



<b>(9) 併設施設の状況</b>	
01	介護老人保健施設
02	介護老人福祉施設
03	訪問看護ステーション
04	訪問介護事業所
05	通所介護事業所
06	痴呆対応型共同生活介護事業所(グループホーム)
07	有料老人ホーム・軽費老人ホーム(ケアハウス)
08	居宅介護支援事業所
09	在宅介護支援センター
10	検診センター
11	医療関係者の養成施設
12	健康増進施設
<b>(10) 社会保険診療等の状況</b>	
1	保険医療機関
2	自由診療のみ
<b>(11) 承認等の状況</b>	
1	地域医療支援病院
2	災害拠点病院
3	開放型病院
4	特定承認保険医療機関
5	特殊疾患入院施設又は特殊疾患療養病棟を有する病院
6	老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院
7	緩和ケア病棟を有する病院
<b>(12) 救急医療体制</b>	
救急告示の有無	1 有 2 無
救急医療体制	1 初期 2 二次 3 三次 (救命救急センター)
夜間(深夜も含む) 救急対応の可否	
1. ほぼ毎日可能 2. 週3~5日可能 3. 週1~2日可能 4. ほとんど不可能	
内科	1 2 3 4
整形外科	1 2 3 4
小児科	1 2 3 4
精神科	1 2 3 4
耳鼻いんこう科	1 2 3 4
眼科	1 2 3 4
脳神経外科(開頭術が可能)	1 2 3 4
循環器科(心臓カテーテルが可能)	1 2 3 4
消化器外科(開腹術が可能)	1 2 3 4
多発外傷への対応	1 2 3 4

<b>(13) 各種委員会の設置状況</b>										
1	医療事故防止に関する委員会									
2	倫理委員会									
3	院内感染防止委員会									
4	医療ガス安全・管理委員会									
5	薬剤委員会									
6	医薬品治験審査委員会									
7	医療用具治験審査委員会									
8	特別管理廃棄物管理委員会									
9	災害対策委員会									
<b>(14) 医療安全体制</b>										
安全管理のための指針							1	有	2	無
安全管理の責任者							1	有	2	無
安全管理のための医療事故等の院内報告制度							1	有	2	無
<b>(15) 表示診療時間の状況 (毎週の場合にのみ○をつけること)</b>										
	月	火	水	木	金	土	日	休日		
午前	1	1	1	1	1	1	1	1		
午後	2	2	2	2	2	2	2	2		
18時以降	3	3	3	3	3	3	3	3		
<b>(16) 在宅医療サービスの実施状況</b>										
								9月中の実施件数		
医療 保 険 に よ る 介 護 保 険 に よ る	待診	01							件	
	在宅時医学管理	02							件	
	在宅患者訪問診療	03							件	
	歯科訪問診療	04							件	
	在宅末期医療総合診療	05							件	
	在宅患者訪問看護・指導	06							件	
	精神科訪問看護・指導	07							件	
	在宅訪問リハビリテーション指導管理	08							件	
	訪問看護ステーションへの指示書の交付	09							件	
	在宅療養機器貸出し	10							件	
	居宅療養管理指導(医師によるもの)	11							件	
	居宅療養管理指導(歯科医師によるもの)	12							件	
	居宅療養管理指導(歯科衛生士等によるもの)	13							件	
	居宅療養管理指導(薬剤師によるもの)	14							件	
	居宅療養管理指導(管理栄養士によるもの)	15							件	
	訪問看護	16							件	
	訪問リハビリテーション	17							件	
・併設施設により実施されたサービスについては記入しない。										

(17) 麻酔及び手術等の状況		(9月中の実施件数) *一連のものは1件とする	
全身麻酔(静脈麻酔は除く)	01		件
開頭手術	02		件
人工心肺を用いた手術	03		件
悪性腫瘍手術	04		件
胃・大腸悪性腫瘍手術(再掲)	05		件
肺悪性腫瘍手術(再掲)	06		件
乳房悪性腫瘍手術(再掲)	07		件
子宮悪性腫瘍手術(再掲)	08		件
肝臓・胆嚢・膵臓悪性腫瘍手術(再掲)	09		件
人工関節置換術	10		件
骨折観血手術	11		件
ペースメーカー手術	12		件
腹腔鏡下手術	13		件
胸腔鏡下手術	14		件
内視鏡下消化管手術	15		件
経皮的冠動脈形成術	16		件
経皮的動脈塞栓術	17		件
眼内レンズ挿入術	18		件
網膜光凝固術*	19		件
体外衝撃波結石破砕術* (体外衝撃波結石破砕装置の台数)	20		件 台
IABP (IABP駆動装置の台数)	21		件 台
ハイパーサーミア*	22		件
放射線治療(体外照射法)* (放射線治療装置の台数)	23		件 台
ガンマナイフ・定位多軌道照射(再掲)	24		件
放射線治療(密封小線源治療)*	25		件
人工透析 (人工透析装置の台数)	26		件 台
分娩(正常分娩を含む)	27		件
帝王切開娩出術(再掲)	28		件
(18) 特殊診療設備 (施設基準又は要件を 満たすもののみ記入)		病床数又は 専用共用の別	9月中の 取扱患者 数
特定集中治療室	01	床	人
新生児特定集中治 療室*	02	床	人
母体・胎児集中治療 室	03	床	人
広範囲熱傷特定集 中治療室	04	床	人
無菌治療室(手術室 は除く)	05	床	人
放射線治療病室	06	床	人
理学療法室	07	1 専用 2 共用 3 無	人
作業療法室	08	1 専用 2 共用 3 無	人
精神科作業療法室	09	1 専用 2 共用 3 無	人
精神科デイケア室又 は精神科ナイトケア室	10	1 専用 2 共用 3 無	人
重度痴呆患者デイケ ア室	11	1 専用 2 共用 3 無	人

\* 総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準に掲げられるものを含む。

(19) 検査等の実施状況		9月中の実施件数		装置の 台数
上部消化管内視鏡検査	01		件	
気管支内視鏡検査	02		件	
大腸内視鏡検査	03		件	
血管連続撮影	04		件	
X線CT検査	05		件	台
CTガイド下生検	06		件	
MRI検査	07		件	台
RI検査(シンチグラム)	08		件	台
シンチグラフィエミッションCT (SPECT)検査	09		件	台
ポジトロンCT検査	10		件	台
骨塩量測定	11		件	
DSA	12	1 有		2 無
コンピュータドラジオグラフィ	13	1 有		2 無
デジタル透視撮影	14	1 有		2 無

(20) 歯科設備	
01 歯科診療台	( ) 台
02 トレイ式非化物塗布器	07 下顎運動解析診断装置
03 パノラマX線装置	08 マイオモニター
04 咬合音検査装置	09 超音波根管拡大洗浄器
05 患者固定用抑制帯	10 高周波電気メス
06 吸入麻酔装置	

(21) 夕食の状況	
食事開始時間	午後 時 分頃
複数メニューからの選択	1 できる 2 できない

(22)委託の 状況	給食 (患者用)	減菌 (治療用 具)	保守点 検業務 (医療機器)	清掃	感染性 廃棄物 処理	院内 検体 検査
全部委託	1	1	1	1	1	1
一部委託	2	2	2	2	2	2
していない	3	3	3	3	3	3

