

HTA とパンデミック対策

大西 昭郎

武蔵野大学国際総合研究所客員研究員



ヘルスケア分野のイノベーション、技術評価や規制、保険などについての制度や政策が専門。東京大学工学部、ペンシルバニア大学ウォートンスクール（MBA）卒。通商産業省、マッキンゼー・アンド・カンパニー、経済協力開発機構（OECD）、通信・ITベンチャーの経営等を経て、2003年から日本メドトロニック株式会社にて取締役副社長（～2012）。2011年から東京大学公共政策大学院特任教授、2016年からは客員教授（現任）。2012年から2013年にかけて内閣官房医療イノベーション推進室次長。2013年5月から株式会社ソラストの常務執行役員。2016年から2019年までは日本アビオメッド社の副社長として同社製品の承認取得、保険収載などの業務を担当。2019年からは神奈川県立保健福祉大学ヘルスイノベーション研究科教授（現任）として活動中。厚生労働省国立研究開発法人審議会委員ほか各種審議会委員。（独）科学技術振興機構センターオブイノベーションビジョナリーチチームメンバー、（一財）医薬品・医療機器レギュラーサイエンス財団評議員、なども務める。

3月2日にオンラインにより、東京大学公共政策大学院において、医療経済評価国際シンポジウムが開催された。コロナによる非常事態宣言が続く中でオンラインによる開催となったわけだが、キャンパスのホールでは実現しにくい300名あまりの参加者を集めることになった。また、パネリストもスウェーデン、フランス、台湾、日本からの参加を得るなどオンラインならではのイベントとなった。さらに、今回のテーマは近年保険償還制度にも採用されることとなった医療技術評価（以下ではHTAと呼ぶ。）の手法などが、コロナ禍に直面した各国の対策の立案や評価に、役立てられるのかどうか、またはどのような役割を果たせるのかを議論することであった。興味深いテーマであったので紹介させていただく。

1. 開会挨拶

まず、冒頭で、公共政策大学院の城山教授からHTAは二つのチャレンジを受けている、とのコメントが出された。すなわち、ロックダウンなどの非医薬品・医療的介入措置（Non Pharmaceutical, Non Medical Intervention, 以下NPIと呼ぶ）として取られた対策を評価することができるのか、そして、HTAがこれまで担ってきた医薬品の価値評価といった対象領域を大きく拡大し、施策や対策のインパクトをどのくらい科学的に評価できるのか、という大きな問いが世界同時進行で投げかけられているとの認識を示された。

2. 背景と論点

次いで、このシンポジウムを企画された鎌江教授からはシンポジウムの背景説明とともに、「すでに世界で1億人が感染し、250万人の命が失われたパン

デミックの感染の波は今も繰り返し世界を襲っている。ようやくワクチンが使われ始めたが、『WHOからは戦いはまだ続く』との声が上がっている。政策、治療、検査、医療体制のサプライマネジメントも含めて、これらに対する科学的評価は不可欠である。次にくるであろうパンデミックへの教訓も導かねばならない。」との意見が示された。

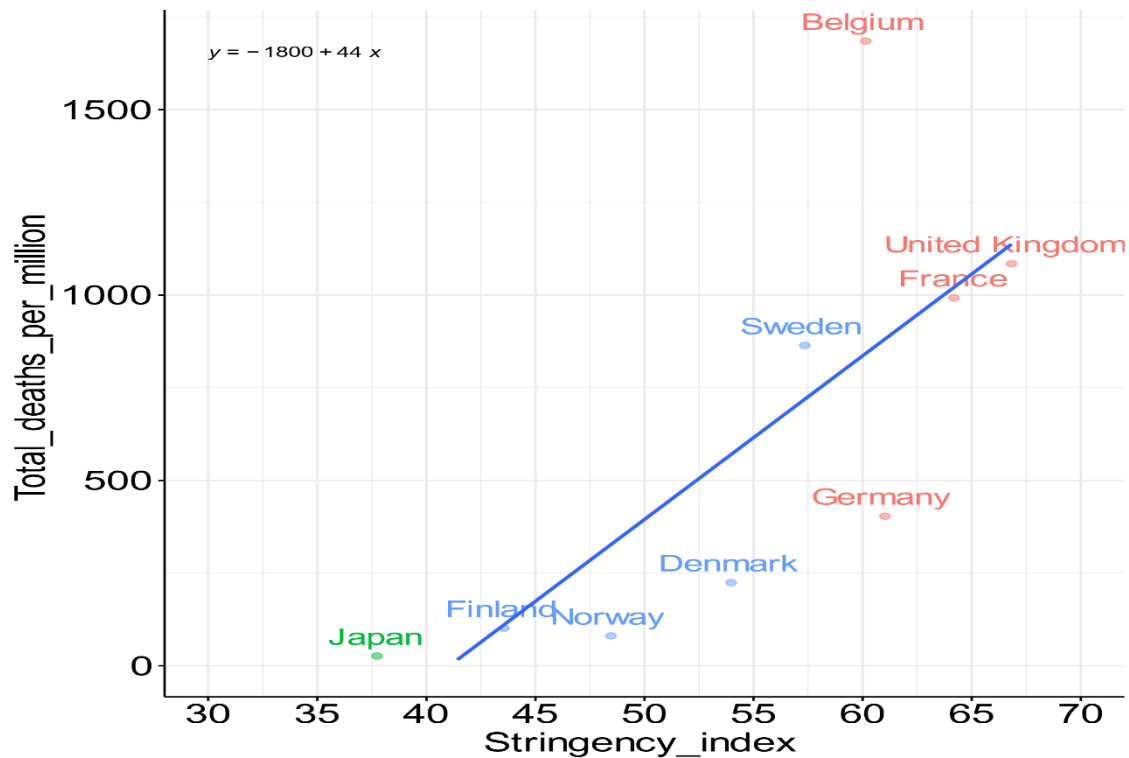
続いて各国の参加者からそれぞれの国の施策や研究報告などが紹介された。

3. スウェーデンのコロナ禍と医療経済

一番手は、スウェーデン医療経済研究所のシニアアドバイザーであるウルフ・パーソンズ博士。博士は出張先のベニスからの報告となった。

スウェーデンの対策は主に憲法上の理由から個人の移動の自由を制限することはできなかったため、いわゆる厳しいNPIは行われなかった。各省庁はその範囲でできる対策を行使したわけである。スウェーデンでのパンデミックによる超過死亡率は特別高いわけではない。中央ヨーロッパでは高いところがあったが、北欧は全般に低い状況で推移してきた。NPIの措置の厳格さを指数化して横軸に示し縦軸に100万人当たりの死亡者数を示したグラフを示す。

