

べきであろう。ただし、少なくとも無治療等その他の医療技術との比較を分析に含めておくことは種々の判断を行う上で有用なことが多いと考えられる。

## 4. 分析手法

### 4.1 費用効果分析を用いることを原則とする。(★★★)

4.1.1 費用効果分析の結果は、増分費用効果比(ICER)を用いてあらわすこと。  
(★★★)

4.1.2 ただし、対照技術と比べてアウトカムが同等以上で、かつ費用が安い場合はそのことを示せばよく、ICERを算出するべきではない。(★★★)

4.2 複数の医療技術を同時に評価する際に、拡張優位の考え方によって劣位となるものは、ICERを算出する必要はない。(★★★)

### 4.3 分析対象とする集団を明確に記述すること。(★★★)

4.3.1 対象となる集団内において、費用やアウトカムに異質性がある場合は、サブグループ解析を行うことを推奨する。(★★☆)

## 【コメント】

・ 医療経済評価は下記の 4 パターンに分類されることが多い[12]。(a) アウトカムを同等とにおいて費用のみを検討する「費用最小化分析 (Cost-minimization analysis: CMA)、(b) QALY 以外の種々のアウトカム指標 (生存年、イベント回避など)を用いる「費用効果分析 (Cost-effectiveness analysis: CEA)」、(c) QALY を用いる「費用効用分析 (Cost-utility analysis: CUA)」、(d) アウトカムを金銭化して評価する「費用便益分析 (Cost-benefit analysis: CBA)」。(ただし Drummond らは第 3 版から CMA を CEA の一部と位置づけている[13])

・ しかし、CMA、CEA、CUA は費用とアウトカムを別々に推計するという点では、同種の分析であるとも考えられるので、本ガイドラインではこれらの手法をまとめて費用効果分析と呼ぶ。

・ 費用対効果の分析結果は、増分費用効果比(Incremental cost-effectiveness ratio: ICER)を用いて提示するのが一般的である。以下の式により、B 群と比較した場合の A 群の ICER が算出される。

$$ICER = \frac{IC}{IE} = \frac{C_A - C_B}{E_A - E_B}$$

(IC: 増分費用、IE: 増分効果、C<sub>A</sub>: A 群の期待費用、C<sub>B</sub>: B 群の期待費用、E<sub>A</sub>: A 群の期待効果、E<sub>B</sub>: B 群の期待効果)

・ また、閾値を  $\gamma$  としたとき、増分純便益(INB: Incremental net benefit)を費用対効果の指標として用いてもよい[14]。

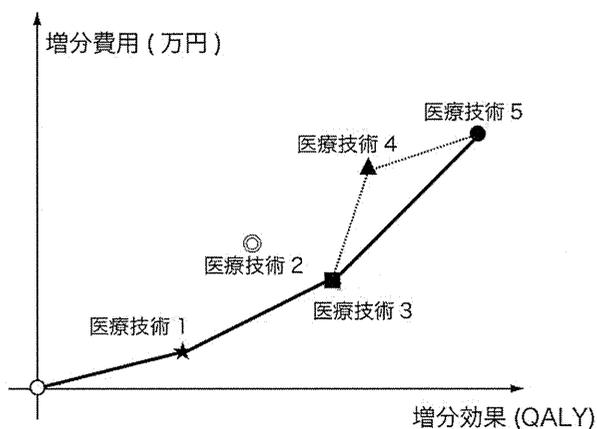
$$INB = \gamma \cdot IE - IC$$

・ 評価技術が対照技術と比較して費用が安くアウトカムも同等以上である場合、その医療技術は「優位 (dominant)」であるという。一方、評価技術が対照技術と比較して費用が高いが効果は同等以下である場合、その医療技術は「劣位 (dominated)」となる。

例えば、図表 3 において、医療技術 3 は医療技術 2 と比較して優位である、あるいは医療技術 2 は医療技術 3 と比較して劣位である。この場合、負の ICER の解釈は困難であるため ICER を提示するべきではなく、優位あるいは劣位であることを表記するだけでよい(INB であれば提示してもよい)。

