

名 大 病 院

かわらばん

KAWARA-BAN

新年挨拶

病院長 井口 昭久

新年あけましておめでとうございます。法人化して2年が経とうとしております。皆さんのおかげで何とか昨年はやってきました。ありがとうございました。

私が院長になった時の私の置かれている状況を漫画家に説明すると、ここにあるような漫画を描いてくれました。さすがにプロであり、説明しなくても見れば分かるようになっていました。



図1

それから2年、次第に状況は変わりつつあります。図1に示す、大学を背負っていることには変わりはありませんが、大学法人は病院の実力を認めざる得なくなっています。図2に示すように浮いた存在ではなくなっているように自分では思っています。何の権限もないまま苦情と要望だけが私のところへ届く仕組みでした。今でも基本的には何も変わっていませんが、病院長の裁量を次第に広げることができる雰囲気にはなってきました。

患者さんたちはより長く生きようになりましたが、病状は複雑になってきています。イギリスにおける調査では医者自らの自殺率は同業の職業の人の3倍であるそうです。死にたくなるほどの職業になってしまったそうです。アメリカから「ナースがいなくなる」という本が出ました。先をいくアメリカを見習い見習いしながらあとを追ってきた日本であります。アメリカの医療が壊れたらどうしようと思いつつながらその本を読み進めばアメリカの看護師の疲労は甚だしく辞めたい人が40%。自分の子供は看護師にしたいく



図2

ない、と考えているという衝撃のレポートでありました。これは全てアメリカでの調査結果ですが、何とも日本によく似た状況でありました。その本の中で以下に記す一文がありました。私は感激しました。それを紹介します。「看護師さん本人は、もう一度チャンスが与えられるなら、しぶしぶではあるが、再び看護の道を選ぼう。何故なら看護を捨てることなんてとてもできない瞬間があるからだ、と言っている。」



以前といっても1年前までは提案書の内容は読むに耐えない悪意に満ちたものばかりで、私は読むのが苦痛でありました。しかし最近の投書には、中には感謝の気持ちが綴られているのが混じるようになってきました。最近の投書から、例えば「長い間、40年程診療を受けほとんどの科に診ていただきました。現在先生方の対応はよくなり、昔では考えられなかったです」また昔は書き方に悪意が感じられるものが多かったのですが、最近では一緒に病院を良くしていきたいと思いますものも増えているように思えます。中には「院長の本拝読しました。面白かったです」というような私にとって嬉しいものも含まれていました。

図3

今年も宜しくお願いします(図3)。



目 次

新年の挨拶(井口病院長)	1
(杉浦理事・中川副病院長)	2
平成18年度予算について(管理課)	3
防災訓練について(救急部 高橋助教授)	4
救命救急(実践編)について(救急部 福岡助手)	5
研修医の講演会について(総合医学教育センター 植村教授)	6
職員レクについて(総務課 職員掛)	7

患者さん苦情について(医事課 患者サービス掛)	8
健康講座(循環器内科 室原教授)	9
新中央診療棟記者発表について	10
病院長・病棟サントクロース記事	10
医療経営管理部だより(医療経営管理部)	11
人事異動(総務課)	13
編集後記(中島教授)	14

謹賀新年

新年おめでとうございます。

今年は丙戌の年です。戌の戌は刃物で作物をまとめて刈り取る意と言われます。これは名古屋大学附属病院にはふさわしい言葉に思われます。昨年一年間の附属病院の教職員の方々の努力がいよいよ収穫にはいると言うことを暗示させます。昨年は法人化一年目という事で決算がどのように行われ今後どうなっていくか、誰も見当がつかない状況での努力でありました。そのような中で附属病院に大きな混乱もなく、着実に発展を続けていただいていることに心より感謝いたします。

まだ法人化二年目で私も理事の1人として名古屋大学も附属病院と同様に暗中模索でやってきました。しかし少なくとも病院のいろいろな指標で見ると、平成16年より平成17年は全ての面で一歩前進したと思います。その分教職員の方々の負担が増加したという声もありますが、大学執行部の中での附属病院に対する理解は格段に進み、大学の中での附属病院の位置が正しく認識されるようになってきたことは間違いありません。病院の発展なしには大学の新たな展開は考えられません。このような理解が進むにつれ、遅くない時期に多くの物事は病院長の裁量としてできるようにしようとの考えがはつきりしてきました。まだ事務を含む本部の頭の切り替えには時間がかかるかもしれませんが、間違いなく伸展すると思います。

また3年がかりで工事をしてきた中央診療棟が完成し、一部年明けから稼働することができるようになりました。診療の一層の充実を期待します。新年早々新しいところで仕事ができるようになった事は、年末に思わぬ引っ越しの苦勞をしたかもしれませんが、実にすがすがし仕事始めであったと思います。職員の皆様は是非新

名古屋大学理事・副総長 杉浦 康夫

しい気持ちで、新しい器の中で精一杯、楽しい気持ちで働いてしていただける事を期待します。この中央診療棟には最新の医療機器を備えるばかりでなく、将来の附属病院の医療を支える様々な設備、センターなどが設置されています。大いに活用しまさに診療の中心とされるよう期待したいと思います。

更に昨年度末の18年度予算で新外来棟の建設が認められ、実施設計を始めることになりました。これも今年の明るいニュースの一つであります。中央診療棟の機能とそれを補完する外来棟の建設は30年後の名古屋大学の医療レベルを決すると言っても過言ではありません。

これまでの数年間は法人化を挟み、病院経営を如何にするのかという話題が中心で、あまり明るい話がなくて何となく憂鬱になるような話ばかり続いてきました。その中でランドデザインの策定は一つの方向を決める重要な物差しです。しかし法人化に移行する過程で必ずしもランドデザインに描いたほど大学と附属病院に自由度は与えられず、ある意味では絵に描いた餅になってしまいました。大学病院は社会に高度な医療を提供するばかりか、高度先進医療を支える医学研究・教育を行い若い医師を育てる所でもあります。是非、今年こそはランドデザインに基づき、その目的の一部の実現でもできるように努力したいと思います。



