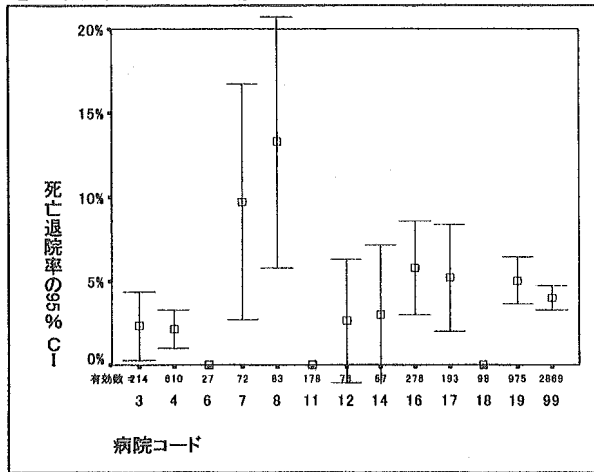


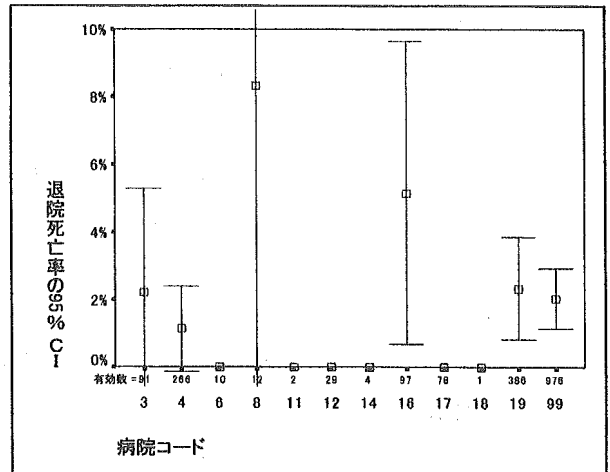
病院別死亡退院率

1. 全疾患計

【手術あり・なし計】



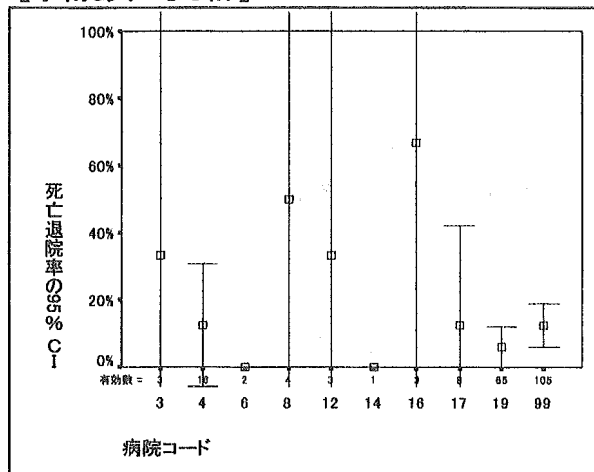
【手術ありのみ】



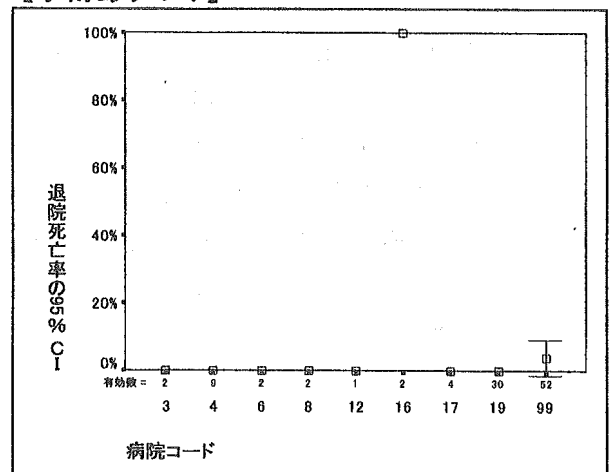
2. 主傷病別(死亡退院率が10%以上の主傷病のみ)

