

利根中央病院

病院

だより

第14号  
2007年7月

企画発行 利根中央病院地域連携室  
〒378-0053 群馬県沼田市東原新町1855-1  
電話 0278-22-4325(直通) FAX 0278-22-4393  
URL <http://www.tonehoken.or.jp/>  
E-Mail [master@tonehoken.or.jp](mailto:master@tonehoken.or.jp)

理念と方針

**理念** 安心と安全、参加と協同  
患者中心のチーム医療

**方針** ☆救急体制の充実、いつも安全確認  
絶やさぬ笑顔  
☆診療情報提供と共に作る診療計画  
☆広げよう人と人との結びつき  
すすめよう健康づくりまちづくり

医療安全管理



手術器材・ガーゼ等の  
遺残予防



CVC勉強会 実技講習

## 今号の特集

### 医療安全管理

「安心・安全の医療をもう一度考え直そう」

病院長（医療安全管理委員長） 都築 靖

「医療安全管理委員会の活動紹介」

専従医療安全管理者 吉野幸子

医療安全推進委員（看護師） 布施正子

「CVC（中心静脈カテーテル挿入）

インストラクター会議について」

麻酔科 医長 高橋健一郎

「安全なチーム医療を目指して」

手術室師長 千木良美佐子



### 産婦人科紹介

糸賀俊一（50年卒 副院長）

栗原 務（平成元年卒 医長）

浅見哲司（平成8年卒 医長）

伊吹友二（平成9年卒 医長）

## 新潟県中越沖地震での DMAT活動

外科医長 関原 正夫



7月16日10時13分に発生した中越沖地震に対して、DMATと呼ばれる災害に特化した医療チームが初めて組織的に派遣され、活動が行われました。

DMATとは、大規模災害の被災地に迅速に駆けつけ、救急治療を行うための医療チームです。この医療チームが現場での緊急治療や病院支援を行いつつ、傷病者の被災地外への搬送を行う事により、死亡や後遺症の減少が期待されます。この活動を担うべく、厚生労働省の認めた専門的な訓練を受けた災害派遣医療チームがDMATであり、その活動は災害発生から48時間以内の急性期とされています。

地震当日の20時半には9都県から計24チーム（群馬県では当院を含め5チーム）のDMATが派遣されています。当院のDMATチームは、当日の19時に柏崎市の刈羽郡総合病院に到着し、18日10時まで現地において救急外来患者の診療を中心に活動してきました。



災害とは混乱であり、医療機関もその例外ではありません。しかし医療機関に求められるのはその混乱からの迅速な離脱であり、そのための災害訓練の重要性・必要性を改めて痛感しました。

## 産婦人科紹介



小内 伊吹 浅見  
糸賀 栗原

全国的に産婦人科医師不足が叫ばれる中、利根中央病院産婦人科は、群馬大学産婦人科医師の会の暖かい御配慮により現在、糸賀俊一（50年卒 副院長）栗原務（平成元年卒 医長）浅見哲司（平成8年卒 医長）伊吹友二（平成9年卒 医長）の常勤医4名と群馬大学からの非常勤1名にて診療しています。

外来診療：産科はすべて予約制で月曜日から土曜日の午前中と木曜日、金曜日の午後に診療しています。婦人科は月曜日から土曜日の午前中と金曜日の午後に診療しています。特殊外来として不妊外来を木曜の午後、すこやか（中高年）外来を月曜の午後に開設しています。不妊外来ではIVF以外のすべての不妊治療を目標とし、排卵誘発、精子洗浄後AIHなどを行っています。すこやか（中高年）外来では骨粗しょう症と更年期の治療をしています。

入院診療：産科に関しては、小児科医の協力のもと妊娠33週、1,500g以上の児は当院にて入院加療を行っています。妊娠33週未満の児は、小児医療センターまたは群馬大学産婦人科に紹介しています。婦人科に関しては、良性腫瘍に対しお腹を切らずに治すことを目標に腹腔鏡下手術、腔式手術を年間70例程手術しています。悪性腫瘍に対し、地域がん診療連携拠点病院に恥じないように子宮体癌、卵巣癌、子宮頸癌Ⅰb期までは年間30例程手術をしています。子宮頸癌Ⅱ期以上は群馬大学産婦人科または放射線科に紹介しています。またがん患者様の心のケアに対し当院緩和ケア科と密に連携をとりがん患者様のQOL改善に努めています。

