



Kindai Hospital Today

金沢大学病院 ニュース



平成14年7月31日発行 金沢大学医学部附属病院 〒920-8641 金沢市宝町13-1 TEL076-265-2000

中央診療棟基本設計決まる!!



地下1階平面図



1階平面図



2階平面図



3階平面図



4階平面図

中央診療棟の基本設計は、各診療部門の設計ヒアリングから始まり約1ヶ月の作業を終え、7月10日の科長会で承認されました。

各部門においては、限られた面積のなかで患者・職員の動線及び効率的な診療業務に配慮した設計を考えました。また、屋上にヘリポートを配置する方向で建設のための諸条件（空域障害物、不時着場、気象データ解析調査等）について調査中です。

中央診療棟の基本設計が決定しましたので、建物の建設に向け実施設計を進めなければなりません。現在、各診療部門の設計ヒアリングを始めており、設計が完了した時点で建物の発注準備にはいります。

副病院院長就任へ挨拶



副病院長 (臨床教育・臨床研究・先進医療及び地域医療支援担当) 利波 紀久

4月より副院長を拝命しました。精一杯務める覚悟しておりますのでよろしくお願ひ致します。小林健一前院長は就任挨拶で5つの目標に向かって邁進する決意を述べられました。2年後の独立法人化への高度先進医療を中心とした対応、新病棟にふさわしい中央診療棟ならびに外来診療棟の設立、2年後に実施される新しい卒後臨床研修の充実、電子カルテ等の活用による事務の効率化、石川県医師会、金沢市医師会とのより密接な連携



副病院長 (診療・安全対策担当) 三輪 晃

病院長のご下命により、診療・安全対策担当の副院長をお引き受けすることになりました。大学病院に課せられた使命は、高度な先進医療の開発・普及そして医療従事者の育成です。昨今の医療は、多発する医療事故で、国民の信頼を裏切っております。失地回復には教育機関でもある大学病院が率先して、ことにあたらねばなりません。医療事故の防止には、医療従事者個々の医療技術の向上と安全確認が基本であり、また施設としても事故を起こさない体系の整備が大切です。本院では、この4月からは「医療安全管理部」が発足し、「リスクマネージャ会議」でインシデントレポートやアクシデントレポートを検討・分析・評価し、安全な医療推進のための方策の検討が進められております。

医療事故とくに訴訟例を分析すると、医療側はその医療行為を説明したつもりでも、患者側は理解していなかったことがよくあります。医療は、患者と医療側の相互理解と信頼のもとに、契約・成立します。病気を治して欲しいとする患者と、その期待に応えんとする医療従事者です。

患者と医者との関係は、つい数年前までは、患者の「病気のことはわかりません。先生にすべてお任せします」の「パターナリズム」でした。この関係は、医療側から患者への一方通行で、意思の疎通を欠きトラブルのもとになりました。今日浸透してきた「インフォームド・コンセント」では、医療側から患者に病気を説明し、処置、手術の説明をし、同意をうけるのです。この対話の中に、患者は医療側の疾病治療への熱意を感じ取り、共通の目的へのパートナーとして、心の通いあつた関係が芽生えるのです。これが、医療を潤滑に進める常道であり、互いの信頼を生む基本であります。さらに進むと、患者さん自身が自分の病状に関心をもち、医師と相談し、医療の選択肢を自分で決定する「インフォームド・チョイス」になります。

医療の中心は患者さんです。患者が、医療事故を望んでいる筈がありません。信頼が生じれば、医療事故防止のための手伝いを患者さんにして貰うことも可能となります。投薬や点滴のミスの1/3は患者誤認が原因です。医療側からだけでなく、医療に参加する患者さんや家族から間違いが指摘され、事故が未然に防がれることもあると思います。確認のために、名前と生年月日を尋ね、カルテと照合するだけで、患者取り違え事故は避けられた筈です。

患者が、自分の病名やこれから受ける検査・治療の目的や意義を十分に知らされずに、医療行為を受けるといふことは、あつてはならないことです。患者さんが望んでいるのは、自分の病気をわかり易く説明してくれ、どうしたら病魔を克服できるかを共に考え、治療を実践してくれる医療なのです。この患者との「親密さを増す会話の技量」は、プロフェッショナルリズムとして、医療従事者それぞれが身につけるべきです。患者さんとの対話のある医療では、医療訴訟や事故は減少するはずで

