

特集 2022年改定と制度改革議論を読み解く

2022年診療報酬改定や制度改革について、識者5名に読み解いていただき、これからの病院経営、薬局経営の方向性について提言いただきました。

PART I 座談会

連携新時代に向けた病院経営のあり方

—2024年同時改定への道程、重要ポイントを語る—

「外来機能分化」「医師働き方改革」「感染症対応の医療提供体制」の3つのキーワードを軸に、2024年診療・介護報酬同時改定等を見据えた病院経営の方向性について議論いただきました。



医療法人池慶会 池端病院 理事長・院長
日本慢性期医療協会 副会長
池端幸彦 先生

学校法人東邦大学 名誉教授
一般社団法人 日本私立医科大学協会 参与
小山信彌 先生

社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ 相談役
日本ジェネリック医薬品・バイオシミラー学会 代表理事
武藤正樹 先生（司会）

PART II 対談

2022年改定、薬局制度改革議論から考える「薬局の将来像」

「調剤報酬体系の再編」「リフィル導入」「調剤業務の一部外部委託」等を切り口に、これからの薬局・薬剤師のあり方について議論いただきました。



一般社団法人 保険薬局経営者連合会 会長
山村真一 先生

ファルメディコ株式会社 代表取締役社長
狭間研至 先生

医療機関の働き方改革(前編)

医師の時間外労働規制、A・B・C水準について

医師であり、厚生労働省の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の構成員も務めたハイズ(株)の表 英洙先生に、医療機関の働き方改革についてお聞きしました。



ハイズ株式会社 代表
慶應義塾大学 特任教授
表 英洙 先生

PART I 座談会

連携新時代に向けた病院経営のあり方

—2024年同時改定への道程、重要ポイントを語る—

医療法人池慶会 池端病院 理事長・院長
 日本慢性期医療協会 副会長 池端幸彦 先生
 学校法人東邦大学 名誉教授
 一般社団法人 日本私立医科大学協会 参与 小山信彌 先生
司会
 社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ 相談役
 日本ジェネリック医薬品・バイオシミラー学会 代表理事
 武藤正樹 先生

2022年改定では連携強化を求める内容が多岐にわたり、その意味では連携評価が新たなフェーズへ入った感があります。本座談会では、いずれも「連携」がポイントである「外来機能分化をどう進めるか」「医師の働き方改革」「感染症対応の医療提供体制」の3つのキーワードを軸に、2024年診療・介護報酬同時改定等を見据えた病院経営の方向性について議論いただきました。

2022年改定、私はこうみる

武藤 2022年診療報酬改定は新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の教訓を踏まえながら、効率的・効果的で質の高い医療体制をどう構築していくかがテーマとなったようです。そこでまずはお二方に2022年改定の印象から伺いましょう。

池端 コロナ禍で大幅な改定はできないと思っていましたが、結果的にはメッセージ性の強い大胆な改定になったと思います。財源問題もあり、急性期充実体制加算等々でしっかりした急性期を評価する一方で、質的に中途半端なところには厳しく、そこを少し整理したいという当局の思惑も感じました。

武藤 小山先生、いかがですか？

小山 ポイントは急性期医療に対する評価ですね。それもかなり高い評価があった。例えば400床から500床規模の大規模病院がコロナ禍もあって非常に大変だということを見て、そこで頑張っている病院に対してはすごく高い評価を付けている。こういうところは当局も見るところはちゃんと見ている。一方で、急性期病院でも低密度で対応できる医療しか行わない、いわゆる“なんちゃって急性期(名ばかり急性期)”がありますが、ここは厳しくされています。それと今回、強いメッセージ性を感じたのは敷地内薬局のあり方についてきちんと方向性を示したところです。急性期充実体制加算の要件の中で、「特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がないこと」と敷地内薬局が否定されている。

武藤 総合入院体制加算1の病院で敷地内薬局があ

るところが結構ありますね。

小山 そこは急性期充実体制加算からはじかれます。同加算は“スーパー急性期”とも言われていて、総合入院体制加算の上のレベルの新設点数で、取れないのは地域の基幹病院にとって経営面の大きなデメリットになります。「敷地内薬局はある意味邪道で、いわゆる医薬分業の流れから外れていますよ。」という当局の強いメッセージだと思いますね。

武藤 池端先生は中医協委員として改定の議論に加わっておられますが、敷地内薬局問題、ここはどう捉えますか？

池端 厚労省は「急性期・高度急性期病院の患者は地域の診療所や中小病院に帰すこと、基本的には(地域連携薬局等との)役割分担を推進しているので、敷地内薬局の展開は想定していない」との説明でした。急性期充実体制加算の“敷地内薬局外し要件”は中医協でもそれほど深く議論されたわけではないです。むしろここは、当局の強い思いの部分だと推察しています。今後はそれを前提に判断していかないといけないということでしょう。

武藤 この敷地内薬局外し要件、特定機能病院などにも広がりますか？

小山 それはないと思います。今回の改定で敷地内薬局について「新たな誘致提案等はしないほうがいいよ」というメッセージが伝わったのではないかと思います。

武藤 それから地域包括ケア病棟(以下、地ケア)の減算、在宅復帰率等の要件厳格化は結構インパクトがありましたね。これはどう見ますか？

池端 地ケアは地域の医療ニーズや自院機能に合わせ、急性期ケアミックス、ポストアキュート、サブアキュートとカスタマイズできるのが特徴でした。ポストアキュート機能だけでもその役割が認められていたわけです。今回、サブアキュートや在宅復帰の重視といったように、地ケアに求める機能がある程度明確にしてきた。そういう意味では創設から8年が経過して地ケアも量から質の段階に入ったのだと思います。

小山 地ケアにはこれまで診療報酬上、割と高い評価がされてきたわけですが、改定ごとに減算されてきている。これは“なんちゃって急性期”の評価と同じで、「それなりの仕事をしないとやはり存在意義がありませんよ」ということだと思います。

武藤 池端先生、これからの地ケア、どう位置付けますか？

池端 2024年改定も含め地ケアの適正化は続くと思っています。環境はより厳しくなるでしょう。生き残り策としては、ポストアキュート、サブアキュート、在宅復帰支援という地ケアの3つの役割をきちんと意識することです。もっと言えば、ポストアキュート機能と在宅患者の急変を地ケアで直接受けるサブアキュート機能をどうやって拡充していくかでしょう。在宅療養支援病院の届出も、重要な選択肢となります。総じて今回改定で見えてきたのは、慢性期、療養型、地ケアいずれにしても、しっかり在宅をやること、これに尽きるということだと思います。在宅をしっかりと

やることがこれからの中小病院の地域密着型のあり方だということですね。そういうメッセージが地ケアの改定に込められていると見ました。

武藤 いずれにしても今回の改定内容には「次回(2024年)はこうする」という布石が含まれているはずですが。2024年は介護との同時改定年であり、働き方改革、第8次医療計画のスタート年、地域医療構想(2025年目標)も入ってくるなど大きな改革の年になります(図1)。こういった改革の日程を見据えた経営対応を考えていかなければいけないということだと思います。

