

費用効果平面

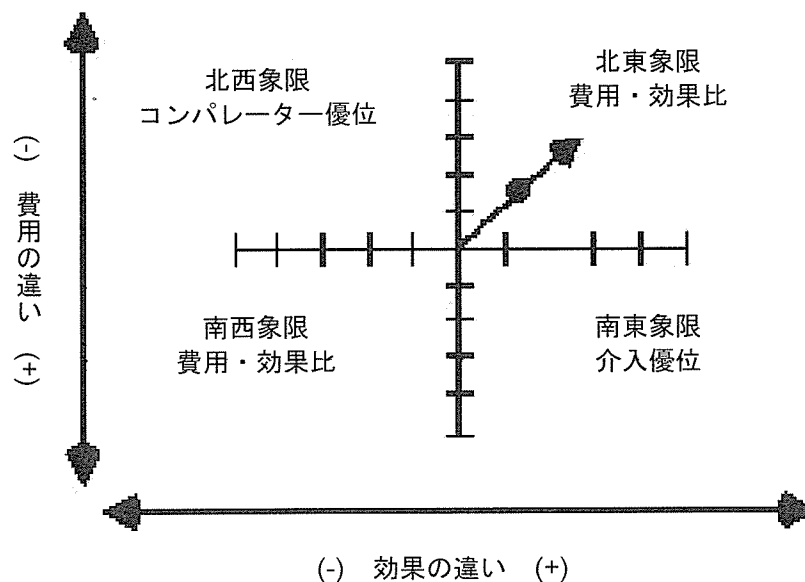
Black¹⁰⁷ は、結果を図表で提示する別の方法を提案しており、その実例が Glick *et al.*¹⁰⁸ の論文に示されている。この例では、増分費用効果が費用効果平面に表示されている。介入の増分効果と増分費用が、コンパレーターを原点として、それぞれ X 軸と Y 軸で示された 4 つの象限に記入されている（図 2）。原点と費用効果の組み合わせとを結ぶ直線の傾きが、ICER の結果である。コンパレーターより効果的かつ高価な事例の結果は北東象限に、コンパレーターより効果が小さく安価なものは南西象限に位置する。北西象限（すなわち、コンパレーターが介入よりも優位）と南東象限（すなわち、介入がコンパレーターよりも優位）に位置する事例については、ICER の結果を計算することができない。

費用効果平面を利用すれば、代替戦略（例：下位集団によってスクリーニングの間隔を変える）の増分費用と増分効果の結合分布を同時に（視覚的に）比較することができる。Mandelblatt *et al.*¹⁰⁹ に一例が示されており、Mark *et al.*¹¹⁰ にこの方法についての説明がある。

散布図

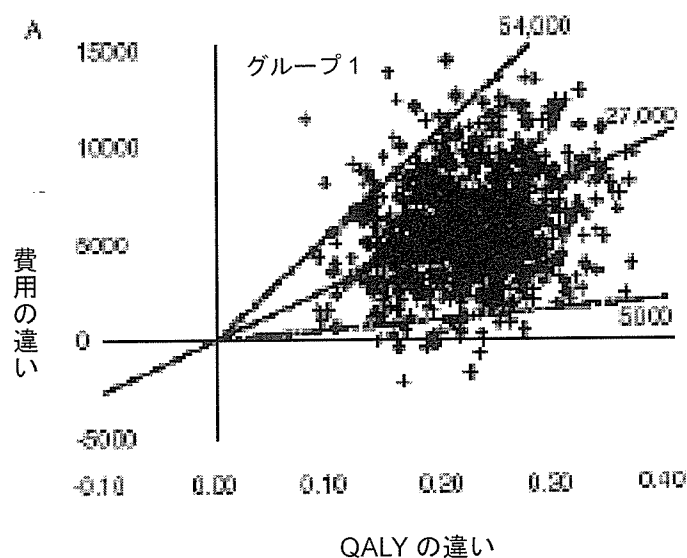
PSA については、分析者に、図 3 に描写される費用効果平面の散布図を利用し、ICER の結果を提示することを奨励する。この例では、ブートストラップ法を利用して不確実性を定量化し、平面に複製を記入している。平均的な結果（27,000 ドル/QALY）と 95% の信頼区間（5,000 ドル/QALY および 54,000 ドル/QALY）が示されている。

図 2：費用効果平面



出所：Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 2003, vol. 1, issue 1, pp 25-36¹⁰⁸、Future Drugs Ltd.の許可を得て転載