・ 複数の医療技術を評価する際に、例えば下図のように医療技術 3 と医療技術 5 を結んだ直線よりも左上側 (ICER の大きい側)に医療技術 4 が位置することが起こりうる。このような関係を拡張優位 (extended dominance) とよび、拡張劣位になる医療技術 4 の ICER を算出する必要はない。このような場合には、医療技術 4 と比較したときの医療技術 5 の ICER は、医療技術 3 と比較したときの医療技術 4 の ICER よりも必ず小さくなる。よって、医療技術 4 が費用対効果がよいと判断されるならば、医療技術 5 も必ず費用対効果がよくなる。

図表 3 医療技術 1 から 5 における ICER の表記方法



図表 4

	効果 (QALY)	費用 (万円)	増分 効果	増分費 用	ICER (万円/QALY)	
医療技術 1	1	50				
医療技術 2	1.5	200			劣位	←(数値は表記しない)
医療技術 3	2	150	1	100	100	←医療技術 1 との比較
医療技術 4	2.25	300			拡張劣位	←(数値は表記しない)
医療技術 5	3	350	1	200	200	←医療技術 3 との比較

## 5. 分析期間

5.1 対象となる医療技術の価値を評価するのに十分長い分析期間を用いることを推奨する。  
(★★☆)

5.2 費用とアウトカムは、原則として同じ分析期間を用いるべきである。(★★★)

5.3 分析期間については、そのように設定した理由を説明すること。(★★★)

## 6. アウトカム指標の選択

6.1 分析者が最も適すと考えるアウトカム指標を用いてよいが、可能な限りで疾患や技術によらず使用できる共通尺度として質調整生存年(QALY)を用いた分析を含めることを推奨する。

(★★☆)

6.1.1 生存期間に影響を及ぼす医療技術については、生存年(LY)での評価もあわせて提示することが望ましい。(★★☆)

6.1.2 アウトカム指標として QALY を使用しない場合は、その理由を説明すること。

(★★★)

6.1.3 当該アウトカム指標を用いた分析結果(ICER 等)がどのように解釈できるかを説明すること。(★★★)

6.2 QALY を算出する際の QOL 値は、一般の人々の価値づけが反映されたものを用いることを推奨する。(★★☆)

6.2.1 医療経済評価を行うために、新たに日本国内で QOL 値を収集する際には、国内データに基づき開発されたスコアリングアルゴリズムの存在するインデックス型尺度の使用を推奨する。(★★☆)

6.2.2 6.2に該当するデータが存在しない場合、その他の患者報告アウトカム(PRO)から QOL 値へマッピングしたものを使用してもよい。(★★☆)

6.3 QOL 値を測定する場合には、対象者本人が回答することが原則である。

(★★☆)

6.3.1 対象者本人から QOL 値が得られない場合に限り、家族や介護者等による代理の回答を用いてもよい。(★★☆)

6.3.2 医療関係者による代理回答は、対象者本人の回答と乖離する可能性があるため、慎重な配慮が必要である。(★★☆)

6.4 QOL 値は、6.2 および 6.3 を満たすものがある限り、国内での調査結果を優先的に使用することを推奨する。(★★☆)

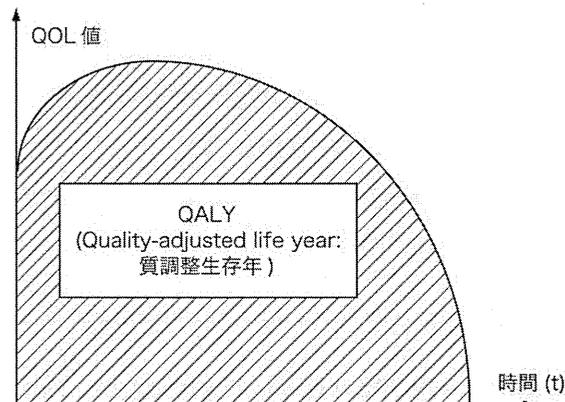
6.4.1 ただし、国内における研究がないあるいは不十分で、海外で質の高い研究がなされている場合は、海外で測定されたものを使用してもよい。(★★☆)

6.4.2 海外で行われた研究で、回答が個票レベルで利用できるならば、日本でのスコアリングアルゴリズムを利用して、QOL 値を再計算することを推奨する。(★★☆)