改革テーマを病院経営視点で読み解く

武藤 2022年改定、昨今議論されているポストコロナの医療提供体制の改革論議は、これからの病院経営の重要なテーマです。そこから3つのキーワードを切り出し、議論していきたいと思っています。いずれも連携強化が軸になる話です。

キーワード① 外来機能分化をどう進めるか

武藤 1つ目として外来機能分化¹⁾をピックアップします。外来機能の明確化を目的に2022年9月から「外来機能報告制度」がスタートするなど大病院の外来機能分化の流れの中、紹介患者を中心に診療する「紹介受診重点医療機関」という新類型ができましたね。ま

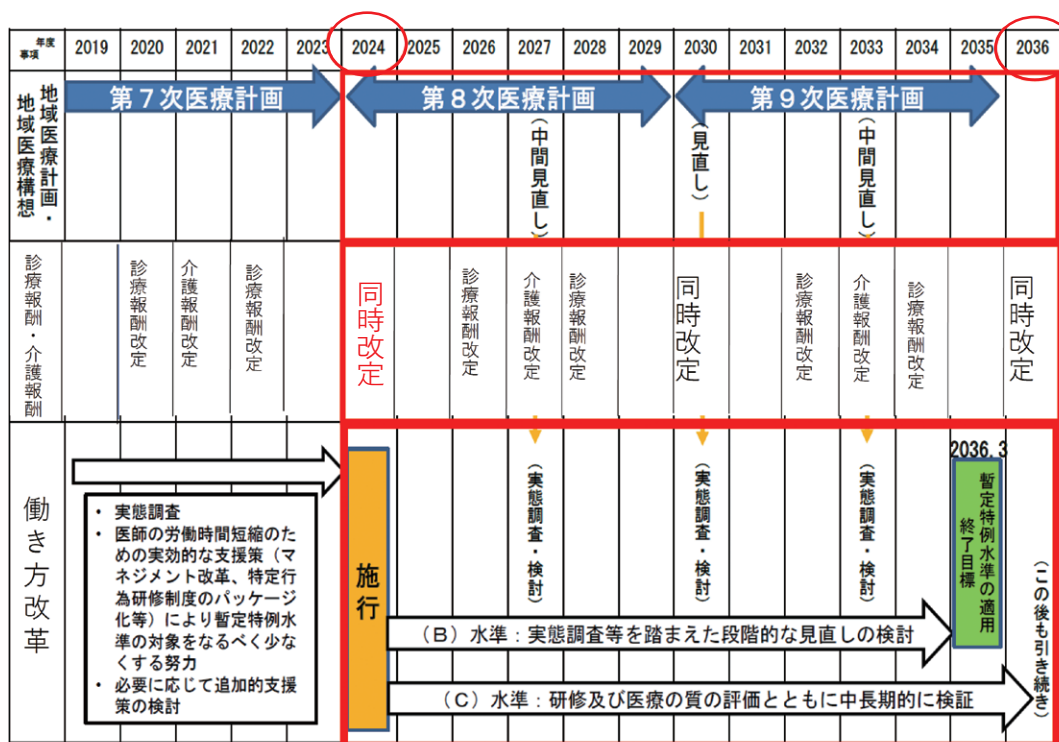
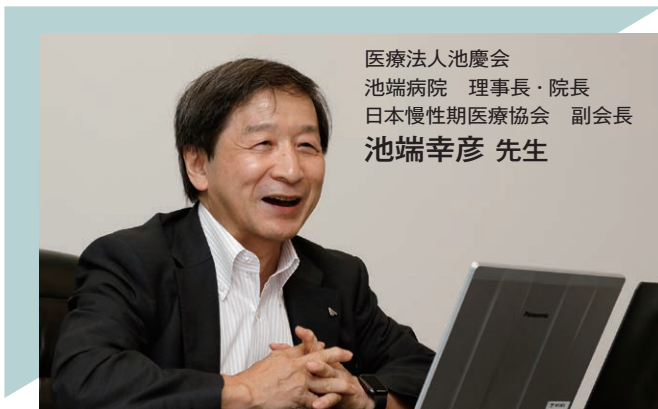


図1 改革工程 2024年は診療・介護報酬同時改定(厚生労働省資料を基に武藤先生が作成)



医療法人池慶会
池端病院 理事長・院長
日本慢性期医療協会 副会長
池端幸彦 先生

ず、これをどう見るかです。小山先生、いかがですか？

小山 この議論では当初、一般病床 200 床以上の病院はすべて対象というものでしたが、地方の病院に配慮して手挙げ方式になった経緯があります。この紹介受診重点医療機関はかかりつけ医機能をどうするかの議論とセットになるものです。まず地域のかかりつけ医療機関を受診し、そこから紹介受診重点医療機関を紹介してもらうという患者の流れを強化することを目指すものです(図 2)。その観点から紹介状なし患者からの特別負担徴収義務が紹介受診重点医療機関(一般病床 200 床以上)にも課されることになっています。

武藤 また今回、紹介率・逆紹介率は紹介割合・逆紹介割合と名称変更され、紹介率・逆紹介率が低い病院における初診料・外来診療料の減算規定が見直されました。特に今回は逆紹介割合の算定法の分母に再診患者数が入ることになっている。紹介割合・逆紹介割合は減算とセットになっていて病院経営に大きく影響するものです。とすると、なかなかスムーズにはいかない逆紹介要件のクリア、どういう手立てでやるかも重要です。

小山 私はそんなに難しく考える必要はないと思います。当初、大学病院の外来数は 1 日 3000 人を超えていて、そのとき全国医学部長病院長会議で「外来人数を減らして入院医療に特化していこう」と提案したわけですね。今では大学病院の外来の人数は平均で 2000 人を割っていると思います。方針として、「既

存の患者さんを急に逆紹介して戻すことは非常に難しいから、今日紹介されてきた患者さんは必ず戻すこと」を掲げました。こうすることで患者さんも納得した形で戻る。

武藤 まず新患から始めるということですね。逆紹介割合向上のポイント(図 3)で挙げたように、患者さんの「縁切り不安」の解消は地域の基幹病院にとって大事です。また今回改定で導入されたりフィル処方せんも有用でしょう。これは一定の期間内 3 回まで医師の診察なしで同じ処方せんを利用できるというもので、大病院にとってはうまく使えば再受診率低減にも役立つのではないかと思います、ここの効果はどうお考えですか？

小山 大学病院はまだほとんど使っていないと思います。すでに生活習慣病等の患者さんには 90 日長期処方方で対応しています。逆に 90 日処方の患者さんにリフィル処方せんを出すとなると 1 年近く受診しないことになり、それはそれで医療の質において問題が出てきます。

武藤 そうするとやはりリフィル処方せん、普及という意味ではなかなか先行きが思いやられますね。

池端 リフィル案件は実は内閣府から大臣合意を経て直に降りてきた話で、中医協でも今回はまったく議論なしでした。そういう意味では、十分コンセンサスを得たようには思えません。

