

表 1 - 2. EQ-5D-5L

移動の程度

- 歩き回るのに問題はない
- 歩き回るのに少し問題がある
- 歩き回るのに中程度の問題がある
- 歩き回るのにかなり問題がある
- 歩き回ることができない

身の回りの管理

- 自分で身体を洗ったり着替えをするのに問題はない
- 自分で身体を洗ったり着替えをするのに少し問題がある
- 自分で身体を洗ったり着替えをするのに中程度の問題がある
- 自分で身体を洗ったり着替えをするのにかなり問題がある
- 自分で身体を洗ったり着替えをすることができない

ふだんの活動 (例: 仕事、勉強、家族・余暇活動)

- ふだんの活動を行うのに問題はない
- ふだんの活動を行うのに少し問題がある
- ふだんの活動を行うのに中程度の問題がある
- ふだんの活動を行うのにかなり問題がある
- ふだんの活動を行うことができない

痛み/不快感

- 痛みや不快感はない
- 少し痛みや不快感がある
- 中程度の痛みや不快感がある
- かなりの痛みや不快感がある
- 極度の痛みや不快感がある

不安/ふさぎ込み

- 不安でもふさぎ込んでもいない
- 少し不安あるいはふさぎ込んでいる
- 中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる
- かなり不安あるいはふさぎ込んでいる
- 極度に不安あるいはふさぎ込んでいる

(Japan(Japanese / v.2 © 2010 EuroQol Group. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group)

表 2. HBV 疾患ステージごとの SF36 サブドメイン値、及び EQ-5D 値（社会的交絡因子調整後、比較として高血圧症患者を併記、Control との平均値の差の検定結果を*で示す）

Instrument	HBV 疾患ステージ(病態)						
	AS (n=156)	CHB (n=142)	CC (n=66)	DC (n=24)	HCC (n=22)	PLT (n=22)	HPT (n=93)
SF-36							
PF	0.20	-0.95	-4.95	-16.32** *	-11.97*	-8.62	-2.63
RP	-1.31	-7.99	-7.41	-24.94** *	-34.71** *	-37.30** *	-8.53*
BP	6.49*	0.34	4.87	-17.35** *	-14.38**	-5.41	-2.312
GH	-6.98*	-12.99** *	-15.54** *	-23.07** *	-21.34** *	-18.78** *	-12.98** *
VT	-0.90	-4.58	-2.40	-9.43*	-11.15*	-3.64	-2.20
SF	-1.30	-6.53**	-4.78	-18.35** *	-15.65** *	-14.45** *	-3.88
RE	3.89	-2.30	-4.45	-19.05**	-24.04** *	-11.39	-5.06
MH	-2.46	-8.28***	-5.33*	-9.31*	-16.07** *	-8.66*	-6.20*
PCS	1.39	0.10	-0.31	-6.90***	-7.55***	-6.91***	-0.82
MCS	-1.68	-5.55***	-3.77*	-8.79***	-10.85** *	-5.39*	-4.24*
EQ5D							
選択式回答法	-0.01	-0.04*	-0.0023	-0.09*	-0.16***	-0.10**	-0.06**
VAS	-0.85	-8.07***	-6.24*	-11.72**	-13.72**	-3.60	-6.89*

AS:無症候性キャリア、CHB:慢性肝炎、CC:代償性肝硬変、DC:非代償性肝硬変、HCC:肝細胞癌、PLT:肝移植後、HPT:高血圧患者
(Ong SC, et al. Hepatology 2008;47:1108-1117.)

