

厚生労働科学研究研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

病院情報システムのデータを利用した臨床指標に関する研究

( H 2 3 - 医療-指定- 0 1 5 )

平成 2 4 年度

総括・分担研究報告書

研究代表者 木村通男 ( 浜松医科大学 )

平成 2 5 年 ( 2 0 1 3 年 ) 3 月

# 目 次

## ・ 総括研究報告

病院情報システムのデータを利用した臨床指標に関する研究

研究代表者 木村 通男……………1

## ・ 分担研究報告

病院の機能や疾病の種類に応じた臨床指標項目の開発と分析

研究分担者 小林 利彦……………7

九州大学病院での臨床検索プロトコル適用

研究分担者 中島 直樹……………16

## ・ 研究成果の刊行に関する一覧表……………25

## ・ 研究成果の刊行物・別刷

### 【論文発表】

1. 小林利彦, 木村通男……………27

病院内医療情報のフル活用を目指して –院内 Raw データの有効用-,  
医療情報学 32(1):27-34, 2012.

### 【学会発表】

1. M. Kimura……………37

Drug adverse event detection and clinical indicator on national standardized  
CPOE data infrastructure,  
GNDS2012, INFORMATIK 2012, International Japanese-German Meeting,  
Braunschweig, Germany, September, 19,2012.

2. M. Kimura……………43

Adverse Event Detection and Indications Based on Nationwide Standardized  
HIS-Export Infrastructure SS-MIX Storage,  
CDISC 2013 Asia-Pacific Interchange, Singapore, February 21, 2013

3. 木村通男……………51  
 全国規模の大データベースの現状:  
 4: PMDA の NIHARI Project-Medical Information for Risk Assessment Initiative,  
 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, 55-57, 6 月 1 日, 2012.
  
4. 小林利彦, 康永秀生, 石川光一, 藤森研司, 高橋泰……………61  
 医療関連情報を集約化し地域医療にいかにか 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.
  
5. 小林利彦……………65  
 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.
  
6. 小林利彦……………69  
 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.
  
7. 小林利彦……………77  
 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
  
8. 小林利彦……………81  
 DPC データを利用したクリティカルパス分析 腹腔鏡下胆嚢摘出術 .  
 第 32 回医療情報学連合大会論文集, 医療情報学 32-Suppl., 756-757, 2012.
  
9. 小林利彦……………85  
 バーチャルクリニカルパス大会の試み 乳がん手術症例 .  
 第 13 回日本クリニカルパス学会学術集会抄録集 425, 2012.

10. Rudy Raymond, Naoki Nakashima, Yasunobu Nohara, Sozo Inoue ····· 89  
Sensor Data Analytics to Complement Sparse and Incomplete Medical Records  
for Diabetes Disease Management,  
Proceeding of International Workshop on Pattern Recognition for Healthcare Analytics,  
5-8, 2012.
11. Yasunobu Nohara, Sozo Inoue, Naoki Nakashima, Naonori Ueda, Masaru Kitsuregawa ··· 95  
Large-scale Sensor Dataset in a Hospital,  
Proceeding of International Workshop on Pattern Recognition for Healthcare Analytics,  
9-12, 2012.
12. 中島直樹, 若田好史, 野原康伸, 井上創造, 小妻幸男, 副島秀久, 田中雅夫 ····· 101  
アウトカム志向型電子パスと生体センサを用いた探索的な  
クリティカルインディケータ抽出,  
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, 84-85, 2012.
13. 若田好史, 中島直樹, 野原康伸 ····· 106  
電子クリニカルパスにおけるオールバリエーション解析,  
第 32 回医療情報学連合大会論文集, 医療情報学 32-Suppl., 62-65, 2012.
14. 中島直樹, 田嶋尚子, 木村通男, 野田光彦, 有倉陽司, 鍵本伸二, 古賀龍彦,  
林道夫, 山崎勝也, 大江和彦, 藤田伸輔, 宮本正喜, 若宮俊司 ····· 111  
糖尿病医療の情報化に関する合同委員会の活動報告  
「糖尿病ミニマム項目セット」の策定とその展開,  
第 32 回医療情報学連合大会論文集, 医療情報学 32-Suppl., 92-95, 2012.

# 病院情報システムのデータを利用した臨床指標に関する研究

( H23-医療-指定-015 )

研究代表者	木村 通男	浜松医科大学附属病院	教授
研究分担者	小林 利彦	浜松医科大学附属病院	特任教授
	中島 直樹	九州大学附属病院	准教授
研究協力者	服部 達明	近石病院脳神経外科	
	安德 恭彰	九州大学大学院医学研究院	
	山下 貴範	九州大学附属病院	
	吉崎 真司	九州大学附属病院	

**研究要旨:** 病院情報システムの持つ各種情報から病院の臨床指標を抽出することが広まりつつあるが、素材とする情報種は様々なものが考えられる。本年度は、情報種を各種 DPC データに広げて、中医協で提案された「病院指標の作成と公開(案)」の各項目、更に、真の臨床指標たるべくオーダ系の持つ検体検査結果をも用いての指標について、浜松医科大学病院、九州大学病院で抽出し、その手間や問題点を探った。中医協の示した指標案の項目について、簡単に抽出できるもの、そうでないものがあることが判明した。原因は、請求データをベースにする場合、請求時には得られていない情報(例:病理報告)があることや、日付がない情報では手作業による紐付け(例:発症日)が必要であるためであった。広く全国の診療施設を対象に、抽出と開示を求めるのであれば、入力する側の手間、データの得られる時期を考慮しなければ、過度の負担を施設に強いることになり、参加者が減り、全国的な広がりを持った開示とならない可能性がある。本研究において、両施設の臨床情報検索システムを用いて、検体検査結果をベースに入院、手術といったイベントとの前後関係を考慮した評価が簡単におこなえることが示された。このシステムは、SS-MIX 標準化ストレージのデータを元としており、データ形式は、HL7 規格で標準化されているので、アルゴリズムの共用が可能であり、各施設が対応可能となるであろう。

## A.研究目的

病院情報システムの持つ各種情報から病院の臨床指標を抽出することが広まりつつあるが、素材とする情報種は様々なものが考えられる。医事請求データ

(処方、病名、検査実施情報など)は、病院、診療所にかかわらず所持されており、DPC 参加病院では、更に E,F ファイル、様式 1, 3, 4 など、選択された DPC

コードや、一部の各種臨床情報もある。また、全国 100 以上の病院で、SS-MIX 標準化ストレージにより検査結果も蓄積され始めている。

今後、各種臨床指標を各診療施設が抽出、開示することが広まり求められると思われるが、施策やベンチマークとして用いる場合、これらの各種素材情報のアベイラビリティや、抽出の手間を考慮して項目を決定する必要がある。

昨年度は、すでに他施設で開示されている臨床指標を浜松医科大学病院、九州大学病院において、どれほどの手間で抽出できるかを主として、オーダデータである処方、検体検査結果を用いて抽出し、両施設で共通に稼働している臨床情報検索システムによって簡単に実施できることを示した。

本年度は、情報種を各種 DPC データに広げて、中医協で提案された「病院指標の作成と公開(案)」の各項目、更に真の臨床指標たるべくオーダ系の持つ検体検査結果をも用いての指標について、両施設で抽出し、その手間や問題点を探った。

## B.研究方法

2012 年 12 月に中医協で提案された「病院指標の作成と公開(案)」の各項目、更に真の臨床指標たるべくオーダ系の持つ検体検査結果をも用いての指標について、両施設で抽出し、その手間や問題点を探った。各項目は以下のとおりである。

