

第 25 回人口・社会統計部会 議事録

1 日 時 平成 22 年 12 月 21 日（火） 14:00～17:00

2 場 所 総務省第 2 庁舎 6 階特別会議室

3 出席者

（部 会 長）阿藤誠

（委 員）津谷典子

（専 門 委 員）中村桂子、伏見清秀

（審議協力者）総務省、文部科学省、厚生労働省、農林水産省、経済産業省、国土交通省、
東京都、神奈川県

（調査実施者）厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室：武田室長ほか

（事 務 局）内閣府統計委員会担当室：杉山参事官

総務省政策統括官付統計審査官室：吉田調査官ほか

4 議 題 ①医療施設調査の変更について

②患者調査の変更及び患者調査の指定の変更について

5 議事録

○阿藤部会長 それでは、ただ今から第 25 回人口・社会統計部会を開催いたします。

統計委員会の人口・社会統計部会の部会長を務めております阿藤と申します。

現在、人口・社会統計部会では、10 月に諮問されました社会生活基本調査、11 月に諮問されました生命表について、審議中ですが、本日から新たに 12 月 17 日の第 41 回統計委員会において諮問されました医療施設調査及び患者調査について審議を行います。

医療施設調査については基幹統計調査の変更です。また、患者調査については基幹統計調査の変更に加えて、基幹統計の名称変更も審議の対象となります。

今回審議に参加いただく委員と専門委員については、お手元に資料 1 の名簿を配布しておりますが、委員、専門委員、それから、審議協力者、事務局、調査実施者の順に簡単に自己紹介をお願いいたします。

○津谷委員 慶應大学の津谷でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○伏見専門委員 東京医科歯科大学の伏見でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○中村専門委員 東京医科歯科大学の中村でございます。よろしくお願いいたします。

○総務省 総務省統計局の人口統計を担当しております加藤と申します。よろしくお願いいたします。

○文部科学省 文部科学省調査企画課の上田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○厚生労働省 厚生労働省統計情報部の上田でございます。よろしくお願いいたします。

- 農林水産省 農林水産省統計部の齋藤と申します。よろしくお願いたします。
- 経済産業省 経済産業省の調査統計部の上野と申します。よろしくお願いたします。
- 国土交通省 国土交通省総合政策局の稲本と申します。よろしくお願いたします。
- 東京都 東京都福祉保健局の高橋と申します。よろしくお願いたします。
- 神奈川県 神奈川県保健福祉局の砂村と申します。よろしくお願いたします。
- 杉山参事官 統計委員会を担当しております、杉山でございます。よろしくお願いたします。
- 吉田調査官 政策統括官室の吉田でございます。よろしくお願いたします。
- 事務局 同じく政策統括官室の桑原と申します。よろしくお願いたします。
- 事務局 同じく内山でございます。よろしくお願いたします。
- 武田室長 厚生労働省統計情報部保健統計室長の武田と申します。よろしくお願いたします。
- 相原補佐 同じく相原と申します。よろしくお願いたします。
- 佐藤補佐 同じく佐藤でございます。よろしくお願いたします。
- 阿藤部会長 ありがとうございます。

なお、部会長不在時に部会長の職務を代行する部会長代理には、従来から津谷委員に御就任いただいておりますので、御承知おきいただきたいと思います。

それでは最初に、部会審議の方法について、皆様の御了解を得ておきたいと思ひます。御承知かと思ひますが、統計調査の実施の根拠法である統計法では、基幹統計調査の計画を承認する際の基準が定められております。そこで、この2つの調査とも総務省がその基準に即して、厚生労働省の計画を事前審査した結果が、審査メモとして本部会に示されております。つひては、基幹統計調査の変更にかかわる部分に関しては、基本的に審査メモに沿って審議を行っていきたくと思ひますので、よろしくお願いたします。

それでは、審議に入る前に本日の配布資料や今後のスケジュールなどについて、総務省の吉田調査官に説明をお願いします。

- 吉田調査官 それでは、本日お配りしております資料の確認からお願いたします。

資料1から3まででございます。資料1が、先ほどお話がありました部会構成員名簿でございます。

資料2が、医療施設調査の変更に係る資料でございます。枝番がついておりますが、1から13まででございます。

資料3でございますが、患者調査の変更と患者調査の指定の変更に係る資料でございます。これも枝番が1から15までございます。

参考資料といたしまして4つ。参考1が、前回平成20年の医療施設調査と患者調査に係る統計委員会の答申でございます。

参考2といたしまして「公的統計の整備に関する基本的な計画」の抜粋。医療施設調査、患者調査に係る部分でございます。

参考3といたしまして、基本的な計画と統計委員会答申で示されました今後の課題への厚生労働省の対応状況でございます。

参考4といたしまして、患者調査の指定の変更について。枝番がついていますが、参考4-1が

患者調査の指定の変更についての協議で、参考４－２が厚生労働省からの回答でございます。

席上配布資料として４つございますが、席上配布資料１が日程でございます。

席上配布資料２が審査メモでございます。２－１と２－２が医療施設調査に係るものでございます。２－２は調査事項の変更一覧表でございます。２－３と２－４が患者調査に係るもので、２－４が調査事項の変更一覧表でございます。

席上配布資料３は、審査メモで示された論点に関する回答、厚生労働省が作成したものでございます。３－１は医療施設関係、３－２が患者調査の関係でございます。

席上配布資料４でございますが、これは先週金曜日に開催されました統計委員会において出されました意見等の概要ということで、４－１が医療施設関係、４－２が患者調査関係でございます。

参考資料、席上配布資料も含めて、資料は、１２月１５日にメールでお配りしてございますが、席上配布資料の２－２と２－４については若干の修正を加えてございまして、最新版がお手元でございます。

それから、席上配布資料４は、今回、金曜日の委員会を経て新たに追加したものでございます。配布資料は以上でございますが、漏れ等はございませんでしょうか。よろしゅうございましょうか。

それでは、今後の審議のスケジュールにつきまして御説明したいと思います。席上配布資料の１を御覧ください。

患者調査が平成２３年９月に、また、医療施設調査が同年１０月に実施されます。それを考えますと、平成２３年４月中に統計委員会からの答申を頂きたいと考えてございまして、年度内に、今回を含めて部会を４回開催したいと考えております。

ただ、第３回目の部会は、２月下旬ということで日程が決まっておりますが、年明けになり日程を確定する要素が明確になりましたら、また御連絡いたしますので、御承知置きいただきたいと思っております。

本日１回目の部会ですけれども、医療施設調査と患者調査について皆様から御意見・御質問を頂きたいと考えております。本日は２部構成にしてございまして、医療施設調査の変更と患者調査の変更、患者調査の指定の変更を議題ということで進めてまいりたいと思っております。

先ほど部会長から御説明ございましたとおり、審査メモ、それに対する厚生労働省からの回答を踏まえて御質問・御意見等を頂きたいと考えております。

審査メモにつきましては、既に御覧いただいていると思っております。厚生労働省が計画している変更内容と、基本計画あるいは前回の委員会答申で指摘されている課題への対応という２つの項目で構成されております。本部会でも厚生労働省の計画している調査事項の変更等が適切かどうかを御審議いただき、それから、基本計画等における指摘への現時点での対応が適切かどうか、今後どう対応していくべきなのかを御審議いただければと思っております。

本日の医療施設調査の審議の進捗状況にもよりますが、時間の制約もございまして、本日の部会では患者調査につきましては、総論的な部分で終わるかと思われまので、御承知おきください。

来年の１月２４日に予定しております２回目の部会ですけれども、こちらでは、まず患者調査に

ついでに積み残し部分を審議いたしまして、その後、本日の部会で皆様から頂いた御意見・御質問で、この場でお答えできなかった部分を回答させていただき、その回答を踏まえた審議をしていただくことを考えております。

それから、3回目は、日程は未定でございますが、2回目の部会で皆様から頂いた御意見・御質問で、その場でお答えできなかったものの回答と、それについての御審議をお願いしたいということでございます。

それから、3回目の部会が終了した段階で、部会長等の御指示を受けまして、答申の原案を作成いたします。皆様に電子メールでお送りいたしますので、御意見を頂きたいと思っております。

頂いた御意見をできる限り反映した答申案を3月15日に予定しております4回目の部会で提出いたしまして、そこで御審議いただき、最終的な答申案を取りまとめるという形をお願いしたいと思います。

以上4回の部会で審議をして、年度明けになりますけれども、4月の委員会で答申を頂くという段取りにしております。御審議をよろしくをお願いしたいと思います。

○阿藤部会長 ありがとうございます。

それでは、審議に入らせていただきます。医療施設調査、患者調査とも改正点や論点が多く、計画的に審議を進めたいと考えておりますので、是非、御協力をお願いしたいと思います。

本日は、先ほど総務省から説明がありましたように、医療施設調査の変更、患者調査の変更、患者調査の指定の変更という大きく3点について御意見・御質問をちょうだいしたいと考えますが、まず先に、先ほども御説明がありましたように、医療施設調査から審議を始めまして、残った時間で患者調査を審議するという手順でいきたいと思っております。

では、まず医療施設調査の変更を御審議いただきますが、審議は総務省が作成いたしました審査メモに沿って行いますが、審査メモと審査メモで示されました論点に対する厚生労働省の回答資料の内容については、皆様既に御承知済みだと思いますので、詳しい説明は省かせていただいて、諮問の概要と主な論点について総務省から説明を受けた後、議論に入りたいと考えております。では、諮問の概要と主な論点について、総務省の吉田調査官に説明をお願いします。

○吉田調査官 それでは、まず、医療施設調査の変更についての諮問の概要を御説明いたします。資料2を御覧ください。

まず、簡単に医療施設調査の説明をさせていただきますが、皆さんこの調査は御存じだと思いますので、ごくごく簡単にさせていただきます。

医療施設調査は、病院、一般診療所及び歯科診療所の分布や整備の実態を明らかにしまして、医療行政の基礎資料を得ることを目的として実施されている基幹統計調査でございます。

本調査は、3年ごとに実施されます静態調査、これは17万9000ほどの医療施設すべてを対象といたします。それから、毎月都道府県、保健所設置市及び特別区を対象に、医療法に基づいた医療施設に係る許可や申請事項を把握する動態調査がございまして、動態調査の結果を静態調査に反映させて、医療施設の最新の状況を把握する仕組みになっております。

調査方法は、静態調査につきましては郵送、動態調査につきましては郵送又はオンラインという

ことで実施しているということでございます。

調査結果の利用につきましては、資料 2－5 にございますので、後で御覧いただければと思います。基本的には医療に係る各種施策での利用や、他の統計調査の標本設計に利用されているということでございます。

今回の計画の主な改正内容について御説明いたします。

資料 2－4 の主な改正内容を御覧ください。まず、調査事項の見直しでございます。追加と削除とございますけれども、追加の中の産科、小児・周産期医療に関連する調査事項の追加ということで、主なものを 4 つほど例示として挙げております。

まず 1 つ目が、病院票、一般診療所票でございますが、病院に在籍する保育士数を追加するということでございます。これは入院中の児童の保育を行う病棟保育士などの把握ができていないということで、今後の小児医療に係る施策の検討資料ということで追加するということでございます。

2 つ目ですが、病院票、一般診療所票でございますが、専門外来の設置状況で助産師外来の有無を追加する。これは、医療施設における助産師外来の実態を把握いたしまして、産科医の負担軽減方策を講じるための資料ということで追加でございます。

それから、病院票で、特殊診療設備の状況で、新生児治療回復室（GCU）の病床数と取扱い患者延べ人数を追加するということでございます。これは平成 22 年の診療報酬改定におきまして、新生児治療回復室を設置している医療施設を報酬上評価する制度が創設されたということで、その設置が促進されていることを踏まえて、今後の周産期医療を検討するための基礎資料を得るということで追加ということでございます。

それから、病院票、一般診療所票でございますが、分娩の取扱いのところで院内助産所の有無を追加すると。これは、産科医の負担軽減等を図る観点からその設置が促進されていることを踏まえて把握するものでございます。

