

各種委員会について

≡≡≡ クリニカルパス委員会 ≡≡≡

札幌清田病院のクリニカルパス委員会は、毎月第4木曜日の午後5時から、各職種の代表委員が集まり定期会議を開いています。日常業務が時間外まで延長することも多く、委員11~12人全員集まることは稀ですが、少なくとも5~6人以上は集まります。

委員会が立ち上がった頃は、運用のルール作りや新規パスの作成が、主な仕事でしたが、最近では改定と運用の管理が主な仕事になっています。

さて、クリニカルパスとは、なんでしょう？なんのためにあるのでしょうか？

クリニカルパスとは、「患者状態と診療行為の目標、および評価・記録を含む標準診療計画であり、標準からの偏位を分析することで医療の質を改善する手法」と定義されています。

なんか難しい感じですね。大雑把にまとめると、医療の中で共通のパターンで、できるものを疾患や治療別に見つけて、詳しい説明や指示を省くことができれば便利ですね。

この共通化部分をつなげて、便利な計画書を作成したのがパスです。しかも時々、使い勝手が悪ければ、改定してくれます。便利ですね。但し、あなたも参加してね。

もうひとつ多くの方が、理解してなくて、大事な点は、パスには目的があり、この目的のために運用することになっています。当院では、標準化が目的としています。施設によって違うはず。目的が違えば、当然ながら内容も違って来ます。

なんでも、パスにすると良いでしょうか？

使う頻度の少ないパスは管理の手間、コストがかさみますのでNG、逸脱することの多いものも使い勝手が悪くNGです。せっかく作成しても使われないものは、保存場所を取るだけのものになってしまいます。

改定して使ってもらえるのが理想ですが、何年も使用されなければ、破棄するのが適当です。運用の管理はこのように行われます。

このようなパス委員会の業務を理解していただけて、皆さんも、参加、協力していただけると幸いです。

文責 猪股 英俊

≡≡≡ 感染防止委員会 ≡≡≡

当院における院内感染を未然に防ぎ、安全で質の高い医療を提供するため、当院には「感染防止委員会」および「感染防止対策部門」による感染管理組織が整備されております。入院患者さんのみならず、外来患者さん、来訪者、そして全職員がその対象です。

以下、2018年度の感染防止委員会の活動について報告します。

1. 感染ラウンド：山内院長・廣嶋看護副部長・細貝薬剤課課長・小林臨床検査技師/山科臨床検査技師を中心に院内定期巡回。7月からは藤見あるいはリンクナースも同行。毎週金曜日14時から、外来と病棟は毎週、その他の院内各所は4分割して4週毎。環境衛生上の問題の有り得る場所は写真に収めて報告・検討しています。
2. 感染症発症状況の報告と対応：各種耐性菌の発症状況について、発症場所、検出部位、前年比などが詳細に検討され、毎月廣嶋看護副部長により報告。2018年12月のインフルエンザ集団発生時には予防薬投与などの対策を講じました。
3. 抗菌薬適正使用の推進：①薬剤使用量の検討：各病棟におけるAUD（抗菌薬使用密度）について、毎月細貝薬剤課課長より報告しています。②抗菌薬使用届：抗菌薬の適正使用を目的として、特定の抗菌薬について使用届の提出を依頼しています。月毎の提出率は、松原事務部係長の取り纏めと各医師の協力により上昇中。
4. 地域連携カンファレンス：JCHO北辰病院にて定期開催。感染防止対策加算にかかわります。藤見・廣嶋看護副部長・細貝薬剤課課長・小林検査技師で合計4回参加予定。
5. 感染対策研修会：2018年4月と11月の2回、全職員を対象として開催。各々86.4%、93.7%の高い出席率でした。
6. 感染リンクナース活動：手洗い・手荒れについてのアンケート、手指保湿剤の決定と購入、輸血後の感染症採血に関する提案など、精力的に活動中です。
7. 感染予防についての啓蒙活動：ポスター作成など。
8. その他：HBV/HCV/HIV患者含む針刺し事故時の対応についてマニュアル改訂を行いました。

文責 藤見 章仁

医療安全管理委員会

社会の超高齢化に伴い認知症を患う高齢者の増加、高齢者世帯の増加や独居世帯などが増え、それに伴い人々の医療や介護ニーズの増大し多様化複雑化してきています。

また、地域を基盤とした地域包括ケアシステムの推進などにより当院でも日々変化をしながら日常の診療業務をおこなっています。

札幌清田病院医療安全管理委員会でも、医療安全推進にむけ組織全体で取り組み、患者の視点に立って安全を考え活動をおこなっております。

当院における29年度、30年度のインシデントレポートについて一部報告します。29年度レポート枚数319枚、アクシデント枚数22枚、部署別の報告率では、看護部91%、事務部5%、診療部3%、医局1%でした。レポートの内訳では、転倒転落、ライン、誤薬の順でした。

