

2024医療介護福祉政策研究フォーラム新春座談会
(2024年1月11日)



日本の医療・介護は何処へ行くのか？ ～2024 診療報酬・介護報酬改定を通じて考える～

参議院議員

慶應義塾大学法科大学院・医学部外科

TMI総合法律事務所

古川俊治

2024 診療報酬・介護報酬改定

- 環境変化：20年超の物価の低下or不変、賃金の低下 → 30年ぶりの物価・賃金の上昇局面
- 新たな課題：人手不足と物価高への対応、「構造的賃上げの実現」に必須の医療・福祉従業者（労働者の14%）の賃上げ
⇒ 現行スキーム（社会保障関係費の実質的な増加を高齢化による増加分相当に抑制する）での未経験の改定
- ドラッグロス、医薬品の供給不足へ対応する必要

[診療報酬改定]

1. 診療報酬 +0.88% (国費 800 億円程度)

※ 改定分 +0.46% (医科 +0.52%、歯科 +0.57%、調剤 +0.16%)

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等の従事者の賃上げ対応分 (+0.28%程度)を含む。

※ 看護職員、病院薬剤師等の医療関係職種、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%への対応 +0.61%

※ 入院時の食費基準額の引き上げ(1食当たり30円)への対応 +0.06%

※ 生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

2. 薬価等 ①薬価 ▲0.97% (国費▲1,200 億円程度) ②材料価格 ▲0.02% (国費▲20 億円程度) 合計 ▲1.00%

※ 革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等、不採算品再算定(対象:約2000品目程度)に係る対応等を含む。

※ 長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

[介護報酬改定]