新年のご挨拶

新年明けましておめでとうございます。念頭にあらりご挨拶を申し上げます。

昨年を振り返ってみますと、いつもの年と比べてさらに早く時間が過ぎてしまった年でありました。社会の動きと同調するように病院にも多くの出来事がありました。その中でも特記すべきは新中診療棟の完成でした。新中診療棟の完成から稼働に向けた準備と年末の移転作業に関わって下さった皆様のご苦勞に感謝いたします。看護部関係ではICU、手術室、材料部が移転しましたが、どちらも大所帯の部署であり看護師長をはじめスタッフは目の回る思いをしたに違いありません。この新しく美しい環境と最新の機器が整備された施設を味方にして業務改善の機会としなければならないと考えます。ついでに看護部管理室も移転をしました。7階に広いスペースを頂き、今までとは大違いの明るく見晴らしの良い環境になりました。まだ物の整理が追いつかない状態ですが是非皆様遠慮なくお尋ねください。何といっても無事に移転できたことはうれしいことでした。

さらに昨年末はうれしいことが重なりました。大雪の降った12月22日、帰路も心配になります20時ごろに会議が終了し、冷える廊下を走って部屋に帰りました。そこに、松川事務部長と青山管理課長がビッグニュースを持って待っててくださいました。「外来棟建設の予算内示があった」というのです。ほんとうにうれしい話で感激をしました。老朽化が進んだ今の外来棟ではどのように手を入れても患者さんや職員の要求に応えることはできません。病院再整備の一環としての外来棟建設が実現してこそ病棟も新中診療棟も活きるのです。ここまで漕ぎつけるために努力された病院長や事務の方々と喜びを分かち合いたいと思います。

もう1つ、毎年年末は退職者の確認をします。私は看護部長として退職を申し出たスタッフ一人一人と可能な限り面談をいたしました。退職の理由は、転職、結婚・育児、留学等いろいろですが、中には心身とも

かわらば 2

副病院長 中川 三千代

に疲れてこの場から離れたいというもあります。誰でも長い人生の中で必ず「選択」をしなければならぬ時があるものですが、少なくとも敗北感や自責の念をもって辞めていくことは避けたい。名大病院で働いた経験を自信に、誇りを持って前向きに次の選択に向けて羽ばたいて欲しいと思う。そして、私が必ず質問する

ことは、「看護師として患者さんとの触れ合いの中で看護の素晴らしさを経験してくれたらどうか」、ということです。全ての看護師が、患者さんとの関わりの中で感動し或いは心に痛みを感じながらも看護する者の喜びを確かに経験し、自身の学びとしていることに私は慰められました。ここ数年の病院の急激な変化は、医療現場の職員への負荷となって影響してきました。国立大学法人化という組織変化も影響と考えられますが、退職者が増加し平成15年度は退職率16%、16年度は14%と増加しました。多すぎる新人を抱えては安全・安心な大学病院の医療レベルを保つことはできません。そこで看護部では、今年度は退職率を12%に引き下げようと目標を掲げてがんばって参りました。はたして退職の申し出を締め切った12月末現在、10%を切る見通しができたのです。看護部全体の取り組みが雪崩しきに退職を誘う例年の状況を押し留めてくれたのだと思います。

このような昨年の蓄積を力にして新年度も皆様と共に名大病院の発展に寄与したいと思います。と、言うところで気がつきました。私は3月までの任期でした。3月までよろしくお願い申し上げます。



平成18年度 概算要求内示(医学部附属病院関連)について

管理課

【施設整備補助金等】

外来診療棟(軸I) 2,040m²

<R3—1 全体面積16,980m²>

【特別教育研究経費】

1) 研究推進費

トランスレーショナルリサーチとしての先端医療用マテリアル開発・供給システム構築
のための戦略的推進研究(5-2)

(内示額) 57,996千円

2) 特別支援事業経費

○医療機械設備

・医療情報ネットワーク機器(第5時電算導入一時経費)

○その他

・卒後臨床必修化に伴う研修経費 (内示額) 25,794千円

・小児医療等特別支援経費<新規> (内示額) 59,340千円

・専門医研修対応経費<新規> (内示額) 41,022千円

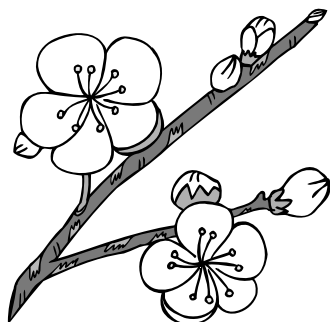
【病院特別医療機械設備】(財投設備)

(内示額) 3,364,035千円

(設備名)

- ・磁気共鳴断層診断システム
- ・マルチスライスCT診断システム
- ・核医学診断システム
- ・生理検査統合システム
- ・超音波診断装置(超音波内視鏡付)
- ・救急患者診断治療総合管理システム
- ・遺伝子・染色体検査システム
- ・次世代高度生殖医療システム
- ・移植及び細胞療法支援システム
- ・ライナック
- ・生体内微量成分分析システム
- ・緊急検査システム
- ・免疫血清・感染症血清関連システム

病院特別医療機械設備(財投設備)についての予算内示額は、財政投融资借入限度額を示す。



防災訓練について

救急部 高橋 英夫

はじめに

東海地方では海溝型巨大地震である東海地震、東南海地震が100～150年の周期で発生する。巨大地震発生時には数十万件以上の建物の倒壊、家屋の倒壊がない場合でも屋内で家具の転倒・移動のため人体への直撃による外傷の発生、火災の発生、海岸部・河川近傍では津波等による大規模災害の発生が考えられる。

特に東海地震はいつ何時発生してもおかしくない状況にある。名古屋大学医学部及び医学部附属病院の防災マニュアルには、注意情報の発令時、警戒宣言発令時、発災時の3段階に分け、時間内・外での対応をまとめているが（現在改訂中）、地震予知の実現可能性には疑問が残るため、現実には突然発生した大地震に対応をせざるを得ない状況に遭遇する可能性が高い。従って我々は巨大地震の危険に晒されていることを常に認識して、発災時には適切な対応が取れる準備を怠らないことが肝要である。

防災訓練の想定および訓練の概要

平成17年11月25日昼間診療時間内に、愛知県全域に震度6の地震が直撃し、基本的病院機能は温存されたが地域では相当の被害（家屋の損壊等多数の負傷者の発生、交通機関、通信、各種ライフラインの被害）が発生したとの想定のもとに防災訓練が実施された。災害対策本部を病棟南側に設営し（免震構造の新中央診療棟が完成後には、対策本部はそこに設置される）、本部長の指示のもと特定の機能別に構成された「班」が業務を円滑に遂行することが出来るか否かを確認するのが訓練の目的である。

