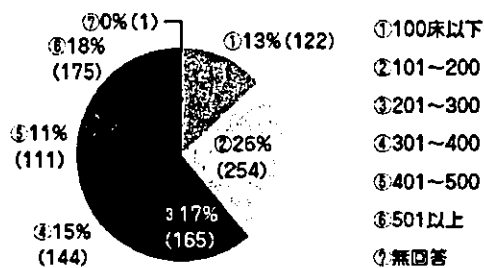


いる。また、回答病院の平均病床数は317.6床と計算されたが、わが国の1病院あたりの平均病床数は単純平均で178床前後なので、今回の調査回答病院は、わが国の平均的な病院の規模よりも約1.8倍の病床規模を有していることになる。なお、療養病床を持つ病院の割合は全体の31%、同じく精神病床は17%の病院が保有している(図1)。

図1 総(稼働)病床数 <回答件数:972>



(3) 診療録管理体制加算の算定状況

診療報酬での「診療録管理体制加算」を算定している病院は、回答病院全体の66%であった。

(4) 臨床研修指定の状況

回答病院の63%は卒後臨床研修に関わっており(図2)、その内訳は「単独型」13%、「管理型」34%、「協力型」27%で、「研修協力施設」も10%前後を占めた(図3)。なお、大学病院は全体の4%、実数としては39病院である。

図2 臨床研修病院ですか <回答件数:972>

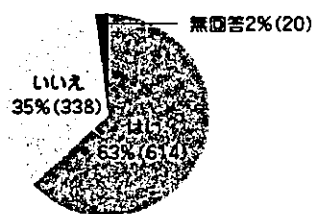
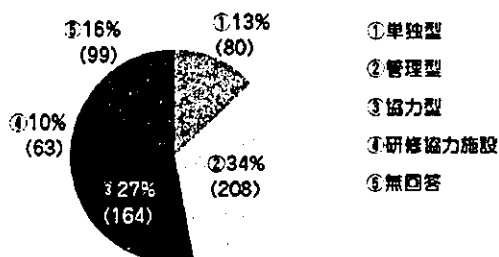


図3 臨床研修病院の場合、下記のどれに該当しますか <回答件数:614>



3. 医療記録の管理体制

(1) 診療録管理部門

診療録の管理部門が独立して設置してあるのは全体の62%であった(図4)。病床規模別に区分して集計し直すと、病床規模が大きくなるほど、診療録管理部門を独立して設置する傾向が認められたが、501床以上の病院でも約20%は独立した部署として診療録管理部門が位置付けられていないことが判明した(図5)。

図4 診療録の管理部門は独立した部門・部署となっていますか <回答件数:972>

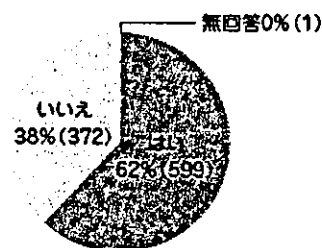
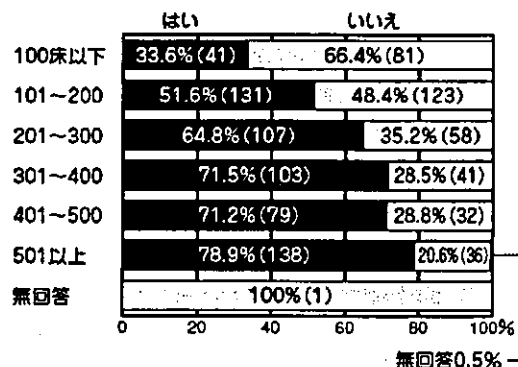


図5 図4の病床別結果 <回答件数:972>



(2) 医療記録に関する委員会

医療記録に関する委員会の設置状況であるが、全体の86%の病院では診療録などの医療記録を担当する委員会を設けている(図6)。また、その委員会の開催頻度については、年間10~12回とする病院が50%を占めており、次いで4~6回が25%、1~3回が19%であった(図7)。つまり、医療記録に関する委員会を設置している病院の約半数では、月1回程度の頻度で定期的に委員会を開催しているものと思われる。

図6 診療録など医療記録に関する委員会がありますか <回答件数:972>

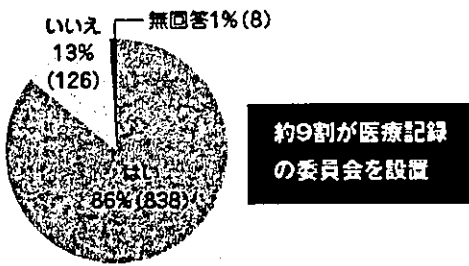
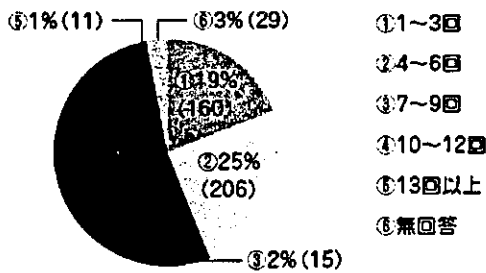


図7 その委員会は1年に何回開催されていますか <回答件数:838>



(3) 診療録の量的点検

診療録の不備を点検する、いわゆる「量的点検」を実施している病院は全体の82%、800病院であった(図8)。また、量的点検の実施担当者は診療情報管理士が最も多いものの522病院に留ま

図8 診療録の不備を点検すること(いわゆる量的点検)は行っていますか <回答件数:972>

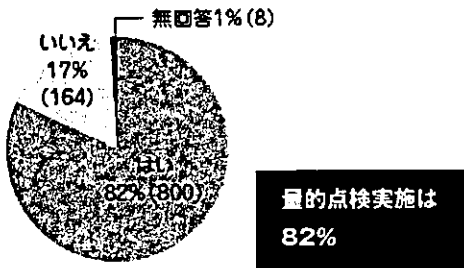
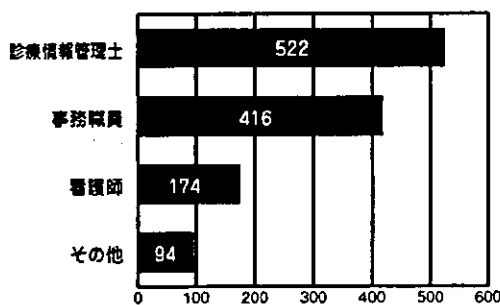


図9 それは誰が行っていますか <複数回答可>

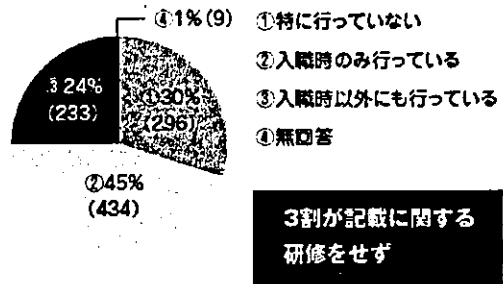


ており、点検を実施している病院の65%程度であった。次いで点検実施担当者として多いのは、事務職員、看護師と続き、病棟の看護職が診療録の量的点検を行っている病院が少なからずある(図9)。しかし、看護師だけで診療録の量的点検を行っている病院は10施設前後に過ぎなかった。

(4) 記録の記載に関する教育・研修

医療記録の記載に関する職員教育・研修の実施状況は、入職時のみ行っているのが全体の45%で、入職時以外にも実施しているのは24%に留まっている。また全体の3割は、医療記録の記載に関する職員教育・研修を行っていなかった(図10)。なお、記録に関する教育・研修を入職時に行っている病院で、対象にしている職種は看護師と医師がほぼ同じ割合であったが、入職時以外も行っている病院では、対象職種を看護師としているところが多く、医師を対象に実施している施設の2倍近くあった。また、実施回数も医師対象より看護師対象の方が多かった。

図10 記録の記載について、この1年間に職員の教育・研修を行ったことがありますか <回答件数:972>



(5) 診療録管理部門の職員数

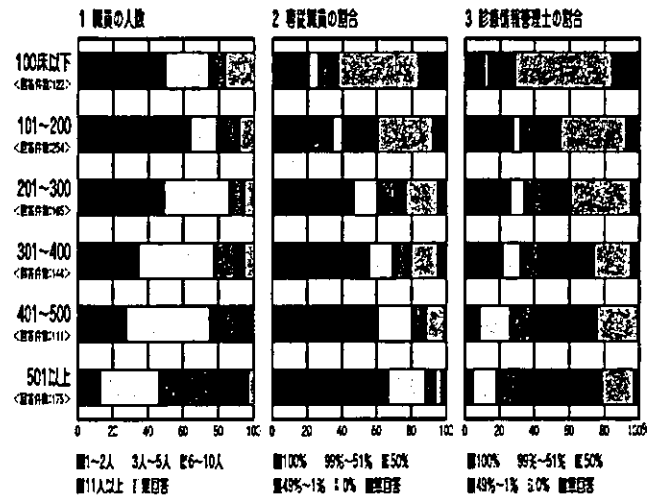
診療録管理部門の職員数を、病床規模別に部門の職員に占める専従職員の割合と診療情報管理士の割合をそれぞれ算出した(図11)。