## 【コメント】

・ QALY(Quality-adjusted life year)は生存期間に QOL(Quality of life)値を乗じることにより得られる。QOL 値が 1 は完全な健康を、0 は死亡を表す。QOL 値 0.6 の健康状態で 2 年間生存した場合、生存年(Life year: LY)は 2 年だが、 $0.6 \times 2=1.2$ QALY(完全に健康な状態で 1.2 年生存したのと同じ価値)と計算される。時間とともに QOL 値が変化する場合、図表 5 のように QOL 値の経時変化をあらわす曲線下面積が獲得できる QALY となる。

図表 5 QALY の概念図



・ 本ガイドラインでは、分析間の比較可能性や QOL 評価の重要性から、医療経済評価におけるアウトカム指標として、可能な限り QALY を用いた分析を含めることを推奨している。また、生存期間に影響がある疾患については、生存年を用いた分析もあわせて提示することは有用であろう。

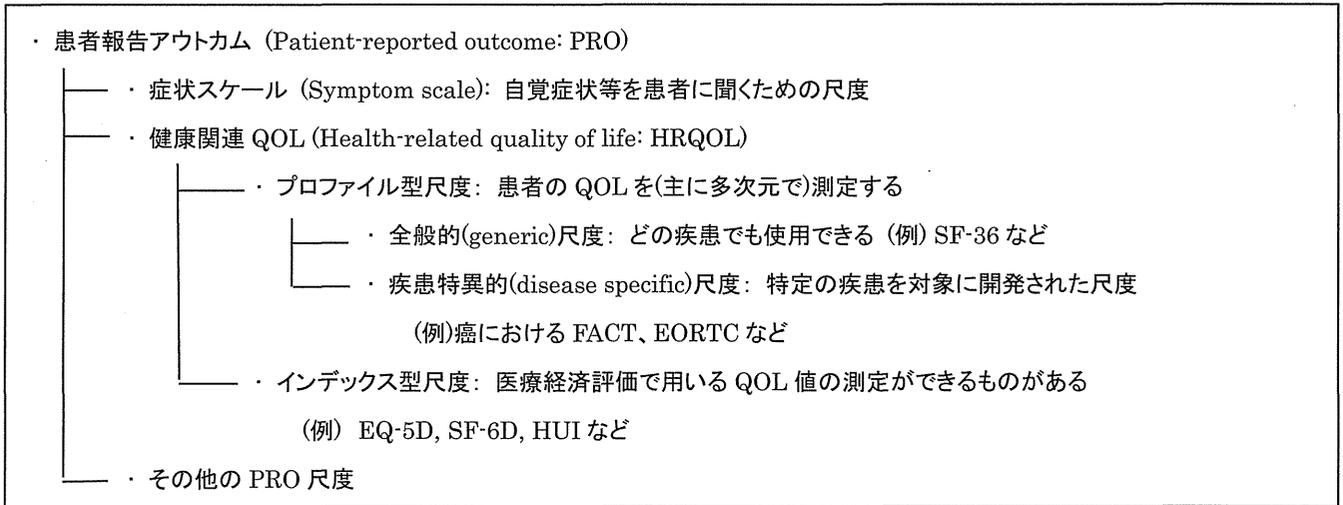
・ ただし、ある医療技術が適切な代理アウトカム指標により、効果が同等以上であることが示されており、かつ副作用も同程度以下である場合は、厳密な計算をせずとも、より多くの QALY が得られると考えてよい。このとき、当該医療技術が(副作用やイベント抑制費用等も含めて)費用削減になることを示せば、必ずしも QALY を算出する必要はない。

・ QALY を用いることによって不確実性が大きく増加しむしろ結果の解釈が困難になるなど、QALY の使用が適切でないと判断される場合には、必ずしも QALY をアウトカム指標に含めなくてもよい。その場合は、QALY を使用しない理由と、その結果がどのように解釈されうるかを、分析者が説明する必要がある。

・ QALY を算出する際には、一般の人々によって評価された QOL 値を用いるのが原則である。QOL 値の測定にはいくつかの手法が開発されているが、調査方法によって QOL 値が変化する可能性があり、注意が必要である。

・ QOL 値の測定方法には大別して、仮想的な(あるいは本人の)健康状態に対して、その状態の QOL 値を一般の人々を対象に質問する「直接法」(基準的賭け(Standard gamble: SG)法[15]、時間得失(Time trade-off: TTO)法[16]など)と、QOL 質問票により得られた回答からスコアリングアルゴリズムを用いて QOL 値を算出する「間接法」が存在する。