具体的には、発災直後に各班長は災害対策本部に集合し、本部長は収集された情報に基づいて指示を出す。まず外来・病棟での被災状況の確認のため（チェックリストを使用）情報収集班が各部署を廻って情報収集を行ない、本部に報告する。同時に、院外からの負傷者に対応するため、施設工作班は病棟南側に簡易テントを設営する。この場所がトリアージ（患者の生存可能性に応じた選別）を行ったり、初期治療を提供するセクションとなる。この医療サービスは、トリアージは救急部スタッフが、初期治療は院内の各診療科医療スタッフから構成される医療班（普通班と特殊班）により実施される。物品の搬送等は薬剤に関しては薬

剤部が、医療材料等の資材は資材調達班が担当する。上述の収集されたデータに基づき、病棟等に援助、救助を必要とする状況が発生した場合には必要な人材を派遣する。現場での詳しい情報収集の本部へのフィードバックは、トランシーバーを介して行なわれ、本年度は2病棟で予定のシナリオに基づく救助訓練と、放射線部で想定外の被害が発生したとの情報に対し、医療スタッフおよび支援スタッフが適切に派遣できるかを検証した。院外からの負傷者への対応訓練は、メーカーや包帯等によるシミュレーション患者を作成し、重症度によるトリアージ訓練をSTART(Simple Triage And Rapid Treatment)システムを用いて実施した。各模擬患者には患者の状態およびバイタル・サインを記載したゼッケンを持たせ、その情報および演技に基づいてトリアージを行ない、テントでは医療班による模擬診療を行なった。被災後の病院機能の保持のためには、エネルギーセンターを中心としたライフラインのチェック、給食、各種の物品調達等が必要不可欠であり、これに関してもチェックリスト等を用いた模擬訓練を実施した。

最後に井口病院長からの講評では、過去数年前の訓練と比較すると改善は認められるものの、更なる努力が必要であることが指摘された。特に反省点は、情報管理でのコミュニケーションの問題や、物品管理、多数の傷病者が来院した場合（名大病院は耐震、免震構造で被害が小さく、病院機能が保持される確率が高い）の対応等に改善の余地が残されている。

大規模災害に於ける管理システムは、対策本部（司令官）を中心に、医療サービス部門（トリアージ、移送、治療）、指令管理部門（災害対策計画案の策定、市民への情報提供、安全確保、リエゾン）、物品管理（医療品の供給、コミュニケーション、施設管理、セキュリティ）の部門で構成され、本部はこれらを有機的に運営することが求められる。

震度5以上の発災時には2km以内、徒歩30分圏内に居住する病院職員は出勤することになっており、集合したこれらのスタッフを最低3日間運用して、効率的に救援活動に当たるためには、各個人の努力・使命感に依存するだけでなく、大規模災害に対する本部の管理システム構築に関する検討が必要と考えられる。



救命救急：実践編 そこへつながるプロフェッショナリズム

救急部 福岡 敏雄

医師になったとき、役に立つ医者になろうと思った。卒業して3年目、大阪府立病院の麻酔科・ICUに就職して院内の急変時に呼ばれる立場になった。

検査中に急変した、新生児の呼吸が止まった、病棟で心停止となった、何度か呼ばれるうちに、とにかくそこにいるスタッフでそこにある器材で頑張ることを憶えた。人に助けられて感謝したり、各病棟や各診療科での違いにとまどったり、自分の足りない点に気づかされたり。決して急変時に怒ってはだめ、みんなが集まり集まった人が上手に動けるようにしないとだめ、上級医が加わったら混乱を避けるために少しくらいの矛盾には目をつぶりとりあえずその指示に従う、などたくさんのことを学んだ。

その翌年、岡山県の倉敷中央病院の循環器内科に就職した。しばらくして病棟の急変に遭遇した。型どおりのことを行おうとしたら、なかなか器材が来ない。挿管しようと喉頭展開して気管チューブをもらおうとしたらそれを持っていた看護師がチューブごといなくなる。すぐもう一本チューブを出して挿管し事なきを得たが、本当にとまどった。

自分の職場なので何とかしたいと思った。そのことを、病棟の婦長に話した。コアとなる看護師とも話した。みんな何となく急変の対応をもっと改善させたいと思っていた。だったら蘇生の訓練をしよう！という話が持ち上がった。

急性心筋梗塞の患者が個室から大部屋に移ったときに、婦長がその個室からナースコールを押し急変を伝える、コールを受けた看護師が病室に急行する。さて、ちゃんと対応できたか、器材をちゃんと持ってきたか、緊急カートにちゃんと器材が乗っているか、婦長がチェックを行う。

こんなことを何度か行った。また蘇生に関する学習会を行ったり、急変した事例とその対応を振り返ったり、いくつかの作業を平行して行った。急性心筋梗塞後の患者の心電図モニターが心室頻拍様になり看護師が大騒ぎで病棟中を探し回ったら、患者は病棟自由となっていてモニターをつけたまま洗面所で歯磨きをしていたという笑い話もあったりした。「心電図モニター電極を肩につけるなよ」といいながら、でも、モニターが変わった瞬間、アラームが鳴った瞬間、みんなが反応したということが、この「笑い話」におかしさ以上の意味を加えていた。何度か急変に遭遇しながら器材の準備の的確さや素早さが変わっていたと感じられるようになった。

ある時、急変で呼ばれた。心臓外科術後の患者が急変したという。病棟についたときには、看護師で蘇生は始められていた。命をつないで重症室で管理を始め落ち着いた。ふと、最初に発見した看護師が話しかけてきた。

「先生、わたし教えられたとおりマウスツウマウスしちゃいましたよ。ちょっと待ったら、アンビュ（バグバルブマスク）が来たのに。笑っちゃいますよね。」彼女は蘇生用の器材がすぐくるのに、ついバリアもなくマウスツウマウスをしてしまった自分自身を笑っていた。わたしは、とても軽くなる気持ちを隠しながら、「両方やった方がいいんだけど、バリアがないのなら、とりあえず心臓マッサージだけでもはじめておけばいいんだよ。」と応じた。

