

(5)その他(具体的に: )

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いますか。

21-1. 医療費の統計資料

(1)作成している (2)作成していない

21-2. 在院日数の統計資料

(1)作成している (2)作成していない

22-1. 入院患者の病名、手術・処置名をコードを用いて登録していますか。

(1)はい (2)いいえ

22-2. (質問22-1で「はい」の場合)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)ICD9

(2)ICD9CM

(3)ICD10

(4)その他(具体的に: )

22-3. (質問22-1で「はい」の場合)どの病名コードを用いて手術名を登録していますか。

(1)ICD9CM

(2)ICPM

(3)その他(具体的に: )

(4)登録は行っていない

退院時サマリーについてお聞きます。

23. 退院時サマリーは作成していますか。

(1)はい (2)いいえ

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。(複数該当する場合には最も多いものを1つ選んでください)

(1)担当医師

(2)担当医師の上席医師

(5)その他(具体的に: )

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)はい (2)いいえ

⇒(はいの場合) ・退院48時間後 ( )%位  
・退院2週間後 ( )%位

26. 退院時サマリーをコンピュータに登録していますか。

(1)はい (2)いいえ

診療情報の開示についてお聞きます。

27. 何らかの形で診療情報の開示を行っていますか。

(1)病院として積極的に行っている

(2)患者・家族からの求めがあった場合にのみ行っている

(3)行っていない

28-1. 診療情報の開示について院内の規定がありますか。

(1)明文化された規定がある

- (2) 明文ではないが病院としての方針は決まっている
- (3) 方針・規定とも決まったものはない

28-2. (質問28-1で(1)、(2)の場合)、それは内容的にはどれに近いものですか。

- (1) 厚生労働省ガイドライン(2003年) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/05/s0516-3a.htm>
- (2) 日本医師会ガイドライン(2002年)
- (3) 日本医師会ガイドライン(2000年) <http://www.med.or.jp/nichikara/joho2.html>
- (4) 病院独自のもの
- (5) その他( )

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。(規定の有無に関わらず)

- (1) 原則として診療情報全て
- (2) 診療情報の一部のみ可能
- (3) 開示はできない

29-2. 具体的に、現時点で開示可能なものは以下のうちどれですか。(規定の有無に関わらず)

- |                 |          |
|-----------------|----------|
| (1) 診断名         | 可能 ・ 不可能 |
| (2) 医師記載部分      | 可能 ・ 不可能 |
| (3) 看護記録        | 可能 ・ 不可能 |
| (4) 画像診断およびコメント | 可能 ・ 不可能 |
| (5) 血液その他の検体検査  | 可能 ・ 不可能 |
| (6) 心電図その他の生理検査 | 可能 ・ 不可能 |
| (7) 退院時サマリー     | 可能 ・ 不可能 |
| (8) レセプト        | 可能 ・ 不可能 |

29-3. 患者さんが死亡した場合に、遺族に対する診療情報開示は可能ですか。

- (1) 可能である
- (2) 開示はできない

⇒(可能であるの場合) ・遺族の範囲(具体的に )  
 ・死亡後開示請求可能な期間 ( )年

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) 考えられない
- (2) 考えられる

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
- (2) 悪性腫瘍以外の予後不良の疾患の場合
- (3) 精神病の場合
- (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
- (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
- (6) その他(具体的に: )

31. 2003年1月～12月の間に患者さんから診療情報の開示が請求されたことはありますか。(裁判所による証拠保全等、法的に強制力を有する場合を除きます)

- (1) ある
- (2) ない

⇒(前問で「(1)ある」場合) 開示請求の件数とそれぞれの対応の件数をお答えください。

- ・開示請求の件数は合計 ( )件
- ・病院の対応の内訳は
  - (1) 診療情報のコピーを交付した ( )件
  - (2) 患者さんによる診療情報の閲覧を行った ( )件

- (3) 診療情報に代わる文書を交付した ( ) 件
- (4) 開示を拒否した ( ) 件
- (5) その他 ( ) 件

32. 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) 寄与すると思う
- (2) どちらかといえば寄与すると思う
- (3) どちらかといえば寄与しないと思う
- (4) 寄与しないと思う

33. 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) 寄与すると思う
- (2) どちらかといえば寄与すると思う
- (3) どちらかといえば寄与しないと思う
- (4) 寄与しないと思う

34. 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) 増加させると思う
- (2) どちらかといえば増加させると思う
- (3) どちらかといえば減少させると思う
- (4) 減少させると思う

35. 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) 積極的に開示を進めるべきだと思う
- (2) 現状程度を維持すべきだと思う
- (3) 現状より開示の程度を減らすべきだと思う

