第 87 号　　平成 16 年 3 月 15 日

旭川医大病院ニュース

http://www.asahikawa-med.ac.jp/（附属病院）

（編 集） 旭川医科大学医学部附属病院
広報誌編集委員会委員長
廣 川 博 之

病院機能評価受審を終えて

病院機能評価受審対策チーム
リーダー　**菊　池　健次郎**

本学附属病院は去る１月25日（日）～１月27日（火）に病院機能評価受審を無事終えることができました。各診療科・ナースステーション、各中央診療部門、看護部、医事課、経営企画部を中核とした事務部門のスタッフの皆さんの熱意と多大な尽力に加え、全職員の全面的な御協力の賜物と心より感謝申し上げます。昨年９月に石川病院長より対策チームのリーダーに命ぜられ、対策チーム15名の皆さん（別表）と受審の準備を進めてまいりました。対策チームの皆さんの緊密なチームワークと強い意志で受審を無事終えることができました。このメンバーの他に第一内科の川村講師、12月に本学第二内科教授として赴任されました羽田勝計先生、本年１月に赴任された経営企画部柴山副部長、看護部高橋副看護部長にサポーターとして参画頂き大きな力添えを頂きました。

加えて、12月24日、25日には滋賀医科大学放射線科高橋雅士助教授に模擬サーベイをお願いし、受審に極めて大きなインパクトを与えて頂きました。

病院機能評価受審の意義として、1）患者さま側への医療の内容・質、プライバシー、安全管理などの保証、情報の開示・積極的受審とその評価結果・内容の公開は時代の強い流れになっている。2）診療報酬改訂：外来化学療法加算など、3）病院機能評価機構の認定内容の広告が可能となり、患者さんが医療機関を選択、受診する際の判断材料となる。これらが「病院機能・医療の質の向上、維持に貢献」する、などがあげられています。

病院情報管理システムの新規導入・準備と受審が重なり、職員の皆様は、多忙を極めたものと思われます。一方、本学附属病院外来棟の改築・再開発が決まり、新外来棟の在り方を決める上で、機能評価受審はタイミングが良かったとも考えられます。受審時のサーベイヤーによる講評要旨は、病院運営委員会、医長連絡会に報告させて頂きました。正式な認定の可否は２～３ヶ月後になりそうです。重要なことは受審を契機に我々の病院の機能・医療の質の向上に、何を改革し、何を新たに推進すべきかを職員全員がそれぞれの立場で考え、それを病院長の強いリーダーシップのもとに実践することにあると考えられます。職員の皆様のさらなる御協力をお願い申し上げます。

病院機能評価受診対策チーム名簿

所　属　等		氏　名
リーダー	副病院長	菊池健次郎
	副病院長	葛西　眞一
	副病院長	上田　順子
	皮膚科　副科長	橋本　喜夫
	耳鼻咽喉科　副科長	野中　　聡
	検査部　技師長	久保田勝秀
	放射線部　副技師長	西部　茂美
	薬剤部　副部長	藤田　育志
	看護部　副部長	佐藤とも子
	業務部長	北山　秀壽
	医事課長	菅原　豊彦
	庶務課　課長補佐	杉山　敏保
	会計課　専門員	佐々木義孝
	医事課　課長補佐	山本　恵隆
	経営企画室長	今西　徳寛

教授就任のご挨拶

第二内科　羽　田　勝　計

2003年12月１日より、牧野勲名誉教授の後任として、内科学第二講座を担当させて頂いております。私は、和歌山県で生まれ、北アルプスの麓、長野県大町市で育ち、三重県の高校を経て、大阪大学医学部を1976年に卒業しました。卒後研修の後、本学より２年遅れて開校した滋賀医科大学に赴任しました。1980年から1982年の２年半の米国留学期間を除き、20年以上を滋賀医科大学で過ごし、新設医科大学の立ち上げを種々の面から経験してまいりました。研修終了後は「糖尿病」の診療・研究を志し、米国シカゴ大学留学中は異常インスリンによる糖尿病症例のインスリン遺伝子を解析する機会を得ました。帰国後、糖尿病性血管合併症特に腎症の診療・研究に従事し、現在に至っております。