今後：新病院建設に向け動き出し、患者様によりよい医療とサービスを提供できると確信しています。また、大学にすべて丸投げするような関連病院にならないよう日々努力する次第でございます。

## 安心・安全の医療を もう一度考え直そう

病院長 都築 靖  
(医療安全管理委員長)



「心と身体の逃げ込む唯一の窓口は病院である」と私たちは幼少の頃から叩き込まれて来ました。今や、価値観の多様さから来るものかどうかはっきりしませんが、どうも医療機関が“救いの神”とは言い切れぬのが社会の常識です。

心や身体を病む場合、逃げ口は家族や会社もありましょうが、専門的で且つ安全な場所は病院であり、医者であったはずで。「安心と安全を担保するものが病院である」風潮を、これから取り戻さなければなりません。それには、医療従事者一人一人が“襟を正す”事が大切です。

ミスを隠蔽したり、言葉のハラスメントを実践したり、あげくの果ては、患者さんの爪を剥いだりするような医療従事者が存在するような限り、社会は「安心と安全な場所」としての病院を認めません。そこには、安心安全を醸成する文化と風土が必要です。バリアフリーの療養環境、心のこもったインフォームドコンセント、弱者を労わる姿勢、科学的な分析に基づいた医療事故への対応等が常に存在する雰囲気要求されます。

私たちの病院は、診療報酬上の義務化が決定する4年前の2002年8月に、県下で2番目(?)の早さで専従のリスクマネージャー(副看護部長)を配置し、独自の報告書「発生レポート」を作成して分析してきました。それ相当の「安心・安全の文化」は院内に根付きつつあると信じています。

しかし、継続は力です。医療機関である限りは文化を院内に、深く、広く根付かせる事が大切だと思います。

平成19年3月の厚労省の医療安全対策検討会議の意見書の一節を抜粋します。参考にして下さい。

「医療の質の向上と安全の確保は国民の願いであり、医療機関が最優先に取り組むべき課題のひとつである。医療機関の管理者は、自ら安全管理体制を確保するとともに、医療安全管理者を配置するにあたっては、必要な権限を委譲し、また、必要な資源を付与して、その活動を推進することで医療機関内の安全管理に努めなければならない」

当院における医療安全管理委員会の簡単な歴史と現在の活動を紹介します。



# 医療安全管理委員会 活動紹介

専従医療安全管理者  
吉野幸子（看護師）



## 〈医療安全管理委員会の歴史〉

- 2000.8 リスクマネジメント委員会立ち上げ  
報告用紙の改訂と入力ソフト作成作業に取り組む
- 2001.4 改訂された報告用紙「発生レポート」と連動した入力ソフトの使用開始により、院内主要会議メンバーへ月報の配布開始。リスクマネジメント委員会に半専任を配置、医療事故防止マニュアルの作成に取り組む
- 2002.8 医療事故防止マニュアル初版完成  
専任のリスクマネジャーを配置し、「KYT分析」「4M-4E」分析に取り組む
- 2004.3 全看護師対象に年間計画で輸液ポンプの講習会開始  
輸液ポンプ・人工呼吸器の指示書とチェック用紙作成、使用開始
- 2004.4 医療安全推進委員会立ち上げ（看護部のみ）
- 2005.11 院内全職種に発生事例の分析として「VT」「M-SHEL」分析の研修実施
- 2005.4 医療事故情報収集事業に参加  
患者様にも分かり易くするために、医療安全管理委員会、医療安全管理者と改名

## 〈委員の構成〉

委員長	医師	1名
	医師	2名（外科系1名・内科系1名）
	看護師	看護部長・副看護部長 2名 （副看護部長 医療安全管理者）
	看護師長	2名
	薬剤師	薬剤部長 1名
	検査技師	技師副主任 1名
	放射線技師	技師長 1名
	栄養士	課長 1名
	臨床工学士	技師長 1名
	医事課事務	1名

