
一般口演

一般口演9

病院情報システム・支援

2017年11月21日(火) 14:15 ~ 16:00 J会場 (3F イベントホールA)

[2-J-2-OP9-6] チーム医療の充実化を図るための電子カルテシステムの取り組みと問題点 第2報

大迫 朋子, 松崎 勉, 緒方 義史（鹿児島医療センター）

近年、医療の質や安全性の向上及び高度化・複雑化に伴う業務の増大に対応するため、専門性が高いスタッフが目的と情報を共有し、業務の分担を行うとともに、互いに連携・補完しあい、患者の状況に的確に対応した医療を提供する「チーム医療」が医療現場で実践されている。その中で、コミュニケーション・情報の共有化・チームマネジメントの3つの視点が重要といわれている。チーム医療を支援する電子カルテシステムの機能として、職種別でも記録が出来るシステム、チームが記録した内容が情報共有できること、チームだけが記録できるような権限設定などがある。当院は11のチームが関わっている中で、それぞれのチームの特徴を生かし、チーム記録や情報共有を行えるように設定を行った。その取り組みと使用していく中で問題点も明らかになったため第15回日本医療情報学会看護学術大会で報告した。今回、新たに静脈血栓塞栓症チーム、認知症ケア加算1開始に伴い認知症ケアチームが追加された。この新たなチームが追加されたことでの取り組みを報告する。

チーム医療の充実化を図るための電子カルテシステムの取り組みと問題点 第2報

大迫朋子*1、松崎勉*1、
緒方義史*1

*1 独立行政法人 国立病院機構 鹿児島医療センター

Effort of electronic medical record system to promote enhancement of team medical care and problem 2nd report

OOSAKO TOMOKO*1, MATSUZAKI TSUTOMU*1, OGATA YOSHICHIKA*1

*1 National Hospital Organization Kagoshima Medical Center

Recent years, safety improvement and quality in medical care and Improve medical quality and safety and staff with high expertise share purpose and information in order to cope with the increase in work accompanying sophistication and complication. Sharing work. We also cooperate with each other and complement each other and provide medical treatment that responds exactly to the situation of patients "Team medical care" is practiced in the healthcare setting. Among them, three viewpoints of communication / information sharing and team management are said to be important. There are the following three functions as an electronic medical record system that supports team medical care. A system that can record on the same recording location even if the job types are different, A system that the contents recorded by the team can share information to all staff, A system that can set permissions that only team members can record. Our hospital has eleven teams. Using the characteristics of the team, we set up so that we can record and share information. These reports were presented at the 15th Japan Association for Medical Informatics Nursing Society. A new venous thromboembolism team and a dementia care team were added this time. I will report the efforts of this new team being added.

Keywords: Team medical care, HIS, Venous thrombosis team, Dementia care team

1. はじめに

電子カルテシステムが支援するチーム医療の機能として、職種別でも記録が出来るシステム、チームが記録した内容が情報共有できること、チームだけが記録できるような権限設定などがある。

当院は2012年7月1日電子カルテシステム(以下HIS)を稼働した。当院は11のチームが存在する。それぞれのチームの特徴を生かした記録や情報共有が行えるように設定を行った。その取り組みと使用していく中で問題点も明らかになったため第15回日本医療情報学会看護学術大会で報告した。今回、新たに静脈血栓塞栓症チーム、認知症ケア加算1開始に伴い認知症ケアチームが追加された。この新たなチームが追加されたことでの取り組みを報告する。

2. 背景

当院でHIS導入時にチーム医療を行う上での問題点として、以下の内容が考えられた。

1.各チーム活動内容の記載が統一化されておらず、情報把握が困難である

2.依頼を行う場合の連絡方法が電話・オーダーなどバラバラである

3.各チームで紙文書がそれぞれ存在し、その書式をHISで作成できるのか、また他職種が関わるため、情報が分断されないように記録することが可能であるか不明確である

4.チーム間での情報共有が図れるように各チームが関わっている患者リストが一覧化できるか不明確である

これらの問題点を踏まえ、HIS導入前に各チームリーダーと医療情報管理室、電子カルテベンダと打ち合わせを行った。HISにチーム医療を行う上での機能として備わっている評価管理システムを導入した。

