

Foreword 日本看護協会 会長

これからの 看護職の役割

地域の中で
“医療と生活”を担う看護職
を支援するデータ活用

2016年3月1日発行 [ホープビジョン]

HOPE Vision

Vol. 23
2016 March

Special Report

2015年フローレンス・ナイチンゲール記章を受章
「富山型デイサービス」の原点

知っておきたい 病院経営のヒント

2016年度診療報酬改定の概要

プレゼント付き

アンケート
実施中!

詳しくは裏表紙へ

shaping tomorrow with you

社会とお客様の豊かな未来のために

FUJITSU

2016年3月1日発行 [ホープビジョン]

HOPE Vision

Vol. **23** 2016 March
contents

Foreword

坂本 すが 氏

データとICTを活用して標準化と透明性を高め、
地域の中で“医療と生活”を担う看護職を支援 ①

Feature

すべては患者さんのために

看護データの可視化と活用による改善活動の成果

topic データ活用

DiNQL ～労働と看護の質ベンチマーク評価

岩澤 由子 氏 ②

report データ活用

DiNQLのデータ活用による看護の質向上

JA 愛知厚生連 江南厚生病院 ④

report 業務効率化

働きやすさを求めた自発的な改善活動

杉田玄白記念公立小浜病院 ⑦

Special Report

特定非営利活動法人デイサービス「このゆびとーまれ」
「富山型デイサービス」の原点 惣万佳代子 さん ⑩

Case Study

HOPE EGMAIN-GX

3点認証など看護業務を標準化・効率化した実例

システムのリブレースで実現した看護業務の効率化と標準化

JA 広島総合病院 ⑫

HOPE Cloud Chart

クラウド型システムへの更新と運用の実例

クラウド型システムの導入で医療安全の向上と効率化を実現

医療法人社団 松陽 東病院 ⑭

知っておきたい 病院経営のヒント ①

医療事故調査制度への対応 遠山 信幸 氏 ⑯

知っておきたい 病院経営のヒント ②

2016年度診療報酬改定の概略 松原喜代吉 氏 ⑰

New Technology & Solution

医療現場での安全・安心を支援するPDA

セーフティマネジメントシステム

HOPE PRETS ⑳

スピーディな共有と収集した情報の活用で

医療安全への取り組みをサポート

インシデントレポートシステム

HOPE インシデントレポートシステム ㉑

電子カルテへのバイタルサイン・血糖値の

誤入力リスクを軽減するNFC連携

バイタル・血糖連携ソリューション NFC連携 ㉒

Information (裏表紙)

ヘルスケアイベントスケジュール

※本誌の内容は、富士通ホームページ内の“ヘルスケアソリューション”
(URL <http://www.fujitsu.com/jp/solutions/industry/healthcare/>) に、PDFデータで掲載いたします。

Foreword

データとICTを活用して 標準化と透明性を高め、 地域の中で“医療と生活” を担う看護職を支援

坂本 すが 氏 公益社団法人 日本看護協会会長

2025年に向け、保健・医療・福祉制度の変革が求められています。日本看護協会では地域包括ケアシステムの中で、疾病や障害に苦しむ人々の尊厳を守り、医療と生活の両面から支えることができる看護職のための体制づくりに取り組んでいます。2015年から本格的にスタートした労働と看護の質向上のためのデータベース事業 DiNQL によって、自施設や病棟の業務を客観的に評価することが可能になりました。今後の地域包括ケアシステムの中では、人と人、組織と組織を“つなぐ”ことが重要になりますが、データやICTの活用は標準化や情報共有のために重要だと考えます。

共通言語や標準化を進めることが医療の質を上げ、 透明性の担保につながる

2000年にNTT 東日本関東病院で看護部長を務めていた時に、看護の標準化、クリティカルパスの導入と、その電子化に取り組みました。その中心にあった考えは、共通言語の必要性です。多職種のスタッフがかかわる医療の現場では、基準や手順を共通化して、それを共有するための共通言語が必要です。共通言語を持つことで透明性が高まり、さらに学問としても発展します。医療や看護の世界では個別性が重要視されるので、ケアなどの標準化は画一的になるとあまり好まない人もいますが、標準化の上にこそ本当の個性が表れてくるものと思っています。いち早くICT化に取り組んだことが標準化や透明化の必要性を後押ししてくれました。その経験が、今回、日本看護協会で行っている DiNQL (Database for improvement of Nursing Quality and Labor : 労働と看護の質向上のためのデータベース事業) にもつながっているとも言えます。

労働と看護の質を評価する「DiNQL」を立ち上げ 客観的な指標を提供

DiNQL は、労働と看護の質を評価するためのデータベースの構築事業として、2年間の試行期間を経て2015年4月から本格的にスタートしました。8 カテゴリー 136 項目 (うち必須項目は 11 項目) の評価指標に基づいたデータを入力することで、他施設との比較や他病棟とのベンチマークが可能になります。2015年は521病院3996病棟が参加しました。



2002年にアメリカで、病院の実態調査のデータ解析から病棟看護師の受け持ち患者が増えると患者の死亡率が上昇する、という論文が発表され注目を集めました。日本でも看護の質向上や労働環境改善のための議論が起りましたが、参照するデータがないところで改善の目標だけを掲げても、現場はどうしたらいいのか、あるいは取り組んだとしてもその成果をどうやって評価したらいいのかはわかりません。

DiNQLでは、褥瘡や感染、転倒・転落といった看護実践の結果（アウトカム）の情報だけでなく、労働状況や看護職の背景、患者情報など構造（ストラクチャー）や過程（プロセス）のデータを集めることで、看護の質と労働状況を把握できます。さらに、ベンチマークによって、規模や運営形態の同じ他施設、全国平均との比較など自施設の客観的な評価が可能になります。こういった医療機関を横断したデータベースの構築は、日本看護協会が得意とするところです。参加施設にはある程度の費用を負担いただきますが、全国の看護管理者に有用な道具を提供する代わりに、集めたデータを活用して「政策提言のエビデンス」として有効活用し、今後のより良い看護政策の実現のために生かすことも目的の1つです。

さらに、各病院の看護の状況が可視化されることで、看護の質向上だけでなく労働環境も含めた全体が透明化して良い方向に向かっていくことを期待しています。

地域の中で輝く看護職のあり方を示した「看護の将来ビジョン」を発表

2015年6月に日本看護協会は、「2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン～いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護～」を表明しました。いわゆる団塊世代が後期高齢者となり、少子・超高齢・多死社会を迎える2025年を見据えた社会保障制度改革の動きが進んでいますが、その中で看護職が取り組むべき課題や、そこでの役割、考え方を将来ビジョンとして提示したものです。

ポイントは“医療と生活”をつなぐ看護です。2025年に向けて、これまでの病院完結型の医療提供体制から、地域を基盤とした「地域包括ケアシステム」での医療・介護・福祉の提供に大きくかじが切られました。今後は、医療機関である

程度機能を回復した後は、住み慣れた地域で療養し医療や介護のサービスを受けることになります。そこでは医療と生活を視野に入れた看護のあり方がポイントになります。看護の将来ビジョンでは、「いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護」としました。医療と生活の両方の視点を持ってサポートを必要とする方々を支えることができるのは看護職においてありません。“尊厳”という言葉を入れたのは、超高齢多死社会の中で多くの方が不安を抱える中で、最後まで尊厳を持って個人の価値観や信念が尊重され、自分らしく生きられるように支援することが大切だと考えるからです。

地域包括ケアシステムでは、病院だけでなく介護施設や介護職、看護職とも連携しながら訪問看護など地域の中で看護を提供していくことが求められます。病院で働く看護師が地域の中で活躍できるように教育や研修を行っていますが、大事なことは“つなぐ”意識だと思います。退院すれば“お大事に”で終わるのではなく、地域包括ケアシステムでは退院する患者さんの生活や環境を理解して、常に患者さんは地域のネットワークでつながっているという意識が重要だと思います。

医療と生活の両方をサポートする専門職としての看護師のあり方

その中でICTに期待するのは情報共有です。病院やかかりつけ医での診察内容や検査データ、処方内容などがデジタル化されて、地域で患者さんにかかわる介護職、看護職が共有できれば、ネットワークでつながった安心感を実感できるのではないのでしょうか。さらに、患者さん本人や家族も見られるようになれば、医療や看護の内容が“透明化”されます。診療内容の情報が公開され、どんなことが行われているのかが明白になれば、医療者側から見れば医療事故や過誤を防ぐことにもつながります。そういった意味でも医療機関を超えた地域を含めたICTが進んでいくことを期待しています。

2015年10月から施行された「特定行為に係る看護師の研修制度」では、看護師に“実践的な理解力、思考力及び判断力”“高度かつ専門的な知識及び技能”が必要とされることが明記されました。従来の療養の世話、診療の補助に加えて、看護師に求められる資質として必要と認められたわけで、これからは研修制度などを含めて研鑽していくことが重要です。

今後、看護師が地域の中で活躍するためには、自ら考えて判断する力も求められます。病院のように医師が近くにいるとは限りません。患者さんの医療と生活をトータルに把握して判断できるのは看護師であり、そこでは何が起っているのか理解し判断して、適切な対応を采配する力が期待されます。もう1つは患者さん一人ひとりの生きてきた背景を理解して一番良い状況を支えていく、生きる力を引き出していく看護力が必要です。■

坂本 すが氏（さかもと すが）

1972年和歌山県立高等看護学院保健助産学部卒業。

同年和歌山県立医科大学附属病院入職、1976年から関東通信病院（現NTT東日本関東病院）、1997年看護部長、2006年東京医療保健大学看護学科学科長・教授。2008年日本看護協会副会長、中央社会保険医療協議会専門委員。2011年より現職。

すべては 患者さんのために

看護データの可視化と 活用による改善活動の成果

今後の地域包括ケアシステムの中でも、地域を“つなぐ”看護職の役割はますます大きくなると考えられます。患者さんの“医療と生活”を支える看護職の労働環境と看護の質向上のためのさまざまな取り組みが進められています。ICTを生かしたデータの可視化と改善活動について取り上げます。

CONTENTS

topic	データ活用	DiNQL～労働と看護の質ベンチマーク評価	日本看護協会 岩澤 由子 …… 2
report	データ活用	DiNQLのデータ活用による看護の質向上	JA愛知厚生連 江南厚生病院 …… 4
report	業務効率化	働きやすさを求めた自発的な改善活動	杉田玄白記念公立小浜病院 …… 7

topic データ活用

DiNQL ～労働と看護の質ベンチマーク評価

岩澤 由子 氏

公益社団法人 日本看護協会看護開発部看護情報課課長



(いわさわ ゆうこ)

1998年聖路加看護大学卒業。2003年同大学大学院修士課程修了(看護管理学専攻、看護学修士)。2011年群馬大学大学院医学系研究科博士課程修了(医療情報学専攻、医学博士)。聖路加国際病院、IT企業勤務などを経て、2011年より日本看護協会でのDiNQL事業の立ち上げを担当。2013年より現職。

データマネジメントの必要性

人口減少社会における医療機能の分化・連携に向けて、病床機能報告制度や地域医療構想の策定が進められている。病院完結型から地域完結型の医療・介護提供体制に変化していく中で、各病院はデータに基づいて自施設の役割を明確にし、経営戦略を構築することが求められている。昨今では、看護の視点から病院経営を考えるためにも、看護部長が副院長を兼任する施設も増えており、病院理念の下で、どのような看護をめざし、組織と業務を整えていくのか。看護管理者には、マネジメントに意味のあるデータを収集し、統合的に分析する分析的思考力と、データに基づいた課題解決能力が問われている。

そこで、日本看護協会では看護職が健康で安心して働き続けられる環境整備と看護の質向上をめざし、ベンチマーク評価を通じて、看護管理者のデータマネジメントを支援するために、2012年度より「労働と看護の質向上

のためのデータベース (DiNQL: ディンクル) 事業」に取り組んでいる。

DiNQL 事業とは

評価指標の策定と2年間の試行事業を経て、2015年度からDiNQL事業はすべての病院・病床を対象に本格実施となった。75病院から始まった試行事業だが、2015年度は全国の病院の約6%にあたる、521病院3996病棟が参加している。特定機能病院ではDiNQL参加割合が5割、地域医療支援病院では4割に達しており、全国規模の看護の質データベースとして期待が寄せられている。

参加病院は病棟単位で評価指標データをシステムに入力することで、他施設と比較したベンチマーク評価を瞬時に確認できる。評価指標は人員配置や労働時間、看護実践の内容、褥瘡や転倒・転落、感染、誤薬の発生率など136項目だが、必須項目は11項目であり、病棟の状況に合わせて入力項目を自由に選択できる。質改善活動

としては、日々の看護実践の成果を可視化し、推移を評価することが重要であり、少なくとも3か月に1回のデータ入力を推奨している。

ベンチマーク評価を行う対象施設の絞り込み条件（例：7対1入院基本料や病床機能、特定入院料、病床規模、診療科、100床あたりの常勤看護職員数等）は自由に設定できるため、類似した施設の中での自らの位置づけがわかる仕組みである。さらに、7対1病院が10対1病院と比較したり、急性期機能の病棟が回復期機能の病棟と比較するなど、地域医療構想を見据えたシミュレーション機能としての活用も可能である。院内比較のベンチマーク評価も可能なため、すべての病棟でDiNQLに参加する病院が増えている。なお、ベンチマーク評価は匿名性が保たれており、データにひもづく形で病院名が公表されることはない。

データ精度を高めるためのデータ収集体制の整備

ベンチマーク評価のデータ精度を高めるためには、すべての病院・病棟が評価指標の定義を正しく理解し、入力を行う必要があり、データ収集体制の整備が重要になる。DiNQLの評価指標の半分以上は人事や医事部門など、他部署が管理しているデータになるため、看護部は他部署と協力し、プロジェクトチームを整備する必要がある。プロジェクトチームでは、評価指標の定義を十分に読み込み、評価指標項目ごとにデータ収集・入力の担当者割り振りや院内での入力締め切り日を決めていく。すべての病棟のデータがそろった時点で、データ内容を最終確認することが重要だが、現状では看護副部長が担う病院が多い。

また、DiNQLはデータ収集ではなく、データ活用が目的である。ベンチマーク評価結果を多様な視点から解釈し、課題と対応策を検討する際にも、プロジェクトチームが活躍する。分析の際にはデータの背景にある看護業務や患者像を深く理解しておくことが重要であり、データには表れない、病棟の多様な事情を把握している病棟看護師長や主任、リンクナースが重要な役割を担うことになる。

