

名 大 病 院

かわらばん

KAWARA-BAN

新年のあいさつ

病院長 井口 昭久

新年あけましておめでとうございます。

病院長になって3年が経とうとしています。この「かわらばん」が皆さんの手元に届く頃には私の病院長の任期は2ヶ月を残すのみとなっていると思います。そこでこの3年間の歩みを振り返ってみます。

法人化して3年経ちました。法人化する前に作ったグランドデザインで達成できた項目もありますし、出来なかった項目もあります。また、この3年という時間の経過のうちに意味を失ってしまった計画もありました。

経営面では今までは順調であったと思います。しかし、今後のことを考えると楽観は許されない状況であります。毎年2%の経営改善係数を課せられ、さらに、診療報酬の抑制が確実になっているからであります。今後3年で蓄えた余剰金はなくなる計算です。

中央診療棟の移転は大問題でありました。診療、教育、研究をやりながら、壮大な移転に取り組まなければなりませんでした。それに、この建築は法人化する前に計画されており、法人化された後、中に入れる設備の予算の目途が立っていませんでした。無理難題を抱えながら、優秀なスタッフのおかげで移転は完了することができました。わが病院のスタッフは優秀であると思います。

それに、人の問題もありました。経営は自己完結型でやりながら、人の手当は大学本部の許可があるのであります。医者の定員は勿論、その他のスタッフの増員は到底許してもらえないような状況ではありませんでした。しかし、3年の間に状況は変わりスタッフの採用の幾分かは病院の裁量で、できるようになりました。

3年で日本の医療界は大きく変わりました。日本の

大学病院を取り囲む環境が激変してきました。多くの病院が変化についてゆくことが出来なくなっています。大学病院の中でも息切れが見えている大学もあります。

しかし、名古屋大学附属病院はまだまだ潜在能力があります。まだ発展する余地が残っています。

なんといいてもこれだけ優秀な人材が集まっているところはそうそうありません。また、これだけ優秀な機器を備えた施設も東海地方では名古屋大学を置いて他にありません。さらに優秀な学生がいます。

しかし、これからは自分の病院の発展だけを考えると思わぬ落とし穴にはまる危険性があります。中部地域、日本のことを視野にいれて進まなくてはなりません。そうしなければ、大学自身が成り立たなくなります。医療は国民全体のものだからであります。地域の他の病院や他の大学との協力をしていかなければならない時代になっています。

他利主義という言葉があります。医療に携わる者にとって患者の喜ぶ顔を見るのが、一番ということを通の理念にしてください。患者さんに「今日のお加減はいかがですか」と声をかけ、病気にもかかわらず優しい笑顔を見せられたら最高と思ってください。

新外来棟の建設もすぐ始まります。

今年も明るく明るくやっつけましょう。



目次

新年のあいさつ(井口病院長)..... 1

名大病院第5次病院総合情報システム構想(医療経営管理部 吉田助教授)2

新外来化学療法室の稼働と地域がん診療連携拠点病院への申請について(安藤部長)3

新外来棟の建設計画について(病院施設再整備推進室長 大磯教授)4

新中央診療棟に移って(特集1) 新手術部の改革的設備(手術部 滝副部長)6

新中央診療棟に移って(特集2) 最先端の撮影装置CT等(放射線科 岩野助手)9

褒賞・助成制度 何に対して評価されたのか(総務課、経営企画課)10

健康講座 血管外科疾患における新しい治療戦略(血管外科 古森教授)11

平成18年度後期医療安全職員研修の開催について(医療の質・安全管理部)12

ボランティアの方々へ感謝状を授与(医事課)..... 12

昨年も名大病院にサンタがやって来ました..... 13

職員レクリエーション..... 13

医療経営管理部だより(医療経営管理部)..... 14

編集後記(中島教授)..... 16

名大病院第5次病院総合情報システム構想

- 医療者にとって理想的な電子カルテの構築 -

医療経営管理部 情報管理室長 吉田 茂

はじめに

本院では、昭和60年度に第1次医用電子計算機導入を行い、医事業務、検査業務、給食業務および病棟オーダ等の業務から電算化を開始し、その後、平成2年度、7年度に段階的なレベルアップにより先進的なオーダリングシステムの導入を行ってきました。さらに、平成14年1月の第4次病院総合情報システムより、全国の旧国立大学病院の先陣を切って、本格的な電子カルテ化を行い、診療業務・医事業務全般に渡る合理化・効率化を行ってきました。

そして、今回、5年ごとのシステム更新の時期を迎えて、平成19年1月より、第5次病院総合情報システムを稼動することになりました。以下にその概略を説明します。

システム構築におけるフィロソフィー

電子カルテは、道具である！（作品ではない！）の思想のもとに、よりよい電子カルテを作りたいと思います。したがって、電子カルテそのものを評価されるのではなく、電子カルテを使うことで、臨床・研究・教育・経営管理の質が向上することで評価されるように努力します。

基本コンセプト

ユーザーフレンドリーの名のもとに、使い慣れた人にとって便利なものよりも、初めて使う人でも直観的に使えるものを目指したいと思います。隠し機能（裏技）が豊富で奥深い高機能電子カルテよりも、マニュアルを読まなくても、講習会に忙しくて出席できなくても日常の仕事はこなせるような、人に優しいインターフェースを実現したいと考えています。

そのためには、ある場面では、従来の古いシステムから継承してきたインターフェースを捨てて、より便利で誰にでも使い易いインターフェースを構築することも必要になってきます。

アウトライン

以下に今回のシステム更新における概要をお知らせします。字数の制限上、各項目の解説はできませんが、詳細は、すでに構想説明会にてお話ししました。

1. 安定稼動を目指すハードウェア・ネットワークインフラの充実
2. 円滑な診療業務を可能にするためのレスポンス向上
3. データベースエンジンをオラクルからキャシエ一部変更
4. 個人情報保護に配慮した高度なセキュリティ強化
5. 医療の質に貢献する真の意味での電子カルテ
6. 電子クリニカルパス（患者状態適応型パスシステム）搭載
7. ファイルメーカーPro / ヤギーとの融合
8. 部門システムとの連携強化（完全フィルムレス化）

9. グループウェアとの連携（スケジュール・掲示板）
10. 診療情報の共有による地域連携

更新スケジュール

新システムの稼働時期は、平成19年1月2日です。

ここで強調しておきたいことがあります。実は、これまでに述べてきた新しい様々な仕組みが稼働直後にすべて実装され使えるようになるわけではないのです。むしろ、見た目にはほとんど変わらないというのが実情となります。

これには理由があります。アウトラインで述べました1番目、2番目、3番目あたりのハードウェア、ネットワークインフラ、データベースエンジンの部分を入れ替える作業が非常に膨大でかつ重要な部分なので、まずは、1月2日には、現状のシステムで行えていることが新システムの新ハードウェア上で確実に実行できることを目指しているのです。

そして、順調に新システムが軌道に乗った後に早急にソフトウェア部分の改良に着手したいと考えています。

最後に

今回の更新は、これまでの更新と大きく異なる点があります。それは、電子カルテシステムから電子カルテシステムへの更新という点です。第3次から第4次の更新時はオーダリングシステムから電子カルテシステムへの更新であり、しかも第4次スタート当初は完全電子カルテ化の状態ではなかったのです。オーダリングシステムと電子カルテシステム（特に完全電子カルテ化）の違いは一言でいうと、保有するデータ量の差と診療記録として要求される完全性の程度の違いです。オーダリングシステム時代から比べると現在の完全電子カルテ化されたシステムの持つデータ量は飛躍的に増加しています。それらのデータをもれなく完全に移行し、かつ、その移行作業の前後および移行中も診療録としての完全性を保つということは容易なことではありません。そのためには情報管理室を筆頭に院内各部署の協力を得て、富士通をはじめとする関係業者の慎重かつ綿密な作業が欠かせません。