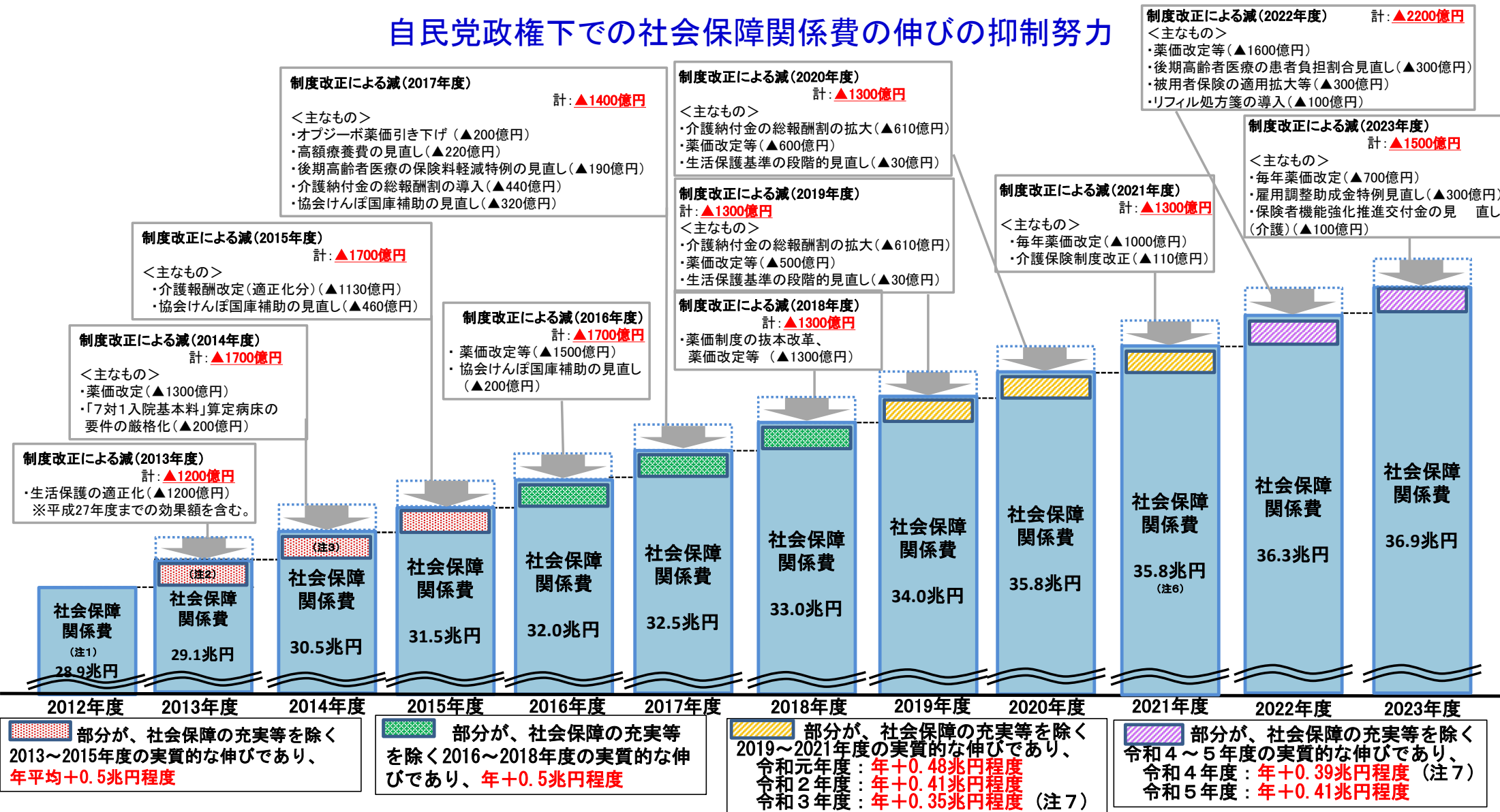
改定率 +1.59%

介護職員の処遇改善分 +0.98% (令和6年6月施行)

その他の改定率+0.61% (賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現)

改定率の外枠として、処遇改善加算の一本化による賃上げ効果、光熱水費の基準費用額の増額による介護施設の増収効果で +0.45%相当、合計すると+2.04%相当の改定

自民党政権下での社会保障関係費の伸びの抑制努力



部分が、社会保障の充実等を除く
2013～2015年度の実質的な伸びであり、
年平均+0.5兆円程度

部分が、社会保障の充実等を
除く2016～2018年度の実質的な伸
びであり、年+0.5兆円程度

部分が、社会保障の充実等を除く
2019～2021年度の実質的な伸びであり、
令和元年度：年+0.48兆円程度
令和2年度：年+0.41兆円程度
令和3年度：年+0.35兆円程度 (注7)

部分が、社会保障の充実等を除く
令和4～5年度の実質的な伸びであり、
令和4年度：年+0.39兆円程度 (注7)
令和5年度：年+0.41兆円程度

(注1) 年金国庫負担2分の1ベースの予算額。(注2) 基礎年金国庫負担の受入超過による精算(▲0.3兆円)の影響を含めない。
 (注3) 高齢者の医療費自己負担軽減措置等に係る経費の当初予算化(+0.4兆円)の影響を含めない。(注4) 社会保障関係費の計数には、社会保障の充実等を含む。(注5) 令和元・2年度の社会保障関係費の計数は、臨時・特別の措置を除く。(注6) 令和2年度まで社会保障関係費として分類していた1,200億円程度の経費について、経費区分の変更を行ったため、除外している。
 (注7) 新型コロナウイルス感染症の影響を受けた足元の医療費動向を踏まえ、医療費に係る国庫負担分を令和3年度においては▲2000億円、令和4年度においては▲700億円程度減少させたベースと比較している。

2024 診療報酬・介護報酬改定

～大臣折衝当日(12/15)に至っても異例なほど大きく乖離していた厚労省と財務省の主張～

“増税メガネ”の汚名返上？ 岸田総理の発言の趣旨(財源は何処に??)

