

厚生労働科学研究費補助金
統計情報総合研究事業

統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究

平成18年度総括研究報告書

平成19年3月

主任研究者 宇田 淳
広島国際大学医療福祉学部医療経営学科

目次

I. 総括研究報告

統計情報利用者の視点から見た

厚生労働統計調査の在り方に関する研究 ----- 1

宇田淳

II. 分担研究者

1. 医療ITに関する利用者実感指標から見た政府統計の課題 ----- 7

秋山美紀

2. 急性期病院における看護提供システムの変更に伴う

看護業務量の比較にみる統計の考察 ----- 11

笹川紀夫

3. 看護需給における潜在看護職の位置づけと求職実態の分析 ----- 13

安川文朗

4. 医療分野での電子化データ収集事業の現状についての研究 ----- 15

山野辺裕二

5. 厚生労働統計調査のステークホルダー調査の方法 ----- 19

中村利仁

6. 地域医療・介護制度運営管理のための

公的統計・情報の活用とあり方に関する考察 ----- 21

橋本英樹

7. 保健・医療分野の社会的指標と統計情報に関する検討 ----- 25

野村眞弓

8. 地域医療・福祉計画の視点からみた、厚生統計の課題 ----- 29

宇田淳

(資料) 地域包括ケアシステムの構築に関する事例研究

ー広島県安芸太田町における地域施設計画の試みー

平成18年度厚生労働科学研究費補助金（統計情報総合研究事業）
総括研究報告書

統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究

主任研究者：宇田淳 広島国際大学医療福祉学部医療経営学科

研究要旨

厚生統計は、行政施策の企画・立案・評価のための基礎的情報を提供されるものであるが、近年、政策効果の事前・事後評価を行うためにも、統計の重要性が増大している。従って、必要な統計を整備し、利用しやすい形で提供することが重要とされる。

本研究では、統計利用者の利用者の立場から、厚生統計の今後のあり方について、検討するものである。検討として、次のような課題が明らかになった。

①直接的な統計利用者、研究者や他の組織が加工抽出する間接的な基礎データを、例えば世の中の問題点をクローズアップし、それが政策に反映されるようにポリシーメイキングのプロセスすら変わり得る時代というかなり広いイメージが必要である。②IT化により多くのデータを収集できるが、自然と集まる情報については意外とあまり役に立たないのではないかという認識され、やはり、合目的性が必要とされ、そのプロセスが重要であり、調査手法、精度の重要性が再確認された。③IT環境の充足は、統計の有効的な活用方策や高度処理を可能とするものの、情報管理の重要性が再確認された。④統計データの可視化など、より効果的な情報発信の必要性が指摘された。⑤国際比較などを視野に入れた、各種統計指標の定義が不十分であることが指摘された。

その結果、次のような課題研究の必要性が認められた。

①各種統計項目の定義に関する研究、②各種統計の精度に関する研究、③IT化に伴う調査手法に関する研究、④個票の取り扱いに関する研究、⑤統計の可視化に関する研究、⑥情報管理に関する研究、⑦統計情報収集に関する研究、⑧医療専門職の量的把握に関する研究、⑨新たな指標に関する研究、⑩医療専門職の質的統計に関する研究、⑪診療科名標準化に関する研究、⑫病院IT化に伴う調査手法に関する研究

近い将来、医療分野における統計調査も電子化に対応し、迅速かつ量的情報量は確保される。しかしながら、その質を担保するという基本的な姿勢が問われ、精度向上が継続的課題といえた。同時に統計データの新たな分析手法の開発や、ステークホルダーとしての施策上のニーズ等に対応した統計データの効果的な活用が望まれた。

【分担研究者】

秋山美紀 慶應義塾大学大学院
政策・メディア研究科
講師
笹川紀夫 広島国際大学医療福祉学部
助教授
安川文朗 同志社大学研究開発推進機構
医療政策経営研究センター
センター長
山野辺裕二 国立成育医療センター
医療情報室長
中村利仁 北海道大学大学院医学研究科
医療システム学分野
助手

橋本英樹 東京大学大学院医学系研究科
医療経営政策学寄附講座
客員教授

【研究協力者】

清谷哲朗 労働者健康福祉機構
医療情報管理官
藤田伸輔 千葉大学医学部附属病院
地域医療連携部
助教授
野村眞弓 千葉大学医学部附属病院
地域医療連携部
特任研究員

【A. 目的】

厚生統計は、行政施策の企画・立案・評価のための基礎的情報を提供されるものであるが、近年、政策効果の事前・事後評価を行うためにも、統計の重要性が増大している。従って、必要な統計を整備し、利用しやすい形で提供することが重要とされる。本研究では、統計利用者の利用者の立場から、厚生統計の今後のあり方について、検討するものである。

【B. 方法】

計9回の会議を開き、統計情報利用者として、研究報告を持ち寄り、今後の統計研究について具体的に課題を論議した。そして、今後想定される研究計画のテーマを整理した。

【C. 結果】

(分担研究1)

医療 IT に関する利用者実感指標から見た政府統計の課題

近年、医療分野の IT 化は、医療政策の主務官庁である厚生労働省以外に、経済産業省や総務省、そして府省横断的な取り組みを行う内閣官房が、それぞれ施策を組んで推進している。今年度、内閣官房傘下の IT 戦略本部評価専門調査会は、国民視点を重視する「実感指標」という指標を新たに採用することを発表し、パイロット調査を行っている。同調査会は、これまでも各種 IT 機器やネットワーク等の普及の割合を測るための「利用環境指標」と、それら IT 整備の効果を測定する「成果指標」を提示してきたが、さらにそこに「実感指標」を追加することについては、評価する声がある一方で、今後の政府統計を考える上での、さまざまな課題も提示している。したがって、医療分野の IT 化の成果を測る各種指標に関する議論の経緯を、開示されている議事録等から検討し、そこから現在の政府統計が抱える課題について整理する必要がある。

(分担研究2)

急性期病院における看護提供システムの変更に伴う看護業務量の比較にみる統計の考察

急性期病院の看護提供方式の変更に伴う病棟看護職員の業務量についてタイムスタディ法を用いて調査し、前回調査結果と比較検討を行った。

急性期病院においては、在院日数の短縮、医療の専門化・高度化、患者の高齢化および患者ニーズの多様化にともない看護師の業務量は増加傾向にある。このような環境の下、看護の質の維持を目的に看護提供方式を固定チーム

継続受け持ち制から混合型チームナーシングに変更した。

その結果、在院日数の短縮、病棟稼働率の上昇、看護ニーズの高い患者数の増加、看護実践能力の低下等の条件下にもかかわらず、看護業務量の変化は見られなかった。しかしながら慢性的な看護師数の不足や看護実践能力の高い看護師数の不足が認められた。

今後は、患者満足度との関係及びオーダーリングシステムによる業務内容の変化について検討する必要性が認められた。

(分担研究3)

看護需給における潜在看護職の位置づけと求職実態の分析

少子化による新規学卒者の減少と退職者の急増に加え、高齢社会における医療・看護サービス需要の増大が見込まれている現在、看護需給のミスマッチを回避するためには、再就業者の掘り起こしと再教育が急務である。国勢調査等のデータから、潜在化している看護職の多くが、比較的若手～中堅層に集まっており、それゆえに看護職の潜在化の増加は、看護の生産性や医療の成果にも重要なインパクトを与えることがわかる。しかしいかに潜在看護職を復職させるかは重要な政策的課題であり、それを判定するための公的データは整備されていない。そこで、日本看護協会の求職データから、求職を成功させる要因について計量的分析をおこなった。結果は、就学前児童の数が多いほど、年齢が若いほど、学歴があがるほど、そしてブランクが長いほど潜在看護職の再就職は難しくなる傾向が明らかになった。ブランクのある子どもをもつ看護職が安心して復職できる就労環境をつくと同時に、大卒以上の専門性の高い看護職の有効な活用方法を病院が検討する必要がある。

(分担研究4)

医療分野での電子化データ収集事業の現状についての研究

医療現場では、公的機関等によるデータ収集事業が増えている。本研究では、これらの事業のデータ収集方法について調査した。データ収集は当初臨床研究分野を中心に始まったが、その後医療全体に広がりを見せつつあり、ヒヤリハット収集や医療事故報告にはじまり、小児稀少疾患登録、がん登録、臨床研修評価登録、脳卒中登録、サリドマイド利用登録など様々な登録事業が立ち上がってきている。

しかし、多くの事業は Web サイトにブラウザを使って登録する仕組みを用いており、研究症例登録等には有効と考えられるが、電子カル

テ等、既に業務がシステム化済みのユーザーにとっては入力の手間を強いられることになる。

今後はこのような医療現場に負担を強いるシステムでなく、ASP等の仕組みを用いて現場の業務改善に寄与しながら登録データの収集もできるようなシステムが求められるのではないか。メタ登録システム（登録事業の登録）や登録事業のPDCAサイクルの確立が必要である。

（分担研究5）

厚生労働統計調査のステークホルダ調査の方法

厚生労働統計の関係者、とくに調査結果の利用者を特定してその意見を確認するための調査の方法を検討した。統計情報の利用は、その取得と加工に当たる一次的利用者と、分析の結果を意思決定の根拠として用いる二次的利用者に大別することができる。データの提供者と一次的利用者は比較的容易に特定できるが、二次的利用者の特定は困難である。一次的利用者自身についてだけでなく、二次的利用者についても、一次的利用者は個人的コミュニケーションが成立している場合の少なくないことが予測され、二次的利用者の特定については、大半が一次的利用者を対象にした調査で判明することが期待できる。ステークホルダーの特定に当たっては、まずはデータ提供者と一次的利用者を特定し、しかる後に、二次的利用者を特定するという手続きが必要となる。

（分担研究6）

地域医療・介護制度運営管理のための公的統計・情報の活用とあり方に関する考察

高齢者医療制度や地域医療計画、医療費適正化計画など、近年の医療制度改革では都道府県に地域の医療介護提供体制の企画運営の主たる責任が置かれるような流れとなっている。そのためには地域の実データに根付いた医療資源利用や疾病ニーズの把握、保険リスク計算などが必要となり、そのためには情報インフラの構築、系統的な医療・介護・疾病罹患統計の収集・分析のノウハウの蓄積が求められる。本研究では患者調査や社会医療診療行為別報告などの既存の情報や、近年入手が可能となりつつある診断群別情報、そしてレセプト電子化などの動きを踏まえて、地域制度経営管理に求められる情報収集・分析のあり方について検討した。現行の社会医療診療行為別報告では、病名の標準化が図れていないこと、紙媒体を仲介していること、標本数が疾病別・地域別・属性別などの分析を行うには少なすぎることで、データ公表

までに時間がかかりすぎるなどから、地域の制度設計・経営的管理に資するには問題が多い。患者調査はICD10コードを用いているが、特に外来診療例において病名の妥当性・信頼性の問題が残されているとともに、診療行為情報が乏しい。その点、急性期病院を中心に進められている診断群分類別情報は、病名および行為の標準化による比較可能性、資源病名と実施行為の紐付け、電子媒体による処理のスピードなどから、今後電子レセプト化の普及により地域医療計画に資する重要なデータとしても注目される。しかし、被保険者番号による急性期入院外（外来など）データとの突合可能性、亜急性期・療養型治療内容の標準的データの構築が追いついていない、介護保険の電子情報との結合可能性の検討が必要であるなどの克服すべき問題点も多い。今後、病名・行為の標準化をさらに推進するとともに、急性期治療以外の領域において系統的情報蓄積のための、分類・情報基盤整備、およびそれを支える経済的基盤を制度化することなどが求められると考えられた。

（分担研究7）

保健・医療分野の社会的指標と統計情報に関する検討

本研究では社会科学の視点から、我が国における保健・医療分野の統計調査のあり方について、医療分野のIT化を踏まえた改善点に関する研究の方向性について検討した。

はじめに社会的指標と政策形成について、高齢社会がかかえる諸問題を明らかにする指標と、その指標を構成する統計情報について検討した。次に国内外の医療統計の動向を概観し、医療分野のIT化と統計調査の手法や解析について比較し、わが国の医療統計の改善に関して検討した。

重要な政策課題に位置付けられている社会保障制度あるいは社会の持続可能性には、人々の健康状態や行動が影響を与えている。マクロレベルでは、人口構造や健康水準、ミクロレベルでは日常の行動、主観的健康感、制度への信頼感などが主な指標である。しかし、現行の日本の統計調査は、それぞれの根拠法に基づき特定の目的に応じた調査となっており、調査統計の方法も当時の社会情勢を反映した内容となっている。そのため、複数の統計調査を多角的・多面的に解析して、政策形成に応用するというような利用法には十分対応しているとは言い難い。

わが国の統計調査方法・調査項目・分析手法の改善すべき点あるいは諸国と比較するため

の精度統一については、先進諸国における医療統計の現状とこれからの改善計画について比較検討する必要がある。たとえば、ヨーロッパ地域では欧州委員会の統計部局として Eurostat が設立され、統計に関する各国の協調を図る European Statistics System(ESS)が構築されてきた。ESS では各国の統計部局を中心に、加盟国間の統計情報を EU の情報要求に合わせるための分類法や統計手法、その解析方法の調整や開発を行い、加盟各国は ESS の活動に参加することで、自国の統計精度や手法を EU レベルに合わせることができ、国内と域内の統計結果の比較が容易になっている。わが国の保健・医療分野の統計の改善を図るためには、このような Eurostat をベンチマークとして、各国の現状調査と改善計画についての方策を検討するような調査研究が有用であろう。

(分担研究8)

既往の地域医療福祉施設計画の研究では、地理情報システムを活用した①地域概要と②施設の現状調査、入院患者調査、国保レセプトの解析による③受療動向の検討、④国保病院の現状把握、入院患者調査と入所者調査による⑤施設の適正規模の把握を試みられている。結果、高齢化や居住の点在から家庭介護の困難が予測される地域での支援と、施設数は充足するもののアクセスに課題があるがゆえの医療連携と施設選択肢の充実の必要性、救急医療の課題等を明らかにしている。これら総合的な分析から、地域の包括医療提供体制整備、医療施設の再構築や地域ケアを目的とする地域包括支援センターの設置などの方向性を提示している。いずれの研究も、多角的で客観的な調査・分析による、地域包括システムの構築と、施設計画、マネジメントの重要性が示唆されている。その根拠には、厚生統計のみならず、レセプトの解析に依拠することが、大きいといえる。同時に、厚生統計の行政単位(医療圏、市区町村)の指標が、時代の要請とのギャップがあることも指摘した。

【D. 考察】

前述の分担研究について検討、整理した結果、次のような今後の統計研究の課題が明らかになった。

1)直接的な統計利用者、研究者や他の組織が加工抽出する間接的な基礎データを、例えば世の中の問題点をクローズアップし、それが政策に反映されるようにポリシーメイキングのプロセスすら変わり得る時代というかなり広いイメージが必要である。

- 2) IT化により多くのデータを収集できるが、自然と集まる情報については意外とあまり役に立たないのではないかと認識され、やはり、合目的性が必要とされ、そのプロセスが重要であり、調査手法、精度の重要性が再確認された。
- 3) IT環境の充足は、統計の有効的な活用方策や高度処理を可能とするものの、情報管理の重要性が再確認された。
- 4)統計データの可視化など、より効果的な情報発信の必要性が指摘された。
- 5)国際比較などを視野に入れた、各種統計指標の定義が不十分であることが指摘された。

【E. 結論】

近い将来、医療分野における統計調査も電子化に対応し、迅速かつ量的情報量は確保される。しかしながら、その質を担保するという基本的な姿勢が問われ、精度向上が継続的課題といえた。同時に統計データの新たな分析手法の開発や、ステークホルダとしての施策上のニーズ等に対応した統計データの効果的な活用が望まれた。

具体的には、次のような研究課題を提案した。

I. 総論的研究課題

1. 各種統計項目の定義に関する研究
各調査で用いられる指標は意味があるのか。「平均在院日数」、「病床利用率」、「病床回転率」など、意図する意味は同じだが、異なる指標を使用している場合がある。用語、指標を系統立て整理・統合について検討する。
2. 各種統計の精度に関する研究
調査周期・時期、経時的連続性、整合性について検討し、統計情報に改善サイクルを検討する。
3. IT化に伴う調査手法に関する研究
レセプト電算化に伴う「患者調査」等の情報収集を想定し、期待される統計項目を検討する。
4. 個票の取り扱いに関する研究
データ利用者のためのステークホルダを整理し、個票操作のインターフェース、及び都道府県独自収集情報、研究者収集情報の二次利用を検討する。
5. 統計の可視化に関する研究
統計の数値化とともに、視覚化など、各種調査の公開方法を検討する。
6. 情報管理に関する研究
公開手続き(管理、倫理を含む)、データ管理規定・規約、施設情報の取り扱い、情報

リテラシの確立と情報処理技術について検討する。

7. 統計情報収集に関する研究
官庁統計の範囲と統計情報のエージェンシー化の可能性について検討する。
- II. 各論的研究課題
1. 医療専門職の量的把握に関する研究
三師(看護師・助産師・保健師・臨床検査技師等)以外の医療専門職個票データの不在に起因する医療専門職の量的把握に関する検討する。
 2. 新たな指標に関する研究
行政区分、生活圏、時間到達圏人口と医療機関などの新たな指標構築について、検討する。
 3. 医療専門職の質的統計に関する研究
業務ニーズ量と配置の質的・量的ベースラインについて検討する。
 4. 診療科名標準化に関する研究
患者の期待と実態とを整理し、診療科名標準化について検討する。
 5. 病院 IT 化に伴う調査手法に関する研究
例：病院における「待ち時間」について、「受療行動調査」や医療機能評価などの待ち時間について、指標整理し、患者が作る待ち時間と施設が作る待ち時間等を検討し、電子カルテ導入病院での待ち時間調査手法の確立。

【F. 健康危険情報】

なし

【G. 研究発表】

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

【H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）】

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究

医療 IT に関する利用者実感指標から見た政府統計の課題

分担研究者：秋山美紀 慶應義塾大学大学院 政策・メディア研究科

研究要旨

近年、医療分野の IT 化は、医療政策の主務官庁である厚生労働省以外に、経済産業省や総務省、そして府省横断的な取り組みを行う内閣官房が、それぞれ施策を組んで推進している。今年度、内閣官房傘下の IT 戦略本部評価専門調査会は、国民視点を重視する「実感指標」という指標を新たに採用することを発表し、パイロット調査を行っている。同調査会は、これまでも各種 IT 機器やネットワーク等の普及の割合を測るための「利用環境指標」と、それら IT 整備の効果を測定する「成果指標」を提示してきたが、さらにそこに「実感指標」を追加することについては、評価する声がある一方で、今後の政府統計を考える上での、さまざまな課題も提示している。本研究では、医療分野の IT 化の成果を測る各種指標に関する議論の経緯を、開示されている議事録等から検討し、そこから現在の政府統計が抱える課題について整理する。

【A. 目的】

厚生労働省は平成 18 年度中に、新しい「保健・医療・介護・福祉分野グランドデザイン」を発表することになっており、本稿執筆中の平成 19 年 3 月 20 日現在、既にパブリックコメントの募集も終了している。平成 13 年 12 月の最初の「保健医療分野情報化に向けたグランドデザイン」では、電子カルテやレセプトオンライン化について具体的な普及の数値目標が掲げられていた。しかし、道具の普及が必ずしも成果には結びついていない現状を鑑みてか、新グランドデザイン案は具体的な数値目標を一切含まず、実現すべき医療分野情報化の姿を大雑把に描くにとどまっている。

医療分野情報化に関しては、単なる IT 機器の普及率以外の評価の指標として、内閣官房傘下の IT 戦略本部評価専門調査会は、平成 16 年度には「成果指標」を打ち出している。さらに平成 18 年度はより国民視点を重視する「実感指標」という指標を新たに採用することを発表し、「医療」と「電子政府」の 2 分野において、パイロット調査を行っている。従来の医療施設調査や、受療行動調査ではカバーできない、利用者の視点からの新たな指標が提案されている中で、本研究は、現在の政府統計の抱える課題を検討し整理することを目的とする。

【B. 方法】

既に公表されている IT 戦略評価専門調査会等の議事録や報告書の内容を検討することで、どのような経緯と目的により評価の指標案が生まれてきたのかをレビューした。その上で、今後の厚生労働統計をはじめとする政府統計を整備する上で、取り組むべき課題について検討をした。

【C. 結果】

わが国の「IT 戦略」を評価する指標は、戦略の PDCA サイクルをまわしていくためのものと位置づけられている¹。実際の IT 利用者側から見た成果を項目として挙げ、遅れていると思うことや利活用の面で不便と思うところを、違う形の提言としてまとめ、各府省に考えてもらいながら進める（庄山悦彦座長）²という目的を持っており、この評価は次の戦略策定につなげるためのものであると報告書にも明記されている。平成 16 年度に提示された成果指標は、設定にあたり、経営学の TQM 手法として知られるフィッシュボーン（特性要因図）が作られ、その魚の頭・大骨部分の代用となる指標を主に抽出していた。しかしデータ収集の問題から、提案された指標は網羅的ではなく、特に象徴的なものに絞られていた。提案した項目について、実際のデータ収集は各府省が行う調査項目に極力載せていく

ように働きかけていくということであった。

一方、平成18年度の専門調査会（座長 渡辺捷昭氏）は、以下の三つの指標を定義している。

- 1)利用環境指標：各府省が施策として実施したITインフラの整備、ITの利用環境整備等の現状を数値化した量的データ。
- 2)成果指標：各府省の施策によりITインフラを整備した結果として生じた成果等の現状を数値化した量的データ。
- 3)実感指標：各府省の施策によって生じたITのメリットを国民、利用者が実感として感じたことを、アンケート等により数値化した感性（質的）データ。

この三つの指標の医療における例としては、

- 1)地域医療連携により、電子カルテを共有している病院・診療所の割合
- 2)電子カルテに基づいて他の病院で診療を受けた患者数
- 3)他の病院に行っても無駄なく継続した治療を受けたと感じる国民の割合となっているⁱⁱⁱ。

このように、前期の調査会で「成果指標」に一括りになっていた利用者のベネフィットを、さらに主観的データ（実感指標）と客観的データ（成果指標）に分解したということである。単なる道具の普及を目的とせず、国民にIT化のメリットを理解してもらうために、新たにこうした指標を設定したこと自体は評価できる。しかしながら、患者の体験が限定されており、他とのサービスの比較がしにくく、また質の高い治療と実感が必ずしも一致しないといった医療サービスの特性を考えると、主観的な指標の妥当性については、まだまだ検討を重ねていく必要がある。また、これらの指標を提案したものの、内閣官房自体は大規模なサーベイ調査を行う予算は持っておらず、各府省の統計部局が行う調査に項目追加を頼らざるを得ないのが現状である。新たに提案されている調査項目は府省横断的な内容が多く、既存調査と相互に矛盾することなく行うためには府省を超えた多くの調整を要する。

【D. 考察】

医療分野のIT化は、複数の府省にまたがる事業分野であり、各施策の実施状況やその複合的な成果を正しく評価するためにも、統計の改善が求められる分野である。今日の社会の実態を捉え得るよう、政策的あるいは社会的ニーズに応じた統計の整備という観点から、以下の統計の改善に取り組む必要があると考える。

1. 利用者の特定に関する課題

医療のITに関しては、2段階のユーザーが存在する。まずは、ITを直接利用する医師や看護師をはじめとする医療従事者や病院の管理部門がおり、次に間接的な恩恵を受ける患者・国民がいる。直接的な利用者については、医師、看護師、薬剤師、検査技師といった各医療者、それに事務部門では、ITのメリットについてまったく異なる捉え方がされていることが多く、施設というユニットの調査では見えてこない部分を測定する必要がある。

また、間接的にベネフィットを受ける患者や国民については、広範な社会調査を行う必要がある。国民の主観的な実感は、IT化単独でもたらされるものではなく、医療という範疇を超えた地域内の介護や福祉、生活に関するサービスの充実度といった他の諸要因を検討する必要がある。国民の実感に関しては、どの時点を基準にベンチマークするかといった点も曖昧であり調査手法には課題が山積している。事前にサービスの質を比較することが困難であることや情報の非対称性といった特性を考慮し、社会心理学等の方面からも調査の妥当性や信頼性を上げるための検討が求められている。

2. 成果の捕らえ方に関する課題

ITの投資対効果を測定するには、ROI、費用便益分析、費用対効果分析、費用対効用分析といった分析手法があるが、医療分野の情報化に関しては、一組織単位の効果測定では不十分であること、また効果を金銭的価値に置き換えることの限界が指摘できる。ITの直接的な利用者である、医療従事者に関しては、専門職としての知識が仕事の中で生かされているという「やりがい」や、職種間のコミュニケーションの改善といった、金銭的価値にしにくい、しかし重要な効果というのもITによってもたらされている可能性があり、そうした部分をアンケート等で正しく把握する手法の開発に関しては、行政と学者の協働が求められている。

患者や一般国民の実感指標に関しては、単なる個々人の満足度では不十分であることは明らかであり、その一方で、これまでの医学研究で用いられてきた、QOL調査指標（SF36やWHO QOL26項目等）等は、ITとの因果関係が遠すぎて不適切と考える。そもそも、医療分野のIT利活用の効果は、個人最適だけではなく、全体最適の視点でも現れるべきものであり、実感指標の設定にあたっては個々人の実感をどの程度含む

べきか、考慮すべきである。

3. 政府内の重複の課題

各府省の所管にまたがる事業分野である医療のIT化の影響に関する統計は、実施する主体がどこになるのか不明な部分が多い。医療機関の電子カルテ導入については厚生労働省の医療施設（静態・動態）調査で把握できるものの、産業としては経済産業省の商業統計および新産業創造戦略が、地域医療ネットワークについては総務省所轄の調査、国民に与える影響については内閣府の国民生活に関する世論調査等がカバーする部分もある。さらに、JAHIS（保健医療福祉情報システム工業会）の売上高調査統計、JAHIS/月刊「新医療」共同調査のオーダーリング・電子カルテ導入実績調査、病院協会による用度調査にも重複する項目があり、医療機関にとっては、様々な府省部局から重複する質問調査書が送られてくることも多く、余剰人員のない中で、調査への回答に労力を費やしてい

るといふ指摘もある。調査協力や回収率低下といった結果精度へ悪影響を防ぐためにも、体系的な統計整備が求められている。

以上のような問題点を解決するために、政府部門内で相互に矛盾することのなく統計を実施できる体制を整備するとともに、政府統計に関して個票データを公開することも有効と考えられる。個々の調査票から固体識別できる情報を除いたものを公表することで、統計作成部局が当初想定した利用目的を超えて様々な観点からデータを有効活用できるようなるであろう。別途の政策ニーズや新たな着眼点による分析と応用を可能にすることにより、IT化の成果というような多くの因果関係を推測しなければならぬ今日の課題について、社会的なコストをかけずして、多くの研究者が多面的に解析を行い貢献することができる。と考える。

【参考文献】

- ⁱ 2005年12月8日、「評価専門調査会報告書の概要」、
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/hyouka/051208gaiyou.pdf>
- ⁱⁱ 2005年1月31日開催、評価専門調査会（第13回）議事要旨、
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/hyouka/dai13/13gijiyousi.html>
- ⁱⁱⁱ 2006年10月16日開催、第二回評価専門調査会、配布資料2-1「評価指標について（案）」
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/ithyouka/dai2/siryoku2_1.pdf

【研究成果の発表】

- ・2006年5月、生体医工学会、「在宅医療におけるIT利用の効果—職種間コミュニケーションを中心に」、於福岡国際会議場
- ・2006年7月22日、『誰の連携か？何のためのメディアか？』日本病院管理学会第247回例会シンポジウム「医療連携のIT化」、於順天堂大学医学部
- ・2006年11月、第26回医療情報学会連合大会、「病院医師と保険薬局薬剤師の情報共有が服薬指導に与える影響」、於札幌コンベンションセンター
- ・2006年11月、経営情報学会2006年度秋季全国大会、「地域医療連携システム—情報共有機能と参加職種による類型化」、於神戸商科大学・兵庫県立大学神戸学園都市キャンパス
- ・2007年1月27日、『政策形成と評価における研究者の役割と総合政策学の研究手法』、21世紀COEプログラムシンポジウム、「総合政策学のベストプラクティス」、於慶応義塾大学

統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究

急性期病院における看護提供システムの変更に伴う看護業務量の比較にみる統計の考察

分担研究者：笹川紀夫 広島国際大学医療福祉学部医療経営学科

研究要旨

急性期病院の看護提供方式の変更に伴う病棟看護職員の業務量についてタイムスタディ法を用いて調査し、前回調査結果と比較検討を行った。

急性期病院においては、在院日数の短縮、医療の専門化・高度化、患者の高齢化および患者ニーズの多様化にともない看護師の業務量は増加傾向にある。このような環境の下、看護の質の維持を目的に看護提供方式を固定チーム継続受け持ち制から混合型チームナーシングに変更した。

その結果、在院日数の短縮、病棟稼働率の上昇、看護ニーズの高い患者数の増加、看護実践能力の低下等の条件下にもかかわらず、看護業務量の変化は見られなかった。しかしながら慢性的な看護師数の不足や看護実践能力の高い看護師数の不足が認められた。

今後は、患者満足度との関係及びオーダーリングシステムによる業務内容の変化について検討する必要性が認められた。

【はじめに】

社会環境の著しい変化にともない医療における環境も大きく変化している。医療の専門化・高度化、患者の高齢化および患者ニーズの多様化にともない看護師の業務量、責任は拡大している。急性期病院であるA病院においても在院日数の短縮、DPC導入に伴う医療費のまるめ等年々厳しくなる環境の下、看護の質の維持を目的に看護提供方式を固定チーム継続受け持ち制から平成17年3月より混合型チームナーシングに変更した。今回業務量調査を実施し、看護の効率性、経済性の視点から検討を行った。

【A. 目的】

看護提供システムを固形チーム継続受け持ち制から混合型チームナーシングに変更しての看護業務量を比較検討することを目的とした。【病院の概要】A病院は病床数410床（一般病棟8病棟とICU）、看護基準2.5:1、平均在院日数18.6日、病床稼働率は96.0%（いずれも平成17年度実績）急性期病院である。

【B. 方法】

平成10年度日本看護協会職能集会検討資料の看護業務量調査と前回の調査を基に看護業務を大項目、I. 直接看護、II. 診療の援助、III. 記録、IV. 業務管理、V. 組織管理、VI.

その他、VII. 看護情報支援システムの7項目に分類し、さらに中項目を37、小項目191に分類し、1分間タイムスタディ法を用いて看護業務の調査を実施した。対象は平成17年10月24日（月）から10月28日（金）の平日の5日間、ICU病棟を除く一般病棟8病棟の日勤の勤務者全員延べ495名について詳細な分析を行い、前回調査結果との比較を行った。

なお前回調査は平成14年12月2日（月）から12月6日（金）の平日の5日間、ICU病棟を除く一般病棟8病棟の日勤の勤務者全員延べ455名を対象に実施した。

入院患者の看護度別で比較すると看護度Aが27名（前回161名）、Bが1,375名（前回975名）、Cが583名（前回793名）であった。

看護実践レベルはラダーIが42名（前回36名）、ラダーII43名（前回40名）、ラダーIII35名（前回21名）、ラダーIV128名（前回140名）であった。

尚、看護実践レベルはラダーIは新人、ラダーIIは卒後2年目、ラダーIIIはリーダー、ラダーIVは総合リーダーを示す。

【C. 結果】

1. 時間内業務量を大項目別の平均でみると、I. 直接看護92,563分（前回85,615分）、II. 診療の援助62,534分（前回59,478分）、III.

記録 42,132 分 (前回 34,721 分)、IV. 業務管理 20,017 分 (前回 18,919 分)、V. 組織管理 11,228 分 (前回 9,127 分)、VI. その他 20,440 分 (前回 21,054 分)、VII. 看護情報支援システム 7,399 分 (前回 8,829 分) であった。これを 1 人あたりの時間数に換算すると 517.8 分 (前回 522.5 分) で若干の時間数減少が認められた。

2. 時間外業務量を大項目別の平均でみると、I. 直接看護 3,336 分 (前回 2,984 分)、II. 診療の援助 6,003 分 (前回 5,034 分)、III. 記録 15,444 分 (前回 14,903 分)、IV. 業務管理 4,310 分 (前回 3,499 分)、V. 組織管理 12,323 分 (前回 7,840 分)、VI. その他 1302 分 (前回 736 分)、VII. 看護情報支援システム 3,616 分 (前回 2,640 分) で時間外労働を行った看護職員は延べ 398 名 (前回 402 名) であった。組織管理についてはクリニカルラダーの見直のための会議と、平成 18 年 4 月稼働のトータルオーダーリングシステムに向けての研修時間が 9,197 分あり、通常の業務とは言えないためこの時間を差し引いて比較すると 1 人あたりの時間数は 93.3 分 (前回 91.6 分) と差は認められなかった。

3. 時間内と時間外を加えた総時間数で見ると 1 人あたりの時間数は 592.8 分 (前回 603.5 分) と減少傾向が認められた。

4. 平均在院日数は 18.6 日 (前回 20.5 日) と約 2 日間の短縮、病床稼働率は 96.9% (前回 93.0%) と上昇している。

5. 看護度別患者数の比較では、看護度 3 区分においては、看護度 B の患者数が前回と比較し 975 名から 1,375 名と 500 名の増加が認められ、クロス集計の検定を行った結果、有意水準 1% で有意な差が認められ、看護必要度の増加が認められた。

6. 看護師の看護実践能力レベルを比較すると有意な差は認められなかったが、実践レベルの

高い看護師の減少傾向が認められた。

【D. 考察】

- 1)平成 14 年度と比較し、平均在院日数の減少、病床稼働率の上昇、看護師の看護実践能力レベルの低下等厳しい状況があり、また入院患者数の増加、看護業務量が大い看護度 B の入院患者が 500 名増加したにもかかわらず今回の調査においては 1 人あたりの総時間数は減少が認められた。
- 2)時間外業務においては時間数の差は認められなかったが、時間外業務の看護職員数は前回と比較すると約 10%の減少が認められ、実質的には業務量が軽減したものと考えられた。これらのことから、看護提供システムの変更は一定の効果上げたと考えられる。
- 3)大項目「I. 直接看護」では、中項目「日常生活の援助」においてケアの標準化を行い、特に清拭の介助についてケアの標準化を行った事により病棟間での差異が無くなった。
- 4)大項目「III. 記録」については、在院日数 3 日程度の入院に関して、短期カルテを作ることによって時間数の増加を抑えている。

【E. 結論】

1. 看護実践レベルが低下している状況で看護提供システムを固定チーム継続受け持ち制から混合型チームナーシングに変更することで業務量の短縮を認めた。
2. 組織管理においてはトータルオーダーリングに向けての会議、研修会等により時間増となった。
3. 平成 18 年 4 月にトータルオーダーリングシステムが稼働したので、今後はオーダーリングシステム導入後の業務量の変化について検討していきたい。
4. 今後、看護度を定量的に測る必要性が認められた。

【参考文献】

- ・椎葉寿子、杉江三知代、辻倉康衛他：日本看護学会論文集 (看護管理)、34, p436-438, 2004.
- ・藤田晴美、富澤真由美、平尾紀美枝他：看護展望、29(12), p1382-1387, 2004.
- ・榎原まゆみ、中島みゆき、宮下久美：外来看護新時代、10(1), p36-44, 2004.
- ・坂本けい子、工藤秀子、古賀由美子：看護展望、29(9), p72-77, 2004.
- ・濃沼信夫：看護 55(11), p38-41, 2003.
- ・藤井美智子：外来看護新時代、7(4), p32-38, 2002.
- ・光橋幸子、豊原直子、吉田洋子：外来看護新時代、6(2), p52-59, 2001

【研究成果の発表】

- ・古屋敷智恵美、笹川紀夫他、急性期病院における看護業務量調査—タイムスタディ法を用いて—、第44回日本病院管理学会学術総会;2006年10月19日～20日、名古屋国際会議場
- ・古屋敷智恵美、笹川紀夫他、看護提供システムの変更に伴う看護業務量の比較、第37回日本看護学会看護管理、2006年10月25日～26日、大宮ソニックシティ

統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究

看護需給における潜在看護職の位置づけと求職実態の分析

分担研究者：安川文朗 同志社大学研究開発推進機構

研究要旨

少子化による新規学卒者の減少と退職者の急増に加え、高齢社会における医療・看護サービス需要の増大が見込まれている現在、看護需給のミスマッチを回避するためには、再就業者の掘り起こしと再教育が急務である。国勢調査等のデータから、潜在化している看護職の多くが、比較的若手～中堅層に集まっており、それゆえに看護職の潜在化の増加は、看護の生産性や医療の成果にも重要なインパクトを与えることがわかる。しかしかたに潜在看護職を復職させるかは重要な政策的課題であり、それを判定するための公的データは整備されていない。そこで、日本看護協会の求職データから、求職を成功させる要因について計量的分析をおこなった。結果は、就学前児童の数が多いほど、年齢が若いほど、学歴があがるほど、そしてブランクが長いほど潜在看護職の再就職は難しくなる傾向が明らかになった。ブランクのある子どもをもつ看護職が安心して復職できる就労環境をつくと同時に、大卒以上の専門性の高い看護職の有効な活用方法を病院が検討する必要がある。

【研究目的】

資格を持ちながら何らかの理由で就業していない「潜在看護職」の数は、厚生労働省の推計で約55万人といわれている。しかしこの数字だけでは、潜在看護職数が看護労働力全体に及ぼすインパクトを理解することはできない。そこで、潜在看護職の実態と求職行動の成果について計量的に分析した。

【研究方法1】

厚生労働省『保健衛生・行政業務報告』を使って、年齢階層別にみた就業看護師数の年次推移をみた。

【研究結果1】

最近の約10年間で、25歳未満の若手看護師は別として、25歳から39歳までのいわゆる若手から中堅にかけての年代はほぼ変化なく安定的な構成割合を占めていること、40歳から54歳にかけての中堅管理職からトップマネジメントへの移行期にあたる世代の看護師の割合が非常に伸びて、特に50代前半の看護師のシェアは平成6年から14年のあいだに2倍近く増えていること、そして全体の傾向として、50歳以上の中高年齢層看護職が、この数年ほぼ一貫して12%以上の割合を占めている（すなわち就業看護職の高年齢化）こと

が確認できた。いっぽう、日本看護協会中央ナースセンターの求職登録データによって、平成12年から16年までの隔年3ヵ年における、実際に求職活動をしている看護職の年齢階層をみると、25歳～29歳、30歳～34歳、35歳～39歳のいわゆる若手から中堅層の看護職が、就業者群に比べてそれぞれ3.7～6.6ポイント、6.6～7.6ポイント、1.9～3.6ポイント多く、25歳から39歳までのトータルでも経年的に13.8ポイント、15.6ポイント、16.8ポイントと増加しているが、反面50歳～59歳の求職者数の割合は就業者群のそれよりも少なく、経年的にも1.2ポイント、4.3ポイント、5.4ポイントとその差が広がっている。

【研究方法2】

求職活動をしている潜在看護職の年齢分布が、就業者群とくらべて若手から中堅世代に集中しているとすれば、働き盛りの潜在看護職をどのように看護労働市場に復帰させるかが重要な課題となる。そこで次に、日本看護協会中央ナースセンターの求職登録データ（個票）を使って、就業決定に影響を与える要因の分析をおこなった。看護師の労働供給に関するこれまでの経済分析結果から、1）看護師は賃金に対する弾力性が低いこと、2）就業継続意志については、賃金よりも看護教育の充実などの要因が強く働くこと、

3) 育児政策の成否が看護労働供給に影響すること、4) 看護師不足が医療の成果に深刻に反映していること、などが示されてきた。そこで潜在看護職のさまざまな属性(年齢、学歴、保有資格、就学前児童の有無と数、経験年数、ブランクの長さ、看護力再開発講習会の受講歴など)が、就業の成否(看護協会の無料職業紹介システムを使って就職できたかどうか)に及ぼす影響をプロビットモデルによって分析した。ここでの被説明変数は、就職した=1、それ以外=0のダミー変数である。利用データは、中央ナースセンターのNCCS 登録システムで管理されている求職希望者の登録データで、求職者の個人・家族属性(性、年齢、学歴、資格種別、就学前児童の有無と数、居住地域等)、勤務経験(場所、期間)、希望勤務施設種別・雇用形態・勤務形態・賃金、退職理由などを知ることができ、登録年月日と登録抹消年月日によって求職者の求職期間やブランクの長さを計算できる。ここで注目した主な変数とその予想される効果は、**1)未就学前児童の数**: 家庭での育児労働の必要性は、就学前児童が多いほど不利と予想され、就学前児童が就業決定に負の効果およびと予想される。**2)求職者の年齢**、**3)求職者の学歴**: 近年大卒看護職が増加している。高学歴化の傾向が看護職の就業にどう影響するかは興味深い、効果は事前に予想できない。**4)求職者の離職期間(ブランク)**: 離職期間は、看護能力の劣化の影響を見るためのものである。看護能力の劣化は、就職決定にとって負の効果と予想される。**5)看護能力再開発講習会受講実績**: 看護能力再開発講習会が実際に受講者の能力を高めているならば、就職決定にとって正の効果と期待される。

【研究結果2】

分析結果を要約すると、**1)就学前児童数**: 負の効果を持っていた。やはり、小さな子どもの存在およびその数が、就職を妨げる要因となっている可能性が指摘できる。**2)年齢の効果**: 若い世代ほど就職しにくく、世代が高まると就職の成功率は高くなっている。即戦力としての技能が低いことが就職の妨げになっている可能性もある。**3)学歴の効果**: 負の効果と求められた。専門学校卒とくらべて短大卒、大卒、大学院卒は就職決定率が低く、医療機関が高学歴者を十分活用できていないことを意味している。高学歴化を志向する看護職側と、学歴は高くなくても実践力のある看護職を望む現場とのマッチングの問題が浮き彫りになる。**4)ブランク**: 年毎の分析では正の効果と負の効果が錯綜している。いっぽうで、**5)再開発講習会受講歴実績**: では、それ自体ではあまり明確な効果が確認できないものの、ブランクの長さとの関連でみるときわめて強い正の効果と認められる。これは、再開発講習会が、一定期間のブランクをもつ求職者の再就職にとって有効であることを意味する。しかし、現状では再開発講習会が必ずしも所期の機能を発揮しておらず、看護需給のマッチングにおいては重要な政策課題といえる。

【考察】

以上の結果から、潜在看護職の求職行動が成功するためには、①就学前児童をかかえている看護職の就業環境が早急に整備されること、②大卒、修士卒など、専門性が高いと思われる看護職の再雇用を促進するためには、医療機関内でそのような高学歴の看護職を有効に活用できる人員配置の見直しと、処遇の見直しが必要であること、③再開発講習会をさらに充実させる必要があること、が示唆された。

【参考文献】

- ・ Mortensen, D. T. (1970), 'Job search, the duration of unemployment, and the Phillips curve,' *American Economic Review*, 60:505-517.
- ・ 小原美紀 (2002) 「失業者の再就職行動：失業給付制度との関係」 玄田有史・中田喜文編『リストラと転職のメカニズム』東洋経済新報社、195-210 頁。
- ・ 田中幸子・安川文朗 (2006) 『潜在看護力の活用に向けた政策動向と課題—看護力再開発教育に注目して—』同志社大学 ITEC ワーキングペーパーシリーズ 06-15
- ・ 日本看護協会調査研究報告 (1992) 『看護職員の移動と定着に関する調査研究』117-120 頁。

統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究

医療分野での電子化データ収集事業の現状についての研究

分担研究者：山野辺裕二 国立成育医療センター 医療情報室

研究要旨

医療現場では、公的機関等によるデータ収集事業が増えている。本研究では、これらの事業のデータ収集方法について調査した。データ収集は当初臨床研究分野を中心に始まったが、その後医療全体に広がりを見せつつあり、ヒヤリハット収集や医療事故報告にはじまり、小児稀少疾患登録、がん登録、臨床研修評価登録、脳卒中登録、サリドマイド利用登録など様々な登録事業が立ち上がってきている。

しかし、多くの事業はWebサイトにブラウザを使って登録する仕組みを用いており、研究症例登録等には有効と考えられるが、電子カルテ等、既に業務がシステム化済みのユーザーにとっては入力の手間を強いられることになる。

今後はこのような医療現場に負担を強いられるシステムでなく、ASP等の仕組みを用いて現場の業務改善に寄与しながら登録データの収集もできるようなシステムが求められるのではないかと。メタ登録システム（登録事業の登録）や登録事業のPDCAサイクルの確立が必要である。

【A. 目的】

医療現場分野では、公的機関等による電子媒体を使ったデータ収集事業が増加しつつある。しかし、Webページの利用など、安易な電子媒体でのデータ収集は、電子カルテ等既に業務がシステム化済みのユーザーにとっては入力の手間を強いられることになる。本研究では、これらの事業のデータ収集方法について調査した。

【B. 方法】

文献やWebサイトで公表されている医療分野でのデータ収集事業について、データの収集方法を調査、分類した。

【C. 結果】

インターネットを利用した医学研究のためのデータ収集事業としては、次のようなものがある。

UMIN 医学研究データセンターは2000年頃より運用開始、2005年に10万例を達成している。治験分野でも2003年頃からインターネットを利用した他施設データ管理システムが存在しており、NTTデータ株式会社による"SecureStudy"などがある。いずれもWebブラウザをフロントエンドとして、データ入力を行

