

厚生労働省新 HTA 制度

第 8 回 費用対効果評価・本格導入の概要と論点

鎌江 伊三夫*

New System on Health Technology Assessment in Japanese Ministry of
Health, Labour and Welfare

<8> Cost-effectiveness Evaluation — Summary and Issues on the Institutionalization

Isao KAMAE*

1. はじめに

厚生労働省中央社会保険医療協議会(中医協)による費用対効果評価は、2016年4月より開始された¹⁾。本来、医療技術の費用対効果評価は、医療技術評価(HTA)の一つの側面に過ぎない。しかし、その制度導入に向けた検討はいわゆる HTA と称され、本「厚生労働省新 HTA 制度」シリーズ論文でも、その解説と論評を行ってきた²⁻⁸⁾。

2016年からの試行的導入は、高額な医療技術の増加による医療保険財政への影響についての懸念に対応することが目的とされ、財政影響や革新性、有用性が大きい医薬品・医療機器がその対象となった。実際、Fig. 1 に示される流れに沿って、医薬品7品目、医療機器6品目について、企業によるデータ分析(費用効果分析)の提出、第三者による再分析、総合的評価(アプレイザル)が行われ、増分費用効果比(ICER)を用いた価格調整が行われた。その結果は、2018年4月よりの改訂価格に反映された。新製品についても、抗がん剤2品目、循環器手術の機器2品目の評価が実施された。治療方法が十分に存在しない希少疾患(例えば、指定難病血友病、HIV)に用いる医薬品・医療機

器や、未承認薬等検討会議及びニーズ検討会からの開発要請品目及び公募品目は、評価対象から除外された。

わが国の国民皆保険の下では、有効性・安全性等が確立された医療は基本的に保険適用していることから、費用対効果評価の結果は価格調整に用いられ、欧州で実施されているような保険償還の可否の判断には使われなかった。すなわち、中医協による新 HTA は、世界初の ICER に基づく価格決定であることが大きな特徴となった。そして、3年間の試行的な実施を経て、2019年4月より制度化され、本格的に運用されることとなった。

そこで今回は、試行的導入からの変更点を中心に、新制度の概要と論点について考える。

2. 中医協・費用対効果分析ガイドライン第2版

新 HTA の制度化に伴い、「中央社会保険医療協議会における費用対効果評価の分析ガイドライン」が第2版として改訂された⁹⁾。大幅な改訂ではなく、主として、試行での経験をふまえての項目の削除・追加、表現の明確化が49項目にわたって行われた¹⁰⁾。これは、本格導入におけ

* 東京大学公共政策大学院 東京都文京区本郷7-3-1 (〒113-0033)
 キヤノングローバル戦略研究所 東京都千代田区丸の内1-5-1 新丸ビル (〒100-6511)
 Graduate School of Public Policy, The University Tokyo, 7-3-1, Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-0033, Japan
 The Canon Institute for Global Studies, 11F, ShinMarunouchi Bld., 1-5-1, Marunouchi, Chiyoda-ku, Tokyo 100-6511, Japan