医療安全に関連する調査事項の追加ということで、2 つほど主なものを挙げております。いずれも病院票でございますが、処方状況等に内服薬処方せんにおける分量の記載方法の規定状況を追加するということでございます。これは、処方せんの記載方法が医師や施設によりまして異なっているということで、薬剤師の誤解等によって過剰投与などの事故も発生しているということで、厚生労働省では処方せんの記載方法の標準化に取り組んでいるところでございまして、こうした取組の基礎資料を得るということで追加するということでございます。

同じく病院票ですが、医療安全体制に院内感染防止対策の専任担当の有無と人数を追加すると。これは最近大きな問題となっておりますけれども、院内感染の防止対策の一環ということで、感染防止対策に係る専任担当の設置が進められているということを踏まえまして、今後の院内感染防止対策を検討するための資料を得るということで追加するものでございます。

その他の政策ニーズに応じた調査事項の追加ということで、まず、病院票でございますけれども、医師事務作業補助者の有無、人数を追加すると。これは、医師の本来業務に付随するカルテの作成などの業務、これはかなりのボリュームがあり負担にもなっているということで、医師の指示の下で、これを専ら行う医師事務作業補助者を設置する医療施設を診療報酬上評価する制度が、平成 20

年度に創設されたということで、医師の負担軽減方策を検討するための資料として追加するという
ことでございます。

それから、特殊診療設備の状況でございます。陰圧室の病床数と取扱い患者延べ人数を追加する
ということでございます。陰圧室は感染症対策のためでございますので、そういう資料を得るとい
うことでございます。

それから、病院票ですが、新人看護職員研修の状況を追加すると。これは関係法の改正によりま
して、新人看護職員に対する研修の実施が努力義務として規定されたということ踏まえ、厚生労
働省は研修ガイドラインを作成して、その研修の適切な実施を促進しているということございま
して、今後の看護職員の人材確保施策を検討するための基礎資料を得るということ追加するもの
でございます。

それから、歯科診療所票でございますが、インプラント手術の実施件数を追加するという
ことでございます。これは近年、インプラント手術が我が国においても普及が進んでいる
ということ、その実態をとらまえ、今後の歯科医療行政の基礎資料を得るということ追加する
ものでございます。

次に、削除する事項でございます。

まず、行政記録情報など他の情報を活用することによって把握できるということで、削除する
ものです。

病院票、一般診療所票で、許可病床数から介護保険適用分の療養病床、回復期リハビリテーシ
ョン病棟、認知症病棟、介護保険移行準備病棟などを削除する。

同じく病院票ですけれども、処方状況等から入院患者への薬剤管理指導の回数を削除する。

同じく病院票ですが、地域医療支援病院、災害拠点病院、開放型病院及び在宅療養支援病院へ
の該当の有無を削除する。

それから、病院票、一般診療所票で健診・保健指導の実施状況を削除します。

それから、病院票、一般診療所票で手術の実施状況から、食道がん、胆のうがん手術等の
件数を削除するということです。

それから、引き続き把握する必要性が低い調査事項ということで削除するというものが4つ
例示として挙がっております。

病院票からは、診療録管理専任従事者の有無及び人数、定期的な臨床病理学的症例検討会
の実施の有無、分娩の取扱い状況における居室型分娩室の有無を削除する。

それから、歯科診療所票では、手術等の実施状況から、歯周外科手術及び骨折・顎骨腫瘍
手術等の実施の有無を削除するということでございます。

主な調査事項の追加・削除につきましては以上のとおりでございます。

医療施設調査の調査事項の変更に関しては、その変更理由はもとより、変更が頻繁に行
われ過ぎているのではないかと疑義があるところでございます。医療施設調査は、基幹統
計調査ですので、統計の継続性を重視する必要があり、頻繁な変更は望ましくないと考
えられます。そのため、今回の調査事項の追加・削除につきましては、そのような観点
からの検討が必要ではないかと考え

ております。この点に関しては、席上配布資料 2-2 におきまして、網かけをしている項目がありますが、これらが、前回の静態調査で追加された事項で、そのうち、今回削除されるものが結構な数あります。

また、他の統計調査あるいは行政記録情報によって把握できるとして削除する事項がありますけれども、それらの情報を医療施設統計として集計しないことが適当なのかということも論点として挙げているところがございます。これにつきましては、後ほど話が出るかと思いますが、先週の統計委員会でも意見として出たところがございます。

主な改正内容の 2 点目、調査方法の多様化でございます。静態調査については従来、調査票の配布・回収につきましては郵送だけで行ってまいりました。それを今回、病院票のみですけれども、政府統計共同利用システムを使ったオンライン調査を導入するという事で、調査方法の多様化を図るという計画でございます。

これにつきましては、前回の統計委員会答申で今後の検討課題として指摘された事項でございます。病院票だけの導入ということで疑義もあるところではございますけれども、既にオンライン調査を導入している一般統計調査の病院報告で、地方公共団体から、調査票の審査業務に係る手間が非常に増えたという意見が出たことを踏まえて、負担の急増を防ぎながら段階的にオンラインを進めていくということで、これはやむを得ないかなという判断をしております。

以上が、諮問の概要でございます。

○阿藤部会長 ありがとうございます。

厚生労働省の武田室長から補足説明はございますか。今の点については、特によろしいですか。

それでは、早速、医療施設調査の変更について審議を始めたいと思いますが、今、話がありましたように、先日の第 41 回統計委員会において委員から御意見が出されましたので、ここでまた長くなりますけれども、吉田調査官に紹介をお願いいたします。併せて、厚生労働省から、この場で回答できる事項がありましたら回答をお願いしたいと思います。では、よろしく申し上げます。

○吉田調査官 それでは、席上配布資料 4-1 を御覧ください。8 つほど意見が出されてございますが、内容的には、多くが行政記録情報に係るものでございまして、今回、行政記録情報を活用することで調査事項を削除することになっているけれども、これは従来の医療施設統計と同じものが、集計できるからかという意見や、行政記録情報は、最近活用することが可能になったのかというお尋ねです。

それから、どういう行政記録情報を活用しようとしているのか委員会に報告してほしい、部会の中でもきちんと検討してほしいという話がございます。さらに、行政記録から得た情報については国民に対して提供されるのかという御質問がありました。集計して国民が利用できるようにしてほしいという話でございます。

それから、行政記録情報等の活用を評価するという意見を頂きましたし、行政記録情報等について届出のフォーマットが都道府県ごとに異なっていることがネックになっているという話を聞くけれども、その点はどのようになっているのかという御質問がありました。

それから、オンライン調査に係るものとしてどの程度の利用があるのか、それを想定しているの

かという御質問がありました。

それから、郵送調査の場合は、保健所に提出されるけれども、オンラインになった場合に提出先はどこになるのかということでございます。

それから、引き続き把握する必要性が低いということで、調査事項を削除するとしているけれども、ユーザーである国民にとって必要性が低いと言い得るのか、いわゆる行政側の判断ではないかということで、その必要性の判断をどのように行ったのかということを確認に示してほしいということございました。

○阿藤部会長 ありがとうございます。

それでは、8点といっても、大きくは3つほどに分かれますが、この段階で何か御回答があればお願いします。

○武田室長 それでは、厚生労働省から若干御説明させていただきたいと思います。細かくは、後ほどまた個別事項の審議の中で御説明させていただく部分もあろうかと思いますが、ざっと大筋を御説明させていただきます。

今、御指摘がございましたように、大きくは3つに分かれるかと思えます。行政記録情報等の活用について、それから、調査事項の必要性の判断等について、それから、オンライン調査について、かいつまんで簡単に御説明させていただきます。

まず、行政記録情報等の活用についてでございますけれども、私ども前回統計委員会で答申いただきました「業務記録等の活用による、医療施設調査における記入者負担の軽減を検討する必要がある」と、このような答申を頂いたことを踏まえまして、行政記録情報等を使いまして、従来の調査事項に代替が可能であるかどうかということにつきまして検討してまいりました。

その結果でございますが、調査項目に代替として取り込みが可能なものにつきましては、また後ほど個別に御説明させていただくと思えますが、医療施設統計といたしまして前回同様、集計・公表する予定でございます。

一方、調査項目に代替として取り込めないものにつきましては、2つ判断基軸を述べさせていただきたいと思えますが、まず1つは、他の調査で医療施設統計と同程度の情報量を集計し、公表し、代替が可能であるもの。また、総量としての把握が可能でして、報告者負担と併せて考えた場合、相対的なものでございますが、必要性が低いと判断されたものにつきましては調査項目からは削除いたしまして、医療施設統計としての集計・公表は行わない予定であるという2つの形で分けさせていただいてございます。

具体的に、どのような行政記録情報を活用しようとしているのかにつきましては、先ほども御紹介がございましたが、席上配布資料2-2を御参考いただければと思えます。また、これを基にいたしまして後ほど御説明させていただければと考えてございます。

それから、調査事項の必要性の判断についてということでございますけれども、これもいろいろな判断基軸があると思っております。大きく分けまして3点について検討しました。

まず、1つの基軸といたしまして、一定の傾向が判断・把握できて、医療を取り巻く環境の変化を踏まえまして、優先度が低いと判断したもの。すなわち、いろいろと環境変化によりまして新た

に入れていかなければならないものとのバランスを考えさせていただきまして、優先度について検討させていただいたもの。

それから、調査事項の追加を行いました、それに伴う全体的な調査事項数の増加を避けると。これは、とりもなおさず報告者負担の軽減ということでございますけれども、そういうものを図るために、ある意味ではやむなく削除させていただいたもの。

もう一つは技術的な点でございますが、調査を実施しましたが、結果として当初目的とした状況の把握ができなかったようなものも若干あるということでございます。これもまた後ほど具体的に御説明できると思います。

3番目といたしましてオンライン調査でございますが、これにつきましてどの程度利用されているのかというお尋ねでございました。まず、これにつきましては初回のため、現時点での状況はデータとしてございませんので分からないわけですが、参考といたしまして、ほぼ同様の調査対象、調査系統で行っております病院報告というものがございます。これにつきましては、オンライン調査の実施率は40数%であるところを御参考にしていただければと考えております。

それから、調査票は紙ベースの場合でありますと保健所に提出ということになっておりますが、オンラインの場合提出先はどこになるのかというお尋ねでございました。これにつきましては、回答データは独立行政法人統計センターのオンライン調査システムのサーバーに格納されることになってございます。紙媒体の調査と同様でございますが、保健所等の経由機関におかれましては、当該システムにアクセスしていただきまして、病院からの報告状況、内容審査を行っていただくということでございます。ですので、紙ベースでありましても、オンラインでありましても、そのような内容審査は同様に行われるということでございます。

以上、簡単ではございますが、御説明させていただきました。

○阿藤部会長 ありがとうございます。

ただ今紹介のありました御意見や厚生労働省の回答内容に関しての議論は、基本的にはこれから行う個別事項の審議の中で行いたいと思っておりますが、ここでは総論的な話で、特にここで発言をしておきたいという方がいらっしゃいましたら、お願いします。よろしいでしょうか。

それでは、個別事項の中で改めて審議したいと思います。

それでは、個別事項の審議に入りたいと思っておりますが、席上配布資料2-1の審査メモの順序に沿って、まずは厚生労働省が計画している変更内容のうち調査事項について、次に調査方法について、次に基本計画等で指摘されている課題への対応やその他の事項という3つの区分で順次進めていきたいと考えております。本日回答できないものについては、次回部会までに整理して回答をお願いしたいと思います。

それでは、審査メモに従いまして、まず「(1)調査事項」でございますが、一応一つ一つ説明することは省きまして、事前にお目通しいただいたという前提でお願いしますが、まずは「ア 許可病床数」について、論点として許可病床数に係る他統計調査や行政記録の情報を医療施設統計として集計しないことは適切かと。つまり、行政記録情報で把握できるので削除するということなのですが、削除してその項目については、医療施設統計としては集計しないということでございます。