図1 志望者とNPIの厳格度



北欧の国々は中程度の厳格度指数になっているが英国やフランス、ベルギーと比べて死亡者数は人口当たりでは低くなっている。グラフは必ずしも相関関係を示すものではないが、因果関係として考えられるわけだが志望者の比率が高い国ほど厳格な措置がとられたことは示されている。

我々は Covid 19 による損失は、①健康上の被害による死亡や重症度、②NPI やロックダウンによる健康上や日常生活の制約による損失（孤独や孤立の増加、普段の活動の制約、イベントなどに行けないこと、ソーシャルディスタンスの奨励の影響、老人ホームなどでの家族との面会が制約されること、学校の閉鎖、リモートでの仕事、旅行の制約など）そしてそれらがもたらす③結果としての経済的損失、これら合わせて 3 種類があると考えている。

次に研究についてご紹介する。我々はまず超過死亡についての損失について QALY 値を計測してみた。そして NPI による健康や日常生活のロスについても計測を試みている。計測には Visual Analogue Scale (VAS)¹ と EQ5D5L² の手法を用いている。

計測の結果を図 2 及び図 3 に示す。

超過死亡による損失は 37000、VAS による NPI の影響は 41000、EQ5D による計測では数値は保守的になる傾向があり、NPI については 28000 という値となっている。

図 2 失われた QOL

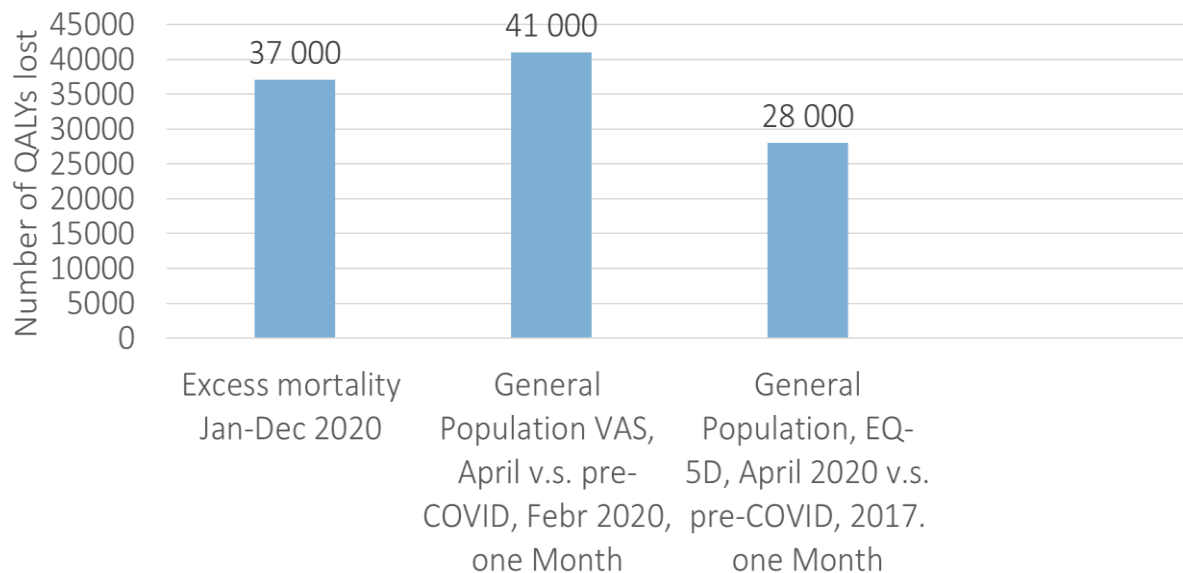


図3 計測対象者の年代別に集計した失われた QoL 値

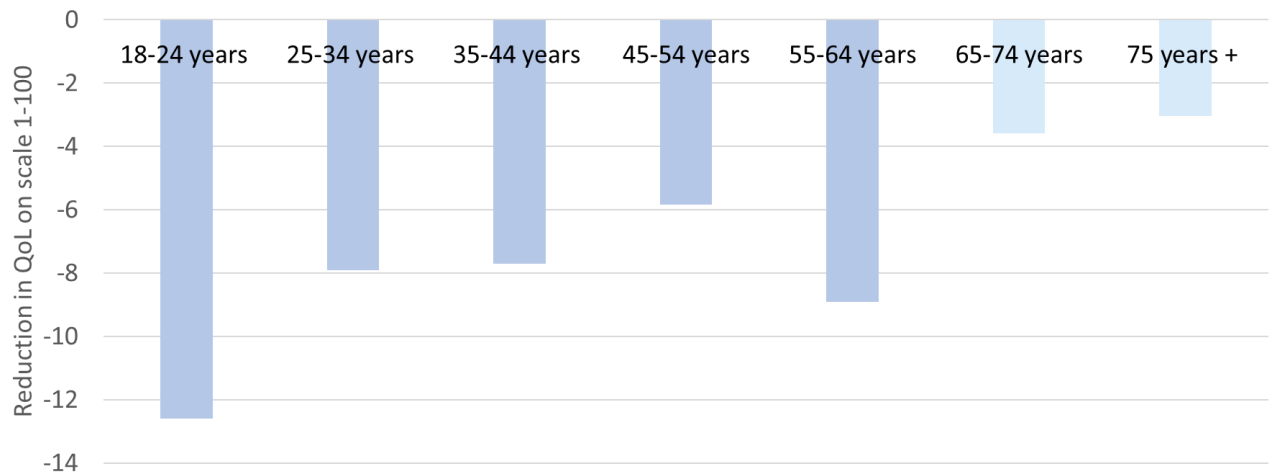


図3の年代別集計でみると、若い世代では経済への不安や懸念、高齢者では健康への不安や懸念が大きいことが分かる。なおこれらを1 QALYが5万Euro相当として費用に換算すると、1日当たりの国全体の損失は1.5億Euroとなる。この数値がNPIによる損失と推定できる。

ワクチンの接種についても評価してみたい。仮にワクチンのおかげでNPIが3か月縮められれば、14億Euroの価値が追加されると推定できる。この場合にはワクチンの接種当たりの価値は87.5Euroと試算されるので、接種にかかわる費用(25Euro)とワクチンの原価(1~15Euro)を差し引くと、接種当たり30Euro程度の価値を持つことになる。