そのため、今回のシステム更新に伴い、現行の電子カルテシステムを12月30日、31日、1月1日の3日間停止して作業することに決めました。現在の名大病院の業務に不可欠な電子カルテを3日も止めるということは、診療業務に多大なる影響を与えることは重々承知していますが、上記のような理由から決断させていただきました。

各診療現場の皆様にはご迷惑をお掛けしますが、何卒ご理解ご協力よろしくお願ひしたいと存じます。

（平成18年11月27日執筆）

新外来化学療法室の稼動と地域がん診療連携拠点病院への申請について

外来化学療法部長 安藤 雄一



平成18年12月に外来化学療法室はそれまでの外来診療棟2階から中央診療棟1階へ移動となり、新外来化学療法室として外来におけるがん薬物療法を実施しています。新治療室には合わせて20床のリクライニングチェアと治療用ベッドが設置されています。また、外来化学療法部の医師が診察を行うための診察室、専任薬剤師が抗がん剤調剤を行うための安全キャビネットを備えた調剤室、専任看護師を含むスタッフが患者さんへの説明や教育などに使用する患者説明室、車椅子用も含めて2つの専用トイレも備えられています。患者説明室では症例カンファレンスや勉強会なども行います。旧治療室では主に外科の患者さんが対象でしたが、今後は全科の患者さんを対象とした臓器横断的な外来化学療法が行われるようになります。

がん化学療法の外来化は全国的な潮流です。すでに多くの病院では「外来化学療法室」やそれに準じた名称の専用スペースが整備され、看護師を含めた専任スタッフが配置されています。しかしそのほとんどは従来の外来化学療法の集約化に過ぎず、各診療科主治医から指示された治療を間違いなく忠実に実施しているのが実態です。名大病院の外来化学療法室は、そのような「点滴センター」を越えて、より質の高いがん薬物療法を目指しています。特定の臓器にとらわれることなく全ての治療について、外来化学療法部の医師、看護師、薬剤師がそれぞれの専門的な立場からチェックを行い、疑問があれば遠慮なく主治医と相談しています。一部の診療科では外来化学療法部の医師が症例検討会に定期的に参加し、治療方針に関する相談や情報収集を行っています。外来化学療法室のスタッフが一人ひとりの患者さんの病状を十分に把握してはじめて、患者さんやそのご家族との会話やコミュニケーションから信頼関係が生まれ、さらには安全な医療につながるのです。また、一部の患者さんについては所属科と密接な連携を取りながら外来化学療法部の医師が副科主治医として化学療法を含む処方・検査等を指示します。このようなチーム医療の体制が円滑に機能していく

ためには、各診療科の先生方、コメディカルスタッフの方々との連携が何よりも大切であり、今後ともいっそうのご支援をいただけますようお願い申し上げます。

また、平成18年5月には常任会の指示により外来化学療法部運営協議会のメンバーが中心となって地域がん診療連携拠点病院への申請準備に取りかかりました。がん診療連携拠点病院は、今後我が国のがん対策基本戦略である「がん医療水準均てん化の推進」において中心的な役割を果たすものであり、文字通り担当する地域のがん診療の拠点として機能していきます。その意味で、名大病院ががん診療連携拠点病院として指定を受けることは大変重要なことです。名大病院はすでに高度な医療を提供、研究開発し、また様々な医療者に対する研修を行っている特定機能病院です。平成18年7月からは緩和ケアチームが実働しており、院内外を問わず継続的に必要な緩和ケアを提供しています。地域医療センターでは専任の看護師、ソーシャルワーカーが配置されており、患者さんからのがんに関わる相談や情報提供に加えて、地域の医療機関との連携を担当しています。また、平成18年10月より病歴管理室では標準様式による院内がん登録が始まっています。現在はまだ手作業による登録ですが、次期電子カルテシステムではがん登録と電子カルテが連動する予定です。臓器横断的な抗がん剤治療を行う機能は外来化学療法部が担当しています。このように、実際にはすでに名大病院はがん診療の拠点としての機能を十分に備えているのです。指定のための申請書は、愛知県からの推薦を受けた上で、平成18年10月に厚生労働省へ提出しており、実際に指定を受けられれば名大病院は名実共にがん診療の拠点としてその責務を果たしていくことになります。

平成18年12月27日、「第2回がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」(厚生労働省)にて、愛知県推薦の名大病院が了承されました。正式決定は2月上旬の予定です。

(平成18年11月24日執筆、12月27日追加)

新外来棟の建設計画について

病院施設再整備推進室長 大磯 ユタカ



鶴舞地区全体から見た新外来棟計画

はじめに

附属病院の施設整備は東西病棟の新営にはじまり、2006年1月には新中央診療棟が稼働するなど、スケジュール的には整備計画に沿ってほぼ順調に作業工程が進んでいます。その中で附属病院整備計画として最後に残った大物は新外来棟の新営です。現在の外来棟は1969年に竣工し、当時としては臓器別内科外来を配備するなど非常に先進的な発想を持ち建設されました。しかし、約40年間の時間が経過した今、新外来棟を待望する声があちこちから聞こえてきます。そのような背景の中で、鶴舞地区の附属病院整備計画の最終ページを飾るべく、既に新外来棟の建設計画は最終段階を迎えており、2007年2月から予定されている旧中央診療棟取り壊し作業着手をスタートとして、2009年春の竣工、同年夏までの稼働開始を目標として担当各部署が全力をあげてその推進に努力しています。

新外来棟建設計画の経過

新中診棟の基礎工事がちょうど佳境に入った頃の2003年12月に、病院施設再整備推進室の下部組織として病院内組織の横断的代表者に参加してもらい第1回新外来棟ワーキングを開催しました。このワーキングは、ハード建設にかかわる委員会がともすれば各部署の面積獲得の場となりがちとなることを回避し、四半世紀先を俯瞰することのできる病院外来の建設理念を打ち立てることを目的として設置し、2006年12月末までに60回を超える会議を開催してきました。

当初は、将来の日本の医学・医療制度の潮流に関する勉強会、新設された国内の大学、病院の見学会、病院建築で著明な設計会社の講演会などの基礎的情報の収集を進めました。そして、最終的に以下の基本理念を設定し、その上でこれを図面に落とし込み基本設計図へとまとめていきました。

名古屋大学医学部附属病院 新外来棟基本理念

- 1) 高品質な専門医療の提供と患者本位の高度先進医療の推進
- 2) 臨床医学研究に基づく新しい治療技術の発信と社会への還元
- 3) 多様化する医療職種がその能力を最大限発揮できるシステムの構築
- 4) 診療を担う全ての医療従事者に開かれた卒前・卒後教育の実施
- 5) 地域医療との密接なネットワーク構築
- 6) 患者のQOL向上をめざしたデザインと機能の追求
- 7) 患者サービスに離反しない病院運営の合理性、効率性の実現
- 8) 将来の医療制度変革に対し、速やかに対応することのできる柔軟性
- 9) 誇りを持ち、快適に勤務することのできるアメニティーの確保
- 10) 地球環境の保全に対する十分な配慮

