

ちに置いておいて原価計算ができるようにこれとこれを入れる入れないという話は本末転倒な話だと僕はずっと思っていた。原価計算こそ勝手にやればいいんですよ、欲しい人は。少なくとも国がやることではない。もしそれが地域のレベルで必要だったら地域の行政の担当者を鍛えるべき。結論はそこ。そうする為にどうしたらいいかって話とこのデータの使い勝手をどうするかって話と、じゃあ使い勝手のいいデータを取るためにはどんな風な仕組みで拾ってくるかって話は実は3つくらいパラがあって、本当は全部満たせればいいのだけれどその中でどこに一番重点を置いてこの本研究班でアップデートするかを決めてくれたらやり易い。

- 結局のところ、例えば統計データの一次利用者、二次利用者というフレームワークで話をするとしたら現場に一次利用者がいない、そういうスペシャリストとしての能力を持った人が実際問題ない。だからデータセットを収集する時に書くべきデータが埋まっていないし、原価計算をしにいくとこの数字で何か出るはずだとか、あるいは割り符ってどうやればいいんだとか言われるし。そんなものありませんよとか言えないし、それについて行政側で一時的にちゃんとこっちに分かるような形でデータセットに〇〇してくれるところがあるのかと言えられない。根本的には今の話の中で共通して見えてる部分について一つ浮かび上がってきているのは、一次利用者っていうが、研究者って今まで自分のために一次利用している何者でもない。だから自分のためにやっている一次利用者以外は実は日本のこと厚生統計に関しては一次利用者ってほとんどいないんじゃないのかっていうのが見えてきているような気がする。皆二次利用者ばかり。希望はある、望みはあるけれども手段を持たない。
- 多分この中で僕が一番一次利用者に近い。それはなぜかっていうと公的病院の建築をするときに公的なこの資料から言ってやると役人は納得する。なので僕はこの資料しか使っていない。だから私にとってはターゲットはすっかりしている。医師の時間数なんてない、でも常勤換算するとき週あたり40時間なのかなと思って計算式を見ると、病院の規定されている時間で序すると書いてある。そうすると40時間でない。民間病院だと最初から48時間設定している病院もあるんですよね。看護師さんとかはちゃんとそれが常になって、2交代と3交代の引き継ぎの時間はアドオンしている。実8時間って前後20分とか。
- シフトのある職員の場合は勤務表ライクなものを作っていないと絶対分からない。簡単に時間数で序したって駄目。
- 問題は国レベルでミニマムデータセットを設定するとき本当に必要なデータなのかニーズ調査でってこと。
- 全然話が変わるが、今度電子点数表とかいってレセのオンライン化のやつで今やりますよね。ロジックの・・・且つ都道府県の〇〇の差をなくすって。それを今年度から〇〇戦略にのって厚労省もやるって聞いたんですけど。
- 審査委員会を同じにするってやつですよ。そうすると楽ですよ、レセチェックのシステムが。
- 電子点数表を使うとそのレセプト〇〇が自動的に出力できるみたいにそういう風にするって近いうちに始まるって聞いたんですけど。
- いや、私傾向度しか分かりませんが傾向度のロジックだけでもやってると思わず〇

○出せなくなるような感じで。

- ・ 最初その電子点数表っていうのが、皆全然違うものをイメージしていたらしくて。とりあえず今年度は〇〇からやるって事になったらしいんですけど。ロジックの話は来年度以降やるって言っているそうですが。
- ・ 電子データになっているとかなっていないかっていう以前の問題。ロジックがぐちゃぐちゃなんで。しかもローカルルールがどうこうと言いますけど、例えば都道府県のがんセンター病院だったらこの抗ガン剤の使い方はこうだけど一般病院は駄目とかやっていますから。
- ・ そうやって地域差じゃなく施設差で意図してやっていることであって、それを全国統一するってことはその意図してやっている部分をなしにしましょうと言う話で。
- ・ 人は必ず入るみたいですけど、今みたいに全部のレセプトのチェックをするのは非効率なので異議申し立てがあったものだけその医者が審査するっていう風に変えていくって聞いていますが。
- ・ それは厳しいことを言うと、病院の中に病名が2重4重にもついている方もいらっしゃる。あれをレセプトが通るようにやって、疑い病名をちゃんとつけて転帰情報をつけるといようなことをお医者さんがみんなしたら出来るかもしれない。
- ・ ちゃんと病名が付けられなかったらDPC機能しないよね。
- ・ ……………それをドキュメントに残すのって別問題ですよ。
- ・ ドキュメント的には違うんです。ドキュメント的には事務職が医師に病名の変更を提案、そして医師はそれを聞いて病名を変更するとドキュメント上はそうなっている。
- ・ それはマニュアル部分ですよ。でもドキュメントが残る。アクセスログが残る。そうすると事務職が書き込んでいるけれども医師はアクセスしていないという形でドキュメントが残る。
- ・ 富士通の電子カルテには主治医の項目があるので。事務職にこんな指示をしたとか、例えば電話でとか口頭で指示したとか記録が残ります。最近話題になっているのは、カテーテルとか医師の処置オーダーを基に処置が行われて物品が発生しているんだと、ここまでやるかっていうとその物品をバーコードにあてた途端に医師のオーダーが発生させられる。
- ・ それは実施イコールオーダーという方法。それは多くの病院でやってらっしゃった。
- ・ 技術的に転帰の記載が口頭や電話の記録で残せるのであれば、他も何でも。
- ・ うちでもっと考えてるのはICDの18.9をなくすために18.9が肺炎に入っていたら桿菌肺炎、細菌肺炎、球菌肺炎ですねと診療情報管理士が…
- ・ そうするとメディカルクラークを欲しがるとも団体さんもあるのだが、ただ単に医療事務じゃなくって医療秘書じゃ駄目なのか。
- ・ やっぱり私自身はちゃんとした知識がある人でないと。ICDが分かっているカルテを読んで細菌検査結果がこれは肺炎球菌だってことまで分かってそれをアシストする人じゃないと。それは電子カルテになっているので医事課の窓口に座りながらカルテが全部見られるのから、そのインフラなんですよ。
- ・ そういう人材もあってこういう登録もできるってことがあり得るってことですか。そうすると例えばがん専門とか循環器専門のようなどころだったら、今の診療情報管理

士が全部知らなくてもいい場合もある。

- ミニマムデータセットというかどうかは別として、こういうデータの管理は誰が主体的に何のためにやるのか、その役割はどこまでかっていうのは一次利用者、二次利用者という表現を使うかは別としてとても大事な話だと思う。そのことは単に一病院がどうかという世界では全然ないというところまでは書きましょう。

では、次回は京都で。

	医療施設調査 (病院票)	病院報告 (患者票)	病院報告 (従事者票)	患者調査 (推計患者)	患者調査 (退院患者)
施設名	○	○	○		
施設の所在地	○	○	○		
休止・休診の状況	○				
開設者	○				
許可病床数	○				
施設の面積等	○				
病室の種類	○				
病室数	○				
診療科目	○				
患者数	○				
併設施設の状況	○				
社会保険診療等の状況	○				
承認等の状況	○				
救急医療体制	○				
各種委員会の設置状況	○				
医療安全体制	○				
表示診療時間の状況	○				
在宅医療サービスの実施状況	○				
麻酔及び手術等の状況	○				
特殊診療設備	○				
検査等の実施状況	○				
歯科設備	○				
夕食の状況	○				
委託の状況	○				
診療録管理専任従事者	○				
オーダリングシステムの導入状況	○				
ICDコードの利用状況	○				
電子カルテシステムの導入状況	○				
ホームページの開設	○				
遠隔医療システムの導入状況	○				
看護の実施状況	○				
看護における看護職員の勤務体制	○				
看護単位数	○				
看護職員数	○				
外来患者への処方数	○				
臨床病理学的症例検討会の実施	○				
創傷	○				
受動喫煙防止対策の状況	○				
院内保育サービス	○				
在院患者延数		○			
月末在院患者数		○			
新入院患者数		○			
退院患者数		○			
月末病床数		○			
外来患者延数		○			
他の病床から移された患者数		○			
他の病床へ移された患者数		○			
職種			○		
従事者数	○		○		
施設の種別				○	○
施設の種別				○	
入院外来の種別				○	
入院(新入院-繰越入院)				○	
外来(初診-再来)				○	
性別				○	○
年齢階級				○	○
傷病分類				○	○
病床の種類				○	○
診療費支払い方法				○	
診療員拒区分				○	
紹介の有無				○	
入院期間				○	
救急の状況				○	
入院の状況				○	
心身の状況				○	
患者所在地					
入院前の場所					○
退院後の行き先					○
転帰					○
手術の有無					○
手術名					○
在院期間					○