うものである。

このように、当初は研究目的のデータ収集事業が多かったが、最近では行政機関その他による、研究以外を目的としたデータ収集事業が増えつつある。

厚生労働省の医療安全対策ネットワーク事業（ヒヤリハット収集事業）は2001年10月から開始された。この事業では、CSVファイル収集方式とWebブラウザ形式の2種類のデータ収集方法を準備していた。前者は事業用の専用ソフトウェアを配布し、事業に参加する医療機関はそのソフトウェアにデータを入力してCSVファイルを出力、厚生労働省に郵送するものであった。後にWebページから直接入力する方法が加わった。

その後も、官民のいろいろな主体による収集事業が続々と開始されている。下記はその一例であるが、すべてWebブラウザからの入力である。

未破裂脳動脈瘤の悉皆調査

（2001～ UMIN 利用）日本成人心臓血管外科手術データベース

（2001～ UMIN 利用）日本外傷データバンク

（2003～ テキサス大）医療事故情報収集事業

(2004～ 日本医療機能評価機構)

今後開始が予定されている事業としては、成育医療分野だけでも稀少先天異常データベース、小児慢性疾患データベース、小児がん登録などがある。専用の入力ソフトウェアを配布する事業もあるが、システムの非互換などに悩まされており、今後は Web 型の入力が主流になる可能性が高い。

さらには、都道府県が主体で平成 19 年度から事業化される予定の Web サイトによる医療機関の情報提供についても、掲載する「一定の情報」について、今後都道府県へ医療機関に対し、データ収集の求めが出てくると予想される。

[D. 考案]

Web 版のヒヤリハット収集事業を例に、電子化収集事業が医療現場に与えた事務負担などの問題点について検討する。

事業開始当時、多くの医療機関ではインシデントレポートを紙運用していたが、パソコンを用いて自施設でのデータの集計や分析、資料作成を行っているのが普通であった。収集事業にデータを送るためには、Web ページに一項目ずつ手入力せねばならず、院内の医療安全管理を担当する職員の事務負担が大きくなった。さらに入力したデータが集計、返却されるのは数ヶ月の後であり、この入力データを直ちに自施設の医療安全の向上に役立てることはできなかった。

その後は、院内で使用するインシデントレポートシステムの中に、本事業で収集する CSV ファイルを出力可能なものが出てきたため、そのシステムを使うことで収集事業のための余分な入力負担は軽減される道ができていく。

ヒヤリハット収集事業では、定期的にデータ集計を行い、結果を公表している。一部は製薬会社等を通じて製品の改善に役立っているものの、その調査結果が、第一線の医療機関に直ちに役立つ提言等にまで生かされてはいないのが現状である。

このように、Web 入力を利用したヒヤリハット収集事業は、医療現場の安全管理担当者に入力負担をかけ、入力したデータは現場の安全向上に生かされず、分析結果による利用者への貢献も不十分であった一例といえる。

今後増加してくる同様の事業が、同様に入力負担をかけるのみで利用者に寄与しないシステムとならないように注視する必要がある。

今後は以上のような問題点に留意して登録

収集事業を企画する必要があるが、参加を募るためのインセンティブが不可欠となる。有志の使命感だけでは維持できないことから、研究費や診療報酬等での誘導、もしくは法規制などによる強制力が考えられる。

以上を従来型のインセンティブとすれば、収集事業に IT が使われることの多い現在では、IT を利用した現場の業務改善への貢献が重要となってくる。

一例として、ML インフルエンザ流行前線情報データベースがある。これは有志によって運営されているが、この事業に参加すると、自院統計の公開機能、マイページ、メールによる情報配信といったサービスが受けられ、実地の医師の日常業務に役立つものとなっている。さらには一部の電子カルテ製品から直接データ入力ができるような仕組みも整えている。このように、データ収集とともに入力側の日常業務を支援する仕組みの構築が望ましい。

この勢いで今後も多数の収集事業が稼働した場合は、複数の事業のそれぞれにデータの多重入力強いられる危惧がある。これを回避する方法として、いくつか手段が考えられる。

まずは国家レベルの EHR インフラが考えられる。すべてのシステムがそれとリンクすることで二重入力を防ぐことができる。しかしこれは国民背番号制への抵抗を考えると、早期の実現は不可能だと考えられる。

次にはこのような収集事業に標準データ形式を定めることが考えられるが、収集内容が多様なため、形式の策定や維持が困難だと予想される。

次善の策として、メタ登録システム（登録収集事業の登録）が考えられる。国レベルで登録収集事業の網羅ができることで、登録収集事業の企画者は自身の事業開始前に、既に同様な事業があるか、既存事業の収集項目は何かといった情報を得ることができるようになり、無用の重複が避けられる。

登録事業の PDCA サイクルの確立も必要である。計画段階や実施中におけるチェックポイントを設定して、自己評価や第三者評価を取り入れることが有効だと考えられる。たとえば計画段階では、どんな指標・データを集めるか、どんな既存の収集事業があるか、集める仕組みと網羅性、義務化の有無、インセンティブの有無、個人情報保護法上の問題点と対応等のチェック項目が考えられる。実

施後検討の段階では、事業の継続は必要か、他との再編の可能性はあるかといった点をチェックする。

以上のように、国レベルで民間も含めた統計調査事業の全容を把握することが有効であろう。

【参考文献】

山野辺裕二，本多正幸，原川明美，二之宮実知子；ヒヤリハット事例の収集はどれだけ役立っているか－院外報告システムの構築と課題－：医療情報学，24(suppl.)：2004
ML インフルエンザ流行前線情報データベース，<http://ml-flu.children.jp/>

【研究成果の発表】

・山野辺裕二；医療分野で増加するWeb登録システムへの危惧；日本インターネット医療協議会第3回定時総会；2006年6月21日，中央区晴海区民館
・山野辺裕二，相澤志優，吉岡明美，中里崇志；無償ビューアソフトを利用するインシデントレポート：第26回医療情報学連合大会，2006年11月1日，札幌コンベンションセンター

統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究

厚生労働統計調査のステークホルダー調査の方法

分担研究者：中村利仁 北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野

研究要旨

厚生労働統計の関係者、とくに調査結果の利用者を特定してその意見を確認するための調査の方法を検討した。統計情報の利用は、その取得と加工に当たる一次的利用者と、分析の結果を意思決定の根拠として用いる二次的利用者に大別することができる。データの提供者と一次的利用者は比較的容易に特定できるが、二次的利用者の特定は困難である。一次的利用者自身についてだけでなく、二次的利用者についても、一次的利用者は個人的コミュニケーションが成立している場合の少なくないことが予測され、二次的利用者の特定については、大半が一次的利用者を対象にした調査で判明することが期待できる。ステークホルダーの特定に当たっては、まずはデータ提供者と一次的利用者を特定し、しかる後に、二次的利用者を特定するという手続きが必要となるであろう。

【A. 目的】

統計情報は、純粹に社会科学研究としての意味合いで利用されることもあるが、それも含めて、最終的には何らかの意思決定を行う、あるいはそれに寄与することを目的として利用されるものである。本研究においては、純粹な学術的一次的利用者をたとえば文献データベースを検索することによって利用者を推測するなどという方法をとらずして、特に実務上に統計情報の利用を必要としている二次的利用者すなわちステークホルダーが誰であるのかを如何にして明らかにしうるものであるかを検討した。

【B. 方法】

第3回班会議（平成18年8月28日）を中心として断続的に検討を行った。

【C. 結果】

問題は、統計調査結果に直接接する一次的利用者は比較的容易に特定可能であると考えられるが、その分析結果を利用する二次的利用者の特定はしばしば困難であるというところにある。統計調査の個票データは、一定の課題解決のために新たにデザインされて収集されるか、あるいは収集済みのデータが課題解決のために分析される。課題の設定を行うのが統計調査の二次的利用者であるとするれば、データの質的評価を行い、課題への回答として判断可能な

形への加工を行うのが一次的利用者の役割である。しかし、データ加工の形そのものがしばしば価値判断を伴うものである以上、両者のコミュニケーションの問題もが発生する。たとえば、しばしば用いられる人口10万人当たりという指標や、市町村別あるいは都道府県別という行政区分の利用は、そのまま地域人口規模が10万人以上であるという暗黙の了解が存在したり、あるいは行政区分が政策実現のために有効であることが前提となったりしがちである。しかし、しばしばそのこと自体が検討の対象となるべき命題である場合が見られる。また、データが経時的にあるいは国際的に比較されていくことが前提となるとき、そこに比較妥当性があるか否かとなると、統計調査そのものの連続性と社会の変化そのものへの対応力という点が、とくに一次的利用者にとって問題となる。データ加工の内容がきちんと要求されているのかどうかによっては、漠然とした方向性しか与えられていない作業は難事となる。さらに近年の個人情報収集の難しさを考えると、利用者だけでなく、データ提供者の存在も考えねばならず、事態はさらに複雑となる。二次的利用者にとっては、一次的利用者から一方的に提供された加工済みデータを解釈するだけでなく、自分が必要とする価値判断が可能となるようなデータが、二次利用者に対してどのように要求すれば取得できるのかが重要であり、ここには

むしろプリンシパル・エージェント間の非対称的コミュニケーションの問題が漂っている。一次的利用者は、新たな問題が発生したときに解決に必要とされるデータが既に収集蓄積されていることはほとんど期待できないだけでなく、分析の手法すら手探りである場合が少なくないことを知っているが、二次的利用者はそうではない。さらに言えば、意思決定は既に為された中でその決断を裏付けるための情報が必要とされている場合の方が、一次的利用者に対する要求は明示的で詳細なものとなりうるものであり、また、一次的利用者にとってもしばしば作業は極めて容易となる。一次的利用者と二次的利用者の間に個人的コミュニケーションが成立していない中で適切なデータの処理と提供が行われることはほとんど期待できないという問題も見逃すべきではない。衆知を集めねばならぬような重要な課題については、学会誌やマスコミなどを通じた、ある程度 multidisciplinary な環境が成立していることがあるかも知れないが、一般的であるとは言えない。以上より、二次的利用者の特定は、ほとんどが一次的利用者を通してある程度可能であると考えられる。

【D. 考察】

問題は個人的コミュニケーションが存在しない、あるいは自覚されない中で二次的利用者の特定である。特に医業経営者や政策決定者

【参考文献】

なし

の中には、一次的利用者に対して、その分析結果の利用を明示しない場合があるであろうことは想像に難くない。この脱落は不可避なものである反面、しばしば起こることでもないことが予想できるため、研究上の限界として意識されている限り、問題とならぬとも考えられる。また、特定の問題とは別に、一次的利用者と二次的利用者間のコミュニケーションを容易にするためのトレーニングが双方に必要とされていることも検討の上で見すごすことはできないと考える。

【E. 結論】

ステークホルダーの分析と特定は、一次的利用者に対する調査によってある程度可能であると考える。

【F. 健康危険情報】

なし

【G. 研究発表】

3. 論文発表 なし
4. 学会発表 なし

【H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）】

4. 特許取得 なし
5. 実用新案登録 なし
6. その他 なし

統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究

地域医療・介護制度運営管理のための公的統計・情報の活用とあり方に関する考察

分担研究者：橋本英樹 東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学寄附講座 客員教授

研究要旨

高齢者医療制度や地域医療計画、医療費適正化計画など、近年の医療制度改革では都道府県に地域の医療介護提供体制の企画運営の主たる責任が置かれるような流れとなっている。そのためには地域の実データに根付いた医療資源利用や疾病ニーズの把握、保険リスク計算などが必要となり、そのためには情報インフラの構築、系統的な医療・介護・疾病罹患統計の収集・分析のノウハウの蓄積が求められる。本研究では患者調査や社会医療診療行為別報告などの既存の情報や、近年入手が可能となりつつある診断群別情報、そしてレセプト電子化などの動きを踏まえて、地域制度経営管理に求められる情報収集・分析のあり方について検討した。現行の社会医療診療行為別報告では、病名の標準化が図れていないこと、紙媒体を仲介していること、標本数が疾病別・地域別・属性別などの分析を行うには少なすぎること、データ公表までに時間がかかりすぎることなどから、地域の制度設計・経営的管理に資するには問題が多い。患者調査はICD10コードを用いているが、特に外来診療例において病名の妥当性・信頼性の問題が残されているとともに、診療行為情報が乏しい。その点、急性期病院を中心に進められている診断群分類別情報は、病名および行為の標準化による比較可能性、資源病名と実施行為の紐付け、電子媒体による処理のスピードなどから、今後電子レセプト化の普及により地域医療計画に資する重要なデータとしても注目される。しかし、被保険者番号による急性期入院外（外来など）データとの突合可能性、亜急性期・療養型治療内容の標準的データの構築が追いついていない、介護保険の電子情報との結合可能性の検討が必要であるなどの克服すべき問題点も多い。今後、病名・行為の標準化をさらに推進するとともに、急性期治療以外の領域において系統的情報蓄積のための、分類・情報基盤整備、およびそれを支える経済的基盤を制度化することなどが求められると考えられた。

【A. 目的】

平成22年度は、診療報酬点数改定と介護保険制度見直しの「ダブル改定」の年にあたるばかりでなく、高齢者医療制度導入、地域医療費適正化計画の中間評価なども控えることとなり、今後大幅な制度設計の変更やそれに伴う役割分担の変更、特に、都道府県レベルでの制度管理の技術的向上が逼迫的な要請としてあがると思われる。今後保険者間でのリスク調整や、特定健診制度との連結による疾病管理の推進などもこれに加わることが予想され、ますます地域における医療・介護・疾病罹患・健診健康管理の統合的情報管理・分析が求められるようになるであろう。一方、現時点では保険制度の縦割り、電子情報化の遅れ、市町村保険者と都道府県レベルの連絡体制の不備、そして標準化情報の欠如などが問題となり、22年まであと

3年となった現在、解決されるべき問題は山積している。こうした問題意識に基づき本研究では、医療・介護・社会保障制度の改革に伴う要請に耐えるだけの情報を収集し、分析していくために既存の情報源の問題点や、新規の動き、特に電子レセプト化と診断群分類など標準情報ツールの導入などの動きを踏まえて、求められる要件や解決すべき問題点の整理などを行い、今後の研究課題の抽出を進める助けとすることを目標とした。

【B. 方法】

報告者がこれまでの先行研究として行ってきた検討・分析結果などをも踏まえつつ、まず既存情報源として、公的厚生統計（患者調査・社会医療診療行為別報告）に着目し、それを都道府県の制度設計・管理者の視点から

見た場合に、どのような要件が不足しているか、分析の問題となるかを整理した。次に近年急性期病院などで導入が進んでいる日本版診断群分類制度（Diagnosis Procedure Complex, 以下DPC）や標準病名コードなどの情報標準化の動きが、どのようなポテンシャルを持っているか、また現時点で問題を抱えているかについて検討を加えた。また電子レセプト化の流れを踏まえ、その可能性と、現状での問題点・限界点などについても考察を加えることとした。

【C. 結果】

1. 既存公的統計の特徴と問題点

医療資源の利用実態と疾病罹患・ニーズの把握は、医療資源の必要量の算定や効率的配置、それに伴う財政的基盤の設計などのために基本的な情報として求められる。既存統計情報のうち、現時点では患者調査と社会医療診療行為別報告がもっとも大規模かつ系統的に収集されたデータであるといつてさしつかえないだろう。しかし、社会医療診療行為別報告は、毎年収集はされるものの、5月実績のみで通年データが得られず、また年間25万件程度と標本数も患者調査の120万件などと比較して小規模になっているため、地域別・疾患別・治療行為別・患者特性別などのサブ解析を行うことが困難となっている。また最大の問題点としてレセプト記載病名に依拠しているため、病名情報の信頼性・妥当性にも問題があることが指摘されている。ことに治療行為に該当する主たる資源利用病名の選択は確保されておらず、いわゆる「保険病名」による汚染の問題により、並存症などの有無の判定や重症化リスク予測なども困難となっている。さらに病名が疾病分類中分類までの情報しか有しておらず、ICD10などの標準的コードとの連結も確保されていない。この点、患者調査については、病名がICD10コードに転換されていること、サブ解析に耐えるだけの標本数が確保されていることなどは有利であるが、以前診療行為と病名の対応の問題、そして3年に一度でデータ公開までに時間がかかりすぎていることなどが、制度設計・管理のためのデータとして用いる上ではネックとなっている。

2. DPCならびにレセプト

平成15年より特定機能病院他83病院で導入されたDPCによる管理システムは、平成18年度には調査病院も含め760病院余

りに広がり、32万床を越える急性期病床の情報を標準的コードと統一規格による電子情報として収集できる体制を整えている。先の患者調査や社会医療診療行為別報告データの弱点であった、病名・治療行為コードの標準化、電子化・収集集計までのスピードアップを克服するとともに、E/Fファイルによる、詳細な治療過程情報をリンクさせていることから、病院マネジメントや支払い制度のあり方の研究・分析にとどまらず、地域医療計画においても有益な情報を提供しうることが示されている。伏見（2005）などは、DPC情報と患者調査・医療施設調査などを組み合わせることで、地域の疾病ニーズや病院施設の地域における機能などの可視化に成功している。しかし、DPC参加病院は地域により偏りが大きく、参加病院の規模・機能・経営主体などについても、参加規程が特に定められていないことから、比較対象として地域行政・制度管理者の側から有意義な施設母集団を把握できていない。またすでにアップコーディングなどデータ信頼性についても、支払い制度による経済的インセンティブの不備などが原因となり問題視する声が上がっている。電子レセプト化については、紙媒体からの電子情報化を背景にしたシステムが当初検討されていたものの、その導入には以前として技術的・運用上の問題が見られている。DPCレセプトについては、これまでの調査データの延長上で電子化は技術的には既に克服されているものの、通年化に伴うフォーマットの変更、外来データとの整合性の問題、そして一件包括化を見通した場合のエピソード定義の変更など、未解決の問題を残している。さらに被保険者番号による急性期入院外（外来など）データとの突合可能性、亜急性期・療養型治療内容の標準的データの構築が追いついていない、介護保険の電子情報との結合可能性の検討なども、克服すべき問題点として挙げられる。

【D. 考察】および【E. 結論】

以上、既存の公的統計、DPC・電子レセプト化による新規可能性のある情報源などについて、現状と可能性・問題点を掲げた。いずれも都道府県レベルでの医療・介護・社会保障の制度設計・管理運営に資するデータ

提供するものの、長所短所があり、それらを統合し、活用できるようにするためには、まず制度設計における情報収集の責任母体やデータインフラの共通化・統一化を視野にいたした制度設計（支払い方式による経済的インセンティブの設計や、評価方式の明示化）などがまず求め

られると思われる。今後、病名・行為の標準化をさらに推進するとともに、急性期治療以外の領域において系統的情報蓄積のための、分類・情報基盤整備、およびそれを支える経済的基盤を制度化することなどが求められると考えられた

【参考文献】

- ・西田在賢ほか 新時代に生きる医療保険制度 薬事日報社 2004
- ・第1回医療費の将来見通しに関する検討会 議事録 平成18年12月20日
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/txt/s1227-1.txt>
- ・松田晋哉 編集 DPCと病院マネジメント じほう 2005
- ・伏見清秀編著, DPCデータ活用ブック. (2006)、じほう.

【研究成果の発表】

未発表

統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究

保健・医療分野の社会的指標と統計情報に関する検討

研究協力者 野村眞弓 千葉大学医学部附属病院地域医療連携部 特任研究員

研究要旨

本研究では社会科学の視点から、我が国における保健・医療分野の統計調査のあり方について、医療分野のIT化を踏まえた改善点に関する研究の方向性について検討した。

はじめに社会的指標と政策形成について、高齢社会がかかえる諸問題を明らかにする指標と、その指標を構成する統計情報について検討した。次に国内外の医療統計の動向を概観し、医療分野のIT化と統計調査の手法や解析について比較し、わが国の医療統計の改善に関して検討した。

重要な政策課題に位置付けられている社会保障制度あるいは社会の持続可能性には、人々の健康状態や行動が影響を与えている。マクロレベルでは、人口構造や健康水準、ミクロレベルでは日常の行動、主観的健康感、制度への信頼感などが主な指標である。しかし、現行の日本の統計調査は、それぞれの根拠法に基づき特定の目的に応じた調査となっており、調査統計の方法も当時の社会情勢を反映した内容となっている。そのため、複数の統計調査を多角的・多面的に解析して、政策形成に応用するというような利用法には十分対応しているとは言い難い。

わが国の統計調査方法・調査項目・分析手法の改善すべき点あるいは諸国と比較するための精度統一については、先進諸国における医療統計の現状とこれからの改善計画について比較検討する必要がある。たとえば、ヨーロッパ地域では欧州委員会の統計部局としてEurostatが設立され、統計に関する各国の協調を図るEuropean Statistics System (ESS)が構築されてきた。ESSでは各国の統計部局を中心に、加盟国間の統計情報をEUの情報要求に合わせるための分類法や統計手法、その解析方法の調整や開発を行い、加盟各国はESSの活動に参加することで、自国の統計精度や手法をEUレベルに合わせる事ができ、国内と域内の統計結果の比較が容易になっている。わが国の保健・医療分野の統計の改善を図るためには、このようなEurostatをベンチマークとして、各国の現状調査と改善計画についての方策を検討するような調査研究が有用であろう。

【A. 目的】

保健・医療統計は医療政策のみならず社会保障政策の立案・評価において、基本的なツールのひとつであると同時に、臨床の現場で何が起きているかを認識する手段でもある。マクロとミクロの政策分析には、目的に応じて様々な指標を組み合わせて用いられる。それらの指標を作成するために、統計情報システムはデータの連続性の確保と、社会の変化を迅速に捉えるという、時には相反する要請に答えていかなければならない。

わが国の保健・医療統計は、マクロな政策面では“高齢社会”という、従来の人口と経済が持続的に成長・拡大するという成長型モデルとは異なる社会モデルへの移行、ミクロ面では医

療分野のIT化という変化に直面している。

保健・医療分野の統計は、統計調査の手法や解析の技法、さらに情報通信技術 (ICT) の利用など、膨大な統計情報の中で、真に必要なデータを的確に利・活用するために、望ましい統計情報のあり方の探求が続けられている。

本研究では社会科学の視点から、我が国における保健・医療分野の統計調査のあり方について、医療分野のIT化を踏まえた改善点に関する研究の方向性について検討した。

【B. 方法】

はじめに、社会的指標と政策形成について個人の生活の質に注目するQuality of Life approachと、社会の質に注目するSocial

Quality approachを取り上げ、高齢社会がかかえる諸問題を明らかにする指標と、その指標を構成する統計情報について検討した。

次に、国内外の医療統計の動向を概観し、医療分野のIT化と統計調査の手法や解析について比較し、わが国の医療統計の改善に関して検討した。

【C. 結果】 および 【D. 考察】

1. 社会的指標と政策形成

政策形成で必要とする社会的指標とは、①政策課題の対象となる社会的事象の認識、②各事象間の関係を分析し、対応する政策策定に反映、③各政策の重要性・緊急性の重み付け、④政策目標の到達度の評価などの機能が求められている。

社会的指標と政策形成に関する方法論としては、社会的諸要因の数量的な変化に着目する Quality of Life アプローチと、それらの諸要因の質的な変化に着目する Social Quality アプローチなどがある (Beck et al: 2001)。

重要な政策課題に位置付けられている社会保障制度あるいは社会の持続可能性には、人々の健康状態や行動が影響を与えている。マクロレベルでは、人口構造や健康水準、ミクロレベルでは日常の行動、主観的健康感、制度への信頼感などが主な指標である。そして、それらの指標の相互の関係を表わす指標としては、所得、職業、教育、社会参加などがある (Asthana, Halliday: 2006)。

近年、注目されるようになった社会的な健康の格差に関連しては、社会的環境要因と個人の状況として、以下のような指標が用いられる。

社会的環境要因：所得、資産、教育、職業、保険加入状況、居住、社会参加
個人の状況：年齢、性別、罹患状況、抑うつ状態、喫煙・飲酒行動、主観的な健康感、受診行動、生活信条

2. 日本の保健・医療調査統計の問題点

日本の統計は長い歴史を持ち、整備されている。しかし、現行の統計はそれぞれの根拠法に基づき特定の目的に応じた調査となっており、調査統計の方法も当時の社会情勢を反映した内容となっている。そのため、複数の統計調査を多角的・多面的に解析して、政策形成に応用するというような利用法には十分対応しているとは言い難い。

たとえば、保健・医療分野の調査統計では所得、職業、教育などの社会階層項目を盛り込んでおらず、1955年から10年ごとに行われている日本の代表的な社会調査である「社会階層と

社会移動 (SSM) 全国調査」では健康関連の質問を含んでいないという問題点がある (早坂: 2001)。

また、人々の国際的な移動の増加に伴い、疾病状況や社会的な変化に関する調査統計の国際的な協調が必要になっている。そのためには、①調査項目の国際的な整合性、②サンプリング数などの調査の設計の見直し、③調査の目的と手法の検討、④データの電子化とその利用法の検討など、取り組まなければならない課題は多い。

とくに社会的な ICT の普及に伴い、インターネットアンケートの利点と限界、質問紙方式との比較、観察調査と自記式調査の棲み分けなどの調査手法の検討は、統計調査の効率化という点からも早急に取り組むべきであろう。

3. 各国の医療統計の実情との比較

わが国の統計調査方法・調査項目・分析手法の改善すべき点あるいは諸国と比較するための精度統一については、先進諸国における医療統計の現状とこれからの改善計画について比較検討する必要がある。

たとえば、ヨーロッパ地域では、欧州共同体 (EU) の前身である欧州石炭鉄鋼共同体の時代の 1953 年に、欧州委員会内に統計部門が設立され、1959 年に欧州委員会の統計部局として Eurostat が設立された。現在では、統計に関する各国の協調を図る European Statistics System (ESS) が構築されてきた。ESS では各国の統計部局を中心に、加盟国間の統計情報を EU の情報要求に合わせるための分類法や統計手法、その解析方法の調整や開発を行っている。加盟各国は ESS の活動に参加することで、自国の統計精度や手法を EU レベルに合わせることで、国内と域内の統計結果の比較が容易になっている。

わが国にとって、これらのデータと比較検討できることは非常に有用と思われる。しかし各国の医療事情は様々であり、調査方法やデータの刷り合わせなど国内での努力が払われていると推察される。わが国の保健・医療分野の統計の改善を図るためには、Eurostat をベンチマークとして、各国の現状調査と改善計画についての方策を検討するような調査研究が有用であろう。

【健康被害情報】

現在のところ報告すべき情報はない。

【参考文献】

- Beck W, van der Maesen JG, Thomese F, Walker A (2001) “Social quality: A vision for Europe”, Kluwer Law International.
- 早坂裕子 (2001) 「健康・病気の社会的格差」山崎喜比古編『健康と医療の社会学』東京大学出版会
- OECD (2006) 『医療の質国際指標—OECD 医療の質国際指標プロジェクト報告書』明石書店
- Asthana S, Halliday J(2006) “ What works in tackling health inequalities? Pathways, policies and practice through the lifecourse” Policy Press.
- 広井良典 (2006) 『持続可能な福祉社会—「もうひとつの日本」の構想』筑摩書房 (ちくま新書)
- European Commission (2007)Eurostat-Your key to European statistics.
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1153,47169267,1153_47183518&_dad=portal&_schema=PORTAL

平成18年度厚生労働科学研究費補助金（統計情報総合研究事業）
分担研究者報告書

統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究

地域医療・福祉計画の視点からみた、厚生統計の課題

主任研究者：宇田淳 広島国際大学医療福祉学部医療経営学科

研究要旨

既往の地域医療福祉施設計画の研究では、地理情報システムを活用した①地域概要と②施設の現状調査、入院患者調査、国保レセプトの解析による③受療動向の検討、④国保病院の現状把握、入院患者調査と入所者調査による⑤施設の適正規模の把握を試みられている。結果、高齢化や居住の点在から家庭介護の困難が予測される地域での支援と、施設数は充足するもののアクセスに課題があるがゆえの医療連携と施設選択肢の充実の必要性、救急医療の課題等を明らかにしている。これら総合的な分析から、地域の包括医療提供体制整備、医療施設の再構築や地域ケアを目的とする地域包括支援センターの設置などの方向性を提示している。いずれの研究も、多角的で客観的な調査・分析による、地域包括システムの構築と、施設計画、マネジメントの重要性が示唆されている。その根拠には、厚生統計のみならず、レセプトの解析に依拠することが、大きいといえる。同時に、厚生統計の行政単位（医療圏、市区町村）の指標が、時代の要請とのギャップがあることも指摘している。

【A. 目的】

地域医療福祉施設計画の視点から既存医療施設や在宅医療に与える影響を分析し、地域の適切な医療計画の立案やこれに基づく医療施設、福祉施設の新設、改廃に際しての統計的課題を整理する。

【B. 方法】

第2回班会議（平成18年8月28日）を中心として断続的に検討を行った。

【C. 結果】

医評価分析事業システム開発以来（共同研究：長谷川敏彦、寛敦夫）、地理情報システムを用いて地域情報を活用した研究に携わり、ビジュアルシミュレーション機能での成果は認められた。

一方、情報収集と公開手続き（管理、倫理を含む）、データ管理規定・規約、施設情報の取り扱い、情報リテラシーの確立と情報処理技術の再検討などの必要性が認められた。

同システムを活用し、災害予測に基づく受療行動シミュレーション（共同研究：山下哲朗）、医療施設の改廃に伴う地域への影響に関する研究（共同研究：河口豊）、地震災害に対応した医療施設の配置計画に関する研究（共同研

究：小林健一）などを試みてきた。いずれの研究も、指定統計個票とアンケート調査等の研究資料とリレーションが構築できていない。従って、現状の再現モデルであり、単体施設の影響をシミュレートする一般解を得るに至らず、事例研究で終わっている。

保育所と幼稚園の設置評価に関する研究では、i-子育てネットのデータを利用したが、データ更新が行われていない施設が多く、機能していない。

地理情報システムを用いた保健、医療、福祉供給体制シミュレーションと施設配置の評価研究では、施設自体が行政境界上に位置するものも多く、情報の扱い方によって、結果が異なることが判明している。また、平成の大合併は、行政区を拡大し、中山間地域など過疎地の現状を詳細に把握しにくい。一方、交通網などのデータが整備され、アクセシビリティなどの指標が活用しやすくなるなど、新たな指標構築が可能といえた。

経営分析指標に関する研究（共同研究：谷田一久）では、「平均在院日数」、「病床利用率」、「病床回転率」など意味合いとして同一であり、体系的、合目的指標整理および、情報技術の発展からも、情報を単に公開するのではなく、エンドユーザーが簡易に加工できる

情報公開の仕組みを、再構築する必要性を指摘した。

【D. 考察】

医療施設計画では、医療計画上の機能的および地理的な位置づけなども含めて考える必要がある。そこで基本的には現在の医療計画上における各病院の役割を把握しながら進める必要がある。そのためには患者の受療動向を調べる必要がある。患者の受療行動については医療計画の見直しに合わせて、膨大な調査を行われる。既存資料を利用した簡易的な方法で受療行動を把握しようとするならば、レセプト（国民健康保険）の毎年5月分で解析できる。それは保険者が患者の受療行動を分析し、よりよい保険サービスを住民に提供するためとして、各種の項目を整えて保管されている。

【E. 結論】

各種統計などから得られる多くの地域特性について、各情報を地図上に表現して整理・検討することはこれまで困難であったが、近年のコンピュータ技術を用いた地理情報システム（GIS）を用いることにより、さまざまなシ

【参考文献】

・地域包括ケアシステムの構築に関する事例研究
—広島県安芸太田町における地域施設計画の試み—、日本介護経営、介護経営 第1巻 第1号、2007;1(1):1-6、2007年3月

ミュレーションの実行が可能になってきている。

受療行動から医療施設配置の簡易な評価手法を開発・検討することにより、疾患毎の広域医療協力体制の計画策定に資することが期待される。同時に、医療計画等の基礎資料として、かつ、地域医療機能評価としても期待できる。

一方、レセプト電算化により、多くの新たな情報が期待されるものの、個人情報との誤解がある。

平成の大合併以降、行政区分における指標は、各自治体間の格差をのみならず、自治体圏域内の格差を提示しない。従って、新たな指標の確立が必要ではないか。

【F. 健康危険情報】

なし

【G. 研究発表】

5. 論文発表 なし
6. 学会発表 なし

[研究論文]

地域包括ケアシステムの構築に関する事例研究
—広島県安芸太田町における地域施設計画の試み—

著者：宇田 淳（広島国際大学医療福祉学部）

共著者：北野幸子（福岡教育大学家政教育講座） 河口 豊（広島国際大学医療福祉学部）

抄録

本研究は、広島県安芸太田町における、地域包括ケアシステムの検討に関わる調査の報告と地域計画立案に関わる試みを紹介するものである。本論では地理情報システムを活用した①地域概要と②施設の現状調査、入院患者調査、国保レセプトの解析による③受療動向の検討、④国保病院の現状把握、入院患者調査と入所者調査による⑤施設の適正規模の把握を試みた。結果、高齢化や居住の点在から家庭介護の困難が予測される地域での支援と、施設数は充足するもののアクセスに課題があるがゆえの医療連携と施設選択肢の充実の必要性、救急医療の課題等が明らかになった。これら総合的な分析から、本地域での包括医療提供体制としての医療施設の再構築と地域ケアを目的とする地域包括支援センターの設置が実現した。本論より、多角的で客観的な調査・分析による、ケアシステムの構築と、施設計画、マネジメントの重要性が示唆された。

キーワード：過疎、地域計画、地域包括支援センター、病院、介護、

はじめに

来るべき高齢化社会に対応するために創設された介護保険は、諸問題を解決すべく、この度改訂される。現行の介護予防・地域支え合い事業は見直され、新老人保健事業とともに、両者を「地域支援事業」として再編され、要支援あるいは要介護と認定される前の高齢者へのサービスメニューとなる。新・予防給付と同じく、新たに創設される「地域包括支援センター」がそのマネジメントを行なうこととなる。今回の改訂では、現行の在宅介護支援センター機能をさらにパワーアップした「地域包括支援センター」が、大きな特徴である。つまり、生活圏域でのサービス完結を目指す今回の制度見直しの要と位置づけられている。

平成16年10月1日に3町村の合併により誕生した広島県安芸太田町では、合併協議会での検討を受け、新町建設計画の期間である10年間後を見据えて、加計病院、戸河内病院の再編・ネットワーク化に向け取り組んでいる。その中核施設として、統括センター「あんしん」を位置づけ、地域

支援体制のサービスマネジメントに取り組んでいる。当該施設は、平成18年4月から地域包括支援センターとなる。

本研究は、同町の合併後の保健・医療・福祉を包括したケアシステムを検討し、地域計画調査を実施し、将来の方向性を提案した経緯について報告するものである。本研究は、同町の実践の試みの全容を紹介することにより、今後各地で進められる「地域包括支援センター」の立案、設置、運営に寄与することを目的とする。

本論ではまず、地域施設計画のために実施した、以下の調査の結果を報告する（1. 地域概要：地勢と人口、2. 施設の現状、3. 受療動向、4. 国保病院の現状、5. 適正規模（施設））。論者等は地理情報システムを活用した地域施設の計画や施設の最適配置評価についてのツールを開発し、研究を試みてきた¹⁾。1. 2. については、このツールを活用し評価を試みた。3. については、入院患者調査²⁾を実施し、4. については国保レセプト²⁾を解析した、5. については、先の入院患

者調査に加え、入所者調査²⁾も実施した。

次に、これらの調査結果をふまえて同町に提案した、6. 包括ケアの方向性と地域施設計画についてまとめる。最後に、「おわりに」では、本事例研究により得られた知見をもとに、今後の包括ケアの立案、設置、運営への提言を試みたい。

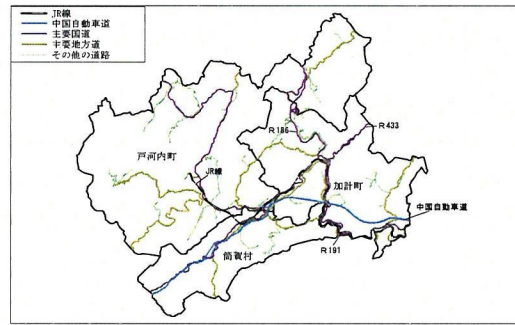
1. 地域概要：地勢と人口

図表1は、地域のアクセスビリティを表したものである。中山間地域であり、中国山地に抱かれた谷間の小集落から形成されており、総面積に対する可住地面積比率が11.1%とすくないという特徴がある。公共交通の利便性は貧弱であり、広島

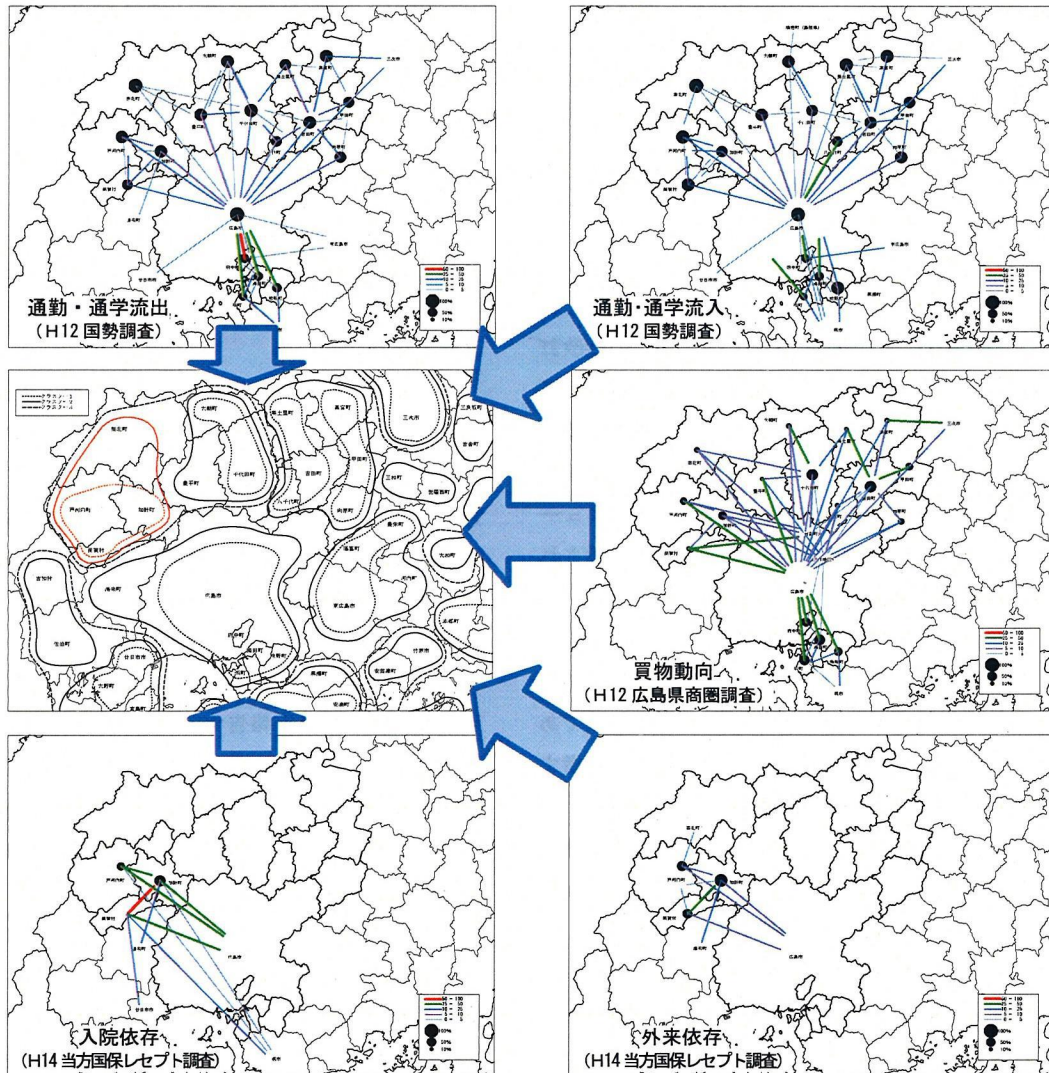
市内と新町の拠点集落を結ぶ期間バス路線は整備される一方 JR 可部線は廃止

された。過疎集落を結ぶ生活公共交通の確保がなされていないという問題点がある。

図表1 交通網



図表2 生活圏

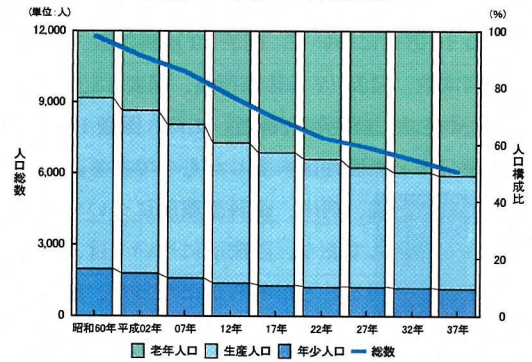


図表2は、この地域の生活圏を表したものである。通勤・通学流出および流入については平成12年国勢調査、買い物動向については平成12年広島県商圏調査、入院・外来依存については、平成12～14年国保レセプト調査のデータをもとに作成した。高速道路などを利用し、広島市中心部まで1時間強であり、生活圏の広域化が進んでいる。加計町を中心に戸河内町、筒賀村に一次生活圏が形成されており、次いで、芸北町を含む二次生活圏の形成がみられる。

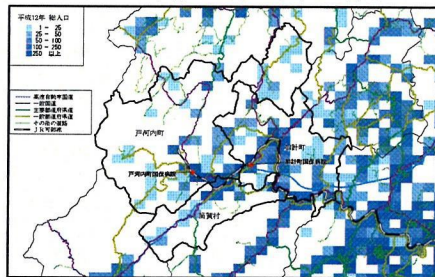
対象地域の人口は平成12年国勢調査によると9,181人、高齢化率39.3%である。図表3はコーホート法を用いて年齢別人口の将来推計を表したものである。平成22年約7,000人、高齢化率約45%、平成32年には、約6,000人、高齢化率50%と予測され、大都市近郊でありながら、過疎化が進み、高齢化の速度は、深刻な状況にある。しかも、高

齢者世帯のうち、高齢者単独世帯、高齢者夫婦のみが50%を超える。1世帯当たりの人員も少なく、家庭の介護力の低下が懸念される。さらには、図4～9にあるように、人口分布は主要道沿いに人口密度が高い。地形の影響を受け、谷筋に形成される集落が点在する。

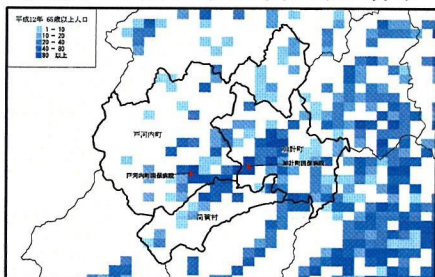
図表3 人口の将来推計



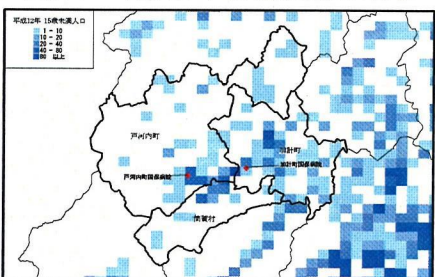
図表4 平成12年 総人口分布



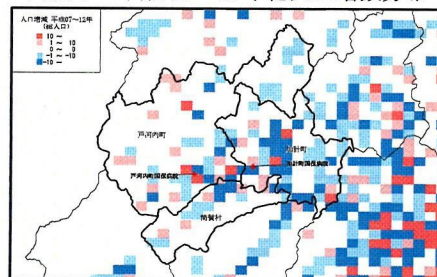
図表6 平成12年 65歳以上人口分布



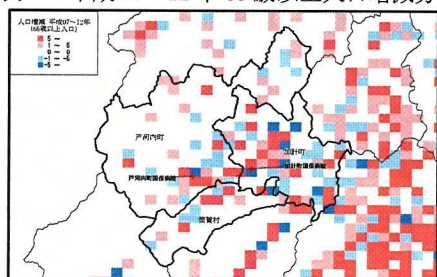
図表8 平成12年 15歳未満人口分布



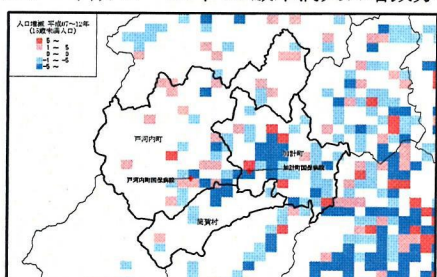
図表5 平成07～12年総人口増減分布



図表7 平成07～12年 65歳以上人口増減分布



図表9 平成07～12年 15歳未満人口増減分布



以上の人口にかかわる調査より、課題として、高齢化率の上昇や居住の点在から、家庭介護の困難が予測され、地域での支えが必要であることが明らかになった。

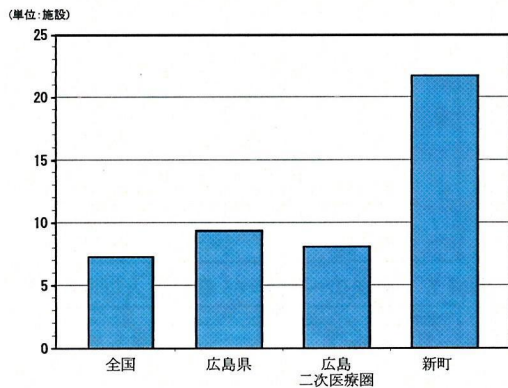
2. 施設の現状

調査対象地域の医療施設について対象地域と、全国、広島県、広島二次医療圏とを比較検討した。人口10万対について、図表10は病院数、図表11は病床数、図表12は診療所数、図表13は歯科診療所数を表したものである。また、図表14は医療施設分布と無医地区を表したものである。対象地域では、病院、病床、歯科診療所については、いずれも充足しており、診療所については、全国平均を若干下回ることが明らかになった。医療施設は、2病院、5診療所、訪問看護ステーション等