表3. 肝炎患者における効用値に影響を与える関連要因に関する文献整理

効用値に影響を与える関連要因		著者	文献
1. 疾患重症度（線維化レベル (absent, early or advanced)、Child Pugh 分類)	1	Gutteling JJ , et al	Aliment Pharmacol Ther 2006; 23(11):1629-35.
	2	Younossi ZM, et al.	Am J Gastroenterol 2001;96(7):2199-205.
	3	Younossi ZM, et al	Gastroenterology 2001;120(1):305-7.
	4	Younossi ZM, et al	Am J Gastroenterol. 2000; 95(2):497-502.
	註)一部の先行研究では、疾患重症度と関連合定的 (但し、sample sizeが小さく、比較的重症ケ ースが多い検討) Foster GR, et al. Hepatology 1998;27(1):209-12. Hauser W, et al. Psychosom Med 2004;66(6):954-8. Kramer L, et al. Aids 2005;19(suppl 3):S85-92.		
2. 肝炎合併症(腹水、関節痛、腹 痛、筋肉こわばり)	1	Gutteling JJ , et al	Aliment Pharmacol Ther 2006;23(11):1629-35.
	2	Younossi ZM, et al	Gastroenterology 2001;120(1):305-7.
	3	Marchesini G, et al.	Gastroenterology 2001;120(1):170-8.
3. 疲労 (fatigue)	1	Gutteling JJ , et al	Aliment Pharmacol Ther 2006;23(11):1629-35.
	2	Poupon RE, et al.	Hepatology 2004;40(2):489-94.
	3	Kramer L, et al.	Aids 2005;19(suppl 3):S85-92.
	4	Dwight MM, et al.	J Psychosom Res 2000; 49(5):311-7.
	5	Goldblatt J, et al.	Gastroenterology 2002;122(5):1235-41.
4. 貧血		Dan AA, et al.	J Hepatol 2006;44(3):491-8.
5. 精神的因子 (Depression, anxiety, 疾患理解, social stigma (社会不名誉)、家族状 況への心配, 合併症への恐	1	Gutteling JJ , et al	Aliment Pharmacol Ther 2006;23(11):1629-35.
	2	Poupon RE, et al.	Hepatology 2004;40(2):489-94.

怖、集中力欠如、記憶障害、 孤独感	3	Hauser W, et al.	Psychosom Med 2004;66(6):954-8.
	4	Coughlan B,	Br J Health Psychol 2002;7:105-16.
	5	Gallegos-Orozco JF et al.	Arch Med Res 2003;34(2):124-9.
	6	Hauser W, et al.	Clin Gastroenterol Hepatol 2004;2(2):157-63.
7. 運動活動の低下		Olson SH, et al	Health Qual Life Outcomes 2005;3:39.

厚生労働科学研究費補助金
(難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業 (肝炎関係研究分野))
ウイルス性肝疾患に係る各種対策の医療経済評価に関する研究

分担研究報告書

医療経済評価における生産性損失の考え方について

研究分担者 佐藤 敏彦 (北里大学医学部附属臨床研究センター 教授)

研究要旨：医療経済評価において生産性損失を評価の対象に盛り込むことはこれまでに多くの試みがあるが、その方法はさまざまである。今回、ウイルス性肝疾患に係る各種対策の医療経済評価を行う上で妥当と思われる方法を決定することを目的に、文献レビューを行ったうえで実行可能性を考慮し、今後の方法論に関する考察を行った。その結果、生産性損失のうち労働遂行能力の損失を示す Presenteeism の割合は大きく、その算出の試みも多々あるが、実施困難性と結果のばらつきが大きさがあり、その導入に関しては、さらに検討が必要であろう。

A. 研究目的

医療経済評価において生産性損失を評価の対象に盛り込むことはこれまでに多くの試みがあるが、その方法はさまざまである。今回、本研究班の使命であるウイルス性肝疾患に係る各種対策の医療経済評価を行う上で妥当と思われる方法を決定することを目的とした。

B. 研究方法

生産性損失一般に関する考え方や定義、さらに肝炎の医療経済評価に関する研究において生産性損失がどのように取り扱われているかを、医学文献データベースを用いて文献検索し、その結果をレビューし、実行可能性と、客観的妥当性の視点から考察を行った。

C. 研究結果

1. 生産性損失の定義について

生産性損失(productivity loss)とは何らかの原因によって、その原因がなければ得られたであろう生産物(product)が得られなかった量を指す。生産性損失は、

労働により生産に携わる労働者本人が死亡や障害によって労働できなくなったことより生じる部分、介護者が介護等により本来の労働ができなくなったことより生じる部分、本人が一時的な欠勤等により生産が失われた部分(absenteeism)、本人が出勤はしているものの、痛み等により生産性の効率が低下し、失われた部分(presenteeism)に分けることができる(図1)。

2. 生産性損失の算出方法について

生産性損失の算出には、早期死亡や、失職、欠勤日数等、客観的なデータを用いて算出できるものもあるが、生産性効率の低下等、本人の主観的な回答をもとにしなければならないものもある。また、生産性損失は金額に換算するが、それぞれの労働力に対する対価、すなわち賃金に換算する。それぞれの賃金はまちまちであるが、多くの場合、対象者の平均賃金を用いている。

