

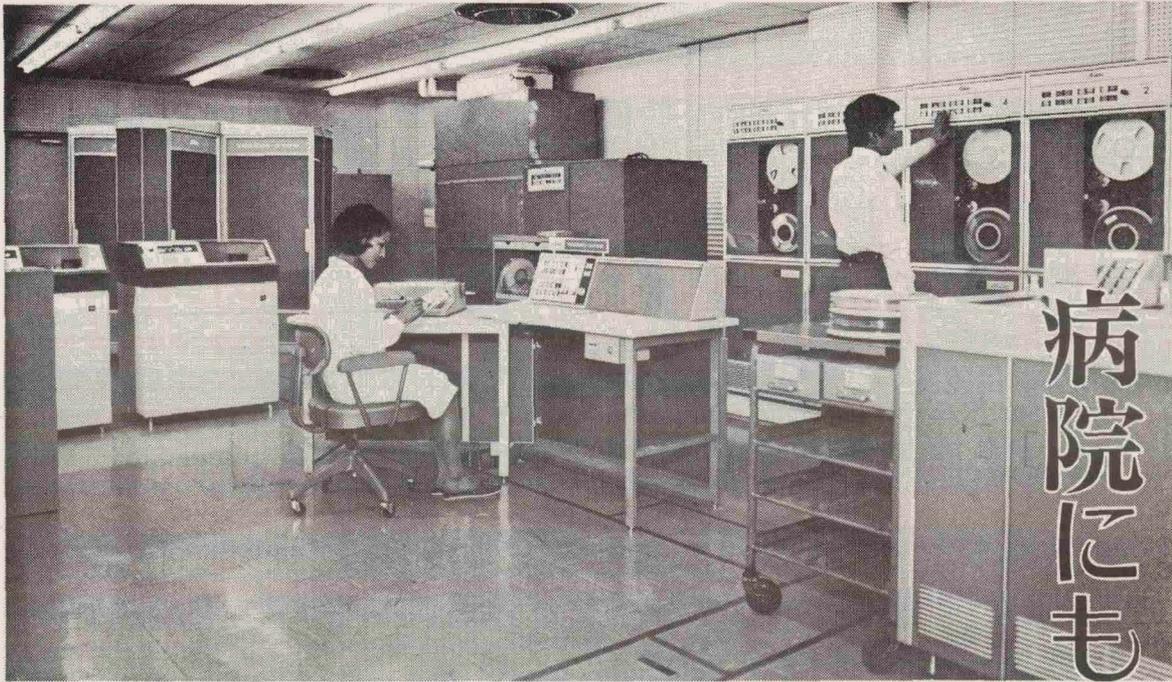
日本病院会雑誌 第22巻第1号 昭和50年1月15日発行(毎月15日発行)昭和30年4月12日第3種郵便物認可

日本病院会雑誌

Journal of Japan Hospital Association

1975

1

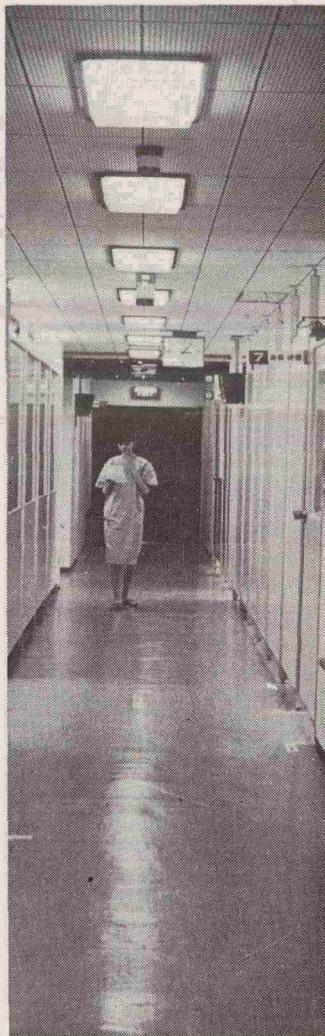
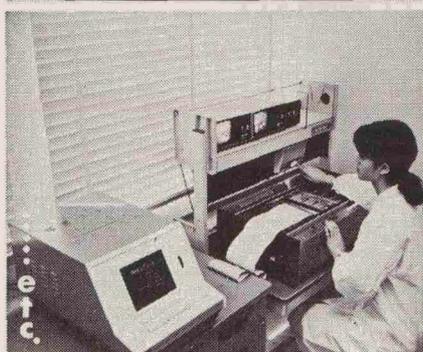
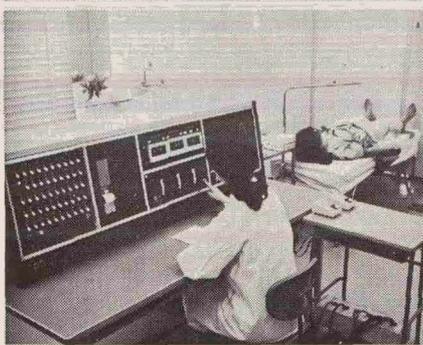
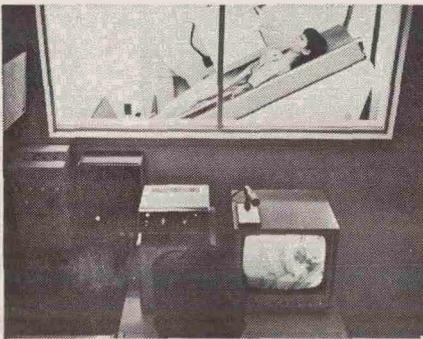


病院にも

情報化時代

情報化時代をリードする東芝

みな様の健康をお守りする東芝は、コンピュータを利用した、高いレベル、高い精度の多角的な健康診断システムを開発しました。企業体・地域社会の健康管理に、ご利用ください。



東京芝浦電気株式会社
東芝メディカル株式会社

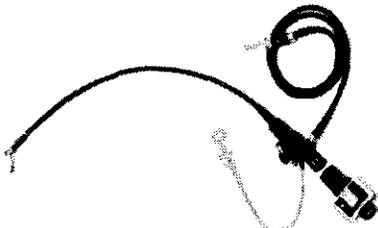
本社 / 東京都文京区本郷3-26-5 ☎03(815)7211(大代)
支店・営業所・出張所 / 61都市サービス網完備

...etc.



完璧な早期診断に一!!

医師の目、医師の手として活躍する
オリンパス内視鏡

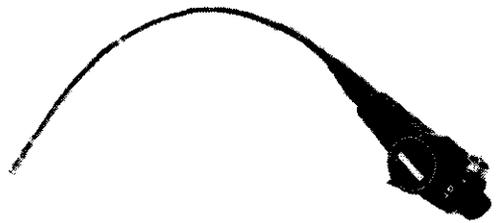


GF TYPE B2

直視下生検に求められる操作性及び観察能の向上、生検の確実性及び完全な記録性を徹底的に追求し、オリンパスの精密技術の粋を随所に織込んで遂に完成した生検用ガストロファイバースコープの最新鋭機です。

- 優れた生検狙撃能
- 挿入の容易さ
- 観察診断能の向上
- 操作性の向上
- 撮影の自動化

■定価 ¥970,000 (トランスを除く)



GTF TYPE PF

- 胃内を見ながら撮影できますので幽門部や胃体部後壁等、盲目撮影では見おとしがちな部位も確実に撮影できます。
- レバーを引くだけでEE機構がはたらき、撮影・巻上げが自動的に完了しますので短時間(3~4分)で検査ができます。
- 細くてやわらかいので挿入は容易で、被験者に苦痛を与えません。
- 送気は足踏み式のタイマー付自動送気システムです。(送気球による手動方式も可能)

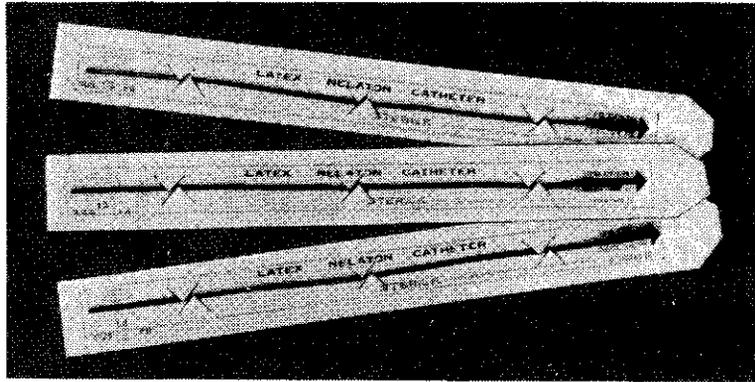
■定価 2本組：¥700,000
1本組：¥400,000
(トランスを除く)

● オリンパス光学総代理店 本社/東京都文京区本郷3の6の4 ☎03(813) 2231

OLYMPUS 岩崎顕微鏡(株) 営業所/名古屋市北区八坪町3の28 ☎052(914)3741

静岡市川辺1の3の7 ☎0542(54)2521

省力品—新発売 ディス ネラトン



消毒済ディスポーザブル ネラトン カテーテル 消毒 安全 使用 便利 価格 低廉 省力 経済

永い間諸病院の院長、部長、婦長等から熱望されていた製品です、これで感染が防げ手間がはぶけます(再製使用可能)

サイズ(3号~15号)1箱50本入(取引単位)

価格は凡そ従来品の同様です委細乞取引店照介

製造元 沢谷ゴム株式会社 発売元 ユフ精器株式会社 東京都文京区本郷3丁目36-8
〒113 TEL (811) 1131代

代理店 五十嵐医科器械KK オカダ医材KK 岸本器械KK 古賀医科器械KK
連合会 KK 竹 山 松吉医科器械KK 村中医療器KK

医院診療所開設案内並税務相談

- ・開業用地 各種有り(大阪府下)
- ・売医院及診療所 (現在盛業中)
- ・貸医院及診療所 各種有り
- ・建築斡旋 (医院専門建築KK)
- ・医療金融公庫借入事務手続き代行一切
- ・銀行借入資金斡旋

詳細電話連絡乞

メディカルコンサルタント

医 院 社

門真市新橋町5-19

(但し、京阪新門真駅南100m
中央環状線添東側静一ビル一階)

責任者免許(4)159号

山本昌顕(正義)

税理士 山本悦司

電話代表 (06) 908-2177

夜 間 (06) 909-2026

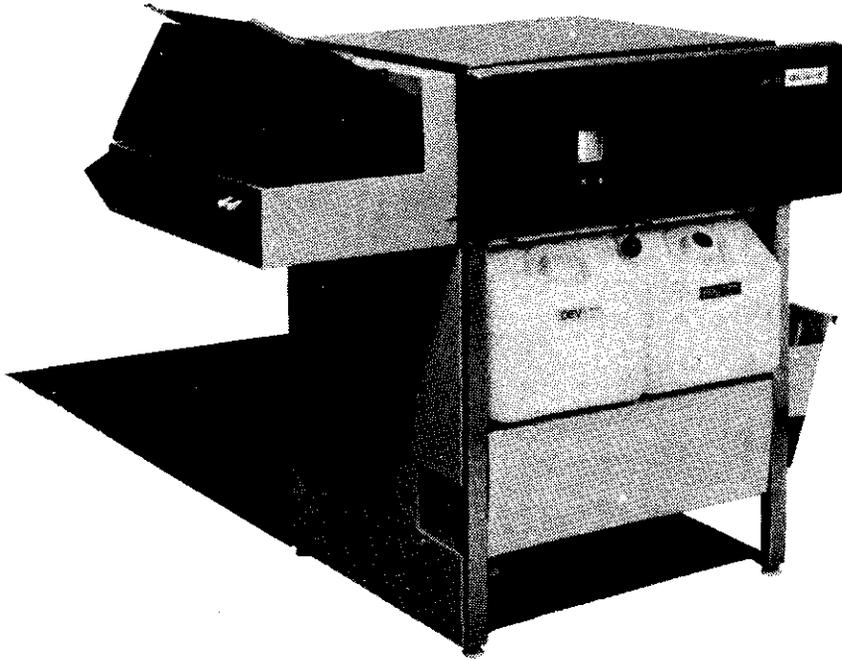
实用機として必要なすべての機能をそなえた
コンパクト自現機！

サクラ QX-maticS は、臨床医家向けに開発されたコンパクト自現機の決定版です。処理枚数の比較的少ない施設、あるいは大施設のサブ処理機として活躍しているローコスト自現機です。

- 現像から乾燥まで2分！（ギヤーの交換により3分30秒処理可能）
- ミックスサイズ110枚/時の余裕のある処理能力。
- スイッチ ON→スタートのカンタンなボタン操作で読影しやすい優れた X レイ写真が得られます。
- 診療室、レントゲン室の一部などに容易に設置できるコンパクトな設計。
- 保守管理の容易なユニット式ボディ。

サクラ X レイ 自動現像機 QXmaticS

★カタログご希望の方は……〒103 東京都中央区日本橋室町3-1
☎270-5311 小西六・Xレイ部へどうぞ！

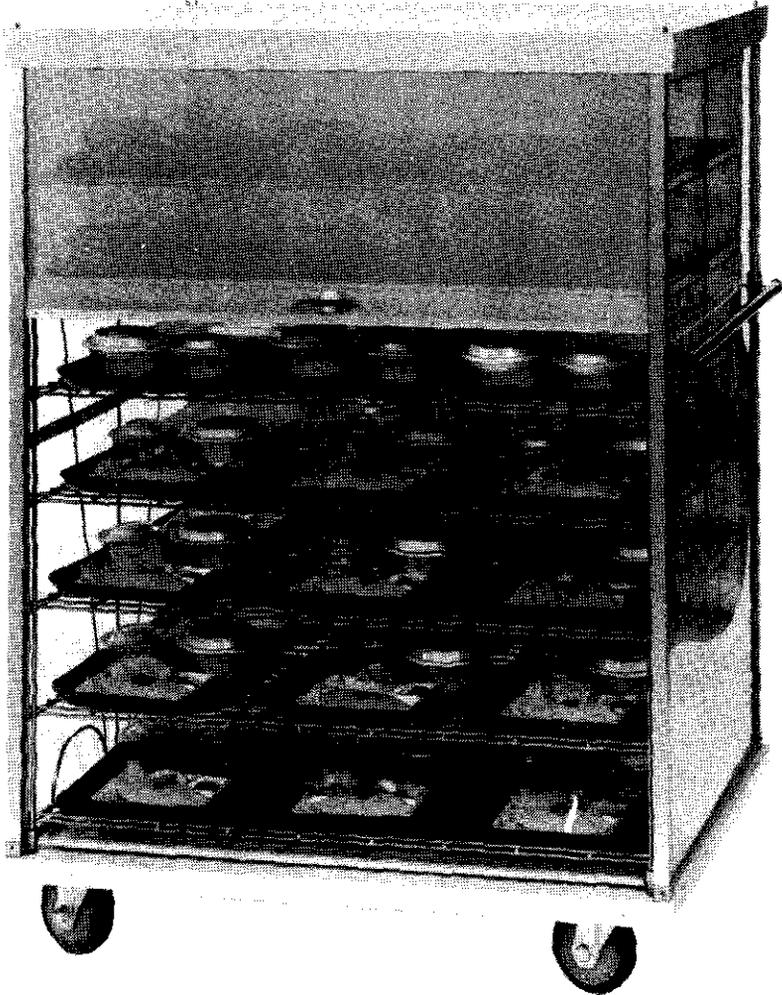


○ 未来へ→
小西六

新型 防塵シャッター式カーテン

エレクター配膳車 HS

日本食品衛生協会推奨品



□新型エレクター配膳車 5大特長

- ①衛生的です
新型は防塵シャッター式カーテンになりましたので、衛生的です。
- ②見通しがきき 安全です
両側面を透明ビニールにしましたので、前方がよく見え安全に作業ができます。
- ③一度に大量の食事を運べます
エレクターが大きいので、軽快に大量の食事を一べんに運べます。
- ④配膳が、能率的にできます
エレクターは線材ですから、お膳の見分けが楽で、病室への配膳能率が向上します。
- ⑤清掃がしやすくなりました
台車の中央に消音の防塵板を引き出しにしましたので、清掃が容易になりました。

- 新型HS配膳車の他に、カーテンつきHK型、カーテン無しHO型の42・30・24・20膳用があります。
尚配膳車の資料、お問合わせは下記迄。

名 称	型 号	棚の 段数	サイズ ㎜			摘 要
			奥行	間口	高さ	
エレクター配膳車HS42膳用	HS42	7	710	1,070	床 上	キャスター径 150㎜
エレクター配膳車HS30膳用	HS30	5			1,565	

●ドレー(台車)のサイズ(クッションバンパームを含む) 奥行795㎜×間口1155㎜



米国メトロポリタン・ワイヤー社と技術提携

日本エレクター・シェルブ株式会社

本 社 東京都渋谷区道玄坂1-16-10 ☎150 ☎(03) 464-7711(代)

大 阪 大阪市南区北桃谷33-1 ☎542 ☎(06) 768-5351(代)
 名 古 屋 名古屋市上野津2-1-25 ☎460 ☎(052) 331-6028(代)
 仙 台 市 仙台市五輪2-1-13 ☎983 ☎(0222) 93-7630(代)
 秋 田 秋田市 中通 4-1-5 ☎010 ☎(0188) 33-3065(代)

日本病院会雑誌 1975年 1月号

もくじ

グラフ 沖縄病院見学研究会	11
年頭のことば	小沢凱夫 23
年頭所感	東 陽一 24
沖縄県病院管理見学研究会	25
沖縄県赤十字病院・琉球大学保健学部付属病院 県立中部病院・県立名護病院 県立八重山病院・八重山保健所 看護部門 沖縄にて……………吉岡 八幹 沖 縄 行……………阿久津水門 沖縄にて……………渡辺 論愚	
沖縄の医療見聞	左奈田幸夫 46
病院給食の未来像	(第24回日本病院学会シンポジウム) 50
新春ずいそう	67
守屋 博・菱山 博文・大原堂 一郎 河野 稔・川内 拓郎・井上 猛夫 織田五二七・林 秀雄・榊田 博 木下 二亮・柳沢 浩気・奥田 幸造 野村 秋守	
検査事故・業務感染	(臨床検査管理部会) 75
ごみ処理の問題点	(ハウスキーピング・施設合同) 82
コンピュータと病歴管理	(病歴管理部会) 85
栄養部門の衛生管理と食器洗浄	(栄養管理部会) 87
第1回日本診療録管理学会開催のご案内	66
病院会だより	88

アレルギー 疾患に……

抗アレルギー・抗炎症・解毒・肝保護作用をもつ

強力ネオミノファーゲンC

包装 2ml 10管・100管, 5ml 5管・50管, 20ml 5管・30管

グリキロン錠2号 包装 1000錠, 5000錠

M5049 文献御申越先 ミノファーゲン製薬学術部 (〒107) 東京都港区赤坂 8の10の22 (ニュー新坂ビル)



オザキ医療機器。

● New C・S・S・Dのプランニングもオザキで。

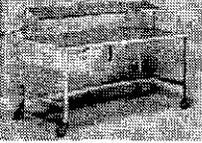
オートクレープ
バスケット



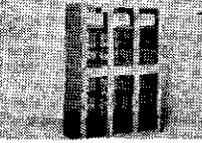
ホスピタルワゴン



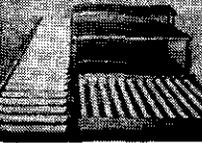
包装用作業台



バスケット
キャビネット



ローラーコンベアー



理想的な滅菌は、完全なパッキングから。

完全な状態でパッキングされた滅菌物は、再汚染の心配のない方法で運搬されなければなりません。

滅菌前の包装、仕分け、洗浄等は、機能的なテーブルで作業を能率的に。

保管室に送られた既滅菌物は清潔に保管されなければなりません。再汚染を防止するため、保管室は独立したレイアウトとしたいものです。

作業域内で品物を移送するような単純作業は、できるだけ機械にまかせて滅菌作業の省力化をはかりたいものです。

外部から受納した使用済器材は原則として全て洗浄されます。この際、室内汚染を防止するための消毒を施さなければなりません。



オザキ

住所 東京都文京区本郷3丁目37-15
電話 03(815)6405(代)

持田製薬が最新の技術を結集し開発した
医療機器 モチダ・ルークトロン シリーズ

ルークトロン
Mochida

LUKETRON

ボタン2つ押すだけで撮影条件が 設定されます



無操作・回診型診断用X線装置

ILLUSTMATIC回診型

MODEL MEX-023

モチダ・ルークトロン〈イラストマチック〉は、
複雑な条件操作を一切不要にした画期的な診断用
X線装置です。

撮影方法は簡単です。イラストに従い撮影部位を
示すボタンを、次に撮影部位の厚みを示すボタン
を押す。たったのそれだけで、全ての条件が自動
的に設定されるのです。

機動性を備え、さらに簡便さを誇るイラストマチ
ック回診型は、その応用範囲をさらに広げました。

【特長】

- 2つのボタンを押すだけで適正な撮影条件が自
動的にセットされるため、調整ミスがなくな
りました。
- 高感度増感紙の使用、高電圧撮影法の採用によ
り、X線被曝量を半減させ、患者への安全性を
高めました。
- 軽量・コンパクト(210kg)で、簡単に移動ができ
ます。

【装置定格】

電源電圧：単相交流100V 最高管電圧：120KV

最大管電流：60mA 整流方式：全波整流

シリコンEDH-125Tブリッジ接続

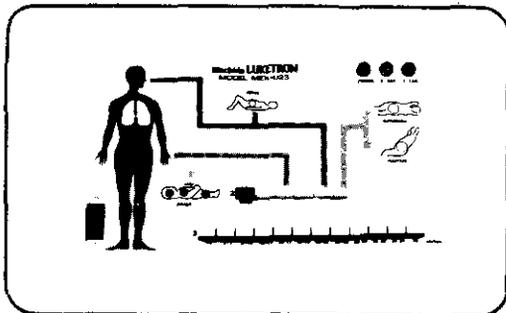
X線管：D-205A(焦点2×2mm)

【寸法・重量】

250kg(本体のみの重量)

1,780×645×975mm(収納時)

イラストマチック コントロールパネル



持田製薬株式会社
医用電子機器事業部

東京都新宿区四谷1丁目1番地 〒160

●お問合せ、資料ご希望の方は上記住所宛

インターホンと無線呼出同時通話装置の連動

インターコール・システム

- 無線による呼出し通話を採用しているため、自由に席を離れることができます。
- 席を離れている人どうしで、無線による通話ができます。
- 施設内の呼出しにスピーカが必要でなくなりました。
- インターホンとポケットベルの結びつきで、利用頂ける範囲がさらに広くなりました。

システムホン
(インターホン)



パーソナルコール
(個別式無線呼出同時通話装置)

営業品目

ナースコール・インターホン
 病棟用患者監視装置
 各種インターホン
 ラジオ共聴装置
 拡声装置
 非常用放送設備
 無線呼出同時通話装置
 表示器装置



新星電機工業株式会社

本社	東京都中野区南台 5-34-10	〒164 電話 03(382)5671 代表
工場	調布市下石原 1-8-12-1	〒182 電話 0424(85)7111
札幌営業所	札幌市北区北九条西 4-5	〒063 電話 011(731)4255-6
仙台営業所	仙台市木町通 2-5-18(大熊ビル)	〒980 電話 0222(71)1315 番
名古屋営業所	名古屋市中区東瓦町 1-3-0	〒460 電話 052(261)8635-6
大阪営業所	大阪市西区靱 4-52(第2奥内ビル)	〒550 電話 06(441)8228-5225
高松営業所	高松市番町 2-10-1	〒760 電話 0878(51)0611-2
福岡営業所	福岡市中央区薬院 3-1-10(花ビル)	〒810 電話 092(53)6647 番

沖縄病院見学研究会



日本全国の各地の病院を見学させていただいて、病院管理の実践の勉強をしようというこの研究会、今年には日本列島最南端の沖縄県の病院を行脚することになった。

昭和49年11月14日、今年もまた勉強熱心な会員は、集合地那覇飛行場へ続々と集まってきて、4日間の視察研究会の幕は切って落された。

沖縄赤十字病院 (220床 比嘉実院長)

本土の赤十字病院以上の経営的苦悩をかかえながら、地域医療に邁進し、住民の信頼を得て活躍している沖縄の明星である。





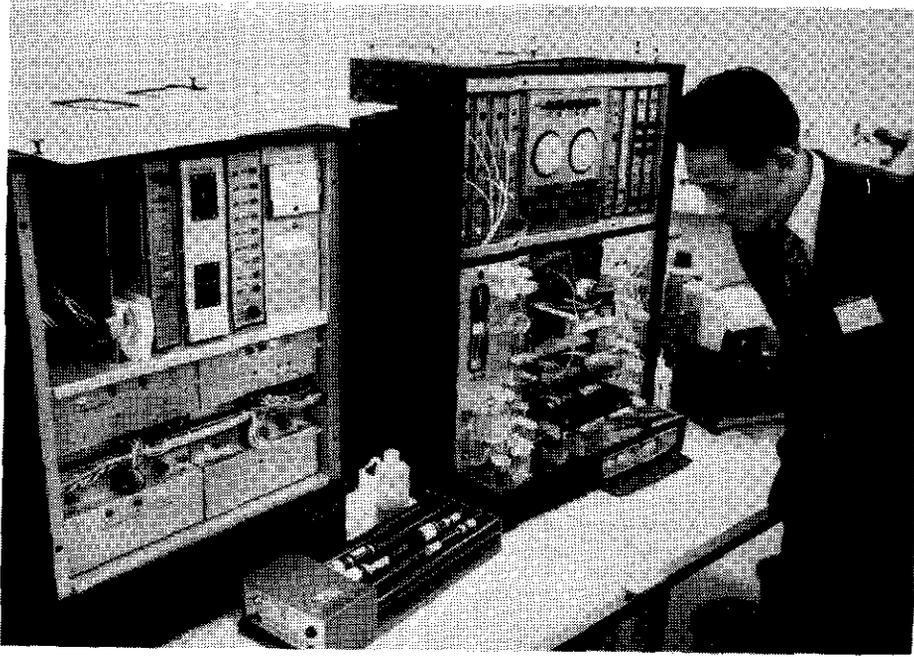
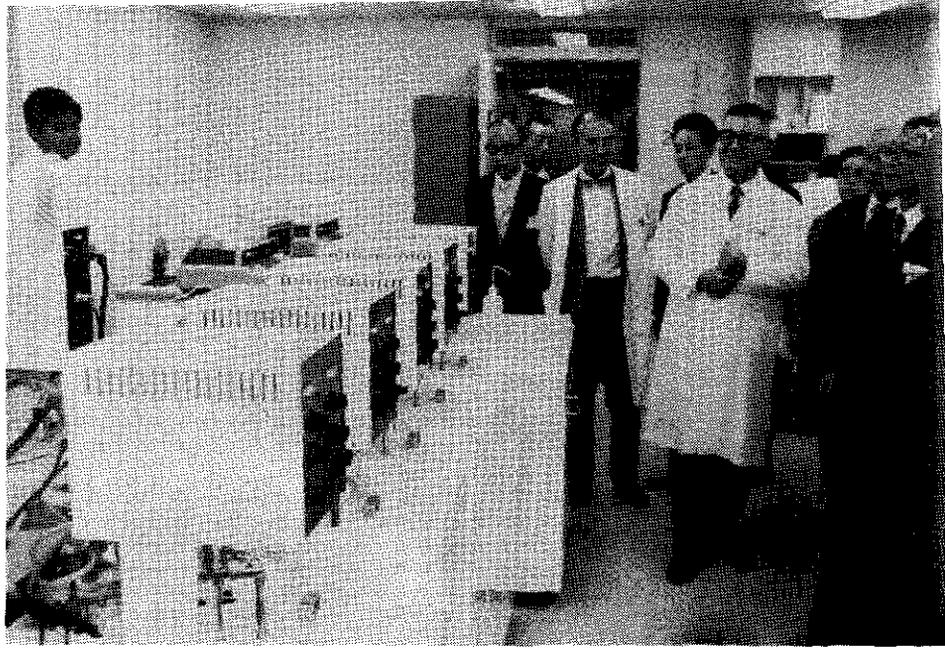
琉球大学付属病院(400床 田端辰三)
医学部開設を準備中の新しい沖
療センターである。近代的設備を
え、明日の医療を指向して、夢を
ませている。

外来の待合ホール



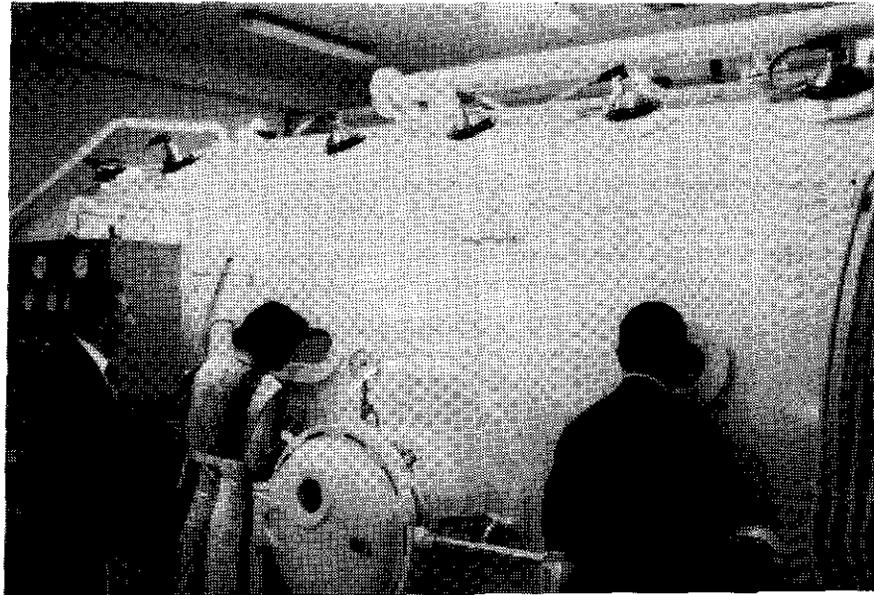
理学療法部

床検査部オートアナライザー



血液自動検査装置

高圧タンク治療装置





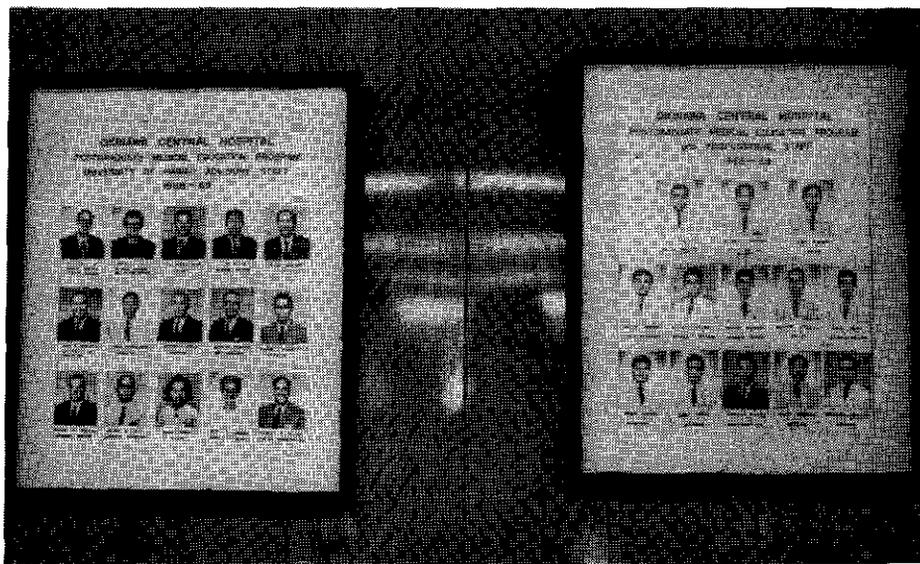
県立中部病院（325床 新垣浄治院長
沖縄島の中央にあり、県立医療機関の
センターである。ハワイ大学とも提携し
アメリカ式医療体制を実施している異色
の病院である。



ナースステーション

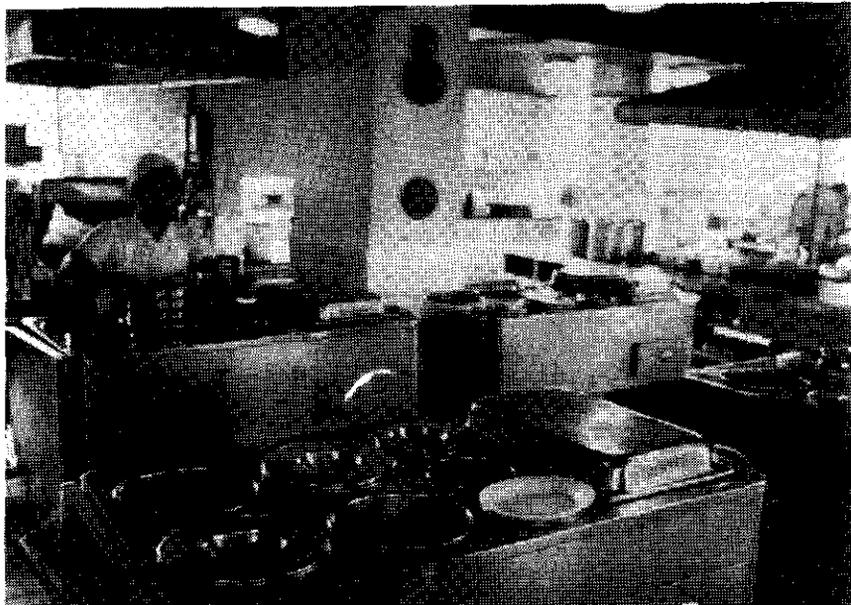


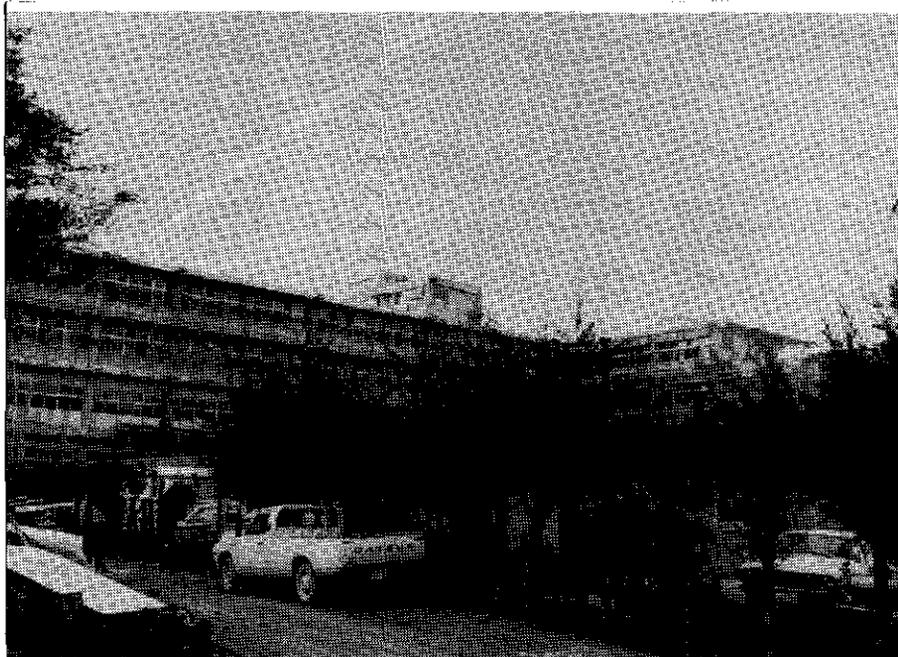
昭和42年ハ
ワイ大学の医
学研究顧問団
を迎えてはじ
められたとい
う卒業研修プ
ログラムなど
について説明
があった。