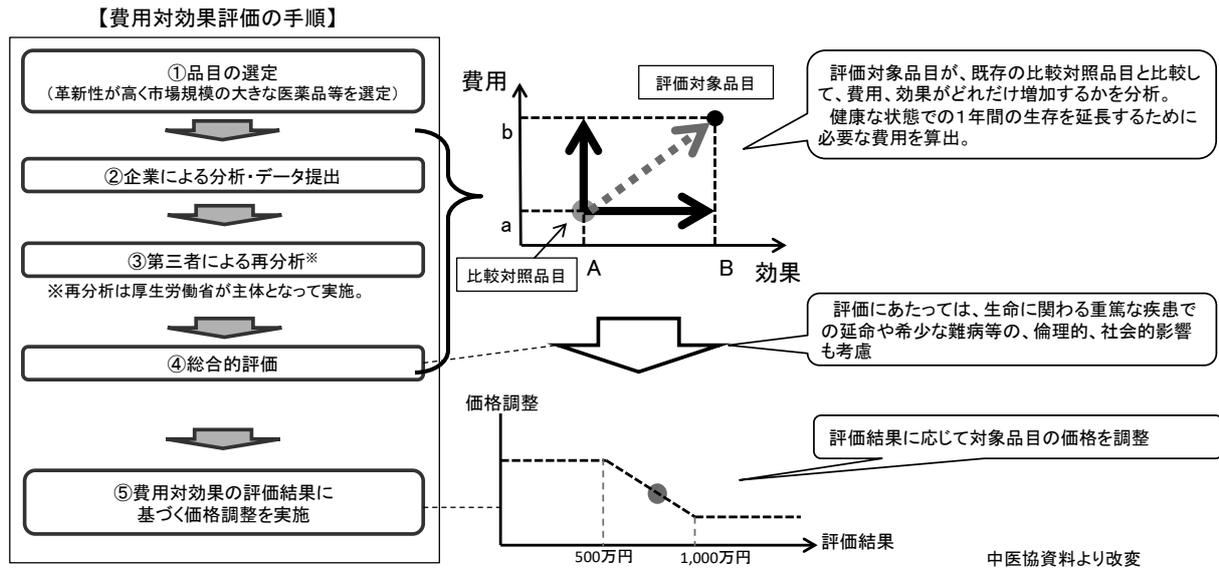


Fig. 1 試行的実施の概要

る分析実施の基本指針となるため、重要な変更であることはいままでの注目される変更として、次のような点が挙げられる。

1) 比較対照について

- 予防技術を比較対照とする場合、公的医療保険制度に含まれるとして分析(分析を提示しても良い、からの変更) (項目 2.2.2)
- 比較対照技術を分析前協議により選定する (項目 4.1.3)

2) システマティックレビューに関連して

- システマティックレビューと間接比較の条件を新規追加・明確化 (項目 5.2.7-2.9 新規, 項目 5.3-5.6 新規他)
- システマティックレビューの結果、アウトカムが比較対照より劣れば費用効果分析を実施しない (項目 5.9 新規)

3) 分かりにくい用語について

- 劣位, 拡張劣位の記述を削除 (項目 6)

4) ICER, QALY, QOL 測定について

- ICER は複数の分析集団や疾患ごとに算出 (項目 6.4)
- 効果指標は、QALY が基本、他も可から QALY を原則に変更、生存年数による評価の削除 (項目 8.1)
- QALY を使わないことが認められる 3 条件を明確化、すなわち、①算出困難、②費用最小化分析の実施、③協議での合意 (項目 8.1.1)
- 新たに日本国内で QOL 値を収集する際には、時間得失 (TTO) 法を用いて国内データに基づき換算表が開発された (あるいは TTO 法で測定されたスコアにマッピング等された) 選好に基づく尺度 (preference-based measure: PBM) を第一選択として推奨 (項目

8.2.1)

- 一般の人からの QOL 測定可 (ただし、臨床家によるシナリオチェック必要、直接法の場合は TTO 推奨) (項目 8.3.3 新規)
- 5) 分析の仕方について
- 既存の臨床研究やデータベース等を再解析しても良い (項目 9.1.3 新規)
 - 医療機器等では、習熟効果や改良効果を反映した分析を提出できる (項目 9.4 新規)
- 6) 費用算定について
- 健康状態の費用推計には、国内のレセプトデータ使用を推奨 (項目 10.4 新規)
 - 上記が困難な場合は、標準的な診療プロセス等に基づく積み上げ算定 (単価×消費量) も可 (項目 10.5 新規), レセプトデータベースを用いた積み上げ算定も可 (項目 10.5.1)
 - 単価を分析実施時点にそろえる際、診療報酬改定率による調整が可 (項目 10.8.1)
 - 後発品があればその価格を用いた分析も提出 (分析を行う、から変更) (項目 10.9)
 - 追加的分析では、国内の知見に基づき推計された公的介護費や生産性損失を含めても良い (項目 11.1.1 下線部を追加)
 - 費用と効果の割引：現在価値に換算しなければならぬ (換算が原則から変更) (項目 12.1), 同率で年 0% から 4% (ともに年 0~4% から変更) (項目 12.3)
- 7) モデルの不確実性について
- マルコフモデルの半サイクル補正 (項目 13.6 新規) — 1 サイクルの設定規定なし

- 感度分析:95%信頼区間などを参考に(項目 14.5 新規)

