

第135回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和2年11月26日（木）
15時00分～17時00分
場所：全国都市会館

（ 議 題 ）

医療保険制度改革について

（ 配布資料 ）

- 資 料 1 後期高齢者の窓口負担の在り方について
- 資 料 2 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の
拡大について
- 資 料 3 育児休業中の保険料免除について
- 資 料 4 傷病手当金について
- 資 料 5 今後の医薬品等の費用対効果評価の活用について

参考資料 議題に関する参考資料

第135回 社会保障審議会医療保険部会

令和2年11月26日(木) 15:00~17:00

全国都市会館 大ホール

○
速記

《オンライン参加委員》
一瀬委員(石橋参考人)
兼子委員
原委員
平井委員
藤原委員
前葉委員
横尾委員

菅原委員 ○

林委員 ○

樋口委員 ○

藤井委員 ○

松原委員 ○

森委員 ○

○佐野委員

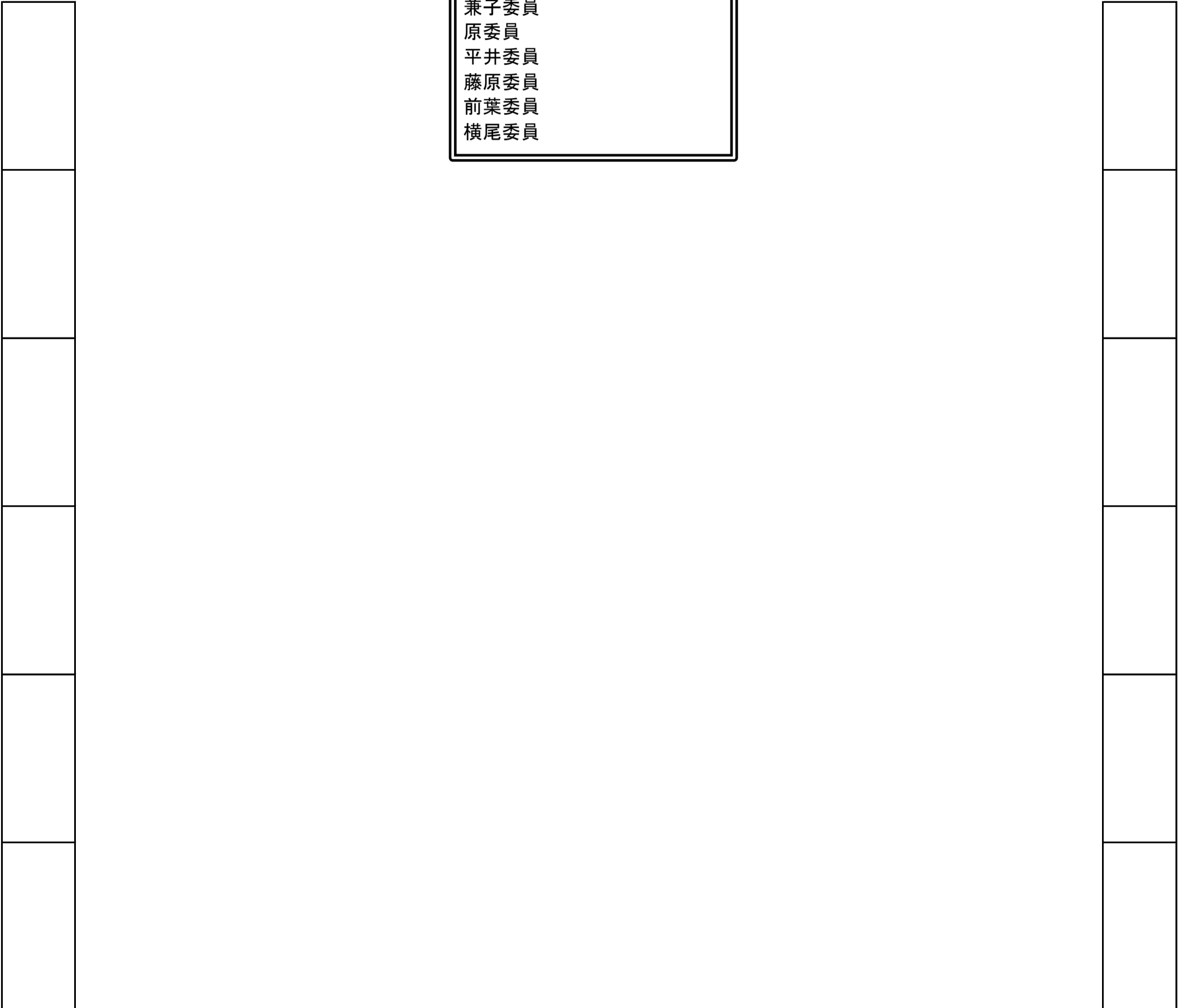
○井深委員

○石上委員

○池端委員

○安藤委員

○秋山委員



○本後課長	○榎本審議官	○横幕審議官	○濱谷局長	○菊会会長代理池	○遠藤部会長	○須田課長	○姫野課長	○岡田室長
-------	--------	--------	-------	----------	--------	-------	-------	-------

○鈴木企画官	○医療課	○国保課	○高医課	○保険課	○総務課	○新畑室長	○山下課長	○佐々木室長	○森田課長	○田中室長	○小椋管理官	○合田室長 <small>(雇用環境・均等局)</small>	○渡邊補佐 <small>(医政局)</small>	○井内課長	○紀平管理官
--------	------	------	------	------	------	-------	-------	--------	-------	-------	--------	------------------------------------	-------------------------------	-------	--------

事務局席

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

令和2年11月26日

あきやま ともや 秋山 智弥	日本看護協会副会長
あんどう のぶき 安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
いしがみ ちひろ 石上 千博	日本労働組合総連合会副事務局長
いちのせ まさた 一瀬 政太	全国町村会理事／長崎県波佐見町長
いぶか ようこ 井深 陽子	慶應義塾大学経済学部教授
えんどう ひさお ◎ 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち よしみ ○ 菊池 馨実	早稲田大学法学学術院教授
さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会副会長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
はやし まさずみ 林 正純	日本歯科医師会常務理事
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいこ 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ひらい しんじ 平井 伸治	全国知事会社会保障常任委員会委員長／鳥取県知事
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ふじわら ひろゆき 藤原 弘之	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
まえば やすゆき 前葉 泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(五十音順)

大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を 図るための定額負担の拡大について

大病院受診時定額負担に関する主な意見 (11月19日医療保険部会)

- 提案された定額負担の対象病院拡大について、外来機能の明確化、またかかりつけ医機能の強化の方向性に沿っており、賛成。公的医療保険の負担軽減案についても評価したい。確実に実施をしていただきたい。
- 対象病院の拡大・公的医療保険の負担軽減を図る仕組みについて、賛成。控除幅や定額負担の増額幅については、大病院の負担軽減や医師の勤務環境改善が実現できるような水準に設定していただきたい。
定額負担を徴収しない場合の要件等については、中医協において検討を進めることに賛成。ただし、再診は、初診に比べて控除できる額が少なく、定額負担の見直しの効果が弱いことが懸念されるので、大病院への再診を続ける患者への対応についても、中医協でしっかりと議論していただきたい。
- 各医療機関の外来機能が明確になれば、患者さんから見て受診すべき医療機関が分かりやすくなり、限りある医療資源の効率的な活用や医師の働き方の改革にもつながっていく。このため、提案された方向性について、賛同。増額分及び控除額については、保険財政面から制度の持続可能性に寄与する水準とするだけでなく、患者の受診行動の適正化にもつながる水準にすべきであり、例示にある水準は最低限確保していただきたい。
- 大病院への患者集中を防ぐためには、定額負担制度だけでなく、国民への啓発が重要。軽い症状だったら、かかりつけ医、家庭医に診ていただく。その上で紹介を受けて、専門の病院に行き、CTやMRIによりの確な診断・治療を受けることを多くの方が理解する必要。
- 本制度の目的は外来機能の分化を進めて、無駄な検査を減らし、患者に適切な医療を提供すること。この徴収した金額を公的保険制度の負担軽減に充てるのは趣旨と違う。初診料のほとんどを保険給付から控除することは認められない。むしろ、再診の方が問題であり、他の医療機関を紹介したものの自院を受診し続ける患者に定額負担を徴収しないならば、徴収する必要がない患者だったということであるため、初診時に徴収した5,000円を返還すべきではないか。
- 180日以上入院で入院料を控除するのは例外的な仕組みであり、初診料を控除するのはかなり無理があるのではないか。定額負担を拡大すると病院の収入増になると誤解されるので、丁寧な説明がなければ、このスキームは難しいのではないか。
- 初診料は基礎的な診療報酬であり、病院収入は変わらないからいいという問題ではない。例えば療養費をつくって、患者負担を入れて、その分給付率を下げるといことが安易に行われ、本人負担を3割以上に上げないという原則が崩れるおそれ。また、多大なシステム改修費をかけた分、その回収のため、定額負担者を確保するような予期せぬ波及効果を生まぬよう慎重な制度設計を求めたい。
- 初診料を控除することが適切かについては、紹介状を持ってさえいれば適用外になるので、そういう仕組みの中の話。一般的にすべてに適用される話ではないということではないか。

定額負担の対象病院拡大について（案）

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告（仮称）を創設することで、**新たに「紹介患者への外来を基本とする医療機関」**（「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関）を、**地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加える**こととしてはどうか。

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

現在の定額負担(義務)対象病院

現在の定額負担(任意)対象病院

拡大
紹介患者への
外来を基本と
する医療機関

出典：特定機能病院一覧等を基に作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計）

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

定額負担の増額と公的医療保険の負担軽減について（案）

1 定額負担の増額

- 大病院の紹介状なし患者をさらに減少させ、より機能分化の実効性が上がるよう、**定額負担の額を増額**してはどうか。

2 公的医療保険の負担軽減

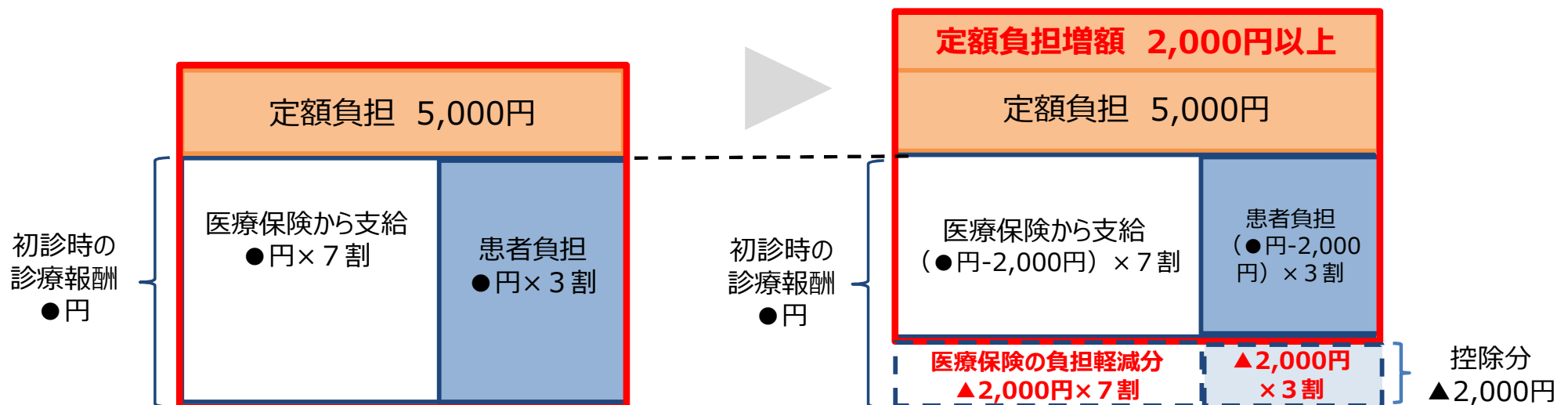
- **外来機能の分化の推進の観点から**は、本来、大病院を紹介状なしで受診する必要性は低く、まずはかかりつけ医等を受診することが望ましい。このため、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者に係る初・再診については、**保険給付（選定療養費の患者への給付）を行う必要性が低いと考えられ、一定額をその範囲から控除**してはどうか。
- 控除に当たっては、受診の際に少なくとも生じる初・再診料（※）相当額を目安に控除し、それと同額以上に定額負担を増額してはどうか。具体的には、例えば、初診について2,000円控除した場合、増額幅は2,000円以上とすることが考えられる。
※ 初診料288点、外来診療料74点。ただし、紹介率が低い場合等にそれぞれ214点、55点に減額されることとなる点に留意。

（注1）上記いずれの見直しについても、現行の対象病院、拡大後の対象病院双方に適用されることを想定。

（注2）紹介状なしで対象病院を受診した場合で、救急等の除外要件に該当しない場合のみ、上記見直しを含めた定額負担制度の対象となる。

現行制度（初診・3割負担の場合）

新たな制度案（2,000円増額等の一定の仮定をおいた場合）



※ 赤枠部分が医療機関の収入総額となり、現行制度と見直し案は同額となる。

定額負担を徴収しない場合の要件(除外要件)の見直しについて(案)

除外要件の見直し

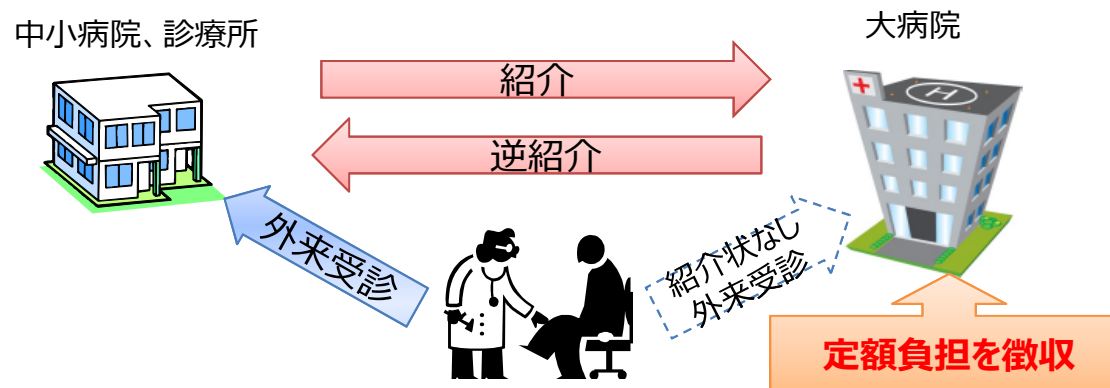
- 当該患者が定額負担の徴収対象となるか否かが保険給付（選定療養費）の額にも影響する仕組みとなるため、現行の定額負担の徴収状況等も踏まえつつ、定額負担を徴収しない場合の要件についてはより厳格な運用を行う必要があるのではないか。
- 具体的には、現行の徴収実態等を踏まえつつ、患者の医療機関へのアクセスを過度に制限しないよう配慮したうえで、直接受診する必要性の高い患者に限定するといった観点から中央社会保険医療協議会において検討を進めることとしてはどうか。
- その際、他の医療機関を逆紹介したにも関わらず、再診を続ける患者への定額負担については、初診時よりも徴収率が低いことから、まずは徴収されていない理由を分析するとともに、除外要件の見直しと合わせてより実効性を高めるため必要な対応を検討することとしてはどうか。

※ 現状、①緊急その他やむを得ない事情がある場合にはそもそも選定療養に該当しないことから定額負担を徴収してはならないこととされており、また、②紹介がない患者等に対して定額負担を求めないことについて正当な事由がある場合には徴収義務は生じないこととされている。これらに該当する具体的な場合は、通知において示されている。これらの除外要件は、大病院受診時定額負担が義務化された平成28年度以降は見直しが行われていない。

参考資料

紹介状なしで受診する場合等の定額負担（現行）

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を求めているところ。
- ① 特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
 - [緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
 - [その他、定額負担を求めなくて良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者
- なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。



第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

② 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢者医療のウエイトがますます高まっていく。医療のアクセスや質を確保しつつ、病院勤務医・看護師等の過酷な勤務環境を改善して持続可能な医療提供体制を確保していくためには、地域医療構想の推進や医師等の働き方改革、医師偏在対策を進めるとともに、地域密着型の中小病院・診療所の在り方も踏まえ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化を図ることが不可欠である。

医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

このような考え方の下、外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

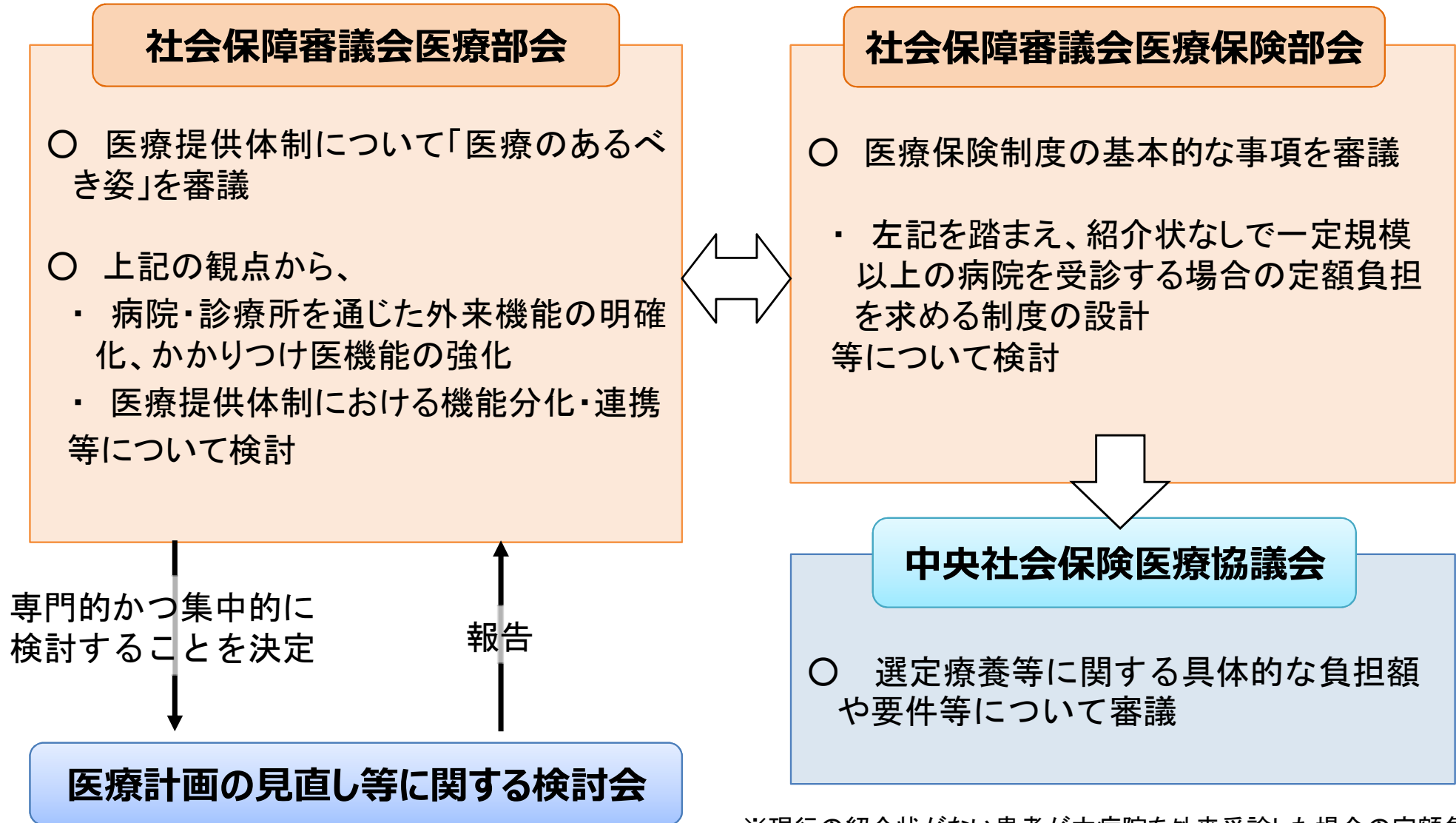
具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
- ・ 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合(緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など)の要件の見直しを行う。

