

P-1B-19

北見赤十字病院における 電子カルテ・ペーパーレスへの取り組み

北見赤十字病院 事務部医療情報管理課

〇高松 伸行、鈴木 真一、藤井 貴文、河野 洋樹、笹岡 孝洋、松井 宏明、芳賀 香理、中原 友紀

【はじめに】

北見赤十字病院では平成12年にオーダリングシステムを導入。平成14年に病歴管理室を設置し紙カルテの中央管理化を開始。平成20年に電子カルテと紙カルテの併用運用を開始。平成26年12月電子カルテシステムの更新を機に、電子カルテ・ペーパーレスに主眼を置いた運用を開始している。

【目的】

電子カルテ・ペーパーレス運用を開始するにあたり、医療従事者が不便さを感じずに診療情報を共有できる電子カルテ運用を目的とした。

【概要】

電子カルテ・ペーパーレスの方針は、電子カルテの記事入力では対応できない診療記録は、電子カルテ医療文書機能を活用して作成、診療報酬や関連法規、病歴管理上必要な紙の診療記録類は部署スキャンを行う。また、ペーパーレス運用を円滑に進めるため、電子認証システムを導入し、スキャンした電子データを原本とした。紙の診療記録類は一定期間保存の後、廃棄することとした。

【成果と課題】

過去に使用された診療記録・書類について使用頻度を調査し、1,000種類から650種類へ集約することができた。スキャン効率化のため、QRコードを紙の診療記録・書類に付与する仕様を加えた。しかし、導入後診療記録類は徐々に増えており、その多くがスキャン対象書類のため、現場でのスキャン業務の比重が高くなっている。そのため、定期的にスキャン対象書類の検討会を行っている。また、スキャンした書類に不備があるため書類の再取得・再スキャンする事象も発生しており、医療文書機能の修正について継続的な取り組みが必要である。

P-2B-21

気管チューブ自己（事故）抜管の P-mSHELL モデルを用いた要因分析と課題

高松赤十字病院 看護部

〇小田 里奈

【はじめに】本病棟では平成26年度に150件のインシデントレポートが報告された。そのうち挿管・気管切開チューブの自己（事故）抜管が9件あった。ICUでの自己（事故）抜管は生命に直接的な影響を与える可能性が高く、事故防止に努める必要がある。そこで、P-mSELL モデルを使用して自己（事故）抜管の要因分析と課題について検討したので報告する。

【目的】自己（事故）抜管について P-mSELL モデルを用いて発生要因を分析し今後の課題を明らかにする。

【方法】対象：平成26年度インシデント報告9件。分析方法：報告されたインシデントを単純計算し、P-mSELL モデルを用いて分析。

【倫理的配慮】対象患者および報告した看護師個人のプライバシーが特定されないように配慮した。

【結果】P（患者）要因では患者の自己抜管は7件、患者ケア時の事故抜管が2件であった。鎮静薬使用は6件、鎮静薬中止直後が2件あった。せん妄が認められていたのは1件、抑制実施は6件であった。m（マネジメント）要因では緊急入院や手術のお迎えのためにベッドサイドを離れ観察が不十分であった事例が3件であった。S（ソフトウェア）要因では正確に抑制ができておらず、抑制帯が緩んだ事例が3件であった。H（ハードウェア）要因では個室やカーテンを使用すると直接的な監視が困難な構造であった。E（環境）要因では勤務帯の発生件数に差はなかった。L（他者）要因では他患者ケア時の連携の不足があった。L（当事者）要因では看護師経験年数の差はなかった。

【考察】課題として、RASSを用いた鎮静度や興奮度の評価・ICDSCによるせん妄の評価のスキルアップと情報共有、鎮静薬中止直後・他患者対応や処置時のスタッフ間の協力的体制の見直しが必要である。また、体位変換・抑制方法などの手技の統一のためのマニュアル作成が必要と考えた。

