

第 28 回人口・社会統計部会 議事録

1 日 時 平成 23 年 1 月 24 日（月） 14：00～16：45

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）安部由起子

（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、定刻少し前ですけれども、全員おそろいのようなので、ただ今から第 28 回人口・社会統計部会を開催いたします。

審議に入る前に、前回欠席されました安部委員に簡単に自己紹介をお願いいたします。

なお、本日、津谷委員は御欠席です。

それでは、安部委員お願いします。

○安部委員 北海道大学公共政策大学院の安部と申します。専門は労働経済学で医療はそれほど詳しくはないのですが、よろしく願いいたします。

○阿藤部会長 ありがとうございます。それでは、本日の配布資料等について総務省の吉田調査官に説明をお願いいたします。

○吉田調査官 それでは、議事次第を御覧ください。資料を本日は 2 つ用意してございます。

資料 1 ですが、前回の第 25 回人口・社会統計部会の結果概要でございます。

それから、資料 2 といたしまして、前回の部会において出された意見等に対する厚生労働省からの回答でございます。資料としては以上でございます。

第 25 回人口・社会統計部会の結果概要につきましては、既にメール等で確認をいただいておりますので、参考までにとということで付けさせていただきます。

それから、本日は、最初に、前回の部会で時間が足りずに審議できませんでした患者調査の変更

について、御審議いただきたいと思います。その後、医療施設調査につきまして、前回部会で出されました検討すべき事項につきまして御審議いただきたいと考えております。

そのため、前回お配りした資料につきましては本日も使います。お手元にごございますかどうか確認いただきまして、もしなければお知らせいただければと思いますが、よろしいでしょうか。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、審議に入らせていただきます。今日は、先ほど総務省の方から説明があったとおり、前回審議できなかった患者調査の変更と、それから医療施設調査に関して前回示されました要検討事項を審議いたします。まずは、患者調査の変更について御審議いただきます。

患者調査の変更に関する審議は、総務省の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た論点に対する厚生労働省の回答資料の内容は皆様、既に御承知済みだと思いますので、説明は前回の医療施設調査と同様、省かせていただき、諮問の概要と主な論点について総務省の方から説明を受けた後、議論に入りたいと思います。

では、諮問の概要と主な論点について、同じく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、前回資料の3-3を御覧ください。患者調査は、病院や一般診療所、歯科診療所などの医療機関を利用する患者につきまして、その傷病の状況ですとか入院の状況などの実態を明らかにしまして、医療行政の基礎資料を得るという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。

調査は3年ごとに、17万9000ほどあります医療施設の中から層化無作為抽出いたしました約1万4000施設を対象に入院患者、外来患者、退院患者に係る入院の年月日、受療の状況、診療費の支払いなど、それから紹介の状況ですとか来院時の状況、病床の種別、入院前の場所、退院後の行き先等について把握するというようにしております。

調査の系統ですけれども、保健所を経由して調査票を医療施設に配布し、医療施設が調査票を作成の上、郵送によって保健所に提出するという郵送自計方式によって実施されております。

本調査の結果の利用状況ですけれども、前回資料の3-5を御覧いただければと思います。大きくは2つです。まず「医療行政等の施策への利用」ということと、2つ目は「白書等における分析での利用」ということとなります。

施策への利用ということでは、医療計画の見直しや、医師の需給に関する検討といった医療提供体制にかかる施策ですとか慢性疾患対策、あるいはがん対策推進基本計画ですとか精神保健医療福祉の改革ビジョン等といった公衆衛生施策ですね。それから、診療報酬改定の検討といった診療報酬関係の施策の基礎資料として利用されているということでございます。

分析での利用ということになりますと、OECDへの報告ですとか高齢社会白書等、各種白書などで利用されているということでございます。

今回の計画における主な改正内容について説明をいたします。前回資料3-4を御覧ください。今回の改正は大きくは2つございます。「標本設計の変更」ということと「調査事項の見直し」ということでございます。

「標本設計の見直し」についてですけれども、本調査は調査の概要のところでも説明いたしましたが、調査対象の選定に当たりましては医療機関を層化した上で無作為に抽出するという方法で行っておりますけれども、層化抽出に際しまして、該当する施設数が少なくなってきたということで、単独で層化できなくなった層を削除し、他の層に統合するという見直しを行うこととしております。今回、削除する層ですけれども、ここにありますとおり、老人性認知症患者療養病棟を有する病院、感染症病床のみの病院、結核病床のみの病院、そしてハンセン病療養所の4つの層でございます。

ちなみに、この老人性認知症患者療養病棟を有する病院につきましては41施設、感染症病床のみの病院はゼロ、結核病床のみの病院は1、ハンセン病療養所は14となっております。数が少ないということでございます。

それから、統合先の層ですけれども、老人性認知症患者療養病棟を有する病院につきましては一部の病院は精神病床のみの病院に、またそれ以外の老人性認知症患者療養病棟を有する病院とその他のものにつきましてはその他の病院の層に含めるということとしております。

次に、「調査事項の見直し」についてです。調査事項の見直しは、各種の政策ニーズに応じた調査事項の追加ということと、有用性や報告者負担等を踏まえた調査事項の削除、それと有用性を高めるための調査票間の調査事項の移動という3つに分類されます。

まず調査事項の追加ですけれども、ここでは各種政策ニーズに応じた調査事項の追加ということで、受療の状況のところに肝疾患の状況を追加するというので、これは病院入院の奇数票、病院外来の奇数票、一般診療所票、病院退院票、一般診療所退院票が該当しますが、ここでは肝炎の克服に向けた対策の推進を目的として肝炎対策基本法が平成21年に制定されたことを踏まえまして、肝炎防止対策の策定や、その実施の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。

それから、入院前にいた、あるいは退院後に移った施設の所在地を病院退院票に追加するという計画です。これは、医療法に基づき策定された医療提供体制の確保に関する基本方針というものがございまして、その地域において切れ目のない医療を提供するという目標の達成に向け、入院前、退院後の行く先の施設に関する情報を把握して、地域における医療需要に応じた医療提供体制構築のための施策を検討するというので追加をするということでございます。

これにつきましては、カルテ等から転記が可能であるということなのですけれども、報告者の負担はかなり重いのではないかと考えられますことから、本調査事項の追加につきましては報告者の負担という観点で問題があるのではないかと、我々審査担当としては考えているところであります。

それから、有用性や報告者負担等を踏まえた調査事項の削除ということですが、まず透析治療の状況を病院入院（奇数）票、病院外来（奇数）票、一般診療所票から削除するというのでございます。これは平成20年の前回調査において追加された事項であります。削除の理由といたしましては、本調査から得られるデータが調査日時点での推計患者数であるということで、全国的な患者数を把握するものでなく、限界があるということ、それから、悉皆で全国の医療施設の1か月間の人口透析の件数を人口透析装置の台数とともに把握をしている医療施設調査があり、報告者の負担を考慮すると、引き続き調査事項にする必要性が低いということから、削除することとしております。

それから、がん治療の状況につきまして病院退院票、一般診療所退院票から削除するとしております。これは、平成20年の前回調査において追加された事項であります。がん対策を講じる上では、より細分化された治療内容ごとの患者数や、経年変化の情報が求められておりますが、本調査のデータではこれに応じられないということや、報告者の負担を考慮した場合にやむを得ないということです。

加えて、医療施設調査におきまして放射線治療や外来化学療法の実施状況を把握しており、また、社会医療診療行為別調査におきましても、より細分化された治療方法ごとの件数ですとか、1年ごとの経年変化の把握を行っているということもあり、報告者の負担軽減を図るということで削除するというようにしております。

それから、有用性を高めるための調査事項の調査票間の移動ということでもあります。過去の入院の有無及び過去の入院の退院年月日を入院患者に関する調査票から退院患者に関する調査票に移す。具体的には、病院入院の奇数票、一般診療所票から病院退院票、一般診療所退院票に移すということです。これは、再入院の状況について、入院前の場所ですとか在院期間などの患者の動向と合わせて把握した方が、地域特性に応じた医療提供体制の整備といった医療行政への活用において、より有用であるということから行うものです。

過去の入院状況につきまして、入院票、退院票のいずれでとらえるのかということにつきましては、前回の平成20年調査に係る統計委員会の審議におきましても検討されており、退院票は報告者負担が重いということ踏まえまして、入院票で把握することが適当とされたところです。現時点でその判断をある意味、覆すことになるわけですが、それだけの事情があるのかということ疑義が生じるのではないかと考えています。

つきまして、今回過去の入院の状況を入院票でなくて退院票で把握することにつきまして、適当なのかどうかということの一つの論点として考えております。

以上が、今回の諮問の概要の説明であります。

○阿藤部会長 ありがとうございます。それでは、患者調査の変更について委員の皆様にご審議をお願いしたいと思います。

ただし、御出席の委員の皆様方から意見や御質問を頂く前に、諮問が行われました昨年の第41回統計委員会において患者調査に関しても委員から御意見などが出されましたので、ここで吉田調査官に紹介をお願いいたします。それで、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。

○吉田調査官 それでは、前回お配りした資料の席上配布資料4-2を御覧ください。

委員会での患者調査に関する意見ですが、8件ほどございました。

まず、標本設計に今回変更を加えるということですが、それにつきましては該当する施設の数が少なくなっているということとともに、行政上の必要性も低下してきたということもあるのではないかと御意見がございました。

それから、この頂いた意見のほぼ半数になりますけれども、行政記録情報に関して、レセプトデータやDPC調査のデータの活用を検討してほしい、レセプトデータは匿名化されていて患者調査

では活用できないという説明があったけれども、匿名化する前のデータを使えないのか、医療に関する行政情報が多くあり、理解が難しいので全体を整理の上で示してほしい、それから、レセプト情報のデータベース化はどういう状況なのかといったお尋ねがありました。

それから、政策ニーズに応じて調査事項の追加を行うこととしているけれども、その政策ニーズとはどういうものなのか。また、有用性等を踏まえた上で削除するというようにしている透析治療の状況とがん治療の状況についてはいずれも重要な情報であるはずで、有用でないという削除の理由は理解できないので、部会できちんと説明してほしいという御指摘もありました。

それから、今回退院票に入院前にいた、あるいは退院後に移った施設の所在地を把握する項目を追加することとしているけれども、これについては有用な情報なので評価しますという意見がありました。

最後ですけれども、患者調査では医療施設、報告者にとっては非常に負担の重い調査である。調査のオンライン化を行わない理由は何か、そこを説明してほしいといった御要望もございました。以上でございます。

○阿藤部会長 ありがとうございます。これらは、いずれもこれから議論する項目に関連しておりますので、そのときにまとめて質疑応答したいと思います。ここでもし専門委員の皆様方から特に何か総論的なお話がこれに関してございましたらお受けしますが、よろしいですか。

それでは、個別の話に入っていきたいと思います。審査メモは前回の席上配布資料2-3、そして厚生労働省側からの論点に対する回答が席上配布資料の3-2でございます。それと今、御説明のありました今回の席上配布資料4-2を交えながら議論していきたいと思います。

それでは、まず厚生労働省が計画しております変更内容のうち標本設計について、これはただ今御説明がありましたが、審査メモの1の(1)でございます。これについて御意見、御質問があればどうぞ。

○伏見専門委員 私は特に問題ないと思います。

○阿藤部会長 ありがとうございます。ほかにはよろしいですか。

先ほど御紹介のあった統計委員会の指摘で、従来層化していたのは数の多寡ではなくて行政上の必要性があったのではないかという意見がありましたけれども、それについて何かございますか。

