

## 第7回人口・社会統計部会議事録

1 日 時 平成20年2月27日(水) 13:00~15:30

2 場 所 総務省第2庁舎 特別会議室

3 出席者 阿藤部会長、廣松部会長代理、野村委員、大久保専門委員、兒玉専門委員、齋藤専門委員、中村専門委員、審議協力者(厚生労働省、農林水産省、経済産業省、東京都、神奈川県)、諮問者(會田総務省統計審査官)、調査実施者(中野厚生労働省保健統計室長)他

4 議 題 平成20年に実施される医療施設調査及び患者調査の計画について

### 5 議 事 録

阿藤部会長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第7回人口・社会統計部会を開催いたします。

本日は、前回に続いて「平成20年に実施される医療施設調査及び患者調査の計画について」、これに関して審議を行います。

本日は、嶋崎委員が御欠席でございます。

本日は、前回示させていただいた論点のうち、患者調査に関するものと医療施設調査と患者調査の両調査に共通するものが残されていますので、これらの審議をお願いしたいと考えております。ただし、その前に、前回の部会で審議いたしました医療施設調査について、各委員から出されました御質問や御意見のうち、もう少し詳しい説明が必要であると思われるもの、例えば労働時間や従事者数について、こういったことがありましたので、改めて厚生労働省に説明をお願いすることにしております。

更に、席上配付資料としてお配りしておりますが、東京都から、医療施設調査及び患者調査の審議に当たり意見を提出していただきましたので、前回の論点とともに皆様に御審議をお願いしたいと考えております。

更にですが、2月18日に開催されました統計委員会において、私の方から前回部会の結果概要を報告いたしましたところ、統計委員会の出席委員から、病院のいわゆる経理項目やその従事者数などについてさまざまな御意見がございました。経理項目の取り扱いについては、この統計委員会、親委員会の方での関心も大変高かったので、医療施設の経理項目が一体どのように把握されているのか、その現状を厚生労働省に説明していただいた上で、部会としての結論を再確認できれば再確認しておきたいと考えております。

審議内容は以上でございます。審議に入ります前に、まず、本日の配付資料について、更に前回部会の結果概要、それから第6回統計委員会の結果概要について、會田統計審査官から説明を

お願いします。

會田総務省統計審査官 まず最初に、配付資料について御確認いただきたいと思います。配付資料の本体の方が非常に薄いもので、議事次第と前回の議事概要（未定稿）でございます。それから、ここの部会の構成名簿が一応配付資料となっております。

それから、もう一つの固まりで、席上配付資料といたしまして、別添資料1から別添資料6までというのが一固まりあるかと思えます。これが本日の配付資料でございます。

続きまして、前回の部会の概要と18日にございました統計委員会の議事の概要につきまして、簡単に報告させていただきたいと思えます。

まず、配付してあります資料の「第5回人口・社会統計部会結果概要」を簡単にご覧いただきたいと思えます。前回は第1回目ということで、部会長代理に廣松委員が指名された後、部会長が準備されました論点メモに沿って、主に医療施設調査の方の審議からやっております。

5の概要、(3)「課題への対応」というところで、片仮名のア、「主な意見は、以下のとおり」ということで、これが前回出た意見でございます。

1つは、常勤換算か実人員で把握するかということですが、両方するのが理想的だけれども、記入者の負担という観点から難しいのではないかということ。

それから、医師・歯科医師・薬剤師調査と別の調査で実人員を把握しているということ。今回の医療施設調査の方では、常勤換算を把握するというところで、もしそれがリンケージできるのであれば、それを使って分析する方がいいのではないかということ。

それから、過去において、医療施設調査の方も実人員で把握していたものが、その必要性から常勤換算に変更してきたことがあるということで、医師の過不足を把握する上では常勤換算の方が適当ではないかということ。

もう一つ、前回出されました意見としては、最近、医療の場も大変だということで、就業時間というか労働時間、そういったものを把握する必要があるのではないか。それから、実人員も把握することが望ましいのではないかという意見も出ました。

医療施設によって経営に関する情報、調査項目を取るかということについては、医療施設調査というのは全数を把握している調査であるということから、そういった経理項目とかを入れると、本来の診察機能の把握が不十分になってくるのではないかというような御意見もあったということです。

それから、経営に関する項目という観点からは、他の標本調査で把握されている経営のデータとこの医療施設調査のデータのリンケージを行って使う方が重要ではないかという御意見も出ております。

それから、医療経済実態調査、これは別途に行われた承認統計の方でございますが、こちらの方ではかなり細かく把握してもらっている。ただ、一部結果表として公表されていない項目もあるのではないかということで、公表してもらった方がいいのではないかというような御意見もございました。

それから、医療統計の全体に関しては、現在、基本計画部会のワーキンググループ等で別途議

論する方がいいと思うけれども、医療施設や従事者に関するデータがいろいろな調査の結果で散在しているような現状になっているので、ユーザーにとってはちょっと不便ではないか。結果を何かに出すときにも、そういうものをまとめて公表することなども検討してほしいという意見も出てございました。

それから、医療施設調査については、母集団情報の整備という大きな目的があるので、そのところは考えなければいけないということで、審議の結果、従事者の把握の考え方につきましては常勤換算にするということが主だと思いましたが、おおむね妥当というようにされました。

それから、医療施設の経理項目については、ほかの調査で把握されている情報を利用して、リネージュさせて分析することがいいのではないかと部会長の方からまとめていただきました。

それから、医療に関する統計全体については、また基本計画部会及びその下のワーキンググループで具体的に議論していくことではないかというお話がありました。

それから、(4)の医療施設調査の「調査事項」ということで、主には調査票のレイアウト等に関することかと思いますが、出てくる順番が、子育て支援とかというもの、それから施設整備に関するものということで、順番が少し混在しているのではないかと、整理が要るのではないかとということ。

あと、前回の調査票に比べて文字等が少し小さくなっているのではないかと、できるだけ見やすくしてほしいというようなこと。

それから、現在では在宅医療の推進が重要となっているけれども、在宅を専門に行う診療所みたいなものが把握できるのか。これは質問でございますが、そういった意見がありました。

こちらに関しては、審議の結果、調査事項については、記入者負担の軽減のための配慮は必要であるけれども、内容的にはおおむね妥当という形で取りまとめていただいております。

それから、「その他」につきましては、医療機能情報提供制度というようなこともあるので、業務記録等の活用は、記入者の負担を軽減する上では正しい方向なのだけでも、実際には、それを使うとなると多くの段階を経ることが必要になるので今後の課題だろうということでもまとめていただいております。

こちらの方は業務記録ということで、基本計画部会の方でも一つの議論の材料として出していくものではないかということもありました。

それから、「オンライン調査」に関しましては、現在でも、電子調査票という形では、デジタルの調査票という形では申告可能な形になっておりますので、そちらの方の利用を推進していくことが必要ではないかというような意見が出ております。

それが前回の部会の概要でございます。

それから、席上配付資料という方の別添資料1というところで、「第6回統計委員会結果概要メモ」ということで、2月18日に行われました統計委員会のときに、第1回のこの部会の概要を部会長の阿藤先生の方から御報告いただいたときに、統計委員会の場でいくつかそれに関する質疑があったということ整理したものでございます。

上の方から説明していきますと、経営項目に関しては、ほかの承認統計などとデータをリンクして分析するというのが適当だろう。だけれども、そのリンクして、結果を公表とかまでやってくれるのかというような御意見が出まして、それについては、個人ベースで利用していただくしかないのではないかとというような話を阿藤部会長の方からお答えしていただいております。

それから、医療施設調査は、施設の名簿整備という大きな目的もあるので、経理項目等を入れると回収率に対して影響が出るというおそれがあるということも御発言いただいております。

それから、上から3つ目の でございますけれども、医療施設調査というのは、医療機関の名簿整備に使うということの説明がされた後、別の委員の方から、医療施設の名称、所在地というのは、別に厚生労働省の方の業務記録で把握しているのではないかとというような質問が出ました。それに対しては、医療施設の名称、所在地だけで名簿に使っているのではなくて、そのほか、患者の数とかお医者さんの数、こういう施設があるかないか、そういった情報も含めて名簿で使っているので、名称、所在地がわかるだけでは名簿にならないというようなことも御発言いただいております。

それから、医療とか保健関係の統計の体系的な話は、基本計画部会という別途の場でまた御議論いただくのではないかと回答になっております。

それから、昨今、お医者さんの過重労働というようなことで、医師不足とか過重労働の問題に対しては対応できるような内容になっているのかという質問がございましたので、今回、新たに診療科目別に常勤換算で男女別に医師を把握することになっているということで、従来よりも詳細に把握できるようになっていると部会長の方から答えられております。

それから、入院患者についても、今回、診療科別に新たに把握することになっているということになっております。

一番下の ですが、一部の医師については、負担が過重になっていることがわかるよう集計を工夫していただきたいという意見も出まして、部会長の方からは、詳細な情報を取っているので、関連の分析をすれば把握できるのではないかと回答していただいております。

それから、2ページ目ですが、一番上の で、ここはやはり経営状況に関することですが、規模の大きな病院においては、高度な医療施設をどのように活用しているかという点もあって、その背後には経営状況がある。地域医療でも、公立病院の経営危機とか言われているけれども、そういう点に関してはどうなのか。今回は無理にしても、こういう経営に関する項目を取り入れることを検討していただきたいという意見が出ました。今回の部会は平成20年に実施されます医療施設調査のことの審議ということで、次回以降になりますと、同じ年に経済センサスという別途の広範な調査が予定されているので、そちらの方との関係も考えなければいけないというようなことを回答していただいております。

あと、経済センサスというものについての意見のやり取りが若干ございまして、経済センサスの方でも、病院とか診療所の医療施設については、経営項目を入れるということが今予定されているというような話が出ております。

一番下から2つ目の ですが、医療統計全体をどうするかという問題はワーキンググループの議論になると思うが、それを視野に入れて部会で議論いただく必要があるということで、そういう意見が出ております。

一番最後の でございますが、医療経済実態調査は規模が大きくなり、典型例が取ればよく、全部をカバーして調査しようというものでない。産業全体としての実態を把握するには、医療経済実態調査の標本数では不十分なので、拡充した方がいい、こういった意見も出ておりました。

以上で紹介を終わります。

阿藤部会長 こういうような経緯がございまして、当初の予定では、本日の部会は患者調査を中心に御審議いただくということになっておりましたが、追加の審議が必要な事項ができましたので、時間内、2時間ですべて審議を終えることができない可能性が出てまいりました。そこで、もし時間内に審議を終えることができなかった場合ですが、もし皆様方の御都合がよろしければ、20分強程度審議時間を延長させていただければと考えておりますが、いかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、御理解いただきましてありがとうございます。皆様方には、御多忙と思いますが、よろしく願いいたします。

それでは、審議に入らせていただきます。

まず、経理項目の取り扱いについて審議を行います。

先ほど、會田審査官からも説明がありましたとおり、2月18日の統計委員会で経理項目の取り扱いについて大変関心が高かったということでございます。経理項目につきましては、前回まとめたとおり、医療施設調査において把握するのではなく、他の調査で把握されている情報を利用するということが適当であるという一応の結論を出しました。そして、医療施設調査とのリンクなど利用のあり方については、基本計画部会などに検討を委ねるという整理をしたところでございます。

医療施設の経理項目がどのように把握されているかという現状を理解した上で、これらの現状と医療施設調査の目的を踏まえて、前回の結論めいた整理について再確認できればと考えておりますので、現状はどうかということ厚生労働省の方から説明をお願いしたいと思います。

中野厚生労働省保健統計室長 では、厚生労働省の方から説明申し上げます。

今、冒頭に部会長からありましたとおり、私どもに依頼があったのは、「厚生労働省で実施している医療施設の経営項目に関する調査」ということでございました。資料は、別添資料2でございます。A3判の、折り込んでありますので広げていただきたいと思いますと思いますが、一覧表にまとめております。