DiNQLを活用した看護の質向上への取り組み

2015年6月に公表された、20年後の保健医療のあり方を検討する、厚生労働省の「保健医療2035提言書」の中には「看護の質データベースの構築など、医学系専門分野以外における質向上のための取組も推進すべきである」と記載されている。病床機能報告制度は病棟単位で医療機能が評価されており、病棟看護師長には今まで以上に多様なデータを活用した質改善活動が求められている。

DiNQL参加病院では目標管理とDiNQLを連動させて、質改善のPDCAサイクルを回す取り組みが増えている。例えば、ベンチマーク評価結果から平均在院日数や病床稼働率、患者の重症度や年齢は他病棟と変わらないが、超過勤務時間が多いことで研修参加率も低く、褥瘡発生率が高いことを明らかにした病棟もある。時系列グラフでも恒常的に褥瘡発生率が高いことが確認され、超過勤務時間を減らし、必要な研修にスタッフが参加できるよう、業務改善の見直しに取り組んだ。その結果、褥瘡発生率が減少するに至り、DiNQLを活用した質改善活動に確かな手応えを感じられていた。

好事例の共有は質改善活動へのモチベーション向上につながるため、DiNQLではデータ活用のワークショップを開催しているが、各参加病院においてもDiNQLの取り組み報告会を開催することが効果的である。DiNQLの取り組み成果をクリティカルパスに反映させて標準化を進めている病院や、人材育成の機会として研修やクリニカルラダーにDiNQL活用を取り込む病院もある。また、ベンチマーク評価をもとに物品購入や人員配置について交渉し、予算を獲得した病院も多い。DiNQL参加病院では戦略的にDiNQLデータを活用しながら、労働環境の整備と看護の質向上への取り組みを強化している。

今後の展望

データマネジメントなくしては病院経営も、看護の質向上も成立しない時代になっている。しかし、私たちは日々多くのデータを扱っているが、意味のある情報として有効活用されているものは必ずしも多くはないというのが、現状ではないだろうか。病院情報システムに蓄積されたデータから看護の質評価に有用なデータを容易に抽出できる状況にはまだ至っていないと感じる。そもそも、看護の質向上を目的として、必要なデータを分析可能な形で入力していないというのも実態である。

効率的なデータ収集はDiNQLの大きな課題であり、Webブラウザ入力とCSVによるアップロード機能に加えて、2016年度からは病院情報システムからデータを抽出できるように、電子カルテベンダーと連携していく。看護管理者にはデータ収集の労力ではなく、データ活用が求められるっており、病院情報システム活用への期待は大きい。

しかし、DiNQLも含めてICTシステムを十分に活用するためには、システム以前の問題として、「めざす看護」と、そのために「今やるべきこと」、「現状分析や評価に必要なデータ」が明確になっていることが重要である。データに溺れることなく、必要十分なデータを使いこなすマネジメントが重要であり、DiNQLの評価指標やICTシステムも社会や臨床の変化に応じて、柔軟に発展させていく。■

report データ活用

DiNQL 事業に全病棟で参加し 可視化されたデータを深く分析 することで看護の質や モチベーションの向上に成功

JA 愛知厚生連 江南厚生病院

江南厚生病院は、日本看護協会が取り組む「労働と看護の質向上のためのデータベース（DiNQL）事業」に2013年度の試行から参加しています。2008年に2病院が統合して設立された同院では、新築移転によるスタッフへの負担も多く、従来の看護の質を保つために、固定チームナーシングを継続するとともに、さまざまな取り組みを通して、2012年からは独自の看護の質評価指標を策定していました。同じ方向性を持つDiNQL事業に共感し、初年度に5病棟が参加、翌年に11病棟、2015年度の本格実施からは17病棟すべてが参加、さらなる看護の質の向上をめざしています。

看護の質の担保をめざし DiNQL 事業に参加

— 貴院の地域における役割と、看護部の特徴や課題をお聞かせください。

片田氏：江南厚生病院は、2008年にJA愛知厚生連の2病院が統合して生まれた、684床の急性期病院です。尾張北部二次医療圏の江南地区では唯一の総合病院であり、高度な専門的医療体制を整備するためにセンター化を進めながら、地域の急性期医療を支える中核病院としての役割を担っています。看護部では、教育とワークライフバランスには特に力を入れていて、看護師を「一生のシゴト」ととらえ、結婚、出産、育児などで休暇を取りやすくし、産休後の復職もしやすいように配慮しています。

風土が異なる2つの病院が統合されたときは、スタッフを管理する課長職（師長）にも、新しい上司の下で働くスタッフたちにも大きなストレスがかかりました。さらに、新築移転に合わせて電子カルテ（HOPE EGMAIN-FX）を導入したことも重なり、当時、看護職の離職率は12%を超えました。離職率を抑えることが、統合後の看護部の課題の1つとなりました。

— DiNQL 事業への参加の経緯とねらいについてお聞かせください。

片田氏：離職率が高まり、スタッフの入れ替わりが激しい時期でも、看護の質は担保したいと考えていました。固定



江南厚生病院におけるDiNQL事業を牽引する看護部、医療情報室のメンバー

チームナーシングを継続していたこともあり、毎年、病棟ごとの取り組みや看護部の目標と到達度を冊子にまとめるなどして、看護の質の確保に努めてきました。2012年からは看護の質を評価するための指標を独自に策定してデータを収集しました。しかし、そのデータをどう解釈して生かしていけばよいのか、明確な指針がなかなか立てられずに迷っていました。ちょうどその時期に、日本看護協会総会でDiNQL事業の説明を聞き、私たちのやりたかったこととぴったりマッチするのではないかと考え、看護部運営会議の承認を経て、試行事業への参加を決定しました。

今井氏：当時から、私は課長として病棟管理に携わっていましたが、看護の質の評価は難しく、今の看護や管理でいいのかという疑問はありました。日本看護協会の管理者研修で、今までの疑問を解決するにはデータの活用が有効であることを学び、ぜひ取り組みたいと思っていたところにDiNQL参加の話があり、病棟として手を上げました。

— DiNQL で入力するデータは、電子カルテや看護支援システムなど、さまざまなシステムで管理されていると思います。データ収集では他部署の協力が不可欠ですが、どのように協力を得たのでしょうか。

片田氏：診療情報室、医療情報室、医事課、総務課などに看護部長が直接足を運び、説明しました。DiNQLに必要な項目のデータが、院内のどこに存在するかも十分理解しているとはいえなかったため、その相談から入り、協力が必要な部署や専門・認定看護師の賛同を得ていきました。

山崎氏：当院は富士通の診療情報管理システム「病歴大将」を導入しており、診療情報室では日々データを集めています。せっかく集めたデータですから、抽出して各部署に提供するの当然だと思っています。ただ、システムで得られる統計は退院時のデータを基にしていますので、相談をもらった入院中の患者さんのデータを収集するのは大変だろうという予感がありました。

川村氏：医療情報室でも、実際にどのシステムの、どの



片田 仁美 副看護部長



今井 智香江 看護課長



山崎 早百合 医療情報室
診療情報係長



川村 洋介 医療情報室
看護部情報担当

場所に、どのデータがあるかを完全に把握できていたわけではありませんでした。抽出したいデータをどうやったら出せるか SE さんに相談し、アドバイスをもらって、医事課と相談しながらデータの抽出作業をしています。

各部署が協力しデータ精度の向上に尽力

——データの入力方法について、具体的に教えてください。

片田氏：入力作業は、各病棟の課長が月に1回行っています。入力方法には、DiNQLの病院専用ページにアクセスして入力する方法と、Excelテンプレートファイルに入力してアップロードする方法があります。初年度はWebから直接入力していましたが、参加病棟が増えると全病棟入力後の最終確認が大変で、また、課長は自分の病棟のデータしか見えないため孤独な作業になっていました。2014年度のDiNQLのワークショップでテンプレートの利用を勧められ、イントラネットでテンプレートを共有し入力する方法に変更したところ、他の病棟のデータが見られることで、自病棟だけ突飛な数値を入力しているなど誤りに気づきやすくなりました。

今井氏：データ入力作業の負担は増えましたが、他病棟とデータを比べたり、データの持つ意味や、データ収集の意義を考えたりする上では、課長自らが入力することは重要なのだと思います。月1回の入力では項目の細かい定義などを忘れてしまうこともあるので、2015年度からは看護管理室が立ち上げたDiNQL推進委員会からのサポートを受けています。

片田氏：8カテゴリー136項目のすべてを入力しているので、2015年度から始めた課長は入力に2時間ほどかかっているようです。推進委員が入力データをチェックし、漏れやミスがある場合には課長にフィードバックして修正してもらうようにすることで、課長も改めて定義を覚えることができ、データの精度が向上しています。

——データ収集において他部署とはどのように連携していますか。

片田氏：当初は紙媒体でデータももらっていましたが、いまはイントラネットに抽出データのファイルを入れてもらっています。褥瘡や感染の項目については、認定看

護師がデータ準備完了の連絡を課長宛てにメール配信しています。

山崎氏：データ提供にあたっては、診療情報管理システムからは入院中の患者さんの統計を取ることは難しいため、電子カルテのデータウェアハウス（DWH）を利用して抽出したデータを、Accessで加工して提出するなど工夫しています。初年度はすべて手作業だったことに比べれば省力化できていますが、毎回、精度を検証しながら、要望される形式に加工して提出しています。

川村氏：3、4か所からデータを集めることも多いのですが、データに食い違いがある場合には、電子カルテなど元データにさかのぼって確認し、修正する作業が必要になるので、作業としてはある程度手間がかかります。

データの可視化により看護の質の病棟別分析やベンチマーク評価が可能に

——DiNQLの導入でどのような変化がありましたか。

今井氏：愛知県看護協会のDiNQL交流会に参加した際、感染のアウトカムのデータ（看護実践の結果）をどう見るかというグループワークを行いました。そこで他の病院との違いをデータから知り、有用な助言をもらった後、それを持ち帰って認定看護師と自院の状況について話し合う機会を得ることができました。他の病院や病棟との比較には、同じ指標に基づくデータの活用が非常に有効だと実感しました。

また、DiNQLのデータに基づいて、病棟ごとに次年度の目標を立てる取り組みも始まっています。転倒・転落を例に挙げると、DiNQLを用いることで、単なる発生率の比較ではなく、患者さんの年齢層や部署で行われる治療・検査など、病棟ごとに特徴が異なることで転倒・転落の誘因も異なり、対策もそれぞれに応じて考える必要があるとわかりました。私が管理する消化器内科病棟では、鎮静下での治療が多いことが誘因となっており、対策としては患者さんが転んだとしても危なくないような安全器具を増やすといったことが考えられます。他の病棟とスタッフ数は同等なのに、なぜ転倒・転落が多いのかなど、データを深く分析し対策を話し合う機会を得



看護の質の確保に注力し、冊子にまとめてきました。

られ、学ぶことが多いです。

片田氏：日常業務は忙しく、スタッフ自身は慢性的に人手が足りないと感じていましたが、DiNQLではベンチマーク評価で他院と容易に比較することができるため、当院の労働環境は比較的良好であることを明確に示すことができます。ベンチマーク評価はとても有用で、スタッフが「できていない」と思っていることが、実際には意外とできていることをデータで見せられるなど、頑張っている成果も、改善すべき課題も、はっきりと示せるようになったことは大きな収穫でした。このような可視化は、病棟を超えて実際的な話し合いが行える土壌をつくり、統合時に上がった離職率を7%台まで低減する要因の1つになったと思います。

DiNQLのデータをさらに深く分析し 最大限に活用するのが次の課題

—今後の展望をお聞かせください。

今井氏：看護の質の分析にあたっては、DiNQLのデータに加えて、病棟の特徴など補完的なデータを独自に収集し、さらに深く分析するようにしています。転倒・転落の分析では、時間帯別のナースコール発生数、また、せん妄が原因となっているのであれば、そのデータも必要です。そしてこの先、超高齢化が進む中で認知症患者の推移など、さらに情報収集が必要になってくると考えます。DiNQLに参加する前からデータによる看護の質の評価とその向上に取り組んでいますが、その意識はますます高まっています。DiNQLによる評価をきっかけにして、独自指標もリンクさせながら、さらなる看護の質の向上に役立てたいと考えています。

片田氏：全病棟が参加した2015年は、入力だけで精一杯でしたが、院内でのDiNQL分析の研修会もスタートし、来年度からはデータを基にした病棟ごとの目標も立てる予定です。褥瘡や感染、転倒・転落の発生率といったアウトカムの評価だけでなく、ストラクチャー、プロセスも数値を使って目標の達成度を評価していきたいと考えています。そしていずれは、課長だけでなくすべての看



DiNQLのデータ入力は、月に一度課長が行っています。

護スタッフがDiNQLのデータを見られるようにして、いろいろ考えてくれるようになればよいと思っています。

山崎氏：蓄積している情報を活用してもらうために、今後も新しいデータをどんどん要求してもらいたいと思います。DiNQLにより日々入力しているデータが役立っていることを実感でき、仕事の存在意義を私たち自身も見いだせたと思いますし、扱っているデータを見直すこともでき勉強になっています。

川村氏：2016年2月に、電子カルテをHOPE EGMAIN-GXに更新します。DWHの性能も上がると聞いていますので、提供できるデータの提案なども含めて、どんどんデータを出すことで現場をサポートしたいと思います。

—これからDiNQL事業への参加を考えている病院へのメッセージをお願いします。

今井氏：データを活用することで課題が見え、解決方法も導き出すことができます。DiNQLで可視化されたデータは、スタッフの日頃の頑張りを認め、やる気の動機づけにも使えるので、皆で一緒になって看護の質の向上に取り組んでいけると思います。

片田氏：毎月のデータ入力は大変ですから、生半可な気持ちではうまくいきません。また他部署にとっても大変な作業なので、きちんと説明をして同意を得て、いい関係づくりをしておく必要があります。しかし、DiNQLにより、ベンチマーク評価ができることや、課題や成果が可視化できることは、特に看護がみんな頑張っているのにモチベーションが上がらず困っている病院にとっては大きな財産になるでしょう。全国の中で自分たちのいる位置や、中央値が見られるのは、全国的な規模の事業ならではの魅力だと思います。■