### < 指標項目 >

**年齢階級別退院患者数**

**診療科別症例数トップ 3**

**「胃がん」切除症例の UICC 病期**

**分類(開腹手術 vs 腹腔鏡手術)**

**成人市中肺炎の重症度別患者数**

**脳梗塞の ICD10 別患者数**

**診療科別主要手術の術前・術後**

**日数・症例数トップ 3**

また、これに足して、

**糖尿病での入院前後の検査データ**

**(HbA1c, Cr [クレアチニン])比較**

という、検体検査結果を用いる臨床指標についても実施した。

両施設とも通常の病院情報システムの医事系の DB 検索機能は有し、DPC 請求に参加しており、SS-MIX 標準化ストレージにより処方、検体検査結果、病名を蓄積し、さらに DPC 関連各項目も取り込んで、検索することができた。

## (倫理面への配慮)

本研究は、非介入のレトロスペクティブ研究であり、且つ、集計結果のみの報告であるため、倫理的な配慮を特に必要としなかった。

## C.研究結果

それぞれの抽出項目についての詳細は、小林、中島、両研究分担者の報告を参照されたい。本研究は、それぞれの臨床的内容についてのものでなく、それらの抽出の可能性、手間、問題点を探るものであるため、これらについて論じる。

まず、中医協案の項目のうち、

**年齢階級別退院患者数**

**診療科別症例数トップ 3**

については、特段の検索機構を用いることなく、簡単に抽出可能であった。

### 「胃がん」切除症例の UICC 病期分類

については、技術的には問題ないが、小林研究分担者の指摘通り、病期分類が入力されていない症例が数多く見られた。これは、DPC データはあくまでも請求時のデータであり、その段階で病理検査報告が仕上がっておらず、そのため、その項目が空白であったためと考えられる

### 成人市中肺炎の重症度別患者数

については、これも技術的には問題ないが、「市中」肺炎かどうかを判断する項目は、素材としたデータには存在しない。また、DPC コードが2年で変化していることから、経年での追跡比較が困難であった。

### 脳梗塞の ICD10 別患者数

については、発症日との紐付けが必要であり、これは、両施設とも別途手作業となり、大きな手間がかかった。

### 診療科別主要手術の術前・術後

#### 日数・症例数トップ3

については、中島研究分担者の報告にあるように、DPC 病名対応診療科数が多い大規模病院では、作業量、時間ともに相当な手間がかかるが、逆に小規模病院であれば、所要時間が短くなることが期待される。

上記項目に足して、検体検査項目を用いた

### 糖尿病での入院前後の検査データ (HbA1c, Cr [クレアチニン]) 比較

については、入院というイベントの前後、

という時系列検索が必要なため、通常病院情報システムが持つリレーショナルデータベースではかなりの時間を要する。しかし、今回、両施設は、これを短時間で可能とする臨床情報検索システム D\*D を稼働させているため、人手間と合わせて数時間で抽出することができた。

## D.考察

中医協で提案されている項目は、もちろん各施設で抽出可能であることを前提に考えられていると思われる。ただし、請求段階でのデータであり、病理検査結果など時間がかかるものが、請求後（請求ファイル製作後）に報告されるものがあることに留意する必要がある。この問題は、結局、そのようなデータが人手で判断、入力されており、請求後にアップデートされない、ということである。DPC 請求のための項目も、臨床的判断を求めるものが増えており、今後は、このギャップを埋める方法（電子カルテ上で報告されたものが、DPC 請求ファイルに、請求後アップデートされるなど）を考える必要がある。このようなデータを集める側には見えない、データを作る側の状況、ということを考慮することが、今後、指標の製作、開示を広く診療施設に求める際に必要とされると考える。

上記のことは、指標の材料として用いられるデータ項目が、

- \* 医事会計システム内で生まれるもの
- \* オータシステム内で生まれるもの
- \* 医師などの判断により人間が発生しているもの

に分類して考える必要があることを示唆

している。さらに、オーダシステムで生まれているものも、DPC 請求のためのファイルを作成するシステムへの情報移転がスムーズに行われるかどうかという点も技術的な問題として存在する。電子カルテに、すでに、医師が記載した情報を移転できるか、また、自動で無判断で移転していいか、という問題もその次に見えてくる。

今回対象とした両施設は、ともに SS-MIX 標準化ストレージを稼働させ、臨床情報検索システムを利用することができたので、検体検査情報を用いての臨床指標という、いわば外形による評価でなく、個別症例ごとに踏み入ったの評価が、簡単に可能であった。すでに SS-MIX 標準化ストレージ稼働病院は全国で 100 を超えており、そのデータ形式も HL7 規格で標準化されている。つまり、検索アルゴリズムを共用化できるのであり、厚生労働省医薬食品局の「医療情報データベース基盤整備事業(MID-NET)」も、その点に注目し、拡張性を認めてのことであろう。また、このような臨床情報データベースは、北欧などを除けば、アメリカ、中南欧になく、我が国の施策、臨床研究のアドバンテージとなるものと考えられる。

## E. 結論

中医協の示した指標案の項目について、簡単に抽出できるもの、そうでないものがあることが判明した。その原因は、請求データをベースにする場合、請求時には得られていない情報（例：病理報告）があることや、日付がない情報では手作

業による紐付け（例：発症日）が必要であるためであった。

両施設の持つ臨床情報検索 DB システムを用いて、検体検査結果をベースにし、入院、手術といったイベントの前後関係を考慮した評価が簡単におこなえることが示された。これらは、SS-MIX 標準化ストレージのデータを元としており、データ形式は、HL7 規格で標準化されているので、アルゴリズムの共用が可能であり、各施設が対応可能となるであろう。

## F. 健康危険情報

本研究推進において、生命、健康に重大な影響を及ぼすと考えられる新たな問題及び情報はなかった。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

Kimura M.: Drug adverse event detection and clinical indicator on national standardized CPOE data infrastructure, GMDS2012, INFORMATIK 2012, International Japanese-German Meeting, Braunschweig, Germany, September, 19,2012.

Kimura M.: Adverse Event Detection and Indications Based on Nationwide Standardized HIS-Export Infrastructure SS-MIX Storage, CDISC 2013 Asia-Pacific Interchange, Singapore, February 21, 2013



木村通男: 全国規模の大データベースの  
現状: 4. PMDA の NIHARI Project-Medical  
Information for Risk Assessment Initiative,  
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, 55-57, 6月1日, 2012.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

- 1.特許取得       なし
- 2.実用新案登録   なし
- 3.その他         なし

## I. 利益相反

本研究において、利益相反は生じなかつた。

# 病院情報システムのデータを利用した臨床指標に関する研究

(H23-医療-指定-015)

## 病院の機能や疾病の種類に応じた臨床指標項目の開発と分析

研究分担者

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 特任教授

### A.研究目的

ここ数年、医療界では臨床指標：Clinical Indicator(CI)や質指標：Quality Indicator(QI)の分析・公開が叫ばれ、多くの研究者による報告や国レベルでの奨励が進んでいる。この種の指標等を作成・分析するにあたり、各種診療データが必要となるが、計測や分析の容易性と他施設との比較検討などを前提に考えると、デジタルデータとして標準化保管されていることが望まれる。そういった意味では、制度が導入されて10年になるうとするDPC関連データの有用性は明らかである。

しかし、DPC対象病院は全国に在る8500施設の中の17%ほどに過ぎず、なおかつ現状では、入院患者の診療情報のみを取り扱っている。従って、外来診療が中心となる各種疾患や慢性期病院の入院患者に対するCI、QIには対応できていないのが実情である。

今回、DPC対象病院で現在進められているCI、QIの公開に向けた流れへの対策検討と、慢性期疾患である糖尿病に関するCI、QIの計測と分析を試みたので報告する。

### B.研究方法

[1]2012年12月7日に中医協にて提案された「病院指標の作成と公開(案)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002puj1-att/2r9852000002qbfb.pdf>に準じて、当院における病院指標の作成を試みた。具体的には、年齢階級別退院患者数(県内の23DPC対象病院との比較とともに)、診療科別症例数トップ3(整形外科を対象)、「胃がん」切除症例のUICC病期分類(開腹手術 vs 腹腔鏡手術)、成人市中肺炎の重症度別患者数、脳梗塞のICD10別患者数、診療科別主要手術の術前・術後日数・症例数トップ3(心臓血管外科を対象)に関して、可能な範囲で病院指標の作成を試みた(対象期間は2011年4月~2012年3月)。