様式-1 (平成18年度版)

大項目	小項目	内容 (入力様式等)	入力条件	
1	病院属性等	(1) 施設コード	郵便府県番号 (2桁) + 医療機関コード (7桁) 例 011234567	必須
		(2) 診療科コード	「医療資源を最も投入した傷病名」を診療した科のコードを記入	必須
		(3) 統括診療情報番号	1. 1サマリのみ発生、複数発生は過番を入力	1入院に対し複数サマリが発生時、必須
2	データー属性	(1) データ識別番号	0~9からなる10桁の数字 例 0123456789	必須
		(2) 性別	1. 男 2. 女	必須
		(3) 生年月日	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 1970年5月1日→19700501	必須
3	入院退院情報	(1) 入院中の主な診療目的	1. 診断・検査のみ 2. 教育入院 3. 計画された短期入院の盛り返し (化学療法、放射線療法、抜釘) 4. その他の加療	必須
		(2) 治療実施の有無	0. 無 1. 有	必須
		(3) 入院 (転入) 年月日	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2008年7月1日→20080701	必須
		(4) 退院 (転出) 年月日	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2008年7月31日→20080731	必須
		(5) 転科の有無	0. 無 1. 有	必須
		(6) 入院経路	1. 院内出生 2. 一般入院	必須
		(7) 他院よりの紹介の有無	0. 無 1. 有	3(8)入院経路が2.一般入院の場合のみ必須
		(8) 自院の外来からの入院	0. 無 1. 有	3(8)入院経路が2.一般入院の場合のみ必須
		(9) 予定・緊急入院区分	1. 予定入院 2. 緊急入院	3(8)入院経路が2.一般入院の場合のみ必須
		(10) 救急車による搬送の有無	0. 無 1. 有	3(8)入院経路が2.一般入院の場合のみ必須
		(11) 退院 (転科) 先	1. 外来 (自院) 2. 外来 (他院) 3. 転科 (自院入院) 4. 転院 5. 終了 9. その他	必須
		(12) 退院時転帰	入力要領を参照	必須
		(13) 入院から24時間以内の死亡の有無	0. 無 1. 有	必須
		(14) 前回退院年月日	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2008年6月1日→20080601	必須ではない
		(15) 前回同一疾病で自院入院の有無	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2008年6月1日→20080601	必須ではない
		(16) 調査対象となる一般病棟への入院の有無	入力要領を参照	必須
		(17) 調査対象となる精神病棟への入院の有無	入力要領を参照	必須
		(18) その他の病棟への入院の有無	入力要領を参照	必須
4	診断情報	(1) 主傷病名	退院時サマリの主傷病名に記入された傷病名	必須
		(2) ICD10コード	4(1)主傷病名に対するICD10	必須
		(3) 入院の契機となった傷病名	入院の契機となった傷病名	必須
		(4) ICD10コード	4(3)入院の契機となった傷病名に対するICD10	必須
		(5) 医療資源を最も投入した傷病名	医療資源を最も投入した傷病名でレセプトと請求した手術等の診療行為と一致する傷病名	必須
		(6) ICD10コード	4(5)医療資源を最も投入した傷病名に対するICD10	必須
		(7) 医療資源を2番目に投入した傷病名	医療資源を2番目に投入した傷病名	ある場合は必須
		(8) ICD10コード	4(7)医療資源を2番目に投入した傷病名に対するICD10	ある場合は必須
		(9) 入院時併存症名1	入院時点で既に存在していた傷病名	ある場合は必須
		(10) ICD10コード	4(9)入院時併存症名1に対するICD10	ある場合は必須
		(11) 入院時併存症名2	入院時点で既に存在していた傷病名	ある場合は必須
		(12) ICD10コード	4(11)入院時併存症名2に対するICD10	ある場合は必須
		(13) 入院時併存症名3	入院時点で既に存在していた傷病名	ある場合は必須
		(14) ICD10コード	4(13)入院時併存症名3に対するICD10	ある場合は必須
		(15) 入院時併存症名4	入院時点で既に存在していた傷病名	ある場合は必須
		(16) ICD10コード	4(15)入院時併存症名4に対するICD10	ある場合は必須
		(17) 入院後発症疾患名1	入院中に発生した傷病名	ある場合は必須
		(18) ICD10コード	4(17)入院後発症疾患名1に対するICD10	ある場合は必須
		(19) 入院後発症疾患名2	入院中に発生した傷病名	ある場合は必須
		(20) ICD10コード	4(19)入院後発症疾患名2に対するICD10	ある場合は必須
		(21) 入院後発症疾患名3	入院中に発生した傷病名	ある場合は必須
		(22) ICD10コード	4(21)入院後発症疾患名3に対するICD10	ある場合は必須
		(23) 入院後発症疾患名4	入院中に発生した傷病名	ある場合は必須
		(24) ICD10コード	4(23)入院後発症疾患名4に対するICD10	ある場合は必須
		(1) 手術名1	名称	ある場合は必須
		(2) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない
		(3) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	手術名1がある場合は必須
		(4) 手術回数	1. 初回 2. 再手術	手術名1がある場合は必須
		(5) 手術側数	1. 片側 2. 両側 3. 両側手術のうちの片側 (1入院中における両側手術)	手術名1があり、眼科等の場合必須
		(6) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2008年7月1日→20080701	手術名1がある場合は必須
		(7) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊髄麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+複剤外 7. その他 9. 無	手術名1がある場合は必須
		(8) 手術名2	名称	ある場合は必須
		(9) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない
		(10) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	手術名2がある場合は必須
		(11) 手術回数	1. 初回 2. 再手術	手術名2がある場合は必須
		(12) 手術側数	1. 片側 2. 両側 3. 両側手術のうちの片側 (1入院中における両側手術)	手術名2があり、眼科等の場合必須

様式-1 (平成18年度版) (つづき)

