



国立保健医療科学院 公開シンポジウム2016

<抄録集>



平成28年4月21日
国立保健医療科学院

プログラム及び目次

13:10 挨拶 国立保健医療科学院 院長

セッション1 データヘルス計画の実践と健康増進施策の推進

【座長】 研究情報支援研究センター 緒方 裕光

- 13:20 「地域の重症化予防における連携強化とデータヘルス計画の推進」 2
統括研究官 今井 博久
- 13:40 「健康増進計画の推進のための栄養・食生活分野におけるデータ活用」 3
生涯健康研究部 石川 みどり
- 14:00 「自治体における生活習慣病対策推進のためのデータ活用マニュアルとツール」 4
生涯健康研究部 横山 徹爾

14:20 総合討論

14:50 休憩

セッション2 保健医療の費用対効果の評価と政策への応用

【座長】 医療・福祉サービス研究部 熊川 寿郎

- 15:10 「保健医療における費用対効果の評価方法の概要と手法の標準化」 6
医療・福祉サービス研究部 白岩 健
- 15:30 「医薬品・医療機器の費用対効果評価の試行的導入」 7
医療・福祉サービス研究部 福田 敬
- 15:50 「ワクチンの費用対効果と公費負担のあり方」 8
国際医療福祉大学 薬学部 池田 俊也

16:10 総合討論

16:40 閉会

(抄録)

地域の重症化予防における連携強化とデータヘルス計画の推進

国立保健医療科学院 今井博久

医療ビッグデータ時代の到来と言われ、巨大なデータ群を有効に活用することが要請されています。公衆衛生、医療政策、医療評価、新技術や創薬など、医療ビッグデータを活用して有益な成果の獲得が期待できる領域はかなり存在します。日本再興戦略の実行計画(2016年)においては医療ビッグデータを使用した戦略が目白押しに打ち出されています。しかしながら、いまだに端緒を得ない状況であり、医療関連の膨大なデータが有効に活用されて画期的な成果が出ているとは言い難い状況と言えます。

しかしながら、公衆衛生施策で最も基礎的で重要といえる、地域の予防医療介護におけるデータ活用の実践では確実な歩みが見え始めています。「データヘルス計画策定」も過半数の市町村で完了しています。こうした動きには、地域の最前線において「データに基づいた健康増進の推進」というコンセプトが浸透しつつある、と捉えて積極的な意義を見出すことができます。すなわち、従来の「データ入手、データ活用、データ解釈、データ立脚施策などがほとんどない状況」と比較すると、画期的な動きと評価してよいでしょう。

今回のシンポジウムでは、データヘルス計画の策定状況について全国的な動向を報告し、それだけにとどまらずデータヘルス計画を広義の意味で「データに基づいた健康増進を計画してPDCAサイクル分析により確実に推進する手段」と認識し、地域に存在する多種多様なデータを有効に活用して予防医療介護を効果的で効率よく展開するための基本的な方法論について検討します。とりわけ、「ヘルスサービスにおける連携強化」が最も重要な点であることを、糖尿病性腎症重症化予防を事例に説明します。膨大なデータが存在していても、それを超高速で処理できても、保健医療従事者が活用できなければ意味がありません。連携とは「価値のある患者情報を、介入する保健医療従事者が共有し協働作業の実践で有効活用し、患者アウトカムの改善を志向するプロセス」と言えます。未曾有の超高齢社会では、予防医療介護の間の連携こそが必要不可欠な機能になります。

健康増進計画の推進のための栄養・食生活分野におけるデータ活用

石川みどり：国立保健医療科学院 生涯健康研究部

1. はじめに

平成25年から健康日本21（第二次）が施行されている。国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向として、最上位の目標に、健康寿命の延伸と健康格差の縮小、そのために必要な項目として、栄養・食生活に関する生活習慣及び社会環境の改善があげられている。

自治体の健康増進計画の目標の設定と評価については、地域の社会資源等の実情を踏まえ、独自に重要な課題を選択し、都道府県の市町村ごとの健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努めること、地域間の健康格差の是正に向けた目標を設定するよう努力し、住民の健康増進の継続的な取組に結びつけることが示されている。

2. 健康日本21（第二次）における栄養・食生活施策の推進

栄養・食生活施策の推進においては、医療費の伸びの抑制、疾病の発症・重症化予防につながる栄養改善についての検討を進めている。

方法は、国立保健医療科学院の短期研修「健康日本21（第2次）推進のための栄養・食生活の施策の企画・調整に関する研修」を実施し、その後、その内容を日本公衆衛生協会研究事業、日本栄養士会研修会との連携協力により、深め、広げる試みを行っている。具体的には、自治体において、既存データを活用して、自治体における優先すべき健康課題と県内の地域差の有無を確認し、地域差が確認された健康課題のターゲット層と食生活の特徴を明確化する。そのプロセスでみえてきた要素や結果に基づいた事業計画について検討している。