これらの研究特にQALYの調査は引き続き進められているので、ついでのレポートがまとめられればいずれかでご報告する。

以上がパーソンズ博士からの報告である。

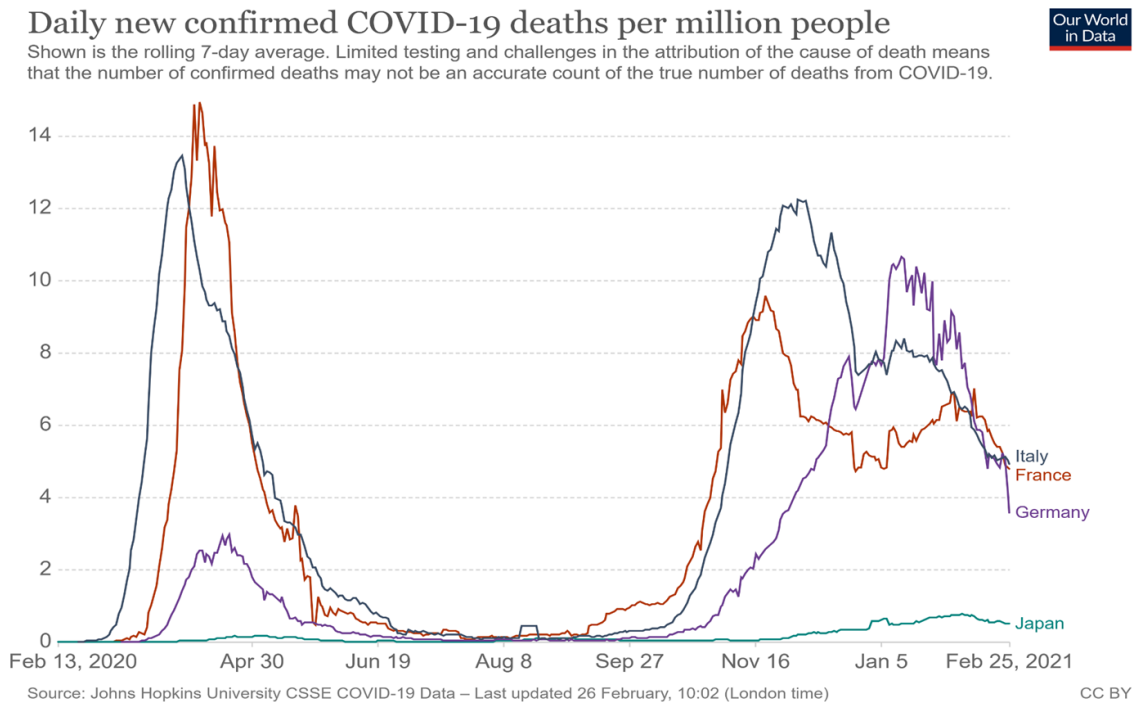
4. フランスのコロナ禍と医療経済

続いての発表は、フランスのパリ・スクール・オブ・エコノミクスのパイエル・イブ・ジェオファール教授から、フランスの状況についてであった。いかがその概略である。

フランスや欧州で何が起きたかについてまず話したい。そのなかでうまくいったこと、行かなかったことにふれる。

フランスでは第一波で死亡者が急激に増えた。ドイツは第一波では低く抑えられたが、第二波では悪化している。図4を参照されたい

図4 欧州の人口当たりの死亡者の推移



第一波でのフランスとイタリアの状況を比較すると、イタリアの北部で患者が多く発生し、病院は飽和してしまい、死亡者も多く発生した。そして、フランスの東部では教会での大きな集会があったことで急激に患者が発生し、病院が飽和に近い状態になったことが伝えられている。

これらを踏まえて、フランス政府は、アドホックな委員会を多数設置したが、各委員会のミッションははっきりしないまま事態が進展してしまった。3月12日には学校や大学が閉鎖され、オンラインの活用などスマートな働き方の奨励が行われた。また同時に失業給付金の一部の支払いも施策として発表された。ところが、3月15日には、多くの人が投票所に集まる地方選挙が実施されてしまう。かたや3月14日には、バー、レストラン、商店の閉鎖が実施される。3月18日には病院でのマスクの不足が報じられ、PCR検査の数も少なくなってしまう。3月19日には患者の累計は10000人を超えることになる。まさに混沌とした状態であった。このNational Lock Downは3月16日にマクロン大統領が宣言を出し、当初は2週間続くこととされた。しかし、3月27日にはLock Downは4月15日まで延長され、4月13日にさらに延長が宣言され、結局5月11日の解除まで続くことになる。

4月7日には病院と高齢者施設での死亡者数がそれぞれ7000人、3200人に達し、合計では1万人を超えている。ただし4月15日には死者数は15700人に達している

医療従事者にマスクが届くには時間がかかった。4月27日にはマスクの薬局での販売は許可制になっている。

経済へのインパクトを見てみよう。この最初のLock Downの55日間で生産活動は急激に低下している。生産活動が伸びた産業は全体の3%に過ぎない。35%は50%以上の下落、38%は10%から50%の範囲での生産活動の下落、21%は10%未満の低下にとどまっている。GDPは年率で9%低下、失業者は

50万人を記録している。家計に対しては失業給付金の一部が支払われ、企業に対しては税金の免除も実施された。マクロン氏はいかなる代償を払ってでもこれらを実行すると寛大な方針を宣言している。結果的に財政赤字の面では優等生3%だったフランスは、赤字幅が11.4%に急増してしまうことになる。

次にHTAの観点から見てみよう。Lock DownのツールはほとんどすべてNPIだった。科学的な施策や政策ツールの評価などは欠けている。Lock Down、マスク、ソーシャルディスタンス、いずれについても効果のほどは検証されていない。確かに評価は難しいことは事実であるが、科学的な評価は必要だ。これらの施策に人々がどのように反応するかを解明することが必要な評価方法につながると考える。

結果的にはHTAはそれが担うべき重要な役割は今回については果たせていなかったことになる。同時にLock Downについて何らの科学的な評価もなく、それが実行されたのは大きな問題であるとも考えられる。意思決定がどのように行われたかも問題であるといえる。

フランスでは一時、抗マラリア薬であるヒドロキシクロロキンがCovid19に有効であるとの情報が流れて問題になった。一部の医師がこの薬剤に効果があるとの情報を得、実際に患者に使用した事実があった。3月29日に保健省からもそうした情報が流れたが、5月27日には当局も効果を否定し、治験を中止している。同じころWHOも効果を否定する声明を出している。これに関しては、HTAのプロセスがフランスのやり方で進んだことにより、情報の確認に時間がかかりすぎてしまったことは否めない。

最後にワクチンの価値について意見を申し上げたい。健康上のコスト、ヘルスケアのコストを担うのは高齢者であり、Lock Downの社会的、経済的なコストを担うのは若い人達であるとの説は納得感がある。ただ、Lock DownにはGDPの5%を超えるようなコストを伴うことも考える必要がある。仮に1か月で5%のGDPの低下をもたらすとすると、人当たりのGDPのロスは1940\$に相当する。ワクチンが1か月Lock Downを縮めたとすれば、一人当たり160\$のベネフィットをもたらすと試算できる。パーソンズ博士の推定値は30Euroだが、これは健康面でのベネフィットに相当する。ワクチンのベネフィットは明らかに価値が高いと言えるだろう。

