

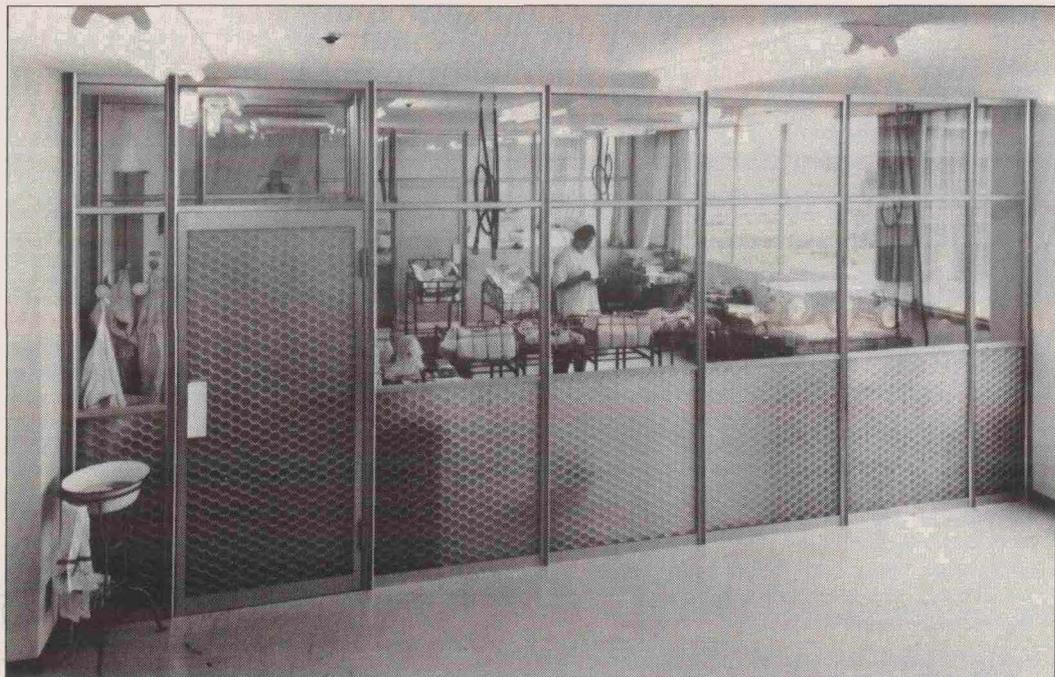
日本病院会雑誌

Journal of Japan Hospital Association

1978

1

UCHIDA



ウチダハニウォール4型

すでに数多くのホスピタルで高い信頼を得ています。

ウチダは、近代的なホスピタルに必要な製品をお届けします。例えば、明るく自然光を通すパーティション“ハニウォール”。臨床室に便利な自動上下機能を備えたチェア“リフター”。そして院長室や事務長室にふさわしいED高級オフィス家具

など……。どれも機能性と清潔感をモットーに創られたものです。もちろん、受付、待合室、診療・処置室、ナースステーション、資料室、図書室などで使うものも用意。お気軽にご相談、ご照会ください。

ウチダ ホスピタル ファニチュア

明日を創り 明日をひらく



株式会社 内田洋行
事務機器事業部

☎ 104 東京都中央区新川2-4-7
☎ 980 仙台市大町2-13-23
☎ 541 大阪市東区本町1-11
☎ 460 名古屋市中区栄3-17-15 バックスビル
☎ 650 神戸市生田区栄町通り5-34-1 福山ビル
☎ 733 広島市己斐本町3-13-17 日本通商ビル
☎ 060 札幌市中央区大通東3-1
☎ 812 福岡市博多区博多駅南1-14
☎ 03(553)3111
☎ 0222(21)6346
☎ 06(262)2631
☎ 052(264)0311
☎ 078(371)3021
☎ 0822(72)7781
☎ 011(231)1121
☎ 092(431)7361

ウチダ

ご愛用者相談係

商品・サービス等の
お問い合わせは



東京03(553)7925
大阪06(261)8797
札幌011(251)8635
福岡092(451)2100

昭和53年度

日本病院会海外医療視察旅行計画(予定)

1) 大阪, 奈良, 京都病院視察研究

期 間: 5月16日~20日(5日間) 対象: 病院長
註: アジア病院連盟主催, 本年は日本病院会が当番

2) アメリカ病院管理視察研究

期 間: 5月中旬 対象: 病院長
註: 国際病院連盟(IHF)主催, アメリカ病院協会(AHA)共催

3) 西ヨーロッパ, 東ヨーロッパ, 南ヨーロッパ

期 間: 6月(17日間) 対象: 病院長, 事務長, 総婦長
コース: 東京/ロンドン/マドリード/グラナダ/セビラ/マドリード/リオン/ブタペスト/
パリ/東京。

4) ヨーロッパ

期 間: 7月(13日間) 対象: 病院長, 事務長, 総婦長
コース: 東京/コペンハーゲン/チューリッヒ/ベルン/ローマ/パリ/ロンドン/東京

5) 北米, カナダ, パーミューダ

期 間: 8月(15日間) 対象: 病院長, 事務長, 総婦長
コース: 東京/バンクーバー/シカゴ/セントルイス/ニューヨーク/パーミューダ/ニュー
オリンズ/ロスアンゼルス/東京

6) 東南アジア

期 間: 10月(9日間) 対象: 病院長, 事務長, 総婦長
コース: 東京/バンコック/サイゴン/クアラルンプール/シンガポール/東京

7) マニラ

期 間: 11月(6日間) 対象: 病院長, 事務長, 総婦長
コース: 東京/マニラ/東京
註: 国際病院連盟とフィリピン病院協会共催のアジア地域病院学会に参加し, 併せてマニラ
地域の病院視察を行なう。

8) ハワイ

期 間: 12月末-1月初(5日間) 対象: 看護婦
コース: 東京/ホノルル/東京

これらの他, 更にいくつかのツアーが計画されております。
予算その他詳細は次号で次々に発表いたします。(国際委員会)

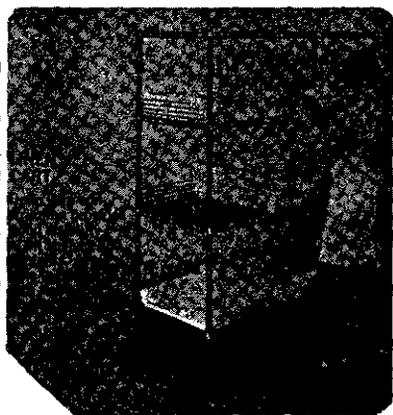
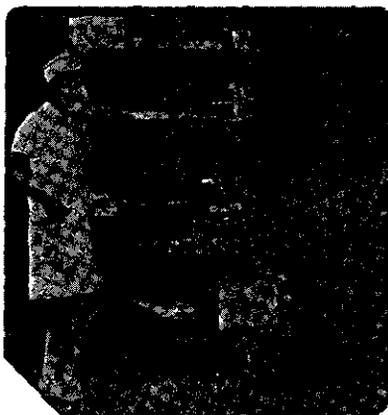
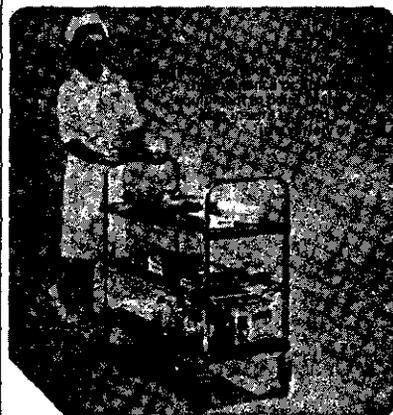
お問合せ・お申込みは