36. 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) 診療情報の記載の充実
- (2) 医療従事者を対象にした開示を前提とした診療情報記載方法の教育
- (3) 事務処理量増加に対応した経済的補償
- (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
- (5) 開示方法・範囲についての共通のルール
- (6) その他(具体的に: )

37. 個人情報保護法の施行(2005年4月)に向けて貴院では具体的対応を行っていますか。

- (1) 個人情報保護法に対応した規定を作成した
- (2) 現在院内規定を作成中である
- (3) 法施行前までには院内の規定を作成したい
- (4) 特に規定の作成は考えていない

38. 個人情報保護法に関する職員教育

- (1) 特別に研修を行った
- (2) 文書を配布した
- (3) 特別なことはしていない
- (4) その他(具体的に: )

## 医療安全管理編

1-1. 医療安全管理に関する指針がありますか。

- (1)ある
- (2)ない

1-2. (質問1-1で「(1)ある」の場合)指針には以下の事柄が含まれていますか。

- |                          |        |
|--------------------------|--------|
| (1)医療安全管理に関する基本的な考え      | はい・いいえ |
| (2)医療安全管理の体制確保のための委員会規約  | はい・いいえ |
| (3)医療事故発生時の対応方法          | はい・いいえ |
| (4)医療事故・インシデントに関する報告の様式  | はい・いいえ |
| (5)各部門ごとの安全管理のためのマニュアル整備 | はい・いいえ |
| (6)事故防止の責任者              | はい・いいえ |

1-3. 指針を病院職員に周知させるために行っていることは何ですか。

- |                    |        |
|--------------------|--------|
| (1)特に周知していない       | はい・いいえ |
| (2)職員全員に配布         | はい・いいえ |
| (3)各診療科、部門ごとに配布し供覧 | はい・いいえ |
| (4)診療科長、部門の長のみに周知  | はい・いいえ |
| (5)その他             | はい・いいえ |
| ⇒具体的に( )           |        |

2-1. 医療安全管理体制の確保のための委員会(医療事故防止委員会など)は設置していますか。

- (1)設置している
- (2)設置していない

2-2. (質問2-1で「(1)設置している」の場合)委員会の活動頻度を教えてください。

- (1)月2回以上開催
- (2)月1回程度開催
- (3)年数回程度開催
- (4)事故発生時にのみ開催

2-3. (質問2-1で「(1)設置している」の場合)委員会のメンバーにはどのような職種の方が入っていますか。(あてはまるもの全てに○をつけてください)。

- (1)院長
- (2)副院長
- (3)各診療科・各部門ごとの安全管理の長
- (4)専任の安全管理担当者
- (5)その他( )

3. 医療安全管理体制の確保のための部署は設置していますか。

- (1)設置している
- (2)設置していない

4-1. 組織として事故防止対策をおこなうための実務担当者は配置していますか。

- (1)配置している
- (2)配置していない

4-2. (質問4-1で「(1)配置している」の場合)実務担当者の専任・兼任別の人数を教えてください。

- (1)専任 ( )人
- (2)兼任 ( )人

5-1. 医療安全管理を目的とした院内報告は実施していますか。

- (1)実施している
- (2)実施していない

5-2. (質問5-1で「(1)実施している」の場合)報告対象について教えてください。

なお、ここで医療事故とは医療に関わる過程において発生したすべての健康障害をいいます(過失の有無に関わらず)。一方、インシデントとは、患者の健康に障害をもたらす可能性を有した出来事をいいます(患者に傷害をもたらさなかったが、日常生活の現場で“ヒヤリ”としたり“ハッ”とした経験)。

- (1)医療事故
- (2)インシデント
- (3)医療事故とインシデントの両方

5-3. (質問5-1で「(1)実施している」の場合)報告された事例の分析を行っていますか。

- (1)行っている
- (2)行っていない

5-4. (質問5-1で「(1)実施している」の場合)報告された情報をどのように活用していますか。

- (1)内容について院内で組織的に検討
- (2)定期的に頻度・パターンなどについて集計
- (3)事例を基に職員の教育・研修(QCサークルを含む)
- (4)事例を基にマニュアル・事例集を作成
- (5)外部機関・専門家と共同して分析

