医療経済研究機構レター
Monthly IHEP
Institute for Health Economics and Policy
4
2023.Apr.
No.328

Contents

特別寄稿

かかりつけ医制度の行く末(1)

医療経済研究機構副所長
印南 一路

認知症ケアの価値評価―抗体薬の評価とともに―

公立大学法人横浜市立大学医学部　公衆衛生学　准教授　東京大学大学院 薬学系研究科・薬学部 医薬政策学　客員准教授
五十嵐 中 氏

Monthly IHEP 2023 年 4 月号 No.328

CONTENTS

特別寄稿 …… 1
かかりつけ医制度の行く末（1）
医療経済研究機構副所長　印南　一路

特別寄稿 …… 5
認知症ケアの価値評価―抗体薬の評価とともに―
公立大学法人横浜市立大学医学部　公衆衛生学　准教授
東京大学大学院 薬学系研究科・薬学部 医薬政策学　客員准教授
五十嵐　中 氏

お知らせ …… 14

特別寄稿

かかりつけ医制度の行く末（1）

医療経済研究機構副所長
印南　一路

議論の経過

自分の健康・医療を総合的・継続的に診てくれることを期待して、行きつけの診療所の医師に「かかりつけ医になってください」と患者が頼んでも、実は何の手続もない。かかりつけ医は制度としては今のところ存在しないからである。コロナ禍の下でワクチン接種の拒否、重症患者の在宅放置が起きる等、一部診療所の機能不全が明らかになった。こうした批判を背景に、全世代型社会保障構築会議の中間整理案、続いて2021年のいわゆる骨太方針（閣議決定）に「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と明記された。骨太方針の表現は「かかりつけ医機能の強化・普及等による医療機関の機能分類・連携の推進」であったから、現在の診療報酬上の機能強化では足りないという含意である。

その後、第8次医療計画検討会、全世代型社会保障構築会議等で議論された。2023年2月「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案について（厚生労働省提出資料）」が本稿執筆時で最新の資料になる。

かかりつけ医の制度・整備は、医療へのアクセス、責任、診療報酬、医学教育等関連する領域が広く、現在の日本の医療制度の根幹に関わる重要なテーマである。本稿では3回に分けて、かかりつけ医制度の行く末について論じたい[1]。

英国の家庭医制度

諸外国には、かかりつけ医という概念はなく、あるのは「プライマリケア医」であり、英国や欧州諸国で採用されている。まずは、英国の「家庭医」の原型と日本のかかりつけ医を比較してみよう。ちなみに、英国の家庭医制度について言及しても、それを日本に輸入しようとしているわけではない。あくまでも日本の文化・価値観と歴史的な経緯、現在の医療提供体制にどう組み込むかという議論のための参考にするのが目的である。また、国際比較に関する資料は別途入手可能であるが、ここでは割愛する。

英国の家庭医はGP（General Practitioner）と呼ばれ、患者に対する初期の総合的な診断・治療（プライマリケア）に責任を持つ。国民全員がそれぞれ一人のGPを家庭医として登録する（登録制）。この家庭医は患者とその家族にプライマリケアを提供し、必要な場合に応じて専門医を紹介する（ゲートキーパー＆コーディネート機能）。

家庭医制度の下では、プライマリケア⇒専門治療という流れがしっかり決まるので、医療機関（病院・診療所）の間の機能分化が進み、大病院への無駄な受診・診療がなくなる。患者の時間コストも軽減する。何よりも、一人の医師が患者本人とその家族を継続的・全人的に診るので、医療の質が向上し、患者・家族の安心感も大きい。

日本でも垂直的なアクセスの制限に異論は少ない。体の不調を自覚した患者が、いきなり細かく専門分化した大学病院等の外来にかかれば、病名を特定するだけで診療科の間を転々とする可能性がある。日本でも、2016年

1　本稿は拙稿日経新聞2022年7月13日「経済教室　かかりつけ医制度化の論点」、同年9月20日日本医師会における講演、11月21日日本記者クラブにおける講演、週刊社会保障「時事評論　かかりつけ医の制度化（上）（下）」（3177号、3187号）、2023年1月23日NHK「視点・論点　かかりつけ医について考える」をもとにして、政府審議会における議論の推移を見ながら加筆修正したものである。

度からは紹介状なしの大病院への外来初診・再診の場合には、追加的な定額負担を国民に求めているが、順次その対象医療機関が拡大し、負担金額も増加してきている。

英国では一人のGPを登録するので、GPの間の受診選択も制限する（水平的アクセスの制限）。救急を除いて、登録医にまず相談する必要があり、自由に複数の医師（診療所）を受診することはできない。プライマリケア段階での重複受診・頻回受診が抑制され、他の医療機関との情報共有をわざわざしなくとも、一人の医師が処方・薬歴管理もできるので、多剤処方問題も自然と緩和される。一回の処方で6回までの調剤を認めるリフィル処方も普及する。

家庭医は、患者の受診回数や実際に提供したサービス量に関わりなく、登録患者数（平均約1500人）の人数に応じて月定額の基本報酬を受け取るので、経営は安定する。収入を稼ごうとして、外来患者を多数診る必要はなく、過剰な医療を提供する誘因もない。登録患者を健康に保つことが、コスト削減になり収益は向上する。登録は責任と結びついているので、過少医療も問題にはならない。経済的誘因が、過剰医療から保健指導・予防医療の推進に転換する。

当然、予想される問題はGPの力量である。最新の専門知識が不足すれば、患者の症状を見落とし、その結果として専門医の紹介が遅れる可能性はある。そこで、2012年にはGP医師免許に5年更新制が導入された。GPは常に最新の幅広い医学知識を習得し、生涯勉強し続けることが制度化されている。

なお、今世紀に入って、英国の家庭制度も変化してきており、登録する医師が一人のGPであるケースは1割程度で、残りは複数GPのいるGP診療所を登録している。また、人頭割の基本報酬の他に、種々の付加サービスに対する出来高払いでの報酬や予防活動に対する報奨金等が設定されている。日本とは改革の方向が反対であるが、登録制と人頭払いが家庭医制度のメリットを生む本質であることに変わらない。

日本のかかりつけ医

日本でも1980年代後半に「家庭医に関する懇談会」が組織され、家庭医の導入の議論を行ったが、登録制・人頭払いに対する医療団体の強い反対で頓挫した。2005年前後には、ドイツ、フランスで家庭医が導入され、その他の欧州諸国にも家庭医制度が普及していく。その後、2013年８月に日本医師会・四病院団体協議会合同提言「医療提供体制のあり方～」が出され、かかりつけ医の概念が提示された。かかりつけ医とは、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」であり、「かかりつけ医機能」についても定義している（図1）。厚

図1

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

出典：「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）

生労働省も基本的に同じ定義を採用している。

また、日本医師会は2016年から「日医かかりつけ医機能研修制度」を実施しており、日本プライマリケア連合学会も認定制度を実施している。ただし、認定証を授与された医師は多くはない。2017年には専門医制度が抜本的に改革され、「総合診療専門医」が19番目の専門医として創設された。卒後臨床研修制度では、総合診療方式が採用され、現在では内科・救急科・地域医療・小児科・産婦人科の5診療科を医学部卒業生の全員が回ることになっている。このように人材育成の面でも進展はあるのだが、圧倒的に数が不足しており、急速な拡充は望めない。

日本では、登録制も人頭払いも採用せず、かかりつけ医の機能強化が進められてきた。2014年から、診療報酬上の手当てが導入されている。(認知症)地域包括診療料、(認知症)地域包括診療科加算、小児かかりつけ診療料、機能強化加算である。機能強化加算を届けている診療所は13413か所(2020年)で全体の8%弱である。また、外来の機能分化に関しては、2022年度から「外来機能報告制度」がスタートし、地域における高度・専門外来の機能を明確化することになっている。

このようにかかりつけ医の育成と機能強化に関しては、一定のスピードで充実してきていたとも言えるのであるが、その中でコロナ禍における一部診療所の機能不全がマスコミの注目を浴び、機能強化ではなく制度化を求める機運が高まったと言える。日本医師会は2022年4月に、批判に対する対応として、「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」を公表したが、一般的な決意表明とフリーアクセスの維持を謳うにとどまり、具体的な制度に対する言及はなかった。