図 3：散布図

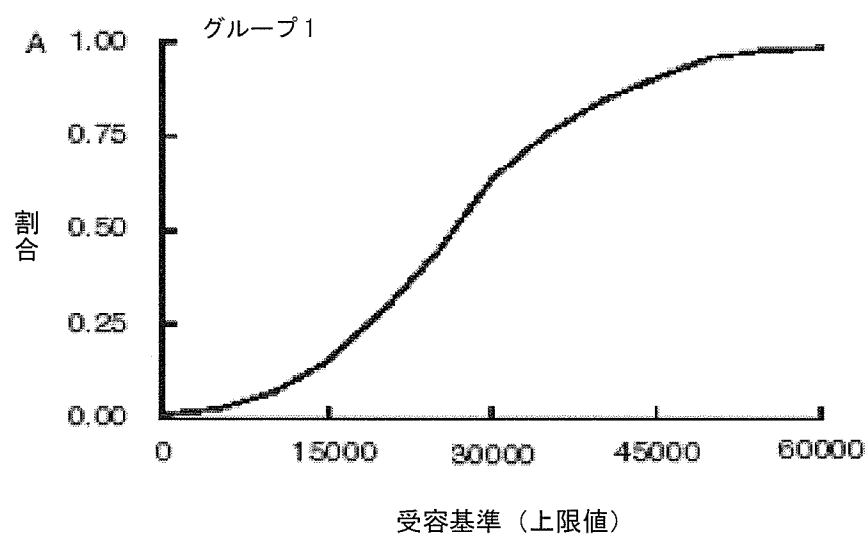


出所：Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 2003, vol. 1, issue 1, pp 25-36¹⁰⁸、Future Drugs Ltd.の許可を得て転載

費用対効果受容曲線（CEAC）

純便益指標を利用する場合は、PSAの結果をCEACとして示すことができる（図4）。CEACは、データを入手可能と仮定して、介入がそれぞれの上限值（または支払意思額の限界値）で費用効果的である確率を示す。この曲線は、確率50%でICERが27,000ドル/QALYであることを例示している。また、介入が54,000ドル/QALY以下になる確率が95%であることも示している。CEAC空間では（例えば臨床事象リスク別の）さまざまな患者層について複数のCEACを利用し、不確実性と可変性に関する結果を同時に提示するとともに、割引率など他の（非標本抽出）パラメーターの変化の影響を表示することができる。

図4：費用対効果受容曲線



出所：Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 2003, vol. 1, issue 1, pp 25-36¹⁰⁸、Future Drugs Ltd.の許可を得て転載

付録 2：既存の経済的証拠のレビュー

既存の経済的証拠のレビューを実施するための重要なステップと、レビュー・プロセスにおいて偏りを最小限に抑える可能性のある品質管理方策がいくつかある。標準報告フォーマット（付録 3）には、介入の既存の経済的証拠のレビューに関するセクションが盛り込まれている。

イギリス国民保健サービス（NHS）レビュー普及センター（CRD）の出版物、*Undertaking systematic reviews of research on effectiveness: CRD's guidance for those carrying out or commissioning reviews*, by Khan *et al.*¹¹¹ (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/report4.htm>) を参照。役立つ教科書は、Khan *et al.*¹¹² による *Systematic reviews to support evidence-based medicine: how to review and apply findings of healthcare research* である。

レビュー・プロセスの各ステップ

- ・ 研究課題の定義
- ・ 文献調査の実施
- ・ 関連研究の選択
- ・ 選択した研究からのデータ抽出
- ・ 選択した研究の質の評価
- ・ 抽出データの統合および分析
- ・ 結果の解釈および報告

偏りを最小限に抑えるために、レビューに良き慣行の以下の要素を組み込むことができる。

- ・ 資格のある司書または情報スペシャリストによる文献調査
- ・ 関連研究を選択するための透明な管理プロセス
- ・ 関連研究を選択するための所定の適格基準
- ・ 研究の質を評価するための基準リスト
- ・ 所定のデータ抽出フォーム
- ・ 研究選択、データ抽出および品質評価への 2 人のレビュー担当者による独立した関与

既存の経済的研究をレビューする目的は、意思決定者や研究者にとって役立つ系統的な方法で、利用可能な知識を要約することである。偏りを最小限に抑えるために、臨床研究の系統的レビューに利用されるものと同様の方法を、経済的研究のレビューに適用することができる。レビュー・プロセスの実施にあたり、品質管理を確保するとともに偏りを最小限に抑えるために、以下の指針が示されている。

プロトコル

系統的レビューのためにプロトコルを作成すべきである¹¹¹。プロトコルには明確な研究課題を記載し、レビュー対象に含める関連研究を選ぶための適格基準を明記すべきである。適格基準は、関連 PICOS、すなわち母集団 (population)、介入 (intervention)、コンパレーター (comparators)、(費用効果分析の) アウトカム (outcomes) および研究設計 (study design) (すなわち、検討対象の経済的研究の種類) に関して設定することができる。除外基準を特定することもできる (例：抄録のみ、発展途上国で設定された研究)。