(参考)健康保険法等の一部を改正する法律(平成14年法律第102号)附則第2条第1項

医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする

医療部会における検討と関係審議会等における検討の関係について



※現行の紹介状がない患者が大病院を外来受診した場合の定額負担を設けた際(平成28年4月～)には、医療保険部会において制度の基本的な設計を検討、中医協において具体的な負担額、要件等を検討

【医療資源を重点的に活用する外来（仮称）】

議論いただきたい論点①

- 人口減少や高齢化等により地域ごとに「担い手の減少」と「需要の変化」が進み、外来医療の高度化等も進んでいく中で、入院医療とともに、外来医療についても議論を進めていくことが必要である。その際、まず、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）に着目して、地域における外来機能の明確化・連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を併せて議論することは、今後、外来医療全体の在り方について議論を進めていくために必要な第一歩ではないか。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）として、基本的に次のようなものが考えられるのではないか。具体的な内容は、今後さらに、専門的に検討を進める場において検討することとしてはどうか。
 - ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）

【外来機能報告（仮称）】

議論いただきたい論点②

- 地域において外来機能の明確化・連携を進めていくに当たって、データに基づく議論を進めるため、病床機能報告を参考に、各医療機関から都道府県に、外来機能全体のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）に関する医療機能の報告（外来機能報告（仮称））を行うこととし、これにより、地域ごとに、どの医療機関で、どの程度、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）が実施されているか明確化を図ることとしてはどうか。
- 制度趣旨や負担等の観点から、外来機能報告（仮称）の対象となる医療機関の範囲について、どのように考えるか。

【地域における協議の仕組み】

議論いただきたい論点③

- 地域における外来機能の明確化・連携に向けて、都道府県の外来医療計画において、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能の明確化・連携を位置付けるとともに、地域における協議の場において、外来機能報告(仮称)を踏まえ、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整を行うこととしてはどうか。
- 地域における外来機能の明確化・連携を進めていく中で、地域での協議を進めやすくする観点や、国民・患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化する仕組みを設け、その方法として、外来機能報告(仮称)の中で報告することとしてはどうか。また、紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、広告可能としてはどうか。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の報告に当たっては、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえることができる仕組みとしてはどうか。
- 地域医療構想では、地域医療構想調整会議の協議を踏まえた自主的な取組だけでは進まない場合、都道府県知事の権限が設けられているが、外来機能の明確化・連携に関して、都道府県知事の権限について、どのように考えるか。

「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
- このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院での外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革にも資することが期待される。

明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。
 - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

(参考)地域医療支援病院との関係について

- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

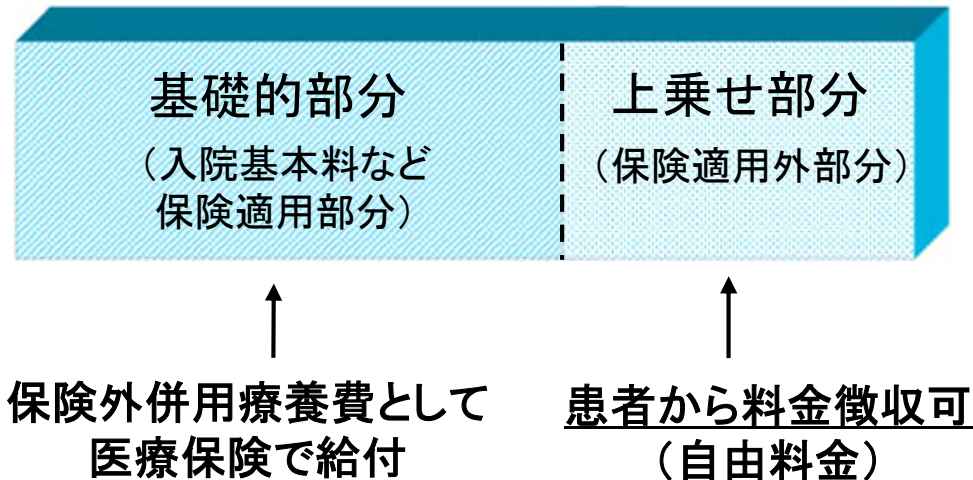
保険外併用療養費制度について

平成18年の法改正により創設
(特定療養費制度から範囲拡大)

○ 保険診療との併用が認められている療養

- ① 評価療養
 - ② 患者申出療養
 - ③ 選定療養
- ① ② } 保険導入のための評価を行うもの
- ③ → 保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み [評価療養の場合]



※ 保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件(料金の掲示等)を明確に定めている。

○ 評価療養

- ・ 先進医療(先進A:21技術、先進B:60技術 令和2年4月時点)
- ・ 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- ・ 薬価基準収載医薬品の適応外使用
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- ・ 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

○ 患者申出療養

○ 選定療養

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 大病院の再診
- ・ 小児う蝕の指導管理
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為
- ・ 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ

療養に係る所定点数から、当該所定点数を構成する通算対象入院料の基本点数に100分の15を乗じた点数を控除した点数

選定療養における「200床以上の病院」の定義について

◆ 選定療養における「200床以上の病院」の定義

- 「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について（平成18年3月13日付け保医発0313003号通知）（抄・一部追記）

第3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第2、第2の2及び第3並びに医薬品等告示関係）

15 200床（一般病床（※）に係るものに限る。）以上の病院の初診に関する事項

(1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの紹介なしに一般病床の数が200床以上の病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、初診料を算定する初診に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたところであるが、当該療養の取扱いについては、以下のとおりとすること。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。

17 200床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院の再診に関する事項

(1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院（又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、外来診療料又は再診料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものであるが、同時に2以上の傷病について再診を行った場合においては、当該2以上の傷病の全てにつき、以下(2)から(4)までの要件を満たさない限り、特別の料金の徴収は認められないものである。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。

(※) 一般病床：医療法（昭和23年法律第205号）第7条第2項第5号に規定する一般病床

大病院受診時定額負担に関する主な意見①

第126回医療保険部会（令和2年3月12日）

<総論>

- 大病院受診時の定額負担に係る対象範囲の拡大、負担額の増額、そして増額分を公的医療保険の負担軽減に充てるということについて賛成。大病院は入院と専門外来を中心に、かかりつけ医が患者の受診行動を適正化するまさにゲートキーパー的な機能を担う方向に進むべき。そういう中で、自らの選択で大病院を受診されるという患者さんにおいては、特別な負担をお願いするということではないか。
- 医師・看護師の勤務負担の軽減は非常に大きな課題であり、大病院の外来患者の流れを変えていくことは非常に重要。その意味で、大病院受診時定額負担を一つの方策として患者の受診行動を変えていく必要性は認識している。

<定額負担の対象病院の範囲>

- 医療機能の分化と連携を進める、医療従事者の働き方改革を進めるという観点からは、いわゆる一般病院についても選定療養の範囲を拡大していくことはやむを得ない。
- 特定機能病院や地域医療支援病院は、目的や機能が法律上明確になっているので、病床規模で線を引くというのはそれなりの合理性があるが、いわゆる一般病院については地域によって果たしている機能が違うため、地域の実情に応じて考える必要がある。例えば、他の医療機関が存在しない地域で診療活動を行っているような施設や、回復期、慢性期、在宅医療までケアミックスを実施しているような地域密着型の医療に取り組んでいるような施設については対象から外すとか、あるいは手挙げ方式のようなことを配慮していただくなど、地域住民の医療の確保に支障が生じないような丁寧な対応を検討いただきたい。
- 医師の偏在対策が適切に実施されないと、患者の医療機関へのアクセスを制限することにつながるのではないかと。その意味では、偏在対策についてあるべき姿を定めて、基準を満たさない地域においては、定額負担の拡大を猶予するなどの個別対策が必要ではないか。
- どうしても月に1回大きな病院に行かなければいけないというような地域もある。そうした地域も含め、拡大対象とされる病院の機能や利用実態をよく分析をして、医療保険の中でもその地域の医療提供の実態に合った対応をする必要があるのではないかと。
- 地域ごとの状況を勘案していくことはもちろん重要だが、あまり例外を拡大していくということのないようにやっていくべきではないか。

大病院受診時定額負担に関する主な意見②

第126回医療保険部会（令和2年3月12日）

<かかりつけ医>

- 受診行動の適正化、病院診療所の機能分化という観点から、かかりつけ医の普及のためには、かかりつけ医機能を明確化して、また国民、医療提供者にしっかりと定義を示す必要がある。また、このかかりつけ医機能の強化に向けてはスピード感も必要だと思うので、具体的な方策、道筋を示していただきたい。
- そもそも「かかりつけ医」が身近にいなかったり、身近にいることを知らなければ、多少のお金を余分に払ってでも、大病院に行こうとする患者の受診行動は変わらないのではないかと。広く初診に応じることができ、適切な病院を紹介できる診療所の整備と、その診療所へのアクセスの周知に取り組んでいただきたい。

<定額負担の水準>

- 定額負担の増額については、保険財政の持続可能性に寄与するような水準にすべき。
- 現在の初診時5,000円という値は、大病院を想定して設定した額。200床まで規模を拡大し、さらに一律に増額するという議論というのは制度創設当時の想定をもう大幅に超えており、政策効果の検討も十分にされていないので、しっかり検討するべき。
- 患者負担の増額分について公的医療保険の負担を軽減するように改めるということは、実行可能性を含めて曖昧な部分が多い。現場で説明と徴収に大変な労力をかけて定額負担分を取っている現状があり、一律に徴収分を保険財政に充てるという話になると、自身の医療機能に見合った額を設定するというインセンティブが病院から失われ、かえって地域医療機関の機能分化が図られないという状況が起こることもあり得るのではないかと。
- 選定療養として初診時定額負担が設定されているが、療養の給付の範囲の中にある初診料との関係性を整理したほうが良いのではないかと。本来、切り分けられないものを例外的に保険として認めているとすると、そこを保険財政に貢献するという考えもあり得るのではないかと。そういうことも含めて何をどこまで療養の給付の中に入れるのか、初診料相当のものを控除するのかということも含めて過去には議論もあったが、いろいろと考える余地があるのでは。

<再診時の取扱い>

- 大病院からかかりつけ医機能を持っている診療所あるいは中小病院を紹介していただくところまでを義務とすべき。初診だけではなく、再診時における定額負担をきちんと取るという仕組みを早く導入していただきたい。定額負担の対象を広げるよりも、再診時の対応の方が先ではないかと。
- 大病院から診療所等に逆紹介されたにもかかわらず、大病院への再診を続ける方も一定程度おり、病院にとって大きな負担になっているのではないかと。
- 再診に関しては、徴収を認められない、あるいは求めないことができる患者の解釈が曖昧になっている。再診に関してはあまり定額負担対象と捉えていないところが多いのではないかと。

定額負担対象病院の外来患者数の内訳（1病院当たりの平均値）

- 初診患者については、定額負担(義務)対象病院は、定額負担(任意)対象病院に比して、紹介状なしの患者、定額負担徴収患者の比率がいずれも低くなっている。
- 再診患者については、定額負担(義務)対象病院、定額負担(任意)対象病院のいずれも、定額負担徴収患者比率が非常に低くなっている。

定額負担(義務)対象病院

■初診(n=559)

①初診の患者数(人)	4034.3
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1798.4
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	423.3
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	1375.2
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	44.6%
⑥初診患者全体のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	10.5%
⑦紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	23.5%

■再診(n=269)

①再診の患者数(人)	50278.7
②うち、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者(人)	15413.1
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	38.1
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	15375.0
⑤他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者の比率(②/①)	30.7%
⑥再診患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	0.1%
⑦他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	0.2%

定額負担(任意)対象病院

■初診(n=620)

①初診の患者数(人)	3116.8
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1900.2
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	731.5
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	1168.7
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	61.0%
⑥初診患者全体のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	23.5%
⑦紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	38.5%

■再診(n=139)

①再診の患者数(人)	31909.9
②うち、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者(人)	17139.5
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	181.7
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	16957.8
⑤他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者の比率(②/①)	53.7%
⑥再診患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	0.6%
⑦他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	1.1%

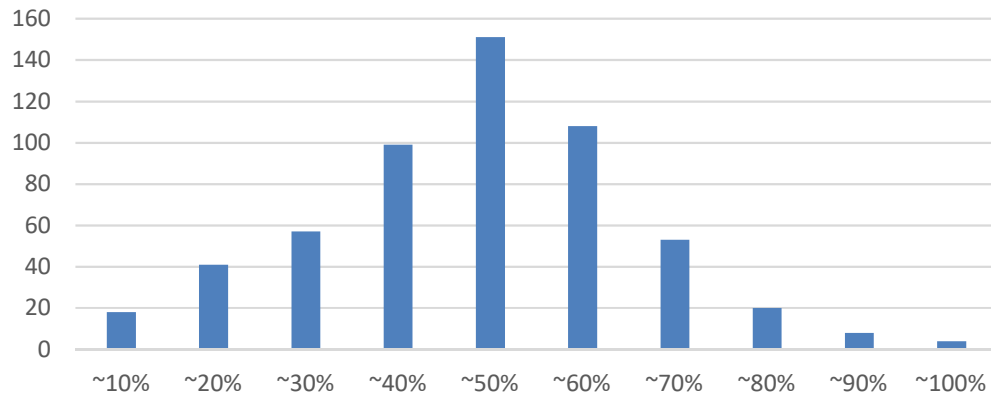
- (注) ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものの(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
 - ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥、⑦については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したもの。

紹介状なし患者比率及び徴収患者比率ごとの病院分布

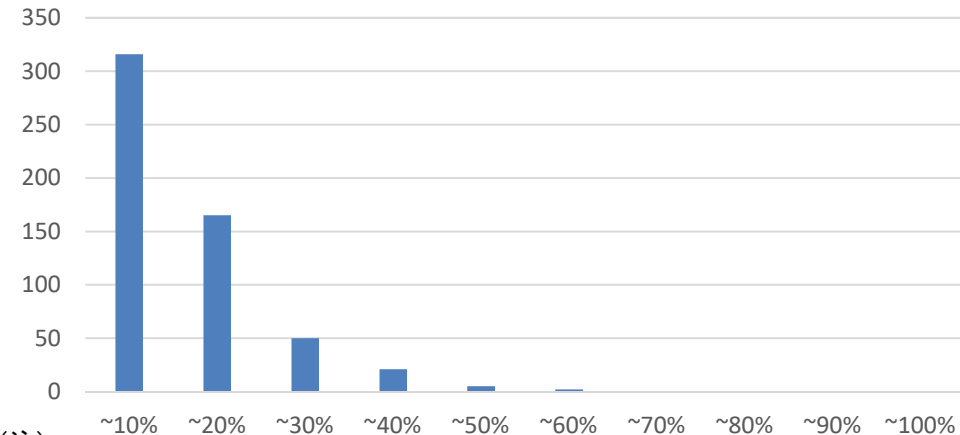
○ 定額負担(義務)対象病院と比べて、定額負担(任意)対象病院は、紹介状なし患者比率が高い病院や、定額負担徴収患者比率が高い病院について、それぞれの割合が高い傾向にある。

定額負担(義務)対象病院

■ 紹介状なしの患者比率ごとの病院数(初診)

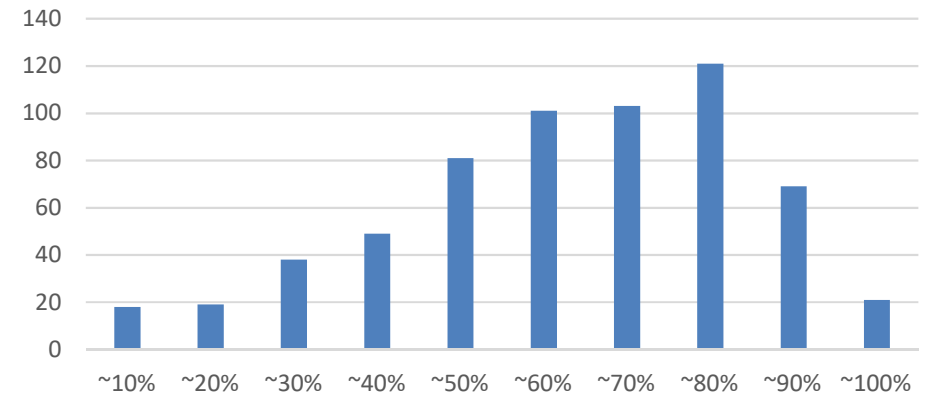


■ 定額負担徴収患者比率ごとの病院数(初診)

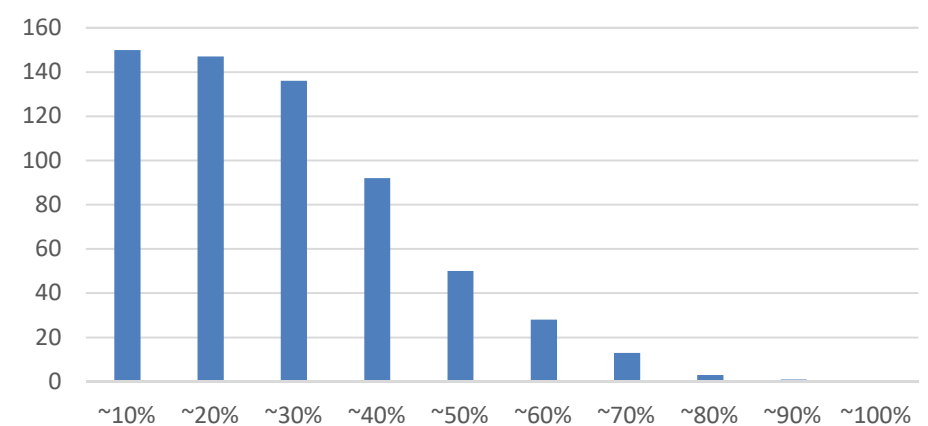


定額負担(任意)対象病院

■ 紹介状なしの患者比率ごとの病院数(初診)



■ 定額負担徴収患者比率ごとの病院数(初診)



(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日~6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。(速報値であるため、今後修正の可能性はある。)
- ・患者数について、初診患者数、紹介状なし患者数、定額負担の徴収患者数/非徴収患者数のすべてについて記入のあった施設を集計対象としている。
- ・医科歯科併設となっている病院については、一部、医科と歯科を別々の施設とみなして集計している。

定額負担の徴収額の設定状況

- 初診時の定額負担の徴収額は、定額負担(義務)の対象病院は、5,000円以上6,000円未満に集中している一方で、定額負担(任意)の対象病院は、1,000円以上3,000円未満としている施設も多い。
- 再診時の定額負担の徴収額は、いずれも、2,500円以上3,000円未満が大半となっている。
- 徴収額の最大額は、初診は11,000円、再診は8,800円となっている。

■初診(医科)の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	2,000円 ~	3,000円 ~	4,000円 ~	5,000円 ~	6,000円 ~	7,000円 ~	8,000円 ~	9,000円 ~	10,000 円~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	536件	-	-	-	-	-	511件 (95.3%)	2件 (0.4%)	2件 (0.4%)	11件 (2.1%)	0件 (0%)	10件 (1.9%)	11,000 円
定額負担(任意) 対象病院	605件	33件 (5.5%)	187件 (30.9%)	146件 (24.1%)	78件 (12.9%)	9件 (1.5%)	148件 (24.5%)	1件 (0.2%)	0件 (0%)	2件 (0.3%)	0件 (0%)	1件 (0.2%)	11,000 円