小山 それと出すほうの医師、特に開業医にとってはデメリットしかないので、どう考えても普及するとは思えないですね。

1) 2022 年改定では外来在宅共同指導料の創設、機能強化加算・地域包括診療料の見直し、紹介受診重点病院の創設、連携強化診療情報提供料の新設等が外来機能分化を推進する内容とされる。

キーワード② 医師の働き方改革

武藤 次に医師の働き方改革。全体としてはいろいろな取り組みがあると思いますが、まさに 24 年 4 月から医師の時間外労働時間の上限規定(図 4)がスタート²⁾して、まず B 水準超え、時間外労働 年 1860 時間超えの医師が消えるわけですね。そういう意味で

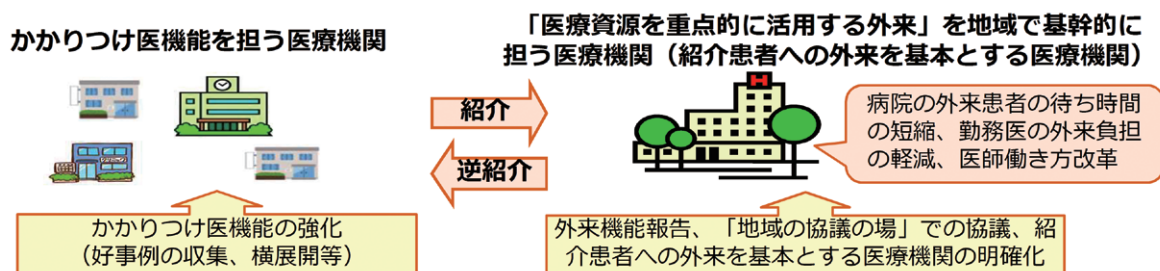


図 2 紹介受診重点医療機関のイメージ(厚生労働省資料より抜粋)

は医師不足、さらには地域医療の崩壊まで取りざたされていて、病院経営にとっても大きな問題です。小山先生、大学病院の状況はいかがですか？

小山 勤務医の時間外労働 1860 時間超えは全体の 10%程度というのが令和 2 年のデータですが、それは医師の在院時間だけを単純集計したらそれだけいたという話で、最近の詳細データでは多くても数%いるかどうかのようです³⁾。宿日直許可も難しそうな産科でも問題なく取れているようですし、1860 時間超えが 2024 年ではほぼゼロになるのはそんなに大きな問題もないし、影響もないというふうに考えています。

武藤 池端先生、地域の病院への影響はいかがですか？

池端 私は地方の医師過疎地域で、人口は少ないが一定程度の救急ニーズはある中小の急性期病院なんかが一番困るのではないかと考えています。宿日直許可は取れないが、夜勤を含めて医師を常勤だけで全て配置することはできないというような、ギリギリの体制でやっている病院には結構影響が出るのではないかと見えています。

武藤 そこは心配です。小山先生、世間で言われているような大学病院の“派遣ストップ”、地域の病院への派遣に支障はないと見てよいのですか？

小山 全然ないことはないと思います。特例水準が取れないところが“出せない”というのは事実ですので、地域の医療機関にとってはやはり診療体制、医師配置の再検証等念入りな対策が必要だと思います。

武藤 上限規制適用までの医療機関の対応のおおまかな流れとしては、医師の時間外労働時間を適切に把握して、自施設に適用される B、連携 B、C、C-1 といっ



た水準の申請となるわけです。院内作業として、医師労働時間短縮の取り組みがあるのですが、ここはタスクシフティングとかマネジメント改革といった手法があると思います。この時短系改革に一番効くのはなんでしょうか？

小山 そこは院内意識改革だと思います。つまり医師の在院時間イコール労働時間ではないという考え方を周知していく。ただ病院の中にいる時間のうち、働いているのか、それとも自己研鑽をしているかの切り分けは結構難しい。ここは大学病院でも頭を悩ませているところです。自己研鑽ということでは学位論文書くのも、学会発表するのも、最終的には病院のためにもなる。ですから労働だと言われると否定もできない。そこは病院側と勤務する医師がお互い理解をしながらルールを決めてコンセンサスを得ていくしかないですね。もう一つのポイントはこの働き方改革を何のためにやるのか、例えば、「誰もが心身の健康を維持しながらいきいきと医療に従事できる環境づくり」といった目指すところを若い医師にも理解してもらうことで

① リフィル処方

- ・リフィル処方を活用して再受診率の低減
- ・リフィル 3 回まで可

② 地域連携パスの活用

- ・節目定期受診を入れた地域連携パスを患者に渡してかかりつけ医に逆紹介
- ・地域連携パスに逆紹介先へ節目検診の紹介状ひな形を添付
- ・患者の病院との「縁切り不安を解消」役立つ

③ 逆紹介希望の患者アンケート調査

- ・逆紹介を言い出しにくい患者のため、逆紹介希望アンケートを定期的を実施
- ・逆紹介希望患者の掘り起こし

④ 逆紹介外来センターの開設

- ・逆紹介先を探したり、紹介状、多科診療の患者の処方箋整理、逆紹介状の作成など
- ・総合診療科の外来が地域医療連携室と協働して行うのがふさわしいだろう。

⑤ 逆紹介データベースを作成

- ・逆紹介できる診療所の機能をあらかじめ調査して、データベース化
 - ・(例) インスリン治療患者の受け入れの可否、がん患者の受け入れの可否など
- ・逆紹介パターンのデータベース化
- ・U ターン (紹介元に返す)
- ・I ターン (紹介状を持たずに来院した患者の逆紹介)
- ・J ターン (紹介元とは別の医療機関に逆紹介する)
- ・こうしたデータベースを逆紹介に活かす

図 3 逆紹介割合向上のポイント(武藤先生資料より)

- ・超過重労働（上位 10%、2 万人）の時間外労働短縮が最優先事項
 - ・「時間外労働 年 1860 時間」は 36 協定でも超えられない上限
- ・水準 A（2024 年度以降適用される水準）
 - ・勤務医に 2024 年度以降適用される水準
 - ・時間外労働 年 960 時間以内・月 100 時間未満
- ・水準 B（地域医療確保暫定特例）
 - ・地域医療確保暫定特例水準
 - ・時間外労働 年 1860 時間以内・月 100 時間未満
- ・水準 C（技能向上）
 - ・若手医師が短期間に集中的に行う技能向上のため
 - *連続勤務時間制限 28 時間、勤務間インターバル 9 時間
 - ・働き方改革を進めるためには、地域での医療連携、さらには医療機関の集約も必要

図 4 医師の時間外労働時間の上限規定のポイント(武藤先生資料より)

すね。

武藤 意識改革ということでは、年配の医師の考え方も改めない。

池端 私らの時代は、朝早く来て、夜遅くまで病院に居て、それから帰るのが当たり前でした。用がないからとさっさと帰ろうものなら、「やる気がないのか！」と酷く怒られていましたね(笑)。

小山 そうですよ。いわゆる上にいる人たちが、その認識をまず持って、「帰れるときは帰ろうよ」という院内風土をつくること。そこの意識改革がいちばん大事なかなと思っています。