100床以下の病院では、部門の専従職員ゼロが46%を占めたが、38%の病院には何らかの形で専従職員が確保されている。また、病床数が増えるに従って、専従職員ゼロが徐々に減少していき、501床以上の病院では、診療録管理部門に専従職員がいないのは全体の3%に満たない状況である。

診療情報管理士について、診療録管理部門の職員に占める割合で示してみると、100床以下では全体の55%の病院で診療情報管理士が確保されていない。一方で11%の施設では、部門の職員全員（職員が一人のみの場合も含める）が診療情報管理士の資格を持っている。

診療情報管理士の配置状況についても、病床数が増えるに従ってはっきりとした傾向が認められ、部門の職員に占める割合がゼロの病院は、病床規模が大きくなるにつれて減少する。しかし、501床以上の病院でも、18%は部門の職員として診療情報管理士を確保することができていない。

図11 医療記録(診療録)管理部門の職員について



4. 医療記録(診療録、看護記録など)の記載と点検

(1) 記載方式の統一化

医療記録の記載方式について、院内で統一化されているかどうかを聞いたところ、医師の記載する診療録については、院内で統一した記載方式が「ある」と答えたのは全体の62%、「一部の診療科では決めている」が6%、「決めていない」は31%で、統一した記載方式としては「POS方式」が約半数だが、「無回答」も多い(図12、図13)。

一方、看護記録の方は、95%の病院で統一した記載方式があり、やはりこちらも「POS方式」が多かったが、「フォーカスチャート方式」を挙げ

たところも14%あった(図14、図15)。

図12 入院患者の診療録は基本となる記載方式を具体的に決めていますか <回答件数:372>

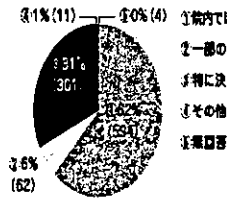


図13 ①、②と回答した場合、具体的な方式は何ですか <回答件数:658>

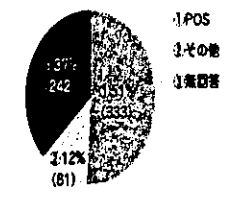


図14 看護記録は基本となる記載方式を具体的に決めていますか <回答件数:372>

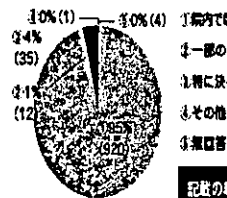
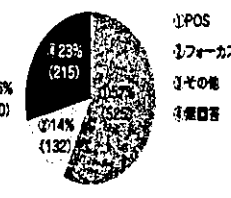


図15 ①、②と回答した場合、具体的な方式は何ですか <回答件数:932>



記載の統一化は看護記録で先行

(2) 記載指針やマニュアルの有無

診療録と看護記録について、記載指針や記載のためのマニュアルの整備状況を尋ねた。診療録では、記載指針などが「ある」と答えたのは58%、「ない」が35%であった(図16)。一方、看護記録については、記載指針などが「ある」89%、「ない」8%であった(図17)。

図16 入院診療録の記載指針やマニュアルなどはありますか <回答件数:972>

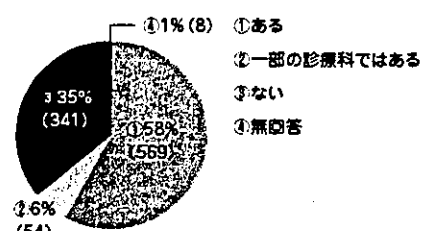
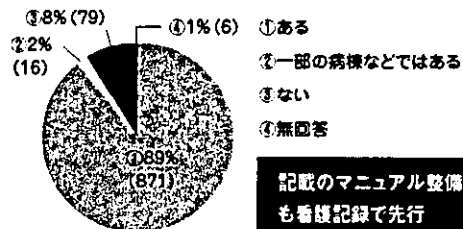


図17 看護記録の記載指針やマニュアルなどはありますか <回答件数:972>



記載のマニュアル整備も看護記録で先行

(3) 記載内容の点検・評価

診療録の記載内容の点検・評価の実施状況は、「病院として行っている」が38%、「一部の診療科で行っている」15%、「行っていない」43%であり、「一部の診療科で行っている」を含めて、

診療録の点検・評価を行っている病院は53%と半数を少し超える程度である(図18)。また、点検・評価を行う人は、「上級医・指導医」が最も多く、次いで「診療科の責任者」であり、「記載者自身」による自己点検・評価も相当程度行われている。さらに、「院長・副院長クラス」が点検している病院も120程度あり、これは診療録の点検・評価を行っている病院の23%を占めている(図19)。

図18 診療録の記載内容について点検・評価を行っていますか <回答件数:972>

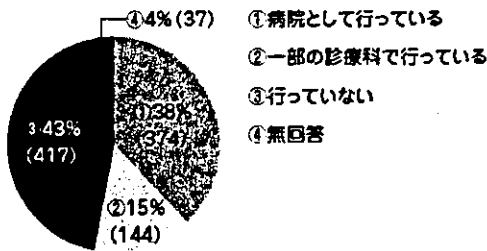
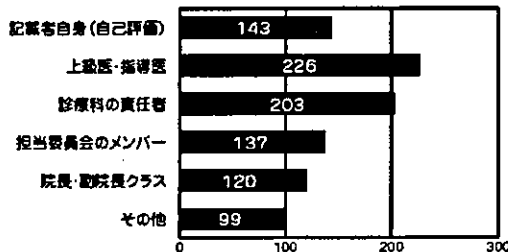


図19 診療録の点検・評価を行っている場合、それは誰が行っていますか <複数回答可>



一方、看護記録の方の点検・評価は、「病院として行っている」が77%、「一部の病棟で行っている」8%で、合わせて全体の85%の病院では、一部の病棟にせよ看護記録の評価・点検に取り組んでいる(図20)。そして、点検・評価を行う人も「病棟師長等」や「担当委員会のメンバー」などが多く、医師の診療録の点検・評価の場合とはかなり異なる傾向が認められている(図21)。

図20 看護記録の記載内容について点検・評価を行っていますか <回答件数:972>

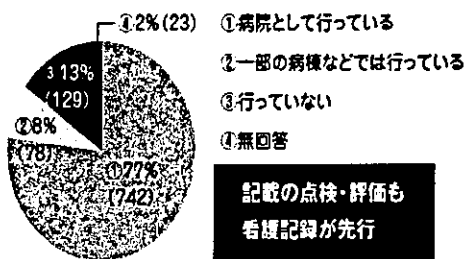
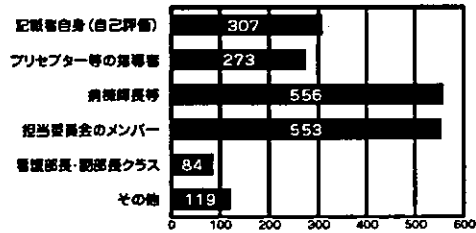


図21 看護記録の点検・評価を行っている場合、それは誰が行っていますか <複数回答可>



(4) 退院時要約の作成

医師の書く退院時要約の様式が統一化されているのは全体の67%で、主要部分のみ統一化されているのも26%であり、診療科によってバラバラの様式であったのは全体の6%に留まっている(図22)。また、退院時サマリーの作成期限を決めている病院は全体の87%で(図23)、その大部分が2週間以内に作成することをルールにしている(図24)。

図22 退院時要約の様式は院内で統一していますか <回答件数:972>

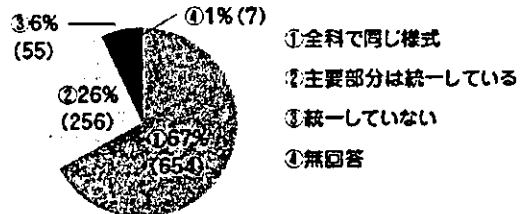


図23 退院時要約(サマリー)の作成期限は病院として決めていますか <回答件数:972>

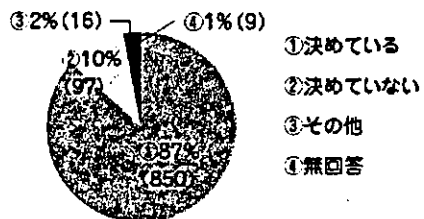
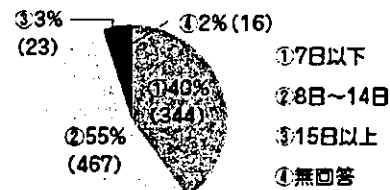


