

Y4-49

医師事務作業補助者の体制強化—第2報—(ヒアリング、アンケートの実施)

日本赤十字社長崎原爆病院 診療支援室

○谷口 英樹、木下 郁夫、坂上 悦子、朝長万左男

【はじめに】 昨年の本学会において医師事務作業補助者の25:1加算取得の経緯と、問題点につき報告を行なった。今回、20:1の加算を取得し、合わせてクラークのヒアリングと医師へのアンケートを行ったので報告する。

【経緯】 当院では平成20年5月より全日勤務5名、半日勤務4名の医療クラークを採用。同6月より75:1の加算を申請、受理された。次に25:1の加算取得を目指し、全日勤務者2名、半日勤務者10名を新たに採用し、平成23年10月より加算を取得した。更に現在では全日8名、半日22名の体制とし、平成24年1月より20:1の加算を取得している。

【クラークヒアリング】 診療支援室長、副室長、担当課長によりヒアリングを行なった。半日勤務者の22名のうち5名が全日勤務への移行を希望していた。その理由の多くが業務量の過多による時間不足であった。また、要望は30名中11名より出され、主なものは端末や資料の不足、外来スペースの狭さなどハード面と、休みや時間外の取り方、医師事務業務以外の依頼のなどシステム面に対するものが多かった。

【医師アンケート】 医師に対しては書面で簡単なアンケートを行なった。16名から回答を得、改善を希望する医師は8名と半数を占め、退院サマリ作成、講演資料作成等、業務拡大の要望が多かった。

【考案】 以前は書類作成代行が主な業務であったが、現在は外来における電子カルテ記載代行、各種予約の代行が軌道に乗った。また、業務遂行の中で各部門の要請があればさらに業務拡大を目指し、近い将来には15:1加算取得を目標としたい。

【結語】 医師事務作業補助者の設置は医師の負担軽減に大きな貢献となる。今後この政策を大いに活用し、貴重な医療資源である医師の負担軽減をはかりたい。

Y4-50

医師事務作業の軽減を目指した退院時要約システムの変遷について

北見赤十字病院 事務部 企画課¹⁾、総務課²⁾

○高松 伸行¹⁾、鈴木 真一¹⁾、藤井 貴文¹⁾、河野 洋樹²⁾

【はじめに】 退院時要約とは、入院病名や転帰、診療経過内容を記載したものであり、診療報酬や病院機能評価等において重要視されている。しかし、その一方で医師数の少ない地方病院では退院時要約の作成自体が医師の業務負担となっている。

【目的】 当院の退院時要約システムは、それまで診療科によってバラバラであった書式の統一と要約の作成状況を管理することを目的に導入し、医師の事務負担軽減を目指し随時改善している。

【概要】 退院時要約システムは、導入当初からオーダリングシステムの情報と連携し病名や検査結果等を要約へ展開できる仕様とした。しかし分婉時要約だけは、記録内容から統一書式化することが困難であった。その後電子カルテ化の一環で手術記録がシステム化され、この機会に合わせ分婉時要約のシステム化を実現させた。しかし、その一方で化学療法等での再入院等では、退院毎に既往歴や発症経緯・治療経過等を要約に記載する必要があるため多くの医師からの改善要望があった。診療情報管理担当者により要約が完成していると確認された時点で、要約の内容変更や記載内容のコピーも不可能な仕様であったため、今回システムの改造を実施し、同一診療科で記載履歴がある場合、ワンクリックで前回の退院時要約の記録内容を今回作成する要約にコピーペーストできる機能を追加した。

【効果】 これらの取り組みにより医師の要約作成の事務負担を軽減するとともに、当院におけるサマリ作成率は平成21~23年平均において97.0%で推移しており、一定の効果があった。

【今後の課題】 更なる医師の事務負担軽減を目標として、医師事務作業補助者による要約の代行作成を推進させるため退院時要約システムと電子カルテとの連携強化が検討課題である。

Y4-51

当院のNational Clinical Database登録における医療クラークの取り組み

諏訪赤十字病院 医療支援課

○小山 徳子、細川 知加、五味 邦之

【はじめに】 平成23年1月より外科手術症例のデータベース登録(National Clinical Database: 以下NCD)が始まり、当院においては導入当初より医療クラークが関わり登録を進めてきた。今回、NCD登録を開始して1年が経過したことから、これまでの取り組みについて報告する。

【経過と課題】 当院では平成23年4月より医療クラーク2名をデータマネージャーとし、NCD主任外科医師含め3名体制でNCD登録を開始した。はじめにNCD主任外科医師から入力方法を学び、以降、医療クラークが登録を行い、NCD主任外科医師が確認および承認する体制としたが、運用を進めるなかで幾つかの課題が発生した。1) 登録対象症例のリスト化: 当初、電子カルテ内の手術オーダーを元にした外科手術台帳より対象症例リストを作成したが、オーダー発行時の診療科選択が外科以外でもオーダーされる事が分かり、医事算定情報も活用し登録漏れの無いよう努めたが、リスト化が容易でないため、現在は医師が記載した手術所見を元に登録すべき症例を把握している。2) 効率的な診療録情報の抽出: 医療クラークが登録を行ううえで、電子カルテ内から情報を抽出することが容易でないことから、消化器・乳腺外科用テンプレートを作成し、医師がこれを入力することとした。これにより1箇所に必要な情報が集約でき、かつ十分な診療録記載が行われ、医療クラークが効率的に登録できるようになった。また別の手段として手術所見の見直しも行い、書式にNCD登録に必要な項目を追加することで、手術情報が収集できるようになった。

【まとめ】 医療クラークが関わることで円滑な登録が図れている。今後は、より効率的な症例の把握と登録項目の情報抽出を検討し、より一層医師の負担軽減に取り組んでいきたい。

Y5-30

頸動脈血栓内膜剥離術中に冠スパズムが疑われた一症例

熊本赤十字病院 診療部

○稲富 享子、鳥山 敬祐、定永 道明

頸動脈血栓内膜剥離術(CEA)は術前より冠動脈疾患を有する患者が多く、また術中の頸動脈遮断、圧受容体への侵襲が循環動態に大きな影響が及ぼされ、その管理には細心の注意を要する。今回、我々はCEAの麻酔中に心室細動を起こしたが迅速な閉胸心マッサージと除細動で回復しえた症例を経験した。症例は69歳。男性。右内頸動脈に90%以上の狭窄がある。既往は脳梗塞による左上肢の不全マヒのほかには高血圧、糖尿病、気管支喘息があった。術前の心電図では正常洞調律でST-Tの有意な変化はなかった。麻酔はプロポフォルとレミフェンタニルで導入、ロクロニウムで気管挿管後、プロポフォルTCI 3 μg/mlとレミフェンタニル0.2~0.3 μg/kg/minで維持した。また、血圧維持のためドパミン1~3 μgの持続投与を行った。術中、頸動脈操作によると思われる急激な血圧変動が(収縮期血圧60から200まで)見られた。頸動脈吻合約50分後に心電図でST上昇とPVCの頻発が見られた。いったんは自然に回復したもののさらに20分後に再びPVC頻発し、VFとなった。手術終了直前であったため、直ちに閉胸式心マッサージを行い、15Jの除細動で心拍再開した。術後は抜管せず、ICUに収容したが、循環動態は安定していた。当日意識は回復し、患者に影響はなかった。後日、冠スパズムを疑い、循環器内科にコンサルトしたがホルター心電図を含めて明らかな異常は見つけられなかった。