(1) 胃の悪性新生物

【手術あり・なし計】

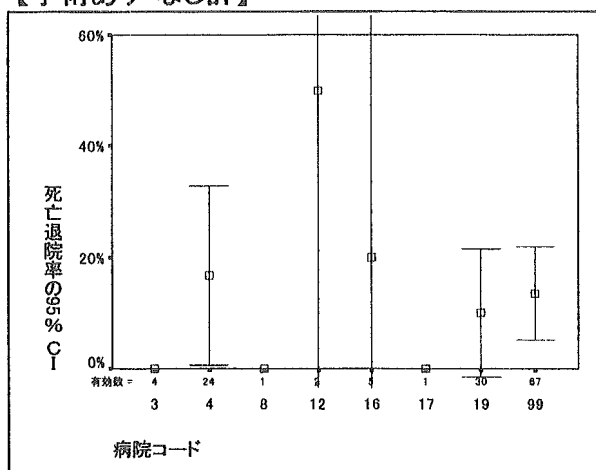


【手術ありのみ】

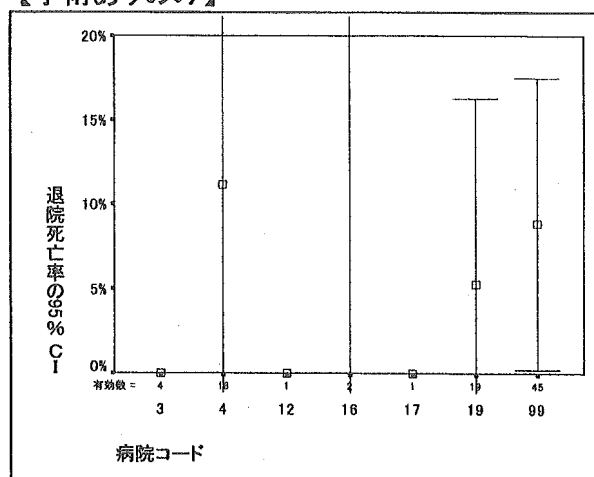


(2) 結腸の悪性新生物

【手術あり・なし計】

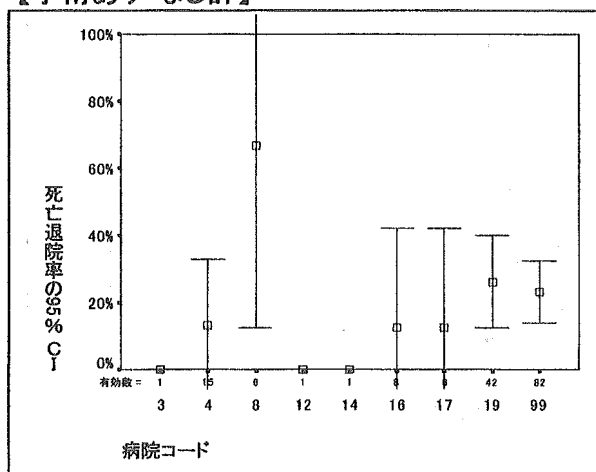


【手術ありのみ】

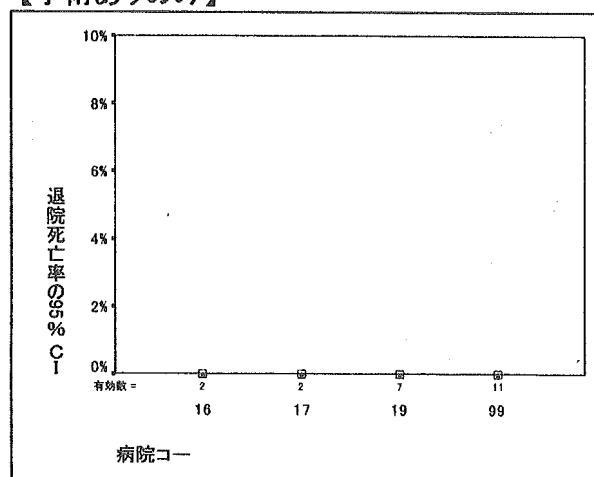


(3) 気管支または肺の悪性新生物

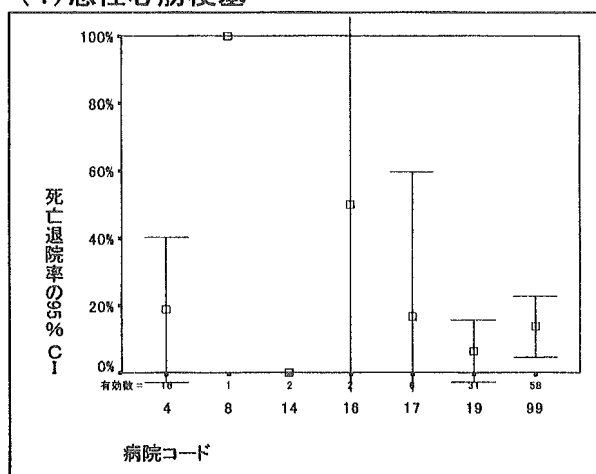
【手術あり・なし計】



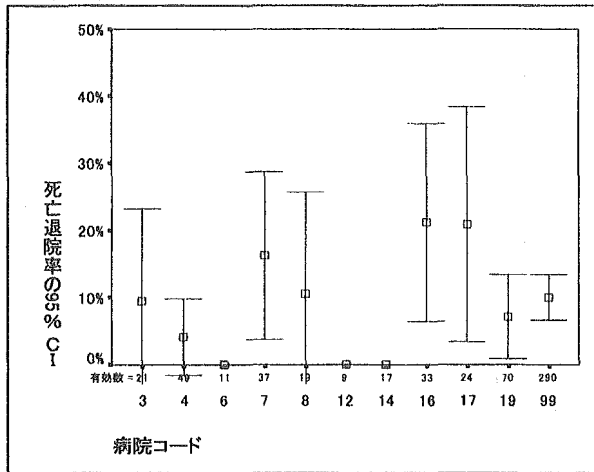
【手術ありのみ】



(4) 急性心筋梗塞

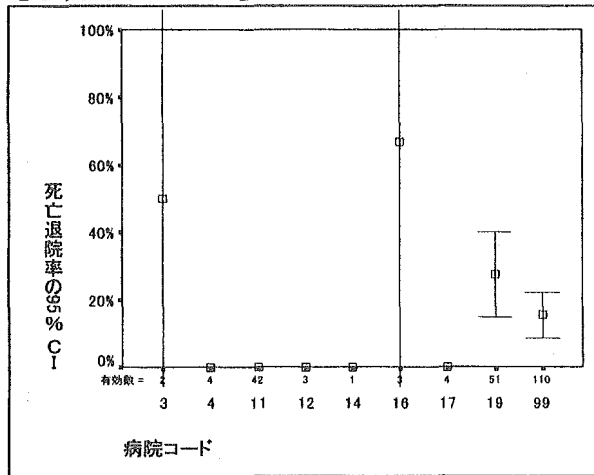


(5) 肺炎

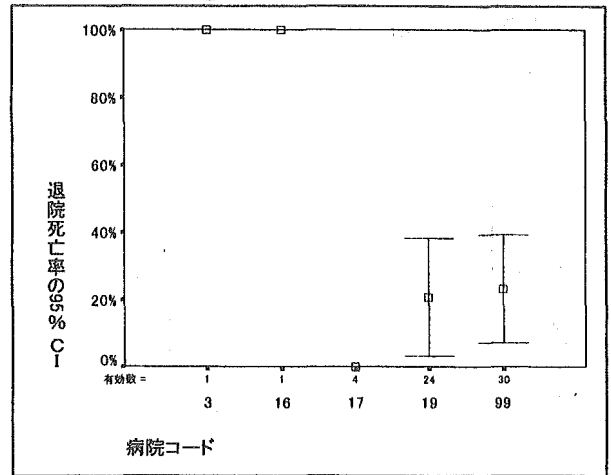


