



## 病院機能評価と医療安全－現場に役立つマニュアルを

副院長・医療安全委員長 宇野 武司



記念病院は、平成24年1月に病院機能評価V6.0を受審する予定になっています。当院が、まともな病院として社会に受け入れてもらうためには避けては通れない道だと思います。今回の病院機能評価でも安全への取り組みは最優先課題となっており、安全に対する評価項目の中で主なものに第2領域における患者の安全確保、第5領域における医療安全のためのケアプロセスが挙げられます。患者の安全確保については、安全確保のための組織体制が確立しているか、安全確保の手順が定められているか、安全確保のための活動が適切に行われているかが問われることとなります。安全確保の手順が定められていたとしても、現場で実際にやっていることと合わなければ、手順が定められていると判定されることはないでしょう。定められた手順がきちんと守られているかどうかのチェックは、ケアプロセスの評価や現場訪問時の確認によってなされることになります。このように今回の病院機能評価では、書類や現場を確認することを重視しています。これに対応するためには記録した書類をきちんと整理して提示することが肝要です。また、責任者だけでなく全職員が問われることとなりますので、全職員が一丸となって取り組んでいなければなりません。

前回の病院機能評価V5.0受審時は、医療安全に関する数多くのマニュアルを見直しましたが、間に合わずにそのまま出したものも結構ありました。その後、マニュアルはあまり見直していませんが、今あるマニュアルが、どれくらい現場で利用されているのか、どれくらい役に立っているのか分からないのが実情です。V6.0を獲得するた

めには、今あるマニュアルを見直して現場に合ったものを作成しなければなりません。平成23年11月には見直したマニュアルを提出しますのでゆっくりはできないでしょう。大変な作業が待っていることを考えると辛い気持ちになるかもしれませんが、みんなで力を合わせればきっと乗り越えることはできるはずで。今回の更新受審をきっかけに、日常業務の中に潜んでいるリスクを克服できるようみなさんの力が結集されることを期待しています。

マニュアルの中では实际的で確実なやり方を示す必要があります。これが、手順です。

V6.0の安全確保の手順には重要なものとして6つの項目が挙げられています。すなわち、患者・部位・検体などの誤認防止、情報伝達エラーの防止、安全な手技実施、薬剤の安全使用、ハイリスク診療行為の安全、リスクアセスメントと事前対策について、安全確保の手順が定められるように求められています。今後、これらの項目について以前に作成した手順をひとつひとつ見直していかなければなりません。とくに指示出し、指示受け、薬剤使用については、最も事故が発生しやすいので、实际的で確実な手順が求められています。

前にも述べましたが、定められた手順が現場の職員に守られているかどうか、ケアプロセスの評価や現場訪問によって、確認されることとなります。このようにV6.0では過程の評価が重視されており、責任者のみでの対応は不可能になっています。全職員で取り組んで、記念病院がまともな病院として社会に受け入れられることを願っています。



体の表面に5mmから10mm程度の切開を数か所加え、体内に内視鏡を挿入して内臓をテレビモニターで観察しながら専用の特殊な器具を用いて様々な操作を行う手術です。操作内容には体組織の切開、切除、焼却、縫合、止血や血液などの吸引及び洗浄があります。内視鏡の観察部位別に腹部であれば腹腔(クウ)鏡、胸部であれば胸腔鏡と呼びます。腹腔鏡の場合は視野を良くするために炭酸ガスでお腹を膨らませる気腹を併用したりお腹の壁を吊り上げたりします。

## 歴史、背景

1986年にドイツで世界初の腹腔鏡下胆嚢摘出術が行われました。それ以来急速に世界各地に普及しています。日本では1990年に初めて腹腔鏡下胆嚢摘出術が行われました。

現在、消化器外科領域では胆嚢だけではなく、食道、胃、大腸、虫垂などの手術へも適応が拡大されています。消化器外科以外でも胸部外科、小児外科、産婦人科、整形外科、泌尿器科領域などで盛んに行われています。体表の臓器である甲状腺や乳腺へも応用されています。

2007年の全国集計では年に10万例以上の内視鏡外科手術が行われ現在もさらに増加しています。胆嚢摘出術に至っては約8割が腹腔鏡下で行われ標準術式として確立したと言っても良いでしょう。

