

一般口演

一般口演10

看護情報1（看護記録のICT化とデータ活用）

2018年11月24日(土) 09:00～11:00 C会場 (4F 411+412)

[3-C-1-1] 看護実践のデータ化

○仙波 晴美¹, 松村 泰志² (1. 鈴鹿医療科学大学医療科学研究科医療科学専攻 医療情報実践学分野, 2. 大阪大学大学院医学系研究科医学専攻 情報統合医学講座 医療情報学)

背景と目的看護の記録は叙述的に記載されることが多く、データ分析を難しくしており、看護の質の評価がしづらいことが問題となっている。当院の旧看護支援システムでは、看護実践にコードはふられていたが、言葉の書き換えが可能であったため、正しいデータ収集にならない問題があった。また、看護実践が、看護診断、看護計画と連携しておらず、看護過程がわかりにくい構造となっていた。この度、電子カルテシステムの更新の機会に、これらの問題を解決させた看護支援システムを構築したので報告する。方法新看護支援システムでは、下記の事項を考慮して構築した。1 看護用語として MEDISの標準用語マスターを使用する。2 アセスメントから仮診断を選択できるものとする。3 看護計画で選択した看護実践をそのまま患者スケジュールに反映できるものとする。4 行なわれた看護実践は、重症度、医療・看護必要度に反映できるものとする。5 計画した看護実践が行われなかった時には、その理由を記載できるものとする。結果 MEDISの標準用語マスターを使用し言葉の書き換えを廃止したことで、看護実践のデータ収集が容易であった。行った看護実践は、重症度、医療・看護必要度 B項目に反映できるものとしたことで、行った看護実践を記録として確認し判定できた。考察旧システムと比較し、新システムは、看護実践のデータ収集が容易であった。また、行なわれた看護実践がきちんと記録されていた。MEDISの標準用語マスターを使用することで、部署間での看護実践用語の齟齬がなくなり、データ収集が容易となり、看護の質の分析が可能となった。看護実践の未実施を入力する際は、その理由を入力する仕組みとしたことで、その内容の分析によっても看護の質が評価できると考える。

看護実践のデータ化

仙波晴美*1*2、姫野美都枝*2、市川尚子*2、
船田千秋*3、小林大介*3*4、松村泰志*5

*1 鈴鹿医療科学大学医療科学専攻、*2 名古屋大学医学部附属病院看護部、
*3 名古屋大学医学部附属病院メディカルITセンター、*4 神戸大学大学院医学研究科
*5 大阪大学大学院医学系研究科医学専攻

Data conversion of nursing practice

Harumi Semba *1, Mltue Himeno *2, Naoko Ichikawa *2,
Thiaki Funada *3, Daisuke Kobayashi *2, Yasushi Matumura *2

Abstract

Nursing records are often narratively described, so data analyses for evaluating the quality of nursing are difficult. This problem has been pointed out in the DiNQL project conducted by the Japan Nursing Association. In the former nursing support system of the electronic medical record system used at our hospital, nursing practice masters were inconsistently registered in each ward. Although the registered terms selected from the master can be collected as the text data, it was difficult to analyze the data of nursing practices recorded in the electronic medical record, and the reliability of the results obtained with such systems is low. Furthermore, as nursing practices were not cooperating with nursing diagnosis or nursing care planning, it was difficult to understand the nursing processes. We have developed and introduced a novel nursing support system that can resolve these problems, and it is available for evaluating the quality of nursing when renewing the electronic medical record system.

Keywords:

Medical Records, Medical Records Systems, Computerized, Clinical record, Nursing cares, Nursing practice, Electronic Health Records

緒論

看護の記録は叙述的に記載されることが多く、データ解析が難しい。そのため看護の質の評価が難しい状況となっている。この問題は、日本看護協会で行っている DiNQL 事業においても指摘されている。

当院で使用していた電子カルテシステムの看護支援システムでは、看護実践マスターを、病棟毎に自由に登録していた。また、マスターから選択した用語を、看護記録に登録後、テキストデータで書き換えが可能となっていた。このことから、電子カルテで記録した看護実践のデータは、解析が難しく、信頼性が低い問題があった。また、看護実践が、看護診断、看護計画と連携していないため、看護過程がわかりにくい構造となっていた。

この度、電子カルテシステムの更新の機会に、これらの問題を解決させ、看護の質評価が可能な看護支援システムを構築し導入した。

目的

看護の質評価を可能とするための看護支援システムの必要要件を明らかにするために、旧看護システムと新看護システムの機能の違いと、それぞれのシステムで入力された看護記録データの内容を比較した

方法

1. システム概要

旧システム(FUJITSU Neo Chart)看護支援システムの流れは下記のようにになっている。

- 1.看護データベースを入力する。(図1)
- 2.看護計画を入力する。(図2 データベースの参照機能はない)
- 3.患者スケジュールに看護計画に合う看護実践を選択する。