2) 医師の時間外労働時間の上限規定については本誌記事「医療機関の働き方改革(ハイズ株式会社 代表/慶應義塾大学 特任教授 斐英洙先生)」参照。

3) 時間外労働時間が 1860 時間を超える医師は全体で 2.4%程度にとどまる(2022 年 8 月 17 日 社会保障審議会・医療部会)

キーワード③ 感染症対応の医療提供体制

武藤 2022 年改定では、新型コロナウイルス感染症を契機に、医療機関はもとより地域単位での感染症対応の医療提供体制構築が不可欠ということから、従前の入院における感染防止対策加算から感染対策向上加算(加算 1～加算 3)の拡充と、クリニック外来における加算の新設が行われました。運用に当たっては多少の混乱もあるようですね。

小山 改定は加算 1 の病院を中心に地域医療機関全体が連携し、地域全体の新興感染症を含めた感染対策を整えていく意図のようです。ただ旧加算 1 を取っていたところが加算 1 を取れなくなって、加算 2、加算 3 の医療機関が連携先に困るという問題が出てきましたが、疑義解釈を経て収拾したようです。

池端 私のところにも、これまで加算 1 を取ってコロナ診療をやってきたのに、改定で取れなくなったのはおかしいといったクレームがたくさん来ました。今回改定の感染対策向上加算の目的はすそ野を広げるところにあったのだと思います。診療所を含めた全ての

医療機関で感染対策をやってほしいという思いから、今回の形になったと理解しています。連携をかなり強調したので、地域で調整しないと連携ができないケースも出てきましたが、そういう混乱の中で感染症はネットワークが大事だという認識は徐々に広まっています。

小山 一方でコロナ感染症の重点医療機関であって、加算 1 を取っている一部の医療機関でコロナ診療は一切行っていないところがあるなど問題点もあります。

武藤 もう一つ、新型コロナウイルス感染症を契機に明らかになったのは医療と介護を両方、一気通貫するような感染症対策が必要だということで、2024 年の同時改定に向けてそういう議論も始まっていくでしょうね。

池端 今回の加算 2 や 3 を取っているところの介護施設との連携については、地域医療計画の中でも議論されていくと思いますね。それとコロナも第 7 波の現状を経験して分かってきたことは、もはや重点医療機関だけではなく、一般の入院医療施設でも軽い人は受けるようにしていかないと、非コロナの医療も含めて医療提供体制が持たなくなりつつあるということです。特に今、問題なのは、介護度は非常に高いけれども、コロナは軽症だという患者さんが大病院に入っている。今回すそ野を広げたことで、そういうミスマッチがなくなる契機になることが期待されます。

小山 介護と医療の一番の問題は“お金の出どころ”が違ふところなんです。そういう意味では武藤先生がおっしゃるような一気通貫で対応できるような知恵を出していかないといけないと思います。

池端 その関連で申し上げますと、今さかんにかかりつけ医機能をどうするかの議論がなされていますが、これからは診療所だけじゃなくて、ある程度病院も在宅支援をやっていかないと、わが国の在宅医療は成り立っていかないのではないかと考えています。そうい

う意味ではかかりつけ医機能は中小の病院も含めて、議論していかないといけないのではないのでしょうか。

小山 確かに在宅支援のところでは24時間365日を全部診療所に任せるのではなくて、できれば200床ぐらいの病院が、地域包括ケアシステムの中でもって、有益に動けるような仕組みをつくっていかないといけないと思っています。そこは池端先生がおっしゃったように、病院も含めて、かかりつけ医機能を考えていく必要がある。

武藤 そうですね。200床以下の病院および診療所、その中でかかりつけ医機能を考えていく、そういう視点でしょうかね。

持続可能な医療提供体制について

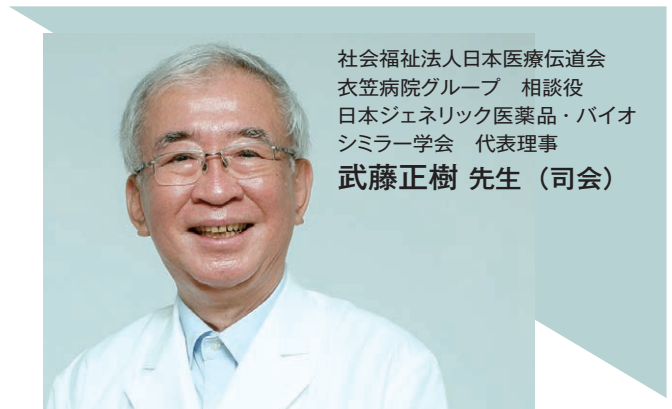
武藤 持続可能な医療提供体制を考える上で財源問題も重要です。今回改定では医療費適正化の観点からジェネリック医薬品・バイオ後続品(バイオシミラー)の使用促進策やリフィル処方せん等が導入されています。もちろん、2024年度以降の改定でもますます適正化の視点は重要になっていくと思います。その意味ではジェネリック医薬品の供給混乱は様々な問題を提起したと考えます。そこでお二方にジェネリック医薬品のこれからのあり方について一言いただいて座談会を締めたいと思います。

池端 私の地元にあるジェネリックメーカーのことではご心配をおかけしました。ことはジェネリック医薬品が発端ですが、今や一般薬も含めた医薬品全体の問題となっているのではないかと思います。つまり医薬品全体の機能の中でどこかが目詰まりを起こしてきていて、その要因の1つに薬価の行き過ぎた適正化が絡んでいるのではないかと、そこは考える必要があると個人的には感じているところです。

武藤 小山先生、いかがですか？

小山 先発品企業に比べてジェネリック企業の収益率が低いことから、さまざまな影響があると思っています。ですから、戦後からずっと続いてきた薬価の決め方を、もうそろそろ根本的に変えないと、海外からよい薬が来なくなるし、日本の中でのイノベーションもじり貧になってしまう。私も池端先生と同様で、薬価に関しては、もう一度、原点に戻って考える必要があるのではないかと考えています。

武藤 いろんな問題が複合的に構造的に、この問題にかかっていると思うのですが、もう一つの問題は、やはり、我々医師が、薬の使用の仕方を考え直す必要がある。これからはなんでも薬を使うのではなく、一定



社会福祉法人日本医療伝道会
衣笠病院グループ 相談役
日本ジェネリック医薬品・バイオ
シミラー学会 代表理事

武藤正樹 先生 (司会)

のルールで使う。例えば、フォーミュラリのような一定のルールの中使う薬を絞り込んでいくことも必要ではないかと。これが医薬品の供給体制の安定化にとっても非常に重要なことだと思っています。

小山 僕は大学病院にいるので、大学病院の中で、やはり、教育という意味で、フォーミュラリを使いたいというふうな感じですね。それをしないと、やはり、今、先生が言った通り、使う順番があるわけだから、使う順番を決めるのがフォーミュラリだと思っているので、そういうような方面だったらいい。

武藤 使用する薬を絞り込んでいく、これは病院でも同じですよ。それを地域に適合すると地域フォーミュラリになるわけですが、そういうルールがないともはや今のような供給体制の中ではやっていけないのだと思いますけどね。