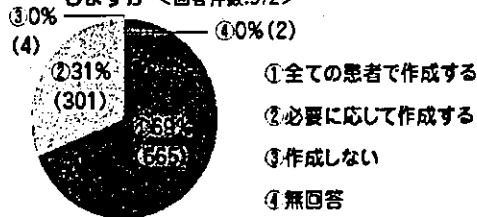
図24 それは退院後何日以内ですか <回答件数:850>



次に、看護記録としての退院時サマリーの作成に関しては、「全患者で作成」が69%、「必要に応じて作成する」が31%であり、医師の場合と違っ

て看護サマリーは、作成が必須になっていない病院が約3割程度ある(図25)。

図25 患者が退院した時に看護職はサマリーを作成しますか <回答件数:972>



(5) サマリーの点検・評価

医師の退院時要約と看護師のサマリーについて、記載内容の点検・評価がどのくらいの病院で実施されているのか尋ねた。医師の書いた退院時要約の評価・点検を「病院として行っている」のは40%、「一部実施」が15%で、「一部実施」を含めても医師のサマリーの点検・評価を行っている病院は、全体の約55%と半数を少し超える程度である(図26)。そして、点検・評価を行う人は「上級医・指導医」や「診療科の責任者」が多く、診療録そのものの点検・評価を実施する人と同じような傾向を示している(図27)。

図26 医師のサマリーの記載内容について点検・評価を行っていますか <回答件数:972>

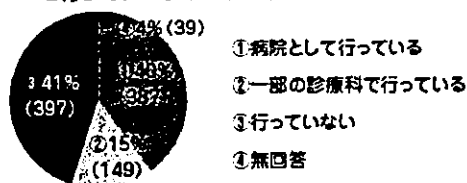
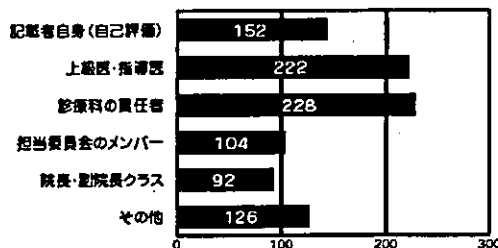


図27 医師のサマリーの点検・評価を行っている場合、それは誰が行っていますか <複数回答可>



一方、看護師の方では74%がサマリーの点検・評価を「病院として行っている」とし、「一部実施」を含めれば8割の病院が看護サマリーの点検・評価を行っている(図28)。また、看護サマ

リーの点検・評価を行う人は、「病棟師長等」が圧倒的に多く、次いで「記載者自身」による点検・評価が続いており、看護記録の点検・評価では2番目に多かった「担当委員会のメンバー」による点検・評価は、看護サマリーに関しては余り行われていない(図29)。これは、看護記録そのものの点検・評価と看護サマリーの点検・評価が、目的や方法等が異なる仕組みで行われている可能性を示唆しているものと思われる。逆に、医師の記載する診療録の方ではそのような傾向を認めなかったため、診療録そのものの点検・評価と退院時サマリーの点検・評価が、ほぼ同じ仕組みで行われている可能性がある。

図28 看護師のサマリーの記載内容について点検・評価を行っていますか <回答件数:966>

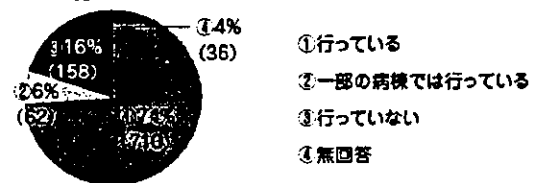
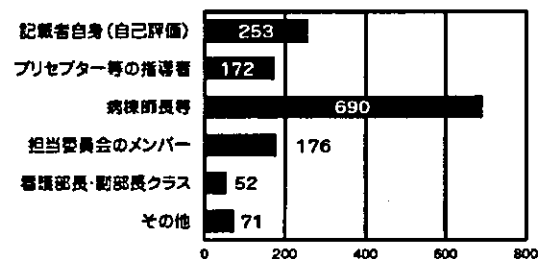


図29 看護師のサマリーの点検・評価を行っている場合、それは誰が行っていますか <複数回答可>



(6) 記録の一元的管理

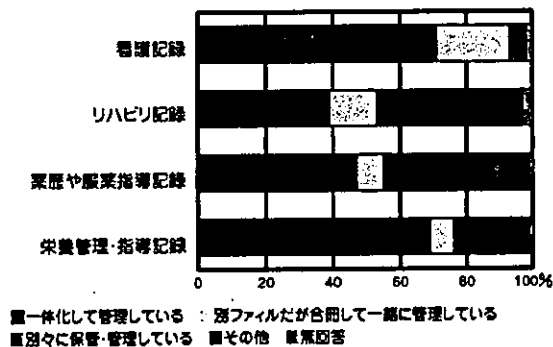
入院患者の各種記録の一元的管理の状況は、全体の71%は看護記録と診療録は一体的に管理されており(図30)、そのうちの14%は経過記録も医師と看護師が共用している(図31)。別ファイルだが診療録と看護記録が合冊されているのは22%、全く別々なのは全体の5%に過ぎず、看護記録と診療録の一体化はかなり進んでいる。

一方、リハビリ記録については「別々に保管・管理」が39%あり、診療録と「一体化して管理」

39%、「別ファイルだが合冊」14%であった。

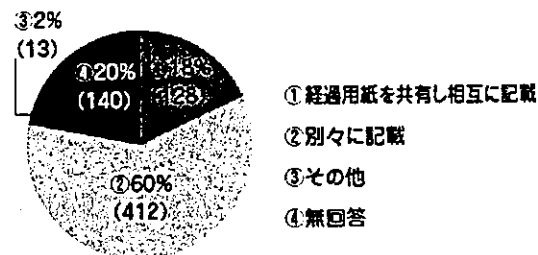
薬歴・服薬指導記録については、全体の47%が診療録と一体的な管理で、別々なのは35%であるが、「その他」の回答が9%と他より多く、服薬指導記録は診療録と一体化、薬歴は薬剤部で管理、とする施設が目についた。なお、栄養記録は看護記録と同じ程度に診療録と一体化されている。

図30 診療録との関係はどのようになっていますか
(いずれも入院中の患者について)(電子記録の場合は「一体化している」とする)
<回答件数:972>



① 一体化して管理している ② 別ファイルだが合冊して一緒に管理している
③ 別々に保管・管理している ④ その他 ⑤ 無回答

図31 一体化している場合、診療記録と看護記録の記載方法はどのようになっていますか
<回答件数:693>



5. 医療記録の活用状況

(1) 診断名・手術名のコーディング

診断名のコーディングは全体の82%の病院で実施しており(図32)、その殆どはICD-10のコードを使っている(図33)。

図32 診断名のコーディングを行っていますか
<回答件数:972>

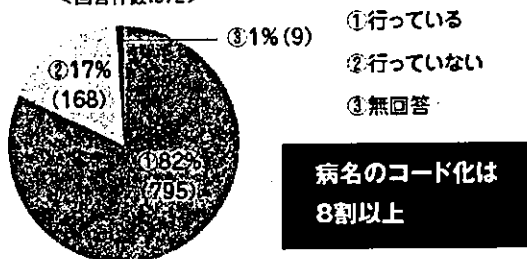
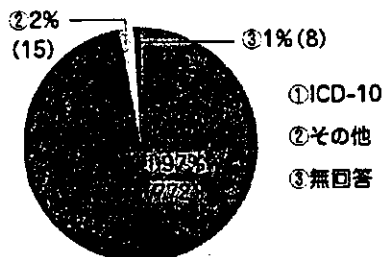


図33 使用コードは何ですか <回答件数:795>



一方、手術・処置名のコード化の実施率は全体の59%で、病名のコード化の実施率よりも23ポイント低かった(図34)。使用しているコードの種類はICD-9CMが大部分で、K-コードを使っているところも11%程度ある(図35)。また、これらのコーディングを行っているのは診療情報管理士が圧倒的に多いが、事務職員が行っていたり医師自身がコードを振っていたりする病院も少なくない(図36)。

図34 手術・処置名のコーディングを行っていますか
<回答件数:972>

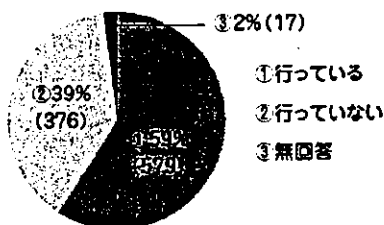


図35 使用コードは何ですか <回答件数:579>

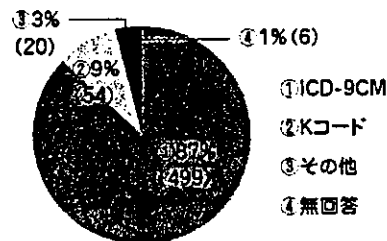
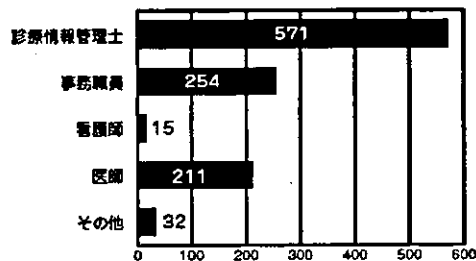


