

経済・財政一体改革 (社会保障改革) の取組状況

平成28年11月25日
塩崎臨時議員提出資料

薬価制度の見直しに関する検討状況

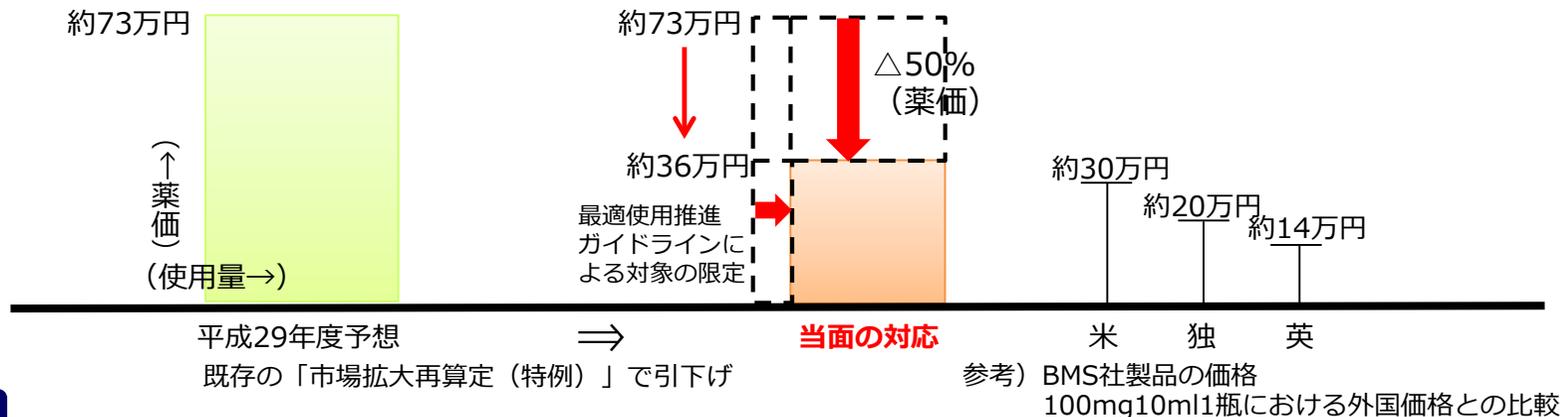
高額薬剤への対応

- オプジーボについて、2年に1度の薬価改定の年ではないが、**緊急的に薬価を50%引下げる**。
- また、**ガイドラインによって、より効果的な使用方法に限定**することを徹底する。

オプジーボ

H26.7承認時点では、適応疾患は、希少疾患の悪性黒色腫のみであり、高額な薬価を設定

↓
肺がん等の効能・効果が追加され、大幅に市場が拡大したが、現行のルールに従って薬価が据え置かれた



薬価制度の抜本改革

課題

- 効能追加、予想を超えた売上げ増、流通価格の変化など、薬価収載後の状況の変化に対し、柔軟な対応ができていないのではないか。
- 革新的医薬品、長期収載品、後発品、バイオシミラーなど、それぞれの特性にあわせたメリハリの利いた適切な薬価が設定できていないのではないか。
- 諸外国とは薬価制度のあり方が異なる中、適切な外国価格との調整ができていないのではないか。
- 費用対効果が適切に薬価に反映されていないのではないか。

検討の方向性

「イノベーションの推進」と「国民皆保険制度の持続性」の両立を目指した薬価制度の抜本改革

- 収載後の状況の変化に対応できるよう、効能追加等に伴う**一定規模以上の市場拡大**について、**新薬収載の機会（年4回）を最大限活用**して、柔軟に**薬価を見直し**
- 市場環境の変化により**一定以上の薬価差が生じた品目（後発品を含む）**について、**少なくとも年1回**、これまでの改定時期に限らず**薬価を見直し**
- **薬価算定方式**（原価計算方式・類似薬効比較方式）の**正確性・透明性の向上**とイノベーション評価の加速化を図るとともに、医療保険財政に大きな影響を及ぼし得る**バイオ医薬品について、研究開発支援方策**（バイオシミラーについては、価格付けの方針、数量シェア目標を含む）を**早急に策定**
- 外国価格のより正確な把握を含め、**外国価格との調整を大幅に改善**
- **費用対効果評価による価値に基づき**、上市後の**薬価引上げを含めた価格設定を本格導入**（費用対効果評価の本格導入を加速化）

