

日本病院会雑誌 第24巻第1号 昭和52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

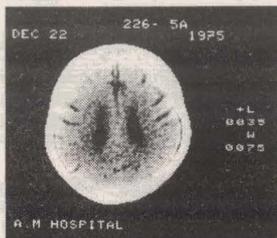
日本病院会雑誌

Journal of Japan Hospital Association

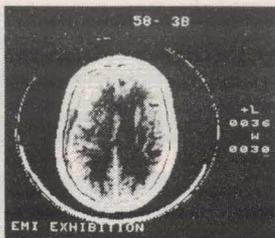
1977

1

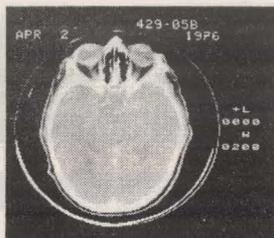
新世紀のCT



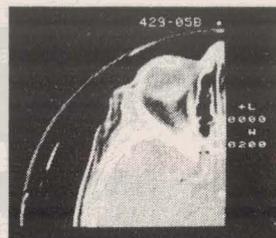
患者コード 226-5A
大脳萎縮



患者コード 58-3B
79歳(女)入院前の1ヵ月間に2度の脱力発作を見た。嗜眠状態で入院。EMI スキャナーで左硬膜下血腫が発見された。



患者コード 429-05B
造影剤静注後、眼球内のhigh density areaを認められる。脈絡叢の腫瘍である。



429-05B<拡大図>
ワイリス輪が観察される。また、眼球内の後方にhigh density areaが増強される。(これは左図の部分拡大図です)

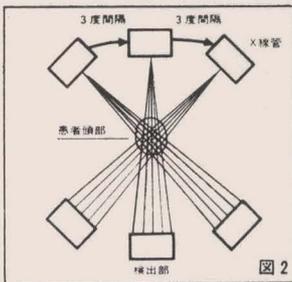
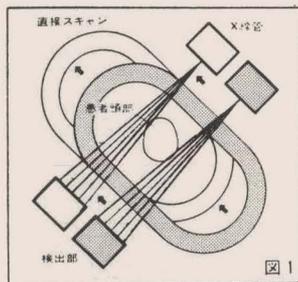
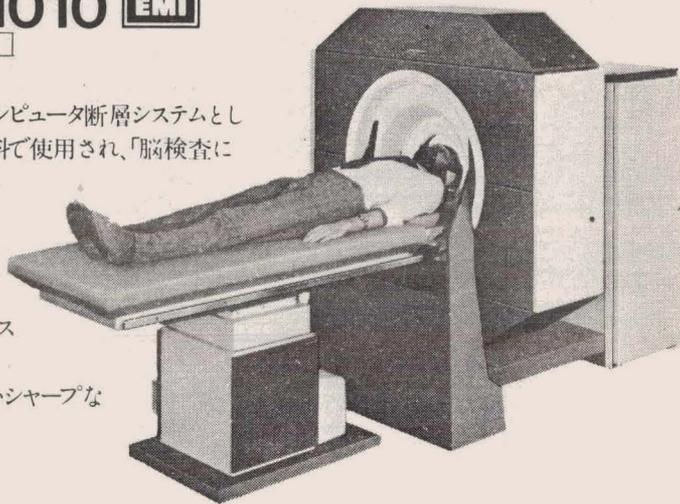
CTの世界をリードする

EMI-Scanner CT1010

フレイムスキャナシステム

EMI-Scannerは、1972年、世界で初めてコンピュータ断層システムとして発売。以来、世界各国の著名な脳・神経外科で使用され、「脳検査に革命をもたらした検査装置」といわれています。そして、約4年。応用に関する技術研究の成果がEMI-ScannerCT1010です。

CT1010は、ファンビームと16個の高感度ディテクタなどの採用により、スキャン速度とスキャン角度を組み合わせて選ぶことができます。この能力と高度の計算能力により、前例のないシャープな高精度の脳・断面像を得ることができます。



撮影部位は、X線管と検出器の中間に位置づけられます。正確にコリメートされたファン形X線ビームによって16個のディテクタを備えた検出器が吸収値をキャッチします。直線状にスキャン(図1)しながら、3度ごとに回転(図2)し、全スキャンが完了するまで継続されます。



東京芝浦電気株式会社
東芝メディカル株式会社

東京都文京区本郷3丁目26番5号
☎ 03 (815) 7211(大代) ㊟ 113

1977年度欧・米医療視察へのお誘い

- 1) 旅771 欧州医療視察団（地中海コース）
期間：昭和51年2月24日～3月15日（20日間） ￥758,000
コース：東京/マドリッド③/バルセロナ①/ニース④/ローマ③/ジュネーブ①/フランクフルト①/ハイデルベルグ①/
ロンドン②/パリ②/東京。 締切日 昭和52年1月末日
- 2) 旅772 欧州医療視察団
期間：昭和52年4月21日～5月10日（20日間） ￥852,000
コース：東京/パリ③/ロンドン②/ハイデルベルグ①/ウィーン②/インターラーケン②/ジュネーブ②/ローマ③/マドリッ
ド②/東京。 締切日 昭和52年3月21日
- 3) 旅773 カナダ・メキシコ医療視察団〔第68回癌研究学会〕
期間：昭和52年5月11日～5月30日（20日間） ￥850,000
コース：東京/バンクーバー②/バンフ②/レイクルイズ②/カルガリー①/デンバー③/メキシコ⑤/サンフランシスコ③/
東京。 締切日 昭和52年4月6日
- 4) 旅774 欧州医療視察団（北欧コース）
期間：昭和52年6月3日～6月24日（22日間） ￥975,000
コース：東京/コペンハーゲン①/ストックホルム②/オスロ①/ベルゲン①/ロンドン②/マドリッド②/ローマ③/インター
ラーケン②/ミュンヘン②/パリ③/東京。 締切日 昭和52年5月3日
- 5) 旅775 ④ 欧米病院管理視察団〔身障者の為のリハビリテーション・シンポジウム〕
期間：昭和52年7月2日～8月1日（31日間） ￥1,250,000
コース：東京/モスクワ②/ストックホルム②/ベルリン②/ハイデルベルグ①/ロンドン③/パリ③/ジュネーブ②/ローマ③/
マドリッド②/ニューヨーク②/バッファロー①/ロチェスター②/サンフランシスコ②/ホノルル②/東京。
締切日 昭和52年6月2日
- 6) 旅775 ⑤ 欧州医療視察団〔身障者の為のリハビリテーション・シンポジウム〕
期間：昭和52年7月8日～7月29日（22日間） ￥895,000
コース：東京/ロンドン③/パリ③/ジュネーブ②/マドリッド②/ローマ③/ミュンヘン③/ハイデルベルグ①/ベルリン②/
東京。 締切日 昭和52年6月8日
- 7) 旅776 欧州病院管理視察団
期間：昭和52年8月12日～8月31日（20日間） ￥886,000
コース：東京/オスロ①/ストックホルム②/ロンドン②/パリ③/マドリッド②/ローマ③/ジュネーブ②/ハイデルベルグ①/
フランクフルト①/東京。 締切日 昭和52年7月12日
- 8) 旅777 欧州看護医療視察団
期間：昭和52年8月12日～8月28日（17日間） ￥690,000
コース：東京/コペンハーゲン①/アムステルダム②/ロンドン②/パリ②/マドリッド②/ローマ②/ジュネーブ①/フランク
フルト②/東京。 締切日 昭和52年7月12日
- 9) 旅778 欧州医療視察団〔第10回国際化学療法会議〕
期間：昭和52年9月14日～10月5日（22日間） ￥890,000
コース：東京/フランクフルト①/（ハイデルベルグ・ローテンブルグ）ミュンヘン③/チューリッヒ③/インターラーケン②/
ジュネーブ②/ローマ③/パリ③/ロンドン②/東京。 締切日 昭和52年8月14日

以上

お問い合わせ・お申込方は
(株)東名トラベル (株)藤田トラベルサービス 代理店

〒160 東京都新宿区西新宿7-9-7(ニッカビル2F)

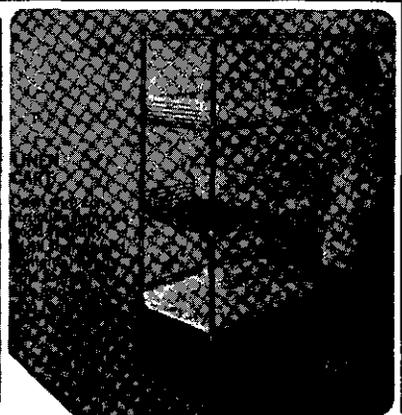
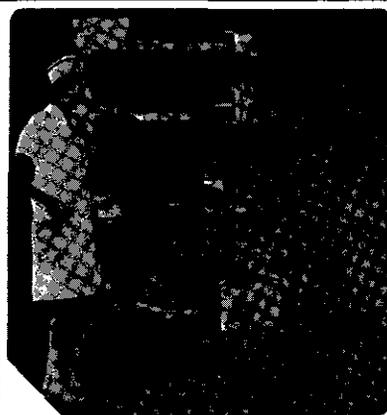
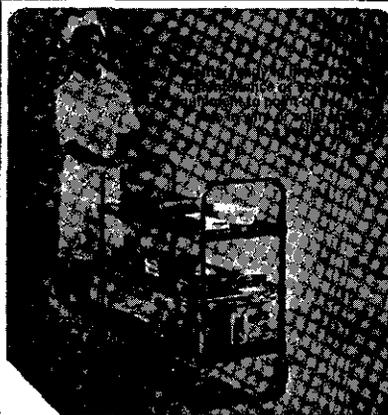
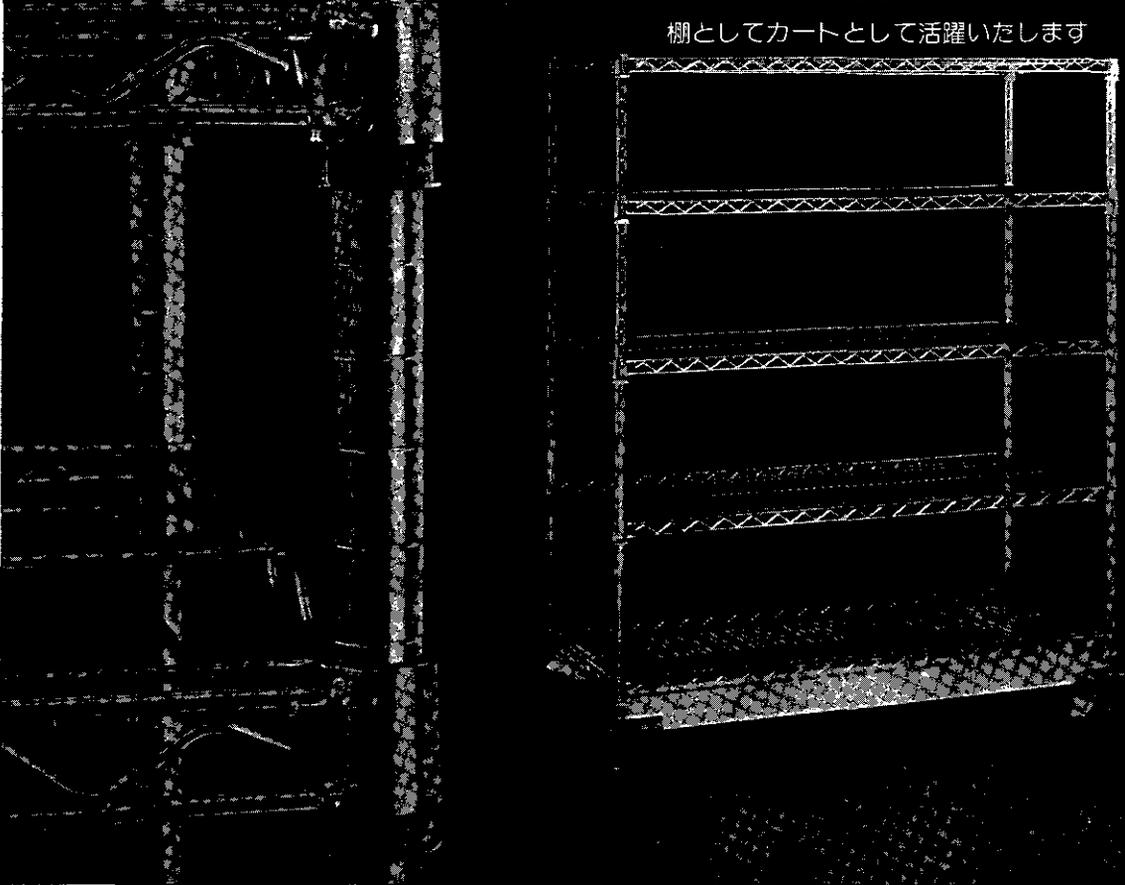
Tel : 03-(363)6728

(369)0120

担当者 服部・向井・石井・小川

エレクターシェルフ

清潔でしかも力強いエレクターシェルフには
豊富なサイズが用意されており
病院のあらゆる場面で
棚としてカートとして活躍いたします



資料請求
無料



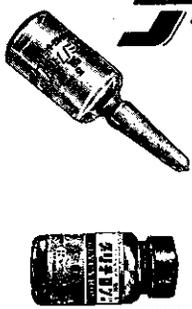
米国メロポリタン・ワイヤー社と技術提携

日本エレクターシェルフ株式会社

本社/東京都渋谷区道玄坂1-16-10 千150 ☎(03) 464-7711代
大阪/大阪市南区北桃谷33-1 千542 ☎(06) 768-5351代
名古屋/名古屋市中区上御津2-1-25 千460 ☎(052)331-6028代
仙台/仙台市五輪2-1-13 千983 ☎(0222)93-7630代
秋田/秋田市中通4-1-6 千010 ☎(0188)33-3065代

目次

グラフ・第3回病院管理視察研究会（鳥取・島根）	7
巻頭言・昭和52年を迎え	阿久津 慎 15
第3回病院管理視察研究会	16
鼎談・日赤医療センターをめぐる	35
第17回人間ドック学会	
シンポジウム・精度管理の実情と問題点	38
特別講演・腎疾患最近の考え方	古山 隆 55
随想・第3回病院管理視察研究会うらばなし	63
べんきょう会	
第7回放射線技師監督者セミナー	御殿場・放射線部会 75
セミナーを顧りみて	75
全体討議「リーダーシップのあり方」	87
ハウスキーピングの在り方について	秋田・ハウスキーピング研究会 97
日本病院会常任理事会報告	
第20回国際病院学会特別会員費募集	
日本病院会学術雑誌「病院学」4月創刊 原稿募集	
第3回日本診療録管理学会開催のお知らせ	
「第2回 医療紛争防止のためのセミナー」開催のお知らせ	
日本病院共済会からのお知らせ	
2月べんきょう会のお知らせ	



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

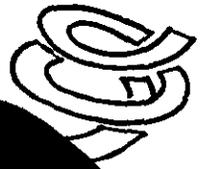
強力ネオミノファーゲンC

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

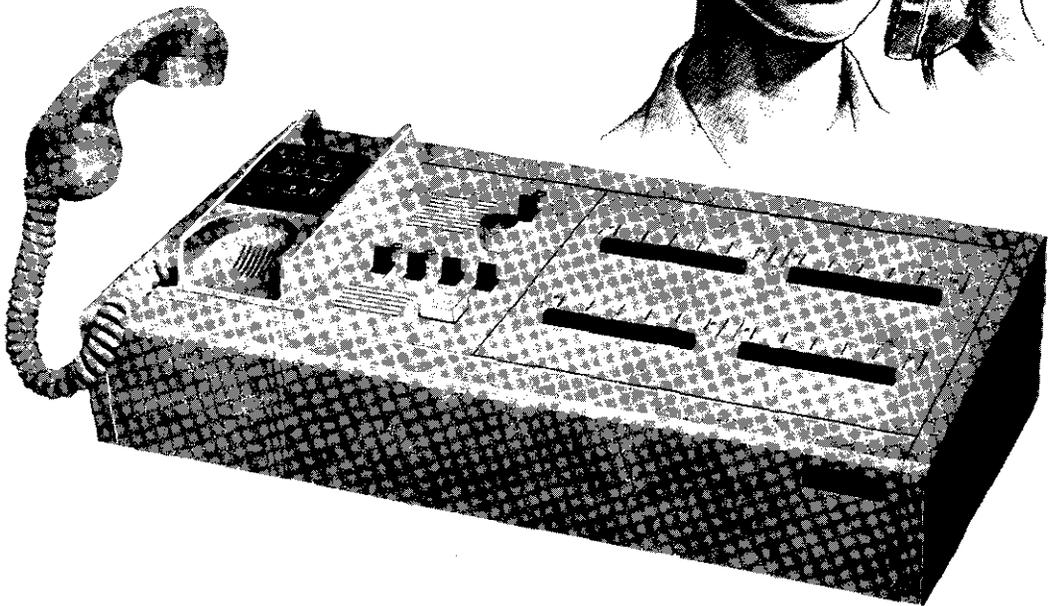
包装 1000錠, 5000錠

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)



新星電機の トータルコミュニケーションシステム

病院用通信システムと取組んで20年、
新星電機は、常に新しいトータルコ
ミュニケーションシステムを考え、
皆様のお役に立てることを願って
います。



同時通話式シスコールF型



新星電機工業株式会社

本社・東京営業所 東京都中野区南台 5-34-10
電話 03(382)5671(代)千164

営業所

札幌電話 011(731)4255-6

仙台電話 0222(71)1315番

名古屋電話 052(261)8635-6

大阪電話 06(441)8228-5225

高松電話 0878(51)0611-2

福岡電話 092(531)6647番

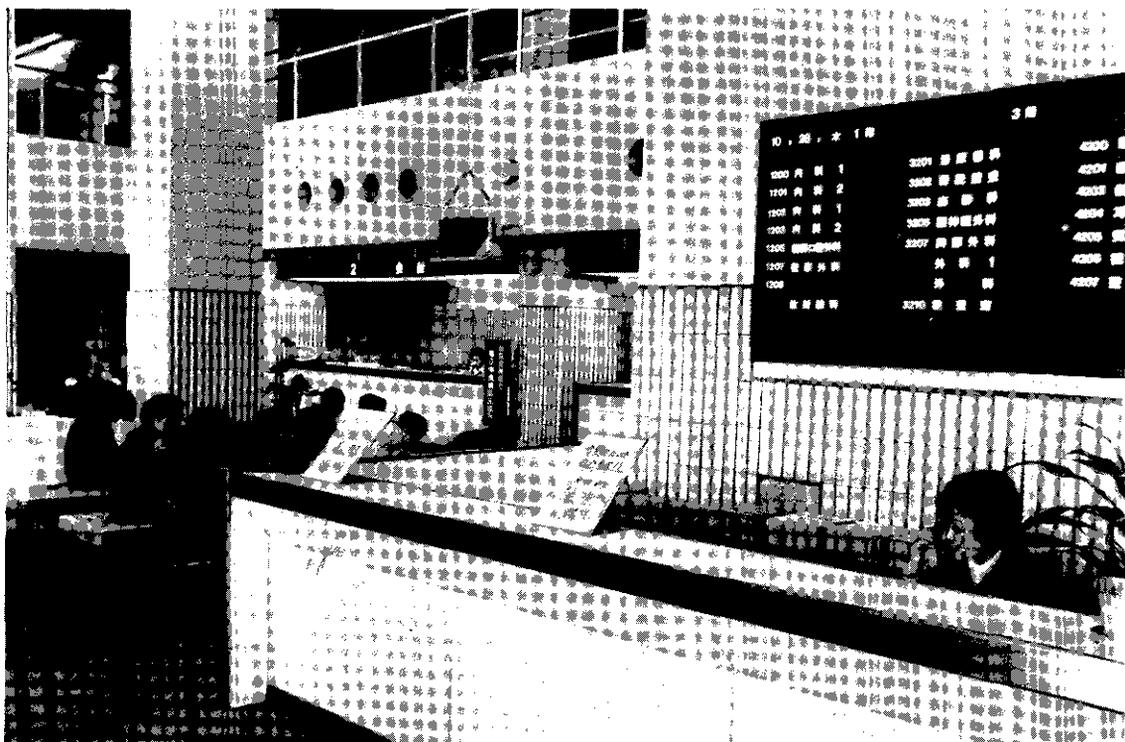
第3回 病院管理視察研究会

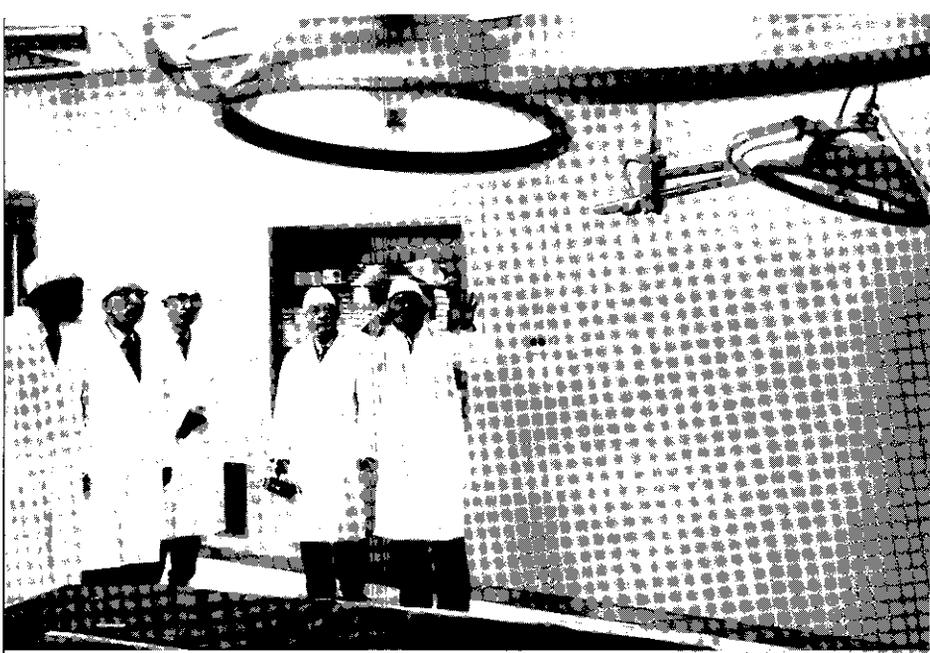


日本病院会恒例のスタディ・ツアーは再び出雲路の病院をたずねることになった。昭和51年10月27日の夜、鳥取市に集合した研究員は、翌28日から30日まで、鳥取および島根県下の6病院を見学した。

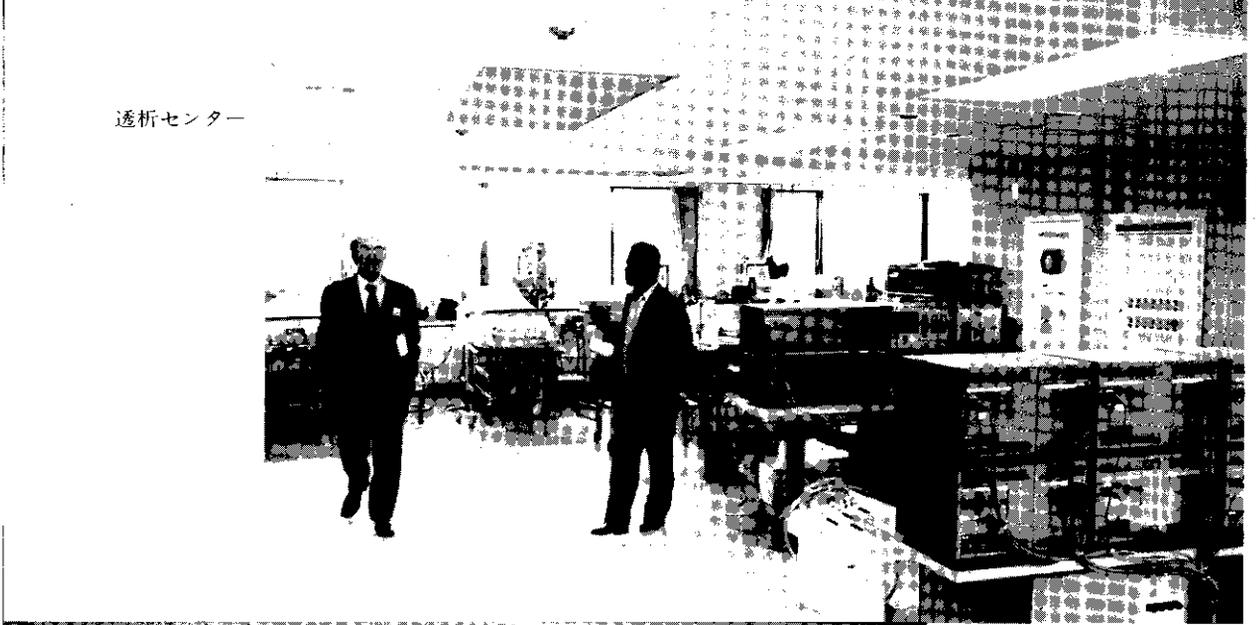
鳥取県立中央病院（402床）

新築が成ったばかりの偉容をほこる医療センターであり、階層ごとに各診療科の外来と入院部門を一つのブロックにまとめてあるのが特異である。

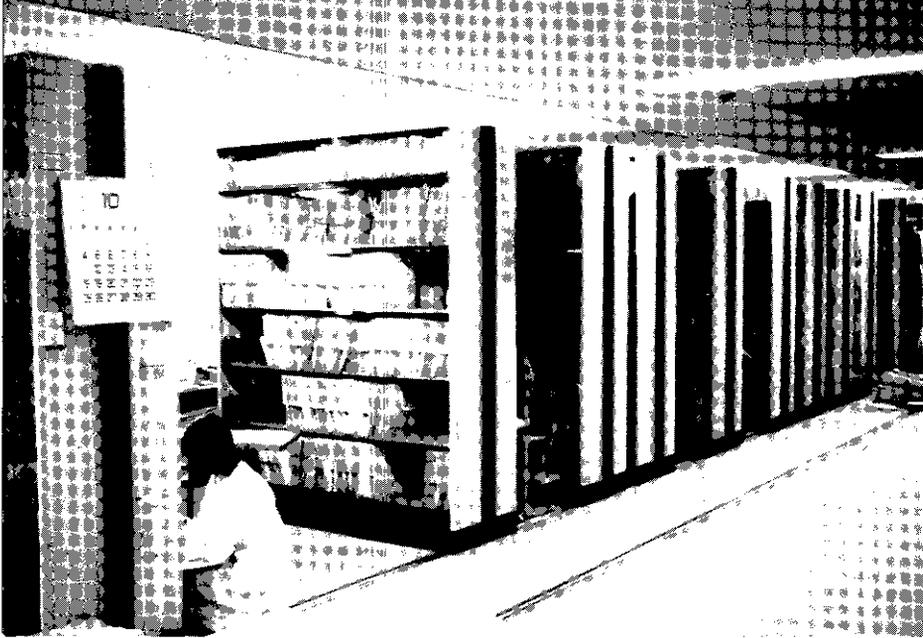




中央手術室

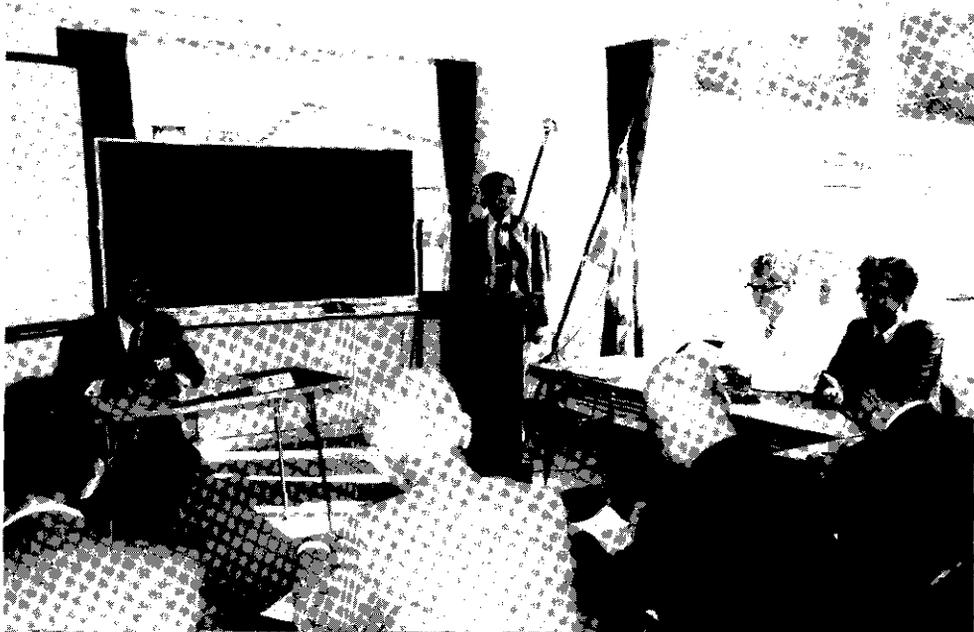
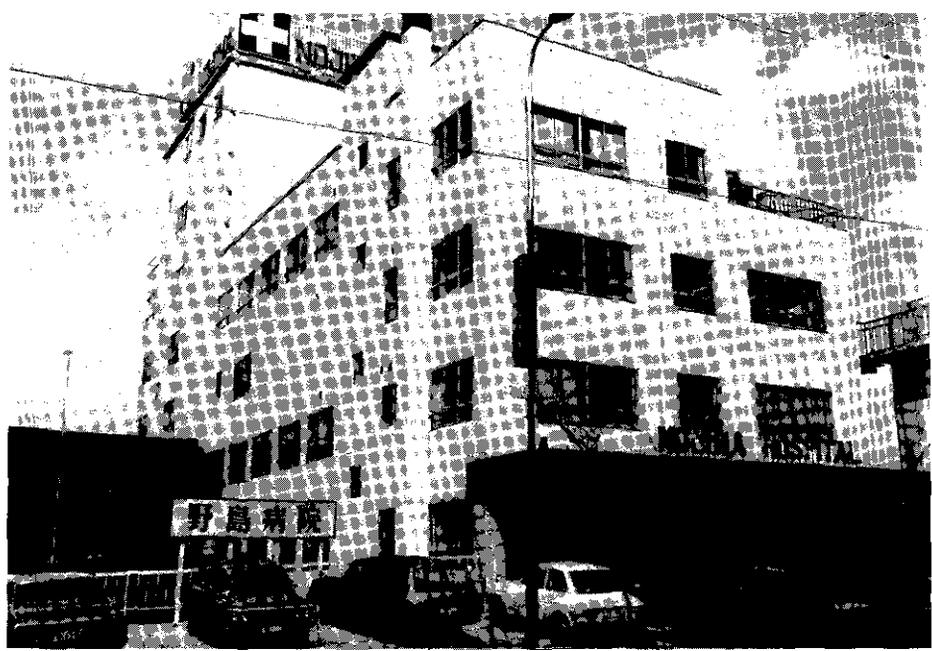


透析センター



中央病歴室

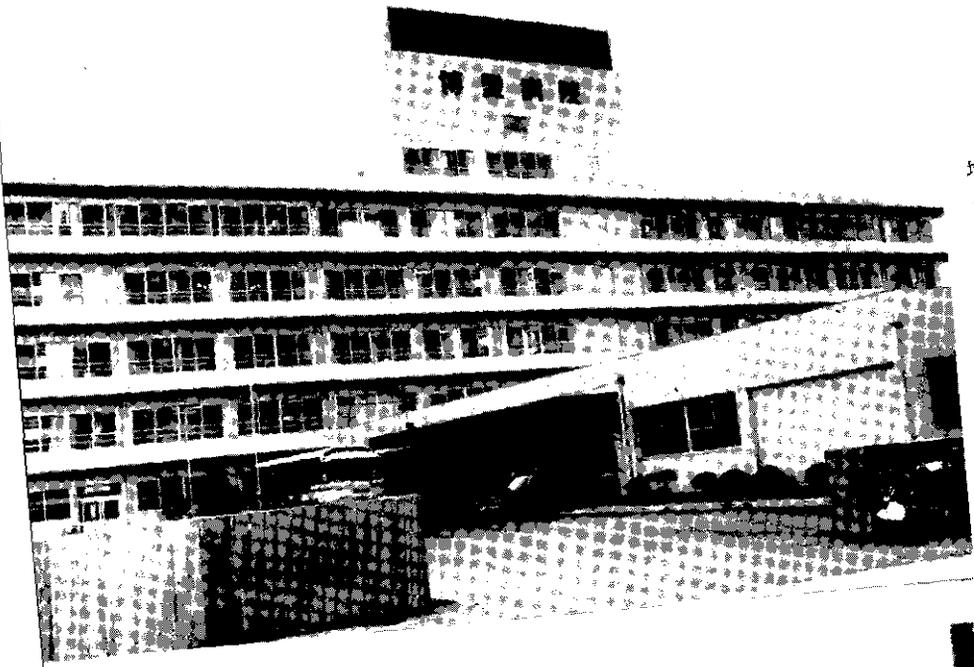
野島病院 (273床)
一人の名医を中心として発展するというわが国の病院の成立形態をそのまま示しているような医療法人立病院である。



病院旗を背にして
語る野島鉄之助院長

外来フロント





博愛病院 (180床)
戦前株式会社として
地域の有志が設立した
という長い歴史を有す
る病院で、地元と結び
ついた医療法人立病院
である。

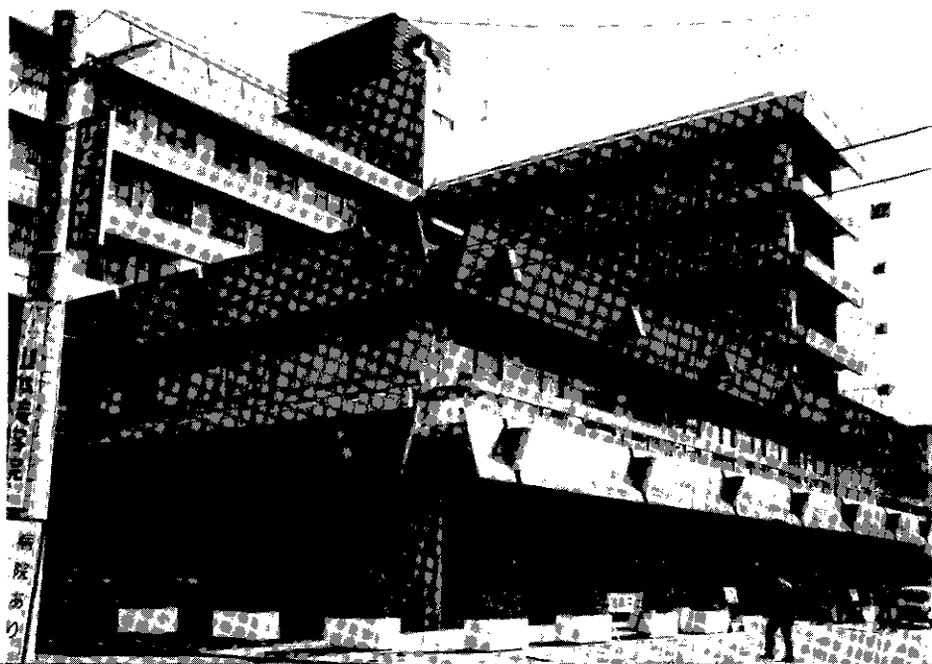
村上一平副院長を
囲んで研究会を行な
った。



外来玄関待合ホール

松江赤十字病院
(625床)

かつて11年前この
スタディ・ツアーがこの
病院を見学した際、故
武藤病院長が改築計画
について熱っぽく語ら
れたが、今それが石倉
悦院長によって見事に
完成されている。



機能的なナース
ステーション

石倉院長、森広喜次
郎事務部長、榎茂子看
護部長を中心とした病
院スタッフの方々と研
究会を行なった。





正面玄関ホール



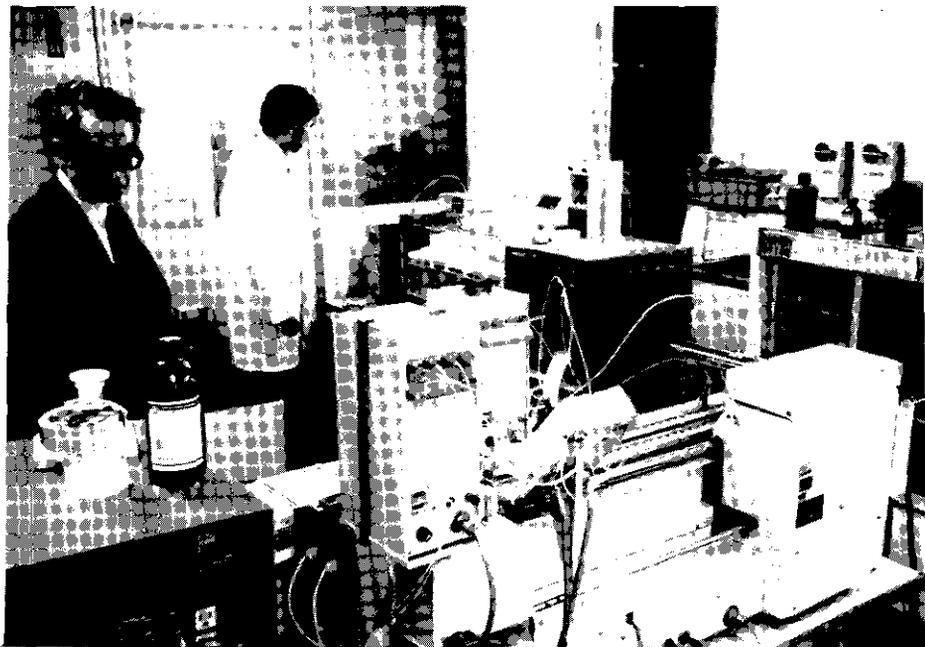
院長室には杉田玄白の解体新書を始めとする沢山の古い医学書が保存されている。

松江市立病院（476床）

松江市の診療圏を日赤病院と折半する市民のための地域病院である。



オートアナライザー
で重装備された臨床検
査室

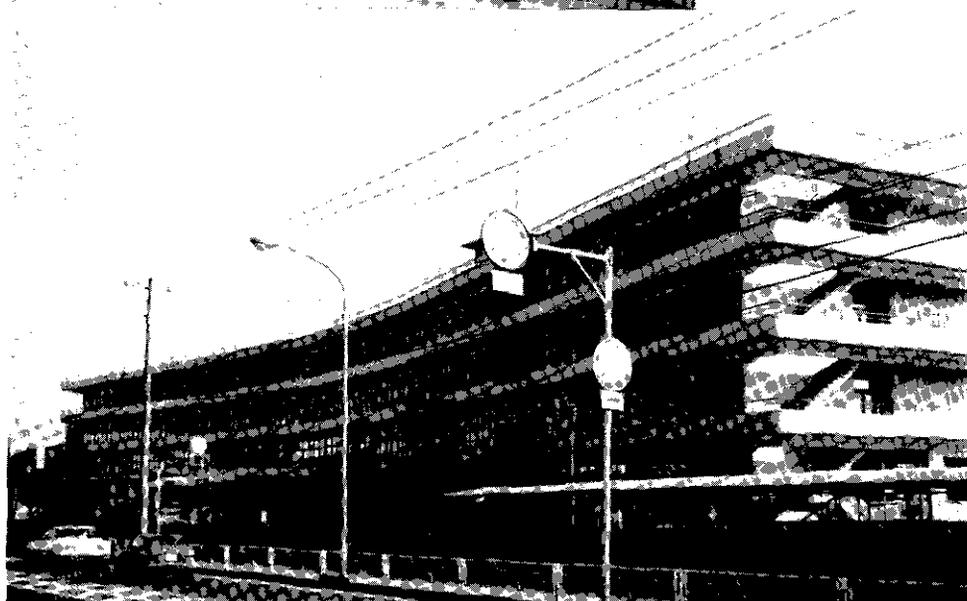


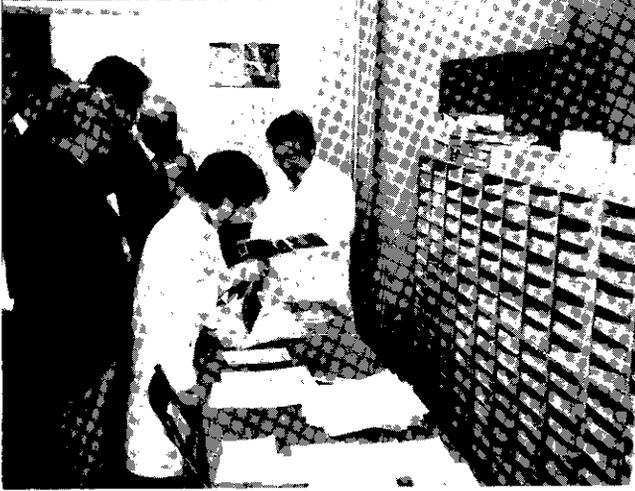
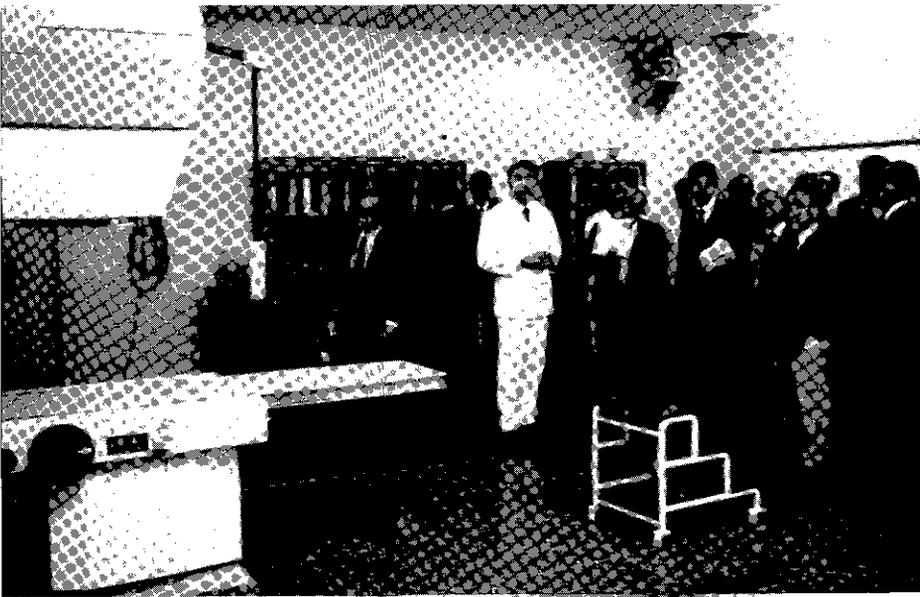
ボイラー室で西
川正光院長の説明
を聞く



島根県立中央病院
(550床)

出雲市にあるこの病
院は、新設の島根医大
の教育関連病院となっ
て、新しい飛躍が期待
されている。





臨床検査室には、臨床検査科カルテがあり、それに患者個人ごとのデータが整理されている。



岩宮公平院長を始めとする主要病院スタッフをかこんで研究会を行なった。



昭和52年を迎えて

会長 阿久津 慎

新年おめでとう存じます。

昭和52年は、日本病院会にとっても、洵に重大な年であります。

と申しますのは、ご承知の通り、第20回国際病院学会が、ホテル・ニューオータニで、1週間に亘って開催されることになっているからであります。

オイルショック以来、日本の経済は、高度成長時代を離れて、低成長期に入ったといわれますが、それでも、自動車工業を中心に、輸出は増大し、世界の経済大国としての位置は保っております。

この経済大国での国際病院学会でありますから、何とか、その体面を保って、はづかしくないことを、したいと思っています。

そのためには、学会への参加者が、多くなければなりませんし、日本の経済団体のご援助や、医療関係団体からの、物心両面におけるご援助をお願いいたす次第であります。

これまでに、度々、国際病院学会については、各担当者の方から、ご報告をしておりますが、新年を迎えて、皆様のご記憶を新にして頂くつもりで、日程などを申し上げますと、次の如くであります。

5月22日(日曜日)は登録を行ない、夜はレセプションをやり、23日(月曜日)の午前は、開会式と記念講演があり、24日(火曜日)の午前は、「大都市における医療」についての分科会と、午後には、「医療補助者と医療チーム」についての分科会が開かれ、25日(水曜日)は「医療における電子機器利用」についての分科会の外に、24日に引き続き、「大都市における医療」の分科会。そして午後には、「疫学と医療、特に計画と管理」と、「都市における病院の近代化」の分科会が開かれることになっている。

26日(木曜日)は、前日に引き続き、「疫学と医療、特に計画と管理」についての分科会と、「都市における病院の近代化」についての分科会が行なわれ、午後には、病院見学ということになります。27日(金曜日)は、午前中に、学会のまとめと、閉会式を行なって終了することになっております。

最近到着した情報では、初め我々が予想していたよりも多くの方々が、外国から参加して参るようでありますので、国内の多数の方々が、ご参加下さることをお願いして、新年のご挨拶といたします。

第3回病院管理視察研究会

10月27～30日，鳥取・鳥根の6病院を訪問

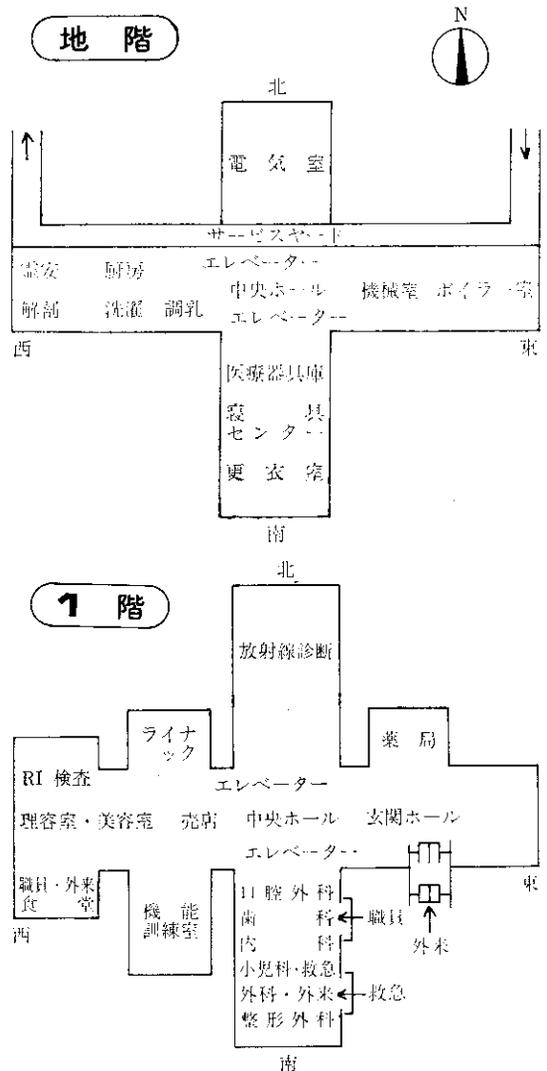
- ……………“秋のスタディ・ツアー”としておなじみとなった病院管理視察研……………○
- ……………究会は，第3回を迎えて昨秋10月27日（水）～30日（土）の4日間に……………○
- ……………わたり，鳥取，鳥根の両県を訪問先として行なわれた。……………○
- ……………見学先は鳥取県立中央病院，野島病院，博愛病院（以上鳥取県），……………○
- ……………松江赤十字病院，松江市立病院，鳥根県立中央病院（以上鳥根県）……………○
- ……………の6病院。30余名の研究員は10月27日午後5時鳥取観光ホテルに集……………○
- ……………合，翌日からの視察・研究にそなえて鋭気を養った。……………○