まず、固まりとして3つございますけれども、前回の会議でも何度か名称を出させていただいておりますが、まず、「病院・診療所対象に、経営項目を調査しているもの」ということで、医療経済実態調査がございまして、これは、調査事項については右にあるとおり、医療収入から始まって資産、負債ということまで、それを病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局等々について調べているということでございます。

それから次は、「一部の病院・診療所を対象に、経営項目を調査しているもの」ということで、主管部局が老健局となっておりますけれども、介護事業経営実態調査及び介護事業経営概況調査でございます。これにつきましては、この「一部」という意味は、対象施設、介護保険施設という項目の中に、介護療養型医療施設、それで病院と診療所という区分がございますので、こちらが関係しているところでございます。調査項目は、ご覧のとおりでしておりますが、事業所全体の収支以下、調べてございます。

3つ目の固まりで、「一部の病院・診療所を対象に、費用に関する項目を調査しているもの」ということでございます。これにつきましては5つ並べてございますけれども、最初は、まず、毎勤と言っているものでございますが、毎月勤労統計調査でございます。これについては、現金給与額、費用という形で調査項目に挙がっております。

次の賃金構造基本統計調査、これにつきましても、現金給与額ということで費用項目が整理されてございます。

それから、3つ目が賃金引上げ等の実態に関する調査。これは名称のとおりでございます、賃金の改定に関する調査でございます。右の調査事項の中で、イ、賃金の改定に関する事項の中で、いわゆる賃金改定額とか改定率等々について調べているものでございます。

4つ目につきましては就労条件総合調査。これにつきましては、毎年の調査であり、調査項目が変わっているわけでございますが、この中で、現金給与額とか退職給付等の関係を調べているものでございます。

5つ目、能力開発基本調査というものがございます。これは、企業の概要を含めて、その中で売り上げ等、経営利益ということで調べておりますけれども、特に能力開発関係でございますので、オフJTすなわちオン・ザ・ジョブトレーニングの逆でございますが、通常の仕事から一時離れて研修するという教育訓練に関する費用をどのくらい支出したかというのを調べている関係上、これもかかわっているものでございます。

詳細な調査事項につきましては、この表をご覧くださいと思います。

以上でございます。

阿藤部会長 ありがとうございます。

それでは、経理項目の把握の現状等を踏まえた上で、またこの問題について御意見がございましたら御発言をお願いします。どうぞ。

野村委員 すみません、統計委員会のときにちょっと欠席しましたのでどういう議論が行われたか正確には理解していませんが、医療経済実態調査というものの調査票を見る限り、むしろ収入の種類、医療収入、介護収入、その他収入、あるいはその費用構造、原材料、材料費ですね、給与委託費などという形で費用構造と算出構造の両面がしっかりとらえられている。これは、前回のときの部会のこの場でも言いましたけれども。経済センサスの一つの理想形みたいなものは、基本的には、歳出構造をとらえるのと、投入構造と、あとは販路の構造といいですか、だれが購入者であるとか、そういうものまで行ければインプットとアウトプットの一国全体のストラクチャーをアクティビティー別に、事業所と言ってもいいかもしれませんが捕捉していく

という姿になると思うのです。そういう意味では、非常に理想に近い調査票の姿を持っていると言っているのではないかと思います。ただ、前回に申し上げたように体系としてはいろいろな課題があるかもしれません。6月時点とかの調査であるとか、あるいはサンプル数の問題もあるかと思えます。

一方、若干の経営指標を医療施設調査の調査項目に入れていくということは果たしてどれほどの意味があるのでしょうか。医療経済実態調査の母集団推計をすれば、その有効な層化による比推計のための母集団情報を提供するかもしれません。あるいはもし導入するのであれば一つのパッケージとしてですが、それは大きな記入者負担を伴います。むしろ医療統計といえますかこちら側からの構想としては、経済センサスの方で母数となるような、しっかりとした母数となるような数字を5年おきにしっかりと捕捉してもらおう。医療経済実態調査がサンプル調査で2年に1回行われる、この医療経済実態調査がその中間年次における調査である、そういう位置づけをむしろ提案するというのの一つなのではないかと思えます。

阿藤部会長 ありがとうございます。ほかの委員の方、御意見をどうぞ。

廣松委員 私も今の野村委員と同じ意見で、この医療施設調査の方の目的と、それから医療経済実態調査の目的というのはかなり違う。その意味で、両調査の役割分担というか、そこを明確にすればいいのではないかと思います。

阿藤部会長 ありがとうございます。ほかの委員の方、御意見がございましたでしょうか。どうぞ、中村委員。

中村専門委員 私も、この医療経済実態調査と医療施設調査は別々で行うことが適切ではないかと思えます。公立病院、特に自治体病院の経営状態が非常に悪いということは事実でありまして、9割以上の自治体が赤字であるというようなことがあります。これは、ここにある医療経済実態調査で出入りを明確にするということとともに、かなり雇用者の配置の問題ですとかがありますので、いずれ医療施設調査の方では、実際にその医療機関で就労している実人員としての医療人の数を把握するということが、医療がどのように提供されているかという情報をまとめるということの趣旨で、医療経営、また実際の医療者の雇用の関係、これは全く別建てで行うことが適切と考えます。

阿藤部会長 ありがとうございます。ほかの委員の方、御意見がございましたでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、今の件につきましては、こういった病院、一般診療所の経理項目については、この医療施設調査において把握するのではなくて、むしろ他の調査で把握されている情報、取り分け、再三名前が出ました「医療経済実態調査」のような調査の情報を利用することが適当であって、医療施設調査とのリンケージなどの利用のあり方については、また別途、基本計画部会等に検討を委ねるという当初の前の整理を一応了承していただいたということでもよろしいでしょうか。

それで、統計委員会におきまして、今、中村委員からお話が出ました公立病院の経営悪化の問題を指摘する御意見がございまして、この調査ではないのですが、医療経済実態調査では、公立病院の経営状況を把握できるのかどうかということも厚生労働省の方から伺いたいと思えます。

中野厚生労働省保健統計室長 この実態調査の開設者区分といたしまして、いわゆる国立と公立と公的と社会保険関係法人、その他法人、それから個人全体と分けてございますので、公立の中に含まれると考えております。

阿藤部会長 つまり、できるということですね。

中野厚生労働省保健統計室長 はい。

阿藤部会長 わかりました。どうもありがとうございました。

どうぞ。

大久保専門委員 公立病院の経営の状態の悪さはいろいろ指摘されていますが、もちろん、医療経済実態調査による開設者別の経営状況を見ることによってもできると思いますが、あと、指導課が行っている病院経営収支調査とか公営企業法の報告書などを見ることによって、自治体、公立病院の経営状況というのは把握できるかと思えます。

阿藤部会長 どうぞ。

中野厚生労働省保健統計室長 指導課が行っているそれは、平成16年まで承認統計だったものでありまして、今は承認統計ではないと。

あと、2つ目におっしゃったのは、恐らく地方公営企業関係の総務省がやっている方の調査ですね。その中で病院事業という位置づけの中での届は、経営関係は取っているということも把握しております。

阿藤部会長 そういうものもあるということでございます。

今の点については、先ほどの整理で一応御了解いただいたということにしたいと思えます。

それでは、2番目に、前回部会で御質問や御意見があって、必ずしも全部を整理し切れていなかった問題がございます。一つは、労働時間に関する調査事項を追加する必要があるかという御意見が出ました。もう一つは、常勤換算で把握する医療施設調査と実人員で把握する医師・歯科医師・薬剤師調査とのリンケージを行うことは可能かという御質問がございまして、これに関して厚生労働省からもう少し説明をいただいたらどうかということでございます。よろしく願います。

中野厚生労働省保健統計室長 では、お手元の資料といたしましては、別添4になります補足という資料でございますが、まず、先生からお話がありましたように、総労働時間関係についてもう少し詳細にということでございます。

前回の部会では、野村委員の方から、いわゆる総労働時間、マンアワーとか、そういう基準が何らかの形で決められるだろうかという御指摘があったかと思うことと、嶋崎委員の方から、医療機関におけます労働の過酷さ等を考えますと、就業時間を取っておいた方が望ましいのではないかというような御発言があったのを受けて、再度、回答させていただきます。

改めまして、総労働時間という定義が完全に私ども十分理解しているかどうかというところがありますけれども、その辺を逆に御教示いただけたらとは思っておりますが、ここにも書いてありますが、医療施設において就労の状況を把握するには、事業従事者ごと、それからまた職種別という労働時間を把握するということになるかと思えます。しかし、医療施設は職種もさまざま

いらっしゃるということ、それから勤務時間帯また勤務形態等々が多種多様にわたっているということを考えますと、その辺をきちんと整理した上でないと記入者負担がかかるかなと。ですから、平成20年の医療施設調査においては、総労働時間を追加するのは難しいのではないかという回答にさせていただきたいと思います。

ただし、前回も出ておりましたけれども、調査体系全体を整理していくというところで、統計委員会の基本計画部会等々があるかと思しますので、そちらの方の結果に委ねるといいでしょうか、結果を待って検討していきたいと考えております。

ただし、先ほどの経営のところでも出していただいておりますけれども、いわゆる総実労働時間数というものにつきましては、毎月勤労統計調査の方で、いわゆる所定内労働時間数と所定外の労働時間数の足したものが総実労働時間数という形で整理されているということを追加させていただきたいと思います。

以上でございます。

続いて、従事者数の関係でございます。次のページでございますが、医師・歯科医師・薬剤師調査、いわゆる3師調査と今回お諮りしております医療施設調査のリンケージができないということでお答えしたところでございますけれども、再度でございます。この3師調査、医師・歯科医師・薬剤師調査につきましては、いわゆる医師でしたら医籍登録番号、歯科でしたら歯科医籍の登録番号1つに対して1枚出していただく、すなわち主に従事している施設に対して報告が上がっているというものに対しまして、医療施設調査では、施設側から見て常勤、非常勤を問わず計上しておりますので、複数の施設に勤務している者がカウントされているという中であって、これらのデータを結びつけることは困難であるということで御理解いただきたいと思います。

以上でございます。

阿藤部会長 ありがとうございます。

それでは、以上の2点について、また改めまして何か御意見、御質問等ございましたらどうぞ。野村委員どうぞ。

野村委員 総労働時間の捕捉につきまして前回のときにお話をお聞きしましたので、追加的なコメントなんですけど、今、余りマンアワーと言わなくなってアワーズワークドと言ってありますが、働いた時間という意味で後ろからかかってくるみたいな、付加価値バリューアディッドみたいな感じですけども、アワーズワークドという形でとらえるのがナショナルアカウンツの標準になってきているというところがございます。御承知のとおりいろいろ働き方がある中で、どうやって労働の投入量をとらえたらいいかということの中で今のところもっともよいメジャーであるとの一つのコンセンサスができてきているかと思えます。

この御説明、記入者負担という説明も非常によくわかりますし、記入者負担は今回のこの東京都の資料を読みまして、大変だなと思ひまして、記入者負担を抑えなければいかんということは非常に強く感じたのですけれども、ただ一方で、FTE、フルタイムエクイバレントを推計しているわけですので、フルタイムエクイバレントと実人数を捕捉していて、フルタイムエクイバレントを聞いているにもかかわらず、アワーズワークドの記入なり調査の負担が大きいというのは、

ややおかしな感じがするわけです。本来、フルタイムエクイバレントを推計するためにはアワーズワークドが必要で、実人数とアワーズワークド、実労働時間があって、フルタイムエクイバレントへの推計値を推計していくというのが基準であると思うのです。