- 異次元の少子化対策の財源: 「歳出改革」によって得ることし、国民に実質的な追加負担を求めない。
- 高齢化等による国民負担率の上昇に歯止めをかけ、税負担や社会保障負担を抑制する。
(→ 財務省 「現役世代の保険料負担を増やさない。」)
- 医療・介護現場の労働者の処遇改善を行う。

「現場で働く方々の給与に関わる公定価格の見直しを進め、高齢化等による事業者の収益の増加等が処遇改善に構造的につながる仕組みを構築します。」(2023年秋の臨時国会における岸田総理の所信表明演説)

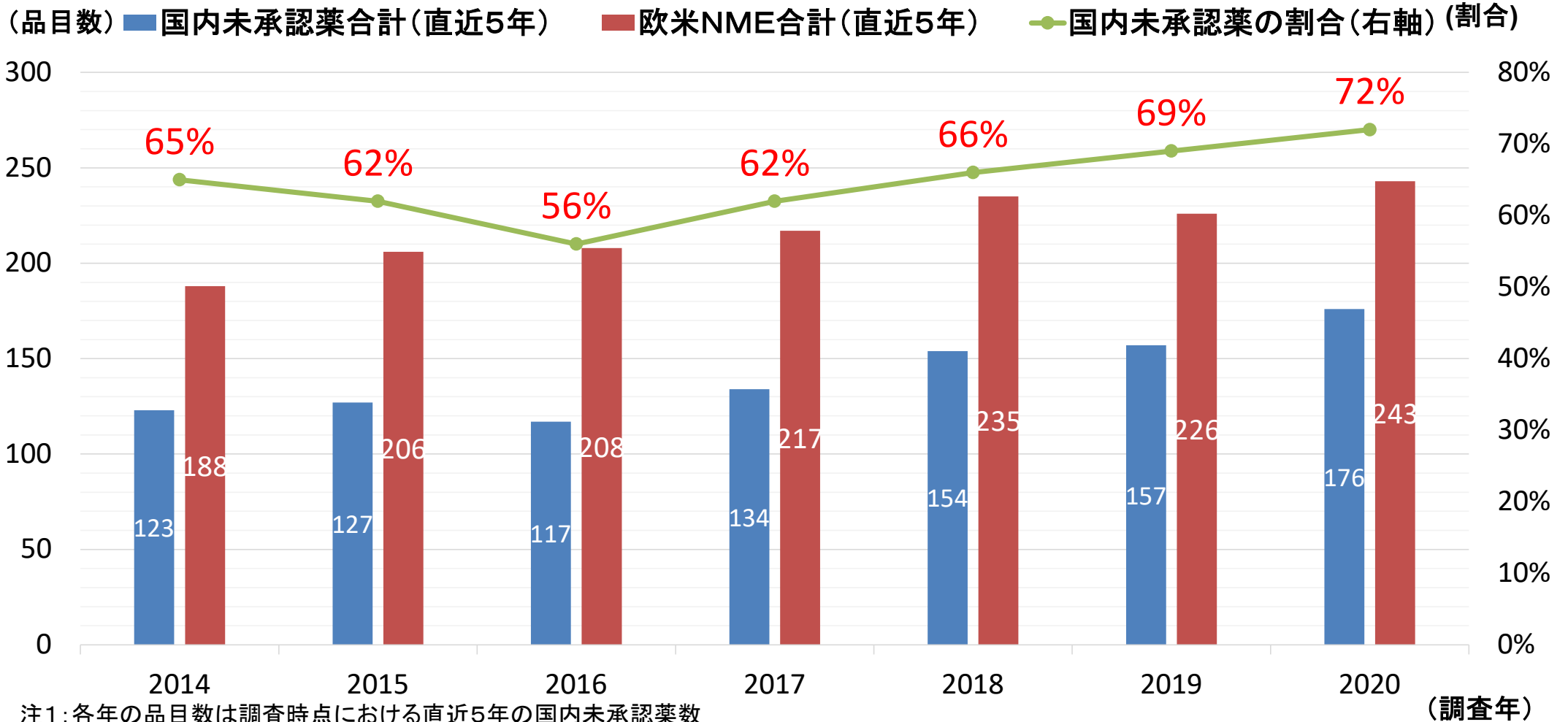
$$\text{医療の財源} = \text{税} + \text{保険料} + \text{患者自己負担} + \text{特例国債(赤字国債)}$$