一方で、独法化を迎えることにより期待されていた建設経費の外部資金導入など新規調達システムが

大学本部で承認を得られず、従来型の財投枠内での建設予算対応のみが選択肢となりました。したがって、建設延べ床面積は約17,000㎡と現外来棟の約10%増を確保することが目一杯となりましたが、地上一部4階建（地下は建築費圧縮のため建設中止）で、南北を各々現外来棟と旧西病棟、東側を新中診棟に囲まれた旧中診棟と旧高気圧治療部の跡地を中心とした位置に建設することが決まりました。

各階の平面計画の設計は、1年間の外来患者数解析、複数科受診患者の受診科調査、受付、受診前、検査前、会計時の待ち時間実態調査など膨大なデータをもとに、経済学部高桑教授による患者動線の科学的解析に関する実績を応用したシュミレーションの実施、各診療科を受診する患者さんの障害特性によるアクセス方法等の考慮、新中診棟との機能連携などおよそ考えられるすべての方面からの検討をすすめ、各部署の配置を決めていきました。平面計画の決定途中で、外来手術室に関しては、その機能をどのレベルで考えるかについて外科系を中心にあらためて議論が巻き起こり、将来的には全麻対応の3手術室を設置できる設計に修正することになりました。これと並行して、各診療科、看護部・薬剤部などの各部門、医事課など事務部門等とのヒアリングを繰り返し施行し、各部署の希望をできるだけ活かす方向で図面の確定を進行させました。

もちろん、物理的な面積と建設経費の限界、さらには新規施設の運営に関するマンパワーの確保など多くの面で制約があり、それを最終的にはご理解頂いた病院構成員の皆さんに紙面を借りて感謝します。

外来棟内案内

1階は南側に正式な玄関を設置しますが、旧外来棟撤去後までは西側の出入り口がメインとなります。西側の入り口を入ると眼科外来、医療福祉支援室、薬剤部窓口と医事課の各種受付窓口、総合案内、自動精算機、脳外科、整形外科を配置し、ATMコーナー、自販機コーナーなども設置してあります。2～3階へはエレベータとエスカレーターのいずれも利用できます。2階は西から、精神科、小児科、耳鼻咽喉

科、サテライト検査室、内科系外来（放射線科などを含む）を、3階には同様に産婦人科、泌尿器科、口腔外科、皮膚科・形成外科、外科系外来（麻酔科などを含む）と手術部を配置し、さらにキッズコーナーと授乳室を設けました。4階は基本的に事務管理部分で、他の階に比べ床面積は半分以下になっています。各階の北側が職員廊下になっており、コーナーには休憩スペースとして職員用の安らぎの場所を確保しました。その他、共用の教育用多目的室、患者相談室、障害者用・小児用トイレを含めた多数のトイレスペースも各階に確保しました。

建物の南側は主として待合スペースになるため、患者さんに少しでも心休まる空間を提供する目的で鶴舞公園を望むことのできる吹き抜けガラス面構造を一部採用するなど、開放感のある建物を指向しています。

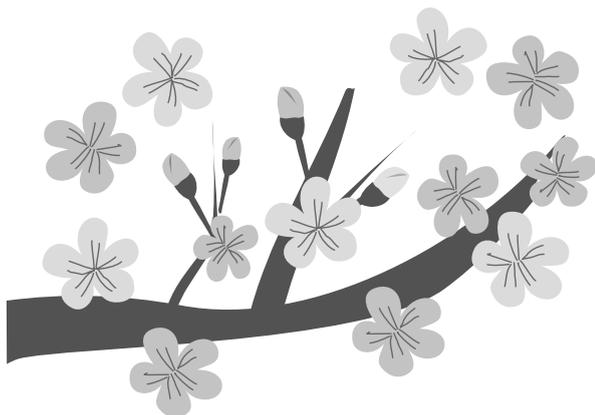
なお、将来の医療環境の変化に備え、各科外来に固有の構造設計をすることを極力避け、新しい外来構造の変化に速やかに対応できるよう、改築を容易とする考え方で診察室モジュールの採用などを行っています。

今後の建設予定

2007年の年明けとともに、現在の外来棟と旧中診棟の切り離し工事が始まり、その後旧中診棟と旧放射線部・旧高気圧治療部の解体、新外来棟建設と続き、2009年3月頃の竣工を目指しています。その後、外来設備、手術室設備、患者案内システム等の設置や什器類の搬入などを行い、同年5月から7月の間に開院させたいと考えています。さらに、新外来棟完成後、現外来棟を取り壊した後に、病棟・新中診棟・新外来棟の3大施設のエントランスホール機能を持つ建物を寄付工事として施行予定にしています。

なお、新外来棟の建設と中に入れる設備類とは、従来通り別途に予算立てするほか方法がないため、今後も皆さんのご協力をお願いすることがあるかと考えますが、外来を適正に機能させるような工夫を各方面からご提案頂けるようよろしく申し上げます。

（2006年11月20日執筆）



新中央診療棟へ移って（特集1） 新手術部の改革的設備

手術部副部長 滝 和美

【はじめに】

当部は、昭和35年建築以来の新築移転を、平成17年度年末年始の約2週間で行った。平成18年1月5日より、14手術室全稼働を開始した。月間手術件数にも影響を与えず、平常運用できたのは、前倒しでの器械・器材の準備と綿密な移転計画の調整が功を奏したと考える。手術部運用の効率化のため導入した設備を列挙し、概説する。

【設計の理念】

1. 全ての手術患者さんへ安全・安心・確実な麻酔・手術の場を提供する。
2. 手術部職員が誇りを持って働ける安全・快適な環境を創造する。
3. 医療従事者が情熱・意欲・目標を持って、高度先進医療に挑戦できる進化型手術場とする。
4. 麻酔と手術に関する情報を公開できるシステムを構築する。

【設計の基本コンセプト】

1. 各室独立空調とし、空間清浄度の検証システムを構築する。それと共に、自動クリーンアップを付加し、感染予防の基礎となるゾーニングを徹底したレイアウトとする。
2. 基本的に全室多機能化し、全科対応可能とする。
3. 人材の有効配置、業務時間の短縮を期せる手術器械セット・品目の見直し統一化を図ると共に、周術期の準備・片付けの簡略化を実現する。
4. 重量物移送の距離・負荷の軽減を図る。
5. 廃棄物の分別・回収を容易にする。
6. 院内電子カルテと連動した手術器械のIT管理を構築し、トレーサビリティ（所在追跡）を確実にする。

【導入設備概説】

1. 広床面積の確保と多機能化
手術室は正方形を基本とし、8室が50～52㎡、6室が61～69㎡と広く確保し、天井懸垂機器は、无影灯とモニターアームのみとし、全室全科対応可能とし、利用効率を良くした。手術部総床面積は3,300㎡で、旧手術部より300㎡増えただけである。
2. 環境支援システム
空間清潔度を維持するため、全室独立空調とし、浮遊微粒子数・余剰麻酔ガス濃度を経時的に測定し、フィードバックによるクリーンアップを行い、ゾーニング保持を図った。併せて、壁面コンセントの利用状況をモニターし、過剰使用に警告を出すシステムとした。
3. 第5手術室に術中撮影用MRI設置
腫瘍摘出術の確実性を開創下で検証でき、全身対応のものとしては、国内初の導入である。現在、脳

外科手術で数十例施行した。設計段階から組み入れないと、磁気シールド構造対策や付帯機械・器材整備が非常に困難となる。

従来は、術中・術後に放射線部まで搬送していたので、時間の短縮が図れ、術者・患者共に有用である。



4. 第6手術室に術中照射（IORT）用電子線加速装置（モベトロンR装置）

開創下で同室即時に電子線照射を可能とした。本機も全身対応型であり、手術室への導入は、国内初である。

従来は、放射線部へ移送しての照射であったため、1回1時間近くを要していた。現在は、その所要時間は半減できる。



5. 自動倉庫1機・回転ラック（パーティカルカラーセル）2機
4階の中央材料部と連動し、手術器械の管理をコンテナ・単包品共に、バーコードで行い、トレーサビリティの確保に努めた。