冒頭で述べた通り、その後は各所で議論がなされ、結局は、図2, 3にあるような姿になった。

図2

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取り組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
  - 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
  - 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

（1）医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

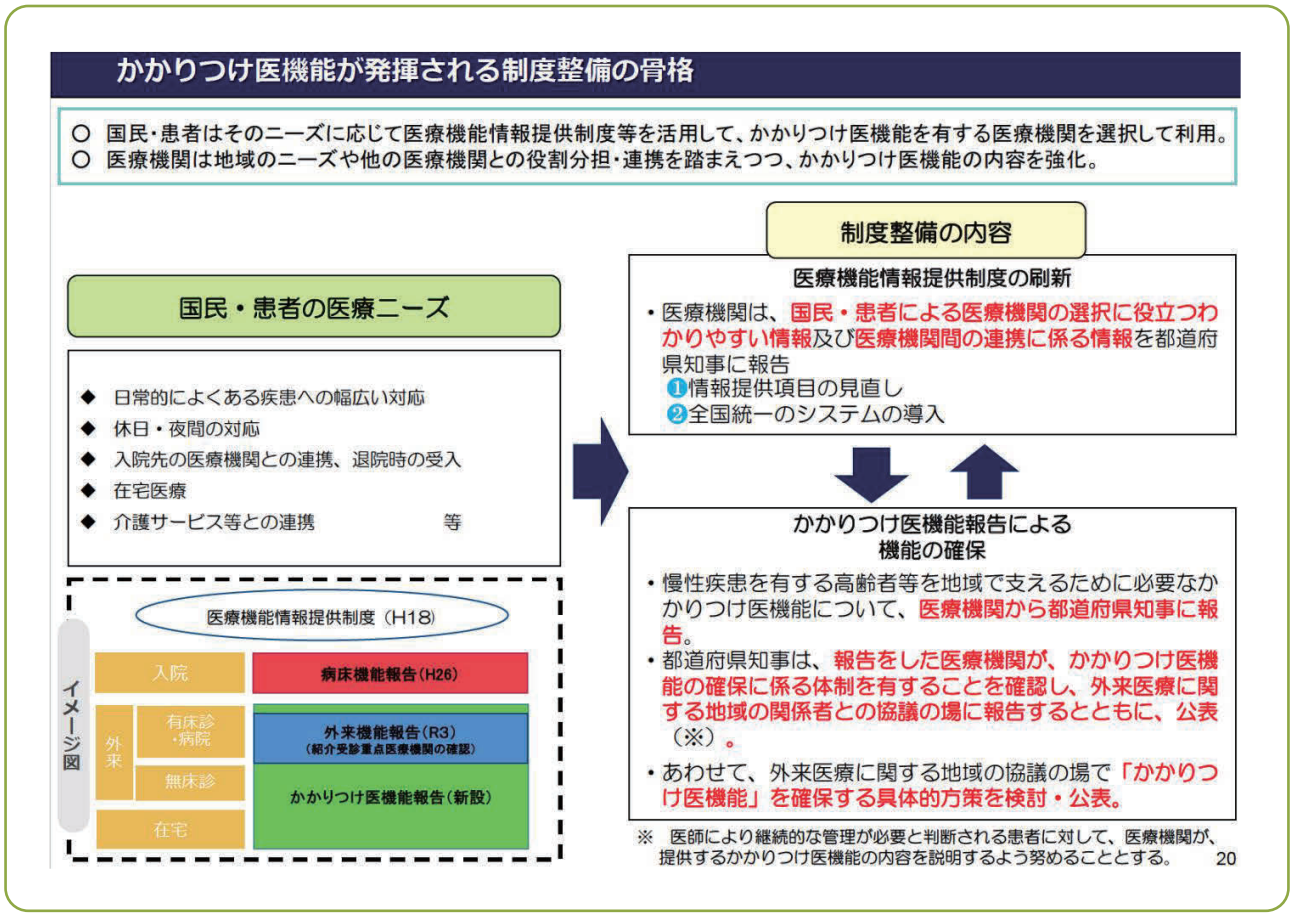
（2）かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的実施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

（3）患者に対する説明（令和7年4月施行）

- 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

図3



「かかりつけ医」の制度・整備といっても、医療機関からの自己申告制度であり、都道府県知事の確認も行政行為ではなく事実行為に過ぎない。さらに令和7年からの施行である。患者のフリーアクセスを重視したというよりは、医療機関のプロフェッショナル フリーダムを最大限重視した内容になっている。

特別寄稿

認知症ケアの価値評価―抗体薬の評価とともに―

横浜市立大学医学部　公衆衛生学　准教授
東京大学大学院 薬学系研究科・薬学部 医薬政策学　客員准教授　五十嵐　中　氏

はじめに
費用対効果評価≠価値評価？

前回は、費用対効果評価の政策応用の実態について、英国・フランス・ドイツの活用事例（あるいは、「活用されていない実態」）を紹介してきた。最終回の今回は、費用対効果評価と価値評価の間にあるもの、費用対効果では捉えきれない価値のあり方について、最近大きな話題を呼んでいる認知症薬の事例とともに紹介したい。

薬や治療の多面的な価値をどのように意思決定に組み込むかについて、最近話題になっているのが、「価値に基づいた価格（Value-Based Price, VBP）」である。現行の薬価制度全体、あるいは原価計算制度に置き換わるものとして、さまざまな方面からの提案がある。

筆者が薬の値段の決め方について取材を受ける際、壁になるのは原価計算制度の表面的なわかりやすさだ。研究開発のコストや製造コストを足し込んで、想定患者数で割り算して価格を決める…という論理は、初見の人には非常に納得のいくシステムに見える。しかし、製品の買い手である患者にとってどのようなメリットがあるかや、イノベーションを促進する要素などは、補正加算部分で考慮される余地はあるものの、根幹部分ではカヤの外になる。医薬品以外のモノやサービスは、スマホであれレストランのメニューであれ、製造原価だけでなくモノが生み出す価値が反映されている。あるいは、どんなに手間がかかったメニューでも、「美味しく」なければ、高い価格では売れない…このような話をしてはじめて、モノの価値に基づく価格設定のほうがより理にかなうことを分かってもらえる。

測れないものは、価値には含めない？―定量化と『擬似的定量化』

VBPの考え方は、「安全性や有効性、さらには経済性など、多面的な要素を価格に反映させる」ものとして理解されている。もっとも、「安全性・有効性・経済性の3つの要素を測れば、価値評価としては十分である」「価値の要素は、すべて定量化可能である（定量化できないものは価値とは言えない）」のような誤解も多い。本来例示的な要素に過ぎない安全性・有効性・経済性の3点が、網羅的な要素と錯覚されることで、「安全性や有効性に加えて経済性（費用対効果）を考慮すれば足りる」「費用対効果評価で捉えられないものは、価値の要素とは言えない」のような誤解が生まれる。筆者自身が製薬協加入社向けのウェビナー（2021年夏）で実施したアンケートでも、「費用対効果評価は、くすりの価値を正しく捉える道具である」の質問に対し、6割近く（219/377, 58%）が"YES"と回答していた。

Tsevatらも指摘するように[1]、「価値に基づく価格」と「費用対効果評価、もしくはICERに基づく価格」は全く別の概念だ。医療経済系の国際学会であるISPORも、多面的な価値の要素の例示として、お金・QALY以外に生産性損失や疾患の重篤度、さらには家族への波及効果（family spillover）など10の要素を加えた、合計12要素からなる"Value flower"を提案している[2]。既出のVBPまわりのいくつかの提言でも、多様な価値の要素をある程度定量

1　Tsevat J, Moriates C. Value-Based Health Care Meets Cost-Effectiveness Analysis. Ann Intern Med. 2018; 169(5): 329-32.
2　Lakdawalla, D.N., Doshi, J.A., Garrison, L.P., et al. Defining elements of value in health care—a health economics approach: an ISPOR Special Task Force report. Value Health. 2018; 21: 131-9

化して「積み上げ」つつ、価格を決める…この概念は多かれ少なかれ含まれている。

ここで見逃されがちなポイントは、価値の要素には定量的に測定可能な部分と、定性的にしか測れない部分の二要素がある…という当然の事実である。後者を考慮せずに、すでに量的評価がなされている部分、(cost/QALYや生産性損失、介護損失など)のみをベースに積み上げを行うと、領域や薬剤によっては著しく低い価格がつくケースも十分にありうる。図1に示すのは、筆者らが2022年に実施した「定量的な部分のみを積み上げたVBP」の算出結果である[3]。C型肝炎、CAR-T、関節リウマチの治療薬は、収載時薬価よりも高い価格になる一方で、神経変性疾患、2剤のがんに関しては、収載時薬価よりも大きく下回る結果となった。

