

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ふ患者もいなくなる。
- ・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るので、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こまで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。
- ・ゼロベースで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 ~~レベル~~に対する何とかと変えてもいいのか？
→ ICD—11 ~~レベル~~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

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。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ま=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

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どう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、個票の個体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見え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いかいけ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、具体的にどういふ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ころから出発したが、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う形で今回積み残したのや新に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で違ふとそこは不幸。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でできるだけ合わせる試みはとても重要であり、やっ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ふので、こればかりは落とすところを考えていかな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ある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て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。曖昧であればきつ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。前回は指摘があったが、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う。するのならばどういうことを諦めなければならぬのか、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ずっと進んできており、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き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やるという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うので、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う。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うので、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う。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って、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うが、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、それによっ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、無気力化を起している部分もあるのかと思う。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うが、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う。

- ・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考えた。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。