このシステムを導入することで、当院の以下の問題点が解決された。

1.チームごとの定型化された文書の作成が可能、そのシートを活用して統計出力可能

2.職種別の記録が可能

3.チーム記録の情報の共有が容易に可能

4.チーム・職種で記録できる権限設定可能

5.チームの依頼システムの統一化

6.チームごとの管理患者一覧把握可能

また新たに静脈血栓塞栓症チーム、認知症ケアチームが編成され、電子カルテシステムをどのように活用していくか、それぞれのチームと話し合いを重ね構築を行った。

3. 方法および結果

3.1 静脈血栓塞栓症チーム

静脈血栓塞栓症ケアチームのメンバーと打ち合わせを行い、運用の確認を行った。

チームが編成される前、電子カルテシステム上での肺塞栓予防に関する設定として、医師は肺塞栓予防管理料、肺塞栓予防管理の医師指示があり、看護師はストッキングや間歇的空気圧迫法を行った場合の観察記録であった。今回チームが編成され、電子カルテシステムへの要望として、全患者に対して、看護師が肺塞栓予防対策スクリーニングシートを記載していきたい、その他は現在の運用で行けるのではないかとのことであった。しかし、看護師が肺塞栓予防スクリーニングシートを行った後の評価判定は医師が行い指示を出す必要があること、医師事務作業補助者が肺塞栓予防管理料を代行で入力しているため、その評価判定をどのように把握するか、チームメンバーが評価の進捗状況を管理していけるのかなど様々な問題点があがった。その後数回の打ち合わせを繰り返し、他のチーム同様依頼・評価管理を使用することとし、以下の内容での対応を行うこととした。

3.1.1 静脈血栓塞栓症リスク評価スクリーニングシート作成

肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドラインを参考にして、静脈血栓塞栓症リスク評価 No.1、No.2 を作成した。No.1 に関しては、入院全患者対象として、No.2 に関しては、手術予定ありの患者のみとした。入院時、評価する必要があると判断したときに看護師がチェック方式で評価を行い、リスク評価と予防策に対する記録については、医師がチェックを行うことができるように作成を行った。

このスクリーニングシートの記載について、職種が違う医師・看護師が記録できる権限設定を行った。また時系列で評価した内容が確認できるようになっている。

3.1.2 静脈血栓塞栓症リスク評価スクリーニングシートの進捗管理について

現在存在するチームは評価介入患者の進捗管理を行っている。しかし、今回、静脈血栓塞栓症チームとしてはスクリーニング結果と肺塞栓を発症した患者の分析等を行っていくことをメインとして進捗管理は病棟看護師で行う動きとしたいとのことであったため、スクリーニングシートの進捗管理は各病棟看護師が行うこととした。この動きについては、今まで看護師が行ったことがない作業のため、現場に負担がかかってしまう可能性が考えられたが、チームメンバーが全入院患者の管理を行うことも膨大な作業となるため、各病棟で管理を行っていくこととなった。

3.1.3 肺塞栓予防管理料の算定について

現在も使用している指導料の項目より「肺塞栓予防管理料」を選択して指導内容を行うこととしたが、医事より今まで低リスク評価の時も算定が飛んできていたため、いつも確認後削除していたということが分かった。

そのため、指導料を登録する医師・医師事務作業補助者に対して、医事課より説明を行うとともに、電子カルテシステム側も肺塞栓予防管理料を登録する画面に中リスク以上で弾性ストッキング、間歇的空気圧迫法のみ算定可能というコメントをわかりやすく表示して注意喚起を行った。

また問題となった医師事務作業補助者が代行で肺塞栓予防管理料を入力している場合のスクリーニングシートの評価と予防策の確認方法については、入院当日または翌日に静脈血栓塞栓症リスク評価スクリーニングシートを確認して算定してもらう動きとした。このシートについては、3.1.1 に記載したが、医師・看護師のみの職種設定を行っているため、医師事務作業補助者がシートを展開しても参照画面となり編集できない設定となっている。

3.1.4 静脈血栓塞栓症チームの管理方法について

静脈血栓塞栓症チームについては、3.1.2 でも記載したが、スクリーニング結果と肺塞栓を発症した患者の分析等を行っていくとのことであったため、静脈血栓塞栓症リスク評価スクリーニングシート No.1、No.2 の入力内容が統計出力できるように設定を行った。これを行うことで入力した内容が全て一覧化でき、中・高・最高リスクの一覧、評価、分析に使用することが可能となった。

