

改革工程表2019における検討項目について

令和2年3月26日
厚生労働省保険局

改革工程表2019における検討項目について

- 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方について
- 医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的に見える化等について
- 今後の医薬品等の費用対効果評価の活用について

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

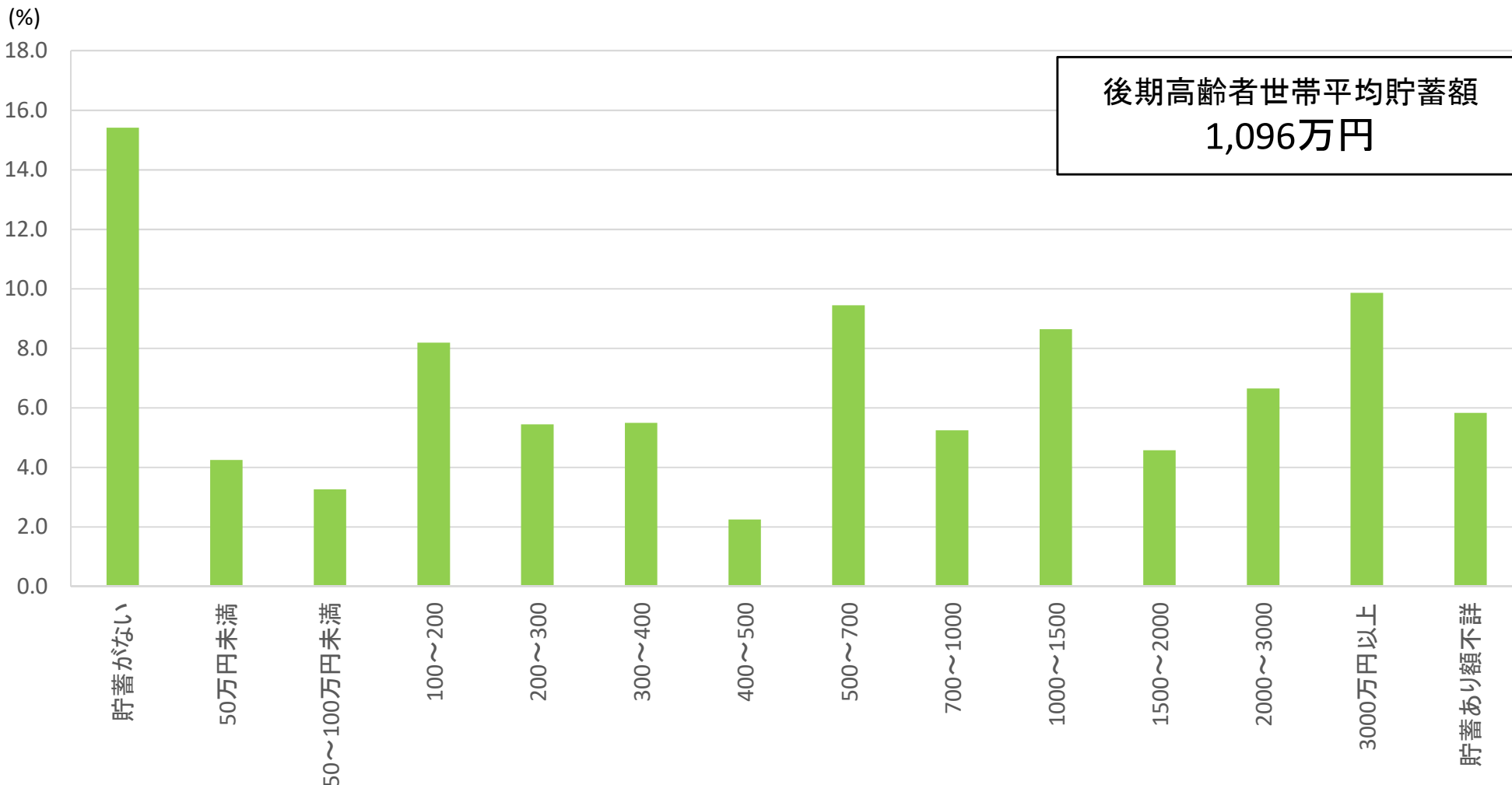
（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

	取組事項	実施年度			KPI	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	57 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討					
	<p>高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。</p> <p>マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険・介護保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。</p> <p>介護の補足給付については、2019年度の関係審議会における議論を踏まえ対応。</p> <p>《厚生労働省》</p>				-	-

後期高齢者世帯の貯蓄の状況

- 後期高齢者世帯における平均貯蓄額は約1,100万円。
- 分布においては貯蓄がない者と高額貯蓄の者の割合が高い。

<後期高齢者世帯の貯蓄額の分布>

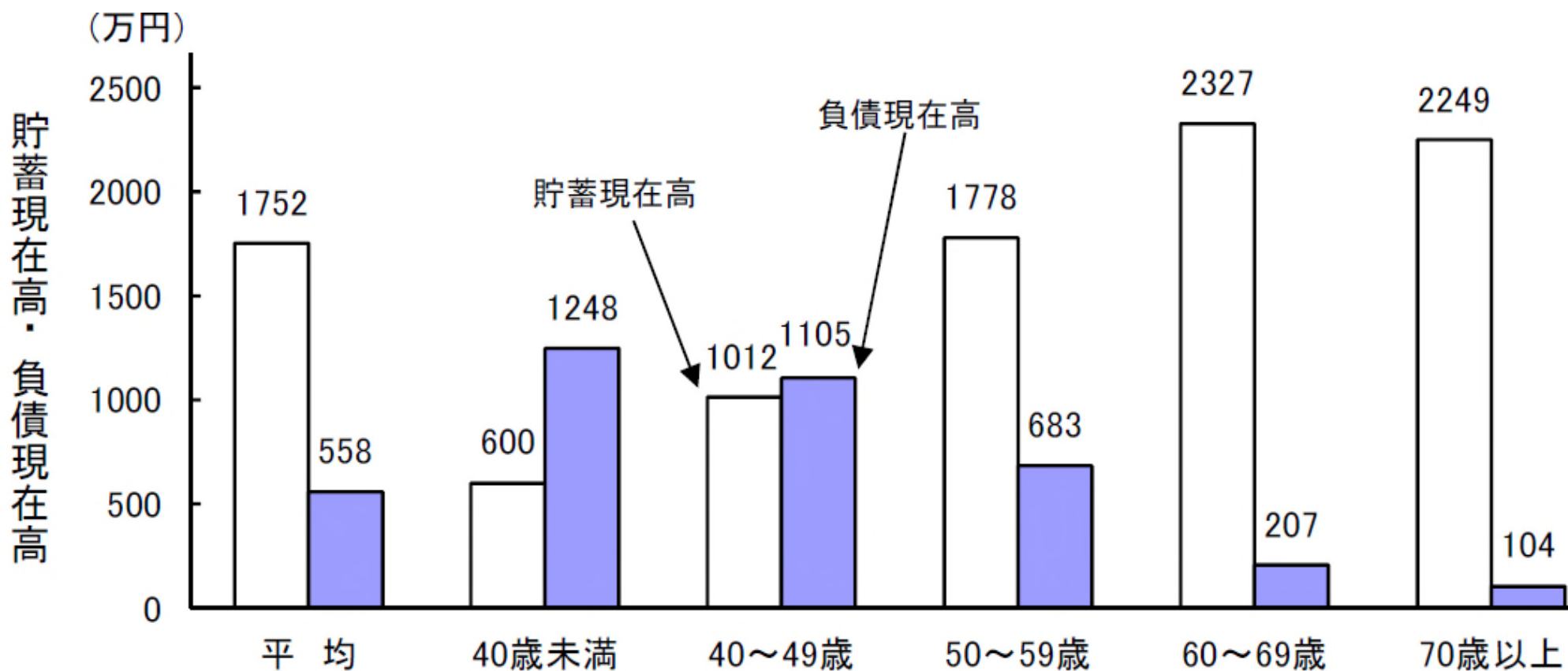


※ 後期高齢者世帯とは、75歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。

出典：平成28年国民生活基礎調査（厚生労働省）の調査票情報を厚生労働省保険局調査課において独自集計したもの。

世帯主の年齢階級別貯蓄・負債現在高(2人以上の世帯)

- 2人以上世帯における貯蓄現在高は、40歳未満の世帯が600万円であるのに対し、60歳～69歳の世帯は2,327万円、70歳以上の世帯は2,249万円となっている。
- また、負債額は40歳未満が最も多く、それ以降は年齢階級が高くなるに従って少なくなる。



[出典]総務省「家計調査年報(貯蓄・負債編)」平成30年(2018年)

医療保険及び介護保険における食事・居住に係る給付の比較

○ 医療保険では、病院等における食事・居住サービスは、入院患者の病状に応じ、医学的管理の下に保障する必要があることから、保険給付の対象としつつ、在宅でもかかる費用として、食費及び居住費（※）を自己負担としている。

（※）居住費（光熱水費相当額）は療養病床のみが対象。

○ 介護保険では、介護保険施設等における食事・居住サービスは、在宅との公平性等の観点から、保険給付の対象外（原則自己負担）としつつ、福祉的な観点から、低所得者に対して補足給付を支給。

	医療保険 (入院時生活療養費)	介護保険 (介護施設における補足給付)
食事・居住サービス	保険給付の対象	保険給付の対象外（原則自己負担）
給付の性質	食事の提供、温度・照明及び給水に関する適切な療養環境の形成である療養（健保法第63条第2項）	福祉的な観点からの低所得者の負担軽減措置
給付主体	健康保険組合、協会けんぽ、共済組合、市町村、国保組合、広域連合	市町村
負担の減額対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・低所得者（住民税非課税者、老齢福祉年金受給者） ・病状の程度が重篤な者又は常時の若しくは集中的な医療的処置、手術その他の治療を要する者として厚生労働大臣が定める者 ・指定難病の患者 	<ul style="list-style-type: none"> ・低所得者（※）（住民税非課税者、老齢福祉年金・生活保護受給者） <p>（※）低所得者の判定に当たっては、預貯金等を勘案</p>

