

# ほ ほ え み

〒376-0024 群馬県桐生市織姫町6番3号  
TEL 0277-44-7171(代) FAX 0277-44-7170  
URL <http://www.kosei-hospital.kiryu.gunma.jp/>

桐生厚生総合病院

(編集 院外広報編集委員会)

## 皆さん、医療安全に参加しましょう

### 医療安全対策委員長

たけ うち はる みつ  
竹内 東光



医療安全対策室スタッフ

ここ数年ほど「医療の安全」が注目を浴びている時代はないと思われます。しかし、一般の患者さんは、日本の医療のなかで現在何が進行しているか、また院内で医療安全のための活動がどのように活発に行われているかをご存じないかと思われます。

日本の医療の背景にある大きな問題点は、(1) 医師・看護師の人手不足、(2) 病院保険点数の減額による病院の赤字増大(公的病院の約3分の2は赤字)です。2年前の「新医師臨床研修制度」変更以来、多くの志のある指導医師が現在の医療制度では病院勤務を続けられないとやめていっています。

また、日本の総医療費は、実は先進国グループのな

かでは最低の費用(国民総生産に対して8%、米国は15%)でまかなわれています。この5年、政府の政策で日本の病院医療は瀕死ひんしの状況です。この点を背景として理解していただいた上で、医療安全に関する活動・努力がどのように行われているか、これからお伝えしたいと思います。

「医療安全」と「医療の質」は表裏一体の関係だと言われています。「安全」が高まれば、「質」も同時に高くなると考えられます。そのなかで、安全を増す「患者さん参加型医療」をご説明しましょう。例えば、外来で職員が患者さんのお名前を声に出して、患者さん呼び入れています。また血液検査や心電図・レントゲン検査等で、患者さんご自身からお名前を繰り返し名のっていただいています。「うるさい」とか「面倒だ」と感じることもおありでしょうが、実はこのことで、患者さんが自分の医療に参加し、間違わないようにご自身でチェックしていることとなります。また、この時点で、看護師や検査技師が顔色や病状をチェックできる点もすばらしいものです。機械だけではこうはいかないでしょう。入院すると、腕や足に「リストバンド」をつけていただいております。少し負担がかかるのですが、これらの方法は世界中で安全上有効であると、既の実証されています。ぜひおっくうがらずに「参加」してください。そのほか、治療計画書や治療予定スケジュール(クリニカルパスといいます)が渡されています。もし予定外の治療や検査が行われようと感じるときには、職員になんでも尋ねてください。さらに、入院患者さんが退院後にも自分の薬を間違えないように、病棟で薬剤師や看護師から服薬指導(どの薬をいつ、どのように飲むか)が行われています。すこし煩雑はんざつな場合もありますが、疑問点を相談することで明らかに間違いは減ります。「こんなことを聞くと嫌われないかな?」とか「治療を受けづらくなれないかな?」とか考えずに、なんでも聞いてください。また既にご存知かもしれませんが、治療や検査に際して、インフォー

ムドコンセントという、「十分な説明を受け納得した上での医療」も定着しつつあります。これらはすべて「患者さん参加型医療」の例に当たります。

つぎに、院内での安全のための諸活動をご説明しましょう。まず今年4月から発足した医療安全対策室です。専従の医療安全管理者が中心となり、活発な活動を行っています。毎週1回7名で集まり、事例を検討し、対策を立て、院内に広報し、院内安全ニュースを発行し、職員への周知徹底を図っています。その医療安全対策室のほかに、医療安全対策委員会があり、2004年の12月から院内全体の標語「**部門の壁を乗り越えて、高めよう医療安全文化**」を定め、部門間の連絡が緊密になってきているところです。「安全」を確立するには「文化」が必要です。といいますが、厚生病院には非常勤職員を含めると約700名の職員が働き、15職種かつ53部署に分かれています。それだけでも情報の伝達と共有は大変です。月末には全職員を対象にした報告会の中で、医療安全情報を共有しています。また、2005年10月には、桐生市市民文化会館に院内124名、院外40名の関係者が集まり、日本で著名な講師（日本ヒューマンファクター研究所所長黒田勲先生）から「医療安全は医療の原点である」という講演を聴き、ひごろの仕事の安全向上に努めました。