(6) 脳出血

【手術あり・なし計】



【手術ありのみ】

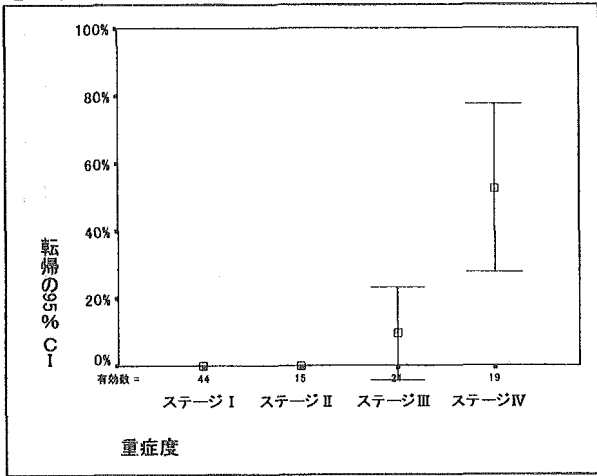


重症度別死亡退院率グラフ

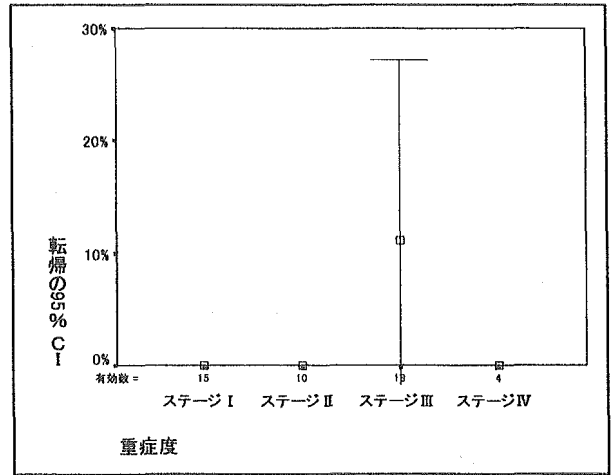
死亡率が10%以上の主傷病について、重症度別の死亡率グラフを記載しています。

(1) 胃の悪性新生物

【手術あり・なし計】

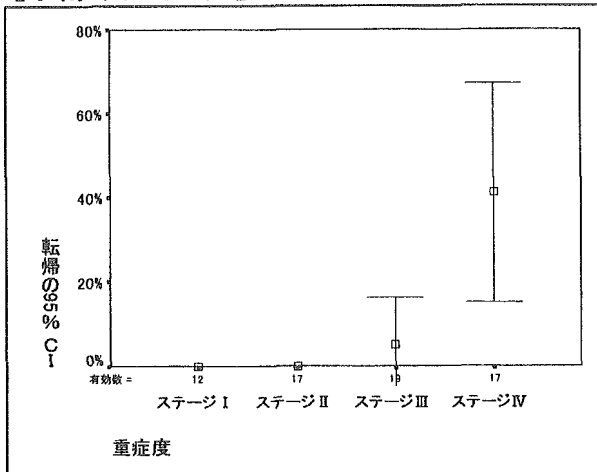


【手術ありのみ】

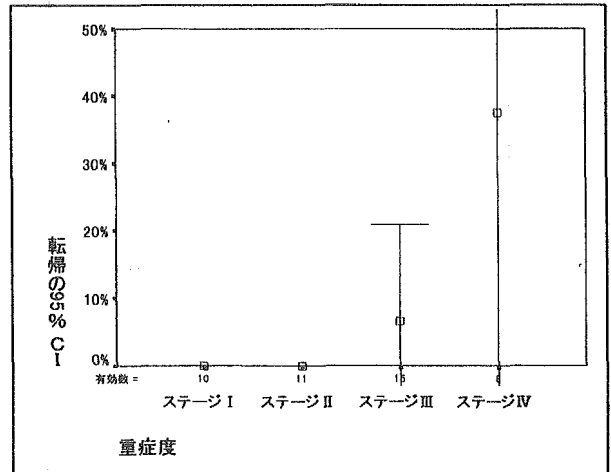


(2) 結腸の悪性新生物

【手術あり・なし計】

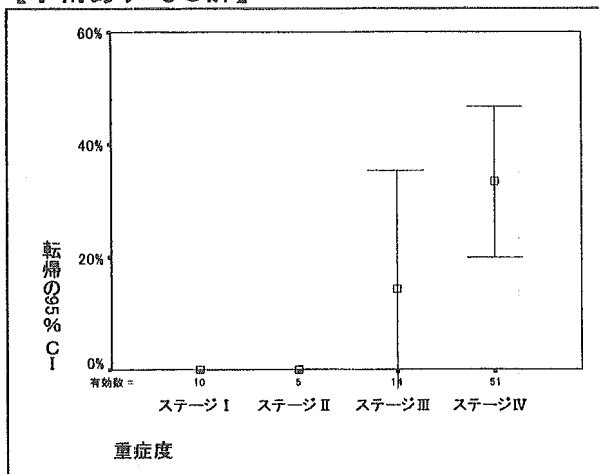


【手術ありのみ】

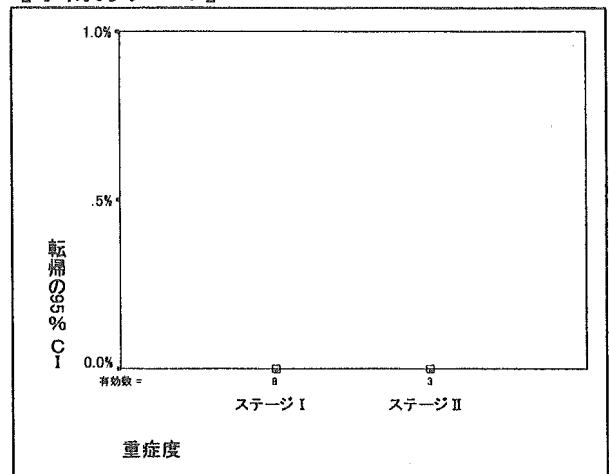


(3) 気管支または肺の悪性新生物