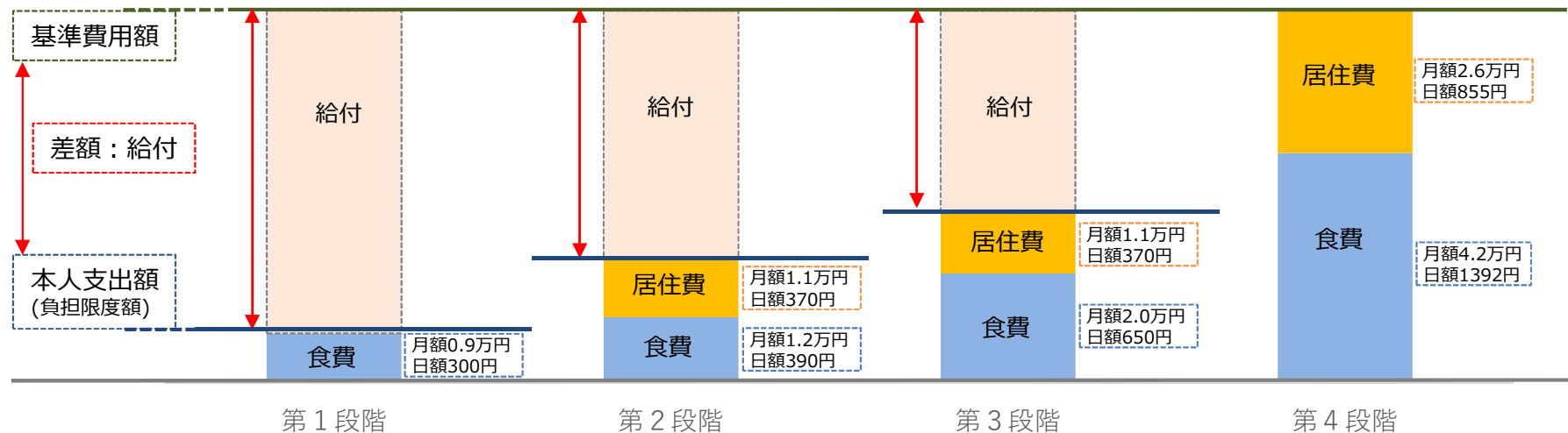
- 平成17年の介護保険法改正により、施設サービス・短期入所サービス利用者の食費・居住費を保険給付の対象外とした。
- これに併せて、市町村民税非課税世帯等の者について、所得に応じた利用者負担段階ごとに食費・居住費の本人支出額（負担限度額）を設定し、標準的な費用の額（基準費用額）との差額を介護保険から給付することとした（いわゆる補足給付）。
- 平成26年の介護保険法改正では、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平性の確保の観点から、
 - ① 一定額超の預貯金等（単身1,000万円超、夫婦世帯2,000万円超）がある場合には対象外（平成27年8月施行）
 - ② 配偶者の所得は世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合には対象外（平成27年8月施行）
 - ③ 利用者負担段階の判定に当たり、非課税年金（遺族年金・障害年金）も勘案（平成28年8月施行）の見直しが行われた。

〔対象者〕

利用者負担段階	対象者	
第1段階	<ul style="list-style-type: none"> ・生活保護受給者 ・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者 	〔預貯金等の資産要件〕 単身：1,000万円以下 夫婦：2,000万円以下
第2段階	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額 + 合計所得金額が80万円以下 	
第3段階	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外 	
第4段階 (補足給付の対象外)	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者 	

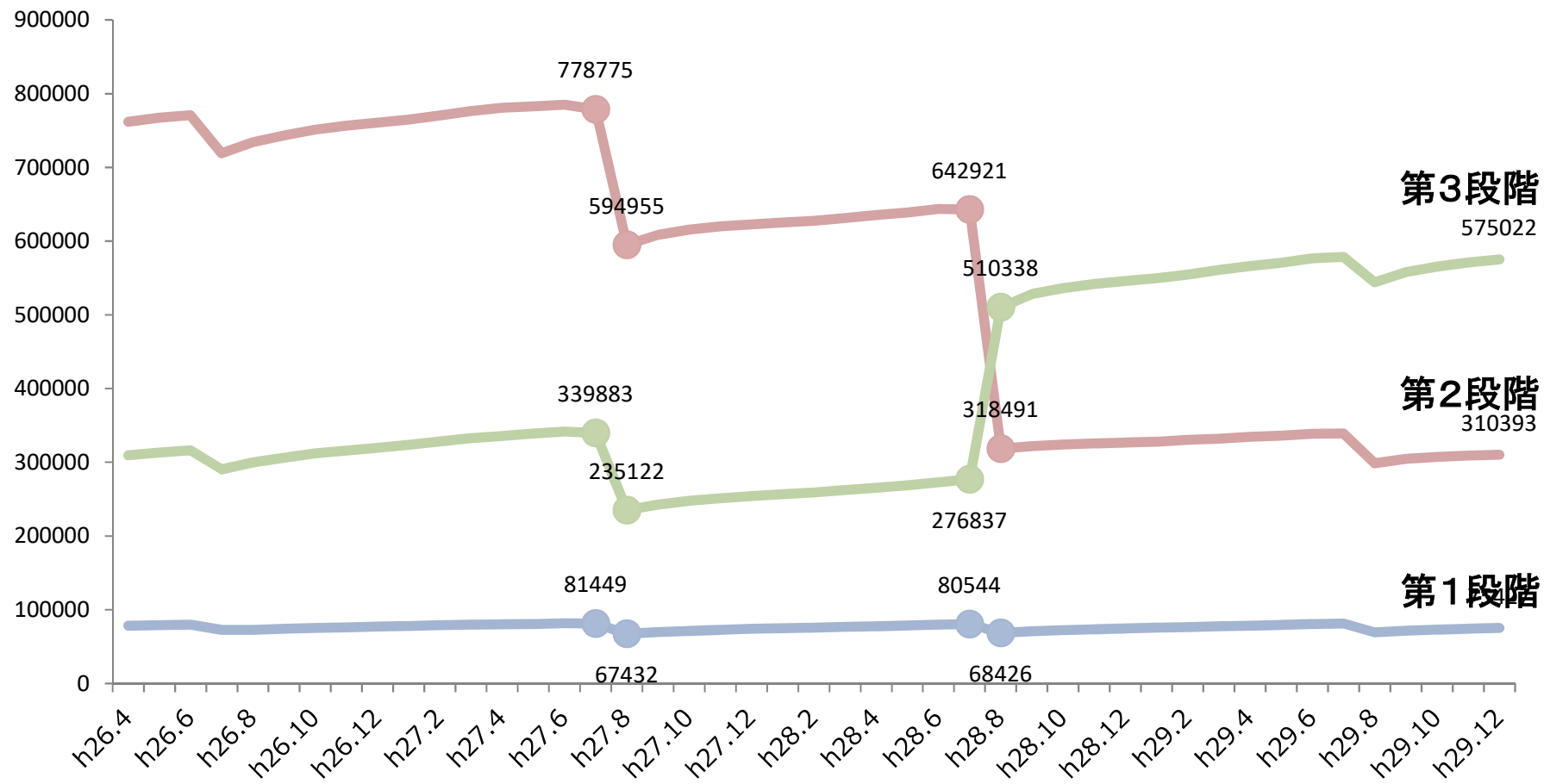
〔給付の仕組み〕

- 特別養護老人ホーム・多床室※の場合 ※ 基準費用額・負担限度額（食費・居住費）は、居室類型（ユニット型個室・従来型個室等）ごとに日額で設定



補足給付の件数(食費・総数)

- 補足給付の支給要件の厳格化(配偶者勘案・預貯金勘案)を行った平成27年8月に件数が大きく下がっている。配偶者勘案と預貯金勘案の影響度合いについては不明。
- また、さらに支給要件の厳格化(非課税年金勘案)を行った平成28年8月に第2段階の件数が大きく下がるとともに、第3段階の件数が大きく上がっている。



預貯金口座への付番について

預貯金口座への付番については、社会保障制度の所得・資産要件を適正に執行する観点や、適正・公平な税務執行の観点等から、金融機関の預貯金口座をマイナンバーと紐付け、金融機関に対する社会保障の資力調査や税務調査の際にマイナンバーを利用して照会できるようにすることにより、現行法で認められている資力調査や税務調査の実効性を高めるものである。また、預金保険法又は農水産業協同組合貯金保険法の規定に基づき、預貯金口座の名寄せ事務にも、マイナンバーを利用できるようにするものである。

【行政機関等】

〔預金保険機構・農水産業協同組合貯金保険機構〕



〔地方自治体・年金事務所等〕



〔税務署〕



マイナンバー付で
預貯金情報を照会

【社会保障給付関係法律・預金保険関係法令改正】
マイナンバーが付された預貯金情報の提供を求めることができる旨の照会規定等を整備

【マイナンバー法改正】

預金保険機構及び農水産業協同組合貯金保険機構を、マイナンバー法における「個人番号利用事務実施者」として位置付け、マイナンバーの利用を可能とする など

【金融機関】



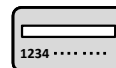
【国税通則法・地方税法改正】

照会に効率的に対応することができるよう、**預貯金情報をマイナンバーにより検索可能な状態で管理する義務を課す**

【顧客名簿】

預金者名	個人番号	種類	口座番号	残高
〇〇 〇〇	1234 …… ……	普通	123…	〇〇円
		定期	456…	〇〇円
×× ××	9876 …… ……	普通	987…	××円
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

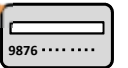
〔番号を告知〕



預貯金者は、銀行等の金融機関から、マイナンバーの告知を求められる
※ 法律上、告知義務は課されない



〔番号を告知〕



【付番促進のための見直し措置の検討】

付番開始後3年を目途に、預貯金口座に対する付番状況等を踏まえて、必要と認められるときは、預貯金口座への付番促進のための所要の措置を講じる旨の見直し規定を法案の附則に規定。

金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方について

- 昨年の医療保険部会では、「医療保険において、介護保険における補足給付と同様の金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大を行うこと」について議論し、実務的な課題、制度的な課題及び財政効果に関する課題について以下のようなご意見があったところ。

【主なご意見】

(実務的な課題について)

- 負担能力に応じた負担を求める観点から、将来的にはマイナンバーを活用した金融資産等を勘案する仕組みを考えるべきではないか。
- 市町村が運営している介護保険とは異なり、被用者保険者が金融資産を把握するのは現実的ではないのではないかと。
- 現状では金融資産を正確に把握する仕組みはなく、自己申告ベースであることを考えると、時期尚早ではないかと。

(制度的な課題について)

- 介護保険では、低所得者への補足給付が福祉的・経過的な性格を有することに鑑みて資産勘案を行っているが、医療保険において保険給付としている入院時の食費・居住費とはそもそも性格が異なるのではないかと。

(財政効果に関する課題について)

- 事務負担の増加に比して、財政効果はあまり見込めないのではないかと。

- 改革工程表では、「マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法」について検討することとなっているが、昨年の議論も踏まえつつ、この点についてどう考えるか。

金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方に関する医療保険部会での主な意見

第108回医療保険部会(平成29年11月8日)

