

予防・健康づくりの大規模実証に関する有識者会議（第2回）

日時：令和2年9月25日10：00～12：00

委員（敬称略）：

後藤 励 慶應義塾大学 経営管理研究科 健康マネジメント研究科 准教授

近藤 尚己 京都大学大学院 医学研究科 国際保健学講座社会疫学分野 教授

曾根 智史 国立保健医療科学院 次長

津川 友介 カリフォルニア大学ロサンゼルス校 公衆衛生大学院医療政策学 助教授

中山 健夫 京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 健康情報学分野 教授

福田 英輝 国立保健医療科学院 統括研究官

松田 晋哉 産業医科大学 公衆衛生学教室 教授

松山 裕 東京大学大学院 医学系研究科 公共健康医学専攻 生物統計学分野 教授

康永 秀生 東京大学大学院 医学系研究科 公共健康医学専攻 臨床疫学・経済学 教授

事務局

厚生労働省 保険局医療介護連携政策課医療費適正化対策推進室

経済産業省 商務・サービスグループヘルスケア産業課

経済産業省 経済産業政策局産業構造課

有限監査法人トーマツ

株式会社日本総合研究所

（事務局サポート）横浜市立大学 五十嵐中准教授

オブザーバー（個別事業関係者）

厚生労働省 保険局国民健康保険課

厚生労働省 医政局歯科保健課歯科口腔保健推進室

厚生労働省 老健局老人保健課

厚生労働省 健康局健康課

厚生労働省 健康局がん・疾病対策課

厚生労働省 保険局医療介護連携政策課医療費適正化対策推進室

経済産業省 商務・サービスグループヘルスケア産業課

京都大学大学院医学系研究科 福間真悟教授

株式会社シグマクシス

PwC コンサルティング合同会社

株式会社 NTT データ

株式会社 NTT データ経営研究所

国立研究開発法人日本医療研究開発機構

前回議論の振り返りと有識者会議の位置付け確認

- 課税による予防行動の推進効果について、システマティックレビューを行った論文が最近発表された。たばこ税や Sugar-sweetened beverage (SSB)への税,アルコール税について、健康への効果、経済的な効果について評価した世界中の論文を集めてシステマティックレビューを行っている。レビューされている69の論文のうち、たばこ税とSSBについてはEquityが加味されており、32%(12本)の論文で、Distributional Equity(対象者の社会経済的な状況：所得、人種、学歴等によって課税の効果が変わるか)の評価を実施していた。SSBについては、22本の論文のうち6本でEquityについて評価されていた。アルコール税についてはEquityを評価した論文は存在しなかった。SSBについては、所得が低いグループのほうがより健康行動改善に対して効果がみられ、経済的な観点でも、健康になるためのコストに比べてベネフィットが高かった。結論として、イギリス政府では政策評価時のEquity評価をガイドラインで求めているが、研究分野でもEquity評価ができてきているのは32%のみにとどまる。本事業においてもEquity評価を可能な範囲で実施することを、各事業者に推奨すべきというのが意見である。これからデータを取る事業については、対象者の所得、学歴、職業等を聞きやすい形で調査いただく方が良い。
 - Equityは公平性と訳すと確立されているが、Distributional Equityは日本語でどう訳すのか。
 - Equityと同義と扱って良いと思われるが、資源や効果の分配の意をより強めたものである。
- Equityについて、様々なサブグループに分け、ある集団において費用対効果が良い/悪いという話と、ある特定の集団においては費用対効果の良し悪しを判断する際にEquityによって基準値を変えろという話の双方があり得る。例えば希少疾患について、基準を上げる、評価において傾斜をかける等も一つのEquity issueである。計算時のEquityと評価時のEquityは両方検討する必要があるのではないか。
- 経済評価においてもDistributional Cost Effectiveness Analysis (DCEA)という分析を行うことがある。DCEAを行うことにより、どういった所得分配が社会にとって望ましいか、不平等回避度を組み合わせながら、明示的に価値判断することができる。特にイギリスで実施されている。
- Taxについては計量しやすい、弾力性が出しやすいと思われるが、Equityの観点を今回の個別実証事業において測定・評価する場合、どのように進めるべきか。