この点について、何か御意見ございますか。

伏見専門委員どうぞ。

○伏見専門委員 先ほどの行政記録情報の活用についての説明がよく理解できなかつたので、具体的に説明いただきたいのですけれども、例えば、回復期リハビリテーション病棟が削除という形になっているのですが、今、医療においては機能分化が非常に求められておりまして、特に急性期と亜急性期の機能分化は非常に重要な課題になっております。診療報酬体系などもそれに応じて年々変わっている状況なのですが、特に回復期リハビリテーションというのは非常に増えているわけですね。亜急性期の中心的な病棟とされていて、医療政策的な重要性はすごく大きいわけです。それを調査しないということを御提案いただいているわけですが、その場合、行政記録情報を活用したときに、回復期リハビリテーション病棟に関する集計はどのような形で見ることができるのか。例えば、一般病床から回復期リハビリテーション病棟への病床転換なども今後進むと考えられますので、行政記録情報と医療施設調査は全く別の調査なので、クロス集計ができなかつた場合にそれをどうやって把握しようとしているのか、その辺の課題について、行政記録情報に置き換える場合の課題に共通するものだと思いますけれども、それを1点教えていただきたいと思います。

○武田室長 これにつきましては、例えば、診療報酬の施設基準と届出等が、そういう記録情報における集計という形でございまして、先ほど御指摘いただきましたように、医療施設調査とのリンケージという形で、つまり調査項目の代替という形では行わないということでございます。ですので、その中で別途、行政記録情報の中でできる集計という形になろうかと思ひます。経年的にどの辺りまで取っていけるのかということもあるとは思ひますけれども、少なくとも現時点で考えておりますのは、こちらの調査項目とはリンケージしないという形でございます。

○伏見専門委員 ということは、今まさに医療で非常に重要な課題となっている病床転換の課題や機能分化に関連する集計が、医療施設調査で全くできなくなるという御説明だと思ひのですが、それでよろしいのでしょうか。医療施設調査そのものの、特に病床の調査というのは、この調査の根幹にかかわる非常に重要なテーマなので、今の説明では納得できないです。

○武田室長 結局、調査項目の代替としてできないとなると、医療施設調査の中の各項目とのクロスができないので、そうすると、クロス集計ということだけに限っても、その広がり損なわれるのではないかと御指摘だろうと思ひますが、こちらにつきましては先ほど申し上げたとおりでありまして、やはり病床の種別と数が少ないものもほかに今回ございます。そういうものであつたとしても医療施設調査の一項目として、それでクロス集計をやる可能性を保持したままということであれば、今回、行政記録情報の活用といひますのが、考え方のスタートといたしましては報告者負担の軽減ということもございますので、トレードオフ関係になるということですので、項目によっては記録する負担はそのままであっても、そのまま使うことが望ましいということであれば、そういう判断も当然あろうかと思ひます。

○伏見専門委員 行政記録情報の活用には恐らく2つ意味があると思ひますね。1つは、ほかの記録としてあるから、それを代替して用いればいいということと、もう一つは、病院自体が基本的に行政記録情報、行政に提出している情報を持っている情報なので、ある意味、病院にとってはそ

の情報をそのまま出すということはほとんど負担がない情報になるわけです。逆に、医療施設調査のために別の調査をする方がかえって負担になりますので、そういう意味でいきますと、行政記録として提出する情報のコピーなり、それに相当する情報を出していただくということで、ある意味それも一つの行政記録情報の活用という意味で医療機関の負担軽減にもつながるのではないかと思います。

ですから、回復期リハビリテーション病棟の項目を削減しなくても、それほど病院にとって負担が増えるものではないのではないかと思います。

○津谷委員 私は医療関係の専門家ではないので、大変プリミティブな質問で恐縮なのですが、先ほどのお話を聞いておまして、回復期リハビリテーション病棟、認知症病棟、介護保険移行準備病棟というものは届出で代替して、その分の集計はするよというお話だったように思うのですが、要は医療施設の全数調査ですよ。我が国は、個人の統一されたID番号、総番号はないのですが、医療施設も一応事業所であると、公的なものもありますので分かりませんが、事業所統計などでは一応事業所番号、IDナンバーがあって、つまりリンケージができるのかどうかを聞きたいのです。先ほどのお話を伺っておりますと、どうせ出しているのだから、それをコピーすればいいだけだから、それほど報告の負担は恐らく施設にはないのじゃないかというお話があったんですが、もしID番号があればそれでリンケージができるということなんですか。そうではなくて、全く行政記録は行政記録、この調査は調査、また別の調査は調査という形でリンケージができないのかどうか教えていただきたいと思います。

○阿藤部会長 そこが一番のポイントですよ。

○武田室長 恐らくいろいろな各調査や情報の共通のユニークIDがあるのかというお尋ねだろうと思います。医療施設調査におきましては、調査の中においては医療施設番号とユニークIDを持っているのは御存じのとおりだと思います。では、それと同じようなもの、例えば、施設基準の届出等でIDがあるかという、そこはないのです。ですので、もしやろうとしますと、つまり、1対1で突合せするという形、それが一番確かにベストな行政記録情報の活用だと思いますが、もしそれをいたしますと、病院の地域、病院名等と突合せしなければならないということになります。なかなか病院名も正式名称、例えば、医療法人何とかというのが付くとか付かないというところもあったりして、テクニカルにはなかなか難しい点がございます。

あともう一つは、必ずしもデジタル化されていないというのがございまして、まずはそこが一つの大きなハードルかなと考えております。

○阿藤部会長 そうしますと、本当に行政記録情報と今までの調査項目を置き換えて医療施設調査の中に全部組み込むということは、現段階では事実上不可能ということですよ。

○武田室長 できるものもありますし、できないものもあるのです。できるものはやっているのです。つまり、ホスピタルレベルの医療施設調査ですと、ホスピタルレベルで突合すると。つまり、デジタル情報としてあるものについてはやると。そうでないものの一つの例示であろうかと思っております。

○阿藤部会長 そうすると、要するに、行政記録情報を活用して負担軽減を図るということは確か

に病院側から言えばそうですけれども、今、伏見専門委員もおっしゃったようなことと言えば、重要な情報、特にクロスタブの情報が失われるというメリット、デメリットをどう判断するかということになると思いますね。

○津谷委員 先ほどのお話を聞いておりますと公的年金の記録を思い出しまして、それほどひどくないと思うのですが、個人をベースにしたものとなるとまた別だろうと思うのですが、もし行政記録、ほかの調査その他で、できる限り報告者負担を減らしていくには、少なくともこういうオーガナイズーション単位でユニークIDを振って、それを使い続ける。アメリカなどでも個人にソーシャルセキュリティナンバーが来ますので、スキャンジナビアや台湾などでもやっているわけですが、ガチで全部突合もへったくれもなく、その番号で全部通していくというシステムをどこかで始めないと、この問題は、ずっと出てくるものであろうと思います。個人に関しては個人情報保護法の問題もあり、信用情報の問題もありますけれども、事業所に関しては、先ほどおっしゃっているように、ある公的な病院、公立の病院がつぶれて、今度は第3セクターでやってとかいろいろ変わってくるという問題は確かにあるだろうとは思いますが、だからといって処理が不可能なものではないと思います。余り大きな問題にしたいくないですけれども、将来的に非常に複雑で、いろいろな調査項目の出入りが激しいということも含めて、1つのユニークIDで結べれば過去のものも全部ついてくるわけですので、それを中長期的には目指していくことが、政府統計の利用を効率的に図っていく最良の道の一つではないかと思います。

以上です。

○阿藤部会長 それは、あるいは最後の段階でこの部会の意見書とか将来の方向性について検討していきたいと思います。

○津谷委員 そのたびに番号を振っていると、混乱します。

○阿藤部会長 今すぐどうなるものでもないのですが、そういった意見書を付けることはあり得るということですね。

伏見専門委員、現状はそういう状況ですが、今の段階では御意見はございますか。

○伏見専門委員 私も、基本的な考えは統一IDを作るべきだというのは深く同意いたします。ただし、それが無い実情において一部の調査を削ってしまうというのは、やはりデメリットの方が大きいのではないかと。中長期的には当然、統一IDを目指すべきだと考えております。

○阿藤部会長 今回の調査についても、無理に行政記録情報を利用せずに、調査事項を削減しなくていいものもあるのではないかと御判断ですね。

○伏見専門委員 はい、そうです。

○阿藤部会長 では、それについては、次回までにまた厚生労働省で検討していただきたいと思っております。

次に「イ 科目別医師数」についてということで、これは変更項目です。複数の診療科目で診療している医師について各診療科に割り振ることにしていたのが、この取扱いをやめて、主に診療した診療科に一括して計上する方式にしたいということです。これは報告者負担の軽減などの理由で、審査メモでは適当となっておりますが、これについて御意見はございますか。よろしいでしょうか。

それでは、これは了解ということにしたいと思います。

「ウ 処方状況等」、①内服薬処方せんにおける分量の記載方法の規定でございます。規定状況、1回量を記載するようにしているか、1日量を記載するようにしているか等を新たに把握すると。要するに追加項目です。これについて御意見ございますか。これはよろしいですか。

それでは、ウの①については了解ということにいたします。

ウの②、従来把握していた入院患者への薬剤管理指導の回数、9月1か月間の回数を削除するというものです。これも社会医療診療行為別調査で把握可能だということで削除するということですが、審査メモでは、平成20年の本調査に追加された入院患者への薬剤管理指導状況を、平成23年の本調査で削除することは適当かどうかという問題提起がなされております。これについて厚生労働省の対応はどうか。

○武田室長 これにつきましても、また別途委員の先生方に配布させていただいております回答の中で書かせていただいておりますが、社会医療診療行為別調査で大体の様子は把握できるということでございます。これも先ほどの議論と同じでございます、そのままデータの代替ができるというものではございませんが、別途その辺りで薬剤管理指導の回数自体は、社会医療診療行為別調査という別の調査内で状況につきまして把握可能であるということが理由でございます。

もう一つは、先ほどお認めいただきました新たな項目がございます。内服薬処方せんにおける分量の記載方法の規定を入れることとのバランスという2点から、こちらにつきましては削除させていただくということで原案として出させていただいたものでございます。

○阿藤部会長 これについてはいかがでしょうか。

○津谷委員 また専門家でない私がすみません。ただ、この入院患者への薬剤管理指導は1回の調査でやめてしまっているのかという総務省からのコメントもあるのですが、先ほど伺っておりますと、転記すればいいだけの情報もあるけれども、実際に集めなければいけない情報もあるようで、報告側にこれを1問、調査票の場所としてはあるように思うんですが、この情報を出すことに対して、項目ではなくて新しくデータをとらなければいけないのかどうかということを含めて、こういう情報はどれほど報告側に負担があると思われるのかを教えていただくとありがたいのですが。

○阿藤部会長 では、伏見専門委員からお願いできますか。

○伏見専門委員 恐らくこれはレセプトの1つの項目で、1か月分のレセプト上の算定回数をただ集計すればいいだけなので、恐らくそれほどの負担はないと思いますし、それから、薬剤管理指導はある意味、薬剤の副作用とか医療事故に関連して、最近比較的注目されている項目でもありますし、必要度あるいは有用性という意味では、あってもいいのではないかと思います。特に始まったばかりでもありますし、絶対かと言われるとちょっと微妙ですけども、検討していただいてもいいのではないかと思います。

○阿藤部会長 という御意見ですが、何かございますか。

○武田室長 特段ございません。

○阿藤部会長 そういうことで、本当にこれはいつもトレードオフの関係で難しいところですが

ども、先ほどの論点と同様に、メリット、デメリットがありますので、その辺をもう一度御検討いただきたいと思います。

それでは「エ 承認等の状況」、従来把握していた地域医療支援病院、災害拠点病院、開放型病院及び在宅療養支援病院への該当の有無を削除するというものです。これは報告者負担の軽減に資するということで、審査メモでは適当となっていますが、いかがでしょうか。