以上がジェオファール教授の報告である。

5. 台湾のコロナ禍と医療技術評価

次いで台湾の行政担当である、蒲若芳（フ・ジャスミン）博士、台湾衛生福利部国家C型肝炎旗艦計画辦公室主任から報告があった。以下にその概要を示す。

台湾では、2020年の一年間と今年になってから2月末までに検査によって陽性と判定されたCovid 19の患者は955名、死亡者は9名である。死亡者の人口当たりの比率は10万人当たり0.04%になる。台湾の患者はほとんどが輸入感染者であり、国境封鎖が有効に機能している。

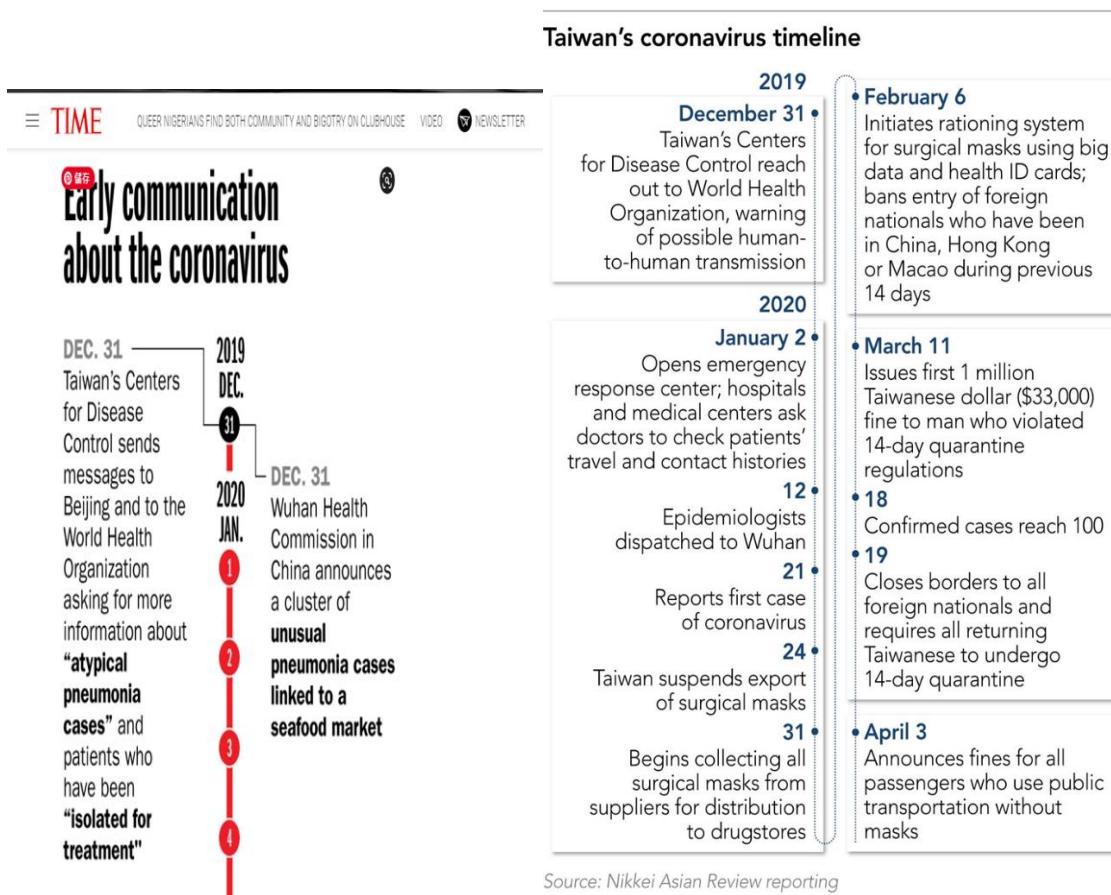
この背景には2003年のSARSの教訓が生かされていると言えるだろう。SARSはすべての医療従事者にトラウマを残している。行政側にとっての医療体制やそのマネジメントも大きく変わった。国民の多くにSARSの記憶があったことが大きかった。

Time誌と日経新聞社が、台湾の迅速な対応ぶりについて時系列で起きたことをうまくまとめている。図5をご覧ください。台湾当局である疾病管理局は、2019年の12月31日の段階で北京の当局とWHOに、後にCovid19と呼ばれる「特殊な肺炎」に関する情報を要求するメッセージを送っている。武漢のヘルスコミッションの発表した海産物市場での特殊な肺炎の発生情報に敏感に反応できたことがその背景にある。

さらに、年が明けて1月2日には台湾側での医療機関での患者の渡航情報の収集や検疫体制の整備に着手したほか、1月12日には、疫学の専門家を武漢に派遣し、情報収集に努めている。また、1月下旬にはマスクの不足に備えるべく、海外への輸出を停止してる。

台湾では3月には、公共交通機関でマスクをしていない場合には罰金を科すことになっている。

図5 台湾当局の鋭敏な初動



台湾の行政組織で特徴的なのはCECCである（図6参照）。CECCは、その最上位に位置づけられるそのレベル1の組織は各省庁、自治体、そして軍と共同して政策の調整を行っている。SARSの教訓の

おかげで、感染症管理法が整備され、この法律により、健康に関する教育や、デマ情報の管理を行うことができている。また、14日にわたる隔離措置については、常に準備がととのえられている。3%の対象者が隔離されることで97%の人は通常の生活ができるということにつながるという考え方である。