金沢大学に国立大学初の全科型NST始動

金沢大学病院では、医療のベースは栄養管理との認識から、質の高い医療を効率よく提供するシステムとして本年3月にNST(栄養管理支援チーム)を発足し活動を開始した。

このチームは医師をはじめ栄養士、看護師、薬剤師、事務官から成り、毎週独自の回診及びカンファレンスを行いながら依頼に応じて栄養状態の評価・判定から栄養療法計画実施までを手がける。また、広く院内全職員を対象とした栄養教育を目的とする勉強会も主催し、第1回目の勉強会を4月30日に開催した。当日は栄養学や必要栄養量の算定方法等について、参加した医師やコメディカルスタッフの熱心に聞き入る姿が見られ、職種間の垣根を越えた、まさにチーム医療の実践さながらの画期的な研修の場となった。

NSTは更に今後、褥瘡における栄養管理や地域連携も視野に入れた活動を展開する予定であり、在院日数の短縮化と医療費の節減及び患者様のQOLに貢献したいとしている。

(文責：栄養管理室 大谷)

表彰・受賞状況

社団法人	日本放射線技術学会	技術奨励賞 (計測分野)	放射線部	飯田 泰治	14.4.5
社団法人	日本放射線技術学会	技術奨励賞 (防護分野)	放射線部	飯田 泰治	14.4.6
石川県病院協会	研究奨励賞		看護部	東脇 秀樹	14.5.18
社団法人	石川県放射線技師会	学術奨励賞	放射線部	木津 寛人	14.5.26
社団法人	石川県放射線技師会	永年表彰	放射線部	高 悦 郎	14.5.26



基本方針

質の高い医療と、手厚い看護を!!

経営企画室



副院長 (病院経営改善担当) 富田 勝郎

金沢大学病院は「特定機能病院」らしい〜

わが金大病院はまたある病院群の中でも最高ランクである「特定機能病院」の指定を受けているのです。すなわち「高度な医療機能を発揮できる能力のある病院」として特定され、その能力に応じた報酬が受けられるよう配慮されている病院」なのです。最高の医療、最先端医療を行っているという使命感を持って患者さんの治療にあたりましょう。

大学病院は「独立行政法人化」に向かっているという感じが！

そのとおり。2年後(平成16年)から始まる予定です。そこで今のうちから、経済的にも自立できるような病院経営の対策を考えていかないと間に合わないのです。

なぜ「平均在院日数の短縮」を強く求めるようになったのですか？

すなわち「大学病院は多くの患者に高度医療のチャンスが与えられるよう医療供給体制の機能分化を目指さない。高度医療が終わり、療養に入る患者さんは速やかに関連の病院、医院に紹介しなさい。」との指導を受けています。実際にそれを推進するように特定機能病院では、入院期間を短くしてベッドの回転をよくすればするほど収入が上がるような医療体系に仕組んであります。

「看護体制を2.5:1から2:1」しなければ、という声がよく聞こえますが？

実は一方で「質の高い医療、手厚い看護体制で臨んでほしい」という方向もあります。そして病院の看護体制を2.5:1(患者2.5人にナース1人)から2:1にすると収入も飛躍的にあがるように医療保険点数が仕組みされているのです。いま金大病院は2.5:1の看護体制(II群の2)ですが、より高度な医療を遂行するために2:1(I群の1)にしたいと努力している最中です。「なにしろ看護師さん(まだ耳になじみませんか)があと数名足りなくて困っているんです、いっそベッド稼働率がもうすこし下がってこれれば今のナースの数でもそのまま2:1看護

「あと2.6日平均在院日数の短縮」にご協力を!!
看護師をあとほんの数名募集! だれかいないかしら?!

特定機能病院入院基本料の比較

算定基準	14日以内			15日以上30日以内			31日以上179日以内						
	1群1 (平均在院日数28日以内) (看護比率2:1)	1,721点	1,416点	1,416点	1,209点	II群1 (平均在院日数29日以上) (看護比率2:1)	1,616点	1,411点	1,244点	II群2 (平均在院日数29日以上) (看護比率2.5:1) (看護補助加算10:1)	1,594点	1,389点	1,222点
目標													
皆さんの努力													
金大病院の現状													
I群1とII群2の差		127点	27点		-13点								

