

診療録の様式並びに記載・コードの統一と診療情報のデータベース化に関する研究

主任研究者

河北 博文（東京都病院協会）

厚生科学研究費補助金(医療技術評価総合)
総括研究報告書

診療録の様式並びに記載・コードの統一と
診療情報のデータベース化に関する研究(H10-医療-014)

主任研究者 河北 博文 東京都病院協会副会長

前 文

本来、診療情報はその診療の主体である患者にとって最適な診療が行われるための情報である。患者と医療者は双方の積極的関与によって構築された信頼関係を前提にして、さらに診療情報を共有することにより、患者本人の意思を踏まえた上での十分な説明と理解、納得と同意を得て診療の方向性が決定されるものである。

また、社会文化を背景としながら多くの診療経験を経て我が国の医療に関する情報の蓄積が行われ、それを分析することにより各疾病の科学的根拠を導くことが可能となり、それに対し個々の診療を比較することにより診療の標準化が推進されていく。そして、診療を標準化することはその診療に携わる医療者が組織体の一員として関与することであり、結果として組織のマネジメントシステムが構築される。

平成10年度の当厚生科学研究では個人のプライバシーが守られることは全ての大前提とし、患者個人、医療機関、社会の三者の立場で最善の診療が行われる方向を診療情報の取り扱いによって検討したものである。各々の立場で権利と責任を明確にしなが、その管理手法を見出すこととし、さらに現実の医療の現場でその手法を活かしていくための試みが東京都病院協会会員病院で試行されることである。本研究では、用語の定義、現状の分析、実現可能な手法の導入、理想的な到達目標の設定を行うが、その中で、医療者は専門性、人間性、社会性を発揮することが求められ、患者は賢い利用者であってほしいと思う。

研究要旨 診療情報の保管管理の状況を明らかにするために東京都病院協会の344病院を対象にアンケート調査を行ない130病院より回答を得た。診療情報の保管管理の状況には病院間でばらつきが大きい。病院の属性毎の検討では急性期大規模病院に比較して、急性期中小規模、及び慢性期病院では保管管理の整備状況が不十分なことが多い。診療情報の開示については、多くの病院が開示促進の患者満足度、医療の質にもたらす正の効果を認め、検査等客観データを中心にすでに多くの病院で一定程度開示が可能な状態にある。開示の範囲と方法をどのように定めるかについては法制と法制以外の方法によるかで意見が分かれた。どのような方法が望ましいかは今後検討する必要があるが、範囲、方法、費用の負担、開示できない場合等について一定のルールを定めることは有効であると思われる。「入院診療の要約」等患者とのコミュニケーションを促進するための文書導入についても多くの病院が開示促進の患者満足度、医療の質にもたらす正の効果を認め、もし提案されるならば積極的に検討すると回答している。実際に、期待した効果が得られるかどうか、今後検証し、積極的に導入を図る必要があると思われる。

A. 研究目的

消費者意識の高揚、医療財政の逼迫の中、医療においては、質の確保、効率的な医療の供給、これらを保証するための医療情報の開示が必要とされている。診療録をはじめとした診療情報は、個々の医療機関が行なった医療サービスの内容、結果をあらわすだけでなく、総体として当該地域あるいは全国レベルでの医療システムの評価を行なうために必要不可欠なデータベースの一部をなすものであり、その標準化及び整備が重要である。本研究では、診療情報の整備状況を明らかにするとともに、問題点及びその解決策の立案を行なった。

B. 研究方法

電子カルテシステム、アメリカ、イギリス両国の診療情報管理の現況調査などに合わせて、東京都病院会の会員病院344に対して1998年11月に無記名式のアンケート調査を行なった。調査項目は、あらかじめ数回の班会議、及び研究協力者の所属する病院等10病院に対するヒアリング、アンケート調査を基に作成され、病院の属性、診療情報管理の状況、診療情報の開示、患者とのコミュニケーション拡大のための方策、等からなる。

C. 結果と考察

130病院(130/344=37.8%)より回答が得られた。平均病床数は132床、平均在院日数中央値は20.8日、年間退院患者数は1228人、死亡退院患者数は74人、入院死亡率6.0%である。医育機関は9.1%、臨床研修指定病院は26.1%、学会等の指定は1~5学会が31.7%、6学会以上が21.7%を占める。

