

## 02-35

### 診療録の量的監査におけるデータ活用

広島赤十字・原爆病院 医療情報管理課<sup>1)</sup>、診療記録管理課<sup>2)</sup>

○石本 友里恵<sup>1)</sup>、島川 龍載<sup>1)</sup>、細井 敬弘<sup>1)</sup>、田城 司<sup>2)</sup>

【はじめに】当院では月に2回、診療録の作成状況と記載内容について診療録監査を行っている。退院時総括の作成状況は、システムにより全件の作成率を算出できているが、記載内容は、ランダムに抽出した診療録から手作業でチェックしている状況であったため、全件の量的監査ができていなかった。

今回、診療録の記載内容をデータベースから抽出することによって、診療録全体の量的監査が可能になったことから、その成果を報告する。

【方法】入院診療計画書と退院時総括は、作成状況と合わせて各項目のチェック状況、テキスト入力空白状況などのデータ抽出を行った。また、入院診療計画書は、患者、医師のサイン後にスキャンされているかデータ抽出を行った。

手術、検査、輸血の同意書は、患者、医師のサイン後に同意書がスキャンされているかデータ抽出を行った。

診察記事は、入院患者に対して医師による記事入力毎日より抽出を行った。

【結果】データベースを利用して診療録の量的監査を行うことで、作成率だけでなく、記載内容についても全患者を対象にチェックできるようになった。また、データ分析ツールの活用により、容易にデータを抽出することが可能となった。

【考察】現在、システムで記載している文書は、手入力の項目が多く、入力ミスがあると、システムからデータ抽出する際に漏れてしまうなど、あいまいな条件でしか抽出できないことがある。そのため、次期医療情報システム更新に合わせて、より精度が高く、幅広いデータを活用できるデータ分析環境の構築を行っていきたいと考えている。

## 02-37

### 退院時サマリー作成率向上への取り組み

広島赤十字・原爆病院 事務部・診療記録管理課<sup>1)</sup>、事務部・総務課<sup>2)</sup>

○寺戸 比登美<sup>1)</sup>、田城 司<sup>1)</sup>、安部 未央<sup>1)</sup>、西田 節子<sup>2)</sup>

【はじめに】当院はこれまで、14日以内の退院時総括（サマリー）の作成率は70%前後であった。平成25年2月にカルテの外部預託を実施し、マンパワーが確保できたため、サマリー作成率を向上させるための取り組みを行った結果、7日目に作成率を90%以上にすることができたので報告する。

【取り組み】当初は、退院後7日目のサマリー督促を週3回院内メールをし、月2回の督促状を半月遅れで担当医師に渡していた。その後サマリーの作成状況を確認して、退院後3日目より毎日サマリー作成の督促を院内メール通知すると同時に、連絡票を担当医師と診療科部長に直接手渡しに行った。昨年10月より開始したオーディットではサマリーの内容をチェックし採点結果を医師にフィードバックした。また、診療情報管理士の資格を持っている医師事務作業補助者（MC）と協力体制を構築し、MCによる作成率の悪い診療科のサマリー作成補助を開始した。さらに各診療科のサマリー作成率を院内掲示した。

【結果】取り組み始めて8ヶ月後の平成25年10月には14日以内サマリー作成率は80%台、約1年後の本年1月には90%台にすることができた。本年4月以降には、退院7日以内でサマリー作成率は95%に達した。

【考察】サマリー作成についてもこれまで当課だけが取り組んでいたが、今回はオーディット委員会、MCとチームで取り組んだ事がこの成果に繋がったと考える。さらに、各診療科部長がオーディットに参加したことでサマリーの重要性が理解され、担当医への指導を行ってくれる等作成率向上に協力してもらえた事も大きかった。今後は7日以内で作成率100%を目指し、量的監査、質的監査の実施と合わせて医療の質向上に続けていきたい。