なお、静岡県内23病院のDPC関連データの分析に関しては、中東遠地域医療再生支援センター事業(通称Nakama Project:研究責任者小林利彦)にて集積した診療データ等を利用した。また、各種分析ならびに図表作成等に当たっては、DPC分析ソフトであるgirasol(ヒラソル)を使用した。

[2]当院の「臨床研究DBシステム」に保管されている患者・診療情報の中から、検索ツールであるD-D(ディー・スター・ディー)を用いて以下の条件で患者抽出を行い、入院前後の検査データ(HbA1c, Cr[クレアチニン])を比較検討した。

### 【検索条件】

- (a) 2010年4月～2012年3月の間に入院した患者の中で、DPCのMDC06コードが100070(2型糖尿病[糖尿病ケトアシドーシスを除く])の患者を抽出する。
- (b) 上記患者の中で、「入院日2か月前～前日までの期間」と「入院後1か月後～3か月後までの期間」にHbA1cとCrの血液検査を行った患者を抽出する。

### (倫理的配慮)

患者抽出ならびにその後のデータ分析は、院内の病院情報システム上でを行い、最終的にエクセル等でグラフ化された結果のみを本研究で利用するため、患者個々の情報が抽出されることはなかった。

[3] 前述した静岡県内23病院のDPC関連データを活用して、糖尿病患者の平均年齢とBMI値を1型糖尿病(MDC06:100060)と2型糖尿病(MDC06:100070)とで比較検討した。なお、2型糖尿病患者に関しては、併存するICD10コードを分析することで合併症頻度の推察を試みた。

## C. 研究結果

### [1] 当院の病院指標作成の試み

#### \*\* 年齢階級別退院患者数

(図1a, 図1b)

県内23病院の総患者年齢分布と比較して、当院(大学病院)では80歳以上の患者数比率が低い傾向にある。

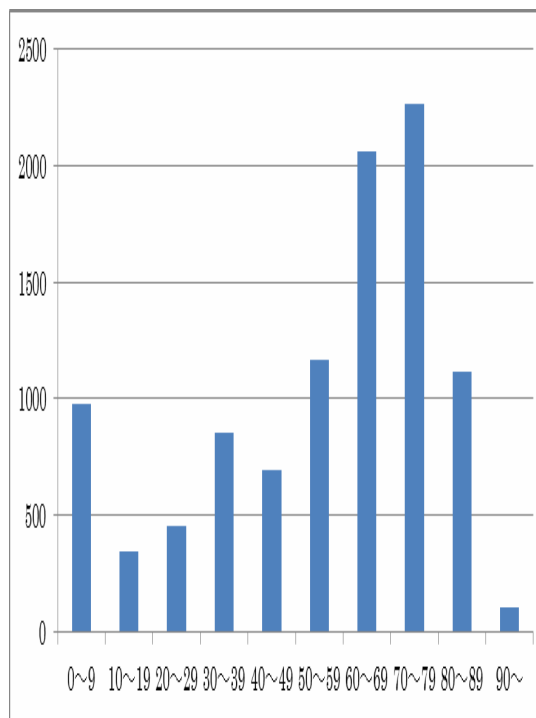


図1a

当院の退院患者年齢分布

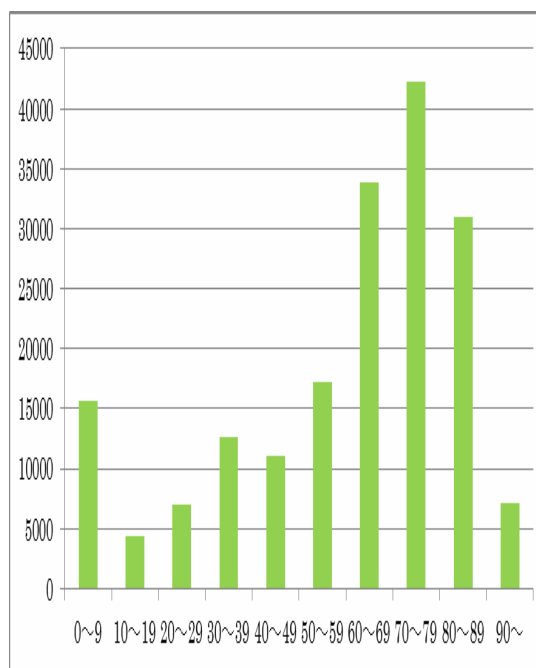


図1b

静岡県内23DPC病院の退院患者年齢分布

### \*\* 診療科別症例数トップ3

(図2)

当院の整形外科では、脊椎に対する外科手術件数が著しく多いのが特徴である。

DPCコード	名称	症例数	平均在院日数 (自院)	平均在院日数 (全国)	転院率	平均 年齢	患者用 パス
1 070180xx97xxxx	脊椎の変形に対する手術	82件	36.5日		13.4%	57歳	なし
2 070220xx010x0x	股関節症に対する人工股関節手術	49件	21.9日		4.1%	62歳	あり
3 07034xxx01xxxx	脊柱管狭窄症に対する脊椎固定手術	28件	24.9日		3.6%	66歳	なし

図2

### 当院整形外科における症例数トップ3

### \*\* 胃がん切除症例の UICC 病期分類

(図3a, 図3b)

開腹手術症例と比較して、腹腔鏡手術症例では圧倒的に Stage の患者が多く、進行がんに対して腹腔鏡手術を積極的に実施している施設は限られている。

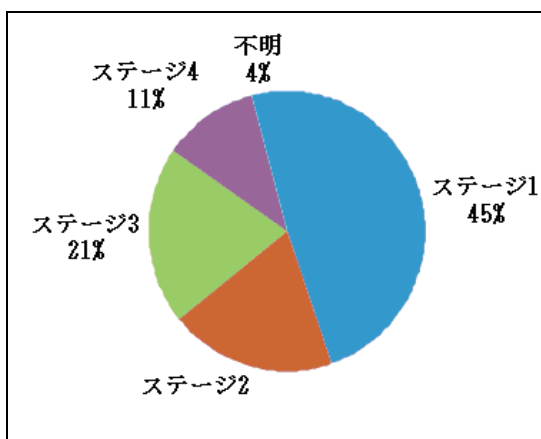


図3a

### 開腹手術症例の病期分類

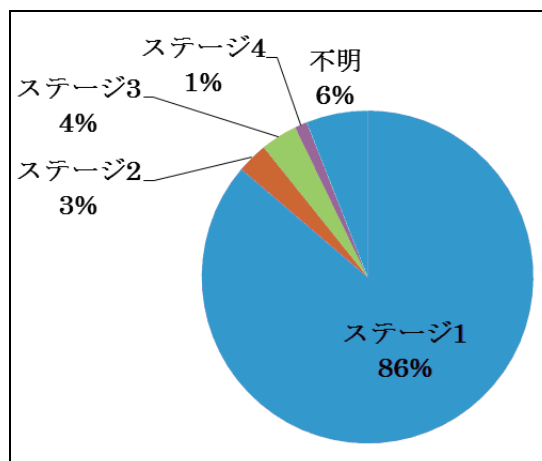


図3b

### 腹腔鏡手術症例の病期分類

### \*\* 成人市中肺炎の重症度別患者数

(図4)

小児の肺炎症例では重症度分類の記載が乏しい状況にある。

重症度	患者数	平均在院日数	平均年齢
重症度0	20	12.8日	61歳
重症度1	21	14.7日	79歳
重症度2	25	20.8日	79歳
重症度3	6	21.0日	81歳
重症度4	2	22.5日	82歳
重症度5			
不明	41	7.8日	5歳

図4

### 成人市中肺炎の重症度別患者数

### \*\* 脳梗塞の ICD10 別患者数

(図5)

