

## 健康関連データベースの構造化と結合： 戦略的な医療保健福祉システム構築へ向けて

今中 雄一

### ■ 要約

医療等の保険制度維持の危機に直面し、より効率的で効果的なシステム設計の根拠となる情報が一層重要となった。その際、行政等による各種調査、保健事業、医療と介護の提供者と支払者等のもとにある潜在的データベースを目的志向で構造化して結合し、各種サービスを提供主体を超えて時間縦断的に捉えて成果も費用もフォローアップするデータベースを構築する社会的意義は極めて大きい。

個人情報保護のしくみを確実にした上で、健康関連データの統合的活用の道を開かないと、医療等の技術やシステムや政策について現状の評価や根拠を持った設計ができず、将来の国民に大きな負担を課すことになろう。税金や保険料を徴収して医療や介護のシステムを設計し運営している側の説明責任遂行にも、結合型データベースは不可欠である。これらの点でわが国のデータベース事情は、欧米やオセアニア、アジアの先進的な国々の取組みと比し著しく遅れている。

### ■ キーワード

個人情報保護、行政統計、診療報酬請求、医療保健福祉システム、結合型データベース

### 1. 緒言

情報技術の発展により在宅医療・訪問医療、離島医療、介護のマネージメント、日常診療の代行とアクセスの向上、専門医へのコンサルテーション、症例カンファレンス、待ち時間や通院時間の大幅な短縮などなど、医療情報の電子化による活用は、日進月歩の勢いで進み、その社会経済に及ぼす影響は計り知れない。ネットワークのためのケーブル網、情報転送技術、病院情報システムといったいわゆるハードウェアとソフトウェアやその基盤の整備が重要であることはいうまでもない。そこにとどまらず、医療やその提供システムの評価および根拠に基づくシステムや政策の立案のためのデータベース基盤の整備が必要に迫られている。

現在、高齢化や資源集積の高度技術の発展など医療費の自然増の趨勢の中、国民のための医療保険制度の維持・改善の必要に迫られている。

また、医療に対する意識の高まりの中、医療のパフォーマンスや安全に関する情報を開示するしくみが求められている。

また、中長期にわたる、医療・保健介入の効果や費用、医療内容のばらつきや最新の医療技術・知識の普及の評価などにより、医療を効率良く効果的に提供できているかどうかを評価するしくみの必要性が高まっている。

情報技術の発展と、それをうまく活用するためのデータベースなどのデザインにより、低コストで必要な情報が正確に捉えられるようになる。その際、重要なのは、個人情報の保護を保障するしくみの確立である。個人情報の保護を確実にしながら、情報活用の道を開かないと、医療の技術やシステムについて、現状の評価や、根拠を持った将来設計ができず、将来の国民に大きな負担を課すことになろう。

現状において、欧米やオセアニア、アジアの先進的な国々の取組みと比し、日本のしくみは著しく遅れている。法制度の基盤の確立とともに、個人情報保護下の医療・健康関連情報のデータベース化を、国民の健康の維持増進と医療保健システムの評価向上といった明確な目標と戦略のもとに策定していく重要性は極めて大きい。

## 2. 国・集団レベルでの健康関連データベースの構造化・結合と個人情報保護

### 2.1. 健康関連結合型統合データベースの社会経済的意義

本来の価値が有効に引き出されていないデータベースを、この医療情報の電子化・ネットワーク化の時代に、統合して活用し社会に貢献するデータベース連携について、その枠組みを論じる。

医療の現在までの支払体系は、一部丸めの要素はあるが主に出来高制で、急性期医療への定額制導入試行が始まろうとしている。定額支払は、一入院中の医療の効率化には寄与するが、入院回数や手術を増やすモラルハザードが生じることとなる。粗診粗療を誘発する恐れもある。人々の健康を守り増進するよい医療が財政的にも恵まれるためには、個別症例から集団へと視点を変えて、人頭制あるいは健康管理を予防も含めて集団あるいは地域の責任を取る体制が合理的と考えられる。