さて現在、糖尿病の増加が話題になっています。我が国の2002年の調査では、糖尿病が強く疑われる人が740万人、糖尿病の可能性を否定できない人を含めると1,620万人に達しています。糖尿病はインスリン作用不足により血糖値が上昇する代謝疾患ですが、最も重要な点は、全身の血管を障害する血管病である点だと思います。すなわち、糖尿病網膜症は成人失明原因の第一位であり、腎症は透析療法導入原因の第一位です。さらに、下肢壊疽・脳梗塞・心筋梗塞ともに非糖尿病者の数倍の頻度で生じます。この様な血管合併症の克服こそが糖尿病の真の治療目標であり、私はそのために全力を尽くす所存でございます。またこの点が、私が旭川医科大学の発展に少しでも寄与できる点ではないかと考えております。この糖尿病性血管合併症の克服には院内各部署のご協力が必須であります。今後、是非ご指導、ご支援を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

質の高いサービスを効率的に提供するために

経営企画部　助教授（経営戦略担当）　柴　山　純　一

平成９年に始まった医療制度改革は、医療サービスの需給環境を大きく変化させています。病院機能や病床区分と連携、EBM、IT 化、情報提供の推進が図られる一方で、診療報酬体系は平成16年改定でも厳しい状況となっています。さらに、昨年開始された入院医療の包括評価では、それまで実施した医療行為は基本的に収入に結びついていたものが、手術・放射線治療等一部出来高部分として残ったものの１日当たりの点数化で実施行為＝コスト化されるようになり、意識の転換も求められています。

本院は特定機能病院として、広い地域から来院される患者さんに先進医療、急性期医療、質の高い看護を提供しています。今後もさらにこの機能に特化した高サービスを高効率で提供することが重要と考えられます。このためには、早期診断・治療体制の確立（入院では在院日数、外来では通院回数の短縮）と、地域医療機関との分担・連携、専門診療・救急受入れ強化等による初診、新入院患者数の増加がキーワードになります。

在院日数短縮を図るうえでは、外来も含めたクリニカルパスの充実等により、入院から手術や治療開始までの期間短縮、治療・検査の適時実施、連携・外来化による早期退院の推進を検討し、連携では地域医療連携室の活用を図りながら本院の機能を終了した患者さんの逆紹介を行い、機能に応じた患者さんを紹介していただく体制を構築していくことが必要です。

もちろん高サービス、高効率の推進にはアメニティー向上や安全管理の徹底が前提となります。また、積極的に実施した部門や教職員の評価も今後検討していく必要があると思います。

４月からの国立大学法人化、５月には新病棟も完全稼動と本院の環境も変化するなか、皆様と一緒に今後の病院戦略の策定を検討していきたいと考えますのでご協力くださいますようお願いいたします。

