

国立国会図書館

エビデンスに基づく医療政策の必要性

—医療の質と費用対効果—

調査と情報—ISSUE BRIEF— NUMBER 907 (2016. 3. 29.)

はじめに

I エビデンスに基づく医療政策

とは

- 1 エビデンスに基づく医療
- 2 エビデンスの蓄積と共有
- 3 エビデンスに基づく医療政策

II 日本の現状

- 1 エビデンスの活用状況
- 2 日本初のエビデンスの不足

III エビデンス活用が求められる

課題

- 1 過剰医療の是正
- 2 がん検診の有効性向上
- 3 予防医療の推進

おわりに

- 医療費が増大する中、限られた資源を有効に利用し、医療の質と費用対効果を高めるために、エビデンスに基づく医療政策の必要性が議論されている。日本の医療政策でもエビデンスの活用が進められているものの、諸外国と比較して遅れている部分も存在する。
- 2000年代以降、多くの疾病や医療分野でエビデンスに基づく診療ガイドラインが作成され、2016年度からは費用対効果評価の試行的導入が予定されている。しかし、エビデンスと実際の診療とのギャップ、日本人を対象とした質の高いエビデンスの不足等が問題として指摘されている。
- 特にエビデンスの活用が議論されている課題として、過剰医療の是正、がん検診の有効性向上、予防医療の推進が挙げられている。

国立国会図書館

調査及び立法考査局社会労働課

たなべ さとこ
(田辺 智子)

第907号

はじめに

医療政策に関する議論の中では、「エビデンス」や「科学的根拠」という用語がしばしば使われる。医療費が増大する中、限られた資源を有効に利用し、医療の質と費用対効果を高めるために、エビデンスに基づく医療政策の必要性が議論されている。日本でもエビデンスの活用が進められているものの、諸外国と比較して遅れている部分も存在する。

本稿では、エビデンスに基づく医療政策とは何かを解説した上で、日本の医療や医療政策におけるエビデンス利用の現状と、特にエビデンスの活用が議論されている政策課題を紹介する。

I エビデンスに基づく医療政策とは

1 エビデンスに基づく医療 (EBM)

(1) EBM の基本概念

「エビデンスに基づく医療」(Evidence-Based Medicine: EBM) とは、医師が診療を行う際、患者に合った最善のエビデンスに基づいて意思決定を行おうとする医療のあり方である。1991年にカナダのマクマスター大学の臨床疫学・生物統計学部教授ゴードン・ガイアット (Gordon Guyatt) によって提唱された後¹、それまでの経験主義的な医療に代わる新しいパラダイムとして急速に普及し、医療の世界を大きく塗り替えたと言われている²。

医療におけるエビデンスとは、治療や予防等の有効性についての信頼性の高い研究結果を意味する。この場合の研究とは、実験室でマウスを使って行うような基礎医学の研究ではなく、人間集団を対象に行われる臨床研究や疫学と呼ばれる研究である。たとえ動物実験によって、ある治療法に効果があると示唆されたとしても、それが種の違いを越えて人間に当てはまるかどうかは、最終的には臨床研究によってしか明らかにできない³。

臨床研究の方法にも様々なものがあり、どの研究方法を採用するかによって結果の信頼性は大きく異なる。有効性を最も厳密に評価できるのは、対象者を無作為に2集団に分け、一方にのみ効果を確かめたい治療法を適用し、もう一方の適用しなかった集団と結果を比較する実験(臨床試験)である⁴。ただし、研究対象によっては常にこのような実験が可能なのではなく、観察研究という方法も用いられる。観察研究には、集団を継続して観察することで疾病と治療法等の関係を分析するコホート研究と、ある集団を対象に過去にさかのぼって調査することで同様の関係性を分析する症例対照研究(ケースコントロール研究)がある。これらと比較すると、単一の症例報告や、多数の症例を集積して報告する症例集積、専門家の意見等は、信頼性のレベルが低いとされる。⁵

* 本稿におけるインターネット情報の最終アクセス日は、2016年3月17日である。

¹ Gordon H. Guyatt, "Evidence-based medicine," *ACP Journal Club*, 114(2), 1991 Mar.-Apr., pp.A-16; 中山健夫「エビデンス—つくる・伝える・使う—」『体力科学』59(3), 2010.6, p.259に引用。ガイアット教授についてはマクマスター大学 HP <http://www.fhs.mcmaster.ca/ceb/faculty_member_guyatt.htm> 参照。

² J. A. Muir Gray (久繁哲徳監訳)『根拠に基づく保健医療—健康政策と経営管理の判断決定の方法—』じほう, 2000, p.iii.

³ 中村好一『基礎から学ぶ楽しい疫学 第3版』医学書院, 2013, p.80.

⁴ 専門用語ではランダム化比較試験(Randomized Controlled Trial: RCT)と呼ばれる。

⁵ 津谷喜一郎「医学研究デザインの基礎」中嶋宏監修、津谷喜一郎ほか編『EBMのための情報戦略—エビデンス』

さらに EBM では、単一の研究結果より、複数の研究結果を統合することによって、より信頼性の高いエビデンスが得られると考える。最も厳密とされる臨床試験でも、対象や実施状況次第では異なる結果が得られる場合もあるため、既存の研究を体系的に収集して質を評価し、信頼性の高いもののみを残して結果を統合する「系統的レビュー」(Systematic Review) という方法が最上位のエビデンスとされる。

EBM をめぐっては、当初、医療者の勘や経験ではなくエビデンスを重視するものといった誤解も見られた。しかし今日では、EBM は、臨床研究によるエビデンスに加え、患者の病態と置かれた環境、患者の価値観、医療者の専門性・経験を統合することで、よりよい意思決定を行うものと理解されている⁶。患者によっては既存のエビデンスが適用できない場合もあり、患者の個別性に配慮する必要があるため、その点で医師の経験と技能が必要とされる。

(2) EBM 登場の背景

EBM が人間を対象とした臨床研究を重視する背景には、かつて医療現場で有効だと信じられ実施されていた治療法の中に、臨床試験を実施して初めて、効果がない、あるいはかえって有害であると判明したものがあつたことがある⁷。例えば、かつては未熟児に対し酸素を投与する処置が一般的に行われていたが、臨床試験の結果、酸素を投与された未熟児は投与されなかった未熟児に比べ失明が有意に多いことが判明した。また、心筋梗塞の患者に対しては抗不整脈剤の投与が有効と信じられ広く行われていたが、臨床試験の結果、それまでの常識に反し、抗不整脈剤を投与された患者のほうが有意に死亡率が高いことが明らかになった。

