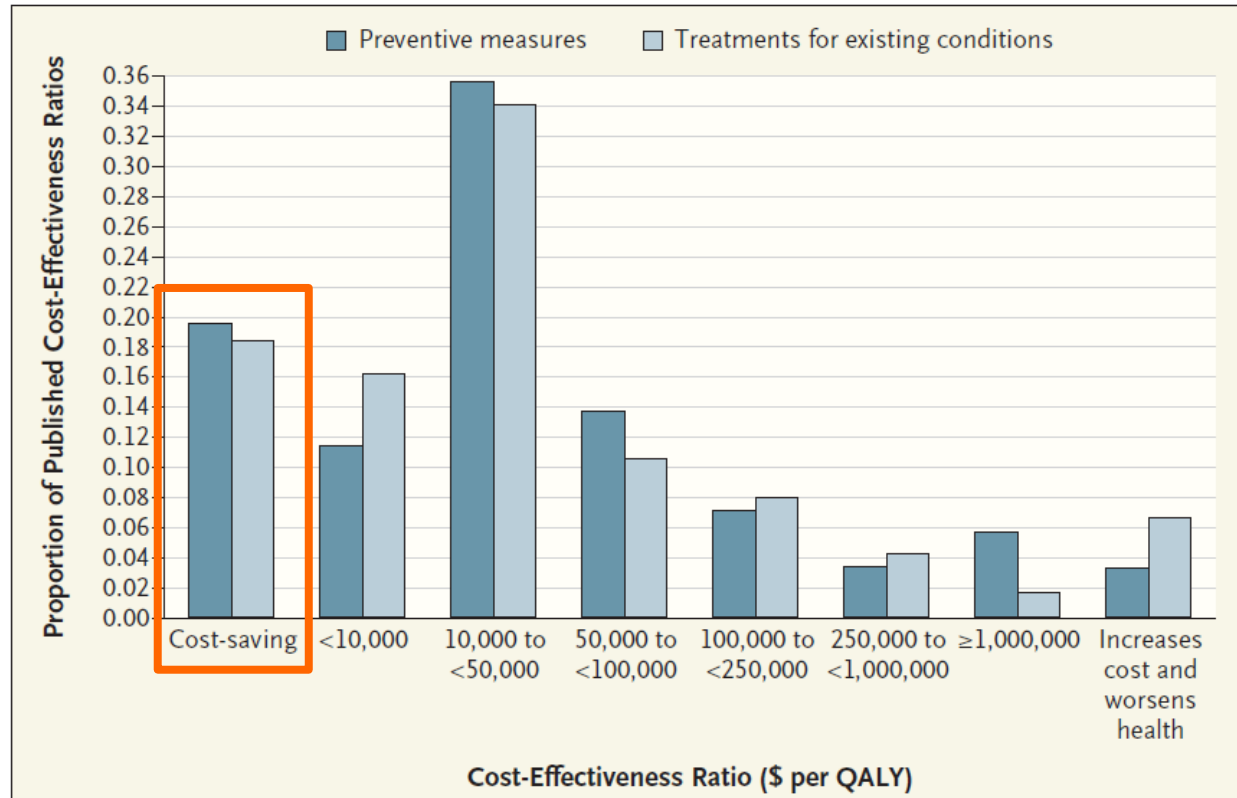


予防・健康づくりサービスのエビデンス に基づいた社会実装

カリフォルニア大学ロサンゼルス校 (UCLA)
医学部・公衆衛生大学院 (医療政策管理学) 准教授
津川友介



予防医療は医療費適正化に有効？



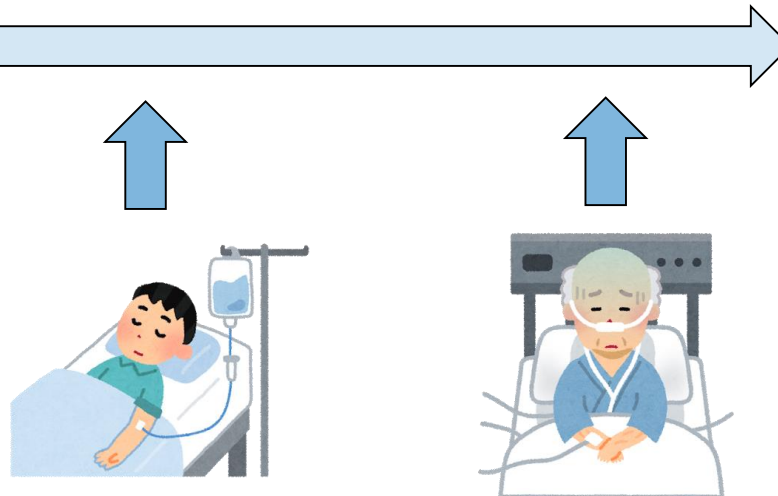
Distribution of Cost-Effectiveness Ratios for Preventive Measures and Treatments for Existing Conditions.