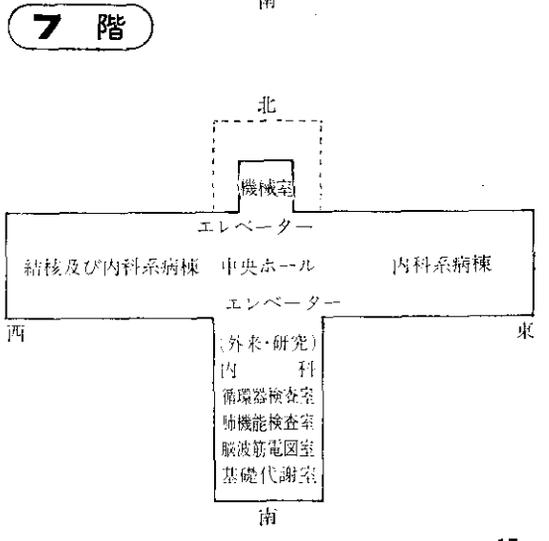
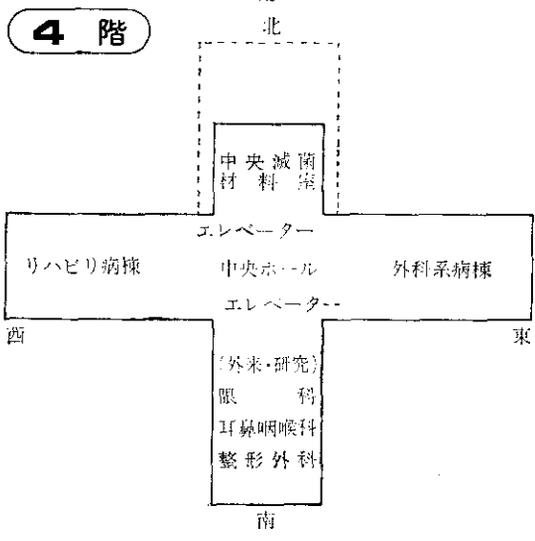
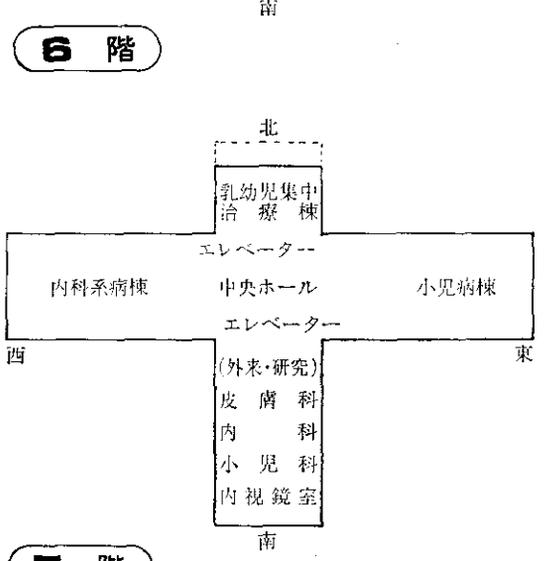
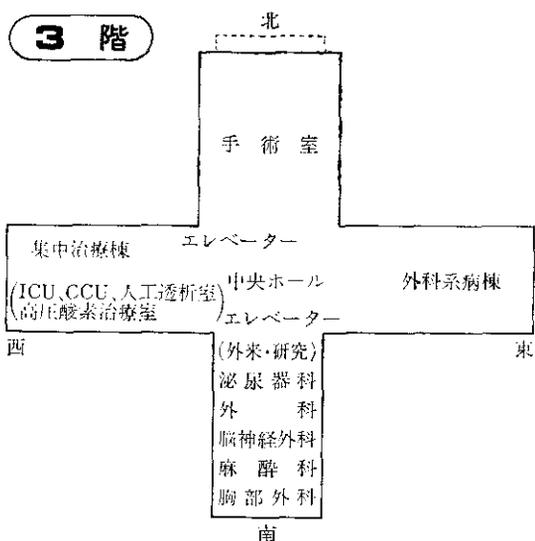
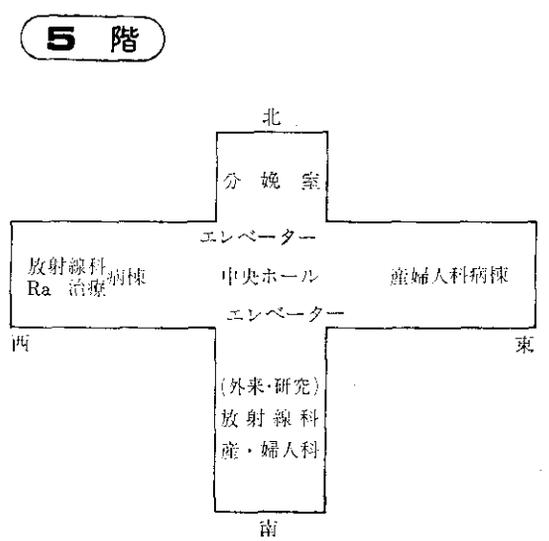
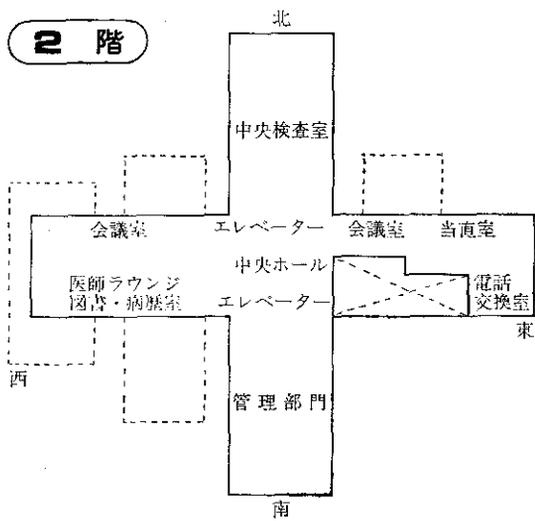
鳥取県立中央病院

林 徹夫

本院は鳥取の砂丘を遠くに望み千代川の畔に佇む7階建ての近代建築，煉瓦色の瀟洒な建物で全建築費47億円，建物費42億，設備費5億，50年9月開院したばかりです。総合病院で病床数は402床だが現在は約その7割が動いている。新進気鋭の牧野院長の指導下で斬新な計画の下に現在及び将来もなお拡張中であり，将来は700床に拡張の予定，半年後には隣に保健所も建設されるようである。印象的なのは臨床各科を各階に適当に配置しているが東西方向に病室を，同階の南北方向に同科関係の外来，検査室，研究室等を附設しており，入院患者の近くに何時もその科の医者がいるような設計であった。同行の某病長の話ではかかる配慮は外国にも少いそうで西ドイツに1件略同様な配置の病院があったそうである。（各階平面図参照）

外来診療は外来予約制だが実情は7割だけが予約をし残りは予約なしで来院するとのことであった。カルテは中央集中式であり，受付よりカルテ室に必要事項をテレメールで電送するとカルテ室はカルテを選出し各科にエア・シュートで分送する。医者，看護婦，事務員の一部に院内ポケットベルを持たせ緊急の連絡を便にしたりエレベータにも工夫をして2ドア式のものの特設したり或は緩急2式のエレベータを設け急速用のものを職員用に供して移動の迅速を期するようにしていた。





救急外来は1階に特設しているが、夏この地方に水死が多いので溺水救急班を作り外科医、麻酔科医がこれに当り電話の連絡があれば直接事故現場迄行って救急に應ずるようにしているがこれにより昨年1勝6敗だったのが今年は5勝2敗迄に引き上げることに成功した。

(熊本・小林病院 医師)

野島病院

土橋 明次

10月28日正午、見学団のバスは、県道に面している野島病院に到着。院長先生はじめ多数の職員のお出迎えをいただき、早速昼食となり、お心づくしのおいしい弁当を頂戴いたしました。食事の後まずご案内いただいたのは立派なお庭でした。緩い斜面に石組や滝等院長先生多年のご苦心になるものようで、由緒深い建物もありました。院長先生は朝夕この庭を歩まれて、或は想を練り、或は診療の疲れを癒しておられることと拝察いたしました。この庭は外来待合からも眺められるようになっています。

この庭を経て私共は、もう一度正面玄関へ出ました。入りますと正面右上に診療スタッフを表示した立派な額があります。院内案内図もまことに詳細親切です。廊下はグリーンのじゅうたんであり、清掃も行き届いてきれいです。待合の長椅子等も金のかかった立派なものです。そして、掲示類が非常に少いように思いました。どの病院も、外来フロント付近は、とかく掲示が多いだけに、当院のこの点が目につきました。院長先生の庭の精神がこのようなところにも現われているのかと思いました。

病室もきれいでした。看護用具等にもいろいろ工夫があるようでした。点滴スタンドの代りに、ベットの両サイドの天井に掛金が用意してあり、これに吊るす当病院作成の太い針金の点滴掛が長短2本用意されています。費用も極めて僅かで済むだけでなく、廊下に点滴スタンドが並んで、消防の点ではいつも頭の痛くなる問題も無くてすむわけであります。

屋上の上ってみますと、日の丸の旗と並んで当院の旗が折からの風にはためいていました。赤地に白く十字を染め抜き、右の肩に NOJIMA と黒くかかれて鮮かです。目を転じますと倉吉市の街並みの上方彼方には山脈が列なっています。あれは中国山脈なのでしょうか。討議の行われた講堂にも日章旗とこの病院旗が並んで立てられています。院長野島鉄之助先生のお話ですと、当院の創立は大正6年ということですから、既に60年を経ているわけです。最初は9床からスタートした当院は現在273床。科目は、内、外、整外、脳神経外、精神、眼、神経内科の7科。職員数180名。この中ナース有資格60名、その助手等35名、薬局、X線、検査、栄養等の技師もよく充足されています。只今第一期工事が終了したところで、近く第二期工事に着手したいご計画とのことであります。なお将来は、10,000㎡の土地に別棟を建てたい、day hospital もやりたい等積極的に伸ばして行きたい構想であると、院長先生は申しておられました。なお、院長先生は眼科ですが、眼科、精神科、救急の3つを診療の柱としたいとのことであります。

この倉吉市は人口5万人。この街で60年の歴史を有つ当院は、当地域に欠くことのできない公共施設として、着々実績を積んで来られました。加えて院長先生のお人柄もあってのことかと存じますが、先生は、医療金融公庫の貸付限度額では勿論足りないの、あとはすべて地元銀行の融資によっているが、この融資については苦労はしていない、すべて電話で用が足りている、と絶対的信頼が寄せられていることが言外に感じられました。羨ましいような、ご立派なことと存じます。ただ先生は、相続税の問題には困っていると申されましたが、未だに解決のめどのない社団医療法人のこの件は、心ある政治家の努力が待たれる次第であります。

なお、報告されていた当院の診療収入には窓口収入分が含まれていなかったために、当日は正確な数字が掴めず残念でありました。

最後に院長先生はじめ野島病院のみな様のご健勝と一層のご発展をお祈り申し上げます。どうも有難うございました。(柏戸病院 事務長)

博愛病院

豊崎 勲

今迄信託病院という話しは聞いておりましたが、博愛病院をみて色々参考になりました。医療設備信託というのは、土地、建物、機器の購入まで希望に応じて所要資金の調達ができるということです。銀行は信託を受けると信託受益権証書を発行し又、それを第三者に売却して資金を回収するということです。病院を銀行から貸借し経営するということですが貸借料の支払いによって代金決済を行なうというシステムです。期間は最長25年で満了後に全財産の引き渡しを受けるということです。ある程度規模の病院設立になると医療金融公庫の融資わく内では限度があるし又銀行は短期の為返済に無理があるし、信託に委託した方が有利であるということでした。なお、商社は経営にはノータッチで、然も病院経営、その他、総合的なサービス等には依頼があれば助言するということです。

建物、設備は公立病院並みの立派さでしたが、貸借料の代金も年に入院費用10%、外来費用8%程度の上昇をみて十分であるということでした。

なお医師充足も建物が新しくなってから十分であるし、看護婦も近ごろのUターン現象により充足率は十分であるということでした。

(熊本・小林病院 事務長)

松江赤十字病院

植松 宗悟

10月29日、午後1時20分、病院に到着、院長以下多数の出迎えをうけ、講堂において院長、事務部長より病院の歴史や概況、将来像等についてお話しを受けた後、医師、事務部門、看護婦の3班に分れて、院内を約1時間にわたって見学し、その後講堂で約1時間討議を行なった。

当赤十字病院は松江市のほぼ中心にあり、附近には松江市民病院や松江生協病院がある。

創立は明治9年、松江医学校の創立にともない公立松江病院として併設され、後に島根県立松江病院となり、昭和11年、日本赤十字社に継承され、昭和18年、松江赤十字病院と名称が変更された。当初110床であったが、昭和19年、22年増築して172床、昭和29年円型病棟(3階建)、昭和33年、中病棟(4階建)竣工し、565床となった。昭和32年総合病院の認可をうけ、昭和43年本館を改築して(6階建)625床となり、島根県の医療の中心となり、県民の絶大な信頼をうけている。附属施設として高等看護学院、乳児院等がある。

敷地面積15,164㎡、建物面積25,605㎡、1日外来患者数861人、平均在院日数32.5日、病床数625床(一般541床・精神70床・伝染14床)剖検率29.7%、1ヵ月手術件数180件、職員総数558名(医師47名、看護婦304名)である。

洗濯部門一部外注、清掃部門外注でやっている。

病院見学は初め屋上に行って病院全体の説明をうけた。将来計画として円型病棟を改築して新しくしたいとのことである。病棟、ICU、屋上庭園を見学したが、屋上庭園はレンガで盛土し、そこに木や石で造園してあり患者の眼をたのませると共に、救急の災害時の避難場所として一石二鳥の働きをしている。

その他機能訓練室、中央検査室等をみて円型病棟に行った。この円型はドーナツ型で中心が中庭になっていた。欧米でも円型病棟を新しく建てる所もあり、ことにICUなどは、中心に看護詰所をおき、周囲に病棟を配置してどこの部屋の患者も観察出来るようにし、また従業員の動線の短縮をはかる事が出来る等、使用目的によっては再考の余地がある病棟の型ではないかと思った。

院長室と会議室には旧医学校時代の貴重な文献が多数あり、和本で、少し虫でいたんではいたが、割合よく保存されており、解体新書などもあり、興味深く拝見した。

また別棟で、完備した解剖室、標本室等があり、医療の質の高いこともうかがえた。

さらに救急医療も、24時間体制でやっており、地域住民の要望にこたえている姿をみた。

院内見学の後、済生会中津病院の豊島院長の司

会で、討議がおこなわれた。

問1 病院でスリッパを使用している理由

〈答〉 院内を清潔にする為と院内感染の防止のためである。

問2 建物、機具等を大変安く購入している理由

〈答〉 予算が少ないので、原価を日常よく把握しており、購入の時、根気よく折衝する。

問3 公的病院でも500床位が適正病床ではないか

〈答〉 改築して700床位までにしたい。

問4 組合活動について

〈答〉 全日赤に加盟しており、組合員は約100人位である。

問5 看護教育について

〈答〉 別にやっていないが、院長が「和」という事を目的に教育しており、それに従ってやっている。将来は正看だけでやってゆけそう。平均年齢26.7才で、独身が60%位している。

問6 医療社会従業について

〈答〉 4人でやっている。内容としては、講演、人間ドック、家庭訪問等をやっている。

問7 外来患者が入院患者に較べて少ないのは

〈答〉 人口に較べて、この病院の周囲に市立病院、生協病院等の総合病院があるので少ない。

問8 結核病床の廃止について

〈答〉 患者が減少して来たので、約1年間の準備期間をおいてやり、近くの国立療養所に患者さんをうつし、一般患者を多く入院させるようにしたので、医師会も賛成してくれた。

問9 混合病棟の運営について

〈答〉 部長や医師の理解があり、病棟会議を1カ月に1回やり、そこでよく調整する。また救急病棟があるため救急患者が急に入院して来ることはない。

問10 会議についてどのような種類のものを行っているか

〈答〉 部長会(週1回)、医局会、看護部門の会議、事務部門の会議等を各職場でやって

いる。

以上のような質疑がおこなわれ、約1時間にわたって勉強した後、院長、事務部長、総婦長等多数のお見送りをうけて、次の見学病院に向った。

(杏林大学医学部病院管理学教室 助教授)

松江市立病院

澤田 光正

雲出ずる国、雄大秀麗なる宍道湖畔にほど近きビル街に、黄土色の外装も品よきたざまいの松江市立病院を訪ずれた。

玄関を入るとすぐ左側の壁面に、大きく美しいタイルモザイク画があり落ちついた雰囲気をただよわせている。

整然としつらえられた会場にご案内をいただき、西川院長先生よりご懇篤なるご挨拶と、事務局長の吉岡先生より病院の沿革・現況に関し概略のご説明を受けたのち見学に移る。市街地のまったただ中に位置するため用地が狭く、その中の限られたスペースを最大限に活用し増改築が行なわれていて、計画にたずさわられた方々のご苦心のあとが至るところに見られた。

中でも改造された中央手術室では、そのたくみなスペース配分と配置に、これから改造を予定しておられる研究員中の某院長先生を唸らせることしきりであった。

昨今、医療設備に関しては大都市在の病院も、地方在の病院も差はなくそれぞれに優秀な設備を擁しているが、この病院においてもシンチレーションカメラ、血管連続撮影装置、腎透析装置等の新鋭設備が導入されており、またCCU等の高度な医療が行なわれ、充実した医療活動がなされている。

その他ひろいスペースにととのえられたリハビリ室、十分な設備を完備した水治療室等、不採算医療ともくされる面にも十分な設備がなされていた。

病室も清潔に管理され、しかも低廉な室科で運営され、そこに働らく折目正しく好感のもてるナ

ース諸嬢等，まことに患者にとって快適な病院と思われ，さすがは市民のための市立病院ならではの感を受ける。

見学を終え会場にもどる病院の廊下で，記録者の粗悪な頭にある感慨が湧いた。それは今回のスタディツアーで見学したいずれの病院も，それぞれに工夫をこらした近代的な建物と最新鋭の医療機械設備を保有し，そこにつどう，より良き医療への理念と情熱に燃える院長先生をトップとする医療人をおもう時，大都市在病院も地方在病院も今や形態内容ともすべて同じであり，僅かに大都市在病院が比較的ドクターを集めやすいという利点があるのみの差と思われた。

これもここ数年來の医大の増設で，数年後には地方在病院の医師不足も解消されるとなると，施設，設備が同一で，スタッフの質，量も同じく，環境は遙かにすぐれ，入院費用（室料等）も低廉，更らに地方の厚き人情をもととした患者との接遇（人間関係）に優れた病院が続出することになれば，大都市居住の患者にとって，まさに垂涎三千尺の病院というべきものであろう。

加えて軽減された費用をもって，近隣の温泉地に余後のケアを行なうにおいておやである。

大都市病院従事者の一員として，誠に恐慌のきわみと痛感した次第である。

以上まことに皮相かつ浅薄なる感慨で申訳なきも，史跡地松江の美しくも妖やしき暮色と，なにせ当日は美保の関参観をはさみ，米子市博愛病院，松江赤十字病院，松江市立病院の見学にくわえ，車中は観光ガイドならぬ研究討議の連続で，平常時でもいささか平穩を欠く記録者の頭脳は疲労コンパいのきわみにあったもので，何卒おきき流しの程を願う次第である。

なお，おいとまにあたり院長先生をはじめ幹部諸先生が，折りからの強風の中をお見送りいただき誠に有難く，誌上をかり厚く御礼を申し上げる次第です。

質疑応答（司会，柴田研究員）

問1 市民の健康管理への参画は？（土橋研究員）

〈答〉 本庁の保健婦と連絡しあたる。公民館等

における催しには本院より派遣を行なう。

問2 新旧館の接合工事にあたり消防法上の難点の対処は？（菅原，豊島研究員）

〈答〉 現段階では防火壁装置，煙吐出口を設けたことで一応了となる。

問3 駐車場にご苦勞と思うが？（仁科研究員）

〈答〉 病院敷地狭く玄関前に患者用等に30～35台収容，職員は100m先の神社境内を月間6～7万円の病院負担で約100台前後収容。

問4 外来投薬を引換券なしで患者が自由に持って行くシステムもトラブルは？（長瀬研究員）

〈答〉 精神科で1回間違いあるも一応トラブルなし。2～3日経過分は中に入れ申し出により出す。2週間経過してもとっておき申し出を待つ。

問5 人件費68.2%と高いが原因は？（岡山研究員）

〈答〉 50年度は工事中のため患者減少がひびく（入院平均数380名，外来平均数548名）本年度は工事終了につき入院同420名，外来同620名となりバランスを回復す。職員給与は本庁と同も6%の医療手当あり。現在職員数は定数365名も臨時，パートを加え400名。

問6 乙表を採用の理由は？（岡山研究員）

〈答〉 医療費改定のつど試算を行ない検討，その結果若干乙が有利につき採用す。

問7 準看護婦の割合が多いが業務に支障は？（浅野研究員）

〈答〉 正看の指示で準看就務につき現在迄は可，準看多きため正看業務，準看業務とする無理につき，以上の状況もベテランの準看多く支障なし。組合せについても準看のみで夜勤の場合もあるが，ために不安とすることなし。

問8 正看を志望し学校に行く準看多いと思うが？（柴田研究員）

〈答〉 現在15名程あり休職としている。2名をパートとして通させたが効率悪く本人も具合悪きもよう。

問9 廊下にストレッチャー等の物品目立つが緊急時に障害は？（浅野研究員）

〈答〉 既設病棟にはなきも新病棟は狭きため現状の通り、出来るだけ注意を行なっており、障害あるも現在まで大きな事故はなし。

問10 日赤、市立と総合病院が近在するが地域的に設備等で協議協力というようなことは？(菅原研究員)

〈答〉 人口12万の市で競合は不合理につき国立を含め問題提起をしているが、経営主体が異なりまた経済的問題もからみむずかしい。県が一本化し調整をとの声あるも現実にはすすんでいない。

(佼成病院 庶務課長)

島根県立中央病院

渡辺 正彦

午前8時宿舎出発、全員元気にバスに乗り本日の見学病院、島根県立中央病院に向かった。

車中高橋政祺先生の司会で前回に引き続き勉強会を開いた。バスのマイクが悪くよく聞えない個所が大分あったが、岡山院長、小野田院長、内藤名誉院長、柴田副院長、相川副総婦長等の各氏から今迄見学した病院についての意見の発表があった。

午前8時50分県立中央病院に到着。6階会議室にて院長先生始め管理職の方々との面会、病院見学の第一歩をふみ出した。院長先生より「研究会も3日目になりお疲れのことと思います。好天気にも恵まれ山陰の秋、歴史、観光、研究と御苦労様である。自慢してお見せすところは無いが運営についてのアドバイスをお願いしたい」とのご挨拶があり、引き続いて「病院の概要を申し上げると、昭和15年私立病院として発足し昭和23年県立に移管された。始め小病院であったが、次第に建増をして次第に大きくなった。従って動線が長い。直面問題として島根医大の教育関連病院であるが54年大学病院が320床として発足する。出雲市7万診療圏23万であるが大学病院出来ると当院の今後のあり方が問題となるが、地域医療について大学病院と違った

運営を考えたい。

医大は縦割りであるが、ここは横割りで診療中心、患者中心にして行きたい。研究教育は診療に必要なものとしてうけとめたい」とのお話があり、引き続いて事務局長さんから「始め80床から発足して現在に至っている。島根医大の教育関連病院で50年度入院約16万6,000人、1日平均約454人、外来約20万1日約674人、人員476、臨時職員入れると511名、50年度収入約25億6,100万、支出約27億で営業外収益が多いが、これは県から補助金が出ている関係である」大体以上のような説明があり、院内視察に入った。視察は医師グループ、看護婦グループ、事務グループの3班に分かれ、表1に示された個所をそれぞれ見学した。病院図書室はよく整備されていて、病歴室状況、図書室状況は、表2、表3の如くで、図書室の年間予算、雑誌の種類が多いのが目についた。CCUは3床モニター3つがありICUはないとのことで主に心筋梗塞、狭心症、重症不整脈、等の患者を入れるとのことであった。心筋梗塞患者は約1週間ここに入れておくとのことである。看護婦さんは1週24時間(交替で)勤務し、患者さんが落ち着くと循環器内科病棟詰所からみてもらっている。ここに勤務する看護婦さんの教育はEKGの講義等その他も医師よりなされかつ循環器内科病棟の勤務している人から交替巡遣されるとのことであった。放射線関係は専門医2人おり主に肺癌の診断治療を行なっていて、消化器系その他は各科医師が診断しているとのことである。中央検査室は広くかつ明るくよく整備されており、当直は毎日して女性も当直しているとのことである。

この特長は一般の診療録とは別に臨床病理診療録を各科に関係なく、ここだけの1人1診療録を作成し保存していることであろう。1年毎に作製し直し保存しておくとのことである。リハビリテーション棟も広くかつよく整備されていた。

以上午前9時より10時迄に見学を終わり再び6階会議室にもどり、質疑応答を行なった。質疑応答は筆者(小千谷総合病院、渡辺)が司会者となり、午前10時より約1時間行なわれた。

＜討議内容＞

問1 (済生会中津病院 豊島正忠)

- (1) 職員研修について、どうしておられますか。
- (2) 職員業務服については、何か委員会で決定しておられますか。

＜答＞

(1) 採用時：医師については実施していない。(現在、計画中)。看護婦については、5日間のオリエンテーションを院内で実施している。その他の職種については、県の自治研修所が主催する10日間の研修会に参加する。

その他の時：事務職については、県の自治研修所が主催する吏員研修、監督者研修および管理者研修に参加する。

本年度における予算措置は次のとおりである。

講演会講師謝金 250千円
研修旅費 11,230千円(一般8,500千円,
長期2,200千円,
海外 530千円)

(2) 委員会等は設置していない。貸与については、県職員被服貸与規程で定められており、これを改正する場合には、会計課用度係が関係部門と協議することとなる。

問2 (茨城県立中央病院 内藤比天夫)

医大関連病院としてのご計画の概要をご教示ください。

＜答＞

医大関連教育病院は医大附属病院と同質であってはならず、附属病院が教育・研究のための病院であるのに対し、あくまで診療中心の病院として考えて行きたいと考えております。したがって附属病院が講座縦割の診療体制であるのに対して、患者中心の横割の総合診療・看護を打出したいと考えております。そしてその中の臨床教育を考えたいと思います。

問3 (佼成病院 小野田敏郎)

総合病院における精神科病棟の運営について、おきかせください。

＜答＞

病院としては、附属病院と診療内容を競う分野と、相互に補完する分野を明らかにし、需要

に応じて診療を展開したいと考えています。例えば、救急、母子(NICUを含めて)、リハビリ etc. は当院で受持つことになると思います。

総合病院の精神科は、外来を中心とし、軽症者および他疾患合併者用の比較的少数の病床をもてばよいと考えています。

ただし、当院においては、かつて県内唯一の公立精神病棟であった歴史的事実から、県立精神病院が建設された現在も、40床の病棟をもっております。

問4 (岡山病院 岡山義雄)

(1) リハビリ1日100~150名に対し、PT 3, OT 2 その他10名というのは、患者数に比し勤務者多数と思いますが、将来の患者増を考えての職員の数でしょうか。

(2) PTはどのようなルートで採用しておられますか、と言うのはPTが非常に少ない時に1病院3名と羨ましい限りですが。

＜答＞

(1) 県内の他病院(玉造厚生年金病院)に較べて、特に多いとは思いません。リハビリは島根医大と競合しない分野であり、かつ、今後特に内科疾患系のリハビリが増える見込みであるので、今後に対応するため、特に充実を期しています。

(2) 養成施設にあっせんを依頼しています。

問5 (京都第一赤病院 柴田敏夫)

検査部の臨床病理診療録について

(1) 整理するために余分の人員が必要になりますか。

(2) 利用されるのは主に誰れですか。利用される頻度はどの程度ですか。

＜答＞

(1) 兼任の職員を配置しているが、業務量は約0.5人役である。

(2) 主として、臨床病理医が毎日利用している。

問6 (杏林大学附属病院 高橋政祺)

病歴管理について

年間のカルテ貸出件数も非常に多く、良く利用されているようですが、カルテの紛失などはありませんか。利用目的は研究的なものでしょうか。ドクターの病歴管理に対する理解や批判

などはいかがですか。

<答>

年間3件程度紛失しますが、主として病歴室へ送付以前の段階です。病歴室への送付をもっとスムーズにする必要があります。

利用目的は研究的なものが殆んどです。

昭和45年に発足以来、次第に批判はなくなり理解されてきました。しかしながら、この理解が「カルテの速やかな送付」ということにはなかなか結びつかないようです。

問7 (佼成病院 相川トシ)

看護教育についてご指導願います。

現在のナースは技術の点において非常に差があります。頭の知的操作はすぐれていますが、手先の仕事は余りうまくいかないため(すぐこ理くつはよく言う。理論的に指導はしているが、臨床の場ではうまくいかぬため。)

<答>

別添資料のとおり

問8 (聖路加国際病院 菅原虎彦)

放射線科中央診断システムは計画してありますか。

<答>

現在のところ、計画しておりません。

以上大体の質問応答が終り午前11時となったので、最後に東京警察病院多摩分院総務課長 長瀬多田三郎氏が県立中央病院の方々からのご指導に対する感謝と将来の発展をお祈りする挨拶があり、今回の有意義な病院管理視察研究会の日程を全部終了した。

(小千谷総合病院 院長)

表1

1. とき 昭和51年10月30日(土)
2. 日程 9:15~9:30 概況説明(6階大会議室)
9:30~10:30 院内視察(3班編成)
10:30~11:15 質疑応答(6階大会議室)
3. 院内視察場所

小林局長, 杉谷部長, 石原係長 → 案内者
西巻次長, 伊原課長,

No.	視察場所	医師	看護婦	事務	備考
1	病歴図書室	0	0	0	原病歴士
2	CCU	0	0		久保部長心得
3	透視室	0			福岡技師長
4	Co ⁶⁰ , ベータ ートロン	0			福岡技師長
5	中央検査棟	0			武田部長
6	リハビリ棟	0			富永部長 or 錦儀主任
7	病棟		0		
8	玄関			0	
9	厨房			0	
10	ボイラー室			0	
11	防災センター			0	

4. 視察団員 33名

医師11, 看護婦2, 事務16, 病院会4

表2 病歴室状況

1	職員数	3人(病歴士2, その他1)
2	管理している医療記録	診療録, X-P
3	保存年限	診療録→永久, X-P→5年間
4	管理方法	一患者多病歴による中央管理
5	情報管理方法	マーク・カード方式
6	分類形式	疾病: ICD, 手術: JCDA(2桁分類)
7	索引の種類	個人別索引
8	貸出状況	50年(1月~12月) 3,821件 51年(1月~10月) 4,168件
9	年間退院患者数	5,300件

表3 図書室状況

1	職員数	3人(司書1, その他2)
2	年間予算	7,240千円
3	分類形式	N・D・C
4	目録の種類	書名, 著者, 件名, 目録
5	所蔵雑誌数	欧文(種) 124 邦文(種) 105
6	蔵書数	洋書(冊) 1,460 和書(冊) 4,046
7	複写方法	利用者各自がゼロックス使用
8	年間外部文献依頼件数	30
9	貸出状況(1日平均)	4

看護婦現任教育について (資料)

島根県立中央病院看護部

1. 教育委員会主催

- | | |
|---------------------------------------|------|
| A 全員対象 (講演会, シンポジウム, 討議, 映画フォーラム etc) | 毎月1回 |
| B 研究発表会 (病棟発表年2回にわける, 個人発表1回) | 年3回 |
| C 各セクションの勉強会 | 毎月1回 |
| D 新採用者オリエンテーション (教育, 業務委員会担当) | 1週間 |
| E CCUトレーニング (CCU開設前より開始5年間) | 週1回 |

注 Bは土曜日午後, A, C, Eは16.50~18.00

昭和40年から続行, 研究発表は (院外, 院内) をまとめて集録を発行

2. チームナーシング委員会主催 (別紙参照)

- A チームリーダートレーニング
- B チーム員教育

3. 看護評価委員会主催 (別紙参照)

- A 看護技術 (手順) トレーニング, 評価
- B 看護の展開 (カードックスによる) 評価

注 2., 3. の殆んどは, 午後時間内に日数をかけて全員参加できるようにしている

4. 中央, 地方における研修会, 学会への参加

評価委員会活動

目的 私達の行なっている看護行為が, 真に患者のニーズを満しうるものであり, かつ科学性があるかについて評価する。

発足 昭和50年6月11日

看護手順評価 (全身清拭, 排便の世話, ベットメーカーンク整理)

50. 6.30~7.7 評価委員 (各病棟2名) と自己評価による評価基準作成—実施—評価発表

看護手順評価 (全身清拭, 排便の世話)

50. 9.22~10.4 患者による評価と自己評価

患者にプレテスト—実施—評価発表

看護手順評価 (ベットメーカーンク整理, 寝衣交換, 安楽の工夫)

51. 3.16~26 個人別テスト (指導) 評価委員

委員が患者になり看護婦全員が参加評価をうける

救急処置手順評価 (気道確保, 人工呼吸, 心マッサージ)

51. 6.28~7.1 人工呼吸訓練, 人形使用, 評価委員

看護の展開 (カードックス) 評価表作成 (情報取等, 看護日標, 問題点, 分析, 検証, 具体策, 評価)

51. 9.24, 10.8, 10.22 各病棟2例, 評価委員

チームナーシング検討委員会活動

目的 チームナーシング法を導入して10年を迎えるにあたって, 当初意図した目的の達成がなされているかについて再検討をこころみる。

発足 昭和51年2月6日

動機 KJ法を学ぶ目的で、テーマにチームナーシングについて看護管理研究会でS49年5月、臨床指導者研究会S50年8月に検討を行い、当初の意図からはずれてきていることがわかった。

講義 「チームナーシングの原理」2回、全員参加 51.3.17

リーダートレーニング(I) 51.5.28~7.2 5回 リーダー 125名参加

委員、各病棟よりリーダー2名位づつ

チームナーシング法の基準

カードックスの内容の再検討 51.4

各役割の基準 51.9~

昭和51年度看護部院内教育計画

- 4月 症例研究発表 労災病棟
- 5月 症例研究発表 院内教育について
混合病棟 教育委員会
- 6月 講演 看護に望むもの 院長
- 7月 グループ討議 専門職への意識を高める
- 8月 グループ討議の発表会
- 9月 講演 看護面接のあり方
岡山済生会病院 小谷光江先生
- 10月 講演 むつみ会共催 愛について
劇作家 田中澄江先生
- 11月 後半グループの研究発表会
整形, 3内, 外科, 小児, 5混, 外来, 産科
- 12月 講義 家族付添を考える 看護部長
- 1月 昭和52年の看護目標意見発表
- 2月 教育映画
- 3月 個人の研究発表

学会発表等研究業績目録

昭和40年

- 特殊病棟における通学について
伊達郁子・精神小児病棟一同
日本精神看護学会 津市 5月
- 作業量測定における学生指導
杉谷藤子 看護教育VOL6 No.6 医学書院1965

昭和41年

- 開放病棟における与薬の検討
足立喜久子・精神開放病棟一同
日本精神科看護学会 高知市 5月
- 患者中心の看護をめざして
岡田清子, 杉谷藤子
全国自治体病院学会 山形市 10月

昭和42年

- 家族会への歩み
福原京子・精神科病棟一同
精神科中国ブロック学会 山口市 10月
- 患者中心の看護 一管理的立場から一
杉谷藤子
看護教育VOL8 No.6 医学書院 1967
- 総婦長と臨床看護
杉谷藤子 病院VOL26 No.13 医学書院 1967

昭和43年

- 患者のもつ問題を解決する一方法
西村靖子・4内病棟一同
全国看護学会 京都市 10月
- 夜勤調査による考察とアプローチ
杉谷藤子 全国自治体病院学会 高知市 11月

昭和44年

- 自閉患者への接近の一方法
三成佳津子・精神科病棟一同
日本精神科看護学会 名古屋市 5月
- 看護婦のコミュニケーションについて
杉谷藤子 全国自治体病院学会 神戸市 9月
- 十二指腸ゾンデの吞ませ方の一考察
石飛洋子・2内病棟一同
中国地区看護学会 山口市 11月

昭和45年

- 看護職員教育の現状とその問題点(シンポジウム)
杉谷藤子 全国自治体病院学会 札幌市 8月
- 生活療法に於ける自治活動への働きかけ
足立喜久子・精神科病棟一同
西日本精神保健学会 高松市 10月
- 精神神経科における合併症患者の看護
小林しのぶ・精神科病棟一同

日本精神科看護学会誌

昭和 46 年

看護部目標の実践とその成果
 杉谷藤子 日本病院学会 名古屋市 5月
 看護用具のアイデア
 西村和子・外科3内病棟一同
 全国自治体病院学会 京都市 10月
 精神障害回復者のリハビリテーションに於ける生活療法の意義について
 足立喜久子・精神科病棟一同
 西日本精神保健学会 山口市 11月

昭和 47 年

脊髄損傷患者の継続看護
 石飛洋子・労災病棟一同
 全国自治体病院学会 豊橋市 10月
 自治体病院に於ける看護管理のあり方(シンポジウム)
 杉谷藤子 全国自治体病院学会 豊橋市 10月
 生活療法の適応について
 吾郷満・精神科病棟一同
 西日本精神保健学会 長崎市 10月
 精神科外来看護のあり方をめぐって
 坂本雅子 西日本精神保健学会 長崎市 10月
 療養不適応患者へのアプローチ
 長廻シカ・成柏喜代子
 全国看護学会成人内科分科会 山口市 10月

昭和 48 年

当院における社会復帰学級の試み
 井上江子・精神科病棟一同
 日本精神科看護学会 岡山市 5月
 看護の展開を試みて
 杉谷藤子 全国自治体病院学会 盛岡市 8月
 薬物疹を伴発した興奮患者の看護の一例
 太田陽子・精神科病棟一同
 西日本精神保健学会 広島市 10月
 広汎子宮全摘による排尿障害の一症例
 西尾万里子・産婦人科病棟一同
 全国看護学会成人外科分科会 長崎市 10月
 網膜剝離患者に排尿障害を伴った看護の考察
 高橋映子・混合病棟一同
 中国地区看護学会 松江市 1月

昭和 49 年

継続看護へのアプローチ
 杉原孝子・3階内科一同
 中国地区看護学会 下関市 10月

自治活動を利用した自閉的患者への働きかけ
 沖田千恵子 日本精神科学会 新潟市 5月

看護の展開を試みて(二報)
 杉谷藤子, 曾田道子
 日本看護学会(管理) 岡山市 9月
 臨床指導者研究会活動の成果と問題点
 西村清子, 杉谷藤子
 全国自治体病院学会 銚子市 10月

昭和 50 年

自己導尿法による社会復帰への援助
 安部俊子・泌尿器科病棟一同
 中国地区看護学会 鳥取市 10月
 母子への家庭訪問を試みて
 森山益子・産科病棟一同
 全国自治体病院学会 高崎市 10月
 人工肛門造設患者への継続援助
 岡田美弥子・外科病棟一同
 日本看護学会(地域) 大阪 11月
 当院における継続看護の歩み
 杉谷藤子, 岡田猪子
 日本看護学会(管理) 東京 11月
 陳旧性分裂患者におけるグループワークの効果
 太田美美子 中国地区日精病学会 松江 10月

新採用者オリエンテーション

51.4.1(木)
 8.30~9.00 白衣等貸与 岡田事務員
 9.00~9.15 辞令交付
 9.15~11.00 看護概念 杉谷看護部長
 11.15~12.00 地方公務員の心得, 病院の経営
 横川事務局長
 13.00~14.30 公務員規定及諸手続 平井主事
 14.30~16.00 ディスカッション(看護婦としての
 接遇は如何にあるべきか)
 16.00~17.00 寄宿舎, 通勤者オリエンテーション
 51.4.2(金)
 8.30~9.30 グループ発表
 9.30~11.00 看護部の組織と運営, 看護婦心得
 杉谷看護部長
 11.10~12.00 外科的救急処置 渡部婦長
 13.00~14.20 患者中心の看護 岡田次長

各病棟別教育計画

	7月	8月	9月	10月	11月	12月	備考
産科	事例からみた産科医療事故	新生児の整形外科的疾患	妊婦指導の目的と効果について(特に乳房の手当てと母乳分泌)	精神科分裂病産婦の看護	母性学会の報告	完全人乳方式による新生児栄養の問題点	第3又は第4月曜日
小児	クベースの取り扱い方ビデオを使ってディスカッション	小児看護研修をうけて 狩野西学	呼吸器疾患Ⅱ幼児編 西尾先生	脳外科のバイタルサイン 大島先生	小児疾患 伏尾先生	小児看護研修をうけて 阿川	第4月曜日
泌尿	尿路系の結石症前立腺肥大症の病態生理と看護		子宮癌と悪性絨毛上皮腫の病態生理と看護	人工腎スタッフの健康管理について	専門職としての言葉使いについて 討議	付添いについての中間考察	第2水曜日
外科	調査研究の仕方	抄読会 OP前オリエンテーション患者心理	研究 ete のまとめ方について	麻酔とO.P前O.P後の管理	ケースカンファレンス 看護の展開のすすめ方 I	ケースカンファレンス 看護の展開のすすめ方 II	第2水曜日
3混合	開頭術後の管理について		眼科(LK検査緑内障等)	内臓外科術前後の看護	付添についての検討	付添についての再検討	第2水曜日
整形	看護研究 11月発表分	痛みについて	看護記録について	頸椎損傷について 医師より講義	抄読会 「看護婦であること」	抄読会 「看護婦であること」	第2水曜日
呼吸器科	学会出席の伝達報告	結核患者安静度について	喀痰検査(TB菌について)	研究発表のまとめ	胸部X-P所見鑑別診断法について	懇談会(Pt.Dr.Ns)	第2月曜日
精神	地域看護の伝達	医師より講義	精神科で用いる薬物について	ディスカッション 日々病棟業務の中で感じていること	看護研究の技術 臨床看護の展開をもとにして学習	看護婦の話し方	月1回金曜日
三内	冠疾患の講義 久保先生	肝障害を考える 抄読会	チームナースングを考える	臨床実習生指導のあり方	研究発表の検討会	呼吸器疾患の講義 太田先生	毎月曜日CCUトレーニング 第2水曜日
四内	チームナースング抄読会 看護生理学について	チームナースング抄読会 体温について	チームナースング抄読会 排泄について	Drの講義 血液検査	Drの講義 血液疾患について	Drの講義 電解質	第1, 第3火曜日
5混合	受講報告(川合) 総合ケアの伝達と討義	看護目標, 看護計画の立て方(問題点, 分析, 具体策)	悪性腫瘍の治療 講義	癌末期患者の精神看護	安楽死について	救急処置法	第2水曜日
労災	チームナースング看護計画について	看護基準の再復習	リハビリについての勉強会 講義	褥創の予防について(発表)	学生指導について	Drの講義 手の擦着後の看護管理について	第2水曜日
O.P サブライ	滅菌と消毒 O.Pサブライの現状と検討	「看護婦にのぞむもの」を読んで(専門職としての意見交換)	食道静脈瘤における術式と適応	サブライの各セット再検討(病棟に於ける状況見学)	心電図最近よく使用されるテレメータの異常の見わけ方, 使用方法	「院内感染の防止」公開する合同研究発表	第2水曜日
外来	救急看護 挿管について	継続看護について	救急看護	外来看護業務の再検討	救急看護	外来患者の接遇	第3金曜日

- 14.30~15.30 内科的救急処置 坂本婦長
 15.30~16.15 看護部教育研究活動 曾田婦長
 16.20~17.15 事故防止 井上婦長
- 51.4.3 (土)
 8.30~10.00 院内オリエンテーション, 挨拶廻り
 (白衣着用のこと) 岡田次長
 10.00~11.00 医療社会事業部の活動 遠藤主幹
 11.00~12.00 新カリにもとづく実習指導
 長崎専任教員
- 51.4.5 (月)
 8.00~12.00 各病棟オリエンテーション
 各責任者
 13.00~16.45 看護手順の実際
 岡田次長, 岡田婦長
- 51.4.6 (火)
 8.00~12.00 各病棟オリエンテーション
 各責任者
 13.00~14.20 接遇 杉谷看護部長
 14.30~15.30 検査物の取扱い方 武田部長
 15.30~16.45 オリエンテーションを終えて

看護部門の見学記

相川 トシ

昭和51年10月27~30日の4日間に亘り、鳥取県、鳥根県の6カ所の病院を見学しました。近年の医学の進歩に伴い、高度の技術と最新の設備をもつ、病院と研究を併設した建物であり、各々の病院とも敷地面積が多く、立地条件に恵まれ、規模、設備、人材の豊かなことが目立ちました。

鳥取県立中央病院

薄雲の天候を気にしつつバスに揺られること約25分にて病院着。院長先生、事務長、総婦長さんの挨拶が終り簡単な説明、オリエンテーションをうけ各班に分れ私達は6階北側乳幼児集中治療棟、東側が小児病棟、南側が外来、研究室(皮膚科、内科、小児科、内視鏡室)となり、西側は内科系病棟となって、病棟と外来、研究室は病棟と同一階に置き、その階の科を同一科となる組合せにしてありました。

病室のレイアウトは、工夫がなされ、接触感染室と、空気感染病室が小単位ブロック別に分けて入口にはエアシャワーが位置し、一般診療病棟に続いている、入室前後にエアシャワーを通過してくる、診療後は風速は記入洩れ致しましたのか残念でなりません。

強風を浴びて細菌を払い落とし入るシステムになっておりました。ナースステーションの見学、助手は病棟の中には配置されず、看護婦のみ、病床数30床、看護婦32名、3交代のチームナーシング制、夜勤は4名で勤務している。

院内感染防止に対して、十分な設備がなされ病室の清潔、看護手順としてもシステムに相応したものをつくられておりました。

中材、手術の消毒についての責任は薬剤長が実施されているとの説明をうけました。

<関係施設>

鳥取県立鳥取養護学校

鳥取県立鳥取療育園(肢体不自由児通園施設)等の施設を持っている。

救急外来も機能的に出来ており(小児科救急、外科外来、整形外来)救急外来勤務者4名、夜間は当直制で、看護婦1名、婦長1名にて勤務している。

手術室、看護婦人員配置10名、1ヵ月平均手術件数は100~181件、1日平均5件、勤務者は各自ポケットベルを携帯していた。

看護は基準看護の特Ⅱ類をとっており、3交代2人~3人夜勤であり看護体制はチームナーシングと機能別の両方をとった方法で行なっている。

集中治療棟は広くスペースをとり設備も完備し、身体障害者用トイレ等もこまかい配慮がみうけられました。

野島病院

鳥取県倉吉市の郊外で、閑静な場所で、敷地面積3,528㎡、建物面積5,212㎡(本館4階建、新館7階建)総数275床(一般177床、精神科98床)1日平均外来患者数258人、職員数180名、看護職員95名。

救急医療センター指定、救急外来CCUに力を入れている。看護体制は2交代で実施、現在看護

婦不足のため病棟は全オープン出来ず入院患者数54名収容。

救急センターは当院の特色の一つであり、医療センターとして活躍されておられ、月間救急患者入院50名位、夜間手術件数5~10件位で頭部外科、脳腫瘍の手術をなし活発な運営、救急車入院があると院内も活気づきシャッキリするとのご熱心な院長先生のご説明、救急センター、手術室、中央材料室、勤務者は兼務4人、看護助手教育も行ない、ベトナム・メーキングは、看護助手業務とされ小人数ではありますが職員に対して、細かい心づくしが見受けられました。