社団法人 日本病院会 海外病院視察係

〒102 東京都千代田区二番町2番地(番町共済会館)
電話 03-265-0077(代) 担当者・別府・江嶋

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



米国メトロポリタン・ワイヤー社と技術提携

日本エレクターシェルフ株式会社

本社/東京都渋谷区道玄坂1-16-10 平150 ☎(03) 464-7711℡
大阪/大阪市南区北桃谷33-1 平542 ☎(06) 768-5351℡
名古屋/名古屋市中区上筒井2-1-25 平460 ☎(052)331-6026℡
仙台/仙台市五輪2-1-13 平983 ☎(022)93-7630℡
秋田/秋田市中通4-1-6 平010 ☎(0188)13-3065℡

目次

グラフ・第3回日本病院会学会 7

巻頭言・1978年会長挨拶 左奈田幸夫 15

新しい展開への期待——第3回日本病院会学会盛況裡に終了—— 17
 開会挨拶 / 中西真吉 / 佐分利輝彦 / 祝辞・武見太郎

第3回日本病院会学会一般演題抄録 No. 1~97 20

座談会・第3回日本病院会学会を顧みて 84

新春随想 95
 左奈田幸夫 / 小野田敏郎 / 徳岡三郎 / 長谷川功 / 若月俊一 / 吉岡観八 / 菱山博文 / 高山 瑩 /
 遠山 豪 / 小山三郎 / 中村了生 / 太田 清一 / 渡辺 千春 / 中山 耕作 / 関 守 / 越山健二 / 中野
 進 / 中野博光 / 古田浩二 / 宮本祥郎 / 岩宮公平 / 吉富正一 / 原 安彦

べんきょう会

明治製菓足柄工場見学 10月・用度研究会 119

中小病院における放射線技師のあり方 10月・放射線部会研究会 121

ハウスキーピング業務の諸問題
 ——そのⅢ, ユニホームの管理—— 10月・ハウスキーピング部会研究会 129

第14回, 第15回常任理事会報告 アジア病院連盟(AHF) だより

第20回国際病院学会の募金に感謝 メディカルクラーク通信教育第3期生募集

第4回日本病院会学会のご案内 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

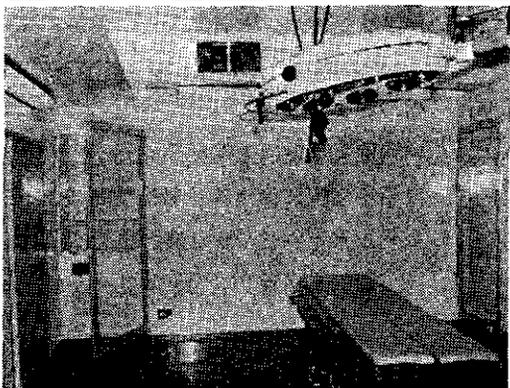
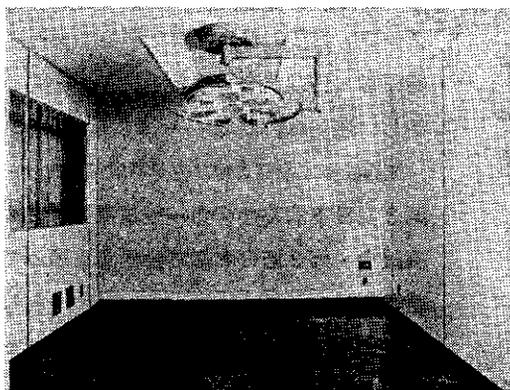
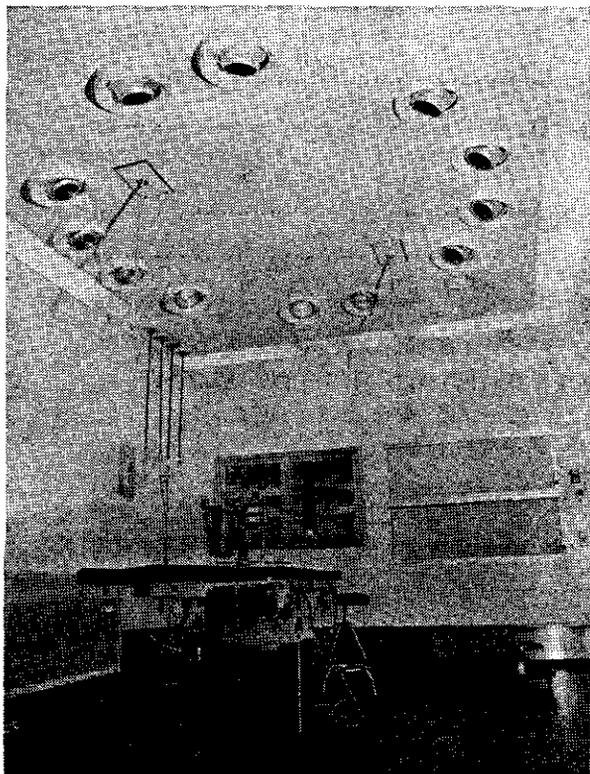
グリキロン錠2号 包装 1000錠, 5000錠

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)

HOGY

バイオクリーンルーム

基本計画から施工まで



弊社は滅菌業務のインストラクターとしてまた院内感染・汚染防止に取り組み、数々の製品をお届けしています。医学分野における理想のバイオクリーンルームをめざして努力しています。さらに多くの実績は弊社の開発技術をより高度なものにしています。バイオクリーンルームの基本計画から施工まで責任をもってご相談に応じます。

※清浄度計数計算と測定、空中浮遊細菌数の測定等ご希望がありましたら下記本社または最寄りの営業所へご用命ください。

総合医療を考える

株式会社 ホギ

本社/東京都文京区湯島1丁目7番1号

電話 03(815)2731 (代表) 宇113

●お電話に繋がりの営業所へご用命ください。

●東京営業所 03(813)4648 ●大阪営業所 06(941)6116 ●名古屋営業所 052(761)5246 ●福岡営業所 092(641)2661 ●広島営業所 0822(32)5156
●仙台営業所 022(22)337542 ●盛岡営業所 0196(46)1301 ●札幌営業所 011(82)33696 ●金沢営業所 0752(37)3571 ●横浜営業所 045(314)0383

第3回 日本病院会学会



第3回日本病院会学会は昭和52年11月18～20日の3日間、名古屋市公会堂で開催された。会長は愛知県病院協会会長であられた故田代勝洲前名古屋第一赤十字病院長である。田代会長はこの学会長を引き受けられてからその準備に奔走されていたが同年4月不帰の人となられた。愛知県病院協会は故田代会長のもとでこの学会を開催することを決め、会長代行として中西真吉愛知県病院協会会長代行をたてるといふ異例の学会となった。



中西真吉会長代行→



挨拶 厚生省医務局長代理岸本正裕指導助成課長

祝辞 日本医師会会長代理弓倉藤楠常任理事

挨拶 本山政雄名古屋市長

挨拶 仲谷義明愛知県知事



パネルディスカッション「救急医療」
司会 左奈田幸夫国立埼玉病院長



↓特別講演「衆生病む故に我病む」
山田無文花園大学学長



↑場内から追加する井手一郎聖マリア病院長
と弓倉藤楠日本医師会常任理事





パネルディスカッション「病院の非常時対策」
司会 皿井進大同病院名誉院長



シンポジウム「植物状態患者をめぐる諸問題」
司会 松倉豊治兵庫医科大学教授

会場には3,000人の聴衆があふれた



特別講演

「放射線診療今日の趨勢」

高橋信次 浜松医科大学副学長

診療今日の趨勢



パネルディスカッション

「私の行なってきた病院経営」
(私的病院の生きる道)