JA 愛知厚生連 江南厚生病院

〒483-8704

愛知県江南市高屋町大松原137

TEL : 0587-51-3333

URL : <http://www.jaaikosei.jp>

or.jp/konan/

病床数：684床

働きやすさを求めた自発的な 病棟業務の改善活動で 残業減だけでなく看護の質の 向上やスキルアップも実現

杉田玄白記念公立小浜病院



吉田院長（右から2人目）と看護業務改善に取り組んだ看護スタッフ（左は中島看護副部長）

杉田玄白記念公立小浜病院では、ワークライフバランスや看護の質などの側面から、病棟看護師の過密業務の改善が喫緊の課題となっていました。同院では2014年1月から富士通の電子カルテシステムHOPE EGMAIN-GXが稼働していたことから、その運用を工夫し、またフィールド・イノベーションを活用した業務改善活動に取り組んだ結果、超過勤務を大幅に短縮することに成功し、看護の質の向上につながる好循環を生み出しています。

※フィールド・イノベーション（以下、FI）とは、現場の業務を可視化してお客様とともに改革する活動で、その活動を支援する人をフィールド・イノベーター（以下、Fler）といいます。

働きやすさ追究のために求められた業務改善

公立小浜病院は、「地域住民の皆様とともに歩み、愛され、信頼される病院」の理念の下、若狭地域唯一の総合病院として高度急性期から慢性期までを一手に担う456床の中核病院です。「断らない救急」の実践や、小児・周産期医療の確保、災害拠点病院としての役割を担っています。また、県と協力したへき地巡回診療の提供、地域包括ケアシステムの推進、さらには研修機能の充実にも取り組み、地域の医療を幅広く支えています。

しかし、地域の医療資源は十分とは言えず、同院においても常勤の医師やコ・メディカルが不足している現状があります。吉田治義院長は、「それぞれの専門職が、専門性を発揮できる環境の整備が大きな課題でした。現場では、医師は限られた人員で救急や外来の診療を行いながら慢性期の入院患者さんにも対応しなければなりませんし、看護師も本来の看護業務以外の雑事もこなさなければならない状態が長く続いていました」と、マンパワー不足によって生じていた過密な勤務状況を説明します。大枝かよ子看護部長は、「人員確保のためにも働きやすい環境を整える必要がありました」と話します。

病棟看護業務の改善のために必要だった課題の可視化とデータ化

病棟では、看護師の勤務形態により業務を分担していましたが、フルタイムの看護師は超過勤務が多く、一方短時間勤務の看護師は患者を受け持たないフリー業務を担当するためスキルを生かし切れないといった課題がありました。中村ひとみ病棟師長は、「看護師は皆、とにかく忙しいという感覚を持っていました。実際には手の空く時間もあるはずですが、それは盲点となっていて、どの業務にどれくらいの時間を取られているのかわからない状況でした」と、業務改善前の様子を述べています。

大枝看護部長は、業務改善が必要な状況であることはわかっている、実行することは難しかったと言います。

「コ・メディカル全体の人員が十分ではないので、他部門への業務移譲もうまくいきませんし、誰もが日常業務で手一杯です。また、当然のように従来の業務を踏襲してきているので、変革の気質も希薄でした」

大枝看護部長は福井県看護協会が2013年から行っている管理研修に参加し、業務改善のためには課題の可視化・データ化が必要であることを理解していました。中村病棟師長も石川県での管理研修を受講し、その認識を共有していましたが、実施するための具体策がわからず、行き詰まりを感じていました。何か突破口が欲しいと考えていたところに紹介されたのが、富士通のFI活動でした。大枝看護部長は、「すぐにこれだと思い、中村病棟師長と一緒に詳しい説明を聞きに行きました。中村病棟師長も自分たちの内科病棟でやりますとすぐに手を挙げてくれたので、この活動を任せることにしました」と、業務改善活動のきっかけを回想します。

フィールド・イノベーションの活用により問題点の可視化と活動の体系化に成功

こうしてFIを活用した業務改善活動が始まりました。業務量調査や看護師へのヒアリングにより問題点を可視



吉田治義 院長



大枝かよ子 看護部長



中村ひとみ 病棟師長

化し、目標や課題、改善方法などを体系化しました。この活動で見えてきた問題点は、申し送りに大幅な時間がとられていること、スタッフ間でのコミュニケーションが不足していること、医師がオーダーを出す時間が遅いことなどであり、数値として明確に示されました。

病棟看護業務効率化活動の統括を任された中村病棟師長は、改革案として、可視化された課題から“申し送りの原則廃止”と、研修などを通して以前から検討していた Partnership Nursing System (PNS) を参考に、病棟の運用に合わせた独自の“ペア制の導入”の2つの柱を考えました。PNSとは、福井大学医学部附属病院看護部が開発した、2人一組となって補完し協力し合うことで安全で質の高い看護を提供することを目的とした新しい看護方式です。

同院では、日本看護協会の育児支援の方針に基づき、育児休暇明けの看護師は短時間勤務ができる環境を整えています。勤務形態別の業務分担により、短時間勤務の看護師はスキルを生かし切れずにいました。中村病棟師長は、「育児休暇明けのスタッフは、年代的には中堅に当たり、患者さんを受け持つことができるスキルを持っています。しかし、長期の休暇明けですぐに受け持ち業務を担当するのは不安があると思いますので、それを緩和するためにペア制の導入を考えていました。復職した短時間勤務のスタッフのスキルを生かし、受け持ち業務に参画してもらいたかったのです」と言います。

申し送りの短縮は、過去にも何度か挑戦してきましたが、最終的にはスタッフ一人ひとりの心がけ次第のため、最初は効果が出るものの、やがて元に戻ってしまいます。そこで今回の改善では、思い切って廃止することにしました。電子カルテの導入により、必要なときにすぐに情報を共有できる環境が整っていたことが、申し送り廃止を決断する決め手となりました。

業務効率化活動は、ペア制の導入と申し送りの原則廃止というビジョンを提示し、活動を具体的に進めるコアメンバーを募って進めました。中村病棟師長は、「日常業務と改善活動を両立するのは簡単なことではないと思いましたが、7名がコアメンバーに手を挙げてくれまし

た。気負いすぎて過剰な負担とにならないように、まずは試行してみようと伝え、メンバーたちに計画立案から実行までを任せました」と、ボトムアップにすることで現場の意識を高めて改革の推進を図ったと述べています。

吉田院長は業務改善活動について、「電子カルテを導入して

いたので、看護師の日常業務を数値化し、統計的データとして分析できる素地がありました。そこにスタッフたちの勤務環境改善の意識の高まりが連動したことで、今回の業務改善が可能になったのだと思います」と述べています。

ペア制の導入と申し送りの原則廃止の実現で副次的な効果が発生

活動開始に当たっては、キックオフで中村病棟師長が決意を表明し、業務改善への思いを病棟の全スタッフで共有しました。その上で、コアメンバーを中心に、ひとつひとつ業務改善が実行されていきました。

まず、電子カルテ導入により可能になった申し送りの原則廃止で、申し送りが重症の患者さんに限定されたことにより、夜勤から日勤への申し送りの時間がこれまでの52分から、8割減の11分に短縮されました。

またペア制の導入にあたり、これまでの業務を大きく見直しました。電子カルテの導入当初は、紙カルテの時の習慣のまま、ナースステーションで看護記録を入力していました。中村病棟師長は、「紙カルテでは病棟にカルテを持参して記入することはないため、ベッドサイドで記録するという発想そのものがありませんでした。記録は後でできる仕事なので、すべての業務を終えてから時間外に書けばいいという意識があり、フルタイムの看護師の超過勤務へとつながっていました」と振り返ります。ペア制導入により、電子カルテの端末をベッドサイドに持参し、1人が処置やバイタル計測を行っている間に、もう1人がその場で看護記録を入力できるようになりました。カルテ確認のためにナースステーションに戻ることもなくなり、時間を効率的に使えるようになったことで、時間外勤務については目標を上回る45%削減に成功しました。

ペア制は、このほかにも多くのメリットをもたらしました。申し送り廃止で情報伝達不足によるインシデントの発生が懸念されましたが、2人の目でダブルチェックがかかるようになり、むしろ確実性・安全性が向上しました。また、看護師間のコミュニケーション不足につい

でも、今までと比べコミュニケーションをとる時間が3.5倍に増加しました。大枝看護部長は、「ペア制により技術の伝承が確実にできていると思います。新人看護師はベテラン看護師とペアになることで、患者さんへの声かけや観察の方法を学ぶことができます。重症の患者さんを担当する時にも、先輩看護師と一緒にいることが安心感につながります。また看護業務は、体位変換など2人で行う方が患者さんにとって安楽となることも多く、ペアで看護にあたることで、患者さんやご家族の安心にもつながっていると感じます」と、ペア制が人材育成や患者満足度向上にも効果的であると話します。

中村病棟師長は、「短時間勤務のスタッフは定時で帰る一方で、フルタイムのスタッフは超過勤務が当たり前になっていました。ペア制では、この両者を組み合わせてコミュニケーションがとれるようにしたので、相互理解が生まれ、時間管理意識も向上したと思います。病棟全体の雰囲気が良くなることで、情報伝達もスムーズになり、業務の効率も上がりました。結果的にチーム力が向上したと思います」と、活動の効果を述べています。

検査結果を早い時間に出すことで 医師のオード発行も早期化

可視化により、医師がオードを発行する時間が遅いことも浮き彫りになりました。夕方にオードが出ると、看護師はそれを受けてからでなければ帰れないので、これも超過勤務の原因になっていました。

医師がオードを出す時間が遅い理由としては、朝、採血した検査の結果が昼近くまで出ないことが挙げられました。そこで外来が始まる9時までに検査結果が出るようにしたところ、午前中のオード発行率が28%から52%へと大幅に増加しました。大枝看護部長は、「問題が可視化されたことで説得力が生まれ、こちらから催促しなくても、医師は早い時間にオードを出してくれるようになりました。スタッフの帰宅時間が早まった要因の1つであるとともに、検査結果が早くフィードバックされることで、点滴や薬の変更をより早いタイミングで行えるなど医療の質の向上にもつながっています」と述べています。

院内に生まれた変革の文化を今後も生かしたい

FIを活用した業務改善活動の結果、目標であった病棟看護師の超過勤務時間を削減しながら、業務全体に占める患者さんへの対応時間を44%から53%へと増やすという大きな成果を上げることができました。

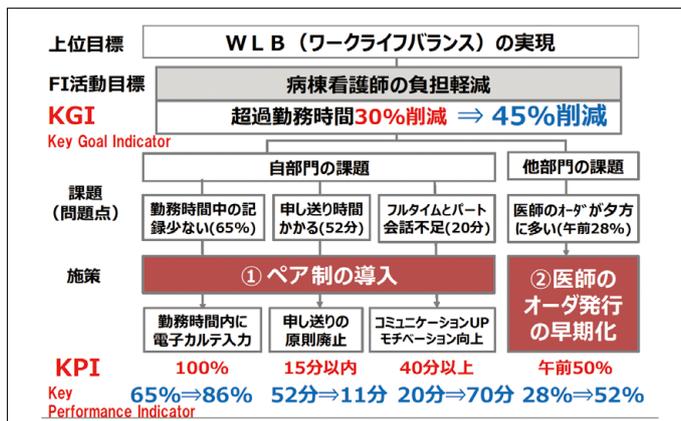


図1 杉田玄白記念公立小浜病院におけるFIの目標施策体系図と実施結果

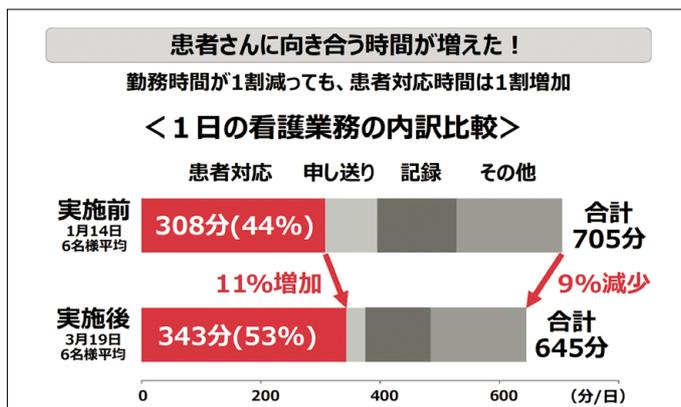


図2 業務改善活動による1日の看護業務の内訳の変化

中村病棟師長は、「コアメンバーが本当に頑張ってくれました。スタッフがリーダーシップを発揮する機会を得られたことも、今回の活動のメリットだったと思います。この活動では成果もデータとして明確に出てきますから、褒めてもお世辞ではないことが伝わりますし、スタッフに達成感を実感してもらえたことを嬉しく思っています」と振り返ります。

最後に大枝看護部長は、「改善や可視化の必要性はわかっている、やり方がわからない部分があったので、FIERには助けられました。変革の気質があまりない風土でしたが、今回の業務改善活動では内科病棟がデータを基にした説得力のあるやり方で結果を残してくれました。すでに師長会などで今回の経験が共有され、ほかの師長への刺激にもなっています。変革の文化が、病院全体に少しずつ浸透し始めていると実感しています」と、今回の業務改善活動を総括しました。



杉田玄白記念公立小浜病院
 〒917-8567
 福井県小浜市大手町2-2
 TEL: 0770-52-0990
 URL: <http://www.obamahp-wakasa.jp/hospital/>
 病床数: 456床

特定非営利活動法人デイサービス「このゆびとーまれ」

子ども、お年寄り、障がい者、誰もが共生できる「富山型デイサービス」の原点

共生型サービスを生んだ活動が評価されフローレンス・ナイチンゲール記章を受章した惣万佳代子さん

富山市のデイサービス施設「このゆびとーまれ」は、年齢や障がいの有無にかかわらず誰もが同じ場所でサービスを受けられる施設として1993年に開設されました。縦割りの制度の中で認められていなかった“共生型”の施設は、地域の住民はもちろん、全国の医療、福祉関係者の共感を呼び、行政を動かして「富山型デイサービス」として全国に広がりました。開設者の1人でNPO法人「このゆびとーまれ」理事長を務める惣万佳代子さんは、一連の活動が評価され2015年に第45回フローレンス・ナイチンゲール記章を受章されました。これまでの歩みと地域に根ざした看護、介護のあり方について取材しました。