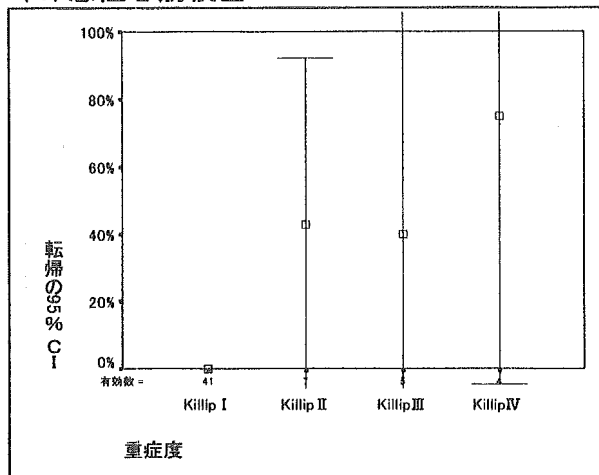
【手術ありなし計】



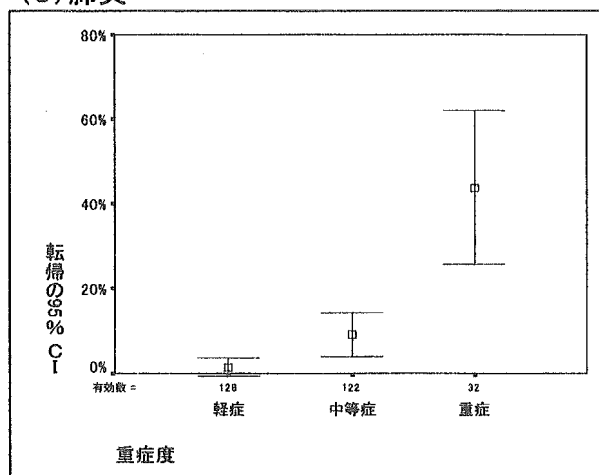
【手術ありのみ】



(4) 急性心筋梗塞

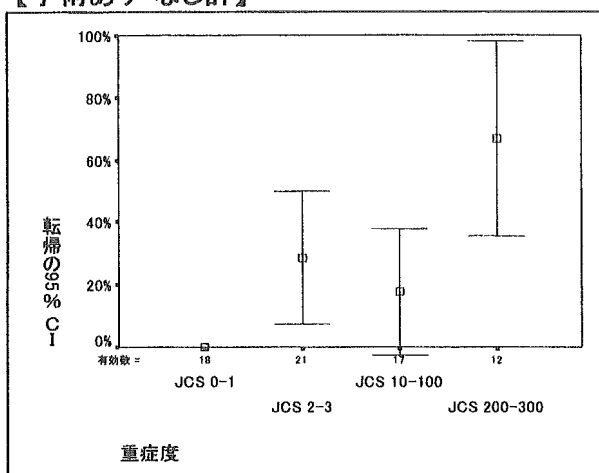


(5) 肺炎

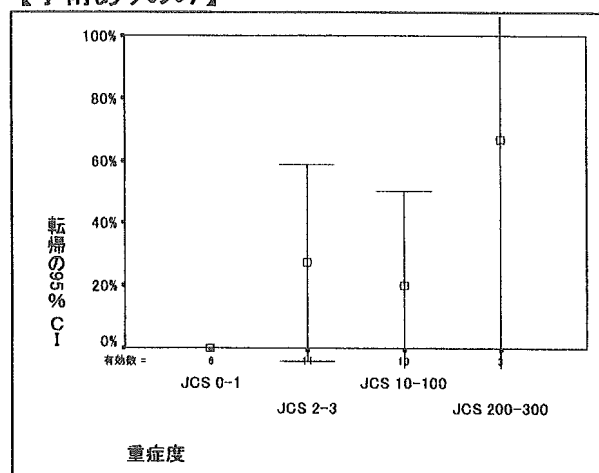


(6) 脳出血

【手術あり・なし計】



【手術ありのみ】



診療アウトカム評価事業報告書

対象期間:2002年7月-9月

発行： 東京都病院協会

住所： 〒160-0012 東京都新宿区南元町 4-18
ペラピスタ信濃町 204

電話： 03(3355)7981

FAX： 03(3355)7983

URL： <http://www.tmha.net/>

質向上に役立つ診療録の作成と医師への教育

診療録検討特別委員会 委員長 飯田修平(練馬総合病院理事長)