その中で、今回ちょっと常勤換算をどういう推計によってやっているのかというのを総務省にお聞きして資料をいただきまして、あらかじめちょっと読んで見たのですが、ちょっと驚いたのは、病院で定めた1週間の勤務時間をもってして換算するということでした。そこには、32時間未満の場合は32時間とするというルール、記入要領がございまして、例えば1週間のうち数日しか営業しない病院でも32時間未満の場合は32時間とするというような形で換算が行われるのだと思います。病院で定めた1週間の勤務時間ですので、職種によらず、病院によって少し定義が異なりうるということがあるのかということで、通常のFTE、フルタイムエクイバレントのときの換算においては、その分母において職種別に平均的なフルタイムの人の1週間なりの労働時間を決めるという形での換算ですが、現在の記入要領には病院によって違ってくるといふものかなと思います。

そういう意味で、フルタイムエクイバレントの計算というものは、むしろアワーズワークドを、アワーズワークドだけにしたら、ただ単に全部単純集計すればいいわけですがけれども、フルタイムエクイバレントの場合は、ここでの常勤換算の場合、32時間未満の場合は32時間とする、一人について1.0を超える場合は1.0とし0.1を下回る場合は0.1とするというような制約がついてくるわけですので、むしろ記入者負担としては、計算上もこちらの方が計算の負担を大きくかけているのではないのかと思います。頂いた説明において、よく理解できないというのが正直なところでございます。

一方で、毎勤等で動態的な部分は先に押さえているのではないのかというのがそうだと思いますけれども、医療施設調査のあり方についての考え方なのですが、施設調査という名のとおり、もともとはどうもキャパシティーについて調査していて、それがフィジカルな、物的なアセットについてのキャパシティーであって、それがヒューマンキャピタルといいますか人的な手法の方に移られてきたので、前回のときにマンパワーの確保だというようなお話をされていましたが、そういう形で人的な資産もとらえていこうという方向に変わってきたものと思います。

ただ一方で、キャパシティーというのはやはり捕捉として十分ではなく、キャパシティーの稼働、ユーティライゼーションといいますか、どういうふうに運用されている、稼働しているかという概念がやはり重要なのであろうと思います。経営指標まで飛ばなくても、その部分のキャパシティーの稼働についての調査が視野に入ってきてしかるべきなのかなと思います。そういう意味では、労働量の構造調査として、労働インプットのアワーズワークドを捕捉していく、実人数とアワーズワークドを捕捉していく、それによって平均労働時間を計算していく。それが常勤と非常勤に分かれていけば、FTEも当然計算できるという形の姿が健全なのではないかと思ます。

阿藤部会長 ありがとうございます。この労働時間について、ほかに御意見ございますか。  
それでは、厚生労働省さん、少し、今の見解について。

中野厚生労働省保健統計室長 今回の御意見はまた承ったということで、それはもちろん、中長期的に判断しなければいけないことだと思いますので、御意見として承りますということによろしいでしょうか。

阿藤部会長 今回の調査で大幅にその点を改定するのは一応困難だという前提に立って、今の御意見を中長期的に検討課題とするということによろしいでしょうか。

それでは、もう1点の方の3師調査と医療施設調査のリンケージができないという御説明がございましたが、これに関して御意見ございますでしょうか。

中野厚生労働省保健統計室長 参考資料として実際の調査票の写しを後ろのページにつけてございます。3師調査でございます。

阿藤部会長 今回の段階では、個人の側と施設の側で、しかも個人の側は主に従事している病院だけを扱っているということでリンケージは難しいということですね。ですから、全くそのシステムを変えればまた別でしょうけれども、共通の項目が取れるようにすれば別でしょうが、今の段階では無理だ、こういう御説明だと思いますが、何か御意見ございますか。廣松委員。

廣松委員 医療施設調査と3師調査の方が現状のような形になっている以上、それが不可能であることは致し方ないと思います。ただ、これは先ほどの経理項目とも共通しますが、平成20年はともかく、23年には、先ほどから出ています経済センサスと調査が重なります。そうすると、恐らく経済センサスで取る方の項目に関しては、こちらの方では、二重に調査をする、重複を避けるという意味で、23年調査は入れないことになるだろうと思います。そのときに、いま経済センサスの方で議論していることをどう反映していくか、その点は、この20年調査には直接関係はしませんが、考えておく必要があると思うと同時に、経済センサスは5年おきでこちらが3年おきということになると、15年に1度は重なることになるのですが、その間の調査をどういうふうにしていくか、それもかなり中長期的な話ですが、やはり考えていく必要があるのではないかとはいえます。

阿藤部会長 経済センサスそのものが必ずしも中身がまだはっきりしていないという部分があるので議論しにくい部分があるのですが、たまたまといいますか、平成23年はその2つが同時に行われるということで、一方は全数調査ですし、こちらの方も非常に大きな部分をカバーしているわけなので、そのあたりで質問の整理あるいは今出たような問題についてどう対応するかということ、これは一応検討課題ということになるのでしょうか、どうでしょうか。

廣松委員 少なくともこの医療施設調査の周期を変えるとかそういうことでなければ、平成23年には2つの調査が重なるということは、今からわかっているわけですから、次回の調査に向けての検討を要すべき課題という位置づけになるのではないでしょう。

阿藤部会長 当面は、その23年の調査についてということですね。

廣松委員 そうですね。

阿藤部会長 そういう意味では、まさにリンケージはしようと思えば可能なことになるわけなので、そういう意味で、平成23年の調査について、経済センサスがどうなるかは別にして、そういうものと医療施設調査のデータリンケージの問題を検討課題とするという方向でまとめてよろ

しいでしょうか。どうぞ。

會田総務省統計審査官 確認のため、廣松先生が今おっしゃいましたのは、例えば医療施設調査は常勤から従来どおり把握して、経済センサスの方で実員みたいなものをもし取るということであれば、それでリンケージが図れるという御趣旨でございますか。

廣松委員 そうです。

阿藤部会長 どうぞ、野村委員。

野村委員 1つ、ここで今回の従業者数で医師・歯科医師・薬剤師調査登録のリンケージという話があって、医療施設調査における病院の男女別の分割というところの中の話なのかなと。男女別分割を今回新たにすることが書いてありましたが、この医師・歯科医師・薬剤師調査の本人が登録する方は男女別に、2年おきであったとしてもわかるということです。それで、リンケージができないというのは、それは、本人が登録している方と実際の働いている方と、ある意味、ナンバー・オブ・ジョブズといいますか、仕事の数を数えている方と人間の数ナンバー・オブ・パーソンズとの違いが出てくるということであろうと思います。しかしそれだとしても2年おきには男女別の捕捉ができる、ばっちりはいかないけれどももできているというときに、では、その記入者負担という形の中で男女別のものを分割する必要があるのかという話の前のところに結びついているのかなと私自身は理解していたのです。その部分が、もちろん、ジェンダー統計との課題があるのだということはあるかもしれませんが、ただ一方で記入者負担にはつながるわけで、その相対的な負担の重さとベネフィットを比べてどれかを抽出していくという中での選択だと思うのですが、その中で、これはある意味、接近できるけれども医療施設調査に入れていくということの是非ということを議論すべきではないかと思います。

阿藤部会長 これはむしろジェンダー的な観点から男女別をなるべく多くの調査に入れろということで、そういうものを把握しろという視点から、今回の調査に少なくとも医師についてはそういう項目を入れたと。しかし、実際には、3師調査で男女別の数はわかるではないか。であれば、ここまで無理して入れることはないのだ、そういう御意見でしょうか。

前回、一応了承はされているのですが、これについてほかの委員の方で御意見がございますでしょうか。大久保委員。

大久保専門委員 今ちょっとはつきりよくわからなかったんですけども、医療施設調査というのは、すみません、話に十分ついていけないのかもしれませんが、医療施設調査というのは、やはり医療施設において何人の医者が働いているか、どのくらいの時間働いているかということ把握して、それは、医療施設では実員を把握してということになりますので、医師不足の詳細なデータを把握するときに、地域ごとの医者の診療科ごとの数を把握するときに、やはり医療施設調査、3師調査では、どこで働いているかという情報がありませんので、主に働いているところしかありませんので、やはりきめ細かな診療科の医者の不足、それを地域ごとに見ていくという意味では、医療施設調査においてしっかり把握していかないと、また、医師需給計画を立てる上で、男女での数というのは重要になってきますから、そこは地域ごとにおける男女の医師の数を把握するという意味で、医療施設で把握はしておいた方がいいと思いますけれども。

阿藤部会長 ありがとうございます。ほかの委員の先生、どなたか。兒玉先生どうですか。いいですか。齋藤先生いいですか。中村委員。

この段階では、もちろん、野村委員の御意見もございしますが、前回、一応了承したということと、今の御意見は、記入者負担の観点とは別に、地域医療計画等をつくる場合に男女というものは重要ではないかという御指摘がございました。それでいかがですか。野村委員。

野村委員 記入者負担がどのくらいあるかということですが、職種別に各病院なり診療所の方で男女別集計を必ずしもしていないのではないのでしょうか。合計については捕捉している可能性が、かつてもやっているのであるのかなという感じもしますが、その部分の試験調査のようなものはもう既にされているのでしょうか。

中野厚生労働省保健統計室長 試験調査といたします。

野村委員 男女別捕捉に関するフィージビリティといたしますか。

中野厚生労働省保健統計室長 行っていません。

阿藤部会長 どうぞ。

大久保専門委員 私も医療施設にいたわけではありませんけれども、多分記入者側にとってみると、男女って結構、大変な負担とは言いませんが、負担はかなりあるのではないかと思うんですね。何曜日の何時からどういう医者来ているかというのは大体わかりますけれども、それは男女どうなのかとなると簡単ではないような気がするんです。かといって、ものすごく負担になるというわけではないと思いますけれども。

阿藤部会長 結構、ファーストネームで判断するとか、そういうことになるわけですか。

大久保専門委員 そうですね。

阿藤部会長 それでは、負担の問題というのはまた、東京都さんの方からいろいろ出ていますので、あるいはそこと合わせて最終的な結論を得たいと思います。

それでは、残りの論点についての審議に移らせていただきます。前回示させていただいた論点案と東京都からの追加点を合わせまして審議を行いたいと考えます。順番としては、東京都からの追加分に医療施設調査に関する事項が含まれておりますので、先にまず医療施設調査に関する事項について審議を行いまして、後ほど、患者調査及び両調査の共通事項について審議を行いたいと考えます。

そこで、まず、医療施設調査に対する東京都からの追加論点、東京都からの論点というのは別添資料5でございます。まずは、調査票の様式につきまして1番にございますが、これについて厚生労働省の見解の説明をお願いします。これについては、論点3(2)の調査票の設計とも関連しますので、合わせて御説明をお願いします。

中野厚生労働省保健統計室長 東京都さんの提出資料が別添資料5でございますが、私どもの考え方といたしまして、続く別添資料6を準備させていただいております。

まず、1番目、「調査票の様式について」でございますが、東京都からは、文字の大きさが小さくなって見づらいのではないかと、ページ数を増やすなりして、また文字を大きくしてわかりやすい調査票の設計を望むという御意見でございます。印刷する際は、もちろん、注記していくと

ということでございますが、前回お示ししております調査票案につきましては、私ども室の職員がエクセルでつくっている票でございます、これは実際このまま写真印刷をするものではございません。印刷業者に出しますので、文字を大きくするなり、余白の取り方などもきちんと説明して、今見ていただいている票よりは見やすくなるのではないかと考えております。もちろん、ポイント数も考えていきたいと考えております。

すみません、今、部会長の御指示がございましたけれども、前回の論点メモ整理の中の調査票の設計のところ、資料番号でいきますと論点に対する前回の別添資料6になりますが、厚生労働省作成の15ページになります。