○武田室長 厚生労働省でございます。今、お話がありましたように、前回の統計委員会におきまして、そもそも行政上の必要性からある種の病棟、病床なりを全部とらえて標本にしていたという部分もあるのではないかというような御指摘があったやに記憶しております。

確かに、その時点でもお答え申し上げたのですけれども、過去におきましてはある種の行政ニーズに基づきまして一部の特色のある医療機関というものを層化しまして、結果的に精度の高い情報を得ていたということもございます。

例えば、感染症等の情報を詳細に把握するため等、そのようなことが歴史的にあったということでございますが、先ほど総務省の方からも御紹介いただきましたように、現時点におきましてはその対象数というものが極めて小さくなっているということでありまして、これを特に別枠としてとらえるという層化をするということに関しての必要性というものは現時点では失われたのではない

かという判断でございます。

○阿藤部会長 確認ですが、そうするとほかのものと一体化してそこから抽出するということが、これが当たらない可能性はあるということですか。

○武田室長 そういうことでございます。

○阿藤部会長 それでも構わないということですね。

○武田室長 そういうことで結構です。

○阿藤部会長 ということでございます。これでよろしいですか。

○中村専門委員 特に問題ございません。

○阿藤部会長 それでは、標本設計はこのように4つのものについて個別に層化するということは今回はしない。ほかのものと一体化して抽出するということが了承ということにしたいと存じます。

それでは、厚生労働省が計画している変更内容ですが、次の1の(2)で調査事項に入らせていただきます。これは数が大分多いですけれども、アから順番に取り上げていきたいと思えます。

最初に、「過去の入院の有無」です。これは、要するに入院票から削除して退院票で新たに把握するということです。ただ、総務省の方からは退院票の報告者負担が重いということが従来からありますので、この点はどうかということも含めて論点としたいということでございます。これについて、御意見をどうぞ。

では、中村専門委員どうぞ。

○中村専門委員 過去の入院について、前回入院票のものを今回退院票にということですが、今回の退院票の方で入院前の場所と退院後の行き先ということを突き合わせている。それで、報告者負担のことが挙がっていますが、病院、診療所の場合の場所を特定するということが、これはセットになって必要なことで、入院と退院とがセットになっているということで意味のある分析ができると思えますので、入院票から退院票に移行というのは適当だと思います。

○阿藤部長 ありがとうございます。伏見専門委員、どうぞ。

○伏見専門委員 基本的に賛成です。そもそも入院票と退院票というのは質的に意味が違って、入院票というのはある1日の時点の横断的な入院患者の状態を調べるものであって、退院票というのは1か月間に退院した患者さん、いわば患者さんの動きを見るような分析ができるものなんですね。

そういう前提に立って、過去の入院の有無とか、あるいはいつ退院して次にいつ入院したかという情報を組み合わせることによって、もちろん入院票でもある程度の状況はわかりますけれども、退院票と組み合わせることによって、よりその退院患者さんの動きのダイナミズムがよくわかりますし、例えば最近問題になっていることでこちらの厚生労働省の回答にも書いてありますが、短期入院を繰り返すようなパターンだとか、あるいは長期入院患者であっても入院を繰り返すようなパターンというのを把握することができるようになると思えますので、入院票で同じような分析をしようとするのが非常に難しいということ、基本的に入院票の場合はその日にいる患者が急性期の患者なのか、慢性期の患者なのかというのはほぼ判断が不可能です。

そういう意味でいきますと、退院票でこういう分析を行うということは非常に意義が高いと思

ますし、更に合わせて後の話になりますけれども、前後の場所などの情報が加わってくると今、大きな課題となっている患者さんの動態などを把握する上では非常に強力なデータ、非常に重要なデータを得られる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。ほかにございますか。よろしいですか。

それでは、今、退院票の方についての報告者負担の問題は特に議論に出ませんでした。それ以上に退院票に移すことによって学術的あるいは政策的に価値のある分析が、より有効に活用できるという趣旨で、これについては了承ということによろしいでしょうか。

○阿藤部会長 それでは、次へまいります。イの「受療の状況」です。

これは2つに分かれておまして、①は「肝疾患の状況」でございます。これについては、B型またはC型肝炎ウイルスへの感染の有無を新たに把握するというところでございますが、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。

○阿藤部会長 これは審査メモにありますように今、肝炎対策基本法等で問題にされているということで行政上、必要な資料を得るということで、了承ということにしたいと存じます。

それから3ページにまいりまして、②「副傷病名」についてですが、従来副傷病の選択肢の一つとされていた「糖尿病（性）足病変」を削除するとしております。これは出現数が少ないということとを理由としているということでございますが、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。

○阿藤部会長 それでは、これも削除を了承することにしたいと存じます。

それから、次にまいりまして、ウの「透析治療の状況」であります。「従来把握していた透析治療の実施状況を削除する」ということでございますが、これについてはいかがでしょうか。これは、先ほどの統計委員会で意見が出ておまして、丸の4つ目ですか。この透析治療、それから次のがん治療を削除するというのは本当にいいのか、おかしいのではないかと、そんなふうな疑義が出されておりますが、これについて御意見をどうぞ。

中村専門委員、何かございますか。

○中村専門委員 全体のこの項目について引き続き調査することで情報も得られるのですけれども、全体のバランスを考えたときに今回新たに肝炎についての情報、それから入院前の場所と退院先の情報というかなり大きなものが加わった場合、透析とがんについてはこれまでの調査で概要が把握できたので削除することと、バランスの問題で優先順位を付ければ削除せざるを得ない状況であれば削除することは差し支えないと思います。

○阿藤部会長 伏見専門委員、いかがですか。

○伏見専門委員 透析については医療施設調査の方である程度の情報は得られるということと、がん治療につきましても確かにそれ自体は重要かもしれませんが、もちろんこちらも医療施設調査等である程度の情報は得られますし、どうしても残さなくてはならないというような項目ではないかと思しますので、この削除については了としていいのではないかと考えます。

○阿藤部会長 ありがとうございます。ほかに御意見はございますか。

では、安部委員どうぞ。

○安部委員 私は質問なんですけれども、確かに施設の調査によって件数のようなものはかなり明らかになるのかなど。別に患者調査で見なくても、その施設の調査を見ていけば件数あるいはその推移というのは分かるのかなということなのなんですけれども、患者調査というのはほかの属性をいろいろ調査しているので、それと、がんなり透析なりということとの関連を明らかにするというニーズがあるということはないでしょうか。

○武田室長 今の御指摘の点でございますけれども、例えばいろいろな属性との関連性を見るということにつきましては、これはデータそのもののレベルが患者レベルのデータになっておりますので、そういう観点からしますとここにあるというのはそういう意味が出てくるということとは言えるとは思いますが。

ただ、あとは全体のバランスということもございまして、その辺りとの兼ね合いということでもございまして、例えば先ほどの透析等のことでもございまして、これにつきましては構造的に1因子だけということでもありますので、全体の数をこの中で把握することがなかなか難しい。医療施設調査等のもので1か月間以内のものということでした方が、より正確にデータがとらえられるという判断も合わせてした結果の今回の削除というものでございます。

○阿藤部会長 そうすると、例えば前回、平成20年の調査からですね。そのときの議論としては、ではそういうものなのになぜ入れたのか、どうしても必要だったのかという議論はあるわけですか。

○武田室長 例えば透析に関して言いますと、透析患者全体のボリュームがどれぐらいかということとは、この患者調査でとらえるというよりは医療施設調査等でとらえた方が正確であろう。

ただ、逆の方向で見まして、例えばこういう疾患又は疾患群に関して患者さんが人工透析というものを受けておられる様子を見ていくというものに関しては、それは意義があったのであろうということが入ったのではないかと思います。

ですので、完全にどちらの方向から見ても全体をとらえられるということでは、なかなか構造的には難しかったというのは前回もそのときも認識の上での導入であったろうというふうに考えております。

○阿藤部会長 細かく言えば、必要性はないわけではないけれども、ほかとのバランスでそれもやむを得ないかという御意見の方が大勢ですが、そういうことでよろしいでしょうか。

○安部委員 もう一点、確認で質問ですけれども、このがんと透析以外に、現在治療の有無というような項目はないということよろしいわけですね。

○武田室長 そういう意味では、少し特異な項目というふうに御理解いただければと思っております。

○安部委員 分かりました。

○武田室長 部会長、申し訳ありませんが、1点だけ修正させていただきます。

治療の項目ということでないというふうに申し上げたんですけれども、例えば手術の有無というものがひとつ広い意味では治療の項目というような形で入っているということがございます。

これは、資料でいきますと新旧表といいますか、配布資料でいくと前回の資料3-14を御覧になつただけければと思います。様式6の「病院の退院票」でございますが、その中には入ってござ

います。

ただ、それは前回も入っておりまして、今回もそのまま引き続きということでの案で御提示させていただいているところであります。

○阿藤部会長 安部委員、よろしいですか。

○安部委員 手術の有無というところだということですね。それで、受療の状況というのと先ほどのがんとか透析というものはまた別だということですか。つまり、この受療の状況というのは以前からも、そして今回もあるけれども、この受療の状況とは別に透析とがん治療があったものを削除したということですか。

○武田室長 そういうことでございます。

○安部委員 分かりました。ありがとうございます。

○阿藤部会長 それでは、透析治療の実施状況についてはこれを削除するということで了承ということでもよろしいですか。

○阿藤部会長 では、了承とします。

それから、ほとんど一緒に議論しましたがけれども、がん治療の有無についてもこれを削除するというでもよろしいでしょうか。

○阿藤部会長 それでは、これも了承といたします。

では、次の4ページにまいりまして、オの「診療費等支払方法」であります。従来保険制度に絡んで6つあった分類を本人と家族ということで2つに統合する。退職者についても一本にするという簡素化の方向での変更であります。これについて御意見をどうぞ。

では、中村専門委員どうぞ。

○中村専門委員 私は、従来そのままお願いしたいと思います。理由は、今後この患者調査のデータをDPCなど電子情報で取る可能性という、具体的にはまだ固まっていないようではございますけれども、方向としてはそういう方向にあると思います。

それで、その場合にこの従来患者調査で行ったものと、そのほかのデータでやった場合のデータの一貫性を見る必要があって、そのときに元の保険の種類がありませんと、これを簡素化してまとめて全部一遍にということよりも、ばらばらになっていた方がデータの一貫性の検証ができる。ちょうどそれが移行期でありますので、ここで簡素化をせずに、名称は変わりますけれども、従来と同じに6種類に分けておいていただいた方がよろしいのではないかと思います。

○阿藤部会長 そういう御意見ですけれども、ほかの皆さんはどうでしょうか。

では、安部委員どうぞ。

○安部委員 私もこれは分けておいた方がいいのではないかと思いますのが1点と、もう一つはこの最初の2つ、全国健康保険協会管掌健康保険というのはいわゆる協会けんぽですね。過去そういう形で調査されたのかもしれませんが、やはり協会けんぽという名称の方がずっと分かりやすいのではないかと思います。個人的にはするのですが、その点はいかがでしょうか。

○武田室長 今回、私どもの方で出しました案といたしましては、ここにも書いてございますとおり、報告者負担等を考慮いたしまして他調査というところ、具体的に申し上げますと医療費の動向、

メディアスでございますが、こちらの方でその量、趨勢というものの把握が可能でございますので、そういう観点からそちらの方を利用するというを据えまして、これを全部まとめるという形でさせていただいたものでございます。