■再診(医科)の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	1,500円 ~	2,000円 ~	2,500円 ~	3,000円 ~	3,500円 ~	4,000円 ~	4,500円 ~	5,000円 ~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	524件	-	-	-	-	506件 (96.6%)	6件 (1.1%)	1件 (0.2%)	5件 (1.0%)	0件 (0%)	6件 (1.1%)	8,800 円
定額負担(任意) 対象病院	141件	19件 (13.5%)	2件 (1.4%)	4件 (2.8%)	4件 (2.8%)	108件 (76.6%)	3件 (2.1%)	0件 (0%)	0件 (0%)	0件 (0%)	1件 (0.7%)	5,500 円

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

徴収額の金額帯ごとの患者の受診動向（初診・1病院当たりの平均値）

○ 特別の料金の徴収額が高いほど、外来初診患者数全体に占める、紹介状なし患者数の割合や、特別の料金を徴収した患者数の割合が低くなる傾向がみられる。

医科受診時の負担額	施設数 (件)	①外来初診患者数 (人)	②紹介状なし初診患者数(人)	③特別の料金を徴収した初診患者数(人)	④特別の料金を徴収しなかった初診患者数(人)	⑤外来初診患者数全体に占める紹介状なし初診患者数の割合 (②/①)	⑥外来初診患者数全体に占める特別の料金を徴収した初診患者数の割合 (③/①)
～999円	36	2033.1	1553.6	789.6	764.1	76.4%	38.8%
1,000円～	345	3062.8	1992.8	877.1	1115.7	65.1%	28.6%
3,000円～	89	3357.6	2210.9	756.3	1454.6	65.8%	22.5%
5,000円～	658	4002.9	1819.8	434.5	1385.4	45.5%	10.9%
7,000円～	15	4680.8	1847.9	247.5	1600.4	39.5%	5.3%
10,000円～	11	4206.7	1415.5	110.7	1304.8	33.6%	2.6%

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
- ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したもの。
- ・医科歯科併設となっている病院の一部については、歯科の患者数を含む。
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

徴収額の金額帯ごとの患者の受診動向（再診・1病院当たりの平均値）

○ 特別の料金の徴収額が高いほど、外来再診患者数全体に占める、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者の割合や、特別の料金を徴収した患者の割合が低くなる傾向がみられる。

医科受診時の負担額	施設数 (件)	①外来再診患者数 (人)	②他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した再診患者数 (人)	③特別の料金を徴収した再診患者数(人)	④特別の料金を徴収しなかった再診患者数(人)	⑤外来再診患者数全体に占める他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した再診患者数の割合 (②/①)	⑥外来再診患者数全体に占める特別の料金を徴収した再診患者数の割合 (③/①)
～1,999円	12	24208.8	8269.7	315.9	7953.8	34.2%	1.3%
2,000円～	313	48682.6	15559.5	35.4	15524.2	32.0%	0.1%
3,000円～	13	47920.4	9914.2	16.5	9897.7	20.7%	0.0%

(注)

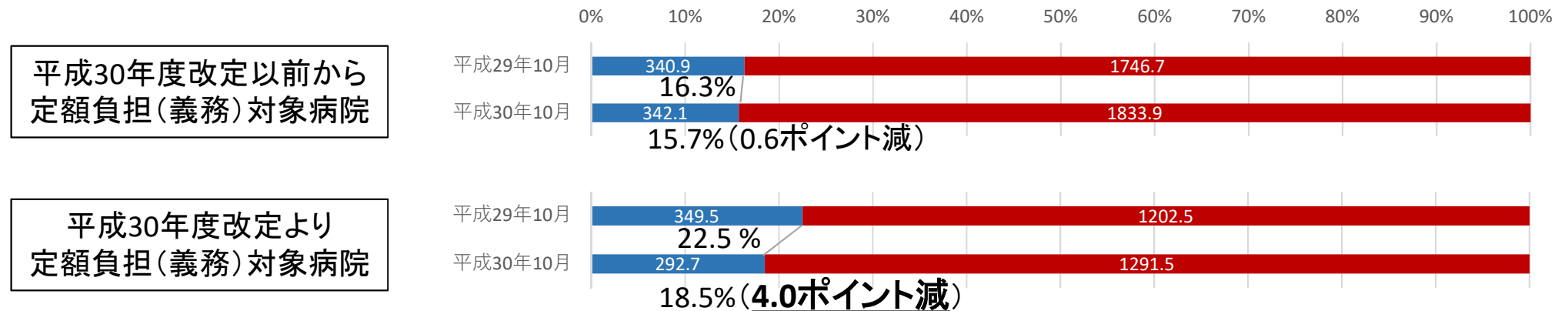
- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
- ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したもの。
- ・医科歯科併設となっている病院の一部については、歯科の患者数を含む。
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

(平成30年度検証調査) 定額負担の義務化による徴収額及び対象患者比率の変化

- 平成30年度改定により新たに定額負担(義務)の対象となった病院については、改定前に比べて、平均徴収額が2,000円程度増加。
- 平成29年10月と平成30年10月のデータを見ると、平成30年度改定以前から定額負担(義務)の対象となった病院、平成30年度改定より定額負担(義務)の対象となった病院のいずれも、定額負担の対象患者の比率は減少しているが、平成30年度改定より定額負担(義務)の対象となった病院の方が、減少幅は大きくなっている。

		施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値
平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院(特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院)	平成29年10月	146	5,451.6	697.7	5,400	10,800	5,000
	平成30年10月	149	5,489.5	816.2	5,400	10,800	5,000
平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院(一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院)	平成29年10月	92	3,131.6	1,118.9	2,850	5,400	1,080
	平成30年10月	92	5,352.2	129.8	5,400	5,400	5,000

■ 初診患者に占める定額負担の対象患者の比率について



徴収を認められない患者及び徴収を求めないことができる患者

選定療養(平成8年度～)

〔紹介状なしで病院を受診した患者については、初再診料とは別に、特別の料金を徴収することができる。(一般病床200床以上の病院が対象)〕

対象除外

- | |
|---|
| ① 緊急の患者 |
| ② 国の公費負担医療制度の受給対象者 |
| ③ 地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る) |
| ④ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者 |
| ⑤ エイズ拠点病院におけるHIV感染者 |

大病院受診時定額負担(平成28年度～)

〔紹介状なしで病院を受診した患者については、初再診料とは別に、特別の料金を徴収することが義務付けられている。(特定機能病院又は一般病床200床以上の地域医療支援病院が対象)〕

対象除外

対象除外にできる

- | |
|---|
| ① 救急の患者 |
| ② 国の公費負担医療制度の受給対象者 |
| ③ 地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る) |
| ④ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者 |
| ⑤ エイズ拠点病院におけるHIV感染者 |
| ⑥ 自施設の他の診療科を受診している患者 |
| ⑦ 医科と歯科との間で院内紹介された患者 |
| ⑧ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者 |
| ⑨ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者 |
| ⑩ 外来受診から継続して入院した患者 |
| ⑪ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者 |
| ⑫ 治験協力者である患者 |
| ⑬ 災害により被害を受けた患者 |
| ⑭ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 |
| ⑮ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者 |

特別の料金を徴収しなかった患者の内訳について

○ 特別の料金を徴収しなかった患者について、初診時については、「救急の患者」、「救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者」等の割合が高くなっている一方で、再診時については、「その他」の患者の割合が高くなっている。

初診

再診

初診	再診				
類型	人数 (合計延べ数)	総数に占める割合	類型	人数 (合計延べ数)	総数に占める割合
特別の料金の徴収を行うことは認められない患者	746,206	49.8%	特別の料金の徴収を行うことは認められない患者	1,109,449	17.1%
救急の患者	589,582	39.4%	救急の患者	149,624	2.3%
国の公費負担医療制度の受給対象者	79,018	5.3%	国の公費負担医療制度の受給対象者	398,089	6.1%
地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼している者に限る。)	81,953	5.5%	地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼している者に限る。)	330,178	5.1%
無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	2,786	0.2%	無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	37,648	0.6%
エイズ拠点病院におけるHIV感染者	271	0.0%	エイズ拠点病院におけるHIV感染者	7,714	0.1%
特別の料金の支払いを求めないことができる患者	688,751	46.0%	特別の料金の支払いを求めないことができる患者	3,941,001	60.7%
自施設の他の診療科を受診している患者	145,670	9.7%	自施設の他の診療科を受診している患者	1,837,951	28.3%
医科と歯科の間で院内紹介された患者	55,269	3.7%	医科と歯科の間で院内紹介された患者	29,017	0.4%
特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者	35,361	2.4%	特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者	8,624	0.1%
救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	206,961	13.8%	救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	50,690	0.8%
外来受診から継続して入院した患者	101,186	6.8%	外来受診から継続して入院した患者	62,513	1.0%
地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者	9,941	0.7%	地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者	19,337	0.3%
治験協力者である患者	119	0.0%	治験協力者である患者	3,098	0.0%
災害により被害を受けた患者	2,197	0.1%	災害により被害を受けた患者	7,761	0.1%
労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	71,128	4.8%	労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	121,621	1.9%
その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者	59,797	4.0%	その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者	1,547,530	23.8%
その他(患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等)	55,598	3.7%	その他(患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等)	1,387,919	21.4%
特別の料金を徴収しなかった患者の総数	1,497,085	100.0%	特別の料金を徴収しなかった患者の総数	6,493,023	100.0%

(注) ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものである。(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)

・複数回答であり、また、一部の病院については、内訳の数の記載がないため、各項目の合計値は、総数と一致しない。

育児休業中の保険料免除について

男性の育児休業取得促進策について ①

令和2年11月12日
第33回労働政策審議会
雇用環境・均等分科会 資料より作成

1. 男性の育児休業取得促進策について

○ 検討の目的

- ・ 男女労働者の雇用継続の観点から、特に休業の取得が進んでいない男性について、家事・育児を行うことを促進するため、男性の育児休業取得促進策について検討することが目的でよいか。

(1) 子の出生直後の休業の取得を促進する枠組み

○ 制度の必要性

- ・ **男性の休業の取得をより進めるため、特に子の出生直後の時期について、現行の育児休業よりも柔軟で取得しやすい新たな仕組みをつくることとしてはどうか。**

※仮に新たな仕組みをつくるならば、以下のようにはどうか。

<p>○ 対象期間、取得可能日数等</p> <p>・ 対象期間：子の出生後8週としてはどうか。</p> <p>・ 取得可能日数：期間を限定するかどうか。限定する場合は、4週間程度としてはどうか。</p>	<p><参考></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 現行の育児休業：原則子が1歳に達するまで ● 現在育児休業をしている男性の半数近くが子の出生後8週以内に取得。 ● 出産した女性労働者の産後休業：産後8週 ● 現行の育児休業：期間の限定なし ● 年次有給休暇：年間最長20労働日
<p>○ 権利義務の構成</p> <p>・ 労働者の申出により取得できる権利としてはどうか。</p>	<p><参考></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 現行の育児休業：労働者の申出により取得できる権利
<p>○ 要件・手続き</p> <p>・ 申出期限：現行の育児休業より短縮し、2週間程度としてはどうか。あるいは、現行の育児休業と同様に1ヶ月とすべきか。</p> <p>・ 分割：分割を可能としてはどうか。</p> <p>・ 休業中の就労：あらかじめ予定した就労も可能としてはどうか。</p> <p>・ 対象労働者、休業開始日及び終了日の変更：現行の育児休業と同様の考え方で設定してはどうか。</p>	<p><参考></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 現行の育児休業（原則）：1か月前 ● 保育所に入所できない場合等の1歳以降の育児休業（最長6か月）、介護休業（取得期間が最長93日）：2週間前 ● 現行の育児休業（出産予定日前に子が出生した場合等）：1週間前 ● 現行の育児休業：原則1回 ※いわゆる「パパ休暇」：子の出生後8週間以内に育児休業を終えた場合には再度取得可能 ● 現行の育児休業：労使の話し合いにより、子の養育をする必要がない期間に、一時的・臨時的（災害や突発的な事態への対応等、あらかじめ予定していない場合）に、その事業主の下で就労可能。

男性の育児休業取得促進策について ②

令和2年11月12日
第33回労働政策審議会
雇用環境・均等分科会 資料より作成

(2) 妊娠・出産（本人又は配偶者）の申出をした労働者に対する個別周知及び環境整備（略）

(3) 育児休業の分割取得等

<p>○ 分割を認める場合、その要件及び回数</p> <p>・ 分割して2回程度取得可能としてはどうか。</p>	<p><参考></p> <ul style="list-style-type: none">● 現行の育児休業：原則1回※ いわゆる「パパ休暇」：子の出生後8週間以内に育児休業を終えた場合には再度取得可能
<p>○ 1歳以降の延長の場合の取扱</p> <p>・ 延長した場合の育児休業の開始日が、各期間（1歳～1歳半、1歳半～2歳）の初日に限定されていることを見直してはどうか。</p>	<p><参考></p> <ul style="list-style-type: none">● 延長した場合の育児休業の開始日が、各期間（1歳～1歳半、1歳半～2歳）の初日に限定されていることを見直してはどうか。

(4) 育児休業取得率の公表の促進等（略）

2. その他（略）

育休中の保険料免除についての主な意見

第132回医療保険部会（令和2年10月30日）

- （育休取得促進は）厚生労働省、あるいは政府を挙げて、対策をトータルで取ることが大切。こういう医療保険の問題もあるので賛同。
- 男性の育休取得促進のための規定見直しについては、子育て世代に対する支援の拡充という観点から賛成。
一方で、現行規定においては特定の日、例えば月末1日だけに短期取得をした場合、年金、医療を含めて1か月分の社会保険料が全て免除になる。取得月によっては、月例給与だけではなく、賞与分までも免除となってしまう仕組みになっている。
結果として、あたかも社会保険料免除のためと思われるような育休取得が可能となっており、健保組合の調査においても、そのような取得例が目立っている。こういった形の取得方法は、対象者における公平性、納得感の部分から見ても極めて問題。
- 保険料をめぐる不公平な状況の是正については、労政審での検討も踏まえつつ、本部会でもきちんと対応を検討していくべき。事務的な負担等も考慮しつつ、どういう対応ができるか、検討いただきたい。
- 育児休業等の取得促進に取り組むことについて、重要なことであると認識しており、賛成。今回、現行の健康保険法の規定では不適切な利用が広まる可能性もあり、次期の法改正においては、実態を踏まえた見直しを行う必要。
- 男性社員については、育児休業を取得する期間も短いため、月末をまたがなければ免除にならないという今の制度は企業の実態に合っていない。企業の実態を踏まえ、今後の育児休業を取得しやすい環境を整備するためにも、小刻みに取得した休業を通算できるような仕組みとするなど、柔軟な制度が必要。
- 男性の育児参加について、1人目の出産・子育てにどれだけ配偶者の育児参加があったかによって2人目、3人目を産むかどうかということに関わっており、男性の育児休業促進のための対策は非常に重要。男性の育児参加は単に雇用の問題だけではなくて、出産前後、あるいは育児中の女性の身体的、心理的な負担をいかに軽減していくかというところが最大の課題。

育児休業取得者の保険料免除について

免除要件	被保険者が育児休業等（※）を取得していること ※ 第43条の2により、「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成三年法律第七十六号）第二条第一号に規定する育児休業、同法第二十三条第二項の育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは同法第二十四条第一項（第二号に係る部分に限る。）の規定により同項第二号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業又は政令で定める法令に基づく育児休業」をいう。 ※ 産前産後休業についても、同様に保険料免除の制度が設けられている（健康保険法第159条の3）
免除期間	育児休業等を開始した日の属する月から <u>その育児休業等が終了する日の翌日が属する月の前月までの期間</u>
免除額	育児休業等取得中の保険料負担の全額 ※賞与保険料を含む ※ 被保険者の本人負担分（平成7年～）、事業主負担分（平成13年～）がいずれも免除される。
免除実績 （件数）	協会けんぽ：201万件（男性1.6万件、女性199万件※産休含む） 健保組合：187万件（男性3.3万件、女性184万件）（平成30年度） ※ 平成30年度の各月における免除件数を合計したのべ件数
免除実績 （金額）	協会けんぽ：484億円（※保険料率を一律10%として試算） 健保組合：513億円（※保険料率を一律9.2%として試算）（平成30年度）

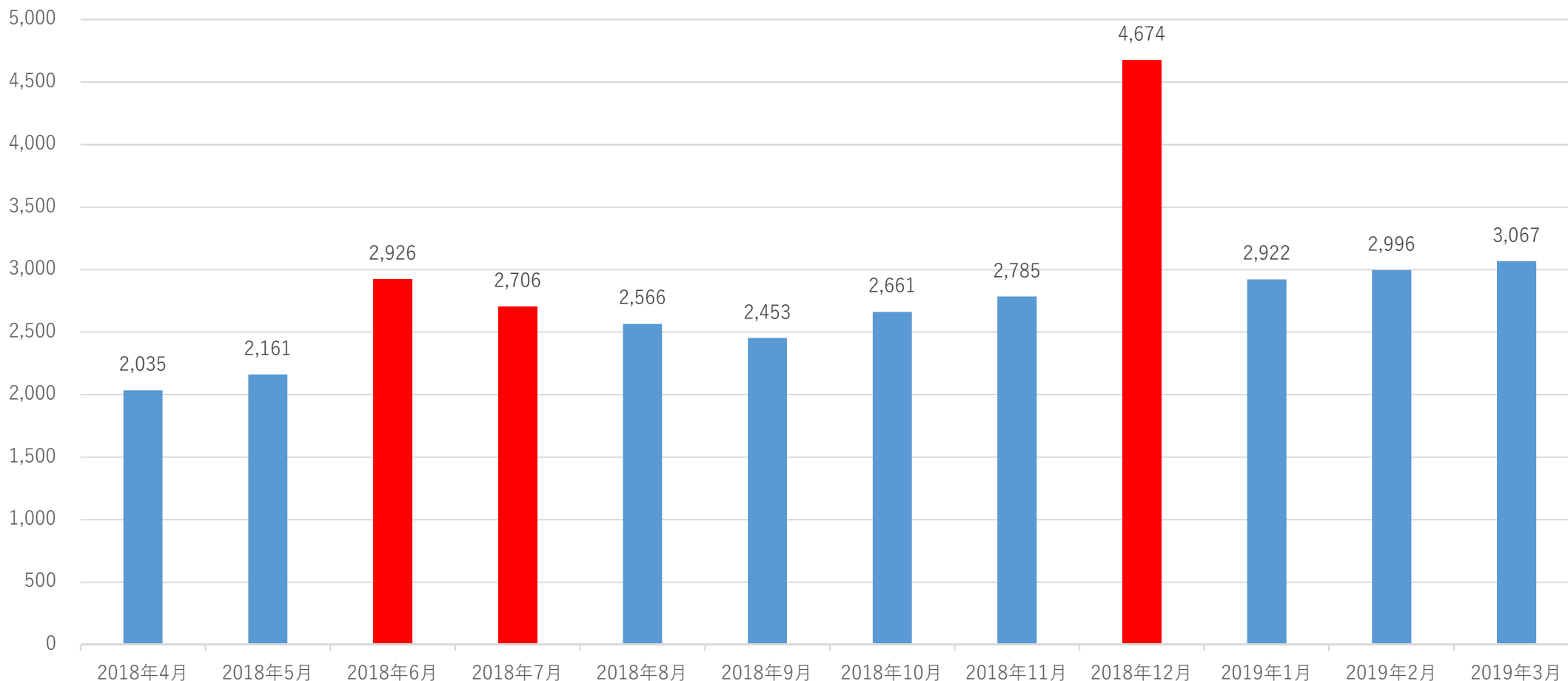
◎健康保険法（大正11年法律第70号）抄

第百五十九条 育児休業等をしている被保険者（第百五十九条の三の規定の適用を受けている被保険者を除く。）が使用される事業所の事業主が、厚生労働省令で定めるところにより保険者等に申出をしたときは、その育児休業等を開始した日の属する月からその育児休業等が終了する日の翌日が属する月の前月までの期間、当該被保険者に関する保険料を徴収しない。

