

1. 院内がん登録における登録対象の判定作業効率化への取り組み

王子総合病院 診療録管理センター 高橋 志穂

発表要旨

【目的】

当院では院内がん登録において、電子カルテ DWH で抽出した登録候補と考えられる患者のデータをもとに、複数の情報を参照して登録対象か否かの判定（以下「判定作業」）をしている。しかし、従来の方法では判定に必要な情報が分散しており、判定作業に時間を要していた。そこで、診療情報や Hos-CanR に登録されているがん情報を 1 つに集約したデータベース（以下「DB」）を構築することで、効率的に判定作業を行うための取り組みと結果について報告する。

【方法】

DWH より抽出した患者の退院サマリー情報を Excel の VBA にてデータ整形を行い、Hos-CanR より抽出したデータと共に FileMaker で作成した DB へ取り込みを行う。2 つのデータは患者 ID をキーとしてリレーションシップを作成し、該当患者の画面に退院サマリー情報と Hos-CanR データを集約して表示させる構成とした。そして、DB の情報を参照することで、判定作業がどの程度行えたかを 1 か月間検証した。

【結果】

DB に集約した情報で判定作業を行うことができた件数は半数以上であった。

【考察】

分散している情報を DB に集約し、その情報を参照することで判定作業ができる症例が多く、従来の方法よりも効率的に業務を行うことができたと考える。DB は実務者が使いやすいようさらに変更を加えていくことが可能であり、集約する情報の範囲の拡大などにより活用の幅を上げられると考えている。

2. がん登録業務の体制強化を目指した取り組み

製鉄記念室蘭病院 診療情報管理課 佐藤 育美

発表要旨

【目的】

当院での従来のがん登録業務では、月次の登録数に大きくばらつきがあり、提出期限が近づくにつれ作業負担が増大していた。また、登録精度のばらつきも課題であった。ケースファインディングでは遡り調査などから登録漏れが判明する症例が散見され抽出方法を見直す必要があった。このため、がん登録の品質向上を目指し体制強化を図ったので報告する。

【方法】

①新たに「登録部位ローテーション制」を導入した。症例の多い 4 部位を担当制とし一定期間集中的に登録、ローテーションによりバランスよく知識を深め、作業の効率化を進めた。

②月次の登録目標を 70 件と設定し平準化を促進した。具体的な目標設定により進捗管理を徹底し、提出期限前の追い込みを防ぐことで質の向上へとつなげた。また、課員のモチベーションアップにも寄与した。

③課内で月例カンファランスを開催し知識のブラッシュアップにつなげるとともに、スケジュールなどの情報共有を図った。

④ケースファインディングでは、新たに病理部門に協力を依頼し、病理結果などからも幅広くスクリーニングすることで登録漏れの発生を防止した。

【考察】

体制の見直しや進捗管理、精度向上への取り組みにより体制強化を図ることができた。提出期限間際に集

中していた作業負担は平準化により減少、また登録内容のエラー件数も減少するなど品質の向上につながった。定期的なカンファレンスによる議論の活発化など副次的効果もあった。今後も課全体の業務を見据えたマネジメントや登録精度のさらなる向上など、課題に積極的に取り組んでいく。

3. 地域医療連携室への看護職配置と外部コンサルトを導入した増患対策について

旭川赤十字病院 医療社会事業部 地域医療連携室 山田 浩貴

発表要旨

当院では、患者の紹介受け入れ（前方連携）と患者転院や逆紹介（後方連携）を別々の部署が行っていたが、2018年4月に患者の入退院を一元的に統括する医療支援センターを立ち上げ、同時に地域医療連携室に看護職が配置された。同時に外部コンサルティングを導入し「戦略的地域連携強化」を掲げて紹介患者の増加の取り組みを行ったので報告する。

《戦略的地域連携強化の4つの柱と具体的な作業》

- | | |
|---------------|--------------------|
| ①クリニック訪問 | ・訪問予定クリニックのデータベース化 |
| | ・BIツールを用いたターゲット選定 |
| | ・訪問日誌の作成 |
| ②連携室データの管理と活用 | ・BIツール活用 |
| ③連携室予約の推進 | ・診療科パンフレットの配布 |
| | ・連携室予約枠の拡大 |
| | ・診療予約申込書の見直し |
| ④返書管理 | ・運用変更の検討 |
| | ・来院報告（FAX）の強化 |