池端 純粋な地域フォーミュラリが立ち上がってほしいのですが、ステークホルダー等がたくさんいてそこはなかなか難しい。私はむしろ、ポリファーマシー、残薬対策を今以上に徹底的にやることのほうが有用な気がしています。

武藤 フォーミュラリに関しては様々な議論があるのは承知しています。2024年の第4期の医療費適正化計画がありますが、その中にフォーミュラリを搭載するという議論もされています。そうなればいずれ都道府県別フォーミュラリを立ち上げるということも想定できます。私はフォーミュラリもこれからの医療の重要なキーワードと考えています。

いずれにしてもわが国が少子高齢化していく中で本日議論いただいた制度改革、キーワードには入れませんが医療のDX問題も含めてきっちりした対応が求められてくるのだと思っています。池端先生、小山先生、本日は貴重なお話をありがとうございました。

(座談会収録 2022年7月20日 zoomにて)

PART II 対談

2022年改定、薬局制度改革議論から考える「薬局の将来像」



山村真一 先生

一般社団法人 保険薬局経営者連合会 会長

2022年（調剤報酬）改定、直近の薬局制度改革議論を読み解き、薬局経営者・薬剤師はどう行動すべきか、何を準備すべきか等これからの薬局、薬剤師のあり方を、山村、狭間両先生の独自切り口でご提言いただきました。



狭間研至 先生

ファルメディコ株式会社 代表取締役社長

2022年改定を総括する

山村 2022年改定における調剤管理料の新設等は世間では“紀平改定”¹⁾と呼ばれるように、思いの外大胆な改定だったと思いますが、これまでも対物から対人への流れを調剤報酬体系に組み込みたいという当局の意図があったにせよ、それを紀平さんなりの工夫で枠組み変更したようです。まずはここをどう見るかですね。

狭間 たしかに前回までは調剤と薬歴管理という2つのベクトルで評価していたわけですが、今回、いわゆる対物業務の部分を「薬剤調製料」、対人業務の部分を「調剤管理料」および「服薬管理指導料」として、それぞれに評価する調剤報酬体系に再編した。ただ薬局のあり方として、物から人へのシフトは2015年の「患者のための薬局ビジョン」に明示されていて、やっぱりそれを診療報酬とリンクさせてきたな、というのが今回改定の印象です。

山村 実際、調剤報酬面では対物のところは若干厳しくされていますね。この再編で具体的に「対人業務をどう膨らますのか」というところが分かりやすくなった感があるので、現場ではやるべきことがクリアになったという受け止め方もあります。また今回の再編はある意味で次回改定に向けての下地づくりという面もあるかと思います。

狭間 私も物から人へという薬局の評価方法は次回改定以降も当面は続くと思っています。

山村 いずれにしても今の報酬体系が非常に複雑で、ある意味本来業務の展開の足かせになっている面もあると思います。薬局、薬剤師の対人業務への転換は患者さんや国民から見て当然の社会的要請だと思いますので、報酬体系もさらに分かりやすくシンプルな構造になっていくことを期待します。

1) 厚生労働省保険局医療課の紀平哲也薬剤管理官。今回の改定では調剤業務を対物業務と対人業務に整理し、評価体系が見直された。対人中心業務であ

る処方箋受付、患者情報等の分析・評価、処方内容の薬学的分析、調剤設計を「調剤管理料」、対物中心業務である薬剤の調製・取り揃え、最終監査を「薬剤調製料」、調剤時の服薬指導や調剤後の継続的服薬指導を「服薬管理指導料」で評価することになった。

リフィル導入について

山村 2022年改定における話題性としては、なんといってもリフィル処方せんの導入²⁾でしょうか。私自身はこれが改定項目に入ったのはかなり意外でした。ただ導入されたいま、薬局現場の私たちとしてはこのリフィルという小さな芽を可能な限り大きくしたいと考えています。狭間先生はこのリフィル導入、どう受け止めていますか？

狭間 私の周辺でも、例えば大阪府保険医協会から「処方せんの使い回し」といったご意見など、いろいろなリアクションがありました。たしかに開業医さんの場合は再診料等³⁾にも影響することも考えられるので、理解できない話ではない。ちなみに私は医師として1日40人ぐらいの外来を週に1回担当していて、投薬はだいたい28日処方を出している人が多い。このような状況でリフィル処方せんに関してはこの4月からの2カ月間で7人に出しています。またファルメディコ系列の薬局の場合、在宅関連では2カ月間で3枚受けたと聞いています。これは2万枚以上の応需の中から3枚です。いずれにしても普及・浸透に関してはこれからだと思います。

山村 確かに広がり度はまだまだですね。残念ながら、私の薬局でも今のところまだ1枚も受けていません。ただ私も「意外だった」と申し上げたように、今回の導入はすべてにおいて準備不足だったことは否めないと思います。本当にリフィル処方せんを普及させたいのであれば、もっと事前インフォメーションを各方面にきちんとやっておかないといけませんでしたが、今回の突然の導入で処方する医師にも、処方せんを受け取る患者さんに

もなかなか導入意図が十分伝わっていないと感じています。

狭間 リフィル処方せんを出して思ったのは、「これは薬局の力量が試される仕組みではないか」ということです。私のリフィル処方せんを受け取った患者さんがどここの薬局に行かれるかは分かりませんが、その薬局の対応がこれからとても大事になる。つまり患者さんの安全性と薬局の信頼性の問題です。極端な話、リフィルにしたことで患者さんに不利益になるような事象が起きたら、それこそ広がっていかない。応需した薬局はお薬を出した後もフォローしなくてはいけないし、調子がおかしいなと思ったら医師に報告しないといけない。今後、医師のほうは徐々にリフィルに対応していくと思いますから、山村先生がおっしゃるように、もし芽が出て双葉ぐらいになったときに、その芽を摘むような出来事が起こらないようにしていく必要があると思います。まさに薬局にとってはリフィル初年度が正念場だと思います。

山村 当局による制度の周知は当然として、私たち受ける側の準備と覚悟も大事ですね。薬局自身がリフィル処方せんを導入することによるメリットをどう見える化していくか。つまり処方せん1枚1枚を大事にしてエビデンスデータを積み重ねていくことが必要です⁴⁾。それが医師の、「こういう患者さんならリフィルにして薬局に任せよう」という雰囲気につながっていく。薬局、薬剤師が頑張っただけで次回改定までの2年間で基盤づくりをしておかないといけない。

狭間 リフィルに関してはまだまだ情報不足の状態ですから、ジェネリック医薬品普及期のように、行政や保険者団体からリフィルのメリット、例えば「リフィルにしたら医療費がこんなに安くなりますよ」といった広報アクションが出てくることも予測できます。リフィルへの理解が進めば、日々診療に忙殺されているなかで、患者さんから「先生、リフィル処方せん、出ますか?」と言われたときには、「ああ、いいんじゃないの」となっていく可能性も大いにあると思います。さらに言えば、リフィル処方を「ウリにする」ということではないですが、スムーズにリフィル処方せんを出してくれる医師が結果的には患者さんから選ばれるようになってくることも想定できます。