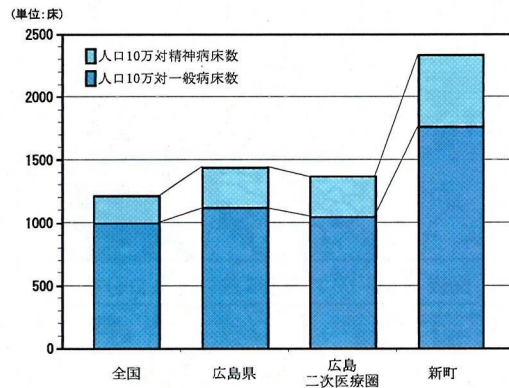
が人口集中地区を中心に分布しており充足していると評価できる。一方、無医地区が4地区ある。つまり、医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に人口50人以上（平成12年国勢調査による）が居住している地域が、戸河内町3地区、筒賀村に1地区ある。これについては、4km区域外人口は、総人口の1割強であり、雪深き冬期の医療について、配慮する必要があることが示唆された。加えて、住民の高齢化とともに、開業医の高齢化が進んでいるという問題が明らかになった。

以上の医療施設の現状調査から、課題として、医療連携の必要性が示唆された。また、医療機関と福祉施設の連携によるサービスの提供等一体的な社会環境づくりに向けての取り組みが必要であることが明らかになった。

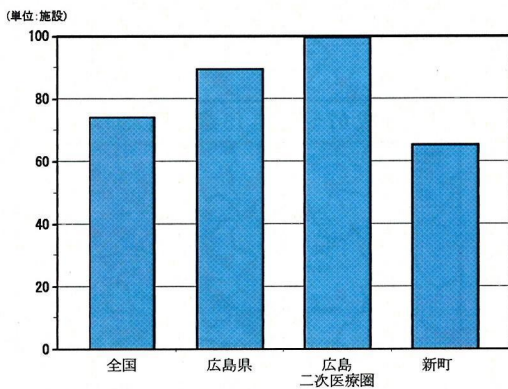
図表10 人口10万対病院数



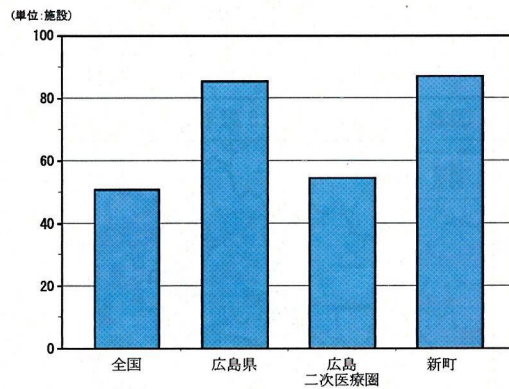
図表11 人口10万対病床数



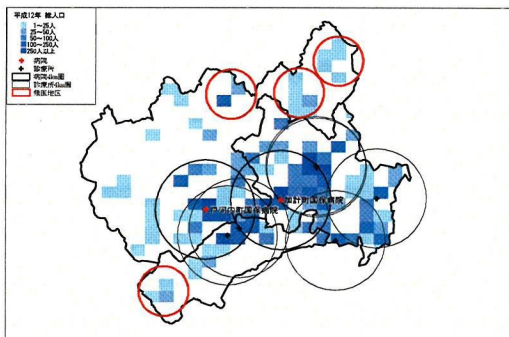
図表12 人口10万対診療所数



図表13 人口10万対歯科診療所数



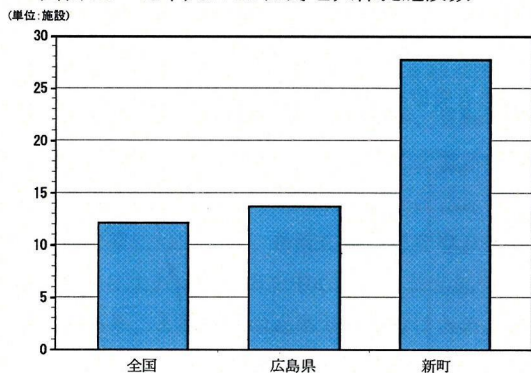
図表 14 医療施設分布と無医地区



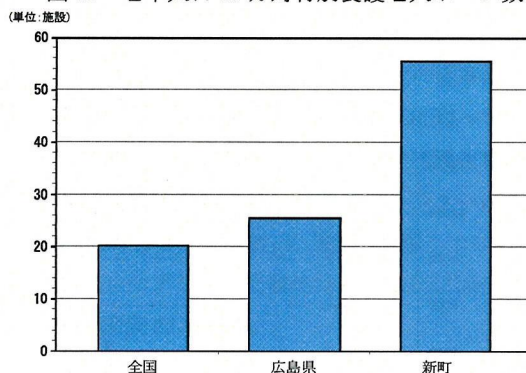
図表 15 介護施設分布



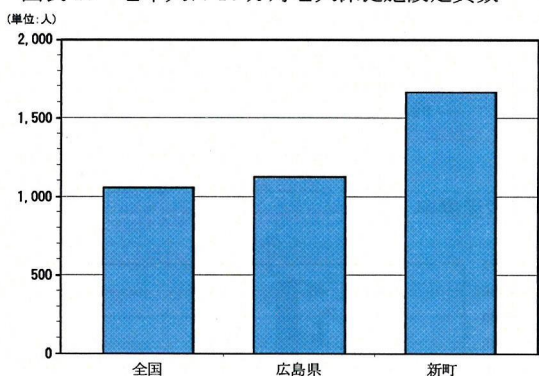
図表 16 老年人口 10 万対老人保健施設数



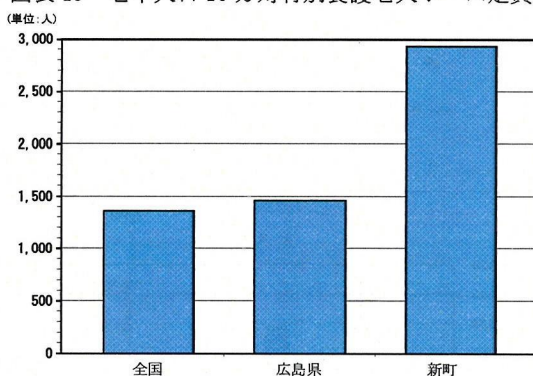
図表 17 老年人口 10 万対特別養護老人ホーム数



図表 18 老年人口 10 万対老人保健施設定員数



図表 19 老年人口 10 万対特別養護老人ホーム定員数



福祉施設についてみると、図表 15 が介護施設(老人保健施設、特別養護老人施設)分布、全国、広島県と調査対象地域の、老人人口 10 万対施設数および定員数を調べたものが、図表 16-19 である。結果、介護施設は老人保健施設が 1、特別養護老人ホームが 2 と、数的には充足していることが明らかになった。

これらの調査から、今後の課題としては、選択肢不足の問題があり、住民個々人のライフス

テジに相応する施設が望まれること、利用者のニーズにあった多様で質の高い福祉サービスの提供が望まれることが、明らかになった。つまり、グループホームやケアハウスなど、高齢者がそれぞれの価値観や生活スタイルに合わせて、地域の中で暮らし続けることのできる多様な住まい方が望まれると考える。住まいの重視とともに、誰もが地域で安心して暮らすことができるよう、相談や支援の機能の充実が課題としてあげられる。

3. 受療動向

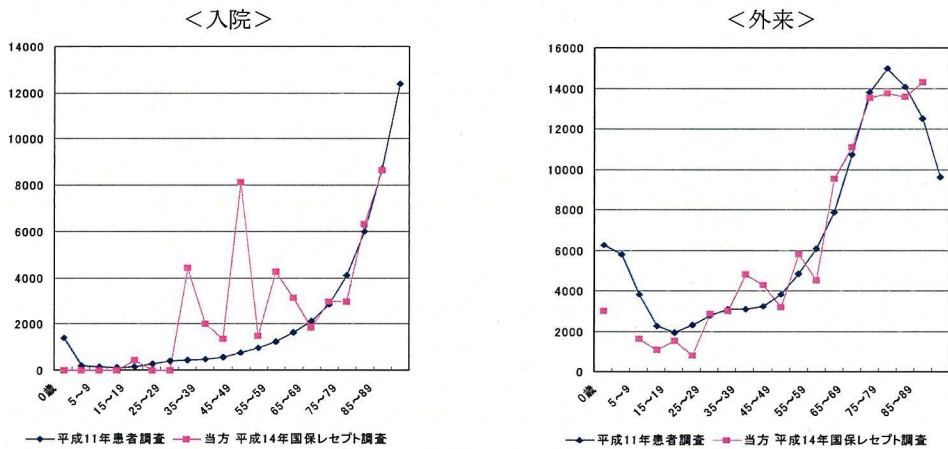
受療動向について、平成12~14年(5月分)の国保レセプト調査を解析した(図表20-21)。これを平成11年患者調査と比較検討した。

全国の受療率(人口10万対)は、入院1,170、外来5,396である。当該地区の国保レセプト(人口1,000人対)によれば、入院35.6、外来104.4である。加齢とともに、受療率は高くなる。なお、他の中山間地域等と比較すると、国保加入率の関係で母数が少ない乳幼児、壮年期に相違がみられるが誤差範囲内である。疾病分類別にみると、外来では、消化器、循環器、整形、神経系が多く、

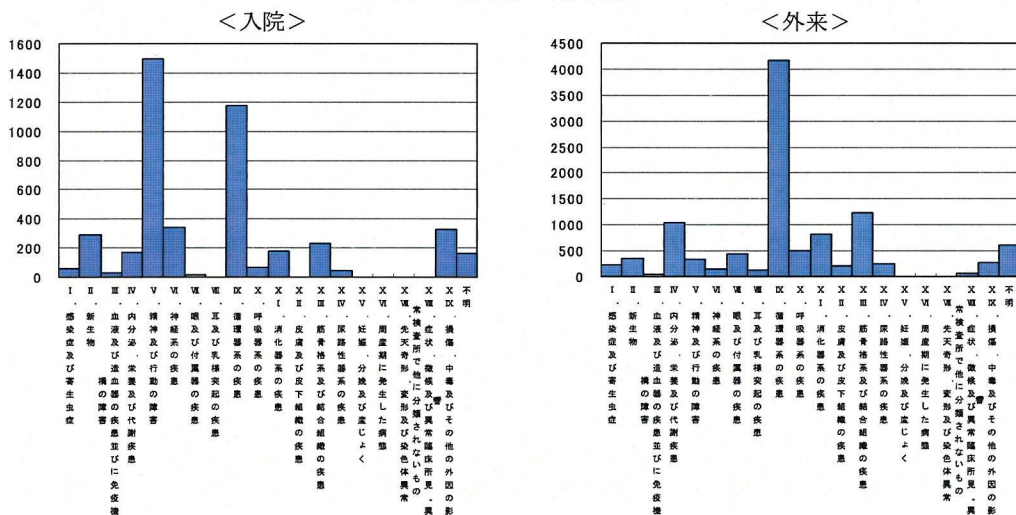
入院では、循環器、精神、整形、神経系疾患が多い。これらより、受療率、疾病構造は患者調査(厚生労働省)と同様な動きであることが分かった。

地域内充足率は、入院約60%(精神を除くと約75%)、外来約80%である。年齢別にみると、入院、外来とも、加齢とともに、地域内充足率が高くなる。疾病別の地域内充足率は、産褥の合併症、精神疾患を除き、ほぼ地域内で60%前後の充足率を示している。1日当たり診療点数の高い疾患の多くは、安佐市民病院を中心に、広島市に所在する病院へ患者が流出していることが明らかになった。

図表20 年齢階層別患者受療率



図表21 疾病別患者受療率



我々が入院患者についての調査を実施したところ、近隣の広島市、芸北町からの患者が全体の約15%、約10%を占めることが明らかになった。特に広島市からの入院患者は、精神疾患による者が9割を占めた。また、加計病院は、老人性痴呆病棟で診療圏外患者が多く、精神科病棟の診療圏の広さが認められる。他病院からの転院が第1回調査約30%、第2回調査約25%である。以上より、病病連携の成果が伺える。

外来患者については、地区内からの患者を中心に、戸河内病院では芸北町からの10%程度の通院が認められる。来院患者の多くが診療のみで、診療所機能と同等な受療行動といえる。来院手段は、自家用車、送迎バス、路線バス、徒歩、自転車などでの来院患者も多く、安心できるアクセスの確保の重要性が明らかになった。

救急医療については、病院の救急患者取り扱い状況報告によれば、急病を中心に、1日当たり10件程度あり、1次救急の必要が十二分にある。また、病院の救急患者取り扱い状況報告、入院患者調査（当方調べ）によれば、冬期の救急入院が約20%を占めた。これは、スキー外傷の収容が多い

ことによる。観光資源の管理運営上、スキー外傷の対応は、政策的にも必要であり、脳外科の緊急手術など一部2.5次的な救急医療の提供もみられた。

以上の調査より、連携の成果がみられること、しかし、さらなるアクセスの確保の必要性が示唆された。

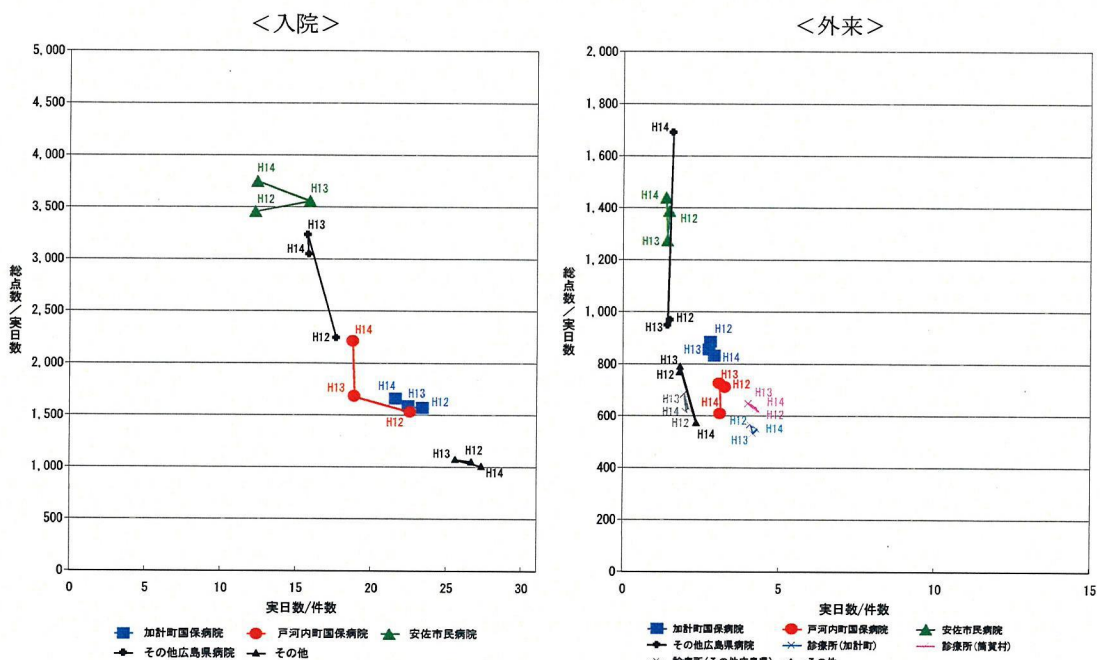
4. 国保病院の現状

二つの国保病院は、ともに、地域における中核的医療機関の役割を担い、老人医療の充実（なかでも加計病院の重度痴呆患者入院治療病棟の充実）、更に在宅医療の推進など、時代の変革にタイムリーな医療提供体制を整備し今日に到っているといえる。特に保健・医療・福祉の連携を目的とした保健福祉総合施設、健康管理センターの併設は、「地域包括医療体制」の基盤を整備しつつある。

国保レセプトから受療動向を単価別に図化したものが図表22である。

入院単価をみると、近年、両院とも約22,000円（精神を除く）と健闘している。特に、戸河内病院は、同規模病院の平均より、2,000円高い。

図表22 国保レセプトにみる受療動向（平成12～14年）



外来単価にみると、加計病院は、同規模病院と比較し高く健闘している。一方、戸河内病院は、疾患別収益をみても総じて低い水準にある。診療単価の低い患者数が多いので、全体の診療単価は上がらないであろうが、診療科別にみて平均的な単価にまで引き上げることが望まれる。入院、外来ともに高機能医療は、安佐市民病院を中心とする広島市内の高機能病院に依存し、各疾患とも、機能分化が進んでいる。

公営企業年鑑によると、病床利用率については、加計病院約90%（精神98%前後、一般86%前後）と、平均的である。戸河内病院は65%前後と低迷していたが、平成14年は、単年度ではあるが70%後半と、経営改善の兆しが伺える。しかしながら、まだ低く、赤字の要因の一つである。医業収支比率については、近年、加計病院は医業収支比率100%を超え、医業的安定傾向を示している。特に、総病床数のうち精神病床保有率50%の病院では、唯一、100%を超える。一方、戸河内病院の80%前半は、低目安定で、極めて厳しい状況といえ、経営改善が望まれる。

なお、加計病院は開設以来、過疎地の立地に開ならず、都市部に劣らない医療の提供を念頭に包

括医療を展開し、救急医療、へき地医療、在宅医療、オープン病床、健診活動等に加え、重度痴呆医療を含めた精神医療の実施等の地域医療への貢献が評価され、平成16年度自治体立優良病院総務大臣表彰を受けた。

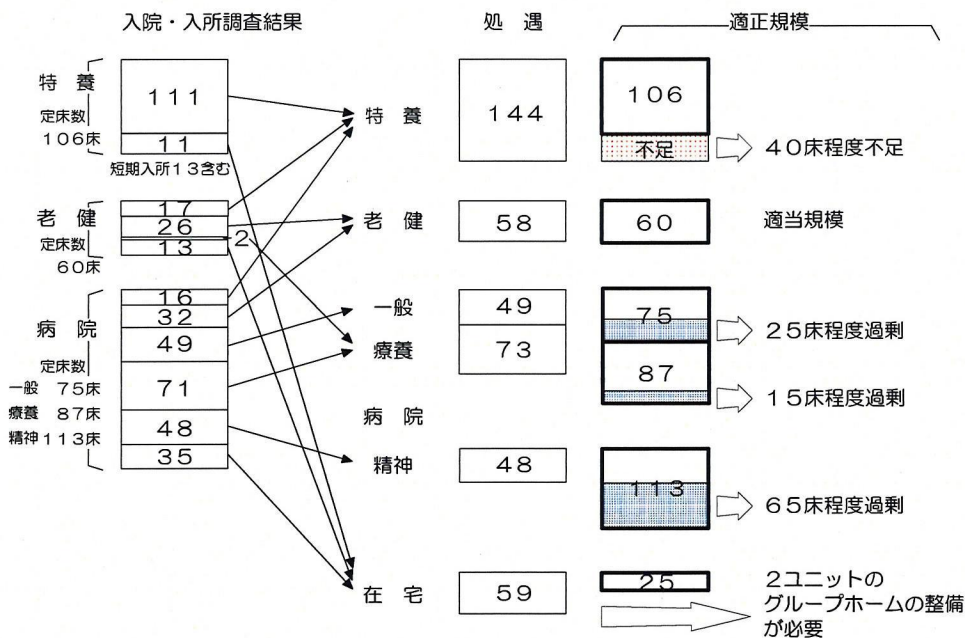
5. 適正規模（施設）

施設の適正規模について、入院入所調査をもとに処遇と適正規模を分析しその結果をまとめたものが図表23である。

2003年2月の入院患者調査、主治医による医療的処遇の判断より、明らかになった事柄は以下3点にまとめられる。

- (1) 老健対象患者32人、特養16人、在宅で通院治療等35人と、病院以外の処遇対象と判断された患者が多い。在宅通院の処遇対象者の多くは、一般病棟、療養型病棟の患者であり、グループホームなどの対象患者や社会的入院患者といえる。
- (2) 精神病床の患者の内、特養での処遇が適当とされる者が約4割いる。
- (3) 痴呆病棟では、72%が精神科のある一般病院での処遇が適当とされた。つまり、重度痴呆患者、36人が入院しているといえる。

図表23 医療・福祉施設等の適正規模



同居者調査月の入所者調査、福祉従事者の専門家による入所者の処遇の判断から以下の2点の特徴が明らかになった。

(1) 在宅で通所介助が適当とされた入所者が、特養11人、老健13人いた。

(2) 一方、病院等医療機関での医療行為を必要とされた入所者は、老健の2人のみであった。

さらに、入院・入所調査より、処遇を考慮し、適正規模を算出すると、①特別養護老人ホームは40人程度不足、②老人保健施設は、適当規模、③病院は、一般病床25床程度過剰、療養病床15床程度過剰、④精神病床は、65床程度過剰、⑤グループホーム、2ユニットが必要、⑥ケア付き高齢者集合住宅、35人定員規模、⑦ショートステイ20人定員規模の増強、が指摘された。

これらのデータ解析結果から、家庭医的機能の推進が望まれると考えられる。なぜならば、前述の適正規模⑤～⑦は、何れも、住まいの重視の施策傾向に準拠した形態であり、国民健康保険中央会などが提唱する「地域における包括的な保健・医療の考え方」に沿っているからである。新町では、苦悩する他の市町村合併地区同様、新たな「医療中心の包括ケアシステム」の創出が必要であった。

また、人材の確保の必要性も明らかになった。開業医の高年齢化が懸念される中、地域住民のプライマリケアを担う「かかりつけ医」、コメディカル、健康づくり指導者の養成確保など、魅力ある地域づくりをも含めた人材育成確保対策が求められている。

以上の分析から、①包括医療提供体制としての医療設備の構築、②地域ケアを目的とする情報システムの構築の必要性が認められた。

6. 包括ケアの方向性と地域施設計画

上述の1～5までの調査結果より、地域住民が生涯（乳児から高齢者まで）、住みなれた地域で、地域の方々との関わりを持ち、健康で健やかに安心して生活が送られるよう支えるシステムの構築が、住民の希望に添った魅力ある地域づくりに必要で

あることが示唆された。ここではまさに住民が主役であり、「あんしん」こそがマネジメントの基盤であり、医療・福祉施設がそれをサポートするという構造が望まれることと考える。

このような包括ケアを可能とするために、図表24の地域ケアシステムの枠組みを提案した。まず、提案した包括ケアの方向性について、3点に分けて紹介する。

(1) 「自助」の推進：一人ひとりの自立支援（健康づくりと生きがい活動）

新町が行う健康教室や各種の検診、生きがい活動に積極的に参加し、高齢になっても自立して活動が続けられる「健康寿命」を延ばすために、住民個々人が「自分たちの健康は自分たちでつくる」という意識をサポートする。

(2) 「共助」の推進：地域住民の助け合い、支え合いの構築

地域ではお互いに手助けをしながら生活しているが、福祉などの「受け手」とであると同時に「担い手」とであるという意識を持ち、地域ぐるみで自発的な助け合い活動を継続していくことが、地域で生涯にわたって健康で安心した生活を送っていくためには必要であり、「住民会議」、「NPO法人設立」など、住民参画型の包括ケアシステムを目指し、組織する。

(3) 「公助」の推進：介護等、行政をとおして行われるサービスの整備

保健・医療・福祉のサービスが必要となったときに、最適なサービスを一体的に提供するために、どのようなサービスを、誰がどの程度提供するのか、サービス提供機関をはじめ関係者が集まって、決定・合意するための組織として保健・医療・福祉統括センターを整備し運営する。

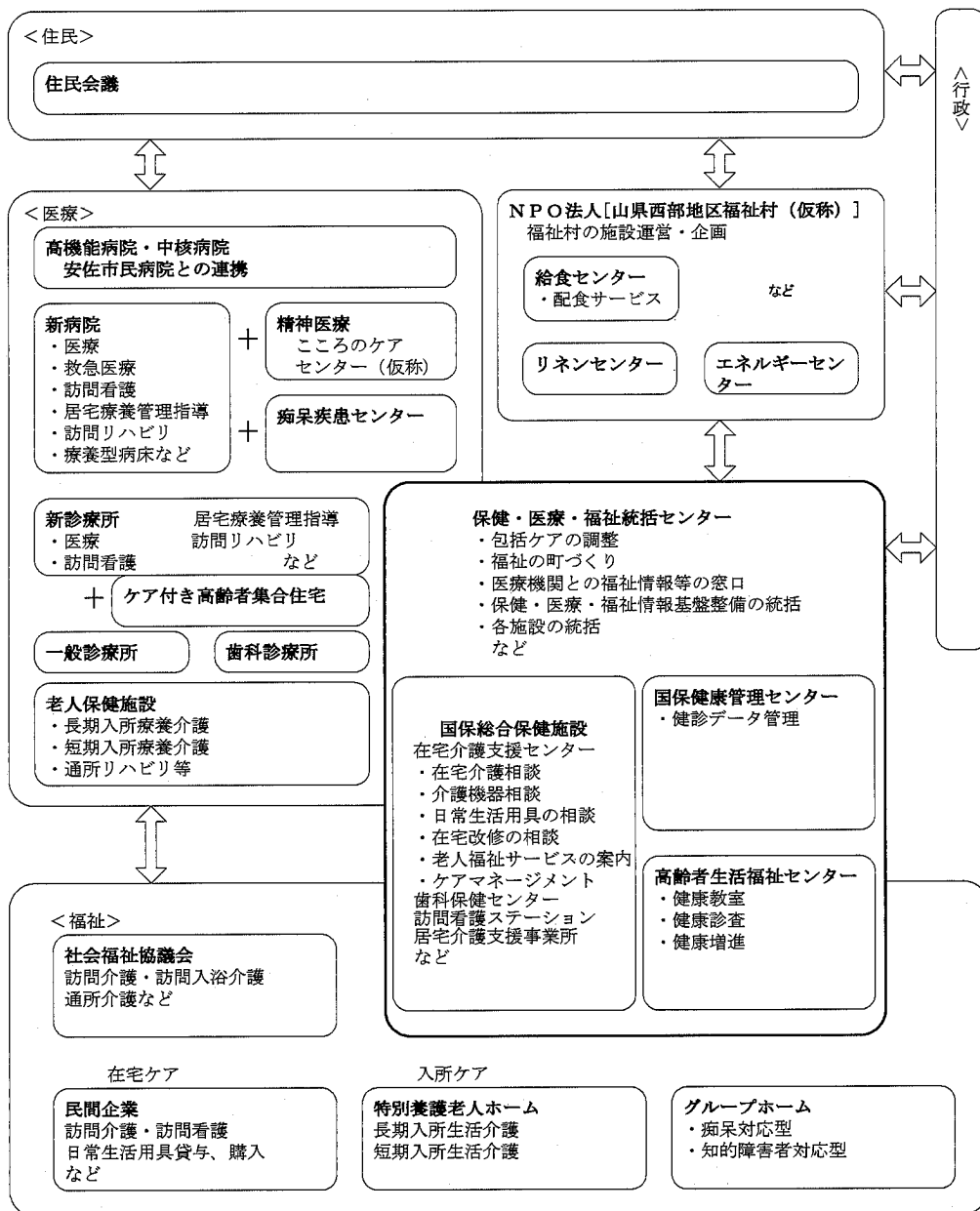
対象地域においては、提案した包括ケアの方向性を可能とする、包括的サービスの拠点としての医療施設環境整備の計画も策定した。それは、①住民の利便性を考慮に入れた幅広い外来診療科目の編成、②新町内で発生する傷病や事故など、あらゆる健康、疾病に対し、総合的、継続的に、すべて診察するプライマリケアの提供、③高血圧症、

糖尿病、禁煙等のコントロールについて、精神科のコンサルテーションを含めた短期入院、④一般外来からの入院に加え、広島市高機能病院での集中的治療終了患者に対する回復期の医療提供、⑤住民を紹介すべき医療機関に対する恒常的な機能評価、⑥高次機能病院における病院医師の協同診療、⑦在宅での療養・介護を支援する訪問看護および介護教育の提供、である。

おわりに

以上が、対象地域において実施した調査と、調査の分析により提案した包括ケアシステムの理念と施設計画である。これらをもとに、現在、加計病院内リハビリ施設の拡充、行政部署の「あんしん」への統廃合、医療施設、福祉施設の改築、改修計画が進行中であり、今後益々、包括ケアシステムの発展が期待される。

図表 24 地域包括ケアシステムの枠組み



日本社会の生活を豊かにする鍵である「介護経営」のケアは、高齢者のみならず地域住民全てを対象とするものであると考える。なぜならば、本調査においても、健康づくりや生きがい作りの背景には、家族と地域の多世代の人の繋がりが不可欠であることが指摘されるからである。高齢者の健康づくりをサポートする世代や生きがいにかかわる世代は、広範囲におよぶ。

安芸太田町では、若年人口の減少が急速に進み、全世帯の6割以上が高齢者世帯である。また、平成12年の年少人口は、20年前の半数以下に減少し、近年の年間出生者数が40人前後となるなど少子化への対応が急務である。したがって、高齢化対策に加え、若者が住みやすく安心して子どもを生育させることができるよう、社会全体で少子化対策と子育てを支援する次世代育成支援対策が、地域の福祉施策の重要課題でもある。若年層の負担を軽減するという観点から、保健・医療・福祉の充実に併せ、「健康計画」の策定及び推進、生活基盤整備や生涯学習環境の充実などにより、高齢者がいつまでも元気にいきいきと暮らせる環境づくりと、同時に、安心して子どもを生育させることができるよう社会全体で子育てを支援する環境づくりが必要である。つまり、少子化対策と高齢化対策の両方は、分化するものではなく、両者を含めた包括ケアが重要であるといえる。

したがって、保健・医療・福祉の中核である統括センター「あんしん」の役割は重要であり、「地域保健医療に関する住民アンケート調査」、「小児医療に関するアンケート調査」を実施するなど、小児医療を含めた受療行動や住民ニーズなどの把握にも勤めている。

また、同町は、平成18年4月に病院を地方公営企業法の「全部適用」とし、小回りの効く医療提供体制を構築する。自治体病院のあり方については、厳しい経営環境や医師不足等が全国的な課題であり、機能分担と重点化によって、限られた医療資源をより有効に活用していく必要がある。その際の、選択肢のひとつが、再編による機能集約とサテライト化であり、病院完結型から、機能連

携による地域完結型への移行である。

本事例研究は、地勢と人口、施設の現状、受療動向、病院の現状などにかかわる多量なデータと、多様な調査により、客観的データに裏付けされた「根拠」に基づいた提案を行い、地域の介護経営と運営に関わる施設計画を行ったものである。周知のとおり、今日、各ヒューマンシステムのサービスの質の向上を図るにあたって、「根拠に基づいた実践 (Evidence Based Practice)」の重要性が指摘されている。今後各自治体においても、自治体病院の現状を多角的かつ詳細に調査・分析し、より客観的なデータに基づいて、今後の果たすべき「地域保健医療福祉の将来像」について、活発な議論が展開されることを切に願うものである。

付記) 本研究は、科学研究費補助金基盤研究 (B) 「地理情報システムを用いた保健、医療、福祉供給体制シミュレーションと施設配置の評価」の研究の一部である。

引用文献

- 1) 宇田淳「GISを用いた保健・医療・福祉情報システムの開発」『地理情報学会 GISA』Vol.9. 433-436:2000. 北野幸子、宇田淳「山間地域における保育サービス提供体制の評価研究 広島県山県郡安芸太田町の事例を中心に」『福岡教育大学紀要』第55号第5分冊:2006 (印刷中)
- 2) 宇田淳、他「町村合併時の医療福祉施設の在り方に関する研究」『日本病院管理学会演題抄録』、272:2003. 山県郡西部三町村合併協議会包括ケアシステム検討委員会『山県郡西部三町村合併協議会山県郡西部地域ケアシステム調査報告書』:2004.

資料

議事録

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業
統計情報利用者から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究
第 1 回班会議 議事録

日時：6月23日（金）15：00～17：00

場所：広島国際大学・東京センター

出席者：8名（2名欠席）

1. 出席者自己紹介

2. 主任研究者挨拶（宇田淳先生）

- ・厚生労働省統計に自立的な改善サイクルを導入。利用者に違うところ、変わっているところなど統計で嘘をつかないよう、改善する方法をチェックができる機関がないのか。大きくは3つで、①自由に使えること、②目的をしっかりとさせる、③それを提示する。

3. 厚生労働省大臣官房 統計情報部人口動態・保健統計課 主査 溝口達弘先生より

- ・プロジェクト研究というのは厚生労働省としては今年度初めての試みである。主旨はプロジェクト研究を走らせることによって、より大型研究を生み出していく。
- ・厚生科学研究の重点化の流れにも関連しており、ツールの一つとして使われる形になっている。しかし、得られた提案を、どういう形で実現していけるのか、初めての試みであり、模索している部分があるのも事実。
- ・説明するならば、全体構想のようなものを見た上で、方向性をたてどのような研究が必要かというのを提案していくような研究になるのかという漠然とした捉えられ方をしている。
- ・大型の研究を必要ならば検討すべきで、統計情報部としてではなく、厚生労働省内で厚生科学課が選別して省として打ち出していく対象になるものと考えている。
- ・統計情報部としては、全体構想等を考える上で、省として大型研究でやるべき研究もあるが、部として少ない予算の中であっても実現すべきものは実現すべきと考えている。
- ・ユーザーの視点に立ち、いかにユーザーに統計を有効に活用してもらうかということは、非常に重要だと考えており、当研究には期待している。
- ・プロジェクト提案型は何年続けられるかわからない。一応、1年サイクルで終了を目指してもらおう形になる。

4. 班研究の目的

- ・来年何をするのか今年一年で決める、あるいは来年以降何をするのか今年一年で決めるというのが班研究の目的である。
- ・厚生労働統計については、いろいろな法令に基づいて行っているのではやむを得ないが、統計相互の関係の整備があまりきれいにできていない。統計として基本的な構造が曖昧であるが故に実際に現場で統計情報を収集している担当者、あるいは出来上がったデータを解釈する研究者の

段階で混乱を生じがちである。そのあたり併せて整備していく。

- ・継続的に問題が上がっていったら、その問題に対して対応して改善していくというサイクルをまわしていけるようにする仕組みをつくるというところに基本をおく。

評価（統計情報利用者、stake holder の意見）

→統計内容・データ処理改善・個票2次利用

→統計情報の提供

→評価に戻る

5. 今年度事業計画

毎月1回程度班会議を開き、年度末に具体的事業計画の報告書を提出、大規模な調査は来年度以降、関東圏・都内の先生を講師として呼び出す程度等は可能。

6. 意見交換

- ・厚生労働省にある先生から診療科名標準化についての提案が出ている。
- ・内部の組織論の話になると、統計情報部が行う研究としては突出しすぎだろうと思う。利用者から見てどうしてか何が必要かという素朴なところは、いくら時間があっても役人個人が言っていると言われてしまうので、そこを法令などで聞かれたときにここが大事なんだということをつめてもらう形になる。連携を図る必要があるというくらいは…
- ・患者さんから（利用者から）見たギャップをどう埋めるかを我われは考えたほうがもしかしたらいいのかも知れない。
- ・線引き問題のような研究が必要であろうと思う。
- ・研究協力者は現在空席の状態、随時都内やその近郊から駆けつけてくれる方について研究協力者をお願いすることはできる。

- ・（配布資料参照）両方向に向けての反省点が提示されている。
- ・（配布資料参照）政府全体の統計整備の責任を負う機関として、特定の利益や立場に偏ることなく、社会経済の変化に対応した統計及び統計制度改革を不断に推進する司令塔が必要という提案が内閣府から出されている。
- ・いろいろ書いてある以上はやる気はあるのだろうが、執務上はある程度機能を分散しないといけないのかなと思う。
- ・先生方は正論で闘ってもらいたい。

- ・統計情報機構みたいなエージェントを作って、そのエージェントに何をしてほしいかを提案するといいいのではないか。本当にやるならば今こそ是非やるべき。
- ・今回はプロジェクトなので切る部分と切れない部分があって、切れない部分については今度みなさんまた別に立ててくださいとお願いして、切ってしまう部分ははっきりとする。切ったり、切れなかった部分は1本ずつの研究として面白いと思う人がいたら当たるかもしれない。

- ・ 総論と各論があって、総論はとにかくエージェントを作るならこういう内容のエージェントをこういうスタッフでやりましょうと、たとえば諸外国ではこんなふうに行っていると1本出せばいい。各論の話は、この統計についてはどんな問題というように個別対応でそれぞれ専門分野に分かれて、5本とか10本とか出せばいい。要はきちんとやっておかないと勝手に作られて、また使えないとなって話を繰り返しているようでは、日本は滅びる。
- ・ 平成の大合併は大きな単位になってしまったから、小さいものを合わせるのはいいが、分解することはできない。なので、そういう市町村単位の統計は意味がないというのを発信する。
- ・ 統計情報部内で使えない統計といわれた場合、省内の部局の関係者からこんな統計はないのかという声は聞こえるだろうが、研究者から使えないと言われたときに何が使えないのかわからない。
- ・ 官庁統計のそのもののアイテムがいつも変わるという問題がある。もう一つは、国家的な話として地方・地域の持っているマイクロなデータとそれをひとまとめにしたマクロなデータというのをつなげるのがわからない。整合性がとれていない。
 各国 → 表に出る統計とひとまとめにされているデータでいいのだが、必ずそのバックとしてどこの地域の何の統計というのをそれぞれの箱を持っている。
 日本 → その箱を管理しないからこの統計はどこへいったというのがたくさんある。
- ・ 統計を使ってもら側も、こういうところを見てほしいということをお伝えなくてはいけない。
- ・ なぜですか、どういう人（タイプ）が必要ですかという答えがほしくて、材料をもらった上でパワーバランスの戦いになる。
- ・ ぼんやりとしか言えないということは、ぼんやりとしたことを明確にしてほしいということだと思っている。
- ・ 各論にもいくつかあって内容が不備であったり、どうみても整合性がないという話と、本来こういう統計はあるべき統計がないと思う。
- ・ 官庁統計と研究者が作っている統計とその切り分けは現状でいいのかどうか。切り分けの基準があまりない。
- ・ 不要な統計が今はあって、使えないけれども惰性で続いている統計がある一方で今必要になっているもの、ITとなってくると省の枠を超えてとらなければならないが、母数（サンプル）が違ってという問題がありこの内閣府の報告書が出てきた背景はもしかするとそういうことがあるのかなと感じる。
- ・ 作業に落とし込むのが大変だと思った。IT時代というのがある、その背景の中でこの話が出てきているのは間違いないので、この研究班の研究を作業に落とし込むところが一番大変であろうと思う。
- ・ 何らかの形で成果物を出す → そうすると研究報告書。とにかく書ける作業をしようと思う。話の方向性としては、書き物ができることを限定して話をしていこうと思っている。最終的に分担をして、各々書けるものを書く。

- ・厚生労働統計のめぐる環境が激変している。レセプトの電子情報化を含めて、IT を活用して厚生労働統計というもの自体がある面では不必要ではないか、ある面では重複していたり、あるいはあるべき統計が存在していなかったりということがある。
- ・たとえば今あるいろいろなデータは、何かをやろうとした時にどこにどのデータがあるのかを探るのは大変。キーワード検索のようなものを想像していたけども、それとは若干イメージが違うような気がしてきている。→ そういう提案でも良い。
- ・ユーザー側から統計がほしいとなった場合、利用者の視点からのインターフェイス的なものがあつた方がいいというのも一つの提案。
- ・現状の問題意識のようなものを出して、その中で重要なものについて解決策というかそれをプロジェクトという形で書くというのが最後の報告書のイメージなのか。
→ それは自由だが、どうしてですかと突っ込まれると考えておいてほしい。
- ・不要な統計というのは役人としては一つもない。
- ・時系列的に並べていった時に、突然基準になっている意識が変わってしまっていることがある。昭和〇年からの統計でも数字が変わっているというのがあるということが、結局どうしてそんなことするのかというのが厚生行政に資するのであれば、研究者からはそれを使ってあなた方はどういう厚生行政をする気なのかということ聞かれてしまう。
- ・医師の需給というのは医師の数だけではなく、女医の数や離職数等を含み合わせないと意味がないという話ではないか。
- ・医師調査について
 - ・統計情報利用者の立場から何が必要かという、利用しようとしている官庁統計で複数数字が出ているものについては自分たちの分析の枠組にそぐわないもの、そつていくものとあらかじめわかるように提示してあげればいい。その部分については複数数字があつてもかまわないと思う。
- ・個々の研究者が収集したものについては官庁統計に吸収できないものがある。既に官庁統計で収集されているデータについての個々の研究者の 2 次利用という側面と、個々の研究者が収集したデータを官庁側として使おうとした時の 2 次利用の問題というときに 2 つ逆方向も実はある。

7. 事務手続きについて

交通費等、広島国際大学規定による。消耗品費は一人当たり 3～5 万円で現物支給となる。

8. 第 2 回班会議について

平成 18 年 7 月 3 日 (月) 予定

各論を持ちより (具体例があると異分野の人にわかりやすい)、15 分くらいで発表する。

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業
統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究
第 2 回班会議 議事録

日時：7月3日（月）15：00～17：00

場所：広島国際大学・東京センター

出席者：6名（3名欠席）

1. 出席者自己紹介・・・省略

2. 主任研究者挨拶（宇田淳先生）

前回の話からいくと自律的に統計情報が使えるように改善サイクルを考えてみようという話で総論と各論をとというふうになり、私たちが自由に使えるものを提案できればいい。しかし、それは当然のように目的がしっかりしていないといけないわけで、その辺について今日はみなさんから具体例を持って15分ほど話をさせていただき議論をさせていただければと思う。

3. 厚生労働省大臣官房 統計情報部人口動態・保健統計課 主査 溝口達弘先生より
・・・省略

4. 意見交換

・(宇田先生) 具体的な事例として、香川県の大川郡というところで、まず私たちが考えるのは当然のように建物を計画する場合交通網を把握する。その次にどのような施設があるのか見る。病院・診療所を診療科別に見る。

資料の中ほどにある県立の2病院ですが、徳島大学から出ているので循環器系と呼吸器系に強いという特質がある。この診療所の診療科別にやっていると、診療所には小児科はほとんどない。産科もない。この地域で産科があるのは2病院だけ。先程、呼吸器や循環器と言っていたが、患者側からすると診療科は全く関係ない。地域の人口を見ているとこれは65年～90年までなので10年くらい落ちているが10万人弱。人口構成を見ると、老年人口の割合が増えていて年少人口が減っている。高齢化と少子化が一对になっているがわかる。この人口構成の先を読んでいるわけで、昔から言われているのが患者の受療行動というのが国勢調査の通勤・通学の流出入とそっくりだということ。

しかし、この検証を推したきちんとした論文が過去にない。それがなぜなのかわかった。恒例は通勤・通学は市町村単位で必ず検証する。ところが次の患者調査というのをやると、スライドを見てもらえばわかるが、高松に集中している。患者調査の結果を見ると、全体的に見ても県の高松に行っているのがわかる。ここにも病院があるのに集積がないのは、病院があるにもかかわらずどうして患者が来ていないかと言うと、そこは老人病院だから反映されていない。たまたま香川県が患者調査を独自集計したので、こういう結果になっているが患者調査は私たちからすると抽出調査は病院全数ではないというのが一番の問題である。二次医療圏内までの集計はしてくれるが、市町村単位をしていない。疾患別の大分類の流出入しかわからないとい

うのも問題で、自分から言わせれば疾患別が少しはわかるようになってはいるが、例えばがん拠点病院と考えたときに期待しようと思ってもがん拠点病院というと新生物が期待されているのではなく、悪性新生物。それを抽出したいというと出てこない。医療圏の中にだけ充足しているかどうかわかっていますが、どこの医療機関に行っているかというのは全然わからない。なので、電算レセプトのようなものを若干期待しているわけで、そうするとどこからか。国保は患者別に住所まで押さえられていますけど、社保はどうするかという話になる。患者住所を押さえればいいわけで、期待できる部分かなと私たちは思っている。レセプトを解析すると、年齢別にどこに行っているかというようなものを見てもらったときに地域からだど、0歳~5歳の小さな子どもたちは小児科がある、津田と大川総合病院に出ていることがわかる。一部には高松市内に出ている。高齢者になると次町内の診療所に行っていることもわかるかと思う。20代~50代がどのあたりの病院に行っているかという木田郡と高松市内で、やはり高度医療をやっている高機能のある病院に行っている。そういうところが見られるのがレセプトの良いところである。

