

2025年へのカウントダウン

～2025年問題とデータの可視化～



国際医療福祉大学大学院教授
医療経営管理分野責任者
武藤正樹



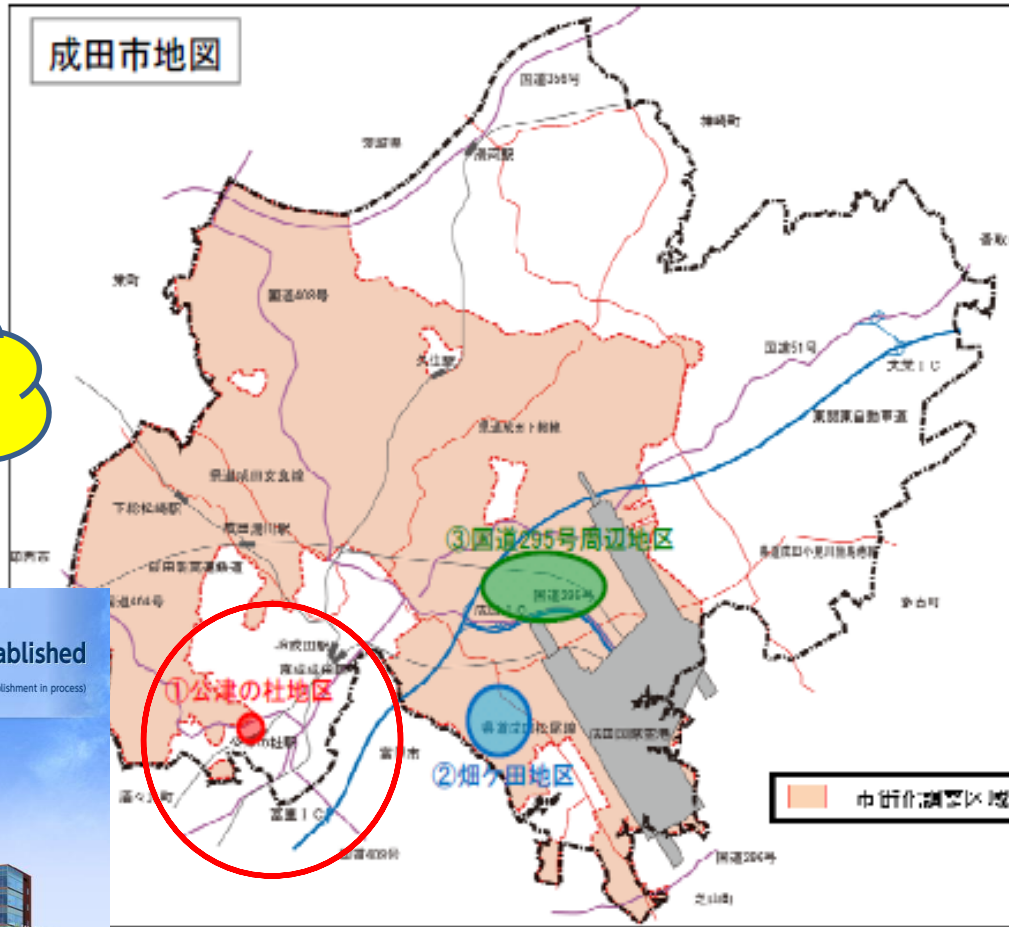
国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！



国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
- (当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グラウンド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー

成田市に
医学部を！

INTERNATIONAL UNIVERSITY OF HEALTH AND WELFARE

New School of Medicine will be established in Narita in April 2017 (Government approval of the establishment in process)

2017年4月医学部開講

目次

- パート1
 - 国民会議と医療介護一括法
- パート2
 - 地域医療構想とは？
- パート3
 - 地域包括ケアシステムとは？
- パート4
 - リアルワールドデータとは？
- パート5
 - 日本のナショナル・データベース活用の現状と課題



パート1

国民会議と医療介護一括法



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)
が2012年11月30日から始まった

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

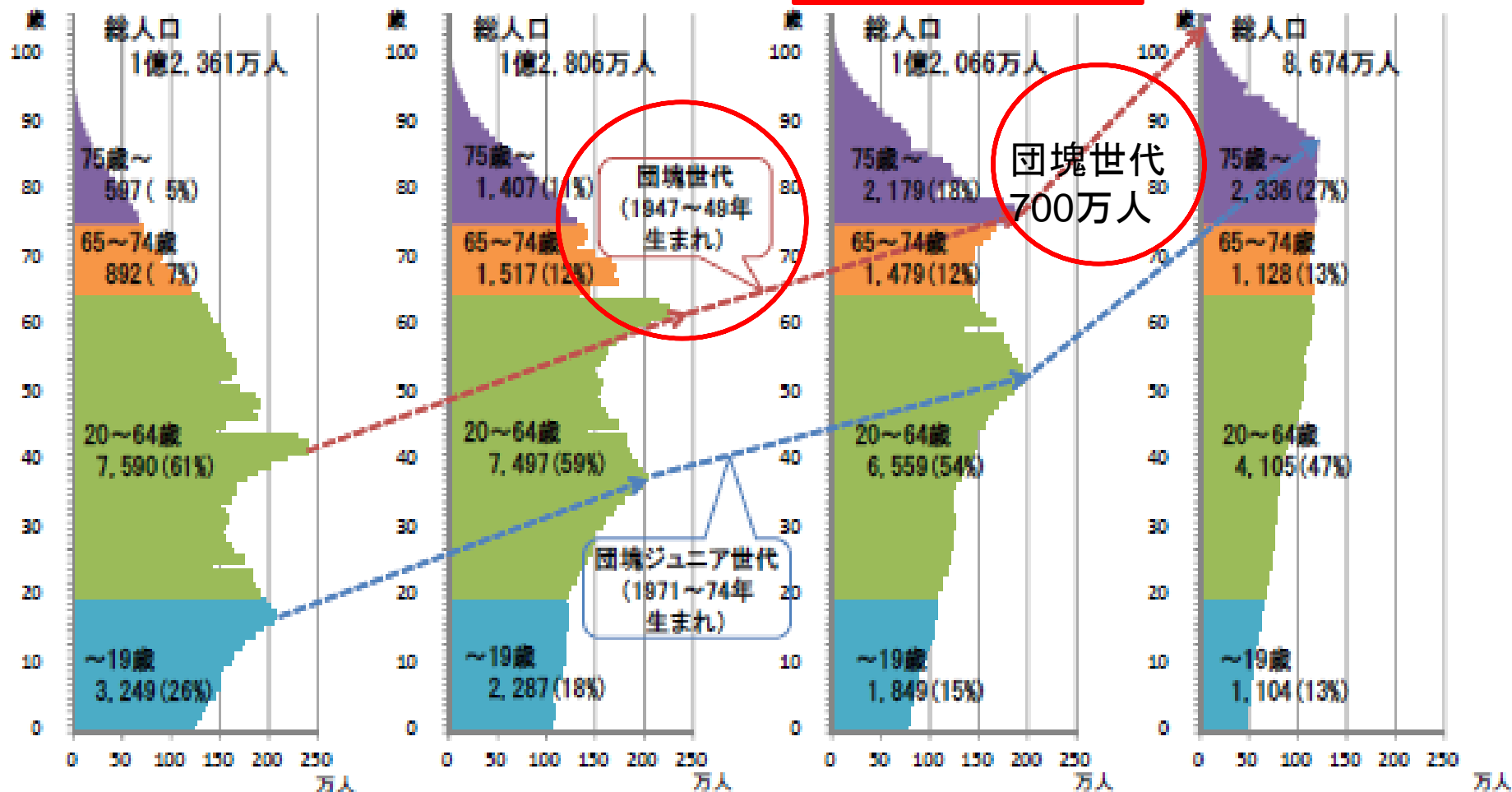
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

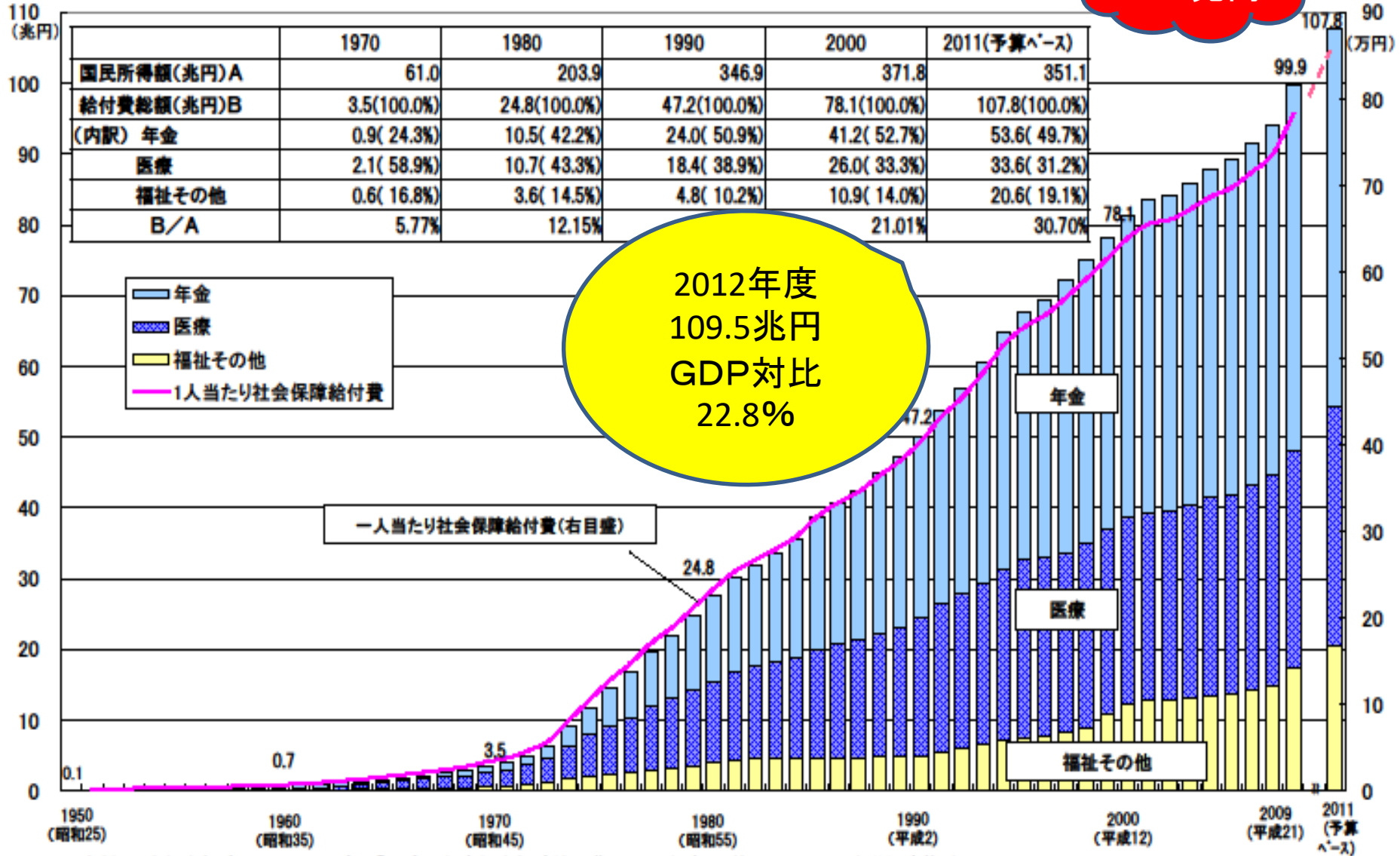
平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



社会保障給付費の推移

2025年
149兆円



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障・税一体改革 (2012年8月10日)

- 2012年8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は…
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題



2012年8月10日、参議院を通過

2017年4月消費増税 10%先送り



8%から10%の2%増税で4兆円の財源が消える！

地域医療介護一括法



社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
 - 病床機能情報報告制度の早期導入
 - 病床機能の分化と連携の推進
 - 在宅医療の推進
 - 地域包括ケアシステムの推進
 - 医療職種の業務範囲の見直し
 - 総合診療医の養成と国民への周知

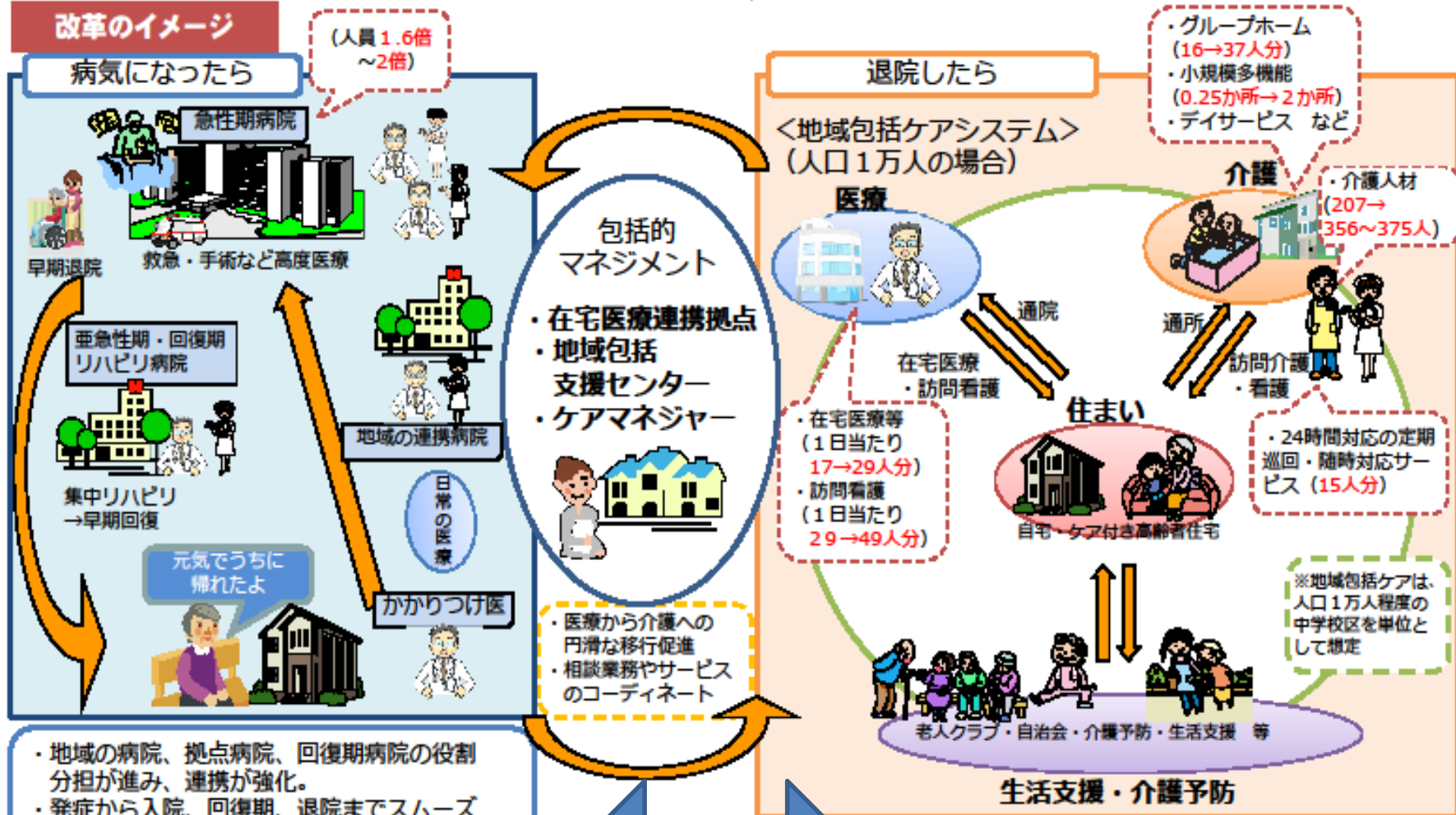
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



病床機能分化と連携

同時進行

地域包括ケアシステム

地域医療・介護一括法成立可決(2014年6月18日)

医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

2014年6月18日
可決成立

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート

強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

パート2

地域医療構想とは？



2025年へ向けて大きく変わる病床の姿

医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ))。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

| 医療機能の名称 | 医療機能の内容 |
|---------|--|
| 高度急性期機能 | ○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 |
| 急性期機能 | ○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能 |
| 回復期機能 | ○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。 |
| 慢性期機能 | ○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能 |

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

病床機能報告制度と地域医療構想

- 報告項目

- 人員配置・医療機器等

- 医療機関が看護職数などの人員配置や医療機器などの設備について、厚労省が整備するサーバーへ送る項目（病棟単位23項目、病院単位22項目）

- 手術・処置件数等

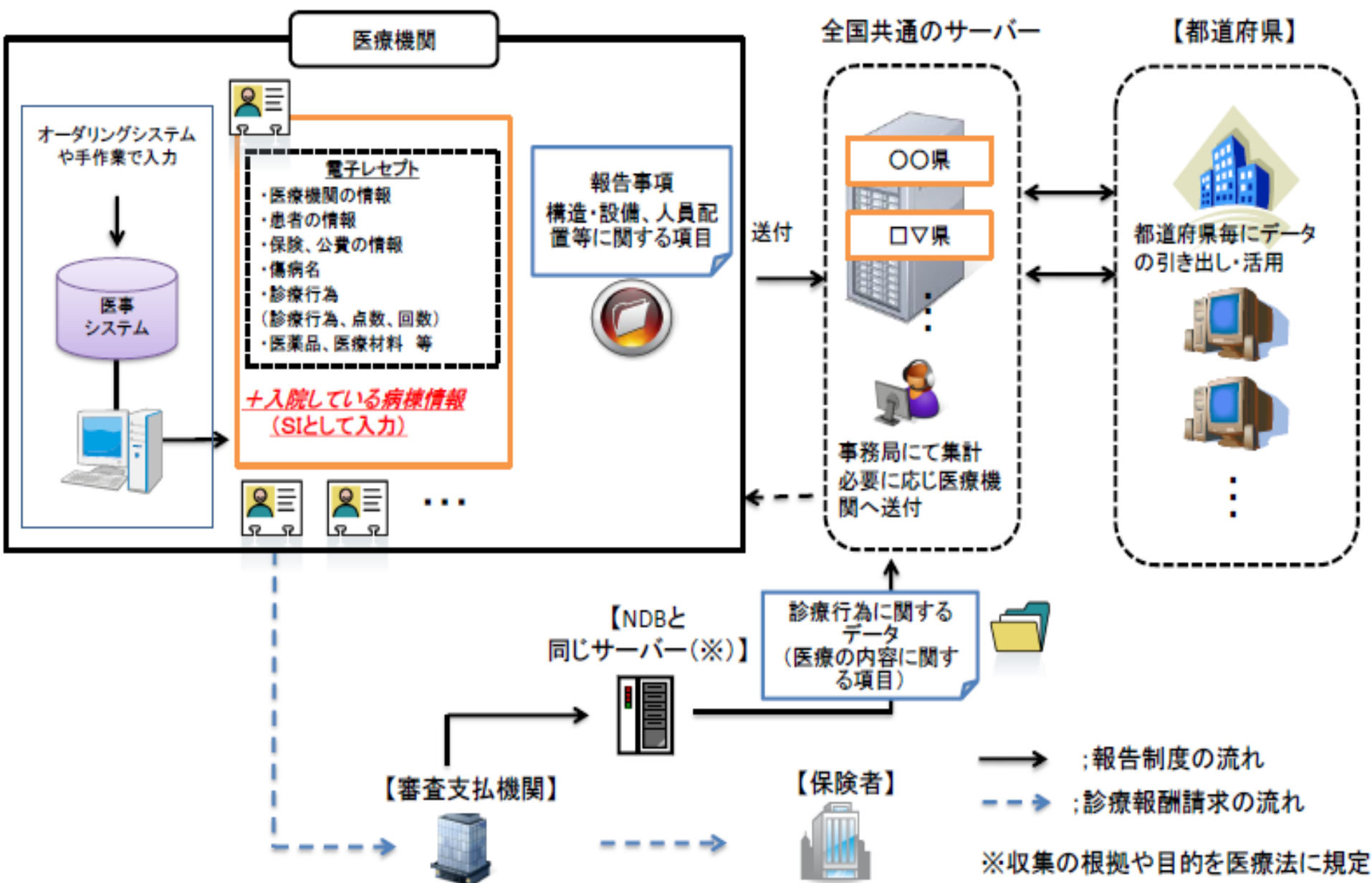
- 手術件数や処置件数など、提供している医療の内容を「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」を活用して自動的に集計する項目（81項目）