3. 本格導入における主な変更点

試行的導入時に行われた費用対効果評価の基本的流れは変わっていないが、主として以下のような点の変更された。

1) 対象品目の選定基準について

a) 選定の区分

試行では対象品目の選定基準に区分はなかったが、新たに H1 から H5 が設定された (Table 1)。有用性系加算のついた品目において、新規収載品はピーク時市場規模等の基準に従って算定方式の違い(類似薬効比較方式(あるいは類似機能区分)、原価計算方式)により、H1 から H3 に分類された。既収載品では、市場規模が 1,000 億円以上の品目等の場合に H4 とされた。英国 NICE では別途、財政インパクト検証が行われるが、日本では対象品目の選定の時に、合わせて一定の財政インパクトが考慮されることを意味する。しかし、50 億、100 億、1,000 億といった市場規模の目安に、どのような合理的理由があるのかどうかは不明である。

b) 価格調整の適用範囲

Table 1 では、加算が算定された品目を評価の対象とすると規定されている。これは、Fig. 2 に示されるように、有用性系加算に価格調整を適用するためである。加算部分が適用対象となるのは、類似薬効比較方式(あるいは類似機能区分比較方式)でも原価計算方式でも同じである。ただし後者の場合、加算調整対象が加算部分のみなのか営業利益なのか、あるいは両者とするのかの取り扱いが原価計算

の開示度 50%を境に異なってくる。そもそも、価格調整は価格全体で考えるのが本来の医薬経済学的アプローチであるため、Fig. 2 に示される適用範囲には理論的な裏付けがないが、範囲を明確に規定した点ではそれなりに意義がある。

2) 評価実施の流れと期間について

Fig. 1 に示された試行時の評価プロセスは、基本的な流れを保ちつつ、試行の経験を活かして Fig. 3 のように拡充された。特に注目すべき点として以下の点が挙げられる。

- 分析前協議が行えるようになった。
- 第三者による再分析は公的分析と名称変更された。
- 保健医療経済評価研究センター (CORE2HEALTH; C2H) が公的分析を担当することが明示された。
- 標準的な分析・評価期間(企業分析 9 か月、公的分析 3 か月又は 9 か月、総合評価及び価格調整 3 か月)が明示された。

3) 総合的評価で配慮を行う品目について

試行時の総合的評価では、科学的妥当性と倫理・社会的配慮を行うとされていた。そして、倫理・社会的配慮に該当すれば ICER を 5%割引くとされていたが、本格導入ではそれらのアプローチは取りやめとなった。代わりに総合的評価では、Table 2 で規定されるような細かい要件の下で、品目(希少疾病やがん等)に応じた配慮を行うこととなった。

4) 価格の調整方法について

a) ICER に応じた調整法

ICER に基づく価格調整の考え方は試行時と変わらないが、以下のような点で方法論は実質的に大きな変更となった。

Table 1 対象品目の選定基準

	区分	類似薬効方式 (類似機能区分)	原価計算方式	選定基準
(i)新規収載品： 制度化以後に収 載される品目*1	H1 H2 H3	有用性系加算*2が 算定	有用性系加算*2が 算定、又は開示度 50%未満	• ピーク時市場規模(予測)：100 億円以上 • ピーク時市場規模(予測)：50 億円以上 100 億円未満 • 著しく単価が高い等の中医協総会において必要と判断された品目*3
(ii)既収載品： 制度化以前に収 載された品目	H4	算定方式によらず、有用性系加算*2)が 算定された品目	有用性系加算*2)が	• 市場規模が 1000 億円以上の品目 • その他、著しく単価が高い等の中医協総会において必要と判断された品目*3
類似品目	H5	H1~H4 区分の類似品目		• 代表品目*4を比較対照として算定された医薬品 • 代表品目*4を比較対照として算定され、同一機能区分に分類される医療機器

*1 保険収載時にピーク時市場規模(予測)が選定の要件に該当しなかった品目であっても、市場規模の拡大により、年間の市場規模が 50 億円を超えた場合は対象とする。その場合、年間の市場規模に応じて H1 又は H2 区分として位置付ける

*2 画期性加算、有用性加算、改良加算(ハ)(医療機器)のいずれかが算定された品目を対象とする

*3 著しく単価が高い品目、すでに費用対効果評価を行った品目のうち、評価終了後に評価に大きな影響を与える知見が得られ、再評価が必要であると認められた品目など、優先的に検証することが必要と中医協総会が判断した品目

