

感染・医療事故 防止セミナー 2011 in 茨城 レポート



2011年10月、水戸市の常陽藝文センターにおいて、「感染・医療事故防止セミナー2011 in 茨城」が開催されました。質の高い医療を実現するための取り組みについて、密度の高い講演に、出席者は熱心に聞き入っていました。

指定講演 座長

茨城西南医療センター病院 救命救急センター

鈴木宏昌

医療はいま臓器別、年齢別など専門化が進んでいます。それは縦割、縦糸の医療です。しかし医療には縦糸だけではなく、横糸も必要です。その横糸にあたる医療がチーム医療でしょう。これからの3題はそのチーム医療についてご講演いただきます。



指定講演 1

当院における感染管理チームが 取り組む安全と医療の質向上

土浦協同病院
感染対策チーム
感染管理認定看護師

湯原里美



当院では院長・副院長の直下に感染症委員会があり、また、実動部隊であるICTと、その活動の場として感染管理室が設けられています。

ICTでは、PDCAサイクルを実践しています。月1回ミーティングを行うとともに、週1回安全・感染専従者の院内ラウンドを実施しています。実際の活動では次の8つの柱を設けています。

- ① 感染管理組織・システムの構築と見直し
- ② 院内感染サーベイランス
- ③ 感染経路を遮断するための直接的介入手順の立案と実践
- ④ 効果的・効率的な感染防止技術実践の推進
- ⑤ 職業感染防止
- ⑥ ファシリテーターマネジメント(病院環境管理)
- ⑦ 感染防止教育プログラムの立案と教育・啓発
- ⑧ 感染管理コンサルテーション

感染症の発端者情報が感染管理室へ報告されるとICTのメンバーが現場に行き、当面事態の収拾を図り、

必要に応じて疫学調査を実施。その後、現場での対策が実施され、それを評価し、提言をまとめるという流れになっています。

サーベイランスは、能動的・前向きに行い、ハイコスト、ハイリスク、ハイボリューム(頻回に行われる処置)を対象としています。私は心臓血管外科、呼吸器外科、消化器外科、整形外科を中心に、SSIサーベイランスと微生物サーベイランスなどを行っています。

職業感染管理では、病院で働くすべての医療従事者に対し、針刺しなど血液曝露防止・空気感染防止などの職業感染防止対策を立案、実践、評価をし、フォローアップを行っています。

コンサルテーションは、施設内すべてを対象として感染管理上の問題点や疑問点に対応しています。

ICTが中心となってファシリテーターマネジメントも行い、廃棄物、リネン、水・空調などにも介入し、関連部署と連携を図っています。

病院で働くすべての医療従事者が感染の重要性を理解し、感染を起こさないための基礎知識をもって業務にあたれるように感染管理教育にも力を入れています。平成17～19年度までは看護部との連携が図れなかったため、看護部の参加率が低い状況でしたが、20年度から全ての部門で感染リンク職員を選出し、感染リンクとの連携や安全管理室と部署管理者とのタイアップにより、今では参加率が80～100%になっています。教育プログラムには、臨機応変に予定外の教育も取り入れています。

これからもチームの強化を図りながら、安全と医療の質向上に向けて邁進していきます。

安全をささえる医療安全管理室のチームとしての活動

東京医科大学
茨城医療センター
安全管理室 看護師長

日高晴美



安全管理室は平成16年に設置されました。当センターでは毎朝、安全管理室ミーティング・危機管理ミーティング・診療科長カンファレンス・総務課との情報交換を行い、情報の共有を図っています。また、毎月1回安全管理委員会と医療事故防止委員会を開いています。

安全管理への取り組みの一つとして、毎週火曜日に医療の質検証委員会で提出された報告書に関しての質の検証を行っています。安全管理室下部検討委員会として多職種を含んだ転倒・転落事故対策検討チームや内服・注射事故対策検討チームなどを立ち上げています。さらに、東京医科大学3キャンパスの医療安全管理者が定期的に集まり、医療安全相互ラウンドを実施しています。

また、安全管理関連マニュアルや安全対策マニュアルなどマニュアルの整備、見直しも行っています。

当センターでは、「攻めの安全管理」というコンセプトを打ち出しています。このコンセプトに基づいて、インシデントレポートなど提出を義務付けている書類があります。そのひとつに「〇〇の視点」があり、インシデントレポートにするほどではないものを「医師の視点」「看護師の視点」というふうにして報告できるようにしています。報告がない限り安全管理室は動かない、トラブルがあったとしても病院としては一切関知しないという姿勢をとっており、ダメージコントロールはスピードがすべて、ということを浸透させています。

