的にそのまま服用することになるとは思いますが、出された薬の中には、要らないのではないかとと思われる薬や薬が効き過ぎているとか逆に効いていないとかが確認される場合があります。また、睡眠導入剤が処方されているのでよく寝られるようになるとか、この薬を服用すると転倒のリスクが高くなるといったようなことを看護師が把握していくわけです。

そして気になることがあれば、看護師は医師ではなく、まず薬剤師に相談します。つまり、こちらの薬に変えたほうが良いのではないかと、あるいはもう少し量を減らしても良いのではないかと話し合うわけです。

実は、薬剤総合評価調整加算の「総合」とは、多職種を意味しています。つまり、薬剤師と看護師で話をして調整する、その後、医師に提案すると加算されるというもののなのです。調整の結果、薬を減らすことができれば100点加算されます。一方、量を減らすことだけでなく、同じ効能の別の薬に変えることも加算の対象になり、実は薬を増



第8次医療計画について解説する酒井氏

やすことも加算の対象になります。要するに、看護師と薬剤師が話し合って医師に処方提案を行うことを評価した加算が100点ということなのです。この薬剤総合評価調整加算では、減らすだけでなく増やした場合も対象になることが、意外と知られていません。さらに退院時に薬が減ると、薬剤調整加算としてプラス150点になります。ただ、多くの医療機関で算定されていないのが実状です。

外来では、処方箋料の加算があります。これは7種類以上の薬の投与を行った場合と、6種類以下に抑えた場合の処方箋量が違うなどの要件があります。医薬品卸の皆さんには、このような処方薬を評価する仕組みの情報を医療機関に提供していただけたらと思っています。

### ●かかりつけ医連携薬剤調整加算

また、介護老人保健施設（老健）での薬を少なくすると加算があります。老健では、薬はもともとマルメで、単価も低くなっています。ですから、老健では薬をできるだけ調整して少なくすることが行われていますが、実は2021年の改定後、かかりつけ医連携薬剤調整加算が設定されました。

どういう内容かという、加算Ⅰは、薬を見直す可能性があることを老健に入る前に診ていたかかりつけ医に説明し、また、患者さんの退所時に入所中の患者さんの薬剤情報がかかりつけ医に提供すると、それが評価されて100単位になります。加算Ⅱでは、老健で入所患者さんにどういう薬が提供されているかのデータを厚生労働省に提出す

ると240単位になります。加算Ⅲでは、退所するまでに内服薬を1種類以上減少させると加算されるものです。事前に承諾を得てデータを提出する手間が加わりましたが、薬を1種類減らすことができれば100単位になります。

つまり、かかりつけ医連携薬剤調整加算では、ⅠとⅡとⅢを行えば、100単位+240単位+100単位が加算されるわけです。しかし、コロナ禍の中で、その加算のことを把握していない施設があると思われるので、医薬品卸の皆さんにアナウンスしてもらえればと思っています。

## 医師の働き方改革

### ●各水準指定と適用を受ける医師

課題3は、「医師の働き方改革」です。すなわち勤務医の労働時間短縮です。それに伴って、医師の勤務シフトが変わり、効率的・効果的なロケーションを考えなければならないことになっています。それに伴って、医薬品卸の皆さんも、医師とのコミュニケーションをどのように図っていくかが課題になっているのではないのでしょうか。

この医師の労働時間は、医療機関や医師によって上限が異なっています。基本は960時間ですが、他の医療機関などに派遣されている医師等の場合は連携Bとなり1860時間です。また、業務によって、例えば、手術を行う医師など集中して長い時間働くことがある可能性がある医師はBとなり、1860時間以下になります。

研修医や専攻医などはC-1、特定の高度な技能の修得のための業務を行う医師などはC-2で1860時間以下になります。医療機関は、該当する医師がいれば届け出を行い、例えば、連携Bとして管理していくことになります。ただ、この届け出を行った医療機関のすべての医師がこの時間になるのかというところではありません。実際にその業務を行っている医師だけに適用されます。

このように医師の労働時間が制限されると、医薬品卸の皆さんはコミュニケーションが難しくなると思われるかもしれませんが、実は急性期の病院の中には常勤の医師に夜勤をしてもらわなくて

はならないところが増えており、逆に夕方6時などに、時間に余裕がある医師も結構出ているのではないかと私は思っています。

ちなみに、私が本日打ち合わせを行った100床ぐらの救急病院では常勤の医師8人のうち5人の夜勤が始まるそうです。そのため、非常勤の医師が日勤帯にどのように勤務すれば良いかということをお話し合ってきました。ですから、医薬品卸の皆さんも、今後の勤務体制について病院に聞いてみると良いかもしれません。