診療録の記載と管理には、医師の参画が必須である。しかし、医師の参画を得ることは極めて困難である。これは、卒前・卒後の教育に問題があるからである。多くの大学や病院では、診療録記載や管理に関する個別の努力はなされている。しかし、組織的にシステムとして実施している組織はまれである。診療録管理、特に医師の教育に関して、組織的なシステムを構築し、実績のある佐賀医科大学の実状を調査・検討する事を目的に、検討会と実地見学をおこなった。検討会と見学の概要を報告する。

1. 佐賀医科大学 診療情報管理見学会

平成 14 年 9 月 26 日 (木)

病院長室で、医療担当副部長・病院長の宮崎澄雄教授、総合診療部長の小泉俊三教授、業務部医事課専門職員(診療記録担当)の重田イサ子氏に、見学の目的と見学場所の希望を説明した。各立場からの解説をいただいた。

その後、医療情報部副部長室で、庄野秀明助教授のお話をうかがった。

見学概要報告(一部は佐賀医科大学のホームページを参考)

1) 総合診療部(小泉俊三教授)

総合診療部は、特殊診療施設の一つである。その意図するところは、臨床医学の極端なテクノロジー志向や、病気を見て病人を診ない専門医ではなく、臓器や疾患を選ばず、個々の患者の要望に対応した全人的な医療を行なうことの出来る医師を養成し、より良い医療のあり方を追究することである。また、必要に応じて専門各科に緊密なコンサルテーションを行う。総合外来は外来診療研修のための貴重な場でもある。

総合診療部では、独立した病棟診療も行い、医療の継続性を確保すると共に研修医教育の場としている。この様な考えの基、総合診療部開設の前から、開学以来、診療記録の重要性を学生および医師に教育している。

4年生の時に8時間の講義があり、麻酔科の時に、診療録センターを回る。総合診療部では8名の小グループで学ばせ、診断の流れ、診断戦略を教える。

総合外来で体験した素材を使って、病歴から得られる情報、診察から得られる

情報から、いかに診断にどう役立てるかを、2週間学ばせる。臨床情報をいかに考えるかである。外来や病棟のカルテに学生が記入し、指導医が検閲する。SD (student doctor)という。SN(student nurse)もいる。現在、改革案を検討中である。

2) 業務部医事課専門職員(診療記録担当:重田イサ子氏)

中央診療部門の中にあり、医事課に所属しているが、医療情報部になる予定である。診療記録センター5名、その中、管理士は4名である。一名削減された。その他、スキャナー入力要員として派遣職員が数名いる。診療情報管理士の教育は、学会に行くことと本を自分で読むことである。通信教育では足りない。入門コースの後、3年間実務をやればある程度できるが、人を動かす資質が必要である。

診療記録委員は診療科代表の七名である。診療記録のチェックは、診療情報管理士が下準備をして、付箋を付けておく。質的点検はせず、量的点検である。記載の不備の有無をみて、問題があれば、該当者に戻し、修正加筆を速やかにさせる。委員の中から、交替で一週間ずつ担当をする。2ヶ月の会議にまたがって、修正加筆がなされていないと、その診療科全員が研究用の診療録貸出しが禁止になる。21年目にして初めて2冊紛失した。1冊は光カルテになっていた。外来診療録の紛失は1冊もない。診療録は25万冊あるが、年に一回全部の棚卸しする。外来カルテのオーデイトはしていない。5年、来院しないと、光ディスクに入れる、端末でみてもらう。12万冊まで入力した。3年くらいまで追いついている。実物は開院から20年間全部保存している。

1997年からICD-10にしている。2000年から電子サマリーで自動的にコードが入るので、入れ替えている。電子カルテが動き出せば、組織が変わる。

過去のカルテがどの程度研究に使われているかわかる。検索依頼が多い。住所コード、職業、本籍はわかる人だけ県だけ。相手(医師)に言うこと聞いてもらうためには、何でも希望を聞く。100冊なら40分くらいで済む。

他大学卒の研修医は1~2名で例外的である。診療録に関する教育はほとんど経験していないが、佐賀医大卒に負けるものかとがんばってくれる。

初代学長は、21年前に、「カルテ開示の時代が来るから、最初から、一患者一ファイルにする。この大学の方針に従わない医師はやめてよい、医師はいくらでもいる。」とおっしゃっていたとのことである。組織の長の姿勢次第であることを示すも

のである。

3) 医療情報部副部長(庄野秀明助教授)

副部長からは、情報システムの現状とその開発の考え方を解説いただいた。

医療情報部(Medical Information & Intelligence Center)は医療・事務職員からなる横断的組織である。その運営方針は、あらゆる情報を患者に選ばれる医療の実現のために収集、現場主義の下、公平・公開を原則としたワーキングの開催。任務に関する懸案事項解決のための方策を病院長に提案・実施するものである。

新しい「病院情報管理システム」の導入が決定し、2年後の稼動に向けて作業が進んでいる。開発する主なプロジェクトは電子カルテ、画像、データ利用、地域連携の4つである。リース契約が2年残っているために、稼動開始時期が制限されている。