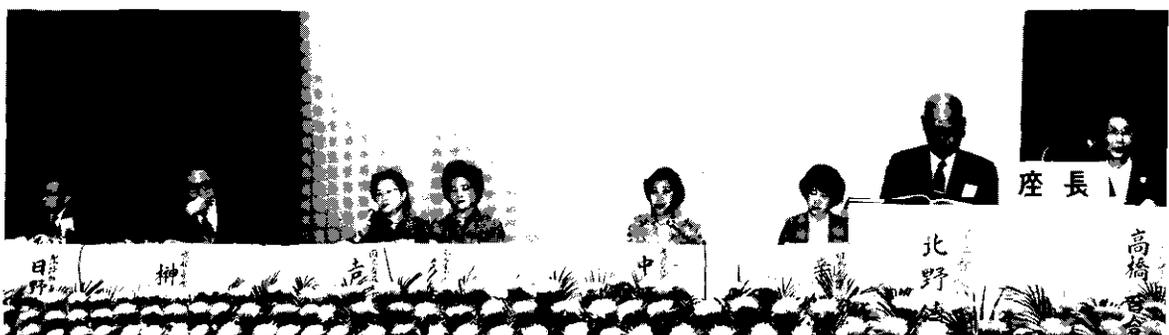
司会 岡山義雄 岡山病院長
助言者 遠山 豪 遠山病院長



シンポジウム 「これからの看護教育について」

司会 北野博一 愛知県立看護短期大学長

司会 高橋百合子 愛知県立看護短期大学教授





一般演題の行なわれた第2会場も一杯の聴衆でぎっしりとうめつくされた。



シンポジウム「病院人事の問題点」
司会 橋本寿三男厚生省病院管理研究所長



特別講演「医療の将来と病院」
医事評論家 水野崑氏



次期学会の開催地は大阪と決定し、中西会長代行から内藤景岳次期会長へバトンタッチの固い握手



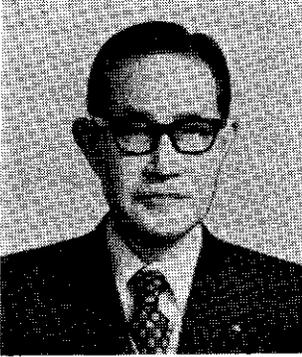
次期学会の抱負を述べる内藤景岳
南大阪病院長



会場の4階ロビーと地下室ではホスピタルショーが開催され、多数の出品があり賑わった。



撮影・文 高橋政祥
一部写真 吉田 実



1978年 会長挨拶

The President annual Address 1978

日本病院会会長 左奈田幸夫*

世は減速経済といわれながら、国民は不景気というイメージから消費に対して消極的となり、生産は、雇傭の関係から減産も思うに任せず専ら輸出によって支えようとする事から、その結果としてドルの流入は国際問題化し、福田改造内閣は、まずこの解決に全力投球することで1978年の新年を迎えることになった。

国民医療は、当然国の財政基盤に立って、よりよい福祉へ向って投資されねばならない。社会保障は、年金較差と医療保障が問題となっているが、国民の健康福祉意識の向上から、従来なら真っ先に予算削減の対象とされた医療福祉予算が前年比20%増となり、他の予算より伸び率がよくなっている。10人に1人は有病といわれながらの健康づくり時代に、高福祉と高負担はどう負担率を配分するのがよいかは、ナショナルミニマムの限界において、必要な所へ福祉が及ぶ行政の改革も必要である。

病院の現状も、過剰診療、診療待ち時間、差額ベッド、附添料など、出来高払いの健康保険制度ではなかなか解決困難な問題を抱えているが、国民の誰もが納得する改革が望まれる。1例をいえば入院室料が民宿のそれより低い現状では、病人の安全を含む医療的環境管理がいかに疾病治療に重要な機能であり、入院日数の短縮に影響するかが、国民には理解されていないからである。

救急医療は、国民の必需医療である点から国や自治体として地域医療の一環として責任をもって推進しており、厚生省は、53年度は第2年次分として1.75億円を要求し、1次、2次レベル救急医療の整備から、3次救命救急センターを2か所予定しており、さらに広域救急医療情報システムとして、その情報センターの整備が15か所ついている。

今迄とかく私的病院の自発的協力によって地域へ貢献してきた救急医療も、ようやく国、自治体の責任で軌道に乗ろうとしているが、不採算、空床確保、公共性からと医療従事者の確保とその健康福祉、職員安全対策面と、そのモラル、モチベーションなど大いに推進

* さなだ・ゆきお 国立埼玉病院長

しなくてはならない。

老人医療の無料化は、病床活用に支障をきたし、多剤大量投薬も批判されているが、慢性疾患の多い老人に長期一括投薬が一見大量投与とみられることは止むをえぬことであろう。しかし厚生省も日医、日病も医薬分業は大いに推進すべきであると推奨している。それは従来いわれる、安く仕入れて多投して差益の増収によって儲けるという、国民の誤解を1日も早く払拭したいためと、院外処方薬剂量が従来と変らぬ必要剤数であったということでは収益の手段ではなかったという理解をえたいためでもある。

病院というものは、公共性をもって地域医療によりサービスをしてくればよいと国民は考えている。よい医療を維持し医学の進歩に併行して向上して行くための投資がいかに必要であるかが理解されていない。旧型化機器の更新などの設備改善、卒後研修を含む医療従事者の養成や教育訓練、職員の健康福祉対策等の公的機能の維持、さらにサービス向上のためのマンパワーの確保とその人件費の増加は、病院経営を益々困難にしている。

租税特別措置法は、健康保健制度の抜本改正の後に考える問題で、これは意志の較差もあると思うが、公共的事業として行なっている病院医療に対する税制は、サービス向上のためにも十分再投資しうる控除額も含め、手厚い税の対策をたててもらいたいと思う。

たらい回し、診療拒否、居留守、薬づけ、乱診乱投薬等医師にとって国民の不信を買うような言葉が巷に氾濫している。マスコミ、ジャーナリズムは、これらをニュース性があり、それを批判するのは国民の権利なりとして宣伝している。これらの傾向が、国民に違和感を与え、それが病院や医師への不信感となり、医師と患者との人間関係を阻害し、患者は事あれば訴訟にもちこみ、医師は反省することより、Defense medicine に走ることがありとすれば、国民にとってこれほど不幸なことはない。

日本には現在20をこえる病院団体がある。これらは、その設立主体別によっていろいろあり、それぞれの主張をのべているが、個々の発表は、国民なり政治、行政への影響力は極めて弱い。日本医師会が全医師一本にまとまった団体として、日本の民主的国民医療と健康を守って来た原動力となっていることは明らかな事実である。数もまた力の原点である。会員は入会して初めてその団体へ貢献するエネルギー源となるのであって、傍観していたり、サイドから批判しているだけでは病院の向上には何の役にもたない。

今年こそ全病院打って一丸となり、その団結力によって日本の民主的国民医療を支え、向上してゆきたいと念願する。輝かしい1978年の年頭に当り、国民の健康と病院の発展を願って挨拶とする。

(昭和52年12月11日 記)

新しい展開への期待

第3回日本病院会学会盛況裡に終了

11月18～20日 名古屋市公会堂

- ……第3回日本病院会学会(中西真吉会長代行)は、11月18日(金)～20日……○
- ……(日)の3日間にわたり名古屋市鶴舞公園内の名古屋市公会堂を主……○
- ……会場として開かれた。全国からの参加者は2,000名を数え、それぞれ……○
- ……れに収獲の多い討議が繰り展げられた。……○
- ……今回は、厚生省佐分利医務局長の挨拶をはじめ日本医師会武見会長……○
- ……の祝辞が述べられるなど、本会の前途に新しい展開の示唆が与えら……○
- ……れるなど、意義深い学会として記録されることとなった。……○
- ……本号では、これらのなかから主な関係者の挨拶、祝辞と一般演題抄録……○
- ……座談会を収録した。……○

開会の挨拶

第3回日本病院会学会会長代行

中西 真吉



昭和50年5月、岡山における学会評議員会において第3回日本病院会学会について「東海地区で開催する」と決り、これが更に日本病院会として愛知県病院協会長の田代勝州先生を学会長として愛知県でやってほしいということになり、先生は

昭和50年10月13日の当愛知県病院協会理事会に諮られ、当理事会は隣接各県の協会のご協力を頂き、田代協会長を学会長として昭和52年5月に開催の線を出しました。ところが同時期に行なわれる国際病院学会の関係で余り良い時季ではご座居ませんが、今期を52年11月中旬に変更致しました。