- 3.看護計画の参照機能はない)
- 4.看護実践の実施を入力する。(図4)
- 5.重症度、医療・看護必要度の入力をする。(図5 看護実践の参照機能はない)

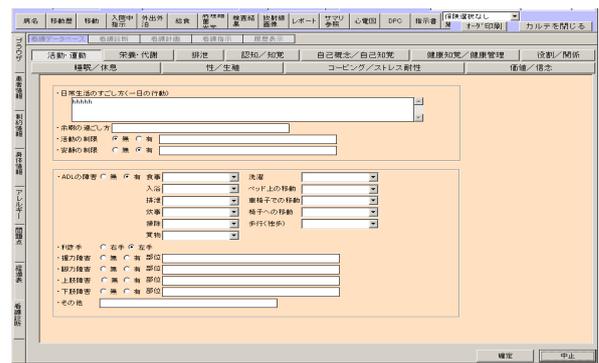


図1 看護データベース

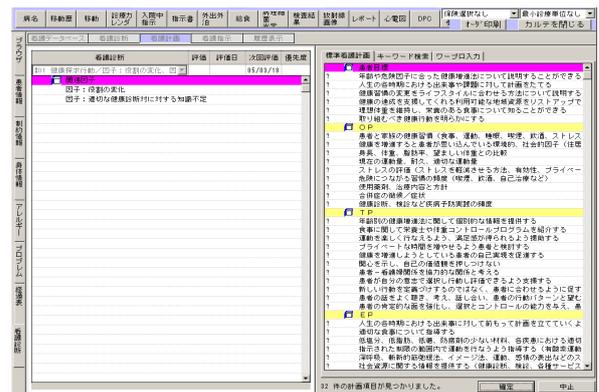


図2 看護計画の立案

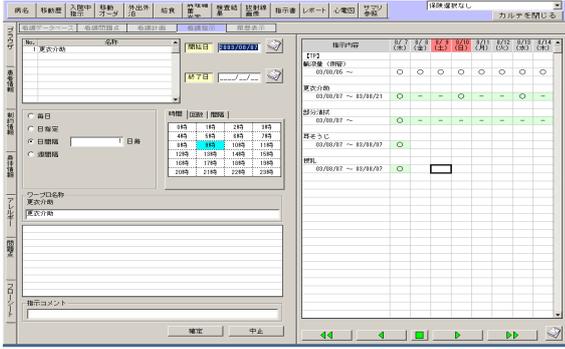


図3 看護実践の入力

- 4.行った看護実践は患者スケジュールより実施入力する。
- 5.重症度、医療・看護必要度を入力する。(図10 必要度に相当する看護実践の実施入力がされていれば自動的に入力されている)



図6 看護アセスメントシート

バス	実施	勤務	指示区分
	実	深夜	TP
	実	深夜	採血
	未	深夜	食事介助
	未	日勤	歯みがき
	実	日勤	TP
	未	日勤	採尿
	未	日勤	点耳
	未	日勤	食事介助
	未	日勤	TP
	未	日勤	採血
	未	日勤	点眼
	未	準夜	食事介助
	未	準夜	TP

図4 看護実践の実施



図7 仮診断機能

看護度	A2	A2
A得点 合計	0点	0点
B得点 合計	0点	0点
C得点 合計	0点	0点
の昇圧剤の使用	0点: なし	0点: なし
抗不整脈剤の使用	0点: なし	0点: なし
抗血栓薬の持続点滴	0点: なし	0点: なし
ドレーナージの管理	0点: なし	0点: なし
処置室での治療	0点: なし	0点: なし
緊急搬送(2日間)	0点: なし	0点: なし
搬送り	0点: できる	0点: できる
起き上がり	0点: できる	0点: できる
座位保持	0点: できる	0点: できる
移乗	0点: できる	0点: できる
口腔清潔	0点: できる	0点: できる
食事摂取	0点: 介助なし	0点: 介助なし
衣服の着脱	0点: 介助なし	0点: 介助なし
危険行動	0点: なし	0点: なし
診療上の指示が適している	0点: (はい)	0点: (はい)

図5 重症度、医療・看護必要度入力

旧システムでは、患者の1日のスケジュール(検査、治療、看護実践など)を参照できるのはワークシートのみであり、ワークシートからは、実施入力などはできなかった。

新システム(FUJITSU HOPE EGMAIN-GX)では、下記の事項を考慮して構築した。

- 1.看護用語としてMEDISの標準用語マスターを使用する。
- 2.アセスメントから仮診断を選択できるものとする。
- 3.看護計画で選択した看護実践をそのまま患者スケジュールに反映できるものとする。
- 4.行なわれた看護実践は、重症度、医療・看護必要度に反映できるものとする。
- 5.計画した看護実践が行われなかった時には、その理由を記載できるものとする。

新システムの看護支援システムの流れは下記のようになっている。

- 1.看護アセスメントシートに入力する。(図6)
- 2.仮診断機能を使用し、看護計画を立案する。(図7 図8)
- 3.看護計画で立案した看護実践はそのまま患者スケジュールに配置されている。(図9)