ですので、そういう意味ではこの協会けんぽを示しているというものも今回は全部まとめるということでありましたので、名称は考えておらなかったものでございますが、ただ、一方で一般論でございますけれども、確かに安部委員が御指摘のとおり、正式名称が必ずしも記入者の側に非常に浸透しているとは限らないものもでございます。そういうものに関してはほかの項目のところでも、例えば自立支援法等のところでも括弧書きとかで少し文言を変えたところがございますけれども、そういうようなものに準じてやるという方法はあるのかなというふうには考えております。

ただ、申し訳ございません。私どもの案といたしましては、現在は先ほどのメディアスの関係等も踏まえまして、これも全体のバランスということでございますので、そういうことではありますが、今回はまとめさせていただければということでお出したという次第でございます。

○阿藤部会長 伏見専門委員、どうぞ。

○伏見専門委員 私はどちらとも判断がつかねているんですけれども、まず1点は退院票を含めて、この調査は医療費の分析ではないので、その意味では保険種別を細かく見ても余りその分析の視点もないし、それほど重要な情報ではないという意味では、削除あるいは統合してもいいのかなと思っております。

一方、記入者負担のことを考えると、恐らく病院にとってはレセコンの保険者のコードを見ればどの保険組合かというのは非常に簡単に分かりますので、その意味では負担的には余り変わりはないのかなという気もしますので、あとはこのデータの有用性をどこまで見るかということで、個人的にはちょっと判断は難しいというニュートラルな状況です。

○阿藤部会長 厚生労働省の方では、先ほどの中村専門委員の意見についてはどういうふうにお考えですか。

○武田室長 現在やっていなくても今後とか、あとはこういう組合せのもので見ていければということではありますが、前回の医療施設調査の御検討いただいたときにもいろいろ御意見を頂いたのとある意味では同じ次元の話だと思います。

そういうこともあろうかと思えますけれども、全体としてあくまでも優先順位といたしますか、そういうようなものを付けた結果ということでございまして、少なくとも現在はなかなかそういった医療費的なものに関連するような保険者間の中での差異でありますとか、そういうような表章等はしておらず、今後その点につきましては予定がないこともありまして、今回は優先順位的に統合させていただいたというところでございます。

ですので、その有用性云々ということにつきましては、今後未来的なことも考えていきますと、それはないとも当然申し上げられませんが、現時点のところではそういう話でございます。

○阿藤部会長 中村専門委員、どうぞ。

○中村専門委員 私が申し上げましたのは、単に細分化をして分析ということではなく、レセプトデータを電子データを使つての患者調査の移行というものは、将来的なことを考えたときに、今回

の調査でこの情報を落としてしまってよろしいのかどうかということです。負担が余り大きくないのであれば、残しておいてもよろしいのではないかという意見でございます。

○阿藤部会長 厚生労働省、いかがですか。一度持ち帰られますか。

○武田室長 これは、将来電子化したとした場合にその項目がもし入ったとしたら、その間のその項目が抜けていたら、それはもったいないのではないかというふうな……。

○中村専門委員 その電子化のときに技術的にいろいろな問題があることは承知していますけれども、いずれ移行しなければいけない。そのときに従来の患者調査の方法と、その電子データのレセプトデータを使った場合の整合性を当然見ないといけないと思うのです。

そのときに、レセプトデータの方の許可が例えば保険者ごとに違えば、共済は使えてほかは使えないとか、協会けんぽは先に使えて健保は後だとか、いろいろあったときに、ある保険者層のデータについてこの整合性を見て最終的な電子データをこの患者調査に使う場合の設計をするというようなときに、今回の調査から従来まであったものをわざわざ落としてしまうのはもったいないのではないかという意見です。

○武田室長 仮にレセプトの利用も含めた電子化ということの今後の方向性みたいなものとの関連もあろうかと思しますので、その点も含めましてこれは一度検討をさせていただければと思っております。

○安部委員 関連してよろしいでしょうか。私は中村専門委員と必ずしも同じ意味合いではなく、しかし、やはり分けておいた方がいいのではないかと思っております。

私の知る範囲では、例えばですけれども、いわゆる協会けんぽと健康保険組合で医療費がどのように違うのかというようなことは、これはそれ自体、興味があっておかしくない事項ではないかというふうに考えております。

○阿藤部会長 それでは、この医療保険の選択肢が上の方で言えば6つあるものを本人、家族とくくって2分類にするということで、この後ろの方はどうなんですか。先ほどの御意見ですけれども、下の方の退職者医療も別々にという意味なのでしょうか。

○中村専門委員 これは、このままで結構かと思えます。

○阿藤部会長 それでは、退職者医療に一本化するのはいいいということで、上の6つの各種保険、本人、家族別というものを本人、家族別にすることについては将来性も見据えて、例えばレセプトデータが使えるようになったときに、あるいはDPCとか、そういうものとこの患者調査との整合性を検証するという観点もあるのではないかということで、これを残しておいていただきたいという意見がございますので、これについて一度厚生労働省の方に持ち帰っていただいて再検討をお願いしたいということでございます。

それでは、②にまいりまして「公費負担医療」でございます。これについては「障害者自立支援法」の追加、それから「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の削除という提案でございますが、これについてはいかがでしょうか。

○中村専門委員 この変更で適切だと思います。

○阿藤部会長 ほかに御意見ございますか。

それでは、これは了承ということにいたしたいと存じます。

5 ページにまいりまして「病床の種別」で、「精神病床に係る従来の選択肢「老人性認知症患者療養病棟」と「その他の精神病床」とを統合し、「精神病床」に一本化する」ということです。これは老人性認知症患者療養病棟の数が非常に少な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。

○阿藤部会長 それでは、これは了承ということにしたいと思います。

それでは、5 ページの下の方にいきまして「キ 入院前の場所」、それから「ク 退院後の行き先」についてです。先ほど、過去の入院状況を入院票から退院票に移すという議論がありまして、それに関連するのかもしれませんが、これは特に当該病院に入院する前の病院や施設の所在地、それから退院後に移った病院や施設の所在地を新たに把握するという事で、地域医療における切れ目のない医療というものについてのデータを入手したいということですが、これについていかがでしょうか。総務省の方としては、退院票の報告者負担が過重ではないかということで論点にしておりますが、これについて御意見がございませうか。

では、中村専門委員どうぞ。

○中村専門委員 報告者負担を増すことは確かではありますが、医療提供体制の確保に関する基本方針の趣旨もありますし、今後医療で都道府県単位での計画などをする場合に患者さんがどこから来てどこに行くかという地理的な情報がなければできないことですので、この項目は案のとおりに入れていただきたいと思っております。

○阿藤部会長 ほかにございませうか。では、伏見専門委員どうぞ。

○伏見専門委員 報告者負担ということですが、退院先が実際に病院とか施設というふうになっている例というのは実際のところは1割か2割くらいだったと思うのですが、その辺のデータはありますか。

○武田室長 平均でございませうが、11%くらい集まっております。ただ、病床規模別によりまして大分変わってくるのがございませうけれども、全部の平均としては10%強というふうにお考えいただければと思っております。

○伏見専門委員 そういう意味でいきますと、対象となる患者数自体が10分の1くらいということでもありますので、報告者負担は一定程度あるとは思いますが、その得られる情報が非常に大きいという意味で、特に医療提供体制などを考える上では非常に重要な情報になると思っておりますので、意義が高いのではないかと存じます。

○阿藤部会長 ありがとうございます。よろしいですか。ほかに御意見がございませうでしたら、この入院前の病院や施設の所在地、それから退院後の病院や施設の所在地を新たに把握するという事については了承ということにしたいと思います。もうちょっと細かく見ると選択肢を「他の病院・診療所に入院」を3つに細分化するという提案があるわけですね。従来の「他の病院・診療所に入院」というものを「地域医療支援病院・特定機能病院」、それから「その他の病院」、「診療所」に細分化するという事も入っておりますが、これについてはいかがですか。

伏見専門委員、どうぞ。

○伏見専門委員 入院前の場所が診療所の場合には、所在地の記載を求めないということなのでしょうか。

○武田室長 この3つに分けるということに関しましては、従前入院前の場所というものが病院の種類によらず1個だったのですけれども、それをここにございますように地域医療支援病院や特定機能病院のような地域の中核的な病院、その他の病院、診療所というものにも分けてとらえる。

つまり、これは実は入院後に関してはこのように分けていたんですけれども、入院前については全部このようなものを1つの選択肢、他の病院、診療所に入院ということでもまとめておりました。といいますのは、昔といいますか、前におきましては大体、病院から病院への紹介というものが、特に地域医療支援病院とか特定機能病院などの地域の中核病院の方へ紹介することはあっても、そこから来るというものが相対的に少なかったということから、余り分けていなかったというふうに考えておりますけれども、地域の中での医療連携というものにいろいろなパターンが出てくるといふことにございますので、退院後の場所と同様に入院前の場所も同じような分け方でとらえるという趣旨であります。

○伏見専門委員 この3つに分けるということについては理解いたしました。入院前の場所が病院や施設の場合にのみ所在地を新たに把握するというふうに書いてありますけれども、入院前の場所が診療所の場合は把握をしないということでしょうか。

○武田室長 診療所票の場合はなかなかそのところまで把握するというのが難しいということでもあります。

○阿藤部会長 先ほどの11%という数字は診療所を含まないということですか。

○武田室長 11%というものは逆算でありますけれども、9割弱の方が御自宅に戻られる。その逆の部分、残りの部分という意味合いです。

○伏見専門委員 これは病院の退院票での記載事項で、病院は恐らく紹介状などからその前に入院していた場所を知らると思うのですけれども、その場合にその前に入院していた場所が病院であっても施設であっても診療所であっても、病院にとっては報告者負担が変わらないと思うのですが、その診療所だけを除外する意味がよく理解できないのですけれども。

○武田室長 失礼しました。退院票の新旧表の11ページを御覧になっていただければと思います。病院に入院している患者さんの前後が診療所の場合は、その診療所の位置というものは全部把握いたします。

すみません。ちょっとごっちゃになっておりましたのが、入院しているのが診療所の場合ですね。つまり、診療所票の場合で、それが13ページのところなのですけれども、それにつきましては把握はしない。あくまでも中心が病院の場合につきましては前後の医療機関が診療所であったとしても、その場所については把握をするというふうに御理解いただければと思います。

○伏見専門委員 そうすると、この審査メモの5ページの記載が誤りだったということですね。入院前の場所が病院や施設の場合と書いてあるのですが、これは正確には医療機関や施設の場合ということですね。

○佐藤補佐 そうですね。医療機関は診療所も入りますので、おっしゃるとおりです。

○伏見専門委員 分かりました。

○阿藤部会長 今回のキのところは、四角で囲った部分に誤りがあったということですね。入院前の場所が医療機関や施設の場合に、その医療機関、施設の所在地を新たに把握するというので、病院に来院した人については以前の入院先が病院であれ、診療所であれ、書いてもらうということです。伏見専門委員、それでよろしいですか。

○伏見専門委員 退院後の方も同じですね。退院後の行き先も同じように病院や施設の場合というふうに書いてありますけれども、これもやはり医療機関ということですね。

○武田室長 はい。

○阿藤部会長 こちらは、クの方ですね。退院後の行き先ということで、これも文章に誤りがあって、退院後の行き先が医療機関や施設の場合に、当該医療機関・施設の所在地を新たに把握するというです。そういうことで御了解いただけましたでしょうか。よろしいですか。

○阿藤部会長 では、6 ページにまいりまして、「公的統計の整備に関する基本的な計画」、それから平成 20 年調査に係る統計委員会の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。