3. 生産性損失算出の実例

(1) 肝炎以外の例

1) 健康マネジメント会社による調査 健康マネジメント会社である

Advance PCSは2001年に無作為に選出された全国の25,000名の成人を対象にした15分間の面談調査と一連の質問表によって、被験者の直前2週間の健康状態を評価する調査を実施した(回答率は66%)。調査項目は(1)職業および雇用状態、(2)自己申告による健康状態(3)"job visualization(仕事の流れの可視化)"、(4)損失した生産時間(就労中および欠勤中)の自己報告、(5)QOL、(6)生活習慣(7)人口統計学的特性、(8)自己申告による給与、等であった。本調査では、被験者自身が評価した生産時間の損失を、回答者自身が報告した給料データを用いて、給料の損失額(非生産的な労働時間に対して支払われた賃金の額)に換算した。

また、研究では、5つの一般的疾患、すなわち頭痛・疼痛、風邪・インフルエンザ、疲労感・うつ病、消化器系疾患、および関節炎と生産性損失との関連を調べ、これらの疾患により米国の雇用者全体で毎年1,800億ドル以上の損失が生じていると推定した。また、この損失額の約3分の2がpresenteeismに、3分の1がabsenteeismに関係しているとした。

2) 慢性健康障害(ダウ・ケミカル)

総合化学企業であるダウ・ケミカルが5つの作業場の労働者に対してStanford Presenteeismスケールを用いて、自己申告による慢性的な健康障害による労働力損失と休業に対する情報を収集した。結果は各労働者のレセプト情報や喫煙の有無、給与情報、職種等と連結して解析を行った。その結果、約65%の労働者にアレルギー疾患、関節痛、腰痛、頸肩腕痛等1つ以上の慢性的な健康障害があった。これらの慢性健康障害による欠勤は直近4週間で0.9時間から5.9時間、労働遂行能力の損失(presenteeism)は

17.8%から36.4%であった。以上より慢性健康障害による損失コストは全労働コストの10.7%を占め、6.8%がpresenteeismによるものであった。

(2) C型肝炎の例

1) "The Impact of Hepatitis C Virus Infection on Work Absence, Productivity, and Healthcare Benefit Costs (Su et al, 2010)

Suらは、複数の大企業の雇用者339,456人の人口統計データ、給与、医療機関使用、労働損失、雇用保険のデータを用いて、HCV感染のある患者とない患者の比較を行った。感染の有無は診療記録によった。感染者(n=1664)は非感染者(n=337,792)に比較した。また、この対象者のうち、感染者92名、非感染者27,401名に対して"at-work productivity"としてpresenteeismについてのデータを得ている。その結果、性、年齢等で調整した1時間当たりの生産力は感染者が17.19(95% CI=15.66-18.72)、コントロールが18.48(95% CI=16.84-20.13)と若干落ちていたが統計的有意ではなかった。また年間の欠勤日数(absenteeism)は感染者が9.02日、コントロールが4.87日であった。

2) "The impact of hepatitis C on labor force participation, absenteeism, presenteeism and non-work activities (Wagner et al, 2011)

2009年の米国の"National Health and Wellness Survey"の75000人のデータを用いて、C型肝炎の診断を受け、就業している者293名と就業しているC型肝炎の診断を受けていない者39,497名をコントロールとして、absenteeismとpresenteeismの生産力損失を比較した。測定ツールとしてThe Work Productivity and Activity Impairment

(WPAI) を用いている。その結果、C 型肝炎患者はコントロールに比較し以下のように生産性損失、行動障害とも大きかった。

absenteeism(4.88 vs. 3.03%)
presenteeism (16.69 vs. 13.50%),
activity impairment (25.01 vs. 21.78%)。

D. 考察

1. 測定ツールについて

生産性損失を推定するツールには主観的なものと客観的なものがあるが、多くの場合は汎用性とその使いやすさのために主観的なものが用いられている。客観的なものは回答者のバイアスを最小限に抑えることができる一方、一般性に欠け、実施も難しい。Prasad らは、主観的な 5 つのツール (the Endicott Work Productivity Scale (EWPS)、Health and Labor Questionnaire (HLQ)、Health and Work Questionnaire (HWQ)、Work Limitations Questionnaire (WLQ)、the Work Productivity and Activity Impairment questionnaire (WPAI)) を、信頼性と妥当性、一般性の観点からレビュー、比較評価した結果、WPAI がもっとも有効であるとしている(表 1)。