(23) 診療録管理専任従事者	
1 いる	( ) 人
2 いない	

(24) 診療情報管理の状況	
オーダリングシステムの導入状況	
1 検査	3 予約
2 処方	4 していない

ICDコードの利用状況	
1 ICD-10	4 ICD-O
2 ICD-9	5 していない
3 ICD-9-CM	

裏面へ続く

(25) 電子カルテシステムの導入状況								
1 医療機関全体として導入している								
2 具体的な導入予定がある								
3 導入予定なし								
(26) ホームページの開設								
1 している								
2 していない								
(27) 他の医療機関との連携における情報通信機器等の利用状況								
画像伝送		1 有 2 無						
光磁気ディスク		1 有 2 無						
IC・光カード		1 有 2 無						
(28) 病棟における看護								
				上段は看護師・准看護師				
職員の勤務体制				下段は看護業務補助者				
勤務形態	病棟種別	配置看護職員等の数	(深)夜帯勤務者数別看護単位数			夜帯勤務者数別看護単位数		
			1人	2人	3人以上	1人	2人	3人以上
三交代制	一般病棟	01						
	療養病棟等	02						
	精神・結核病棟	03						
二交代制	一般病棟	11						・特例許可老人病床、療養型病床群は療養病棟へ含め、それを除く、経過的旧その他の病床は一般病棟へ含める。
	療養病棟等	12						
	精神・結核病棟	13						
当直制・その他	一般病棟	21						・複数種類の病床を有する病棟は、割合の一番高い病床に該当する病棟の欄に記入する。
	療養病棟等	22						
	精神・結核病棟	23						

(29)看護の実施状況					
	精神病棟	結核病棟	一般病棟	療養病棟	
				医療保険適用	介護保険適用
入院基本料	看護配置	: 1	: 1	: 1	: 1
	看護補助配置	: 1	: 1	: 1	: 1
特定入院料にかかる看護	1有 2無		1有 2無	1有 2無	
(30) 医師免許取得後2年以内の医師(平日4日以上勤務している者)					
1 いる		1年目 ( ) 人			
		2年目 ( ) 人			
2 いない					
(31) 職員のための院内保育サービスの実施状況					
1 院内					
2 院外					
3 していない					
(32) 外来患者への処方数 (9月中の延回数)					
院内処方数				回	
院外処方せん交付数				回	
(33) 特殊臨床検査の実施状況					
抗生物質感受性検査		1 院内			
		2 院外			
		3 院内外			
		4 していない			
病理組織顕微鏡検査		1 院内			
		2 院外			
		3 院内外			
		4 していない			
(34) 定期的な臨床病理学的症例検討会(CPC)の実施					
1 している					
2 していない					
(35) 剖検					
1 している		9月中の件数 ( ) 件			
		9月中の死亡数 ( ) 人			
2 していない		9月中の死亡数 ( ) 人			
記入者					
(所属)					
(氏名)					
備考					

ご協力ありがとうございました

医療施設動態調査票

(1) 保健所号	(2) 整理番号	(3) 市区町村符号			
(4) 届出受理又は処分等年月日	年 月 日				
(4) 処分等	1 新規開設 2 休止 3 廃止 4 再開 5 開設許可取消				
	6 変更 [ 1 施設名 2 開設者 3 地域医療支援病院 4 救急告示 (病院のみ) 5 診療科目 (病院のみ) 6 許可病床数 ]				
フリガナ					
(5) 施設名					
フリガナ					
(6) 施設の所在地					
(7) 開設者	(10) 診療科目	01 内 科	(11) 許可病床数	精神科	床
		02 呼吸器科		感染症科	床
		03 消化器科 (胃腸科)		結核科	床
		04 循環器科		療養科	床
		05 小児科		一般科	床
		06 神経科		その他	床
		07 神経内科		療養型病床群 (再掲・病院のみ)	床
		08 神経内科		計	床
		09 心療内科		医師	
		10 アレルギー科		歯科医師	
		11 リウマチ科		薬剤師	
		12 整形外科	看護婦(士)		
		13 形成外科	准看護婦(士)		
		14 美容外科	歯科衛生士		
		15 脳神経外科	(13) 社会保険診療等の状況	01 保険医療機関	
		16 呼吸器外科	(14) 備考	02 自由診療のみ	
		17 心臓血管外科			
		18 小児外科			
		19 産婦人科			
		20 産科			
		21 産科			
		22 婦人科			
		23 眼科			
		24 耳鼻いんこう科			
25 気管食道科					
26 皮膚膚科					
27 泌尿器科					
28 性病科					
29 こ う 門 科					
30 リハビリテーション科					
31 放射線科					
32 麻酔科					
33 歯科					
34 矯正歯科					
35 小児歯科					
36 歯科口腔外科					
(8) 地域医療支援病院	1 然 2 否				
(9) 救急告示	1 然 2 否				

注 1 新規開設の場合は、すべての項目について記入のこと。 日本工業規格A列4番  
 2 休止・廃止・再開・開設許可取消の場合は、(1)(2)(4)(5)の各項目についてのみ記入のこと。  
 3 変更の場合は、(1)(2)(4)(5)の各項目及び(7)~(11)のうち変更のあった項目についてのみ記入のこと。  
 4 従来の診療所の療養型病床群が療養病床とみなされることに留意すること。  
 5 診療所の療養病床以外の許可病床数は、「その他」欄に記入のこと。



別記様式第一  
 電話番号 227119  
 承認期間 平成15年3月31日まで

### 病院報告 (患者票)

平成\_\_年\_\_月分

都道府県名 \_\_\_\_\_  
 保健所名 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_

※ 保健所符号 \_\_\_\_\_

※ 整理番号 \_\_\_\_\_

区分	在院患者数	月末在院患者数	新入院数	同一医療機関内の他の病床から移された患者数	退院患者数	同一医療機関内の他の病床へ移された患者数	月末病床数
総数							
精神病床 (1)							
感染症病床 (2)							
結核病床 (3)							
療養病床 (4)							
一般病床 (5)							
その他の病床 (6)							
療養型病床群 (再掲) (7)							
外来患者延数							

備考 \_\_\_\_\_

注: 1 ※印は保健所で記入すること。  
 2 療養病床を有する診療所については、当該療養病床に関してのみ「療養病床」(4)欄に記入すること。



別記様式第一の二  
 電話番号 No.23276  
 承認期間 平成16年12月31日まで

### 病院報告 (従事者票)

平成\_\_年分

都道府県名 \_\_\_\_\_  
 保健所名 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_

※ 保健所符号 \_\_\_\_\_

※ 整理番号 \_\_\_\_\_

職種	従事者数	職種	従事者数	職種	従事者数
医師 常勤 (01)		看護業務補助者 (15)		柔道整復師 (29)	
医師 非常勤 (常勤換算) (02)		理学療法士 (PT) (16)		管理栄養士 (30)	
歯科医師 常勤 (03)		作業療法士 (OT) (17)		栄養士 (31)	
歯科医師 非常勤 (常勤換算) (04)		視能訓練士 (18)		精神保健福祉士 (32)	
薬剤師 実人員 (05)		言語聴覚士 (19)		社会福祉士 (33)	
薬剤師 (常勤換算) (06)		義肢装具士 (20)		介護福祉士 (34)	
保健師 実人員 (07)		歯科衛生士 (21)		その他の技術員 (35)	
保健師 (常勤換算) (08)		歯科技工士 (22)		医療社会事業者 (36)	
助産師 実人員 (09)		診療放射線技師 (23)		事務職員 (37)	
助産師 (常勤換算) (10)		診療エックス線技師 (24)		その他の職員 (38)	
看護師 実人員 (11)		臨床検査技師 (25)		備考	
看護師 (常勤換算) (12)		衛生検査技師 (26)			
准看護師 実人員 (13)		臨床工学技士 (27)			
准看護師 (常勤換算) (14)		あん摩マッサージ指圧師 (28)			