ピッキング・展開準備・臨時対応への時間短縮を図れた。クリーンホールでも朝の準備を2～3名で行うが、昼間は2人で充分対応でき、必要稼働要員は半減した。

自動倉庫は550個収納であるが、700個のコンテナを用意し、現在約500個のコンテナで基本器械セットと一部の単品が回転している。

2機の回転ラックは各々42冊が回転し、呼び出し柵から短時間でピッキングが可能となった。従来、中央材料部と手術部共に、既滅菌物保管庫を多数並べていたが、2階分約10mの自動倉庫と回転ラックで全ての器械が収納可能となり、床面積は約80%も削減できた。



6. 自動搬送車 (AGV)

各手術室前に手術器械回収用と廃棄物回収用のステーションを設置した。呼び出しに応じ随時、AGVが回収集積ステーションと廃棄物集積室へ搬送する。器械は自動的に高速リフターで中央材料部へ運ばれる。廃棄物は室内で分離包装されて集積室へ運ばれ、業者にて最終回収される。廊下での破損・飛散も無くなり、移送距離も短縮された。重量物の搬送距離が短縮され、筋力労働の軽減にも寄与している。



7. 9手術室のX線防禦設備

術中術後のX線撮影は年々増加している。ポータブル撮影機2台、Cアーム3台、DSA1台、モベトロン1台を使用するため、全室設備を要望したが、予算上9室に抑えられた。完工後は目には見えない防禦設備ではあるが、職員の業務環境整備の面からも、必要不可欠で削減は決して許されない。

8. 陽陰圧切換手術室2室

第11と第12手術室に約5分で陽陰圧の差圧調節可能な設備を配置した。SARSなどの感染症患者への手術対応設備である。

9. 高温手術室 (第4手術室)

未熟児・新生児の術中体温管理を容易に行うべくベッド上を40℃まで調節でき、空調加湿も可能とした。ラジアントウォーマーや保温・加湿マットを併用し、低体温予防に功を奏するものと思われる。

胎内手術もここで予定している。

10. 低温手術室 (第10手術室)

心臓大血管手術・低体温麻酔・臓器摘出術などの際、ベッド上を15℃まで空調冷却可能とした。

冷却促進効果を冷却マットに追加した。

11. 全手術室の暗室設備

多機能手術室を目指し、全室で顕微鏡と内視鏡の手術が可能のように、照明の調光を可能とし、2つの大型窓にも全て遮光扉を付設し、暗室化を可能とした。

12. 高圧ガスのセントラル化

手術部内のシリンダーレス化を図り、酸素・笑気・合成空気・窒素に加え、二酸化炭素 (炭酸ガス) を中央配管とした。

冷凍手術装置用の窒素と眼科手術用の炭酸ガスの二つだけは、中央配管ガスが使用できず、シリンダーを持ち込んでいる。

13. 薬品室設置

薬品管理のため、施設可能な薬品室を部内に設置した。薬剤師も1名常駐となり、看護業務から、ほとんどの薬品管理業務を移管した。在庫管理・期限切れ管理の確実性が増した。

14. レセプト管理室

医療器材・薬品の請求チェックと、手術・麻酔請求書のチェックを行うべく、医事掛より1名配置、常駐している。請求漏れも減少し、適正なレセプト作成に寄与している。

15. 高速大量吸引装置 (第3手術室)

内視鏡手術時の大量洗滌水の処理用に器材室内にバキューム室を設置し、高速大量吸引システムを構築した。

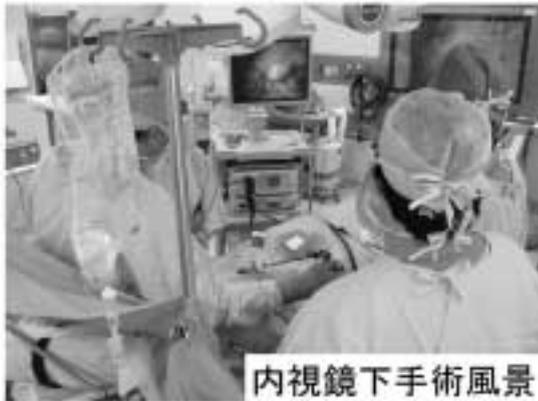
直接配水管へ吸引するため、分時数リットルの速度で容量の限界無く吸引可能である。おかげで、大量の吸引液の処理は不要となった。

機能的には3室同時吸引まで可能であり、将来の増設に配慮した。

16. 内視鏡用天井懸垂モニター (第1・2・3・4手術室)

第1・第3手術室にはモニターアーム2台、第2・第4手術室には1台、懸垂型で配備した。

移動型内視鏡手術装置上のモニターを含め、2~3台の20インチモニターを術者と助手が各々に使用できる。



内視鏡下手術風景

17. 天井埋め込み型無影灯設備（第7・第8手術室）
バイオクリーンルームには、乱流防止のため埋め込み型無影灯を設置した。
天井高を320cmとり、Cアーム・牽引台・DSAなどの使用が容易となった。フォーカスも2箇所別々に分けて使用可能であるが、側方調光には限界があり、移動型補助灯を併用している。
移動式CTも操作が容易である。
インプラント手術や移植手術のため、第7手術室69㎡と第8手術室64㎡と、床面積は十分に確保した。
18. バイオクリーンルーム（第7・第8手術室）
増加するインプラント手術・関節鏡手術・骨髄採取・臓器移植などに対応するため、2室用意した。
一般手術の有効利用を図るため、クラス100（超清潔）とクラス1000（高度清潔）の切替え可能とした。
19. バックテーブル用無影灯（第8・9・10手術室）
複数例の移植手術のため、3室にバックテーブル用の無影灯を設置した。
20. ロボット手術装置対策
将来導入計画のあるロボット手術装置のため、第5・6・9・10手術室の天井高は320cmを確保すると共に、手術台上の空間確保のため、2灯式無影灯とした。
第7・8手術室も320cmの天井高と埋め込み式無影灯で対応可能である。
21. 画像システム
監視カメラシステム
全手術室と管理廊下・クリーンホール内に設置し、受付・看護管理室・麻酔科医室・カンファレンスルーム・副部長室のみで観ることができる。
職員の確認・手術進行チェックに有用である。

術野カメラシステム・X線フィルム・生理検査の画像配送。

術野カメラは無影灯内蔵式・アーム式・三脚移動式の3タイプで設置。術野映像及び、X線フィルムを含む検査結果は、室内いずれの画面（50インチプラズマモニター1台（壁取付）、20インチ液晶モニター2台（壁取付））でも、各々観察・参照可能である。また、術者の患者観察用には、各室のアーム搭載モニター1~2台が見やすい。これらのデータは、手術部専用サーバーを介してカンファレンスルーム・部内視聴覚室・麻酔科医室だけでなく、外科系各科の全医局へも配信し、モニターできるようにした。さらに、学生への教育の観点から、学部のAVルーム・面談室でも観ることが出来るようにした。また、今後の技術進展を図ることや、地域間医療の連携なども考慮し、画像データの学会や病院間への転送も可能としている。受益者側のデジタル環境を考慮し、VHSとDVDいずれでも記録可能である。