(Cohen, Neumann, Weinstein. *NEJM* 2008)

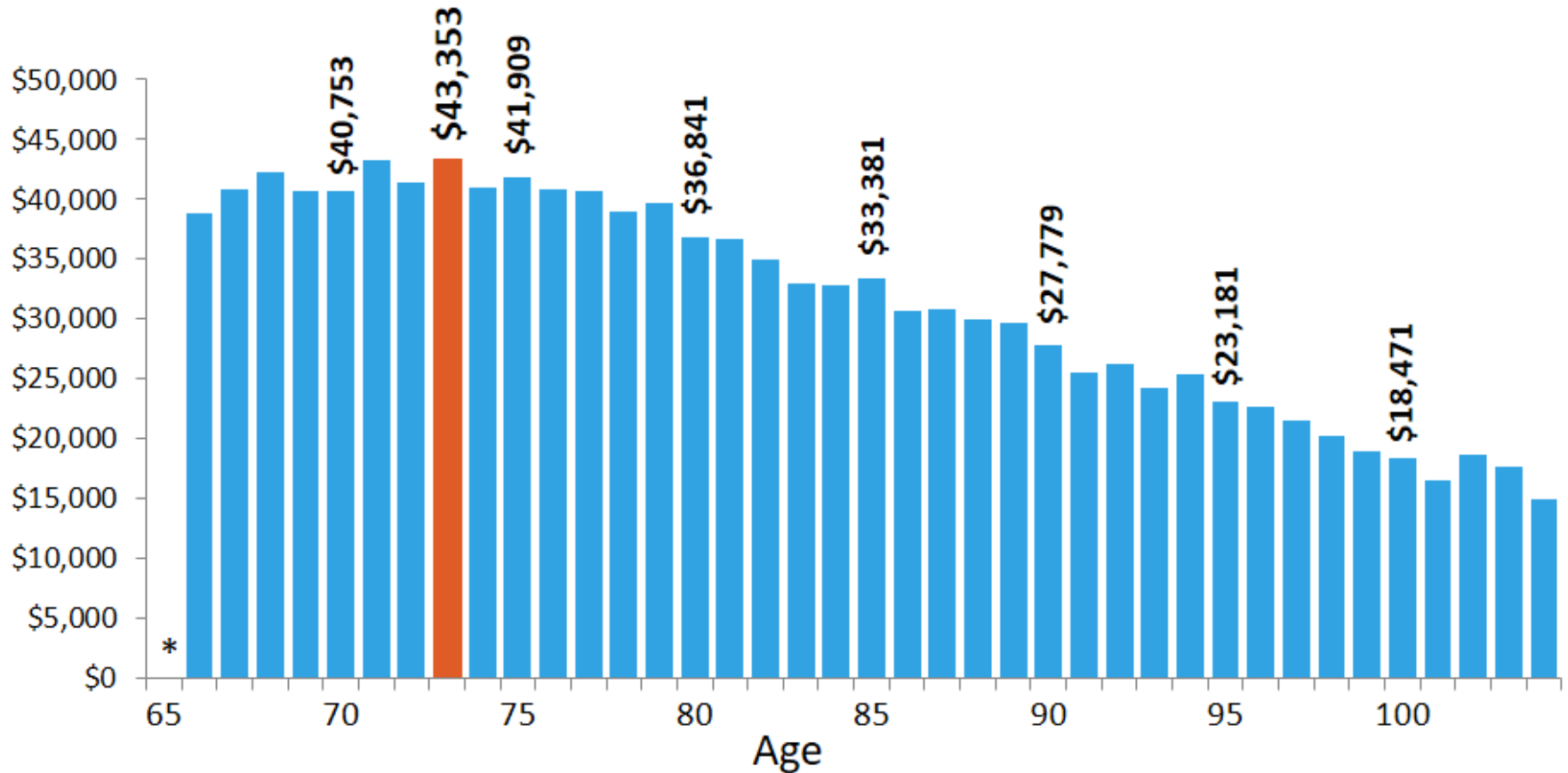


予防医療と医療費の関係

- 予防医療によって医療費を適正化できない？
 - 予防しても病気になるタイミングが先になるだけで、いずれ同じだけの医療費がかかる？



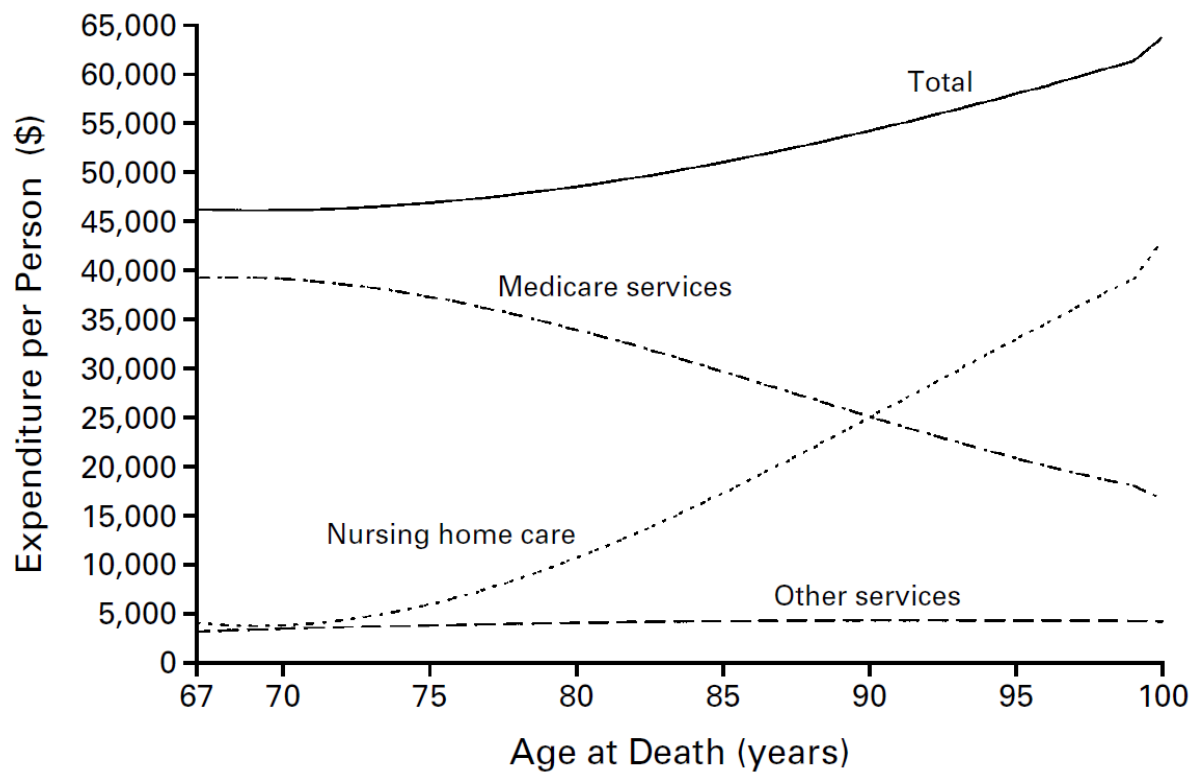
病気になるタイミングを後ろにずらせば終末期医療費は下がる



Number of decedents	Ages 66-69: 0.1 million	Ages 70-74: 0.2 million	Ages 75-79: 0.2 million	Ages 80-84: 0.2 million	Ages 85-89: 0.3 million	Ages 90-94: 0.2 million	Ages 95-99: <0.1 million	Ages 100+: <0.1 million
---------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------

SOURCE: Kaiser Family Foundation, "Medicare Spending at the End of Life: A Snapshot of Beneficiaries Who Died in 2014 and the Cost of Their Care," July 2016.

医療費の問題ではなく、介護費の問題



(Spillman and Lubitz, NEJM, 2000)