その際の子算を策定するには、地域あるいは保険の会員群など人口の静態・動態の把握、しかもそれを医療、介護のニーズを測定し推測することが可能なまでの情報が基本となり、対象人口における、疾病の罹患率、発生率、活動度の分布、要介護度の分布などの静態と動態を、QOLや生活機能を含む広義の個人レベルの健康関連指標をもって、測定することが重要である。その際には、医療・福祉の介入についても、エピソードごとにデータを拾い上げるだけではなく、継続的にデータをとっていく必要が有る。一入院の医療が、そ

の場合では成果が上がり費用をかけないで済んでも、1年なり数年なりのスパンで見れば、費用もかさめば患者の回復機能も悪いということも十分起こり得るからである。

### 2.2. 健康関連結合型統合データベースの枠組み

医療、保健、福祉(介護)といった横断的サービスを、時間縦断的に捕らえ、成果も費用も適時にインプットしながらフォローしていく、健康政策・計画のための人単位の基礎情報データベースが理想的と考えられる。制度的にはクリアすべき課題は数あるが、この情報の電子化の時代に入り技術的には可能になってきた。税金関係で背番号制がかなり議論になった過去はあるが、Health Security Number(健康保証番号)とでもして、独立にそのIDを管理する組織作りをした上で、ソフト、ハード両面のあらゆるセキュリティ管理技術を駆使して、その導入を可能にすることはできないであろうか(これは、診療情報の医療機関連携でも有用になるはずである)。政策研究、基礎研究では、そのIDはブラインドにしてデータベースの部分を活用できるものとし、その活用に関しては綿密な計画書・申請書を提出し、国公立民間を問わず厳密な審査をへて、契約の上、必要な部分だけ貸し出す。国家的使命をおびたこのデータ管理の機構には、すべての医療機関、医療保険支払い機関、看護・介護機関、などが、データを提出する。以下がデータソースの例として考えられる。

- 1) 医療保険および介護保険への支払い請求をする際のデータはすべて提出してもらい、
- 2) 患者調査、医療施設調査、などのデータも、集約する、
- 3) 人口動態調査、死亡票などのデータ
- 4) 疾患登録事業も統括する(がん登録、循環器疾患登録などの、研究者の労力で支えられているだけで成人病/健康習慣病の疾患登録は盤石とはいえない)、

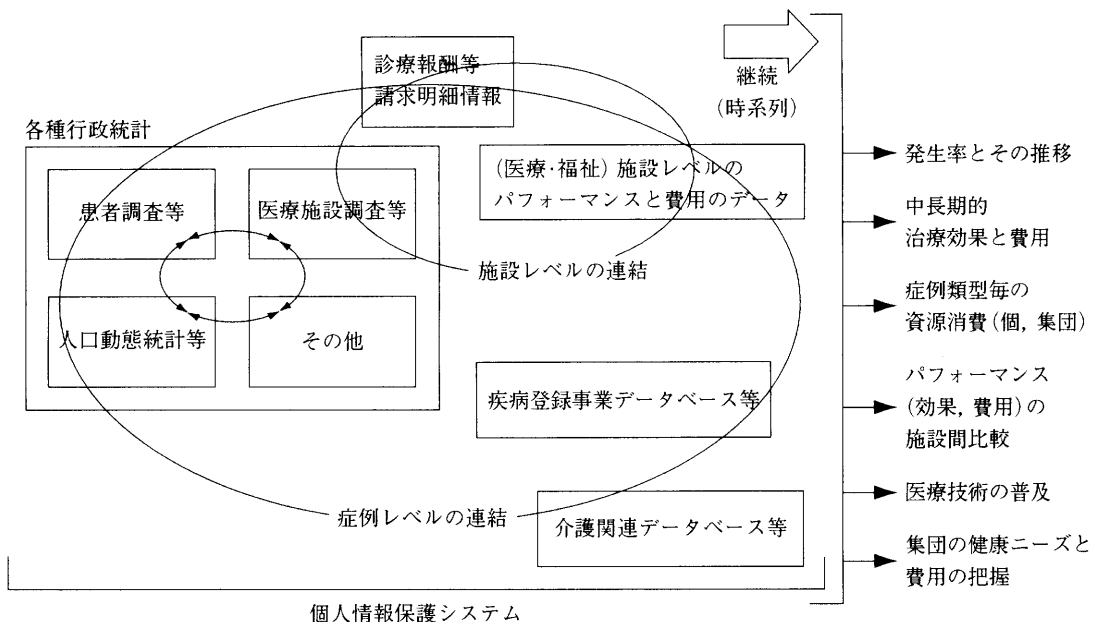


図1 健康関連連結型統合データベースの考え方

5) その他、各種調査のデータも集める。それらのデータは、Health Security Numberでもってリンクする。そのデータは、機関の提供するサービスの質の評価、保証、管理にも、用いることが可能である。【図1】にその全体像のイメージを示す。

