



医療安全管理ニュースレター

日本医科大学千葉北総病院

(第19号)

発行:平成24年8月1日(水)



☆トピックス 座談会報告(第1弾)

口腔ケアと医療安全～医科と歯科の二人三脚～

(ニュースレター編集委員長 三浦剛史)

今年度の診療報酬改定をみると厚生労働省が重視している部分の一つに歯科と医科の連携による医療の質の向上があることがわかります。重点課題として周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進を挙げており背景に「抗がん剤治療等を行うがん治療には高い頻度で様々な口腔合併症が発症する。特に、口から喉の周囲の頭頸部がんの放射線治療では100%との報告もある。また、頭頸部がん・食道がんのような侵襲の大きい手術では、局所合併症や肺炎が高い頻度で起こることが分かっており、口腔ケアをがん患者に適切に行うことにより、口腔トラブルの軽減等が報告されている」としています。

今回の安全管理ニュースレターでは、ご存知の方も多と思いますが、当院でも実施され始めた「周術期における口腔機能の管理」の取り組みを取り上げ、より安全で質の高い医療を提供するための口腔ケアの在り方について座談会を開催しました。

ご参加いただいたのは当院歯科部長鴨井先生、救命救急センター齋藤先生、中央手術室高津係長です。



(左から高津係長、鴨井先生、齋藤先生、三浦編集委員長；平成24年6月14日、大会議室)

まず鴨井先生から術前の歯科診察が外科の患者さんからスタートしていること、胸部外科でも歯科との連携が動き出していることをお聞きしました。術前の歯科診療と手術後の訪室歯科診療を実際に行っていると患者さんからは「ここまでやってくれるのか」という良好な反応を頂くそうです。しかし、まだ動き出したばかりのシステムですので改善すべきところも浮き彫りになりました。高津係長から術前訪問時の口腔内の評価と情報を手術後の看護・

ケアにどのようにつなげていくかのシステム化に工夫が必要であることや、齋藤先生より食道がんの手術に関して口腔内の衛生環境と感染症の関連を示唆する報告をご紹介いただき、手術の侵襲の程度、身体的な状態の判断が重要であることをお聞きしましたが、鴨井先生曰く歯科ではそのような侵襲の大きな手術のリスクに関しては判断ができないという懸念もお伺いしました。手術に関する情報を医科のドクターと歯科のドクターがいかに共有していくかなど、今後の改善に向けて認識の共有ができたと思います。

今回の改定では周術期ということになっていますが、実は集中管理が必要な現場ではさらに口腔環境がカギを握ることを齋藤先生よりお聞きしました。齋藤先生をはじめとする救命救急センターの先生方の試みに看護師さんと連携して口腔内を評価する取り組みを始めておられ、今後の医療の質向上に向けて生かしてゆこうと行動を起こされています。

口腔内の評価と衛生環境の改善は様々な場面で患者さんにメリットをもたらすと今回の座談会で実感しました。今後は口腔内環境の改善についての院内の意識向上のための講習会などを開催し、全病的に医科と歯科の連携を強化しより質の高い医療、安全な医療を提供するためのヒントが得られたと思います。

ニュースレター本編では紙面の都合上、要旨のご報告に留まりますが、後日増刊号で詳しくお知らせしようと思います。



「破れ窓理論」と院内の安全確保について

(防犯管理者 小池義文)

皆様初めまして、私はこの度、4月から日本医科大学千葉北総病院において初めての「防犯管理者」として勤務させていただいております小池と申します。なにぶんにも、医療機関に勤務することは未経験であり、未だ仕事に慣れずスタッフ一同にご迷惑をお掛けしている状況ですが微力ながら精一杯汗をかきその任を果たしたいと考えております。

千葉北総病院は、水と緑豊かな丘陵に囲まれた自然環境溢れる広大な敷地に、高度医療センター、付

属看護専門学校、ドクターヘリポート及び病院付属関連施設などが整然と位置しており、あらためて印旛地域における基幹病院としての重要性和その存在意義を再認識しているところです。

地域での中核的医療機関である当院は、緊急外来や救急搬送受け入れのため、24時間眠ることなく稼働し、常に不特定多数の出入りがあり、それゆえ、病院施設及び人への危機管理に神経を使い、防犯担当者としては職責の重さを痛感しているところです。また、その守備範囲は不審者侵入対応等に留まらず地震・風水害などの自然災害まで広く、取扱いは多岐に及ぶものと心しております。