- 2) リフィル処方せんは高血圧症など、症状が安定して長期間同じ薬を服用している慢性病患者を対象に、医師の判断で、一度の通院で最大3カ月分の薬を処方できる仕組み。
- 3) 患者は一度通院した後、2カ月間受診しないので、医療機関側は2カ月分の再診料と処方せん料が減収になる。
- 4) 保険薬局経営者連合会は薬局団体連絡協議会として慶応義塾大学薬学部（堀教授）と共同でリフィル処方せんのアンケート調査、データ作成、論文文化に取り組んでいる。

調剤業務の一部外部委託

山村 では2022年改定に関してはこの辺りにしておいて、次の話題に議論を進めましょう。内閣府規制改革推進会議や狭間先生が説明者として参加された厚生労働省「薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループ」（以下、WG）などで意見が分かれるなど、このところずっと議論が白熱しているのが「調剤業務の一部外部委託」（以下、外部委託）です。この議論を俎上に乗せてきた当局の主張は、「薬局薬剤師の対人業務の推進が必要で、そのためには対物業務の効率化を検討すべきであり、外部委託はその手段の一つと考えられる」といったものです。狭間先生は外部委託に関して積極的な提言をされてきましたね。

狭間 これから薬局、薬剤師の対人業務への転換が不可避になる中で、これをやり遂げるにはまず薬剤師さんの日々の調剤業務による忙しさをなんとかしないといけないと思っています。余裕がなければ服用後のフォローやリフィル、セルフメディケーションにも対応できない。つまり調剤業務の適切な委託は、時間とコストをかけずに、薬剤師さんが対人業務に従事するための時間・気力・体力を確保するための、極めて重要なポイントになると考えたのです。それからもう一つは対人業務を薬局経営的に採算が合うものにしていく必要があると。この2つの観点でWGではお話をしました。

山村 私も議論の行く末はとても気になりました。

狭間 WGで議論中は薬剤師さんから、「外部委託をすれば薬剤師が不要になってしまう」とか、「中小の薬局が成り立たなくなってしまう」といった声が耳に届きましたが、私自身が地域医療の現場で診療しながら、薬局運営や、薬剤師生涯教育・薬学教育に携わる中で、決してそうはならないのではないか、という思いで発言していました。

山村 これから対人業務へのシフトが不可避になるとい

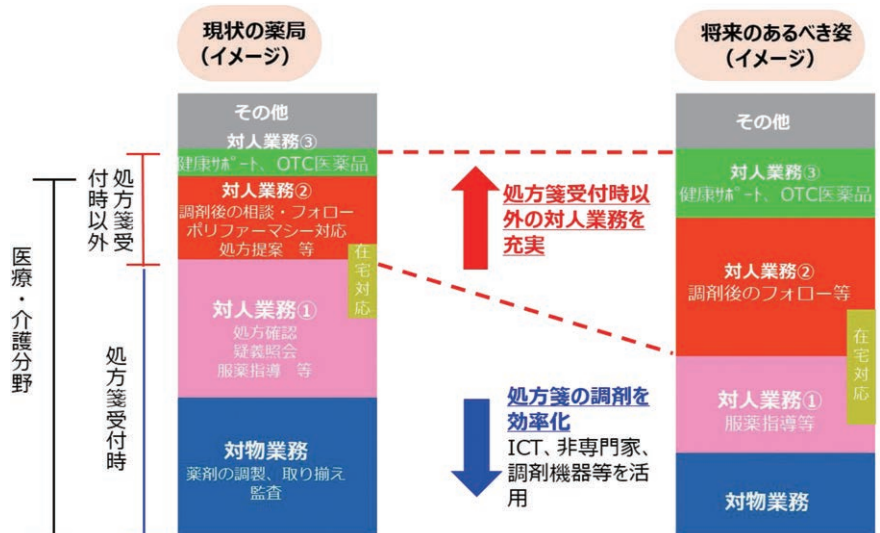


図1 対人業務の充実の基本的な考え方(WG資料より抜粋)

基本的な考え方（第6回WGに意見を踏まえた修正版）

- **薬局薬剤師の対人業務の推進が必要であり、そのためには、対物業務の効率化を検討すべき**である。調剤業務の一部外部委託はその手段の一つと考えられる。
- 外部委託を行うことにより、患者の医療安全（医薬品の安全使用）が脅かされてはならない。このため安全を担保する仕組みが必須である。
- 委託元と委託先の関係について距離制限を設けない場合は、外部委託先の集約化・大規模化が進むと考えられる。これに伴う影響としては、①拠点化による影響（自然災害等に対するリスク）や②地域医療への影響（各薬局の医薬品の備蓄品目数や備蓄量が減少するおそれ、薬局が地域から淘汰される可能性など）が懸念される。
- 外部委託することにより、効率化が図れるかについての検討（検証）が必要である。
- **外部委託については、患者の医薬品アクセスに支障が出ない範囲での検討とすべき**である。例えば、患者に必要な薬剤が必要なタイミングで入手できること、地域における医薬品アクセスが阻害されないことが重要である。
- 現時点では、調剤業務の一部外部委託は法律で認められておらず、実施例が存在しないためにその評価が困難であり、**実施する際は、その効果を検証するという観点から適切な範囲で進めるべき**である。

図2 調剤業務の外部委託に関する基本的な考え方(WG資料より)

う点は全くその通りだと思いますが、果たして外部委託がそのための重要なポイントになるのか、確かに手段の一つかもしれませんが他に考えるべき優先課題があるのではないかと思います。それは、対人業務へのシフト後の薬剤師業務の深掘りです。その議論がないとWGで指摘された懸念が現実的なものになる可能性は十分あると思います。狭間先生が提案されたときは、「パパママ薬局」という言葉が使われていたように、地域の個店薬局の将来や在宅に取り組む薬局へのサポートという視点がありました。このところ大手企業の利益増大にしか結びつかないような規制緩和論が前面に出てきて、薬局改革とはまったく似て非なる方向性になっている。

狭間 確かに途中で議論に入ってきた経団連などの規制緩和論者の方々の議論を聞いていると、山村先生の疑心暗鬼もむべなるかな、と感じますね。ただそこは大手企業の業務集約による過大利益や寡占化の懸念を払しょくするようなルール作りとか、法的整備を行って、慎重に進めていくべきだというのが私の立場です。

山村 その後の報道を見ると、当面は対象業務を一包化に限定、その上で、安全性や薬局側のニーズを踏まえて再度議論するという結論(WG取りまとめ案)に落ち着いたようです。皮肉を込めて申し上げれば、こういう改革案をまとめるには現場が納得するのが大事だと思っておりますが、例え一包化に限定した委託でも今の報酬システムの中では委託側も受託側もハッピーになるとはとても考えられません。寡占化の心配どころか、結局インハウス、同一法人内での委託が容認されることになり、一部法人での業務効率化が進むことになるのではないのでしょうか。これならできるところはやるでしょう。この流れでそのまま規制緩和されていく可能性もあると個人的にはみています。

