

## 0-4-02

### 診療情報管理室における地域包括ケア病棟転棟患者検討への関わり

仙台赤十字病院 事務部 診療情報管理課<sup>1)</sup>、仙台赤十字病院 事務部<sup>2)</sup>、  
仙台赤十字病院 医療社会事業課<sup>3)</sup>、仙台赤十字病院 看護部<sup>4)</sup>

○高橋 利恵<sup>1)</sup>、北目久美子<sup>1)</sup>、増子 育章<sup>1)</sup>、櫻崎 俊春<sup>1)</sup>、  
伊藤 稔<sup>1)</sup>、齋藤 英輝<sup>2)</sup>、四ノ宮康子<sup>3)</sup>、広瀬 和之<sup>3)</sup>、  
川山喜恵子<sup>4)</sup>、谷藤 幸好<sup>4)</sup>

【はじめに】当院は平成29年3月より地域包括ケア病棟（42床）を導入し、平日毎日開催される病床調整ミーティングの資料として週2回、7対1病棟入院患者のDPC算定期間、重症度・医療・看護必要度、リハビリテーションの有無等を一覧で作成している。【目的・方法】転棟基準として(1)DPC入院期間1・2の算定(2)重症度・医療・看護必要度が一般基準に満たない(3)急性期治療の終了を基本とし、資料では(1)(2)の基準に沿った患者を転棟候補としてあげている。転棟基準と実際の転棟患者の傾向を分析し、地域包括ケア病棟の導入効果と資料の有用性を検証した。【結果】転棟基準に沿った転棟は全体の約60%であった。整形外科では基準よりも早い段階で転棟している傾向がある。手術終了後の入院期間1で転棟が行なわれ、入院から在宅復帰へ経過が確立し、在宅復帰率はほぼ100%である。一方、整形外科以外の診療科の転棟時期は入院期間3が多い傾向だった。病床調整ミーティングにて、実際の患者状態や治療内容、退院の見込みを踏まえた検討がされている。【考察】資料を作成することで病床状況の可視化が可能となり、病院運営における7対1重症度・医療・看護必要度の維持や地域包括ケア病棟への転棟患者の選択に有用に活用されている。地域包括ケア導入後は、DPC在院日数が短縮され効率化係数にも期待できる。患者単価では特に整形外科の入院料収入が高くなった。今後、地域包括ケア病棟のさらなる活用としてレスパイト入院の受け入れや在宅復帰の支援等の亜急性期にも力を入れ、地域包括ケアシステムの一翼を担いたい。

## 0-4-04

### 量的監査から始めたカルテ監査

石巻赤十字病院 医療技術部情報管理課

○木村 ひとみ

【目的】カルテ監査に関して思い浮かぶのは1件、1件カルテを開いて「ある」「なし」等の結果を監査シートに入力していくイメージだ。しかし監査項目が膨大になると非常に手間がかかる。そこで当院は効率のまつ簡易的に行うことを目標とし系統的に監査を行うことにした。【方法】当院の病院情報システムの特有であるMicrosoft Queryを使用し、系統的にオーダリングシステムや電子カルテシステムのサーバーにアクセスし監査を行うためのデータ抽出を行った。また、より簡易的にデータ抽出を行うために関連する部署と検討しテンプレート等の取り決めを行った。テンプレートをすることは方法を簡易化するだけでなく、一定の枠組みを設けることで記載内容の精度向上にも繋がるのである。【結果】今まで同じ重症病棟でもICU/CCUと救急病棟で違う記載方法で入室時の評価を行っていた。しかし、テンプレートを取入れたことで運用の統一化が図られ記載内容についても条件が満たされるようになった。また、系統的に入退室する患者に対しテンプレートを適用している件数を評価の実施率として算出することで月数百件の入室を対象にしても効率的に監査が可能になった。この監査結果は毎月関連する部署に報告している。【考察】システムに行うことで記載の有無を客観的に判断し、対象者を自動で抽出することが可能である。また、全数調査のため誤差が生じず信頼性は100%である。結果から条件を満たしていないもののみ対策を考案することが可能になる。【結語】テンプレート等を使用し系統的に監査を行うことにより、効率的かつ簡易的に行う目標は達成できた。しかし今回は量的な監査でしかなく、今後は記載内容に重点をおきより質の高い記載になるよう対策も含め監査を実施したいと思う。