育休中の保険料免除対象者数（男性）

- 健保組合の男性被保険者については、6月、7月、12月の保険料免除対象者が多い。
- 6月～7月、12月に賞与の支払いを行う企業が多いことに照らすと、一部の被保険者については賞与保険料の免除を意識して、育休取得月を選択している可能性が考えられる。

各月の免除対象者（人）



出典：組合管掌健康保険事業状況報告より作成

育児休業中の保険料免除の考え方と課題について

- 育児休業中の社会保険料免除は、育児休業中の賃金は無給とされるのが通例である一方、保険料は被保険者の標準報酬月額等に基づき賦課されることから、育児休業取得者の経済的負担に配慮して設けられたものである。
- 保険料免除期間については、「育児休業等を開始した日の属する月からその育児休業等が終了する日の翌日が属する月の前月までの期間」とされている（注）。

（注）この免除期間の考え方は、現行の保険料徴収において、事業主や保険者の事務負担軽減の観点から、月末時点まで在職しているかどうかで当月の保険料すべての徴収を決定する考え方を踏まえたものとなっている。現行の保険料徴収においては、退職等を行った翌日を被保険者資格の喪失日としており、資格を喪失した場合は当月の保険料すべてを徴収していない。したがって、月半ばに退職した場合は保険料は徴収されないが、月末に退職した場合はその翌月（翌日）が資格喪失日となるため、当月の保険料は徴収される。

（課題①）

- このため、月末時点で育児休業を取得している場合には、当月の保険料が免除される一方、月途中で短期間の育児休業を取得した場合には、保険料が免除されないという不公平が生じている。特に男性については、育休取得期間が1か月未満という短期間の取得が約8割となっており、影響が大きい。

ケース1

A月	B月
30日：育休取得	2日：育休終了
(育休期間3日間)	
A月分保険料免除	

ケース2

A月	B月
10日：育休取得 23日：育休終了	
(育休期間14日間)	
免除なし	

（課題②）

- また、賞与保険料については、実際の賞与の支払に応じて保険料が賦課されているにも関わらず、賞与の支払を受けている場合にも全額免除されている。このため、賞与月に育休の取得が多いといった偏りが生じている可能性がある。

1月以下の育休取得に係る保険料免除の方向性（案）

- 現在検討中の子の出生直後の時期における「**現行の育児休業よりも柔軟で取得しやすい新たな仕組み**」（以下、**新たな仕組み**）について、社会保険の観点からは現行の育児休業と同趣旨のものと考えられるため、育休取得推進のため新たな仕組みによる休業取得者の経済的負担に配慮して、**保険料免除の対象としてはどうか。**

（課題①への対処）

- これまで育休取得にかかる保険料免除については、月末時点の育休取得状況のみにより判断してきたが、新たな仕組みによる休業を含め1月以下の育休取得でも取得のタイミングによらず保険料免除制度を活用できるよう、育休開始日の属する月については、**その月の末日が育休期間中である場合に加えて、その月中に一定以上育休を取得した場合にも保険料を免除することとしてはどうか。**

月末時点の育休取得を引き続き免除対象とするのは、子どもの生まれるタイミングによっては初月に一定以上の育休を取得できないことも考えられ、現在の免除対象となっている者も引き続き免除制度を活用できるようにするため。

- 月の半分にあたる**2週間以上の育休取得を保険料免除の基準**としてはどうか。

- **同月内に取得した育児休業及び新たな仕組みによる休業等は通算して育休期間の算定**に含めるものとしてはどうか。
- 育休中の保険料免除は、育休中の無給期間など経済的負担への配慮が趣旨であるため、新たな仕組みにおける休業において仮に休業中の就労を認め、予定した就労を可能とする場合、**「予定した就労」の日については育休期間の算定から除くものとしてはどうか。**ただし、災害等により一時的・臨時的に就労した場合は、事前に予期できない理由であることや事務負担軽減の観点から、事後的に育休期間の算定から除く必要はないものとしてはどうか。
※ これまでも一時的・臨時的に就労した場合も育休期間としてみなしてきた。

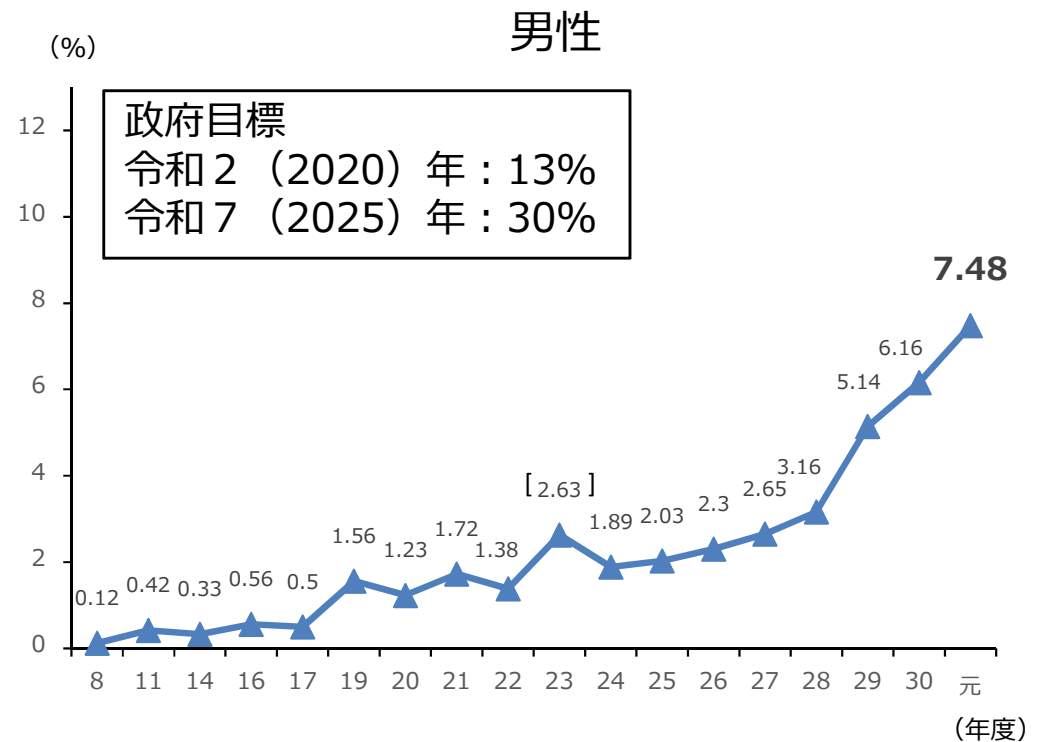
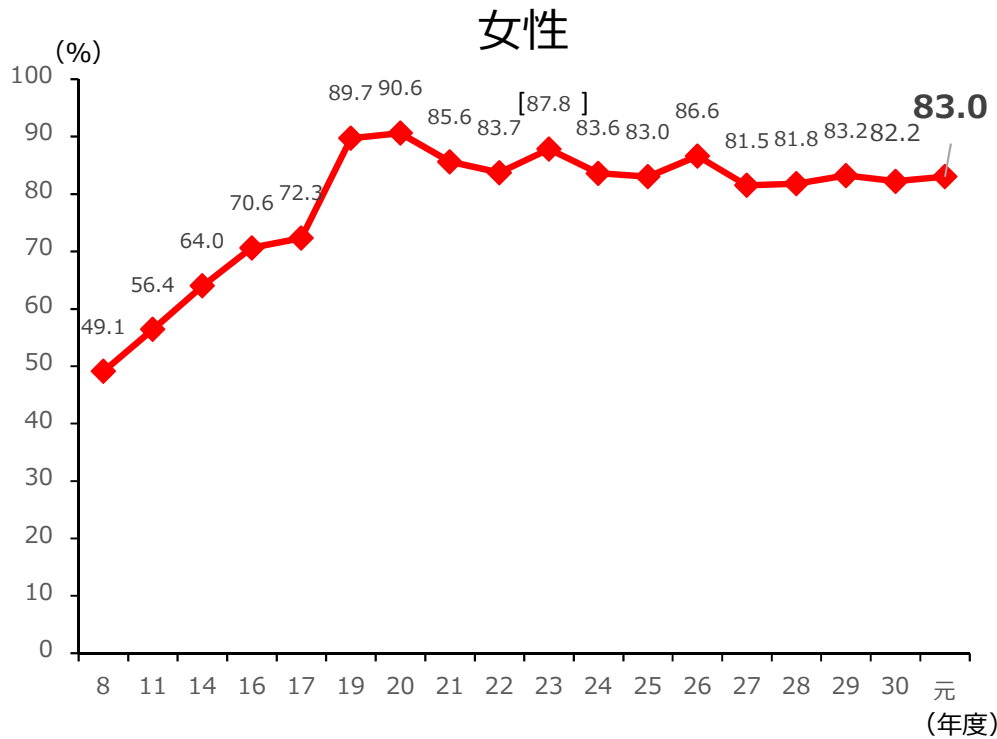
（課題②への対処）

- 賞与保険料については、実際の賞与の支払に応じて保険料が賦課されるものであり、短期間の育休取得であればあるほど、賞与保険料の免除を目的として育休取得月を選択する誘因が働きやすいため、連続して**1ヶ月超の育休取得者に限り、賞与保険料の免除対象としてはどうか。**

参考資料

育児休業取得率の推移

○育児休業取得率は、女性は8割台で推移している一方、男性は低水準ではあるものの上昇傾向にある（令和元年度：7.48%）。



育児休業取得率 = $\frac{\text{出産者のうち、調査年の10月1日までに育児休業を開始した者（開始予定の申出をしている者を含む。）の数}}{\text{調査前年の9月30日までの1年間（※）の出産者（男性の場合は配偶者が出産した者）の数}}$

(※) 平成22年度以前調査においては、調査前年度の1年間。

(注) 平成23年度の [] 内の割合は、岩手県、宮城県及び福島県を除く全国の結果。

資料出所：厚生労働省「雇用均等基本調査」

育休の取得期間別割合

○ 男性の場合、育休取得期間が1か月未満という短期間の取得が81%となっている一方で、女性の場合は0.9%となっている（平成30年度）。

(※) 女性のうち割合が多いのは、10か月～12か月未満（31.3%）、12か月～16か月未満（29.8%）、8か月～10か月未満（10.9%）。

【男性】

	5日未満	5日～	2週間～	1月～	3月～	6月～	8月～	10月～	12月～	18月～	24月～	36月～
平成27年度	56.9	17.8	8.4	12.1	1.6	0.2	0.7	0.1	2.0	0.0	-	-
平成30年度	36.3	35.1	9.6	11.9	3.0	0.9	0.4	0.9	1.7	-	0.1	-

【女性】

	5日未満	5日～	2週間～	1月～	3月～	6月～	8月～	10月～	12月～	18月～	24月～	36月～
平成27年度	0.8	0.3	0.6	2.2	7.8	10.2	12.7	31.1	27.6	4.0	2.0	0.6
平成30年度	0.5	0.3	0.1	2.8	7.0	8.8	10.9	31.3	29.8	4.8	3.3	0.5

※ 調査対象：各事業所で調査前年度1年間に育児休業を終了し、復職した者

資料出所：厚生労働省「雇用均等基本調査」

両立支援等助成金（出生時両立支援コース「子育てパパ支援助成金」）

令和2年度予算額 65.4（35.9）億円（雇用勘定）

男性が育児休業や育児目的休暇を取得しやすい職場風土づくりに取り組み、その取組によって男性労働者に育児休業や育児目的休暇を取得させた事業主に対して助成する。 ※育児目的休暇とは、育児に関する目的のための休暇制度（例：配偶者出産支援など）

◆関連する政府目標：男性の育児休業取得率→30%以上（2025年まで）（少子化社会対策大綱（2020年5月29日閣議決定）等）

主な支給要件

①②男性労働者の育休取得

- 男性が育児休業を取得しやすい職場風土づくりのため、★のような取組を行うこと。
- 男性が子の出生後8週間以内に開始する連続14日以上(中小企業は連続5日以上)の育児休業を取得すること。
- ◎個別支援加算：個別面談など育児休業の取得を後押しする取組を実施した場合に加算。 **NEW!**

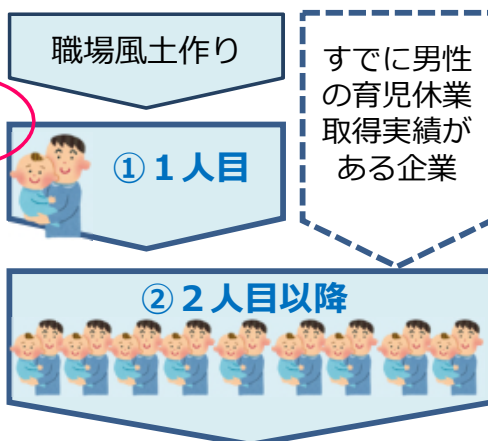
★「職場風土づくりの取組」とは
「管理職に対して、男性の育休取得についての研修を実施する」
など、男性が育児休業を取得しやすい職場風土づくりのための取組をさします。

③育児目的休暇の導入・利用

- 子の出生前後に育児や配偶者の出産支援のために取得できる休暇制度を導入すること。
- 男性が育児目的休暇を取得しやすい職場風土づくりのため、★に準じた取組を行うこと。
- 上記の新たに導入した育児目的休暇制度を、男性が子の出生前6週間または出生後8週間以内に合計して8日（中小企業は5日）以上取得すること。

支給の流れ、支給額

男性労働者の育児休業



育児目的休暇



		中小企業	中小企業以外
①	1人目の育休取得	57万円<72万円>	28.5万円<36万円>
	個別支援加算 NEW!	10万円<12万円>	5万円<6万円>
②	2人目以降の育休取得	a 育休 5日以上： 14.25万円<18万円>	a 育休14日以上： 14.25万円<18万円>
		b 育休14日以上： 23.75万円<30万円>	b 育休1ヶ月以上： 23.75万円<30万円>
		c 育休1ヶ月以上： 33.25万円<42万円>	c 育休2ヶ月以上： 33.25万円<42万円>
	個別支援加算 NEW!	5万円<6万円>	2.5万円<3万円>
③	育児目的休暇の導入・利用	28.5万円<36万円>	14.25万円<18万円>

①は当該事業主の下で初めて生じた育児休業取得者。

※ 生産性要件を満たした場合は< >の額を支給

②は1企業当たり1年度10人まで支給。（支給初年度のみ9人まで。支給初年度において①に該当する労働者がいない場合は、②のみの支給）③は1企業1回まで。

傷病手当金について

傷病手当金についての医療保険部会での主な意見

- 傷病手当金制度は、そもそも労働力を回復するための生活の支えというのが趣旨だと考えている。その意味で、がん治療のために柔軟に利用したいという趣旨は理解できる。また、支給期間の取扱いが共済組合と違っている部分については共済組合を合わせるとすることも理解できる。
- 疾病構造が変わっていくことに対して傷病手当金の方も少しずつ変えていかなければいけないのではないかと。今回そういう意味でも支給期間をそろえるということは非常に重要。
- 支給期間については、障害年金との接続ということで1年6か月と理解しているが、支給期間の見直しの経緯を確認し、障害年金との接続という趣旨がどれほど立法者意思として妥当するのかの確認が必要。また、共済組合も同じような経緯をたどってきたのかといった辺りを確認した上での議論が必要。
- 今回、見直しの論点として資格喪失後の継続給付の問題及び精神疾患等の関係の取扱いの2点を取り上げるべき。
- 資格喪失後の継続給付については、本来職場復帰を前提とするような傷病手当金ではなくて、これは休職の意思表示が必要となる雇用保険で給付すべきではないか。
- 資格喪失後の継続給付については、業務上災害と異なって退職に当たって雇用上の地位に係る法的保護がないので、雇用保険をはじめとする他の制度との交通整理というか仕分けが必要だと思うが、基本的には資格喪失後、退職後の所得保障の措置を講じるニーズ自体は高いのではないかと。
- 精神疾患については、本当に労務不能であるのかどうかという点について、判断に大変悩む事例が多い。さらに、これが資格喪失後となると、本当に労務不能なのかどうかということも含めて、保険者のほうで把握することが極めて困難。そういう面でも、実態把握もさらにした上で、この支給についての適正化を図ること、また、保険者としての調査方法や判断基準についても検討いただきたい。
- 現下の厳しい医療保険財政等を踏まえれば、支給額の算定基礎となる標準報酬月額について一定の上限を設けるべき。
- 支給期間の通算化に当たり、不支給期間が長くなった場合、実務的に支給情報をどう管理するのか整理すべき。
- 支給期間についての検討の前提として、健保法99条4項の「同一の疾病又は負傷及びこれにより発した疾病」の解釈、この解釈によってどこまでカバーできるかということをいま一度確認する作業が必要ではないか。
- 傷病手当金を支給した後に障害年金や労災の休業給付が支給された場合、保険者が支給した傷病手当金を回収しなければならないケースがあり、不良債権にもつながっている。年金や労災の保険者との間で保険者間調整を可能にするなど、確実に併給調整ができる仕組みを検討すべき。
- 同一の疾病かどうか、それから再発したかどうかという判断は現場では非常に難しいものがあるため、ある意味分かりやすい基準の設定や弾力的な運用ということを併せて考えていただき、現場の混乱を回避するようすべき。
- 支給期間の見直しを行う場合については、システム改修が必要となるため、施行日を決める際には留意すべき。
- 社会保障審査会等の裁決例について、原則公開といった形にすべき。

傷病手当金の見直しの方向性

【支給期間の通算化】

- ・ 傷病手当金の支給期間は、支給開始日から起算して1年6ヶ月を超えない期間とされている。（その間、一時的に就労した場合であっても、その就労した期間が1年6ヶ月の計算に含まれる。）
- ・ がん治療のために入退院を繰り返すなど、長期間に渡って療養のため休暇を取りながら働くケースが存在し、**治療と仕事の両立の観点から、より柔軟な所得保障を行うことが可能となるよう、支給期間を通算化**してはどうか。
- ・ 通算化により延長される支給期限については、共済組合と同様に限度を定めず、文書により確認できる範囲内で対応することとしてはどうか。