大項目	小項目	内容 (入力様式等)	入力条件		
5	手術情報	(13) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYWZDD 例 2006年7月1日-20060701	手術名2がある場合は必須	
		(14) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻+硬膜外 7.その他 9.無	手術名2がある場合は必須	
		(15) 手術名3	名称	ある場合は必須	
		(16) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない	
		(17) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	手術名3がある場合は必須	
		(18) 手術回数	1.初回 2.再手術	手術名3がある場合は必須	
		(19) 手術側数	1.片側 2.両側 3.両側手術のうち片側 (1入院中における両側手術)	手術名3があり、眼科等の場合必須	
		(20) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYWZDD 例 2006年7月1日-20060701	手術名3がある場合は必須	
		(21) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻+硬膜外 7.その他 9.無	手術名3がある場合は必須	
		(22) 手術名4	名称	ある場合は必須	
		(23) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない	
		(24) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	手術名4がある場合は必須	
		(25) 手術回数	1.初回 2.再手術	手術名4がある場合は必須	
		(26) 手術側数	1.片側 2.両側 3.両側手術のうち片側 (1入院中における両側手術)	手術名4があり、眼科等の場合必須	
		(27) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYWZDD 例 2006年7月1日-20060701	手術名4がある場合は必須	
		(28) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻+硬膜外 7.その他 9.無	手術名4がある場合は必須	
		(29) 手術名5	名称	ある場合は必須	
		(30) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない	
		(31) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	手術名5がある場合は必須	
		(32) 手術回数	1.初回 2.再手術	手術名5がある場合は必須	
		(33) 手術側数	1.片側 2.両側 3.両側手術のうち片側 (1入院中における両側手術)	手術名5があり、眼科等の場合必須	
		(34) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYWZDD 例 2006年7月1日-20060701	手術名5がある場合は必須	
		(35) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻+硬膜外 7.その他 9.無	手術名5がある場合は必須	
		(1)	現在の妊娠の有無	0.無 1.有 2.不明	必須
		(2)	出生時体重	グラム単位入力 例 3000	新生児疾患の場合必須
		(3)	出生時経頭暈数	0~9からなる2桁の数字	新生児疾患の場合必須
		(4)	喫煙指数	喫煙指数=1日の喫煙本数×喫煙年数	呼吸器疾患及び循環器疾患の場合必須
		(5)	入院時意識障害がある場合のJCS	0.無 1.有 (1~300) R.不穏 I.意識消失 A.自覚性喪失 例 意識レベル3で自覚性喪失の場合は「3A」と記載	必須
		(6)	退院時意識障害がある場合のJCS	0.無 1.有 (1~300) R.不穏 I.意識消失 A.自覚性喪失 例 意識レベル3で自覚性喪失の場合は「3A」と記載	死亡退院以外は必須
		(7)	入院時のADLスコア	10項目の評価視点について数字10桁で記入 例 1211111100	6歳未満は必須ではない
		(8)	退院時のADLスコア	10項目の評価視点について数字10桁で記入 例 1211111100	死亡退院以外は必須
		(9)	術前ステージ NPU AP分類	入力要領を参照	得点がある場合必須
		(10)	がんの切除、再発	0.初発 1.再発	医療資源を最も投入した癌病名が悪性腫瘍の場合 (必須ではない)
		(11)	UICC病期分類 (T)	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が悪性腫瘍の場合 (必須ではない)
		(12)	UICC病期分類 (N)	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が悪性腫瘍の場合 (必須ではない)
(13)	UICC病期分類 (M)	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が悪性腫瘍の場合 (必須ではない)		
(14)	がんのStage分類	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が悪性腫瘍の場合 (必須ではない)		
(15)	がん思存のPerformance Status	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が悪性腫瘍の場合 (必須ではない)		
(16)	骨髄麻痺患者の入院時の重症度	入力要領を参照	010010、070030、070330、070340、070350、070360、070370、070470、160690、160870、160990に該当する場合必須		
(17)	Hugh-Jones分類	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名がM00041に該当する場合のみ必須 (6歳未満の小児で分類不能な場合は入力不要)		
(18)	心不全のNYHA心機能分類	1.レベルI 2.レベルII 3.レベルIII 4.レベルIV	医療資源を最も投入した癌病名がM00051に該当する場合必須		
(19)	狭心症、慢性虚血性心疾患 (050050) における入院時の重症度: C C S分類入院時における	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が050050に該当する場合必須		
(20)	急性心筋梗塞 (050030、050040) における入院時の重症度: Kimp分類入院時に	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が050030、050040に該当する場合必須		
(21)	肝硬変のChild-Pugh分類	Bil=1、Alb=2、腹水=1、脳症=3、Pt=2の場合は「12132」と記入	医療資源を最も投入した癌病名が060030に該当する場合必須		
(22)	急性肺炎の重症度分類	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が060350に該当する場合必須		
(23)	多発性骨髄腫の病期分類	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が130040の場合 (必須ではない)		
(24)	急性白血病の病期分類 (FAB分類)	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が130010の場合 (必須ではない)		
(25)	非ホジキン病の病期分類	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が130030の場合 (必須ではない)		
(26)	Burn index	0~100の数字	熱傷がある場合必須		

(次頁へ続く)

様式-1 (平成18年度版) (つづき)

大項目	小項目	内容(入力様式等)	入力条件	
手術情報	(13) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2006年7月1日-20060701	手術名2がある場合は必須	
	(14) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻+硬膜外 7.その他 9.無	手術名2がある場合は必須	
	(15) 手術名3	名称	ある場合は必須	
	(16) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない	
	(17) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	手術名3がある場合は必須	
	(18) 手術回数	1.初回 2.再手術	手術名3がある場合は必須	
	(19) 手術側数	1.片側 2.両側 3.両側手術のうちの片側(1入院中における両側手術)	手術名3があり、眼科等の場合必須	
	(20) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2006年7月1日-20060701	手術名3がある場合は必須	
	(21) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻+硬膜外 7.その他 9.無	手術名3がある場合は必須	
	(22) 手術名4	名称	ある場合は必須	
	(23) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない	
	(24) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	手術名4がある場合は必須	
	(25) 手術回数	1.初回 2.再手術	手術名4がある場合は必須	
	(26) 手術側数	1.片側 2.両側 3.両側手術のうちの片側(1入院中における両側手術)	手術名4があり、眼科等の場合必須	
	(27) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2006年7月1日-20060701	手術名4がある場合は必須	
	(28) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻+硬膜外 7.その他 9.無	手術名4がある場合は必須	
	(29) 手術名5	名称	ある場合は必須	
	(30) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない	
	(31) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	手術名5がある場合は必須	
	(32) 手術回数	1.初回 2.再手術	手術名5がある場合は必須	
	(33) 手術側数	1.片側 2.両側 3.両側手術のうちの片側(1入院中における両側手術)	手術名5があり、眼科等の場合必須	
	(34) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2006年7月1日-20060701	手術名5がある場合は必須	
	(35) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻+硬膜外 7.その他 9.無	手術名5がある場合は必須	
	(1)	現在の妊娠の有無	0.無 1.有 2.不明	必須
	(2)	出生時体重	グラム単位入力 例 3000	新生児疾患の場合必須
	(3)	出生時妊婦週数	0~9からなる2桁の数字	新生児疾患の場合必須
	(4)	喫煙指数	喫煙指数=1日の喫煙本数×喫煙年数	呼吸器疾患及び循環器疾患の場合必須
	(5)	入院時意識障害がある場合のJCS	0.無 1.有(1~300) R.不穏 I.交代失禁 A.自覚性喪失 例 意識レベル3で自覚性喪失の場合は「3A」と記録	必須
	(6)	退院時意識障害がある場合のJCS	0.無 1.有(1~300) R.不穏 I.交代失禁 A.自覚性喪失 例 意識レベル3で自覚性喪失の場合は「3A」と記録	死亡退院以外は必須
	(7)	入院時のADLスコア	10項目の評価視点について数字10桁で記入 例 1211111100	6歳未満は必須ではない
	(8)	退院時のADLスコア	10項目の評価視点について数字10桁で記入 例 1211111100	死亡退院以外は必須
	(9)	術創ステージ NPU/AP分類	入力要領を参照	術創がある場合必須
	(10)	がんの初発、再発	0.初発 1.再発	医療資源を最も投入した癌病名が悪性腫瘍の場合(必須ではない)
	(11)	UICC病期分類(T)	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が悪性腫瘍の場合(必須ではない)
	(12)	UICC病期分類(N)	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が悪性腫瘍の場合(必須ではない)
(13)	UICC病期分類(M)	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が悪性腫瘍の場合(必須ではない)	
(14)	がんのStago分類	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が悪性腫瘍の場合(必須ではない)	
(15)	がん患者のPerformance Status	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が悪性腫瘍の場合(必須ではない)	
(16)	脊髄麻酔患者の入院時の重症度	入力要領を参照	010010、070030、070330、070340、070350、070360、070370、070470、160690、160870、160990に該当する場合必須	
(17)	Hugh-Jones分類	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名がVOC04に該当する場合のみ必須(6歳未満の小児で分類不能な場合は入力不要)	
(18)	心不全のNYHA心機能分類	1.レベルI 2.レベルII 3.レベルIII 4.レベルIV	医療資源を最も投入した癌病名がMOC05に該当する場合必須	
(19)	狭心症、慢性虚血性心疾患(050050)における入院時の重症度:CCS分類入院時における	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が050050に該当する場合必須	
(20)	急性心筋梗塞(050030、050040)における入院時の重症度:Killip分類入院時に	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が050030、050040に該当する場合必須	
(21)	肝臓のChild-Pugh分類	Bill=1、Alb=2、腹水=1、黄疸=3、Pt=2の場合は「12132」と記入	医療資源を最も投入した癌病名が060030に該当する場合必須	
(22)	急性肺炎の重症度分類	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が060030に該当する場合必須	
(23)	多発性骨髄腫の病期分類	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が130040の場合(必須ではない)	
(24)	急性白血球の病期分類(FAB分類)	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が130010の場合(必須ではない)	
(25)	非ホジキン病の病期分類	入力要領を参照	医療資源を最も投入した癌病名が130030の場合(必須ではない)	
(26)	Burn index	0~100の数字	熱傷がある場合必須	

(次頁へ続く)