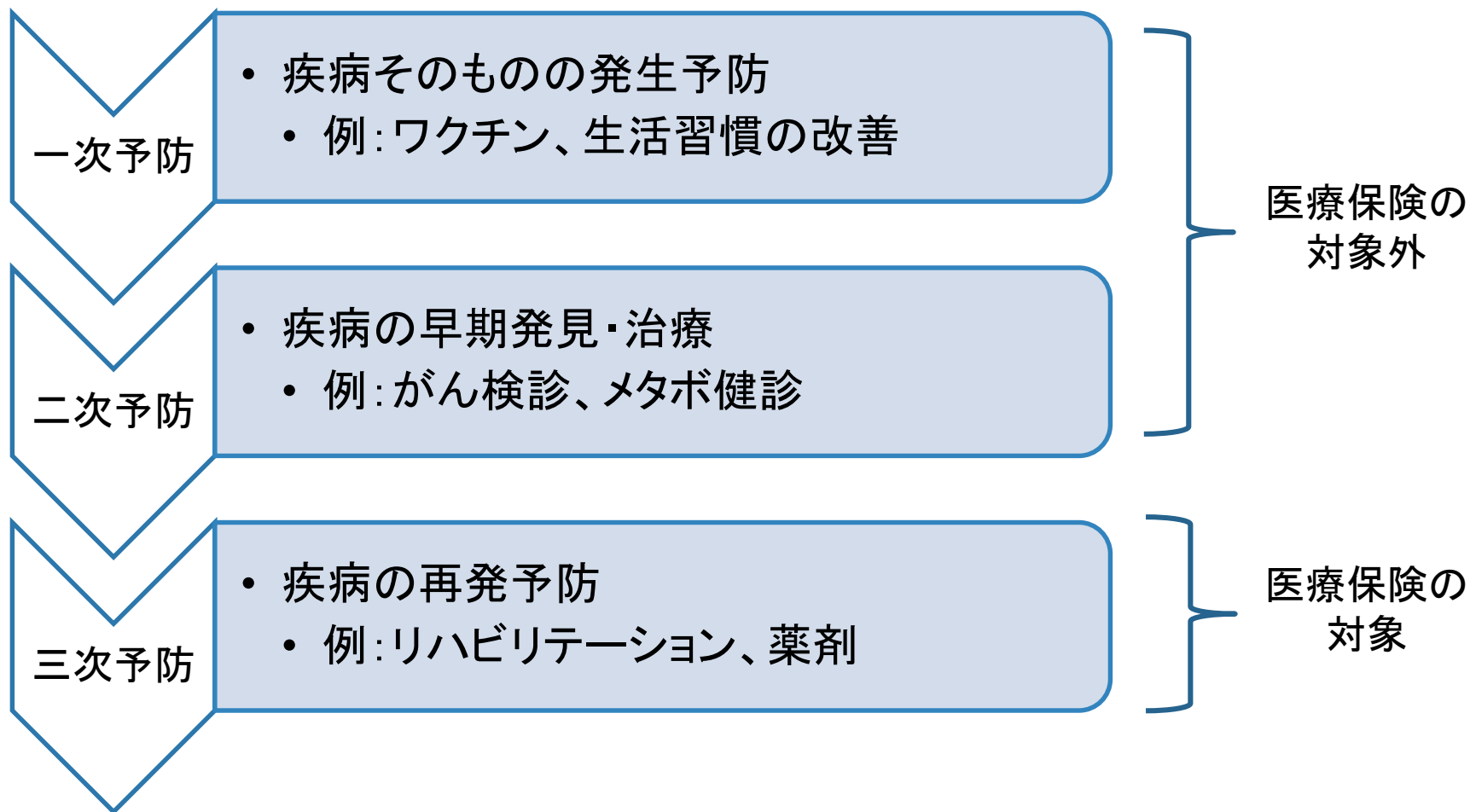


エビデンスを評価する組織

	USPSTF (米国)	NICE (英国)
年間予算	約12億円	約100億円
年間推奨作成数	約10本	約100-150本
対象とするトピック	プライマリケアでの予防サービスに限る	全ての治療・予防サービスを含む
推奨トピックの選定	国民から募集	政府が選定
推奨の最終意思決定者	タスクフォールメンバー16名	NICEの各部署トップ9名
推奨作成における実務の担当者	外部委託機関(大学や研究機関等)	外部委託機関(大学や研究機関等)もしくはNICEスタッフ
評価軸: 臨床的な効果・リスク、エビデンスの強さ	○	○
評価軸: 医療経済評価	×	○
保険収載への影響	○ (オバマケア以降)	○



日本における予防医療の立ち位置



医療保険収載≠エビデンスがある

- 無価値医療 (No value care) = 患者の健康増進に寄与しないというエビデンスがある医療サービス
- 低価値医療 (Low value care) = 価格に見合うだけの健康増進効果がない医療サービス
 - 私達の研究チームは33個の無価値医療を同定した
 - 日本の入院データにおいて
 - 7.5%の患者が無価値医療を受けていた
 - 無価値医療は、医療費の0.5%を占めていた

(Miyawaki, Tsugawa, et al. Under review)