私たちは、医療というものは当然エビデンスに基づいて行われていると考えがちだが、必ずしもそうではない。経験的に有効と考えられ、多くの医師が採用している治療法であっても、厳密な有効性が確認されていないことは少なくない⁸。米国における 2003 年の研究によれば、約半数の医療行為が、エビデンスのないまま提供されていた⁹。

2 エビデンスの蓄積と共有

(1) エビデンスを伝える機能

EBM を社会全体で実施することを考えた場合、エビデンスを「つくる」、「伝える」、「使う」の三つの局面が想定できる¹⁰。最初の局面である「つくる」は、前述の臨床研究による信頼性の高いエビデンスの産出である。三番目の局面の「使う」は、病院等の臨床現場で医師が行う EBM の実践ということになる。その間をつなぐ「伝える」は、産出された

スをつくる、つたえる、つかう—』中外医学社、2000、pp.39-40; 中山健夫「いまさら聞けない EBM の道 第 3 回 コクラン共同計画とエビデンス」『メディカル朝日』40(6)、2011.6、p.81.

⁶ 中山健夫「診療ガイドライン—国内外の動向と展望—」『臨床放射線』59(3)、2014.3、p.373.

⁷ 以下の事例は次の文献による。D. J. トーガーソン、C. J. トーガーソン (原田隆之ほか監訳)『ランダム化比較試験 (RCT) の設計—ヒューマンサービス、社会科学領域における活用のために—』日本評論社、2010、pp.5-6. (原書名: David J. Torgerson and Carole J. Torgerson, *Designing Randomised Trials in Health, Education and the Social Sciences: An Introduction*, 2008.)

⁸ 桐野高明「臨床医学研究の発展のために」『学術の動向』11(8)、2006.8、p.8.

⁹ Elizabeth A. McGlynn et al., "The quality of health care delivered to adults in the United States," *New England Journal of Medicine*, 348(26), June 2003, pp.2635-2645.

¹⁰ 中山 前掲注(1)、p.259.

エビデンスを臨床現場の医師に仲介する役割である。

医学研究は日々進歩し、膨大な研究が生み出されており、多忙な医師が自らの専門領域の最新知識を常に入手し続けるのは容易なことではない。このため、医師に代わって最新の研究を収集し、信頼性を批判的に吟味して、わかりやすい形で医療関係者に伝える役割が必要となる。

(2) コクラン共同計画

エビデンスを「伝える」ための取組の代表的な例が、コクラン共同計画である。コクラン共同計画は、1992年に英国の公的医療制度の一環として開始され、その後、国際的な取組に発展した¹¹。世界中で行われた臨床研究を集め、質を評価し、結果を統合する系統的レビューを推進している。その結果はコクラン・ライブラリーというデータベースで提供されており、これまでに9,000件以上の系統的レビューと、約88万件の臨床試験が登録されている¹²。これによって、医療関係者や医療の受け手、医療政策にかかわる人々が、容易に信頼性の高いエビデンスを入手できるようになっている。

現在、世界中に14のコクランセンターと22の支部が設置され、50以上のテーマについてグループが置かれ系統的レビューが進められている。各国政府の支援は受けているが、多くの国でNPOの形で活動しており、130か国から37,000人の研究者・専門家が参加している。商業的な資金提供は受けず、中立的な立場で活動が行われている。¹³

(3) 診療ガイドライン

診療ガイドラインとは、診療上の重要度の高い医療行為について、患者と医療者の意思決定を支援するために最善と考えられる治療法等の推奨を提示する文書であり¹⁴、学会等によって疾病・医療分野ごとに作成される。かつては、権威ある医師の経験や信念に基づいて作成される傾向があったが、近年はEBMの手法を用い、エビデンスに基づいて作成する方法に世界的に変わってきている。医療の様々な分野・テーマを対象に各国で診療ガイドラインの作成が進んでおり、臨床現場のEBMで活用されている。

診療ガイドラインは、あくまでガイドラインであって医師が行う判断を拘束するわけではないが、個々の医師の信念や技能によって診断・治療が過度にばらつくのを防ぐことができる¹⁵。診療ガイドラインで、どういった治療法が推奨されるかは医薬品や医療機器の売上げにも影響するため、作成に当たっては利益相反を避けた透明性・中立性の高い手順と方法が求められる¹⁶。

¹¹ コクラン共同計画の経緯については、正木朋也・津谷喜一郎「エビデンスに基づく医療（EBM）の系譜と方向性—保健医療評価に果たすコクラン共同計画の役割と未来—」『日本評価研究』6(1), 2006.3, pp.4-5.

¹² “About the Cochrane Library.” コクラン・ライブラリーHP <<http://www.cochranelibrary.com/about/about-the-cochrane-library.html>>

¹³ 2014年には日本支部が設置され、2013年時点で約150人の日本人がコクランレビューの著者となっている。“About Us.” コクラン共同計画HP <<http://www.cochrane.org/about-us>>; 「コクラン共同計画日本支部、始動 科学的根拠との適切な距離感を」『週刊医学界新聞』3088号, 2014.8.11. <https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03088_01>

¹⁴ 日本医療機能評価機構「医療情報サービス “マインズ” Minds」医療情報サービス Minds HP <http://minds4.jcqh.or.jp/resource/pdf/minds_leaflet2014.pdf>

¹⁵ 中山 前掲注(6), p.373.

¹⁶ 診療ガイドラインの質を評価し、適切な作成方法と記載すべき内容を示すためのガイドラインとして AGREE II がある。AGREE Next Step Consortium, “Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II,” 2009.5. (Up date: 2013.9) <http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_

欧米では、診療ガイドラインが医療の改善をもたらしたかどうかを検証する研究が行われており、診療ガイドラインによって、有効性が確認された治療を実施する割合が高まり、患者の健康状態を改善する効果があったと報告されている¹⁷。

3 エビデンスに基づく医療政策

(1) 医療政策におけるエビデンス

以上で見てきた EBM は、医師が目の前の患者の診療を行う際に、エビデンスに基づいて意思決定をしようとするものである。これに対し、予防接種やがん検診など、多数の人々を対象とした医療政策の意思決定にエビデンスを活用する場合もあり、「エビデンスに基づく医療政策」、「エビデンスに基づく保健医療」等と呼ばれている¹⁸。