- 負担能力をはかる目安としての金融資産等を考慮した仕組みの構築は必要。今後の具体的な進め方についてはいろいろ検討していただきたいが、マイナンバーの活用を含めた環境整備はぜひやっていただきたい。
- 金融資産の保有状況に合わせたという考え方自体は、おそらく福祉や生活保護の考え方が介護保険の補足給付にコピーされて、さらに医療のほうに出てきていると考える。医療にもその考え方を導入するのは違和感。人生が終わったときに、その分をお礼金として、相続税と関係なくもらうという制度を国でつくられたらと思う。お年寄りにお金を払えというのではなくて、人生を終えたときに負担頂くような新しい制度はどうか。

第114回医療保険部会(平成30年10月10日)

- 金融資産の保有状況を考慮した負担のところは、介護保険の補足給付で既に導入しているが、平成27年度から介護保険において、どれぐらい実施されているのかということも資料として出していただきながら検討することが必要。

改革工程表2019における検討項目について

- 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方について
- 医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的に見える化等について
- 今後の医薬品等の費用対効果評価の活用について

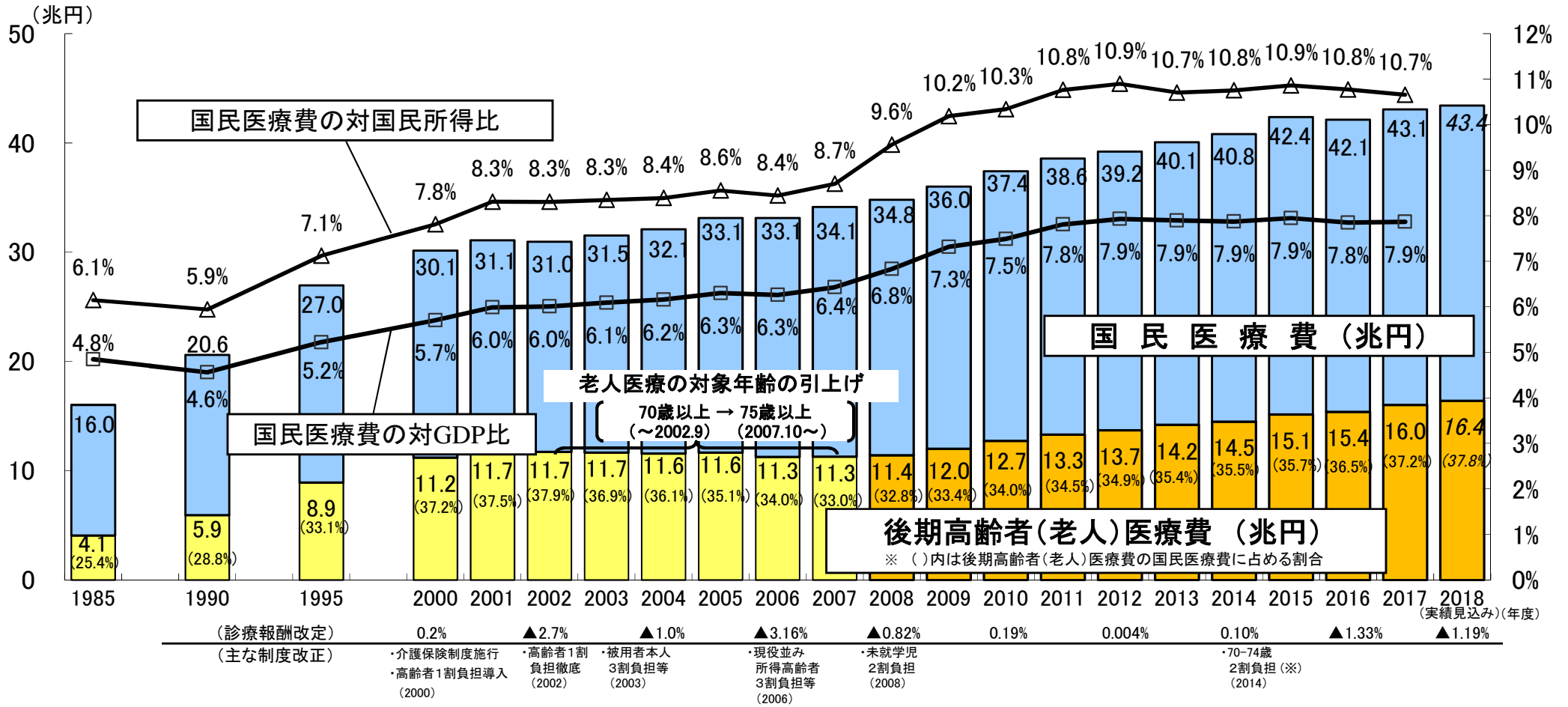
新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-4 給付と負担の見直し

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	61 医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討					
	<p>支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討する。</p> <p>支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において総合的な対応を検討。</p> <p>《厚生労働省》</p>				—	—

医療費の動向



<対前年度伸び率>

	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H13)	(H14)	(H15)	(H16)	(H17)	(H18)	(H19)	(H20)	(H21)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.4
国民所得	7.2	8.1	2.7	2.4	▲3.0	▲0.4	1.4	1.3	1.2	1.3	▲0.0	▲7.2	▲2.9	2.4	▲1.0	0.4	4.0	1.4	2.8	0.3	3.3	—
GDP	7.2	8.6	2.7	1.2	▲1.8	▲0.8	0.6	0.7	0.8	0.6	0.4	▲4.0	▲3.4	1.5	▲1.1	0.1	2.6	2.2	2.8	0.7	2.0	—

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 2018年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2018年度分は、2017年度の国民医療費に2018年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

(※)70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

医療費の伸び率の要因分解

○ 医療費の伸び率のうち、人口及び報酬改定の影響を除いた「その他」は近年1～2%程度であり、平成30年度は1.1%。
その要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)	平成29年度 (2017)	平成30年度 (2018)
医療費の伸び率 ①	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.8% (注1)
人口増の影響 ②	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.2%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1% (注2)
診療報酬改定等 ④		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%		0.1% [-1.26%] 消費税対応 1.36% (注3)		-1.33% (注4)		-1.19% (注5)
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	1.1% (注1)
制度改正	H15.4 被用者本人3割負担等			H18.10 現役並み所得高齢者3割負担等		H20.4 未就学2割負担						H26.4 70-74歳2割負担 (注6)				

注1: 医療費の伸び率は、平成29年度までは国民医療費の伸び率、平成30年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)の伸び率(上表の斜体字、速報値)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2: 平成30年度の高齢化の影響は、平成29年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と平成29、30年度の年齢階級別(5歳階級)人口からの推計値である。

注3: 平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10%であった。

注4: 平成28年度の改定分-1.33%のうち市場拡大再算定の特例分等は-0.29%、実勢価等改定分で計算すると-1.03%。

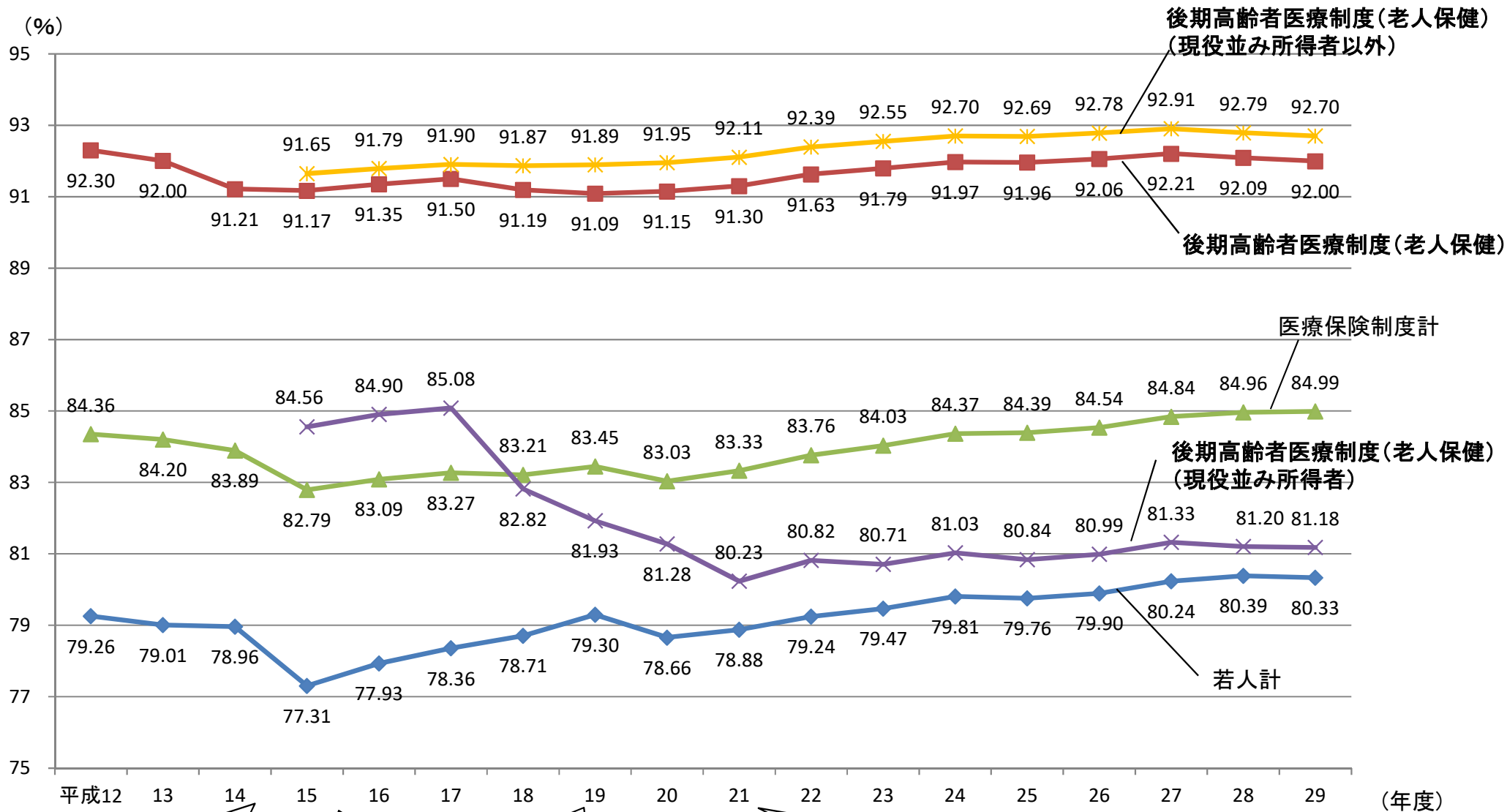
なお、「市場拡大再算定の特例分等」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施等を指す。

注5: 平成30年度の改定分-1.19%のうち薬価制度改革分は-0.29%、実勢価等改定分で計算すると-0.9%。

注6: 70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

実効給付率の推移

○ 平成29年度の後期高齢者の実効給付率は92.00%。このうち、現役並み所得者は81.18%、現役並み所得者以外のものは92.70%。



H14.10～70歳以上
: 定率1割(現役並み2割)