それらの成果は、平成25、26年度厚生労働科学研究費補助金報告書、関連学術雑誌の論文として発表され、また、一連のプロセスについては、日本公衆衛生協会「健康づくり及び栄養・食生活改善施策を効果的に展開するためのプロセスガイド」において報告されている。

このように、国の健康政策を自治体における地域の特徴を生かした栄養・食生活施策として展開するための方法論について検討を進めている。

謝辞

本発表に際し、新潟県立大学、村山伸子教授（健康日本21（第二次）栄養・食生活検討委員）にご協力を頂きました。深謝いたします。

引用文献

日本公衆衛生協会：平成27年度地域保健総合推進事業、健康づくり及び栄養・食生活改善施策を効果的に展開するためのプロセスガイド、健康日本21（第二次）の推進における健康づくり及び栄養・食生活改善に関する効果的施策展開に関する研究、2016

自治体における生活習慣病対策推進のためのデータ活用マニュアルとツール

国立保健医療科学院生涯健康研究部 横山徹爾

特定健診・特定保健指導の制度のもとでは、健診・保健指導データとレセプトデータが実施主体である医療保険者に集まるため、これらのデータを突合したデータ分析によって優先すべき対象の選択や事業の評価・見直しを行い、PDCA サイクルを展開して健診・保健指導事業を改善し効果的に実施して行くことが可能である。しかし、同制度が開始されて9年目に入るが、積極的にデータを活用している保険者はまだ十分とは言えない。本研究では、どの自治体においても健診・医療・介護等のデータを活用して地域の健康課題を明らかにしたうえで保健事業の立案と展開を行い、生活習慣病対策を効果的に実施して行くことができるように、保健活動における主な場面別に、データの入手・集計（加工）・分析（読み取り）の一連の作業を具体的な手順書として整理し、「自治体における生活習慣病対策推進のための健診・医療・介護等データ活用マニュアル」（以下、データ活用マニュアル）を作成した。

データ活用マニュアルの開発にあたっては、まず自治体でのデータ活用の既存の取り組みについて好事例調査を行い、それを踏まえて保健活動においてデータを活用する目的と用途に関する調査を全国から都道府県・人口規模別に層化無作為抽出した400市区町村に対して実施し、データ活用の現状と、どのような保健活動の場面でデータを活用したいかについてのニーズ調査アンケートを行った。また、モデル市の国保部門・衛生部門および国保連合会のスタッフと検討会を重ね、死因別SMRや介護データ、健診データによる地域の特徴を分析し、優先すべき健康課題の同定と背景要因の分析を行い、その過程で必要と考えられた教材とツールを開発・改良していった。さらに、一部の県・国保連合会の協力を得てデータ活用マニュアルを用いた研修会を試行し、2市にてデータ活用マニュアルを試用していただき、これらの結果を踏まえて、データ活用マニュアルとツール類を改善し、具体的な手順書を作成していった。また、どの自治体でも高度な情報処理技術を必要とせず、容易に各種データを分析できるように、データ活用マニュアルで使用する教材・ツール等を開発した。教材・ツールには、死因別標準化死亡比(SMR)の市区町村地図、国保データベース(KDB)の医療費・リスク因子・標準的な質問票のCSVファイル加工ツール、特定保健指導の効果の分析ソフトウェア等があり、いずれも複雑な手順を必要とせずに使用可能である。

データ活用マニュアルとツール類は、国立保健医療科学院の下記URLにて公開した。自治体においてデータに基づく生活習慣病対策を推進するためにご活用いただければ幸いである。

<http://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/>

保健医療における費用対効果の評価方法の概要と手法の標準化

白岩 健 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

科学技術の進展により高度な医療技術が増加する一方で、先進諸国では高齢化や経済成長の鈍化から医療財源も制約を受けるようになってきている。保健医療において費用対効果を測定することにより、より効率的に医療財源を活用することが求められる。実際に多くの諸外国では、医薬品の償還や価格づけの場面でこのような費用対効果の情報を活用している。諸外国と比べて、残念ながら我が国ではこのような費用対効果の活用が遅れてきたが、2016年4月から費用対効果評価の試行的導入が始まった。このような費用対効果の活用にあたっては、高い専門性が必要とされることから、諸外国においては医療技術評価を担当する専門の公的研究所や専門組織が存在することが多い。我が国においても今後はこのような組織体制の整備が必要になると考えられ、国立保健医療科学院が果たすべき役割も大きいものと考えられる。

医療技術の費用対効果を定量的に算出するにあたっては、増分費用効果比(Incremental cost-effectiveness ratio: ICER)と呼ばれる指標を用いることが多い。これは、2つの医療技術を比較して、費用の差分(増分費用)を効果の差分(増分効果)で割ったものである。これは値が小さければ小さいほど医療技術の効率性が高いことを示す。また、効果の指標としては質調整生存年(Quality-adjusted life year)を用いることが一般的である。このQALYは生存期間にQOL値をかけたもので、1QALYは「完全な健康状態で生存できる1年間」(から得られる価値)をあらわしている。例えば、ICERが100万円/QALYの医療技術とは、「完全な健康状態で生存できる1年間」ために100万円追加で費用が必要になることを意味する。費用対効果研究のゴールはおおよそ単純に言えば、上記のcost/QALYの値を推計することにある。