この4本柱を強化することで紹介患者の増加に繋げていく計画とした。これらをスケジュール表にまとめ、推進担当者と期限を明確にして作業を進めた。結果、2019年4月から10月の月平均紹介患者数は1516人となっており、前年比で紹介患者数が8%アップした。

4. かかりつけ医に対する退院時サマリー送付の取り組みについて

旭川赤十字病院 医療社会事業部 地域医療連携室 山田 結香

発表要旨

【はじめに】

高度な医療を提供する急性期病院（主に入院治療）と定期的な処方や採血検査などで主に外来診療を担う「かかりつけ医」の役割分担をすすめている。当院では「かかりつけ医」との連携強化を目的に、「かかりつけ医」に対して入退院の連絡、退院時サマリートの送付を行っている。

【方法】

入院支援コーナーで「かかりつけ医確認書」を入院予定患者に渡し、「かかりつけ医」の有無を確認し入退院の連絡、退院時サマリーを送付してよいか確認をとる。地域医療連携室では、「かかりつけ医」の情報を電子カルテ患者プロファイルに登録し、「かかりつけ医」の情報と入退院データを照合して入退院情報と退院時サマリートの送付を行う。退院時サマリートの送付については、旭川市が主体の地域連携ネットワークである「たいせつ安心 i 医療ネット」に加入している医療機関に対して、ネットワークのメール機能を使用している。

【結果】

当院では、医師事務作業補助者によるサマリー作成補助を行っており、退院後 2 週間でのサマリー記載率 100%を達成している。地域医療連携室では退院後 1 カ月以内でのサマリー送付を行っており、「かかりつけ医」からのクレームはほとんど無い。今後は、サマリー送付までの業務プロセスの見直し、RPA 導入を検討して業務の効率化を図りたいと考えている。

5. 当院における紹介患者情報の経年比較及び分析

札幌南三条病院 情報管理室 高倉 絵美

発表要旨

【目的】

当院は肺癌診療を専門に行う呼吸器内科・呼吸器外科の 99 床の病院で、手術・化学療法などの診療を行っており、道内・道外から多くの肺癌患者が紹介されてくる。しかしながら近年、運営会議などで報告される紹介患者数・紹介率の減少、病床稼働率の低下が続き、病院経営への影響を考えた病院長から原因の分析が示唆された。今回、紹介患者情報について調査して原因の分析を行うことを目的に、2017 年、2018 年の紹介元医療機関ごとの紹介患者数、入院移行件数及び入院移行率の経年比較および分析を行った。

【方法】

FileMaker で作成している地域医療連携システムから紹介日、紹介元医療機関名などの紹介患者情報を抽出し、同じく FileMaker で作成している病歴管理システムから入院日・ICD-10・検査・手術・化学療法などの診療情報を抽出した。次に、医事システムから外来レセプトの主病名 ICD-10 を抽出した。そして、3 つのデータを Microsoft Access にインポートしてマージし、紹介日から 90 日以内に入院した患者を入院移行有りとするフラグを付与した。入院移行があった患者の病名は病歴管理システムから抽出した ICD-10 を使用して、入院移行がなかった患者の病名は外来レセプトから抽出した ICD-10 を使用して、[がん・気胸・その他] の 3 つに病名の分類をした。最後に、Microsoft Access で加工したデータを Microsoft Excel に取り込み、紹介元医療機関ごとに集計を行った。その結果、増減が大きかった紹介元医療機関については、さらに分析を行った。

【結果】

紹介元医療機関ごとの紹介患者数、入院移行件数及び入院移行率、入院移行があった患者の病名、入院移行がなかった患者の病名、それらの 2017 年・2018 年の経年比較を行うことができた。

【考察・結語】

読影のみや検査目的の紹介が多かった紹介元医療機関の入院移行率は低く、手術・化学療法が目的の紹介が多かった紹介元医療機関の入院移行率は高い傾向にあった。また、紹介元医療機関ごとに紹介目的のばらつきがあることが判明し、当院にとって入院移行件数及び入院移行率の高い紹介元医療機関が明らかになった。