データのセキュリティと管理が厳格になされれば、このシステムのメリットとしては、以下のようなことが考えられる。

- 1) 個体をベースとした情報で持って、健康状態と医療・福祉の介入の情報(行為と費用・値段と成果)に関して分析でき、医療・保健・介護政策の基礎情報が得られる。即ち、人々が、どういう健康状態・機能状態で、その医療・保健・介護の対応にはいかなるものがいかに必要で、その費用はどれくらいになり、今後、どのように変化していくかの推測が集団を対象として得られる。
- 2) 疫学的には、悉皆性をもった信頼性の高いデータベースを用いた上での、各疾患や機能

障害の発生率、罹患率を把握できる。その推移の予測も可能となる。

- 3) ケア提供機関を対象として、医療・福祉を提供する機関あるいは提供者のパフォーマンスを測定できる。それをその場限りでなく、時間縦断的(中長期的)に評価できる。
- 4) 個人を対象として、病気や機能障害の経過を追える。予後の研究の進展が期待できる。
- 5) 各データベースのリンクが容易となり、調査費用の削減、効率化に結びつく。
- 6) 税金や保険料を徴収して医療や介護のシステムを運営しているシステム側(国や支払い者)の説明責任の遂行に結びつく。

現実として、上記に類似することを実現している国も多々ある(例:カナダ、オーストラリアなど)。

### 3. 医療施設レベルでの情報システムの機能評価

#### 3.1. 医療情報システムと経営

各種の健康関連情報において、医療施設では、かなりの情報が集積する。医療施設のシステム化

された情報は、健康関連の重要な情報源として、効果や費用の評価に資する。さらに、情報技術・情報システムは、臨床現場での効果と効率を向上させる役割、ならびに、組織の経営のための情報源の役割を果たす。

情報のシステム化とネットワーク化は経営のキーであることは言うまでもなく、経営におけるCIO (Chief Information Officer) の役割の重要性が問われている。医療情報システムは、医療機関といった組織全体の成長を支援するテクノロジーであり、組織にとって最も大きな投資の一つであり、その成果の優劣が組織全体に影響しうる。CIOは、組織の戦略的方向性を理解し、その短期そして長期的目標の達成にいかに関与できるかを見積もって、組織の経営判断に貢献できることが期待される。情報技術とその動向に詳しいだけでなく、各部署や各個人の要望やニーズを聞き取り、しかもそのバランスをとることが要求される。また、システムの導入が内部にしばしば変革を伴うこと、情報技術自体が日進月歩で進歩していくことから、CIOは組織の内外とのコミュニケーションやチーム育成をもつての業務遂行能力、説得力と変化への適応性を有していることが望まれる。

経営において組織の情報のシステムを考えると、コンピュータやそのネットワーク以外の要素、そしてインフォーマルな要素も考慮しなければならない。たとえば、書面化されているもの、紙や口頭その他による情報伝達の流れや意思決定の仕組み、それらにまつわる組織文化などなどである。それらの重要性は協調しすぎることはないが、情報電子化技術の適用範囲は広い。たとえば、電子メールは従来のコミュニケーションの変革をもたらす。規約やマニュアルなどの文書も、コンピュータで管理する必要性が高まってきているし、現に、ISO9000の品質認証を得るためにはその必要性は顕著となる。

情報システムは、さまざまな形での市場調査や

マーケティングを支援することができ、また、消費者への情報提供や、患者とその家族を含めた各種の顧客にきめこまやかなケアを行き届かせることにも貢献できる(例：スタンドアロンのコンピュータやインターネットを用いた one-to-one marketing、customer relationship management)。医療の説明と同意の現場へ活用することもできるし、患者のQOLを含むアウトカム評価やその追跡、医療機関内の業務プロセスを横断的、縦断的に把握することにより、ビジネスプロセスリエンジニアリングをサポートすることも可能である。