禁煙外来の開設

第一内科　大　崎　能　伸

毎週木曜日に禁煙外来が開設されました。診療内容はカウンセリングが主体で、ニコチン依存が強い方には代替療法について解説します。代替療法を希望される方には貼付剤を処方し、ニコチンガムとの併用療法などについて説明します。当面は午後３時から、１日４名の予約診療です。禁煙指導は保険外診療で、費用は初診の場合は30分で約4,500円、再診は約2,000円です。この料金設定はもっと高給な方を基準にしてほしかったのですが、私の基本給から算定されました。診察料は20分ごとに加算され、料金加算は全国で初の試みで他に導入されることがあれば本学の方法が参考にされます。処方がある場合は、ニコチン貼付剤が一枚400円程度です。標準的な禁煙プログラムは30㎎の貼付剤を４週間、20㎎を２週間、10㎎ を２週間使用する計８週間で、２週間ごとに再診すれば約37,000円になります。ちょっと高いと感じられますが、300円の煙草を毎日１箱喫煙すると9,000円 / 月の支出になり、プログラムの２ヶ月を含む４ヶ月間でプログラムの費用とほぼ同じになります。貼付剤は必須ではなく、ニコチン依存症状に応じた使用になります。習慣性喫煙者が禁煙した場合の成功率は約30％と報告されています。私の経験では、禁煙外来での禁煙成功率は約60％でした。プログラムでは２週間ごとの再来受診が勧められていますが、初回のカウンセリングだけでも高い効果が得られるので再診を勧めない場合もあります。禁煙外来の受診動機は、職場が禁煙になった、喫煙できる場所が減ってきた、同僚が禁煙外来により禁煙できた、親族に肺癌などの喫煙に関連する疾病が発生したなどが代表的です。禁煙の動機が喫煙から離脱する重要な要素と言われています。長期間喫煙から開放されても、簡単な理由から習慣性喫煙者に戻ってしまう場合もあり、習慣性は厄介な煙草の特性です。また、呼吸器疾患により禁煙を指示しても禁煙できるのは50％以下との報告もあります。禁煙外来の受診を希望される場合は、地域医療連携室で予約してください。

ＩＣＴの活動

変わりつつある感染対策

従来、感染対策といえばもっぱら MRSA・セラチア・結核などの細菌感染の院内での伝播予防が重要な位置を占めてきました。したがって、ICT の活動も院内限定の「患者の安全を守る」感染対策を柱としてきました。しかし、炭疽菌や天然痘ウィルスによるバイオテロの威嚇、昨年の SARS のアウトブレイク、さらには今年になって鳥インフルエンザの脅威など、様相が一変した感があります。すなわち、狭義の院内感染対策から、院外はもとより世界に視野を広げた「医療従事者の安全も守る」広義の感染対策を迫られることになりました。この変遷に対応すべく、ICT は昨年度から毎月１回の会合をもち、その対応策について協議してきました。その集大成が、最近発行された改訂第二版・院内感染対策マニュアルです。

バイオテロや SARS は当然未経験感染症であり、対応策としてはまだまだ未熟であると思います。しかし、これらの対策協議や講演会などを通して、我々 ICT が行わなければならない課題が明らかになるとともに、ICT のともすれば目立たない地味な活動が病院職員の皆様にも認知されたのではないでしょうか。たとえば、医療従事者の安全の面からの対応策として、全職員に対するインフルエンザワクチンの無料接種が昨年実施されました。このことは、ワクチン接種時の痛みを通して、個人個人が感染対策の重要性を認識するのに良い機会であったと思います。さらには、SARS 対策模擬訓練を通して、マニュアルだけでは網羅できない多くの問題を皆で討論することができました。また、否応なしの病院機能評価を通して、病院全体としての清潔・感染予防の必要性を再認識させられたと思います。

ICT の役割は多岐にわたりますが、「一処置一手洗い」の励行に始まり、最近では、インフルエンザの流行を考慮し外来で「咳の出る患者へのマスクの配布」も行っております。今後は、院内巡回など活動が表に見える形での感染対策を実行していくことで、患者の安全ばかりでなく、職場全体の安全を自ら守る意識の高揚を目指す必要があると思っております。呼吸器内科医として感染対策に少しでも貢献できれば幸いです。

（インフェクションコントロールチーム
中野　　均）

SARS対策模擬訓練に参加して

第一内科　長内　忍

昨年12月19日に本院で行われたSARS対策模擬訓練に「疑い患者に対応する医師」として参加しました。私の役割は医事課からの電話連絡を受け、時間外玄関に駆け付けるところから始まりました。そこでN95マスク、防護服、シューカバー、二重の手袋、フェースシールド等の防護用品一式を着用して待機していた患者さんを所定の場所へ誘導し、診療を行いました。SARS疑い症例であることを確認した後に保健所へ連絡をとるなど、実際的で緊張感のある訓練となりました。終了後の検討会では参加者・観察者から様々な反省点・改善点が挙げられ、細部にわたって討議されました。今回の訓練がSARS対策マニュアルの作成に充分に生かされることを期待するとともに、このような訓練実施の重要性を改めて認識する機会となりました。