この勤務医の労働時間短縮は、補助金を出して進めており、2024年から本格的に始まります。そうすると、先ほどのBやCの適用医師が月の時間外労働時間が100時間以上となりそうときは、事業所管理者が面接指導を行い、睡眠がとれているかなど身体面での状態をきちんと把握して指導しなければならないことになっています。ですから、時間外労働が増えると、新たな面接を行って修正していく手間がかかります。また、勤務シフトを組んでいくに当たっての基本ルールもあります。勤務医の労働時間短縮は連携BとB、Cの水準の医師が適用対象で、A水準適用の医師については努力義務になります。

この基本ルールとは、始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間を確保すること、始業から46時間以内に18時間の連続した休息時間を確保することです。ですから、それぞれの医療機関によって違うだけでなく、適用水準の医師によっても違うので、急性期病院内でも、基本ルールが適用される医師と適用されない医師がいることになります。

## ●病院薬剤師への主な評価

勤務医の働き方改革に向けては、医師の時間外勤務を短縮するために、タスクシフトとタスクシェアに対する評価が見直されました。すなわち、医師でなくても行えることは多職種で担うという考え方に転換しています。診療報酬が増

えてきている中で、とりわけ薬剤師に活躍してほしいと考えられているのです。

薬剤師に関する診療報酬は毎年増えています。病棟薬剤業務実施加算や薬剤管理指導料、先ほどの薬剤総合評価調整加算などです。ねらいは、医師に処方提案をすることも含め、できるだけ薬剤師に病棟へ来てもらって、持ち込み薬や看護師からの情報によって患者さんの状態を把握し、医師へ処方を提案するということです。実際、病棟専任の薬剤師が病棟薬剤業務を1病棟、または治療室1週間につき20時間相当以上実施した場合に評価する加算があります。

薬剤管理指導料は以前からありましたが、今回の改定では、退院に関する退院時薬剤情報管理指導料がさらに評価されるでしょう。高齢者の増加によって再入院が増えています。退院するのは病状が改善したからですが、実は病気が治ったわけではなく自宅で療養していくことになります。しかし、病院は退院後のことまで細かくケアできないことが少なくありません。そこで、退院後の在宅療養でのフォロー体制をつくることに対する診療報酬が考えられたのです。

薬剤師には薬剤管理指導という入院中の指導があり、退院時には退院時薬剤情報管理指導料もあります。入院中の薬を記したお薬手帳の管理だけでなく、退院時に間違いなくその薬を飲むようにするにはどうしたら良いかを考えて指導するこ



資料を示しながらわかりやすく解説する酒井氏

とで得られる報酬です。例えば、入院中に薬を飲みながらなかったり、薬に対する理解が浅かったりする患者さんに関し、家族構成などを聞いて一人では薬は飲めないだろうといった情報などを地域の調剤薬局につないでいった薬剤師に対して加算されるのが、退院時薬剤情報管理指導料です。

さらに退院時薬剤情報連携加算では、薬剤師から、例えば、急性期の短期間の入院中にその薬が出た理由やその薬が減った理由を地域の調剤薬局に文書で渡すと加算されます。これは地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟ではマルメですが、DPC制度では出来高になります。つまり、薬剤師の活動次第で加算されますので医療機関にとっては非常に貴重な報酬となると思いますが、この加算のことを知らない薬剤師も少なくありません。

薬剤総合評価調整加算は先ほどお話ししたとおりです。連携充実加算は、外来化学療法を受ける患者さんに対し、薬をもらう調剤薬局に化学療法のレジメン（治療計画）を提供すると加算されるものです。調剤薬局で化学療法を受けた患者さんを指導してもらうのがねらいです。また、周術期薬剤管理加算や術後疼痛管理チーム加算もあり、これはオペ室の薬剤師が術後疼痛に寄与することで医師の負担軽減を図ることを目指しています。

## かかりつけ医機能と医療提供体制

### ●外来機能報告

課題4は、「『かかりつけ医機能の充実・強化』が及ぼす医療提供体制」です。地域医療構想の一環として、外来機能報告が始まっています。地域医療構想とは、具合が悪くなった患者さんを病院がどのように役割分担して診ていくのかを決めていくものです。これまでは、具合が悪くなったら急性期、治療が終わってリハビリが必要だったら回復期、退院が難しかったら慢性期という役割分担でした。専門的治療が必要な場合や退院直後での外来は急性期で、いわゆる大病院が担っていました。しかし今後は、日常的な診療はかかりつけ医が担うという考え方になりました。基本的に、