注: 1 ※印は保健所で記入すること。  
 2 (15)~(38)は常勤換算後の数値を記入すること。

# 患者調査

厚生労働省



指定統計第66号

病院入院(奇数)票

※保健所符号	
施設番号	H-
患者番号	

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

平成 14 年 10 月 8 ~ 10 日 (指定された1日)

(1) 性別	1 男 2 女	(2) 出生年月日	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治	年 月 日																																																																				
(3) 患者の住所	1 病院と同じ市区町村内			※市区町村コード																																																																				
	2 病院とは別の市区町村 →			都道府県 市 区 町村																																																																				
(4) 入院年月日	入院年月日 1 平成 2 昭和 年 月 日																																																																							
(5) 受療の状況	<p>該当するものを1つ選び○印をつけてください。</p> <p>なお、「1」の場合は傷病名又は外傷の原因(中毒を含む。)を記入してください。</p> <p>1 傷病の診断・治療</p> <p>傷病名 <input type="text"/> 外傷の原因 <input type="text"/></p> <p>2 正常分娩(単胎自然分娩)</p> <p>3 正常妊娠・産じょくの管理</p> <p>4 健康者に対する検査、健康診断(査)・管理</p> <p>5 その他の保健サービス</p> <p>外傷の原因(中毒を含む)</p> <p>記載した傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。</p> <p>不慮の事故 故意又は不明</p> <p>① 自動車交通事故 ⑩ 自傷</p> <p>② その他の交通事故 ⑪ 他傷</p> <p>③ スポーツ中の事故 ⑫ 不明</p> <p>④ 転倒・転落</p> <p>⑤ 溺水</p> <p>⑥ 窒息</p> <p>⑦ 煙、火、火災</p> <p>⑧ 有害物質(農薬・ガス等)</p> <p>⑨ ①~⑧以外の原因による不慮の事故</p>																																																																							
(6) 診療費等支払方法	<p>1 自費診療 2 医療保険等、公費負担医療 3 介護保険(介護扶助を含む)</p> <p>(特定療養費を含む)</p> <p>I (医療保険等) II (公費負担医療)</p> <table border="1"> <tr> <td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td><td>06</td><td>07</td><td>08</td><td>09</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td> </tr> <tr> <td colspan="2">政管健保</td> <td colspan="2">組合健保</td> <td colspan="2">共済</td> <td>国保</td> <td colspan="2">退職者医療</td> <td>老人保健法</td> <td>労災・公務災害</td> <td>自賠法</td> <td>その他</td> <td>結核予防法</td> <td>精神保健福祉法</td> <td>生活保護法</td> <td>(医療扶助)</td> </tr> <tr> <td>本</td><td>家</td><td>本</td><td>家</td><td>本</td><td>家</td><td></td><td>本</td><td>家</td><td>人</td><td>保</td><td>人</td><td>族</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>人</td><td>族</td><td>人</td><td>族</td><td>人</td><td>族</td><td>保</td><td>人</td><td>族</td><td>法</td><td>法</td><td>法</td><td>他</td><td>法</td><td>法</td><td>法</td><td>もの</td> </tr> </table> <p>※ 介護保険サービス利用者で、医療保険等又は公費負担医療を併用している場合は、それらの両方について記入してください。</p>				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	政管健保		組合健保		共済		国保	退職者医療		老人保健法	労災・公務災害	自賠法	その他	結核予防法	精神保健福祉法	生活保護法	(医療扶助)	本	家	本	家	本	家		本	家	人	保	人	族					人	族	人	族	人	族	保	人	族	法	法	法	他	法	法	法	もの
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17																																																								
政管健保		組合健保		共済		国保	退職者医療		老人保健法	労災・公務災害	自賠法	その他	結核予防法	精神保健福祉法	生活保護法	(医療扶助)																																																								
本	家	本	家	本	家		本	家	人	保	人	族																																																												
人	族	人	族	人	族	保	人	族	法	法	法	他	法	法	法	もの																																																								
(7) 紹介の有無	<p>1 病院から 2 一般診療所から 3 歯科診療所から 4 介護老人保健施設から</p> <p>5 介護老人福祉施設から 6 その他から 7 紹介なし</p>																																																																							
(8) 救急の状況	<p>[ 1 救急車により搬送 2 救急外来を受診 3 診療時間外を受診 ] 4 1~3以外</p> <p>救急(複数回答可)</p>																																																																							
(9) 病床の種別	<p>精神病床 { 1 老人性痴呆疾患療養病棟 } 5 療養病床(療養型病床群を含む)</p> <p>2 その他の精神病床 6 老人病床</p> <p>3 感染症病床 7 一般病床(経過的其他の病床を含む)</p> <p>4 結核病床</p>																																																																							
(10) 入院の状況	<p>1 生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する</p> <p>2 生命の危険がある</p> <p>3 受け入れ条件が整えば退院可能</p> <p>4 検査入院</p> <p>5 その他</p>																																																																							
(11) 心身の状況	移乗	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要																																																																			
	食事摂取	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要																																																																			
	嚥下	1 できる	2 見守りが必要	3 できない																																																																				
	排便の後始末	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要																																																																			



指定統計第 66 号

# 患者調査

病院外来(奇数)票

※保健所符号	
施設番号	H-
患者番号	

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。 平成 14 年 10 月 8~10 日(指定された1日)

(1) 性別	1 男 2 女	(2) 出生年月日	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治	年 月 日																						
(3) 患者の住所	1 病院と同じ都道府県内 2 病院とは別の都道府県 → <input type="text"/> 都道府県			都道府県 コード																						
(4) 外来の種別	初診	1 通院 2 往診		前回診療(訪問)月日 平成 14 年 月 日																						
	再来	3 通院 4 往診 5 訪問診療 6 医師以外の訪問																								
(5) 受療の状況	<p>該当するものを1つ選び○印をつけてください。 なお、「1」の場合は傷病名又は外傷の原因(中毒を含む。)を記入してください。</p> <p>1 傷病の診断・治療</p> <table border="1"> <tr> <td>傷病名</td> <td>外傷の原因</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>2 正常分娩(単胎自然分娩) 3 正常妊娠・産じょくの管理 4 健康者に対する検査、健康診断(査)・管理 5 予防接種 6 その他の保健サービス</p> <p>外傷の原因(中毒を含む) 記載した傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。</p> <p>不慮の事故 故意又は不明</p> <table border="0"> <tr> <td>① 自動車交通事故</td> <td>⑩ 自傷</td> </tr> <tr> <td>② その他の交通事故</td> <td>⑪ 他傷</td> </tr> <tr> <td>③ スポーツ中の事故</td> <td>⑫ 不明</td> </tr> <tr> <td>④ 転倒・転落</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑤ 溺水</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑥ 窒息</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑦ 煙、火、火災</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑧ 有害物質(農薬・ガス等)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑨ ①~⑧以外の原因による不慮の事故</td> <td></td> </tr> </table>				傷病名	外傷の原因	<input type="text"/>	<input type="text"/>	① 自動車交通事故	⑩ 自傷	② その他の交通事故	⑪ 他傷	③ スポーツ中の事故	⑫ 不明	④ 転倒・転落		⑤ 溺水		⑥ 窒息		⑦ 煙、火、火災		⑧ 有害物質(農薬・ガス等)		⑨ ①~⑧以外の原因による不慮の事故	
傷病名	外傷の原因																									
<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
① 自動車交通事故	⑩ 自傷																									
② その他の交通事故	⑪ 他傷																									
③ スポーツ中の事故	⑫ 不明																									
④ 転倒・転落																										
⑤ 溺水																										
⑥ 窒息																										
⑦ 煙、火、火災																										
⑧ 有害物質(農薬・ガス等)																										
⑨ ①~⑧以外の原因による不慮の事故																										
(6) 診療費等支払方法 (該当するものすべてを)選択してください。	1 自費診療 2 医療保険等、公費負担医療 (特定療養費を含む)			3 介護保険(介護扶助を含む)																						
	I (医療保険等)													II (公費負担医療)												
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17									
国民健康保険	組合健康保険	共済	国保	退職者医療	老人保健法	労災・公務員等	自賠	その他	結核予防法	精神保健福祉法	生活保護法	(医療扶助)	その他	公費	負担によるもの											
本	家	本	家	本	家	保	本	家	人	保	法	他	法	法	法	法										
人	族	人	族	人	族	族	人	族	族	族	法	法	法	法	法	法										
(7) 紹介の有無	1 病院から 2 一般診療所から		3 歯科診療所から		4 介護老人保健施設から		5 介護老人福祉施設から		6 その他から		7 紹介なし															
(8) 救急の状況	[ 1 救急車により搬送 2 救急外来を受診 3 診療時間外を受診 ]													4 1~3以外												
----- 救急(複数回答可) -----																										





