

1. 2006年の活動

2005年4月に開始した診療情報管理業務であるが、本年度機能評価受審等を経過し業務としての形を整えることができた。

2. 機能評価受審

8月の機能評価受審への最重要項目として、まず退院サマリーの作成率を100%にする対策から始めた。カルテの診療情報管理室への収納及び退院サマリーが作成済かを確認し医師別のサマリー未作成リストを作成した。個別には作成依頼書を担当医師に提出し、毎月の医局会で医師ごとの作成率を公表していった。作業開始当初目標達成は困難かと思われたが医師はじめ関係職員の協力の成果が実り、受審直前ではあったがサマリー作成率100%を達成することができた。また併せて開院からの全カルテの収納を完了することができた。これらを短期間で完了できたことは、まさに「機能評価効果」以外の何ものでもない。

病名コーディング及び手術のICD-9でのコーディングは診療部の協力で達成することができた。事務的には業務マニュアルの作成及び見直しを行ったことで業務の標準化と効率化を図ることができた。

機能評価の審査の結果では、残念ながら下記の①が「改善要望事項」②が「留意事項」となった。

①退院カルテの収納法

②転科転棟時及び長期患者の中間サマリーの作成

①については判定後、カルテの移動を行い年度別収納から一括収納へ移行した。また、保管期間についても診療完結から5年間としていたところを10年間に改めた。

②については主治医交代時、転棟・転科時及び長期の入院の場合に中間サマリーを作成することとした。システム的には退院サマリーのファイルメーカーに中間サマリー画面を追加して対応した。

3. 診療録監査について

充実した診療録の作成をめざし、4月から入院カルテの監査を院長と看護部長及び診療情報管理室の事務員により開始した。毎月1回程度全病棟を回り入院中の患者のカルテの監査を行った。監査のポイントとしては、

①表紙項目（氏名・住所・生年月日・病名等）がきちんと記載されているか

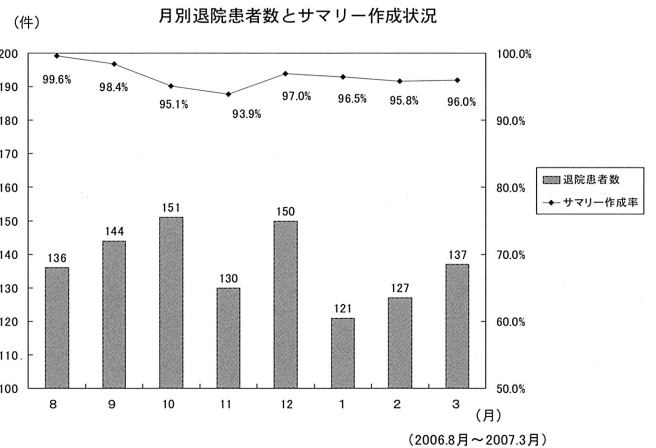
②記載が毎日行われているか

③入院診療計画書が作成されているか

等について行い、欠けている場合はその旨をチェックして注意した。担当医師へのフィードバックとしては直接カルテへ指摘事項を記入し、全体へは医局会にて院長より講評を行った。

4. サマリー作成率

機能評価受審後も毎月医局会でサマリー作成率及び医師毎の未作成数を公表している。各医師の協力を得て退院後2週間でのサマリー作成率は下表のとおり95%程度を継続することができた。



退院患者疾病統計

ICD 大分類	計
1 感染症および寄生虫症	77
2 新生物	214
3 血液および造血系の疾患ならびに免疫機構の障害	14
4 内分泌栄養および代謝疾患	55
5 精神および行動の障害	26
6 神経系の疾患	35
8 耳および乳様突起の疾患	1
9 循環器系の疾患	270
10 呼吸器系の疾患	205
11 消化器系の疾患	259
12 皮膚および皮下組織の疾患	16
13 筋骨格系および結合組織の疾患	39
14 尿路器系の疾患	114
18 症状徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	126
19 損傷中毒およびその他の外因の影響	215
21 健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	40
合計	1,706

疾病分類 大分類比率