発症日から3日以内の脳梗塞患者の治療成績と平均在院日数が急性期病院の臨床指標として求められている？

ICD-10	傷病名	発症日から	症例数	平均在院日数	平均年齢	転院率
G45\$	一過性脳虚血発作および関連症候群	3日以内	5件	2.4日	76歳	0%
		その他	1件	17.0日	84歳	0%
G46\$	その他の脳血管疾患における脳の血管(性)症候群	3日以内	1件	62.0日	86歳	0%
		その他	0件			
I63\$	脳梗塞	3日以内	69件	18.1日	74歳	23.2%
		その他	3件	50.7日	76歳	33.3%
I65\$	脳実質外動脈の閉塞および狭窄、脳梗塞に至らなかったもの	3日以内	26件	12.0日	71歳	3.8%
		その他	10件	10.5日	72歳	0%
I66\$	脳動脈の閉塞および狭窄、脳梗塞に至らなかったもの	3日以内	5件	27.0日	74歳	20.0%
		その他	2件	12.0日	73歳	0%
I675	もやもや病くわいス動脈輪閉塞症>	3日以内	1件	5.0日	8歳	0%
		その他	0件			
I679	脳血管疾患、詳細不明	3日以内	0件			
		その他	0件			

図5  
脳梗塞の ICD10 別患者数

\*\* 診療科別主要手術の術前・術後日数・症例数トップ3 (図6)

当院の心臓血管外科の特徴として、冠動脈・大動脈バイパス移植術より大動脈瘤手術の方が件数として多いことがあげられる。

Kコード	名称(部位)	症例数	平均在院日数	平均術後日数	転院率	平均年齢	患者用パス
K5603	大動脈瘤切除術(胸部・弓部)	26件	49.4日	41.9日	15.4%	72歳	なし
K5522	冠動脈・大動脈バイパス移植術(2吻合以上)	22件	41.0日	33.5日	22.7%	71歳	なし
K5611	ステントグラフト内挿術(胸部大動脈)	19件	37.7日	31.7日	21.1%	70日	なし

図6  
当院心臓血管外科における症例数トップ3の外科手術

【2】2010年4月～2012年3月の間に入院した患者の中で、DPCのMDC06コードが100070(2型糖尿病[糖尿病ケトアシドーシスを除く])の患者は139人であった。その中で、「入院日2か月前～前日までの期間」と「入院後1か月後～3か月後までの期間」にHbA1cとCrの血液検査が実施された患者は96人であった。入院前後のHbA1c値(平均値)は9.2%から7.6%と低下傾向にあったが(図7)、Cr値は0.8mg/dlから1.0mg/dlと増加傾向にあった(図8)。

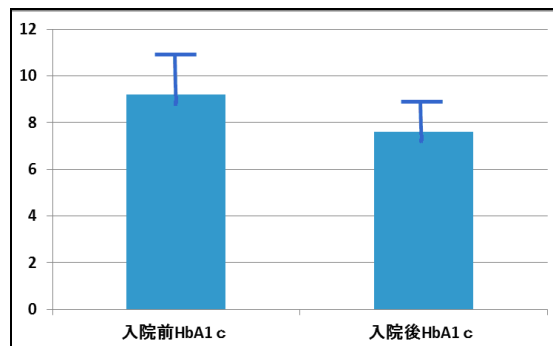


図7  
入院前後のHbA1c値の推移 (Barは標準偏差)

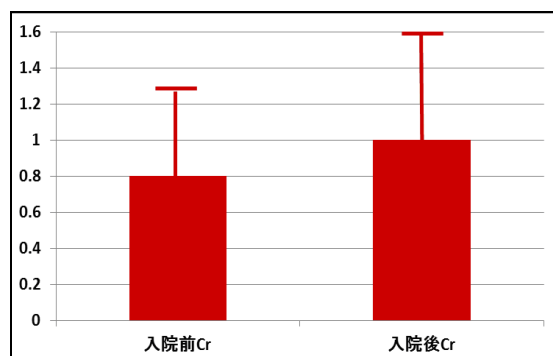


図8  
入院前後のCr値の推移 (Barは標準偏差)

**【3】**静岡県内 23 病院における 1 年間の 1 型糖尿病 (MDC06:100060)入院患者は 141 人であり、2 型糖尿病 (MDC06:100070) 入院患者は 1551 人であった (複数回入院は別カウント)。

平均年齢は、

- 1 型糖尿病 49.6 歳(図 9a)、
- 2 型糖尿病 61.7 歳(図 9b)であり、
- 2 型糖尿病で高い傾向にあった。

BMI (平均値) は、

- 1 型糖尿病 20.7(図 10a)、
- 2 型糖尿病 24.8(図 10b)であり、
- 2 型糖尿病で肥満傾向が認められた。

なお、2 型糖尿病患者における併存症 (合併症) としては、腎疾患が 11%、眼疾患が 7%、神経疾患が 7%、末梢循環合併症が 5%認められた(図 11)。

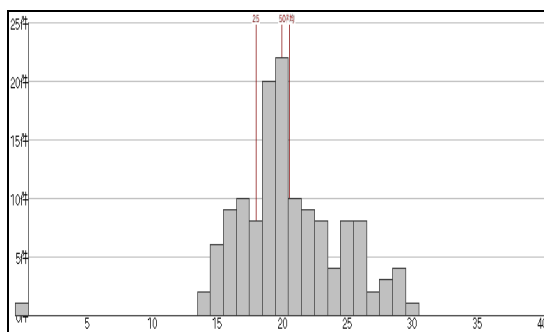


図 10a

**1 型糖尿病の BMI 値分布**

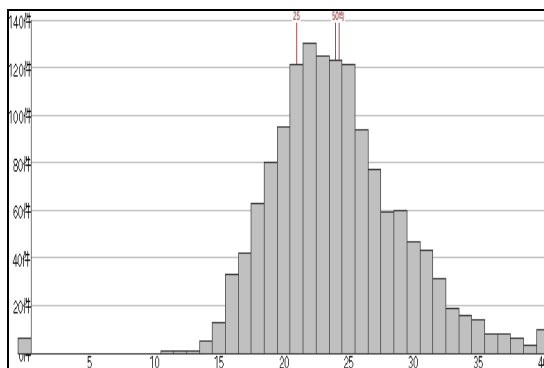


図 10b

**2 型糖尿病の BMI 値分布**

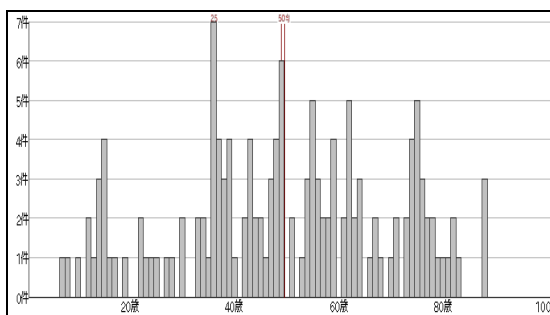


図 9a

**1 型糖尿病患者の年齢分布**

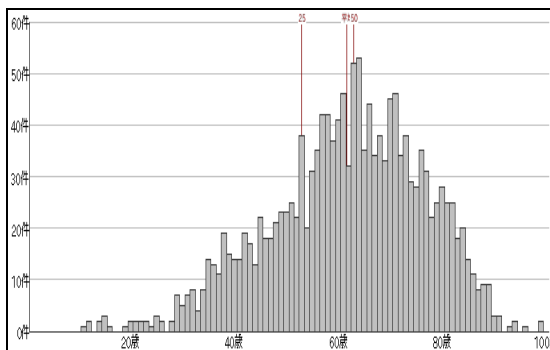


図 9b

**2 型糖尿病患者の年齢分布**

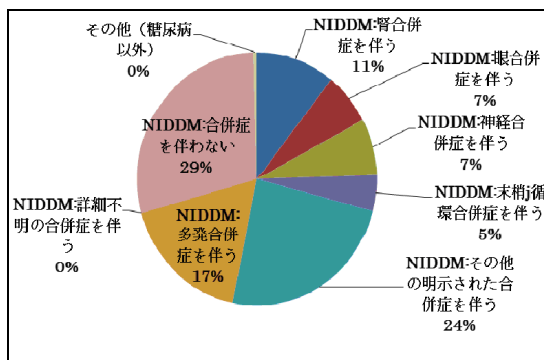


図 11

**2 型糖尿病患者における併存症 (合併症) の分布**

## D.考察

多くの病院が臨床指標 (CI)や質指標 (QI)の公開等に注目する中、その種の指標作成が何故必要なのか？その原点が問われている気がする。言い換えれば、臨床指標等を作成することが目的化していないか？ということである。

