

3) 平均年収は性別の全年齢平均賃金センサスを用いた。

2-2 仮定

- 1) 通院日は1日仕事を休むものとした。
- 2) 一回の入院においては、在院日数に加え、病態に関わらず、その後2週間の自宅療養を要するものとした。
- 3) 急性肝炎、劇症肝炎の罹患中（10週間とする）は全て欠勤とし、100%の生産性損失とした。
- 4) 肝臓がんの2つのステージの仕事への影響は、平均入院日数の比を使用して、全体の影響を配分した。
- 5) ワクチン接種に伴う生産性損失は1回の接種につき半日とした。
- 6) 通院日は1日仕事を休むものとした。
- 7) アンケートにおいて「仕事に影響があった」とした場合、その生産性損失は50%とした。

C. 研究結果

1. 生産性損失算出方法に対する考え方の整理

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、1) 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、2) 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、3) 本人が一時的な欠勤等により生産が失われた部分(absenteeism)、4) 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)。

障害等による生産性効率の低下 (presenteeism)
介護者の一時的な欠勤/労働損失
外来・入院等による患者本人一時的な欠勤 (absenteeism)
早期死亡または後遺障害による就業不能

図1. 生産性損失の種類

これらを利用する疫学データ等を用いて推定することになるが、健康障害による生産性損失を推定するために、the Work Productivity and Activity Impairment questionnaire (WPAI) 等、幾つかの主観的な測定ツール(質問紙票)が開発されている。

本研究においては、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等の理由により、これらのツールを用いずに、「病気による仕事への影響はどのくらいあったか」という質問により、「病気にかかる前と同様に仕事・家事を続けている」、「病気のために仕事や家事の時間を減らしたり、仕事や家事の種類を変更したりした」、「病気のため仕事や家事を辞めた」の回答肢を設定し、これにより「後遺障害による就業不能」および「就

	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)	肝細胞がん
病気にかかる前と同様に仕事や家事を続けている	87.0	69.6	61.6	38.4	43.9
病気のために仕事や家事の時間を減らしたり、仕事や家事の種類、内容を変更したりした	8.9	20.2	24.0	28.7	33.2
病気のために仕事や家事を辞めた	2.4	6.6	9.8	25.5	16.1
その他	1.6	3.6	4.6	7.4	6.8
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

表1. 罹患による影響 アンケートによる回答(%)

業変更」による生産性損失（転職や失職による生産性損失）を推定することとした。

2. 転職や失職による生産性損失

表1に「病気のために仕事や家事の時間を減らしたり、仕事や家事の種類、内容を変更したりした」割合と、「病気のために仕事や家事を辞めた」割合を、病態毎に示した。前者は、肝細胞がんが33.2%で一番多く、後者は肝硬変（非代償性）が25.5%で一番多かった。以上のそれぞれの回答の割合を用いて、仕事や家事をやめた場合の損失を100%、仕事に影響があると回答した場合の損失割合を50%とし計算した。

その結果、転職および失職による%生産性損失は慢性肝炎（非活動性）が8.5%、慢性肝炎（活動性）が20.3%、肝硬変（代償性）が26.4%、肝硬変（非代償性）が47.2%、肝細胞がんが39.5%となった。

3. 外来通院および入院による生産性損失

診療データを用いて病態毎の過去1年間の平均外来通院日数および入院日数を求めた（表2）。

	外来	入院+自宅療養
無症候性キャリア	6.6	2.6
慢性肝炎（非活動性）	8	1.3
慢性肝炎（活動性）	9.5	4.2
肝硬変（代償性）	9.5	11.2
肝硬変（非代償性）	11.3	15.7
肝細胞癌（ステージⅠ/Ⅱ）	13	21.9
肝細胞癌（ステージⅢ/Ⅳ）	14.5	45.3

表2. 平均外来通院日数および入院日数(/年)

4. B型肝炎罹患による全体の生産性損失

上記の「転職・失職による生産性損失」と「外来通院および入院による生産性損失」を足し合わせて、罹患による生産性損失とし、病態毎の%生産損失を算出した。その結果は表3のとおりである。但し、急性肝炎、劇症肝炎はその病気の特徴から罹患期間中の生産性損失は100%とした。