補填 ↑

保険料も自己負担も増額困難 → 毎年、厳しくなる財源確保

3報酬において、物価と賃金の変動が自動的に調整される仕組みが必要と考えられるが、実現可能性があるか？

増加する国内未承認薬



注1: 各年の品目数は調査時点における直近5年の国内未承認薬数

注2: 国内未承認薬の割合 = 国内未承認薬合計(直近5年) / 欧米NME合計(直近5年)

出典: 厚生労働省 第1回「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」2022年9月22日開催
日本製薬工業協会からの提出資料より

ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの実態

- 2023年3月時点において、欧米では承認されているが国内開発未着手の医薬品は86品目（未承認薬のうち60.1%）あり、そもそも承認申請がなされない（＝企業が開発しない）というドラッグラグ・ロスが発生している。
- 国内開発状況が未着手の86品目については、ベンチャー発の医薬品や、オーファン、小児の割合が比較的大きい。

日欧米のドラッグラグ・ロスの状況

	承認済	未承認 合計	未承認の内数（品目数）	
			開発中	未着手
米国	136	7	3	4
欧州	86	57	26	31
日本	0	143	57	86

内訳
→
86
(品目)

日本国内未着手の品目内訳

ベンチャー発	オーファン	小児
56%	47%	37%
(48品目)	(40品目)	(32品目)

※ロス86品目のうち、ベンチャー、オーファン、小児のいずれでもない品目は14品目（16%）

- ※出典：PMDA、FDA、EMA の各公開情報、明日の新薬（株式会社テクノミック）をもとに医薬産業政策研究所にて作成、厚生労働省にて集計
- ※1：2016-2020年に欧米で承認されたNMEのうち、2022年末時点で日本では承認を受けていない品目を未承認として集計
- ※2：2023年3月時点で開発情報のない品目を国内開発の未着手として集計
- ※3：欧米の承認取得年が設立から30年以内で承認取得前年の売上が5億米ドル未満の開発企業をベンチャーとして集計
- ※4：欧米にてオーファンドラッグ指定を承認時までには受けた品目をオーファンとして集計
- ※5：2022年末時点で欧米で小児適応を取得した品目を小児として集計

ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの解消へ向けての検討中の対策

- 日本人での第1相追加試験を原則として不要とする。
- 希少疾病用医薬品指定制度に関し、指定要件の明確化、指定の早期化と取り消し要件の明確化を行う。
- 成人用を開発する段階で、製薬企業に小児用医薬品の開発計画の策定を促す。

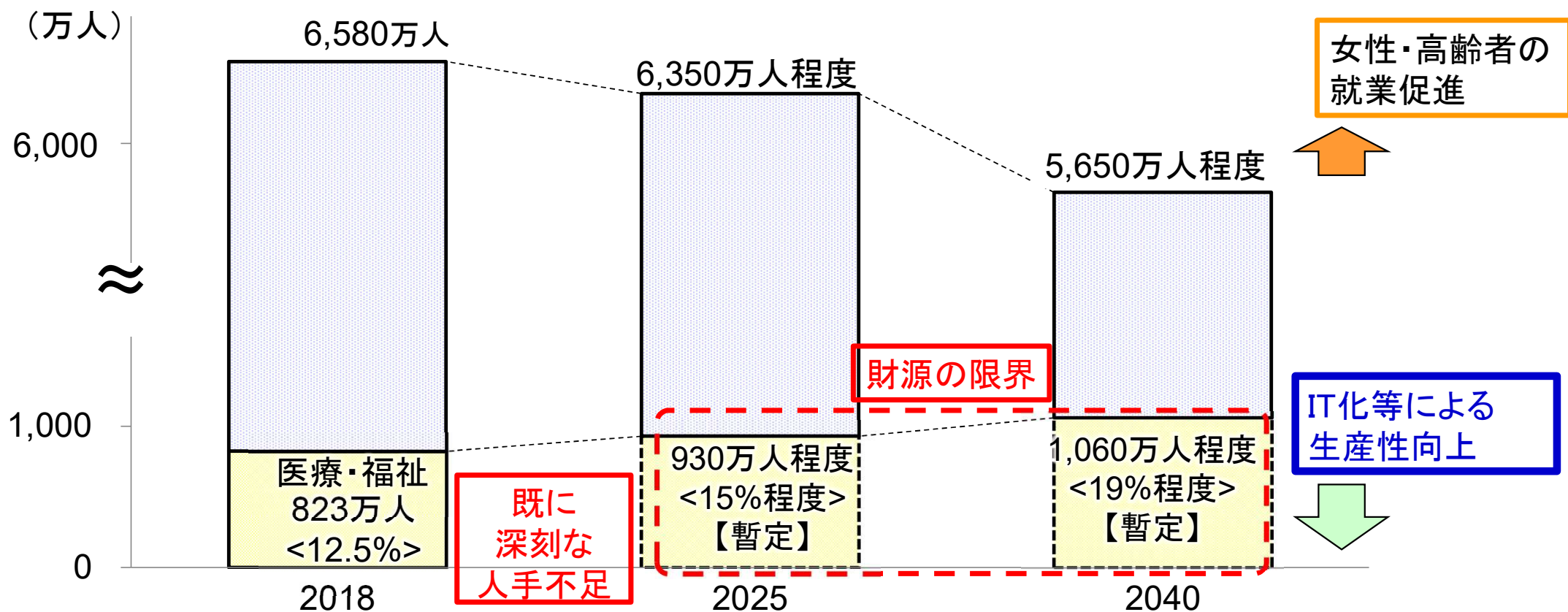
(検討の方向性)