*4 H1~H4 区分における費用対効果評価の対象品目

中医協資料[1]より引用

- <対応案>
- 価格調整の範囲については、薬価・材料価格制度を補完する視点からの検討を踏まえ、以下の通りとする
 - (i) 類似薬効比較方式（類似機能区分比較方式）
 - 有用性系加算部分を価格調整範囲とする。
 - (ii) 原価計算方式
 - 開示度が50%未満の品目（医薬品）、製品総原価の内訳に関する資料がない品目（医療機器）
 - ・医薬品は営業利益および有用性系加算部分、医療機器は営業利益およびその補正部分を価格調整範囲とする（図の①、②）。
 - 開示度が50%以上の品目（医薬品）、製品総原価の内訳に関する資料がある品目（医療機器）
 - ・医薬品は有用性系加算部分、医療機器は営業利益率の補正部分を価格調整範囲とする（図の③）。

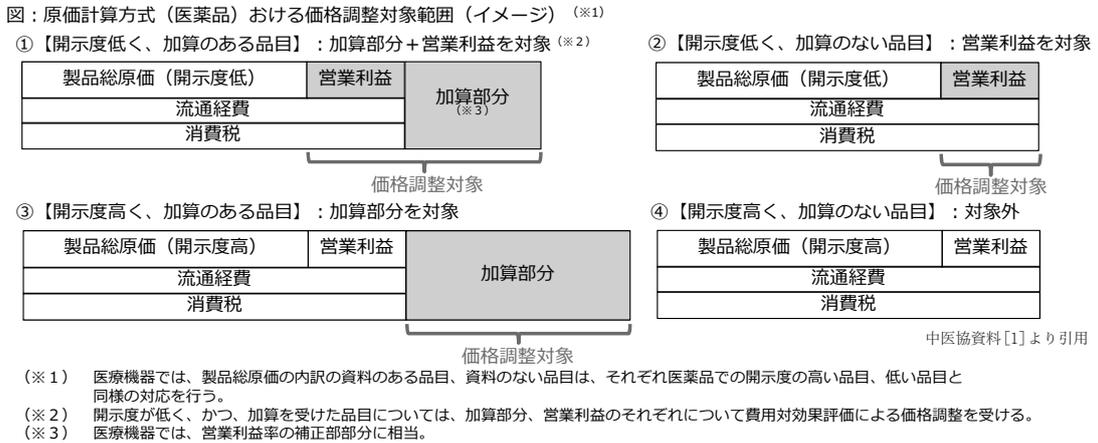


Fig. 2 価格調整の適用範囲

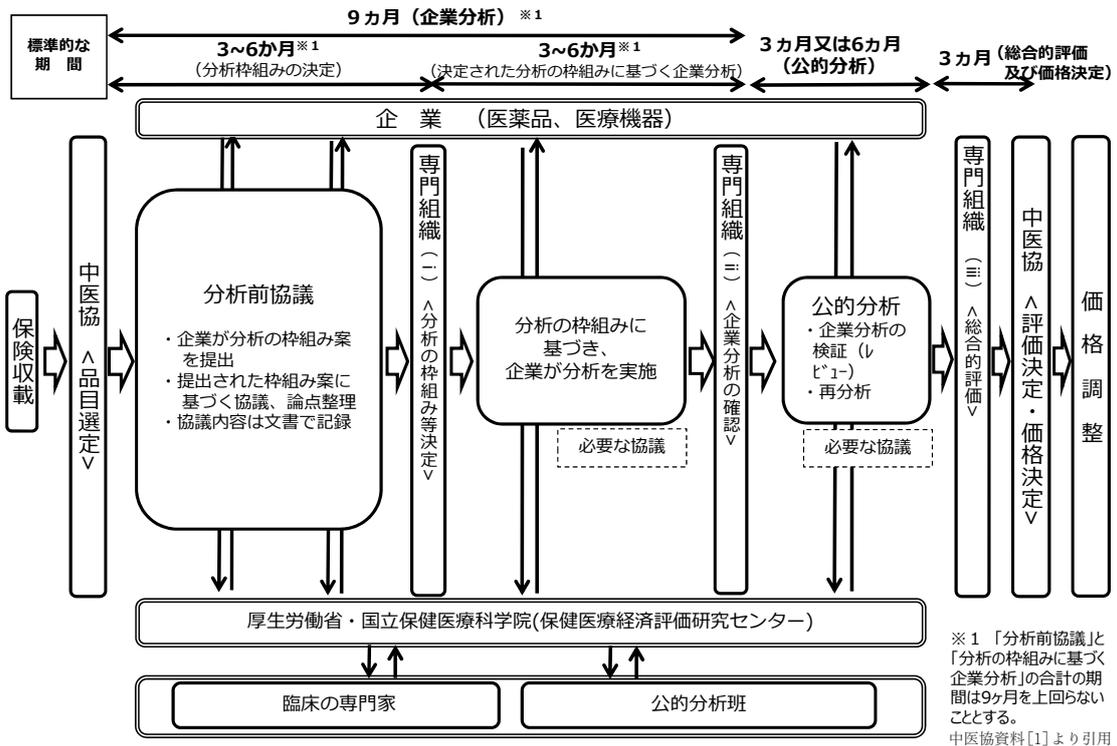


Fig. 3 評価実施の流れと期間

- 試行時に行われた複数の ICER に対する重み付き平均は止めて、一つの ICER に対応する価格調整率を先に算定し、それらが複数になる場合は重み付き平均を求める方式に変更。
