

予防・健康づくりの大規模実証に関する有識者会議（第3回）

日時：令和2年12月18日17：00～19：00

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 社会健康医学系専攻 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

東京大学大学院 医学系研究科神経病理学岩坪威先生

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

シードプランニング

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  
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター

## 議題①ポジティブリストについて

- 資料 4 p8 において「ポジティブリストには健康増進効果・実施可能性が共に高いものを収載していく」という記載がある。つまり、健康増進効果のエビデンスが示されており、かつ日本での実施可能性が高いという2つの条件が入る。また想定される活用の具体的例として「診療ガイドラインへの反映」という記載がある。つまりポジティブリストは診療ガイドラインにおける「推奨」の役割を担うという理解でよいか。
  - 例えば厚生労働省保険局では、保険者インセンティブとして、特定健診やがん検診等の取り組みに点数付けをして評価している。ポジティブリストを整理することを通して、質の高いエビデンスを有する取り組みの評価につなげること等が考えられる。(厚労省)
- ポジティブリストが作成されると自治体向けの地域保健等に関する研修にも活用できるので期待している。
- 資料 4p8 について、想定される活用の具体的例として市民や住民という記載がない。その想定はしていないということか。
  - 市民や住民という目線も重要であると考えている。保険者が取り組む施策について、それぞれの施策のエビデンスを住民も把握できると有益。そのため、国民に対してもエビデンスを発信できるとよい。(厚労省)
  - ポジティブリストに栄養・運動・ストレスマネジメントといった内容が含まれた場合、国民に対する啓発の一環としてポジティブリストを発信することも有益だ。
- ポジティブリストの公表に伴い、利害関係者やステークホルダーが生まれる。利益相反に厳密に定めないとポリティカルな場になってしまう。利益相反を確認した上で常設の委員を任命し、独立して意思決定できるインフラが必要だ。
- ポジティブリストの項目に患者のニーズに関する欄を追加することも検討している。理由としては、費用対効果が低いものの世の中のニーズが高い予防法等が存在するた

めだ。もちろんニーズが高いという理由でポジティブであると判断することはできない。しかし患者のニーズは定性評価であるため、ポジティブリストを作る際の反映方法については検討中。(事務局)

➤ RCT のエビデンスの議論に振り回されてはいけない。ポジティブリストを作成することにより、エビデンスではない項目も重要であるという議論のきっかけとなるとよい。

- 疫学的なエビデンス以外の要素について総合的に判断するという方向性に賛成。一方で、費用対効果以外の要素は、学術的に議論が不十分な分野や、そもそも学術的な議論が始まっていない分野もある。社会科学や医療経済等の専門家によっても意見が異なる。

➤ 本事業で作成するポジティブリストによって、全ての分野において結論を出すことができるとは考えていない。学術的に結論を出せる分野と、学術的に結論が出ない分野を分けて発表する必要がある。むしろ、費用対効果分析の数値のみが独り歩きするリスクが高いと考える。(事務局)

- 海外でのエビデンスのみならず国内のエビデンス整理も重要だ。

➤ 資料 4p13 に記載の通り、国内論文のデータベースも参考にしたい。その際は、RCT 以外の研究におけるポジティブリストへの反映方法等も議論していただきたい。加えて、どのような文献や先行研究を参考にして種々の制度や指針が定められたのかという点も調査したい。(厚労省)

➤ エビデンスが乏しいから政策として不適切、と一律で判断してはいけない。Evidence Based Medicine の考え方と同様に、エビデンスが乏しい中で何を選択するかという観点も必要だ。

- 資料 4p20 費用対効果の「価格の操作性」とはどのような意味か。

➤ 価格がどのようなプロセスで設定されているかという意味である。価格が変化すると増分費用効果比 (ICER) も変化する。(事務局)

➤ 価格はそもそも操作可能なのかという点が論点になるのではと考え「価格の操作性」という表現にさせていただいた。例えば、薬価のようにほぼデジタルに決定されるのか、もしくは海外のようにバッファを設けて設定されるのか、ということだ (事務局)

## 議題②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指摘のみ記載する。

- 各個別実証の研究デザインは、必ずしも RCT とする必要はないのではないかと。
- 通常 RCT を計画するときは、まず観察研究等でエビデンスを蓄積した上で行う。先行研究を踏まえ、どこにナレッジギャップがあるかを整理した上で RCT を計画してほしい。
- 個別実証事業が選択される過程において、政策面でのプライオリティの高さを考慮する必要がある。

以上