Special Report

惣万佳代子さん（そうまん かよこ）

富山県黒部市生まれ。1973年富山赤十字高等看護学院卒業、同年富山赤十字病院勤務。93年同院を退職し、民営デイケアハウス「このゆびとーまれ」開所。宅老所・グループホーム全国ネットワーク代表世話人。著書に「笑顔の大家族 このゆびとーまれ～「富山型」デイサービスの日々」（水書坊刊）ほか。

看護師仲間と誰もが安心して利用できる施設を開所

「このゆびとーまれ」は、現在、富山市の富岡町と茶屋町で3つのデイサービス施設を中心にグループホームや居宅介護支援事業所など7つの事業を展開しています。富山赤十字病院に勤務していた惣万佳代子さんをはじめとする看護師仲間3名で、1993年に開設しました。開設の経緯を惣万さんは、「富山赤十字病院で看護師として20年勤めていましたが、病院から退院許可が出てもさまざまな事情から家に帰ることができず、心ならずも病院や施設で亡くなるたくさんのお年寄りをみてきました。せつなく病院で命を助けても、“どうして畳の上で死なれんがけ？”と嘆きながら本人の意に沿わない最期を迎える状況をなんとかしたいと思い、家や家族の近くで過ごせるようなサポートができないものかと考えて始めたのが『このゆびとーまれ』です」と語っています。

「このゆびとーまれ」の特徴のひとつは、赤ちゃんから高齢者まで、障がいの有無を問わず、みんな一緒の場所で預かることです。惣万さんは、「きっかけは高齢者でしたが、施設を立ち上

げる時に老人だけでなく、子どもでも、障がい者やそうではない人も地域で困っている人たちはたくさんいます。まして看護の原点はすべての人を対象にすることです。困っている人たちをみんな受け入れて、誰もが気軽に利用できる施設を作ろうと考えました」と述べます。

ところが、当時の制度では、高齢者と児童、障がい者を1つの施設で預かることは認められていませんでした。「行政（富山県）からは“法律がないからそういった施設には補助金は出せません。やりたいのならどうぞ”と言われました。それで、補助金はいらぬからやりますと言って周囲の反対を押し切って始めました」（惣万さん）。

年齢や障がいの有無に関係なく受け入れる共生型のサービス

しかし、開設当時は介護保険もなく収入は利用者からの実費だけで、補助金なしでは厳しい状況でした。その窮地を救ったのは、「このゆびとーまれ」の活動をテレビなどマスコミを通じて知り、共感した人たちから集まった寄付金でした。

その後、利用者も増え、97年

には富山県が「民間デイサービス育成事業」をスタートして、一定数の受け入れを条件として補助金が交付されるようになりました。さらに、99年には富山県最初のNPOとして法人化、2000年に介護保険制度がスタートしたことでなんとか軌道に乗りました。

「最初は行政は敵だと思って、どうしてもわからないのかと散々やりあいましたが、互いに理解してパートナーとなるまで10年かかりました。もちろん最初から敵ではなかったのですが、彼らの仕事は今ある制度や法律を正しいものとして進めることです。しかし、現場で働く私たちには、その制度が正しいとは思えなかったし、今、目の前で困っている人がいる以上、その人たちを支えることが使命でした。看護の精神は、制度があろうがなかろうが、お金が出る出ないにかかわらず



▲「このゆびとーまれ」での日常の様子

※「このゆびとーまれ」公式ページ

(http://www.geocities.jp/kono_yubi/) より転載

特定非営利活動 (NPO) 法人 デイサービス
「このゆびとーまれ」

■富山市富岡町

デイサービス「このゆびとーまれ」

デイサービス&ショートステイ「このゆびとーまれ向い」

居宅介護支援事業所「このゆびとーまれ」

相談支援事業所「このゆびとーまれ」

就労継続支援 B 型事業所「はたらくわ」

■富山市茶屋町

デイサービス&ショートステイ「このゆびとーまれ茶屋」

グループホーム「このゆびとーまれ茶屋」



富山型デイサービスの原点である
「このゆびとーまれ」



その向かいにある「このゆびとーまれ
向い」

目の前の1人の人を救うことです。制度や条例を変えるには時間がかかります。行政には、時間がかかっても現実の問題を制度や条例に反映させて、より多くの人たちが助かるような後押しを期待したいですね」(惣万さん)。

富山県内では「このゆびとーまれ」の理念に共感し同様の形態で運営される施設もオープンし、民間デイサービス連絡協議会の発足など連携の輪が広がっていきました。この共生型のケア方式と、それに対する柔軟な補助金の交付方法を併せて「富山型」と呼ばれ、構造改革特区となったことを契機に規制緩和が進み、地域共生型サービスとして全国に広がっています。惣万さんは、「このゆびとーまれ」で始めた共生型のサービスについて、「いろいろな人が支え合って生きていくことが共生社会です。子どもや高齢者だけ、あるいは障がい者だけが集まっているのはおかしいことで、いろいろな人たちがいるからこそお互いに相乗効果が生まれます。小さい頃から障がい児や認知症のおばあさんと一緒に過ごすことで、特別なことではなく普通なことだと自然に学べます。それがノーマライゼーションだと思います」と語っています。

2015年のフローレンス・ナイチンゲール記章を受章

惣万さんは、2015年にフローレンス・ナイチンゲール記章を受章されました。フローレンス・ナイチンゲール記章は、“顕著な功績のあった看護師”に対して2年に1度授与されるもので、これまで日本人では107名が受章されています。惣万さんは今

回の受章について、「今回の私たちの活動が評価されたのは、年齢や障がいの有無を問わない共生の理念を実現したこと、縦割りだった制度に風穴を開け、今は行政とも連携して富山型のサービスが全国1400か所以上の事業所まで広がったことだと思います。これまでの記章の受章者は立派な業績を残された方ばかりで、現場で現役で働いている看護師が受章することは珍しいと言われました。そういう意味で、普通に地域でがんばっている看護師や介護スタッフの励みになればいいなと思っています」と述べています。

富山型デイサービスの普及拡大に向けては、富山県が2002年から“起業家育成講座”や事業者向けの研修など支援策を積極的に行っています。育成講座には県内だけでなく県外からも参加が増えており、東南アジアからの視察もあり、海外からも注目を集めています。

地域の中で暮らしを支える 看護師でありたい

「このゆびとーまれ」では、現在、地域活性化総合特区「とやま地域共生型福祉推進特区」の中で、“就労継続支援 B 型事業所”として「はたらくわ」を展開しています。「はたらくわ」では、障がい者が施設外就労として県内の富山型の事業所に出向いて仕事を行い、受け取る報酬も B 型就労の平均より高い4万円以上となっています。惣万さんは、「従来の B 型就労は、作業所で給料も1万5000円前後と決まっていた。しかし、その程度の金額では保険など

納めるほうが多くなってしまって、自立して生活できません。これも制度を決める側の理解が乏しいですよ。私は、彼らがプライドを持って働けるように、発想を変え作業所から出て、介護施設などで働くことで、報酬額を増やそうと考えました。従来の就労支援のイメージで良しとするのではなく、彼らが健常な人たちと一緒に働き、社会に貢献しているという自覚を持てるように発想を変えていくことが大切です」と語っています。

「このゆびとーまれ」の活動は、地域の中での看護を先取りした取り組みとも言えます。今後、病院だけでなく地域包括ケアシステムの中で介護、福祉と連携した活躍が求められる看護師の役割について、惣万さんは次のように語ります。

「病院はどんなに長くても3か月で出なくてはなりません。その後の暮らしのほうがずっと長くなるわけです。地域の中で暮らしを支える看護師になってほしいと思います。看護師はしっかりとした医療のバックグラウンドを持っていますから、介護福祉士と役割分担しながら、もっともっと地域に出て活躍してほしいですね」

惣万さんは、ナイチンゲール記章を受章しても基本的なスタンスは変わらないと言います。「確かに受章したことでますます責任を感じる部分もありますが、これからも変わらず地域の中で暮らしを支える看護師でありたいと思っています。“先生”と呼ばれて偉くなった気になるのではなく、いつまでも“惣万さん”でいたいと思います」■

Case Study

3点認証など看護業務を標準化・効率化した実例



〒738-8503
 広島県廿日市市地御前1-3-3
 TEL : 0829-36-3111
 URL : <http://www.hirobyo.jp>
 診療科目 : 16 科目
 病床数 : 561 床

JA 広島総合病院

システムのリプレースで実現した看護業務の効率化と標準化

パッケージシステムが可能にした短期間でのシステム構築

JA 広島総合病院では、2014年1月から、富士通の電子カルテシステムHOPE EGMAIN-GXが稼働しています。カスタマイズを重ね、拡張性・汎用性を失っていた他ベンダーの旧システムでの経験を生かし、運用を見直すことにより短期間でシステムを構築。看護部門では、ワーキンググループ(WG)の活動を通じて従来の看護業務を見直し、運用の検討やマスタの整備を行ったことで、業務の効率化と標準化が実現しました。さらに、PDAによる3点認証など、安全性を確保し、質の高い看護を提供しています。

馬場崎喜美子 看護部長 藤田 寿賀 看護部副部長
 金本 英己 医事課課長、情報企画課課長
 桑野 幹典 株式会社ヒューマックス(業務委託)

病院の特徴と旧システムの課題

地域医療に貢献する看護師を育てる中核病院

地域中核病院として看護師の育成にも力を注ぐ

Q : 貴院の特色を教えてください。

馬場崎氏 : 当院は、地域に密着した医療を提供する広島県西部最大の急性期総合病院です。救急指定病院、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院などの指定を受け、高度医療に取り組んでいます。一方で、看護師の育成にも力を入れてきました。当院出身の看護師が医療圏内の施設で多数活躍しており、この点においても、地域医療に貢献してきたと言えます。

藤田氏 : 人材を育成する上で重要となるのは職場環境だと思いますが、風通しの良さが当院の特色でもあります。チームワークが良く、団結力がある、明るい職場です。

金本氏 : その一例として、AKB48の曲を全職員で踊り、YouTubeに投稿するなど、ユニークな活動もしています。

システム更新で非効率な業務の改善を図る

Q : 旧システムでの課題についてお聞かせください。

桑野氏 : 当院では、2006年に電子カルテシステムを導入し、2012年ごろから更新に向けた検討を開始しました。その中で、旧システムの課題などを洗い出しました。

馬場崎氏 : 旧システムでは、医師が紙の指示せんに記入したオーダを看護師がシステムに代行入力していましたが、このような運用では入力ミスが起こる可能性がありました。これは看護師にとっても精神的な負担になるとともに、業務効率の観点からも改善すべき点だと考えていました。

Q : 選定の方針をお教えください。

金本氏 : 選定委員会を発足させ検討を行い、標準機能が充実したパッケージシステムを導入することにしました。旧システムはカスタマイズが多く、バージョンアップが困難であったという反省から、将来のシステム更新も考慮して、長期にわたり安定して運用できるシステムが良いと考えました。



左から金本英己医事課課長、馬場崎喜美子看護部長、藤田寿賀看護部副部長、桑野幹典氏

選定の理由

ユーザーの声を基にレベルアップする点を評価

シェアの高さが証明する富士通の安心感と信頼感

Q : HOPE EGMAIN-GXを採用した理由を教えてください。

馬場崎氏 : パッケージシステムでありながら、当院の要求に見合っていたのが大きな理由です。横浜市立みなと赤十字病院に見学に行き、その後もメールでアドバイスをもらい、日常の業務などを踏まえ、自分たちが使いやすいと感じたのが、HOPE EGMAIN-GXでした。

藤田氏：広島県内は富士通の電子カルテシステムのシェアが高く、多くのユーザーがいます。HOPE EGMAIN-GXを採用すれば、他施設を参考にでき、相談することも可能です。身近に多くのユーザーがいることは、富士通のシステムの良さだと感じました。

金本氏：電子カルテのユーザー会「利用の達人」の存在も、選定時に高く評価されました。富士通は、利用の達人で取り上げられたユーザーの意見に耳を傾け、システムの改良や開発に取り入れており、カスタマイズではなく、製品自体を進化させています。このような富士通の姿勢は信頼性にもつながり、安心して使い続けることができると考えました。

職員一丸となったWG活動とマスタ整備が成功の鍵

Q：HOPE EGMAIN-GXの本稼働までの経緯をお聞かせください。

金本氏：システム構築のキックオフは2013年3月。設計に入ると同時に、院内に数多くのWGを立ち上げました。WGの初回会議の冒頭には、目的を明確にして効率的に構築が進められるよう意識づけを行いました。WGは導入後も含め239回開かれ、私はほとんどのWGに参加しました。

馬場崎氏：電子カルテシステムの運用方法によって、看護業務も大きな影響を受けることから、看護師もクリティカルパスや記録などの多くのWGに1、2名ずつ参加し、運用ルールの検討を行い、その後マスタの整備を進めました。限られた時間の中で、スケジュールどおりにクリティカルパスなどを旧システムから移行するのは大変でした。

藤田氏：なかでも、看護用語の違いなど、マスタの整備は苦労しました。例えば、旧システムでは使っていなかった「看護指示」という言葉を、どのように看護師が理解し、実施入力できるのか、WGで検討を重ねました。また、従来の当院独自の標準看護計画とHOPE EGMAIN-GXの標準看護計画

をすり合わせ、最適な運用となるよう見直していく作業にも時間がかかりました。

金本氏：このような苦労もありましたが、2013年12月にはリハーサルを行い、さらに旧システムと新システムを併用しつつ移行作業を進めて、2014年1月1日から本稼働しました。短い導入期間ではありましたが、運用の見直しやマスタの整備に多くの時間をとったことが、構築成功の鍵だったと思います。

導入後の効果

看護業務の効率化と標準化が進む

PDAによる3点認証で効率性と安全性が向上

Q：システム更新により看護業務はどのように変わりましたか。

馬場崎氏：代行入力なくなり、業務負担が大幅に解消されました。医師が電子カルテシステム上にオーダーを入力することになり、看護師の業務負担が軽減されるとともに、入力ミスに対する不安も解消されました。

藤田氏：ベッドサイドでの注射や処方など実施入力も、3点認証による発生源入力になりました。バーコードリーダー付きのPDAを看護師が所持して、実施者の名札、患者さんのリストバンド、薬剤の各バーコードを読み取ると、自動的に実施入力され、ペーパーレス化が進むとともに、確実性と効率性が向上しました。

