



2001年11月1日

発行

山梨医科大学
医学部附属病院

クリティカル・パスを導入して

～ 眼科医の立場から～

眼科医員 深澤 史子



クリティカル・パスの導入にあたり、眼科では白内障手術が対象となりました。理由として、各患者間で術前・術後の経過および診療内容に差が少なく、入院期間も短期であることが挙げられました。しかし実際に運用してみると、大学病院であるためか難治症例や白内障以外に眼科的・全身的合併症を有する患者が多く、また6階西病棟に限っての導入であったため、パスの適応となりうる基礎疾患のない白内障患者が思ったより少なかったのが実感です。(基礎疾患のない白内障患者は5階東病棟に優先して入院しています。)

医師側の立場から、クリティカル・パス導入後の利点と問題点をいくつか挙げてみます。まず利点としては、入院療養計画書・週間指示書・点眼指示書・術前術後の指示箋といったオーダー書きの作業が簡素化されたこと、また図表化された入院療養計画書を患者に渡し説明することで、治療経過の流れが患者側に分かりやすくなったことでしょう。

問題点として、手術時のプレッシャーを挙げている医師もいます。また、パスでは在院日数が調整されているため家族の都合で予定の退院が変更となっただけでバリエーションが生じたこと、段階的な試験導入であったため同室入院・同日手術の患者でパスの対象患者とそうでない患者が生じたこと、などが挙げられました。

今後白内障患者でパスの適応範囲を広げるとともに、今回生じた問題点やバリエーションの内容を検討し、修正と改良を加えていく必要がありますが、実際運用した医師からは医療効率の向上といった面では好評を得ています。しかし外来診療からの導入は、現在の外来業務の状況では物理的に不可能であり、今後の課題です。また、緑内障・網膜剥離・糖尿病網膜症などの疾患は治療経過が定型化できず、パスの導入は難しいと考えています。

～ 看護サイドから～

6階西病棟副婦長 長坂 明子



当院の病院改善5ヶ年計画で、H12年度にクリティカルパスを導入するという目標が掲げられた。看護部では、クリティカルパス委員会を設置し、パスを作成するにあたり、インフォームドコンセント・チーム医療の連携が重要な目的と認識し、白内障のパスを作成することを目標におき活動を開始した。しかし、委員は経験がないことから理解していくことが難しく、運用するためのシステム作り・運用ツール(使用手順・記録方法)等を検討することに時間が必要であった。

平成13年1月15日に使用を開始した。運用するためのシュミレーションや学習会を重ねたが、実際にパスを使用してみると、医療者用パスの記録方法や使用手順など運用ツールの問題点や確認事項が明確になってきた。スタートして3月・6月と3ヵ月毎の評価を加えたことで、現在では、使用方法での混乱もなくスムーズに運用されている。

看護婦に対するアンケートでは、「患者様のインフォームドコンセントに役立っている・患者様の治療参加への意欲につながっている」、「看護業務の均一化が図れる・記録時間の短縮が出来た・医師からの指示受けなどの業務整理が出来た」等の効率化や簡略化が図れているとの回答が多かった。

9月末までに眼科の手術件数は、555件ある。そのうち、当病棟での白内障の手術は約65件であり、パスを使用したのが32件である。当病棟においては、糖尿病・緑内障・腎不全による透析中の合併症がある患者様の入院が主になっている。そのために、パスの適用を外していた。しかし、現時点では、合併症があっても白内障の手術(PEA+IOL)での入院ということだけでみると、入院期間が6日間で退院される患者様もいることでパスが適応できると考える。

10ヶ月が経過し、順調にパスを使用している。しかし、パスの運用基準である旨の外来医師から連絡が適切に病棟に届いてないため、入院して来られてからパスの適応患者様であった場合には、業務に支障が出た場合もある。医師の交代時期も重なった事などで、実際パスの運用基準や使用手順などを理解していない医師もいる。今後、5階東病棟へパスを導入するためにも医局サイド・看護婦サイド両方でパスの運用基準・使用手順を教育していくことが重要である。

今後も現在使用している白内障パスの内容の検討・評価を重ね、更にインフォームドコンセント・チーム医療の連携に役立っていきたい。今回、白内障のクリティカルパスの作成に関かわって、他部門との連携をとる役割を果たすことに非常に多くの時間と力が必要とされる事が実感された。