特に救急センターはスペースも広く取り、一般外科、脳外科、整形外科、CCU、手術室、回復室、サブライ室の設備も完備されておりました。

博愛病院

創立大正10年10月株式会社博愛病院として設立、昭和38年6月1日、医療法人同愛会博愛病院に改組、昭和50年10月1日現在地に移転して診療開始。

敷地面積13,776.11㎡、建築延面積5,949.7㎡、鉄筋コンクリート造5階建塔屋2階のモダンな建物。

診療科目は内科、外科、産婦人科、小児科。病床数180床（一般病床110床、老人病床40床、結核病床30床）。

職員数65名（看護婦37名、準看護婦23名、看護助手5名）1日平均外来患者100人、1ヵ月平均手術件数25.1件、看護は基準看護の特Ⅱ類をとっており3交代2人夜勤であり、看護体制はチームナーシングと機能別の両方を噛み合わせての方法で行なっている。看護教育は入職時より看護手順を以って細い所迄教育し、病院内では新人のオリエンテーションは行なわず、外部より講習をうけキャリアのある看護婦を採用すると説明がありました。

患者は地域の風土に合わせ患者専用の病衣を着用し週2回の交換とのことです。

院内は明るく整理整頓され、廊下は巾が広く清潔、待合室はゆったりとして中庭が大きく静かな点が非常に印象的でした。

松江赤十字病院

明治9年松江に医学校の創立に伴ない、その研修施設として公立松江病院が併設され、後に島根県立松江病院となり、60年余の歴史と伝統を持続しながら経営不振に陥り、昭和11年3月31日閉鎖した。同年4月1日、日本赤十字社がこれを継承し、発足する。昭和18年1月1日松江赤十字病院と名称が変更される。昭和32年8月19日総合病院としての認可を受け、昭和43年10月本館地下1階地上6階の増改築完成、新規医療機械の増設、診療施設の整備拡充を行ない、病床数625床、職員数450名の大規模病院として飛躍する。

一般病床541床 精神病床70床 伝染病床14床
1日平均外来患者数861人。

敷地面積15,164㎡ 建物延面積25,605㎡の近代的でユニークな鉄筋コンクリート造6階建。

1. 有資格者の動向

年間退職平均数 3.5名

2. 看護職員構成（142名 日赤卒）

看護婦 218名

準看護婦 47名

助手 28名

10人中の比率（5：3：2）

3. 看護職員状況について

A) 看護婦在職年数 6年

平均年令 27.6ヵ月（臨時職員含）

B) 準看護婦在職年数 8年

平均年令 28.6ヵ月

C) 助手在職年数 10.5ヵ月

平均年令 29.6ヵ月

D) 看護単位

(ア) S49.2 特（二） 540床

(イ) S50.4 精神科（特一） 60床

看護単位 45~72床

ベッド数屈出 625床 稼働数 600床（新生児18.9）

利用率 平均93% 9月末1日平均563.0

外来1日平均 854.5（9月末）

NS配置 33名（臨時パート）内規鏡月・火・水・金曜日

外来13科+救急人工透析センター 10床（内、

外, 整, 脳, 皮膚泌尿, 精神, 小児, 齒, 産婦人, 眼, 耳, 放射, 人工透析)

中央手術室 材料室(9月)

OP件数(232)

OP配置数 12名(看8 准3 助1)

中材 4名(午後外来応援)

勤務体制及び配置数

3交替 8~16 16~0 0~8 夜勤当医(2)
病棟婦長(1) 外来当直(1) 1ヵ月2~3日

病棟夜勤平均9月 8.2回 訪問看護 継続看護に 分晩件数 2.8件

勤務交替について 毎年4月 アンケート調査78% 個人面接

現任教育について 院外年間 17名参加

総合病院として大きな規模, 設備, 人材を持ち看護教育にはなみなみならぬ力を入れておられる院長先生の方針が輪という, 目標のもとであるため, また日赤の卒後の者だけである, 日赤精神ナースの大きく立派な病院であり, バランスがとれている。毎週木曜日には, 部長会・看護部門の勉強会を実施, 院長先生御自身も職員の赤十字人としての教育にはご熱心でありました。

松江市立病院

島根県松江市の郊外で緑に囲まれた閑静な所, 海に面し特殊な環境下で患者の看護に合った理想的な病院でした。

昭和23年4月日本医療団の施設を買収し松江市の衛生行政施策の一環として開設, 地域住民の要望と医療需要に応じて, 昭和36年度から5カ年にわたり増改築を完成す。

更に昭和51年3月25日病院増改築竣工。

現在病床数437床, 満床率81.7%, 職員397名うち看護職員219(正看102名 准看98名, 助手19名) 1日平均外来患者数549人。

特に最近におけるガン・高血圧・心臓病等の成人病患者並びに交通労働災害等による救急患者の激増に対処してリハビリテーション施設検査室の中央化, 人工透析装置(人工腎臓)水治療法室等最新の医療設備を設備し, 近代的総合病院としての医療機能を充実し, 福祉施策は大きく発展した。

主な医療設備としてシンチレーションカメラ, 血管連続撮影装置, 中央検査部, 機能訓練施設(リハビリテーション施設)中央手術部, 人工透析装置(人工腎臓)人間ドック室, CCU等。

看護は基準看護の特Ⅱ類をとっており, 3交代3人夜勤であり, 看護体制はチームナースング方法で行なっている。

総合病院として大きい規模設備, 人材を持ち, 看護婦の養成はしていないが, 松江赤十字病院より卒後の看護婦を迎えることが出来る。

人員は患者に対する割合からみても恵まれた細かい看護ケア等充分おこなえる体制。また先生と共に, 入っていける臨床カンファレンス等を実施できることは素晴らしい。

最後に当りまして, 病院章の説明を拝聴し「創意」し「協力」して患者から「信頼」される病院に……これは病院が発展への道をあゆみつづけた足あとです。

島根県立中央病院

敷地面積 25,049.19㎡

建物面積 22,841.27㎡

出雲市の郊外の平野に位置し, 高度の技術と最新の設備を持つ看護教育の盛んな病院でした。

当病院9時10分着。ロビーに通されエレベータで会場の2階へ案内されオリエンテーション後院内を3班に分れる。

質疑応答 私達は病歴, 図書室, CCU, 病棟を見学非常に理解しやすく各自に資料を配布されまして看護部長杉谷先生より色々各病棟配置人員並びに夜勤状況, 看護研究集録を聴き説明をいただきました。

現在の病床数は550床, 1日平均外来患者数は名, 職員数は533名, 看護職員は283名(正看211名, 准看59名, 助手4名, その他9名)

看護は基準看護の特Ⅱ類をとって3交代2人夜勤でチーム・ナースング方法を行なっている。総合病院で看護教育にまた学生の教育には, なみなみならぬ力を入れているのがわかりました。それと共に卒後教育, 活発な研究発表を毎月勉強会を行ない, 勤務時間外特にCCU病棟勤務者は実施とのことでした。看護研究集録が昭和40年~昭和49

年看護部で過去10年間における業績がまとめてありましたことは、大変ご努力なされたことと思います。

昭和51年度看護部院内教育計画のプログラムも出来ており、各病棟別教育計画、評価委員会活動、チーム・ナースング検討委員会活動の各役員役割基準も作成されてありました。看護婦の養成施設を持っておられるため、病棟見学时カーデックス記録にも無駄がなく、よく整理されており、またカーデックスは患者の退院後にこれを再検討して、再評価を看護部長さんご自身でなさると承わりました。看護部長杉谷先生外大勢の職員の懇切なる解説をうけ院内見学も無事終了いたしました。

不勉強で種々まとまりのない点等も多くあると思いますが、お許し下さい。よい見学を企画して下さい。日本病院会及び各施設を提供して下さい。方々に誌上ながら厚くお礼申し上げます。

(佼成病院 婦長)

車中研究 I

鳥取県立中央病院を辞して西の方、倉吉市にむかう途中、車中研究がはじまる。

司会(高橋政祺研究員) この視察旅行はできるだけ多くの方にご発言をいただき、実り多いものにするために、名物の車中研究を行なっております。

鳥取県中央病院は、従来の大勢をしめた3段がまえ、外来棟、中央診療棟そのうしろに病棟という形を排して、分館式をたてにつんだという形をとっておられます。大へんユニークな考えで興味ふかくみせていただきました。

豊島先生、ご感想をひとつ。

豊島正忠研究員(大阪済生会中津) 外の煉瓦の色彩が大へん印象的です。院内の標示が黒いところに白光で抜いているのは最近の傾向と感じました。ナース・ステーションの材料室は広く、カンファレンス室としても使用できるかと思いました。大へんりっぱな建築で目を眩る思いですが、

それだけに電力、水道の費用もかさむのではないかと思います。

岡山義雄研究員(名古屋・岡山) 鳥取県として非常にお金をかけてりっぱなものをつくられたのに敬服しました。色彩については、私はソフトなものがよろしいと考えております。

渡辺正彦研究員(新潟・小千谷総合) ゆとりのある羨ましい病院です。このりっぱな施設をどのように利用してゆくか、機会があればまた拝見したい思いです。両面びらきのエレベーターは参考になりました。

土橋明次研究員(千葉・柏戸) 公費でまかなう病院はゆとりがあってけっこうに存じました。粉塵をださない掃除機やストレッチャーに専任の女性をつけていられることに感心した。搬送装置もおもしろいと思います。

豊崎勲研究員(熊本・小林) 週休2日制はぜひ公的病院で先鞭をつけてもらいたいと思います。院内教育の実施、薬事委員会の活用について教えられました。

瀧沢ミサエ研究員(東京・牧田) 看護部門は補助者なしにやっていたら、看護職員は安定しておられることを羨ましく思いました。

織本良子研究員(東京・織本) 私の病院もこの設計をなされた西野先生の設計で大へん興味ぶかく拝見しました。この病院はなかなか傑作の設計だと思います。煉瓦は近よるとまことに美しく豪華です。車寄のうらが銅板できて、ホテル的であり住宅的でありといった感じが、建物の中に入るとぱっと白くなります。外来部門が、病棟とともに各科別に重ねられているのは独創的で興味深く感じました。

司会 私も病院建築は画一的でなくてよいと思います。お話のように芸術的感覚がございましたね。

長瀬多田三郎研究員(東京警察・多摩) ベッドの下のボール箱をみついていますので大部屋のロッカーは感心しました。

小柳佳三研究員(新潟中央) 私的病院からみて公費による建築は別格の思いです。新潟のある市民病院は7億円の赤字ですが、経営のうえでくろうがあろうかと思いました。

植松宗悟研究員（杏林大学） 外来部門をつみ重ねた構造は興味ぶかい。外来患者が800名くらいに増えたとき、エレベーターその他の動線がいかによくなるか、また教えてもらいたいと思います。

車中研究 II

米子の博愛病院を見学し、弓が浜を境港から新しい大橋を渡って美保が関へ、ゑびす様の美保神社に詣で、松江に向う。

司会（高橋政祺研究員） 中の海に沿って走っておりますが、おまちなかの車中研究の時間になりました。それでは牧田先生どうぞ。

牧田中研究員（東京・牧田） 医療法人には社団と財団とがあります。牧田病院は財団ですが社団と同じ税金を払っています。財団は相続についての免税があり、できれば財団にした方がよいと思います。昭和27年ころ、社団にするよう指示をうけましたがそのままにしております。私のところも10億円の借財をかかえていますが無と何とやっています。

私的病院は高度のものをやろうとすると返済に追われます。合理化のつもりが非合理化につながりがちです。簡略化したものでゆきたいと思いません。病院がきれいになって、それで患者が集るといってもありません。職員が施設や機械を鼻にかけて精出してゆこうという気魄を失なうことのないように心がけております。

当村秀夫研究員（大阪・済生会中津） 博愛病院は清潔で暖いムードのあることに感心をしました。

林徹夫研究員（熊本・小林） この病院の庭を中心にした明るい外来がまことに印象的です。

浅野美智雄研究員（武蔵野日赤） 医事受付でカルテのとりだしが機械化されているのが興味ぶかく思いました。私的病院の放射線、臨床検査部門がさらに充実をされたらということを感じました。

江刺明研究員（神奈川・東芝林間） スマート

に清潔に設備されていることを感心しました。過剰設備はないだろうかということも考えながら見学いたしました。

車中研究 III

大野天風呂の朝ぶろの暖まりがのこっているところで、玉造から出雲市への車中、寸陰を惜んでの研究がはじまる。

司会（高橋政祺研究員） 出雲市まで50分ございますのでさっそく始めます。きょうは岡山先生からひとつ――。

岡山義雄研究員 まず病院の敷地の問題ですが、博愛病院は市のまん中から市のはずれに移転され、鳥取県立中央病院は新設で市外へつくられました。いずれも今のところ外来は少いのですがすぐに増加すると思います。私の病院も改築のときに4kmはなれたところに移りました。お金の問題ですが、医療金融公庫は一部だけで、あと銀行ということになります。リースの方法も商社だけでなくプラス信託銀行ということであればけっこうと思います。病院職員年間1人当りの稼働が500万円を割れば赤字、こっちは600万円が標準になるかと思えます。人の問題で、米国では1床あたりの人員が2人ないし3人とされますが、わが国の私的病院は1床あたりの人員が0.7人、私の病院は0.9人です。こちらの公的病院もだいたい1床あたり1人という数字になります。収支のうえからでは、0.9人というのがひとつの目安になるかと思えます。見学だけでその病院のナースがたいへんりっぱだという印象を与えられたところがございます。きびしい教育をなさっているのでしょう。職員の生きがいは何か、私は自分の病院で、お金が沢山ほしい人は外へ行ってください、ここには生きがいを感じる人だけとどまってくださいと申しております。

司会 小野田先生、増床の問題について……。

小野田敏郎研究員（東京・佼成） 病院の発展というものには量的拡大と質的拡大とがあると思えます。全国のベッド数が国際的にみて飽和の状

態にありとすれば、後者の質的拡大にむかうことも考うべきことではないかと思っています。

菅原虎彦研究員（東京・聖路加国際） 出費でりっぱな病院のできることは民間にいるものとして大へん羨ましいことです。国や県ができるだけよいものをつくれれば、どれだけお金がかかるものか分ってもらえましょう。それが民間への同情となつてはね返ってきましょう。自分の病院の立場からいろいろと反省をいたしています。

柴田敏夫研究員（京都第一赤十字） 10年まえに、新築されたばかりの松江市立病院を見ましてショックをうけ自分の病院の改善に資した覚えが

ございますが、このたびは鳥取県立中央病院を拝見してふたたびショックをうけました。野島病院、博愛病院をみせていただき私立病院はこうだということをよく教えられました。松江赤十字病院は赤十字の中でよい成績をあげている代表的病院です。

相川トシ研究員（東京・校成） いずれの病院もその敷地の広いことに感心しました。ナースのUターン現象といわれますが、ナースの多いことはけっこうなことと思いました。看護勤務、看護教育がきわめてよく行なわれている病院を拝見しいろいろ教えられました。

病院旅行へのご提言

織本良子研究員（東京・織本病院専務理事）からつぎのようなご提言がありました。

——訪問先の病院では院長先生以下みなさまがあげてのご歓迎で、また訪問側のみなさんも大へんご熱心でした。ただ、この勉強旅行がさらによい旅とするために1つ2つお願いがあります。

①見学時間が長くて1時間10分、短かいのは30分。討議時間は長くて50分、短かいのは30分。これはいずれももっと長くすべきでないでしょうか。

②3日目に1日で3つの病院を見学しましたが、うへの趣旨から数は少くしてもじっくり見せていただくのがよろしいのではないのでしょうか——。

企画担当からのお答えは次のとおりです。

——この勉強旅行は17年まえ故橋本寛敏先生のご意向で、これは見学旅行であるから観光はしないのだということでやってきておりました。岡山を通過して後楽園をみず、宮島海峡の前に宿って宮島に詣らず、山口を訪れて秋芳洞をみずということでしたが、秋田を通れば十和田湖をという希望もつよくなりました。今回も見学一本でゆくべきところ、紅葉の大山のスカイラインをめぐり、美保が関の景観にあこがれたりして、橋本先生の訓えにもとることになりました。かねてのように規模の大きな病院は見学1時間30分、討議1時間というのを守るように心がけます。ただ今回はふたつの民間病院を見学いたすこととなり、その方のお申しいでに従ってそこは時間を縮少させていただきました。

日赤医療センターをめぐるって

出席者

日本赤十字社医療センター院長 小林 隆

編集委員長・成田赤十字病院長 渡辺 進

編集委員・杏林大学病院管理学教授 高橋 政 祺

このたび完成した日本赤十字社医療センターの新しい機能と設計をめぐるって、小林院長をかこみ、新春の鼎談を試みました。51年11月号のグラフで紹介した日赤医療センターを舞台に「医療のあり方」について、種々お話がはずみました。

健康管理のイメージ作り

渡辺 今日、わが国で一番古い歴史をもち、かつ私ども赤十字人にとっては表徴的な意味をもつこの医療センターをお訪ねしたわけですが、3年間の歳月を費やして新装なったこのセンターには、その在り方に小林院長の理念が多分に生かされていると思います。そうした意味から



本日は病院管理学と産科領域にわたって深いご造詣をおもちの高橋先生に特にご同席いただきまして、そのあたりのことを腹藏なくお話し戴き度く参上しました。よろしく願いいたします。

小林 お話のように3年ばかりかかりまして完成しましたが、その間皆様に直接、間接にご後援をいただきました。厚く御礼申し上げます。新築されるに当り、私どもが一番苦勞したと申しますか、配慮しましたことは、国立、公立あるいは大学等あらゆる総合病院がある中において日赤医療センターは、充分の特色が出ないとその波間に沈んでしまう。また一方日本全国の数多くの赤十字病院の中心という意味の責任もあり、よりより相談をしましたが、これからの病院の行き方としては病める人のためだけでなく、一歩進んでの病気の予防、或は健康を管理するという病院のイメー

ジを出そうということを目玉商品として打出したのです。すでに私どもでは慣用語化しておりますが健康棟。これに成人と児童の健診センター、病児でない新生児センター、育児センター、更に健康女性の生理とみられる産科、これらをひとつに入れて健康棟として、健康者集団をアプローチしていこうということなのです。

渡辺 一般病院と赤十字病院の違いということでもいつも質問がありますが、赤十字病院の任務としては、1番目に災害救護、2に医療援護、3に保健指導、4番目に一般診療とその施設規則に謳われているわけで、ただいまのお話の健康者集団へのアプローチというお考えは、この保健指導の項目に十分合致しておりますね。

小林 それから、もうひとつ、伝統的な足跡といいましょうか、高邁な赤十字精神を私もかねがね感じておりますが、看護婦教育にも力を入れる方針を打ち出しています。これは現在の赤十字助産婦、学校、日本赤十字中央女子短期大学、赤十字幹部看護婦研修所を包含するスケールで、将来赤十字看護大学に発展させたい構想で併設しています。私自身が大学（東大）を退官して以来、多くの看護婦に接しておりますが、看護面における赤十字の功績は大きいものがありますので更に新しい伝統を築き上げることが私の決心のひとつです。健康棟と看護婦養成施設、この2つの柱を出したわけなのです。

新病院の建設には最新設備を導入する一方、専門診療の各科にも優秀なスタッフを入れまして、機能面でも高度な組織化が完了したというところなのです。

産科棟の運営に特色

渡辺 なかでも産科棟の運営が特色でございますね。

小林 病気の診察に力をいれる。これは当然のことですが、妊産婦は病人ではない。これを産婦人科として従来結核やガン、また手術後の包帯をした患者と混然として診療していたことに問題があります。今までも独立産院は多くありましたが、産院と申しても近代化した医学の中ではみな総合病院に近い形で他の科とともに存在しなければならない。ですから独立産院の形とも従来の行き方とも異った、いわゆる折中的な形です。医療センターでは新病棟の上に産科をおき、他の科と完全に分離しました。

高橋 ドクターの配置はどうなっておりますか。

小林 産科と婦人科を全く分けてはいけないということで、ローテーション方式をとっています。他科から見るとぜいたくに見えますが、幸か不幸か旧日赤中央病院の産科と旧日赤本部産院との合併がこうした形態を生む最大のモメントになりました。

高橋 ドクターの中でも、ローテーションしないドクターもいるのですね。

小林 新生児や未熟児について集中するケースはあります。しかし独立させるとテールカットされますし、フィードバックしないとフォローアップしない。ということで新生児、未熟児と連絡した中に小児科が入ります。真中に未熟児、新生児部長をおくが、足はいつでもローテーションしている。また一般にチェアマンにおいて循環させる方向をとっております。

高橋 たしかに、部門分割をしますと、全体を見られなくなりますね。

小林 例えば内科の13人の部長を循環させる。チェアマン制といってもあくまでもローテーション・チェアマンです。そこでその人の経緯が行なわれてカンファレンスする。常にレクリエーションを行ない、専門バカにならないようにしていく

方向です。小児科、外科、産科、内科の4つはチェアマンシップ制をとっています。これは院内発令の形で、期間は2～3年、年功序列型ではありません。年をとった人が古い考えで牛耳ると発展しませんし、また動脈硬化を起こさないでゆく方向をとりたいというのが私の考えです。

渡辺 大学ではたて割りですね。

高橋 レベルがないのですね。大学は教授の力関係でできる形です。小児科医が産婦人科に入ってくられない。新生児は小児科、産科は分娩までと生まれた時点で切離すのはどうかということ。両方が入れる形になるとよいのですが……。

小林 産科と婦人科の谷間といわれますが、山を形づくることになっていくと思います。

健康棟の在り方

高橋 ところで、医療というのは、病気の治療のほかに健康保持の面が古来からあるわけですが、日本の病院は一般に病人の治療に力を入れて、健康増進を表面に打出さないのは、踏込みが足りないといえまじょうか。

小林 私どもの健康棟では、健康ブロックで検診をしております。

渡辺 病院内では、院長の専門科は損をするとよく言われますがね。

小林 合併問題があったので得をしたかも知れませんがね。一方に怨嗟の聲が無かったわけではないようです。

高橋 健康管理を表面に打出されたことはよいことですね。実質はどこでも何らかの形では、しているのでしょうか……。

小林 健康棟は明るくてよいという評判です。大体が若いお母さんたちですから……。こちらは未来の病人かも知れませんが(笑)。

高橋 病院は、人生の始めと終りが一語になっているのはおかしいですね。

渡辺 同じフロアで、同じ時間に待っているのはおかしい(笑)。

小林 この健康棟の在り方はいま地方の病院からも視察に來られて、一つのモデルケースにされ

つつあります。

高橋 病院の行き方としては、今後こうした形になるでしょう。健康棟の形でいけば理論的にもうまくいくでしょうし……。

小林 昔は伝染病者を隔離しましたが、今は健康者を分離する時代です。

高橋 医療センターという名称がよいですね。

小林 「ガンセンター」はイメージが暗いですね。

渡辺 「ガンセンター」の名称は変えた方がよいですね。地名をつけるとかして、〇〇病院とか〇〇研究所とか……。 「ガンセンター」で検査してもらえという顔色を変える患者さんが多いです。

小林 成人病センターというべきでしょうね。産科でも、普通「産科病棟」といわれますけれども、あれは「産科棟」というべきですよ。

大切なスキンシップ

渡辺 赤ん坊の話になりますが、先生のところでは新生児の扱いはどうなっていますか。

小林 普通のやり方を見ていると、1週間母子を分離して退院させておられますね。これは大変なこととして、いっぺんに清水の舞台からほり出す形ですよ。保育の練習からいっても、私のところでは3日間はICU的に新生児室におきます。ちょうど産後3日目にお乳が張ってきますから、これにシンクロナイズするようお母さんの手許に返し入院中の半分は分離、半分は接触という形にしています。これはもう一つわけがありましてね。100人近い未熟児を含めた新生児を預かっていて、もし災害や地震などといったとき、全部を無事に確保するのはむずかしい。母子一緒ならその分は確保できるだろうという……。

渡辺 未熟児を、火災の時などの処置はどうするかということは大変議論が出るころでして、以前にも「すぐ外へ出せ」というのと、「燃えないような設備にして出しちゃいかん」という議論が対立しました。

高橋 夜火事になった時、宿直は患者を外へ出すのがよいか、出さない方がよいか非常に悩まされるころです。助け出しはしたが、動かしたた

めに状態を悪くするということがありますから……。こうした新生児室の扱いは卑俗な考え方ですが、業務上というか、看護婦の業務能率から行なっている面がかなり多いではありませんか。

小林 看護体制の引き方にもよりましようね。

渡辺 これはある第一棟病院ですが、従前は1週間分離だったのです。それが担当部長が変わったら折中案になりまして……。始め2日間離れずと母親がぐっすり眠るんですよ。母親の体力回復の面でもよいのでしょうね。

小林 母親の疲労をとるため前半の分離はよいでしょうね。そしてあと半分の母子の接触について、スキンシップは母性愛の目覚めには大した影響はないという人もいるかも知れないけれど、大切なことではないでしょうか。

これはある有名なサルの実験があるのです。子ザルに対して母ザルの模型を作る、1つはボディをハリガネで固く作り、母乳が出る仕掛がある。1つはふわっとした柔かい模型です。これを並べておいて、急に子ザルをおどかしますと、柔かい乳形のない方へしがみつくといい実験があります……。

渡辺 院長の創意と決断が、日赤医療センターの有機的な機能を生み出す原動力になったといえますね。

高橋 この医療センターが建物の設計で健康棟と病棟に大きくわけたことは在来にない目新しいやり方で、これはこれからの病院の行き方を或る意味で打出したものとも言えますね。一見在来のものと似ているようで違うんです。このちょっとの違いが大変な違いといえますね。

渡辺 センターの今後の大いなる発展を期待いたします、院長先生はじめ職員皆様のご健闘を祈りましょう。お忙しいところをどうも有難うございました。

精度管理の実情と問題点

(演者抄録)

司会 三井記念病院健康管理科 中央検査部 清瀬 潤
成績管理上の過誤 新潟大学 中央検査部 尾形 稔
統計学的方法に基づく Histogram の解析

札幌医科大学病院 中央検査部 佐々木禎一他
臨床検査自動化研究会でのコントロールサーベイの実情

関東通信病院 臨床化学検査部 春日 誠次
日自健診学会における精度管理サーベイについて

PL東京健康管理センター 理事 菅沼 源二
血液検査精度管理の実情と問題点

新潟県健康管理協会 検査部 長谷川幸一他
標準測定法設定に関する問題点

三井記念病院 中央検査部 中 甫

昭和51年度の人間ドック学会シンポジウムは「精度管理の実情と問題点」をテーマとして学会第2日の8月21日(土)13:00~16:30にわたり仙台市東町の斎藤報恩会会館を会場として開かれた。学会悼尾を飾ったシンポジウムは異常者抽出の「物差し」となる検査値の精度管理にスポットをあて、各講師から研究の総括と問題提起が行なわれ、日常の問題について討議が交された。ここでは提供のあった演述抄録を収録した。

司会

三井記念病院健康管理科

中央検査部 清瀬 潤

人間ドックは健康と思われる群から異常者を抽出する作業が中心であるが、その際の物差しともいべき諸検査における精度管理について各検査室側では、日常どんなふうに行なわれ又その実情はどうであるかについて、今回斯界の権威者にお集りいただき討議したい。

人間ドックでは特に正常と異常との Borderline が問題となる。被検者は前回より総コレステロールが上っ

ても異常と感じている。従って同一施設内での再現性のもとより、正確度についても特に厳密性を必要とする。又必ずしも同一施設を利用出来ない場合もあるがその際の資料の正確性の互換性については全く疑問を感じる処で、A施設で異常であってもB施設では正常範囲ということも日常にみられる。これが単に経時的生理的变化であるのか、施設間の誤差であるのかについても疑問を持たれるところである。こうした中で、今後どう我々は対処し、如何に評価してゆくか等の日常我々の持つ問題について討議してみたい。

成績管理上の過誤

新潟大学中央検査部 屋形 稔

I はじめに

1946年来25年間を経て検査室における精度管理は $\bar{X}-R$ 管理図法に代表されるように体系化され、ほぼ定着したと考えられる。しかし生産工業から移植された精度管理法は、化学分析そのものにおける管理法であって、実際の分析にかかる以前の管理、及び分析が終了してからの管理については全く無力と言っても良い。しかし検査データが患者の診療に役立つためには、分析そのものの精度管理と同様、分析前後の成績管理もきわめて重要である。分析前後に致命的な過誤を生じている場合が少なくないからである。

以下、特に精度管理の最も普及している臨床化学分析を中心に述べてみたい。

II 検査成績の変動因子

検査成績には人為的な過誤も含めて、多くの変動因子が存在する。

表1の如く、検査成績の変動因子を大別すると、生体

表1 検査成績の変動因子

I 生体内因子 (患者側要因)
1. 病態・疾病に伴う変動
2. 環境変化に対応する変動
a. 食事・アルコールなどの影響
b. 体位の変化・運動による変動
3. 生理的変動
日内変動・季節的変動・性差・年齢差
4. 薬剤による間接妨害, 副作用
II 生体外因子
1. 検体採取時に発生する変動
a. 溶血
b. 抗凝固剤使用による変動
c. 採血時のうっ血
2. 検体放置による変動
a. 全血放置
b. 血清放置
c. 血清の濃縮
3. 分析技術上の変動
4. 薬剤による直接妨害, 干渉
5. 検査終了後発生する過誤 (転記ミスなど)

内因子と生体外因子とになる。生体内因子は検体採取前の患者側の要因に基づくものであり、生体外因子は検体採取時から生ずる可能性のある変動である。

これらの生体内因子は次の生体外因子に比べて検査室の成績管理の過誤としては直接的でないかもしれないが、臨床側の成績の判読や、検査室の正常値設定など、重要な問題に大きな役割を果たすものとして認識しておかないと、重大な過誤の要因となるものである。

生体外因子には検体採取時に発生する変動、検体放置による変動、薬剤による直接妨害、検査終了後発生する過誤がある。この他過誤となる生体外因子は細かなものもあげるとたくさんある。

III 生体内因子

1) 生体内因子中の食事による影響では、ヘモグロビン、ヘマトクリットはやや低下し、血糖値は大きく変動する。

脂質では中性脂肪の変動も大きい、NEFAが脂質中もっとも大きな変動を示す。

2) 次に体位の変化、及び運動による変動が問題になる。安静仰臥時には、平常活動時に比較しておよそ7%前後低下する。このことは外来時と入院時とではデータが異なることを意味している。図1はCPKについて調査したもので、筋疾患のない入院患者のCPKと、われわれの検査室のメンバーとを比較したものである。入院患者の正常値の上限は健康者の正常値の上限に比べて約40mu/ml低くなっている。

3) 生理的日差変動については、同一個人についての長期間の観察が必要である。北村²⁾によると、健康人7人の約3ヵ月間10回測定の平均値と標準偏差を個人的に求めると、 $\pm 2SD$ をこえたものであれば病的の可能性を示し、 $\pm 2SD$ 以上の変動はそれが集団の正常範囲内でも、病的意義を考えねばならないとされている。また電解質などは個人差が少なく、個人変動と集団正常範囲が近接し、酵素などは個人差が大きく且つ個人変動が極めて小さいことが指摘されている。

年齢差の大きいアルカリホスファターゼでは成人の正常値巾は約13単位までである一方、発育の盛んな16才頃までは平均30単位位の高値を示す。

4) 薬剤による妨害は最近急速に問題視され、多くの薬剤の妨害が知られている。ここで間接妨害とは内因性の薬剤関与による妨害で、主として薬理的作用又は副作用による干渉を指している。さきに報告したごとく²⁾、尿中ステロイド測定をとっても、極めて多くの薬物の影響があり、心しなければならぬ。

図1 入院患者と健常労働者のCPK値

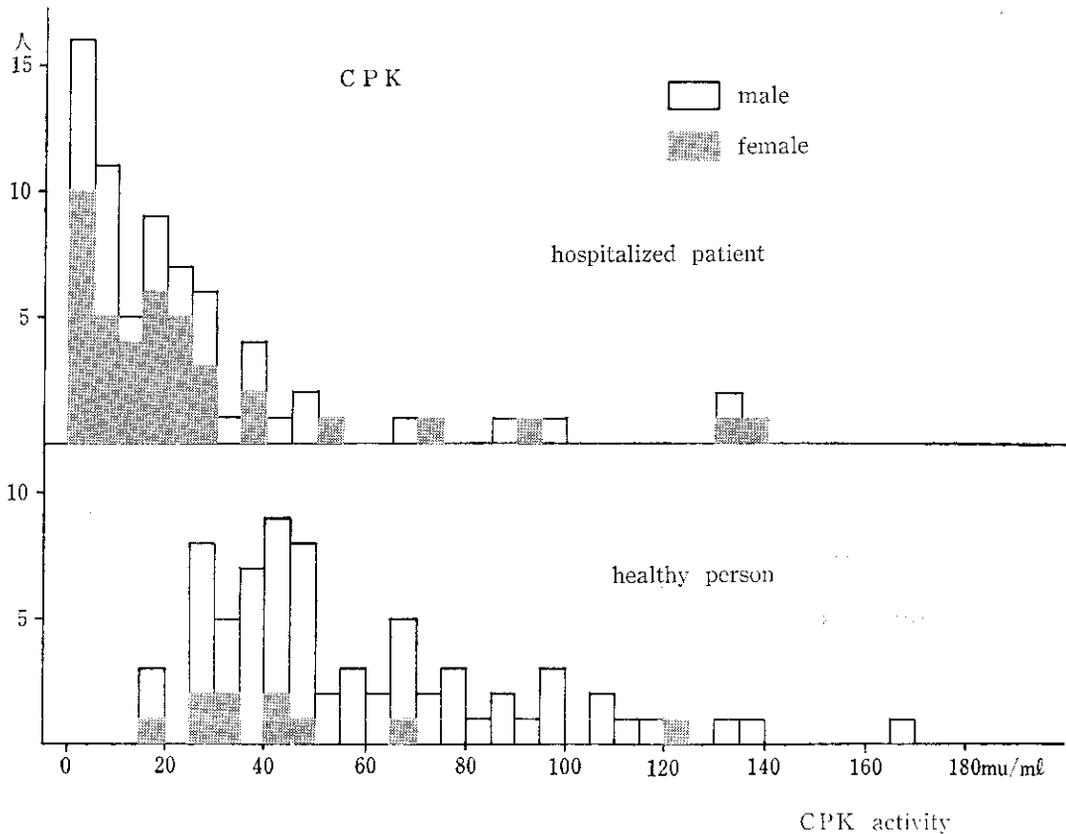


表2 全血放置による検査データの変化

冷蔵庫中24時間放置
男性6例, 女性22例, 計28例

変化のみられたもの	
K	上昇 (70~100%)
Na	減少 (2~4%)
Cl	" (1%)
クレアチニン	" (3~6%)
変化の少ないもの	
総タンパク	タンパク分画
Ca	P
尿素窒素	尿酸
GOT	GPT
Al-P	LDH
アミラーゼ	コリンエステラーゼ
TTT	ZTT
総コレステロール	β -リポタンパク
中性脂肪	総ビリルビン
11-OHCS	

IV 生体外因子

1) 次に生体外因子のうち, 検体採取時に発生する変動で最も多く発生する現象は溶血である。赤血球と血漿の濃度比が大きいものほど, 溶血の影響が大きく, K, LDH, GOT, GPT等がこれに入る。

藤井らによる³²⁾と, 赤血球内液中濃度と血漿中の濃度比が著しく大きい成分, 例えば5以上のものは溶血で不当に高い値を示し, 反対に0.2以下のものでは不当に低い値をうる可能性があることになる。

2) 抗凝固剤も種類により特定の項目に影響を及ぼすので使用量と, 使用方法, 使用目的をよく心得て用いなければならない。一例をあげると, ヘパリンの影響では総蛋白はやや上昇し, チモール, クンケル, CPKで減少を示す。

3) 検体放置による変動のうち表2は全血放置をした場合を示した。Kはおよそ2倍程度に上昇し, Na, Cl, クレアチンはやや低下する。表の下のグループは変化の比較的少ないものであるが, これらの項目も24時間以上

表3 血清の安定性

(血清分離後, 7日間冷蔵庫保存)

変化の少ないもの		
総タンパク	アルブミン	非蛋白窒素
尿素窒素	クレアチニン	クロール
ナトリウム	カリウム	総コレステロール
中性脂肪	β -リポ蛋白	TTT
ZTT	CCLF	Amy(低単位)
※LDH	コリンエステラーゼ	GOT
血清鉄	血清銅	カルシウム
無機リン		
低下するもの		
尿酸	ビリルビン	酸性ホスファターゼ
GPT	ICG	
上昇するもの		
アルカリ性ホスファターゼ (CO ₂ の放出によるpHの上昇?)		
NEFA (主に中性脂肪の分解による)		
※LDH ₅ が急速に失活する検体がある		

放置されれば当然変動も大きくなり, LDHなどは増加してくる。

表3は血清放置による変動で, 冷蔵庫に保存すれば, 7日間までなら変動の少ないものがかかりある。

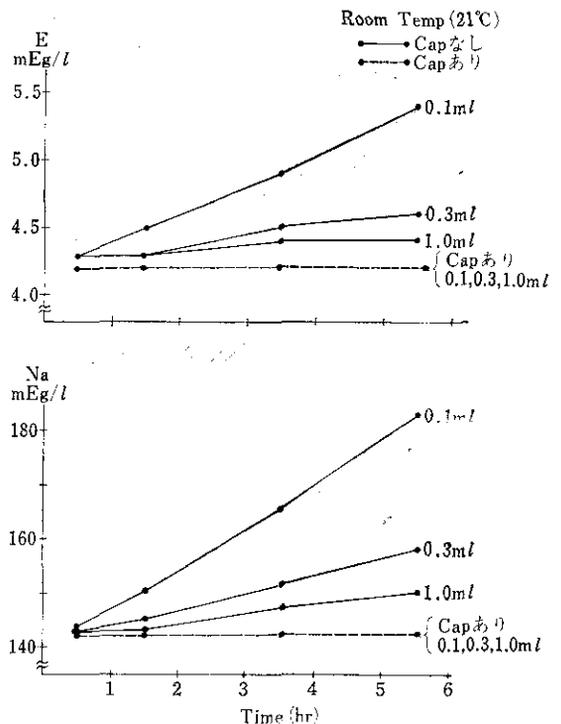
4) 図2は血清検体の濃縮の影響で, 血清量が少ないもの程影響が大きくなる。血清を入れる容器によっても異なる。この場合はテクニコンのオートアナライザーに使用するカップを用いている。0.3mlでもフタ(Cap)をしないと5時間30分後には K, Na, 共に10%程の高値を示す。

5) 薬剤による直接の干渉もかなりあり, 尿中ステロイド測定法に直接影響する薬物は, in vitroで試料中に混入した薬剤が変動因子と考えられる場合が中心であるが, 実験上多くの薬物がチェックされている²⁾。

6) 尿糖定性検査の妨害でも, 還元反応偽陽性にはアスピリン, アスコルビン酸があり, 酵素法で偽陽性を示すものに, L-DOPA等があげられている。

7) 最後に報告まちがいは, 検体のとり間違い, 転記まちがいが, 分光器などの読みとり間違いがあるが, われわれの検査室では, 転記まちがいが最も多い。注意しなければならないのは転記まちがいが, 読みとり間違いは, 自動分析とコンピューターを直結したオンラインシステムでも発生することである。

図2 血清検体の濃縮の影響



V むすび

過誤の原因をはっきりさせることは簡単なようで, 実は大変な仕事である。過誤の発見されるのは検査室の技師の場合もあるし, 病棟医の場合もあるが時間の経過したものは原因追求はきわめて難しくなる。従って過誤の早期発見, 及びその対応には検査室に対する病棟医, 看護婦の協力が必要になる。検査室では一度発生した過誤はその原因を追求し, 再び過誤の発生しないような仕事の流れ, システムを考えねばならない。また検査室に入るまでに生ずる可能性のある過誤については, 医師, 看護婦に対して充分なる指導をする義務があると思われる。過誤の原因を1つづつとり除く作業は, 地味で労力のかかる仕事である。この努力によってのみ検査データの信頼性が確保されるものとする。

参考文献

- 1) 北村元仕: 実践臨床化学, P111, 医歯薬出版 1973.
- 2) 屋形 稔: 薬物投与と検査成績, 内分泌・ホルモン P207, 医学書院 1975.
- 3) 藤井達三他: 臨床化学総論 P12, 広川書店 1975.

統計学的方法に基づく Histogram の解析

札幌医科大学病院中央検査部 佐々木 禎一
日本ロシユ K. K. 矢萩 則夫

健康診断で得られる検査情報に関して重要なことは、実施検査項目の選定と、得られた成績の信頼度の確保とである。後者のためには、種々の精度管理が実施されている。

健康診断の精度管理に関する本 Symposium で、“統計学的方法に基づく Histogram の解析”の命題で、用いられる基礎的な統計学的手法を述べ、Probit analysis について紹介してみたい。

基礎的な統計学的手法

臨床検査成績の精度管理には、多くの統計学的手法が用いられ得るが、日常使われているのはこの中のほんの僅かである。健康成人母集団により示される正規分布型の臨床検査成績の解析に用いられる代表的なものは、 \bar{x} (算術平均値), S. D. (標準偏差), C. V. (変動係数) などである。

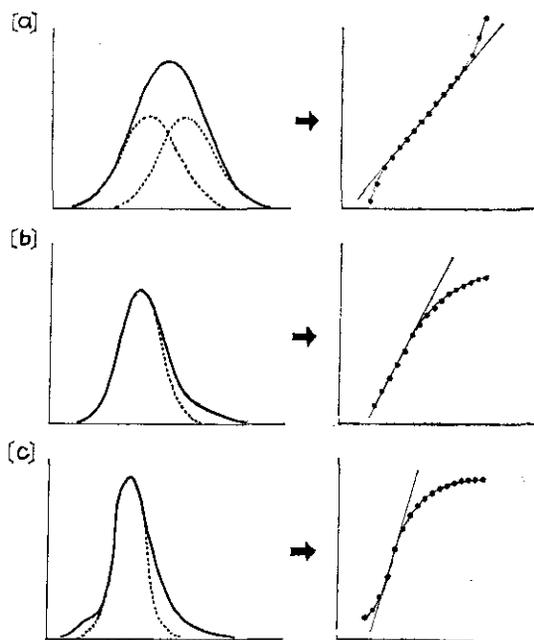
Probit Analysis による SMA系12項目の正常範囲 Normal Range の算出

数年前からわれわれは Hoffmann の Probit analysis により、SMA 12/60 Auto Analyzer 系の12項目の正常範囲を算定するために、日常の臨床検査成績の示す Histogram の解析を行なった。すなわち各成分毎に各1万数千例の成績を利用して、測定値を適当な間隔でクラス分けして分布 Histogram を作製し、累積加算、累積%を算定して正規確率紙にプロットし、得られた累積曲線上の切線から5~95%に入る正常範囲(基準値とも呼ばれる)を求めた。この結果われわれの検査部で用いべきSMA系の正常範囲が決められたが、2~3の項目は従来の Technicon 製の正常範囲との間に差を示していた。

Probit analysis の評価

この Probit analysis 法では、①母集団の選別に難しい条件は要らず、②日常の患者成績から比較的容易に正常範囲を算定でき、③また得られた正常範囲が従来の値とよく近似しているというような利点がある。Probit analysis 法は確かに実用的な方法ではあるが、複数の母集団を含むような分布(混成分布 Composite distribution)の例では、解析上色々問題が多いことが指摘され

図1 Probit Analysis における3種の型



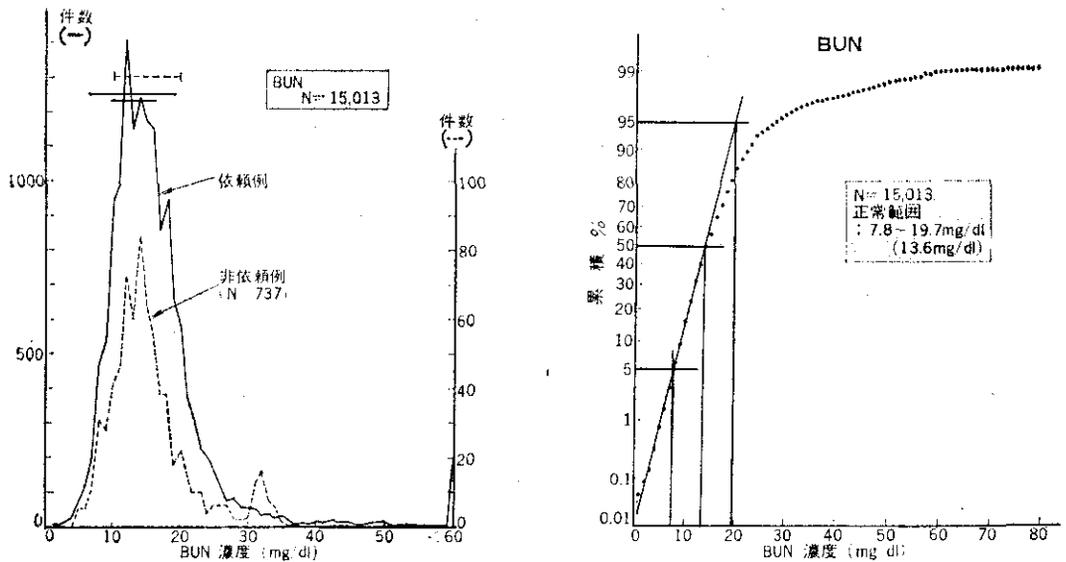
ている。従って Probit analysis 法によるわれわれの成績自体にも、さらに解決すべき幾多の点が内在していることは十分想定されていた。

Probit analysis で得られた分布 Histogram は図1のように3つの型に分類できる。BUN, GOT, Alkaline phosphatase (総 Bilirubin も) は [b] 型に属し、これらは高値或いは低値或のいづれかのみ異常を持つような項目の場合に多く、 Γ 型分布である。Probit analysis 解では直線をひき易く、従って Probit analysis を比較的よく適用できるものである。一方、[a], [c] は β 型分布と呼ばれるもので、複数母集団の混成分布とみることができ、直線をひける部分が短かく、Probit analysis を適用した時に一般に余り良好な解析成績は得られない。この型のものは Histogram 中複数の異常群による分布が深く重畳しており、従って見掛け上の直線を示すもので、Pi, Ca⁺⁺, Glucose, 総蛋白, Albumin, 尿酸, 総 Cholesterol 等がこの分布型を示す。

Multi-Components Histogram の解析

Probit analysis の成績に内在する問題点の解決を念頭に、われわれは得られた分布 Histogram を、Multi-component histogram とみなして、その中から健康成人の分布を推定して解析した。すなわちこれ等に適切な初期値を与えて Computer で算定を反復しながら、得ら

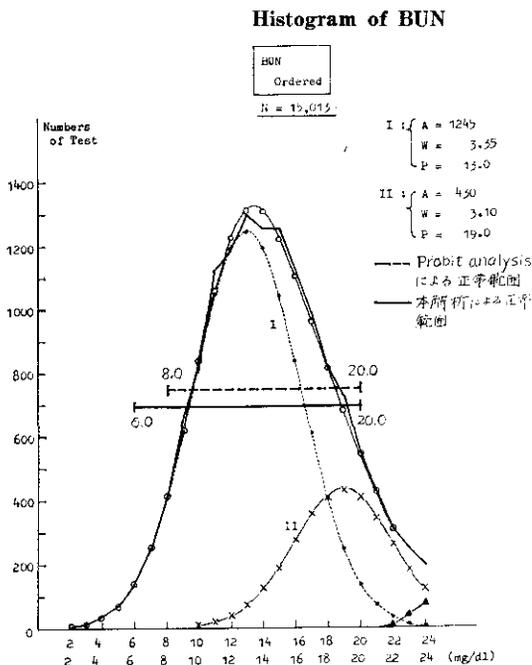
図2 BUN測定成績の分布ヒストグラムと累積加算図表



れた Histogram を実測 Histogram に収束させ、求めた正規分布から S. D. を算出した。現在までに得られた項目の解析の経過と結果とを述べると次のようになる。