以前からの「ベッド稼働率をあげよう!」はどうなったのですか?
病院長が「平均在院日数の短縮」を強く打ち出しました。

経営企画室からみなさんへのメッセージと、疑問へのお答え
私たち経営企画室メンバーは病院全体の経営がうまくいくよう、職員の皆さんの意見をたよりに無知無慮を絞っているシロウト集団です。目下、「平均在院日数の短縮」「患者紹介率の向上」「医療費抑制」「非常勤職員経費の支出抑制」に取り組んだところです。
これを読んでいるあなた様も明日、急に病院長から「病院のためのメンバーの一人となってボランティア活動してくれたまえ」と甘い言葉とほてい様のような笑顔で頼まれるかもしれません。期待しててください。

「30.6日」です。信じられませんが、これは全国42の国立大学病院の中で最下位なのです。大いにプライドが傷つけられませんか。あと少しの努力をいただき、運くとも今年度中には28日以内のグループ(I群)に入りたいのです。
平均在院日数の短縮: 具体的にどうすればよいのですか?
どうすれば平均在院日数を短縮できるか、に答えるため、優秀な成績の大学病院の実情を調査したり、全科・全病棟のヒアリングを行ったりして、お知恵をいただきました。その結果として代表的なアイデアを下の表にまとめてありますので是非ご協力をおねがいいたします。

最後に
そういうわけで職員皆さん、経営企画室というのはただやみくもに「稼げ! 働け! 儲けろ!」と連呼しているところではありません。経営に理解と協力を願っていますが、医療の本質を見失わず目の前の患者さんへの「質の高い医療と手厚い看護!」を第一に考えて医療に従事してほしいと願っています。あまり無理して医療事故をおこしたりあなたの体調を悪くしたりしないよう、これが本心であり願いです。(文責: 富田)

「平均在院日数の短縮」

~病院経営改善についての検討報告~

《平均在院日数の短縮に向け直ちに実行してほしいもの》

- ・化学療法治療患者の一時退院を促進
 - ① 外来化学療法が可能な場合は極力外来で実施する。
 - ② 入院患者に化学療法を実施している場合、治療終了時に患者の症状が安定し自宅療養が可能な期間は、患者に治療方針を説明の上、次回の化学療法開始までの期間は、退院していただく。なお、次回入院のベッドは確保し患者には迷惑を掛けないようにする。
- ・早期退院の促進

長期入院患者(180日以上)には、長期療養病院等への転院を促進すること、及び患者には退院ができる状態になり次第退院していただくよう強く協力をお願いする。なお、退院日については、土曜日・日曜日・祝日及び休日は医師、看護師、事務の勤務者が少ないので極力避けていただき、月曜日から金曜日の間の退院に協力してもらう。
- ・他の病院、診療所との医療連携の強化

特定機能病院の本院は、高度医療の提供、医療供給体制の機能分化・機能強化の推進の見地から、他の医療機関から紹介患者を受入れ診療を行い、本院での患者の治療が終了した後は、すみやかに紹介された医療機関へ転院してもらうなど、医療連携の強化を図る。
- ・入院後の検査・画像診断等の効率的な実施と手術予約について検討

入院後の検査、画像診断に待ち期間がかかっていることから、入院期間が長期化する状況となっている。各診療科には、入院後の検査等を効率的に実施できるシステムを検討していただきたい。

また、手術の申し込み件数が多く手術室の調整が難しいことから、手術予約は早い時期にすることとなっているが、このシステムでは入院期間の長期化につながっていることから、手術予約のあり方について検討を願いたい。
- ・クリティカルパスの積極的導入

クリティカルパスは診療過程の効率化を高めることから、短縮対策として有効と考えられるので、各診療科ではクリティカルパスの導入を積極的に推進していただきたい。

《平均在院日数の短縮に向け今後の検討を要するもの》

- ・MRI撮影、血管造影撮影の待ち期間の短縮
- ・外来の化学療法治療施設の充実
- ・他の病院、診療所との医療連携の推進

(文責: 経営企画室 中野)