- ICER と価格調整率の関係として、試行時の 500 万円/QALY から 1,000 万円/QALY までの範囲にスロープ（坂道）を想定する方式 (Fig. 1 参照) から、500 万円/QALY, 750 万円/QALY, 1,000 万円/QALY の三

Table 2 総合的評価で配慮を行う品目

品目	①対象患者数が少ないために単価(薬価等)が高くなってしまいう品目	②ICER(QALY)では品目の有する価値を十分に評価できない品目
対象品目	・治療方法が十分に存在しない稀少な疾患 ^{*1} のみに用いられる品目 ・小児のみに用いられる品目 ^{*2}	・適応症の一部に、治療方法が十分に存在しない稀少な疾患 ^{*1} や小児疾患 ^{*2} が含まれる場合
対応(案)	当該品目を費用対効果評価の対象から除外する ^{*4}	評価の対象とするが、総合的評価及び価格調整で配慮を行う ^{*5}

*1 指定難病、血友病及び HIV 感染症を対象。

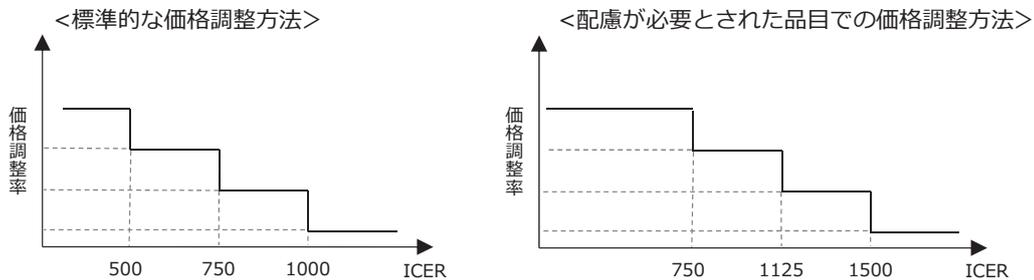
*2 日本における小児用法・用量承認が取得されている品目。

*3 承認された効能効果において悪性腫瘍が対象となっており、悪性腫瘍患者を対象に分析を行った場合に配慮を行う。

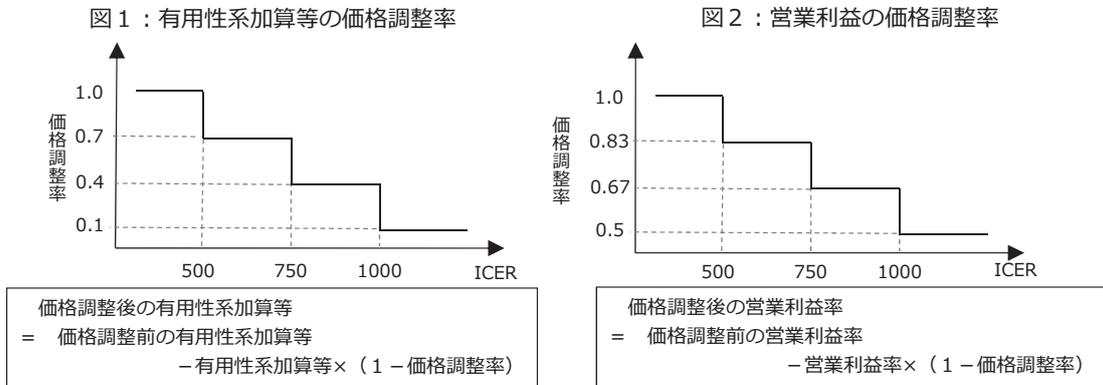
*4 ただし、市場規模の大きな品目(350 億円以上)、単価が高い品目等については、中医協総会の判断により費用対効果評価の対象とする。