○中村専門委員 先ほどから問題になっています行政記録の活用部分の関係ですが、先ほどから問題になっていることと併せてなんです、今回、行政記録から削除した項目のうち、最終的に行政記録でとったデータが都道府県は出ると思いますが、二次医療圏、更に細かい単位での集計が可能な項目と、そうでない項目を整理していただくと、行政記録とオンライン化というのが、もともと報告者負担の軽減ということで、行政記録の活用とオンライン化という2つの方法があるのではないかとということで検討されてきたと思うのですけれども、少なくとも医療施設調査については先々、次回、次々回辺りを考えれば、かなりオンライン化で可能だと思うのです。そうしますと、行政記録とかトレードオフの関係になるのですが、全体の中で基のデータと突合しておかなければいけないものと、総数把握あるいは二次医療圏単位の把握でいいものと、それを医療施設調査全体の設計として順位付け、それから、その時々の方策課題で新しく入ったものをカウントするという方法とあると思うのですが、その整理がされていませんか、調査のたびに新しいものが出たり、削除ということになると思いますので、その整理についてどんな状況かということと、今回削除の候補となっている項目が、最終集計がどの単位で可能かについて情報を頂きたいと思います。

○武田室長 御指摘いただきました点は、先ほど来の議論の延長のお話だと理解しております。結局データのレベル、つまりこの調査の場合ですと、病院レベルで情報が代替できるか、それとも別途の集計でできるか、まず2つに分かれると。後者におきましては、今、中村専門委員から御指摘がありましたのは、例えば、表章するに当たりましてもどのレベルまでの表章が可能であるのか。ものによってはオールジャパンではなくて、県別もしくは各二次医療圏別とか、そういうものも必要ではないか。それがどの程度までできるのか。もしくは別途それ以外のクロスもできるものがあるのかという点についての整理をという御指摘だったと思います。それにつきましても、現行の調査項目において大体、現時点において突合で使えるもの、そうでないものを整理することはもちろん可能でございますので、それについてはまた、まとめさせていただきたいと思っております。

今現在の承認等の状況につきましては、実は前者といいますか、病院レベルで突合が可能なものでございますので、ここでは項目から落としましても、今までの集計のレベルとしては落とすことなくできるというものでございます。

○阿藤部会長 ということは、これは病院調査の中に入ってクロス集計なども可能だということですか。

○武田室長 別途、名簿等がございますので、その中に入れると可能です。あえて新たにとらなくても病院名という形で突合が可能だということでございます。

○中村専門委員 更に細かいテクニカルな話で申し訳ないですが、もし、この調査の中に目的外使用でデータを出すときにも、それはつながっているデータなのですか。統計報告として定め

た票が作成されると思うのですけれども。

○相原補佐 二次利用でお渡しするデータの中に、その情報も入れる予定でございます。

○伏見専門委員 ちょっと確認ですけれども、具体的にどのような方法でリンクが可能なのか、その辺のリンクの確実性は担保されているのか確認したいのですけれども。

○武田室長 例えば、地域医療支援病院、災害拠点病院につきましては、私ども厚生労働省の医政局で保有している名簿がございます。これは制度上のものです。それから、開放型病院、在宅療養支援病院につきましては、診療報酬の施設基準の届出で可能だと。ただ、これもデジタル化されているということで、突合が可能なものの例とお考えいただければと思います。

○伏見専門委員 先ほどはIDが統一されていないので突合できないものが多いということでしたが、これはたまたまできるということですね。

○武田室長 数が少ないということがあります。なおかつ、デジタル化されていて数が少ないと。これがデジタル化されていなくて、なおかつ数が多いとなると、数千の突合をさせるということが技術的に、あとは金銭的なものもあろうかと思いますが、いろいろな面で現時点では非常に難しいと御理解いただければと思います。

○津谷委員 別に確認ではないのですけれども、これは前回調査、平成20年の調査ではこの情報はとられているわけですよね。ですので、この医療施設調査、静態調査の中では同じ、つまりすべてを統べるユニークIDはなくても、調査内で同じIDを使っていच्छるのですか。病院単位で。それでしたら、平成20年で取っていればある意味リンクは可能ですよね。毎回、毎回変わっていくのですか。

ついでに、これは先ほどデジタル化されていて数が少ないというのは、大体見てこれだとしてつけていけばいいということだろうと思うのですが、これもやはり一度認定されて、また取り消されたりという認定の移動があるわけですよね。そうすると、これはアップデートされた最も直近の情報があるということで、それで突合してつけていくということですか。

○武田室長 おっしゃるとおりです。申し上げますでしたけれども、時点の問題も一つ大きな点でございます。どの時点ということが調査全体として決まっておりますので、この項目については大分鮮度が落ちるとなると、そこは問題の部分も出てくるかと思えます。

○阿藤部会長 よろしいでしょうか。

○津谷委員 できる限りIDは統一ということでお願いします。

○阿藤部会長 それはもちろんで、大きな提案ですけれども、エについては幸いにして突合が可能なので、文字どおり従来の医療施設調査の中に代替することができるということでございますので、これで了承ということにしたいと思います。

それでは、「オ 診療録管理専任従事者」。従来把握していた診療録管理専任従事者の配置の有無及び人数を削除するというものです。これは昭和59年から把握されてきたものでございますけれども、一定の傾向がとらえられているということで、審査メモでは適当となっておりますが、いかがでしょうか。よろしいですか。

では、これは了解ということにいたしたいと存じます。

「カ 定期的な臨床病理学的症例検討会（C P C）の実施」。これは、従来把握していた定期的な臨床病理学的症例検討会、これは病院で行われるものでしょうけれども、その実施の有無を削除するというものです。これは平成8年から把握されているものです。近年2割程度で安定的な推移、余り変化がないということで適当となっておりますが、いかがでしょうか。よろしいですか。

ちなみに、政策的にこういうものを増やすという話はないのですか。

○武田室長 御参考になるかどうかでございますけれども、例えば、C P Cについては、実は新しい臨床研修制度がございますが、これにつきまして行える施設の基準がございます。そのうちの必須要件の一つとなっております。ある意味では、そういう研修をするような医療施設の規模においては、重要な機能の一つということが言えると思います。そういう位置付けになっているものでございます。

○阿藤部会長 それでは、これは了解ということでよろしいですか。

次に「キ 医師事務作業補助者」。追加項目ですけれども、医師事務作業補助者の有無及び人数を新たに把握するというものです。平成20年度の診療報酬改定で医師事務作業補助者を設置している医療施設を報酬上評価する制度、加算制度ができたということがあって、こういう項目を設けて調べるということでございます。審査メモでは適当となっておりますが、これについてはいかがですか。よろしいでしょうか。

これは理にかなっているということで了解ということにしたいと思います。

「ク 病院に在籍する保育士」でございます。これは追加項目です。医療施設に在籍する保育士の有無及び人数（常勤換算）を新たに把握するというものです。これは特に子持ちのお医者さん、看護師さんという医療従事者も働きやすいようにという趣旨のものですか。

○武田室長 幾つかの機能は考えられます。今、御指摘があったこともそうだと思います。いわゆる福利厚生面もあろうかと思えます。もしくは、例えば、小児病院のようなところを中心としまして、長期入院されている病児の方々に対して、ある意味では発達・発育途上でございますので、そういう中において一般の保育という面からのサポートも必要ではないかということもございます。今はまだ固まったものではございませんけれども、いろいろな面からこのような医療機関の中で在籍される保育士の方が増えてきたけれども、実態がまだ分からないということで入れさせていただいたところでございます。

○津谷委員 この質問をすること自身は、私はよろしいと思います。特に、今、統計上の必要性でもワーク・ライフ・バランスはいろいろ言われておりますので。ただ、病院に勤務するスタッフのワーク・ライフ・バランスというか、子育て支援のような形での保育士と、入院しているお子さんの発達上のケアをするための保育士では、ちょっと目的が違うように思うのですね、施策的にも。恐らく同じ人が両方やってしまうと報告がしにくくなってしまうということがあると思いますので、無理なものは仕方がないと思うのですが、これは一緒にしてしまっているのでしょうか。

○武田室長 御指摘の点は非常によく分かります。ただ、ある意味で黎明期だということもありまして、やはりいろいろな実態をお聞きしておりますと、場合によっては今、先生から御指摘がありましたように、どちらの機能も担っているという方もいらっしゃるということもありまして、逆に

言うと、今最初の段階でかなり細かく聞くととなると、なかなか記入しがたいという状況もありますという現場の声もお伺いしまして、複数目的はあるけれども、まずは、実態としてどれくらい保育士という公的資格を持っておられる方が医療機関に在籍しておられるかというところから入っていくのがいいのではないかという趣旨でございます。

○津谷委員 もう一つのお尋ねしたい点は、常勤換算ということで、もしハーフタイムの保育士さんが2人いらっしゃったら、1人常勤という形になってくるわけですね。ただ、恐らく2人のハーフタイムの人と1人の常勤の人はいろいろな意味で違うだろうと思うのです。ですので、これはある意味時間単位で取っているわけですが、人数でフルタイムとパートタイムに分けて人数を取る、ちょっと場所的なことはあるかと思いますが、そういう必要はないでしょうか。

何でこんなことを申しますかという、病院ではなく、一般の保育所の保育士さん、特に公立の認可保育所など、ちょっと語弊があるようで恐縮ですけれども、常勤の要は地方公務員という形になってくると非常に人件費負担ですとか、保育士さんの高齢化の問題とか、我が国の特に公的な保育サービスのコストが非常に高いということが一つの要因になっているということを国際的に指摘されたりしていますので、ここは将来的なことも含めて常勤換算なされたことについてのお考えをお聞かせいただきたいと思います。

○武田室長 先ほどと基本的な概念、思想は全く同じですけれども、御指摘のとおり、できれば常勤のもの、換算のもの、どちらもあればより細かいマンパワーの実態が分かるかと思いますが、まずは、基本的などれくらいのマンパワー、常勤換算であってもというところから入っていきということで、今、委員から御指摘がありましたように将来的な点においては、その辺りの取り方も検討課題かなということは認識してございます。

○阿藤部会長 ということで、これは手始めにということよろしいですか。

○津谷委員 ただ、時系列で取っていくので、余り質問を変えない方がいいなとも、ちょっと思います。

○阿藤部会長 検討してほしいということですか。

○津谷委員 これは、基幹統計調査ということですので、先ほども統括官室から出ていますが、1回でどんどん質問項目を変えていくのは基幹統計調査としてやはりふさわしくないと思います。これからも少なくとも数回はお取りになるとなってきたときに毎回、毎回質問を変えてしまいますと、データとしての時系列性というのが損なわれる。ですから、テストというのは分かりますが、本当でしたら本調査でテストをするのではなくて、テスト調査をやってある程度考えて本調査にぶつけるということが必要だと思います。特に、これは全数調査なので。と私は思います。

○阿藤部会長 具体的には、フルタイムとパートを区分分けした人数を取ろうということですか

○津谷委員 人数と時間と、分かりませんが、うまく組み合わせると有用性があるかなと思うのですが。病院でこういう保育士さんを置いているところがほとんどないということになってしまいますと、それはそれで貴重な情報かとは思いますが、ちょっと使いづらかなと私は思いました。

○武田室長 先ほど申し忘れてしまったのですけれども、例えば、ほかの病院内の従事者について

いろいろと聞かせていただいております。その中で、例えば、看護業務の補助者であります理学療法士、作業療法士、あとは歯科衛生士、歯科技工士、診療放射線技師、その他につきまして、すべて常勤換算という形でしてございまして、これをいたしますと、かなりになるというのも理由の一つです。並びというのは積極的な理由にはならないということは重々承知してはおりますが、そういった面もあるということです。