果たして、その患者は回復し歩いて退院した。看護



師もニコニコしながら元気に回復したことを喜んでいて。あれから15年。病棟でナースコールを鳴らす蘇生訓練を思いついた婦長は倉敷中央病院の看護部長になり、「あのころは楽しかった！」と振り返っている。

わたしは平成14年から15年にかけて国立名古屋病院（現：名古屋医療センター）へ半年間お世話になり、またこちらに再就職した。この病院の院内教育のワーキンググループの一員として、蘇生に関連した企画を行ってきた。そして、平成17年9月から実際の現場で想定される状況をシミュレーションする企画を「実践編」と銘打って始めている。このような機会がその現場の蘇生に限らない急変時の対応を見直す機会となるとよいと思っている。

シミュレーションは探索的な迷いやその場での改善などを容認する学習機会である。実際に今までの中でも、酸素ボンベに酸素チューブがついていないといざとなったときに酸素投与ができない、器材を要求する場合にはどこに何があるのかを大まかに把握しておく必要がある、倒れたところに遭遇してすぐ横にAEDがあった場合には意識・呼吸・循環のないことを確認したらすぐAEDを装着する、などいろいろなことが確認できた。

会の手法として蘇生するグループを参加者や見学者が取り囲むという、金魚鉢方式（Fish bowl model）を用いている。会の中で繰り返し行うことで、グループ同士がお互いの改善点を共有することができる。自分たちの手順の改善点にも気付くことができる。見学者は、実際にグループが改善したり工夫したりするのに加えて、少し手間取ったりすることを第3者の立場で見られる。自分の知識や技術を確認したり、自分が遭遇すると想定される状況に思いをはせたり、様々な刺激を受けられる。

これからも、同様の企画を続けてゆく予定である。

以下に今までの記録を示す。

- 第1回 放射線部（BLS AED ACLS）
- 第2回 リハビリテーション部（BLS AED）
- 第3回 心電図室（BLS AED）

番外 病院玄関（救急外来勉強会）（BLS AED ACLS）

患者につながると思えるものには、プロとしての学習意欲がわく。その学習意欲を持ち続けられれば、スキルアップにつながられる。スキルアップが続けられれば、そんなスタッフの働くこの病院は、自ずとよくなるのだろう。

研修医のための講演会

総合医学教育センター 植村 和正

卒後臨床研修センター（総合医学教育センター）では、名大病院研修医の日常の診療や研修に役立てるために、特に研修医にとって遭遇する頻度が高い分野を中心に、初期臨床研修に必要な知識や技能を学ぶための講演会を本年度より開催してきています。臨床教育に秀でた先生方の講演からは、明日にも役立つ知識を得ることができるでしょうし、また、研修医にとってのロールモデルに出会うことも期待されます。いずれも参加は自由で、当院研修医だけでなく、他院の研修医や指導医、また学生の参加も歓迎しています。本年度はすでに4回の講演会およびワークショップを開催しましたのでご報告いたします。

1. 「知っておいてほしい皮膚診療の基本」

第1回は講師に石岡平本皮膚科医院院長の平本力先生をお招きして、6月5日(日) 10時～16時まで行いました。将来どの科に進むにしても、「最低限必要な皮膚科診療の知識」を学びました。Care Netでも有名な平本先生の講義ですが、直に聴く講義は参加者にとってきわめて刺激的で時間の経つのも忘れるほどでした。参加者は74名で、そのうち研修医が33名、医師21名、看護師1名、学生が12名でした（不明7名）。アンケート結果からはほとんどの参加者に大変好評でした。

2. 「実戦整形外科的外傷学」

第2回は、講師に西伊豆病院院長の仲田和正先生をお招きして、7月10日(日) 13時～17時30分まで行い、約100名の方が聴講しました。特に救急外来でよく出会う外傷性疾患について、実際の症例をもとに実戦的に知識が身につけられるように工夫された講演でした。研修医の感想によれば、「仲田先生の講義は我々の要望に見事に応えてくれる、正に痒いところに手が届く内容でした。整形プライマリケアの伝道師、仲田先生のライブ講義の醍醐味を十分に味わいながら、4時間半はあっという間に過ぎ、大満足の内容でした」とのことです。

3. 「救急外来・一般診療に役立つ水・電解質異常の考え方」

3回目は腎不全治療システム学の伊藤恭彦先生、中部労災病院腎臓内科の志水先生、東海中央病院腎臓内科の三木先生、当院腎臓内科の若手指導医数名による「酸・塩基平衡および電解質異常」についての勉強会をワークショップ形式で、11月19日(土) 9時30分～16時45分まで行いました。伊藤先生による「酸・塩基平衡異常の考え方」の講義・実習の後、少人数グループに分かれて「低ナトリウム血症および低カリウム血症へのアプ

ローチ法」を学びました。学生や研修医がもっとも苦手とする酸・塩基平衡と電解質ですが、ワークショップ終了時には大きな成果が得られるような工夫が満載でした。当然参加者からは大好評でした。

このワークショップには岡山大学や三重大学の学生さんも参加しました。ホームページや口コミにより全国的となった当院の講演会は、勉強熱心な各地の研修医や学生から大きな期待が寄せられていることがわかりました。

4. 「できる研修医のための小講義集—この1日であな

なたは変わる—」
4回目は当院救急部・集中治療部の福岡先生に講師をお願いし、12月10日(土) 10時～15時20分まで行いました。福岡先生は知る人ぞ知る講義上手で聴衆を魅了します。学生や研修医からの多大なる尊敬と期待を背に何と4つのテーマの講演をしていただきました。