急速に普及した背景には、光学、機械工学、超音波技術などのテクノロジーの進歩が大きく寄与しており新しい器具の発明がなければ内視鏡外科手術は発展できなかったでしょう。開腹手術では糸を手で結んで行っていた止血や縫合の操作も新しい器具に取って替わられています。例えば、糸で結ばなくても止血や組織の切断を可能にした超音波凝固切開装置、電気凝固切開装置、自動縫合器の発達が挙げられます。

また、内視鏡画質が向上しハイビジョン化されより微細な観察が可能となりました。

## 内視鏡外科手術のメリット

- ・手術の傷が小さいので整容性が向上
- ・術後の痛みが少なく早期離床可能
- ・術後の体力回復が早く入院期間が短縮し経済的
- ・術後の癒着が少なく腸閉塞の合併が少ない
- ・病変部以外の部位も内視鏡で観察可能
- ・肉眼より拡大されるのでより詳細な観察が可能

## デメリット

- ・内視鏡や器具が狭い範囲に集中するので操作がやり難い
- ・直接組織に触れないので触覚に頼れず熟練が必要
- ・特殊で高価な器具が必要

## 将来像

さらに小さい傷で手術を行う目的で1個の孔から内視鏡や手術器具を挿入して行う単孔式内視鏡手術が行われる様になり徐々に普及してきています。

さらに経管腔的内視鏡手術Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery(NOTES)と呼ばれる手技が考案されています。具体的には元来存在する管腔である口、膈、尿道より内視鏡を挿入し胃壁や膈壁、膀胱壁に孔を開けて腹腔内の目的臓器に到達してそこから器具を挿入して手術を行う方法です。どこまで普及するかは未知数ですが体表面に傷を付けない究極の内視鏡外科手術と言えるでしょう。

IT技術の進歩に伴いリアルタイムの画像伝送が可能となり遠隔地への手術支援やロボットシステムを使った内視鏡外科手術も試みられています。

## 最後に

当院では先に述べた最新テクノロジーの賜物である内視鏡のハイビジョンシステム、超音波凝固切開装置、電気凝固装置などを完備して内視鏡外科手術を積極的に行っています。

内視鏡外科手術はまだ発展途上にあり、医療機器や技術の進歩には目を見張るものがあります。進歩の流れに乗り遅れない様に患者さんに負担をかけない体に優しい治療を目指してスタッフ一同一丸となって日々励んでおります。



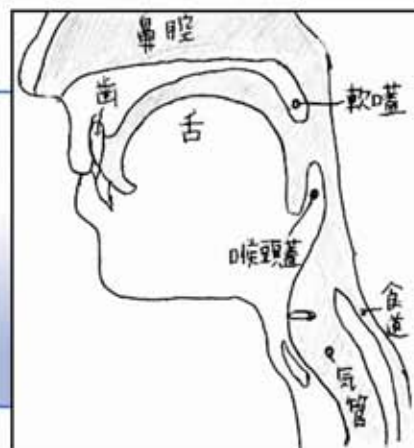
# 摂食・嚥下障害とは？

当院では、ことばの障害（失語症や構音障害）に対するリハビリテーションに加え、摂食・嚥下障害に対するリハビリテーションも行っております。近年、「摂食・嚥下障害」ということばを耳にすることも多いと思いますが、今回はこの「摂食・嚥下障害」についてお話したいと思います。

## 1. 摂食・嚥下障害とは？

疾病（脳卒中や神経変性疾患など）や老化などの原因により、飲食物の咀嚼（噛むこと）や飲み込みが困難になる障害を言います。煙草や葉の袋、パッケージなどを誤って飲み込むことは「誤飲」といい、摂食・嚥下障害でみられる「誤嚥」とは区別されます。

誤嚥とは、口にした食べ物が食道ではなく気道に入ってしまう症状のことをいいます。誤嚥は肺炎を引き起こす原因ともなるため見逃すことの出来ない症状です。



図：口～食道の構造

## 2. どうしてなるの？

摂食・嚥下障害の原因は、大きく3つに分けられます。

- ①器質的原因；舌炎や扁桃炎、腫瘍などが原因で、食物の通路の構造に問題があり、通過を妨げている  
⇒舌や喉のそのものに問題が起こり、飲み込めなくなる
- ②機能的な原因；脳血管障害や神経変性疾患などが原因で、食物の通路の動きに問題があり、うまく送り込むことが出来ない  
⇒麻痺により舌の動きや、「ゴクン」という喉の動きが悪くなり、飲み込めなくなる
- ③心理的要因；認知症や心身症などが原因で、理学的所見や検査上明らかな異常はない  
⇒舌や喉そのものに異常はなく、動きも正常であるが、飲み込めない（飲み込まない）