その後、静脈血栓塞栓症リスク評価スクリーニングシートを看護師が入力したことが医師に伝わらない、医師も入力することを忘れてしまうといったことが問題となった。そのため、電子カ

ルテシステム内の伝達機能を活用し、看護師がスクリーニングシートを記載した後に医師へのメモに「静脈血栓塞栓症リスク評価記入しました。先生の評価をお願いします」という内容を記載することとした。

3.2 認知症ケアチーム

認知症ケアチームのメンバーと打ち合わせを行い、運用の確認を行った。

認知症ケア加算 2 について電子カルテシステム側で必要な対応を洗い出した結果、認知症ケア加算の算定方法、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の入力方法、身体的拘束・解除時の医師指示の方法、身体的拘束時の患者・家族への同意書、身体的拘束アセスメント、身体的拘束時の具体的な行為や実施時間・観察記録、看護師の看護計画立案とその計画に基づき認知症症状を考慮したケアの実施と評価を行った記録、日々のカンファレンス記録が必要ということがわかった。

3.2.1 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の入力方法について

現在、DPC 入力にて日常生活自立度判定基準を行っているが、入力は入院時の 1 回のみであり入院日以降日常生活自立度の変化の評価を行っていないことが分かった。今回、認知症ケア加算をとるためには、この判定がランクⅢ以上に該当することが必須である。入院時にランクⅢであればいいが、入院中に変化することも考えられたため、日々の受持ち看護師が入力できるように経過表に項目を作成した。また、経過表の機能を使用して、判定基準のガイダンスを作成し経験年数関係なく評価ができるように作成を行った。

また評価することはできたが、各病棟の認知症ケア担当看護師がランクⅢ以上の患者 1 人 1 人のカルテを展開しなくてもピックアップできるように経過表入力項目データ抽出アプリを作成した。この設定を行うことで、自病棟患者の日常生活自立度判定が一目で把握できること、また認知症認定看護師は全病棟の患者の把握が容易にできるようにした。

3.2.2 身体的拘束実施・解除に向けたカンファレンス時の記録について

身体的拘束を必要としない状態となるように環境を整える必要があるが、やむを得ず身体的拘束を実施する場合、当該患者に関わる医師・看護師等、複数の職員でカンファレンスを行う必要がある。また、その後も解除に向けた検討を 1 日 1 度は行う必要がある。そのためのカンファレンス記録について、全職員が情報を把握できるように診療録に記録を行うこととした。またそのカンファレンス記録のみ見たい場合、すぐにピックアップできるように重要度をつけて登録を行うように調整を行った。

3.2.3 身体的拘束時の患者・家族への説明と同意について

以前より同意書については文書管理に作成していたため、今回認知症ケア加算を実施する上で再度案内を行った。

3.2.4 身体的拘束・解除時の医師指示の方法

同意書同様、身体的拘束・解除に関する医師指示を作成し、医療安全管理委員会から案内を行っていたため、今回認知症ケア加算を実施する上でこの指示を生かした。医師には再認識してもらうため、再度案内を行った。

3.2.5 身体的拘束時の具体的行為や実施時間等の記録

身体的拘束時の具体的行為と実施時間、日々の記録について、日々の受持ち看護師が10時・22時の1日2回入力できるように経過表形式で身体的拘束アセスメントシートを作成し、見守り・包帯保護・ミトン・抑制帯・体幹抑制・鎮静剤使用・監視用モニターカメラ・赤外線センサー・離床センサー・徘徊マット・テントウムシ・タッチコール、拘束部位の異常の有無、開始時間～解除時間などの記録を行うこととした。

3.2.6 看護計画の作成・実施・評価について

電子カルテシステムの看護支援システムに備わっている看護計画システムを活用して看護計画の立案・評価を行うこととした。その際、当院は標準看護計画・NANDAにて看護計画を立案しているため、認知症ケアに該当する看護計画をピックアップして案内を行った。

3.2.7 認知症ケア加算の算定方法について

算定については、看護師が看護処置で身体的拘束あり、なしを選択し、その後14日以内の期間、15日以上を選択するように作成した。日々の看護師が日常生活自立度判定や日々のカンファレンス、看護計画の実施・評価などを行い、実施を行う流れとした。