### 3.2. 医療施設の情報システムの費用便益

医療情報システムの費用と便益について論じる。まず、費用は比較的算出しやすい。項目としては、ハードウェア、消耗品、ソフトウェア、システム管理の人件費、空間・場所の費用、間接費、システムのエンドユーザーの負担(時間、労力、心理的能力の抵抗、慣れるまでの非効率性)、教育訓練費、などが、常識的に考えられる。リスクの推定値、セキュリティ確保とリスクマネージメントに関する管理費用なども考慮されるべきである。また、システムがうまく機能しなければ、期待される便益が得られないどころか、損失ばかりとなりかねない。

便益には、数量化の難しいもの、数量化できるものにも、直接的に金額に換算できるものとそうでないものがある。数量化しやすい便益としては、事務量の削減、在庫の削減、待ち時間の軽減、検査結果の迅速な報告、電子保存化が可能となったときには診療情報の保管場所の削減などである。他に、

- 警告機能、診療料を超えて重複処方、薬剤の相互作用のチェック、併用あるいは特定個人への投与の禁忌、重複検査、検査の禁忌
- 必要行為のリマインダー機能、欠落通知
- 必須データセット内データ要素の収集漏れ
- 検査や投薬など保険外の警告

- ・ 画像検査、検体検査、結果の紛失がなくなる
- ・ 重複記載の不必要化
- ・ レセプト請求の電算化による諸々のメリット(前出)
- ・ 医療提供者(同職種、多職種)間でのデータ共有、医療機関間でのデータ共有
- ・ 評価活動、診療録管理室と医事課の役割、診療録管理室業務の発展
- ・ 診療のプロセスとアウトカムのデータベース化による多施設のデータベースの集計・統計と比較の実現といった、種々の便益が期待される。

#### 4. 診療情報請求明細レベルでのデータベースの構造化

##### 4.1. 医療情報の標準化・電子化がもたらす経済効果

医事会計業務が電算化されること(いわゆるレセコン)により、業務の簡素化、迅速化が実現され、また、活字や語彙マスターによる情報の正確性が高まった。また、保存や検索の機能も高まった。また、オーダーエントリーシステムへと拡張する中で、発生源入力により、行為の拾いもれが減り、データを収集する手間もなくなるなど、さらに効率性と正確性を向上し、伝票扱いやメッセージ業務の省力化がなされ、処方箋などへの重複記載の労力の削減にも寄与し得た。

しかしながら、現状における大概のレセコンは大いなる欠陥を有している。それは、医事請求に関するデータを格納しているながら、レセプト印刷と請求という目的に特化したために、パソコンの汎用ソフトで扱えるように個々のデータをデジタル化してフロッピーディスクなどの手軽な磁気媒体に落とし込めないということである。1995年より病院の自発的なグループで進めている医療の質の指標化プロジェクトではその欠陥を修正すべくシステムを改変してきている。しかしながら、平成9年度の急性期入院医療の定額支払い試行導入に関する検討の基礎調査で必要なレセプト情報を収集するた

めに、対象病院のレセコンが上記のようなデータのデジタル化に対応できず、コンピュータが再度紙に打ち出したものから人間がデータを拾い上げてコンピュータに入力し直すという、かなり非効率なプロセスを踏んだ。

一方で、磁気媒体で保険者にレセプトを請求する「レセプト電算処理システム」に移行することにより、経済効果が見込まれる。紙資源の節約や印刷の人・もの・時間に関わる関連管理費の節約ができ、医療機関と支払機関の両方でそれぞれの立場でコンピューターでチェック機能をかけることごとができる。提出時のデータ伝達の際の空間的・時間的(かさばらない、オンラインを使えば速い)効率性を高め、運搬代も節約できる。レセプト請求の電子化は、米国等で進んでいるように、将来的には必須(要求事項)となるであろう。導入時に投資は必要だが、それにより、医療機関と支払者側の両者において、ひいては国家的に、事務管理コストを引き下げ、医療費高騰抑制にも貢献しうる。病名、手術・処置はもとより、薬剤、材料他あらゆる要素が標準コード体系に則ってデータ化されれば、そのデータベースの利用価値は、一層高まる。