(1) BUN (図2, 3参照): BUNの Probit analysis 分布 Histogram と累積曲線と, Multi-component法

図3 Analysis of Multi-component



で解析した分布とを图示した。BUNは高値域にのみ異常を持つもので、分布はⅡ型を示し、実際高値側に小型の分布が想定される。しかし直線もひき易く、Probit analysis もうまく適用できる。図3のように大小の正規分布型ⅠおよびⅡを主分布として収束を試みる、Probit analysis による値とはほぼ合致した値が得られた。

(2) GOT : BUNと同様な型のもので、Ⅰ, Ⅱ, Ⅲの分布型を考えて算定することができた。

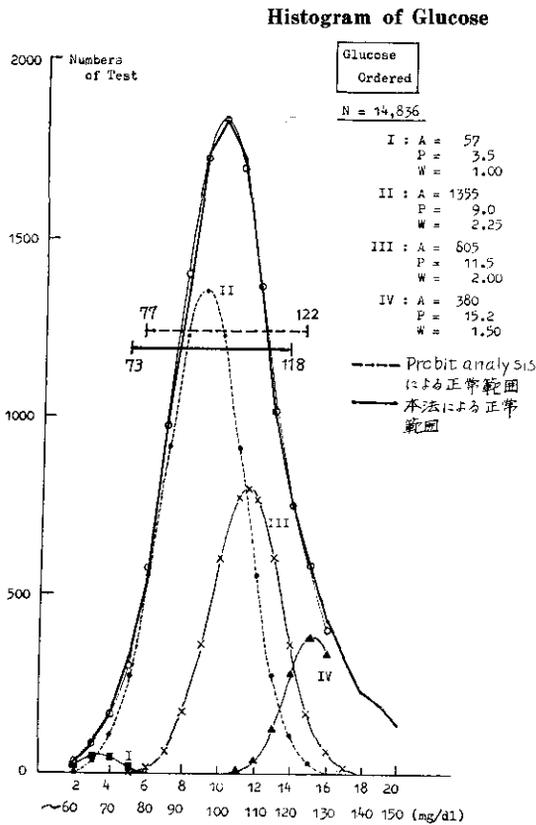
(3) Ca⁺⁺ : Ca⁺⁺は低値と高値とに異常域のある例では、一般に重畳が深く直線が引きにくいいため、Probit analysis の適用効果にも限度があった。実測では比較的直線部分が長くなったが、これは幾つかの成分の分布の混成による見掛け上のもので、それだけ Probit analysis による正常範囲は高値側に shift していた。実際には分布Ⅰ, ⅡおよびⅢを想定して良好な算定ができた。

(4) Glucose : Glucoseは低値異常が非常に少なく、高値異常が多い(図4参照)が、本質的には Ca⁺⁺と同じ解析が可能で、健常集団の分布Ⅱの他高値異常のⅢ, Ⅳおよび低値異常の小さい分布Ⅰとを想定して正常範囲を算出した。

(5) Pi : Piでは検査依頼のあった(Ordered)群となかった(Unordered)群との間に分布 Histogram の位置にズレがあったが、その結果 Probit analysis で得られた正常範囲はかなり移行していたことが証明された。

(6) 今回算出された正常範囲 : 本解析法で得られた正常範囲を Technicon のものと Probit analysis で得ら

図4 Analysis of Multi-component



臨床検査自動化研究会でのコントロールサーベイの実情

関東通信病院臨床化学検査部

春日 誠次

臨床検査の一連の操作に自動機器が利用されはじめてからすでに20年の年月が流れている。当時は生化学検査の単項目施行のオートアナライザーのみであったが、現在ではそれらの機構にも発展がみられ、且多項目を同時に測定するものまで開発され、更には血液学・血清学の分野にも自動化が進められつつある。この数年の間に国産の自動検査装置も数多く市販されている現況である。このような“自動化”によってより多くの検査施行の余地をつくったこととともなって、結果的には検査室は数倍の検査を処理することとなっている。一方この事態の中から診断・治療に又健康管理に、検査データの高度の利用による新しい方向が生れてきたことも見逃せない事実である。そして各検査室の現況は、相互に何の関連もなく規制もなく市販されている自動化機器が購入され、それらがそれぞれに操業され、検査結果を出している。そして各メーカーはより効率的な自動化機器の案出をつづけている。

このような経過の中にあつて、臨床検査自動研究会の運営幹事およびそれぞれの所属あるいは周辺の病院検査部の技師も加わった計画母体を中心として、過去7年にわたって全国的に自動機器による検査精度のサーベイがつづけられた。当初は一定のサーベイ用検体を配布し、結果を公表したにとどまっていたが、更に一步をすすめて誤差要因の解析をコンピュータによる計算から試みるべく実行している。

過去の結果を概観すると 1) 自動化機器による分析は、血清成分の一定範囲内の濃度のものをなるべく精度、正確度をよく測定しようとするのが前提となっているので、どの範囲を検査対称とすべきか 2) 機種ごとの方法の差による誤差をどのように調整するか 3) 酵素活性度の測定法・単位の表現が余りにもまちまちでサーベイ結果をまとめるのにかなり困難がある。などの問題点がある。しかし一時用手検査のサーベイにみられた病院間差が100%をこえるというような結果はみられない。少くとも10数%にとどまっている。

表1 SMA系における正常範囲の比較

検査項目	単位	正 常 範 囲		
		Technicon	Probit Anal.	本 法
BUN	mg/dl	10~20	8~20	6~20
GOT	mU/ml	10~50	25~58	22~48
Ca ⁺⁺	mg/dl	8.5~10.5	8.2~10.8	8.5~10.5
Glucose	"	65~110	77~122	73~118
Pi	"	2.5~4.5	2.9~5.6	2.5~4.6

れたものと比較して表1に示したが、かなり良好な結果を得ることができたと思う。残りの7項目についても解析中である。

ま と め

以上精度管理における Histogram の統計学的解析について、Probit analysisの成績の評価の場合を例にとつて解説を試みた。

日自健診学会における精度管理サーベイについて

PL東京健康管理センター理事

菅沼 源二

日本自動化健診学会においては、昭和47年創立以来、精度管理委員会が設けられ、有料で参加各施設に対して年4回の精度管理サーベイを実施して来た。

昨年からは、これら精度管理サーベイと共にその評価、精度管理上の基礎的問題点などQC改善研修会を年2回持って勉強会も積極的に推進してきた。

精度管理委員会においては、日自健診学会の方針としての精度管理サーベイの設計を行なった。

年間計画（生化学検査年4回、血液検査、血清検査各年1回）という骨子の設計を始め、サンプル配布の時期、方法、サンプルの選定、既知サンプルの調達、サンプルの種類（濃度の選択）、直線性の検討、調査書類の設計（質問要項が多過ぎて複雑なものも困るし、検査成績のみで分析不可能なものでも困る）、統計学的データ処理の設計、評価の方法などである。

精度管理サーベイは始まった当初は施設間精度の状況を実態として把握しさえすれば良かった。

そしてサーベイを実施する当事者としては唯評価をしさえすれば良い時代が有ったように思われる。このような時代においては、サーベイはあたかも施設間の成績コンテストに似た状況が出現し、お互いにサーベイに良い成績を収めることに努力が傾注され、結果として親しい施設間でデータの照合や問い合わせなどが行なわれたり、サーベイ試料のみをルーチン検体とは全く別に多くのコントロール血清群の中に挿入して既知血清の指示値との相関においてデータ報告を行なったりという精度管理サーベイの本来の意とするとこでない結果を招来していた観なきにしもあらずであった。

日自健診学会の施設会員の如く Preventive Care を目的とする施設の精度管理は、健康の治療医学に用いられる検査成績の精度よりも遙かに高い信頼性を要求されていることを知らねばならない。

何故なら、Preventive Care においてはどれだけ早期に疾病への兆候を把握し、予防的措置がとられ得るかという役目を持っており、受診者の自覚症状はもとより、医師の持つ従来からの理学的諸検査のレベルでもはや、近代医学のいう早期発見という段階をキャッチすることは困難な時代を迎えたからである。

臨床検査の精度と安定性（継続性）がQCサーベイの

中から生まれて来なければならない。

従来のコントロールによる席次の発表はもはや不必要な時代を迎えた。

それよりも、1枚の調査書から何処にその施設の計測法は問題点があるかを指摘し得るようなキメの細かいサーベイの設計がなされなければならない。

従来もこのような試みは各所において為されわれわれもそれらのサーベイに参加し詳細な計測条件に関するレポートを提出して来たが、聞くところによると詳細に過ぎたデータは分析することが困難で徒らに多い情報量の山に埋没してしまっているという。

われわれはこのような弊を防ぎ、或る程度は問題の見られる施設に問題点と覚しき箇所を指摘或は示唆することに成功した。

われわれのデータ分析プログラムのいくつかを紹介する。

試料はなるべく多くの機種、分析法において指示値の得られるものを選び、少なくとも濃度（高、中、低値）を使用した。

酵素活性には別にもう1サンプルを準備した。

検査項目と検査法、自動分析機を使用した場合は使用機種名を記入して貰った。

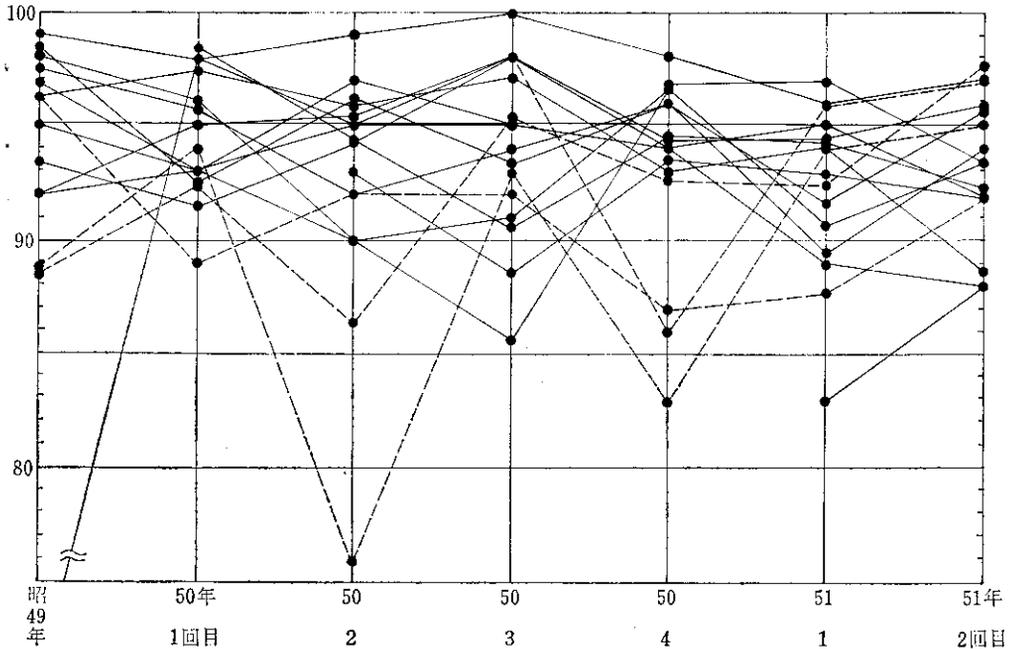
これは分析精度を検討する為の同一方法を用いているgroupを同一集団として統計処理する為の手段であった。

しかし、このことも決して満足する結果を得なかった。というのは分析法の記載が××社製××キットという類の記載が出ていたのである。又分析法と共に面倒ではあるがそれぞれの施設において採用している現分析法による正常域値の記載を併記願ったら、記載の分析法と正常域が常識的に合致納得し得ないものが散見され、直接電話にて担当者或は責任者に問い正して見ると分析法記載の誤りがあり、為に前に集計処理したSDの異常に大きい結果が修正されるということもあった。

次にABCD各試料間濃度の直線性の検討である。コンピューターによる各試料の100分比を試算することにより或施設ではB、Cサンプルのとり違えを指摘することが出来た。

各サンプル間の直線性の検討において、各検査項目毎に単独評価を行なっている段階では夫々の項目の直線性の悪さだけしか指摘することは困難であったが、全項目を通算してABCDサンプル間の検討を行なった結果該施設のみ全項目に直線性の逆転が見られSampleとり違えとして処理して見ると正しい直線性を示したということがあった。

日本自動化健診学会精度管理サーベイ成績の推移



今まで述べて来たのは分析技法による精度の問題であったが、臨床検査の成績は直ちに診断精度に連なる為、夫々の施設において採用している正常域を基準にした標準スコア法表示を用いて診断精度のチェックを行なってきた。

この方法は施設間で採用している分析方法が異り、機種が異なるものから得られた成績を如何に標準化し一元的に評価の処上へのせうるかという問題であり、種々の方法を検討した結果正常域の1SDを基準とし、分析結果が正常域からどの程度離れた地点に位置するかを日常吾々が使いなれた10進法の指数を用いて表現したものである。

計算式は

$$\text{スコア} = \frac{(\text{検査成績} - \text{正常域値の中央値}) \times 10}{\text{正常域値} / 4 (\text{正常域の1SD})}$$

である。

これによって夫々の施設の分析精度と診断精度の関係が明確になり、採用されている正常域が分析精度と正しい関係にあるか否かも占うことが出来るものである。

以上精度管理サーベイの設計とその統計的手法のいくつかを述べてきた。

冒頭にもくり返し述べた如くこれからの精度管理サーベイはコントロールや順位争いを行なう概念は捨て去らねばならず、これと同時にサーベイ試料の取り扱いについ

ても“よそ行き”の特別仕立ての検査系列で実施されてはならないことを周知徹底すべきである。

あくまでも日常検査の中の1検体として加えられるべきであり、日常検査の精度について知り、その高い精度を維持し続けることがこれらQCサーベイを実施する目的である。時代と共に単なる調査から、その結果のフィードバック回路の設定による精度向上のプログラムを直結していかなければならない世代を迎えつつあるのではないかと考えるものである。

49年度から51年第2回までのサーベイ成績参加48施設の得点の傾向を図示した。

なお図中施設数を示す折線の少ないのは殆どが90点を超えたもので重複して画線されていることをお断りしておく。

血液検査精度管理の実情と問題点

新潟県健康管理協会検査部

伊藤 和子

土屋 克子

平野紀代枝

水野 睦子

長谷川幸一

新潟臨港総合病院中央検査部

五十嵐久美子

はじめに

近年、いわゆる人間ドックの受検者数は増加しつつあり、それにとまなうように血液学的検査も自動化の傾向がみられる。

申すまでもなく、自動機器に精度管理は殊に必要とされている。そこでテーマに従って自動血球計算機の精度管理について述べてみる。

精度管理の実情

1. 血液検査自動化施設数

新潟県下の実情を例にあげてみたい。県の診療機関の血液検査自動化施設は52カ所であり、その内、人間ドック施設が28カ所、その率は54%で、ドック実施施設の方がやや自動化がすすんでいる。

2. 精度管理実施

ドック実施の28カ所中、精度管理をやっている所は23カ所、82%であり、ドックを実施していない方の管理状況は67%で、ドック実施の方が管理実施数も多かった。

3. 管理方法

精度管理実施施設の23カ所の管理方法は \bar{X}/R 法1カ所、 $\bar{X}-R$ 法8カ所、ときどきチェックが9カ所、その他5カ所であった。

4. 標準物質

管理物質に次のようなものが使用されていた。新鮮血2、市販標準血球15、セルチェック7、その他5であった。

5. 標準値の設定

視算法6カ所、市販標準物質の表示によるもの20カ所、他の2カ所については不明であった。

6. コントロール・サーベイ参加

自動化施設中、血球計算のサーベイに参加したことのある施設は6カ所であった。

7. 実情のまとめ

ドック実施のほとんどの施設は、精度管理を実施していた。その方法は、 $\bar{X}-R$ 法と時々チェックが主であり、管理物質と標準値の設定には、主として市販標準血球が使用されていた。

その問題点

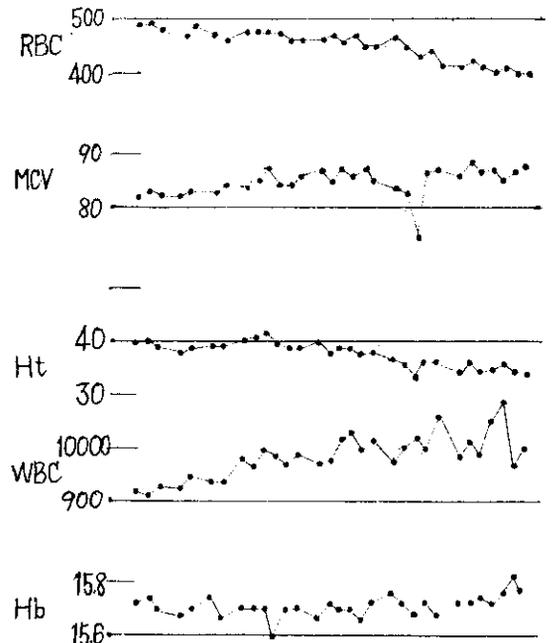
例の県のことを全国的なものと想定し、そこで主として導入されていた管理法と、それに使用されていた市販標準血球、その他2、3の問題点についてふれてみる。

1. $\bar{X}-R$ 管理法

この方法は生化学的検査の分野の管理に広く普及しているが、この方法の基本的条件は標準物質が長期において安定でなければならないことであり、血液学的検査の分野において新谷¹⁾はカウンター標準物質について条件を7項あげている中で、その物質が長期の保存に耐えねばならないと指摘している。図1は、ある市販血球の経日変化を示したものであるが、使用期間1カ月と表示されていても、Hbの他は明らかに変化がみられるものもある。

標準血球の不変を認めて管理図のRBCをみると、計算機が徐々に低値を計算している。しかし、同条件で計算しているWBCの図をみると、徐々に高値の計算がみられ、計算機の異常のみを認めがたい事実である。

図1 標準血球の変化



それらの変化は、RBCは劣化による破壊が低値を導き、WBCは新鮮血の場合、破壊により、採血後、3～4日で急に低値に計算されるのが普通であるが、標準血球は細胞膜が破損しても、固定処理をしてあることから、核の破壊まで及ばないものもあり、分葉核が計算され、徐々に増加を導くものと考えられる。

2. 時々チェックについて

この方法を用いている施設は、標準血球が入荷した時、その表示値が計算されるよう、計算機を調節するものと思われる。その条件を基に時々チェックしていくことであっても、管理値に有意差が計算された場合、一方的に計算機の異常と決めることは疑問である。図2は、5コの市販標準血球のRBCの経日変化を示すものである。また、変化の認められないものもあるが、事前に変化の質的有無を知ることはできない。

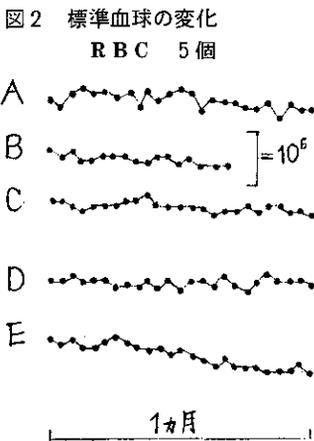
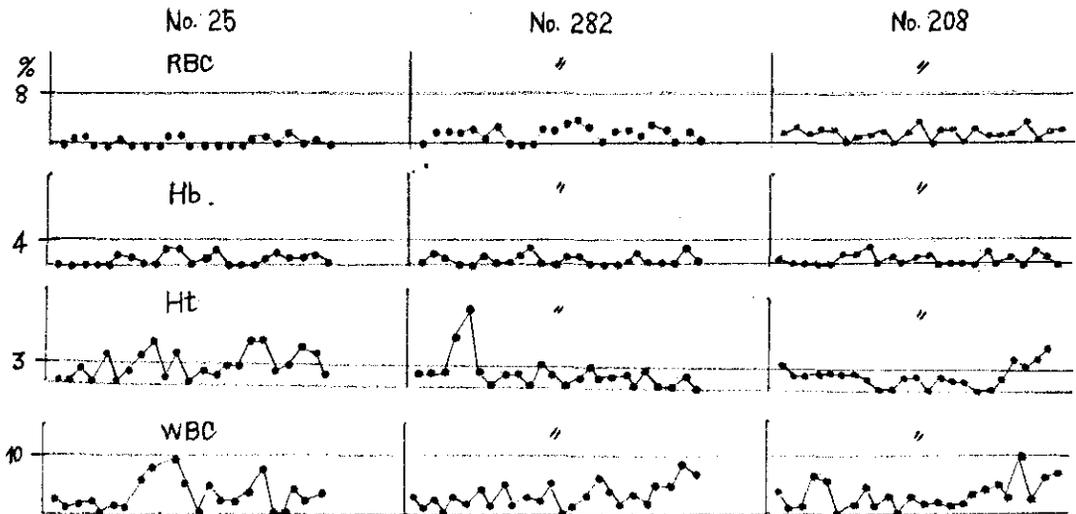


図3 標準血球別|R/̄X|管理図



3. |R/̄X|法

この方法は予想より導入施設が少なかった。それは、人血でも使用が可能で、最も手近かな方法である。図3は、その管理図であり、許容限界値も設定されており、優れた方法であるが、微少で徐々の変化がつかめないのが欠点とされている²⁾。

いずれの方法にしても、その標準に使用する物質の本質をよく把握することが肝要である。その理解が充分でないと、管理手段が逆に誤差を招く可能性も考えられる。

4. Hb 標準液

Hbの測定は、血球計算の物理学的の方法などと異なり、生化学的方法であり、その中でも国際法³⁾があり、血液学的検査の分野では比較的、進歩した方法である。従って、その標準液の信頼性も一般的に高い。しかしながら、市販標準液は、希れに可成の表示値差を示すものもあるが、表1は、計算機の再現性をチェックしながら、各標準液を測定した値である。A標準液を基準に平均値で比較すると、B標準液は5%の表示値差がみられる。この程度の差は、比較実験でもしないと、発見できないことから、ふだんは見逃す可能性がある。ただし、無視できない事実でもある。

5. 希れの計算異常値

̄X-R法、|R/̄X|法にしても計算機の連続的異常の発見手段ではなく、希れに算出される異常値はチェックできない。人間ドックの受検者は、正常値が多いことから、血球計算に熟練した検者は、希れに大きな誤差が算出された場合、経験的疑問から発見できることもある

表1 Hb 標準物質の表示と測定値差

	A標準	4 C	CH ⁶⁰	B標準
1	16.3	15.8	13.6	15.2
2	16.3	15.6	13.3	15.2
3	16.3	15.6	13.5	15.1
4	16.3	15.2	13.3	15.2
5	16.2	15.9	13.6	15.1
6	16.2	15.8	13.2	15.2
7	16.3	15.7	13.4	15.2
8	16.3	15.6	13.5	15.2
9	16.2	15.6	13.1	15.2
10	16.3	15.6	13.2	15.2
\bar{X}	16.3	15.7	13.4	15.2
表示	16.3	16.1	13.7	16.0
R	0	0.4	0.3	0.8mg/dl

が、発見しがたい程度のももある。近年、重複測定の種類が他の分野にもみられる。これは、1回計算では正しい計算ができがたいという理由に他ならない。従って、1回測定機種では少なくとも2回以上の計算でなければ、確かな値とは、いいがたい。

6. サンプルカップと希釈液

希釈サンプルカップを水道水洗のみで繰返し使用すると、MCVが大きくなる。MCVからHtを算出する計算機は、Htの誤差も誘発する。表2は、その誤差を示したもので、新カップでの希釈による値は、遠心法Ht値に一致するが、水洗カップ値は、それに比較して10検体の平均値で7.5%も高値が得られる。なお、市販標準血球は、この現象を示さない。

また、水洗カップを使用した場合でも、希釈液がEagles Hayem 氏液ではMCVの高値は示さない。

7. 問題点のまとめ

いくつかの問題をあげてみたが、他にまだ多くの問題点があることが想像される。問題点があれば、計算結果に、当然それが現われる。これをサーベイ結果からみたい。図4は、参加数8カ所で、その内、人間ドック施設6カ所から得た値である。

サンプルは、検者同士が採りあって、各施設に持ち帰り1時間以内に測定したものである。Hb測定差は、約2g/dl、RBCは約 $100^{10} \times 4$ の差が見られる。両者とも一見して、系統誤差とみられ、希釈や標準液の誤差に起因するものと考えられる。

その結果に各施設が検討を加え、第2回目を第1回目と同様に測定した結果、図5の如く、今度は偶発誤差が目立っている。これら第1回目から第2回目の傾向は、

表2 Ht コップ別値

サンプル	遠心	ガラスコップ	新しいコップ	ラボン洗いコップ	マモ洗いコップ	水道水洗コップ
1	41.5	40 40	41 41	41 41	40 40	43 43
2	41.5	40 40	40 40	40 40	39 40	43 44
3	41.5	45 45	46 47	46 45	46 46	46 46
4	45.5	44 45	44 44	45 44	45 46	50 49
5	50.5	49 49	49 48	48 48	49 49	51 51
6	38.0	37 38	37 37	37 38	37 37	40 40
7	37.0	36 36	36 36	38 37	37 36	39 40
8	36.0	37 31	32 32	32 32	32 32	35 35
9	44.5	44 44	44 43	44 44	44 44	46 46
10	38.5	37 36	37 37	36 37	36 37	40 41
\bar{X}	41.5	40	40	41	41	43

三輪が1965年の調査と同様の傾向が認められた。

これらの誤差は、その背景に多様な問題の存在していることが伺える。

当所の管理の概要

1. 採血による取り違い処置

第1回目の採血サンプルで、血球計算、血液型などが検査されるが、このサンプルは、受検者の多数を同時に採血、これをいくつかに分注するなど、採血状態が一時的に繁雑化するため、取り違いの可能性がある。第2回目の採血は、負荷血糖後の採血で間隔的に採られ、取り違いの可能性がないことから、これに血液型を再検し、ダブルチェックにしているが、第1回目と第2回目の血液型が一致すれば、取り違いなしとしている。従って血球計算も取り違いのないものと推定している。

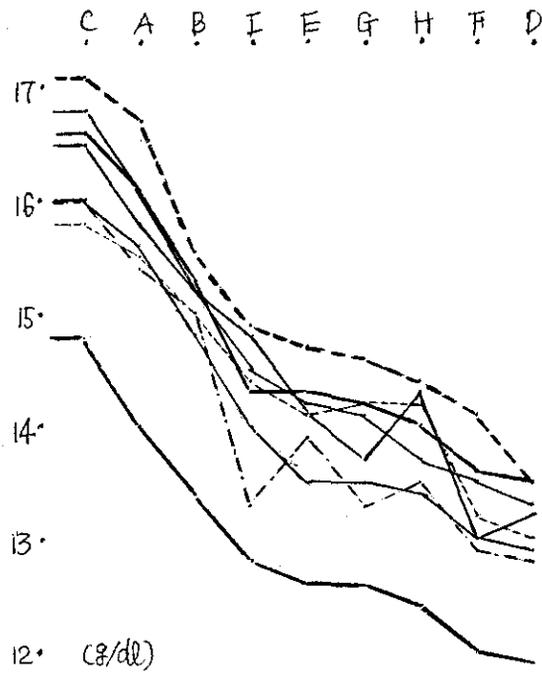
2. 標準血球のチェック

2個の標準血球で、毎朝、サンプルの計算前に管理データをとっているが、その2個のいずれか一方の変化の有無を検する。この場合、2個とも同時に変化することはないものと認めている。

3. 計算機のチェック

血球チェックの一方の値を用いて、 $|R/\bar{X}|$ 法で管理している。

図4 Hb 第1回目



RBC 第1回目

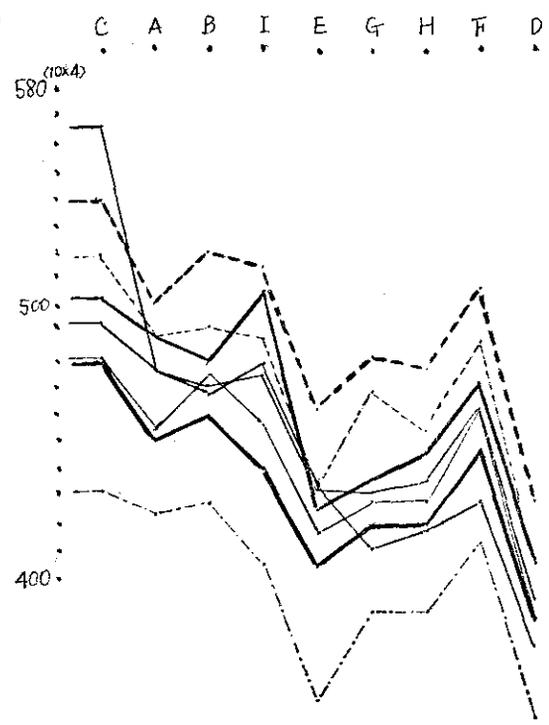
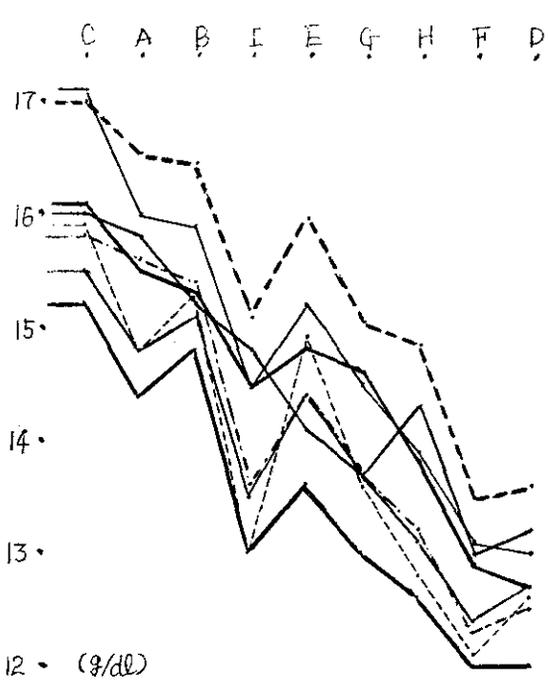
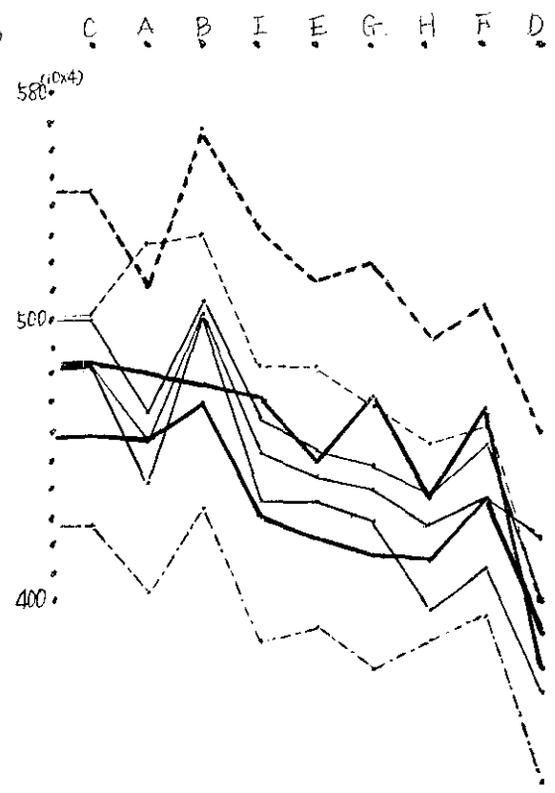


図5 Hb 第2回目



RBC 第2回目



4. 計算回数

1 検体につき、2 回計算、その値が約 $20^{10 \times 4}$ の差が算出された場合、アパーチャー等を点検し、さらに計算して、2 個以上の値が一致した時、正確値としてとる。

5. 標準値の設定

正常人血を 3 人の技師が、1 人 3 回ずつ、RBC は視算法で、Hb はツアンメトヘモグロビン法で、Ht は遠心法で 4 本、それらの平均値を算出、同一検体を計算機で計算しながら視算法などの平均値が算出されるよう、計算機を調節する。

この条件で市販標準血球の標示値を訂正し、参考値にしている。

6. 標準値の維持

人間ドック受検者は、健康人が多いことから正常平均値法の概念に基づき、それを指数化した方法で管理している。

すなわち、受検者 20 例の各検査項目の平均値を求め、そのヘモグロビン値を基準に表 3 の正常人絶対値を条件に Hayem の CI、Wintrobu の MCV 等⁵⁾ から各項目の正常理論値を算出し、その理論値を基に実測値の指数を求める。そして、指数の 20 コから標準偏差を求め \bar{x} 管

表 3 赤血球指数の算出

正常値絶対数	計算式
RBC = $5 \times 10^6 / \text{mm}^3$	$\text{RBC} = \frac{\text{Hb}}{3.2} \times 100$
Hb = 16/dl	
Ht = 45%	$\text{Ht} = \frac{45}{16} \times \text{Hb}$
CI = 1.0	
MCV = 90	$\text{MCV} = \frac{\text{Ht}}{\text{RBC}} \times 10$
	$\text{CI} = \frac{\text{Hb}}{\text{RBC} \times 3.2}$
	$\text{Index} = \frac{\text{実測値}}{\text{理論値}} \times 100$

表 4 指数管理値

項		実測値 \bar{x}	理論値 \bar{x}	指数	標準偏差
Hb	g/dl	14.3	—	(100)	0.31g/dl
RBC	$10^6/\text{mm}^3$	484	468	104	1.9 %
Ht	%	45.0	42.0	107	2.5 %
MCV	μ_3	92.5	89.7	103	2.3 %
CI		96.3	100	96	1.6 %

1. 受検者 20 例毎に各項目の平均値を算出
2. Hb 値を基に他の項目の正常理論値を算出
3. 正常理論値を 100 として各項目の指数を算出
4. 指数の 20 個から標準偏差を求める
5. Hb 値は実測値で求めた

表 5 項目からのチェックポイント

項目	一段希釈	二段希釈	カウンター	MCV・C	Ht・C
Hb	○				
RBC		○	○		
Ht			○	○	○
MCV			○	○	
CI		○	○		

理図を作成する。表 4 は計算値、図 6 は管理図であり、実験的に第 1 段希釈を 0.5%~3% まで順次オーバー希釈をして計算したものであるが、Hb 値のみが次第に低値、その他は異常値を認めない。また、図 6 右は第 2 段希釈を 0.5%~3% までオーバー希釈を試みたものであるが、CI は上昇、RBC は下降の異常がみられた。つまり、第 1 段希釈の場合は Hb の異常値など表 5 の如くチェックポイントを決め、それに従って管理している。

7. 成績チェック

計算成績は、計算しながらデジタル値を即ちに台帳に転記する。計算異常の場合は 3 コ、正常の場合は 2 コの値が記入されることから、2 コの値に有意差がない限り、台帳の転記ミスはなく、そのチェックに台帳の 2 コの値を比較しながら、あえて高い値をコンピューターカードにマークする。カードの転記ミスは台帳とダブルチェックで防止している。

むすび

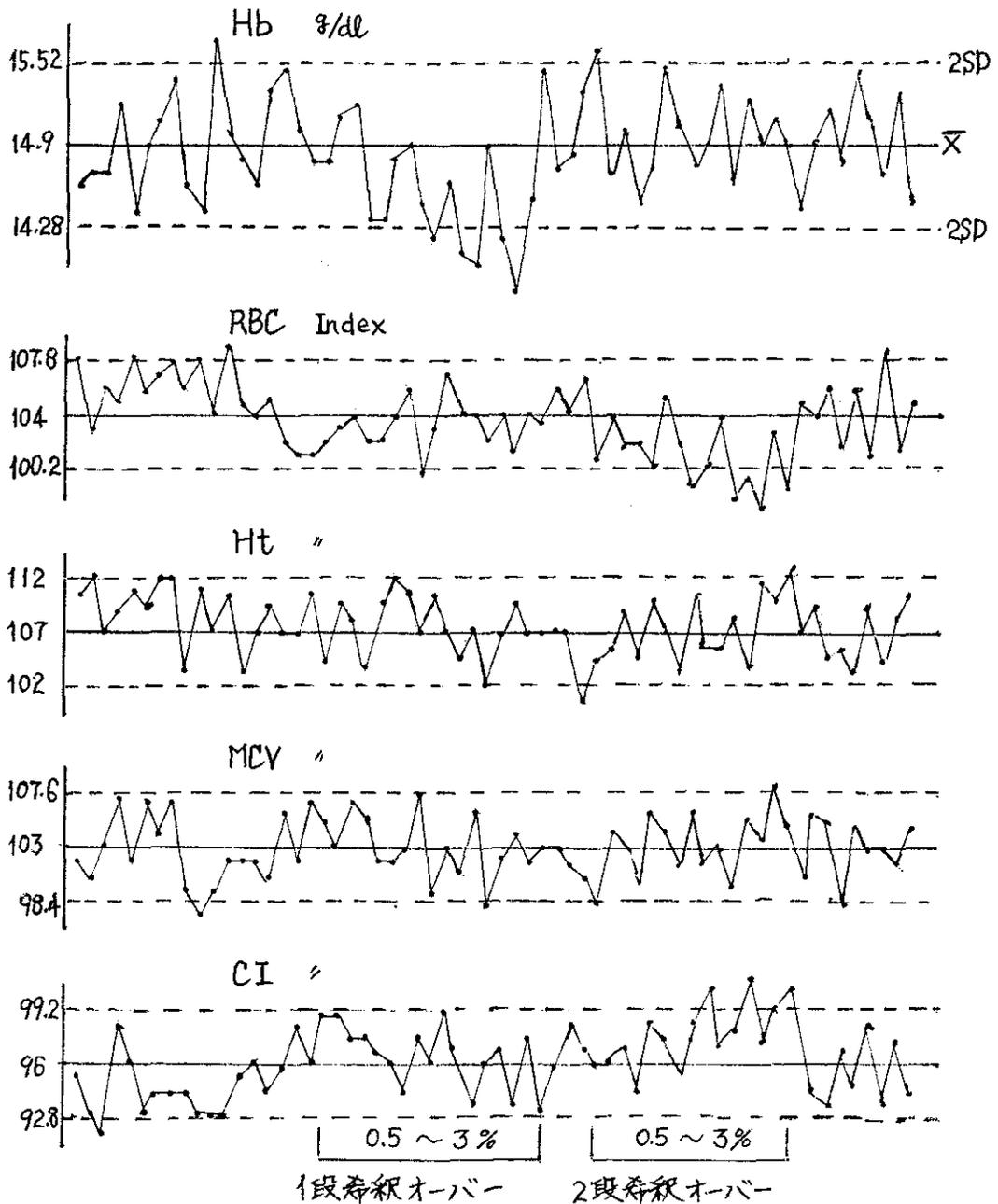
血球計算自動化のドック施設のはほとんどが、その精度管理を実施していた。その管理物質のほとんどは市販標準血球で、管理方法は $|R/\bar{x}|$ 法、時々チェックなどが実情であった。

市販標準血球と $|R/\bar{x}|$ 法、希釈液と水道水洗いカップ、Hb 標準液、計算中の異常値などの問題点を述べた。

更に我々が試みている Hb 値を基にした指数管理などにもふれてみたが、この方法は計算が複雑で時間がかかることから、コンピュータ処理でもなければ実用的でない。

人間ドック施設は所謂正常人を多く扱っていることから、正常の平均法⁶⁾で基準値の維持、 $|R/\bar{x}|$ 法で計算機のチェックの 2 つの方法が適当と思われる。ただし、 $|R/\bar{x}|$ 法は事前、平常値の平均法は事後チェックであり、計算中の異常の発見には、異常値算出の背景がよく理解できるオペレーターが担当の必要がある。

図6 管理図



文 献

- 1) 新谷和夫：成績管理の成果と再評価，臨床病理，特26，40～45，1976.
- 2) 村上典子ほか：血液検査室における精度管理の検討，衛生検査，21，3，253，1972.

- 3) 松原高賢：国際標準ヘモグロビン測定の問題点，日本商事，HN-2，1968.
- 4) 三輪史朗：赤血球計数の問題点，臨床検査，12，872～879，1968.
- 5) 金井泉ほか：臨床検査提要，26版，VI，29～34

- 6) Hoffmann, R.G. & Waid, M.E.: "Average of normals" method of quality control. Am. J. Clin. Path., 43: 134~141, 1965.

標準測定法設定に関する問題点

三井記念病院 中央検査部
中 甫

精度管理の普及に伴い同一施設内での精密度の向上は著しく、特に自動分析機の導入により測定上生じる技師の個人差が縮小され安定したデータが供給できるようになってきている。種々の機関で実施しているコントロールサーベイの結果をみても、その事実を裏付けている。しかし施設間における測定値の差は依然として存在し、将来のデータバンク構想にとっても支障となることを示唆している。本来、同一物質を測定した場合、その測定値は許容誤差範囲内で一致するはずである。以上の事実を勘案すれば、精密度は向上したが、正確度に問題のあることを示している。正確度に影響を与える因子は、大別すると次のようになる。

1. 標準物質、
2. 測定方法、
3. 試薬、
4. 器具、
5. 機器特有の固有誤差、
6. その他（単位、妨害物質の影響など）

これら個々の因子に関与する問題点が自動分析機の普及により更に拡大されたといっても過言ではない。例をあげると、多種目自動分析機で各項目毎に一次標準物質を使用することは機構上不可能で、必然的にAutomated Reference Serum がキャリブレーターとして用いられる。また機器の機能上の制約より、測定法はその機器にマッチした方法を採用することになり、また数多くの修正法が出現している。試薬についても同様のことがいえる。その結果、施設間差が拡大されることは容易に想像できる。このような施設間差、すなわち正確度の欠如を解決する手段として標準測定法の設定という問題が起っても当然の帰結といえよう。しかし現状から類推しても、各項目について標準測定法を設定し、それを日常検査として使用することは不可能である。また標準化は進歩を阻害する一面もあり問題が大きいことも事実である。したがって標準化はこのような問題をふまえて推進しなければならないと考えている。

現在主要各国または国際機関において標準化に関する活動が活発化している国際臨床化学会の組織図を見ても標準化が積極的に考えられていることを示している。またこのような活動は一組織のみでなく、他機関との連携

が重要である。その点でも国際臨床化学会はIUPACを始めとする国際的な各機関と密接な関連を持っている。さて具体的な問題であるが、西独のDr. Büttnerは臨床化学における標準化のゴールとして次のような点をあげている。1. 測定法、2. 測定機器、3. 量および単位、4. 標準物質、5. 精度管理、6. 正常値、そしてこれらのすべてについて標準化の必要性のあることを述べている。

これらについて考えると、そのいずれをとっても完全に独立しているものはない。例えば1の測定法にしても2, 3, 4が関与し、同様に2, 3, 4も相互に密接な関係がある。また5の精度管理も1~4を切離すことはできず、6の正常値は測定法が標準化された上で始めて標準化が可能となる。したがって相互に関連性を保ちみずから推進する必要があると考えている。

測定法については衆知の如くわが国においても消化器病学会肝機能研究班による標準測定法設定の結果、多大の貢献をしていることは見逃すことは出来ない。他の主要各国および国際機関においても、数多い測定項目の中で特に問題の多い項目を取り上げ標準化に努力している。そこで現在考えられている標準測定法の基本的な概念を紹介すると次のようになる。

1. Definitive Method
2. Reference Method
3. Selected Method

Definitive Method とは特定の生体試料中の1成分が真値に最も近い値で測定できる方法、Reference Method とは一般に利用できる器具を用いて測定でき、Definitive Methodから得られた値と推計学的に区別できないか、又は、カタヨリが明確にされている方法、Selected Method とはルーティンに使用できるようにデザインされた方法で、正確度、精密度、経済性などの点で満足であるとしてセレクトされた方法と理解できる。また実際面では、Selected Method を含む Routine Method では患者試料を測定し、Reference MethodではReference Serumなどの混合標準物質を測定し、Definitive Method では純粋な標準物質を測定するために用いるという考え方もある。したがってReference Methodすなわち標準測定法とは、現在日常検査として行なっている方法を評価する物差しと考えることが妥当であると思う。以上のような観点にたつと標準測定法の設定は、先に述べた問題点を解決するのみでなく、正確度の改善に役割を果たすと考えている。

そこで現在発表されているRecommended Methodの中からアルカリホスファターゼを例にあげ眺めて見ると、西独臨床化学会では基本的な実験を行なった上で、

基質濃度、緩衝液の種類、濃度、pH などの反応条件を recommend している。しかしこれらの条件のみでは正確な測定値が得られる保証はない。

スカンジナビア臨床化学会では西独の条件を踏襲し、更に試薬の調整法、測定方法などを具体的に記述している。

最近、米国の *Clinical Chemistry* 誌に掲載された Selected Method では、更に試薬の純度、規格、その検定法までも具体的に述べている。周知の如く酵素活性に影響を与える因子は数多く、大別すると測定条件と反応条件に分けられるが、測定条件については国際臨床化学会においても酵素活性測定に関する Provisional Recommendation を公表している。

詳細は紙面の都合で述べることはできないが、内容は7つのブロックに分け詳細に記述している。測定法についても試薬を加える順序までも明記すべきであると言っている。

われわれも酵素反応をスタートさせる場合の Initiating Reagent を変えることにより活性値に影響を与えることを経験している。また試薬の品質により同一試料を用いても見掛け上の Km の異なることを経験した。したがって Reference Method は測定条件から、試薬の品質も含めた反応条件に至るまで詳細なコメントを付記する必要がある。更に酵素以外の成分については標準物質およびその取扱いについても詳細な記述が必要となる。標準物質については米国 NBS の努力が国際的に

も高く評価され、現在 Standard Reference Materials (SRM) として日常用いる標準液、器具の検定に使用する標準物質を供給している。それらには臨床用一次標準物質、標準温度計、標準セル、光度計用標準物質などが含まれている。量および単位については、特に酵素活性の表現単位が混乱していることは周知の如くで、国際単位を例にとってもこれは表現法の統一であって、測定温度が変われば、同一表現であっても活性は異なる。更に最近では S I 単位の問題もからんでますます混乱のきざしが見えている。

ま と め

以上を総括すると標準測定法の設定を含めて標準化には幾多の問題が関連し一見不可能かに見える。しかし日常測定法を評価する場合に帰る場、すなわち明確な標準測定法がない現在、標準測定法の設定は必須と考えている。その場合、少くとも物差しとなる標準法は細部にわたる詳細なコメントを付記したものでなくてはならない。又、関連条件の中には、酵素の測定温度、単位のように約束事に類する問題も含まれているので共通の約束と考えてよいのではないかと思う。又、一方のアプローチとして、信頼できる標準物質の設定も標準化の一方向であると考えている。このような観点から標準化を推進し、標準測定法の値に合せて行く時に始めて施設誤差を極小にし、正確度向上に寄与できるものと信じている。

日本病院会図書・新刊のご案内

長期療養患者の分類法

米国保健教育福祉省編

(A 5 判 102 頁) 頒価 1 冊 1,800 円

全国的な医療業務コンピュータ化のための用語統一の基本となる貴重な翻訳。電算要員の必携書。

お申込みは 日本病院会出版部 〒102 東京都千代田区二番町 2 でんわ 03-265-0077

腎疾患最近の考え方

東北大学第二内科 古山 隆

腎疾患に関する研究は、生理面ではクリアランス法を中心とした腎機能検査の進歩、形態面では経皮的腎生検法の導入と電子顕微鏡・蛍光抗体法の応用によって長足の進歩をとげた。なかでも1951年 Iversen と Brun によって実用化された経皮的腎生検法は、これまで剖検材料から間接的に推定されていたにすぎなかった Bright 病の Natural History を臨床像と対比しながら経時的に追求することを可能とした。本日は、この腎生検法を基礎にした最近の腎臓病学の進歩のうち、

