

診療情報管理における今日的キーワード

尾関美智子

診療録管理の分野も「診療録管理士」から「診療情報管理士」と名称変更になったりと、とても激しく動いています。「物の管理」から「情報の管理」へと主張する管理士になろう、自己変革しようと盛んにいわれています。「診療情報管理における今日的キーワード」ということですが、診療情報管理士の目からみますと以下の四点であろうかと思えます。

1. カルテ開示

カルテの開示を求める声は近年非常に高まっております。例えば、今年の5月4日に発表されました健保連がまとめた「患者の医療に対する現状認識と意識に関する調査」によりますと、カルテやレセプトを「見たいと思う」と回答した患者は入院、外来とも7割にのぼると報告されています。また、個人情報保護条例に基づいて公立病院のカルテを開示する自治体が増えてきました。カルテ開示に先だって、昨年6月にはレセプト開示に厚生省がGOサインを出しています。与党協（与党医療保険制度改革協議会）や国民医療総合対策会議などからの指摘もあり、昨年7月に「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」が設置され、今年の6月18日に10章からなる最終の報告書が厚生省に提出されました。そのうちの第9章「法制化の提言」という項目が、マスコミなどでもとりあげられた重要な意味を持つ内容となっています（表1）。

表1. 「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」最終報告第9章「法制化の提言」の要旨

- *医療法等の改正により、診療情報の提供に関しては医療従事者の職業上の積極的な責務であることを明らかにする。また、患者の求めがあったとき医療従事者は、治療効果に悪影響があることが明らかな場合（例えばがん、精神病）を除き、診療記録またはこれに代わる文書を開示すべきことなど法制上の規定をする。
- *開示を求めることができる者は、患者本人、または患者が十分な判断能力がないときは患者に代わって判断できる親権者等。遺族は検討の対象とせず。
- *開示に要する費用は、開示を求める者が負担する。
- *開示の範囲については、わが国の医療現場の実状から、診療記録をそのまま開示することはかえって患者に客観的な診療情報が伝わらないおそれもあるため、診療記録の作成・管理についての体制が整うまでの間、診療記録に代えて診断病名、治療経過、投薬記録など、患者の自己決定に必要な診断情報を記載した文書を作成交付することをもって足りるとするべき。看護記録については義務づけしない。
- *罰則規定については、診療記録開示の義務、特に医師の説明義務は本来、自発的な履行になじむものであり、その不履行に対して罰則などの制裁を課することは望ましくない。
- *一部の例外を除いて診療記録の作成が適切になされているといえない我が国の現状では早急に診療情報のあり方について環境整備をする必要がある。
最終的に診療記録そのものの開示を法的に義務とする場合の前提として、①診療記録の作成・管理に関する適切な指針の作成 ②指針に基づく医療従事者に対する教育の実施 ③病院等における診療記録の作成・管理体制の整備 ④これらに要する費用についての診療報酬等における適切な配慮 ⑤診療情報の提供、診療記録の開示をめぐる相談、苦情及び紛争については、例えば医師会等に専門家等からなる独立した処理機関を設置する。などの環境整備の実現が望まれる。

一方、カルテ開示に対しての問題点もあります（表2）。これらの問題点が日本の実状にあった形で、カルテ開示を積極的に進めていく方向で解決できるように願っています。

また、診療情報管理士としては、これまでのカルテの保管・管理に予算的裏付けがないことによる様々な苦勞や問題が、今回の提言によって好転するのではないかと大きな期待を込めて見守っています。

表2. カルテ開示の問題点

<p><医療側></p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の精神面の記載に関連して、思ったことが率直に書けなくなるのではないかとという危惧。 ・医療訴訟に利用されるのではないかとという危惧。 ・カルテの開示と併せて医師の口答による説明と納得、同意が必要であるなら、それに要する時間と労力に対する診療報酬上の保障が必要。 ・病名記載の問題。保険病名の取扱い。 <p><患者側></p> <ul style="list-style-type: none"> ・カルテを患者が見て理解しやすなものになっていない。英語、ドイツ語まじりの文、単語の羅列で患者に見せることを想定して書かれていない。 ・カルテを見た後（見てしまった後）の、心理的葛藤を処理するバックグラウンドの整備が必要。
--

2. DRG/PPS (診断群別包括支払方式)

(1)なぜ、いま DRG/PPS なのか？

1992年以降は人口の高齢化によって老人医療費は増加し、つい昨今、医療費が27兆円にのぼり、政府官掌健保は1993年度以降毎年赤字で1997年度は7,800億円の赤字が見込まれています。このままでは医療保険制度そのものが崩壊するというので、抜本的な医療改革の必要がいわれるようになりました。

政府は国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内とすることを医療政策の基本方針とし、今後の医療保険制度改革の方向性として3点を挙げています。第1は定額制の拡大で、急性期疾患についても定額制への移行が検討されています。第2は患者の自己負担を更に多くするというので、第3は薬価制度の改革です。もちろん反対の声も多く出ていますので、流動的ではありますが、このような方向で進んでいることは事実です。

現在の日本の医療システムの最大の問題点として、病院機能分担の未整理、急性期、慢性期の混在、それによる平均在院日数の長期化があげられます。参考に各国の平均在院日

数の推移は(表3)のとおりです。現在、日本全体で127万床、平均在院日数 33日とみられています。これを平均在院日数を20日に落とすことができれば、日本全体で50~60万床のベットを削減することができる計算になります。それを今後必要とされる長期、慢性福祉型のベットに転換する方策も考えられます。要するに平均在院日数にしほりをかけながら、病院の機能分担をはっきりさせていこうとしているということです。