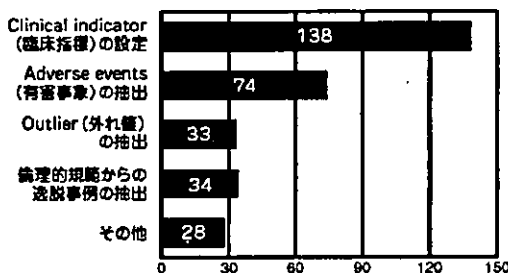
図36 コーディングを行っている場合、その作業は誰が行っていますか <複数回答可>



(2) 医療の質の維持・向上への活用

医療の質の維持・向上に活用するために、医療記録を一定の手順で点検・評価し、ある種の項目や事象を選び出し組織的に検討しているかどうかを尋ねた。最も多かったのは「クリニカルインディケータの設定」で、全体の約14%の病院で既に取り組んでいる。また、「有害事象の抽出」も約8%の病院で行われていることが、今回の調査によって判明した(図37)。

図37 下記の項目や事象について、医療の質の維持・向上に活用することを目的として、医療記録から選び出し組織的に検討していますか
<複数回答可>



D. 考察

医療記録に関する全国的な調査は、診療録管理学会が創設20周年を記念して平成6年(1994)に実施しており、200床以上の約3,000の病院を対象に調査を行っている。またその後には、名古屋大学の山内教授らの研究班が、全国の国立大学付属病院を対象に診療録管理の状況を平成11年(1999)に調査している。いずれの調査も、わが国の病院医療の中で、大きく立ち遅れているといわれる医療記録に焦点を当て、診療録の管理の現状やスタッフや機器設備などの状況について調査している。

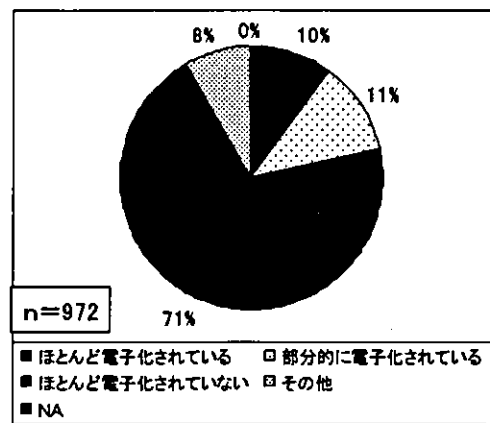
今回の調査は、今までの調査から一歩進めて、診療録だけではなく看護記録なども含めた医療記録全般を対象に調査したこと、およびこれらの記録を医療の質の維持・向上にどのように活用しているのか、具体的な取り組みを把握することに主眼をおいた調査であった。また、評価機構の認

定病院を対象にしたことで、診療録管理について一定の水準が保たれていると推測される病院、あるいは医療の質などに比較的関心が高いと思われる病院に、ある程度は対象を限定した調査になった。そのためか、調査票の回収率が70.9%と、この種の調査としてはかなり高い数値が得られている。

ところで、医療記録の記載のあり方やその内容の点検・評価は、医療の質や患者の安全を確保するために必要であると指摘されてきたが、わが国で具体的な形で行われている事例は必ずしも多くはない。その理由として、長年にわたりわが国の診療報酬制度において、診療録に関わる費用の支払いが目に見える形で殆どなされてきておらず、また医療記録の点検・評価が質の確保に重要であるとの認識が薄かったためであると思われる。しかし、昨今の社会的な要請を背景に、医療記録を活用した医療の質確保に関わる活動に関心が高まってきており、特にIT技術の進歩とそれを活用することによって、医療における質と安全の向上に大きく寄与できるとする議論もある。

今回の調査でも、医療記録の電子化に関わる状況を調査したが、医師の記載する診療録については「ほとんど電子化されている」10%、「部分的に電子化されている」11%であり(図38)、看護記録においても数値はほぼ同様の結果であった。

図38 診療録の電子化の状況



このように、医療記録の電子化がまだ十分に進んでいない状況下では、やはり紙に書かれた記録を人の力によって点検・評価する取り組みを定着させることが急がれる。特に、診療内容や治療後の転帰をコード化して、データとして分析可能な形にして集積することは重要であり、そのような作業が一定の質で行われるためには、診療情報管理士のような専門職の確保が不可欠であると思われる。

今回の調査では、回答した病院の8割前後でICD-10による病名のコード化が既に行われているが、診療録の内容を点検・評価して正確なコーディングが行われるようになれば、医療事故や不適切な治療の有無は、そのために準備されているY40-84のコードを付与することで比較的容易に把握することが出来るようになる。そのためにも、事後の評価・点検に耐えうる内容で医療記録が作成される必要があり、医療記録の記載に関わるルールの整備や記載方法に関する教育・研修の充実が望まれている。そして、今回の調査で具体的に判明したように、医師の診療録についてはそのような取り組みの遅れが目立つので、医師に対する働きかけを今後一層強化することや、適切な医療記録が作成されるための環境整備をさらに進める必要があるものと思われる。

E. 結論

医療記録の記載の状況や点検・評価、および医療の質への活用などについて、日本医療機能評価機構の認定病院を対象に調査した。調査票の回収率は70.9%で、患者情報の一元化として、診療録と看護記録の一体化はかなり進行している。しか

し、記載に関わる具体的なルールなどの整備は、医師の診療録において遅れが目立っていた。また、医療記録全般について、記載内容の点検・評価の仕組みもシステムとして確立されているとは言い難く、その具体的な手法を含めてわが国の病院に普及させる必要がある。一方で、医療の質の維持・向上に医療記録を具体的に活用している病院も既に見られ始めており、それらの病院における取り組みを一般化できるものとするような試みが、今後重要になっていくものと思われる。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

寺崎仁：「医療記録の記載とその内容の点検・評価に関するアンケート調査の集計結果について」．認定病院患者安全推進協議会「患者安全推進ジャーナル」第9号（通巻）．p24-31．2005.3

2. 学会発表

寺崎仁，大道久，石川澄，今中雄一，長谷川剛，他5名：「認定病院における医療記録の記載の現状と活用状況に関する研究」．第42回日本病院管理学会学術総会．2004.11.5-6．（熊本）

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

医療安全と現場への情報技術導入に関連する諸問題の考察

分担研究者 長谷川剛 自治医科大学附属病院 医療安全対策部 助教授

医療の質を確保する上で安全な医療を実現すること、患者に害を与えず診療行為を完遂することは最も重要な基本的事項である。特に情報技術（IT化）を医療現場に応用しヒューマンエラーを予防することは医療安全にとって有効な手段となることが期待されている。

日本医療機能評価機構認定病院患者安全推進協議会では平成15年度より医療におけるIT化・情報技術に関連する検討部会を設置し、会員病院に対するアンケート調査、検討部会を数回にわたって実施してきた。その結果、（1）認定病院における情報技術普及の程度、（2）テストオーダーによる安全性の評価結果、（3）電子的インシデントレポートシステムの効用、（4）病院とベンダー間の諸問題、などについて若干の知見が得られた。今後これらを基にして医療の情報化推進をより適切に行う方向を検討していく必要がある。

A. 研究目的

医療の質を確保する上で安全な医療を実現すること、患者に害を与えず診療行為を完遂することは最も重要な基本的事項である。特に情報技術（IT化）を医療現場に応用しヒューマンエラーを予防することは医療安全にとって有効な手段となることが期待されている。

日本医療機能評価機構認定病院患者安全推進協議会では平成15年度より医療におけるIT化・情報技術に関連する検討部会を設置し、認定病院に対するアンケート調査、検討部会を数回にわたって実施してきた。本報告書ではこれらの活動から医療の安全に寄与するいくつかの知見と、現在医療現場に導入されつつある医療技術の批判的検討を紹介する。

B. 研究方法

日本医療機能評価機構認定病院患者安全推進協議会が立ち上げたIT化・情報機器検討部会で実施されたアンケート結果、検討部会での討議事項、及び研究者が収集した文献をもとにわが国における医療安全問題と情報技術の諸問題を考察した。

（倫理面への配慮）本邦における情報技術と医療安

全の諸情報を収集し検討するが、その際に個人情報には取り扱わず、また各病院の個別の情報についても匿名化されている。

C. 研究結果

1. 認定病院における情報技術の普及

平成15年に行われた認定病院患者安全推進協議会参加病院に対するアンケート調査においては、回答の得られた347病院のうちで54%がオーダーシステムをすでに導入しており、11%が電子カルテを導入していた（図1、2）。単純な普及率の比較は困難であるが、同時期に報告されている米国の情報システム普及の程度は日本より低いと考えられた⁽¹⁾。