しかし大方のご承知の如く、田代会長は学会準備のための東奔西走のご無理のためか学会準備半ばの本年4月ご急逝なされましたことは痛恨の限りにご座居ます。ここに謹んで故田代先生に対し哀悼の意を捧げる次第であります。直後に開きました当協会の理事会はそのまま田代先生を学会長とし、先生のご遺志に添って準備を進める方針をたて、此事は幸い日本病院会のご諒承を頂き、不肖私が学会長代行ということで本協会会員の諸員と共に、日本病院会を始め各方面のご支援のもとに準備を進め本日開会の運びとなりました。

此間第1回日本病院会学会長関東通信病院長の澤崎院長、第2回学会長の川崎大学病院の川崎院

長及び此2病院の幹部諸員からは、多大のご教示、ご助言を頂きました。

開会にあたって、以上の各方面各位に対し厚く感謝申し上げる次第でご座居ます。

本学会の内容については特に一定の方針をたてたわけではありませんが、田代会長の、学会には「精神面或いは宗教面のこと」、医界のみならず一般でも関心事である「植物人間に関すること」、「看護教育に関すること」等を採用入れたい。とのご遺志をそのまま今回学会の演題と致しました。

此学会のテーマとして、特に言葉としては現わしませんでした。が病院日常のあちこちの部署において検討、工夫された小さな改良、新しい試み等が積み重ねられて、病院を向上せしめ、ひいてはこれが患者さんや、広くは社会に貢献するものと考え、病院内各部署の方々の検討努力の成果を話しあい、聴きあい、帰ってから自分の病院の明日の前進の炎となれがしと存ずる次第でご座居ます。

以上を以て私の開会の挨拶とさせていただきます。

挨拶

厚生省医務局長 佐分利輝彦

本日、第3回日本病院会学会が開催される当たり一言ご挨拶申し上げます。

初めに日本病院会関係者の皆様方には、多くの困難の中にあって我が国の地域医療の確保と住民の保健衛生の維持増進に大きく貢献されており、そのご努力に対しまして衷心から敬意を表すものでございます。

貴学会が関係の皆様方の不断のご努力により、年とともにその盛大さを加え、本日第3回学会が開催されるに至りましたことは誠に慶賀に堪えません。

近年、我が国の医療は日進月歩というべき医学、医術の進展に伴い著しい専門分化を遂げており、病院における医療の遂行におきましてもそれぞれの領域における密接な協力体制がますます必要なものとなってきております。

このような要請に応え、貴学会におかれまして

は医師をはじめ薬剤、検査、看護、その他関連領域から会員多数の参加により、広い視野から当面する医療問題に検討を加え、さらに、専門的に掘り起こすことによって多大の研究成果を挙げられてきておられますことは、関係各方面から高い評価を得ているところでございます。

本年は、「救急医療」及び「病院の非常時対策」というテーマによるパネルディスカッションをはじめ各分野における一般演題がとりあげられるようになっておりますが地域における医療の役割がますます重要となっております。今日、このようなテーマにつきまして幅広く研究討議が行なわれますことは誠に時宜にかなったものと存じます。

我が国の医療は、医学医術の進歩とともに関係者のご努力によって著しい進展を遂げておりますが、疾病構造の変化等に対応しながら医療資源の効果的な活用を図り、予防から治療リハビリテーションまでの一貫した地域医療を確立していくことが重要な課題となっております。厚生省といたしましても救急医療対策につきましても、最も緊急を要する課題としてその体系的整備を推進しているほか、へき地医療対策、循環器病対策、看護婦確保対策等において各般の施策の充実に努めているところでございます。

もとより国民医療の確保のためには、今後とも大きな努力が必要であり私どももなお一層の努力を傾注してまいり所存でございますが、皆様方各位のご理解とご協力を切にお願いする次第でございます。

終りに皆様方がご多忙の中を、このように熱心な研究の機会を持たれることに対しまして深く敬意を表しますとともに、貴学会のご成功と今後の一層のご発展をお祈りいたしまして私の挨拶とさせていただきます。

祝 辞

日本医師会会長 武見 太郎

日本病院会学会に際し、日本医師会を代表して祝辞を申し上げます。

日本病院会が旧套を脱した病院集団として、新しい出発をされたことに對し私は心から快哉を呼ぶものであります。

古い病院団体が日本の国民医療の一部を分担して国民の医療福祉のために貢献した時代は軍閥官僚の封建残渣の中で消え去ったはずであります。民主社会に生きる新しい病院団体として日本病院会が発足したことは、未来への医療福祉の創造に對して重大な責任と決意とをもって生まれたものとして、私は大きく歓迎の意を表わすものであります。

病院医療の内容は設備と規模と患者の臓器との

関係に結ばれる危険が非常に多いのであります。が、地域医療の中における病院機能は日本の特色としてプライマリーケアの重責をになうものだと考えます。

また病院機能はその中にある医師の技術的特性を生かし、それによって病院は技術集積単位として新しい分類をされるものと信じます。そして医療資源の開発と配分あるいはシステム化が病院の中で行なわれると同時に、病院の院内管理と院外管理とが一体として発展的に取り扱われなければなりません。単なる学術研鑽は専門学会に依存する部分が多いと思いますが、病院学会は病院機能のシステム化を中心として院内管理と院外管理とを同時に把握する大きな使命があると信じます。それらに對して新しい医療資源の開発と配分がどのように取り扱われるかは、今後の21世紀の病院医療の発展と密接な関係をもつものと考えます。この点についてますますご研鑽あらんことを切望いたしまして私の祝辞といたします。

<日本病院会図書・新刊のご案内>

外科手術、診断および

<対訳版>

その他の治療処置分類表

第8回 修正版国際疾病分類米国用改正版・付録

米国保健教育福祉省 編

(A5判 本文296頁) 頒価1冊 2,000円 送料別

医療向け分類表として、本邦初の対訳版が登場しました。

国際的なコード化への対応として、各方面での活用に最適の手引書。

お申込みは 日本病院共済会 〒102 東京都千代田区三番町7-2 ヴィラロイヤル
三番町204号 でんわ 03-264-3180

一般演題抄録

〈病院経営〉I 1-5

座長 福岡城南病院長 菱山 博文
刈谷豊田病院長 大野 道夫

1. 医師の開業動機に関する調査報告

京都四条 外科病院 中野 進
京都医療問題研究所 古山 晴男

〈目的〉わが国の一般的な医師の就業形態は、大学医局から病院勤務を経て、最終的には開業するという形をとってきた。しかし、近年開業環境に変化の兆がみられる。あわせて、「医師浪人時代」の到来も予想される今日、医師の開業動機を中心とする問題へアプローチを試みた。

〈資料および調査方法〉京大昭22卒の国内在住者145名、そのうち開業医師91名(62.8%)について、面接または電話による個々紹介を全員に行ない100%の回答を得た。

(昭52.2~10月)項目は、以下の8項目。「出身地」、「卒後の精細な経歴」、「開業動機」、「決意した時期」、「開業地の選定」、「開業地の移動」、「職住分離」、「満足度」。なお、これに補足して京都府医師会機関紙：京都医報(昭50, 51)、および医籍総覧(昭46)を参照し、対象医師を調査した。

〈結果〉

1) 開業動機

京大昭22卒の開業医師91名の開業動機(含複数回答)の第1は、「経済的理由」31名(26%)、ついで「親のあとをつぐため」21名(18%)、「職場に見切りをつけて」20名(17%)、「予定の行動」19名(16%)、「年令を考え」11名(9%)等が主たる動機である。これらを大学卒業後時間により3分類し、それぞれの特色をみた。卒業10年目までは、「親のあとをつぎ」が12名(41%)と圧倒的に多く、また11年目から20年目までおよび21年以上のグループでは、「経済的理由」を第1にあげている。しかし、この経済的理由はいずれの年代にも共通するものであり、それぞれの特色は第2位の「予定の行動」、「見切りをつけて」にあらわれている。