こうした医療政策は集団全体に影響が及ぶため、EBM が重視するような臨床試験が実施できない場合も多く、レセプトや診療データを用いた観察研究が重要なエビデンスとなる。個人を対象とする EBM と比較し、集団を対象とした医療政策は、いまだエビデンスに基づいていないケースが多いと指摘されている¹⁹。高齢化や技術革新に伴う医療費の増大は多くの国に共通する課題であり、限られた医療費を有効に使い医療の費用対効果を高める上で、エビデンスに基づく医療政策は有効な手段と考えられている²⁰。

(2) 医療技術評価 (HTA)

EBM をさらに一歩進め、医療の有効性に加えて、費用対効果などの経済評価を合わせて行うのが医療技術評価 (Health Technology Assessment: HTA) である。HTA は、1970 年代から米国等で行われてきた技術評価 (Technology Assessment) を源流とするが、1990 年代からは特に新規の医薬品や医療技術を保険適用の対象とするかどうかを評価する目的で制度化されてきた²¹。1993 年のオーストラリアにおける制度化に始まり、1999 年には今日の代表的な HTA 機関とされる英国の国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Care Excellence: NICE) が設立された。HTA は医療の費用対効果への関心の高まりを背景に各国に広まり、これまでに少なくとも 33 か国で導入されている²²。

個人を対象とした EBM では、治療の有効性が主な判断基準となるが、HTA の場合は限られた医療財源の中での効果の最大化が判断基準となり、評価の観点が異なるため、同じ技術でも EBM と HTA では推奨するか否かの判断が異なる場合がありうる。HTA は保険適

2009_UPDATE_2013.pdf>; 福井次矢「ガイドラインの作成手順—コンセンサスの形成過程を含む—」『日本内科学会雑誌』102(9), 2013.9.10, p.2304.

¹⁷ 中山 前掲注(6), p.375.

¹⁸ 個々の患者を対象とするものを「狭義の EBM」、集団を対象とするものを「広義の EBM」と整理する場合もある。正木・津谷 前掲注(11), pp.3-4.

¹⁹ 津川友介「「医療政策研究」はじめの一歩—根拠に基づいた政策づくりを推し進めるために—」『週刊医学界新聞』3066号, 2014.3.3. <https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03066_02>

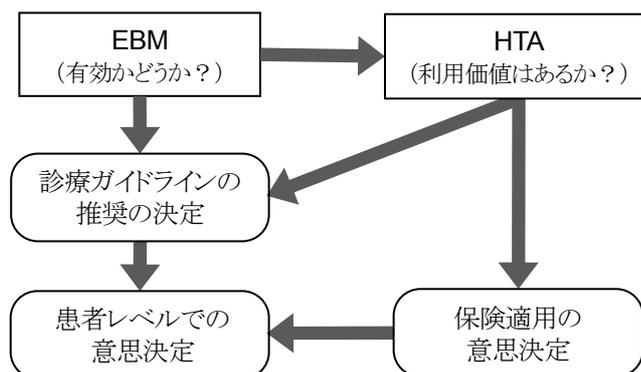
²⁰ OECD 編著 (小林大高・坂巻弘之訳)『OECD 医療政策白書—費用対効果を考慮した質の高い医療をめざして—』明石書店, 2011.

²¹ 畑中綾子「日本における「HTA (医療技術評価)」の歩み」鎌江伊三夫ほか監修『医療技術の経済評価と公共政策—海外の事例と日本の針路—』じほう, 2013, pp.33-34. 英国とスウェーデンの HTA については、伊藤暁子「イギリス及びスウェーデンの医療制度と医療技術評価 (現地調査報告)」『レファレンス』753号, 2013.10, pp.111-123. <http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_8328287_po_075305.pdf?contentNo=1>

²² 医療技術評価機関国際ネットワーク (International Network of Agencies for Health Technology Assessment: INAHTA) に加盟機関がある国の数。“INAHTA members list.” <<http://www.inahta.org/our-members/members>>

用の可否や診療ガイドラインにおける推奨に影響を与え、それが個別の患者を対象とした EBM の意思決定に影響を与えることになる(図)。これまでのところ、HTA は主に医療費への影響の大きい新規かつ高額な医薬品・医療技術を対象としており、あらゆる医療が対象となりうる EBM とは対象範囲が異なるものとなっている。

図 EBM と HTA が意思決定に利用される過程



(出典) OECD 編著 (小林大高・坂巻弘之訳) 『OECD 医療政策白書—費用対効果を考慮した質の高い医療をめざして—』明石書店, 2011, p.104 を基に筆者作成。

II 日本の現状

1 エビデンスの活用状況

(1) エビデンスに基づく診療ガイドラインの整備

日本では、HTA への関心は比較的早く、1980 年代から民間で研究が行われていた²³。1996 年には厚生省(当時)に「医療技術評価の在り方に関する検討委員会」が設置され、翌 1997 年に報告書がまとめられた。

一方、EBM については、1990 年代前半の EBM 創成期から一部研究者が紹介を始め、1997 年に EBM に関する最初のセミナーが開催されている²⁴。1998 年には、厚生省(当時)内に置かれた「医療技術評価推進検討会」で、EBM を推進する一方策としての診療ガイドラインのあり方が検討された。これを受け、厚生労働科学研究費補助金を用いて学会等による診療ガイドライン作成の支援が行われた²⁵。

この結果、多くの疾病や医療分野でエビデンスに基づく診療ガイドラインの整備が進み、専門家間のコンセンサス形成と診療レベルの均てん化に大きく寄与したと評価されている²⁶。

²³ 畑中 前掲注(21), p.36.

²⁴ 津谷喜一郎「コクラン共同計画とシステムティック・レビュー—EBM における位置付け—」『公衆衛生研究』49(4), 2000.12, p.313.

²⁵ 日本の診療ガイドライン整備の経緯については、福井 前掲注(16), p.2304 等。

²⁶ 木村健二郎・永井良三「診療ガイドラインの社会的意義と問題点—司会者のことば—」『日本内科学会雑誌』102(9), 2013.9.10, p.2284.