- A. 糸球体腎炎の発病機構
- B. 慢性糸球体腎炎の進行とその予測
- C. ネフローゼ症候群の治療と予後の3点について述べることにする。

A 糸球体腎炎の発病機構

a. 実験的糸球体腎炎

糸球体腎炎の発病が、免疫機構を介しているのではないかという考えは、以前からあったが、これを見事に証明したのが、1933年馬杉によって報告された腎粥による糸球体腎炎である、この馬杉腎炎ではA動物の腎をすりつぶしこれを他種動物Bに注射して抗体を作らせ、そのB動物の血清をA動物に静注することにより100%の発病率で糸球体腎炎を作製できる。その後の研究によれば、馬杉腎炎をひき起すための抗原は腎のうちの糸球体に局限しており、糸球体基底膜成分であることが明らかになった、また抗体は、血清中の γ -Globulin 分画に存在する。この意味からいうと、馬杉腎炎は抗糸球体基底膜腎炎(抗GBM腎炎)である。

動物に糸球体腎炎を作るもう一つの方法は異種蛋白によるものである。ヒトに多量の抗血清を注射した場合、一部の症例でいわゆる血清病がおこ

り、この際、糸球体腎炎を伴うことが知られていた。動物でも大量の異種蛋白投与によって糸球体腎炎を惹起することができる。この時は投与された異種蛋白が抗原になり、動物で産生された異種蛋白に対する抗体と抗原抗体複合体(Immune complex)を形成し、これが糸球体に沈着することにより糸球体腎炎が発病する。普通の投与方法では抗原は次第に血中から消失し、糸球体腎炎も治癒する。血清病腎炎および異種蛋白による腎炎は Immune complex 腎炎といえることができる。

何れの場合も抗体の沈着は蛍光抗体法によって証明できる。抗GBM抗体腎炎では、抗原は基底膜成分そのものであるから、抗体は基底膜にそって瀰漫性に結合し、蛍光抗体法では線状の沈着物(Linear pattern)として証明される。これに対し Immune complex 腎炎では抗原抗体複合体は糸球体基底膜にそって小塊状に沈着(Granular pattern)する。

b. ヒト糸球体腎炎

1968年、Dixon はこれらの実験的腎炎の研究結果をふまえて次のような考えを示した。すなわち、ヒト糸球体腎炎についても Goodpasture 症候群のように、糸球体基底膜にそって線状に免疫グロブリンの沈着をみる型のもは抗GBM抗体腎炎であり、急性糸球体腎炎や膜性腎症のように、糸球体基底膜に顆粒状に沈着をみる場合には Immune complex 腎炎である。この分類によれば、抗GBM抗体腎炎は Goodpasture 症候群および急速進行性糸球体腎炎(いわゆる Subacute glomerulonephritis)の一部が相当する。一方、流血中の抗糸球体基底膜抗体も測定されており、これが陽性となる症例は全糸球体腎炎患者の10%以内と報告されている。これに対し Immune complex 腎炎は Poststreptococcal glomerulone-

phritis, 膜性増殖性糸球体腎炎, 大部分の慢性糸球体腎炎, 膜性腎症, Lupus腎炎など, 糸球体腎炎の大多数がこれに含まれる。

いわゆる Lipoid nephrosis については, その発病機構は未だ明らかでない, 免疫機構を介して実験的に Lipoid nephrosis に相当する病変を作ることにはできないし, また, 患者の糸球体に免疫グロブリンや補体の沈着を証明することもできない。最近, Lipoidnephrosis の発病に IgE が関与しているとの報告があるが, さらに検討を要する問題と考えられる。

ヒト Immune complex 腎炎の抗原は何であろうか。溶連菌性急性糸球体腎炎を例にとると, その発病の機構は次のように考えられている。溶連菌感染により, 溶連菌菌体成分が血流中に遊出し, この菌体成分に対して形成された抗体と Immune complex を形成しこれが糸球体毛細血管基底膜に沈着し, 補体系を活性化して好中球の反応をひきおこす, この Immune complex は傷害された基底膜を通過し, 上皮下に集積され, Hump としてみとめられる沈着物となる。この場合, 抗原が溶連菌菌体成分の何であるかは未だ確定しない。

その他にヒト Immune complex 腎炎の抗原となりうると考えられているものには, 異種蛋白, ブドウ球菌, マラリヤ, Treponema pallidum, 水痘, Mumps, 麻疹, オーストラリア抗原, 悪性腫瘍に関係した抗原などがある。しかし, 典型的な Immune complex 腎炎と考えられている膜性腎症でも, 最近, 尿細管抗原との関連が報告されているものの, 大多数の症例では抗原は不明である。Immune complex 腎炎の抗原の同定は今後の研究課題である。

B 慢性糸球体腎炎の進行とその予測

a. 腎生検所見よりみた慢性糸球体腎炎の予後

慢性糸球体腎炎を起始不明の腎炎もしくは急性発症後, 1年以上蛋白尿が持続している腎炎とすると, この中にはさまざまな組織像に基く多種多様な臨床像を有する患者が含まれる。数年の経過で腎不全に陥る症例もあるが, 一方, 10数年経

過しても軽度の蛋白尿を呈するのみで全く腎機能の低下をみない症例もある。したがって, 慢性糸球体腎炎患者を診療するにあたっては, 長期的予後を見通した上で方針を決定する必要がある。

それでは慢性糸球体腎炎の予後を予測するためにどのような因子を用いればよいだろうか。われわれはこの問題の解答を得るために昭和34年に腎生検を行うようになって以来, 毎年追跡調査を実施してきた。本日はこの結果を中心に話をすすめたい。

慢性糸球体腎炎の腎生検組織の評価には木下をはじめ諸家の基準があるが, われわれは東北大病理諏訪紀夫教授の糸球体傷害指数 (IGL) を用いることにした。これは, 糸球体病変を Mesangium の増加による係蹄構造の破壊の程度により 0 (正常) から 4 (硝子化) までの 5段階にわけ, 生検標本上の 1つ1つの糸球体について評価し平均するものである。したがってこの糸球体傷害指数は腎病変の量的表現であり, 質的な変化は無視しているが, 慢性糸球体腎炎の予後とよく一致する。糸球体傷害指数は, 本来, 連続量であるところに特徴があるが, 今回は取扱いの便宜上 IGL 1.5, 2.5 を境に, 軽症群, 中間群および重症群の 3群にわけた。糸球体病変の機能的指標として内因性クレアチンクリアランス (Ccr) を測定し, これを 5年以上追跡できた症例について経過をみた。

軽症群 42例では, 大部分の症例で Ccr の低下はみられなかった。死亡した例が 2例あった。それぞれ, 脳卒中および尿毒症によるものであるが, どちらの例も高血圧を伴っていた (図 1)。

これに対し重症群 18例では, 大部分は生検後 5年以内に死亡するか, もしくは人工透析に移行しており, 現在生存中の患者は 2例にすぎない。IGL 2.5以上の腎組織像は, 明らかな Nephron の荒廃を伴った古典的慢性糸球体腎炎といつてよいものであるから, この結果は当然といえる (図 2)。

中間群に属する症例の予後はまちまちである。全体として緩慢ながら進行する傾向がつよく, とくに, 中間群のうち糸球体傷害指数が, 2.0以上の患者の予後は明かに悪く, 17例中 6例が死亡す

図1 慢性糸球体腎炎患者の腎機能の推移（軽症群）

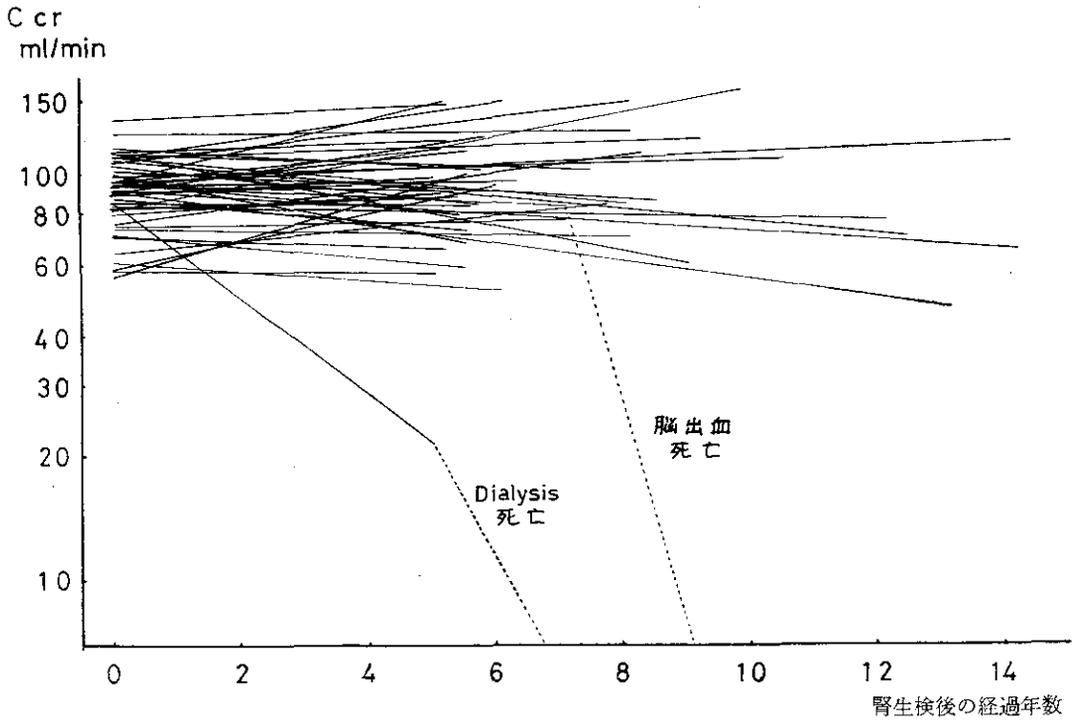


図2 慢性糸球体腎炎患者の腎機能の推移（重症群）

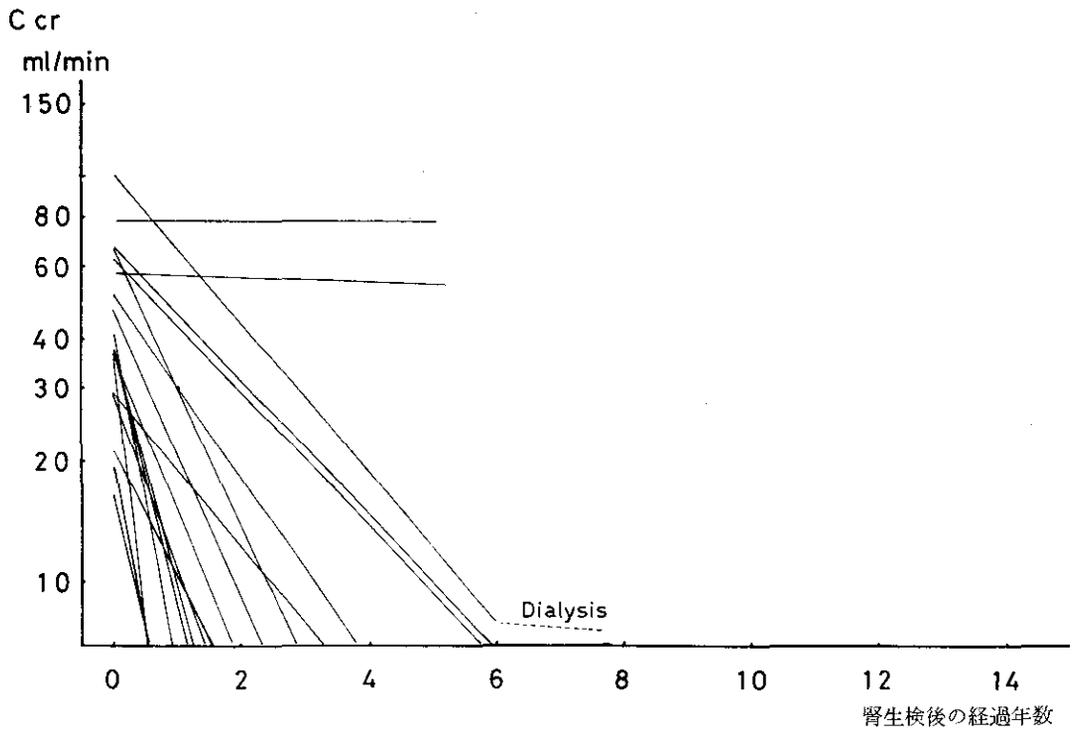
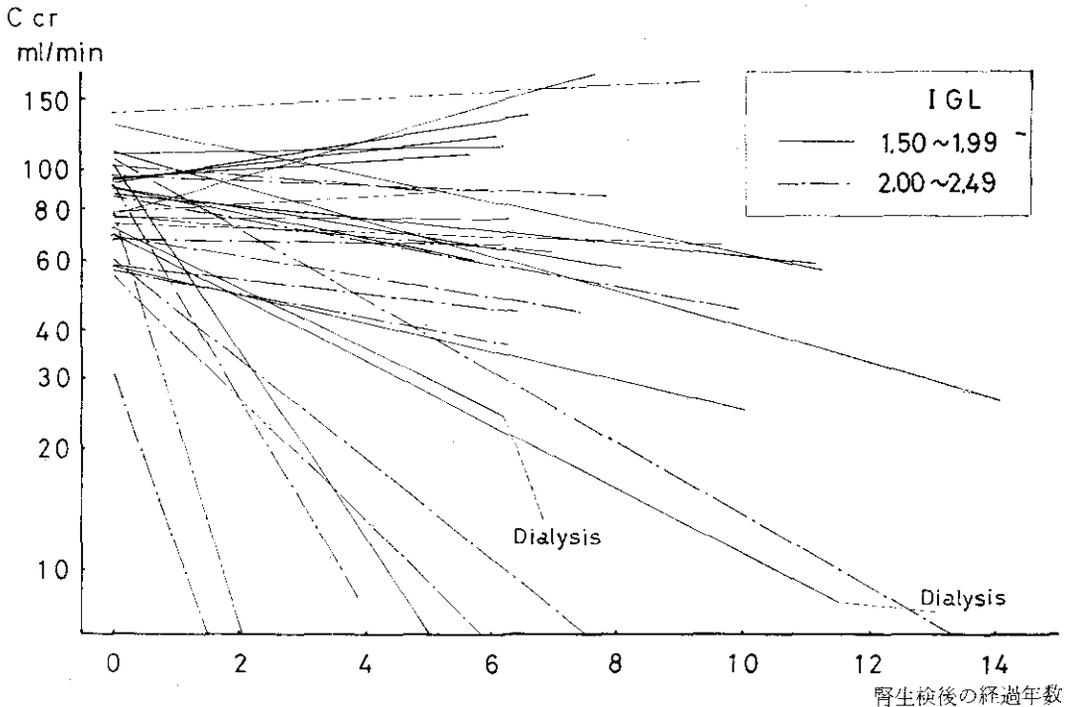


図3 慢性糸球体腎炎患者の腎機能の推移（中間群）



るか、もしくは透析療法をうけている（図3）。

慢性糸球体腎炎患者の中に長期にわたって追跡してみても腎機能低下がみられない例が多数あることは、すでに指摘されることであるが、患者の生活指導を行う上で考慮しなければならない問題である。

b. 臨床検査所見よりみた慢性糸球体腎炎の予後

次に慢性糸球体腎炎の予後判定のための臨床上の指標について検討する。

尿蛋白1日排泄量は慢性糸球疾患の予後とはあまり関係がない。しかし、この中から Minimal change type のネフローゼ症候群と膜性腎症を除外すると、蛋白尿の程度と慢性糸球体腎炎の進行との間に明らかな相関がある。すなわち、尿蛋白1日2g以上の症例の70%がその後明らかに進行しているのに対し、1日0.5g以下の症例では8%が進行しているにすぎない。

これに対し尿中赤血球では、沈査強拡大1視野に5個以下の症例でその後進行をみたものは25%

であったのに対し、赤血球1視野10個以上の例のうち進行したものは31%であり差がない。沈渣中の赤血球は予後判定の指標としてあまり大きな比重をおくことはできない。しかし、1日尿蛋白排泄量と同時にみると、蛋白排泄1日1g以上で、1視野10個以上の赤血球が存在する場合には生検でも活動性病変がみとめられることが多く、進行する可能性が大きい。

慢性糸球体腎炎で高血圧を伴う患者の予後が悪いことは、昔からよくいわれていることである。われわれの症例でも軽症群でありながら死亡した2例は何れも高血圧を伴っていた。また、高血圧と糸球体傷害指数との関係をもみても糸球体病変の程度がつよくなる程、高血圧の合併程度は高くなる。さらに、追跡調査の際の血圧の変動をみると、軽症群患者ではその後、血圧の測定をくりかえしても高血圧を呈する症例は少く、これに対し重症群では17例中透析を行わずに生存している4例のうち3例は高血圧を合併せず、高血圧のあった1例も降圧剤投与により血圧は正常化してい

る。一方、死亡例13例は1例を除き、何れもその経過中に高血圧を伴っており、しばしば降圧剤によっても control 困難であった。

Fishberg 濃縮試験は尿細管遠位部ならびにHenle 係蹄の機能を臨床的に知ることのできる唯一の機能検査といてよい。したがってこれを滲透圧法によって測定した場合には、クリアランス法とはまた異った意味で重要な情報を得ることができる。尿の最大濃縮力は糸球体病変の程度とよく相関するが、時として糸球体病変が比較的軽いにもかかわらず濃縮力は低下しており、尿細管/（尿細管+間質）の比も小さく、いかにえれば尿細管萎縮と間質増加がみとめられる症例がある。このような症例では、はじめ Ccr, PSP などの低下が明かでなくとも、その後、急速に悪化することが多く、濃縮力がよく予後を反映するといえる。

臨床的に慢性糸球体腎炎の予後を推定する場合、CPAH, Ccr, PSP, 尿最大濃縮力や、感度は低い血清 Cr, 尿素Nなどは腎病変の量的指標といえることができる。これに対し、血圧、赤沈、尿蛋白、尿沈渣、血清蛋白、その分画、Cholesterol, ASLO, RA, 補体などは質的な指標である。生検

により直接に組織学的情報が得られれば判断はさらに確かになるが、それが無い場合にも、出来るだけ正しい評価を下すよう努力する必要がある。

C ネフローゼ症候群の治療と予後

a. Steroid 剤治療の遠隔成績

ネフローゼ症候群に対する Steroid 剤の近接効果については、成人ネフローゼ症候群治療研究会の全国統計で一応の結論が出たものと思われる。われわれの成績でも近接効果有効率は、微少変性群 88.2%，軽度増殖群 50%，増殖群 12.5%，膜性群 7.7%，膜性増殖群 0%，硬化群 0%であった。

しかし、Steroid 剤投与を含め、ネフローゼ症候群患者の長期的予後については未だ結論は出ていない。この問題を解決するために、われわれは腎生検により組織学的所見の明らかなネフローゼ症候群患者に対して追跡調査を行い、遠隔成績を検討した。

近接効果有効群についてその後の経過をみると、追跡不能例を除くと完全寛解は3年後 88.9

図4 Steroid 投与例の遠隔成績

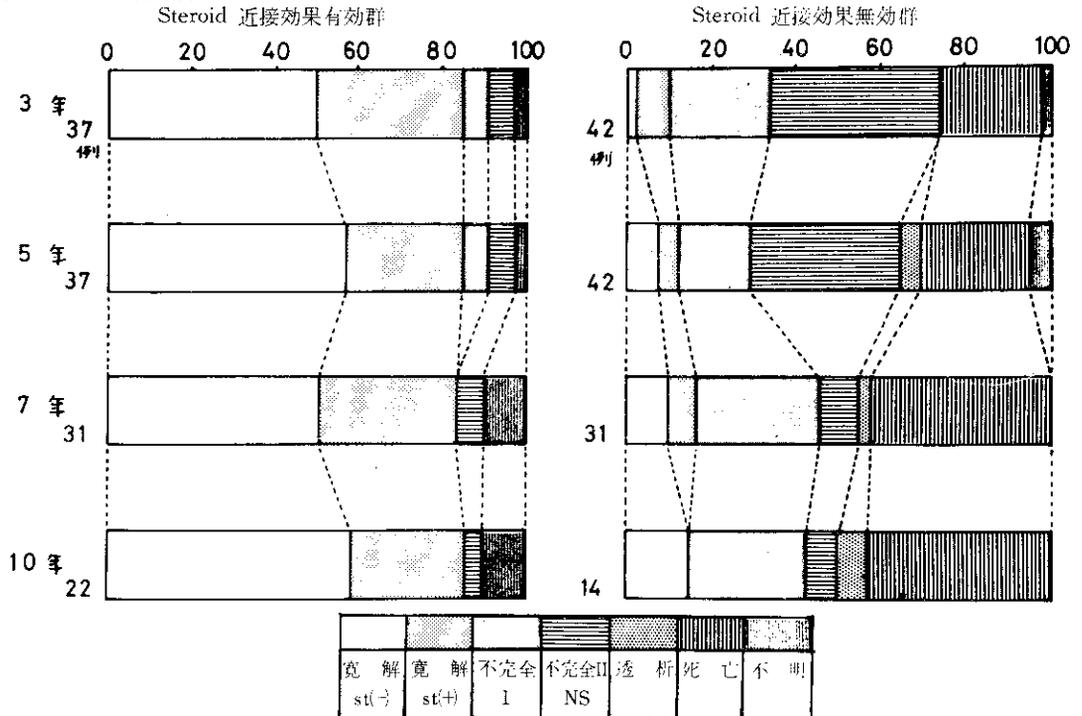


図5 ネフローゼ症候群の再発

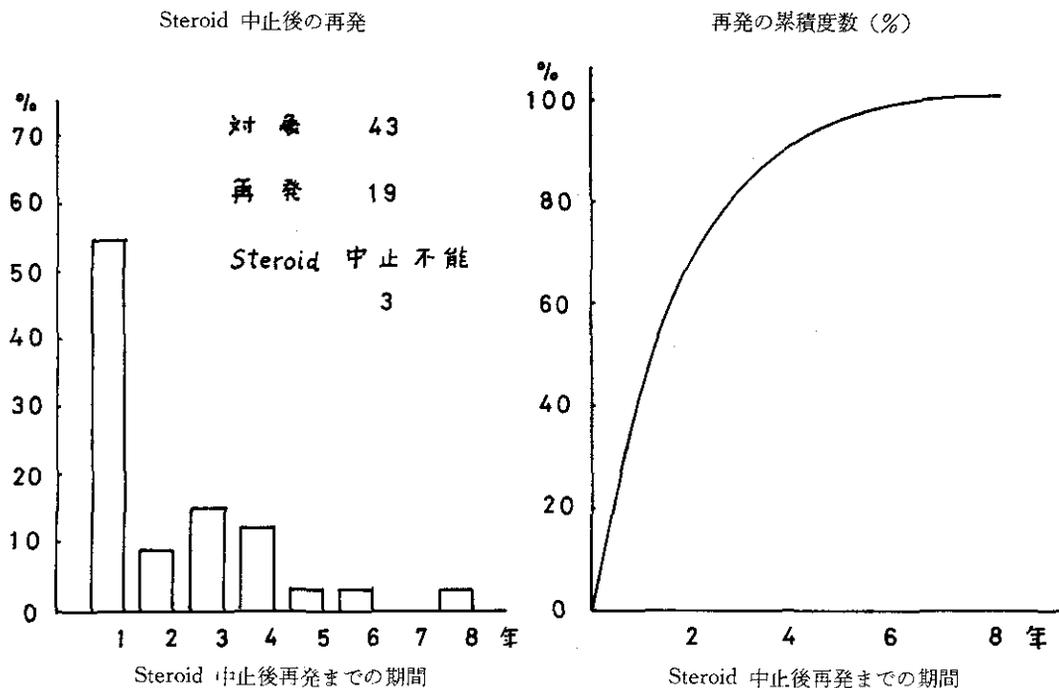
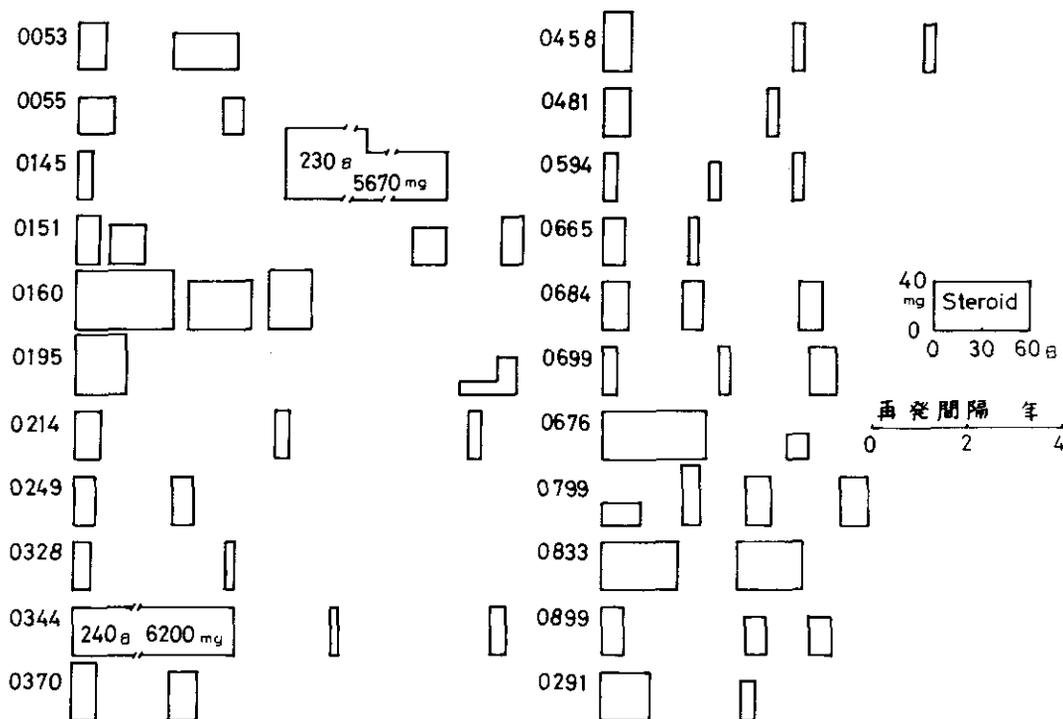


図6 初回および再発時の尿蛋白陰性化に必要な Steroid 量 (Prednisolone 換算)



%, 5年後86.1%, 7年後91.6%, 10年後95.0%であった。また、10年後までの観察では死亡は1例もなかった。経過観察時に不完全寛解Ⅱ型もしくはNephrose症状ありとされた例は、各年度とも5%程度存在したが、何れも再発してSteroidの効果が十分にあらわれていない時期における判定で、どの例もその後改善をみている(図4)。

これに対し近接効果無効群では、Steroidの継続投与またはその中止後に完全寛解となったものは3年後で9.9%, 5年後12.5%, 7年後16.2%, 10年後14.3%にすぎなかった。また、死亡例と人工透析中の患者は3年後24.4%, 5年後32.5%, 7年後45.1%, 10年後には50%に達した。不完全寛解Ⅰ型は3年以後ほぼ25%前後で一定であるから、不完全寛解Ⅱ型またはNephrose症状を呈した例の中から次第に死亡または透析中に脱落していったことになる。

次に微少変化群52例についてみると、近接効果では78.9%に完全寛解をみ、その後3年後80.4%, 5年後84.3%, 7年後82.5%, 10年後82.1%が完全寛解であった。死亡例は3例で、原因はそれぞれ併用した6MPによる肝障害、原因不明の急死、悪性腫瘍であった。また、治療に全く反応せず腎不全に陥り透析中のものが1例、治療抵抗性で追跡調査から脱落したものが1例ある。

Steroid剤投与によって完全寛解となっても、Steroid中止後再発する例は50%以上といわれている。われわれも、再発防止のため尿蛋白消失後1年以上(Steroidによる)間歇的維持療法を行うことを原則としてきたが、再発率は52.5%あった。その他に7.1%の症例で、Steroid減量のたびに蛋白尿が再燃したため離脱不能であった(図5)。

Steroid剤有効例が、再発の際に無効例になることがあるか。また、Steroidの必要量が変化するかについて調べた。初回治療の際、尿蛋白陰性化するのに要したSteroid量の平均はPrednisolone換算、1048mg、第1回再発では751mg、第2回再発では558mgで、再発に際してSteroid剤の必要量が増加することはない。また、個々の例では、初回に360mgで尿蛋白陰性化したのに再発の際には230日間、合計5670mgを必要とした例もあったが、

Steroid剤が無効となったものはなかった(図6)。

以上、われわれの追跡調査の成績では、Steroid投与によって近接効果不完全寛解Ⅰ型以上に改善した例は予後がよいこと、このような例では約50%に再発をみるが、再発の際にもSteroidは有効で、Steroid必要量も再発によって増加することは稀であることがわかった。

b. 抗免疫剤療法

ネフローゼ症候群に対しては、先述のようにSteroid剤が有効で第一選択と考えられるが、Steroid剤が無効な例や、再燃、再発を繰返す例に対しては、抗免疫剤による治療が併用されている。Alkyl化剤としてCyclophosphamide、Chlorambucilが、Purin Analogとして6MP、Azathioprine、葉酸拮抗剤としてMethotrexateが使用される。このうち最も効果があるのはCyclophosphamideである。ネフローゼ症候群に対する同剤の効果は、Steroid節約作用、再発防止作用、Steroidに対する感受性の増加の3つにわけることができる。Steroid減量に際して再燃をくりかえし、離脱が困難な例に対しCyclophosphamideを併用すると容易にSteroidを減量でき、維持療法に移行可能のことが多い。また、本剤投与で再発間隔を延長できないことも知られている。最後の作用はSteroid抵抗性ネフローゼ症候群にCyclophosphamide治療を行ったところ、Cyclophosphamideそのものは無効であったがその後投与したSteroidが有効であったとの報告に基くものである。Cyclophosphamideは単独投与でも有効であるが、副作用がつよいのでSteroidと併用するのがふつうである。とくに精子形成抑制があるので、長期投与は好ましくない。

c. 非ステロイド系抗炎症剤

Steroid剤や免疫抑制剤を投与しても、効果がみとめられるのはネフローゼ症候群患者の50%以下で、半数以上の患者では中等度以上の蛋白尿が長期にわたって持続する。われわれはこのSteroid抵抗性ネフローゼ症候群例に対しIndomethacinを投与したところ、蛋白排泄量が50%以上減少したものを有効とすると44%に有効であった。蛋白尿の改善に伴い、血清Albuminは増加し、Chole-

sterol も減少する。

組織学的分類と比較すると、膜性群で無効例が多い傾向がみとめられるものの、とくに組織所見との関連はみられなかった。また、本剤投与前後で生検を行った7例についてみると、有効例でも組織所見の進行がみとめられ、臨床症状の改善とは一致しなかった。

すなわち Indomethacin は Steroid や抗免疫剤の無効なネフローゼ症候群に有効であり、生化学的諸指標を就業や就学が可能な程度にまで改善するが、有効例であっても組織病変の進行を阻止で

きるか否かについては疑問があり、今後さらに検討を要する。

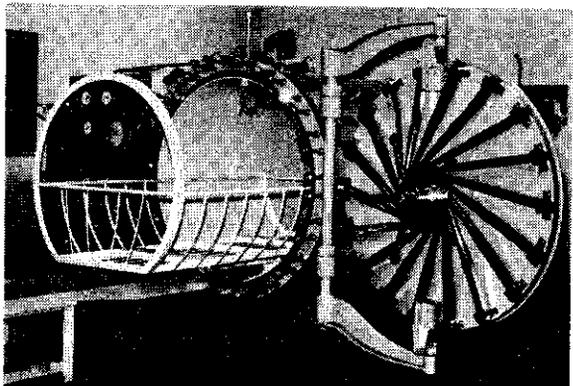
以上、腎疾患についての問題点のうち、糸球体腎炎の発病機構、慢性糸球体腎炎およびネフローゼ症候群の Natural History、治療などの問題を中心に概説した。

ここで用いた追跡調査には、厚生省特定疾患研究「慢性腎炎（腎不全）」ならびに「ネフローゼ症候群」の研究費援助をうけた。厚く感謝する。



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

第3回病院管理視察研究会

う ら ば な し

思い出の地

この病院視察旅行は16年前、故橋本寛敏先生の発案で始められたもの。その第5回目は今回のコースと同じ山陰で、宿も前回と同じところ。11年前のその頃はまだ独身だったT研究員、結婚式の3日前だったのに休まずに参加したと橋本先生にほめられたのも今は昔。これを肴に当時「うらばなし」にいろいろ書きたてたさる研究員、同席の女性研究員に、「あの時T研究員はメノーのブローチを物色しているのを垣間見ましたが、今度も買うと思いますか。」「それはまたお買いになると思いますよ。」それに対して断固として「私は絶対買わないと思います。釣り上げた魚にまた餌をやる釣師はおりませんからね。」

観光はしない伝統

今回の旅行の集合地は鳥取市。県庁所在地で温泉があるという珍しいところ。日程表を見ながらさる研究員、「ここまで来て、鳥取砂丘も出雲大社も見物しないんですか。」と驚いたような声をあげると、O研究員「当たり前ですよ、橋本先生以来の伝統です。この旅行は勉強であって、観光ではないんですよ。どうしても見たい人は勉強の始まる前に行くことです。朝の5時から砂丘へ行くバスが出ているそうですよ。」

翌朝、目覚めてみれば、その不心得を論すような無情の雨。

勉強すれば雨も晴れる

最初の見学病院の鳥取県立中央病院へ向うバスの中は篠突く雨。「橋本先生、どうして下さる。この旅行は雨が降らないことになってたじゃありませんか。」と、地下の先生にボヤいていると、何と病院へ近づくにつれて、雨は次第に小やみになり、病院の玄関へバスがとまった途端、アラ不思議ピタリと雨はやんでしまったではないか。そして病院で勉強を始めると、お日様が顔を出し、さんさんと日光が輝き出してきた。やはりこの旅行は勉強しなくっちゃ。

予定外の車内研究

最初の見学病院を出たバスの車内では、早くも予定外の車内研究。担当のT研究員曰く、「やはりこの旅行は勉強をしませんと、

天気が良くなりません。天気を良くするために勉強をすることにします。したがって、夕方の大山の観光の時はまた雨が降るかもしれませんね。」

こうなってしまっただけは、天候を維持するためにも勉強するしか方法がない羽目に……。

眠り薬を飲ませろ

野島病院に到着してお昼の食事となる。病院のお心づくしのビールまで添えられたご馳走である。

T研究員「私は飲むと眠くなるものですから、切角ですが。」とひたすら拝辞の態。前の席に坐っていたさる研究員、「お飲みなさいよ、兎ぢゃないけど、ここらでしばらく寝ていていただきますよう。」

先程の車内研究が余程うらまれた模様。

弾は当らぬ

大山は日光にも負けないほどの九十九折、すごいカーブでバスがグラリとした途端、突如ガターンという物凄いい音と共に、網棚の上のトランクが通路へ飛び落ちた。O研究員の頭スレスレに飛び越えて。

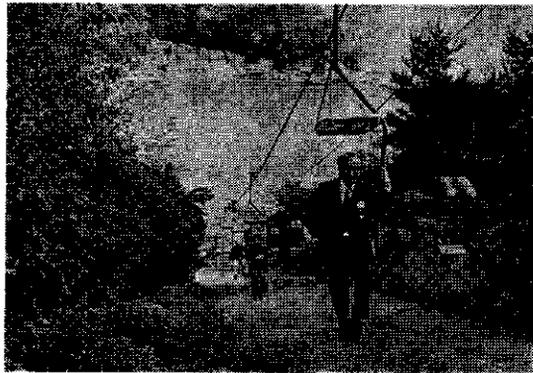
「危なかったですね。もし当たたら大怪我でしたよ。やっぱり先生は日頃の精進がいいから、天の感じるどころですね。」

その時O研究員少しも騒がず、「僕には当らないんです。」さすが歴戦の陸軍中佐殿は違ったもの。

心臓にこたえる有難味

バスで裏大山から表大山へ出て、有料道路も終りに近づく。

「オヤ、観光が終わったら青空が出てきましたね。11年前にこの大山へ来た時も雨に合いました。やはり観光の時は雨が降るようで



す。その時は川原へ行って、お宮にはお参りしませんでしたので、これで宿願が果せますよ。」と懐しそうに述懐しているのはO研究員。

大山寺は見上げるような長い石段で、心臓に悪いからと取りやめる人もある中に、ご年配のN研究員、フーフー言いながら頂上まで。「お昼にはお神酒が入っているの、こたえますよ。なんでお社はこんな高い所にあるんでしょうな。お城と同じで、要衝の地を占領しようというんでしょうか。いややっぱり有難味を増そうというんでしょうな。」

地理実査

皆生温泉のホテルは海際の高層ビルディング。ホテルについて、ガヤガヤとエレベータに乗りこんだ研究員大勢。5階の室に割り当ったのは1人で、あとは全員6階へ。案内の女中さんは5階の1人を案内して下りてしまったので、「1人が優遇されて、あとの大勢が置いてきぼりとはこれいかに。」「やはり早いもの勝ちということですか。」などとうるさいこと。

6階に上ってきたものの、S研究員は部屋に鍵がかかっていて入れないので廊下をウロウロ。「入れないじゃないか。」などという声を後に、さる研究員、早くもその間に廊下の非常口の点検にとりかかり、非常階段まで確認して、「うん、これならすぐ逃げられる。」治にいて乱を忘れず。

忘れものチャンピオン

3日目のバスの中、「コートがない！」と言っておられるのは、毎回このうらばなしに種を提供して下さるN研究員の声である。

「そういえば十和田で眼鏡を忘れられて、オートバイで宿の人が追いかけて届けてくれたことがありましたね。」とO研究員。「あの時、申し訳けないと一升買われましたね。」とまた別の声。「これではなんだか催促しているようじゃないですか。」いつものメンバーはうるさいこと。

なにしろこのN研究員、去年の国際学会の時、ユーゴでもバスの中にコートを忘れ、市電にはカバンを忘れたという国際的な忘れものチャンピオンである。しかもその忘れものが全部出てくるというところが、先生の人徳のしからしむるところ。稀有なレコードホルダーであられる。

身代り

博愛病院の病棟各階は廻り廊下式で、片側には非常時のための患者避難用のスロープまで設置したご自慢の設備。これを拝見するために非常ドアから屋外に出た途端、台風をおもわせるような凄惨な季節風におそわれた。研究員一同の髪は逆立ち、悪鬼のような形相になる。

ある研究員「思わず身の危険を感じましたね。」、その身代りに、どなたのものやら胸の名札一葉、突風に巻き上げられて、ピューッ

とばかりに、いずかたへか、アッというまに中天高く舞い上り、行方も知れず。

食いしん坊

バスの中で饅頭をモグモグやっておられるのは、さる研究員。それを見て「オヤ、病院で出されたお菓子を持ってこられましたか。」
「いやなに、M研究員がポケットに入れられるのを見て、わたしも真似をしましてね。このへんのお菓子はおいしいですね。昨日、野島病院で出されたダンゴを戴いてくるんです。残念なことをしました。どこかで売ってないかと、後で探しましたが、どこにもないんですよ。」

お隣のO女史、「私のところにはダンゴが一箱ありまして、夜お持ちしようと思ったんですが、なにしろT研究員に広い部屋と代っていただいたものですから、どちらの恩が大きいか考えまして、あちらに上げてしまいました。」

この問答を聞いていたN研究員、「君、そんなに残念がることはないよ。これから行く松江は不味公の影響でお茶の盛んなところ。おいしいお菓子が沢山あるよ。」

マイクは男性

車内研究でマイクはあっちに行ったりこっちにきたり、無骨な先生の手へ渡ると、とたんに調子が悪くなって、後の方の席から、「オーイ、聞えませんよ。」と声がかかる。

「オヤ、どうしたんでしょう。」バスガイドの若い女性の手が触れると、たちまちに声が出てくるのも不思議。

「このマイクは男性だね。調子をよくするのに女性に限るなどは。」

ご先代様に続け

美保の関での昼休み、ご馳走を囲みながらO研究員「11年前にここに来た時にも、関の五本松に行きましたね。そうだ先代の橋本院



長もお元気で山の上まで登られましたよ。あなたは二代目として、先代の行かれた松の所へ行かなきゃいかんじゃないですか。」

この思い出話を聞かされた傍らのS研究員、「そうですか、橋本先生も行かれましたか。それじゃあ大威張りで行ってきましょう。」

観光は雨の素とご遠慮になっておられたものと見える。

晴ればれとして帰ってこられたお顔に、「先代のご覧になった景色はいかがでした。」という声が。

「ウーン、やっぱり行ってきてよかったですよ。」

たがための指輪

朝のバスは面白い。出発間際のバスの中に宿の女中さんが乗りこんでくる。

「この中にどなたか指輪をお買いになって、置いて行かれた方はありませんかーッ。」

車中の後の方から声あり。「オヤ、僕のようなだ。」

「トイレかどこかに行かれたのかと思ってましたよ。お釣りまで置いていかれるんですから。」と女中さん。

すかさずお隣りから「財布ごと置いてこなくてよかったですなァ。」「それにしても、どなたに贈られる指輪ですか。」「天網恢恢ですかな。」

あちこちからウルサイこと。

似せキングロー

最後の日の夕食は、明日はお別れということとて賑やかな隠し芸大会となる。その中で一際光ったのはさる研究員の軽妙な踊り。

鉢巻きに尻をからげたその姿は、見ているだけで抱腹絶倒。あまりの可笑しさに拍手また拍手。

これを見ていた芸者の一人「アラ、あの浪花のセンス、誰かに似てはると思うてましたら、キングローにそっくりやわァ。」



なる程、今まで気がつかなかったものの、そう言われてみれば、似てはる、似てはる。

閻魔の庁では登録済

帰りに空路をとることにした2人の研究員、出雲空港でバツタリ。「オヤ、あなたも飛行機で。わたしはどうも心配なので、国内では乗らないことにしてるのですが、今日はとても天気が良いので乗ってみることにしました。」と大分心配気な顔で話しかけてきたのはA研究員。

「そうですね、私も前に神崎先生と乗り合せた時に、そのようなことを申し上げましたら、先生はこうおっしゃいましたよ。『君、そんなことはもう閻魔の庁でもうちゃんと決まっているよ。』これを聞いてから、私はもう惑わなくなりました。」と応じたのはT研究員。

この日も無事に大阪で乗りついで羽田まで。日本の病院の発展のために一所懸命努力している人たちだもの、そう急にはお召しにもなるまいで……。

(PF生)

■ 原稿を募集します ■

1. 投稿について

病院管理に関する内容の(「研究論文」「報告」「随筆」「紀行文」など)自由な投稿を歓迎します。

2. 締切日・採否・掲載について

随時、投稿してください。採否は、月に1度の編集委員会で決定します。多少の字句の訂正をすることがありますのでご了承ください。掲載の分に薄謝を呈します。別冊の必要な場合は50部を単位として実費でお作りします。

3. 執筆について

- (1) 1つの論文の長さは400字詰め原稿用紙15枚以内、その他は4枚、8枚(題名・氏名・所属を明記する)。
- (2) 原稿は400字詰め原稿用紙を用い、横書き・新かなづかい、数字は算用数字、数量は単位記号。
- (3) 外国語はタイプ使用か活字体で。
- (4) 図表および写真(白黒・手札大)は必要に応じて(ただし、図表・写真は1枚につき原稿用紙1枚分とする)。
- (5) 引用文献は引用順、参考文献は著者の姓のABC順に配列し文末に。

第20回国際病院学会特別会員費募集

第20回国際病院学会（主催・日本病院会） 20 th International Hospital Congress

会 期 昭和52年5月22日(日)～27日(金)6日間
会 場 所 東京（主会場・ホテルニューオータニ）

昭和52年5月22日から27日までの6日間にわたり、日本病院会が主催となり、厚生省並びに関係各方面の後援のもとに第20回国際病院学会が東京にて開催される運びとなりました。会議開催がわが国の医学界、医療界、国民福祉に益することの大なることをご理解いただき、格別のご支援を賜りますようお願い申し上げます。

特別会員費募集要項

募金期間 昭和50年12月1日～昭和52年4月30日
申 込 先 東京都千代田区二番町2番地（番町共済会館）〒102
日本病院会第20回国際病院学会財務委員会 電 話(03)265—0077

振 込 先 第一勧業銀行（麴町支店）012—1363089
富士銀行（麴町支店）252—701420
三菱銀行（麴町支店）015—4249713
住友銀行（麴町支店）218—170005
三和銀行（京橋支店）324—40230
太陽神戸銀行（麴町支店）172—58866
最寄りの郵便局 東 京 6—110431

特別会員費は日本病院会会員病院を中心に広く全国の病院にご協力をお願いし、第20回国際病院学会運用の基金として学会の準備運営費用に充当するものであります。新しく太陽神戸銀行が入りました。ご利用ください。

特別会員費(1口分)	20～100床	60,000円
	101～300床	90,000円
	301～500床	120,000円
	501床以上	150,000円

払込みについて 誠に恐縮ですが、会員病院は1病院につき少くとも1口以上、役員の方は2口以上のご協力をいただければ幸いです。なお払込みは、一括納入または51年度、52年度の分割納入でも結構です。

「日本病院共済会医療機器リース制度」

ご利用のおすすめ

最近医療業界におけるリースの利用は急速に増加しており、昭和49年度におけるリース事業協会加盟28社の医療機器リースの契約高は約284億円に達しています。これはとりもなおさず医療業界において病院の合理化、設備の近代化に関してリースの持つ種々のメリットが広く認識されつつあることを示しています。

日本病院会では、今般オリエント・リース(株)と提携、「日本病院共済会医療機器リース制度」を実施することといたしました。

本制度では、対リース会社との折衝は日本病院共済会が当るため病院が自由に選品できること、契約がスムーズに運ぶこと、リース料が低廉であること等優遇された条件で会員病院に斡旋することができますので、ぜひご検討下されるようおすすめいたします。

〔例〕 5,000万円の医療機器を5年リース契約した場合(但し前払リース料3カ月として)

月額リース料	一般利用病院	1,250,000円
	本制度利用病院	1,187,500円

〔リース制度の概要〕

1) リース対象品目

- ①会員病院が希望する医療機器の他、防災カーテン、厨房機器等なんでも取扱います。
- ②納入業者や物件の選定、価格その他の条件などは全く購入の場合と変わりなく病院側において取決めていただきます。
- ③物件は業者より直接病院へ納品されます。

2) リース期間

3年～5年のいずれかご希望の期間をお決め下さい。

3) リース料

本制度利用の場合には、上記〔例〕の通り個々に利用される場合に比べ低率となっています。この場合リース料は病院の取決めした物件価格を基礎として算出いたしますので、極力安い価格でお決め下さることが有利です。

4) 物件の保守、修理

購入の場合と全く変わりなく交渉して下さい。

- ①メーカー保証期間は無償です。
- ②有償保守契約は業者と直接締結して下さい。

5) 保 険

動産総合保険料はリース料に含まれていますから、火災・盗難など保険事故の場合ご迷惑はかかりません。

6) リースのお申込み・お問合わせ

- 対リース会社との折衝、事務手続きは日本病院共済会がいたしますので、共済会宛お申込み下さい。
- リース制度についての詳しいお問合わせは共済会へご連絡下さい。

ニューライフプラン

〔傷害保険付無配当新定期生命保険〕

ご加入のおすすめについて

日本病院会では病院共済制度の一環として傷害保険付無配当新定期生命保険の取扱を日本病院共済会において行なっております。

本保険の特色は従来の損害保険・生命保険では補償できなかった部分を補い合って不慮の病・傷害時にも保険金が支払われる充実した内容と、無配当・掛捨て・月払の極めて安い掛金で高額な保障が得られることであります。