共通課題の対応ということで、調査票の設計のところでございます。東京都からは、文字が小さいとか、全体を見やすくということでございましたけれども、論点にございます調査票の設計につきましては、レイアウトについて記入の負担の少ないものとしてくださいということでございました。これにつきましては、医療施設調査につきましては、この調査票の設計につきましては、施設名とか所在地等々のいわゆる基本項目は前半に持ってきております。あとは、施設が有しております体制に関する項目、続いて診療行為に関する事ということで流れをつくっておりますので、レイアウトにはそれなりの工夫をしてあるつもりだということで、こちらの方のお答えにさせていただきたいと考えております。

それから、電子調査票の利用促進ということでこちらも出ておりますが、こちらも一緒にお答えいたしますか。

この(2)の調査票の設計の後半部分でございますが、電子調査票の利用促進のためということで、前回の最後のときにも時間があつた関係で多少触れられたかと思えますけれども、その実際の電子調査票のフォーマットにつきましては、今ご覧いただいております資料の後ろから2枚目になりますが、医療施設調査の、これは平成17年に実際に使った電子調査票の画面例ということで1枚出してございます。こちらについては、紙媒体のものとまたレイアウトを変えてございます。まず、ダウンロードしていただいて、1つの画面でこのような状態が出てくる。入力者側の負担が軽くなるようにということで、チェックボックスとかメニューから選べるようにということで、電子調査票は電子調査票でそれなりの考えのもとで作成されております。どちらで出していただいても構わないということで私どもは御説明しておりますけれども、今後また、このレイアウト等に改善を要する場合がありますら、御意見をいただいて対応していきたいと考えております。

それから、また東京都の意見に戻らせていただきますが、記入ミスが多い項目について、具体的な記入例を調査票上に記載するとともに、誤った記入例も記載してもらいたいと。例えば、0.1が、「0」を入れない場合とか、どちらか判断ができないものが多かったので、注意書きなどを加えてほしいということ。それから、一般診療所票については、ページ数が増えても、やはり記入例を多くする方が記入者にとってもより親切ではないかということの御意見でございます。

それで、別紙ということで、具体的にここをこうした方がいいという御意見が出ておりますけれども、これもざっと触れさせていただきますと、まず、病院票の(6)の診療科目の標榜につ

いて をつける欄、未記入の場合が多いため、注意書きを目立つようにするというご  
ざいます。あちこち資料が飛んで申しわけございませんけれども、前回配付資料の参考資料1 - 3が  
調査票(案)でございますが、その「(6)診療科目」がございます。注意書きが項目と同じ  
ポイントで示してございますので、この注意書きをゴシックにするという工夫をしていき  
たいと思っております。

それから、「(7)患者数」について、病院報告の数値と一致させるよう注意書きを加えたら  
どうかという御意見でございましたが、いわゆる私どもは、調査するに当たりまして、実際記入  
いただく施設の方々にお配りする「記入のお願い」というものを医療施設調査では準備して  
おります。そのいわゆる手引書的な記入のお願いの方に、患者数の欄のところに、9月分の病院報告  
で報告した患者数を診療科目別に記入してくださいという注意を加えたいと思っております。

それから、「科目別の医師数(常勤換算)」について、これは、常勤換算方法について注意書  
きを加えて、小数点以下まで記した記入例も加えることという御意見でございます。これも、同  
じく施設側にお配りいたします手引書であります「記入のお願い」の方で注を加えたいと考  
えておりました、「0」を省略せずにきちんと「0.1」、「1.0」と書いてくださいという注意書きを  
加えるとともに、計算式等をきちんと明示していきたいと考えております。

病院票「(18)表示診療時間の状況」のところ、ここは、18時以降の表示診療時間を新しくこ  
のたび追加項目としているところがございますので、その辺の例示を誤りがないように記入例を  
加えてほしいという御意見でございますが、これにつきましても「記入のお願い」の方で例示を  
加えていきたいと考えております。

「(35)剖検」例の関係で、これも注意書きを目立つようにして、または記入例を加えるべき  
だという御意見でございますが、御指摘のとおり、注意書きが目立つようにゴシックで書いてい  
きたいと考えております。

一般診療所票の「手術等の実施状況」の「分娩の取扱」のところ、常勤換算方法についての  
注意書きを加えること等は先ほどと同様でございますが、一般診療所票につきましては、既に従  
事者数のカウント、新しい調査票では(29)に当たるものでございますけれども、「従事者数」  
については常勤換算ということで示すようになっておりますので、「(29)従事者数」のこ  
ろを踏まえて、分娩にかかわった医師、助産師の数を入れてくださいという注意書きを加えてい  
きたいと思っております。

今申し上げた従事者数の関係で、一般診療所票(29)、これは歯科診療所票にも同じ項目がご  
ざいますけれども、常勤換算方法についての注意書きを加えるということで同じ御指摘でござ  
います。先ほど来出ておりますとおり、「0」を省略せずにということと、0.1の場合は  
「0.1」、1.0の場合は「1.0」というふうに「0」を記入してくださいということを「記入の請  
い」できちんと示していきたいと思っております。

併せて、こちらの部分につきましては、常勤換算の例示は既に出ておりますけれども、文章を  
整理した上、目立たせるように下線を引くなりして、例示を更によくわかるように書いていき  
たいと思っております。

以上でございます。

阿藤部会長 ありがとうございます。

東京都の方から大変詳細な御指摘がございまして、それに対して今、厚生労働省さんから、活字全体の見やすさという点ではもうひと工夫したいと。あと、ほかに細かい注意書き、記入例等については、これもまた調査票内で工夫する、あるいは調査のお願いに記入例を追加するという事で対応したいという前向きな御発言がございましたが、東京都さんの方から何かございませうでしょうか。

東京都 ありがとうございます。少しでもこれで記入者の負担が減ると思いますので、調査票を見やすくしていただきたいということが、まずお願いでございます。

阿藤部会長 では、そういうことで、今、御説明があったような形で対応するという事でこの部分はまとめたいと思います。

それから、同じく東京都の方で記入者負担の軽減につきまして、その他も一緒ですか。では、その他と合わせて厚生労働省さんから御説明をお願いします。

中野厚生労働省保健統計室長 では、2「記入者負担の軽減」でございます。

まず、1番目として、一般診療所票の「(25)検査等の実施状況」の質問項目は病院票と全く同じであるが、一般診療所にも病院票と全く同じ質問項目が必要であるのだろうかということ、それから、必要度の高い検査項目のみに限定すべきである。削除を検討すべき項目は別紙のとおりということで、先ほどの別紙の続きのところ、2「削除を検討すべき項目」という形で挙がっております。その理由としましては、PETについて、17年調査時に国内の一般診療所で有している台数は、56施設しかない。また、一方で、日本核医学会PET核医学分科会のホームページにPET施設の一覧が掲載されているので、こちらの情報を取ったらどうなのかということ。

それから、2つ目の といまして、一般診療所への調査項目にCTのマルチスライスCTとその他のCTとの区別、MRIを今回、1.5テスラ以上と未満と分けたわけでございますけれども、この区別が診療所票で必要だろうかということ。マルチスライスCTや1.5テスラ以上のMRIのような医療機器は高額のため、購入できる診療所は限られるということを考えると、また同様に3Dの画像処理も実施している診療所は限られているということで、国の計画があるなら別であるけれども、そうでなければ病院と一緒に調査は必要ではないのではないかというご意見でございます。平成17年調査項目にマンモグラフィーを加える程度でいいのではないかと。項目を細分化しているので記入欄が狭くなり、先ほどの話の続きかと思っておりますけれども、要するに記入しやすい方にすべきではないかということの御指摘でございます。

これにつきましては、「検査等の実施状況」の項目でございますが、今回、多少一般診療所の実施件数が、病院と比べて、もちろん、それほど多くないのではないかとと思われる検査もありますけれども、今回御審議いただいております平成20年の調査におきましては、病院と一般診療所を合わせた医療機関全体の状況が把握できるようにということで項目を整理してございました結果、このような調査項目になっております。

一方、加えただけではなく、前回の平成17年調査から3つほど検査を削除してございます。超

音波検査、単純エックス線、消化管の造影撮影、この3つは削除しておりますので、もちろん、多少は考慮しておりますということでございます。

今回、特に御指摘のところ、CTにしるMRIにしる、性能に特化した形で調査票を考えておりますので、あえてこのようにそれぞれの項目を細分化してということとさせていただきますので、これは、医療全体の今後の状況を把握するということで必要な項目でございますので、御理解をお願いしたいと思います。

それから、項目が細分化して記入欄が狭くなっているということは、今回の御指摘の冒頭にもありましたとおり、印刷上のおきには、もちろん、工夫してということを考えてございますので、御理解よろしくをお願いしたいと思います。

それから、PET関係で核医学会のホームページを活用したらどうかという御意見でございますが、こちらにPETセンター関係の施設掲載、確かにございます。しかし、この核医学会の方に対して掲載を希望していない施設があると伺っておりますので、必ずしも正しい情報が得られないこと、それから、これは施設名称だけでございます。実施件数、何人の患者さんに対して実施されたかという数はわかりませんので、そちらの患者数は把握できないということからも、核医学会のホームページの活用というのはいかがなものかということでございます。

続いて、(2)一般診療所票は、一部の一般診療所のみが実施している項目も全診療所を対象として質問する調査項目となっているということで、診療所に関する負担はいかがなものかということでございます。特定の項目については後半に持ってきて、「を実施している一般診療所のみ回答してください」というような注意書きを加えて、実施の有無のみを聞く簡易な形式にしたらどうかという御提言でございます。実際に、質問の順番を後ろの方に持ってきた方がいい項目ということで、同じく別紙の方でございますが、3のところに掲載していただいております。(12)の健診・保健指導から(27)の放射線治療の実施状況までということでございます。

そういう意見に対してでございますが、御指摘の別紙3に掲げていただいております項目のうち、特に(12)の健診・保健指導から(21)の遠隔医療システムの導入状況、この項目につきましては、選択肢の中で「なし」という項目を実際設けておまして、これはどういう目的かといいますと、何もここで記入がなかった場合、回答漏れなのか実際本当に該当がなしかということとを判別するために、あえて選択肢の「なし」を設けているものでございまして、これによりまして、逆に、都道府県様の方におかれましては照会件数が減るのではないかと考えているものでございます。

それから、御指摘いただいております項目の(23)(25)(26)(27)につきましては、実際この中の項目がそれぞれ詳細なことから、「該当なし」の選択肢はこちらの方では設けてございません。ですが、実施していないという施設の場合には、調査項目欄全体に「×」をつけていただくということを考えておまして、いちいち患者数と実施件数欄に「0」、「0」と入れる必要はないというように整理していきたいと思っておりますので、これも先ほど申し上げました施設にお配りいたします手引であります「調査のお願い」の方にきちんと明記して行って、逐一「0」の記入は必要なしということで説明を加えた上で、この調査票を整理していきたいと思

ております。

それから、調査票の構成につきましては先ほど申し上げたところでございますが、基本項目から始まって順番に整理しているものでございますので、順番については、一応、私ども考えたとおりということで御理解いただきたいと思います。

続いて、「その他」のところでございます。

御指摘の点は、「調査のお願い」につきまして、調査結果が具体的にどのように生かされているかを記載するなど調査の趣旨をもっと理解してもらえるよう努力し、記入要領の記載方法についても「Q & A」を取り入れるなど工夫を図るべきであるという御指摘でございます。

この件につきましては、先ほど来申しておりますが、東京都さんもお書きになっておりますけれども、「調査のお願い」、これは医療施設にお配りするいわゆる手引的なものでございますが、これについて、特に平成17年調査のときには、調査結果を還元するという観点もありまして、1つ表を掲載してございます。開設者別の医療施設数の年次推移という形で結果表をお示しておりますけれども、この辺をより御興味を持っていただけるものに中身を工夫した上で、この表も見直していきたいと考えております。その辺の再検討を行っていきたいと考えております。