狭間 薬局という限定された場所でトライアルというか実証実験的にやって影響をみてみよう、ということ

でしょうね。ここまでがWG、規制改革会議の今回の一応の決着点です。ただ一包化に限定するとか、三次医療圏に限るとか、委託先は薬局に限るなど、様々な制約はありますが、現在は法律で禁じられていることが、今後法改正によって進むということであれば、これは現場に大きな影響を及ぼすであろうことは想像に難くありません。そういう意味では外部委託が進むと何がどう変わるのかについてはある程度想定しておくことも必要かも知れませんね。

山村 狭間先生のお考えをお聞かせください。

狭間 外部委託と聞いてネガ

ティブなイメージを持たれる方は、0402通知に則った薬剤師から薬剤師以外のスタッフへのタスク・シェア/シフト(内部委託)が進んでいないのではないかと考えています。この発想があれば、その部分を外に切り出す(アウトソース)イメージや、そのときの安全性をどう担保するかが見えてくると思うのですが、それがなく、すべて薬剤師でやっている状況であれば、0402通知への対応もきちんとしてできないし、安全な委託(=タスクシフト)もできないのは当然だと思います。いずれにしても対物業務に手を取られ過ぎていると、今後進む新しい調剤報酬制度に対応できなくなり、結果的に経営の先行きは苦しくなると考えています。そういう意味では「調剤事務」「薬局事務」の範疇を超えた業務を担えるスタッフの重要性は今後ますます高まっていくでしょう。必要なことはまず今の業務内容やフローを抜本的に見直してみることでと思います。いずれにしても、まだ賛否はある状態ではありますが、過去50年にわたって変わってこなかった仕組みが変わる可能性もあります。変化に対応できるように、準備を進めておくことが重要だと思いますね。

薬局、薬剤師の将来像について

山村 今回の改定で導入されたリフィルも、議論されている調剤業務の外部委託、そしてタスク・シェア/シフトの問題にしても、すべてこれから薬局、薬剤師がどのような形で地域に存在していくかにつながっていると思っています。狭間先生、いかがですか、今日の議論を踏まえたこれからの薬局、薬剤師のあるべき姿は…。

狭間 これまで薬局はおおむね立地で選ばれてきたと言っても過言ではないと思います。しかし今後、リフィルやオンライン等電子化、DX化で患者さんの受診の仕方が大きく変わってきます。そこには少子化問題もあるでしょう。もはや薬局が医療機関の近隣にあるからとい

対物業務の効率化：調剤業務の一部外部委託 (とりまとめP10～P15)

対物業務の効率化

- 規制改革推進会議医療・介護・感染症対策ワーキンググループにおける議論等も参考にして、調剤業務の一部外部委託について議論を行った。

基本的な考え方（主なもの）

- 外部委託の目的は、対物業務の効率化を図り、対人業務に注力できるようにすること。
- 外部委託を行うことにより、患者の医療安全（医薬品の安全使用）や医薬品アクセスが脅かされてはならない。
- 影響が未知数であるため、効果や影響等を検証するという観点から適切な範囲で開始し、検証後に見直しを行う。

対応方針（主な内容）

※以下について、具体的な内容の検討を進める。

1. 外部委託の対象となる業務

- 当面の間、一包化（直ちに必要とするもの、散剤の一包化を除く）とすることが適当
- 実施が可能となった後に、安全性、地域医療への影響、薬局のニーズ、その他地域の薬局の意見等の確認を行い、その結果を踏まえ、**必要に応じて対象の拡大**（例：高齢者施設入居者への調剤）**について検討を行う**。

2. 委託先

- 薬局とする（同一法人内に限定しない）。**当面の間、同一の三次医療圏内***1とする。
- 実施が可能となった後に、安全性、地域医療への影響、外部委託の提供体制や提供実績、地域の薬局の意見等の確認を行い、その結果を踏まえ、**必要に応じて遵守事項や委託元と委託先の距離について見直しを行う**。

*1 外部委託サービスの提供が期待でき、かつ、地域医療への影響が大きくなりすぎない程度の集約化が想定できる地理的範囲として設定。

3. 安全性

- 医療安全が確保されるよう、EUのADDガイドライン**2などを参考に基準を設ける必要がある。
- その他、①手順書の整備や教育訓練、②適切な情報連携体制の構築、維持、③委託元の指示の記録や、委託先での作業が確認できる記録の保存、④委託元の薬局による最終監査、⑤国や自治体による委託先の監視指導、⑥委託元の薬局による調剤設計の段階での患者への聞き取り、等が必要。

*2 Automated Dose Dispensing: Guidelines on best practice for the ADD process, and care safety of patients(2017 欧州評議会)

4. その他

- 委託先及び委託元における薬機法及び薬剤師法上の義務や責任について整理し、必要な見直しを行う。
- 外部委託を利用する場合には、患者に十分説明して同意を得る。

※その他、対応方針について以下のような意見があった。

- ・一包化に付帯する処方（軟膏剤、湿布薬、頓服薬等）、一包化が必要な患者と同一建物内（高齢者施設）に居住する患者への処方についても外部委託を可能とすることを検討すべき。
- ・一包化のみに限定することで外部委託が進まず、ニーズの把握や安全性・有効性の評価が困難な場合は、外部委託の対象を再検討する必要がある。
- ・同一の三次医療圏内に委託先がない場合、隣接する医療圏の委託先の利用を認めるなど、空白地域を作らないよう、弾力的な運用を可能とすべき。

図3 調剤業務の一部外部委託対応方針（薬局薬剤師ワーキンググループとりまとめより抜粋 厚生労働省 2022年7月）

うことでは選ばれなくなります。これからは薬局、薬剤師さんが何を提供してくれるか、それが問われます。究極的ですが、患者さんから「あなた（この店）じゃないと私の体は無理」みたいな感じで任せてもらえるような関係づくりができないとダメでしょう。そのためにはどんどん、対人業務の腕を磨いていかないといけないわけですよ。

山村 そこは同感ですね。今、多くの薬局は本当に変わらなくてはならない局面に立っていると思います。「服薬指導をちゃんとやればいいんだ」というだけの考え方ではだめです。ではそのときに、どういう形に変わっていくのか。私はその一つとして従来の処方せん業務以外のところで、薬局のマネタイズできる薬局業務を自ら獲得していくことが必要だと考えています。

狭間 マネタイズ業務の獲得ですか。

山村 例えばですが、今回のコロナ禍でPCR検査が薬局で公費で行われるようになりましたが、これは薬局にとって革命的なことだと捉えています。つまり簡易な検査、予防、未病の領域に関して、公衆衛生も含めて自治体と協力して、薬局が積極的に関与して収益機会とする発想です。薬局でのPCR検査等はタスク・シェアの文脈でも捉えられると思いますが、それでいくと将来的には他の関連業務も、医師もしくは看護師との業務をシェアしていくことも想定できるのではないのでしょうか。このように、マネタイズ機会、さらに大きく言うとそのようなマネタイズを伴った薬剤師の裁量拡大に、ひるまな

いでチャレンジしていくマインドを持つことも必要になってきているのではないかと考えています。そのためには、まず今までの業務だけではだめだという意識を強く持つことが大事になってきていると思うのです。