指定統計第 66 号

# 患者調査

厚生労働省

病院(偶数)票

平成 14 年 10 月 8~10 日 (指定された1日)

※保健所符号	
施設番号	H-
調査票番号	

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

1 入院	2 外来
------	------

患者番号	性 別		出 生 年 月 日									
	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
1	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
2	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
3	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
4	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
5	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
6	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
7	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
8	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
9	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
10	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
11	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
12	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
13	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
14	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
15	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
16	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
17	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
18	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
19	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			
20	1 男	2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月	日			

この調査票に記入した患者数	人
---------------	---



指定統計第 66 号

# 患者調査

厚生労働省

## 病院退院票

※保健所符号	
施設番号	H-
患者番号	

記入上の注意  
※印欄には、記入しないでください。

平成 14 年 9 月 1 ~ 30 日

(1) 性別	1 男 2 女	(2) 出生年月日	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治	年 月 日																																																																							
(3) 患者の住所	1 病院と同じ市区町村内 2 病院とは別の市区町村 → <input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/> 市郡 <input type="text"/> 区町村			※市区町村コード																																																																							
(4) 入院・退院年月日	入院年月日	1 平成 2 昭和	年 月 日	退院年月日 平成 14 年 9 月 日																																																																							
(5) 受療の状況	<p>該当するものを1つ選び○印をつけてください。</p> <p>なお、「1」の場合は傷病名又は外傷の原因(中毒を含む。)を記入してください。</p> <p>1 傷病の診断・治療</p> <p>傷病名 <input type="text"/> 外傷の原因 <input type="text"/></p> <p>2 正常分娩(単胎自然分娩)</p> <p>3 正常妊娠・産じよくの管理</p> <p>4 健康者に対する検査、健康診断(査)・管理</p> <p>5 その他の保健サービス</p> <p>外傷の原因(中毒を含む)</p> <p>記載した傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。</p> <p>不慮の事故 故意又は不明</p> <p>① 自動車交通事故 ⑩ 自傷</p> <p>② その他の交通事故 ⑪ 他傷</p> <p>③ スポーツ中の事故 ⑫ 不明</p> <p>④ 転倒・転落</p> <p>⑤ 溺水</p> <p>⑥ 窒息</p> <p>⑦ 煙、火、火災</p> <p>⑧ 有害物質(農薬・ガス等)</p> <p>⑨ ①~⑧以外の原因による不慮の事故</p>																																																																										
(6) 手術の有無	1 有 2 無	手術日	1 平成 2 昭和	年 月 日																																																																							
		手術名	<p>1 開頭手術 6 内視鏡下手術</p> <p>2 開胸手術 7 シャント設置術(人工透析を目的としたもの)</p> <p>3 開腹手術 8 眼内レンズ挿入術</p> <p>4 筋骨格系手術(四肢体幹) 9 体外衝撃波結石破砕術</p> <p>5 腹腔鏡下手術 10 その他</p>																																																																								
(7) 診療費等支払方法	<p>1 自費診療 2 医療保険等、公費負担医療(特定療養費を含む) 3 介護保険(介護扶助を含む)</p> <p>※ 介護保険サービス利用者で、医療保険等又は公費負担医療を併用している場合は、それらの両方について記入してください。</p>																																																																										
	<p>I (医療保険等) II (公費負担医療)</p> <table border="1"> <tr> <td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td><td>06</td><td>07</td><td>08</td><td>09</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td> </tr> <tr> <td colspan="2">政管健保</td> <td colspan="2">組合健保</td> <td colspan="2">共済</td> <td>国保</td> <td colspan="2">退職者医療</td> <td>老人保健法</td> <td>労災・公務員等</td> <td>自賠</td> <td>その他</td> <td>結核予防法</td> <td>精神保健福祉法</td> <td>生活保護法</td> <td>(医療扶助)</td> <td>その他によるもの</td> </tr> <tr> <td>本</td><td>家</td><td>本</td><td>家</td><td>本</td><td>家</td><td></td><td>本</td><td>家</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>人</td><td>族</td><td>人</td><td>族</td><td>人</td><td>族</td><td>保</td><td>人</td><td>族</td><td>法</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	政管健保		組合健保		共済		国保	退職者医療		老人保健法	労災・公務員等	自賠	その他	結核予防法	精神保健福祉法	生活保護法	(医療扶助)	その他によるもの	本	家	本	家	本	家		本	家										人	族	人	族	人	族	保	人	族	法								
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17																																																											
政管健保		組合健保		共済		国保	退職者医療		老人保健法	労災・公務員等	自賠	その他	結核予防法	精神保健福祉法	生活保護法	(医療扶助)	その他によるもの																																																										
本	家	本	家	本	家		本	家																																																																			
人	族	人	族	人	族	保	人	族	法																																																																		
(8) 病床の種別	<p>精神病床 ( 1 老人性痴呆疾患療養病床 2 その他の精神病床 3 感染症病床 4 結核病床 )</p> <p>5 療養病床(療養型病床群を含む) 6 老人病床 7 一般病床(経過的其他の病床を含む)</p>																																																																										
(9) 入院前の場所	<p>家庭</p> <p>( 1 当院に通院 2 他の病院・診療所に通院 3 在宅医療(訪問診療・訪問看護等) 4 その他 )</p> <p>5 他の病院・診療所に入院 6 介護老人保健施設に入所 7 介護老人福祉施設に入所</p> <p>8 社会福祉施設に入所 9 その他(新生児・不明等)</p>																																																																										
(10) 退院後の行き先	<p>家庭</p> <p>( 1 当院に通院 2 他の病院・診療所に通院 3 在宅医療(訪問診療・訪問看護等) 4 その他 )</p> <p>他の病院・診療所に入院</p> <p>( 5 地域医療支援病院・特定機能病院 6 その他の病院 7 診療所 )</p> <p>8 介護老人保健施設に入所 9 介護老人福祉施設に入所</p> <p>10 社会福祉施設に入所 11 その他(死亡・不明等)</p>																																																																										
(11) 転帰	<p>1 治愈 2 軽快 3 不変 4 悪化 5 死亡 6 その他</p>																																																																										