歴代の卒業教育ス
タッフのメンバーが、会
議室の壁に額に入れて
ズラリとかかげられて
いる。

給食施設





県立名護病院
(138床 金城幸善院長)
沖縄島の北部の医療の中心である。来年の海洋博の会場にも近く、現在大増築中であった。

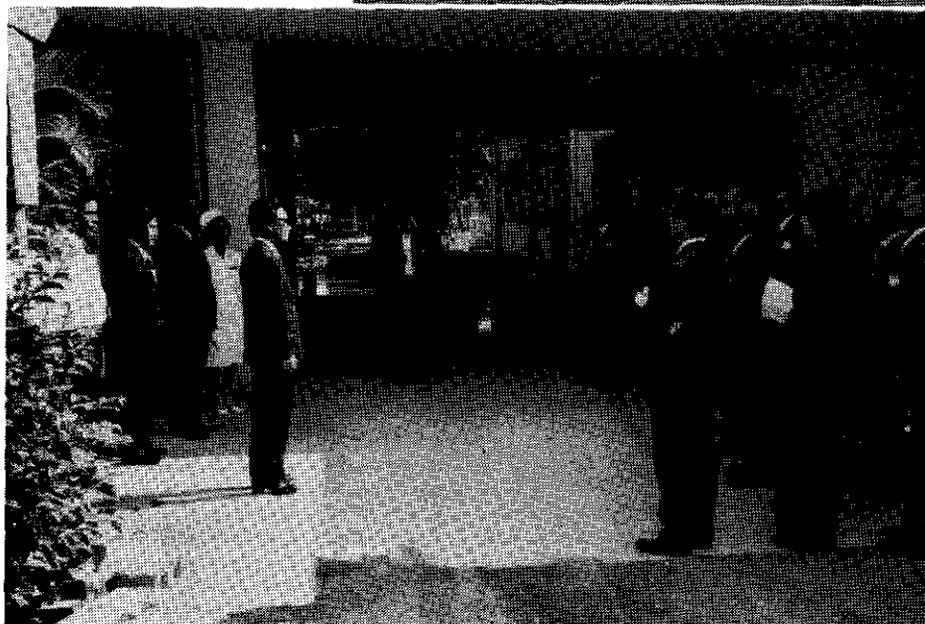
ナースステーション



見学を終えてから金城院長ほかの方がたを囲んで研究会を行なった。

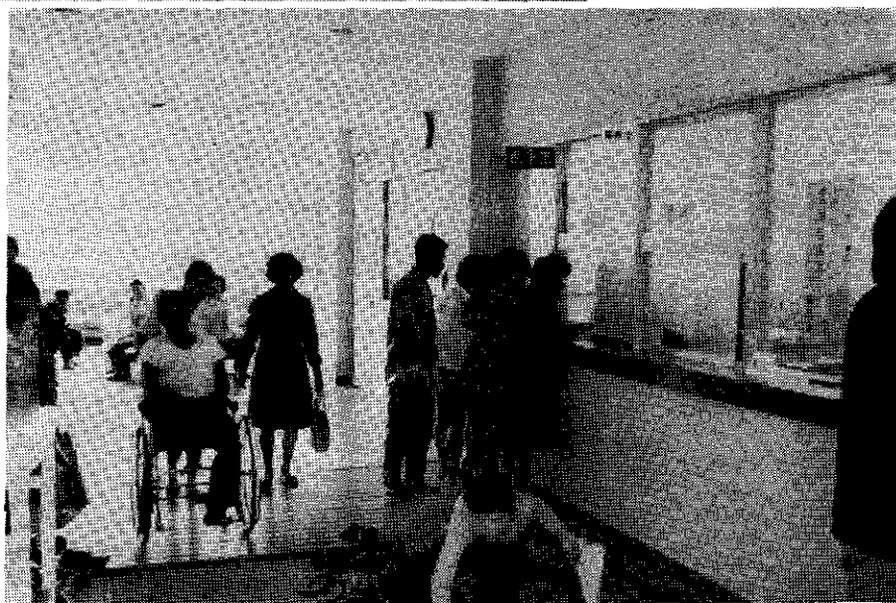
県立八重山病院
(146床 伊是名院長)

沖縄県の最南端にある八重山群島は大小の島々が19あるが、その主島が石垣島である。ここは台北の東にあたり、11月というのに半袖開襟シャツ姿でまだかなり暑い。この石垣島の中心病院がこの病院である。



病院の玄関で伊是名院長から病院の説明があった。

病院の外来玄関





見学が終わったあとで
院長ほかの方がたと討
議、研究会を行なった。

県立八重山保健所
病院と同じ敷地内に
隣接して立っている。
結核その他一部の疾病
に対しては治療も行な
っている文字通りの地
域の保健センターであ
る。



青山俊男所長より、僻地
医療の実態を聞き、その活
躍ぶりをうかがって研究員
一同は非常に感銘をうけた。

HOGY

水平式無菌空気濾過装置

ムンクテルクリーンルーム

MUNKTELL CLEAN ROOM

新築・改築の費用は最近特に増大し、なかなか思うようにできなくなりました。

弊社のグリーンルームは、側面のスライドウォール取付けのため天井に2本の埋込改造工事が必要なだけの、全く新しいタイプのエアフローです。経済的で、しかも本体だけの取付けなら1日あれば完了します。フィルターは、信頼のおけるムンクテルフィルターAタイプ(0.3μ 99.999%)を使用しております。これはファンの取付けが従来のものと違いますので、吹出音の心配は無用です。フィルターの特殊構造はもちろん、吹出音の解消は弊社が第1に自慢できることの1つです。目的に応じて200型から1200型まで、6種類の規格の中からお選びください。



院内感染防止に貢献する

株式会社ホギ

東京都文京区湯島1-7-11 電話 03(85)273146

●お気軽に最寄りの営業所へご用命下さい。

関東特機部 ☎ 03(815)5056

東京 ☎ 03(813)464840

金沢 ☎ 0762(37)7571

新居浜 ☎ 0897(34)5025

関西特機部 ☎ 06(941)6171

大阪 ☎ 06(941)611640

福岡 ☎ 092(641)6540

仙台 ☎ 0222(93)7542

本社特販部 ☎ 03(815)5056

名古屋 ☎ 052(761)5246

熊本 ☎ 0963(63)9032

盛岡 ☎ 0196(46)1301

広島 ☎ 0822(32)6756

札幌 ☎ 011(821)3090

※本誌掲載内容は随時変更です。

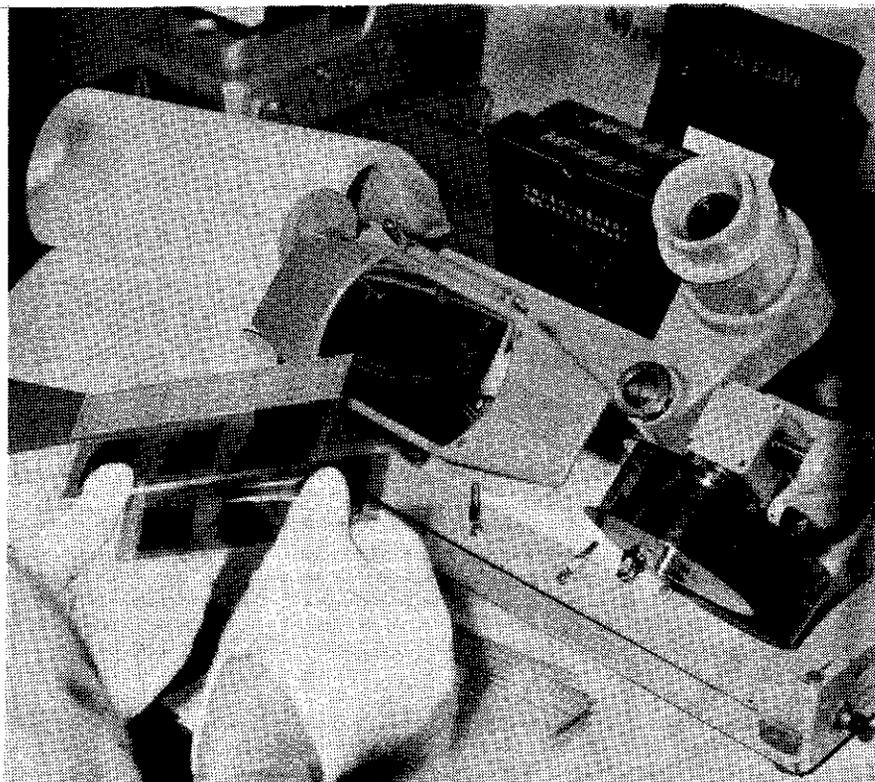
資料は病院の良心です

指示とともにスピーディに 検索できる透明ホルダー。

カルテ・レントゲン・研究資料などを1/100まで縮小して、保存できるのがMFホルダー。

ゆとりをもって整然と整理できるので、検索は実にスムーズ。収納したままで鮮明に映写、コピーもできます。

MFホルダーなら、病院の資料をぐんと合理的に保存できます。



ポリエステル製万能マイクロフィルムホルダー

MFホルダー

- 最小のスペースで収納・管理できます。
- フィルムの保護は万全。
- 広く記入しやすいインデックス欄、分類、見出しの記入も容易です。



本 社 東京都千代田区丸の内2-5-2 三菱ビル ☎100
電話03(283)4083

支 店	東 京 03(283)4346	大 阪 06(203)2301
	名古屋 052(561)5591	福 岡 092(281)8281
営業所	礼 幌 011(241)2571	仙 台 022(61)2331
	新 潟 0252(41)7231	静 岡 0542(55)0101
	富 山 0764(41)3281	広 島 0822(48)5681
	高 松 0878(61)2911	

■カタログ・資料のご請求は本社業務部へ



ラリキシンは、富山化学研究陣が独自の方法で開発した純合成法による国産初のセファレキシン製剤です。

〔特長〕

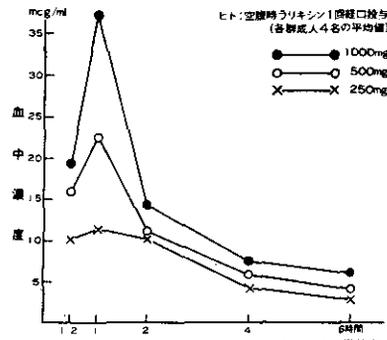
- グラム陽性菌・陰性菌に殺菌的に作用します。
- 高い血中・臓器内濃度が得られ、その濃度は投与量に比例して上昇します。
- 活性のまま尿中および胆汁中に高濃度に排泄されます。
- セファロスポリンC系以外の多剤耐性菌にも有効です。

〔適応症〕

黄色ブドウ球菌、白色(表皮)ブドウ球菌、溶血レンサ球菌、緑色レンサ球菌、腸球菌、肺炎球菌、淋菌、大腸菌、クレブシエラ、クロアカ、エンテロバクター、プロテウス(レットゲレラ、モルガネラ)プロピデンシア、バイフェル菌のうち、セファレキシン感受性菌による感染症。

〔ラリキシンの血中濃度〕

ラリキシンは経口投与後、速やかに腸管より吸収され、約1時間後に最高



に達します。また投与量に比例して上昇します。

〔用法・用量〕

通常、成人および体重20Kg以上の小児に対しては、セファレキシンとして、1回250mg(力価)を6時間ごとに経口投与します。

ただし、年齢、体重、症状に応じて適宜増減してください。

〔貯法・有効期間〕 遮光して、室温に保存してください。

有効期間は検定合格の翌月よりカプセル・18ヶ月、ドライシロップ・12ヶ月です。

〔包装〕カプセル250mg(力価) PTP:100カプセル
ドライシロップ100mg(力価)/g
100g、1g×100包

「使用上の注意」については添付文書をご参照ください。

自社開発

ラリキシン®

ORAL CEPHALOSPORIN LARIXIN®



健保適用

富山化学

東京都中央区日本橋茅場町1-18

国産初のセファレキシン製剤

二要素直記式心電心音計

FD-21P

1台で3役!!

すぐれた性能と経済性に富んだ心電心音計

FD-21Pは、1台で3台分の役割を果たします。すぐれたガルバノメータ（MFE社製）の採用が、このことを可能にしました。

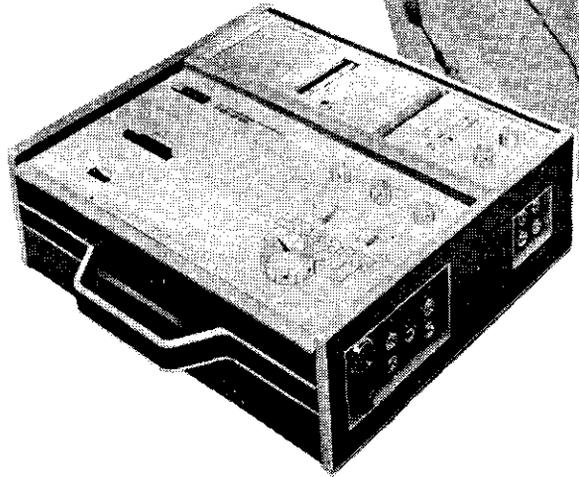
心電図と心電図：心電図と心音図
：心電図と他の生体現象：を記録測定することのできる経済性の豊かな心電心音計です。

●万全な安全対策

二重絶縁トランスの採用により電源回路よりのリーク電流を10 μ A以下に下げた安全設計になっています。

診断価値の高い心音図

高域特性のすぐれたMFE社製の高性能ガルバノメータとエンベロープ方式の採用により高域から低域まで、診断価値の高い心音図が記録できます。



サービスのゆきとどいた技術と信用

フクダ電子

本社 東京都文京区本郷3-39-4

☎ (03)815-2121 (代) 〒113



年頭のことば

日本病院会代表 小沢 凱夫

改年に当って皆様のご壮健で越年せられたことは誠におめでたいことであります。昨年の秋に、全日本病院協会と日本病院協会の合同が実現せられ日本病院会として発足することになりましたことは、日本の医療行政の画期的なことであつたと思ひます。昨年10月18、19日の両日にわたり、横浜市で第13回全日本病院管理学会が開催せられた時、両者は対等の立場から合同することが出来ました。これに参画した両病院協会の関係委員の皆様のご努力に満腔の敬意と感謝をささげます。これらの方々は一己を捨て、東奔西走、東京から九州に至るまで実に根強く折衝せられ、この合同が成就したのであります。尚、会員の皆様もよくその背後からご指導、ご後援になられたことも一つの大きな力であつたと確信いたします。いろいろの批判もあびせられて心外のこともあつたかと思ひます。私は病弱のために直接十分にタッチできませんでしたが、私が13年来考えておつたことが実現されてこんなに愉快なことはありません。私が10月18日に神奈川県立音楽堂において、合同の声明文を読み上げました時、初めは寂として声なく、その雰囲気は次第に興奮して万歳を唱えたいような気分にあせられ、合同声明文を読み上げた時、数十人から握手を求められて、よくも皆様が本問題のために一致協力をおしなかつたことと、忘れ得ざる感激が私の胸にこみあげてまいりました。

日本病院会を一日も早く大きく育成するために最大の努力をはらうべきで、いたずらに個人的感情でこれをとやかく批判するような言動はやめていただきたいと思ひます。

現在、医師の評判はきわめて悪く、その結果、日本の医学は萎縮医学に惰し日本医学の進歩をわすれざるを得ない状態に追い込められております。

世界の医学は日進月歩、めまぐるしい速度で前進している。この医学を萎縮させては先輩に申し訳ない。いつもいうことながら開業医家は、不勉強であるように思われる。その原因を考えれば低医療費のもとで東奔西走しているだけでは、医学の研究などということは無理であるかもしれない。しかし現実には現実である。大学研究所等を集る患者と日本の病院に集る患者の数を比較してみれば、この臨床材料を何等の医学的施策も加えずに終始しているごときは誠にもったいない。

私は改めて申し上げる。たびたび繰り返したことであるが、我われは医師のモラルを高揚し、臨床医学の研究に努力すべきである。

日本病院会の発足と新年をむかえるにさいしての我われの決意をうながし、いささか我われ同僚としての皆様に改年と共に反省していただきたいと思ひます。



年頭所感

日本病院会代表 東 陽一

昨年の秋、日本病院協会と全日本病院協会が合同して日本病院会として発足することになった。昭和50年は日本全国の病院が大同団結してその実績を示すべき、正にその最初の年である。

時あたかも物価狂騰、人件費急増により、大中小全企業の危機の渦の中に病院ももちろん巻きこまれている。一般企業の倒産、操短は耐乏生活等によって国民生活は或程度バランスできるであろう。しかし病院の危機・閉鎖は直ちに地域住民の生命と健康に憂うべき影響を与える重大事件である。

われわれ病院人には、何とか早くこの危機を切り抜けなければならない責任があり、全力を挙げて奮闘せねばならぬたいへんな年の始めである。

国民の生命健康を守るのは医師を中核とする医療関係職員である。その人たちの働く場所が病院である。その病院に高度の機能が備わり巧みに運営されることが、その国の医療水準を能く保つ所以である。昨年10月診療報酬点数の改訂で病院はちょっと一息入れることができたが、その後も絶えず押しよせる諸物価、賃金の高騰には、今直ちに対策を練らねばならない。

日本医師会においても、最近病院部門の活動が活発になって来たようであるが、私はこれは病院会にとっても大変結構なことと考えている。今年は病院会も医師会も共に手を携えて日本の医師が、そして病院がそれぞれの分を尽して十分に国民の生命と健康を守り得るような体制を築く佳き年にしたいものと念願している。

なお一言付け加えておきたいことがある。

それは昨年11月末フィリピン病院協会の25周年式典と年次大会に出席のため私はマニラに行って来た。その開会式はマラカニアンの大統領公邸で催され約800名の会員たちの前でマルコス大統領は約一時間半に亘り雄弁を振った。いずれ詳細は別に発表する機会があると思うが、フィリピンの病院改善計画として約180億円を投じて200の地域病院の建設とこのほかにメディケアによって今年建設さるべき70病院のあることをつけ加え、更に同病院協会ロア副会長の広汎なる質問に対し一々具体的に懇切なる答弁をするなど、私はその卒直な発言に感心をし、羨ましい限りであった。これを大統領の口から直接聞いた病院協会役員が万雷の拍手を送ったのも当然である。

沖縄県病院見学研究会

沖縄の病院視察研究会は日本病院会の事業として、昭和49年11月14日より17日にわたって行なわれた。全国から参加を希望された研究員34名は、14日正午那覇空港におりたち、沖縄赤十字病院、琉球大学保健学部附属病院、県立中部病院、県立名護病院、県立八重山病院の5病院と、八重山保健所、伊原間（石垣）診療所の見学の旅に出るのである。

見学に先き立ち、一行は南部戦跡を参拝し、沖縄赤十字病院において勉強の幕を開いた。開会にあたり小野田副会長はつぎのように挨拶された。

小野田副会長あいさつ

この病院視察研究会は、国際病院連盟の study Tour に範をとり、わが国ではじめられましたのはいまから14年前であります。はじめは東京・神奈川の病院を見学し、毎年2～3県の病院を拝見して、この14年間に日本のほとんどの地域をめぐり、今回、この沖縄県にまいったわけであります。

このたびは日本病院会が生まれ、この会はその日本病院会の主催する第1回目の記念すべき study Tour になるわけであります。この会に常に出席し研究員を指導された旧日本病院協会会長故橋本寛

敏先生はいつも申しておられましたが、この会では、見学病院の手のうちをすべてみせていただいで、研究員は、そのすぐれたところ、力を尽されたところを拝見して、明日の病院機能の向上に資するのであると。私たちは、いまからその勉強をさせていただくのであります。

開会に先き立って、われわれは30年前の戦跡を参拝して涙をながしましたが、「秋をまたで情れゆく島の青草は」いま「御国の春に蘇えり」、苦節のなかにここまで御力をつくされた沖縄のみなさまに深く敬意を表します。

沖縄赤十字病院

11月14日午後1時頃、那覇空港に着陸するとただちにバスで南部戦跡を急いで参拝したが、当時の激戦の惨状は、バスガイドの説明をまつまでもなく、われわれ実戦の経験のあるものは髣髴として思い浮かべうる要索であった。終って午後4時、沖縄赤十字病院に到着したが、内地と1時間の時差があって、まだ明るく、かつ暖い。

院内見学は、2班に分かれ、院長以下の案内で

行なったが、あとで述べる諸事情から病棟が一部閉鎖されており、定床204床が、145床の稼働であり、建物が少し古くなっているせいか、病棟、病室も整備・整頓が思うにまかせぬようであった。しかし意欲ある若手の院長である比嘉実先生が、県命に管理上の努力をされている様子がかうかがえた。

2組の見学が終わって、会議室へ集合したが、

比嘉院長、新里陽弘副院長、新里肇事務長、高瀬松子総婦長その他を囲んで、高槻赤十字病院院長矢野精太郎先生の司会で質疑応答を開始した。

小野田敏郎副会長が、一同を代表して、「毎年各地を巡り、病院の実態を見学させていただき、院長は血のにじむような運営管理をされている様子を見て、たいへん勉強になりました。今年は機会にめぐまれ、沖縄地方に参り、施設をみせていただきましたが、これからお話をうかがいたいと存じます」と表敬挨拶をされた。

質問表による質疑と比嘉院長以下の説明を要約すれば、およそ次のごとくであった。

職員総数 177名（内常勤164）、医師12名（非1）、看護婦66、准看10、助手23その他となっており、敷地面積2972平米、建物面積5107平米で市内に位置している。

現在1日平均入院 140人、外来 350人を処理している。職員については、医師はどうやら充足しているが、復帰後各地によい病院ができたため、看護婦の移動流出があり、そのため管理上困難な問題が起こり、何とか切り抜きたいと努力中である。

復帰後の県民の意識やモラルについては、占領中民主主義教育もあり、権利の獲得と行使の意識が強く、年間祝祭休日が63～64日あるが、それ以外に年間40日の不就労日があるくらいである。さらに一般家庭の出産数は、内地では核家族といわれ子供は1～2名であるのに、沖縄は3～4名が標準であるといわれ、看護婦の家庭もこの例にもれず、したがって産前、産後の休暇をとり、さらに制限就労の期間を入れると、常時1病棟単位

の要員くらいが休暇に入っていることになり、代替要員の入手も困難になっているという。

看護婦養成については、かつて米軍管轄下時代は、准看護婦の養成は行なわれず、ようやく昭和44年度から始まったくらいである。RNについては、県立那覇（3年制、1学年50名）と県立コザ（3年制、1学年100名）の看護学校があり、実習を当赤十字病院も引き受けていたが、当院へ就職してくれないので、労多くして効なしと実習を返上した。

看護職員計99名で、内訳はRN66名、PN10名、その他となっており、RNは病棟へ55名、外来へ20名の配置となっている。院長は、患者が多くて困るほどのことはないといっておられるが、外来患者と時間外患者の殺到には、医師数からみて、RNを外来へ27%も配置している理由がわかる。

医療費用が116.8%であるが、これは他の県立3病院よりよいほうであり、人件費は74.7%でこれも他の3県立病院よりよいほうだ。院長、事務長さんの苦心が察せられる次第である。

本県の特長性として、県立7病院のみで、市立病院から町村立病院も皆無で、公的病院としては、当院が唯一のもので、他に済生会、社保、共済病院などまったくない現状であり、患者の顕在化とともに、その多忙さが想像できよう。

討論が終わって、公立能登病院奥田幸造院長の丁寧な謝辞があったが、医師たる院長が多く本県出身であり、若く発刺として意欲があることへの激励の言葉で結んだが、第1日に、出席者一同は感銘した次第であった。

〈左奈田幸夫〉

料亭「松の下」で沖縄料理と沖縄舞踏をたんのうし、ホテル・サンルート沖縄で第1夜をすごした一行は、15日8時30分に宿を出て9時には琉球大学保健学部附属病院に到着する。

琉球大学保健
学部附属病院

昭和49年11月15日晴れとも曇りともつかず、適温適湿で内地からの服装そのまま通せる幸運に恵まれたが、高温高湿ときく沖縄の気候としてはわれわれの訪沖2～3日前から急に涼しくなったという。

7時半からの朝食を終えてチャーターバスの着いた所に、真新しい高層ビルがあった。それが通称琉球大附属病院である。鈴木淳教授をはじめ職員の方々が玄関に出迎えて下さった。

まず屋上の職員食堂で環境保健部の資料説明で沖縄の地理的、経済的事情を含めて環境衛生状況の概略について米軍占領中から返還後の推移、今後の医療保健問題の展望などにわたる予備知識を与えていただいたことは、見学者一同にとって認識を深めかつ改めるのにたいへん有益であったと思われる。

北海道区域より広い海域に50以上の大小の有人島を抱える沖縄県の医療問題は、本土の都府県のそれとは比較にならぬ困難性を抱えており、医師不足対策として1958年沖縄特法 101号により限地開業の医介補制を認めて最前線医療を補っているが、それでもまだまだ足りないのが現状だという。しかし現在本土に出て勉強している医学生や研修医の帰琉見込数もかなりあるし、琉大に医学部を設ける構想もあり、沖縄中部病院を中核とする研修医制の充実強化なども併せて、医師の充足定着についてはかなり明るい見通しを持っておられるのは心強いことである。

地域の疾病構成が他地域と異なるのは亜熱帯地域としてマラリヤ、フィラリア、日本脳炎などのほか消化器伝染病も多かったが、米軍占領下の衛生活動と予防治療法の進歩で、今日では非常に減少しているというものの、なお地方病としてゆだんはできない。

孤立性地域と貧困性に無縁とは思われないものに「沖縄は癩の多発地域」ということがある。このために1,000床のベッドがあるという。結核も少なくなったとはいえ、他府県に比べればまだ多いという。そのほか精神病が本土に比して約2倍の発生率となっており、精神障害→貧困生活環境→精神障害の悪循環を絶ち切る必要があると指摘されている。若年層には精神薄弱、青壮年層には

精神分裂病、老年層には脳器質性精神障害が多いという成績である。

無数の同胞を失った敗戦時の絶望期に続く長期間の米軍政下の生活、さらに本国復帰に伴う経済変動、福祉政策の変化など激しい厳しい社会環境にゆさぶられた歴史的背景は島民の生活に、心理的にも肉体的にも大きな波紋を投げ健康の破綻はもとより、その治療も遅れて重症化を招き、重症患者の診療に追われて軽症患者に手が回らず、しかも本土の病院と同じく保険診療も本土並みとなって診療業務も増加して対応しきれない面も現われており、医事量も増加煩雑化して難渋を抱えていることも知った。

明治維新当時何も彼も一時に新制度に切替えられて、困難、混乱、と迷いの試行錯誤をくり返しながら道を切開いて進んだ先人の苦勞にも似たものであろうと思われた。

しかしどの病院でも指導者達の言動から悲嘆のムードは感じられず、むしろ明日の沖縄を自分達が造るのだという希望に満ちた意気込みが汲みとられたことを特記せねばならない。そして本気で今から全病院を明日のための新しい体制作りにとりかかるならば、近い将来に沖縄は日本病院界のモデル地区になる可能性をもつのではないかと考えた。それほどに病院関係者の熱意と意気を感じさせるものがあったのは筆者1人の感想ではあるまいと思う。

沖縄の社会的背景も医療事情も本土のそれとはかなり異なるものがあり、全般的には立遅れがあるけれども、すでにアメリカ式の病院のあり方も学び、一部に定着もしているので、これを保持強化し更に発展的に整備することは、処女的状況にあることがむしろ有利な条件ともなりうるであろう。

琉大附属病院はまさにその使命を担って誕生したものと見なされる。

1972年1月に完成した地上12階、地下1階の堂々たる近代建築である。その外観、内容等は誤記や煩雑を避けるため、また今後の病院建築などにも参考になるものと思われるので資料の一部を転載させていただくことにする。

開院に当っては地域民の要求過剰や理解不足、

内部職員間の意見調整などで非常な混乱困難に直面したが、時の経過と共に落ち着くべき方向が決まって内外関係も順当な路線を歩み出してきたという。

病床数 400の利用率は90~93%でかなりの高率であるが慢性疾患の占める率が高い。早期発見治療が普及しなかった経済事情と老令化の影響が現われているという。今後の対策が研究されている。

看護婦定員193、100%の充足率で米軍政下以来の伝統に従ってすべて正看だというのが、既婚者が半数を占めて産休が多く非常勤職員で補う苦勞が大きいという異質の悩みがある。本土の病院でも所によってはやがて同様の悩みを持つかも知れない。

ICU、CCUなど立派な設備も今は運転するだけの人手がないので眠っている。高圧酸素治療室など他に余りみられない設備もあり、潜水病や

眼底出血患者などに試運転治療を行なっているが例数は少ないようだ。

病院内部は廊下も広く防火設備も整ってたいへんりっぱだが、いたる所に組会のビラが貼られて不快感を与えるのが惜まれる。患者の心理的影響を無視しない立場から管理対策が望まれる。

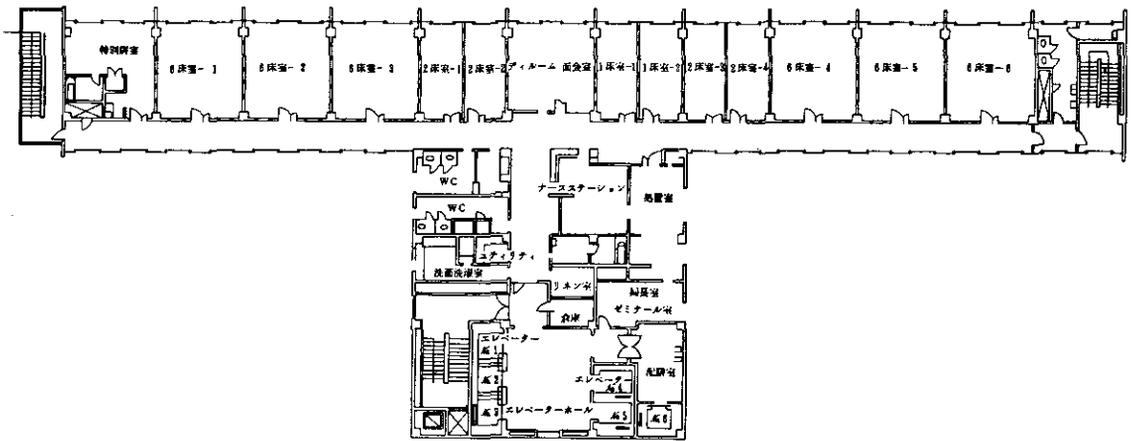
この病院に地域医療部を設けたが概略は別表に譲るとして離島の保健医療活動に一步を踏み出し成功の見透しを持ったことは特筆に価するといえよう。なお資料中に散見される症歴部なる名称は診療記録(管理)部が正当であると思う。病歴(Medical history)と診療記録(Medical record)とが同一である筈はない。

(資料提供のみならず終始一行と行動を共にしてお世話下さった鈴木教授に厚くお礼を申し述べます。)

〈聖路加国際病院長 菅原 虎彦〉

琉球大学附属病院

病棟平面図



設備状況

給水設備	受水槽容量……………700トン
	高圧水槽容量……………60トン
	1日使用水量……………694,000ℓ
給湯設備	病棟用貯湯槽……………2缶
	一般用……………2缶
	別所、洗濯用貯湯槽……………1缶
	1日使用給湯量……………75,000ℓ
排水設備	一般排水
	雑排水……………減圧槽を経て一般排水と合流
	放射性排水……………高圧槽を経て一般排水と合流
消火設備	本上消防法に準じた設計、設備がなされ、スプリンクラー及び粉末消火装置を設けてある。
ガス設備	電メーター(ルーツメーター1,000灯用)
	外米直交形電メーター(1100灯)
	欄干……………()

医 療 設 備	酸素ガス(液体酸素)……………168kg/ボンベ4本×2組 (気体)……………7m ³ /ボンベ10本×2組
	笑気ガス……………30kg/ボンベ4本×2組
	吸引ポンプ……………50φ×2.25w×2組
	院内感染症防止のためにこのシステムを完備した。
中央集じん設備	
空調冷暖設備	全館冷暖房
自動制御設備	中央監視室による遠隔操作を行なう。
ボイラー設備	高圧焼酎ボイラー 常用出力 2,900kg/日×2缶
	自重噴霧 ……圧力 6kg/cm ²
	夏冬バルブ切替
電気設備	商用電力を高低3相3線式6,600V・60C/Sで供給をうけ、変電室で使用目的に応じ変圧して、各種動力機及び電灯など給電される。
蓄電池設備	アメリカ蓄電池 1.2V・80セル
	容 量 200Ah
	電 圧 90V