文献調査

レビュー・プロセスの重要な構成要素は、偏りのない包括的な文献調査の計画・実施である。経済的証拠の出所には、電子書誌データベース、統計データ、関連論文からの参考文献リスト、灰色文献、研究一覧、信頼できるウェブサイトが含まれる^{111,113}。NHS 経済的評価データベース (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/nhsdhp.htm>) や医療経済評価データベースなどの専門経済データベースは、発表された経済的評価の特定の側面に関する情報を提供している。これは技術メーカーやコンテンツ専門家、適切な規制当局と接触するうえでも役立つだろう。情報スペシャリストや司書がレビューチームと協力し、調査戦略を立案・実施することが推奨される。

研究の選択

適格基準を利用し、文献調査を通して検索された資料を選択する。第 1 段階では、潜在的に関連のある引用文献を選び、続いて関連論文を選択する。偏りを最小限に抑えるために、それぞれの段階で 2 人の独立レビュー担当者が資料選びを実施できる。レビュー担当者同士の意見が一致しない場合は、前もって合意された方法 (例：議論による合意または第三者の関与) により解決することができる。Moher *et al.*¹¹⁴ で説明されているもののよう、研究の管理を描写するフロー・チャートを含めることが推奨される。

データ抽出

レビュー対象とされた研究について、2 人の独立レビュー担当者は、関連情報を抽出するために所定のデータ抽出フォームを利用することができる。データ抽出フォームのサンプル・テンプレートは、「CRD ガイダンス」文書¹¹¹ に収録されている。抽出された情報には、研究の特徴、方法、重要なパラメーター値、データソース、結果、研究の結論、研究資金源などが含まれる。

対象となる環境や管轄区域への研究結果の移転可能性に関する判断の参考とするために、研究の費用、効果および選好 (効用) の推定値を透明性のある方法で報告すべきである。主要な利用資源の種類と量、単位費用、また費用の年や通貨を報告すれば有用である。

研究の質の評価

基準リストを利用して、選択した研究の質をそれらの方法論的要素に関して評価することができる¹¹¹。2つの利用可能な基準リストは、経済関連提出物のための「英国医学会会報ガイドライン」¹¹⁵ (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/313/7052/275>) と、「医療経済基準に関する合意 (CHEC)」リスト¹¹⁶ (<http://www.beoz.unimaas.nl/cheec>) である。偏りを最小限に抑えるために、2人の独立レビュー担当者が基準リストを適用できる。品質評価の方法について説明すべきである。

データの統合・分析

選択した研究からの情報を統合するために利用する方法について説明すべきである。定性的アプローチが最もよく利用される。これは抽出された情報を2つの表にまとめる方法で、1つは選択した研究の特徴に関する情報を記載する表、もう1つは結果を記載する表である。後者には、個別研究における効果の方向性と大きさ、および総費用を示す表が含まれる場合がある。結果の置換表 (permutation plot) の利用も、使うことのできる1つの方法である（「CRD ガイダンス」文書を参照）¹¹¹。

結果の解釈・報告

主な調査結果を要約し、限界（例：利用した方法、データの利用可能性、結果の関連性）がある場合は特に言及すべきである。結論を引き出す際に考慮すべき要因として、次のようなものが挙げられる。

- ・ 選択した研究の数
- ・ 研究内（例：感度分析）・研究間における結果の整合性
- ・ 結果の重要性
- ・ 研究の質または限界
- ・ 対象読者や管轄区域にとっての研究の一般化可能性または関連性

分析者は方法や入力を比較することにより、研究間の結果の違いを解消しようと試みることができる。分析者は、研究における臨床的証拠が分析者の評価で利用された証拠と食い違わないかどうか調べるべきである¹¹¹。他の研究や系統的レビューの結果との比較について報告することができる。

付録 3：標準報告フォーマット

経済的評価の報告書作成のための構造化された報告フォーマットを使えば、研究を完全に提示し、意思決定者によるレビューや比較を促すために首尾一貫した方法で構成することができる。標準報告フォーマットは、CADTH のウェブサイト (<http://www.cadth.ca>) からダウンロードできる。

報告書は可能な限りこのフォーマットに従うべきだが、場合によってはフォーマットを変えたほうが適切かもしれない。例えば、報告書の各セクションを並べ替えたり、評価と無関係であれば特定のセクションを除外したりすることができる。研究は透明性のある明確な方法で提示し、読者が分析の妥当性を批判的に評価できるよう十分な情報を提供すべきである。概要と結論は、非技術系の読者が理解できるように書くべきである。

文体や書き方の決まりに関する役立つヒントは、「CADTH 医療技術報告書執筆者のためのガイドライン」¹⁰⁵に記載されている。

序文

- ・ 執筆者のリスト、所属および貢献に関する説明
- ・ 謝辞
- ・ 資金供給・報告関係、研究スポンサー、契約上の取り決め、分析者の自主性、著作権の開示。利害対立の公表（ガイドラインと公表テンプレートは、<http://www.cadth.ca> の「CADTH 医療技術報告書執筆者のためのガイドライン」¹⁰⁵に記載されている。