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金 統計情報総合研究事業

厚生統計の可視化に関する研究

第 2 回班会議 議事録

日時：11月2日（金）17:00～19:00

場所：八重洲倶楽部 第10会議室

出席者：

○ 主任研究者

広島国際大学 医療福祉学部 教授 宇田 淳

○ 分担研究者

慶應義塾大学大学院 特別研究教員	秋山 美紀 先生
国立成育医療センター 医療情報室 室長	山野邊 裕二 先生
同志社大学 研究開発推進機構 専任フェロー	安川 文朗 先生
北海道大学大学院 助手	中村 利仁 先生
千葉大学医学部附属病院 准教授	藤田 伸輔 先生

○ 研究協力者

同志社大学 総合政策科学研究科 特別研究員 岸川 洋紀 先生

1. 主任研究者挨拶（宇田淳先生）

- ・ 前回この研究班でレセプト電算化が始まったら患者調査はいらないという人がいるが、それは無理なんじゃないのって話をしたが無理だった。当研究室でレセプト電算処理システムについて検討した結果、レセ電で患者調査をするのは無理ということが分かった。ところが出来る方法がひとつあった。DPCのファイルのDファイルで様式1号を読めば、出来ない訳ではない。患者調査をやれない事はないことが分かった。最後の紙を見ていただくと医療施設調査だとか病院報告、患者調査というのがあったのですが、項目だけを並べてみたらかぶっているところはない。ただぱっと見にはそうだが、医療施設調査の病院調査票ですが診療科別の患者数は記入することになっている。だから月は分かる。ところが基本的に難しいのは、患者調査っていうのは一日断面調査なのでどうやってそれを整合性合わせるのは無理。じゃあDPCのデータからどうやってやるのかということを理解したが、これはDPCの様式1号というのには入院の経路だとか病名もICDのコードで4つ、入院中に発症した傷病名で4つ、計8つの病名でやることもできる。それからDPCに対応しているので当然医療資源を最も投入した傷病名ということで、対応させることもできるということが分かった。今言ったところが最大の課題。DPC導入病院は362。準備病院は700ちょっと。それと、DPCの様式1号とD、E、Fファイルを調査で他の研究班で集めているが、様式1号を見る度に泣きそう。ほとんど書いていない。任意記載ばかりなので。あと、医事課の職員がやっているのほとんど分からないらしく、入れていない。診療情報管理士を10万人にすれば使えるかと。というように、実質的には話を見ていって患

者調査のデータをレセ電を他のコンピュータでできるのかというのは、ほとんど無理だった。ただし、これをやってみて分かったのだが、医療施設の動態調査・静態調査の病院票ってというのは、これはワムネットに介護法施設情報を載せている。それから保育所は載せている、i子育てネットみたいに。あれと同じようにやれば病院調査票くらいなら簡単に出来るのではないかなと思う。だって、オーダーリングシステムを入れているかいないか位しか聞いてないですし。患者数どれくらいなんですとか許可病床数はいくつとか医療機器が何台あるか位しか聞いていないので。データの取り方ってというのは、医療施設調査とかはインターネットで収集したほうが早いのでは。ということが宿題として私が調べてきたところなのですが。今日ディスカッションしていきたいのは、藤田先生の研究班は、統計の入り口をやっていて、私たちの班はそれの出口、どう表現してどんな風に使いたいかということ。表現するとか出口で統計情報を可視化するという訳ではないが、人に見せる為には何が必要でどうしたらいいんでしょうかというのが今日の宿題で。看護師さんの准看と正看の国と都道府県との整合性がないと。前に信じるものが違ったら求める答えが違うという話をしたが、それをどうしたら信じるものが一本化できるか、とかそういうのを出せばいいのかなと思う。

## 2. 意見交換

- ・ 前から言っているように、それは誰に向けてというか読み手は誰かによって違ってこない。前は〇〇ってことでやっていた。そのスタンスは変わらずで。
- ・ そこは基本的には調べないと分からないので調べましょうってことで、ひとつは出版している統計表については調査票くらい届けを出そうよという話をして、もう一つはネットでダウンロードできる形態表についてはユーザー登録くらいはしましょうと。ユーザー登録してあれば、後日ユーザーに向けて二次医療者が誰なのか調査ができる、またこちら側から手繰ることができる。あともうひとつかこんなこと出来るかどうか分からないが、いわゆる政策決定者の主立ったところをいくつかこっちのほうで勝手に…という手はありますよね。それ研究班でやっていいのであれば、やってもいいが。政党とか国会議員とか都道府県庁とか都道府県議会議員とかそういうの全部で50000くらいの調査票を出して回収率10%くらいで信頼度がほとんどないみたいな調査…
- ・ ただ今の話は、全体の話の中では二次の話でもっと手前の話があって、要するにこれって今我々が扱っている世の中に存在する医療の、あるいは厚生情勢に関わる情報なるものを誰までは見ていい、誰までは見てほしいと思うかということがあって、例えば一般市民がそうか施設調査を見るとこういう風になっているのねということを想定するってこととしないということ全然違う。だから、それは確か想定しないんだよねって確認だったのだが。さっきの登録するってところは、実は病院関係者であれば登録できるからそこからのスタートでいいということなのか。
- ・ 去年やっていた統計情報の利用者は誰かって話ですよ。一番は統計情報を入力していた方は病院の方で、ご褒美何にもないですよ。ご褒美はお皿1枚で個票が見られない。

- ・ 病院が個票なんかどうでもいいって思っているかどうか。実は個票があったらうちの病院をこんな風に変えてやろうって思う人がいたらあげたらすごく喜ぶだろうけど大変なことになる。
- ・ でも今求められているのは、MOMの原価計算プログラムを使用しているところは比較してうちのところはどこのポジショニングなのかを知りたいはず。
- ・ だからそこで当たり前のように個票を見られないという話で土台の1番目は置いておいて2番目からって話になっているけれども、本当にどう表現するのか表象するかって話になってくるとそこに戻ってしまわないか。個々としてはどう考えるかってこと。ユーザー登録をした人だけには見せてあげるけど、入れただけの人は駄目とか。
- ・ 例えば、〇〇は個票を公開している。日本全国自治体病院はあの個票をダウンロードして自分の病院の位置づけは何処かって分析しているところなんかはほんの少し。
- ・ それはひょっとしたら、あのデータがホームページでとれるって存在さえ知らないのかも。院長さんが関心なければ皆関心ないかもしれない。じゃあ医事課の人がたくさんそれに関心があるかと言ったら、いないと思う。と考えたら告知してあげることによって、〇〇にふれるかもしれないし。
- ・ 問題は、むしろ自分の病院の位置づけに興味を持っているとすれば私的病院で、私的病院の皆さんは自分のデータを出したくないし、人にも見られたくないはず。個人情報ではないが、一私的企業の内部情報を無理矢理公開させるに等しいような形で個票を提出させて、それを尚かつお互いにニヤツとしてしまう私権の制限をしてしまう為の大義名分になってしまう。
- ・ 来年度より統計法が変わるのはご存じですよね。内容的には名前が変わるだけですけど、匿名データの提供というのは病院名を出さないことが前提となっているので、何々病院っていうのは分からない。でも、分布出してひとつずつの病院を見ていくとこれ僕の病院っていうのは分かる訳で。
- ・ それはマスキングしても何処の病院か分かる。
- ・ この医療施設調査の静態調査票の病院票のうちのほとんどの項目は今回から情報公開制度の中で公開しましょうという項目。それを何で今更丸秘でまだやるのかなとことにつながる訳ですか。
- ・ 原則公開のはずなのだが。
- ・ それは出していくときにどこまではオートマチックに出す、どこからはセキュリティー加えて出すっていう区分の話だけ。
- ・ それって恐らく医療施設調査で従業者の数とかベッド数とか出して都道府県別のコードが入ってしまえば、一対一対応ってすぐ分かる。そうしたら階級別とかを隠すのか、名前だけ隠すのか。
- ・ 名前だけ隠すのは19年で予定。使いたい人は使っている。総務省が許可すれば。
- ・ 結局やっぱりなぜ僕がこんなことを言っているのかっていうと、データを出された側が使い勝手のいいデータかにどうかによって全然利用度が違うし、価値が違う。じゃあ誰にとって利便性の高いデータの様式にするんですかって話になってしまっただけ。それが病院なのか、研究者なのか、行政の人なのかってこと。
- ・ 筋論から言えば、病院に提出するデータは病院が喜んでくれるような形に加工して差