・すべての患者報告アウトカム(Patient-reported outcome: PRO)や QOL 尺度での測定値から医療経済評価で使用される QOL 値が算出できるわけではないことに注意が必要である。医療経済評価で利用できるのは、下記のように QALY を算出するために開発されたインデックス型尺度で測定したもののみである。



・日本において測定された QOL 値のデータは諸外国と比べても少ない。そのため、既存の QOL 値を用いる場合などすべてのケースに適応することは困難であろうが、少なくとも新規に測定を行う場合は調査の容易さ等を勘案して、国内でスコアリングアルゴリズムが既に開発済みのインデックス型尺度(例: EQ-5D[17,18]など)を使用することを推奨している。

・しかし、インデックス型尺度による測定値が存在しない場合、プロフィール型尺度や症状スケールでの測定結果から、医療経済評価で使用する QOL 値を算出することが有用な場面もある。このような尺度間のスコア変換をマッピング(mapping)と呼ぶ[19]。他のデータが存在しないときなどにマッピングは次善の手法として許容されうるものの、統計学的な妥当性などを十分に検討した上で実施すべきである。

## 7. 有効性・安全性等のデータソース

7.1 有効性・安全性等のデータについては原則として、エビデンスレベルが高く、かつ現実の臨床成績を反映しているものを優先的に使用することを原則とする。

(★★★)

7.1.1 有効性・安全性等のデータ選定においては、国内外の臨床研究のシステマティックレビューに基づくことを推奨する。(★★☆)

7.1.2 エビデンスレベルの高いデータを優先すべきであるが、状況に応じて適切なものを使用することを推奨する。(例:ランダム化比較試験(RCT)の結果が、実際の臨床成績と大きく乖離している可能性があるなど)

(★★☆)

7.2 同程度のエビデンスレベルを有するデータにおいて、国内外で有効性・安全性に明確な異質性が存在する際には、国内データを優先して使用することを推奨する。(★★☆)

7.3 臨床研究における比較対照と、3.1 に定める比較対照が異なっており、直接比較を行ったデータが存在しない場合は、間接比較に基づき評価を行ってもよい。

(★★☆)

7.3.1 間接比較を行う場合は、適切な手法に基づきかつ間接比較を可能とする前提条件についても検討すること。(★★★)

## 【コメント】

・エビデンスレベルには様々な分類法が存在するが、Minds(Medical Information Network Distribution Service)[20]では以下のように定めている。

---

I	システマティック・レビュー/RCT のメタアナリシス
II	1 つ以上の RCT による
III	非ランダム化比較試験による
IV a	分析疫学的研究 (コホート研究)
IV b	分析疫学的研究 (症例対照研究、横断研究)
V	記述研究 (症例報告やケース・シリーズ)
VI	患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見

---

ただし、ランダム化比較試験(Randomized controlled trial: RCT)のような実験的研究が現実の臨床成績と乖離している可能性はしばしば指摘されている。エビデンスレベルの高いものの使用を原則としつつも、状況に応じた適切なデータによって医療経済性を検討する必要がある。

・「3 比較対照」で議論したように、比較対照となる医療技術は分析の目的に応じて適切なものを選択しなければならない。しかし、適切な比較対照を用いて分析しようにも直接の比較試験がない場合もある。このような状況においては、間接比較(indirect comparison)を用いることができるかもしれない[21,22]。例えば臨床試験によって“A vs. B”と“A vs. C”の結果が得られているとき、これらの結果から直接比較のない“B vs. C”の結果を推測することを間接比較と呼ぶ。このような間接比較は必ずしも望ましい分析方法ではないが、次善の手法として本ガイドラインでは許容している。

間接比較が成り立つためには“A vs. B”の結果が“A vs. C”の集団にも適応できること、逆に“A vs. C”の結果が“A vs. B”の集団にも適応できることが条件となる。このことを同質性(similarity)の仮定と呼ぶ。間接比較を行うにあたっては、このような仮定に関する検討や、適切な統計手法(例えば、単純な(naïve)間接比較ではなく調整された(adjusted)間接比較)を使用することが必要である[23]。また、ネットワーク・メタアナリシスのようなより高度な手法を用いた分析についても検討する。