「値付けに使うのならば、定量化は必須では？エビデンスによる数値化や定量化ができない要素は、価格に反映させようがないのでは？」のような考え方も当然出てくるだろう。しかし、例えば現行の薬価制度で、有用性加算がついた品目はどうか？有用性改善の度合いを、何らか根拠のある計量的手法によって「数値化」して5%・10%が得られたわけではなく、過去事例その他を参考にしつつ、デジタルな5%・10%という加算率がアナログに付与されている。加算の定量化(すなわち、ポイント制)システムも整備されているが、こちらも「過去に付与された加算」を将来へ敷衍するためのシステムであり、加算率そのものに対する定量的な根拠付け、例えば「有効性の○%改善は、価格のX%引き上げに相当する」はもちろん得られない。

ICERの閾値(基準値)設定や、さまざまな閾値引き上げのルールもまた同様である。前回紹介したように、最も有名な「NICEの閾値2万ポンド～3万ポンド」は、支払意思法(WTP)でも1人あたりGDPでもなく、いくつかの品目を評価した「後」に経験則で定まったものである。また、「重篤疾患閾値引き上げ(最大5万ポンド)」も、超希少疾病治療HSTに対する閾値引き上げ(10万～30万ポンド)も、5万・10万・30万ポンドという引き上げ度合いについて、定量的な理由付けはそもそも存在しない。

量的には測れないが、質的な価値は確かにある…このような要素について、何らかのルールを設定した上で「擬似的な定量化」を行う手法は、海外のみならず「なじみ深い」日本の薬価制度も含めて、豊富な実例がすでに蓄積されているのである。

認知症抗体薬の動向 米国のうごきは？

2021年以来、認知症の抗体薬が大きな話題となっている。先陣を切ったβアミロイド抗体薬・アデュカヌマ

図1

定量的積み上げのみで求めたVBPと実勢価格

薬　剤	医療費削減	生産性損失改善	介護費削減	インフォーマルケア費用削減	QOL改善	分析時薬価に対するVBP定量価値の増減
C型肝炎治療薬	○	○	−	−	○	+286%
CAR-T	○	○	−	−	○	+72%
関節リウマチ治療薬	○	○	−	−	○	+32%
神経変性疾患治療薬	○	−	○	○	○	-92%
がん分子標的薬	○	○	−	−	○	-91%
がん分子標的薬	○	○	−	−	○	-63%

3　五十嵐中. 価値に基づく医療システムの構築に向けて. 特定非営利活動法人 日本医療政策機構. 2022.4.22 [URL:https://hgpi.org/wp-content/uploads/Reccomendations_VBP_HGPI_JPN_20220422.pdf]

ブ（2021年6月に米FDA迅速承認）・類似のレカネマブ（2023年1月に米FDA迅速承認）ともに、日本で未承認の状態でありながら、一般メディアでもお金のトピックが多数報じられている。なお迅速承認（accelerated approval）ということばは「優れた薬をいち早く世に出す」のようにポジティブにも解釈できてしまうが、認知症薬における意味合いはむしろ逆で、「現段階ではエビデンスが十分ではないが、いったん仮に承認を与えたうえで、追加の臨床試験の結果を見て最終判断する」の趣旨が強い。実際アデュカヌマブも、4年間のRCTによって臨床的な利益を示すことが課せられている。

財政影響という点で薬剤を見る場合、単価（Price）と数量＝患者数（Quantity）を掛け算した数値の大小が出発点となる。オプジーボに代表される免疫チェックポイント阻害剤が、患者数のごく少ない（Qが小さい）メラノーマで承認された際には問題視されず、患者数の多い肺がんに適応拡大された際に論議を呼んだことは、ある意味理にかなっている。認知症の抗体薬は、免疫チェックポイント阻害剤のように価格Pが年間1,000万円を超えることは考えがたい（米国の価格でも年間2万-3万ドル程度）。しかし、患者数が非常に多い認知症をターゲットにしている分、さまざまな絞り込みがかかったとしても、Qは数万人単位となる。あわせて、P,Q以外の要素として、一人の患者への投与期間T（Time）も見逃せない。オプジーボの議論のときは、「1年間の薬価が3,500万円」の数字がよく引き合いに出た。しかし、転移再発後の患者をターゲットにするがん治療薬が、年単位で使われることは一般的ではない。多くは数ヶ月で増悪・投与終了となるため、Tはやや短期間となる分、PxQxTの財政影響はある程度圧縮される。一方で認知症抗体薬は、投与が年単位になることは十分にありうる。現行のエビデンス（と添付文書）では、中等度以上に進行したら投与終了となるが、この条件の元で実施されたレカネマブのモデル分析では、投与期間の平均は3.77年となり、がん治療薬に比してTはより大きな値になることが想定される。

レカネマブの米国価格は26,500ドルに設定された。この26,500ドルは希望小売価格に近く、日本の薬価付けの際に参照されるWAC（薬局卸価格に相当）は26,500ドルよりやや安くなる。さらに標準体重の差や日米の価格差（中央値で2分の1～3分の1程度）を考えて粗く予測すれば、日本での価格Pは年間で100-200万円になる。認知症の患者数は高齢者の17%（約600万人）とされているが、全員が使う（Q=600万）ことは考えがたい。βアミロイドの蓄積具合がPETその他で診断がつき、静注投与の来院が可能な患者…と限定すれば、検査側のキャパシティも含めて年間の患者数Qは数万人のオーダーとなる。もっとも、T＝投与期間が長いことを考えれば年間の売上ピークは1,000億をうかがうことになり、対象疾患が認知症という「なじみのある」疾患であることを合わせて、議論の的となるのは必然である。

先行のアデュカヌマブは2021年12月に、日本では「継続審議」とされ、実質的には承認が先送りされた。欧州でも承認申請がいったん取り下げとなり、三極で唯一承認された米国でも、公的保険（メディケア・メディケイド）を司るCMSから、「臨床試験に参加可能な患者に限って保険でカバーする」旨の制約を課せられている（NCDルール）[4]。認知症治療薬の主戦場たる高齢者は、米国でも公的保険メディケアの対象となる。ただし自己負担（薬剤では原則20%で、高額療養費のような上限設定なし）がそれなりに大きいことから、民間保険と併用する人も多い。カイザー財団の統計資料[5]では、メディケア単独加入者は2820万人である一方、メディケアと民間保険の併用者が2260万人、メディケアとメディケイドとの併用者が600万人と、複数加入者の割合は50%強に達する。民間保険が給付を認めるかどうかも、とくに認知症治療薬においてはCMSの動向に大きく左右される。そのため、CMSが制限的な決定を下したことは、米国でのアデュカヌマブの市場が大きく絞り込まれる一因ともなった。CMSの制約はアデュカヌマブ限定ではなく、βアミロイドをターゲットにする今後の認知症薬にも適用される。ただし、βアミロイド減少のような代理の指標ではなく、認知機能のような臨床的に重要な指標で効果が示された薬剤については、制約は適用されないと述べている。

4　CMS. CAG-00460N. Monoclonal Antibodies Directed Against Amyloid for the Treatment of Alzheimer's Disease.
5　KFF. Health Insurance Coverage of the Total Population, Multiple Sources of Coverage (CPS)

アデュカヌマブが足踏み状態となる中で、レカネマブが第Ⅲ相試験・Clarity試験で良好な結果を示し、本年1月に同様に迅速承認となった。上で記したように、CMSの決定事項はβアミロイドをターゲットとする抗体薬全体とされており、文言通りに解釈すれば、今回のレカネマブもメディケア給付の対象は臨床研究の参加者に限定されることになる。この点についてCMSは迅速承認と同日にリリースを出し、「レカネマブが迅速承認である以上、既存のNCDルールの適用範囲となる」と述べつつ、「エビデンスを精査したうえで、その情報に基づいて給付範囲を再考する可能性がある」と留保した[6]。2月23日に患者団体（Alzheimer's Association）向けに発出したレターでは、「少なくとも現時点では、レカネマブをNCDルールから除外するほどの強いエビデンスは見られない」と判断している。