診療録の保管管理は、「独立した部署を有するもの」16.9%、「独立ではないが担当部署を有するもの」43.8%であり、診療録管理委員会を有するものは18.8%で、「管理規定により保管」29.6%、「他の文書規定により保管」1.6%、「明文規定はないが統一管理」62.4%、「各診療科の責任で管理」4.8%、「その他」1.6%となっている。担当者として診療情報管理士等専門教育を受けた職員を有するものは14.0%であった。診療録は95.6%で医事部門等でまとめて管理されており、1患者1診療録で管理されているのは47.7%であった。医師・職員を対象にした診療録記載方法についての教育は、「定期的に行なっている」5.5%、「不定期に行なっている」35.9%であった。

入院診療計画書は90.6%の病院で配付を行なっており、実際に入院治療を行なった結果との比較検討は25.4%の病院で行なわれていた。

検討項目は「治療計画・検査内容」78.1%、「診断名」62.5%、「入院期間」56.3%の順である(複数回答可)。

入院患者の疾病毎の統計は、「医学的根拠に基づく病名で可能」なのは29.4%、「レセプト病名のみ可能」35.7%であり、実際に作成しているのは21.8%であった。国際疾病コードを用いた登録は、診断名で29.5%、処置名で9.2%であった。退院時サマリーは82.4%の病院で作成されており、53.8%の病院では作成割合が把握されており退院48時間後で55.8%、退院2週間後で69.6%である。退院時サマリーをコンピューターに登録しているのは12.2%であった。

診療情報の開示は、「病院として積極的に行なっている」3.2%、「患者・家族からの求めがあった場合に行なっている」65.6%、「行っていない」31.2%である。診療情報の開示について「明文化された規定がある」1.6%、「明文ではないが病院としての方針は決まっている」31.3%、「方針・規定とも決まったものはない」67.2%であった。開示が可能な範囲は「原則として診療録全て」42.4%、「診療録の一部のみ可能」44.0%であった。項目からは、検査結果(画像・検体・生理)でほぼ100%可能なのに対して、診断名、医師記載、看護婦記載、退院時サマリー、レセプトでは約80%とやや低い。患者本人が希望しながら、開示を制限するような状況は84.7%が考えられると回答し、「悪性腫瘍の場合」、「その他の予後不良の疾患の場合」、「精神病の場合」、「患者の経過に悪影響をもたらす可能性のある場合」、「患者についての情報をもたらした第三者に悪影響をもたらす可能性のある場合」等が挙げられる。診療情報開示を進めることは患者の満足度向上に寄与すると回答したものは74.6%で、医療の質向上に寄与すると回答したものは77.3%であった。反面、開示により医療訴訟件数が増加すると回答したものは66.4%であった。将来の方向については、「積極的に開示を進めるべき」35.0%、「現状程度を維持すべき」62.6%と意見が分かれた。もし、開示を進めるならば解決されるべき問題としては、「診療録の記載の充実」、「医療従事者を対象にした開示を前提とした診療録記載方法の教育」、「事務処理量増加に対応した経済的

補償」、「診療情報を知ることに伴う責任等についての患者教育」、「開示方法・範囲についての共通のルール」等が多く挙げられた。またその方法としては「法制によるもの」は43.9%、「法制以外の方法によるもの」56.2%と意見が分かれた。

「入院診療の要約」等の入院中の経過、療養上の注意等を記載した書面の導入・配付は、82.9%が患者の満足度に寄与し、82.2%が医療の質向上に寄与すると回答している。しかし、導入には「退院時サマリー等、診療録記載内容の充実」、「配布を促す経済的なインセンティブに乏しい」、「事務的な手続き・負担がたいへんである」等の問題が解決されるべきであると多く挙げられた。本研究班から何らかの提案がなされたならば62.9%の病院が配付を積極的に検討すると回答した。

