

特別講演 1

看護記録の標準化について

あべ 俊子*¹

座長：中島美津子*²

看護記録の標準化に関しましては、記録を書いている時間が長すぎる、書きすぎだということを国会の中でもずっと言っておりました。看護記録という話を、例えば国会の中でしますと看護記録って何？というところからはじまります。看護師が患者さんの計画や、患者さんに実行したケアのことを書いているということを知ってもらうところから始まります。実は厚生労働省には記録に関する担当者がいません。診療録の保管義務等に関する担当はありますが、記録がどれだけ書かれているかという全体像を統括する担当がないため、厚生労働省は記録に関してほとんど把握しておりませんでした。そこで私自身は、医療の業務が非常に肥大化していく中、とにかく記録の整理をしていかなければ厳しいということを申し上げ続けてまいりましたが、厚生労働省の担当は2～3年単位で異動しますので詳しく分かっている人がほとんどおりません。それで今年の夏ぐらいから私は厚生労働省の保険局医療課と医政局を呼びまして記録を書きすぎだということを少し精査しなければいけない、どこまで厚生労働省が必要と思っているかを精査するべきだと言いつけてまいりました。そうするといろんな担当が出てきて、事故があったときにどうしますか、この前あった事故では書いていませんでした、という意見があったりしたのですが、とにかく今何をどれくらい書いて

いるかを見ていただきたいということをずっとお願いし続けました。その結果、その後保険局が調べてくれましたが、こんなに書いてたんですか、と驚いていました。そこで私は、それは皆さん方が医療事故が起これば医療事故のこういうことを書くべきだ、転倒の問題が起こればこうするべきだ、抑制の問題があれば抑制に対してこうすべきだ、と指導のたびに記録用紙を一枚一枚増やしていった結果であるということを上申しました。現在、保険局の方で記録には最低限何が必要なのか、ということを精査しています。

一患者一カルテ、これは基本です。看護計画ではなく患者計画にすべきであると私はずっと提唱しておりました。日野原先生も、それが一番の記録に対する思いだったと私は信じています。カルテは患者のための記録です。医療者が自分の専門性を追求するための記録ではありません。そこで私は業務時間内の記録に要する時間を調べさせていただきました。看護師の業務時間における記録に費やす時間の占める割合は2～3割です。リハの方々、薬剤師、栄養科、医師も書いています。でもそれらの情報はほとんど共有しておりません。一人の患者にそんなに情報が分散しているのはおかしい、これをしっかり整理していくことが必要ではないかと私は考えました。また病院に来る監査のたびに記録様式が増えるとの声が聞かれます。監査の時に紙が一枚増えないようにしていただきたいということは保険局に申し入れをしてきました。これらの記録類の整理をこの秋までにされる

* 1 衆議院議員

* 2 東京医療保健大学大学院看護学研究科教授

そうです。

先ほど申しましたように、看護師の業務時間における記録に費やす時間の割合は2割から3割、すなわち医療費40兆ぐらいかかっている中の人件費20兆の記録部分が2割だとすると、4兆円分も記録を書いているともいえます。記録に費やす人件費は、本当に患者のためになっている人件費なのでしょうか。それを考えたときに今、限りある医療財源に対して私たちは何をしなければいけないのかということに思い至ります。人が足りません。病棟をナースが走り回っている。ドクターも朝から晩までずっと頑張っている。そうした中であって、では本当に必要なことだけやっているか、働き方が見直されているかということは考えていく必要があります。記録が自らの職種の専門性を追及するあまり肥大化していくことを電子カルテが悪化させたという側面があります。働き方は記録の仕方によって規定されていくといっても過言ではありません。効率性も患者中心の医療も考えられていない中で電子カルテによって記録が固定化されてしまいました。これを戻さなければいけません。今、財務省は医療の記録をしっかりと国民の健康のためのデータとして使っていこうとしています。ところがいつもでてくるのが、記録からその患者像がわからない。いったいこの患者の何を診ようとしているのかわからない。薬を処方したいがための保険病名で振り回されていて、本当の患者像が見えてこない。これは電子カルテでも紙カルテでもいわれることです。

介護保険にいたっては、医療からどのように繋がっていったのかのデータが分断されています。これは今、大問題になっておまして、さらには病院から在宅に移ったらそのデータが繋がらない。あまりにも役所の縦割りがひどすぎて、患者の全体像も国民の健康の全体像も誰もみれていないのが事実です。医療者が自分たちの考える医療とは、また予防医療とは、どうあるべきかを精査していく時代になってきています。