22. 高機能電源システム
全室無停電100V電源を150~200A確保し、シーリングアームと四方向壁面にコンセントを配置した。
レーザー装置等使用のため、全室単相200V電源を用意した。
調光装置を全室に組み込み、省エネ対策を図った。
23. 自動麻酔記録
患者監視装置に併設した記録パネルから院内電子カルテへも取り込めるシステムとし、ペーパーレス化を進めている。
器材・薬品請求なども同一画面処理可能としている。更なる改良を続けている。
24. 看護自動記録
稼働しながら、改良している。ペーパーレス化に向け電子カルテ上での取込みを進めている。

【おわりに】

新規移転に伴う改革点を列記した。改善に向け進行中のシステム・設備や将来導入を想定した設備もいくつかある。

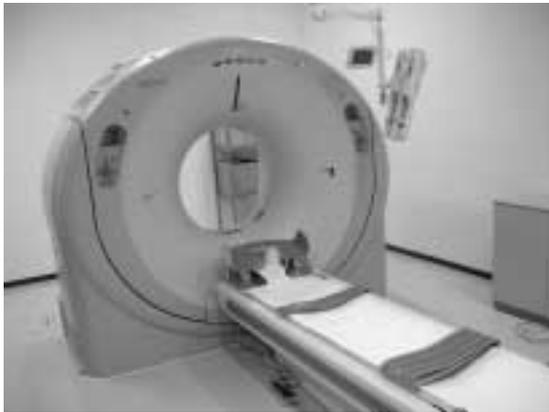
今の所、2~3の設備を除き、全て稼働している。人的律速条件が達せられれば、年間8,000例の手術も設備的には充分可能である。

完成が終着点ではなく、日々進化する手術部として、更なる設備補充と共に、機能向上を図り、患者さんと医療従事者の要望に応える手術場にしていきたい。

新中央診療棟へ移って（特集2） 最先端の撮影装置CT等

放射線科 岩野 信吾

中央放射線部の新棟移転に伴い、先陣を切って新棟の64列マルチスライスCTが2006年5月のゴールデンウィーク明けから稼働を開始しました。ただし今回、新規購入したCTは1台のみで、旧棟の3台のCT装置のバージョンアップに加えて移転作業が必要となり、引っ越し期間が1ヶ月にも及びました。最終的に4台のCT装置がそろって稼働したのは6月半ばからになりました。その間はCT室が旧棟と新棟に分かれることになったことや、すでに旧棟のCTに数多くの予約が入っていたためその予約を新棟に振り替えたこともあり、患者様やCTを依頼された先生方も混乱されることがあったかと思えます。ご迷惑をおかけしましたことをお詫びいたします。



64列マルチスライスCT

新棟のCTは4台とも東芝製のマルチスライスCTですが、1番CT室が検出器16列のAquilion、17番・18番CT室が64列Aquilion、19番CT室が4列Asteionという構成になっております。1番CT室のみ他のCT室と離れていますが、これは救急医療におけるCT検査の重要性を考慮し、救急外来に一番近い放射線部の検査室をCT室に割り当てたためです。17番～19番CT室の操作室は一続きの部屋になっており、CTを操作する放射線技師同士でコミュニケーションがとりやすくなっています。また放射線科医もここに常駐しており、造影検査を担当するとともに、撮影法について技師に適切な指示を与えられるような体制を作っています。

マルチスライスCTの特徴としてまず挙げられるのは撮影時間の短さです。同じマルチスライスCTでも検出器の列数が多いほど高速に撮影できます。64列のマルチスライスCTの場合、肺尖部から鼠径部まで（すなわち胸腹部全体）の撮影でも10～15秒で撮影可能であり、1回の呼吸停止下に十分に撮影できることとなります。これは検査を受けられた患者様からも非常に好評で、撮影終了時に「速いですね」「もう終わったの?」と言われることがたびたびあります。

また、マルチスライスCTには、スライス厚の薄い

画像を短時間に撮影できるという利点があります。肺疾患のCT診断においては、高分解能CT（HRCT）というスライス厚をできるだけ薄くした画像が非常に重要とされています。従来はスライス厚7～10mmのconventional CTを撮影したうえで、さらに病変部のみHRCTを撮影するという作業が必要でした。しかし検出器が16列以上のマルチスライスCTであれば、厚さ1mmで胸部全体を撮影することが可能になったことにより、撮影時間の短縮及び被曝を軽減することができました。さらにこのような薄いスライス厚の画像データをワークステーションに転送すれば3D画像を作成することが可能です。

マルチスライスCTになりますと、このように短時間に大量の画像が作成でき、1検査で1,000画像以上のデータが発生するという点もさらにありますので、すべての画像を従来のようにフィルムにプリントすることは実質不可能で、すでに放射線科の読影はすべてPACS上でモニター診断をしています。またCTの画像データは電子カルテにも配信しており、カルテで随時参照できるようになっています。

CT装置のハード面は急速に進歩していますが、問題はそれを動かすソフト面（人員）が不足していることです。特に造影CT検査につきましては、従来から放射線科ですべての造影業務を引き受けておりますが、放射線科医が問診から注射、造影剤のセッティング、最適な撮影プロトコルの選択、検査中の患者の看護、副作用の処置のすべてを行わなければならない厳しい状況が続いております。CT検査の件数は移転後も増加の一途をたどっており、それを維持できるだけの人員の確保が急務と考えております。

なお、今回の放射線部の移転においては、CTのみでなく、一般撮影・血管造影・MRI・アイソトープ・PET・放射線治療装置も順次移転を行っており、2007年春には新棟放射線部門すべての装置が稼働する予定であり、いずれも最新鋭の撮影・治療装置で依頼医の要望にお応えしたいと考えております。



放射線科読影端末

褒賞制度・助成制度 何に対して評価されたかー

総務課・経営管理課

両制度は、平成17年12月に創設され、募集は年2回（8月期・2月期）です。
第2回目となった平成18年度8月期の採択は、下記のとおりです。
次回（2月期）の募集案内は、平成19年1月頃を予定しているとのことです。

両制度の趣旨は、

褒賞制度：病院のそれぞれの部門等において、経営改善、業務改革等を行ったことにより、病院の経営に貢献があったと認められる部門等に対する表彰

助成制度：病院における医療、経営、管理の各分野に係る運営上の諸問題に関して、独創的、先導的な取り組みや検討を実施するプロジェクトに対し助成を行い、病院運営の活性化を図る
です。

まだ申請をしていない部門等にあっては申請が出来るよう、また、今回採択されなかった部門等は次回推薦していただけるよう、頑張ってみては、いかがでしょうか。

名古屋大学医学部附属病院の職員に対する褒賞制度採択一覧（平成18年8月期）

平成18年7月11日付けで照会し、8月4日に募集を締切り、審議の上決定した。

No.	代表者所属・職・氏名	人数	単独部局・複数部局推薦の別 推薦部門名等	推薦理由の概要	褒賞額 (単位：円)
1	医療安全管理部長 上田裕一	リスクマネージャー 107名	複 数 医療安全管理部及び各部署 リスクマネージャー	リスクマネージャーの医療事故防止に関する指導・教育等の活動による業務改善	300,000
2	消化器内科 教授 後藤秀実	教 員 5名 薬剤師 3名 看護師 4名	複 数 消化器内科、薬剤部、11E 病棟および12W病棟	緩和医療における疼痛コントロールガイドラインの作成による業務改善	300,000
3	難治感染症部助手 馬場尚志	教 員 1名 技 師 6名	複 数 難治感染症部、検査部	血液培養検査の時間外対応体制の整備による業務改善	300,000
4	看護部看護師長 亀島加代	看護師 7名	単 独 看護部	外来看護師の計画的患者指導、専門外来の立ち上げ、救急外来の移転、光学診療に関する学習会や研修等の業務改善への取り組み	300,000
合 計					1,200,000