○津谷委員 同じ調査でこの情報は取っていらっしゃるわけですね。

○武田室長 今のは、一般診療所票でそのようにしようと考えております。現時点でも一般診療所で理学療法士云々についてはそのように取ってございますので。

○津谷委員 クロスを取って、そこからある程度加工して変数をつくるということですね。分かりました。余りお時間を取っても申し訳ないので。

○阿藤部会長 了解ということですか。

○津谷委員 条件付きで。すみません、先ほどのお答えは次回にもう少し御説明いただいて、恐らく同等程度の情報が同じ調査の中から抽出できて変数を作って、別に全部回答者に聞くことがいいことだとは決して思っていないくて、やはり集計で抽出できる情報もあると思いますので、それである程度大体聞けるのではないかということでしたら、それでも私は構わないと思いますので、この調査の中で聞かれるということですよ。

○武田室長 今の御説明がちょっとあれだったのかもしれないですけども、例えば、一般診療所票の方で同様のことを考えていまして、資料2-12を御覧いただければと思います。一般診療所票の最後のページに、上から医師以下ずっとありまして、真ん中に保育士。これは今回入れるという案でございますので、こういう形に入れていこうと考えています。

○津谷委員 つまり、医師、薬剤師、常勤、常勤換算というところですね。

○武田室長 その中の33番に保育士を入れる案になっております。それと並びという形でございます。

○津谷委員 でも、これは常勤換算だけですね。准看護師までは実人数と常勤換算と両方出ていますよね。でも、これはたくさんありますからね。

すみません、私の頭が非常に悪いのかもしれないのですが、この(28)の中の項目33「保育士(常勤換算)」とございますね。そうすると、これは常勤換算を2回取っているということになるわけですか。

○武田室長 これは一般診療所票です。

○津谷委員 とにかく新しくこの情報を取るだけでも進歩であるとみなして、一応矛を収めることにしたいと思いますが、もし、これからもお聞きになるのでしたら最初からやっておいた方がいいというのは調査の鉄則です。恐らく回答者も同じ質問をされた方が、と言っても3年に一度で同じ方が回答なさるとは限りませんので一概には言えませんが、前回の調査は恐らくコピーを取って残していると。特に病院などはそう思うものですから、そういうときに余り調査票の質問を変えない方がいいとは思いますが。一応意見として。

○阿藤部会長 そういう意見がございましたということですね。

質問票の形式で見ると、ほかの項目は一応、常勤換算でやっています。保育士だけ医者と並んで別にするのも、ちょっとバランスを欠くかなという感じもいたしますので、一応これで了解ということにさせていただきます。

次の「ケ 健診・保健指導」です。従来把握していた生活習慣病に関連する健診・保健指導の実施状況を削除する。これについては社会保険診療報酬支払基金が一覧の形で整理・公表していくことで、およそ把握できるということのようですが、この場合も前の項目と類似していて、別途そういう情報が手に入るけれども、医療施設統計として集計することはしないというものです。そのことが本当にいいのかどうか。許可病床数とか類似の状況ですけれども、これについてはいかがでしょうか。

よろしいですか。では、これは恐らくメリット、デメリットを勘案したときに、それでいいのではないかという判断ということで了解とさせていただきます。

次に「コ 専門外来の設置」ということで、①助産師外来の設置の有無を新たに把握するということです。これは、適当となっております。行政的にもそういうものの設置を促進しているということで状況を把握したいということですが、これについてはいかがでしょうか。よろしいですか。それでは、これも了解ということにします。

②ニコチン依存症管理料の算定。これは従来把握していたニコチン依存症管理料の算定の有無を削除するというものです。これも行政記録情報、診療報酬の施設基準の届出によって把握可能であるという理由で削除するということです。これもまた、医療施設統計としては集計しないとなっておりますが、これについてはいかがでしょうか。

○伏見専門委員 これは多分、先ほどの保健指導と似ているのですけれども、ほかの統計とのクロスの必要性が低いだらうということで、行政記録に任せても構わないと思います。

○阿藤部会長 分かりました。他の情報とクロスする意味が薄いということで、これは了解ということにしたいと思います。

「サ 保育施設・子育て支援の状況」。従来把握していた職員に対する子育て支援の状況を削除する。これは前回平成 20 年の本調査で追加されたばかりの事項だということで、本当によいのでしょうか。あるいは周期的な事項とする方法も考えられるがどうかということ。これについてはいかがでしょうか。

○津谷委員 先ほど私が申し上げた職員に対する福利厚生の一環としてなのか、入院患者さんのための保育士さんのお話ですけれども、これは非常に関連することで、恐らく病院施設調査の調査項目としてなじむかどうか、適切かどうかという問題は確かにあると思うのです。ただ、慶應大学で職場の保育サービスを大学としてやろうという話が出たときに私は相談を受けまして、どこでやろうかという、まず病院なのです。なぜかというと、深夜勤務その他がありますし、看護師さんや女医さんが辞めてしまうということで、マンパワーの活用ということも含めて恐らく一番ニーズが高いであろうと思います。結局、今のところまだやっていないですけれども、学校法人である慶應義塾の中でもこういう話が出てきたときに、病院に来たということが大変印象に残ってしまっていて、患者さんの調査もありますし、病院の施設調査ですので、考えたときにこれをやめてしまっている

のかなと少し疑念を持ちます。本当の医学的な見地ということではなくて、施設としての支援が必要ではないかと、今非常にそういうことに力が入れていることでもありますので。

○武田室長 御指摘の点でございますけれども、今は保育についてのお話でございましたが、確かに職員のためのいろいろな子育て支援の方策があるかと思えます。その中で保育につきましては、引き続き院内保育の状況、サービスの状況は把握させていただきたいと。ただ、先ほど先生から、そもそも医療施設調査でというお話もございましたし、それとも関連するかもしれませんが、こういう項目につきましては、他の項目とのバランス等も考えまして、これについては削除させていただくということでございます。引き続き院内保育の状況につきましては、把握させていただきたいと考えております。

○津谷委員 すみません、1つだけ。前回の調査で院内保育のサービスの状況は聞かれていますけれども、それと組み合わせて、例えば就業時間をフレックスにしたり、変えたりというようなことでクロスをとったり、前回の調査の結果はなさっているわけですか。私は医療関係者ではないので報告書を見ていないのですが。

○武田室長 少なくとも報告書の中では、そういうクロスはさせていただいておりません。

○津谷委員 ただ単に単純集計なさいただけですか。分かりました。

○阿藤部会長 いかがですか。これもやむなくでしょうか。

○津谷委員 なぜこんなことを伺ったかという、やはり恐らく院内保育をする必要があるのは、相当大きな規模の相当な数のスタッフがいる病院だけだろうと思ったものですから、病院にもいろいろな病院がありますし、地域その他もいろいろあるものですから、院内では保育しないけれども、ある程度フレックスタイムで対応しているということがどれくらいあるのかなと、ちょっと思ったものですから伺いました。

○阿藤部会長 では、これも削除は了解ということにしたいと思えます。

引き続きまして、「シ 医療安全体制」の①院内感染防止対策の専任担当の有無及び人数を新たに把握する。この問題はマスコミなども大分賑わしている問題ですが、これは行政的に対応するための新たな資料ということだと思いますが、審査メモでは適当となっていますけれども、いかがでしょうか。

では、これは追加することで了解ということにしたいと思えます。

②従来把握していた医療安全体制の責任者の専任・兼務の別を削除するということです。ただ、これは前回の調査で大体の実態がつかまえたということで削除ということですが、これもまた平成20年に追加されたばかりで、本当に落としていいのかということで審査メモが出ております。これについてはいかがでしょうか。よろしいですか。

では、これも削除で了解いただきました。

続いて歯科診療所票ですが、③従来把握していた医療安全体制の責任者の資格から医師、薬剤師、看護師、診療放射線技師及び臨床検査技師を削除するという、これは医療安全体制の責任者の資格が大部分、歯科医師及び歯科衛生士で占められているので、それ以外細かく見る必要はないということでしょうか。審査メモでは適当となっていますが、よろしいでしょうか。

それでは、これも了解といたします。

④従来把握していた院内感染防止対策のための施設内回診の頻度を削除すると。これは一般診療所票ですが、そもそも全一般診療所のうち有床の診療所が1割に過ぎないということで出現率が低いということのようですけれども、いかがですか。よろしいですか。

では、これも削除で了解ということにいたします。

⑤従来把握していた患者相談担当者の配置の有無を削除する。これは一般診療所票、歯科診療所票です。これも小規模の施設で調べる必要性は相対的に低いということで、削除が適当と審査メモではなっていますが、よろしいですか。

では、これも了解といたします。

「セ 特殊診療設備」のうち、①新生児治療回復室（GCU）の病床数及び1か月の取扱い患者延べ数を新たに把握するという追加項目です。これは、平成22年の診療報酬改定で新生児治療回復室を設置している医療施設を報酬上評価する制度が創設されたということで、行政的にそれを把握する必要があるということで審査メモでは適当となっていますが、いかがでしょうか。よろしいですか。

では、これも了解といたします。

②陰圧室の病床数及び1か月の取扱い患者延べ数を新たに把握するというところでございます。これは、感染症の病原体が病室外に拡散するのを防ぐための陰圧室がどのくらい普及しているのかわかって、行政上対処したいという項目ですが、いかがでしょうか。よろしいですか。

では、これも了解といたします。

次に③従来把握していた広範囲熱傷特定集中治療室の病床数及び1か月の取扱い患者延べ数を削除するということです。これは平成22年の診療報酬改定によって診療報酬算定上の制度としては廃止されたということで算定要件ではなくなったため、調査項目から削除するというところでございますが、いかがでしょうか。よろしいですか。

では、これも削除で了解といたします。

それから、「ソ 手術等の実施状況」です。①分娩の取扱いに係る項目において、院内助産所の有無を新たに把握する。これは病院票、一般診療所票です。院内助産所は厚生労働省が産科医の負担軽減等の観点から設置を促進しているということで実態を調べるということですが、これについてはいかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、これも追加することで了解といたします。

②従来分娩の取扱いに係る項目において把握していたLDRの有無を削除すると。これは前回調査で大まかに実態がとらえられたということで、毎回継続して把握する必要性がないということでございますが、審査メモでは1回でやめていいのかということで論点になっておりますが、いかがでしょうか。削除するというところでよろしいですか。

一応、審査メモで論点になっておりますので、専門の先生から特に削除しても構わないという若干の理由でも言っていただけるとありがたいのですが。

○伏見専門委員 重要度という意味では、院内助産所の方がはるかに昨今の現状で高いと思います

し、調査内容のある程度の制限を考えると、こちらが無くなることについては多分影響度はそれほど大きくな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。そういう理由でLDRは削除するということで了解ということにしたいと思います。

③悪性腫瘍手術、病院票、一般診療所票ですが、病院票では、従来把握していた悪性腫瘍手術件数の内訳から食道がん、胆嚢がん、膵臓がん及び腎がんを削除する。一般診療所票では、従来把握していた悪性腫瘍手術件数の内訳から胆嚢がんを削除する一方で、内訳に肺がん及び肝臓がんを追加するという変更ですけれども、前者については社会医療診療行為別調査で把握可能だということです。一般診療所調査で肺がん及び肝臓がんの追加に関しては、この2つのがんが5大がんの一つであるということで、病院票と同様に調査事項とするのは合理的だということになっておりまして、論点としては、平成20年の本調査で追加された食道がん等を平成23年の本調査で削除する。これも1回でやめていいのかということでございますけれども、いかがでしょうか。

○伏見専門委員 まず、悪性腫瘍というのは4疾病5事業の一つに入っておりまして、医療行政的には非常に重要な意味を持つ疾患群です。その手術というのは根治的な治療がかなり多いということで、治療的な意味でも非常に重要な意味を持っておりますので、悪性腫瘍手術の調査というのは基本的には充実させるべきであろうと考えております。特に今回、削除対象になっております食道がん、膵臓がんは、非常に難治性で、これらの疾患の治療ができる医療機関は比較的少ないため、このような治療ができるということが医療機関の機能を反映していると言えます。