レカネマブでは、米国の非営利組織・ICER組織が、迅速承認直前の昨年12月22日にエビデンスレポートのドラフト版・3月1日に最終版を発表した[7]。ICER組織は、さまざまな薬剤について同様の評価を行い、ある程度の幅を持たせつつ適正と考える価格（ベンチマーク価格、HBPB）を提示している。他国のHTA機関は、基本的には公的医療制度の中での扱いを議論する組織である以上、評価結果を出すのは承認後となる。しかしICER組織は政府や公的保険とは完全に独立しているため、「1年以内に米FDAでの承認が見込まれ、なおかつインパクトが大きな薬剤」については、承認前でも評価結果を公表する。日米欧を比較した際に米国の承認が一般的には早くなりがちなことと、上記の理由で承認を待たずに評価結果を公開できることが相まって、話題の新薬について評価結果が参照可能なのはICER組織のみ…というケースは少なくない。

ICER組織とあわせて企業（エーザイ）側も、上市前に価値に基づいた価格（VBP）の試算を行い、すでに論文としても公表されている[8]。米国での迅速承認そのものと同時にプレスリリースが出たことで、日本でもそれなりに話題を呼んだ[9]。これまで日本の薬価制度は、「研究・開発・製造にかかるコスト」、すなわち作り手側の手間をベースにしたもので、使い手側の視点すなわち治療の価値をもとにした評価は不十分であった。この点については単なる問題提起にとどまらず、治療のもつ多面的な価値をより適切に反映しうる新たな制度の提案も複数なされている。しかしこれまでの提言における「多面的な価値の反映」は抽象的なものにとどまり、実際の反映のさせ方や、価値そのものの量的評価・質的評価のあり方の議論は不十分であった。企業からも具体的な形で、薬剤が持つ価値を反映させた推計値が出てくることは非常に興味深いところである。

認知症治療の価値評価の「むずかしさ」とは

疾患の性質上、認知症の疾病費用を医療費だけで評価しても、正しい結果は得られない。実際筆者らが実施したコホート調査では、認知症が重症化しても、医療費部分にはほとんど変化がなかった（図2）[10]（軽症48.4万円・中等度52.0万円・重症48.0万円）。糖尿病であれば「悪化すれば透析導入で、年間400万円」、がんであれば「転移・再発すれば分子標的薬・免疫チェックポイント阻害剤の導入で、年間1,000万円超」のように、高い治療が控えていれば、病気の進行は医療費増大に直結する。しかし認知症は、重症患者への高額な治療そのものが存在しない。医療費が増加しないのも、ある意味当然である。

その一方で、介護保険のコストは、軽症で82.8万円・中等度で122.0万円・重症で164.0万円と、重症化に

6 CMS. CMS Statement on FDA Accelerated Approval of Lecanemab. https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-statement-fda-accelerated-approval-lecanemab
7 ICER. Lecanemab for Early Alzheimer's Disease Evidence Report. ICER,2023. [URL: https://icer.org/wp-content/uploads/2021/12/ICER_Alzheimers-Disease_Revised-Evidence-Report_03012023.pdf]
8 Tahami Monfared AA, Tafazzoli A, Chavan A, Ye W, Zhang Q. The Potential Economic Value of Lecanemab in Patients with Early Alzheimer's Disease Using Simulation Modeling. Neurol Ther. 2022 Sep;11(3):1285-1307.
9 早期アルツハイマー病治療薬LEQEMBI™（レカネマブ）の米国における価格設定のアプローチは「医薬品の社会的価値」と「価格」の関係性に関するエーザイの考え方に基づく . https://www.eisai.co.jp/news/2023/news202302.html
10 Nakanishi M, Igarashi A, Ueda K, et al. Costs and resource use of community-dwelling patients with Alzheimer's disease in Japan: 18-month results from the GERAS-J study. Curr Med Res Opin. 2021 Aug;37（8）:1331-1339.

ともない上昇している。無視できないのは家族のインフォーマルケア（すなわち、無償で介助する部分の負担）で、こちらは軽症で187.1万円・中等度218.1万円・重症で331.0万円と介護保険と同様の傾向が出ている。総額で見ると、介護やインフォーマルケアのコストが、医療費のそれを大きく上回ることが見て取れる。米国の退職者団体・AARPの公共政策研究所が2019年に発表したレポート"Valuing the Invaluable"によれば、米国全体で2017年の1年間に4,100万人が家族介助に携わった[11]。従事した時間は1人1週あたり16時間で、年間での総従事時間は1人あたり830時間・トータルで340億時間。平均時給13.8ドルで換算すると、無報酬の（unpaid）介護の潜在的規模は4,700億ドルにのぼる。この4,700億ドルは、ヘルスケア領域全体への自己負担額の合計金額や、介護施設ケアへの支出総額（どちらも年間3,660億ドル）を上回る金額である。

上で述べたICER組織の分析も、医療費だけでなくより幅広い視点を組み込んだ分析を実施している。ICER組織は「支払者（Payer）の立場」と「修正された社会（societal）の立場」の二つの立場からの分析を実施している。後者の立場で加わる中心的な要素は、介助者のさまざまな負担である。認知症の治療で、本人だけでなく介助者にもさまざまな形で負担が生じることはほぼ自明とも言える。興味深いのは、介助そのものにともなう金銭負担だけでなく、言わば「介助疲れ」に伴って介助者の健康状態そのものが悪化することも評価している点である。“Family Spillover（家族への波及効果）”と定義されるこの要素は、認知症以外の領域、例えば小児の遺伝子疾患や感染症などでも、定量的な研究が進んでいる。実際にICER組織の分析・エーザイの分析ともに、認知症の進行にともなって、介助者自身の医療費支出が増加し、QOLが低下する（disutility）ことを分析に組み込んでいる。本人の負担のみを評価する支払者の立場からの分析と、より広く負担を捉える社会の立場からの分析、ICER組織がどちらの立場を優先するかは対象薬剤によって変わるが、今回の分析では二つを“co-base-case analysis”として同格に扱っている。

二つの分析の推計結果をまず示そう（表1）。レカネマブが認知症の重症化を遅延させれば、その分QOLの改善（ひいては獲得QALYの増大）につながることは、イ

図2

認知症の重症度と費用の関係（医療施設での18ヶ月調査, N=553）

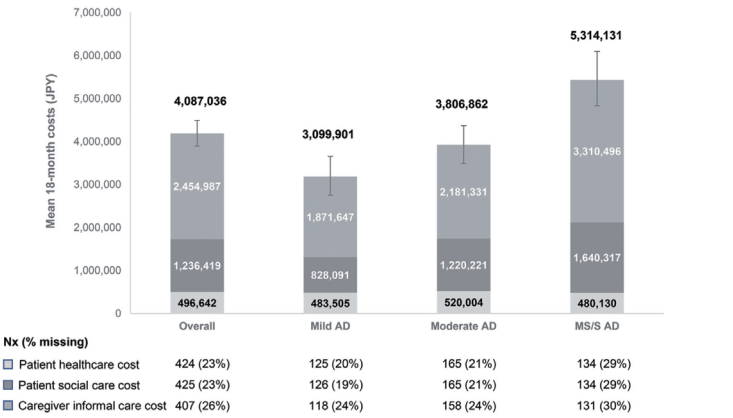


Figure 4. Mean total societal costs from baseline to 18 months by AD severity. Estimated mean total societal costs of AD per patient in JPY are shown at 18 months, stratified according to baseline AD severity. The number of participants with data available for each subgroup analysis is indicated below the graph (Nx, with percent missing data indicated). Total societal costs (value above each column) are presented for participants with data available (base case); error bars indicate 95% CIs of the mean of total societal costs. The bootstrap method was used to calculate 95% CIs for the mean. An opportunity cost approach was used for working and non-working caregivers; supervision time was excluded from caregiver time. Abbreviations. AD, Alzheimer's disease; CI, confidence interval; JPY, Japanese yen; MS/S, moderately severe/severe; Nx, number of patients with data available.

医療費 (healthcare)
ほぼ不変

介護費 (social care)
家族介助 (informal)
重症化で増大

Nakanishi M, Igarashi A, Ueda K, et al. Costs and resource use of community-dwelling patients with Alzheimer's disease in Japan: 18-month results from the GERAS-J study. Curr Med Res Opin. 2021 Aug;37(8):1331-1339.