2) 開業地の決定因子

主たるものは、以下のとおり。(含複数回答)①「親の地盤あり」24名(21%)なお、「開業動機」における「親のあとをつぎ」21名との差3名は、「親が歯科医」1名、および「職場に見切りをつけた」のち〈あとをつぎ〉を決意2名による。②「最終勤務地だから」20名(17%)、③「患者・知人または肉親のすすめ」18名(15%)④「妻の出身地」17名(14%)、⑤「将来性をかう」11名(9%)。

3) 開業動機別にみた満足度

全体では、「満足している」35名(38%)「まあまあ満足」38名(42%)、「やや不満」18名(20%)、「不満」0名(0%)である。この「満足」と「まあまあ」を1つのグループとしてみたとき、「親のあとをつぎ」をして開業している場合の満足度が1番高く91%を占める。ついで、「予定の行動」84%、「経済的理由」77%、「見切りをつけて」70%等とつづく。

4) 開業年令の2峰性

卒業後、比較的早く開業医師となるグループと、逆に非常におそく開業するものと、そのピークは2峰性をもつ。この傾向は、出身大学により多少ブレをみせるが、大きな流れとしては共通している。

2. 過去8年間における離職と定着の現況と問題点について

名古屋岡山病院 岡山 義雄
〇水上 重之

只今から申上げる演題については、昭和47年奈良市で開催された「全日病学会」において、私共の病院長が新病院発足後3年間の離職と定着の状況について報告し、多くの先生方より深い関心をよせられたところである。当時から5年を経過し、病院をめぐる内外の情勢が大きく変化してきた中であらためてその実態を把握するため、前3カ年の調査を含めた過去8年間についておおむね前回と同じ方法でまとめた結果の概要をご報告申し上げます。

ここ数年社会的、経済的に病院を取り巻く環境に大きな変化を見た。殊に従業員の定着性に直接、間接影響を与える雇用問題のみても、50年11月以後、有効求人倍率が0.5近くまで落ち込みこの状態が現在も続いている。この事は我々私的病院での求人活動においても、医師、看護婦を除きかなり好転した。

また私共の病院内部においても、49年から51年4月にかけて、人工透析をはじめ歯科の新設、更に病棟の増設により、昨年7月150床から200床病院として増床が認め

られ、従来以上に救急病院のウェイトが高まり重症患者が多くなった。このため49年秋から52年にかけて人員の充足を行ない、その増加率は44年を100とし168%迄ふくらんで来た。このように病院内部は勿論、世の中の情勢がはげしく変動した8年間の調査であり、前回と若干異なることを予めお断りする。

過去8年間における全採用者の離職と定着の状況をみると、採用総数479人に対し在職者は161人、定着率33.6%（前回39%）、66.4%が離職しその内15%71人が僅か3カ月以内にやめ、これを前回と比較すれば、前回199人の採用者に対し、26%52人という高率で既に短期離職者が減少してきた。これを年度別にみると、48年度以後半年以内の離職者が減り、最近2年間の定着率は平均して70%以上の状況であります。

採用手段別からみた定着と離職の関係をみると、まず離職率では新聞の場合68%（前回65%）、縁故の場合62%（前回は54%）、従って定着率は新聞32%、縁故38%という結果で前回は縁故採用者の定着性を高く評価したがその格差が半減した。

看護婦の定着と離職の状況の定着率は32%、前回より3%余りよい。退職理由別調査では、勤務上42%、一身上46%、家庭事情10%、その他で勤務上の内人間関係によるものが12%もあるのは問題である。

求人広告費と採用、定着の関係では、採用者1人当たり13,000円、定着者1人当たり19,600円（前回3万円）で広告費からみても定着性がよくなっている。定着性を高めるポイントとは

1. 実態を把握し、対応を早く
2. 管理監督者の熱意とリーダーシップ
3. きめの細かい配慮、就中教育訓練

この3点を結論として申述べ、併せて従業員の離職と定着に関してはなお多くの問題点が残されていることを付言して報告を終る。

3. 病院病床の有効利用に関する一考察

慶大医学部病院管理学教室 江川 寛
慶大病院調査室 播磨時一 長畑敏雄

病院病床の有効利用を考えると、在院患者と在院日数との間にもどのような関係があるか、そしてどのような確率分布を示すかを知ることは大切であると考え。仮りに、その度数分布が歪んだ度数分布を示すとすれば、病院統計分析の一つである従来から用いられている算術平均による在院日数を分母とした、病床回転率の計算結果から病床利用の動向を単一的にとらえ、有効利用を模

索するとすれば問題があると考え。

そこで、患者の在院状況は病院の性格や、診療科の特性によってもかなり事情を異にすると考えられたので、病院機能を代表すると思われる大学病院、公的病院、医療法人病院について在院日数に対する患者数の関係を調べた。

その結果、3病院の在院期間別の患者数の関係はいずれも右に歪んだ分布で、在院日数の平均と中央値にかなりのひらきがみられ、対数正規であると看做された。しかも、3病院の患者在院状況を対数正規確率紙からその計量値をみてみると、K病院、T病院の放射線科、神経科を除いて、3病院とも70%前後の患者が30日以内に退院していた。一般に30日以内を短期入院患者、30日以上を長期入院患者としている関係から短期入院患者を中心に観察してみると、その30日以内の退院患者については、平均退院期間は1シグマの範囲で64%の患者が退院していることがわかった。

さらに、3病院の外科系患者は内科系よりやや在院期間は短かった。30日以内の全患者の退院は平均より2シグマの範囲で退院していた。また在院期間に対する患者累積度数の百分率の分布のパターンを推定してみると、3病院とも直線上になく、正規分布に対してやや扁平な形や、歪んだ形を示したので、いくつかの性質を持つ分布であると考えられる。従って、正規に近似する期間でグループ化してみると、3病院とも3~4グループに分割することが出来た。

以上、在院期間に対する患者の累積度数の百分率のプロットは対数正規を示しているため、平均在院日数をもって、病院病床の動態を把握し、病床の有効利用状況を測定していこうとするよりも、現実きめの細かい管理のもとで積極的な利用方法を考えていくことが重要と考え。病院病床は、分析の結果から長期入院患者と短期入院患者を区分し、短期入院患者を中心にその病院の特性に合せたかたちで、即ち疾病の状況や、看護体制を提案のうえ、期間別グループ別を一つの考え方とした患者内容体制を考え、その単位別の平均在院日数、即ち中央値をもって病院病床の有効利用を継続的に観察していくことが望ましいと考えている。

4. 新生児センターの経営分析

特殊診療部門の経営分析（第3報）

聖マリア病院 井手 義雄

日本経済の低成長化及び地域医療のシステム化に伴ない、本院においては、病院運営の基本的な方向として、単なる病床数の増加等でない、地域医療の中で最も要求

されている特殊診療部門の強化を目標とし、今回、新生児小児救急医療センターの建設を計画した。

本院は、一般病棟361床、結核病棟104床、精神科病棟104床、合計569床を有する総合病院である。

本院における新生児センターは、昭和34年一般病棟の個室に、開放式保育器3台、コット2台で発足、昭和38年定床21床、昭和43年 Single large room (定床60床)方式の新生児センターを完成。昭和47年新生児科として独立し、新生児科医のもとで“保育”から“治療”へとという方針で集中治療を開始、昭和51年には未熟児網膜症裁判の進行に伴ない、他施設よりの要請で、定床18床の第2新生児センターを加え増床し、現在にいたっている。

次に本院新生児センターの管理運営システムの特徴は、①広汎な地域における病院救急車の活動、②入院児のほとんどが紹介患者である。③24時間制新生児救急医療体制をとっている。④ Single large room 方式のセンターとしている。⑤新生児科専門医による管理と他科よりの全面的協力、⑥NICUシステムの導入などがあげられる。

このようなセンターにおいて、過去3カ年間の損益計算を試みたところ、次の如き問題点が指摘された。①1日当りの診療収入が他診療科よりも低い。②診療収入に対する薬品衛生材料費、給食材料費の比率が低い、③中央放射部、臨床検査センター、救急車運営等に占める新生児センターの比率が高い。④損益分岐点が高い、⑤先行投資の効果が顕著に表われている。