## 8. 費用の測定

8.1 費用の範囲は、分析の立場に応じて適切なものを選定すること。(★★★)

8.2 費用は当該医療技術の費用のみでなく、有害事象や将来の関連する合併症等の費用も含めて推計すべきである。(★★★)

8.3 費用は、医療資源消費量と単価を区分して集計、報告することを推奨する。(★★☆)

8.3.1 ただし、有害事象や将来の関連する合併症等の費用について、既存の疾病費用研究を使用する場合等は、必ずしもその限りではない。  
(★★☆)

8.4 公的医療費支払者の立場では、保険者負担分のみならず公費や患者負担分も含めて費用として取り扱う(公的医療費の全額)。(★★★)

8.4.1 公的医療費支払者の立場からの分析であれば、単価は診療報酬点数表や薬価基準等を使用すべきである。(★★★)

8.4.2 単価は医療資源が消費された時点ではなく、同一時点にそろえたものを用いることを推奨する。(★★☆)

8.4.3 結果に影響を与える場合には、後発医薬品の価格を用いた分析も行うこと。  
(★★★)

8.5 評価対象技術の導入が、他の医療資源消費量に及ぼす影響をよりの確にとらえるため、入院医療費では DPC 等の包括医療費ではなく出来高での推計を基本とする。(★★☆)

8.5.1 ただし、有害事象や将来の関連する合併症等の費用について精緻な推計が困難であり、結果に大きな影響を与えないと考えられる状況下では、包括医療費を使用してもよい。(★★☆)

8.6 将来時点に発生する費用も、現時点において推計したものを用いることを推奨する。

(★★☆)

8.7 医療資源消費量は、日本における標準的な診療過程を反映している必要がある。標準的な診療過程が適切に反映されていない可能性があるならば(臨床試験のデータ、限定された医療機関からのデータ等)、適切な補正を行うこと。(★★★)

8.8 非関連医療費については、これを含めないことを推奨する。(★★☆)

8.9 海外データを用いる際には、少なくとも単価は国内のものを反映させるべきである。資源消費量については、国内外における医療技術の使用実態等の違いに配慮する必要がある。(★★★)

【コメント】

・ 分析の立場と含めることのできる費用の範囲は、本ガイドラインにおいては以下の通りである(「9 生産性損失の取り扱い」も参照)。

図表 6 分析の立場と費用の範囲の関係

	公的医療費支払者の立場	公的医療・ 介護費支払者の立場	限定された社会的立場
公的医療費	●	●	●
公的介護費		●	●
その他の支出			●
生産性損失			●
時間費用			

・ 費用は診療行為や医薬品ごとに、単価と資源消費量をかけあわせることによりその小計を計算することが原則である。ただし、既存の疾病費用研究等を使用する場合は、詳細な内訳が不明なこともあるため、必ずしもその限りではない。

図表 7 積み上げによる費用の計算方法

(例)	単価	資源消費量	小計
診療行為 1	$p_1$	$q_1$	$p_1 \times q_1$
	.....		
診療行為 m	$p_m$	$q_m$	$p_m \times q_m$
医薬品 m+1	$p_{m+1}$	$q_{m+1}$	$p_{m+1} \times q_{m+1}$
	.....		
医薬品 n	$p_n$	$q_n$	$p_n \times q_n$
		総計	$\Sigma (p_i \times q_i)$

・ 入院医療費については、我が国では出来高と包括での算定が併存している。ただし、評価対象技術が包括対象となると、その技術を使用しても点数が同一となるので、評価が困難になる。また、現行のDPC(Diagnosis procedure combination)点数は出来高での点数に基づいている。そのため、原則として出来高を用いて医療技術の費用を算定することとしている。しかし、入院が発生しうるすべてのケースについて出来高で入院医療費を算定することは困難な場面もあるので、評価対象技術以外の費用(例えば有害事象や将来の関連する合併症等の費用)については、平均在院日数までのDPC点数を用いて算定してもよい。ただし、包括点数に加えて、手術料などは出来高で算定されることに注意が必要である。