【その他の見直し】

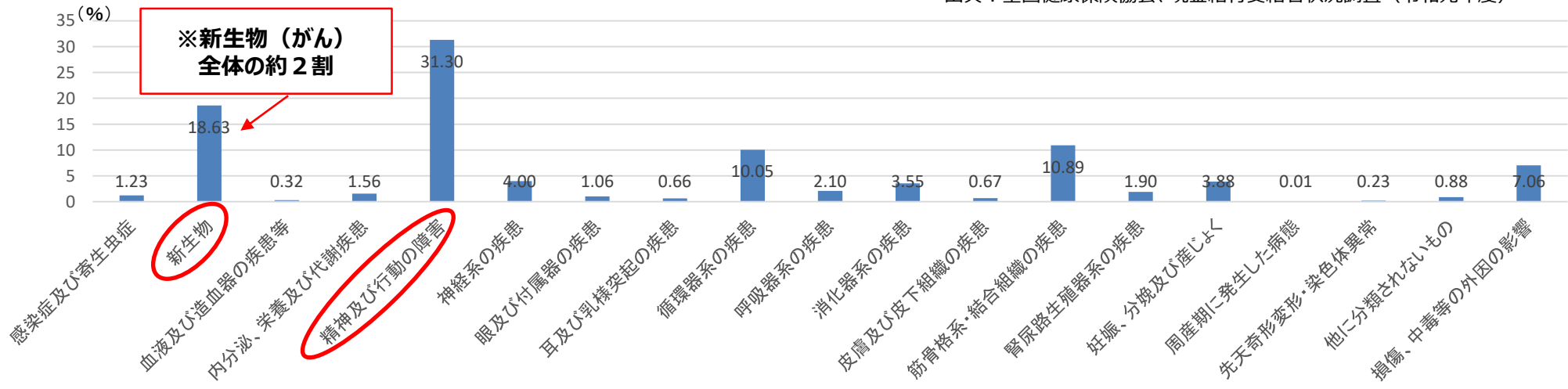
- ・ 資格喪失後の継続給付の廃止は、労災以外の傷病の療養のため退職を余儀なくされた被保険者に対する給付を資格喪失と同時に打ち切ることになるが、退職後においても一定の所得保障は引き続き必要であり、労働者保護の観点から、現行制度を維持することとしてはどうか。
- ・ 支給適正化に当たっては、各保険者で行われている審査運用のベストプラクティスの共有や裁決例のわかりやすい形での共有など、審査の効率化・適正化の方策を進めることとしてはどうか。
- ・ 年金保険との併給調整については、現在行っている保険者と日本年金機構の情報連携の効率化等に努めることとしてはどうか。なお、年金からの天引きにより調整することについては、年金受給者の受給権保護、生活原資の確保等の観点に照らし、極めて限定的に行われるべきものであること、天引きが行われていない他制度（児童扶養手当、生活保護給付及び労災給付等）との整合性なども勘案する必要があること、といった課題がある。
- ・ 労災保険との併給調整については、被保険者の同意が得られない場合には、保険者から労働基準監督署に傷病手当金の受給者の労災給付状況の照会を行うことができないといった課題があるため、併給調整事務の円滑化に向けた対応を検討し、所要の措置を講じることとしてはどうか。

参考資料

傷病手当金について

給付要件	被保険者が業務外の事由による療養のため業務に服することができないときは、その業務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から業務に服することができない期間、支給される。
支給期間	同一の疾病・負傷に関して、支給を始めた日から起算して1年6月を超えない期間
支給額	1日につき、直近12か月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の 3分の2に相当する金額（休業した日単位で支給） 。 <small>（※）国共済・地共済は、標準報酬の月額平均額の22分の1に相当する額の3分の2に相当する額 私学共済は、標準報酬月額の平均額の22分の1に相当する額の100分の80に相当する額</small> なお、被保険者期間が12か月に満たない者については、 ①当該被保険者の被保険者期間における標準報酬月額の平均額 ②当該被保険者の属する保険者の全被保険者の標準報酬月額の平均額 のいずれか低い額を算定の基礎とする。
支給件数 (平成30年度)	約200万件（被用者保険分）うち協会けんぽ120万件、健保組合70万件、共済組合10万件 <small>（※）平成30年度中に支給決定された件数。申請のタイミングは被保険者によって異なるが、同一の疾病に対する支給について、複数回に分けて支給申請・支給決定が行われた場合には、それぞれ1件の支給として計算。</small>
支給金額 (平成30年度)	約3900億円（被用者保険分）うち協会けんぽ2100億円、健保組合1600億円、共済組合200億円

【参考】協会けんぽにおける傷病手当金の疾病別構成割合（令和元年度・支給件数ベース） 出典：全国健康保険協会、現金給付受給者状況調査（令和元年度）

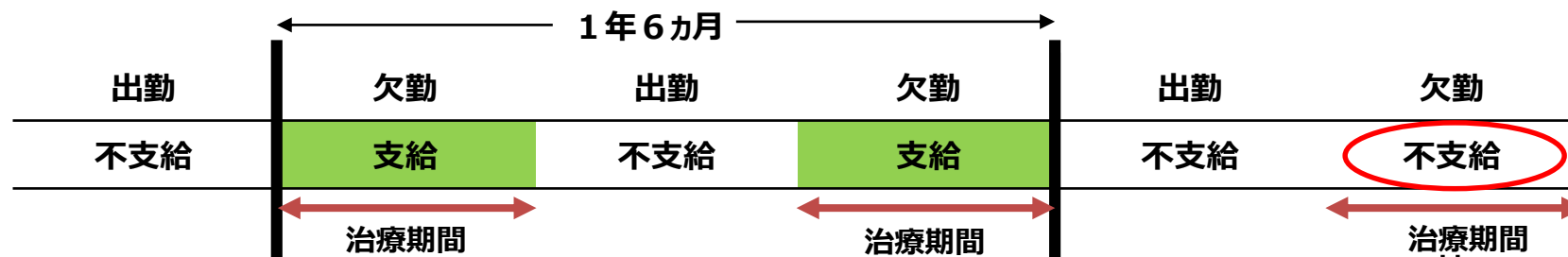


傷病手当金の支給期間について

- 健康保険における傷病手当金は、支給開始から起算して1年6か月を超えない期間支給する仕組みとなっており、1年6か月経過後は、同一の疾病等を事由に支給されない。
- 一方、共済組合における傷病手当金は、支給期間を通算して1年6か月を経過した時点までは支給される仕組みとなっている。

【健康保険における傷病手当金の支給期間】

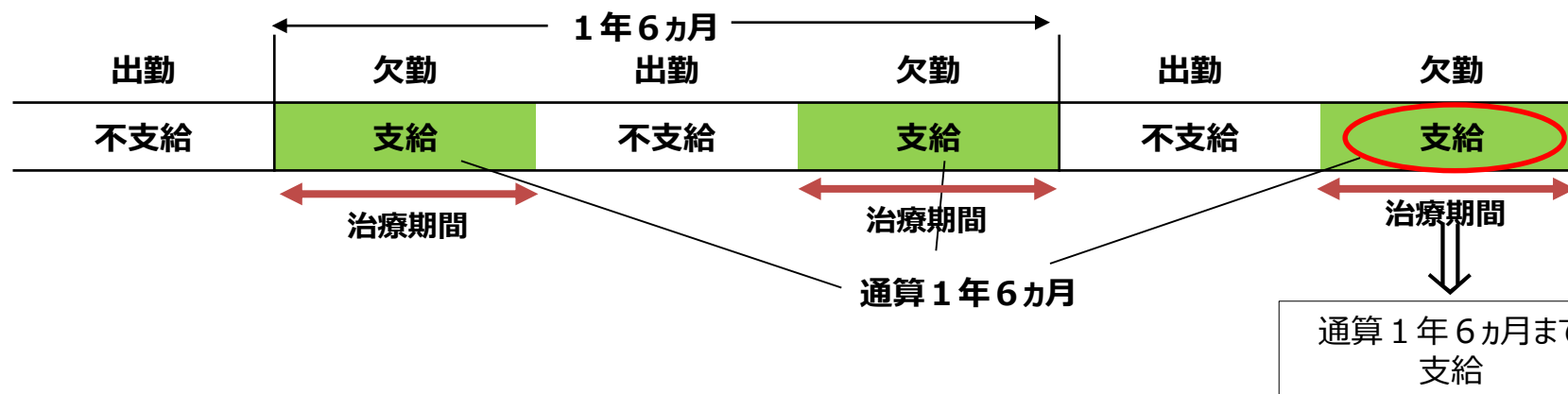
⇒ 支給開始から1年6か月を超えない期間まで支給（1年6か月後に同じ疾病が生じた場合は不支給）



※ 例えば、がん治療について、手術等により一定の期間入院した後、薬物療法（抗がん剤治療）や放射線治療として、働きながら、定期的に通院治療が行われることがある。

【共済組合における傷病手当金の支給期間】

⇒ 支給期間を通算して1年6か月の期間まで支給（延長される期限の限度はない）



7. 病気の治療と仕事の両立

(1) 会社の意識改革と受入れ体制の整備

病気を治療しながら仕事をしている方は、労働人口の3人に1人と多数を占める。病気を理由に仕事を辞めざるを得ない方々や、仕事を続けていても職場の理解が乏しいなど治療と仕事の両立が困難な状況に直面している方々も多い。

この問題の解決のためには、まず、会社の意識改革と受入れ体制の整備が必要である。このため、経営トップ、管理職等の意識改革や両立を可能とする社内制度の整備を促すことに加え、がん・難病・脳血管疾患・肝炎等の疾患別に、治療方法や倦怠感・慢性の痛み・しびれといった症状の特徴など、両立支援にあたっての留意事項などを示した、会社向けの疾患別サポートマニュアルを新たに作成し、会社の人事労務担当者に対する研修の実施等によりその普及を図る。さらに、治療と仕事の両立等の観点から傷病手当金の支給要件等について検討し、必要な措置を講ずる。

加えて、企業トップ自らがリーダーシップを発揮し、働く人の心身の健康の保持増進を経営課題として明確に位置づけ、病気の治療と仕事の両立支援を含め積極的に取り組むことを強力に推進する。

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

(4) がん患者等の就労を含めた社会的な問題(サバイバーシップ支援)

① 就労支援について

地域がん登録全国推計による年齢別がん罹患者数データによれば、平成24(2012)年において、がん患者の約3人に1人は、20歳から64歳までの就労可能年齢でがん罹患している。また、平成14(2002)年において、20歳から64歳までのがんの罹患者数は、約19万人であったが、平成24(2012)年における20歳から64歳までの罹患者数は、約26万人に増加しており、就労可能年齢でがん罹患している者の数は、増加している。

また、がん医療の進歩により、我が国の全がんの5年相対生存率は、56.9%(平成12(2000)年～平成14(2002)年)、58.9%(平成15(2003)年～平成17(2005)年)、62.1%(平成18(2006)年～平成20(2008)年)と年々上昇しており、がん患者・経験者が長期生存し、働きながらがん治療を受けられる可能性が高まっている。

このため、がんになっても自分らしく生き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築が重要となっており、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていくことが強く求められている。

(イ) 職場や地域における就労支援について

(現状・課題)

(略) 傷病手当金については、がん治療のために入退院を繰り返す場合や、がんが再発した場合に、患者が柔軟に利用できないとの指摘がある。

(取り組むべき施策)

(略) 国は、治療と仕事の両立等の観点から、傷病手当金の支給要件等について検討し、必要な措置を講ずる。

⑩ 治療と仕事の両立に向けたトライアングル型支援などの推進

【働く人の視点に立った課題】
労働人口の約3人に1人が何らかの疾病を抱えながら働いており、治療のために離職する人が存在している。

- 罹患しながら働く人数 2,007万人 (2013年度)
- 治療のため離職した人の割合 (がん) 約34% (うち依願退職30%、解雇4%) (2013年)

治療と仕事の両立に向けては、主治医や会社と連携したコーディネーターによる支援が重要。

- 病気を抱える労働者の就業希望: 92.5% (2013年度)
- がん罹患後に離職した主な理由:
 - 仕事を続ける自信の喪失
 - 職場に迷惑をかけることへの抵抗感 (2013年)

患者にとって身近な相談先が不足している。

- 例えば、がん診療連携拠点病院で、就労専門家の配置やハローワークとの連携による相談支援体制が整備されているのは38% (399か所中150か所) のみ (2016年)

治療と仕事の両立に向けた柔軟な休暇制度・勤務制度の整備が進んでいない。

- 病気休暇制度のある企業割合: 22.4% (常用雇業者30人以上民営企業) (2012年)
- 病気休業からの復帰支援プログラムのある企業割合: 11.5% (常用雇業者50人以上民営企業) (2012年)

【今後の対応の方向性】
がん等の病気を抱える患者や不妊治療を行う夫婦が活躍できる環境を整備する。治療状況に合わせた働き方ができるよう、患者に寄り添いながら継続的に相談支援を行い、患者・主治医・会社間を調整する両立支援コーディネーターを配置し、主治医、会社とのトライアングル型サポート体制を構築する。あわせて会社、労働者向けの普及・啓発を行い、企業文化の抜本改革を促す。

【具体的な施策】
(トライアングル型サポート体制の構築)

- 治療と仕事の両立に向けたトライアングル型サポート体制を構築するため、以下の取組を進める。
 - 主治医と会社の連携の中核となり、患者に寄り添いながら、個々の患者ごとの治療・仕事の両立に向けた治療と仕事両立プランの作成支援などを行う両立支援コーディネーターを育成・配置する。
 - 治療と仕事両立プランの記載内容・作成方法等の具体化を進め、主治医、会社、産業医が効果的に連携するためのマニュアルの作成・普及を行う。
 - がん・難病・脳卒中・肝疾患等について、疾患ごとの治療方法や症状(倦怠感、慢性疼痛やしびれなどを含む)の特徴や、両立支援に当たっての留意事項等を示した、会社向けの疾患別サポートマニュアル等の作成・普及を行う。

(不妊治療と仕事の両立に関する相談支援の充実)

- 不妊治療に関する患者からの相談支援を担う不妊専門相談センターの機能について、両立支援にまで拡充する。

(企業文化の抜本改革)

- 企業トップ自らがリーダーシップを発揮し、働く人の心身の健康の保持増進を経営課題として明確に位置づけ、病気の治療と仕事の両立支援を含め積極的に取り組むことを強力に推進する。
- 2016年2月策定の事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドラインの普及推進など、両立支援の導入・拡充に向けて一般国民を含めた周知・啓発を進める。
- 柔軟な休暇制度・勤務制度の導入を支援する助成金による支援を行う。
- 治療と仕事の両立等の観点から、傷病手当金の支給要件等について検討し、必要な措置を講ずる。

(労働者の健康確保のための産業医・産業保健機能の強化)

- 治療と仕事の両立支援に係る産業医・産業保健活動の強化を図る。
- 過労死等のリスクが高い状況にある労働者を見逃さないための産業医による面接指導の確実な実施等、企業における労働者の健康管理を強化する。
- 産業医の独立性や中立性を高めるなど産業医の在り方を見直す。

施策	年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度以降	指標		
トライアングル型のサポート体制の構築	両立支援コーディネーターの養成、配置 (労災病院、産業保健総合支援センター)												治療と仕事の両立が普通にできる社会を目指す。 両立支援コーディネーターを2020年度までに2,000人養成する。		
	両立プランの具体化	がん等のモデル実施	"	(医療機関、企業等) 両立プランの普及										トライアングル型サポートの状況を踏まえて支援拡充を検討	
	主治医、産業医等の研修、企業連携マニュアルの作成・普及													患者に対する相談状況を踏まえて見直し	
	個別の疾患別サポートマニュアル策定 (疾患ごとに順次策定)														
	がん拠点病院、ハローワーク等の相談窓口等を順次増加・充実														
	がん患者の容姿面への対応など療養生活の質の向上の促進														
	若年性認知症支援コーディネーターの配置														若年性認知症の特性に応じた就労支援・社会参加等の推進
	不妊専門相談センターの機能拡充														新たな不妊相談体制の整備
	不妊治療をしながら働いている方の実態調査を実施														
	ガイドラインの普及推進、健康経営の導入促進														
地域両立支援推進チーム設置													企業の意識・普及の状況を踏まえて両立支援の更なる充実策を検討		
企業等への相談対応、個別訪問指導、助成金による制度導入支援															
傷病手当金															
傷病手当金															
産業医等の機能強化													施行準備・周知期間をとった上で段階的に施行		
必要な法令・制度改正															

傷病手当金の「同一の疾病又は負傷」の解釈について

○健康保険法（大正11年法律第70号）抄

第99条（略）

2・3（略）

4 傷病手当金の支給期間は、同一の疾病又は負傷及びこれにより発した疾病に関しては、その支給を始めた日から起算して一年六月を超えないものとする。

「同一の疾病又は負傷」の解釈

○ 同一の疾病又は負傷とは、一回の疾病又は負傷で治癒するまでをいう。

○ したがって、同一の疾病又は負傷には再発にかかるものは含まない。

【過去の疑義解釈】

- ・ 同一の疾病又は負傷とは、「一回の疾病又は負傷で治癒するまでをいうが、治癒の認定は必ずしも医学的判断のみによらず、社会通念上治癒したものと認められ、症状をも認めずして相当期間就業後同一病名再発のときは、別個の疾病とみなす。通常再発の際、前症の受給中止時の所見、その後の症状経過、就業状況等調査の上認定す（る）。」（昭和29年3月保文発第3027号・昭和30年2月24日保文発第1731号）
- ・ また、「医師の附した病名が異なる場合でも疾病そのものが同一なること明らかなき時は同一の疾病に該当する。」（昭和4年保規第45号）」
- ・ 再発とは、「被保険者が医師の診断により全治と認定されて療養を中止し、自覚的にも他覚的にも症状がなく勤務に服した後の健康状態も良好であったことが確認される場合は再発とみなす。」（昭和26年保文発第5698号）

「これにより発した疾病」の解釈

○ 傷病Aにより発した疾病Bがあった場合でも、傷病Aの起算日に基づき、傷病手当金が支給される。

○ 「傷病Aにより発した疾病B」には直接的かつ医学的因果関係が必要であり、傷病Aがなければ疾病Bはおこり得なかったであろうという密接な関係が認められなければならない。

傷病手当金支給に関する裁決例

- 社会保険審査会（健康保険などの給付等処分に関する第2審としての行政不服審査機関）においては、以下のような裁決例がある。

平成26年（健）第608号 平成27年3月31日裁決

（請求人は）“当該傷病に対する治療薬を調剤薬局から購入していなかった”

“傷病手当金制度の趣旨からすれば、医療保険制度に基づく保険給付としての傷病手当金は、その支給要件として、「療養のため」労務に服することができないときと定められているのであるから、その「療養のため」とは、医療、すなわち、医師による医学的管理の下において行われる療養のためでなければならないことは論を俟たないところである。

ところが、請求人の本件請求期間における「療養」の実態は、上記認定のとおりであり、A医師の療養に関する指示に正当な理由なく従わないものであっただけでなく、却って、当該傷病の治療にとって大きな阻害要因となると評価できるものであったのであるから、これをもって、労働者全体で請求人の賃金損失を一定範囲で補償して、請求人に専念させるべき「療養」と認めることはできないのであり、請求人は、本件請求期間において、当該傷病の療養のため、労務に服することができない状態であったと認めることはできない。”

平成25年（健）第1392号 平成26年8月29日裁決

“請求人は、「うつ病」、「双極性感情障害」、「抑うつ神経症」、「心身症」、「身体表現性障害」など、その時期により、受診した医療機関ないしは診療科により、異なった傷病と診断され、治療を受けていたが、これらの傷病は、相互に相当因果関係を有する傷病であり、特に、本件請求傷病のうつ病と既決傷病の心身症は同一関連傷病と認められ、当該傷病の症状は、本件受給期間終了後から本件請求期間開始日まで一貫して認められる。そして、眼瞼痙攣、開眼失行は、うつ病が基盤にあり、うつ病に起因して表出した身体的症状と認められ、