現在、中医協にて「病院指標の作成と公開(案)」(以下、中医協案)が議論されているが、その背景には様々な問題が見え隠れする。DPC 制度が導入されて10年になるが、診療報酬請求のシステムツール(DPC/PDPS)としての側面が強調化され、不適切なコーディング例があとを絶たない。一時期、当該施設に対してヒアリング等が積極的に行われたが、その効果は不明なままである。その結果、本来の狙いである Casemix 分析の精度管理に少なからず影響が出てきたため、2012年末に中医協からDPCコーディングに関するガイドライン(案)が提案された。同時に、DPCデータを活用した病院指標をHPに掲載した施設に対して、機能係数へのインセンティブを設ける方向性が明らかとなった。

機能係数の加算に反映する具体的な指標項目や各種定義等の設定はこれからであるが、現状案から推察すると、

- 1)各病院で症例数が多い疾患・手術をランキング形式で明示し、その平均在院日数を全国平均と比較する。
- 2)重症あるいは複雑な症例の取り扱い件数を明示する。
- 3)本来であれば頻度が少ないと思われる疾病(手術合併症、敗血症、DIC等)の件数を明示する。

などがポイントのように思われる。症例数や手術件数をランキング形式で公開することは、中医協が言う「市民目線で分かりやすく解説する」という趣意に沿うのかも知れないが、DPC対象病院でなくても従前公開してきた施設は少なくない。その一方で、市販のランキング本などでも明らかのように、誤解や弊害の発生も危惧される。DPCデータを利用して病院指標に関して違う見せ方ができるとすれば、Casemixとしての切り口の工夫と平均在院日数の全国平均とのベンチマークが考えられる。本研究では全国平均在院日数としてどのデータを利用すべきか明確でなかったので空欄としたが、同様な Casemix で全国平均値と大きく異なる結果になれば、病院としての説明責任は求められるだろう。なお、切り口として14桁コードを多用すると、疾患によっては1施設での症例数が著しく少なくなり、全国平均値と比較する意義が乏しくなる可能性も危惧される。

中医協案では「初発の5大癌のUICC病期分類別ならびに再発患者数」が提案されていたが、今回の研究では胃がん切除症例の病期分類について分析を行った。基本的には様式1のデータを根拠に病期分類したが、記載のない例が少なからず存在した。病理結果が未着なのか記載漏れなのかは不明であるが、DPC関連データを利用する際の根本的な問題がそこにあると考える。実際、多くの病院がDPCデータを診療報酬請求ツール(DPC/PDPS)としてのみ使用し、レセプト請求が終了した後に新規データを追記・入力することはほとんどないと思われる。「がん登

録」のように、病理結果が出てからの入力作業は通常行われていないと考える。従って、乳がんのように在院日数がさらに短い疾患では、病期分類の無記載例がさらに増えるものと予想される。

結局、今回の中医協案は、不適正コーディングの抑制が一番の狙いではないと考える。本研究の中では言及していないが、静岡県内 23 病院の分析でも、「手術処置等の合併症」や「敗血症」等の頻度は施設間較差が案外大きなものとなっている。現状では入院当初の病名入力担当医が行うことになっているが、その後のコード変更等では、事務職員が誘導している可能性も少なくないと思われる。「がん登録」などとは異なり入力作業に厳しいルールがなく、なおかつコードが一つ変わるだけで請求額が大きく異なること、さらにレセプト請求が終了すると後日の情報追記はほとんどなされないデータファイルである特殊性を十分に理解して、病院指標を作成・分析・評価する必要がある。

本来、CI や QI を考える場合、全病院で共通する指標項目と病院の機能に応じた指標項目、各疾患に特化した指標項目等の存在があげられる。一般に、DPC データは急性期病院の入院患者に限定した診療関連データである。例えば、5 疾病である「がん」「脳卒中」「心臓病」「糖尿病」「精神疾患」で考えると、前述したような不適正コーディング例の存在を除けば、がん、脳卒中、心臓病にて DPC データから入院中の診療プロセスを指標化することは比較的容易である。実際、厚労省の事業として行われた「医療の質の評価・

公表等推進事業」で公開された指標の多くは、DPC データを活用したものがほとんどである。逆に、この種の急性期疾患で考えられる CI や QI 等の中で DPC データからは分析が困難なものとしては、救急疾患（脳梗塞、心筋梗塞など）での来院・治療までの時間、結果報告（最終入力）までに比較的日数がかかる病期分類、退院後の長期成績（がんの 5 年生存率、狭心症・脳梗塞等の再発率など）、画像検査や検査成績をもとにした治療効果指標、そして患者満足度調査などがあげられる。なお、精神疾患での CI、QI としては、入院期間や社会復帰率程度のものしか現状では思いつかない。

本研究では、慢性期疾患として外来診療が中心とはなるが、症状の増悪時等に入院となる糖尿病疾患について若干の分析を行った。当院の「臨床研究 DB システム」には過去 10 年以上の患者・診療情報が保管されており、検索ツールである D D を用いることで患者抽出が短時間にて可能である。同システムが DPC データベースと根本的に違うところは、電子カルテから一定の診療情報（検査成績、画像データ、処方データを含む）が定期的に標準化保管されることにある。従って、二次活用を目的に検査成績等を抽出できることが最大の強みと考える。今回は、2010 年 4 月～2012 年 3 月までの DPC 定義に基づいて、同期間に入院した糖尿病患者の入院前後の検査成績（HbA1c, Cr）を比較検討した。なお、入院日を起点に患者抽出を行うシステムであるため、「入院日 2 か月前～前日まで」を「入院前」と定義し、退院日は起点とできない



ので「入院後1か月後～3か月後までの期間」を「入院後」と定義した（当院の2型糖尿病患者の平均在院日数は14日ほどであり、大きく外れてはいないと考える）。

糖尿病治療のため入院した結果、HbA1c値が退院後に低下傾向となったのは一定の治療効果と考えたい。今回、インスリン注射や各種内服薬の種類別に治療効果を分析するまでには至らなかったが、2009年～2012年にはシタグリブチン（ジャヌビア）やDDP-4阻害薬等の新薬の登場があり、潜在的な有害事象の発生を含め治療効果の詳細分析は今後行いたいと考えている。一方、Crに関しては、入院前後での増悪傾向が示唆された。その解釈は困難であるが、糖尿病患者において腎機能の低下は経年的に持続的かつ不可逆的であり、HbA1c値のように治療で一時的に低下する指標ではないのかもしれない。本研究における23病院の2型糖尿病患者の分析では、肥満傾向の高齢患者が多く、併存症（合併症）として11%で糖尿病性腎症を有していた。DPCコーディングの特性から考えても、重篤な腎機能低下例は別コードになっている可能性が高く、糖尿病性腎症の患者数は潜在例を含めかなり多いものと推察される。また、糖尿病性腎症は第1期～第5期までに分けられるが、Cr値の変化（増加）が一気に加速するのは第4期とされている。腎機能を正確に反映する数値として糸球体濾過量（GFR）があるが、Cr値と年齢、性別から簡便に計測できる推定糸球体濾過量（eGFR [ml/1.73m<sup>2</sup>体表面積]）が最近注目されている。具体的には、 $eGFR=194 \times Cr - 1.094 \times \text{年齢} - 0.287$ （女