*5 「公的介護費や生産性損失」を含めた分析結果については、国内の知見に基づき行われたものに限りに併せて提出することは可能とする。価格調整には用いないが、提出された分析結果は公表し、事例を集積した上で、今後の仕組みの参考とする。

中医協資料[1]より引用



(※) 検討にあつた基本的な考え方
科学的により確からしい値が属する段を採用することを原則とする。ただし、ICERの幅の両端が同様に確からしい場合は、またぐ領域の大きい方の段を採用する。また、ICERの幅が一定以上であるなど、科学的な確からしさに課題がある場合には、ICERの幅のうち最も大きい点が属する段を採用する。



中医協資料[1]より引用

Fig. 4 ICER に応じた価格調整方法

つの閾値を用いた階段方式に変更された (Fig. 4)。価格調整率は、階段のステップごとに、1.0、0.7、0.4、0.1 (営業利益の場合は 1.0、0.83、0.67、0.5) と規定された。

- その三つの閾値は、総合的評価で配慮が必要とされた品目に対しては、1.5 倍の値に右方シフトし、基準が緩和される。すなわち、750 万円/QALY、1,125 万円/QALY、1,500 万円/QALY となる。
- 中医協によれば、ICER が一定の幅をもって評価された場合にも対応できるのは階段方式であるとされる。

しかし、この主張は必ずしも正しいとは言えない。なぜなら、本シリーズの前回論文⁸⁾でも指摘したように、ICER と価格の理論的關係から言えば、95%信頼区間で表現されるようなデータの不確実性に対応できるのは、むしろスロープ方式だからである。階段はスロープの離散的な近似に過ぎないため、連続値である ICER は、連続関数であるスロープに投射するほうが自然で解釈に無理が生じない。その点、ICER の一定の幅が階段をまたぐ場合は、上段か下段

のどちらに対応する価格調整率を採用すべきか難しい判断に迫られることになる。したがって、95%信頼区間だけでなく、試行時に一部の品目で見られたような、企業分析による ICER 算定値と第三者による再分析でのそれとの乖離、すなわち「一定の幅」がある場合、階段方式ではどの段による価格調整率を採用すべきか細かいルールが必要となる。Fig. 4には、まさにそのようなルールが記載されているが、それらのルールはあくまでも恣意的な発案であって、サイエンスに基づく帰結とは言えない。

b) 有用性系加算率と下げ止めの関係

医薬品等の安定供給を確保するという観点から、有用性系加算率の下げ止めルールも新たに設定された。Fig. 5のグラフに示されるように、認められた有用性加算率(ただし、原価計算方式で算定された医薬品の場合は、加算係数(0.2~1.0)を乗じる前の加算率)に応じて、調整前の薬価(材料価格)を、グラフ上で該当する%分だけ引き下げた