- 成人用の開発時に、企業判断で小児用の開発計画を策定し、PMDAが確認する仕組みとし、確認された計画について、必要な準備を進めた上で、治験届を提出する。
 - 小児用の開発の優先度について、企業の判断によるほか、専門学会等の要望や評価を踏まえ、優先度に関する検討を行い、結果を公表する。
 - 小児の治験実施の要否に関する考え方を整理し、明確化する。
- 既存のベンチャー相談支援事業の海外向けPRや遠隔相談の実施、PMDAによる英語での情報発信や相談などの取組を実施する。
 - 2024薬価改定における、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等

何れの対策も「薬価が安過ぎる」という本質的問題への対策として不十分。
高価な新薬等への保険給付と患者自己負担の在り方について検討すべきではないか？

就業者数の推移

- 需要が増加する医療・介護等のサービスを安定的に提供するため、**マンパワーの確保**が課題。
- 生産年齢人口の減少により労働力制約が強まる中で、**他の高付加価値産業への人材輩出も考慮すれば**、AI・ロボット・ICTを活用し、**医療・介護・福祉の専門人材が機能を最大限発揮できるようにすることが必要**。



(資料) 就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年 労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計)を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況(2025年)をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計(暫定値)。出典:平成30年第4回経済財政諮問会議 資料2(2018年4月12日)

2024 診療報酬・介護報酬改定の「基本的な視点」 ～医療・介護情報の有効活用～

データヘルス改革と医療・介護の情報基盤の構築(これまでの取組)

[医療]

- ① マイナンバーカードの保険証利用(オンライン資格確認)
＜本格運用2021年10月～2023年4月原則義務化＞
- ② 薬剤情報、特定健診情報の医師・薬剤師との共有
マイナポータルで閲覧/取得が可能 ＜2021年10月～＞
- ③ レセプトから抽出した診療情報の医師・薬剤師との共有
マイナポータルで閲覧/取得が可能 ＜2022年6月～＞
- ④ 電子処方箋(処方箋の電子化)の実装
マイナポータルで閲覧/取得が可能＜2023年1月～2025年3月までに全機関で導入＞
- ⑤ 電子カルテ情報の標準化、交換規格の整備 ＜2022年3月～＞

[介護]

- ① 介護情報の標準化の調査・検討＜2021年度～＞
- ② 科学的介護の推進
NBD・介護DB連結解析＜2020年～＞、VISIT・CHASEの一体的運用、介護DBとの連携解析＜2021年～＞
CHASEによる自立支援等の効果検証＜2021年～＞、次期システムの検討＜2022年～＞