2. 本研究班において生産性損失を算定するにあたっての課題

米国の研究では、Presenteeism が生産性損失で大きな割合を示しており、これを生産性損失に加えることの必要性は理解できる。しかし、Presenteeism の測定ツールは幾つかあり、1) 結果はツールによりばらつきが大きいこと、2) 測定には自己申告で時間がかかること、3) 回答者の疾患のステージとの関連を見るのが難しいこと、から、実施にあたっては、パイロットを実施した上で、有用性

と実施困難性を検討しすることが必要である。

E. 参考文献

- [1] Collins JJ, Baase CM, Sharda CE, Ozminkowski RJ, Nicholson S, Billotti GM, Turpin RS, Olson M, Berger ML. The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers. *J Occup Environ Med.* 2005 Jun;47(6):547-57.
- [2] Ricci JA et al., Indirect cost of episodic and chronic-episodic health conditions in the United States: Results from the American Productivity Audit, presented at the annual meeting of the International Society of Pharmacoeconomics, 2002;
- [3] Prasad M, Shih YCT, Wahlqvist P, Shikiar R. A critical review of health-related productivity measures. ISPOR Seventh Annual International Meeting, May 19-22, 2002
- [4] DiBonaventura M, Wagner JS, Yuan Y, L'Italien G, Langley P, Ray Kim W. The impact of hepatitis C on labor force participation, absenteeism, presenteeism and non-work activities. *J Med Econ.* 2011; 14(2) :253-61
- [5] Su J, Brook RA, Kleinman NL, Corey-Lisle P. The Impact of Hepatitis C Virus Infection on Work Absence, Productivity, and Healthcare Benefit Costs. *HEPATOLOGY* 2010;52:436-442

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的所有権の取得など

1. 特許許可 なし
2. 実用新案登録 なし

図1 生産性損失の種類

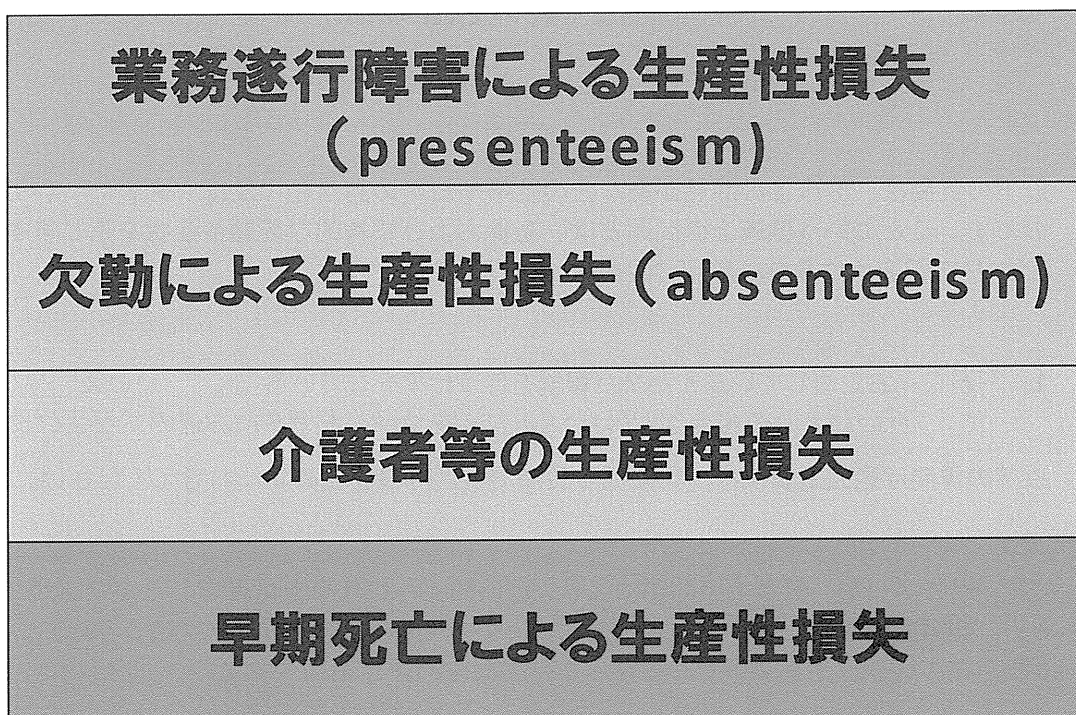


表1 測定ツールの比較

Table 1. Summary of subjective productivity instrument characteristics.