レセプト病名をICD9でどこへ行っているかを見たもので、レセプト病名なので問題はあるんだけど、努力してみた。感染症で行っているのはやはり高松市内が多いとか、悪性新生物については木田郡の大学病院か県立中央か赤十字に行っているのがわかる。11番が津田病院が多くて、大川郡も多いわけで、これは多分産科で産褥の合併症だと思う。この地域ではどういう疾患の対応がうまくとれていないか、これを見たら一発でわかる。ですから自分たちの機能、この地域に足りないのはどんなことかがわかる。

先程言った、電算レセプトを期待してはいるが、レセプト病名をICD展示するのはこれもまた難しい。電子カルテなどを導入していると当然いけるが、本当にあれでいいのか。

それから、KコードとICD9CMですが、これはどちらにしるN対M対応になってコードの整理が課題になると思う。私はどちらかという、アメリカのCPTの方がわかりやすいのではないかと個人的には思う。何か新たなものを考えなくてはいけないのではないかと。

地域の話をする、買い物動向調査や受療動向調査、国勢調査の流出入などから生活圏域というのがわかってくる。広島国際大学のある黒瀬町(現在東広島)、どうやっても呉の生活圏域で、医療も紹介したら呉になる。それなのに合併先は東広島。東広島には急性期医療をやっている病院はなく、呉には3つもある。私たちはこういうことを見て、建築家が勝手に言うが重点医療がこうだとか、診療科目をこういうのにしたらどうだとか、ベッド数どれくらいがいいとかを一応言って、こういう先生たちを揃えて、こういう機械を買きましょう、採算を合わせて経営計画を立てて大丈夫ということをする。公的なところでは、公的責務だけは補助金も入れてもらうようにしましょうと、それ以外のところは赤字になってはいけないし、おんぶに抱っこではいけないと我われ建築家(つくる側)からは提案を出す。地域医療計画をやっている疑問に思うのは、人口10万対と厚労省の統計によく出ているが、あるところの田舎町が3つの町村が合併して新しい町村になる。病院が2つあるが、人口が1万人しかしないところでやるとこうなる。診療所数が全然ないので、足りない。1万人のところに診療所をつくっても何にもならない。半径4km以内で見ると無医地区がたくさんある。そう言われているにもかかわらず、人口10万対の病院数だとか診療所はそれなりにあるらしい。それが何かの基準になって

いるのか、自分にとっては疑問。

なぜか、病院の敷地内に市区町村境界が存在し、医療圏をまたいでいるわけで昨年、全部調べたらこれだけあった。敷地内に2次医療圏境界が存在する病院が8つある。これによって医療圏の機能が変わってしまう。これはかなり気にしている。

現在、広島に救命救急センターが3つあるけども、人口で見ているとどれくらいの圏域で10分到達圏で60分でどれくらいの人が行けるのだろうとよく見るが、20分以内で42%が福山まで戻ってくると55%まで上がる。40分圏域内だと60%弱だったのが80%まで行けるようになる。こんな指標が必要なのではないかと思っていたら、総務省が提示している。今までは、医療圏や県境を越えてどこまで行けるかというのが範囲になる。ただ、今回の場合は県でやっているが、福山は岡山に接している部分大きいのもっと大きな部分がある。広島県の場合は、医療圏というのは県境まで隣の島にまでいってしまうような大きな医療圏なので、病院到達時間圏域20分、40分圏域内どれくらいなのかということ。人口10万対でどれくらいをシェアできるのか。

内科を標榜していて、人がたくさん住んでいるところに病院も診療所もあるというのがわかる。ところが、小児科だけを見るとない。1つだけあるが、ここは小児科がメインではなく、標榜だけしている。主たる標榜というのを考えなくてはいけないかも知れない。医療政府調査では主たる標榜科目を指定しているが、公開されていない。完璧には小児科を標榜している数も実際には標榜しているだけなのかも知れない。機能しているかという点と疑わしい。逆に言えば小児科とこの年少人口だけでいったら、無医地区があるのではないか。

レセプトも単年度だとつまらないが、何年かで見ると面白く、機能分化しているかしていないか言っているが、患者さんたちは機能分化している。地域の病院・診療所の方も高齢化率が45%の地域で医者とはいうと、加齢してくるので平均が68歳。それを見ても、病院自体は診療所の機能を持たないといけない。たしかに高齢化率45%だけでも、毎年40人子どもが生まれている。

私たちがやっていて再編する要になるのは、入院されている方、特養などの老健に入所されている方の処遇を聞く。主治医・寮母さんに聞いて、本当はどこの施設に入ってもらいたいと聞く。ここがないので再編しようと思ってもできない。聞いたところの処遇を見たら、特養は40床程度ストックしているとか、病院は過剰だとか出てくる。

最近、患者の受療動向調査というのをやっているが、その調査をすると待ち時間の考え方が病院によって全然違う。年月が経つにつれて待ち時間が減っているのは、実は患者にも教育をして早く来るなど教えたことも大きな一因で、医者も9時からではなくて8時半から診ましようという運動をして、それが大きく目指したもの。

2次医療圏や市町村の枠組というのがあまり可能性がないと思っている。

- 今話を聞いていると2つのことがあると思う。1つは、人口10万対で切るのではなくて、活動的な患者の動きをできるだけ実態をとらえてそれを基準化して指標化すべきだろう。もう一つは、患者動向調査で待ち時間の話で主旨というのは、待ち時間の実数を取るのではなくて例えば6時間待った時にその事実がその医療圏の診療全体にどう影響を与えているかということに関連しないと、意味がない。前半の話だけでも、患者の動きをとらえるとか、移動すること

をとらえるという時にものすごく地域特性が出てくる。公共交通機関で移動するか、車で移動するか、船で移動するかとあったときに公式統計というか厚労省の統計として整備するということは技術的に現実論としてどこまで可能だと思うか。

- ・無理だと思うが、整備をしなくてもいいから使用させてほしい。自分たちがこうやって個票を使用させてくれたらいい。個票を開示してくれた、何とかしましょうと私たちは思うし、9200の病院しかないから、設計するときに周りをマーケティングしたりするためには最低限は開示してほしい。
- ・どういう切り方で見るかというのは決めないで、人口10万であろうが100人であろうがローデータだけをきちんと管理してということが言いたいのか。加工できる人はいいけど、加工できなくてそれを専ら使うしかできない人は圧倒的に日本の95%はそうだろうと思う。
- ・患者調査とか抽出調査は市区町村まで割れと言うと、無理としか言いようがない。むしろ年数は例えば5年おきにしてもいいから、しっかり調査する。
- ・医療情報学会に出席したが、新潟からDPC関連情報とGISを活用した逆紹介状況の解析というのが出ていた。新潟県の地図にどこからどこへ紹介したかということが全数出ているので、生データを全部あげると使ってくれる。
- ・GIS自体、だいぶ簡単になってきているので難しい作業ではなくなった。
- ・数字ではなく地域で見ると、間違っていけないのは医療圏でも大きさが違うから医療圏を塗り絵みたいにしてしまうと、勘違いしてしまう。
- ・厚労省で出すのは、市区町村別だと思う。
- ・市区町村別にやると、大阪府のように付いた切れたとなると時系列で全く追えない。一度、合併すると元には戻れない。そうすると田舎はどんどんデータから外されていく。
- ・国勢調査のDIDデータがあるので、それの上のせれば比較的いろいろな人にもわかる。誰でもわかるわけではないというところだけでも、

(中村) 前回会議でエージェンシー化にしたらどうかという話があって丸々のせて考えてみたが、今後の厚生統計のあり方としては業務拡大していく要因と縮小していく要因の両方向があって、その矛盾がこの研究班の成立のきっかけでもある。

業務拡大要因としては、行政データがそのままレセプト電算化されたりすると急激な勢いでデータが膨張していく。もう一方においては、研究者は引き続き数は増えないが、医療計画を任される都道府県や都道府県の下で実際に医療計画に従事する医師会、複数医師会が教育会等を立ち上げる必要が今後出てくると思う。

それから、更にもうその下で個別に各医療機関が自院がいるべき位置を探るわけで、そうすると宇田先生がプレゼンされたようなデータの使い方をみんなしなければならぬ。しかも、データとしては市区町村別の人口10万対というものは今度の地域医療計画の中にはほとんど役に立たない。業務としては、統計情報データの提供体制の方は充実しなければならぬ。

業務の縮小要因としては、小さな政府政策はともかくとして独自の統計調査をしなければいけないというところから、自然と入ってくる行政情報をいかに加工するか、あるいは加工しないかというところに焦点が移動してくるので、業務としては縮小していく。データ情報収集につ

いては、縮小・自動化が可能であり、好ましい方向というところがある。

エージェンシー化していくときに問題になる2点を提示しようと思う。人員と保険の問題で人員については、述べているようにデータ収集から加工するか、提供あるいは加工しないというところにシフトしていく。それでもしばらくは、急激に大きな人員の移行というのは当然不可能と考えられるので、まずは早急に小規模な独立行政法人を立ち上げて徐々に人員を緩やかに移行していく。業務拡大部分については、一時負担することが可能なので、公費をここにそのまま投下し続けるというのは必ずしも必要ではない。一部については少なくとも受益者が支払ってある意味当然であろう。それは病院経営コンサルタントかも知れないし、医療機関あるいは市町村かも知れないし、それは今後の研究課題ということになると思う。金銭的な問題もあるが、いずれにしてもエージェンシー化については、データ収集のところから引き上げた人員を相談業務の方に投入するという形でエージェンシー化を出発する。外部から研究者等が入るということもあるかも知れないが、こういうことが可能であると思う。

誰でもたしかに生データを加工するというところはできないわけだが、統計情報についてはエージェンシー化することによって生データをユーザーがある程度使用しやすい形に加工してあげるということに持っていくのは可能。例えば地域医療計画については、必要なデータの形というのはある程度決まってくるものがあるので、そこにつき込んでいって計算するということもできるだろうし、あるいは特定の研究者であるいはその地域で抱えている独特の問題については、独自のデータを立ててその分析を行うということも必要になってきて、それに対しては当然本来業務として収集されたデータを二次的な役割として使うわけだから、収集に対して一部を受益者が負担するということはあるべきことだと思う。誰でも使えるわけではないというところはたしかに問題として存在するが、解決の方法がないということではない。

エージェンシー化については甚だ問題が大きいところなので、是非別に研究計画を立ててどれくらいの人員を配置して、サービス担当をどれくらいに設定するかというところで存続の可能性があるかどうかなどまで含めた形で、やってもらえれば…

- エージェンシー化のために拡大する部分や縮小する部分があるという部分はどんどん打ち出してもらってかまわないが、それを全部言った上でエージェンシー化も一つの方法であるという結論付けはありだと思う。
- エージェンシー化もあるというところは、来年3月の報告書で出してもらっていいと思うが、そこから先については別に研究班を立ち上げて、是非そちらで…
- 公務員型の独立行政法人もあるし、機能を転換すればいいわけで国費を投入するばかりではなくて受益者から統計情報の取り扱いに関しては、何らかのコストを徴収するという方法で厚生労働省の事業化を図る。直営事業でやってもらおう。結局のところ、公務員型の職員がお金を取って独立行政法人として厚生労働省自体からコストを取るデータがタダである必要はない。議論するうえでは、国が今までお金を取っていなかったものについてお金を取ると急に言い始めるのは、いろいろな問題があると思うので、独立行政法人を立ち上げるという形でやった方が議論はしやすいと思う。
- きちんと精査して合っているというクレジットしてくれるところがあってもいいと思う。

- ・(山野辺先生) 最初はインターネット利用で研究事業の症例登録をして、私自身はヒヤリハットデータベースというのでいろいろ研究の経験があるので…

UMINから頑張って臨床データセンターのようなものをつくっているいろいろなプロジェクトのデータを集めている。最近、民間企業も特に治験分野などで続々参入していて、先程の独立行政法人ではなく民間の企業でもいいと思う。特にDPCデータはかなりのコンサルティング会社が儲けているので、結局データをその会社を集めていて会社はその何百施設から集めて分析してやっているので悪い話ではないと思う。

厚生労働省のヒヤリハット収集事業は、今回とは少し視点が違うかも知れないが、問題は2001年から始まっていてやっていたけれども、現場としては非常に困ると…入力に追われて院内巡視ができないという本末転倒な部分もあり、5年間データを集めてそのデータは活かされているのか。→あまりすっきりしない状況。

現在はWebサイトで集めているが、特に我われのように電子カルテを使用しているようなところは全く別のシステムなので、二重入力をしなければいけない。Webでデータを吸い上げられてしまうので、院内のデータベース構築には役立たない。一応半年位するとデータは返してもらえなくても、今、主流のWeb登録システムというのはあまりよくない。

前の大学で、院内ヒヤリハットシステムの自作をしていて発生源で入力できる。(資料の入力画面図)左側は院内の医療安全管理者が入力するのに対して、右側は現場の看護師等が入力する。病院でヒヤリハットを起こすのは看護師が8割くらい。このデータは院内で持っているの、院内の集計ができて院内の会議資料作成にそのまま使える。そのおまけとして、報告データ作成機能を付けているので院内でも使ってもらって報告もきちんとできるというのを作っていた。最近、研究以外のいろいろな登録収集が増加していて、未破裂脳動脈瘤の悉皆調査や成人心臓血管外科手術のデータベースなどを集めている。2004年～は医療事故等の情報も集めている。問題点をまとめると、末端が元々電子化されていない。既に電子化されている場合が問題で、手元にデータはあるのに二重入力させられる。なかなかシステム同士を連結するというのはまず無理で、どうしても開発費がかかるし、お互いが標準化されたデータを取り扱わなくてはならない。一部、医療事故等収集事業というのは3月からXML形式に対応したので、電子カルテ側や病院側でXMLに対応できればデータのやりとりはできる状況。今後、末端の機関からデータを集める部分をどう作るかということ。

成育医療の分野では、続々と相談を受けていて稀少先天異常データベース・小児慢性疾患データベース・遺伝カウンセリング症例登録・小児がん登録というのが、恐らく先程のWeb登録でやれというふうに使われている。末端施設は電子カルテ化が進展しているので、今後非常にお互いの擦り合わせが問題になってくる。

メーリングリストを元にしたインフルエンザ流行前線情報データベースというところがあって、電子カルテとのリンクができています。それがなぜいいかというと、自分のデータを公開している。マイページなどがあって、自分のところの登録データが見られる。従来、登録するインセンティブが言われてきて診療報酬もあるわけだが、結局ものを集めるためには法規制、強制力でやらせるというのと、できればこういう現場の業務改善への貢献まで含めた収集システムというのがほしいと考えている。

例えば考えたインセンティブの例だけでも、ASP 電子カルテというのがあってサーバー側で全部もって診療所などは Web ブラウザ一つあれば電子カルテが使えるというのが最近出ている。電子カルテ化されていないところも、プリントアウトをカルテに貼るだけで記載終了というのができればいい。例えば民間企業がやるとすれば、これに参加してくれると貴院の Web サイトを構築します、光ファイバーの回線を無料で提供します、レセプトチェックシステムを優待価格でというような商売をすると結構お客が来るのではないかと思う。

今、流行っている安易な Web 登録・収集システムの構築というのは要注意。これが現場の二重入力を強くないようにしてほしいのと協力者を得るにはインセンティブか強制力が必要。

厚生労働統計ポータルサイトをあまりよく見たことはなくて見てみたが、検索の充実や人手による分類などは我われ素人にはわからないので、そういうポータルサイトのようなものを充実するのが望まれると思ったのと、もう一つは情報公開も安易にやると要注意という例で日本医療機能評価機構というのがヒヤリハット事業を厚生労働省本体から受け継いでやっているが、HP を見るとヒヤリハット事例収集・分析・提供事業のいろいろなデータが公開されている。分析結果論を見ることができるが、13 回報告の生データ (A3 500 ページ) を 2 月頃に個人名もろとも公開していた。このデータが 3 ヶ月間もそのまま公開されていた。機能評価機構にも厚生労働省にも指摘したが、なかなか直らなくて最近になって消えた。チェックする人間がいらない。今、DPC もそういう気がしていて、DPC のデータもものすごいデータを集めているが、恐らくそのデータを持って余している気がする。今後、この辺の体制を拡大する部分をどう扱うかが非常に問題になっているように思う。

- ・電子カルテから拾えるデータについては、電カルのプロバイダの問題。
- ・ただ、拾えると言ってもそれを標準形式に出せというとその都度お金がかかる。項目が増えたりするので、できれば ASP みたいなものを…
- ・業者がいくつか出しているものがあるので、国としては予算をつけにくいと思う。
- ・いつも問題になるがなんとかならないものか。電子カルテのプロバイダがどんどん追加料金を…
- ・今でもいろいろなところに電子カルテをつくりに行くがめちゃくちゃだ。WG をいっぱいつくって、みんなの意見を集約して仕様書を書けと言ったら予算がいくらかかると思っているんだという話なので…

- ・(安川先生) データの収集とか世代の話だけでも、データを使って何かをしようと思ったときにデータが不備だとこんなに大きいという事例。

看護師需給の話だが、日本だけの話ではなくてカナダの研究者が言っているように、医療における人的資源の配置の計画をしようと思うと、いつも曖昧な質の悪いデータを何の保証もなく集めているのはどこでも言われていること。看護師需給の見通しづくりというのは政策的に大変重要な課題だが、もっともらしいあるいはそれをやるについて根拠があるような適切なデータがない。確かに病院報告でも医療施設調査でも、病院に何人いる、2 次医療圏に看護師が何人いる、薬剤師が何人いるというのはわかる。衛生統計などは、資格を持ってい

る人は必ず届けを出さなくてはいけないので、有効な数字というのはわかるけど、ここで議論しているのは要するに今いる人たちというのは現場にいて働いていない根元をどう使うかだとか、あるいはこれからこの人たちはどういうふうに住居をしていくのか、辞めてしまうのか働き続けるのか、そういうことも踏まえた政策的な将来図を描こうとするときにそれを推測し得るようなデータが全くないというのが問題だということを言っている。

例えば看護師に関してだけでなく全てのものがそうだが、見通しを立てる場合に供給サイドからはかる場合と需要サイドからはかる場合があって、典型的には供給サイドからはかる場合にはどれくらいの人員がこれから供給されるのかということを議論する。本来需要サイドの話というのは、どれくらいのサービスが必要とされてそれに対してどれくらいの供給量があればいいのかという話。供給サイドの話でいくと、まず病院において求められている看護師の質×量というのはどれくらいなのかを本当は知っていなければいけない。ところが、そんなことはない。唯一、今できることは法定で定められている診療報酬上、決められている病床別の1対何というものを根拠に積み上げていくしかない。例えば、2対1といって夜勤は4対1や5対1と言うけれど、そこには何ら労働者が働くということに関する労働環境・就労環境の最小限度の制約がまったく考慮されていない。一体、何回休みを取るとその人の専門性は最大限に発揮されるのかということは一切入っておらず、ただの数字合わせ。これを考慮してやっていると、病棟で頭数で考えると看護師がかなり必要で…これから将来何人必要かと決める場合、元になっているベースは何人で、何人を割ってしまうと問題なのかよくわからない。わからないのは大きな背景があって、治療のやり方や practice pattern のようなものがまったく情報として入ってこないのが、結局本当の意味でのベースラインになっていないという問題がある。

供給サイドで一番ダイレクトで問題になっているのは、一体何人卒業するのか、何人就職するのか、何人辞めるのか、何人復職するのか、そして最後に何人辞めるのかという話になる。これは正確に捉えられていると錯覚しているが、そんなことは全然なくてこれも非常に大きな問題。

需要サイドというのは、要するにキャパの問題を供給サイドのキャパの問題から考えるのではなくて、本当にその人口であれ、ニーズであれ求められている規模というものとその労働力の供給がどうリンクするかということが重要になってくる。やはり、その議論をするときにはヘルスサービスの中身、どういうサービスをどれくらい提供したいのか、もっと言えばその成果はどれくらいにおきたいのかということがターゲットとしてないと、そもそも労働力のマッチングというのは意味がないとは言わないが、大きな歪みを生じる可能性があるということ。

第6次の看護需給見通しで、毎回だが2006年に実際に医療施設で働いている人が125万人いて、今度入ってくる人が5万人くらいいて、再就業するだろうという数が8万5千人いて、辞めるだろうという人が11万5千人いる。見ていくと必ず2010年には98.9%になっている。毎回、最後の年には大体99%になっている。これは当たり前で、最後には数字を入れるのをうまく合うようにしているからで、今回第6次というのはそれをできるだけ実態に合わせようという試みはした。第6次の看護需給見通しをやるときに、当然のことながら現在、

施設などで必要とされている数字がここでのベースラインになるが、それに加えてもっと顕在化する需要、例えば在宅が増えるであろうとかそういったことを踏まえなさい、あるいは新しい診療のあり方に則した形のニーズというのがどう出てくるか考慮しましょうというのが謳われている。

最後に、それに対して供給をどうするかというのもベースラインはこれまでの過去の実績に基く卒業者、新卒、再就職者、退職者ということになるが、最近看護師の国家資格の合格率が下がったとか大学がたくさんできると全体として看護課程を卒業してから、就職する割合が昔は 96%くらいあったはずなのに今は 90%ぎりぎりくらいになっている。その辺のことも考慮しましょうと言っていた。

供給側と政策側が一体となって、情報交換しないながら検討して決めようと言われているがそれが全部厚労省から都道府県に対して推奨して出ていたわけだが、実際にどうなっていたか S と M という県でこういうことをどういうふうに検討したかを聞いてきた。例えば、夜勤の回数や夜勤というものを需要サイドからどういうふうに考えて検討したかということ一つとっても、S 県では病床群別に準夜・深夜の人数というのを固定し想定して決めて、そこから計算式を立てて計算して、それにプラス α のニーズが発生する、あるいは代替要員としていつもスタンバイするべき要員を決めて夜勤などその病棟の病床群ごとの標準的な配置数を決めた。M 県は、今まで 3 交替だとどれくらいシフトしていたと聞いて、それを 1.2 掛くらいにしておくかというので決めた。

例えば、就業条件などはどうなっているかという S 県の場合は、完全週休二日制、休暇の完全消化ということを一応謳っているが、M 県の場合は完全消化+育休は 52 週、介護休暇は 0.17%増という細かいことまで決めている。いろいろな面で算定の根拠になっているベースラインの認識が非常にばらけている → ベースラインとして参照すべきデータがない。

看護需給を算定する場合に必要なものが、目的に応じてきちんと集められ結合され、必要な指標として見ていくことができ、それを共通の各県のベースラインとして見ていくことができればこの議論はもう少しきちんとすると思う。

人口であったりベッドで割ったりという、今主流になっているやり方は大事だが、**case mix** や **skill mix**、**practice pattern** を無視しているし、そもそも働く人がどういうふうに働きたいかと思っていることを全く無視している。

看護師の病棟のスケジューリングのモデルというのがあって、1対2にしているが、日中は1対4などにして、20床の病棟の中にあつたときにまず、今までだったら(資料中)ここを決めるだけでよかった。そこで次に、スケジュールの夜勤の頻度、休みの取り方というものも考慮して予定してみるとどうなるかというのをやってみたが、看護師1~25まであって、患者は20、1~30というのは月の平均。夜勤をやって明けで休んで日勤ということ。その時に、たとえ夜勤を5回やろう、日勤を15回やる、休みを最低5回取ろうと決めてやった、少ないが… 普通にやってみると、1対2は夜勤をこなして20人の患者を見るために24人+休みのための援助を考えると25人は最低いるということが出てきてしまう。

まず、病棟の中で職員に必要なレベルというのを一回計算してみてくださいと… その時に出てきたデータを使ってやろうというのを政策的な議論をするときのベースラインの情報と

していつも持っておくというのも重要なこと。

もう一つは、そのことにはある部分なので望ましい需要予測というのをするためには、単に demographic な流行を追うのではなくて practice pattern がどうなっているか、そこで resource allocation が行われているかという3つの要素をバランスよく見ていかないとわからないことがたくさんあるのではないかというのが私の考え。

人口あたりというのは、ある意味いてほしい数のことだと思うが、いたからといって確実によいケアを提供できているか、確実に必要な看護や医療を提供できているかということを必ずしも言えない。ある意味では、その数を配置するということは一種の社会保障以上の意味は持っていない。安全を確保したものをどうクオリティを高めるか、効率的な生産性を考慮した配置をするかというところを考えていかないといけないと思う。これが揃わないとききちんとした予測ができないということ。

それぞれについてどういうふうに予測しないといけないかというと、私から見るとこういうことがわからないと実はきちんとした看護需要の予測はできないはずなのに、今まではこういうことがほとんどなくて、しかもみんなの共通する依拠する数字として持てる数字がなくて、それぞれに自分たちの思いでもって看護の需要のやり方をしてきた。こういうやり方は、一国の看護政策としては非常に稚拙であろうとっていて、私はこれを盛んに言っている。

- ・病院によっては10時と15時にお茶があるような詰所もある。その一方で、6月までに新人の半分が辞めてしまう病院もある。そういう状況を考えると、精緻化すればするほどモデルと現実との間が食い違いというか… 何が大きく出てくるかというと都道府県格差や地域格差、その医療機関の特性だが、全国の推計として看護師の需給予測をするのには役立つ。しかし、全体の看護師需給の見通しをするうえで必要なデータだが、現場に戻していけるかという現場に戻したときはあまりうれしくない。
- ・JAPAN at all のプロジェクションと1つの病棟のプロジェクション、その2つというのは同じマネジメントの responsibility は何かということだが、本来は違う。そこは、統計整備の問題以前の問題というのがあって、もう一つはアメリカのように民間保険でいい病院にお金を払って自分で保険を買って行くという世界ならディストリビューションがあることは何も問題にならない。国策として社会保険なので、病院に実態はこんなにはばらけているというのは現場の声としては確かだが、それは政策的なアカウンタビリティになっていない。看護師の需給ということを個人のテーマで、あるいは病院単位の課題として考えるならば、そういう議論もいいと思うが、一方で政策単位議論なので政策議論である以上、社会保険の中でお金を払って便益を受けることが前提になっている社会の中で逆にこれをやることによって格差があるということがわかる。それに対して、どう個別に対応するかという方策もしっかりと見ていけるということはとても大事だと思うので、そういう意味で共通の尺度がやはり必要なのではないかとことを別に病院の個別の問題があるとむしろと言っているわけではなくて…
- ・平均像を出すことと、個別の医療機関からデータを出させることの間インセンティブが働かないという話をしていたつもり。個別の詰所単位で定着率がどれくらいで、全国がこれく

らいだったら数値が低いというところまで議論をもちこめるというのなら、頑張っデータを出してと言っても悪くはないかなと思う。ただ、医療施設調査で従事者票は出ているわけなので、年1回というのに問題があるのかも知れないが、レセプトデータの中に今月は看護師が何人だったという報告を混ぜ込むことは、そういうのもありなのかなとも思う。

- ・頭数を追っていくのはどこまでも頭数にしかないわけで、そのところに作業量や就労環境のようなものを入れられるような仕掛けになるかということも一つミソかなと思う。もし、組織的に確率的に割り振るのか、あるいは決定するべき線を引っ張っておくのかいろいろやり方があると思うが、そういうふうに逃げるのがいいのか、個別対応でやっていくのがいいのか私もどちらがいいのかわからない…
- ・現場の様子は、例えば極端に忙しい1週間があったり、暇だという1週間があったり、詰所の中でもばらつきがある。ばらつきは必然で、必然だということさえ統計調査に参加する人たちがわきまえてくれたら、それで許容範囲のデータが出るのかなという気がする。データを集めるのに参加する人からそのデータを処理する人から解釈する人に至るまで、ばらつきがあって当たり前と思ってくれたらいいけども、平均値に到達していないと悪いことをしているように段々となってきた、そこも少し心配。
- ・それはすごく重要な点で、ユーザーの熱意がユーザーとしての認識がどこまで成熟しているかという問題。啓蒙というかよいデータを見せて、このデータを使うとこんなことができるという話に仕掛ける以外にはなかなか解決ができないだろうと思う。やるべきテーマではある。エージェンシー化というの、ある意味啓蒙的な部分というのはありだと思う。
- ・以前から言っているように自由に使うのは当然だが、正しく使ってほしい。統計で嘘をつかないようにするためには、必要だと思う。連想できる人とできない人がいるから、こういうふうに使ったらどうですかというのを教えてあげないと…
- ・介護保険でホームヘルパーの2級は2万人就労している。毎年、2万人ずつ増えているが2万人ずつ辞めている。要は素人が毎年2万人いるということでどうにかしたいが、一方では2級のホームヘルパーの質を上げたい。
- ・ヘルパー2級・3級という話と看護師免許があるなしという話は本質的に全く違う話で、マーケットから撤退する率という観点からヘルパーは嫌になれば辞めればいい。嫌になれば辞めればいいという世界で、絶対にそのヘルパーさんについて欲しいというのであれば当然マーケットメカニズムが働かなければならないから、高い給料をあげないと残らない。しかし、そのクオリティは低い。クオリティベースで賃金を付与すると、よっぽど自分も自信がなくてこんなに給料をもらえるならいいという人なら残るが、自分の実力を勘違いしている人はどんどん逃げていく。
- ・どう考えても絶対ヘルパーについて欲しいというのがどれくらいの割合なのかわからないが、仮に看護師が余ってくるとそちらに若干入っていったりするんで、実際には介護士ではない看護師ではないと言いながら実は介護に関心を持っている看護師は多い。その辺のマーケットのせめぎあいが行われると、ある意味看護師は辞めるという選択があまりないので、よりクオリティの高いサービスを提供する素質はある。そうすると看護師についてほしいと思えば、最低看護師に支払っている賃金のレベルは保証される。

- では、看護師の質を図る尺度はどういうのなのか。それがわかると医者のように専門医制度が…
- 潜在的に看護師が不足しているのかという議論も本当はしなければならぬと思う。看護師の労働時間のかなりの部分は、非医療専門職はパートの人でも置き換え可能。
- 何をもって看護師を足りないと言うかということの客観的根拠がない。
- ベースラインと言っているのは何か。標準化がされていない、必須項目が欠落しているなど…
- 例えばある程度の能力があつて、こういう疾患にはこういう病棟のタイプでこういうサービスでする場合には最低これくらいいるというようなこともなければ、資質で最低この疾患にはこれくらいのキャリアを持った人が何割くらい必要だという、そういったことがあるのではないかと私は思っている。
- サービス供給量は無限にある。いくらでも看護師を増やせば無限に…病院にやらなければならないことはたくさんあるし、やらなければいけないと思ってしまうとやらなくていいことをたくさんやっている部分もある。
- 例えばこういう機能の病院は、やるべきところコアはどこまで、オプションはどこまでというのがあれば、その議論は簡単。
- 簡単に言ってしまうと至れり尽くせりはだめなのかという話。国民はできるだけ安いコストで抑えたいわけで、その時にどこまで国が付き合ってくれるかを決めるのはこれは学者の仕事ではなく政治家の仕事なので…
- ベースラインと聞いたのは、統計情報上何をすれば…医師需給のほうばかり見ていて、医療計画をやるときに今まで何人あたりという供給者側の理論ばかりだったのを、もう少し患者中心の話という指標となったときに小児科あたりの数なども出しましょうという案は出てきた。医療計画でマストでやらせる部分と、もう一つ病院のところまで落ちてしまうと都道府県が報告規制との絡みもあり、都道府県が医療機能を情報発信しますというものができあがっているので、何を入れ込むかというところは案が消えたのは出ていないはず。
- 結局、第6次の需給見通しを作りましょうと言って大騒ぎをして、検討して作成したが、そういう作り方をしても時間とお金ばかりかかってあまり意味がない。例えば、社会保障として最低看護師がこれだけ必要だと言ってしまう、あとは病院・地域で本当に必要なものについて対応しなさいと…本当の実態という意味では事後的報告でもいいのではないかというくらいのリラクゼーションがないとこの話は…
- 医療法は最低基準を決めているだけの立場なので、いくら増やしてもどうぞ増やしてくださいと…お金が全部固定性なのはどうかという話はあるが、増やす分にはどうぞと言うしか…
- 統計的にという話で、医政などが使ってもらえるような情報を作成しないと省庁として本省の中の統計情報部のポジションが何かわからない。例えば、〇〇の情報を作成してと統計情報部に言ったら出てこない。
- ユーザー側の求めているものをどうやったら出せるのか…
- 今の問題は一言で言うと、幅があるものを無理やり一時的な数字に落としこもうという話を自分で考え込んでしまうので出ない。例えば、依頼されたらとりあえず何らかの数字で出す

だろうし、幅があるときは幅があると言うので、そこら辺は役所の内部でやるよりも外にいる人の方が気楽なので対応しやすいだろうと思う。

- ・(笹川先生) 大学病院等でいろいろやらされたことが多々あるけれども、一つは臨床研修の研修医は医療に不慣れなので、どのくらいコストがかかるのかということやったことがある。そうしたときに元になるのはレセプトデータで、その時にやったのがレセプトデータを全部自分のところで出すからそのチェックをする。しかし、月で切れてしまうのでつなげるのが大変で期間的なものを探すのが非常に苦勞した。

レセプト電算になれば系統的に取れると思うけれども、研究している機関でレセプトのデータなので返戻というのがきてしまう。そうすると時間のずれが出る。そういったものが実際に、見かけ上は一人にこれだけのコストがかかった。けれども、それが認められずに返戻できている部分を引かなくてはならない。ところが、時間のずれがあるので返戻の部分長く入れるためには長い期間の修正が必要になるというのが不便だなと感じたことがある。

実際に大学の臨床研修では、大学の付属病院なので卒業するとかなりの人数が来るわけで、そのコスト面を出そうとするときに全ての項目は拾いきれない。その時にやったのは検査だけ。そうするとかなり不必要なレセプト上では認められない検査がいっぱいあった。けれども、医師を育成するためには必要な検査か否かというふうなことを副院長が科の医師を一人ひとり呼んできて、聞き取りでやったことがある。

まず、単純に拾ってどれくらいかかったのかというのが取りにくいというのが一つ。あとはオペ室関連で、例えば病名によって術式によって標準時間の指標はたしか無いと思うが、手術をするというときに時間というのは見えないと看護師の配置、いつから何件スタートさせてというような計画をなかなか立てにくい。かなり時間外に食い込んでおり、予定より長引いたということがある。さらに麻酔医は慢性的に不足しており、回してどこかから来てもらい手術に入ってもらおうという形があるというのも人員計画を立てにくい。手術予定時間一つとっても、看護投入量も違ってくれば麻酔医の投入も違ってくる。さらに、麻酔医は大学病院クラスで2、3名、通常の機関病院でも医長しかいないという実態がかなりある。そうすると外から頼むことになり、1日何件も手術をしなければならぬというやりくりが難しい問題が出てくる。標準化された時間があってそれに基づいての手術計画が立てられるような指標のようなものがあればという気がする。

医療圏の問題で田舎で開業医をしていると新しい道路ができて、患者の流れが変わってきたということがある。医療圏を利用するときに、道路行政で新しい道路がいつできるなどがあれば医療施設を新しく建設するという流れも全部変わってくると思う。この情報は厚労省、これは〇〇の情報というのではなく、一つのキーワードで串刺しのように拾えるシステムがあったらと感じる。

- ・道路が変わると人の流れが変わるというのはもちろんあるので、それを系統的に拾うというよりも基準を決めるという話ではないのか。
- ・要は標準なもので、キーワード検索ができるようなものができないのかと…
- ・診療圏というのを区分するときに、道路の付け替えがあったらそれに準拠しなさいとかルー

ルを作れという話。

- ルールを作れというよりも、道路ができたからといって行くか行かないかは患者の自由。需要予測で道路ができればこうなるとか、予測できるベースとなる資料を…
- 北海道のように救急ヘリを使うとアクセスシビリティがこんなに変わるというのならあり得るかも知れないが…
- 季節データではなく、道路を付け替えたときにどうこうというのは検認的な調査の中である程度、このデータは急に変わっているけどもどうしてというふうに見ると道路が付け替わっているという感じでデータが出ることはあると思う。
- 臨時調査を入れるタイミングをどうするかということが一つと季節性の変動についてという2点。北海道などは特に…
- 各省庁で出しているデータ双方でできればという…
- 手術室などうちの病院は4年分のデータがあるので、前にいたところではコンサルタント会社に頼んで手術室の分析をしてもらっていた。基本的にはうちのデータを分析してもらえば全部できる。
- 専門病院は常勤医で麻酔医がけっこういる。ある程度、急性期の病院であってというそういう病院のデータが欲しい。難しいのはわかるが…
- 電子カルテと言うけれど、国の目標の普及率から程遠い普及率でそうした場合には、それを一つのシステムという中で国全体などで標準的に集める仕組みがない。
- 自分たちはデータを出せるのに、みんなが知らないので研究に来てもらえないというのはある。
- ヒヤリハットや院内暴力などについて病院個々にデータは出している。しかし、それが標準ではないから出してくださいと言うと…
- 以前であれば、臨時調査をするという個票をつかって配布して記入してもらい回収するということだったのが、現時点では各医療施設にデータがないという場合もあるけれども、既存のデータベースが各医療機関にある場合にはそれを手書きで写させるのかというところは同じ問題。
- こういうデータがいるということをあらかじめ教えてくれたらこちらは作成することができる。
- 厚生労働省の今ある統計を使うのと、研究者が欲しい、足りないと言っているものをどう組み込むか。
- 誰のためのものか。厚生労働省的には病院間を比較したいという話ではなく、地域で医療体制がどうかという話で…
- 各医療機関にしても、地域医師会や病院にしても、厚生労働省がやれと言うからにはやらざるを得ない立場になっているので、データを提供できる体制を早急に整える必要はある。
- 国としての責任の範囲では、手術の時間と言ったときにどこからどこまでをみんな計りましよう決めてあげる。ところが、一方ではローデータを持っているわけなので、そのローデータの使い方についてはいくつかセキュリティを書いた上で、こういうことをやってくれさえしたらどう使ってもいいなどにして、場合によってはお手伝いしますというようなものを

作ればいい話なのではないのか。

- 学会でよく調査するが、そのデータは国には手配しないのか。
- 国が集めたわけではないデータを国が使用したいときにどうするかという手続きの問題を本当は考えなくてはいけない。
- 賢い学会は、学会がガイドラインをつくるなりして厚生労働省に持ち込んで、他の学会の了承もつけてお墨付きを取ってガイドラインとして通知レベルまで持っていくという動きはある。
- 例えば手術時間と言っても、どこからどこまで手術時間をとるかということについて明文規定はない。外科学会の場合は、「よろしく願います」から「ありがとうございました」まで。
- 人的配置の問題となると、病棟出しから帰ってくるまでということもあり得る。
- あればいいよねというレベルと、ないとまずいよねというレベルが話す人によって全然違う。
- 看護記録には時系列データは手書きでは存在している。

5. 第3回班会議について

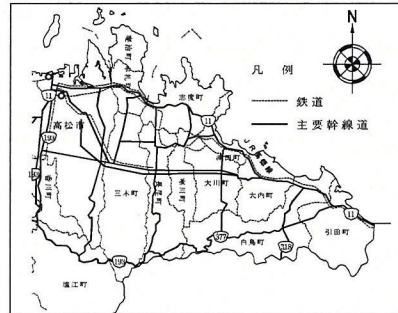
平成18年8月下旬、札幌にて開催予定。

施設を計画する者として

広島国際大学
宇田淳

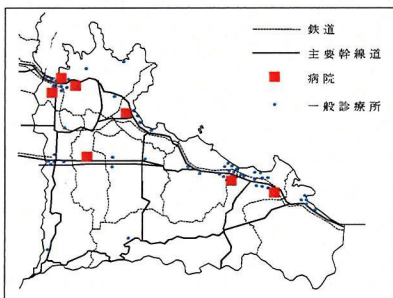
1

交通網の把握



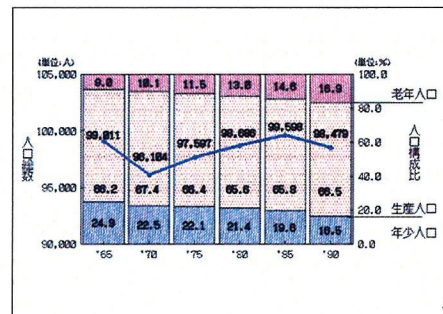
2

医療施設等所在地の把握



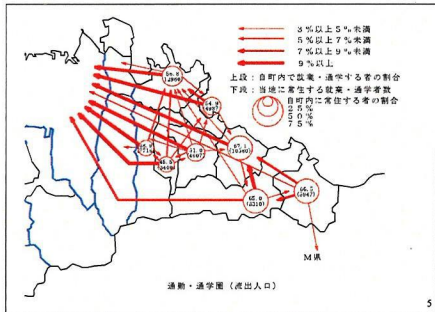
3

人口・人口構成の把握



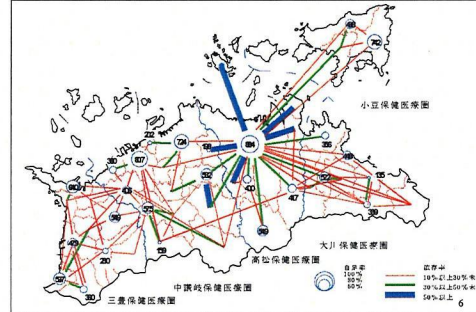
4

通勤・通学圏の把握



5

患者の医療施設利用状況の把握



6

患者調査

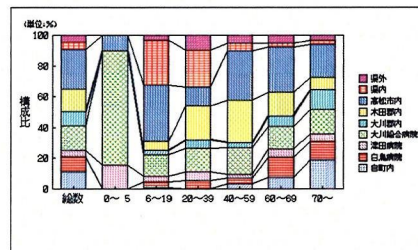
- 抽出調査で病院全数でない。
- 2次医療圏単位までの集計。
- 疾患別(大分類)の流入しか分からない。



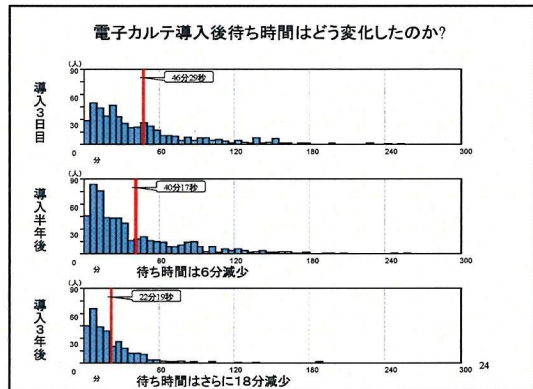
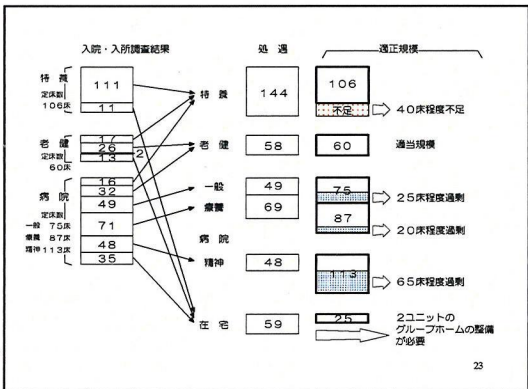
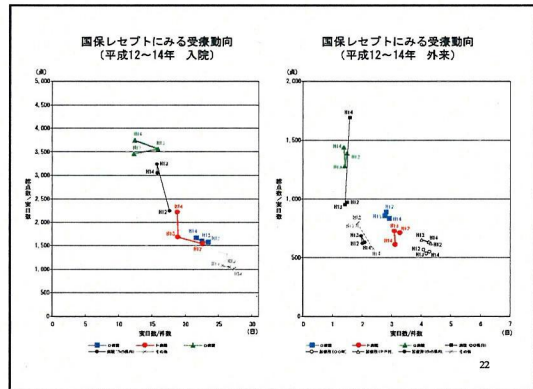
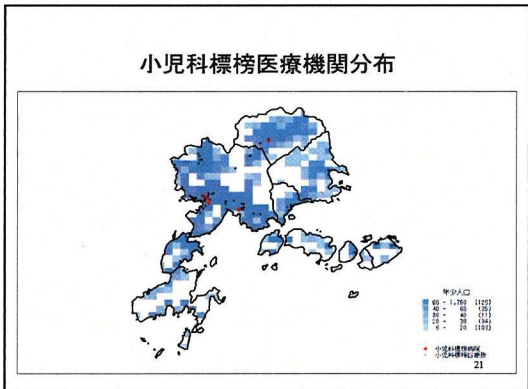
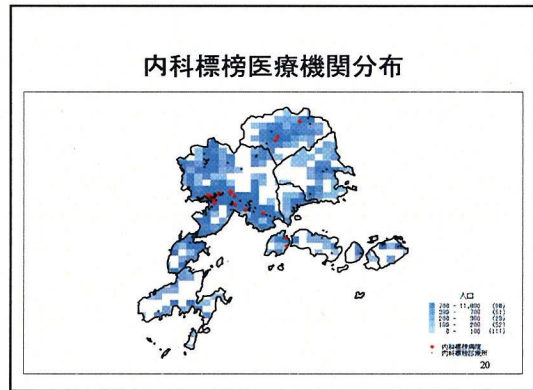
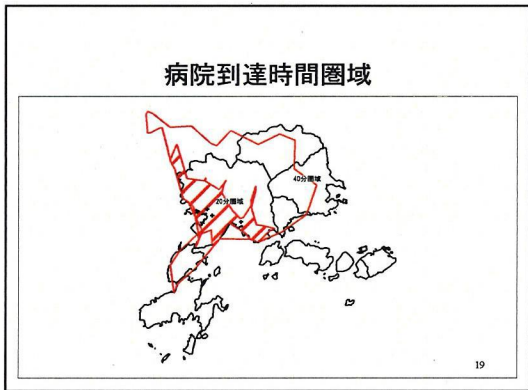
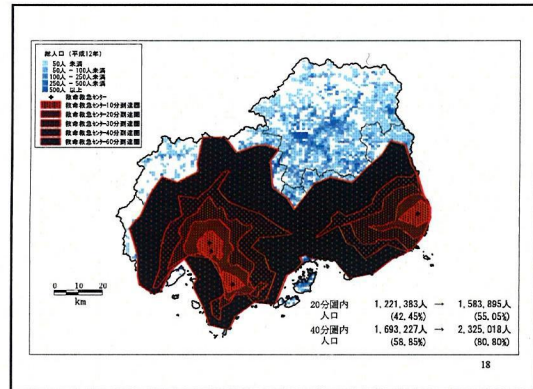
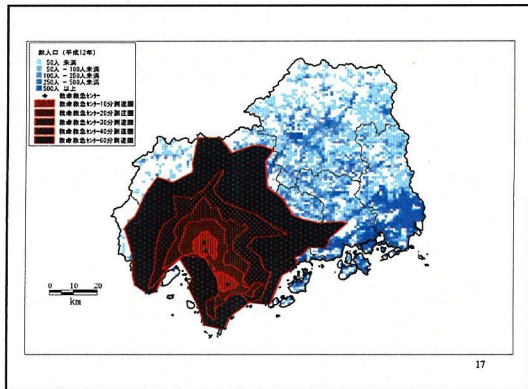
電算レセプトに期待