30年度では、レポート枚数296枚、アクシデント枚数19枚、部署別の報告率では、看護部91%、事務部3%、診療部5%、医局1%でした。レポートの内訳では、ライン、転倒転落、誤薬の順になっていました。

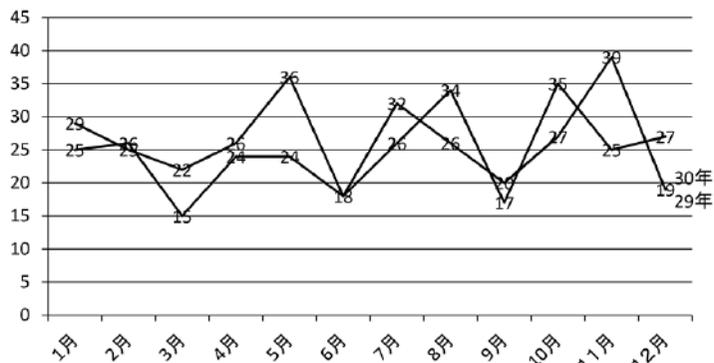
レポート枚数やアクシデント枚数は29年度より30年度では、インシデントレポート枚数が少しですが減少していましたが、ラインのインシデントレポートの枚数が30年度少し増加傾向にありました。これらは、高齢者や認知症を患う患者の増加や、多様な高度医療を希望する患者・家族さんが増えていることも関係している可能性が考えられます。

当院は、急性期治療を中心とする一般病床と緩和病床がありますが、患者・家族の治療の希望も様々多様化しており、医師が院内倫理委員会にかけてから、治療をおこなうことも最近では行われています。

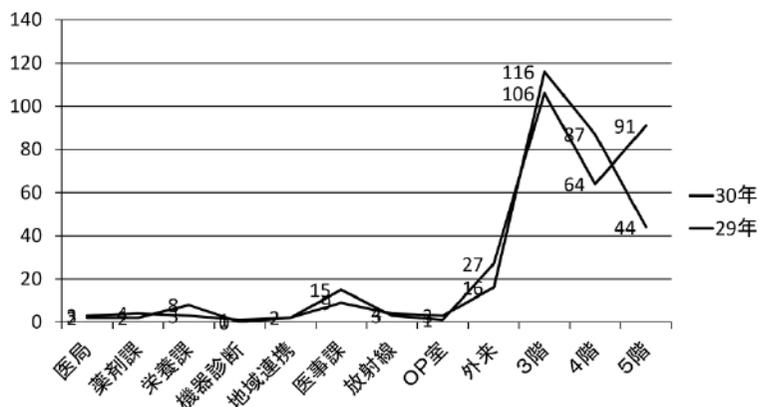
医療安全対策委員会においても、他職種チームで意見を出し合い、組織的な安全対策を具体的に考えて、今後も取り組んでいきたいと思います。

文責 山田 恵

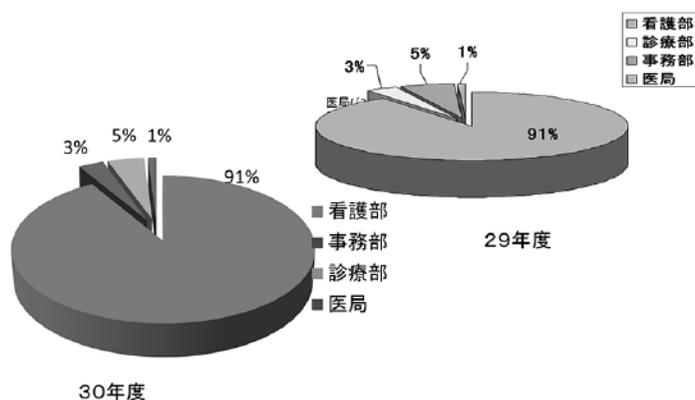
30年度レポート月別枚数 (296枚)
29年度レポート枚数 (319枚)



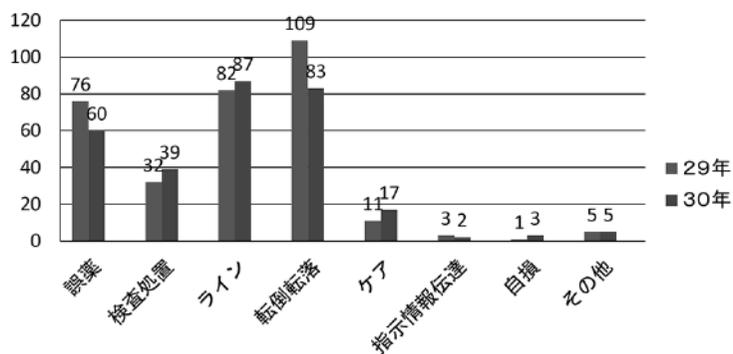
30年度部署別報告枚数



部署別報告率



レポート内容の内訳



≡≡≡ 糖 尿 病 委 員 会 ≡≡≡

個別的な糖尿病治療を目指して

当院の糖尿病委員会は、医師、糖尿病療養指導士、看護師、管理栄養士、薬剤師による10名で活動しております。定例の委員会は月に2回であり、地域健康セミナーによる糖尿病教室の開催の企画と運営、当院で糖尿病の治療を受ける患者さんの情報交換を行っています。