また、サイエンスに基づくコミュニケーションが行われている。図7では、大臣自らが、パネルを示し、検査の精度などについてメディアに説明している様子を示す。

図6 CECCの組織図

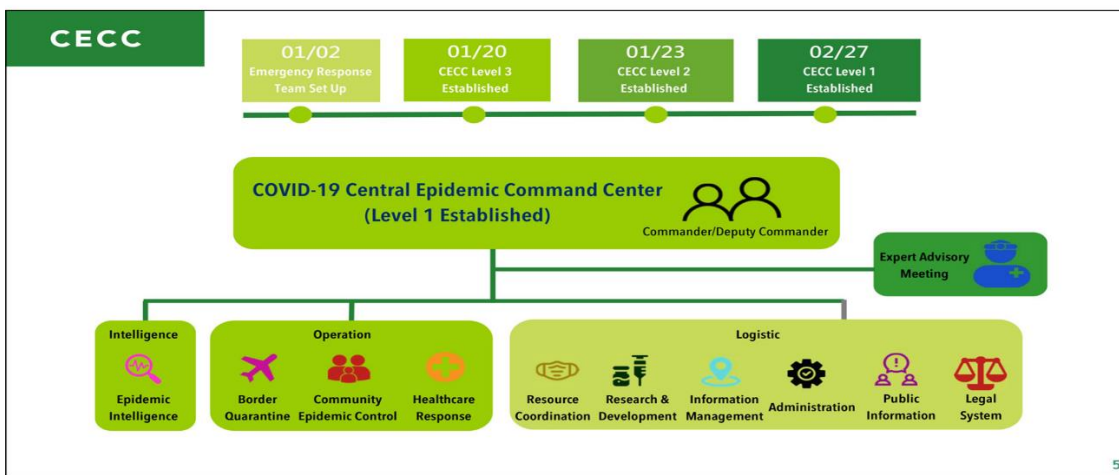


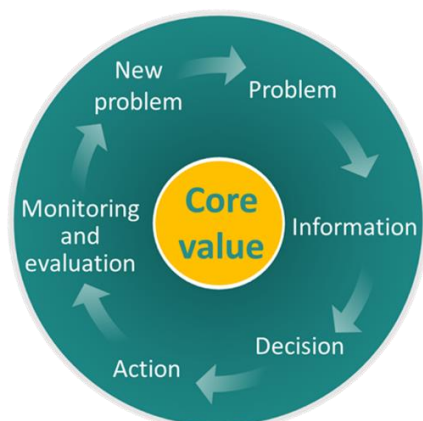
図7 科学に基づくコミュニケーション



次に、HTAの役割についてコメントしたい。

CECCが意思決定にかかわる情報収集を行う役割を担っているが、HTAの意思決定にかかわるサイクル（図8参照）を見ると、医療者、患者、薬剤師などはこのサイクルに深くかかわっていないのではないかと感じる。

図8 HTAの意思決定サイクル



医療技術評価（HTA）は2020年5月に発行されたグlossaryによれば、次のように定義されている：「医療技術評価は、ライフサイクルのさまざまな時点で医療技術の価値を判断するために明示的な方法を使用する学際的なプロセスである。その目的は、公平で効率的で質の高い健康を促進するために意思決定に情報を提供することである」。

HTAは、限りある資源を社会に公正に配分する際に、多面的な価値に目を向けて評価し、重要な意思決定に係る情報を政府などの意思決定者に提供することを目指している。手続き上の正義を担保することで、正義に基づく資源の分配を確保できるとの考え方が基本にある。

この考え方を実践している例をあげてみたい。汎カナダ抗がん剤レビュー組織（pCODR）の専門家レビュー委員会（pERC）では、カナダ国内の州や準州に医薬品資金調達の決定を導くための推奨事項を作成するために、がん治療薬の臨床的証拠と費用対効果を評価している。

HTAはコロナ対策において公正な資源配分の情報を意思決定者に提供する役割は、同様に期待される。現場の関係者を巻き込んだ情報収集と多面的な価値評価を行うことで、公正な手続きを経た情報を意思決定者に提供する役割を果たすことを期待する。

最後にワクチンの価値についてコメントしたい。

ワクチンについても、多面的な情報に基づくコスト評価や価値評価に基づく価格判定は、いずれにせよ必要だと思う。HTAは試作場の意思決定に科学的な理由付けをするうえで有効なはずだと思う。

以上が台湾からの報告である。

6. 日本におけるコロナ禍対応と医療技術評価

4番目は日本の状況について、鈴木康裕 公共政策大学院客員教授（厚労省顧問・前医務技監）から報告がなされた。以下にその概要を示す。

日本ではPCR検査で陽性の判定を受けた方をCovid 19の患者として捉えている。

図9に昨年1年半ばから今年の2月下旬までの検査結果に基づく患者数の推移を示す。

日本は、昨年2月から5月、6月から10月、そして11月から現在までの3回にわたって感染の波に襲われている。その間、43万人弱の感染を数えている。一日あたりの検査での陽性者数は平均で1208人となっている。

今回のシンポジウムに報告のあったスウェーデン、フランス、台湾と比較した日々の新規患者数の比較を図10に示す。敏捷に対処することで成功した台湾には及ばないが、欧州の二か国に比べると、感染者の数は抑えられている。

日本は最も高齢化が進んだ国であるが、死亡者数を抑えることに成功しているという点で、ユニークな地位にあると言えるだろう（図11参照）。死亡者数は人口比で見ると欧米より少ない（図12参照）。