日本で作成された診療ガイドラインは、公益財団法人日本医療機能評価機構が収集し、評価選定を行った上で「医療情報サービス Minds」というサイトで公開している。同サイトには、これまでに202件の診療ガイドラインが掲載されている。

しかし一方で、日本の診療ガイドラインについては、以下のような問題点も指摘されている。第一に、ガイドラインが各学会の主導で作成されており、作成過程や形式が大きく異なることである²⁷。世界的には、利益相反に配慮し、専門外の医師や患者も参加する透明性の高い手順・形式が推奨されているが、日本ではそうした作成方法がとられているとは限らない²⁸。また、多くの学会が独自にガイドラインを作成しているため、重複や内容の不一致の可能性が指摘されている²⁹。第二に、診療ガイドラインがどのように利用され、診療の質向上につながっているかの評価が十分なされていないことである³⁰。病院の医師は診療ガイドラインをあまり遵守していないという指摘も見られる³¹。第三に、諸外国のガイドラインと内容に違いが生じているものがあることである。たしかに、日本と諸外国では人種や生活習慣等が異なるため、同じ治療でも有効性や推奨度が異なる場合はありうる。しかし、現状では、日本人を対象とした信頼性の高いエビデンスが存在しないにもかかわらず、諸外国のガイドラインとの間に根拠の十分説明できない差異が生じているケースがある³²。第四に、費用対効果の視点が含まれないことである。有効性が同程度の治療法が複数ある場合、諸外国であれば経済面を考慮して最も安価なものが第一選択とされるのに対し、国内のガイドラインでは並列して記載され、その結果、高額な薬の処方率が諸外国に比して顕著に高いといったケースも報告されている³³。第五に、有料で出版されたり、学会員限定でウェブ公開されるなど、誰もが容易にアクセスできるようになっていないことである³⁴。

以上のように、日本ではEBMを推進する方策の一つとして、診療ガイドラインの整備が国の支援も受けて進められてきた。その成果もあり、今日までにEBMという言葉は医療関係者に広く普及した。しかし、臨床現場では必ずしもエビデンスが活用されておらず、エビデンスと実際の診療にギャップがあること³⁵、病院によって治療内容や質に依然とし

²⁷ 同上

²⁸ 福井 前掲注(16), p.2305; 浦島充佳「世界のガイドラインと日本のガイドライン—今後の方向性を踏まえて—」『日本内科学会雑誌』102(9), 2013.9.10, pp.2315-2316.

²⁹ OECD「OECD 医療の質レビュー 日本 スタンダードの引き上げ—評価と提言—」2014.11.5, p.39. <http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityJAPAN_ExecutiveSummary.pdf>

³⁰ 木村・永井 前掲注(26)

³¹ OECD 前掲注(29), p.49.

³² 例えば、小児喘息のガイドラインではイソプロテレンール持続吸入療法という諸外国で使用されない治療が記載され、実際に広く行われているため、現在、国内における臨床試験で有効性の確認が行われている。また、同ガイドラインでは、重症度の分類や治療の強度も諸外国と異なることが指摘されている。藤澤隆夫「エビデンスに基づいたガイドラインを目指して—Mindsが推奨する診療ガイドライン作成方法を中心に—」『アレルギー・免疫』22(8), 2015.8, p.1102; 浦島 前掲注(28), pp.2314-2315.

³³ 高血圧の治療に用いられる先発薬では、他より2倍以上価格の高いアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)の処方率が8割を超えており、欧米諸国の2割程度の処方率と比べて高いことが報告されている。井伊雅子「医療分野の改革の方向性」総合研究開発機構『社会保障改革しか道はない—2025年度に向けた7つの目標—』(NIRA 研究報告書)2015, p.12. <<http://www.nira.or.jp/pdf/1501report.pdf#page=14>> ただし、高血圧治療で諸外国で第一選択とされている薬剤は日本人には効果が期待できないとの報告もあるとされる。厚生省健康政策局研究開発振興課医療技術情報推進室監修『わかりやすいEBM講座』厚生科学研究所, 2000, p.24.

³⁴ 井伊雅子「序文」『フィナンシャル・レビュー』123号, 2015.6, p.4.

³⁵ 中山健夫「診療ガイドラインの真の役割を説く」『月刊新医療』41(3), 2014.3, p.19.

てばらつきがあること³⁶が指摘されている。

(2) HTA の導入

前述のように、日本では 1990 年代から HTA への関心が見られたが、いまだ制度化には至っていない。現在は、医薬品・医療機器の保険適用や保険償還価格を決定する際に、費用対効果などの経済評価をどのように活用するか検討が進められている段階である。

2011 年に発表された厚生労働省「社会保障制度改革の方向性と具体策」³⁷では、保険償還価格の決定に当たって医療経済的な観点を踏まえて評価することが盛り込まれ、翌 2012 年には中央社会保険医療協議会（中医協）に費用対効果評価専門部会が設置され、議論が行われてきた。当初は 2014 年 4 月の診療報酬改定時に試行的に導入することが目指されたが実現せず、2016 年 4 月の改定での試行的導入が予定されている³⁸。2016 年度以降、品目を指定して企業のデータを収集し、再分析を行った上で、新たに設置する専門組織で総合的評価を行うこととされている³⁹。

政府内でも、保険適用の決定に費用対効果の観点を導入することへの関心は高く、「日本再興戦略」改訂 2014」（平成 26 年 6 月 24 日閣議決定）、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」（平成 27 年 6 月 30 日閣議決定）でも、費用対効果評価の試行的導入が盛り込まれた。

2 日本発のエビデンスの不足

(1) 臨床研究の不足

エビデンスに基づく診療ガイドラインを整備する過程で明らかになったのは、日本人を対象とした質の高いエビデンスが極めて乏しいという現実だった⁴⁰。このため、診療ガイドライン作成で引用された臨床研究の大半は、諸外国からのものとなった。日本では、伝統的に基礎医学を重視する傾向が強く臨床研究が弱かったため、海外に発信する医学研究の論文でも基礎医学に比べ臨床医学が少なかったことが指摘されている⁴¹。その要因としては、臨床研究にはコストと時間がかかり多くの論文を産出できないため研究者に臨床研究を行うインセンティブがなかったこと、医学界に臨床研究を一段下に見る風潮があったこと、臨床研究を行うための体系的な教育システムが不備だったこと、医療現場で臨床研究を支援する体制が不十分だったこと、患者に被験者として参加してもらうのが難しいと思われていたことが挙げられている⁴²。

³⁶ 「医出づる国 国民病に負けるな (1) 第 4 の治療法 がん患者に光」『日本経済新聞』2016.1.11.