2. IT化・情報機器検討部会での討議事項概要

認定病院の患者安全推進協議会会員病院から検討部会参加希望病院の代表者による検討部会を開催し討議を行った。討議内容はオーダーシステムや電子カルテシステムを導入している病院の事例紹介からはじまり、情報技術導入上の種々の問題検討にまで発展した。以下はその討議内容の概要である。

(1) 平成 15 年の段階でオーダーリング、電子カルテを含めた病院内の診療ネットワークシステムを構築することに成功している病院があり、パフォーマンスも悪くはない。

(2) 全施設とも情報システムの導入が、院内の業務や運用の見直しの契機となっており、改善のための努力が図られている。

(3) ユーザー重視のシステム構築が望ましいが、ベンダーとの関係に左右されている。

(4) 標準的な仕様がまだない。

(5) 個別に各病院が仕様書を作成しなければならないが、詳細な仕様書を作成する手間は膨大である。

(6) 病院側とベンダーとの交渉を媒介し院内の情報システム構築に寄与できる専門職として『医療情報技師』という資格認定がはじまった。

(7) 関与する人間の立場により医療の情報化推進の評価が異なる。具体的には、管理者側は情報技術導入に高い評価を与える傾向があり、現場の視点（ユーザーの視点）では導入に関わるコストが現場職員に転嫁されているという観点から批判的な傾向がある。患者の視点からの評価はいまだ確立したものはない。今後の検討課題である。

3. テストオーダーによる安全性の評価結果

医療安全の観点からオーダーシステムや電子カルテに期待される機能の一つとして、誤った処方や危険な薬剤投与に対して警報を発し、知識不足や思い込みなどで発生するエラーを未然に予防するということがある。東京医科歯科大学土屋薬剤部長によって作成されたテストオーダー（あらかじめ間違った情報を含んだオーダー）を、認定病院でオーダーシステムを導入している病院に依頼し実際にオーダーしてもらいその結果を回収した。

(1) ベイスン、ハルシオン、TS-1 に関する誤ったオーダー入力に対して、警報がまったくかからなかったシステムはそれぞれ 25%、13%、

28%であった（図3-5）。特に抗癌剤であるTS-1は同じく抗癌剤であるフルシトシンとの重複投与に対する警告であり、死亡事例報告もある重大な危険処方であるにも関わらず28%のシステムにおいてまったく警報が発せられないという事実は大きな問題だと考えられる。

(2) 警報がかからない理由として、院内の都合とシステムの都合の二つの理由が多く、院内運用上の理由であえてアラーム機能を止めている例も目立った。

(3) 持参薬情報の入力可能なシステムが21%であり、その後の院内処方との連動は19%が可能であるが、アラームがかかるものはわずか3%であった（図6、7）。

4. 電子的インシデントレポートシステムの効用
検討部会では電子的インシデントシステムを導入している病院の報告をいただき、その報告に基づいて検討を加えた。そこで浮上した問題点は以下のような事項である。

(1) 電子的インシデントレポートシステムは、比較的容易に導入可能でありデータの集計には非常に有効である。

(2) インシデントレポートシステムで報告された情報をどのように活用していくかについては病院毎に異なっている。報告者に進捗状況が知らされるシステムでは、報告者の報告誘因が強くなる。報告後の活用方法については今後の検討課題とする病院が多い。

5. 病院とベンダーとの関係

2年間の検討部会を通じて絶えず浮上してきた問題が、システム導入に際しての病院とベンダーとの関係である。以下のような問題点を有していると考えられる。

(1) 病院には院内情報システム構築に必要な知識を有している人材が不足している。

(2) 厚生労働省等の推進の掛け声に比して、導入に際し種々の規格の「標準化」は遅れている。

(3) 病院がシステム導入に際して作成する仕様書は、現実の運用を考慮すると不十分であり、導入後に必要なシステムの手直しに関して多額のコストを要する事例が多く、また仕様書の変更、システムの改変に関して、ベンダーと病院との間で齟齬が生じている。現場医療従事者にとってはこのことが負荷となっていることが多い。

(4) ベンダーも規格統一の足並みを揃えるには、いまだ組織化が不十分である。

D. 考察

1. 情報技術の普及

医療における情報技術の普及については、不可逆的かつ圧倒的な速度で進んでいくことは疑いようの無い事実である。平成16年に行ったアンケート結果においても最近3年間に新たに導入したという病院が51% (N=295) であった(図8)。

先進諸国の正確な普及率についての正確な情報は無いが、Ashらの報告⁽¹⁾から推察すると本邦での普及率は決して低くはないと考えられる。

パーソナルコンピューターやインターネットの普及と同様に、本邦における情報技術の医療現場への浸透は必然的かつ不可逆的だと考えられる。問題はこれらが普及していく中で医療現場の業務内容が影響を受けざるを得ず、このことの望ましい影響は従来の業務の見直しの契機となり業務改善につながる可能性があるということである。しかしながら業務見直しから業務内容変更には人的かつ物的コストを要するが、多くの病院における情報技術投入に際してはこのコストを十分に評価せず、結果として医療現場に大変な負荷をかけている事例が多いということが、検討部会でも再三論議された。

医療現場における安全確保のためには現場職員のゆとりというものは必須であり、情報技術導入に際しての上述のコストは安全確保の方向

とは相反する部分を有することは認識しておく必要があるし、行政・病院管理者等への周知・徹底も重要である。

2. 情報システムに安全管理のこういった部分を期待するか

医療現場の安全に関連して、情報システムに大きく期待されるのは(1)確認など単純作業でかつヒューマンエラーの発生しやすい領域への寄与、(2)知識不足や思い込みによる誤った投薬指示時の警報、(3)危険状況や危険行動への自動的注意喚起、といった事象となる。

今回検討部会で考察の対象としたものは病院で使用されるオーダーシステムや電子カルテであるが、これらが搭載している能力は上記の3項目に対応できているものはいまだ少ない。特に(3)危険状況や危険行動への自動的注意喚起という能力に至っては、従来型のシステムを一步超えた対話型システムが必要になる。今後そういった方向でのシステムの開発が待たれるところである。

3. テストオーダーによる安全性の評価

オーダーシステムなどに期待される機能の一つである知識不足や思い込みによる誤った投薬指示時の警報について、現実には情報システムを導入している病院でどの程度活用されているかを明らかにするためにアンケート調査を行った。結果は、期待されているほど機能は活用できていないということであった。システムの機能として十分な能力を有していないケースと、病院の運用上の理由であえてその機能を抑制している場合とがあった。

高額の情報システムを導入する理由のひとつとしては医療の安全に寄与することという名目が挙げられることが多いが、現実にはその目的を達成できるような使用がなされていないことが多いということを示している。

4. 電子的インシデントレポートシステム

病院における安全管理の重要な柱としてヒヤ

リハット報告制度つまりインシデントレポートシステムがある。従来紙ベースで報告を行い、病院の安全管理者（リスクマネジャー、セーフティマネジャー等）がその集計を行っているという状況が多かった。最近では報告システムを院内 LAN などを用いてオンラインで行い、また集計作業も簡潔にできるような工夫がなされるようになった。

協議会における検討部会では、いくつかの病院での先進的な試みを紹介していただき、さらにインシデントレポートシステムの望ましい機能について協議を行った。そこで浮上した問題として膨大な数にのぼる報告の処理方法と検討方法であった。検討については現場の医療従事者も含めたより綿密な会議が必要になり、情報機器に期待されるはそのデータの整理、加工といった領域である。検討の内容、事例分析の自動化といったことは不可能であるし、意味が無いと考える。データの加工、整理が容易にできる報告システムの開発が望まれる。

5. 病院とベンダーとの関係

検討部会で終始議論されてきたのが病院とベンダーとの関係であった。これは十分に情報技術導入に対する知識を持たず導入に踏み切った病院側と病院内の実務の詳細を把握できずシステム設計に乗り出さざるを得なかったベンダー側との溝だと考えられる。しかし多くの病院で導入が進んだ現状で、システムとしても相当に進歩しているにも関わらずいまだに病院の実務担当者からはベンダーに対する不満が続出する。

この背景には情報技術領域の企業のシステムエンジニアに対する処遇の問題、大手企業と実際の下請けシステム会社との関係など複雑な要因が絡んでいる。詳細をここで記述することはできないが、検討部会では今後の目指すべき方向としてアリストアー・コバーンらが提唱しているアジャイルソフトウェア開発の考え方⁽²⁾を紹介した。

アジャイルソフトウェア開発宣言では、プロセスやツールよりも個人と相互作用を重視すること、包括的なドキュメントよりも、動作するソフトウェアを開発すること、契約交渉よりも、ユーザーとの協調に価値を見出すこと、計画に従うよりも、変化に対応することを責務と捉えること、などが指摘されている。