会員病院におかれましては職員の福利厚生施策を種々実施されておられることと存じますが、安く有利にこの保険をご利用いただくよう、月払団体扱を企画いたしましたので、ぜひとも多数の病院が厚生の一環としてご採用下さるようご案内かたがたおすすめ申し上げます。

なお、毎月の集金等は恐縮ですがよろしくお願ひ申し上げます。

- 1) **申込受付期間** 昭和52年3月20日～4月20日
以後毎月20日締切り
- 2) **契約期間** 各ご加入者ごとに発効の日より5年
5月1日以降毎月1日より効力が発生します。
但し前月20日迄に加入申込書と健康管理証明書・告知書が日本病院共済会に送付され、第1回の掛金が指定口座に振込まれていることとします。
- 3) **保険料の送金** 保険料は毎月20日までに専用の振替用紙を使用し、集金事務手数料3%を差引いた金額を振込んで下さい。
第1回目の振替用紙は申込書到着次第健康管理証明書・告知書用紙と一緒に送りいたします。
振替口座 東京 176183 番 日本病院共済会
- 4) **申込先・問い合わせ先** (所定申込書使用)

(株)日本病院共済会

〒102 東京都千代田区二番町2番地(番町共済会館)

TEL (03) 264-3180

病 院 学

4月創刊・原稿募集中〔学術委員会〕

病院経営・管理に関して、既刊の日病会雑誌、同ニュースと混合しない学術的、実学的論文を主体とした学術雑誌「病院学」(英字タイトル・Hospital Research)が学術委員会の編集により、新年度の4月から刊行されます。発刊期日は毎年4回(季刊)で、1月、4月、7月、10月の1日付を定期刊行月とし、創刊号は4月号。本の体裁はB5判、80~100頁建とし、本文活字9ポイント、図表活字は8ポイント、2段横組みを基本とします。下記要領をご参照のうえふるってご応募ください。

編集方針について

既刊の日病会雑誌、同ニュースと混合しないで、学術的、実学的論文を掲載したい。その対象は次のごときものとする。

- ㉠ 学会報告の原著 ㉡ 学会シンポジウム
㉢ 会員の投稿による研究報告 ㉣ 学会の特別講演
㉤ セミナー・勉強会・研修会の講演
㉥ 依頼原稿(特集、時事問題等) ㉦ 冠頭言・主張・発言・随想・座談会・回顧 ㉧ 書評・新著紹介・文献目録 ㉨ 翻訳・文献

内容によってはとりあげるもの

- ㉩ 海外視察報告(旅行記は別) ㉪ 勉強会資料・発表・発言要旨 ㉫ ㉠、㉢の一部、特別調査などの一部

投稿資格

本誌に投稿できる者は原則として、日本病院会会員、会員施設の職員、日本病院会学会役員および本誌編集委員会において特に認めた者とする。

原稿様式

- (1) 枚数 図表、写真を含み次の枚数以内とする
- | | | |
|------------|------|-------|
| 原著 研究、調査報告 | 400字 | 30枚以内 |
| 解説、紹介 | " | 15 " |
| 論壇 意見、主張 | " | 4 |
- (タイトル含め)

(2) 執筆要領

- a 別に表紙をつけ、これに表題、著者名(ローマ字綴り)、所属機関・職名、別刷希望も部数を記すものとする。表題、著者名、所属

機関名、職名は欧訳を付すこと。

- b 原著論文には欧文抄録を付すること。ただし編者に英訳を委託される場合には、英訳に必要とする邦文の内容抄録(400字詰2枚以内)を添えられたい。英訳のための実費は寄稿者負担とする。

c 原稿用紙、B5判400字詰横書き

d 巻末に著者略歴、顔写真(パスポートサイズ5×5)入れ200字以内で紹介する。

原稿受理

- (1) 原稿の採否、印刷の形式、掲載号は編集委員に一任されたい。
(2) 校正は原著の場合を除き、編集委員に一任されたい。
(3) 原稿の送付先は、

〒102 東京都千代田区二番町2番地

社団法人 日本病院会

- (4) 封筒の表に「病院学原稿」と朱記し、書留郵便で送られたい。
(5) 掲載原稿は返却しない。

その他

- ・別刷は30部まで無料とする。それ以上必要とする場合は実費を申し受ける。
- ・原稿締切日 発行月の2か月前の第2月曜日
- ・寄稿謝礼 当面依頼原稿、会員外原稿(採用分)に薄謝
- ・不明の点は(社)日本病院会事務局へお問合せください。(事務局担当:吉田)

Kindaly

Kindaly Solution

薬価基準収載品

腎不全の血液透析に **Kindaly** 液 1号/2号

- ▶ 1号液は20倍、2号液は35倍にそれぞれ水で希釈し、人工腎臓の透析液として使用します。
- ▶ 希釈したときの電解質濃度および総浸透圧はつぎのとおりです。

	電 解 質 濃 度 (mEq/l)						総浸透圧 (mOsm/l)
	Na ⁺	K ⁺	Ca ²⁺	Mg ²⁺	Cl ⁻	OH ₂ COO ⁻	
1号液	134	2.6	2.5	1.5	104	36.6	310
2号液	132	2.0	2.5	1.5	105	33.0	285

- ▶ 希釈水には精製水または蒸留水が望ましく、常水を用いる場合はpH、無機イオン濃度に注意して下さい。
- ▶ 本品はいかなる場合も注射もしくは腹膜透析に用いることはできません。

〈包装〉 1号 2.5ℓ / 2号10ℓ ポリエチレン容器入り



扶桑薬品工業株式会社 大阪市東区道修町2丁目50番地

「第2回 医療紛争防止のためのセミナー」

昭和52年 3月 9日 (水) 13:30~17:00

〃 10日 (木) 9:00~16:30

新大阪子サンホテル 新大阪駅南口より徒歩3分

- 第1日 13:00 受付開始
- 13:30 開会挨拶・総司会 社団法人 日本病院会常任理事 藤岡 萬雄
医療事故対策委員長
- 社団法人 日本病院会副会長 内藤 景岳
南大阪病院長
- 14:00~17:00 講演 医療事故と医事紛争 城南病院長 菱山 博文
医療事故と病院の賠償責任 京都大学法学部教授 林 良平
- 第2日 10:00~12:00 講演 医療事故と医療紛争 大阪大学名誉教授 松倉 豊治 (予定)
- 13:00~14:30 事例研究 司会 新千里病院長 吉岡 親八
- 14:40~16:20 講評, 対策 大阪在住弁護士 (予定)
- 16:20 閉会挨拶 藤岡 萬雄

英国医療技術セミナー

●会 期：1977年2月7日(月)～11日(金)
 毎日PM1:30開始(聴講無料・
 事前登録制)

●日本医師会後援

●会 場：東京・北の丸/科学技術館

●主 催 英国医療機器輸出協会
 英国大使館

7日(月)	日本医師会特別招待のJ.Z.ヤング教授(ロンドン大学解剖学)による「人間研究」をテーマとする特別講演他、「EMIスキャナー」「アミノ酸新陳代謝異常の遺伝性に関する研究」および「生医学分野における映像分析技術」等。
8日(火)	T.E.オベ教授(セントメリー病院)による「英国での子供の健康管理サービス体制の発展」他、「子宮活動の定量と誘発分娩の制御」、「手術室における汚染防止」および「咽喉手術用バックの新概念」等。
9日(水)	P.J.R.ニコルス教授(オックスフォード大学)による「リハビリテーションサービスと責任」他、「働く権利」、「重度身障者用に開発されたエレクトロニック制御および通信手段」、「重度身障者用に開発されたエレクトロニクス製品」等。
10日(木)	G.L.ギブソン博士(国立公衆衛生院)による「英国における滅菌および滅菌法」他、「英国規格に沿った滅菌包装材料およびその供給システム」、「中央材料室における蒸気滅菌」、「滅菌紙ステリシートの製造・品質管理・使用法」等。
11日(金)	R.G.レッドヘッド博士(クインメリー病院)による「制御された環境での治療」他、「医療分野でのエレクトロニクスの使用法」、「アンビュラトリー・モニタリングシステムの開発状況」、「呼吸管理プログラムにおけるマス・スペクトロメーターの使用」、「新型小型コンピュータ付自動生化学分析装置」等。

注(講演題名一部仮訳)

以上、日英両国の医学および医療分野の専門家による22項目の技術セミナーを行います。セミナー開催に当り、日本医師会の特別配慮により、座長に各分野の日本側専門家のご出席をいただいております。

詳細は下記までお問い合わせ下さい

英国トレードセンター：〒107東京都港区南青山2-5-17ポーラ青山ビル (03)402-6121

同時開催 英国医療機器展

展示会には英国の医療機器メーカー41社が各種の医療機器を出品致します。入場無料。

●会 期：1977年2月8日(火)～11日(金)
 毎日AM11:00～PM8:00
 12日(土)AM10:00～PM1:00まで

●会 場：科学技術館

英国トレードセンター

 British Export Marketing Centre

第7回放射線技師監督者セミナー

9月・御殿場・放射線部会

セミナーを顧りみて

昨51年9月18・19・20日の3日間に亘って行われた。今度で7回目になるが、例年は御殿場のYMCA、斉藤記念館を使用していた。今回は裾野市の富士教育研修所において開催した。この富士教育研修所は富士山の裾野にあるため宏大で閑静、しかも国際的な人材育成の殿堂と言われるだけの設備と環境を備えて、トレーニングの場として最高ではないかと思われた。

セミナープログラム

9月18日(土)(1日目)

1. 開会あいさつ(10:00~10:15)
日本病院会常任理事 静岡赤十字病院院長 細川 一郎
2. 「放射線部会のあゆみ」(10:15~10:30)
日本病院会放射線部会委員長 関東通信病院放射線科主任 栗田 道雄
3. 講演(10:30~12:00)
「医療の中の記録」
日本病院会放射線部会顧問 聖路加国際病院放射線科医長 野辺地篤郎
4. 3分間スピーチ(13:00~16:00)
指導 都立大塚病院技師長 妹尾 昭一
副指導 聖マリアンナ医大 東横病院技術係長 川添 修身
5. 講演(16:15~17:15)
「医療者と患者」
東京女子医大看護短期大学教授 藤枝 和子
6. 事例研究説明(17:30~18:00)
JST講師 聖路加国際病院 庶務課長 内藤 均
グループ研究(18:00~20:00)

9月19日(日)(2日目)

1. 事例研究発表(8:00~10:30)
JST講師 聖路加国際病院 庶務課長 内藤 均

2. 講演(10:30~12:15)
「皆保険における病院の経済」
病院管理研究所経営管理部長 石原 信吾
3. 特別講演
「病院のみち」
日本病院会副会長 倭成病院院長 小野田敏郎
4. 全体討議(15:00~18:00)
「リーダーシップのあり方」
座長 倭成病院放射線科部長 西田 義夫
副座長 聖路加国際病院技師長 大内 周信
都立大久保病院技師長 船橋 哲哉
助力者 北品川総合病院部長 河野 通孝
聖マリアンナ医大 東横病院技術係長 川深 修身
- 懇談会(18:00~20:00)

9月20日(月)(3日目)

1. 全体討議(8:00~11:50)
「患者サービスにつながる放射線科のあり方」
座長 日大医学部教授 榊原 聡彦
副座長 同愛記念病院技術科長 虎渡 勇二
助言者 東京女子医大技師長 大谷 英尚
北品川総合病院部長 河野 通孝
北里大学病院技師長 荻原 淳
2. 5分間感想文
3. 終了式

以上のように実施した。この内容に少し触れることにする。また特別講演、全体討議などについては、その全容を掲載させていただくので、ご一読いただきたいと思う。

まず、オリエンテーションの後、開会の挨拶を当会常任理事、静岡赤十字病院院長細川一郎先生より次のようなお言葉をいただいた。

現在は病院経営が非常に難しい時期であり、皆

様も放射線部門を通じて感じておられると思う。また医療に関係する学問が変ぼうしており、そして病院構造、社会構造、個人の家庭の変化とあらゆる面に変化を来しているが、この変化が当然、病院の中に入ってきている。このような難しい環境の中にあっても、我々は地域に密着して、包括的なチーム医療を行わなければならない。どうかよりよい病院づくりに皆様のご理解とご協力をお願いする。

本日から勉強を通じて将来のためになるように意義ある、そして実りあるセミナーにしていきたい。と結ばれた。

つづいて「医療中の記録」を野辺地先生に、ご講演いただいた。先生は何時も我々が撮影業務において即、役に立つお話、またはX線診断などについてお話しされ大変有益であった。しかし今回は一転して医療の記録が如何に重要であるかを説かれた。

3分間スピーチについて

午後からは、過去数年続いている3分間スピーチが行なわれた。この3分間スピーチは監督者として部下の前、または人前で話をするときに要点をまとめ、解りやすく話すための訓練のために行なっているものである。参加者全員が終了後時間があれば、セミナーの運営、記録をしている委員でもいきなり指名でスピーチをやらされるというものである。この話し方の指導は妹尾委員が担当しているが、その講評を一寸ご紹介する。

「皆様は仲々落ついて良くしゃべっております。お話しをするのに三つの型があると言われております。一つは熱弁をふるう雄弁型、これは熱血漢のアジ演説に相当するものであります。二つ目は雄弁型と言って何処をとってもソツがない。だから味も素気もない、これはつまらないと言う、三無いづくしで、三つ目は坊主のお経型と言って波がない、何処が始めでどこが終りか解らないということになります。もう少し進むとカセットテープを利用したエンドレス型であります。

また結婚式等で突然しゃべられることがあります。このような時に予め話がなかったので困ると言う人がおります。このような人は予めお

願いしても余りしゃべれない人だそうです。日頃からしゃべると言うことは相手の目を見ながらしゃべる。盛り上りを考えながらしゃべらなければなりません。私は元来早口な方ですが、なんとか直そうとしていろいろ努力しました。結論は落語を聞くことでした。この落語によっていろいろなことを学びました。

古今亭志ん生が言葉の区切りに何か物を落せば一瞬しゃべれないんだそうです。一寸言葉が詰る、これを利用したそうです。この間に聴いているお客さんはこの後、何が出てくるかと期待し考えてくれると言うことだそうです、それによって前の話しが生きてくると言うことになるようです。」このように話し方の指導者らしい流暢な話し方で結ばれた。

医療者と患者について

我々は業務の性質上、常に患者と接するため、患者心理とか患者の扱い方などについて勉強しているが、この辺のことは看護部門の方がより一層詳しく、また勉強されているため、例年看護研究会や看護協会等のご協力を得ている。今回は藤枝教授をお招きしてお話しを伺った。藤枝先生は看護短大に所属しておられながら臨床に携わっておられるだけに講義もまた患者心理の描写も良く解り一同感銘を受けた。先生のお話しを要約すると、「以前の看護教育は患者に対して、自己を主張してはいけない、個性をおさえてと教育されたが、『最近では患者と看護婦でなく、人間対人間として個性を生かし、患者一人一人の個性をたかめるための関わり合いを持たなければならない』と言う方向に変わってきた」と話され、人間対人間の対応について、ゴールドスタイン、ジョンルイス論を挙げて具体的にその秩序だった行動とは何かを論じ、そして患者の立場を説かれた。この話しを聞いてとかく我々が自動化された装置が増えて、患者に対しても機械的な人間関係になりつつあることに気づき、医療チームの一員として、大いに反省を求められた。

事例研究について

また一方セミナーに欠かせない事例研究を挙げ

ることが出来る。JST講師は病院監督者研修会のグループにご依頼し、ご指導を仰いでいる。今回は内藤講師にお願いし、次の事例2例についてご指導を受けた。出席出来なかった方々のために事例と各グループの問題抽出、解決法を掲載する。

事例1 ある放射線科技師長の悩み

B病院は300床の民間総合病院で、放射線科には、撮影、R.Iの2部門がある。部長は皮膚泌尿器科と兼務で50才、診療放射線技師7名、臨床検査技師2名、看護婦1名、事務員3名、補助員2名の構成である。技師長は51才でその病院勤務は20数年である。撮影主任は診療放射線技師、R.I主

任臨床検査技師が任命されて業務が行なわれている。作業量は一日撮影で約300枚、R.Iで体外計測7名、検体測定約100件、忙しい毎日である。主任は共に28才で、技師長と年齢差があることから、技師長は比較的年齢差の少ない看護婦を日常の相談役としていた。看護婦は検査介補の為に配属されていたが、或る日急に看護部からの要望で病棟主任に転任した。技師長は早速2名の主任と善後策を協議したが、病棟勤務は命令であり、仕方がないと判断したが、しかし代りの看護婦は配置されず、翌日から検査介補の無い状態になった。しかし午前中のR.I検査には看護婦が必要なケースが多く、止むを得ず依頼科の看護婦にその都度介補に来るようにたのみ、その場をしのい

事例1

	問 題 点	解 決 法
A グ ル ー プ	<ol style="list-style-type: none"> 看護婦の突然の移動による欠員。 若手技師の退職希望。 	<ol style="list-style-type: none"> 技師長が部長に再度交渉を求める。又部長をとび越えない範囲で非公式な折衝をし、各科にも応援を求める。 若手技師の立場に立って技師長が反省し、若手技師と話し合う。これを契機として今後の科内のコミュニケーションを密にする。 当面する業務の円滑な運営のため理解を求める努力をする。
B グ ル ー プ	<ol style="list-style-type: none"> 放科の業務の停滞(看護婦の配転による欠員)。 若手技師の退職希望。 部長が兼務であり名目上の部長で業務に熱意がない。 組織のつながりがうまくいってない。 	<ol style="list-style-type: none"> 看護婦の補充、技師長の科内の掌握、技師の増員。 退職の確認、退職が事実なら原因の究明と慰留工作、組織の強化。 組織を明確にして話し合いを充分行なう。
C グ ル ー プ	<p>部長及び技師長が管理業務を充分行っていない。</p> <p>例えば</p> <ol style="list-style-type: none"> 日常業務の相談を看護婦に求めていた。 退職希望の技師が直接部長に相談している。 部長及び技師長は病院側に放科の人員構成について十分な認識をさせていない。 看護業務の肩代りを技師に求めたこと。 	<ol style="list-style-type: none"> 看護婦の必要性を再度強力に上申する。病院側に理解が得られない場合は検査件数を減らざるを得ない。 若手技師2名の退職理由を聞き、思いとどまるよう努力してみる。
D グ ル ー プ	<p>技師長の悩み 1. 看護婦転出 2. 若手技師の退職希望</p>	<p>早期解決</p> <ol style="list-style-type: none"> 若手技師慰留 業務内容縮少 <ol style="list-style-type: none"> 看護部と話し合う 放科内のコミュニケーション 技師長の業務把握 R.I撮影部門の業務点検 R.Iに放射線科の主任を置く

で見たが円滑な検査が出来ず、また外来から、診療に支障があるとクレームがついた。このことで技師長は R. I 部門に介補の協力を求めたところ、検査手順に混乱が起き、また撮影の方からは手伝いを廻せず、能率の低下が著しくなってきた。この状況を技師長は部長に報告し、善処方の指示を求めたが、部長は「撮影、R. I 共に諸君の方が専門家であり、私にはどうしても出来ない、一応看護部に応援をたのんで見よう」と答えたが、すぐ返事があり、人員不足のため、全く期待出来ない旨伝えて来た。更に時期を同じくして2名の若手技師の退職希望のあることが部長より技師長に伝えられた。技師長はどうすれば良いか悩みの毎日である。

事例2 若い技師長と部下職員

A 法人病院の放射線科は X 線 TV 室1と撮影室、2の小規模の科で、松本技師長(28才)と水上技師(25才)黒岩技師(24才)の他に見習学生2名計5名で、1日平均180枚の撮影を行なっている。松本技師長は努力家でよく勉強し、医師の信

頼が厚く、他部門からの評判も良いが融通のきかない面がある。水上技師は学校を卒業して数年だが、勝負事が好きで、麻雀、競馬が特に好きである。黒岩技師も同年配の為、水上君に同調しており、日常を送っている。松本技師長は生来勝負事が嫌いで日頃から苦々しく思っていた。ある日、水上技師が徹夜麻雀が原因らしく、10分程遅刻してきた。松本技師長はいきなり水上君を呼びつけ、5分程説教の後、透視室の業務につかせた。ところが透視を始めて3人目に透視台の操作の誤りから68才の老女の右上腕部を骨折させるという珍しいアクシデントが起きた。その日の午後、技師長は始末書を持って院長室に出向き、事情の説明をしたが、院長は1時間程、世間話をした後「君は技術的には優れているが、一寸完全主義者ではないか」とやさしく論された。

技師長が放射線科に戻ると、水上君が退職願いを技師長に提出して来た。しかし今退職されると業務に大きな支障が起きる、また双方とも納得できず、技師長は退職願いを預ったまま、その対策に苦慮している。

事例2

	問 題 点	解 決 法
A グ ル ー プ	水上技師の退職願い	<ol style="list-style-type: none"> 1. 院長が相手の和解のきっかけを作り納得させる。 2. 院長が働き易い職場づくりを図り水上技師の生活指導を行なう。
B グ ル ー プ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 若い技師と部下との意志疎通の欠如 2. 技師長対水上技師との人間関係 3. 技師長の指導力不足、管理技術の未熟 4. 水上技師の職業意識欠如 5. 始業時前の説教の拙さ 6. 水上技師の退職願い 7. 院長が若い技師長に全てまかせ過ぎたこと 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 院長の技師長教育 2. 技師長が管理能力を身につける 3. 科内のコミュニケーションの徹底 4. 水上技師の医療人としてのモラル教育 5. 院長のアドバイスを受ける 6. 水上技師の慰留工作につとめる 7. 本人の意志を確め辞表受理 8. 欠員の補充
C グ ル ー プ	<p>小規模病院におけるコミュニケーションの悪さ(技師長)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 勝負事を嫌いその事に対して日頃部下をあまり良く思わない。 2. 10分程度の遅刻でいきなり説教する 3. 退職願いに対する対処の悪さ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 技師長の人間性の巾を広げる。 2. 水上、黒岩技師は自己管理を良くする。 3. 患者のトラブルは院長に解決を依頼し、水上君の退職を思いとどまらせる。

	問 題 点	解 決 法
C グ ル ー プ	(水上技師) 1. 技師長の性格に反する勝負事が好きであること 2. 10分の遅刻で5分間説教された 3. 技師長に退職願いを提出した	
D グ ル ー プ	<p style="text-align: center;">チームワーク</p> <p>技師長が他の技師に対して苦々しく思っていた</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">水上技師が10分遅刻</p> <p>いきなり説教をし、業務につかせた技師長の判断</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">業務のアクシデント, 68才の老女, 右上腕骨折</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>始末書 技師長が1人で行った</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">退職願</p>	1. 患者への謝罪及び治療への話し合い（病院を含めて） 2. 技師3人で話し合い ④ 本人の希望入れて退職させる。その間の仕事は残りの技師でガンバル。 ⑤ 水上技師の配置がえ（当分撮影専門又は暗室）

以上が事例，1，2に対する各グループの問題点及び解決策である。各グループの発表の後，内藤講師によって事例に対する分析，問題抽出，そして解決策について，徹に入り細に亘ってご説明が行なわれた。

その他「皆保険における病院の経済」を石原信吾先生にご講演いただいた。石原先生には毎年レギュラーとしてご参加いただき，主として「病院経済」についてお話しいただいている。要旨は1976.7月号P.74に載っているので省略させていただく。

また本会副会長小野田敏郎先生も毎年ご足労願って特別講演をいただいている。今回は「病院のみち」と題して，宗教から医療に変革して来た歴史的考察，そしてわが国の病院の起り，我々医療人としての心構え，また医療人としての医の戒めを説かれ，最後に病院のみちというものは患者のケアの内容が宗教的な次元の高い愛であり，慈悲であるという気持で医に携るべしと，むすばれた。

以上の他には全体討議，2題があった。これは別稿を載せるので割合させていただき，最後に5分間感想分について少し述べる。

5分間感想分について

この感想文は，セミナーに参加して感じたこ

と，希望や今後に対する期待などを，限られた5分間にまとめることが目的で，3分間スピーチと同様監督者として，短時間に要旨を書く訓練として行なっている。委員会では更にこの感想文を反省の材料として次年度の計画に役立つように活用いたしている。

感想文の何例かをご紹介します。

T・T 今回始めてセミナーに参加して，色々と貴重な経験をしました。今まで自分自身が監督の立場でないため，考えたこともありませんでした。しかし今自分の将来のため，非常に役立つように思います。今後もこのようなセミナーに参加して自分の欠点を補って行きたいと思います。

K・T 私は一技師で管理者の立場ではありませんが，セミナーに参加させていただき，いろいろな方と接したことを光榮に思います。事例研究，全体討議，バズセッションと大変参考になりました。これから仕事上で大いに役立つと思います。

S・S 3日間通して振返ってみますと，明日から大変だと考えながら研修所に向った時とは別に，3日間勉強したことが今度来られなかった人達にくらべ，何かを得た喜びを感じ，すがすがしい気がします。

事例研究が多少辛かったような気がする。というご意見と多少ハードスケジュールではないかと

いうご意見も出ている。

K・U 監督者セミナーとして内容は良いと思います。しかし細かい点で非常に苦しいのではないのでしょうか、例えば朝食時間と休憩時間が30分しかないのは行き過ぎではないかと思う。短時間にこれだけのスケジュールを消化するためにはやむを得ないかも知れませんが、親睦のために酒を飲む機会もつくってほしい。

M・K 富士の裾野のゆったりした原野に来て、まず驚いたことは立派な建物があったことです。次に驚いたことは講習会の内容でした。このような素晴らしいことを計画したのは誰かと思いました。しかしその反面時間的制約が厳し過ぎ、食事が終わってすぐに講義と言うことが多く、気持に余裕が持てなかった。

A・T 今回出席して感じたことはプログラムが非常に密で内容が豊富であると思いました。技師長としての、これからのあり方について勉強になり、今後医療人として病院発展のため尽力したいと思います。また技師のみの教育だけでなく病院全体においても幹部らしく成長したいと思います。

K・S 今回は管理者という立場より監督される立場に立って受講したいと気楽な気持で出席しましたが、内容的に非常に充実したものであり、ハードスケジュールであったが、医療人として現場に立つ上で非常に有用であり、今後の仕事の上に役立つものと感謝しております。諸先生方に厚くお礼申し上げます。帰りましたら施設で皆に指導出来ることを楽しみにしております。来年も誰か参加するよう、病院側に働きかけます。

K・T 3日間に亘るハードスケジュールの中で得た私達のものは何であったかを、かみしめております。私は今まで仕事の関係を理由に、なかなかこのような場に参加する機会が少なかったが、今回参加して如何に自分の考える範囲が狭く、またその範囲でしか行動出来なかった事に対し大変反省しております。各地から参加した技師の方々の意見の中にまた講師の厳しい講義の内容によって得たことを今後充分活用したいと思えます。

K・Y 我々の日頃の勉強は直接仕事に関連す

るものが多く、管理監督者の知識を得る機会に恵まれず、職場でのリーダーシップについても乏しく、仕事の上で欠点として出ております。今回セミナーに出席し、その必要性を充分感じました。今後も永く続けてほしいと思います。

以上ハード・プログラムについて意見を出しているけれども全体的にみて参加して良かった方の意見が多いようである。

次の方々も企画に対しても、また内容的なものについても、大変勉強になったと述べている。

T・N 野辺地先生の講演に始まり、3分間スピーチ、事例研究、小野田先生の特別講演など短時間に豊富な内容の研修が出来たこと幸わせに思えます。この研修の成果を職場に持ち帰り出来るだけ反映出来るよう、つとめたいと思います。

Y・K セミナーに参加して非常に勉強になりました。私のところでは以前から会議を持っておりますが、ただ技師が集まって話し合うというだけで会議は終わります。しかし今後は今回の体験をもとに従来より一段と掘り下げて系統だった会議を開き、充分討議して有益な会議になるよう努力したいと思います。

最後に参加者が少なかったことに対してのご意見を2件ご紹介する。

Y・H 参加者が24名と言う少人数で、また施設の規模が違った方々が集まって事例研究を通じ話し合えたこと、またバズセッションを通じて各々の立場を知り得たことは、今後私の施設において非常に役に立ちました。そして参加者全員が討論に参加と言う形で進められたことは意義があったと思う。

S・I 私はこのセミナーに参加するのは始めてで、どのような会か最初は理解出来なく、仲々なじめませんでした。しかし2日目位に入ってから委員の方々の熱心な指導で少しづつ会の目的、方向など理解することが出来ました。一つ残念なことは定員60名にもかかわらず、20数名の参加に終わったことは委員の反省を必要とすると思えます。

以上種々な感想文をご紹介した。最後のS・I氏の少数の参加者に対する、ご意見については、全くその通りで委員一同反省している。

全体をみてハードスケジュールであるけれども内容が良く、場所、研修施設も良いとされているのに、どうして参加者が少ないかを考えるわけであるが、原因として残るのは時期が悪いか、PR活動が足りないかと言うことになる。しかし時期については各種学会にダブらぬようにして、平日の利用を少くした。またPRについては病院会雑誌、その他を通じ広範囲に案内状を発送しているわけで、その他、何が欠けているか検討している。ただ私達の気付かない点があるかも知れないので読者の皆様よりの、ご意見をお寄せ下さることをお願いいたします。

また各施設長・所属長の先生方のご理解とご協力をお願い申し上げます。

お願い

昭和52年度は9月16(金), 17(土), 18(日)の3日間に御殿場YMCA, 斉藤記念館で実施する予定をして準備を進めておりますのでお知らせいたします。

講演 「医療の中の記録」

聖路加国際病院放射線科医長

野辺地篤郎

診療行為を行なう場合には必ず記録を残さなければなりません。ところがこの記録が不完全な場所が間々あります。

また皆様が毎日撮影されているX線写真、或はR. I 検査等も、そのままでは記録にならないが、報告書という形になれば始めて診療記録の一部になるわけです。

診療記録 (Medical Record) の中には病歴もあり看護記録、X線写真の報告、検査室の検査報告、心電図等も入っていて、それら全部を含めたものを診療記録といえます。

日本の診療記録の昔を振り返ってみますと、いまは中央検査室が検査を行なって結果が報告されるようになっておりますが、いまから25年位前は全て各科の医師が自分で検査を行なっておりまし

た。その頃は検査の結果は病歴に書きこまれていました。

またわが国においてX線写真は大部分の病院で各科の医師が読影し記録しております。アメリカ、イギリス等では専門医が読影してレポートを出すというシステムになっております。

診療記録は患者のためにあるわけですが、所有者は病院であります、しかし各科で所有していたのでは、いろいろと不便や不都合があるので、一患者一ファイルにすれば便利であり、患者にとっても非常に診療上都合が良いということになります。

つまり頭部に関しては脳外科で、胸部は内科で、膝は整形外科にそれぞれカルテがあるとすれば、患者は1人でありながらカルテが3部もあるということで非常に不便を感じます。やはり一患者一カルテが良いわけですが、仲々そうも行かないので少くとも3科のカルテが1つのフォルダーの中にファイルされていれば各科の診療行為がどのようになっているかが良く解り、その関連性も理解出来るので患者にとってはまことに良いということになります。

ただカルテがあっても記録しなければなんにもなりません。医療の記録は良く書かなければ記録にならないのであって、完全でなければならぬ、そして何か欠けてはならないのであります。

私の病院では診療記録を管理するため、診療記録管理士がいて患者が退院すると、カルテを各病棟に取りに行き、整理をします。何を整理するかという量的なチェックをします、例えばその患者が手術をしたとすれば、手術記録が書かれているか、医師のサインがあるかどうか、をチェックします。信じがたいことかも知れませんが、患者が退院するときに手術記録が書かれていない、サインがない等ということが間々あります。このような場合診療記録管理士は医師に対して書いてくれるように要求することが出来ます。

診療記録を管理する人をMRL (Medical Record Librarian) といいますが、最近アメリカでは四年制の大学を出た人をRRA (Resistered medical-record administrator) というようですが、とに

かく診療記録を管理するというを重要視しております。

日本病院会でもこの診療記録管理士の通信教育を行なっておりますが、既に4回教育を行なって173名卒業し、また5, 6, 7, 8, 9回の受講者408名を教育いたしております。

さて放射線科ではX線写真を撮ったら、読影して報告を書くことが望ましいわけですが、このようにしている病院は少ないと思います。

日本ではよく3分間診療といわれますが、この中でX線写真を急いで見たときに見落す場合があるかも知れません。しかし放射線専門医が余り患者の状態にとらわれずに客観的にX線写真を読影し、レポートを書けばこのようなことがなくなると思います。

それから内科の胸部専門の先生は骨の病変など良く解らないかも知れません。整形の先生に診せれば骨に強いけれども肺に弱いかも知れません。また消化器の先生は胃については非常に詳しいが、骨には弱い、つまり真中にある腰椎の変化については解らないかも知れません。それから泌尿器の先生は腎臓については詳しいけれども胆石とか、骨の変化については解らないかも知れませんので、そういう意味で診断の専門家が診てレポートを作るということは良いことかも知れません。

私達の病院ではこのシステムを戦前から行っており、戦後一時中断したこともありますが、現在もこのシステムを続けております。

とにかくX線写真を撮ったら必ずレポートを書くようにしたいものです。

X線写真は撮影したまま放置すれば情報ゼロということになります。誰かが見て、記録することによって、情報が得られることになります。そしてカルテに記入しなければ、または、レポートにしなければ情報ゼロに等しいわけです。医療中の記録には毎日毎日撮影するX線写真も記録されなければ生きてまいりません。

病気の診断については厚生省の疾病死因統計分類に従って、数字に置き換え、そして統計をとっている病院が増えております。そのもとではWHOのICD(International coding of Diseases)です。レントゲンの場合はIRD(Index of Roentgen

Diagnoses)これはアメリカの放射線医学会で出しております。このようなものを使って病名や診断名をコード化すれば、それらをコンピュータに導入することが出来ます。

最近注目を呼んでいるPOS方式のチャートは医療人が一緒になって作るメジカルレコードだといわれております。この方式では医者も看護婦も一緒になって書かなければなりません。またPOSの解説書の中にはセンセーショナルな言葉が書いてあります、それは「医療を患者中心のあるべき方向に持って行かなければならない、また医師中心の医療に決別し看護婦、医療技術者、栄養士、その他の医療担当者との協力態勢のものとの硝子張りの医療を行なうべきだ」と言っております。

このような方向に段々行くべきだと思います。とにかくいままでは余りにも医師中心の傾向が強過ぎたと思います。

また病院において看護婦の勤務交代時に見受ける光景ですが、それぞれがメモ帳をもって申しつぎを行なっている、カルテを見ながらはやっておりません。何故かと言うと、カルテは殆んど独語か英語なので、よく読めないからだと思います。しかし最近では医者も独語は余り読めない人が多いようです。昔の医者は日本語と同様に医学生の頃から独語を使用していたのですが、今の若い医者は解らないぐらいだから当然看護婦も解らない、だから前述のようにメモにより口伝えで申しつぎが行なわれるということになるものと思います。このように医者が手術記録を全て英語で書かれたのでは読めないわけです。また若い医者は独語で書かれたカルテは解らないということになります。

先日フランスから帰って来た脳外科の医師に「フランスの診療記録は何語で書いておりますか」と聞いたところ、勿論フランス語だといっておりました。どうも日本だけが医療の記録を日本語でなく英語や独語で書いているということです。

もし診療記録が医療人皆で書くものだとすれば言葉は絶対に日本語で書くべきだと思います。

少し横みちに外れますが、日本語の場合頭が痛いときに頭痛と書きますが、しゃべるときには頭が痛いといったほうがよく解ります。また身体がむくんだときには原稿では浮腫と書きます。しゃ

べるときには「浮腫」があるというより「むくみ」があるといった方が解り易い、これは俗語ですが、この方が良いと思います。このように学会等の発表等で漢語でしゃべられたら解らない場合が多いわけですから、学会発表は原稿を読むことを止めて国語でしゃべった方が良いと思います。

さて記録が出来た場合、ファイルして格納するにしても直ぐ取り出せなければなりません。人数が少ない時には一番簡単な場合は、あ、い、う、え、お、順の方が早いわけですが、量的に増えた場合は番号で整理した方が良いでしょう。ある程度の規模の病院で診療記録を全部纏めてファイルしようと思ったら、患者に番号をつけることが先決です。そしてこの番号は一度与えたら、その患者の永久番号であって何度来院しても終生その番号で受診するということにします。この場合台帳を作製して名前索引できるようにする、そしてI.Dカードにするか、コンピュータを利用するか、予算に応じて選択しなければなりません。

このように番号をつけておけばファイルは極めて簡単に出来ます。この番号は4桁でも6桁でも良いでしょう。

ファイリングには私の病院では末位桁ファイリング方式(Terminal Digit fairing)にカラーコーディングを併用しておりますが、この方式は現在、世界中で最も多く普及されたよい方法だと思います。

診療記録というものは単なる病歴ではない、患者の既応歴もあり、家族歴もあり、現病歴もあるだろうけれども、それだけでなく、看護記録、臨床検査のレポートもあり、将来はX線のレポートも入って来なければならない、こうなれば皆様が撮影したX線フィルムの情報や記録が誰が見ても解るようにはっきりと記録されるということになります。繰返すと病歴と看護記録とレントゲンのレポート、R.I 関係のレポート、それからラボのレポート、E.C.G. 脳波、その他のものが記録されているものが診療記録であり、逆にこのようなレポートのないのは病歴と呼んで良いと思います。つまり診療行為と結果というのは全部診療記録の中に入ってなければならないわけで、放射線技師はその一つのインフォメーションの元を作

っているわけです。よりよいインフォメーションを作るためには、どうゆう所見を医者が必要としているかを知らなければならないわけです。

診療記録は日本語で書けと言いましたが皆が診療記録を見て、患者を診て記録して行くということになれば言葉は日本語が良いと思います。

ただ医療人として業務上知り得た個人の秘密は漏らしてはいけないことになっておりますので、この点については充分に留意せねばなりません。

(まとめ 虎渡)

特別講演 「病院のみち」

日本病院会副会長

校成病院院長

小野田敏郎

ヨーロッパの病院名にはセントトーマスとか、その他の使徒の名をつけた病院が多いわけですが、その歴史の始まりはキリスト教精神の愛の心に始まっているといわれております。東洋においてはお釈迦さまが慈悲の心というものを説いたわけですが、仏法の志の厚い(アソカ王)という王様(印度を統一された王様)が印度全国に系統的に病院をつくられましたが、これがアジアにおける最初だといわれております。

わが国においては更に500年経過したのち、篤信の聖徳太子が四天王寺の傍に建造物を四つ作り、そのうちの一つが療病院として患者の収容に当たったわけです。この仏法の慈悲の心が鎌倉時代まで及んだわけですが、その中で叡尊というお坊さんが奈良の大仏殿のうしろの北山に病院をつくられました。

その北山の建物は18間戸といわれ未だに残っております。わが国に現存する病院としては一番古い建物です。この病院を管理されたのが、忍性という叡尊の弟子である坊さんです。

病院というものは何時の世も経営が苦しいもので、患者は奈良の町へお布施をいただきにきました。叡尊が自分で動けないレブラの患者を背負って、奈良の町へ朝な夕な運んだといわれておりま

す。亡くなられた患者は叡尊に対して何も出来ないで、今度生れ変わって来たら是非叡尊のお役に立ちたいと、そのときは分りやすいように顔にアザをつくって生れてくると申したと伝えられています。

病院は洋の東西を問わず、キリストの愛であり或いは仏法の慈悲の心によって起っておりまして、その心はやはり病院のちちということに通じて間違いのないことだと思えます。

これは源頼朝が鎌倉に幕府をつくった時代がありますが、叡尊はその後もっとも優れた忍性を鎌倉に派して、律宗の宗派を拡大する意味でやられたわけです。

鎌倉の稲村ヶ崎に極楽寺があります。その本堂の傍に薬研があります。(大きなみかげ石で作った生薬をつくる薬研が今も残っています)。忍性はこの近くに大きな病院を建てたわけです。忍性はこの病院で20年間に57,250人のレプラの患者を収容されたと伝えられています、そのうち10,450人は死亡されたと記録されています。

私共の病院(校成病院)は年間5,500名の患者さんを退院させておりますが、この数は10年分になります。レプラの患者は我々の病院と違って治療期間が長いのですから、これは大変大きい規模の病院ではないかと推察されます。この病院の地図が今でも極楽寺の宝物館に飾られています。このような歴史的な経緯を見て、我々の病院を見ますと、我々が一つの職業として医療のみちを選んだのであります。職業というものは、それで妻子を養い生計を立てるためにという考え方もありましようし、また別の考え方もありましよう。

職業は英語では Calling, 独語では Beruf といいますが、ともに神のお召しであるという考え方がそうであります。

医ということはかつて医師のみの仕事でありましたが、現在は看護する立場の者、技術をもって患者に接する者、或いは放射線技師でもあり、いろいろ職種が増えておりますが、目指すはものは患者のケアであります。

医の学問をもとにしてその術を患者に及ぼすわけであります。職業として技術には二つのものがあるといえます。一つは人が物に対して働きかけ

る技術と、人が人に対して働きかけるものと二つあります。人が物に対して術を加えるときに、これを技術と呼び、人格を持ち、生命を持った人に対する技術は仁術と呼ぼうということをお阪大学の沢瀉先生が提唱されております。

それで人が人に対して人格を持った生命に対して行なう技術にはそれなりの一つの心構えということが要求されるのであります。我々は真理は愛さなくてはならない、善はなさなければならぬ、美しいものは美しいとしなければならぬし、そういうことを道徳(moral)といえます。

我々は仕事を成すとき、その一つの心構えを倫理(Ethics)といえます。我々は医のことに携るに当って人が物に及ぼす職業よりも特別のEthicsが要請されるわけです。そのことは今から2,500年位前にヒポクラテスが既に我々の医療に携るみちを説いておられます。これもいろんなところでご覧になった方も多いと思いますが、私が非常に感銘を受けたものに独乙のフーヘランドという方が、大変な臨床家であったわけですが、その本がオランダ語に訳されまして蘭学が日本に入ろうとしていた頃に、日本の緒方洪庵先生が大坂におられて、適塾を開いておりました。この適塾は非常に小さいものですが、そこに蘭学を学ぶ塾生を下宿させて、オランダの辞書が一冊しかないものを皆が読んで塾生がお互いに原本を読みながら、お互いが切磋琢磨したといわれています。

1週に1回その輪読の会があったようです。その時がくると着物を着たまま、畳の上に寝て勉強したといわれています。適塾の出身者には福沢諭吉、大村益次郎、橋本左内、長与専斎、大島圭介等がおります。この立派な塾生を育てた適塾ではフーヘランドの医の戒めを塾の教えとしていたそうです。それは「医の世に生活するものは人のためのみ、己がために非ずということを、その業の本旨とす、安逸を思わず名利を顧みず、己を捨てて人を救わんことを願うべし」云々と書いております。「病者に対してはただ病者を見るべし、貴賤、貧富を顧みることなかれ、長者一握の黄金をもって、貧士隻眼の感涙に比するにその心に得るところ如何ぞや、深くこれを思うべし」というふうな項目を12ばかり挙げております。

我々が医療に携る者はただ人の為であると考えなければいけないと、フーヘランドの抄録として塾訓になっております、そういう心が極めて有為な人の心を育んだものと思います。

ヒポクラテスの教え、その他に実証ということを書かれております。それは科学的であれということでもあります。イエスキリストがゴルゴダの丘で処刑されて、それを柩におさめて葬ったが、翌日弟子が行って見たら柩は空だった、イエスキリストは復活をされた、これは一つの信仰でありまして、神学的な考え方といいます。さらに我々は形而上学という考え方に移ります。それは例えば自分というものはなんだろう、自分は考えているということが即ち自分だということを書いております。

善とは何だろう、善とは人に喜びを与えるものだ、或は自分の心の中で爽快さを感じることが善というのではなかろうか、という考え方をします。そういう考え方を形而上学とか哲学といいます。

科学は実証がもとになるわけです。科学とは観察をし、推理をし、実験をし、実証し、その原則を見出すことであります。

このように我々は三つの考え方をもって進んでまいりましたが、我々の心の中にはこの三つのものがそれぞれ身につけていることが大切だといわれております。moral とか Ethics とかは、そのことがどう考えても正しいからそれが Ethics であるというふうに考えるわけです。また一方我々が医学をもとにし或は理学、工学をもとにして病める人に術を施すわけですけれども、その立場は実証されたことでなければいけません。いい伝えによって我々は患者の治療をするわけではありません。しかしその施すことの中には科学を超えたものがなければならぬと考えるわけです。愛の心、慈悲の心を差し伸べる、ということをお我々は考えるわけです。このような立場から病院人或は医療に携る者は患者に対して接して行かなければなりません。

医の倫理を考えるとその職業をもった者が一つの病院を組織づかってその組織づかった病院が全般として、どういうふうにあるべきかというこ

とが病院の倫理であります。その病院の倫理というものは、医の倫理のようにヒポクラテスの時代には、或はフーヘランドの時代にこのようなことを言われたことではありませんが、いまいった医の倫理の立場から病院の倫理というものが、己ずから引き出されてくるのではないかと考えます。

病院といっても、そこでなされる仕事は全て病院人或は医療人によって行われるわけですが、医の戒めが徹底しておれば、それで病院の倫理が成り立つと言えなくはありませんが、更に病院はかくあるべきではないかということのサンプルがあります。それはアメリカの病院会がつくった病院倫理でございまして、わが国の病院会も、うちたてようとしていますが、まだ成文になったものはありません。アメリカの病院倫理の重要な点を拾い書きしてみると次のようになっております。

米国病院会病院倫理抄録

1. 病院の第一の目的は傷病者のケアである。経済その他は第二義的のものである。
1. これに加えて科学的知識を増進し、全職員の教育をすすめ公衆の健康の増進に積極的に寄与する
1. 病院は地域と接触し、その需要に応じ社会に奉仕するは最善である。
1. 病院は公共の信頼をうけるようにつとめる。
1. 病院は職員の Pyability と信任をうける。
1. 病院は診療の適正標準を維持する。
1. 病院は患者への神聖な信託に対し医の倫理にのっとり献身的なケアを行なう。
1. 病院は患者の秘密を守り、その信任をうける。
1. 病院の医療能力を越えた患者は、その機能をもつ病院に送られる。
1. 病院は騒音回復の障害になる因子、歓迎しない訪問者の防禦にあたる。
1. 病院は、家族および見舞客を丁寧に扱う。
1. 病院職員は互いに同調し協力する。また忍耐づよく公正無私である。
1. 病院の仕事は新聞・テレビ・ラジオに発表して、公衆教育に資する。
1. 病院は商社と特別な関係にあることを避ける。個人的贈与をうけない。
1. 病院は、発注したものを中止しない。支払いのことは、発注までにきめる。
1. 他病院と相互協力の精神でつき合う。共通の命題にともに当り他病院を扶助する。
1. 病院団体には積極的に参加する。

1. 病院は前任者を誹謗せず、公私の悪評を口にしない。
1. 病院は自己宣伝と他病院の批判は行なわない。

また病院はマスコミに対して、どのような態度をとるべきかということをしカゴの病院協会が決めております。それは次のようになっております。

病院広報憲章（シカゴ病院協会の抄録）

1. 病院の第一の義務と責任は患者の福祉である。病院は患者の身体のケアとその名声を守るのである。
1. 患者の情報の発表、写真撮影は患者と主治医の同意なしに行なわない。
1. 新聞は公益のためにある。すべての新聞に公平、礼儀、協力をさしよる。
1. 権限をうけた広報担当者をつくり、随時応答しよる。
1. 公共的な地位にある患者の病状は許可をえて医師が定期的に発表する。
1. 出産の場合、新生児の写真は窓越しにとる。母子の写真は退院時までとらぬ。
1. 警察関係の患者については次のことは患者の許可なしに発表できる。
 1. 姓名、住所、年令、性、職業
 1. アクシデントのようす
（自動車、爆発、傷の大要、自殺では方法、くすり）
 1. 警察官が病棟に入るときプレスの代表がその警察官から聴取することは許される
1. 著名人の死亡は新聞に知らせることがのぞましい。