「(1) 行政記録情報等の活用」ということで、基本計画において医療機能情報提供制度やレセプトの電子化等の推進情報を踏まえ、平成 23 年調査以降への行政記録情報等の活用可能性について検討する。あくまでも、もちろん電子化の推進状況を踏まえという条件付きで検討するということになっておりました。前回の統計委員会でも、これについては3つほどレセプトデータ関係の質問が出ております。

それで、その6 ページの下の後段の方に「厚生労働省の対応」ということで細かくは読みませんが、平成 21 年 4 月の診療分以降のレセプトデータが蓄積されてきているということがあり、平成 22 年 10 月に厚生労働省内に「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」というものを開いて、23 年度からですから今年ですが、4 月以降に国の行政機関、都道府県等へのレセプトデータの提供開始を目指して提供利用に関わる審査基準づくりが議論されているということでもあります。これは、要するにレセプトデータの電子化の状況でございます。

ただ、その後で6 ページから7 ページにかけて、このレセプトデータというのはここで言う高確法に基づいてつくられるわけですが、もうその作成段階で匿名化されているということで、本調査ですね。患者調査との突合といいますか、突合せはできないということでもあります。ですから、この患者調査にある調査項目を削ってレセプトデータのデータを入れ込んで、そしてクロス集計などはもうできないということでございます。

結論的にはそういうことになって、匿名化されないデータというものを逆に言うと新たに収集するということがもしレセプトデータと患者調査を突き合わせることになれば必要になるわけですが、そういうようなことは非常に高度な個人情報を含んでおり、そのようなデータを匿名化しないまま提供するように求めても、保険者等の協力が得られる可能性は極めて低いということで、今回の調査におけるレセプトデータの活用は断念せざるを得ないという結論でございます。それについて、総務省の方の審査状況としてはおおむねそういう判断を了としている。

ただ、行政記録情報の活用という観点から言うと、今の患者調査と、それからその突合せができ

ない人もレセプトデータの情報というものは双方ともに重要であるということで、合わせた集計はできないにしてもそれを補完する役割を持つ別の統計を作成できるのではないかという方向性を探るべきである。それによって、本調査の簡素化もできるのか、できないのか。こういったことを論点としております。以上のようなことですが、これについて御意見をどうぞ。

では、中村専門委員どうぞ。

○中村専門委員 23年の今回の調査でレセプトデータが使えないことはこの説明のとおりでありまして、今回の調査についてはこれで計画どおり実施することが最適な方法ですけれども、将来的なことについてレセプトデータという医療費のデータであるものと、それから本来の患者調査の目的である医療施設を利用する患者の傷病の状況とオーバーラップはしますが、多少違う。

それから、レセプトデータについて一番電子化されているDPCの関係のデータというものは、大病院で急性期医療をやっていた場合の行動化でありまして、そこはかなり整ってきているわけですが、全体の患者調査となりますと慢性期の患者、それから中小病院の患者であるということで、レセプトの電子化は始まってはいるのですが、本来のデータの作成の趣旨が違いますので、患者調査でこれまで行ってきたものと同等のデータになるか、あるいはその違いが出るとすればどこが違うかということを検証しつつ、電子データを使う方向の計画を立てていただきたいと思っております。

○阿藤部会長 ありがとうございます。レセプトデータはレセプトデータの特徴、患者調査は患者調査の特徴があるということで、合わせることはできないにしてもレセプトデータについてどういうことができるのかということで、将来的な計画を示してほしいという趣旨かと思っております。

伏見専門委員、どうぞ。

○伏見専門委員 まず、最初に23年は無理だということを言っていて、恐らくこの調子でいくと26年も同じことを言うのかなと思いますので、根本的にまず考えていただきたいと思っております。

あとは、幾つか細かい理屈を挙げてだめだと言っていますが、例えば今レセプトデータベースのデータは使えないということです。それは当然、匿名化されていたり連結できないようになっていきますから使えませんけれども、レセプトデータが電子化されて医療機関は持っていますから、医療機関から直接そういうデータを集めれば患者調査に代替できる部分のデータを集めることは可能だという意味で、レセプトデータを根本的に使えないという考えは間違っていると思っております。

それから、匿名化がされているデータなので集めることができない。これも間違っていて、私たち研究班では匿名化された匿名化ツールというのは簡単に今できますので、それを使って連結可能匿名化状況でデータを集めたり、あるいは連結不可能化して、かつ複数のデータを突合するような方法も開発してやっております。これは技術的には全く問題ないことですので、一般の研究者ができることを厚生労働省ができないということはないと思っております。ですから、匿名化の部分も十分クリアする技術というのは開発されていますので、技術的な問題点はないと考えます。

そういう意味でいくと、あとは何をどういう形で今までの患者調査、退院票を含めた患者調査をレセプトデータに置換していく、置き換えていく、あるいは補完していくかということを考える時期にきていると思っておりますので、26年に同じ回答が出ないような形で今からきちんと検討していただ

きたいと思います。

もう一点、患者調査の退院票につきましては、先ほど話がありましたDPCのデータというのが今は大体一般病床の半分、50万床の病院から通年で集められているわけです。ですから、データの情報量としては今の退院票の50倍ぐらいの量になります。退院票の抽出率はたしか2%くらいだったと思いますが、非常に高度な情報、密度の高い情報、かつデータの中身も非常に濃くなっておりますから充実しております。

そういう意味でいくと、DPCデータというのは今までの退院票にない情報が得られますし、かつ医療機関にとっては負担が低くなりますから、調査期間を延ばすこともできますし、サンプル数、標本構造を変えることもできるという意味で、そういうデータを是非活用して医療機関にとっての調査負担の軽減とともに調査内容の充実という形で、非常に革命的な統計の仕組みを変更するようなことができると思いますので、その辺も含めて現在できること、できないことをきちんと整理した上で、ちゃんと工程表をつくってどのような形で電子化を進めるか。レセプトデータをどのように活用していくかということを決めるべきではないかと思います。

○阿藤部会長 安部委員、どうぞ。

○安部委員 大体、両委員のおっしゃったことと同じなのですけれども、先ほどもがんと透析治療のところで、全体の件数を見るのならばほかの調査でできる。

この部分も、レセプトの件もそれに似たようなことがあると思うんです。つまり、患者調査で集計されている公表統計表のうち、レセプトデータを使ってほぼ同じような情報を集計可能なものというのがあると思います。そういうものに関しては、積極的にレセプトデータの方を使っていったらいいということだと思います。

ひょっとしたらそうじゃないかもしれません。つまり、レセプトデータが完備されている医療機関というものが少なく、それで患者調査でそこから漏れるようなところを拾っているんだというようなこともあるかもしれません。

いずれにいたしましても、これは実態を確認していただいて、伏見専門委員がおっしゃったように工程表をつくって進めていくということをお願いしたいということです。以上です。

○阿藤部会長 先ほども触れましたように、統計委員会においても、相当長い時間、このレセプトデータの利用についての質問なり議論がありました。そういうことで、前回もちろんそういう方向性の議論があったわけですが、今回できないという話は仮にいいとしても、では例えば平成26年、あるいは次々回に向かって、あえて言えばもう少し将来性のある計画といいますか、今は工程表という言葉も出ましたけれども、そこまで具体的にできるのかどうか、私には分かりませんが、3年後あるいは6年後に向かって何ができ、何ができないのかというふうなことをもう少し明確にしてもらえないかという意見が非常に強いように思うのですが、こんな具合で全般的に厚生労働省の見解をお願いしたいと思います。

○武田室長 ありがとうございます。まず、こちらの方でレセプトに関して23年のところで難しいと申しあげましたのは、現時点での制度でありますとか、その仕組みの中において今回、高確法に基づいたレセプトデータベースの構築をそのまま患者調査とドッキングさせてということが現時点

ではできないということで申し上げたということでございます。

先ほども伏見専門委員を始め、各委員の方から御指摘がございましたように、技術的云々ということも含めましてですけれども、どういう形で、例えば、このレセプトのデータベース、もしくはその中においてかなり細かいところまで分かります。そういった意味では、深いところまで分かるDPCのデータでありますとか、そういうようなものを有効活用して行って必要に応じてドッキングするなり、新たに患者の状況というものがより深く分かるための方策を進めていく上において、何が問題になっていくのか。それが技術的なものなのか、それとも制度的なものなのか。

制度的なものであれば、こういうやり方をすれば技術的な問題で解決できるのではないかと。そういうようなものを、少しいろいろなディメンションに沿ってまとめていくということは大変重要なことだと思いますし、先ほども各委員から御指摘がございましたように、そんなに長くいついつまでも検討、検討という形でやっていくものではないという点も認識してございます。

ただ、現時点においてこのまま、例えばレセプトに関しましてはなかなか難しい。では、それを乗り越えるために、医療機関の方からそのデータをもらうとなったとき、その医療機関の方に負担がかかるのか、かからないのか。かかるんだとしたら、どういうやり方をしていけばそういったデータを集めることができるのか等々も含めまして、そこら辺のところを整理していくということは大事なのではないかと考えております。

○阿藤部会長 それで、今の有識者検討会というのはそういう全般的なこともやっておられるのですか。

○武田室長 現時点の有識者検討会はこちらのペーパーの方の説明であるものでございますけれども、これに関しましてはあくまでも高確法に基づきましてレセプトデータの収集蓄積を行う。そして、その前提条件としては、これは匿名化をして使います。その中でデータベース化して使うということがまず前提であって、その匿名化したデータベースの中で本来目的以外のところでもその匿名データベースの中で再利用といいますか、二次利用するというもののルールづくりでありますとか、そういうことをやろうとしているということでありますので、あくまでもその高確法に基づいたレセプトデータの収集蓄積ということが前提というふうに御理解いただければと思います。

○阿藤部会長 それはそれで十分進めていただきたいと思いますが、統計委員会及びこの部会の委員の御意見は、それはそれとしてももう少し広げた利用の仕方を考えられるのではないかと。技術的には可能だし、恐らく御経験から言うと一部ではそういうことがやられている。利用されているというようなことではないかと思うのですが、それを大きく広げていくとかという方向性の議論というのはどこかでなされないのかということなのですが、その点はいかがでしょう。

○武田室長 その点につきましては、先ほど申し上げましたように高確法の中でということの議論ではなくて、それはそれとしておいてということで、ではある意味で貴重なレセプトデータでありますとかDPCデータというものを利用していく。そういう意味において、どういった課題があるのか。それが本当に技術的なものなのか。それとも、データを提供する側のものなのか。そういうようないろいろな場面に応じまして、課題等を抽出整理していくということは非常に大事だと思います。それについてはやっていく必要があろうと考えております。

○阿藤部会長 少なくとも今ここではあれですけども、答申案の中で今後の課題ということになりますと、いろいろ御意見を伺っていると、従来のものよりはもう少し突っ込んだ形でまとめていくことに多分なると思います。その辺について、もちろん今の段階ではあれですけども、ある程度そういう方向性を恐らく部会として、あるいは統計委員会でもそうですが、出す方向になるのではないかと。私が今まで聞いていた御意見をずっとつらつらと見てみますとですね。

ですから、厚生労働省として、あるいはこの機会にもう一步突っ込んだ御意見みたいなものをまとめていただけるのか。それはこちらがどうぞ勝手におやりなさいということなのか。高確法を超えたような議論というのは、何か持ち帰って再検討ということはある得ますか。

○武田室長 高確法を超えたとか、超えないというよりも、まず前提として、例えば患者調査であります患者調査という形でそのデータを収集しています。一方で、医療機関は医療機関でレセプトデータを持っている。そういうようなものがうまく利用できる姿というのは目指すべき姿なんだと思います。