## 02-36

### 退院後2週間以内サマリー記載率90%以上の取り組み

武蔵野赤十字病院 入院業務課 入院病歴係<sup>1)</sup>、医療の質向上委員会 診療記録管理部会<sup>2)</sup>

○鈴木 民子<sup>1)</sup>、小久保 吉恭<sup>2)</sup>、佐々木 理恵<sup>2)</sup>、杉田 秀文<sup>1)</sup>、伊藤 千帆<sup>1)</sup>、石井 千尋<sup>1)</sup>、嘉和知 靖之<sup>2)</sup>、山崎 隆志<sup>2)</sup>

【はじめに】退院後2週間以内サマリー記載率90%以上を実現する事は、紙カルテ時代から、なかなか容易ではなかった。電子カルテ導入後の慣れない時期は未記載がたまり大変な時期があった。昨年に医療情報委員会（今年度より診療記録管理部会に改名）で、サマリー記載率90%以上実現を目標に取組みを行い、成果が出たので報告する。

【方法・結果】入院病歴係の取組：毎週各医師に未完了サマリーをリスト化して記載を督促。部長には未記載リストを配布。院長・副院長・院長補佐へは毎月診療科別医師別のサマリー作成率と未完了数を報告。職員食堂前と医局内に、診療科別サマリー作成率を掲示。医局内にも『入院病歴便り』を定期的に掲示し、サマリー未完了の多い診療科を明示。医療情報委員会の取組：医療情報の委員長が幹部会で、診療科別サマリー記載率を報告。部長は報告書を元にサマリー完成を医師に督促。これらの取組の結果、病院全体では、2013年4月の作成率76.5%から2014年4月には97.6%になった。診療科別でもほぼ全ての診療科が90%以上となり、4月の保険改正で、診療情報管理加算1を申請する事が出来た。

【考察】職員食堂や医局内の診療科別記載率の一覧の掲示は、当初入院病歴係のみではためらわれたが、院長の後押しもあり、実行出来た。このような改善は事務のみではなく、院長・副院長はじめ幹部医師の多大な協力があり実現した。必要な事は新しい文化として定着させるよう事務・医師一丸となって取り組むことが大事であると思われる。

## 02-38

### 診療記録のスキャンによる電子化と運用課題

広島赤十字・原爆病院 事務部・診療記録管理課<sup>1)</sup>、事務部・総務課<sup>2)</sup>

○安部 未央<sup>1)</sup>、山下 智美<sup>1)</sup>、寺戸 比登美<sup>1)</sup>、田城 司<sup>1)</sup>、入江 紀江<sup>1)</sup>、谷重 光俊<sup>1)</sup>、西田 節子<sup>2)</sup>

【はじめに】当院では、平成16年に電子カルテシステムを導入し診療記録のスキャン運用を開始した。平成22年の更新時にタイムスタンプ運用を開始したが、紙カルテとの併用運用を行っていた。しかし新棟建設にあたり、これまでの併用運用を停止することになった。スキャン運用の変更を行うための取組みと経過を報告する。

【経過】運用変更前にスキャンルールを統一する必要があると考え、スキャン実務者を対象に「スキャンの取り方について」の説明会を開催した。運用変更当初に散見されたスキャンの取り間違い（患者ID、分類番号など）も発見時に当該職員へ注意することで徐々に減少し、約半年で運用は軌道に乗ったと思われる。しかし、ある診療科から大量に紙カルテの貸出依頼があったことを機に、過去に作成された退院サマリーや検査データをスキャンしていることが発覚した。これにより、タイムスタンプ運用を一時停止せざるをえない事態となった。また、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第4.2版」に則り、スキャン後の診療記録の保存方法を変更する予定だったが延期となった。業務改善を目的に行った実務者へのアンケート結果では、多くの実務者が診療録管理規定を知らないことが分かり、「なぜスキャンを取るのか」「タイムスタンプ認証とはなにか」についての認識不足であると推測された。

【まとめ】新入職員研修で診療記録管理の基本ルールを説明するため実務者が当然知っているものと思いつき、繰り返し説明を行わなかったことが最大の反省点である。中途採用者や業務委託職員が多い中で実地研修だけでは正確なルール伝達は難しい。継続的に研修を行い安定したスキャン運用に努めたい。