H15.4～健保
: 2割→3割

H18.10～70歳以上
: 現役並み: 2割→3割

H20.4～後期高齢者医療制度発足
70～74歳(凍結)/義務教育前: 2割

H26.4～70～74歳
: 順次凍結解除

(注1) 予算措置による70歳～74歳の患者負担補填分を含んでいない。

(注2) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

出典: 各制度の事業年報等を基に作成

これまでの診療報酬改定、保険料・患者負担の見直しについて

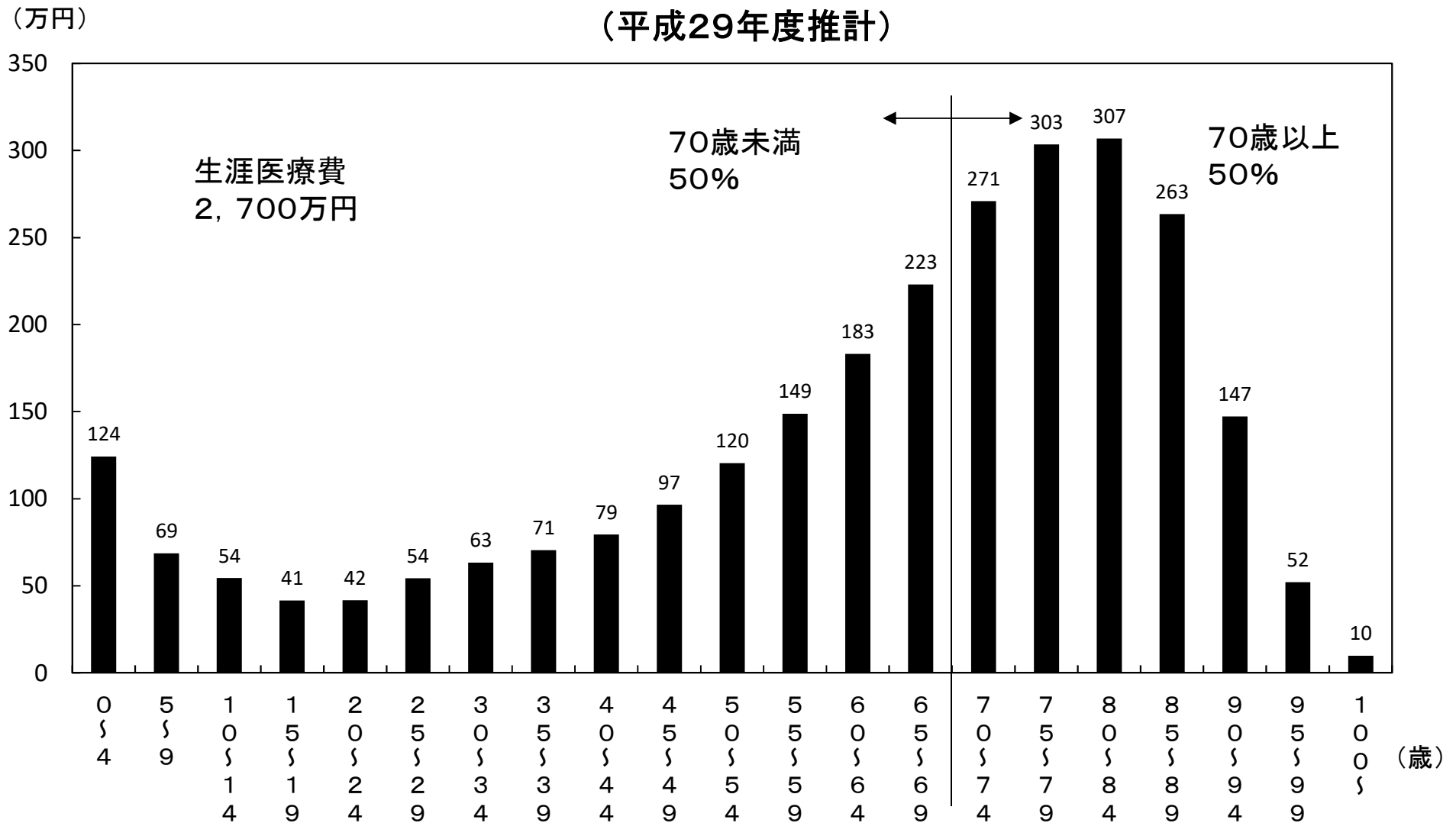
	H14年度	18年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	R1年度
保険料			国保の低所得者の保険料軽減措置の拡充			後期高齢者保険料軽減特例の見直し ・所得割 5割軽減 → 軽減なし(H30.4) ・均等割 9割、8.5割軽減 → 7割軽減※ (R1.10) ・元被扶養者均等割 9割軽減 → 軽減なし(H31.4) ※8.5割軽減の者は年金生活者支援給付金等のない低所得者であることに鑑み、1年間は8.5割軽減と本則の差を補填。		医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健保法等の一部改正
患者負担	H14.10~70歳以上 定率1割 現役並み2割 H15.4~ 健保2割 →3割	H18.10~ 70歳以上 現役並み 2割→3割 入院時の居住費の導入 高額療養費の 上限引上げ	70歳~74歳の窓口負担の見直し 1割→2割			後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入		国保の低所得者(保険料の軽減対象者)数に応じた保険者への財政支援
			高額療養費の見直し (70歳未満) 所得区分細分化(3区分→5区分)		入院時の食費の引上げ 260円/食→460円/食(一般所得)		入院時の居住費の引上げ 0円/日→370円/日 ※65歳以上の医療度の高い患者	紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入 ※特定機能病院及び許可病床400床以上に紹介状なし初診時5,000円
診療報酬	本体 ▲1.3% 薬価等 ▲1.4% 【参考】 本体+薬価等 ▲2.7%	本体 ▲1.36% 薬価等 ▲1.8% 【参考】 本体+薬価等 ▲3.16%	(通常改定分) 本体 +0.1% 薬価等 ▲1.36% (消費税対応分) 本体 +0.63% 薬価等 +0.73% (合計) 本体 +0.73% 薬価等 ▲0.63% 【参考】 本体+薬価等 +0.1%		本体 +0.49% 薬価※1 ▲1.82% 【参考】 本体+薬価等※2 ▲1.33% ※1 うち、市場拡大再算定の特例分等 ▲0.29%、実勢価等改定分▲1.52%(市場拡大再算定(通常分)を除くと、▲1.33%) ※2 実勢価等改定分で計算すると、▲1.03%		本体 +0.55% 薬価※1 ▲1.74% 【参考】 本体+薬価等※2 ▲1.19% ※1 うち、薬価制度改革分▲0.29%、実勢価等改定分▲1.45% ※2 実勢価等改定分で計算すると▲0.9%	(消費税引上げに伴う対応) 本体 +0.41% 薬価等※ ▲0.48% 【参考】 本体+薬価等 ▲0.07% ※ うち、消費税対応分+0.47%、実勢価改定分▲0.95%

參考資料

生涯医療費(平成29年度)

○生涯の医療費は平均で約2700万円(保険給付、自己負担合わせた医療費全体)と見込まれる。また、その約半分は70歳以降においてかかるものと見込まれる。

生涯医療費(男女計)
(平成29年度推計)



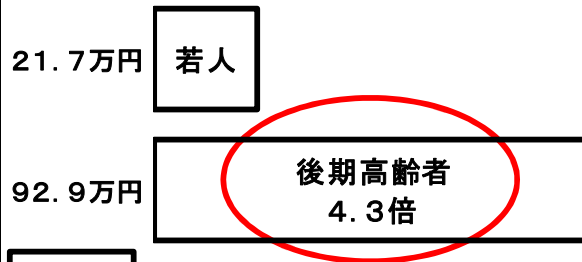
(注)平成29年度の年齢階級別一人当たり国民医療費をもとに、平成29年簡易生命表による定常人口を適用して推計したものである。

後期高齢者医療費の特性

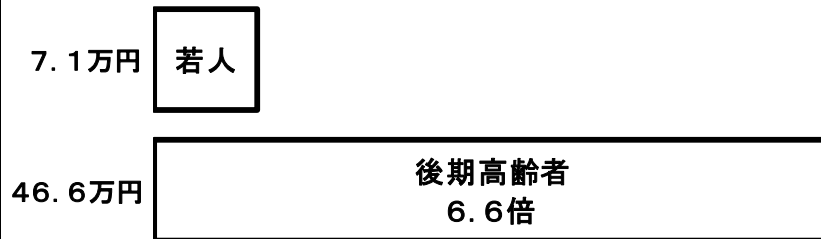
○後期高齢者の1人当たり医療費(患者1人当たりではない)は若人の約4.3倍となっている。
入院も外来も受診率(レセプト件数/対象人数)が高く、1件当たり受診日数も若干多め。

1人当たり診療費の若人との比較(平成29年度)