- はい・いいえ
- はい・いいえ
- はい・いいえ
- はい・いいえ
- はい・いいえ

5-5. (質問5-1で「(1)実施している」の場合)医療事故に対してEコードを用いた登録を行っていますか。

- (1)行っている
- (2)コーディングを行っているが、Eコードは使用していない
- (3)コーディングを行っていない

6-1. 医療安全管理に関する教育・研修の実施状況を教えてください。

- (1)実施している
- (2)実施していない

6-2. (質問6-1で「(1)実施している」の場合)実施頻度を教えてください。

- (1)年2回以上開催
- (2)年1回程度開催
- (3)事故発生時のみ実施

6-3. (質問6-1で「(1)実施している」の場合)実施方法について教えてください。

- (1)医療安全管理に関する教育・研修を独立して実施
- (2)他の教育・研修と併せて実施

6-4. (質問6-1で「(1)実施している」の場合)教育・研修に関する現状についてお答えください。

- (1)担当者が設置されている
- (2)教育プログラムがある
- (3)予算が確保されている
- (4)教育・研修の教材が作成されている

- はい・いいえ
- はい・いいえ
- はい・いいえ
- はい・いいえ

7-1. 貴院として、医療事故の防止のために特に重要と考えられる事項は何ですか(あてはまるものすべてに○をつけてください)。

- (1)指針の整備
- (2)医療安全管理のための委員会の実施
- (3)医療安全管理を目的とした報告
- (4)医療安全管理に関する教育・研修
- (5)医療事故の防止に配慮した医薬品、医療器具などの提供
- (6)その他( )

7-2. 貴院で医療事故防止策を実施するにあたっての問題点は何ですか(あてはまるものすべてに○をつけてください)。

- (1)人員が確保できない
- (2)時間がない
- (3)財源がない
- (4)取組み方法がわからない

(5)その他( )

8-1. 病院の経営理念・目標を明文化していますか。

- (1)明文化している (2)明文化していない

8-2. (質問8-1で「(1)明文化している」の場合)経営理念・目標の中に、院内の医療安全管理が位置付けられていますか。

- (1)位置付けられている (2)位置付けられていない

9. 外部機関による医療事故の予防、対策の教育・研修を、貴院の幹部や事故防止対策の実務担当者に受けさせたいですか。

- (1)はい (2)いいえ (3)わからない

10-1. 外部機関に医療事故報告を制度化することについてはどう思われますか。(そのための機関の設置を含めて)

- (1)賛成  
(2)どちらかといえば賛成  
(3)どちらかといえば反対  
(4)反対

10-2. このような報告制度を円滑に推進するために重要だと思うものはどれですか。

あてはまるもの全てに○をつけてください。

- (1)医療機関・報告者の匿名化(個別名称を公表しない)  
(2)医療機関・報告者の免責  
(3)報告者が当該医療機関内で不利益を被らないような保護  
(4)医療機関・報告者に対する報酬の支払  
(5)外部機関による報告された内容についての的確な分析と防止策の提示  
(6)外部機関からの支援(専門職の派遣、教育など)  
(7)その他(具体的に )

11. 医療安全管理に関して先進的に取組まれている医療機関につきましては、後日、東京都病院協会からヒアリング調査をお願いすることを予定しております。貴院はご協力いただけますでしょうか。

- (1)協力できる (2)協力できない (3)わからない

12. 貴院の医療安全管理活動により、医療事故防止に効果があったと思われる事例がありましたら、下の例にならってその内容をお教えてください。

	部門	内容
例	看護	デバイスの変更により、ラインの誤った接続がなくなった。
事例		
事例		
事例		
事例		

13. 医療事故の防止、医療安全管理について、東京都病院協会に希望することなどありましたら、お願いいたします。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。  
集計の都合上、11月30日までにご回答ください。

# 診療情報管理の状況について

—東京都病院協会会員病院アンケート結果—

2005年03月18日

東京都病院協会

診療情報管理委員会研修会

荒川直子、長谷川友紀

飯田修平、河北博文

## 対象と方法

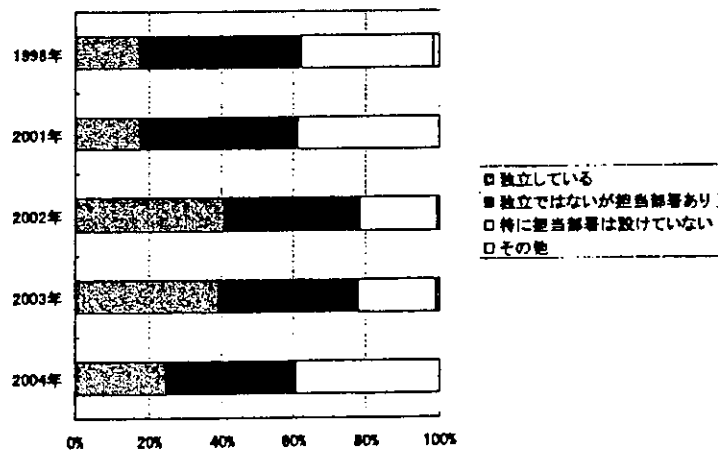
- 対象
  - 東京都病院協会会員
- 方法
  - 郵送により配布・回収
  - 病院代表者または当該部門責任者が回答
  - 2004年12月に実施
- 内容
  - 診療情報管理の状況
  - 医療安全管理の状況
- 回答率
  - 31.4% (111/354)