➡
薬価制度の抜本改革に向け、早急に政府基本方針を策定
(広く関係者の意見を踏まえ、具体的方策を確定)

医療費・介護費の地域差是正に向けた取組

医療費の地域差縮小に向けた取組

厚生労働省



都道府県

- 保険者努力支援制度等を活用して、保険者が行う健康の保持増進等の取組を**インセンティブで支援**（平成30年度以降）
- 都道府県や保険者の取組状況を**指標で「見える化」**（分かりやすく公表）
- 都道府県が医療費分析できるよう、**県単位のNDB(レポデータ)の迅速な提供**
- 厚生労働大臣は、国・都道府県の適正化計画の目標達成のため必要と認めるときは、あらかじめ都道府県と協議の上、**都道府県別に診療報酬の異なる定め**ができる

都道府県が国保の保険財政と医療提供体制で権限と責任。医療費適正化計画等の策定主体として保険者協議会に参画し、実効性を高める。

- ①医療提供体制の権限：地域医療構想の推進（医療介護総合確保基金の活用、病床転換の中止要請権限等）
- ②医療の財政責任：国保の財政運営の責任（H30年度～）、医療費適正化計画の策定、医療費の分析、厚労大臣に診療報酬の意見提出
 - 医療費が目標を著しく上回ると認める場合又は項目の目標を達成できないと認める場合、保険者・後期広域連合・医療機関と協力して必要な対策を講じるよう努める
 - 医療費適正化計画の取組の推進のため、保険者協議会を通じて、保険者に対して適正化や保健事業の推進など協力を要請

- 協議会は県が策定する地域医療構想と適正化計画に意見を提出



- 県は協議会に対し地域医療構想と適正化計画について協議、適正化の取組への協力を要請

H25年度
医療費構成割合
(保険者数)
保険者への
インセンティブ
(国が決定)

国保	後期高齢者 広域連合	協会けんぽ	健保組合(連合会)	共済
32% (1,879)	38% (47)	16% (1)	11% (1,400)	4% (85)
保険者努力支援制度等 (国が交付金で支援) H28年度から前倒し実施			後期高齢者支援金の加算・減算 (国が指標を策定し加算・減算を実施)	

都道府県の権限の強化

- 都道府県が保険者協議会で**主導的な役割を發揮**
- 国が行う保険者へのインセンティブについて**都道府県からの意見を反映**
- 都道府県が**保険者と共同で医療費等を分析**、PDCAを用いて運営責任を共有

介護費の地域差縮小に向けた取組

※現在、社会保障審議会において以下の案を検討中

次期介護保険制度改正において、自立支援・重度化防止に向けた**保険者機能の強化**等を図るため、以下の内容を**法律により制度化**

市町村

保険者機能を抜本強化

- ①データに基づく課題分析と対応
- ②適切な指標による実績評価
- ③取組実績に応じた財政的インセンティブの付与

都道府県

市町村に対する支援を強化、明確化

- ・市町村職員に対する研修の実施
- ・地域ケア会議への医療職種の派遣調整
- など

厚生労働省

市町村・都道府県に対する支援を強化、明確化

- ・地域状況の「見える化」のためのデータ提供
- ・自治体の取組内容・目標設定の公表
- ・毎年度の進捗状況の管理
- など

ICT・AI等を活用した医療・介護のパラダイムシフト (p.4,5 未来投資会議資料参照)

- 健康・医療・介護のデータベースの連結
- 自立支援・重度化防止に向けた介護保険総合データベースの抜本改革
- 審査支払機関を「業務集団」から「頭脳集団」に改革