し上げるべき。

- ・ 筋論ではね。でも今の話では病院にはお土産を渡していないんですよね。病院に渡してないのであれば、少なくともこのデータのセットを作る段階でこれは病院が利用することを前提してない訳。この前提で我々も話をするんですかってこと。
- ・ そういう質問されると、統計情報の利用者の視点から加工して差し上げるべきだと思う。
- ・ 当研究班において、利用者は誰かっていうと研究者である。それでスタートした。じゃあ誰が使うのだという、データの項目も毎回のように変えられてということもあって継続性に欠ける。我々研究者には使えないじゃないかと。例えばあるとき、在院日数が270日をやめて365日にしたり。母数が変わったにも関わらず在院日数が短くなったとかいう研究者がいたり。介護保険なんかのときもありましたよね。食事は別になったのに、お金が減ったとか。だからその読み方をちゃんと教えてあげないといけないんじゃないんですかって話もあって、それは勝手に読めばいいんじゃないのって冷たくあしらったような。ただ、それは研究者の話で、一般の人は当然そんな知識がないから分からないよねって言って、総論として継続性があるとかないとか色々なことを言ったけど、ここにあるデータはすべて本当に必要なのかといえ、すべて必要であると。去年はそれで堂々めぐりだったような。
- ・ うちの班は、誰がどんなデータを見たいのか研究するのがテーマ。
- ・ 病院、研究者、自治体の医療福祉部、地域医療計画の人たちが必要。
- ・ つまり、フレームワークを動かさずにこの議論をするのか、根底からフレームを変えて議論していいかを確認したいということ。使いづらいから使わないのか、使い易くても使う気がないのかってところが検証する必要があって、今はまだ検証されていないと思う。
- ・ 潜在的ニーズってやつがあるんじゃないかっていう漠然とした不安に基づいて集められているデータってところはあると思う。
- ・ 典型的なのはDPCのデータだと思う。医療費の抑制とか経済的な行動をとるっていうじゃないですか。包括支払いのDファイル持ってきて、E、Fファイルで出来高見て、様式1号が何も入っていないのに分析したって何もでない。3ヶ月勉強したのですが、僕にはDPCが何の役に立っているか分からない。透明性を維持するということしか分からなかった。
- ・ 今話を聞いてみて、例えば病院様がコンピュータを使ったときにあえてやっぱりこういうものを作ってくれとどこでも言うてくるものはある、確かに。そこには興味を皆さん持っている。データで出せるものでこんなものはないのかと必ず言われる。それがこの中にどこまで入っているかというものをざっと見ていたのですが、患者数とかは当然が入っていますし、そういったところで興味を持たれた部分というのは、何かしら使われているんじゃないかということ分かる。そういったものをまず何で出さないのかなと疑問ではある。施設調査とかでやっておられる部分の中でもきちんと出している病院さんと在院日数の考え方が違うとか言われてたりもするんですけど、こちらのデータ側の理由も含めて色々話をするということもある。ですからそういった事を必要だから言われている訳であって、まずそういった所の話はどうなのかなっ

て。

- これ患者調査って書いてあるじゃないですか。外来患者数とか入院患者数。これただ単に医事から出したデータだけですからね。電子カルテ入れたら、数は全然違いますよね。まあ、取り方が違うと思いますけど。それから院内外来の数カウントできるとか、そしたらドクターフィーに換算できるとかそんなのがあってももしかしたらもうちょっと使いたいってなるかもしれないですけど。
- 先ほどの誰が使うのっていう話で、病院っていうけど病院の誰なのか。地域医療計画の方が使うのは当然病院のあり方がどうなのかってことなんでしょうけど。それと一緒に考えるとまた変な話になってしまって。手土産という形として考えられるのであれば、病院が必要としているのは何かをまずじゃないのかなと。
- MOMさんは病院に頼まれてこういうの出来ないのって言われるのは医事のデータから出てくるものしか言われないのですか。
- 基本的にはそうです。電子カルテはと言われると、電子カルテには基本的には請求を基本に考えますのでそれに値するものと考えたらどうしても医事なんですよね。ただじゃあ、病院様のロスや初歩の間違いなどはどうなんですかっていうと、その辺は曖昧にされている所が多い。本来であれば電子カルテと医事を突き合わせれば例えば 100 本使ったはずなのに 80 本しか請求してなかったら 20 本は何なんだと。実際にそういったものはすぐに〇〇なんですけど。意外とそういうところはデータ化しようとしていない。まあ、実際には出来ないのかもしれないですけど。
- 前回の話と直接つながる話だと思うんですけど、結局各医療機関でいわゆる経営管理為にデータが必要という議論はあると思う。ただそれを全国レベルで或いは地方自治体、都道府県レベルでもいいんですけど、集約化をしてそれを公表する意味ってどこにあるのか。
- 各病院はそれを知りたいんじゃないのか。全国で自分の病院がどういう位置にあるんじゃないのかを。
- それが問題ですよ、知りたいんじゃないのかなとは思うんですけど知ってどうするのか。
- でも実際、グローバル編集のクライアントになっている病院さんは平均在院日数が長いんだとか自分の位置というのを知って改善につなげている訳ですよ。
- ということは、ベンチデータマーキングとして使っているところはそういうのがほしいということですよ。うちは比較してもしょうがないじゃないとかそういうところは、そもそも自分の陣のデータの収集データだけを見る訳で国がデータを集めさせて個票をお互いに公表させることが必要か。
- 当たり前の話だけど、例えば病院同士が自分の所の経営パフォーマンスを他の病院と比較しても意味がないのは当たり前で、それやったら診療報酬が変わらないから。診療報酬が変わるのであれば、めちゃくちゃ関心持ちますよ。必死になりますよね。何で今さっきからそんなことばかり言っているかって結局この話って行き着く話は支払い方式の変換なんですよね。どう変えるべきかって話なんですよね。今まで通りどんなにパフォーマンス良くしようが情報を管理しようがしまいが入ってくるお金は同じよっていう世界と、情報をちゃんと管理できるが最後勝ち残れるよって宣言するの

ではまるっきり情報の押さえ方が違ってきますよね。我々は前者の立場に立つんですね、或いは後者の立場を考えるんですねってことで全然話が違ふと。これはあくまでブレインストームの研究班だと認識しているので、だから提言したっていい訳ですよ。こういう情報の扱い方を変えたいのであれば、実は支払い方式まで手を入れないと駄目よとかね。