新型コロナウイルス感染症拡大により浮き彫りとなった医療分野のデジタル化の遅れ

- 正確な感染者の状況把握が困難
陽性者報告のFAXでの申請など → 医療現場の逼迫による報告の遅延
- 患者の治療経過や予後の把握方法が無い ⇒ **エビデンスに基づく政策形成が不可能**
- 感染状況把握やワクチン接種等のためのシステムが国によって提供されたが、**急造された連携しないシステムが乱立し、**かえって医療現場を疲弊させ、不具合の発生により混乱を招いた。

システム名	運用開始	内容
HER-SYS	2020年5月17日	「 <u>新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム</u> 」 新型コロナウイルス感染者の情報等を管理。発生届の入力・報告を行う。一般向けには本人や家族の健康状態を入力できるシステムを提供。
G-MIS	2020年5月1日	「 <u>医療機関等情報支援システム</u> 」 医療機関の稼働状況、病床や医療スタッフの状況、受診者数、検査数、医療機器(人工呼吸器等)や医療資材(マスクや防護服等)の確保状況などを把握する。
COCOA	2020年6月19日	「 <u>新型コロナウイルス接触確認アプリ</u> 」 新型コロナウイルス陽性者との接触可能性が通知されるスマートフォンアプリ。不具合が4ヶ月放置されたまま、2022年11月に停止。
V-SYS	2021年2月15日	「 <u>ワクチン接種円滑化システム</u> 」 医療機関からのワクチンの希望量を受け付け、割当量を決定。国や自治体、医療機関等が情報を共有し、需給調整を行う。
VRS	2021年4月12日	「 <u>ワクチン接種記録システム</u> 」 ワクチン接種対象者の状況を記録。一般向けには新型コロナ接種証明書アプリを提供。

データヘルス改革の視点

データヘルス改革は、デジタルによって実現が可能になった、集約・分析・評価(見える化)と、現場への還元(PDCA)、地域間・制度間の連携・集約化とコスト効率化、患者の個人情報保護と公益への活用について、一体的に推進している。

1次利用

医療・健診情報等の共有/活用

(患者自ら確認、患者-医師、医師-医師間で
確実な本人確認と同意の基盤)

- ・マイナンバーを活用した保険者間の被保険者番号/資格情報の履歴管理(令和3年4月~)
※生活保護の医療扶助も対象(令和5年度)
- ・マイナンバーカードと健康保険証の一体化
【確実な本人確認と同意の基盤】
- ・診療情報、薬剤情報、健診情報の医師・薬剤師との共有、マイナポータルでの閲覧/取得
- ・電子カルテ情報の標準化

審査支払機関改革

(制度運営の効率化、保険者・医療機関の
業務負担軽減、サービス高度化)

- ・支払基金と47国保連合会の審査基準の統一
(コンピュータチェックの統一:令和6年4月予定)
※事務点検/審査の審査基準 支払基金 約3.3万 国保 約1.8万
- ・自動レポート機能による審査結果の差異、統一した結果の見える化、PDCAの状況の公表(令和3年10月~順次)
- ・支払基金と国保連合会の審査領域の共同利用(令和8年4月予定)、医療機関・保険者への機能の開放
※支払基金は医療機関・保険者にチェックロジックを順次提供

医療・介護等データの解析基盤

(公的データベース+カルテ情報の連結、
個人を特定せずに追跡可能性を保持)

2次利用

- ・レセプト情報・特定健診情報等データベース(NDB)の機能強化、介護DB、難病DB、小児慢性疾患DB、がん登録DB等と連結
- ・次世代医療基盤法の認定事業者のカルテ情報の分析活用と連携
- ・解析結果をガイドラインやコンピュータチェックのルール等に反映。医療現場の高度化に還元