高圧発電機部	容 量	6KV, 300KVA×2台
エレベーター (貨物運搬)	乗 用	3台
	送 台	2台
	送 用	1台
エスカレーター	上 り	1基
	下 り	1基

消 災	設備は耐火、耐震設備である。
	高層ビルであることにより、設計上、防火設備には一般よりも高性能の防火設備を設けている。
換気設備	換気設備 2基 能力 2,600㎥/日 用途 水分を含む換気、加湿、除湿等
汚物処理設備	汚物処理 1基 能力 480㎥/日 用途 検疫室、病室等において発生する各種汚物等。

病院各部面積

	面 積	面 積 比 率	備 考
病 棟 部	8,345.31m ²	32.4%	分娩室、高圧酸素治療室を含む。
外 来 診 療 部	3,066.09	11.9%	医局玄関ホール、M.S.W.輸血救急を含む。
地 域 医 療 部	319.85	1.2%	
中 央 診 療 施 設	4,081.56	15.9%	
管 理 及 ビ サ ー ビ ス 部	9,639.06	37.5%	病歴室を含む。
薬 劑 部	274.13	1.1%	
計	25,726.00	100.0%	

建築面積 4,290,857m²

中央診療施設内訳

	面 積	面 積 比 率	備 考
中 央 検 査 部	1,273.51m ²	31.2%	
中 央 放 射 線 部	915.93	22.4%	特殊放射線部門を含む。
中 央 手 術 部	689.97	16.9%	
中 央 材 料 部	393.56	9.7%	
理 学 療 法 部	489.37	12.0%	
基 中 治 療 部	319.22	7.8%	
計	4,081.56	100.0%	

職員 職種別職員数(49.5.1現在)

区 分	定員数	現員数	備 考
教 官	医 師	74	48
	病 科 医 師	4	2
	計	78	50
医 療 技 術 員	診療放射線技師	7	6
	臨床検査技師	15	15
	歯科技工士	1	0
	理学療法士	1	0
	高圧酸素医療技術員		
計	24	21	
薬 劑 部	薬 劑 師	9	7
	そ の 他	1	1
看 護 部	看 護 婦	193	139
	看 護 助 手	0	51
	計	193	190
事 務 部	事 務 員, そ の 他	107	96
合 計	412	365	

教官

区 分	教授	助教授	講 師	助 手	計	備 考
第 一 内 科	1	1		3	5	
第 二 内 科		1	1	3	5	
精 神 科, 神 経 科		1	1	2	4	
小 児 科		1	1	2	4	
第 一 外 科	1	1	1	2	5	
第 二 外 科		1	1	3	5	
脳 神 経 外 科		1	1	2	4	
整 形 外 科		1	1	2	4	
皮 膚 科		1	1	2	4	
泌 尿 器 科		1	1	2	4	
眼 科		1	1	2	4	
耳 鼻 咽 喉 科		1	1	2	4	
放 射 線 科		1	1	2	4	
産 科 婦 人 科		1	1	3	5	
麻 酔 科		1	1	2	4	
歯 科			1	3	4	
中 央 検 査 部	1	1		1	3	
中 央 手 術 部			1	1	2	
理 学 療 法 部				1	1	
地 域 医 療 部	1			1	2	
救 急 部				1	1	
合 計	4	16	16	42	78	

薬剤部

区分	薬剤師		その他	計
	部長	薬剤師		
部長室	1			1
薬品管理室		1		1
製剤室		1		1
調剤室		6	1	7
計	1	8	1	10

看護部

区分	総看護長	副総看護長	主任看護長	看護婦長	看護婦	看護助手	計
	管理室・その他	1	2				
中央診療部			2	1	11	11	25
地域医療部							
理学療法部							
外来部			1	2	15	4	22
集中治療部			1				1
病棟部			7	9	90	35	141
計	1	2	11	12	116	51	193

病床数

科	4床		6床		8床		10床		12床		14床		16床		計
	現在	増設	現在	増設	現在	増設	現在	増設	現在	増設	現在	増設	現在	増設	
内科	30	30	2	4	24										58
外科	47	47	3	2	18										68
小児科	47	47	3	2	18										68
産科	47	47	3	2	18										68
ICU	50	50	2	6	14										72
ICCU	47	47	3	2	18										68
11床	40	40	1	14	24										79
12床	45	45	1	14	20										75
合計	499	499	6	15	60	7	5	14	4						605

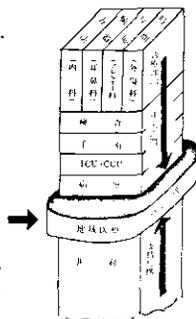
地域医療部

経緯 附属病院に地域医療部(科)を設置する構想はつぎのような経緯であった。

1 病院管理学の発展: 戦後導入された病院管理学の成果は、中央検査部、中央材料部、中央手術部、PPC、ICU・CCU、病棟部の設置となつて、具体化されてきた。

現在の課題は、院内管理にとどまらず、病院機能の地域への伸展と地域側からの再評価である。これらの諸問題の担当部局として「地域医療部」が考えられていた。

2 教育課程との関連: 保健学部保健学科はあたらしい保健医療概念のもとにカリキュラムを展開している。この実習の場はひろくあらゆる施設にわたるが、医療の柱となる病院にも包括的活動実習の場が必要とされていた。



活動 地域医療部(科)の活動はつぎの4領域と想定された。

事務部

区分	事務官	交換手	運転手	守衛	栄養士	調理士	機械操作員	洗濯員	大工	保清夫	計
	事務部長	1									
管理課	25	4	2	6							37
課長	1										1
補佐	1										1
庶務係	4	4	2	6							16
人事係	3										3
経理係	4										4
用度係	9										9
照査係	3										3
業務課	33				3	17	12	2	1	1	69
課長	1										1
補佐	1										1
外来係	8										8
入院係	8										8
収入係	5										5
医事係	4										4
給食係	2				3	17					22
施設係	4						12	2	1	1	19
合計	59	4	2	6	3	17	12	2	1	1	107

- 院内活動: 医療社会事業、在院者教育、ボランティア活動
- 院外活動:
 - ①プレ・ホスピタル: 健康教育、健康度測定、医療相談、潜在疾患の発見
 - ②ポスト・ホスピタル: ホーム・ケア、教時間ケア、定期的小集団指導
- 地域特性: データ伝送システムの活用による離島・鄙地の保健医療情報の収集と解析
- 医療提供システムの資料作製: 診療態構造分析、連携的連綿医療圏の設定、病院機能の再評価、(医療投資と効果)

これらの活動は院内・外、学部内・外の関連部局の協力が前提であるので、当初は科長1、医師(パートも含む)5、MSW3、保健師5、栄養師1、検査技師2などの14職種25名のマン・パワーを推定した。

現況 現定員は教授1、助手1であり、今後2ヶ年間は増員の見込みはない。助手1は48年4月より専任が可能であり、医師3名が希望を表明している。名目上看護婦1が配属されているが、実質上外来看護の応援業務に専念している。今後減員されることであっても、増員の見込みはない。MSW、検査技師などの配属可能性はない。

- 現業務 現況で可能とおもわれる業務はつぎのとおりである。
- 院内活動: 学生にたいする「地域医療」教育、在院者教育、ボランティア活動の組織化
 - 院外活動:
 - ①プレ・ホスピタル: 医療相談、特定潜在疾患の発見
 - ②ポスト・ホスピタル: 関係機関との連携による退院の促進、ホーム・ケア実施可能性の検討、特定疾患連綿集団指導
 - 地域特性: 離島の保健医療情報の現況把握、データ伝送システム活用のための教育と訓練
 - 医療供給システムの資料: 救急医療圏の設定、病院グループ既定の定着化

昭和48年3月 地域医療部(兼担) 鈴木 淳

11時30分琉大附属病院を辞しバスにてコザ市に近い県立中部病院に向かう。途中、首里の守礼の門を見物し風光をめぐる。

県立中部病院

見学の第2日、11月15日の午前中は琉大附属病院を見学し首里市の守礼之門を観光、車内昼食の後約25kmをドライブして12時過ぎ具志川市の県立中部病院に到着した。

例によって3班に分れ約1時間病院内を見学、引続き新垣院長、山田事務長、曾我総婦長及びDr. Allen等を囲んで討議が行なわれた。時間の制約で十分な討議をすることができなかったが病院全般の印象は次のようなものであった。

I. 環境、敷地、建築、設備について

人口約4万の具志川市は静かな田園都市のようであったが、34,000㎡に達する広大な病院の敷地は、駐車場等にも十分な余裕があって多くの本土市街地病院では望み難いようなよい環境であった。内部設備も沖縄県の病院の中では第1等のものようで、医療機器の整備状況等本土の一流病院と比較してもひけを取らぬもののように思われた。

新館1階の外来部門はやや狭隘であったがオープンシステムの病院として運営されていた経緯等からやむを得なかったものかと考えられる。

II. 職員について

県立の病院として職員数はよく充実されており、稼動病床数 325床、外来患者数 230名に対して、職員総数 351名、医師39名、看護職員 183名という数字は、沖縄県ではもちろん本土の中規模病院に比較しても極めて余裕のあるものと見受けられる。このことが活発な医療活動の基礎となっていることは疑うべくもないが、医業収入に対し 155%もの医業費用が認められている事実も注目する必要がある。

III. 救急業務について

救急業務の良心的な遂行はこの病院の大きい特色の1つであろう。特に広大な救急センターを開設し、研修医師の積極的な活動を義務付け、手術部や放射線部の三交代制を実行する等敬服させられるものがあつた。本土に比べて医療機関や医療従事者のいちじるしく不足している沖縄県で救急あるいは時間外診療の多いのは当然であろうが、この病院でも1日平均70名に達し、これを入院させるために一般外来からの入院が妨げられるという悩みが述べられていた。

IV. 病院の沿革について

昭和20年に傷病者や浮浪児等を収容した堀つ立て小屋に始まって現在の病院になるまでの29年間軍政、民政、本土復帰等政治形態の転換や、名称、位置、組織等の変更といった離合集散的な苦勞を重ねた病院の歴史には強い同情を禁じ得ない。特に米軍および米国の援助に頼らざるを得ない時期の長かったこと、昭和27年には開業医と契約してオープンシステムの病院として運営されたこと、昭和42年にはハワイ大学の医学教育顧問団を迎えてアメリカ式研修の始まったこと等多くの人びとの努力によって現在のような病院に発展するまでの経過はたいへん印象的であった。

V. 卒後医学研修について

この病院の卒後医学研修は、昭和42年にハワイ大学の協力を得て(当時の顧問団員32名)始められたもので、アメリカ方式が採用された点において日本ではユニークなものであり、武見日本医師会長も本土の大学病院等の研修に比べて遙かにすぐれていると称揚したといわれるものである。このことは研修を行なっている病院の方がたの参考になると思われるのでその要点を摘記し度い。

(1) 日本の多くの病院で行なわれている研修と異なる点

①狭い分野での専門化は避けさせている。即ち一年次研修医は内科、外科、小児科、産婦人科、救急室とローテートし、二年次に専門研修を始めるが血液学とか心臓学といったような狭い専門化は避けさせている。

②診療の主な責任者は病院のスタッフではなく研修医であって、スタッフはアドバイザー、指導者、コンサルタントとして指導の任に当たる。

③研修医は病室でも教室でも積極的にディスカッションに加わり、たとえ、いわゆるプロフェッサーの言葉でも批判的に分析し考える能力を養う。

④研修医は救急室において急性疾患の経験を積む。紹介患者しか受け付けないような病院と全く異なる点である。

⑤スタッフは総て臨床医学に従事しそれぞれの分野に熟達している。研究も行なわれるが、これは専ら患者についての臨床研究である。

⑥臨床的および教育的活動の多くが英語で行なわれている。

従って研修医は高い水準の臨床医学と実際について医師としても又指導者としても優れた技能をもつようになり、基礎的病態生理学をマスターすることによって、その後の生涯に亘り医学の新しい進歩を容易に理解することができるようになる。

(2) 一年次研修（インターン）の概要

①大体次のようにローテートする。

内科	3か月	外科	3か月
小児科	2か月	産婦人科	2か月
救急室	1か月	選択と休暇	1か月

②二年次研修医及びスタッフの監督の下に主として入院患者の診療に携わる。

③入院患者に対する最初の評価の責任を負い、徹底した病歴をとり診察を行ない、診断法のプログラムの決定から治療の原理と実際までを学ぶ。

④回診や症例検討会で症例を発表し討議することに熟達する。

⑤大きい手術の介助をし、あまり困難でない手術（例えば虫垂炎、ヘルニア等）を行ない、小

児の採血、骨髄穿刺等の方法を学び、監督下での分娩取扱い、術前術後の診療等にも経験を積む。また、ECGやレントゲン写真の解読等も学ぶ。

(3) 二年次研修（レジデント）の概要

希望により1つまたは1つ以上の科について研修するが、入院患者に対して直接の責任を負い、一年次研修医の監督指導に加わり、外来の診療を行なう。

①内科

臨床及び検査上の評価の方法と治療管理について高い技能を習得する。特に病態生理学的な基礎を把握しそれによって診断および治療に論理的着手ができるようにする。プログラムオリエンテッドシステム（POS）が役立つはずである。患者に対する第一次責任は二年次研修医が負い、一年次研修医の監督をし、必要に応じてスタッフの指導を求める。通常15～20人の患者の診療を指揮する。

なおその他にスタッフ、ハワイ大学からのコンサルタント、本土や米国からのコンサルタント等の教育を受け共に討議に参加することが行なわれる。

②外科

外科治療の適応性、基本的な外科技術、術前術後の患者管理等を学び、経験を積むに従って逐次困難な手術を行なう。二年次研修医は一般外科のほか耳鼻咽喉科、泌尿器科、神経外科、整形外科、麻酔科、口腔外科等、種々の科に配置され、外来、手術室、救急室でも勤務する。二年次研修医はスタッフ監督の下で患者管理の第一次的責任を負い、また、一年次研修医の指導監督をする。

③小児科

小児科研修の目標は①監督の下に患者の診察をすることによって小児疾患の評価と治療の能力を高めること。②積極的に研修をすることによって生涯教育への関心を喚起すること。③医師を業とする者の必須要件であるところの責任感と独自の立場で物ごとを考えることへの能力を養うことなどである。

一年次研修医はレジデントまたはスタッフの

監督下で入院および外来の患者に対して一次的責任を負い、入院時のオーダーを出しPOSのカルテを完成する。二年次研修医はスタッフの監督の下で独立して診療に従事し、新生児の検診や未熟児の診療に熟達する。

④産婦人科

二年次研修医はスタッフの監督の下で入院外来両方の患者に対して責任を負う。一年次研修医は正常分娩および分娩後の診療を重点的に学ぶが、二年次には婦人科の術前術後の患者の責任を負い、手術の技能が進むにつれて困難な産科的、婦人科の手術を行なうようになる。また内科的および外科的な症例、内分泌学、胎児学、新生児の診療などを含めて産婦人科で見られるいろいろな問題を学ぶ。

(4) 研修の週間スケジュールの例

研修のスケジュールは各科毎に定められており必ずしも米国の教育病院のように過酷ではないようにも見受けられる。例えば内科の1週間のスケジュールは次のように示されている。

Weekly Conference Schedule

Mon.	8:00-9:30	Admission Teaching Rounds
	1:00	Interns Teaching Rounds
Tue.	8:30-9:30	Admission Teaching Rounds
	3:30	Infections Disease Conference
Wed.	8:30-9:30	Admission Teaching Rounds
	1:00	Interns Teaching Rounds
	3:30	General Ward Rounds
Thu.	8:30-9:30	Admission Teaching Rounds
	3:30	Chest X-ray Conference
Fri.	8:30-9:30	Admission Teaching Rounds

	1:00	Intern Teaching Rounds
	3:30	Clinical Pathology Conference
Sat.	10:00	Grand Rounds

(5) 研修の成果

昭和49-50年度の研修医の数は29名で(一年次17名、二年次12名-外科5名、内科6名、産婦人科1名)ある。

研修終了者の多くが更に研修を積むために米国留学をしている。現在75名の研修終了者の中で17名が米国で研修を続けている。終了者の中には本土で研修を続けているものもいるが、公務員や開業医として沖縄に止まっているものが多い。

(6) 研修医の待遇その他

研修医は県から奨学金を支給されているが、その額は数年来逐次増額されており、今後変更されると思われる。今年は1年次研修医-185,000円、2年次研修医-201,000円である。3年目からは公務員として発令された給与になっている。

研修医は院内に宿舎(個室、シャワー、家具、炊事設備等附属、少額のサービス料金徴集)が与えられ、常時病院の呼出しに応ずる体制になっている。病院外へのアルバイト等は一切禁止されている。

病院には英会話、医学英語のクラスが開かれており、希望者は出席することができる。

沖縄の他の施設(那覇病院、キャンプクエ陸軍病院、金武保養院等)でもセミナーや症例検討会が行なわれ、研修医やスタッフは必要に応じて出席している。

昭和46年に米国の援助によるハワイ大学研修援助が打切られ、その後本土政府が経費の半額を補助する等の措置がとられたが、年間の研修に要する総費用は1億8000万円に達しているということであった。(柴田敏夫)

14時30分、バスに投じ、西海岸に移って島の中央にあたるところに名護市がある。第4番目の訪問は県立名護病院である。

県立名護病院

11日15日の午後訪問した県立名護病院では院長をはじめ職員の方がたの張切ったお出迎えを受けて一同緊張した。

現在の建物の横に、目下デラックス病院を建設中であった。

現在、病床103で名護地域医療の中心として広域的に活動している。対象人口約10万に9つの診療所をもっている。

院内と建築中の建物の案内をうけた。研究会で名鉄の阿久津先生から建物がこのように何度もつき足しに建設されているが計画的に出来なかったことについての質問がなされると「地域医療の拠点として住民の医療ニーズ、また疾病に対する医療の需要が逐年的に高まり増築、増床を余儀なくされたものである」と答えられた。

昭和26年、はじめて米軍により一般住民傷病者医療対策救護施設として開設され、その後いろいろと変遷を経て今日にいたったものである。50年の海洋博に備えて病院増築を完成したいとの説明があった。

金城院長がこの地で着実に地道にこの地方の地域医療にとりくんでおられることが、この地域の医療のメッカとして病院の発展をもたらしたものであり病院は何といても院長を中心とする職員の熱意にあると考えさせられた。

資料によれば、1日1200名以上となっており、これは9つの診療所を含むものかもしれないが、他の病院に比して特徴的に思われた。

私どもは建設中の屋上で沖縄の夕暮れの海を望んで別れを告げた。 <森 政吉>

17時に名護病院を辞して夕焼けの美しい海岸を那覇に向かう。30年前の上陸の地、いまの米空軍基地嘉手名のあたりはすでに夜。19時30分、パシフィック・ホテル沖縄に投ずる。

第3日、7時30分宿を出て、8時35分那覇空港から南西航空YS11で石垣島に向かう。10時20分、県立八重山病院を見学し、つづいて庭つづきの八重山保健所を訪問した。

県立八重山病院

全般

院長先生以下の病院運営担当者の方がたの離島における(沖縄本島より更に430km離れている)不十分な設備状況下での誠心溢れるご勤務ぶりに、敬意を表するものである。

病院施設(敷地面積26,258㎡建物面積4,999㎡)は旧米軍施設(冷房装置をとりはずした)をうけつぎ、まことに風雨にさらされた感じではありますが、清潔、整頓状況はよく行きわたっており、施設の保守にも相当配慮されていることがうかが

えた。また、職員間の人間関係もよいように見受けられた。米軍統治下の影響が現在まで続いて勤務態度は概要厳正である。米軍時代と異なり本土復帰以後では予算も不十分となるであろう。この時にこそ患者第一主義という医療の原点に立って、医療サービスを考慮されるため管理も困難になることと思われる。

待遇その他

- 各職種とも、国家公務員に準ずる俸給の1号棒アップとなっている。
- 但し医師については、1万～9万の離島手当が支給されている。
- 医師の欠員補充は沖縄県立中部病院が担当。
- 手術の33%は時間外に実施。
- 医師を除いては当地（石垣島）在住の方々ですが、物価は本島（沖縄）よりも約20%高いという事なので生活は楽ではないとのこと。
- 結婚したら看護婦の定着性はよい。
- ただ看護婦の希望者が少ないので困っている。

診療について

- 病床数 146
- 外来診療は月・水・金で予約制。
- 石垣島内開業医……9名。

〈内訳〉 婦人科3 眼科1 小児科1 内科4

- 重症患者が病院に紹介される。
- 婦人科医は病院の施設利用の関係で囑託となっている。
- 開業医との常時連絡は殆んど行っていない。
- 病院からの往診はやっていない。

休暇等

現在看護婦（甲）37名で定員より2名増、勤務人員は確保されているが定員そのものが少ないため産休、病休などをカバーしているので年休は未消化となっている。

結び

八重山病院をはじめ全国には僻地の恵まれない病院が数多くあると思われ、これらの解決には国家行政面上の責任は勿論のこと日本病院会の役割も大切であると痛感するものである。

おわりに院長先生をはじめとくにわれわれのために貴重な時間をさかれご案内下さった諸先生方に感謝の意を表すと共に皆様方のご発展をお祈りする。

（佐藤 彰・赤津博美）
（中村秀樹・小島 功）

八重山保健所

八重山保健所は、県立八重山病院と同じ敷地の中にある。建物とたたずまいは本土のそれと相似ている。研究員はただちに2階会議室に招ぜられ、鈴木淳教授司会のもとに所長青山俊男先生のお話をうかがった。

青山所長は、かねて本土から沖縄の結核対策のために専門視察団が派遣されたときの団員であったが、この八重山群島の状況を詳さにみられ、そのままここに残られて身を挺していられると承った。

青山俊男所長のお話

私もさきほど、みなさまと前後して本島から帰

ってまいりました。離島のことに従ってしばらくになります。私は、自分は本来、おとなしい性格だと思っておりますが、先島のことでだんだんとすなおでなくなってきたように感じております。

この保健所では結核の集団検診のほかに治療をもやっています。接触者検診のために家庭訪問もいたします。結核の入院は、おとなりの八重山病院にいたしますが、退院しますと保健所に来てまいります。本土と異なって結核は開業医もみていません。性病については集団検診時に採血をして梅毒の検査をいたしております。淋病についてはもちろん集検はできません。

らいについては60名に対して在宅治療をやっています。本島と宮古島に、らい療養所がありますが、ここにはごいません。本来保健所の仕事にらいはありませんので、らい予防協会の仕事を保健所を借りてやっている形です。

保健所にはもう1人医師がおります。この方も専門医派遣団で来られてここに残られ、私を使ってくださいっています。国立埼玉療養所の方です。

ここには9つの離島があります。結核患者は約400人で、離島には6～70名おります。この石垣島の患者は3か月か4か月に一度診察しますが、

離島には費用の関係で行ってあげるわけにはゆきません。離島の住民も、等しく健康保険のお金をだしていますが、医療は受けがたい実情にあります。

ここでは、未熟児がたいへん多いのですが、その原因は不明です。また、新生児死亡がたいへん少ないという統計上の事実ですが、これは届出をしない風習によるものです。

戦中、軍民の3分の1の死者をだしたいとわめるマラリアはもう15年まえに防疫を完了いたしております。

八重山保健所の見学を終えたのち、一行はバスにて川平（かびら）の美しい入江のほとりに昼食し、ハワイの山なみを思わず北海岸を伊原間の診療所に向かう。ここは伊原間の部落のために県が設立したものであるが、医師不在のため閉じられている。16時30分、八重山観光ホテルに投じ、夕食時、阿久津副会長の乾杯をもってこの研究会を閉じた。

看護部門

沖縄の看護

日本病院会の沖縄県病院見学研究会に参加し、僅か1日半のかけ足の見学で、沖縄の看護事情についていうことは余りにも無理であり、また見当はずれのことになるかもしれないが、直接感じたことを述べてみたい。

米国の施政下、オープンシステムで行なわれていた診療が本土復帰に伴い、内地と同様に現行の健康保険制度をそのまま持ちこまれたための混乱が2年たった現在この見学の間にも伺われた。

病院は現在増改築中の名護病院、中部病院、やがて改築予定の沖縄日赤など、新しい息吹きが感じられる。最新建築の琉大病院はまだ看護婦不足のため全館が開かれていなかったが設備は東京の最新建築病院と比較して遜色がない。看護面でも新しいBedを始めいろいろと導入されている。

数少ない医師で、多くの患者の診療に当られ、救急患者が非常に多く、看護婦不足は内地と同様

種々の問題のあることがよく理解された。数少ない先生方が実に熱心に、地域の医療という立場から情熱的に進めている点は実に頭の下る思いであった。それに対して看護婦は、不足と共に看護学校の数も少なく、充分に対応できないところに、沖縄の看護のリーダーの方がたの悩みとも受けとめられた。

出発前に考えていた沖縄と実際に行ってみて、何しろ一年中で、冷房を使用しないのは僅か3か月だという気候風土、台風銀座のため低い建築様式の家屋など、恐らく生活を共にした上でなければ、看護事情などはとうてい言えるものではないと思った。 <内田卿子>

沖縄の看護婦さん

メンソーレ、50年の海洋博開催で活気だっている沖縄は、ハイビスカスの花やサトウキビの花が満開で空も海も青い那覇での研究会に参加した。

日赤病院、琉大附属病院、県立中部病院、県立名護病院、そして日本の最南端の病院石垣島の県立八重山病院、八重山保健所を見学して、日本の行政下として2年の沖縄の看護の実態に興味を深くしたが、過去の看護状態を知らずして現在を語れない事を悟った。

看護婦不足の折から病床に対する人数はうらやましい程であったが既婚者が多く実働される人数はやはり余剰はなく、年間20人以上の産休者があり非常勤の看護要員を確保されている病院もあった。

外来部門は、復帰後開設された病院が多く毎日診療されていない科もあり休診の曜日は病棟又は救急室のスタッフとして組まれていた。

救急室は三交代制で外来扱いでありながら入院と同じ治療がなされ、看護体制も24時間に組み、オープンシステムの名残りがうかがえた。

教育に関しては看護教育機関が少ないことと卒業後の教育のむずかしさが大きな問題であると思われた。

八重山病院では勤務員全体が家族的で僻地医療に邁進されていたが、交通の便も悪く、特殊疾患や風土病も多い。

若い看護婦の定着が悪いとのこと、僻地の医療と看護のあり方を看護全体の問題として考察しなければならないと思われた。

尚見学させていただいた病院の関係の方がたのご配慮を誌上をお借りして厚く御礼申し上げます。

<谷 百々代>

参加研究員

氏名	職名	病院名
小野田敏郎	院長	倭成病院
阿久津 慎	院長	名鉄病院
内藤比天夫	名誉院長	茨城県立中央病院
五十嵐 衡	院長	晴和病院
竹内 春彦	顧問	北品川総合病院
奥田 幸造	院長	公立能登総合病院
左奈田幸夫	院長	国立埼玉病院
矢野精太郎	院長	高槻赤十字病院
杉岡 直登	院長	九州厚生年金病院
林 秀雄	院長	八尾市立病院
豊島 正忠	院長	済生会中津病院
菅原 虎彦	院長	聖路加国際病院
石川 幸雄	院長	都立府中病院
柴田 義一	院長	東芝林間病院
牧田 中	院長	牧田総合病院
吉岡 親八	院長	新千里病院
柴田 敏夫	副院長	京都第一赤十字病院
永野 柁巨	整形外科部長	倭成病院
林 博	診療院長	野村病院
庭野 隆司	事務長	倭成病院
狩俣 恵長	事務部長	東京警察病院
一色 正好	事務長	東芝林間病院
小柳 佳三	常務理事	新潟中央病院
森 政吉	常務理事	金沢西病院
小島 功	事務長	牧田総合病院
佐藤 章	企画室長	北品川総合病院
赤津 博美	整形外科部長	北品川総合病院
中村 秀樹	検査技師	北品川総合病院
鈴木 イチ	総婦長	倭成病院
内田 卿子	総婦長	聖路加国際病院
谷 百々代	婦長	済生会中津病院
渡辺 進	院長	成田赤十字病院
高橋 政祺	教授	杏林大学病院
鈴木 淳	教授	琉大附属病院
大城 二郎	事務局長	日本病院会

見学病院の規模と内容概況

病院名		沖縄赤十字病院	県立中部病院	県立名護病院	東立八重山病院
敷地面積	m ²	2,972	3,484.5	6,930	26,258
建物面積	m ²	5,107	19,555	5,699.8	4,999
稼働病床数	総数	181床	325床	103床	146床
	一般・結核	152	271	103	48
	精神・伝染	-	27	-	48
1日平均外来患者数		307人	230人	134.9人	72人
年間退院患者数		2,155人	4,525人	1,149人	1,098人
平均在院日数	一般	23日	17.4日	78.5日	11.9日
	結核		107.1日	一月	95.0日
満床率	%		78.9%	87.0%	52.0%
粗死亡率	%		7.5%	月8件	4.9%
剖検率	%		6.2%	0%	0%
1カ月平均手術件数		112件	165件	76件	19.9件
1カ月平均臨床検件数		15,625件	32,686件	16,977.5件	3,815件
1カ月平均レントゲン撮影枚数		2,146枚	6,246枚	1,584枚	1,860枚
(除集団検診)					
年間臨床カンファレンス数	回		約1,000回		
研究	学会発表数	回	26回	回	回
	雑誌発表数	回	3回	回	回
1カ月平均調剤数		2,811件	7,197		2,367
採用点数表(甲・乙)		甲	甲	甲	甲
診療点数1点の金額	保険等	10円	10円	10円	円
	自費	20	10	"	"
医業収入		401,079千円・100.0%	744,399千円・100.0%	260,837千円・100.0%	152,712千円・100.0%
入院収入	入院収入	263,975 "・65.8"	468,608 "・63 "	134,780 "・51 "	86,292 "・56.5"
	室料差額収入	4,874 "・1.2"	0 "・ "	" "・ "	0 "・ "
収入	外来収入	117,837 "・29.5"	158,121 "・21.6"	85,596 "・33 "	43,241 "・28.3"
	その他の医業収入	14,392 "・3.5"	117,670 "・16.0"	40,460 "・16 "	23,179 "・15.2"
	保険等調整増減	" "・ "	" "・ "	" "・ "	0 "・ "
患者1人1日平均保険点数	入院	535.4点	820.9点	419点	322点
	外来	130 "	239.9 "	133 "	204 "
医業費用		468,642千円・116.8%	1,152,366千円・154.8%	412,748千円・158 %	262,805千円・172 %
給与費(含賞与、退職金、法定福利費)	給与費	299,782 "・74.7"	726,031 "・97.5"	247,532 "・95 "	184,152 "・120.6"
	材料費	100,852 "・25 "	306,091 "・41 "	123,694 "・47 "	51,461 "・33.7"
経費	(うち薬品費)	(86,912) "・(22)"	(171,997) "・(23)"	(93,869) "・(36)"	(34,680) "・(22.7)"
	経費	598.49 "・15 "	80,660 "・11 "	74,864 "・10 "	19,203 "・12.6"
	減価償却費	7,985 "・ "	34,183 "・ "	14,236 "・6 "	6,669 "・4.4"
	資産減耗損	82 "・ "	1,839 "・ "	782 "・0.3"	192 "・0.1"
	研究研修費	93 "・ "	3,558 "・ "	1,639 "・0.6"	1,128 "・0.7"
患者1人1日当り医業費用		5,891.7円	10,090円	7,701円	7,750円

- 由 1. 医業収入、医業費用各項目の%額は、医業収入100に対する割合。
 2. その他の医業収入欄には、公衆衛生活動収入、医療相談収入、受託検査・施設利用収入、その他の医業収入等。
 3. 患者1人1日当り医業費用額は $\frac{\text{医業費用}}{\text{年間入院患者数} + (\text{年間外来患者数} \times \text{十})}$

● 琉球大学附属病院の資料は記事中に掲載

職員配置状況一覽

病院別		沖縄赤十字病院	県立中部病院	県立名護病院	県立八重山病院	
職員総数		177	351	112	91	
内訳1.	勤続	164	332	107	86	
	特別	1	19	1	2	
	慰	12		4	3	
内訳2.	医	12	39	11	2	
	師	1(1)		1	5	
職	看護職員	99	183	61	51	
	格	看護婦	66(3)	149	51	36
		准看護婦	10(2)	14	2	2
		助手	23	34	8	7
		その他				6
	業務内容	病棟	54	102	37	30
		手術室	10	20	6	7
		中央材料室	8	23		3
		外来	20	8	17	2
		看護部その他	7	4	1	7
薬剤師		3	5	3	1	
局	助手	3	パート(1)		1	
	技師	9	19	6	3	
	助手	1(1)	パート(1)			
	技師	3	10	2	2	
	助手	1	パート(2)			
	栄養士	2	2	1	1	
	調理士		4		5	
	助手		5	6		
	理学療法	1				
	医療社会事業科					
事務部門	図書、病歴室		1			
	庶務(人事)課	6(1)	10	3	12	
	医事課	14(3)	17	6	5	
	経理課	3	9	3		
	用産課	3(1)		2		
	家政係	13				
その他	2	22	5			
技術部門(電気・ホイラー管線)	1(1)	5	2	3		
労務部門(〇で囲む)	洗濯部門	自営・一部外注・外注	自営・一部外注・外注	自営・一部外注・外注	自営・一部外注・外注	
	清掃部門	自営・一部外注・外注	自営・一部外注・外注	自営・一部外注・外注	自営・一部外注・外注	
看護学院	教務職員数		高看 13			
	学生(生徒)数		高看 264			