またアメリカ病院会で広告宣伝については次のようなことが決められております。

病院のPR憲章（米国病院会抄録）

1. 例外的な能力を効果があると宣伝することは、いかさま治療に通じて倫理的でない。
1. 例外的なりっぱな設備機械により他よりよい医療ができると宣伝することは、誇張宣伝になる。
1. 時あつて病院はその維持に対し一般からの寄附をうける。病院は公衆に病院の目的、理想を知らせることは正しい。宣伝は倫理的でなければならぬ。
1. ひとつの病院の宣伝は地域のすべての病院の利益になるものでなければならぬ。
1. 自己讃美、根治の約束、秘密治療、成功の確約をのべることは非倫理的である。
1. 病院の名誉と権威を高揚するため、職員は手段をつくして、標準をたかめこれにつくす。

これらはアメリカの例であつて、直ちに我々の倫理の規定になるかどうかわかりませんが、お話しいたしました。

さて終りに当つて申し上げますと、病院のみちというものは患者のケアの内容が宗教的な次元の高い愛である、慈悲であるという、そういう気持でやつて行くべきであつて、その他のことについても、その精神でもつて進むべきものであると考えております。

（まとめ 虎渡）

日本病院会図書・新刊のご案内

病医院へのコンピュータ導入の早わかり

—1時間でわかる導入の手引—

（新書判 80頁） 頒価 1冊 500円

ABCから適用業務のあらましまで懇切に解説。医療向けコンピュータの唯一の手引書として好評。

お申込みは 日本病院会出版部 〒102 東京都千代田区二番町2 でんわ 03-265-0077

全体討議 「リーダーシップのあり方」

座長	佼成病院放射線科部長	西田 義夫
副座長	聖路加国際病院技師長	大内 周信
副座長	都立大久保病院技師長	船橋 哲哉
副座長	関東逓信病院技師長	栗田 道雄
副座長	聖マリアンナ医大附属 東横病院係長	川添 修身

はじめに西田座長より、リーダーシップ論について総論的に述べられた。

I 緒言

近年「新しいリーダーシップ」とか、「革新的リーダーシップ」とか、「創造的リーダーシップ」等といわれていますが、なぜ今更のようにリーダーシップの問題が提起されているのか、このあたりから話をしてみたいと思います。その原因は大きく分けて、1つには、人間観の変転と、もう1つは組織観の変転とがあると思います。

経営管理論と組織論とは互に表裏するものであります。組織編成も、そのみなもとは人間観に発して、新しい組織は従来の仕事中心的な考えから人間中心的な考えで、再編成されつつあるといわれています。

経営管理の発達にはアメリカにおいて、1911年フレデリック・W・テイラーの「科学的管理法の原理」があり、フランスにおいて、1916年アンリ・ファヨールの「産業ならびに一般管理」が著名であります。これ等の偉大な業績も時代のうつりかわりとともに、大きな変化が生じてきています。それにともなって、マネジメントやリーダーシップのあり方自体も大きく変わりつつあります。例えば、テイラーの科学的管理法は精進と奨励式管理法（アメ・ムチ式）であり、人間機械視の人間観を基底にしていて、人間的側面（社会科学的側面）を無視したものとされており、一方ファヨールの管理の中心機能である、計画、組織、命令、調整、統制のうち、“命令”は“動機づけ”に

変えるべきであるといわれています。

ROBERT L. KATZ (1955)は、管理者に必要な3つの技能は(1)技術的技能、(2)人間関係的技能、(3)概念的技能であり、どれ一つとしてそれぞれの管理階層（最高経営者、中間管理者、監督者）に欠くことができないもので、技術的技能および概念的技能（総合判断力）の必要な量は異なるが、すべての階層で決定的と思われる共通の分母は人間関係的技能（人間管理の技術）であるといっています。

これより行います全体討議「リーダーシップのあり方」の効果的なリーダーシップの行使はこの人間関係の技能にふくまれるものであります。

II リーダーシップとは

1930年代（昭和10年）までは、一般にリーダーシップは個人の特性であり、リーダーとなるべき能力と性向を特別に身につけているものはごくわずかの人間しかいないと信じられていました。（特性志向的リーダーシップ）現代のリーダーシップは個人の特性ではなく、次の4つの大きい変動要素の複雑な組合せであるとマダレー（1960年）は言っています（状況志向的リーダーシップ）。

- 1) リーダーの特性
 - 2) 部下の態度、欲求やその他の個人的特性
 - 3) 組織の目標、構造および果すべき職務の性質などの特性
 - 4) 社会的、経済的および政治的環境
- (1) リーダーシップの定義

リーダーシップの定義は多くの学者が色々の言

業で述べておられます。

ポール・ハーシイとケネス・H・ブランチャードは「リーダーシップとは与えられた状況のなかで、目標を達成するために、個人あるいは集団の活動に影響をおよぼす過程」といい、

$L = f(L, f, s)$ L: リーダーシップ
L: リーダー
f: 部下
s: 状況

立教大学松井教授は「リーダーシップとは集団の目標や課題を達成するために、その集団内の一部の人が他の人に影響を及ぼす現象」と述べています。

要は、リーダーシップには定型はなく、リーダー自身と部下とその時の状況とに応じて有効的に発揮されるものでありましょう。

(2) リーダーシップ(状況志向的)のパターン

リーダーシップには人々と協働し、人々をとおして目標を達成することが含まれます。したがってリーダーは集団の課題と人間関係についての関心をもたねばならないといわれています。

リーダーシップの関心は、テラーの科学的管理法(1911)、フアールの実証的管理法(1916)、メイヨの人間関係論(1938)、マズローの人間欲求階層説(1954)、アージュリスの欲求理論(1957)、ハーツバークの動機づけ理論(1959)、マグレガーのXY理論(1960)と変転してきています。この変転は社会環境の変遷にもよって、人々の意識も変革され、人間理解の基本的思想(人間観、価値観)が大きく反映しているものと思われる。

日本においても例外ではなく、第二次世界大戦以前(昭和10年頃)は軍国主義時代で、思想の弾圧、親子兄弟の序列、上下関係、男女差別が明確化されていました。終戦(昭和20年)とともに日本帝国としての絶対的権威の崩壊、男女同権、自由平等の思想(民主主義教育)によって上下関係は身分的対等感となってきました。しかし、所得水準は低く、衣食住獲得の生活(生理的欲求)におかれていました。昭和34年頃より所得水準は向上し、企業は好景気をむかえ、発展して労働力不足をきたし、働く人々の欲求も高次元へと移行してまいりました。このように人々の思想は社会環境

の変遷にもよって変化してきているのであります。そのような中で、日本の組織リーダーであった年功序列式リーダー、即席リーダー達は、又あやまった民主主義の導入等によって、戸惑い、有効なリーダーシップを発揮することが困難になってきたものと思われます。

次に現在いわれているリーダーシップのパターンのいくつかをご紹介しますが、これが最もよいという型はないのでありまして、皆さんが、その時の状況に応じて、どれを用いるかは選択すべきものでありましょう。

- (i) ① 権威主義的リーダー行動
- ② 民主主義的リーダー行動
- ③ 放任主義的リーダー行動

実際のリーダーの行動の型は、これらの両極の間に広く分布しています。(ロバート・タンネンボウム、ウオレン・H・シュミット、1957)

(ii) マグレガーのXY理論(1960)

X理論: 命令統制に関する伝統的見解

Y理論: 従業員個人の目標と企業目標との総合(総合と自己統制)

管理監督者としては、Y理論に立脚して部下を扱うことが必要といわれています。

ご承知の如く、XY理論は古くは、孟子の「性善説」と荀子の「性悪説」に該当するものであり、はたして人間(部下)は性善であるのか、性悪であるかという人間観の問題が提起されるものであります。

松井は、すべての人の中には、ジキルとハイドが同居していて、その意味で人はすべて二重人格者である。人はときに勤勉であり、ときには怠惰であり、またときに利他的であり、ときに利己的でもある。したがって監督者にとって大切なことは、いかにして部下を「性善」たらしめるか、つまり部下の中にいるジキル博士に登場願うかということであろうといっています。

また、江口は人間欲求説(マズロー1954)の見地から、人は本来働きものではなく、大へんナメケモノであり、同時に大欲ばりであって、欲が満たされない間は怠けるわけにいかないから、やむをえずセッセと働くのであると述べています。

管理監督者としては、このような人間理解(人

問観)と労働観を考えねばならないでしょうし、各部下の人間観、労働観を理解せねば有効なリーダーシップの発揮は難しいと思います。

(iii) リッカートの従業員中心型と仕事中心型 (1961) 及び管理システム論 (1967)

従業員中心型監督者は仕事中心型監督者より高い生産をあげています。しかし従業員中心になりすぎると、部下に対してきびしさがなくなるといわれています。

(iv) マネジリアル・グリッド (ブレイク、ムートン1964)

(v) PM理論 (九大、三隅二不二、1966)

P機能: 集団の目標達成の働き

M機能: 集団自身を維持し、強化する機能

(vi) HWMリーダーシップ論 (久保淳志、1972)

H: 人間についての関心

W: 業績についての関心

M: 動機づけについての関心

III 病院の放射線技師団のリーダー

病院の放射線技師団のリーダーとして、病院という特殊組織において、リーダーシップを発揮する場合に、どうしても考えのなかにいれておかなければならない最低限の問題が二つあります。この問題は部下にも熟知してもらう必要があります。

1) 病院組織 (規範組織) 及び組織医療への参加意識の確認

2) 病院の専門スタッフ (コメディカル) 組織のリーダーとしての自覚

(i) 放射線技師団であること、すなわち一般的に専門技術者はコスモポリタンの傾向が強いといわれています。現在の医療は組織医療であり、組織医療人としての自覚が大切です。

(ii) 現在の日本は未成熟福祉社会であり、その中の病院経営であるという認識が必要であります。もちろん医療は、経済性は第二義的なものであるとはいえ、経済性を無視することは現在においては不可能でありましょう。

次に船橋委員によりアンケートの集計発表及び考擦がなされた。

IV XY理論に関するアンケート集計

日本病院会加盟の全国の病院の放射線技師長 (主任) の方々にアンケート [付表一1] をお願いしました。有効回答85通でした。

回答をいただいた施設のうち、部下数は1~5名が約半数をしめ、技師長 (監督者) の年令は40才代が半数弱をしめていました。

各監督者が部下に対して、どのような意識をもっておられるか、すなわち各監督者は部下をX理論に立脚してみているか、あるいはY理論に立脚して部下を扱っているかを調査するためにアンケートの集計をしますと、各監督者はY理論 (約70%) に立脚して部下を指導されていることがわかります。 [附表一2]

次に部下の方々の「勤務条件の評価」を調査するために全国の放射線技師にアンケート [附表一3] を依頼しました。

有効回答430通で、集計の結果、

放射線技師全員 (430名) についてみますと、「新しい知識 (技術) の修得」が最も得点が高く、次に「職場でのよい人間関係」、「仕事での自己実現」となっていて、高次元の欲求が強く、Y理論に立脚していることは喜ばしいことと思えます。しかしながら、20代 (248名) の若い技師の方々は「高い給料」が最も得点が高く、次に「新しい知識 (技術) の修得」、「仕事での自己実現」となっていて、やや低次元の欲求が強

附表1 監督者の対部下に関するアンケート

貴方は監督者として、部下を、次の事項についてどのようにみえていますか、該当の方に○印をつけて下さい。

- (1) 部下は利害損得に敏感で、損になるようなことはしようとしません。
① イエス ② ノー
- (2) 部下は仕事そのものよりも給料や労働条件のほうに関心が強い。
① イエス ② ノー
- (3) 部下は仕事を生活のためやむをえない手段と考える傾向が強い。
① イエス ② ノー
- (4) 部下は病院 (診療所) のことより、自分のことを優先させて考えている。
① イエス ② ノー

附表2 監督者の対部下に関するアンケート集計

(A) 部下数

部下数	1~5名	6~10名	11~15名	16~20名	20名以上	30名以上	40名以上	合計
監督者数	48	19	9	6	1	1	1	85
百分率	56.4	22.3	10.6	7.1	1.2	1.2	1.2	100

(B)

	30代(13名)		40代(40名)		50才以上(32名)		計(85名)	
	然り	否	然り	否	然り	否	然り	否
1	6 (46.2)	7 (53.8)	10 (25)	30 (75)	11 (35.4)	21 (64.6)	27 31.8%	58 68.2%
2	5 (38.5)	8 (61.5)	13 (32.5)	27 (67.5)	11 (35.4)	21 (64.6)	29 34.1%	56 65.9%
3	5 (38.5)	8 (61.5)	12 (30)	28 (70)	8 (25)	24 (75)	25 29.4%	60 70.6%
4	5 (38.5)	8 (61.5)	11 (27.5)	29 (72.5)	8 (25)	24 (75)	24 28.2%	61 71.8%

附表3 放射線技師の「勤務条件の評価」に関するアンケート

次の(1)~(7)項について、勤務上最も関心の強いものから順に番号を記入して下さい。

(A) 貴方(記入者)の〔性別〕男・女〔年令〕才

(B) 7項目

- (1) 仕事での自己実現 ()
- (2) 高い給料 ()
- (3) 新しい知識(技術)の修得 ()
- (4) 余暇の利用 ()
- (5) 福祉厚生 ()
- (6) 職場でのよい人間関係 ()
- (7) 病院(診療所)の社会的地位 ()

(松井賈夫著「リーダーシップ」)

く、X理論に立脚している傾向を示しています。このような部下の方には、リーダーは、ときにはX理論に立脚してリーダーシップを行使することが必要かもしれません。40代、50才以上の技師の方々は、役付の技師の方が多いと思いますが、「職場でのよい人間関係」が最も高い得点を示しています。しかしながら、「高い給料」が、30代では第3位に、40代では第2位にランクされていることは少し気になります。〔附表一4〕

松井の調査(昭和33年頃)によると、ある会社の第一線監督者400名に〔附表一1〕と同じアンケートを集計した結果、自分の部下にたいして、X理論に立脚した見かたが多くなっています。この調査はやや古いものでありますが、この度の放射線監督者及びその部下の方々は共にY理論に立脚した意識をもっておられたことは同慶にたえないところと思います。

しかしながら、リーダーとしてY理論に立脚し、部下達の意識もY理論であるとする、リーダーとしては大へんきびしいことになるでしょう。例えば、部下にやる気がないことは、すべてリーダーのやり方が悪いこととなります。現実はその簡単に割りきれないと思いますが、大いに考えねばならぬことと思います。次に引続いて西田座長の説明がおこなわれた。

V リーダーの実技

リーダーの実技は数多くありますが、そのうち

附表4 「勤務条件の評価」に関するアンケートの集計

項目	20代(248名)		30代(96名)		40代(59名)		50才以上(29名)		総計(430名)	
	得点	順位	得点	順位	得点	順位	得点	順位	得点	順位
(1) 仕事での自己実現	4.65	3	4.65	4	4.14	4	4.65	2	4.53	3
(2) 高い給料	4.73	1	4.88	3	5.30	2	3.48	4	4.60	4
(3) 新しい知識(技術)の修得	4.71	2	5.26	1	5.05	3	5.52	3	5.14	1
(4) 余暇の利用	3.29	6	2.24	7	2.25	7	1.93	7	2.43	7
(5) 福祉厚生	3.39	5	2.77	6	2.80	6	3.0	6	2.99	6
(6) 職場でのよい人間関係	4.33	4	4.90	2	5.33	1	5.93	1	5.12	2
(7) 病院(診療所)の社会的地位	2.89	7	3.28	5	2.12	5	5.45	5	3.19	5

の主となるものを述べますと下記の如くであります。

1) やる気と業績に注意する

(i) 病院の諸施設、経営方針、組織等に問題がある場合

(ii) リーダーのやり方に原因のある場合

リーダーとして、放射線科の各自の責任業務の遂行、能率、特に放射線科は専門職（医師、技師、看護婦）と非専門職（事務系職員）が配置されているので、これ等の人間関係には留意する必要があります。

2) やる気低下の要因の把握及び対策

(i) 部下がリーダーに抵抗しているため

(ii) 部下に大きな不満があるため

(iii) 部下を動機づける力が弱いため

部下の不満は色々とならざるものですが、その不満の中で、もっとも強い不満（不満の極）が何であるかを把握し、その対策をとりませんと、的はずれのこととなりましょう。

3) 部下掌握のポイント

(i) 迎合的にならないこと

(ii) 部下の管理者への役割期待を的確に把握していること

(iii) 部下に一目おかるせこと

管理監督者が部下の顔色をうかがいながら、部下に迎合的でありますと、監督者としての責務は果せないでしょう。また部下は自分の監督者は、このようにあってほしいという役割期待をもっているものです。監督者はこれ等部下の期待を把握している必要があります。監督者自身の役割自覚と部下の監督者への役割期待とが一致することがのぞましいといわれています。管理監督者は部下より優れていなければなりません。そのためには常に自己研修をおこたらないことでしょう。

4) 教育

(i) 一般教育

(ii) 専門教育

一般に、教育というものは相手に押しつけるものでなく、相手が自発的にやろうという気にまかせることが大切であります。すなわち、自己啓発が中心となるといわれています。したがって、監督者としては、部下のニーズをひきだし、教育環

境及び体制をととのえることが大切でありましょう。しかしながら多忙な業務のなかで、なかなか教育の時間をとることは難しいことと思いますが、日常の仕事の中で教育する OJT (on the job training) を考えることもよいと思います。

5) やる気を高めるために《グループ討議》

6) 断絶の理解及び対策《グループ討議》

7) 意思の疎通（職場会議）《グループ討議》

8) 環境づくり（団結力を高めるために）《グループ討議》

西田座長の総説的説明が終了後、“リーダーの実技”のうち、A「やる気を高めるために」（船橋委員担当）、B「断絶の理解及び対策」（大内委員担当）、C「職場会議」（栗田委員長担当）、D「団結力を高めるために」（川添委員担当）の4つのグループにわかれて、それぞれ討議がなされた（30分間）。各グループより討議の結果が発表されて、全体討議が活発におこなわれた。

次に西田座長によりグループ討議のまとめが述べられた。

VI グループ討議のまとめ

各グループによる発表は大へんよく、具体的にまとめていただいたと思います。皆さんの発表を整理し、要約して申し上げます。

A 「やる気を高めるために」

リーダーとして、なすべきことはリーダー自身のこと、部下に対してなすべきことがあります。

1) リーダーシップの育成と強化

2) モラル・システムの理解と実践

B 「部下との断絶」

1) ゼネレーション・ギャップの理解

ゼネレーション・ギャップに関しては、1966年1月9日朝日新聞朝刊、社説欄に掲載された「青年の生活目標に及ぼす時代の影響」より、久保は大人もまた、時代の流れに応じて意識が変ってきている。そうはいっても、新聞紙上に「近ごろの若いものは急激なテンポで意識が変化して、年代間の断層は年ごとに深まっている」との調査結果が発表されたりする。しかもそれから何日か経つと、「現代の若ものの意識は、意外にも常識的であった」といった、まったく矛盾する調査結果が

発表されたりする。要するに意識調査とは本質的な潜在意識まで正確にとらえることが困難なのではなかろうか。と述べています。

松井は「女子のお茶くみ」についての調査から、ゼネレーション・ギャップと一般によばれている現象は、実は年配者と若者の間にある「考え方や価値観の本質的なズレ」に起因するものでなく、年上の者が年下の者を見る場合に、知らず知らずのうちに陥っている錯覚の一種にほかならない。そして錯覚は第一に、年配者の無力感ないし劣等感に起因するところの相手を異邦人視する気持から相手を自分とはひどくかけ離れた存在であるようにみなしているということであり、第二に、このような現象の背後には、朝日新聞の社説に引用された調査が示すところの年配者自身、時代の移り変わりとともにその考え方が変わっている事実の見落としがあるためであると述べています。

いずれにしても、日本における戦前と戦後の、その時代、時代の人々の意識（価値観、考え方等）が違っていたことは事実でしょう。そして年配者の考え方が戦後変ってきたことも事実だと思います。しかしながら現実には、私どもの職場で所謂ゼネレーション・ギャップに根ざす断絶があることも事実でしょう。管理監督者（年配者）の考え方は変わってきているが、しかしいまだ習慣的になっていないこと、すなわち知識（意識）の変容は行なわれているが、態度、行動の変容までは到達していないのではなかろうか、また、マスコミによる「近ごろの若者は……」という先入観が強すぎるのではなかろうかと考えます。

2) 上司と部下相互の不信感（不満、抵抗）

上司、部下の意思疎通の障害、情報不足、相互理解の不足が要因でありましょう。

3) 断絶の対策

- (i) 自分の気持を整理し、原因の把握
- (ii) あせってはいけない
- (iii) 自分の考えを無理に押しつけない
- (iv) 話し合い（言い合いではない）の機会をもち、理解しようと努力する。

C 「職場会議」

1) 会議はなぜ必要か

(i) 会議の四つのねらい

- (1) 伝達
- (2) 調整
- (3) 人間関係
- (4) 衆知の結集

(ii) 会議による集団決定

2) 会議の準備

- (i) 会議の計画を立てる
- (ii) 必要な資料を整える
- (iii) 会議の連絡をとる
- (iv) 会場を整える

3) 会議の運営

- (i) 導入
- (ii) 討議
- (iii) 結論づけ
- (iv) むすび

D 「団結力を高めるために」

具体的には色々の方法がありましょう。大きく分けて、フォーマル組織において、またインフォーマル組織を利用する方法があると思いますが、インフォーマル的な、所謂ニコボン式のものだけでは部下はついてこないでしょう。

次に船橋委員より断絶度に関するアンケートの集計報告がなされた。

VII 断絶度に関するアンケート

上司と部下との断絶度の測定は色々な方法があると思いますが、今回は、松本（「部下の不満をさがし出せ」より抜粋）の断絶度調査表〔附表—5〕を用いて全国85施設の放射線技師長の部下に対する断絶度を測定いたしました。

断絶度の測定は上司の部下に対する意識と、部下が上司に対する意識の両方を測定する必要があるわけですが、今回は上司の部下に対する一方的なアンケートであります。このようなアンケートは各施設毎におこなわれるものであります。したがって、この集計の結果から一つの意見が導き出されるものではありません。今回のアンケートは、皆さんがたが断絶度を、皆さんがたの施設でおこなわれるとすれば、このような一つの方法があるというサンプルにすぎないものであります。しかしながら、アンケートの集計〔附表—6〕が示し

附表5 部下との断絶度に関するアンケート

次の10項目に該当するところを○印でかこんでください。

- (1) 貴方の部下は悩みを相談をもちかけてくる。
① ノー ② イエス
- (2) 貴方の部下は意見を積極的にいう。
① ノー ② イエス
- (3) 貴方の部下は積極的に協力してくれる。
① ノー ② イエス
- (4) 貴方の部下はあまり話し合おうとしない。
① イエス ② ノー
- (5) 貴方の部下は何を考えているのかよく分らない。
① イエス ② ノー
- (6) 貴方の部下はこちらの期待とおよそちがった反応を示すことが多い。
① イエス ② ノー
- (7) 貴方の部下と話をするとき、じきに感情的になってうまく話し合えなくなる。
① イエス ② ノー

(8) 貴方の部下はよく反抗的態度をとる。

- ① イエス ② ノー

(9) 貴方の部下と年がちがえば、わかりあえないのがあたりまえである。

- ① イエス ② ノー

(10) 貴方の部下に大きな期待をもつのはむりである。

- ① イエス ② ノー

(註) ①を1点、②は0点と採点する。

第1集計：(1), (2), (3), (4)を集計、断絶の徴候を示す、得点が多ければ断絶傾向が大きい。

第2集計：(5), (6)を集計する。理解がうまくいってないことを示す。

第3集計：(7), (8)を集計する、部下との感情悪化を示す。

第4集計：(9), (10)を集計する、リーダーの締めを示す。

(松本順著「部下の不満をさがし出せ」)

附表6 断絶度に関するアンケート集計

(A) 0/10点：42/85施設

(B)

	1/10 (13施設)	2/10 (9施設)	3/10 (11施設)	4/10 (4施設)	5/10 (2施設)	6/10 (2施設)	7/10 (1施設)	10/10 (1施設)
第1集計 (4点)	1点×1	1点×7	1点×4 2点×5 3点×1	1点×3 2点×1	3点×2	2点×2	1点×1	4点×1
第2集計 (2点)	1点×4	1点×4 2点×1	1点×7 2点×1	1点×2 2点×2	1点×2	2点×2	2点×1	2点×1
第3集計 (2点)	0	1点×1	1点×1	1点×2	0	0	2点×1	2点×1
第4集計 (2点)	1点×8	1点×4	1点×6	1点×3	1点×2	2点×2	2点×1	2点×1

ますように、85施設のうち、42施設において断絶度が0（一方的ではありますが）であるということは大へん喜ばしいことと思います。

最後に西田座長よりむすびの言葉が述べられた。

VII むすび

リーダーシップのあり方について皆さんと共に勉強をしてみました。要はリーダーシップはあくまでも人間を対象にして発揮されるものがあります。したがって、皆さん方の部下が、どの

ような状況において、どのように行動するか、あるいは、しているかを適確に把握できず、その時の有効的なリーダーシップの発揮はできないと思います。それには、まず、人間理解の基礎を確立することが必要でしょう。“人間とは何ぞや”という問題は、大へんむづかしく、永遠の謎かもしれません。しかし考えることは可能でありましょう。

最後に、ソニーの工場長の考え（川喜田二郎著「チーム・ワーク」より抜粋）を引用してこの全体討議のしめくくりとしたいと思います。

「人間を信頼せよ、人を機械や道具としてではなく、人として遇せよ、信頼することから仕事を任せることができ、任せられることによって仕事を達成する喜びがくる。

人を人として遇することからプライドの尊重もおこり、愛が生まれる。

信頼と愛に育まれて、やる気がおこる。そして仕事の達成を通じて、人間の成長もおこる。限りない前進を信じることができ、バイタリティーの油然と湧きおこるのはこうしてである」。

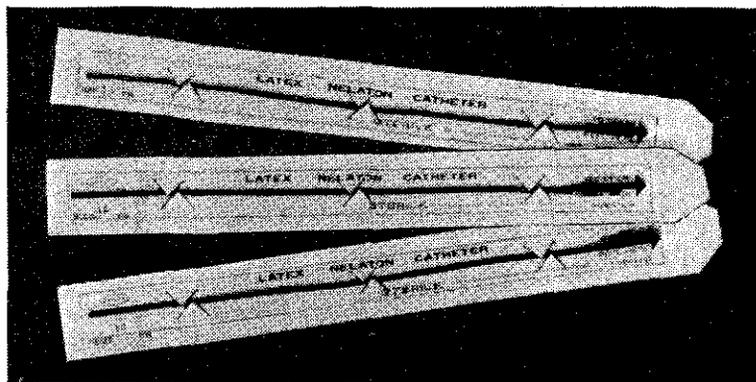
(まとめ、同愛記念病院 虎渡勇二)

＜引用文献＞

- 1) 杉政孝著 病院の組織と人間関係 医学書院 1973
- 2) 松井賚夫著 リーダーシップ ダイヤモンド社 1967
- 3) 竹内芳夫著 人を活かすリーダーシップ 日本実

- 業出版社 1976
- 4) 松本順著 部下の不満をさがし出せ 日本能率協会 1975
 - 5) ダグラス・マグレガー著、高橋達男訳 企業の人間の側面 産業能率短期大学出版部 1976
 - 6) P. ハーシイ, K. H. ブランチャード著、松井賚夫監訳 行動科学入門 日本生産性本部 1972
 - 7) 久保淳志著 わが社は繁栄する 経林書房 1973
 - 8) 宮本邦夫著 部下の不満の扱い方 ビジネス社 1976
 - 9) 川喜田二郎著 チームワーク 光文社 1973
 - 10) フランク・ゴークル著、小口忠彦監訳 マズローの心理学 産業能率短期大学出版部 1975
 - 11) 宮城音弥編 心理学小辞典 岩波書店 1973
 - 12) 伊東喜四郎著 部下のやる気を無にするな 日本能率協会 1974
 - 13) 春田秀夫著 新しい管理監督者の基礎知識 東栄堂 1975
 - 14) 高橋政敏著 病院管理学入門 医学書院 1972

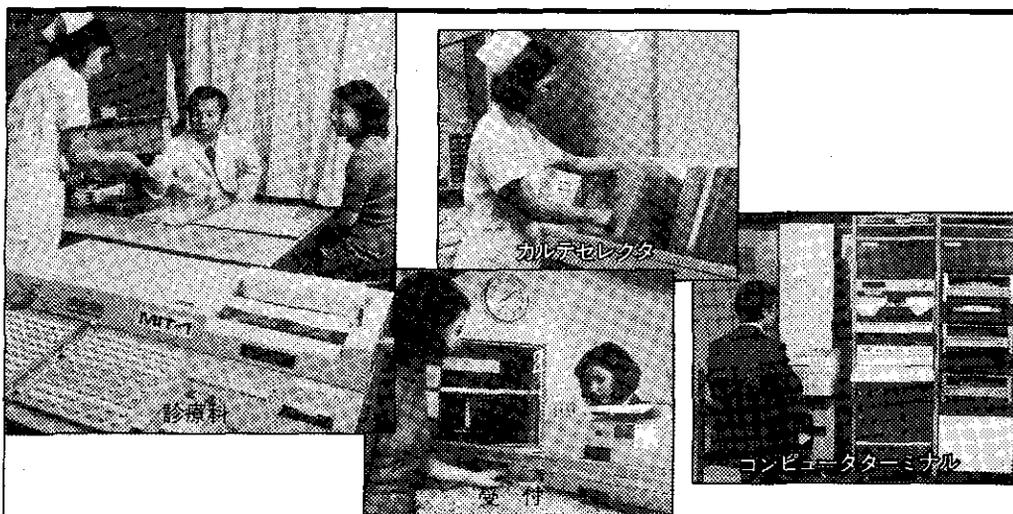
省力品一新発売 ディス ネラトン



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

永い間語病院の院長、部長、婦長等から熟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)
価格は凡そ従来の品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



HICARE-600

島津病院事務管理コンピュータシステム

●標準トータルシステムです

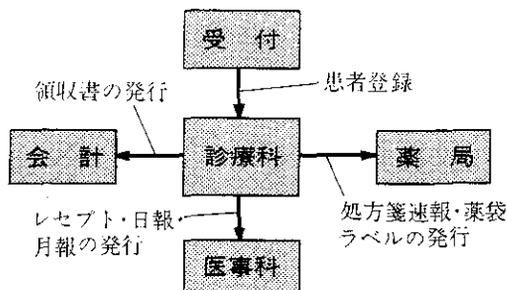
HICARE-600はユーザのご要望に合ったトータルシステムです。調査から実稼働までの時間が短かく、導入経費が少なく済み、専任のシステム担当者も不要です。

●診療データを発生時点でとらえます

HICARE-600はデータを診療科で入力することができます(オンライン方式)。したがって、診療科で処方箋を作成し、会計でそのデータを投入するといった二度手間をなくせます。

●収入内容・薬剤使用量を正確につかむことができます

各種の日報・月報により、経営内容を正確に把握することができます。また、一品ごとの薬剤使用量も明らかになり、薬品在庫の適正化を計ることができます。



■仕様

- 取扱い患者数: 600人/日(平均)
1000人/日(最大)
- 最大登録患者数: 23000人
- 診療科数: 1~8科(選択可能)



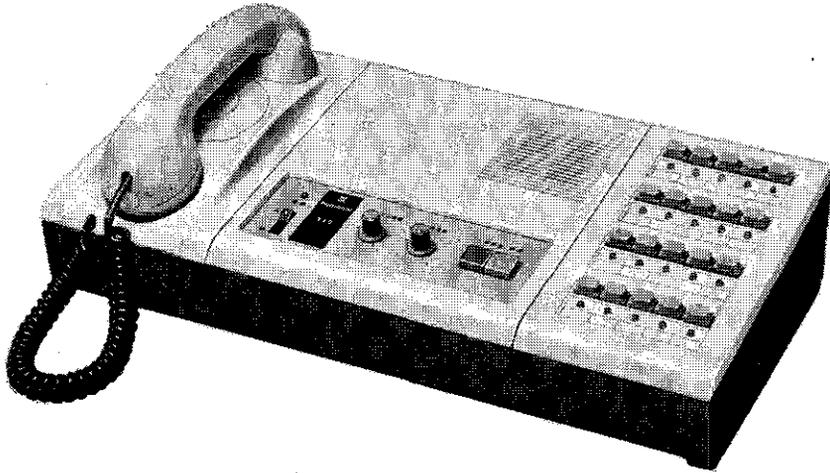
島津製作所

医用機器事業部

●お問合せはもよりの営業所へ 東京 296-2308 / 仙台 21-6231 / 秋田 33-7844 / 大阪 373-6665 / 高松 34-3031 / 福岡 271-0331 / 大分 36-4226 / 宮崎 23-3463 / 名古屋 562-3610 / 広島 48-4311 / 宇部 21-5486 / 京都 251-2921 / 札幌 231-8811 / 旭川 26-6272 / 604 京都市中京区西ノ京桑原町1 (075)811 1111

National

“同時通話形の使い良さとプレストーク形の経済性を生かした
VND・オートプレストーク形をおすすめします”



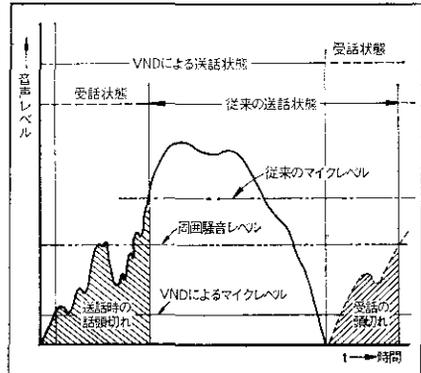
オートプレストーク形に採用された VND回路とは

Voice Noise Discriminationの略で、言葉切れや騒音による誤動作が少なくなり周囲の雑音に影響されずにスムーズな通話が行なえる新回路方式です。(実用新案10件申請中)

新製品の特長

- ① オートプレストーク方式は、新回路(VND)の採用により、通話性能が一段と向上しました。
- ② オートプレストーク、同時通話方式は、いずれもプレストーク方式を兼用しています。
- ③ 配線は、全通話方式とも、工事が容易な2線式。
- ④ 選局表示は、発光ダイオード(LED)の採用により信頼性が向上しました。
- ⑤ 通話用マイクロホンとしてエレクトレットコンデンサ マイクロホン(ECM)の採用により、通話品質が一段と向上しました。
- ⑥ 全通話方式とも、一斉放送付きです。

音声レベルと送受話切替関係図



新ナースコールインターホンシリーズ

品名	品番
プレストーク形 10局用親機	VH-125/10
プレストーク形 20局用親機	VH-125/20
プレストーク形 40局用親機	VH-125/40
オートプレストーク形 10局用親機	VH-155/10
オートプレストーク形 20局用親機	VH-155/20
オートプレストーク形 40局用親機	VH-155/40
同時通話形 10局用親機	VH-175/10
同時通話形 20局用親機	VH-175/20
同時通話形 40局用親機	VH-175/40

* 親機の局数は40局以上も変更が可能です。

院内コミュニケーションの分野にも活躍する
 ナショナル病院用通信機器

ミニコール・院内連絡テレホン・投薬表示装置・ベッドラジオ・夜間受付用インターホン・呼び出し装置・手術室用インターホン・レントゲン室用インターホン・出退在席表示・ダムウエータ用インターホンなど幅広いラインアップを用意しております。

ナショナル・ナースコールインターホン



松下通信

お問い合わせ先 松下通信工業株式会社 通信事業部 〒223 横浜市港北区綱島東四丁目3-1 電話 (045) 531-1231 (大代表)

ハウスキーピングの在り方について

9月・秋田・ハウスキーピング研究会

51年度のハウスキーピング部会の地方勉強会は、9月24日、25日の2日間にわたり、秋田市の久保田会館において開催された。参加人員は48名で、地元の秋田市はもとより、東北各県、関東、関西、中国、九州と各地からの参加で、しかも今回は病院経営にとって欠くことの出来ないハウスキーピング業務を理解して頂くため、事務長や管理部門の方々の参加を特に要請したので、当日ご出席の方々の中には病院長、事務長、及び管理職の方も多く、ハウスキーピング業務が1人でも多くの方々に理解して頂ければ、私達の目的は少しでも達せられたと嬉しく思った。

第1日は野村秋守常任理事の開会の挨拶に始まり、次いで「病院環境管理の内容と進め方」と題して、病院管理研究所経営管理部長であり、またハウスキーピング部会の顧問でもある石原信吾先生が講演された。

石原先生は最初に、この2日間の勉強の理解の仕方、考え方を始めに統一しておくという立場から、常識的ではあるが予備知識的なことを話したいと前置きされて、

- (1) 病院環境管理の重要性を認識してほしい。
- (2) 現在の病院の方向として、この分野の責任をもつ部会が病院の組織の中に来るようになり、この部門、責任者を組織の中に確立していくことが必要である。

と強調され、こういう働きを病院全体の組織の中にもどのように位置づけるか、またこの仕事をどのように進めるかを前提として話をつづけられた。

そして医師が中心である日本の病院と、患者が中心である欧米の病院との成り立ちの違いが、現在わが国の病院でハウスキーピングが軽視される原因となっており、ここに根本的な違いがあるので、これを病院の成り立ちから考えてみた

い。また病院の収容機能の中におけるハウスキーピングのあるべき姿、或いはまた病院ハウスキーピングの業務内容、病院ハウスキーパーの組織上の位置、及びハウスキーパーのあり方などについても説明され、ハウスキーパーは病院の主婦役であり、また病院の文化水準を支える働きをしている等々、病院ハウスキーピングの基本的問題について色々と具体的にお話をされたが、この先生の講義の詳細な内容は、稿を改めて後日報告させて頂く。

午後1時から、小田桐信子委員（慶応義塾大学病院ハウスキーパー）が「アメリカの病院ハウスキーピングの実情」という題で、スライドを使って、昭和50年の秋、アメリカ西部の病院ハウスキーピングの視察旅行に参加し、見聞してきたアメリカの病院ハウスキーピングの実情について講演した。（この詳しい内容は日本病院会雑誌1976年3月号に掲載されているので省略する。）

午後2時から「基準病衣の考え方と問題点」について、順天堂医院リネン係長水野淑子姉が講演され、終了後直ちに会場を4階の広間に移して、懇親会に入った。研究会参加者と膝を交えて懇親会をもつということは、部会としては始めての試みであったが、食事をしながら自己紹介をし、仕事のことなどについて意見の交換をしたりして、和やかな雰囲気のうちにお互いにうちとけ合って楽しいひとときを過ぎたことは大変有意義であった。

第2日はシンポジウムの形式をとって、「病院環境管理の実際」をテーマに、5人の講師が午前、午後にはわたり、夫々の立場から角度を変えて、病院ハウスキーピング業務のもつ諸問題を取り上げて講演し、熱心な質疑応答があり、座長石原先生の懇切なる助言を得て、充実した内容の勉強



熱心な参加者の聴講（左）に演者の講演も熱が入る（右）

会を終えた。

（慶応義塾大学病院 小田桐信子）

基準病衣の考え方と問題点

順天堂医院リネン係長

水野 淑子

1. 病衣の類別

病衣はその要求される性質から決して一様には考えられない。大別して次のとおりとなる。

- (1) 外来患者用 内視鏡，放射線透視，整形外科受診，腎臓透折，外来手術用など。
- (2) 特殊患者用 I. C. U.， C. C. U.， 在室又は該当患者，感染遮断を必要とする感染症患者，乳児など。
- (3) 一般患者用

2. 病衣の必要度

上記3種に類別した病衣の中で必要度の高いものは，外来患者用と特殊患者用であるが，今回基準病衣として入院部門における診療費の対象の中では特殊患者用にしばられる。それに対して一般患者用は，特殊な治療や看護が比較的少く，しかも単調な療養生活の中で私物の病衣は個人の好みを楽しめる唯一のものであり，お仕着せ式基準病衣は却って心理面でマイナスになることが心配される。

特殊患者においては複雑，特殊な治療と看護に私物の病衣は障害となりやすく，次の条件をそなえたものが必要となる。

3. 特殊患者用病衣の条件

- (1) 本人の意志がなくとも容易に着脱できる。
- (2) 異状な体液の分泌に対して吸湿性，通気性にとむ。（綿100%がのぞましい）
- (3) 気管切開，静脈切開などの緊急処置に支障がない。
- (4) ドレーンの挿入，点滴，心電図の電極セットなど連続的な処置や検査に体を露出させずにすむ。
- (5) 布地のしわ，縫目が褥創の原因とならない。（ソフトな素材のもの）
- (6) 失禁，吐瀉，感染症などによる種々の汚染に対する消毒，洗濯，高熱処理に耐える。
- (7) 1日の使用枚数2.0枚を基準とした保有数。

4. 現行基準病衣での問題点

（型，素材は日本病院寝具協会認定品による）

- (1) 型（前打合せ式，ホームウェア型）
 - (イ) 大量洗濯仕上げから考えた原型のまま，簡単すぎてしまりが無い。
 - (ロ) 袖が大きすぎて冬には不適。
 - (ハ) 用尺を切りつめた関係で着丈が短い。
- (2) 素材（綿70%，ポリエステル30%混紡，25番手糸，打込135本前後）
 - (イ) 体が透けて見える。
 - (ロ) 地薄の為，冬期特に寒冷地には不適。
 - (ハ) 洗濯に会うと17%前後収縮する。
- (3) 衛生面（使用基準・夏期においては1週3回交換，その他の時期においては1週2回程度の交換）
 - 1週3回交換の場合…1日の使用枚数0.43枚
 - 1週2回交換の場合…1日の使用枚数0.29枚

小児病棟における病衣の使用実績1日平均1.30枚から見ると1/3以下となり、衛生面で問題がある。

(4) 保管スペース

1患者最低5枚貸与として、常時各サイズ400%の子備を保管する清潔及び不潔庫のスペースが中央及び各病棟に必要となる。なお患者のサイズは常に平均しないから、需要の高いサイズにおいては更に多くのスペースを必要とする。

(5) 管理面

基準寝具の1週1回交換でさえ正確な貸与記録をとることは困難なところへ、交換頻度及び交換日時が個々に異なる病衣の貸与記録及び病棟倉庫から各患者へのサイズ別現物受払いは、看護部門の大きな業務量となる。これは中央におけるハウスキーピング部門においても同様のことが言える。

(6) 経費面

現行の品で購入単価1,250円～1,550円（万着単位）の内、仮に1,400円の品として1患者5枚貸与で1週3回交換の場合（月間1枚における洗濯回数2.6回）で耐用命数20ヵ月～24ヵ月と見て、原価償却費は1日1枚9.65～11.65円となる。

病衣は24時間使用することによる損耗以外に、血液や薬品、食物の汚点などの汚染によ

る使用不能及び塩素系薬剤の使用による洗濯の特殊性や消毒などから、一律に洗濯回数のみでは割り出せないむつかしさがある。

これに洗濯費、人件費、管理費などを加えた場合、果して2点20円でまかなえるだろうか。

単的に人件費のみをリースの場合で考えた場合、業者は70%、つまり14円で契約するとしているが、ここに1例として40床の病棟で1週に病衣料が20円×40名×7日=5,600円入るとしてその30%、1,680円が1週間における病院側の収入ということになる。

ここで、病棟における人件費は基準看護料で考えられるとして切離したとしても、中央におけるサイズ別受払い、チェック、運搬及び事務に要する時間は1日平均最低30分と見て1週間に3時間30分、これを作業員の時間給から割り出した場合およそ1,680円では無理であることが明確であり、その他器具やスペースの費用は考えられないことになる。

以上のように現行の基準病衣は主として一般患者を対象に設定されており、病衣の考え方、いわゆる病院側の要求と一致しない点が基本的な問題点であろう。今後はこの点をベースに関連部門で十分に検討し、この制度を前向きに推しすすめることが病院側の課題である。

病院環境管理の実際

I 日本の病院におけるハウスキーピング体制の現況

—アンケート調査集計にもとづいて—

初声荘病院ハウスキーピング科長

秋山より子

病院内外の環境衛生管理および整備の分野を統括し、滞りなく運営していくために重要な役割を果たしている病院ハウスキーピングが、現実には個々の病院においてどのような位置を与えられ、どのような業務内容、業務範囲で運営されているのか、今後の病院ハウスキーピングのあり方を検討するためにまず実態を知らなければならないという認識の上に立って、本年6月、我々は初めて全国的なアンケート調査を試みた。当日はこのアンケート調査集計の結果についての報告であったが、ハウスキーピング業務の内容が多岐にわたるため、この調査内容も膨大で、まだ集計が完全に終わっていないため中間報告のかたちで発表させて頂いたが、紙数の関係上その内容をここに発表することが出来ないため、現状分析も含めて最終的な全容は、後日改めて報告させて頂きたい。

II 病院ハウスキーピング業務委託の有利点

雄勝中央病院施設管理課

小田島健三

病院機能の高度化につれて、規模も拡大し、内容も充実している今日、ハウスキーピング業務の範囲がますます複雑化し、専門的な知識を必要とするようになってきており、今までは、病院という特殊な立場から、ほとんど病院自体で行なっていたが、経済的問題、それらを管理する管理

上の問題、法的規制、その他いろいろな問題から、一般的に専門の業者に委託するというような傾向にあるようで、当雄勝中央病院でも、昭和38年から基準寝具を、昭和41年から、病院の清掃浄化槽管理、害虫駆除等の委託を行なっており、その現状から委託の有利点を、みいだしたいと思う。

まず基準寝具管理、補修洗濯についてであるが、秋田県厚生連(当院含)では、秋田市に基準寝具工場を設置して、県内9つの病院の基準寝具の管理、洗濯、補修の委託業務を行なっており寝具工場では、各病院に基準寝具を配置して、基準寝具管理規程を作り、各々の病院においてその寝具を管理するという形をとっている。洗濯、補修については、県内を、県南、県北、中央の3ブロックに分けて、各病院週2回、洗濯補修物の集配を輸送計画に基づいて行なっている。寝具工場の職員も同じ厚生連の職員であるので、病院職員の業務と同じなんだというような気持、患者中心であり、患者が快適な療養生活が送られるように、また病院にも迷惑をかけてはいけないんだというような気持で業務を行なっているため、自営となら変るところがない訳で、経済的な面においても、9病院の管理、洗濯、補修を29名の工場職員でできるということは、病院各々にこうした業務を行なうとすれば、設備投資、労務管理の面からもかなりの不経済な面がでてくるものと思われる。価格の面においても、いずれは厚生連の収益であるということから、あまり気をつかわなくともよいことなど、なによりも、その病院間の情報交換が容易であることが、こうした基準寝具、洗濯、補修委託の有利面ではなからうかと思う。

次に清掃、浄化槽管理、害虫駆除等の委託の状況を述べる。これらを委託したのは、木造の建物から、新しい病院に移った時であり、ビル管理の中の清掃管理ということで、当時まったく素人で