11 AARP, National Alliance for Caregiving. Caregiving in the United States 2020.

表1

エーザイ・ICER組織それぞれの分析結果

	エーザイ分析			ICER組織分析		
	レカネマブ	SoC	差分	レカネマブ	SoC	差分
LY	7.00	6.38	0.62	6.23	5.77	0.46
QALY (本人のみ)	5.05	4.44	0.61	3.84	3.34	0.50
QALY (介助者含む)	4.86	4.22	0.64	3.49	2.98	0.51
コスト (薬剤費除く・本人のみ)	$209,770	$218,477	-$8,707	$380,000	$363,000	$17,000
コスト (薬剤費除く・介助者含む)	$407,982	$419,196	-$11,214	$681,000	$670,000	$11,000

メージがつきやすい。例えばエーザイの分析では、MCIから軽症・中等度・重症と進行するのに従って、健康状態の重み(QOL値, 1点満点のスコア)は0.80・0.74・0.59・0.36と徐々に悪化していく。レカネマブの使用により、より軽い状態で過ごせる期間が長くなる分、獲得QALYは増大する。本人のみの評価ではICER組織分析で0.48QALY・エーザイ分析では0.61 QALYの結果を得ている。

一方で生存年数LYでも、レカネマブ群で改善がみられる(ICER組織の分析で0.43年、エーザイの分析で0.62年)。認知症の進行抑制によって、余命も延長することはやや意外かもしれない。この点については、どちらの分析もアンダーセンらのコホート研究をもとに、認知症の重症化にともなって死亡のハザード比が2.92(軽度)から9.52(重症)まで増大することを組み込んでいる。軽症や中等症に踏みとどまれば、QOL改善のみならず死亡のリスクも低下するため、QALYとともにLYも改善する結果になった。

レカネマブによる費用削減?

医療費や介護費が重症度によってどの程度変化するかを、エーザイ分析に組み込まれた数値を抽出して表2に示した。

居宅患者本人の医療費と介護費での増加度合いを比べると、MCI患者と重症患者の比は医療費では1.8倍(1209ドル vs 2169ドル)なのに対し、介護費では4.9倍(214ドル vs 1,056ドル)と大きな差が出る。ただし施設に入所した場合は、今回の分析では重症度を問わず一定の数値(8,477ドル)となる。そして認知症の影響は家族のみならず、介助者にもおよぶ。介助者の医療費は、重症化の影響は軽微(MCI727ドル・重症AD782ドル)だが、インフォーマルケアの費用への影響は大きく、重症度によって5.5倍の差が出る(MCI953ドル・重症AD5,209ドル)。ただし、患者が施設に入所した場合、家族介助者のケア負担は減少するため、金額は小さくなる。ICER組織の分析でも、「介助者の負担は、施設入所の遅延によりむしろ増大する。家族と同居できることの(精神的な)メリットは大きいが、金銭換算すると直感に反する結果が出てしまう」と指摘されている。

表3に、レカネマブ群と標準治療群の推計結果を差分のみ抽出して示した。患者本人への影響のみで求める支払者の立場では8707ドルの削減、介助者の影響を含めた社会の立場では11,214ドルの削減となる。ここでの支払者の立場には、すでに介護費部分も含まれているところには注意が必要だ。仮に医療費のみで計算すると、居宅部分の4,610ドルの増加と施設部分の2,972ドルの削減のみが入るため、モニタリングコストなどの1,077ドルを加えると「8700ドル削減」から「2700ドル増加」に大きく結果が悪化する。仮に実態に合わせて、認知症の重症化によって施設介護の費用も影響する設定をおけば、介護費の占めるウェイトはさらに大きくなると考えられる。

表2

認知症重症度別のコスト・アウトカムの変化（エーザイ分析）

	MCI	軽度AD	中等度AD	重症AD	
(居宅でのケア)					
患者の医療費	$1,209	$1,419	$1,889	$2,169	
患者の介護費	$214	$395	$630	$1,056	
介助者の医療費	$727	$753	$770	$782	
介助者のインフォーマルケア費用	$953	$2,106	$3,111	$5,209	
小計	$3,103	$4,673	$6,400	$9,216	
(施設でのケア)					備考
施設入所割合	0.0%	3.8%	11.0%	25.9%	
患者の医療費	$1,209	$1,419	$1,889	$2,169	(居宅と同額を仮定)
患者の介護費	$8,477	$8,477	$8,477	$8,477	(病態問わず一定額に設定)
介助者の医療費	$727	$753	$770	$782	(居宅と同額を仮定)
介助者のインフォーマルケア費用	$419	$927	$1,369	$2,292	(居宅ケアの44%で計算)
小計	$10,832	$11,576	$12,505	$13,720	
(QOL)					
患者のQOL (素値)	0.800	0.740	0.590	0.360	
介助者のQOL低下	0.000	0.036	0.070	0.086	
(死亡のハザード比)					
	1.00	2.92	3.85	9.52	

表3

レカネマブ導入による費用の変化（エーザイ分析の結果）

	支払者の立場	社会の立場
薬剤モニタリング	$1,024	$1,024
ARIA治療費	$53	$53
居宅ケア		
患者の医療費	$4,610	$4,610
患者の介護費	-$325	-$325
介助者の医療費	(算入なし)	$3,952
介助者のインフォーマルケア	(算入なし)	-$2,322
居宅合計	$4,285	$5,915
施設ケア		
患者の医療費	-$2,972	-$2,972
患者の介護費	-$11,097	-$11,097
介助者の医療費	(算入なし)	-$1,028
介助者のインフォーマルケア	(算入なし)	-$3,108
施設合計	-$14,068	-$18,205
費用変動の総計	-$8,707	-$11,214

レカネマブの価値に基づく価格・VBP

健康アウトカムについて、レカネマブを投与することによって、治療継続期間は3.77年で、前述のとおり0.61QALYの改善効果が得られた。VBPが「価格」である以上は、0.61QALYの改善効果を金銭換算する必要がある。為替レートとして機能するのが、WTPもしくは基準値である。0.61QALYにそのまま基準値の数字を掛け算した数値、10万ドル/QALYならば61,000ドル・15万ドル/QALYならば91,500ドルが、金銭換算した健康上のメリット、すなわち便益となる。先ほどの費用削減額（支払者の立場で8700ドル・社会の立場で11200ドル）と合算して、投与期間および投与量で調整して求めた金額が、レカネマブのVBPとなる。