- 地域医療構想（ビジョン）

- 病床機能の「今後の方向」は6年後の方向性
 - 「地域医療構想（ビジョン）のためのガイドラインを策定する検討会」で議論

病床機能報告制度における集計等の作業について

別添2



病床機能と病棟の情報(病棟コード)の対応表について

【病床機能報告(毎年10月)】

○ 各医療機関が病床機能報告の際に、各医療機関の病棟と、電子レセプトに記録された病棟の情報(病棟コード)とを関連づけるため、次の対応表を病床機能報告の際に報告。

(対応表イメージ)

7. 病棟名及び病棟情報【貴院において、平成28年7月1日時点で一般病床・療養病床を有する全ての入院病棟の名称及び病棟コードを入力してください。】

※病棟の単位は、各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。特定入院料を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。

(特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4、地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する場合は除く。)

※同じ病棟名の病棟が存在する場合、病棟名に連番を付して区別してください。

※病棟情報については、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院のみ入力対象となります。

平成28年6月診療分の電子レセプトに記録頂いた病棟コードを入力してください。

| No | 病棟名 | レセプトに印字又は表示する名称 | 病棟コード |
|----|-------------------|-----------------|-----------|
| 1 | 3階東病棟 | 慢性期機能病棟01 | 190640001 |
| 2 | 3階西回復期リハビリテーション病棟 | 回復期機能病棟01 | 190630001 |
| 3 | 4階東地域包括ケア病棟 | 回復期機能病棟02 | 190630002 |
| 4 | 4階西病棟 | 急性期機能病棟01 | 190620001 |
| 5 | 5階東病棟 | 急性期機能病棟02 | 190620002 |
| 6 | 5階ICU病棟 | 高度急性期機能01 | 190610001 |
| 7 | | | |

各医療機関が有する
病棟名を記載

6月診療・7月請求分の
電子レセプトに記録した
病棟コードを記載

地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会




座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長

地域医療構想策定 3つのステップ

① 構想区域の設定



② 構想区域における
医療需要の推計



③ 地域医療構想調整会議で
医療提供体制(必要病床数)を
協議

ステップ① 構想区域を設定する

東京都 二次保健医療圏



ステップ②

医療需要を推計する

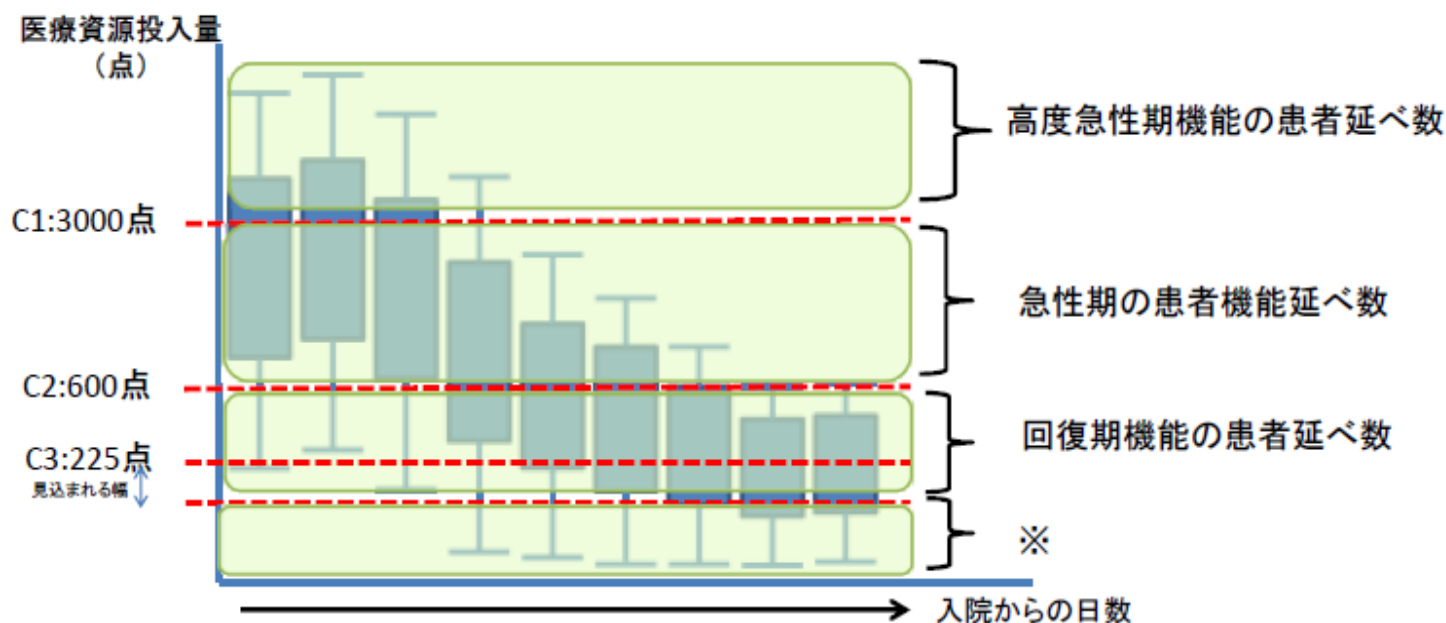
4つの医療機能区分ごとの
患者数を推計する

医療需要から 病床機能別病床数を推計

- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会(2014年10月31日)
 - 1日当たりの「**医療資源投入量**」の多寡で医療需要(患者数)を推計→病床機能別病床数を推計
 - DPCデータとNDBから、患者に対する個別の診療行為を診療報酬の出来高点数に換算して入院日数や入院継続患者の割合などと比較して医療資源投入量を算出
 - 医療資源投入量(1日あたり入院医療費から入院基本料とリハを除いた出来高部分、医薬品、検査、手術、処置、画像など)
 - 医療資源投入量の高い段階から順に、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能の4つの医療機能を位置付ける

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



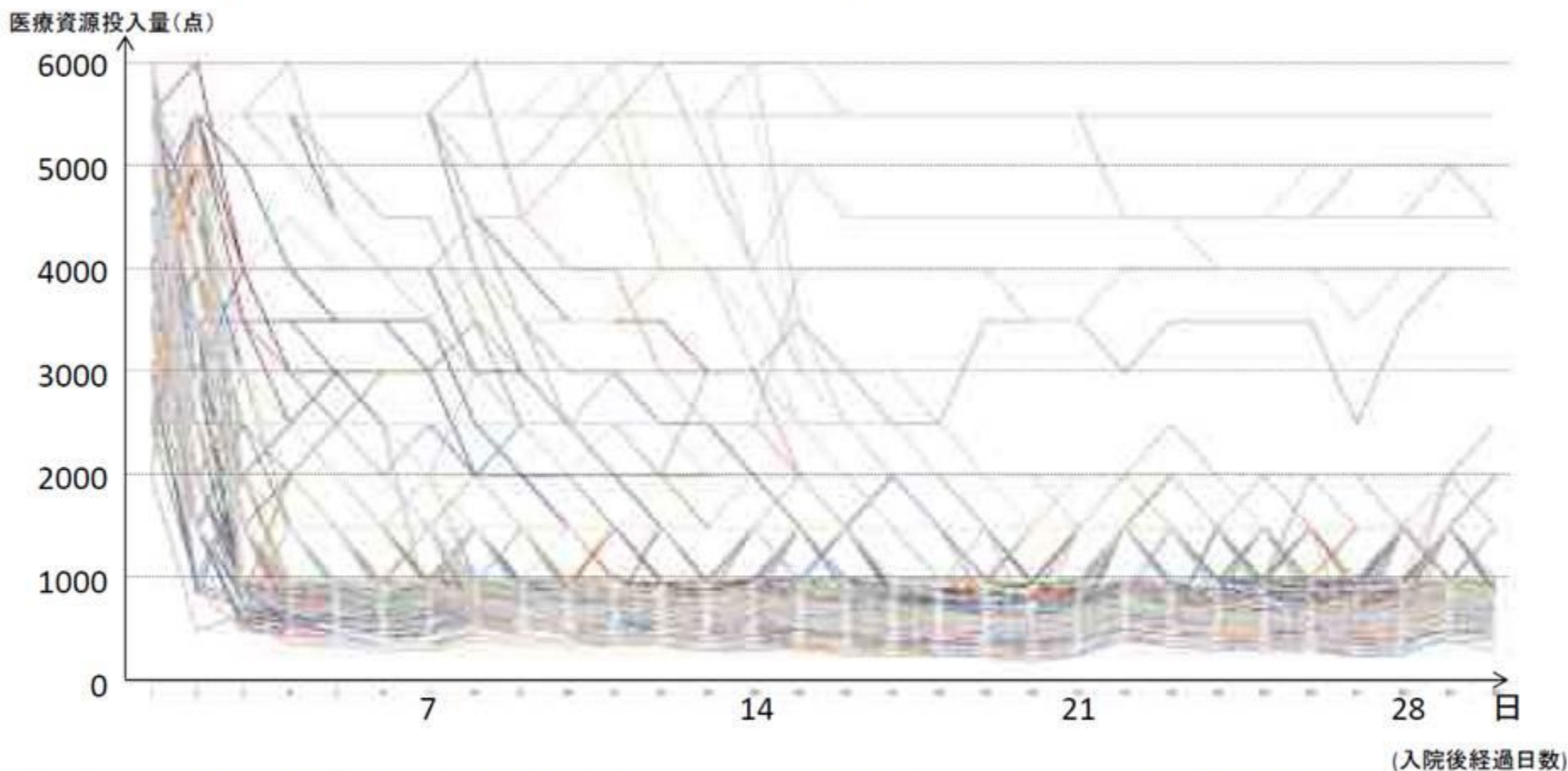
※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

医療資源投入量(中央値)の推移

(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)



- 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量(中央値)を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの
- 患者数上位255のDPCについてプロット (平成23年度患者調査)
- 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

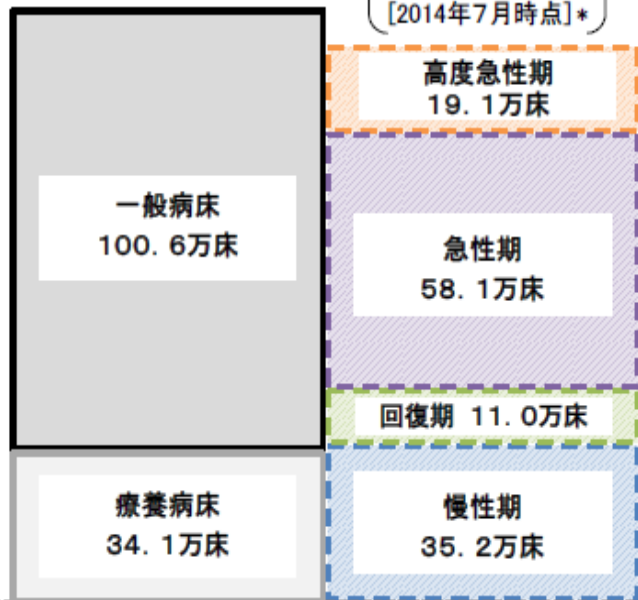
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1

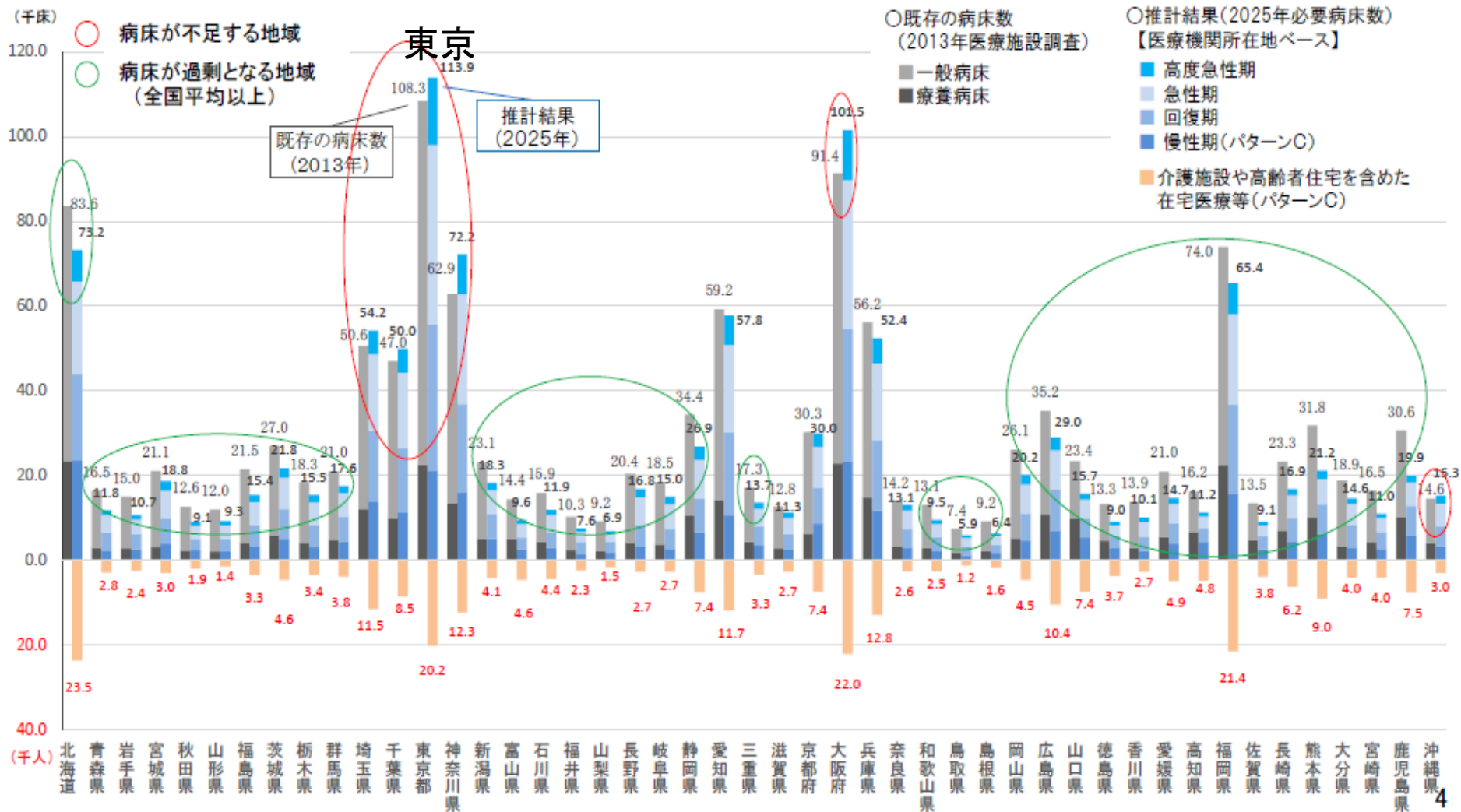


* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



2013年比2025年増減率(目標)

- ①15% 神奈川
- ②11% 大阪
- ③7% 埼玉
- ④6% 千葉
- ⑤5% 東京、沖縄
- ⑥-1% 京都
- ⑦-2% 愛知
- ⑧-7% 兵庫
- ⑨-8% 奈良
- ⑩-11% 宮城
- -12% 北海道、滋賀、福岡 (全国平均)
- -15% 栃木
- -16% 群馬
- -18% 長野、広島
- -19% 茨城、岐阜
- -20% 鳥取
- -21% 新潟、三重
- -22% 静岡
- -23% 山形、岡山、大分
- -25% 石川、山梨
- -26% 福井
- -27% 和歌山、香川、長崎
- -28% 青森、秋田、福島
- -29% 岩手
- -30% 島根、愛媛
- -31% 高知
- -32% 徳島
- -33% 富山、山口、佐賀、熊本、宮崎
- -35% 鹿児島

医療が変わる

| | 20世紀 | 21世紀 |
|--------|-------|------------|
| 人口 | 増大・若者 | 減少・高齢化 |
| 疾患 | 単一疾患 | 複数疾患、退行性疾患 |
| 目標 | 治癒、救命 | 機能改善、生活支援 |
| 目的 | 治す医療 | 支える医療 |
| 場所 | 病院 | 地域 |
| 医療資源投入 | 多量 | 中等度 |

ステップ③

地域医療構想調整会議

- ①構想区域における病床の区分ごとの2025年の病床の必要量
- ②構想区域における2025年の居宅等における医療の必要量
- ③地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化および連携の推進に関する事項