にX線撮影を行い、ヒューマンエラーを防止するシステムが確立できました。

また、7月からは、患者誤認防止の目的で、『タイムアウト』を実施します。

タイムアウトとは、麻酔導入前に、医師・麻酔科医・手術担当看護師の三者が揃ったうえで、時間の流れを止めて、集中して患者確認をしあうことです。

手術室で手術を受ける患者すべてに実施しています。患者が手術台に横になったら、担当医・麻酔科医・手術室看護師の三者が揃っていることを確認し、手術室看護師の「タイムアウトをお願いします」の掛け声で、担当医がまず、患者にお名前と生年月日を教えてください。今日はどこを（患側）手術することになっていますか？」と尋ねます。と同時に麻酔科医は麻酔記録用紙・術前麻酔記録用紙が患者のものであるか確認します。看護師は周術期看護記録用紙・抗生剤が患者のものであるか確認します。担当医はカルテ・心電図などの資料が患者のものであることを確認します。確認後、その証に患者確認票にそれぞれがサインし、カルテに綴じます。それから麻酔導入を開始し、執刀医の宣言で手術が始まります。

このように、手術室では、先例に学び、避けられる医療事故は最大限協力し合い防ぐことに職員一丸となり努めています。



## 患者誤認防止の タイムアウト ー7月より開始ー

手術室師長 千木良美佐子

当手術室の手術室は4室で、全身麻酔約600件、脊髄くも膜下麻酔約400件、局所麻酔約1000件、年間手術件数2000件の手術を行っています。診療科は、麻酔科を始め、外科・整形外科・脳外科・泌尿器科・産婦人科・皮膚科・眼科の8科です。そのほか、内科の経皮肝ラジオ波焼灼術や脳血管コイルリングや頸動脈ステント留置術などを全身麻酔で実施しています。

職員数は常勤麻酔科医2名、看護師12名、看護助手2名で、手術室と中央材料室を担当しています。

月に1回、定例で手術室運営会議を開催し、安全な手術を目指してさまざまな検討を行っています。今回は手術室で、医師・麻酔科医・看護師が一丸となって、安全に手術が実施できるように実施している取り組みを2つ紹介します。

ひとつは、手術器械やガーゼなどの体内遺残防止のために実施している『カウントタイム』です。カウントタイムは、執刀医の合図で開始します。まず、閉創に移る前に執刀医が、「それではカウントを始めてください」と機械出し看護師に声をかけます。その合図で、手術セット時・器械展開時にも使っているカウント表を見ながら、器械カウント・ガーゼカウントを針・器械・ネジ・ガーゼに至るまで、すべてカウントし、手術開始前後で紛失しているものがないか点検しています。

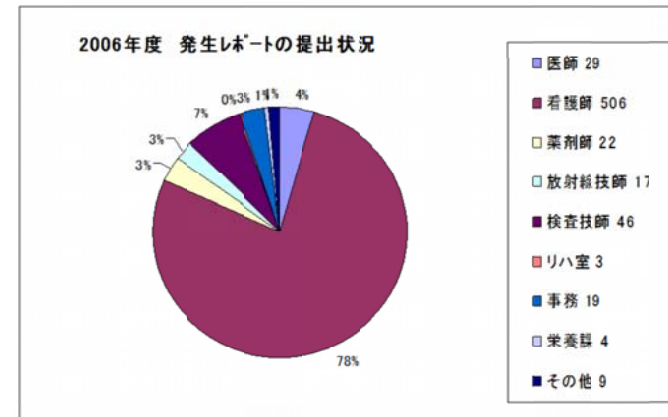
医師は一旦手を止めて術野を確認します。カウントが終了すると、外回り看護師が「器械カウント・ガーゼカウントすべて終了しました。ありがとうございました。」と報告し、記録に残します。それから閉創に移ります。さらに昨年10月から手術終了後、麻酔覚醒前