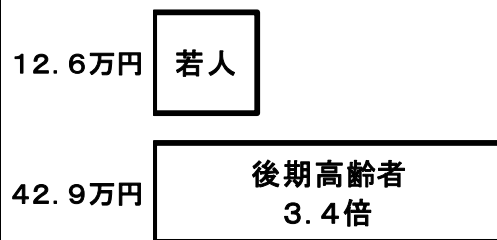
1人当たり診療費



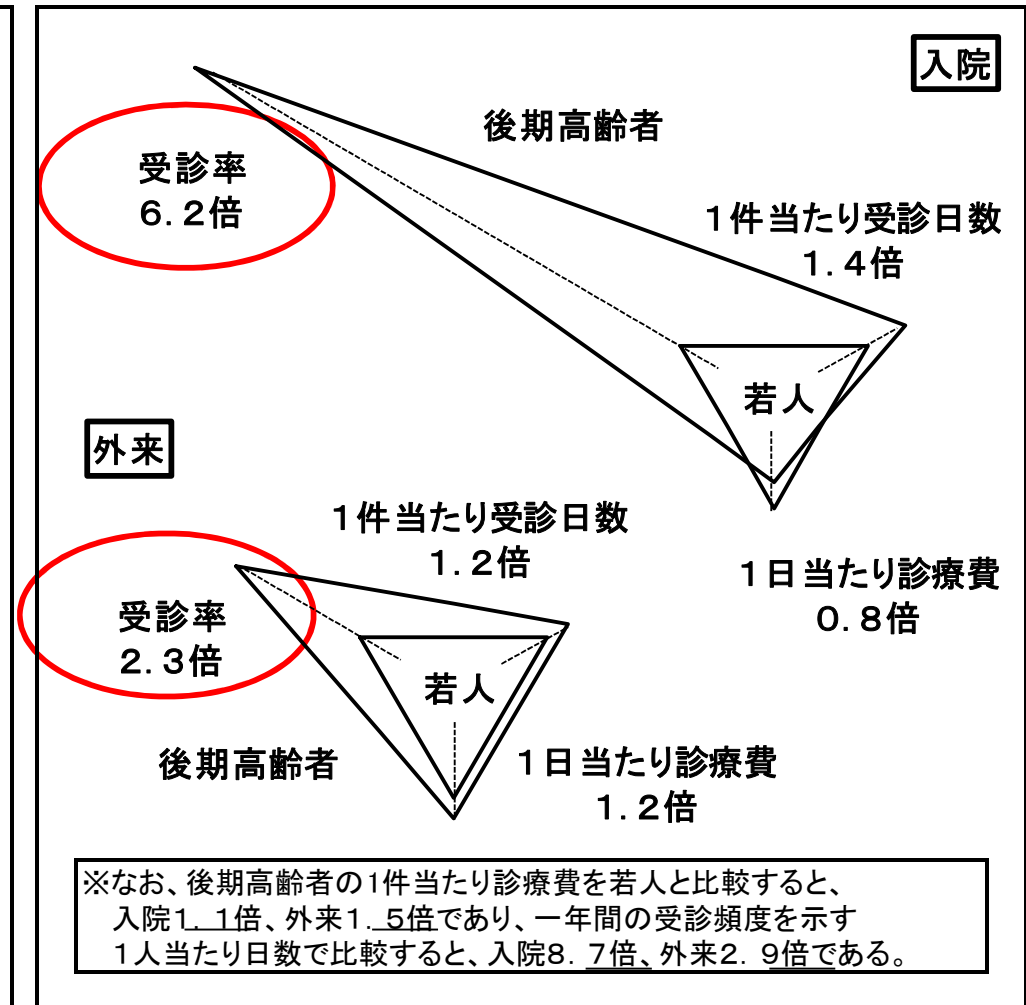
うち入院



うち外来



三要素の比較(平成29年度)

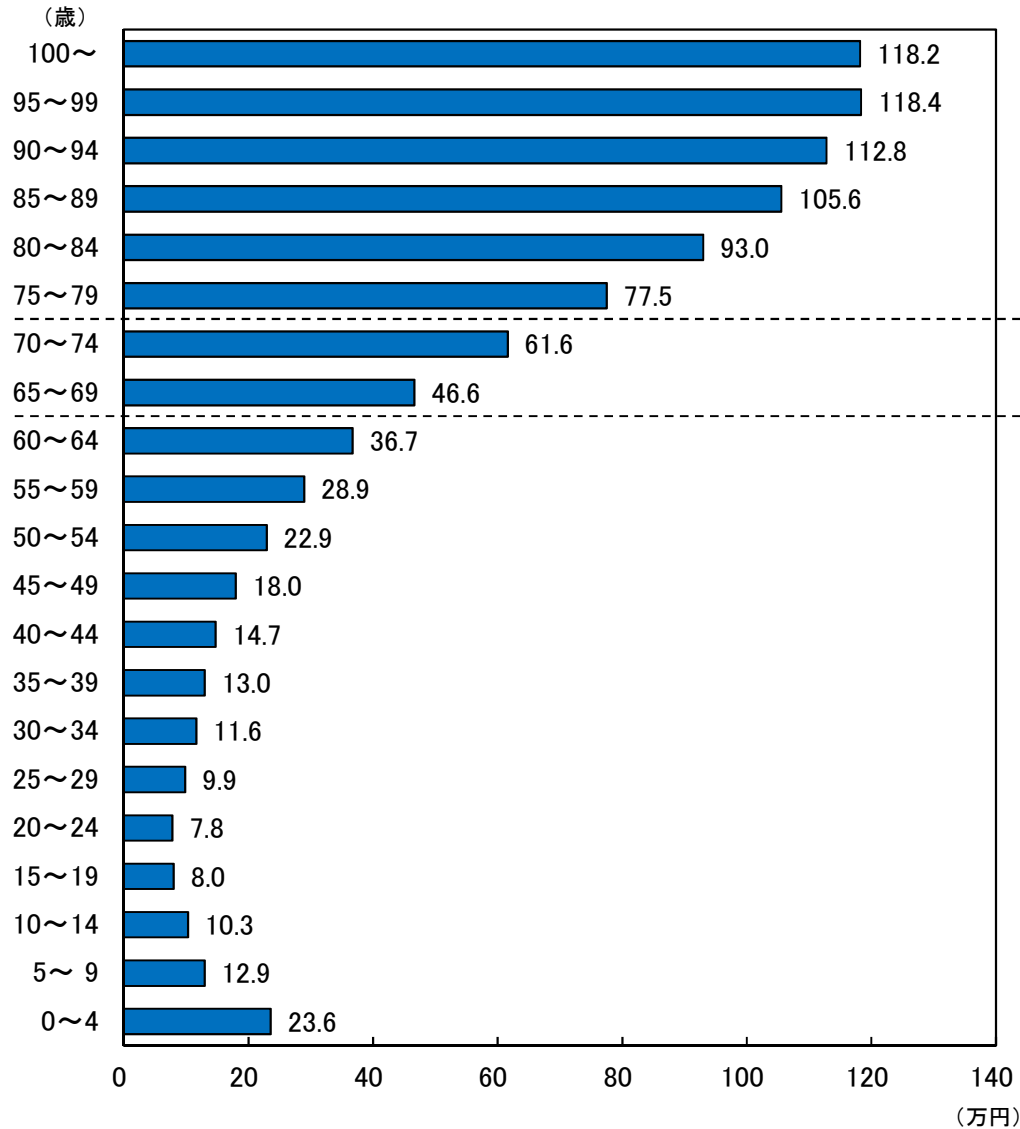


(注) 1. 後期高齢者とは後期高齢者医療制度の被保険者であり、若人とは後期高齢者医療制度以外の医療保険加入者である。
2. 入院は、入院時食事療養費・入院時生活療養費(医科)を含んでおり、外来は、入院外(医科)及び調剤費用額の合計である。
3. 後期高齢者の1人当たり医療費は94.5万円となっており、若人の1人当たり医療費22.1万円の4.3倍となっている。
(資料)各制度の事業年報等を基に保険局調査課で作成。

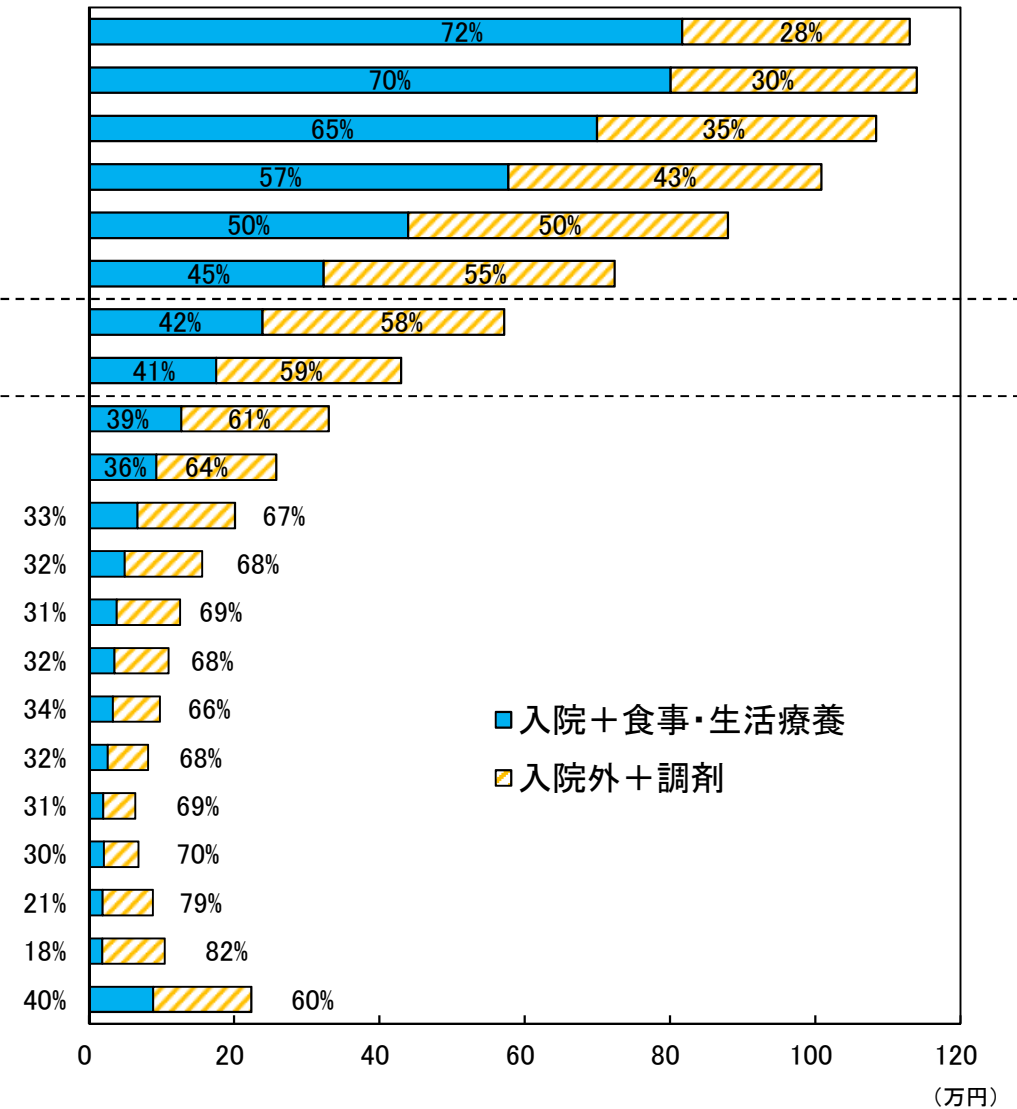
年齢階級別1人当たり医療費(平成29年度)(医療保険制度分)

1人当たり医療費を年齢階級別にみると、年齢とともに高くなり、70歳代までは外来（入院外＋調剤）の割合が高いが、80歳代になると入院（入院＋食事療養）の割合が高くなる。

(医療費計)