7

年齢階層別の医療施設利用先の把握



8



平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業
統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究
第 3 回班会議 議事録

日時：8月28日（月）15：00～18：00

場所：ホテルクレスト札幌 3階 会議室「ポプラ」

出席者：6名（5名欠席）

1. 出席者自己紹介・・・省略
2. 主任研究者挨拶（宇田先生）・・・省略
3. 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課 首藤室長より

プロジェクト提案型研究というのは今年から始まり、1年間研究計画を練ってそれが評価に値すれば実質的な研究に入っていくというもの。2点をお願いしていて、1つは宇田先生にお願いした利用者の視点に立って統計を見直そうというもの。もうひとつは浜松医大の木村先生にお願いしているIT化が進展したそれに対応した統計の在り方というのをお願いしている。いずれにせよ統計で政策決定や種々の過程における統計の役割というのも大きく変わりつつあり、かつ手段としての技術というのもITの普及ということで非常に大きく変わりつつあるということ。そういうトレンドに合わせて一度しっかりと議論をしてもらい、そこについて研究というアプローチからいろいろ検討いただきたい。当初、その2つ以外にデータの質自体どういうふうに向上げていくかということも重要なことだと思ったが、そこまでプロジェクトで組んでしまうとあまりに形が複雑になるので、とりあえずこの2つの研究を双方に連携しながら進めていただきたいと思います。人選についてはこの分野の専門ではなくても、物事の題材を与えられればそれ相応に我われにない視点からアプローチなり検討をしてくれる人がいてディスカッションしたら自然と一定のものが生み出てくるのではないだろうかという意味で何人かの先生の名前が挙がりそれぞれにお願いという形になった。それから、ユーザーという意味では非常に難しい話であり、それは具体的な中身に入ったときに相談したいと思うが、単一的なユーザーというわけにはいかないだろうし、ユーザーが連鎖していると思う。情報が加工されていくプロセスやその流れにおいてみなさんがどういうふうに関わっていくか、そういう視点も合わせて検討していただければと思う。

4. 意見交換

- ・世の中にある統計情報を可視化できないか、情報を整理できないかということを考えてみた。資料1枚目の機能は、みんなに見てもらうためにはWeb版としてインターネットをしてはどうか。研究用には分析や検索ができなければいけないので、そういった機能をつくらなければならない。もう一つは情報を蓄積するD. B. をつくろうということ。地図上で表したのはスタンドアロン版で、要は私の今まで蓄積した研究D. B. を統一できないかとつくったもの。選び方はシンプルで対象地域を選び、地域を見るのか施設を見るのか、診療科目別でプロットしたい、市町村単位でプロットしたいということを選んで、地域の場合も同じで〇〇市というの

を選び解析の場合、こういうデータが入っているのをクリックするとこういったデータが入っているというのが見られる。施設ならば、県データになっているものをリンクできるというもので構成している。資料3枚目は、地域だけなら見ることができるように Web 公開用のシステムをつくったもの。資料の4枚目、D. B. が一番問題だったと思うが、D. B. は当時個人的にはSQLというD. B. を使いたかったけれども、エクセルかアクセスで統一にした。ファイル名をまず年、出典データ名、市町村圏対なのか医療圏別なのか施設圏なのかというように名前を統一してしまってMDBがD. B. をつくってしまおうと…

ファイル名を統一するということから、市町村の合併に対応しなければならないということでもこれも考えた。するとエクセルのピポッドテーブルであるのが一番簡単ではないかと安易な発想でやった。ただ、問題は大阪府のように区が二つに割れた場合どう同定するかという方法があるが、国土地理院がやっている方法に準拠するというので半分比率でやることにした。資料の5枚目、道路、鉄道、行政界等 Google のようなものはすべてやってみた。非常によくできていたが、拡大すると精度が違ってくるというのがわかり難儀したという覚えがある。一般病院、精神病院、老健施設、特養施設等は国土地理院が一時期座標を公開していたので行った。今は、一般病院、精神病院に関しては私の研究室でも現在でも座標を追っている。施設の内容については、昔の全国老人保健施設管理要覧や地方公営企業年鑑などをD. B. 化して検索できる。雑誌記事になっていたようなものをPDFファイルにしたものなど拾えるように形にD. B. は組んだ。このようなD. B. を連携すると、何かにできないかというバツファ圏域内でこの範囲内でどれくらいの人が住んでいるかなどができる。道路地図のデータにパーソンとリンクのデータなどが入っていたり、アクセスの情報が入っているものであれば何時にこれくらいの渋滞が起きることやアクセス時間から時間距離の到達時間がわかったり、どれくらいの人口がいるかというのを想定、計算するときには便利だとわかった。資料の6枚目、人口密度の分布を100mメッシュの上に一般病院を分布させてみると地域に病院があるかないかがすぐわかる。これなら誰が見てもこの地域に病院があるないというのがわかって市町村単位でと言わなくてもわかる。土地利用現況のデータを過去5年ごとに示して、どの部分が土地利用変化が起きたかを抽出するのは簡単に出てくる。このときにデジタルデータもいい加減だし、公営企業年間も印刷物になっているものは間違っているとデジタルにしたらわかった。

- 今のような発想で立地や距離、密度などを可視的にプレゼンするというようなものは、日本では他に存在しないのか？ 資料だと、この拡張はどこまでいくのか？

一種のアニメーターのような機能をもたせてある機関間に、施設の移動や医療従事者のマスの移動をわかるようなことになるのか？ 拡張すると使い道がまた違ってくるが、その辺をどこまで考えているのか？

→ 例えば、土地利用の変化は（どんなものでもそうだが）、データさえあれば抽出してアニメーションにするのはあつという間にできる。

- こういうものはユーザーにどの程度公開されて知っていて、利用性や利便性がどの程度認識させるかというのがある。研究者の間でもだが…

感染のリスクを考えると、どこにどんな施設があって、到着するまでにどのくらいの時間がかかるのか決定的なことで、例えば感染のシミュレーションをやっている人はそういう情報

を持っていない。

- ・京都福知山で、自分たちの病院に来る患者マップを毎月手作業で作っていた。それを並べ、落ちると開業医のところへ行って挨拶をしなくてはということをやっていた。
- ・検討する上でアプローチの仕方として短所は、人口 10 万対という指標は意味がないのではないという疑問点や問題点から想起されていったアプローチの仕方というのと、理念的にこうあるべきだというアプローチの仕方と考え方として 2 つあるという気がした。この項目でお願いした短所は、国が出している統計やデータは問題が多いということからお願いした。国が出すデータというのは上から見たデータになっているので、健康寿命にしても目標を立てて県や市町村にさせるというアプローチになってしまう。

しかし、国民の立場から見ると北海道の健康寿命を伸ばすと目的を立てて健康を志向する国民はいない。最終的には自分が健康になりたい、自分の家族と幸せに生きたいからというのであれば、いつまでも地域別にやる健康寿命は出し続けること自体は行政としては意味があるが、国民としてはそんなに価値のあるデータに思えない。視点を変えて、ある人に指標を出す国民の行動変異につながる可能性もあるし、そういう意味ではファーストユーザーは国民である（データとして）。それで健康になったら、その健康になった影響などを捉えると今度は行政的には価値が出てくるであろう。データの利活用の在り方も少し視点を変えないといけないのではないか。問題点から装備されたのが依頼なので、そういう意味では問題点から物事を考えていくのは考えやすいのかなという気はしている。

問題点というのは気づく場合と気づかない場合があるので、散発的にバラバラになる感じもする。機能的に問題点を出してきたものを、全体として俯瞰してみてどういう傾向があつてこういう問題点が出ているのかを純化していくプロセスや検討作業が必要だと思っている。できれば、両者からアプローチなり意見をもらえればいいという気がさらに起きた。

- ・1 つは人口 10 万対というのが大雑把すぎるというのがあると思う。地理情報は結局、どれくらいの大きさのタイルを敷き詰めていくかという問題。ポイントとして細かく入れるのではなくて、市町村という枠組は大きすぎる。特に最近は市町村合併で行政区域が広がったので、行政統計として市町村を単位とした統計情報は現場ではもう使えないという感じがしている。行政統計の考え方を改めて、行政区分で市町村というのをやめて 1 つは地理情報として 500~1000m くらいのタイルを基準にして情報を処理していく必要があると思う。もう 1 つは、人口 10 万対が問題でもし 500m くらいの四角となるとそこに 10 万人住んでいるはずがないところから出発する必要がある。いずれにしても医療機関に対するアクセスなどを考えたときに、北海道のように広い二次医療圏を塗りつぶしても納得できないところだと思う。集落を基準に考えて、人口 10 万対ではなく人口 1000 人、500 人単位の集落で考えていく。それを各 500m タイルの上に乗せていくという形での処理が必要。行政区分を基準にして統計処理をするのと違い、1 つは医療機関を中心にして逆にそこに住んでいる人を中心にして医療機関の配置を考え直すなどの作業ができると思うが、二次医療圏や市町村を範囲としている限りはそんなことは絶対できない。出来上がった医療計画をなんとかやってみると、8 割くらいでうまくいなくなり無医地区は減らないということが続く。もう 1 つは、健康寿命を言ったときに地理情報はどうなのかというところで、例えば都道府県や市町村で健康寿命ということは都道府県や市町

村はマーケットセグメンテーションするとき、それなりの妥当性がある前提が必要だと思うが、そんな妥当性はないと思う。セグメンテーションで、健康寿命の問題なるとすれば貧困度や医療機関へのアクセスの問題で、医療機関へのアクセスや地域保健教育のようなものは行政単位の問題になるかも知れないが、行政単位側からみたときに地域の健康寿命を延伸しようとしたとき、〇地区に働きかけるなどのポピュレーションベースの考え方は確かに重要だと思う。国全体として考えたときに地域に落とし込んでいくところで決め付けてしまうと、逆に他のマーケットセグメンテーションが行われない気がする。どれくらいの年齢層でと決定してもらわないと健康寿命が延伸しない、あるいは働きかけるべき所得階層は富裕層ではないだろうし、生活保護世帯の人は健康寿命と言われてもピンとこないのではないかと思う。働きかけの方向性としては方法論として変わってくるだろうと思う。健康寿命や他の指標でも地理情報と絡めて、行政というのは国が決めたことを都道府県に落とし込んで、そこから市町村に落とし込んでという方法をするが、マーケットセグメンテーションとしては間違っている。働きかける方法としては、別のことを考えなくてはいけない。しかし、統計情報で市町村別の統計情報を出してしまうとその時点で、何か意味があるような気持ちにみんなが思ってしまう。確かに地理情報と絡めたときに、何か問題が生じてくることはあるかも知れない。意味がないとは言わないが、生活習慣病に限って言えば恐らく地理情報を基にしたマーケットセグメンテーションは間違いで、統計情報を出せという方が間違っている。地理情報の上に健康寿命をのせて出されると言われたときに、それは意味があるのかとデータを要求した人に本当は返さないとはいけない。それを返せずに言われた通りに出してしまっていたというのは、あとから考えるとやはり良くないという気がする。

- 人口 10 万対の疑問は、全部指標を D. B. にするときには精査した。500m のメッシュがいいと思ったのは、1 つは徒歩圏内であるということ。もう 1 つは、メッシュデータの良さで行列式に変換しやすく行列式にすれば 4×4 の行列式を考えてもらうと計算がしやすい。2 次元だけでなく 3 次元的にも作成できるし、行列式にいろいろなものが応用できるということをやってみた。
- 非常に面白いが市町村単位というのも捨てるのがたい。行政からのアプローチというか、そういった単位が色濃く出るようなものがあると思う。
人口 10 万対というのは疾病統計から同じ発想でやっているのだろうと思うが、10 万でどんなよいことがあるのかよくわからない。土地情報というのが入ると確かに有効に使えるものがたくさんあると思う。現在の往診の範囲を距離で決めなくてはいけないというような指導があるようだが、そういうようなものがかなりナンセンスな地域もあるという情報も宇田先生のつくられたものを使うとわかると思う。
- メッシュが細かいと個票のデータになってしまう。個票ベースのデータが出てくると協力してくれないという話があり、結局 D. B. を簡単にいじらせてはいけないというような意見が結構強かった。特に調査ができなくなることを統計情報は恐れていて（精度が落ちること）、我われは指定統計をやっているのだから研究レベルの統計のように 5, 6 割の回収率では全くだめで 9 割くらいの回収率でなければ基本的に物が言えないというようなイメージを持っているものと、揺らぎを出さない。健康寿命は明らかに揺らぎがあるだろうし、そういうのをあまり見

- せないようにしている。統計のデータそのものの価値も考えなくてはいけないので、D. B. はどんどん触ってもらえるようにしたいが、個票のデータが出るのはまずいと思う。個票のデータが出そうなときは止める、あるいはダミーのデータを入れておく。公表のデータは別で使うべき。統計情報部は統計の数値にかかわる価値判断はあまりしなくて良い気がする。
- ・厚労省が出すデータは基本的に、どんどん地域に割っていくばかり。健康寿命では切り口が違うのではないかとということで、所得などいろいろな切り口でやるというのを統計で出した段階でその切り口に意味が出てくる。良いデータも悪いデータもいろいろな切り口で出すので、自然と目立つところは浮き彫りになる。そこが大事だと気づくのは政策部局。
 - ・標準偏差の大きさを見たら、データ自体の質もわかる。統計情報部としてはデータの質はある意味、神様の価値を決めるようなところがあるので、統計も質があるし、それを見ていく必要があるのではないか。
ポイントになるのは国際比較ができること。経時的な比較ができること。いろいろな説明関係が他からも検証ができるようにしておくこと → 個票がわからずにする（最低限守るべきライオンは個票）
 - ・現実的にはいろいろやってみたい。個票データをもらえたら手軽にいろいろやってみることはできる。現状では個票ではなく分析をお願いしてもらおう形にすると、手続きに時間がかかる。
 - ・それは Web 上にのせてデータをもらえる形にしておいて、その時に個票ベースのデータが出そう、標準偏差から見て意味がないというのであれば、それは出せないというように変えていけばいいと思う。
 - ・研究者側も個票が欲しいとなった時に、個票の 1 枚 1 枚を欲しいと言っているのではなく、統計処理を手軽にして常に自分の中でフィードバックをかけながらやるためには、いちいち分析をお願いするよりは自分の手元に個票をもらう方法が一番手軽。本当の意味で 1 枚 1 枚の個票を分析に必要というケースは、あまり大きくない気がする。
 - ・分析するときに、できれば空間に浮かせてみたいというものもあるのでは？
 - ・→ もちろんだが、空間に浮かせた 1 個の点について本当に興味があるかということ、実はあまりなかったりする。基本的には個票を全て見たいわけではないが、はずれ値が出たときははずれている理由はと、初めてその個票が見たいことは状況として存在するかも知れない。
 - ・検証できるようにしておくというのは、誰でもそういうことができる+そういう人には個票ベースの数字は出さないようにするということ。
 - ・個票はオープンでいいと思っているし、指定統計の中で出してはいけない数字はないとも思っている。
 - ・官庁統計の PR 不足、個票を扱う上で研究者が遠慮する必要はない。統計担当部局が遠慮する必要もない。
 - ・指定統計のもう一つのポイントは答える義務があるということ。物としては悪くなっていく可能性があるので、システムとしては変えていく必要がある状況かも知れない。
 - ・統計情報を提供した側としてない側の格差をつける。優良病院ばかり集まる可能性があるのではないか。
 - ・統計の結果を地域ではなく自分の施設に返ってこない

- ・ → 統計に乗り気ではない。病院側としては地域の中で自分たちの位置づけを知りたがっている。
- ・ 厚労省だけの問題ではなく、国全体の問題になってきていて当然、総務省側でもディスカッションが進んできている。厚労省は傍観者とまではいかないが、議論の成り行きを見ているので、最終的な取りまとめ案に対して各省庁に意見書をくるくらいの感じで、基本的には完全に舵取りは総務省が握っている。我われがしないとイケないのは、総務省が今後進めてくるであろう論点に対して、それをそのままのスタンスでよいのかそこを予測しなくてはイケない。恐らく彼らは医療の独自性というのを無視して、他の政省庁の統計で個票を出して問題のあるところ、事業者問題はいろいろ出てくるが、医療ほど根源的に個票のプライバシーがあるところも少ない気もしている。

医療の独自性というのを踏まえて、総務省の動向に対して厚労省がこういうスタンスでやっていけなくてイケないというのを反応形式で議論の煮詰めが必要なのでは。

- ・ 結局、飛び離れたデータがどこか出てしまい、個人や一つの企業体が特定できる状況が生まれる。
- ・ 今まではほとんど研究者が官庁統計を利用していましたが、今後はそうではないかも知れない。営利企業が官庁統計データを使用して、直接的に利潤追求の道具の一つとして個票データを使うということであれば、あげるべきものとして一応考えておかなければならない。営利企業や研究者ということを受容性を持って主張できるかということ、少し難しい気がする。
- ・ 民間で信用できるデータができるのかという保証がなくなってきた。民間にとっては集めやすいところから適当に 80%集めてという方が安いので、いつそういう形に切り替えられていてもわからない。
- ・ 統計情報利用者を育成しなければという話が前回会議で出た。育成するとしたら育成する必要がある能力はどこなのかという検討が必要。医療機関管理職については、統計情報の加工能力に問題を抱えているのではないかと考えていて、研究者としては現場に直接いないので皮一枚かぶっているところがあるのではないかと。経営コンサルタントも同じくらいだが、自治体行政官については解釈能力も少し足りないところもあるが、それよりも加工能力がない。
- ・ 生データで接したときの能力という意味なのか？
- ・ → 自分が欲しい、解釈できるような形に加工していくという注文を出せる能力という点では、自治体行政官よりは官僚の方がいいかと思っている。2軸、3軸と軸を増やしていくと育成していくべき能力というのは各々違うとはっきりしてくる。具体的なカリキュラムを作り、教育プログラムにそういう人を入れて何かできるかということ、現状としては難しい。
- ・ 例えばどういうふうに教育方向ベクトルを決めるのかということはあるのか？ → 加工能力が低くても問題のない立場の人、自分が加工する能力がなくても注文する能力があれば良い。2軸だけの分析は、少し足りない部分がある。官僚や自治体行政官としては、低い解釈能力でも自分が必要としている、解釈が可能なところまで統計情報の処理を注文していく能力を身につけてもらうことに主眼をおいて、解釈能力という弱い部分をあげていくよりは元々強みのある部分をあげた方が効果は期待できる。
- ・ 各人の活動の目的などにおける統計の意味という中心を別にする観点もある。官僚も統計だけ

でポリシーメイキングをしているわけではなく、ポリシーメイキング全体における統計の意義とその利活用がどうあるべきかという観点が逆の視点から必要になる。

- ・医療機関管理者は、たまたまポリシーメイキングまでしなくてはならないという立場に追い込まれることはあるかも知れないが、どちらかという団体役員としての立場でポリシーメイキングに従事していくケースが圧倒的に多い。

欠けている能力で補う効果が期待できる部分と、得意とする能力を伸ばす部分と各々立場によって当然違うはずで、教育プログラムを真面目に考えるのであればある程度考え一覧表にし、教育プログラムを設定していくということはできると思う。

- ・ stake holder で言うと、記入者と調査設計者と調査者などの実行する側や実行される側という境界はあるのか
- ・ → 情報利用者という形にしているので、情報提供者はまたこの上にプロントするとしたら別のものになってくる。
- ・教育プログラムをつなげていくという発想は正解だと思う。加工能力であれ解釈能力であれ、あの位置づけでいいのかはきちんと調べなくてはいけない。

例えば医療機関管理職は本当理解しているか？

→ 理解していない

官僚が解釈能力が低いのか？

→ 官僚は解釈するのではなく、いかに使うかということに頭がいつているから解釈は逆に発注してもかまわない。

第3軸を誰がどう担保するかという問題は、そういう能力を公共財と考えると個別に教育プログラムを考える必要はない。国がきちんとすればいいという話になってくる。個々の能力なり、エキスパティをどう同定してどう評価するかをどこかでやらなければいけないだろうと思う。統計情報を利用している人がお互いにお互いを疑心暗鬼している可能性がある。

- ・官僚は統計情報を信用していない。それに依存してポリシーメイキングするほど、危険なことではないと思っているので論理的に自分が肌身で感じているものを元にポリシーメイキングをして、それを裏付ける説得材料として統計を使っているのが現状。統計の在り方というのはもう一度変わるだろうし、そこだけ変えても仕方なくてポリシーメイキングのプロセス自体をきちんと踏まえてその中での統計の位置づけを考えなくていけないという意味。この1年間にすべてを解決してとはミッションとしても考えていない。続くという形でもいいが、研究班としての一定の成果は出してもらい且つできれば今後も継続的に…
- ・データの質の問題はとても影響していて、元々衛生行政統計で出していく段階からおかしいと思うところがたくさんある。それをベースにして、加工や解釈をしても話はどんどん拡散していく。それをどう防ぐのかという議論は適当だと思う。
- ・DPCに出てきている疾病コードは分析の対象として妥当なのかとなると妥当ではないと思う。その辺をきちんと評価できる仕組みはあるのかというと、自然と収集されているデータについての信頼度はなかなか難しい。
- ・研究なので自由なアプローチで、それぞれの研究班の自由度を奪いたくない。
- ・どれが個票なのかというので個人情報のように個人を特定しなければいいのかとなればその方

法はいくらでもあるし、使うときにはというジレンマをどうやって解決するか。情報や制度を担保する方法の仕組みは使う側からも提案しなければいけないと思う。

- ・指標の話などはもう一度どこかで整理しなくていけない。
- ・利用者の中に政治家とメディアを入れてはどうか？ → メディアは教育不可能だと思っている。
- ・マスコミは立場としてフリー、データに好きにさせていい、どう評価してもかまわないという立場に置いてあげないとマスコミの本来の役割は禁じられてしまうことがある。妙に教育しない方がいいというのは正論だと思う。
- ・マスコミは誤解釈能力が非常に高い。
- ・何かできるとしたら社内に科学的事実として正しいかどうか、記事の統計の取り扱い方が正しいかどうかなどチェックする人を整理部に1人くらい置くことくらいはできるかも知れない。記者側から積極的に相談させるようにするのは無理。
- ・自分がこう思ったから記事を書いたと逃げこみ、客観的事実としてどうか、科学的妥当性の検討がどうだということは全く考えていない。
- ・重要な stake holder で明らかに現在ブラッシュアップすべき欠落もある、伸ばせば良くなるどころも確かにある。しかし、いずれにしても勉強しに来てくれない、トレーニングは期待できない。
- ・政治家にしてもメディアにしても結局、ろくに勉強せずに垂れ流しても大丈夫と思っているうちは、こういうことをしていたら（あぶない）と自分たちが思わない限りだめだろうと思う。どうしたらいいかとなったら、マスコミを教育するよりも先にマスコミにアクセスする一般市民に教育した方がいいのかも知れない。
- ・記事に署名するという事は、いい加減なことを書いてはいけないという意識が少しは出たのだろうと思う。
- ・統計情報に関しては、総務省に全て一元化してしまうという議論も出ている。その中で医療情報はナイブなものなので、総務省にだけお願いするわけにはいかないのではというのが一方にある。
- ・厚生省だからできる、総務省だからできないという議論は、本来はできないのではないか。どこの部署の人だからできるという話ではなく、統計情報を集めて公表するときに気にしなくてはいけないことが医療の世界ではあるのかなのか、それをわかっているならば総務省がやってもいいということになると思う。あるいは、データの出し方がこういう制限だったらOKだが、それを無視した人たちには公開してはいけないというようなルールづくりができていれば、どこの役所がやっても同じだと思う。厚生省だからできるというのは違うと思うし、あるとすれば厚生省だから医者が言うことを聞くという世界があるのかなのかということだけ。
- ・データの生成、加工という問題と利用と拡張とサイクル（2次、3次…）の関係をつくっていくことと切り分け、最後はそれが合理的、効率的、コストレスかどうか。
- ・指定統計としては罰則があるというのを総務省は持ち出してくるだろう。
- ・総論部分の話は11月以降に、ゆっくりと。それまでは問題点をどんどん出していく。

5. 第4回班会議について

平成18年9月25日(月) 広島国際大学・東京センターにて予定

平成18年11月上旬 京都にて予定(第5回以降班会議)

平成11年度、12年度日本病院管理学会専門領域別研究

地理情報システムを用いた

地域医療・保健・福祉情報システムの構築に関する研究

研究代表者 宇田淳

河口 豊、笹川紀夫、白髪昌世、谷田一久、渡邊一平、他

【研究会趣旨及び研究目的】

昭和60年の医療法改正以降、各医療圏での医療計画が義務付けられ、それに合わせた医療計画の執行が求められている。本研究は、情報の側面から地域ごとにその計画と執行を評価することを目的とし、本研究会では、地理情報システムを用いて地域医療・保健・福祉情報システムの構築をするものである。

【研究計画】

第1年度（平成11年度）

- ①ベースシステムの構築
- ②データベースの作成と収集

第2年度（平成12年度）

- ①システムのインターネット公開
- ②データベース管理システムの構築

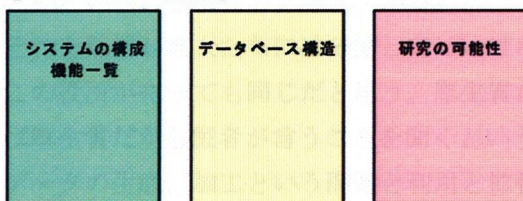
第3年度（平成13年度）

- ①医療計画等の評価システムの開発
- ②シミュレーション開発の可能性評価

【開発システムの方針】

①統計調査、一般データベース、オンラインデータベース、各研究者の研究成果などの情報を簡便に盛り込み活用できること。②市区町村、医療圏など行政界の変更に対応したシステムであること。③同一システムで国外との比較検討を行えること。④病院などの医療施設、特別養護老人ホーム等の福祉施設等に関わる基本情報を蓄積すること。以上のようなデータベースを主軸に地理情報システムを用いて、各種シミュレーション機能を有したシステムを一般に公開することとした。

【ポスターの概要】



【考察】

本システムは、操作性については非常に簡便であり、マニュアルレスでも対応でき、一応の成果は認められるものの、データ収集と情報公開手続き（管理、倫理を含む）、情報処理技術の再検討などの必要性が認められた。

①データの収集・更新

国勢調査、医療施設調査、患者調査、民力など、8032項目について、県単位、市区町村単位、医療圏単位、3次メッシュ単位などのデータを1997年までできる限り整備したが、データの定期的更新方法、共有方法については、検討しなければならない。また、病院などの所在地のポイントデータについては、毎年、医療施設の開院、閉院は多く、その確定作業量は大きく、今後、診療所、老人保健施設、特別養護老人ホームなどの所在地の特定作業には時間を費やすことになる。

②データの保護

情報公開に当たり、公的統計データの著作権問題はクリアしたが、一部の地図データの著作権、版権に問題があり、システムには、一部のデータは公開できない。研究資料といえども、公表されたもの以外のデータを現段階では、基礎資料とはできない。今後は、システム開発とともに、データ管理について規定・規約を確立して研究をすべきである。特に施設情報は、注意しなければならない。

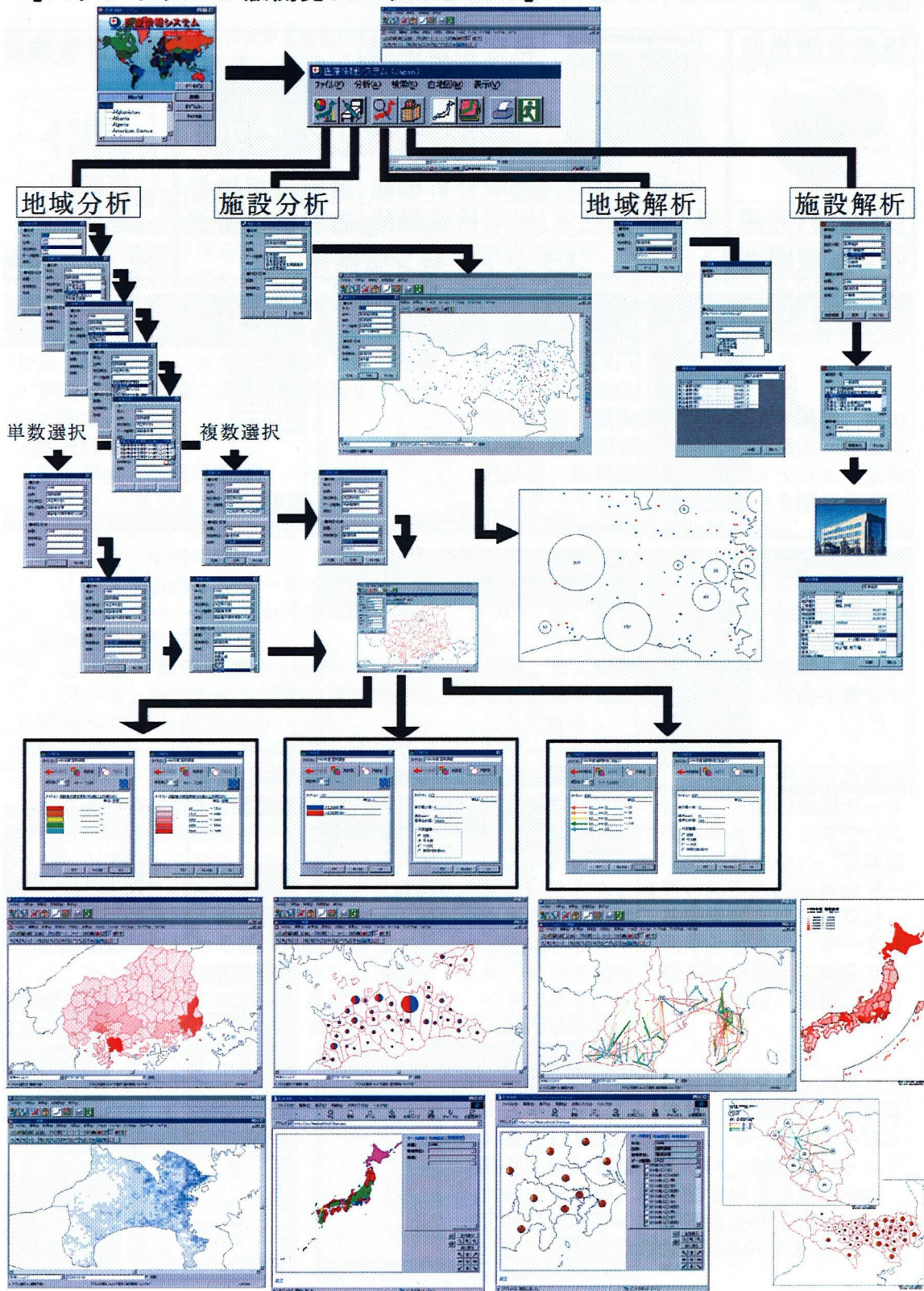
③デジタル地図

1989年以前の市区町村界のデジタルデータを入手できない。また、住宅地図と個人を対象とした統計解析は、データ同定手法を開発しなければならない。なお、ワールド対応であるが、諸外国ではデジタル地図（アメリカを除く）が整備されておらず、現時点では国境界の白地図のみである。

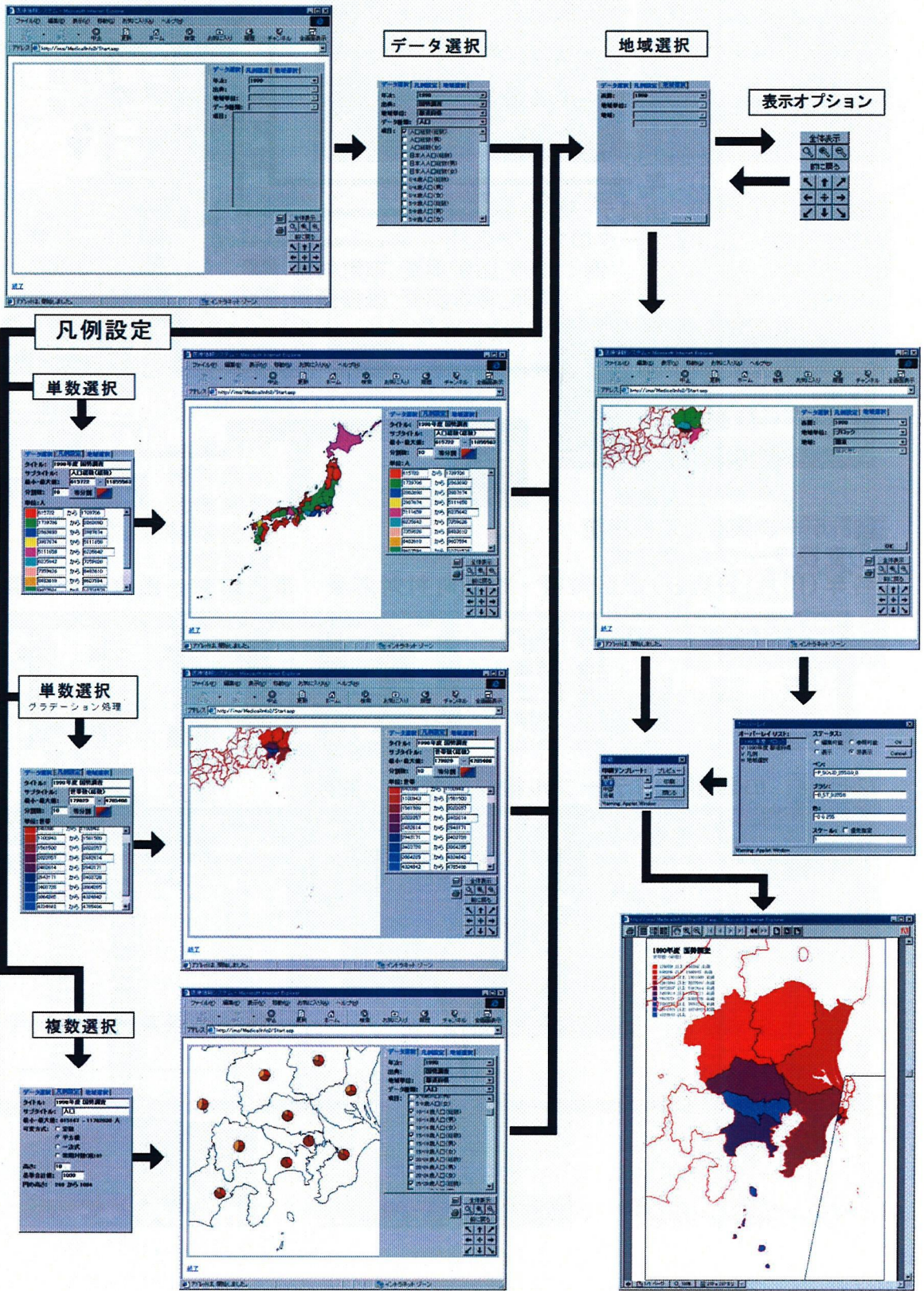
機能一覧

<p>情報公開機能</p>  <p>Internet利用</p> <p>Web版開発</p>	<p>研究開発機能</p>  <p>ワールド対応</p>	<p>地域分析機能</p> <p>施設分析機能</p> <p>地域検索機能</p> <p>施設検索機能</p> <p>スタンドアロン版開発</p>	<p>情報蓄積機能</p>  <p>統計D.B.</p> <p>地図D.B.</p> <p>位置D.B.</p> <p>施設D.B.</p> <p>D. B. 開発</p>
--	---	--	---

【スタンドアロン版開発システムフロー】

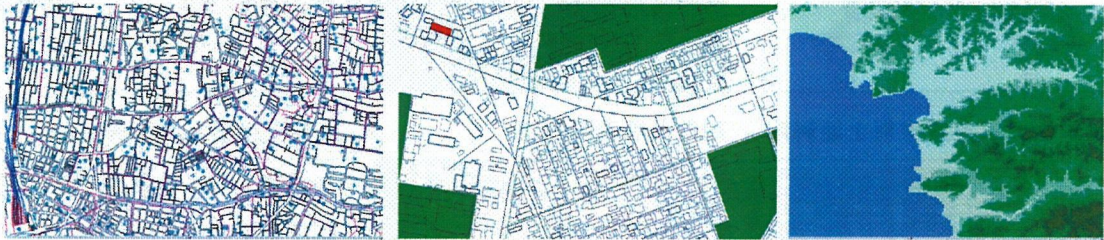


【Web公開システムフロー】



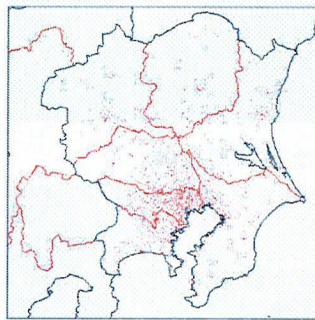
統計D.B.
地図D.B.
位置D.B.
施設D.B.

行政界
道路
鉄道
土地利用
衛星写真
住宅地図

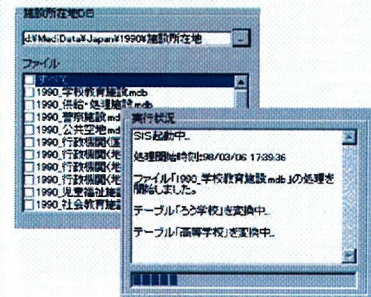


統計D.B.
地図D.B.
位置D.B.
施設D.B.

一般病院
精神病院
老健施設
特養施設
保健施設
教育施設
など



座標変換機能

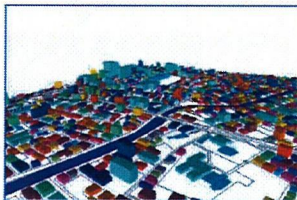


統計D.B.
地図D.B.
位置D.B.
施設D.B.

