

0-6-36

DPC傷病名における診療情報管理士の関わりについて

姫路赤十字病院 医療推進課

○藤川 薫¹⁾、若松 良子²⁾、安東 正子³⁾

【目的】当院は、2006年にDPC対象病院となり、診療情報管理士が退院前にDPC傷病名の確認を行っている。DPC参加当初は、部位不明・詳細不明コードに対する修正に対し、医師等に理解を得ることが困難であった。しかし機能評価係数に使用割合が影響するようになり、医事課算定職員との連携で医師へ傷病名を確認していくことで徐々に医師等に協力が得られ、使用割合が減少、現在1%以下を推移している。また定義副傷病名についても、診療情報管理士が診療記録や検査結果等から定義副傷病名の有無の確認を行い、付与率が向上した。診療情報管理士が関わることでどのような変化があったかについて、調査と評価を行った。【方法】2017年1月～2017年12月31日までの期間において、診療情報管理士が関与したDPCの各傷病名が変更になった症例の変更理由について分析、評価を行った。また、定義副傷病名率についても同様の期間において、付与された定義副傷病名と率の変化について調査を行った。【結果】DPC傷病名の変更理由を分析した結果、1)カルテ記載内容と治療内容より、適切な病名へ変更 2)部位や性状による詳細病名へ変更 3)ICD10やDPCコードルールによる変更が上位であった。また定義副傷病名に関しては、1)胸水貯留(2)循環器系疾患 3)白血病疾患・貧血が多く、付与率は現在約10%上昇、収益向上にも大きく寄与できた。【考察】診療情報管理士が入院中から治療内容を確認し、医事課職員と連携を図っていくことで医師に確認する機会が多く持てた結果、詳細かつ適切な病名へスムーズに変更することが出来ていると考える。【結論】診療情報管理士がDPC傷病名に関与していくことは、データの質の向上のみならず、病院経営の観点からも意義があると考えられる。

0-6-38

近畿ブロックにおける医師診療支援業務の実態について(アンケート調査から)

京都第一赤十字病院 医師診療支援室¹⁾、京都第二赤十字病院 診療支援課²⁾、大津赤十字病院 診療情報管理課³⁾

○上門 充¹⁾、砂野 高士²⁾、橋本 智広³⁾、高山 幸二¹⁾

【目的】平成30年度の診療報酬改定及び医師の働き方改革の推進により、医師事務作業補助者の重要性は高まっている。今回、近畿ブロックの赤十字病院での運営状況や取組事例を共有することで、協働して医師事務作業補助業務の体制強化を図ることを目的に、アンケートを実施した。【方法】項目としては、(1)職員の構成(2)実施業務(3)教育研修(4)苦慮することを中心とした。【結果】職員構成については、有期職員(臨時主事等)を配置している比率が高かった。正職員を配置している病院は、13病院中10病院であったが、2病院を除き4名以下の配置であった。業務内容については、文書作成業務が最も多く、次に外来診療補助業務が多い傾向にあった。また、400床以上の全ての病院でNCD入力業務を実施していた。研修事業については、実施していない病院が半数を超えている状況であった。苦慮している内容については、教育研修(育成関係)が最も多かった。また、関係部署との調整や人間関係についても苦慮している状況がみられた。【結論】アンケートから、文書作成や外来支援については、病床規模に関係なく実施されていることが分かった。また、人員の確保以上に人員に対する教育、スキルアップの重要性が感じられた。今後、定期的な意見交換会等を通じて、近畿ブロック全体で取り組むことで、効果的な問題解決を図ることが可能な課題を模索したい。

0-7-25

院内急変におけるNEWSの有用性 -ハリーコールを分析して-

高山赤十字病院 救命救急センター¹⁾、高山赤十字病院 医療安全推進課²⁾、高山赤十字病院 救急科³⁾

○久保田 忍¹⁾、柳原 典枝¹⁾、若田きみ子²⁾、加藤 正康³⁾、白子 隆志³⁾

【目的】過去5年間の院内ハリーコール事例の実態を明らかにし、今後の課題をまとめる。【調査方法】期間：2012年1月～2017年12月。方法：Drハリー報告書、電子カルテから後ろ向きに調査。【結果】5年間のハリーコールは59件、男性36名、女性23名であった。年齢は1歳～94歳、70～80歳代で60.8%を占めた。小児(1歳～7歳)は4名で全て救命センター入院中だった。発生場所は一般病棟34件、救命救急センターが19件、外来、CT室等が6件だった。ハリーコール要請原因は呼吸不全が18件30.5%、心臓停止14件23.7%、致死的不整脈、循環不全が22%であった。それ以外に意識レベル低下、痙攣発作であった。その後の転帰は、軽快49.2%、死亡39%、1週間の生存8.5%、1ヶ月の生存3.4%。看護記録で経時的に検証できた成人24名をNEWS(National early warning score)を用い、急変8時間前、4時間前、1時間前の変化を調査した。8時間前に中等度以上の急変リスクが認められたのは62.5%だった。【考察】院内急変は看護師が第一発見者となる事が多い。記録を経時的に見直した際、全ての項目を点数化できず評価できなかった症例があった。特に呼吸数、呼吸状態の記録が少ないことが分かった。看護師が「何か変」と違和感を感じた時、客観的に評価できるNEWSを用いることで、急変の可能性や異常な状態を判断することができる。【結論】常に患者のそばにいる看護師が急変兆候に早期に気づかなければならない。NEWSを用いた急変兆候の早期発見について看護師教育の必要性が示唆された。