そもそも防犯とはなんであろうか。読んで字の如く、第一次的には犯罪を未然に防ぎ安全な生活空間を確保することであり、その為には問題点の把握と平時の備えを周到に準備し不測の事態に備え、発生した事案に対しては迅速・的確な初動措置を講じ被害の拡大防止や適切な処理をすることと考えます。

当院においては現在、24時間体制で警備保障会社の常駐警備員による院内外へのきめの細かい警戒警備の実践と担当職員の適切な対応により、不適切事案の発生は見ていないものの事象の見落としや、些細な事に手を挙げれば一夜にして院内治安の質が劣化することは想像にかたくないところです。

ところで皆様は、「破れ窓理論」(Broken Windows Theory)という言葉をご存じでしょうか。この理論は「窓ガラスを破れたままにしておいた建物は、十分に管理されていないと思われ、他の窓ガラスも割られ、その建物全体が荒廃し、やがて地域全体の治安が悪化してしまう。小さな事の放置が大きな犯罪の温床となる。ゆえに些細な違法行為を看過してはならない」という犯罪抑止理論のことで、この理論を犯罪の多発に悩んでいたジュリアーニ・ニューヨーク市長が実践し、小さな犯罪(無賃乗車、落書等)を見逃すことなく徹底的に取締り、街の治安を劇的に回復したというものです。この事例をご記憶の方もあると思います。

私も、防犯責任者として環境整備や安全対策に心を砕き、院内外における些細な不適切行為や犯罪発生の前兆等に目を配り、初期の段階で芽を摘み、安全で平穏な院内秩序を確立したいと願っております。

良質な医療提供の一翼を担うためにも、患者各位、医療従事者へ安全・安心を届けられる防犯活動を推進してゆきたいと考えているところです。まだまだ駆け出しの半人前ではありますが、どうかよろしくをお願いします。



防火・防災の管理意識

(防火・防災管理者 岡本一男)

私は、今年の4月から防火・防災管理者としての業務を担当している岡本一男と申します。

火災は、人々のちょっとしたスキをねらって発生し、一瞬にして尊い人命や貴重な財産を喪いってしまいます。

総務省消防庁の統計資料から平成22年中には、全国で4万6000件を超える火災が発生しましたが、これを平均すると約120件の火災が、毎日、日本のどこかで発生していたこととなります。

火災はいつ、どこで、発生するかわかりません。そして、放火やいつ起こるかわからない地震などのことを考えれば、どの建物にも火災が発生する危険性が潜在しているといっても過言ではありません。

過去の火災事例からわかるように、火災が発生した場合、火災の初期段階における対応がその被害の程度を決定づけてしまいます。どんなにりっぱな建物や消防設備を設置しても、それを維持し管理できなければ、いざという時に何の役にも立ちません。

すなわち、ハード面とソフト面の対応がきちんと行われてこそ安全が確保されます。

したがって、火災発生の防止と被害軽減のために最大限の努力を払う必要があります。

防火管理は、「自らのところは自らが守る」を基本とし、職員が一丸となって火災発生危険を排除するとともに、知恵を出し合って火災の発生を未然に防止し、万一火災が発生しても初期対応の火災発生を早く知らせ、火災を消火し迅速に避難行動ができるよう病院は、一定の基準に従って消防用設備等の消火・警報・避難設備などを設置しています。その消防設備等を維持する点検委託を行い適正に管理しています。

さらに、病院内の防火防災体制として、「災害対策委員会」及び「災害対策運営委員会」の組織体制が整備され、防火・防災に対する強固な安全対策を推進しています。

今後も、病院関係者の協力を仰ぎ、防火・防災管理の責務としての「安全・安心の病院」を先任者に引き続き意識と行動を持って対応して参ります。



☆講演会・研修会

第21回医療安全管理講習会で講演をして

演題；第2部「災害時における医療支援体制～ロジスティックの観点から～」

(講演者；薬剤部 主任 渡邊暁洋)

災害時には医療現場は混乱し医療を提供することが困難になることがあります。このように混乱が生じているときにはまず体制づくりを行うことか

ら始まります。まずは本部での指揮命令系統の確立を行い、本部と各部署、部署内での連携を確立すると同時に、院内での被災状況の確認を行い、職員患者様の安全確保を実施する、また具体的にどのよ