一方、医療計画においては第5次、第6次と個別の医療機関のそれぞれの専門性なり機能分化なり、あるいは医療の内容を具体的に評価して、それを地域住民に知らせていくということも一つの大きな目的になっておりますので、本来充実させるべきこういう専門性の高いがんなどについての情報が欠落してしまうというのは、非常に大きな問題ではないかと思います。

もう一点、社会医療診療行為別調査で把握可能と書いてありますが、個別医療機関の状況は分かりません。また、患者調査の退院票などが仮に充実しているものであれば、こういうがんの治療実態などは把握できるわけですが、現状の患者調査では、比較的症例数が少ない食道がん、膵臓がんなどは、把握しにくいいため、難しく高度な医療を提供しながら、統計調査上はその治療実態を把握しにくくなっています。そういう意味で、これらを医療施設調査などできちんと把握しておくということは、地域医療の実態を評価し分析する、あるいは個別の医療機関の機能として分析する上でも重要ですし、例えば医療計画などに反映させるための基礎情報としても非常に重要だと思いますので、これについては削除しない方がよろしいのではないかと。かつ、胆のうがん、腎がんについても数的には比較的多い疾患ですし、専門性が高い治療を要しますので、基本的には削除しない方がいいのではないかと考えております。

以上です。

○阿藤部会長 ありがとうございます。これについて厚生労働省の御見解はいかがですか。

○武田室長 削除の理由はいろいろございますけれども、報告者負担の軽減というのは一つの大きなものでございます。それに対しまして、今、伏見専門委員から御指摘いただいた点も非常に重要

な点だと思しますので、これにつきましては再度検討させていただければと考えております。

○阿藤部会長 よろしく申し上げます。

それでは、③悪性腫瘍手術に関しては、一般診療所票も胆のうがんを削除する一方となっておりますが、これも削除しない方がいいという御見解ですね。

○伏見専門委員 はい。

○阿藤部会長 そういうことで、追加の方は逆によろしいわけですね。この点については削除するものについて、もう一度厚生労働省で御検討いただくことにしたいと存じます。

④インプラント手術の実施状況に関して、従来の実施の有無に加えて1か月の実施件数を新たに把握するという事です。これは最近、我が国で急速に普及しているということで、歯科医療施策を検討するに当たって、重要情報ではないかということでございますが、いかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、追加することで了解といたします。

⑤として、従来把握していた歯周外科手術及び骨折・顎骨腫瘍手術等の実施の有無を削除する。前者は平成17年、後者は昭和59年からで、大体傾向がとらえられているということで削除が適当ではないかという審査メモですが、いかがでしょうか。よろしいですか。

では、これは削除で了解といたします。

「タ 歯科設備」、①デンタルX線装置等です。これは、病院票、一般診療所票、歯科診療所票についての新規項目ですが、ここにありますようなものの保有の有無を新たに把握するという事でございます。この辺は高齢化等に伴って非常に増えているということのようで、実態を正確に把握したいという趣旨でございますが、いかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、デンタルX線装置等の項目を追加するという事で了解といたしました。

②生体モニター等です。これは従来把握していた生体モニター、超音波歯石除去器及び口腔内画像処理システムの保有の有無を削除する。これは病院票、一般診療所票、歯科診療所票の3つから削除するという事です。ただし、これは歯科主要設備として前回平成20年本調査で追加されたばかりであり、これで本当にやめていいのかどうかという先ほどから出ているものと同様ですが、そういう論点が提出されておりますが、いかがでしょうか。この3つについては、それぞれ厚生労働省から出されている回答によると、3つそれぞれ理由が違ってきますよね。最初のものは調査事項の増加を防ぐために削除するという事ですし、2番目は長い間やられていて大体一定の傾向が分かっていると。3番目は、ほかの調査項目からある程度推察可能ということで削除したいということですが、いかがでしょうか。

○伏見専門委員 基本的にはいいと思うのですが、生体モニターだけが指定基準等ということで書いてあって、この辺が気になるのですが、本当にこれは削除して大丈夫でしょうか。

○阿藤部会長 厚生労働省、いかがでしょうか。

○武田室長 指定基準ですね。超音波歯石除去器。

○伏見専門委員 すみません、間違えました。②ですね。

○阿藤部会長 審査メモとちょっと書きぶりが違っているので、厚生労働省の回答の方できちんと

書いてありますね。

○津谷委員 すみません、こちらの席上配布資料 2-1 に、生体モニター等は歯科医師臨床研修施設の指定基準において保有が求められている歯科主要設備として前回付け加わったと。ですから、伏見専門委員がおっしゃっていることは正しいと思います。それで、今回取ってしまっていていいんですかということだと思うんですけども。

○武田室長 すみません、ガバッとまとまってしまうのと、こちらの書きぶりが違ってましたので、誤解を与えてしまいまして申し訳ございません。歯科医師の「等」ということでまとめているのが、①、②、③みんなということでありまして、特に歯科医師臨床研修施設の指定基準で保有が求められている歯科の主要設備ということでは、超音波歯石除去器ということでございます。

○津谷委員 「等」と書いてあるのですけれども、真ん中の 2 番目の超音波歯石除去器が求められているのですね。3 つともということではなくて。

○阿藤部会長 厚生労働省の回答には、正確に書いてあります。

○津谷委員 分かりました。

○武田室長 すみません、例示として臨床研修の実施に関して必要な歯科主要設備の例示として幾つか出されているもので、例えば、歯科の診療台とか歯科用の X 線装置であるとか、並べて超音波歯石除去器ですとか、生体モニターでありますとか、口腔内画像処理システムということが例示としては載っているということでございます。こちらの説明が不十分でございました、すみません。

○阿藤部会長 例示として載っているということは、指定基準の中に例示として載っているという意味ですか。ということは、生体モニターも入っているのですか。

○武田室長 はい、入っています。

○津谷委員 ということは、②の厚生労働省からの回答にある超音波歯石除去器というのは、指定基準において保有が求められているのに取ってしまってよろしいのですか。

○武田室長 ②の歯石除去器につきましては、実は初めて平成 20 年に入れたということではございませんで、ここに書いてございますように、昭和 62 年から調査をしていると。間が抜けているところもございますが、そういう意味で大体の大まかな傾向・実態が把握できたという観点が一つの大きな判断基軸ということでございます。

○津谷委員 分かりました。ただ、調査票を見せていただいても、場所は空いてますよね。これは「○」をすればいいだけですから、あるかないかですから誰でも分かると思うので、空けておく必要が別にあるのかなと思いましたが。一応、基準になっているということなら、「○」をすればいいかなと思います。

○阿藤部会長 先ほどの御説明だと、別に超音波歯石除去器だけではなくて生体モニターなども指定基準の例示として挙がっているということですよ。

○武田室長 例示として挙がっております。

○阿藤部会長 入れるなら結局、みんな残すということになるのですけれども、場所があればという話ですが、もちろん少しでも報告者の負担を減らすということにはございますが。

○伏見専門委員 3 つとも指定基準には入っているけれども、②については大体実態は分かっている

る、③についてはほかで代替できる。①については結局、調査項目の増加を避けるため削除と言ったけれども、実際に欄を見ると1個空いていると。

○武田室長 おっしゃるとおり、先ほど先生から御指摘がありましたけれども、それぞれ理由が微妙に違っておりますが、生体モニターというのに関しまして、ある意味ではこの中では非常に基本的なものかなということで、そういう理由だと思います。この機器につきましても、年々といえますか、持っていて当たり前というものから段々と発展していくものですので、すべてずっと取るのはいかがかという判断があったのだらうと思います。

○阿藤部会長 生体モニターは残した方がいいということですか。

○伏見専門委員 いえ、私は別に。

○阿藤部会長 それでは、議論はしましたが、これについては削除で了解ということでよろしいですか。

○津谷委員 ただ、最後の質問がかかってまいりますので、この理由がお答えと違うようですので、これは整理されて提出された方が、統計委員会の説明でも通りやすいと思います。混乱しているように思います。

○武田室長 事実関係と合わせて整理させていただきます。

○阿藤部会長 それでは、「チ 新人看護職員研修の状況」。新人看護職員を対象とした研修の実施状況を病院票で新たに把握するということですが、これについては、保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部を改正する法律、これは平成21年にできたわけですが、それによってその実施が努力義務として規定されたということで、厚生労働省がそれに関する施策を推し進めるということで、実態を知りたいという政策的な要請が強いということですが、これについてはいかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、新人看護職員研修については了解といたします。

「ツ 病棟における看護職員の勤務体制」です。①では病院票で従来、一般病棟、療養病棟及び精神・結核病棟別に看護職員の勤務体制を把握していたが、病棟種別の把握を取りやめるということでございます。②は、病院票で従来把握していた配置している看護師・准看護師数を削除するという2つの削除がございしますが、これについてはいかがでしょうか。

○伏見専門委員 ちょっと理解が難しいのですが、例えば、看護基準7対1、10対1、13対1とあるんですけども、そういうものとほかの例えば医療機関の機能だとか、職員数というものとクロスするような集計というのは可能なのでしょうか。

○武田室長 診療報酬上のそういうものとクロスするものではございません。

○伏見専門委員 そうすると、看護基準というのは厳然としてあるわけですし、それがあある意味、病院の機能を決定付けている面が大きいのですが、そういう情報が今までは病棟における看護職員数というのがあったわけですが、大体それに準じたものが多分得られていたと思うのですが、それが無くなってしまって、集計上あるいは病院機能の評価上、従来と同等の分析・集計ができるのかどうかを教えてくださいたいと思います。

○武田室長 情報量といたしましては、確かにおっしゃるとおり数という形ではなくなりますので、

それは落ちるということはあると思います。ただ、報告者負担という一言であれしましたけれども、報告者側で非常に複雑だということもありまして、誤記入その他も含めて非常に多かった項目ということで、少しシンプルにしたというのも一点ございます。主たる要因ではございませんが、そういうこともあります。情報量として落ちてくるということは、そのとおりでございます。

○伏見専門委員 情報量として落ちるとするのは非常に重大な欠落になると思いますので、何らかの従来のものに相当する、例えば、看護基準等が把握できるような情報というのは把握しておいた方がいいのではないかと思います。

○武田室長 御指摘の点も踏まえまして、そのほかの方法も含めて少し検討させていただきたいと思います。

○阿藤部会長 それでは、病棟における看護職員の勤務体制については、そのまま削除していかどうかについてやや疑念があるので、再度検討していただくことにいたします。

次に「テ 歯みがき指導室」。従来把握していた歯みがき指導室の有無を削除する。これは昭和59年から調べられているということで、大体傾向が分かっているということですが、これについてはいかがでしょうか。よろしいですか。

では、削除で了解ということにしたいと思います。

それから、歯科診療所票ですが、「ト 従事者数」。歯科衛生士及び歯科技工士については、従来、従来常勤換算数のみを把握してきたが、いずれも常勤と非常勤（常勤換算）に分けた把握に変更するという御提案です。これについてはいかがでしょうか。

○中村専門委員 この御変更については問題ございません。

質問なのですが、従事者数が診療所は、ほぼすべての職種を把握するようになっていまして、従来は報告者負担ですとか、調査票のスペースの関係があったのだと思いますけれども、病院においてもチーム医療ということがいろいろ言われていまして、今回はともかく、今後オンライン化になれば職員の把握はそれほど難しいことではないので、一般診療所票に準ずる形の従事者把握を中長期的に検討いただけないかと思います。

○相原補佐 補足させていただきます。病院につきましては、別の調査がございまして、一般統計調査で病院報告というものがございます。そちらの従事者票で10月1日現在毎年取っているものがございますので、そちらで一般診療所票と大体同じような取り方をしているということがございます。

○阿藤部会長 それでは、歯科衛生士及び歯科技工士の従事者数の把握の仕方を変更することは了解とさせていただきたいと思います。

以上で調査事項についての検討を終えたところですが、切りのいいところで5分ほど休憩したいと思います。通常は2時間の審議なのですが、今回は調査が2つあるものですから3時間になっておりますので、5分ほど休憩させていただきます。