	%生産性損失
無症候性キャリア	2.5
急性肝炎	100
劇症肝炎	100
慢性肝炎（非活動性）	11.1
慢性肝炎（活動性）	24.1
肝硬変（代償性）	32.1
肝硬変（非代償性）	54.6
肝細胞癌（ステージⅠ/Ⅱ）	41.5
肝細胞癌（ステージⅢ/Ⅳ）	71

表3. %生産性損失

各病態の%生産性損失から、賃金センサスより男女の全年齢の年間平均賃金を罹患「自然史モデル」にパラメーターとして投入し罹患に伴う生産性損失計算したところ、選択的接種戦略（セレクトティブ接種）で8.4億円、全員接種戦略（ユニバーサル接種）で2.2億円（100万人あたり、割引3%）となった。

5. ワクチン接種に伴う生産性損失

ワクチン接種に際しては、予め全員にHBs抗原検査（定量）を実施し、その結果により異なるプロトコルによりワクチン接種を行う。HBs抗原検査は妊婦健康診査の中で実施されるため、生産性損失は発生しない。HBs抗原検査陽性者に対しては、さらに、HBe抗原検査（定量）を行うが、これもまた妊婦健康診査の中で実施されるため、生産性損失は発生しない。

HBe抗原陽性者には「プロトコル1」（別紙参照）、HBe抗原陰性者には「プロトコル2」、HBs抗原陰性母の児へのワクチン接種は、一回の接種あたり半日の労働損失とすると以下ようになる。

1) 接種時の付添に0.5日を費やすと仮定して計算すると一人接種一回あたりの生産性損失は100万人当たり

1)HBe陽性者：
 $877 \text{人} \times 4,967 \text{円(月額男女平均賃金/60)} \times 5 \text{回} \times 98\%(\text{接種率}) = 21,344,689 \text{円}$

2)HBe陰性者： $1,758 \text{人} \times 4,967 \text{円} \times 4 \text{回} \times 98\% = 34,229,385 \text{円}$

3)HBsAg 陰性母の児へのワクチン接種：
997,365 人×4,967 円×3 回×95%
14,118,649,072 円

従って、セレクトティブ接種 1)+2)で 0.6 億
円、ユニバーサル接種 1)+2)+3)で 141.2 億
円となり、ユニバーサル接種で 140.6 億円
の増加となった。

D. 考察

結果のように、罹患に伴う生産性損失に比較し、ワクチン接種に伴う生産性損失は極めて大きい。これはワクチン接種の対象人数が罹患者に比べ極めて大きいことによる。今回の生産性損失の計算においては、ワクチン接種の際、毎回の労働損失を半日として計算したが、従って、これをどのように捉えるかによって結果は大きく影響されることになる。一方、罹患の健康影響による生産性損失については、今回の算出では、転職等による影響を、「あり」と回答した場合には、その影響による生産性損失を一律 50%とするなど、得られたデータの特徴から、かなりラフな推定となっているが、感度分析を行っても大きな影響は及ぼさないと考えられる。

E. 参考文献

- [1] Mitchell RJ, Bates P. Measuring Health-Related Productivity Loss. Popul Health Manag. 2011 April; 14(2): 93-98
- [2] Zhang W, Bansback N, Anis AH. Measuring and valuing productivity loss due to poor health: A critical review. Soc Sci Med. 2011 Jan;72(2):185-92

- [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

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

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）
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医療費

研究分担者 国際医療福祉大学 池田俊也
研究協力者 千葉大学大学院 小林美亜

要旨

本研究では、都道府県肝疾患診療連携拠点病院から収集されたウイルス性肝疾患患者の診療情報から、ウイルス性肝疾患の病態別の医療費を算出した。その結果、B型肝炎、C型肝炎ともに重症度が高くなるにつれて、医療費は上昇していた。アウトライヤーを処理した場合、B型肝炎の「肝細胞癌（ステージⅢ、Ⅳ）」「肝硬変（非代償性）」のそれぞれの医療費は、「無症候性キャリアあるいは慢性肝炎（非活動性）」の約6倍、約20倍となっていた。C型肝炎では、「肝細胞癌（ステージⅢ、Ⅳ）」「肝硬変（非代償性）」のそれぞれの医療費は、約6倍、約16倍となっていた。