それから、記入要領につきましては、記入要領というのは、今度は施設ではなく都道府県の方にお配りするものでございますけれども、記入要領につきましては、特にいろいろとお問い合わせの多かった項目について、平成17年度のお問い合わせ項目を整理した上で、記入要領に説明を加えていきたいと考えておりますので、御理解をお願いいたします。

以上でございます。

阿藤部会長 ありがとうございます。

それでは、今の件について、また東京都さんの方から何か。

東京都 ありがとうございます。実際に書く方の立場になると思っております。それで、一つちょっとお聞きしたいのですけれども、先ほどの記入者負担の軽減のところ、CTのマルチスライスとかMRIというようなことがあったのですが、病院ならわかるのですが、本当に診療所の部分でちょっとどうなのかなと思っております。その辺、先生方にもお聞きしたいという部分があるというのが私どもの部分でございます。確かに、医療のいろいろな施設としてどうなのかという、母集団としてのということはわからないわけではないのですが、果たしてどうなのかなという気がしたものですから、ちょっとお聞きしたいと思っております。

阿藤部会長 医療の専門家ということで、どなたでも結構ですけれども。齋藤委員いかがでしょうか。

齋藤専門委員 今回の御質問は、診療所でどのくらいCTやMRIが入っているかということですか。これは、やはり数としては少ないと思います。

阿藤部会長 どうぞ。

大久保専門委員 例えば、PETは全国で56しかないという、これ自身がわかったのも、この調査があってわかったという意味で何とも言えないのですが、恐らくPETはこれから、がん検診の中で、病院というより、もしかするとPETだけによる、PETを使った検診を診療所でそ

れ専門でやっていく可能性があるという意味で、いずれは取らなければいけないと思いますが、では、今すぐ取る必要があるかどうかという感じになるとなかなか難しい話、ちょっと判断に迷うと思います。また、CTも確かにそれほど多く入っていないので、特に1.5テスラ以上って入っていないと思いますが、またこれも同様ですけれども、この調査があったからこそそれがわかったということもありますし、ちょっと何とも言えませんが、PETに関しては、多分、PETを専門としたがんの早期発見というのが、今後、診療所レベルで行われてくる可能性があるので、いずれは取らなければいけないかと思います。

阿藤部会長 ありがとうございます。兒玉委員いかがでしょうか。

兒玉専門委員 理想を言えば、特にPETなんていうのは、今かなり高額な医療検査ということですから、先ほど来出ている医療経済というか経済的な観点からすれば、これは、そういう意味では重要なと。ただ、皆さん御指摘のように、まだ今の時点で診療所でこれを持っているというのはないでしょうし、CTも、実際あるのは知ってはいますけれども、さっきおっしゃったようにまだ数が少ないので、記入者負担とのバランスということになるのでしょうか。ただ、どちらにしろと言うほどの決定的な根拠が私の中にはありません。

阿藤部会長 中村委員いかがですか。

中村専門委員 特にございません。

阿藤部会長 専門家からどちらとも言えないと言われると非常に困ってしまうのですが、厚生労働省さん、もう一度御見解を。

中野厚生労働省保健統計室長 がん対策基本法というお話もございましたけれども、PETの中でも、特にPETよりもPET-CTへ移行しつつあります。CTの導入のときもそうでしたけれども、一般診療所におきましても、高額といっても、普及すれば金額は下がりますので、割と普及が進んでいるかなというのがCTでございました。今は逆にPETの時代でございまして、先ほど、PETそれだけではいかがかという話もありましたけれども、PETセンター的なものも設置されております。

一方、それを裏づけるデータの一つといたしまして、社会医療診療行為別調査として月換算で、いわゆる診療報酬上のレセプトから拾っているものがございます。その実施件数ということで、例えばCTでいきますと、マルチスライスの時代からその前の時点ということで必ずしも連続はないのですけれども、単純に見ても16、17、18年ということで診療所におけます実施件数は確実に増えております。PET関係も同じでございます。それから、MRIもテスラがどんどん上がっていく時代でございますので、今、2.0より上がってきております。調査項目では1.5で切っておりますけれども、やはり診療所におきます実施件数が増えているというのは実際の数として挙がっておりますので、医療施設調査といたしましては、地域的な配置状況等々も調べていくということ、それから医療全体での配置状況を調べていくということでございますので、診療所でも是非取っていきたいと考えております。

阿藤部会長 そういう行政側からの御見解でございますけれども。廣松先生。

廣松委員 私はこの辺のところはよくわからないものですから。でも、そうですね、やはり動

きを知るといふか、経年的に、これは3年おきですけれども、どう変わってきたかということを知るといふ意味では、入れておく必要はあるというようにも思いますが。

阿藤部会長 どうぞ。

齋藤専門委員 日本の医療の特徴といひますか、非常に高額機器がたくさんあるというのが特徴だと思ひます。陽子線とか重粒子線でも、日本だけでヨーロッパ全体の何倍もあるとかという話も聞いていますので、そういう特徴を見る点では、PETとかCTを全体として把握するのは必要ではないかと思ひます。

阿藤部会長 どうぞ。

兒玉専門委員 今のお話で追加なのですが、私は放射線疫学をやっているものですから申し上げますが、国連では世界中でこういう放射線の診断機器がどれくらいあって、それに基づいてどれくらいの放射線を浴びている人たちがいるかということを知りたいわけですね。しかし、国としてのデータの提出を日本に求められていても、はっきりしたものが出し切らないという現状がありますから、そういう意味では、これを取っていただくと非常に助かる、国連に対してもデータが提供できるという側面はございます。

阿藤部会長 そういうことで、現状としてはまだ数は少ないけれども、経年変化というものを追うということ、全体として日本にどのくらいそういうものが普及しているのかということ把握したい、そういう御要望が行政側あるいは専門医師の側にもあるようでございますので、そういうことでまとめたいと思ひますが、よろしくお願ひいたします。

東京都 はい。

阿藤部会長 それで、これもそうですが、今、記入者負担の件について議論が生まれて、先ほどちょっと宿題になっていた医師の常勤換算で男性、女性という区分けを取る必要性が本当にあるかどうかというのが野村委員の方から出ましたけれども、これは、例えば東京都あるいは神奈川県の方ではどんなお考えですか。

東京都 先ほど大久保先生が言われたように、従事者数ではすぐ取れると思うんですね。それで、もう一度男女数で、それこそ何曜日に先生が女性だ、男性だというふうにして数えていけば出ると思ひます。ある意味で言うと、すぐは出ないけれども、それほど難しくはないと思ひますし、この部分は、どちらかということ病院単体でございますので、少し時間がかかっても事務方の方でやれると思ひます。

阿藤部会長 ありがとうございます。そういうことなので、野村先生よろしいですか。

野村委員 はい。

阿藤部会長 それでは、この調査票の、例えば病院で言うと(8)の常勤換算、男性医師、女性医師の区分けを取るということを知りたいということにいたします。

一応、以上で前回までの医療施設調査の積み残し分といひますか継続の審議を終えたいと思ひます。

それでは、残されました時間で「患者調査」についての御審議をお願ひしたいと思ひます。審議の進め方としては、まず、論点に沿って審議を行っていただきます。その後で東京都の意見に

ついて審議をいただきたいと思います。

そこで、まず論点の方でございますが、課題への対応というところ。

中野厚生労働省保健統計室長 席上配付資料の別添資料6の7ページから、患者調査の項目でございます。

まず、課題への対応、 が副傷病について、国民の傷病の実態をよりの確に把握するためには、生活習慣病及び精神疾患以外の傷病についても具体的に把握する必要がないかということでございます。ここでいう課題というのは、前回の医療施設調査の課題への回答でございますけれども、3年前の統計審議会の方で出ました答申の中で指摘された課題ということでございます。

3年前に戻りますけれども、3年前の答申につきましては、平成17年調査のまた前回といえますと14年調査になりますが、14年調査におきまして副傷病名を削除しております。経緯といたしましては、11年調査まで、昭和59年から平成11年までは副傷病名を取っていたわけですが、14年調査で副傷病名を削除しております。前回の答申では、医療事務の電子化等の進展を踏まえながら、同一の患者についての複数の傷病の把握について検討を行う必要があると指摘した。この前回の指摘というのは、14年の答申において指摘があったということが17年の答申でうたわれております。このことについては、国民の傷病の実態をよりの確に把握するため、複数の傷病を持つ者について、それらの傷病名を把握することが適当と考えられるので、報告者負担に配慮しつつ、電子カルテの普及及び調査のオンライン化等の進展を踏まえ、その把握方法とデータ活用のあり方について引き続き検討を行う必要があるということで、平成17年答申の中での指摘事項でございます。

それを踏まえて、私ども平成20年調査では、また副傷病名の把握ということで整理いたしまして、調査票は改めてご覧いただきますけれども、前回の参考資料2-3が平成20年調査票(案)でございます。20年調査案につきましては、副傷病名は、生活習慣病と関連した疾患に加えて精神疾患の合併症を把握することになっておりますけれども、その疾患に限りまして、しかも、御指摘のとおり、記入者の負担に配慮しつつということで、リストから選択するという形で副傷病名を把握することにしたわけでございます。

それを受けて、今回の本題に戻りますと、そのリストから選ぶ形であって、生活習慣病と精神疾患に限って今回調査するけれども、果たしてそれ以外はないのだろうかということでございます。それにつきましては、当然、疾患名は膨大なものがありますので絞り込まなければいけないということでございます。関係部局と企画に当たっては調整しているということを再三申し上げておりますけれども、この点につきましても、関係局との調整の上、生活習慣病、特に厚生労働省で今重要視しているものは生活習慣病、それから施策上要望のあった精神疾患の合併症を見るということで精神疾患ということで、疾患名を絞り込んだ形で調査することにしております。また今後、電子化等々が進めば、副傷病名の把握ということは取り方を考えていかなければいけないと思っておりますけれども、現在の体制を踏まえれば、今回の案で御理解いただきたいと思っております。

次が、平成17年調査において病床数が500床以上の病院につきまして、施設内における病院入院

の、いわゆる奇数票の抽出率を下げているけれども、調査結果の精度は悪化していないかということでございます。この抽出率を下げた状況につきましては、前回の資料のところの続きで、資料3でございますが、「標本設計に関する検証資料」というのをお付けしてございます。ここの項目の参考に同じことを掲げてございますけれども、17年調査の標本設計が14年調査から変更してございます。その内容を掲げているものでございます。500から599床の病院の奇数票の施設内抽出率を、平成14年のときは10分の5であったものを10分の4に変更しております。600床以上の病院の施設内抽出率を10分の5から10分の3に、それから500床以上の病院の施設抽出を全数に変更ということを行っておりますので、その結果、精度が悪化していないかという今回の御指摘でございます。

その結果は次の資料番号4でございますが、「施設内抽出率の変更による精度の検証」ということでございますので、施設内抽出率の変更、すなわち奇数票の抽出率の変更であることから、奇数票で把握しております傷病別の推計患者数の標準誤差率を比較しております。病院の網かけのところでございますが、これは上が平成17年の標準誤差率、下が14年ということでございますが、ご覧いただくとおり、該当する部分の標準誤差率とほぼ同じ値ということで、同程度の精度を確保しているものと考えております。

以上2点が課題への対応のお答えでございます。

阿藤部会長 ありがとうございます。それでは、ただいまの御説明に関しまして何か御質問等ございましたらどうぞ。どうぞ、兒玉委員。

兒玉専門委員 ユーザーの立場でお願いしてみたいと思うのですが、私たち国レベルでの疾病の実態把握ということになると、一番活用させていただいているのは人口動態死亡なのですが、それでは利用できる情報は死亡情報だけですし、いろいろな病気が必ずしもそこに反映されているとは限らないということで、有病状況を知りたいとなると、一番頼りにするのがこの患者調査ということになります。