- ▶ できるだけ事前にデータを収集する必要がある。実証事業を始める段階で、現時点の働き方、保険種別等についてデータを取ることが必要。最もシンプルな方法は、RCTを実施する際に、所得別、保険種別等でサブポピュレーションを分類し、参考としてサブアナリシスを行う方法。全体では効果が無くともサブポピュレーションでは効果がある可能性がある。行動変容において、人の属性によって効果的なアプローチが変わることは十分考えられ得る。例えば、高所得者には効果があるが低所得者には効果が少ない介入などがありうる。このような介入を続けた場合、健康格差を広げることになるため、介入を再アレンジする、といったことが想定される。
- ▶ アドホックで事後にサブグループ解析を実施するのは望ましくないが、研究デザイン策定時にサブアナリシスを考慮に入れておくのは良い。今後の議論で念頭に置きたい。

議題①個別実証事業について

個別実証事業については非公表情報を含むため、事業全体に関連するご意見のみ記載する。

○介入/曝露に関するご意見

- コロナの影響はどのように考えているか。自粛により、慢性疾患の悪化、運動量の低下、食事内容の変化等の交互作用が起きている可能性がある。そのような影響や、コロナ対策についてどう検討されているか。例えば介入をある程度オンラインに切り替えるなども検討が必要ではないか。
- アプリ等活用する際は細かなユーザーインターフェースによって効果が大きく変わる可能性がある。ABテスト含め、デザインやユーザーインターフェースによる効果の違いを評価する価値があるのではないか。
- 多因子介入の実証については、効果があった場合でもそのまま政策応用することが難しい。それぞれの介入のうち、どれが特に効果があったのか、追加的な検証ができるデザインにしておいた方が良い（各プログラム中の各介入に対して、どれだけ参加者がコミットしたか/ドロップアウトしたかのデータを収集する等）

○収集データ・分析に関するご意見

- 個別実証のデータ収集や分析において、Equityの観点を取り入れることをご検討いただきたい。

- 費用対効果を直接的に研究するものでなくても、なるべく費用のデータは収集しておく方が良い。後から収集するのは難しいデータである。
- 認知症に関しては重症化に伴い医療費が増加するわけではないが、介護費用と認知症の重症度はある程度リンクする。費用については、医療費だけでなく、介護費用のデータも有用だと考えられる。

議題②ポジティブリストの作成について

- 今年度はエビデンスのレビュー、来年度は実行可能性・適応可能性の議論を行い、3年間かけてポジティブリストを作るという流れでよいか。現在のレビュー作業の進捗度合いについて確認したい。
 - まずは広く検索し、作業の規模感を整理している。現在の検索式では4000論文が抽出された。直近5年間という条件を加えると、1000論文程度に絞られる。今後の具体的なスクリーニング作業については、除外基準等を整理しながら進めていく。(厚労省)
- プラットフォームのみならず個別事業でもエビデンスレビューすることだが、それらの違いを明確にしてほしい。プラットフォームで実施するエビデンスレビューの対象疾患は、個別実証事業に含まれない疾患ということか。
 - 個別実証で実施するレビューの進捗状況をプラットフォーム側へ共有いただき、作業としては重複しないようにしたい。プラットフォーム事業において、Cochrane以外のレビューも含めた詳細なレビューを実施するのは作業量の観点から困難。したがって、個別事業では詳細なレビューとして掘り下げてほしいと考えている。個別実証におけるレビューにおいても、プラットフォームと同様にCochraneをベースとしてやっていく際は、類似した論文が抽出されてくることが予想されるため、作業が重複しないように配慮したい。粒度と作業量について、個別実証事業者と適宜情報連携しながら進めていきたい。
 - プラットフォーム事業では広くレビューし、個別事業は深掘りするイメージ。連携して重複作業は減らしつつも、若干のオーバーラップは生じるのでは。
 - 今回設定した検索式は「浅い検索式」としている。その理由は、疾患や特定の介入を除く形で検索式を設定すると、抜け落ちが生じてしまうことを懸念しているため。今後、浅い検索式で抽出された論文から、タイトルで薬物介入等を除外していく予定。個別事業と重複する分野に関しては、まずは全体のリストを作成した後、詳細なレビューはしないという判断を行うことを想定している。検索式作成の際に除外基準を設けてしまうと、様々な論文が抜け落ちてしまう可能性がある。最終

的にリストとしてまとめるときに見逃しの部分を避けたいと考えている。明らかに個別事業と重複する分野に関しては、深いレビューを避けるという方向で考えている。(事務局)