その他の活動として、当院の医療者向けの学習会を開催しております。糖尿病の治療は日々進化しており、より良い糖尿病のコントロールが可能になりました。また、超高齢社会を迎え、高齢者糖尿病は増加の一途を辿る中、高齢者に危惧される合併症の問題点は早急に取り組むべき課題であります。当院でも多くの高齢者糖尿病の方が治療を受けており、医療者には安全かつ良質なコントロールを目指した治療の提供が必要とされています。糖尿病薬に関しては、合併症の進行防止に期待できるものや、週に1度の使用で効果が期待される内服薬や注射、体重コントロールにも効果が期待できる薬剤が近年普及してきました。当院で糖尿病治療を受ける患者さんの中には働き盛りの方や主婦、家族の介護、経済的理由等により入院ができない方も多い中、糖尿病薬の進歩により外来通院でもコントロールが可能になりました。このような背景を踏まえ、糖尿病の患者さんに携わる医療者に向け、安全かつ良好な糖尿病コントロールを目指して、薬剤選択、合併症予防、糖尿病療養指導、震災時の対応など月に4～5回の学習会を行い、糖尿病の理解を深めると共に時代に合った個別的な治療や療養指導に取り組んでおります。

合併症に対する取り組みとして、糖尿病重症化予防（フットケア）、糖尿病透析予防指導を行い、需要が増えております。指導を受けた患者さんからは、「合併症について今まで意識していなかったが、関心が深まり気をつけるようになった」「もっと合併症について知りたい」「自分の体は今どのような段階にあるのか」という声が多く聞かれ、疾患に対する意識の変化からセルフケア能力の向上につながっております。

糖尿病のコントロールが良好になることはもちろんですが、関わった患者さんが自分の疾患や治療に興味をもち、行動変容に繋がることは療養指導の励みになります。

当院は糖尿病専門病院ではありませんが、多くの糖尿病の患者さんが治療を受けています。患者さんは十人十色。患者さんの個性に応じた治療や生活スタイルに応じた療養指導が必要になります。今は全ての糖尿病患者さんに指導を行うことができませんが、より多くの糖尿病患者さんに寄り添った個別的かつ継続的な治療と療養指導を目指し取り組んでいきたいと思っております。

文責 伊藤 雅美

地域包括ケア病床委員会

地域包括ケア病床委員会の紹介の前に、地域包括ケアについて簡単にご説明いたします。

現在、日本人の平均寿命が伸び団塊の世代も高齢者世代に突入して、これまで経験したことのない超高齢化社会となっています。団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年以降は、国民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれ、高齢者の介護ケアや医療ケアの供給不足や実情にそぐわない介護・医療サービスで、立ち行かない状況となります。そこで、2025年を目途に高齢者が住み慣れた地域で介護や医療、生活支援サポート及びサービスを受けられるよう市区町村が中心となり「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」のサービスを包括的に体制整備する。これが地域包括ケアシステムとなります。

医療のシステムも実現に向けて平成26年度の診療報酬改定より地域包括ケア病棟が新設されました。地域包括ケア病棟は、医療施設で急性期治療を終えたのちも、生活自立度が低く自宅に戻れない患者や在宅療養患者さんなどを受け入れ、リハビリテーションや在宅復帰を目指した支援を行います。上記の患者さん以外でも在宅や高齢者施設などで療養中に緊急な治療が必要となった患者の入院を受け入れるという役割も果たします。そのため、看護師やリハビリ専門スタッフ、管理栄養士、薬剤師など多くの関係職種が関わり医療ソーシャルワーカーやケアマネージャなどとも連携を図り退院支援を行います。

地域包括ケア病床委員会は、平成30年5月に発足しましたが、本番に向けいろいろな検討が行われました。施設基準をクリアするために、リハビリテーションの平均単位、退院復帰率、医療・看護必要度等の実績をどのようにするか、実際はここまで非常に難しいベッドコントロールが毎日担当者を悩ませるとは想定していませんでしたが、何とか実稼動までやってこれました。今年度は、施設基準をクリアしつつ収益をアップできるよう委員会一丸となって頑張っていきたいと思います。

文責 横山 拓希

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態ともなっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。