概要

概要は 1～2 ページにまとめ、非技術系の言葉で書くべきである。

- ・ 問題：その経済問題に関する説明、またはその技術を評価する理由
- ・ 目的
- ・ 方法
- ・ 結果：研究結果の数字・記述による要約
- ・ 考察：研究の限界、研究結果の関連性、保健サービスへの影響
- ・ 結論：評価の最終結果、結果に関する不確実性、警告を明示

目次

略語

用語解説

1. 目的

1.1 報告書で扱う問題の説明

- ・ 読者のために状況説明を行い、分析の理由を記載する（例：資金供給や費用の影響、競合技術の問題）。

1.2 研究課題の記載

- ・ 研究課題を定義して回答可能な形で明示し、対象読者に関連づける。
- ・ 患者と母集団、介入、コンパレーターを定義する。
- ・ 研究課題および関連する2次的課題の主要な視点を明示する（例：介入が下位集団に与える影響）。
- ・ 主要対象読者と、考えられる2次的対象読者を明確にする。

1.3 研究の目的

2. 背景

2.1 症状の概評

- ・ 研究対象の症状別・母集団別患者群を明示する。
- ・ 病因、病理、診断、リスク要因、予後（適切な場合）を列挙する。
- ・ カナダにおける当該症状の疫学（すなわち、発病率または有病率）および負担について説明する。
- ・ カナダにおける当該症状の経済的影響・負担について説明する。
- ・ カナダにおける現在の臨床慣行について説明する。標準的治療法ガイドラインを参照する（適切な場合）。適応症の代替策の説明または比較を盛り込む。

2.2 技術に関する説明

- ・ 薬剤については、商品名・一般名、投与形態、投与経路、推奨投与量、治療期間、薬効分類、作用機序を明示する。
- ・ 非薬剤技術については、基本的特徴、基礎となる理論または概念を明示する。
（例えば臨床用途関連の）長所・短所を列挙する。
- ・ 有害事象、禁忌、注意、警告を明示する。
- ・ 適切な場合は、技術が対象とする設定（例えば病院ベース）について説明する。
- ・ 介入とコンパレーターの単位費用を示す。

2.3 規制状況

- ・ カナダで承認された研究対象の適応症を列挙する。該当する母集団や下位集団、承認日など。
- ・ カナダで追加承認された適応症を示す。
- ・ 他国の規制状況と承認された適応症を記載する。

3. 経済的証拠のレビュー

- ・ 同じ技術および同様の研究課題に取り組む既存の経済的研究について考察する。レビュー対象研究の方法および結果に関する要約を記載する（表にまとめたり、付録に含めたりすることができる）。
- ・ 系統的レビューを実施したら、レビューの各ステップ（付録2）を確認して考察する。付録として、文献調査戦略、対象に含めた研究と除外した研究のフロー・チャート、データ抽出フォーム、品質評価基準リストを収録する。
- ・ 対象読者にとってのレビュー対象研究結果の関連性および一般化可能性について論評する。

4. 方法

経済ガイドラインに概説される経済的評価の各要素が、どのように取り扱われているかについて報告する。

4.1 経済的評価の種類

- ・ CUA、CEA、CMA、CBA または CCA について説明し、実施した種類の評価の正当性を示す。

4.2 ターゲット集団

- ・ 介入または予想される利用のターゲット集団と医療設定について説明する。必要に応じて、分析対象となる母集団の下位集団について説明し、その正当性を示す。

4.3 コンパレーター

- ・ 選択したコンパレーターについて説明し、その正当性を示す。コンパレーターの選択を研究対象集団と現地の状況や慣行に関連づける。

4.4 視点

- ・ 分析で利用した視点（例：公的支払機関、社会）を明示し、その正当性を示す。

4.5 効果

a) 効力および効果に関する証拠

- ・ 分析で利用した効力および効果に関する証拠の詳細を示す（長くなる場合は、セクション3の前に別個のセクションを設けるか、付録に含める）。
- ・ 臨床研究については、PICOS（参加者、介入、コンパレーターまたは対照、アウトカム、研究設計）について報告する。
- ・ 重要で関連性がある場合は有害事象について説明する。
- ・ 情報源（例：試験、個々の試験のメタ分析、文献、専門家の意見）を示す。

b) モデリング効果

- ・ 効果に影響を与えそうな要因（例：遵守、診断精度）を特定し、これらが分析においてどのように考慮されたかを説明する。データのモデリングや外挿（例：短期アウトカムから長期アウトカムへ、代用アウトカムから最終アウトカムへ）に利用された因果関係や手法について説明する。関係・関連に関する証拠の強さについて説明する。