	Recall period (weeks)	Construct validity	Internal consistency reliability	Test-retest reliability	Responsiveness	Administrator / respondent burden*	Generalizability*	Applicable to economic evaluation*
EWPS	1	++	++	X	X	Low	X	No
HLQ	2	X	X	X	X	Low / moderate	X	Yes
HWQ	X	X	++	X	X	Low / moderate	X	X
WLQ	2-4	++	++	X	X	Low	X	X
WPAI-Generic	1	++	N/A	++	X	Low	High	Yes
WPAI-AS	1	++	N/A	++	++	Low	High	Yes
WPAI-GERD	1	++	N/A	X	X	Low	High	Yes
WPAI-ChHD	1	++	N/A	++	++	Low	High	Yes
MIDAS	12	X	++	X	X	Low	N/A	No
MWPLQ	Most recent episode	++	++	X	X	Moderate	N/A	Yes

* - Evaluation based on perceived property, not on formal tests; ++ = established per reviewed articles; X = data not presented in publication; N/A = not applicable

(参考)WPAI 質問表

仕事の生産性及び活動障害に関する質問票：
健康全般 V2.2(WPAI:GH)

以下の質問は、健康上の問題があなたの仕事や日常の諸活動に及ぼす影響について伺うものです。ここでいう健康上の問題とは、身体および精神的な問題や症状を指します。指示どおり空欄をうめるか、数字に○を付けてください。

1. 現在、お勤めしていますか？（報酬を伴う仕事をしている） ____ いいえ ____ はい
（「いいえ」の場合は、「いいえ」に✓をつけ、質問6にお進みください。）

以下の質問は過去7日間について問う質問です。今日を含めずにお考えください。

2. 過去7日間、健康上の問題により、何時間ぐらい仕事を休みましたか？健康上の問題が原因で体調が悪くて休んだ時間、遅刻・早退をした時間などは全て含めてください。この調査に参加するために休んだ時間は含めません。

_____時間

3. 過去7日間、休日や祝日、またこの調査に参加するために休んだ時間など、健康上の問題以外の理由で何時間ぐらい仕事を休みましたか？

_____時間

4. 過去7日間、実際に働いたのは何時間ですか？

_____時間（「0時間」の場合は、質問6にお進みください。）

5. 過去7日間、仕事をしている間、健康上の問題がどれくらい生産性に影響を及ぼしましたか？

仕事の量や種類が制限されたり、やりたかった仕事思ったほど達成できなかったり、普段通り注意深く仕事ができなかったりした日の事などを思い出してください。もし、仕事に対する健康上の問題の影響が少ししかなかった場合は、小さい数字をお選びください。影響がひどかった場合は、大きい数字をお選びください。

仕事をしている間、健康上の問題がどれくらい生産性に影響を及ぼしたかのみお考えください。

健康上の問題は仕事に影響を及ぼさなかった	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	健康上の問題は完全に仕事の妨げになった
----------------------	--	---------------------

数字を○で囲む

6. 過去7日間、健康上の問題がどれくらい、仕事以外の日常の色々な活動に影響を及ぼしましたか？

日常の諸活動とはあなたが普段こなしている家事、買い物、育児、運動、勉強などの活動を指します。活動の量や種類が制限されたり、やりたかった事が思ったほどできなかったりした日の事などを思い出してください。もし、日常の諸活動に対する健康上の問題の影響が少ししかなかった場合は、小さい数字をお選びください。影響がひどかった場合は、大きい数字をお選びください。

健康上の問題がどれくらい、仕事以外の日常の色々な活動に影響を及ぼしたかのみお考えください。

健康上の問題は日常の諸活動に影響を及ぼさなかった	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	健康上の問題は完全に日常の諸活動の妨げになった
--------------------------	--	-------------------------

数字を○で囲む

厚生労働科学研究費補助金
(難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業 (肝炎関係研究分野))
ウイルス性肝疾患に係る各種対策の医療経済評価に関する研究

分担研究報告書

ウイルス性肝疾患に係る病院調査

研究分担者 平尾 智広 (香川大学医学部公衆衛生学 教授)
正木 尚彦 (国立国際医療研究センター 肝炎・免疫研究センター
肝炎情報センター長)
八橋 弘 (国立病院機構長崎医療センター・臨床研究センター部長)
研究協力者 四柳 宏 (東京大学医学部大学院研究科生体防御感染症 准教授)