回答病院の属性毎による検討では、急性期大規模病院と比較して、急性期中小規模、及び慢性期病院では診療情報管理の整備が不十分である状況が推察された。

D. 結論

診療録管理部門は医療サービスの提供状況を表す最も重要な情報を提供する。本研究では以下の事柄が示唆された。すなわち

(1) 診療情報の保管管理の状況には病院間でばらつきが大きい。病院の属性毎の検討では急性期大規模病院に比較して、急性期中小規模、及び慢性期病院では保管管理の整備状況が不十分なことが多い。これは病院の診療情報管理の整備状況の改善のためには当該病院の保管管理の状況に応じた、何らかの支援体制の導入可能性について検討すべきことを示唆している。米国では、州が診療情報について法律を定め、具体的な保管管理についてはJCAHO(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)が定めるスタンダードがJCAHOによる病院の認定過程を介して事実上のde fact standardとなっている。また診療情報管理の専門職員に対する教育過程の認定、卒業生の資格試験、病院に対するコンサルテーションはAHIMA(American Health Information Management Association)が行ない、人材の育

成・システムの立ち上げ、認定、法整備の各住み分けがされている。今後更に検討が必要であるが、個々の病院レベルで対応が困難な場合には、病院外に人材育成、コンサルテーション等支援を行なう機関等の体制整備も選択肢の一つであろう。

(2) 診療情報の開示については、多くの病院が開示促進の患者満足度、医療の質にもたらす正の効果を認め、検査等客観データを中心にすでに多くの病院で一定程度開示が可能な状態にある。開示の範囲と方法をどのように定めるかについては法制と法制以外の方法によるかで意見が別れた。どのような方法が望ましいかは今後検討する必要があるが、範囲、方法、費用の負担、開示できない場合等について一定のルールを定めることは有効であると思われる。

(3) 「入院診療の要約」等患者とのコミュニケーションを促進するための文書導入についても多くの病院が開示促進の患者満足度、医療の質にもたらす正の効果を認め、もし提案されるならば積極的に検討すると回答している。実際に、期待した効果が得られるかどうか、今後検証し、その結果に基づいて検討する必要があると思われる。

E. 研究発表

なし

F. 知的所有権の取得状況

なし

添付資料一覧

1. 診療録についてのアンケート報告書	442
2. 各病院の部署訪問終了報告	456
3. 英国における医療改革と情報システム化の動向(要約)	489
4. 金沢医科大学病院電子カルテシステム見学報告書	492

診療録についてのアンケート報告書

調査の概要

○調査対象：東京都病院協会所属の344病院

○調査時期：1998年11月

○調査方法：無記名式アンケート調査

○回収率：130/344=37.8%

○病院種別

1：病床数199以下、平均在院日数30日未満	62
2：病床数200以上、平均在院日数30日未満	33
3：病床数199以下、平均在院日数30日以上	20
4：病床数200以上、平均在院日数30日以上	12
小計	127

1. 病床数 (実働) Med 132.0床 SD 228.1床

病院種別

1：	平均 90.7床
2：	平均 474.3床
3：	平均 104.1床
4：	平均 421.9床

2. 平均在院日数 (ケアミックスのときには急性期病棟の平均在院日数をお答えください) Med 20.8日 SD 118.8日

病院種別

1：	平均 19.3日
2：	平均 18.4日
3：	平均 135.6日
4：	平均 238.0日

3. 平成9年度（または平成9年）年間退院患者数および死亡退院患者数はそれぞれ何人ですか。

退院患者数	Med 1228人	SD 2538人
うち死亡退院患者数	Med74.0人	SD 125.6人

病院種別

	退院患者	死亡退院患者
1 :	平均 1236人	60.3人
2 :	平均 6381人	265.3人
3 :	平均 324人	46.2人
4 :	平均 1127人	117.0人

4. 卒前・卒後教育の状況についてお聞きします。

	1	2	3	4	全体
医育機関	3.9	25.0	5.6	16.7	9.1%
臨床研修指定病院	7.8	75.9	41.2	68.0	26.1%
学会指定研修施設（1～5学会）	5.6	5.6	10.5	0.0	31.7%
学会指定研修施設（6学会以上）	16.7	16.7	16.7	8.3	21.7%