原因の分析については、検査目的で多く紹介をくれていた紹介元医療機関が、当院以外の他の医療機関に紹介先を変えた。など判明したものもあったが、追究しきれないものが多く、今後は、DPC や病床機能報告などの公開データを使用して紹介元医療機関の医療圏や診療機能の情報を加えて、さらに分析していく必要がある。

6. 死因としての老衰について

中村記念病院 院長 中村 博彦

発表要旨

我が国の死因統計では、近年老衰が急増し死因第3位となりマスコミで話題になっている。WHOの規定によれば、「加齢による老化に伴って個体を形成する細胞や組織の能力が低下している場合でも、心不全や心筋梗塞、脳卒中、肺炎など何らかの疾患による死亡と診断される場合、死亡診断書には前記の疾患を直接的死亡原因として記載する。」とされており、老衰が死因第3位になることは本来あり得ないことである。医療機関での死亡診断書に「老衰」の二文字を書かないように、診療情報管理士が医師に指導していただきたいと考えている。

7. 当院のDPC/PDPSの現状とこれから

国立病院機構旭川医療センター 診療情報管理室 佐藤 慎介

発表要旨

- ・当院の概要（病床数等規模）と診療情報管理室の位置付け及び人員数。
- ・当職の数ある職務のうち、大きなウェイトを占める、DPC/PDPSのコーディングについて発表する。
- ・毎日の退院患者におけるコーディングチェックの流れについて。
- ・当院での問題点の紹介。
- ・コーディングの検証の結果。
- ・これからの展望（医業収入アップのための善後策）。

8. DPCデータと医療情報システムの情報を結合した分析帳票作成の取組

北海道大学病院 経営企画課 初山 貴

発表要旨（準備中）

9. 電子カルテ更新時における診療記録の運用について

名寄市立総合病院 診療部 診療情報管理室 昆 貴行

発表要旨

当院において2019/2/23より電子カルテを既存メーカーのまま更新を実施した、その際データ移行や端末展開作業のため電子カルテを停止することとなり、システム停止時間帯の診療記録の記載および部門への情報伝達における方法および、システム稼働後にデータを登録した方法などの事例について報告する。

10. 診療情報データを利用した肺血栓塞栓症予防実施率の妥当性検証手法の検討

札幌中央病院 事務部 診療情報管理課 佐藤 舞

発表要旨

【目的】

医療安全管理対策委員会より「肺血栓塞栓症（以下、DVT）予防ガイドラインに則り作成したリスク評価票の運用を病棟に依頼するにあたり、現在のDVT予防実施率の妥当性を知りたい」という調査依頼を受けたことから、当課で保有する診療情報を利用して、DVT予防実施率の妥当性について評価可能か検証した。

【方法】

EFファイル・Hファイル・FileMaker データ（以下、診療情報データ）を使用し、2018年1月1日～2018年12月31日退院患者のDVT予防実施率・算定率・発生率を以下の方法で算出した。

1. 国立病院機構の臨床評価指標計測マニュアルに準じ「中リスク以上の手術患者」を抽出。
2. リスク評価票にならい「低リスクの手術または検査を施行した患者のうち、付加リスクにて中リスク以上に該当する患者」を抽出。
3. リスク評価票にならい、「低リスクの手術または検査の実施はないが、付加リスクにて中リスク以上に該当する患者」を抽出。

【結果】

1. 予防実施率 96.54%、予防管理料算定率 92.30%、発生率 0%。
2. 予防実施率 39.54%、予防管理料算定率 24.95%、発生率 0%。
3. 予防実施率 23.07%、予防管理料算定率 11.11%、発生率 0%。

【考察】

中リスク以上の手術実施患者に対する予防実施率は、日本病院会が公表する臨床指標の平均値であることから、予防実施率は妥当であり、かつ予防管理料算定率も妥当であった。本邦で示されている通り、本手法で評価可能であると考え。一方、中リスク以上の手術を行っていない患者については、予防実施率・予防管理料算定率ともに妥当であるとはいえない結果であったが、こちらにおいても本手法で評価可能であると考え。以上の結果を医療安全管理対策委員会に報告し、リスク評価票の運用を基本的に患者全員へ実施するよう病棟へ依頼することとなった。