図9 日本での検査に基づく感染者の推移

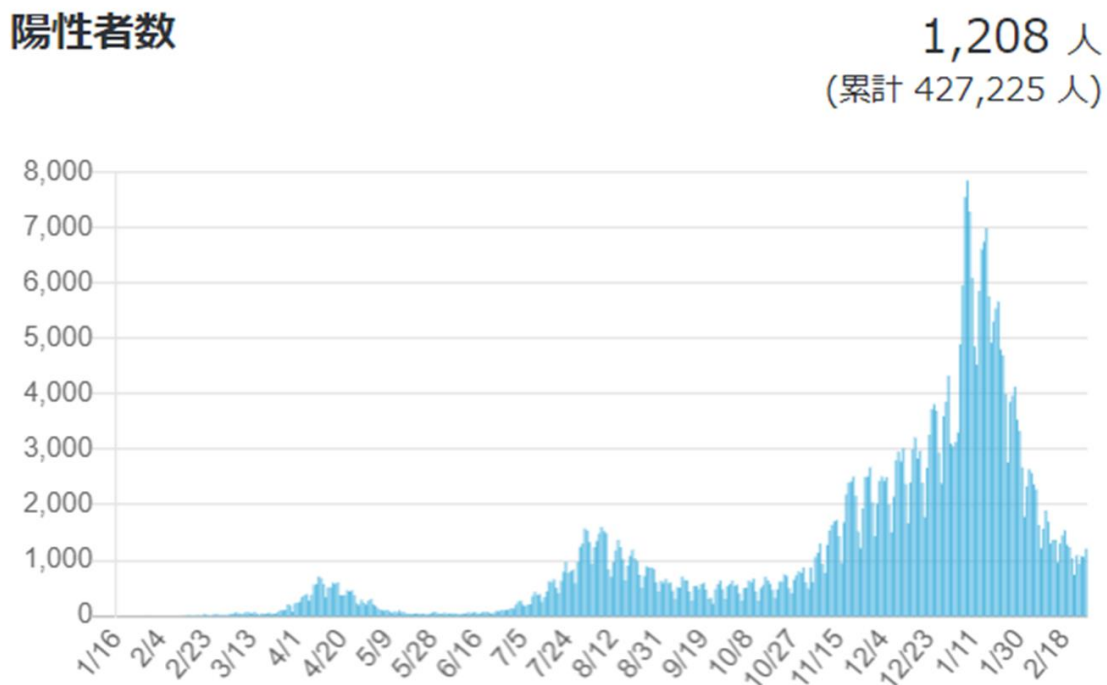


図10 スウェーデン、フランス、台湾と日本の日々の新規患者数の比較

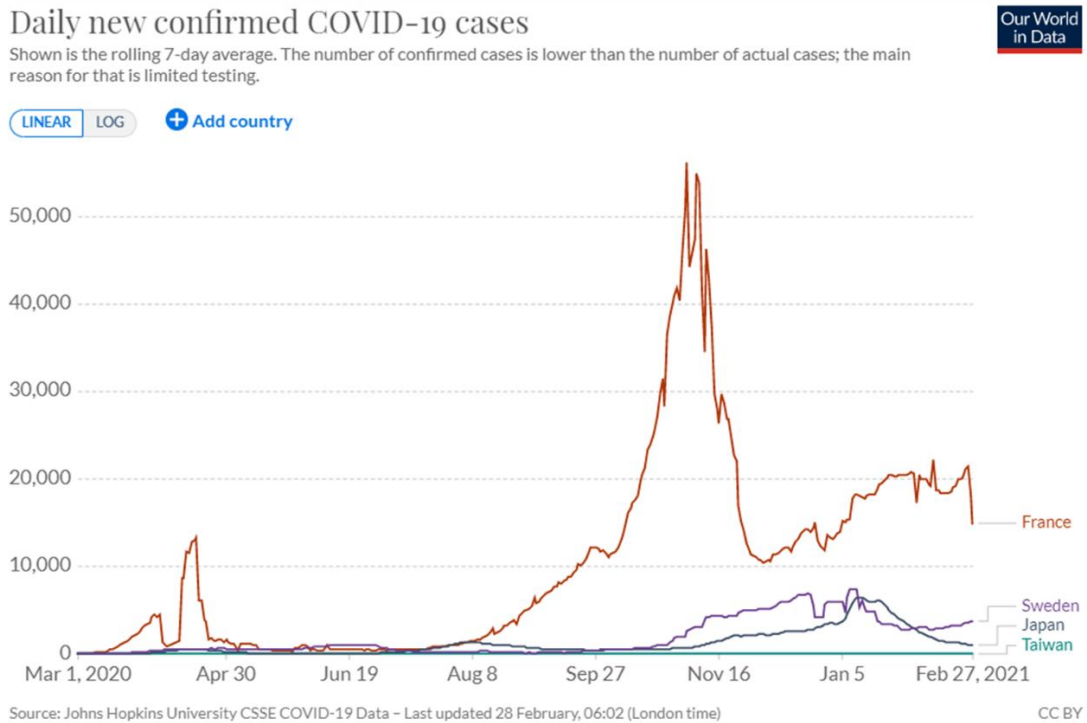


図11 日本のユニークさ

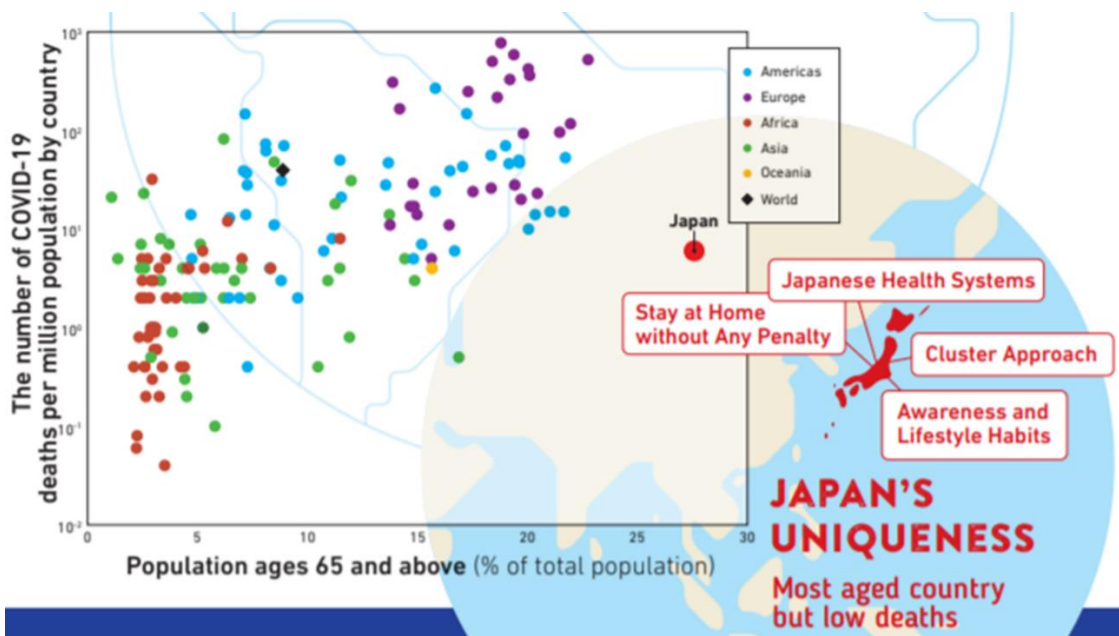
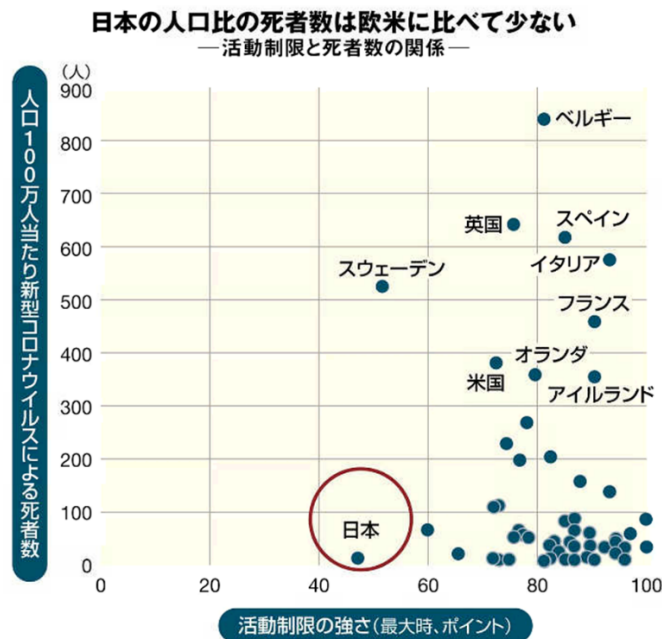


図 12 人口当たりの死亡者数の比較



(注)6月28日時点のデータ。以下の条件を満たす国のみ抽出
 ①人口が100万人以上
 ②1人当たりGDPが1万ドル以上
 ③死亡率が100万人当たり1人以上
 (出所)オックスフォード大学"Coronavirus Government Response Tracker"