## Dファイルの項目

### Dファイル<包括診療明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	説明
D-1	○	施設コード	9	9	必須	都道府県番号+医療機関コード 間には区切りを入れない。
D-2	○	データ識別番号	10	19	必須	複数回入退院しても共通の番号。様式1と一致する。
D-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		(共通) yyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101
D-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		外来症例や未確定時は00000000とする
D-5	○	データ区分	2	37	必須	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる(※)
D-6	○	順序番号	4	41	必須	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付与する。
D-7	○	病院点数マスタコード	12	53		1 2桁ない場合は、左詰め。
D-8	○	レセプト電算処理システム用コード	9	62		レセプト電算処理システム用コード無い場合、材料777770000とする。
D-9	▲	解釈番号(基本)	8	70		診療報酬点数上の解釈番号 K600等
D-10	○	診療行為名称	254	324		診療行為の名称(最大漢字127文字)。漢字ない場合は、左詰め。
D-11	○	行為点数	8	332	必須	診療行為(剤単位)での点数計
D-12	○	行為薬剤料	8	340	必須	診療行為内の薬剤点数計(再掲)。
D-13	○	行為材料料	8	348	必須	診療行為内の材料点数計(再掲)。材料点数の分限が不可能な場合は、薬剤点数計に集計する。
D-14	○	円・点区分	1	349		1:円単位 0:点単位
D-15	○	行為回数	3	352	必須	診療行為の実施回数(同日の同一行為は1とカウント)
D-16	○	保険者番号	8	360		コードが4桁あるいは6桁の場合は、前に各々4桁、2桁のスペースを挿入。
D-17	△	レセプト種別コード	4	364		レセプト種別コード(医科)、1111~1999
D-18	○	実施年月日	8	372		yyyymmdd(西暦年4桁)1996年1月1日の場合、19960101
D-19	○	レセプト料区分	2	374	必須	レセプト電算処理システムの診療料区分を入力。
D-20	○	診療料区分	3	377	必須	医師の所属する診療料。厚生労働省様式1のコードを使用。
D-21	△	医師コード	10	387		病院独自コード。左詰め。
D-22	△	病棟コード	10	397		病院独自コード。但し、一般、一般以外の区別が可能なこと。左詰め。
D-23	○	病棟区分	1	398		1:一般以外 0:一般 2:入院中の外来診療
D-24	○	入外区分	1	399		1:外来 0:入院
D-25	○	施設タイプ	3	402		データ挿入不用。タブ、タブでフィールドのみ作成。
D-26	◎	算定開始日	8	410		DPC適用開始日
D-27	◎	算定終了日	8	418		DPC適用終了日
D-28	◎	算定起算日	8	426		算定起算日
D-29	◎	分類番号	14	440		DPCコード(14桁)
D-30	◎	医療機関係数	6	446		診療年月に対応する医療機関調整係数 例) 1. 1 2 3 4 (小数点も1桁として設定)

○: 必須    △: 出来高の時必須    ◎: DPC包括算定期間のみ必須    ▲: 必須ではない

(※) 11, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 33, 40, 50, 54, 60, 70, 80, 90, 92, 93, 94, 97のいずれかが入る



## Eファイルのデータ項目

### Eファイル<診療明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	説 明
E-1	○	施設コード	9	9	必須	都道府県番号+医療機関コード 間には区切りを入れない。
E-2	○	データ識別番号	10	19	必須	複数回入退院しても共通の番号。様式1と一致する。
E-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		(共通) yyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101
E-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		外来症例や未確定時は00000000とする
E-5	○	データ区分	2	37	必須	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる(※)
E-6	○	順序番号	4	41	必須	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付与する。
E-7	○	病院点数マスタコード	12	53		12桁ない場合は、左詰め。
E-8	○	レセプト電算処理システム用コード	9	62		レセプト電算処理システム用コード無い場合、材料777770000とする。
E-9	▲	解釈番号(基本)	8	70		診療報酬点数上の解釈番号 K600等
E-10	○	診療行為名称	254	324		診療行為の名称(最大漢字127文字)。満たない場合は、左詰め。
E-11	○	行為点数	8	332	必須	診療行為(割単位)での点数計。手技料+E12行為薬剤料+E13行為材料料
E-12	○	行為薬剤料	8	340	必須	診療行為内の薬剤点数計(再掲)。薬剤料のみ。
E-13	○	行為材料料	8	348	必須	診療行為内の材料点数計(再掲)。材料料のみ。材料点数の分離が不可能な場合は、薬剤点数計に集計する。
E-14	○	円・点区分	1	349		1:円単位 0:点単位
E-15	○	行為回数	3	352	必須	診療行為の実施回数(同日の同一行為は1とカウント)
E-16	○	保険者番号	8	360		コードが4桁あるいは6桁の場合は、前に各々4桁、2桁のスペースを挿入。
E-17	△	レセプト種別コード	4	364		レセプト種別コード(医科)。1111~1999
E-18	○	実施年月日	8	372		yyymmdd(西暦年4桁)1996年1月1日の場合、19960101
E-19	○	レセプト料区分	2	374	必須	レセプト電算処理システムの診療料区分を入力。
E-20	○	診療料区分	3	377	必須	医師の所属する診療料。厚生労働省様式1のコードを使用。
E-21	△	医師コード	10	387		病院独自コード。左詰め。
E-22	△	病棟コード	10	397		病院独自コード。但し、一般、一般以外の区別が可能なこと。左詰め。
E-23	○	病棟区分	1	398		1:一般以外 0:一般 2:入院中の外来診療
E-24	○	入外区分	1	399		1:外来 0:入院
E-25	○	施設タイプ	3	402		データ挿入不用。タブでフィールドのみ作成。

注1) 薬剤だけとれる検査の時は、E-8に薬剤のコードを入れ、E-11とE-12が同じ点数となる

注2) 加算点数はコメント情報扱い(独立レコードとして分離できない場合)

注3) 外泊の場合、1日あたり1レコードとし、E-8にレセプト電算処理システムの外泊コードを入れ、E-11の点数は外泊率加算後の点数(※) 11, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 33, 40, 50, 54, 60, 70, 80, 90, 92, 97のいずれかが入る

## Fファイル

### Fファイル<行為明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	説 明
F-1	○	施設コード	9	9	必須	都道府県番号+医療機関コード 間には区切りを入れない。
F-2	○	データ識別番号	10	19	必須	複数回入退院しても共通の番号。様式1と一致する。
F-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		(共通) yyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101
F-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		外来症例や未確定時は00000000とする
F-5	○	データ区分	2	37	必須	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる(※)
F-6	○	順序番号	4	41	必須	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付与する。
F-7	○	行為明細番号	3	44	必須	診療明細情報の順序番号に対応する行為明細を、1から付番する。001~999
F-8	○	病院点数マスタコード	12	56		12桁ない場合は、左詰め。
F-9	○	レセプト電算処理システム用コード	9	65		別紙一6に掲げるレセ電算コードは完全対応させること。Fファイルにはコメントデータを残す(コード8100000000使用)。Eには不用。
F-10	▲	解釈番号(基本)	8	73		診療報酬点数上の解釈番号 K600等
F-11	○	診療明細名称	254	327		診療明細の名称(最大漢字127文字)。満たない場合は、左詰め。
F-12	○	使用量	11	338	必須	小数点以上7桁、小数点以下3桁にて設定(小数点は『.』にて設定する)。0.002mlの場合、0000000.002。行為コードの場合には0000000.000を設定。
F-13	○	基準単位	3	341		診療行為も含めてレセプト電算処理システム用特定器材コードを使用。無い場合は'000'。
F-14	○	行為明細点数	8	349	必須	行為の点数計
F-15	○	行為明細薬剤料	12	361	必須	行為の薬剤料(薬価×使用量)。
F-16	○	行為明細材料料	12	373	必須	行為の材料料(購入価または公示価×数量)。材料点数の分離が不可能な場合は、薬剤点数計に集計する。
F-17	○	円・点区分	1	374		1:円単位 0:点単位
F-18	○	出来高乗算点数	8	382	必須	出来高算定として請求すべき点数
F-19	○	出来高・包括フラグ	1	383	必須	1:出来高 0:包括

注1) 点数のないものは、円表示とする

注2) 行為明細情報の点数は、丸め処理をする前のもの

注3) 外泊の場合、1日あたり1レコードとし、F-9にレセ電算の外泊コードを入れ、F-14の点数はE-11と同一

注4) F-14, F-15, F-16にはいずれか一つに点数が入る

(※) 11, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 33, 40, 50, 54, 60, 70, 80, 90, 92, 97のいずれかが入る