狭間 私の結論は先ほどの外部委託論に戻りますが、対人業務の腕を磨いてセルフメディケーションやセルフケアの場面に矢面に立って出していくのが薬剤師さんのはずで、それをやるための時間と気力と体力をアウトソースで得れば良いという主張になります。やはりアウトソースをどう活用するか、それが薬局の生き残りのポイントになってくるように思います。まさにこういった議論をされている今が一步踏み出すチャンスだとも思っています。

山村 対人業務シフト後の新しい薬剤師業務を、どのように発展、拡大させていくのか、それが薬局、薬剤師の将来について考える重要なキーになると思います。まさに薬局、薬剤師の将来が開かれるかどうかは、今日からの意識変革、行動変容、それにかかっているということだと思います。

（対談収録：2022年6月15日）

医師の時間外労働規制、A・B・C水準について



ハイズ株式会社 代表
慶應義塾大学 特任教授
裴 英洙 先生

医師であり、厚生労働省の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の構成員も務めたハイズ(株)の裴英洙先生に、医療機関の働き方改革についてお聞きしました。今号の前編では、医師の時間外労働規制の諸問題についてお話をいただきました。

働き方改革、待ったなし

一医療機関の働き方改革の議論について伺います。

裴 2019年4月に働き方改革関連法が成立し、2024年4月から医師の労働時間規制が適用されるなど、医療機関においても間違いなく働き方改革の波は押し寄せてきます。今後の少子高齢化のなかで、質の高い医療を効率的に継続して行うには、医師の働く環境を整備する、医療現場の生産性を高めるなどパラダイム転換が必要であり、それこそが働き方改革のテーマといえます。

一デッドラインが見えているなかで、医療機関の動きをどう見ますか。

裴 関心が高い医療機関とそうではないところの、言わば関心度に濃淡があるように感じます。院内でも、経営層はセンシティブになっていても、診療部長クラスの間管理職や診療現場ではまだ関心が薄いといったところではないでしょうか。2024年4月に向けて取り組むべきことが山積していますので、経営層のアクションとしては「待ったなし」の状況と言えます。

一医療経営面への影響についてはどうでしょうか。

裴 法的規制が入ったことで、今後は、各医療機関における院内のマネジメント改革、管理者や医師の意識改革を通じ、職場環境を改善していくことが求められます。そのような取り組みが医療従事者の確保や定着につながり、さらには医療機関全体の収益にも直結していくものと考えています。

一どういう対応が求められていますか。

裴 病院は医師の時間外労働規制におけるA水準、B水準、C水準という3つの箱¹⁾に決められた時間軸で入らないといけないわけです。まずはそれぞれの病院がどの水準を狙うかを決断する必要があります。さらにいずれも追加的健康確保措置で医師の健康確保の仕組みが求められ、勤務間インターバル、連続勤務時間制限、代償休息の確保といった措置が必要になっています。いずれにしても、2024年4月のデッドラインとABCの3つの箱、そして追加的健康確保措置(A水準は努力義務)という安全装置、この3つを押さえながら制度対応していかなければなりません。

1) 医師の時間外労働上限規制は、2024年4月から全ての医師について時間外労働を「年960時間以下」(A水準)に抑えるのが原則。地域医療の確保のためやむを得ない場合(B水準/地域医療確保暫定特例水準)や、集中的に多くの症例を経験する必要がある研修医など(C水準/集中的技能向上水準)では、「年1860時間以下」に時間外労働の上限が緩和される。

A・B・C水準のどれを狙うのか

一ABCのどれに入るか、ここは経営戦略でもありますね。

裴 医師の時間外労働をコントロールすることは人件費と提供

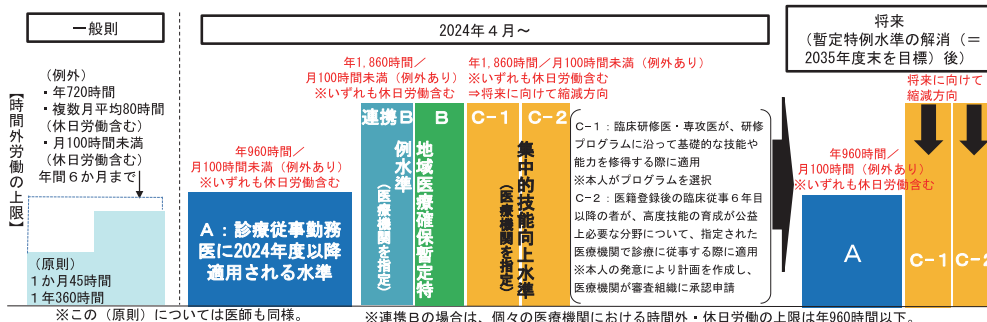


図1 医師の時間外労働規制におけるA・B・C水準
(厚生労働省・医師の働き方改革の推進に関する検討会資料より抜粋)

する医療の量に関わってきます。そういった意味では経営の中核に近いところの判断、まさに医療機関の経営戦略になるといっても過言ではないと思います。

一どういうプロセスが必要ですか。

裴 まず1点目は医師の労働実態の把握。院内にいる時間が全て勤務状態ではないと思います。自己研鑽というような形で病院に残っている医師もいます。そういった医師の労働実態調査が必要です。2点目が自院が宿直許可を取っているのかどうかを明確にすること。3点目、これは医師労働実態調査に当てはまるかもしれませんが、時間外労働が長い医師、診療科の業務をどう減らしていくのか、ここを考えることです。ここはまさにいま話題のタスク・シェア/シフトに当てはまることです。このように自院の実態を把握してシミュレーションの上、各水準の指定と適用を受ける医師について決めていくことが必要でしょう。

一認可等の手続き後に自院のポジションが決まるわけですね。

裴 策定が必要な医師の労働時間短縮計画および短時計画の整合性に関しての第三者機関のチェックがあります。そのチェックを受けてから都道府県の認可を受けるという形です。こういう手続き面にも時間がかかるので、もうあまり時間がないという認識で取り組むべきだと考えます(以下、次号の後編に続く)。

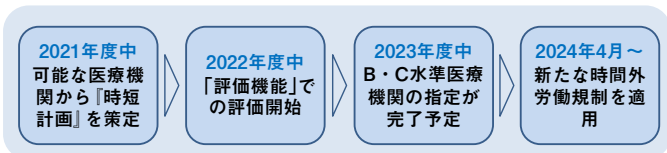


図2 医師の時間外労働規制におけるタイムスケジュール

PROFILE

裴 英洙(はい えいしゅ) 1998年医師免許取得後、金沢大学第一外科(現:先進総合外科)に入局、金沢大学をはじめ北陸3県の病院にて外科医として勤務。その後、金沢大学大学院にて外科病理学を専攻。病理専門医を取得し市中病院にて臨床病理医として活躍。10年ほどの勤務医経験を経て、慶應義塾大学院 経営管理研究科に入学。首席で修了しMBAを取得。現在はハイズ株式会社代表として、各地の病院経営の経営アドバイザー、ヘルスケアビジネスのコンサルティングを行っている。