デジタル化により、医療機関においても、支払者(保険者)においても、種々の分析が容易になる。たとえば、症例類型ごと在院日数、診療報酬点数区分別および総点数など、医療機関ごとに容易に算出でき、あつという間に参照データベースが出来上がる。支払者では、利用可能で膨大なデータベースが構築されることになる。また、支払者にとっては、レセプトの審査にコンピュータを活用することができ、いろいろなルールを盛り込んで機械化することで、矛盾点の見落としがなくなるとともに省力化される。審査側の機械的作業の軽減により、その専門性を一層発揮できる余地が出てくる。

また、患者負担増に伴う民間保険者の参入、保険と自由の混合診療といったような、保険や支払いの二重構造など支払制度の複雑制を増していく

可能性が有り、その際、情報の電子化とコンピュータ活用は必須となるだろう。保険者が医療機関に要求するデータについて、いろいろな自由で独創的な工夫が必要だが、管理コストを膨大化させるなどの無理が起こればそれを是正すべく指針や規定を適用する必要がある。

ケースミックス分類 (DRG など) が診療報酬請求に導入されるようになると、現行の請求書の病名、いわゆるレセプト病名が適用できず、より学術的でより妥当な診断情報の明記、提出が必要となろう。定められた基準に沿って、主病名も明らかにしなければならない。一方で、登録病名の妥当性についての審査方法が開発されていくことになるであろう。その際には、現場訪問による第三者評価といった手段も視野に入ってくるであろう。請求をめぐって、医師の役割は、ますます重要となり、指針に沿った主副たる病名と手術・処置の記載、外れ値症例の説明、診療上の理由書や症状詳記の精緻化が、課されることになる予想される。

そして、診療報酬明細情報が、分析・活用といった目的志向でデータベース化されれば、【図2】に示すように、医療・健康に関するさまざまな評価指標を得ることが可能となる。

レセプト電算処理システムの導入、分析目的志向でより構造化された新世代システムの普及など、医療情報の電子化は、支払者の機能変革をもたらすであろう。医療提供者や機関ごとのパフォーマンスのデータベースを持つ、しかも参照データベースをもって相対評価を行いうる。その上、財政状況が厳しくなり規制が緩めば、パフォーマンスと支払条件とのリンクがありうる。また、情報開示により、消費者の選択の及ぼす競争原理を惹起しうるし、医療職への応募などリクルートに関連しうる。レセプト審査における診療ガイドラインとの照合も、電子化により進んでいくであろう。

情報が集積しうる保険者の機能はよい意味での改革がなされなければならない、医療を受け医療制度を支える国民の立場から、支払者の要求を監視牽制する仕組みも一方で必要である。一方、支払者にとどまらず、医師プロフェッション集団、病院団体など、連携がとれれば同様のデータベースを持ちえ、さまざまな提案を社会に投げかけていくことができることも、銘記しておかねばならない。

#### 4.2. 医療情報とパフォーマンス評価

医事請求をはじめとする医療情報の電子化によ

#### 診療報酬請求明細書のデータベース化

- ・ データ・エレメントの最小単位への区分化
- ・ データ・エレメント間の関係づけ、構造化
- ・ 各種コード体系の標準化
- ・ IDによる時間横断的(かつ施設横断的)連絡
- ・ IDのスクランブル化と個人情報保護システム

#### 期待できる効果(例)

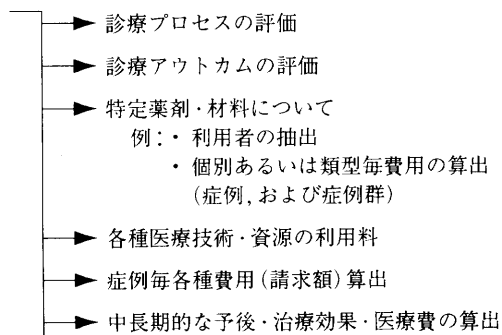


図2 目的志向のデータベース化  
(診療報酬請求明細書の場合)