そこで、ぜいたくを言うようになりますが、いろいろな病気それぞれがどれくらい頻度あるのだろうかということが、疾病対策上、非常に大切なものですから知りたくなりまして、副傷病名は、そういう意味では、記入者負担、それから、先ほどの厚生労働省からの御説明もあったようにどうしても限らなくてはいけないという側面はあるんですが、できるだけ多く欲しいというのが一つございます。

それから、2番目に、今度は、この主傷病につながる病気は何だろうということのをどうしても見たくないので、例えば「心筋梗塞」というのが主傷病名に出ると、副傷病名のところに「糖尿病」というのがあれば、「あっ、糖尿病から心筋梗塞かな」、あるいは「高脂血症」というのがあれば、あるいは「高血圧」があればというものの考え方をしますので、主傷病名の原因となるような疾病が副傷病名のところに表れるようにしてほしいなど。例えばそういう意味では、寝たきりということになると、女性の場合には骨折が一番多くなるので、そういうものが具体的に出てくればうれしいなという考え方をします。

3番目は、最近、これからもっとどんどん進んでいく高齢化ということを考えると、高齢者の

特徴は、複数の病気を持っているというのが特徴ですから、そのあたりも是非把握したいということで、基本的には、この副傷病名のところに可能な限り、先ほど申しましたように、主傷病名の原因になっているものとか、それから、高齢者に多数あるかもしれない病気、こういったものは可能な範囲で網羅してほしいというのが希望です。その例として、骨粗鬆症、それに伴う骨折といったものは、その他の疾患に入るよりは、具体名があった方がいいかなという感じがいたしました。ただ、これは、何遍も申しますが、挙げ出すと切りがない、それぞれの専門家が出てきますと、自分の専門のところの病気は必ず主張しますので、どこかでえいやっと決めなくてはいけないと思うんですが、今、私が申し上げたような観点で可能な限り網羅していただけたらというのが希望です。

阿藤部会長 ありがとうございます。ほかに。どうぞ、中村委員。

中村専門委員 副傷病名については、今、御指摘がありましたように、国民の疾病の構造を知るためにはこの情報が大変重要であるということ、私も同様だと思っています。それで、一方で、これはレセプトデータの地域を限定したようないくつかの研究から言いますと、多い場合は8～10傷病名ぐらい、それから1というのは少なくとも3～4ぐらいの傷病が挙がっている。これはレセプトの報酬請求ですので、治療にかかわる傷病名がすべて列挙されるのでそうなっているというようなことです。

私は、この調査については、記入者負担のこともありますし、専門分野のこともありますので、今回は生活習慣病、それから精神疾患を重点的にという御趣旨で副傷病名としてこの限定されたものが挙がっているという調査方法は、これは妥当だと思います。

一方で、レセプトデータの統計利用という、保険診療の患者だけであるということと、それから全くそれは、レセプト審査と統計とは違うものなのですが、レセプトの一部のデータを、例えばこの傷病に限って、制度をつくって一部を傷病の分析の統計に活用するというようなことについて、今後その見通しはどのようなものかというのを教えていただければありがたいと思っています。

阿藤部会長 ありがとうございます。ほかにございますでしょうか。齋藤委員どうぞ。

齋藤専門委員 平成20年度の調査については、生活習慣病と、今言われたように精神疾患ぐらいしか多分現実的でないと思います。多分2ページぐらいの票がないと全部の疾患が入らないと思います。

阿藤部会長 大久保委員。

大久保専門委員 副傷病は、昭和59年だと思うのですが、山形県で患者調査をして、すべての病名を書くという調査を山形県で当時してしまして、そのデータをもらって、当時は、大体2つ書けば7割、8割は傷病名を全部把握できるだろうという推計で2つにした経緯があります。ただ、兒玉委員から御指摘ありましたけれども、昭和59年と今では高齢者の数が全然違いますので、恐らく2つという正副という考え方では足りない、現実的な日本の傷病構造を把握するには足りないと思っております。

しかし、かといって全部書くと何ページあっても足りないということが、何ページあっても足

りないなら直接書いてくれた方が早いかもしれないのですが、当面对応できるとしたら、その他の疾患、16の次は17ですけれども、特に重要だと思われるものを16から17の間に若干項目を増やすということで、当分対応するのが、妥協案としてはそういうところかなということがあります。

それと、これ、何をもって主で、何をもって副というのが、実はかなり主観的な話になっていて、多分レセプト、社会医療診療行為別調査の主というのは、恐らく医療資源を最も使ったものを主としていると思いますし、患者調査は恐らく重要な疾患だという意味が、何をもって重要というのがあるでしょうけれども、少なくとも医療資源を単に使ったからということではなくて、生命、予後に重要な疾患という意味で主になっているかと思うのですが、そういう意味で、そういう定義の整合性みたいなものはつけていかなければ、いずれいけないと思います。

それと、正副というと、何か正が1個、副が1個という感じなのですが、これは表現の問題で、副傷病でいくつも選んでもいいというのは、何かすごく私にとっては表現上、奇異に感じておりまして、主傷病があったら、それ以外の傷病名ということで下からいくつも選びなさいという形が普通かなと。これは言葉の問題ですけれども、ちょっといくつか指摘させていただきました。

阿藤部会長 どうぞ、お願いします。

野村委員 この問題の関係が、例えば経済統計で言ったときの産業なり事業所と商品分類との対応に似ているのかなと。例えば商品というのは数千、数万、数十万、幾らでもあるわけですね。産業というものも数百、数千定義されますけれども、その中で、では統計調査としてどうするかというところに工夫があるわけです。同じことを適用しますと、副傷病が重要であるというもののときに、診療科別に調査票をきめ細かくつくっていく、すると出現する副傷病もある程度コントロールできるかと思います。同じ、例えば20個ぐらいが表記上のマキシマムだとしても、診療科別にきめ細かく調査票をつくることできれば、診療科別に異なりうる有意味な副傷病を取りあげることがしやすくなる、そういうものが一つの回答になるかと思います。

阿藤部会長 大変いろいろな御意見が出ましたけれども、今この段階で厚生労働省の方から。

中野厚生労働省保健統計室長 御質問のあったところでは、中村委員の方からのレセプトデータの今後の成り行きということでございますけれども、実際、平成21年度中に本格的に運用開始ということで考えられるということでございますので、21年度というのは21年度中ということで、その間ということで御理解いただきたいと思います。

それから、主傷病名の定義ということが大久保委員の方からあったと思いますけれども、調査日において、いわゆる入院になった理由となる疾患とか、検査をしている検査の原因となった疾患という整理で主傷病名と理解していただきたいと思います。

阿藤部会長 それは何か、どこかに注意書きをするわけですか。

中野厚生労働省保健統計室長 主傷病名の書き方に当たっては、この患者票の横のところ、「主傷病名については」と、主傷病名についての説明は注に、既に調査票の中に書いてはございます。

厚生労働省保健統計室 記入要領に記載がございます。主傷病の定義として、入院の場合、「主として、その入院の理由となっている病態」と定義されております。外来の場合は、「外来

で主として検査、治療をしている病態」と定義されております。

中野厚生労働省保健統計室長 あと御質問ございましたでしょうか。

阿藤部会長 具体的提案としては、16、17あたりで何か若干増やせるかという話が。

中野厚生労働省保健統計室長 項目数につきましては、それこそ今度は東京都さんの顔を見ながらということになりますので、ご覧いただきたいのですが、びっしり入っているのが事実でございます。今後の中長期的な検討ということになるかと思えます。

阿藤部会長 先ほど、野村委員の御提案にある診療科別という、診療科というのは一体数としてはどれぐらいの。

野村委員 36、もうちょっとあるのかもしれませんが、医療施設調査で言えば36。

阿藤部会長 36ですか。そういうようなますます多くなるような御提案もございしますが。

中野厚生労働省保健統計室長 先日も申し上げましたが、標榜できる診療科目が今見直されており、今年の4月から変わる予定でございます。

阿藤部会長 どうぞ。

兒玉専門委員 私たち調査票をつくるときに、項目数が限られるときには、「その他の疾患」として括弧して書いてくださいと。これ、記入者負担にまたなるのでなかなか言いにくいのですが、そういう形がもし取れるのでしたら、これだけのスペースに、それから項目数を増やさなくて済むということもあります。

阿藤部会長 どうぞ。

大久保専門委員 兒玉委員からも御指摘ありましたけれども、どういう病気がどのくらいあるのかというのに患者調査はすごく重要なデータになっておりますが、ここで問題なのは、主でも副にも挙がりそうもない疾患の中で非常に重要だと思われる疾患が完全に抜け落ちるわけでありまして。例えば高血圧というのはここにたまたま出てきていますから をつけますけれども、軽度の高血圧ですと、昔の主副という記載することになると、まず出てこない疾患になります。そういう意味で、何を取りたいかという意図がこの中に今回表れているというのはそれなりの評価をいたしますが、もし16から17の間で増やせることであるのであれば、例えばC型肝炎のキャリアというのは、絶対主でも副でも出てこない疾患であります。でも、行政上、余計なことを言うかもしれませんが、非常に最近話題になってきますが、そういう疾患って絶対に出てこない疾患でありますので、何らかの意図を持って調査しない限り出てきませんから、もし今回そういうものが行政的に重要な疾患としてとらえられるのであれば、16から17の間に追加するというのは、あってもいいのではないかと思います。

阿藤部会長 非常に具体的な提案がありましたけれども、いかがですか。

中野厚生労働省保健統計室長 C型肝炎につきましては、確かに重要という認識ではありますけれども、いわゆる自覚症状を欠くとなると検査で発見されるということになる。そういうことを考えますと、今まさに抗体陽性の検査をどうぞ受けてくださいとっております、そういう形で発見されるということを考えますと、検診データの方から上がってくるのかなということがいろいろと考えられまして、C型肝炎をここで把握するというよりももっと取りやすいデータがあ

るのではないかとということではないかと考えられます。

阿藤部会長 ほかの委員の先生いかがですか。どうぞ、中村委員。

中村専門委員 質問なのですが、実際に調査のときに、患者票でここの受療の状況、主傷病、副傷病は、事務的に記入されるのか。もちろん、それは医療機関によって取り扱いが違うのでしようけれども、実際に医師なり看護職が記入するのか、それによっても、先ほどから定義の仕方というのは議論がありますが、その議論をしたところで、実際の調査記入の段階でそれが反映されないのであれば、できるだけ簡潔にする必要があると思います。

阿藤部会長 この辺は記入者がだれかという問題になるのですかね。どうなのでしょう。

中野厚生労働省保健統計室長 これはカルテから転記ということが原則でございますので、医師なり看護師さんなりということで、中身によって、項目によっては、もちろん、事務の方ということにはなり得る内容でございますけれども、このあたりは医療職種が書いているのではないかと考えております。

阿藤部会長 どうぞ。

東京都 実は、この主傷病名のことですごく病院から問い合わせが多いです。3年前の平成17年の調査で一番ここが多かったです。ここにはないのですが、主病名のところに、がんは、普通カルテ上は「がん」と書いてあるのですが、この傷病名で書くときには、「転移性肝がん」とか、部位を書くことになっているのですね。実は、ある程度事務方がやるのですが、それは全部先生に聞かないとわからないということで、ここの傷病名をきちんとするというのにもすごく負担があると聞いております。

それで、厚生労働省の平成17年度の調査票の作成については、要するにICDに基づくコードに書いたものを転換しますよ、だから非常に正しく書いてくださいと。先ほど「がん」について言いましたけれども、胃炎の場合には、急性胃炎なのか慢性胃炎なのか、そういうことも含めて書いてくださいということで、それが全部で約1万4,000の変換を行うということになっておりまして、東京都の方にも、夜の9時、10時に病院側から問い合わせが多かったということがございました。