看護部　小澤和永

2003年2月以降、香港、ベトナムのハノイ等で原因不明のSARSが発生し、当院でもSARSの危機感を持ち院内のマニュアル作成や講演会の開催があり多くの関心を集めました。12月19日第1回の模擬訓練が開催され看護師として参加させていただきましたが、本番さながらの訓練に参加者は緊迫感あふれ、真剣に取り組んでいました。終了後にICTによる反省会があり、訓練を実施したことで気が付かなかった問題が活発にだされ現在検討中です。例えば家族は患者と一緒に行動すべきか離すべきか、患者の持ち物の保管方法は、消毒範囲は、など新たな意見がだされました。あらためて、患者はいつ発生するかわからないので、安心して安全に対応できるよう改善が必要であると感じました。私のなかでも曖昧であった認識や疑問が明確になり有意義な訓練でした。

褥瘡対策チームについて
～日々の活動状況から～

看護部　日野岡　蘭　子

1昨年10月より開始された褥瘡対策未実施減算に伴って褥瘡対策チームが発足してから約1年半が経過しようとしています。この1年半の間、当院における褥瘡発生率は3％内外で推移しています。巷では褥瘡に関する医療監査が入り、対象項目が絞られているだけにかなり厳しいものだったという話もあり、まだ監査の入っていない当院の対策チームは、戦々恐々としています。

ご承知のように、褥瘡は看護ケアの不足で発生するものではなく、発生機序、治癒過程のメカニズムが解明され、科学的根拠に基づく処置、ケアの必要性が広く認識されてきています。現行の褥瘡対策未実施減算は、褥瘡に対する組織的な取り組みを義務付けており、予防的介入から局所ケア、栄養、在宅での福祉サービスへのスムーズな移行に至るまでの社会資源を、集中的かつ統合的に供給できるシステムが確立されることが急務となっています。更に、今後は減算ではなく加算となり、取り巻く状況の変化に応じてフレキシブルな対応が求められます。

当院の褥瘡対策チームは、病院長の直轄下にあり、皮膚科橋本助教授を筆頭に現在医師5名、看護師2名、栄養士、薬剤師、医事課職員で構成され2ヶ月に1度の会議を開催し、病院内でのシステム構築、記録方法の検討、及び各月の褥瘡発生報告等を行っています。現在は病院電子カルテシステムに乗せるべく内容を検討していますが、多少の混乱を来しており各部署の皆様にご迷惑をおかけしていることがあるかもしれません。

褥瘡発生率3％は飛びぬけて高い数字ではないものの、決して低い数字でもありません。今後の目標として、発生率を2％以下に抑えること、褥瘡回診を確立させることを考えており、そのために解決しなければならないマンパワー不足、情報不足、経済力不足という、おそらくどこの施設でも抱えているであろう問題点をどのように解決していくかが今後の課題です。一朝一夕に解決できるものではなく、多職種のコラボレーションは欠かせません。皆様と共に褥瘡と関わっていきたいと考えております。

【薬剤部】

新薬紹介（42）

テリスロマイシン（ケテック錠）

呼吸器感染症及び耳鼻咽喉科領域感染症の原因菌として、肺炎球菌、インフルエンザ菌、モラクセラ・カタラーリス、ブドウ球菌属等の一般細菌に加え、マイコプラズマ、クラミジア、レジオネラ等の非定型微生物等が重要視されてきた。近年、マクロライド系やペニシリン系抗生物質に対する耐性肺炎球菌が分離されるようになり、初期治療が奏功せず、難治化あるいは治療の長期化が臨床上問題となってきている。また、歯性感染症の主要原因菌である口腔レンサ球菌においても、マクロライド系抗菌薬の耐性菌が報告されている。