➤ 広くレビューする部分・深くレビューする部分に関して、オーバーラップする部分はあるものの、できるだけ重複作業がないようにしたい。(厚労省)

- 資料6 p 2において、健康増進効果が高いと思われるトピックを絞り込むとの記載があるが、エビデンスの強さと健康増進効果の大きさ(エフェクトサイズ)は別個の議論であることに留意してほしい。例えば、虫歯は、健康増進効果は小さいが治療する人数は多く、エビデンスは確立している。また、エビデンスレビューでは非薬物療法のみというご説明だが、ワクチンは外れるのか。

➤ 一般住民を対象としたワクチンは含める想定である。診療セッティングで実施されるワクチンに関しては、どこまでスコープとするかは検討中である。(厚労省)

➤ 日本の診療報酬上、予防のためのワクチンは保険に含まれていない。ワクチンに関する論文は広くレビューに含めてほしい。

➤ 基礎疾患がある方に関する介入については、Equityの議論に関わる。例えば、基礎疾患を持つ方に対しては有効だが、一般住民に対しては有効でない、もしくは費用対効果に優れた介入を除外してしまうと、Equityが改善する介入が含まれなくなる可能性がある。したがって、レビューの段階では広めに実施し、実際に推奨可否を決定する段階でポジティブリストに載せるべきか判断するという姿勢が良いのでは。

➤ 議論のスタートとしての素材集であるため、広く検索してほしい。

- 今後、ポジティブリストをベースとして施策に反映させていくと思うが、薬物療法を除外してしまった場合、施策に落とし込むことができないのではないかと。むしろ、ポピュレーションヘルスマネジメントに関するレビューも実施してほしい。ポピュレーションヘルスマネジメントとは、軽症高血圧や糖尿病合併症の方々に対して、運動・栄養・薬物療法等を組み合わせて介入を行うものである。アメリカで開発されたポピュレーションヘルスマネジメントがヨーロッパで実施されている例がある。保険者をベースとして様々な取り組みを行っている日本の現状を考えると、個別介入へのレビューのみならず、ポピュレーションヘルスマネジメントのレビューも併せて実施したほうが実社会に役立つのではないかと。

- 資料6 p 6に「財政規模との関係」の欄に「費用対効果の観点」という記載がある。費用対効果とは一つ一つの介入のアウトカムの生産性の指標なので、財政規模とは本来的には関係ない。長期的な財政影響を考慮して費用対効果分析を実施する際は、予防対

象疾患以外の疾患も含めた生涯医療費は考慮しない。そのため、財政規模との関係の枠組みの中から、費用対効果の関係に関する文言は外したほうが分かりやすい。また、費用対効果の分析として既に議論されている部分と、政策的に費用対効果以外の要素の価値判断が重視される部分についても議論を分けたほうが良い。

➤ 費用対効果の分析手法に関するインターナルな議論と、結果をどのように使っていくかという議論が混在している理由は、資料6のp3における「実施可能性の検討」の中に、費用対効果の要素と費用対効果以外の要素が含まれているため。議論の分け方は考えたい（事務局）。

- 政策的にも、実施可能性・実行可能性の議論は整理されてこなかった。この機会に今後整理を進めていくべきと感じる。
- 政策として日本で実施していく際、地方と都市部の違いに関して考慮すべき。地方と都市部では、リソースやデモグラフィの違いが大きい。地方ではリソースが乏しい中で、都市部と同じことを実施するのが困難な場合もある。Equity にも関連するが、個別実証事業の実施にあたっては、そういった視点も考慮していただきたい。
 - 診療ガイドラインを整理している際、エビデンスから推奨度を決める際、Fairness を重視せよという近年の流れがある。Fairness と Equity は類似した概念かと思われる。例えば、東京で実施可能な政策であっても、他の地域では強くは推奨できないという話もありえる。
- 政策に落とし込むという観点は、新規性があり、重要な論点。がん検診や生活習慣病検診などは、既に日本で予算がついて実施されている施策であり、よりエビデンスベースに変えていくためのレコメンデーションを示すことがこのプラットフォームの役割だと考えられる。現在の枠組みの中でどのような政策が実施されているかについても整理した方がいい。例えば、エビデンスが不十分なままに実施されている政策もあるだろう。現在進められているポジティブリスト作成はCochrane 全体から健康増進効果の高いものを抽出するアプローチだが、実施されている政策からエビデンスを調べるアプローチもあってよいのではないか。

以上