医療保険制度・介護保険制度の見直しに関する検討状況（主要事項）

世代間・世代内での負担の公平化・負担能力に応じた公平な負担や、医療・介護を通じた費用負担の公平化等の観点から、高齢者の特性や低所得者にも配慮しながら、以下の事項について、社会保障審議会 医療保険部会・介護保険部会において検討中。年末までに結論を得る。

【高額療養費】（医療保険）

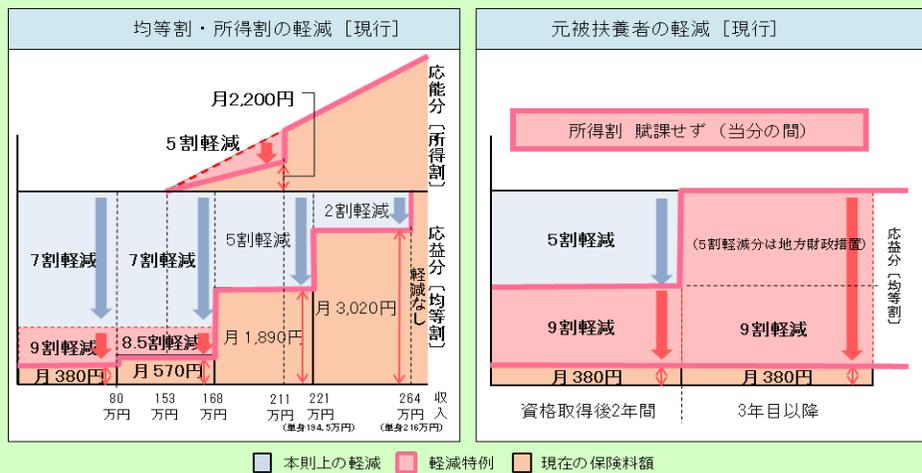
- 現役世代と比べて、負担上限額が細分化されていない「現役並み所得者」、負担上限額が低い「一般区分」や「低所得者」の負担のあり方についてどう考えるか。70歳以上にのみ設けられた外来上限特例についてどう考えるか 等

【69歳以下】			【70歳以上】		
区分(年収)	窓口負担	限度額(月単位)	区分(年収)	窓口負担	限度額(月単位)
1160万～	3割	252,600円 + 1% <140,100円>	現役並み 370万～	3割	44,400円
770～1160万		167,400円 + 1% <93,000円>			80,100円 + 1% <44,400円>
370～770万		80,100円 + 1% <44,400円>			
～370万		57,600円 <44,400円>	一般(※1)	70～74歳 2割(※2)	12,000円
住民税非課税		35,400円 <24,600円>	住民税非課税	75歳以上 1割	8,000円
			住民税非課税 (所得が一定以下)		24,600円
					15,000円

<>内は年4回以上利用する多数回該当時の4回目以降の負担額
 ※1 課税所得145万円未満。収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合及び旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合も含む。 ※2 平成26年4月1日までに70歳に達している者は1割。

【後期高齢者の保険料軽減特例】（医療保険）

- 特例によって低所得者の保険料額が極めて低くなっており、激変緩和措置を設けつつ原則的に本則に戻していくべきではないか。その際、新規加入者の取扱いや激変緩和措置の内容についてどう考えるか 等



【利用者負担】（介護保険）

- 利用者負担割合や高額介護サービス費の負担上限額について、医療保険との整合性の観点からどのように考えるか。

(参考)平成26年改正において、利用者負担割合の2割負担の導入、現役並み所得相当に係る高額介護サービス費の上限額の引き上げを実施。(37,200円→44,400円)

利用者負担割合	区分	介護の負担割合	(参考)医療の負担割合	
			70～74歳	75歳以上
			現役並み所得者(※1)	3割負担
本人の年金収入280万円以上	2割負担			
本人の年金収入280万円未満	1割負担			

高額サービス費	介護の限度額	(参考)医療の限度額	
		80,100円 + 医療費1% (多数該当: 44,400円)	
		現役並み所得者(※1)	44,400円
一般	37,200円		
市町村民税非課税	24,600円		
年金収入80万円以下等	15,000円		