2. 「質向上に役立つ診療録の作成と医師への教育」検討会

平成14年7月31日(水)午後6時から8時まで、東医健保会館において、「質向上に役立つ診療録の作成と医師への教育」検討会が開催された。

通常の診療録検討特別委員会終了後に、拡大委員会として、委員と理事病院の管理職、診療録管理担当者を対象に開催したものである。三十数名が参加した。

検討会の趣旨説明の後、(財)緒方医学化学研究所・前佐賀医科大学臨床検査医学講座教授・診療記録センター長 只野寿太郎氏による基調講演「質向上に役立つ診療録の作成と医師への教育」、東邦大学助教授長谷川友紀氏、野辺地篤郎氏、栗田静枝氏の各委員から、それぞれの立場からお話をいただいた。

只野寿太郎氏の講演概要

1. 診療記録作成の目的

医師法24条により医師が「診療終了後に遅滞なく記載する」という記載義務が定められている。診療記録は科学的記録であり、憶測や推測を交えず、事実のみを正確に記載する。診療だけではなく、法的防衛のための証拠、医療審査(Medical Audit)、病院管理の資料、臨床医学の教育・研究や公衆衛生、疫学的調査などの資料でもある。

質の高い診療記録とは(1)診療、特にチーム医療に役立つ(2)臨床教育・臨床

研究に役立つ(3)診療情報の開示に耐えうる(4)医療訴訟の証拠資料に使える(5)医療費請求の根拠となる(6)医療評価・病院評価の資料になる(7)病院管理の資料になる、7つの条件を完全に満たさなければならない。

2. 診療記録の管理

法的な診療記録保存義務は5年である。しかし、民事訴訟法の追訴の時効期限は20年であり、法的防衛のためには20年、また教育・研究には永久保管が望ましい。

- (1) 管理方法: 診療記録は一患者、一診療記録とする。また守秘義務、記録紛失、情報漏出防止のために専任の管理責任者を置き、一箇所の集中管理とする。
- (2) 記載法: 記載法は原則としてPOMRによるSOAP等の書式・順序にする、記載者が明確であること等である。思考過程や治療計画が医療チームに明確に伝わりやすい。
- (3) 診療記録委員会: 各施設は診療記録管理委員会を作り診療記録管理規定を制定しこの委員会が診療記録の統一管理を行う。主たる業務は診療記録の質の保証である。
- (4) Audit: Auditは診療記録の質の保証に必須である。記載不備があれば記載者に訂正を求める。Auditを経て完成されたものを診療記録として保管する。診療記録の有効活用には、コーディングを診療情報管理士などの専任職員が行うことが必要である。
- (5) 教育: 各施設は卒前・卒後の教育システムを構築する必要がある。

3. 診療記録記載上の基本ルール

やるべき五原則: 診療記録の記載において守るべき原則は「記載してあること」を前提にし、(1)客観的で臨床に関連した事項であること(2)正確であること(3)タイムリーに記載されていること(4)読める字で書いてあること(5)完成されたものであることの五原則が満たされていないなければならない。

全日病と合同で国立大阪病院の情報システム構築の考え方を聞く

診療録検討特別委員会 委員長 飯田修平(練馬総合病院理事長)

平成14年11月12日(火)

今回の訪問は、全日本病院協会医療の質向上委員会 病院情報システム基本要件検討プロジェクトチームと合同であった。

1. 訪問の目的

国立大阪病院では、循環器科、内科、産婦人科の外来と、産科の入院に電子カルテを導入している。その他の診療科ではオーダーリングの段階である。

訪問の理由は、情報システム構築の考え方が参考になるという示唆を得たことによる。井上通敏院長は厚生労働省の情報システム標準化の委員を担当している。

2. 情報システム構築の問題点

情報技術の急速な発展により、従来は不可能と考えられていた業務も可能になった。病院情報統合システムを構築する病院が急速に増えつつある。当委員会では、病院情報システムを見学したが、単に紙媒体から電子媒体に変更しただけのものが大部分である。情報技術が遅れているという理由ではなく、病院側のシステム導入の目的が不明確であることによる、システム導入自体が目的になっているのが実態である。

3. 国立大阪病院の

システム構築の考え方

(1) 井上通敏院長の考え方

システム構築では、病院のコンセプトが重要であり、院長がどういうデータが必要かを言わなければならない。比較可能なデータ、評価すべきデータを全員が認識する必要がある。

用語の標準化が必要である。用語の標準化は電子化しなくてもできるが、現状は電子カルテを使って強制的にする。入力段階で標準的なもの以外は排除する、プルダウンメニュー入力が基本である。勝手に入力するのならやらない方がよい。入口が一番重要である。

メーカーが作った電子カルテをそのまま使うのではだめである、医師が電子カル

テを作らなければならない、入口、出口をわかっているのは医師しかいないからである。データ、検査、治療手順を選択することができる画面を誘導できるようにしなければならない。

医療のプロセスを電子カルテ的に学習的に進化できるような仕掛けを作る必要がある。共通の土俵で利用し、フィードバックして、また考えるツールとして考えている。カルテをみても、病名は書いてあるが、根拠のある病名か保険病名かわからない。

(2) 病院側開発担当責任者の考え方

楠岡英雄臨床研究部長の考え方の要約を紹介する。

非常に巨大化しつつある病院情報システムを担当するものとして、現状を踏まえたうえで、オーダリングをそのまま電子カルテには取り込めないで、別に考える必要がある。入力の手簡易化にいくつかのメニューを作った。データの標準化ができていないので、将来的にしたい。病名、検査名等の標準化はできているが、処置名の標準化もできていない。