このような状況の中、上記感染症の原因菌に最適なスペクトルを有し、かつ、耐性菌に対しても抗菌活性を示す新規の抗生物質としてケテック錠が発売となった。一般名はテリスロマイシンであり、ケトライド系抗菌薬に分類される。ケトライド系は、マクロライドの化学構造における14員環ラクトンの８位にケトン基を有するためケトライドと称し、１位にアミノブチリダゾール側鎖を有することで標的部位である細菌のリボソームへの結合が増強し、耐性菌に対する抗菌力が認めらている。また、マクロライド系抗菌薬と交叉耐性を示さないという特性も得らている。

テリスロマイシンは気管支、肺、扁桃、洞及び中耳の組織や組織液に移行し、感染部位においての高濃度が達成される。また、現在、呼吸器感染症の重要な原因菌である肺炎球菌やインフルエンザ菌において、テリスロマイシンの耐性菌への効果が期待できる。

主な副作用は、下痢、嘔気・嘔吐、消化不良、腹痛等の消化器症状であり、従来の経口マクロライド剤と同程度であった。適応症は扁桃炎、咽頭炎、咽喉頭炎、急性気管支炎、慢性呼吸器疾患の二次感染、肺炎、副鼻腔炎、歯周組織炎、歯冠周囲炎及び顎炎である。肺炎以外の呼吸器感染症と副鼻腔炎に対する通常の用法は、600㎎（力価）を１日１回、５日間経口投与する。歯周組織炎、歯冠周囲炎及び顎炎には１日１回、３日間経口投与とし、肺炎には症状により１日１回最大７日間まで投与となっており、投与日数に注意を要する。

（薬品情報室　大滝　康一）

輸 血 部 発 ㉞

輸血検査の24時間化と医療者の自覚

昨年来行われている血液型検査に次いで、本年４月から交差適合試験も24時間化される予定です。数多くのドクターから強い要望があった事項で、安全な輸血療法の根幹にも係わることなので、輸血部門の管理者としても喜ばしい次第です。独法化で勤務形態がどの様になるかわからない状況の中、自発的に輸血検査24時間化の実施を決断された技師の皆様には、この場を借りてお礼すると共に、本院職員の範としてさらなる発展を期待しています。

輸血業務24時間化は、平成５年９月に厚生省薬務局から公表された『血液製剤保管管理マニュアル』に行政文書としては初めて記載されたようです（余談ですが、このマニュアル作成委員会には葛西副病院長の名があります）。本文には、輸血部門の業務として、“血液製剤の受け払い、適正な保管管理、在庫・返品管理、輸血に関する諸検査、輸血事故防止に関すること、血液製剤および輸血療法に関する情報提供と適正な輸血の推進”、などの事項が記載され、これらの業務は24時間体制で遂行できるように書かれています。平成11年６月には、『血液製剤の使用指針及び輸血療法の実施に関する指針』が公表され、“輸血検査の経験が豊富な臨床(又は衛生)検査技師が輸血検査業務の指導を行い、さらに輸血検査は検査技師が24時間体制で実施することが望ましい”、とされました。

国は着々と輸血業務の24時間化をすすめてきましたが、皆さんご承知の通り、国立大学病院では遅々として進みませんでした。平成12年、近畿12大学病院におけるABO不適合輸血事故の調査結果が報告され、事故の半数が時間外に研修医によって検査された血液型の間違いに起因することが明らかにされました。日本輸血学会の調査では、市中一般病院の過半数で技師による24時間体制が取られているが、国立大学病院では約３分の１にすぎないことが示されました。このような事態を鑑み、平成13年６月、国立大学医学部附属病院長会議は、「医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて（提言）」の中で輸血業務の24時間化体制の整備を謳いましたが、定員や予算の問題からすぐには整備できませんでした。