(※1)課税所得145万円以上。収入の合計額が520万円以上。(1人世帯の場合は383万円以上)
 (注)上記は課税所得が145万円以上ある第1号被保険者本人の場合
 (※2)平成26年4月1日までに70歳に達している者は1割。

【介護納付金の負担】（介護保険）

- 医療保険者が負担する介護納付金については、現在、加入者数に応じて負担。(加入者割)
- この介護納付金について、負担能力に応じた負担の観点から、被用者保険の保険者(協会けんぽ、健保組合、共済組合)間では報酬額に比例して負担する仕組み(総報酬割)を導入することについて、どのように考えるか。

<総報酬割を導入した場合の各保険者の負担額変化(粗い試算)>

	現行(加入者割)	総報酬割(全面導入)
協会けんぽ	9,800億円	7,700億円 (-2,100億円)
国庫補助額(加入者割分の16.4%)	1,600億円	0円 (-1,600億円)
健保組合	7,700億円	8,800億円 (+1,100億円)
共済組合	2,400億円	3,400億円 (+1,000億円)

<総報酬割を導入した場合に負担増・減となる被保険者数>

	負担増	負担減
合計被保険者数	1,300万人	1,700万人

ICT・AI等を活用した医療・介護のパラダイムシフト

- 厚生労働省では、**ICT・AI等を活用した医療・介護のパラダイムシフト**を実現するため、
 - ・「**保健医療分野におけるICT活用推進懇談会**」を昨年11月より開催。ICTを活用した次世代型の保健医療システムの姿について、先月(10月)にとりまとめ
 - ・「**データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会**」を本年4月より開催。ICT・ビッグデータの活用による保険者機能の在り方等について、本年中にとりまとめ予定