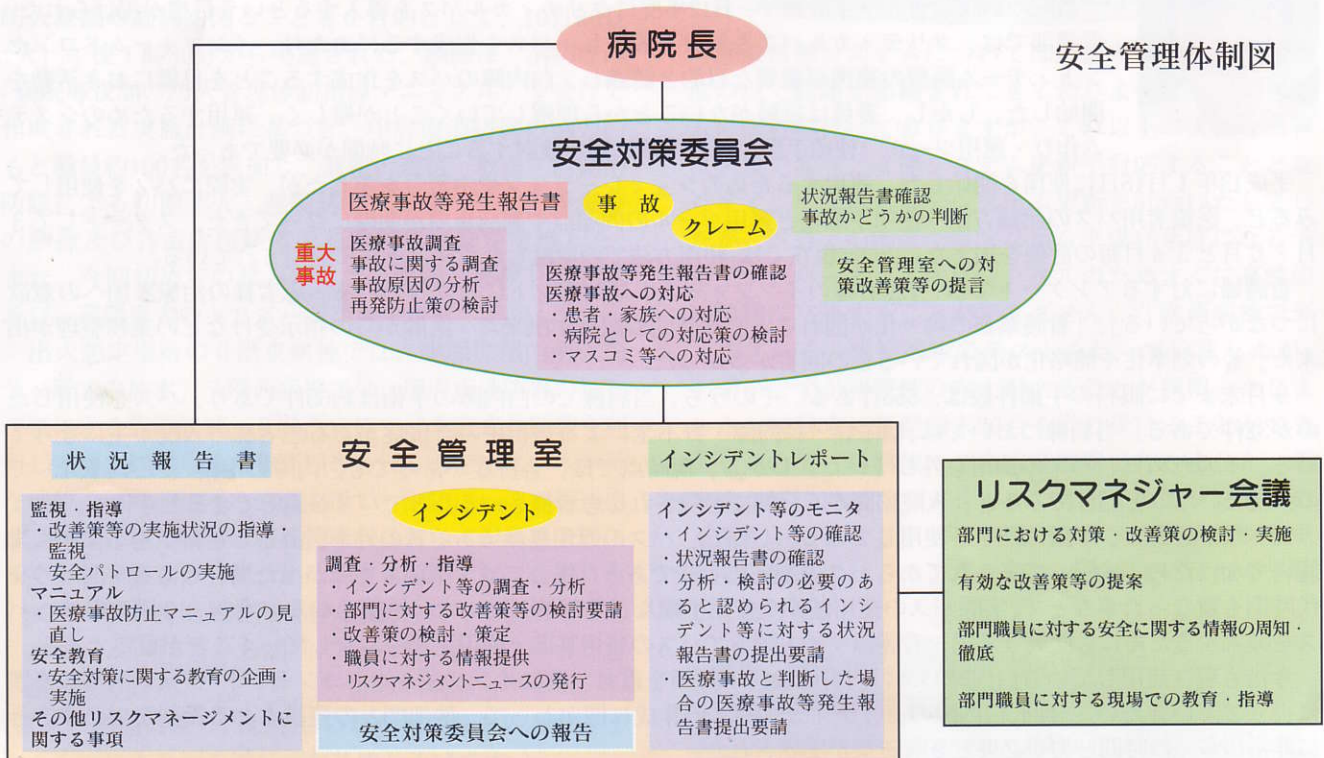
安全管理体制の見直しについて

安全管理室

本院の安全管理体制については、専任のゼネラルリスクマネージャーが配置されたことにより、5月に安全管理室を設置して活動を行ってきました。しかし、安全対策委員会、医療事故調査委員会、安全管理室、リスクマネージャー会議の役割分担及びインシデントや医療事故等に対する報告基準などが明確になっていなかった等の問題点が指摘されておりました。そのため、10月18日開催の病院運営委員会において、安全管理体制の全面的な見直しを行い、安全管理室を中心に、インシデントなどの情報収集、原因分析、改善策等の策定、現場へのフィードバック、改善策等の実施、改善状況の確認・指導などに迅速に対応できる体制整備を行いました。「人間であれば誰でもエラーをおかす。」という事実、ちょっとしたミスが重大な医療事故につながるなどを前提に、組織として医療事故防止に取り組むことが必要とされております。本院においても、ゼネラルリスクマネージャーを中心に、安全管理室と各部門のリスクマネージャーが協力して活動していくことが必要であると考えます。リスクマネージャーの皆様のご協力をお願いいたします。なお、今回の見直しによる大きな改正点は次のとおりです。