P-2B-23

「MRI 検査前のチェック表」を改訂運用した結果と方向性

長岡赤十字病院 安全対策委員会看護部会¹⁾、同 神経内科²⁾

〇反町 幸子¹⁾、高橋 玉美¹⁾、藤田 信也²⁾

【はじめに】当院ではMRIが年間約6800件施行されているが、看護師の確認不足や被験者の意識障害などのため安全確認が不十分な現状があった。安全にMRIを撮像するためには、MRI入室前に磁性体除去を確実に行う事が医療スタッフの重要な責務とされる。2011年3月以降、独自の「MRI検査前のチェック表」（以下表）を利用して事故防止に取り組んできたが、2013年4月までに入室時の有害事象（患者・撮像に直接影響が生じない事象も含む）が発生していた。2013年の取り組みをふまえて2014年に表を改訂し、活用状況を分析した結果を報告する。

【方法】2011年版と2014年版の表を使用したMRI検査各々113例の表の活用状況を比較する。表は検査前に看護師が記入し、さらに検査直前に放射線科スタッフと同じ表で再記入と身体最終確認を行い検討する。

【結果・考察】2014年版の表運用以降、磁性体持ち込みによる有害事象はなかった。「活用不足がない」状況は51件（45%）から85件（76%）へ上昇した。PR活動など、院内部門の協力を得たことで確実な使用ができた。「不足あり」の内訳では「絶対禁忌の記入なし」が21件（59%）から8件（47%）へ減少した。記載しやすく具体的な項目が必要である。「記入なし」が0%となり、入室前に表の記入を行うことが定着した。

【まとめ】安全にMRI検査を施行するために表を利用することは有効である。また、放射線科スタッフが最終チェックを行うことにより、調査期間の有害事象の発生は防止できていた。院内へ表を浸透させるために効果的に継続した教育方法を検討する必要がある。MRI対応の医療機器（ペースメーカー、人工内耳等）も増加しており、今後も定期的な評価と随時の改訂が必要である。

P-2B-20

救急外来でのRRSの定着に向けた取り組み

武蔵野赤十字病院

〇江頭 典子、藤成 里美、尾又 祐子、小林 圭子

当院救急外来では2年前に急変対応システム（以下RRS）が開始されたが、RRS要請件数が増えず十分に機能していない現状だった。今回、安全な医療を提供する上で、RRSの病院全体への普及が重要と考え、これを目指し、多くの医師が関わる救急外来で医師・看護師にRRSを周知、活用を進めるための活動を開始した。

【取り組みの実際】

1. 現状調査：救急外来に関わる医師・救急外来看護師対象のアンケート調査。・倫理的配慮：アンケートは個人が特定されないよう無記名とし、回収結果は院外に持ち出さず、活動終了時は裁断・破棄する。
2. 調査結果より周知率を上げる取組みとして、
 - 1) ポスターを救急外来と医局に掲示
 - 2) 要請のタイミングや相談する診療科を標準化したフローの掲示
 - 3) 全職員対象の外部講師によるRRSセミナー参加の推進
 - 4) 救急外来看護師向けに必要な説明やシミュレーション勉強会、OJTでの説明
3. 取り組み6か月後の現状調査：1.と同様。

【結果】

1. 周知率：救急外来に関わる医師では19%から90%、救急外来看護師では86%から100%に上昇した。
2. 医師の自由記載で「期待したいシステム」「病院全体に広めて欲しい」「対応困難症例をコンサルトし易い」「人呼び易い」「RRS専用のPHSが欲しい」等の声が開かれた。RRSを知っているとした医師のうち83%が「必要」と答えた。
3. 活動前に33%の看護師は要請しにくいと回答したが、活動後は0%となった。
4. 実際に組織的活動へつながり、2015年1月より院内展開が開始された。

【今後の課題】

職員の入替わりが多くシステムの機能低下が考えられるため、定期的な勉強会等での維持活動が必要である。

P-2B-22

A 病院循環器センターの内服事故の現状と今後の課題

旭川赤十字病院 看護部

〇鈴木 裕也、水上 佳南、戸澤 佑希、澤田 ますみ、長谷川 浩美

【目的】当センターの平成26年度の事故件数は120件であり、内服事故が占める割合は29.1%（35件）と先行研究と比較しても多い事が明らかとなった。今回、1年間の内服事故を分析し現状を把握することで今後の課題を明確にすることを目的に調査した。