4.6 測定対象期間

- ・ 分析に利用した測定対象期間を示し、その正当性を証明する。

4.7 モデリング

a) モデリングに関する考慮事項

- ・ 研究設計について説明する。モデリング、試験ベースの分析、プロスペクティブ分析・レトロスペクティブ分析、あるいは複数の方法の併用。
- ・ モデル構造について説明する。範囲、構造および仮定について説明し、その正当性を示す。モデル・ダイアグラムまたは決定樹を含めることが推奨される。
- ・ モデルの検証方法について説明する。ここではモデルのさまざまな側面（例：モデル構造、データおよび仮定、モデル・コーディング）を検証し、さまざまな検証方法（例：トップダウン法とボトムアップ法によるモデル結果の確認、他のモデルとの比較）を利用する必要があるかもしれない。適切な場合は、検証作業の結果を付録として添付することができる。

b) データに関する考慮事項

- ・ 他のデータまたは仮定を列挙し、出所および正当性を示す。これは当該症状の有病率や発病率などの疫学的因子に関する詳細を含むかもしれない。
- ・ 統計分析を実施した場合は、打ち切りデータがどのように取り扱われたかについて説

明する。

4.8 アウトカムの評価

- それぞれの代替策について、すべての関連アウトカム（重要な有害事象を含む）を特定して測定・評価する。
- 情報・データの出所、仮定および正当性を示す。
- 利用した HRQL 測定方法を示し、その正当性を証明する（その手段のコピーを付録に含めることができる）。選好を引き出す方法と測定対象の母集団について説明する。
- 検討されたが（合理的な理由により）拒絶された他のアウトカムを記載する。

4.9 資源利用と費用

- 分析に含まれるすべての資源を特定して測定・評価する。
- 利用した費用計算方法（例：総費用計算またはマイクロ費用計算）を報告する。
- 資源を視点に関連するカテゴリーに分類する（例：公的支払機関を含む関連機関）。
- 資源量と単位費用を別個に報告する。
- 追加費用を回避された費用と区別する。
- 損失時間（生産性の損失など）の費用計算に利用した方法を報告する。損失時間を特定して測定・評価する。時間費用が考慮されていない場合は、その正当性を示す。
- すべての情報・データの出所と仮定を報告する。

4.10 割引率

- 費用とアウトカムに利用した割引率を示し、その正当性を証明する。

4.11 可変性と不確実性

a) 可変性の取り扱い

- ターゲット集団の層別基準について説明し、その正当性を示す。異なる結果が予想される推測的に特定可能な下位集団があるかどうかを（例えば、効果、選好・効用、費用に基づいて）明示する。
- 他の種類の可変性（例：費用や慣行パターンの変動）をどのように分析したかについて説明し、正当とする根拠を挙げる。

b) 不確実性の取り扱い

- 分析における不確実性の原因（パラメーターまたはモデリング）を特定する。
- 不確実性の分析に利用した方法（例：DSA または PSA）について説明する。
- DSA については、パラメーター値の範囲と検証した仮定を明示する。それぞれの出所を示し、正当とする根拠を挙げる。

- ・ PSA については、確率分布の形態とモンテカルロ反復の回数を明示し、出所および正当性を示す。

4.12 公平

- ・ 公平に関する仮定（例：QALY は万人にとって等価である）を明示する。
- ・ 当該技術によって利益を得たり悪影響を受けたりする可能性のある主要下位集団の公平関連特徴を特定し、それらがどのように分析されたかについて説明する。

5. 結果

5.1 分析と結果

- ・ すべての分析を段階的に提示し、必要に応じて計算を反復できるようにする。まず個別に分析を提示し、すべての視点を別々に示す。適切な場合は、さまざまな測定対象期間と実施した各種の経済的評価に関する分析を別個に示す。
- ・ 割引前の合計額（総額および純額）を示したうえで集計・割引を行う。
- ・ ICER の分子（各代替策の費用）および分母（各代替策のアウトカム）の構成要素を示す。
- ・ アウトカムについては、まず自然単位で表したうえで、QALY や貨幣便益などの代替的単位に換算する。
- ・ 結果をまとめた表を付録に掲載する。結果を視覚的に表示することが奨励される。

5.2 可変性分析の結果

- ・ 分析したすべての下位集団の結果を示す。
- ・ 公平の調査に適した下位集団について、分布効果（すなわち便益、損害、費用）と ICER の結果を示す。
- ・ 他の種類の可変性（例：費用や慣行パターンの変動）に関する分析の結果を示す。

5.3 不確実性分析の結果

- ・ 感度分析の結果を明示する。
- ・ 不確実性の最大の原因（すなわち主因）を特定する。

6. 考察

6.1 結果の要約

- ・ すべての合理的な代替策の文脈において、主な分析結果を批判的に評価・解釈する。
- ・ 証拠に基づき、当該介入が実際に行われている場所に焦点を当てる。

- ・ 結果の不確実性と結果の主因について考察する。
- ・ 便益と損害、費用とのトレードオフについて考察する。

6.2 研究の限界

- ・ 分析に関する重要な限界と問題について考察する。例えば、方法論上の限界・問題、仮定の妥当性、データに関する証拠の強さ、モデルで利用した関係または関連など。利用したデータや方法が、1つの代替策を支持する方向に分析を偏らせる可能性がないかどうか説明する。