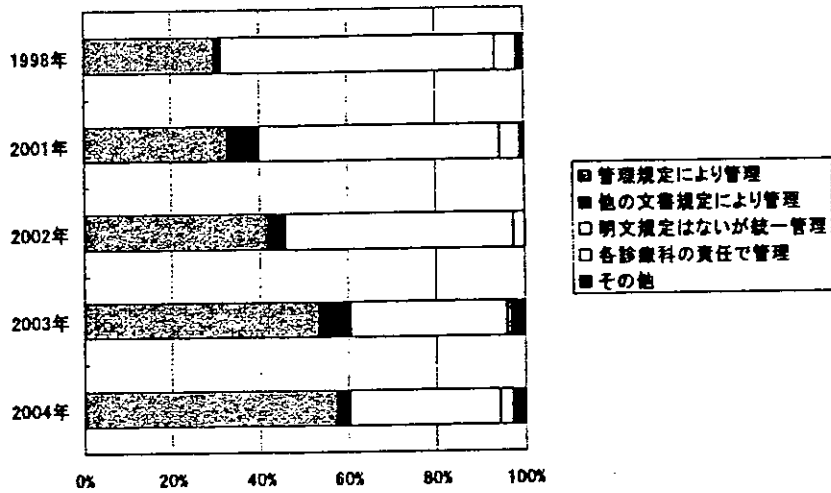
## 施設の属性

	1998年	2001年	2002年	2003年	2004年
病床数(床)	223.8	220.4	206.8	241.9	222.7
病床稼働率 (%)	NA	86.2	86.3	86.9	85.1
年間退院患 者数(人)	2548	3293	2562	3128	3001
死亡退院率	4.9%	4.3%	5.1%	4.3%	5.1%
教育病院	36.2%	30.6%	29.2%	29.2%	28.8%