1. 安全対策委員会は、安全管理体制の整備や医療事故発生時における患者・家族・マスコミ等への対応を行うこととした。
2. 従来、重大な医療事故が発生した場合の事故調査等は、医療事故調査委員会を設置して行っていたが、同委員会を廃止して、安全対策委員会の中に事故調査専門部会を設置することにより、迅速に対応することとした。
3. 安全管理室の行うべき業務内容を明確に定め、下図に示すようにリスクマネジメント全般を担当することとした。
4. 安全管理室の室員が協力して、インシデントや状況報告の確認、メールを利用した問題点の指摘、原因分析、予防策や改善策の提案を行うなど、ゼネラルリスクマネージャーへのサポート体制の強化を図った。
5. 従来、医療事故等発生報告書では対応できなかった、合併症などのために患者に傷害が発生した場合の報告を、「状況報告書」により行うこととした。
6. リスクマネージャー会議は、3か月に1度程度開催することとし、部門のリスクマネージャーは、安全管理室と協力してそれぞれの部門におけるリスクマネジメントを行うこととした。

安全管理体制図



医療事故等発生報告書・状況報告書・インシデントレポートの報告基準

患者に傷害があった事例		患者に傷害がなかった事例			
明らかに医療事故と認められるもの	エラーによる傷害	不可抗力や合併症並びに医薬品・医療器具・輸血などによる副作用等	幸運事例	発見訂正事例	医療機器や医療材料の不具合、患者や家族の問題、その他
医療事故等発生報告書		状況報告書	インシデントレポート		
安全管理室において、医療事故と判断されたものについては、「医療事故等発生報告書」を提出		提出された状況報告書の中で、病院としての対応が必要なのは、安全対策委員会での対応を検討する。	インシデントレポートとして報告があったもので、安全管理室から要請のあったものについては、「状況報告書」を提出		
提出先： 安全管理室 経由 病院長		提出先：安全管理室		インシデントレポート登録システムに入力	
安全対策委員会		安全管理室			

報告基準について

今回の見直しにより、報告の方法が「インシデントレポート」、「状況報告書」、「医療事故等発生報告書」の3種類になりました。報告基準によりますと、患者に傷害があった事例は、状況報告書か事故報告書を提出することとなっております。しかし、あまり基準を意識しないで「インシデントレポート」で報告していただかまいません。入力されたインシデントは安全管理室の室員が毎日当番を決めて確認しております。「状況報告書」や「医療事故等発生報告書」の提出が必要と認められるものについては、安全管理室から提出要請をすることといたします。

報告書の提出場所について

「状況報告書」と「医療事故等発生報告書」の提出場所は安全管理室です。安全管理室には小野ゼネラルリスクマネージャーがおりますので、気軽にお立ち寄りください。不在の場合を想定して、現在、ドアに報告書提出用の窓を付けるための改造を行っております。

インシデントレポートについて

インシデントレポートの入力時間を短縮するためにも、要点を整理して、簡潔に入力するようにしてください。また、10月29日の厚生労働省の特定機能病院の監査と、

11月6日の国立大学医療事故防止のための相互チェックにおいて、看護職以外の職種の報告事例が少ないことを指摘されております。医療事故防止のためにインシデントの報告をお願いいたします。

安全管理室の活動について

職員の皆様方から報告されたインシデント等を、有効にリスクマネジメントに役立てるため、月1回開催される室会議やメールを利用して、安全管理室としての予防策や改善策として取りまとめます。その結果をリスクマネジメントニュースで各部門のリスクマネージャーの皆様へ送付したり、直接部門に出向いて改善要請をすることもあります。また、部門のリスクマネージャーの皆様へ、改善策や予防策の策定を依頼することもあります。リスクマネジメントについては、その取り組みが始まったばかり

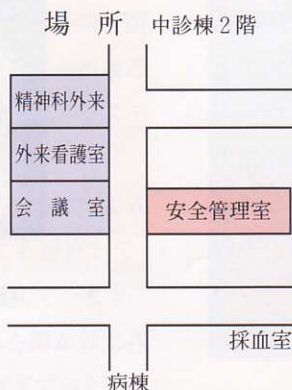
りであります。今後、安全管理室を中心として、試行錯誤を繰り返しながら、「安全で質の高い、患者中心の医療」をめざし、より実行の上がるように努力していきたいと考えておりますので、職員の皆様方のご協力をお願いいたします。