3つのパラダイムシフトと3つのインフラ

つくる

集まるデータ



生み出すデータ

データの収集段階から、集積・分析・活用(出口)で使える
アウトカム志向のデータをつくる

<インフラ>

最新のエビデンスや診療データを**AIを用いて**ビッグデータ解析し、
現場の最適な診療を支援するシステムを構築

つなげる

分散したデータ



データの統合

個人の健康なときから疾病・介護段階までの
基本的な**保健医療データ**をその人中心に統合する

<インフラ>

医療・介護スタッフに共有され、個人自らも健康管理に役立てる
全ての患者・国民が参加できる**オープンな情報基盤**を整備

ひらく

たこつぼ化



安全かつ開かれた利用

産官学のさまざまなアクターがデータにアクセスして、
医療・介護データをビッグデータとして活用する

<インフラ>

産官学の多様なニーズに応じて、医療・介護データを
目的別に収集・加工(匿名化等)・**提供できるプラットフォーム**を整備

ICTの利活用が「供給者目線」から
「患者・国民目線」になるように作り変え、
以下を実現

ビッグデータ活用やAIによる分析

診療や治療が難しい疾患でも、**個人の症状や
体質に応じた**、迅速・正確な**検査・診断、治療が
受けられる**

ICTを活用した遠隔診療や見守り

専門の医師がいない地域の患者や、生活の中で
孤立しがちなお年寄りでも、**遠隔医療や
見守りなどの生活支援を受けられる**

地域や全国健康・医療・介護情報ネットワーク

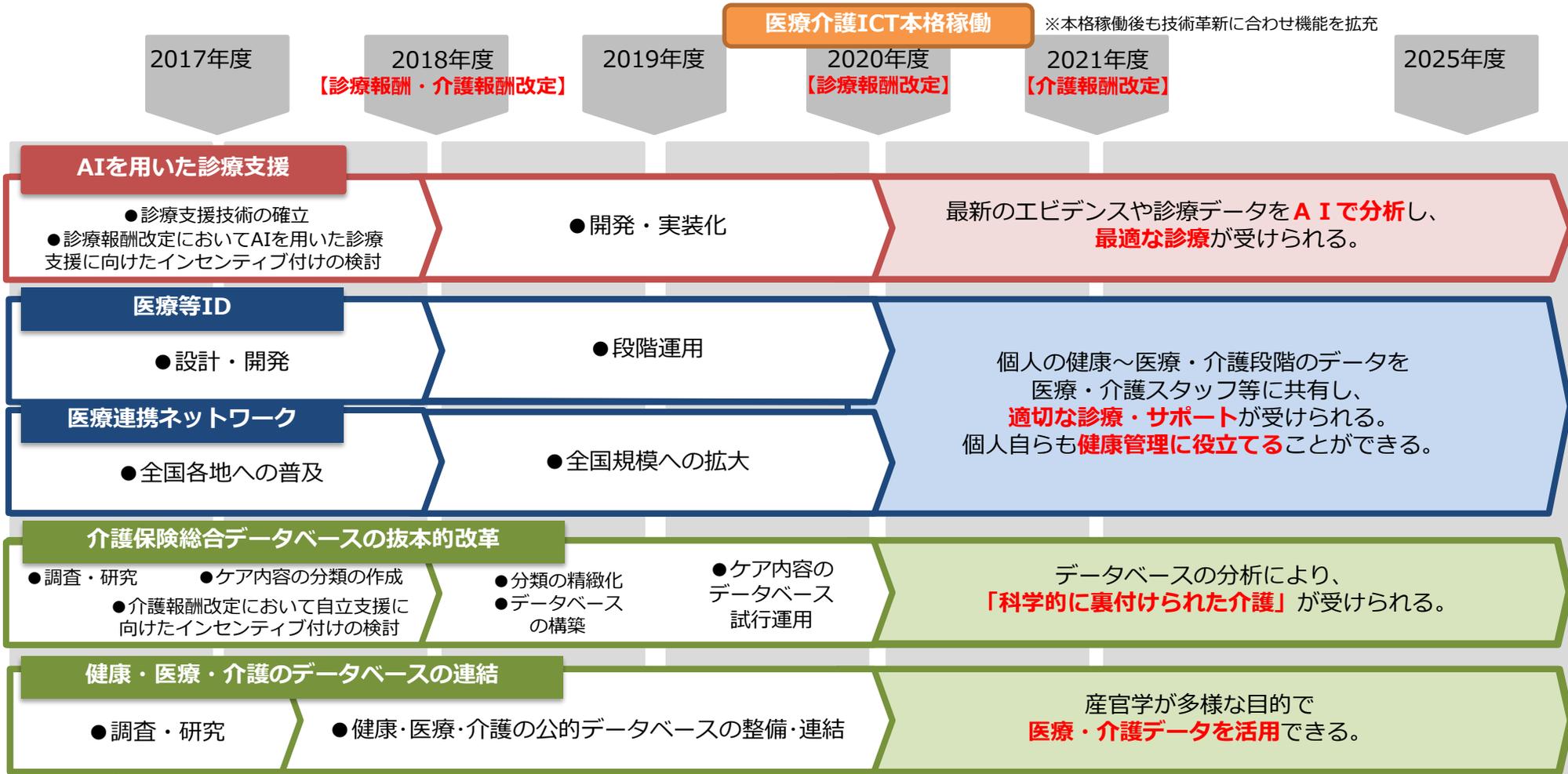
どこでも誰でも、自身の健康・医療・介護情報が
医師などに安全に共有され、かかりつけ医と
連携しながら**切れ目ない診療やケアを受けられる**

ビッグデータ活用によるイノベーション

疾患に苦しむ様々な患者に、**最新の治療法や
医薬品**を届けられる。

ICT・AI等を活用した医療・介護のパラダイムシフト (工程表)

- AIやIoT等のICTを活用した診療支援や遠隔医療、見守り、ロボット等の技術革新を、医療・介護の枠組み(診療報酬・介護報酬)の中に、**現場や国民がメリットを実感できる形で、十分なエビデンスの下に組み込み**



データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会

- 審査支払機関を『業務集団』から『頭脳集団』に改革
- 基盤となる**データプラットフォーム**の構築

● 審査支払機関も保険者もそれぞれが質の高い医療を実現