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 3 回班会議

日時：2月5日（火）17:00～19:00

場所：八重洲倶楽部 第6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

広島国際大学 医療福祉学部 笹川 紀夫 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

○ 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

人口動態・保健統計課 保健統計室 補佐 山内 和志 先生

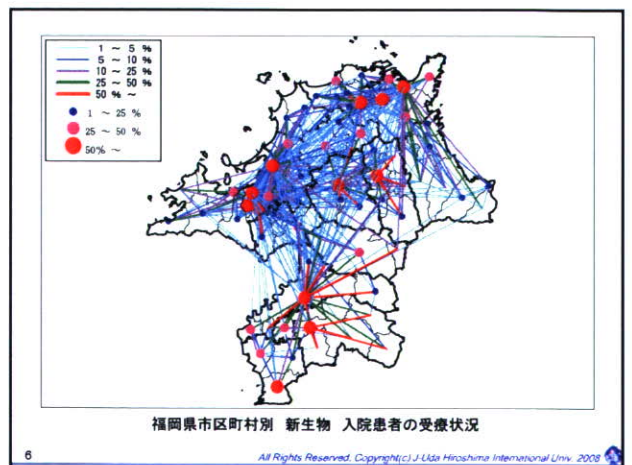
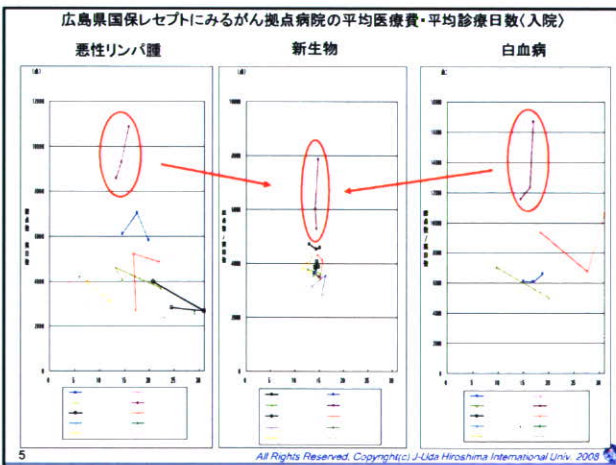
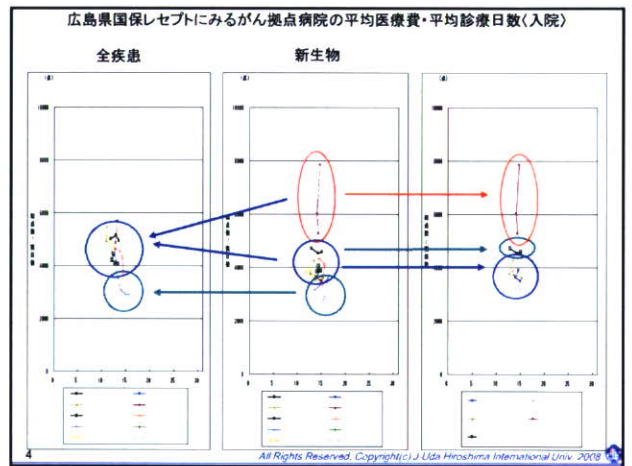
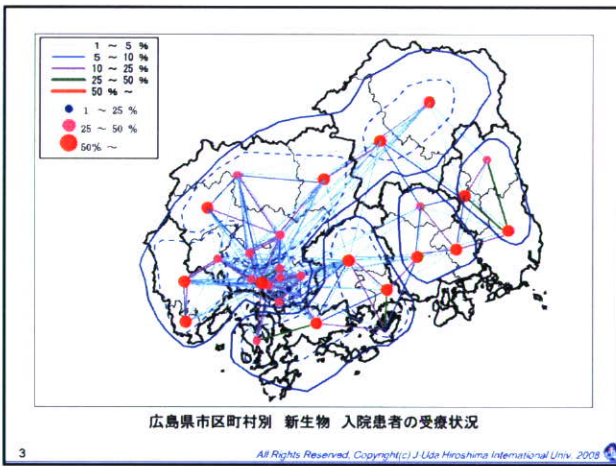
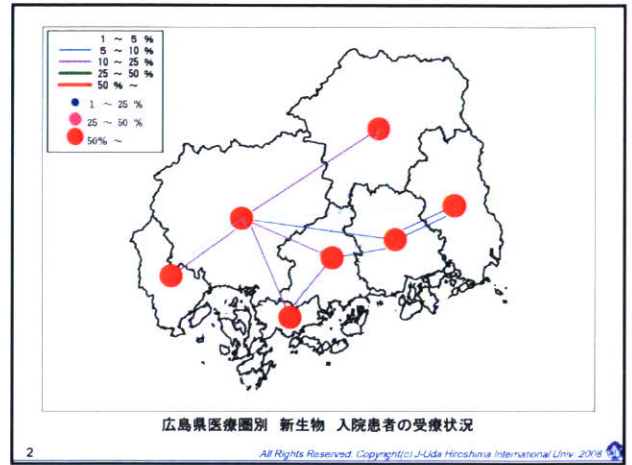
○ 研究協力者

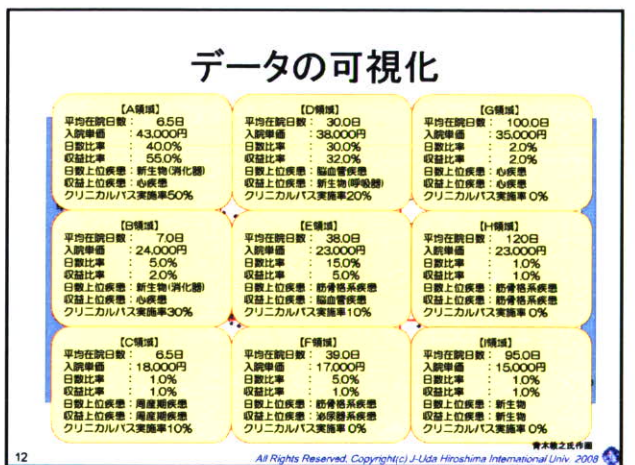
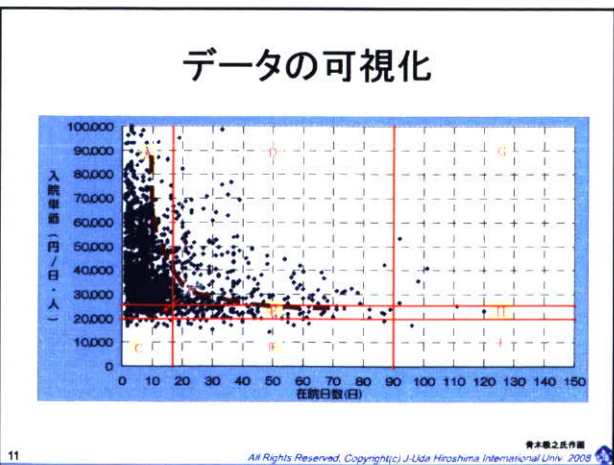
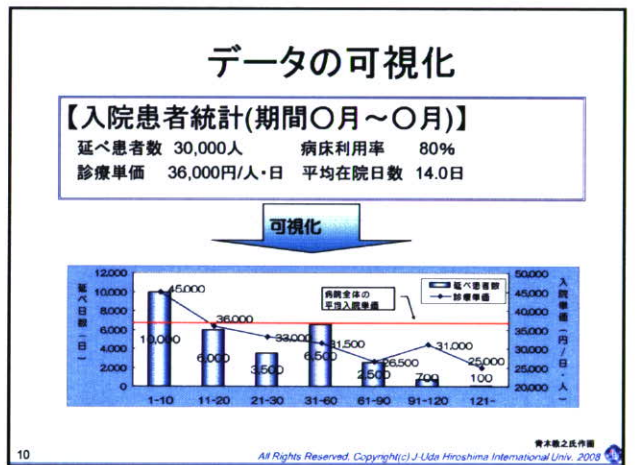
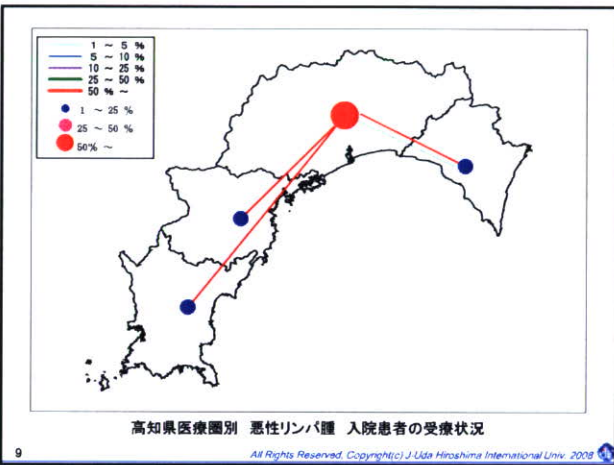
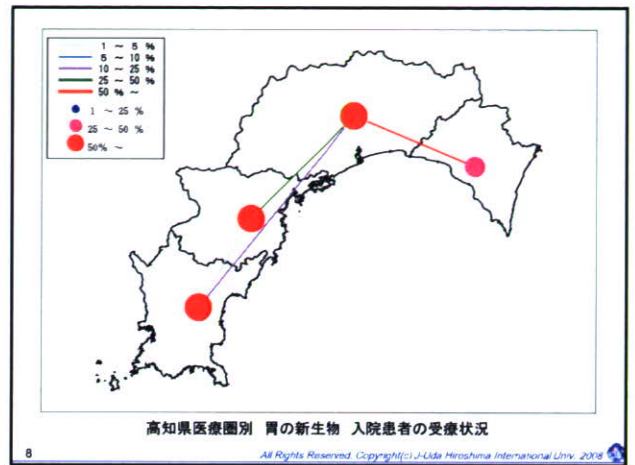
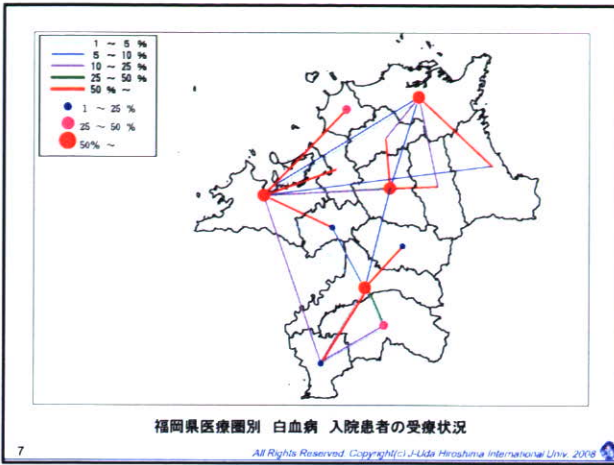
社会福祉法人恩恵財団済生会事業部企画課 宝田 祐樹 氏

