

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産み育て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・福祉の充実と併せ、「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、安心して子どもを産み育て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合センター「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

班会議の記録

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いて行っているのでもやむを得ないが、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な。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がわからない。
- ・ 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って、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いう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するのは大変。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を知りたい。
- ・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こと、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良い。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うわけで、その辺について今日はみなさんから具体例を持って 15 分ほど話をし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 年くらい落ちていて 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に出てこない。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っても、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の方がわかりやすくい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、こういう機械を買いましょう、採算を合わせて経営計画を立てて大丈夫ということ言う。公的などころでは、公的責務だけは補助金も入れてもらうようにしましよと、それ以外のところは赤字になってはいけな、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が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ことと疑わしい。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うのがいいと聞く。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。

- 今の話を聞いていると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と関連しないと、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、設計するときを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と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、それの上で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、医療計画を任せら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ない。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ない。

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ことで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のもできるだろうし、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から頑張っって臨床データセンターのようなものをつくって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生かされているのか。 → 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られけれども、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で、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言われている。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ふのと、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 ブラウザー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います。

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っちゃくちゃだ。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事をしていくのか、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分別の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くと、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、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見てきたかを聞いてきた。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見てき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いた。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個人をテーマで、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はっき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いうこと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이었다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、そここ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、ばらつきがあつて当たり前と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つてきて、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も、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お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お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るので、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お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かな。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ないと思う。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って、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を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えて、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ていた。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ふ、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労した。

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を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、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、それをシステムの拾うというよりも基準を決めろ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、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ば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…
- ・手術室などはうちの病院は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、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ところと個票をつくって配布して記入してもらい回収するというところだったのが、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