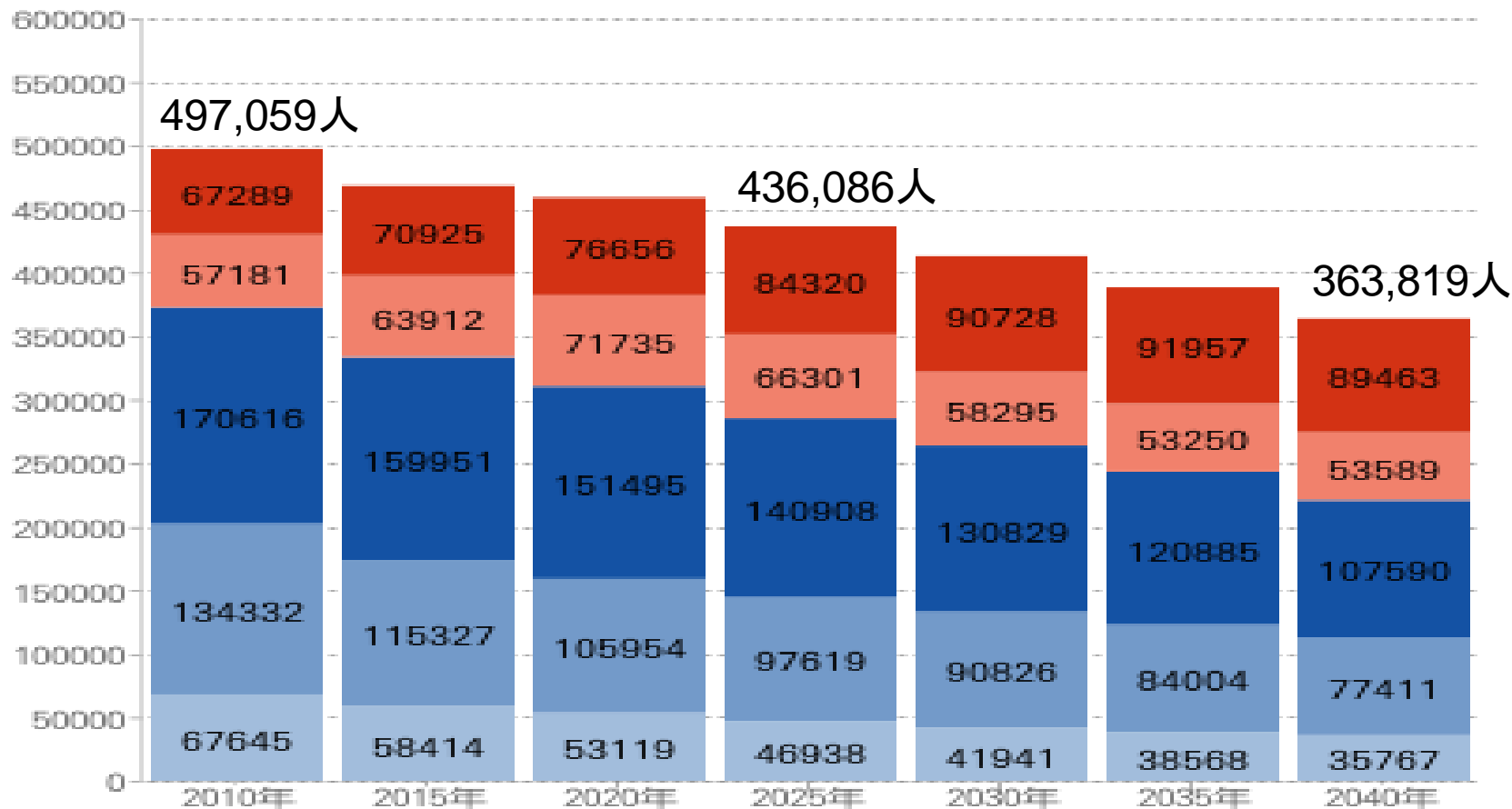
事例1 福島県県北医療圏の 地域医療構想を考える



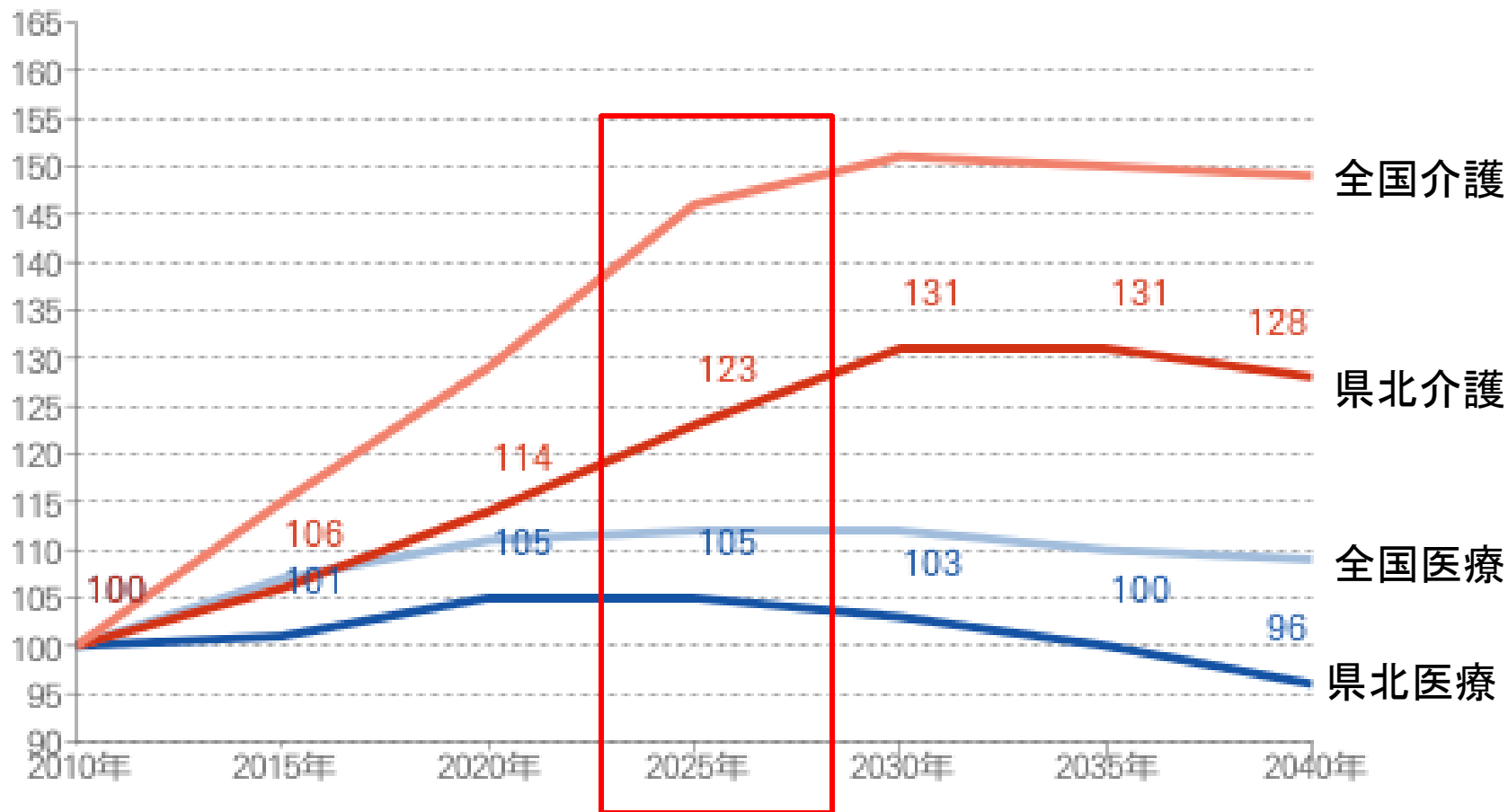
9月12日大原総合病院(福島市)

県北医療圏人口推計

2025年、人口は12%減少



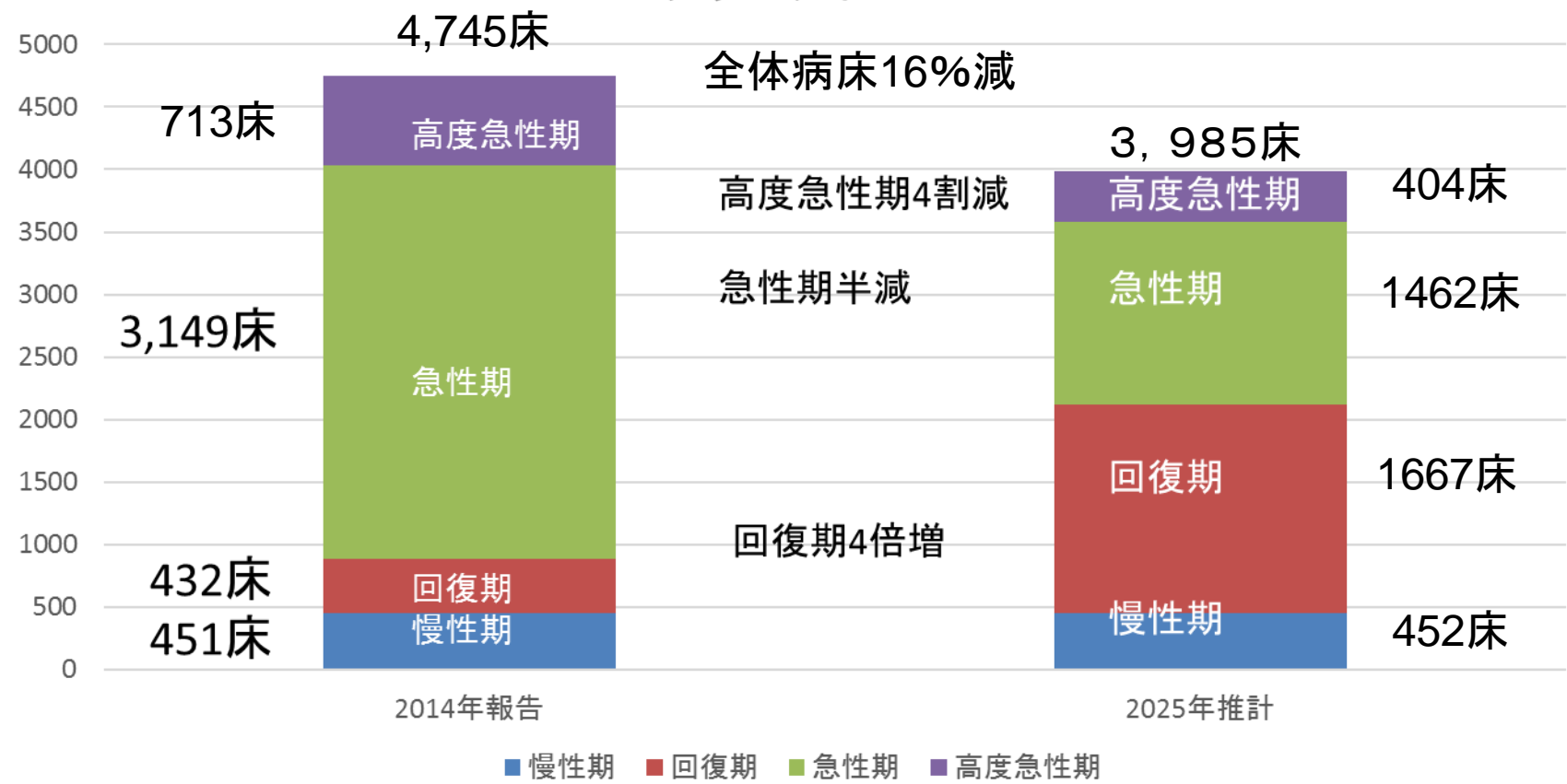
医療介護需要予測指数(県北)



- 医療: 県北医療圏
- 介護: 県北医療圏
- 医療: 全国平均
- 介護: 全国平均

県北2025年の病床必要量推計

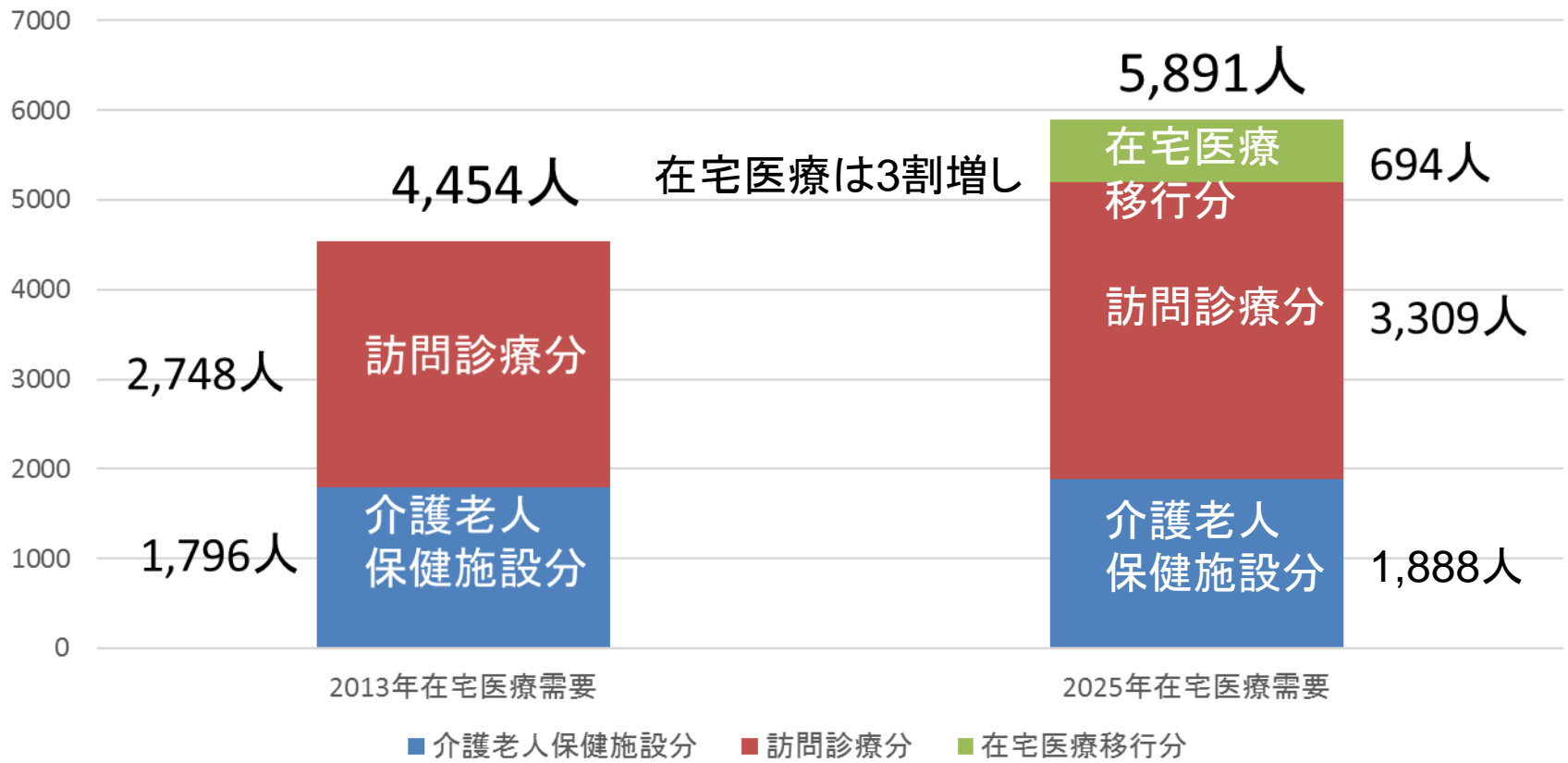
グラフタイトル



* 2014年報告は有床診療所を含み、医療機能未選択分は含めていない

県北在宅医療必要量推計

グラフタイトル



県北医療圏

2025年への地域医療構想課題

- 人口減
 - 2025年県北医療圏の人口は6万人減少
 - 65歳以上人口は1万6千人増
 - 生産年齢人口は6万6千人減
- 県北医療圏の地域医療構想の推計
 - 高度急性期病床は4割減
 - 急性期病床は半減
 - 回復期病床は4倍増
 - 在宅医療等は2割増

県内病床数4000減

県の地域医療構想案

37年推計

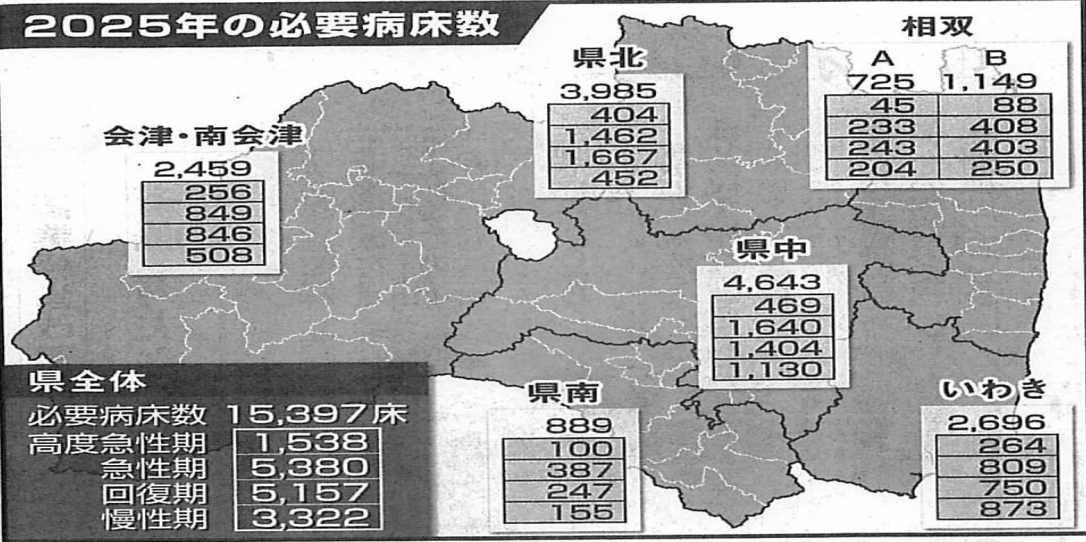
県は六日、平成三十一年の病床数と推計した二床から約四千床減ないベッドがあり、数字は減ったとしても影響はない」としている。

七二〇二五年に県内の病院で必要となる病床数を、一万五千三百一十二(二万九千四百七十七)で患者を受け入れている。

構想案では厚生労働省の医療需要予測データや二五年の県内医療需要実績(一日当たりの患者数)、人口動態などを基に①高度急性期(救命救急、集中治療、新生児集中治療など)②急性期③回復期(リハビリテーションなど)④慢性期(長期療養など)の四段階に分けて必要病床数を試算した。

全県と六つの区域(県北、県中、県南、会津・南会津、相双、いわき)の必要病床数は、図の通り。相双地方は東京電力福島第一原発事故に伴う住民の流出が続いた場合(表A)と、収束した場合(表B)の二通りを示した。県全体の病床数は流出が続いた場合で算出した。

地域医療構想は医療法改正に伴い、都道府県に策定が義務付けられている。県は年内に策定し、二十九年に改定する第七次医療計画(三十年度から五カ年)に反映させる。



取組むべき施策など盛り込んだ県内建設業の在り方の中間まとめを示す。県建設業審議会は六日、福島市の杉妻会館で開かれ、県内建設業の振興に向けて行政が

取組むべき施策などを盛り込んだ県内建設業の在り方の中間まとめを示した。

行政が取り組むべき施策として①産学連携、地域の実情を踏まえた入札制度の見直し

②担い手の育成や確保に向けた発注工事の現場見学会・体験型学習会の実施③社会資本の適切な維持管理や更なる対応に向けた合

学校研究、個人研

気が、先が力を伸ばす

個人記

| |
|-------------|
| 【全農】 |
| 上伸 |
| 高加重 |
| 202.185.178 |

| |
|---------|
| (6日) |
| 東京都調べ ※ |
| 豚大幅純伸 |
| 和牛 和生 |
| 交雑 交雑 |

| | |
|-------|------|
| 高 | 4500 |
| 中 | 5000 |
| 低 | 5000 |
| 10000 | 6000 |
| 10000 | 4000 |
| 6000 | 4000 |
| 花菊菊 | レ一菊 |
| 切白菊 | 小菊 |