B型・C型肝炎に係る各対策の医療経済的評価には、モデルの構築及び、疫学情報をはじめとするデータの収集、推定が必要である。作業は先行研究のレビューやデータベースの分析等によって行うが、各種の制約により、実際の診療との誤差が生じる可能性がある。そのため、肝疾患診療連携拠点病院等より、臨床診断を受けた病態別の診療情報(医療費(入院、外来)、入院回数、入院期間、通院回数、検査内容、治療内容等)の提供をいただき、データの整合をはかる。

初年次は調査設計、調査票の開発、調査実施の手続き等を行った。

A. 研究目的

本研究班はB型・C型肝炎に係る各対策について、医療経済的評価を行い、施策に対する医療経済学的根拠を提供することを目的とする。評価のためにはモデルの構築及び、疫学情報をはじめとするデータの収集、推定が必要であるが、データベースの制約等より、実際の診療との誤差が生じる可能性がある。そのため、肝疾患診療連携拠点病院等より、臨床診断を受けた病態別の診療情報(医療費(入院、外来)、入院回数、入院期間、通院回数、検査内容、治療内容等)の提供をいただき、データの整合をはかる。

B. 研究方法

一年間の一人当たり医療費、入院日数、通院日数、移行確率を推定するためのサ

ンプルサイズを求め、調査対象施設の負担を最小限にし、十分な情報収集が可能となる調査方法、調査票の開発を行った。

C. 研究結果

1. 調査方法および病院調査票の作成

調査は、医師が記入する診療に関する情報、医事職員が記入する医療費に関する情報からなる(資料:調査票参照)。

調査方法案

H23年11月に外来受診した肝炎(B、C)関連疾患の患者について、遡ってデータを収集する。

調査内容

1. 性・年齢
2. 肝炎ウイルス(B、C)種別
3. 受診時(H23年11月)の状態

4. 受療期間
5. 概ね一年前の状態
6. 最近の一年間の主な治療（入院、外来）
7. 他施設への通院
8. 入院日数、診療報酬請求額（入院）、食事代（過去一年）
9. 通院日数、診療報酬請求額（外来）（過去一年）

調査票の作成にあたり予備調査を行ったところ、以下のことが明らかになった。（データ精度）

- ・肝炎以外の医療費が含まれる
- ・外来を通らない入院が外れる（少数）
- ・受診しなかった人（治癒、転院、死亡等で離脱した人）が外れる。
- ・一年前の状態を遡るため、精度が落ちる可能性がある。

（データ収集）

- ・医師記入についてはほぼ問題がない。
- ・レセデータの抽出に半日を要した

2. 必要サンプル数

移行確率、 α 、誤差より算出したサンプル数を表に示す。最も重視する慢性肝炎からの移行確率は、先行研究から、慢性肝炎（活動性）→肝細胞がん 0.01、慢性肝炎（活動性）→肝硬変 0.02 と仮定すると、B型、C型の割合、病態別の割合も考慮して4000例程度（少なくとも2000例）の症例数が必要と考えられた。

なお医療費、入院日数、通院日数については上記のサンプル数が確保できれば本調査の目的を十分満たすものと考えられた。

必要サンプル数

サンプル数	α	移行確率	誤差	95CI	
385	0.05	0.5	0.05	0.45	0.55
369	0.05	0.4	0.05	0.35	0.45
323	0.05	0.3	0.05	0.25	0.35
246	0.05	0.2	0.05	0.15	0.25
139	0.05	0.1	0.05	0.05	0.15
554	0.05	0.1	0.025	0.075	0.125
453	0.05	0.08	0.025	0.055	0.105
2828	0.05	0.08	0.01	0.07	0.09
347	0.05	0.06	0.025	0.035	0.085
2167	0.05	0.06	0.01	0.05	0.07
1476	0.05	0.04	0.01	0.03	0.05
5901	0.05	0.04	0.005	0.035	0.045
753	0.05	0.02	0.01	0.01	0.03
3012	0.05	0.02	0.005	0.015	0.025
381	0.05	0.01	0.01	0	0.02
677	0.05	0.01	0.0075	0.0025	0.0175
1522	0.05	0.01	0.005	0.005	0.015

D. 考察

調査には長所短所が付きものである。今回の調査設計にあたって retrospective、prospective の両者が考えられたが、どちらも追跡等の問題があり、対象施設の負担等を考慮して retrospective な方法を採用した。また外来受診者に限定したのは、ほぼすべての肝炎患者が通院するとの考えによるもので、即入院等の外来を通過しない症例も存在するが、少数と考えられる。