あり、何をどうしたらよいかまったく暗中模索の状態であり、こうしたことから外注委託になったのであるが、契約は、業者と厚生連会長で締結しており（これは厚生連9病院全部が、同じ業者に委託しているの）清掃は仕様書によって作業が行なわれているが、作業が仕様書通り行なわれているかどうかは、見廻ってチェックしている。委託している業者は、厚生連病院と他の病院の清掃作業を請負っているの、技術的な面では一応安心している。清掃の方法も新しい時と古くなった時、各清掃場所の実施の方法、作業員に対する指導教育、また年々開発される器具用具、洗剤、ワックスの研究、その他消耗品に対しても、当然専門的な知識が必要であり、専門的知識を持った業者に委託することによって、購入研究等の手間が省け、経済面においても、契約が厚生連全病院であり、契約時年間の委託費が決定するので自営よりもはるかに経済的であり、給与面、労務管理上からいっても同様であり、法的規制などに対しても、その管理資格を持った業者に委託することによって、専門的にそうしたことに対処でき、有資格者を採用しなくともよい訳である。反面不利な点もない訳ではなく、病院の機密が外部に洩れること、長い間同じ業務を行なう上仕事の向上心がなく、仕事が雑になって、職員とのトラブルの原因にもなりかねない。また愛社精神的な節約心がないことなどあるが、業者の責任者との話し合い、そこの従業員との接触の仕方によって、逆の方向にもっていくことによって、今までの有利点にまたその有利点を生かせるものと思う。

基準寝具、清掃委託について述べましたが、当院の場合はあくまでも特殊なケースであって、他の病院とは多少異なる点ではなからうかと思うが、専門的に行なう業者に、しかも作業員の教育訓練が行なわれており、委託したのだから業者にまかせておけばよいなどと考えず、そうした人達と一緒に仕事をして行くことによって、私達の仕事の目的である、患者の療養生活を良好な状態に維持すること、そしてそこに働く職員に快適な環境を作っていくことの成果を生み出すことだと思う。

III 病院のリネン管理のポイント

虎の門病院整備課長

粕谷 良

はじめに

病院診療は、とみに高度化の傾向をたどり、それにとまらぬ病院リネンの複雑、かつ多様性はその度を増している。数は、ますます増加し、その種類に至っては診療機能に合わせるための細分化も甚だしいものがある。ここでそれら病院のリネン管理について、その絶対要件、また、管理方法等につき、その考え方と、当院の現況をのべ病院の環境サービス向上の一助になれば幸いと思う。

I 絶対要件

病院にあつては、清潔、かつ充分なリネンを必要に応じて円滑に提供しなければならない、という絶対要件を持っている。この要件をみたくする方法としては、リネンの中央管理と分散管理が考えられる。いずれも一長一短はあるが、これを効果的な管理の方向から考えると中央管理システムがより良いことは言うまでもない。即ち、病院リネンをすべて1カ所の保管室におき、ここで総括して必要部門に流す方が各所に分散保管するよりトラブルも少く経済的にも有効である。

各病棟、各外来で必要とするリネン類の種類、及び数量をあらかじめ把握しておき、これらの調達、集配、洗濯、供給、破損リネンの補修にまで及ぶ実務管理と、その操作を円滑にする為に病院リネンの流れを事務的に、確実に把握する帳票、伝票制度の確立こそ、きわめて重要となる。

II 実務管理について

病院リネンの種類を大別すると次のようになる。

- ①患者用リネン——患者用寝具一式(基準寝具)
おむつ、病衣、タオル類
- ②診療用リネン——手術室、中材、分娩室関係、外来診療用リネン
- ③管理用リネン——カーテン、椅子カバー
- ④衛生材料——ガーゼ、ホータイ
- ⑤職員関係用リネン——ユニホーム等

以上のように、多数かつ複雑きわまるリネン類

を、各部門の使用にこたえてスムーズに流す為には次の事柄に特に留意しなければならないと考える。1. 綿密な計画, 2. それによる実施, 3. これより生ずる諸問題の調整が必要で、非常に多くの労をかけなければならないが、その為には専門職たるハウスキーパーがこの任にあたるのが最適であると思う。

1. リネン計画

先にのべたリネンの分類により、各部門で必要とするリネンの形、材質、色彩、数量等につき関係各部門と綿密に連絡し、その要求を出来るだけ満し得る適切な範囲内の計画をしなければならない。

即ち、病棟や外来診察室で使用するリネンの定数を定め、使用頻度を常にチェックし、補充数量を計画的にする。

出来る範囲内で、その取扱い方法にしたがいリネンの標準化を計画する。定められた規格のリネンや、各部署共通の使用リネン類については、この標準化は是非必要で、これにより計画的に予備の作製も出来るのである。

年間計画を考えるにあたって、病院経済に見あったリネン予算をたてることも大切である。

2. 実施

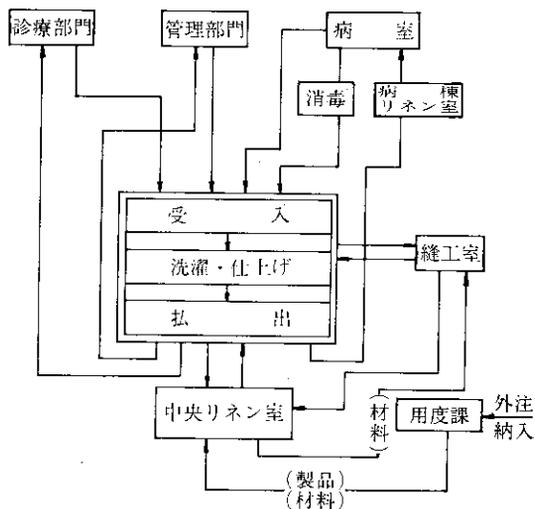
適切なリネン計画が出来た後は次に実施にうつさなければならない。即ち調達、縫製、供給、洗濯、補修、保管等の実施については、綿密な配慮のもとに、それぞれの病院の実情にあわせ実施する(図1)。これには現況の把握を常時心掛けねばならない。その為にもリネンのインベントリーはぜひ必要となろう。当院ではこのインベントリーを月1回は実施し、在庫、不足分の補充にも役立てている。また数多いリネン類はナンバーで統一すると簡明でインベントリーにも便利である。例えば、

No. 10—患者術衣 No. 63—術後シート

No.100—おむつ No.116—枕カバー 等。

管理者はまた、めまぐるしく変る社会状況にも対処出来るよう心を配り、リネン材料の変化等にも常に追従した知識を實踐出来るよう心掛けることが大切である。実施にあたっての合理的な業務の成文化、それにとまなう作業基準の確立は、リ

図1 中央リネン室におけるリネンの流れ



ネン管理の重要なポイントである。

病院の経済上からでも昨今は機動性を要求され、その確立の上からでも逐次、自営が、業者委託への方向に移行しつつある実状で、ここにおいても先にのべた業務の成文化、作業基準の確立はぜひ必要となってくると考える。

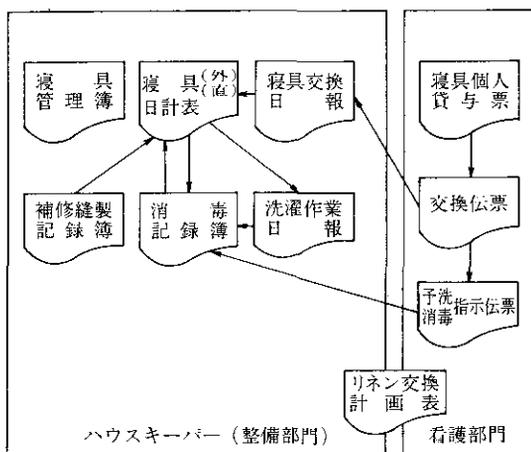
3. 調整

病院のリネン関係の経費を考えるに、種類、数量の非常に多いことが直接リネン設備費用となり、その上昇は人件費の上昇とも相まって大変なものである。この状態からみて最近基準寝具はもとより職員のユニホーム、特に看護婦のユニホーム、廻診衣、病衣等がリースになりつつある。そこで、いずれもその実施にあたっては取扱上の制約も生じ、その間、種々のトラブルも生じやすい。このような時には、よく自営、外注の本質を考えて調整を必要とすると考え。即ち、人、物の管理には常にコントロールが必要であろう。ここで当院で経験をする問題点を2、3あげてみる。

まず①毎月インベントリーのたびに経験することであるが、リネン類が非常に紛失する。この場合、その紛失リネンの補充に対する手配と打合せ、責任の分野、費用の点等に調整が必要となる。

②休日の重なる場合、例えば年末年始、5月の

図2 伝票帳票類の関係図(基準寝具)



ゴールデンウィーク等の時、物の手配、人の手配等においては余裕時間をかけて余裕をもって手配することを心掛けねばならない。(最低1カ月またはそれ以上)

①委託の場合には特に、仕上、手直し等、いずれも当方の主張と先方の主張とをどの辺できめるかのかねあい。例えばリネン洗濯についての仕上り具合、また手直しによる未納リネン類がたまった場合の処理。いずれも管理面でのコントロールを必要とする。

III 帳票、伝票制度の確立

病院リネンの流れを事務的に、確実に把握することがまた、大切なポイントの1つである。これには伝票制度の確立がぜひ必要である。それぞれの病院の実情にあった、実施可能な伝票、帳票類を定めなければ、リネンの管理運営は把握出来ないと思う。関係各部門、特に看護部門とは、ことこまかく協議をし、より効果的な伝票、帳票類を作成し、その病院に統一した事務処理を制度化にもって行かなければならないと考える(図2)。

おわりに

以上病院のリネン管理のポイントについてのべたが、根本的には、日新月歩でエスカレートして行く病院リネンの複雑さに常に冷静に、かつ、綿密に対処して、問題点の把握、それに対する判断を適確に、今後なお研究を重ねて無駄のない患者サービスを向上させなければならないと思う。

IV 病院の清掃管理のポイント

慶応義塾大学病院ハウスキーパー

小田桐信子

病院は患者を收容し、患者の治療と生活の場になるのであるから、まず患者の治療に沿うような清掃が考えられなければならないし、また病院という特殊性から、一般のビルなどの清掃とは自ら異なり、技術面だけでなく、医療面の配慮が必要であり、かつ高度の医療看護に対応出来る医療性の高い完全な清掃が要求されるのである。

I 清掃業務の管理的要点

1) 清掃実施上留意すべき点

(1) 一般的事項

作業をする際、作業員に特に注意しなければならない原則的な事項について。

(2) 作業員清掃の範囲及び区分

作業に当っては、まずその清掃範囲をはっきりさせておく必要がある。また清掃の実施期間、実施回数を考慮して、日常清掃、臨時清掃、定期清掃等に区分し、その内容を明確にしておく。

(3) 清掃作業の基準及び清掃作業実施の標準
清掃は清掃区分に基づいて実施するが、更に建築材料や床仕上げ材などの状態に応じて、これに適した清掃方法をきめ、これを標準化し、合理的、能率的に行なうために、清掃作業の基準、及び作業実施の標準をきめておく必要がある。

(4) 欠勤者があった場合の業務分担

作業を始める前にまず確認しておかなければならないことは欠勤者の有無であり、欠勤者があった場合の業務分担は、予め決めておかなければならない。

(5) 清掃用化学資材、器具、機械の点検

作業員が合理的な清掃をするためには、適切な化学資材、器具、機械を与えなければならない。また、作業員にそれらの使用法、使用後の手入れ、収納などについてよく指導し、それらが適切に行なわれているか注意、点検し、

補充、修理、交換なども作業に支障を来さぬように随時適切に行なわなければならない。

(6) 清掃指導監督上の着眼点

病院中、どこでもいつでも清潔であるように計画し、実施するのが私達の任務であるが、巡視の際特に注意しなければならないことは、病院の玄関、トイレ、洗面所、部屋や廊下の隅、山木、階段のけこみ等で、また院内感染防止のためにも、トイレ、洗面所、浴室等の清潔、整頓、及びごみ、汚物、危険物等の処理方法などもきびしく指導し、チェックしなければならない。

2) 清掃方法

(1) 分担清掃か合同清掃か

清掃の場所とか条件によって分担清掃又は合同清掃を組み合わせるのがよく、病室(病棟)は分担方式、定期清掃とか外来などには合同方式を用いることが多い。

(2) 分業方式

分担方式で病室などの清掃をやっているも、トイレだけは個人の分担からはずし、トイレ分業、又はトイレ専門チームを編成する方式である。

(3) 日常清掃、臨時清掃、定期清掃

日常清掃—毎日1回以上行なう清掃

臨時清掃—毎日は実施しないが、1週間に1回以上又は、1カ月に1回以上実施する清掃

定期清掃—定期的に計画実施する清掃で、床面の洗淨、研磨、ワックス塗布、硝子ふき、天井・壁のちり払い、配管ちり払い等

で、各自の病院の実情にあったものを作っておく必要がある。

3) 作業計画

作業計画の設定は、まず年間に何をいつの時点で行なうか、又は行なわなければならないかを検討し、最初に年間の作業計画をたて、これによって月間、毎日の作業計画をたて、汚れてしまってから大々的に掃除するというのではなく、汚れないうちに掃除する、またなるべく汚れないように手段工夫をこらして平常の手入れをす

るというように、今後の清掃部門における考え方を考えていかなければならない。そして清掃にあたっては、各病院の建物に最も適した具体的作業の実施計画を作り、業務分担表も作って、作業員に適確に示すことが必要である。

II 委託清掃の管理

最近、急速に病院業務の外注移行の傾向が強まり、清掃業務も部分的に或いは全面的に外注に移行される病院が多くなったが、委託清掃の管理は自営以上の注意と指導が必要である。

1) 業者の選定

最近この種の業者は非常に多く、内容にも非常に差があるので、業者の選定に当っては(イ)業者の信用度、(ロ)業者の能力、(ハ)価格等についてもよく検討して、各病院の特殊性に合わせて、よい仕事をしてくれる業者を選ぶことが大切である。

2) 委託業務の範囲及び清掃内容の明確化

業者に業務を委託する場合、まず業務の範囲、及び清掃内容をしっかりと把握し、日常業務の管理を円滑に行なうために、夫々の病院に適した作業仕様書を作成し、業者に明示しておくことが大切である。

3) 作業のチェック

業者が契約通り、作業が仕様書通りに行なわれているかどうかを巡視してチェックする必要がある。また日常清掃は勿論、事前に年間、月間、週間の予定(計画)表を提出させ、清掃日報も出させて注意事項、連絡事項も記入しておくことと後日の参考になる。

4) 業者の管理と指導

業者に対しては自営以上に深い関心を持ち、病院の特殊性から病院の清掃はどのようにしなければならないか—技術面だけでなく、服装、態度等についても注意し、業者(作業員)が病院の実情に不慣れな場合には、適切なる助言、指導も必要である。また院内感染防止のため、特に汚物、危険物等の取扱い方法とか、ゴム手袋の着用、うがい、手洗いの励行等もきびしく指導し、定期検診も病院職員と同じように受診させてその健康状態を把握し、安心して業務の委託が出来るよう指導、管理することが大切である。

V 院内感染防止の実際的活動

聖路加国際病院ハウスキーピング課長

近藤 英二

病院内の感染対策の重要性は、つとに認識されており、米国では、1958年に病院認定合同委員会が、「すべての病院は、病院内の感染の調査、管理、予防の責任をもつ『感染委員会』を設置しよう」勧告している。

当、聖路加国際病院においても、院内感染委員会が置かれており、その構成メンバーは次の通りである。

各診療科医長、院内衛生管理者担当医師、病理：細菌検査医長及び検査主任、副総婦長、中央材料室長、各病棟婦長、手術室婦長、事務長、ハウスキーピング課長（病院によっては、薬剤部長、栄養科長、施設課長がメンバーとなっているが、当院では、兼務者がいるので、メンバーとしては、現在入っていない。）

しかしながら、この委員会は、協議、決定するところであるので、その実際の作業は、夫々の部門、部署で、夫々の処置が行なわれるが、病院内の共通個所への波及防止処置、発生病室の消毒、感染患者の使用リネン類の消毒、汚染物件の移動及び処理等の活動は、病院における環境管理の実務を行なっている当ハウスキーピング課が行なっている。

感染症の発生の都度、その発生病棟等からの連絡を受け、前述の院内感染委員会の決定に基づき、感染症の種類別による要消毒物件の範囲、消毒薬剤、消毒方法を定めて迅速に作業を行なわせている。

特にこの消毒方法については、十分に作業上の諸条件を委員会に反映させて、決定してもらうよう努力をしている。

最近では外部の業者に清掃作業やランドリー作業を依頼させる傾向が強くなってきているので、それとの関連も充分、配慮するようにしている。

しかしながら、この消毒作業だけは、一切、外部業者の作業員にはさせていない。

とはいっても、ハウスキーピングの業務を行なうものの現状からいって、防疫知識の基礎が殆どないものなので、指示は、キメ細かく行なうよう心掛けている。特に汚染物件（リネン等）の移動には、温水溶解性ビニール袋等の使用を励行させている。

また、忘れてはならないことに、作業員に感染させないように、ゴム手袋、マスク、必要があれば、防毒マスク等の使用を指示している。

次に焼却、破棄処置については公害対策を充分、留意している。

以上は、感染症が起きた場合に、その都度行なう作業であるが、もう一つ、院内感染防止の立場から、病源体媒介動物の駆除を計画的に行なうようにしている。

今までは、媒介動物一昆虫と言えば、ノミ、蚊、シラミ、ダニ等であったが、これ等は、殆どいない。唯、一過性的に出ることがあるが、これは、その都度、薬剤散布で終熄している。最近の例では、シラミの害があった。これは、古い書籍、伝票数を移動させた時で、これも、当該室の密閉、燻蒸で、終熄させた。

この外に問題のゴキブリについては、皆様からのご要望もあるので、少し、くわしく述べる。ゴキブリ駆除に対しては、従来から、専門業者に、隔週土曜日に、指定場所約30カ所に、午後6時から、薬剤の散布を依頼してきた。しかし、病室は、患者さんがおられるので、除外していたところが昨年、春先から、院内各所からゴキブリの横行が、日立ち、何とかしろと、苦情続出の状態になった。

そこで、今までのやり方を再検討したところ、薬剤の効果は、充分あることも判り、それなのに、横行が劇しくなった。色々調べた結果、薬剤を散布した後、翌朝、殆ど、それを清掃業者やその他の者が清掃の際、薬剤を拭きとっていたことが判り、早速、塗布した翌日を含め、丸1日、薬剤散布場所を明示した場合のモップ掛けを中止させた。それで、散布個所のゴキブリの横行は、退治することが出来た。しかし病室には、依然として出没することには変わりなく、そこで、専門業者

と薬剤を何んとか、病室内へ散布は出来ないものか、研究したが、空室日を利用する外、手がなかった。勿論、複数室は、空室になる日が、殆どない。そこで、薬剤を検討して、DDVP 抜きのフェニトロチオン乳剤の10倍液を、散布方法でなく、塗布方法で、室内の周囲の床面、壁面は床上夫々20cmの幅で、隅なく刷毛で塗り、その他、シンクの下部のパイプの付け根、ダフトの出口の周囲、ラジエーターのパイプの付根、扉のある処の床面、病室によっては、バスルーム、トイレの排水孔の周囲を隅なく塗らせた。複数室もこの方法でやった。臭気は、僅か、薬剤溶媒の油性臭があるが、窓を開放することで約30分位で殆ど消える。この方法で、さしも、猖獗を極めた、ゴキブリの横行を殆ど鎮圧することが出来た。この外に特に忘れてはならないことは、ベットサイドテーブル（患者さんが食物をよくいれている）は、退院の都度、別室で薬剤散布済のものとの交換をすること、ロッカーは交換出来るものはベットサイドテーブル同様、交換、移動出来なければ、内部塗布

を行なうことを忘れないことである。

こうしてやっても、薬剤塗布当時、卵であったものには効果はないから、孵化—成虫—産卵の周期に合わせて、計画的に、薬剤塗布をやっていかねばならない。

なお、私のところに出た、ゴキブリは、シャバネゴキブリであったが、これは、飛来するものではない。他のゴキブリに付いてはまた、研究してみる。

ゴキブリの外に、最近では、鳩が問題になっている。これは業者に依託して、忌避剤を塗布させて、病院構内から駆逐している。

しかしながら、ゴキブリにしても、鳩にしても計画的に、薬剤散布、塗布を行なわないと、再び、侵入してくることは、必定である。情報を得次第、駆除方法を実施する。

以上、当聖路加国際病院における院内感染防止のハウスキーピング部門の実際の活動の一端をご紹介します。

日本病院会図書・新刊のご案内

改訂版 病院職員ハンドブック

(B 6判 73頁) 頒価 1冊 250円

それぞれ状態の違う患者さんのお相手をする病院サービス。勤務の基本的な心得をわかりやすく記述した本書は格好の手引書です。

お申込みは 日本病院会出版部 〒102 東京都千代田区二番町2 でんわ・03—265—0077

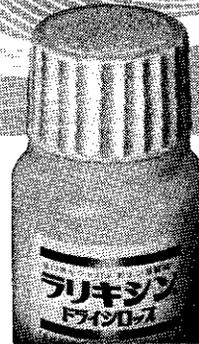


国産技術によるセファレキシシン製剤

ラリキシン[®]カプセル ドライシロップ

ORAL CEPHALOSPORIN LARIXIN[®]

自社開発

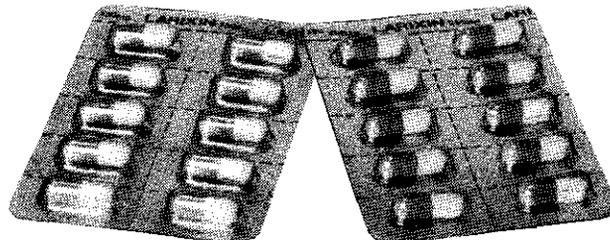
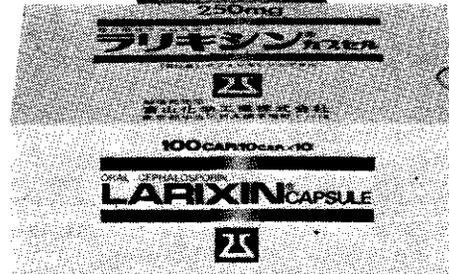


- 広範な抗菌スペクトルを示し、殺菌的に作用します。
- 経口投与により速やかに吸収されます。
- 高い血中・臓器内濃度を示し、尿中に高濃度で排泄されます。

適応症、用法・用量、使用上の注意等については製品添付の説明書をご参照下さい。

包装	カプセル
250mg	100カプセル 500カプセル
500mg	100カプセル
ドライシロップ	
100mg	100g・500g
100mg	1g×100包 1g×500包

健保適用



富山化学

東京都中央区日本橋茅場町1-18



第3回 日本診療録管理学会開催ご案内

第3回日本診療録管理学会を下記により開催いたしますので、会員ならびに一般の方々の研究発表をお待ち申し上げます。

学 会 長	聖路加看護大学長 日野原重明
会 期	昭和52年5月21日(土)
会 場	砂防会館ホール 東京都千代田区平河町2-7-5
参加資格	診療録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	診療録管理に関するもの
演題受付期間	昭和51年12月1日～昭和52年1月31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、お申込み下さい。
講 演 時 分	10分以内
ス ラ イ ド	35mm判
参 加 費	3,000円(当日会場受付にてお納め下さい)
特 別 講 演	未 定
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

第3回日本診療録管理学会係

TEL (03)265-0079

日本病院会図書・新刊のご案内

病 院 診 療

日本病院会診療部会 編

(B5判 236頁) 頒価1冊 2,500円

病院診療は、組織化された総合診療です。日進月歩の医学をとり入れた研究・討議など、広範な実用参考書としておすすめします。

お申込みは 日本病院会出版部 ー〒102 東京都千代田区二番町2 ー でんわ・03-265-0077

療養給付に関する疑義解釈

厚生省保険局・医務課長名で回答

厚生省は12月1日（保険発第120号）付で保険局医務課長名により、都道府県にあて「療養の給付に関する疑義解釈について」次の通り回答しました。

別紙

疑義事項	同解	甲・乙の別
<p>(北海道医師会) 可溶性フィブリンモノマー複合体の検出について 社会保険診療として次の検査は認められるか、認められるとすれば何点か。 (1) 硫酸プロタミンテスト法 (2) エタノールテスト法 (広島県支払基金) 血清アミラーゼ・アイソザイムの検査について 血清アミラーゼ・アイソザイムの検査は、LDHアイソザイム（昭和47年8月1日保険発第77号）と同様に認められますか。 (三重県支払基金) 尿中LDH活性値測定について 腎の諸疾患において尿のLDH活性値の上昇が認められ臨床的意義が著しく高いので認められないか。 (岡山県支払基金) 電気泳動法によるHB抗原（Au抗原）検査について HB抗原（Au抗原）検査で電気泳動法による検査は認められますか。 (鳥取県支払基金) 1. 血小板粘着能測定について 上記検査は認められますか。 2. 単能の測定装置による換気力学検査V-V検査について 肺のコンプアイランステストは呼吸機能検査の「043」の「3.」残気量測定に準ずる扱いとされているが、単能の定装置による換気力学検査の一種V-V検査は算定できますか。</p>	<p>(1) 甲表においては区分「024」の「4.」により算定し、乙表においては血液理化学検査の「ニ.」により算定する。 (2) 甲表においては区分「024」の「3.」により算定し、乙表においては血液理化学検査の「ハ.」により算定する。 甲表においては区分「024」の「6.」により算定し、乙表においては血液理化学検査の「ヘ.」により算定する。 甲表においては区分「024」の「6.」により算定し、乙表においては血液理化学検査の「ヘ.」により算定する。 甲表においては区分「024」の「6.」により算定し、乙表においては血液理化学検査の「ヘ.」により算定する。 甲表においては区分「024」の「6.」により算定し、乙表においては血液理化学検査の「ヘ.」により算定する。 甲表においては区分「043」の「3.」により算定し、乙表においては呼吸機能検査の「ハ.」により算定する。</p>	<p>甲・乙 甲・乙 甲・乙 甲・乙 甲・乙 甲・乙 甲・乙</p>

番町だより

■第29回常任理事会

日時：12月7日（火）午後3時～5時

場所：番町共済会館

〔協議事項〕

1. 日本病院会の法人化に関する件

次のような報告と提案があり、承認された。

「厚生省に認可を申請していた社団法人日本病院会が、12月4日付で認可された。このことを1日も早く会員に周知させることと、現会員が社団法人日本病院会の会員になったことを通知したい。」

この結果、阿久津会長名で次の通知を全会員に行なうことになった。

社団法人日本病院会正会員の通知に関する件

「日本病院会は昭和51年12月4日付をもって、社団法人に認可されました。よって貴殿は社団法人日本病院会の正会員になりましたことをご通知申し上げます。

今後とも（社）日本病院会発展のために、より一層のご支援、ご協力を賜りますようお願い申し上げますとともに、未加入会員の入会勧誘にご協力くださいますようお願い申し上げます。」
なお、同様に、賛助会員に対しても同文の通知が行なわれることになった。

2. 昭和53年度第4回日本病院会学会開催地受入れに関する件

次のような報告、提案があり承認された。

「かねて大阪府と内定していたが、このほど大阪府病院協会から了解したとの返事があったので、正式に大阪府で開催することを決定したい。」

3. アメリカにおける国際病院学会のアナウンスメントについて

次のように報告があり、了承した。

「アメリカ・シカゴで開かれたC. T. スキャンのノースアメリカンコンGRESS(北米放射線学会)に出席（小原常任理事）、その際、国際病院学会のポスターと趣意書を携行し、会場のマコーシクプレスに展示した。その後、シカゴ病院協会(AHA)、エルジンのシャーマン病院、ロチェスターのメイヨクリニク、サンフランシスコの加

州大学メディカルセンター、ロスアンゼルス郡立病院、ガーデナー市病院、シティヴィュー病院を訪問、1977年のIHAのアナウンスメントを行ない、多大の反応があった。」

4. 和歌山県病院協会主催の病院管理学会に講師の派遣依頼について

次のような提案があり、承認された。

「昭和52年2月26日（土）に開催される標記学会に、午後1時から2時20分まで病院経営に関する講演を計画している。講師として菱山博文氏（常任理事、福岡城南病院長）を派遣したい。」

5. 入会会員の承認について

次のとおり正会員2件、賛助会員2件の入会申込みが紹介され、承認された。

正会員

岡山県 松田病院（院長 松田穆）

石川県 金沢通信病院（院長 藤田明）

賛助会員

大阪市 住友電気工業(株)（コンピュータ）

東京都 昭和特器販売(株)（医療器機）

〔報告事項〕

次の報告事項につき各担当常任理事および委員長よりそれぞれ報告がなされた。

1. 11月24日(水)、25日(木)会津で開催したコンピュータゼミについて

「会津市・鶴賀会館で開かれ、参加者は29名であった。役員、委員を合せると50名をこえ、地元病院会も参加したが、土地柄か、他の会場より参加者が少なかった。」

2. 11月25日(木)、26日(金)京都で開催した庶務人事研究会について

「京都府医師会館に参加者39名、役員、委員合せて54名を集めて開催した。この研究討議のなかで、中小病院の退職金の基金プールを、現在の共済制度とは別に、年金を含めた福利厚生問題として会で取り上げてほしいとの要望があった。」

3. 南米病院視察団の帰国について

「参加者は少なかったが、サンパウロ病病協会や南米病院協会会長らの歓迎を受けた。この際来年の国際病院学会に100名参加させると約束してく

た。また11月23日(火)に開かれた国際耳鼻科学会に南米から10余名の代表が来日し、京王プラザで会った。国際学会には150名は連れてくると張切っていた。」

4. 11月30日(火)開催した編集委員会について
「最近では原稿の集まりもよく、従来80頁ぐらいだった雑誌が、最近では100頁になっている。新春随想は集まりが悪いので新会員に働きかけたい。1部当りの単価は、職員の努力で広告が集まっているので、300円程度であがっている。」

5. 11月30日(火)開催したコンピュータ委員会について

「コンピュータ早わかりの実務編は年内に印刷発注をしたい。翻訳物の疾病分類コードは、広告が60万円契約できた。渡辺編集委員長と相談の上で処理したい。1月の下関でのコンピュータセミナーは中止し、2月に神戸で開催する。来年度は回数を減らし2カ月に1回、年6回程度に押えたい。」

6. その他

① 「韓国は来年度から健保制度を実施する。これは500名以上の企業と地域の希望者を対象とするものだが、そのための調査研究に韓国から5名の代表が来日し、済生会中央病院、聖路加国際病院、佼成病院等を視察した。」

② 「来年2月4日(金)～9日(水)までの6日間、台湾病院視察が行なわれるが、中華民国医院行政協会が昼食、夕食とバス代などを負担してバック・アップしてくれるので費用が割安となっている。できるかぎり多数参加されるよう希望する。」これに関連して次のような提案があり、今後検討することになった。「フィリピンでも歓迎されたし、台湾、韓国でも同様のサービスがある。お土産を日本病院会から出したい。渉外費として予算を計上されたい。」

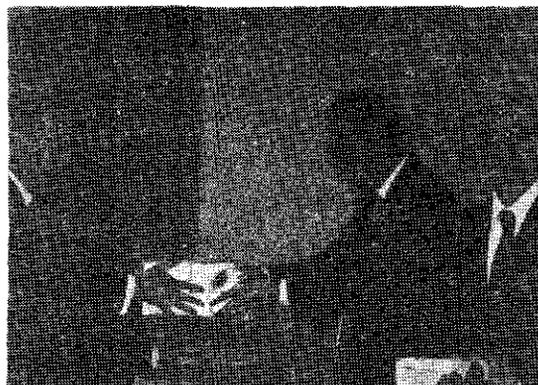
③ 今年秋の紋勲者の中、勲三等以上の受賞者には昨年同様記念品を贈ることとなった。

■第30回常任理事会

日時：12月18日(土)午後2時～5時

場所：番町共済会館

議事に先だち、秋の紋勲で勲三等以上に紋せられた大井実、内野滋、室賀不二男の3氏に阿久津



会長から記念品が贈られ、受章を祝った(写真)。

〔協議事項〕

1. 昭和52年度歳入歳出予算(第1次案)に関する件

担当事務から「基本会費月額5,000円とした場合(第1案)と4,000円とした場合(第2案)の2つの収支予算案」が提示され、第1案を採用する場合の細案(第2次案)を次回理事会に提出することとなった。

2. 昭和52年度会費値上げに関する件

前項に関連した提案について説明があり、予算案通り「基本会費月額5,000円」を決めた。これに関連して来年度の新名簿作成の際病床調査をしてベット加算会費分を修正することになった。

3. 病院会館建設に関する件

次のような提案があり、承認された。

「病院会館は財団法人として設定することが3月の総会で決められているが、当会が社団法人として認可されたい。新たに財団法人を設立することは屋上屋となるので、社団法人の中で準備委員会を設けて建設計画を推進したい。資金の集め方、土地の選定などの素案は追って作成し、報告する。」

4. 昭和52年1月22日(土)全理事会(代議員会)開催に関する件

次のような提案があり、承認された。

「1月22日は名古屋市中で開催する予定であったが、社団法人の認可を得たので、会場を東京に変更し、祝賀会を兼ねて開催したい。臨時全理事会は午後1時～2時30分、臨時代議員会は午後2時30分～4時、それぞれ番町共済会館で開催し、祝

賀会は会場を変えて午後5時～7時まで行なう。祝賀会には多方面の方々を招待したい。会員の参加会費は1万円としたい。」

5. 会員増強に関する件

次のような提案があり、承認された。

「社団法人の認可を機会に会員倍加運動を推進したい。呼びかけは会長と組織委員長の連名で行ない、1会員が1会員を勧誘するよう呼びかけたい。」

次いで呼びかけの文案が発表され、日本病院会ニュース新年号に掲載されることになった。

6. 入会会員の承認について

次のとおり、正会員3件の入会申込みが紹介され、承認された。

正会員

東京都 東京掖済会病院（院長 飯田昭二）

愛知県 県立愛知病院（院長 高島常二）

兵庫県 うすき病院（院長 薄木正敏）

7. その他

次のような提案があり、承認された。

「予算案と事業計画を審議する全理事会、代議員会、総会の日程について、2月19日（土）に臨時全理事会、3月5日（土）に臨時代議員会、臨時総会を開催する。」

〔報告事項〕

次の報告事項につき各担当常任理事および委員長から報告がなされた。

1. 12月11日（土）開催した教育委員会について（担当常任理事欠席、伝言を通過して承認された。）

「全国勉強会やセミナーなどの事業計画案を作

成した。特に各地区の勉強会の担当役員はその地区に近い役員を決定したい。人選は担当委員長に一任してほしい。」

2. 12月13日（月）開催した学術委員会について

「日本病院会学術雑誌の発刊について検討した。雑誌は季刊（年4回）とし、体裁はB5判、80～100頁、本文9ポ2段横組の予定で、発刊2カ月前の第2月曜日に編集会議を開いて決定する。原稿募集等の詳細については日本病院会ニュース、日本病院会雑誌に発表したい。創刊号の巻頭言は阿久津会長にお願いする。」

3. 12月13日（月）、14日（火）鈴鹿市で開催した事務管理研究会について

「一般34名、役員6名が参加し、3つのシンポジウム、4つの講演があり、熱心な研究会だった。」

4. 12月15日（水）、16日（木）開催したコンピュータゼミについて

「会費収入30万円、支出26万8,000円で、やっと黒字になった。」

5. 12月17日（金）開催した国際病院学会組織委員会について

募金の依頼状況、内外の登録人員、IHF本部の模様などの報告のあと次のような要請があった。「募金については、地方病院協会、全国病院団体等への依頼について、役員の協力をお願いしたい。」

6. 人間ドック・自動化健診の52年度改正料金について

改正料金の内容が説明された。

☆

☆

☆

昭和52年第18回日本病院会人間ドック学会

1. 開催日 昭和52年8月26日(金)・27日(土)
 2. 開催場所 東京第一生命ホール
 3. 学会長 三井記念病院中央検査部長 清瀬 潤
- ☆ 一般演題の募集受付その他詳細は追って発表します。

編集後記

明けましておめでとうございます。

本号から社団法人日本病院会として本誌を刊行いたします。

巻頭言は、会員の皆様への阿久津会長のご挨拶をいただいております。

新春号の恒例記事となりました病院管理視察研究会は、山陰地区の鳥取、島根両県の6病院の視察で、グラフ8頁、研究記事、車内研究、PF生の手記によるうらばなしと豊富な記事となりました。

また新春鼎談として、日赤医療センターの運営をめぐって、小林隆院長をかこみ、渡辺進編集委員長、高橋政祺教授による鼎談を掲載しております。

第17回人間ドック学会からはシンポジウム「精

度管理の実情と問題点」の演者発表と古山隆氏の特別講演「腎疾患最近の考え方」を収録しました。

ペンきょう会は、第7回放射線技師監督者セミナー・秋田で開かれたハウスキーピング研究会の全容をご紹介します。

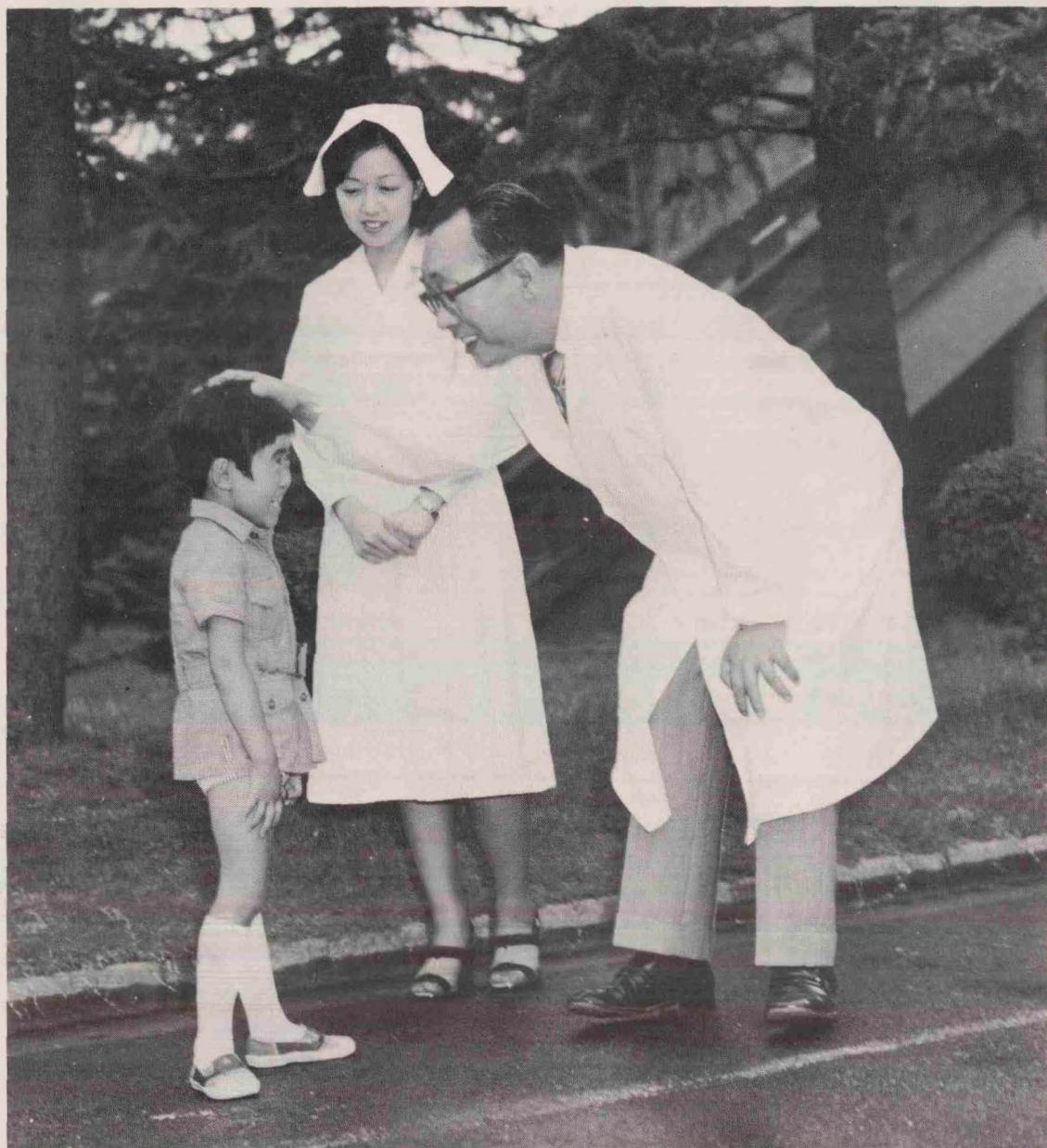
2月号は、巻頭言に堀内光氏「医療のあり方」、記事は、病院長セミナーから水野肇氏「国民は病院に何を望むか」、益田光子氏「静岡県における看護職員確保対策について」、高橋勝三氏「病院医療の安全工学」、ペンきょう会は、広島・調理研究会、病院診療、病歴管理、薬事管理、放射線の各研究会などを予定しております。

本年も何分のご支援、ご鞭撻をお願い申し上げます。

編集委員	(長)渡辺 進	(副)北原 哲夫	菱山 博文	吉岡 親八	鎌田 利雄
協力委員	小野田敏郎	堀口銀二郎	柳田 博	奥田 幸造	左奈田幸夫
	伊藤 誠二	高橋 政祺	虎渡 勇二	西村 静一	平野 栄次
	白石 太郎	石井智恵子	京須 寿雄	平沢 政人	横山 達治
	中西 照録	斎藤 寿明	本田 力	田野 嘉正	小田桐信子
	長谷川秀子				(担当・吉田)

2月べんきょう会

実施日時	研究会名	テーマ	開催地・会場<所在地>
1日(火)14:00~17:00	栄養管理研究会	施設見学, 「これからの病院給食を考える」	聖マリアンナ医大病院 <川崎市高津区菅生 044-977-8111 2095>
3日(木)14:00~17:00	看護管理研究会	これからの看護に求められるもの	番町共済会館
9日(水)14:00~17:00	薬事管理研究会	医薬品の流通と安全性	番町共済会館(8F・芙蓉)
15日(火)14:00~17:00	病院診療研究会	未定	未定
17日(木) } 19日(土) } 20日(日) 9:00~17:05 21日(月) } 23日(水) }	<東京地区> 診療録管理通信教育 " 試験 " 集中スクーリング	17日~19日 基礎科目 20日 試験(卒業・進級) 21日~23日 専門科目	早稲田速記学校 <豊島区高田3-10-12>
17日(木) } 19日(土) } 20日(日) 9:00~17:05 21日(月) } 23日(水) }	<近畿地区> 診療録管理通信教育 " 試験 " 集中スクーリング	17日~19日 基礎科目 20日 試験(卒業・進級) 21日~23日 専門科目	17日~19日 日本生命谷町ビル(予定) <大阪府東区両替町 1-12> 20日 大阪通信病院(予定) <大阪市天王寺区 烏ヶ辻122> 21日~23日 日本生命谷町ビル(予定)
17日(木) } 19日(土) } 20日(日) 9:00~17:05 21日(月) } 23日(水) }	<福岡地区> 診療録管理通信教育 " 試験 " 集中スクーリング	17日~19日 基礎科目 20日 試験(卒業・進級) 21日~23日 専門科目	福岡大学医学部臨床小講堂 <福岡市西区大字七隈>
18日(金)13:30~17:00	用度研究会	A 缶詰食品の購入と知識 B 基準寝具, 衣料リースの実態 (アンケート)	番町共済会館(8F・菊)
20日(日)9:00~17:05	<名古屋地区> 診療録管理通信教育	試験(卒業・進級)	名大病院共済団会議室 2F
21日(月) } 23日(水) }	監督者研修会	職場リーダーのポジションと役割 職場運営のポイント 要求される創意工夫 ほか	大阪府農林会館 <大阪市東区法円坂町 06-941-0821 10>
23日(水)10:00~17:00 24日(木)9:00~15:00	第18回コンピュータゼミ	シンポジウム・医療情報処理の考え方	神戸市
23日(水)14:00~16:40	ハウスキーピング研究会	病院におけるハウスキーピング業務の分析	都立荏原病院 <大田区東雲谷4-5-10>
23日(水)14:00~17:00	施設研究会	病院における施設経費と予算	番町共済館



先生、ありがとう。

退院の日のこの一言、うれしいものですね。まさに、医師の方がたにだけ与えられた特権と言えます。ところで入院といえば楽しみが少なく淋しいものというのが一般の印象です。食事もいかにも一度に作りましたというような決まったメニューで、しかも半冷えだったりして。

日調のトータルキッチン・システムは、ゆたかな食事をつくるための新しいキッチンシステム。バラエティに富んだメニューも、できたての味も思いのまま…しかも調理から配膳サービス、食器洗浄まで合理的にシステム化され、衛生面も十分に配慮されています。ぜひ一度、日調へご相談ください。

一病院のトータル・キッチンプランニング

日本調理機商事株式会社

東京都大田区東六郷3丁目15番8号

TEL (03) 738-8251 (代表)

創業
40年

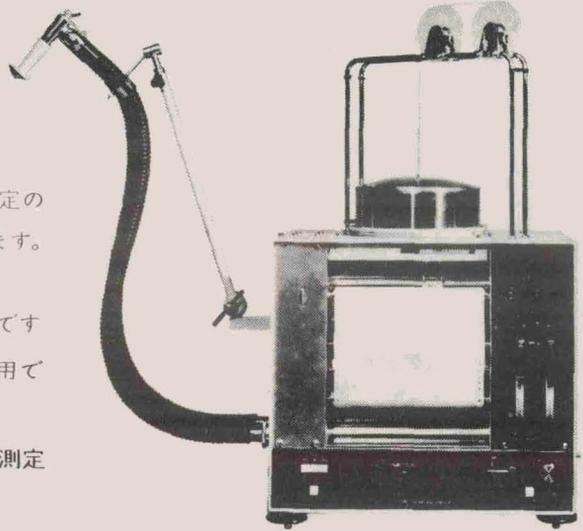
フクダの呼吸機能計

F.R.C COMPUTER

COMF-100

機能的残気量計

- 本器に組込まれた電子計算器が、FRC測定 of 複雑であるべき計算処理を完璧に行ないます。
- 測定から計算処理まで僅か3分。
- 本器は閉鎖回路法による恒量式残気量計ですが、変量式、又はその他の測定方式も採用できます。
- 本器によりそのままBMR、又は換気量の測定ができます。



◆ 保険点数 = 残気量測定 150点 : B.M.R測定 150点 : 肺機能測定 180点

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・福岡・仙台・札幌

炎症性浮腫の除去 喀痰の排泄促進に

DASEN
薬価基準：収載

■ 炎症・腫脹緩解酵素剤

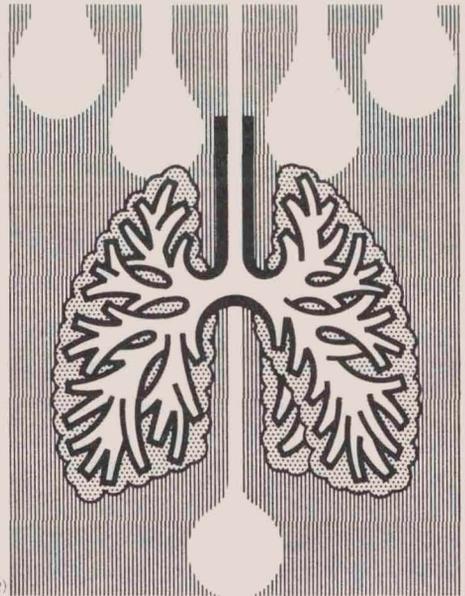
ダーゼン錠[®]

〈セラチオペプチダーゼ製剤〉

「タケタ」

■ 効能

- 手術後並びに外傷後の消炎。
 - 下記疾患の消炎。
耳鼻咽喉科領域：副鼻腔炎。
産婦人科領域：乳房うっ積。
泌尿器科領域：膀胱炎、副睾丸炎。
歯科・口腔外科領域：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」については、
現品に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

(昭和51年10月作成：DAB52-2)