3.2.8 認知症ケア加算1へ

認知症ケア加算2開始後、5か月後に認知症ケア加算1へ変更することとなったため、再び運用確認・調整を行った。

認知症ケア加算1について電子カルテシステム側で必要な対応を洗い出した結果、現在開始している認知症ケア加算2で対応できていることがほとんどであったが、根本的な部分である認知症ケアに係る専門知識を有した職種からなるチームつまり認知症ケアチームが患者の状況を把握・評価することなどが必要であり、この認知症ケアチームが行うチーム記録やカンファレンス記録が必要であることがわかった。

そのため、現在チーム医療が使用している依頼・評価管理を用いて、構築を行った。

認知症ケアチームへの依頼について、日常生活自立度判定でⅢ以上の患者またはチームへの治療・ケアを進める上での課題発生、せん妄・BPSDへの対応、薬剤調整、身体的拘束解除に向けた取り組み、その他の項目を作成し、医師・看護師が認知症ケアチームへ依頼を行うことができるように作成した。この依頼は当院のチームが使用している依頼システムと同じであるため、現場の混乱なく進めることができた。またこの依頼内容をチームメンバーが一覧で確認でき、進捗管理ができるように設定を行った。

次に認知症ケアチームの記録・カンファレンス記録の文書を作成した。これは先ほどの依頼と同様、当院のチームがチームごとの定型化された文書を作成して記録を行っている。今回、認知症ケアチームのみシートを記載できるようにしてほしいとの要望であったため、チームメンバーである医師・看護師・薬剤師・リハビリ・MSWが入力できるように権限設定を行った。またそのシートに入力した内容を統計出力してデータ分析等に二次利用したいという要望があったため、統計設定を行った。

4. 考察

チーム医療では、コミュニケーション・情報の共有化・チームマネジメントの3つの視点が重要といわれている。前回、第15回日本医療情報学会学術大会では、これらの視点を含め

システムを構築した。構築内容として、チームごとの定型化された文書の作成が可能、そのシートを活用して統計出力が可能、職種別の記録が可能、チーム記録の情報の共有が容易に可能、チーム・職種で記録できる権限設定可能、チームの依頼システムの統一化、チームごとの管理患者一覧把握可能とした。稼働時整備・構築を行っていたため、稼働後新チーム編成される毎に、チームの運用方法に沿ってシステムを利用することができた。

4.1 静脈血栓塞栓症チーム

今回、静脈血栓塞栓症チームが編成され、電子カルテシステムでの対応をどのようにしていくかという部分で医師・担当看護師・医事課・医療情報管理室と密に連携を図り構築を行うことができた。

開始して明らかになった問題点として、構築当初から問題になるのではと思っていた各病棟看護師による静脈血栓塞栓症リスク評価スクリーニングシートの進捗管理であった。正確な進捗管理ができないため、退院後も評価中のまま残っている患者が複数みられている。現在、電子化カルテシステムに退院後は自動的に評価終了とされないか要望中である。

4.2 認知症ケアチーム

今回、認知症ケア加算2を開始し、5か月後認知症ケア加算1へ変更という密なスケジュールではあったが、その中で各現場並びに認知症ケアチームの負担にならないように、また算定条件が漏れないように認知症ケア認定看護師・医事課・医療情報管理室と密に連携を図り構築を行うことができた。

開始して明らかになった問題点として、看護計画立案状況の確認を行う上で、カルテを1人1人展開して看護計画を確認する作業が業務負担となっている。現在、電子カルテシステムで看護計画適用一覧を出力できるように構築中であるため、これが整備できれば各病棟認知症担当看護師の業務負担の軽減につながるかと考える。

5. まとめ

今回、新チームである静脈血栓塞栓症チームと認知症ケアチームの運用に合わせた評価管理システムを構築することができた。考察にも述べた今後の課題について対策を立て、随時運用の見直しとシステム整備を行っていく必要があると考える。

参考文献

- 1) チーム医療推進方策検討ワーキンググループ(チーム医療推進会議)、チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集、厚生労働省
- 2) 宇都由美子, 岩穴口孝, 村永文学, 熊本一郎, チーム医療を推進する電子カルテ機能の拡充, 医療マネジメント学会雑誌, 2013;14:360