ただ、そのどういったものが例えばネックになっているのか。それが技術的なものなのか、施設的なものなのか、それとも医療機関の中でそのデータを提供していく上でそもそもそういうような体制が整っていないということもあるのかもしれないです。そういうようなところも勘案して、少なくとも何がそれでネックになっているのか、ハードルになっているのかということを整理検討していくということは当然、必要なのではないかと考えております。

○阿藤部会長 というようなことでございますけれども、改めて中村専門委員から何か付け加えるべき御意見はございますか。

○中村専門委員 そもそも高確法に基づいてというよりも、統計法の趣旨で個人情報保護の関係があって、そこを整理して、この患者調査に必要な情報を他のデータ源から活用する方法の道筋をつけるということだと思います。次の方向性について、具体的な方法を御提案いただければと思います。

○阿藤部会長 伏見専門委員、どうぞ。

○伏見専門委員 例えば、その話を進めるためには、具体的に病院から1か月分のDPCレセプトと入院外来のレセプトを集めるとした場合、そのデータと病院側でこの患者調査、退院票で必要な調査をリンクしてもらって、補完的な情報のみ集めるという形にした場合、どのぐらい医療機関の負担が軽減されて、あるいは調査の中身がどのぐらい充実するかとか、そのようなシミュレーションをやってみて、それが有意義かどうかというような形で多少具体的に検討していくこともできる時期にきているのではないかと思います。

○阿藤部会長 安部委員、いかがですか。

○安部委員 特に付け加えるということではないんですけども、これまで患者調査が利用されてきた表があったわけです。例えば患者調査結果表一覧というような形で前回の資料3-13に出ています。こういうものうちかなりの部分について、レセプトデータでもほぼ似たようなものが集計できるということでありましたら、そこはそちらにというような考え方もあるのではないかと思います。

それで、突き合わせなければいけないということでかなりこちらの審査メモの6ページ、7ページではあるのですけれども、そういった目的で言えば、つまりこの患者調査で従来提供している情報をレセプトデータでつくれるのかどうかという問題だけで言いますと、突き合わせる事が非常に重要だというわけでもありませんので、そこにそれほどこだわる必要があるのかなというふうに個人的にはちょっと思っております。いずれにいたしましても、先ほどの点ということですので。

○阿藤部会長 これについては現状の進捗状況、高確法に関わる部分ですけれども、これはこれでいいとして、それから今回の調査ではなかなかそういった行政記録情報の活用は難しいというところは了としても、少なくとも次回に向けてもう少し技術的に不可能とは言えないものが既にあるのではないかということで、もう少し前向きな具体案といたしますか、工程表といたしますか、そういうものを目指した答申もそういう形になるのか。

その辺はこれからの議論ですけれども、前回の答申のようなものでは少し済まないのではないかということを一応ここでお伝えしておくというか、それも踏まえて厚生労働省の方でもしこれ以上の御意見が頂けるならば次回にでも御意見を頂ければと思います。

○中村専門委員 その場合、公費の分が入院で2割、外来で1割強、それから自費は非常に少なくても1%から2%ですけれども、当然御承知かと思いますが、その分のデータをどう組み入れるかということも合わせて検討が必要な部分ですのでお願いいたします。

○阿藤部会長 ということも含めまして、これについては答申案を作成する段階で少し議論があるかもしれません。そういうことで、ここでこの議論は一応終えたということで次の方にいかせていただきたいと思います。

8ページの(2)でございますが、「セカンドオピニオンが利用されている疾患の把握」ということで、これについての検討を行う必要があるということでしたが、厚生労働省としてはこの患者調査でなくて、この調査と同時に実施している一般統計調査の受療行動調査においてもう既に平成20年からセカンドオピニオンについての把握を開始した。しかも、受療行動調査はこの患者調査とデータリンケージをしており、セカンドオピニオンを目的とした受療行動をとったものについて傷病名とのクロス集計を行い、公表しているということでございますので、総務省の見解としてもこれで一応目的は達成されているということでございます。これについていかがでしょうか。

中村専門委員、どうぞ。

○中村専門委員 この調査で把握ができていくということで結構だと思います。

○阿藤部会長 ありがとうございます。伏見専門委員、よろしいですか。

○伏見専門委員 はい。

○阿藤部会長 安部委員も、よろしいですか。

○安部委員 はい。

○阿藤部会長 それでは、これは既に受療行動調査で取り入れられているということで了解ということですね。

それから、8ページの「(3) 退院票の拡充」ということが前回の答申の指摘にあったわけですが、退院票が大変重要である。今回、もう既にこの部会で議論がありましたけれども、非常に

退院票の方が有効活用できる。しかし、退院票というのは報告者負担が大きいということを踏まえた上で、患者調査全体としてこの退院票の拡充をすることについての可否を検討するというふうな意見が出されたわけです。

それで8ページから9ページにかけまして、厚生労働省の方としては結論的には特に拡充する必要はないという見解ですけれども、要するに入院前の情報、退院後の情報について退院票で把握するという方向へのもちろん具体的な対応が行われたということは先ほど議論したところでありますが、総務省の見解としても前回の意見は具体性が乏しいということで、現段階ではこれ以上の対応は考えにくいということのようですけれども、これについて御意見はございますか。

中村専門委員、安部委員、伏見専門委員、いかがですか。

○伏見専門委員 「退院票の拡充」ということについて、現在の規模で十分な精度というふうには書いてありますけれども、例えば先ほどの退院後、入院前の場所の情報などを実際に今ある調査で類似したことを分析しようとする、先ほど言いましたようにそもそも1割くらいの人しかそういう転院というものを行っていないとか、あるいは都道府県別、二次医療圏別などを分析してこうすると、これから医療計画の策定などで非常に重要な分析にはなると思うんですけれども、あつという間に数十とか、多くても数百くらいのサンプル数になってしまうわけです。

そうすると、現在、退院票で例えば80万、もうちょっとあつたかもしれませんが、全国規模の数で見るといいわけですが、地域レベルで見ると実際のところは非常に少ないサンプルになってしまっているということで、より詳細かつ実際の医療の実態を詳しく見るための分析をするという上で考えると、なかなか十分とは言えないのではないかと。

これから医療計画策定の上で都道府県などが患者調査等のデータを使って分析することができるようになってはいるわけですが、都道府県単位でこのデータを実際に使おうとすると非常にサンプルが少なくなっていて、本当に見たいところが見えない。主な疾患、非常に患者数の多いような一般的な疾患は大体状況は分かるけれども、多少まれな疾患とか、あるいはより診療内容を細かく見て、例えば手術の治療内容に応じてどのような連携が起こっているかなどということ进行分析しようすると、全然今のサンプルでは足りないわけです。

そういう意味でいきますと、確かに退院票というのは非常に負担が重い調査ではありますけれども、先ほど言いましたようにレセプトデータあるいはDPCレセプトデータなどの情報をうまく活用しながら、もう少し調査を充実させていくということが、負担を上げずに調査を充実させていくということは多分可能だと思います。電子化はどんどん進んでいるわけですから、それを是非考えるべき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。これについては、今の伏見専門委員の御意見については基本的な認識としては多分同じではないかと思えます。

ただ、退院票そのものを増やすとか、これはなかなかまた負担の重いことなので、今、最後に言われたDPCデータなりレセプトデータの有効利用、活用というところに話を結び付けるとすれば、この答申案の最後のところにそういうものも含めて書き込んでおくかどうかということで、少し最後にまとめて議論したいと思えます。よろしいでしょうか。

今のことについて、厚生労働省の方から何か御意見はございますか。

○武田室長 特別ございません。

○阿藤部会長 それでは、一応そういうことにしたいと思います。

9ページにまいりまして、「(4) オンライン調査の導入」というところにまいります。前回答申で、郵送調査に加え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の導入を図る必要があるという指摘がございました。厚生労働省の方の対応としては、この患者調査の対象になる病院の医療機関の患者票というのが最大2,500というから、つまり1枚1枚が調査票のようなもので、それが1施設に集まっているということで、それを政府のオンラインシステムに乗せると1枚ごとに処理するというようなことで大変時間がかかる。接続が難しいとか、そういう非常にテクニカルな問題が起こって、逆に負担が軽くなるどころか、増えるんじゃないかということがあるようであります。

そこで、今回の調査では少なくとも政府共統計同利用システムを用いたオンライン調査は導入しないという結論になっておりまして、総務省の審査結果もやむを得ないという結論になっております。これについて、御意見はいかがでしょうか。統計委員会の席で、オンライン化をやらない理由をはっきりしてほしいというふうな質問が出たということもございます。

では、安部委員どうぞ。

○安部委員 これは、まず回収率とかという概念を用いているのかどうかということはどうなんでしょうか。

○武田室長 これは抽出調査でございますので、厳密な意味での回収率という形ではなく、その抽出対象となった医療機関から大体すべからく頂けるように、各保健所、都道府県に回収していただいているというところであります。そういう意味では、分母が何かというところがありませんものですので、患者レベルで考えたときに抽出して選ばれた医療機関がどれくらいあるかというのは、それははっきりあるわけなのですけれども、その中で対象となる患者さんがどれくらいそれであるのかというところははっきりしませんので、そういう意味では厳密な意味での患者レベルでの回収率というものはございません。

○安部委員 例えば、医療機関に御協力いただけない。抽出はしたんだけど、御協力いただけないというようなことはあるのでしょうか、ないのでしょうか。

○佐藤補佐 当たった医療機関でお答えいただけない、拒否されたというようなケースは患者調査でもないわけではないです。

ただ、その数は多くはなくて、20年調査で言いますと病院では99.5%の施設に御回答いただいているという状況です。

○安部委員 できれば、東京都、神奈川県さんに伺いたいですけれども、これは地方を経由する際に回収とか、あるいはオンライン調査というようなことも含めて、何かこの調査に関して特にかかっている回収の難しさなどの事項はございますか。

○阿藤部会長 もし御意見があれば、東京都さん、神奈川県さん、いかがですか。

○東京都 東京都です。これは3年に1度ですので、私どもも実際に経験はしていないのですが、

ただ、やはり報告者の負担が大きいというのはそのとおりだと思います。ですから、それぞれの保健所さんが非常に御苦労されている。かなりいろいろな批判に耐えながらやっているということはあるかと思えます。

オンラインのことは勉強不足で申し訳ないのですが、今の状態でお使いになれないというのはよく分かるのですが、例えば人口動態のオンラインなどは、審査が非常に簡単というか、非常にきちんとなっていて都道府県などでの審査もほとんど苦労せず行うわけです。機械が審査をしてくれるということをするんですが、将来的に例えば何かの形でオンラインなどでの審査がもし実現したときに、もっと簡単な審査というふうなことがあり得るのであれば是非お願いしたいと思います。人口動態はまさにそうですね。今、紙ベースのものを職員が1枚1枚見ているものが、オンラインになるとかなり効率化できていますので、そういうふうになれば非常にうれしいし、審査ミスというのも減るのかなと思います。

○阿藤部会長　そういう御意見ですけれども、これについていかがですか。

どうぞ、伏見専門委員。

○伏見専門委員　この9ページの四角の枠の中の下の方の注のところが、もしオンライン化するとすると、例えばエクセルファイルなどを用いた調査票を用意し、ファイルをアップロード及びダウンロードする方法などが考えられるというふうに書いてあります。これも一つのオンラインの方法だと思うんですけれども、その後、この方法を採用した場合、調査実施者や経由機関が提出された調査票の情報をテキスト形式でしか閲覧できなくなり、負担が増大するというちょっと理解できない説明が書いてあるんですけれども、これを説明していただけますか。