“相当因果関係のある同一関連傷病と認めるのが相当である。

なお、社会保険の運用上、過去の傷病が治癒した後再び悪化した場合は、再発として過去の傷病とは別傷病として取り扱い、治癒が認められない場合は、過去の傷病と同一傷病が継続しているものとして取り扱われるところ、医学的には治癒していないと認められる場合であっても、軽快と再度の悪化との間に、いわゆる「社会的治癒」があったと認められる場合は、再発として取り扱われるものとされている。そして、いわゆる「社会的治癒」と認め得る状態としては、相当の期間にわたって医療（予防的医療を除く。）を行う必要がなくなり、通常の勤務に服していたことが認められる場合とされている。

本件の場合、本件受給期間終了日翌日の平成〇年〇月〇日から本件請求期間開始日前日の同年〇月〇日までは、3か月にすぎず、仮に、この3か月間、請求人が通常の勤務に服していたことが認められるにしても、症状の著明な時期と症状の消失する時期を周期的に繰り返し、その変動周期が、時には年余にわたることも稀ではない本件請求傷病の疾患特異性を考えると、この3か月間をもって、これを相当の期間と認めることはできず、当該3か月をもって、いわゆる「社会的治癒」があったと認めることはできない。”

傷病手当金と年金の併給調整

- 傷病手当金の支給を受けるべき者が、同一の疾病又は負傷等により障害年金もしくは障害手当金の支給を受けるとき、又は老齢年金の支給を受けるときは、年金優先の併給調整が行われる（健康保険法第108条第3項～第5項）。
- 協会けんぽにおいて、令和元年度に併給調整により発生した過払い債権は障害年金で5,001件（15.8億円）、老齢年金で2,956件（2.9億円）であった。

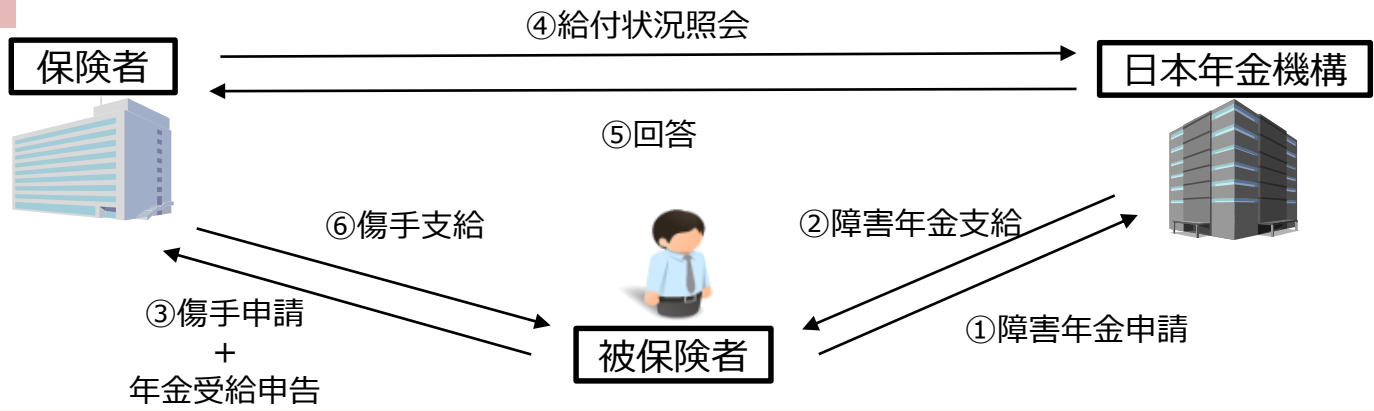
【実務上の取扱い】

- 保険者は、傷病手当金の支給において、主に以下の2つのパターンで年金給付状況の確認・併給調整を行う。
 1. 傷病手当金申請時に、申請者から年金受給者であることの申告があった場合
この場合は、申請者から年金証書等の写しを徴求する、もしくは日本年金機構に個別照会を行うことにより年金給付状況を把握し、調整した額を支給決定する。
 2. 傷病手当金申請時に、申請者から年金受給者であることの申告がなかった場合
申請時には年金受給権がなかったが、遡って年金給付が行われたケース等が想定される。この場合は、事後的に年金証書等の写しを徴求するか、日本年金機構に照会を行うことにより年金給付状況を把握し、遡及的に併給調整が行われる（被保険者に返還請求をする）こととなる。
なお、協会けんぽでは日本年金機構と協定を結び、過去5年間分の傷病手当金支給案件のうち、年金給付状況を取得していないものを、月に一度の頻度で、まとめて照会することとしている。
 - 令和元年6月（本格運用は令和元年10月以降）からは、マイナンバー情報連携により、申請者からの書類添付を受けずに、全ての申請について年金受給状況を確認することができるようになった。具体的に確認できる項目は以下の通り。
 - ・ 年金受給権の有無
 - ・ 年金受給権の発生日
 - ・ 年金額（年額ベース）
 - ・ 支給状況（支給の一部停止等）
 - ・ 障害年金の初診日
 - ・ 障害等級
 - ・ 障害年金の原因となった傷病・診断書コード ※傷病手当金の傷病と障害年金の傷病が同一疾病であるか否かまでは確認できない。
- (※) なお、傷病手当金の支給期間が「支給開始から1年6月」とされているのは、当初の支給期間6ヶ月から給付を充実させたことに加え、障害年金が初診日から起算して1年6月後から支給可能となることとの接続性を担保したものであり、支給期間が1年6月を上回ることを妨げるものではない。

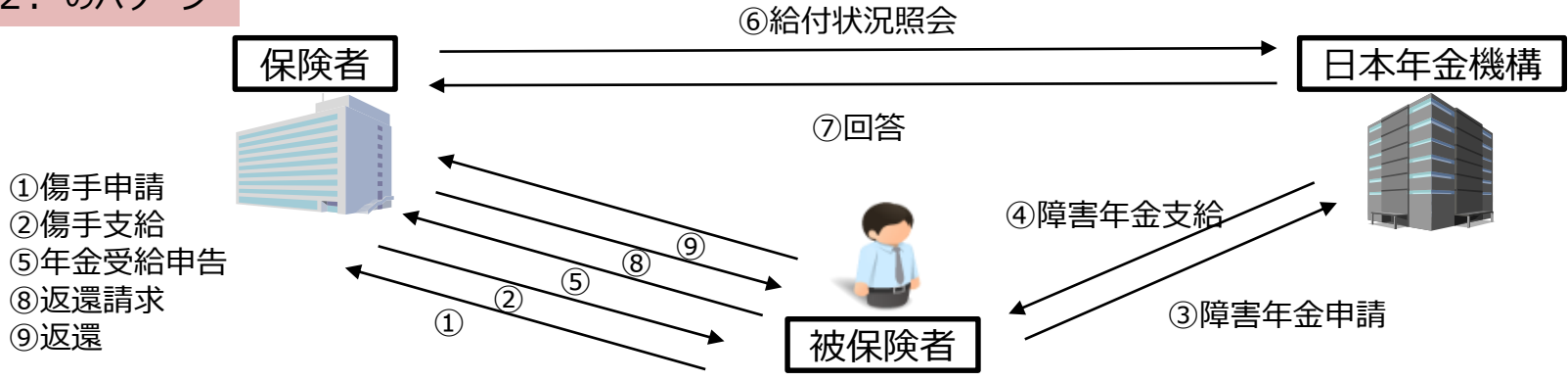
◎ ILO102号 1952年の社会保障（最低基準）条約（第9部 廃疾給付）

第58条 前2条の給付は、給付事由が存続する間又は老齢給付が支給されることとなるまでの間、支給する。

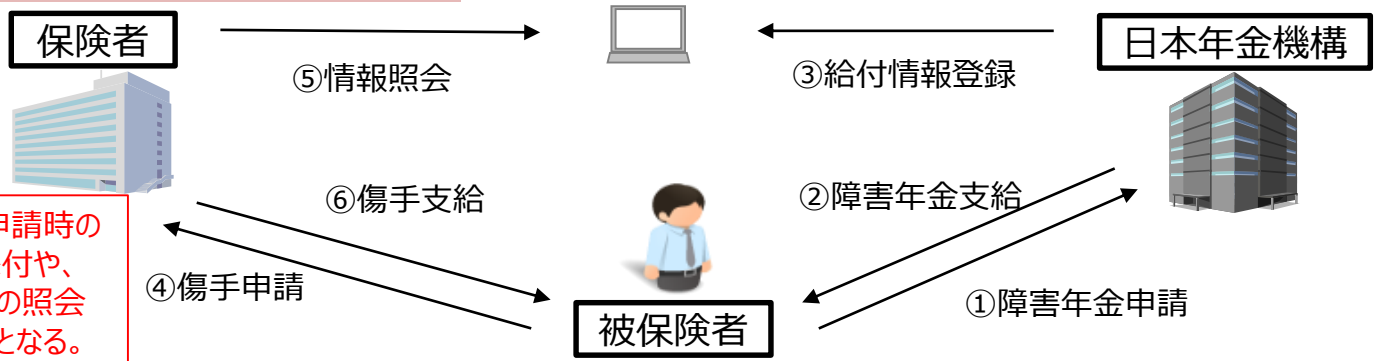
1. のパターン



2. のパターン



マイナンバー情報連携を利用するパターン



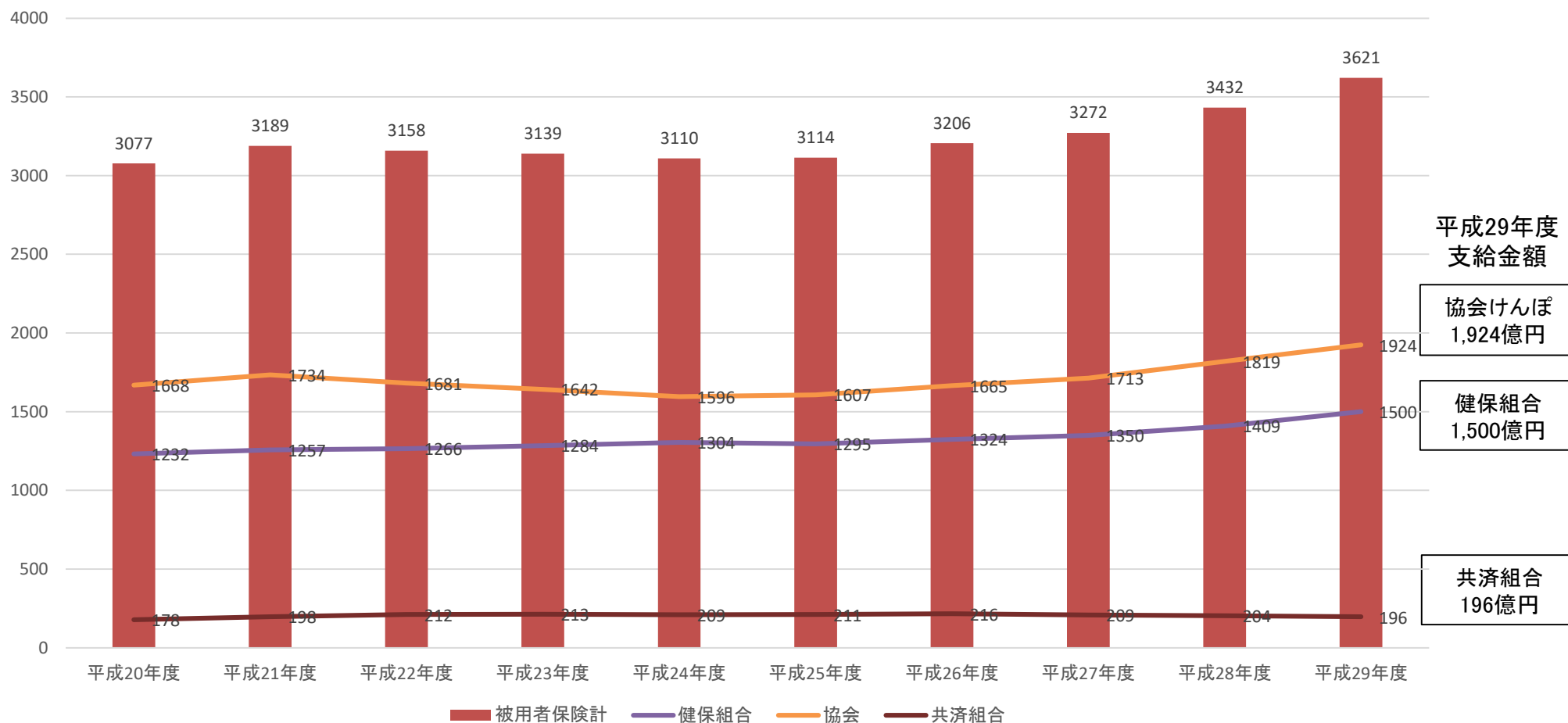
被保険者による申請時の年金関係書類添付や、日本年金機構への照会事務が原則不要となる。

傷病手当金の支給金額の推移

- 被用者保険における平成29年度の傷病手当金の支給金額(総額)は、3,621億円となっている。
(うち、協会けんぽは1,924億円、健保組合は1,500億円、共済組合は196億円)
- 平成24年度以降、協会けんぽ・健康保険組合の支給金額は増加傾向にある。

【保険者ごとの傷病手当金の支給金額(総額)の推移】

(億円)



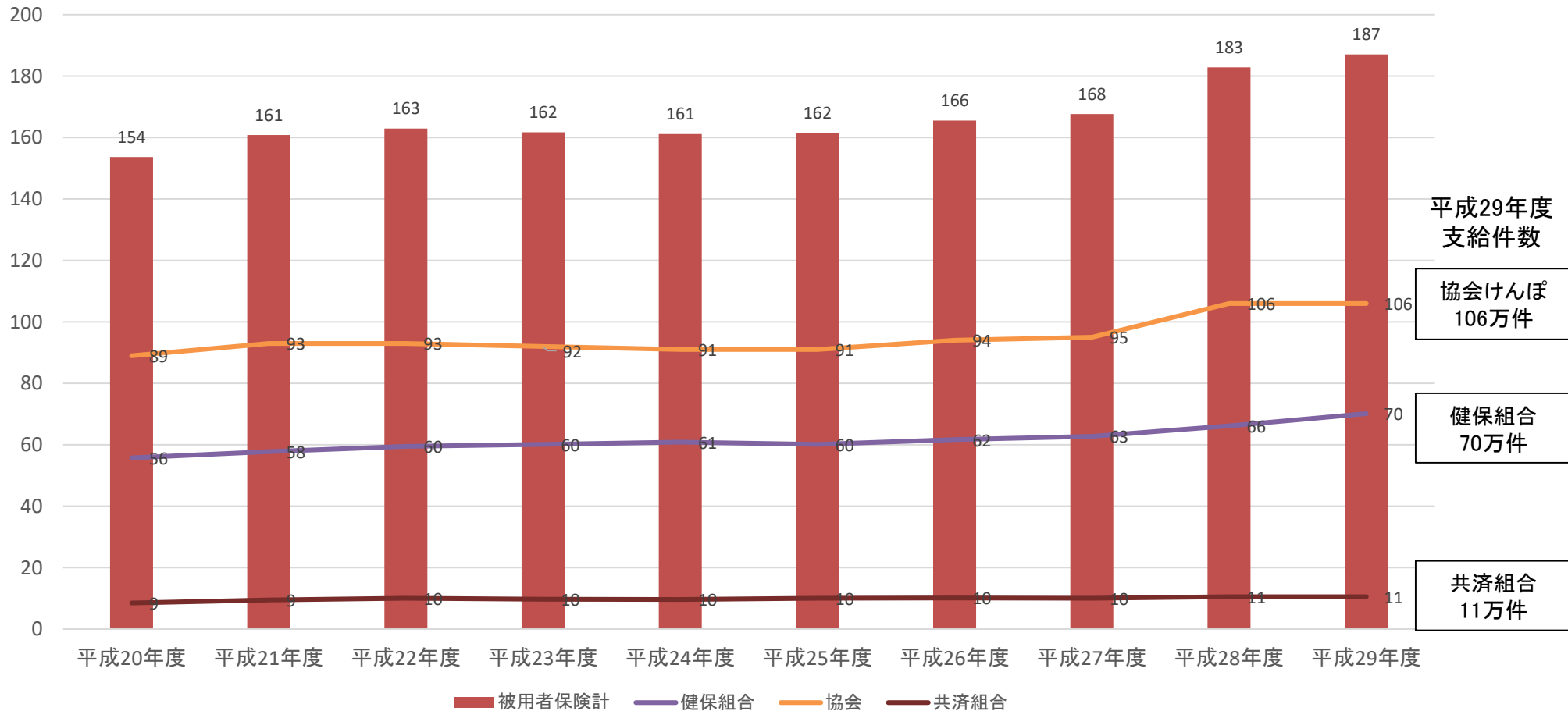
(出典)医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～(令和元年12月)

傷病手当金の支給件数の推移

- 被用者保険における平成29年度の傷病手当金の支給件数は、187万件となっている。
(うち、協会けんぽは106万件、健保組合は70万件、共済組合は11万件)
- 平成25年度以降、協会けんぽ・健康保険組合の支給金額は増加傾向にある。

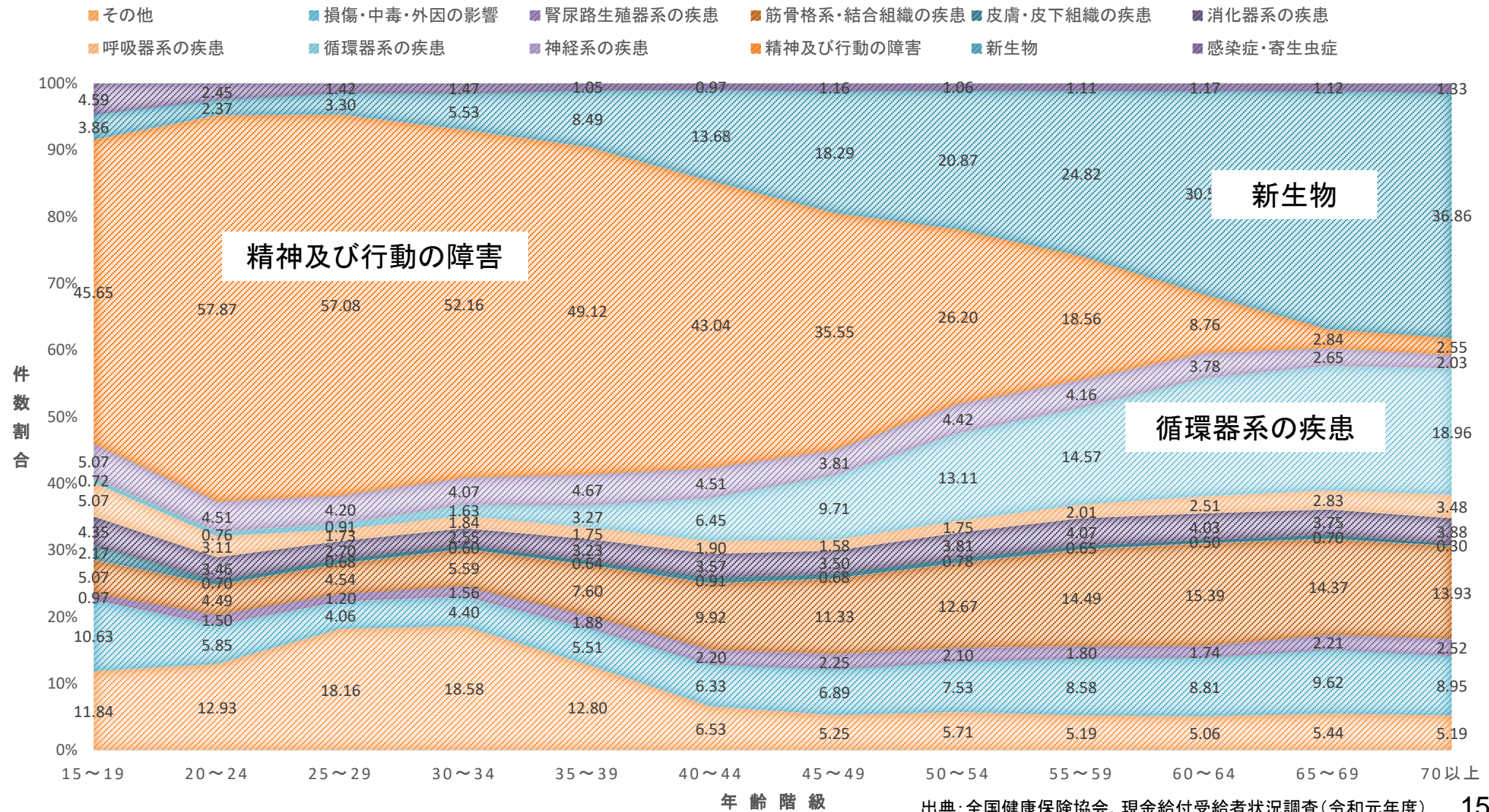
【保険者ごとの傷病手当金の支給件数の推移】

(万件)