このような費用対効果を実際に推計する際には、上記より①有効性(生存期間など)、②QOL、③費用の3つのデータが必要になる。通常は、①有効性のデータは臨床試験等から得られることが多いので、費用対効果の観点から特に収集が必要になるのは②QOLと③費用であろう。本発表の後半では、演者が関わったいくつかのQOL値を測定した研究や、費用を推計する試みなどを紹介し、費用対効果を実施するための基盤的なデータを整備する取り組みについてご説明したい。

医薬品・医療機器の費用対効果評価の試行的導入

医療・福祉サービス研究部 福田 敬

2013 度の国民医療費は約 40 兆円であり、毎年 1 兆円ほど増加している。医療費増加の要因としては、人口の高齢化だけでなく、医療技術等の進歩が影響していると考えられる。新たな医療技術や医薬品等の開発により、今まで治らなかった病気が治ったり、症状が改善したりといった様々なメリットがもたらされる一方、これらの新規技術の中には高額なものも多く存在している。そのため、今後も医療技術の進歩に対応しながら、医療費についても考えなければならない。

このような課題は日本だけではなく、多くの国で直面している問題である。公的な医療保障制度を有する国では、医療の効率的な提供に向けて、個別の医療技術や医薬品等について費用対効果の評価を行い、提供する医療の範囲や償還価格等の設定に応用している国がある。例えば税による一般財源をもとに全国民をカバーする医療保障制度を有する英国においては、1999 年に NICE (National Institute for Health and Care Excellence) という公立の組織を設立し、医薬品等の費用対効果の評価とそれに基づく使用の推奨を行っている。

日本でも公的医療保険制度において給付する医療や償還価格設定に関して、費用対効果を検討すべきという意見は以前から出されており、1992 年からは新規の医薬品については薬価交渉資料に費用対効果の分析結果資料を任意で添付しても良いことになっている。しかし、これらの資料が意思決定には用いられていないのが現状である。これに対して、中央社会保険医療協議会（中医協）において費用対効果の観点を導入することについて検討すべきという指摘があり、2012 年に中医協の下に「費用対効果評価専門部会」が設置され、費用対効果の評価対象、評価手法、評価結果の活用方法等について議論されてきた。

専門部会での議論を経て、2016 年 4 月から医薬品・医療機器の費用対効果の評価が試行的に導入されることとなった。対象とする医薬品・医療機器は過去 4 年間に保険適用されたものおよび新規の医薬品・医療機器のうち加算や売上等の基準を満たしたものである。これらについて、まず製造販売業者が分析ガイドラインに基づいてデータを提出し、これを公的な専門体制により中立的な立場から再分析を実施する。製造販売業者のデータおよび再分析の結果は、新設される費用対効果評価専門組織において、総合的に議論され判断される。既存の医薬品・医療機器については判断された結果を薬価又は特定保健医療材料の価格調整に用いることとなっている。新規の医薬品・医療機器については、今後の制度に係る検討の際に用いることとし、価格の調整には用いないこととなっている。

また、今後は試行的導入を踏まえて本格的な導入について検討することとされている。

ワクチンの費用対効果と公費負担のあり方

国際医療福祉大学 池田 俊也

諸外国ではワクチンを対象として費用対効果に関する検討を行い、有効性や安全性に加えて経済的なエビデンスに基づく政策提言が行われている。例えば米国では予防接種諮問委員会 (Advisory Committee on Immunization Practices: ACIP) においてワクチンの経済性についても定期的に検討を行い、政府機関 (Department of Human Health Service: HHS) や疾病管理予防センター (Center for Disease Control and Prevention: CDC) に対して接種スケジュールなどの勧告を行っている。また、英国では予防接種に関する共同委員会 (Joint Committee on Vaccination and Immunisation: JCVI) において同様の検討がなされている。

わが国では厚生科学審議会の感染症分科会予防接種部会から出された第一次提言においてワクチンの定期接種化による接種率の向上を検討する必要があるとされ、それを受けて、2010年8月からはワクチン評価に関する小委員会が立ち上げられた。小委員会では医学的・科学的な視点とともに費用対効果の観点からもワクチンの定期接種化が議論されてきた。その後、2013年の予防接種法の改正に併せて組織体制が変更となり、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会においてワクチン施策に関する議論が行われることとなった。当分科会においても、小児用肺炎球菌 (13価) の導入に関する議論の際などに、費用対効果の結果も踏まえて定期接種化の是非や接種方法について総合的な判断がなされている。

ワクチンをはじめとする予防施策の費用対効果の推計に際しては、長期的な予後や経済影響の推計が困難な場合も多く分析結果が不確実性を伴うこと、社会の視点からの分析においては生産性損失の算出方法が確立しておらず前提条件により結果が大きく変動する場合があることなどの課題があり、研究手法について今後さらなる検討が必要である。