さて今回計画いたしました“新生児・小児救急医療センター”は、各種外来、救急処置室及び手術室、新生児病室、危重新生児ICU(NICU)、小児科、小児外科病室、小児感染症病室よりなり、新生児病床120床、小児・小児外科病床71床の合計191床のセンターである。

建築竣工後の経営計算であるが、昭和53年6月竣工を目標とし、昭和52年度収支予算書を基礎として経営計算を行なった結果、昭和57年度に初めて黒字に転換する事となると思われる。昭和51年度、厚生省心身障害研究報告書(新生児救急医療システムに関する研究)を当院にあてはめると、昭和53年度以降5期連続決算は6億円以上の赤字となる事と思われる。

以上計画を進めるに当たり、次の如き問題点が指摘される。

①地域的な新生児センター網の設立、及び既設新生児センターのシステム内での運営、ならびにこれらに対する公的助成、②新生児センター従事職員に対する研修システムの確立、③NICU等、新生児関係の保険点数の適正化、等が望まれる。

5. 高機能病院における財政危機の実態(第3報)

——費用項目推移の分析——

大病院財政危機問題連絡会

堀内 光、落合勝一郎

黒田幸男、○中村彰吾

大病院財政危機問題連絡会は、第1回日本病院学会では昭和49年決算見込と、昭和50年度収支予算面から財政危機を明らかにし、第2回学会では個別行為別原価計算の具体制により財政危機の構造をうきばりにしてきた。

今学会では、昭和45年から昭和51年までの7年間に於ける、費用推移の分析結果を発表したい。

医業費用については主要費用4項目。

医業外費用は2項目について、年度推移の動きより、病院経営収支の不均衡の原因をさぐってみた。

人件費率についてみると、対収入の給与費が56%を超えると、例外なく収支バランスがくずれて赤字となり、70%をオーバーすると、赤字額は数億円にも達する。

材料費率、経費率、減価償却費率の合計は対収入の45%以内にとどめないと、やはり赤字収支へとつながっていく。

医業外収支も附属施設を持つがゆえに、また高度の医療体制を維持するための、赤字収支となり医業収入で黒字になっても、総体的にバランスがくずれていくのが現状である。

この13病院の生きた経営資料7カ年間の推移から、医療改訂のたびにわずかに浮上している。

前回の医療費改訂以来すでに1年有余を経過した。病院関係者の強い改訂要求にもかかわらず、未だその実現のメドは立っていない。

病院の経営基盤は弱体である。いくつかの病院にみられる、一時的な収支改善は一時的現象である。何故ならば、医療費改訂が数年前の2年に1回のペースに戻れば、このような病院の経営収支はすぐにも悪化することは歴然としている。

座長 南大阪病院長 内藤 景岳
三九朗病院長 加藤 健

6. 病院におけるこれからの賃金体系試案（第3報）

聖路加国際病院賃金体系
専門委員会 石山 稔

財団法人聖路加国際病院は、東京都中央区明石町にあって本年で創立75年の歴史をもち、定床359、外来患者1日平均1,100名、従業員総数668名の総合病院である。本院は国公立病院の賃金制度に準ずるのではなく、本院独自の賃金体系設定を目標として現在もお主体的に労使で検討をつづけている。本院における賃金体系近代化の方向については、昭和48年及び50年の病院学会で落合、石山が発表した、本委員会は、現在の給与実態をふまえ、職種別職別に5表の基本給整理表を作成し、新賃金体系移行への第1段階の作業を終了した。今回は、本委員会がまとめた「基本給整理表」とその導入の経過について発表する。

昭和46年11月に、病院は新賃金体系の最初の試案をまとめ労働組合に呈示した。これは職種別資格職能給を主眼にした内容であり、一部従業員の強い反発があり労働組合の忌避をうけ、労使の専門委員会で検討するまでにはいたらなかった。その後、毎年の給与改訂に際して、その都度賃金体系明確化の論議が行なわれてきたが、さしたる進展もなく時間が経過した。そして昭和51年になって、にわか賃金体系改訂の気運が高まり、労使双方7名による賃金体系専門委員会がスタートした。

本委員会の人員構成は医師2名、看護婦2名、薬剤師1名、検査技師1名、医事課2名、財務課2名、秘書課2名、庶務課1名、施設課1名の合計14名であり、委員長は病院側の院長が担当した。また委員会での審議は賃金担当課から提出した資料及び試案をもとに行なわれた。まず職種一覧表を作成し、職種を5つの職種群に分類した。次に、病院組織図と役職位を検討し、役職一覧表を作成した。在職者の実態賃金は20年にわたる年次間格差をもとにしたモデル基本給を下限として、職種により広く分布した状態にあるので、これをどう把握するかに苦慮したが、最終的にはこの職種役職一覧表を基礎に、基本給整理体系の基準を設定し、医師職、看護職、パラメディカル職、一般職(A)、一般職(B)の5つの賃金の網をつ

くってこれをとらえることとした。この賃金の網を「基本給整理表」とよぶことにした。

昭和52年の給与改訂では従来の方式でベースアップを実施した後、各人の賃金をその職種と役職に対応した基本給整理表にくみ入れた。

以上のように本院の賃金体系近代化はまだその端緒についたところであり、その運用については引き続き労使賃金専門委員会で検討されなければならない。今後も労使で十分時間をかけて検討することにより本院の経営管理にマッチした納得性のある賃金制度をつくりあげたいと考える。

7. 職員数とくに医師数と採算性に関する研究

校成病院 人事課 ○佐藤安孝 岡野 博

職員数が人件比率を左右し、経営の収支をも左右するものといわれている。我々は職員数と採算性がどのように関連しているかを研究してみた。現在の保険医療制度のもとでは、「病床数を越えた職員数による病院経営は成り立たない」との鉄則が一部にあるようだが、果たしてそうなのであろうか。また一般的には、医師数はベット数100床に対して6人が適数であるなどといわれている。しかし我々はこの鉄則を上回る職員数をかかえ、採算度のバランスを取り、かつ機能の高い病院経営を行なっている病院を発見した。

我々が調査対象とした病院は、全国の200床以上の総合病院をアトランダムに抽出し、その内訳は公的病院が19病院、私的病院11、計30病院であります。

これ等の30病院のご好意により、50年度決算資料を提供していただき、そのうち採算のとれている病院は14病院で、全体の47%であった。さらにその14病院のうち、表1に示すごとくベット数を上回る職員数をかかえている病院は、公的病院が3病院、私的病院も3病院あることに我々は強い関心をもちました。一方赤字病院の方は、ベット数以上の職員数で稼働している病院は8病院、またベット数以下の職員数で稼働している病院は9病院であった。このことから単純に結論づけられませんが、病床数をこえた職員数をかかえることが、赤字の最たる要因とはならないと考えられます。表2に示す12項目の分析から、採算度の良い病院のパターンと採算度の悪い病院のパターンを比較検討してみた。その主なるものを紹介すると、100床当り職員数では、職員数の多少が採算に関連していないことがわかった。100床当り医師数でもやはり採算度と医師数の間には、相関は見られない。

次に職員にしめる医師数の割合を分析してみると採算度との間に相関を示している。採算度が悪くなるにつれ、医師数のしめるパーセントが高くなっている。さらに職員一人当たり稼働月額を調べて見ると、月額40万円以上の稼働を上げていることが採算度を良くしている。給与費では職員一人当たりが300万円以下におさえること、また医師一人当たり300万円以上の稼働を上げることが採算度との間に相関を示している。このように調べてくるとベット数をこえた職員数が採算度と相関していると考えられない。以上のことから赤字病院と黒字病院のパターンをえがき、比較してみると結論として次のことが言える。①職員一人当たり稼働月額を40万円以上とする。②医師一人当たり稼働額が300万円以上あること。③職員一人当たり給与額を300万円以下におさえること。④職員に