当センターは医療安全全国共同行動に参加しており、8項目のうち特に「危険手技の安全な実施」と「医療機器の安全な操作と管理」について実践しています。

安全管理室としては、医療安全の意識向上を目的に目標設定をしています。22年度と23年度の目標は、「コミュニケーション」です。(Clear(明確)、Correct(正確)、Complete(完結)、Concise(簡潔)、Confirm(確認)を「確実なコミュニケーションの5C」として各部署への浸透を図っています。医療事故防止には、医師や看護師、コメディカル、事務部門などのネットワークづくりが重要です。それには縦横のつながりを強化する必要があります。風通しのよい職場と人間関係が大切であり、コミュニケーションは重要と考えています。職種間のつながりを強化していくためにも、毎年11月の医療安全推進週間の折に、全職種がチームを組んで自分たちで取り組みのテーマを決めて、その成果を発表してもらっています。

医療者だけではなく、さまざまな部門の人が一緒に医療安全に取り組み、それが業務的、実践的に効率よく推進できるように支援することがチーム医療の大きな役割の一つと考えています。

指定講演 3

当院におけるNST(栄養サポートチーム)の取り組み

茨城西南医療センター病院
栄養サポートチーム
外科

淀縄聡



NSTという言葉が今日ほど浸透していなかった2000年に、本日座長を務められている鈴木宏昌先生が当院に赴任され、NSTを立ち上げられました。

NSTは医師や看護師、薬剤師、栄養士、臨床検査技師など多職種の集団です。プロフェッショナルな知識をもっている職種が集まることで、非常に質の高い医療を提供できます。

当院ではNSTは独立した院長の直属の機関で、薬剤部や栄養部など各部署からのコアスタッフが中心となって栄養管理のサジェスチョンや実施をします。それらを実際に患者さんに行うのは、各病棟のNST担当スタッフです。

NSTで特に中心となるのは管理栄養士で、スクリーニング、栄養アセスメント、リアスメントなどを行います。患者さんに接する機会が多い看護師も、栄養の投与経路や実施中の看護などの大事な役割を担っています。臨床検査技師も、検査値の変動に対応したり、栄養評価の検査法にサジェスチョンを行うなど重要な役割をもっています。

スクリーニングは全入院患者さんを対象に行うため、できるだけ簡便化しています。まず病棟NST看護師がチェック項目の一つでも該当する患者さんを含めて拾い上げたのち、臨床検査技師による簡便な血液検査による二次スクリーニングが行われます。次に管理栄養士が三次スクリーニングを行い、栄養障害があると判断された場合には、さらに細かいアセスメントを行ったうえでプランニングします。

重要な栄養アセスメントの一つにBody Compositionがあります。それには身長、体重、筋肉の厚さなどの測定が必要ですが、ちなみに寝たきりの方の体重を測るのは容易ではないことから、当院の管理栄養士らが腹囲から体重を推定する「SEINFAN法」を考案しました。

投与量を決める際の基になるのは基礎代謝量で、ハリス・ベネディクトの式で求めることができます。投与経路は必要な栄養量が適切に体内に入る経路を選ぶことが重要です。

NSTはチーム医療や、医療の標準化、栄養状態の改善の中心組織です。NSTが関わりと栄養状態が改善され、合併症や在院日数が減少し、医療経済に貢献するといわれています。患者さんに必要な栄養素を摂取できる方法で提供し、健康を早く回復できるように支援することがNSTに期待されています。それを肝に銘じて実践することが今後のNSTの発展につながると確信しています。

教育講演 座長

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター
茨城県厚生連総合病院 水戸協同病院 麻酔科

田口典子

服部政治先生は日本の緩和医療の若きリーダーで、がん研有明病院で精力的に活躍されており、また東京女子医科大学病院のペインクリニックにも勤務されています。本日はがん疼痛について先端のお話が伺えることにも楽しみにしています。



教育講演

PCAによる がん疼痛管理法と ペインクリニック的緩和医療

がん研有明病院
がん治療支援緩和ケアチーム 麻酔科

服部政治



当院は103年の歴史をもつがん専門病院で、がんの初期治療から末期まで管理しています。ここに「がん治療支援緩和ケアチーム（以下、緩和ケアチーム）」があります。このチームの大きな特徴は、各部門の専門家が集まり少人数でサービスを提供することです。私の専門はペインクリニックですから痛みの治療を、精神科の医師は不眠、せん妄やうつ症状の治療、がん看護専門看護師は看護の指導を行います。薬をたくさ