# 厚生統計の可視化に関する研究

## 第3回班会議資料

All Rights Reserved. Copyright(c) J-Uda Hiroshima International Univ. 2008





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 4 回班会議 議事録

日時：3 月 17 日（月）15:00～18:00

場所：ホテルクレスト札幌 会議室 エルム A

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

広島国際大学 医療福祉学部 笹川 紀夫 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

1. 主任研究者挨拶（宇田淳先生）

- 今日は皆さんに研究成果を報告してもらい、実績報告書のまとめについて、討議させていただきます。まず、24日の報告会の報告内容について、お話いたします。本年度の研究の目的は統計情報を利用促進する為に加工しやすい情報にすることです。レセプト電算化すると何ができるのかはつきりさせて欲しいとのことだったので、検討した結果、ADLの情報はレセ電にはないので、患者調査個票の受診状況は抽出できない。レセ電の病名を使うと主たる病名はどれを使うのか、DPCの様なものだと、お金を投下したものになってしまう。受療動向では、患者住所地からどの医療施設を受診しているのかというようなことは全数とれる。患者調査は、医療圏単位で集計していますが、それでは意味がないということを証明しようということで市区町村別に、国保レセプトを用いて、受療動向を細分化し検討することは、意味あるといえます。国保レセプトは加入率の問題がありますから、全数を戻すためには加入率で割ってそれに受療率をかけるという国立保健医療科学院の岡本先生の手法が一般化されています。疾患別の傾向だけ見るのであれば国保も患者調査の結果も当然同じ傾向になります。受療動向をクラスター化すると、医療圏の中には、階層的な受療行動が見られ、また、広域的にも医療圏をまたがる受療行動をみてとれます。居住地別に患者の医療施設利用先を把握すると、医療施設の従属性も推測できる。だが、現在、医療施設を特定できないので無理。レセプト電算化も医療施設調査も、医療機関を特定できない限りこれ以上の解析は不可能。施設単位で検討すると、1医療施設の延べ患者数、平均在日数、診療単価などを詳細に検討いたします。その結果、その地域の中の在り方論がでてくるわけで、複数病院重なった場合だとかはそれを当然比較できるので特徴が表しやすい。在院曲線の違いがどこにあるかとかが言える。現段階でレセ電から出るのは入院単価、入院比率だとかどんな病気とその領域の中で存在するかとか分かるのだが、今医療の中での危ないとか言っているところは経費の問題だが経費がいくらかか

ったかのデータを集められていない。DPCでも何でも収入ばかり言われていて経費がいくらかかったか誰も分からない。地域によって診療材料が違っているとか。なぜか診療材料が診療報酬の点数より高いというのが幾つもあるがそのような実態を把握していない。電子カルテを使った場合ですと細かなところを見ていけるとなれば、手術予定時間との差異をみていける。問題なのは手術時間が予定より長くかかった場合の原因究明が必要で、経営学的に言うとそちらの課題が大きい。受療動向調査の待ち時間ですが、病院がつくる待ち時間、患者さんがつくる待ち時間というものを、ちゃんと精査する必要がある。電子カルテが入った時の費用対効果についてですが、そう簡単にでる訳はなく機能に対して効果がでることを何か説明できれば。レセプト電算化したら患者調査は必要なくなるのかについては、藤田先生の研究班より報告されることですので。この研究班の成果として、GISのプラグインのツールをホームページ上で公開するのと、アリーナの解析手法、レセプトデータの解析手法についてにしようかと思えます。この研究班は今年度で終了となります。ありがとうございました。

## 2. 意見交換

- ・ さっき宇田先生からあった医療圏の話は全国では使える。
- ・ ちょうど、産科が撤退すべき施設をどう選んでいくかという話をしている。→それは難しい。それは撤退したい施設はいっぱいあるわけで。
- ・ というか、ドミノ倒しが始まっている。産科は特にひどくて、撤退して周りに分散してくれればいいに、すぐ隣の病院に塊のままで行くとそこがまた潰れる。何とか分散について事前に予測できないかと思う。
- ・ 集約しても患者さんがそのままくっついて来ても楽にはならない。
- ・ もう今までの産科では駄目。患者さんとその家族が泊まり込みで受診できるような施設を作らないと。
- ・ 例えば、県立病院をすべて撤退して大学病院 1カ所に集約するとする。そうすると撤退の順番を決めなくてはいけない。そうでないと若い医師がどんどんやめていく。
- ・ 出産のうち9割くらいは正常分娩ならば、助産師ではいけないのか。→帝王切開が15%でそのほかに医師が関わらなければいけない吸引分娩などが同じ割合あるであろうと言われていて、医師が最後の最後まで関わらなくていいのが約半分以下だろうといわれている。あと、分娩が進行してみても手がかかるとかかからないかが分かるので、要は助産師が医師を呼ぶかどうかを決めている。助産師に任せたいと思っても逆に助産師としては呼ぶ必要が生じることが前提として動いているのでそんなに簡単ではない。
- ・ 助産師が多くいれば、先輩が後輩を教えながらギリギリまで医師を呼ぶタイミングを粘れるがそうでないと、かなり早い段階で医師を呼ばないと経験不足の助産師もまだまだいますので。今は撤退は必要だと分かるが撤退中にどれだけ犠牲者を少なくするかが問題になっていると思う。もしシミュレーションで事前にこういう順序で撤退していけば過度な集中が1つの病院にということが回避できるのであるならばスムーズな撤退に結びつく。
- ・ それをするには、他の診療科のデータをもって、ここまでだったらと予測するのか。