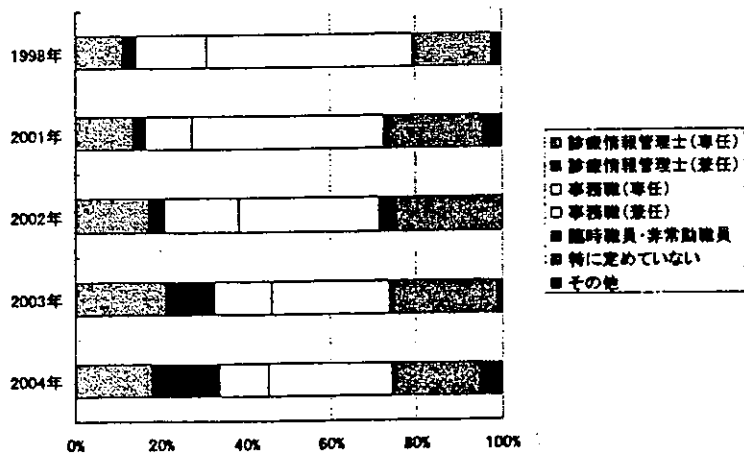
## 診療情報管理部門



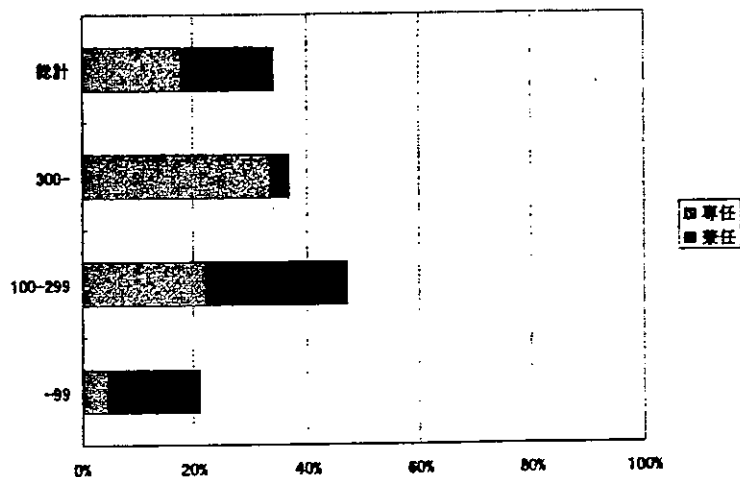
## 診療記録管理体制



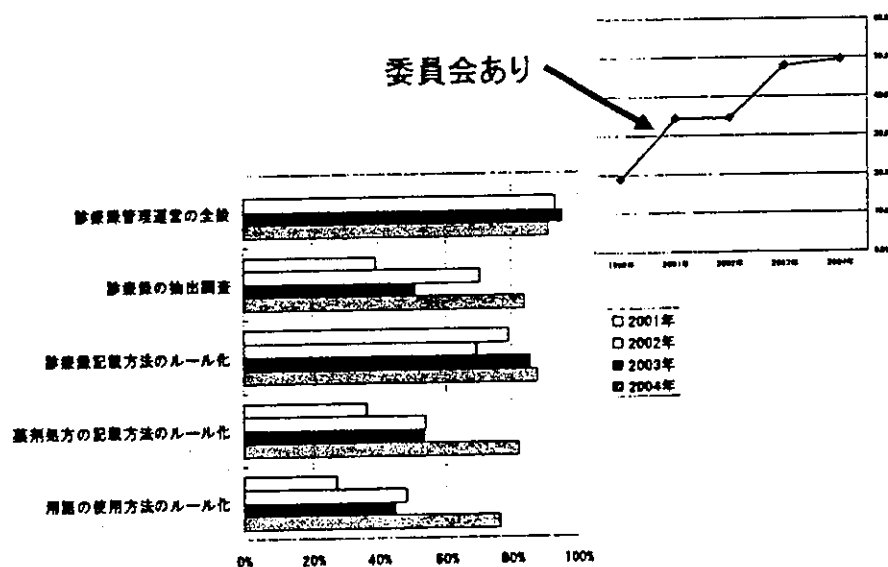
## 実務責任者



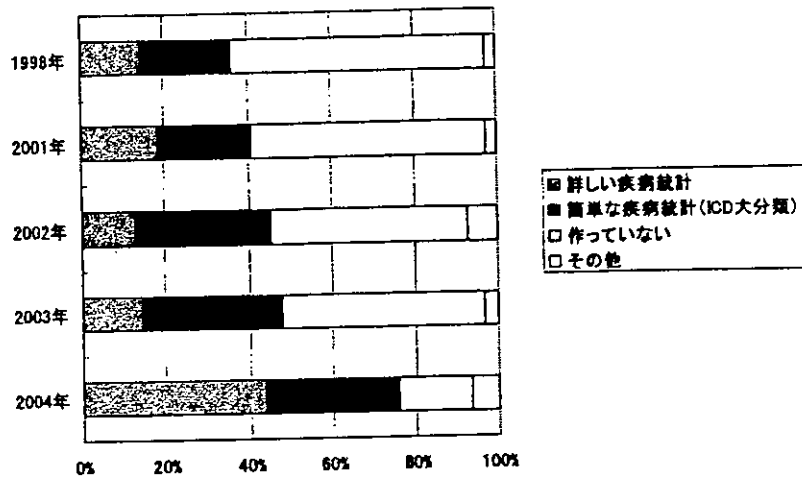
## 病床数と診療情報管理士



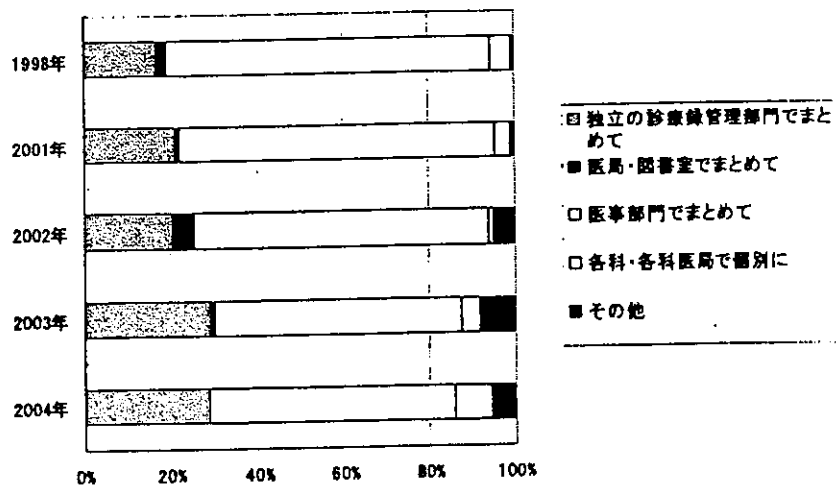
## 診療情報管理委員会の活動



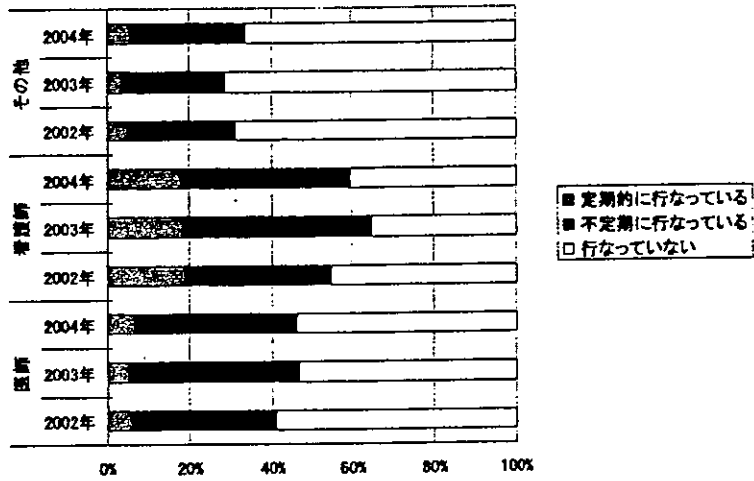