○佐藤補佐　お答えします。エクセルでダウンロード、アップロードした場合には審査をする段階、経由機関様の方で開くと数字の羅列ですね。数字とか、カンマとか、そういった羅列がずっと書いてあるだけで、それを審査するというような形式にはならないんです。調査票の中での審査というような形では表示できませんので、そういう趣旨です。

○伏見専門委員　ちょっとプログラムを書いたことがある人間ならば分かると思いますけれども、エクセルファイルを見やすい形で、例えば調査票に似たような形式でフォーマットをして閲覧するというようなことは非常に簡単なプログラムでできると思いますので、それができないというのは、逆に一たん情報というのは電子化されてしまうと、ある意味でいかようにも料理できますので、先ほど東京都の方がおっしゃいましたように、データのチェックなどをする上では医療機関から電子データで得られれば、それをいろいろな形でチェックする仕組みというものは作ることができるのではないかと思いますけれども、それも一つのオンラインの方法として検討する価値はないのでしょうか。

○藤井調査官　今現在ここで申し上げておりますテキスト形式というイメージなんですけれども、これは実際に調査票に医療機関で記入しましたものを保健所、都道府県という経由機関で審査をしていただくということになっておりますが、その審査機関で表示をしました際に、調査票のイメージではなくてデータの羅列だけになってしまっていて、審査するのにちょっと手間がかかるのかなということでございます。

これのほかにPDFを用いましたオンラインの報告様式というものもございますけれども、これで行きますと保健所、都道府県というところにおきましては調査票イメージで閲覧ができますので、その際の審査というのは比較的容易になるということでございますけれども、その場合には調査票1枚について1IDの交付でありましたり、もしくは連記式になりますが、調査票を記入いたします患者数のマックスサイズに合わせた調査票の設計というようなことが考えられます。そうなった場合、システムに大きな負荷がかかるということもございますので、そういう点の懸念もございません。

また、先ほど東京都の方からも御指摘がございましたけれども、簡易チェックといいますが、審査ができるという点で申し上げますと、例えば誤記入、未記入というところにつきましては、そういう部分を調査票の中で発見をいたしまして、そういうものがある場合には送付ができないという設計になっておりますので、そういう部分で審査の部分というのは軽減できるというふうには考えております。

○東京都 私もまだ実際にやっていないのですが、患者調査と医療施設調査もそうですが、かなりその翌年度の疑義照会をたくさん頂いてしまうという状況があります。

それは、私どもの方の審査が甘いからだと言われればそのとおりなのですが、かなり大変だということが実態としてありますね。決まった期間内に審査をする。保健所もそうですし、私どもも職員がやっていく中で、かなり審査漏れが実態としてある中でたくさんいただくんですね。

ですから、ちょっと技術的なことも分からないで非常に申し訳ないのですが、一方で人口動態のように毎月、毎月大量のものを私ども同じようにやっているのですが、やはりオンラインを導入したところに関しては、今おっしゃった簡易な審査については機械がやってくれるということで、かなり私どもは楽になったなというふうな感覚があります。

ですから、技術的なところは分からないのですが、医療施設についても患者についても何らかのうまい形で審査が楽になるような簡易のチェックをしていただけるようなことがもしあるのであれば、是非お願いしたいと思っております。以上です。

○伏見専門委員 今のことは多分、非常に重要な御意見だと思いますけれども、今のシステムではできないからオンラインはあきらめているというのは、余りに言い訳というふうにしかとらえられないと思いますので、いろいろな方法はあると思いますけれども、例えばここに書いたようなエクセルファイルにデータを入れてもらうだけでも、ちょっとしたプログラムをつくれれば簡単なチェックシステムなどはできると思いますので、今この情報化が非常に進んでいるときにこの程度のことが全然できないという言い訳はどう考えても通らないので、もう少しきちんと検討した方がいいのではないかと思います。

○阿藤部会長 どうぞ。

○藤井調査官 今回、今の御質問がオンラインシステムということでございましたので、政府統計共同利用システム上の利用ということでお話をさせていただきましたけれども、これとは別にホームページの方に調査票としましてエクセル形式の帳票を掲示いたしまして、こちらでも記入できるというような形で用意はさせていただいております。

その中にも簡易なチェックというようなところで審査機能といいますか、チェック機能を盛り込んであるという形では用意をさせていただいております。

○阿藤部会長 ということは、紙のほかに、医療施設はエクセルファイルで調査票を作成し提出することも可能ということですか。

○藤井調査官 エクセルのものを落としていただきまして、具体的にはCD-Rという形になりますけれども、そういうような形で送っていただくということで考えております。

○阿藤部会長 それは、現に今までもやっているわけですか。

○藤井調査官 はい。14年からやっております。

それで、メール添付という形も1つあるかと思えますけれども、政府統計のオンラインを考えた場合に、どうしてもセキュリティということを考えなければいけないということがございますので、メール添付につきましては例えば霞ヶ関WAN、LGWANというようなものを用いたシステム内でのメール添付ということはやっておりますけれども、それ以外の中では現在私どもの方でメール添付による調査票の提出ということについては行っておりません。

○阿藤部会長 今の(4)の問題提起というのは、政府統計共同利用システムを利用して一挙に集めて審査も一挙にやる。そういうことができない。あるいは、非常に負担が大き過ぎるという書き方をしてあるわけですね。

それで今、伏見専門委員の方から御提案のあった、一般的に電子化して回答するということは今でもできる、やっているということなんですか。

○伏見専門委員 実際どのぐらい利用されているかということと、そのために都道府県との各機関の負担がどのぐらい軽減されているかというのはあるのでしょうか。

○佐藤補佐 今、電子調査票の利用というのが、平成20年調査で言うと病院で13.6%、一般診療所で1.6%というような状況です。これは年々増えてはきておりますけれども、全体では7.3%にとどまっております。

ただ、今回いろいろフロッピーディスクを使って出していただいた病院、あるいはそうでない病院について負担はどうですかということも10病院ぐらい、お聞きしたところ、やはり大きい病院ですとかえって例えば外来票などだとカルテも紙であったりといったような状況で、新たに電子調査票に書き込むよりは、そういったところだと紙の方が楽だとか、そういった声もやはり聞かれました。また、

それぞれ各病院でいろいろな形でお持ちの電子データを電子調査票に組み込むような工夫はしているというような声も聞かれまして、そういった病院におかれましてはやはり電子調査票での利用が楽だとか、さまざまございました。

○阿藤部会長 伏見専門委員、今のような話を聞いた上で何か更に御意見はございますか。

○伏見専門委員 確かに恐らく共同システムを使わないような仕組みであっても、これが浸透すればかなり制度全体の情報化という意味では進展すると思うので、なるべく医療機関が使いやすい形で改善していくというのも1つのオンライン調査の導入と並んで重要な課題だと思っておりますので、是非検討していただきたいと思っております。

○武田室長 追加でよろしいでしょうか。オンライン調査の導入ということに関しまして、一番の目的というのは報告者の負担の軽減、それから中間でチェックをしていただく機関の負担の軽減になります。それからデータの正確性というか、転記とか、そういうものをなくやっていく。そういうようなものを、より担保していく。

それから、データを紙ベースのものからデジタルなものにするという作業を最初からなくすわけですので、最初の時点からするということから、報告の迅速性でありますとか、それに当たる費用の低減であるとか、そういうようなものをねらってということであるというふうに理解しております。

そういう意味におきまして、まずチェックというものに関しましては2つ、例えば先ほど回収率というお話がございましたけれども、その調査対象となられたところから回収ができていくかどうかというレベルのチェック。それから、それぞれの調査票の中で未記入のもの、記入しなければならないところにちゃんと書いてあるか。それから、記入しなければならないところに誤記入がないか。これは重複とか、そういうようなものもないかということも含めてですね。それから、論理チェックですね。ロジカルにおかしい部分というようなものがないかどうか。例えば、時間軸に沿って合わないものがないかとか、そういうものがあります。

それで、後者の調査票の中でのチェックというものに関しましては、それはできるだけほとんどすべてにわたりましてバックヤードでできるようにしておくということが基本であろう。つまり、一々その中を目視して、そういうようにチェックしていくというよりは、それが自動的にできていくような電子調査票という形でしていくことが必要であろう。

それを、先ほど御説明いたしましたように、オフラインではありますけれども、デジタル化したものに関しては導入し始めておりますので、そういうようなものをベースにしてオンラインに投入していくという形があるかと思えます。

同時に前者の方でありますけれども、つまり病院とか、そういう対象の医療機関がどの程度、現時点で出してくださっているのかということをチェックするようなものにつきましても、迅速にリスト化して、まだ未提出のところはどれぐらいあるとか、そういうようなものが分かるようなシステムということがある。それは、本体のシステムの方でそういう仕組みが速やかにできればいいんだと思えます。

後者の調査票の中でというのは電子調査票上の話になろうと思えますので、そういうふうな形で、本体の共同利用システム及びそこに乗る電子調査票、それぞれの役割分担というものがありますので、そういうものを勘案した上でなるべく中間のところの受付審査をされる都道府県、保健所の方の負担軽減も含め、それから記入をする医療機関の負担軽減も含めというシステムを、先ほど伏見専門委員会の方からお話ございましたけれども、そういう点で考えていくことが必要ではなかろうかと思っております。

それから、最後ですけれども、そうは言っても医療機関においても紙でやりたいという部分もやはりあります。これも完全にゼロにはならないのではないかと。都道府県の方にお伺いしても、医療機関の方にお伺いしても、なかなかそのところは全部 100%という形にはならないのではないかと。

いか。つまり、いろいろなパターンで提出するということが、そのオプションの提供をしていくということがまずは大事なかもしれない。

ただ、同時にそういうふうにはオプションがいろいろになればなるほど、間で審査、受付をされまです都道府県、保健所の方としては事務がまた煩雑になっていくということもひとつ事実でありますので、その辺りも含めまして、ただ、目的としてはすべての段階における事務負担等が軽減され、より正確なデータを担保できるような仕組みというものをオンライン化の中でやはり考えていかなければならないかなとは思っております。

○阿藤部会長 厚生労働省から個別の病院に働きかけるということはしているのですか。早く電子化しなさいとか、そういうことまで行っているんですか。

○武田室長 そういうことももちろん含めて、例えば病院団体等を通じてこのオンライン化というものについて進めておりますので、例えば先行してこの前もお話ししましたが、病院報告というものがございます。それにつきましても、病院団体等を通じましてオンラインでもできるようになっていきますので、できるだけそういうものを利用してほしいということで呼びかけはさせていただいております。

ただ、取りまとめといたしましては県、それから保健所という形でありますので、県の単位でいろいろなオプションでやると非常に事務が煩雑になるので、オンラインの導入については少し見送りたいという状況のところもあるというのが病院報告に関する現状でありますけれども、そういうところもありますので、現状としてはそういうようなことであります。

○伏見専門委員 医療機関へのインセンティブというのがあると、多分こういう情報化が進む一つのステップになると思いますけれども、例えばDPC調査の様式1ファイルというのは患者さんの年齢とか、性別とか、入院日とか、退院日とか書いてあって、退院票と重複するデータが非常に多いんですけれども、それも実はエクセルベースのデータで医療機関が持っているんですね。

だから、そこから簡単にこの患者調査退院票に1か月分、退院票の調査に当たっている1か月分のDPCデータを変換して退院票にするような形で、もちろん追加データは必要になりますけれども、それを医療機関の方で付け加えれば患者調査の退院票のデータは簡単にできますよなどということになると、少なくとも半分ぐらいの病院ではそれを使った方が楽ということになって一つのインセンティブにはなると思うのですけれども、そういうものも含めて医療機関に何らかのインセンティブをうまく与える方法を検討していただくのがいいのではないかと思います。