## 3. 摂食・嚥下障害はなぜ怖いのか

摂食・嚥下障害をそのままほっておくと、栄養失調や脱水、窒息事故、誤嚥性肺炎などを招く恐れがあります。最悪の場合には死に至ることもあります。

## 4. 当院での摂食・嚥下障害者への対応

当院では、医師、看護師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、言語聴覚士などが協力して摂食・嚥下障害患者に対してアプローチしています。

病棟やリハビリ室での評価・訓練に加え、週に1度ビデオ嚥下造影法（Video fluorography, VF）検査を行っております。この検査は、実際に水分や食物を摂取してもらい、その摂取状況をビデオで見ることが出来ます。そのため、その場で誤嚥の有無の確認、食べやすい食形態の検討、訓練内容の検討などが行える有用な検査となっています。

## 5. 最後に

「食べること」は第一に栄養摂取のためではありますが、家族で食卓を囲み時間を共有する、季節の物を味わうなど人間の営みとしても欠かせないものと思います。

少しの配慮で経口摂取が可能となることもありますし、少しの手違いで生命の危機と隣り合わせとなります。何か不安なことや質問がありましたら、医師、看護師、言語聴覚士にご相談ください。

# みなさんこんにちは！

## 新任医師の紹介をします



**成尾 浩明** (なるお ひろあき) 年齢45歳

【担当科】 麻酔科

【出身大学】 宮崎大学

【趣味・特技】 特になし

【自己PR】 麻酔、集中治療領域がより活性化するよう頑張ります。  
よろしくをお願いします。



## 記念病院 理念 「人間愛」

### 記念病院 基本方針

1. 患者様の人権と意思を尊重し、患者様の立場に立った医療を提供します。
2. 地域の中核的病院として、専門的且つ高度な医療を実践します。
3. チーム医療を推進し、より良い医療を目指します。
4. 豊かな人間性を兼ね備えた医療人を育成します。
5. 職員が意欲を持って働ける職場環境を作ります。

### あ と が き

#### 『男心と秋の空』

秋といえば、食欲の秋、スポーツの秋、芸術の秋、読書の秋、いろんな秋があります。酷暑や残暑から少し涼しくなると、空が澄みわたり、快晴はなんとも素晴らしいものです。ただ、秋雨前線のように雨もまた多い時期でもあります。このように天気の良いときと悪いときが交互に訪れます。この時期の天気は移りやすいものです。そして、気持ちも天気のように変わりやすいものです。夕暮れの飛行機雲を眺めていると物憂げになったりするとか。そこで、よく言われるのが『男心と秋の空』です。あれ？と思つた方もいらつしやるかと思えます。そう、『女心と秋の空』じゃないのかつて。果たして、移り気なのは男か女か？

日本を代表する辞典には『男心と秋の空』が載っています。この頃の天気の変り変りの早さを例えることわざです。室町時代の狂言『墨塗』の中では、『男心と秋の空は一夜にして七度変わる』というセリフがあるそうです。昔、男性は飽きっぽく、女性はそうではなかったのでしょうか。でも、現代では『女心と秋の空』って聞きますよね！？男性諸君は移りやすいのは女心だとも言いたげでしょう。女性諸君は拍手喝采といったところでしょうか。

『男心と秋の空』はそもそも、飽きやすく変わりやすいものたもととして元来伝えられてきました。それがいつから女心に変わったのか。それは英語のことわざの影響によるとの説があります。『A woman's mind and winter wind change often(女心と冬の風)』

現代になって西洋の文化が多く入ってきて、このことわざが元々あった日本のことわざの翻訳に使われたのかもしれない。女性の社会進出なども関係しているでしょう。英国では女はきまぐれ、日本では変わりやすいのは男というものもなんだか興味深いですね。さあ、皆さんは変わりやすいのはどちらだと思いますか？