性は $\times 0.739$ ）であり、慢性腎疾患の進行度との関係も第1期（90-）、第2期（60-89）、第3期（30-59）、第4期（15-29）、第5期（-15）と明記されていることなどから、今後、本研究を延長する上で重要な分析指標の一つになると考えている。

最後になるが、病院指標を作成・公開していく流れは今後も続くものと思われる。現状では、比較的標準化され多施設比較しやすいデータとしてDPC関連データがあるが、検査成績が含まれていないことだけでなく、入力精度に若干の問題があることを理解して活用すべきである。また、病院の機能だけでなく、急性期疾患、慢性期疾患等の種類により有用なCI・QI項目は異なることを踏まえ、院内にある膨大かつ貴重な診療データを上手く使い分けることが期待される。

## E. 結論

病院の機能や対象とする疾患によって、相応しい臨床指標や質指標の項目は異なってくると考える。現状では全ての指標項目に対し万能なデータベースは存在せず、院内にある膨大かつ貴重なデータの特長と限界を理解しつつ有効活用していく姿勢が必要である。

## F. 健康危険情報

本研究において、生命、健康に重大な影響を及ぼすと考えられる新たな問題、情報はなかった。

## G.研究発表

### 1.論文発表

小林利彦, 木村通男: 病院内医療情報のフル活用を目指して –院内 Raw データの有効用-, 医療情報学 32(1):27-34, 2012.

### 2.学会発表

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.

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.

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, 7月29日, 2012.

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

小林利彦: DPC データを利用したクリニカルパス分析 腹腔鏡下胆嚢摘出術 . 第 32 回医療情報学連合大会論文集, 医療情報学 32-Suppl.,756-757, 2012.

小林利彦: バーチャルクリニカルパス大会の試み 乳がん手術症例 . 第 13 回日本クリニカルパス学会学術集会抄録集 425, 2012.

## H.知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

- |          |    |
|----------|----|
| 1.特許取得   | なし |
| 2.実用新案登録 | なし |
| 3.その他    | なし |



# 病院情報システムのデータを利用した臨床指標に関する研究

(H23-医療-指定-015)

## 九州大学病院での臨床検索プロトコル適用

### 研究分担者

中島直樹 九州大学病院メディカルインフォメーションセンター 准教授

研究協力者 安德恭彰 九州大学大学院医学研究院医療情報学講座 助教

山下貴範 九州大学病院メディカルインフォメーションセンター技術職員

吉崎真司 九州大学病院メディカルインフォメーションセンター技術職員

**研究要旨:** 小規模サンプリングデータからの臨床指標の抽出ではなく、病院情報システム (HIS) に蓄積する大規模なデータ、あるいは全件データを活用して、重要な臨床指標を出すことには、信頼性や検出力の上で有利である。これを標準的な方法および共通のプロトコルを用いて、多施設間で行うことにより、1) 件数が更に増加し、信頼性や検出力は更に増す、2) 正確なベンチマーク解析が可能となり、各施設の特徴や欠点が可視化され、改善に繋がる。一方で、大学病院のような大規模病院では、そのような臨床指標を出すためのマンパワーの確保が比較的容易であるが、一般病院では、その確保さえ時に困難である。従って、効率的な臨床指標の抽出のための手法の確立や抽出に要するコストを算出することは日本全体の医療を考える上で重要である。今年度は、九州大学病院の HIS と連携したシステム (DPC 提出データ、SS-MIX 標準化ストレージおよび D D) で、どの程度、比較出来るデータ出力ができるか? そのコスト (時間) はどの程度か? 抽出した結果は妥当か? などの視点により課題を抽出し、対策を行い当初計画を達成した。

### A. 研究目的

近年、医療の質を向上するために、各病院単位での標準的な手法による臨床指標の抽出と公開の重要性が謳われている。そのためには、その指標の信頼性や有用性の評価、および抽出のための手法の効率化と標準化が必要である。

平成 23 年度からの「医療情報システムのデータを利用した臨床指標に関する研究 (H23-医療-指定-015) 木村通男班長」

では、病院情報システムと連携し、地域医療連携や治験、あるいは経営分析などのデータ 2 次利用に用いるための SS-MIX 標準化ストレージのデータを Cache ベースの D D を用いて求められた指標を抽出する手法を用いてきた。また、平成 23 年度に始まった厚生労働省と PMDA による医療情報データベース基盤整備事業では、本研究と同様の手法、すなわち

SS-MIX 標準化ストレージのデータを Cache ベースの抽出システムで病院毎に活用することが可能となる。つまり現時点で、医療情報データベース基盤整備事業参加 10 病院グループ（患者数では 200 万人以上と推算）が、平成 26 年度までにこれらのシステムを使った臨床指標の抽出が可能となる。今年度は、昨年度に引き続き、浜松医大病院が作成した抽出プロトコルを九州大学病院で検証することを【目的1】とした。

一方、2012 年末に診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会において藤森研司委員から DPC コーディングを利用した病院指標の作成と公開に関するガイドライン案が提案された。DPC に関しては、平成 24 年度からは 7,587 病院のうち 1,505 病院が参加、入院の診療報酬を算定し、248 病院が DPC 準備を行っている（計 1,753 病院（23.1%））。中大規模病院が中心であり、病床数では全国の 50%を超えている。従って、DPC に参加している病院によるガイドラインに沿った病院指標の公開は、実効性が高いと期待される。一方、それにかかる時間や課題は充分には検討されていない。そこで今年度は、このガイドラインに沿って抽出に関するコストを推定するために、実際にガイドライン通りに抽出し、その時間と課題を調査した。

【目的2】

B.研究方法

B-1 SS-MIX 標準化ストレージデータおよび D D を用いた臨床指標の抽出

浜松医大病院、小林利彦准教授が考案し、実施されたプロトコル「慢性期疾患

に対する臨床指標の分析」を受け取り、その一部をプロトコルに沿って一名の抽出者が作業した。

・MDC06:100070：2 型糖尿病患者において、入院時（あるいは入院直前）と退院時（あるいは退院直後）の HbA1c 値の変化率

[例] (退院時 HbA1c 値 入院時 HbA1c 値) / 入院時 HbA1c 値

・上記コードにおける退院 3 か月後の HbA1c 値の変化率

・上記コードにおける Cre 値（eGFR に変換）の推移

抽出作業時間は、検索のための薬品選択、抽出条件設定、グラフ作成までとした。

平成 24 年 1 月から平成 24 年 12 月までの 12 ヶ月間の SS-MIX 標準化ストレージデータを用いた。

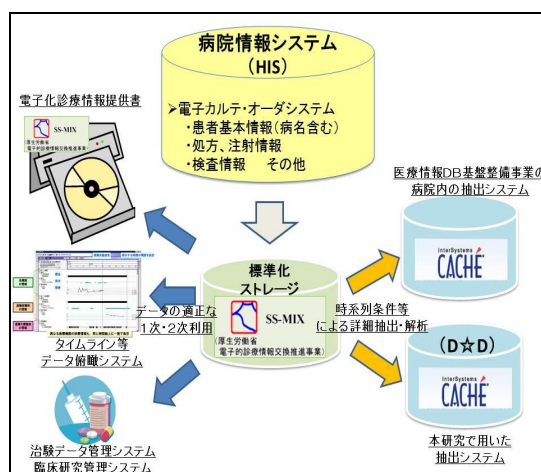


図1

SS-MIX 標準化ストレージを用いたデータ抽出方法

SS-MIX 標準化ストレージは多彩な用途へ活用化であり、かつ標準規格を用いるため、多施設間のデータ比較や再利用が可能となる。

## B-2 DPC データを活用した病院指標の作成と公開ガイドライン案の抽出コストに関する検討

DPC に参加した場合には、年に一度、標準化されたデータセットを厚生労働省に提出する義務があるため、それぞれの病院で DEF ファイルや様式 1、3、4 などの DPC データセットを保有している。平成 23 年度の DPC データセットを用いて、藤森委員提案に従って以下を抽出し、それに要した時間を測定した。HP に公開するための作業時間は測定していない。