規模
患者数
収益
診療科目
写真など

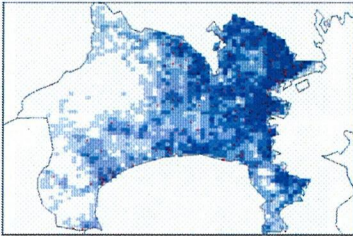


データベース連携機能

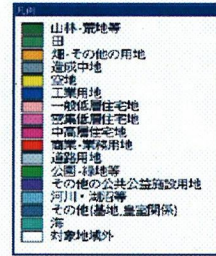


データベースの汎用性と研究の可能性

人口密度分布と一般病院分布



74年土地利用現況



79年地上駅距離帯別土地利用

土地利用	0-100m	100-200m	200-300m	300-400m	400-500m	500-600m	600-700m	700-800m	800-900m	900-1000m	1000m以上
山林・荒地等
田
畑・その他の用地
遊休中地
空地
工業用地
一般低層住宅地
密集低層住宅地
中高層住宅地
商業・業務用地
遊歩用地
公園・緑地等
その他の公共公益施設用地
河川・溝谷等
その他(墓地・霊園関係)
海
対象地域外

79年土地利用現況



74年～79年土地利用変化

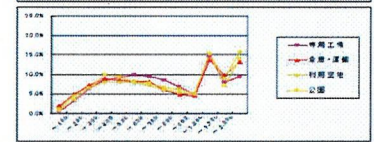
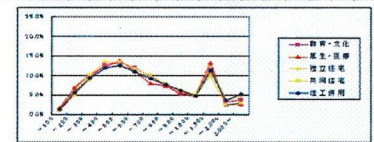
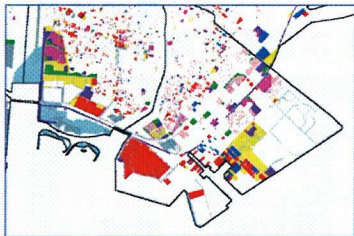


土地利用	0-100m	100-200m	200-300m	300-400m	400-500m	500-600m	600-700m	700-800m	800-900m	900-1000m	1000m以上
山林・荒地等
田
畑・その他の用地
遊休中地
空地
工業用地
一般低層住宅地
密集低層住宅地
中高層住宅地
商業・業務用地
遊歩用地
公園・緑地等
その他の公共公益施設用地
河川・溝谷等
その他(墓地・霊園関係)
海
対象地域外

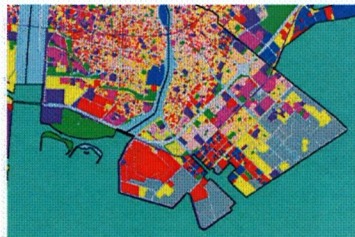
84年土地利用現況



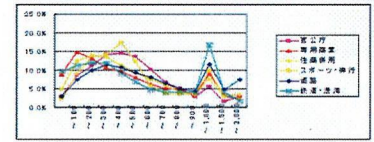
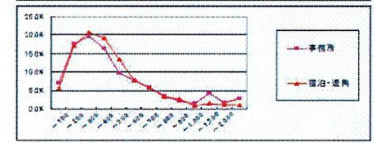
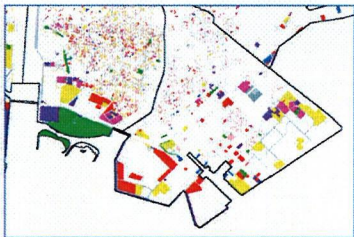
79年～84年土地利用変化



89年土地利用現況



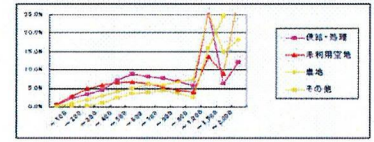
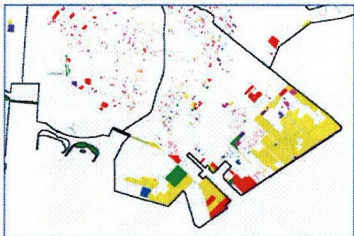
84年～89年土地利用変化



94年土地利用現況



89年～94年土地利用変化



平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業
統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究
第 4 回班会議 議事録

日時：9月25日（月）16：00～

場所：広島国際大学・東京センター

出席者：8名（3名欠席）

1. 次第・・・省略

2. 主任研究者挨拶（宇田淳先生）・・・省略

3. 厚生労働省大臣官房統計情報部 人口動態・保健統計課主査 溝口達弘先生 より

プロジェクト提案型研究は、提案された研究成果を基に、次年度以降どういった研究組み立てをしていくのかという新たな取り組みの研究となっている。事務局案としてまとめたものを送ったが、なぜこの研究が必要でどういった現状なのか、何が必要なのかを我われが武器として戦えるものを最終的にいただけていると思っている。

4. 意見交換

（前回までの総論）

- ・厚生労働統計、特に医療統計の相互関係の整理～調査周期・時期、経時的連続性、整合性（同じ筈の数字が統計によって異なる）
- ・データ作成者のための全体像の整理
- ・データ利用者のための全体像の整理、個票操作のインターフェース
- ・統計情報に改善サイクルを導入
- ・統計情報のエージェンシー化の諸問題と feasibility study
- ・官庁統計の範囲の根拠
- ・研究者収集情報の二次利用
- ・都道府県独自収集情報の利用
- ・統計情報の吟味、意味づけ
- ・行政情報、レセプト情報、積極的統計調査
- ・他官庁との関係

密接に絡まりあっている

（前回までの各論）

- ・開原先生 — 診療科名標準化
- ・宇田先生
 - 地理データ（メッシュ）と統計データのリンク
 - 疾患分類と医療計画対象疾患
 - 社保データの活用
 - レセプト病名の整理

Kコードと ICD-9-CM、CPT

行政区分と生活圏、時間到達圏人口と医療機関の対応能力

医療圏境界と医療機関

電子カルテシステムの規格化とカスタマイズの終焉

・山野辺先生

ヒヤリハットのデータベースでの経験

WEB 登録での二重入力の問題／手間がかかり、院内では役に立たない

電子カルテや院内データベースの発生源入力からの直接データ収集

現場の業務改善というインセンティブ

診療報酬、その他のインセンティブ

未電子化データの処理

データの標準化

集計データのポータルサイトの充実

公開情報のチェック体制

膨大なDPCデータの有効活用 → 木村班の問題？

・安川先生

三師(看護師・助産師・保健師・臨床検査技師等)以外の医療専門職個票データの不在

業務ニーズ量と配置の質的・量的ベースライン

practice pattern 情報

- ・はじめに、レセプト電算化すると患者調査がいらぬのではないかと言ったが、受療行動特性の把握だけするのであれば、レセプト電算でも良いのではないか、国勢調査の収容行動や流入データと患者受療行動は非常に似ている。しかし、これをきちんと調査した研究者はいない。各種統計の指標を再度定義し直してみても → 各調査で用いられる指標は意味があるのか。本来、意図する意味は同じだが、異なる指標を使用している場合がある。指標を系統立てて整理・統合というのを再度考えてみる。
- ・厚生労働省の統計は、どちらかという数字。リアルタイムにビジュアル化できないものか。我われが利用者なので、利用者から可能性を最低限のエビデンスになるものは研究検討したほうが良いと思う。
- ・総論、各論をどの程度までするのか？ → 総論部分については後日相談。各論部分はいくらでも…
提案してもらい独立した班研究などを立ち上げて、なおかつプロジェクト提案型研究もお互いに関わりあい、場合によっては、班員が交流する方向で幅を広げていければ有効な研究に結びつくのではないか。スピンアウトした研究については、優先順位を決めて来年これは研究結果を出さない、これ一本を通してという形で強烈に押していくなど、逆に3つくらい出して1つ採用されれば良いという感じで出してもよい。
- ・来年、全部を取れるだけの保証はない。研究をプロジェクトで提案するものという割り切りで、研究計画が提案者よりも良いものが出れば他のものに乗るので、純粹に来年だけということにと

らわれずに全体像として書いてもらえれば良いと思う。

- ・今までのを見ると他の先生が研究を進めているテーマもあると思うが、それを班としてはじきつつ重要なものを残すという感じにするのか？それとも気にせずに出していくという感じなのか？ → 基本的にはあまり気にせずに…
- ・我われが取れると一番良いが、他の人がこの研究が良いと持っていても今回は構わないと思っている。まず、研究報告書が出た段階で、一体誰が目を通してくれるかは問題があると思うが、来年の研究の申請に間に合わないにしても再来年読んでもらった人の中から、真似しようと思う人が出れば良いことだと思う。
- ・安川先生の三師以外の医療専門職の個票データの不在、あったら何に使えるか。
看護師の需要不足について現状があまりにも個票がないことによって議論が進まないという指摘はある。
- ・助産師というのはどこで、どれくらいのワークフォースとして働いているかというデータが集計データとしてはあるが、ライフサイクルとしてというのはあまりない。看護協会は自前でデータを持っていると思うが、他の研究者は入手できないので分析していく上でのりあがっている。助産師は離職率が下がっているため数が増えている。助産師の過不足を議論する上で、助産師免許を持っていて現場で働いている人はこれだけいるが、業務として何をしているかというのを調べようがない。医療機関も意識してデータを取っていない。
- ・エビデンスをとるための調査が必要なのだ、というのを国がやらなければならないのをどうまとめるのかも方向性として1つある。
- ・端的に言えばワークフォース分析はしたい。ワークフォース分析をするためには人数がわかるだけではなくて、労働時間のデータも必要になる。
- ・労働時間の場合はサンプリング調査にして、それを演繹してお茶を濁すのが通常でワークフォースになると調査にかかる時間、労働力が莫大になるので… → 自己申告制でやってもらうしかない。
- ・調べた以上対応せざるを得なくなるので、労働基準法違反なので何かしなくてはとなったときに調査にかかるコスト以上のコストが明らかに発生してしまう。
- ・医療専門職については、調査という捉え方をするのはそろそろ止めた方がいいのではないかという気もしている。免許登録の更新に付随してデータを提供せよという具合に高圧的に出てもいいのでは。
- ・エビデンスレベルのデータがないことによって政策不在の状況がずっと続いているところに問題があるということ。明らかにしたくないという一部の人も含めて問題。
- ・殖産工業型の行政行動が 1980 年代から、環境行政型に変わってきていて公害が発生しているのかどうかということを拾ってくるのが重要で、それを拾えずに病院医療の崩壊が始まっているとか、特に僻地での地域医療が大変なことになりつつあることが出てきているのか。今はまだそれが定性的なレベルでしか計られていなくて、そろそろ定量的に計っていく必要がある。パンドラの箱を開けずに放置しておく大変なことになり、開ける時期にきているような気もする。行政行動が変わったということ踏まえて動くようなことなのだと思う。働きすぎという話もあれば、キャリアパスをどうするという話もあれば、臨床に対してどれだけのワークホ

ースを入れるのかということもあると思う。

- ・問題意識を露にするために何の研究が必要なのかというステップ。指定統計や免許更新制になると、三師の医師の報告自体も指定統計にはなっていないが、医師法で罰則をかけている。罰則をかけている物事をいきなり変えましょうと言うだけなら簡単だが、それは実現しない話。研究者として、次のステップでどんな研究がいるのか、なぜ数だけではいけないのか、どれくらいずれるのかをどういう形で立証していくのか、突きつけるデータはどうやって取れるのかをこの班でやってもらう話だと思う。

- ・足りないもののがかなり見えてきている。それを体系化してテキストレベルになるが…
- ・足りないものをどうして必要なかというところは突きつけない限り、特に役所の中でも感覚的にわかる人とそれだけではない人がいる。
- ・経営学科の教員で電子カルテを作った。従来型の病院経営というのは、財務データのような決まりきったものでやっているが、患者数の変動や地域別患者数の把握をやっていたら我われの言うマーケティング、部門別診療行為件数を把握して部門の取り扱い数を管理したり、要は診療科別に何人来ている外来・患者数だが、これは医事システムで院内外来の数もカウントされてなく医師のドクターフィーも計算できない。

経営システムで言うと無駄・ムラ・無理をなくそうと、電子カルテが導入される時と同じに量的管理より質的管理のことを言われた。

適切な医療は何なのかが論議されないまま言われている。診療の質向上や名前だけが挙がって経営としては診療の評価による標準化ができないのか、DPCという基軸が出てきて大喜びしている病院もあればそうでない病院もある。診療の質の評価や標準化はどうやるのか、電子カルテのデータなので同一疾患等の条件で対象者を絞って（DPCでもやっている）、その結果良くなった人・悪くなった人の転帰情報を基に統計を再度作成し直すことが必要なのではないか。診療結果の情報と診療内部の情報から診療結果で良い患者はどんな行為をしていたのか、どの時点でどのような治療をしたのかが自動的に出てくるのも良いのではないか。標準診療に従った診療の実施は、できるかどうかはわからない。

評価分析データの考え方は、抽出条件・診断情報を出して診療情報の結果に変え、評価分析をする（どうやってするかはわからないが…）

オーダーリングや医事会計しか入っていないような病院は、抽出できるデータが違う。単純な発想だが、共通のフォーマット変換するような仕掛けを作ると、病院単独ではできない分析が病院関連の分析によって色々なものができる。それぞれに対して採取できるものを出して保管し合えば、分析の精度が上がるのではないかと思う。

- ・DPCも毎年入る調査のおかげで、各DPC用のソフトウェアは出来高部分を排出できるようになっている。それを集めて統計分析、コスト分析しようという試みが夏から6大学で始まった。
- ・プログノーシスを表す病期分類ができていない？ → 入院基準も退院基準も日本にはない。標準治療というものが世界にはない。基準と考えられている治療はあるが、それは標準ではない。ガイドラインはあくまでもガイドラインで、それを修正しないと医学は進歩しない。ガイドライン自体も決定したものではない。

- ・一人ひとりが揺らいで手探りの状態でするよりは、クリティカルパスをすること自体は悪くはないのでは？ → 治療方法そのものに問題がある場合と、治療を受ける患者側のバリエーションの問題もある。コストであれば、日本の病院に限らず医療職の person 費はマーケットで決まっているので、揺らぎの問題ではなく金額的にも違う。医療職の個々の能力差は大きなものがある。少なくともやる側・治療方法・患者という3つの要素が大きくお互い絡み合った上でのデータしか出てこない。それを切り分けていく作業は意外と難しいのではないかな。
 - ・ばらつきを小さくするには、ふるいを粗くすればいい。DPCが今後外来に導入されれば、事態が変わる可能性はあると思う。
 - ・診療結果として何を指標とするのかが利用者の視点だと思う。時間軸を考慮していくのかわからないが… → 考慮していくしかない。
 - ・出そうとしているシステムの違いなども考慮しないと、もしかするとこれ以上統計調査は増やすことができないというのが事実ではないかな。
 - ・例えば、測定対象として転帰を扱うというのが本当に正しいのかどうか。死んだことを悪いとするのか。
 - ・利用する人にこれはこういう指標だと教えてあげないと、研究者も暴走すると思う。
 - ・医療はニーズであるということで、独断的に攻めるとすると供給が細らないところまでは削れるという話にしかならない。プライスは需要量と供給量を調節する道具にしか過ぎない、そういった使われ方が正しくないのかと言われれば正しいとは思う。きっとデータを出した病院としては、不愉快だと思う。
 - ・コストがかかるところにもつけることができるわけで、特に問題なのは儲かるところをどんどん進めてコストのかかる患者を切るということになれば、無茶なことにはならないと思う。その前に病院自体がやる気を出すことも重要。
 - ・モニタすべきところはどこかというポイントはあると思う。マーケットは需要量が変わらないとすれば供給量を調節するためのものだから、人口 50 万人しかいないところで心カテ年間 3000 はどうだとか、そういった切り口で責めていく方が健全な気がする。マーケットで決まっている部分について、それを追認する作業が始まってしまうと際限なく医療費が膨張するきっかけになりかねない。
- 最初は、需要量と価格との差で利益を最大化できるポイントはどこかというところから原価企画をしてというのが普通の製造物の在り方だが、その時にコストがこれくらいかかっているから増やしたいので値段を上げる作業を始めたときに健全なままでいくかというところとわからない気がする。もっと不真面目で、真面目にやらないポイントがあるのではないかな。
- ・お金で介入するのが一番サービス内容が変化する。

5. 第5回班会議について

平成18年10月11日（水）広島国際大学・東京センターにて予定

平成18年11月10日（金）京都にて予定

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業
統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究
第 5 回班会議 議事録

日時：10月11日（水）18：00～

場所：八重洲倶楽部

出席者：7名（4名欠席）

1. 次第・・・省略

2. 主任研究者挨拶（宇田淳先生）・・・省略

3. 厚生労働省大臣官房統計情報部 人口動態・保健統計課主査 溝口達弘先生より・・・省略

4. 意見交換

・中国労災病院看護部と業務量調査を実施したが、データをどう扱っていいかわからない。外来看護師が本来の仕事ができない → 事務作業量が一番影響している。

外来標榜で 21 診療科。平均在日数が 20.5～18.6 に減少、看護要員を 52 名→54 名に増員。無資格の助手を事務要員として 4 名増員し、事務作業を減らしてみる試みをした。

平成 14 年度と今回調査を比較し、どのように変化したのか。

日本看護協会が看護業務分類表を作成、それを基に前回調査・分析 → 細項目に分けた。

直接看護と診療補助、間接業務、連絡、組織管理、その他 → 時間内業務量比較 → 直接看護の割合減少、診療補助の割合増加。

間接業務 → 減少。 連絡、その他 → 変わりなし。時間外も含めているが、傾向は変わりなし。

診療補助の中に診療を伴う事務業務は 19.5%。

実際は、カルテ整理・出し入れだけで 60%近くを占めていた → 無資格者でもできる。検査結果の整理・配布 → 無資格者ではきついところがある。

看護師と助手がどれくらいの割合でやっているか → 簡単なカルテの整理や出し入れなどは、看護師。本来はこのような看護師の負担を軽減させようと助手を増員したが、効果が出ていない。看護職員の 80.9%が行っていて、助手が 19.1%しか行っていない。もう少し助手に任せるべきものがたくさんある。しかし、問題がありこの部分を行う助手を増員させるとなると難しく、外来の規模だと約 30 名必要。その分を減らして助手を増員させるというわけにもいかない。実際は増員できないので、無資格者でできる事務業務は看護師がやらざるを得ない。

全体を見ると、事務関連業務量は約 27 項目該当する。その総時間は 37000 で 27.8%を占めていた。助手でできるのではないかと → 看護職員が圧倒的に行っている → 改善できないかと → 今後どうするかという段階。

病棟もいろいろと行っていて、病院としては無資格者であれば任せられる。人件費も安くなる。

ただし、看護師の配置基準があるので結局それができない → ジレンマ

地域の中心病院なので、外来が高度な患者が増加している。在院日数を短縮で在宅になるので、

市中の開業医では手に負えない。

データを基に実際の看護配置基準が適正なのか。この病院は調査等いつでも協力するとのことなので、もう少し詳しく細かくデータをとって出してみたいと考えている。

- ・中国労災病院にとって適正な看護配置はどれくらいかを調べたいのか。
 - 大学病院や高機能病院であれば、役割は決まっている。中国労災のような病院は、中途半端な立ち位置にいる。元の生い立ちが特殊なので、地域の基幹病院に変えていこうというところ。400床規模の病院の基準は見ていたが、立ち位置の中途半端な病院はあまりない。
 - ・オーストラリアのRNとCNSの比較。シドニーの大学病院5つを比較して行っていて、時間配分はまるで違うというデータがある。看護師ではなくてもいいのに看護師がやっている作業はどれくらいあるのかはIOMでもデータは出している。ハウスキーピングに約3割は費やしている、食事トレーの出し入れに4割以上時間がかかり42%は看護師が行っている。その国や土地の医療条件によって変化するので、そのまま日本には適用できないが、関心は非常に高い。病院によってかなり事情が違う。エンバイロンメンタルクリーニングをどう定義するかによっても違うが、ベッド周りを清掃するのをRNとCNSの比較で言えば、RNの方が行う可能性が高いはずだが、E・B病院はCNSの方が行っている。患者の移送もほとんどの病院ではCNSが行っている。本来、CNSは通常の看護業務ではなく、看護業務の管理と教育の部分を重視されているはずで、看護師と看護助手に置き換えたら＝ではないが似ている状況。外国でも非プロフェッションなことをプロフェッショナルな人が行っているという大きな問題意識がある。CNSが介入する余地があるので一概には比較して良し悪しは言えない。診療に伴う事務処理と考えると、RNが行う確率が高いはずなのに病院によってはCNSがたくさん行っているという結果が出ている。
- 患者家族の関係について、どの程度専門性が要求されるかは何とも言えない部分があるが、看護師が十分に行えることが言える。結局、高度なスキルを持った、しかも少ないスタッフがそれほど重要ではない少なくともその人がやらなくていい仕事を行う、CNSから見るとRNの仕事はローアスキルド。それによって、職の満足度が落ちてターンオーバーが起こっているのでCNSが辞めてしまう。
- ・助手に任せられる仕事の5割を看護師がとってしまっていることによって、ターンオーバーやバーンアウトの引き金になっているかどうか。辞める引き金になっているか。何が引き金になっているかを統計を使ってみつけられるかどうかだと思う。
 - ・厚生労働統計に活かす話になった場合にはどうとらえているのか。例えばターンオーバーを把握すべきかどうか検証するなど。
 - ・今回の医療法改正で医療計画が変わったことにより、都道府県の各医療機関が看護師が何人いるなど届出をすることになってどれくらいのペースで公開していくのかわからないが、行政情報としてはとれるようになるはず。問題は個票データの形にはなっていないこと。
 - ・個別病院の個票は出るが、看護師一人ひとりなどはない。
 - ・厚生統計にまで持っていくとさらにハードルが高くなるのではないかと。
 - ・看護師離職率を国として把握していなくていいのかとなるとそうではないだろう。
 - ・データの作成コストは相当高くなる。特に看護師は100万人単位のことなので…

- それをとるためには何かを潰さなければならないと思う。
- ・免許更新をにらんで、医師法を作成したというのもある。医師の届出をどうするかと指定統計まで重くして、指定統計まで罰則規定までつけるのかという話になった時にもう少し流動的にしたいところまでは聞いているが…統計という観点ではなく医師法で規制をかけて、それを統計に横流しにするというスキームを組んだ。
- ・残業ではなく、物理的でもなく、自分がしたい仕事はこれではないというモラル。
- ・看護師の話は班の議論のエグザンプルとして使う場合に、何を指して使うのかなど慎重になる。
- ・中国労災病院の傾向が少し範囲を広げて他病院でも当てはまるのかをやってみようかと思っている。
- ・業務量の細かいデータは国レベルでは管理していない。それを国に作成しろというのはナンセンスだと思う。
 - 現時点ではそのレベルの基礎資料しかできないのではないか。
- ・あらかじめ機械的に収集するデータとしては向いていないデータ。
 - 量的にも膨大、細かいデータ収集、収集コストもそれなりに高い。現在、看護師についても離職対策は各医療機関だけの問題ではなく、全体として見た時に検討しなければいけないところ。政策的な目標が出た中で、このデータが必要になった時に…
- ・細かく分けて集約させるとある程度、まとめができるのではないか。離職率対策などについてはその部分を見ると傾向がつかめるようなものが作ることができない気がする。
- ・それを研究レベルの関心とみなすか、国策とみなすか → 別れ道
- ・国にとっても大切なデータという形で、研究者が国の予算を獲得してこの調査をできるのと、手弁当でやらされた結果として出て国がもらうのもありかも知れない。勝手にやらせておけば出てくるという確実性に欠ける気がする。誰がどういう形で手続きを取るとこのデータは個別医療機関のデータだが、汎用性がある程度期待できて必要な調査ということを国に対して説得的にいけるのか。今の厚生労働科学研究の枠組の中でいいのか、それとも統計情報部として対応すべきものなのか、切り分け。
- ・厚生労働省が国策として収集しなければいけないのを分けて、ある意味面白いのではないかと思う。
- ・集めることと管理することは＝なのか → それは違う。
- ・データをたくさん集めて公開することが大事。そこを公開するためには公共財として情報を位置されなければならないから公共財の管理は…
- ・総務省は情報収集を民間でもいいと言っている。しかし、データを提供するところは担保してもらい必要がある。総務省が全てやってくれてデータをカスタマイズしてコンサルティング的なことをしてくれるならば、厚生労働省の統計情報部は私的な作業に集中できるというのでもいいかと思っている。
- ・種類によると思うので、厚生労働省が国民にとってはどちらも利益は一緒と言ってしまうような話だと思うが、役所という話になったときも看護課などの行政担当部署が研究ベースでモデル事業をするという話の部分と、労働統計として社会基盤として必ず持つておくべきであると

いいではなく、ないと困るといふ話にするともう少し…

- ・これはルーチンで3年ごとにやるという性質のデータではない。看護師の離職率が社会問題化している状況で緊急調査をかけるのであればありだと思ふ。同じ調査を看護協会がやって、今年度から3年間については国税を投入するようなやり方はありかも知れない。
- ・国費や公費を投入するかどうかに値する議論は、逆に元々国費や公費を投入するべきだと言つて始めた事業が蓋を開けてみるとほとんどやられていないことがたくさんある。
- ・離職率だけの問題であれば、一つの医療機関が自院の離職率対策をきちんとやればうまくいっていると周りの病院も真似する。それを国が触らなくてもいいと言ふのならそれでいい（最終的に結果が出せるなら）。データはあるが、持っている人たちがデータをどう活かせばいいのかわからなくて、本当に困ったときにそのデータをどの枠組で使いたい人に使わせるか、使えて使いたい人と持っていて使つてほしい人がいるときに橋渡しをする仕組みがなければいけない。
- ・抱え込んでいるものを安易に出せるように枠組を組むというのが一つに研究のテーマになるだろうし、あるいは役所は抱え込むだけではなく役割分担をする話をするのもありだと思ふ。

- ・最近の問題 → 研究だけではなく医療の指標を集めるようになってきたこと。

都道府県が医療機関の情報を提供しなさいというのを始めた。情報提供すべき一定の情報とは何かを検討されているが、それが決定すると都道府県は医療機関に登録するように言うはず。

こういった現状の解決法があるのかを考えてみると、個人レベルのデータであれば国家レベルのEHRインフラ（国家はEHRインフラが好きだが）、見通しは保険証認証システムだけは動くだろうと思ふが、それ以上のEHRは電子カルテ以上にひどい話だと思ふ。背番号も現実的には無理。そうなるとう標準化データ形式は作成してくれるならそれでいいが、若干心配…少しこれをやってはと思ふのは、メタ登録システム。登録事業、収集事業はどういうものがあるのかを網羅的にすると面白いのではないかという気がする。抽象的すぎるが、登録事業のPTCAサイクル確立をできるようなことをしたい。

指標を考える、既存の収集事業があるかというのも知らない → 調べられるような仕組みが必要。集める仕組みと網羅性は、例えば全国国立病院で分娩の統計を取つていろいろなところで死産件数、周産期死亡件数を出しているが、クリニックは全部混ざつていて網羅性に問題がある。サンプリングしても病院ばかりでは意味がない。サンプリングと網羅性の相関状況を見る必要がある。個人情報保護法の問題点と対応もある程度枠組を作成しておけば、いろいろな段階をする間に個人情報保護法についてはどう対応して解決するかというの、ガイドラインなどを決めて、この収集事業にはこのステップを必ず踏みなさいと決めておくといふと思つた。

実施後は、その調査継続が必要か、調査の結果を基に事業化するのか、再編や統廃合の必要はあるか、計画段階から実施から実施後検討をうまく回すことで統計事業の管理をし、ライフサイクルがあるという考え方でやってはどうかと思ふ。

電子カルテも未熟でデータは持っているが、登録システムの問題だけではなく電子カルテ側の問題も大きい。いろいろな段階を踏んだ上で登録事業をやらなくていけないと思ふ。

- ・実施後検討は来年度からでもできるのでは？
統計情報部が関与したものだけでも調査継続は必要か否か、他の調査との再編の可能性はあるのかどうかを検討して必ず研究報告書の末尾に書きなさいという具合に…
厚生労働統計の中に組み込むかどうかも含めて、この研究は今後継続する必要はありますか、データは出たので終わりでもいいですということなのか。
→ もういいですと取り下げる人も確かにいる。
- ・現段階でどう考えるのか。この調査は継続必要の調査であるか考えて、他の人が続けた方がいいと考えるかどうか意見を書きなさい、もう一つはその場合、既存の統計調査の中に混ぜ込んでいく可能性がある調査であるか否かについても書きなさいというように、ここまで書けば検討できると思う。フィールドが同じかどうかは問うところではない。このような統計調査は継続の必要があるかどうか、必要であればその理由は何か。
- ・必要だということを誰が判断するのか。個人で行ったものを国が手を出してしまうと後で余計なものをとということになる → 大体、研究を継続した方がいいと言う。
- ・国がやるべき事業はあると思う。例えば、産婦人科医の実働人数を調べたのは国がやるべきことだろう。
- ・厚労省の場合は厚生行政も政策直結型のようなものがたくさんあるので、ユーザーは欲しくないが関係部局は欲しいというのは仕方ない。
- ・医療サービスで外部性がないものはないので、その攻め口はつらいのではないかな。
- ・実際には、これは外部性や社会性が高いと何らかの評価をしている。
→ その切り分け、線引きを知りたい。
- ・指定統計を作成するのに、指定統計ではないものはたくさんあるので各担当が適切にやっている統計もある。指定統計の場合は、まず関係部局の話をあげ、統計情報部の担当が調査票などを総務省や他省庁からいろいろな話があったものを統計審議会に諮る。統計審議会での内容はその研究者のカラーによって全く違う。基本的に研究者はあれもこれも増やせと言い、自分の専門分野を一生懸命PRする。厚労省としては全部欲しいが、全部となると大変なことになるので落としどころを探って中途半端な折衷案が残ってしまうという作業の繰り返し。
- ・オンラインレセプトをうまく活用して、例えば病院報告を止めさせたら今までかかっていた費用を別のものに転化するという事は…
→ 部としてそれだけの判断ができれば(省全体で)。今までやっていたことを止めるには止める理由が必要になるので大変。
- ・Webは警戒心があるので、むしろ作業が膨大に増えるのではないかと思う。
→ 登録してもらえりし、VPLのような特殊で短時間だけで安全性がある。
- ・疾病登録は現在、野放し状態。例えば、日本の外傷登録のデータベースはアメリカにあり、各登録システムが別々で、いちいち入力させられる。ある程度の永続性をもって企画されている登録システムならいいが、途中でバージョンアップをしなければならぬはず。いい意味お任せ、逆に言うと野放し。
- ・疾患登録システムがいろいろあるのはいいとして、それは勝手に学会単位で作成しているが、それでいいのか。

→ 一番いいのは日本医学会がエージェントを作ればいい。アメリカではデータを取ろうとしているのは全てエージェント。最初は誘導型で政府が関与するが、プロジェクトから切るのでそれをすればいい話だが、そういう成熟度が日本社会にはまだない。ノンプロフィットなエージェントが機能する保証を誰もしてくれないと思っているので、そこはエージェントが機能するかどうかを社会的経験地で信頼するしかない。

誰が集め、誰が管理するかは政府がすべきか、民間がすべきかという議論ではなく、必要性が高い順から官庁→エージェント→民間というグラデーションを作ってみるとない。

・アメリカのエージェントはどこがお金を出しているのか → 国が何割か、企業。

・話が発展していろいろ展開する方法を頭の中にいくつか整理しているが、皆さんのベースに思っている統計が違いはじめたのではないかと思う。

このまま進めてしまおうかと思っているが、厚生労働省も一つの統計ではなくいろいろな統計があって、その中から自分のこれだと思える資料しか使わないだろうし、政策も不利益なものは使わないわけだし…それはいいことではない。

皆さんがバラバラになってきたものを、そのまま少し進めてもいいのではないかという気に個人的にはなってきた。総論も本当に総論になるかはわからないと最近思ってきた。

5. 第6回班会議について

平成18年11月9日(木) 15:00～ 同志社大学・寒梅館にて開催予定

看護提供システムの変更に伴う 看護業務量の比較

古屋敷 智恵美、中原 和美、石橋 登喜子¹⁾
岡田 綾、金谷 孝之、笹川 紀夫、渡邊 一平²⁾

1) 中国労災病院 看護部
2) 広島国際大学 医療福祉学部 医療経営学科

研究方法

	平成14年度	平成17年度
調査期間	平成14年12月2日(月) ～12月6日(金)	平成17年10月24日(月) ～10月28日(金)
	平日日勤勤務帯(5日間)	
調査対象	一般病棟8病棟の全看護職員 (師長、師長補佐、助産師、看護師、准看護師、看護助手)	
	延べ455名	延べ495名
調査方法	看護業務分類表を用い 1分間タイムスタディ法で実施	

研究目的

医療環境
医療の専門化・高度化、患者の高齢化、ニーズの多様化、在院日数の短縮にもなる看護士の業務量、責任の拡大

当院の対応
看護の質の維持を目的に看護提供方式を固定チーム継続受け持ち制から平成17年3月より**混合型チームナーシング**に変更

研究目的
看護提供システムを変更しての看護業務量を比較検討する。

看護業務分類表

平成10年度看護協会職能集会検討資料の看護業務量調査と平成15年の調査を参考にして分類

I. 日常生活援助	大項目	中項目 37項目	小項目 191項目
II. 診療場面の援助			
III. 記録			
IV. 業務管理			
V. 組織管理			
VI. その他			
VII. 看護情報支援システム			

中国労災病院の概要

	平成14年度	平成17年度
病床数	410床 一般病棟8病棟とICU	
看護師配置	2.5 : 1	
平均在院日数	20.5日	18.6日
病床稼働率	93.0%	96.9%
クリニカルパス	1,313件	1,850件
看護提供システム	固定チーム継続受け持ち制	混合型チームナーシング

ラダー別看護職員数(名)

	ラダー	I	II	III	IV	合計
平成14年		36	40	21	140	237
平成17年		42	43	35	128	248

用語の定義

看護提供方式
固定チーム継続受け持ち制
メンバーを2チームに分け固定し、患者の入院から退院まで一人の看護師が実践能力に関係なく受け持つ

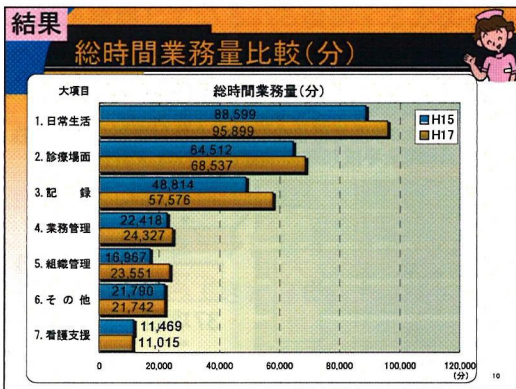
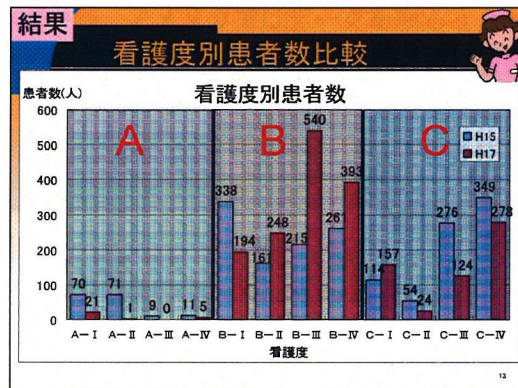
混合型チームナーシング
チームナーシングを基本に一部機能別看護と、入院から退院までラダーⅢ以上の一人の看護師が受け持つ継続受け持ち制

ラダーレベル

I	II	III	IV
指導を受けながら看護実践ができる	患者を受け持つことができる	リーダー	チーフリーダー

結果 時間内業務量比較(分)

大項目	時間内業務量(分)
1. 日常生活	H15: 85,615 H17: 92,563
2. 診療場面	H15: 59,478 H17: 62,534
3. 記録	H15: 34,721 H17: 42,132
4. 業務管理	H15: 18,919 H17: 20,017
5. 組織管理	H15: 9,127 H17: 11,228
6. その他	H15: 21,054 H17: 20,440
7. 看護支援	H15: 8,829 H17: 7,399



結果 看護度別クロス集計結果

クロス集計の検定結果(看護度3区分)

属性	χ ² 値	自由度	検定結果	Cramer's V	調整済み残差	
					H14	H17
看護度	194.88	2	***	0.244	A 7.3	-7.9
					B -7.7	7.7
					C 5.3	-5.3

***:p<0.001 有意水準0.1%で有意差あり

クロス集計の検定結果(看護度12区分)

属性	χ ² 値	自由度	検定結果	Cramer's V	調整済み残差											
					有意水準0.1%で有意差あり											
看護度	413.16	11	***	0.325	調整済み残差											
					***:p<0.001											
					A-I	A-II	A-III	A-IV	B-I	B-II	B-III	B-IV	C-I	C-II	C-III	C-IV
H15					3.8	6.0	2.2	1.1	5.0	-3.0	-9.0	-3.7	-1.6	2.5	5.9	2.5
H17					-3.8	-6.0	-2.2	-1.1	-5.0	3.0	9.0	3.7	1.6	-2.5	-5.9	-2.5

結果 補正時間での時間数

大項目IV「組織管理」のトータルオーダリングシステムに向けての研修時間9,197分を差し引いた時間数で計算

	年度	総時間数	延べ看護師数	1人当たり時間数
時間内	H15	237,743分	455名	522.5分
	H17	256,313分	495名	517.8分
時間外	H15	36,826分	402名	91.6分
	H17	37,137分	398名	93.3分
総時間	H15	274,569分	455名	603.5分
	H17	293,450分	495名	592.8分

考察

- 平成14年度との比較
 - 平均在院日数の減少
 - 病床稼働率の上昇
 - ラダーレベルIV看護師の減少
 - 入院患者数の増加
 - 看護度Bの患者4割増加

時間総数の差は認められなかった

看護提供システム変更の効果

結果 ラダー別看護職員数と検定結果

ラダー別看護職員数

ラダー	I	II	III	IV	合計
平成14年	36	40	21	140	237
平成17年	42	43	35	128	248

$\chi^2=4.36$ (自由度=3) < $\chi^2_{\alpha=0.05}=7.81$
有意水準5%で有意差なし

結論

- 組織管理におけるトータルオーダリングに向けての会議、研修会等は通常業務以外として除外した。
- 看護提供方式を固定チーム継続受け持ち制から混合型チームナーシングに変更し、業務量の増加にも関わらず大幅な時間短縮を認めた。
- オーダリングシステム導入後の業務量の変化について検討していきたい。
- 今後、看護度を定量的に測る必要性が認められた。

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業
統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究
第 6 回班会議 議事録

日時：11月9日（木）15：00～

場所：同志社大学 寒梅館 1F 会議室A

出席者：6名（5名欠席）

1. 次第・・・省略

2. 主任研究者挨拶（宇田淳先生）・・・省略

3. 意見交換

・藤田先生から、宇田班と木村班で来年出そうというものがある。分担研究者レベルでの入れ替え作業もむしろ考慮すべきという提案をもらっていて、具体的に木村班はこれからの話になるので今決めるにはいかない。場合によっては総合乗り入れをするだけでなく、分担研究者と研究協力者で交換することになりそうという話が出ている。木村班の題をもらってから、一度木村班と数名ずつ合同の打合せに準じた形で集まる必要がある。

・個票データの扱い → 病院管理学会で『医者労働生産性分析』を発表。（省略）

・データが曖昧だとこれほど訳のわからない結果が出るというデータの話。

看護協会ナースセンターの求職データというのを使用しているいろいろ分析をしているが、未だにまともな結果が出ない。結論：それは全てデータ管理の悪さ。

酷いデータだとどのような結果が出てしまうのかという実例。

中央ナースセンターは一度離職した人+働いているが次の職場を探したい人、潜在的な離職者と現実の離職者と両方入っているデータで、登録している6割は現職者。つまり、潜在看護師は結婚や出産で辞めて働きたいけど家庭にいると考えているが、看護協会のこのシステムを使用している人の6割は実際に病院で働いている人。

これは求職システムというより転職システムになっている。55万人いる潜在看護職が本当に潜在化してしまったら、その人たちの4割しかすくい取れていない。元々バックの違う人たちが混在しているデータが中央のナースセンターに1996年から電子的に蓄積されている。そのデータを使い分析をし、個票は38万件くらいある。1年単位でも4-5万の個票があるので、クロスセクションでもかまわない数字で1年単位で計算している。ある意味、年度ダミーというのを入れずに年度の特徴を理解していると思ってほしい。なぜこのような分析をしようと思ったのかは、潜在看護職が多くてこれを掘り起こさなくては看護需給が何ともならないので、本当に掘り起こせるのかを調べようと思った。病院勤務者（看護職）の平均離職率は12.1%だが、国立学校法人および個人立病院に関しては15%を超えている。特に新規採用者1年目の離職率は14.5%、そのうち新卒者は9.3%（10人に1人は辞めていく）。それに対して穴を埋めなくてはいけないので、看護職員を採用するが大雑把に日本の約半数の病院は新卒者採用できずという声が挙がっている。看護職員が採用できないのであれば、平均12%の人が辞めなければいわずに辞めないためにはどうすればよいのかということで職員の適正配置をしましょう、忙し

すぎるのであれば、少しでも忙しくならないようなフリをする配置にするようにしましょう、夜勤回数や常勤回数をできるだけ見直しましょう、休暇を取るようにしましょう…等は矛盾している。子育て支援は決定的にインパクトがあることがわかる。

求職求人で潜在看護師はどこで働きたいと思っているのか → 6割が病院、4割が診療所。どういうふうに働きたいかと思っているか → 中央ナースセンターでのデータを見る限り病院では、交代制勤務をしても良いと思っているのは半分強程で4割強は日勤だけを希望する。どういう雇用形態を希望するか → 3割近くが常勤を希望する。常勤で日勤のみで働きたいという人が多い。病院はこういう人をほしいとは思わない。

潜在看護師は求職する際に、給料、勤務時間、どのような看護をしているのかということにうるさい。加えて潜在看護職は、うるさいながら再就職に不安を抱えている。看護師は1年ブランクがあると、1年のブランクを回復するのに3年かかる。3年ブランクがあると6-7年。看護のスキルはとでも進んでいるのとやり方がどんどん変化している。特に中堅看護師が3年くらい離職してしまうと戻るのものすごく不安がある。技術、知識のほかに大卒看護師が増えているから、自分のような高卒、専門学校卒看護師が大卒看護師と一緒に働いていけるのかという人間関係の不安が非常に大きい。給与が大事と言っているが、なぜ前の職場を辞めたのかと聞くと給与に不満があるわけではない。

①38万件あるうちのデータいくつかを抽出し、求職者の求職期間（ナースセンターに登録してから）、就職できた、就職するのを諦めた、どこかへ行ってしまいその後がわからないという抹消期間があり、その間の長さを計り期間長短が一体何によって決まるのかをみる、②ナースセンターの求職登録をした結果、どのように就職できたかを見る。

① 分析をするために使用したデータは「日本看護協会中央ナースセンターの求職登録データ」、このデータは1999年～2003年までのサンプル使用。非常にクセのあるデータで、昔は求職者は京都府なら京都府にある看護協会に登録する。今はインターネットで登録できるため、北海道の人が京都で働きたいと言える（最大47登録できる）。そうすると混乱するので、求職者はルールがあり都道府県どこからでも希望は出せるが、最大5件まで。同じ人が5回同じデータで登録し、例えば20万件でも何割かは重複登録が存在する。しかも、一度登録終了して再登録ができるので、5件の再登録を3回すると15のデータが存在する。

② 潜在化した看護職は、家族の事情によって潜在化することが多い → 一体、その人の家族背景（旦那さんの勤務先や高齢者がいるのか等）はどうなっているのか。

平成16年以前は、そのデータがあったが、個人情報保護法の基に厚労省から削除の命令があり、残っているのは就学前児童がいるかいないか、何人いるかだけである。それ以前に持っていた家族管理データは削除された。仕事をする上で家族の背景がどのようなコンフレクトを起こしているのかという実態を直接データ使用して測定することはできない。日本の看護職の雇用政策にとって非常に大きなマイナスだろう。

登録機関は半年だが、5年放置されているデータがたくさん出てきた。自動更新なのか自主的更新なのか、データでは識別できない。抹消されているが、どこかで勤めているケースもあるし、勤めているということになっていて翌日に辞めてもずっと残っていることがあり得るので、精査されているかどうかとも確証がないデータ。

結果は恐らく多くの理由はデータ自体の問題だと思う。労働時間を自分たちは評価するが、今回は求職期間を労働時間の替わりにし、 β は年齢や資格、経験年数であったり子どもの有無であったり、期待される賃金や時間や雇用形態等を使用する。やり方としてはいろいろあるが、今回は何ヶ月か求職活動をして落ちていくモデルなので、サバイバルファンクションがいいだろうということで比例ハザードモデルをやった。

比例ハザード → ある比較の元になっている事象の発現確率に対して、期待値の 確率の比をとって比較するので、例えば看護師と保健師と助産師の中でどの職が一番就労しやすいかを考えるときには助産師を基点にして助産師の就労確率に対して看護師の就労確率がどれくらい変わるかということ。

仮説としては、①看護職の求職行動というのは子どもがいるかないか人数に左右され、医療における育児支援の不備というのがあり、看護職の再労に困難を来している事実から、つまり子供がある場合には求職期間が長引くのではないか。②求人側は交代勤務可能なスタッフが必要なので、日勤のみの希望者や常勤だけ日勤というような人は求職することが困難で再就職が決まらないだろう。③マーケット状況 → 都市部では求職がしやすく、地方では困難だと思われる。④離職経験のある看護職に対して、看護力再開講習会を行っている。これは予算がついているのに、行っている県と行っていない県がある。講習を受けている人は、求職期間が短くなり有利に働くのではないだろうか。

暫定的な（確証的とは言えないため）結果として、就職希望するときの資格は看護師を基準にして保健師・助産師を推計すると保健師・助産師はともに求職期間が比例的に長くなっていることから、看護師が最も就職しやすい、求職期間が短くなった。

この結果はサンプルの構成から 9 割は看護師なので当たり前と考える。年齢としては、看護師や准看護師は 20 代が最も求職期間が短い。40 歳代が最も長い。子どもの有無の影響やキャリアに対する医療機関側から期待されるキャリアと求職者側が保有しているキャリアとの間にミスマッチが生じている可能性があると思う。

保健師・助産師は年齢影響がない → 理由は 2 つ → 元々年齢層が高いこと・保健師は公務員なので若いから早い、年をとっているから遅いということはある得ない。

児童数は、保健師・助産師の年齢影響はないことに関係するが、児童数が多いほど求職期間は有利になる。就業形態は、パートが最も就職しやすく、常勤希望が最も就職しにくい（求職期間が長くなった）。希望賃金は、月給を希望する人が最も就職しやすく、時給は就職しにくい。なぜこのようなことになるか → （就業期間が短い）とても優秀で仕事がすぐに決まってしまうグループとゆったりしているグループでセグメントされている。パートはすぐに決まるが、決まるとすぐに辞めてしまう。離職と就職を繰り返す。常勤を希望する人は、セレクトされた人ですぐに決まってしまうグループと月給を諦めて時給に移行する人に分かれるのではないか。現職者が多いので臨時の意味が違い、本当の意味での二股をかけている人たちかも知れない。看護師が希望月給が高いほど就職しにくいのはわかるが、保健師は希望日給が高いほど就職しやすい。准看護師は希望時給が高いほど就職しやすい。

どうしてこういう結果になるのか考えてもわからない理由が 1 つある。希望給与額の入力データがめちゃくちゃ（本当に日給、月給、時給なのか曖昧）。完全週休 2 日制を希望している人

は就職しにくくなっている。看護力再開発講習会を受けようが受けまいが、就業期間の長短は全く関係ない → 看護力再開発講習会が機能していない。看護師の場合、日勤のみ夜勤のみという人は就業期間が長くなる（就職が遅くなる）。保健師・助産師は全くない。

看護師は経験年数が長いほど就職しやすい（長ければいいというわけではない）。地域特性としては看護師の場合、東京・神奈川・四国では正、近畿・大阪・中国では負（正負ともに基準は北海道）。

1996年～2005年まで年度毎のデータを1回1回追究した。就業決定したかどうかというデータで、同じく年齢・就業実績・大都市か県庁所在地かその他かを入力。病院勤務等の経験の有無、内科・外科勤務経験を分け、看護師資格の有無、再開発講習会受講の有無、学歴（短大、四大、修士）、勤務経験、離職期間（2004年と2005年データ）、就学前児童数を入力。これは就職できたかできないかなのでハザードモデルではなく、リスクリットモデルで、できた1、できなかった0。切断データになるのでトービットモデルで追究している。

35歳～44歳という年齢層が96年～98年、01年～03年を通じて就業決定に優位に働いている。この年齢層が高いほど就業確率が下がる。効果はその年のサンプルによってバラバラだが、35歳～45歳という年齢層だけ切り抜くと優位に働いている。55歳以上の人が優位に就職できているケースがある → データの問題があるのではと思っている。

若いほどいいのではなく若い人が抜け出てしまったら、若いから鍛えようがあるとすぐ採用する。卒後2～3年や4～5年の一番扱いにくい人たちは一度辞めてしまうと就職しにくいかも知れない。ある程度キャリアを積んでベテランだと（30代後半～40代前半）、また戻れる可能性がある。

地域の問題は、大都市ほど就職しやすいと言ったが、大都市居住者は全年通じて－。大都市居住者（政令都市・指定都市）は、このシステムを使用して就職できていない。県庁所在地居住者は＋だが、県庁所在地＝大都市ではない。勤務経験トータルも年により変化。

明らかなことは、やはり就学前児童がいるほど就職には不利ということがわかる。希望勤務形態の常勤、日勤クロスはほぼ－。給与や労働時間、人間関係の不满がある人は、就職できていない。逆に健康上の理由の人は、健康が回復すれば就労している。

就職できた人だけのサンプルを抜き、その中で病院に就職できた人だけを取った → 大都市が全部＋。病院だけの人を見ると大都市の人は優位で、全数で見ると難しいということ。当然、病院勤務経験がある人は病院に勤め、外科勤務の経験がある人は非常に有利。学歴は全て－、高学歴の人はいない（専門学校卒だけ）。

人間関係や看護に不満を持って辞めた人は、結構病院で勤めている。希望就業先と実際に就業先と一致した人の場合は、年齢を全然聞かず、大都市に住んでいる人はやはり学歴はまるでだめ、常勤を希望する人はマッチングがうまくいっている。これはラッキーな人たちのグループであり、常勤希望をしてそのとおりになったということ。マッチングという状態は、長いこと妥協をせず頑張った人が最後に到達できるころだと思う。