6.3 他の経済的研究

- ・ 他の経済的研究をレビューした場合は、これらの研究の方法・結果を本研究と比較する。

6.4 一般化可能性

- ・ 関連管轄区域・母集団にとっての結果の一般化可能性または関連性、データやモデルの妥当性について論評する。
- ・ 疾病疫学、人口特性、臨床慣行パターン、資源利用パターン、単位費用その他の関連要因に関する地域差について論評する。違いがある場合は、結果への影響（予想される方向性と大きさ）および結論への影響について考察する。

6.5 公平問題

- ・ 分布問題を示す（例：主要受益者と悪影響を受ける者）。
- ・ 他の倫理上・公平上の影響や問題を列挙する。例えば、地域または患者特性によって、介入への患者のアクセスにばらつきが生じる可能性があるか。その技術は特定の社会的弱者の満たされていないニーズに取り組んでいるか（例：遠隔地居住者向けのテレヘルス）。その技術は、代替的治療がまったくない最も困窮している人々に敏感に対応しているか（例：「救助の原則」）。

6.6 保健サービスへの影響

- ・ ヘルスケア資源に起こりうる変化や、その技術の採用が保健サービスに与える影響について論評する。これは現在の慣行をどのように変化させるか。
- ・ 実際的な考慮事項として、保健サービス計画問題（例：関連ヘルスケア・サービスの必要性の増大または減少）、実施メカニズム（例：医師診療報酬表の変更、新しい標準的治療法ガイドラインの立案）、人的資源への影響（例：訓練、仕事量）、法律・規制問題、心理社会的問題（例：介入の社会的受容性）が挙げられる。
- ・ 予算への影響に関しては、技術の潜在的資金提供者を確認する。

- ・ 予算への影響を決定しそうな要因（例：疫学的因子、現在のコンパレーター基準利用、介入取り込み率）について説明する。
- ・ 資源利用や予算への影響を、さまざまなシナリオ（例：規範事例、大きい場合、小さい場合）について推定する。予算への影響は、当該期間の総支出、節約および純支出に分解する。

6.7 将来研究

- ・ カナダに関連のある研究を推し進めるため、知識の差と研究分野を確認する。

7. 結論

- ・ 調査目的・課題に焦点を当てる。
- ・ 研究の最終結果、全体的影響、結果に関する不確実性、介入の適切な用途（例：母集団の下位集団）、警告を要約する。

8. 参考文献

9. 付録

- ・ 付録には（実際的な考慮事項や資料の分量に応じて）以下を収録する。データと出所を記載した表；データ収集フォーム、質問票、関連文書；モデル決定樹のダイアグラム；中間結果を含む分析の段階的詳細；結果をまとめた表；結果の視覚的提示（例：図、グラフ）。
- ・ 系統的レビューを実施した場合は、文献調査戦略、対象に含めた研究と除外した研究のフロー・チャート、データ抽出フォーム、品質評価基準リスト、方法の要約、研究結果を収録する。

付録 4：用語解説

有害事象—医療技術が及ぼす好ましくない作用。

遵守（「コンプライアンス」ということもある）—遵守は、患者が以下の治療の 3 要素を満たした場合に達成される。すなわち、受容（治療の受け入れを最初に決定する）、コンプライアンス（推奨治療計画に一貫して正確に従う）、および持続（治療を長期にわたって続ける）³⁴。

極値解析—感度分析の一種で、すべてのパラメーターその他のモデル入力を同時に極値（最高のケースまたは最悪のケース）に変化させる。

分析者—経済的評価を行う人。

ベイズ法—統計学の一部門で、事前情報を信念に基づいて利用し、推定・推測を行う。

予算影響分析—一定期間の計画資源利用と予算支出を推定する方法を適用すること。

コンパレータ—介入の比較の対象となる代替策。

症状—疾病を含む病状。

結合分析（または**離散的選択実験**）—医療技術を構成する代替的特性群の間で離散的選択を行うよう対象者に求めることにより、その技術の便益を評価する手法。技術の費用が特性の 1 つとして含まれている場合、この手法を用いて間接的に支払意思額を確認することができる。

仮想評価—一般的に、医療技術の提供を受けることに対する個人の最大支払意思額、または個人がその技術の提供を受けないことに対する補償として受け入れる最小額を決定することにより、その技術の便益を評価する手法。

費用—ある活動に資源を投入した結果、見送られた機会（厳密に言えば、見送られた最善の機会）の価値（機会費用を参照）。金銭のやりとりを伴わない費用もありうる。ある経済的評価に含まれる費用（および便益）の範囲は、どの視点に立つかによって決まる。平均費用は、産出 1 単位当たり平均費用（すなわち、総費用を生産単位総数で割ったもの）である。増分費用は、代替策と比較して、介入に伴う追加費用である。限界費用は、追加 1

