

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、次年度以降どういう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たらと思っている。

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 ー 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云ったが、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と、国勢調査の收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と。スピリ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りあがって困っている。助産師は離職率が下がっているのが数が増えている。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の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のか。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のか。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人件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。
 - ・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。
 - ・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。
- ・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ナル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ふ。
- ・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な。
- ・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、何を目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う必要がある。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いではなく、ないと困るといいう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いりかもしれない。
- ・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つ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言ふのを始めた。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と言ふはず。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。そうすると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… 少しこれをやつてはと思ふのは、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しらない → 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つてはどうかと思ふ。

電子カルテも未熟でデータは持つているが、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う。

- ・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。

- ・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、在院日数の短縮にともなう看護師の業務量、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	小項目
II. 診療場面の援助		37項目	191項目
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

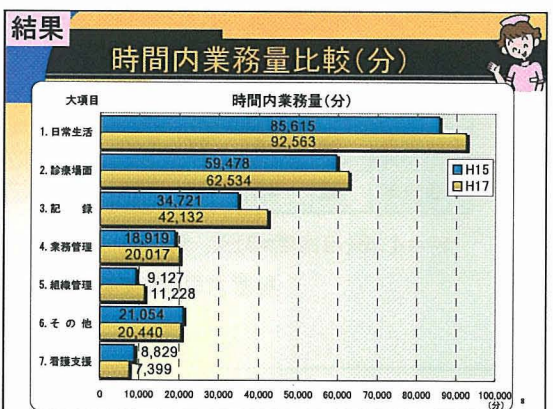
看護提供方式

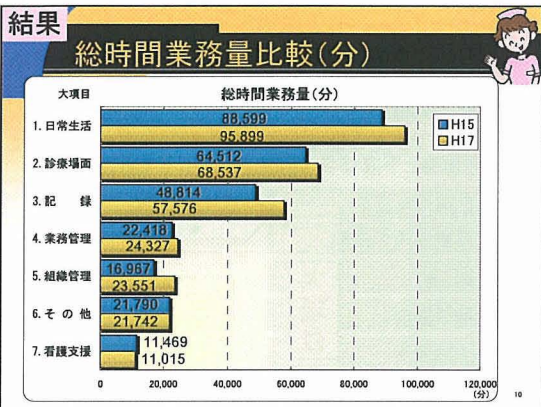
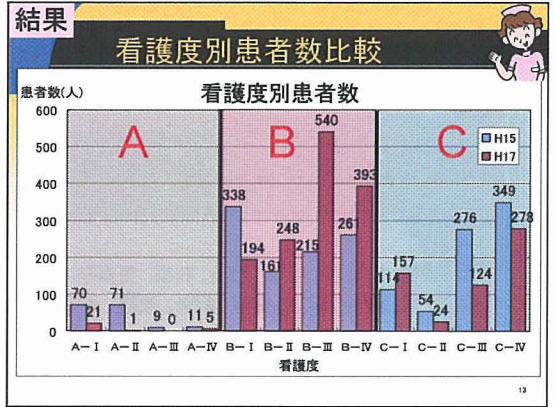
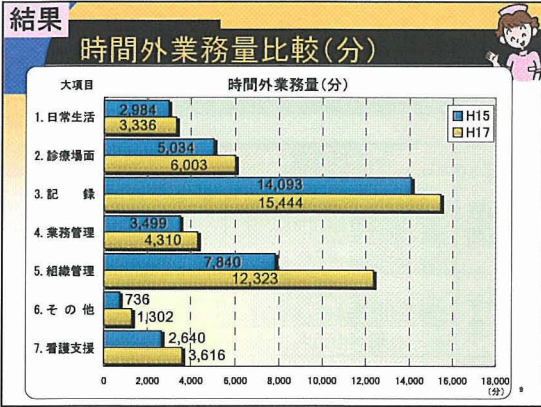
固定チーム継続受け持ち制
メンバーを2チームに分け固定し、患者の入院から退院まで一人の看護師が実践能力に関係なく受け持つ

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 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	-7.3
					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	
					H14	H17
看護度	413.16	11	***	0.325	有意水準0.1%で有意差あり	

***: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	-1.8	2.5	6.9	2.5
H17	-3.8	-6.0	-2.2	-1.1	-5.0	3.0	9.0	3.7	1.8	-2.5	-6.9	-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な分析をしているが、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事例。

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て考えているが、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ならないので、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い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。看護のスキルはとて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代わりにし、 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ろいろということでは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い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と。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ど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、看護力再開発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と。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、時給なのかが曖昧）。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利いている。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一。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十だが、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、日勤クロスはほぼ一。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 → 大都市が全部十。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。学歴は全て一、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。パートで質を落とすたくないが、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、病院かはわかっても県立病院なのか民間病院なのかがわからない。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一つ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を説明されるが、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、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る、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。
- ・大卒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