しめる医師数の割合は上限が12%をこえないことである。そしてこのことから従来、定説のようにになっていた考え方は修正されるべきと思う。我々はベット数と職員数の関係にとらわれず、より機能の高い病院をめざし経営努力を積むべきである。ここに我々の研究の結論をおき結びとする。

8. 部門別損益分岐点図表からみた部門別採算 部門別原価計算活用の試み

済生会中央病院 ○黒田幸男, 桜井健二郎,
加藤雄二

部門別原価計算は、病院内部管理に必要な部門別収支状況を原価管理の面より把握し、収支改善方策検討の手掛りにするものであるが、それと同時に、診療報酬体系の是正資料として活用できるものである。

当院では過去数回にわたって、この部門別原価計算を実施してきたが、そのうち、昭和48年と50年に実施した資料を用い、各部門毎の損益分岐点図表を作成し、その変遷を見ると同時に原因を探ってみた。

今回報告の調査は昭和48年6月と50年11月に行なったものであり、その間3回の医療費改訂が実施されている。両調査年度における当院の経営実態は、①収支状況は昭和48年では約2億円の赤字であったが、50年では4千万円余りの黒字収支となり、永年にわたる慢性的赤字収支からわずかではあるが転換した年ということになる。②職員数は46年を100とした場合、48年は6.2%の増、50年では46年当時とはほぼ同じ人員となっている。③患者数は入院では48年が50年より多く、外来では50年が約50余名の増加を示している。

病院総合の損益分岐点図によると両年度共欠損である。48年の損益分岐点は約1億7千万円であり、50年では約2億3千万円であった。入院合計では48年が6.4%の欠損なのに対し、50年では2.2%の利益を示している。ただし、これより室料差額料金を除くと必要原価をカバーするに至っていない。

小児科病棟は48年は欠損、50年はわずかではあるが利益を計上している。産婦人科病棟は48年9%の欠損、50年は7%の利益である。外科病棟は48年18.3%の欠損、50年は5.1%の利益である。他の病棟の場合も同様であるが、室料差額料金を除くと、48年では41%、50年でも5.5%の欠損になっている。内科病棟は両年度共黒字であるが、室料差額を除くと48年1.6%の欠損、50年は11%の利益である。

給食部門、手術部門、医療部門は両年度共欠損であり、検査部門のみ50年では20%余の黒字を示している。

表1

(調査対象 200床以上の総合病院)

項目	公的病院	私的病院	計
対象病院数	19	11	30
採算度の良い病院 (黒字病院)			
ベット数<職員数	3	3	6
ベット数>職員数	6	2	8
採算度の悪い病院 (赤字病院)	10	6	16
ベット数<職員数	4	4	8
ベット数>職員数	7	2	9

表2

調査項目

1. 実働ベット数
2. 100床当り職員数
(非常勤者は1/3として換算)
3. 100床当り医師数
4. 職員数にしめる医師の割合
5. 医師一人当たり患者数
(入院+外来1/3を患者規模とする)
6. 医師一人当稼働月額
7. 職員一人当稼働月額
8. 職員一人当り給与費
9. 外来患者一人当り稼働額
10. 入院患者一人当り稼働額
11. 人件費
12. 医業費用(対医業収入比)

原価計算を実施することは技術的、時間的にもむづかしいが、その結果をそれぞれの部門毎に具体的な収支改善のポイントとして示すことができる。その意味からも、今回は十分ふれることができなかった業務能率と採算性との関連についても更に検討を加えることが必要と考える。構造的な採算部門は点数改訂公的援助などの方法により補うことを考えるが、操業度や業務能率の影響による人存的な採算は内部努力により改善する以外に方法がない。

本報告は1病院の例であるが、次の診療報酬改訂のための有力な資料として、多くの公私病院が同一条件による共同作業によって、この部門別原価計算を実施して各部門収支の実態を明らかにすることを期待したい。

9. 増大する医療機械の購入とその保守管理の問題点

聖路加国際病院 ○上林三郎、塩山 雅英

最近の医療には多くの医療機器の使用が不可欠となって来ているが、その購入金額も非常に高額で採算性の高い機器から、日常の使い捨てに近い低価格でかつ大量に使用する部品、消耗品等、種類も大変多くなって来ている。

従って、その購入に当っては機種を選定、価格の決定等に細かい配慮が必要とされる。

図1 医療機器購入額推移

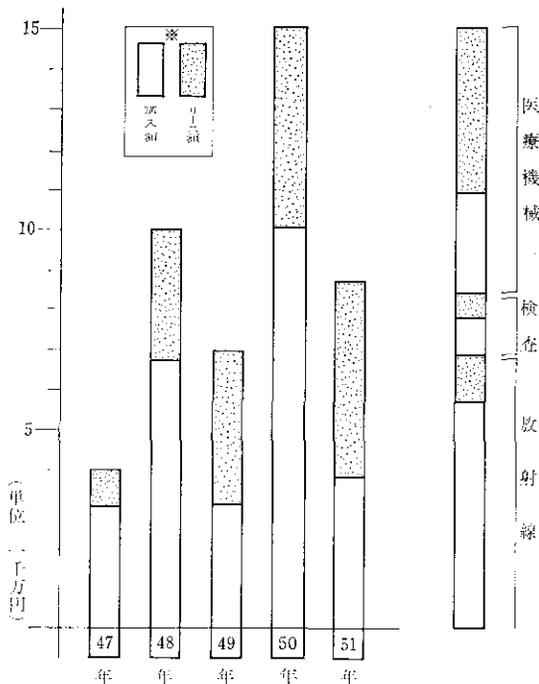


図2 医療機器修理額推移

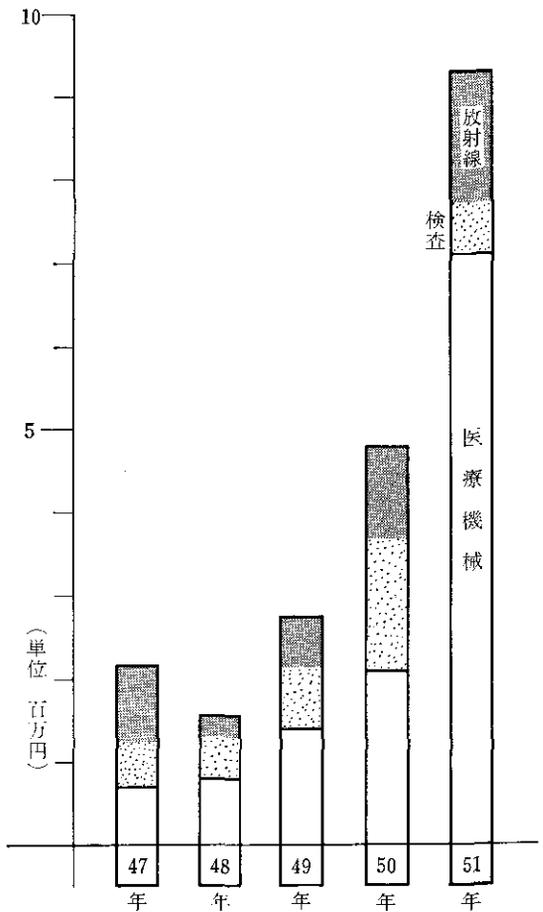
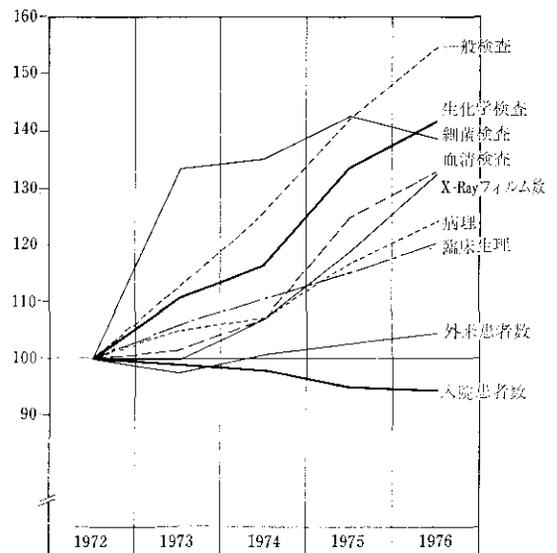


