

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4年3月17日（木）13：00～15：00

委員（敬称略）

今村知明 奈良県立医科大学医学部公衆衛生学講座 教授

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 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 社会疫学分野 教授

曾根智史 国立保健医療科学院 院長

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 准教授

津下一代 女子栄養大学 特任教授

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

ご欠席の委員（敬称略）：

古井祐司 東京大学未来ビジョン研究センター 特任教授

松田晋哉 産業医科大学 公衆衛生学教室 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

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

横浜市立大学 黒木淳准教授

議題① WG での検討について

- 日本でも適用可能なトピックを USPSTF (The U.S. Preventive Services Task Force) 等からスクリーニングしていくことが必要である。USPSTF のうち、日本へ適用できるものは一部に限られる。例えば「BMI30 以上の人」を対象にした USPSTF による推奨について、日本には BMI30 以上の人がほとんど存在しないため、日本への外的妥当性が低い。
- ポジティブリストには、エビデンスを政策に落とし込むための手法や留意点を記載すべきではないか。
- 臨床領域における NNT (Number Needed to Treat) のような、「介入によって何人の人を助けられるか」「介入にどの程度の集団へのインパクトがあるか」といった集団への寄与的な効果の大きさが理解しやすい情報をポジティブリストの記載内容に加えると良いのではないか。
- ポジティブリストに費用対効果分析を含めるべきか早急に検討すべきである。USPSTF (アメリカ) は費用対効果を考慮していないが、NICE (イギリス) は費用対効果を考慮している。費用対効果分析の実施有無は、国民の価値観が反映される。
 - 予防・健康づくりにおける費用対効果分析では、介入にかかる費用の範囲が幅広い
ため、医薬品等における費用対効果分析のガイドラインとは別途の整理が必要である。
 - 予防分野の費用対効果分析におけるルールを標準化し、研究者に示していく必要がある。
- ポジティブリストに費用対効果分析を含める場合、費用対効果分析結果を踏まえ、公平性に関して評価する機会を設ける必要がある。公平性の定量的評価は技術的に難しいが、定性的評価であっても評価する機会が設けることが重要。

議題② 中間報告書骨子案について

- (特にご意見なし)

議題③ 来年度の検討について

- 今後、海外における推奨内容の国内適用可能性に関する議論を実施すべきである。
 - 海外における推奨内容の国内適用可能性を検討し、日本独自の評価が必要であることが分かった段階ではじめて国内研究のレビューを実施する、という流れが効率的かつ効果的ではないか。
- ポジティブリストの記載内容について更に議論を深めていくべきである。診療ガイドラインは主な想定読者が医師であるため、記載内容はある程度統一化できる。しかし、予防健康づくりにおけるポジティブリストの想定読者は様々であるため、記載内容を検討する必要がある。
- ネガティブリストについても示すべきではないか。エビデンスが必ずしも高くない取り組みを実施している自治体もあるのではないか。
 - アプリやウェアラブルデバイスといった予防ソリューションが、新規性が高いという理由で採用されるようになってきている。エビデンスという共通評価軸で競争してもらい、ソリューション事業者とエンドユーザーとの情報の非対称性を解消していく必要がある。
 - 臨床領域では、「診療ガイドラインに準拠されている治療＝質が高い治療」と認識されるようになってきている。予防健康づくりについても、同様に認識されていくことが重要である。
- 推奨の意思決定方法・体制を慎重に設計すべきである。USPSTF の推奨が保険の補償範囲に組み込まれてから、メンバー16名の利益相反が大きな問題となっている。
 - いわゆる健康影響予測評価（Health Impact Assessment）のような、推奨付与前に、保険者や自治体等の多様なステークホルダーを含めて合意形成を行うプロセスを設けるべきである。推奨付与後の実証段階でも、検討委員会等で定期的に議論していく場があると良い。
 - 推奨付与がゴールではなく、推奨の社会実装まで見据えることが重要である。
 - 推奨付与にあたっては、推奨の対象者を明確化すべきである。
- USPSTF のコアメンバーである16名は全てボランティアである。USPSTF では、国の意向に関わらず16名が自由に発言でき、USPSTF で扱われた論文は学会誌として掲載され、批判的吟味を受ける機会が与えられる。日本のポジティブリストにおいても、自由かつ透明性を保って公開し、批判的吟味を受け、さらにポジティブリストの記載内容

を改善していくようなサイクルを作る必要がある。

➤ HTA (Health Technology Assessment)では、医薬品や医療機器メーカーと研究者が深く関わっているため、研究者が自由に研究発表できない。一方、予防健康づくりでは、医薬品や医療機器と比較すると制約は少ないと考えられるので、研究者の自由な発表機会が設けられる仕組みづくりを期待したい。

● ポジティブリストを作成・管理・更新していく場合、継続的な予算が必要である。

➤ 作成・管理・更新にあたっては、全体の方向性や質を管理監督する組織体が必要ではないか。

➤ USPSTF では、論文レビューを担う大学や研究機関には謝金が払われている。

➤ 日本における医薬品等の費用対効果分析は、大学等に委託されている。

➤ エビデンスレビューを研究者に外注する場合、研究者の独立性を担保する仕組みが不可欠である。

● ポジティブリストと個別実証事業の関連性について検討を深める必要があるのではないか。そのためにも個別実証事業についても、より詳しい説明をうかがいたい。

以上