5. 診療録の保管管理についてもっとも近いものはどれですか。

	1	2	3	4	全体
(1) 管理規定により管理	25.4	51.5	15.0	16.7	29.6%
(2) 他の文書規定により管理	0.0	6.1	0.0	0.0	1.6%
(3) 明文規定はないが統一管理	62.7	39.4	85.0	83.3	62.4%
(4) 各診療科の責任で管理	8.5	3.0	0.0	0.0	4.8%
(5) その他	3.4	0.0	0.0	0.0	1.6%

6. 診療録管理委員会がありますか。

	1	2	3	4	全体
(1) はい	9.7	51.5	0.0	8.3	18.8%

7. 入院患者疾病統計についてお聞きします。

	1	2	3	4	全体
(1) 作っていない	76.7	27.3	79.0	50.0	62.4%
(2) 簡単な疾病統計 (ICD) 大分類程度を作っている	15.0	33.3	10.5	40.0	20.8%
(3) 詳しい疾病統計を作っている	5.0	36.4	10.5	10.0	14.4%
(4) その他	3.3	3.0	0.0	0.0	2.4%

8. 診療録管理部門は独立していますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 独立している	8.1	48.5	0.0	8.3	16.9%
(2) 独立ではないが担当部署がある	46.8	42.4	45.0	41.7	43.8%
(3) 特に担当部署を設けていない	41.9	9.1	55.0	50.0	37.7%
(4) その他	3.2	0.0	0.0	0.0	1.5%

9. 診療録管理の実務の責任者はどのような方ですか。

	1	2	3	4	全体
(1) 専任の専門教育を受けた事務職	4.9	33.3	0.0	0.0	10.9%
(2) 兼任の専門教育を受けた事務職	4.9	0.0	5.0	0.0	3.1%
(3) 専任の専門教育を受けていない事務職	13.1	27.3	15.0	8.3	18.0%
(4) 兼任の専門教育を受けていない事務職	49.2	27.3	60.0	83.3	47.7%
(5) 臨時職員・非常勤職員 (含む業務委託)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
(6) 特に定めていない	24.6	9.1	20.0	8.3	18.0%
(7) その他	3.3	3.0	0.0	0.0	2.3%

10. 入院診療録の管理はどのようにされていますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 各科・各科医局で個別に	6.6	3.0	5.0	0.0	4.7%
(2) 医事部門でまとめて	85.3	42.4	95.0	75.0	75.2%
(3) 医局・図書室でまとめて	0.0	6.1	0.0	8.3	2.3%
(4) 独立の診療録管理部門でまとめて	8.2	48.5	0.0	8.3	17.1%
(5) その他	0.0	0.0	0.0	8.3	0.7%

1 1. 入院診療録のファイリングはどのようにされていますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 1入院毎に1冊	46.7	57.6	55.0	50.0	50.8%
(2) 患者毎に1冊	50.0	42.4	45.0	50.0	47.7%
(3) その他	3.3	0.0	0.0	0.0	1.6%

1 2. 貴院では医師、職員を対象とした診療録記載方法についての教育を行っていますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 定期的に行っている	3.3	15.2	0.0	0.0	5.5%
(2) 不定期に行っている	35.0	33.3	30.0	50.0	35.9%
(3) 行っていない	61.7	51.5	70.0	50.0	58.6%

1 3. 入院診療計画書を作成し、患者さんに配布していますか。

	1	2	3	4	全体
(1) はい	91.5	93.9	90.0	75.0	90.6%
配付している患者の割合	92.0	81.4	95.0	85.0	88.9%

1 4. 以下のうち入院診療計画書に記載されているものは何ですか。(前問で「はい」のもののみ)

	1	2	3	4	全体
(1) 病名	98.3	96.8	100.0	100.0	99.1%
(2) 症状	89.5	93.6	83.3	100.0	94.6%
(3) 治療計画、検査内容	98.3	100.0	94.4	100.0	99.1%
(4) 手術内容	94.7	83.9	50.0	33.3	86.8%
(5) 推定される入院期間	96.5	100.0	94.4	100.0	99.1%
(6) 推定される医療費	3.5	3.2	5.6	0.0	5.0%
(7) 担当医師の氏名	98.3	100.0	100.0	100.0	100.0%
(8) 担当看護婦の氏名	64.9	61.3	55.6	66.7	68.2%