定期処方ばかりつけ医という認識です。

外来機能報告とは、各医療機関の病棟がどういう役割かを報告する病院報告と同様に、外来でも各病院がどういう機能を担っており、今後どういう外来機能を担う予定かを報告するもので、その提出が始まっています。

外来機能報告には、大きく分けると、かかりつけ医機能、紹介受診重点医療機関の2つがあります。紹介受診重点医療機関は、紹介患者さんを中心に専門的な医療を行う外来で、患者さんの症状が落ち着いたときには、かかりつけ医に逆紹介して戻します。それを行えば、2020年改定で設定された診療報酬により、今年秋から紹介実施予定の紹介受診重点医療機関加算が算定できます。

### ●紹介受診重点医療機関のメリット

実際、私が顧問となっている医療機関でも、紹介受診重点医療機関になるために逆紹介を開始して外来を縮小しているところがあります。そのことで分かったことがありました。その医療機関には500人の外来患者さんがおり、客単価をシミュレートすると1000点未満が15%、つまり15%の外来患者さんは1000点未満だったのです。診療報酬点数は1科目100%ですが、多くの診療科がある総合病院で患者さんが1日に複数の診療科を受診した場合、2科目は半額になり、3科目からの診察代はゼロになって処方箋料しか取れません。処方箋料は680円とか400円にしかならないのです。しかし、そういう患者さんは、例えば、4科を受診していれば4つのクリニックに逆紹介することができます。この仕組みを各クリニックが理解して、急性期病院に自分のクリニックをアピールしたり、急性期病院と連携したりしておく、逆紹介の確率はかなり高くなります。そして、それに伴い医療機関の機能分化が促進されます。現在、75歳以上、あるいは65歳以上といった一定の年齢の患者さんに対し、かかりつけ医を持つことを義務づけていこうと進めているところでは、

かかりつけ医を浸透させ、外来機能を分化させていくねらいは、患者さんの疾病だけを診るのではなく、患者さんの生活環境までを把握できるか

かりつけ医の機能に期待して、患者さんの病状ができるだけ悪化しないようにすることなのです。ですから私は、診療報酬は単なる収入増だけでなく、患者さんにとってメリットのあることを推進するためのものであり、その端的なものが、かかりつけ医機能の診療報酬だと考えています。

かかりつけ医機能の診療報酬を算定するとその機能を実行しなければならないので、かかりつけ医機能はより浸透するようになります。例えば、外来管理加算の要件を満たす診療を行うことで専門医療機関への紹介につながります。外来管理加算の算定には、患者さんに対して「きちんと高血圧の薬を飲んでください」「他に気になる症状はないですか」など、声をかけなければなりません。その結果、患者さんから膝がちょっと痛い、目が見えづらくなったなどの話があった場合に専門医療機関を紹介すると、早めの治療につながって完治するかもしれません。専門医療機関に紹介して治療した患者さんは、また戻ってくる可能性が高いと思います。一方、専門医療機関を紹介しないと、膝が痛い患者さんは自分で大きな病院を受診してしまうかもしれませんし、そうすると内科もその病院で診てもらおうようになるかもしれません。

ですから、外来患者さんを減らさないためのヒントは、実は機能分化強化の診療報酬にあるのです。このことは、医師だけが知っておけば良いというものではありません。看護師が患者さんに何か気になるところはないかを聞くだけでも、違ってくるのです。こうした取り組みについても、医薬品卸の皆さんが医療機関を訪問したときに情報として伝えていただければと思っています。

繰り返しになりますが、機能分化強化を評価した診療報酬には、来院患者さんを減らさないためのヒントがあるのです。

## オンライン診療・地域医療・ 介護施設医療

### ●医療と介護の複合ニーズ

課題5は、「オンライン診療の推進」です。2025年に団塊の世代が75歳以上になり、今後、85歳以

上の高齢者が増えてきます。その85歳以上の高齢者の要介護認定率は6割になっています。

介護認定を受けた人は、自ら医療機関に行けないような状態です。誰かに連れて行ってもらわなければならないため、毎月1回受診していたところを3か月に1回しか受診できないようなことが起こります。私の義理の母も、受診回数を3か月に1回に減らしましたが、毎月医師に診てもらったほうが良いと思っています。