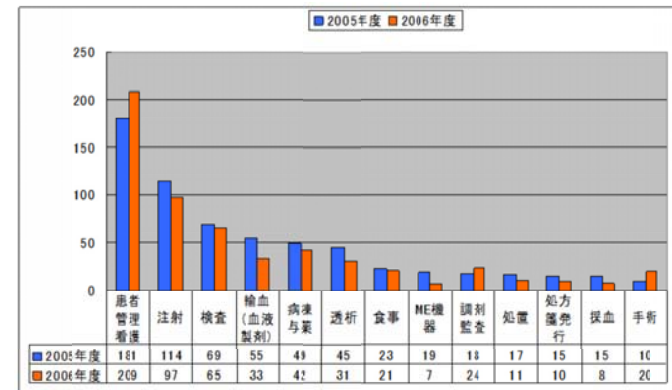
〈2006年度のまとめから〉

2006年度のレポート提出総数は655例でした。（前年比3.5%減少）提出職種別では患者様の身近なところで行う業務の多い看護師が78%。仕事内容では患者管理看護のうちの転倒・転落が最も多く前年より増加していました。転倒・転落について発生時間を調査したところ、準夜と深夜帯に多く、その主な理由は排泄に関する行動に伴うものと、認知症や意識障害など意思疎通の図れないケースなどに発生している傾向がありました。これらの業務について職責者の分析では、発生した直接の因子は確認不足が、その背景因子はコミュニケーション不足に原因があると報告していました。