馬場崎氏：旧システムでは評価できなかった看護必要度も、HOPE EGMAIN-GXでは画面上で容易に確認することができます。やはり、運用を見直し、パッケージシステムを導入したことは、看護業務の標準化につながり、看護の質を上げることにも結びついています。



ベッドサイドにおける3点認証での発生源入力。実施者(左)、リストバンド(中)、薬剤(右)のバーコードをPDAのバーコードリーダーで読み取ります。

今後の展望

データの二次利用と情報共有を推進

業務量の集計やデータ分析システム連携も推進

Q：今後の展望をお聞かせください。
馬場崎氏：看護部では今後、業務量の集計など、データの二次利用を進めていきます。当院は、日本看護協会の「労働と看護の質向上のためのデータベース(DiNQL)事業」の参加施設であり、精度の高い情報を提供できるようにしたいと考えています。

金本氏：データウェアハウスに蓄積されたデータの有効活用が今後の課題です。蓄積された情報を分析して、病院経営などに役立てられるようにしていきたいです。

システム導入・更新は業務を見直す良い機会

Q：電子カルテシステムの導入・更新を検討している施設へのアドバイスをお願いします。

金本氏：HOPE EGMAIN-GXに更新して多くのメリットがありました。旧システムのままでは、看護現場が非効率のままだったと思います。従来の業務を見直す良い機会になるのではないのでしょうか。

馬場崎氏：チーム医療には情報共有が不可欠です。それを容易に行えるのが電子カルテシステムです。導入すれば必要な情報をすぐに共有でき、医療の質を向上できると考えます。■

Case Study

クラウド型システムへの更新と運用の実例



〒 923-0962
石川県小松市大嶺中町 3-121
TEL : 0761-21-1131
URL : <http://www.higashi-hospital.jp>
診療科目 : 8 科目
病床数 : 33 床

医療法人社団 松陽 東病院

クラウド型システムの導入で医療安全の向上と効率化を実現

サーバ室・メンテナンス不要が経営ニーズに合致

石川県小松市内にある東病院は、オーダリングシステムとして使用してきた既存の電子カルテが、OS のサポート切れを迎え、早急に更新する必要に迫られていました。サーバ室の確保が難しく更新が難航していたところ、富士通からクラウド型電子カルテシステム HOPE Cloud Chart の提案があり、わずか 4 か月余りの短い準備期間での導入に成功。2015 年 2 月から本格稼働を始め、電子カルテのメリットを最大限に生かし、看護におけるリスクを低減するとともに、業務効率化を実現しています。

東 幾子 薬局長 辻 修二 事務長
上田千代美 看護師長 坂井 千晴 事務主任

電子カルテ更新の動機

OS のサポート終了に伴い電子カルテを更新

療養型病院へと転換し地域に密着した医療を提供

Q : 貴院の特徴をお聞かせください。
東氏 : 当院は 1953 年に小松市内で開院し、1991 年に今の敷地に新築移転しました。移転時は急性期病院として開院し、救急搬送も手術件数も多かったのですが、2005 年の医療政策の転換を機に、療養型病院へと移行しました。以降、地域密着型の病院として慢性期治療やリハビリを中心に診療を行っています。低栄養状態の入院患者さんが多いので、栄養サポートチーム (NST) には特に力を入れています。

Q : 電子カルテ更新の動機を教えてください。

東氏 : 更新前は、医事一体型の電子カルテを使用していました。一体型のため導入は容易でしたが、使い勝手が当院の運用に適していなかったため、オーダリングシステム以上の活用はで

きていませんでした。

更新の理由としては、カルテ保管期間の長期化の指導に対し、それまでの紙カルテ併用の運用では限界があったことに加え、OS (Windows XP) のサポートが終了してしまったため、更新が不可避な状況にありました。

機種を選定と導入の経緯

スタッフの熱意とベンダーの支援で短期での導入に成功

サーバ室が不要で運用ニーズにも合致

Q : HOPE Cloud Chart を選んだ理由をお聞かせください。

東氏 : サーバ室を設けるスペースがないことが、更新のネックになっていました。そんなときにサーバ室やサーバ管理が不要なクラウド型を知り、これしかないと感じました。数社を検討しましたが、クラウド型電子カルテの中から、当院の要望に



左から東 幾子薬局長、上田千代美看護師長、辻 修二事務長、坂井千晴事務主任

合った病棟機能が標準装備されている HOPE Cloud Chart を選びました。

諦めるスタッフを 1 人も出さずに導入に成功

Q : 導入の手順を教えてください。

東氏 : 導入作業にあたっては電子カルテ委員会を立ち上げ、各部署の担当を決めて進めました。組織づくりや進め方などは、導入のノウハウを持ったベンダーにサポートしてもらえたので、その通りに動いていけば短期間の準備でも稼働にこぎつけられると思い、取り組みました。

Q : 導入にあたり、最も苦勞された点をお聞かせください。

坂井氏 : 前システムからのデータは

コンバートして移行しましたが、追加病名など一部の項目の転記作業は、手作業が必要で大変でした。

上田氏：看護部ではマスタ作りに苦労しました。日常の業務を洗い出して文書化したり、用意された膨大な看護計画の中から当院に適したものを選ぶのは、かなりの作業量でした。

東氏：ただ病院全体の運用はもともと標準化されていたので、ノンカスタマイズ型電子カルテの導入でも見直しの必要があまりなく、その点での苦労はほとんどありませんでした。

辻氏：電子カルテの更新により運用が変わるため、辞めてしまう職員が出てしまわないかと心配でしたが、誰一人辞めることなく導入できました。これは大きな目標の1つでしたので、スタッフの頑張りと、しっかりフォローしてくれたベンダーには感謝しています。

初回リハーサルでの失敗がスタッフの本気を引き出す

Q：リハーサルはどうでしたか。

東氏：1回目はひどいものでした。電子カルテの操作がうまくいかず、皆真っ青になって、心配しました。

辻氏：あのショックが良かったのだと思います。2週間後に行った2回目のリハーサルでは、見違えるほど習熟度が上がっていました。年末年始を挟んでいましたが、休みの間も自主的に練習したのだと思います。

Q：本稼働時はスムーズでしたか。

上田氏：初日は日曜日だったので、病棟のみでスタートしました。スタッフの人数が平日より少ないこともあり、皆大きな不安を抱えていましたが、運用が止まるようなこともなく、思ったよりスムーズでした。

東氏：キックオフからわずか4か月余りと非常に短い準備期間でしたが、問題なく導入できました。念のためSEに3日間待機してもらいましたが、事前準備が十分に行えていたので、混乱はありませんでした。



ノートPCの電子カルテ端末は、ワゴンに載せて病棟でも活用しています。



診療でHOPE Cloud Chartを使用する東 裕文院長も使いやすさを評価しています。

導入後の評価と今後の展望

リアルタイムな情報共有で各職種が専門性を発揮

読みやすくなったカルテでリスクや請求漏れが減少

Q：導入によってどのような変化がありましたか。

上田氏：当院に合ったマスタを作ったおかげで、看護計画が非常に使いやすくなるものになり、バイタルなどが一画面で一気に入力できて大いに時間を短縮できています。病棟に端末を持って行けるので、記録や以前の状態をその場で確認できるようになりました。また、注射せんなどのラベル印刷までできるので、手書きや転記の必要がなくなった分、作業は効率化され、リスクも減ったと思います。

坂井氏：事務のメリットとしては、カルテの文字が手書きではなくなったことで、医師の所見がずっと見やすくなりました。特に処置や検査の横文字の記載は、見落として請求漏れにつながりかねなかったのですが、電子カルテではシェーマまで入っていて非常に見やすいので、会計業務の不備が少なくなりました。

東氏：ある医師がHOPE Cloud Chartについて、“簡単に楽に使うこともできるし、使い込んで深く追究することもできる”と評価していましたが、まさにその通りだと思います。

Q：チーム医療の面でのメリットは。

東氏：NSTに関しては、非常に大きなメリットがありました。特に栄養部は、検査データを必要なときに

どこにいても確認でき、専門性を大いに発揮できるようになりました。

上田氏：電子カルテの情報を栄養部でも薬局でも見られ、時系列で変化を一覧できるのは、大変便利です。

サーバ室・サーバ管理が不要なことは大きな魅力

Q：今後の展望をお聞かせください。

辻氏：病院としては、医療を手厚くしたデイケアや、サービス付き高齢者向け住宅などの展開を予定しています。そこに介護のシステムを導入し、HOPE Cloud Chartと連携して日常の状態を見ながら診療を行えるようにしたいと考えています。

Q：電子カルテシステムの導入や更新を考えている病院に向けたメッセージをお願いします。

辻氏：クラウド型は、サーバ室を用意しなくてよいことがスペースや電気代など維持費の点でとても助かりました。インシヤルコストが抑えられ、サーバの管理も不要であり、さらに災害対策にもなります。

東氏：HOPE Cloud Chartは、特に病棟で有用な電子カルテだと感じています。指示に忠実な職種である看護師が、業務を遂行して達成感を得られると同時に、不備があっても自分で気づきやすくなったり、他のスタッフが気づいてカバーできるようになりました。他の人の業務にも目を配れるようになったのは、システム更新により余裕が出てきたということだと思います。■

[東病院のHOPE Cloud Chart導入については、扶桑電通株式会社(<http://www.fusodentsu.co.jp>)にご協力をいただきました]



医療事故調査制度への対応

～制度の概要と医療機関の
具体的手順について～

遠山 信幸 氏

自治医科大学附属さいたま医療センター
センター長補佐 / 医療安全管理室長

改正医療法に基づき、2015年10月より新しい医療事故調査制度が開始された。本稿では制度の概要と各医療機関が行う具体的手順とともに、本制度の問題点や今後の課題について述べる。

医療事故調査制度の概要

1) 目的

本制度は医療事故の原因究明と再発防止策の立案により、医療安全の確保と医療の質向上を図ることを目的としている。医療機関や従事者個人の責任追及を目的としたものではない。

本制度は医療機関が主体的に医療事故を調査し、分析を行った後に再発防止に取り組むことを基本としている。医学的な観点から原因を明らかにすることが重要で、医療事故が発生した構造的な原因や背景因子にも着目し、再発防止策を打ち出すことが必要である。法的な判断を加えるものではなく、医療側と遺族側の対立的なとらえ方であってはいけない。

国内すべての医療機関（約18万か所）が対象であり、医療者側の Professional autonomy が大原則である。

2) 医療事故の定義

改正医療法では、「病院、診療所又は助産所の管理者は、医療事故が発生した場合には、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所、及び状況その他省令で定める事項を医療事故調査・支援センター（以下センター）に報告しなければならない」とされている。

本制度における医療事故の定義は、「当該病院等に勤務する医療従事

者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産」であって、「当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの」としている。提供した医療には「診察」「検査」「治療」および「その他」が含まれる。

「予期しなかったもの」とは以下の「3つの事項にいずれも該当しない」と管理者が認めたものとしている。

- ① 当該患者等に対して、当該死亡または死産が予期されていることを説明したと認めたもの。
- ② 当該死亡または死産が予期されていることを診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの。
- ③ 当該医療の提供に係る医療従事者等からの事情の聴取および、医療の安全管理のための委員会（当該委員会を開催している場合に限る）からの意見の聴取を行った上で、当該医療の提供前に、当該死亡または死産が予期されていると認めたもの。

3) 医療事故の判断

医療に起因する（疑いを含む）死亡事例が発生した場合には、当該事例が本制度に該当するか否かを判断する必要がある。当該医療従事者等から事情を聴取した上で、最終的に管理者が組織として判断する。医療事故該当の判断に迷う場合には、センターや医療事故調査等支援団体（以下、支援団体）へ相談を行い、助言を受ける。

4) 遺族への説明とセンターへの報告

管理者は医療事故と判断した場合、まず遺族への説明を行った後にセンターへ報告を行う。遺族へは本制度の概要、事故の日時・場所・診

療科、事故の状況、院内事故調査の実施計画、必要な調査などについて、可能な範囲において説明を行う。センターへは規定の書面もしくはWebからの報告を遅滞なく行うこととする。

5) 支援要請の検討

医療機関は事故調査に当たって、解剖および死亡時画像診断（以下、Ai）等の技術的・人的支援および調査にかかわる助言などを支援団体に求めることができる。支援団体とは医療機関が院内事故調査を行うに当たり、必要な支援を行う団体で、各種職能団体、病院団体、病院事業者、学術団体が厚生労働省より指定された。

支援団体からの支援には、本制度全般に関する相談、医療事故の判断に関する相談、調査に関する支援等がある。調査に関する支援等には、①助言として調査手法に関すること、②報告書作成に関すること、③院内事故調査の委員会設置・運営に関することが含まれ、技術的支援には、①解剖に関する支援、②Aiに関する支援、③院内調査にかかわる専門家の派遣等が挙げられる。支援団体への支援要請は必須ではないが、調査の「公正性」「透明性」「専門性」確保のため、支援を受けた上での外部委員を交えた事故調査の実施が望ましい。

6) 院内事故調査委員会の設置

事故調査にはいくつかの調査形態があるが、法文に具体的な規定はない。現実的には事故調査委員会を設置して進めていくことになる。医療機関はあらかじめ院内事故調査委員会に関する取り決め（設置規定）を定め、組織としての調査のあり方を

検討しておく必要がある。

委員の選定には事故の内容に応じた柔軟な対応が必要で、複数の外部専門家を含む6～10名程度のメンバーが、情報伝達や議事進行の観点から適切である。委員長には管理的立場での経験と能力を備え、広い視野で調査を牽引できる人材が求められる。「中立性・公正性」を担保するため、外部委員が委員長を務めることが望ましい。

7) 臨床経過に関する情報収集とその把握

事故調査において、患者情報の収集と臨床経過の把握は基本的な作業である。臨床経過を正確に把握することで、精度の高い分析や再発防止策の立案が可能となる。

調査項目としては、診療録その他の診療に関する記録の確認、当該医療従事者やその他の関係者(遺族等)からの聞き取り、医薬品・医療機器・設備等の確認、解剖またはAiなどの結果が挙げられる。臨床経過については諸記録から情報収集を行うが、すべて記載されているわけではないため、記憶が薄れないうちに関係した医療従事者や遺族から聞き取りを行い、諸記録では不明な点を収集する。特に医療従事者の認識や判断、遺族の疑問点などは聞き取りによって明らかになることが期待される。