この数値に、薬剤費以外の費用変化を組み込んだ上で、投与期間（両者とも3年～4年程度）で割り算をすると、推計価格が算出される。両者ともにやや広めに変動範囲

図3

基準値（為替レート）と組み込み要素のレカネマブVBPへの影響は？（エーザイ分析）

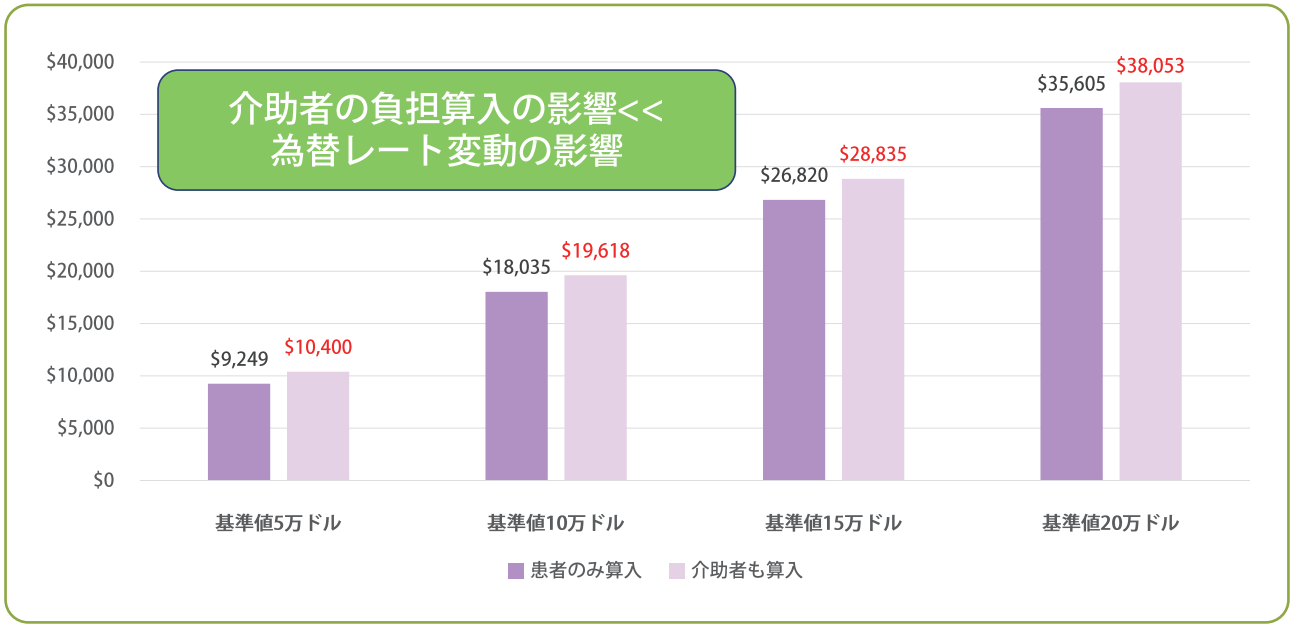


表4

立場・基準値を変えたときのレカネマブVBPの変化

Payerの立場（本人の負担のみを算入）からのレカネマブのVBP	基準値5万ドル	基準値10万ドル	基準値15万ドル	基準値20万ドル
エーザイ分析(QALY)	$9,249	$18,035	$26,820	$35,605
ICER 組織分析(QALY)	$3,200	$8,900	$14,600	$20,300
ICER 組織分析(evLY)	$4,600	$11,700	$18,800	$26,200
社会の立場（介助者の負担も算入）からのレカネマブのVBP	**基準値5万ドル**	**基準値10万ドル**	**基準値15万ドル**	**基準値20万ドル**
エーザイ分析(QALY)	$10,400	$19,618	$28,835	$38,053
ICER (QALY)	$4,600	$10,500	$16,400	$22,200
ICER (evLY)	$6,300	$13,900	$21,500	$29,100

を設定し、5万ドル・10万ドル・15万ドル・20万ドルの4パターンで金銭換算した数値を提示している。

表4に、基準値を5万ドルから20万ドルまで変化させた時のレカネマブの価格を示した。ICER組織の分析で付記されているevLYは、QALYとLYの中間的なものさしで、健康状態の悪化による重み付けをある程度緩和して算出したものである。ICERの分析結果を基準値10万ドルと15万ドルに絞りこんだ場合、推定価格は8900ドル（10万ドル/QALY, 本人のみ）から21,500ドル（15万ドル/evLY, 介助者含む）の範囲となる。この「8,900ドル～21,500ドル」が、ICER組織が「HSBP：ベンチマーク価格」として公表した数値だ。

同じ基準値・同じものさしで比較した場合、ICER組織の方がやや安めの価格になっている。表1において、費用・効果ともにICER組織の方がレカネマブにやや不利（費用増大・効果減少）な結果になったことと対応している。今回の分析では、ICER組織・エーザイともに、有効性には同じ臨床試験（Clarity試験）のデータを組み込んで

いる。費用項目やQOL値などもデータソースが異なることや、MCI患者の死亡リスクの考慮（エーザイ分析では健常者と同等を仮定、ICER組織分析ではハザード比1.28とわずかに上昇）など、さまざまな相違点はあるものの、ICER組織がレカネマブに不利になるようなデータを恣意的に選択しているわけではない。結果に大きな影響を与えているのは、分析モデルの構造そのものである。

両者のモデルで扱いが異なるのは、レカネマブの治療が終了した後の認知機能の低下度合いだ。どちらのモデルもベースラインの分析では、認知症が中程度まで進行した場合には治療終了を仮定している。ICER組織のモデルはシンプルなマルコフモデルをベースにしており、状態移行の確率は「今の認知症の重症度」のみで決定される。それゆえ、それまでレカネマブを使っていても、標準治療でも、中程度以降はまったく同じ条件で認知症が進行していく。一方でエーザイのモデル（AD-ACEモデル）は、直前の状態だけではなく治療開始からのβアミロイドの除去度合いを総合的に評価して状態移行の確率が計算される。そのため、治療終了後もある程度レカネマブの効果が残存することになる。このため、後者の方がやや結果が良好になっている。

表4の数値からもすぐに判断できるように、分析の立場の選択（すなわち、介助者の影響を入れるか否か）よりも、基準値をどこに設定するか（5万ドルから20万ドルの間）の方が、VBPの数値への影響は大きい（スライド3）。同じ基準値のもとでは、介助者負担の組み入れの有無によるVBPの変化は最大2,000ドル程度である。一方で基準値が5万ドル変化すると、VBPは8,000-10,000ドルほど変化する。

本稿の始めに触れたように、基準値をいくらに設定するかについて、常に定量的な根拠があるわけではない。ある意味前号の“A QALY is A QALY is A QALY”にも通じる部分でもあるが、基準値は常に一定なわけではなく、また終末期や希少疾病の引き上げ幅についても、明確な根拠は存在しない。特定の疾患や薬剤について、優先順位が高いことを質的に評価した上で、量的な反映法として基準値を引き上げることは、VBPにおける擬似的定量化に他ならない。レカネマブのVBP推計は、介助者の医療費やQOLなど多くの要素が盛り込まれている分、全ての要素が可視化・定量化され、単純な足し算のみでVBPが算出できたようにも見える。しかし「擬似的定量化」の要素も、獲得QALYの金銭換算という形で大きな影響を与えている。VBPに根ざした制度設計を考えるならば見逃せないポイントである。

おわりに

3回にわたって、費用対効果評価で「できること」と「できないこと」の切り分けた。さらに、費用対効果評価と価値評価の間にあるものを紹介してきた。費用対効果評価、あるいは狭義のHTAの考え方が浸透してきた分、果たすべき役割が過大評価されるケースも散見される。限界点について、「一部の製品の価格を、わずかに下げるシステムだから、細かなことは気にしなくて良い」のようなスタンスをとることも可能だろう。しかしそのような立場をとり続けた場合、HTA関係者以外から見たHTAは、いつまでもマイナーな存在で固定化してしまう。どのような将来像を描くにしても、より踏み込んだ議論は不可欠である。

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会

医療経済研究機構
2023年度（第27回）研究助成
若手研究者育成研究助成　募集要項

1．主旨

医療経済及び医療・介護政策分野において医療経済研究の発展を目指すとともに、若手研究者層の裾野を広げるために研究助成を行い、もってわが国における医療・介護政策の発展に寄与することを目的とします。

2．募集課題

研究対象となる課題を以下の5つの中から1つお選びください。

① 医療保険及び介護保険に関する政策的研究
② 診療報酬及び介護報酬に関する政策的研究（①を除く）
③ 費用便益分析・費用効用分析・費用効果分析等を用いた政策的研究
④ 医療・介護産業に関する政策的研究
⑤ 医療・介護の提供体制に関する政策的研究

※大規模データベース（NDB等）のみならず、自ら一次データを収集して行う研究や公的統計データを用いた研究も推奨します。

3．研究実施期間

2023年10月～2024年9月末の1年間とし、期間前に開始する研究は対象外とします。

4．対象者

当該研究助成の応募対象者は、上記の分野に関する科学的実証的研究を志向する個人又はグループとし、 かつ、主たる研究者が2023年4月1日現在で、下記の（1）、（2）のいずれかに該当する方のみとします。

（1）大学院生（修士課程又は博士課程在籍者、及び専門職学位課程在籍者）
（2）40歳以下で、国内研究機関に常勤で勤務する研究者

※過去に当機構の助成を受けた方は、主たる研究者として当該助成に応募が出来ません。
※選考に際して、身分を確認させていただく場合があります。
※研究計画書の内容によっては、利益相反（COI）に関する申告書の提出をお願いする場合があります。

5．助成額

1件当たり概ね50万円～100万円を予定。

※審査の結果、助成希望額を減額させていただく場合があります。
※所属機関の間接経費は助成対象に含みません。
※助成金受入口座が所属機関の寄附金管理口座の場合は、当該助成への応募は出来ません。
（但し、所属機関の間接経費を助成金から徴収しない場合はこの限りではありません）