（患者様のADLの状況を十分に把握されていない）



### 仕事内容の数と年度比較



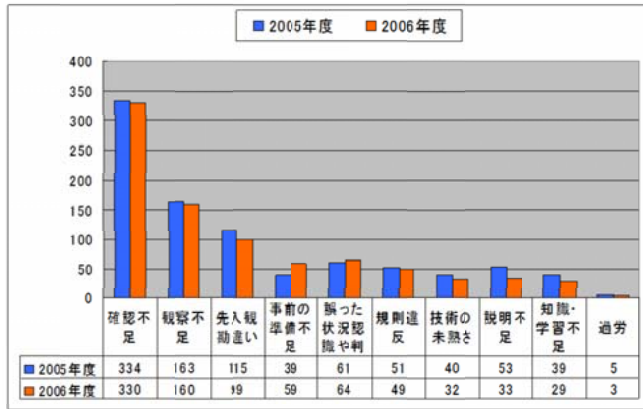
\* 昨年11月以降に実施した全職員研修

・ 2006.11 医療安全週間企画のまとめ

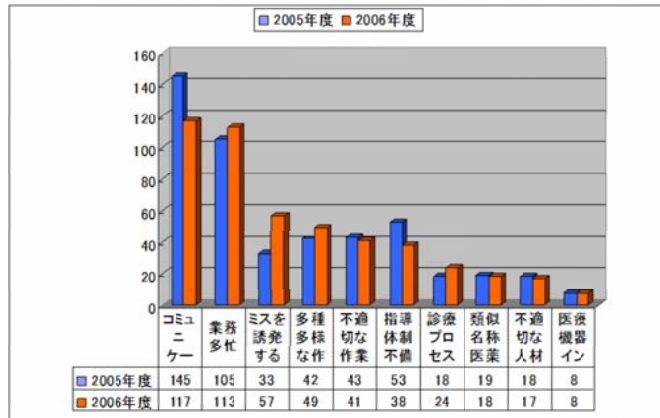
ー各職場課題別KYT 4 ラウンド法に取り組んだ内容の報告会ー

（確認・・・それぞれの場面でどのように行うか、寸劇での報告会）

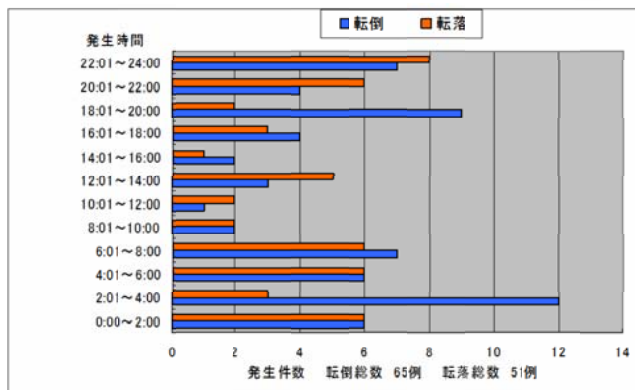
## 直接因子の数と年度比較



## 背景因子の数と年度比較



## 転倒・転落の発生時間帯(2006年度)



回開催されています。メンバーは発足当時の7名で、現在のところ変化ありません。定例会では、院内感染対策委員会や医療安全管理委員会に報告されたCVC関連の内容の検討、安全性や教育体制整備のための情報交換などを行っています。また、年1回、研修医向けに講義・実技講習会(シミュレーター使用)も実施しています。

最近の動向を見ますと、当会議と同様の機関を設置する施設が一般的になってきております。当院より一歩進んで、超音波機器を用い、確実に解剖学的な情報を得ながらCVCを行っている施設もあります。熟練した医師(認定医・インストラクター)でも、解剖学的異常があれば穿刺回数が多くなり、合併症の頻度は増加します(穿刺回数が3回以上になると、動脈誤穿刺などの機械的合併症は6倍)。熟練者だから起こらないという発想は誤りだからです。この超音波機器の導入などを含め、CVC関連の環境の整備にも努めていきたいと考えています。

CVCに関わるみなさん、CVCマニュアルの遵守や実施報告書の提出など、どうかCVCインストラクター会議の活動にご協力をいただけますよう、お願い申し上げます。



CVCインストラクター認定書授与



# CVC (中心静脈カテーテル挿入) インストラクター 会議について

麻酔科 医長 高橋 健一郎

みなさんをご存知の通り、CVCに伴う合併症は決して稀ではなく、時には生命に関わる重大なものも発生しています。その一部は医療過誤として報道されています。何よりも、患者様にとって、大きな不利益となる合併症は極力避けなければなりません。CVCに携わる医療スタッフは、常に自らの知識と技術を磨いていくことが求められています。そしてこのCVCインストラクター会議は、CVCのブラッシュアップを病院全体で取り組んでいくための組織です。

当会議は2004年10月に、都築院長に任命されたインストラクター6名(外科系3名、内科系3名)と、まとめ役のインストラクター安藤先生の計7名で発足しました。ただちに医療機能評価機構の「CVCに関する指針」や自治医科大学の資料を参考にしながら、当院の「CVCマニュアル」を作成し、各職場に配布いたしました。また、CVCの安全性と教育体制整備のため、CVCを単独で実施できる医師は、一定の基準をクリアした病院認定の「CVC認定医」とインストラクターに限る、という制度を導入いたしました。これにより、研修医や不慣れな医師が単独で(インストラクターや認定医の監視なしで)CVCを行うことが禁止されることになりました。認定医には認定証が授与されています。認定医となるには、当会議まで申請書(CVC実績報告書)を提出していただき、実技試験に合格することが必要になります。ただ、当院のマニュアルも認定医の基準も、特別にハードルの高いものではありません。合併症やトラブルを最小限に留めるのに有用かつエビデンスのある知見をまとめたものです。さらに、CVC実施時には報告書を医療安全管理委員会まで提出していただき、合併症の発生状況を把握できるようにしました。



CVC勉強会 実技講習

が必要になります。ただ、当院のマニュアルも認定医の基準も、特別にハードルの高いものではありません。合併症やトラブルを最小限に留めるのに有用かつエビデンスのある知見をまとめたものです。さらに、CVC実施時には報告書を医療安全管理委員会まで提出していただき、合併症の発生状況を把握できるようにしました。

定例会は3,6,9,12月の年4

- 2007.2 RCA分析法 事例を通じての学び
- 2007.3 重大事故時の対応をめぐって(医師と職責者を中心に研修)
- 2007.6 みんなで取り組む院内感染対策  
ラウンドの実際からの改善策… リンクナース委員会  
穿刺事故のまとめと改善策… ICT  
MRSAのアウトブレイクの経験から… 感染対策委員