## 0-4-06

### 診療記録監査を行い気付いた点

石巻赤十字病院 医療技術部情報管理課

○宮崎 優

【目的】当課診療情報管理係の主な業務に診療記録の監査がある。その中で「手術前の手術室マーケティング実施率」を担当することとなった。今回、この監査を行い気付いた点や結果等を報告する。【方法】監査方法としては手術室にて手術を受けた患者を対象とし、手術看護記録と術前に記載する情報収集用紙の2つのマーケティング項目を確認する2段階方式とした。そしてこの2段階の確認で「マーケティングあり」と記載があったものをマーケティングが実施されたのみなし実施率を算出した。【結果】監査を開始した平成28年1月分で96.3%と、もともと高い実施率であったが、平成28年10月分から手術室運営委員会に当座で監査したデータの提供を行い、医師や看護師にフィードバックを行った結果、平成28年12月分では99.6%と更に実施率の向上が見られた。また監査開始当初90件あった未実施件数が平成28年12月には1件と減少した。【考察】監査開始当初に比べ実施率と共に監査対象としている2つの記録に関しても記録の質の向上が見られる。これは監査を行い、委員会にて実施状況を提示し、医師や看護師等実際に記録を行う現場の方々にマーケティング記載の現状をフィードバックできている結果だと考えられる。また、未実施となった件数に関しては委員会にて検討を行い、次回以降の監査に向け改善を行なっているため、今後更なる実施率向上や記録の質向上が見込めると感じた。【結語】今回監査を担当し、実際に記録をする現場の方々へ結果をフィードバックすることが大切だと改めて感じた。今後も監査担当として問題点や改善案を提示し、更なる改善に繋げられるよう、フィードバックの方法を検討していきたい。

## 0-4-03

### 当院の紙媒体削減と電子化の取り組み

前橋赤十字病院 事務部 診療情報管理課

○高坂恵美子、沼居 綾、平井 佳子、秋間 真幸、増田 政宏、  
浅野 太一

【目的】当院では紙媒体の電子化をH16年4月の電子カルテ導入以降進めてきたが現在もなお大量に発生し続けている。紙媒体の保管場所確保が限界に達したため、更なる電子化と合わせて保管場所確保と紙媒体削減をH28年度目標として行ったのでその取り組みを報告する。【方法】まず紙媒体について厚生労働省のガイドラインを参考に選択を行った。その中で紙が大量発生する1.胎児心拍数モニター記録+エコー検査記録2.骨髄穿刺検査結果3.麻酔記録についてスキャンによる電子化を試みた。1.は産科医療補償制度の通達を基に群馬県内9施設に保管方法と年数について聞き取り調査を行い、その結果を踏まえ電子化を検討したがスキャンが大量で作業困難なため、紙カルテと一緒に10年保管となるため分けて原本5年保管とした。2.と3.は保管場所確保を目的にスキャン後破棄とした。【結果】1.胎児心拍数モニター記録+エコー検査記録はH28年度分娩数355件で同数の紙カルテを廃棄、記録のみ別保管となった。2.骨髄穿刺検査結果はH28年度入院中検査施行108件、同数の紙媒体削減。3.麻酔記録は保管場所確保のためH24年度分からスキャンを開始。現在2年分スキャン済のため約1万枚紙削減できた。【考察】今回削減できた紙媒体は合わせて約10463件。麻酔記録は残りの3年分約1万5千枚の紙を削減予定である。H28年度に紙媒体削減できた背景には1.院内全体が電子化について協力的だった2.保管場所が限られていた3.電子化による効率的な診療が求められた。【まとめ】今後の課題は電子化によるスキャン業務が増え、労力と時間を要するためスキャンするものを選択を行う。また署名不要の文書等を電子カルテのテンプレート機能やバーコード付与の導入などスキャン機能の効率化と院内紙媒体電子化による削減を進めたい。