また今、マイナンバーを使って、医療機関で地

域包括ケアシステムを含めてみていこうとする動きがあります。ところがマイナンバーは、総務省が管轄しております。マイナンバーを活用してデータの互換性とさらにはデータの分析をするために、いったい何をしていくのかということを経済省と話すとき、ガイドラインを作りますと言いました。ガイドラインで終わりです。強制性もたせられないということです。ですから今、地方自治体がその音頭をとって医療と介護と在宅と高齢者のいわゆる医療のデータと検診データをすべて繋いでいき、保健師の思考を備えた人工知能(AI)を使って、それらのデータを自動的に取り出し健康支援や疾病管理をしていく仕組みをつくろうと、いくつかの自治体と話し合っています。国でやろうとすると、医政局と老健局と保険局に関係する問題なので縦割りのなかではなかなか難しい面があります。Amedは、それらの垣根を越えて実施するための研究です。また国レベルではなく自治体単位であればそのような取り組みをおこなえる可能性が高くなります。地方自治体中心にやっていくと、マイナンバーのICチップを活用して、既往歴や今飲んでいる服薬履歴なども情報を個人単位で一元管理して、さらにはこれまでどの病院でどのような治療をしてきたかも全てデータになるんです。これをやらないとムダが多すぎる、あまりにも同じ記録を書きすぎていると思うのです。なぜ介護におけるフェイスシート、医療におけるフェイスシートがそれぞれ違うのか、同じ医療機関であっても外来と入院のフェイスシートがなぜあのように違わなくてはならないのか。患者の特性はほとんど変わりません。既往歴も変わりません。そういうことを考えたときに、それをしっかり情報を共有していくことがいわゆる効率性を高めていくために必要ではないかと考えているところであります。

今、医療記録の作成が業務の負担となっていて、本来行うべきケアやサービスの時間が制約されている、また電子カルテの導入が医療関係者の間接

業務の軽減に繋がってはいるものの、導入そのものの効果は限定的だという声があって業務の抜本的な見直しが必要となっています。例えばグループ病院の中でも病院によって違う電子カルテを使っていたりします。医療費の中で電子カルテに費やしている金額は5%です。そのお金は違うところに使うべきではないかと私は思っています。

POSの本質は患者中心、多職種共同での記録です。電子カルテでは、まず基礎の情報は画面が複数にわたっていて、患者の全体像が見えにくくなっています。患者において大切なのは、その方をどう計画で退院までもっていくことができるかであって、チームがその患者さんのために共同でケアをしていくということが本来の医療の在り方です。またチームのみんながわかる共通言語を使っていく、患者さんも理解できる言葉を用いる、これは患者中心の共同の記録の本質でもあります。

医師の問題リストと看護の問題リストが別々に存在することも避けるべきだと思います。患者にとっては、自分がどんな治療をしてもらえるのか、退院するまでにどんなケアがうけられるのかということが重要だと思うからです。さらには問題を列挙しているにもかかわらず実際にはほとんどプリミティブな行動パターンしかしていないのであれば、重症的な計画を立てるよりも、患者にとっては自分の命をどのようにみんなで守っていただけるのか、またケアをしてもらえるのか、自分が一緒に働きかけをすることができるのか、といったことを共有することの方が大切といえます。看護計画に関してもいわゆる介入や成果の分類の作成に時間を費やしすぎではないかと思えます。経過記録についても特に診療報酬上、これは必要な記録といえます。ただ、患者にとっての看護の質とはなんなのかということ考えたときに、記録をみて私のためにこんな立派な計画をたててくれてありがとうなんていう人はいるのでしょうか。ベッドサイドに来て「いかがですか、ご心配ですね。今日、医師からこういうことを説明しましたが理解できましたか。私たちは今日、こういうことを

あなたと一緒にやっていきたいと思う。」そういうことを言ってもらう方が患者さんにとってありがたいことなんです。そこを忘れてはいけません。退院時サマリー、これは治療の計画が大きすぎて継続に活かしにくくなっています。サマリーを何に活かそうかということが、ほとんど考えられていないんです。長期療養の施設に患者を送るときに何が必要かを調査した結果がありますが、施設側が知りたいことは2つでした。最終排便と最終入浴です。その方のために、自分たちが次に何のケアをしなければいけないかということが知りたいのであって、何が為されていたかということをおたくさん書いても仕方がないんです。そのようなサマリーはチームで一つあればいいのです。