そういう意味で言うと、電子カルテになっているところもあるので、この1万4,000という傷病分類で言うと一番細かい分類になってしまうので、そこまではないと思うのですが、厚生労働省でいろいろ検討した結果だと思いたしますが、ICD-10だとかそういう部分で、もしうまくその記号だけで使えれば記入者負担は相当少なくなるのかなという気もしております。ただ、今まで取ってきた経緯の病気がここで急に狭まることによってすべておかしくなってしまうという、そういう客体との関係もありますので何とも私どもとしては言えないところですが、ここが非常に記入者の負担が多いということは事実です。それで、大きい病院ですと、ここのすぐその東京女子医大は、退院票だけで17年度調査で1,700枚ございました。それにほかの病院票が入りますので相当の数になるのかなとは思っております。

以上です。

阿藤部会長 ありがとうございます。これは、主傷病名の方は書き込むわけで、それがまた

大変な記入者負担になっているということです。しかし、これは書かざるを得ないということなので、これは頑張ってもらわなければならないということですね。分類の仕方みたいなものはまた、ICD-10を用いるという考え方もあり得るのですか。

厚生労働省保健統計室 ICD-10と申しまして国際標準の疾病分類があります。先ほどから出てありますように、今1万4,000の項目数がございまして、かなり多くございます。実際問題として、ICD-10にコーディングされた病名が挙がってくれば、我々としてもこれほど楽なことではないんですが、我々、調査の集計側としても、実際挙がってくる病名をICD-10コーディングするのにものすごく手間をかけているような現状がありまして、医療現場においてもICD-10をコードする人材自体が不足している状況にある中で、患者調査の集計においてもなかなか大変な状況にあるということも御理解いただきたいと思います。

阿藤部会長 さまざまな御意見が出ましたが、主傷病名については従来のような形で記入していただく。副傷病名について、1つの案として、「17 その他の疾患」に括弧をつけて記入してもらおうという話が出ましたけれども、この辺は対応可能ですか。

中野厚生労働省保健統計室長 括弧して中に入れるということ、自由記載ということですね。

阿藤部会長 そういうことになりますね。

中野厚生労働省保健統計室長 かつて、11年まで実施しておりましたのが、2つ目の副傷病名をまさに自由記載だったのですが、それが選択肢がなくなって前に戻るというような感じになると思いますが、それをまた、記入者側にしてみれば、それをどこまで書くかということもありますし、1つ選ぶのだったら1つどれを選ぶかということもありますでしょうし。また逆に、その他が、本当に膨大な疾患名が挙がっていくところで、今度どういうふうにデータを処理していくかということをお考えすると、やはり絞り込んだ形の方がよろしいのではと考えられます。ある程度テーマを絞ったというところでやった今回のやり方の中で、その他括弧では、また次の整理がしにくいと考えられます。

阿藤部会長 逆に言うと、今回は生活習慣病、精神疾患に焦点を当てて具体的な記載例を挙げたということは、例えば、また時代が変わってくる、あるいは政府の方針とかが変わってくると、そこは変わってくるということですね。

中野厚生労働省保健統計室長 この取り方自体、もちろん変わっていくので、まさにそうですね、対象となる疾患は変わり得るということでございます。

阿藤部会長 そういうもろもろの御判断で決めていくということなのですからけれども、いろいろ御意見いただきましたが、どうですか、大久保委員。

大久保専門委員 多分その他で括弧すると、そこにデータを入力しなければいけないので、統計業務は2倍の作業になるのかなと。しかし、それを使えばそれに越したことはないと思うのですが。

阿藤部会長 主傷病だけでも大変な負担になっているということなので、それに加えて副傷病でもう一回また疾患が個別に入ってきて、それでまた悩ませるといいますか、更に集計の段階でまた非常にコーディングが大変になるということもありますので、一応、今回はこれで行くとい

うことで御理解願いたいと思います。

どうぞ。

中村専門委員 どこかに記入されているかもしれないのですが、この副傷病名の考え方について、今回が重点的に特定の疾患を列挙してあるということについて、記入の説明のところの説明されておられればよろしいのですけれども、周知をしていただいたらよろしいと思います。

中野厚生労働省保健統計室長 記入者側に対してですね。それは、まだこれから記入要領等々を固めていきますので、その参考にさせていただきたいと思います。

中村専門委員 ここでの質問が当然出てくると思いますので、事前に適切な方法でお願いしたいと思います。

中野厚生労働省保健統計室長 はい。

阿藤部会長 その点、よろしくをお願いします。

それから、2番目の抽出率、取り分け施設内の抽出率を下けているわけですが、全体としては上げているわけですが、それによって調査結果の精度が悪化していないかどうかということで、これについては前回と前々回の比較があって、いわゆる標準誤差率をみますと、これは大きな変化がないと見てよろしいと思いますが、一応、廣松委員に。

廣松委員 ええ、事前にも見せていただいて、そんなに大きな差はない、その意味で、抽出率の変更に関しては問題ないと思います。

阿藤部会長 ありがとうございます。

そういうことで、特にほかに御意見がなければ、これについては、抽出率の変更は特に大きな影響を及ぼしていないということでよろしいと思います。

それでは、患者調査の調査事項につきまして、これまた厚生労働省からお願いいたします。

中野厚生労働省保健統計室長 続けて、御回答申し上げます。今度は調査事項に関してでございます。

は、新規に追加する項目について妥当かということ。それから2つ目が、退院患者につきまして手術の実施状況を調査することとしているけれども、入院患者について調査を行う必要がないかということ。3つ目が、入院患者に対して、過去の入院状況を把握していることとなるけれども、退院患者については調査を行う必要がないか。4つ目が、外国籍の患者さんの状況を取る必要はないかという4つの項目が入っております。

まず1つ目、新規項目についてでございます。新たに追加した項目につきましては、先ほど来、御審議いただいております、生活習慣病対策という観点から「副傷病名」の記入を追加しております。それから、透析治療に関する施策にかんがみまして、「透析治療の状況」を病院の入院票等で取ることにしております。それから、がん対策基本法ができたのを受けまして、がん対策推進基本計画が実施されることになりまして、「がん治療の有無」という観点から、退院票におきまして新しく項目を立ててございます。それから、医療体制の確保の観点から、救急医療の確保が重要だということが整理されております。その点から、「救急の状況」を退院票で取っていくということで新たに項目を加えておりますが、これは、いずれにしましても厚生労働省と

して施策上必要な項目ということで整理してございます。そういう観点から追加してございます。

2つ目の項目といたしまして、入院患者についても「手術の実施状況」を取る必要はないかということですが、手術の有無につきましては、入院中に手術をされた方を把握するというだけでは退院票が一番いいと考えております。入院票につきましては、その調査日以降に手術が実施される場合もございますので、退院票の方で取っていきたいと考えております。

3つ目の項目といたしましては「過去の入院の有無」ということで、今回、新規項目といたしまして、これは、平均在院日数が短くなった、どんどん短縮化を進めているという背景がございまして、退院後、早期に再び入院するという患者さんの事態が生じていないかということ把握するために、新たに「過去の入院の有無」という形で調査するものでございます。これが、入院票におきまして取るわけでございますけれども、これを退院票で取ったらどうかということですが、入院票につきまして、より多くの推計患者数を推計するために入院票で取っております。もちろん、過去の入院の有無につきましては、退院票に基づきましても調査可能でございますけれども、より多くの推計患者数を把握するという目的を考えるならば、入院票で取った方がよりベターであると考えております。

4つ目の項目の「外国籍の患者の状況」ということでございますが、患者調査の目的は、前回は申し上げておりますが、全国の医療機関を利用いたします患者さんの疾病構造を把握する、行政の基礎資料を得ることであるということでございます。外国人の疾病構造の把握については、省内の関係部局からの要望は特になかったということもありますが、加えまして、患者さんの国籍をカルテに必ずしも記載されてはいないという現実がございまして。また一方、外国人が訪れます医療機関というのは、地域や施設に偏りがあるのではないかと予想されております。そういうことにおきますと、やはり抽出患者調査でございます患者調査では、今の状態では外国人の患者さんの疾病構造を把握することが困難ではないかと考えております。

それから、今度は削除項目について妥当かということ、それから、続いて、外来患者さんについて受療の間隔が長期化する傾向があるけれども、前回の診療日に関する調査事項を削除する必要はないのかという2つの項目がございまして。

まず、削除項目についてでございますけれども、削除につきましては、今回、患者調査は「心身の状況」、それから「外傷の原因」ということで挙げてあります。外傷の原因につきましては、歯科診療所票についてでございますけれども、いずれにおきましても、関係局と調整の上、削除しているものでございます。

「心身の状況」につきましては、平成14年に追加した項目でございまして、いわゆる療養病床等の医療から介護への適切な移行を反映しているかどうかということを見るのが上につけた項目でございますが、これにつきましては、このたび、平成18年度の診療報酬改定によりまして、保険診療上の区分が新設されたことによりまして、医療保険適用の療養病床の患者さんにつきましてはレセプト情報から把握が可能ということになっており、削除いたしました。一方、介護保険適用の患者さんにつきましては、平成19年の介護サービス施設事業所調査におきまして状況が把握できますので、重複を避け削除しております。

それから、「外傷の原因」につきましては、歯科診療所票についてでございましたが、これは、外傷を原因とした患者さんが歯科診療所へ来院したかどうかという調査でございますけれども、その割合は大変少のうございまして、その観点から歯科診療所票から「外傷の原因」という項目を削除したものでございます。これが妥当かどうか御判断いただきたいと思えます。

それから、「前回の診療日」に関してでございますが、前回の診療日を把握することによりまして、平均診療間隔が把握できるものでございます。下に計算式を示してありますとおり、総患者数を計算する計算式の項目として平均診療間隔、これを求めるために前回の診療日というものを調査しておりますので、これは絶対必要なものでございますので、削除はできませんということでございます。

以上です。お願いいたします。

阿藤部会長 ありがとうございます。調査事項につきまして、追加と削除事項についてそれぞれ御説明いただきました。これに関しまして何か御質問、御意見ございますか。では、中村委員どうぞ。

中村専門委員 外国籍の患者の件について意見を申し上げます。患者調査が我が国の病院・診療所を利用する患者について傷病の状況などを明らかにし、医療行政の基礎にするということになっていまして、そろそろ外国人の医療ということについて国として最低限の基礎資料はあった方がよろしいのではないかと考えています。

外国人の割合が、昭和60年で0.67パーセント、外国人登録の数ですね、平成17年が1.57パーセントです。まだ多くはない数ではありますが、アジア・ゲートウェイ構想で外国人も労働力に換算するということですし、これから増えるということを見ると、やはり医療というのは安心して生活するための基礎でして、そのための医療がどこにあるか。現状として特定の医療機関に偏っているのだと思うのですが、すべての医療機関で対応できる必要もないと思うのですけれども、現状であるのは、ある特定の医療機関でどこどこであるというのは、若干情報はあるとは思いますが、全国規模でどのくらいかというデータが恐らくないと思えます。標本調査でやって地域別推計は難しいというような事情があると思うのですが、必ずしも都道府県集計する必要はなく、国全体あるいは大都市圏とその他ぐらいで十分なような気もするのですけれども、そういう情報の基礎になるものとして、国籍というか、外国人かどうかということのデータを何らかの方法で収集する方法を検討いただければと思っています。

一方で、外国人かどうかということをごどのように調査、これも非常に難しい問題でありますので、調査をしたときの精度、誤分類があって、その分類そのものに若干ばらつきがあるということは想定の上で、先ほどの場合は、患者さんのどこかに性別、生年月日まで、ここまで個人情報を取るわけなので、もう一つそこに取れば、基礎情報として何人が医療機関を利用しているのかという基礎にはなるのではないかと思います。ただ、現状で外国人あるいは国籍の規定が容易でないという現状を考えて、20年度の調査票に難しいという状況は理解しますけれども、検討していただきたいと思えます。