## 入院患者疾病統計の作成



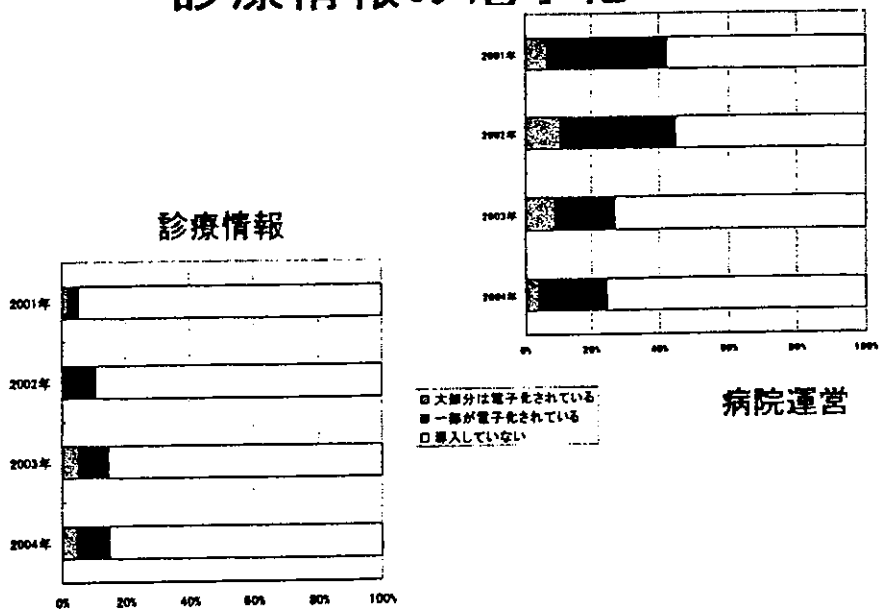
## 入院診療情報の保管・管理



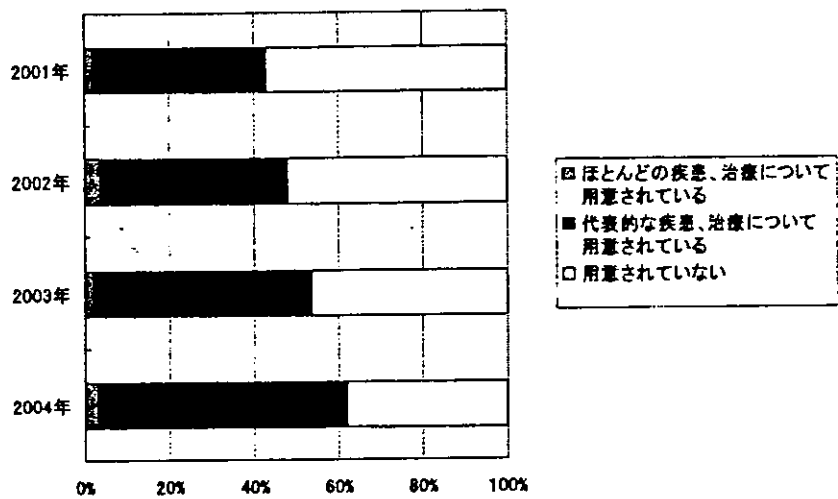
## 診療記録記載方法の教育



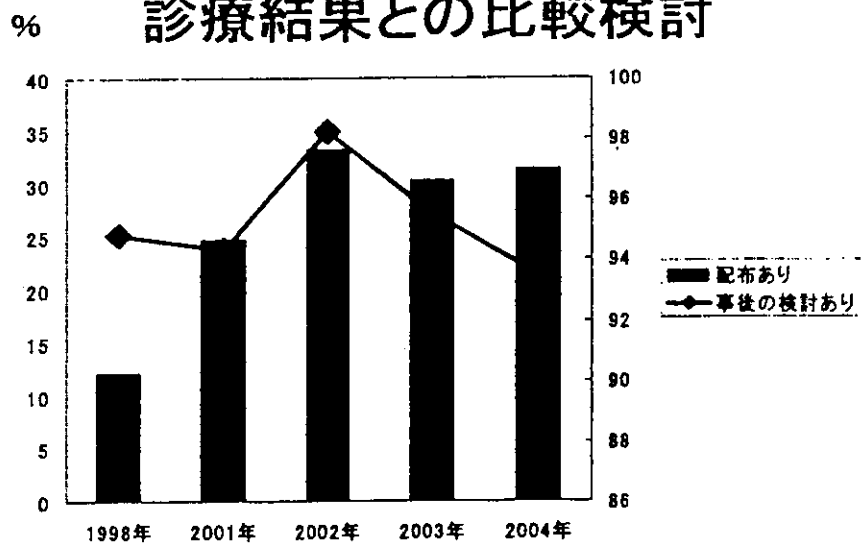
## 診療情報の電子化



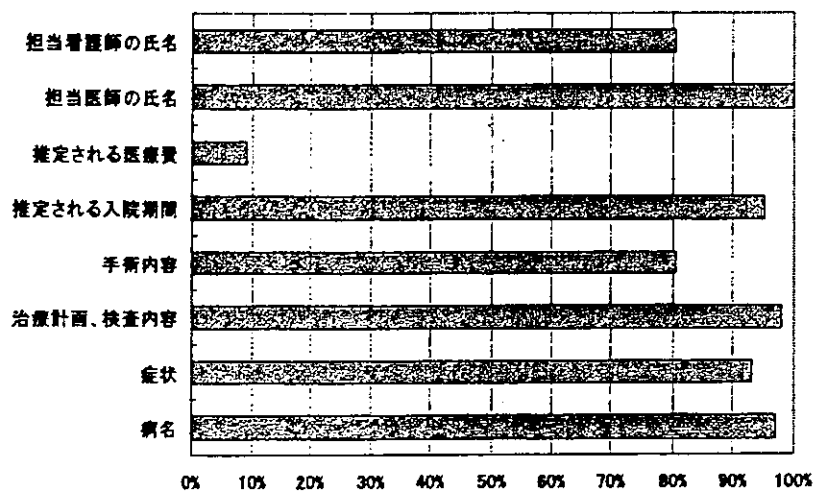
## クリニカルパスの作成状況



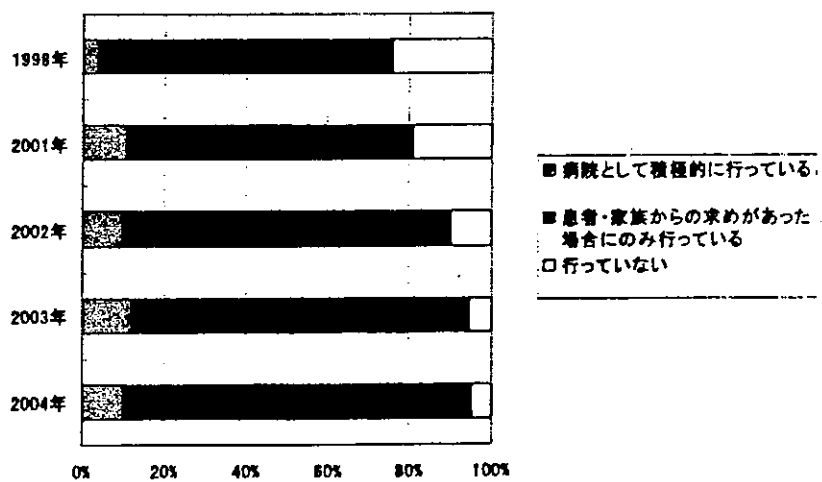