事故分析では諸記録や聞き取りからの情報に加え、当事者である医療従事者の臨床経験や医療機関・医療チームの過去の治療成績、教育や指導体制、各種マニュアルの整備状況、組織管理体制やガバナンスなど、さまざまな観点から背景情報の収集も必要になる。

8) 検証・分析

診療記録や聞き取りなどで収集した情報を時系列に整理し、臨床経過としてまとめて検証・分析を進めていく。事故の原因について、整理した情報を多角的に分析し、診療システムやプロセスに存在する根本原因を明らかにすることが、同種の医療

事故を防ぐための第一歩となる。

まず死因の検証を行うが、死因には直接死因(死亡に最も影響を与えた傷病名)と原死因(直接死因に至る医学的経緯)がある。

次に事故の発生原因に関する検証を行う。診療プロセスに沿って検討するが、多くの医療事故はさまざまな要因が複雑に重なり合い発生している。事例の複雑な背景や関係性を追究することで、発生した事故の根本原因が明らかになる。根本原因には組織的な要因、システムエラーが多く含まれるため、根本原因分析で再発防止策を導き出すことが可能となる。

事故調査の目的は医療安全の確保であり、再発防止策を検討することが重要である。すべての事例で再発防止策が必ず見出せるとは限らないが、各医療機関での実行可能な防止策を検討することが望まれる。

9) 報告書の作成

本制度の目的を踏まえ、医療事故の原因を個人の医療従事者に帰するのではなく、事故が発生した構造的な原因に着目した調査を行い、結果をわかりやすく報告書にまとめる必要がある。医学的観点からの記載に心がけ、法的観点からの記載にならないよう留意する。

10) 遺族への説明とセンターへの報告

調査終了後、遺族へは口頭または書面、もしくはその双方の適切な方法により説明を行うが、遺族の希望する方法で説明するように努める。その後、センターへ書面またはWebでの報告を行うが、当該医療従事者や遺族から意見がある場合、その旨を報告書に記載してもよい。

センターは医療機関から報告された調査結果を分析し、再発防止策の検討や研修・普及啓発を行う。また、センターは、医療事故が発生した病院等の管理者または遺族から、当該医療事故について調査の依頼があったときは、必要な調査を行うことが

でき、その場合には当該医療機関はセンターと協力して調査に当たることになる。

医療事故調査の問題点

本制度の本体はProfessional autonomyに基づいた自浄的・自発的な事故調査である。国民が注視する本制度がうまく機能するか否かは、われわれ医療従事者側の手に委ねられている。

制度化された医療事故調査制度が機能し、国民・社会から評価されるためには、制度細部の策定、事故調査の方法、外部委員による評価、全国への均霑化、医療機関の自浄努力の必要性など、多くの課題がある。特に医療事故と判断し、調査の最初のスイッチを入れるのは医療機関のため、管理者の判断が本制度の運用を左右する。

また、報告書の取り扱いについても遺族に交付するか否かが議論となっており、訴訟への進展を危惧する医療関係者も多い。医療法における本制度は、遺族が訴訟を起こす権利を奪うものではない。遺族が訴えた場合、警察あるいは司法による捜査は従来通り行われるものと思われる。その場合、同時進行で院内事故調査も行っていくことになるが、調査への影響は必至と考えられる。

本制度は2016年6月までに、医師法21条による届け出と本制度による報告のあり方、医療事故調査やセンターのあり方などと併せての見直しがなされる予定であり、今後の経過を慎重に見ていく必要がある。■

遠山 信幸氏 (とよま のぶゆき)



1983年自治医科大学医学部卒業、1994年同大学附属さいたま医療センター総合医学講座Ⅱ(一般・消化器外科)助手、2005年同

准教授兼医療安全管理室長、2013年同教授、2014年センター長補佐に就任。



2016 年度診療報酬改定の概略

～病院関連項目を中心に～

松原喜代吉 氏 有限会社オフィスメディサーチ代表
中小企業診断士

はじめに

2015年12月21日に、2016年度診療報酬の改定率が政府で決定されました。また、中央社会保険医療協議会（中医協）においても、2016年1月13日に事務局より具体的な改定項目や見直しの方向性が「平成28年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）」として示され、2月中旬予定の答申に向けて、具体的な点数設定作業が進められています。次期診療報酬改定は、前回の2014年度改定に続き、「医療介護総合確保推進法」の下で進めている地域包括ケアシステム構築と医療機能の分化・強化、連携を推進するための第2弾の改定ともなります。

そこで、本稿では、次期改定の全体像や病院関連の注目すべき改定内容について解説します。なお、本稿作成時点は中医協での答申前のた

め、具体的な点数等を明示できない点をご了解いただきたいと存じます。

2016 年度診療報酬改定率

2015年12月21日、厚生労働省と財務省の大臣折衝が行われ、2016年度診療報酬改定率は、診療報酬本体（技術料等）を+0.49%、薬価-1.22%、材料価格-0.11%、ネットで-0.84%とすることで決定しました（図1）。

本体+0.49%の各科改定率は、医科・歯科・調剤の割合を従来通り、1対1.1対0.3とした結果、医科+0.56%、歯科+0.61%、調剤+0.17%となりました。なお、薬価改定率は-1.22%ですが、今回は改定率に反映させない「外枠」で、薬価をさらに引き下げることとしました。具体的には、通常の市場拡大再算定で-0.19%、年間販売額がきわめて大きい品目に対する「特例再算定」で-0.28%であり、それらもすべて含めると薬価関

連で合計-1.69%になる見込みです。

そのほか、改定率には反映させていませんが、新規掲載された後発医薬品の価格の引き下げ、長期収載品の特例的引き下げの置き換え率の基準の見直し、大型門前薬局の評価の適正化、経腸栄養用製品の給付の適正化、湿布薬の枚数制限と歯科材料の適正化などの措置を講じているとされています。

参考までに、図2に大臣折衝事項の中で示された2016年度診療報酬改定の国費ベースでの改定の内訳を整理していますが、医薬品や門前薬局に対して厳しい対応をとる中で、診療報酬本体のプラス改定を確保したといえます。

2016 年度診療報酬改定の基本方針と改定の方向性

いよいよ改定率も決まり、今後は改定の基本方針に基づき中医協にお

1. 診療報酬本体	+ 0.49%
各科改定率	医科 + 0.56%
	歯科 + 0.61%
	調剤 + 0.17%
2. 薬価等	
① 薬価	▲1.22%
上記のほか、	
・市場拡大再算定による薬価の見直しにより、▲0.19%	
・年間販売額がきわめて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特例の実施により、▲0.28%	
② 材料価格	▲0.11%
<p>なお、上記のほか、新規掲載された後発医薬品の価格の引き下げ、長期収載品の特例的引き下げの置き換え率の基準の見直し、いわゆる大型門前薬局等に対する評価の適正化、入院医療において食事として提供される経腸栄養用製品に係る入院時食事療養費等の適正化、医薬品の適正使用等の観点等からの1処方当たりの湿布薬の枚数制限、費用対効果の低下した歯科材料の適正化の措置を講ずる。</p>	

図1 2016 年度診療報酬改定について
出典：2015年12月21日 厚生労働省報道発表資料「診療報酬改定について」より

		国費ベース	
診療報酬改定等	診療報酬本体 (+ 0.49%)	+ 500 億円程度	
	薬価 (▲1.22%)	▲1,200 億円程度	
	材料価格 (▲0.11%)	▲100 億円程度	
診療報酬・薬価等に関する制度改革事項	医薬品価格の適正化	▲500 億円程度	
	内訳	市場拡大再算定による薬価の見直し	▲200 億円程度
		年間販売額がきわめて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特例の実施	▲280 億円程度
	内訳	新規掲載された後発医薬品の価格の引き下げ、長期収載品の特例的引き下げの置き換え率の基準の見直し	▲20 億円程度
		大型門前薬局の評価の適正化	▲40 億円程度
	経腸栄養用製品の給付の適正化	▲40 億円程度	
湿布薬の枚数制限と歯科材料の適正化	▲30 億円程度		

図2 2016 年度診療報酬改定の内訳（国費ベース）
出典：2015年12月21日厚生労働省「大臣折衝事項」を基に作成

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置			
(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4 心電図モニター管理	なし	あり	
5 シリンジポンプ管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤管理	なし	あり	
7 専門的な治療・処置			
① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	なし		あり
② 抗悪性腫瘍剤の内服管理			
③ 麻薬の使用(注射剤のみ)			
④ 麻薬の内服・貼付、坐剤管理			
⑤ 放射線治療			
⑥ 免疫抑制剤管理			
⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)			
⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)			
⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用			
⑩ ドレナージ管理			
⑪ 無菌治療室での治療	なし		あり
8 救急搬送(搬送日より1～2日間程度)	なし		あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
2 危険行動	ない		ある
3 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

M 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術日より5～7日間程度)		
② 開腹・骨の観血的手術(術日より3～5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術日より2～3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術日より1～3日間程度)		

重症者の定義

A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

又は

M得点が1点以上の患者

図3 一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方
 出典：2015年12月9日中医協総会資料「入院医療（その7）」より

いて具体的な点数設定の議論が行われることとなります。2015年12月7日に社会保障審議会で決定された改定の基本方針は、まず基本認識として、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められるという考えを示しています。そして、2016年度の診療報酬改定を「医療介護総合確保推進法」の下で進められている医療機能の分化・連携や、医療と介護の一体改革の一環と位置づけて進めるとしています。

基本認識を踏まえ、改定の基本的視点として、①地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点（重点課題）、②患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点、③重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点、④効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点——の4つを示しています。

重点課題の①「地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点」は、前回の2014年度改定でも重点課題とされたテーマであり、冒頭述べたように、「2025年のあるべき医療の姿」実現のための

第2弾の改定という位置づけとなります。具体的な方向性では、入院医療の機能分化・連携の促進や、医療従事者の負担軽減、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局の評価などを盛り込んでいます。

入院医療について

それでは、まず入院医療に関する改定項目とその内容について、機能別に見ていきます。

1. 高度急性期・急性期

1) 7対1入院基本料の施設基準のさらなる厳格化

前回改定では、急性期入院医療の機能分化を進めるため、診療報酬でさまざまな対応を行いました。特に一般病棟で最も看護配置が手厚い7対1の厳格化では、急性期に見合う患者がより多く入院するよう要件を見直し、病床数が減るような対策を取りました。具体的には、特定除外制度や「重症度、医療・看護必要度」の見直し、在宅復帰率の設定などを行いました。その結果、7対1病床は2015年7月までに1.6万床減少しました。しかし、36万床を超えるなど依然としてすべての種別の中で最

も病床数が多い状態にあります。

このため、次回改定では、以下のような見直しを行うことで、さらに絞り込みを図る考えです。

①「重症度、医療・看護必要度」の見直し

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」については、手術直後の患者、認知症・せん妄の患者等を含め、急性期に密度の高い医療を必要とする状態を評価できるよう、評価項目を見直す。

評価項目の見直し案を図3に示していますが、A項目に、「無菌治療室での治療」「救急搬送（搬送日より1～2日間程度）」を追加するとともに、新たにM項目（最終的にC項目に名称変更）を設け、「開胸・開頭」等の手術直後の患者や「救命等に係る内科的治療」を受けている患者を評価する。一方、B項目では、「寝返り」「起き上がり」「座位保持」は、類似した状態を評価していると考えられるため、「寝返り」に統一するとともに「認知症」や「せん妄」の患者を評価するため、「危険行動」「診療・療養上の指示が通じる」を新たに追加する。これに合わせて、重症者の定義も変更し、「A得点が2点以上かつB得

点が3点以上の患者」または「A得点が3点以上の患者」または「M得点が1点以上の患者」とする。評価項目の見直しにより、重症患者の該当割合が変化（シミュレーション結果では3割程度増加）しますので、現行の7対1入院基本料の算定要件である「重症患者15%以上」の基準を引き上げることで、より厳格化を図る考えです。具体的には、「25%以上」（ただし、200床未満の病院については期限を区切って23%に緩和）に引き上げる予定です。

そのほか、チーム医療の推進の観点から、看護師以外の職種（薬剤師、理学療法士・作業療法士、管理栄養士など）も「重症度、医療・看護必要度」の評価を実施できるようにする予定です。

② 在宅復帰率の基準の厳格化

前回改定では、在宅復帰率「75%以上」の要件が導入されましたが、現状では、7対1病棟全体の在宅復帰率は約94%であり、かなり余裕があります。このため、次回改定では、在宅復帰率の基準を80%以上に引き上げるとともに、新設する在宅復帰機能強化加算を算定する「有床診療所入院基本料」および「有床診療所療養病床入院基本料」の病棟・病室を算定式の分子に加える予定です。

③ 入院基本料の病棟単位での届出

上記の見直しに合わせて、7対1から10対1入院基本料に変更する場合を想定した激変緩和措置を導入する予定です。現行では、病院単位で複数の病棟を同じ区分の入院基本料で届け出る必要がありますが、これを病棟群単位で届け出られるようにするというものです。ただし、10対1の病院が7対1の病棟群を設けることは認めない考えです。

2) 特定集中治療室（ICU）、

ハイケアユニットの見直し

特定集中治療管理料の「重症度、医療・看護必要度」のA・B項目についても、一般病棟用と同様、より

高度急性期にふさわしい患者を拾い上げるため、大きく見直されます。具体的には、A項目について、要件を満たすための作為が働いていることが疑われている「心電図」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」の点数の重みづけを変更するとともに、算定要件（現行は、A項目3点以上かつB項目3点以上の患者が8割以上）を見直す。また、B項目については、評価の簡素化を図るため、ICU、ハイケアユニットで用いる項目を前述の一般病棟用の評価と統一する予定です。

そのほか、現行では、「病棟薬剤業務実施加算（週1回100点）」は、特定集中治療室等の特定入院料の病棟では算定できませんが、すでに半数のICUで薬剤師が配置されていることもあり、特定入院料でも算定できるようにする予定です。