安全管理室員名簿

室副副室	室長	長	中武	澤田	眞正	平之
	副室長	長	小野	野田	さつ	つき
		員	岡田	川藤	俊圭	一哉
			西進	平山	修泰	司宏
			佐藤	本藤	行	弥夫
			松柳	鈴木	光正	章彦
			細野	木野	茂芳	実知
			佐藤	野田	節敏	子彦
			佐藤	藤本		等

以上のメンバーです。
よろしくお願いいたします。

安全管理室



赴任の挨拶



第二内科長 久木山清貴

この度、平成13年9月1日付で、内科学第二教室の診療科長を拝命いたしました。21世紀を迎え、医療改革、国立大学再編成の荒波が押し寄せる中、山梨医科大学は全国の国立大学に先駆け種々の改革を断行し、全国から注目されているわけですが、本学の内科学第二教室を担当させていただき、その職責の重さに身の引き締まる思いです。本学のさらなる発展のために微力ながら専心努力いたしたいと思ひます。

高齢化時代を迎え循環器疾患特に狭心症・心筋梗塞による死因が急増しておりその克服が急務であります。これらの疾患の診断・治療は最近の高度医療の発達によりかなりの成功をおさめておりますが、本科においても心臓血管救命救急医療を中心とした循環器疾患救急診療を充実させたいと考えております。そのためには、良質な医療サービスの提供と救急患者受け入れのための体制の整備（救急を絶対に断らない）が重要です。実地医家との密接な病診および病病連携を構築し、施設完結型の医療から地域完結型への医療にできるだけシフトさせることにより、限られた病床数を最大限に有効利用する必要があります。山梨県全体における循環器診療の向上を目指し、地域医療人向けの生涯教育および医師会との勉強会を定期的に頻回に行うことなども含めて地域との連携を推し進めたいと考えております。医療教育における救命救急医療の重要視化および今後の厳しい医療経済を考えると循環器診療の中心をなす急性期診療を積極的に行うことは国立大学医学部の附属病院といえども避けることはできない時代になってきました。さらに、大学病院の地域医療に果たす役割の一つに「先進医療の提供」があると思ひますが、循環器疾患診療とともに、呼吸器、血液疾患診療も山梨県の基幹病院としてそのレベルアップに力を注いでいきたいと考えております。

これらを実行していくためには病院の皆様方のご協力が不可欠です。ご指導、ご支援を宜しくお願い申し上げます。本院のさらなる発展のために粉骨砕身の努力を行うことを誓い挨拶の言葉とさせていただきます。

これらを実行していくためには病院の皆様方のご協力が不可欠です。ご指導、ご支援を宜しくお願い申し上げます。本院のさらなる発展のために粉骨砕身の努力を行うことを誓い挨拶の言葉とさせていただきます。

診療科長就任にあたって



第三内科長 小林 哲郎

本年9月1日付をもって第三内科科長に就任いたしました。

私共の第三内科は糖尿病をはじめとする代謝疾患、バセドウ病、甲状腺癌などの内分泌疾患、腎臓病、リウマチ・膠原病などを対象として診療を行っており、外来も糖尿病外来、甲状腺・内分泌外来、高脂血症・肥満外来、膠原病・リウマチ外来、腎臓病・高血圧外来、高脂血症・肥満さらに骨代謝外来があります。

広汎な分野をそれぞれ分担することもあり、“全身を診れる内科医”をモットーに診療活動を行なっています。

さらに今後は医療の進歩とともに、新しい診療体制を整備する必要もあるかとも思っております。このためにも、更にソフト、ハード面でのリモデリングも大切であると認識しております。

当科は来年度から、多くの研修医をむかえ、その臨床研修の場を提供するという責任も担っています。そのためには各スタッフのより専門性の高い診療レベルをめざす必要があります。関連施設との連携をより密にしたいと思っております。当科は研究面では伝統的にすぐれたレベルを維持しており、診療活動にフィードバックすることも、もう一つの目標にかかげたいと思ひます。