電子カルテに関しては、データベースそのものが見えない。フォーマットの定まらないうちに、データがだらだら入っている状況である。データを取り込むためのツールは、後から考えなければならない。経営的なデータはとりたいものがわかっている。

システムが大きくなっているので、全体を把握できる人は病院にも、開発側にもいない。話を進めるときに、どのメンバーが集まればいいのかも見えてこない。複雑な連携があるので、一カ所直すことによる影響が見えない。従って、コンサーバティブになる。

医事システムがいびつな構造である。保険改正のたびに付け足してきたからである。ロジックが変わり全面的に改訂しなければいけないのに、一部手直ししているだけである。

病院の都合での変更もあるため誰もわからない。

これらの問題点を認識しつつ、医療者の創る電子カルテの拡充に積極的に取り組んでいる。

4. 感想と今後の課題

トップ のリーダーシップの重要性を再確認した。情報システム構築とは組織の再

構築を意味するのであり、システム構築を通して変革するという意思が必須である。他の病院では、理念のないシステム導入の弊害が多くみうけられる。二年後の電子カルテ導入の成果を期待したい。

情報システム導入における失敗の原因は、病院側と開発側の意思疎通の問題である。ご協力をお願いしたい。

都内病院の診療録管理と医療安全管理に対する 取り組みと意識の変遷についての調査報告

平成15年3月

東京都病院協会
診療録検討特別委員会

診療録管理と医療安全管理についての調査報告

東京都病院協会
診療録管理特別委員会

1. はじめに

診療録管理と医療安全管理はともに病院が適切に医療サービスを提供する上で重要な役割を有する。東京都病院協会では、それぞれについて、ほぼ2年ごとに会員病院を対象にしたアンケート調査を実施し、現状、問題点、改善策について指摘してきた。今回は2回に分けて前半で2002年診療録管理についての調査結果を、後半で医療安全管理についての調査結果を報告する。特に、今回の報告では、(1)1998年(診療録管理のみ)、2001年調査と比較して、その間の変化の動向を明らかにすること、(2)また従来は調査対象が東京都病院協会会員のみであったが、対象を会員以外の東京都内病院および全国の教育病院(大学病院+臨床研修指定病院)にも拡大したので、その結果についてもあわせて比較しながら報告する。

I. 診療録管理編

1. 診療録管理についての最近の動向

現在、日本は医療制度改革の真っ只中にあり、種々の制度の見直しが行なわれている。診療録管理についての見直しは、(1)患者に対する診療録開示の制度化、(2)国際疾病分類コード化など適切な診療録管理体制を病院に確立し医療情報の整備・公開を図り、科学的な根拠を基に医療政策立案、病院のパフォーマンス評価などを図る、という両面から行なわれてきた。診療録管理についての動向、それぞれがどちらを主として目的としたものであったかを表1に示す。診療録開示については、日本医師会の指針改定を経て、法制化の是非、開示を促進するための環境整備について厚生労働省検討会において現在検討が行なわれている。また、個人情報保護法は生きている個人のみを対象としていること、また必ずしも医療分野のみを対象としたものではないが、もし成立したならば診療録開示についても個人情報保護法の規定に従うことになり、注意が必要である。

表1 診療録管理についての最近の動向

時期	内容	診療録開示	診療情報の整備・公開
1998年6月	カルテ等の診療情報の活用に関する検討会（厚生省）	○	
2000年1月	診療情報の提供に関する指針（日本医師会）	○	
2001年3月	第4次医療法改正「診療録その他の診療に関する諸記録に係る情報を提供することができる旨」の広告を認める	○	
2001年4月	診療録管理体制加算	○	○
2001年12月	内閣府総合規制改革会議第一次答申	○	○
2002年6月	診療情報の開示についての検討会（厚生労働省）	○	
2002年10月	診療情報の提供に関する指針改定（日本医師会）	○	

2. 診療録管理についての調査

会員病院、その他の病院の診療録管理の現状、問題点、改善策を明らかにする目的で行なわれた。無記名自記式アンケート調査により、郵送により送付・回収された。回答者は、病院代表者または診療録管理部門責任者である。実施時期は2002年9月。質問項目は、病院の属性、診療録管理の状況、電子化の状況、開示の状況と開示に関する意見などである。

(1) 回答率と病院の属性

対象病院グループごとの回答率を表2に示す。全体の回答率は24.6% (264/1073)であった。過去の調査ではA、Cグループを対象としているため、比較に際しては連続性を担保するために、A、Cグループをまとめた集計結果(A+C)と、全体の集計結果を合わせて示す。病院の属性を表3に示す。A+Cでは、病床数206.8床、病床稼働率86.3%、年間退院患者数2562人、死亡退院率5.1%、教育病院29.2% (いずれも平均)と、過去の調査と比較してほぼ同じような属性を有する病院が調査に回答したことが伺われる。全体の集計結果では、教育病院の占める割合が大きいため、病床数、年間退院患者数とも大きくなっている。

(2) 診療録管理体制

診療録管理を管理規定により管理している病院は 42.0% (全体集計 66.3%、以下同じ) で、1998 年 (29.6%)、2001 年 (32.7%) 調査に比較して増加していた (図 1)。診療録管理委員会を有する病院は、34.5% (全体集計 66.8%) で、1998 年 18.9%、2001 年 34.2% と伸びは鈍化していたが、活動内容に関しては、用語の使用方法、薬剤処方記載方法、診療録記載方法、サンプリング調査の全ての面で実施している割合が 2001 年と比較して増加しており、活動内容が充実していることが示唆された (診療録管理運営全般については 2001 年調査では質問していない) (図 2)。