(第2部 渡邊主任による講演)

うに情報を集約し伝達するのかを徹底する必要があります。これらが確立できなければ院内での効果的な災害時医療を提供することは困難になります。また、建物の安全性や二次被害の危険性、非常用電源の使用可能量、上水・下水の使用可能量、食糧の備蓄(患者用・職員用)の提供可能量、医療資機材、医薬品等々の確認が確実でないと安心して医療を提供することができません。

当院は災害拠点病院であり、災害基幹病院でもあるので当院の近隣で災害が起こった場合には地域の中核として機能していく必要があります。このような機能を果たすには、院内でのロジスティクス(最適かつ効率的な物流システム)が非常に重要になることを知っておいてください。

当院は災害時に重傷者を多く受け入れる必要があると同時に軽傷者も重症者の数以上に受け入れざるを得ない状況になると考えられます。このような状況になると多くの医療資機材や医薬品が必要になります。東日本大震災や阪神淡路大震災の経験より軽症者の多くは通常時に診療を受けていた治療の継続のために手元から無くなった医薬品を求めものでありました。その際にかかりつけでない患者も多く以前に服用していた医薬品がわからずに診療に時間がかかることがあります。以前の診療記録がなく服薬歴がわからない時にはお薬手帳が非常に有効であり治療の継続性を向上させる可能性があるため、是非お薬手帳はすべての患者様にお持ちいただくことがよいと考えます。医薬品の備蓄なども非常に少なくしている社会情勢もあり災害時に医薬品流通に関してはしっかりと医薬品を確保できる体制を確立しておく必要があります。災害時に実際に何が起きて何をすべきなのか、病院としての災害対応を長期的にも考える機会になることを願います。

第21回医療安全管理講習会を聴講して

(看護部 係長 花澤みどり)

東日本震災後1年以上経過した。しかし、放射線への脅威はいまだに続いている。そんな中、平成24年5月18日、「放射線の安全な取扱いと法的管理」、「災害時医療における医療支援体制」をテーマとした講習会が開催された。まず、放射線科・有馬主任の「放射線の安全な取扱いと法的管理」では、医療者の放射線被曝は、世界一と聞き、世界で唯一の被

爆国である日本だから、より慎重であるのかと思っていたが、そうでもないことに驚いた。しかし、看護学校の時からレントゲン撮影、CT、アンギオなど放射線検査については講義があっても、介助する医療者の被曝やこれに伴う法律については何も記憶にない。就職してから、RI検査後の排泄物の処理について先輩から習っただけのような気がする。私の所属する5階西病棟では、PTCD・イレウス管挿入などの透視下で行う検査の介助も少なくない。ガラスバッジについても介助者は必ず付けてから入室することとなっているが、忘れることも多く、そのたびに放射線科より指導をいただいている。先日、久しぶりにポート挿入の介助に透視室に行き、早速、ガラスバッジを付けようと、表示に従って、電池を抜き、「0」を確認して胸ポケットに付け、その上にプロテクターを付けた。介助に1時間位入り、出るときに「0」の表示を見て、プロテクターの効果と被曝のないことを確認できホッとした。次の介助に2年目の看護師が来て、戸惑う様子もなくガラスバッジを付けていた。私より現場のスタッフは、自己管理しながら介助にあたること身に付けている。今回の講習会を聴いて、年間1mSvを超えないようにする意識が高まった。また、内部被曝の前駆症状は、30分以内の嘔吐の出現がkey wordであることを知り、今後、参考にできると思った。

次に薬剤部・渡辺主任の「災害時医療における医療支援体制」では、交通網の遮断により、物流の制限される中で、患者と医療者の理解と協力がなければならぬことがよくわかった。病院までやっきたのに、十分な処方も受け取れない不安やできるだけみんなに行き渡るようにと考える医療側との間で大変な思いがあったことだろう。被災地においては、津波で根こそぎ流されると、情報もすべて流され、何が先に必要か、また、被災地に支援物資を送る側として何を優先して送ればいいのか混乱していた。その中で、今回の講演では、患者にとってのお薬手帳の重要性を知った。入院中の患者でも処方されている薬の名前や用量・用法まで言える人は少ない。世の中は、デジタル化してきているが、個人番号化せず、情報の一括管理がされていない日本においては、処方薬一つでも、大事なものは書き留めておき、書いたものを自分で携帯しておくしかない。ジェネリック薬も増えてきているため、スライドの中にあつたように、薬効ごとに袋に入れ、この中のどれかと探してもらう方法も参考になった。多くの人は薬の名前より、色や形で覚えていることが多い為、緊急時にこそ、頭の柔らかい発想が必要であると感じた。