³⁷ 厚生労働省「社会保障制度改革の方向性と具体策—「世代間公平」と「共助」を柱とする持続可能性の高い社会保障制度—」社会保障改革に関する集中検討会議（第 6 回）資料 3-2, 2011.5.12. 内閣官房 HP <<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai6/siryous3-2.pdf>>

³⁸ 「「費用対効果」導入検討に身構える医薬品メーカー」『週刊東洋経済』6409 号, 2012.8.11-18, p.70; 「財政影響が大きい医薬品等を対象に来年 4 月から試行的導入—中医協の費用対効果評価専門部会が中間報告—」『週刊社会保障』69(2841), 2015.9.7, pp.44-49.

³⁹ 「費用対効果評価の試行的導入について (案)」(中央社会保険医療協議会総会 (第 320 回) 資料総-2) 2015.12.16. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000107166.pdf>>

⁴⁰ 中山 前掲注(1), p.260.

⁴¹ 福井次矢「我が国の臨床研究の特徴と改善の方向性」『最新医学』66(7), 2011.7, p.1676; 同「わが国の臨床研究の現状と課題」『学術の動向』11(8), 2006.8, pp.12-13.

⁴² 同上『学術の動向』pp.15-16.

2000年代後半からは、日本国内でも臨床研究が重視され、その基盤整備が進められている。この背景には、診療ガイドライン作成にかかわった各学会の医師や厚生労働省がエビデンスの発信を目指すようになったことに加え、おりからの経済成長戦略と臨床研究の推進がうまく合致したという要素もあった。日本が以前から強みを持つ基礎研究を実用化につなげるためのトランスレーショナル・リサーチ（橋渡し研究）への期待、イノベーション戦略としての治験の拡大・推進への動きがこれに当たる⁴³。このため、2003年の「全国治験活性化3カ年計画」の策定に始まり、治験・臨床試験の活性化が文部科学省と厚生労働省共同で進められている⁴⁴。2005年からは厚生労働科学研究において、国民的課題を解決するための大規模な臨床研究として「戦略研究」が実施されている⁴⁵。

（2）データの不足

もう一つ明らかになったのは、医療政策の評価に利用できるデータが不足していることである。EBMの基礎となる臨床試験を補完し、医療政策の有効性を評価するためには、多数の人々の健康状態や医療機関の受診状況、疾病の経過等をまとめた大規模なデータベースを分析する必要がある。諸外国では、医療のシステム化が進む以前から、医療政策の評価の基礎となるデータベースを構築していたが、日本では医療データを公益目的に二次利用する取組は遅れていた⁴⁶。近年では、ビッグデータへの関心の高まりから、そうした大規模データベースを医療の改善に活用すべきという主張も見られる⁴⁷。

日本における大規模な医療情報データベースとしては、「レセプト情報・特定健診等情報データベース」がある⁴⁸。2008年の「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）の改正では、医療費適正化計画の作成、実施、評価に資するため、特定健康診査（特定健診）とレセプトの情報を収集し、データベースとして整備することが規定された。同データベースにはこれまでに70億件以上のレセプトデータが蓄積されており、すでに評価・研究目的の二次利用が始まっている。ただし、利用条件が厳しいこともあって利用件数は伸びておらず⁴⁹、システム不備のため特定健診とレセプトデータの紐づけが困難である等の問題が指摘されている⁵⁰。また、医療情報データベースの公益目的の二次利用のためには個人情報保護に対処する法体系の整備が必要との指摘もあり⁵¹、経済協力開発機構（OECD）も、日本が個人情報保護と医療データ利用のトレードオフを解消し効果的でニ

⁴³ 中山 前掲注(1), p.260.

⁴⁴ 文部科学省・厚生労働省「臨床研究・治験活性化5カ年計画2012」2012.3.30. <http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/nc/_icsFiles/afiedfile/2012/04/06/1319510_1_1.pdf>

⁴⁵ 「戦略研究とは」厚生労働省 HP <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyousenryaku_kenkyu/about.html>; 津村和大「戦略研究の意義と大規模臨床研究としての戦略研究の仕組み」（平成26年度「健康医療分野における大規模データの分析及び基盤整備に関する研究」公募説明会資料）2014.8.5. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10600000-Daijinkanboukouseikagakuka/tamura.pdf>>

⁴⁶ 山本隆一「日本における医療ビッグデータの利活用の現状と課題」『公衆衛生』79(9), 2015.9, p.614.

⁴⁷ 森田朗「医療等分野のビッグデータを活用できる環境整備が必要」『週刊社会保障』69(2839), 2015.8.24, pp.36-39.

⁴⁸ 近藤倫子「医療情報の利活用をめぐる現状と課題」『情報通信をめぐる諸課題—科学技術に関する調査プロジェクト調査報告書—』（調査資料2014-2）2015, pp.72-73. <http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9104300_po_20140206.pdf?contentNo=1>

⁴⁹ 満武巨裕「日本の医療保険ビッグデータの利用促進—レセプト情報・特定健診等データベース—」『Monthly IHEP』242号, 2015.6, pp.44-45.

⁵⁰ 会計検査院『医療費の適正化に向けた取組の実施状況について—会計検査院法第30条の2の規定に基づく報告書—』2015.

⁵¹ 山本隆一「データベースの二次活用における法規制上の問題と今後」『薬剤疫学』17(2), 2012.12, p.106.

ーズに応じた医療を推進することについて、他国にかなりの遅れをとっていると指摘している⁵²。

また、日本における死因第一位であるがんの罹患統計は、これまで都道府県ごとの地域がん登録に基づき、精度の高い14府県の数値を基に全国の推計値が算出されていた。都道府県によって精度に差があることに加え、県間移動する患者の動態が正確に捉えられない等の問題があったため、2016年1月からは全国がん登録制度が導入され、がん対策の企画・評価に不可欠なデータがより精度の高い形で入手が可能となる。⁵³

Ⅲ エビデンス活用が求められる課題

本章では、日本において特にエビデンスの活用が議論されている政策課題を取り上げ、現状と問題点を紹介する。

1 過剰医療の是正

(1) 「賢い選択」(Choosing Wisely) キャンペーン

米国の医療界で、「賢い選択」(Choosing Wisely) というキャンペーンが広がりを見せている。米国内科専門医認定機構財団 (American Board of Internal Medicine Foundation) の呼びかけにより、各専門医の学会が、日常診療において考え直すべき診療行為を提示するものであり、主として過剰診断や過剰診療を減らすよう呼びかけるものとなっている。2011年以降、これまでに65の専門学会がリストを公表しており、その項目には、「風邪薬を4歳未満の子供に処方しない」、「進行した認知症患者に胃ろうは推奨しない」といったものが含まれる。その後、欧州やアジアにも呼びかけが行われている。⁵⁴