悪い知らせをどう伝えるか

- 救急外来から家族を呼ぶ

- SPIKESモデルを身につける

重症患者の病態理解のための生理学

- うっ血と循環不全を分けて考えよう

- 救急外来での基本血管作動薬の使い方

救急外来での心電図解釈

- 憶えておくべき心電図クライテリア

- 心電図を解釈するための基礎知識

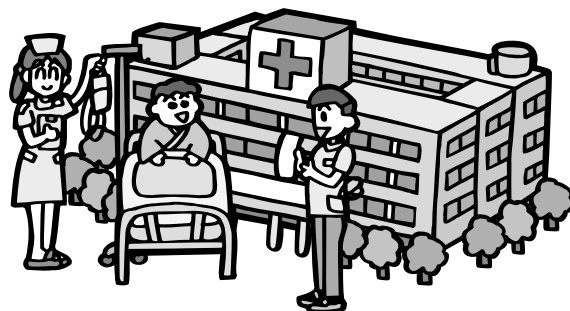
臨床に活かす薬効動態学

- 分布容積と半減期の意味を知る

- 薬効動態理解のための演習

内容は期待に違うことなく、集まった院内院外の学生や研修医は大変満足そうでした。

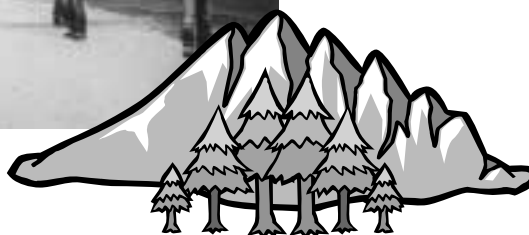
以上、本年度の研修医のための講演会の様子をご紹介しましたが、今後も「感染症」「小児救急」「精神科診療」など、研修医や学生、さらには若手医師にとってニーズの大きな分野での講演会やワークショップを企画していきたいと考えています。名大病院の皆様方には、ご期待いただきますとともにご協力のほど、何とぞよろしくお願い申し上げます。



職員レクリエーション

平成17年10月29日(土)

上高地



約40名の参加者に恵まれ、上高地バス旅行が決行されました。上高地の気候はすっかり冬。当日はあいにくの雨で、遠くの山々を眺めることはできませんでしたが、思い思いの色に染まった草花木果は、雨の滴に踊り、都会からやってきた珍客を温かく迎えてくれているようでした。

平成17年11月5日(土)

南木曾・土岐プレミアムアウトレット

天気予報では雨となっており心配していましたが、当日は晴れて絶好の旅行日和となりました。飯田から南木曾へと紅葉・黄葉の山々を見ながらの旅は格別でした。

ホテル木曽路での開放感溢れる露天風呂入浴と質数共におすすめの和洋中バイキングの昼食には参加者全員大満足の様子でした。

帰りに寄った土岐プレミアムアウトレットは若い人に人気で、バスの中は買い物の大きな袋が目立ちました。ゆったりのんびりできて日頃の疲れが吹き飛んだ一日でした。感謝



患者さん苦情について

患者サ - ビス掛・苦情担当 川瀬 敏子

地域医療センタ - (医療福祉支援室) 部員を併任している医事課患者サ - ビス掛は、まさしくその名のとおりの掛で、少しでも患者様の手助けが出来るようにと、サ - ビス全般についてセンタ - 医師・看護師・MSWとも協同して業務を行なっています。

「医療安全に係る相談窓口」(苦情相談窓口)としての役割を基本とし、機能評価・患者満足度委員会に関する事務、病院ボランティアの担当事務全般、総合案内、予約センタ - 業務を行っています。外来・病棟各階に設置した提案箱から回収した提案書に基づく改善内容や提案に対する回答を患者満足度委員会で検討し、外来ホ - ルに設置したモニター - で広報もしています。

私が病院としての直接窓口となっています「医療安全に係る相談窓口」(苦情相談)は、相談と言いましても色々なケ - スがありますが、ここに医師に関するケ - スを数例挙げさせていただきます。

事例 「ヘルニアの手術を希望し名大病院に来院したが、2回目の診察時に当院ではヘルニアの手術は過去3年程していない。また、病状の重い患者は手術するが、比較的病状の軽い患者は手術はしないというような事も言われ、他院(名城病院)を紹介された。手術が出来ないのであれば初回の診察時になぜ言ってくれなかったのか。」

事例 「同じ手術を二度実施したのは一度目の手術をミスしたために、手術した翌月に再手術を実施したのは?と疑問がある」と相談があり、「患者様から医師に説明をして欲しいとの申し入れをして頂くように」と対処した。再度見え、「医師から説明をしてもらったが納得したわけではないので入院費用の支払いは出来ない」と言って帰られた。

事例 患者の後見人と称する方から「虫垂炎術後に高熱が続き、なかなか熱が下がらないため身内の方(義兄が医師)が主治医に伺ったところ菌が入ったためとの説明があったが、いつ入ったのか聞いたところ判らないと答えられたと聞いている。また、身内の方の医師の指示どおりにしか治療をしないと聞いている。虫垂炎の手術のため一週間程度の入院と思っていたが、入院期間が1ヵ月以上経っても十分な説明もないため本人(患者様)の苦痛と気持ちのケアを考えて、納得できるまで入院費の支払いはしないようにしている。」

事例 当院の消化器内科と泌尿器科にかかっている方で「階段を踏み外し怪我をしたため、泌尿器科を受診の際主治医に相談して抗生物質を出して頂いたが良くなかった。10日後の消化器内科受診時の主治医にも相談したところ、壊死をしているとのことで整形外科受診をすすめられた。同日に整形外科を受診

したら、整形外科より手の外科で受診したほうがいいのでとすすめられ一週間後に手の外科を受診した。手の外科では肘から遠位が担当であるためもう一度整形外科にかかりなおして診てもらうようにと指示されましたが、採血検査とレントゲンは撮って頂いた。あちらこちらとたらい回しをされた。」と苦情を言われました。

ここに挙げさせて頂いたのは苦情相談としてはごく一部ですが、この内容を読みどのように感じまた考えて頂きましたでしょうか?