現実のソフトウェア開発にどこまで応用可能な概念なのかは未知数であるが、こういった思考が普及していくことによって病院とシステム担当者との関係も変化しより患者安全に寄与できるシステム開発が恒常化することが期待される。

E. 結論

米国医療の質委員会が 2002 年に出版した『医療の質—谷間を越えて 21 世紀システムへ』（日本評論社）では、21 世紀に（米国）医療が達成すべき目標として、Safety（安全性）、Effectiveness（有効性）、Patient-centeredness（患者中心指向）、Timeliness（適時性）、Efficiency（効率性）、Equity（公正性）が挙げられている⁽³⁾。本邦においてもこの 6 つの目標は絶えず参照されるべき目標と考えられる（図 9）。また同書では第 3 章「医療の再設計と質改善に資する新しい原則」で、21 世紀医療システムに関する 10 原則を提示している。そこでは「医療は、対面診療とさまざまな電子的コミュニケーション手段を通じた知識情報の移転を基盤とした癒しの関係である」ということを示している。重要なことは電子化が進んでいくであろう 21 世紀の医療においても対面診療と癒しの関係は医療にとっての必須の要素だと認識されているということである。

日本の医療において情報化を推進していく際にもこの原則の重要性を決して軽視してはならない。欧米に比してはるかに少ないマンパワーで医療が遂行されている医療現場では、情報技術導入による負荷が対面診療時間の削減や癒しの関係の破綻につながってはならないのである。

医療の情報化推進とその問題を検討していく中で種々の検討課題が明らかになってきた。これらは今後さらに深く検討されるべき課題である。科学技術が進歩し医療状況が変化しても、対面診療と癒しの関係を適切に維持していくための情報化推進を目指すべきだということを改めて強調しておきたい。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

長谷川剛；「医療の情報化推進と課題」、平成 16 年 11 月、日本病院管理学会学術総会、熊本、2004

3. 講演・シンポジウムなど

(1)長谷川剛；「安全な医療を提供するために」、平成 17 年 2 月、須坂病院、長野

(2) 長谷川剛；「医療の安全と IT 技術」、平成 17 年 3 月、日生病院、大阪

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

参考文献

- (1) Ash JS, et al. Computerized Physician Order Entry in U.S. Hospitals: Results of a 2002 Survey. Journal of American Medical Informatics Association 2004;11(2):95-99
- (2) Cockburn A. Agile Software Development. 2002, Pearson Education Inc, Addison Welsey (アリスター・コバーン『アジャイルソフトウェア開発』ピアソンエデュケーション)
- (3) Institute of Medicine. Crossing the quality chasm.2001, National Academy Press. (米国医療の質委員会『医療の質』日本評論社)

平成 15 年 IT 化・情報機器検閲部会アンケート結果

図1 オーダーリングシステム

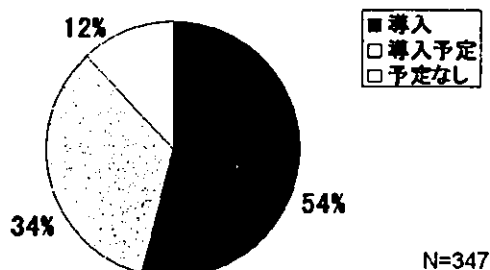


図2 電子カルテ

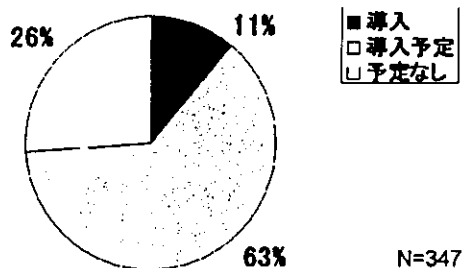


図3 ベイスン 6錠 1日3回 毎食後

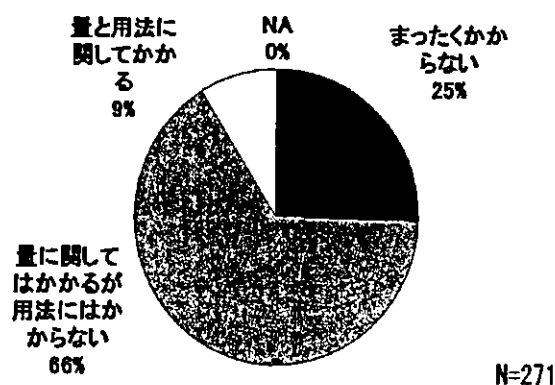


図4 ハルシオン錠(0.25mg) 2錠
1日1回朝食後 30日分

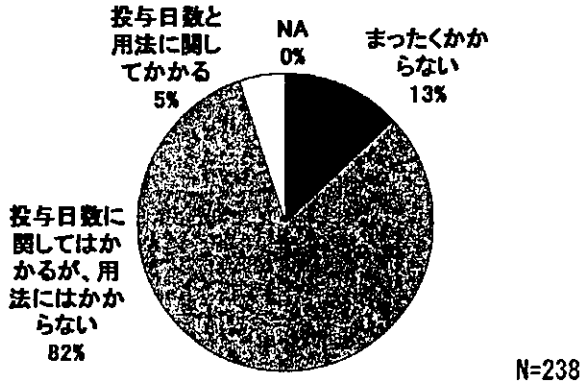


図7 その情報は新たに入力した処方情報と
連動しますか?

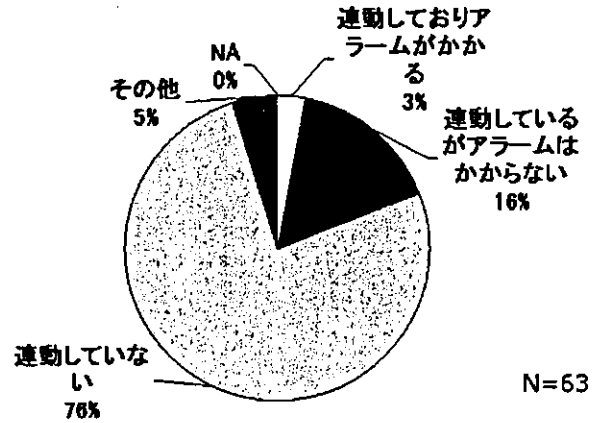


図5 TS-1(カプセル25) 2錠
フルニトシン錠 1錠 (併用禁忌)

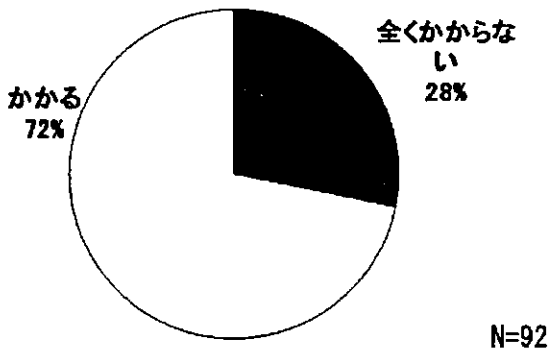


図8 導入年数

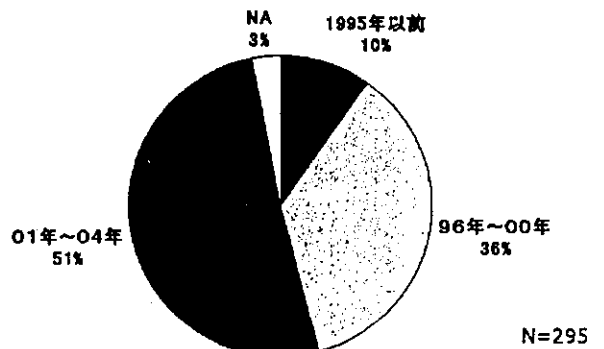


図6 持参薬情報を入力できるか?