表3. 平均在院日数の推移 (一般病床)

	(単位:日)	
	1985年	1995年
日本	39.4	33.7
ドイツ	18.0	14.7
フランス	15.5	11.2
イギリス	15.8	9.9
米 国	9.2	8.0

(2)DRG (Diagnosis Related Group)

DRGとは、国際疾病分類(ICD)で1万以上ある病名を、患者に施した治療の内容によって数百のグループに分類する手法で、分類には治療に要した労力や薬剤、医療材料、入院日数、コストなどのデータが使われます。病院の運営の無駄を省いて生産性をあげるための経営手法です。

DRGは、1968年にアメリカのエール大学で病院の活動を改善するために始められました。その後アメリカでは1983年に、医療費適正化を目的として、DRGを用いて診断群別定額支払方式がメディケア(65才以上の老人を対象にした医療保険制度)に採用されました。現在世界では、オランダ、イタリア、フランス、ドイツなどヨーロッパの17の国々で診療報酬支払方式や医療の質の評価指標として用いられています。また、アジアでは、韓国、台湾、シンガポールなどでも採用が検討されています。

DRGの調査結果が出て公表されれば、疾病

ごとの平均的な標準がわかりますし、病院選択の助けにもなります。また、病院にとっては、他病院との比較や国際的な比較も可能で、経営的に改善すべきところもわかるという利点があります。

(3) PPS (Prospective Payment System)

PPS とは、DRG の分析結果やクリティカルパスによる治療計画などの適正さの結果に基づいて、群別に完治までに必要な費用を算出し、それに基づいて治療費を一括して支払う方式です。

(4) DRG/PPS

DRG/PPS の目的は、①医療財政の適正化 ②医療の質の適正化、③医療の質の保証といえます。

DRG/PPS を導入後、アメリカの病院経営の主流がマーケティング発想中心（いかに数多くの患者を集め、請求漏れを減らすか）からコスト管理中心（いかに一定のコストで患者の満足度を高めるか）に変わったといわれています。また、医療費削減効果があったとか、平均在院日数が短縮されたとか、1983年から1988年の5年間で病院数が184、ベッドが約6万減少した、日帰り手術が増加した、病院ごとの治療水準の差が明確になったので良い医療の方法が普及し、医療の質が向上したともいわれています。しかし、一方では、制限医療が行われている、異常に高い医療費を請求された、重症者の門前払いが行われる、粗診粗療の可能性が高い、などといわれている面もあります。

3. クリティカルパス

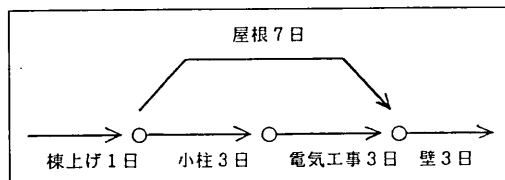
クリティカルパスは、クリティカルパスウェイ、クリニカルパス、クリニカルガイドライン、ケアマップ、多職種行動計画 (MAP) といろんないわれ方がありますが同じような意味です。元来はアメリカにおいて、製造業の製品管理のために考えられた手法です。

医療におけるクリティカルパスとは、ある

特定の疾患について、おおよその患者がたどるであろうと考えられる臨床経過とそこで行われる治療、検査、安静度、指導などのルーチンの臨床活動について、医師・看護婦を中心に医療チームが協力してスケジュールを表の形にまとめたもので、医療チームとして提供する医療の質、及び生産性の向上を目指す科学的な管理手法です。

クリティカルパスの概念として、わかりやすいのが (図1) です²⁾。家を建てる工程の一部ですが、土台ができてから棟上げをし、間に小柱を立て、壁を塗る前に電気の配線工事を終わらせなければなりません。また、屋根ができないと壁は塗れないので、それぞれの工程に要する日数を入れて図示したものです。全体の工程は、棟上げ1日+小柱3日+電気工事3日+壁3日=10日ではなくて、屋根7日がありますので11日かかることになります。それを決めているのは、棟上げ→屋根→壁の工程です。つまり、これがクリティカルパスということです。従って、工程を短縮しようとするれば、このパスを短くすればよいわけです。そこで、屋根ふきを2日短縮して5日にすると、工程は1日だけ短くなります。なぜなら今度は、小柱→電気工事の工程がクリティカルパスになるからです。

図1. クリティカルパスの概念



4. クリニカル・インディケータ

臨床評価指標といわれ医療の質を評価するひとつの方法で、クリティカルパスと同様、生産性の向上を図るためにアメリカで提唱されたものですが、医療の質の改善のための指標ともいえます。具体的には、術後創感染、再手術率、術後の再入院率、帝王切開率など

に取り上げられています。日本では昨年初めて紹介された新しい概念です。

以上、診療情報管理における4つのキーワードについて紹介しました。

【参考文献】

- 1)川渕孝一：DRG/PPSの全貌と問題点，薬業時報社，4-7，1997
- 2)群司篤晃：パス法とその医療管理における意義，病院，57(2):153 -158, 1998
- 3)鈴木隆夫ほか：保険医療制度改革と外科診療について，臨床外科，53(6):775-786, 1998
- 4)森島昭夫ほか：医療情報のオープン化カルテ開示の実現へ，JAMIC JOURNAL, 11:8-18, 1997
- 5)中村好一ほか：カルテ開示と電子カルテ，新医療，25(7):29-58, 1998
- 6)菅田勝也：教えて！さいきん気になるあのコトバ・7，看護学雑誌，62(7):674-678, 1998
- 7)奥村 元子：テーマ別診療報酬解説，看護，50(9):210-215, 1998