(入院診療計画加算の説明事項：病名、症状、治療計画、検査内容および日程、手術内容および日程、推定される入院期間)

15. 現在記載項目に含まれていなくて、今後追加した方がよいと思う項目がありますか。

(1) はい 19病院

医療費15、看護婦名1、リスク2、治療計画1

家族の受容・保護者の家裁審判後の氏名1

看護婦やコメディカル等の記載項目1

16. 入院診療計画書の記載内容について、実際に入院治療を行った結果との検討を行っていますか。

	1	2	3	4	全体
(1) はい	24.6	22.6	25.0	36.4	25.4%

17. (前問で「はい」の場合) 以下のうち、入院診療計画書の記載内容と、実際の入院治療を行った結果との検討を行っている項目は何ですか。

	1	2	3	4	全体
(1) 診断名	73.3	71.4	20.0	50.0	62.5%
(2) 治療計画、検査内容	86.7	57.1	80.0	75.0	78.1%
(3) 手術内容	46.7	28.6	0.0	0.0	31.3%
(4) 入院期間	53.3	85.7	0.0	75.0	56.3%
(5) 医療費	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%

18. 入院診療計画書にある推定される入院期間についてお聞きします。

18-1. 入院期間は誰が判断しますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 担当医師	94.7	100.0	100.0	88.9	96.7%
(2) 担当医師の上席医師	3.5	0.0	0.0	11.1	2.5%
(3) 看護婦	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
(4) 事務職員	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
(5) その他	1.8	0.0	0.0	0.0	0.8%

(慢性期病院で患者の希望期間を原則として入院期間とする)

18-2. 入院期間を判断するための資料（クリティカルパスや統計資料など）は貴院では用意されていますか。

	1	2	3	4	全体
(1) ほとんどの疾患、治療について用意されている	3.5	9.1	5.0	0.0	4.8%
(2) 代表的な疾患、治療について用意されている	22.4	30.3	0.0	10.0	19.4%
(3) 用意されていない	74.1	60.6	95.0	90.0	75.8%

19. 入院患者の疾病別の統計が作成できるようなシステムをお持ちですか。

	1	2	3	4	全体
(1) はい（医学的根拠に基づく病名で可能）	18.6	60.6	15.0	27.3	29.4%
(2) はい（レセプト病名のみ可能）	37.3	27.3	40.0	45.5	35.7%
(3) いいえ	44.1	12.1	45.0	27.3	34.9%

20. 最終診断名は誰が決定していますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 担当医師	84.8	69.7	100.0	90.9	84.1%
(2) 担当医師の上席医師 （一部で上席医師の決定が行なわれている場合3病院を含む）	13.6	30.3	0.0	9.1	15.1%
(3) 診療録管理士	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
(4) 診療録管理士の資格を 有さない事務職員	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
(5) その他 （院長）	1.7	0.0	0.0	0.0	0.8%

21. 入院患者の疾病毎の医療費、在院日数の統計資料を作成してありますか。

21-1. 医療費の統計資料

	1	2	3	4	全体
(1) 作成している	15.5	25.0	30.0	36.4	21.8%

2 1-2. 在院日数の統計資料

	1	2	3	4	全体
(1) 作成している	67.9	63.6	60.0	63.6	65.0%

2 2-1. 入院患者の病名を登録していますか。

	1	2	3	4	全体
(1) はい	49.2	90.9	35.0	72.7	60.0%

2 2-2. どの病名コードを用いて入院患者の病名を登録していますか。

	1	2	3	4	全体
(1) ICD9	3.8	15.6	0.0	9.1	7.0%
(2) ICD9CM	1.9	3.1	0.0	0.0	1.7%
(3) ICD10	5.7	46.9	11.1	36.4	20.8%
(4) その他	32.1	25.0	16.7	27.3	27.0%
			(5 病院はレセプト病名)		
(5) 登録は行っていない	56.6	9.4	72.2	27.3	43.5%