議会ニユ

◆開会

一本松市

会。会期は28日。新野洋

8453万円

度一般会計補

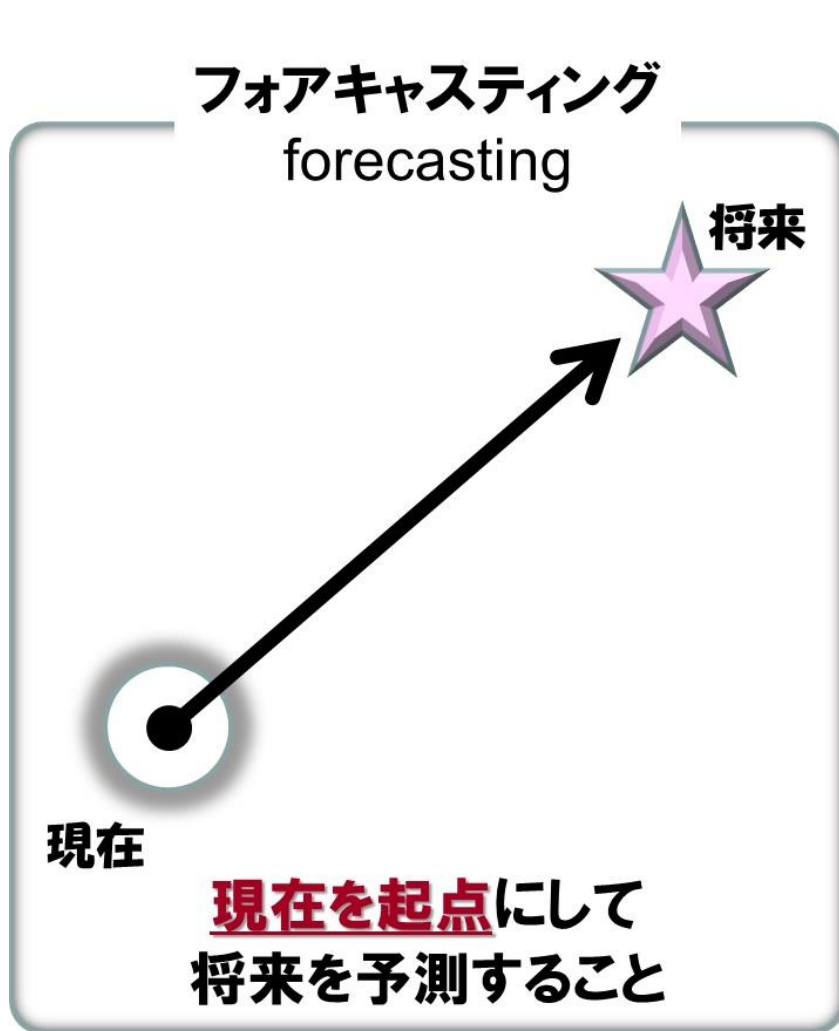
35議案を提出

は仮置き場の敷地内保管除置き場への移

億262万円

個人記

2025年の近未来から 現在を見つめるバックキャストイング視点を！



パート3

地域包括ケアシステムとは？



地域包括ケアシステムとは

介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム

Aging in Place

地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**必要があります。

2025年の地域包括ケアシステムの姿



人口1万人、中学校区、かけつけ30分圏内

地域包括ケアシステムは 地域課題の解決型思考で！

地域の課題とは何か？

「在宅看取り」、「認知症」、「医療と介護の連携」、「人口減と街づくり」

事例2 横須賀・三浦の 地域包括ケアを考える

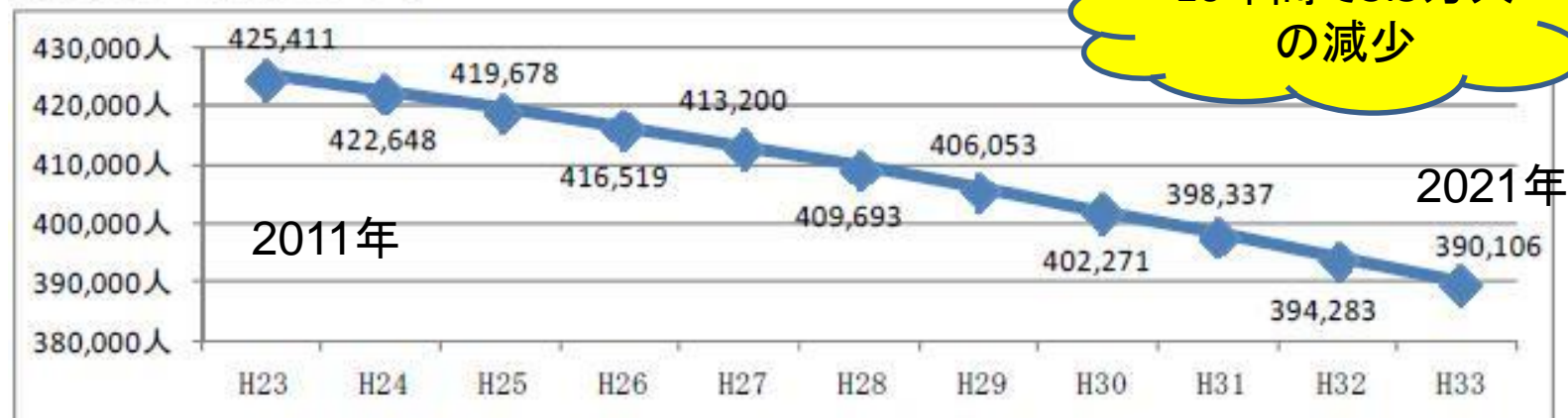


7月15日横須賀共済病院

横須賀市の紹介

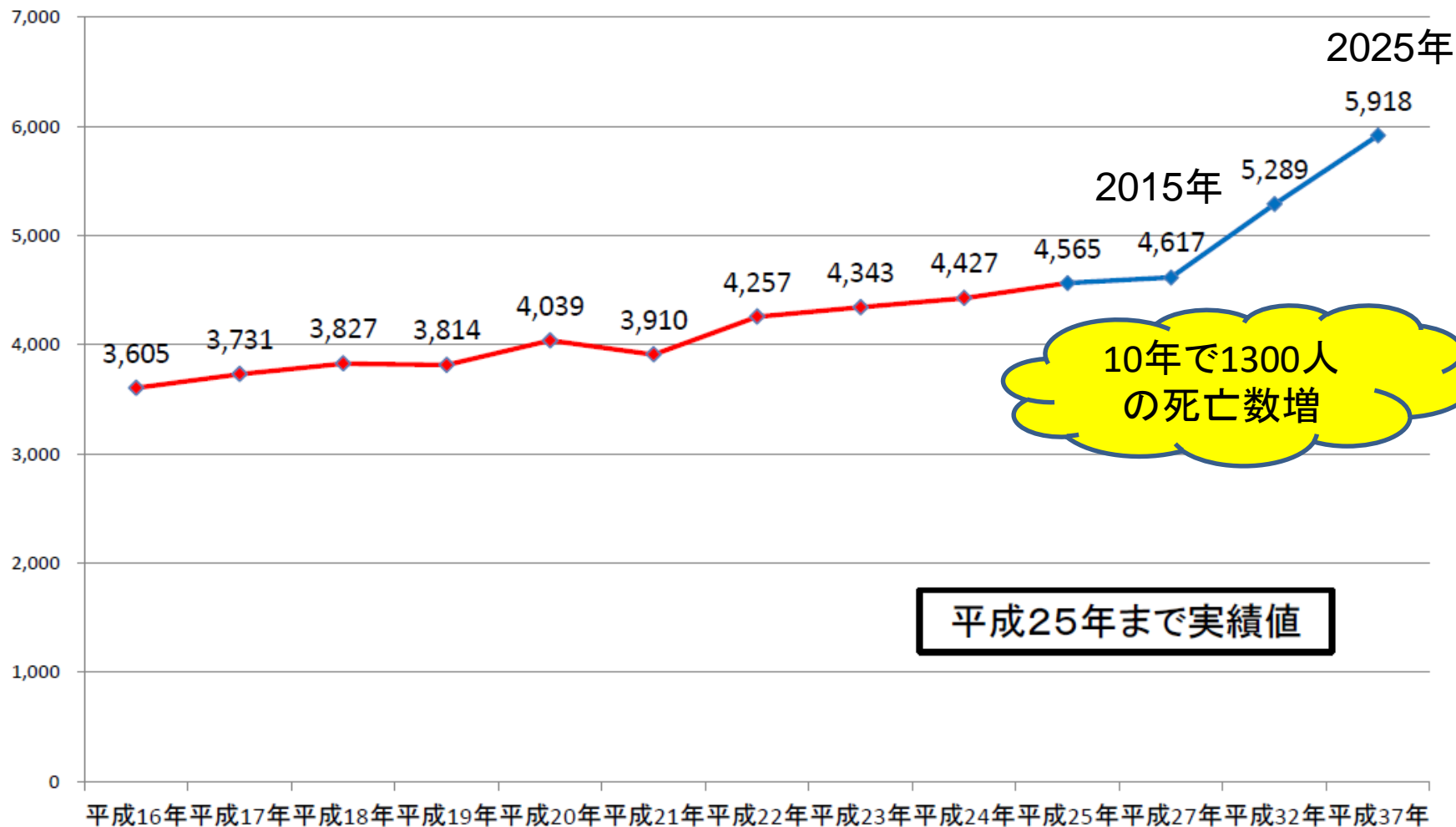
- 面積 約100km²
- 人口 約41万人(中核市、保健所設置市)
- **高齢化率 約28%(平成26年4月)**
- 要支援・要介護認定者数 19,345人(平成26年3月)
- 年間死亡者数 4,427人(平成24年)
- 市内の医療・介護資源 (H26.6月現在)
 - 病院 12(一般病床2,494・療養病床516・その他372)
 - 在宅療養支援診療所 39
 - 地域包括支援センター 13
 - 居宅介護支援事業所 110
 - 訪問介護事業所 95
 - 訪問看護ステーション 22
 - デイサービス 115
 - 介護老人保健施設 9(定員 992)
 - 特別養護老人ホーム 20(定員 2,140)
 - グループホーム 46(定員 654)

【横須賀市の将来推計人口】



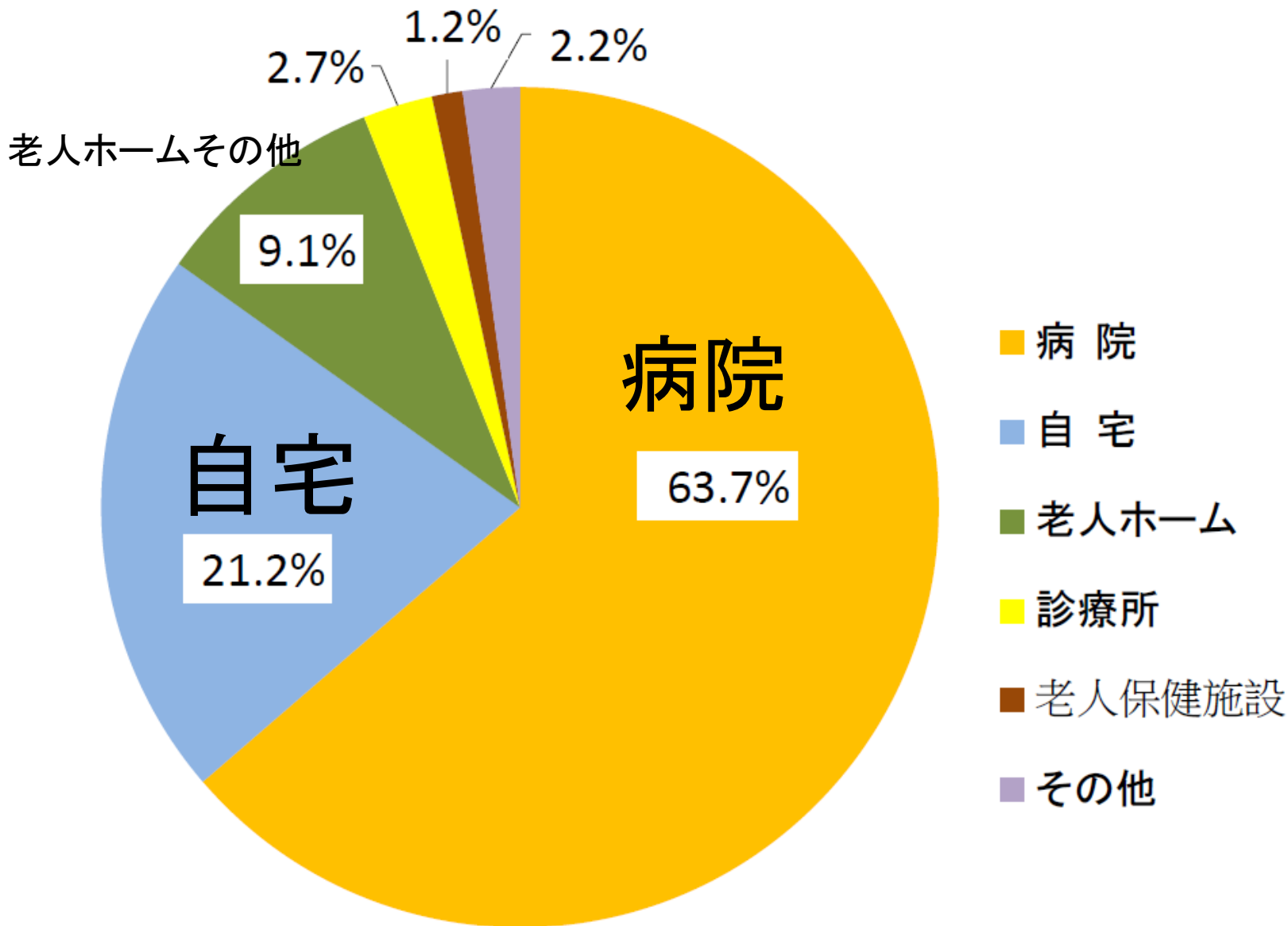
(都市政策研究所資料)

横須賀市の死亡数の推計



資料:横須賀市都市政策研究所「横須賀市の将来推計人口(平成26年5月推計)」をもとに、出生と死亡だけの要因で人口が変化すると仮定した推計方法により算出した参考値

横須賀市の死亡場所の構成比（平成25年）



横須賀市の在宅医療の取り組み

- 市民啓発のためのシンポジウム開催や啓発冊子の作成
- 医療と介護の関係職種の**多職種連携**のための会議設置や研修実施
- 関係職種のスキルアップや理解を深めるためのセミナー等開催
- **在宅医療を推進するための拠点づくり**
- 病院から退院する際の**退院調整ルール**づくりなど

多職種合同 研修会

(横須賀市)



在宅医療と 介護の見本市



(横須賀市)

横須賀市 在宅死亡割合22.9%

20万人以上の都市で全国トップ！

2016年7月8日厚生労働省



地域包括ケアシステムも 2025年近未来からの バックキャストイングの視点を！

死亡診断書のデータベース化が必要

パート4

リアルワールド・データとは？



かごの鳥データ



野鳥観察データ

「Real World Data Japan 2014」 2014年7月15日-16日

- 日本で初めてのリアルワールドデータに関するカンファレンス。
- イギリスのコンサル会社 eye for pharmaの主催により開催
- 会場には製薬メーカーの担当者が200名近く集まって大盛況



東京マリオットホテル

リアルワールド・データ(RWD)とは？

- Real World Data(RWD)とは？
 - 診療録、健診データ、レセプトデータなどの実診療行為に基づくデータベース
 - QOL／PRO等のデータセットも含む
 - これらのデータベース、データセットから導かれるエビデンスをReal World Evidenceともいう
 - その背景
 - 電子化された大量のデータを収集し、データベースに格納し、分析するデータベース技術の進歩がある。

RWDとRCT、HTA

- RCTとRWD

- 治験におけるランダム化比較試験 (RCT) は実験的に制御された環境下で得られるデータ(「かごの鳥データ」)

- ➡ RWDは実診療下で得られたデータ(「野鳥データ」)

- HTAとRWD

- QALYなどの手法を用いる医療技術評価 (HTA) はモデルに、実データをあてはめて得られたデータ

- ➡ RWDは全部、実データ

- 相互補完関係

- RWDとRCT、HTAは医薬品の承認時、承認後ともに相互に補完する関係にある

RWDの欧米における経緯①

• ヨーロッパ

- 1990年代の後半以降、QALY(質調整生存年)などを用いた医薬品の費用対効果を測定する医療技術評価(HTA)のデータの提出が必須化されるようになった。
- HTAデータの提出にあたっては、規制当局は同時に関連のRWDの提出を求めた
- まずヨーロッパにおいて医薬品承認時、承認後の実データとしてのRWDに対する関心が高まった
- また、RWDは医薬品の市販後調査においても威力を発揮する
 - フランス保健製品衛生安全庁(AFSSAPS)
 - ピオグリタゾン塩酸塩の膀胱がんリスクについて、レセプトデータなどのRWDを用いた

日本でも、2016年度から医薬品7品目についてHTA(費用対効果の評価)を試行的導入を行われるようになった！

【医薬品】（7品目）

（類似薬効比較方式：5品目）

| 販売名 （製造販売業者名） | 主な 適応症 | 補正加算の 加算率 | ピーク時 予測売上高 | 選定理由 |
|-------------------------|------------|--------------|---------------|---|
| ソバルディ （ギリアド・サイエンシズ） | C型慢性 肝炎 | 100% | 987 億円 | 補正加算の加算率が最も高い 10%以上の補正加算が認められたものの中で、ピーク時予測売上高が最も高い |
| ハーボニー （ギリアド・サイエンシズ） | | 0% | 1,190 億円 | 類似品 |
| ヴィキラックス （アッヴィ） | | 0% | 608 億円 | 類似品 |
| ダクルインザ （ブリストル・マイヤーズ） | | 40% | 222 億円 | 類似品 |
| スンベブラ （ブリストル・マイヤーズ） | | 0% | 159 億円 | 類似品 |

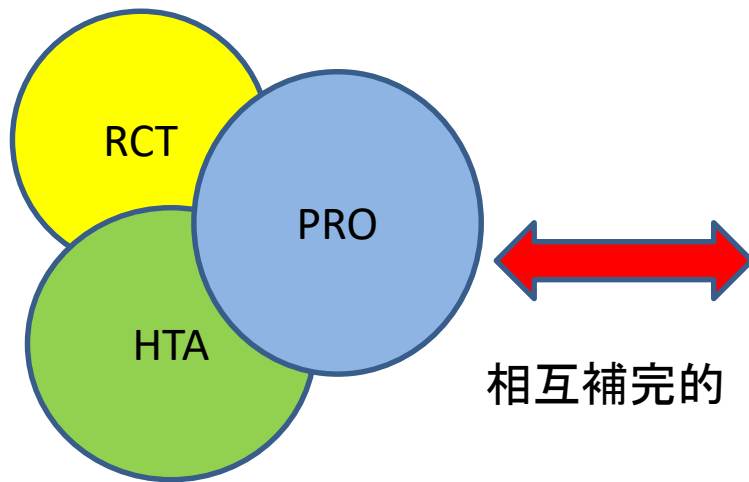
（原価計算方式：2品目）

| 販売名 （製造販売業者名） | 主な 適応症 | 営業利益率の 加算率 | ピーク時 予測売上高 | 選定理由 |
|-------------------|-----------------------|---------------|---------------|------------------------------------|
| オブジーボ （小野薬品工業） | 悪性黒色腫 等 | 60% | 31 億円 | 営業利益率の加算率が最も高い |
| カドサイラ （中外製薬） | HER2 陽性 の再発乳癌 等 | 10% | 170 億円 | 10%以上の加算が認められたものの中で、ピーク時予測売上高が最も高い |

RWDの欧米における経緯②

- 米国
 - 米国では、ヨーロッパのQALYを用いるHTAに対して批判的
- CER (Comparative Effectiveness Research)
 - 医療技術を患者や医師の視点から比較研究するCERの手法が盛ん
 - CERではQOLなど患者報告アウトカム (Patient Reported Outcome: PRO) や医師の視点から医療の質や効果を測定する手法を用いて医療技術評価を行う
- 米国のCERにおいてもやはりRWDが活用されている

時代はRWD活用へ！



RWD
全実データ

2016年、日本においてもいよいよHTAの試行運用が始まっている。
そのときRWDが必須となる...