肝炎以外の医療費の混入については、分析時の非介入例の医療費に我が国の平均医療費を用いることにより対処可能である。また診療内容と組み合わせる分析を行うことにより、パターン化が可能と考えられる。

E. 参考文献

なし

F. 研究発表

論文発表なし
学会発表なし

G. 知的所有権の取得など

特許許可なし
実用新案登録なし

ウイルス性肝炎関連疾患調査票

施設番号 () 通し番号 ()

対象は平成 23 年 11 月に貴院外来を受診された、B 型及び C 型肝炎関連疾患の患者さんです。

医師記入欄 当てはまるものを選択 するか、下線部に数字を記入してください。

問 1. 性・年齢 男性 女性 _____ 歳

問 2. 肝炎ウイルス B 型 C 型 B 型と C 型の重感染

問 3. 受診時（平成 23 年 11 月）の病態（関連疾患のうち最も当てはまるものをひとつ選択）

- 無症候性キャリア 急性肝炎 劇症肝炎
 慢性肝炎（非活動性） 慢性肝炎（活動性） 肝硬変（代償性）
 肝硬変（非代償性） 肝細胞癌（ステージ I / II） 肝細胞癌（ステージ III / IV）

問 4. ウイルス性肝炎及び関連疾患による貴院への受療期間

平成 _____ 年 _____ 月 ~ 平成 23 年 11 月（調査月）

（開始時期について、平成 22 年以前から継続受診の場合には、平成 22 年 1 月とご記入ください。）

問 5. 概ね 1 年前（H22 年 11 月頃）の病態（最も当てはまるものをひとつ選択）

- 無症候性キャリア 急性肝炎 劇症肝炎
 慢性肝炎（非活動性） 慢性肝炎（活動性） 肝硬変（代償性）
 肝硬変（非代償性） 肝細胞癌（ステージ I / II） 肝細胞癌（ステージ III / IV） 不明

問 6. 受診時の病態で、1 年以内に行った主たる治療（当てはまるものをすべて選択）

- 入院 核酸アナログ製剤 インターフェロン+リバビリン 抗炎症療法（強ミノ、ウルソ）
 インターフェロン単独 肝硬変合併症の薬物療法
 胃／食道静脈瘤の治療（内視鏡的治療、IVR、手術）
 肝細胞癌の外科的切除 移植手術 肝細胞癌の内科的局所療法（PEIT、PMCT、RFA 等）
 TAE/TACE 分子標的薬 動注療法 放射線療法 終末期医療

外来 核酸アナログ製剤（内容：1. ラミブジン、2. アデホビル、3. エンテカビル）

（期間：平成 _____ 年 _____ 月から _____ か月間）

- インターフェロン+リバビリン（期間 平成 _____ 年 _____ 月から _____ か月間）
 抗炎症療法（強ミノ、ウルソ）（期間 平成 _____ 年 _____ 月から _____ か月間）
 インターフェロン単独（期間 平成 _____ 年 _____ 月から _____ か月間）

*少量長期投与の場合にはチェックしてください

- 肝硬変合併症の薬物療法 胃／食道静脈瘤の治療（内視鏡的治療、IVR、手術）
 分子標的薬 放射線療法 終末期医療 経過観察のみ

うらに続く

ウイルス性肝炎関連疾患調査票

問7. ウイルス性肝炎関連疾患による、最近1年以内の他施設への通院歴（紹介等）

あり なし

医事担当者記入欄

問8. 問4. ウイルス性肝炎及び関連疾患による貴院への受療期間”のうち、平成22年12月から平成23年11月の入院日数、通院日数、診療報酬請求額（入院）、診療報酬請求額（通院）。