今回採択を見送ったものには

- ・すでにプロジェクトに採択されており、現在プロジェクト進行中であるもの。
 - ・褒賞として取り上げるには時期尚早であるとして、今後の経緯を踏まえて次回以降に再度申請願うもの。
- 等があった。

名古屋大学医学部附属病院の運営の活性化に係る助成制度採択一覧（平成18年8月期）

No.	分 野	プロジェクトの名称	実施期間	代表者	評価額	コメント
1	医 療	地域連携（病院・福祉施設等）アンケート調査及び訪問調査	H18.10.24 ～H19.8.31	医療社会事業部 鈴木 規夫	400,000円	転院・施設入所情報をデータベース化することにより、早期退院の推進に寄与すると思われる。
2	医 療	手術麻酔医療の質の向上	H18.10.24 ～H19.8.31	麻酔科 西脇 公俊	400,000円	挿管困難対応セミナーで得た知識・技術を院内関係者へ広めることで、手術麻酔医の質の向上が期待できる。
合 計					800,000円	

健康講座

血管外科疾患における新しい治療戦略

体に優しい手術

血管外科長 古森 公浩

日本人の生活様式の変化に伴い動脈硬化による病気が増加しています。我々血管外科領域で扱う代表的疾患には血管が閉塞あるいは狭くなる末梢動脈閉塞症(Peripheral Arterial Disease:PAD)と動脈が拡張する動脈瘤があります。最近、血管内治療の適応拡大あるいは血管新生療法の臨床応用などにより、この領域での動脈疾患に対する治療がめざましい変化がみられておりますので、ここに紹介します。

PADでは歩くと足が痛くなり歩行不可能になる症状がでます。病気が進行すると安静時に痛みが出現したり、ひどくなると足が腐ってしまうことがあります。その治療は、禁煙などの生活様式の指導、動脈硬化リスクファクターのコントロール、運動療法、薬物療法、血管内治療、血行再建術などがあり、その病態にあった治療法を選択します。2007年1月にはPADに対する新しい治療のガイドライン“TASC II”(Trans Atrantic Inter-Society Consensus)が出版予定です。TASC IIは欧米だけではなく日本、アフリカなど17学会の代表が出席して作成されました。そのガイドラインでは従来では外科的バイパス術の適応であった病態に対しても血管内治療を推奨するといったように、血管内治療の適応の拡大が認められています。当科でも血管内治療を積極的に施行しており、特に腸骨動脈領域の閉塞症例にも血管内治療を第一選択で施行して良好な成績を得ています。これまでに閉塞例51例中、46例に成功し、初期成功率は90%です。最近では浅大腿動脈領域にもさらに拡大しています。図1に血管内治療前後の血管造影を示します

一方、下腿の病変には血管内治療の成績は不良のため、

安静時痛や潰瘍・壊疽のいわゆる“重症虚血肢”の場合、自家静脈を用いた血行再建術が第一選択であり、積極的に血行再建術を施行し救肢に務めています。図2に血行再建術前後の血管造影、ならびに治癒した虚血性潰瘍を示します。

症例によっては血行再建術が困難な症例が数%にみられ、そのような症例に対して治療的血管新生療法を施行しています。当院では骨髄単核球を用いた血管新生療法をこれまでに8例施行しています。また、センダイウイルスを用いて、“血管新生促進効果”のある繊維芽細胞増殖因子(FGF-2)による遺伝子治療も開始の予定です。

動脈が膨らむ動脈瘤も年々増加しており、腹部大動脈(腸骨動脈)瘤は2002年には年間約30例から2006年は60例と5年間で約2倍に増加しており、日本でも有数の症例数を誇っています(図3)。待機的腹部大動脈瘤の手術成績も最近10年で術死亡率0.8%と良好な成績を得ています。治療法はYグラフトという人工血管を用いた手術を主に施行していますが、症例によってはステントグラフト内挿術を施行しています。図4にステントグラフト内挿術前後の血管造影を示します。これらのステントは今までは手作りで行っていましたが2007年4月頃には保険適応の予定になっており、この領域でも血管内治療の症例が増えることは間違いないと思われま

す。以上、名古屋大学血管外科では従来の外科手術だけではなく、“体に優しい治療”特に血管内治療を積極的に施行しており、血管外科領域における新しい治療戦略について紹介させて頂きました。

図1

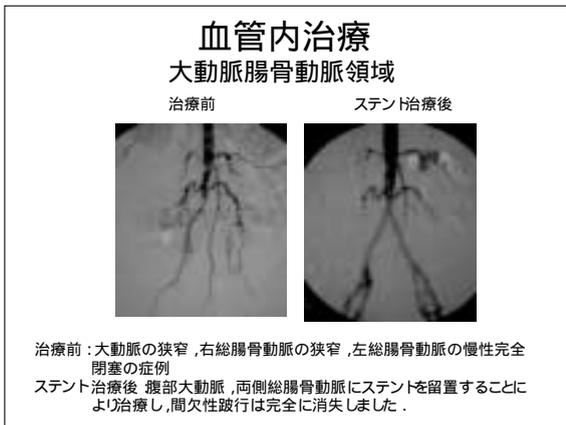


図2

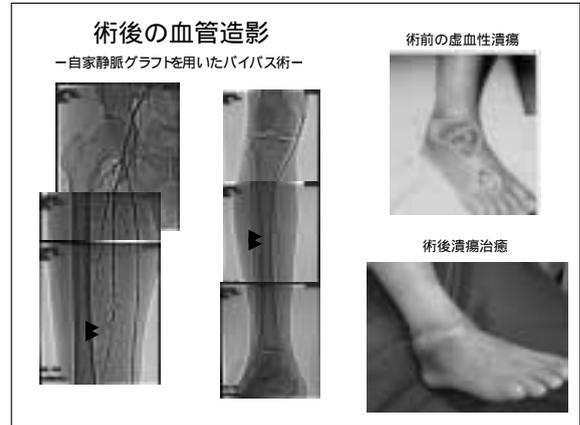


図3

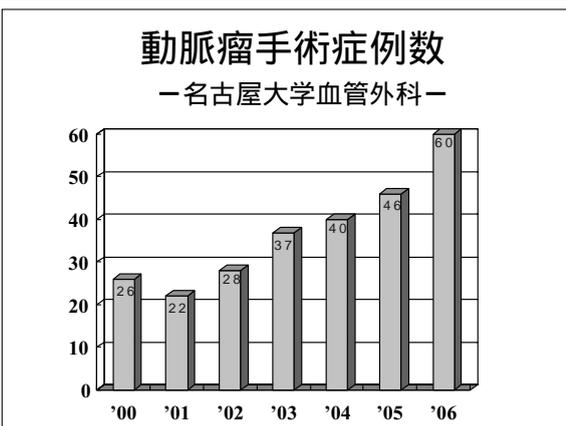
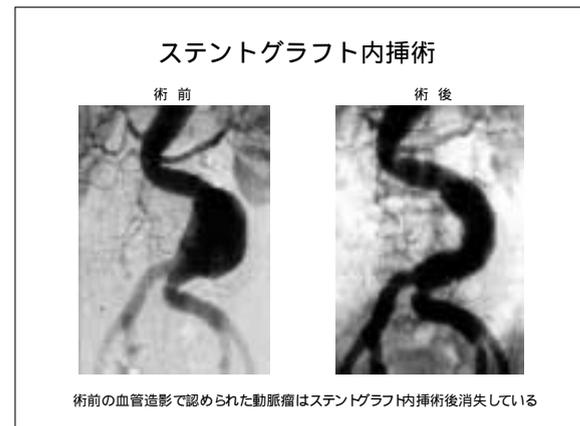