今回、事例として書きました内容に共通している点は、受診時また入院時に医師からの説明が患者様に十分理解して頂いていない状態があるのと、患者様の受け止め方にも様々な違いのある問題もあるように思います。

このような相談があった場合は、担当医師から患者様に直接連絡して説明して頂いたり、次回受診時に患者様に説明をして頂いて患者様に理解を求めるようにしています。少しでも医師と向き合って頂く機会を作っていく手助けをと思っています。

特に事例 の患者様は外国人の方で、後見人と称する方から入院が長くなるとビザの問題、また日本で通っている専門学校の問題などがあり、単なる治療内容の問題のみでなく治療期間が長引くことから起きる色々な問題点が指摘されました。

事例 の患者様は最終的には整形外科から形成外科を紹介され、受診までに10日ほどかかりました。手術という話もあったのですが、壊死の部分が回復にむかいました。医療事故扱いという事にならなくてよかったと思っています。

このように苦情相談として見えても、内容により医療安全管理部に検討や対応をして頂くケ - スもあります。

最近では、説明や治療に納得出来ないで医療費の支払いはしないと言われる患者様や医師を代えて欲しいと希望される患者様が増えているように思います。結局このようなケ - スは、医師の説明が患者様に理解できるまでに達していない状態のままであったりコミュニケーションができていない事から起こっているのではないかと思います。

先生方も大勢の患者様を診察され大変だとは思いますが、これからは患者様の病気の治療はもちろんですが、不安な気持ちも抱いて診療に見えているのでその不安な気持ちを少しでも取りのぞく事が重要ではないでしょうか。

名大病院での診療が患者様にとって満足し安心して頂けるように、今以上の心遣いをよろしく願います。

健康講座

「早朝高血圧」

循環器内科長 室原 豊明

高血圧がなぜ怖いのかというと、血圧が高い状態が続くと心臓や血管壁の負担が増え、心臓肥大や動脈硬化を起こし、その結果脳卒中や心筋梗塞など生死にかかわる重大な病気を引き起こす危険性があるからです。このような高血圧症ですが、初期段階では症状が出にくいので、「静かなる暗殺者」(Silent Killer)と呼ばれています。高血圧症の一般的な定義は、最高血圧が140以上または最低血圧が90以上の方です。ただし、測定の時間帯や、動作・情動的ストレスなどでも血圧は簡単に変動しますので、幾度が測定し、その平均値を求める必要があります。また、最近では24時間血圧計など、便利な医療機械も登場しています。「血圧が140/90未満だから安心」と言うことではなく、海外の調査では、ごく一部の例外を除いて血圧は120/70に近づけば近づくほど、心筋梗塞などの虚血性心疾患の発症は低下するという統計が出ています。

現在日本には、約3500万人の高血圧症の患者さんがいらっしゃると言われていています。しかしながら、その半分の方が病気のことを自覚され、さらにその半分の方が病院にかかれており、さらにその半分の方しか(食事や薬物療法による)コントロールが良好ではない、という統計があります。したがって、3500万人の患者さんのうち、約8分の1の方しか血圧が適切にコントロールされていないという結果になります。高血圧症は患者さんの数が極めて多く、また予防あるいは治療することによって脳卒中や心筋梗塞の発症を未然に防げますので、予防医学的観点からは極めて重要な病態ということになります。

さて、最近のトピックスとして、「早朝高血圧」という言葉があります。高血圧症の中でも特に早朝の高血圧が存在すると心血管病のリスクが上昇する、として注目されています。もともと早朝は血液濃縮や、血小板の凝集亢進、冠動脈スパズムが起こりやすい、など心血管イベント発症の起こりやすい時間帯として古くから注目されていました。これらに加えて早朝血圧が上昇してしまいますと、余計にイベント発症のリスクが上昇します。現在では、ほとんどの降圧剤が1日1回内服の長時間作用型ですが、翌日の早朝まで血圧を抑えられないケースが少なくありません。また、もともと正常な方は夜間就寝中は血圧が下がるのですが

(Dipper型)、下がらない人(Non-dipper型)、逆に上がってしまう方(Riser型)がいらっしゃいます。後者のような方は、どうしても早朝高血圧が起きやすくなってきます。最近では家庭血圧計の普及と、医療機関でも24時間血圧計による1日血圧測定検査(ABPM)が可能になってきました。その結果様々な臨床研究が行われ、早朝高血圧には、夜間上昇した血圧がそのまま早朝も維持される「夜間高血圧型」と、夜間に低下した血圧が早朝に急上昇する「モーニング・サージ型」があることが分かってきました。サージ型では、そうではない群に比べて、脳卒中のリスクが2.7倍高く、心肥大も多いことが分かってきました。

治療ですが、早朝高血圧は現在の高血圧診療の盲点になっていると言わざるを得ません。日本で行われた「J-MORE」研究(約1000名の治療中の高血圧患者が対象)では、44%の方が外来血圧は正常にコントロールされていましたが、その約半数で早朝血圧のコントロール不良が認められました。早朝高血圧コントロールの重要性は、日本高血圧学会がまとめた「高血圧治療ガイドライン2004」の中で、明記されました。早朝高血圧の明らかな定義は未だ決められていませんが、現在暫定的に就寝前と起床時の収縮期血圧(最高血圧)の平均値が135mmHg以下で、(起床時収縮期血圧)-(就寝時収縮期血圧)が20mmHg以下であれば正常パターン、その逆であれば早朝優位高血圧と診断されています。

治療目標はまず起床時と就寝時の平均収縮期血圧を135以下にする、次に(起床時収縮期血圧)-(就寝時収縮期血圧)を20mmHg以下にする、という順番になります。これらの目標達成のためには、1日1回投与型の薬剤でも朝・夕への2分投与にする、またある種の薬剤は就寝前に投与する、などの治療を行います。家庭血圧測定で早朝高血圧が認められる方、または心配な方は、是非一度循環器内科を受診してください。



新中央診療棟の機能や施設、設備等の紹介に関する記者発表について

新中央診療棟が完成したことに伴い、昨年12月21日(金)に同棟の機能や施設、設備等の紹介に関する記者発表が行われました。

冒頭、井口病院長から挨拶があり、新中央診療棟を含めた鶴舞団地施設整備計画の推移、名大病院が目指すもの、また、名大病院のミッションに基づき患者様の視点に立った医療の実践、新たな診断治療法の開発、先端的医療技術の提供等を実施していくため、この新中央診療棟が一翼を担う施設として対応していくことになること等の紹介がありました。

引き続き、各施設、設備等について、大磯再整備推進室長、中川副病院長、吉田脳神経外科長、滝手術部副部長から説明がありました。その後、出席したマスコミ各社(6社)とともに、新中央診療棟の施設見学(免震システム、講堂、手術室及びオープンMRI、材料部搬送システム、ICU等)を行い、質疑応答等があった後、無事記者発表は終了しました。

マスコミ各社の反応は様々でしたが、名大病院が大きく様変わりしようとしている姿については、後日、好意的に報道されました。

なお、新中央診療棟への移転スケジュールの関係で、今年の5月にはほぼ移転が完了する予定となっていることから、その頃を目途に一般公開等を計画している旨の紹介も併せて行われました。