・ 医療費は、評価対象技術によって直接影響を受ける関連医療費(related medical cost)と生命予後等の延長により間接的に影響される非関連医療費(unrelated medical cost)とに分類できる。例えば、高血圧治療によって心血管疾患や脳卒中が減少すると、期待余命が延長して、非関連医療費(例えば認知症や糖尿病、腎透析など)が増大する可能性がある。医療経済評価において、非関連医療費をどのように扱うかは種々の議論がある(例えば[24-27])。ただし、このような非関連医療費は厳密な推計が難しいこと、必要があれば意思決定

の際に考慮できること等の理由から原則として含めないこととしている。レセプト等を用いた単純な推計を行うとこれら非関連医療費が含まれてしまう場合もあるので、注意が必要である。

## 9. 生産性損失の取り扱い

9.1 当該疾患によって仕事や家事ができない結果生じる生産性損失は、分析の立場によっては費用に含めてもよい。(★★☆)

9.1.1 ただし、生産性損失を含めることができるかは、疾患の特性等による就業可能性を考慮しなければならない。(★★★)

9.2 2.3.3 に定める「限定された社会的立場」からの分析であっても、生産性損失を含めない分析も同時に行うこと。(★★★)

9.3 生産性損失の減少は、

(A) 医療技術に直接起因するもの(治療にともなう入院期間の短縮など)

(B) アウトカムの改善(QOLの改善や生存期間の延長など)を通じて間接的に生じるものに分けて考えることができる。

生産性損失を分析に含めるならば、両者の算定根拠と内訳がわかるよう区分して集計することを推奨する。(★★☆)

9.4 生産性損失は人的資本法を用いて推計することを基本とする。(★★☆)

9.4.1 生産性損失を推計する際に単価として用いる賃金は、全産業・全年齢・全性別の平均あるいは全産業・全性別の年齢階級別の平均を用いることを推奨する。(★★☆)

9.5 家族等による看護や介護のために本人以外の生産性が失われることが明らかな場合は、9.1~9.4と同じ条件・取り扱いのもとで費用として含めてもよい。

(★★☆)

9.6 仕事や家事の減少とは無関係な時間費用については含めないことを推奨する。(★★☆)

## 【コメント】

・ 病気が原因で仕事や家事ができなくなることによる社会的な損失(あるいは早期に回復できることによる社会的な便益)は生産性損失(productivity loss)として、分析の立場によっては費用に含めることができる。ただし、これらの生産性損失は推計する上での不確実性が大きい。かつ費用の中で大きな割合を占めることも多いので、医療費の差等が生産性損失の不確実性に埋没してしまう危険性がある。よって、本ガイドラインでは生産性損失を含めた分析を行う場合であっても、同時に生産性損失を含めない分析をあわせて行うことを推奨している。また、生産性損失の範囲としては、本人のみならず家族等による看護や介護(インフォーマルケア)について検討してもよい。

・ 仕事や家事の減少とは無関係であっても、通院や入院にかかる期間を時間費用としてとらえるという考え方もあるが、本ガイドラインでは保守的な推計を行うためにも生産性と関係しない時間費用は費用に含めないことを推奨している。

・ 生産性損失は、人的資本法(human capital method)により本来得られたであろう賃金に基づき推計する。しかし、完全雇用が実現されていない状況下では、その人が働けなくてもかわりの誰かが働くはずであり、長期的には必ずしも生産性が失われるわけではない。そのため、求人にともなうコストや教育のコストなど摩擦費用(friction cost)[28]のみを含めるべきという意見もあり、諸外国のガイドラインでも対応が分かれている[29]。本ガイドラインでは、推計のしやすさ等を考慮して、人的資本法に基づくことを推奨しているが、人的資本法による推計は生産性損失として過大である可能性を考慮しつつ結果を解釈する必要がある。

・ 生産性損失の実際の推計にあたっては、公平性等を考慮して、疾患ごとの平均賃金ではなく、日本全体での平均賃金を用いることとする。平均賃金としては、「賃金構造基本統計調査」(賃金センサス)等が利用できるが、就業率には家事等への従事は反映されていないことに注意が必要である。例えば、以下のような方法が考えられる。