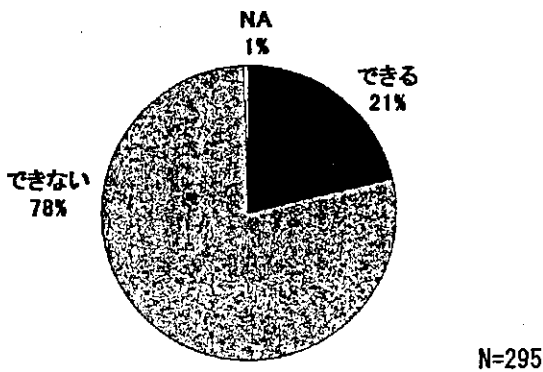


図9 達成すべき6つの目標

- Safety (安全性)
- Effectiveness (有効性)
- Patient-centeredness (患者中心指向)
- Timeliness (適時性)
- Efficiency (効率性)
- Equity (公正性)

(Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm, 2001)

厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

研究協力者報告書

認定病院間の医療事故情報共有による患者安全の推進と
医療記録の検証による事故防止策の実施に関する研究

開示に堪える医療記録の記載指針

研究協力者 石川 澄 広島大学病院 医療情報部 教授

研究組織

	氏名	所属	部門	役職
1	大道 久	日本大学	医学部社会医学講座医療管理学	教授
2	今中 雄一	京都大学大学院	医学研究科医療経済学	教授
3	石川 澄	広島大学病院	医療情報部	教授
4	梅里 良正	日本大学	医学部社会医学講座医療管理学	助教授
5	寺崎 仁	日本大学	医学部社会医学講座医療管理学	講師
6	長谷川 剛	自治医科大学付属病院	医療安全対策部	助教授
7	秋山 剛	NTT東日本関東病院	医療安全管理室	室長
8	阿部 眞澄	財団法人聖路加国際病院	ヘルスイノベーション科	マネージャー
9	井上 恵実	医療法人宝生会 PL病院		看護師長
10	上田 京子	独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター	診療情報管理室 算定・病歴係	主任
11	枝光 尚美	大阪府立母子保健総合医療センター	企画調査部	主任
12	大槻 憲吾	相澤病院	法人事務局経営企画部情報企画グループ兼ポジロン診断センター	
13	大友 建一郎	青梅市立総合病院	循環器科	部長
14	岡田 好一	医療法人財団康生会 武田病院	診療情報システム部	部長
15	河村 保孝	焼津市立総合病院	診療技術情報診療情報管理室	係長
16	北村 龍彦	医療法人近森会 近森病院		副院長
17	倉部 直子	江別市立病院	診療録管理課	主幹
18	小池 恵子	医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院	2階南病棟	看護科長
19	小坂 清美	日生病院	病歴図書室	調査役
20	小森 和子	名古屋第一赤十字病院		看護副部長
21	重田 イサ子	医療法人社団高邦会 高木病院	医事課	主事（診療録担当）
22	須貝 和則	昭和大学病院	診療情報管理室	主任
23	鳥羽 克子	国際医療福祉大学	医療経営管理学科	教授
24	中村 定敏	小倉第一病院		院長
25	西海 孝男	静岡赤十字病院	第4外科部	部長
26	花井 恵子	北里大学病院	医療安全管理室	医療安全管理者
27	福田 環	上都賀厚生農業協同組合連合会 上都賀総合病院		看護師長
28	三宅 裕子	広島国際大学	医療福祉学部医療経営科	教授
29	本橋 敏美	特別医療法人財団董仙会 恵寿総合病院	集中治療病棟	看護師長
30	吉崎 悦子	済生会神奈川県病院	病歴図書室	課長補佐

A. 研究目的

医療の質や効率性を評価するには、医療の内容を明らかにするデータが必要だが、この種のデータを出せる医療機関が少ないのが現状ではないか。医療は、そのプロセスが必ずしも患者の期待通りに進み、患者の意に沿う結果が出るとは限らない。その際に重要なことは、患者本位に組み立てられた医療努力がいかになされたかを患者に示し、患者が評価できることではないか。

本研究は、以上のような作業仮説をもとに、患者本位の医療を効率的かつ継続的に展開するために、対象患者に関わるすべての医療専門職種が、実践過程において共有すべき情報を系統的に記載することを目的として、認定病院患者安全推進協議会に医療記録検討部会（以下、検討部会）を設置して「医療記録の記載指針（入院医療記録案）」に関する検討成果をまとめることとした。

チーム医療が安全かつ効果的に行われるためにもっとも重要なことは、関係者相互の正確な情報伝達であり、それによる情報の共有が鍵であり、医療記録はその基本媒体と位置づけられる。したがって、ここでは医療記録や看護記録のほか、手術記録、処方せん、調剤記録、検査結果記録などの、特定の患者の医療に関わる情報の記録を「医療記録」と包括して定義して、「記録する過程」、「記録を用いて医療を実践する過程」および「記録を用いて医療のプロセスを評価する過程」の一連の作業を通じて、「医療の安全を検証する過程」の全体を Chart Review と定義する。さらに将来は、この過程で得られる情報を基に、医療の質的評価指標（Clinical Indicator）手順の構築を目標論んでいる。

B. 研究方法

検討部会はこのような認識と、これから述べる医療の質の基本要件である安全性担保の視点か

ら医療記録を捉え、どの病院においても共通に必要な医療記録の記載要件を整理することが目的である。

本研究では Chart Review 検討会（以下、検討会）と称するワーキンググループを組織、ワークショップ形式によって医療記録の記載に関して焦点とすべき背景と問題点の具体的事象を抽出、全体会議において整理統合して記載要件を検討した。（表1）なお、検討会は医療記録に関わる病院実務者（医師、看護師、診療情報管理士）および病院管理研究者からなる。

C. 結果

1. 開示に堪える医療記録の要件の検討

医療の安全性を担保し患者・家族の信頼を得るためには、開示は不可欠な要件である。

開示に堪える医療記録となるための要件は、その患者に関わる専門職が記録した情報を一貫して通覧できることである。一人の患者に多くの医療従事者が関わる病院では、関係者が共通の認識に基づき組織的に医療の推進を具現化する意味で、全診療科にまたがる「1患者1診療録」に患者情報を集約することが求められる。しかも、医療は医師のみで完結することは稀である。多職種が連携する医療が安全に行われるための基本として、関係する医療専門職が互いに情報を共有することが必要である。いわゆるカルテは、もはや医師のみが書くものではない。電子化が進む現在、医療の質と安全性確保のために、法制的に医療記録は「1患者1フォルダ」と規定すべきである。

診療看護に関わる情報は、その発生の形態から、質的に、次の三点の異質の情報が複合されたものである。

- ①医療の受益者の主観情報（患者が訴える症状、家族や周囲からの状況説明など）
- ②専門職が抽出した客観情報（専門職の所見、検

査結果などデータ自体は変化しない)

③専門職の価値判断情報（患者に対する評価やそれに基づく処方や治療計画、実施後評価）

したがって医療記録の価値は、医療のプロセスの進行に従って、下記の4項目を系統的に記録していくことによって図られると考えられるだろう。

①医療専門職種が組織的に連携した医療を実践しているか

②個々の受益者について計画的な医療が展開されているか

③医療過程の各段階において安全性が確かめられているか

④なされた結果とそれに至る過程が評価されているか

2. 医療記録の構造の検討

患者を中心に据えた医療記録の記載に当たっては、次の諸点を満たすことが求められるのではないか。

まずは中長期の視点から対象患者がどのようになっただけか（何が期待されるか）を見据えて、当面（短期的に）どのようになればよいのかを明確にする。その際、視点は生物学的な病状の視点だけではなく、心理的、社会生活面の問題点を多角的に抽出する（図1）。

さらに、経過が進行するにつれて患者に起こる（患者から発せられる）問題点の変化を記述し、それに対する専門職としての評価と対応計画に基づいて、「誰が、いつ、何を、どのように対応したか、結果、どのような問題が解決し、何が残っているか」を時系列に記述する。その際、一連の診断名（症状）に対して行った診察・検査・診断や、治療の過程は一つのファイルにまとめ、過去の別の疾患などに対する記録も含めて一連のフォルダに綴じる（1患者・1ファイル・1フォルダの原則）。この原則は、電子化医療記録

（EHR:Electronic Health Record）と紙面に記載された医療記録のどちらにおいても共通の要件といえる。

3. 医療記録の記載指針

検討会では、入院医療記録を対象に、以上の議論を踏まえ従来の医療記録の問題点を見直し、医療の安全性を評価し得る水準の医療記録として記載されるべき基本項目と要件を示した。指針の構造は「項目」「記載の目的・留意事項」を本体として、各項目の焦点と注釈を付帯的に示した（資料：医療記録の記載指針 v. 05-04）（章末）。

この指針では、現段階においてどの病院においても目標とすべき記載内容を示した。

以下に各項目の方針を示す。

1) 記載の基本的、全体的事項

医療記録は、医療行為を行ったことを公に示す根拠である。患者中心の医療を実現するために、多職種によって組織的に行われる医療（チーム医療）のプロセスを統合した記載を奨励する。