製薬企業による
リアルワールド・データ活用の
現状と課題

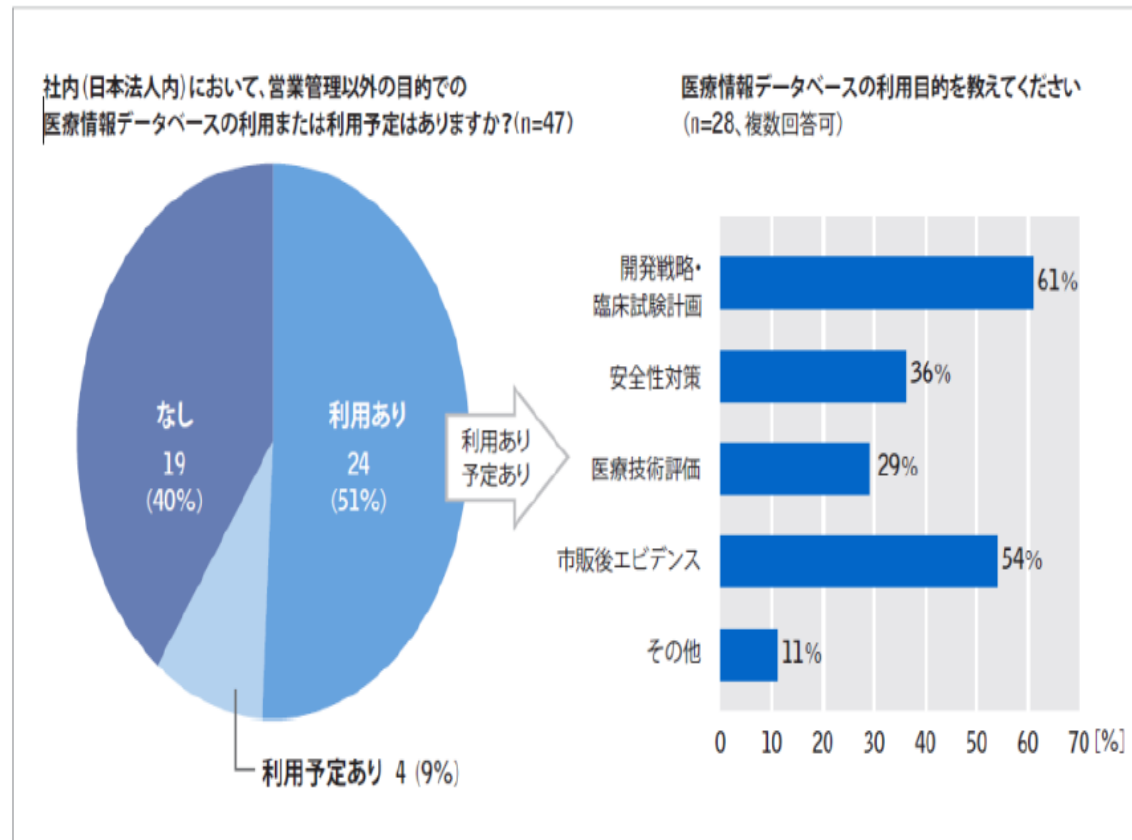
<製薬協ニュースレター>

製薬企業における Real World Data の活用 2015 年度タスクフォース 3

<http://www.jpma.or.jp/about/issue/gratis/newsletter/html/2016/71/71t7-01.html>

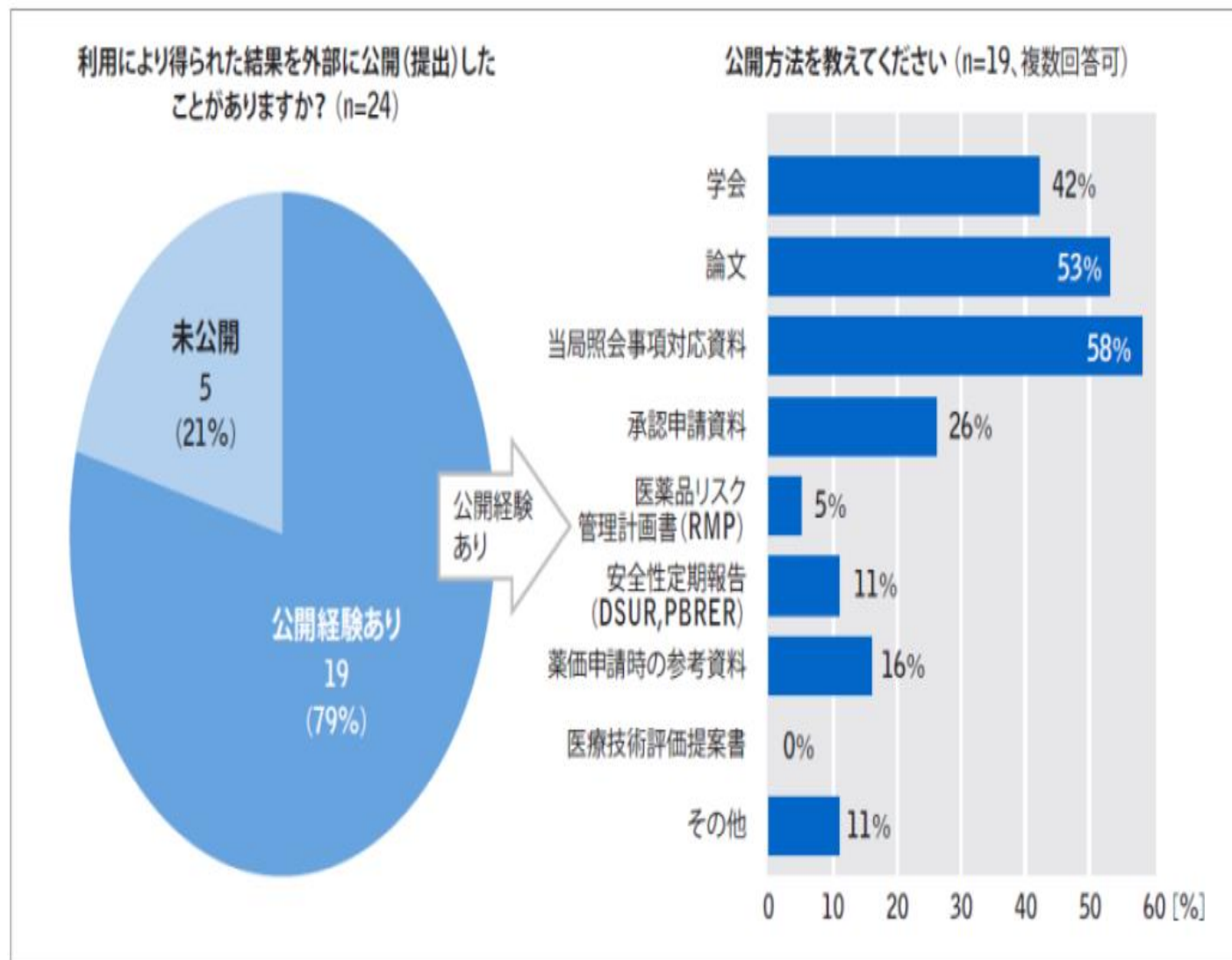
- 製薬協データサイエンス部会参加会社 67 社を対象に、2015 年 7 月 13 日から 8 月 14 日まで Web にてアンケートを実施し、47 社（内資 38 社，外資 9 社）から回答を得た
- 28/47（60%）が医療情報データベースの活用に取り組んでいた
 - 利用目的として最も多かったのは「開発戦略・臨床試験計画」であった

図2 医療情報データベースの社内利用実態



● 医療情報データベースが当局照会事項対応資料，承認申請資料に活用されたケースもある

図4 データベース研究結果の公表状況

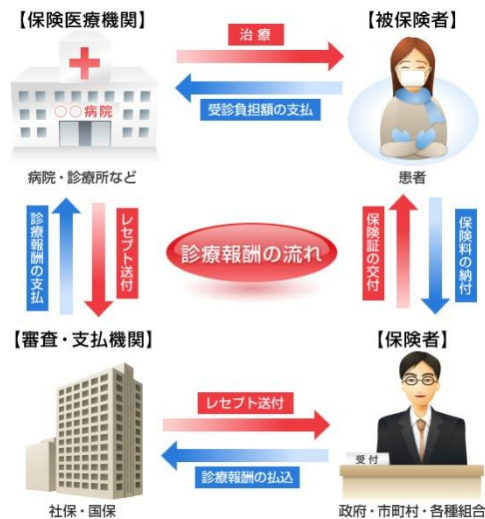


わが国におけるRWDへの 期待の高まり

- わが国でも医療・医薬業界でRWDが注目されてきたのは欧米に遅れること10年以上となるが、2011年ごろからである
- 背景には2011年度からスタートしたナショナル・データベース(NDB)と、2016年からスタートするHTAの試行運用にあることは間違いない
- NDBは全国の医療機関にレセプトの電子化が義務付けられ、毎年およそ16億件のレセプトデータを蓄積し、現在80億件以上の巨大なリアルワールド・データベースとなっている

パート5

日本のナショナル・データベース 活用の現状と課題



健康・医療・介護に関するデータベース化

1. 健診に関するデータ(検査値)

・健診機関

2. 医療に関するデータ

・詳細なデータは医療機関の診療録の中

・支払に関するレセプトデータは保険者

3. 介護に関するデータ(ADL)

・詳細なデータは介護サービス提供者

・支払に関するレセプトデータは市区町村

NDBはまだ
1、2だけ

KDBは3つを
含む!

- ・これらのデータはデータベース化すれば大きな利用価値がある
- ・しかし電子化されたデータベース化が進まなかった
- ・データベースの間のリンケージ(連結)がされていなかった
- ・これらの法的整備がなされていなかった

レセプト情報・特定健診等情報データベースの構築の経緯

1. 平成18年医療制度改革

2006年医療制度改革法から本格化
法的根拠「高齢者医療の確保法」

- 高齢者の医療の確保に関する法律・成立（平成20年4月施行）
- 医療費増加の構造的要因に着目し、中長期的な観点から医療費適正化を進める
医療費適正化計画の枠組みの導入

→医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため、厚生労働省が行う調査及び分析等に用いるデータベースの構築へ

※保険者は、厚生労働省に対し、必要な情報を提供

2. 「医療サービスの質の向上等のためのレセプト情報等の活用に関する検討会」

○平成19年7月 検討開始

→収集するデータの範囲、データの利活用の方法等について検討

○平成20年2月 報告のとりまとめ（情報提供の基本的枠組み）

-----（検討会報告を踏まえ、データ収集のための体制の構築）-----

3. 「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」

○平成22年10月～

→平成20年の検討会報告を踏まえ、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」を立ち上げ。この有識者会議の議論を経て、23年3月末にデータ提供の具体的なルールを定めたガイドラインを制定。今後は、データ提供の可否について個別審査を行う。

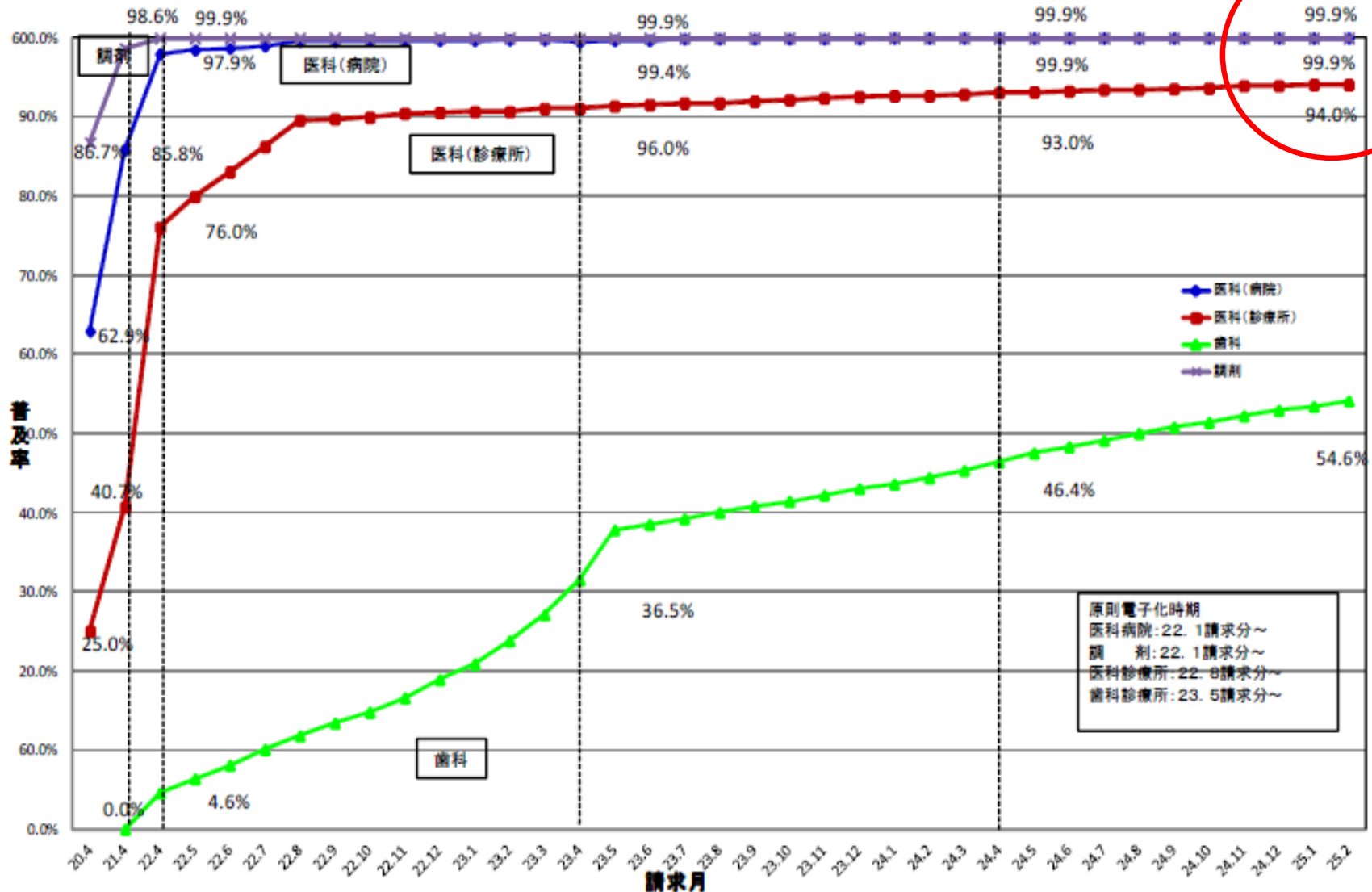
レセプト・データベースの負の歴史

～まぼろしの「レインボープラン」(1983年)～

- わが国においてはレセプト・データベース構築の基礎となるレセプトオンライン請求、レセプトデータベース計画は長年の懸案だった
- その歴史は1983年に旧厚生省が策定した「レインボープラン」にまでさかのぼる。この計画でレセプト電算処理の方針を政府が打ち出す。
- しかしマスコミが「不当・不正請求の排除が目的である」と書き立てたため、医師会の反発を招いて、計画はとん挫する。これで20年は遅れた！

病院・診療所の レセプト電子化率(2013年)

医療機関のレセプト電子化の推移 (レセプト件数ベース)



2008年

原則電子化時期
 医科病院: 22.1請求分~
 調剤: 22.1請求分~
 医科診療所: 22.8請求分~
 歯科診療所: 23.5請求分~

ナショナル・データベース (NDB)

レセプト情報、特定健診情報等の収集事業

レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)概要

利用目的

全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため[高齢者の医療の確保に関する法律 第16条]

保有主体

厚生労働大臣 (注)外部事業者に維持管理を委託

収載データ

- ・レセプトデータ 約80億5,200万件[平成21年4月～平成26年5月診療分]※平成26年8月時点
- ・特定健診・保健指導データ 約1億2,000万件[平成20年度～平成24年度実施分]

(注1)レセプトデータについては、電子化されたデータのみを収載

(注2)特定健診等データについては、全データを収載

(注3)個人を特定できる情報については、固有の暗号に置換することで、個人の診療履歴の追跡可能性等を維持しつつ匿名化

レセプト情報・特定健診等情報データベースのデータ件数 (平成26年10月現在)

●レセプト（21年4月～26年7月診療分）

格納件数 約83億4,800万件

| | |
|----------|-------------|
| （内訳）21年度 | 約12億1,700万件 |
| 22年度 | 約15億1,100万件 |
| 23年度 | 約16億1,900万件 |
| 24年度 | 約16億8,100万件 |
| 25年度 | 約17億2,800万件 |
| 26年度 | 約5億9,100万件 |

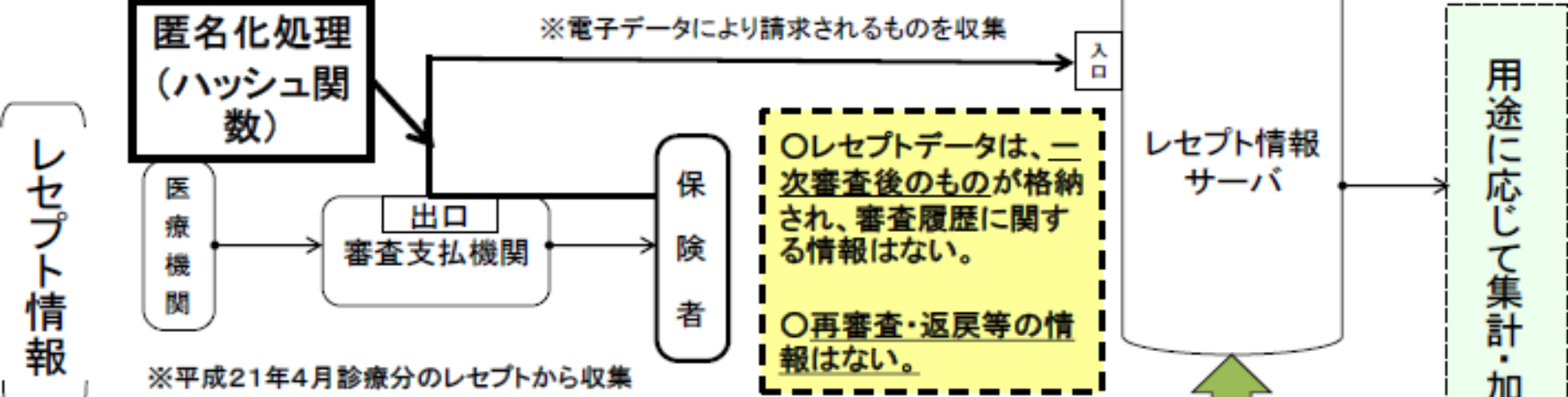
●特定健診・特定保健指導（20年度～24年度分）

格納件数 約1億2,000万件

| （内訳） | <u>特定健診</u> | 約1億1,000万件 | <u>特定保健指導</u> | 約315万件 |
|-------|-------------|------------|---------------|--------|
| ・20年度 | 約2,000万件 | | ・20年度 | 約39万件 |
| ・21年度 | 約2,200万件 | | ・21年度 | 約58万件 |
| ・22年度 | 約2,300万件 | | ・22年度 | 約61万件 |
| ・23年度 | 約2,400万件 | | ・23年度 | 約72万件 |
| ・24年度 | 約2,500万件 | | ・24年度 | 約84万件 |