「医療費抑制」

~これまでの“常識”が、常識でなくなった~

1. クスリを使えば使うほど、病院は損をする。
購入価格と保険請求価格(薬価)の差(いわゆる、薬価差益)が病院の収入源となったのは、もう昔の話。
保管用の冷蔵庫購入費とその維持費や破損分を考えると、クスリからのもうけはほとんどありません。
逆に、外来患者(院内分)に対しては、7種類以上の内服薬を処方すると、クスリの保険請求率が10%カットされます。現在、院内処方の方(高齢患者、神経精神系疾患患者など)の処方薬の種類が多さを考えると、クラクラします。細かい話ですが、クスリの袋の費用(約10円/枚)だって、バカになりません。また、院外処方の場合、やはり7種類以上の内服薬を処方すると、一回の処方について130円(42点から29点に減額)のマイナスになります。つまり、クスリを使えば使うほど、病院は損することになるわけです。
そこで、ドクターの皆さんにお願いです。処方内容を見直してみてください。勇気を持って、投与する必要がどうか迷うクスリは、処方から削りましょう。
2. 点滴の“おとも”とサヨナラ
新病棟のスタッフ・ステーションでナースが注射薬をセットしている場面で驚きました。強ミノ、アデラピン、タチオン、パントールって、点滴の“おとも”なんですね。当たり前のように、点滴バックに寄り添っています。
ドクターは、「強ミノとかタチオンって、配合変化が多いことを知らないのかな?」「パントールの成分がマルチ・ビタミンに含まれているの知らないのかな?」と、素朴な疑問を持ちました。水溶液状態は、化学変化が進みます。これ、常識です。混合する薬剤が増えれば増えるほど複雑になり、重要な薬剤が分解せずに体内に注入されるかどうか自信を持って答えできません。
点滴バックに混合するナースの努力、そのために使用するディスポ・シリンジ費用、そして、配合変化のために投与する意味がなくなる危険性を考えた場合、点滴に“おとも”は不要でしょうか? これを機会に、点滴の“おとも”とお別れしましょう。
3. 「不要なクスリなんてない!」とおっしゃるアナタに
「不要なクスリなんてない!」とおっしゃる方には、次のようにお答えしましょう。
「より必要なクスリを使うために、大切なお金を回しましょう」と.....
(文責: 薬剤部 古川)



只今、経営企画室会議中!

本院職員はタバコ対策に積極的

「喫煙に関する意識調査」の結果から

大学病院の使命は、単に診療・教育・研究を行なうことではなく、診療・教育・研究を通じて社会に貢献すること、および社会的活動を通じた社会貢献を行なうことである。多くの当院職員が、現代組織マネジメントの大原則に合致したこのような考えを持っている事実を、2002年2月に当院で行なわれた「喫煙に関する意識調査」から垣間見ることが出来ます。「病院はタバコの害についての情報発信基地となるべきだと思いますか?」という質問に対し、実に93%が「そう思う」または「どちらかと言えそう思う」と回答したのです。

「単なる模範生の回答じゃないの?」いいえ、そうではありません。他にも例えば、「病院の禁煙・分煙について」は、先進各国では常識の「全面禁煙とすべき」が32%に上りました(表1)。特に、最も意識の高いタバコを吸わない医師では、実に48%が病院は全面禁煙とすべきとしています。「病院におけるタバコ販売」については、これも世界的常識である「行なうべきでない」の30%(非喫煙医師では49%)をはじめ、「入院患者のみ対面販売のみとすべき」および「対面販売のみとすべき」が併せて17%など、現状の自販機による販売を問題と考える職員が64%を占めました(表2)。さらに、「病院職員の喫煙についてどう考えますか?」という質問に対しては、これも世界保健機構(WHO)の勧告する「病院職員はタバコを吸うべきでない」を選択した職員が37%(非喫煙医師では44%)、「医療職は吸うべきでない」と併せると実に50%に上りました。(表3)。

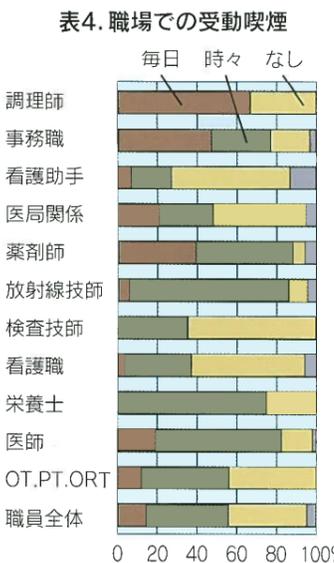
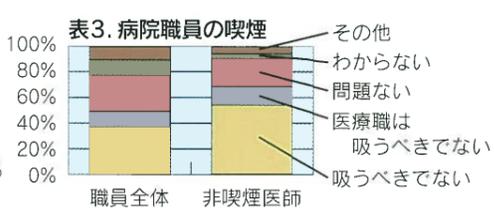
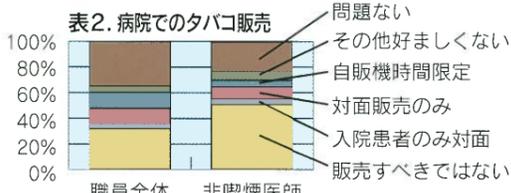
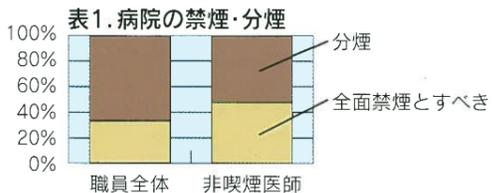
職員の喫煙率も同様です。当院の医師の喫煙率15%は、2000年の日本医師会調査(性別により調整)の25%の3分の2、さらに看護職の喫煙率9%は、2001年の日本看護協会調査26%の約3分の1でした。喫煙の害に関する知識も、各種のがんや呼吸器疾患、脳卒中、心臓病の原因となることはもちろん、一般にはストレスを解消すると誤解されている喫煙が、逆にうつ病や不安神経症の原因となり、自殺者の増加につながることを多くの職員が知っていました。2年後の独立行政法人化や医師の卒後臨床研修必修化を控え、このように当院職員のプロ意識の高さが示されたことは、非常に明るいニュースと言えるでしょう。