なお、抽出は、研究専用スタッフが抽出作業に専念するのではなく、現実の病院で行われる業務を想定して、あえて他の業務と並行しながらの抽出とした。

### 0. DPC データ抽出とシステムへの投入 (MS Access を使用)

1. 退院患者
2. 診療科別症例数 TOP3
3. 初発の 5 大癌の病期分類 (UICC 分類第 6 版を使用)
4. 成人市中肺炎の重症度別患者数等)
5. 脳梗塞の ICD10 別患者数
6. 診療科別主要手術
7. その他

なお、平成 23 年度は、「4. 成人市中肺炎の重症度別患者数等」に関しては、平成 23 年度データには重症度分類が 5 ケタしかないため、市中肺炎かどうか判断できないため、抽出が不能であった。

## B-3 倫理的配慮

抽出・利用に関しては、九州大学病院データ取扱規約に沿って行った。

## C. 研究結果

### C-1 SS-MIX 標準化ストレージデータおよび D D を用いた臨床指標の抽出

#### C-1-1 糖尿病患者における HbA1c の入院前後の変化

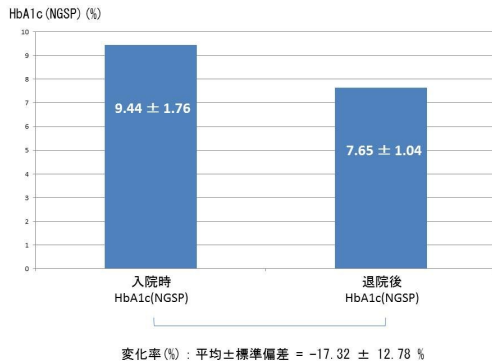
MDC06:100070 による 2 型糖尿病入院患者においては、入院期間が 2 週間未満と短い一方で、HbA1c は一般に短期の糖尿病指標とは言い難いため、多くの症例で退院時の HbA1c は測定していなかった。そこで次の項目を確認した。

#### C-1-2 上記コードにおける退院 3 か月後の HbA1c 値の変化率

まず、退院「3 ヶ月後」と限定すると、定義が難しく、かつ症例数が減少するため、「3 か月以内」とした。平成 24 年 1 月～12 月の全症例中に該当するデータを有する症例が 75 例あり、男性 40 名、女性 35 名であった。年齢はそれぞれ、(平均 ± 標準偏差) 57.1 ± 14.1 歳、58.6 ± 15.3 歳であった。

75 例の糖尿病指標である HbA1c (NGSP 値あるいは換算値) の入院時平均 ± 標準偏差は、9.44 ± 1.76 %、退院後 7.65 ± 1.04 %であった。

変化率に関しては、平均 ± 標準偏差 = -17.32 ± 12.78 %であった。



**図2**  
**SS-MIX 標準化ストレージデータ**  
**および D D を用いた慢性疾患の**  
**臨床指標の抽出**

この抽出に要した時間は、4 時間であった。

**C-1-3 C-1-2 の糖尿病患者における Cre 値の入院前後の変化**

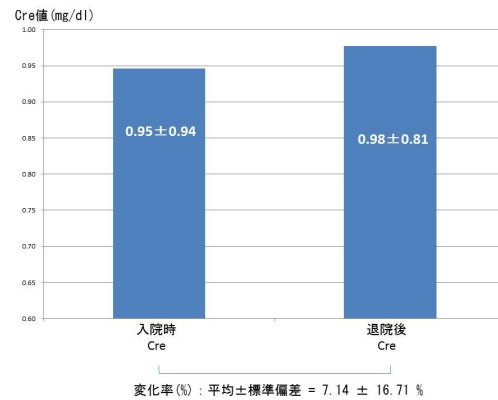
C-1-2 同様に、退院後「3 か月以内」での比較とした。また、退院後の HbA1c が存在せず C-1-2 に含まれないが、入院前後の Cre 値は比較できる症例が存在する一方で、C-1-2 の患者の中で入院前後の Cre 値の比較ができない症例も存在した。ここでは、C-1-2 の患者での Cre 値の入院前後の比較と、C-1-2 に関わらず、Cre 値の入院前後の比較ができる患者の両方を抽出した。

・C-1-2 の患者での Cre 値の入院前後の比較 (n=76)

C-1-2 の中では、1 例のみ入院前後の Cre 値の比較が出来なかった。

Cre 値の入院時平均 ± 標準偏差 = 0.95 ± 0.94 mg/dl、退院後 0.98 ± 0.81 mg/dl であった。

変化率に関しては、平均 ± 標準偏差 = -7.14 ± 16.71 %であった。



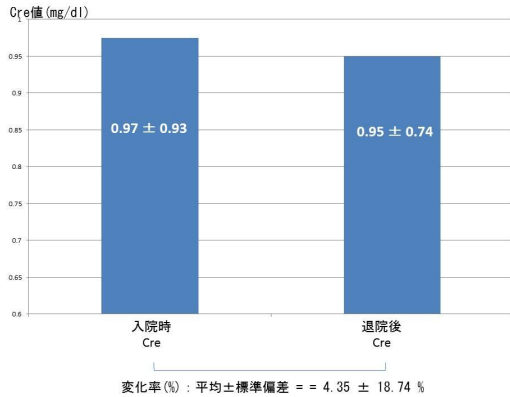
**図3**  
**2型糖尿病で入院し HbA1c が有意に**  
**低下したことが確認されたグループに**  
**おける Cre 値の入院前後での変化**

・C-1-2 の患者以外であっても入院前後で Cre 値の入院前後の比較ができた症例 (n=99)

抽出したデータは、99 例であり、男性 45 名、女性 44 名であった。年齢はそれぞれ、(平均 ± 標準偏差) 58.5 ± 14.9 歳、58.3 ± 15.6 歳であった。

Cre 値の入院時平均 ± 標準偏差 = 0.97 ± 0.93 mg/dl、退院後 0.95 ± 0.74 mg/dl であった。

変化率に関しては、平均 ± 標準偏差 = 4.35 ± 18.74 %であった。



**図4**  
2型糖尿病で入院した症例における  
Cre値の入院前後での変化

なお、これら C-1-3 の 2 点に関する抽出作業時間は、2 時間であった。

以上のことから、病院情報システムの全件から 2 型糖尿病を資源病名として抽出した場合、九州大学病院へ入院すれば 3 か月以内に糖尿病の国際指標である HbA1c ( NGSP ) 値は平均で 9.44% から 7.65%へ約 1.8 %改善するが、腎機能の指標である Cre 値には大きな変化を与えない、ということが約 6 時間で算出できることが判明した。

結果については入院によって、糖尿病指標は改善するものの、腎機能は短期では変化することはなく、妥当と思われた。

### C-2 DPC データを活用した病院指標の作成と公開ガイドライン案の抽出コストに関する検討

抽出結果については、九州大学病院が平成 23 年度～29 年度に文部科学省特別プロジェクトで行っている「電子カルテシステムのデータ利用によるがん臨床指

標の確立」の年度報告を九州大学病院の正式な公開情報とするため、参照されたい。

作業準備		作業時間 (h)
DPCデータ抽出手続き DPCデータのマージ システムへの取込作業(※今回はAccess)		2.0

項番	抽出内容	作業時間 (h)
1	退院患者	1.0
2	診療科別症例数TOP3	2.0
3	初発の5大癌の病期分類	1.5
4	成人市中肺炎の重症度別患者数等	-
5	脳梗塞のICD10別患者数	0.2
6	診療科別主要手術	5.0
7	その他	0.5