沖繩にて

吉岡 八幹

YSは漂う如し雲の間に南海の島光か影か
縹渺と入道雲を下にみる南海の空まぶし果なく
君散りし沖繩の島訪ねきぬハイビスカスは血汐なる色
砂糖黎の花靡きたる原ひろしアマリリス咲く姫百合の塔
觀光の丘とはなりぬ君散りし空華の塔はその戦跡は
従軍の乙女ご散ると南海のひめゆりの塔語りかけたなり
玉碎す姫百合の塔静かにて戦跡かたるハイビスカスは
玉碎の断崖望むさむぎむと戦跡に咲く合歡の一もと
ジャングルに自爆つづきぬ乙女ごのハイビスカスは夕日に映えて
潮騒のかすかに鳴りし丘に佇つ弔うわれに訴うるが如し
沖繩にブーゲンビリアの花赫かし君の血汐の燃ゆるが如く
ハイビスカスは血汐のごとし玉碎の丘に佇み偲びし君の
紅の服靡びかせて乙女ごの散りしがごとしハイビスカスは
夢か現か南国の丘君と佇つブーゲンビリアの真紅の君と
南海の絶壁に身を沈めたりブーゲンビリア岩蔭に咲く
ジャングルの空駈けめぐる魂魄か松籟はげし断崖に佇つ
ジャングルの空に渦巻く松籟は鬼神の叫び断崖寒し
ジャングルに身を跳らせし乙女ごに鬼神も哭す絶壁に佇つ
一陣の風わが頬をかすめたり君が魂魄駈けしとまがう
沖繩の空砲爆に砕けたる梢に残る花は一ひら
荒城につはものどもの夢愛なしハイビスカスに潮騒高し
沖繩を巡ぐり群島戦跡の魂碑しづかに合歡の花咲く

松籟の肅々と鳴る丘に佇つ南国の雲北に急ぎぬ
崖壁の忠魂の碑にかかりたるブーゲンビリアの紅は濃し
啾々と鬼哭すごとし潮騒とブーゲンビリアのそのさきやきは
鼓子花の一輪咲きし断崖の將散る跡に黎明の碑を
マングロープの蔽いし入江に佇みて戦跡を弔う涙滂沱と
石垣島の柚屋をゆけばハイビスカスは燃ゆるが如く語るがごとし
柚の宿葉わたる風はササ鳴りてたわわに実る芭蕉なつかし
列島の南端という八重山は牧草を喰む牛ものどかに
ハイビスカスの赤き垣根や放牧の牛はのどかにバスに近づく
芭蕉の葉わたる風音ササ鳴りてロマンに耽けるわれは愛しも
水青き渚歩みぬ南海のハイビスカスの赤き渚を
八重山はブーゲンビリアの花ざかりリーフの渚白砂踏みみる
南海の蒸し暑き夜の更けゆきぬハイビスカスを活けし柚宿
大輪のハイビスカスの花の宿静かに暮れぬ日々を忘れて
虫這いてハイビスカスはかすか揺れ南国の空星の閃めく
リーフを噛む白波を見下しつハイビスカスの丘のしづもり
一ひらの雲浮びたり石垣の島をとりまく白波の島
ブーゲンビリアのかかりし柚は絵の如し石垣島の朝風しづか
沖繩海域に散りし海軍特攻隊故弟勝盛に捧ぐ
奇怪なる雲は流れぬ東に雄々しく散華し君南海に
空駈ける防人なりし君いづこ戦跡を訪うわれにこたえよ
沖繩の空に散華す防人となりし君訪う君の兄われ
南海の君防人となりたまうハイビスカスを血染にそめし
南国のつよき日ざしの空港にハイビスカスの大輪を持つ

沖繩行

阿久津水門

空航くや本土の枯れを後にして
地下壕の階踏みくだり菊捧ぐ
芒野と見しは砂糖黎の畑なりし
自決せし壕に近づく濠冷ゆる
蛇皮線に踊る娘美し冬の宴
ブーゲンビリヤを花籬として棲める
沖繩や都忘に似たる花

沖繩にて

渡辺 論愚

滴りや指揮濠の廊そのままに
屋根の獅子夫々の構へ黎熟る、
秋灯八重山の情月の唄
石積みて牧の柵とし離島の秋
蒼と碧リーフが画す秋の波



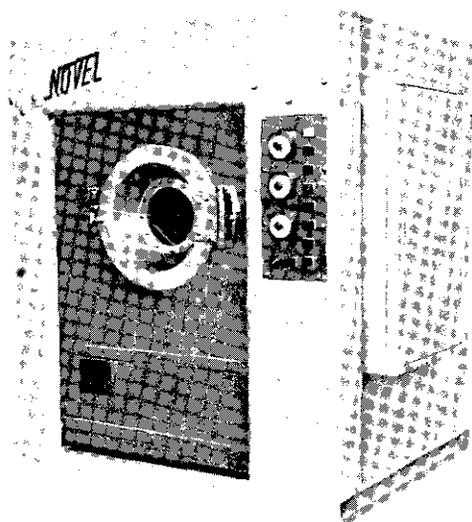
病院の洗濯設備は
伝統と信用ある当社へ

営業品目
病院用洗濯機械及び設備一式

創業大正13年

日本アサヒ機工株式會社

本社 東京都港区浜松町2-2-14 105
電話 東京(433)4611(代)



全自動洗濯脱水機

研究旅行うらばなし

沖縄上陸

羽田発のジャンボの窓ぎわにおとなしいご婦人がひとり。そのそばに席をとったわが研究員の承知するところでは、この人、ニューヨークから海兵隊のご主人のところへゆくところ。那覇空港のステップを下りたつと身長僅に180cm。その前には2メートルをこす海軍士官2人が歩を進めている。ロングと愛称されてきたわがW研究員、そのうしろを歩いて、ウウン、沖縄にはでかい奴がいる。

*

その30年まえ

そのでかいのが今から30年まえ、沖縄の中央嘉手納の飛行場の海岸に7個師団18万が、海をうずめる空母19、戦艦12以下の艦隊の援護のもとにと上陸してきた。

迎え撃つわがほうは2個師団半、海軍根拠地隊を合して7万余。牛島満司令官は、敵の上陸に先き立って「米軍も文明国の軍隊である。非戦闘員である一般県民、とくに老幼婦女子に手荒い行動をとるまい、軍は玉砕してひとたび県民を敵手にまかすことがあっても日本将来の繁栄のにない手として残らなければならない」と、県民を戦場となる可能性のうすい北半部の山地区に疎開をすすめた。

敵は上陸後首里北方の陣地を抜きはじめた。軍是那覇の町を避けて西南、知念から摩文仁の方向に撤退するのである。

那覇港をへだてて、豊見城の高地に陣する海軍根拠地隊は設営部隊、特別な兵器をもたない。6月13日、この部隊全員が玉砕するのであるが、それに先き立つ6月6日、司令官太田実少将は本土へつぎのように打電した。

『……沖縄県民の実情に関しては、県知事より報告せらるべきも、県にはすでに通信力なく、三十二軍司令部も又、通信の余力なしと認めらるるにつき本職、県知事よりの依頼を受けたるにあらざれど、現状を看過すに忍びず、これに代って、緊急ご通知申上ぐ。

沖縄県に、敵攻略を開始以来、陸海方面とも、防衛戦闘に専念し、県民に関しては、殆んど顧るに暇なかりき。然れども、本戦の知れる範囲においては、県民は、青壮年の全部を防衛召集にささげ、残る老幼婦女子のみが、相次ぐ砲撃に、家屋と財産の全部を焼却せられ、僅かに身をもって、軍の作戦に差支えなき場所の、小防空壕に避難、なお砲爆下をさまよいありたり。若き婦は率先軍に身をささげ、看護婦、炊事婦はもとより、砲弾運び、挺身斬込隊すら申出るものあり。……

これを要するに、陸海軍沖縄に進駐以来、終始一貫、勤労奉仕、物資節約を強要せられて、ご奉公の一念を胸に抱きつつ遂に（不明）……報われることなく、本戦闘の末期を迎え、実状形容すべくもなし。

一木一草、焦土と化せんとす。

食糧は、6月いっぱいを支えうるのみなりと謂う。

沖縄県民かく戦えり。県民に対し、後世特別のご高配を賜らんことを。」

うすぐらい壕の中にふた坪ほどの興電室がある。研究員は頭を垂れてうごきえない。

八月十五夜の茶屋

第1日の夕食は料亭「松の下」。八月十五夜の茶屋の小説で名のきこえたところ。

副知事さんがみえ、県医師会長、病院協会長のみなさんがおいでになられ、会食は大へんにぎやか。泡盛はさつまいもの蒸溜酒とばかり思っていたさる研究員、これが日本酒の蒸溜酒ときいて、あらためて、のどにきこしめさる。

沖縄の舞踏をながめるほどに、吸物の中に、4筋5筋白いものあり。なかなかおいしい。こちらのお鉢には、浄菜にまじってコリコリと味よきものあり。あらためて、これは何かとうかがえば、前者は豚のはらわた、後者は同じく豚の耳。



守礼の門

守礼の門は沖縄のシンボルである。守里は古都、いまは那覇市に合併されているが、右だたみの道はいまも都の威厳を備えている。勉強ひとすじのこの日程に守礼の門をみせていただく、これ、企画にあたられる方々の武士の情である。

この門の下の壕はかつての沖縄軍第12軍司令部のあったところ。コザ、普天間の第一線陣地が崩れ、首里の陣地もさらに後退の余儀なきにいたったとき、県知事島田叙氏と前後して沖縄に赴任された沖縄師範学校長野田貞雄氏はこの地で自決をされたと伝えられる。島田知事は昭和21年1月末沖縄に赴任された。野田校長は20年2月文部省に報告のため東京に出張した。随行の属官が、沖縄に帰らずに残ってくださいとすすめたが、「生徒をそのままにはおけぬ」と、むりに頼んで軍の飛行機に便乗して沖縄にかえられたという。

守礼の門に近く、ここにもアカシアに似たオーコチュの赤い花が咲いていた。



名護有情

*

第2日の最後の見学は、はるか中部の北のはし、名護である。

県立名護病院の玄関に入ってしばらく、O研究員はひとりのナースにとびつかれた。

——先生、しばらく。

この沖縄のこんなところに、学院の卒業生が働いている。

屋上の上って、町と海のたたずまいを眺めようとすると別の班が一緒になる。その中から ——先生、しばらく。

こんどは、20年近くもまえにレジデントとして外科で勉強をしていたドクターである。

——副院長Iドクターは貴君でありしか、いやいやしばらく。

研究会のあとのあいさつ役はO研究員の病院の事務長さんN研究員である。

——私事にわたりますが、私のほうの卒業生がお世話になっております。なにとぞよろしく。

*

石垣無情

石垣島はいまや観光コースとなった。A 研究員が空港に着かれると若い社員風のが2人かけよって下にもおかない風情。人も知るこの方、某大電鉄の重役でもられる。沖縄返還のあと、この電鉄はただちに観光用地として沖縄各地の土地を買収したが、石垣島もその中に含まれる。

バスが八重山病院を出て名護湾の風光明媚のところにさしかかると、ワンマンバスの運転手君がマイクで説明。

——このあたり、農地に適し、若いものが島へUターンしてこようとするのでありますが、本土の業者がこのあたりをすっかり買い占めまして、いま当局といろいろともめております。

*

宮古—石垣の勇士

石垣島は縦横15km、その北のほうに葉っぱが2枚つづいてとびだした格好になり、そのつけ根のところが巾200mの地峡で舟越という。このところに5勇士の碑というのがある。明治38年5月、ロシアのバルチック艦隊が北上して3縦隊となって宮古島海域を通過する。これを認めた宮古の5人の漁師がくり舟にのって、100kmの荒海を渡ってこの舟越に上陸、さらに15kmの石垣の電信所に急報したというのである。

*

星霜うつり、昭和20年9月、宮古島からキニーネをひっさげて、マラリアで多数の人命が失われている石垣島に、二百十日の荒浪を渡ってやってきた1人の勇士がいる。それはわが研究員柴田義一（東芝林間病院長）先生である。

司会にうながされて、柴田先生は車中のマイクをとられた。

——傷夷軍人東京療養所医官の私に召集令が届き、満州の第28師団の防疫給水部に所属されていましたが、南の戦場芳しからず、師団は昭和19年6月、釜山を発ち立錫の余地のない船のトラックの下を居所として、途次敵潜水艦の魚雷を危くかわしたから宮古島に上陸しました。われわれの3年分の糧秣をもってきましたが、次々と上陸する第59、第60混成旅団は海没して糧食なく、2個帰団5万の将兵は1年でこれを食いつくし、珊瑚礁の土には鉛筆ほどのさつま芋しか育たず、その葉っぱをたべて兵隊は栄養失調になってしまいました。關東軍の精兵もこれではかなしです。

終戦 8月15日

石垣島には第45混成旅団が配備に付いていましたが、フィリピン、沖縄の戦斗からみて海岸の防備を捨て山地の陣地に住民と共にたてこもり、ここにマラリアが多発して多くの犠牲をだしているという情報が入りました。そこで、防疫の任にある私を選ばれて小さな舟に抗マラリア剤を積んで石垣島に渡ったのであります。ここに1週間ばかり滞在して軍民治療の任を果たしたのであります。石垣の人達になんらかお役にたつて、今もうれしく思っています——。

〈PST生〉

沖縄の医療見聞

左奈田幸夫

医療のRegionalization

沖縄県那覇市を含む南部地区、具志川市を中心とする中部地区、名護市に中心をもつ北部地区にそれぞれ県立那覇、県立中部、県立名護病院があり、いわゆる地域中核病院として活動し、さらに石垣島石垣市、宮古島平良市に2病院が設置され、医療のRegionalizationが構成されている。しかし那覇市を含む南部地区に人口の半分50万人が偏在しており、協力体制にある医師会員も同様に偏在しているようである。

保健所も7か所あり、県立診療所は30か所あって、県立病院附属施設としてネットワークを組んでいるが、約半数は休診中である。場所によっては保健所医が、結核、癩のごとき外来患者を治療しており、時に巡回診療として往診をする状態、保健婦が多く離島、へき地へ派遣されているが、医療従事者の不足と地理的特殊事情とがからみあい、多くの困難が今なお未解決である。

卒後医学研修制度

県立中部病院で行なっている研究制度は、米国の対琉球経済援助により、昭和42年から引き続き実施されている。これはハワイ大学から派遣されており、サムエルM. アレン博士が長であるが、内地や米本土からも、多数の指導医が派遣されている。

米国の臨床研修の原則に基づき行なっているが、第一年次は各科をロテートし、第二年次から、内科系、外科系などに分かれて研修することになっている。

診療責任者すなわち主治医は、研修医が担当し、指導医は、アドバイス、コンサルタントとして指導の任にあたる。かつ救急医療については、とくに熱心に積極的に参加し、急患の研修に従事して

いる。

診療科の記録サンプルとして、小児科の診療録のコピーをもらったが、いわゆるWeed教授の提唱するPOシステムの記録法としてのPOMRの採用によるProblem Listであってactiveとinactiveの2欄に分かれ、active欄に#1、#2、#3という書き方であり、右端欄にPlanとして診断、治療法の記入欄があり、右下端に主治医とAuditerの署名がある。このPOシステムは、よく導入されているが、病歴管理は不十分であるとアレン博士は説明していた。

1974～75年度の研修医は、29人（1年次17人、2年次12人）であるが、研修終了者は、さらに研修のため、米国へも留学している。ハワイ大学でも資格試験を行なっているが、現在75人の終了者のうち、17人が米国留学中である。また内地へ勉強にいつている者もいるが、その後は、多く公務員、開業医として本県で活躍している。

研修医は、県から奨学金を支給されるが、一年次月額18.5万円、二年次21.5万円で、インターン宿舎は、院内に、シャワー、家具付であり、快適でよい環境である。

奨学金には、本県への義務的勤務制も含まれているのであろうが、皆よく勉強しているようである。

医療の変貌と需要の増加

沖縄には、復帰前には政府立法の医療保険法（1965）があり、また公費負担医療を含めても、人口95万に対し、約半数が給付を受けるのみで、あとは自由診療による自己負担であった。1971年（昭和46）の給付実績は、約37万件、人口千人当たり778件という低さであり、自由診療は別として、医師、歯科医673人（医介補55人、歯介補18

人を含む)の1人1日当り患者数が1.5人、本土で1970年(昭45)同1人1日107.8人であったことと比較しいかに保険医療の低いかがわらう。これは琉球政府が、70%償還制を採用しており、受領書の金額が少ない場合、手続きや交通費などの負担を比較し、基金に出来ないものもあるためとされている。

一方自由診療は、受診抑制となり、多くは売薬による自宅治療をとるので、よほどの重症者でないかぎり、医師へ受診せず、場合によっては全財産を投じて受診するか、生保による医療扶助を受けざるをえなかった。

日本復帰は昭和47年5月15日であるが、復帰後1972年(昭47)からは、皆保険となり、かつ現物給付となったため受療率は急上昇した。すなわち昭和45年全国平均人口10万対受診が6977に対し、沖縄は640であり、実に10分の1であったのが、昭和47年の復帰後調査では、1623となり実に2.5倍に昇ったが、この時、国民健康保険はまだ、実施していなかった。

復帰してよかったという声の第一位は、国保の適用と現物給付の実施であったことでもわかる。このほか医療保険制度適用範囲の拡大給付方式の改定、老人医療費の無料化(昭48年)、結核、精神療法の公費負担、生保基準の本土並引き上げによる扶助患者の著増、交通事故の多発、産業災害の増加など、医療需要を増加させる誘因が、復帰とともに、いっきよにもたらされた。

医療供給体制の不足

昭和48年度請求件数が284万件と類似県(島根・徳島・香川・高知県)とほぼ同数となったが、医療供給体制がまったく不足、不備のため、医療の混乱がおきたのは当然であった。

昭和44年、病院病床は4521床、うち一般は1117床、一般診療所病床2314床合計6835床であり、一般病床合計は3431床であった。全国平均人口10万対病院病床数は、960.8床に対し、沖縄は468.5床と2分の1以下である。

復帰後3年の昭和49年には、1134床増の5655床となったが、一般診療所が1753床となり逆に561床の減となった。これは夜間診療の忌避と看護婦

不足により、有床診療所が急速に無床に転換し、病院病床も、県立那覇病院330床が200床へ、沖縄赤十字病院も病棟閉鎖による204床が145床へと制限し、不足に拍車をかけた。

医師不足は、医師483人、歯科医139人、昭和47年まで介補それぞれ49人と16人を加えても764人で、人口10万当たり、それぞれ53.7人と14人であり、全国平均それぞれ116.4人と37人に比し著しい差がみられ、しかも両者は南部に集中し偏在している。

看護婦の不足については、昭和47年RNとPN計1253人であり、人口10万当たり130.5人で全国平均は258.5人であるのに比し、50.5%にすぎない。同じく養成についても、実習病院の不足、教師不足、処遇のわるさが相互に関連し、市町村立病院のゼロであることもあって効果はあがらない。

昭和47年、琉球大学保健学部附属病院(400床)が開院されるさい、県立那覇病院(330床)を併合する約束が、教育病院と地域病院の性格上の相違から、附属病院は200床の開設にとどまり、かつ人手不足から救急部は開設しなかった。このため人口50万の南部に330床の病院が消滅し、救急患者は、30kmはなれた、車で1時間を要する中部病院に搬送されることになったので、これによる労働過重と処遇改善をめくり、中部病院救急室閉鎖宣言という異常事態がおきた。

休日夜間診療も、開業医200名の輪番制で自主的に運営していたが、看護婦不足と二次的収容施設が減少し、かつ移送中死亡事故発生から、輪番制の廃止を申し出た。これらの対策として、閉鎖中の那覇病院を整備し「夜間急病センター」として、医師会と協力して昭和48年6月からスタートし、赤字は県と市で負担した。

急病の最多発時間帯は、深夜12時を中心として分布し、1日平均172人、1か月平均4882人(最高6720人、1日217人)で、これは他県に比し著しく多く、医療従事者の過重労働となっている。

総括

復帰前後の諸制度の変更に伴う社会的経済的混乱に加え、50余の離島、へき地を抱える地理的特殊性と、医師ならびに医療従事者の絶対的不足は、

医学部のないことから、さらに本県出身の医師のUターン現象も少なく、数少ないRNの養成のみで、PNの養成所は認められておらず、かつ実習病院も不足し、医療機関も不足不備である。

開業医は、復帰後受診者の急増と、看護婦確保の困難から、病床を閉鎖してもなお外来患者の診療に応じきれず、もはや外来患者の増加をも好まず制限することに懸命である。このため他県の医師会では想像もつかない、公的医療機関の増設の要望がきわめて強い。その好例は、国療沖縄病院の建設に、一般病床の増設を要望しており、さらに医学部および附属病院の設置には「医学部設置期成会」の副会長に医師会長が就任していることでもわかる。さらに公的医療機関が、速かに二次、三次患者の収容施設としての整備を医師会は一貫して要望している。

医師会は、昭和50年7月よりの国際海洋博における観光客への医療対策に強く整備方を要望しており、現在100万県民への各種医療さえ不十分な点を多く指摘している。このまま推移すれば、当然開業医への負担増は目にみえており、多くの援助、助成が望まれる次第である。

さらに次のことが指摘される。

1) 小児科医が県内16名のみで、乳幼児医療無料化の実施は不可能である。

2) マンパワーの不足から、公的医療機関は病院閉鎖をよぎなくされ、赤十字病院以外の済生会、社保病院と市町村立病院が皆無である。

3) 貧弱な県財政の中から県立病院7、同診療所30、離島・へき地への航空機、船による診療、県直属の38の保健婦駐在、ハブ咬傷、介補制度など、他県ときわめて異なる特殊性がある。

4) 麻薬、フィラリヤ、らい、結核、精神、性病、レストスピラ、トキソプラズマなどの多発や検疫伝染病侵入の可能性も大である。

今回の見学旅行につき、琉球大学保健学部鈴木淳教授と斉藤正也教授に計画、準備、実施につき絶大なる援助を賜り、厚くお礼を申し上げますとともに、県の医療衛生の現況につき、好意ある説明と資料を賜った環境保健部青木行雄次長以下諸氏の方々に深甚の謝意を表する。

また琉大附属病院田端辰夫、沖縄赤十字病院比嘉実、県立中部病院新垣浄治、県立名護病院金城幸善、県立八重山病院崎浜秀樹の諸先生をはじめ関係諸氏に重ねてお礼申し上げます。最後に厚生省医務局沖縄分室長平山愛友事務官以下の各位に、資料その他教示を賜り、ともに厚くお礼申し上げます。

〈国立埼玉病院長〉

病院設備

82号 特集 病院と公害
川北祐幸：病院における公害について
等置 徹：病院における排気の問題
丸一信夫：排水・排液処理設備
山崎暁男・川北祐幸：焼却設備

隔月刊 定価 400円 送料 70円

- ・病院設備に関する我国唯一の研究誌
- ・院長、医師、看護婦、事務長の必読誌

浦 良一・川北祐幸・(司会)今村栄一：
座談会／病院における廃棄物の処理問題
井上宇市：「特別寄稿」病院におけるバイオクリーンシステムの応用

発行所 日本病院設備協会

東京都新宿区戸山町一(病院管理研究所内)・郵便番号162・電話202-0482、203-0715(直)

SHARP

必要なカルテが 1.8秒～5秒で取り出せる!!



新発売

外来患者カルテの検索は 手作業から自動化への時代です

混雑しやすい受付窓口業務を近代化し、病院の機能を円滑に運営させる画期的な装置。患者殺到時にも少ない人手で楽にすみ、今後の病院システム化に欠かせないものです。

●カルテをコード番号により、電子的、光学的に読み取ります。

- 10,000種類の分類が可能です。
- ファイルラック1台に1,000人分のカルテが収納でき、その増設も可能です。
- 検索時間は、検索するファイルケースが最左端にある時1.8秒、最右端にある時5秒です。
- 操作は極めて簡単です。
- 現在で使用中のカルテがそのまま使えます。
- ファイルケースは何度でも使え、経済的です。

自動カルテ検索システム

シャープ NEW メディカス

お問い合わせ・カタログ請求は… シャープ株式会社

産業機器事業本部 〒639-11 大和郡山市美濃庄町492番地 ☎(07435) 2-5521(大代表)

情報処理事業部第1営業部 〒545 大阪市阿倍野区長池町22番22号 ☎(06) 621-1221(大代表)

名古屋駐在 ☎(052) 931-5406

北陸駐在 ☎(0762) 49-1240

九州駐在 ☎(092) 751-3368

情報処理事業部第2営業部 〒162 東京都新宿区市谷八幡町8番地(シャープ東京ビル内) ☎(03) 260-1161(大代表)

東北駐在 ☎(0222) 94-3247

北海道駐在 ☎(011) 561-4251

東海事業
山口営業
九州営業

第24回日本病院学会
シンポジウム



病院給食の未来像

司会 野村病院長 野村 秋守
助言者 公衆衛生局栄養課長 安西 定

司会 未来像ということをも文字的に解釈いたしますと、将来こうなるだろうということですが、そのことを語るのはきわめて容易だと思います。しかし、それは絵に描いた餅に終わる傾向がある。

日本の医療体制というのは、社会保険制度の下にあるという現実から、非常に限られておることです。そうした意味から、私たちは夢を語るのではなくて、病院給食の重要性をわかっていただきたい、また、少しでも向上していただきたいというように受け止めまして、このシンポジウムを進めていきたいと思っております。

本日、お集まりの講師の方は、それぞれの権威者で、ことに病院給食の総元締めであられる厚生省の栄養課長さんに、わざわざお忙しい中をきていただきまして、有益なご助言をいただくことは、たいへん意義のあることと思っております。

医療というものの根本原則については、医師というものは、疾病の拡大を押えて病気の原因を取り除くことが第1であります。第2番目は、体力を回復して、病気を治すということは患者自身であるという、この2つの柱からなっております。

体力を回復するための栄養ということは、非常に重要な意味を持っており、見方によっては薬剤

と同等以上の価値があるといっても差し支えないのではないかと。しかし日本の病院では、伝統的に給食というものが置き去りにされ病院の片隅に置かれていたということでもあります。

栄養士さんが、わずか400円前後の材料費で苦心惨たんして今日に及んでおられるということに對して、われわれは深く敬意を表し感謝しなければならぬと思っております。

栄養士さんの病院における役割とか位置づけというものについては昨日来、種々論議されましたが給食は治療の一環であるという根元的な理念は確立しているはずですから、治療部門に入るべきものであるということは、これは当然ではないかと、私は思っております。そのことにつきましてはおとから栄養課長さんの見解をお聞きしたいと思っております。

栄養指導ということはチームワークであります。これはチームワークがなければ効果がない。残念ながらお医者さんは給食に対してはあまり興味がないらしく、栄養士任せのところが多い。患者に最も接する看護婦さんが、残飯の状況、嗜好、そういうことを知って、お医者さんに伝える。お医者さんはそれに基づいて栄養学的にも医学的にも病状に応じた食事箋を出すということが行なわれ



くいるだろうか。回診するお医者さんが患者に食事のことを聞いて、それによってかげんするということが、少ないように思われます。これは、私の病院だけかも知れませんが、この栄養士任せという風潮は、大いに改善しなければならないことだと思います。

私は、未来像以前の問題として、医師、看護婦、栄養士が緊密な関係をとらなければ、効果は上がらない。この根本的な問題を申し述べまして、未来像につきましては、講師の方々から語っていただくと思います。

現在の病院給食は、患者の趣味、嗜好、時間帯などを無視して、金がこれだけだからこれを食べなさいと、病院サイドで事を運ぶということ、これは直さなければならないことではないか。厚生省の某局長が、1年ぐらい前に入院されたときに、「病院の給食なんかまずくて食べられるか」といったと、新聞に大きく出ておりました。これが現状の姿であります。これを少しでもよくするように、これから講師の方々にお話をうかがいたいと思います。

第1席のパブテスト病院長の榎田先生は今度栄養基準量が2,400calから2,100calになりますが、その基礎になりました京都の桂教授の愛弟子であります。病院長としては栄養学に非常に詳しい、ファイト満々の方であります。榎田先生お願いいたします。

第1席

日本パブテスト病院長 榎田 博

病人の生命の営みを秩序づけるのに役立つ食事は、原則的には栄養学、とくに病態栄養学に基づ

いて、完全にその栄養条件を充足するものでなければならぬとされておりますが、実際にはいろいろの問題、とくに画一的な企画の下に行なわれる集団給食の制約下では、個人の嗜好や食習慣が十分に取り入れられません。治療の一部としての機能を果たすためには、いろいろな問題がそこに実際に栄養の原理だけで処理できないことが指摘されております。

完全に栄養の条件を満たすとともに、患者の喫食条件を向上させ完全栄養と完全喫食の調和が、経済的な条件を底辺にして、裏づけられますが、これからの学問の進展の将来性を考えますときに、私たちの給食の対象とするもの、これは人格を持った人が、その置かれた生活環境の中で生きていく、生命の営みの意味づけを深く考える機会の場合として与えられてまいりますので、個人の生活環境における適応条件を、社会生態学的に考慮して、少し展望してみたいと思います。

表1にあります「治療食の条件」の栄養学的な条件——完全栄養と完全喫食の調和に加えて、社会生態学的な条件、とくに生活環境への適合に重点を置きながら、病態における分食回数の意義について申し上げます。

この分食回数に関するところの諸研究は、すでに日本では古くから、1941年に佐伯矩博士によって、動物実験によって毎回食本位と、1日熱量だけ充足して、非毎回完全食によって飼育するときに、体重の増加に明らかな相違のあることが指摘されました(図1)。最近Fabry、Teppermanらによっていわれるところの分食の生体に及ぼす影響は、すでに日本においては古くから指摘されております。佐伯矩博士は、断食によって失ったところの体重が、のちに復活するためには、その

表1 治療食の条件

I 栄養学的条件——完全栄養と完全喫食との調和	
1. 完全栄養の条件	
1) 栄養の基礎条件	
(1) 栄養素の種類と配合 (2) 栄養所要量の確保 (3) 毎回食完全栄養の原則 (4) 年令別栄養管理。	
2) 病態への適合	
(1) 飢餓の防止 (2) 基礎代謝の変動と熱量出納の相関	
(3) 所要栄養量の日内配分比とくに病態における分食の意義 (4) 疾病別栄養管理 (5) 薬物療法との関連性	
1. 完全喫食の条件	
1) 調理による栄養効果の増進	
2) 適正な給食時間	
3) 献立の季節的変化と行事食	
4) 適温食給与	
II 社会生態学的条件——生活環境への適合	
1. 食習慣・嗜好との調和	
2. 偏食是正。	
3. 入院生活時間と給食時間の調整、とくに身体的制限条件への対策	
4. 食品混入異物の処理 (食品公害を含む)	
III 経営基盤の確立	
1. 給食単価の適正化	
2. 栄養指導料の設定	
3. 基準給食の規制是正	
4. 技術革新の導入	

体重の回復条件に毎回食本位、つまり朝、昼、夕の均等に各栄養素が配合されたものは、単に熱量において、朝昼夕の3回の構成比の不均衡に比べると、体重10kgに対する回復体重の影響は約倍あるということが指摘されております(表2)。

食事回数制限による実験動物の一般的な変化としては、表3に掲げるように、消化器の変化では、主として膵臓の問題が起こってまいります。脂肪の合成能の増加が起こってき、同時にインスリンの食事性分泌量の増加が糖尿病基因物質に対する感受性を増加してくるといわれております。

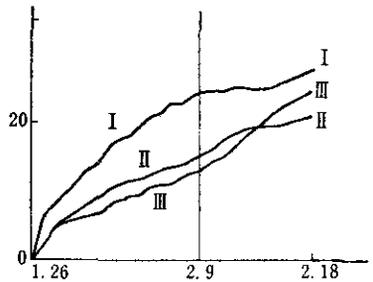
ここには、食事環境が、生活の場で均衡を乱してきたときに、それぞれの受ける身体の代謝系の異常経路が示されておまして、最終的には、生

表2 回復体重

食品の種類	初試験者	断食直前 (kg)	断食日後 (kg)	摂食6日後 (kg)	同上増量 (実数kg)	体重に1kg対する量 (g)
毎回食本位	小○	56.350	52.600	53.950	1.350	257
	荒○	48.900	45.650	46.700	1.050	230
1日食本位	小○	58.200	55.460	56.100	0.640	115
	浅○	50.050	47.250	47.800	0.550	116

*実験食2,381Cal 蛋白質84.5g
 毎回食本位における熱量配分比(%)
 : 朝30.4、昼31.、夕38.0
 1日食本位における熱量配分比(%)
 : 朝14.9、昼2.0、夕82.5
 *佐伯 矩: 毎回食の合理化に関する実験的研究
 栄養研究所報告10(1)75(1941)より引用

図1 毎回完全食と回復体重



I : 毎回食本位 II, III : 前半は非毎回食本位, 後半はIと同一にせるもの
 佐伯 矩: 栄養研究所報告, 10 (1) 67 (1941) より引用

体では、脂肪の異常沈着が胆石症ないしは虚血性心疾患を生み出し、脂肪の合成促進による体重増加で肥満体の傾向になり、因果関係を生み出して、胆石、ないしは虚血性心疾患、血管障害を増発してまいります。

と同時に、食事の不規則によって断続的な血中インスリンの増加が膵臓ランゲルハンス氏島β細胞の消耗、ブドウ糖負荷試験の低下、糖処理能の低下を誘発し、糖尿病準備状態へと進展していくことが指摘されております(表4)。

実際に、臨床的にみましても、一定の食事を糖尿病患者に与えて1日の血糖の変化を見てみますときに、1度に220g、2回分食いたしますと、その血糖上昇度が正常域にうまく調整されてまいります(図2)。

また、Fabryの観察いたしました高齢者におけ

表3

食事回数制限による実験動物の一般的な変化

消化器の変化

- 胃および小腸肥大
- 胆嚢肥大
- 膵臓の消化酵素活性の上昇
- 小腸でのグルコース吸収能増加
- 脂肪合成能の増加(肝、脂肪組織)