私共の診療科に対し、皆様方のなお一層のあたたかい御支援と御指導を心よりお願い申し上げます。



秋の行楽弁当（特別治療食、11月1日実施）

輸血部副部長就任にあたって



輸血部副部長 柳 光章

今回、輸血部で仕事をさせていただくことになりました。最初にあたり輸血に関する問題点についての私見及び抱負を述べさせて頂きたいと思います。

輸血に関するケアレスミスは重大な結果を招きます。昨今、他の病院で血液型不適合輸血などがあり社会的に大きく取り上げられました。当大学でもミスを防ぐ工夫（血液製剤の依頼伝票記載時や、輸血前の読み合わせ時は元の血液型判定の結果を参照する。輸血時には患者さんに血液型を確認してから輸血する。インシデントレポートを記載するなど）がおこなわれています。それらの対応は非常に有効です。しかし輸血に関わる各行程がいずれも確実になければ輸血は安全に行なえません。その点から、現在大きく問題にされているのは、夜間、休日の交差試験の確実性です。

交差試験を確実にこなすためには熟練した職員が行なう事が理想です。しかし現在当大学病院の輸血部の常勤の技師は2人しかおらず365日24時間の対応は現実的に不可能です。24時間体制を可能にするためにはある程度、交差試験に熟練した職員を育成し24時間体制に参加して頂く事が必要となります。

では、どこの職員に協力をお願いするかを考えると検査部の技師の方々にお願いする以外にないという結論になります。幸い検査部長を始め技師の方々も協力的です。この24時間体制は早急に確立しなければならないのですが、先程も述べました様に熟練した職員でなければ意味がないので検査技師の方々が研修を積む迄にしばらくの猶予を頂きたいと考えています。

次の問題点は各診療科と輸血部、血液センターの連携の問題です。輸血は各診療科（外来、病棟）で行われますが、各主治医は輸血の専門家ではありません。輸血以外の日頃の診療では他科依頼を出して治療方針を決める事が出来るのに輸血のみは主治医が迷っても専門家に相談するシステムがないのはおかしな話です。

今後は、各診療科の問い合わせに輸血部が対応し、より専門的な知識が必要な場合は血液センターにも連絡して、有効で適正な輸血を行なえるようにしたいと考えています。

以上2つの事をまず当初の目標とし輸血部を開かれた各診療科に利用しやすい様に変えていきたいと考えています。

総合防災訓練への参加のお願い



集中治療部副部長 田中 行夫

過日発生した米国多発テロ事件は、全世界に衝撃を与えるとともに我々医療従事者にも医療の取り組み方の一部を再考させるきっかけとなりました。すなわち、いつ発生するか判らない広範囲な疾患ないしは病態を、いつでも対応できるよう準備しなければならないという事態が生じてきました。それは、従来の疾患概念の枠を越える細菌、化学テロに対する防衛をも含むものです。報道から推察すると山梨県内でそのようなテロ事件が発生する可能性は、低いと誰もが感じていることであります。ところが今までの常識の枠を越えた事態の発生に地域ごとに備える事が、今重要であると考えられております。それは、テロに限らず地震、水害、交通機関等で起こる大規模災害です。これらの発生によって多数の傷病者が、本学に殺到したと想定しますと今までの各診療科単位での対応では充分でないと思われ、病院全体としての的確な対応が求められております。

そこで来る12月15日（土）に、この大規模災害を想定した防災訓練を実施することになりました。本訓練は、本学近隣の化学工場での爆発事故で多数の傷病者が発生したという想定で行われます。その内容は、傷病者の適切なトリアージ、治療、看護、社会対応を的確に実施できるようにするための訓練です。実りのある訓練にすべく実施内容につきまして事前打ち合わせ会を開催する計画でございます。何とぞ全学的な規模で行われる本訓練に各部署でのご協力をお願い申し上げます。



(消防訓練 10月31日実施)

特定機能病院に係る立入り検査について

庶務課企画法規係長 仲嶋 宏治

厚生労働省関東信越厚生局医療監視員2名による特定機能病院に係る立入り検査が、平成13年10月29日(月)本学管理棟3階大会議室において実施された。

検査内容は、安全管理全般に関する実施計画及び実施状況について行われ、塚原病院長及び中澤副病院長に管理者としての安全管理に関する取組状況及び昨年度からの改善状況等について意見を求められた後に、次の事項について検査が行われた。