## 人口呼吸器の講習会



### 〈2007年度の小項目実践方針〉

1. 転倒・転落対策への取り組み  
各職場で発生している転倒と転落の真の原因を探り、その改善策を明確にする。
2. 発生した事例の分析を行い、職場ぐるみで改善する風土作りを更に進める。
3. 各職場間にわたって発生しているシステム上の問題について、関係職場間での議論を大に行い、安全なシステムの構築を行う。
4. 医局を先頭に、実践に役立つ教育・研修活動(大・中・小)への取り組みを行う。

### 〈医療安全管理者のつづき〉

私は、当院がリスクマネジメント委員会を立ち上げたときから医療安全にかかわってきました。当時、担当になったとき「看護部の蓄積したレポートです」と高さが約20cmもあるかと思うほどのレポートをドカッと渡されました。もう黄色く変色したものもあり、何とその当時に28年も前からレポートの提出をしていた。(レポートの提出にかけては年季が入っている)あれれ、私の提出したものがある、「注射を間違えて詰めた」「原因は注射伝票の転記ミスによるもの」うーん!そんなこともあったか。

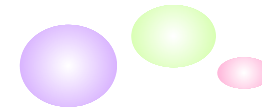
当時は「注意しよう」「気をつけよう」で終わっていた。レポートをめくると同じことが繰り返し起きていた。

かの、むかし、むかしの話であります。  
あれから7年（どこかで聴いたことのある言葉？）医療安全活動は一変した。レポートは出しやすいように工夫はしたが、年間800から900枚ものレポート。年間だから1日にすれば3から4枚だろうと言われそう。だが改善策となると、できることとできないことがある。できないこともできるように考えるのが…とまた…。確認不足が改善できればグンと減るはずが、そうは行かず、あちこちモグラ叩きをしている、そんな毎日ですが、「患者さまに安心と安全を全職員の力で提供する」⇒

（この下の行は「いい日旅立ち」のメロディーで ♪～♪～♪どうぞ）

⇒そんな～体制づくりをいつも考えている～人がいる～なんて自分で自分を励まし～ています。「同じ気持ちで頑張っている～しゃる方、確認不足を減らすための方策は、転倒・転落の改善策は、実践に役立つ研修のアイデアなど、お・し・え・て！」と心の中で叫んでいる私です。各施設の皆さん医療安全管理者は孤独なんです、（そうでない人もいるかもしれませんが）優しく声をかけてあげてください。

### 患者誤認防止のタイムアウト 7月より開始



医療安全推進委員（看護師） 布施 正子

利根中央病院では、各看護職場に1～2名の安全推進員を配置し、医療安全管理者を中心に月1回の定例会議を開催しています。推進委員の役割は、発生レポートに関する情報収集、分析を行い、再発防止策を検討、実施すること。また、病棟ラウンドを行い、現場評価を行うとともに、改善策を立案していくことです。主な活動内容をご紹介します。

#### \*発生レポートの分析、対応策の検討

利根中央病院では、アットハットのインシデントを発生レポートとして提出しています。

特徴的なものについて、各科で推進員を中心に分析します。これまで行ってきた分析方法は、M-SHEL分析（バリエーションツリー）、KYT4ラウンド法、根本原因分析です。それぞれの事例、症例に沿って、医療安全管理者が分析方法を選択します。分析だけに留まらずに、改善内容が実施されるよう働きかけることも大切な役割です。



#### \*病棟ラウンド

転倒転落チーム・ME機器（人工呼吸器・輸液ポンプ）チーム・カテーテル類チーム・薬剤関係チームの4チームに分かれ、チェックリストに沿って職場点検を行います。

ME機器運用チェックリストへの記入、向精神薬の鍵の管理、廊下やベッド周りの整理整頓、点滴実施時のトレイの活用等、徹底して行えてきています。

#### \*警鐘事例検討

他の病院で発生した特徴的な事例の読み合わせを行い、当院と比較検討を行っています。どの内容もいつ当院で起こり得るかもしれない内容であり、真剣なまなざしで意見交換を行っています。

今年度の大きな課題は、医療安全対策マニュアルの見直しです。

患者さんに、安全・安心な医療、そして看護が提供できるよう、現場の目から様々な提案を発信し、改善策の構築に勤めていきたいと思っています。