り、症例類型ごとの診療管理的指標や臨床パフォーマンス指標を、日常的に得ることが容易になり、医療機関個別にあるいはグループであるいは保険者レベルで、タイムリーなモニターや比較参照ができるようになり、診療の評価と向上へ向けて大きなインセンティブとして資することになる。いわゆる「ベンチマーキング」が促進されることとなる。ケースミックス分類が普及することによりその傾向は一層加速するであろう。症例群毎に、平均在院日数、診療報酬点数など管理色の濃い指標、または、重症度調整死亡率、全身麻酔の合併症発生率、QOLの改善率など臨床的な指標、あるいは、予定外の再入院率、再入室率といったものなど、内容検討を促す指標など、さまざまな指標がタイムリーに算出され呈示されるようになる。また、電子カルテなどを通じてさらに複雑なデータの収集をもって、より妥当な診療パフォーマンスの評価指標が得られるようになる。

上記のような診療のパフォーマンス指標とその参照データベースの出現で、パフォーマンスやその活用方法が、第三者機能評価における施設認定、診療報酬の支払条件、融資条件などに関わってくる可能性が否定できない。

#### 4.3. 医療情報の標準化・電子化と診療報酬支払制度

実際の診療データベースを基に、多施設共通の土台で、診療成績の指標化や症例の類型化を行う際には、さまざまな問題が生じる。その鍵は目的志向のコード体系の標準化と普及である。我が国で汎用されている、あるいは現在利用可能な病名コード体系に関連して、以下のような問題がある。(1) 一般に重症度や各疾患の staging を表現できない(2) ICDは一軸表現であるため、コードの同一桁で、あるいは一般に病名を区分する際に疾病の部位、形態、機能、病因などが、整合性なく使われている。(3) 疾患が入院以前からあるのか、入院

後に発症したのか、初発か再発かなどの時間軸や履歴情報を表記しづらい。(4) 各桁の数字は体系だっていない。(5) ICD9、ICD10は病名集というよりはむしろ「病名分類集」であるため、分類が粗く、実際の病名を表記するには桁数を増やして対応せざるをえない。(6) コードを相互に完璧に変換するのは困難である。(7) 新しい疾病概念を追加するときのルールが定まっていない。

また、運用上の問題としては、(1) 何を主病名とするかの基準が曖昧であり、複数疾患に対して病因の階層性が表現しづらい。(2) 副病名をどれほど詳細に登録するかにおいても各病院・各科で一貫した基準がない。(3) ICDでは病名を詳記できないことが多いため、桁数を増やすことがあるが、各病院が独自の体系を作っていると施設間で比較や情報共有の効率が極端に落ちる。(4) 基準とすべきコード体系が定かでない上に、コードを付ける専門家が少ない。(5) 主治医以外が退院時サマリーなどを参照してコード化することが一般的だが、詳細なコード化に必要な情報がしばしば不足する。また、手術・処置コードについても、同様に多くの課題を抱えている。

こういった問題を克服し、しかも社会的・医学的に受け入れられる標準的なコード体系は、医療評価を進める上で重要である。社会としての疾患コード体系の不備は症例分類別の定額支払い制度の導入や診療パフォーマンスの評価・比較に致命的な障害となりかねない。重症度を考慮に入れ、医療評価と症例類型別定額支払・コスト管理を適用の目標として、社会的活用へのコンセプトを持って、疾患と手術・処置ほかのコード体系が構築され普及されれば、評価、コストのマネージメントを進めるだけでなく、それらにまつわる様々な管理コストを削減することができる。現在、進められている病名、手術・処置、その他の医療関連のコード体系の整備は、上記の実現に向けて大きな一歩を踏み出しているものと言える。

また、情報交換や通信規約の標準化の重要性は言うまでもないが、支払いや評価などの目的に応じて「データ・セット」の標準化を図り、普及させることで、多施設間の管理や診療上の指標の比較参照が容易となり、医療の評価・向上と効率化に寄与することについても、注意を喚起すべきである。

そういった情報インフラが整備されれば、我が国のこれからの診療報酬制度に望まれる2点、

- (1) コスト(消費資源、原価)に基づくこと
- (2) (より長期的視野で) 妥当に測定された臨床的パフォーマンス評価を取り込むこと、  
の実現化へ一歩近づくこととなる。