- ① 医療事故発生時の対応について
- ② インシデントの報告状況について
- ③ 安全管理対策委員会の活動について
- ④ 安全管理に関する職員研修の開催状況について
- ⑤ 感染対策及び感染防止について
- ⑥ 輸血療法について
- ⑦ 医療廃棄物処理について
- ⑧ 血液透析感染防止について
- ⑨ 医療ガス設備について
- ⑩ 防災対策、災害対策及び緊急連絡網について
- ⑪ 食中毒発生時の給食確保対策について

安全管理体制の取組状況は概ね良好であるとの講評を得て検査が終了した。

消防訓練の実施

会計課管財係長 佐野 靖彦

平成13年度本学消防訓練は、防火管理体制の強化と防火意識の高揚を図ること等を目的として、10月30日(火)午後1時30分から実施された。訓練は、消防庁の「病院等夜間の防火管理体制指導マニュアル」を受けて作成された実施計画に基づき、甲府南消防署の協力のもと職員約100名が参加し、通報・連絡・放送・自衛消防隊による初期消火・避難誘導・救護・工作・警備等の訓練及び各宿舎居住者の非常招集訓練を実施した。また、今回初めての試みとして、地域と連携した訓練及び、避難患者のトリアージ訓練を併せて実施した。

出火想定場所の6階東病棟では、実際に屋内消火栓2ヶ所での放水、7階西病棟では、甲府南消防署のはしご車による避難訓練、5階西病棟では垂直式救助袋を利用して地上に降りる避難訓練等を行うとともに、本学所在地の玉穂町消防団の協力を得て、消防団への通報・出動訓練を行い、同時に屋外救護所において避難患者のトリアージ訓練を行った。また、引き続きグラウンドにおいて消火器を使用した初期消火訓練を行った。

なお、同消防署から訓練について、良好であった旨の講評をうけた。

(訓練の実施に際し、お忙しいなかをご協力いただきました方々に本紙面を借りてお礼申し上げます。)

麻薬取締官の立入り検査について

薬剤部薬剤主任 丹澤 泉

平成13年10月25日(木)、ほぼ一日かけて厚生労働省の関東信越厚生局麻薬取締部所属の麻薬取締官の立入り検査が行われました。

立入り検査の内容は、麻薬施用者全員の免許証と一覧表との照合、3ヶ月以上麻薬注射液を連用していた患者さんの麻薬注射液施用票と帳簿との照合、全ての麻薬の現在量のチェック、7つの病棟での麻薬及び向精神薬の保管状況のチェック等でした。

問題があった事項を次に掲げます。

◆時系列的に(施用順に)貼付されていない「麻薬注射液施用票(カルテ貼付用)」があった。

◆「麻薬注射液施用票(カルテ貼付用)」で紛失しているものがあった。

◆「麻薬施用票(内用剤・外用剤)」に全使用量や残量が記入されていないものがあった。

当院の麻薬施用者(医師)は、入院患者に関して「麻薬注射液施用票(カルテ貼付用)」あるいは「麻薬施用票(内用剤・外用剤)」と「麻薬処方せん(控え)」を時系列的に貼付することで改めてカルテに記載する必要はありません。

しかし、このようなことではせっかく帳票を工夫しても意味がないこととなりますので、麻薬施用者は看護婦さん任せにせず、これら施用票の管理を厳重にお願いします。

医療情報部からのお知らせ

医療情報システムについては以前より仕様、特に速度の点で問題を指摘されてきております。現行システムの改善等行っておりますが、これ以上の大幅な改善は困難であり、次期システム更新で対応することとなります。平成14年度でシステム更新を計画いたしました。が、財政上の関係で残念ながら平成15年度になる予定です。ハードウェアはレンタルのためすぐに高性能の機種に交換することができません。3階西病棟でディスプレイ一体型端末のテストを行っていましたが、わずかですが利便性の向上があることが判明いたしました。10月末に新型端末30台を借り受けることができましたので、各病棟に2台程度設置いたしました。根本的な解決にはなりません。今暫くの間システムの不便をかけることをご了承願います。なお次期システムでの端末にはこのようなディスプレイ一体型を予定しております。

職員の皆様からのご意見、投稿をお待ちしています。

(運営改善計画推進室)

suishin@res.yamanash-med.ac.jp 内線 2448)