医療DXの課題 ～ コストに見合う実利

- 電子カルテの普及率：約60%

電子カルテを導入していても、マイナポータルの情報を同一システム上で閲覧できないと、メリットは無い。

- 電子化によるシステムの不安定性

（ドイツでは電子カード読み取りの際の静電気でシステムがダウンし、診療が全くできなくなる事態が発生）

- サイバー攻撃

（復旧には、公的な特別な作業部隊を組織する必要）

- 2次利用のためのデータ・クレンジング

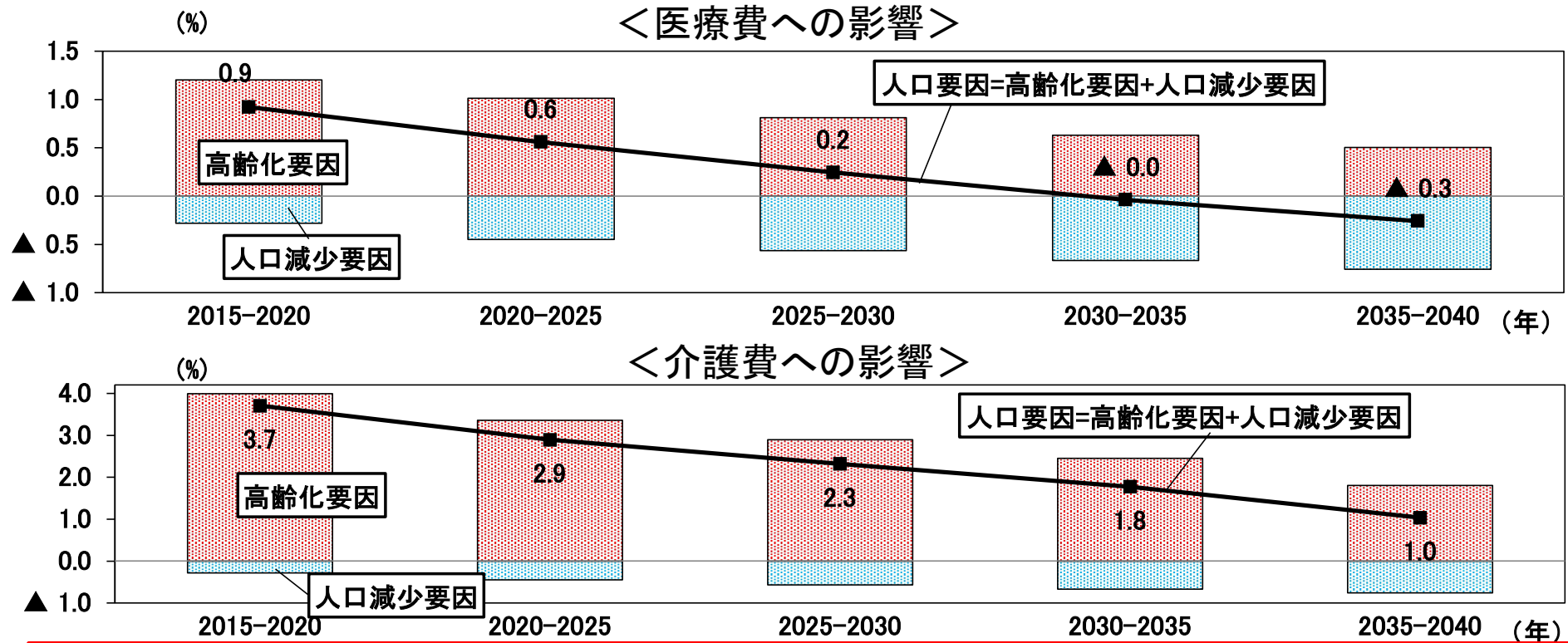
（生成AIの活用の可能性 → 検証はこれから）

- デジタルとアナログの使い分け

診療、医療事務、調査・研究、行政等の効率化に資する最低限をシステム化すべき。全てを電子化しようとする、コスト負担が大きく、システムの不具合の影響が甚大。

人口構造の変化と医療・介護のニーズ

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎える。既に2020年までに、全国の335の2次医療圏のうち214(64%)では外来患者数のピークを迎えた。
- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎える。2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに全国の335の医療圏のうち89(27%)がピークを迎えており、また2035年までには260(78%)がピークを迎える。



備えるべき課題：大きな地域格差、医療から介護への移行、医療提供体制の急速な縮小

「これからの医療・介護経営に求められるもの」
—生き残るためか、勝つためか—



「日本の医療・介護は何処へ行くのか？」
益々解けなくなった方程式

It is not the strongest of the species that survives, nor the most intelligent that survives.
It is the one that is most adaptable to change.