病院長・病棟サントクロース記事

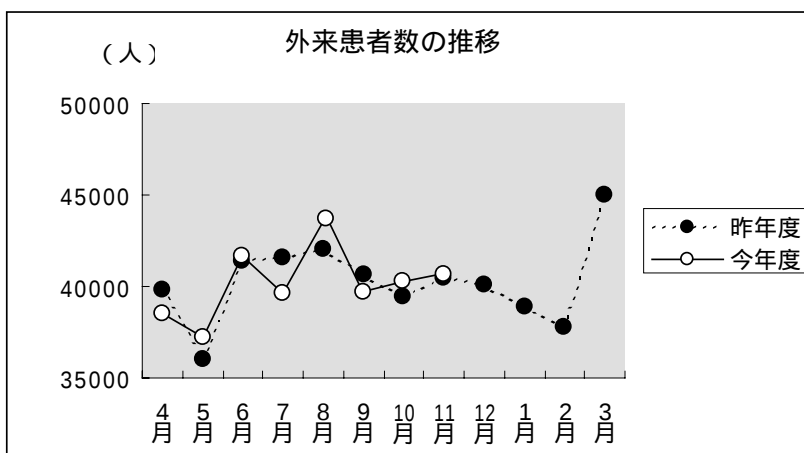
12月19日(月)、連日の大雪にびっくりしてサントさんが一足早く名大病院にやってきました。今年はお供が二人も増えてにぎやかに行進、クリスマスを病院で迎えなければならない子供達や高齢の患者さんにクリスマスカードをプレゼントして喜んでいただきました。また2E病棟では、患者さんにエレクトーンを弾いてもらい、クリスマスソングを皆で大合唱し、楽しいひと時をすごしました。



医療経営管理部だより (医事統計の解説)

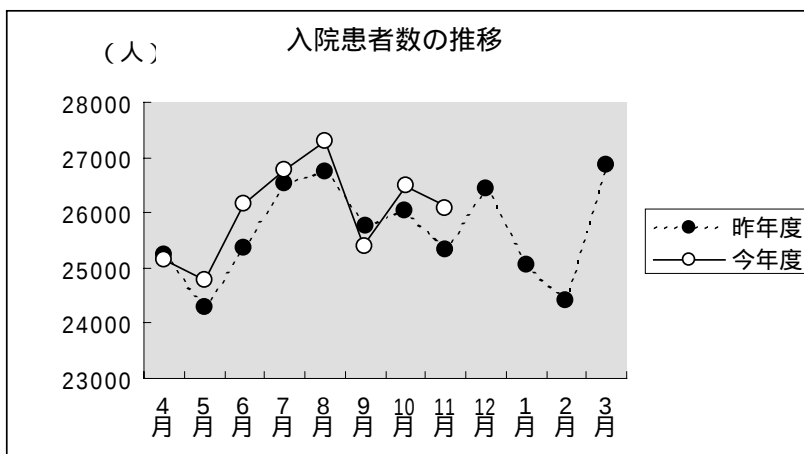
名大病院の各種医事統計につき、医療経営管理部より簡単な解説を加えて報告いたします。
各グラフは、今年度の最新のデータと昨年度の比較の形で提示しています。

1. 外来患者数



今年度もほぼ昨年並みの患者数です。9月以降は安定しています。

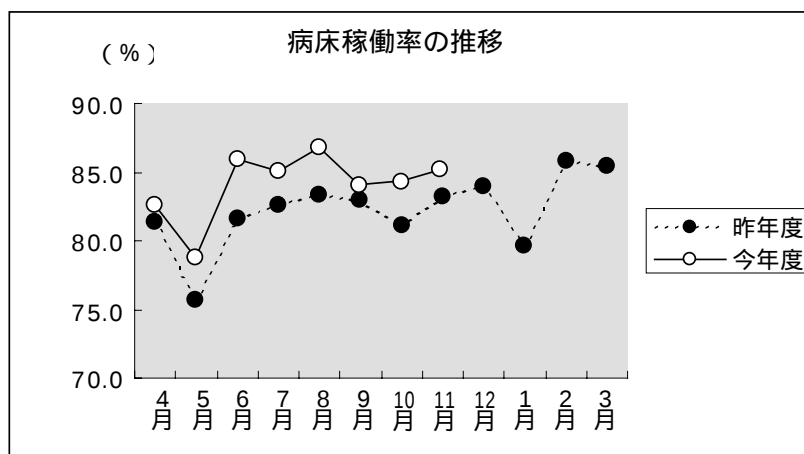
2. 入院患者数



(註：入院患者数は、在院患者延日数÷退院患者延日数です。)

9月のみ昨年度を下回りましたが、10月以降は回復しています。全体的には、昨年度を上回るペースで推移しています。

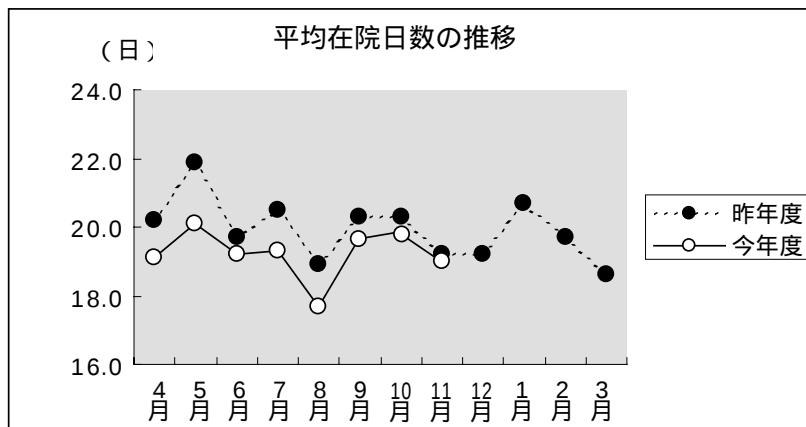
3. 病床稼働率



(註：病床稼働率の計算は、昨年度10月までは、承認病床数1035床に対する割合で、11月以降、今年度は実働病床数1015床に対する割合です。)