ん使用するので、専任薬剤師が服薬指導、観察に当たります。

痛みの治療は、鎮痛薬や神経ブロック療法、痛みを起こしている病態を治療する手術や放射線治療など、さまざまなものを組み合わせて行います。中でもいけばん多いのは薬物による全身管理です。薬物投与には経口・貼付、皮下注射、静脈注射、IVなどがあり、経口・貼付は通常、主治医が行いますが、それで管理できなくなると緩和ケアチームに依頼がきます。緩和ケアチームは年間約400人弱の新患者さんを扱っていて、依頼されたすべての患者の疼痛管理を緩和ケアチームで診るのは難しいので、病棟看護師や患者さん自身にコントロールしてもらうようにしています。そのときに有効なのがPCAポンプです。

シリンジポンプで痛みをコントロールする場合、それでも痛みが治まらないと患者さんはナースコールを押して看護師さん呼びます。看護師さんは医師からの指示に従って、早送りをしたり投与量を調整したりします。真夜中にそのような患者さんが何人も出てきたら看護師さんは大変です。そこでレスキューの簡易化を図る目的で海外では当たり前に使われているのが、患者さんが自分で鎮痛薬の量を調節するPCAポンプです。その基本的な要素は「持続注入させる」「痛みときに自分でワンショットができる」「過剰投与を防止するために自動的に間隔を開けるロックアウトタイムを設定できる」の3点です。

駆動電力を使わない、保険適応である、アラームが鳴らないなどの理由から日本ではデイスポーザブル型PCAポンプがよく使われます。一方、機械型は電池または電源が必要ですし、保険適用もされておらず、アラームも鳴ります。しかし、痛みの状態が変化しやすく薬量をそれに合わせて変えていかなければいけないがんの痛みの場合には、患者さんに合わせて細かく投与調節することが重要です。また、デイスポーザブル型ではアラームを鳴らす機能がなく、それは危険を知らせられないことを意味しますから、安全性に問題があります。これらを考慮すると、本当の意味での疼痛管

理には適宜投与量調節をすることが可能で、アラームも鳴る機械型PCAのほうが適しているといえます。

ペインクリニックでのがん性疼痛の治療について

麻酔科・ペインクリニックは痛みに対して専門的な治療を行う診療科です。当院では、一般的な疼痛治療でがんの痛みがコントロールできなくなると、まず神経破壊が可能かどうかを判断します。可能であれば神経ブロック療法を行い、不可能または適応でない場合は硬膜外オピオイドや脊髄くも膜下オピオイドなどの脊髄鎮痛法が可能かどうか調べます。それも不可能な場合は、しかたなく全身投与のオピオイドを増量するか、鎮静を判断するという苦渋の決断をします。私たちは、余命がたとえ1週間であったとしても、その間痛みのない時を過ごしていただけるように、積極的に痛みの治療を行うことを診療のスタイルにしています。

麻酔科が主導している緩和ケアチームに「痛みを取ってくれ」と依頼がきて、何も対応しなかったら、患者さんは痛みによる苦悶と衰弱または鎮静へと向かうしかなくなりません。処置を施すということはリスクが伴います。しかしながら、痛みが軽減する可能性があるのであれば、そのことを患者さんや家族、主治医によく説明し、一丸となって痛みに取り組んでいくことが重要だと考えています。

痛みをうまく取り除けば食欲が戻ることもありえます。眠れなかった人も眠れるようになります。痛みのために動けなかった人も散歩に行けます。家族と楽しく笑うことだってできます。旅行に行ったり、仕事を続けたいなどの夢をかなえることも可能になる場合があります。だからこそ痛みの治療については最後まであきらめないでほしい、と患者さんに伝えていたいただきたいというのが今日の私のメッセージです。

「For Respectful ending of life」を求めて、がん研究会有明病院の緩和ケアチームはこれからも日々痛みの治療に積極的に進んでいきます。

*セミナー参加費は、茨城県災害復旧対策・復興事業義捐金として、全額を茨城県へ寄付させていただきました。

共催：アルフレッサ株式会社、日本メガケア株式会社、株式会社三陽、株式会社サンユーメディカル、東邦薬品株式会社、望星サイエンス株式会社、源川医科器械株式会社、株式会社メディコ、株式会社MMコーポレーション、株式会社八神製作所、株式会社アンセル・ヘルスケア・ジャパン、株式会社大塚製薬工場、株式会社ジェイ・エム・エス（順不同）

後援：日本医療機器学会、茨城県看護協会、茨城県臨床工学技士会 取材/荻 和子 撮影/轟 美津子