11. 転倒予防ラウンドチームへの情報提供と効果

王子総合病院 診療録管理センター 久保 博文

発表要旨

【背景】当院は、2016年2月よりインシデント報告分析支援システム ePower/CLIP（以下、CLIP）を導入し、報告を行っている。2018年CLIPに蓄積されたデータを元に転倒転落の発生状況や背景因子の定量的分析を行い院内医療安全全体会にて報告を行った。今回転倒転落件数の多い消化器内科病棟にて多職種チームによる転倒予防ラウンド（以下ラウンド）が実施されることとなり、効果的なラウンドとするための情報を提供した。提供内容として、アセスメントスコア危険度（以下危険度）1・2・3のいずれにおいても入院5日以内の転倒が全体の30～40%を占める。『きっかけ行動』はトイレ・排泄であり、夜間1時～3時の時間帯に多く発生している。『病期状態』は、安定期・不安定期にそれほど差は見られない等であった。【目的】情報提供からラウンドは、65歳以上で危険度2以上の患者を入院5日以内にラウンドすることとなった。今回ラウンドの実践効果を検証したので報告する。

【方法】1、入院患者をラウンド開始前の2016年10月から2017年3月の6か月の9,663人をコントロール群、ラウンド開始後の2017年5月から2017年10月の6か月の9,340人を介入群とした。2.コントロール群と介入群の転倒転落発生率を χ^2 検定を用いて検証を行い、有意水準は $P<0.05$ とした。【結果】コントロール群の転倒転落発生件数は、33件、介入群の転倒転落発生件数は、15件であった。転倒転落発生率は、コントロール群0.34%、介入群0.16%、 χ^2 検定 $P=0.013$ であった。【考察】コントロール群と介入群との転倒転落発生率の有意差がみられ、ラウンドは効果的であり、情報提供も有効であったと考えられる。

12. 医療事故調査制度施行における死亡症例検討会の取り組みについて

北見赤十字病院 事務部 診療情報管理課 石本 莉奈

発表要旨

【目的】平成28年6月24日、医療法施行規則の一部改正において、病院の管理者に対して死亡及び死産の確実な把握のための体制の確保が法的に規定された。当院においても、医療安全管理部門および診療情報管理部門が中心となり、死亡事例チェックシートを活用した死亡事例検討会の活動を開始した。この取り組みの運用と効果について報告する。

【方法】診療情報管理課にて、毎月死亡事例を抽出し緩和ケア病棟での死亡事例等を除いた検討対象事例を抽出。対象事例について、死亡事例チェックシートによる一次チェックを診療情報管理士が行う。一次チェックの結果に退院時要約と死亡診断書を添付し、医療安全推進室へ提出し、その後医療安全推進室と診療情報管理課が、当該死亡事例が予期された死亡であったかについてカルテレビューによる二次チェックで検討し、その結果を医療安全委員会へ報告する。委員会では、二次チェックで要検討とされた事例について該当事例の診療科の意見も聴取した上で審議を行う。委員会での審議が終了した結果は病院長へ報告される。

【結果】開始から2年半での死亡患者数は1,351件、そのうち二次チェックの対象事例は706件であった。医療安全委員会で審議された事例は10例、そのうち委員会で「問題なし」と判断された事例が5件、カルテや死亡診断書の記載内容の不足等で医療安全委員会より該当診療科へ助言・指導が行われた事例が5件あった。幸いこの死亡事例検討会による活動で医療事故と判断された事例は現時点では皆無である。

【考察・結語】開始後約半年間は医療安全委員会からカルテ記載や死亡診断書の記載内容について助言や指導行われた事例がほぼ毎月あったが、その後はほぼ皆無となり、この活動によって診療記録の質を向上させる効果があることが確認できた。ただ、今後の課題としては、カルテレビューへの医師の参加や現在は検討対象外としている緩和ケア病棟等での死亡事例についても検討範囲を拡大すること等が挙げられる。