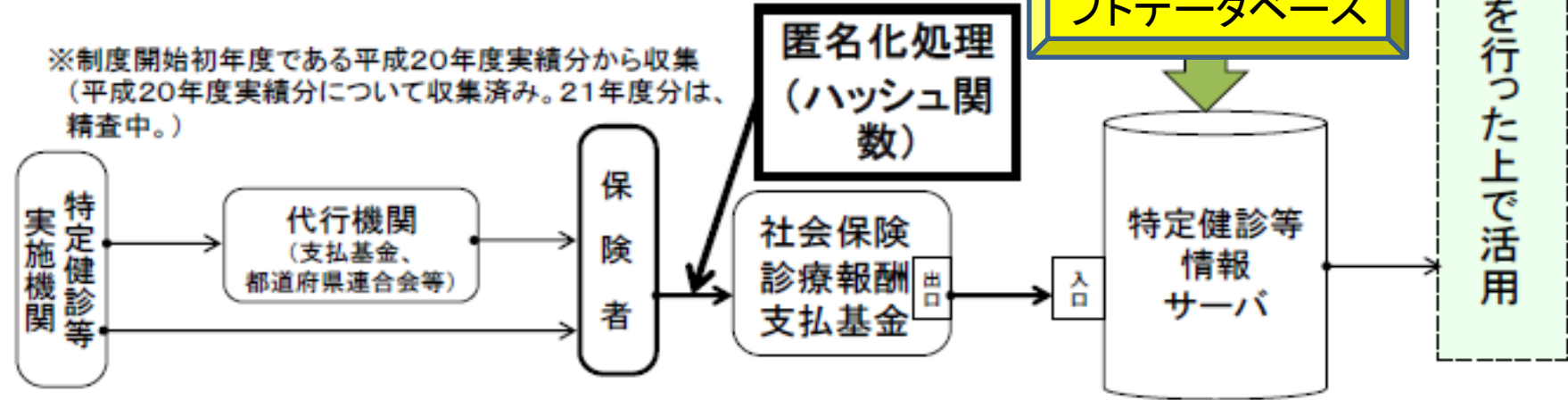
レセプト情報・特定健診等情報の収集経路

2006年6月医療制度改革法



2009年

特定健診等情報



2008年

レセプトの記載内容

レセプトの主な記載項目

- 傷病名
- 診療開始日、診療実日数
- 医療機関コード
- 初診・再診、時間外等
- 医学管理(医師の指導料等)
- 投薬
- 注射
- 処置
- 手術
- 検査
- 画像診断
- 請求点数(1点につき10円) など

- (注1) 診療報酬明細書としての性格から、医療機関の経営状況等の情報は記載されていない。
- (注2) 請求点数については、審査支払機関の査定後の点数が保存される。査定の有無はデータとして保存されない。

レセプトデータのうち、以下の項目は、同一人を特定する方策を講じた上で(後述)、匿名化のため削除されてデータベースに収集される。

○患者の氏名 ○生年月日の「日」 ○保険医療機関の所在地及び名称 ○カルテ番号等 ○国民健康保険一部負担金減額、免除、徴収猶予証明書の証明書番号 ○被保険者証(手帳)等の記号・番号 ○公費受給者番号

特定健診・特定保健指導データについて

特定健診、特定保健指導は、データベース上に別々のファイルで保管。主な記録されている項目は以下のとおり。

- 受診情報(実施日等)
- 保険者番号
- 特定健診機関情報(機関番号のみ)
- 受診者情報の一部(男女区分、郵便番号)
- 健診結果・問診結果
- 保健指導レベル
- 支援形態
- 特定保健指導のポイント数 など

以下の項目は、同一人を特定する方策を講じた上で(後述)、匿名化のため削除されて、データベースに収集される。

- 特定健診・保健指導機関の郵便番号、所在地、名称、電話番号
- 医師の氏名
- 被保険者証の記号及び番号
- 受診者の氏名
- 受診券有効期限

DPCデータ

NDBに一部含まれている

DPC制度について

①DPC制度とは

- 急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度(※)

(※)行われた診療行為(手術、処置、投薬等)を個別に評価する出来高払いではなく、複数の診療行為をまとめて評価する制度。

- 平成15年に特定機能病院を対象に導入
- 平成24年4月1日時点(見込み)で1,505病院、約48万床(全一般病床の約53.1%)を占める

②DPC制度における診療報酬の概要

【包括評価部分】

- 診断群分類毎に設定
- ・入院基本料・検査
- ・画像診断・投薬
- ・注射・1000点未満の処置等

+

【出来高評価部分】

- ・医学管理・放射線治療
- ・手術・麻酔
- ・1000点以上の処置等

【包括評価部分】

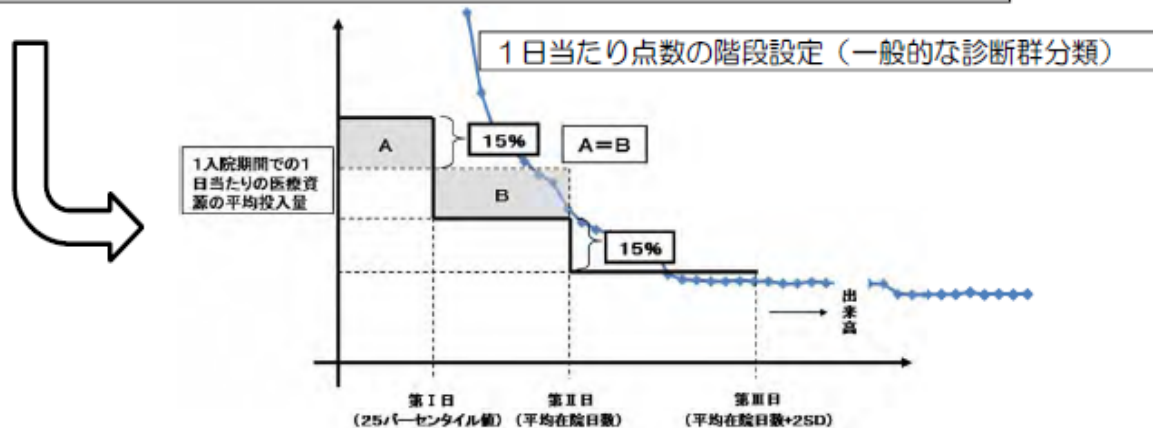
D P C 毎の
1日あたり点数

×

在 院 日 数



×

医 療 機 関 別 係 数



DPCデータ*の主な項目

* DPC/PDPS導入影響評価のための調査(退院患者調査)による調査データを指す。

| 内容 | |
|-------------------------|---|
| 患者別匿名化情報 | 簡易診療録情報 ・ 日付情報 (入院日、退院日等) ・ 診断情報 (主傷病名等) ・ 患者情報 (生年月日、性別、郵便番号等) ・ 入院経路 (退院時の患者の状態 (傷病の治癒、軽快、死亡等)、救急搬送の有無等) ・ 診療情報 (身長、体重、ADLスコア、がんの分類等) 等  |
| | 診療報酬 請求情報 |
| | 医科点数表に基づく出来高点数情報  診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報等 |
| 施設情報 (病床数、届け出ている入院基本料等) | |

NDBの特徴

1. 抽出調査ではなく、**全数データ**を保有。
2. 数十ではなく、**万単位のデータ項目**があり、詳細な分析が可能。
3. 数年に一度の調査ではなく、**毎月のデータ**を蓄積。
4. データベース内のIDにより、年・月が異なっても**同一患者**を追跡可能。
* **ただし匿名化(ハッシュ化)作業が必要**
5. 電子化されているため、**分析が容易かつ迅速**。

NDBの課題

- **病名問題**

- 「保険病名」が多すぎる

- レセは請求伝票なので、支払審査の査定を受けないために、付けざるを得ない

- 病名の開始、終了日が整理されていない

- **データ構造問題**

- 紙レセプトの省略構造を踏襲しているところから分析に容易なデータ構造となっていない

- **リンケージ問題**

- 特定健診や調剤レセ以外の他のデータベースとの連結が今のところ不可

- 医療計画で用いる時は、地図情報データベースと連結することは可能

匿名化された 患者レベルでのデータ結合

「ハッシュ関数」

Hashという用語は、

「切り刻んで混ぜる」という意味

ハッシュ関数の採用

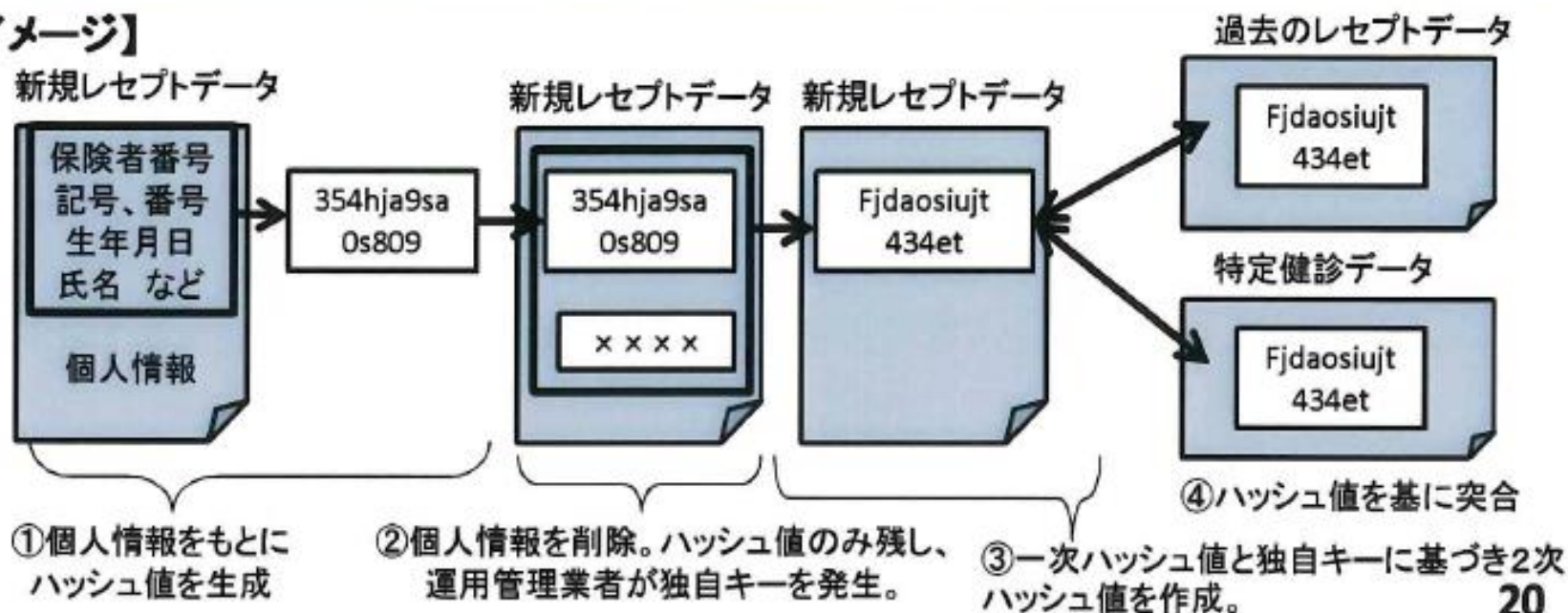
以下の特徴を持つ「ハッシュ関数」を用いることで、個人の直接的な識別情報を削除（「匿名化」）した上で、同一人物の情報であることを識別できるようにし、データベースへ保管している。

【ハッシュ関数の特徴】

- ①与えられたデータから固定長の疑似乱数（ハッシュ値）を生成する。
- ②異なるデータから同じハッシュ値を生成することは極めて困難。
- ③生成された値（ハッシュ値）からは、元データを再現することは出来ない。

※ 個人情報（氏名、生年月日等）を基にしてハッシュ値を生成し、それをIDとして用いることで個人情報を削除したレセプト情報等について、同一人物の情報として特定することが可能。

【イメージ】



レセプト情報と特定健診等情報の突合について

突合率に関する指摘等

- 平成24年2月「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」においてレセプトデータと特定健診等データの突合率(男性 9.8% 女性 15.7%)を公表した。
- 平成27年11月会計検査院の平成26年度決算検査報告の中で、レセプトデータと特定健診等データの突合率について、改善を求める指摘がなされた。

判明していること

- NDBでは、個人を特定できる情報(被保険者記号番号、氏名等)は削除しているものの、こうした情報からハッシュIDを発生させ、これにより、同一人物のレセプトデータと特定健診・保健指導データを突合できる仕組みとしている。
- 一部の保険者では、例えば、被保険者記号番号がレセプトデータでは「全角」、特定健診・保健指導データでは「半角」で出力されており、同一人物であっても異なるハッシュIDが発生し、突合ができなくなるなどの事象が発生している。

※突合率:平成24年度 24.9% 平成25年度 25.1%

NDBの民間活用

レセプト情報等の民間利用に関する議論の背景

- 平成25年、「日本再興戦略」、「社会保障制度改革国民会議 報告書」等において、レセプト情報等の利活用促進について記載がなされている。
- これらを踏まえ、レセプト情報等の提供に関する有識者会議においても議論がなされた。

日本再興戦略

平成25年6月14日閣議決定抜粋

・医療の質の向上や研究基盤の強化を進めるため、国が保有するレセプト等データの利活用を促進する。このため、民間企業も、行おうとする研究が国の行政機関から費用の助成を受けているものである場合には、レセプト等データの提供を申し出ることができることを含め、データ提供の申出者の範囲について周知徹底する。さらに、幅広い主体による適時の利活用を促すため、データ提供の円滑化や申出者の範囲について検討する。

社会保障制度改革国民会議 報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

平成25年8月6日 抜粋

- ・第2部 社会保障4分野の改革
- ・Ⅱ 医療・介護分野の改革
- ・2 医療・介護サービスの提供体制改革
- ・(6) 医療の在り方
 - ・医療介護の電子化の促進
- ・国が保有するレセプト等データの利活用の促進も不可欠である。具体的には、個人情報保護にも配慮しつつ、現状は利用者の範囲や使用目的が限定されている使用条件を緩和し、幅広い主体による適時の利活用を促すため、データ提供の円滑化に資する対策を講ずべきである。

- 有識者会議における利活用促進の議論については、「レセプト情報・特定健診等情報データの利活用の促進に係る中間とりまとめ」(平成26年3月20日)において、具体的な報告がなされたところである。
- このとりまとめにおいて、民間利用に関する議論は、「5 NDBの活用の範囲について」にて以下のように記されている。

NDBの活用の範囲については、民間組織からのヒアリング等を踏まえ、まず集計表情報について、試行的に提供を行うこととする。試行的な提供に当たり、その利用目的については、従来の第三者提供の目的に基づき、個別に審査を行うこととする。また、試行的な提供における集計方法等については、有識者会議にワーキンググループを設置し、専門的な検討を行うなどの方策により実施することとする。

「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」構成員

- 飯山 幸雄(いいやま ゆきお) 国民健康保険中央会 常務理事
- 石川 広己(いしかわ ひろみ) 日本医師会 常任理事
- 稲垣 恵正(いながき よしまさ) 健康保険組合連合会 理事
- 猪口 雄二(いのくち ゆうじ) 全日本病院協会 副会長
- 印南 一路(いんなみ いちろ) 慶応義塾大学総合政策学部 教授
- 大久保 一郎(おおくぼ いちろう) 筑波大学医学医療系 教授
- 貝谷 伸(かいや しん) 全国健康保険協会 理事
- 小林 一彦(こばやし かずひこ) 埼玉県後期高齢者医療広域連合 事務局長
- 近藤 剛弘(こんどう よしひろ) 日本薬剤師会 常務理事
- 新保 史生(しんぽ ふみお) 慶応義塾大学総合政策学部 准教授
- 頭金 正博(とうきん まさひろ)
- 名古屋市立大学大学院薬学研究科
- 医薬品安全性評価学分野 教授
- 富山 雅史(とみやま まさし) 日本歯科医師会 常務理事
- 府川 哲夫(ふかわ てつお) 福祉未来研究所 代表
- 松田 晋哉(まつだ しんや) 産業医科大学医学部公衆衛生学 教授
- 三浦 克之(みうら かつゆき) 滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生部門 教授
- 宮島 香澄(みやじま かずみ) 日本テレビ報道局 解説委員
- 武藤 香織(むとう かおり)
- 東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター
- 公共政策研究分野 准教授
- ◎ 山本 隆一(やまもと りゅういち)
- 東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学講座
- 特任准教授
- ◎印:座長

第三者提供の実施状況①

| | 審査時期 | 申出者 | 所属機関 | 研究名称 | 提供情報 | 項目番号 |
|----|--------|----------------|---------------------------------------|---|----------------|---------|
| 1 | H23.11 | 今中 誠一 | 京都大学 | 地域別医療受給・患者移動分析に基づく、医療提供体制の評価と計画に関する研究 | レセプト情報 | ④ |
| 2 | | 高田 光隆 | 近畿大学 | レセプト情報を用いた薬剤使用実態に関する研究 | レセプト情報 | ④ |
| 3 | | 柴田 亜希子 | 国立がん研究センター | レセプト情報等を利用したがん患者数計測に関する研究 | レセプト情報 | ③ |
| 4 | | 久保田 潔 | 東京大学 | 乾癬の疫学研究 | レセプト情報 | ④ |
| 5 | | 高橋 圭山貴 | 岐阜県健康福祉部 保健医療課 | 乳がん健診の実態把握のための調査研究 | レセプト情報(集計表情報) | ④ |
| 6 | | 武藤 慎吾 | 厚生労働省医政局指導課 | 医療計画の見直しにあたっての適正な受療医療圏などの検討について | レセプト情報 | ① |
| 7 | H24.06 | 飯原なおみ | 徳島文理大学 | 運転などに注意を要する医薬品の使用に関する研究 | サンプリングデータセット | ④ |
| 8 | | 伊藤 弘人 | 国立精神・神経研究センター | 向精神薬の処方パターンの探索的分析 | サンプリングデータセット | ① |
| 9 | | 徳木登美子 | 厚生労働省医薬食品局安全対策課 | ホルモン及びホルモン系の処方実態の分析 | サンプリングデータセット | ① |
| 10 | | 木村 通男 | 浜松医科大学 | 紹介前後の同一検査実施状況調査 | サンプリングデータセット | ④ |
| 11 | | 吉村 公雄 | 慶應義塾大学 | 精神疾患と生活習慣病の合併に関する研究 | サンプリングデータセット | ④ |
| 12 | | 榎 広計 | 統計数理研究所 | 併用禁止医薬品、重複投与等の処方実態研究 | サンプリングデータセット | ④ |
| 13 | H24.09 | 飯見 光一 | 近畿大学 | レセプト情報を用いた薬剤併用実態に関する研究 | レセプト情報 | ④ |
| 14 | | 長谷川友紀 | 東京大学医学部 | レセプト情報等データベースを用いた臓器・造血幹細胞移植医療費に関する研究 | レセプト情報 | ④ |
| 15 | | 東 尚弘 | 東京大学 | 我が国のがん医療におけるがん診療連携拠点病院の役割および連携の実態に関する研究 | レセプト情報 | ④ |
| 16 | | 大日 康史 | 国立感染症研究所 | 感染症の患者推計 | レセプト情報(集計表情報) | ① |
| 17 | H25.03 | 山本 尚子 森島 昭文 | 厚生労働省健康局疾病対策課 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課 | 難病指定研究及び小児慢性特定疾患指定研究 | レセプト情報 | ① |
| 18 | | 宇都宮 啓 | 厚生労働省保険局医療課 | ナショナルデータベースを用いた癌治療の費用対効果評価 | レセプト情報 | ① |
| 19 | | 西 信雄 | 国立健康・栄養研究所 | 身体計測値に関する特定健診と国民健康・栄養調査結果の比較 | 特定健診等情報(集計表情報) | 14 ③ |