幸い当院では自動輸血検査器を購入し昨年から血液型検査の24時間化に踏み切りました。そして、今回交差適合試験の24時間化が開始されます。安全な輸血には技師の24時間検査体制が不可欠という技師さんたちの医療者としての自覚が強くはたらいているものと考えます。各臨床医の先生には、輸血検査のセブンイレブン化が実現したと誤解しないようにお願いします。安全な輸血検査体制が円滑かつ永続的に機能するように、日中にできる輸血検査は輸血専任技師が勤務している日中に提出して下さい。よろしくお願いします。（輸血部副部長　紀野　修一）

よりよい患者サービスを目指して

栄養管理室　**渡　辺　麗　美**

現在、栄養管理室では患者サービスの一環として週に２回の選択食を実施しています。患者さんにすこしでも喜んでいただけるよう、毎日試行錯誤しながら献立内容を考えています。

よく、患者さんから「入院すると食べることだけが楽しみなんだよね。」という言葉をいただくことがあります。入院していない時でさえ、食べるということは人間の最大の楽しみのひとつと言っても過言ではないと思います。ましてや、入院中の患者さんともなれば……。

そんな患者さんの声をもとにした患者サービスの一環として選択食の実施があります。今年より対象食種の幅を広げ、週１回実施だったものを週２回へ回数を増やしましたが、これから回数の方は増やしていく予定です。

今後も患者さんの気持ちが上向きになっていくようなお手伝いができるように室員一同、努力していきたいと考えています。

最後に栄養管理室からのお願いですが、選択食の回答用紙の提出方法、期限を間違えてしまう患者さんがいらっしゃいます。食札の右側赤枠内が選択食の申し込み用紙になっていますので、入院された患者さんに今一度ご説明していただけると幸いです。

Ａ食

Ｂ食

平成15年度　患者数等統計

区分	外来患者数 初診	外来患者数 再診	外来患者数 延患者数	一日平均外来患者数	院外処方箋発行率	紹介率	入院患者延数	一日平均入院患者数	※稼働率	前年度稼働率	平均在院日数（一般病棟）
	人	人	人	人	%	%	人	人	%	%	日
10　月	1,240	22,851	24,091	1,095.1	52.67	50.73	13,034	420.5	69.84	82.70	18.96
11　月	949	19,551	20,500	1,138.9	51.76	52.58	12,562	418.7	69.56	84.78	20.25
12　月	1,052	20,962	22,014	1,158.6	53.29	50.38	12,832	413.9	68.76	81.72	19.82
計	3,241	63,364	66,605	1,130.9	52.57	51.23	38,428	417.7	69.39	83.07	19.68
累　計	10,409	190,702	201,111	1,088.9	50.75	49.47	121,984	443.7	73.71	82.46	20.29
同規模医科大学平均	12,503	165,483	177,986	960.0	63.96	46.97	140,033	509.3	84.37	87.70	22.21

※　本院は現在再開発中である。稼働率は、承認病床数（602床）により算定している。

（医事課）

編集後記

平成16年１月という日々をどのように過ごしたのかあまり覚えていない。病院各部門の多くの人が、こんな短い準備期間で第三者評価＝病院機能評価を受審しなければならないのは「何でだろう」と思いながらもとにかく昼夜を徹した並々ならぬ努力があり、受審することができた。結果はともあれ、病院の医療や看護サービスの質の改善・向上が理念や目標に定められている以上、それは終局的に患者に還元することであり、患者中心の医療が提供されているかどうかをモットーに評価される。受審最終日のサーベーヤからの講評は準備経過の中で私達が感じていたことと一致する点も多い。当院のよい点は維持し更に発展させることと、改善努力が必要と指摘されたところは早速改善の方向に向かっている。病院機能評価受審準備後遺症からもすっきりと脱し、受審したことの意義を受けとめ16年度担当分野の準備にとりかかっている。

（看護部　高橋　陽子）

時事ニュース

１月５日	新病院情報システム稼動
１月８日	禁煙外来開始
１月20日	禁煙に関する講演会
１月25日～27日	病院機能評価訪問審査
２月６日	病院立入検査