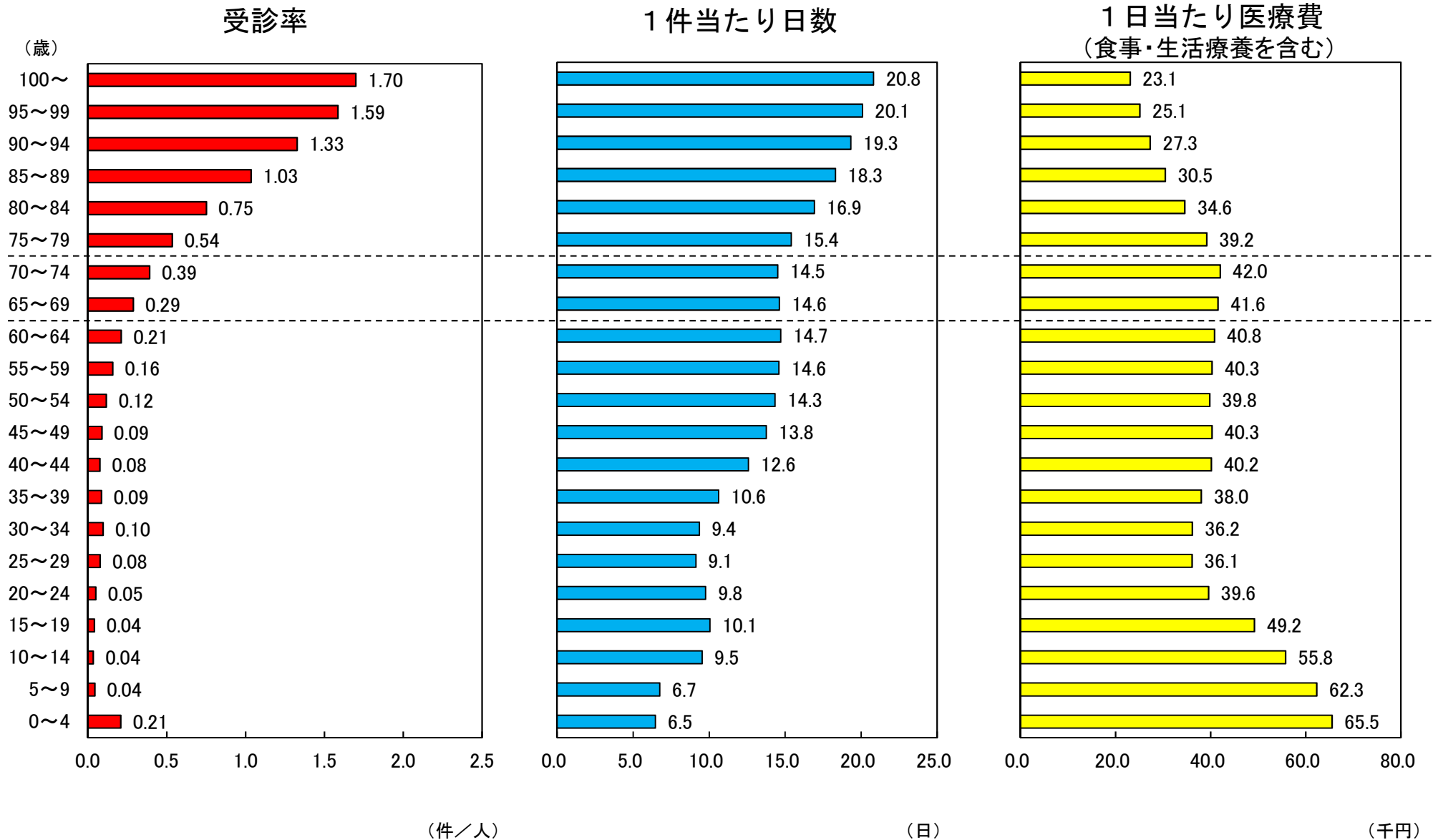
(医科診療費)



※ 「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

年齢階級別 三要素(入院、平成29年度)

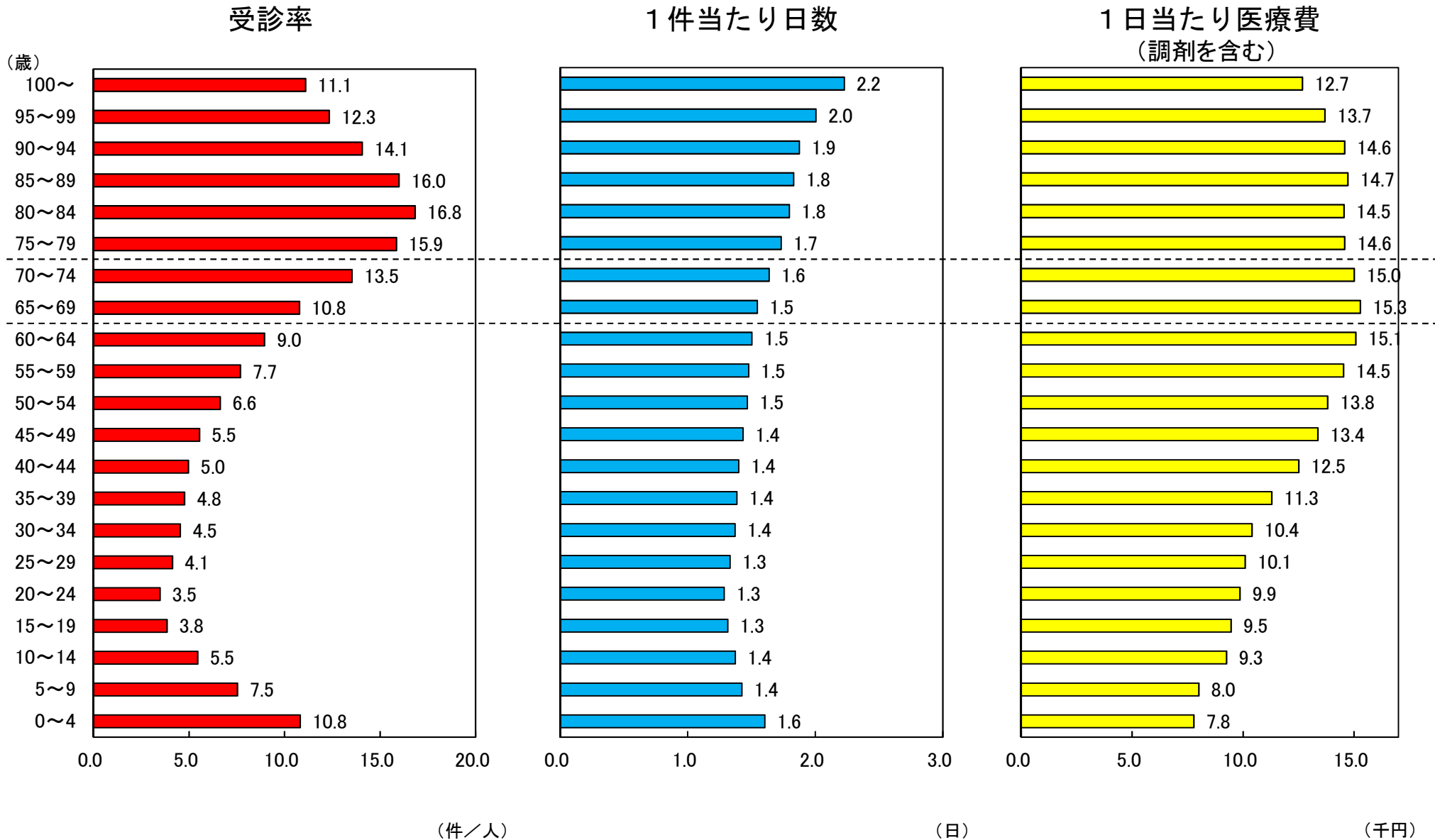
入院医療費について、三要素（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）に分解してみると、高齢期に入ると受診率が急増するとともに、1件当たり日数が増加する一方、1日当たり医療費は低下する。



※ 「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

年齢階級別 三要素(入院外、平成29年度)

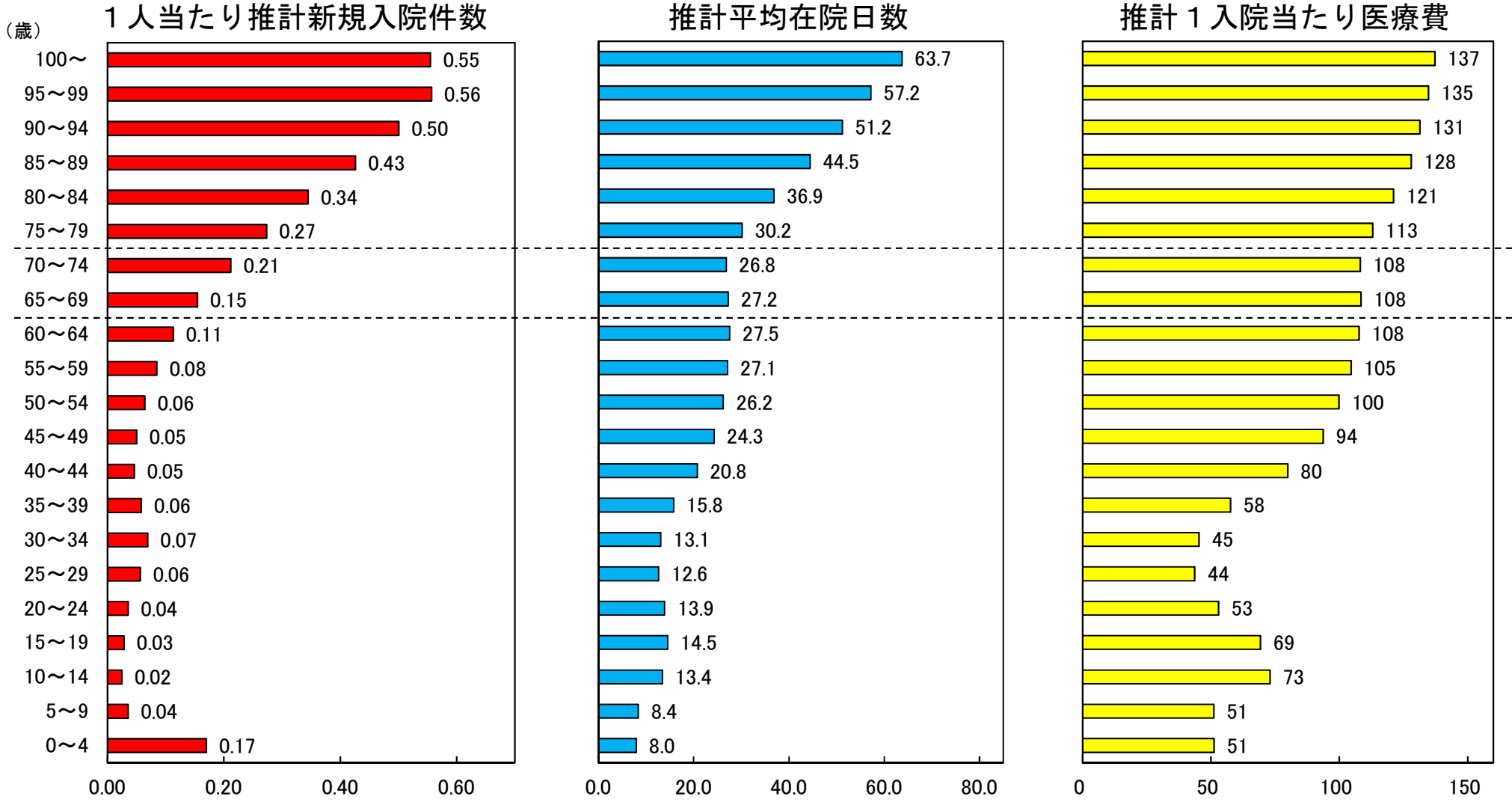
入院外医療費について、三要素（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）に分解してみると、年齢が上がるごとに増加していた受診率が、80歳代前半をピークに低下する。