最後に、今回の二つのテーマは、私に安心と課題を与えてくれた。自分でできること、組織としてできることを整理し、来るべき東海大地震のときに役立てたいと思う。

気管挿管困難症に関する学習会について

(麻酔科 講師 金 徹)

去る5月17日(担当:麻酔科・金)と29日(担当:麻酔科・中島)に大会議室において「気管挿管困難に関する学習会」を開催致しました。前半にレクチャー、後半に人形を使った模擬実習を行いました。



左)金講師 上)中島講師による人形を使った模擬実習

気管挿管困難という用語は気管挿管に重点が置かれるように響きますが、気道確保が重要なポイントです。急変時の気道確保は気管挿管にこだわる必要はありません。方法は問わず、確実な気道確保が大切です。

私たちが知るべきことは「気道確保が困難な場合の対処法」であり、気管挿管が目的ではありません。確実な気道確保と酸素供給が最も大切なことで、現時点で世界共通のゴールドスタンダードと呼べるものではありません。「必ずこうしなければならない」というものはなく、基本を押さえて安全で確実な気道確保が求められます。この観点に立ち、17日と29日の内容は細部で異なったものでした。いずれの日であっても、身に付けていただきたいものは得ることが出来たと思います。

皆さんに覚えておいていただきたいことは

- 1) 最初に確認すべきことは自発呼吸の有無
- 2) 健康な人であれば(健康な人が対象となることは稀だとは思いますが)、100%酸素で十分に呼吸した後であれば、3-5分間の無呼吸に耐えることが出来るの2点です。

意識がなくなった状態でも、自発呼吸さえあれば酸素投与をしながら下顎挙上して気道確保が出来れば大きな峠は越えたこととなります。もし自発呼吸が無い場合には、例えばバッグバルブマスクで換気が出来ればやはり大きな峠は越えたこととなります。そうして酸素投与さえ出来れば、専門医の到着を待つだけです。

自発呼吸がなく、マスク換気が出来ない場合が「気道確保が困難」な場合になります。この時には大至急専門医を呼ぶのは当然ですが、その際に現場に是非ともあって欲しいものは

- 1) エアウェイ
- 2) バッグバルブマスク
- 3) ラリンジアルマスク、air-Q (いずれも気管

挿管の代用となる器具)



(ラリンジアルマスク)



(トラヘルパー)

- 4) 緊急気管切開セット
- 5) 喉頭鏡
- 6) 気管チューブ(Φ7.0)などです。



(ミニトラックII)

学習会では上記のことについてお話をしました。後半にはair-Qを用いた気道確保を、人形を使ったシミュレーションで実際に皆さんに行ってもらいました。

今回の学習会を通じて、皆さんが緊急時の気道確保に自信を持って対応出来るようになっていただければと思います。

編集後記

皆さん、ニュースレターは如何だったでしょうか。今回は院内の安全に関する講習会、研修会、座談会の記事に加え、今年度から防犯および防災をご担当いただく小池さんと岡本さんにご寄稿を依頼しました。近年医療機関での犯罪行為など患者さんや医療従事者の安全を脅かす事案を報道などで見ることが多くなった気がします。お二方の文面から「安全とは日頃の些細なことへの関心と基本をおろそかにしないこと」がとても大切なのだと基本的なことながら改めて教えていただきました。ありがとうございました。

皆さんにご愛読いただいている安全管理ニュースレターですが、今年度より編集長、編集委員の交代がありました。編集長は雪吹前編集長からバトンをつなぎました三浦が担当いたします。引き続き紙面を通じて当院の医療安全と医療の質の向上に尽力していきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。(三浦剛史記)

【編集担当】

医療安全管理ニュースレター編集委員会

三浦剛史(委員長)・馬場俊吉・雪吹周生・日野光紀・遠藤みさを・有馬光一・花澤みどり・浜田康次・岩井智美

【お知らせ】

医療安全管理ニュースレターは、院内ウェブページのお知らせ欄で閲覧出来ます。当院のホームページからも閲覧出来ます。