各学会の挙げている項目はエビデンスに基づいて選択されており、このキャンペーンは「EBMの今日的な実践そのもの」だと評価されている⁵⁵。このように無駄な診療が議論されるのは、欧米で過剰医療が頻繁に認められるためとされ、その理由として医療訴訟を恐れる防衛医療や経営利益のための医療が挙げられている⁵⁶。

(2) 日本における動き

日本では、2013年に有志の医師が日本版の「賢い選択」を提案し、その議論が『あなたの医療、ほんとはやり過ぎ? Choosing Wisely in Japan』という本にまとめられた⁵⁷。この本には、米国の「賢い選択」で公表されたリストが解説とともに収録されている。

日本でも過剰医療は問題視されているが、その要因として挙げられているのは以下のよ

⁵² OECD 前掲注(29)

⁵³ 「がん登録等の推進に関する法律」(平成25年法律第111号)に基づく。松田智大「全国がん登録の開始に向けて」『癌の臨床』60(5), 2014.10, pp.567-574; 西本寛「がん登録の整備とがん診療情報の利活用」『公衆衛生』79(9), 2015.9, pp.587-591.

⁵⁴ Choosing Wisely HP <<http://www.choosingwisely.org>>; 徳田安春「賢い選択・日本版」『医療の質・安全学会誌』9(3), 2014, p.234.

⁵⁵ 小泉俊三「予防医学のパラドックスと病院外来における「適切な」医療」『Hospitalist』3(2), 2015.6, p.301.

⁵⁶ 徳田 前掲注(54)

⁵⁷ 徳田安春編『あなたの医療、ほんとはやり過ぎ? Choosing wisely in Japan—過ぎたるはなお及ばざるがごとし—』カイ書林, 2014.

うな点である。第一に、患者の側が、自ら高額な検査や画像診断を受けたいと希望し、医師側も時間のかかる説明・説得をするよりもこれに応じてしまう場合があることである。医師側にある見逃しを避けたいという心理や医療訴訟への危惧が、これを助長する⁵⁸。第二に、日本の医学教育では、費用対効果への配慮や、不要な検査・治療をあえて行わない選択の価値について、教えられていないことがある⁵⁹。第三に、日本の場合、医療制度が出来高払いの報酬体系であることである。どれだけの医療を実施するかが医療機関の収入に直結するため、できるだけ多くの手術や治療を実施することが優先されがちだと指摘されている⁶⁰。

第四に、日本特有の事情として、健康診断や検査の実施が多いことが挙げられる。人間ドックや脳ドックは、諸外国には見られない日本独自のシステムであり、検査項目のうち有効だというエビデンスがあるものは実は少ない。人間ドックは保険外の自己負担であるため、受診者が納得して行うのであればよいという議論も成り立つが、要精密検査となれば一般の病院で保険診療で検査が行われ、医療機関の繁忙を助長していると指摘されている。⁶¹

また、過剰医療の背景として、日本では医療の標準化が進んでいないという事情もある。最近の日本の外来医療の分析によれば、高血圧や糖尿病等の慢性疾患の診療内容は医療機関によって大きなばらつきがあり⁶²、その結果、医療費が高騰している可能性がある⁶³と指摘されている⁶³。言い換えれば、現状では医療にばらつきがあるために、どこかで過剰医療、無駄な医療が行われているということになる。

2 がん検診の有効性向上

(1) 検診方法の問題

がん検診は、がんを早期発見し治療することによって、がん死亡率を減少させる目的で行われる。がんの種類や検診方法によっては、がん発見が増加しても必ずしも死亡率減少につながらないため、発見率ではなく、最終目的である死亡率の減少で有効性の評価が行われる⁶⁴。有効性評価の方法としては、臨床試験が国際標準とされている⁶⁵。症例対照研究も用いられるが、種々のバイアスの影響を受けやすいため結果の解釈には注意が必要とされる⁶⁶。諸外国で行われた臨床試験の結果、大腸がん検診、乳がん検診、子宮頸がん検診についてはエビデンスがほぼ確立しており、諸外国ではこれらの検診は公費によって積極

⁵⁸ 小泉 前掲注(55), p.304.

⁵⁹ 井伊 前掲注(34), p.1.

⁶⁰ 小泉 前掲注(55), p.305; OECD 前掲注(29), p.50 も、現行の支払いシステムが過剰診療のインセンティブとなっている可能性を指摘している。

⁶¹ 徳田安春「「Choosing Wisely」とは何か」『medicina』51(7), 2014.7, p.1353.

⁶² 井伊雅子・関本美穂「日本のプライマリ・ケア制度の特徴と問題点」『フィナンシャル・レビュー』123号, 2015.6, pp.6, 57.

⁶³ 井伊 前掲注(34), p.1.

⁶⁴ 大島明「がん検診の考え方」『治療』86(1), 2004.1, pp.98-99.

⁶⁵ 祖父江友孝「進化するスクリーニング検査—その適用をめぐる課題と展望—」『公衆衛生』76(11), 2012.11, p.845.

⁶⁶ 斎藤博ほか「がん検診」佐藤隆美ほか編著『What's New in Oncology—がん治療エッセンシャルガイド— 第3版』南山堂, 2015, p.229.

的に進められている⁶⁷。また、がん検診には、実際はがんでないにも関わらず陽性となって精密検査等の負担が生じる偽陽性、検診に伴う偶発症や放射線被ばく等の不利益も生じるため、利益と不利益を比較考量して実施すべきかの判断が行われる。

がん検診には、集団全体の死亡率を下げることを目的に、公費負担による公共的なサービスとして提供される「対策型検診」（市区町村の住民健診等）と、個人の死亡リスクを下げることを目的に、受診者の自己負担で実施される「任意型検診」（人間ドック等）がある⁶⁸。日本では現在、対策型検診として、エビデンスが確立している前述の大腸がん、乳がん、子宮頸がんの3種類の検診に加え、胃がんと肺がんの検診が行われている。