※ 「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

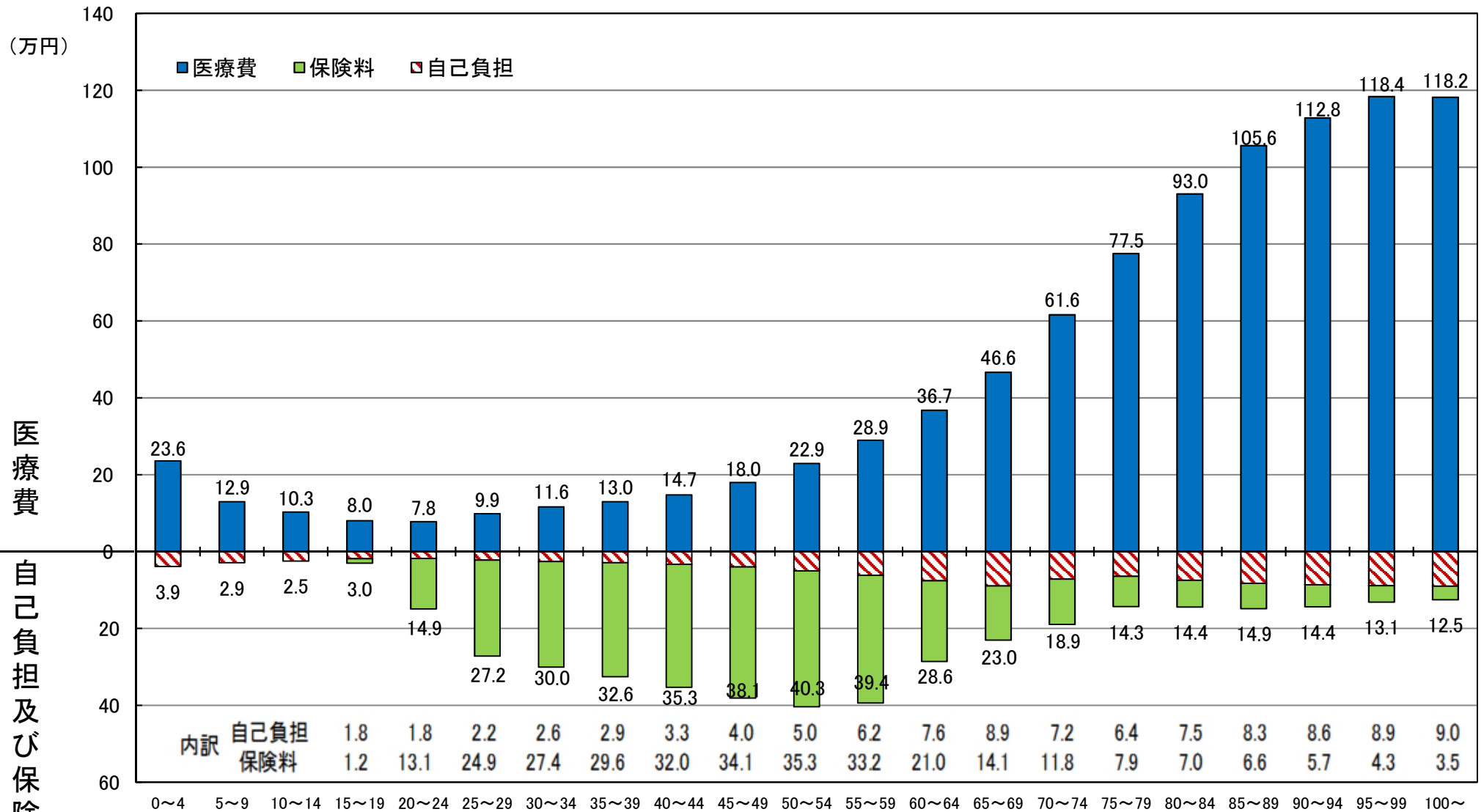
年齢階級別1人当たり推計新規入院件数、推計平均在院日数 及び推計1入院当たり医療費（平成29年度）

入院医療費について、1人当たり推計新規入院件数、推計平均在院日数、推計1入院当たり医療費を算出してみると、高齢期に入ると推計新規入院件数が急増するとともに、推計平均在院日数、推計1入院当たり医療費が増加する。



※ 「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成 ※推計1入院当たり医療費には、食事・生活療養費を含まない。

年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額) (平成29年度実績に基づく推計値)



- (注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 予算措置による70~74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。
 4. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 5. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

改革工程表2019における検討項目について

- 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方について
- 医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的に見える化等について
- 今後の医薬品等の費用対効果評価の活用について

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

	取組事項	実施年度			KPI	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	66 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討					
	<p>新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する。</p> <p>医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。</p> <p>《厚生労働省》</p>				-	-

費用対効果評価の活用に係るこれまでの意見について

(これまでの医療保険部会での主な意見)

平成30年4月19日	<ul style="list-style-type: none">○ 費用対効果評価を保険収載の際に勘案するかどうかは、あくまで中医協での議論を尊重すべき。試行の結果検証等を十分に行うことが先行であり、保険収載の可否に用いるかどうかはその後の議論。○ 有効性、安全性がきちんと確認された医療、医薬品で必要かつ適切なものが保険適用されることは、医療の質向上に結びつくものなので、それを予算の制約や経済財政により保険適用外にするというのはいかがなものか。
平成30年10月10日	<ul style="list-style-type: none">○ 安全性、有効性が確認された医薬品等は速やかに保険収載をするという方針は維持すべき。医療上必要なものを、経済性や予算の制約を理由に保険収載を見送るべきではない。○ 費用対効果の本格導入の議論を進めるとともに、高額薬剤等の新たな課題が出たときに中医協で議論をした上で、薬価制度の中で緊急かつ個別の対応を図るべき。

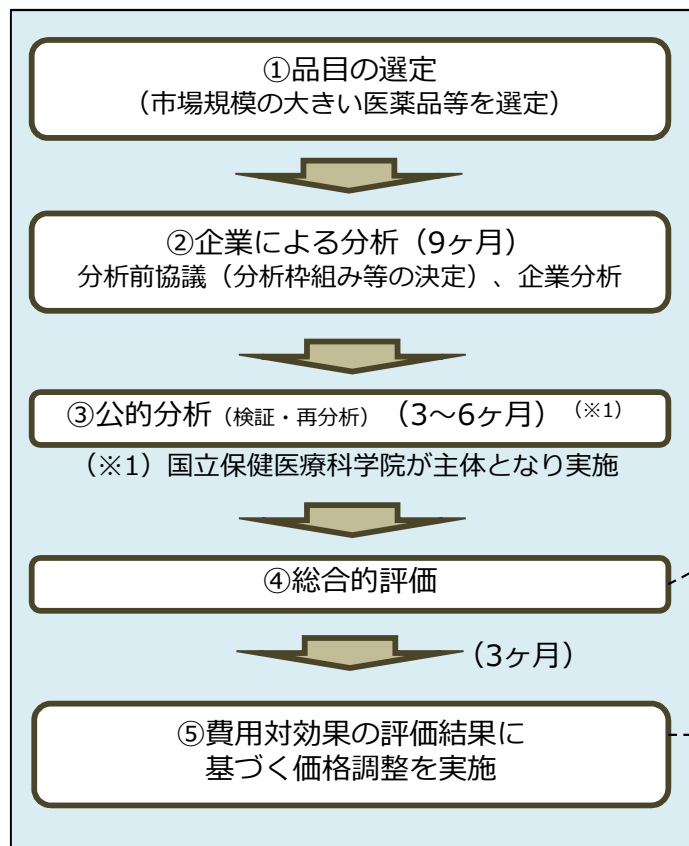
(平成30年度の中医協での主な意見)

平成30年10月19日	<ul style="list-style-type: none">○ これまで国民皆保険のもとで、有効性・安全性が確認された医療であって必要かつ適切なものは保険適応することを基本に対応している。こうした基本原則を変えることは国民の理解を得ることができるかというのは大きな課題であり、疑問。○ 現状では評価に相応の期間を要することが想定され、ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグが生じる可能性も勘案すると、今回の本格導入時点においては、保険償還の可否の判断に用いることは実効性に乏しい。
-------------	---

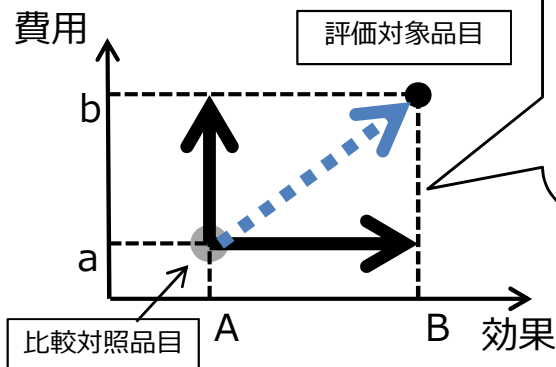
費用対効果評価制度について（概要）

- 費用対効果評価制度については、中央社会保険医療協議会での議論を踏まえ、2019年4月から運用を開始。
- 市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器を評価の対象とする。ただし、治療方法が十分に存在しない稀少疾患（指定難病等）や小児のみに用いられる品目は対象外とする。
- 評価結果は保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載したうえで価格調整に用いる。
- 今後、体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度のあり方や活用方法について検討する。

【費用対効果評価の手順】



(注) カッコ内の期間は、標準的な期間



評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。

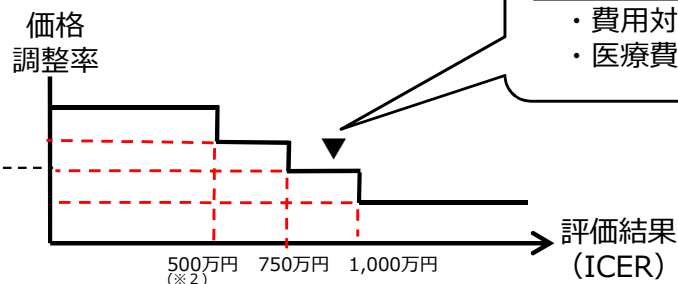
$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}$$