単位の産出を生み出すための費用である。

費用便益分析 (CBA) — 経済的評価の一種で、費用とアウトカムを金額ベースで評価する。

費用結果分析 (CCA) — 経済的評価の一種で、費用とアウトカムをそれぞれ個別に列挙し、これらの結果を（例えば、一般に増分費用効果比として）統合しない。

費用対効果受容曲線 (CEAC) — データを入手可能と仮定して、介入がさまざまな支払意思額の限界値（または上限値）で費用効果的である確率のグラフ表示。

費用効果分析 (CEA) — 経済的評価の一種で、獲得余命年数や臨床事象の回避といった自然（健康）単位でアウトカムを測定する。この用語は、あらゆる種類の経済的評価を指すために用いられることもある。

費用最小化分析 (CMA) — 経済的評価の一種で、介入と代替策が決定関連要因（費用を除く）に関して同等であるとみなし、最低費用を選択する。

費用効用分析 (CUA) — 経済的評価の一種で、アウトカムを健康関連の選好として測定し、多くの場合、質調整後余命年数 (QALY) として表す。

決定樹—代替的選択肢、不確定事象（およびその確率）、アウトカムを組み入れた意思決定のグラフ表示。

決定論的感度分析 (DSA) — 一元・多元感度分析を利用する決定分析方法。1つまたは複数のモデル入力を異なる値（またはプロセス）に置き換える。一元感度分析は、他のモデル入力を一定に保ちながら、あるモデル入力の値を妥当と思われる範囲内で変化させる。

直接費— 介入を提供するにあたって、または介入に関連する有害事象その他の現在・将来の結果に対処するにあたって利用される、すべてのヘルスケア資源の価値。一般的に、薬物治療、医師受診、臨床検査、入院を含む。

直接選好測定— 基準的賭け法や時間得失法などの手法を利用した選好の直接測定。

割引— 割引率を利用して、将来（一般的に 1 年以上先）に発生する費用・便益の流れを同等の現在価値に変換するプロセス。

分布効果—母集団の下位集団間における技術の便益、損害、費用（および費用効果）の分布。

優位（単純、強または厳密）—介入が代替策よりも効果的かつ安価である状態。

経済的評価—検討対象の代替策の費用および結果を特定、測定、評価、比較するために分析方法を適用すること¹。資源配分的意思決定を支援するために効率の問題に焦点を当てる。

効果—日常的環境または「現実の」環境で、定義された母集団において介入が便益を生み出す程度。効力と比較されたい。

作用修飾—第 3 因子の値による作用指標の大きさの変化。この因子は作用修飾因子と呼ばれる。

効力—管理された状況または理想的な状況で、定義された母集団において介入が便益を生み出す程度。効果と比較されたい。

効率—利用可能な資源から最大限の便益（すなわち、金額に見合う価値）が生み出される程度。2 種類の（関連する）効率は、技術効率と分配効率である。

公平—健康に関して、個人間または集団間における資源、介入またはアウトカムの配分の「公正さ」⁸⁹。

拡大（または弱）優位—介入が代替策よりも高価かつ効果的であり、増分費用効果比が低い状態。

外的妥当性—研究の結論を研究対象外の母集団および環境に一般化できる程度。

外挿—測定範囲外のモデル・パラメーターの値を予測すること、または関連アウトカムのパラメーターの値を推測すること（例：HIV ウイルス量の改善からエイズ発症率の低下を外挿）。

最終アウトカム—寿命と生活の質に直接関係のある健康アウトカム。実例として、獲得余命年数や、質調整後余命年数が挙げられる。

摩擦費用法（FCA）—摩擦期間（すなわち、欠勤開始から復職までの期間）の生産損失の

値を計算することにより、生産性費用を推定する方法。人的資本法と比較されたい。

一般化可能性—ある設定または母集団で得られた結果を別の設定・母集団に適用または外挿できるかどうかという問題⁹⁴。この用語は「移転可能性」、「移送可能性」、「外的妥当性」、「関連性」または「適用性」と呼ばれることもある。

総（またはトップダウン）費用計算—入院 1 日当たり費用など、大きな要素を費用計算の基準として利用する費用計算法。マイクロ費用計算と比較されたい。

ガイドラインステートメント—経済ガイドラインの文脈において、経済的評価を行う際に分析者が従うべき指針の要点。

医療技術—健康増進、症状の予防や診断、治療、リハビリや長期ケアの改善といった実際の職務に、科学知識その他の系統的な知識（あらゆる手段、手法、製品、プロセス、方法、組織、システムを含む）を適用すること。薬剤、ワクチン、医療機器、内科的・外科的処置、疾病予防・検診活動、健康増進活動、組織・管理システム（遠隔医療など）を含む。これらの技術は、さまざまな症状管理・治療戦略になりうる。

