

【1.体制】

診療情報管理室長および診療情報管理室係長が兼務、診療情報管理士2名（専従1名、専任1名）

【2.取組内容と実績】

1. 退院患者疾病統計

退院患者数は前年度より減少し、1,028名（241名減）であった。

1位：損傷、中毒およびその他の外因の影響（19.3%）

2位：循環器系の疾患（17.0%）

3位：消化器系の疾患（15.5%）

4位：特殊目的用コード（9.1%）

5位：新生物（8.7%）

上位5疾患で全体の約7割を占めた。

ICD大分類	退院	割合
1 感染症および寄生虫症	23	2.2%
2 新生物 ★5位	89	8.7%
3 血液及び造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	9	0.9%
4 内分泌、栄養および代謝疾患	41	4.0%
5 精神および行動の障害	7	0.7%
6 神経系の疾患	20	1.9%
7 眼および付属器の疾患	0	0.0%
8 耳および乳様突起の疾患	28	2.7%
9 循環器系の疾患 ★2位	175	17.0%
10 呼吸器系の疾患	68	6.6%
11 消化器系の疾患 ★3位	159	15.5%
12 皮膚および皮下組織の疾患	6	0.6%
13 筋骨格系および結合組織の疾患	26	2.5%
14 尿路器系の疾患	36	3.5%
15 妊娠、分娩および産褥	0	0.0%
16 周産期に発生した病態	0	0.0%
17 先天奇形、変形および染色体異常	0	0.0%
18 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	34	3.3%
19 損傷、中毒およびその他の外因の影響 ★1位	198	19.3%
20 傷病および死亡の外因	0	0.0%
21 健康状態に影響を及ぼす要因および保健サービスの利用	15	1.5%
22 特殊目的用コード ★4位	94	9.1%
合計	1,028	100%

退院患者の年齢は

平均値 78.1歳（2009年度：72.8歳）

中央値 81.0歳（2009年度：77.0歳）

と毎年上昇を続けており、高齢化を有意に表す結果となった。

2. 再入院率調査

6週間以内の予定しない再入院率を算出した。再入院率は在院日数の短縮が求められる中で、医療サービスの質を指す指標として用いられている。

再入院の理由を下記の①～⑨に分類。

<1.計画的再入院>

①計画的な処置、手術、治療のため、②計画的な化学療法、輸血のため、③転院

<2.予期された再入院>

④同一疾患の悪化・再発のため、⑤同一疾患の合併症発症のため、⑥患者のQOL向上のため一旦帰宅

<3.予期せぬ再入院>

⑦同一疾患の悪化・再発のため、⑧同一疾患の合併症発症のため、⑨他疾患の発症のため

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
再入院率(全体) (%)	10.7	5.6	6.2	4.5	5.2	13.4	9.5	7.4	3.2	7.6	6.7	8.1
1. 計画的再入院率 (%)	5.8	2.2	3.1	0.9	3.4	7.5	3.2	3.2	1.1	2.5	2.7	2.0
①	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
②	0	0	1	1	1	1	1	2	0	0	0	0
③	5	2	2	0	1	3	1	1	1	1	1	1
2. 予期された再入院 (%)	3.9	0.0	2.1	0.0	1.7	0.0	3.2	1.1	1.1	1.3	0.0	4.0
④	1	0	1	0	0	0	2	1	1	0	0	3
⑤	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
⑥	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
3. 予期せぬ再入院 (%)	2.9	3.4	1.0	3.6	0.0	6.0	3.2	3.2	1.1	3.8	4.0	4.0
⑦	2	2	0	2	0	2	0	1	1	3	0	1
⑧	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
⑨	1	1	1	2	0	1	2	1	0	0	3	3
平均在院日数(全病床)	24.5	31.2	29.4	31.1	39.6	33.8	34.0	26.4	28.9	31.0	32.0	27.5

3. データ提出加算対応（DPC調査に準拠するデータ提出）

「地域包括ケア入院医療管理料」の算定に伴い、DPCデータ提出を行った。

また、前年に引き続き看護必要度のチェック用データ作成などの支援を行った。

4. 診療録監査

毎月1回、入院診療録については全主治医ごとに患者1名を抽出し、外来診療録については月に1診療科とし監査日直近の外来受診患者より無作為に抽出し実施した。

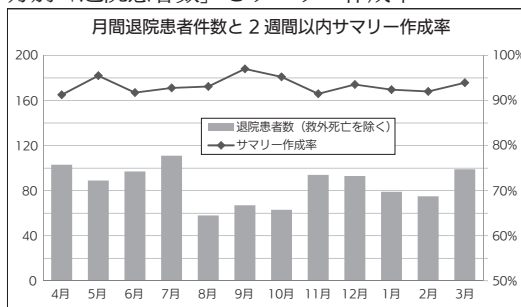
評価項目Aとして①入院時基本情報②入院診療計画書③経過記録④同意書関係⑤付箋の活用⑥手術記録⑦退院情報の7項目について監査を実施した。また評価項目Bとして全体的内容①十分に簡潔明瞭な記載②文字・略語・略字について評価を行った。

監査結果は各医師にフィードバックと医局会報告を行い、記載内容の充実した診療録作りに努めた。

5. サマリー作成率

退院後2週間以内のサマリー作成率は月平均で93.3%となった。診療録管理体制加算1の算定要件として、退院後2週間以内の作成率が90%以上であることが必須となっており、90%以上の作成率を維持できた。

月別「退院患者数」とサマリー作成率



6. 診療記録開示

2022年度は診療記録の開示依頼が8件あり、いずれも対象期間の診療記録の写しを提出した。

7. がん登録

厚生労働省 国立研究開発法人 国立がん研究センターに提出するため全国がん登録作業を行った。12月に2021年診断症例を提出した。

また、熊本県より死亡新規がん情報に関する全国がん登録週り調査の依頼があり、提出した。

8. その他

厚生労働省が実施する病床機能報告について実績を取りまとめ、様式1、2を2022年12月に提出した。

また、2022年度より開始された外来機能報告についても実績を取りまとめ、様式1、2を2023年3月に提出した。

【3.今後の課題】

診療情報管理室の入退室について管理ができていないため、管理ができる運用へ変更し、何かあったときの備えを行っていく。これに伴い、規程を作成する。また、診療情報に関する規程が複数存在するため、規程の全面見直しを行い、整理する。

開院以来、紙カルテの廃棄が行われておらず、書庫カルテ保管スペース確保のため、廃棄を実施していきたい。