## 入院診療計画書と診療結果との比較検討



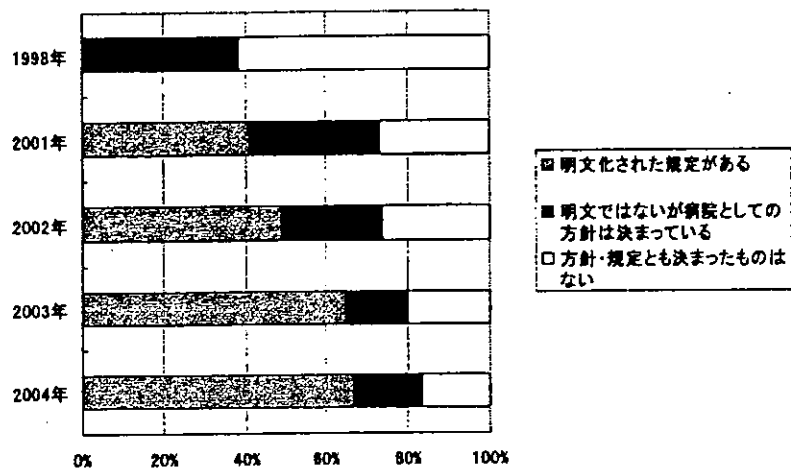
## 入院診療計画書の記載項目



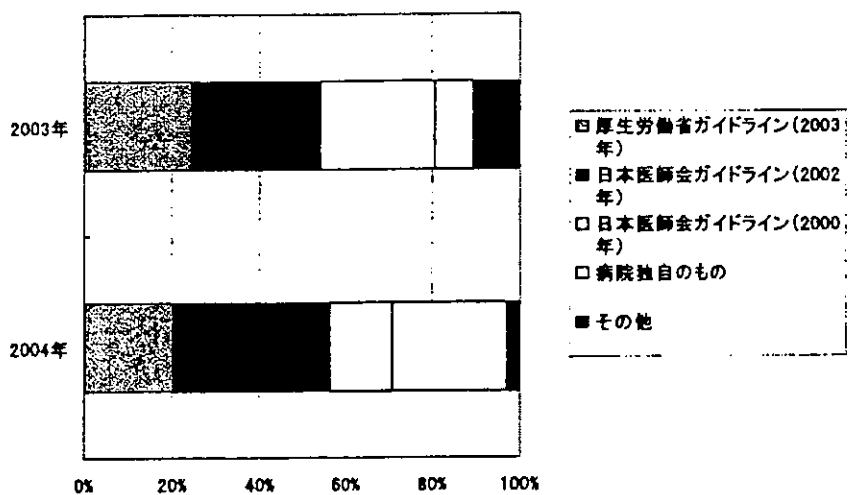
## 診療情報開示の状況



## 診療情報開示についての院内規定

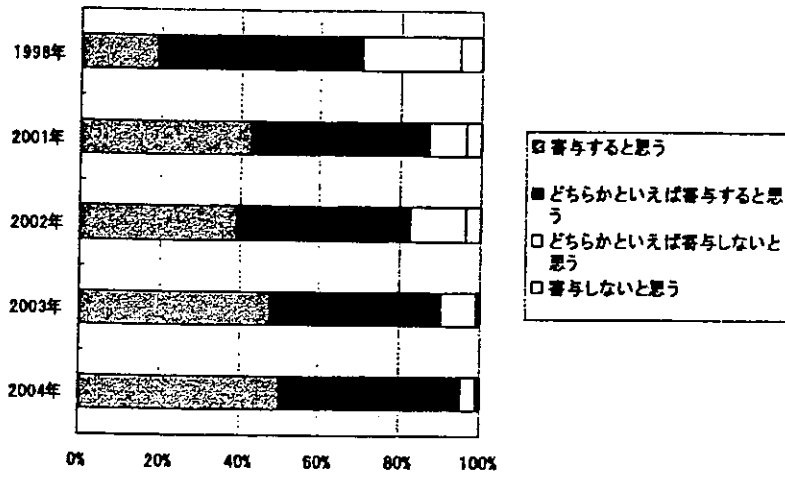


## 院内規定の内容

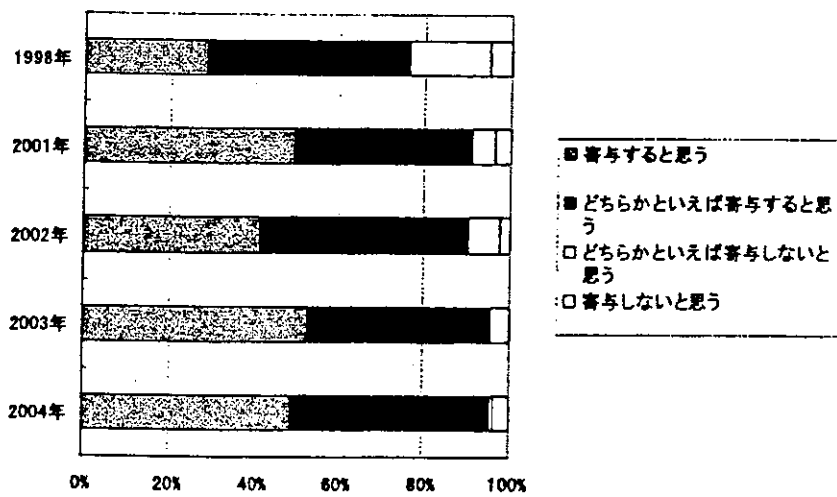




## 開示と医療の質向上



## 開示と患者満足度向上



## 個人情報保護法への対応

- 対応
  - 規定の作成 6.7%
  - 規定を作成中 15.4%
  - 法施行までに作成したい 57.7%
  - 規定の作成は考えていない 20.2%
- 職員教育
  - 研修 7.4%
  - 文書配布 13.9%
  - 特別なことはしていない 66.7%
  - その他 12.0%

## まとめ

- 診療情報管理の状況は改善傾向にある。これは医療界の社会ニーズに対する対応として評価される。
  - 今後は
    - 疾病統計
    - 一括しての管理・保管体制
    - 職員教育
    - 電子化
    - 入院診療計画書での医療費などの項目
    - 未だ、診療情報開示に対応していない病院
- 上記への、病院団体としての対応、および個人情報保護法に対応した病院体制の構築が課題である。