日本の胃がん検診は、1960年代という国際的に見ても早い時期に開始されており、バリウムを用いた二重造影法という優れた技術が開発されて普及し⁶⁹、早期胃がん診断に画期的な成果をもたらしたと評価されている⁷⁰。しかし、日本独特の検診方法であったため諸外国から成果について疑問の声があり、死亡率減少のエビデンスを示す必要が生じた⁷¹。バリウム二重造影法については臨床試験は行われておらず、種々のバイアスの影響を受けやすいとされる症例対照研究の結果が有効性の根拠とされている⁷²。こうした経緯もあり、日本と同様に胃がんの多い東アジアや中南米諸国にバリウム二重造影による胃がん検診が普及することはなく、「ガラパゴス化」が指摘されている⁷³。その後、胃がん発見率がより高い内視鏡検査が普及したが、死亡率減少を検証した国内のエビデンスが不十分だったため、対策型検診に含まれていなかった。2015年の胃がん検診ガイドラインの見直しでは、韓国で行われた研究等もエビデンスに含めることで内視鏡検査が推奨されるに至ったが、依然として質の高いエビデンスの不足が指摘されている⁷⁴。

日本の肺がん検診は、もともと結核の発見のために普及していた胸部 X 線検査を、結核が減少した後は肺がん発見を目的に加えて実施しているものである⁷⁵。臨床試験によれば胸部 X 線検査には肺がん死亡率減少の効果はないとされており、米国では喫煙者等の肺がんリスクの高い人に対象を絞った低線量 CT 検査が推奨されている⁷⁶。日本の肺がん検診ガイドラインでは症例対照研究を重要視しており、症例対照研究が示す有効性を根拠に、胸部 X 線検査が推奨されている⁷⁷。

以上のように、日本では臨床試験による信頼性の高いがん検診のエビデンスが不足している状況にあるが、現在、国内でも乳がん超音波検査、乳がんマンモグラフィ検査、大腸がん内視鏡検査などの臨床試験が進行中であり、今後は臨床試験に基づく議論が可能になると期待されている⁷⁸。

⁶⁷ 尾田恭「海外での大腸がん検診の現状」『消化器内視鏡』27(4), 2015.4, p.712.

⁶⁸ 斎藤ほか 前掲注(66), p.228.

⁶⁹ 細川治ほか「対策型検診と任意型検診における胃 X 線、内視鏡、血清学的検査の位置づけと問題点」『胃と腸』50(8), 2015.7, p.991.

⁷⁰ 高見元徹「日本における胃がん検診の歴史とこれからの展望」『癌と人』42号, 2015.1, p.20.

⁷¹ 同上, pp.20-21.

⁷² 祖父江 前掲注(65); 菅野哲平・勝俣範之「がん検診は必要か?」『medicina』52(3), 2015.3, p.454.

⁷³ 細川ほか 前掲注(69)

⁷⁴ 「胃癌検診に内視鏡推奨も課題山積—国立がん研究センターが9年ぶりにガイドライン改訂—」『日経メディカル』44(7), 2015.7, p.22; 細川ほか 同上, p.992.

⁷⁵ 大島明「NCD 対策におけるスクリーニングの限界と展望」『公衆衛生』76(11), 2012.11, p.851; 「無駄で有害な健康診断—医療費を食い潰す「諸悪の根源」—」『選択』40(6), 2014.6, p.111.

⁷⁶ 菅野・勝俣 前掲注(72), p.453.

⁷⁷ 同上

⁷⁸ 大橋靖雄「統計学から医療を斬る (18) 乳がん検診はどこに行くのか?」『メディカル朝日』44(9), 2015.9,

（２）実施体制の問題

日本のがん検診は、検査方法に加え、検診の実施体制についても諸外国と異なるものとなっている。がん検診によって国レベルでがん死亡率を低下させるためには、死亡率減少のエビデンスが確立した検査方法を採用するだけでなく、対象者の多くが検査を受け、要精密検査とされた人が精密検査を受診し、がんが発見された場合は治療を行うという各段階について、十分なカバー率をもって高い質で実施される必要がある。このためには、欧米で「組織型検診」(organized screening)と呼ばれている方法が有効だとされる。対象者を名簿化して管理し、未受診者に個別に受診勧奨して受診率を高め、その後の精密検査や診断・治療の結果を把握するとともに、対象集団での最終的ながん死亡率を評価する体制を整備するものである⁷⁹。こうした精度管理によって、諸外国では、乳がん、子宮がんで実際に死亡率低下という成果が報告されている⁸⁰。

一方、日本のがん検診は、受診率が20～30%程度にとどまり、国際的に見ても低いことが問題となっている⁸¹。精密検査の受診率も低い⁸²。また、そもそも日本では、がん検診の実施数や受診率が正確に把握できていないという問題がある。特に国民の多数を占める被雇用者を対象とした職域健診では、がん検診の実施義務がなく、実態すら正確にわかっていない等、有効な組織型検診を導入するための基盤が整っていない⁸³。

3 予防医療の推進

（１）予防医療と特定健診

日本では、医療費の抑制のため、予防医療と健康づくりへの政策的な関心が高まっている⁸⁴。欧米では、予防に関する施策のエビデンスが蓄積されており、例えば米国では、専門の委員会が、がん検診、糖尿病予防、肥満対策、禁煙、予防接種等の保健事業についてのエビデンスをレビューし、推奨事項をガイドラインとして公表している⁸⁵。

日本における医療費削減を目的とした大規模な予防医療の事業としては、2008年度に導入された特定健診がある。医療保険の保険者が、加入者を対象に毎年健診を行い、生活習慣病の予備軍であるメタボリック症候群の該当者を抽出して生活改善の保健指導を行うものである。

この特定健診は、導入時、エビデンスに基づいていないとして医療関係者を含め大きな論争を巻き起こした。メタボリック症候群の概念については、当時、国際的にも合意が存

p.57.

⁷⁹ 斎藤博「大腸がん検診—成果を上げるには—」『成人病と生活習慣病』44(6), 2014.6, p.648.

⁸⁰ 同上, p.647.

⁸¹ 厚生労働省編『厚生労働白書 平成26年版』p.417.

⁸² 立道昌幸「職域でのがん検診—胃がん検診の転換期—」『健康開発』16(3), 2012.5, p.9; 斎藤 前掲注(79), p.649.

⁸³ 斎藤博「がん対策としての大腸がん検診の現状と問題点」『消化器内視鏡』27(4), 2015.4, p.593; 「職域がん検診の実態を調査」『週刊社会保障』69(2850), 2015.11.16, p.15.