阿藤部会長 ありがとうございます。実際に国籍というのはやはり難しいものですか。兒玉

委員どうぞ。

児玉専門委員 私は余り経験ないのですが、今でも週に1～2回外来はしているのですが、カルテには国籍は書いていないですね。患者さんを見て、外国の人というのはわかるのですが、取り立ててどこの国の人とか書くこともまずないですし、情報がきちんと取れていないのが実情ではという感じは受けるのですが、どうでしょうか。

阿藤部会長 大久保先生いかがですか。

大久保専門委員 もしカルテに通常記載されていないのであれば、調査側はかなりきついかもしれませんね。

児玉専門委員 さっき申しましたのは私個人の経験ですから、日本でどうなっているのかちょっとわかりませんが、取り立ててどこの国の方と普通書きますかね、どうなのでしょう。

中村専門委員 国まではないと思うのですけれども、例えば、名前で、そうすると漢字圏の方はわかりにくいわけですが、名前で明らかに、要するに漢字でない、片仮名の患者の名称があるわけですね。その情報で、要するに外国人かどうかということでの分類ですね、それだけでも情報としては大きいのではないかなと。これは、標本で330万ですので、人口割にしますと5～6万、若干若い年齢層だとして3～4万人は外国人と想定される患者なわけです。ですので、その情報が日本全国でどのくらいになっているかということ、それから、どのくらいの規模の病院を受診しているか。

非常に大きな区分での病気の種類というものが、これは必ず対応が必要になることでありまして、外国人医療というのは、先ほど申し上げましたように、長期に滞在して労働する層、それから、一方で非常に低賃金で医療にも事を欠く、その層もあります。もう一つ新しい層として、メディカルツーリズムとあって、短期間だけ、数日だけ日本に滞在して高度医療を受けて帰るという層も、これはこれから増えるのですけれども、その総数を、患者さんを顧客として考える場合に、外国人の患者さんがどのくらいいるか。明らかにそのサービスとしてプラスアルファのものが必要なことなので、何らかの形で、これをやる場合には、ある程度国の責任になって、特定の医療機関だけ必要で行うという時代ではないように思いますので、御検討いただければと思っています。

阿藤部会長 ほかの方、御意見ございますか。今の段階で何か御意見があれば。

中野厚生労働省保健統計室長 当初、外国籍という文言がありましたので、外国籍の記載云々と申し上げました。ただ今のお話では外国人ということですが、外国人であるかどうかということはどういうふうに判断するかというのは、御議論あったとおりでと思います。もちろん、今後重要になるだろうということがあるわけですが、もともとそういうものを調査するということが前提にならないと、やはりそれなりのデータが挙がってこないのかなということでもあります。すぐには調査項目には入れにくいし、標本設計等々、きちんと考えていかないといけないのかなという感じはしております。

阿藤部会長 どうぞ。

厚生労働省保健統計室 一つの情報提供として、死因の外国人調査の死亡統計というのが、こ

のたび厚生労働省より、外国人に着目した死亡統計という形で発表されておりますことを御紹介させていただきたいと思います。

その死因の分布においては、余り日本人とは変わらないというような結果も出ておりますので、もしよろしければご覧いただければと思います。

阿藤部会長 国籍、確かに国際化に伴って外国人の患者が増えることは当然です。外国人と日本人ではいろいろな意味で違いがあって個別の対応が必要になるということも事実だと思うのですが、なかなか今の段階で、そもそも外国人をどう把握するのかという難しさが記入者の側にあるということを考えますと、ちょっと20年の調査では、今入れるのは難しいかなと。長期的課題といっても、なかなかカルテの方にそのところをどう書き込むかという問題がありますので、解決策がすぐに見つかるかどうかわかりませんので、こういう日本人口の国際化に伴って、患者の国際化も生じているということで、そこに留意するというぐらいのことでしょうかね。今後対応を考える余地があるという程度の話かと思います。

中村専門委員 カルテのことで言いますと、入院に限って言いますと、本籍地というのはカルテに記載は。

兒玉専門委員 聞いておりません。

中村専門委員 そうですか、わかりました。失礼しました。

阿藤部会長 そうということで、なかなかもとデータの方が突きとめにくいので、ちょっと当面の対応は難しいということだと思います。

ほかの点で。どうぞ。

廣松委員 退院患者についても過去の入院状況を調査する必要があるのではないかとということですが、今までこの調査の審議をしてきたときには、この論点は挙がってきませんでした。確かに、入院票と退院票を比較すると、入院票の方には「過去の入院の有無」があって、退院票の方にはそれが無い形になっています。そのところは余り認識して見ていなかったものですから気がつかなかったのですが、退院票の方に「過去の入院の有無」が無いというのは、何か理由があるのですか。

中野厚生労働省保健統計室長 退院票には、先ほども申し上げましたとおり、もちろん、あっても構わないのではございますが、全体の項目数等を考えて、これに入れるのはどうかなというところがあります。ただ、過去から取っていなかったと。

廣松委員 そうですね。たしか取っていなかったように思います。多分この問題提起は、前回、御紹介があった井伊委員の指摘に基づくものだろうと思いますが、その点、確かに増やすとまた記入者負担の問題が出てはくるのですが、可能であれば退院票の中に過去の入院の状況を入れることも考えられるかなと思います。ほかの委員の方の御意見もいただければと思います。

阿藤部会長 今の点いかがでしょうか。

この点は、今、廣松委員から御指摘あったように、統計委員会の方の井伊委員からこういう御指摘があったということで厚生労働省もお答えになっているのですが、この問題について、ほかの委員の方、御意見いかがでしょうか。どうぞ。

大久保専門委員 退院票にあっても、結論から言うとあってもよろしいのではないかと思います。ただ、ちょっと書き方、入院票ですと「過去30日以内の場合に限る」という書き方があるので、退院票も、では入院日からさかのぼって、ちょっと書き方を工夫しないといけないかもしれないですけれども、あえて落としておく意味も、落とすという積極的な意味もないかなという感じはするのですが。

阿藤部会長 兒玉委員いかがですか。特にないですか。中村委員いかがですか。特にないですか。野村委員、いいですか。

今のところの御意見では、スペース、記入者負担に問題はあるのですが、先ほどいただいた御説明は、必ずしも積極的にこっちがよくて、こっちが落としてもいいという説明には余りないないと思ったのですけれども。

厚生労働省保健統計室 何を見たいかによるかと思います。入院票で見る場合は推計患者数というものが、その時点の患者数というものが出ます。退院票で見る場合には、1カ月の退院患者の中での話になります。ストックを見るかフローを見るかという話かとも思いますが、その意味では、両方でも見ることも可能なのですが、ただ、この場合、我々は推計入院患者数、つまり、これは初めての項目ですので、どのぐらい拳がってくるかわからないということで、推計患者数の方が多くの患者数を推計できますので、推計患者数を把握できる入院票ということで、そちらを優先しているという現状でございます。

退院票の項目はやや膨らんでいるくらいがございますので、両方入れるのはどうかということもございまして、退院票には入れていないというところでございます。

阿藤部会長 ありがとうございます。

では、改めて、廣松委員どうですか。

廣松委員 私は、医学的な見地からではなくて、どちらかというと、調査票の形式的なというか、入院票と退院票を見ながら先ほど申し上げたように考えたものです。そうしますと、先ほども申しましたように、確かに記入者負担が増えることになりまますから難しいのかもしれませんが、大久保先生おっしゃったとおり、あってもいいのではないかというものであれば入れてもいいと思います。そのとき、両方がいいのか、それともどちらかに限定してこの項目を入れた方がいいのか、そこは私、今すぐ、即座に判断が付きません。御検討いただければと思います。

阿藤部会長 大久保先生。

大久保専門委員 どちらか一方に入れるという意味であれば、入院票で問題ないと思います。確かに、退院票に入れると、もうスペースがなくなるということもあり得ますので、かなり細かいので。ただ、学問的な興味で言うと、再入院した人の平均在院日数が長いとか短いとか、そういうことはあるかもしれないですけれども。

阿藤部会長 東京都さんありますか。神奈川県さん。

東京都 先ほどもちょっと申し上げたのですが、東京女子医大で1,700枚の退院票をつくっている、それで、慶應についても、たまたま新宿のデータを持っているのですが、それに近い数ということで退院票は書いております。おっしゃるとおり、この退院票というのは、カルテだけで

はなくて、診療報酬の部分と救急のことも含めて3つぐらいの情報を集めてつくりたくないという意見と聞いております。それから言うと、カルテ上に前に入院したという部分が、1か月とかそういう単位ではちょっと入ってはこないのではないかとはいえます。ですから、入院歴が、もっと前にそういう疾病名で自分のところに入院したというのはカルテ上のどこかに残っているかもしれませんが、1か月単位とか何か月とかそういう単位で見ると、ちょっとどうなのかなという気がします。

阿藤部会長 そうというような御意見で、どうも患者調査の特に退院票のこの票を見ただけで、皆さん記入者負担ということが相当重くのしかかってくるので、両方あればいいということではあるのですが、今回、初めてということでもあり、厚生労働省の、より多くの推計患者数を把握するという、ねらいを一つに絞ってやってみるということで今回は取りまとめさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

どうぞ。

大久保専門委員 これは質問なのですけれども、入院票でも外来票でもいいのですが、先ほど主傷病のところの議論をしたときに、傷病の診断・治療という、例えば外来票を見ますと、「(5)受療の状況」ということで傷病の診断・治療に当てはまると主傷病名、副傷病名が発生するという構造になっていまして、2から6までの正常分娩と予防接種などは、これがついたらもう傷病名は要らないとなっています。

これは質問なのですけれども、セカンドオピニオンって最近いろいろ騒がれてきて、医療機関でもやられているわけですが、セカンドオピニオンで来たときは、これは「その他の保健サービス」としてチェックをされる。私の興味としては、どういう疾患でセカンドオピニオンが来るのかというのは、これから重要なデータではないかと思って、傷病の診断治療及びセカンドオピニオンで来た場合は1に入れてもいいのではないかと思って、そういう質問というのはなかったですか。

阿藤部会長 いかがですか。

中野厚生労働省保健統計室長 セカンドオピニオンと称しましても、最終的に診断が求められて、そこで診断がついた場合は1につくかと思うのですけれども、単に御相談的なことで来ると「その他の保健サービス」かなということ、その時々によって、場合によっては記入者側に委ねることになりますが、明確には、これは、きちんとそういう内容を記入要領で書いていきたいと思えます。

大久保専門委員 私の希望としては、単なる相談で終わったとしても、セカンドオピニオンで来たのであれば傷病名の情報があった方がいいのではないかと考えているので、今回に限らず、今後、検討の課題としていただきたい。

中野厚生労働省保健統計室長 中身の検討で。はい。

阿藤部会長 それでは、その点は、セカンドオピニオンの重要性ということで、今回でなくて、次回の検討課題ということによろしいですか。

大久保専門委員 はい。

阿藤部会長 当初20分強と申しまして、既にもう25分ほど超過しておりますので、本日の審議は一応この調査事項の、ただし途中ということになります。ただ、まだすべて終わっているとは思いませんが、一応それ以降を次回に回すということにいたしたいと思います。

それでは、最後に。

會田総務省統計審査官 次回の部会は3月13日、木曜日、午後1時から、ここの同じ場所、若松町庁舎の6階特別会議室で開催することにいたしますので、よろしく願いいたします。当初、3回の部会で終わらせたいという気もあったのですが、ちょっとまだ審議の方もあるので、場合によっては4回目の部会もあるかと思っておりますので、よろしく願いいたします。

恐らく、次回は、今回の積み残しと、できましたら答申の骨子案とか、そういったところまで議論できればと思っております。次回はまだ審議内容が残っておりますので、追加で提出を希望されるような資料とかがございましたら、3月3日、月曜日ぐらいまでにメール等でこちらの方に御連絡いただければ、次回の部会のときに用意したいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

以上です。

阿藤部会長 それでは、本日の結果は、また3月10日開催の統計委員会に報告いたします。

本日の審議はこれまでとします。ありがとうございました。