- 産科のデータがないので、他の患者の動向から推測するしかない。
- 客層が全然違うから、移動に要する手段も時間も違うし切迫度も違うのでは。→どの診療科をサンプルとして使えるかは難しいとは思う。類推ができるようなデータがある地域では参考にできるのでは。
  - 単なるシミュレーションだと恐らく納得できないと思うが、他の診療科の患者がこういう矢印で移動しているというのを見せれば、こことここを潰したら恐らくこっちに行くだろうとか見やすい形で説得できるかもしれない。
  - 産科は評判も関係する。
  - 二次医療圏は行政単位でされたらデータが見られない。字単位であれば話は別だが。そこまでいくと病院を選ぶというだけではなくて誰がというのも細かくしないと。病院の医療施設コードと、患者さんは住所とまでは言いませんが、郵便番号とか。
  - 平成の大合併は大きく行政を変えてしまった。
  - とにかく患者の情報以上に医療機関コードがいうこと。
  - レセ電の医療機関コードと、厚生省の集めている医療機関コードは違う。→それは参照テーブルを作れば整理は可能だと思うが。
  - 産科は里帰り出産とかで住民票とは違うところで出産とかいうケースが多いが、だいたい十月十日と出産予定が決まってお母手帳をもらった段階で自分が何処で産もうか決めていると思う。その情報を使って予測して医師の配置だとかできないのか。→母子手帳には、分娩予定施設という記載欄がない。分娩した施設はあるが。まずはそこから手をつけなくてはならない。各医療機関は、分娩予約という形でのデータは持っている。
  - 今の予約の形では、妊娠7ヶ月、8ヶ月に入らないと分娩施設へ行かないので、行き当たりばったり。その時に来る人たちの需要に対してはほぼ上手くいく。
  - 最初から妊婦検診を受けない年間300、400件ほどの事例は別格として、例えば横浜市は4ヶ月過ぎると分娩予約を取れないと言われていて、そうすると都内の病院か千葉とか静岡の病院を探している。これがどれくらい動いているかは4ヶ月過ぎると取れないとは分かっているが、その人達が最終的に何ヶ月で分娩施設を決定しているかはまだ分からない。浮いている人たちのデータは登録の対象外となっているので把握できていない。
  - 里帰り出産お断りという自治体もある。
  - 産科の問題は、マッチングシステムであり、難しいものではない。だが、どこの病院も定員いっぱい状態でマッチングしているので、1カ所弾かれると全滅という状態になってしまう。そうすると救急車で2時間、3時間待ちで現場から動けなくなるという同じ状況が妊婦さんについても言えている。
  - 小児科をやめてしまうと産科もやめてしまわなければならない。→そうすると夏休みとかに里帰りで子どもがこなくなる。事故が起きて小児科がないから。
  - 産科が足りないとは既に分かっているが、産科を増やすという方策は何かやっているのか。→今回診療報酬で……
  - 国保は自治体としては付け合わせができる。それ以外の人たちは。→保険者がやる。社会保険は社会保険で。

- ・ 主病名問題は どうしようもないのか。→ どうしようもないし、どんな風にしたらレセを解析できるか自体を知らないののでできるはずがない。グローバルに見て医療費が下がりましたというのができればいいが、出てもそれは人口が減ったからなのか、効果がでたのかということは誰も分からない。
- ・ 要はそれをデータとして出すということになる。今抱えている医療崩壊を言うのであれば〇〇ですよ。
- ・ 医者 の満足度を個々に取ると言ったら結局は患者さんを個々にとらないといけないし、患者さんがどう満足しているのか分からないし、療養環境というのは今の状態に患者さんは満足しているとは言わないがそこでしか生きられないからそうなるのだろう。医者 の立場からだ と数が減ったり、増えたり の医療資源の問題とかからむだろうし、やはり個票だ という話になる。
- ・ すべての解析においてそこに戻るだろう。
- ・ 患者が問題にする待ち時間というのは、受付の待ち時間、診療の待ち時間、検査の待ち時間、会計の待ち時間と全部を足したもの。
- ・ 待ち時間でも支払いの待ち時間が一番長く感じるらしい。
- ・ その次が薬。
- ・ 要は統計を利用するっていう話なのが宇田班だが、利用するときには既存の収集しているデータが利用者のニーズにあったものかどうか、利用者が必要としているデータは何なのかとかが念頭にない。厚生統計の大半が行政の基礎資料としてデータを収集している。
- ・ 一般の方々 は一種の目的外使用でやっている ので、顧客ではない。フォーカスされるはずもないのでそこからどうにかするべきではないのかということ を今回報告書にまとめさせてもらった。
- ・ 指定統計は目的外使用のため、基本的に個票はでない。→ 研究目的で利用できる。→ 申請したが、研究期間中に、許可が出なかった。→ 意味がない。使えない。
- ・ 統計表についても、必要とされているデータ収集が行なわれているのか、必要な加工されているのかの検討をする仕組みになっていない。理由は簡単で行政の基礎資料として厚生統計は収集されているから。
- ・ 目的外使用に対しては、どういう基準で許可するかが決まってい ない。どこまでデータを秘匿すべきかが分からないし、どこまで暗号化すべきなのかが分かっていないから、そのレーンができたなら彼らも出すことが出来ると思う。
- ・ 世界でも そうだ と思う。医療用のデータを解析していいのかという基準を持っている国は少ない。日本は特異ではないが、今少なくとも日本はやらないと。
- ・ 要は舵取りかこぎ手かという考え方でいうと、公的機関にこのまま残すのは舵取りの部分だけで統計情報の仕事の大半はサービス提供のこぎ手の仕事なんですよ。データ収集事業も含めた形でサービスですから、その部分について役所が持ち続けなければいけない理由をやっぱりよく考えないと。
- ・ 今年度の他の研究班で、病院が医療情報システムを入れた時に、どういうポイントで評価していけばいいかというガイドラインを作っている。企業だと〇〇マネジメントだとか今どき IT 入れるとなると次の展開を考えているが、病院とかはそれよりも



年 10 年遅れている。

- ・ どういう風にデータを使うべきか分かっていない。
- ・ 経営思想の管理が出来るにしても、単に平均在日数が分かるとか分かって当たり前のことを分かるから入れるっていうまだその段階ですよ。
- ・ 例えばそれをシミュレーションに使うとかは考えていない。
- ・ 診療報酬改定の時のシミュレーションできるソフトは出てきているのか。→アップコーディングだけ。
- ・ この時期各病院の事務長や医事課の人たちはどう請求すればいいのかというところで悩んでいて、診療内容をどう変えればいいのかという所までは辿り着いていない。
- ・ データを入れるとクリニカルパスは確かに〇〇を 1 サイクルで回せるのに便利だし、パスとパスをくっつけたり離したり、術後にパスを〇〇分けたり、それによる影響がでないわけではない。簡単に解析できるようになった。だが、物流のデータがないので物流の紐付けをされていない病院は原価が分からないので全く役に立たない。物流の紐付けっていうところをいうが、それだと電子カルテを入れている病院の中のオーダー機能に関してはいい。悪いのは処置マスターの作り方が下手すぎて医師が使えていない。その処置マスターを上手く使えば医師からも好評となる。
- ・ 電子カルテになって、医師の指示がなくても看護師がコスト伝票を出せるが、そういうのを最終的には医師が承認しなければならなくて。そのルール化はいい加減。
- ・ 最近、再診 5 分の話、また出ましたよね。→保険医協会から送られてきたのは、入出時刻と退室時刻が書けなかったものは 5 分請求できない。
- ・ その振り分けを診療所であればどこでするかですよ。診療室の看護師かあるいは医事課の人かとか。
- ・ 電子カルテだと、書けない。
- ・ 199 床以下病院で電子カルテが入っているところで高齢者以外の患者さんとなるとそんなに…。
- ・ 外来看護師がやる業務に関しては評価の対象外と言っている。これまでは医師の診療所の診療の補助および療養所のお世話を看護師もやっている部分については医師の報酬に不随したもので処理されているというのが大義名分であったはず。今回 5 分ルールを入れることで医師以外がやったことに関してこれは医師のものと評価しないと聞いた訳ですよ。じゃあ、診療所の看護師が外来業務としている部分はこれは当然考える。2 年後の診療報酬改訂では外来科の基準とかを作るのではという話になる。

1 年間ありがとうございました。

厚生統計の可視化に関する研究  
(H19-統計-一般-001)

研究報告抄録

主任研究者 宇田 淳 広島国際大学・教授

【分担研究者】

中村利仁・北海道大学大学院・助手  
秋山美紀・慶応義塾大学院・講師  
山野邊裕二・国立成育医療センター・医療情報  
室長  
安川文朗・同志社大学医療政策経営研究センタ  
ー・センター長  
笹川紀夫・広島国際大学・准教授  
藤田伸輔・千葉大学医学部附属病院地域医療連  
携部・准教授