- ある程度学歴のある人でずっと同じところに勤め続けている人は問題がないが、高学歴で辞めてしまった人はもう戻れないのだと思う。
- 学歴の件は保育士と全く一緒にパートなら入れるが常勤はだめ。

- ・経験年数がある人に関しては、病院の需要は非常勤（パート）の方が強い。パートで質を落としたいくないが、人を常勤で雇うことができない → パートを雇えるから質が高い → 補う → その場合は、逆にこのシステムを使用しないで一本釣りをするのはないか。
- ・このようなデータを管理するときに、病院かはわかっていても県立病院なのか民間病院なのかわからない。一体、何のためにデータを何年間も何十万ものプールするのかを考えると、分析するためにあるのではないかと看護協会に伝えると…
→ もっとデータをセレクトして取り方を変えてみてはどうだろうと言っている。
求職システムというのはただ勤めさせるだけではなく、勤められない理由は何かを探求する最大の情報源ではないかと思う。
- ・(山野辺先生) 最近何をしているかということ統計情報利用者よりは統計個票入力者。現在は、院内のDPC調査票を作成しようと電子カルテに文書管理機能を使って医師に入力させるか、電子カルテのテンプレート機能を使って入力させるかということを考えている。もう一方で関わっているのは、厚生労働科学研究で小児包括疾患データベースの構築で元々の先天異常や慢性疾患に加えて小児がんや虐待等をついにしようという壮大なプロジェクトに名前を連ねている。それも結局は同じことで電子カルテからどのように楽にデータを登録するかということ。もう一つは、生育委託研究で厚生労働省が生育医療センターに募集を委託する感じのことで臨床・指標・修習のための生育医療ネットワークの構築で全国の子ども病院をどう選び、この臨床指標にはこの病院を選んでという事業をしている。診療管理学会についてそこからIC 事業見直しを手伝えということになりしている。特に成育委託研究に関して、結局分娩や周産期関係の臨床指標の収集手段を考えるようにと言われ、個々の収集事業のあるべきライフサイクルを考えなくてはならない。個人情報保護法でいかに利用者側から不便を少なくするかの手順作りをしようとなっている。Web 収集に変わる収集方法の提案で、1つは商業ベースでは診断書等の文書を作成して使うソフトがあり、自分の病院の入院証明書がたくさんの様式があって1つを入力すると使いまわせるという物で、成育医療センターの原田医師が小児慢性疾患の意見書というのが専用ソフトを開発して収集している。
相変わらず自分は収集事業でしかお役に立てないという感じ…
- ・統計を扱うときや考えるときにどの方向に持っていくか、どの資料をどう確保するかというのが一番だと思うが、データが目的に合ってきちんと収集してないようなデータを活用しても無理だと思う。強引に統計分析が出ているところがおかしいと思う。
- ・看護データも利用者が誰と考えたときに入力者ではなく、集めて政策決定なり行動指針を作りたい人のはずだが、彼らはその意識がない（利用者の知識がない）。
- ・手術時間と在院日数の関係を調べようと、熊本のある外科の先生が手術時間が短ければ在院期間も短いと言った。海外の事例において見ると、確かに有名な外科医は驚異的な症例数を持っていてこなすことによって多くの症例を手掛けると外科医としての技術が向上してということの説明されるが、確かにそうである。また、多くの手術を手掛ける外科医自身が症例の集中こそが技術アップの最善策であると言っている人たちもいる。このことがこの研究に着手するきっかけになった。ただ、私たちは医療経営なので、医療における経済合理性を高める手段としてサービスの標準化に着目してその実態があるのかをやってみることになった。それは適正な

知識・技術・経験を有する医師が患者にとって最善の治療方法を打ち出し実行してくれようとするときに治療方法は最新の医療水準に近づいていくはずだ。

A・B・C病院（代表的な3病院）、A病院は大阪警察病院、B病院が兵庫県立成人病センター、C病院は済世会熊本。回答のあった約10700症例を入退院年月日と手術時間、病名だけをとって、集めたもの。特性を見ると性別による患者とその？は見られなかった。診療科の構成によるもので医療機関に大きな隔たりはないが、あるなしというのはあまりわからなかった。年齢階級別ごとの患者数を比較するとA・C病院では65～59歳がピークであってB病院の70～75歳に見られた。年齢構成によって差はそれほどなく高齢者が多かった。結果としてICDの分類別に症例を見ると、新生物の患者が約半数を占めている。ところが、眼科や消化器・循環器疾患と続いている。驚いたのは、兵庫県立成人病センターの白内障の手術が一番多かった。このデータが出たときに、これは県立病院のする仕事ではないだろうと思った。

ICDの大分類で転帰情報を見た結果 → A病院とB病院では治癒・軽快比率が高くなっている。だからと言って、C病院が悪いわけではない。C病院は地域医療連携が進んでいるため転院患者の比率が少し高い気もするが…

医療圏間別に調査対象の在院日数、術前・術後の日数を見た。A病院とB病院は平均値では差はあまりない。C病院では術前の在院日数の平均値では他病院と同様だが、術後では4日間程度早く早期退院させて関連病院へ出していることがあるかと思う。これを考えると熊本の済世会は、術前日数3日以内の患者が約60%（入院するとすぐ手術）で、他病院より少し高め。手術件数と手術時間をプロットした（標準偏差の関係を示した）ものは、手術件数の多さ、医療施設内における経験・知識・技術で標準化が進んで、結果として手術時間のばらつきが小さくなると考えていたが、今回の結果からは手術症例の集中と手術時間の標準偏差との間にはそのような関係は見られなかった。

手術時間と在院日数の関係で、手術症例が3医療機関で50症例以上の疾病について在院日数を相関係数も取れたがまるでなかった。結果として自分たちが思っていたものとは違っていて、疾病別手術時間を見る限りでは手術時間のばらつきが相当あり、同一疾病であっても手術時間は医療機関で異なり、医師の腕も違えば病院の機能も違うのでありえない話ではない。手術時間のばらつきは手術症例が集中することで縮小されるとは考えにくい。専門病院では手術時間と在院日数のばらつきが比較的大きい事もわかっていて、どうしてなのか → 本調査から手術症例の集中が手術時間の標準化をもたらして、手術時間が短ければ在院日数も短いという仮説は否定的な結果になる。

大阪警察病院での例は、手術の予定時間を入れて分布を見ると経営学者側からすると時間が短い分にはいいが、時間が多くかかってしまったのを何とかできないのかと思う。

このデータを収集するときに、大阪警察病院は90%のデータが使えた（揃っていたので）。ところが、成人病センターは6000のうち2000くらい、済世会熊本は、2500のうち1200くらいしかデータが欠落していて使えなかった。手術開始時間は記載されていても麻酔時間は記載されているのに、終了時間が記載されていない。ルール付けと操作をして作成しているが、本当のことを言うと収集するデータが結構いい加減である。

- ・ 治癒と軽快と転院ははっきりしない。

- ・診療情報管理士の教育でも転帰の書き方は教わった覚えはない。これはICDのコード付けよりもっと危ないと思う。軽快と治癒の間はどこにあるのかはまだ統一がない。
 - ・最初は、病院規模が大きいと合併症の発生率が下がるという話だった。手術時間と在院日数の話ではなかったはず…
 - ・高齢者の方でも手術に耐えられないから短いかと思って分析したが、関係はなかった。
 - ・がんでステージIVというようなデータが入っていたら本当に手術しているのかを知りたかったが入っておらず、一般的には手術をしないのだろうと思うが… → クリニカルステージなのか、術後の所見なのかによって意味が違ってくる。クリニカルステージでステージIVであれば、手術はしていない。がんの取り扱い規則は各臓器別にあるが、どの取り扱い規則でも臨床病期と術中所見病期と病理所見病期と3種類ある。どの病期でとっているかによって話が変わってくるはず。病理の病期が一番信頼できるかという点必ずしもそうではない。病理医師で診れる範囲はあくまでもその塊の中のワンスライスだけである。
 - ・がん研究会であればずっとがん研究会の基準で取っている所見記録があるので、がん取り扱い規約が変わっても関係なくフォローができるが、がん取り扱い規約に基づいて記載している場合は改訂版が出るたびに切れる。がん取り扱い規約が変わるたびに各病院のがんに関する患者の台帳記載の仕方が変わる。
 - ・日本のがん登録はなぜ進まないのか → 人とお金がないからだと思う。
- ・大枠で作成したものに今回や前回の分を乗せて一度整理したものを出す。プロジェクト型研究なので、行政担当者も呼んで話を聞きたい。
- 12月11日までに少なくとも1本ずつくらいは、研究を立ち上げる（通るかどうかは別問題だが）。

4. 第7回班会議について

平成18年12月15日（金）15:00～ 広島国際大学・東京センターにて予定

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業
統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究
第 7 回班会議 議事録

日時：12月15日（金）15：00～

場所：広島国際大学・東京センター

出席者：

○主任研究者

広島国際大学 医療福祉学部 助教授 宇田 淳 先生

○ 分担研究者

北海道大学大学院 助手 中村 利仁

○ 研究協力者

独立行政法人労働者健康福祉機構 医療情報管理官 清谷 哲朗 先生

千葉大学附属病院 助教授 藤田 伸輔 先生

日本大学歯学部 非常勤講師 野村 眞弓 先生

○ 厚生労働省 大臣官房 統計情報部

人口動態・保健統計課 疾病傷害死因分類調査室長 首藤 健治 先生

1. 次第・・・省略

2. 主任研究者挨拶（宇田淳先生）・・・省略

3. 厚生労働省 大臣官房 統計情報部 首藤室長挨拶

昨年の4月に統計情報部に来て驚いたのは、10年前と全くシステムが変わっていなかった。統計政策がそもそもどうあるべきなのかは、一つの課題であると考えている。各部局は政策のポリシーメイキングをしているが、それを統計は支える統計情報部の存在意義や自負として従来あった。それを支えていくものに対する統計に対する政策があるのかと自分の疑問であり、昨今統計情報部がやっているデータはもっと役に立つものをどんどん出してくれというオーダーが極めて強くなった。昔はそれなりに統計のデータを使い、最近は要求水準が高くなってきているのを感じている。そして、プロジェクト提案型を2つ立ち上げた。トレンドとして考えられるのは、ある程度ポリシーメイキングが大なたで全国一律にという状況ではなくなりつつあった。やはり、患者自身やもう少しディーテイルに立っての細やかさが必要になってきているというのも背景としてあると思う。ただ、原局からの要求は個別政策であり社会全体のトレンドを把握する要求というのは原局の個別政策からは来ない内容で、つまり今の政策はかなり個別具体化していてももう少しマクロ的に全体として、しっかりどういうふうの国の政策は在るべきかを議論をする部局もなくなってきているのかなと思っている。医療ならば医療全体のあり方をしっかりと見定めていくことがディーテイルに行きがちである。統計が役に立たなくなったというのは、ある程度全体的なトレンドは捉えているがディーテイルを補足しきれていな

い今の統計の形と政策としてはディテールのところに頭が行きがちで、且つ全体のところについては少し政策的に立案しているのかという比率がずれているのではないかと自分では感じている。

とりあえず、研究に一步手を付けたところについては（3つ考えている）、1つは統計情報利用者の視点から見たというタイトルは、ある意味もう一度統計をきちんと見直してもらう。本当は統計情報利用者の視点から見たというのは無くてもいい冠かも知れない。厚生労働統計調査のあり方に関する研究は、利用者からの視点から見たというのも含む内容になっているが、あえてこれを付けたのはこの冠がないと基本的にはポリシーメイキングに対するものがほぼ役所がする研究で政策的な研究となれば必然的になってしまうので、そこはこれからポリシーメイキングのプロセス自体も変わってくる可能性があるのではないかという含みも持って付けている。直接的な統計利用者としてポリシーメーカーがいたというような段階ではなく、場合によっては間接的な基礎データを、例えば研究者や他の組織が加工抽出して世の中の問題点をクローズアップし、それが政策に反映されるようにポリシーメイキングのプロセスすら変わり得る時代になっているのではないかというかなり広いイメージでこの研究を設定している。あまり広すぎて逆に何をどうディスカッションしたらよいのかとなってしまうのかも知れないが、優秀な方々がある程度のお題をもらってディスカッションする上で出てくるものはやはり我われとして頭に及ばないもの、基本的には規定の条件や、条件を設定されてその中で最大の数字を引き出す思考というのは行政官でトレーニングを受けているというかプロセスはあるが、自由度を与えるとどんどん思考として止まっていく。セクショナリズムに拠るものかも知れないが、自由度を与えられたときの優秀な学者の方々の発想、思考というのは我われから見ると魅力的である。そういうエッセンスと行政側で対話をしながら、何か一定の方針方策が導き出せないかと期待したもの。最終的に集まってきた良いネタを加工し、システムティックにみせるようなノウハウが行政はあるので、我われが欲しいのはきらりと光るような良い考え方が出てくるとそれから何か一定の像をつくり上げるのはむしろこちら側の仕事だと思っているので、そういう意味では個々の先生方の見識を存分に自由に思考してもらい良いものを出してもらえとありがたいと思っている。

もう一つの研究のIT化というのは、統計や情報を考える上で背景としては必然的に考えざるを得ない状況であり、そのツールが開発されることによって絵に描いた文字にならずに実現可能性の選択肢が広がる。ITを必ず使わなければならないという意味ではなく、ITになった時に何ができるのか、あえて使わないという選択肢もあり得ると思っている。つまり、どこの部分でITを使い、どこの部分でITを使わないのかをはっきりさせていいものを出す方法を検討してもらいたいという主旨。この2つの研究がクロスする部分は多々あると思うが、もう一つしたかったのは統計や情報の質自体をいかに良くしていくか。プロセスや最初の目的が明確になっていても肝心の質が悪ければ、話にならないという意味では質というものをアプローチしたかったが、3つ研究班を立ち上げてしまうと恐らく収拾がつかなくなる可能性もある気がしたので当座2つでお願いをしている。この話は片方は学者の先生にディスカッションをもらいながら、もう片方は行政側としてどうするのかという検討なしには成し得ないもので、そのタイミングがずれているところがあるが、やはり去年は健康フロンティアや抜本改革という

名の下に統計もいろいろなところから責められ、ある部分は守りというような中での大きな動きがあり、ゆっくり腰を据えてこういうことをする状況になかった。そこが一旦落ち着いたので、部内で今後の方針を検討しなければいけないことになっているので、もうすぐ部内で検討を始める段階まできている。もしかすると先生方の研究は半年くらい早く走ってしまったのかも知れない。ディスカッションのプロセスで何を最後に思考するのかということになっていたかも知れないが、そこは我われの方で早くキャッチアップをしたいと思い、その両輪を回しながらいいものを出していければと考えている。これはすぐに役立たなくてもいい、10年後に反映されていければいいと宇田先生もよくおっしゃっているが、もちろん中長期的に望まなければいけない課題であると思う。我われのネックは継続性がないことで、行政官としての継続が担保していくかが非常に大きな課題で、その中では在任期間が2年3年と変わっており、変わるたびに行う途中で人が変わってしまってまた一からになり、盛り上がると水をかけられて一から火をおこすというのは避けたい。いかに継続性を担保するかというと統計の中のプロパーの方々を巻き込む、あるいは中長期的に統計に関与してくれる学者の先生方に一定に関与してもらう枠組を作るようなことを考えている。この研究班は年代も若く恐らく次の時代に統計行政を引っ張ってもらう方々の集まりだと認識しているので、是非中長期的にお願いしたいと思う。

4. 意見交換（来年度のあり方、各論）

- ・これまで半年間の議論の中で、首藤室長から指摘された点についてはいくつか回答を班で一応のコンセンサスを得られた部分があった。

例えばIT化については、IT化によってたくさんのデータが収集できることはこれまでと変わってくるところではあるが、自然と集まる情報については意外とあまり役に立たないのではないかという認識が一つある。結局、本当に必要なデータ収集についてはこれまでよりは低いコストで終わるかもしれないが、それなりのデータ収集コストが必要になってくるだろう。細かい部分で言うと、データ入力での種々患者登録があるが、山野辺先生から指摘をされているところでは電子カルテ化されて病院内に情報としてあるものがWeb登録にそのまま流していけるかという、実はWeb登録しなければいけない情報は電子カルテの上にはない、あるいはあったとしてもそのままWeb登録に流せるようなデータセットになっていないなどということが、やはりIT化したからといって収集コストがゼロに近づくことは余程の工夫が上手くいかない限りは見込めないだろうというのが一つ。根本的な理由としては、何らかの政策課題に対して統計情報を利用することが起きた場合、遑ってどんな情報が必要になってくるのかを調べ直さなければならない。事前に、3年後にこういう情報が必要になるとわかるケースもあるが、計画的に政策の結果を評価していくインディケータを設定している等の場合がある。そうではない場合については、予測できない政策課題が出現して初めてその時点でこういう情報が必要だと遑っていくことがあるので、原則的には統計情報については一種泥縄式のところが避けがたく、今後もあるであろうという点がIT化がもしデータを豊富に獲得できたとあつたとしてもそこからさらに情報収集することについては、いずれにしても引き続きコストがかかる。コストの形が若干変わってくる、今までよりは若干、収集コストについては低廉なもの

で済む可能性はあるかと思う。

情報の質については結局、利用者が利用したいと思うような理解しうる形に誰が加工するのかというのが1つ。その上でなければ制度が決まらないという問題があるので、問題が生じたときに初めて必要な情報がわかるというのが避けがたく一体的なものもあるが、情報の質というのをどれくらいの精度で収集するかという設定をすること自体が現に原則的に極めて困難であろうというのが議論の中であった。

Stake Holderの問題は、今回の班研究の議論の中で政策決定に携わる者が基本的には統計情報の Stake Holder のメインの人たちであろうという一定のコンセンサスに達したところではあるわけだが、政策決定過程そのものが変化している指摘のとおり、一つには厚生労働統計と言いつつも、政策決定に携わる人たちがいる意味非常に様々な異なる集団が参画しつつある。しかも、各々が統計情報を利用する、あるいは直接には統計情報には携わらないが自分たちが政策決定する必要上何らかの加工したデータを手に入りたいと考える集団があるということで、一つにはデータを利用する Stake Holder そのものが多様化しつつある。もう一つには Stake Holder が自身で情報を加工しうる能力を持つかどうか、情報を加工しうる能力は持たないにしても必要なデータはこういう形で欲しいというところまで言えるかどうかについての問題があると思う。統計情報利用者は、これまで統計情報を使用してきた人であり、これからも使用する人たちという定義をするしかないので明確にするのは難しい。

半年間の議論で洗い出されてきている問題点、その回答としては一定の範囲内ではあるがこれらのことがあったように思う。不可知論に陥っているようなところもあると思うが、不可知論に無理に何かを付けていくよりはわからないものは仕方ない、これまでそれに対してどう対応してきたか、今後どう対応していく必要があるか、例えば統計情報利用者が多様化しつつあるのであれば、これまで厚生労働省内で済んだ議論が多様な Stake Holder の意見を吸い上げる仕組みが今後必要になってくるのではないかと思っている。あるいは本質的に危機管理としての統計情報利用があらかじめ情報の質、精度、必要なデータ、解釈の方法論等について予測が極めて困難であるとする、基本的には押さえておくべきデータは何かというのと、今後ある程度生じうる健康上の危機、厚生行政上の問題点等については予測をしつつ予測の範囲内で必要と思われるデータについては、積極的収集を何らかの形で検討せざるを得ないかと思うが、やはり最終的には予測しえない部分についてはその時点で遑ってデータをつくり上げるような部署が必要になってくるのではないか。既存のデータを組み合わせることによって推計にはなるが、実際に生じた政策課題や健康危機に関して対応するための基本データを作る部署が必要になってくる。作る部署が行政の中にあるのか、外にあるのか、半分ずつ足がついているのかについては専らビジネス的な問題ではあるが、そういう部署や機構等があれば Stake Holder がそこに相談することによって適切な情報が獲得して然るべき形での政策決定に結びつけることができるのではないかというように半年間の議論に通じると思う。

- ・具体的に言うと、患者調査とレセプト電算で受療行動特性の把握などを考えたときに、当たり前のように患者調査結果とレセプトの解析結果はほとんど等しい。疾患別でも大体同じ。本当にどの病気が主なのかが書いていなかった。私たちも同じことをレセプトで紙からコンピュータに入れるときに ICD に変更してと言っても、我われ素人の隣が行っていたわけで、そ

れが最近のレセプト電算化によると転記作業がなくて取れるのであれば、ある部分は患者調査がなくてレセプト電算で取れて、今までより精度は絶対に高い。病名や日付も全てわかり転帰情報までわかる…と思っていたが、果たしてそれで患者調査を変えていいのかという患者調査には患者調査でしか取れないものがある。そこがIT化によって本当に消していいのか、バージョンアップしリビジョンを変えて残さなければいけないものがあるのか、その問題は話が出ていた。受療行動調査というのは、待ち時間調査の定義は何か、患者が思う待ち時間もあるし病院が思う待ち時間もある。それを概念的に全部一緒にして待ち時間といって改善してもエビデンスになっているのか。電子カルテになったのだから待ち時間がわかるのではないかとっても、古いタイプの電子カルテは開くのに時間がかかるので医師が先にカルテを開けてしまっている。そうすると待ち時間は一見短くなる。新しいIT化にはIT化に対応した待ち時間を決めなければ、今後調査しても意味がない。調査の取れる仕組みの仕掛けさえすれば精度もある程度取れるものはできるのではないか。しかし、質の担保を我われがどこまで踏み込んでいけるかとなった時に、現時点では難しいという話で終わった。統計の定義をいろいろな調査があり、各々の調査では指標が大切に扱われているが（例えば在院日数や病床回転率）、意としているところの意味は一緒で同じこと。本来は同じなのに、その時に違っている指標がたくさんある。それをもう一度グルーピングし、どういう意味があるのかというのを一度整理し直した方がいいのではないかという話も出た。それをやらないと質を担保できないかも知れないという話もした。公開する、皆さんが利用する点に立ったときに、果たして今までは利用できる状態になっているのかという話が出て、例えば医療圏が変わったときに追ってない、市町村合併や人口10万対の指標も本当にそうなのかという話をしたときに医療圏の県境に病院が建っている状態で統計情報上はA医療圏に入っているが、実はA県B県両方から来ていて医療圏計画の1つの中の医療圏単位の中に作りましょうという基本方針を出しているようでは無理だと悪口言った。地域などを基盤とするならばコアになる指標が必要で、そうすると医療圏になってしまう。なるほどと思ったのは、政策的に統計を作るのはあり得るのが我われでは見えなかったのが事実で今まで走ってきた。統計の数字上ではわかるが、ビジュアル化していろいろ区分けがされていて、それを見た時に私たちが決められないというのがある。話の全貌が我われには見えていないのが現状であると思う。

- ・12月6日の日経新聞の経済教室に一橋大学の井伊雅子教授がコメントを寄せていて、井伊先生はまずOECDの国際医療統計との比較可能性が日本の医療統計にはないというところから書き起こしており、国際統計を取るために統計を取っているわけではないと読みながら思ったが、ただ、国際比較に耐えうるような情報を作る必要があるような議論がこういう形で論じられるときに、誰がそれに対して反論するなりあるいは意見を取り入れてくるなりの仕組みがあるのかというとは実はない。少なくとも公に議論するような場がない。今回はたまたま宇田班では提言があると話のたたき台として使うことができる幸せな一年間だが、これが終わるとこういう提言があったとしても何の議論もできずにスルーされてしまうところがあり、国際比較データの問題と捉えてしまうと違う話のように見えるが、根本的には宇田先生の話と一緒に統計情報上で何らかの問題が生じたときに誰がその問題を認識し、適切な対応をとるのかという仕組みがない。そもそも宇田班が招集されたのは、その仕組みがなかったので招集せざるを得なかつ

たというところがあり、宇田班が招集されたこと自体が将来的に作らなければいけないという結論が内在されている話になっているのだと思う。

PETは飽和しているという話も、政策決定者だけではなく病院経営者も実は知りたい情報であるし、もっと言えば医療経営コンサルタントの人も知りたい情報だが、それについて収集する仕込みがない。いたずらにミスマネジメントが進行していくのを座視せざるを得ない状況になっている。今度はマスコミが統計情報に接することができてもしないのかも知れないが、問題を掘り下げていく上でもうひとつ別の意味で解決すべき事態に陥っているようなところある気がする。

井伊先生の提言でも、「質の向上に不可欠だから実態把握の統計の整備をして、そのためにビジョンの提示を急げ」と書いてあるが、ビジョンの提示をここでするのかと思った。本来は何らかの形で役所の中に備えておくべき機能ではないかと思う。最終的には向こう1年や2年、このプロジェクトが続くことになるが、その後に役所内に部局としてできるかどうかはわからないけれども、意見についての反論や同意などの機能を統計情報に作らなければいけないのかと思うし、総務省の統計行政の一環ではなく厚生労働省の医療行政の一環になるのだと思う。根本的にはいろいろな Stake Holder がいて、然るべき問題意識をみなさんが持っている、それなりに言いたいことを山ほど持っているが、それを吸い上げる仕組みがない。細かいところ言えばデータ処理上問題があり、統計を扱う上でどう処理するのかについて検討する器がないのが何らかの方法で解決していくべきだと思う。細かい部分ともっと大枠な部分といろいろな問題があるが、いずれにしても対応していく機能がないので国際比較データが必要だと言われても、OECD から催促されてもデータを取るようにし、あるいは諸外国の医療制度を翻訳したときに日本では病院といわれているのはアメリカのホスピタルとナーシングホスピタル、ナーシングホーム、スキルドナーシングホーム全てを合わせたものというのが翻訳機能にないという問題に全て結びついてくる。それは、医政局で政策決定の仕事をしている先生方の仕事ではない。やはり統計情報を扱っている先生方が仕事をせざるを得ない。

- OECD の件は別にしたいと思っている。OECD は統計を出すのに、お金を持っていかなければいけないというのがあると思うが、自分たちで統計情報を整理するだけのお金を人員分負担しなければいけない（データの質は担保してないし、各国でどうなっているか、医療制度の違いを比較するのは基本的になく、各国が勝手に出した統計をあげているので私はそれを信用していない）。質を全然担保していないものを OECD で…と新聞の記事のようなことはちょっと思うところがある。それは整理した上でないと怖くて制度の違いなどは日本の定義もしっかりしていないのにこんなことはいえないと思う。だから指標にはこだわった方がいいと思う。
- 歯の疾患のように一見単純な疾患に見えても、度合いのとらえ方が違うし、私が取ったのは無歯顎という一本もないトータルトゥースロスのパーセンテージであるが、カウントの母数が国によって違う。そういうことになると比較できない。全部精査した上で、比較をするにはこれしかなかったと私たちは使えない。そこまでしないとセンサスデータが使えないと知っている人は知っているが、こういう医療制度が違うから定義が違うデータについて出典を全て書き上げなければ使えない。それをそのまま鵜呑みにして、OECD のヘルスデータの医療費では、はっきりと注記に書いているのでそれを読むとどこの国が OECD 基準の医療費を出しているが

ということが注記に全部書いてある。そこをよく読まなければならない非常に扱いにくいデータである。それを意識した医療経済研究機構ではもう一度、OECDの基準に合わせて計算し直して医療費を出すくらいなので、国内の統計を置いておいてなおかつ日本ではこういう定義を出せるということをきちんとと言えるようなデータを常に日本の定義として軸を通さなければならないのではないかと。長い歴史の中で変わっていくのは仕方ないが、それをフォローできるようなシステムがあれば統計として利用に耐えうと思う。専門家は認識しているが、一般の目には触れなくて数字だけが一人歩きしている。わりやすく Stake Holder に対応するということが必要なのではないかと思う。

- OECDは経済をやっている方には当たり前のように受け入れられるが、金融の数字と比較されるが医療の部分と言われると抜けている部分がたくさんある。抜けているとなぜ出していないと、目立ってしまうからではないか。日本の人が偉いと思うのは知っているから入れていないのではないかと思う。各国は訳したらそのまま入れているのではないだろうか。
- 厚生労働省としては自信がないデータ（近いものは取っている）はないと回答している場合が多い。信頼性がないということでは出さない。
- 研究者としては、全部なければ日本はこういうデータを取っていないと思ってしまうのかという気はする。
- 国際比較で政策決定ができるかと言われたら、それはまた難しい話だと思う。
- 政策決定における統計的なものの使い方というのは、まず軽く全体のポリシーメーカーが肌身で感じているものをある程度確信を持つときに使うということと、出来上がった政策を納得してもらったところだけを選ぶ度に使う（選ぶ段階で作為が働いているが…）。ポリシーメイキングの前段階としての情報や統計と、関係者の説得や合意のためのというような使われ方をしている。そうすると、極端な話、前段がなくてもいく場合がある。何らかのものは必要で、つまり医療政策に関してはデータが0で決定される医療政策は恐らくなかったのではないかと思う。どんなものでも必ずデータや統計数値のようなものは入ってきているが、その使われ方自体が非常に漠としている。その使う側もデータの信頼性があるのか、ないのかがわかっているのに、漠としか使ってはいけないのがあり、医政局長が辞めたときも行政官として常にデータを疑ってきたのでデータに頼りすぎてデータだけで物事を判断することはせず、常にデータを斜めから見て捉えるという視点で道義的な判断等を加えてやってきて、その混ぜ方加減というのは重要視しているという発言をしていた。昔の行政は職人芸的な、技術を伝承するのに若手には伝承しきれず、最後の仕上げは勘で行う。今の辞めた方の世代は、勘というと語弊があるかも知れないが、そういうやり方でやってきた。明らかにそのやり方で次の20代の人ができるとも思えないし、行政側がポリシーメイキングをする時代すらどうなるかわからなくなってきているが、ただ、行政官が行政的な判断をしなくなると言われたことだけをするようになったら、恐らく崩壊するだろうと中から思っている。そういう危機感を持っていて、この班がどうなっていくのか、将来的な受け皿はどうしていくのかという部分もきちんと考えたい。考えるにあたっては、枠組を考えてコンテンツを考える。お膳立てをしてするよりも、やはり同時にこちら側も検討しながらどういう組織がいいのかを考えながらのキャッチボールが必要と思っているので、むしろ枠組作りというのが我われの宿題だと感じている。つまり、全体としてやらない

ことの中で行政側としてやらないことと知恵を持つ方が考えなければいけないこと、行政と学者という意識ではなく枠を作るのと中身を考える。中身も自分たちも関与して考えなくてはいけないと思っている。常にいろいろな考え方とか発想などを注入しながら進めていく。その注入されたものが空中分解するようなディスカッションではなく、お互い啓蒙しあいながら進められる人間関係が大事なので、そういう意味でもこの班はよく検討していると思っている。言われたことだけをやるのではなく、先生方は自分たちでやりたい糊代があると思うので、そこは是非議論してもらいたい。

- ・今までの中であまり問題とされてこなかった、浅いところでの議論で終わってしまったのが岩尾先生の話の部分だと思う。日本で情報というとデータもインフォメーションもインテリジェンスも全て情報だが、ポリシーメーカーが本当に必要としているのはインテリジェンスだとよく言われる。インテリジェンスにインフォメーションを加工していく作業をする人たちは数理統計の先生方はたくさんいるが、インフォメーションを解釈する物語を与えてあげるというインテリジェンスを作成する専門家はあまりいない。
- ・岩尾先生の話で考えなくてはいけないのは、インフォメーションの専門家はもちろん必要だが、インテリジェンスを作る専門家も考えなくてはいけない時期に入ったと思う。切り口や考え方、加工は価値判断なので、切り口一つで全く物事が逆に見えることもしばしばあるし、そういう危うさを常に持ち斜に構えて評価するのは健全なことだと思う。しかし、やはり価値判断の元にインフォメーション、インテリジェンスを加工、作業をする人たちが必要な時代に入っているのだと思うので、その部分については厚労省の統計がどうこうではなく、日本全体としてそういうものを育て上げることをしてこなかったもので、それについては宇田班の問題というよりは総務省の統計の人たちがどうなのというところまで含めて提案をしていかなければいけない部分なのかも知れない気がしている。日本の歴史を紐解くとインテリジェンスを加工や作業する専門家が少しずつ歴史の表面に浮かび上がっている瞬間はある。いなかったわけではなく、そういう教育も過去に行われてきていたことは、そういう人たちが出現している部分だけを見るところはわかっているが、現在そういうことをしている役所があるのかというと心許ないし、大学教育で積極的に行っているところはない。厚生労働統計の話とは離れてしまうが、危うさを持ったインテリジェンスを作り上げていく人たちはどこかに求めなくてはいけない時代に入りつつあり、過去に恐らく何度かそういった時代があったのだと思う。宇田班の議論の中で、出てこないで終わるかも知れないが、少し考えていかななくてはいけないだろうし、岩尾先生のコメントはまさにその部分だと思う。
- ・他の研究テーマの調査でフィンランドに行ったが、そこでいろいろな専門家に話を聞いたときに一人の専門家がリトリバールと言っていた。本来情報は使うものでリトリバールできない情報はいくらストレージしても使えないと言った。たとえば、障害の程度分類の方が福祉分野と医療の分野では違う。分類法の解釈の違いということでそこから始まった。今そのためのエキスパートが集められて、作業を開始したと言われていたのでリトリバールをどうやって使うか、検索して使いやすい情報をどういう形で整備すべきか、という視点がないと統計情報をストレージしても使えないという言い方をしたのが非常に印象的だった。日本はそういう教育が非常に弱い。

- ・予測だがわかっているのに反映されていないデータが結構ある。
一度認定された名前に対しては、きちんとできるのであると信じて次の加工をしてしまうので、次々変えてしまう。ADLは職種間ごとで違うのかも知れないが、発信されたデータは正しいと思っていく。ところが、一つずつの病院を見るとかなり違っているので総論ではそうだが、一つ一つすると同じテーマでも全く違う。
- ・このテーマは最初に話したように何をフィックスとして、何の効果なり形式を最大限にするのかをある意味、最初に意図的に我われは示していないところがあったので、議論の過程でどここの議論をどう収めようかとなっていたのかも知れないが、それでよしとさせてもらったところが正直あり、それはなぜかという、まだ役所内の方がそこまでいってなくてこれから検討を開始しようというところなので、少し幅広にバラバラに議論が展開しながらも一度はやっておいてほしいネタをやってもらっているであろうという前提で、結果的に最後に反映されなくともこのメンバーで幅広にディスカッションしていたこと自体は、後々あの時こんな話が出たというのがあるかということに敢えて絞らずにお題を出している。自由作文にしすぎるとあまりに…タイトルくらいはというのが意図である。それが今後、検討の骨子のようなものができてくると畑でトマトなどを作ってもらっている状況で、それをどう料理するかはまさにこれからというやり方。決して無駄ではないと思う。
- ・この定義が今ワールドワイドに WHO 主導で実はビルゲイツの財団が出している。この動きというのは、ここと EU の動きが世界の潮流を決めていくだろうと思われるので、何を計るのかと、ここで言っている動きを追っていかないと恐らく日本は世界から孤立してしまう。井伊先生もかすかに意識されているのは、あくまでも OECD の経済統計の方からだと思うが、こちらを意識した方が…将来これとタイアップしたような形で意識した日本の統計システムとは何かという議論を是非。意識している形で各国が動いている。国ではシステムを作る余裕がない国でシステムを作っているの、低開発国に対して情報ネットワークを整備するというのが大原則。逆に先進国に持っていかれてしまうと勝手についてきてとなるので、十分こちらもそういうことを意識して追いかけていかないといけない。
- ・国際データをするときには圧倒的に先進国よりは途上国が多い。先進国にとっては追っかけていくことにあまり価値がなく、井伊先生が OECD のことを言っているのは一つには先進国グループのデータということがあると思う。比較可能性の問題はもちろん大きいですが、先進国間での比較はある程度問題を共有している国家群だという意識があるのだと思う。
- ・同じ政策でも医療政策のように制度を設計するのと、健康上の被害や健康そのものに対する早くいろいろな意図があると思うが、スタンスが違うというのがあるので…
- ・抱えている問題が違うのが一体化している。
- ・やはりこれはインフォメーションのシステムとしては、マイクロソフトがしたようにデファクトスタンダードを作ってしまう可能性があるの、それを知らんふりはできないだろうというのが私たちの仕事。
- ・基本的にはビルゲイツ財団なので、マイクロソフトの域を踏まえたのではない。つまり、マイクロソフトの国際戦略ではないというふうに表層的ではあるが、我われは理解している。ただ、途上国というか余力のないところにいきなり行くと本当にデファクトになるのでやりやすい。

今さら先進国や中心国くらいに出て行くより、ないところにドンとやってしまうとそれでその国を制覇。それを何十年かかけて、中心国が先進国になっていた段階でもう世の中の構図がほぼできあがっている意味では、マクドナルドが子どもにハンバーガーの味を覚えさせて一生食べさせるという戦略と同じような発想だと言える。

- 世界の中で先進国の数は少ないので、その人たちが国の一票を投じると、この国の人がいいと思ったことは世界のトレンドをつくるのが十分あるわけで。一国一票ということをよく確認した方がいいと思うが…
- いずれにしても、先のことも含めて検討する枠組が日本にはない。それが一番の問題になってきている。国際比較も然り、先程のドメスティックな医療計画の整合性や病院のポジション、そういう県境を越えて集約化をしているなど本当は必要な議論をする場がない。
- それは仕方ないかと思う。薬を作る医師がいるし、臨床の医師もいるし、どちらも必要。データも両方あり、やってみなければわからないものもあり、必ずしも戦略的にいけない部分もある。
- 例えば職種によって使用している ADL も違うという話も、お互い全く翻訳が不可能なもの、ある程度重複があるものと、翻訳可能なものと3つに分けたとしたときに恐らく一番多いのは、翻訳不可能なものだろうと思う。つまり、価値基準や軸が違うので投影すること事態ができない。リハビリ病院で以前にリハビリの上での予後調査のようなものを入院した段階で調べたものを読んだことがあるが、全く既存の評価軸は回復リハビリテーションの予後を推測する上では役に立たない。一番あてになるのは年齢だという。そもそも全然違う軸になると、投影不可能という評価基準が実は違うものなのに同じ ADL という名前で並存している、そういった問題も一度整理しなくてはいけないと思うし、一度整理すると考えるべき方向性なども見えてきたりするのかも知れないが、やっている職種が違うと職種同士で話ができないなど、職種同士の話し合いをしてもらわないと統計情報として整理ができないので、終わってしまう。年明けにでも開原先生のところに向い、診療科目の整理について本人から一度インタビューをしたいと思う。
- 検討するシステムがないという話で役人をしていて思ったのは、役所で仕事をしていると自分のやるべき仕事があり、そのすぐ横にこれはやらなくていけないと思う事がある。自分の仕事とは違うがこういう問題を解決しなくてはいけない、でもこれを誰が解決するのだろう、このまま放っておいていいのかと思うことがある。気づくとそれは誰かがやらなくていけないと知っていることは放っておくと誰もやらない。

結局、やらなくてはいけないと思った人がやらないと物は動かないということ。他の人はやらなくてはいけないということすら気づいていない人たちばかりなので、やらなくてはいけないと思った人がやって初めて物事が動くという意味では、検討するシステムがないと気づいている人自体もそれほど多くない。先生にそのシステムづくりにまで関与してもらいたいことになる。こんなシステムがあった方がいいと思っている段階では、誰かが来るのを来年かも知れないし、10年後かも知れない…やらないと言っているのではなく、一般論だが、そういう意味では開原先生が偉いと思うのは言い続けている。いろいろなところで言い続けていて、診療科目のことをしなさいと言って誰かが動くまで言い続けて粘り強さというのは非常に大事な話。物

事は動くときはスッと動くが、動かないときは10年たっても動かない、トレンドが来たときは動く。そうすると粘り強さは、先生方にも持ってもらいたいと思う。

- ・作ったり考えたりというのが仕事で、それでもわからなければ調査をなさいと覚えさせられている。調査時には当然、過去の統計をとる。それでもわからなければアンケートを自分で作成する。必要であるかどうかは自分であって、言い出した人が作成するのが当然だと思う。
- ・PETの話で言えば、産業だと捉えると産業専用のマスコミがあり世の中の動向を経営者が肌身で感じるが、それを全て厚労省が出さなくてはいけないというのは計画経済の巨大版を本当に意識しないといけないのかということも大きなテーマだと思う。
- ・ある程度日本の状況を、ある程度わかるような環境を提供するのは国がするべきではないかと、一定のリソースは共有すべきだという議論が必要だと思う。
- ・Stake Holderが誰かというときに、提供者側ではなく医療を使う側の視点が今のところ全くないので、それをどうにか入れられるような統計、誰が見てもわかる統計とプロが見てわかる統計は違う。プロ用の統計レベルと一般向けのマスコミがよくわかる統計。マスコミをきれいにして一般の人が理解してもらえるレベルの話と段階があると思う。
- ・こちらは理性的には動かないので、メディアもそれに応じて理性的に動いてはくれないということ。
- ・数字のインパクトが大きい。数字を出されてしまうと、心理的に信用してしまうところがある。その数字を作り込むというか、根拠のない数字は使えない。ある程度信頼性のある数字を引っ張ってくる。
- ・数字を出すよりは、話す人のパワーと、どれだけ簡単かということ。
- ・今の医療機能開示では差額ベッド料金や予約診療、専門医数や地域連携の体制などと言われる。それを見た時に自分の結論は違っていた。患者側に選択する力を求めているが、患者はわからない。患者側がほしい情報が3つあると思っている。第一は医療選択、第二は診療録、カルテに書いてあることが患者にはわからないので、第三は医療の知識。自分ならばこの3つは欲しいが求めない。
- ・それを解釈し、わかりやすく噛み砕いてわかりやすい形の情報に加工される、加工された情報であつたら受け入れられるが、なるべく生に近い正確なデータに近い部分はあまり必要ではない。インフォメーションをもう少し口当たりのいい形に加工された状態でなければ使いたくない情報。データは必要ない。
- ・データは常に揺らぎがある。必ずしも良い方に落ちるわけではないので、悪い方に落ちたときにどうして私が悪いのに落ちなくてはいけないのかという答えを出してあげないといけない。それはなかなか納得しない。
- ・データはきちんとしていないと、データの定義や集め方という基本線にどうして戻ってしまうのか。そのデータがあつて初めてインフォメーションを加工できるわけなので。誰が入力しているのか、誰がという部分がわからなければ、成りすまして本当にその人が出てくるかどうかはわからない。20歳の女性と言って60歳の男性が書いてくるかも知れない。それは検証できない、それがナショナルデータとしても国の政策基本データとして使われていてもそれでもいいと思っている。原則はどうするというプリンシパルをどう立てるかということと、実際にど

う定義するかという動機づけの問題といくつかの層に分かれていて機能されていないといつまでも各論はいくつもあるが、落ち着くところに落ち着かない。

- ・今回の医療計画の中で病院の医療機能指標について言えば、患者に解釈しろと求めているところ。そこについて、指標を決める段階でこれが本当に患者の選択上で有効な指標になりうるかどうかという検討はしたと思うが、それを後になってもう一度再評価するためのデータ収集の手続き等が必要だと思う。そこも加味した上でやっているとしても患者に選択をさせることのそもそも出発点が患者が選ぶことができる大前提の基にあるので、もし後で再評価したときにこのデータは全然役に立たなかった、患者選択について全く影響を与えなかったというデータが出たときに、違う指標で試してみようという議論になるのが明らかだと思う。患者に医療を評価する能力を求めること自体が10%くらいの人はいいかも知れないが、圧倒的多数の人たちにとってはあまりにも過酷だということになると、次の指標を探すという作業に入るところが間違っているはず。そこは一回走り出した施策はそんな根本的なところまで戻ってやめよう、やり直そうなどという話にはなかなかいかない。10年20年やると最終的に患者の選択に何の寄与もしなかったとしてもずっとその間続くだろうし、データ収集コストは当然かかる。それに振り回される患者もいるだろうし、結局データをろくに見ずに決めている人たちも少なくないはずなので、それに対してどうするのというところの施策自体が根本的に出発点が間違っていることをお節介に言う人はいないと思う。そこについて、例えば統計情報などが役に立つかという立たない。では、どのような形でフィードバックかけるかはやはり今出されている指標では役に立たなかったことにならざるを得なくて、少し無力感を感じるがもう少し工夫の余地があるような気がして、理屈やデータの部分の他に一回最初まで戻るのはたまにやっている。その仕組みを自分はよくわからないが、その点についてこの場で議論するのは自分は能力に欠ける部分があると思うので、首藤先生から見たときに根本的に政策の出発点は間違っている議論はどういうタイミングで始まることがあるのか？
- ・政策が間違っていたと判断して、軌道修正をするピンポイントは何かということか？
- ・例えば診療報酬で手術件数で3割引として次の買い手で…というのは誤りだったのかどうかは検証できないが、割と朝令暮改的なティピカルな例として取り上げられる。それに関しては数字的な圧力で何もなかった。今でも正しかったと思っている人もいれば時期尚早という人もいて、しかもどう影響されているかその検証は全くされていない。誤りだときちんと検証できたことは司法の判断以外で多分厚労省のやったことはないと思う。ポリシーを変えたことはあるが、誤りで変えたという論調は常にとらずに時代が変わったという論調にすり替えて政策を変えるやり方をずっとやっているのだから、あれはごめんなさいというのは恐らく司法の判断かというレベルでしかしていない。
- ・医療療養型を止めると言ったのは、社会的入院を認めたから厚労省の政策は間違っていたということ判断するのは勝手な解釈だが…
- ・その行間にごめんなさいというのはやっているが、そこは常に時代が変わりました、役目を終えましたというような言い方をする。
- ・国民皆保険でどこでも行けるようになった、医療施設を選べるようになった。どこでも選べるのだからいろいろな場所に医療施設を建設した。これはこのままでは量的なことを制限しない