そこで、ニーズが高まるのがオンライン診療です。オンライン診療であれば、自宅で診察が受けられます。義母のかかりつけ医がオンライン診療を行っていただければ、私の在宅勤務時に義母を受診させることができます。実は私も東京の皮膚科のオンラインクリニックを受診しており、処方薬は福岡で入手しています。とても便利です。

このような「成長戦略フォローアップ」はすでに始まっています。例えば、オンライン診療がなかなか受けられない高齢者向けには医療MaaSがあります。訪問看護師が車で患者さんの自宅近くへ行き、そこで看護師がオンライン診療につなぐというものです。車には点滴や心電図、エコーなどの医療機器が積まれていて、医師の指示の下で看護師がエコーを使って情報を送ることができ、もし患者さんに脱水症状が見られれば点滴治療を行うこともできます。私の知っている事例では、高知県の室戸岬近辺の病院で行っています。オンライン診療で医師に処方箋を出してもらい、実際の処方箋は自宅近くの薬局が行っています。薬局は医療機関の隣でなくても構わない、という取り組みが始まっているのです。

### ●2040年版地域医療構想の変化

課題6は、「2040年版地域医療構想の変化」です。地域包括ケアシステムを水平的連携で支えるには、急性期、回復期、慢性期という流れがあります。水平的連携では、在宅の患者さんの具合が悪くなると24時間対応の訪問看護コールセンターなどに連絡が入り、それを受けて看護師が訪問し、オンラインで医師につないで、食事が取れていなければ自宅で点滴などの処置をします。

また、患者さんが一人暮らしでトイレに行けない可能性がある場合などは、地域包括ケアシステムを支える病院や有床診療所に念のため入院させます。そして、できる限り早い段階で、続きの治療を在宅で行えるようにします。この続きの治療を在宅で行うとなると、訪問看護ステーションにある程度、薬を置いておく必要があるでしょう。今後、同時報酬改定へ向けた意見交換会で、どういふ意見が出てくるかが注目されるところです。

### ●高齢者施設等における医療の拡大

課題7は、「高齢者施設、障害者施設等における医療の拡大」です。すでに老健での治療が始まっており、今後、軽症の治療は急性期病院ではなく地域包括ケア病棟、さらに軽微の場合は老健で治療するようになります。実際、肺炎や尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎は老健で治療することを評価されており、10日間475単位の療養費が出ます。具合が悪いからといって病院への転院者が増えると、在宅復帰率が下がります。その意味では、老健で治療することがとても重要になってきます。いまは肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎が対象ですが、今後、対象疾患は増えていくのではないかと考えています。

また、老健のショートステイという短期入所では疾病の縛りがありません。微熱や脱水等の処置でも、1日275単位の総合医学管理加算があります。要するに医療の流れが変わってきており、ちょっとした疾病の治療はそのまま老健で、あるいは特養で、となってくるでしょう。

そうになると、薬の在庫をどうするかが、老健の悩ましい問題になっています。薬の在庫を多く置いておけないし、常に同じ疾病が発生するわけではないからです。その点に関して、医薬品卸の皆さんから提案いただければと思っています。

## 調剤薬局の24時間対応

課題8は、「調剤薬局の24時間対応」の評価です。かかりつけ医報酬の中には地域包括診療料があり、結構高額です。そのため算定したいという医療機

関はあるのですが、ネックになっているのが24時間対応の調剤薬局の存在です。

例えば、病院が地域包括診療料を算定するには、24時間対応の薬局に処方を出さなくてはなりません。もしくは、院内処方にしなければなりません。実際、24時間対応調剤薬局が一番ネックになっているというデータがあり、私が顧問となっている医療機関でも院内処方を考えているところがあります。中でも、透析を行っている医療機関が真剣に院内処方を考えています。というのは、地域包括ケア病棟と回復期しかないので、薬剤管理指導料が取れないからです。病棟薬剤の加算も取れませんので、院内処方に切り替えて、かかりつけ医報酬を算定しようということになるわけです。在庫管理の問題はあるものの、私はこういう医療機関が増えていくのではないかと考えています。

以上、診療報酬や介護報酬の改定で、医療は変わろうとしています。しかし、最初に申し上げたとおり、コロナ禍に追われて正確な評価と意味合いを理解していない医療機関は少なくないと思われます。ですから、医薬品卸の皆さんにその情報を提供していただけたらと思っています。そのようなお願いをして、本日の話を終えさせていただきます。ご清聴、誠にありがとうございました。



医療機関からの相談も含め懸念される8つの課題を提示