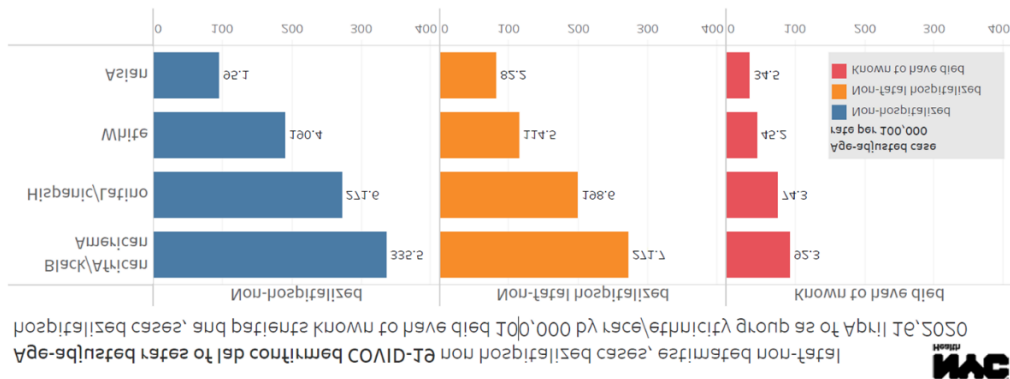
図 12 は NPI として実行された活動制限の程度を横軸に示しているが、日本では罰則のある外出規制などは取られていない。そのため、GDP への影響は比較的緩やかで 2020 年の第二四半期では 3%程度のマイナスとなっている。

日本や台湾などの東アジアで、欧米に比べて、コロナ禍の被害が抑えられていることについては、いくつかの理由が挙げられている。それらについてコメントしたい

- ① マスクの着用と社交儀礼（キスやハグではなくお辞儀の習慣など）の違い、については、確かに影響はあると考えられる。
- ② BCG 接種の影響についても一部で話題になったが、これはイスラエルでの検証で否定されている。
- ③ 人種差の影響も挙げられているが、これについてはデータが示されている（図 13）。入院、重篤、死亡者数を通じて黒人、ラテン系、白人、アジア人の順で数が少なくなっている。医学的な理由として、鼻腔粘膜の遺伝子情報の違いが報告されている。
- ④ 欧州と比べて東アジアでは国境を越えた人の移動が制限されていることも理由として考えられる。
- ⑤ 老人施設への訪問の制限がされていることも一因だろう。

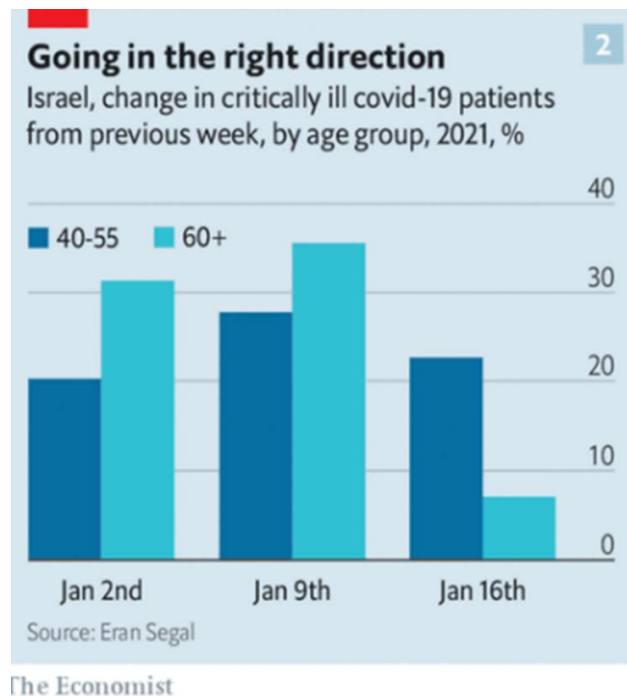
図 13 人種間の感染状況比較（次ページへ続く）

図 13 人種間の感染状況比較



次にワクチンについて触れたい。日本人はワクチンについてのリスクを話題にすることが多い。副反応として知られている事象には、アナフィラキシーショック、脳脊髄炎（ADEM）、そして抗体依存性免疫増強（ADE）がある。いずれも極めて低い発生率が観察されているに過ぎない。安全性は高いレベルで確保されていると言えるだろう。日本は各国との比較ではワクチンの確保は進んでいるが、接種についてはまだ始まったばかりの状況であるが、イスラエルのデータ（図 14 参照）に見られるように、1月2日に60歳以上の接種率が40%を超えているが、感染者の重症度が下がる傾向も報告されている。接種の広がり期待したい。

図 14 イスラエルのワクチン接種後（1月2日で60歳以上の接種率40%超）の状況



最後に HTA への期待を申し上げたい。

医療政策、経済政策の観点からは、治療インターベンションの評価に加えて、NPI の評価も必要である。PCI 検査についても科学的な視点で評価することが必要だろう。マスクなどの PPE の効果や不足の影響についても、限られた国費をどのように配分するべきなのかという観点でも HTA の視点は期待したい。不確実性の中での意思決定が求められる行政や政治家と HTA の専門家とのコミュニケーションが重要である。4-5 年に一度は発生すると言われるパンデミックへの備えの一つとして取り組んでほしい。

鈴木氏からの報告概要は以上である。

7. 総合討論

次いで、パネリスト全員に参加してもらい、総合討論を行った。進行役は筆者が（公共政策大学院客員教授として）務めさせていただいた。

まず初めに鎌江先生から、パーソンズ博士とジェオフアール教授に向けて、それぞれ、スウェーデンの NPI、フランスでのヒドロキシクロロキンの事例についても質問がなされた。

（パーソンズ博士） スウェーデンの NPI は憲法上の制約から、強制力を持たない、自律的な制約を求める措置が主体だった。後から振り返れば、2000 年問題がそうだったように、過度な措置を取らなくてよかったという時期が来るかもしれない。また、そうなることを願う。

（ジェオフアール教授） ヒドロキシクロロキンに関しては論文発表もあったが、論文そのものの投稿について、後に、手続き上の問題も発覚している。一部の医師から処方自由を求められたが、コ

ナ患者への処方では認められなかった。トランプ大統領もよい薬だと言っていたようだが、HIVの時と同じくミラクル薬と話題にされたが危険な薬と判断されている。

次にHTAの役割についての議論が進行役から提起され、医療や疫学上の措置と経済政策のバランスを考える上で、HTAを役立てることはできないか、との質問が寄せられた。経済学の専門家であるパーソンズ博士とジェオフアール教授がこの問いに回答を寄せた。

(パーソンズ博士) HTAは役立てられると思う。コロナが発生した時から、手を洗うこと、人との距離を保つことが推奨された。これらについては科学的な根拠はあったと思う。しかしLock Downについては、科学的な根拠は議論すらされていない。今後臨床上の効果や有効性、経済性についてRCTをベースにするなどして検討されていくことになるだろう。マスクの着用が推奨されたが、こちらについても同様だ。難しい作業かもしれないがこういう活動を進めていくことが必要だ。QALYの損失について我々は引き続き調査しているが、今後は各国で同様な調査が進められるだろう。将来どういった活動を進めるかについて検討すべきだ。科学的な情報に基づく意思決定ができるようにならない。