第三者提供の実施状況②

| | 審査時期 | 申出者 | 所属機関 | 研究名称 | 提供情報 | 取組番号 |
|----|--------|-------|---|---|-----------------------------------|--------------|
| 20 | H25.03 | 大洞 清登 | 文部科学省科学技術・学術政策局企画評価課 | 糖尿病を中心とした生活習慣病の、全国的な合併症費用構造および、患者分布や医療費などの試算 | サンプリングデータセット | ① |
| 21 | | 堀口 裕正 | 国立病院機構総合研究センター | エビデンスに基づいた診療報酬改定を行うためのレセプトデータ利活用の手法についての研究 | レセプト情報 | ③ |
| 22 | | 森山希子 | 京都大学医学部付属病院 | 運動習慣ががん患者における治療実施率に関する研究 | レセプト情報 | ④ |
| 23 | | 三宅 康史 | 昭和大学 | レセプト情報を用いた夏季熱中症例の発生実態調査 | レセプト情報(集計表情報) | ④ |
| 24 | | 上嶋 健治 | 京都大学医学部付属病院 | メタボリック症候群・肥満症の臨床疫学研究—ナショナルデータベースを用いた横断・縦断解析 | 特定健診等情報 | ④ |
| 25 | | 加藤 元嗣 | 北海道大学病院 | National databaseからみたピロリ菌陽性と胃癌診療の実態調査 | レセプト情報 | ④ |
| 26 | | 横尾 雅宏 | 厚生労働省医政局指導課 | 医療計画作成支援データベースの構築及び医療計画を踏まえた医療の連携体制構築に関する評価の検討について | レセプト情報 | ① |
| 27 | | 豊川 智之 | 東京大学 | 脳性麻痺児の原因別発生頻度及び脳性麻痺患者の医療費の推計 | レセプト情報 | ④ |
| 28 | | 飯原なおみ | 徳島文理大学 | ふらつき等の危険を有する薬の使用と骨折との関連性に関する研究 | サンプリングデータセット | ④ |
| 29 | | 宮下 光令 | 東北大学 | 厚生労働省が提供するレセプト情報等を用いた終末期がん医療の実態調査及び終末期がん医療の質評価方法の開発 | サンプリングデータセット | ④ |
| 30 | 今中 誠一 | 京都大学 | 超高齢化社会における認知症及び脳卒中の地域別・病種別別医療実態の可視化と関連要因の分析 | レセプト情報 | ④ | |
| 31 | H26.03 | 西 信雄 | 国立健康・栄養研究所 | 特定健診・特定保健指導における生活習慣病予防のための運動と食事の併用効果に関する研究 | 特定健診等情報 | ③ |
| 32 | | 鎌倉 正博 | 名古屋市立大学 | 特種療養における医薬品処方実態調査 | サンプリングデータセット | ④ |
| 33 | | 小野 晴子 | 福岡県立大学 | 我が国における重複受診、頻回受診、重複処方の現状 | サンプリングデータセット | ④ |
| 34 | | 吉田 愛 | 全日本病院協会総合研究所 | 急性期入院医療管理料を算定した患者の診療内容に関する研究 | サンプリングデータセット | ⑥ |
| 35 | | 今野 俊範 | 神奈川県保健福祉局保健医療部 | 在宅医療実態状況調査 | レセプト情報(集計表情報) | ② |
| 36 | | 恒石美登里 | 日本歯科総合研究機構 | 歯科治療状況と医療受療動向との関連調査 | レセプト情報 | ⑥ |
| 37 | | 東 尚弘 | 国立がん研究センター | 我が国のがん医療におけるがん診療連携拠点病院の役割および連携の実態に関する研究 | レセプト情報 | ③ |
| 38 | | 大江 和彦 | 東京大学医学部付属病院 | ナショナルデータベースを用いた脳血管疾患の実態に関する研究 | サンプリングデータセット | ④ |
| 39 | | 野口 晴子 | 早稲田大学 | 急性期心疾患患者の医療費と治療効果に関する実証的研究 | サンプリングデータセット | ④ |
| 40 | | | 武藤 正樹 | 国際医療福祉大学 | 後発医薬品普及促進のためのレセプト・ナショナルデータベース活用研究 | サンプリングデータセット |

第三者提供の実施状況③

| | 審査時期 | 申出者 | 所属機関 | 研究名称 | 提供情報 | 該当案件 |
|--|--------|-------|-----------------|---|--------------|------|
| | H26.10 | 宇山 啓明 | 医薬品医療機器総合機構 | 各クラスの糖尿病治療薬による心血管系リスクの評価 | レセプト情報 | ③ |
| | | 奥村 孝之 | 医療経済研究機構 | 適量服薬の再発予防に向けた大規模レセプト情報を活用した臨床疫学研究 | レセプト情報 | ⑤ |
| | | 田村 真 | 京都大学医学部付属病院 | 合併症を中心とした、糖尿病に関する包括的実態観察研究 | サンプリングデータセット | ④ |
| | | 飯島 田英 | 千葉県健康福祉部健康福祉政策課 | 千葉県医療医療計画及び地域医療構想の策定に係る調査分析 | レセプト情報 | ② |
| | | 北原 孝 | 厚生労働省医政局地域医療計画課 | 医療計画の策定と通診管理および地域医療構想の策定にあたっての指標となるデータの検討 | レセプト情報 | ① |
| | | 宮本 雅則 | 厚生労働省医政局医療課 | ナショナルデータベースを用いた費用対効果評価に関する基盤的データの整備 | レセプト情報/特定健診 | ① |

【レセプト情報等の提供依頼申出者の範囲】

- ① 国の行政機関 ② 都道府県 ③ 研究開発独立行政法人等 ④ 学校教育法第1条に規定する大学(大学院含む)
 ⑤ 医療保険各法に定める医療保険者の中央団体 ⑥ 医療サービスの質の向上等をその設立目的の趣旨に含む国所管の公益法人
 ⑦ 提供されるデータを用いた研究の実施に要する費用の全部又は一部を国の行政機関から補助されている者

ナショナル・レセプトデータベースを 活用した後発医薬品普及促進の ための分析ソフト開発

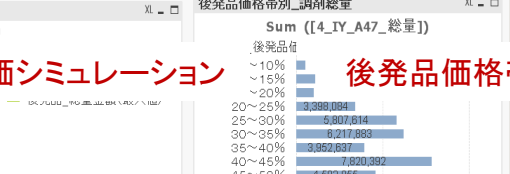
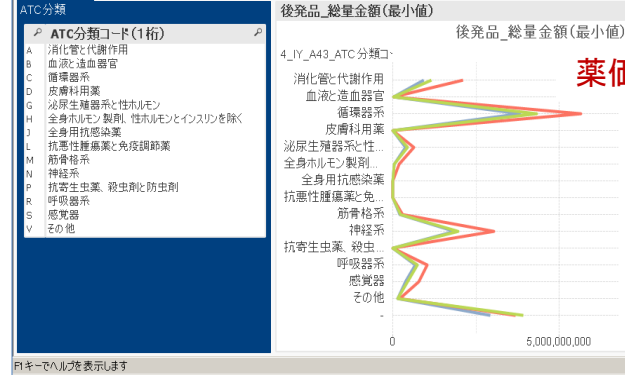
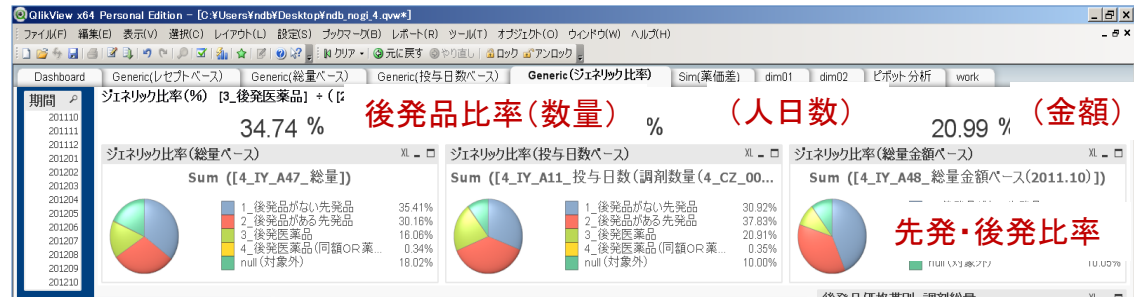


国際医療福祉大学総合研究所で
サンプルデータセット申請許可

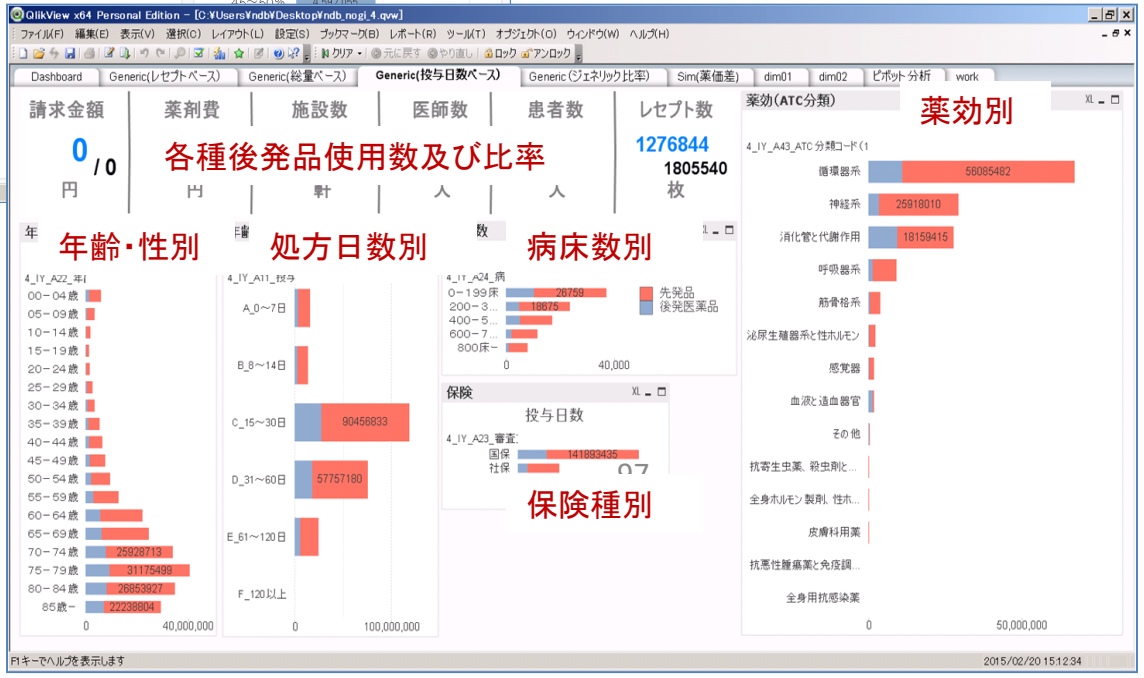
「医科入院」、「医科入院外」、「DPC」及び「調剤」のレセプトデータセット
一定の割合で抽出されている

ジェネリック医薬品分析アプリの開発
ジェネリック医薬品の薬効別シェア率
ジェネリック医薬品の価格分布

後発品シミュレーション



後発品使用実態



インフルエンザ患者数の実態

国立感染症研究所

インフル推計実数の倍か 患者数、過大算出の可能性

インフルエンザの流行を把握する厚生労働省の発生動向調査で、全国の推定患者数が実際の2倍近くになっている可能性があることが、国立感染症研究所の調査でわかった。すべての電子レセプト（診療報酬明細書）から実際にインフルエンザと診断された患者数を調べ、判明した。18日から福岡市で始まる日本感染症学会で発表する。

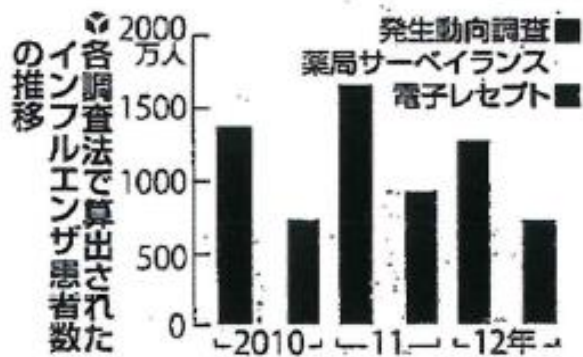
インフルエンザの発生動向調査は、全国の小児科や内科など約5000医療機関の報告数から患者数を推

計する。近年は1376万人（2010年）、1658万人（11年）、1276万人（12年）と推移したが、患者が多い機関が調査対象になる傾向があり、推定が過大との指摘があった。

研究チームは、医療機関が作り、病名などが記載された「レセプト」に注目。すでに96%以上が電子化されており、これを活用して全患者数を算出したところ、736万人（10年）、927万人（11年）、72

9万人（12年）と発生動向調査の半数程度だった。

同研究所は、集計に時間がかかる発生動向調査とは別に09年、全国の協力薬局が抗インフルエンザ薬を処方したデータに基づき、患者数を推定して翌日に公表する「薬局サーベイランス」を開始した。その数とレセプトによる患者数はほぼ一致しており、この調査の精度の高さが確認できた。ただ、厚生労働省は「過去の比較ができなくなる」と調査方法の見直しには慎重だ。研究チームの菅原民枝・主任研究官は「感染症対策には迅速で正確な患者数の把握が不可欠だ。レセプトや薬局サーベイランスの情報を活用すれば、動向調査の推計を実用面で補える」と話している。



各調査法で算出されたインフルエンザ患者数の推移

レセプト情報等の第三者提供における最近の研究成果

—原著論文「日本全国の統合失調症患者への抗精神病薬の処方パターン」(『臨床精神薬理』(16), 2013)の紹介—

厚生労働省保険局地域医療
保健システム高度化推進室
2013.09.05

論文執筆者

奥村 泰之氏、野田 寿恵氏、伊藤 弘人氏 (独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部)

研究の背景

- ▶ 日本における統合失調症患者への処方状況は、諸外国と比して、単剤で投与される率が著しく低く、3剤以上併用される多剤大量投薬の割合が際立って高いことが問題視されてきた。
- ▶ 厚生労働省「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」における報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」でも、「統合失調症に対する抗精神病薬の多剤・大量投与について、その実態の把握に努めるとともに、例えば単剤投与や切替え・減量といった改善を促すため、情報公開

や評価の方法等について検討すべきである。」と記されている。しかし、多剤大量投薬に関するこれまでの日本の大規模調査においては、施設や地域の偏りがあり一般的なデータとは言えない、という課題が指摘されてきた。こうした課題に対応すべく、本研究では全国の統合失調症患者への抗精神病薬の処方パターンの検討が行われた。本研究は、厚生労働科学研究費補助金を受けた、現在継続中の研究班(研究代表者:中込和幸)による研究の一環である。

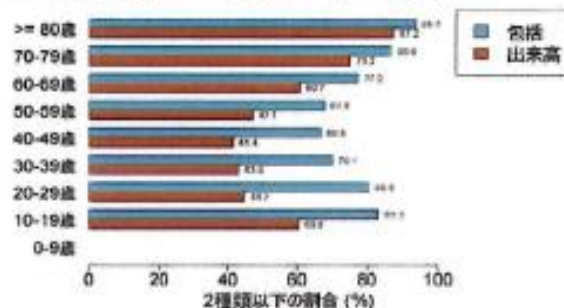
利用したデータ

- ▶ レセプト情報等の第三者提供の枠組みを活用し、レセプト情報を利用した。
- ▶ 利用したのは1ヶ月分の情報を抽出・匿名化した「サンプリングデータセット」である。

得られた知見(一部抜粋) (事前説明会時に申出者らが講演した際の資料も引用)

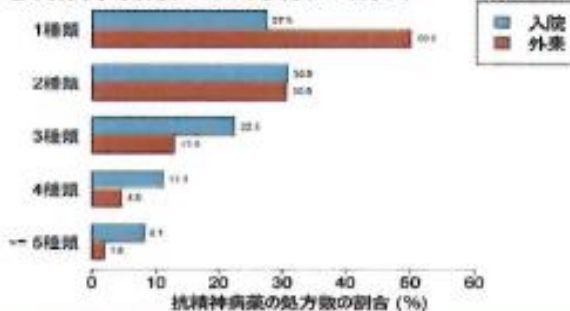
- ▶ 抗精神病薬が2剤以下と比較的少ない事例は、精神科出来高病棟と比べ精神科包括病棟の方が高かった。
 - ・ 包括病棟では、抗精神病薬の多剤併用を少なくする処方行動に結びついている可能性がある。

抗精神病薬が2種類以下の割合



- ▶ 抗精神病薬で2剤以下の処方割合は入院患者の58%(外来では80%)であったが、4剤以上の割合も19%(外来では6%)存在した。
 - ・ 精神科臨床薬学研究会の結果(入院の場合、それぞれ68%、12%)と比べ、多剤大量投薬の割合が高かった。研究会の調査に参加する施設では多剤大量投薬への問題意識が高いことが示唆される。

抗精神病薬の処方数の割合



新聞掲載 (8月20日朝日新聞朝刊より抜粋)

統合失調症 薬出しすぎ

統合失調症の薬出しすぎ問題が、全国的に広がっている。厚生労働省がまとめた最新の調査によると、全国の統合失調症患者の約4割が、2種類以上の抗精神病薬を処方されている。中には、5種類以上の薬を処方されている患者も少なくない。厚生労働省は、薬出しすぎによる副作用のリスクを減らすため、処方パターンの見直しを求めている。

診療報酬明細書から分析

国立精神・神経医療研究センターの調査によると、全国の統合失調症患者の約4割が、2種類以上の抗精神病薬を処方されている。これは、2007年の調査と比較して、1.5ポイント増加している。また、5種類以上の薬を処方されている患者も、2007年には約1割だったのが、現在は約15%に増加している。厚生労働省は、薬出しすぎによる副作用のリスクを減らすため、処方パターンの見直しを求めている。

病棟、人々

「病棟に入院している患者は、薬出しすぎの問題が深刻化している」と、精神科臨床薬学研究会の調査結果が示している。研究会は、全国の精神科病棟を対象に、処方パターンの調査を行った。その結果、入院患者の約58%が、2種類以下の薬を処方されていることが分かった。一方、外来患者では80%が2種類以下の薬を処方されていることが分かった。