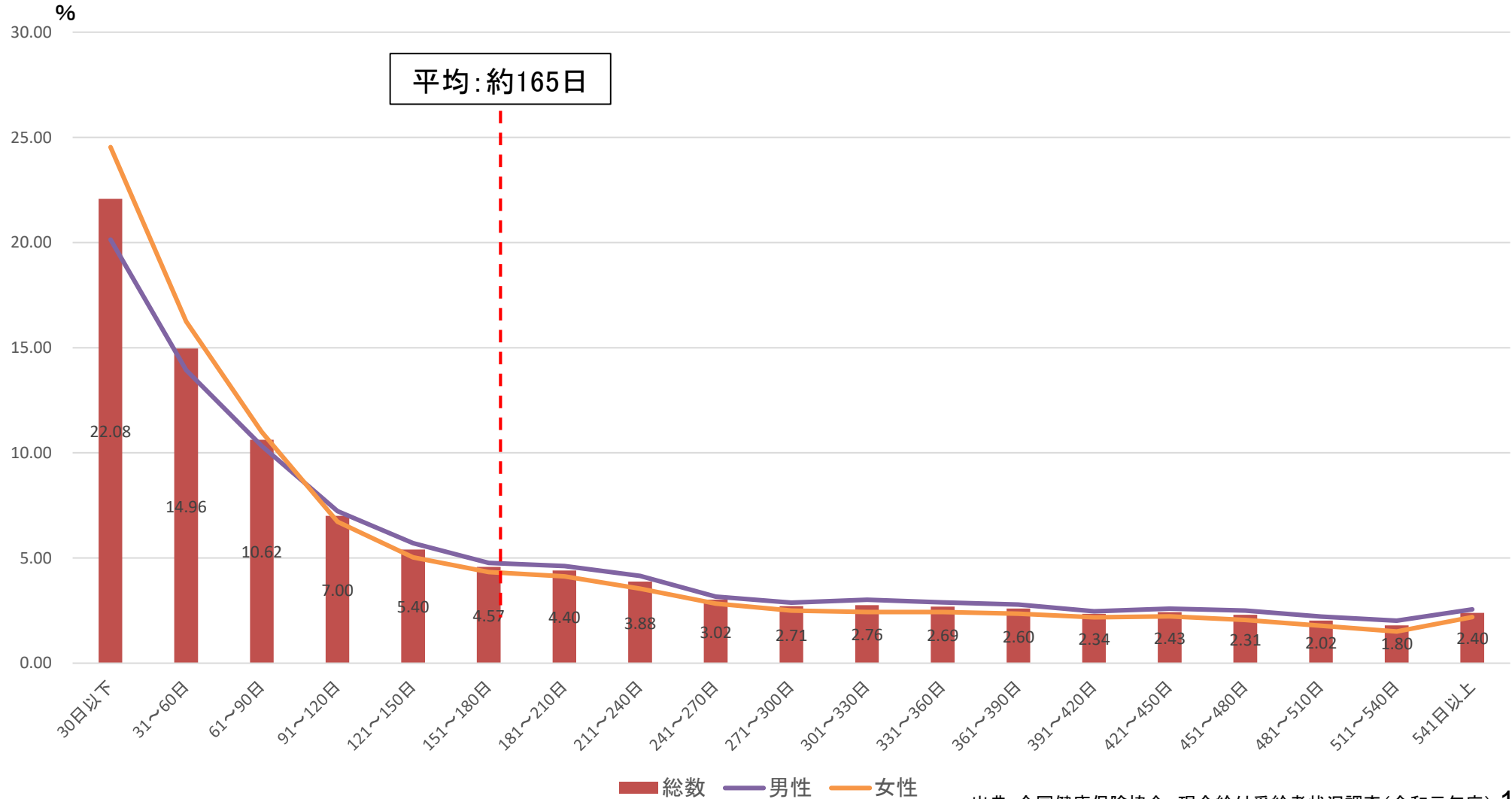
傷病手当金の年齢別・疾病別構成割合（協会けんぽ）

○ 年齢階級別にみた傷病手当金の傷病別の件数割合について、協会けんぽのデータをみると、「精神及び行動の障害」の割合は、55歳未満の階級では最も割合が高く、年齢階級が高くなるほど減少。「新生物」の割合は、年齢階級が高くなるほど増加し、55歳以上では最も割合が高い。



傷病手当金の支給期間の分布（協会けんぽ）

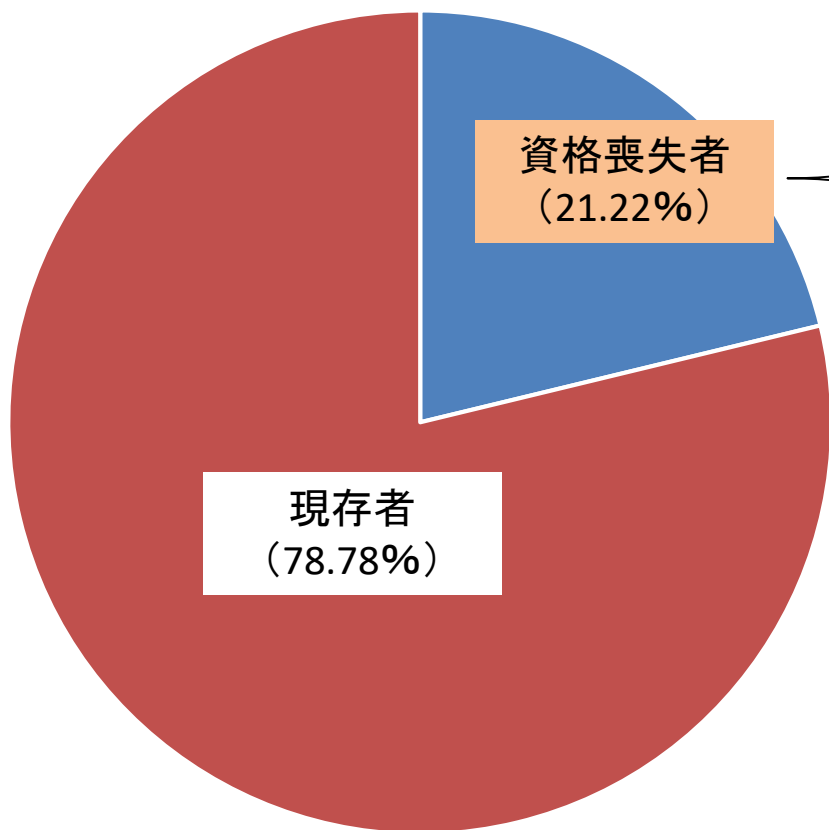
- 傷病手当金の支給期間(※)について、協会けんぽのデータを見ると、
- ・平均支給期間は約165日（男性173.82日、女性152.86日）となっており、
 - ・全体の支給件数に占める割合は、30日以下は約22%、90日以内は約48%となっている。
- (※) 支給開始日～令和元年10月の申請の支給末日までの期間



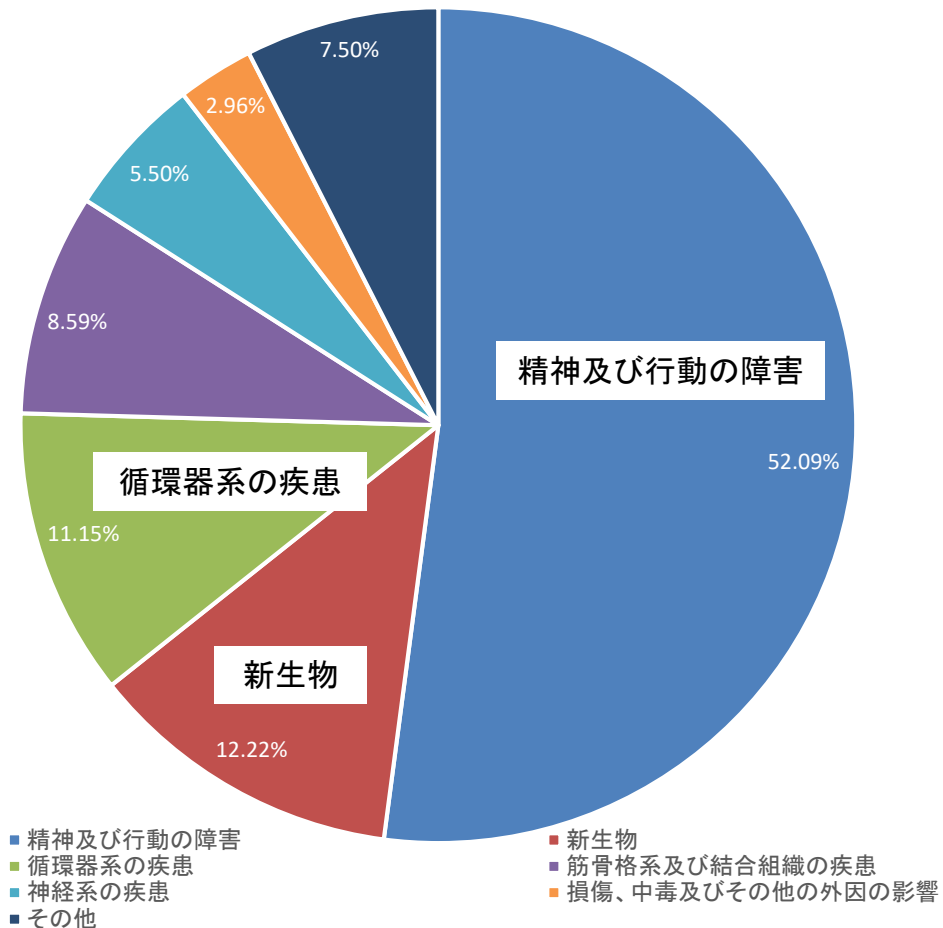
傷病手当金の継続給付の支給状況（協会けんぽ）

- 協会けんぽにおける傷病手当金の支給件数のうち、資格喪失者に対する継続給付は全体の約21%。
- 資格喪失者の傷病別構成割合は、「精神及び行動の障害」（約52%）、「新生物」（約12%）、「循環器系の疾患」（約11%）の順で多くなっている。

傷病手当金支給件数の割合

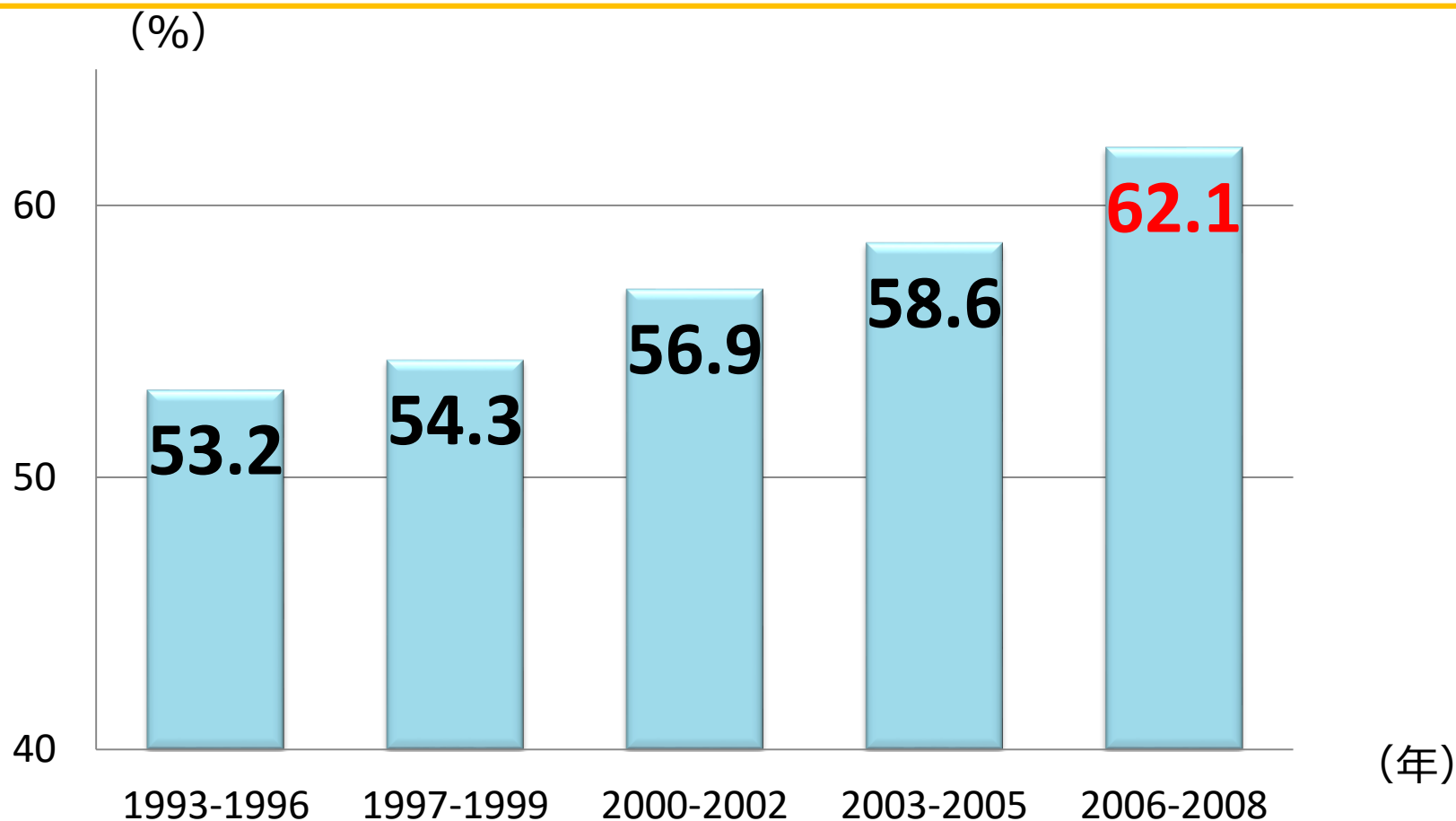


資格喪失後継続給付傷病別構成割合



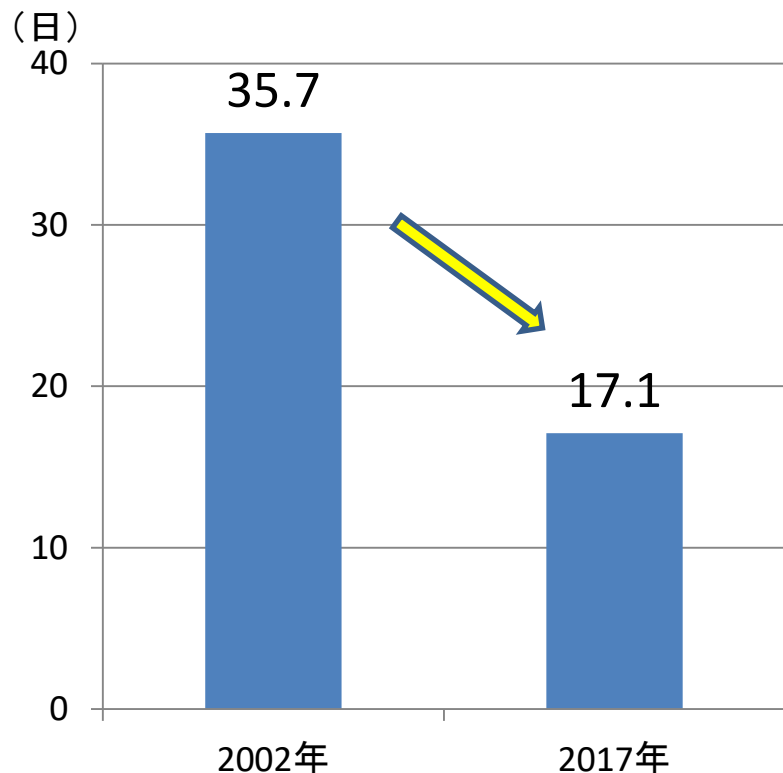
がんの5年相対生存率（全がん）の推移

がん医療（放射線療法、化学療法、手術療法）の進歩は目覚ましく、生存率は上昇している。



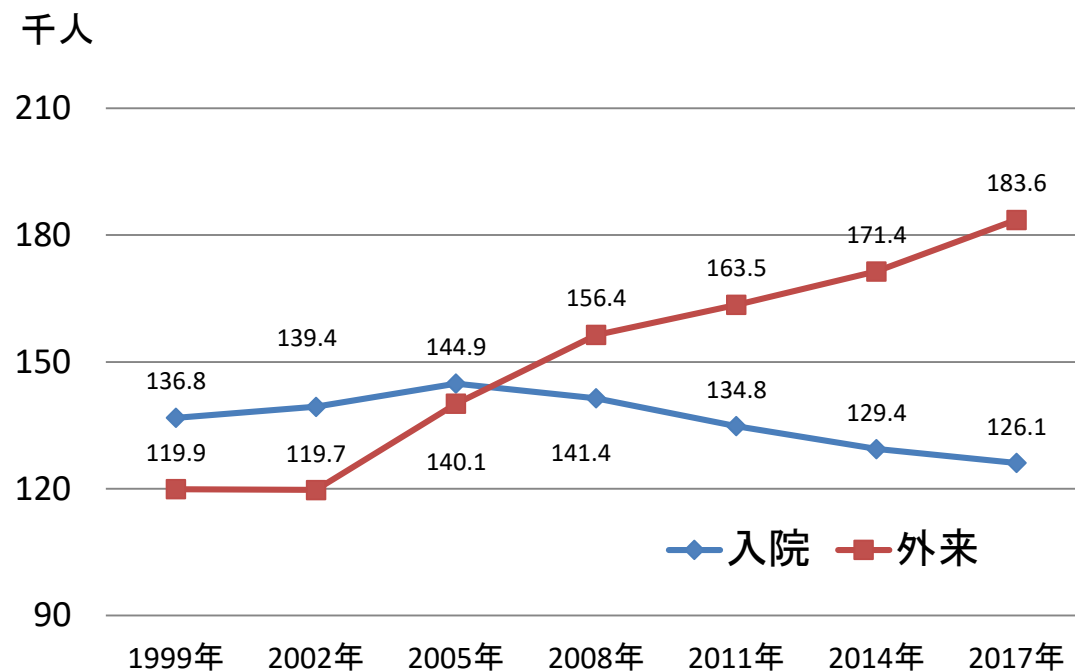
在院日数の短縮化と通院治療へのシフト

在院日数の推移



* 悪性新生物の退院患者における平均在院日数
(病院・一般診療所) (平成29年患者調査より作成)