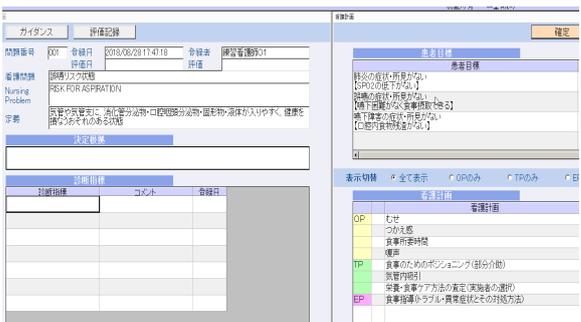


図8 看護計画



図9 患者スケジュール

判定	確認	氏名	患部	性別	年齢	病歴	前時系列	8時	9時	10時	11時	12時
判定	確認	カトコチ	094	女性	67歳	テスト7次 094						

判定	確認	項目名	カテゴリー1	カテゴリー2	カテゴリー3
判定	確認	嚥下	できる	同かつかまればできる	できない
判定	確認	移乗	介助なし	一部介助	全介助
判定	確認	口腔清潔	介助なし	一部介助	全介助
判定	確認	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
判定	確認	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
判定	確認	診療・療養上の指示が適している	はい	いいえ	全介助
判定	確認	危険行動	ない	ある	

図10 重症度、医療・看護必要度

2. 評価方法

旧システムと新システムで入力された複数の症例データを比較することでシステムが変わったことにより看護記録がどのように変化したかを調査した。

看護支援システムに記録される看護実践は実施されるべき行為であり、重症度、医療・看護必要度のB項目は実施された行為であると見なすことができる。重症度、医療・看護必要度のB項目は、医事算定に関わるデータであり客観的に判定できるデータであるので、正しく入力されていると考えられる。一方、看護支援システムに記録された看護実践は、個々の看護師の思考の中で、看護診断を考え、そこから立てられた看護計画に基づいて記録されることが基本となる。本来、この両者は一致すべきものであるが、実際の看護記録の中でそうであるかを、新旧の看護支援システムで確認した。

結果

旧システムにおいて、重症度、医療・看護必要度のB項目との「食事摂取」の項目について調査した。当院において、食事摂取に関連する看護実践用語は「食事介助」「食事セッティング」が存在した。旧システムでは、看護計画で立案した看護実践をそのまま患者スケジュールに反映できないものであったため、記録された看護実践と看護計画の関連を確認する事ができなかった。また、必要度の入力と看護実践が連携していなかったため、看護実践の記録はあるが必要度の入力がされていないもの、看護実践の記録はないが必要度の入力がされているものも確認された。後者の場合、看護実践の記録が叙述的に記載されているものもあった。また、MDEISには、同じ看護実践でも、「全介助」「一部介助」など、看護実践の程度がわかるようになっているが、旧システムでは、当院で作成した看護実践用語を使用していたため、実践の程度の程度は確認できなかった。

新システムでは、MEDISの標準用語マスターを使用し言葉の書き換えを廃止したことで、看護実践の記録が統一され、実践の程度も確認が容易であった。

行った看護実践は、重症度、医療・看護必要度B項目に反映できるものとしたことで、重症度、医療・看護必要度の画面で、担当看護師以外でも看護実践が記録として確認できた。

考察

旧システムでは、看護計画で立案された看護実践と、記録されている看護実践であるのか確認できなかった。医療の質を評価するドナベディアンモデルの「過程(process)」の部分が確認できなかった。

新システムは、看護実践の確認が容易であった。しかし、必要度支援システムは自動ではなく、あくまで支援システムのため、手動で入力することもできる。そのため、看護実践の記録がないが必要度が入力されているもの、看護実践の記録があるが必要度が入力されていないものも存在した。MEDISの標準用語マスターを使用することで、部署間での看護実践用語の齟齬がなくなり、看護実践の確認が容易となった。

看護診断に対して立案された、「看護目標」と「看護実践」が明確になることで、その看護計画が妥当であったかどうかを分析できるようになった。また、看護実践の未実施を入力する際は、その理由を入力する仕組みとしたことで、今後は、その内容の分析によっても看護の質が評価できると考える。

参考文献

- 1) 武田理宏 真鍋史郎 松村泰志.電子カルテ二次利用の現状と課題 生体医工学 2017 ; 55(4) : 51-158.
- 2) 岩澤 由子. 労働と看護の質向上のためのデータ ベース (DiNQL) 事業 情報管理 2016 ; 59(7) : 449-456.
- 3) 勝原裕美子.看護の可視化 The Journal of the Japan Academy of Nursing Administration and Policies 2013; 17(2) : 109-115.
- 4) 日本看護協会.記録に関する指針 2018
- 5) 日本看護科学学会看護学術擁護検討委員会.看護学を構成する重要な用語集 2011