入院患者の4割、3種類以上

ナショナルデータベースへの 製薬企業の期待

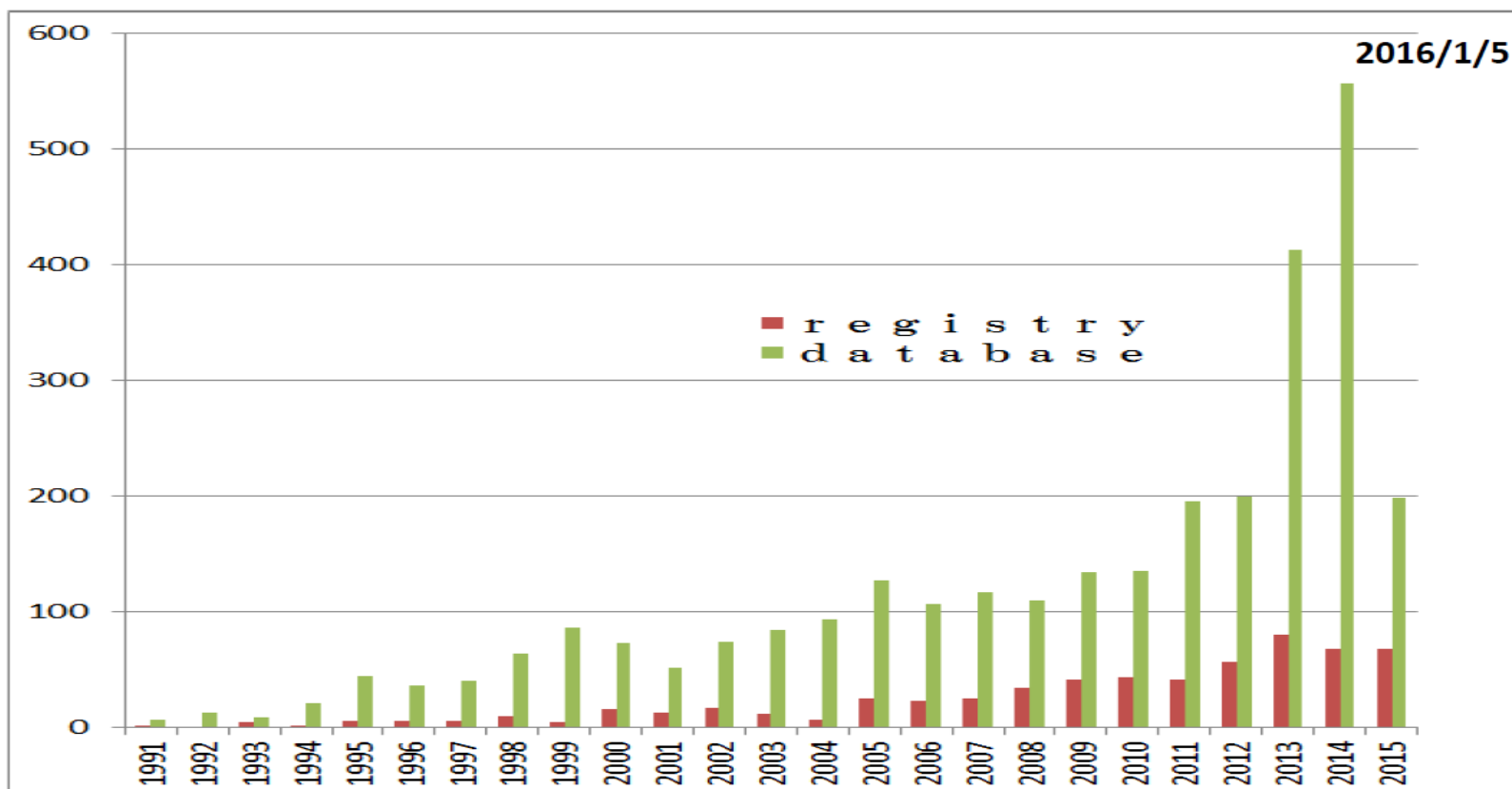
- 現在、NDB利用に関して日本製薬工業協会から以下のような提案がなされている
- 2014年7月17日 厚労省・有識者会議へ日本製薬工業協会など3団体からNDBの利用について「医薬品の市販後安全性評価並びに臨床開発でのナショナルデータベース集計表の有用性の検討」が提案された。
- しかし先の有識者会議模擬審査では、内容の妥当性や実現性を疑問視する指摘が相次いだため、新たに設置するワーキンググループで、提案内容の修正の必要性などを検討することになった。
- このようにNDBの利用については、民間の医薬品企業による利用はまだまだハードルが高いといえる。

3 NDB集計表情報から得られる民間利活用の想定事例

| 項 | 活用情報 | 活用概要 | 業種 | 想定される利用団体等 |
|---|--|--|----------|----------------------------------|
| 1 | <医薬品> 薬剤データ集計表 傷病データ集計表 | 市場動向／需要推計、 新薬イノベーション、 | 医薬品メーカー | 医薬品製造団体 製薬企業 |
| | | 市場動向／市場開拓 | ディーラー | 医薬品販売団体 販売企業 |
| | | 市場動向／顧客需要 | 販売店 | 全国の薬局、大手スーパー等 |
| 2 | <医療機器> 傷病データ集計表 手術データ集計表 検査データ集計表 処置データ集計表 画像データ集計表 特定機材データ集計表 | 市場動向／需要推計、 新医療機器イノベーション | 医療機器メーカー | 医療機器製造関連団体 医療機器製造企業 |
| | | 市場動向／市場開拓 | ディーラー | 医療機器販売団体 販売企業 |
| | | 市場動向／顧客需要 | 販売店 | 全国の薬局、百貨店、大手スーパー 福祉用具販売店等 |
| 3 | <健康情報> 特定健診データ集計表 傷病データ集計表 指導データ集計表 手術データ集計表 検査データ集計表 理学療法データ集計表 | 健診データ分析による健康管理プログラムの開発 (地域、業種、年齢、疾病別の全国比較) | 健診産業 | 健診管理実施団体 人間ドック健診関連団体 健保組合等 |
| 4 | | 健康アセスメント開発による 保険商品開発 (地域、業種・業態、職種、年齢別の健康評価指標) | 生命保険 | 生命保険会社 損害保険会社等 |
| 5 | | 生活習慣病改善需要／市場開拓 高齢者機能維持リハビリ需要及び市場開拓 | 健康産業 | スポーツ健康関連団体 フィットネス関連企業等 |
| 6 | | 生活習慣病需要／市場開拓 高齢者給食需要／市場開拓 医療食需要及び市場開拓 (腎臓病、糖尿病等の需要把握と食品開発等) | 食品産業 | 医療給食関連団体 食品製造企業等 |
| 7 | | 高齢者住宅の開発 見守り機器、センサー、インターホン 生活習慣病健康診断トイレ | 住宅産業 | 建設会社 住宅供給等 |

データベースを用いた研究が急増

PubMed : `database[Title/Abstract]` and `"clinical study"[Publication Type]`
`registry database[Title/Abstract]` and `NOT cancer registry[Title/Abstract]`



Analysis of second- and third-line antihypertensive treatments after initial therapy with an angiotensin II receptor blocker using real-world Japanese data

Shinzo Hiroi^{1,2}, Yukio Shimasaki¹, Takashi Kikuchi¹, Yujiro Otsuka³, Kosuke Iwasaki³ and Mitsuru Ohishi⁴

Combination therapy using two or three classes of drugs is often required to treat hypertension to prevent cardiovascular disease. In this study, we examined combination therapies administered following initial therapy with an angiotensin II receptor blocker (ARB) in hypertensive Japanese patients. To determine which classes of antihypertensives are being prescribed as second- or third-line treatments for patients who were initially treated with a single ARB, we analyzed prescription claims data from two Japanese health-care databases for 2008 to 2015. Among the 26 998 patients who were initially treated with a single ARB (from one database), calcium channel blockers (CCBs) were the most frequently prescribed second-line antihypertensive, as these medicines were added for >20% of patients within 1 year of ARB prescription initiation. The addition rates of CCBs as a second-line therapy differed depending on the initial ARB type. In contrast, <10% of patients received a diuretic as a second-line antihypertensive. Among the 48 813 patients who were prescribed an ARB in combination with a CCB (as shown in the other database), diuretics were prescribed as third-line antihypertensives more frequently than increased doses of CCBs or ARBs. Diuretics were added for 8% of patients within 2 years of CCB addition, and the addition rates differed based on the CCB dose used for combination therapy. We also found that the addition rates of diuretics differed depending on patient clinical histories among ARB and CCB recipients.

Hypertension Research advance online publication, 28 July 2016; doi:10.1038/hr.2016.96

Keywords: angiotensin II receptor blocker (ARB); antihypertensive therapy; calcium channel blocker (CCB); diuretic

| Japanese | MD-NET | OCT | MDV | DiD | 大医大庫 | MOB | JMDC | JapanNet | メディレンド | IMS NPA data | JMI内処方情報データベース | 日本医薬総合研究(日本薬研) | RADAR | NHWS |
|-------------------------------------|---|--|---|-------------------------|---|--|------------------------------------|--------------------------------------|---|--|--------------------------|---|--|---|
| 名称 | 医療情報データベース基盤構築事業 | Comorgen/OCT Global Research Network (OGRN) | メディカル・データ・ビジョン株式会社 ERM President | 法政医科大学 臨床研究情報構築システム DiD | 大阪大学 | レポート情報・特定発症等情報データベース | JMDC Claims Database | JapanNetデータベース | メディレンド | IMS NPA data | JMI内処方情報データベース | 日本医師会総合研究(日本薬研) 日本医師会データベース | くすりの適正使用協議会 使用成績調査データベース | National Health and Welfare Survey (NHWS) 100以上の疾病にわたる有病率、診断率、治療率、療養費などセグメント別の患者分布が可能な患者データベース ソースとするデータベース |
| データベースの種類 | 研究者とPMDAが医薬品等の安全対策に活用するために協力構築を促し、電子カルテやDPC、レポートの標準的な医療情報DBを構築する事業 | 医療機関内の臨床データベース集積、匿名化し、活用することを目指すネットワーク | 全国131の急性期医療機関を対象とし、手術、外来の診療データベース | 病院の医療情報基盤とした臨床データベース | オーダー情報、医療実行情報、電子カルテ利用を含む研究情報システムデータベース | 医療費適正化計画の作成、実施及び評価を目的とした電子レポート及び特定発症・発症初発のデータベース | 複数の健康保険加入者(全額)をデータベースとするデータベース | 複数の健康保険組合からのレポートとデータベースとするレポートデータベース | 院外処方箋DB 収薬薬局DB 約700店舗 処方箋数: 約1,480万枚/年 (2015年10月時点) | 日本全国が院外調剤薬局、約2700店舗をデータベースとする最新レポートデータベース、年間調剤処方枚数のペリメータ | 院外処方箋データベースとするレポートデータベース | 医療機関約2700の処方せんと患者さんへの各種調査-DTC (Direct to consumer)等もソースとするデータベース、日本医師会調剤グループとして日本全体の調剤実態のDB | 当協議会の会員企業から提供された調剤情報調査をデータベースとするデータベース | プライマリ・リサーチのパネル調査と世界100国(アメリカ、ヨーロッパ、中国、ロシア)における患者/ヘル |
| データベース | 協力機関: 東北大、千葉大、京大、浜松医大、香川大、九大、筑波大、北里大、NITグループ、信州大学の医療情報システムのエーダリング、検査結果、DPC、レポートなど | 各医療機関からのレポートデータ、DPCデータ、オーダーデータ、電子カルテデータ、各種臨床データ(血液検査、画像検査、生体検査、新薬検査結果など) | ・放射線データ ・DPCデータ ・血液検査結果 ※血液検査は一部病院 | 病院情報システムのエーダリング、検査結果など | オーダーデータベース(処方、注射、輸血、手術、処置など)、医療データベース、臨床検査結果、電子カルテデータベース(放射線レポート、画像レポート、生体検査レポートなど) | 電子化されたレポート(臨床検査・発症情報/処方箋含まず) | 保険加入者レポート(医科入院、眼科入院、DPC、調剤)及び発症データ | 複数の健康保険組合からの医科(入院、入院外-DPC)、調剤レポート | 院外処方箋レポート | 院外調剤薬局からの調剤レポート | 調剤薬局からのレポート | 医療機関発行の院外処方箋、患者さん調査 | 会員企業実務の抽出率/利用率/調剤実用成績調査 | |
| データベース開始年(サービスと提供しているデータベースセットについて) | 2009年1月 | 参事医徳機関による | 2008年4月 次集積データの中心(2010年4月より) | 1999年 | 1999年1月より | 2009年4月より | 2005年1月より | 2006年4月 | 2007年10月より | 2006年4月より | 2009年1月より | 2001年4月より | 昇圧剤1081-1006 高血圧症用剤1983-2006 | 1006 2006 (日本) |
| 登録患者数 | 現在では約300万人、目標は1000万人 | 約200万人 | 約600万人 | 約45万人 | 95万人 | 1億2000万人 | 約230万(加入者ベース) | 約70万人 | | 不明(薬用をされた患者が対象となるため、登録患者数は非開示) | | 624万人 | 開示率14,025名/情報相対値32.15%開示 | 35,000人/年 *加齢調査内容に特化した多数のデータを行使可能なデータベースとして、日本 |
| 最新の年間患者数 | | 約56万人 | 約220万人(2012年度) | 2010年度40479人 | 8万7千人 | | 126万人 | 約94万人 | 350万人/年(2015年10月時点) | 年間患者数: 約1060万人 | 406万人 | 248万人(2012年12月-2013年11月、薬局実数) | N/A | 薬品で出稼率が異なる |
| 全体数に対するカバー割合、割合を可視化する | | | ・日本人人口の約3% ・急性期医療機関の病院数及び病床数の約8% | NA | 東大病院実患者数の100% | | 日本人人口の1.4% | 健康通知団体の年間レポート数約2% | 院外処方箋の1.2% (日本薬剤師会発症発症の院外処方箋数に基づき算出) | 日本全国が院外処方箋の約96.6% (日本薬剤師会発症発症の院外処方箋数に基づき算出) | 日本調剤研究会院外処方箋数統計の約2.9% | 日本調剤研究会院外処方箋数統計の1.20% | N/A | 成人人口を100%とする |
| 外来患者数(最新年) | | | 約200万人(2012年度) | | | | 126万人 | | | | | | | |
| 入院患者数(最新年) | | | 約40万人(2012年度) | | | | | | | | | | | |
| 処方箋発行枚数(最新年) | | | 約30万人(2012年度) ICD10: E10-E14 | | | | | | | | | 121,370人(2012年度)にY, Z, 3961, 3962, 3969, 3992ではじめて医薬品名および2499411G3022, 249941101029, 249941001021, 2499411G3029, 2499410G1024を処方された処方箋数 | | |
| インフルエンザ診断患者数(最新年) | | | 約40万人(2012年度) ICD10: J10, J11 | | | | 13万人 | | | | | 34,019人(2012年度)※92フル、リレンザ、イナビル処方薬患者数 | | |
| 患者の平均診断期間(年) | | 約1000日 | 300日 | NA | | | 1年~8年(平均3年) | 約5年 | 2年 | 不明(対象薬品に違いをつけている箇所は追跡可能) | 3年~5年 | 2012年4~11月実患者数約200万人のうち3年以上→39.2万人 0年→40.2% | N/A | 14 |
| 0-14歳 | | 16% | 15.6% | 11% | 13% | | 21% | 約21% | 14.7% | | 11.6% | 11.6% | | |
| 15-64歳 | | 30% | 33.1% | 31% | 47% | | 77% | 約34% | 32.0% | | 34.2% | 34.2% | 健診割合 高血圧症割合 0-64歳 67.4% 65.7% | 18歳~64歳: 73.7% |
| 65歳以上 | | 30% | 33.3% | 38% | 40% | | 1% | 約15% | 32.7% | | 34.3% | 34.3% | 健診割合 高血圧症割合 42.2% | 29.3% |

わが国で利用可能なデータベース

新NDBの構築

オンサイトセンターでのデータ提供

平成27年4月以降、レセプト情報等を取り扱うためのセキュリティ環境の準備が困難であった小規模な研究機関等に所属の研究者においても利活用の機会が確保されるようオンサイトセンターを開設することとした。

現在の第三者提供



データセンター

- 依頼に応じ、データセンターのスタッフがデータを抽出し、媒体に複写する。
- 複写された媒体を、厚生労働省に送付する。
- データセンター自体は厳重なセキュリティが施されている。



厚生労働省
保険局



研究機関

移転するのは
データ

- 実地監査を行うものの、利用者における実際の日々の利用状況を全て把握するのは困難。
- 研究機関そのものの構造により、セキュリティに限界がある場合がある
- データ輸送時の紛失、漏洩といったリスクも存在する。



オンサイトセンターでの利用



データセンター

- データセンターのスタッフは、オンサイトセンターを利用し研究者が作成した集計表情報を内容を確認磁気媒体に出力する。



オンサイトセンター

- 利用者はオンサイトセンターに直接出向き、決められたデータにアクセスし集計を行う。
- 厚生労働省は分析過程はすべてログ記録を残し、最終的に集計表情報を磁気媒体に出力したものを、審査のうえ利用者に渡す。
- 機器操作について、ヘルプデスクにより利用者をサポートする。
- 研究機関などに、十分にセキュリティを確保した施設として整備する。



利用者は、厚生労働大臣からの申出承諾後に利用

研究機関



- 利用者が申出を行い、厚生労働省が承諾すれば、利用者が直接オンサイトセンターに行き、データの集計を行う。
- 研究機関に個票データではなく集計表データを渡す。

移転するのは
利用者

初のNDBオープンデータ、 10月にも公表へ

- 「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」
(座長＝山本隆一・医療情報システム開発センター理事長)9月30日
- ナショナルデータベース(NDB)から作成した
基礎的な集計表となるオープンデータが初めて
完成したことを報告
- 2014年度診療分の▽医科診療報酬点数表項目▽
歯科傷病▽薬剤データと、13年度実施
分の特定健診集計結果、10月にもデータと解
説を公表

まとめと提言

- ・2025年へむけて健康分野のビックデータの利活用が迫られている。
- ・事例として地域医療構想や地域包括ケアシステムへの応用についてみた。ポイントは近未来からバックキャストする視点である。
- ・リアルワールドデータが、ナショナルデータベースの出現や、医薬品・医療機器の費用対効果の試行を受けて関心を集めている。
- ・しかし、ナショナル・レセプトデータベースには限界もある。また、その民間利活用の障壁は高い。

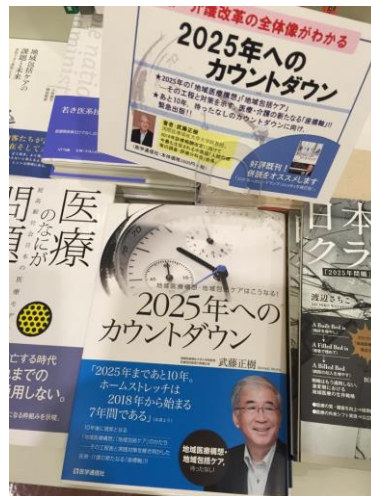
2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp