

(1)医薬品等の投与人数を把握できない、(2)副作用の発生頻度を、他剤と比較できない、(3)原疾患による症状についても、報告上「副作用」となる、(4)医療関係者の報告がないと、副作用の存在自体を把握できない、といった限界がある。これらの限界を乗り越えるためには、従来の副作用報告制度に加え、定量的な情報に基づいた安全対策を進めていく必要がある。

そこで、平成23年度より、厚生労働省では、医療情報データベース基盤整備事業を開始した。本事業は、医薬品等の安全対策に活用するために、国費及び製薬企業の安全対策拠出金を原資として医療情報データベースの基盤の整備を行うものであり、公募により選定した10協力医療機関(7大学病院及び3医療機関グループ。図1)に、平成23年～25年度にデータベースシステムを設置し、独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)にデータ分析システムを設置するものである(システム構成図は図2)。厚生労働省及びPMDAは、これらシステム上での薬剤疫学的手法を用いた分析により、医薬品等の副作用情報を定量的に解析し、安全対策に活用する予定である。具体的には、(1)他剤との副作用発現頻度の比較、(2)原疾患による症状発現との比較、(3)当局が実施した安全対策の効果の検証等の実現を、想定される成果と考えている。なお、将来的には、本事業で構築するシステムで1,000万人のデータを解析できることを目指している。

現在は、協力医療機関からなるワーキンググループ(座長:大江和彦東京大学教授)の意見をいただきつつ、10協力医療機関のうち、東京大学医学部附属病院とPMDAにシステムを構築しており、平成24年度中の試行稼働を目指している。試行稼働開始までに、厚生労働省としては、本事業における医療情報の利活用に係る要綱や、個人情報保護等の倫理上の取扱いの指針を策定する予定である。

試行稼働開始後には、PMDAが中心になり、利活用に係る有識者会議を設置するとともに、データベースのバリデーションを行いつつ、データベースに保存されたデータのハンドリング方法の標準化及び高度化を進めていく予定である。

4. PMDAのMIHARI Project -Medical

Information for Risk Assessment Initiative

木村通男(浜松医科大学医療情報部)

4.1. 背景

医薬品医療機器総合機構(PMDA)の第二期中期計画(平成21年度～25年度)における安全対策業務の強化・充実策の一環として、電子診療情報等を安全対策へ活用する事業を平成21年度より立ち上げることとなった。このMIHARIプロジェクトは4つのWGがあり、・レセプトデータを利用、・医療情報システムのデータを利用、・副作用報告の電子化の検討、・海外事例の検討、である。

筆者はこの2番目の、医療情報システムのデータを利用して、薬剤安全性情報を得るプロジェクトに、事業協力病院としても参加している。これは、医事請求情報だけではなく、処方、検査、病名のオーダ情報を利用したものである。オーダ情報であるから、検体検査情報は、結果を基準値と共に含んでいる。これらのオーダ情報を蓄積するSS-MIX標準ストレージを持つ病院が30ほどにもなり、その前段階である、HL7標準形式でオーダ情報を出すことが出来る病院情報システムはすでに全国で723施設にも登っており、この方式は今後有用な情報ソースとなることが期待されている。対象となっている病院は、このSS-MIXストレージを持ち、臨床情報検索システムD*Dを持つ静岡の5病院(静岡県総合病院、静岡済生会病院、沼津市立病院、袋井市民病院、浜松医科大学病院)であり、第3年度の本年は、同じシステムを導入した、九州大学病院も含まれている。

4.2. 試行調査の結果

試行調査(1)では、8つのプロトコルが試され、その例として「オランザピンの新規処方、2ヶ月以内に悪性症候群(ICD10:G210、あるいはCPK>1000)」では、323の該当新規処方の中で、ケースは3例(0.97%)であった。

試行調査(2)では

- ・サイアザイド投与後の低Na血症: 59/2303, 2.6%
- ・サイアザイド投与後の低K血症: 17/2303, 0.7%

- ・H2 レセプター阻害剤投与後の白血球減少:
545/35846, 1.5%
 - ・H2 レセプター阻害剤投与後の血小板減少:
103/35846, 0.3%
 - ・HMG-CoA 阻害剤投与後の末梢神経障害:
206/8735, 2.4%
- といった結果が得られている。

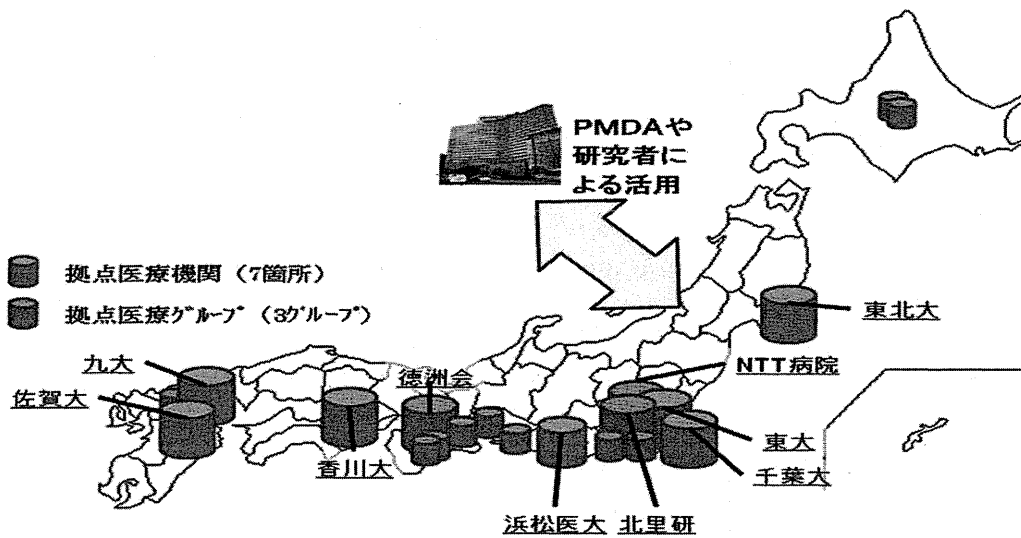
4.3. 医療情報標準化基盤

こういった事業が可能となった背景には、厚生労働省医政局が、医療情報の標準的データ形式を指定した通知を、平成22年3月に発出し、今後の施策にはそれら標準形式準拠を前提としたという点がある。それまでは、処方歴も検査結果もせつかく病院情報システムにあるものの、システムベンダによって形式はバラバラ、薬剤、検査項

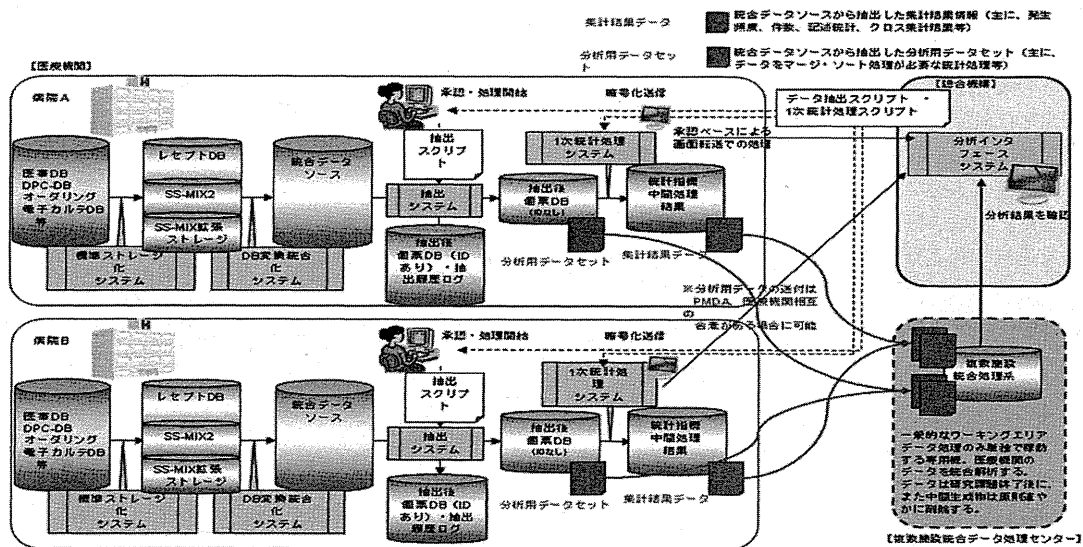
目コードは施設ごとにバラバラ、という状態であったので、多施設から臨床データを集めても、集計することも事実上極めて困難であった。以前から医用画像はDICOM規格という標準が普及しており、CTやMRなどの画像検査機器と、画像データベース(PACS)が異なる会社であっても問題なく接続されてきた。これと同じように、処方、検査結果、病名、患者基本情報に対しては、HL7規格という標準が、元は静岡県版電子カルテプロジェクトであったものが厚生労働省によって全国展開された、医療情報標準的交換推進事業(SS-MIX)などにより、ようやく普及し、それとともに用いる薬剤コード、検査項目コードの指定もあって、両輪がようやく揃ったという状況である。

表1 韓国、台湾、日本のレセプト等のデータベースの比較

	韓国	台湾	日本
名前	HIRA DB	NHI Research DB	正式名称はない レセプトおよび特定健診・保健指導DB
収集範囲	全国レベルのレセプトデータを 集積(ほぼ100%)	全国レベルのレセプトデータを 集積(ほぼ100%)	全国レベルのレセプトデータを 集積 (歯科を除きほぼ100%) (特定健診・特定保健指導 データを含む)
他のデータソースとのリンク	不許可	患者の同意がある場合に限り 部分的に許可	不許可
収集開始	2000年6月	1996年	2009年4月
対象人口	48,000,000	23,000,000	128,000,000
学術目的の利用	国のプロジェクトに従事して いる研究者に限られる。 さらにHIRA Claims Data Providing Review Committee)の審査を通過した 場合。	目的と提供データ量が適切か 判定されるが、基本的には学 術利用は可	2014年度まで試行的に提供。 有識者会議の定めるガイドラ インに適合した申請であるこ とが審査される。
データ更新	毎月	毎年	毎月(レセプト) 毎年(特定健診・保健指導)
最新データ	前月	前年	2ヶ月前(レセプト)
生年月日	日まで格納	日まで格納	月まで、日は含まない
調剤	処方日付	含む	含む
	調剤日付	含む	含む
手術	独自コード	ICD-9 処置コード	独自コード
診断コード	ICD-10	ICD-9	ICD-10



文末図表1 図1:医療情報データベース基盤整備事業の拠点となる医療機関等



文末図表2 図2:医療情報データベースの基本構成図

4. 小林利彦, 康永秀生, 石川光一, 藤森研司,
高橋泰:

医療関連情報を集約化し地域医療にいか
に生かすか -現場での意思決定に向けて-

第16回日本医療情報学会春季学術大会
シンポジウム 2012 in 函館

プログラム・抄録集 61-63, 2012.

医療関連情報を集約化し地域医療にいかにかすか？ - 現場での意思決定に向けて-

小林利彦^{*1} 康永秀生^{*2} 石川光一^{*3} 藤森研司^{*4} 高橋泰^{*5}

^{*1}浜松医科大学医学部附属病院 医療福祉支援センター

^{*2}東京大学大学院 医学系研究科 医療経営政策学講座

^{*3}国立がん研究センター がん対策情報センター

^{*4}北海道大学病院 地域医療指導医支援センター

^{*5}国際医療福祉大学大学院 医療経営管理分野

How can medical information be consolidated and utilized for community healthcare? - For on-site decision making -

Kobayashi Toshihiko^{*1} Yasunaga Hideo^{*2} Ishikawa Kohichi^{*3} Fujimori Kenji^{*4} Takahashi Tai^{*5}

^{*1}Hamamatsu Medical University Hospital ^{*2}The University of Tokyo ^{*3}National Cancer Center

^{*4}Hokkaido University Hospital ^{*5}International University of Health and Welfare

地域の医療機関は様々な形で自施設の医療情報を関係各所に提供している。例えば、診療報酬請求に絡んだDPC/PDPS関連データや通常レセプトデータだけでなく、がん登録、NCD、経営母体本部への報告、各種アンケート調査への参画までである。最近、国レベルで、医療情報の標準化とデータベース化整備の動き(センチネル・プロジェクトなど)があり、一部研究者によるDPC/PDPSに絡んだ分析事業(Clinical Indicator等を含む)やレセプトデータを利用した分析報告なども見られるが、地域レベルにおいて、これらの膨大なデータを有効に二次活用し、情報化するとともに、その後の計画策定や実行につなげる知恵とするまでには至っていない気がする。

今回の企画では、地域の定義として都道府県あるいは二次医療圏レベルを考えている。どこに保管されたどんなデータを、どのように集約化し、誰のために分析・評価することが可能であるのか？ 現状でできること、将来に向けて準備すべきことを議論したい。

Keywords: 医療情報,DPCデータ,レセプトデータ,地域医療

1. (はじめに)

近年、DPC(Diagnosis Procedure Combination)やレセプトデータ、がん登録、NCD(National Clinical Database)など、国レベルで医療関連情報のデータベース化が進んでおり、一部研究者にはその二次活用のチャンスが与えられている。しかし、データ提供者である個々の医療機関や都道府県レベルで地域医療をマネジメントする資料としては、十分に利活用されているとは言えない。個人情報保護という重要課題はクリアすべきだが、従前、データ等の比較分析に不可欠とされた標準化や統一化の問題はかなり解決されてきた。実際、厚生労働省電子的診療情報

交換推進事業(SS-MIX:Standardized Structured Medical Information eXchange)等をモデルにした医療情報のデータベース化構築である「センチネル・プロジェクト」や、主にDPC関連データを利用したCI(Clinical Indicator)の公表事業である「医療の質の評価・公表等推進事業」などが動いている。今回の企画(シンポジウム)では、国や都道府県、あるいは民間レベルで有している各種医療データや行政資料等を、いかに収集・集約化して分析・評価することで情報化できるか、そして現場の医療関係者および地域の医療マネジメントに知恵としてどのように生かすか？議論する予定である。シン

ポジストは本領域に精通した4名の演者であり、その講演内容は以下の通りである。

1) DPCデータベースを用いた臨床疫学研究

(康永秀生: 東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学)

DPCは単なる診療報酬請求用のツールではないDPCで何ができるか、私なりの見方を以下にまとめる。

(1)各医療機関にとって: 種々のベンチマーク指標を用いて各医療機関と全国標準との比較が可能となり、各医療機関の管理・運営に役立てることができる。

(2)医療政策にとって: 医療資源の最適配分、医療への効率的な投資など、データに基づく医療政策の立案・評価が可能となる。

(3)医学研究にとって: DPCデータベースを用いて様々な臨床疫学研究やヘルスサービスマスリサーチが可能となる。

(1)–(3)すべては、患者・国民の便益の向上を目的としている。

本講演では、上記(3)のDPCデータベースの研究利用に関して、その現状と今後の可能性について概説する。最初に、DPCデータベースと同様のadministrative claim databaseを用いた研究が盛んな米国の現状について簡単に紹介する。次に、わが国のDPCデータベースを用いた研究の実例を紹介し、その利点や限界を明らかにする。最後に、今後の同データベースの研究利用に関するフレームワークについて言及する。

2) DPCデータを利用した地域医療マネジメント

(石川光一: 国立がん研究センター)

厚生労働省による「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」、いわゆる保険局DPC調査は、全国の一般病院の入院患者の6割をカバーする規模で毎年実施されている。この調査の報告書では、病院別・傷病別の診療実績が施設名入りで公表されており、地域内の急性期基幹病院の機能を理解するための重要な資料となっている。この

データに施設の住所に基づく緯度経度情報および施設までの運転時間による診療圏に関する情報を追加し、人口をはじめとする地域特性データと紐付けたデータの統合化を行うことで、地域の診療機能に係わる分析の基盤を構築することができる。

今回、この基盤を利用した分析によって、傷病別アクセス時間別の地域人口カバー率や、医療機関の機能分担の状況、地域人口に対する取扱い件数といった、地域の医療提供体制に必要なベンチマーク値を算出し、地域病院機能のポートフォリオを作成した。この資料では地域圏域内の人口規模に基づいた地域と施設の類型化を行っており、大都市の中核部や郊外地域、県庁所在地あるいは郊外型の地域など、具体的な地域毎の実態を明らかにすることができる。

現時点では公表されている結果の範囲での利用となっているが、保険局DPC調査のデータからは患者住所地の郵便番号に基づく受療行動の分析や、外来データを活用したより包括的な診療機能の分析も可能であり、地域医療に係わる意思決定における必要不可欠な情報基盤としての発展が期待される。

3) National Databaseによる地域医療計画のためのレセプト活用

(藤森研司: 北海道大学病院地域医療指導医支援センター)

平成21年度から厚生労働省において全国の匿名化電子レセプトの収集(National Database、以下NDB)が始まった。これは「高齢者の医療の確保に関する法律」にその根拠を持つものだが、研究者や都道府県に対しても申出に基づいて厳密な審査の後に提供されることとなった。

電子レセプトは傷病名の重みづけが弱く、何を目的とした受療であったかが特定しにくい。医療行為、薬剤、特定医療材料についてはDPCデータと同様な情報量であり、これらを分析することで、今年度から新たに始まる地域医療計画策定のための重要

な基礎資料となる。今回、医政局指導課と共同でNDBの利用申出を行い、全都道府県向けにレセプトから作成しうる210の指標を提供(二次医療圏別の医療提供状況と患者受療動向)する機会があったので、その経緯とその過程で得られたNDBの展望と課題について紹介したい。

4)2次医療圏データベースから見えてくることー日本の介護・医療提供レベルの現状と将来予測、その対策ー

(高橋泰:国際医療福祉大学大学院)

医療関係者が知っているようで知らないこととして、自分たちの住んでいる(働いている)地域は「病床が多いのか、少ないのか」、あるいは「将来的に、患者増えるのか、減るのか」といったことを挙げるができる。自分たちの仕事に直結したこれらの疑問に答えるには、全国各地域の病院や病床や医療スタッフなどの情報、面積や人口および人口推移、高齢者数の将来予測などのデータベースにあって、それらを組み合わせ種々の計算を行う必要がある。しかし、それぞれのデータは厚生労働省のホームページ、地方厚生局、病院報告、国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来推計人口、各種学会のホームページなどに存在するのだが、まとまった形で簡単に加工できるデータがこれまで存在しなかった。

そこで私と石川雅俊(国際医療福祉大学大学院博士課程)と株式会社ウェルネスが、「医療・福祉資源情報」と「2次医療圏ごとの地理データ(年齢階級別人口、面積など)」を組み合わせマイクロソフト・エクセル上で展開した「2次医療圏データベース」を共同で開発した。

今回は、この2次医療圏データベースを用いて、日本の医療や福祉の地域間格差、日本各地の将来予測を行う方法、将来発生すると思われる問題と、その解決策などの説明を行う予定である。

2. (まとめ)。

4人の演者は、それぞれ異なる研究背景のもと、DPCデータ、レセプトデータ、行政データ等を集約化し、二次活用することで地域医療への情報提供を行っている。これらの情報が知恵化されることで恩恵を被るステークホルダーは、現場の医療関係者から地域の医療機関、都道府県・二次医療圏レベルの行政関係者、そして地域住民まで幅広い。データ収集の手間と許可申請、膨大なデータ分析スキルの必要性などを考えると、個々の医療機関で遂行することは現実的でなく、各都道府県レベルで、この種の分析事業が行えれば良いようにも思われる。一方、分析結果の中には、地域の医療機関にそのまま還元することで医療の質向上につながる情報から、地域住民への知識の啓発という観点で有益な情報まで存在する。一律に全ての情報を公開するというわけではなく、ステークホルダーに応じた有益な医療情報を知恵化し提供するという、地域医療情報のマネジメント機能も重要だと考える。

本企画(シンポジウム)で議論される内容が、全国の地域医療情報の有効活用につながることを願っている。

5. 小林利彦:

地域の多施設 DPC データを集約化して行う
パス分析

-医療圏レベルでの乳癌手術症例に関して-

第 16 回日本医療情報学会春季学術大会

シンポジウム 2012 in 函館,

プログラム・抄録集 149-150, 2012.

地域の多施設DPCデータを集約化して行うパス分析 —医療圏レベルでの乳癌手術症例に関して—

小林 利彦

浜松医科大学医学部附属病院 医療福祉支援センター

キーワード: DPC, 診療データの二次活用, クリティカルパス, 臨床指標, ベンチマーク

(はじめに)

地域の医療機関には、院内固有の診療データだけでなく、標準化データとしてのレセプトデータやDPC (Diagnosis Procedure Combination) データ等が保管されているものの、事務的または行政的な利活用に留まっていることが多い。特に、DPCデータに関しては厚労省への確実なデータ提出が重要業務と化し、その二次活用については、DPC-出来高差額の比較検討やジェネリック薬採用の状況把握等に終わり、近隣病院との診療プロセスの比較検討などはほとんど行われていない。

当地域では、浜松医科大学医学部附属病院が中心となり、二次医療圏内のDPC関連データを集約化し分析・報告する事業を展開している。今回、それらのデータを二次活用することで、従前、臨床医がクリティカルパス (以下、パスと略記) のタスク内容や診療プロセスに関し他施設と比較していた作業 (パス大会等の議論) が容易に行えるかを検証したので報告する。

(対象と方法)

静岡県内で隣接する二つの二次医療圏 (西部・中東遠) のDPC関連病院からの提供データ (E・Fファイル、様式1等) を利用した。検証対象とした期間は2010年7月～2011年6月までの1年間で、病院数は西部医療圏8施設、中東遠医療圏6施設、患者総数は101,901人であった。これらのデータの中から、MDC06コードが090010 (乳房の悪性腫瘍)、レセプトコードK476\$ (乳腺悪性腫瘍手術) が算定された患者を抽出し、術前日数が0-1日の患者グループをパス症例群と仮定した。

14病院から抽出された乳癌の手術パス症例群に関して、施設毎の患者数、平均在院日数等を比較するとともに、周術期のタスク内容として、手術室で使用された注射抗菌薬の種類、手術中の胃カテーテル・膀胱留置カテーテルの使用状況、手術術式の選択 (乳房温存手術の選択、センチネルリンパ節生検の有無、創部ドレーンの挿入等)、手術第1病日の注射抗菌薬の使用状況、呼吸心拍監視の実施状況、食事開始の有無、血液検査 (CRP、TPなど)・尿検査・単純X線検査の実施状況などの比較検討を行った。そのほか、手術後早期のリハビリテーションの実施状況や、術後感染症発生の目安として術後7日目以降の抗菌薬使用の有無についてチェックした。さらに、様式1に記載のある「患者居住地の郵便番号」を利用して、2医療圏間の患者受療動向についても調査した。

(結果)

[1] 患者件数と平均在院日数

2医療圏・14施設の中で、乳癌手術症例 (K476\$が算定された患者) は13施設に分散し入院していた。患者総数は1年間で689人であり、最も患者数が多い病院は180人/年 (50人/年以上の施設は5施設) であった。乳癌手術症例のうち術前日数が0-1日の患者グループを計画的入院群 (パス症例群) と仮定すると、全体の82.7% (12施設) がそれに相当し、パス症例群の平均在院日数は9.2日であった。

[2] 注射抗菌薬の使用状況

パス症例群 (12施設) の患者に手術室で投与された抗菌薬は15種類に及び、第一世代セフェム系が85.5%、第二世代セフェム系が10.1%、ホスミシン系が4.2%であったが、9施設における使用抗菌薬は概ね統一されていた (図1)。抗菌薬の術後1日目の使用率は30.7%に過ぎず、7割近い患者で手術当日のみの使用に終わっていた。術後7日目以降の抗菌薬使用は、何らかの術後感染症の発生を示唆する指標と考えられるが、1.1% (平均) という結果であった (図2)。

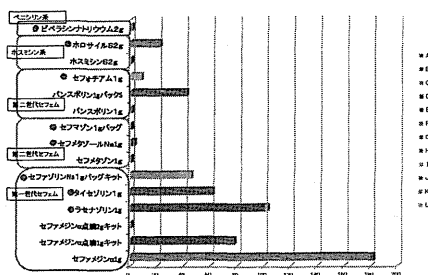


図1 乳癌手術パス症例で手術当日に使用された抗菌薬

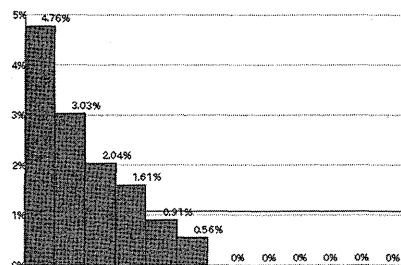


図2 術後7日目以降の抗菌薬使用率

[3] 手術術式と術中の処置に関して

手術後のStage記載が明確であったものは369例に過ぎなかったが、そのうち手術治療が原則とされるStage3A以下が95.1%であった。また、Stage0-1における乳房温存術は71.4%に実施され、センチネルリンパ節生検は76.3%で実施されていた。また、手術中に体内に挿入された異物は、胃カテーテルが67.6%、創部留置カテーテルが62.1%、膀胱留置カテーテルが89.4%であった。

[4] 手術後第1病日の指示系統

手術後第1病日に98.9%の患者に食事は開始されていたが、呼吸心拍モニターが46.8%で装着され、血液検査としてのCRP、TP測定が各々59.8%、58.6%で実施され、尿検査は41.2%、単純X線検査は72.6%に行われていた。

[5] 早期リハビリの開始状況

早期の運動器リハビリテーションは32.6%の患者に実施されていた。

[6] 入院患者の受療動向

郵便番号を利用して入院患者の受療動向を調べたところ、西部医療圏（浜松市、湖西市）に居住する患者の97.0%は同医療圏内の病院に入院していたが、中東遠医療圏（磐田市、袋井市、掛川市、菊川市、御前崎市、森町）に居住する患者の56.4%は西部医療圏の病院に入院していた。

(考察)

本邦でDPC制度が導入されたのは2003年であるが[1]、従前、工業界にあったパスという考え方を診療プロセスに応用しようとする流れは1995年頃に端を発する[2]。当初は、外科患者の周術期プロセスの標準化や効率化によって平均在院日数の低下を目指した感もあるが、その後、患者・医療者間の情報共有や医療者への教育面での有用性が知られるようになった[2,3]。

今回は、二次医療圏レベルでの乳癌手術患者を対象として、DPCデータを利用した周術期タスクの比較検討や診療プロセスのベンチマーク分析を行った。この種の検討はDPCデータを集約化しなくても、多施設へのアンケート調査依頼や[2]、地域において医療関係者が一同に集まり議論する「パス大会」等でも可能である。しかし、DPCデータ、特にE・Fファイルには、実施された診療行為が原則全て入力されており、実施時期が日付で紐づけられていることもあって[1]、パス分析には有利な条件がそろっている。

本検討では術前日数が0-1日の患者グループをパス症例群と仮定したが、緊急手術入院の可能性も否定はできない。しかし、イレウスを伴う大腸癌等とは異なり、乳癌において緊急手術が行われることはほとんどなく[3]、実際、平均在院日数が9.2日であったことも本仮定の妥当性を示していると考えられる。周術期の抗菌薬使用に関して、本来、清潔手術であることを考えると、手術中および手術日のみの使用がガイドラインに準拠すると思われるが[3]、本検討でも約70%の患者で遵守されていた。術後感染症等の発生状況を手術後7日目以降の抗菌薬使用率で推察はしたが、正確な評価には当該施設での診療録レビューが必要となる。手術後のStage記載が明確であった症例は限られているが、手術治療が原則とされるStage3A以下が95.1%であったことや、Stage0-1における乳房温存術が71.4%、センチネルリンパ節生検が76.3%で実施されていたことは、概ね適切な術前診断ならびに術式選択がなされているものと考えられる[3]。一方、乳癌のように迅速病理診断や放射線治療が必要な疾患では基幹病院に患者が集中化しやすい。実際、患者居住地の郵便番号と入院先病院からみた受療動向でも、医師不足が著しい中東遠医療圏患者の過半数が、圏域を越えて浜松市（西部医療圏）の病院に入院していた。全疾患で見ると中東遠医療圏患者の約25%が圏域越え入院をしているに過ぎず、乳癌の特殊性が示された結果と考える。平均在院日数が9.2日と比較的限られた治療計画の中で、周術期の胃カテーテル・膀胱留置カテーテル・創部ドレーン等の早期抜去やモニター監視期間の適正化を図り、早期離床、早期リハビリを進めることが現場では求められる。さらに、手術後第1病日の血液検査、尿検査、単純X線検査等の実施状況を比較検討することで、必要なタスクを取捨選択して標準化を図るなど、パス症例群の治療計画（内容）の見直しにも寄与できると思われる。

多施設のDPCデータ分析において、経営収支に特化したものや遠方のブランド病院とのベンチマーク[4]には限界があると考えられる。臨床医を含む多くの医療関係者は、施設基準等に基づく「構造」で評価されることより、「プロセス」や「アウトカム」が評価されることを望んでいる[5]。とは言え、平均在院日数が短くなる中、短期的な「アウトカム」評価には限界があり、パス症例等の「プロセス」評価の重要性が高まっている[5]。その際、医療の地域特性を考えると、遠方病院との比較より隣接病院との情報共有が望まれる。経営母体が異なり、地域で競合する病院同士が経営関連データを共有・比較することの困難性はあるが、医療圏レベルにおいて、DPCデータ等を活用した診療プロセスの可視化やベンチマークなどを積極的に行うことで、地域医療の質改善に向けた継続的な貢献が可能になると考える。

(文献)

- [1] Yasunaga H, Ide H, Imamura T, Ohe K. Influence of Japan's New Diagnosis Procedure Combination-Based Payment System on the Surgical Sector: Does it Really Shorten the Hospital Stay? *Surg Today*, vol. 36, pp.577-585, 2006.
- [2] 小林利彦. 静岡県における腹腔鏡下胆嚢摘出術パスに関するアンケート結果. *日本クリニカルパス学会誌*, vol.8, pp.147-150, 2006.
- [3] 首藤昭彦, 池田正. 周術期管理の実際. 乳房温存術. *外科治療*, vol.104, pp.542-548, 2011.
- [4] Hamada H, Sekimoto M, Imanaka Y. Effects of the per diem prospective payment system with DRG-like grouping system (DPC/PDPS) on resource usage and healthcare quality in Japan. *Health Policy*, Jan 23, 2012. [Epub ahead of print]
- [5] Murata A, Matsuda S, Kuwabara K, et al. Evaluation of compliance with the Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis based on the Japanese administrative database associated with the Diagnosis Procedure Combination system. *Hepatobiliary Pancreat Sci*, vol.18, pp.53-59, 2011.

6. 小林利彦:

医師と事務職員の視点の違い

～診療情報の二次活用において.

第12回日本糖尿病情報学会年次学術集会,

Communication Workshop 3,

千葉市, 7月29日, 2012.



JADI
NPO法人日本糖尿病情報学会

第12回 日本糖尿病情報学会年次学術集会 多職種協働で支える高齢化社会 ～医療と介護の壁を破る～

会 期 2012年7月28日(土)・29日(日)

会 場 幕張メッセ「国際会議場」

会 長 平井 愛山 (千葉県立東金病院 院長)

事務局長 中野 智紀 (社会医療法人 ジャパンメディカル
アライアンス 東埼玉総合病院)



<http://jadi2012.umin.jp/>

Communication Workshop CW-A-3 多職種協働を支える事務職

カンファレンス会場A (コンベンションホールA)

7月29日 (日) 9:00 ~ 10:30

司会：須貝 和則 (国立国際医療研究センター 医事室)

医師と事務職員の視点の違い～診療情報の二次活用において～

講師：小林 利彦 (浜松医科大学医学部附属病院)

- 1983年 浜松医科大学医学部卒業
- 静岡県立総合病院麻酔科、焼津市立総合病院外科、富士宮市立病院外科
- 1993年 浜松医科大学医学部第一外科助手
- 2000年 同講師
- 2008年4月～2012年3月 浜松医科大学附属病院 副院長 (管理・運営担当) を兼任
- 2009年 医療福祉支援センター特任准教授
- 2010年 同センター長・特任教授

【所属学会】日本医療情報学会、日本医療・病院管理学会、日本医療マネジメント学会、日本クリニカルパス学会、日本診療情報管理学会ほか

多職種協働～情報システム部門、医療情報技師の立場から～

講師：高野 泰志 (社会医療法人 ジャパンメディカルアライアンス 東埼玉総合病院)

- 1999年 武蔵工業大学大学院 工学研究科 修士課程 経営工学専攻修了
以後、電気機器製造メーカー、SIer
- 2003年 医療法人社団 (現 社会医療法人) ジャパンメディカルアライアンス
入職以来、東埼玉総合病院の情報システム部門一筋で勤務
現在、東埼玉総合病院 管理部 情報システム課 主任として勤務

病床管理と地域医療連携

講師：中山 和則 (筑波メディカルセンター病院)

- 1987年4月 財団法人筑波メディカルセンター入職
経理課
医事課
つくば総合健診センター 営業企画課係長
病診連携課長
医事課長
事務部 副部長兼総務課長
- 2005年4月 事務部 副部長兼地域医療連携課長
- 2008年4月 事務部 部長兼医事外来課長
- 2009年4月 事務部 部長
- 日本病院会 診療情報管理士教育委員会 医師事務作業補助者コース小委員会 委員兼講師
- 病院経営管理者協議会 副会長

Communication Workshop CW-B-3 山形県：庄内医療圏～脳卒中パスから地域疾病管理へ～

カンファレンス会場B (コンベンションホールB)

7月29日 (日) 9:00 ~ 10:30

司会：秋山 美紀 (慶應義塾大学 環境情報学部 兼 政策・メディア研究科)

疾病管理を目指した脳卒中地域連携電子化パス

講師：三原 一郎 (鶴岡地区医師会)

- 1976年 東京慈恵会医科大学卒業
同大学病院皮膚科勤務
- 1993年 郷里の山形県鶴岡市に三原皮膚科を開業
- 1996年 鶴岡地区医師会情報システム委員長に就任
同医師会内にイントラネットを構築し情報化を推進する
- 2002年 山形県医師会常任理事
- 2006年 鶴岡地区医師会副会長
- 2008年～2011年 日本 医師会医療IT委員会委員
- 2012年 鶴岡地区医師会長

CW-A-3 多職種協働を支える事務職

医師と事務職員の視点の違い -診療情報の二次活用において-

浜松医科大学医学部附属病院
小林利彦

2012/7/29
幕張メッセ 国際会議場

自問自答してほしい・・・

- ・ 入職して数年が経過し、事務職員(オペレータ)としては与えられた仕事をこなせるようになった・・・
そこで志向が停止していないか？
- ・ 病院で今働いていて、幸せを感じているか？
- ・ 早く病院外の仕事に移りたいと思っていないか？
- ・ 病院内において、医師から役職名でなく実名で呼ばれているか？
- ・ 院内の医師の名前を全て知っているか？
- ・ 医師は1人で1億円稼ぐ？が、事務職員の仕事内容は病院収益に影響しないと思っていないか？

私自身の基本的な考え (副病院の4年間、そして今も)

1. 現場重視: 高いところからパソコン見て命令のみでは×
病院で最も稼ぎに寄与しているのは現場職員
(労働集約的産業: 職員の人質[じんしつ]に尽きる)
2. 市場原理で動くべきではないが、一般経営学の知識がないと×
3. 情報収集能力(マクロ、ミクロ、そして現場) 医療政策の流れ(中医協ニュース・メディアファックス) ありきたりの診療統計→様々な可視化トライアル 病院内(現場)の情報(医師の採用・異動など)
4. ロビー活動: 都道府県(行政職員)、医師会
5. IT活用の重要性
可視化、ルーチン作業の効率化、ベンチマーク?
6. 迅速性(正確性より優先?): 情報収集、分析、判断、決断

事務系職員の専門性とは？

事務系(医事課?)所属で良いのか・・・

- ・ MSW(社会福祉士), PSW(精神社会福祉士)
- ・ 診療情報管理士
- ・ 医療情報技師
- ・ 医療福祉連携士

* いわゆるセラピストとの違いは何か？

[収支に大きく影響する部署]

DPC, 診療報酬請求係, 収納係, 調達・物流係・・・

* アウトソーシングで良いのか? [医療機能に大きく影響する? 部署] 医療安全管理室, 感染対策室, 臨床研修センター 医療情報部, 地域連携室, 経営企画室・・・

* 専任事務職員の配置はあるか?

S県庁職員(友人)との会話から

極めて異色の彼曰く・・・

- ・ 失敗をしないことが昇進の秘訣?
- ・ リスクマネジメント的に、面倒なこと、困難なことはしない
- ・ 減点主義: 10件のうち9件成功しても、1件の失敗で非難される
- ・ ネゴがすべて?
- ・ 太鼓持ち的な人間が昇進する
- ・ 係長、課長クラスは仕事をしない、勉強しない
(現場のことを聞かれたら、部下に聞くだけ)
- ・ 県庁職員が一番嫌いな職場は病院職員・・・

Nakama Project

静岡県内二次医療圏(西部・中東遠)DPC病院の厚労省提出データを収集
⇒ 分析して現場にフィードバックする ⇒ 現場の行動につなげる
* その後、対象とする二次医療圏を拡大中

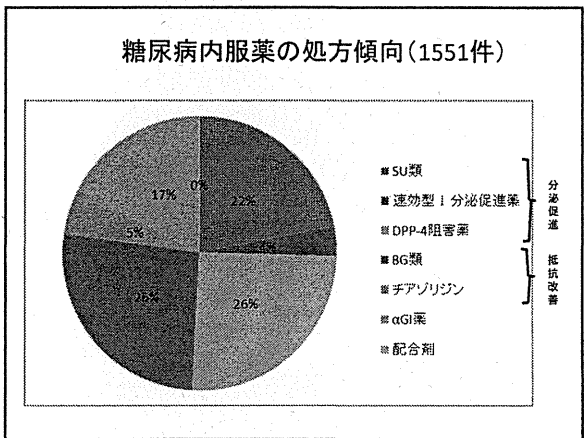
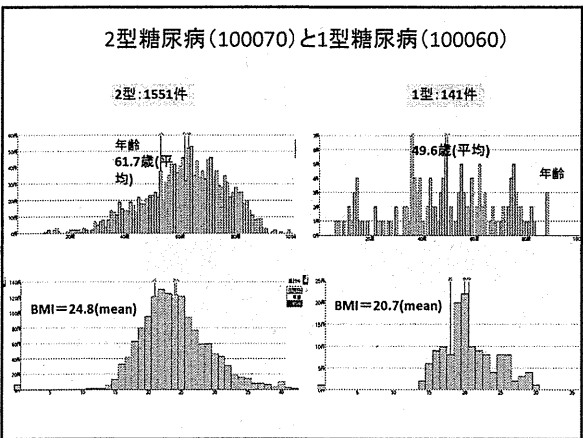
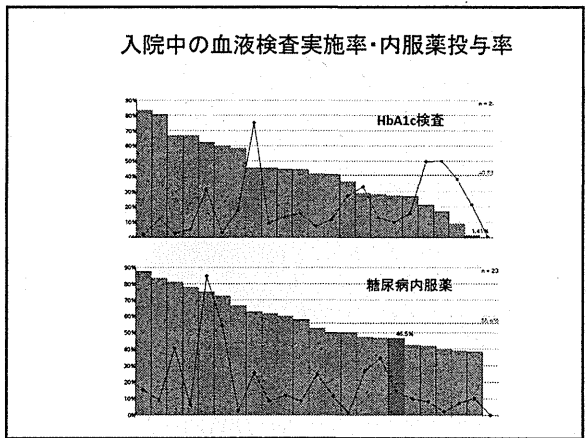
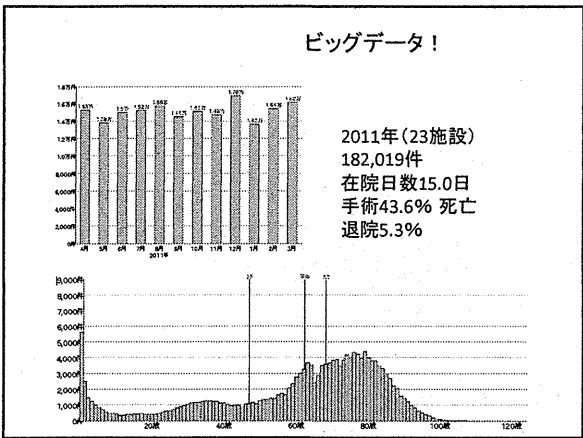
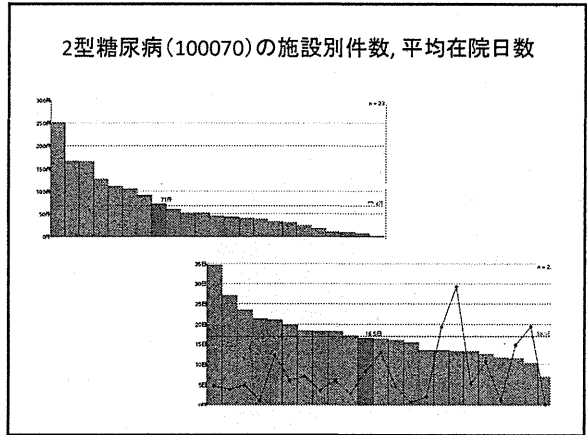
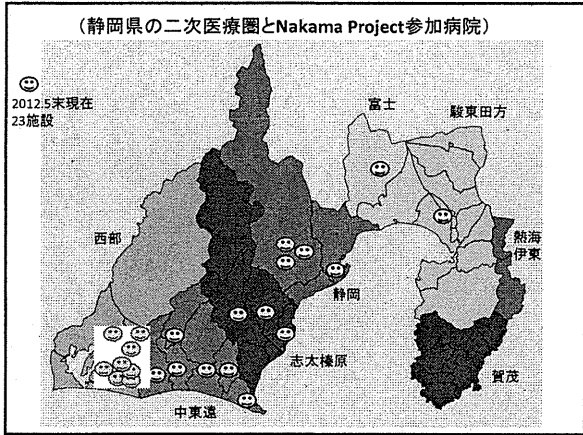
「二次医療圏の診療情報の集約化とデータベース化事業のモデル構築」
平成23-25年度 静岡県(中東遠)地域医療支援センター事業
私個人のサーバにDPCデータを保管(14病院→23病院)
分析には(株)girasolのDPC分析ツールを利用

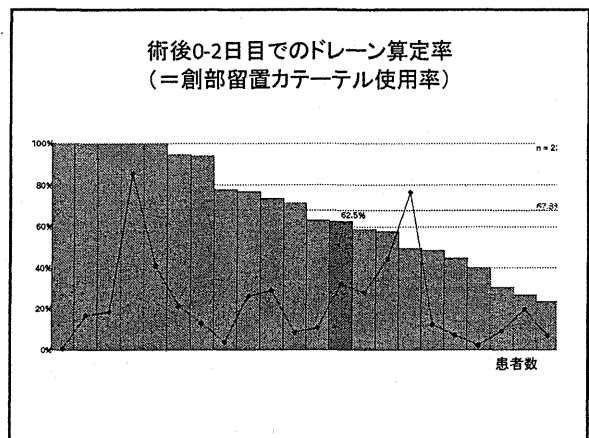
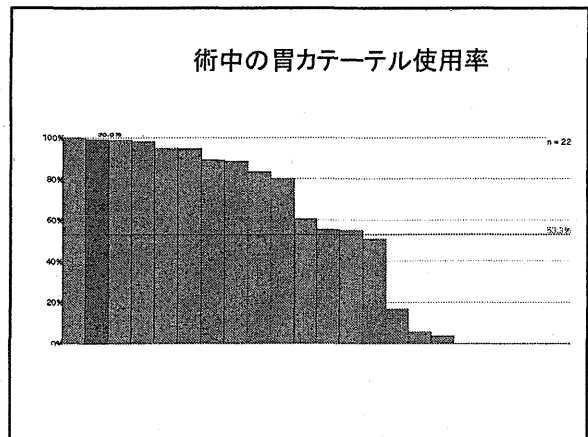
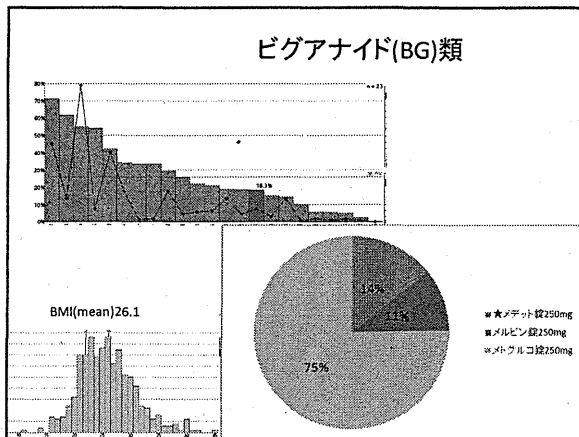
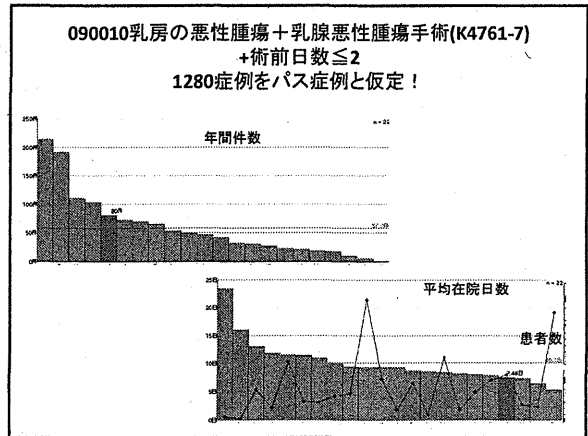
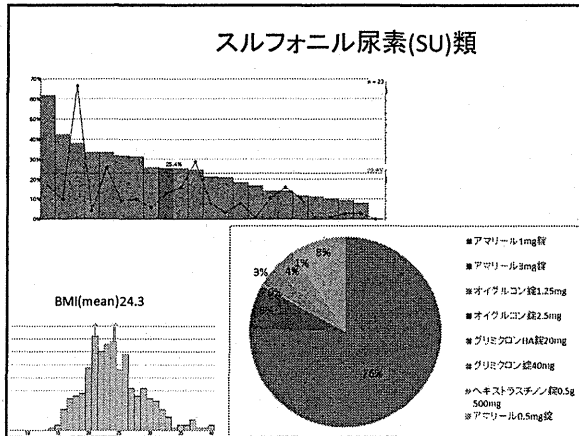
その他・・・

広告塔としてのNakama Projectポータルサイトの立ち上げ

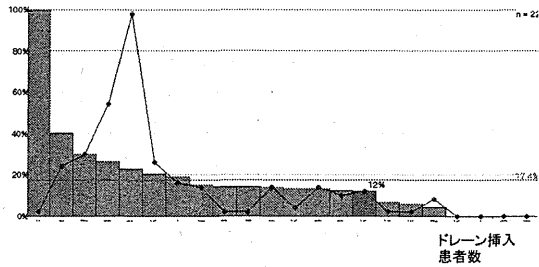
小林塾? (県内の医事課職員等の勉強会)
医師事務作業補助者養成プログラム(院内職員→地域に開放?)



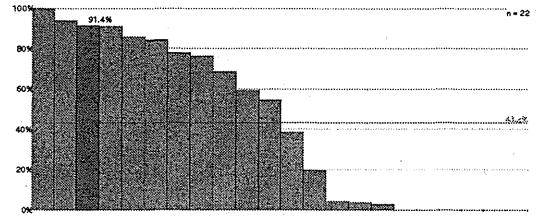




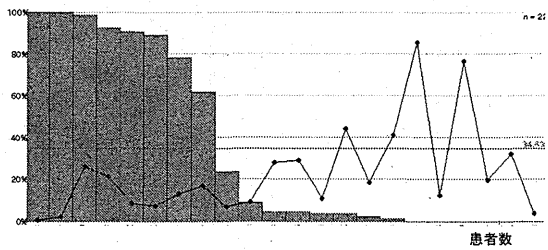
ドレーン挿入患者のうち8日目を降の留置率



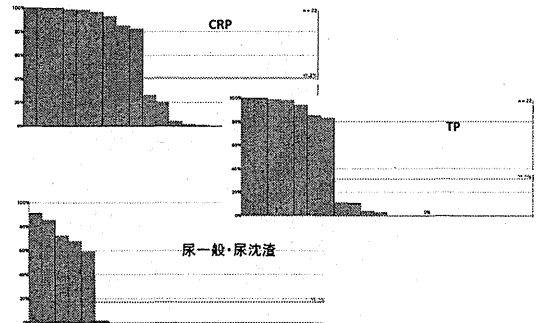
第1病日の呼吸心拍監視使実施率



手術翌日の注射抗菌薬使用率



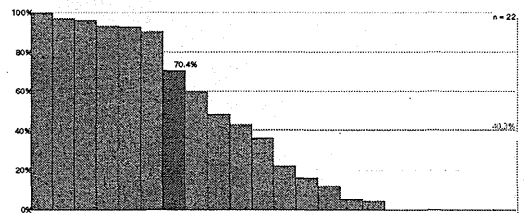
第1病日のルーチン?検査

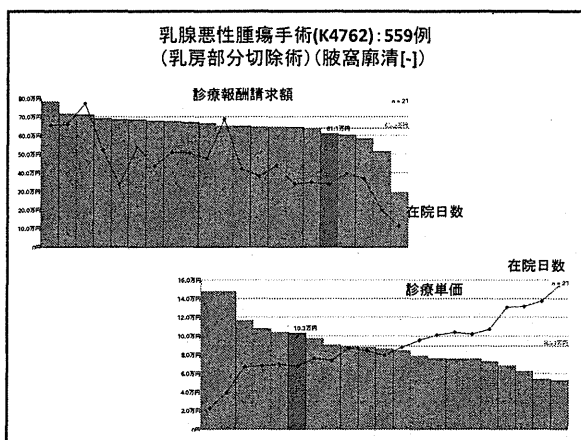
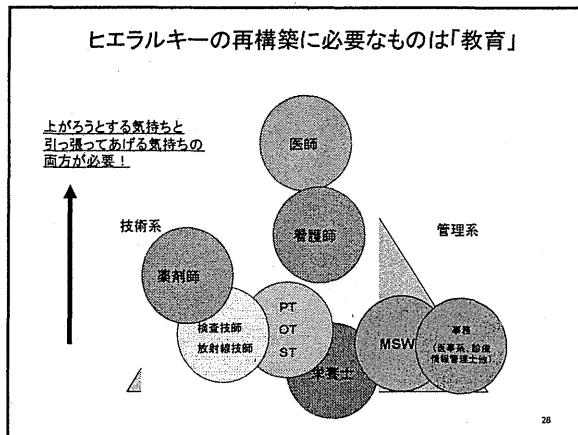
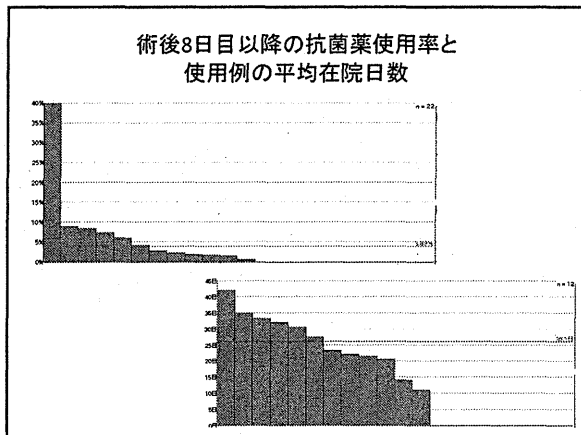


使用抗菌薬の種類
施設別の実施率
平均使用数

施設	実施率	平均使用数
セブチン	21.4%	100
セブチン	17.9%	93.7
セブチン	10.8%	100
セブチン	9.3%	100
セブチン	7.2%	97.2
セブチン	6.9%	96.6
セブチン	6.5%	100
セブチン	5.9%	100
セブチン	4.6%	100
セブチン	4.1%	97.6
セブチン	3.2%	100
セブチン	2.8%	90.5
セブチン	2.7%	100
セブチン	2.8%	100
セブチン	1.4%	29.6
セブチン	1.2%	6.3
セブチン	1.1%	52.4
セブチン	1.1%	67.7
セブチン	1.0%	25.6
セブチン	0.9%	100
セブチン	0.6%	33.2
セブチン	0.5%	33.5
セブチン	0.4%	32.5
セブチン	0.4%	80
セブチン	0.3%	2.7
セブチン	0.3%	8.7
セブチン	0.2%	4.2
セブチン	0.2%	11.2
セブチン	0.2%	4.1
セブチン	0.1%	100
セブチン	0.1%	0.5
セブチン	0.1%	0.5

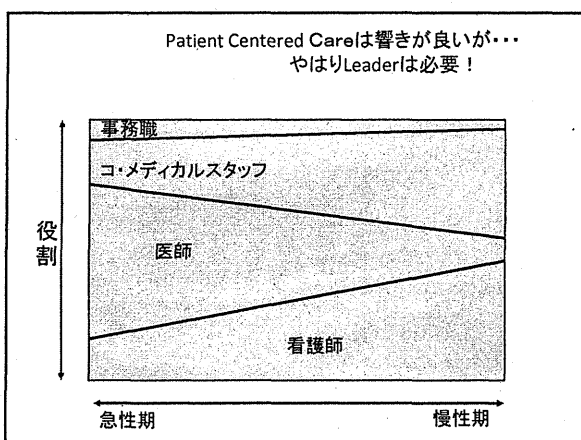
術後の早期リハビリテーション加算算定率





ご清聴ありがとうございました

「ご質問等があれば、お気軽にメールをください」
連絡先: tokoba@ha-ma-med.ac.jp
〒111-8511 東京都台東区入船1-1-1 j.j.c.o
Twitter: @toshiko Facebook も始めました



7. 小林利彦:

地域医療機関の DPC 関連データを
集約化してできること

-静岡県 Nakama Project の分析報告から-

第 50 回日本医療・病院管理学会学術総会
演題抄録集 151, 2012

日本医療・病院管理学会誌

Vol. 49
Supplement

Journal of the Japan Society for Healthcare Administration

September 2012

第 50 回 日本医療・病院管理学会学術総会演題抄録集

会 期：平成 24 年 10 月 18 日（木）・19 日（金）

学術総会長 池上 直己（慶應義塾大学）

日本医療・病院管理学会
Japan Society for Healthcare Administration