問題リストが適切に記載されていれば記録に一貫性が出てきます。さらには、その患者さんの生活プロフィールが見えることで、共同のケアの意思決定に活かすことができます。例えば、入院したときに不安の問題リストがいつもあがります。入院した当初は必ず不安です。その不安に対して、どうアクションしていくかということが大切です。また記録は、チームで記載するということが大原則であり、さらには妥当性に対して、チームで話し合っていくことが大事です。クリニカルパスは施設基準の経過記録・看護計画を備えているといわれています。質の向上には、記述式の記録をできるだけ減らしていくことが重要です。例えば、心疾患であればその方の観察しなければいけない項目は決まっています。新人のナースにゼロから考えさせるよりも、パスを活用していく方が見落としが出にくく、質の担保になるのではないのでしょうか。

そのような記録の標準化を考えると、記録が行動を規定していくともいえます。何を観察しなければいけないのか、どういう時にドクターに報告をしなくてはいけないのか、どういう時にチームで情報を共有しなければいけないのか、それがわかるいわゆるチェックリストを精査していくことが、記録の標準化の底上げにつながるといえま

す。そのような標準化の話をするとき、患者の個性はどうなんだ、と皆さんおっしゃいます。では、患者の個性を現代の医療機関でそこまで配慮しているでしょうか。配慮しているとすれば、基礎疾患があるかどうか、特に糖尿病や高血圧、さらにはその方が退院したあとに一人暮らしかどうか、ケアの支援者がいるかどうかなどは非常に重要な個性として把握しているかもしれません。しかしながらそれ以外の個性は、ものすごく大きな個性ではありませんが、書いても書いても医療事故の際に自分を守るものとはならない可能性があります。なぜなら、書いている内容が的を射ていないからだそうです。それは弁護士の先生方と何度も議論しました。この患者は何が問題であるかと仮説をたて、その仮説に基づいて観察したのか、実行したのかということが裁判のときに焦点となっています。そのためたくさん書いても的を射てなければ、医療事故で自分を守ることはできません。では的を外れないためには、何を見ないといけないかをチームでしっかりと精査し、医師はどういうときに報告をしてほしいと思っているのか、出血量がどれくらいだったら、熱がどれくらいだったら、血圧がどれくらいだったら、また血圧が上がったときにはどういう薬を出して、またその時に何分以内にどうならなかったらという報告の仕方をチームで話し合っておくべきです。これをやらずしていくら書いてもそれは無駄な記録になってしまう可能性があります。

医療記録におけるこの課題のその2といたしまして、医師の業務時間。とくに外科医の業務分析をした中では、カルテ・指示に一日に154分、書類の作成に64分、さらには医療の文章の作成・入力も含めて電子カルテ未導入だと一日135分、電子カルテ導入だと148分となっております。また退院する時には、患者が保険会社に出す紙を診断書として書いています。各会社で記載の様式が違うなか、全部手書きで看護師と医師が死ぬ気で書いています。それが電子カルテを使っていると

ころだったら、なんでプリントできる形のものになっていかないのか、紙の種類があればあるだけ、紙記録の時には負担が増えていきます。そういうことも含めて、どう整理していくことができるのかを考えなくてはなりません。また看護師の業務時間、これは記録関係業務時間40～46分と書いてありますが、ほかに15%という調査もあります。入院時の記録の関係業務に関するのは、一患者あたり60分から120分。今、一日に病棟に何人患者さんが入院していますか。それをゼロから書くのではなく、外来から使ってきた記録を共有することができないのかということも含めて、フェイスシートの精査が必要だと考えます。