さらに、手術室や救急室の安全や情報伝達の向上にも努めています。1例をあげますと、「救急車からの電話回線がつながりにくい」という話題が出ると、救急車からのホットラインを創設しました。また意見箱から「携帯電話を使いたい」という要望が出たときには、患者さんの利便性と安全のために、患者サービス向上委員会でアンケートを取った上で、2005年9月から使用場所を限定して使えるように変更しました。さらに電話交換を通さずに直接ダイヤルイン番号にかかるとともにしました。また当院の看護部門でも安全に関する幅広い活動をしています。安全を高める予知能力向上のための講習会開催や、各病棟を定期的に訪問し安全上問題になる個所の改善勧告等の活動を続けています。

以上述べましたように、職員は思い付く限り安全向上に努めておりますが、「患者さんご自身の医療安全への参加」もぜひお願いします。職員ともども力を合わせ、よりよい病院にしていけたらと願っております。

## 血栓溶解剤治療 - 脳卒中センター化へ向けて -

神経内科診療部長 こん どう すずむ 近藤 進



脳卒中は、脳の血管に異常が生じて意識障害や手足の麻痺などが出る病気です。血管が詰まって起こるものが「脳梗塞」、高血圧などにより血管が破れて起こるものが「脳出血」、脳の血管の分かれめにできた瘤こぶが破裂するものが「くも膜下出血」です。脳卒中の割合は2005年の資料で脳梗塞78%、脳出血15.5%、くも膜下出血6.5%です。

今回は、脳梗塞の新しい治療について説明してみたいと思います。日本では2005年秋に、組織プラスミノゲンアクチベーター（**t - PA**）という画期的な薬が、急性期脳梗塞の治療薬として新たに認可されました。これは脳の動脈に詰まった血栓（血の塊）を溶かすことによって、血液の流れを再開させて治療をするものです。今までは、**t - PA**治療の対象となる脳梗塞で、患者さんの約7割に麻痺などの後遺症が残り、発症前と同じように回復するのは2割程度といわれています。日本で行われた臨床試験では**t - PA**を使った人の4割近くの患者さんが殆ど障害ほとんのない状態まで回復しました。

しかし、問題点もあります。脳梗塞は発症から時間がたつと血管がもろくなるため、**t - PA**の使用で

脳出血を起こすおそれが高まります。そのため、**t - P A**の使用は発症3時間以内に限定されています。さらに重症の脳梗塞、高齢、高血圧の場合にも脳出血を起こす可能性があります。一部の患者さんでは症状が悪化したり、稀に死亡することもあります。このため、**t - P A**による治療を行うには、**血圧、年齢、既往歴**などの条件を満たし、発症3時間以内に治療を開始できることが重要です。

当院は日本脳卒中学会の**t - P A**治療の施設基準を満たしており、**t - P A**による治療が可能です。しかし、治療開始時間の短縮など解決すべき問題があり、実際には全ての患者さんにこの治療ができるわけではありません。今後、なるべく多くの患者さんに**t - P A**治療が出来るように努力していきたいと思えます。

また、特殊な治療として選択的局所血栓溶解療法というものがあります。これは脳血管撮影を行いながら詰まった血管を見つけ、そこに血栓を溶かす薬を注入して血液の流れを再開させるものです。血栓が溶ければかなり改善が期待できますが、この治療ができるのは、**t - P A**治療の条件を満たした施設で、発症6時間以内に治療開始が可能な患者さんに限定されています。

脳梗塞・脳出血の症状で多いのは、片方の手足の麻痺、言語障害、歩行障害、意識障害などです。また、くも膜下出血では突然に激しい頭痛が起こります。脳卒中の症状は突然に出現することもあれば、数日にわたって進行することもあります。最初は症状が軽くても翌日には悪化することもあるので、変だと思ったら病院を受診するようにしてください。**t - P A**による治療はかなり効果が期待できますが、使用するにはいろいろな条件があり、現時点では実際に治療できる患者さんはまだわずかです。日本での使用経験が多くなってくると、治療条件の検討などにより、**t - P A**による治療がもっと増える可能性があると思えます。



[ t - P A 治療薬 ]