○阿藤部会長 そういうふうな御提言でございますけれども、これも今回厚生労働省で持ち帰って御検討になるのか、あるいは次回調査への意見という形にまとめるのか、そこは分かりませんが、今の伏見専門委員の御意見に対して、今の段階で厚生労働省で持ち帰って何か具体的な答えが出てくることはあり得るのでしょうか。

○武田室長 まさにある意味で電子化、オンライン調査というものと既存のデータとを合わせたの活用というものが非常にオーバーラップしている部分が課題としてあろうかと思います。DPCとの関係とか、そういうようなものを考えても、そういうこともあろうかと思います。

そういったときに、対象の医療機関によってDPCのデータプラスアルファのものでやるとか、

この病院に関してはDPC対象ではないのでこれをやるとか、いろいろなパターンが出てくると思いますが、そういうようなものでなるべく既存でやっているところ、DPCとか、そういうものをやっているようなところのベースを利用するというような形でというのは、ひとつあり得る話なのかなというふうには思います。

ただ、一方で同時に考えなければいけないのは、そのときに中間の都道府県でありますとか、保健所のところでいろいろなパターンの調査票が出てくると事務が煩雑になるというのは私どももよく言われている点でございますので、そういうようなものもあります。

ただ、だからと言ってそういうような電子化、もしくはオンライン調査化という流れができませんという話にはならないと思いますので、そこをうまく何とかバランスを取りながら中間の都道府県、保健所等にも御負担をかけないように、医療機関に対してもなるべく御負担をかけないように形の方策というものは考えていくべきであろうと思いますし、そういうことはやっていく必要があらうかと考えております。

○阿藤部会長 ありがとうございます。そういうことで、この（４）については現段階では政府統計共同利用システムを利用してオンライン化するということは難しいので、今回調査ではそれは行わないということは一応了解したということによろしいと思います。

ただ、今日もいろいろ御意見が出ましたけれども、できないからと言って放っておくのかと言うと、もう少しいろいろ模索した方がよいのではないかとということで、具体的な検討を是非行っていただきたいという御意見がございました。これを議事録にとどめておくと同時に、最終的な答申における今後の検討課題にどのように含めるかですけれども、結局、DPCデータ、レセプトデータをどう活用して患者調査の負担を減らしていくかという問題と絡んでいきますので、今後の検討課題としてそういうところにも目配りしながら書き込んでいくことにしたいと思います。そういうことでよろしいでしょうか。

ということで、一応患者調査の審査メモについての検討はすべて終えたということになりますが、統計委員会でも出された意見や質問についてもすべてカバーしていますね。

それでは次ですが、前回の部会で、医療施設調査に関する要検討事項が出されまして、それについて厚生労働省の方で検討が行われました。その結果が今回の資料２であります。この資料２は全部で５項目あると思いますが、順番に取り上げていきたいと思っております。

最初に、「許可病床数における「回復期リハビリテーション病棟」等の削除」でございます。これは、なお、重要な情報であり、医療施設側への負担もそれほど大きくないので、削除は無理にすべきではないという指摘がございました。それについて、厚生労働省から回答をお願いしたいと思います。

○武田室長 それでは、資料２のところにもまとめさせていただいたとおりでございますが、前回、私どもの方といたしまして、ここにも書いてございますが、行政記録でありますとか、他の統計調査の情報で単純な量的な把握、現時点での状況というものについての把握というものは可能でありますため、他統計調査との重複の排除、それから報告者負担の軽減という２点の観点から、本来であればこれは続けたいという部分ももちろんあったわけでございますが、全体のバランスから削除

するというにしましたものでございます。

ただ、前回の部会においていろいろな御指摘を頂きました。そして、その際に医療施設調査の他の情報とのさまざまなクロス集計が今後不可能となり、現時点においてそれを仮に使っていなかったとしても、将来において今後の行政施策というものを立案する際に影響が出るということもあるのではないかとというような御指摘を頂いたものでございます。

これらの点につきまして、結局、削る、削らないというのはどちらがいい、悪いという話ではなく、やはりバランスの部分というものもございましたが、今後の利活用の可能性という面につきまして受け止めて、今回この中でここにもございますように回復期リハビリテーション病棟、それから認知症病棟、介護保険移行準備病棟については削除を行わず、20年度調査と同様に引き続き調査をすることとしたいということでございます。

ただ、同時にもう一つ並びでございました療養病床につきましては、ここにもありますように共通のIDを持つ病院報告、これは他統計とのリンケージが現時点でも可能であるということで、改めて取る必要性というものがない。

それからまた、この老人性認知症疾患療養病棟、それから経過型介護療養型医療施設につきましては施設数が現時点でも少ない。それから、今後の傾向といたしましても更に減少しているということでございます。そういう意味では、共通のIDを持たない介護サービス施設・事業者調査とも住所等、数が少ないという訳でありますので、住所等を用いて必要に応じてリンケージをするということも可能というふうに判断をいたしました。

そういうことから、この医療施設調査の中では改めてそれは取らないということはそのとおりということでさせていただければと思います。

まとめますと、この真ん中にもございますように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については、20年調査から引き続き次回23年についても取るという形でしたというふうに回答申し上げます。

○阿藤部会長 ありがとうございます。これについて御意見はございますか。よろしいですか。

○阿藤部会長 それでは、前回議論のあった許可病床数における病棟等についての削除は、3つについて削除を行わないということで了解ということにしたいと思います。

続きまして2番目ですが、「入院患者への薬剤管理指導の削除」です。これについては近年、注目されている。それで、報告者負担もそれほど大きくないということで、削除について再検討をしてもよいのではないかと問題提起がございましたが、厚生労働省の方から改めてお願いします。

○武田室長 これにつきましても、基本的なロジックは先ほどの問いと同じでございます。

私どもといたしましては、全体的な事象のボリュームとしましては社会医療診療行為別調査等で把握が可能である。それからまた、これはバランスという観点でございますけれども、同じ処方状況ということで新たな項目を追加したということもございます。そういう意味合いから、一増一減ではございませんが、そういう観点からも優先順位を付けまして削除したというものでございます。

ただ、これも先ほどと同様に現時点ですぐに使うというものではございませんが、入院患者に対

する薬剤管理指導に関する項目というものはここだけということも1つ、またそれも厳然たる事実でございます。そういう観点から、今後これらを用いた行政施策を立案する際にもこれを取っておくということについては意義があるのではないかと。そういうことから削除を行わず、これについて引き続き20年調査から引き続き調査することとしたいという結論に至ったというものでございます。

○阿藤部会長 これについてはいかがでしょうか。よろしいですか。

○阿藤部会長 それでは、了解ということにします。

③へまいりまして「手術等の実施状況における食道がん、胆嚢がん等の手術件数の削除」でございますが、これについて重要な指標の一つであるということで、この全数調査である医療施設調査の調査事項として残すべきであるという意見が出ました。それについて、厚生労働省はいかがですか。

○武田室長 これにつきましても、全体的な項目をいま一度整理しようということで、前回は根幹、基本となるようながん種に絞って把握をしようということで御提示申し上げたということでありませぬ。

すなわち、5大がん、肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がんという、日本で非常に多いというものに関しまして、プラスアルファ、近年増加している前立腺がん、子宮頸がん等に特化して把握する。つまり、5プラス2ということで7種類について絞り込んだということでございますが、前回の部会におきまして、例えば既に20年調査でも取っております食道がんでありますとか胆嚢がんでありますとか膵臓がん、腎がん等につきましては、これは患者数の多寡という観点もそうなのですが、そのほかの視点として手術の難易度等が高くて、その実施状況は医療施設のある意味で機能の評価の重要な指標の一つになるのではないかと御指摘を頂いた。

その点に対しましても、確かに今回これにつきましては病院票でございますので、そういう意味ではそういう観点もあろうかということでございまして、削除を行わず、引き続き調査をするということとさせていただいたというところでございます。

ただ、このロジックにのっとりまして、一般診療所においては同様に取る必要についてはなかなか認められないのではないかとございまして、具体的にデータを申し上げますと、例えば一般診療所票の胆嚢がんにつきましては、実際には20年医療施設調査におきまして2施設と、極めてデータの少ないということもありましたので、一般診療所票におきましては5大がんプラス2がん、前立腺がん、子宮がんと根幹的なものについてのみ調査をすることとしたいというふうに決したというものでございます。

○阿藤部会長 そういうこととございますが、よろしいでしょうか。

○阿藤部会長 それでは、これも了解ということにいたします。

④でございますが、「歯科設備における生体モニター等の削除」です。これは、「削除自体については、問題ないと思われるが、削除理由が十分に整理されていないように見受けられるので、再整理してもらいたい」ということでしたが、下の方に「変更前」があつて、上の方に「変更後」というものがございます。これについても、厚生労働省の方から説明をお願いします。

○武田室長 これは単純に文言といいますか、説明が不十分だった部分につきまして整理させていただいたという御報告でございます。

まず、「変更前」のところを御覧になっていただきたいのですが、「②については」ということで、②に関してのみ平成 20 年に歯科医師臨床研修施設の指定基準において保有が認められている云々という形の項目になっておりますが、事実関係といたしましては「変更後」という上の方を見ていただきたいんですが、①も②も③も歯科医師臨床研修施設の指定基準において、これは例示であって必須という形では必ずしもないのですが、例示されている歯科主要設備であるということを明確にいたしまして、その上で①について、②について、③について、それぞれの削除理由というものを明示させていただいたということでございます。

○阿藤部会長 そういうことですが、よろしいですか。

○阿藤部会長 それでは、これも了解ということにしたいと思います。

最後になりますが、「⑤病棟における看護職員の勤務体制における看護師数及び准看護師数の削除」でございます。この看護職員の配置基準、あるいは医療施設の機能等との関係等を分析する上で支障が生じるのではないかとということで、削除は適当ではないのではないかとありますが、これについて厚生労働省からお願いします。

○武田室長 これにつきましても、先ほど御説明いたしました①、②のロジックと基本的には同じでございます。

といいますのは、私どもといたしましてはここにも書いてございますように、病棟において配置している看護師、准看護師数については大体の一定の傾向が把握できた。加えまして、それぞれこれにつきましてはかなり表が複雑と言いますか、報告者負担という観点から見るとちょっと負荷が高いというものでありますので、少しこれについては配置している看護師、准看護師数を把握するということは、その重要性は認めるものの、今回は削除をさせていただいたというところであります。

ただ、前回の部会におきましても、今後、将来それらを用いた行政施策という看護職員の労働力、その提供体制というようなものを考える上においてもということも含めてであります。そのような行政施策を立案する際に、この項目、このデータがないとすると影響が出るという可能性も否定できないのではないのかという御指摘を頂いたことも受け止めまして検討いたしましたところ、引き続き、この看護師数、准看護師数というものにつきまして、20年調査に引き続き調査をすることにしたいとしたものでございます。

そして、最後の4行のところでございますが、その場合、私ども前回御提示した案においては、その病棟種別ごとというのもしておらなかったわけでありまして、今回それも目的としてはそんなに必要度として優先順位の高いものではないのですが、ただ、別途、合算して計上する必要がないと、この病棟種別ごとに把握をするということの方が、記入したものをそのまま足し合わせていけばその目的となる数が得られるということから、別途、例えば別紙等で合算して計上するという必要がない。