A. 研究目的

B型・C型肝炎の治療に対する医療費助成が開始されている。この医療費助成度を効率的に運用していくためには、B型・C型肝炎の治療に係る費用対効果を検討する必要がある。本研究では、都道府県肝疾患診療連携拠点病院から収集されたウイルス性肝疾患患者の診療情報から、ウイルス性肝疾患の病態別の医療費を算出することを目的とした。

B. 研究方法

1. データソース

都道府県肝疾患診療連携拠点病院からのウイルス性肝疾患患者の診療情報データを用いた（詳細は、平成24年度分担研究報告書（正木尚彦氏）「都道府県肝疾患診療連携拠点病院からのウイルス性肝疾

患患者診療情報の収集について」を参照のこと）

2. 分析方法

B型肝炎は、「無症候性キャリアあるいは慢性肝炎（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）」の病態別に医療費の把握を行った。C型肝炎は、「無症候性キャリアあるいは慢性肝炎（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）」の病態別に医療費の把握を行った。

なお、レセプトデータにはウイルス性肝炎以外の疾病で発生した医療費も含ま

れる。このため、レセプト情報だけでは、ウイルス性肝炎によって発生した医療費のみを把握することは困難である。このため、「無症候性キャリア+慢性肝炎（非活動性）」では入院症例、慢性肝炎（活動性）では「インターフェロンとリバビリンの併用療法」あるいは「インターフェロン単独療法」を受けた症例を除外した。さらに、アウトライアーを 95 パーセントイル超の症例として定義し、アウトライアー処理の有無別にその医療費の把握を行った。

C. 結果

B 型肝炎、C 型肝炎の病態別の医療費は表 1、表 2 に示した。B 型肝炎、C 型肝炎ともに重症度が高くなるについて、医療費は上昇していた。アウトライアーを処理した場合、B 型肝炎の「肝細胞癌（ステージⅢ、Ⅳ）」「肝硬変（非代償性）」のそれぞれの医療費は、「無症候性キャリアあるいは慢性肝炎（非活動性）」の約 6 倍、約 20 倍となっていた。C 型肝炎では、「肝細胞癌（ステージⅢ、Ⅳ）」「肝硬変（非代償性）」のそれぞれの医療費は、約 6 倍、約 16 倍となっていた。

D. 考察

B 型肝炎、C 型肝炎の医療費を病態別に把握を行った。病態に応じた医療費の把握により、費用対効果分析への活用が可能となる。しかしながら、本研究では病院のレセプトデータから医療費を把握しており、外来を受診した患者の薬剤が院外で処方されている場合には、その分の医療費について把握できていない。また、

他院の外来でもウイルス性肝炎に係る受診が発生している場合にはその医療費についても把握できていない。今後の課題として、病態推移に応じた処方薬の費用の把握やかかりつけ医で発生している医療費についても把握することが必要である。

E. 結論

B 型肝炎、C 型肝炎の病態別に医療費の把握を行った。しかしながら、本研究では院外で処方された薬剤費用やかかりつけで発生している医療費までは把握できていない。今後の課題として、総医療費を正確に把握するためにこのような医療費についても調査し、計上していく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

G. 知的所用権の取得状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

表 1 B型肝炎の医療費

	アウトライヤー処理あり			アウトライヤー処理なし		
	n	平均	SD	n	平均	SD
無症候性キャリア+慢性肝炎（非活動性）	395	107,212	60,534	416	144,940	209,014
慢性肝炎（活動性）	230	163,813	110,404	243	227,698	328,450
肝硬変（代償性）	90	277,421	314,426	95	397,509	600,895
肝硬変（非代償性）	17	605,063	643,650	18	770,023	937,938
肝細胞癌（ステージⅠ、Ⅱ）	43	863,833	548,119	47	993,600	678,853
肝細胞癌（ステージⅢ、Ⅳ）	21	2,136,220	1,420,760	23	2,441,099	1,691,393