#### 施設基準 (日本脳卒中学会)

1. CT又はMRI検査が24時間実施可能
2. 集中治療のため、十分な人員(日本脳卒中学会専門医などの急性期脳卒中に対する十分な知識と経験を持つ医師を中心とするストローク・チーム)及び設備(SICU又はそれに準ずる設備)を有すること
3. 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備
4. 実施担当医が日本脳卒中学会の承認する本薬使用のための講習会を受講し、その証明を取得すること(ただし、発症24時間以内の急性期脳梗塞を例えば年間50例程度の多数例を診療している施設の実施担当医については、本薬使用前の講習会の受講を必須とはしないが、できるだけ早期に受講することが望ましい)

## 診療科の紹介 ( 2 )

## 外科

副院長 かとうけんじ 加藤 健司



外科は、傷の治療ばかりでなく、さまざまな腹部の病気を診断し手術で治療しています。また腹部以外に乳腺や首の病気も扱います。外科の主な担当領域と昨年の手術の例数を( )内に示し、最近の治療内容の話題をお話します。

外科で扱う腹部の病気の多くは、開業の先生や当院の内科を受診し、診断されてから、治療には手術が必要ということで外科に紹介されます。約3分の1は癌(胃癌、大腸癌、肝臓癌など)で、外科では病気の広がり、転移のようすを検査し、手術が最もよい治療と思われる症例を選んで手術(切除)をします。また薬(抗癌剤)の治療も行っています。その他は胆石症、腸閉塞、虫垂炎や腹膜炎などの急性の炎症、またソケイ部(足の付け根)のヘルニアなどです。

食道癌(8例): 抗癌剤と放射線の組み合わせも効果が大きく、短期の成績は手術以上のこともあります。手術は病巣が取り切れる症例を選んで行います。

胃癌（67例）：この地域は胃癌検診を受診する方が少なく、早期癌の割合が他の地域と比較すると少ないのが現状です。早期癌には切除する範囲を小さくした手術も多くなりました。手術から退院までの日数は、2週間前後です。

大腸癌（99例）：胃癌とは反対に増加しつつある病気です。手術の成績は良好で、また肝臓に転移があっても、切除により完治する場合があります。近年腹腔鏡ふくくうきょうでの手術が広まっており、まもなく当院でも開始する予定です。手術から退院までの日数は、最短7日、平均14日でした。

肝臓癌（原発性肝癌15例、大腸癌の転移による転移性肝癌7例）：肝炎・肝硬変の人に発生する原発性肝癌と、他の臓器、特に大腸癌の転移による転移性肝癌があります。当院は肝臓切除が治療法として定着した1980年代初めから手術を行っており、県内でも早くから手がけた施設の一つです。現在原発性肝癌に対する治療は、ラジオ波焼灼しょうしやく（癌に針を刺して電磁波で焼く治療法）、動脈から薬剤を注入する治療、手術的な切除の3つがあります。腫瘍の数や大きさ、肝臓の状態に応じて、最も適した治療を内科と相談しながら選択します。

すい臓・胆管の癌（11例）：一般に手術の成績があまり良くない領域です。病巣がすべて取りきれると診断した場合は、積極的に手術をしています。

急性虫垂炎（いわゆる盲腸）（66例）：手術で治療する症例はここ5年で半減し、症状の軽いものは薬で治療し、手術はしていません。

胆石症（腹腔鏡手術44例、開腹手術24例）：腹腔鏡手術で胆のうを切除できるようになり身体に対する負担はかなり小さくなりました。術後の入院期間の多くは2から4日でした。しかし、胆のう炎がひどくなるとやむを得ず従来の開腹手術の場合もあります。

ヘルニア手術（成人107例、小児29例）：成人には術後の“突っ張り感”の少ないメッシュ（人工の布）を用いた手術を行っています。

緊急手術：当院では緊急手術も大変多く、全身麻酔が必要な緊急手術は毎年100例前後です。昨年のその主な内訳は、腹部外傷5例、癌や癒着ゆちやくによる腸閉塞22例、腹膜炎50例などでした。

乳癌（従来の乳房切除35例、温存療法12例）：これまでは、ほとんどの患者さんが、ご自分でしこりに気がついて受診をしていました。また以前の癌検診は触診のみで、しこりを触れない乳癌は見つかりませんでした。