図4



平成18年度後期医療安全職員研修会の開催について 医療の質・安全管理部

医療の質・安全管理部（旧称：医療安全管理部）では、病院で働く全職員を対象とし年2回医療安全管理研修を開催しています。

今回は今年度2回目であり、12月4日(月)～8日(金)の期間で6回を実施、総参加者は1,400名となりました。

研修内容は、「新心肺蘇生ガイドライン・AEDについて」「予想外の医療経過が生じたら・・・」「インフォームドコンセントについて」「院内緊急呼び出し（#99コール）について」「衝撃！のMRI映像」で実施し、特に、救急部の協力により、飛び入り参加による病院長・事務部長出演でのAED使用の救命蘇生の実演（ダミー人形を用いた説明）は、緊迫感があり、とても盛り上がりました。

PHSによる緊急呼び出し#99コールについては、実際の使用状況、及び問題点等の報告と使用方法について説明がありました。

「予想外の医療経過が生じた場合について」の内容としては、患者さんにとって不都合なことが起きた場合は、全て報告していただきたいこと、インフォームドコンセントの意味についての報告がありました。

最後にMRIにおける磁性体の持ち込み危険についての映像の紹介があり、磁性体が強い力で引き寄せられていくシーン（特にカッターナイフ、ペンが突き刺さる場面）では、参加者から驚きの声が聞かれました。

今後も、病院職員全員のみなさんと共に医療の質の向上と安全・安心な医療の安全を目指すために御協力をお願いします。



研修会場



病院長による心臓マッサージ実演

ボランティアの方々へ感謝状を授与 医事課

11月20日(月)ボランティアの方々の日頃の活動に対して、感謝状の贈呈式が医系1号館会議室で行われました。ボランティアの皆さんからは53名のご出席をいただきました。

病院長から、「老年病学の話題」と題して、「食べたいものを我慢してイライラしながら長生きするか、腹いっぱい食べて満足して短く生きるか」のお話しがユーモラスにあり、ボランティアさんも笑いの中、興味深く聴き入って見えました。

その後、1年間の活動に対して、渡部伴江さん
大野真弓さん
間瀬龍彦さんへ病院長から感謝状が贈呈されました。

続けて、懇談会に移り昼食を取りながら、終始和やかに会話が弾みました。



昨年も名大病院にサンタさんがやって来ました



2006年12月20日、名大病院に
 サンタさん（病院長）
 ダンディたぬきさん（上田副病院長）
 かわいい魔女さん（看護部長）
 パンダさん（事務部長）
 くまのプーさん
 ハム太郎の彼女
 トナカイさん
 クリスマスツリーさん
 ドラえもんがやって来て、
 名大病院にいるよい子たちに
 お菓子の入っている長靴やクッキー、それにクリスマスカードが、
 プレゼントされました。



職員レクリエーション

平成18年11月16日(木)18時からブランズウィック名古屋で参加人数、100名による恒例の職員ボーリング大会が行われました。

- 団体賞は、1位 チーム赤黒（黒田眞一郎、赤川泰弘、若山裕司、加藤由利子）1,259点
 2位 ダイコウインパクト（伊藤秀夫、横江基博、川口雄大、國枝直哉）1,231点
 3位 ゴロゴロバーン（成田憲彦、山下雅人、奥平訓康、高橋宏典）1,159点
 個人賞は、1位 赤川泰弘 364点
 2位 伊藤秀夫 355点
 3位 渡辺峰守 351点



始球式

と、それぞれが栄光に輝き、最後に表彰式が行われました。表彰式では、多数の参加者へ賞品が用意されておりました。参加者の皆さんには、日頃のストレスも、少しは発散できたのでは・・・幹事さん、お疲れ様でした。

ルール	団体戦4名1組	1人2ゲーム
	ハンディ（1ゲームにつき）	
	男性：50歳以上	10点
	女性：45歳以上	25点
	前年度3位以上	-10点
		45歳未満20点

今回、参加出来なかった方には、次回こそは参加いただき、是非、豪華賞品をゲットしてください。

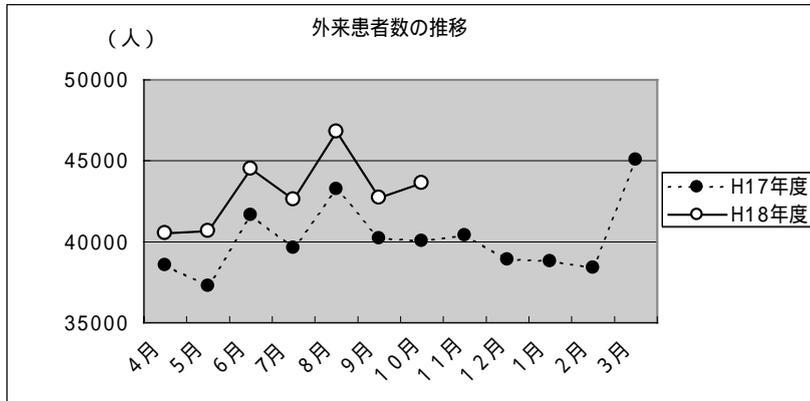
その他、バス日帰りによるレクリエーションの日程、参加人数は下記のとおりです。

- 上高地 平成18年10月28日（土）26名
 小浜（若狭湾） 平成18年11月11日（土）27名
 宝塚劇場 平成18年12月9日（土）74名
 久能山いちご狩り 平成19年1月27日（土）135名（予定）

医療経営管理部だより (医事統計の解説)

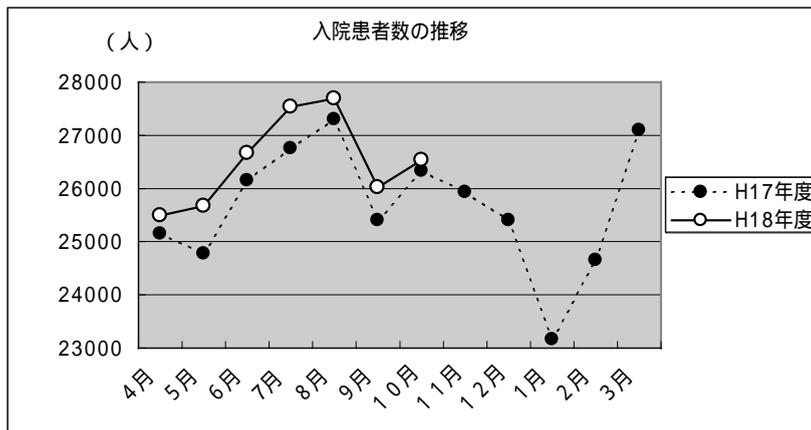
名大病院の各種医事統計につき、医療経営管理部より簡単な解説を加えて報告いたします。

