

疼痛治療と医療経済



Medical
Scope

横浜市立大学医学群健康社会医学ユニット
東京大学大学院薬学系研究科医薬政策学

五十嵐 中 Ataru Igarashi (准教授)

● ABSTRACT ●

ここ数年間、オプジーボ[®]やキムリア[®]、さらにはゾルゲンスマ[®]など“とてもよく効き、なおかつとても高額”な治療薬が相次いで世に出たことで、「医療とオカネ」「クスリとオカネ」を取り巻く議論のムードは180度変わった。財政影響の大小にかかわらず、キムリア[®]やゾルゲンスマ[®]のような超希少疾病用の薬でも、単価が高ければ「値段に見合った価値なのか？」という説明責任として、オカネの話を求められる時代になった。

オカネの話は一部の高額薬剤だけの問題ではない。今回の話題となる疼痛領域は、単価こそ安い、ボリューム＝人数が多い分、財政影響は無視できなくなる。致命的な疾患でない分、他領域と比較した重要性をアピールしていくためには、オカネの話も不可欠である。そして、さらに大事なポイントは、オカネ＝費用対効果の話は「オカネ」を相手にしつつ、もう1つ大事な要素、すなわち「効き目」を同時に評価するという点である。本稿では、費用対効果評価＝オカネと効き目のバランスをみる研究について、基本的な方法論と疼痛領域での活用事例を紹介したい。

薬剤経済評価の方法

－増分費用効果比ICERとは？－

図1, 2に、単純化した薬剤経済評価の概念図を示した。既存薬を使うと1人当たり2万円(100人当たり200万円)で、100人中85人を救命できる。一方で、新薬を使うと、1人当たり10万円(100人当たり1,000万円)で、100人中90人を救える。

「費用対効果」という言葉からすぐに連想されるのは、既存薬と新薬、それぞれの費用を効果で割り算することだろう。この数値は、図2の左隅の原点から延びた2本の直線の傾きに相当する。直線の傾きは、既存薬なら $200万円 \div 85人 = 2.4万円/1人救命$ 、新薬なら $1,000万円 \div 90人 = 11.1万円/1人救命$ となる。この値を費用効果比(cost-effectiveness ratio: CER)と呼ぶが、CERを比較しても正しい評価はできない。

正しくは、費用も効果も既存薬(コントロール)との差をとって比較する。図2の「既存薬の効果」と「既存薬のコスト」から延びる太線の傾きに相当する。具体的には、コストの差分を効果の差分で割り算して、 $(1,000万円 - 200万円) \div (90人 - 85人) = 160万円/1人救命増加$ となる。この値を増分費用効果比(incremental cost-effectiveness

ratio: ICER)と呼ぶ。図2の太線の傾きがICERとなる。経済評価の際には、CERでなくICERで評価するのが基本になる。

卑近なたとえになるが、あるレストランで「1,000円のランチ」と「1,500円のランチ」の2つから選んで注文する際に、考えるのは「それぞれのランチの1円当たり・1kcal当たりの値段」などではなく、「1,500円ランチと1,000円ランチの質や量の差が、差額の500円に見合っているか？」であろう。くすりの場合もこれと同様に、「コストの差分に見合った効果の改善があるか否か？」を評価するのである。

ICERの値が小さければ、より少ない費用負担で同じ量のアウトカム改善を達成できることになる。すなわち、ICERの値は小さければ小さいほど、「費用対効果に優れる」ことになる。ただし、50万円/1人救命増加と100万円/生存年数1年増加など、異なるアウトカム指標同士の大小比較はできない。

費用効果分析と費用効用分析

－ものさしを何にとるか？－

ICERを計算して費用対効果を評価する際に、効果のものさし(アウトカム指標)を何に設定するかが問題にな