6．申請手続き

（1）申請方法

所定の研究計画書および共同研究同意書に必要事項を記入し、事務局にE-mailで送付下さい。

（2）期限

2023年6月23日（金）（必着）

（3）対象とならない研究、助成の取り消し

他の助成金交付が確定している研究計画、および複数年に亘る研究計画全体の一部のみを対象とする研究計画は、当機構の助成対象といたしません。

なお、同一ないしは類似したテーマで他の助成金を獲得し既に研究に着手、あるいは研究を終了し学会等で発表している等の行為が明らかになった場合には、助成取り消し及び助成金の返還を求める場合があります。

7．審査ならびに結果の通知

（1）選定委員会における審査に基づき、採否を決定します。

委員長　田中　　滋（埼玉県立大学　理事長）
委　員　小林　廉毅（東京大学　名誉教授）
高久　玲音（一橋大学　大学院経済学研究科　准教授）
中村さやか（上智大学　経済学部経済学科　教授）
西田　在賢（県立広島大学　特任教授、ＨＢＭＳ地域医療経営研究センター長）
濱島ちさと（帝京大学　医療技術学部　看護学科　教授）
福田　　敬（国立保健医療科学院　保健医療経済評価研究センター　センター長）
堀　真奈美（東海大学　健康学部　教授）

（敬称略、50音順）

（2）研究計画の評価

専門的・学術的観点から以下の評価事項に基づき審査を行います。政策的インプリケーションの大きい研究を重視するとともに、若手研究者が行う独創的な研究についても支援します。

①政策との関連性、②研究の独創性・新規性、③研究方法の妥当性
④倫理面への配慮、⑤研究実施上の問題点

（3）採択結果は、2023年9月末日までに採択者へ直接通知するとともに、当機構ホームページに掲載いたします。

8．研究成果の報告ならびに公表

（1）報告書提出期限

①2024年3月末日までに研究進捗報告書（中間状況レポート）
②2024年9月末日までに最終研究報告書、研究要旨

（2）成果報告会

助成対象研究の更なる発展、医療経済・政策研究者とのネットワーク拡大を目的とした成果報告会（2024年11月に開催予定）で、研究成果をご発表いただきます。

（3）当機構による公表

研究要旨は当機構月刊誌「Monthly IHEP」及び当機構ホームページに掲載します。

（4）採択者による公表

・成果の公表は最終研究報告書提出後とすること（部分的な成果の発表は要事前確認）
・研究成果は必ず専門誌へ投稿すること（投稿先は「医療経済研究」を推奨）
・「医療経済研究」以外に掲載された場合、論文の別刷り1部を当機構へ提出すること
・研究成果の公表・発表に際しては、医療経済研究機構の助成による旨を明示すること

9．資料請求先・照会先・提出先

（1）募集要項及び応募書類入手先・照会先

当機構ホームページ（https://www.ihep.jp/business/grant/）にてダウンロード下さい。
また、お問い合わせは当機構ホームページ掲載の問合せフォームにてお願い致します。
郵送や電話による資料請求・お問い合わせはお取扱いいたしておりません。

（2）照会先研究計画書提出

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構「研究助成事務局」 E-mail:grant@ihep.jp

※研究計画書に記入された申請者の個人情報は、当研究助成に関する業務のみに使用いたします。

医療経済学会　第18回研究大会
研究大会長　近藤　克則

「医療経済学会　第18回研究大会」のご案内（第一報）

拝啓
会員の皆様方には益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。
平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。
さて、医療経済学会・千葉大学予防医学センター共催の「第18回研究大会（2023年度）」を下記の要領にて開催する運びとなりました。つきましては、ご多忙中のこととは存じますが、万障お繰り合わせの上、ご参加頂きたくご案内申し上げます。

敬具

記

Ⅰ．研究大会

期　　日：2023年9月2日（土）
会　　場：千葉大学（西千葉キャンパス）と一部ZOOM配信によるハイブリッド
〒263-8522　千葉市稲毛区弥生町1-33
※開催形式は決定次第、改めてご案内させて頂きます。
参　加　費：普通会員　（事前）5,000円
学生会員　無料
非会員　　（事前）10,000円
※事前申込は7月初旬より開始予定です。
※当日申込・お支払いは受け付けておりません。参加費は事前に振込でのお支払いをお願いいたします。

Ⅱ．総会

研究大会当日、総会を開催致します。

Ⅲ．一般演題募集要項

●一般演題の公募について

一般演題は公募します。本研究大会では、医療経済学に関する幅広い分野を対象とします。なお、演題の採否の決定については、プログラム委員会にご一任ください。

●申込資格

演者は医療経済学会の会員に限定しております。
申込時、会員でない方は、演者となりましたら別途会員登録をお願い致します。

●演題関連スケジュール

募集開始：2023年2月6日（月）
募集締切：2023年5月12日（金）
採否通知：2023年6月下旬

（参考）採用された方
報告論文提出：2023年7月28日（金）
発表Power Point（PDFも可）提出：2023年8月30日（水）

- 報告論文は、指定討論者へ事前送付致しますので、指定討論者が事前に十分に発表予定の演題内容について把握し、討論準備ができるように作成し、上記期限までに事務局へご提出をお願い致します。なお、報告論文は公開されません。
- 研究費補助を受けている場合は、ファンドソース（公的機関や私的企業の名称、研究科題名、補助時期など）を謝辞の中に明記してください。

●申込方法

一般演題申込希望者は、下記の要領にて記載した日本語または英語による演題要旨とともに、フォームよりお申し込みください。演題要旨は医療経済学会ホームページよりダウンロードできます。

（演題要旨）

必ず指定のフォーマットを用い、下記の文字数を守ること

- 日本語で図表なしの場合、総文字数（演者・所属・演題名・抄録本文の合計）で1,200文字以内。図表は1枚のみ添付可で、その場合、1,000文字以内
- 英語で図表なしの場合、総単語数（演者・所属・演題名・抄録本文の合計）で400語以内。図表は1枚のみ添付可で、その場合、300語以内

（留意点）

- 一般演題は、PowerPoint（PDFも可）による口頭発表とします。
- 一般演題は１人１演題までですが、共同演者として複数の演題の登録が可能です。
- 口頭発表は指定討論者による討議を予定しておりますので、申込の際に、必ず希望する指定討論者2名をご記入下さい。なお、指定討論者の決定はプログラム委員会が行います。
- 指定討論者は、基本的に学会会員として下さい。
- 演者および共同演者全員が大学院に在籍する場合、教員１人の推薦を必要とします。
- 掲載済論文と同一の内容の発表は対象外とします。

●プログラム委員　**（敬称略・順不同）**

	ご所属	氏　　名
研究大会長	千葉大学予防医学センター 教授 ／ 国立長寿医療研究センター　研究所　老年学・社会科学研究センター　老年学評価研究部長	近藤　克則
委員長	慶應義塾大学　大学院経営管理研究科 教授	後藤　　励
委　員	国際医療福祉大学　大学院医学研究科　教授	池田　俊也
委　員	津田塾大学　総合政策学部　教授	伊藤由希子
委　員	横浜市立大学　国際商学部　講師	加藤　弘陸
委　員	京都大学　大学院医学研究科社会疫学分野　主任教授	近藤　尚己
委　員	岡山大学　社会文化科学学域　教授	岸田　研作
委　員	京都大学　大学院医学研究科 医療経済学分野　准教授	國澤　　進
委　員	国立保健医療科学院　保健医療経済評価研究センター　センター長	福田　　敬
委　員	上智大学　経済学部　教授	中村さやか
委　員	一橋大学　社会科学高等研究院（HIAS）　教授	中村　良太
委　員	東北大学　大学院経済学研究科　准教授	湯田　道生

Ⅳ．その他

●駐車場について

公共交通機関のご利用をお願いします。

お問い合わせ先

〒105-0001
東京都港区虎ノ門1-21-19東急虎ノ門ビル3F
一般財団法人　医療経済研究・社会保険福祉協会　医療経済研究機構内
医療経済学会事務局　TEL：03-3506-8529　　FAX：03-3506-8528
E-mail：conference@ihep.jp　　https://www.ihep.jp/jhea/