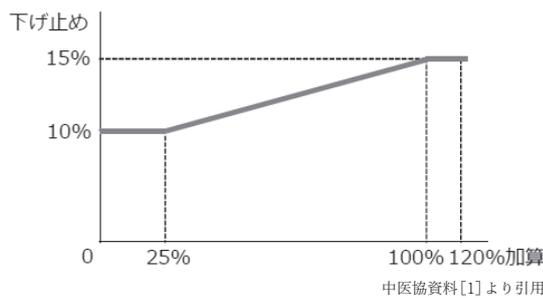


Fig. 5 有用性系加算率と下げ止めの関係

薬価(材料価格)が下げ止め価格とされる。このグラフは、科学的根拠に基づく案出ではなく、あくまでも行政的判断によるルール化であろう。

5) 価格の引き上げについて

ドミナント(優位；費用が減少、医学的効果は増加)の場合、価格の引き上げが認められる可能性は試行時のルールでも示されていたが、新たに、ICER200万/QALY以下でも引き上げがあり得ることが明示された(Table 3)。医療財政が困難な折に、あえて値上げをする是非が問われるが、イノベーションを促進する観点からは、少なくとも支払い意思額(WTP)の上限(500万円/QALY)までの値上げは正当化されるかもしれない。しかし、今回の引き上げルールでは、価格調整対象範囲での引き上げ率(ドミナント50%、200万/QALYで25%)が設定されており、価格全体の10%(あるいは5%)を上回らないとの付帯条件もあり、WTPとの関係が不明である。その点、引き上げ率の理論的根拠が問われるところであろう。また、この引き上げルールには、Table 3の注(*1から*5)にあるように、さまざまな条件が付けられている。インパクトファクター15以上の学術雑誌での原著論文が求められるなど、付帯条件は極めてハードルが高いものとなっている。

以上のように、本格的導入での変更には、行政的判断による恣意的ルールの追加が多々見られるといえよう。確かに価格調整は、本来、アートの側面が大きいため、行政的、あるいは政治的判断が入る余地は大きい。変更により形式的にはルールの精緻化と透明化が進んだともいえるが、反

Table 3 価格引き上げの条件と引き下げ率

	(i)ドミナント等	(ii)ICER 200 万円/QALY 未満
条件①	・比較対照品目(技術)より効果が高いこと(又は同等であること)が臨床試験等により示されていること	○*1 (別に定める条件*2あり)
条件②	・比較対照品目(技術)と比べて、全く異なる品目であること、又は基本構造や作用原理が異なるなど一般的な改良の範囲を超えた品目であること	○
価格調整対象範囲*3の引き上げ率	50%*4 (価格全体の10%を上回らない)	25%*5 (価格全体の5%を上回らない)

*1ICER 200万/QALY未満の品目では、「比較対照品目(技術)より効果が高いことが臨床試験等により示されていること」とする。
*2別に定める条件(以下のいずれも満たす臨床研究等)

(1)受理あるいは掲載時点において、「Clarivate analytics 社の”InCites Journal Citation Reports”により提供されている impact factor(5年平均)が15.0を超える学術誌に原著論文として受理されている(ただし、レビュー雑誌、創刊10年以内の雑誌は除く)。

(2)(1)を満たす臨床研究等のうち、日本人を含むアジア人を対象とした集団において、費用対効果評価における比較対照品目(技術)よりも優れていることが統計学的に示されている。

*3営業利益は除く。

*4引上げ額は比較対照品目(技術)と比べた患者1人あたりの費用削減額の2分の1に相当する額以下とする。

*5引上げ額はICER 200万円/QALYとなる価格を上回らない額とする。

中医協資料[1]より引用

面、改訂された価格調整ルールは、その科学的方法論風な味付けによって、むしろ試行時よりも方法論上の妥当性が不明瞭となり、柔軟性を欠く制度設計に陥っているようにも見える。

いずれにせよ、制度化の骨子が決まった以上、新医薬品、新医療機器 (C1 等) の保険収載のタイミング (年 4 回) で新しいルールによる費用対効果評価に基づく価格調整が行われていくことになる。新制度の適正な運用がまず求められるが、今後、医療技術の多面的な価値を反映できる更なるルール改善も並行して検討されるべきであろう。

4. おわりに

本論では、2019 年 4 月からの中医協による費用対効果評価の制度化を受けて、試行的導入からの変更点を中心に新制度の概要を論評した。今後どのような検討が必要か、Table 4 にあるように、中医協自身が要を得て簡潔に述べている。Table 4 は、本格導入された新制度を今後も継続的に発展させるといふ、中医協のいわば宣誓と受け取ることができよう。そこは、今後の取組みに期待したい。

これからは、薬価調整を越えての課題にも取り組むべきである。今回の制度化では採用されなかったが、財務省は昨年来、費用対効果評価を保険適用の可否判断に使うべきと主張している。現に、4 月 23 日の財政制度等審議会・財政制度分科会は、保険収載が見送られた医薬品などに対応する新たな保険外併用療養費制度 (費用対効果に見合う範囲を保険適用と同等とし、それを越える範囲は自己負担)