健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

総合的評価にあたっては、希少な疾患や小児、抗がん剤等の、配慮が必要な要素も考慮(※2)

評価結果に応じて対象品目の価格を調整(※3)

- ・費用対効果の悪い品目は価格を引下げ
- ・医療費の減少につながる品目等は価格を引上げ



(※2) 抗がん剤等については、通常よりも高い基準 (750万円/QALY) を用いる。

(※3) 価格調整範囲は有用性系加算等

(7) 費用対効果評価に係る今後の検討について

中医協においては、2012年5月に費用対効果評価部会を設置し、我が国における費用対効果評価の在り方について検討を進めてきた。

今回の骨子のとりまとめに当たっては、これまでの中医協における検討、試行的導入の結果、有識者の検討結果及び関係業界からの意見等を踏まえ、費用対効果評価専門部会及び合同部会において論点整理及び対応案の検討を行った。

本年4月より、本骨子の内容に基づき運用をすすめるとともに、費用対効果評価にかかる事例を集積し、体制の充実を図ることとする。

その上で、適正な価格設定を行うという費用対効果評価の趣旨や、医療保険財政への影響度、価格設定の透明性確保等の観点を踏まえ、より効率的かつ透明性の高い仕組みとするため、諸外国における取組も参考にしながら、選定基準の拡充、分析プロセス、総合的評価、価格調整方法及び保険収載時の活用のあり方等について検討する。

また、総合的評価や価格調整において配慮する要素や品目の範囲、配慮の方法等については、今後企業から提出される分析結果や諸外国における運用等を参考に検討を行うこととする。

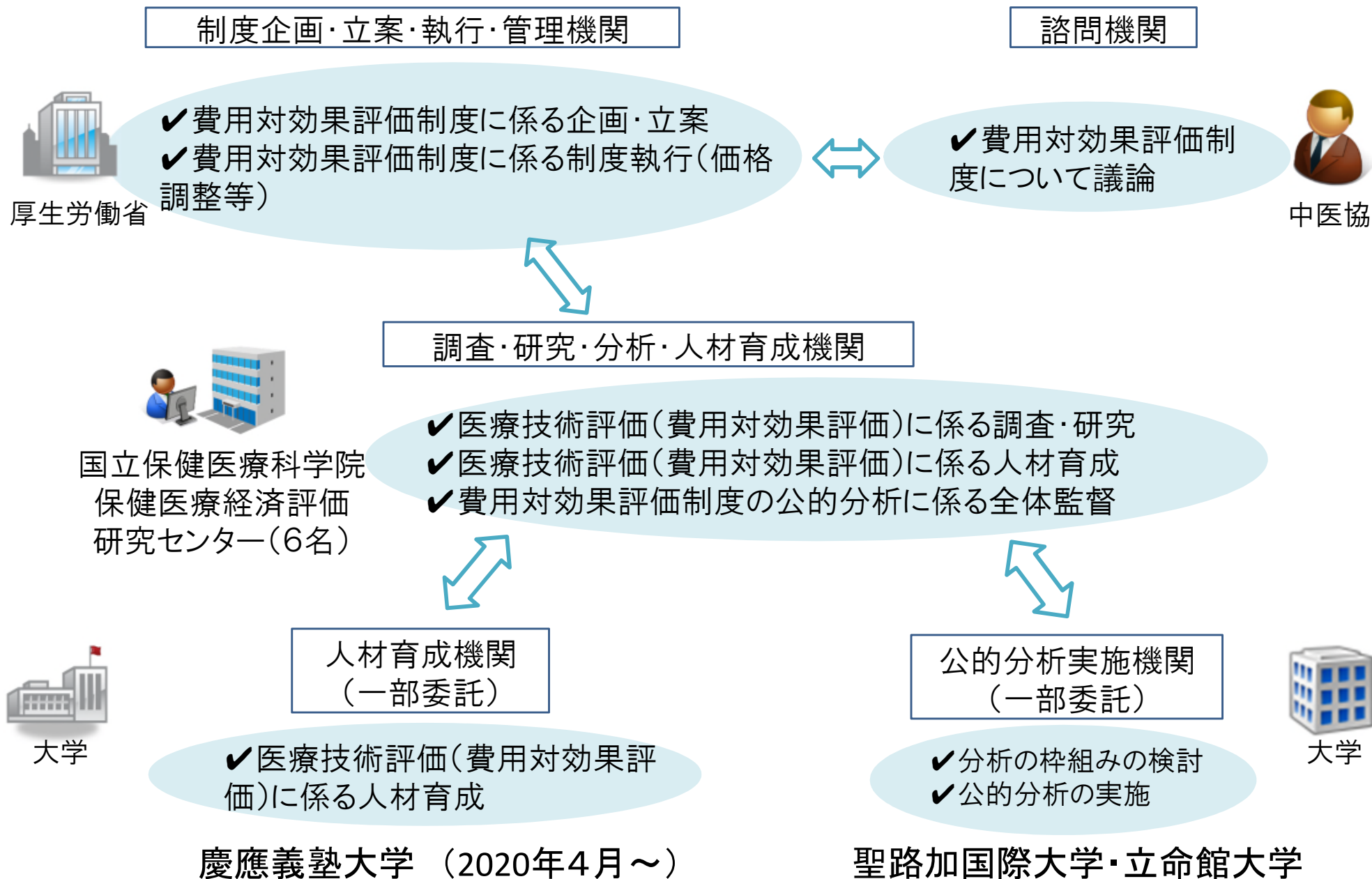
費用対効果評価の対象品目（2020年3月時点）

品目名	効能効果	価格	うち補正加算	市場規模	費用対効果区分	総会での 指定日
①テリルジー (グラクソ・ スミスクライン)	COPD (慢性閉塞 性肺疾患)	8,598円	782円 (10%)	236億円	H1 (市場規模が 100億円以上)	2019/5/15
②キムリア (ノバルティス)	白血病	3,349万円	277万円 (45%×0.2※)	72億円	H3 (単価が高い)	2019/5/15
③ユルトミリス (アレクシオンファーマ)	発作性夜間 ヘモグロビ ン尿症	717,605円	35,880円 (5%)	331億円	H1 (市場規模が 100億円以上)	2019/8/28
④ビレーズトリエア ロスフィア56吸入 (アストラゼ 朶)	COPD (慢性閉塞 性肺疾患)	4,075円	なし	189億円	H5 (テリルジーの類 似品目)	2019/8/28
⑤トリンテリックス (武田薬品工業)	うつ病・うつ 状態	168.9円	8円 (5%)	227億円	H1 (市場規模が 100億円以上)	2019/11/13
⑥コララン (小野薬品工業)	慢性心不全	82.9円	29円 (35%)	57.5億円	H2 (市場規模が 50億円以上)	2019/11/13

(注) 価格及び補正加算は四捨五入した値

(※) 加算係数（製品総原価の開示度に応じた加算率） ・ ・ 開示度80%以上：1.0、50～80%：0.6、50%未満：0.2

費用対効果評価制度の体制と人材育成（イメージ）



* 科学院及び大学で育成した人材については、医療技術に係る調査・研究機関や公的分析実施機関等での活躍を想定

諸外国における医薬品に係る費用対効果評価の活用状況(一覧)

令和2年3月26日時点
厚生労働省保険局医療課調べ

	イギリス	オーストラリア	スウェーデン	オランダ	フランス	ドイツ
財源	税方式	税方式	税方式	社会保険方式	社会保険方式	社会保険方式
評価機関	National Institute for Health and Care Excellence	Pharmaceutical Benefits Advisory Committee	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	Zorginstituut Nederland	Haute Autorité de Santé	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
設立年	1999年	1954年(※1)	2002年	1949年	2005年	2004年
人員	618名 (医薬品は9組織に分析を委託)	20名 (医薬品は6大学に分析を委託)	140名	400名	425名	231名
評価基準	2~3万ポンド (致死性疾患、終末期における治療の場合は5万ポンドまで許容)	4万5千~5万豪ドル(抗悪性腫瘍薬については75,000豪ドル) (公表はされていない)	50万~100万クローネ (公表はされていない)	1~8万ユーロ (疾患により変動)	公表されていない	公表されていない
評価結果の活用方法(※2)	償還可否の決定及び価格交渉に用いる	償還可否の決定及び価格交渉に用いる	償還可否の決定及び価格交渉に用いる	価格交渉に用いる	価格交渉に用いる	価格交渉に用いる(※3)
品目選定数	56件 (2018/2019で公表されたTAのガイダンス数)	86件 (2018/2019でPBACに申請されたMajor submission数)	40~60品目 (年間評価品目数)	32件 (2016年の企業からの申請数)	19件 (2018年の評価品目数)	なし
(備考)	医薬品アクセス制限への反発を受けて、以下の仕組みを導入 ・Patient Access Scheme(2009年~) ・Cancer Drug Fund(2011年~)	評価の結果、償還が推奨されない品目に対応する以下の仕組みを導入 ・リスク共有スキーム(※4)	評価の結果、不確実性のため償還が推奨されない品目に対応する以下の仕組みを導入 ・Managed entry agreements(2014年に既存の条件付き償還の制度を改定)	—	—	—

※1 費用対効果の評価の開始は1993年。

※2 算出された増分費用効果比(ICER)を価格に反映させる具体的な方法を公表している国はない。

※3 ドイツでは企業との価格交渉が合意に至らない場合に、必要に応じて費用対効果評価を実施することとしているが、これまでに実施した例はない。

※4 保険者と企業の間で取り決めを行い、企業が価格引下げや薬剤費の一部を負担する等により、償還が認められるスキーム。

今後の医薬品等の費用対効果評価の活用に係る現状及び課題と論点

【現状・課題】

- 中医協での議論を経て、2019年4月より運用開始となった費用対効果評価制度では、結果は、保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載した上で、価格の調整に用いることとしている。また、今後の実施状況を踏まえ、費用対効果評価に係る組織体制の強化や、課題を整理した上で、活用方法についての検討を継続していくこととされた。
- 費用対効果評価領域の人材を育成のため、2020年4月より人材育成プログラムが開始予定。一方で、諸外国と比較し、費用対効果評価の体制の規模や人材については未だもって不十分である。
- 現在、費用対効果評価の対象品目として6品目が選定され、分析を実施しているところ。

【論点】

- 費用対効果評価の保険収載時の活用等も含めた実施範囲・規模の拡大については、現状や人材育成の状況や諸外国における取組も参考にしながら、これまでと同様に中医協で検討を継続していくこととしてはどうか。