準備と抽出作業に要した時間(4以外)		計	12.2
--------------------	--	---	------

**表1**  
抽出作業準備と抽出作業にかかった時間の詳細単位  
(h)は時間  
グレー背景は  
作業時点で抽出不可能項目

抽出された課題としては、以下を挙げる。

- 1) 「2 . 診療科別症例数 TOP3」, 「6 . 診療科別主要手術」は、病院規模によりその作業量は大きく異なると思われる。九州大学病院は、DPC 病名対応診療科だけで 34 科あり、2 と 6 に特に時間を要し、全所要時間の過半を占めた。逆に小規模な病院であれば、この所要時間は短くなることが期待される。
- 2) 「6 . 診療科別主要手術」において、ガイドライン案には「術式名称は医科点数表の定めるものを用いる」同一の K コードで複数の部位が対象となる手術は、DPC コードを使用して部位別に集計すること」とあるが、九大病院では術式名



称は手入力のための K コードの重複が存在した（名称の異なる同一 K コードがあり）。また、部位については手術名称が手入力のため表現できていないものがあった。

3) 「5. 脳梗塞の ICD10 別患者数」については、発症日との紐付けは、他データとの紐付けが必要になるため、今回は症例数の算出するに留めた（但し、ガイドライン案でも許容されている）。

4) 「4. 成人市中肺炎の重症度別患者数等」のように、様式 1 データに関しては変更追加があるため、年度単位で検討する必要があるが、そもそもの DPC コーディングが 2 年に一度変更されるため、長期のデータ追跡や、異なる DPC コーディングに跨る期間のデータ算出には難がある事が理解された。つまり、病院間の比較には非常に有用であるが、病院の経年的な分析には工夫が必要であることが分かった。

## D. 考察

本研究では、既に病院で電子化された情報から、臨床指標を抽出するためには、どのくらいの手間（つまりコスト）がかかるか、またその結果は妥当か、などについて検討を続けてきた。

現在の日本における診療情報の電子化の状況を示す。

まず、レセプト電子化率では、平成 23 年度の件数ベースで、医科、歯科、調剤の総レセプトの 88.7% が既に電子化されている。この内、医科レセプトは 93.3% 電子化しており、病院では 100% に近い病院が電子化に対応している。

オーダ-エントリーシステムについては、平成 23 年度には 2,419 病院 (27.9%) が稼働させ、1,395 病院 (16.1%) が電子カルテを導入している。これらの中で、平成 23 年 3 月末の時点で、HL7 規格で処方歴、検査結果、病名を出すことができる情報システムを持つ病院数は、既に 725 箇所存在している。

([http://mol.medicalonline.jp/newsletter/m86ubn00000002jh-att/2011\\_146\\_13.pdf](http://mol.medicalonline.jp/newsletter/m86ubn00000002jh-att/2011_146_13.pdf))

DPC については、平成 24 年度からは 7,587 病院のうち 1,505 病院は電子化が事実上必要なにより入院の診療報酬を算定し、248 病院が DPC 準備を行っている (計 1,753 病院 (23.1%))。中大規模病院が中心であり、病床数では 50% を超えている。

これらは、

今回は、慢性疾患の臨床指標として、HbA1c を用いたが、以下の重要なことが示唆された。

平成 24 年度から糖尿病の標準的コントロール指標である HbA1c が国内標準 (JDS 値) から国際標準値 (NGSP 値) へ移行すると事となった。平成 24 年度までは両値の併記を行うが、平成 25 年度からは NGSP 値のみの表示とするべきことが日本糖尿病学会から推奨されており、九州大学病院でもその推奨に倣っている。今回 HbA1c の測定をキーに抽出することにより、あらかじめ下記の置換式で平成 23 年度までの HbA1c (JDS 値) を NGSP 値へ置換しておく必要があることが判明した。

JDS 値で 4.9% 以下 :

$$\text{NGSP 値 (\%)} = \text{JDS 値 (\%)} + 0.3\%$$

JDS 値で 5.0 ~ 9.9% :

NGSP 値 (%) = JDS 値 (%) + 0.4%  
JDS 値で 10.0 ~ 14.9% :

NGSP 値 (%) = JDS 値 (%) + 0.5%

このように検査値は不定期に変更されることは珍しくない。この例では、全国が一斉に時期を決めて数値の取扱いを移行したため対策が比較的容易であった。しかしながら、新しい測定法の開発や検査コスト効率化などのために検査方法を変更することは病院毎あるいは検査センター毎に非常に頻繁に行われている。その場合には、あらかじめ抽出時にその点を把握し、

- 1) 全く違う検査値として取り扱い、  
正常値か異常値かで判断する
- 2) 置換式がある場合には値を置換しておく

などの対応が必要である。

特に本解析法では、SS-MIX 標準化ストレージを活用しているため、検査値は、JLAC10 で抽出することが可能となった。JLAC10 の 17 桁を用いることにより、上記のような検査方法の変更は詳細に把握することが可能である。

本年度、分担研究の場である九州大学病院では、本厚生労働科研の目的である「医療情報システムのデータを利用した臨床指標に関する研究」を施行するための基礎検証を行なうことが出来た。これらの成果は、診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会藤森委員案の DPC 参加病院による「病院指標の作成、公開」のに沿った抽出や、医療情報データベース基盤整備事業参加病院における臨床指標の抽出に役立つことも期待される。

## E. 結論

以上、本年度研究の検証を通して、抽出システムの基礎検証を達成した。

## F. 健康危険情報

平成 24 年度の本研究においては、生命、健康に重大な影響を及ぼすと考えられる新たな問題、情報は取り扱わなかった。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

Rudy Raymond, Naoki Nakashima, Yasunobu Nohara, Sozo Inoue: Sensor Data Analytics to Complement Sparse and Incomplete Medical Records for Diabetes Disease Management, Proceeding of International Workshop on Pattern Recognition for Healthcare Analytics, 5-8, 2012.

Yasunobu Nohara, Sozo Inoue, Naoki Nakashima, Naonori Ueda, Masaru Kitsuregawa: Large-scale Sensor Dataset in a Hospital, Proceeding of International Workshop on Pattern Recognition for Healthcare Analytics, 9-12, 2012.

中島直樹, 若田好史, 野原康伸, 井上創造, 小妻幸男, 副島秀久, 田中雅夫:

アウトカム志向型電子パスと生体センサを用いた探索的なクリティカルインディケータ抽出, 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, 84-85, 2012.

若田好史, 中島直樹, 野原康伸:  
電子クリニカルパスにおけるオールバリア  
ンス解析, 第 32 回医療情報学連合大会  
論文集, 医療情報学 32-Suppl., 62-65,  
2012.

中島直樹, 田嶋尚子, 木村通男, 野田光彦,  
有倉陽司, 鍵本伸二, 古賀龍彦, 林道夫,  
山崎勝也, 大江和彦, 藤田伸輔, 宮本正喜,  
若宮俊司: 糖尿病医療の情報化に関する  
合同委員会の活動報告「糖尿病ミニマム  
項目セット」の策定とその展開, 第 32 回  
医療情報学連合大会論文集, 医療情報学  
32-Suppl., 92-95, 2012.

#### **H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)**

- |           |    |
|-----------|----|
| 1. 特許取得   | なし |
| 2. 実用新案登録 | なし |
| 3. その他    | なし |

# 研究成果の刊行に関する一覧表

## 雑 誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
小林利彦,木村通男	病院内医療情報のフル活用を目指して -院内Rawデータの有効用-	医療情報学	32(1)	27-34	2012
小林利彦	DPCデータを利用したクリティカルパス分析 腹腔鏡下胆嚢摘出術	医療情報学, 第32回医療情報学 連合大会論文集	32-Suppl	756-757	2012
若田好史,中島直樹, 野原康伸	電子クリニカルパスにおけるオ ールバリエーション解析	医療情報学, 第32回医療情報学 連合大会論文集	32-Suppl	62-65	2012
中島直樹,田嶋尚子, 木村通男,野田光彦, 有倉陽司,鍵本伸二, 古賀龍彦,林道夫, 山崎勝也,大江和彦, 藤田伸輔,宮本正喜, 若宮俊司	糖尿病医療の情報化に関する合 同委員会の活動報告「糖尿病ミ ニマム項目セット」の策定とそ の展開	医療情報学, 第32回医療情報学 連合大会論文集	32-Suppl	92-95	2012