(休 憩)

○阿藤部会長 それでは、再開させていただきます。

審査メモに戻りまして15ページの「(2)調査方法」に入ります。これは従来の本調査において、医療施設は郵送配布された紙の調査票に記入して郵送で提出する。又は、厚生労働省ウェブサイトから電子ファイルの調査票をダウンロードして入力した上で、記録媒体に保存し、郵送で提出する方法で報告を行っていたということで、どちらにしても郵送で提出するということだったのですが、病院票について新たに政府統計共同利用システムを用いたオンライン調査を導入する計画だということ。オンライン化というのは一つの政府統計の流れですけれども、医療施設調査についてもこういう方式を取り入れたいということで、これについては審査メモでは特に異論はないということです。

一方で、医療施設調査以外の一般診療所票及び歯科診療所票について、導入を見送るのはいかなものかというようなことが書かれております。ただ、なかなか一遍にオンライン調査を導入するのは大変なので、段階を踏んでということで、これも致し方がないのかなというメモでございます。次回、平成26年の調査では一般診療所、歯科診療所においてもオンライン調査の導入を検討してはどうかという審査メモになっておりますが、これについて御意見等ございますか。

○津谷委員 意見というよりも、ちょっと教えていただきたいのですが、病院、一般診療所、歯科診療所、合計で約17万9000施設あるということですが、内訳を教えてください。

○武田室長 病院が9000弱です。正確に申し上げます。平成21年の結果でございますけれども、病院が8739、一般診療所が9万9635、歯科診療所が6万8097でございます。

○津谷委員 そうすると、今回は病院だけをまず手始めにとしても、9000弱ということであると、数からいくと一般診療所と歯科診療所は非常に大きいということになるわけですね。これは、経由する機関である都道府県の負担が一遍に激増することを避けるということかと思うんですが、平成26年調査で歯科診療所と一般診療所もやると激増しませんか。

○武田室長 今回の計画のままですと、確かに数的には一般診療所、歯科診療所の方がけた違いに多いわけですので、そういうことになります。

○津谷委員 ということは、どこかで激増する、激増の先送り。ほかにも調査があるのでオンライン化を一遍にされてしまうと、要は経由するところは1つだからボトルネックみたいになってしまうと大変だということだろうと思うのですが、ということは、オンライン化というのはこの調査だけではなく政府調査、特に負担もそうなんですが、厚生労働省の省内仕分けをさせていただいたときにも思ったんですけれども、本当にそういう意味でのコストを軽減して効率化を図っていくというのはオンライン調査しかないように私は思うんですが、恐らく厚生労働省の調査だけではなくて、経由機関というのが非常に限られているということになれば、そういう意味でのコーディネーションも必要となってくると思うんです。そうすると、平成26年の調査で数としては圧倒的に多い2つのタイプの診療所のオンライン化を目指していくことになったときに、やはりある程度事前の交通整理が必要になってくるかなと思います。

○阿藤部会長 一応、今の予定では平成26年には、全面的に導入されることになっております。

○武田室長 少なくとも平成 23 年調査においては、まずは先ほども申し上げましたけれども、病院報告での前例というか、今 40 数%やっているという経験も踏まえて、同じ病院のところを進めていきたいと。そういうことから、いろいろとノウハウも生まれてくる部分もあろうかと思います。そういうところも踏まえまして診療所。それから、病院の方が一般診療所票、歯科診療所票に比べて項目数としても非常に多いというところもありますので、全体の情報量から考えても、まずは病院票から行うことが妥当ではないかという点もございます。

ただ、先ほど来御指摘いただいておりますように、確かに数としてはべらぼうに多いというものがあります。それで、いつかはシフトしていかなければならないとなると、確かに激増する部分があるのも一方で事実であるとは考えております。非常に頭の痛い問題ではあります。

○伏見専門委員 オンライン調査の具体的な仕組みをよく知らないのですが、病院にとって本当に負担軽減になるのかどうかということで、対話型に入力する仕組みになっているのであれば、病院にとっては今までのように電子ファイルをダウンロードして送った方が、はるかに楽なのではないかという気がします。特に、病院票はかなり項目数が多いですので、その辺の仕組みはどのようなになっているのでしょうか。

○相原補佐 政府統計のイーサーベイの画面というのがございまして、そこにこちらから I D とパスワードを交付しますので、それに基づいてログインするとダウンロードの画面が出てきまして、PDF になっていますけれども、それで対話形式の形で打ち込んでいって、最後にボタンを押すとそのままサーバーに転送されるというような形になっております。

○伏見専門委員 それでしたら、分かりました。そうすると、画面で 1 対 1 で一々入れていくわけではないので、病院にとっては比較的負担は無くなるという形ですね。

○阿藤部会長 それでは、今回は病院票についてともかく一番やりやすいといえますか、既に病院報告である程度つかまえているということで、オンライン化しやすい部分からまずやってみて、恐らく次回についてはそれをほかの調査票に広げていくという今の予定ということで了解してよろしいでしょうか。

それでは、この点については了解ということにいたします。

16 ページ、2 として「公的統計の整備に関する基本的な計画」、いわゆる基本計画、新しい統計法に基づく統計委員会が 5 年計画で作った基本計画及び前回答申における指摘への対応についてということでございます。

基本計画の中で「(1)行政記録情報等の活用」という、冒頭でちょっと議論になりましたことが出ております。この基本計画の中に 2 つありまして、医療機能情報提供制度やレセプトの電子化等の推進状況を踏まえ、この平成 23 年調査以降に活用の可能性を検討するという 2 つ例示が挙げられているわけです。レセプトについては、患者調査の話ですので、ここでは議論を省きますが、医療機能情報提供制度というものが平成 19 年に導入されて、ただ、これは全国一本というのではなくて、都道府県ごとに医療施設の診療機能に関する情報を報告するということが義務付けられているのですが、そのフォーマットが都道府県ごとに違うということで、なかなか一括して扱うのが難しい形態だということですが、これについて厚生労働省の対応として、医療機能情報提供制度

を本調査で活用することについては、1つは報告の時期も統一がとれていない。それから、フォーマットが異なり、なかなか本調査の調査票情報と結合として集計することが困難といった問題があるので、今回平成23年調査では、この制度を利用することはできない。この提供制度の改正状況を見ながら本調査での活用の可能性を探っていくということをございまして、審査メモではそういう状況ではやむを得ないのではないかとということになっております。これについて御意見ございますか。

○伏見専門委員 多分まさに本末転倒の状況になっているのだと思います。恐らく都道府県が医療機能情報提供制度で集めている情報というのは、医療施設調査などで十分得られない情報を独自で集めて公表している形になっていると思います。そういう意味でいくと、医療施設調査をきちんと全国統一のフォーマットで充実させて、先ほどから言われている共通IDの問題などをきちんと整理して、もっとグローバルな視点できちんと情報整備をするという形で話を進めていくべきだと考えます。本来従であるべき医療機能情報提供制度と整合性が取れないから、本来主であるべき医療施設調査がうまく整理できないというのは全く本末転倒、逆の話だと思います。やはり日本全国で医療の情報基盤を整備し、さらにそれを用いて都道府県が医療計画を充実させていくということが必要だと思いますので、もう少し広い視点からきちんと制度を設計して、情報基盤などを整備していくという方法で、多少中長期的にはなるかもしれませんが、検討する必要があるのではないかと思います。

以上です。

○阿藤部会長 ありがとうございます。

こういった制度の利用というのは、医療施設調査に単に付け加えられるものは付け加えるという話ではないと。もう少し医療施設情報全体のフレームワークを立てた上で、むしろ冒頭に出ていましたほかの調査のID化といいますか、共通番号を設けることによって国の情報を更に充実させるという方向で考えるべきではないかという御意見だと思いますが、いかがですか。

○武田室長 医療機能情報提供制度でございますけれども、御存じのとおり前回の第5次医療法改正で盛り込まれました一つの仕組みでございまして、そもそもは各都道府県が地域住民に対して、県内の医療機関の診療機能を中心に情報提供を進めなさいというような内容のものでございます。そういうこともありまして、これは厚生労働省の医政局で所管しているものですが、各県ごとに大体国からこういう項目へという例示はしていますが、そういうものプラスアルファですとか、各県によってフォーマットはいろいろであるということがここで書いてある内容です。歴史的にも国で医療法改正になる前からそういうことをやっておられる県もございまして、あとは、時期的なものもかなりバラバラになっているということもあります。

そこで、情報といたしましては、基本的にはそれぞれの県が地域住民の方に情報提供するということですが、そこから国の方へ法の中で提供するようにと明示しているものではございません。現時点ではそうなんですけれども、ただ、ある意味で各地域で病院ごとの貴重な診療機能の情報であることも踏まえまして、先ほど伏見専門委員からも御指摘ございましたが、中長期的にそういうデータも含めて利活用できるような仕組みは重要なことではないかと考えております。ただ、

現時点におきましてはそういうこともございまして、そのまま平成 23 年で利用できる状況にはないというのが残念ながら事実関係としてございます。

○津谷委員 確認をしたいのですが、おっしゃったように、医療施設調査というのは全数調査ですから医療施設センサスですよね。ですから、それが中心になるべきで、先ほどからお話のあります医療機能情報提供制度というのは行政記録だとは思いますが、例えば、人口動態統計とか住民基本台帳といったような行政記録、あれは本当にきちんとした都道府県、その他で最終的に国に上がってくるというものはちょっと違うんですよね。お答えに全国で統一的に運用、同じタイミング、つまり何年何月何日付でどういうフォーマットで取るということを統一するのは極めて難しいということの理由は何なのかと思いました。ただ、むしろお話を伺っていると、この調査をこういうことをするためにガイドラインとなり得るような情報だと、これで取れるのではないかと私は聞いたんです。つまり、この提供制度というのは、医療施設調査で取れないような情報を都道府県や地方自治体が必要に応じて収集していると考えていいのですか。質問になってしまって、すみません。何でそれが現実的には極めて困難なのかなと、よく分からなかったのでお聞きしたのですが。

○武田室長 この医療機能情報提供制度を所管していないもので分からないのですが、先ほど申し上げましたように、基本的には地域住民に対する情報の提供からスタートしているわけで、例えば、情報を吸い上げていって集計して統計を取っていくというのが目的ではない、全く別途のものなんですね。結局、地域の中にいろいろ医療機関があるという中で、適切に受療行動をしていく上においては、やはり情報が必要だろうという観点から、各都道府県から情報提供をすることが大事ではないかということが医療法の中で述べられているのです。ですので、そもそも統計等を目的としたものでないということがあります。そういう意味では、次元の違う情報筋のものであると。すみません、お答えになっているどうか分かりませんが。

○津谷委員 要は、基本的には、これは地方自治体が地域サービスの一環として行うものだとということで、統計の情報としての収集という目的ではないと。ということは、これは基本計画がまずいということですか。レセプトの問題は別にあるわけですがけれども。

○阿藤部会長 ただ、その中に医療施設調査の中でとらえられていない情報もあるのではないかとということもあって、あるいは代替的にとれるものもあるのではないかと。一応既にあるとすれば、そういうものも利用できないかということであったのですが、今のお話を伺っていると、厚生労働省のお答えにあるように、タイミングもフォーマットも違って、そもそも各県ごとにはデータベース化しているんですかね。

○武田室長 各県ごとに、例えば、ウェブサイト等で情報提供されていると聞いております。実際幾つか私も拝見したことがございます。ただ、それを統一的に国で集めるというシステムにはなっていないということです。報告義務はないということがまず一つ、事実関係としてはあると聞いております。