3) 短期滞在手術等基本料の見直しと対象の拡大

前回改定では、21種類の手術等に短期滞在手術等基本料3が設定され、すべての診療報酬点数が包括的に評価（いわゆるDRG-PPS方式）されることとなりました。次回改定では、その後の調査結果などから、①水晶体再建術（白内障手術）について、両眼の手術と片眼の手術で点数を分ける、②乳幼児など年齢によって出来高実績点数に大きな差が認められる「ヘルニア手術」や「腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」については、年齢によって評価を分ける、③透析患者は、出来高実績点数が特に高いため、人工腎臓（人工透析）は包括範囲から除外する予定です。また、在院日数が短く、出来高実績点数のばらつきが少ない「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「体外衝撃波腎尿管結石破碎術」「ガンマナイフによる定位放射線治療」を短期滞在手術等基本料の対象に加える考えです。

4) 救急医療の評価の見直し

救急医療では、軽症の高齢者など

二次救急の需要の増加を踏まえ、二次救急医療機関の評価を充実する方針です。具体的には、時間外・深夜・休日の評価を充実させるため、「夜間休日救急搬送医学管理料」について、現行では、再診で緊急に即日入院となった場合、再診の時間外加算・休日加算・深夜加算を算定できませんが、これを算定できるようにする予定です。

また、「救急医療管理加算」の基準を緩和する考えも示しています。現行では、「同1」の対象患者は「意識障害または昏睡」など9項目のどれかに該当し、緊急に入院が必要な患者。「同2」は「同1」の9項目に準じる重篤な状態の患者となっています。これを、「同2」で算定している患者でも、脳梗塞でt-PAを施行したもののや、狭心症などで緊急に冠動脈の検査や治療が必要なものについては、「ケ 緊急手術を必要とする状態」として、「同1」として評価する予定です。

2. 回復期・亜急性期

前回改定で新設された地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について、比較的軽度な急性期患者に対する入院医療を整備する観点から、包括範囲等を見直す。具体的には、手術および麻酔を出来高算定にする予定です。

一方、回復期リハ病棟については、入院患者に対するリハビリテーションについて、医療機関ごとのリハビリテーションの効果（アウトカム）に基づく評価を行い、提供量に対する効果が一定の実績基準を下回る医療機関においては、1日6単位を超える疾患別リハビリテーションの提供について、入院料に包括する予定です。

3. 慢性期

慢性期入院医療では、医療療養病床の機能を有効に活用するため、「療

養病棟入院基本料2」(看護配置25対1以上)について、「同1」(看護配置20対1以上、医療区分2・3の患者割合8割以上)と同様、医療区分2または3の患者が一定割合(5割以上)入院していることを新たに要件として設定する予定です。合わせて、医療区分の評価をより適正なものとするため、酸素療法、うつ状態および頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮するよう見直す。また、前回改定で新設された「在宅復帰機能強化加算」について、7対1等の急性期病棟からの入院した患者の在宅復帰を進めるため、在宅復帰率の計算式および指標を見直し、急性期病棟からの「在宅復帰の頻度」を評価する考えです。

そのほか、意識障害を有する脳卒中患者の障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料の評価について、療養病棟に入院する患者と同等の評価となるよう見直す予定です。

外来医療について

1. 紹介状なしの大病院受診時に係る選定療養(定額徴収)の義務化

2015年1月の社会保障制度改革推進本部において、紹介状なしで特定機能病院および500床以上の病院を受診する場合等には、選定療養として、初診時または再診時に原則的に定額負担を求めることが決定されました。

これに伴い、次回改定では、療養担当規則を改正し、紹介状なしで特定機能病院と一般病床500床以上の地域医療支援病院を受診した場合、定額負担を患者から徴収することを義務化する予定です。ただし、緊急その他やむを得ない事情がある場合(救急の患者・公費負担医療の対象患者・無料低額診療事業の対象患者・HIV感染者)については、定額負担を求めない方針です。具体的には、初診については5000円、再診につ

いては2500円を最低金額として設定する予定です。

2. 主治医機能の評価

前回改定で新設された「地域包括診療料」「地域包括診療加算」について、高血圧症など以外の疾患を持つ認知症患者にも算定できるよう要件を拡大する予定です。具体的には、現行の対象患者は、①高血圧症、②糖尿病、③脂質異常症、④認知症のうち、2つ以上該当する者——となっていますが、認知症患者については、それ以外の疾患(例えば、消化器疾患や運動器疾患など)を持っていれば、対象患者とする考えです。また、その場合は、認知症患者の内服薬数は6種類以上が半数に上るため、多剤投与の適正化の必要を指摘し、適切な薬学管理の要件を課す方針です。

在宅医療について

在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)の評価を高年齢向け集合住宅などでの訪問患者数に応じた点数とするとともに、訪問診療が月1回でも同点数を算定できるようにする。また、訪問診療料を含め、訪問する場所で点数が異なる設定を整理する方針です。

具体的には、在総管等について、「同一以外」「同一」の区別をなくし、「重症患者(月2回以上訪問)」「その他(月2回以上訪問)」「その他(月1回訪問)」に区分した上で、診療人数に応じて、点数設定を行う予定です。また、サービス付き高齢者向け住宅などの「特定施設等以外の高年齢向け集合住宅」を点数の低い特医総管の対象とします。重症患者については、パーキンソン病関連疾患など在宅患者訪問診療料で週4回以上の訪問診療が可能で患者と退院時共同指導料として評価される患者に該当する患者

を別に評価する予定です。訪問診療料についても、「特定施設等」が他の集合住宅と比べてコストが低いとはいえないことから廃止し、「居宅等」と「高齢者向け集合住宅」の2区分に整理する予定です(図4)。

医師・看護師の負担軽減、チーム医療の推進

医師や看護師の負担軽減と処遇改善策ではさまざまな見直し項目がありますが、多くは既存の加算等の要件の緩和策となっています。具体的には、以下のような見直しが予定されます。

- ・医師事務作業補助者の配置を評価する「医師事務作業補助体制加算の加算1」について、文書作成の補助(診断書作成補助・診療録の代行入力)に限っては、実施の場所を問わず「1」を算定可能とする。
 - ・「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」について、「医療機関内に、神経内科または脳神経外科の経験を有する専任の医師が常時1名以上」の施設基準を緩和する。
 - ・「画像診断管理加算」について、医療機関の常勤医師が夜間休日にICTを活用して自宅で読影した場合も、院内での読影に準じて取り扱う。
 - ・「手術・処置の時間外等加算1」について、病院全体の取り組みに広げることを目的に、病院全体で届出をする場合に限り、予定手術の前日における当直日数の上限(現行は、年間12日以内)を規模に応じて緩和する。
 - ・看護職員の負担を軽減するため、「夜間急性期看護補助体制加算」(7対1、10対1入院基本料)の評価を充実させる。また、13対1一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、看護補助者の夜間配置の評価を新設する。
- チーム医療の推進では、認知症のある身体疾患の患者が増えているた

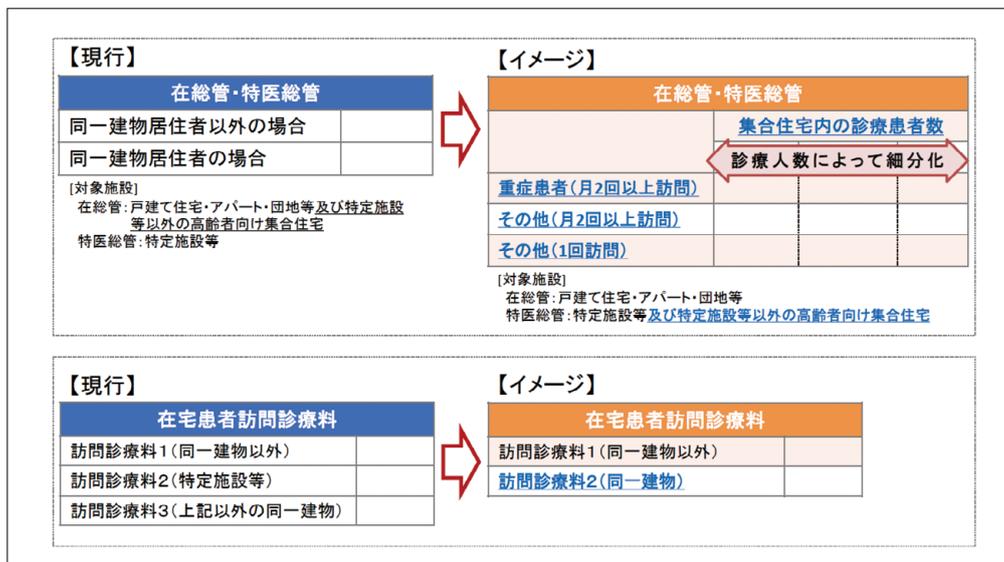


図4 患者の状態および居住場所に応じた評価の考え方～在宅時医学総合管理料（在総管）・特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）・在宅患者訪問診療料
出典：2015年11月11日中医協総会資料「在宅医療（その4）」より

め、認知症患者への多職種連携による症状の悪化防止や身体拘束の廃止、早期の退院支援などの取り組みを新たに評価する。医科・歯科連携による栄養管理では「栄養サポートチーム加算」について、歯科医師を配置していることの評価を設ける。また、歯科医師が勤務していない医療機関で、院外の診療所等から歯科医師が訪問した上で、院内スタッフと共同で栄養サポートを実施することも評価する予定です。

その他

1. 後発医薬品の使用促進

新たな後発医薬品の数量シェア目標について、骨太方針2015において、「まず平成29年央（2017年央）に70%以上」と設定されているため、医療機関における後発医薬品使用体制加算の算定要件を見直す予定です。現行では加算1（後発医薬品採用割合30%以上）と加算2（同20%以上30%未満）がありますが、後発医薬品の採用割合に関する指標を新指標（採用品目数の割合ではなく、使用割合に基づく）に改めるとともに、基準を引き上げる方針です。また、院内処方を実施している場合についても、後発医薬品の使用促進

に関する取り組みを新たに評価する予定です。

処方せん料については、一般名処方の場合とそれ以外の場合の評価の差（現行2点）が広がるよう見直すとともに、一般名処方加算を算定する際には1剤だけではなく、後発医薬品の存在するすべての医薬品について一般名処方を行うことを要件化する考えです。

そのほか、後発医薬品の銘柄を指定し変更不可として処方する場合には、処方せんに理由の記載を求めることも予定しています。

2. 情報通信技術（ICT）の利活用の推進

診療情報提供書等の電子化では、現在、署名や捺印が求められている診療情報提供書、訪問看護指示書等、服薬情報提供文書について、安全性を確保した上で電子的に送受した場合にも算定可能とする。また、診療情報提供書への検査結果・画像情報の添付も認める方向です。

そのほか、前回改定で7対1入院基本料と地域包括ケア病棟入院料で、データ提出加算の届出を要件化したことを踏まえ、10対1入院基本料（200床以上の病院）についても、データ提出を義務化する予定です。

おわりに

これまで病院に関連する項目を中心に、次回改定の概略について解説してきました。中医協での答申前ということもあり、具体的な点数までお示しすることはできませんでした。ただ、冒頭触れたように、2025年のあるべき医療の姿実現に向けて、前回改定に引き続き、医療機能の分化・強化、連携をさらに一歩進めるという考えが今改定の根底にあることは、十分おわかりいただけたと思います。改定のねらいや方向性をしっかりご理解いただき、今後の対応をご検討いただきたいと思います。■

松原 喜代吉 氏（まつばら きよよし）



1977年日本大学法学部卒業。国内、外資系製薬企業のMR、営業所長、支店長、病院部長、戦略企画室長を経て、2004年から現職。2009年から城西国際大学非常勤講師も兼任。医療制度、診療報酬、薬価制度などを専門分野として、医療機関経営に関するコンサルテーションを手がける。地区医師会などでの講演も多数。主な論文として、「医療制度改革と今後の医療経営コンサルティング」〔『企業診断』2007年2月号（同友館）〕がある。

URL <http://office-medisearch.business-hp.com/>

医療現場での安全・安心を支援する PDA

セーフティマネジメントシステム

FUJITSUヘルスケアソリューション HOPE PRETS

お問い合わせ先

株式会社富士通システムズ・ウエスト
ヘルスケアシステム本部
第二ソリューション事業部
第一ソリューション部
TEL 03-6424-9145

はじめに

HOPE PRETS は「安全・安心の医療のご提供」をコンセプトとしたセーフティマネジメントシステムとして、2005年に誕生しました。携帯情報端末（以下、PDA）を使用し、富士通の電子カルテシステムと連携し、ベッドサイドでの3点認証や記録といった看護業務を支援するシステムです。現在は、全国約230施設の導入実績があり、誕生から10年間、お客様からいただいた多くの「声」を糧に成長を続けてきました。今回は、HOPE PRETSの導入効果と、お客様の声をきっかけに生まれた新しい機能や活用事例をご紹介します。

導入効果

1. 心理的負担の軽減

PDAにてバーコードを読み取り、認証チェックを行うことで、患者さんと指示が合っているかを確認することが可能です。認証結果がエラーの場合は、画面表示に加えて音や振動でもお知らせし、視覚以外でもエラーを感知できます。システムを使用してチェックを行うことで、目視確認による見間違いや見逃しを防ぐことが可能となり、看護師さんが安心して業務を行えるようになります（図1）。

2. 業務効率化

PDAは無線を介して電子カルテシステムとリアルタイム連携を行うため、無線が繋がる場所ならどこからでも、最新のオーダー内容との認証チェックや、データ登録をすることが可能です。また、PDAは片手で持てるサイズで、端末全体の清掃も容易

であるため、狭い病室や薬品などが付着する可能性がある場所にも持ち運びしやすい形となっています。PDAを病室まで持って行き、その場でデータ登録を行うことで、病室で測定値をメモする作業やナースステーションでデータ登録する際に電子カルテ端末の空きを待つ時間を省略できます。

お客様の声から生まれた

新機能と活用事例

1. 汎用患者確認（母乳認証）

患者IDバーコードが印字された2つの帳票をPDAにて読み取り、バーコードが一致しているかをチェックする「汎用患者確認」機能をご紹介します。「注射や輸血以外の“もの”も、安全性を高めるために目視ではなくPDAで認証して確認したい」という声から生まれました。

汎用患者確認の活用事例の1つに、母乳の認証があります。哺乳瓶に赤ちゃんの患者IDバーコードを貼付し、哺乳瓶で母乳を与える直前に、赤ちゃんのリストバンドと哺乳瓶のバーコードをPDAにて認証します。病院内に似た形状の哺乳瓶が複数ある場合や、冷凍の母乳を解凍後、何回か容器を移し替える場合などに、母乳の取り違えが発生していないかチェックすることが可能です。