入院患者・外来患者数の推移

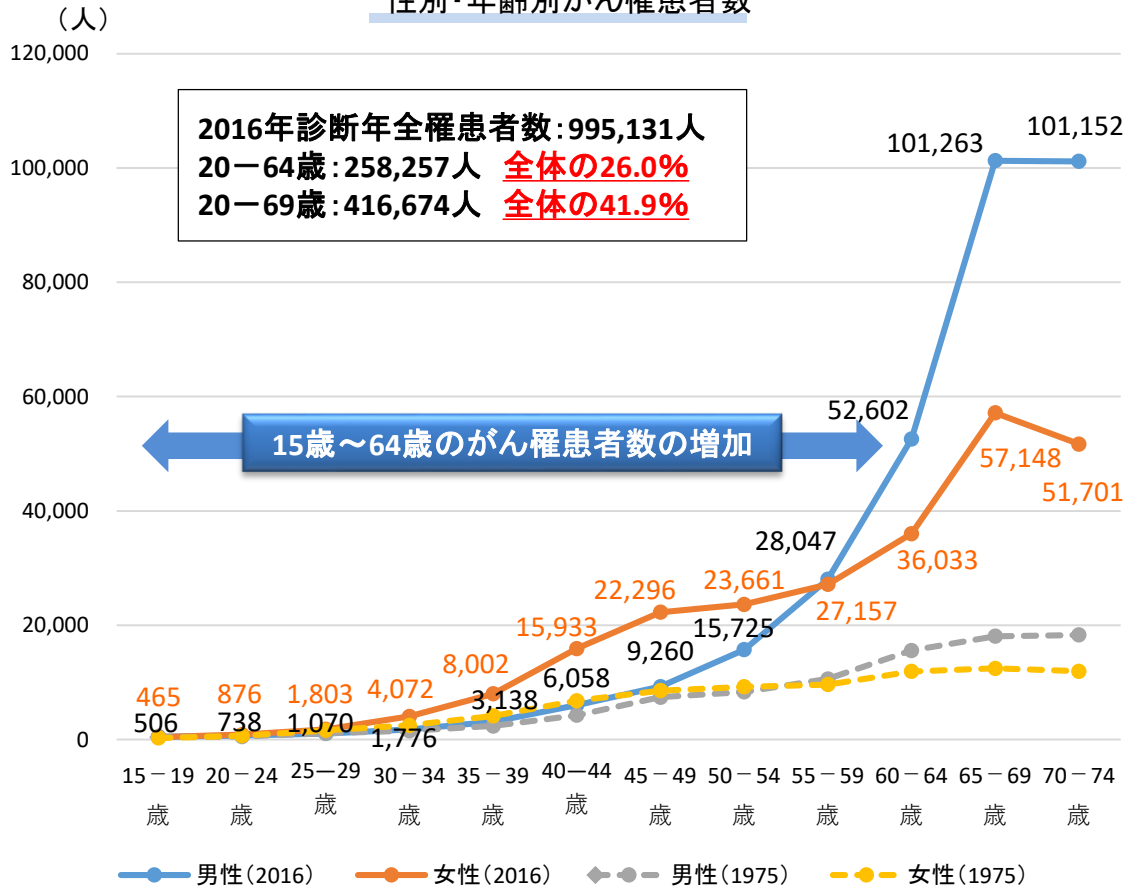


* 悪性新生物の入院患者・外来患者数
(平成29年患者調査より作成)

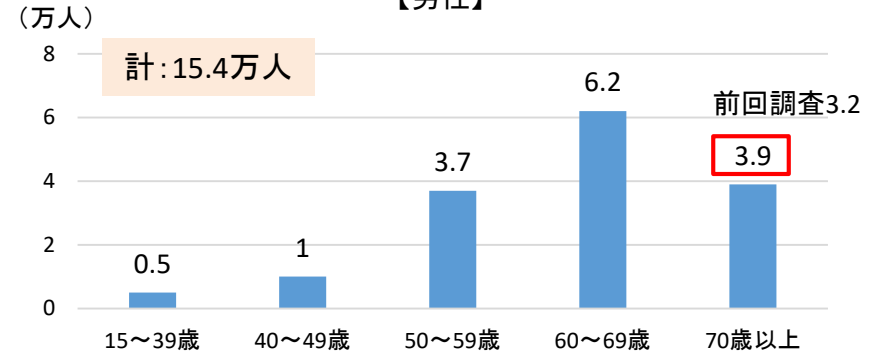
がん罹患者数と仕事をもちながら通院している者の推移

- がん患者の約3人に1人は20代～60代で罹患している。
- 悪性新生物の治療のため、仕事をもちながら通院している者は36.5万人で、平成22年同調査と比較して、約4万人増加した。特に、男性は70歳以上が約1.2倍、女性は60代が約1.4倍、70歳以上が約2.4倍と増加率が高い。

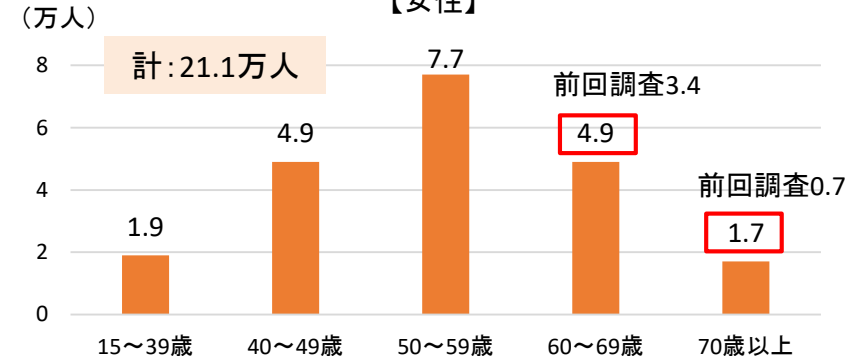
性別・年齢別がん罹患者数



仕事をもちながら悪性新生物で通院している者【男性】



仕事をもちながら悪性新生物で通院している者【女性】



注: 1)入院者は含まない。2)総数には、仕事の有無不詳を含む。3)「仕事あり」とは、調査の前月に収入を伴う仕事を少しでもしたことを行い、被雇用者のほか、自営業主、家族従事者等を含む。なお、無給で自家営業の手伝いをした場合や、育児休業や介護休業のため、一時的に仕事を休んでいる場合も「仕事あり」とする。4)熊本県を除いたものである。

注: 1) 2016年は「全国がん登録」に基づくデータ。
 2) * 性別不詳があるため男女の合計が総数と一致しない。

出典:「平成28年全国がん登録罹患者数・率報告」(令和元年10月1日発行)
 編集・国立がん研究センターがん対策情報センター/発行・厚生労働省健康局がん・疾病対策課

資料: 厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査」を基に同省健康局にて特別集計したもの

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>				-	-

【検討にあたっての考え方等】

- ・ 今後の医薬品等の費用対効果評価の活用については、改革工程表2019において、「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、…関係審議会等において検討」とされている。

【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 費用対効果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、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、検討を行うことが必要ではないか。 等

※ なお、今後、中医協において検討を行い、適宜医療保険部会に報告する。

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】

- 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、対象品目として12品目(令和2年10月1日時点)が選定され、分析を実施しているところ。
- 費用対効果評価制度に係る体制を拡充するため、公的分析班の追加、人材育成プログラム(2020年4月開始)、調査研究等、体制強化の取組みが進められている。
- 改革工程表2019では、「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」することとされている。
- 医療保険部会におけるこれまでの主な意見は、以下のとおり。
 - (現行の制度の実施状況等に係る意見)
 - 昨年度から制度運用が開始されたところであり、まずはその影響の検証、課題の抽出などを行うべきであり、仕組みの検討は時期尚早である。
 - 実施状況を検証し、制度の成熟度を高めるとともに、保険収載から価格調整までの期間をできる限り短縮していくことが先決ではないか。
 - (今後の制度の見直しに係る意見)
 - 保険収載の可否も含めた費用対効果評価結果の活用に向けて検討が必要である。
 - 有効性、安全性が確認された医薬品は速やかに保険収載すべきであり、患者アクセスの制限や追加負担があるべきではない。
 - 技術的な閾値までは保険で、それを超えた部分は保険外併用療養費制度を活用する運用の仕方もあるのではないか。
- 今後、年度内にも複数品目の総合的評価について中医協において審議される見込み。
- 以上を踏まえ、医療保険部会においては、中医協での検討を継続するとともに、適宜報告を求めることとされたところ。

【論点】

- 費用対効果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、現行の制度運用の状況、体制強化の取組状況、個別品目に係る総合的評価の審議が今後なされること等を踏まえ、どのように考えるか。

費用対効果評価の活用に係る中医協での主な意見(令和2年10月28日)

【制度の活用に向けた検討の進め方について】

- これまでの議論において、有効性、安全性等が確立した医療については保険給付の対象とし、また、ドラッグラグ・デバイスラグを生じさせないため、費用対効果評価は保険償還の可否の判断には用いず、事後の価格調整に用いることとされている。昨年度から制度の運用が開始されたところであり、まずは、その影響の検証、課題の抽出などを行うべき。
- 制度自体が昨年から運用開始されているもので、実施体制や調査研究等が確立していない段階。今後、影響の総合的評価を出して、検証を行っていくべき。実施範囲や規模の拡大は、必要以上に行うべきではない。患者へのアクセス阻害要因になってはならず、希少疾病等で単価が高いもの等の取扱いについては、慎重な議論・検討が必要。
- 今後の分析結果や課題について検証し、フィードバックしていくことがまず重要であり、保険収載の可否の判断や償還可能な価格までの引下げといった活用の検討については、時期尚早。
- 今できることは、人材を育成して、実績をより多く蓄積すること。実績が蓄積された後には、まずは現行の仕組み(評価の流れ、評価期間、閾値、価格調整のあり方)の妥当性を検証する必要がある。保険収載の可否や保険外併用の活用などは、将来的には検討が必要だと思うが、現行の制度を検証した後の、次のステップではないか。
- 将来的には償還可否の決定に用いることも当然視野に入れて検証・検討していく必要があるが、昨年度運用開始された現状を勘案すると、まずは国内の実施事例の集積・検証をスピード感を持って進めていくことが必要。現行の制度について、迅速な価格調整の観点から、保険収載から価格調整までの期間をできるだけ短縮していくこと、対象品目数を増やしていくことが目下の重要な課題。公的分析班、企業などによる分析・評価体制の充実が不可欠であり、充実に向けた具体的な工程表の検討が必要。
- まだ評価結果が中医協に報告されている品目はないが、年度内にも報告がされる見込みであるということを考えると、まずは、今の仕組みの実施状況を検証して、制度の成熟度を高めるための検討を進めていく必要がある。

参考資料

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。

8. 新規の医薬品や医療技術の保険収載など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

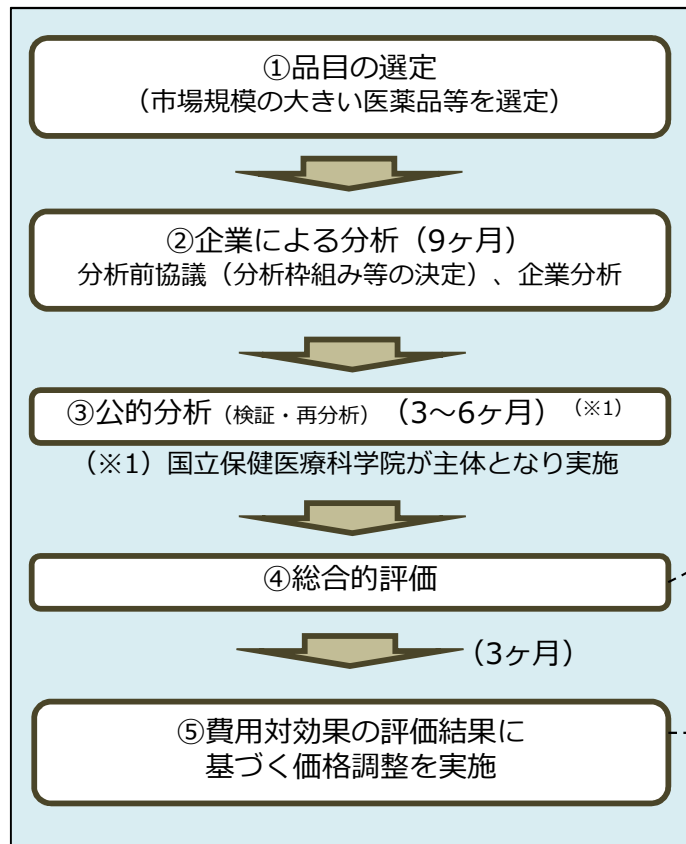
- 新規医薬品、医療技術の保険収載の可否も含めた費用対効果評価結果の活用に向けて検討が必要。
 - 高額な医薬品が次々と登場する中、医療保険財政健全化の面からも、費用対効果を図るという視点は大変重要。
 - 保険収載をどうするかというところは、今すぐには難しいとしても、今の基本原則を維持しながらもできることはあるのではないか。有効性、安全性の濃淡を評価する一つの手法として費用対効果もあるのではないか。
 - 有効性、安全性が確認された医薬品は速やかに保険収載するのが大前提。この前提の元で中医協において価格を調整するのが、本来の国民皆保険制度のあるべき姿である。また、高額薬剤について費用対効果が悪いからといって患者アクセスの制限や追加負担があるべきでは無い。
 - 国民のために安全性、有効性が確認された医薬品は速やかに保険収載すべき。また、費用対効果評価制度は運用が開始されたばかりで体制も十分ではなく、今後事例を集積して、制度のあり方については中医協で検討していくべき。
 - 制度としては昨年度から運用開始されたところ。まずはその影響の検証、課題の抽出などを行っていくべきであり、保険収載の可否の判断や償還可能な価格までの引下げといった仕組みの検討は時期尚早。
 - 有効性、安全性が確認された薬剤については、基本的に保険収載をして原則として誰もが使えるようにしていくという方向性に関して賛成。一方で、財政状況も悪いという中で、スレッシュホールドという技術的な閾値までのところに関しては保険でみて、それを超える部分については保険外併用でみていくというような運用の仕方をすれば、財政と医療、薬剤へのアクセスを両立するような考え方ができるのではないか。
 - 我が国の薬価制度と費用対効果評価は基本的にコンセプトが違うもの。費用対効果の議論は現行制度とどのように調和させていくかが一番重要。
- ※ 3月26日に開催された第127回医療保険部会において、本議題については、基本的には、中医協の議論を見守り、適宜必要な情報があれば医療保険部会に報告することとなった。

- 将来的には、イギリスやスウェーデンのように償還可否の決定に用いることも検討すべきだが、昨年度から導入された仕組みであり、企業分析における課題等も出てきているため、まずは中医協において、実施状況をしっかりと検証し、制度の成熟度を高めるとともに、現行最大で1年半かかる保険収載から価格調整までの期間をできる限り短縮していくことが先決ではないか。
- ※ 9月16日に開催された第130回医療保険部会において同趣旨について議論された。

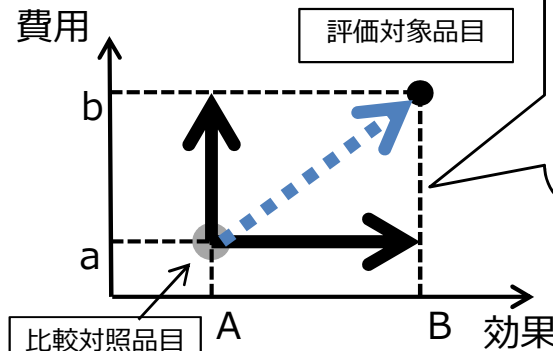
費用対効果評価制度について（概要）

- 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

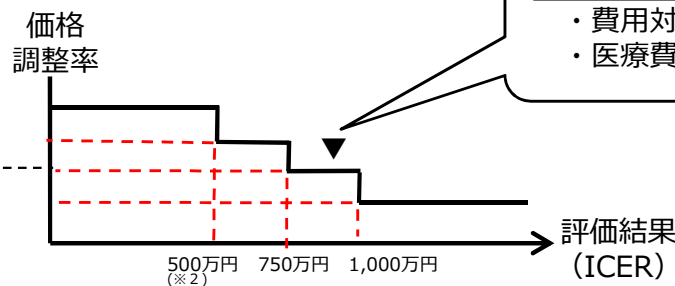


評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。

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

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

費用対効果評価の対象品目と現状について（令和2年11月11日時点）

品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系加算率	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価区分	総会での 指定日	現状
①テリルジー (グラク・スミスクライン)	COPD(慢性閉塞性肺疾患)	4,012.30円(14吸入1キット) 8,597.70円(30吸入1キット)	10%	236億円	H1(市場規模が100億円以上)	2019/5/15	公的分析中
②キムリア (ノバルティスファーマ)	白血病	33,493,407円	35%×0.2※2 (7%)	72億円	H3(単価が高い)	2019/5/15	公的分析中
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	5%	331億円	H1(市場規模が100億円以上)	2019/8/28	公的分析中
④ビレーズトリエアロス フィア(アストラゼネカ)	COPD(慢性閉塞性肺疾患)	4,012.30円	なし	189億円	H5(テリルジーの類似品目)	2019/8/28	分析は行わない (テリルジーの 分析結果に準じる)
⑤トリンテリックス (武田薬品工業)	うつ病・うつ状態	168.90円(10mg錠) 253.40円(20mg錠)	5%	227億円	H1(市場規模が100億円以上)	2019/11/13	公的分析中
⑥コララン (小野薬品工業)	慢性心不全	82.90円(2.5mg錠) 145.40円(5mg錠) 201.90円(7.5mg錠)	35%	57.5億円	H2(市場規模が50億円以上)	2019/11/13	公的分析中
⑦ノクサフィル※3 (MSD)	深在性真菌症	3,109.10円(100mg錠)	なし	112億円	H1(市場規模が100億円以上)	2020/4/8	企業分析中
⑧カボメテイクス (武田薬品工業)	腎細胞癌	8,007.60円(20mg錠) 22,333.00円(60mg錠)	10%	127億円	H1(市場規模が100億円以上)	2020/5/13	企業分析中
⑨エンハーツ (第一三共)	乳癌、胃癌※4	165,074円	5%	129億円	H1(市場規模が100億円以上)	2020/5/13	企業分析中※4
⑩ゾルゲンスマ (ノバルティスファーマ)	脊髄性筋萎縮症	167,077,222円	50%	42億円	H3(単価が高い)	2020/5/13	企業分析中
⑪エンレスト (ノバルティスファーマ)	慢性心不全	65.70円(50mg錠) 115.20円(100mg錠) 201.90円(200mg錠)	なし	141億円	H5(コラランの類似品目)	2020/8/19	分析は行わない (コラランの 分析結果に準じる)
⑫エナジア (ノバルティスファーマ)	気管支喘息	291.90円(中用量) 331.40円(高用量)	なし	251億円	H5(テリルジーの類似品目)	2020/8/19	分析は行わない (テリルジーの 分析結果に準じる)
⑬リベルサス (ノバルティスファーマ)	2型糖尿病	143.20円(3mg錠) 334.20円(7mg錠) 501.30円(14mg錠)	5%	116億円	H1(市場規模が100億円以上)	2020/11/11	分析前協議中

※1 収載時価格は、キット特徴部分の原材料費除いた金額。

※2 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

※3 ノクサフィルは内用薬(ノクサフィル錠100mg)のみが費用対効果評価対象。

※4 胃癌については令和2年9月25日に効能追加され、分析前協議中