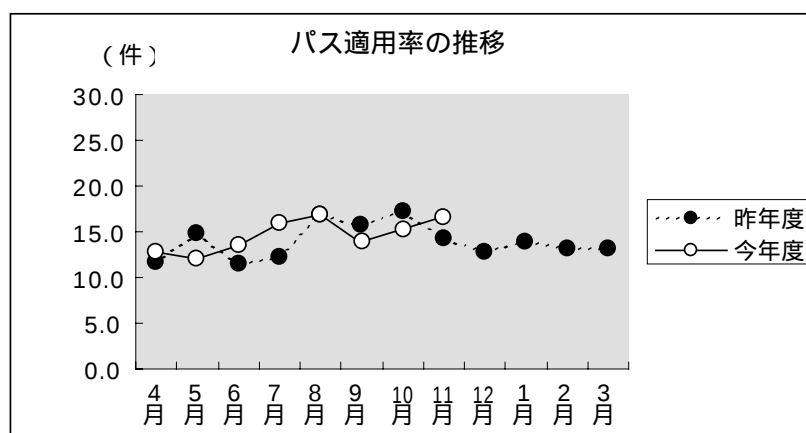
入院患者数が低下した9月を含めてすべての月で昨年度を上回っています。

4. 平均在院日数



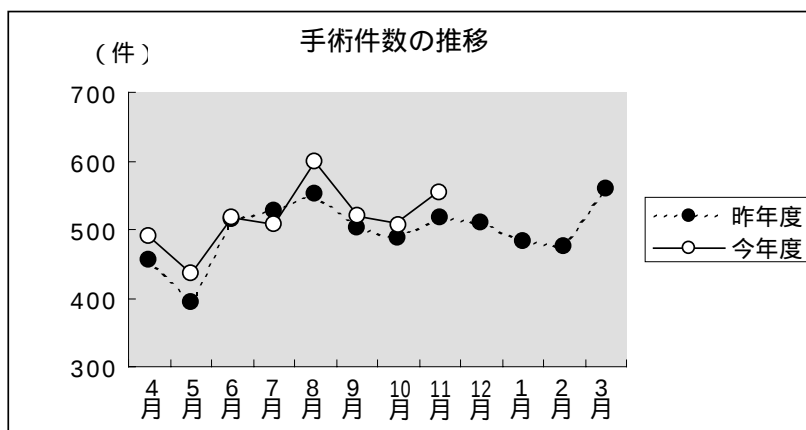
（註：NICU、精神病棟等を除いた一般病棟の健康保険上の平均在院日数です。）
平均在院日数は全体的に昨年度より短縮されています。

5. クリニカルパス適用率



（註：今年度6月より電子カルテ上でのパス適用集計システムを稼働しています。）
9月に一時的に低下したパス適用率も再び順調に上昇してきました。クリニカルパスの新規作成も月に2件程度あり、未使用の診療科、病棟はかなり減ってきました。
なお、新規作成パスの情報やパス適用率などのデータは、病棟と外来棟との2階連絡通路のクリニカルパス委員会掲示板に適宜掲示していますので、ご覧ください。

6. 手術件数



（註：中央手術室での手術件数のみです。）
手術件数も全体的に昨年度実績を上回り、11月末現在で前年同期比157件の増加となっています。年末年始の新中央診療棟への手術室移転のため、移転前後に稼働を抑えますので、12月と来年1月の手術件数は少し低下することが見込まれます。

【総評】

今年度は全体的に見て、入院患者数は増加し、手術件数も増加しています。一方では、平均在院日数は短縮し、病床稼働率は上昇しています。これは、急性期の手のかかる患者さんが多く入院していることを意味し、密度の濃い医療を行っていることとなります。経営的に見ますと非常に効率的で収益性の高い医療が行えていることとなります。現場の皆様の業務負担は増えてきていると思われますが、くれぐれもお体に気を付けてミスのない医療を心掛けてください。

よろしくお願いいたします。

（文責：医療経営管理部 吉田 茂）

人 事 異 動

(総務課)

次のとおり人事異動をお知らせします。

発令月日	所 属	職 名	区 分	氏 名	備 考
17.12.31	周産母子センター	助 教 授	退 職	板 倉 敦 夫	埼玉医科大学へ
18. 1. 1	輸 血 部	講 師	昇 格	山 本 晃 士	輸血部助手から
18. 1. 1	親と子どもの診療部	講 師	採 用	小 石 誠 二	あいち小児保健医療総合センターから
18. 1. 1	呼 吸 化 器 内 科	講 師	昇 格	今 泉 和 良	呼吸器内科助手から
18. 1. 1	血 液 内 科	助 手	採 用	浅 野 治 彦	血液内科医員から
17.12.31	総 務 課	課 長 補 佐	退 職	高 木 一 吉	
18. 1. 1	総 務 課	課 長 補 佐	配 置 換	藤 井 昭 彦	総務広報課課長補佐から

編集後記

9E病棟に入院している患者さんから「この病院の空気の乾燥はひどい。湿度最低でも45%はほしい」といわれた。9Eは、耳鼻咽喉科病棟で、放射線治療で口腔、咽頭が乾燥している人が多い。また、手術で喉頭を摘出することになり気管孔を形成したり、気管切開している人も多く、加湿作用のある鼻を経由しない呼吸をしいられる場合もある。そこで、予防医学の大野教授から3年前退官記念にいただいた品のいい温度・湿度計をその患者さんの枕元に置いた。9E病棟には、加湿器が4台あるが、その1台を近くに置いても温度26度C、湿度40%であった。患者さん自身で加湿器の新しいものを購入されたところ温度26度Cで湿度50%になった。室内の温度を上げれば湿度が下がる傾向があり、現在病棟内の湿度は相当低いと認識した。病院の環境として、対人環境や経済環境などはよく議論されるが、文字通りの空気環境も重要なことである。

今回のかわらばん、病院長のご挨拶に漫画がついている。ふだん、かわらばんを読まない人も、この漫画をみて「なんだ、これは」と思って内容を読んでいただければと思う。

(中島 務)

かわらばん編集委員会

顧問
アドバイザー
委員長

井口病院長
大磯ユタカ
山内一信
中島務
浅井正樹
鈴木三栄子
山秋悦宏
川瀬隆夫
永家清考

松川事務部長

伊藤亜紀雄
近藤智昭
大宮孝子
藤井昭彦
森田洋子
梶浦章司

No.58
2006年1月15日
かわらばん編集委員会
医学部・医学系研究科総務課
TEL 741-2111
(内線2775)