表 2 C型肝炎の医療費

	アウトライヤー処理あり			アウトライヤー処理なし		
	n	平均	n	平均	n	平均
無症候性キャリア+慢性肝炎（非活動性）	364	121,956	99,031	384	280,882	1,635,327
慢性肝炎（活動性）	512	345,344	398,715	539	482,412	908,254
肝硬変（代償性）	192	478,613	529,742	203	629,091	864,284
肝硬変（非代償性）	46	706,585	564,200	49	855,249	814,321
肝細胞癌（ステージⅠ、Ⅱ）	133	1,148,502	776,648	140	1,289,944	987,325
肝細胞癌（ステージⅢ、Ⅳ）	65	1,992,844	1,420,640	69	2,237,997	1,701,223

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）

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

肝炎の効用値に関する研究

分担研究者 杉森裕樹 大東文化大学スポーツ健康科学部健康科学科 教授
分担研究者 池田俊也 国際医療福祉大学薬学部薬学科 教授
主任研究者 平尾智広 香川大学医学部公衆衛生学 教授
分担研究者 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 治療研究部長
研究協力者 依田健志 香川大学医学部公衆衛生学 助教
研究協力者 早坂信哉 大東文化大学スポーツ健康科学部健康科学科 准教授
研究協力者 田倉智之 大阪大学大学院医学研究科医療経済・産業政策学 教授
研究協力者 小田嶋剛 日本赤十字社関東血液センター
研究協力者 渡辺 優 大東文化大学 講師（非常勤） / 客員研究員

研究要旨

B型・C型ウイルス性肝炎の費用効果分析を行うために不可欠な病態毎の効用値の推計を完成させた。英国 NICE の” Guide to the methods of technology appraisal 2013” および” Briefing paper for methods review workshop on key issues in utility” のガイドラインルールに準拠しながら、肝炎病態毎の効用値を EQ-5D5L により推定した。病態のうち、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）については、本研究班の平尾らによる肝炎外来患者より得られた平成 24 年度 EQ-5D5L による調査結果からの効用値推計を援用し、得ることが困難であった重症ステージの肝炎病態（肝細胞がん（I/II）、肝細胞がん（III/IV）、肝移植後）については、同研究班の杉森らによる肝臓専門医より得られた効用値推計を用いた。

A. 研究目的

我が国においては、B 型・C 型ウイルス性肝炎は国内最大級の感染症であり、ワクチン接種、ウイルス検診、治療に関するガイドラインが整備されてきた。一方、HTA（Health Technology Assessment）等による不十分であり、肝炎治療の経済的効果を

評価はするために不可欠な肝炎病期毎の効用値に関する情報が十分ではない。

今年度は、B 型・C 型ウイルス性肝炎の費用効果分析を行うために不可欠な病態毎の効用値の推計を完成させた。

B. 研究方法

1) 昨年度の平尾智広、八橋 弘、池田俊也、依田健志、平成 24 年度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）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「EQ-5D によるウイルス性肝炎関連疾患の効用値の推定」

2) 杉森裕樹、池田俊也、早坂信哉、田倉智之、小田嶋剛、平成 24 年度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）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「肝炎の効用値に関する研究」

の両者のデータを用いて、病態毎の効用値を推定した。

（倫理面への配慮）

本分担研究では個人情報収集はなく、侵襲を伴う手技調査は含まれていない。シナリオを作成するにあたり表現等患者の権利に配慮を行った。なお、本研究全体は香川大学倫理委員会にて包括的に承認を得ている。

C. 研究結果

表に、B 型・C 型ウイルス性肝炎の病態毎の効用値の推計を示した。

肝炎病態毎の効用値を EQ-5D5L により推定した。病態のうち、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）については、本研究班の平尾らによる肝炎外来患者より得られた平成 24 年度 EQ-5D5L による調査結果からの効用値推計を援用し、得ることが困難であった重症ステージの肝炎病態（肝細胞がん（I/II）、肝細胞がん（III/IV）、肝移植

後）については、同研究班の杉森らによる肝臓専門医より得られた効用値推計を用いた。

D. 考察と結論

本研究では、英国 NICE（National Institute for Health and Care Excellence）の”Guide to the methods of technology appraisal 2013”（2013 年 4 月 4 日公告、以下「G」とする）および”Briefing paper for methods review workshop on key issues in utility”（2012 年 7 月 7 日公告、以下「B」とする）のガイドラインルールに準拠しながら、肝炎病態毎の効用値を推計した。