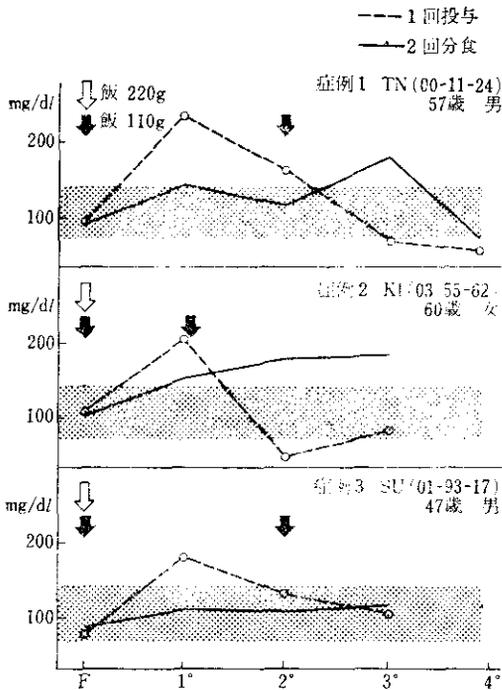
体脂肪量の増加

- コレステロール合成能増加
- 血中コレステロール量上昇

食事性の血中インスリン量増加

- 脂肪組織のインスリンに対する感受性の増大
- 糖尿病起因物質に対する感受性の増加

図2 分食と血糖値

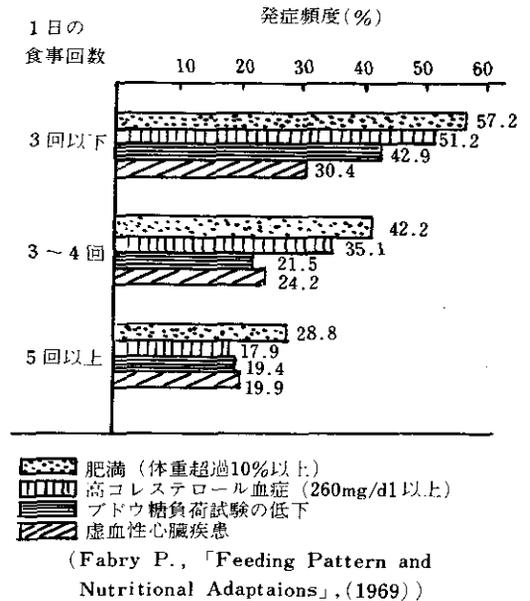


(梶田 博: 糖尿病治療食の分食回数と血糖値, 臨床栄養 33 (7) 848~851 (1968))

る疾患の頻度で見ますと(図3)、1日の食事回数が3回以下のものにおいては、57.2%に肥満が認められます。これは標準体重より10%以上肥満の傾向者において調べておりますが、分食回数が4回、5回以上となりますと、その肥満の傾向が半減してまいります。

血中の脂質の含量においても、同じく高齢者においては、分食回数がふえるほど、同じ摂取条件の中で、その発生頻度は $\frac{1}{2}$ に減ってまいります。

図3 食事の回数と種々の疾患の発生頻度



(Fabry P., 「Feeding Pattern and Nutritional Adaptations」, (1969))

糖処理機能、虚血性心疾患としての狭心症、心筋梗塞などの発生頻度が、それぞれにおいて分食回数と逆相関的に、その疾患の発生度が低下し、病態における分食回数が、その病気の病後の予後に大きく影響することがわかってまいりました。

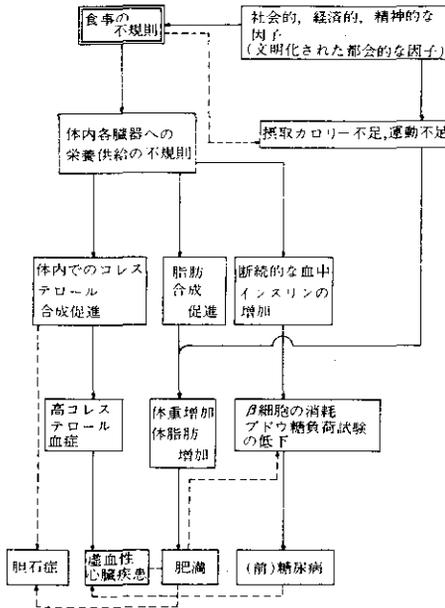
従来、慣習的に、単に1日3回食事をしておったものが、それぞれ病態において、このような大きな臨床的意義が見出されてまいりますと、入院という生活条件の中で、それぞれの個人的な過去の習慣や、あるいは嗜好性にマッチしながら、この意味をどのように展開するかが、今後の課題となってまいります。

年齢別に見ますと、子供においては、その分食回数とともに、1日における日内配分比も、その摂取熱量、蛋白質の摂取量に大きく影響を及ぼしてまいります。これはつとに京都市立病院の中野遼氏によって発表されたところであります。(中野遼: 「病院給食の年齢別栄養管理に関する基礎実験」、臨床栄養、34(6)654~656 (1969)。

また同時に、各年齢層における動作に及ぼすエネルギー代謝率を比較してみますと、安静の条件においては、年齢的な変化には差異は認められませんが、運動が負荷されてまいりますと、おおよ

表4

食事の不規則に由来する種々の変化と疾患の関係
(点線は推測される関係)



そジュールの法則で換算いたしましたところで、その消費の負荷度は、高齢者は若年者の倍に相当することが指摘されております（桂 英輔：内科、8(2)307 (1961)。

したがって、結論的には、これからの給食は、個人別の栄養管理が年齢別、病態別に適合されていく。また、従来、たとえばリンゴを1つという果物の単位で与えたり、丼に1杯という飯などは、それぞれ分割いたしまして、食間に自分が自由に選択できるように、それぞれのものが分食しやすく提供されます。

さらに本人の嗜好性を重んじて、いろいろの献立に変化を持たせながら、また、適温食の給与ができるような配慮が加えられてまいります。

しかし、そこにはいろいろの食器を使ったり、また、こまかい配慮が加わってまいりますと、給食の中央管理において条件がむずかしくなってまいります。

ホスピタル・ショーで示されておりますような保温車や温冷ワゴンは、重量が350kgで、高さが、1.4mでは、日本人の女子作業員が、これを処理することは困難です。アメリカにおいても黒人の労

力の提供が、人種差別撤廃運動で、むずかしくなっておりまして、最近ではああいうものはもうほとんどが使わずに新しい食器を使って配膳しています。すなわち、AladinのTempriteという熱非伝導体を使った食器の中につめたいもの、あるいは温いもの、それぞれが区別されていて、それが1つのベルトシステムの中で、流れ作業で一定の指示に応じて、それぞれ食事を組み合わせて、個人に適合したものを作成し、これを積み上げて運搬します。だいたい30分間は調理された状態の温度に保存されるといわれています。この食品を使って配膳をいたしております。

その他個々の条件に関しては、あとの演者が説明されますので、討議のときに追加させていただきます。

司会 次は日大病院の平野事務長さんをお願いいたします。

第2席

駿河台日大病院事務長 平野栄次

私は、病院給食の未来の姿というものを求めるに当たりまして、一応問題を2つに整理したわけでございます。

2つというのは、病院給食は、治療の一環としての医療サービスであるということと、それからとにかく人間が生きていく上に、衣食住という、3つの大きな要素があって、食事はその1つである。つまり生活サービスという問題と2つあると思うんです。その2つが、一般食と、それから、基準給食では特別食といっていますが、治療食というものに該当するのではないかと、こう考えております。

ここで病院給食についてのいろいろな問題を取りあげてみたいと思います。

まず、コストが極めて安くしぼられているということです。

私どもの病院の給食材料費は四苦八苦しながら上げてきて、だいたいいま400円に近いところまできているわけです。そして、基準給食加算を除いた給食費は、給食材料費とすれすれで、本年に

近づいてきたのだんだん基準給食費との幅は多くなっている、その代人件費が上がっておりますから、その分の差というものが詰まり、かえってその費用が上へ上へ上がっていくということで、むしろ幅はできて採算はとれなくなるというのが、各病院の実情ではないかと思えます。

(表1) 1人1日当り給食材料費の推移

年 度	独身男子標準食料費 ①	私立医大病院平均一般食材料 ②	当院一般食材料費 ③
昭和40	227.29		176.80
41	237.46	162.91	177.40
42	251.28	172.50	181.30
43	273.50	183.90	190.90
44	305.74	197.10	205.50
45	337.62	213.00	227.40
46	368.79	227.51	229.10
47	407.94	248.40	244.53
48	469.92	297.20	284.91
49 (1~4月)		331.54	356.10

①は人事院資料による

私どもの病院の給食材料費と、それから人事院で毎年公務員の給与を改訂するとき、その年の大人の独身男子の標準食料費を算出しておりますが、その2つを比較してみますと、この食料費は、光熱水とか、その他の費用は入っておりませんが、全く主食と副食の材料費だけですが、このように差が開いているわけです。

というのは、日本の国民の標準食事材料費よりも、私どもの病院でかけている給食材料費の方が低いわけですが、しかし私立医科大学の13大学を出しております給食材料費の平均と比べると私どもの病院は少し多いくらいで、病院としてはまあまあ平均的な数値になっているのではないかと思います。

こういう風に病院の給食材料費は低いコストで押えざるを得ないという実情にあることを第1の問題として申し上げておきたいと思えます。

つぎの問題は、先ほどもお話にありましたように献立が画一的であるということです。そして、いずれ栄養基準量は少し緩和されるようですが、

しかし固定された基準量で、それを安い費用で上げようとするから、思うような材料を使つての調理ができない。そのため患者の嗜好を心ならずも無視しながら、調理をしている、あるいは献立表を作っているということが、実情ではないかと思えます。

これが治療食を食べさせられている患者であれば、治療のために止むを得ないというあきらめもありますが、どの病院の例をとりましても、だいたい一般食が半分以上占めているのが実情ではないかと思うんです。おそらく、7~8割が一般食であると思います。このように大部分が生活というものを中心にして考えられている食事が、病院では非常に制約がある。それで、患者さんの方は社会ではいろいろな所得、階層の方がおられる。いろいろな職業、あるいは嗜好の方がおられる。しかも老若男女、年齢にも差がある。こういった人たちが全く画一的な料理を食べさせられているということにも問題があると思うんです。

もう1つの問題は、わが国の健康保険制度が、入院した場合に、食事まで給付するという事です。一般社会ではそれぞれの人が負担している食事費を、いったん入院すると、健保が負担するという事は、非常に不合理なことではないかと、私は考えております。

私は、病院給食の未来像として考えていることは、患者への給食は、一般食については健康保険の枠からはずしてしまい、原則として患者の負担にするということが必要ではないかと考えております。つまり病院給食の自由化ということではないかと思えます。

ここで、病院給食の今後の方向を少し考えてみたいと思えます。まず、給食費、つまりコストの問題をとりあげてみますとこれは先ほど赤星先生から2倍半というお話がございましたが、そう簡単に増額されることはむずかしいだろうと思えます。そうすると、材料費も限定され、献立の種類も画一的である。給食材料も冷凍食品を使うということが、労務管理上からも必要になってくる。これは人件費が制約されるからでございます。そして、調理方法もどうしても人手をかけない機械化の方向に進んでいく。どう工夫しても味気のない

い食事にならざるを得ないわけです。

それから、食事時間の発表が先ほどもございましたが、どうしても、昼食時間を中心にして朝夕の食事時間が真ん中の方へ寄ってくる。それから、食器も使い捨ての食器や、メラミンなどの、合成食器になってくる。そして、温食配膳車も、先ほどもお話が出ましたが、コストも高いということで、そう簡単に導入することができない。

そこで、必要な料金をちょうだいして、その料金によってまかなうということ、これは相当高額をいただくこともありますし、いまのような給食費でもいい場合もあって、そこにランク制をつけるということが必要だと思います。特上から並まで幾つかの段階をつけて、献立も多少種類を設けることができる。人間は自由に選択できるということによって、かなりの解放感といいますか、満足感を味わうことができると思うんです。

そして、今日のように国民の生活レベルが上がってきておきますと、食事の方もだんだんいい材料を使った生きのいいものを食べたいということが患者さんの希望として出てくるのではないかと思います。そして、食事時間は、やはり人間生活の上に基本的に与えられた状況で提供せざるを得ないのではないかと。それから、食器は、やはり陶器の食器を使いたい。そして榊田先生の発表のようにたくさん食器を使う。それを温めて上げるために搬送を機械化したり、配膳車を使うということが必要で、やはりそれ相当の資金が要ることが考えられます。また現実に患者さんは、病院の食事を不満として、いろいろな食事を家庭から取り寄せることもあり、それから残食も出ているようでございます。私どもの病院でも、かなりの費用をかけて、刺身を出しましたら、喫食率100%になった例もございますので、とにかく、いただくものはいただいて患者さんの満足する食事を差し上げるのが、いまの日本での置かれた食生活の現状からいって、ふさわしいのではないかと思います。

ただ、治療食になった場合は、これは医療の一環ですから、むしろ保険の給付の対象にする。それから、長期療養で、もし食事費の負担に耐えられなくなった場合には、健康保険というよりむしろ

ろ、社会福祉という問題で考えるべきではないかというふうに考えております。

入院すれば、3食というのが患者の入院生活の中で一番楽しいものである。そのため患者さんに楽しく食べて戴く、そして、給食担当部門の人たちも、料金というものの制約からはずされて、のびのびと調理ができ栄養管理の業務ができるような姿が病院の未来像ではないかと、私はこう考えているわけです。

司会 これから第一線の栄養士さんたちのお話に移るわけですが、非常に問題が多いので、質問も多いと思いますので、一応演者の方に話していただき、討論はそのあとでまとめてしていただきたいと思います。

次は、君津中央病院の最勝寺栄養科長さんですが、医療食についてひとつの見解を持っておられる非常に有名な方です。お願いします。

第3席

君津中央病院臨床栄養課長 最勝寺重芳

私が考えました未来像ということで、プリントを差し上げてありますので、参考にさせていただきたいと思います。

病院給食の未来像を考える際に、一応現実の姿をまともに見る必要があるだろうと考えたことが第1と、その結果、現在の病院給食を深く反省するということが必要ではないかと思えます。したがって、いい未来もあり、悪い未来もあると思えますが、現実的には努力して、社会通念以上の任務の遂行ということをしなない限りは、それは到来しないのではないかと考えております。

浜野さんのところでは、われわれが考えているようなことを、すでに十数年前に実施していただける。あるいは私たちが知っている限りでは、まだ昭和20年代の自炊の給食からやっとはみ出た程度の食事しか給与されていないという面で各施設をみますと、そういう時差を発見いたします。

したがって、未来像を語る際に、ある病院がひとつのモデルになろうかというふうな想定がされると思えますが、一応共通原則的な形で、現

在の病院給食を反省してみますと、いわゆる完全給食の時代からの流れというもの、社会の生活の進展のテンポと合わなかったということではないかと思ひます。そして、抄録に書いておきましたように、一口に病院の食事はまずいというような評価をされておる。ことに公衆衛生局長ですか、病院に入院したら、食事がまずいと大きな声でいったということは、国民の医療を担当している立場の方が、改めて認識されたのはけっこうなことなのですが、それは自分の職責の一部ではなからうかと感じていただく必要があったと思ひます。そうして、そこにいろいろと改善策というものが出てくるのではないかと思ひます。冷凍医療食に対しまして、私は、いわゆるストップ論的な考え方ですけれども、今日の病院給食の姿というものが、しばしば指摘される病院給食の味気なき、プラスチックの食器が出回ったら数年にしてたちまち普及したという実態、ああいうふうな形がやはり冷凍医療食そのものにもあるのではないか。病院給食そのものに、そういう姿勢というものがある関係上、これは大いに反省しなくてははいけないと思ひます。

病院で使っている食器の多くは働く側のいわゆる給食従事者側からの要望、あるいは便利性が強く押し出されてきた。要するに食べる患者側の考え方、あるいは期待が疎外されていた。「病院給食の理論と実際」という本に今村先生が書かれていますが、ホスピタリティという言葉の意味のあたたかいもてなしということが、もしはっきりと共通的に認識されるならば、病院の、いわゆる医療サービスの最も表現の可能なものが、食事の給与ではないかと思ひます。

そういう点で、私の病院給食の未来像は、トータル・システムとしての給食管理システムを考えると同時に、やはりそれぞれのサブシステムを十分見きわめなければいけない。今日の病院給食を、それぞれそういうシステム化という形でとらえますと、やはり不評の原因とか、あるいは改善策というのは、どちらかという手段面にとらわれていて、基本概念といいますか、そういう面が疎外されてきています。

先ほど来、いろいろと指摘されておりますが、

入院するという事の中に、病院が行なう食事の管理というものの重要さというものは、かなりあるのではないかと思ひます。したがいまして、健康を維持増進するという役目の中での食事を考えてみますと、いわゆる食養生という言葉が、古いかもしれませんが、赤ひげの中にも出てまいりましたように、養生所即病院であるということに結びつけて考えるならば、日ごろの養生というものが食事の中に相当意義づけられる。先ほども榊田先生が、食事の回数によっても、かなりの違いがあるということ、もう理論づけておられます。このようなことすらなかなか行なわれない今日の趨勢の中で、病院給食というものの、食養生としての、あるいは食事療法としての意義づけというものを根底にした病院給食というものを見つめなけりゃいけないだろう。そういうものを抜きにして、ただ食べ物を供すればいいという形で、今日まできたのではないかと思ひます。

私が考えます病院給食というのは、とにかく現時点をふまえて、深く反省し、将来を展望するときに、あまりにも課題が多すぎる。その根底には経済的なものが大きな阻害条件になっているといわれますが、基本的な問題として、私は、人間の問題を取り上げてみたいと思ひます。ここでの人間というのは、働く人と、食べる人という、人と人とのつながり、いわゆる心のふれ合いを主にした全体的な医療サービスというものをふまえて、食事というものを眺めてみたいと思ひます。

冷凍医療食は、このような意味でひとつのストップ論を投げかけたわけでございます。

司会 次の芦屋病院の浜野給食係長さんは非常に進歩的な給食の新しい方法を勇敢に打ち出しておられる方です。お願いいたします。

第4席

市立芦屋病院給食係長 浜野 昌子

私のほうは、3つの点から未来像を考えてみたいと思ひます。

先に3つの項目を申し上げます。その第1は給食業務全部をボタン1つでやろうということ、第

2点は栄養管理の面、第3点はコミュニティの中で病院給食をどう考えていくのかということです。

その第1点ですが、現在病院というのは、玄関から見れば、ここ20年ぐらいの間にずいぶん変わってきたと思うんです。たとえば、血圧を測るにしても、レントゲン・フィルムを現像するにもボタン1つでできるようになったのに、なぜ給食の中では、10年1日のごとく大きなお釜を引っくり返してお湯を作業員がかぶらなければいけないかという疑問を持っているわけです。

私どもの病院では、もうかれこれ10年ぐらい前のことになりましたが、電気でもって、自動でおかゆをたくことに成功しております。前日の午後4時にボタン1つ押せば、翌日まだ誰も出勤していない調理室で、朝6時にヒーターが入り1時間ぐらいでおいしいおかゆができています。そのあと従業員が出勤してきます。

まだ、今の段階では1時間足らずの時間帯だけ人のいない調理室で、調理が始まっているという段階にすぎませんけれども、これは将来ボタン1つで調理業務をすべてやっていきたいというふうに考えているわけです。

そういう機械化の中で、かなり問題がありますが、利点として最初に上げたいのは衛生面です。調理師がいなかったら、調理師の手洗いのこと、あるいは検便のこと、そういうことを考える必要がなく「あなたはトイレから出てきたとき手を洗いましたか」なんて、実にいやなことをいいたくないことを栄養士は毎回、調理師にいわなきゃいけない。そこで人間関係が実にまずくなっています。

それからまた、調理師の労働条件も非常によくない。非常に熱気の高いところでは、やれドライシステムだ、やれ暖房だ、やれ冷房だという問題が出てきます。機械化が完全でなくても、ある時間帯、調理師がそこにいなくても、調理が行なえれば、これもかなり解決するのではないかと思います。

もう1つ申し上げたいのは、調理師の技術の問題ですが機械でたくと、なにかよくないことが起こりそうな気がするんですけども、現実はそのようになくて、Aの調理師がたいた関東だきも、Bの調理師がたいた関東だきも、同じ味でたき上が

っていきます。小さな病院も、大きな病院も各病院の中で調理師を養成しなければならない技術の伝承、現実に行なわれてはいますが問題だと思えます。

その一番いい例が、もうかれこれ10年くらい前から東京の帝国ホテルのスペシャル・カレーは、決して帝国ホテルの中で調理されていないのです。芦屋の近くの神戸の埋め立て地の工場でもって、スペシャル・カレーも、ポタージュも、全部調理されて、それが冷凍になって東京にいつている。それを「ああ、これが帝国ホテルのすばらしいスペシャル・カレーだ」と皆さんお感じになっているわけです。

私19年前に芦屋病院にきたわけですが、その当時、瀬戸内海の鮮魚をふんだんに使い、非常にいい給食ができたわけです。でも、そういうようなことは現在は夢物語になってしまいました。消費地でないところは、一部は除かれるとしましてもそういうことが、必ずしも病院給食の中で求められるものでもなければ、自己満足にしかすぎないものになってくるのではないかと思います。

次に機械化を阻むものとして、まず機械ぎらいの調理師にも問題があると思います。それから、栄養士も機械に弱い、こういう中で、料理というのは、とにかく手で作るのだというイメージがあまりにも強すぎたと思うんです。手でできないものは早く機械化されたんですけども、手で作るのは、機械化がかなり遅れているのが現状です。しかし、いまだきサンドイッチのパンを、どの程度に切っていくのが技術だなんていうことは、もうナンセンスになっている時代ですから、これも早晚、変わっていくはずだと思います。

それからもう1つ、機械に非常に問題がございます。これは、厨房工業会のほうにも、私は苦言をよく呈するわけですが、ボタン1つで操作ができる機械がないということは、非常に機械が不完全であるということです。

機械が完全であるためには、ボタン1つで洗浄までもできるものでなければならぬ。大きなお釜を引っくり返して手で洗わなきゃいけないということではなくて、洗浄自体も含めて機械化されなければいけないというふうに思います。これは

当病院の機械もまだそこまでいっておりません。

それからもう1つ、中くらいの集団給食の調理をする機械が開発されていない。5,000食とか、2万食などの学校給食になりますと、とうてい手に負えません。だいたい2,000食を中心にした機械だけが開発されていて、病院のような200食から500食ぐらいの規模に対する機械は、ほとんど開発されていない。機械を使うことのほうが時間がかかる。あと始末に手がかかるということがございます。

そういうことで、将来は、ボタン1つですべて可能な機械を、われわれが開発していかなければいけないと思います。

先ほど、ストで患者食がストップした、ということがいわれましたけれども、こういう場合でもセットしておけば、事務長さんがボタン1つ押ししていただければ、ちゃんとできます。また、高層建築、あるいは遠隔地でも、1階でボタンを押したら14階で関東だきがたける。これは決して夢ではなく、現実にもそういう機械があるわけなんですから、そういうことをどんどんやっていきたいと思うわけです。

第2の点といたしまして、栄養管理上、私が常に思っておりますのは、いま榊田先生もおっしゃいましたが、病院給食は集団給食ではないということです。個々のカロリー管理をやる。年齢別ということは私は反対でございます。ということは年齢によって身体が大きさが決まっているわけじゃないございませんので、標準体重によって、必要なカロリーを必要なだけ与えていく。そして、そのカロリー・バランスの比率についても先生方と討議していきたいと考えているわけです。

また、栄養管理では、やはり栄養教育ということが非常に大事になってきておりますので、医師とのコミュニケーションを十分にします。栄養指導をするときに、医師の話と、栄養士が話したことと違っていたら、患者はどちらをとるといことなんです。患者が栄養士のいうことをとってくればいいんですけれども。

そこで、私たちの病院では、食については栄養士が毎年医局会で医者を集まってもらい、私が新しい栄養学の講義、学会のあとの報告などもすべ

てやっておりますし、今年に入りましてからは、とくに慢性疾患の栄養指導に関して、シリーズで栄養指導——といえますと、たいへん失礼なんですけれども、お医者さんと一緒に勉強会を持って、私が話すという形でやっているわけです。

更に医局会だけでは十分ではございませんので、百聞は一見にしかずということで、検査会を持ちまして、とにかく食べてみてください、先生が指示された食事はこうなんです。なぜ蛋白がこうならなきゃいけないのか、食塩はなぜこうか、単に文献だけではなくて、こういう形でやっていただきたいというふうなことをお話しております。

そういうことをやりまして、患者の栄養指導をいたしますが、さて患者が退院したときに、次に起こってくる問題がございます。それは、私どもの病院では、比較的開業医と病院との役割が分かれておりまして、開業の先生方に、ほとんどの患者さんはお返りする。入院のだいたい60%は開業医からの紹介の患者さんでございます。そうしますと、病院で指導されたけれども、開業医のほうにお返ししたあと、患者さんが質問されても、開業医の先生方は栄養指導はできませんということでは困りますので、私どもは、開業医の先生方にもパンフレットを刷っていただいております。

さらに、いま私が問題といたしておりますのは、自宅で薬を飲んでいても保険が適用されるのに、入院しなければ食事が保険がきかないというもおかしいんじゃないか、病気を食事で治すなら、そういう自宅患者にも保険が適用されて、地域ぐるみの栄養管理ということを目指していくのが、未来の給食の1つではないかと、このように考えております。

司会 ありがとうございます。演者の方がたの意見をだいたいまとめてみますと、あまりに病院給食というものは遅れている、古すぎる。財政面、並びに考え方が含めまして、もう一度ここで、勇断をもってよくしなければならぬというふうに感じます。

厚生省の栄養課長さんにきていただいておりますので、お話しをお願いいたします。

安西 病院給食につきましては、きわめて問題が多く、前々からいろいろ指摘されておりますし、また今日の学会でも改めて浮き彫りにされているという感じでございます。

厚生省としても、いままでもまた今日指摘されていることは、そのとおりであるというふうの問題を認識いたしておりまして、したがってこれをどうするかということで、栄養審議会、あるいは関係の学会、あるいはその他の関係の協会等のご意見を承っておるわけです。

そこでまず、病院給食についての厚生行政の基本的な考え方の1つは、病院給食は医療の一環でなければならないということでございます。

もう1つは、病院給食が医療の一環である限りは、一般食も含めて入院の場合においては、これは社会保険の適用の中で抱えるということが、今日の制度としてはいいのではないかとということで整理していきたいと思っております。

もう1つは、栄養士さんの問題ですが、栄養士さんは現場でたいへんなご苦勞をされているわりに働きがいが少ないというお声を聞いております。これをどうするかということですが、病院給食において栄養士さんの役割りを、明確にしなければならないということに問題意識を持っておるわけです。

以上の問題について、いま栄養審議会にお諮りしておるところでございます。

その1つとして、昨年の10月に病院給食における一般食給与栄養基準及びその運用についてのご答申をいただいたわけです。

この20年ほど前から、健康者なみの栄養所要量を入院の一般食に当てはめておったわけですが、20年ぶりに審議会のご答申を得まして、入院の一般食の所要量が決まったわけですから、これを尊重して、一刻も早く行政に移したいということで、現在保険局、医務局、公衆衛生局の3局で最終の詰めに入っております。遅くとも6月中にはなんらかの形で、従来の2,400Cal以上でなければならないとか、あるいは蛋白が80g以上でなければならないという、そのような内容を含めて、かなり抜本的に変えることになると思っておりますが、この所要量のご答申で、具体的に保健行政あるいは栄

養行政の中で、あるいは医務行政の中で、これを生かしていきたいと考えているわけです。

そういう中で、栄養士さんに何をやっていただくかという議論もずいぶん出ておるわけです。

したがって、病院給食は、かなり抜本的、根本的に改善すべきであるという認識を持って現在、審議会でご検討いただいております。司会の野村先生も審議会の委員で、常に私どものこの審議会でご発言いただいているわけです。いまのところ強調されておりますのは、患者さんへの配慮ということ。これは榊田先生以下、ご指摘されたとおりでございます。

それから、給食の区分、一般食と特別食をどういうふうに考えるか。その場合の栄養給与基準は、これは当然答申でいきたいと思っておりますが、それをさらに献立の目安にして、具体的に、実施献立にどのように移すか、あるいはさらにそれを調理し、盛り付け、配膳まで、特定個人というものを与えて、どこまでもっていけるか。こういうところが、現在審議されておるところでございます。

基本的には、個々人の病状とか、年齢とか、職業とか、嗜好とか、あるいは要望に合ったような患者への配慮された給食でなければならないという考えでいくべきであるが、具体的な方法論等については、現在審議会でご審議いただいております。

それから、栄養士さんの業務の問題ですが、病院における栄養士さんは、医療の専門職として位置づけていってはどうか。そして、栄養の唯一の専門家ですから、かなりの栄養学を収め、栄養に関する経験、知識をフルに活用していただいて、病院における給食管理とか、栄養指導のリーダーとなるべきであろう、こういう考えでございます。

具体的にはもっといろいろ検討されておりますが、いま基本的な考え方は、そういうところにあるということをご報告申し上げます。

それから、給食部門の組織機能を、もっと強化すべきであろうということ。す。

給食部門の強化の問題では、組織を、たとえば栄養料とするとか、また、組織だけではなく人数、配置の問題もございましょう。したがって、現在の医療法の施行規則、あるいは栄養改善法では、

あれはどちらかといえば行政指導の形の法律でございますので、「ねばならない」とは書いておりません、目標とされてあるわけです。

要するに、ベッド数 100 以上の場合に 1 名と規定されておる、その条項がいいかどうか。もっと集団給食施策として栄養士の配置、増員を考えていくべきであろう。100 床以下についても栄養士等の配置を考えるべきではなからうか。こういうふうなことで、現在具体的に審議されております。

それから、給食管理業務の合理化ということで、先ほど来、いろいろとご意見をいただいておりますが、そのようなものも、審議会ではずいぶんと検討されておるわけでございます。

基本的には、病院給食は、安かろう、悪かろうというような、あるいは保険監査がうるさいから、どうしようかというふうな、そういうことでは非常に問題があるということでございます。したがって、患者本位の、質を上げて、患者にアプローチできるような病院給食のあり方というもの的大事ではないか。それにはもっと財源が必要であろうと考えております。

具体的な方法論等については、皆さんからのご提案を参考にしながら、私どもも厚生行政で具体化するのに積極的に、すみやかに進むように努力していきたいと、こう考えております。

司会 ありがとうございます。管理栄養士は、現在何名くらいいて、どういう状況でしょうか。

安西 現在、栄養士の資格を持っておられるのが約 20 万人ですが、そのうち 5 千数百の方が管理栄養士の資格をお持ちです。ところが、法律的には、管理栄養士と栄養士はその業務の区分が必ずしも明確にされているかどうか、議論のあるところでございます。今後私どもとしては管理栄養士と栄養士の業務区分を栄養士業務、それも管理栄養士と栄養士とに分ける。業務内容については、以前に審議会にお諮りしたことがあるんですが、だいふ時代も変わってきましたから、できるだけすみやかに審議会に諮問していきたいと考えております。

管理栄養士の実際のが数が 5,000～6,000 名くらいしかおられないというところに、いろいろな問

題があるということでございます。

司会 どうもありがとうございました。

榊田 今日、安西課長は助言者としてきていらっしゃるんですけども、厚生省はいままで病院給食に対する指導性でおかした犯罪性のゆえに、今日は助言者としての立場でなしに、やはり弾劾される者としての立場に立っていただきたいと思いますが、よろしゅうございますか。

ただいま、治療の一環としての食事という意味で、入院患者の一般食でも普通食でも、特別食と同じように、保険給付の対象にするという考え方を示されました。それなら、浜野さんのおっしゃるように、在宅療養患者も、やはり薬が医療の給付の対象になっておれば、そちらの方に拡大する姿勢を示してもらわないといけないと思うんですが、それについて釈明してほしいんです。

安西 いや、釈明というよりは、考え方の問題ですから、ディスカッションしたいと思います。これは先生がご専門のように、日本の医療制度なり、社会保険制度の基本に触れる問題です。したがって、入院患者と在宅の患者というものに対しては、保険制度、医療制度というのは、アプローチの仕方がかなり違いますから、そういう本質的な問題についての議論をしてから、整理しないといけないのではないかと思います。だから、私はさっき注意深く、現時点では入院の一般食については保険給付対象にすべきであろう、また、していきたいと、こういうふうに申し上げたわけでございます。それがほんとうにいいかどうかという問題になると、それはまた本質論に触れますので、逆に、先生のご意見を承りたいと思います。

司会 そのディスカッションは一応中止していただきまして、質問が多いと思いますので、フロアからのご意見をいただきます。

大森（北里病院）私は、病院給食の未来像ということですが、最初に野村先生がおっしゃいましたように、なぜ看護部のものをそこへ 1 人加えていただかなかったのかということを考えるんです。先ほど浜野先生が、これから先、ボタン 1 つで操作ができるとおっしゃいましたが、患者さんは忘れられたのか、1 人 1 人の患者に食事をあげることは、看護婦の責任だと考えているわけです。そ

れから、その食事について栄養科に連絡するのも医師に連絡するのも看護婦である、と考えております。病院がどんなに未来に発展しても、やはり看護婦の責任だというふうに考えますので、こういふときにはぜひ看護婦をお加えいただきたいと思ひます。

司会 ありがとうございます。病院のチームワークの中の看護婦の役割として、そういうふうについていただくと非常にありがたいし、また、ほかの方々もそういうふうと考えてほしいと思ひます。

浜野 いまのことに對してお話したいんですが、ここで申し上げたいのは、給食管理の中の調理の面では、調理師は不要だけれども、看護婦は不要だなんてそういう考えを持っているわけではございません。そういう中で集中的に患者サービスということに對して、われわれが全員参加しなきゃいけないんじゃないかということ、実はいいたかたんですけれども、時間の都合上、言葉が足りなかつたわけなんです。