2. 小型PDA（2.7インチ）を使用した認証（2016年4月リリース予定）

「認証業務だけでよいので小さくて使いやすいPDAがほしい」という声から、PDAの用途をバーコード読み取りによる認証業務に特化し、従来より小型の筐体を実現しました。

機能を認証業務に特化することで、細かい入力を行う画面が不要となったため、画面を単純化して小型PDAでも見やすい表示としています。小型PDAは片手で操作しやすいため、メニュー切り替えや実施操作については、画面をタッチしなくてもPDA本体のキー操作でも可能にし、スピーディな操作性を実現しています。加えて、PDAを単体で使用するだけでなく、PCと連携してワイヤレスバーコードリーダとしても使用可能にすることで、複数の利用シーンに対応できるようにしています。例えば、日中のラウンド時はPCとバーコードリーダとしてのPDAをカートに載せて、PCをメインで使用して細かい入力や認証業務を行い、夜間はPDA単体を病室へ持って行き点滴交換を行うなどの運用が可能です。

おわりに

今回は、より安全で使いやすい機能にするために、お客様からのご意見をいただきながら作り上げた新機能の一部をご紹介します。

安全・安心の医療のご提供というコンセプトを胸に、HOPE PRETSをより良い製品に育て、さらに良い提案ができるパートナーとなれるように日々精進してまいります。■



図1 認証チェックイメージ

スピーディな共有と収集した情報の活用で 医療安全への取り組みをサポート

インシデントレポートシステム

FUJITSUヘルスケアソリューション HOPE インシデントレポートシステム

お問い合わせ先

株式会社富士通システムズ・イースト
ヘルスケアソリューション本部
広域ヘルスケア事業部
第二広域ソリューション部
TEL 022-292-5033

はじめに

医療技術の進歩により患者ケアの高度化が進んでいます。作業手順の複雑化に伴い、病院スタッフの皆様がヒヤリハットにかかわるケースが増えています。公益財団法人 日本医療機能評価機構での事例収集結果によれば、約82%の報告が看護師より登録され、勤務年数および配属期間が少ないスタッフからの報告が多い状況です。

富士通はICTのベンダーとして、医療安全にかかわる課題に取り組んでいます。院内で発生するヒヤリハットを整理することで、インシデント・アクシデントの発生を防止し、より安全な医療活動を行うためのソリューションとして、HOPEインシデントレポートシステムを提供しています。

コンセプト

病院内で発生するヒヤリハットの管理にはさまざまな課題があります。HOPEインシデントレポートシステムは、報告書作成から承認までの運用を正確かつスピーディに行い、効果的なインシデントレポートの活用と管理運用を行うことで、インシデント・アクシデントの再発防止への改善対策を円滑に行っていただき、さらなる医療安全の向上を強力にサポートします。

効率的に均質なレポート作成をサポート

選択入力や利用者情報・患者情報を自動表示(注1)することで、誤入力の回避や入力負荷の軽減を図り、誰でも簡単に効率的にレポートを作成できます(図1)。

インシデントを多面的に統計・分析

発生件数、報告件数の統計をはじめ、項目を絞込抽出しExcelグラフで出力が可能です。インシデント発生の傾向や要因を多方向から分析できます(図2)。

スピーディな情報共有により医療安全への意識向上をサポート

報告書の事例公開、他部署への参照、掲示板など、インシデント内容と対策の共有をスピーディに実施します。広く組織全体に周知し、情報を共有することで院内全体への安全意識の向上をサポートします。

HOPEインシデントレポートシステムをご利用いただいたお客様からは、「リアルタイムで報告内容を確認できるため、事例や対策コメントなどをスピーディかつ効果的に情報共有できるようにな

りました。現場との行き違いが減り、コミュニケーションがうまく取れ、対策立案・実施がスムーズになりました」とのお言葉をいただいています。

病院医療安全向上に向けて

電子カルテシステムの普及により、病院内情報管理のICT化も広範囲に進んでいます。医療安全にかかわるシステム化は、診療報酬で「医療安全対策加算1(85点)」「医療安全対策加算2(35点)」と認められており、また、日本医療機能評価機構における病院機能評価項目に含まれています。インシデントレポートのシステム化は、病院収益や病院評価に貢献します。

富士通は、電子カルテシステムをご利用をいただいているお客様だけでなく、これから電子カルテシステムに切り替えをお考えのお客様も含め、HOPEインシデントレポートシステムをご採用いただくことで、お客様の医療安全に関する活動をサポートします。■

注1：富士通製電子カルテシステム、医事会計システムとの連携

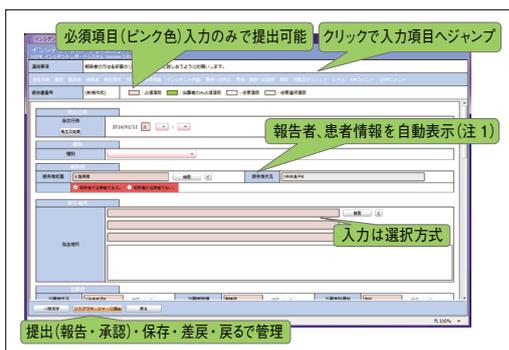


図1 報告書(作成・報告・承認)機能

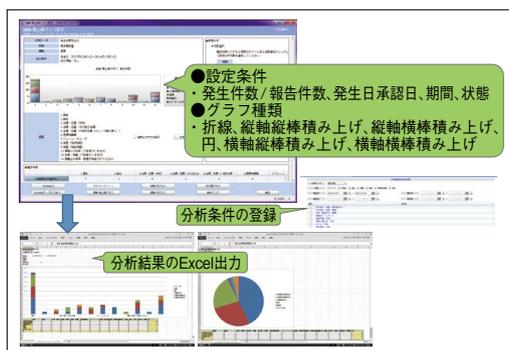


図2 データ分析機能

電子カルテへのバイタルサイン・血糖値の誤入力リスクを軽減する NFC 連携

バイタル・血糖連携ソリューション

エヌエフシー

NFC 連携

はじめに

わが国は、本格的な高齢社会を迎え、全国的に看護師不足が深刻化しています。あるアンケートによると、「約7割の病院で看護師不足」と回答するなど、医療機関における看護師の不足は深刻な問題となっています。

その一方で、入院患者は増加傾向にあり、看護師の病棟業務は多忙を極めていいます。膨大な測定結果を電子カルテへ転記する際の誤入力や入力忘れなどが、業務の停滞や医療事故を引き起こす要因となる可能性があります。

富士通では、これらのリスク軽減を実現するバイタル・血糖連携ソリューションを展開しています。バイタル・血糖連携ソリューションでは、連携する測定機器ベンダーに応じていくつかの連携方式を準備しています。測定機器ベンダーサーバと電子カルテサーバ間でデータ通信を

行う方式もありますが、今回は、電子カルテ PC に設置した非接触型リーダ (Near Field Communication : NFC)^{※1}に直接機器をかざしてデータを取り込む方式の NFC 連携についてご紹介します。

コンセプト

NFC 連携では、測定機器を電子カルテ PC に接続された非接触型リーダにかざすと、自動的に測定項目が判別されて取り込まれます。体温計をかざせば「体温」の項目に、血圧計をかざせば「血圧」の項目に測定データが取り込まれるため、これまでのようなキーボードからの手入力は不要となり、電子カルテへの誤入力や入力忘れといったリスクを軽減することが可能です。

さらに、取り込み画面には患者バーコードの認証機能を有しており、誤つ

お問い合わせ先

株式会社富士通システムズ・ウエスト
ヘルスケアシステム本部
第一ソリューション事業部
第一ソリューション部
TEL 0857-22-0026

て別の患者のカルテに取り込むリスクの軽減を図っています。また、NFC 連携では測定機器ベンダーサーバが不要なため、初期導入費用を低く抑えることができるのも特長です (図1)。

今後の展開

NFC 連携のさらなる普及を推進するとともに、対応ベンダーおよび対応機器の拡大を図っていきます。さらには、「糖尿病患者の自宅測定結果の取り込み機能」の対応や、最新電子カルテシステムである「HOPE LifeMark-HX」向けの NFC 連携もリリースの準備を進めています。

富士通は今後も現場のニーズに沿ったソリューションを継続的に提供するために挑戦し続けていきます。■

※1：ソニーとオランダの Philips 社が共同開発した近距離無線通信の国際標準規格。13.56MHzの電波を用いて最大424Kbps、10cm程度の双方向近距離通信ができる。

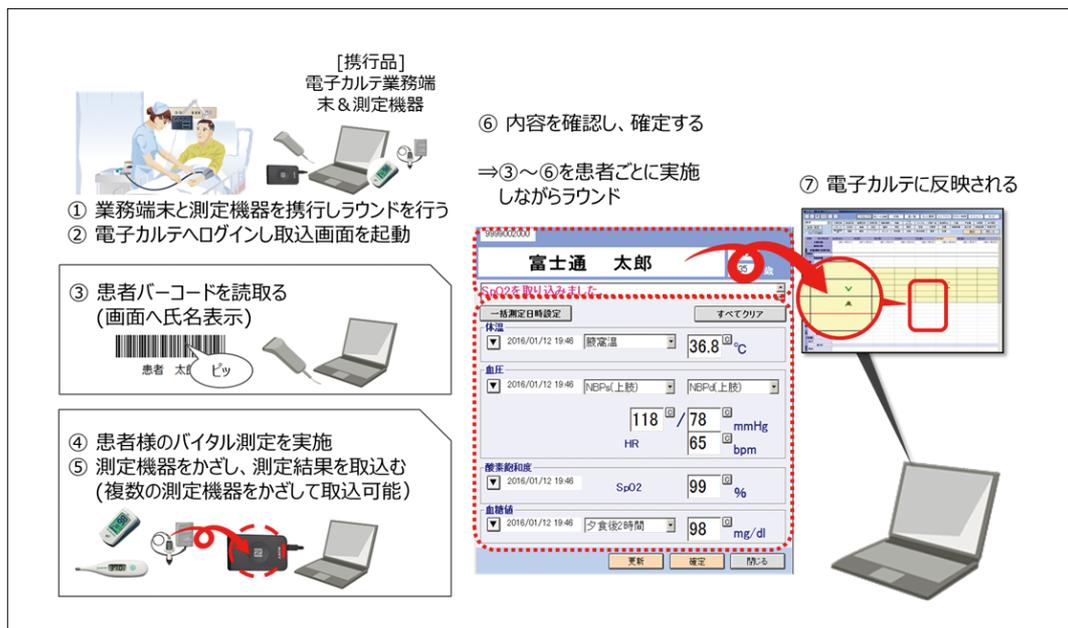


図1 NFC 連携の運用イメージ

ヘルスケアイベントスケジュール

ご来場お待ちしております!

● 2016年5月19日(木)～20日(金)
「富士通フォーラム2016」
会場：東京国際フォーラム

富士通の最先端テクノロジーを集結した富士通フォーラムが今年も開催されます。ヘルスケア部門では、講師をお呼びしてカンファレンスやセミナー、デモ展示などを企画しております。そのほかにも、IoT やビッグデータなど、新たなデジタルテクノロジーの利活用で実現するさまざまなイノベーションをご紹介します。

● 2016年7月13日(水)～15日(金)
「国際モダンホスピタルショウ2016」
会場：東京ビッグサイト

ヘルスケアデータを活用しやすい形で集約・統合する富士通のICT基盤“Healthcare Information Suite”。基盤を構築するための電子カルテシステム「HOPE LifeMark-HX」、中小病院・診療所向け電子カルテシステム、健診・介護システム、地域連携システム、さまざまな部門ソリューションを展示する予定です。是非、最新のシステムを体験してください。

編集後記

■ HOPE Visionはヘルスケア分野の皆様幅広く読んでいただけるものをめざしています。毎回、たくさんのお客様に取材のご協力をいただき、また読んでくださる皆様からも貴重なご意見をいただき企画に役立てていただいております。この場を借りて御礼申し上げます。

今号は初めて職種に絞った企画をしまして「看護特集」とさせていただきました。すべては患者さんのために。現場で試行錯誤しながら、業務改善と質向上に、取り組まれる姿を拝見して胸が熱くなりました。

編集事務局もたくさんの方々にいろいろな想いや取り組みを伝えていきたいと思っております。

どうぞ引き続きHOPE Visionをご愛読いただけますようお願い申し上げます。(編集長)

■ 今回は取材で、北陸の富山県、石川県へお邪魔しました。昨年開業した北陸新幹線に初めて乗りました。残念ながら両日とも雪や雹が降りたりとても寒かったです・・・次は暖かい時に取材に行きたいです。富山型デイスサービス「このゆびと一まれ」の開設者の惣万さんを取材に

うかがいました。施設では、子供からお年寄り、障がい者まで、誰が利用者で誰が施設の方なのかわからないくらい自然に生活を送っていらっしゃいました。その生活空間に、惣万さんの言うノーマライゼーション「小さいころから障がい者、認知症の方に接していることで、普通のことだと思う」が、形となっていると感じ、本当に取材させていただき感謝しています。今後、富山型デイスサービスが私の住む地域でも広がっていくことを願っています。(津)

■ 今号は、テーマを看護として、特集ではデータの活用や業務改善の事例を掲載しております。皆様の職場においても、ICTの活用で、現在と10年前、20年前とでは、業務に変化が生まれてきているのではないのでしょうか。これからもお客様のお役に立てるよう富士通グループ一丸となってICTでサポートしてまいります。記事内容について、ご意見・ご希望がございましたら、ご意見をお寄せください！また、是非アンケートにもご協力お願い申し上げます。(宇)

アンケート

【粗品プレゼント!】

HOPE Vision をご覧いただきありがとうございました。読者の皆様のご意見・ご要望・ご感想をお聞かせください。アンケートにご協力いただいた方には、粗品をプレゼントいたします！下記URLよりアンケートにご回答ください。

URL : <http://www.fujitsu.com/jp/solutions/industry/healthcare/hopevision>

FAX・e-mailにでも受け付けておりますので、本誌に同封してあるアンケート用紙、または上記URLよりアンケート用紙をダウンロードいただき、ご送付ください。

PRESENT!

スマホスタンド



※粗品は予告なく変更となる場合がございます。