ルール 1

EQ-5D を効用値推定手法として用いる。

「…EQ-5D は、成人における健康関連 QOL の尺度として相応しい。」（G 5.3.1）、また、「…異なる手法は異なる value（価値）を生む。一つの解決方法はすべての費用効果モデルにおいて、一つの preference-based（選好にもとづく）包括的手法を使うことである。この点において本ガイダンスでは NICE では EQ5D が好まれていることが示唆される。この方法でしか一貫性を担保できないし、EQ5D は多くの手法候補の中で唯一のものである…」（B 3.1）とあり、EQ-5D による効用値推計を試みた。

「EQ5D はおそらく次の理由で先頭を走り続ける（front-runner）」（B 3.1）

- 1) reference case 基準に適合する。
- 2) 最も広く使われる preference-based（選好にもとづく）包括的手法である。
- 3) さまざまな広範な条件（リューマチ様関節炎、股関節骨折、間欠的跛行、肝

移植を含む)において受け入れられる心理的特性を有することが報告されてきた。

- 4) 他の preference-based (選好にもとづく) 包括的手法で EQ5D に替わるものがしばらくない。
- 5) technology assessment の先行研究との継続性のため、著しくより優れた包括的手法が現れない限り、EQ5D を近い続けることが望ましい。

もちろん「…すべての状況において EQ5D が適切なわけではない。…EQ5D が適切ではない場合、その根本的な基準に見合う他の手法を排除するものではない…」(B 2.8)「…成人期の SF-6D や子どもの HUI2 についても…」(B 2.8)も可能性を考慮すべきではある。

ルール2

患者から得られる推定値を原則用いる

「健康関連 QOL や、その変化は、患者から直接測定する必要がある。」(G 5.3.3)

ルール3

患者から得られにくい場合、代理者から得られた推定値を用いる

患者から得られにくい病態 (外来患者を中心とした平尾らの対象者では重症度の高い病態である「肝細胞がんⅠ期Ⅱ期」「肝細胞がんⅢ期Ⅳ期」「肝移植後状態」における推定値が得られにくい、重症度の高い患者では病態が不安定であり自己評価が困難な場合がある) では、前年度の杉森らの代理者 (専門医) による推計値を用いた。

NICE では、「患者から得られにくい場合

は、医療職から得るより、むしろ患者の介護者 (carer) からデータは取得されるべきである。」(G 5.3.3) とあるが、慢性肝炎に関する効用値の先行研究では、専門医と患者双方が respondent として検討されている。両者を対象とした効用値の検討では構造的に差違が認められることが知られている (Younossi,2001; Chong,2003; Wells,2004)。医療者による推定効用値の方が、患者のものより有意に低いことは報告されている。医療者による QOL 評価は over valuation になりやすい。(Meyers et al., 2000, Bornstein MH et al., 2008)

本研究では、介護者からの推計値も得られにくかったことから、代理者 (専門医) による推計値を用いた。value judgement をどうするかについてはさらなる検討が必要である。

なお、劇症肝炎では効用値が負になったが、劇症の期間も短く全体にはあまり影響しないことが推測される、ただし、感度分析で「0」を用いることも検討課今後の検討課題である。

E. 研究発表

1. 論文発表 なし。
今後投稿予定
2. 学会発表
なし。公衆衛生学会等で発表予定

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

B型肝炎(急性)		効用値	データ元
ACUTE HEPATITIS	急性肝炎	0.529	専門医EQ5D5L平均値 ²⁾
FLUMINENT HEPATITIS	劇症肝炎	-0.111	専門医EQ5D5L平均値 ^{2)、3)}

B型肝炎(慢性)		効用値	データ元
ASYMPTOMATIC HEPATITIS	慢性肝炎(非活動性)	0.904	患者調査EQ5D5L全年齢平均値 ¹⁾
CHRONIC HEPATITIS	慢性肝炎(活動性)	0.868	患者調査EQ5D5L全年齢平均値 ¹⁾
COMPENSATED CIRRHOSIS	肝硬変(代償性)	0.845	患者調査EQ5D5L全年齢平均値 ¹⁾
DECOMPENSATED CIIRRHOSIS	肝硬変(非代償性)	0.722	患者調査EQ5D5L全年齢平均値 ¹⁾
HCC(STAGE I/II)	肝細胞がん(I/II)	0.675	専門医EQ5D5L平均値 ²⁾
HCC(STAGE III/IV)	肝細胞がん(III/IV)	0.428	専門医EQ5D5L平均値 ²⁾
POST LIVER TRNASPLANTATION	肝移植後	0.651	専門医EQ5D5L平均値 ²⁾