2 2-3. どの病名コードを用いて手術名を登録していますか。

	1	2	3	4	全体
(1) ICD9CM	1.9	26.7	0.0	0.0	8.3%
(2) ICPM	1.9	0.0	0.0	0.0	0.9%
(3) その他	22.6	23.3	6.7	0.0	18.5%
			(5 病院はレセプト手術名)		
(4) 登録は行っていない	73.6	50.0	93.3	100.0	72.2%

2 3. 退院時サマリーは作成していますか。

	1	2	3	4	全体
(1) はい	81.0	100.0	45.0	100.0	82.4%

24. 退院時サマリーの記載内容についての最終的な確認は誰が行いますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 担当医師	78.7	30.3	81.8	72.7	63.0%
(2) 担当医師の上席医師	17.0	60.6	9.1	18.2	30.5%
	(うち4病院は一部のみ上席医師)				
(3) 診療録管理士	2.1	9.1	0.0	0.0	3.8%
(4) 診療録管理士の資格を 有さない事務職員	0.0	0.0	0.0	9.1	1.0%
(5) その他	2.1	0.0	9.1	0.0	2.0%
	(院長)				

25. 退院時サマリーの作成割合について把握していますか。

	1	2	3	4	全体
(1) はい	62.5	50.0	46.2	27.3	53.8%
(作成率)					
・退院48時間後	50.3	59.8	71.7	48.3	55.8%
・退院2週間後	69.6	62.3	60.0	90.0	69.6%

26. 退院時サマリーをコンピューターに登録していますか。

	1	2	3	4	全体
(1) はい	3.9	30.3	6.3	9.1	12.2%

27. 何らかの形で診療情報の開示を行っていますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 病院として積極的に行っている	3.5	3.0	5.0	0.0	3.2%
(2) 患者・家族からの求めがあった場合 にのみ行なっている	72.4	63.6	50.0	54.6	65.6%
(3) 行っていない	24.1	33.3	45.0	45.5	31.2%

28. 診療情報の開示について院内の規定がありますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 明文化された規定がある	0.0	3.0	5.0	0.0	1.6%
(2) 明文ではないが病院としての方針は決まっている	38.3	33.3	15.0	16.7	31.3%
(3) 方針・規定とも決まったものはない	61.7	63.6	80.0	83.3	67.2%

29-1. 現時点で患者さん本人に開示が可能なものはどれですか。

	1	2	3	4	全体
(1) 原則として診療録全て	46.7	40.6	44.4	16.7	42.4%
(2) 診療録の一部のみ可能	41.7	40.6	44.4	66.7	44.0%
(3) 開示はできない	11.7	18.8	11.1	16.7	13.6%

29-2. 具体的に、現時点で開示可能なのは以下のうちどれですか。

	1	2	3	4	全体
(可能の%)					
(1) 診断名	98.1	82.8	94.4	50.0	89.4%
(2) 医師記載部分	79.3	60.0	73.7	36.4	69.7%
(3) 看護記録	84.9	69.2	82.4	54.6	78.0%
(4) 画像診断およびコメント	100.0	93.1	100.0	90.9	97.4%
(5) 血液その他の検体検査	100.0	96.7	100.0	90.9	98.3%
(6) 心電図その他の生理検査	100.0	96.7	100.0	90.9	98.3%
(7) 退院時サマリー	80.4	79.3	71.4	72.7	77.8%
(8) レセプト	76.9	89.7	77.8	63.6	79.5%

30-1. 患者さん本人が開示を希望しながらも、開示を制限するような状況は考えられますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 考えられない	17.0	9.7	26.3	0.0	15.3%

30-2. (前問で「考えられる」の場合) 具体的にどのような場合ですか。あてはまるもの全てに○をつけて下さい。

(1) 悪性腫瘍の場合	78施設
(2) 悪性腫瘍以外の予後不良の疾患の場合	49施設
(3) 精神病の場合	57施設
(4) 患者さんの経過に悪影響をもたらす可能性のある場合	94施設
(5) 患者さんについての情報をもたらした第三者に悪影響をもたらす可能性のある場合	51施設
(6) その他	5施設
・限りなく多い。	
・結婚、離婚、自殺。	
・診療録が粗末な場合2件。	