1. 外来患者数



昨年度に比べて今年度は4月から出足好調で毎月ともかなり外来患者数が伸びています。変動パターンは例年とほぼ同様ですが、10月にやや増加傾向を認めています。

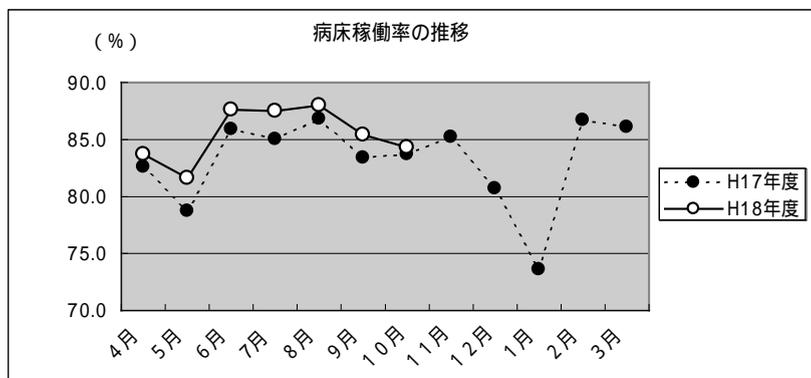
2. 入院患者数



(注. 入院患者数は、在院患者延日数 + 退院患者延日数です。)

入院患者数も外来患者数同様の増加および変動を示しています。例年、9月から10月にかけては学会シーズンで入院患者数の落ち込みが激しい時期ですが、今年度はやや減少が抑えられています。

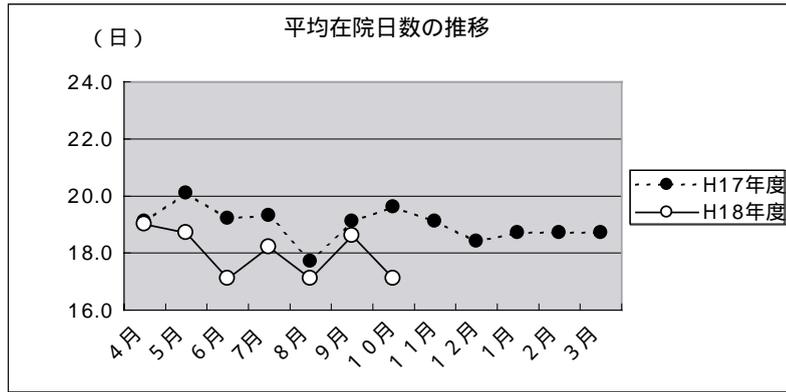
3. 病床稼働率



(注. 病床稼働率の計算は、実働病床数1015床に対する割合です。)

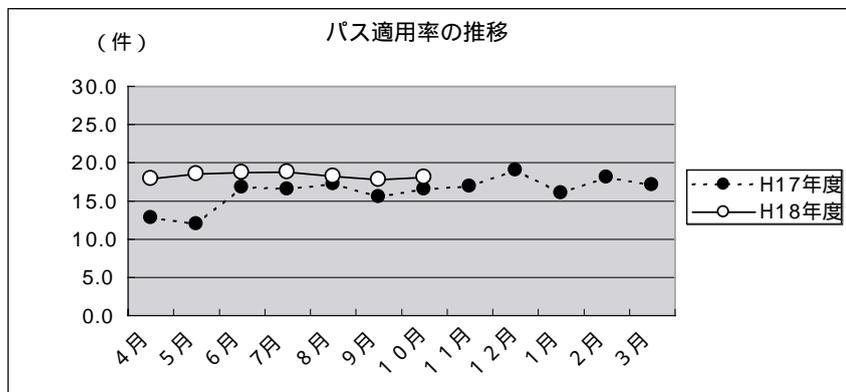
病床稼働率も、毎月、前年度を上回っていますが10月はやや低下しました。

4. 平均在院日数



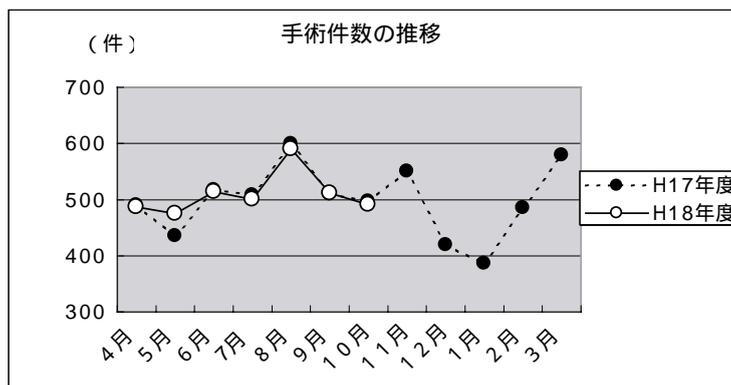
(注：NICU、精神病棟等を除いた一般病棟の健康保険上の平均在院日数です。)
 平均在院日数も常に昨年度より短くなっています。特に10月は昨年度に比べて約2日短縮されているのが目立っています。

5. クリニカルパス適用率



(注：H17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。)
 パス適用率も全体的に好調を維持し、常に18%台で安定しており、月ごとの変動が少ないのが今年度の特徴です。
 なお、2006年11月28日現在の総登録パス数は88件です。

6. 手術件数



(注：中央手術室での手術件数のみです。)
 手術件数に関しては、5月以外は昨年度とほぼ同数で増加していませんでした。

【総評】

今年度は、4月から外来・入院ともに患者数が増え、医業収入も昨年同期に比べて着実に増収しています。
 例年、学会シーズンで入院患者数が落ち込む9月、10月ですが、今年度の手術件数は昨年度より増加しているわけではないのに、入院患者数は昨年度よりやや増加し、平均在院日数が著明に短縮し、その反面、病床稼働率は軽度の上昇にとどまっています。これらを総合的に判断すると、手術入院が減るこの時期の病棟の空床を在院日数の短い非手術患者が埋める形で補えたのではないかと考えられます。
 昨年度年末は、各部署の皆様のご尽力により、無事、新中央診療棟の移転を行うことができました。今年度の年末年始には、病院総合情報システムの更新という大きな課題が待ち構えています。診療に関わるデータの安全な移行作業のために、12月30日から1月1日の3日間、電子カルテを停止することになっております。非常にご迷惑をお掛けしますが、皆様、ご協力よろしくお願いいたします。

(2006年11月28日 文責：医療経営管理部 吉田)

編集後記

小児外科助教授の瀬尾孝彦先生が2006年11月13日、膵癌のため亡くなりました。51歳という若さでした。先生は、小児外科の前身である名古屋大学分院外科に入局され、米国ユタ大学留学後は、主に先天性横隔膜ヘルニア、生体肝移植などの臨床・研究をされていました。とりわけ先天性横隔膜ヘルニアの治療に利用する世界で最も血液充填量の少ない体外循環装置の開発は特記されるべきものです。この装置の開発により、従来は新生児疾患の中で最も重症であるといわれていた横隔膜ヘルニアの治療が、病室レベルでも可能になったといわれています。患者さんならびにその家族からの信頼も厚く「患者が決めたいい病院（オリコンメディカル社）」という本では名大病院で最も得票の多かった医師として先生の名が挙がっているほどです。学生にも人望が厚く、ポリクリの学生を自宅に招かれ奥様が手料理をふるまわれたこともあったと聞きました。家族思いでサッカー好きな息子さんのことを医局の秘書さんになごやかに話されることもあったそうです。体調をくずされても、2006年8月のぎりぎりの状態まで外来を担当されていたそうです。心からご冥福をお祈りいたします。

(中島 務)

かわらばん編集委員会

顧問	井口 病院長	松川 事務部長
アドバイザー	大磯 ユタカ	
委員長	山内 一信	
委員	中島 務	伊東 亜紀雄
	長濱 大輔	米田 和夫
	鈴木 三栄子	大宮 孝子
	伊藤 健一	藤井 昭彦
	伊藤 昌幸	鈴木 秀夫
	永家 清考	犬飼 幹緒

No.63
医学部・医学系研究科総務課
TEL 741-2111
(内線2775)
かわらばん編集委員会
2007年1月15日