一方、今後改善に向けた努力が求められる問題点もいくつか明らかになりました。受動喫煙(他人のタバコの煙を吸い込むこと)が肺がんや気管支炎、喘息の原因となることは8割以上の職員が知っていましたが、心臓病の原因となることを知っている職員は70%、子どもの肺炎は62%、乳幼児突然死症候群は48%、子どもの中耳炎は僅か19%しか、受動喫煙によって起こることを知りませんでした。

これと関連して、職場(すなわち当病院!)で「毎日受動喫煙に晒されている」職員が平均すると14%、「ときどき晒されている」と併せると実に55%が、職場で受動喫煙の被害に遭っています。医師や医局関係者でも約2割が毎日受動喫煙に晒されていますので、研究室や医局での禁煙・分煙が遅れていることが解ります。受動喫煙は「スモーク・ハラスメント(モクハラ!)」とも呼ばれ、当然ゼロを目標として改善努力を続ける必要があります。

具体的には、各部署で空間的に禁煙・分煙対策を見直す他、職員個人の禁煙を周囲が温かくサポートする文化の醸成が望まれます。喫煙の本質はニコチンに対する依存ですから、喫煙者も被害者なのです。

日本病院機能評価機構の審査基準でも厳しいタバコ対策が課せられ、また東北大学医学部、および和歌山県立医科大学附属病院では、今年の4月より全面禁煙に踏み切りました。このような中、職員の高い使命感は当院の誇りであると思います。今後も、当院のタバコ対策への積極的・自主的な御参加をお願い申し上げます。(担当部署 病院総務課庶務係 内線2057)



ミッキー&ミニーがやって来た

今から4年前、難病でお亡くなりになったA君のご両親が、病気に負けずにがんばっている病棟の子どもたちのために、ミッキー&ミニーに来てもらえないかと、ディズニーの国に手紙を送りました。そして、4年という時は流れましたが、ミッキー&ミニーは約束を忘れずにやって来てくれました。平成14年4月21日(日曜日)、この日は小児科病棟にとって忘れられない日となりました。当日は、子どもたちと母親たちによる手作りの飾り付けでミッキー&ミニーを歓迎しました。我々医療スタッフも、子どもたちの夢の時間を安全に楽しく過ごせるよう準備、運営に大忙しでした。子どもたちのもてなしにミッキー&ミニーは大変喜んでくれました。そして、ミッキー&ミニーからは、素敵な踊りと子どもひとりひとりに友情の印である握手とキスがプレゼントされました。握手されキスされたときの子どもたちの笑顔、照れた表情は、宝石のように輝いていました。30分という時間はあっという間でしたが、夢と希望をもらったかけがえのない時間でした。最後に、この素敵な時間をプレゼントして下さったA君のご両親に感謝いたします。



編集後記

『ハードからソフトへ』
昨年秋に新病棟が完成し、今号でお知らせした様に中央診療棟の概略も決定致しました。事実上日本一新しく近代的な大学病院となりました。ハードはできました。次は日本一の大学病院に恥じないソフトの充実が肝要かと存じます。

独法化もやって来ます。この新病棟・新中央診療棟の建立を機に、当編集部としては、改めて患者さんの立場に立った医療を目指し、個々の職員の方々に何が出来るかを考えて頂く材料を提供する。そんなお手伝いをさせて頂きたく存じます。御意見、御質問等をお寄せ下さい。

富田勝郎・岡田俊英