昨年から検診にマンモグラフィが導入され、しこりを触れにくい、あるいは触れるようになる前の早期の乳癌の発見が期待されています。是非検診を受けられるようお勧めします。

治療では温存療法が多くなってきました。これは癌の時期により、乳房を全て切除するのではなく、癌のしこりを含めた部分的な切除をし、残った乳房には放射線をかける治療法です。現在当科では温存療法えんぞんりょうぽうの全例に腋窩えきか（脇の下）のリンパ節を切除しています。また抗癌剤も新しい薬が開発され効果を上げています。

#### < 最近の縫合創の管理 >

手術などメスで切開し、縫合した（縫った）傷は2, 3日でその表面がふさがることがわかっています。そこで最近手術の創は以前のように毎日消毒はせず、またガーゼで覆おおうことも2, 3日後からはしていません。その頃からシャワーにも入っていただきます。

#### 基本理念

向学心と優しさに満ちた医療

#### 基本方針

1. 私たちは、患者さんの人権を守り、患者さん中心の安全で優しさに満ちた医療を行うよう努めます。
2. 私たちは、日々研鑽し、患者さんに良質で高度の医療技術と医療サービスを提供するよう努めます。
3. 私たちは、地域中核病院として、他の医療機関との連携を推進し、地域医療のニーズに応えるよう努めます。
4. 私たちは、地域に密着した医療を提供し、地域住民の厚い信頼を得るよう努めます。

## リハビリテーション科の紹介（3）



作業療法室の様子

どういう部門があるの？・・・3つの専門分野に分かれています。

理学療法 **PT**  
(Physical Therapy)

作業療法 **OT**

(Occupational Therapy)

言語療法 **ST**  
(Speech Language Therapy)

今回は『作業療法』について簡単にご紹介します。  
どんな人が対応してくれるの？

作業療法士 (Occupational Therapist OT)

身体あるいは精神に障害のある方またはそれが予測される方に対し、その主体的な活動の獲得を図るため、諸機能の回復、維持及び開発を促す作業活動を用いて治療・援助を行う専門職員。

作業療法ってどんなことをするの？

身体運動活動・・・手の細かい動きや日常の生活に必要な基本能力を改善する運動をします。

日常生活活動・・・食事・トイレ・更衣・整容（身だしなみ）・入浴などの練習をします。

日常生活関連活動・・・家事（調理など）の練習をします。

手工芸等の活動・・・目的に沿った（指の筋力をつけたいなど）手工芸を実施します。



作業療法士スタッフ

### - 当院最新のリハビリテーション情報 -

2006年4月に診療報酬改定があり、リハビリも大幅に改定されました。内容としては、施設基準が施設面積・リハビリ機器・リハビリスタッフ数によりとに分けられ、疾患別リハビリテーション料（脳血管疾患、運動器疾患、呼吸器疾患）が新設されました。当院は基準の高い『』でスタートすることができました。

平成17年度リハビリテーション科

1日平均患者数	入院	117.6人
	外来	26.9人
	合計	144.5人

疾患別のリハビリテーションについて簡単に説明します。

脳血管疾患：脳出血、脳梗塞などの脳損傷に対し、早期から病棟・リハビリテーション室にて実施しております。最近の傾向として、食事に対する重要性が増し、嚥下（飲み込み）練習の依頼も多くなっています。また、高齢者の廃用症候群（肺炎後の寝たきりなど）の割合が徐々に増しています。

運動器疾患：上肢・下肢・脊椎の外傷、骨折などの主に整形外科疾患が対象になります。

呼吸器疾患：慢性閉塞性肺疾患などに対し、効率的な呼吸法を練習していき、日常生活の活性化を図っています。

[現在のスタッフ：医師1名・理学療法士9名・作業療法士4名・言語聴覚士2名・助手3名・事務1名]

当院は、回復期リハビリテーション病棟を持ち、急性期から回復期にかけてのリハビリテーションを中心に行っております。より早期から患者さんの生活に密着したリハビリテーションができるよう心がけています。

なお、今回の診療報酬改定により、疾患別にリハビリテーション実施期間が決められました。そのため、患者さんの要望の全てには沿えない場合もあるかと思いますが、ご了承願います。

（ 外来担当医表はホームページ内で公開していますので省略いたしました。 ）