と困るからと医療圏計画では量的規制をかけたのだと思う。量的規制をかけると今度は質の向上だと言われて、そこは当然の流れだったと解釈している。政策はその時代のステップアップしたものと解釈すると筋は通ると良きように解釈するようにしている。

- ・かなり方針の数字を維持していると思う。基本方針というのは最初からスタンスが変わっていないのだろうと追っかけているとわかるが、日本のフリーアクセスという制度は今の流れのまままで堅持すべきことなのかという議論にまでいきそう。疾病が変わっていて慢性的に中長期で管理されているとフリーアクセスだと管理形態が途切れてしまう。転居したなど事情があるなら別だが、どこでもフリーアクセスをしていたらドクターショッピングと同じになる。そういうところで政策の転換ポイントに達しているのではないかと私たちの意識ではある。フリーアクセスとここはどうしてもコンフリクトしてしまう。これはフリーアクセスではない。あくまでもアクセスがコントロールされている条件でなければ、こういうデータは継続できない。フリーアクセスだと整合しなくなる。
- ・問題はコストが追いついてこない。医療需要をコントロールできないことがあるので今のところどうしようもなくなっている。

- ・医療情報を提供すると言って、医療情報提供方法のあり方検討会で情報開示の件は言っている。要はガイドラインに沿っているかどうかの都道府県の判断がし難いというチェックの内容なのかと個人的には思う。病院が正しく出せば…正しく出せる仕組みができるなら。レセプトならレセプトですというので、自動的に排出できるように毎月ファイルを出させているのだから、一月遅れでグレードアップするような仕組みに変えてやればガイドラインもいらないし、エビデンスを保ってこれに沿って出させると言えばいい。ただ、問題なのは初診と再診がレセプトから出ているからそうなわけで、本当に私たちがほしいのは経営的なことから言うと新来患者。開示してくれるならその方がいい。

情報開示をして出して欲しいが読み方も一緒に付けなければいけないと思う。

今回統計情報の読み方というのは難しいところで、それを教えることが一つのシステム構築になる。厚生労働省の統計は厚生労働省を守ってくれてかまわない。総務省がやりたいので変わってくると渡してもいいし、インテリジェンスかどうかはわからないが、ナレッジにする部分のノウハウ（ここで言うデータを集めてデータウェアハウスを作り、それを蓄積して展開したり変化していくというのがわかってきてその知識化するとナレッジ、その次を予測できたらインテリジェンス。）その使い方ややりたいことがあったらアドバイザーやコンサルタント的なものが統計情報部にあるといいのであって、統計情報部はそれを作らなくてもいいのではないかと思う。

- ・本当は国立保健医療科学院がそういう役割なのではないかと思うが…一から作るよりは既存のものを変えるほうがいいかも知れないが、ヘルスメトリクスと同じように出来上がっているものにそれを植えつけるのがいいのか、一から作るのがいいのかというのも組織のしがらみのある中に建物もあって組織も予算もあってという楽さ加減と 20 年後をめざしてサラから作るなどあるかも知れない。

・フリーアクセスについて我流の解釈だが、基本的な自由開業医性の裏打ちだと思っている。一番最初に 3 本柱として自由開業医師の出来高払い、フリーアクセスと言ったら、医療機関が絶

対的に不足していたところにいかに日本中に医療機関を普及して、国民に医療を近いものにするかが絶対的な課題であったときに、最も効果的に働いたのは自由開業医性と出来高払い。出来高払いは、売るもの全てが損をしないように、売れば売るほど儲かるので、しかも日本中どこに作ってもいい。それを裏で支えようと思ったら、フリーアクセスにしておかないとこの人はここにしか行けないという制御をかけると、それで自由開業医性と出来高払いという医療機関の普及というものがなかったのでフリーアクセスできるようになった。患者にとっても遠いところには遠い時は遠いところへ行きなさい、近くにできたらどっちへ行ってもいいという意味ではそれなりによかった。ところが、その後、質の話になってきたときに提供側に一定のコントロールが働き始めて量的規制をし、類型化をする。類型化の自分なりの意義は、裏から見ると類型化できない病院をどうするかというところに行き着くのが類型化。類型化をできたところは別にいいわけで、そこに収まればそれなりに日本の医療に意義がある。累計化できないところがどうなるかが次の課題である。そう動いている中でフリーアクセスというのは、昔のままのフリーアクセスと言っているのか、患者機能の類型化というのが始まるのかということと余地はあると思うが、そこは気をつけないとこっちも決めてこっちも決めてとなるとものすごく通りの悪い難しい方向像になるときに、どうハンドリングするかは非常に大きなテーマだと思う。いずれにせよ当初のフリーアクセスはある一定の政策のために必然的に起こり得なかったものだというのが自分の解釈。

- ・現時点で医療機関が一応十分行きわたった段階で、フリーアクセスになると医療費の膨張の部分に逆に悪い面が今出てきてしまったのかという形で医師がフリーアクセスの定義をしてあげないといけない時期ではないかという程度の話で、完璧なコントロールは日本ではあり得ないと思う。もう一度どの程度までがフリーアクセスでいいのか、プライマリ・ケア医にフリーアクセスするのは構わない。

- ・診療所の機能はどうなのかに行き着かないとその理想論は、今まで厚労省が手を付けやすいところと言ったら基本的には病院。病院に散々手を付けてその反面で開業医にほぼ言っているほど手を付けずにきている。診療報酬に手を付けたが、それ以外のところで保険局は手をうっているが、医政局は病院にしか手をうっていない。それをどうするかという議論を放っておいて、アクセスの議論だけするのは多分無理だと思う。

- ・人をしばってしまったから、医療需要の爆発に追いついていかなくなってしまい、しかし医師が言い始め、昔は気持ちの高揚感で走れたが、心が折れてきて、今の医師は本当に敏感になっている。少しのことをいじろうとすると怒る人が増えてきている。

- ・宇田先生から研究計画を差し替え前提で一つ提出してもらっている。

どういう形で平成19年度1年間、あるいは平成20年度を含めて2年計画で研究計画を出したらよいのかと困っているところ。シンクタンクのような形で希望は研究班全員としては、認知している。逆に言うと具体的なお題をもらい、何月何日にここに集まってこれについて一定の検討をしてください、結論は出なくても構わないという前提で議論をということであれば、興味を持っている方は来るだろうし、今回は結構ですという方は参加されない形で、随時お題に応じて少し研究協力者の形で2年間数名ずつ増えていくだろうと思う。そういう形で実務としては見ているつもりでいる。ただ、実務の姿は別として研究計画を出してそれなりの成果を出

さなくてはいけない部分があり、それをどうしようかと…予算制約も厳しい昨今なので、そこは困っている。

- ・つまりシンクタンク的な以外の研究としてきちんと成果を出さなくてはいけないものをという表の部分、仕事人のところではなく役人のところ。そこはおかしくしていても、裏が良ければいいわけ…
- ・電子カルテの話などでもあるが、アメリカは日本より進んでいるとは私は思っていない。アメリカ人からいえば日本の方がすごいと言う。何かというと、オーダーをすると保険請求までいけるのかと。当たり前だと思うかも知れないが、アメリカは全く違う。記録がとれていれば電子カルテで連携していない。
フィンランドは患者ステータスサーバーという考え方があるからできる。日本は診療報酬請求に基づいたオーダーがあって電子カルテに発展しているので当たり前のようにできる。アメリカは元々、枯葉剤で軍隊が追跡調査をするために集めた電子カルテが基本なので、お金の流れる必要が全くなかった。それで、日本のものはすごいとなって 25 ドル電子カルテというのを作り配布しているが、まだ誰も使っていない。
- ・プライスリストが一つではないので同じにしてしまうと独禁法に違反するらしい。
- ・極論を言うとマスターの構造が州ごとに違うし、州の中でもメディケアメディケイドの人たちも違えば各プライベートプランの人たちは下手をすると会社ごとに違う。
- ・アメリカが集約できないのはそこで、今回言われているのは EHR にしてというところを強調している。ヘルスレコードにしたい。フィンランドでできているのだから、できるだろうというのは患者ステータスというのが住民ステータスサーバーを置いてその中に、例えば保険などとクリックしていくと全部できる。これとこれを含めると自分のほしいデータベースになり、患者にも了解がとれる…というものに作り上げようという枠組のフレームワーキングをしているだけなので、マイクロソフトが考えている戦略上の位置づけ。
- ・それだと今後のお題に相応しい人を呼ぶ上では、偏ってしまう。少し厳しいところがある気がするが…
- ・この方向性は一つで統計情報を集めるというテクニックとしては非常に使いやすい。
- ・統計をどう計るかというデータの定義を揃えていくという形の手法にしては面白いと思う。乗る必要はないが、これを横目に見ながら…
- ・定義をすると、マイクロソフトのリレーションの考え方は確定しているのは、この情報は誰が使って誰のためにあり、こういう情報でなければいけないという定義づけを必ずする。テーブルを作り全て作ってから初めて使えるデータベースであるのがマイクロソフトの考え。データベースの基本的な考え方なので、その紐付けするということの考え方が彼らのリレーションという考え方。その部分では先進的であると思う。
- ・日本では統計データを紐付けするリレーションする形で再整理ができないだろうかというのが一つある。個々のいろいろな必要があって、いろいろなデータを集めている。それを統計調査できれいにしているが、その中の似たようなものが紐付けしたことによって違うデータとして活用できるようなオリジナルなリソースになれるのかと…
- ・厚生労働統計の医療統計のデータ構造を分析してという話は、このプロジェクト型研究に入る

ときに一本の柱として考えるところで出発点として挙げていた。確かに各統計のリレーションをとる作業はどこかの時点でやらなくてはいけなくて、しかも手間ひまがかかるがお金はかからない気がする。逆に手間ひまがかかるから誰も手を付けたくない領域は今までも…

- ・ RA というのはこの統計情報に関する中ではオーバードクターを一人雇うことはできるのか？
→ 多分、別の予算枠では持っていない。
- ・ リレーションをとる作業をもしするとしたら、真面目に1年間かけてやらなくていけなくて、途中で誰かが手伝うというのは向かない作業だと思う。リレーションのデータベースを組む作業は、途中まで組んで明日この作業の続きをするのに別の人に任せられないので。
- ・ 頭の中で構築していく作業が半分以上になるということ。それを移し変えないことにはここだけでは無理。
- ・ 結構大変な作業で、出来上がると学位論文級の仕事になると思う。他のことをやりながらも構わないが、若い研究者で専従でやる人を付けてあげたいくらい大変な作業。5月上旬くらいに調査票を見比べてやってみようと思ったが、調査票の個票を集めてくると大変だとわかり手を付けずに終わった。やるとしたら本当に一人が1年間かかわって終わるか終わらないかくらいの作業だが、それを終わると医療統計については通用する1人の人材が出来上がると思う。実務の中で鍛えるというときれいな話になると思うが、人を1人つくり上げる意味では投下するに相応しいだけの仕事だと思う。統計情報部の予算でなくてもいいが、何らかの形でやるのならきちんと人を1人付けてあげたい。付けないとできない仕事だと思っている。何とかならないものか。
お金というよりコスト。オーバードクターかそれに準じるような人が1年間できれば2年間くらいゆっくりできるくらいのも作業として大変だという部分は量よりは中身の部分で、リレーションを構築していくという作業が1人の作業で共同ではできない。
- ・ それはお金のことからすると、厚生労働省はものすごく厳しくて、WHO がらみになると日本財団系などは何かそういった工夫をしなければ、取りにいくとしても我われは来年要求して再来年度という形になると思う。
- ・ 難しく言わないで、事務方で一人専任をくださいと言えればいい。
本来ならば、やはり科学院だと思う。
- ・ 古きを知らなくても、開原先生や高原先生の話聞いてみるなどをしてみては… → それは1年間に3、4人やらせてもらいたいところではある。
- ・ 伝承者の話は聞いておいた方がいい。研究者としてここは聞いておいた方がいいと思うが、我われは興味を持っているから聞いても面白いと思う。普通の一般の人が聞いたら面白くない。
- ・ 少なくとも知っていて損をすることはないとだろうし、何らかの時に役に立つと思う。
- ・ 時系列で追いかけるときに過去の提示をしておく。時系列と思考のプロセスなどに有用かも知れない。
- ・ 統計に関する研究会というのをマイナーでも良いので立ち上げて関心のある人を巻き込むのもいいかと思った。
- ・ 組織論として自分としてはそうして、きちんと継続的にウォッチしてもらい一定の圧力をかけ続ける組織というのがどうしても必要。

- ・ 研究班が毎回研究会を企画しておいて、公募を一般で集めて話し、その後我われが討論するという会を 12 回くらい企画すればよいと思う → それが一番簡単だろう。その中で若い人を一本釣りし、各会に講師をお願いするような形で。
- ・ それ自体は研究のパフォーマンスの一つということか？ → 研究の方法論の一つとして。
- ・ 全国行脚になるか、東京で 2 ヶ月に 1 度くらいの開催になるかは未定だが、然るべき方に来てもらい話を聞く部分については恐らく問題なくできる → それをするには動きを早くしなければいけないと思う。
- ・ 専任者をどこから欲しいと言ってリレーションを付けていく作業は、研究データとしてお金はかからないと思うが、リサーチレジデントで確保するとなるとかなりの金額になると思う。他のところの人を雇ってもらえるならば、その部分については考えなくてもよいわけで、もしできないようであればどこかで専任者あるいは大学院生でこの 1 年間やって欲しいとお願いすることができればできる作業だと思う。
それはどうなのか？ → 人とお金を分けるとお金が取れたという前提ならば人はレベルやモチベーションはどのような感じなのか？ 半ば強制的なのか？ モチベーションでやりたいというのがないと、ということなのか？ → お金があれば UMIN に出すことも可能。公募でそういうことに興味がある人ならば、学位研究に準じたような内容だということを書いてやってくれるなら OK。
- ・ それと絡めて国際的な方に少し橋渡しをしてもらえるのならば、他も模索できるかも知れない。
- ・ 根本の部分は一緒だと思う。リレーションをかけていく作業はこのデータはどんなデータなのかを洗い流していく作業なので、そうでなければリレーションがとれない。一見同じデータに見えるが、実は 1 対 n 対応になっていたり、n 対 n 対応になっていて対応関係がとてとりづらかったりということが起きるので、当然一つ一つのデータの意味を請わなくてはいけない。そうすると国際比較をする上で必要な分析をしなければいけないことになると思う。そこにリンクさせていくことは、作業としてはそんなに追加にはならない。
- ・ ゼロベースで立ち上げるのなら、逆に定義していく作業をすればよいが、今回の議論は既存のデータの定義は何かということを探っていく作業になるので、作業としては倍かかる。
- ・ 調査はマニュアルを病院に配布し、内部にあるマニュアルなど基本的には定義を持っている。公表しないけど、書かれているという前提になっていて、且つ問い合わせを受ければ数学的には背反ではコーティング等ができるようにされている。
- ・ 担当者の職人芸的に手書きでいろいろ書き込んであり（元々は本やマニュアルがある）、何となく我が部に数冊しかないとなると出せと言われてもコピーして出すのかというような感覚 → それは行って、1 日こもって調べて帰るのはいいのか？ → 以前に丁寧に断られたことがある。否定されるのが怖い。
- ・ 同じ事を聞いてもある人はいいと答え、ある人はだめと答えるレベル。きちんと筋を通して研究のために必要なので出して欲しいとすれば、基本的に科研は内部に甘い。
- ・ 一度、見に行ってもどれくらいのものなのかを見てから動いた方がいいかも知れない。
- ・ 差し替えは何月までが限度で待ってもらえるのか？ → 2 月中旬まで。
- ・ スケジュールを調整して伺い、その上で判断し OK ならばそれ一本柱で…

→ 今は風通しが良いので、今やらなければいつまでもできない気がするくらいいい感じではあると思う。

- ・ 宇田班としてはリレーションをつけるというのを一本柱にして、インタビューや研究会等を並列で走らせながら、一応2年計画くらいで。あとは、若手研究者等をどうみつけてくるか、その人の処遇をどうすべきかという部分。
- ・ 処遇は本人のモチベーションがあれば、ある程度先行投資ということで何かと考えられるとは思う。この一本柱は非常に大事な話で通常の研究の一本としては十分な大きさを持つ研究。
- ・ 専任が1人難しければ、宇田先生のところで人海戦術ということをお願いしたい。

5. 次回予定について

平成19年1月 広島国際大学・東京センターにて開催予定

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業
統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究
第 8 回班会議 議事録

日時：2月20日（火）15：00～

場所：広島国際大学・東京センター

出席者：7名

1. 次第・・・省略
2. 主任研究者挨拶（宇田淳先生）・・・省略（事務連絡等）
3. 意見交換（各論）

・パブリックコメントに関して

問題意識が浅い。楽観的な印象を受ける。リレーションをとっていき、データの定義をきちんとしようという議論の中でも指摘されている点についてこちらでも同じように検討しているので、それなりのものはあると思う。

研究班としてパブリックコメントを出す必要はないと思うが、2、3 指摘するところはある。背景等について溝口先生からコメントをもらった上で手分けをして、パブリックコメントを出す方向で（400 字詰め原稿用紙 1 枚程度）。

手分けをすると、丸数值付きの具体的施策の部分と基本的考え方の部分があり、恐らくパブリックコメントは基本的考え方のところに深く突っ込んでみても議論にならないのではないかとと思うので、具体的施策の部分のコメントが中心になるという印象を受ける。一部、あまりにも細かすぎてコメントが良いか悪いか言いようがない部分があつて困るところもある。各研究者に書いてもらえる部分は書き、誰も手掛けられない部分は分担しようと思っている。

- ・電子カルテが普及しない理由が、ここに書いてあることと自分は違うと思うので、それは書くつもりである。救急を電子カルテにするかしないかで普及するのが大きく違うのではないかと個人的には思う。紙を残してしまうと、病棟に移ったとき電子カルテになっているのでペーパーレスだが、救急だけ紙を残してしまうと最後まで紙が回ってしまう。そうすると、診療録で最後のところにサマリをつくらうとしても、紙ベースでの作業が残ってしまい、中途半端になる。本来、診療情報管理者が ICD のコーディングをしなくても様々なことができるはずだと我われに言っているが、電子カルテになっても結局そこをしてもらわなければならなくなる。20 億円かけて電子カルテをつくったとして、5～6 年後にもう一度 20 億円をかけなければいけないという理由が誰もわからないが、何度説明しても 5～6 年たつと範囲も変わってくるので、それ以外で 20 億円を最初に入れてもその次に何億とたくさん投資して強化している。その次になって同じ状態のものを 20 億円のできるだろうと思っていたら実際はもっとお金がかかる。お金の状態は厳しい。

部門的に変えるといいのではないかと言うが、電子カルテのシステムの互換を変えてしまうと繋がらなくなるので部門システムを全て変えなければいけない。一番悪循環の元は全てを変えると、少しずつお金を投資するという連携がうまくできない。専門分化しているので、所見を

書くのが循環器なら循環器専用でかなり細かくなっている。

放射線の先生方も最近、循環器のところだけ別にしてほしいと言われる病院が増えた。構築しにくいのが現状。新心カテは大事にしたいが、放射線が管理したくないと言う。厚生労働省が年に何回か血液の検査報告書を要求するとレポートを作成するのにお金がかかる。

- ・不妊治療報告書に患者のサインが必要だと言われると、電子化しているところはどのような状況になる。電子署名を認めないということはどういうことなのかと思う。
- ・全国同じはずだと思っていることが地方によって違う。電子印を認めているかどうかはわからないが、病院によっては処方箋に電子印を使用している病院もある。

レセプトで（カテーテル）のゲージまで書いていなければいけない県もある。ゲージまで管理しなさいということになると、物流システムで最初に入れたときに一本ずつに管理をしておかなければいけない、持込物品なども管理するシステムにしておかなければ反映しない。

- ・（溝口先生）グランドデザインは、内閣府がIT戦略本部でIT新改革宣言という旗振りをして各省庁、特に厚生労働省に関しては今年度中に自分たちのグランドデザインを書きなさいというところまで決定している。

内閣府が旗振りをして道標をつけてやりなさいというところまでは、間違いなく言っている。ただ、内閣府がお金を持ってくるかという話は一切ない。施策に直結していないところが全てをまとめている。今後これを利用し、予算をとるなどをしていくとは思いますが、今時点ではまだ具体的に何か項目があって予算取りまでしてという動きのところまではまだ無さそう。一応、関係団体などの反応もまだ様子見という感じが強い。当たり障りのない部分はまとめてある。統計情報部としては、政府統計のような話はずいぶん医療機関内統計に終始しているので、今のところは静観している。この後ろにもう少し詳細な情報や具体的プランのようなものがあるかということは今厳しい。

直接に施策直結ではないところを書いてあるので、踏み込んだところまではどうしても書けない。内閣府が旗振りなので、マニアックな部分を書いていくとグランドデザインではないという話にも今時点ではなっているようだ。

- ・研究者としてはパブリックコメントを出すことは問題ないか → 問題ない
それが採用されたら厚生労働省見解になるので、いい武器に変わる。気になるところはコメントを出した方がいい。
- ・どこまで突っ込むべきか。逆に曖昧なので具体的に書く枚数も無さそうで、曖昧に曖昧を入れるのが一番難しい。
- ・意見をすれば噛み砕くのは行政担当者の仕事なので、何を言っても回答しなければならないことにパブリックコメントはなっている。どんな回答がくるのかを一度押してみるだけでもやって構わないと思う。
- ・グランドデザイン策定にあたっては、東大の山本隆一先生ら評価専門調査会が意見をしている。医療専門調査会の場合には、医政局、保険局、健康局、それに統括官も同席している。例えば、レセプトのオンライン化にあたり、支払方法を都度請求にするべきだという意見が委員から出て、近い将来は難しいというやりとりが保険局とあったようだ。グランドデザインに書かれて

- いるICカードや認証の話がこれからどのような方向に行くのか、関心は持っている。
- ・レセプトのところでは例えば日払いという話で、どう考えても投資意欲もわくし、月初めに入院させるという患者もいなくなる。
 - ・保険請求の方法を変える話はその都度請求の話が出ていた。突然には変えることはできないので、一応意見として出たという程度であった。
 - ・突然に変えることができないというのが理解できないが、審査や査定は後でも積み上げて8割払ってもいい。
 - ・概算払いをして後から査定で差し引きしても当然構わないだろう。
 - ・改定時の3月に一斉にシステムを更新するのに、無駄なお金がかかっているというような指摘もある。ベンダー側の言い分は、4月1日の改定に間に合わせるために一気に仕事をするためには大勢の人を抱えていなければいけないということらしい。改訂時期をずらしてできるのであれば少し安くすることができるのか、という議論もされていた。
 - ・一気に改定するのではなく、改定をそれぞれの部門ごとにやってはどうかということ。
 - ・ITのかかるコストをどう抑えていくかというところで、そういった意見を耳にした。
 - ・とり方の問題で、看護師が説明したら何点でOT・PTが説明すると何点という条件がつくとどうやって確認段階を反映させるかとレセプトのデータベースのマスターを変えるので、それが時間を要しているのは事実。その諸事情には他にもあって、メーカーは自分たちのオーダーリングシステムがあるので、それとの接続インターベースのことを考えてマスターベースを作り直さなければならない。これが非常に時間を費やしている。
 - ・中医協の審議のスタイル自体を年中行事というかスケジュールが月ごとに流れていくのではなく、始終しているという感じになる。4月にAをやり、5月にBをやり、6月にCをやって…Kコードがかかるのが2月で毎月するという形。
 - ・病院側はレセプト機械の中で悪くなったのは、介護保険が入って適用がわからないのがあり、個人の人間のステータスまで管理しているようになっていて、ステータスサーバーと医事を分けておけば介護保険を別にして分けられるが、医事システムがステータスサーバーになっているため、抽出ができない。小さなデータベースで切り分けてというのが結構厳しい。レセプトを出して、対象外をなぜか介護保険システムに入れなおすことが小さな病院ではある。
 - ・そもそもレセプトの何かをすると保険局は打ち出しているのだから、本当にできるのか…レセプトの標準化すらままならない気もするが、大丈夫なのかという話はある。
 - ・EFファイルのみならばいけると思う。ステータスという介護保険に医療保険の串刺しをしないという前提であれば…しかし、すると書いてあるので、そのあたりを分けて考えてもらえば。
 - ・プロセスに手を付けずに今やっていることをそのまま流す、ただそれだけを情報化と呼んでいる。
 - ・単にオンライン化しても特に医療機関には何のメリットもなく、そのプロセス自体を変えていけないといけない、という意見は出ているが、短期的には難しいと聞いている。
 - ・業務の効率化＝情報化のようなことを勘違いしていて、情報化するとコンピューターでこまめにチェックできるのだからと、コンピューターは大多数の人たちができるようなこと標準化で出てきていることをするのは得意だが、特異事例に関しては不得意。そこまですべてを要求するから

高くもなるし、一度それをしてしまうと次にカスタマイズするのにまたかかる。

- ・現時点では、「ロジックの整理はやる」という明快な返事はしていたようだ。電子化するにあたり、昔の計算方法と新しいものと両方が並存している場合があることも見えてきて、それを今は整理している最中だと言っていた。
- ・ゼロベースするのであれば楽だと思うが、既存のシステムを合わせていくのはすごく大変だと思う。かなり前から議論は出ているが未だにできていない話。
ただでも難しいことを2つ3つ同時にしようという話をしているわけで、Kコード一つとっても整理できていないところを無理矢理情報システムに乗っけてくることになると、まず整理をするという話をするのが筋だと思うが、それができていない限りは乗せられない。
- ・医療機関のメリットとしては、未収費金のようなものが少なくなるという目に見えるメリットがあればいいと思うが… → 未収費金は関係ない。
- ・レセプト電子化でのメリット。レセプト電子化で紙の取り扱いが減る。支払い基金を潰すことができる。国の保管ペースがなくなり、病院のスペース的にはかなり大きくなるのでは。
- ・県によっては出力しないで保管をしなくてもよいところもある。処方箋でも麻薬処方箋は出力して保管しなければいけないが、その他はいつでも出力できるので結構と言われているところもある。
- ・レセプトの期日が近くなると、例えば胃がんの手術が何件だとか流行病が出ているだとかわかるようなものは有益なのか？ → インフルエンザなどはわかるが…今月の傷病名をきれいに更新するならばわかると思う。
- ・一番厄介なのは、風邪は治ったからといって病院へは行かない。治癒という言葉がない。
- ・高血圧や高齢者、泌尿器疾患を抜くとどうなるかということをしていくときにはやはりレセプトを見てやっていくのであれば有益なのは事実。受療動向を見るのであれば基本はレセプトしかない。レセプトも自治体側から見ることで、この地域の人はどこへ行くのはわかりやすい。しかし、病院側からでは施設側から見るわけでどこから来ているというのは見方が違う。両方を見てやらなければいけない。
- ・電子カルテは簡単。ICDしか入っていないければ、そこからしか拾わせない。
- ・ICDもいずれは更新され、整合性がとれなくなる。
- ・グランドデザインもICD—11に対する何とかと変えてもいいのか？
→ ICD—11は今度キックオフの会が日本で開催される。意見等あれば、今はまだキックオフ前の段階で少しアプローチできる。WHO担当者の中にも最後にどういう落としどころになるのか頭の中にはない。どれだけ誰かが協力してくれたら協力してくれる落としどころになるだろうという感覚で進めているので、非常に恐ろしい。今、国の状況としては各学会関係者に全部ワーキンググループに人とお金を出してくれというお願いをされていて一応体制づくりはしているが、どれだけWHOが持ってくるかによっては引き際を考えなければならない話も出ている。平成23年までのグランドデザインには書けない。国の政府方針としては書けない。WHOが強引にひっくり返したときに実現の可能性がなくなってしまう。
ICD—11は何を念頭に置くかという話。逆にICD—11そのものではなく話題になっているのは、SNOMED CTのような話とリンクさせてインヘルスレコードのようなものを一大ネ

ットワークとして築こうという方向で進んでいるということ。

- ・結局、途上国で必要としているヘルスケアレコードと先進国で必要としているものと全く違う。関係ないと言えばそれでおしまいのような気がする。

疾患構成が違うので、当然詳しく調べていかないといけない部分が各々の国で違うはず。例えば日本で栄養失調を細かく分けていくことをしても得るところは少ないが、一部の開発途上国でモノカルチャーのようなところではそういう分析が必要になってくると思う。細かい情報が必要な分野が各国によって違うときに、全部のことを全ての国に記入させることをしても現場の医師はしないだろう。細かい議論を始めると自分の国は関係ないとお互いの国で言い始める。

- ・途上国でタイは、最近、東南アジアでは医療水準が高いと言っているが、それは海に近い所だけで田舎では診療所すらない。医師もいない。地図が整理されていないからどこに誰が住んでいるかもわからない。インドネシアも同じで医師がアメリカや日本に行って技術を持って帰ってくる。覚えてきたものを周りに教えればいいと思うが、教えてしまうと自分の立場がなくなる。今は自分一人が技術を持って頑張っているのに、周りに教えてしまうとポジションが下がってしまうから教えない。

そこでは普及するはずもなく、日本も病院はつくってきて派遣所業でしているが、次に育成する事業にはお金が出ていない。

- ・多目的化をしていくので、逆に縮小しなければいけないのではないかという話になるかも知れない議題はあがりそう。今までは特に死亡統計がメインだったが、先進国で疾病統計がメインになってきた。疾病統計をメインにしすぎると死亡統計上はぐちゃぐちゃになっていくという話もあった。国内情勢だけで言うと、死なない病気を扱っている学会はDPCでも冷や飯を食っているという思いがあるので、積極的に仕掛けたい動きはある。それはDPCまで反映させるとなると15年20年のスパンで考えていく中長期的な自分たちの後輩のためにという形で取り組んでいたのはある。

- ・死亡統計上の構造的な問題もあり、患者に持って行ってもらい増えてきたのは、がんと書けるようになったからが非常に大きいという話はあるが、証明の仕様がなくて書けない病気で死亡した人は少ないのではないかというのは、いまだに地域差があったりするのを見ると思うが…

- ・がん保険などもあるので変えてもらわないといけない。

- ・がん保険の売れ始めた時期と統計で増えてきた時期とがリンクしているのではないかと予想している。データとして明確な数がなかなか出てこない。許認可が出ていても実際にぶれ始めた時期。

- ・出してもらっても当たり障りのない回答しかまとめることができないと思うが、パブリックコメントを見るだけでも情報にはなると思う。

- ・何を分析したいのかわからないのに勝手にデータを集まると思っているところで間違っている。遡って何でもあるというデータベースを構築できるかという議論とそのまゝなので、遡って何でもわかるような記録はあり得ない。レセプトは何でも情報を取っているかというところと請求が必要なデータしか取っていない。レセコンでつなげるという話になると恐らく必要ではないデ

一タを流す。

4. 次回予定について

平成19年3月12日(月) 16:00より 佐賀県唐津市 唐津シティホテルにて開催
平成18年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業
統計情報利用者の視点から見た厚生労働統計調査の在り方に関する研究
第 9 回班会議 議事録

日時：3月12日（月）16：00～

場所：佐賀県唐津市 唐津シティホテル

出席者：4名

1. 次第・・・省略

2. 主任研究者挨拶（宇田淳先生）

今までの流れとしては厚生労働統計（特に医療統計）を利用するにあたって、やらなければならないことを整理する話やということが利用者の視点に必要なのかは一応、網羅されているところはある。ただ、厳しい部分は最初の頃の Stake Holder は誰なのかという話でたくさん出たが、話の流れからして結論はない。病院の人が情報を出している割には病院の人が使えないデータであると発言にはあるが、それをどうやって使えばいいのか、使っていないのは病院の責任かも知れないという話も出ている。

この班がプロジェクト型でスタートし、1年目にはディスカッションをして将来の方向性を考え、2年目には調査をしようと考えていたが、継続研究ではなくなったので、結局はここで終了。方向性は出してこんな研究をやってみるのはどうだろうなど、一応の課題は整理できたと思う。

3. 意見交換（意見交換・反省・まとめ）

・プロジェクト型研究という枠組そのものは、非常に面白いと思い始めたが、最終的にはプロジェクト型研究が発展していく形に落ち着くべきところが外的な制約条件が発生し、研究内容等というところ以外でこのまま継続研究が難しくなっているところもあるように思っている。2、3確認しておくべきことがあると考えていて、1つ統計情報自体は元々役所が必要だと始めたことが本来の出発点としてあったが、この研究班の立ち上げの段階で役所以外の視点というところが投げ出されているところではあった。研究者はともかくとして、医療機関側で具体的にこのデータをこう使いたいというアクセスが悪いことは間違いないが、具体的にどういう局面で個々の医療機関が使うのが想定しづらい。病院団体や医師会のレベルであれば、個票分析をしたいのはあると思うが、その点についてはやはり整理が必要というのが1年間の議論の中で1つの結論として見えてきたところである。研究者の立場から言うと、個票分析はしたい。個票が欲しい局面というのは多々あるが、最初から個票でなければいけないというわけではなく、その処理をしている中でこのデータの病院キャラクターを提供されているデータ以外のところから個票自体が持っていないデータが欲しくなる。その他諸々、個票の個人名が必要になるところとならないところがある。最終的にたどり着いたところは、政策決定者の統計情報利用をどうするかというところだったと思うが、いつものことながら情報自体がデータではなく、判断の基になる情報として加工されなければならない情報として考えたときに、加工された結果

として何がでてくるかということについて、誰がわかるのかという問題がクリアできないものとしてこの1年間の議論の中で残ってしまった気がする。

主体として誰がするか、それがどういう機能を持っていなければならないかという議論は2回ほど班会議の中でされたが、結論として出ないのは予め仕方ないところはある。ただ、何らかの形でデータを利用し得る情報として政策決定者に提供していく機能を持つ集団が必要なのは間違いないと思うが、具体的にどういうところかについては詰め切れなかった1年だったと思う。元々、プロジェクト型研究は統計情報利用者の視点から見たということから出発したが、最終的には Stake Holder は誰かについて詰め切れなかったところが第一点、提供されたとしても情報利用者が本当に自分が必要としている情報は何かについて、自覚が取れないときに誰がそれをどう補っていくのかについても具体的提案として詰め切れなかったところが1年間で残した点だと思っている。

今後、そういう点について何らかの形でこういう集まりが必要になってくると思う。屋根をどこに借りるかなどは別問題としてクリアしていく必要はあるが、宇田班で集まっている研究者を含めた形で、あるいは更に何人か加わってもらって今回積み残したのや新しく今後出てくるものを含めて、具体的にタスクフォースとして機能するかどうかは別として、外枠を決めていく、外枠を考えていくメンバーとして今後もみなさんの協力をいただければと考えている。今日は、来年度（平成19年度）から具体的にどうしようかについてとりあえず夏までの間に何らかの形でもう一度、宇田班の研究者を中心にどこかで屋根を借りるような形で集まっていく必要がある。それから、この1年間懸案として置きっぱなしになってしまったが、カイハラ先生からの診療科の定義という宿題が手を付けられずに終わっている。とても気になっているが、診療科の整理をつけられるのか根本的な問題も議論しなければならないところで、一度カイハラ先生に今後の方向性という意味で宇田班の研究とは離れた話になるが、できれば厚労省に声掛けをしてもらい何人かでインタビューには行かなければいけないだろうと思っている。話を聞いた結果としてそのうちの何人かあるいは一人の方がカイハラ先生の志を継ぐような形で引き続き診療科の定義について考えるのはそれはそれでよしと思う。

- ・特に意思決定の迅速化が必要になってきているし、病院の情報システムを触っている中で昔、行ってきた保健統計などの期待しているデータと実際出て行くデータに乖離が出ていることが気になっているようなことから、そろそろ電子化されたという前提でどうすれば自分たちが思っているデータが取れていくのかということと、ICDへの移行時に死因統計が大変なことになった反省もあり、ともかく時系列が追えるようなものも含めて枠組を考えるとところがあればと思っていた。期待しているものと実際のものが違うとそこは不幸。診療科もそうであって、診療科を頼りに患者は行くのだと思うが、その機能が備わっていない。それが患者の期待しているレベルと医者が供給するレベルが違っている。期待しているものと実際のものをできるだけ合わせる試みはとても重要であり、やっつけていかなければいけないと思っている。

難しいだろうし、人によって考え方が違うので、こればかりは落としどころを考えていかないともう少し上の人たちも動かないといけない。来年以降どうするかに関しては、継続にならなかったのは非常に残念だが、どこかで必要性は出てくると思う。どこでも話のつながりや守備範囲、概念の構図などの話は当然出てくるので、その中で解決していけるといいと思っている。

- Stake Holder で考えていくと、統計情報部のためにあるというおかしな結論になってしまうのも恐ろしいなどいろいろな考え方をしていたが、クリアになったことが幾つかある。政策の中で時系列的に必要なデータというのがあるし、一度取り始めると止めてはいけないという話が出てきて、時代の流れで単発的にこういうのも知りたいと調査をかけて、その後どうなったのか、またやらないのはどうしてだろうという話も出てきたが、もしかしたら科学院が担うとしたら統計の調整もはかり、企画から調整もして維持するかどうか決定を本来ならばする機能を持たせるのも一つの案だと思っていた。科学院がそんなことをするとは全く考えていなかった。科学院は厚生労働省が言われたような政策に対して違うと言いつける研究所なのかと思っていたが、違ったらしい。

清谷先生がそれは違うのではと言ったときに、研究者というのはこういう情報が欲しい、これがわからなければ、これができないなどと自分は言っているが、清谷先生はそれもそうだが全体としてみたとき対極的な話になった。個人的には行政単位は今でも意味がないと思っているが、目標を決めるのは行政単位が必要になるのかと思った。

もう一つ、内科や外科を細かくしていくという話もあったが、DPCや看護単位や診療報酬などを無視してそこまで本当に整理がついていくのかと、一年間議論を聞いてきて逆に自分の中でどんどん膨らんでいた。定義が曖昧だからこそ今までは部分シェアできていたが、定義をたくさん見せてしまうとシェアできなくて機能しなくなってしまうのではないかと考えた。

- 曖昧だから成立していたところをきちんとすることによって動かなくなるのは、最近富みに見えているところではある。国立循環器病センターのICUの先生方が辞職するまでは特にICUの中に外科医師が立ち入ることを禁止していることはなかっただろうと思うが、ただ、ICUの医師がほとんど辞職してしまったときに外科がやれと言われたら外科医師が術後管理をやるかというそれは、アクティビティが高い施設であればあるほど難しい。曖昧であればきっと何となく手伝うことはできていたと思うが、すっきり別れてしまい片方が落ちてしまったことになるとその負担は担えない形になるので、きちんと棲み分けをしているように見えているところでの助け合いというのが片方落ちてしまうと機能しない。

いい加減と適当で済んでいたところをきちんと定義して棲み分けを始めるとなると、今まで以上にあちこちでショーテージがはっきりしてしまうという気がしている。最初の定義をはっきりしましょうというのは患者のためであったはずだが、四角四面にやりすぎることによってかえって医療サービスが本当に不足しているのが白日の下にさらけ出されてしまい、今までうやむやの中でそれっぽくサービス提供されているような幻想を何となく共有できていたのが、幻想がみられなくなってしまっていないものはないという話にならざるを得ない。それが本当に患者のためになっているのかというのがある。もう一度考えなくてはいけないのは診療科の定義をきちんとしましょうとなった時に、診療科の定義をすることによって何が起きるか、最初の目的は何だったのか、起きたことの整合性が取れるのか、あるいは診療科の定義をはっきりさせることによって何が起きるのかを事前に予測したいなど、統計の数字を取ってくるという作業が避けがたく数字を取ることによって何が起きるかの予測する責任まで負わされることになりかねないという危うさが今の時代には少なくともあると思う。5年前ならば恐らく問題にならなかったと思う。10年先ではいずれにしても問題にならないと思う。今の時期は難しい時期

に入っている。そういう意味では開原先生の志がこの時期に実現できるかはいろいろ考えて難しい気もしている。前回も指摘があったが、ずっと言い続けている方の志や本来の目的は、患者にわかりやすいサービスの区分けができることが大事で必要という出発点。そこは決して間違っているわけではないので、時代状況が変化してそういうことが四角四面でも余力ができたならば、もう一度することでもありだと思ふ。

定義づけをはっきりしてくるところは、今まで曖昧に済ませてきたことによってみんなが被っていたメリットが諦めるということが避けがたくあると思ふ。するのならばどういうことを諦めなければならないのか、せめてみんなでコンセンサスを作ってはっきりさせるとこれはできなくなる、この部分が足りないのがわかってしまうという話をしてその手当てをした上で進んでいく必要がある。不確定性原理ではないが、計測をしようとすることによって現実に影響が出てきてしまうところがあるような気がしている。

- ・恐らく日本のシステムは肝臓みたいに予備能力が高いシステムで、ある意味看護師が掃除をするなどその場で与えられている仕事があるとやってきてしまい、そういう意味では曖昧な甘えた形ですと進んできており、それが今限界にきて症状発生をして大変なことになるまでの予備が非常に狭い状況になっている可能性がある。確かに計ることによって明確にこれがおかしい、あれがおかしいと山のように出てくるだろうし、医師の労働条件もそうだろう。それを考えるといろいろな問題が起きてくるのが事実。ただ、もうそろそろやらなければいけないのではないか。特に、若い人は予備能力が落ちている気配もするので、アメリカのようにそれぞれが何をすることを明確にした上でシステムを考えていかざるを得ない時代に入ってきたのではないか。

計ることの影響はすごく大きいと思ふので、日本はある意味これだけの検査をしているということはそれだけ医療の中でも大きな影響を与えていると思ふ。それを考えながら動くということはとても重要で、今の状態をキープできるのかはなかなか難しい。それはいろいろな場面や地域差もあるだろう。日本の国ということを保つのであれば、全体としてこれだけは絶対に必要だということを考えなくてはならないし、医療はユニバーサルサービスのある程度の部分は必要になってくると思ふので、全くないところが出てくるのはつらいところだろうと思ふ。教育と一緒に教育と医療はそれなりのコストは払ってもやらなくていけない部分は出てくるだろう。社会主義的に計画行政をある程度やっていかなければいけない状況にきているのではないだろうか。地域に至上主義にシフトすべきであるという話があつて、実際に至上主義をどんどん進めていくと上手くいかないところもあり、揺り戻しというのが今の状況だと思ふが、お金がかかるので借金だらけの予算状況の中で至上主義ですると安くなる部分も確かにあるので圧力もあるが、それによつてうまくいっていないところはやはり出てきて、それを揺り戻すというのが今のせめぎ合いの部分。それを見るためにも計測をする、プランニングをするのももう一度考え始める時期ではないか。行政として今は非常に弱い状況なので、どちらかという政治家の方が強くなっているし、そういう中では行政自体、無気力化を起こしている部分もあるのかと思ふ。少なくとも政治家の方に入っていくなり、行政を力づけるなり、どちらかであると思ふが、何もなしでおらが村のと言っている場合ではなくなっている気はするので、進める素地が欲しいと今のところは思ふ。

- ・木村班の報告書は宇田班の報告書でも良かったのではないかと思った。社会科学から見た医療統計というのがあるが、一つは国際統計の標準（ユーロスタットやOECD）で彼らはまず政策的に必要なインディケータは何だと定義する。まずインディケータを立てることを定義していて、その政策的重要性や科学的根拠の重要性に見合ったデータはどこにあるかとデータの利用可能性と比較可能性というふうに幾つかの側面であって初めてインディケータとして推奨している作業をしている。

日本の場合には、政策的な必要性からいろいろな意味で調査が取られているが、インディケータそのものを評価するという機能が今までなかった。それが今、統計というものと混乱を起こしている、つまり社会情勢が変化しているのでインディケータの持つ重要性や意味づけが変わってきていると思う。それを評価する機能が今まで日本は持ってこなかったというのが非常にこの混乱の元だろう。

データを加工して常に比較して追っていけるようなインディケータで指標につけていないデータであり、これを取るとなったときに議論の過程で政策を考えることで今の状況ならば必要で、今までの高齢化社会の方と今の超高齢化に行く社会では計るべきものが違ってきていると思う。計るべきものを見つける作業が非常に重要なもので、計るべきものとは何かというところが大きな研究テーマだと思う。

- ・病院はなぜ今、これほど圧力がかけられているのだろうと思う。病床削減や診療報酬抑制、施設基準は厳しくなり、医師の引き揚げもある、マスコミの報道もある、技術革新へもついていかなければならない。あたかも社会悪のような扱いを受けるものではないはずなのに、そういう統計データなどいろいろなところがあると、それを悪く言う方向へのデータを勝手に作る。そういう意味でインディケータを作るのはどこかないといけないと思う。もっと隙間のない組織構想を言っているが、隙間はあってもいい。その隙間を埋めればいいと思う。情報をどこで誰が何を使うかをすっきりすれば、今までの圧力を加えられたものに対しても反発できると思っていた。