○伏見専門委員 私の知っている範囲で少し実例を申し上げますと、まず、都道府県によってかなりばらつきが多いという実態があると思います。

それから、具体的にどんなことが書いてあるかということで、例えば、胃がんの治療をやっている病院が幾つありますか、どこの病院が胃がんの治療をやっていますかとか、どちらかというとき定性的な情報が多いのです。実際のところ、例えば、患者調査とか先ほどの医療施設調査のがんの調査などを充実させていけば、定量的に、例えば、どこの医療機関が胃がんの手術を何例やっていますとか、どこの医療機関が肺がんの化学療法をやっていますとか、放射線治療をやっていますという情報を充実させることができます。さらに最近はDPC調査から定量的でかつ精度の高い情報が得られます。これも一つの行政記録情報です。あとはレセプトもあります。このような情報があるのに、それに対して医療機能情報提供制度というのは、レセプトの情報や施設基準などの情報を一部使っている県もありますけれども、多くは、例えば、医療機関にアンケートして、あなたのところは胃がんの手術をやっていますかのようなアンケートをまとめて公表する程度のレベルです。先ほど言いましたように、全然レベルの違う情報といえます。

本来であれば、先ほども言いましたけれども、医療施設調査とか患者調査を含めて基幹統計あるいはレセプト情報などの行政記録情報をきちんと充実させて、それを体系的に整備して、そこから都道府県が扱う医療機能情報提供制度を設計していくのが多分本来の筋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。

ということで、基本計画を作るときの議論に少し不足があったかもしれませんが、このときは行政記録情報をなるべく利用して、ともかく報告者の負担を減らそうというのが大きな目標でしたから、その一つの例として挙げてきたのだと思いますが、今日の議論を伺っていると、どうも余り前向きな議論が出てきそうもないような印象ですが、あるいは平成26年の調査で状況を見てという話につながりそうなものなのですか。つまり、法律そのものが地方分権型で、国から情報が集まるようなものでもない。伺っていると、集められる情報がそんなに質のいいものかどうかという問題もありそうなので、これについて今後、よく検討するという方向性も余り見えない感じが今日の議論からしてくるのですが。

○伏見専門委員 確かに、医療機能情報提供制度の情報というのはそれほど活用できないと思えますけれども、レセプト電子情報とかDPC情報などの行政記録情報はきちんと活用すべきだと思いますので、そういうものを含めた体系的な整備と統計調査への活用については非常に重要なテーマだと思います。この部会か上の委員会かできちんと御検討いただきたいと思えます。

○阿藤部会長 とりあえず、この医療機能情報提供制度の利用というのは今、使う段階にはないということで一応了解を頂いたということでございますが、もちろん、元の基本計画の中にあるレセプトの電子化等の進捗状況は、むしろ患者調査の方で少し議論したいと思っています。

もう一点は、今、伏見専門委員から頂いた医療情報の体系化といいますか、中長期的な目標として、さまざまなデータがあって、それが必ずしも共通ID化されていないというところにいるいろいろな問題があるのではないかと御議論が先ほども出ましたし、今も出たわけですが、そういった問題というのはこの報告書の最後辺りに、今後の課題というところで少し触れておいたらいいのではないかと思います。

17ページの「(2)従事者の実人員及び実労働時間の把握」ということですが、前回答申の指摘で、

常勤換算した数値で把握することが妥当であるけれども、もう少し工夫できないかという意見があります。中長期的な課題としては検討を行う必要があるということですが、要するに、実労働時間を把握するという問題ですね。確か、これは所定の勤務時間で書かれていると前回伺ったと思いますが、違いますか。8時間とか、病院が規定している勤務時間で書き込まれているということではなかったでしょうか。

○武田室長 実労働時間という形にいたしますと、まさにタイムスタディのような形になりまして、そこは物すごく難しいということで、今のところは常勤換算を一つの指標として行うというのが一番現実的ではないかということでございます。

○阿藤部会長 ということ、従事者数というのは従来どおり勤務時間による常勤換算値とすることが適当であるという審査結果になっていきますけれども、これについて何か意見はございますか。

○津谷委員 先ほどのクラシフィケーションですけれども、実労働時間というのも本当に調べようと思ったらタイムユーズ・サーベイみたいにして、それを全部ある時期決めて社会生活基本調査みたいにやるしかないんじゃないかというお答えで、現在のところ病院票もそうですけれども常勤換算、つまり常勤の人が3人いて、非常勤というかハーフタイムの方が3人おられたら4.5というふうに人数で常勤単位でやっていくというふうにするしかないのではないかとということですよね。その常勤というのは実働でどのくらい働いていらっしゃるかという、そこまでの把握は無理ということでしょうか。

○武田室長 つまり、常勤の方がそのうちどれくらいいるかと。

○津谷委員 そうではなくて、実労働時間というのは何時間というお話で、1週間で取るのか、どう取るのか分かりませんが、大体生活時間調査ですと、終日と週末と土曜日と日曜日とやっているのですが、これは勤務ですので1日単位でやるのか、1週間単位でやるのか。ただ、時間を出すということは不可能なので、常勤換算を大体なさんと、それは分かりました。ただ、その常勤というのが一体何時間ぐらいなのかということは分からないということですね。

○武田室長 施設が決めた時間という形で、統一ということではありません。

○津谷委員 ということは、病院で常勤というのをどう定義しているのかを雑ばくに聞くこともやはり難しい、相当な負担になるということでしょうか。個人の方の実労働時間というのは不可能というのは分かります。

○伏見専門委員 一般的にこういう調査の場合は、常勤換算というのは1日8時間に単純に換算してやっていることが多いので、4時間しか働いていない人は0.5人で、常勤の人は何時間働いても、この人は8時間働いているということになっていると思います。

あと、もしできるとしたら、実労働時間を把握するのは確かに非常に困難、ほとんど不可能だと思いますけれども、唯一可能なのは多分、超勤時間ですね。残業とか超勤手当とか給与に関係しているような超勤時間などであれば、医師の場合はいわゆるサービス残業がほとんどですからないですけれども、看護職員であれば必ず取っているはずですから、それは可能性としてはあり得るのではないかと思います。

○津谷委員 この調査項目としてなじむかどうかは別として、最近ニュースなどでも産婦人科・産

科のなり手が少ないとか、小児科はなかなか難しい、いろいろな法制度の変化もあるわけですが、その原因の1つは、実労働時間が過酷であることだと思います。テレビに出てくるのは恐らく非常にドラマティックなケースなのだろうと思いますが、とにかく夜勤を挟んで過酷な労働を、特に医師の方はなさっている。当然ですが、看護師の方もそれに付随してあるのじゃないかと思ひまして、この調査とは別に、本当にそれがそうであるならば、やはり何らかの形でその状況は改善しないと、中長期的に我が国の医療制度の維持に対してかかわってくる大変大事な問題であろうと思います。患者調査ではなくて、これは恐らく医療を提供する側で聞くしかないわけですので、そういう項目の把握は別にきちんとできていると考えていいのでしょうか。

○武田室長　そういう意味で、時間を何時間どれくらい、もしくはもう少し定性的な形になったとしても、それを聞くというのは少なくとも調査の中においてはいいのではないかと思います。

○津谷委員　先ほど伏見専門委員もサービス残業がほとんどおっしゃったのですが、そのサービス残業というのが2時間、3時間ではなくて、24時間ぶっ通しの、1時間とか2時間寝ただけという、よくテレビのドキュメンタリーなどにも出てきて、どう見ても人間があれを長く続けていくことはとても不可能であるということを考えると、先ほどから院内感染の問題とかいろいろ出てきているのですが、これは恒常的にあることのような気がして、これこそ本当に何かの調査でちゃんと把握しないとまずいのではないかと思います。幾ら、医は仁術とはいえ人間がやることですので、私はお世話になる方ですが、やはりこれは何らかの形で必要になる情報ではないかなと思います。

○中村専門委員　今の医師の労働時間の問題、それから、本日は余り出てきていませんけれども、病院の経営状況は、医療制度の設計においては必要なのですが、恐らく今日出てきたことで言うと、医療施設のIDができて、あと全数でやるべき調査と抽出でやるものと、抽出でやったときにリンクがそれなりにできる仕組みが必要なのだと思いますが、調査ごとの目的を明確にした上でリンクができるような設計をしませんと、これからオンライン化するところはオンライン化すると思うのですが、全体を把握するための調査ごとの目的と方法の整理が必要なのではないかと思います。

○阿藤部会長　それは、先ほどの伏見専門委員の御意見に多分つながるものだと思います。こういう医師、看護師等医療従事者の労働時間も含めて何か情報を体系化する努力ができないかという課題だと思いますが、津谷委員がおっしゃるように、病院、医師、看護師の過重労働、長時間労働の問題はマスコミ的にも大分大きな課題になっていますので、それをいかに正確に把握できるのか。ここでやらなければどこでできるのかと。これしかできないのだったら、もう少し何とかならないのかという要望が強いと思うのです。その辺の中長期的な対応を少し考えていただけないかということでしょうか。それを医療情報全体の体系化の中で工夫ができないかということではないかと思ひます。

○津谷委員　こんな情報を毎回取るのは到底無理で、恐らく病院の方も報告負担の過重さを考えると大変だとは思いますが、先ほどからサンプル調査のことも含めて、やはり分野別にどれくらいのものなのかという実情をどこかで把握する、それがきちんと分かれば恐らく病院側の協力もそれなりに得られると思いますので、みんなとにかくということではなくて、どこかで正確な情報を把握して制度を改善していかないと、とにかくお医者様の過重な犠牲のもとに倒れるまで頑張ると

いうことは、やはりこれからの人口の高齢化を考えたときにも大変大事だと思います。

○阿藤部会長　そういう問題提起があったということで、これも今後の課題ということになりますと思います。

一応、現段階では勤務時間による常勤換算とすることでやむを得ないということにいたします。

最後に、「(3)オンライン調査の導入」ということですが、今回、医療施設調査について政府統計共同利用システムを利用したオンライン調査も可能とする仕組みを導入する必要があるということで今回対応したということです。病院票においてオンライン化を導入するというので、一応前回の答申への対応は議論を終えました。

これで医療施設調査についての議論を一通り終えたわけですが、患者調査につきまして、基幹統計調査である患者調査の変更と基幹統計である患者調査の指定の変更という2つの諮問がありまして、患者調査の指定の変更が簡単な事項ですので、まずそれから。今日は時間がありませんので、それぐらいで審議を終えたいと思いますが、現在、患者調査は、基幹統計調査の名称であると同時に、その調査の結果によって作成される基幹統計の名称ともなっており紛らわしいということです。そのため、患者調査という統計調査の結果によって作成される統計の名称を現行の「患者調査」から「患者統計」に変更しようというのが、この諮問の趣旨です。

そういう統計法上のいわゆる形式的なものですけれども、これについて何か御異議等ございますか。よろしいですか。

それでは、「患者調査」を「患者統計」とすることにいたしたいと存じます。

それでは、患者調査についてはこれ以上審議に入りませんでしたので次回に回すということで、最後に次回の部会について吉田調査官から御連絡をお願いいたします。

○吉田調査官　長時間ありがとうございました。次回は来年になりますが、1月24日月曜日です。本日と同じ14時から、この会議室で第2回の部会を開催させていただきます。

今回は、今日入りませんでした患者調査の変更に関して御審議いただきたいということでございます。その後、本日宿題を幾つか頂いております。そのお答えを説明いたしまして、それについて審議していただくというように考えております。次回の審議に向けて、こういう資料が必要だということがございましたら、準備の都合等もございますので、できましたら、1月12日水曜日までメール等適宜の方法で私ども事務局、政策統括官室に御連絡いただければと思います。

それから、本日お配りしている資料でございますがボリュームがありますので、そのまま机上に置いてお帰りいただいて結構でございます。また次回に私どもで先生方のお机に置かせていただきます。お持ち帰りいただいた場合は、必ず次回もお持ちいただきたいと思います。

以上でございます。

○阿藤部会長　それでは、本日の部会の結果概要は、来年1月26日に開催予定の統計委員会で報告いたします。

本日の部会は、これで終了いたします。長々とどうもありがとうございました。