- データを出すことに対するインセンティブだけではなくて、データを活用することに対するインセンティブにもなるということですね。
- 実際、ヨーロッパなんかで起こっている医療制度改革などでは必ず病院毎の情報管理のインセンティブが入ってくるので、それは世界的なレベルで常識。医療情報の管理の仕方イコール経営のパフォーマンスイコール自分達の病院への収入というのは連動しているのに日本だけは連動してない、まだ。それで、連動しないでいいという世界でこれからも話をしていくのですかってことを僕は問題定義してるんです。ここは政策決定機関ではないから、言ってもいいんですよ、それにしないと駄目よと。
- 見せるっていうのが利用者が使ってみたいというものを見せる為にはやっぱり動機付けが必要な訳ですよ。
- そもそも技術的な問題として誰に向けて何を出さないといけないか、そのときに必要なコンテンツは何かって話とは、もちろん最後では一緒になるんだけど、何処かで議論としてはパラでやっておいたほうが良いと思う。これはまさに両方のことが混在している議論。僕は現場にいないから余計分かりづらい。有用性とか何とか含めて。もうちょっとコンテンツライクでというか概念ライクで少し切り分けておいて、こういう目的があるからこれとこれをつなげれば良いのねという形に話が持ってくると分かり易くなるんだけど、多分これってそういう組み立てで出来たというものよりも先にあれあろうこれやろうとそこの箱の中に入れて振って出てきたものでしょ。だから混在している。
- 元々データを加工して、いわゆるインテリジェンスに持って行くのはちゃんとした仕事であるのであって、ただ集まってきたデータが勝手にインテリジェンスになることはありえない。そこについてデータインフォメーションを加工してインテリジェンスにする情報の一次利用者とそれとインテリジェンスになったものを活用していく二次利用者っていうのはきっちり本当は分けていないといけないということについての議論が今まであまりにもいい加減であったということが今回研究班でずっと言われてきていることだと思うんですけど。やっぱりそれについては繰り返し何度も〇〇しないといけないということがひとつと、今日の議論の中でもその辺が曖昧になってしまっている。議論している上で、これは一次利用者を対象とした議論なのか二次利用者を対象とした議論なのかをがっちり分けて議論していくのかあるいはごちゃごちゃの段階でずっと進んでいくかしかないのどちらかしかないと思うんですよ。だから議論のフレームワークで分けているのか分けていないのか。分けていないのだったら一次利用者と二次利用者は一緒くたにいるという大前提で、医事課長だか医事係長だか分からないですがその人が適正に使って自分でちゃんと分析できるってことが大前提だと思う。一次利用者と二次利用者をきちっと分けて話していく。さっきのお皿をおみやげにあげるという話は、要はおみやげに出すって事はもらったほうが食べられないと



意味がないので、こちら側に一次利用者がいて二次利用者のオーダー通りにきちっとしたデータを加工して差し上げておみやげにつめるという話にすればもう少しクリアな話になると思う。

- ・ もちろん、プロダクトサイドで一次利用者と二次利用者を切り分けてあげるというサービスはあり得る。もう一方でディスクをあげる、お土産をあげるとしても、受け取った側がどう食べていいかわからない。でもレシピさえつけてあげることによっていかようにも料理してちょうだいという話もあり得る。要するにローデータを加工する能力とか技術、インフォメーションをインテリジェンスに一旦転換できる能力を今まで日本の国は全くその現場の担当者に付与してこなかった。そうすると、この議論は究極的にもしローデータの状態で何にも切り分けをしないままにこの議論を進めていくと結局一番最後の出口のところでこの情報が価値を持つか或いはきちんと使われるかどうかは、単にディスクをもらった人の能力に依存してしまう。これでいいんですかって話になっちゃうわけ。プロダクトサイドできちんとオーダーメイドしてあげるものの費用対効果と、そうじゃなくてローデータでミニマムで管理するけれども渡してあげた先ではいかようにでも加工してちょうだいというその加工できる能力を持った人を最低例えば一人配置することのコストデメリットと一体どっちが社会的に更正が高むのかわからない議論もあり得ると思う、経済学的には。ここはそこまでしないけど、その入り口くらいは提示してもいいと思う。
- ・ 見る人によって統計って角度が変わりますし、捉え方も違います。私たちが例えば同じことを説明をしても受ける方が絶対そのように取らないこともあります。今、診療情報管理士さんも実際作ってはいらっしゃるんですが、その方達が効率的にやられているかっていうのはなかなか私たちにもですね、実はこういう人たちとこういうことを一緒にやっていかざるを得ないと思っているんですけど。本当にできているのって言われるとおっしゃられる通り、これ見ると正直全然血が入っていないという現実で、誰がやっているんですかっていうと医事課の職員で、当然分かりませんよねっていうところで終わっているから皆さん使えないよって言われてるんだと思う。やっぱり先ほどから先生が言われている通りでそれは現場の考え方がそこに固まらない限りは皆同じことになってしまうんです。費用かけたくないから、何とかしたくないからと全部そうっちゃうんです。
- ・ ベンチマークが必要だってことはひとつある。院内で手一杯だって話になってきて、外に出るのは早い。私たちは診療所クラスの病院もやっているが、その先生達は自分達は不安だって言われている。比べるものが違ってくるとベンチマークも違ってくるし、あの方達が言われるのは自分たちの出した数字がこれでいいのかわからないって不安だと。患者数に対してこれでいいのかわからない、看護師が足りない、何とかが足りないってなっちゃうんじゃないの。じゃあこれ以上増やせないのであれば、どうやって収益を上げようかとかになってしまふ。で、他の病院さんはどうやってるのってそこにいっちゃうんですよ。当然僕たちは〇〇が専門ですと。だからそれは内科の先生に聞いてもわからないですよ。そういうところを考えれば考えるだけそういうことがあるんですよ。じゃあこれでまとめるかって話は難しいかなと思うんですけど。やっぱり比べる所によって違う見方をせざるを得ないということもありますので、それをじゃあ何

でやるのか、診療科なのか自治体病院なのかで分けるのかっていうのはキーポイントのひとつとしてあると思う。

- 少なくとも国が管理するデータの管理の仕方っていうのは、ローデータなのかももう少し加工しているかっていうのは別として、ある程度ミニマムベースでいい。今言っている意味は、必要なものは全部揃っているって意味でいい。それをそれぞれ相手先に応じてカスタムメイドしてあげてっていう必要はないと思う。むしろ、その保管の状態が歪みのない、つまり年々によって変わってしまうとかっていうことがないことを最低保証してあげることがまず必要で、毎年毎年取り方が変わるような使いづらいデータってあり方は無い。だから、古いデータと新しいデータが何の定義の改定もなく、何の擦り合わせもなく併存しているって状態、そういうのを残した置いたまままで妙に手を入れてしまうからごちゃごちゃになっている。それであつたらむしろ、国の役割っていうのはローデータをきちんと定義して管理してあげるって作業だけで、そこから先何をどう使うかは要するにツールキットをどこかに管理してもらうか、あるいは仕様書を作ってもらって渡してあげるかなりして後は好きにどうぞと。その代わりにこういうのを作ったら少なくともこういうフィードバックはして下さいよっていうルールを作っておく位でいいと思う。
- 基本的に全事業協なんかのがあるじゃないですか、こんな説明書がついた。あれは結構シビアに説明されてますよ、すごい量ですけど。あれなんか改定がありますし、あれは確かベンチマークあります。
- さきほどの話で医事課の人があまり能力がって話になりますけど、それは前近代的な話ですよ。地域のおじさんがバイト感覚で医療事務やっていた時代の話であって、これからの病院は専門職、少なくとも事務職員としての専門性を問われながら近代化するべきでしょ。そういうことを全部前提にした上でこの情報の議論をしないと話が前に進まない。
- さっき個票の話があつたですよ。そのベーシックなところをきちんとして必要な人は使うし必要ない人は使わないので、必要だけど時間がなくて使えない人の為には結局マーケットを損失することになるんですよ。会社の人が入って行ってお客さんの為にやってあげればいい訳で。話してて研究者ってというのが何なのってことで、例えば経営学と経済学とでは全然見るところが違う訳でしょ。もちろん医学、医療がごちゃごちゃになってしまっているわけで、それこそ一次利用者、二次利用者の一次利用者って誰なのって混乱してるので。
- 毎回言っているんですけど、ステークホルダーは誰なのって議論をしないとイケないのじゃないのかって今回もステークホルダーは誰って提示しようとしてるんですけど、決まらない。
- 私なんか、別にそのデータをどうかしようとは思わない。そのデータを作る方を軸にちゃんとやりたい、データをちゃんと入れるとか。研究者でデータは出すお手伝いはしますけどというつもりでやっている。
- 経済、経営がどうだって話を僕はあんまり朽ちかではない。だって扱っているのは経済データではなく、あくまで診療データですから。そういう意味ではかなり明確ななっている気はする。だから診療データであるってこと以上に付加する必要は少なくとも