31. 診療情報開示を進めることは患者満足度の向上に寄与すると思いますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 寄与する	19.0	38.7	0.0	25.0	22.1%
(2) どちらかといえば寄与する	51.7	41.9	88.9	33.3	52.5%
(3) どちらかといえば寄与しない	24.1	9.7	5.6	33.3	18.8%
(4) 寄与しない	5.2	9.7	5.6	8.3	6.6%

32. 診療情報開示を進めることは医療の質の向上に寄与すると思いますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 寄与すると思う	28.8	38.7	21.1	16.7	29.3%
(2) どちらかといえば寄与する	47.5	48.4	47.4	50.0	48.0%
(3) どちらかといえば寄与しない	18.6	9.7	26.3	25.0	17.9%
(4) 寄与しないと思う	5.1	3.2	5.3	8.3	4.9%

33. 診療情報開示を進めることは医療訴訟件数にどのような影響を与えると思いますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 増加させる	17.0	22.6	17.7	25.0	19.8%
(2) どちらかといえば増加させる	47.2	45.2	47.1	50.0	46.6%
(3) どちらかといえば減少させる	26.4	29.0	35.3	25.0	28.4%
(4) 減少させる	9.4	3.2	0.0	0.0	5.2%

34. 将来、診療情報の開示を進めることについてどう思いますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 積極的に開示を進めるべき	33.3	53.1	15.8	25.0	35.0%
(2) 現状程度を維持すべき	63.2	46.9	79.0	75.0	62.6%
(3) 現状より開示の程度を減らすべき	3.5	0.0	5.3	0.0	2.4%

35. 仮に診療情報開示を進めるとした場合、どのような問題が解決されなければならないと思いますか。あてはまるもの全てに○を付けて下さい。

- | | |
|-----------------------------------|-------|
| (1) 診療録の記載の充実 | 97施設 |
| (2) 医療従事者を対象にした開示を前提とした診療録記載方法の教育 | 102施設 |
| (3) 事務処理量増加に対応した経済的補償 | 75施設 |
| (4) 診療情報を知ることに伴う責任等についての患者教育 | 83施設 |
| (5) 開示方法・範囲についての共通のルール | 96施設 |
| (6) その他 | 7施設 |
- ・患者及び開示希望者を対象とした医学教育
 - ・新しい医事紛争賠償保険 日医はだめ
 - ・保険病名(レセプト病名)の問題→例えば糖尿病の疑いでHbA1を精査してもレセプト上糖尿病の確定をつけないといけない為。→現状では問題が多すぎる
 - ・開示要求があった場合、その妥当性を判断する第三者機関の設置が必要
 - ・①まず患者に病気に対する正しい知識を伝え、理解されること。②本人とファミリー、ドクター間のコミュニケーションが十分とれている事。③保険行政上の仕組みを患者とファミリーが理解すること。保険病名等
 - ・医療従事者側の共通の認識
 - ・入院中の重要なケースにはあてはまらない

36. 仮に診療情報開示を進めるとした場合、診療情報の開示は何らかの法制により定められるべきだと思いますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 法制により定められるべき	23.3	32.3	44.4	36.4	29.8%
(2) どちらかといえば法制により定められるべき	18.3	12.9	5.6	9.1	14.1%
(3) どちらかといえば法制以外の方法により定められるべき	33.3	16.1	16.7	36.4	27.3%
(4) 法制以外の方法により定められるべき	25.0	38.7	33.3	18.2	28.9%

37. 「入院診療の要約」配付は患者満足度の向上に寄与すると思いますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 寄与する	32.2	38.7	27.8	25.0	32.5%
(2) どちらかといえば寄与する	59.3	35.5	50.0	50.0	50.4%
(3) どちらかといえば寄与しない	6.8	9.7	16.7	8.3	8.9%
(4) 寄与しない	1.7	16.1	5.6	16.7	8.1%