【研究方法】期間：平成26年4月1日から平成27年3月31日。対象：平成26年度の循環器センターにおける内服事故事例35件。方法：レポートより、月別事故件数、当事者の卒後経験年数・部署勤務年数、事故発生時間帯、エラー内容と与薬業務プロセス別に整理した件数を単純集計した。

【倫理的配慮】個人が特定されないようにデータ処理した。【結果・考察】与薬業務プロセス別の集計では「看護指示」25.7%、「与薬準備」20%、「与薬」22.9%、「対象患者」5.7%、「観察・管理」25.7%という結果であった。エラー別では「投与方法」54.3%、「薬剤量」25.7%、「薬剤」14.3%、「対象」「その他」2.9%であった。先行研究の「対象」エラー41%と比較すると少なく、現行の患者誤認防止対策が効果的であると言える。「投与方法」エラーは先行研究15.1%に対し54.3%と多かった。内容として分担配薬や最後まで薬杯の中身を確認していないなど単純な未投薬が多かった。同様の事故が続いた時期があり、事例の共有不足、マニュアルの周知不足が示唆された。全体の事故発生時間帯の60%が早朝～午前（朝）に起きており、降圧剤・利尿剤など朝食後薬の薬剤数も多く、与薬後に控えている看護業務に対する焦りなどが背景にあると推測された。今後の課題として1.カンファレンスを通しての事故事例共有の強化、2.内服マニュアルが周知徹底できるようなチェックリストを作成しスタッフの知識・意識の向上を図る、3.朝の投薬がゆとりをもって行えるような業務改善の検討が必要である。

P-2B-24

看護部褥瘡対策委員会の取り組み

一抜き打ちチェックラウンドと患者体験一

さいたま赤十字病院 医療安全推進室

〇小泉 美紀、安藤 光威、松浦 律子

【はじめに】当院の褥瘡推定発生率は1%台で推移していたが平成25年度は2.1%と上昇した。その要因として予防のための圧管理及びずれ回避が適切に行われていないのではないかと考えた。そこで看護部褥瘡対策委員会ではエアマット使用環境の抜き打ちチェックラウンド（以下、ラウンド）と患者体験を実施した。

【目的】ラウンドを通して現状を把握し、問題点を共有する。【実施】・期間：平成26年5月～10月A.エアマット使用患者チェックリストを用いた褥瘡委員会によるラウンド年4回実施。B.患者体験（1.バスタオルを用いた体位変換の体験、2.ギャッジアップ・ダウン背抜きなしの体験）と体験から得た意見及び看護技術の周知。【結果】A.ラウンド3回終了時点で結果を委員会へ報告した。その後、4回終了時の達成率は、「防水シートが敷かれていない」が31%から96%へ、「体重設定が適切である」が46%から71%へ、「膝関節を屈曲率上できている」が53%から82%へ、「バスタオルを敷いていない」が46%から80%へ改善した。B.【1.バスタオルを用いた体位変換の体験】では「乱暴に動かされているように感じた」「予想以上に移動の際に勢いがあり、ベッドの端に行く時は、転落してしまうのではないかと怖かった」、【2.ベッドアップ・ダウン背抜きなしの体験】では、「実際に体験することによってずれ力に伴う不快感や皮膚にかかる力を感じることができ、その必要性を再認識することができた」「背抜きをするだけで姿勢がとても楽になることを実感した」等の意見が開かれた。【考察】ラウンド結果を委員会へ共有したことで現状把握、問題共有、注意喚起ができ見直しの機会となった。・患者体験を通して看護技術の振り返りと見直しにつながった。・褥瘡推定発生率が平成26年度は1.4%に改善した。

10月15日(木)
一般演題・ポスター