その結果、数値の正確性というものも確保できるし、それから實際上、その報告者、記入者にと

ってはそちらの方が負担の軽減にも資するという御意見もございましたので、病棟における看護職員の勤務体制というものにつきましては、結果的に前回同様、病棟種別ごとに看護師、准看護師数も含めて調査するというので、また再提示させていただいたというところがございます。

○阿藤部会長 ありがとうございます。これについて、総務省からどうぞ。

○吉田調査官 審査担当部局として、今の厚生労働省からの御説明についてちょっとコメントしておいた方がいいかなと思います。

今回のこの調査計画につきましては、統計委員会に諮問する前に審査をさせていただいておりますけれども、その際に今回のこの病棟における看護職員の勤務体制を変更するという点について、その趣旨を照会させていただきました。

その回答で、調査項目として複雑過ぎて分かりづらいという意見が報告者のみならず、審査を行う都道府県や保健所の担当者からも出ているため、報告者や地方公共団体の負担軽減を図るために削除するという回答を頂いております。

仮に、削除を取りやめまして前回調査と同じ調査事項でやるということになりますと、今、申しました報告者や地方公共団体の負担軽減が図られないことになると考えます。これは、問題ではないかと考えます。

資料2の厚生労働省の御回答では、看護師、准看護師の数を把握することは看護職員の配置検討を考える上で重要だというふうにしておりますけれども、その回答の中で記述されておりますように、少なくとも行政における利活用上は看護師及び准看護師の数を削除しても大きな支障はないということございました。

厚生労働省が学術研究等を通じて調査結果を利活用する際に支障が生じるというふうな回答を頂いておりますけれども、では具体的にその学術研究上の支障というのはどういう支障なのか。また、その支障の解消というのは報告者や地方公共団体の負担軽減よりも優先されるべきものなのかどうかということが、審査を担当した者として非常に強い疑念を感じるということがございます。

○阿藤部会長 医療施設調査の審査メモの14ページですが、配置している看護師、准看護師の数を削除するというので、その理由として、病棟における看護職員の勤務体制は複雑で分かりにくいという意見が報告者などから寄せられており、報告者負担を考慮した場合、簡略化して夜勤時間帯における配置看護単位数を簡潔に尋ねる形に改めることが合理的である。これは、審査結果の方ですね。

厚生労働省の方の削除理由としては新旧対照表の病院票の10ページに、配置している看護師、准看護師数について報告者負担を考慮して削除するとあるということですが、つまり、それとの比較で残すことのメリットですね。学術研究等を通じて調査結果を利活用することのメリット、あるいは将来の行政施策立案のための可能性等についてのメリット、そういうものとの関係と言いますか、この辺をもう少し総務省側から言うとはっきりしてほしいということなのでしょうけれども、これについて何か御意見ございますか。

○武田室長 前回の部会のおきましても私どもといたしまして、確かに比較的複雑な票であるということも含めまして、または全体の記入者負担の軽減という観点から項目をなるべく新しい

ものも入れましたので、削減したいということで削除をしたというところがございます。

ただ、一方で、その項目について重要でないという観点からそれを削除したということではなく、報告者負担の軽減という観点からだ。だから、前回部会の中においても看護職員の勤務形態に応じた数というようなものの把握は、将来も通じた看護の提供体制というものを考える上でも非常に重要なデータになり得るのではないかという御指摘を強く受けたという点もあり、ただ、また同時に、その元からある記者負担の軽減というところもあり、そのところは非常に私どもといたしましても逡巡する部分がございます。

ただ、その中でやはり看護関係の看護の提供体制というものを考えていく上で、ほかの代替できる、もしくは完全に代替できなくても何か準ずるものがあるかとなると、なかなかそこら辺のところは難しい。これも前回部会で御指摘いただいた点ではあるんですけども、そういうこともあり、全体のところからそれをバランスというわけではないですが、これは報告者負担の軽減という観点ももちろんありますけれども、そういう御指摘を頂いた以上、その点についても重く受け止めなければいけないのではないかという判断から、今回再提示をさせていただいたというふうに御理解いただければと思います。

○阿藤部会長 この点について、前回この項目を残すことがよろしいのではないかという御意見が出たというふうに理解しておりますけれども、特に学術研究等を通じてとか、行政施策立案に役立つのではないかという観点でもう少し御意見を伺いたいと思うのですが、伏見専門委員どうぞ。

○伏見専門委員 医政局の「第七次看護職員需給見通しに関する検討会」の委員なのですが、そのときに長期需要というものを推定いたしました。そのときに、これから急性期と非急性期が分化していくときに、それぞれにおいてどのぐらいの看護需要が発生するかというような形のシミュレーションを行ったのですが、その基礎となるデータとして急性期病院で実際にどのぐらいの看護配置、看護師が職員が一般病棟で働いているかなどという情報を一つの参考情報として扱っております。

日本の場合、御存じのように診療報酬で7対1、10対1、13対1などの基準があるわけですが、国際的には例えば5対1が急性期病床の基準になっておりますし、日本の中でも一部の急性期病院では既にそのぐらいのレベルの厚い看護配置を行っている医療機関もあるわけです。そういう意味でいきますと、実態の看護職員が一体どのぐらい病棟、あるいはそれぞれの病棟別に配属されているかというのは、ある意味、医療機関の看護の人員の厚さを反映しているというふうにとらえられますので、そのような形で行政的な将来推計を行ったり、あるいはその機能分化が起きたときにどの程度の看護職員の需要が発生するかなどという推計にも使っております。

そういう意味でいきますと、行政的には非常に重要な情報になるのではないかと思いますので、その意味でこの配置数というのは引き続き調査した方がいいのではないかと考えております。

○阿藤部会長 ありがとうございます。ほかの方からは前回意見が出たのかどうか、ちょっと分かりませんが、今のようないくつかの御意見でよろしいでしょうか。

学術的のみならず、かなりこれは医療行政上、長期需要を見る際の基礎データになっている。ほかにも変わるものはないということですが、そういうことで大変重要で有用性が高いという専門

委員からの御指摘です。

そういうことをもっとこの資料に書き込んだ方がいいのか。総務省としてはどのように考えておられますか。

○吉田調査官 やはり当初は負担軽減を目的として削除するということだったのですが、それを上回る必要性があるということで、復活させるというところをきちんと書いていただくことが必要かと考えております。

○阿藤部会長 部会の議論としては、看護師数や准看護師数は重要だということで、実際に厚生労働省の方としてはそれに対応していただいたのですが、復活する際の理由づけのところ、以前は負担軽減を主たる理由として削除すると言って、今度は第2パラグラフにあるような理由で調査を継続するということですが、もう少し有用性をはっきり書いた方が好ましいのではないかとこのことですが、これは文書の回答ぶりを少し変えてもらうということですか。どうぞ。

○吉田調査官 少なくとも資料では、現時点で行政上における利活用上、大きな問題は生じないと御説明いただいていますけれども、ただ今の御意見を踏まえると生じるということですよ。

○武田室長 現時点においてはということで、では現在それを使ってあれをしているかということではないけれども、それと対比して将来それらを用いた行政施策を立案する際にも、先ほど伏見専門委員の方からお話があったように、今後そういうようなものを利用して行政施策を立案する際の基礎資料にするということも十分考えられるのではないかとこの観点でございます。

○事務局 確認ですけれども、先ほど伏見専門委員がおっしゃった中で、第七次看護職員需給見通しの策定の中でデータとして使っているというお話がありましたが、使っているということであれば将来的に使う可能性があるのではなくて、現に今、使われているのではないのでしょうか。

事実認識というのでしょうか、現に使われているのか、それとも、今は直接使われてはいないけれども、将来的に使われる可能性があるということなのか。そこはどちらなのだろうという迷いがあったので、確認をさせていただきたいという趣旨なのですが。

○武田室長 それは、申し訳ございません。医政局の看護課というところでやっておりますので、もう一度確認をさせていただければと思います。事実関係を確認して御報告いたします。

○阿藤部会長 それでは、これは次回までの宿題ということですね。

○伏見専門委員 ちょっと補足をいたしますけれども、実際の報告書の内容には、例えばこのデータの数値をどういうふうに使ったということは記載していませんが、その検討を重ねる過程で病院別に看護職員の配置などを基礎データとして分析して、例えば日本の場合、急性期の5対1ぐらいを将来的には基準としていいという形の参考データとして使っておりますので、具体的に報告書にはそういう意味ではどのデータをどういうふうに使ったという記載はないです。

そういう意味で、現状、本当に支障が生じているかということ、確かに生じていないというのが正解だと思いますけれども、実際問題として学術研究上、そういうデータも参考資料として使っているというような事実があるということはありません。

○阿藤部会長 学術上と言いながら、しかし、これは厚生労働省の医政局が開催している検討会で実際に議論する際のプロセスでは使われているというようなことなので、それを一応確認していた

だくということで次回までの宿題としたいと思います。

そういうことで、前回、宿題になりました①から⑤まで、ほとんどの部分は原案にあった削除は取り止めるということになったのですが、これはもともと調査事項で新しいものを入れる代わりに、負担軽減とか、スペースの問題があって有用性、重要度の低いものは少し削除するという観点であったはずなのですが、このボリュームという点ではこれは復活した後、調査票はどのような形に、十分収まる形になっているのですか。

○相原補佐 調査票上の回答欄のカウント方法というはあるかと思うのですが、これは総務省さんから提示されている方法とか、カウントの仕方は我々の方では分からないのですが、試みにカウントしてみたところ、病院票を見ると修正後であっても多少減っているのではないかと。カウントの方法でいろいろと違うと思いますので、そこら辺は御相談させていただきたいのですが、病院票、一般診療所、歯科診療所票でも若干の減少になっているのではないかとこのように私どもの方では考えております。

○阿藤部会長 ということで、全体のボリュームとして、復活したからと言って全体の報告者負担が大きくなったとは少なくとも言えない。むしろ、若干減っているのではないかとこのことです。

それから、調査票の設計の上では別にそれが入ったからと言って調査票の設計上、不都合が生じたとか、そういうことはないのですか。

○相原補佐 それは、ページが増えるということはないと思います。

○阿藤部会長 ないということですね。そういうことでございます。

それでは、この資料2全体として今それぞれについて御了解いただいたということで締めくくりたいと思います。

そういうことで、本日予定しておりました患者調査の変更の検討と、それから前回の医療施設調査の宿題についての回答というところの審議を一応すべて予定どおり終えることができました。今日、若干質問なり宿題が少し出ましたけれども、これは次回までによろしく御回答をお願いしたいと思います。

それでは、次回の部会について、吉田調査官から連絡をお願いします。

○吉田調査官 それでは、次回の部会につきましての御連絡です。次回は2月22日火曜日になりますが、14時から本日と同じこの会議室で開催いたします。

今回は、医療施設調査と患者調査につきまして、本日宿題とされました事項に対する回答を御説明いたしまして、更に審議を行うという形を取りたいと思います。

また、次回の部会で必要な資料等がございましたら、準備の都合もございまして、申し訳ございませんが、2月7日の月曜日までにメール等、適宜の方法で総務省の私どもの方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すが、量的には余りありませんが、そのまま机上に置いて帰られても結構でございます。必要なものだけお持ち帰りいただければと思います。当方で保管いたしまして、次回用意いたします。ただ、お持ち帰りいただきましたら、次回また持参していただければと思います。よろしくお願いいたします。

○阿藤部会長 それでは、本日の部会の結果概要は2月24日に開催予定の統計委員会で報告をいたします。

本日の部会はこれで終了いたします。ありがとうございました。