中野 (京都市立病院栄養科) 病院給食の未来像を論議する場合、現在の健康保険制度の基準給食について考えるのもひとつの方法かと思ひます。

この場合、基準給食を所管する行政官庁自体が、人的、物的の資源の面からモデル病院を作るか、指定病院を設けて部分的に委託して、実験的に基準的なことを研究、実施させるのもよいかと思ひますが、これについて各演者の先生方のご見解がございましたら、お教え願ひたいと思ひます。

司会 ちょうど安西課長さんがおられますので、ご意見をお聞きしたいと思ひますが、いかがでしょう。要するに実験的の病院を作ってみたらどうかというご意見ですが。

安西 そうですね、基本的にはいいと思ひますね。しかし、行政制度として、どこそこを指定するから、その場合に保険点数を足すというようなことは、現時点ではむずかしい問題じゃないかと思ひますけれども、研究開発的のパイロット・スタディとしておやりになるのは、非常にけっこうな方法ではなかつたかと思ひますが、おっしゃつておられるところの意味が、ちょっとよくわかりませんけれども――。

榑田 提供すべき食事の内容の条件は、何も行政的な措置が先行しなくても、それぞれが研究開発の中に入ることができるんですね。ですから、ある程度の考えがまとまったものを即物化していく段階で、保険給付の枠に制約されて、試作的なことができないとすれば、それは厚生省から指定の条件で一時実施することもあり得るんだと思ひますね。そういう意味の提案ではないかと思ひます。

山本 (東京都立大塚病院長) 浜野先生におうかがいます。ちょっとひっかかるところがあるんです。先生はボタン1つで調理師の要らない栄養科を作りたいと、未来像として、すべてオートメ化することは、そこまでは賛成なんですが、一方、わが国の調理師というものは、非常にレベルが低い。病院協会の中でも、昭和48年度から調理師の研究会を作って調理師のレベルアップをするようにやっております。私どもの病院でも、栄養士の方は科長がおりますので、調理師もせめて主任ぐらいになれるか、その問題をどういふふうに解決されるかということ。

それからもう1件は、先ほどのお話で病院給食は医療の一環であるということ、これは間違いございません。しかし、いま私の病院でも特別食が多いんですが、これはもちろん医療の一環です。ところが一般食はどなたでもあがるんです。先ほどどなたかがおっしゃいましたように、私も保険からはずすべきだと思つております。

それは別にしましても、いま帝国ホテルの例をお話しになりましたが、病院はもちろんホテルと違ひますが、調理師というものの立場は、全部ゼロでいいというのは、いきすぎじゃないかと思ひましてご意見をさらにかうかいたいと思ひます。

浜野 未来像でございますし、調理師の養成は過去においてもやってきましたし、現在も現場での調理能力に對しては、調理師だけではなく、管理栄養士、栄養士、全員それに参加させております。各資格試験も全部受けさせておりますので、その点は誤解のないように。現実にはボタンでの可能な部分と可能でない部分というのは、かなり残つてくる、そのかなり残つてきた部分に、配膳業務があります。それから、喫食業務、喫食状況、

残食調査、そういうことにウェーブをかけただけで、ただやたらと汚されたくないという衛生観念の中で、私は未来をみているわけでございます。その点ご了解いただきたいと思ひます。

榑田 これは非常に大胆な発想を、きわめて簡単にいきったものですから、皆さん誤解されたと思ひます。いまおっしゃったように、調理の場から人間が1人もいなくなるということを浜野さんはいつているんじゃないと思ひます。現に魚を買ってきて下処理をして、それを1つ1つの切身にする作業までしておったものを、セミ・ドレッシング、またはドレッシングの形で、材料として購入しているわけですね。だから、病院の中で全部の作業工程に取り組むということは、非常に非能率的であり、非衛生的であるから、もう少し作業工程を自動化できるものは自動化したいといふとくに年齢別栄養管理の中の、年齢に応じた量的な問題は排除できるということに栄養士さん自身が気がついたことは、私は進歩だと思ひます。

たとえば、確かに厚生省は年齢別に栄養所要量の違いを提示しておりますが、これは実際に食事を作るときに、栄養士さんたちは1日の熱量の差を100Calの差に縮める、つまり、同じ食事と同じ人間に出すのに1日目は1,100Cal、2日目は1,300Calと、どうしてもその技術上日差があるんですね。ですから、そこらの違いといふものは、ある熱量工程、つまり1,200Calというコースと1,400Cal、1,600Calという作業系列を決めてしまえば、何食であろうと、熱量の系列で管理して、もっと無人化できるのではないかといふことを、もう少し詳しく説明するはずだったと思ひます。

河野(北品川総合病院長) この討議に確かに看護婦さんを忘れております。昨日の公開討論会では市民を忘れたと同じです。

それは別にしまして、今日は厚生省の安西先生がせっかくきておられるので、いい機会ですから、ちょっと日ごろ思っていることを申し上げたいと思ひます。

野村先生も、栄養審議会で非常に頑張りまして2,400Calというばかなことはやめて、2,000Cal程度にするということにこれは法改正だけでいくわけですね。それと同じに、給食材料費も、先ほ

ど榑田先生がおっしゃったように、650円材料費をかけると、相当おいしそうなものが食べられるわけです。

一般食は自宅におつても必ず自分たちで食べるわけですから、これをなしにしまして、その金を特別治療食のほうへ1,000円とか1,200円とか回せばいい。だいたい私の病院でも特別食が3割でございませう。そうすると1,200~1,300円いくんじゃないかと思ひます。

そういうことのご見解をうかがわせていただきたいと思ひます。

それから、最勝寺先生がおっしゃったように、アメリカ等では給食の自由化といふのがあります。私どもも旅行するときには、普通車に乗ったりグリーン車に乗ったり、飛行機に乗ったりします。グリーン車に乗れる身分の人でも、先ほどの話の厚生省の局長さんですが、入院して病院の食事はまずいといふたことですが、それはいつもグリーン車的なものを食べているからまずいといふんです。いろいろな階層がありますが、やはりミニマムは1,200円ぐらいにして、それ以上はプラス、アルファするといふことが可能かどうかといふことをお聞きしたい。可能なら、われわれもそういうふうには部屋代差額に踏み切りたいと思ひます。

司会 いまの問題ですが、誤解がありますので、統一したいと思ひます。たとえば、1,000円ならばといひますと、材料費といふのはそのうち半分、また人件費が上がれば4割ぐらいにしかならないといふので、材料費が650円ですと、食費はその倍の1,300円といふことですね。そういうふうには統一して話さないといふと、食費1,000円といふと多いように見えますが、材料費はその半分くらいだといふことですね。

榑田 先ほどから安西課長、しきりにとまどつていらっしゃるんです。といふのは、従来から社会保険の給付に対する質的な向上の要求が強いのに、今度は病院の治療の一環としての食事を、社会保険の給付の対象からはずせといふようなことだけれども、そんな意見がかなり広くあるんですかと、助太刀を求められているんですが、それはこういう意味だと思ひます。生活の場の条件は、

自宅においても、元気な人でも同じじゃないか、入院すると飯代が安くなって、家で働いておたら飯代は自分が負担しなきゃならんのかと、簡単にいえば、そういうことなんです。ですから、そういう治療的な条件に関する指導性とか、あるいは治療条件でなくても、一般的な栄養教育、指導という規制的なものははずれたら、やはり入院しているものは自分が病気でなくとも生活費をまかなうごとく給付からははずせと。ただし、それは保険財源が少ないとおっしゃるから、その枠内でやりくりして、それを治療性を発揮するほうへ持っていけば、650円くらい出るんじゃないか。これならお答えができると思います（笑い）。

安西 非常にむずかしい問題なんです。いま助け舟を出していただいたとおりで、これは保険の基本的な問題にふれますね。病院給食というのは医療の一環だという考え方は、一般食については除外するという考え方にするわけですか、いまのその意見を主張していらっしゃる方は、私どもは一般食を含めて、現時点では、病院の医療の一環という考え方のほうがベターであろうということで、ずっときているわけですけれども。

ご主張はだいぶわかってきましたが、非常に基本的な問題でございますから、宿題にさせていただきますと思います。

河野 宿題でもけっこうでございますが、今日も栄養士さんが大勢いらっしゃいますね。私の病院では調理師を係長にすでにしておりますが、非常に身分が低いんですね。そのために誇りとか、使命感とかいうものはないわけです。医療行政の貧困なために、いかに底辺でうごめいているか。

一般食が1,300円とすると、材料費は650円ですね。そうなればいいんですが、材料費がない場合には健康な人は家でも食べているんだから、一歩譲って、それははずしてもいい。1,300円なり、1,500円なりをやって、栄養士さんの待遇もよくしていく方法がないかということをご提案しているだけなんです。これは栄養審議会をよくお考えになって、2,400Calを2,000Calにしたように、残飯を減らすようにしていただきたいということをお願いしているんです。

安西 それは、検討課題、宿題として、今度の

審議会その他でのためにいまのご意見は、私は広く聞いていきたいと考えております。ありがとうございました。

司会 最後に冷凍医療食の問題ですが、今後医療食の導入という問題がさかんに出てくると思います。ちょうど相反する意見の方もおられますので、ご意見いただきたいと思ひます。

最勝寺 河野先生のご質問で、いわゆる食事の自由化ということでお答えいたします。

実は病院の食事を、内容的に、健康な人の食事の内容と、病院という施設の中で考えるものと同じに考えれば、確かに自由化ということは理論として成り立ちます。しかし、われわれは食事療法という、ひとつのテクニックを考えます。そして医療の一環としての病院の食事というものは、あくまでも普通の人が自由に摂取しているものと同じように考えてはいけなないんじゃないかと思ひます。人間の健康というものを、食の面で考えた場合に病院の食事というものは特殊な価値を持つんだということの意義づけが、私はこれから必要なんじゃないかと思うんです。そういう意味で冷凍医療品への問題も、全面的には否定しません。メリットの面があるわけですから。ただ、やみくもにとりつくようなことはするべきではないということですよ。

平野 自由化を提唱したものとして、ちょっと一言申し上げたいと思ひます。いままでのお話では、医療の一環としての給食ということと病院給食の自由化が、なにか切り離されるような感じがするんですが、そうではなくて、経済的な裏づけをした上で、のびのびと医療の一環としての給食をやらしていただけないだろうか。一般食といっても、医療が加味されるということはもちろんのことですが、そこに貧困の問題があるからのびのびとできない。それから、患者の嗜好というものが、かなり無視されているからおもしろく食べて戴くことができない。患者の満足と医療の一環の2つを両立させるためには、自由化ということが必要であるという意味です。

榊田 学問の成果が、必ずしも一般の大衆の利益に結びつくとは限らないという点で、この栄養

基準量のことをせっかく審議会が2,100Calにダウンしたんだから、もっと給食単価が安くなるだろうということ、もし厚生省が考えていたとしたら、そのことを提案した学者は非常な犯罪性を問われるわけです。なぜならば、熱量が下がれば、蛋白質の効果というものを考えれば、蛋白摂取量の質的向上を同時に裏づけなければいけない。現に栄養審議会の答申にもそうなっています。ですから2,100 Calの新しい基準が設定されたら、栄養給食の分は、それだけ蛋白食品のよいほうにコストアップするんです。ですから、給食単価の問題から2,100 Calが出て、基準給食が槍玉に上がったから、それを受けて2,100 Calにした。もってしばらくの間価格のことは予算措置しなくてもいいと、もし厚生省がいうといけないので、逆にカロリーの基準は下げたけれども、値段はやはりもっともって上げねばいけないということを念を押しておきたいと思います。

司会 いまの問題はそのとおりなんかですが、私の知っている範囲では、お金を出すのは保険局なんですよ。それをちよっと間違えると、せっかく栄養課長さんにきていただいているのに、私の責任上はなはだまずいんですが、公衆衛生局の栄養課としては、われわれの立場に立って物事をやっておられるということをよく理解していただきたい上でお話し下さい。

榊田 私は、厚生省といったんですから、安心して下さい。(笑)

安西 いま榊田先生がおっしゃったのは、だい

ぶ誤解がありそうなんです。専門家ですから、知ってていっておられるんだろうと思いますが。皆さんに誤解があるとたいへんですから、改めて申し上げておきます。

新旧の所要量による献立事例で、たとえば成人男子の場合、従来の2,400Calから2,100Calになる。留意点としては、主に穀類、白米などで約300Cal減らす、とこうなるわけです。それから、総蛋白質80g以上が、70gになって、良質の蛋白質を使うべし、とこうなるわけです。それから、動物性蛋白質は、動蛋白が $\frac{1}{2}$ 以上ということになっております。つまり、27g以上というのが動蛋白比率40%から45%で、中間をとりますと30g程度ということになります。したがって、動蛋白の比率が高まるということです。それからミネラル、ビタミンも、栄養所要量を豊富に含んだものを使うということになります。それから、穀類カロリー比はできるだけ下げる。簡単にいえば、カロリーが下がれば質は上がると、こういうふうになっておりました。値段が安くなるということは考えておりません。

榊田 それは非常にトリッキーです。ごまかされていけないのは、米を減らしたら熱量が減るだけではなしに、蛋白も減るんです。その植物性蛋白の減ったものを補充して、なお動物性蛋白質は質的向上を図れということで、新基準は高くつく、こういうことです。

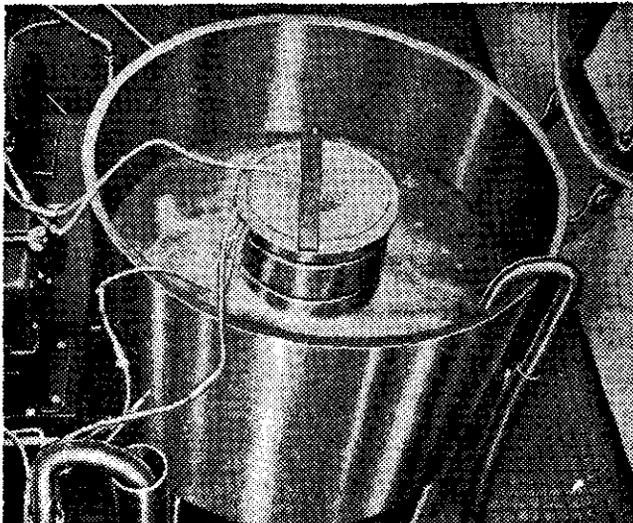
司会 それではこのへんで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。



第1回日本診療録管理学会開催のご案内

- 学会長** 大阪通信病院副院長 中谷信之
会期 昭和50年5月20日(火) 9:00~16:00
会場 富士写真フイルム東京本社大ホール
 東京都港区西麻布2-26-30
参加資格 病歴管理に関心を寄せられる方なら、どなたでも歓迎
演題内容 病歴管理に関するもの
演題×切 昭和50年3月10日
 400字詰横書原稿用紙1枚の抄録を添え、所属、職種(連名のときは発表者に○印)を明記して、お申し込み下さい。
講演時分 10分以内
スライド 35mm判
参加費 2,000円(当日会場受付にてお納め下さい)
特別講演 1. わが国の病歴管理が指向するもの
 杏林大学医学部教授 高橋 政祺
 2. 問題志向システムPOSによる診療記録
 聖路加看護大学学長 日野原重明
申込先 〒102 東京都千代田区二番町2番町共済会館 日本病院会内
 日本診療録管理士協会 第1回日本診療録管理学会係
 TEL 03-265-0078

Kindaly Solution



人工腎臓用透析液

キングリー®液^{1号}_{2号}

- キングリー液は腎不全患者の血液透析に最も公約的な電解質組成・糖濃度を有します。
- キングリー液1号は主としてKolf型装置に、2号はKiil型装置に使用します。
- 1号は20倍に、2号は35倍にそれぞれ水で希釈して用いて下さい。
- 両液の使用時における電解質組成および滲透圧はつぎの通りです。

■両液使用時の電解質濃度(mEq/L)

	Na ⁺	K ⁺	Ca ²⁺	Mg ²⁺	Cl ⁻	CH ₃ COO ⁻ (ブドウ糖)	総滲透圧	
1号	134	2.6	2.5	1.5	104	36.6	554.5mg%	310mOsm/L
2号	132	2	2.5	1.5	105	33	200mg%	285mOsm/L

<包装> 1号 2.5Lポリエチレン容器入り
 2号 10L



技桑薬品工業株式会社
 大阪市東区道徳町2丁目50番地

派閥について

守屋 博

総理をひきうけた三木さんの、今度の旗印は派閥解消ということだが、本当にそうなるだろうか。自民党では、いや他の政党でもなかなかそうゆくものではなかろう。古くは奈良の朝廷内の争い、源平の対立、足利、豊臣の滅亡から徳川の各大名のお家騒動にいたるまで、各国の歴史は派閥と共に動いたといえる。高崎山のサルにも、暴力団の親分衆にも派閥行動は本能的にみられるものである。

一般に、社会改革には三段階があるといわれる。第1は新しい機械の出現によって生産に大改革がみられる。第2はシステムの変化である。中央化、分業化、専門化がそれである。第3は人間関係によって派閥的対抗が不心要になることもある。

新しい機械などを導入することや組織を近代化することは比較的容易である。しかし少数の野心的親分が派閥を利用して強引な腕力をふるうとヒットラーや東條が出てくるおそれがある。派閥の

圧力に対抗するには他の派閥を作らざるを得ないのである。これらの独裁者の出現を防ぐのは一般大衆の知恵が進んで与論をもって独裁を防ぐ以外にはない。

古来医学は少数の指導者の独裁で進歩したものであるから、病院の機械は無限に新しいものが導入され、戦後病院の組織も近代化してきたが、肝心の第3の派閥解消は未だの感が深い。学閥の解消、講座間の対立等、まだまだ病院には改革を要する問題が山積している。

立場の異なるグループの言い分を十分胸を開いてきき、言うべきところは思い切って話し合う、このような習慣は幸いにして日病においては定着している。

新年と共に拡大する新団体においても、この点はあることなく、近代団体としての前進を望んでやまない。

(順天堂大学)

待たれる三月国家試験

菱山 博文

昨年秋、オイルショック、田中ショックとまではゆかないが、わが私設病院協会学院に驚天動地の大事件が起こった。

こういう事を言うと、教務主任以下、折角教育にあたっている人たちから、酷い事を言うと怒鳴られるかも知れないが、私にとっては全く何とも申し上げかねる事件だった。と申しますのは、わが協会的高等学院(進学コース)第1回卒業生の、国家試験全員合格という、誠に喜ばしい事件がおこったのである。

10月1日、教務主任より電話で「きょう、国家試験の発表がありました。全員…」「え?全員不合格か?」「の反対、全員合格です!」なにか、フーッと全身の力が抜けてゆくような感じがした。

ついひと月前、卒業式の祝辞に「待ちに待った国家試験が、あと旬日に近づいて来ました。どうぞ皆さんうんと勉強して全員合格されることを祈ります」と言ったばかり。その時は内心、さあ何%合格するか何%ぐらい落ちるかなどと考えながら話したのであるが、全く大したものである。実は、この進学コースを作るにあたっては、あなたが全部の賛成があった訳でもなく、特に第1回生は年齢も上は40、下は20歳以下と千差万別であり中学卒の人も多いため、本当にどうなる事かと考えていたのである。

さて、今年は第2回生が3月卒業、続いて国家試験という段階、これも100%合格といけば、わが学校の実力や天下無比と言えよう。

全日制で毎日勉強をしている人たちと違って、働きながらの学校という、このハンディを乗り越

えて、走れ、走れ、学生たちよ!

(福岡城南病院院長)

心で病院管理を

朝のラジオでフリュート奏者の吉田さんの話を聴いた。彼が国際コンクールの審査をやった時、参加者の力の差は、ひどくめんどろな課題曲では優劣がつけにくく、一見やさしそうなモツアルトの課題曲を吹かせるとはっきりその差が分る。残念なことに日本からの参加者も6名ほどおったが1人も入賞しなかった。難しい曲を吹きこなす技術は、もう世界の水準に達しているのに、吹奏者の心に、審査員を感動させる何かが欠けているものだろうと。そしてスイスに住む彼の老恩師はいつも「貴方は、私がフリュートを吹くその心を日本の人達につたえる義務がある」とくりかえして教えてくれたという。

日本の病院管理のあい路は、先般めでたく合併の形をとった病院の協会のごと、医療法、健康保健法や中医協の問題など山積している。これらのあい路を1つずつ修正して行くことも大切だが、

今われわれに最も強く求められているものは、このフリュート奏者の言うような管理する心ではあるまいか。

かつて私の病院に突然労働組合が結成された。その時私が、ある先輩に今後の労使問題の心構え如何を問うたところ、返事は一言「誠意を持ってあたることです」と。

言うは易く、行なうは難いのだが、今後の病院管理、特に人間関係は、いつにかかつてお互いの誠意シンセリティーにあると思う。

われわれ管理者は指導性を持たねばならぬ。その指導性と表裏一体が奉仕であり、その資質の第1にあげられているのが誠意である。

法の改正、組織の変更もさることながら、管理する心がこの際最も大切なことであろう。還暦の新春を迎えるにあたり、その決意を新たにす次第である。(大原総合病院院長)

大原嘗一郎

入院料は世界的視野で

去年は石油ショックに始まった狂乱物価で1年中悩まされ、それでなくとも低医療費にあえいでいる病院界の経済状態は2月、10月の医療費改訂にも係わらず人件費の大巾up、物件費の上昇による支出激増で塗炭の苦しみをくりかえしている。

この根源の第1は入院料の安すぎることにある。

現在先進国の入院料はアメリカは1日6万円、イギリス、ドイツ、フランスが1万円~1.5万円、国家破産状態のイタリーでさえ1万円以上とのことである。GNP世界第2位といわれ、国民所得が3,150\$になっている日本で、入院料が3食つ

きで4,000円たらずでは、どう計算してもやっつけない。

去年、日病、全日病が3年の長きに亘る当事者の苦心の末、大同団結をして日本病院会が10月18日に発足したわけであるが、本年こそは8200の病院が力を合わせて、適正な入院料(世界的視野よりみて)を獲得し、110万の医療人の待遇を良くし、真の医療が、心おきなく行なえる経済環境をつくり出したいと思っている。

即ち、もし入院料が最低1万円になったとしたら、ナースのSalaryも倍増し、ナース不足を中心

河野 稔

とする医療人の人手不足は一挙に解決する事と思う。私は現時点で准看護婦の初任給は12万円、正看護婦は18万円位が妥当と思っている。(肉体給、頭脳給の外に、患者さんの生死に出合う精神給も加味して) 正当な Salary は正当な働きの代償で

あり正当な支給によって働き手は病院界へ人々が流入し、人手不足による病棟閉鎖等もなくなる。さすれば国民医療崩壊も救えると思うので、あえて新春に当り、入院料最低1万円を提唱する。

(北品川総合病院長)

勇気をもって事に当たる

川内 拓郎

近頃の世代では正月に1つ年令を加えるという観念が薄れたが、私などはまだ正月になると1つ年令が増えるような気がしてならない。万物は年と共に成育するようにできているようであるが、病院は逆に年と共に衰えて行つて、経営はますますむずかしくなつて行く。特に私立病院はそのようである。これは病院の経営の考え方が旧態然としているためであるから、何か新しい手はないかと暗中模索するいらだたしさを隠しようもない。

年来の念願も一応かなえられて任意閉休ではあるが、日本病院会の発足によって日本の病院が1つの組織にまとまったことは誠にめでたいことである。いろいろの考えを持った病院の人びとが1つになったのであるから、新年度こそは日本の医療の中に占める病院を真剣に考えて立派なものにしなければならない。

一般的に病院は地域医療と無関係であつてはならないし、地域医療を考えずに病院は成立し得ないのである。病院の地理的位置、公的病院と私的病院のそれぞれの持分責任の明確さ、地域社会のニードに沿つて他の医療機関や診療所医院との連帯意識をもつて行かなければならない。

混とんとした医療行政のなかで病院だけが、また自分の所だけが良くなるような努力や考え方は無駄である。やはり診療所や医院を含めた地域医療行政の1つとして、また地域医療のシステムの1つとして考えて行くべきであろう。

その他本年度は休日や夜間診療の関題、従業員の週休2日制の問題、これに合わせて看護婦不足の問題等、前途は多難と言わねばならない。この年頭に當つて勇気をもつて頑張つて行くように自分自身に言い聞かせ度い。(池袋病院長)

地域医療のなかの病院

井上 猛夫

子供のころ、元日のお雑煮の餅は年かずだけ食べるものと大晦日の晩から腹をへらした思い出がある合今では保険書きのお正月ではあるが、やはりお正月は楽しい。

この度の日本病院会設立、とにかく新しい団体設立は、いずれの場合も希望と抱負に満ちたものである。お祝いの第1号誌であり、楽しいお正月も重なっているのでめでたしめでたしである。

私ごとであるが今年は弊院の30周年記念にあつた

る。長い間地方の一医師会員として医師会のなかの病院のあり方を考えてきた。

十数年前小沢全日病会長が、わらじばきで福岡に来られた時、全日病創設の精神に心をうたれ以来及ばずながら病院の発展を願い、また病院の大同団結にもバラ色の夢をもつてきた。

日病・全日病合同問題が論議されるようになりその衝に當つて苦勞された方がたに心から敬意を表するものであるが、ただ最後まで問題になつた

日医や公私病連の関係を小異という言葉にすりかえて、ついには「小異を残して」もいいではないか短気なことを言わずにと、妥協の姿勢になっている。

たしかに病院独自の問題は山積している。しかし、より大切なことは、国民が渴望する地域医療のなかの病院のあり方、また病院の3分の2以上を占める私的病院の使命や能力を、どうすれば最

大限に発揮せしめるかである。このような基本的な考え方にたつとき、日医の病院対策と病院団体のうけ入れが完全に一致する、言いかえると病院のみの団結でなく、診療所まであわせた大同団結といった姿に病院団体が脱皮することにならねばならないであろう。その時こそほんとうに、めでたしと言いたい。
(篠原病院長)

まず隗より始めよ

織田五二七

青春といえ、50の坂を越えた今でも思い出の灯は消えることはない。19才で上京し若さの弾力はたちまち東京の魅力に取りつかれる。『満州事変』『5・15』あり、軍靴の音は追ってきつつあったが、いまだ自由なふん囲気は残っており、時代への反逆心は若人の生きがいでもあった。医学生として自然科学への“ひとみ”は、しだいに開かれつつあったが、ドイツ語、絵画のデッサン、哲学、六本木、鳥居坂のガス灯、東洋英和の女学生への初恋と夢のような時が過ぎ、昭和11年美術学校を出た、いとこの紹介で日大医科の演劇部は新協劇団の手伝いをする。……新たなる世界が開かれた。

日大芸術科を中退した宇野重吉はすでに『火山灰地』で頭角を現わしつつあり、村山知義の発展的リアリズムには、生理学解剖学を基とした発声法演劇動作が取り入れられ、伊藤喜朔の重厚な舞台装置と相まって、『夜明け前』『デッドエンド』などの名作が生まれたのである。舞台には本物の家『木曾の本陣青山家』が建てられ、滝沢修の青山半蔵と赤木蘭子の若き妻、その婚礼の宴には、われわれも村の若衆としてかり出され「木曾のなかのりさあん……」の斉唱と共に歴史的舞台が生まれたのだった。今でもその情景は目に浮かぶ。

熟っぽく明治維新を論じ青山半蔵の『生き方』を論じ、徹夜も少しも苦にならなかった。

時代は流れ、医学生のいそがしさは次第に新劇を離れ、医学生ゆえに時代怒濤から守られたのである。そして、暫時の医局生活ののち海軍二年現役士官となる。海軍軍医学校学生の時の班長は、山村雄一教授で、たしか一番は白木博次教授であったと思う。厳しい中にも楽しかった。当時海軍はリベラルでロマンに満ち戦えば強かった。初め駆逐艦に乗り込み、4年の戦歴の後最後は軍艦常磐の軍医長となり、17か所の戦傷を受け私の青春は終わった。

今も思い出は鮮明に残り、生き残ったクラス会は、『たてよこ』会となり年に一回会合している。楽しいことである。又医学生時代の知己だった俳優諸氏をテレビに映画に見るごとに、よく生き残ったものと『わが青春に悔いなし』となつかしいものである。戦後30年、平凡であるが私なりに一生懸命に生きて来た。

1975年の新春にあたり「まず隗より始めよ」で日本病院会の健全な発展を祈り全力をつくすつもりである。そして日本の医療の真の暁としたい。

(織田病院長)

沖縄の病院を見て

林 秀雄

先般の沖縄病院見学研究会のツアーに参加して感銘を深くして帰って以来、会う人ごとに「沖縄は人と金さえ十分あれば、数年ないし十年後には地域医療システムのモデルになるぞ」というものだから「そんなに沖縄がいいのなら、大阪にも沖縄方式を取り入れたらよいではないか」という言葉を投げかけられる。もっともな話だけど、地域医療システムを実現させるには、現在の地域の医療事情の認識から出発せねばならぬところに沖縄と大阪とでは余りに差があり過ぎる。沖縄は病院の病床数全国平均の $\frac{1}{2}$ という過疎地帯、大阪は、大阪市内は全国平均の1.6倍の過密、大阪府下は0.67倍という（全体としては人口比全国並）不均衡な状態にある処と一律に論ずるわけにはゆかない。

沖縄は沖縄本島を北中南部の3つに大別して、それぞれ県立病院を持ち、宮古、八重山群島には那覇から東京・名古屋間の距離にある八重山群島の石垣島に県立八重山病院を配して、離島・先島の医療を担っている。設備、人員共不十分だが、精一杯努力している姿がありありと伺える。大阪ではとてもそんな地域分けはできない。府下から大阪市内へ流入する患者は交通機関や道路を利用して、思い思いの医療機関を訪れる。府下の入院患者の約半数が大阪市内の病院や大学病院を利用していることを統計が示している。これでは地域の分け方にたいへん困るわけだ。

休日夜間および救急医療は沖縄でも問題はある

が、県立中部病院のこの面での活躍は目ざましい。研修病院であるこの病院が沖縄の二・三次救急の大半を引き受けられるのは研修医30名が院内に個室をもらって宿泊し、アルバイトしなくてもいい程度の給料を貰って、安心して病院医療に専念できているからである。

救急部は三交代制で、初療はもっぱら彼等が当り、必要に応じ病院のスタッフの応援を求めるといシステムができています。これを見て感じたのは大阪にも研修病院が相当数あるが、研修医に個室を与え宿泊設備を整えている病院があるか、十分な給与を与え（48年度16万～20万円）アルバイトの必要を無くし、病院の医療に専念させているかどうか。

また、ハワイ大学の医師団（現在は4人）が、Off dutyのTeaching Staffとして、病院のスタッフと共に指導に当たっている等も内地で見られない優れた点である。勿論これらの経費は病院予算から切離し、県費でまかなっている。48年度は1億8千万円であった。大阪でも二・三か所の研修病院にこのような考えを取り入れたら救急の問題などもずっと好転するのではないかと思う。

いずれにしても、困難な問題は多々あるが、沖縄の今後に十分な期待が持てる。我々も負けてはいられない。今年も頑張らねばならぬというのが年の始めのいつわらざる感想である。

（八尾市立病院長）

年初の自戒

榊田 博

「その地は、あなたの神、主が顧みられる所で、年の始めから年の終りまで、あなたの神、主の目が常にその上にある」。これは旧約聖書申命記第

11章12節の句である。

神がイスラエルの民を導こうとする約束の地—カナンの土地は神からの慈雨によって潤されてい

た。種まきの時の雨は種子の成長を促進させる。収穫の時に降る雨は、穀物を結実させた。時に適った恵みの雨は新しい土地でイスラエルの務みと前進のために神がなさった備えである。

イスラエルの民は荒野を40年の長い間放浪した。この間、強敵とたたかい、幾多の誘惑と試練に会いながら、新しい約束の祝福をうけるべく、指導者のもとに、民族としての歴史の危機を乗り越えていった。歴史の中に生きて働きかける神の目

が注がれていた。大いなる祝福をうけるほどの信仰が神と民とを結び合わせていた。

さて、病院人にとってはこの新しい年もまた苦難に満ちた道程をたどるであろう。どのように小さな事柄であっても、おろそかにせず取り組んで病院の歴史を築くのに寄与しよう。

新年を迎え、折しもイスラエルの歴史を想起して与えられた務めを忠実に果すべく自らを戒めるのである。 〈日本バプテスト病院長〉

国民医療に真に役にたつ運営を

木下 二亮

多年の念願であった病院の大同団結が一応「日本病院会」という形で発足できたことは真にご同慶の至りである。この上は病院の大同団結と病院の使命を通じての国民医療の発展にむかって本会が真に役に立つ運営がなされることが肝要である。国民の医療は我が国の実情の下では公私をとわず診療所病院の連けいと協力によってはじめて担当できるのであるから、その間の意思の疎通をはかることが必要である。この役割は日本医師会であり中医協においては更に広く歯科、薬剤を含む診療側というまとまりの下にそれぞれの家庭の事情を越えて心を一にして行動されている、過去にあったような「日本医師会は開業診療所の代表である」というきめつけ方は「近代医学の進歩にもとづく国民医療の発展」を基盤にして指導的立場にたって行動している今日までの日本医師会の実態をしらないか、或はわざとしないふりをしてい

る方の妄言にすぎない。公私病連もその発足時点においてはそれなりの意義があり、その活動努力に対し敬意を表することにやぶさかでないが、中医協における建議方式が諮問方式にかわり定着してきた時点でその存在の意義はなくなったといえる。中医協の内部経過における実態に直接タッチしているものとして「診療側の窓口一本」ということの重要性を一般に認識していただきたいことを強調したい。今回の診療費改訂審議の途中において公私病連について日本医師会が異例の声明を発表した意味も、公私病連の行動がその真意と逆に支払側によって病院にマイナスに利用されるおそれがあったからであった。