2023 年度

ヘルスリサーチ研究に関する
第32回 助成案件公募のご案内

ヘルスリサーチとは、一人ひとりのクオリティー・オブ・ライフ（QOL）の向上を目的として、自然科学（医学、薬学、健康科学等）や社会科学（法学、経済学、社会学等）の成果を基に、保健・医療の受け手の観点から、変化する社会の中で全ての人が最適なケアを享受できるための仕組みを研究し、社会に提言する問題解決型の学問です。
国内におけるヘルスリサーチ振興のために、下記のとおり研究助成案件を募集致します。

応募期間
2023 年
4月3日（月）～
6月30日（金）
採否決定
2023 年10月下旬

■ 募集内容

国際共同研究：国際的観点から実施する共同研究

上限 300万円 × 8件 程度

期　　間：2023 年 12 月 1 日 ～ 2024 年 11 月 30 日
共同研究：海外研究者を 1 名以上含めること

国内共同研究（年齢制限なし）：国内での共同研究

上限130万円 × 14件 程度

期　　間：2023 年 12 月 1 日 ～ 2024 年 11 月 30 日
共同研究：同一教室内研究者のみとの共同研究は対象としない

国内共同研究（満39歳以下）：国内での共同研究（年齢制限：1983年4月2日以降生まれの方）

上限100万円 × 14件 程度

期　　間：2023 年 12 月 1 日 ～ 2024 年 11 月 30 日
共同研究：同一教室内研究者のみとの共同研究は対象としない
また、共同研究者はすべて満 45 歳以下とすること

■ 助成対象研究

国内におけるヘルスリサーチ領域の問題解決型の共同研究であること。

■ 応募方法

本財団のウェブサイトより、応募書類をダウンロードの上、オンラインにてご応募下さい。（郵送不可）
なお、ご応募に際しましては、募集要項などの資料をご一読いただけますようお願い致します。

▶▶▶URL：https://www.health-research.or.jp

お問い合わせ先
お問い合わせは、下記、事務局メールアドレス宛にお願い申し上げます。
E-mail：hr.zaidan@pfizer.com
公益財団法人 ファイザーヘルスリサーチ振興財団

Monthly IHEP バックナンバーのご案内

医療・介護政策、厚生行政などに関する幅広い情報提供を行うことを目的として、医療経済研究機構レター「Monthly IHEP」を発行しています。医療関係有識者へのインタビューや厚生労働関係者へのインタビュー、「医療経済研究会」の講演要旨、有識者論稿などを掲載し、年間 11 回発行しています。

2022 年 9 月号　No.322

●特別寄稿
規制改革推進会議と医療介護 DX ②
介護 DX と科学的介護
社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ相談役
武藤　正樹 氏

●研究部・政策推進部レポート
診療報酬・介護報酬レセプトと住宅改修理由書の連結解析研究の試み
医療経済研究機構　研究部　主任研究員
土屋 瑠見子

●研究会報告
＜第 8 回 地域包括ケアシステム特別オープンセミナー 開催概要＞
地域包括ケアシステムにおける口腔ケアと栄養ケアの最前線
―社会参加を促す介護予防から尊厳ある看取りまで―

2022 年 10 月号　No.323

●特別寄稿
規制改革推進会議と医療介護 DX ③
～医療 DX の過去、現在、未来～
社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ相談役
武藤　正樹 氏

●研究部・政策推進部レポート
ILC-Japan の活動に関するご紹介
政策推進部　副部長／国際長寿センター
中村　一朗

●研究会報告
薬価・流通に係るくすり未来塾提言について
薬価流通政策研究会・くすり未来塾　共同代表
武田　俊彦 氏

2022 年 11 月号　No.324

● IHEP 事務所移転記念　特別企画
第三世代に向けての期待
―医療経済研究機構の組織改正と事務所移転に際して
（一財）医療経済研究・社会保険福祉協会
評議員会会長
宮川　公男 氏

●厚生労働省インタビュー
地域における薬局薬剤師のさらなる活躍について
厚生労働省　医薬・生活衛生局　総務課　薬事企画官
太田　美紀 氏

●医療機関・施設インタビュー
地域包括ケアシステム構築と地域共生社会に向けた人材育成
つしま医療福祉グループ 代表／日本医療大学 理事長
対馬　徳昭 氏

●研究部・政策推進部レポート
介護保険保険者の PDCA サイクルによる介護保険事業展開の実態
－第 8 期介護保険事業計画における主観的指標の設定状況とその課題－
医療経済研究機構　政策推進部
専門研究員／研究部　特任研究員
松本　佳子

●研究会報告
社会保障改革～ポスト一体改革の課題～
上智大学総合人間科学部教授／
一般社団法人未来研究所臥龍代表理事
香取　照幸 氏

2022 年 12-1 月号　No.325

●年末・年始のご挨拶
医療経済研究機構　所長
辻　哲夫

● IHEP 事務所移転　特別企画
IHEP 事務所移転記念企画　座談会
幸田　正孝 氏、岡部　陽二 氏、中澤　優一 氏、
西村　周三 氏、辻　哲夫

●特別寄稿
費用対効果と価値評価―費用対効果でわかること・わからないこと（上）
公立大学法人横浜市立大学医学部　公衆衛生学　准教授
東京大学大学院 薬学系研究科・薬学部 医薬政策学　客員准教授
五十嵐　中 氏

●医療機関・施設インタビュー
東北医科薬科大学が目指す、医療人の育成と地域医療への貢献
東北医科薬科大学　副学長・医学部長
大野　勲 氏

●研究部・政策推進部レポート
医療・介護レセプトを連結した訪問薬剤師の実態把握研究の試み
医療経済研究機構　研究部　研究員
田口　怜奈

●研究会報告
医療・健康 DX のさらなる推進
前厚生労働省事務次官
吉田　学 氏

2023 年 2 月号　No.326

●特別寄稿
費用対効果と価値評価―費用対効果でわかること・わからないこと（中）
公立大学法人横浜市立大学医学部　公衆衛生学　准教授
東京大学大学院 薬学系研究科・薬学部 医薬政策学　客員准教授
五十嵐　中 氏

●官公庁インタビュー
産学官連携でつくる「くすりの富山」
～「くすりのシリコンバレー TOYAMA」創造コンソーシアム設立の背景と展望～
富山県厚生部くすり政策課　課長　石田　美樹 氏
富山県厚生部くすり政策課　くすりコンソーシアム推進班　班長　建部　千尋 氏
富山県厚生部くすり政策課　くすりコンソーシアム推進班　副主幹　竹田　享代 氏
富山県厚生部くすり政策課　くすりコンソーシアム推進班　主査　小森　洋 氏

●医療機関・施設インタビュー
日本の Academic Research Organization（ARO）の最前線
～基礎と臨床の橋渡しによる新規医療開発、伴走型海外ベンチャー支援、疾患レジストリ活用法の構築～
公益財団法人神戸医療産業都市推進機構　医療イノベーション推進センター　センター長
川本　篤彦 氏

●研究部・政策推進部レポート
韓国における韓方医療の医療費と利用実態
医療経済研究機構　政策推進部　専門研究員／研究部　特任研究員
佐々木　裕伊

●研究会報告
＜第 28 回 医療経済研究機構シンポジウム 開催概要＞
資源地政学と医薬品の原料問題

IHEP 事務所移転　特別企画　インタビュー企画①
ミアヘルサホールディングス株式会社　皆川　尚史 氏
IHEP 事務所移転　特別企画　インタビュー企画②
医療経済研究機構 元専務理事　上條　俊昭 氏

2023 年 3 月号　No.327

●官公庁インタビュー
健康寿命日本一を目指した大分県の挑戦
大分県　福祉保健部　理事 兼 審議監（保健担当）
藤内　修二 氏

●官公庁＆医療機関・施設インタビュー
へき地医療の現状と課題
～行政・へき地医療拠点病院・へき地診療所へのインタビューより～
大分県　福祉保健部　理事　兼　審議監　藤内　修二 氏
大分県　福祉保健部　医療政策課　課長　小野　宏 氏
社会医療法人　長門莫記念会　理事長　長門　仁 氏
佐伯市国民健康保険因尾診療所　看護師　内那　純子 氏

Monthly IHEP
2023.4 Apr.　No.328
医療経済研究機構レター
発行：一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構

〒105-0001
東京都港区虎ノ門1-21-19 東急虎ノ門ビル3F
TEL:03-3506-8529　FAX:03-3506-8528
https://www.ihep.jp/