⁸⁴ 厚生労働省「「国民の健康寿命が延伸する社会」に向けた予防・健康管理に関する取組の推進」2013.8.30. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000019326.html>>

⁸⁵ 福田吉治・今井博久「地域における特定健診・保健指導の進め方—エビデンスと理論に基づく実践とスキルアップに向けて—」『保健医療科学』57(1), 2008.3, p.25; Community Preventive Services Task Force, 2014-2015 Annual Report to Congress, Federal Agencies and Prevention Stakeholders, including a Special Report on Recommendations to Prevent Cancers, June 2015. <<http://www.thecommunityguide.org/annualreport/2015-congress-report-full.pdf>>

在せず⁸⁶、従来の健診と比べて生活習慣病を減らすという十分なエビデンスがないと言われていた⁸⁷。日本の特定健診の基準では、腹囲が男性で 85 センチ、女性で 90 センチ以上であることを必須とし、高血圧、血糖値、血中脂質、喫煙等のその他のリスク要因の有無で該当者が選定される。この基準は、腹囲基準を必須とする点で 2009 年に世界の主要な関連学術団体が合意したメタボリック症候群の基準と異なっており、腹囲基準の妥当性については現在でも議論が続いている⁸⁸。世界保健機関（WHO）は 2010 年に、メタボリック症候群は教育上は有用な概念だが診断・健康施策上の有用性には限界があると注意喚起しており⁸⁹、日本の研究者も、健診項目の見直しとエビデンスに基づく基準設定の必要性を主張している⁹⁰。

（２）特定健診の有効性

厚生労働省は特定健診の効果検証を進めており、保健指導の対象者のうち、保健指導の参加者（終了者）と不参加者を比較すると、参加者は不参加者より検査値が改善し、医療費が少なかったことを報告している⁹¹。しかし、この検証では保健指導に自らの意思で参加した人と参加しなかった人を比べているため、両グループのもとの健康意識の違いが排除されておらず、また医療費の減少額は保健指導に要したコストを上回っていない⁹²。特定健診には保健指導以外のコストもかかっており、総事業費や公費投入に見合う成果が上がっているかを検証する必要があると指摘されている⁹³。

本来であれば、特定健診の効果を正確に評価するためには、特定健診の対象外となっている集団を比較対象とする必要があるが、特定健診はすでに日本全国が対象となっているため、適切な比較対象を設定できないという問題がある⁹⁴。エビデンスに基づく医療政策の観点からすれば、信頼性の高い研究でエビデンスを十分蓄積した上で、政策として普及することが望ましい⁹⁵。しかし、日本では効果が確認される前に本格的な事業を開始することが繰り返される傾向があると指摘されている⁹⁶。介護においても、2006 年度の介護保険制度改革で介護予防事業が導入されたが、有効性についての評価・検証が不十分であり、対象者選定に高額な費用がかかるなど多くの問題があることが指摘されている⁹⁷。

⁸⁶ 小田栄司「メタボリック症候群の限界と今後の展望」『循環器内科』77(4), 2015.4, p.397.

⁸⁷ 和田秀樹「【正論】メタボ診断に疑問続出の理由」『産経新聞』2008.10.3; 「来春スタート、メタボ健診 医療費「減量」疑問」『読売新聞』2007.10.14.

⁸⁸ 合意された世界共通診断基準では、腹部肥満、血圧値、血糖値、中性脂肪値、コレステロール値の 5 項目中、3 項目の該当でメタボリック症候群と診断する。高原充佳「メタボリックシンドロームにおけるウエスト周囲長の基準」『医学のあゆみ』250(9), 2014.8.30, pp.629-635; 小田 前掲注(86), pp.396-402.

⁸⁹ R. K. Simmons et al., “The metabolic syndrome: useful concept or clinical tool? Report of a WHO Expert Consultation,” *Diabetologia*, 53(4), 2010 Apr., pp.600-605.

⁹⁰ 大櫛陽一「特定健診・特定保健指導の医療費に及ぼす影響」『病院』67(7), 2008.7, p.596.

⁹¹ 「外来医療費に 3 年間で 2 万円程度の差—第三次中間取りまとめ、検査値改善や適正化の継続を確認—」『週刊国保実務』2966 号, 2015.7.6, pp.2-7.

⁹² 「特定健診・保健指導一定の効果示している—塩崎厚労相の答弁—」『週刊国保実務』2956 号, 2015.4.20, p.6.

⁹³ 鈴木亘ほか「特定健診・特定保健指導の効果測定—プログラム評価の計量経済学からのアプローチ—」『医療経済研究』27(1), 2015.7, p.3.

⁹⁴ 福田洋「職場での特定保健指導の評価と課題—丁目 1 番地のその先へ—」『健康開発』17(4), 2013.5, p.25.

⁹⁵ 福田・今井 前掲注(85), p.24.

⁹⁶ 同上, p.25; 大島明「NCD 対策におけるスクリーニングの限界と展望」『公衆衛生』76(11), 2012.11, p.851.

⁹⁷ 近藤克則「保健・医療・介護における効果・質・格差の評価—到達点と課題—」『フィナンシャル・レビュー』123 号, 2015.6, pp.137-140.

おわりに

諸外国では、医療費が増大する中、エビデンスを活用することによって合理的な医療政策を実現し、医療の費用対効果を高めようとしている。日本でも、今後は医療に投入できる資源に制約がかかるため、合理的な医療を追求しない限り医療の質が維持できなくなると指摘されている⁹⁸。また、エビデンスによって効果がない施策やサービスを明らかにできれば、それを廃止することで痛みを伴わない無駄の削減もありうることになる⁹⁹。

しかし、本稿で見たように、日本はエビデンスの活用という点で、諸外国に遅れをとっている面が少なくない。しかも、そのことが必ずしも広く認識されていない。

いまや、エビデンスに基づく政策立案は、医療以外の様々な分野でも議論されるようになった¹⁰⁰。明確な根拠に基づき、限られた予算を有効な施策に優先的に振り向ける必要性は、今後あらゆる政策分野でますます高まるだろう。エビデンスを単なる流行語にせず、その含意を正しく理解した上で、政策立案につなげていく姿勢が求められる。

⁹⁸ 桐野高明・松田晋哉「対談 医療の質指標は何をもたらすか」『病院』74(11), 2015.11, p.782.

⁹⁹ 近藤 前掲注(97), p.133.

¹⁰⁰ 家子直幸ほか「エビデンスで変わる政策形成—イギリスにおける「エビデンスに基づく政策」の動向、ランダム化比較試験による実証、及び日本への示唆—」2016.2.12. 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング HP <http://www.murc.jp/thinktank/rc/politics/politics_detail/seiken_160212.pdf>; 「特集 エビデンスに基づく実践の世界的動向と日本における取り組み」『日本評価研究』10(1), 2010.3, pp.1-73.