Table 4 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から踏まえ、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。

の導入を求めた¹²⁾。これは、国民皆保険の根幹に関わる問題だけに、更に議論が必要であろう。また、これまでのところ、費用対効果評価の範囲は薬価と材料価格に限定されているが、これは「まず隗より始めよ」と考えるべきである。医療保険制度の持続可能性実現という大きな改革を果たすには、始まったばかりの「価値に基づく」薬価調整の考え方を診療報酬本体にも拡大していく必要がある。昨年末、妊婦加算への批判が高まり、朝令暮改のように廃止される事例が起こった。まさに、診療報酬の本体部分にも、加算を焦点にして価値の評価が求められる時代が到来している。更に、診療報酬点数の区別 (差別) 価格の是非の検討も、価値と効率化の観点から重要なテーマとなる。

もちろん、このような新しい取り組みには、組織や予算といったインフラ整備が欠かせない。同時に必須となるのはやはり人材である。東京大学公共政策大学院では、HTA リテラシーを身につけて次世代を担える社会人対象の HTA エキスパート養成プログラムを 2018 年度より開設している¹¹⁾。しかし、わが国の HTA リテラシー教育は、欧米に比べるとほとんど未整備なのが現状である。中医協資料¹⁾にも、「公的分析を実施可能な人材を養成するため、新たに教育プログラムの設置を検討する。併せて、厚生労働省並びに国立保健医療科学院の体制充実を図る」と明記されており、今後、大学や保健医療経済評価研究センターでの HTA リテラシー教育が拡充されていくことを期待したい。

文 献

- 1) 中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会・薬価専門部会・保険医療材料専門部会合同部会 (第 19 回)。第 19 回合同部会資料【会議資料全体版】、平成 31 年 3 月 27 日。 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000494007.pdf>, [accessed 2019-4-24].
- 2) 鎌江伊三夫。厚生労働省新 HTA 制度 第 1 回「費用対効果」評価の試行的導入。医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス。2017, 48 (2), p.82-88.
- 3) 鎌江伊三夫。厚生労働省新 HTA 制度 第 2 回費用対効果の良否をどう判定するか。医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス。2017, 48 (4), p.215-220.
- 4) 鎌江伊三夫。厚生労働省新 HTA 制度 第 3 回判定結果は価格に反映できるか。医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス。2017, 48 (7), p.452-459.
- 5) 鎌江伊三夫。厚生労働省新 HTA 制度 第 4 回持続可能な保険制度を実現できるか。医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス。2017, 48 (9), p.588-593.
- 6) 鎌江伊三夫。厚生労働省新 HTA 制度 第 5 回中医協の費用対効果に関する審議について—3 段階判定と価格調整法を批判的に吟味する—。医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス。2018, 49 (3), p.164-171.
- 7) 鎌江伊三夫。厚生労働省新 HTA 制度 第 6 回医薬経済学から見た価値と価格の関係—価値に基づく価格決定のサイエンスとアート—。医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス。2018, 49 (12), p.805-810.

- 8) 鎌江伊三夫, 厚生労働省新 HTA 制度 第 7 回続・医薬経済学から見た価値と価格の関係—財政インパクト, 不確実性, そして VBP の国際標準にどう対処するか—. 医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス, 2019, 50 (3), p.135-141.
- 9) 中央社会保険医療協議会における費用対効果評価の分析ガイドライン第 2 版. https://c2h.niph.go.jp/tools/guideline/guideline_ja.pdf. [accessed 2019-4-24].
- 10) 中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会・薬価専門部会・保険医療材料専門部会合同部会 (第 17 回). 費用対効果評価の分析ガイドライン改定案について, 費薬材-3 (別紙), 平成 31 年 2 月 20 日. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000480979.pdf>. [accessed 2019-4-24].
- 11) 東京大学公共政策大学院: HTA エキスパート養成プログラム. <http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPTA/hta/index.html>. [accessed 2019-4-24].
- 12) 財政制度等審議会 財政制度分科会, 平成 31 年度 4 月 23 日開催配布資料, 社会保障について. https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia310423/01.pdf. [accessed 2019-6-21].