前者を進めるためには、個々の症例を分析するのではなく、臨床的な患者状況や治療形態の上から妥当な症例のくくり(類型化)を必要とする。その際、重症度などの違いを考慮しなければならない。症例類型を細かく分けすぎると、グループ内の症例数が少なくなり安定した指標を算出できない。症例類型をあまり大きく括れば、グループ数は少なくグループ内の症例数は多くなり、データ管理や指標算出は容易になるが、グループ内の均一性が損なわれる。扱いやすい数の症例類型を作成し、その中のモザイク状態は、細分類化、あるいは、資源消費や臨床上の成果に影響する重症度因子を総合的に指標化したものを用いて補正することが必要となる。

そのための情報として、1) 疾患情報(主病名、併存症、続発症、全身的なあるいは疾患ごとの重症度、進行度など)、治療・医療介入の情報(手術その他の侵襲的処置や治療、緊急性、など)、患者因子(性別、年齢などの人口統計因子、全身的な活動状態、生活機能状態など)といった、ケースミックス情報、2) 臨床的な重症度や診療のアウトカムのデータなどの臨床パフォーマンス・データ、3) マンパワー(職種、必要技能レベル、時間、など)、もの(薬剤・材料、機器、など)、システム、などの医療資源・コスト情報、4) 病院の機能や置かれた

環境、地域格差など、ヘルスケア環境情報、といったような各種情報を標準化した方法で収集して構築したデータベースの必要性が出てくる。

政策的には、DRGのような症例類型化システムの導入を開始し継続していく際には、そのシステムの改善・改訂を、医療の進展とともに定期的に行っていくことも必要なことはいうまでもない。さらに、

- 1) 症例の類型化と、標準的な治療法の確立、標準的なコストの算出
- 2) 地域別、病院機能別の影響の算定
- 3) 一方で、医療の質保証・向上のために、臨床的パフォーマンスの指標化・評価
- 4) 支払制度上の値決め、モラルハザードの監視方法、質の高い医療へのインセンティブ導入方法といったような、合理的な連鎖を確立し、スパイラルに制度を向上させていく必要がある。

## 5. 結語

情報技術の発展により、医療およびその支援業務のプロセスの効率化がもたらされることが期待される。さらに、評価や改善といった目的に即した分析対象となるデータベースのデザインとその実現化が、極めて重要であることを強調したい。

情報技術の発展と、それをうまく活用するためのデータベースなどのデザインにより、比較的低コストで必要で重要な情報が正確に捉えられるようになる。その際には、情報のセキュリティの確保とリスクのマネジメントが確立していることが必須である。また、通信プロトコルやコード体系で既に行われているように、世界標準をにらんで、医療・健康関連情報の電子化を進めていく必要がある。より大きな社会的便益を生むためには、ハードやプログラミング技術の発展だけでなく、それを適用する社会の公式・非公式な(法)制度の再構築、人間のビジョン、運用姿勢やネットワーク化が重要な鍵となる。

現状において、欧米やオセアニア、アジアの先



進的な国々の取組みと比し、日本のしくみは著しく遅れている。法制度の基盤の確立とともに、個人情報保護下の医療・健康関連情報のデータベース化を、国民の健康の維持増進と医療保健システムの評価向上といった明確な目標と戦略のもとに策定していく重要性は極めて大きい。

個人情報の保護を確実にした上で戦略的に健康関連情報活用の道を開かないと、医療の技術やシステムについて、現状の評価や、根拠を持った将来設計ができず、将来の国民に大きな負担を課すことになろう。こういう事態に、前向きに一步踏み出すための立案の叩き台として、各種データベー

スを結合することのできる医療・健康関連データベースの概念を呈示する次第である。

この研究の一部は、平成12年度厚生科学研究費補助金「保健医療の効果と費用を諸局面横断的に指標化する統合的右関係型データベース構築・活用に関する研究」(主任研究者 今中雄一)による。

#### 参照

- 今中雄一 1997 「医療の効果と経済性の測定基盤—医療評価と定額支払制度における診療情報管理の展開—」『病院』56(10): 942-947  
今中雄一 1998 「医療情報の電子化と医療経済」『INNERVISION』13(8): 16-22  
(いまなか・ゆういち 京都大学教授)