健康関連の生活の質（HRQL）—個人の福祉に関連する重要な身体的、社会的、情緒的側面。疾病特異的測定手段、包括的測定手段または選好に基づく測定手段を利用して評価することができる。

人的資本法（HCA）—病気のために失われた個人の全雇用期間に基づいて生産性費用を推定する方法。摩擦費用法と比較されたい。

重要な患者アウトカム—経済ガイドラインの文脈において、患者の健康にとって重要な有効アウトカム。疾病特異的な事象（例：脳卒中や HIV 感染の回避）、最終アウトカム（例：獲得余命年数）、確認済み代替アウトカムを含む。

増分費用効果比（ICER）—介入および代替策の費用の違いとアウトカムの違いとの比率。

間接選好測定—関連文書（例：健康効用指標⁵⁵や EQ-5D^{58,59}）を利用し、直接測定を実施せずに選好を測定すること。

介入—経済的評価で評価の対象となる医療技術。

余暇時間—有給または無給（例：インフォーマルな介護）の仕事に費やされない時間。

限定的利用基準—処方集の薬剤を対象とする償還区分で、医薬品認可に表示されている患者よりも（例えば、特定の臨床基準に基づき）制限的な患者下位集団に償還される。

マイクロ（またはボトムアップ）費用計算—患者が利用した詳細な資源に基づく品目ごとの費用計算法。総費用計算と比較されたい。

有意義な（または重要な）違い—経済ガイドラインの文脈において、主な分析結果に大きな影響を与えるか、意思決定者が直面する決定に重要な関係を持つ可能性がある違いまたは影響（例：決定や報告書の結論を変える可能性があるもの）。

モデル入力—モデルのパラメーター（例：アウトカム、資源利用、効用）およびモデル設計上の特徴（例：モデル構造、分析方法、仮定）。

モデル不確実性—モデル設計上の特徴（例：モデル構造、分析方法、仮定）に関連する不確実性。モデル不確実性はモデル作成者の選択や仮定に依存する。

モンテカルロ・シミュレーション—シミュレーション・モデリングの一種で、乱数を利用して不確実性の作用を捕捉する。複数回のシミュレーションを行い、それぞれのシミュレーションの確率分布から無作為に、分析対象の各不確定パラメーターの値を選ぶ。シミュレーション結果をまとめ、全体的結果の確率分布を示す。

純便益—経済的評価の結果を（増分費用効果比ではなく）、貨幣単位（「純貨幣便益」と呼ばれる）またはアウトカム単位（「純健康便益」と呼ばれる）で報告する方法を指す。費用便益分析における（増分）純便益は、介入の総便益と総費用の差額から代替策の総便益と総費用の差額を差し引いた額である。

機会費用—消費された資源の費用を次善の資源利用方法の価値として表したもの。

アウトカム—症状または介入の結果。経済ガイドラインにおいて、アウトカムは多くの場合、代用アウトカムや重要な患者アウトカムなどの健康アウトカムを指す。

パラメーター不確実性—モデルのパラメーター（例：健康アウトカム、効用、資源利用）の真の数値に関する不確実性。

視点—経済分析を実施する基準になる観点（例：公的支払機関、社会、個人）。調査対象の費用を定義する。

推定値—対象となるパラメーターの推定。

選好—特定のアウトカムまたは状況の望ましさ。経済ガイドラインにおいて、「選好」と「効用」は HRQL の測定基準として一般に同じ意味で用いられる。効用は不確実性を伴う方法（例：基準的賭け法）によって得られる選好であり、価値は不確実性を伴わない方法（例：時間得失法）によって引き出される選好である。効用も価値も、ともに選好である。

現在価値—割引によって時間選好を調整したあとの将来の費用または便益の価値。

確率—事象が起こる確実性の程度を、0（事象が起こらない確実性）から 1（事象が起こる確実性）までの尺度で表したものの。

確率分布（または確率密度関数）—パラメーターが持ちうるそれぞれの値の相対的可能性を数値で、または数学的に表したものの。

確率論的感度分析（PSA）—不確定パラメーター（例：アウトカム、費用、効用）について確率分布を規定する決定分析方法。モンテカルロ・シミュレーションを実施し、結果として得られた予想アウトカム・費用の確率分布を表示する。

生産性費用—病的状態または死亡による作業能力の喪失または低下に伴う費用。

プロトコル連動費用—臨床試験プロトコルの一部として要求される資源利用。一般に通常ケアの一部ではない。

公的支払機関—公的医療制度。

質調整後余命年数（QALY）—健康アウトカムの測定基準で、介入が寿命および生活の質に与える作用を結合したもの（通常、効用で表される）。費用効用分析における一般的なアウトカム測定基準。

推奨（または適正）ケア—科学的根拠に基づく標準的治療法ガイドラインに示された推奨を参照して、または臨床専門家によって決定された、臨床的に適切な質の高いケア。