【協力研究者】

宝田祐樹・社会福祉法人恩賜財団済生会事業部  
企画課  
服部建大・安芸太田町加計病院・主事  
大西康介・若草第一病院健康情報部地域連携  
課・主任  
平山謙司・公立八女総合病院・企業団事務部長  
市川幸太郎・呉中通病院  
青木教之・㈱システム環境研究所

【目的】

研究の最終目的は、統計情報の多角的有効利用  
を促進するため、厚生労働省が公表・編集して  
いる統計情報を利用しやすい形式に加工・編成  
をユーザ自体が行える仕組みを提供することに  
ある。

【方法】

計4回の班会議を開き、統計情報利用者として、  
研究報告などを持ち寄り、統計の利用について  
の現状を討議し、わかりやすく情報を伝える方

法について検討した。なお、班会議等には、病  
院従事者、現役の病院コンサルタント、情報シ  
ステムベンダなどに出席いただき、厚生統計の  
利用について、意見交換を実施した。

【結果】

I 地域を示す統計指標の可視化

①平成18年「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(H18  
-統計-プロ-002)」において、検討課題に  
あったとおり、「レセプト電算化は、患者調査に  
変わることができるのか」という疑問に対して  
検討した結果、患者のADL情報以外は、基本  
的に収集できることを確認した。

②地域の疾病構造を把握する上で、市町村国保  
レセプトは最も利用しやすい情報源であるが、  
加入率の低さと、年齢、傷病構造の偏りがある。  
しかし、レセプト電算資料は、全数であること  
から、偏りもなく、その活用は、有効といえる。  
また、健診結果と医療費レセプトの突合データ  
による健康課題の把握し、特定保健指導や傷病  
分析に活用できるなどレセプト電算化の利活用  
が期待される。

③一方、地域を示す統計指標については、平成  
の市町村合併などにより行政区が拡大され、行  
政単位の指標では限界がある。地理情報システ  
ム(GIS: Geographic Information System)  
を利用し、地理的位置を手がかりに、位置に関  
する情報を持ったデータ(空間データ)を総合  
的に管理・加工し、視覚的に表示することは、

高度な分析が可能といえた。しかしながら、厚生統計は、地理情報システム関係省庁連絡会議「国土空間データ基盤標準及び整備計画」に対応していない。

④国土空間データ基盤および市販のデータを用い、ハフモデルを利用した診療圏分析、受療人口算出などを簡易に作成できることを確認した。

⑤道路交通網から到達圏計算、ルート検索などの災害分析や医療提供施設の選択モデルなどの可能性を確認した。

⑥自治体の合併などトポロジー（面認識）における、行政界変更のリレーションを提供できれば、医療圏の変更をシミュレート可能であった。

#### II 施設を示す統計指標の可視化

①厚生統計は個票での開示がなされておらず、医療機関個々に活用することはできない。

②病院所在地を市販データよりプロットしたが、毎年、医療施設の開院、閉院は多く、同一施設であることを確認するだけでも、その作業量は大きい。今後、診療所、福祉施設などの所在地を特定する作業には時間を費やすことになる。現在、施設所在地のデータ処理は、手間だけがかかり、簡便な処理方法がない。医療施設コードがついていれば、可能であった。

#### III 医療経営に関する指標の可視化

①医療経営に関する情報は、社会保障制度の財政的基礎資料として、論議されるにもかかわらず、情報の開示は進んでいない。しかしながら、医療コンサルタント、研究者では、医業収支と患者数などの指標をビジュアル的に表現し、わかりやすく伝えている。

②患者や医療従事者の満足など、21世紀の医療へと変貌を遂げるためのリストラクチャリングと考えることによって、変化の過程を可視化する指標など模索された。

#### IV 厚生統計利用者の特徴

官庁統計は、大規模な調査であること、定期的にしかも体系的に調査されていることから、企業においては、市場規模を推定するためなど

様々な用途で積極的に活用されている。官庁統計は行政目的で作成されているため、一般の利用者にとって必ずしも読みやすいものではない。特に、厚生統計は、専門性が高く、その利用者は、行政、マスコミ、研究者、医業関連サービスなどに限られる。

#### 【結論】

本研究は、統計情報の多角的有効利用を促進するための手法として、統計情報の視覚化に取り組んだ。

結果として、保健・医療・福祉機関の再整備や、市区町村の合併など行政区分の変更に起因する地域の保健・医療・福祉供給体制の変化などの状況を可視化し表現することは、可能といえた。しかしながら、個票が開示されない限り、総論的な表現にとどまり、現在の厚生統計では、医療施設単体の評価は、難しい。

患者調査、医療施設調査は診療報酬や診療行為に関する情報とのリレーションがない。また、標本調査であることから、患者単位の名寄せもできない。従って、レセプト電算化に期待が寄せられたといえる。

#### 【健康被害情報】

現在のところ報告すべき情報はない。

#### 【学会発表等】

なし

#### 【知的財産権の出願・登録状況】

なし

平成19年度厚生労働科学研究費補助金  
政策科学総合研究事業

**厚生統計の可視化に関する研究**  
(H19-統計一般-001)

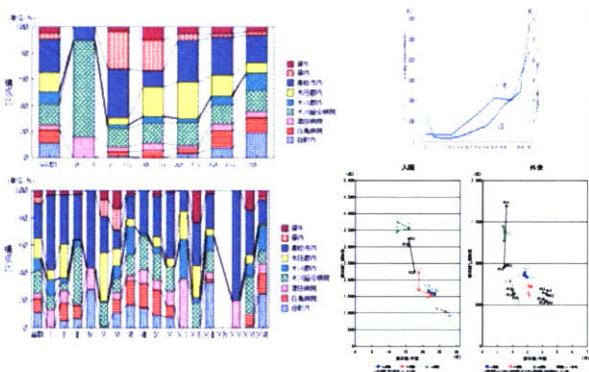
平成20年3月24日  
主任研究者：宇田淳（広島国際大学）

1

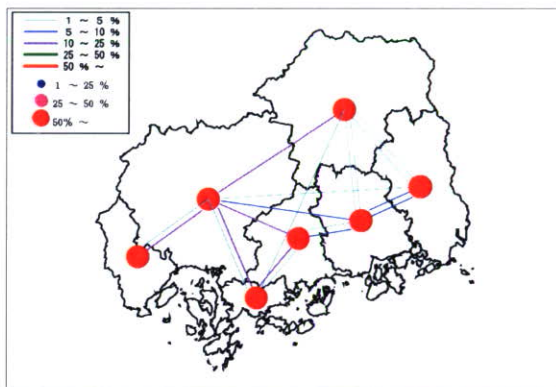
**研究の目的**

統計情報の多角的有効利用を促進  
するため、厚生労働省が公表・編集  
している統計情報を利用しやすい形  
式に加工・編成をユーザ自体が行え  
る仕組みを提供すること。

**レセプト個票の分析**

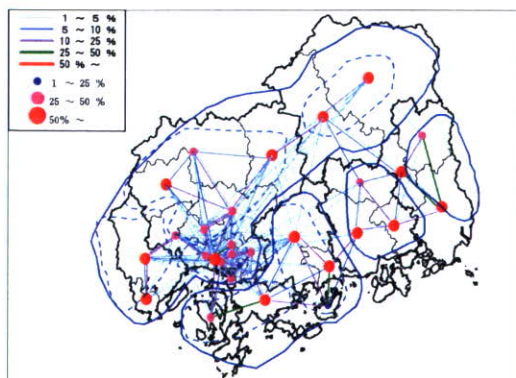


3



広島県医療圏別 新生物 入院患者の受療状況

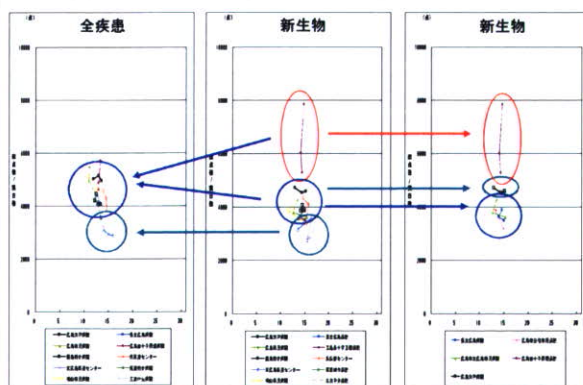
4



広島県市区町村別 新生物 入院患者の受療状況

5

広島県国保レセプトにみるがん拠点病院の平均医療費・平均診療日数(入院)



6