今後は新日本病院会が日本医師会の傘の中で病院の立場、意志等を強力に主張してゆけば充分その目的を達しうるのであろうことを確信するものである。 〈中委協委員〉

「同床異夢」でないための提言

柳沢 浩気

数年の間、慎重に討議されて来た全日病と日病の合同問題は、関係者の努力と良識の集積によって、去る10月結実し、日本病院会の発足を見たことは、まずもって慶賀すべきことと考える。

然しながら全国の病院の大同団結を目指す新しい病院団体として、今後解決すべき問題は尚山積していると云わねばならない。およそ新しい団体を設立する場合には、その団体の目指す路線がどこ

にあるのかという点は極めて重大であって、抽象的な美辞麗句をもって事足りりとしてはならない。もちろんスローガンとして、あるいは外に対する綱領的存在としての文書は或程度抽象的にならざるを得ないと考えるが、その内部にあっては、より具体的な論議がさかんになされなければならないと思う。新しい病院会が発足した今日、なお、それを怠るならば、やがてはその存立の基盤を失うことを恐れるのは私一人ではないと思う。

流行語のようになった「小異を残して言々」の言葉ですべてが処理されると考えるかもしれないが、新しい病院会の路線の問題は決して小異ではない。むしろ会の基本的な重要な問題である。

私も数年間合同準備委員の一員として、両協会の健全な合同に努力して来た者の1人として、新しい病院会が円満に発展し、真に日本の病院の代表たる地位を確立するためにいたずらに数の多きを誇ることなく、日本の医療の中に診療所と共存

する病院の立場を考えて診療所と病院は車の両輪であることに深く思いを至し日本病院会としての将来の路線を確定する時期が1日も早く到来することを念願する。

同床異夢の悲嘆を見ないために、そして10数年前に行なわれた悲しむべき分裂劇を再現しないために、日本病院会が全国公私病院連盟との関係を明確に打出し、併せて外に対する交渉の窓口は日本医師会1本であることを宣言する日が1日も早いことを期待する。

合同実現を急ぐの余り、会員の疑義を封じ、臭いもの、都合の悪いことに目を閉じて馬車馬のように進むということは、新しい会が発足した今日は少なくとも改められるべきであろう。

重ねていうが、同床異夢の悲しみを味わわないために、また再分裂させないために、徹底した論議と話し合いが早急に行なわれるように切望するものである。〈池袋赤心堂病院長〉

年頭所感

奥田 幸造

新年を迎えるにあたり、日本の医療界、ことに病院医療の発展のために新しい朝ばらけを期待して所感を述べたい。

日本の病院医療の前進のためには抜本的な医療制度や診療報酬制度の改革が必要であることは誰も考える処であるが、私はこれらの実現のためには病院人の大同団結はもちろん、強力な政治的な力が必要であると考えます。

昨年暮、三木内閣出来、臨時国会が開催され、国会の様態を新聞やテレビで見ますに、寝たきり老人対策や身障者や生活保護世帯などの福祉対策が委員会などにも論じられているが、医療問題についての対策を論ずる国会議員が1人もいないのは残念である。その意味で国政に反映するためにもっと医療を理解する医学国会議員の出現を望むのである。

少し前の話になるが、外務大臣をやめて間もない頃の三木さんが能登にいられた時、私の親しい

能登選出の坂本三十次代議士に紹介されているいろいろ話した時、三木さんは私に「医療福祉の問題はたいへんむずかしいが奥田さんはどうすればよいと思いますか」ときかれたが、私はすかさず「厚生大臣に総理大臣級のものを起用して厚生行政をあらゆる行政に最優先することでしょう。三木さんはどうして厚生大臣をおやりになりませんか」と述べたことがある。

福祉国家日本を建設するには病院医療の健全化が国民により医療を提供する第1の条件であろうと考える一方、わが国には医療の恩恵を十分に受けられない僻地も多く、自民党内に僻地対策委員会が出来たのは1つの進歩であろうが、とにかく医療の光が地域のすみずみまで輝くことの1日も早からんことを祈るものである。

昨年私が主宰した日本病院学会において「日本の医療はどうあるべきか」という公開討論会が注目を浴び本年第1回の日本病院会学会にも「続」が

行なわれることはたいへんよろこばしいことである。国民とともに「日本の医療はどうあるべきか」

を考えて、われわれ病院人は日本の医療の前進のためにつくすべきと考える。

(公立能登総合病院長)

新春雑感

野村 秋守

病院の皆さん おめでとうございます。

皆さんと共に日病の伝統を生かしながら新しい波を吸収して「よりよき病院創り」に専念したいと決意を新たにしております。

昭和50年は日本病院会の飛躍の年であることは間違いのないことです。この機会に従来まで私が関係した部門の後始末的な総括を行なうのがものけじめと考えまして報告やら私見なりを述べさせていただきます。

病人食の栄養基準量

一昨年(昭和48年)10月厚生省栄養審議会は、終戦後20年余りも手つかずであった病人食の栄養基準量について画期的な答申を行ないました。現在の病人食の栄養基準量は、終戦後の物資不足の時代に定められたものであり、物資豊富な今日にはそぐわないものであるとして次のように改められました。

	現 行	答 申
総カロリー	2,400cal	約2,100cal
総 蛋 白	80g 以上	70g (以上を削る)
脂 肪	20g 以上	規定なし

答申は昭和48年10月2日、栄養審議会委員長島蘭順雄から厚生大臣齊藤邦吉へ提出されました。厚生省はこれを受けて直ちに行政的措置に取りかかるべきものと期待していましたが、その後少しも進展せず、委員会も開かれないうちに及ぼしましたが、この12月になって昭和50年1月16日(木)に審議会を開催する旨の通知が参りました。一ケ年の休店状態であった理由の説明もなされることと期待しております。何れにしろ答申無視は慣例上なかったことと聞いておりますので近日中には解決するものと信じております。

日本病院会に対する私見

日本病院会に何ができるのだと言う人があります。ご承知のように旧日病では公私病連の件について激論が交わされ、旧全日病ではまるで反対の論議がなされましたが、会員のほとんどは中庸の途を選び、時の流れを汲みとって合同に踏み切ったわけです。

私見を申しては僭越ですが「日医を窓口にしななければいけない」という意見があったとしてもそれはそれでいいのでしょうか。物事すべて純理論だけではまともりません。また、組織の中に対立という棒を嵌込むことは感心しません。いろいろな人たちが論議をつくすのは結構ですが、あくまで固執する態度は改めるべきだと反省しております。

明治維新を振り返ってみても、薩摩と長州が手を結ぶなどは想像すらできなかったことを彼等はなし遂げました。

病院の抱えている数多くの問題は病院人自身が考え解決していく以外に誰がそれをしてくれるでしょう。われわれが研究し検討した事例を現実の問題とし具現する場合に日医に相談する、日医を通じて行なう、ということは当然のことであって問題は「日医がどう受けとめるか」あるいは「どう対処してくれるか」でありました。この時点で是々非々が生きてくるものと思います。

日本病院会はその趣意書の中に、「今後は経済問題にも取り組むことを明らかにしております。公私病連云々の問題はその時点で自然に解決されましよう。「よりよい病院創り」には会員の1人1人の協力が絶対必要です。

私は「病院人として誤りなきよう」をモットーとして一途に愚鈍の途を選んだことに、なんらの後悔もありません。

皆さん、大らかになって病院のために努力しましょう。(野村病院長)

検査事故・業務感染

—大阪市での臨床検査研究会—

臨床検査管理部会

と き：昭和49年9月14日(金)

ところ：大阪府社会福祉会館

座 長：葛南病院 河喜多龍祥

臨床検査が近代医療の中で、きわめて重要な役割を果たしていることは、もはや言をまたない。

そして検査は質的・量的に飛躍的に進歩増大している。われわれは、今日までその日ごましい発展にのみ目を奪われ、それに伴う検査事故、すなわち検査を行なう技師の立場、また検査業務がその環境に及ぼす影響などについては、あまり論ぜられず今日に至っている感がある。

今回、当協会臨床検査管理部会で、この問題について、西淀病院の浅岡謙之助先生、国立東京第二病院の後藤基作先生のご両名にそれぞれ問題点を取り上げていただき、お話をうかがいたい。

まず、浅岡先生には、検査事故について、広い視野に立って検査をとりまく諸条件にも触れていただき、後藤先生には、院内感染にしばらくお話しただく。なお、両先生のご発言のまとめは、日本大学医学部臨床病理学教室助教授河野均也先生にお願いする。

(1) 大阪府西淀病院検査科長 浅岡謙之助

一般に検査事故というと検査技術、検査事務の直接患者に影響を与えるミスがあげられるが、検査事故をさらに広義に考え、検査事故の生じる基礎に目を向けてみたい。

検査事故は3つに大別される。

1. 検査室勤務者に直接関係するもの
2. 検査室周辺住民に関係するもの
3. 患者や検査対象者に関係するもの

1) 検査室勤務者に直接関係するもの

ここ20年あまりの科学の進歩は、人間を化学的に工学的に検討する方法を多数提供してきた。その結果、ME器機、毒劇薬、重金属試薬、可燃性溶剤が多量に検査室に持ちこまれ、一般に狭い検査室は足の踏み場もない危険な状態になっている。このような環境の中に、医療が求める高度な臨床検査を行なわねばという目的意識のみ先行して、次々と新しい検査をとりこみさらに簡易化されたRIなどの危険物が簡単に持ちこまれている。

検体の多量化は薬剤耐性菌やHB抗原との接触の機会を激増させ、診断の科学的根拠と、病院の経済的主柱の両面から、多種目、多検体を精度よく迅速に測定することを強いられ、技師が精神緊張や健康管理不良から、神経性胃潰瘍や、腰痛症が発生している。分析器機に関係する騒音も無視できず、騒音性器機を長時間長期間使用することは危険である。

2) 検査室周辺住民に関係するもの

日本の大企業が、公害対策費は無駄金だとして利潤追及に走った結果、日本は公害列島といわれる現状を招き、現在若干の規制が行なわれるようになってきている。6価クロームを3価にして流す。シヤンは無害化して流す、カドミウムは回収固型化して封入埋設するなどの方法は考えられるが、多種類に及ぶ薬品に対策はまったく行なわれていないし、可燃性溶剤も下水放流が一般で、都市ガスやガソリンの引火爆発と同じ危険を内在しつつ放置されている。

1)と2)は労働衛生、環境衛生、さらに火災などの問題につながるが、現在の医療機関が、病院経営維持すら困難でそれも必要人員の削減、低賃金によって支えられていることを考えると、現在の健保報酬の不合理的や、国の社会保障政策の欠陥が

最大の原因であると考えられる。10月から水質汚濁防止法適用施設に自然科学系の検査業の器具洗浄施設が加えられるが、目的の正当性ととも、経済的な保障処置がとられる必要がある。また酵素法など有害試薬の使用を減少させる検査法の開発に努力すべきであろう。

3) 患者や検査対象者に関するもの

a) 検査ミスと発生時期

臨床検査Vol.16 No.6. 1974に「事故報告書について」北村が詳しく述べているが、適当な量のルチン検査を行なっているときはミスは少ない。反面、多種目・多量の検体を実施したときや、このような状態に緊急検査を持ち込んだり、技師が考えて返答しなければならない話しかけを行ったりしたときにミスが生じやすい。このことは、ルチン検査の流れを乱さぬこと、緊急・迅速検査体制は別にとる必要があることを示している。しかし非常にひまなとき持ち込まれたルチン検査を慢然と取り組み、かえってミスを生じる点は注意しなければならない。精度管理の重要性和、緊急検査体制維持に対する健保制度上の裏づけ、病院管理上の保障が必要である。

b) 統一サンプルと患者検体

某府県医師会が行なった統一サンプルの評価が発表された。臨床検査センターは良い成績を示し以後一部のセンターは医師会の評価を医学機関の医師に示して検体依頼先の拡大にあたっている。われわれは、25の小病院、診療所の協力を得て自施設が利用するセンターに統一サンプルを依頼し検討してきた。A、B 2つのサンプルを使用した、Naで117~141mEq/lという分散を同じセンターが示したり、他の分布からとび離れた測定値を複数で示し、それが異常値を正常範囲に修正したものであって、多くの問題があることを示した。この中で次のことが考えられる。

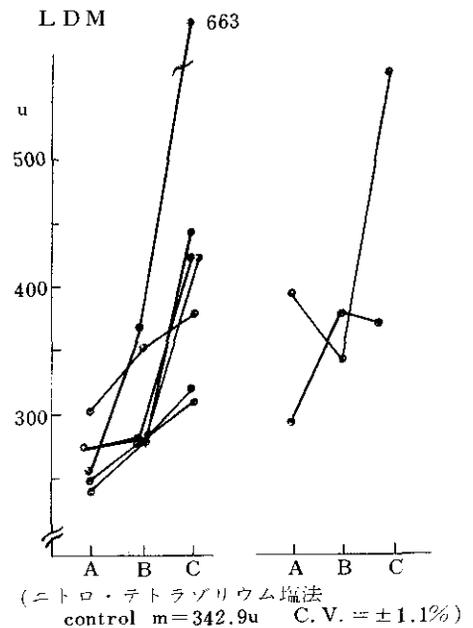
- (1) 同じセンターで分散が大きいのは、長期間の施設内精度管理が不十分であること。
- (2) われわれのサンプルはBlindであるのに医師会サンプルはOpenである。Openのサンプルが特別な取り扱いで測定されたことが考えられる。
- (3) ある検査センターでは、Na、Kの異常値を

避けて正常範囲内の成績に適当に修正したか、測定せずにつくりあげたかを考えさせる。-----という疑問であり、Openサンプルに対しても無作意抽出の原則を守らなければ医師の判断をまちがわせる。また医師会の評価はゴマカシの上塗をする誤りの補強の役割でしかない。

c) 検体測定までの問題

多項目自動分析器の導入から、装置の合理的、能率的使用、人員の削減などが追及され、企業系列ごとの集中検査室制度が取り入れられつつある。この形態と似たものが臨床検査センターであるが、看護婦不足に悩む小病院や診療所は血清分離を行わず、全血のまま検査を依頼する所がほとんどである。夜間診療を主な仕事とするこれら小医療機関は、全血のまま冷蔵保存し、翌日、あるいは休日をはさむと2晩後に集配員に渡され、夏期には単車の荷台の箱(約30~35°C)で時には数時間振盪後血清分離測定される場合もある。

従業員10名の血液を採血1時間分離、1晩冷蔵分離、冷蔵後日中2時間半振盪の条件で、いっせいに自動分析した。Na、K 血糖など能動輸送に関する変化を示し、その他もかなりの変化を示して、全血冷蔵や、全血のまま搬送することは成績をまったく無意味にすることを知った。ここにLDHの成績を図示する。



採血直後 250単位が、振盪後 663単位を示すものすらある。

全血のまま依頼しないようにする運動は強化しなければならない。それと同時に、小施設が血清分離ができる体制をとれるような援助が必要である。また全血のまま検体を受け取らなければ、件数減少で経営できない臨床検査センターに対する対策などを同時に検討しなければ、この誤りは除きえないと考える。

4)検査成績のゴマカシ

国の依頼をうけた日本分析化学研究所が、放射能測定で成績を測定せず Netz 造した。このようなことが、科学者仲間の中から問題にされたり、批判されたりせず、政治の場ではじめて明らかにされたことは残念なことである。われわれ科学の一端を担うものを知っている誤ったことを隠す態度が、国民の健康を破壊する役割を果たしていることを再考すべきであると考え。ある県の水源地調査報告を検討したところ、アルキル水銀はすべて 0.000 と記入され水源地に適すと結論を導き出されていた。わたしが分析原票を調べたところ、小数点以下 4 桁にすべて有意の数字があり、環境庁基準のアルキル水銀はあってはならないとの規程は完全に無視されていた。分析担当技師がいかに正確に測定しても、上部の行政者が自分の都合のよいように数字を小細工しては分析担当技師は以後正確な分析に熱意を持たなくなることは当然である。

最近、公害、労働災害、職業病に関する検査が臨床病院に持ち込まれることが多くなり、患者保障、設備改善などに多額の費用がかかることから、企業が病院に圧力や取り引きをする例が生じ、検査技師以外の管理者が検査成績を黙殺することがある。検査技師は成績を絶対に改質したりしてはならないし、同時に検査技師の団体はこのような問題に明らかな態度を示すべきであろう。

5)医療に対する態度が検査事故を減少させる基礎

高価な分析器機と設備を備え、人材をそろえただけでは駄目で、分析化学のような基礎的な科学への理解、このような業務に携わる人たちへの正当な位置づけと評価がなくては、検査技師が情熱

をもって検査に集中しうるものではない。医師を中心とする医療ではあるが、入院患者新患検討会、治療方針検討会、症例検討会などに医療関係技術者が参加できる条件を保障し、対等に意見を出す機会をつくって、臨床の中に検査技師を参加させ医療を行なう一員として位置づけることが必要である。検査技師が患者を総合的に知って自覚的に検査を行なうとき、自分の仕事に責任をもち技術を高め、できるだけ迅速・正確に報告する姿勢を生み、検査ミスをなくす方向に発展すると考える。

まとめ

(1)まず患者の立場に立つ医療方針を病院がもち、患者のもつ力を引き出す医療を行ない、医療関係者の創意性と自覚的取り組みができる体制をつくること。

(2)医療関係者が対等の立場で、患者を中心に検討し、医師が全員の力を出させる要(かなめ)になる体制をつくること

(3)このような医療をすすめるのを困難にする原因である政府の医療政策、医療制度、保険制度などについて討議をして、改善の意見を明らかにすること

(4)臨床検査センターが医療上で占める位置づけを明らかにし、適切な管理ができる体制をとりつつ、設備充実も可能な検査点数や、公的補助処置を講じられるようにする

(5)診療所や、小病院が適切に検体処理を行なえる体制をとらせると同時に、それが可能な診療報酬を行なう

(6)緊急体制や、緊急検査がただちに行なえる体制がとれるよう緊急検査に対する特殊点数を定める。

(7)勤務者、周辺住民に被害を与える状態の改善について適切な援助を国が行ない、実行可能になると同時に無公害検査法の開発に力を注ぐこと。

(8)以上のような状態確立の中でも発生するミスを除くため、経済的に可能な範囲で I D カード、完全自動分析器、コンピュータの導入を考えるべきで装置が優先する考え方はまちがいである。

以上検査事故について広義の立場から、事故発生の根本の改善を医療のあり方から考えてみた。技師にプロ意識を強制する傾向がみられるが、技

師がほんとうに医療の一員として位置づけられることがないときは技師をより苦しめるにすぎないと考えるので、一言追加して終わる。

(2)国立東京第二病院技師長 後藤甚作

病院の中で起こった感染症はすべて病院内感染ということになるが、病院という環境から病院の中には多数の外来、入院の患者が治療を受け、この治療中患者の相当数が感染症として治療をしている。このような環境から病院内感染の機会が十分考えられるし、病院という場を常に清潔に十分留意しても一般社会よりも細菌、真菌、ウイルスなどの病原微生物によって充満、汚染されやすい環境の中で、日常業務に従事し、患者から直接または間接に感染することがありうるものと思われる。これは業務感染ということになる。しかし病院内感染または業務感染がいかなる系路を経て感染し、発生したかの決定は、困難な場合が多いようである。

感染症の決定に困難な場合が多いことは、近年の文化生活のなかでも常時機会があり、宿主の抵抗力の弱った場合には日常生活でも常在菌の生態系が異常に乱されるし、また空気の汚染、食品類の変化などによって感染症の発生する因子となり、また一方には免疫学的予防法、抗生物質の容易に入手できることなどから、感染症の発生を助長する因子が増加しているようである。このような感染症の発生しやすい日常生活の中で、感染症発生の機会は十分に考えられるし、病院という場からしても常に病原微生物の汚染が充満している環境であり、感染症の発生は院内感染、または業務感染として、菌を追跡し決定することは、感染菌と同じ菌であるということの判定が非常に困難である場合が多く、また感染発症後、数日、数か月後に発生することが多く、よりいっそう感染症の決定を困難にしているのではないと思われる。

このような社会環境から常に病院内に持ち込まれやすい主な菌名を例記した。

主な感染症の原因となる菌名

主として食品関係	主として創傷関係
赤痢菌	溶血レンサ球菌
サルモネラ	ブドウ球菌
腸炎ビブリオ	大腸菌
病原大腸菌	緑膿菌
ブドウ球菌	クロストリジウム
ウェルシ菌	結核菌
ボツリヌス	百日咳菌
	ジフテリア菌
	嫌気性菌(クロストリジウムを除く)
	真菌
	ウイルス、寄生虫など

上記の表でみるとおり、このように病原菌で汚染された社会環境の中から病院に入院し、感染症として明らかな場合、感染症の疑いが濃厚な場合、または感染の機会があり発症の可能性がきわめて強い場合などを除いて、病院内で感染発病した場合には院内感染、または業務感染として取り上げられることになる。

さて、ここではとくに検査室を取り上げてみよう。主として検体を取り扱う検査部門では、患者直接の機会は少なく、ほとんど感染患者材料から、検査技師が感染を受け（皮膚の小創傷面の汚染、誤飲、飛沫など）また床の汚染をはき物で検査部内さらに病院内外に伝播させる可能性が主に考えられる。そこで病院内はき物と、箒のブドウ球菌の保菌調査を行なった結果、多くのブドウ球菌が検出され、なかにはコアグラゼ陽性株も検出され、そのファージ型を調べたら、1群、3群、混合群、型別不能群であった。また抗生物質に対する感受性はPC、SMなどの耐性菌もかなり多かった。

以上のようなことから、箒などの使用により塵といっしょに病原微生物が舞いあがり、感染症となりうる可能性も考えられるので、掃除機の使用が望まれる。

また検査部門においても、とくに、血液部門、生理部門など直接患者が来る検査室は清潔にし、

血液部門での耳朶または静脈からの採血には十分注意し、不適当な手技、消毒などの怠りのないように常にこころがけなければならない。

生理部門では、導子、マウスピースの消毒、滅菌を行ない、病原微生物の感染のないようにしなければならない。

またピペット類、その他の器具類もできるかぎり消毒、滅菌を行ない、白金耳なども確実に火炎滅菌し、使用後の標本、培地類はすべて検体と同じに滅菌する。病理部門での凍結切片材料の取り扱いの注意、病理標本のホルマリン固定も十分に行ない、また検査室の検査物の飛散のないように常に清潔にし、室内は適当な消毒薬の散布を行ない、検査後の検査物も消毒・滅菌を行なわなければならない。

ハエ・ゴキブリ、ネズミなどは検査室に入らないようにし、微生物、ウィルス、寄生虫による感染防止もしなければならないと思う。

(3) 日本大学医学部 河野均也

臨床検査部における医療事故の問題は、昭和45年、法律の改正により臨床検査技師にも医行為の一部を実施することが許可されて以来、衛生検査技師会において論議され、日本衛生検査技師会に医療事故対策委員会が設置され、活動を開始していると聞く。

臨床検査部における業務上の医療事故は、その性質から大きく次の4つに分けて考えることができよう。

1) 検査材料の取り違い、報告書への成績の転記誤りなどの事務手続上の事故、あるいは、検査試薬、検査器機の異常および検査手技の未熟による成績の誤報など、検査実施上の事故の問題

2) 採血業務、あるいは生理機能検査など、医行為の実施にさいして検査技師が患者から、あるいは逆に検査室側から患者へ感染させる業務感染および各種有害物質の取り扱い中に起こった業務災害の問題

3) 採血業務にさいしての神経・血管損傷や生理機能検査にさいしての負荷によるショック、電

気系統の故障によるショックなどの問題

4) 検査試薬の排棄による環境汚染の問題

第1の問題のうち、事務手続上の事故については、現状では一貫して検査材料の **identification system** が確立しておらず、万に一つの誤りもあってはならないとはいえ、実際には数百件に1件くらいの過誤は避けられないとされているのも事実である。しかも、これらの誤った報告の大部分は検査室においても、臨床医師もまったく気づくことなく実際の医療に参考とされている事実を考えると、空恐ろしきを感じずにはいられない。とくに、血液型の判定や輸血にさいしての検査の判定の誤りや報告ミスなどは、人命に直接かわることでもあり、軽々しく誤報告のみで済まされるべきものではない。事実、輸血検査の誤報による医療事故については、輸血を実施する医師に最終的な責務があるとは考えられるが、誤った検査成績を報告した検査技師に罰則が科せられた事例も残念ながら実在していることもご承知のことであろう。

これらの医療事故については、検査室に働く職員各自がおのおのの実施した検査が実地医療にどれほど貢献しているかを自覚し、より正確に、誤りのない成績を報告するよう努力を続けることによってのみ防止することができる。また、検査成績の精度管理の問題については、広く精度管理が実施されている現在、ほとんど問題になることはないと考えていたが、本日の浅岡氏報告によれば、一部検査室についてはかなりの問題が残されていることは明らかであり、なおいっそうの努力を要すると考えられる。

第2の業務感染については、現在肝炎との関係から注目されている **Hepatitis B Antigen** などが問題となっている。これらの業務感染は単に患者側から技師側への一方通行ではなく、検査室から患者側への感染も考え、院内感染の立場から病院全体の機構として管理者を加えた感染委員会を設け、院内感染の問題として取り組む必要がある。業務感染に準ずるものとして、試薬や各種有害物質の取り扱い中に起こった業務災害がある。これらの業務災害、感染については法的に保障を受けることができるが、これらが業務上の事故によっ

て起こったものであるか否かの審査には多くの問題点が残されており、定期健診などの資料を完全に保存しておくことの必要性が感じられた。

第3の採血業務や生理機能検査の実施に関する医療事故については、昭和45年の法律改正により業務制限の内容が明らかにされたことから、これらの医療事故については、当然技師の責任が追求されることになろう。とくに業務制限以上の業務を実施したり、あるいは、業務制限範囲内のものではあっても業務の無理な遂行による事故については、当然実施技師の責任が追求されることになろう。

第4の環境汚染の問題も大工場による環境汚染に比較すれば微々たるものかもしれないが、今後

慎重に検討すべき問題であろう。

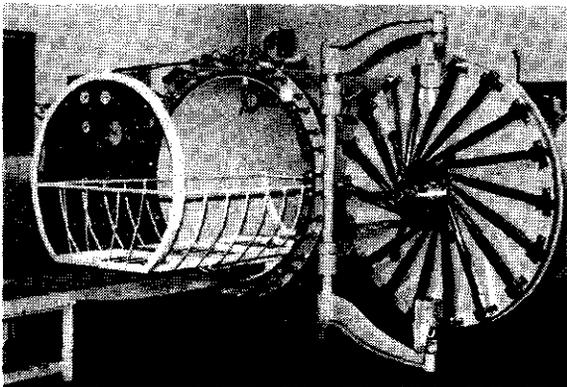
最近の世間一般の風潮として、ごく些細な事故も訴訟問題に持ち込まれる傾向があり、医療事故についてもその例外ではない。しかしながら、医療事故を恐れるあまり検査業務が停滞したり、あるいは、新しい検査技術の導入開発が停止することはまったく本末転倒であり、各自が事故を起こさないよう細心の注意を払いながら業務を遂行することが最もたいせつなことである。

また、もし不幸にして医療事故に結びつくような事態に遭遇した場合には、隠しだてすることなく、速やかに病院管理者に報告するとともに、情況証拠の保存、保管を確実にこなうことが肝要であると思われる。



SK 式酸化エチレンガス滅菌装置

厚生省医療用消毒器製造認承番号 39B 第4号 > 特許品 <



御一報次第カタログ進呈

●本器は酸化エチレンを使用して、物品類の完全殺菌が容易にできる本邦唯一の滅菌装置です。

●本器は40℃内外の低温度にて殺菌・殺虫の目的を達することができますから熱に弱い物品でも広く利用することができます。

営業品目

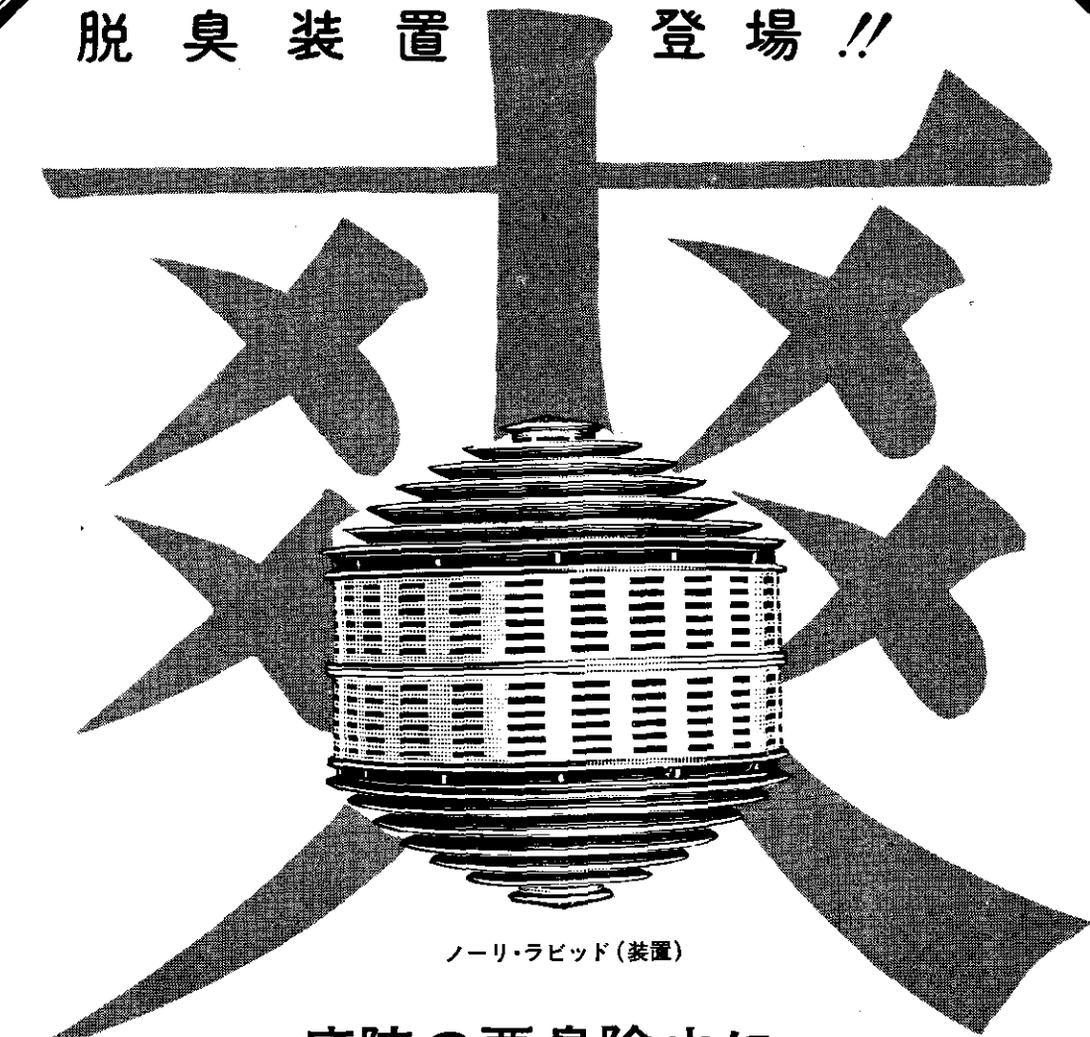
SK 式酸化エチレンガス滅菌装置・SK 式真空滅菌装置・SK 式蒸気滅菌装置・SK 式鉄の肺・SK 式塵芥汚物焼却炉

特許理化興業株式会社

本社 東京都中央区銀座1丁目19番1号・銀座昭和ビル

電話 東京 (563)0771(代)~5

ドイツ製高性能
脱臭装置登場!!