電子カルテを使っている場合は、患者の記録を出したときに基礎的な必要情報が最初の画面に全部集約されていると事故が少ないということが、研究結果でもいわれています。つまり、あっちをひっくり返さないと感染症が出てこない、こっちの方をみていかないと既往歴がわからないということでは、情報の分散によって逆に事故が起りやすくなるということです。医師では、同じ入力でも入院記録より外来診療の方が負担が重い傾向があるといわれています。看護師においても、いわゆる業務システムの連携や電子カルテの入力業務の効率化には限界があるといわれています。看護記録に長時間かかるのは、重複記録の習慣が要因の一つにあります。またアセスメントシートなどは、同じ様な報告をさまざまな職種で何度もおこなっています。例えば、転倒アセスメントをナースがやり、さらにはリハ職もやり、栄養のアセスメントをナースがやり、栄養士もやり、といった具合です。これはあまりにも無駄ですし、一患者一カルテ、これが原則であります。記録量は非常に増えているのに、業務が忙しいため仕事が終わってからまとめて書こうと思うから、いざ書くときに何だったかしら…と思い出すのにまた時間を要します。

さらにはこれまで行政では、医師・看護師・コメディカルが記録に何を書くべきかについて大規

模な調査をしてこなかったのが、医療記録の課題の現状が把握できていませんでした。このたび調査を実施してもらい、医療の著しい専門分化が進む中で、現場では個別に自己完結で記録を作成しているということをやっと分かってもらいました。また、医療訴訟の恐怖が記録の量を増加させていますが、本当に必要な項目を記載していなかったら、訴訟の恐怖は記録を書いても軽減することがありません。

(このスライドは) ある病院の医療記録の書類をこちらでまとめた資料になります。記録を減らしていく試みはいくつかの病院でしていたのですが、一番多かった病院では、一患者に35種類書いていました。この資料の一覧表では、縦軸のところは何を書いているか、項目を全部精査して、例えば年齢・性別・住所・身長・体重とか既往歴が書いてあります。そして横軸の例えば入院時の計画書・スクリーニングシート・退院支援のスクリーニングシートとかをずっと見ていってもらくと、名前、性別、既往歴など何回も同じことが各書類に書いてあることがわかります。そこで、一度書けば済むようにこれをまとめることができないのか？ということ。これとこれは一緒にしてもいいのではないのか？ということの精査が紙ベースならできます。但し、電子カルテを新しく更新するまではできません。そこで今、200床以下の紙カルテの病院に導入できるような電子カルテを開発できないか？と何人かで考えています。必要な項目をきちんと入れたものがあれば、それに合わせて働くというのが一番でありまして、チームとして共有する内容は何か、ということしっかり精査していく必要があると思っています。

記録の改善に向けた具体策としては、代行入力による負担軽減もあるでしょうし、また記録時の用語と記入の方法を統一・標準化すべきということも言われております。パスなどを使ってリアルタイムで入力できる環境の整備など、看護内容の効率化も必要です。

もう一つ改善に向けた具体策として、比較検討

が可能な規模の調査をおこない、現状の把握とともに記録が過重となっている原因の分析を通して、記録そのものを標準化していく必要があると考えます。このあたりが整理できると、コメディカルにとっても負担の軽減や的確な情報の共有につながり、効率化によって生じる時間をケアやサービス提供にあてることができるようになります。

医療記録に関する今後の検討スケジュールとしては、診療報酬の平成30年の改定の議論に合わせまして、現在記載や掲示を求めている内容について、記録用紙や様式の統一や省略ができるかどうかを含めた検討をしているところです。厚生労働省の保険局医療課が平成28年9月から平成29年3月にかけて各記録用紙の精査、現場の実態把握を踏まえて記録の簡素化に関する対応の案の検討をしています。

日野原先生が一番おっしゃっていたのは「患者中心の記録である」、「チームで共同の記録である」、ということであったと思います。この学会の皆さんはそこに立ち戻っていく必要があるんだと私は思っております。それぞれの職種が自分達の専門性を確立するまでの時代には、記録で自分達の存在価値を示している部分もあったかと思えます。しかしながら今、医療の質というものは誰が決めるのかといえば、それは患者が決めていくものです。患者のためにチーム一丸となって何ができるのかということ、しっかり精査していく必要があるんだと思います。看護計画も患者計画にすべきだと私は考えています。私が患者であればひとつにしてほしいと懇願します。やはり自分が患者になった時にどんな記録を求めるのかということも含めて、是非この会で考えていただけたらと思います。日野原先生がそもそもこの会をお始めになった時には患者中心、共同で書いていく一患者一カルテが基本だったと思いますので、是非とも皆さんにはその日野原先生の夢を引き継いでいただきまして、ご指導を賜りたいと思っております。本日は貴重なお時間いただきまして誠にありがとうございました。