C型肝炎		効用値	データ元
ASYMPTOMATIC HEPATITIS	慢性肝炎(非活動性)	0.876	患者調査EQ5D5L全年齢平均値 ¹⁾
CHRONIC HEPATITIS	慢性肝炎(活動性)	0.821	患者調査EQ5D5L全年齢平均値 ¹⁾
COMPENSATED CIRRHOSIS	肝硬変(代償性)	0.737	患者調査EQ5D5L全年齢平均値 ¹⁾
DECOMPENSATED CIIRRHOSIS	肝硬変(非代償性)	0.671	患者調査EQ5D5L全年齢平均値 ¹⁾
HCC(STAGE I/II)	肝細胞がん(I/II)	0.675	専門医EQ5D5L平均値 ²⁾
HCC(STAGE III/IV)	肝細胞がん(III/IV)	0.428	専門医EQ5D5L平均値 ²⁾
POST LIVER TRNASPLANTATION	肝移植後	0.651	専門医EQ5D5L平均値 ²⁾

1) 平尾智広、八橋 弘、池田俊也、依田健志. 平成24年度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)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「EQ-5Dによるウイルス性肝炎関連疾患の効用値の推定」

2) 杉森裕樹、池田俊也、早坂信哉、田倉智之、小田嶋剛. 平成24年度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)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「肝炎の効用値に関する研究」

3) EQ5Dで最も低い効用値で負になったが、劇症の期間も短く全体にはあまり影響しないことが推測される、ただし、感度分析で「0」を用いることも検討課題

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧

研究成果の刊行に関する一覧表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Ito K, Yotsuyanagi H, Yatsuhashi H, Karino Y, Takikawa Y, Saito T, Arase Y, Imazeki F, Kurosaki M, Umemura T, Ichida T, Toyoda H, Yoneda M, Mita E, Yamamoto K, Michitaka K, Maeshiro T, Tanuma J, Tanaka Y, Sugiyama M, Murata K, <u>Masaki N</u> , Mizokami M;	Japanese AHB Study Group. Risk factors for long-term persistence of serum hepatitis B surface antigen following acute hepatitis B virus infection in Japanese adults.	Hepatology	doi: 10.1002/hep.26635.		2013
村田一素、 <u>正木尚彦</u>	C型肝炎の自然予後—無治療住民検診における長期予後の検討—	肝胆膵	66(3)	417-422	2013
<u>正木尚彦</u>	ウイルス肝炎に関する国の対策事業、公費助成や受診勧奨など。特集 ウイルス肝炎の新展開	診断と治療	101(9)	1375-138	2013
<u>正木尚彦</u> 、溝上雅史	国立病院機構共同研究[肝疾患]グループと都道府県肝疾患診療連携拠点病院網との今後の関わりについて	第66回国立病院総合医学学会シンポジウム 28 肝疾患共同研究の軌跡と今後の展望	神戸		2013
<u>Masaki N</u> , Yamagiwa Y, Mizokami M.	Regional differences should be considered for the more effective interferon treatment of chronic hepatitis C: Evidences on Japanese nation-wide database.	APASL Liver Week 2013	Singapor		2013
<u>Haku Ishida</u> , Isao Sakaida, Shuji Terai, et al.	Cost-effectiveness of 72-week vs. 48-week Peginterferon plus ribavirin in chronic hepatitis c genotype-1 infected Japanese patients.	SMDM Asia-Pacific	Singapore		2013

<p>須賀万智，五十嵐中，赤沢学，依田健志，石田博，北澤健文，正木尚彦，八橋弘，四柳宏，池田俊也，佐藤敏彦，杉森裕樹，早坂信哉，長谷川友紀，平尾智広.</p>	<p>日本のデータに基づく C 型肝炎ウイルス感染のマルコフモデルの構築と検診・治療効果の推計</p>	<p>第 24 回日本疫学会</p>			<p>2013</p>
---	---	--------------------	--	--	-------------