2) 入院時の記録

医療の目標を明確にするために、入院時の問題点を多角的に整理し、速やかに記載する。

3) 経過記録

チーム医療の過程を明確にするために、多職種にまたがる医療の過程を時系列に記載する。

4) 説明と同意書等、患者の意思決定の書類

患者と医療者とが強い信頼関係を築くために、本人、家族および関係者に理解できる表現で記載する。

5) カンファレンス記録

チーム医療の具現化を示すために、関係する医療職のみならず必要に応じて本人、家族の発言を加えた記録を作成する。

6) 手術・麻酔記録

手術・麻酔が適正に実施していることを示すために、それらの過程を系統的に記載する。

7) 処置記録

検査・治療上および看護上の処置が適正に実践していることを示すために、それらの過程を系統的に記載する。

8) 検査記録

根拠に基づく医療の実践を示すために、診断・治療経過に即して検査結果が系統的に通覧できるように示す。

9) 併科受診・対診記録

他の専門医療科等との連携・協同医療を確実にを行うために、役割分担、責任範囲がわかるように記載する。

10) 指示記録

医療チームの中で情報伝達が確実になされるために、指示（依頼）、指示の確認、実行の各段階での責任範囲がわかるように記載する。

11) 中間サマリー

評価に基づく計画を確実にするために、過程の途中で医療を進める上の問題点を確認し、必要に応じて計画を立て直すために記載する。

12) 退院時サマリー

継続的に一貫した医療を提供するために、退院時あるいは担当医師の交代時に作成する。

4. 個人情報保護法の施行と記載指針への反映

さらに2005年4月から「個人情報の保護に関する法律」（以下：個人情報保護法）が全面的に施行される。この法律が制定された背景は、1980年に示されたOECD8原則（理事会勧告）[2]や、1995年に示したEU指令[3]が国際的な潮流を為している。

個人情報保護法の施行に当たって、一般社会においては、組織的事業に適用される個人情報の漏洩対策が当面の関心事になっている。

個人情報保護法の背景にあるプライバシー保

護の概念は、「そっとしておいてもらう権利」「他人からとやかく言われない権利」が守られることに始まる、「他人に知られたくないことが漏れないように護られる」という守秘の意味合いに使うことが多い。

最近ではそればかりではなく多様である。「自らの情報を知って、態度を決め得ること」にも発展している。自分の情報がどのように扱われているかを知らなければ、自分自身でどのように対処するかを決めようがないからである。つまり、プライバシー保護は歴史的に、個人の尊厳を護る概念から、「誤った情報あるいは不完全な情報によって誤った評価を受けないよう、誤りがあれば訂正を求める権利」に発展し、さらには「無用な情報の流通を忌避できる権利」にまで発展している。そこで指針では、「医療の受益者は患者本人であり、患者の意向が最優先される。医療記録の記載は、患者を中心として記載されているかが問われる。」との問いかけから問題を提起、記載前提を「患者は次の点を医療専門職に求めることを念頭に記載する。①守秘、②自己情報の開示、③誤りの訂正、④自己情報の流通の忌避」と示した。

さらに、患者方の情報の取得に関して、利用目的を以下のごとく明示した。すなわち、取得する患者情報は、

①一義的に当該患者に対する医療のために利用する（第一次利用）。

※当該患者に対する直接利益外への利用（第二次利用）する場合は、事前に公示するとともに原則本人にも通知する。

②事実に即し客観的に記載する。

※推測、推論部分は断定表現を使わない。

③記載時に最新のデータを記述する。

※過去にさかのぼる記事を記述するときは、そのエピソードの発生時刻を記載する。

5. 医療記録の点検・評価の試行

Chart Review 検討会において作成した医療記録の点検・評価の基本的な手順は、医療記録の完全性評価のための量的点検と、医療のプロセスが検証できる記載内容の評価のための質的点検からなる。

1) 医療記録の完全性の検証のための「量的点検」の試行

記載すべき項目が漏れなく記載されているかを検証する。記載指針の項目について、用紙の有無、綴り順の正しさ、記載の有無、サインの有無を系統的にレビューするチェックリストを作成し(図2)、診療情報管理士の研修会(協力:中国診療情報管理研究会)において試行した。

試行点検は2名の評価者をペアにして同一カルテを評価し、異なる点検者の評価の差異の有無を確認せんとした。結果、「用紙の有無」においてさえも評価者により見解の差があることが判明した。

2) 多数の評価者による医療記録の簡便な「質的点検」の試行

文字判読の可否に始まり、ケアプロセスの手順、チーム医療の実践、および患者安全に関わる記載があるか否かなど、簡単な医療記録の内容点検と安全上の問題点がスクリーニングできるように16項目のチェックリストを設計した(図3)。試行例では、12名の評価者が同一の医療記録をこのチェックリストを用いて点検した。試行では、各項目とも4点満点で採点したが、点検者ごとの評価に大きなバラつきがあることが判明した。

D. 考察および結論

1. 医療記録の利用目的の明確化

医療は健康の保持と危機管理に対する社会サービスであると位置づければ、医療の受益者にとっては、過程と結果が示されることは当然の権利

といえる。問題は、カルテに代表される医療記録がそのまま提示されることによって、受益者がそれを理解し得、治療法の選択および自らの療養に役立つか。さらにそのことが医療の質の向上をもたらすか、にありはしないか。すなわち医療記録は、医療行為の単なる記録ではない。次のような利用目的を有している。

- (1) 医療過程における医療専門職の思考のよりどころ
- (2) 患者と医療専門職とのコミュニケーションの基本媒体
- (3) チーム医療の共通媒体
- (4) 医療行為の公式証明の基本情報
- (5) 病院経営の基本情報
- (6) 学術研究・教育の基本情報
- (7) 公共社会の健康安全と危機管理の基本情報

(1)～(4)は、患者の直接利益のための利用であり、このような利用形態を研究者らは「第一次利用」と呼ぶ。さらに、(5)～(7)のように患者本人には直接の利益還元はないかもしれないが、患者への医療母体である施設が存続することによる間接的な利益、および社会全体の利益のための利用を「第二次利用」と定義し、患者の尊厳と意思を最優先する医療に関わる患者の個人情報の取り扱いを区別する。

2. 医療記録自体の安全要件

さらに、医療記録はそれ自体の安全が保証されなければならない。検討会としては、次の三つを求める。

1) 真正性 (Authenticity)

記載内容に誤りがあってはならないことはいうまでもない。情報発生源である患者本人の訴えなど(主観情報)、専門職が観察・観測したデータなど(客観情報)、専門職の考え、評価(価値判断情報)に基づくケアプロセスの計画(計画情報)、他の医療者への指示、指示受け(指示伝達情報)

および実践、実行の記録(実施情報)、実施結果の評価(結果評価情報)などの情報の性質に応じた記載様式の標準化が求められる。

2) 責任性 (Accountability)

医療記録に記載される情報は医療の受益者に対する診察、治療、看護の過程で、専門職が個々の専門的視点から情報を抽出した記述であり、その内容に関する記述責任を原本として保証されなければならない。

3) 完全性 (integrity)

チーム医療の展開には、多くの専門職が関わる。故意の改ざんは言うに及ばず、大規模施設や施設間の情報伝達時に転記ミスなどによる内容変化があってはならない。

3. 医療記録の質的評価の今後

一安全な医療手段とする「運動」として一

診療録や看護記録などの医療記録を適切に記載し、その内容を点検して実施された医療を検証することは、患者安全の確保と医療の質向上のために有効と考えられる。

この課題を始めるにあたって検討した従来の研究は、“後ろ向きカルテレビュー”による調査である。本研究は、単なる疫学調整としてこの問題を捉えるのではなく、以下の考え方から医療記録を日常的に評価しつつ進める医療自体が医療の安全につながるのとこの考え方を持っている。

すなわち、医療現場において多種の医療職が、異なった専門的視点から対象の患者の容態を表現し、問題点を整理して目標と具体計画を共通認識し合い、実施内容と結果を共有することは、思い込みや勘違いなど、些細なミスの積み重ねによる重大な有害事象を防ぐ基本的なプロセスになる。

さらに、同一医療チーム内での医療記録の共有は当然のことながら、医療記録を患者がセカンドオピニオンを求める際の基本媒体とすることは、

広義のチーム医療展開の具現でもある。結果として、有害事象も客観的に抽出することが可能となり、質評価の基本要件が揃うことになろう。

しかし、このような Chart Review の考え方は、わが国では十分に普及しているとはいえない。

当面の試行段階では、全病院的な取り組みから実施可能な診療科のみの適用まで、さまざまな対応が考えられる。どのような体制を目指すかは当然のことながら病院の方針に基づいた方法が期待される。取り組みの期間やスクリーニング対象症例についても、永続的かつ全症例の適用が望ましいとはいうものの、一定期間や一定割合の症例の抽出など、病院として実行可能な範囲で柔軟に対応していただいでよい。

先行的に行った試行の成果を当協議会の医療記録検討部会において報告した(2005年3月1日)。医療記録検討部会では、取り組み後の問題改善の成果を含む他の認定病院に共感を呼び、波及することを期待している。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

特になし

G. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

H. 参考資料

- 【1】 OECD 理事会勧告 ; Recommendation of the Council concerning Guidelines Governing the Protection of Privacy and Transponder Flows of Personal Data, OECD: Organization for Economic Co-operation and Development, 1980.
- 【2】 EU 情報保護指令 ; Directive 95/46/EC of