ノーリ・ラピッド(装置)

病院の悪臭除去に
オリジナル・ノーリを、

スイスに生まれ、ドイツで育った

ORIGINAL
noli

脱臭装置

オリジナル・ノーリ

- ★オリジナル・ノーリは従来と異なる世界待望の脱臭装置です。
- ★オリジナル・ノーリは新化学剤、メーリウム・112を主成分とする、ファイラー(化学剤)が、ラピッド(装置)によって酸化し、あらゆる種類の悪臭と直接反応して、共重合作用を起し、これ等を無臭無害の成分に変えます。(西独バイエルグループで製造の世界的専売品です)
- ★オリジナル・ノーリはコンパクトな壁掛タイプで壁面に備えるだけでOK。あとは空気の対流により、約2ヶ月に亘り、自動的に効力を発揮します。(ファイラー「化学剤」は2ヶ月に一度補充します)

総発売元  日本炭酸株式会社 本社/東京都中央区豊海町4-1 ☎03-533-2311代

- 支店 東北/0222-61-3226・東京/03-533-2311・名古屋/052-951-9201
大阪/06-341-7151・広島/0822-43-7071・九州/093-631-2336
- 営業所 鶴見/045-571-5633・四日市/0593-53-6641・神戸/078-351-0341
岡山/0864-65-0106・福岡/092-28-0493

資料請求
券 H

ごみ処理の問題

「塵芥は文明のバロメーター」といわれていた時期からみると現在は大きく変転し、消費文化の向上に伴ない、ごみの排出量は日増しに増加し、資源の再認識が叫ばれる昨今においても、一度あじをしめた消費癖は一朝一夕で改たまるものではなく、相も変わらず“ごみ”の問題は社会問題としてごみ公害・ごみ戦争で公衆衛生上の問題となっている。

病院も“ごみ”については部外者でなく、むしろ患者さんにとっては生活の場であり、又院内感染の防止からも“ごみ”処理に携わる担当者にとっては頭の痛いことで、問題の処理に苦慮している実情である。

昨年10月22日ごみ処理の問題について、ハウスキーピングと施設の合同研究会を番町共済会館でおこない、43名の参加者が熱心に討議し情報の交換がなされた。

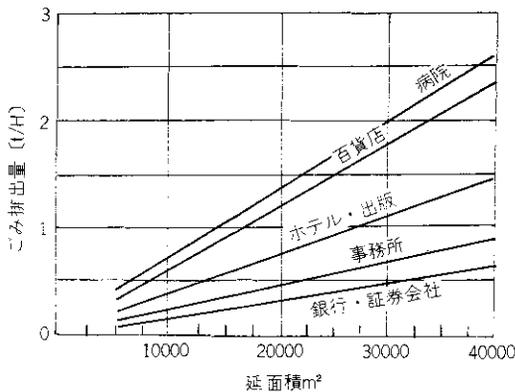
癌研究会（松岡）“表1”で見ると他の建物より排出される量と病院とを比較してみると、病院より出るごみ量が多いことがいえる。又ごみの種類も、紙くず、雑芥はもとより厨芥・動物汚

物・産業廃棄物とあらゆる種類のごみが排出される。雑芥にしても普通の焼却炉では焼却できないような、果物屑、発泡スチール等の石油製品から空かんなどの混合雑芥で占められている。容積重量の面からみても、1立方mで230~250kgと一般住宅・アパート同様であることは、患者にとって生活の場であるということがうなずける。病院におけるごみの発生から処理する迄の流れを再検討し、病院全体の問題として考えなければならないと思う。手元から離れてごみかご、増入れに捨てたらもう関係ない、ごみ処理の係の責任だ、勝手にやってよ、では増加するごみの処理は決してよくいかない。又最近では公害の面から焼却炉の使用も制約されてきている現状であり、焼却処分についても難しくなっており、動物の汚物焼却は悪臭が伴うので尚更である。

ごみ発生は病院業務により発生するものも多いが、この他、見舞いの方や附添人が外部より持ち込み終点はごみとなるものが非常に多いのでその辺からも何らかの方策が必要ではないかと思う。

国立病院医療センター（寺本）ごみは運搬の方法およびごみを入れる容器、それを置くスペースに問題がある。ごみを焼却できるもの燃えないものを分類するのに人手を要する。捨てる段階で分類できればよいが、なかなか徹底せず結局運搬してから分類するというように二重手間になってしまう。置場が狭いので臭気の問題もある。焼却も高層建物が増えて煙による苦情が新たに起きて焼却法を考え直す問題も起こってきた。ごみの運搬にしても火災予防防止からダスト・シュートの設置が無い処も多く、運搬車にごみを積んで一般エレベータを使用するが患者さんや見舞客よりクレームもしばしばある。多くの見舞品はやがてごみになるのと思うと矛盾を感じる。院内感染とい

表1 各種建築物の延面積あたりごみ排出量の目安



うことから持ち込みを制限することも必要である。厨芥も容器に入れておくとも臭気が発生し近隣よりの苦情もあり困っている。養豚業者の引き取りも最近ではスムーズにいかなくなってきており、生ごみの冷凍化を検討している。冷凍すると腐敗もなく臭気も解決するようだ。

病院で使用するガラス類（アンプル・点滴ビン）の量も多く、メーカーに引取りを交渉したが一病院では力が足りないため、他病院と協力してことに当たることも一方法であると痛感する。

常盤台外科病院（佐藤）ガラス類は粉砕機を3年前から使用しているが、細粒化し危険性もなく容積も $\frac{1}{40}$ ぐらいになるので、それまで週1回の収集が現在は月1回で済んでいる。ごみ分類も職員の協力を得てやるようにしてから焼却炉からの煙も減少したようだ。

A 以前からみるとごみの質も変り、今までのタイプの焼却炉では完全焼却できない。完全燃焼をするために二次燃焼室、三次燃焼室のある焼却炉を採り入れるべきである。

茨城中央病院（柏井）立地条件が良く敷地も5万 m^2 あり周囲に田畑があり問題もないが、それでも

煙突の高さを30mにし、動物汚物も全て焼却している。都会地と違いその点は恵まれている。

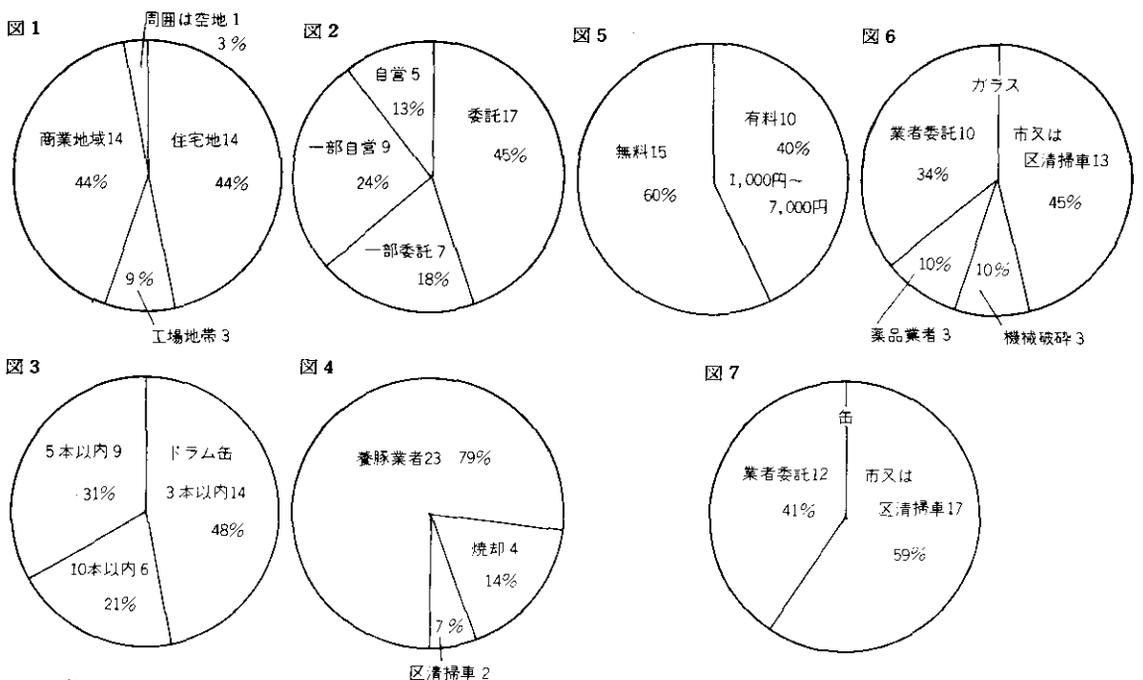
日赤医療センター（岩田）建築中の建物に焼却炉を設置する予定、計画では焼却後に分類する方法をとるが、除塵装置についての意見を聞きたい。

B 焼却炉としては三次室まである構造が理想であり、併せて除塵装置の併設があれば公害的な発生も無く最高である。装置としてはサイクロン方式が良いと思うが、設備費、設置スペース、その後の維持管理を慎重に検討したほうがよい。

C 合同研究会であり、ハウスキーピングの立場から焼却炉の点検を施設担当者を実施してほしい。ばい煙発生についても燃焼についてのテクニック、ばい煙測定についての相談や協力を望む。

次に平素からごみ処理について積極的に取り組んでおられる織本病院の並木氏より調査、研究された資料の発表を掲載させていただく。

並木 従来、汚物に関しては「清掃法」という法律で規制されてきましたが、社会経済の発展にともない時代の要請に合った新しい法律として、「廃棄物の処理及び清掃に関する法律」が46年9



月24日より施行されております。

この法律の特色として、旧清掃法での汚物を廃棄物に改めこの廃棄物を一般廃棄物と産業廃棄物の2種類に分けたこと、又、事業者はその事業活動から生じた廃棄物を事業者自身の責任で処理しなければならないという「事業者の自己処理責任の原則」を明確にしたことです。産業廃棄物は可燃性廃棄物と特殊廃棄物とに大別されます。そしてこれ以外のものを一般廃棄物といいます。

廃棄物の処理問題には担当者が頭を悩ましておりますが、一方他病院ではどんな処理をしているか東京都を始め埼玉、千葉、神奈川各県の120床から350床までの医療法人病院60施設を選びアンケート調査を行ないました。その結果回収率は50%を割りましたが29病院から回答を得ました。アンケートの内容は施設の環境についての質問で始まり、将来の処理方法についての意見まで9項目に亘って調査をお願い致しました。

この結果、施設の環境は、住宅地、商業地域の中にある病院が圧倒的に多く、周囲が空地は僅か1病院にすぎません。(図1) 廃棄物の処理は自営か委託かの別では、委託及び一部委託を合わせて60%以上を占めています。(図2)

又、委託料はさまざまで公営の無料は別として少ないところでは月に6,400円、多い病院では民間業者に9万円も支払っておりますが、当院では約8千円位です。(表1)

〈表1〉 委託料

2トン車	月15回	無料	2トン車	月4回	25,000	
市清掃車	朝昼2回	2,000	"	月2回	30,000	
"	"	?	6,400	"	月4回	30,000
2トン車	月1回	10,000	"	月10回	35,000	
"	"	12,000	"	毎日	37,500	
"	"	15,000	"	月8回	80,000	
"	月5回	15,000	"	月10~12回	90,000	
都清掃車	1ヶ月	15,400	他にダストボックス			
				9回×700		

1日のゴミ量をドラム缶単位として3本以内の病院が半数近くを占めております。当院でも3本位出ております。(図3)

次は厨芥の処理について、これま8割近い病院が養豚業者に払下げており(図4)自営で焼却し

ているのは4病院しかありません。

次の図5は養豚業者へ払下げの方法ですが、無料払下げは60%、有料払下げは40%になっております。但しこの場合の有料は病院から3千円ないし7千円出して引取って貰っています。

次にガラスと缶の処理ですが(図6~図7)ここでは事業者の自己処理責任の原則があるにもかかわらず、地方自治体が処理しているという意外な結果が出ました。ガラス及び缶とも業者委託の数字を上廻っており、ガラスを機械で破碎処理している病院は3ヶ所しかありません。

さて次に各病院で現在困っていることを挙げて貰いましたが、住宅地、商業地が多いだけに焼却炉の煙に対して近所から苦情があるというものが3件ありました。これ以外にベッド・マット等の粗大ゴミを業者が持っていかない。食品屑に吸がらが入っていると養豚業者が引取らないなど、表2の如くいくつかの問題があるようです。

〈表2〉 現在困っていること

- 煙公害で近所からの苦情
- 収集までの置場及び異臭発生
- 粗大ゴミの処理
- 自営の場合の捨場所
- 石油化学製品の処理
- 食品屑に吸がらの混入

表3) 将来の処理方法について

- 公的機関に依頼して処理
- 焼却炉の改善工夫
- 化学的な機械を用いて自家動理処
- 焼却炉の数をふやす
- 無煙無臭無公害が可能な機械開発

施設の立地条件が良くないため過密化してくる都市においては公的機関で処理して貰う以外ないという意見が4件もありました。このほかに煙が出ないよう焼却炉の改善とか、或は焼却炉の数をふやす、又、メーカーのより高度な機械開発を期待しているといった全体的には消極論しか出ておらず、これという極め手がありません。

以上がアンケート調査の結果です「ゴミ戦争」の言葉通り、近代的都市計画の重要な一環として積極的な環境行政を期待し、促進させなければならないと思います。

〈記録・東京警察病院 石原英世〉

コンピュータと病歴管理

関東通信病院見学

病歴管理部会

第41回病歴管理研究会は日本電信電話公社関東通信病院において、昭和49年10月29日（火）午後2時より、36病院、65名が参加して行なわれた。

まず、関東通信病院長沢崎博次先生のお話があった。

昭和27年1月に診療が始められたこの関東通信病院（現在の建物になったのは2年前）の当面の問題は、病院運営および病歴管理である。コンピュータを使って、トータルシステムとして病院運営全般の管理を行なうこと、すなわち病院の機能・運営にコンピュータを導入することを目標としているが、実際には、給与、診療計算、保険の請求計算、薬品の在庫検査などについての利用が多く、病歴そのものをコンピュータで扱うということの実現ははなはだむずかしい。現段階では、外来病歴の一元化をはかり、一患者一病歴一番号として地下の病歴室に集めるという作業を終えたところであり、開院以来の入院・外来患者の病歴をそろそろコンピュータ記録として残したいと考えている、というお話であった。

次に、この関東通信病院についてのスライド説明があった。

関東通信病院は、1日外来患者数1,200名、病床数560で、昭和44年医療のEDPS化をめざしてコンピュータ導入を計画した。これは、医師の側からは医療水準の向上を、患者にとっては日常の健康管理を、病院の側からは病院管理の合理化を計りたいためであった。その他、医療システムについて、またX線テレビ画像伝送システム、ペースメーカーの検診システムといった通信技術の医療分野への利用の説明など、医療データコンピュータ化の重要性、そして患者だけでなく、健康人を含めた包括医療につながるEDPS化についての説明があり、学ぶところ大であった。

院内見学

病院内の見学は、中央受付、外来病歴室、入院病歴室、コンピュータ室というコースで、3班に分かれて行なった。

まず中央受付では、コンピュータに使うマットの説明があった。このマットによって、料金計算や保険の点数計算が能率的にできる仕組みになっている。診察券は一患者一番号として、永久使用できるようにプラスチックカードでつくられている。そしてこの診察券によって受診総括票がつけられ、受診総括票が外来病歴室に送られるのである。

次に、地下1階の外来病歴室へ回った。ここでは、診察券をコンピュータに入れてつくる受診総括票に基づきカルテを出すことになっている。下2桁番号で整理してあるカルテの格納においては、その作業能率と正確さをはかるため、各種のアライバカードを用意してある。このカードは4種あり、当日受診のものは赤のアライバカードを、予約があって前日に取り出ししておくものは緑色のカードを、また入院用としては黄色のカード、さらに外来の医師の要求にさいしては青のアライバカードを、それぞれカルテ引き出し後にさし入れるようにしてある。そして、受診総括票とカルテは各ステーションナンバーに合わせ、エアシューターによって送る。すいている時には約1分、混み合っている時でも最高15分で各ステーションに到着する。診療の終わった午後、車を持って行き各科から回収した後、1日約1,200~1,300のカルテの格納作業を13人の職員で行なう。さらに、その日の受診患者一覧表と前述の赤色のアライバカードとを照合して行方不明のカルテをチェックするわけである。カルテの保管棚としては、手動式のレクタリーバーとコンサーブとが設置されてお

り、それによって作業員の労力と作業時間が非常に短縮されている。なお、この病歴室では先頃、全科中央化が終わったばかりの状況であった。

次に6階へ昇り、入院病歴室（調査養成課資料係）を見学した。ここでは、昭和39年8月以降から現在までの入院患者のカルテが保管されている。コンピュータ導入とともにカルテには7桁番号を用いているが、一患者一病歴ということから、外来カルテ番号と同じ番号になり、入院患者のカルテを納めるとなると番号がとびとびになる。そのため、下2桁番号で100分類をして格納するというようにしてある。スペースの関係上、カルテの現物とマイクロフィルムとの両方で保管しているが、このマイクロフィルムは貸し出しはせず、必要な場合にはコピーをとる。索引としては、氏名索引と、ICDのコードをそのまま用いた疾病分類による索引とがあり、それによる統計的な作業はすべてコンピュータで行なっている。

最後に、同じく6階のコンピュータ室へ回った。250平方メートルのこの部屋では262,000文字をおぼえることのできる処理装置のほか、磁気テープ装置、デスク装置、1分間に1,200行を打つラインプリンターなど、現代文明の先端をいく機械類が忙しく活動している。これらコンピュータを買い入れるには1セット約4億円、借りる場合でも1か月に1,000万円以上の経費を要する。そして関東通信病院では、この4倍の機械装置を来年の春に買い代える予定であるという。ひとつで約10万人分くらいの患者のデータが入るというテープ装置のほかに、集団デスク駆動装置ではレコードが作動している。1分間に2,400回転するこのレ

コードには不変的なデータが入っており、いつでもどこからでも即座に必要なデータを取り出すことができるという長所がある。流動的なデータを順々に入れていくにはテープのほうが便利であるといえるが、テープの場合は再生にはじめから回さなければならず、レコードのように途中からすぐそのデータを、というわけにはいかないのである。

以上、数々の見学を終えて7階の講堂に戻り、各部署において説明して下さった鈴木ME計算課長、指崎資料係長、橋口外来病歴係長を迎えて質疑応答が行なわれた。

総従業員数900名のうち、医師150名、看護婦350名となっていること、コンピュータ要員は全部で39名、そのうちマシンオペレーターが8名とともに電信電話公社の職員であること、外来病歴の診療内容はコンピュータにインプットされていないこと、コンピュータによる現システムは今のところ中途にあるといえるが、これが完成されればいままです手作業では絶対にできなかったものが可能になってくること、などそれぞれお答えがあった。

時間の制限があったため、作業的な面をじっくりと見学できず、ことに最後のコンピュータ室では詳しく内容を教えていただく暇のなかったことが心残りであったが、電信電話公社という特質をフルに発揮し、新しい機構を次々にとり入れていくこの関東通信病院は、今後の病院の範となるべきものであった。

(杏林大学 井上知子)

A 5判・340頁・定価1,800円

病院ハウスキーピング — その実務

〈内容〉 業務管理・病院清掃の実際・外注清掃の管理・病院環境整備・保安・施設保全・衛生害虫およびその駆除と薬害・整備課業務基準

病院におけるハウスキーピングの一切の実務についての指導書、これで

日本の病院ハウスキーピングは整備されることでしよう

日本病院協会出版部
東京03-265-0079

栄養部門の衛生管理と食器洗浄

— 栄養・ハウスキーピング合同研究会

日時：昭和49年10月1日午後1時30分～4時30分
会場：国立療養所中野病院

今回は病院における栄養部門とハウスキーピングの連繫についての研究会が、順天堂病院原沢栄養課長の司会によって行なわれた。

1) 食器洗浄について

食器洗浄をハウスキーピング部門で担当している唯一の病院として、国立療養所中野病院の長谷川家政課長より、現状と新規購入を検討中の洗浄機について説明があった。大部分の病院では栄養部門で食器洗浄が行なわれ、これに従事する人の高令化に伴う問題点が出された。また当日参加されたイーエル窒素の不破氏より、洗浄過程の物理・化学的両面の参考意見も発表されたが、理想的な洗浄方法および洗剤の種類、分量の適正については今後さらに研究の余地のあることを感じた。しかし、一部の病院ではいまだ自動洗浄機を使用していないところもあり新規購入を検討中の病院ではたいへん参考になった。

2) 栄養部門より出る生ゴミ等の処理について

現在各家庭においては分割収集が規制されているが、とくに都心の病院では問題が多く、養豚業者に委託する場合も無償であったり、また病院からお金を出して処理している病院もあった。今後衛生上ディスプレイで処理できないか。現在、東京都においてはまだ正式認可されていない現状であるが、将来の見通しとしては衛生上また省力化の点から、使用できればもっとも理想と思われる。欧米では金属製品（たとえばナイフ、ホーク等）が混入されても処理できる機種が考案されている現状も紹介された。

3) 環境衛生について

①ゴキブリ、ネズミ、ハエ等の駆除については各病院とも栄養部門だけの駆除や消毒ではあまり効果がないので、病院全体で年間を通して専門業者に委託契約しているところが比較的多かった。そのさいアフターサービスの点を十分考慮し、また定期消毒がもっとも効果的な方法であると思われた。

②ユニホーム等のクリーニングについて

東京衛生病院ではユニホーム手当を月2000円支給している。色は統一して自費購入（帽子、エプロンは病院より支給）とし、クリーニングは院内のランドリ一部で、夏期には毎日1枚、その他の季節でも週4枚位が洗濯されているというたいへん恵まれた病院の例が紹介された。その他の病院でも、栄養部門についてはほとんど週2～3回洗濯され、枚数の制限もあまり受けず、衛生面の特別配慮は十分うかがわれた。現在ハウスキーピング部門では患者用より職員の洗濯物が多く、全体の55%を占めていて問題となっていることなどの説明があった。

③職場内の清掃について

調理場および専用手洗所、浴室、休憩室の清掃はハウスキーピング部門との関係が深く、栄養部門の自主管理の病院もあるが、衛生上の問題もあり今後検討が必要であろう。

最後に両部門の接点はたいへん微妙であるが、人手不足と物価高の折から親密なコミュニケーションを保ち、両部門の相互協力によって充実した衛生管理がなされれば、さらにより良い患者サービスができることを痛切に感じて閉会となった。

<記録・関東逓信病院 長谷川秀子>

12月22日(日)午後1時30分より3時間、日本病院会発足以来第1回の全理事会が、東京八重州のホテル国際観光で開かれました。なおこの全理事会に先立ち、第2回常任理事会が午前11時から午後1時まで同ホテルで開かれ全理事会の議案などが検討されました。

第1回全理事会

日時：昭和49年12月22日(日) 13:30～16:00

会場：ホテル国際観光(東京八重州口)

出席者：119名(委任状55名を含む)

案件：

〔報告事項〕

(1) 「日本病院会ニュース」刊行について

合併前発行されていた「全日本病院ニュース」「病院ニュース」を1本化して「日本病院会ニュース」とし、昭和49年12月号より発刊することになりました。

(2) 沖縄県病院見学研究会について

11月14日から4日間、沖縄県内の5病院と、石垣島内の八重山保健所、伊原間診療所の見学を行ない本土復帰後の沖縄本島および離島の医療状況を勉強して来ました。

(3) 第2回コンピュータセミナーについて

11月13・14日の2日間、大阪市で第2回のセミナーを開催し、参加者は81名でした。又第3回を福岡市で、第4回を名古屋で開催することにしております。

(4) 福岡における施設研究会について

11月28・29日の2日間、施設担当者対象の勉強会を福岡で行ないましたが、あいにく国鉄ストにあい出席者に迷惑をかけました。今後は開催の日時をよく考える必要があるようです。

〔協議事項〕

(1) 定款施行細則並びに役員選挙に関する件

合併前両方の協会で承認されている定款施行細則、入退会申込書様式、年間会費額、役員選挙規定、役員立候補届、同推せん状様式、各種病院団体名など再確認のあと、役員選挙の見とおしについて全員承認しました。

その見とおしはつぎの通りである。

50年3月31日までに改選して官庁に報告する。したがって代議員の選出報告を2月20日頃までとする。

3月中～下旬には総役員選挙を終る。また、選挙については、全会員に通知して徹底をはかる。

(2) 旧年度内会費に関する件

来年3月末日までに新たに入会する会員の会費は、規定会費額の月割とする。

(3) 会員増強に関する件

旧日病、全日病の会費は、自動的に日本病院会の会員であるが、このほかに未加入の病院が何千とあるので、これが入会勧誘は各県単位で強力に行なうこととする。

(4) 旧年度内事業計画(案)に関する件

合併後の各種の事業は、合併前に申し合わせた通り、双方の事業を継承してそのまま実行することとなっているので、50年1月以降の分は10種類あることを承認されました。

(5) 役員業務分掌(案)に関する件

常任理事は、現在28名いますが、これらの方々に是非1つの業務を担当してもらうこととして全員の業務分掌が承認されました。

(6) 第1回日本病院会学会(仮称)に関する件

日本病院会の学会は、来年5月に開かれることが合同前から決定していますが、病院会として、学会長、学会の名称、評議員、学会々則について正式に決定しました。

学会長 関東通信病院長 沢崎博次

名称 第1回日本病院会学会

評議員 従来の評議員に、更に旧全日病側から若干名参加する。

会則 従来の会則を日本病院会学会に適應するよう改訂を行なう。

会期 昭和50年5月21～23日

会場 普門館

(7) 75年国際ホスピタルショーに関する件

ホスピタルショーは、毎年5月の学会に併設又は同時に、日本経営協会と共催で開催しています

が来年は5月16～20日の5日間、東京晴海で開催することが承認されました。

(8) 病院会館建設に関する件

日本病院会の事務所は東京に置くことが決定しているが適当な事務所がない。会員も増加したし今後の発展を考え、又地方会員上京時の宿舎のことも考慮して病院会館を建設してはどうかとの提案があり、その趣旨には全員賛同。しかし周到な計画が必要なため、委員会を設けて検討することに決定しました。

(9) 国際病院学会開催に関する件

旧日病は国際病院連盟のA会員であり、常任理事国であり、今年6月のモントリオールの国際学会で、77年に日本で開催することが決定している。従って77年には日本病院会として開催することとなる。そのための資金募集の計画として、全会員から毎年病院規模による拠出金をしてもらい、製薬会社をはじめ関係団体からの寄付金、関係官庁からの助成金などで2億数千万円の資金を集めたいとの説明を了承。ただし国際学会委員会で十分検討することとなった。

(10) 日本病院会運営に関する件

日本病院会の今後の運営については、医療団体の日医との関係をどうするか、又公私連との関係をどうするか、について論議が交わされたが、いずれも合同趣意書の主旨に従って進むことが強調され、この問題はじわじわとそしてゆっくり、しかし成るべく早くまとめることとなった。

第2回常任理事会 12月22日 11:00～13:00
協議事項（内容重複のため省略）

- (1) 国際病院学会に関する件
- (2) 第1回日本病院学会（仮称）に関する件
- (3) 75年国際ホスピタルショーに関する件
- (4) 役員業務分掌（案）に関する件
- (5) 役員選挙に関する件
- (6) 各種委員会に関する件
- (7) 来年度海外視察に関する件

① 6月国際病院学会がユーゴで開催される時期に実施する。期間22日、費用1人約80万円。

A班一往復同一航空機、到着後自由行動。

B班一出発から帰国まで団体行動。

②看護部門

アメリカ中西部病院 11日間、約1人50万円

③ハウスキーパー部門

ヨーロッパまたはアメリカ

7～10日間 1人約50万円

④その他

- (8) 病院会館建設に関する件
- (9) 日本病院会の運営について
- (10) 次回常任理事会開催日に関する件
1月25日（土）15:00～17:00
- (11) その他

①内保連に提出する日本病院学会の、50年度入院料要望額について

毎年提出している来年度の日本病院学会としての入院料の要望額は、本年度要求額に人件費、物価の上昇率をスライドした額を要求したことを報告、諒承されました。

②事務局増強について

事務量増のため事務局員2名の増員をみとめる。

**

2月べんきょう会のお知らせ

月 日 時 (曜)	研究会名	テ ー マ	開催地・会場 (所在地)
7日(金)14:00~16:00	薬事管理研究会	1. 薬剤管理におけるコンピュータの利用法 2. 薬剤管理システム設計の要点	番町共済会館 8階(南) (東京・千代田区二番町2番地)
8日(土)13:00~14:00	診療録管理通信教育部研究会	病歴士に必要な解剖学(その2)	番町共済会館 9F
12日(木) 13日(木) 14日(金) } 9:00~16:00	職場リーダー研修会	職場リーダーのポジションと役割 職場運営のポイント 職場研修のねらい リーダーシップと相互理解	大阪府農林会館 (大阪市東区法円坂町10)
13日(木)12:50~17:30 14日(金)9:00~12:30	病院管理総合研究会	①病院医療の近代化と問題点 ②中小病院の病棟業務のあり方 ③患者の安全管理 ④医事課でできる増収対策 ⑤中小病院の計画運営 ⑥昭和50年の病院財政を考える	京都府医師会館 (京都市中京区御前通松原下ル)
26日(水)14:00~16:30	ハウスキーピング研究会	今後の病衣について	関東通信病院 (品川区東五反田5-9-22)

編集後記

新年おめでとうございます。新春とともに、新装の「日本病院会雑誌」第1号がスタートいたしました。装丁については、2つの雑誌の合併の実を現すべく苦心をいたしました。いかがでしょうか。

グラフは高橋政祺氏のカメラで、昨秋の沖縄県の病院管理見学研究会のようすを、そして病院見学記をそれぞれに報告していただきました。「沖縄の医療の展望」恒例の「裏ばなし」、また、この旅行中の作品から阿久津水門氏と渡辺論愚氏から俳句を、吉岡八幹氏から和歌をいただきました。

第24回日本病院学会のシンポジウム「病院給食の未来像」を掲載いたしました。

看護制度委員会の1年の研究のまとめを左奈田

幸夫氏にいただき、各勉強会の記録も出そろっております。

雑誌編集委員会としては、委員を少数に限定されましたが、よい雑誌をつくるために従来の各勉強会から出ている委員の方がたに編集協力委員として一層のご協力をいたごうということでございます。

先般1年分の総目次を編むに当たって、勉強会の1つ1つの記録が次の勉強会へのステップになって展開されるもので、十分検討され責任あるものでなければならない、これが総目次で歴然とされるということをつよく感じました。改めてご協力をつよくお願いする次第です。

編集委員	渡辺 進	遠山 豪	吉岡 観八	菱山 博文	北原 哲夫	鎌田 利雄
協力委員	小野田敏郎	阿久津 慎	内藤 景岳	堀口銀次郎	柳田 博	奥田 幸造
	伊藤 誠二	高橋 政祺	赤星 一郎	左奈田幸夫	西村 静一	平野 栄次
	河野 通孝	白石 太郎	石原 英世	平沢 政人	高原 敏夫	横山 達治
	林 健次	岩間千代子	山崎 信夫	京須 寿雄	細瀬 治子	宇井美代子

(担当・西山)



電子式血圧計 MB-100

より早く/より正確に血圧を測る

コロトコフ音を検出する心臓部の電子回路をソリッドステート化した全く新しい電子式血圧計です。

特 長

1. 小型で軽量のハンディタイプです。
2. 自動減圧バルブなど、主要部分が自動式ですので特殊なテクニックは一切いりません。そして測定者による個人差がありません。
3. 電子回路をソリッドステート化したので、消費電力が少なく経済的です。
4. 超薄型高性能マイクロフォンを使用していますので脈圧を正確にとらえます。
5. 表示ランプは明るく見やすくなっています。
6. 電子回路に特殊フィルターを内蔵していますので、外部雑音による誤動作を防ぐことができます。



電子式デジタル体温計 MT-100B

デジタル表示で正確に平均15秒で測定!

シャープ独自のIC技術を駆使いたしましたので、正確性・耐久力は抜群です。しかも省力のための簡便性・小型・軽量等に最新の技術を結集したものです。

特 長

1. スイッチを切っても(測温プローブを収納部に入れる)次の検温まで検温数値をそのまま保持します。
2. 測温プローブを収納部より出し入れするだけで、自動的にスイッチが「ON-OFF」になります。
3. 短時間測定(平均15秒)のHOLD測定と精密連続測定CONTI。測定を選べます。
4. 充電式で持ち運びは簡単、しかも抜群の経済性です。
5. 独特の校正回路付ですので、いつまでも正確、安心して使用できます。

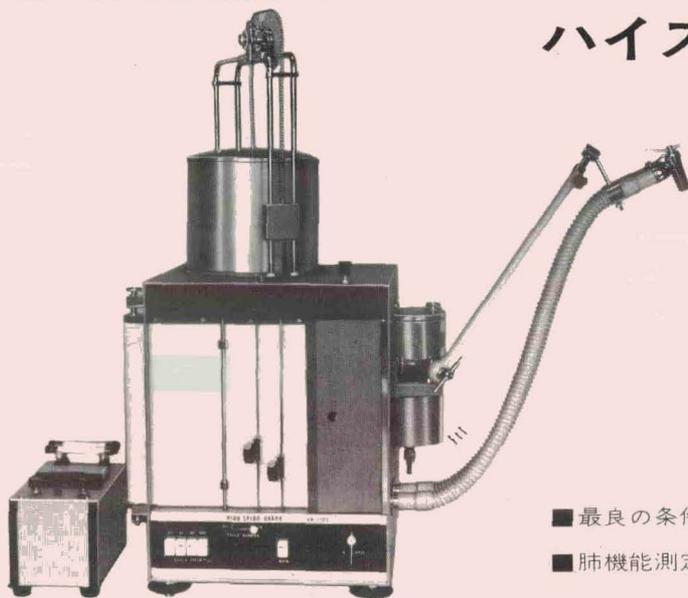


販売元 田辺製薬株式会社 大阪市東区道修町3丁目21番地

創業
40年

フクダの呼吸機能計

ハイスパイログラフ HR-1100F



本器は精密型ともゆうべき装置で、生体から発生する熱量とCO₂吸収による反応熱を適度に冷却しベル内の温度を一定に保って、O₂消費量、残気量等の測定に誤差を与えないスパイログラフです。

- 最良の条件で測定できる
- 肺機能測定兼基礎代謝計、残気量測定可能

営業品目：臨床医学・体力医学・産業医学・人間工学等に関する装置



株式
会社

フクダ医理化研究所

東京都台東区池之端1-6-15 ☎(882)2231代
東京・大阪・広島・仙台

炎症性浮腫の除去 喀痰の排泄促進に

健保採用

■ 炎症・腫脹緩解酵素剤

ダーゼン錠

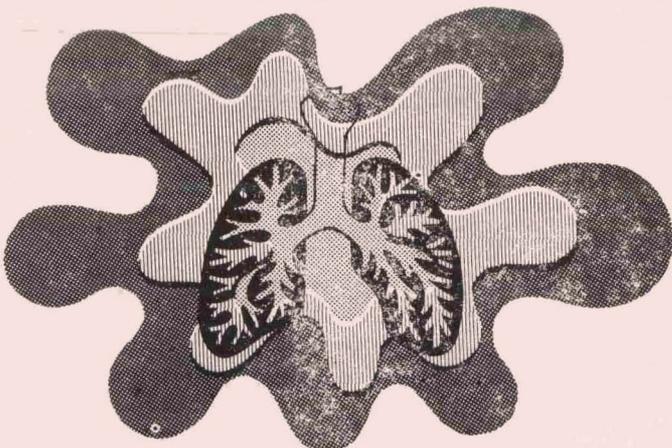
DASEN「タケタ」

(セラチオペプチダーゼ製剤)

■ 効能

- 手術後並びに外傷後の消炎。
- 次の疾患の消炎：副鼻腔炎、乳房うっ積、膀胱炎、副睪丸炎、智歯周囲炎、歯槽膿瘍。
- 次の疾患の喀痰喀出不全：気管支炎、肺結核、気管支喘息。
- 麻酔後の喀痰喀出不全。

*用法・用量、使用上の注意等について、添付の説明書をよくご覧ください。



武田薬品工業株式会社
大阪市東区道修町2丁目27番地

(DA852-4)