毎月のデータについて電子媒体（エクセル）でご提出ください。
添付の excel ファイル“データ例.xlsx”を参照して、必要データ項目をご確認ください。

記入上の留意事項

1. “問3. 受診時の病態（関連疾患のうち最も当てはまるものをひとつ選択）”の受診時とは、平成23年11月を指す。

2. 病態について

生検等行っていない場合、以下のとおりとする。

慢性肝炎（活動性）----- AST、ALT 等が上昇*しているもの

慢性肝炎（非活動性）----- AST、ALT 等がほぼ正常の*もの

*各施設の基準値を用いてください。

肝硬変（非代償性）----- 顕性黄疸（血清総ビリルビン値 3.0mg/dL 以上を目安とする）、
肝性脳症、腹水のいずれかが見られる肝硬変

肝硬変（代償性）----- 上記症状が／所見がない肝硬変

ウイルス性肝炎関連疾患調査票

医療費情報の入力例

通し番号	診療年月	入院外来の別	食事	診療報酬請求額	実日数
1	201108	1	0	33490	2
1	201106	1	0	42870	3
1	201102	1	0	14470	1
1	201109	1	0	43130	3
1	201107	1	0	48700	4
1	201104	1	0	30540	3
1	201103	1	0	55900	2
1	201111	2	7190	576090	9
1	201111	1	0	20180	3
1	201110	1	0	61500	4
1	201105	1	0	9170	1
1	201012	1	0	8869	2
2	201101	1	0	5960	1
2	201109	1	0	43720	2
2	201102	1	0	1380	1
2	201101	2	9014	163424	7
2	201105	2	13774	771454	12

必要な情報は以下の通りです。

1. 通し番号 こちらで割り当てた番号です。調査票に記載しています。
2. 診療年月 レセプト発生月です。入院、通院の両方発生した月は複数となります。
3. 入院外来の別 外来=1、入院=2など識別できるようにしてください。
4. 診療報酬請求額 ¥で記入してください。
5. 食事 診療報酬請求額に含まれていない場合に記入してください。
6. 実日数 通院日数、あるいは入院日数

上記の情報が含まれていれば、他の様式でも可です。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧

研究成果刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
須賀万智、赤沢 学、池田俊也、五十嵐 中、小林実亜、佐藤敏彦、白岩 健、杉森裕樹、田倉智之、種市摂子、平尾智広、和田耕治	水痘ワクチンの定期接種化に関する医療経済分析	厚生 の 指標	58(8)	15-22	2011
Sugiyama M, Inui A, Shin-I T, Komatsu H, Mukaide M, Masaki N, Murata K, Ito K, Nakanishi M, Fujisawa T, Mizokami M	Easy-to-use phylogenetic analysis system for hepatitis B virus infection.	Hepatol Res	41(10)	936-945	2011
Narahara Y, Kanazawa H, Sakamoto C, Maruyama H, Yokosuka O, Mochida S, Uemura M, Fukui H, Sumino Y, Matsuzaki Y, Masaki N, Kokubu S, Okita K	The efficacy and safety of terlipressin and albumin in patients with type 1 hepatorenal syndrome: a multicenter, open-label, explorative study.	J Gastroenterol	47(3)	313-20	2012
Tamada Y, Yatsushashi H, Masaki N, Nakamuta M, Mita E, Komatsu T, Watanabe Y, Shimada M, Hijioka T, Satoh T, Mano Y, Komeda T, Takahashi M, Kohno H, Ota H, Hayashi S, Miyakawa Y, Abiru S, Ishibashi H.	Hepatitis B virus strains of subgenotype A2 with an identical sequence spreading rapidly from the capital region to all over Japan in patients with acute hepatitis B.	Gut	61(5)	765-73	2012
Tanaka Y, Kurosaki M, Nishida N, Sugiyama M, Matsuura K, Sakamoto N, Enomoto N, Yatsushashi H, Nishiguchi S, Hino K, Hige S, Itoh Y, Tanaka E, Mochida S, Honda M,	Genome-wide association study identified ITPA/DDRGK1 variants reflecting thrombocytopenia in pegylated interferon and ribavirin therapy	Hum Mol Genet.	20(17)	3507-16	2011

Hiasa Y, Koike A, Sugauchi F, Kaneko S, Izumi N, Tokunaga K, Mizokami	for chronic hepatitis C.				
Miyaaki H, Ichikawa T, <u>Yatsuhashi H</u> , Taura N, Miuma S, Usui T, Mori S, Kamihira S, Tanaka Y, Mizokami M, Nakao K.	Suppressor of cytokine signal 3 and IL28 genetic variation predict the viral response to peginterferon and ribavirin.	Hepatol Res.	41(12)	1216-1222	2011
Matsumoto A, Tanaka E, Suzuki Y, Kobayashi M, Tanaka Y, Shinkai N, Hige S, <u>Yatsuhashi H</u> , Nagaoka S, Chayama K, Tsuge M, Yokosuka O, Imazeki F, Nishiguchi S, Saito M, Fujiwara K, Torii N, Hiramatsu N, Karino Y, Kumada H.	Combination of hepatitis B viral antigens and DNA for prediction of relapse after discontinuation of nucleos(t)ide analogs in patients with chronic hepatitis B.	Hepatol Res.	42(2)	139-149	2012