(ジェオフアール教授) タイミングも重要である。HTAではデータが必要だ。データ収集については計画的に進めなければならない。またデータのクリーニングも必要だ。予測しながら進めることが必要だ。5年後か6年後に訪れる次のパンデミックに間に合わせなければならない。NPIの観点からは、人間の行動についてよく知る必要があるだろう。症例については記録があるだろうが、検査についてはどのように考えればよいか、簡単ではない。国際的に比較可能なデータとして人間の行動について収集し、分析できる必要がある。

次いで、ジャスミン氏と鈴木氏に行政の立場としてコメントが求められた。

(ジャスミン・ウー氏) ジェオフアール教授のコメントに同意する。行政の立場からは大臣をはじめ官民の協力が重要と考える。

(鈴木氏) 自分としてはハードなLock Downには賛成しない。ソフトなLock Downでも一定の効果はあると思う。ハードなLock Downには一定の距離を置くことが重要ではないか。特に高齢者のケア施設などではハードなLock Downはマイナスの効果も出かねない。

国際的な比較を考えると、患者の数え方、死因の特定など基本的なデータの定義も一定の範囲で統一する必要があるだろう。

ここで鎌江先生からPCR検査についてジャスミン・ウー氏に質問があった。

(鎌江先生) PCR検査については台湾で様々な議論があると聞いているがどうでしょうか？

(ジャスミン・ウー氏) マスコミでの知識レベルの高い議論が色々あった。CECCや大臣の記者会見の資料の中でいろんな話が出ている。病院の中の隔離についても議論がされている。

進行役からは次いで、ワクチンの接種について、その優先順位についての質問が寄せられた。

(ジャスミン・ウー氏) ワクチンは求められている。現状から変わりたいという思いからの願いだと感じる。台湾はワクチンの調達が遅れている。

現実的な需要と接種の優先順位付けに関しては、CECCで検討している。優先順位付けはリスクベースで行われている、経済性は考えられていない。HTAにより価値の要素を考えていくべき。

(鈴木客員教授) 日本では、医療従事者、高齢者、基礎疾患のある人の順で摂取が進められる予定だ。ただ自分としては地方に配分する際の考え方は一律ではなく優先順位をつけるべきだと思う。ワクチンを打たないことでの不利益、安全性の情報提供もより一層行うべきだと思う。

(パーソンズ博士) HTAの手法を使って、ワクチンの価値を理解するべきだ。価値の属性が問題になるかもしれない。新薬とは異なる可能性など幅広い利益を包含したうえで評価すべきだ。国全体の経済、健康上の価値を含むべきだ。ワクチンの調査も検討すべきだろう。イギリス、イスラエルは速いペースで進んでいる。

(ジェオフアール教授) フランスでは、アストラゼネカのワクチンは供給量の20%しか接種されていない。ワクチンの評価に当たっては、その目的を明らかにすべきだ。感染を最小化することが目的なのか、それとも疾患を撲滅することなのか。目的が違えば、異なる視点が必要になる。いずれにせよグローバルな問題だ。途上国へは働きかけが必要だ。

以上が総合討論の概要である。

8. 閉会挨拶 キヤノングローバル戦略研究所理事長 福井俊彦

最後に、福井理事長から、コロナ後のHTAについてその役割と研究の方向について、様々な示唆を与えるシンポジウムとなったことへの感謝の意を表され、シンポジウムは終了した。

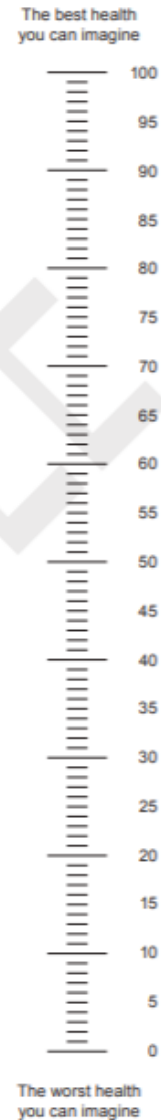
¹ 痛みのアセスメントなどに使用される視覚的評価スケール。痛みの計測の場合については、部位、痛んでいる期間、その重症度を評価する。重症度の評価には、ビジュアルアナログスケール (VAS : Visual Analogue Scale) を用いることが多い。これは、白紙に100mmの線を引き、その左を全く痛くない状態、その右をこれまで想像できる最高の痛みとしたときに、現在感じる痛みを線を引き示す方法である。対象者に線を引きさせた後、測定者が定規を用いて、左から何ミリメートルの所に線を引きつけたのかを記録する。(資料：<https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-sankou3-3.pdf>)

パーソンズ博士の資料から (次のページへ続く)

パーソンズ博士の資料から

- We would like to know how good or bad your health is TODAY.
- This scale is numbered from 0 to 100.
- 100 means the best health you can imagine.
0 means the worst health you can imagine.
- Mark an X on the scale to indicate how your health is TODAY.
- Now, please write the number you marked on the scale in the box below.

YOUR HEALTH TODAY =



© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation

EQ-5D は次の EQ-5D-5L とあわせて世界的に最も汎用されている尺度である。「移動の程度」「身の回りの管理」「ふだんの活動」「痛み／不快感」「不安／ふさぎ込み」の5問からなる(選択肢は3水準)。日本でも換算表が開発されている。ただし、5Lでは「移動の程度」の最も悪い水準が(英語版に対応して)「寝たきり」→「歩き回ることができない」、あるいは「身の回りの管理」の訳語が「洗面」→「身体を洗う」になるなど、健康状態を表す表現も変わっている。(資料：

<https://c2h.niph.go.jp/tools/pbm/>)

パーソンズ博士の資料から

Under each heading, please tick the ONE box that best describes your health TODAY.

MOBILITY

- I have no problems in walking about
- I have slight problems in walking about
- I have moderate problems in walking about
- I have severe problems in walking about
- I am unable to walk about

SELF-CARE

- I have no problems washing or dressing myself
- I have slight problems washing or dressing myself
- I have moderate problems washing or dressing myself
- I have severe problems washing or dressing myself
- I am unable to wash or dress myself

USUAL ACTIVITIES (e.g. work, study, housework, family or leisure activities)

- I have no problems doing my usual activities
- I have slight problems doing my usual activities
- I have moderate problems doing my usual activities
- I have severe problems doing my usual activities
- I am unable to do my usual activities

PAIN / DISCOMFORT

- I have no pain or discomfort
- I have slight pain or discomfort
- I have moderate pain or discomfort
- I have severe pain or discomfort
- I have extreme pain or discomfort

ANXIETY / DEPRESSION

- I am not anxious or depressed
- I am slightly anxious or depressed
- I am moderately anxious or depressed
- I am severely anxious or depressed
- I am extremely anxious or depressed

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation