

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、最近で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テー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に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テー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テー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ーティ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おう。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る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收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るかということ、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いかなんかの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ー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、今後もあるの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るとあっ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あ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入手し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こと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こと、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遡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る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て、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。細かい部分ともしっかり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しちんと言えり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。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ると思う。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っ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う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のが、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していたことがわかるが、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ブルと言っていた。本来情報は使うものでリトリバーブ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ブ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ろう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の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もあるかということで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 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も、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という名前で并存している、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へ伺い、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思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な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の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こ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、割と朝令暮改的な典型的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難し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（ここで言うとデータをただ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のかも知れないが、ヘルスマ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しかない時に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と言っていい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けなくなってしまい、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している。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…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。
- ・ それはお金的なことからすると、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言っ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れず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、今回の議論は既にある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、見に行つて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るべきかという部分。
- ・ 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く、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っ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、誰も手掛けれ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いる。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 億円で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出てこず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ところは厳しい。

直接に施策直結ではないところが書いてあるので、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