(3) 疾病統計

入院患者の疾病統計は、詳しい疾病統計+簡単な疾病統計を作成している病院は、45.2% と、2001 年 40.7% (全体集計 64.1%)、1998 年 36.1% に比較して増加しているが、詳しい疾病統計については、13.1% (全体集計 28.2%)、2001 年 18.6%、1998 年 14.8% とあまり変化していない (図 3)。まずは簡単な疾病統計から始める病院が増加しており可能性がある。入院診療録の保管管理は、独立の診療録管理部門でまとめて行なっているのは 20.7% (全体集計 46.7%) であり、2001 年 21.4%、1998 年 17.1% であった (図 4)。

(4) 診療情報の電子化

診療情報の電子化は、電子カルテなど診療に係わる情報と、オーダーエントリーシステムなど病院の運営に係わる情報に分けて質問した (図 5、6)。診療に係わる情報が電子化されている (大部分+一部) は 10.7% (全体集計 25.7%) で、2001 年 5.4% に比較して増加していた (1998 年は調査していない)。病院運営に係わる情報でも 44.9% (全体集計 48.5%) で、2001 年 42.2% と比較して増加していた。日本では米国などと比較してオーダーエントリーシステムの導入比率が高いことは従来より認められるが、最近では電子カルテの電子化が急速に進みつつある状況が伺える。

(5) 標準化

クリニカルパスを用いている (ほとんどの疾患+代表的な疾患) のは 48.1% (全体集計 48.5%) で、2001 年 43.0% に比較して増加していた (1998 年は調査していない) (図 7)。入院診療計画書の配布を行なっているのは 97.6% (全体集計 98.1%) であり、2001 年 94.7%、1998 年 90.2% と比較して増加していた。治療終了後に、実際の知慮結果と入院診療計画書の記載内容を比較検討しているのは 34.9% (全体集計 25.4%) であり、2001 年 23.9%、1998 年 25.2% と比較して、これも増加していた (図 8)。実際にどのような項目が入院診療録に記載され、あるいは治療後の比較検討の対象になっているかを図 9、10 に示す。他の項目と比較して医療費についての情報が患者に提供されることが少なく、また病院側に検討項目として認識されることが少ないことが示唆された。

(6) 診療録開示

診療録開示を病院として積極的に行なっているのは 9.5% (全体集計 11.5%) で、2001 年 10.8%、1998 年 3.5%であった (図 11)。たとえ開示を行なっているとの回答が得られても、病院としての方針が定められ、規定が設けられていなければ、実際にはケースバイケースでの対応となり、組織としての方針が定められているとはいえない。開示についての院内規定が定められているのは 48.8% (全体集計 73.1%) であり、2001 年 41.1%、1998 年 0%に比較して増加していた (図 12)。また、病院組織の方針として開示を行なっている (院内規定がある+病院としての方針が決まっている) のは 73.8% (全体集計 86.2%) と、2001 年 73.2%、1998 年 38.3%に比較して増加していた。開示を積極的に行なっているとする病院の割合は横這いであるが、組織として開示が定着しつつある状況が伺える。

開示可能な範囲としては、原則として全て開示が可能とする病院が 79.5% (全体集計 87.6%) と、2001 年 75.0%、1998 年 46.7%に比較して増加していた (図 13)。具体的な項目では、従来より開示可能とするものの多い診断名、画像、生理、検体検査に比較して、開示が不可能と回答するもの多かった医師記載、看護婦記載、退院時サマリー、レセプトで開示可能と回答するものの増加が顕著であった (図 14)。開示が困難な状況としては、患者本人に悪影響を与える、第三者に悪影響を与える、悪性新生物、精神疾患などが多く挙げられた (図 15)。これは従来 of 調査と同様の傾向であった。

2002 年中に開示の請求を受けたことがあると回答した病院は 44.6% (全体集計 67.5%) で、平均 7.7 件 (全体集計 10.6 件) (開示請求を受けた病院当たりの件数を示す) であった。開示請求に対する対応としては、コピーを交付 66.3% (全体集計 52.9%)、閲覧 19.0% (全体集計 27.7%)、代替文書の交付 6.5% (全体集計 6.7%)、開示を拒否 5.2% (全体集計 3.5%)、その他 2.9% (全体集計 9.6%) であった (図 16)。

診療録開示を行なうことが医療の質向上に寄与すると思うものは (「どちらかといえば」を含む) 82.3% (全体集計 90.0%) であり、2001 年 87.3%、1998 年 70.7%であった (図 17)。患者満足度向上に寄与すると思うものは (「どちらかといえば」を含む) 90.6% (全体集計 95.4%) であり、2001 年 91.0%、1998 年 76.3%であった (図 18)。病院管理者の意識面では 1998 年-2001 年の間に大きな変化があり、現在は診療録開示体制の構築にフォーカスが移行していることが伺える。

診療録開示が医療訴訟を増加させると思うものは (「どちらかといえば」を含む) 65.4% (全体集計 59.1%) であり、2001 年 59.8%、1998 年 66.4%とほとんど変化していない (図 19)。開示を今後とも積極的に進めると回答したものは 42.4% (全体集計 55.3%) であり、2001 年 45.0%、1998 年 33.3%であった (図 20)。やはり 1998 年-2001 年の間に意識面で