38. 「入院診療の要約」配付は医療の質の向上に寄与すると思いますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 寄与する	37.3	38.7	27.8	16.7	35.0%
(2) どちらかといえば寄与する	49.2	32.3	61.1	66.7	47.2%
(3) どちらかといえば寄与しない	8.5	12.9	5.6	8.3	9.8%
(4) 寄与しない	5.1	16.1	5.6	8.3	8.1%

39. 「入院診療の要約」配付が検討されるとして、どのような問題が検討され、解決される必要があるとお考えですか。

(1) 退院時サマリー等、診療録記載内容が不十分である	63施設
(2) 配布を促す経済的なインセンティブに乏しい	61施設
(3) 事務的な手続き・負担がたいへんである	67施設
(4) 配布が患者さんの満足度向上にもたらす効果が疑問である	30施設
(5) 配布が医療の質向上にもたらす効果が疑問である	23施設
(6) その他	17施設

その他

- ・退院時に渡せるか?? 時間的、内容とのからみ、医師の負担
- ・あえて医師が記載しなかったことに対する法律的な基準や援助
- ・"退院時指導" との兼ね合い
- ・時間がない、くわしくはなかなか書けない、最低のルールづくり
- ・配布されることを考慮して、記載されるべき情報が意図的に記載されないことが危惧される
- ・ほしくない人もいます。
- ・要約を配布するしないにかかわらず、退院サマリーを充実させることが肝要である
- ・患者、家族が十分に理解出来る要約を書くことがまだ出来ないであろう。
- ・要約に記載する内容により異なる
- ・原則的に診療情報提供書の様な一定の様式が必要
- ・診療内容の妥当性など統一されたものがないため無益な訴訟の対象となったり、医師と患者の信頼
- ・関係が崩れる等の危惧がある。要約配布の目的を互いに理解することが必要
- ・質問の意味が良くわからない。「入院診療の要約」とは具体的に何のことか。当院においては「入院診療の要約」には医師記載部分、看護記録については入れられない。
- ・退院時までに要約は作成できない
- ・どの程度知りたいか患者本人の意識の問題がある
- ・傷病名の記載。保険病名が記載されることの問題解決。
- ・現在実施している退院サマリーは専門的であり細かすぎて患者の役に立たない。患者用に別のものを作る必要がある。
- ・現状においてもドクターの書類に関する手間、時間を考えると不可能に近い
- ・患者の満足度は退院時の結果(状態)に大きく左右されると思われる。

40. もし「入院診療の要約」の書式・配付方法などについて本研究班より提案がなされたならば、配付を検討していただけますか。

	1	2	3	4	全体
(1) 配付を積極的に検討したい	20.3	25.8	10.5	8.3	19.4%
(2) どちらかといえば配付を積極的に検討したい	45.8	41.9	42.1	41.7	43.5%
(3) どちらかといえば配付は検討しない	23.7	12.9	31.6	33.3	23.4%
(4) 配付は検討しない	10.2	19.4	15.8	16.7	13.7%

- ・当院は介護保険を中心とした病院(療養型病床群)ですので、診療録のシステムが異なります(要介護認定~ケアカンファレンス~(サマリー作成)~ケアプラン~評価)。診療録については療養型病院と急性期型病院と分けてアンケートが必要かと思います。

- ・当院は単科精神科病院。現在でも可能なかぎり患者本人、家族に診療内容やその目的など説明し、服薬指導も行っている。しかし、精神疾患の場合、解釈をどの時点で、どの深さまで与えるかは精神療法の技法の重要な点であり、一律に規制できない。
- ・配布できるだけの内容にする為の協力が得られるとは思えない現状です。
- ・当院は精神科(単科)病院ですので、他科診療部門との相違(異)点が多々あるかと思えます。
- ・集計後資料希望
- ・内容によるが、①病気に対する正しい知識とドクター、ファミリー、本人のコミュニケーションがとれている場合は診療情報開示は医療の質の向上に役に立つと思われるが ②病気に対する誤った知識や、ドクター、ファミリー、本人間のコミュニケーションがとれていない場合は診療情報の開示は困難である。
- ・Q29以下につきましては、衛生局の方針が固まっておられませんので解答できません。
- ・現時点で医師の協力は得られないと思う。
- ・認定内科医のための書式はすでにあります