も国のレベルではないと思う、この範囲では。あと例えば地域のパフォーマンスとか地域の経済データをくっつけてもいいとなれば、くっつけられるようなオプション用意しておけばいいだけの話であって。例えば計算データ、総務データとくっつけられるような共通項を、まさにその統計部、統計省というものが日本にできると前提に考えたら統計っていう管理のあり方の問題であって、誰が使うかっていう話ではないと思う。

- データはニュートラルなものであるってことですよね。だけど分析者がどっちがいいと思ってある部分を使って分析をするわけですよね。
- 病院を作りに行く時に、今DPCの時代で収入がこんななってるんだって言うんです。それがだからって言うんですけど、今のお医者さんが内視鏡で手術してくれるので、在院日数が短くて点数も高くてって言うんですが、でもその先生がいなくなっちゃって開腹手術になったらどうなるのっていうので収入の違いがでますよねっていう話を僕たちはするのであって、その不安定要素を取り除いて先生これくらいですよって経営計画を立ててあげる訳ですよ。そういう時にはこのデータだけでは意味無いんですよ。これをどこどこ病院との比較してっていうことには全く興味ないですし、外来の化学療法を見たらすごい点数あるけど薬がほとんどの点数で全然ないじゃないって。下手すれば化学療法始めてこの部署赤じゃないか、部分で見たらというようなのがはっきりと出ちゃう。私たちからすると、この入りの出だけもらってもあまり興味がないんですよ。出がいくらとか。例えばお医者さんで電子カルテでさっきちょっとでてましたけれど、物流のシステムが入っていないかもしれないし、電カルで未実施の項目を入れてないかもしれないですけども。じゃあそういうので、実施していなかったからという差は見たいとは思いますが。整合性が合わないとか。
- そこで問題になっているのは、皆全員がそこから原価計算を出来るようなフォーマットというかデータの出し方がないと承知しないのかっていうとそういうことではないこと。それはやはりそんなことできませんよ、国がそこまで。例えば国がキャピテーションで医療費決めちゃって、各病院に配分するような北欧型の病院システムであれば絶対意味があるけれど、そうじゃないですもん日本って。国家が関与する必要がないんですよ、実は。きちっと国家が原価を決める必要がないんですよ、民間病院に委ねられているんだから。となれば、国がそのためにわざわざ原価計算しやすいようなデータ確保までしてあげる必要もなければ、義務もないとなる。だからそれを前提とすればミニマムにローデータをきちんと管理してあげる事以外に国が責任ない。
- 私たち病院様にシステムを入れていて問題なのは原価いうものはどうするのって聞かれる場合が多くて、ほかはどうなのとまずそうなんですよね。見たいものが何で出したいものが何か分かってないのにシステムを買っているのかと内心思っているわけで私たちも非常に不安でもあり、そこが決まってしまうえば皆さん言うことは同じなのかなど。
- 要は按分の比率で、例えばお医者さんのドクターフィーがどれくらいの割合でって決めるじゃないですか、原価管理にする為には。それは意味あるの、お医者さんが変わったら意味ないし。
- もともと・・・世界なんですよね、それで良かったのかもしれない。ただそのファジ

一な所は一般の〇〇では当然ありえない、きちっとした計算を出すってところを取り入れられないのかなと僕たちは思っている。

- 面倒くさいのは、その4条か3条で入れてるかとか一般の会計の取り入れを。その読み方も違う。それから一番面倒くさいのは診療報酬の改定がある度に按分の比率を変えるっていう作業が必要だったこと。
- 結局、診療報酬改定があるのと同じようにして制度が変わる時がある。例えば今回臨床研修医制度の〇〇が執行されることによって医師調査のほうの、一回分遅れたのですが自主研修医ってのが今度出来たが、大義名分があって必要があって登録が増えるとか調査内容が増えるとかあって当然で、やらなかったらそのことのほうが本当は説明っていうところが多々ある。逆に言うと、制度をいじったのならそのいじられた制度に対応する部分が統計情報上どこに影響が出るのかっていうことを先回りして統計情報の収集をする側で収集するデータセットを積極的に変えていかなければいけないはず。今回の医師調査でいうと、一回分遅れていたのとか或いは何年も放ったらかしにしておいたのに思い出したようにデータをいじったりとかして、後で見るとさっぱり分からないとか。例えばさっきの話で医療費が変わったとかいうところでも、要はその時点で収集するデータセットの取り方事態を変えなければいけなかったはずなのに後になってみるとそこを変えてないのでよく分からなくなってしまうというのがあるって、そういうところで制度変更があったのであれば、まずいじる。もうひとつは例えばついほんの10年前位まで医者は余ると言われていたのが今医師不足じゃないですか。でも医者は相変わらず増えているのに一体全体何が医師不足なのか分からない状況でこの5年くらい来ていて、何らかの分析をしないとイケないはずだが、誰も今のところ成功してない。誰がどう分析しても医者は余っていることになっている。それはでも社会情勢として何らかの変化が生じているので、きっと既存の分析の方法に何か問題がある。そこの部分については、手元にあるデータセットにひよっとすると問題があるのかもしれないのでその見直しも必要だし、もしデータセットに問題がないとしたら分析のフレームワークか或いはインジゲータの取り方というか受け取り方に問題が生じているかもしれないので、そこに対して一次利用者へデータ提供する段階で社会情勢を収縮しているけれども収縮されたデータからは急激に変換している数値は円転しているのが見られないという注意書きをつけなければいけない。それを誰がどういう段階で気がついてそういう注釈をどういう段階で誰が書き込むのかという作業を本来は必要でミニマムデータセットは言うほどには簡単ではないと思う。
- 簡単だとは思っていませんよ。だからこそミニマムデータセットくらいは国家がちゃんと管理できるようにしておかないとイケない。だって、まさに人的資源の動きとか過不足って問題は国家資格を付与している以上それは国家の管理の下に置かれるべきものでしょ。しかも今免許更新もしていない訳だから結局のところ誰が何処でどうなっているのか、アクティブなのかインアクティブなのかってことは本当にきちんと見ていかないとおっしゃる通り補足できませんよ。例えば今年に一回この日って決めて何人ですってとるけど、本当は月初め、月中、月終わり位でとったっていい位の話。その間に派遣されているパートや医者の方の時間の配分とか変わるはずだから。ということまで本来やるべきなんだろうと僕は思うが、それすらやられてないと。それをこっ