0-6-37

診療情報管理士による機能評価係数2の維持に向けた診療報酬改定の取り組み

武蔵野赤十字病院 入院業務課

○松本 巧¹⁾、田中あゆみ²⁾、遠藤 美幸³⁾、河野 嘉文⁴⁾

【目的】当院では、DPC請求の監査役として、診療情報管理士が2名配置されている。診療報酬改定では、診断群分類変更に伴った定義副傷病名や入院期間、留意すべき部位不明・詳細不明コードがどのような影響を及ぼすのか確認は必要不可欠である。また本改定では、通常の診療報酬改定と同時にICD10_2013年版への移行が行われた。そこで当院で行った取り組みを報告する。【方法】(1)ICD10_2003年版と2013年度版との差分比較(2)留意すべき部位不明・詳細不明コードの抽出(3)新規設定となった定義副傷病名の抽出(4)新規設定・分岐変更となった手術・処置の抽出。以上の4項目の取り組みを行った。【結果】平成30年3月(以下3月)と平成30年4月(以下4月)を比較し、留意すべき部位不明・詳細不明コードの比率は、3月4.5%、4月3.7%。定義副傷病名の比率は3月12.6%、4月14.5%。入院期間2以内の退院患者比率は3月78.9%、4月77.8%と改定前の状態維持することができた。【考察】事前に改定内容を詳細に把握したことで、注意すべき点を絞り、コーディング委員会や診療報酬改定キャラバンにて院内に周知できた。また、各診療科別に上位疾患に対しての定義副傷病名一覧表を医師に配布し、定義副傷病名の比率維持に大きく貢献した。これは、診療情報管理士の得意分野であるICD10についての専門知識や、データ解析力を活用し、算定者としての視点からのアプローチにより、今回の結果になったと考える。【結論】次改定では、本改定で行った内容を円滑に行い、前年度の実患者データを使用した改定後シミュレーションを行えるようにしたい。

0-7-24

A病院における院内急変時システム検討部会発足の効果

北見赤十字病院 看護部

○弥富 祐樹

【はじめに】A病院は病床数532床の3次救急病院であり、曜日ごと各科の医師がER専門医の役割を担っている。そのため、各科の医師や看護師、薬剤師・診療放射線技師などから構成された、救命救急センター運営委員会が設置されている。A病院には院内急変時システムが10年以上前からあるが、その件数および内容について事後検証を行うシステムがなかった。そのため、救命救急センター運営委員会に所属する救急看護認定看護師が提案し、救命救急センター運営委員会の下部組織として、医師・看護師・診療放射線技師・薬剤師等から構成された、院内急変時システム検討部会が2017年8月に発足した。院内急変時システム検討部会は、月に1回開催され、院内急変事例の事後検証やシステムの見直しを行っている。今回は、院内急変時システム検討部会発足に伴う効果について報告する。【方法】嶋津ら(2008)が述べている、院内緊急コールの整備すべきハードウェア・ソフトウェアの9項目について、A病院の院内急変時システム部会発足による効果を検証した。【結果】整備すべき9項目中、すでに整備されていたものは「全職員への周知」など3項目であった。部会設立後すぐに改善がみられたのは「対象者をCPAに限定しない」1項目であり、「緊急処置を行う場合の情報共有と指揮命令系統を確立すること」など5項目については、部会発足に伴いほじめて検討されていた。【考察】病院全体に関わる院内急変時システムの事後検証を部会にしたことによって、部会発足後すぐに院内急変時システムに改善がみられたと考えられる。また、指揮命令系統の確立など、部会発足に伴いほじめて検討されることも多く、一つ一つ地道に改善していくことが今後の課題である。【結論】部会発足には、院内急変時システムの改善のきっかけとしての効果があった。

0-7-26

当院救命救急センターICUにおける人工呼吸器離脱プロトコール導入後の現状

名古屋第一赤十字病院 看護部、救命A

○山北 利恵¹⁾、大岩 末佳²⁾、錦戸 幸³⁾、横山 俊彦⁴⁾

当院は救急医療を担う高度急性期総合病院である。その中で救命救急センターICUは、救急搬送後の状態が不安定で、生命に関わる重篤な疾患の患者を収容するため、人工呼吸器管理の頻度が高い。人工呼吸器管理が長期化すると、鎮静薬の遅延化やVAPや気道損傷を起こす可能性が高くなり、早期に人工呼吸器を離脱することが望ましいとされている。しかし、当院のICUは各診療科による管理のため、個々の医師が今までの経験をもとに呼吸器離脱を判断し、統一した方法がなかった。そこで、2016年より人工呼吸器管理に関わる医療従事者が同じ知識で患者を診て、必要なアセスメントを行い、速やかに人工呼吸器からの離脱を図るために、人工呼吸療法が主導する3学会(日本集中医療学会、日本呼吸器医療学会、日本クリティカル看護学会)が作成したプロトコールを参考にRSTで当施設の現状に応じたSAT/SBTを作成し導入を始めた。今回、導入後の現状を振り返り課題を考えたので報告する。