## 0-4-05

### 術後のケア計画の監査

石巻赤十字病院 医療技術部情報管理課

○三浦 貴恵

【目的】当院で実施している診療記録監査の中に術後の患者ケア計画についての監査がある。術後の患者ケア計画は、ケアの継続性を確実にするために手術後24時間以内にカルテに記載することを基準としているが、その基準を満たしていなかったため対策を講じた。【方法】術後の患者ケア計画についてのチェック項目を設けた手術簡易記録テンプレートを作成し、手術後はそれを使用し記載をする。項目は、「術後指示参照」「入院時指示継続」「異常時指示継続」「フレキシブルパス参照」の4つとした。まず初めに手術室で実施された手術を対象にテンプレートによる術後のケア計画の記載の有無を系統的に監査し、次に、システム監査で項目の記載が一つも無記載なしと判定されたものと及び記載ありと判定されているがカルテの最終入力時間が手術終了後24時間以上経過しているものを対象に目視監査を行った。目視監査については、全診療科がテンプレートを使用していることを確認するまでは別の方法での記載も良いとしていたが、確認後はテンプレート以外での記載は不可とした。結果は、毎月委員会へ報告する。【結果】初月記載率は57.7%であった。テンプレート導入後4ヶ月に全診療科が使用していることを確認し目視監査方法を変更したが変更前の記載率との差は皆無に等しく、導入後5ヶ月で記載率は90%まで上昇した。【考察】記載率が90%に上昇したは87-90%の間を往來する状態である。未記載には、テンプレートを使用しているにも関わらず術後の患者ケア計画の項目の記載が無いものが半数以上、中にはテンプレート以外の記載も僅かに見られる。テンプレート内の術後の患者ケア計画を記載することがあまり重要視されていない可能性があり、医師の意識の改善に努めなければならないと考える。【結語】今後は記載をしなかった医師個々へ記載を促す等の対策を検討していきたい。

## 0-4-07

### 病名管理の運用と医師による病名登録の啓蒙活動

石巻赤十字病院 医療技術部情報管理課

○相澤絵里香

【目的】医師から病名データ抽出依頼があっても医師の把握している件数と病名登録されている件数に相違があった。その原因は当院では病名をデータ抽出するために病名管理アプリ（以下病名管理）に登録しているが、規定や運用が明確になっていないためである。医師はカルテ内に病名の記載をするが、病名管理に登録をしないケースやサマリーの病名入力に独立していることが判明したため、医師による病名登録の啓蒙活動を行ったので報告する。【方法】医事課と当課で運用を検討し病名管理規定を作成した。病名は病名管理に入力し、サマリーの病名入力は直接入力を不可とし病名管理からの引用のみとするなど、病名登録をする場所を統一させた。2017年1月の運用開始と合わせて全医師（診療科）ごとに説明会を行い、運用開始後の病名登録数の調査を行った。また、サマリー点検時サマリー病名とDPC病名に疑問や不一致、不足している病名がないかを点検した。【結果】運用開始後の病名登録数の推移は2017年1月1,980件、2月1,671件、3月2,539件、4月3,556件であった。サマリー病名とDPC病名の点検は疑問や不一致があるものは医師に確認し、不足している病名がある場合は登録を依頼した。【考察】病名登録方法を統一したことにより、病名の確認や管理、データ抽出作業が簡素化された。医師の病名登録への意識も変化したと思われ、医師から頻繁に使用する病名を、簡単に登録できるフォルダやツリーへの設定依頼などの要望もあった。今後更なる病名登録しやすい環境作りも必要と考える。【結語】今回は医師による病名登録が目的であったが、今後も病名登録の啓蒙に加えICDコードの勉強会を行い、より詳細な病名を登録できるように活動していく必要があると考える。