- (A) 対象となる集団において就業状況を調査し、実際に仕事や家事に従事できなかった日数や時間を測定する。これに全産業・全年齢・全性別の平均賃金を乗じて生産性損失を推計する。
- (B) 実際に就業状況の調査が難しい場合には、治療プロセス等から仕事や家事に従事できない日数(休日は除く)や時間を推計する。これに当該年齢階級の就業率と当該年齢階級における全産業・全性別の平均賃金を乗じて生産性損失とする。(この方法では家事労働等が考慮されないことから、生産性を過小推計することに留意する必要がある。)
- (C) (B)に代わる方法として、18歳以上の就業率を100%と仮定する。対象集団において仕事や家事に従事できないと推計される日数(休日は除く)や時間に全産業・全年齢・全性別の平均賃金を乗じて生産性損失とする。(この方法は、高齢者の就業率についても100%と仮定することから、生産性を過剰推計することに留意する必要がある。)

## 10. 割引

10.1 将来に発生する費用やアウトカムは割引を行うことを原則とする。(★★★)

10.1.1 当面のところ、費用・アウトカムともに年率 2%で割引を行うことを推奨する。  
(★★☆)

10.2 ただし、分析期間が 1 年未満、あるいは短期間でその影響が無視できる程度であるときは、割引を行わなくてもよい。(★★☆)

10.3 割引率は、感度分析の対象とすること。(★★★)

10.3.1 費用・アウトカムともに年率 0~4%の範囲で変化させることを推奨する。  
(★★☆)

## 【コメント】

・ 医療経済評価においては、費用とアウトカムを一定の率で割引くことが一般的である。割引を行ったあとの現在価値に換算された費用  $C_p$  は、 $i$  年後の費用  $C_i$  と割引率  $d$  を用いて

$$C_p = \frac{C_i}{(1+d)^{i-1}}$$

によって計算される。日本では、ワシントンパネル[1]に従い慣習的に年率 3% が用いられることが多いが、その根拠は必ずしも明確ではない。

・ 割引率の設定方法には様々な議論があるが、1つの方法として国債等の実質利回りを用いることができる[30]。直近 10 年程度の長期国債(10 年債)の利率はおおむね 0% 後半~1% 後半程度に収まっている。2012 年度末現在、日本では穏やかなデフレが継続しており、CPI(Consumer Price Index: 消費者物価指数)下落率がおよそ 0% 前半であることを考慮すれば、3% という割引率は過大である可能性がある。よって、本ガイドラインでは割引率として 2% を使用することとした。この割引率は、我が国の経済情勢が大きく変動した場合等、見直しも含めた検討を行う必要がある。

・ 我が国における公共事業等の経済的評価では、割引率として 4% が用いられている。この割引率は現在の我が国の経済状況等を考慮すると若干高めであるものの、公共事業の過大な投資を防ぐという目的からは、高めの割引率を設定することは合理性を有するだろう。しかし、医療分野で高めの割引率を設定することは、例えば小児等の将来の健康を大きく割引くことになり、課題があると考えられる。ただし、他分野との比較可能性を保つためにも、感度分析として 4% の割引率を用いた分析を行うことを推奨している。

・ 諸外国では、将来の健康価値が増大していくとの想定のもと[31,32]で、費用とアウトカムで異なった割引率を採用している国もある(例えば、オランダ[8]、ベルギー[33]では費用 3%、アウトカム 1.5%)。本ガイドラインでは、将来にわたる健康価値の増大が量的に不明であることも考慮して、費用とアウトカムを同率で割り引くこととした。

## 11. モデル分析

11.1 「5 分析期間」の原則に基づき、予後や将来費用を予測するためにモデル(決定樹モデル、マルコフモデル等)分析を行ってもよい。(★★☆)

11.2 モデル分析を行う際には、そのモデルの妥当性について適切に議論すること。例えば、  
(A) 内的妥当性: なぜそのような構造のモデルを構築したのか、病態の自然経過を十分にとらえられているか、使用しているパラメータは適切なものか等  
(B) 外的妥当性: その他の臨床データ等と比較して、モデルから得られた推計が適切なものであるか等  
(★★★)

11.3 モデルを構築する際に使用した仮定については明確に記述すること。  
(★★★)

11.4 モデルを構築する際に使用したパラメータとそのデータソースについてはすべて記述すること。(★★★)

11.5 モデルを構築する際に使用するパラメータについては、「6 アウトカム指標の選択」から「9 生産性損失の取り扱い」までの原則に基づくものとする。(★★☆)