図3 患者数 X-Ray フィルム数検査件数推移



また、購入後の機器の保守管理にも色々な問題があるので、最近数年間の当病院における実態と問題点を報告する。

過去5カ年間の医療機器の購入金額、修理金額、検査件数の実態は表1、2、3の通りである。年々、購入金額並びに修理金額が増大しており、購入金額ではリース料の割合が増加して来ている。

購入の際の問題点としては、

1. 購入条件の決定

新規購入か、老朽の為の交換か

国産品か、外国製品か

買取りか、リースか

適正な価格の決定

購入後の問題点としては

1. 保守管理上の難易

(保守契約、修理料、アフターサービス等)

保守管理上、病院での体制

以上述べたような種々の問題点があり、また、購入された医療機器のなかには、必ずしも有効な働きをしているとは思われない面も多々みられる。将来どの病院も高機能、重装備といった形をこのまま続けていくことは、現在の病院財政上甚だ困難と思われるので、早い機会に病院の効率的な組織化によって機器の相互利用等を真剣に考えなければ、設備の過当競争によって病院経済の破滅はまぬかれないのではないであろうか。

<薬 劑> 10—14

座長 静岡赤十字病院長 細川 一郎

国立名古屋病院薬剤科長 二宮 英

10. ABC方式による病棟の注射剤管理

東京女子医科大学病院薬剤部

○小清水敏昌, 谷古宇 秀

堀内 静子, 園元 玲子

口高 正人, 広田 史子

杉原 正泰

東京女子医科大学病院情報管理統計室

原田 幸彦, 矢嶋 秀樹

病院諸経費のうちで、薬品費の占める比率は高く約25%と報告されている(全国公私立病院連盟・昭和50年調査)。とりわけ高価な薬剤が多い注射剤の扱い方が院内

の医薬品管理上、最も重要と思われる。従来、病棟からの注射剤の請求は繁用薬品約400品目を一覧表にして、必要と思われる数量を任意記入する方法であった。従って必要以上の在庫量や有効期限切れ、変色による不良品、などの品質管理が病棟では不十分であった。そこで薬価基準から区分した、いわゆる「ABC管理」方式を実施し、年々増加する薬品費の軽減を試みた。

当院は本年4月現在1,174床、外来18、病棟36カ所、その他に検査室、研究室、基礎教室などにも払い出しを行なっている。GMP、GSPなど医薬品の製造、流通管理に伴い、増々医薬品の管理運営は重要となってきた。使用された注射剤の分析結果、薬価基準で2,000円以上のAランクは使用本数では全体の約7%であるが、その金額は約51%も占めた。また薬価基準200円未満のCランクでは、逆に使用本数において全体の約56%であるが、その金額はわずか約7%であった。各科別の払い出し品目数と使用金額について調査したところ消化器病センターが共に第1位であった。しかし品目数では第4の外科は使用金額では第2位となり、診療科によって品位目と使用金額との関係が明らかになった。

また注射剤の請求方法、払い出し方法、帳票類なども検討した。その結果、過去の注射剤の使用実績から病棟毎の特長に合わせた品目や数量を決め、定数薬品とした。従って注射伝票中に定数薬品が記入された場合、それらを集計し使用した数量のみ補給する方式を実施した。実施は昨年12月に脳外科センター4病棟から始め、本年7月の整形外科病棟で完了した。Aランク(薬価2,000円以上)は原則的に病棟に在庫せず使用する毎に請求する。Bランク(同2,000円未満200円以上)は定数薬品、Cランク(同200円未満)は箱渡しとした。その結果、昨年4～6月では注射剤のみについてみると約3%購入高が減少した。また各科別に比較した場合、払い出し金額はABC方式実施後はかなり減少し、特定の注射剤を選び実施前と比較すると、払い出し金額第1位の消化器病センターにおいては約76%も減少した。しかし、医師の薬物療法の変化、入院患者数、オペ数などの要因もある程度は考慮する必要があると考える。実施してまだ日が浅いが、メリットは1)病棟に過剰の在庫が減少2)使用量を把握するので安定した在庫管理が可能3)経済性についての重要性が理解されるようになった。デメリットは1)重症患者により定数薬品に変動をきたす2)伝票類が確実に流れてこないと定数薬品に在庫が生じる3)定数薬品を伝票から集計するのに人手が必要、などである。今後更に検討を加え、院内医薬品管理に取り組みたいと考える。

11. 最近12年間の監査記録から

虎の門病院薬剤部 ○橋本ソウ子, 上野 高正
梅田 鑑, 羽鳥 隆好
吉井美保子

当薬剤部調剤科では分担調剤方式をとっている。即ち処方箋を処方内容の監査を兼ねる薬価計算, 用法書記, 計数調剤, 秤量散剤, 秤量液剤の専任の各部署に次々と回わして調剤を完成させている。出来上った薬は一カ所に集め, 監査係が最終的に処方内容を確認し, 処方通りの調剤をしているか, 患者が正しく用いる様に指示しているか, 等の総合的なチェックをしている。当院では昭和38年以降監査係を常置し, 監査によって未然に防止, 修正された調剤の記録を毎日とり, 日常の調剤業務の改善に役立っている。今回, 昭和40年度~51年度の外来監査記録を集計した結果を報告する。

監査係により不備が発見され, 薬剤交付前に防止されたものを調剤エラー発見数とし, これを年度毎や月毎に集計したものを総合エラー発見数とする。

1. (1)年度毎の総合エラー発見率% = (年間調剤エラー発見数/年間外来処方箋総枚数) × 100 の変動について調査。

③年度毎の総合エラー発見率の変動と, 業務量即ち, 1日平均処方箋枚数(年間外来処方箋枚数/年間実働日数)の比較。

④年度毎の総合エラー発見率の変動と人の動きとの比較。調剤に当たった薬剤師数と, そのうちの調剤経験1年未満の人数を, 各年度7月で比較する。

(2)年度毎の別物エラー発見率% = (年間別物エラー発見数/年間外来処方箋枚数) × 100 の変動について調査。

結果; 年度毎の総合エラー発見率の変動は, 業務の多少にあまり関連性がなく, 人の動き特に新人薬剤師の動きにおおむね対応し, 昭和46年度以降は, それ以前に比べ低く安定している。年度毎の別物エラー発見率の変動はあまりない。

2. 1と同様に, 月毎の外来処方箋枚数に対する総合エラー発見率, 及び別物エラー発見率を算出し, それぞれの年間(4月~3月)の動きについて調べる。

結果; 月毎の総合エラー発見率の変動は, 業務量や, 業務の状況が影響し, 大体各年度とも4月に高く, 5, 6月と下降, 7~11月と低く安定し, 12月に上昇, 1, 3月に下降, 2月にやや増加の傾向を示す。これに対して別物エラー発見率の月毎の変動は, 4月にわずかに高

い傾向があるが, 以後はほとんど一定である。

(まとめ)

総合エラー発見率は様々な因子により, 月毎, 年度毎に変動するのに対して, 別物エラー発見率は月毎, 年度毎の変動があまりない。調剤エラーは決して許されないことである。しかし業務が複雑な為に, 数字の上ではある程度避けられない部分もあると思われ, 改めて監査係の必要性, 重要性を強調したい。

12. 薬剤交付後の諸問題に関するアンケート調査

永寿総合病院薬剤科 ○毛利 芳枝, 菱山 弘美
田口 順子, 南雲美智子
堀 公一, 中村 保雄
上田幸太朗

[目的] 新聞, 雑誌等で医薬品について取りあげられる事が多く, 一般の人にも多くの情報が与えられるようになった。このような中で患者が薬に対し, どう考え, 理解しているかを知り, これからの患者への指導の参考にする為に今回の調査を行なった。

[方法] 外来患者を対象に昭和52年5月に8日間行なった。配布数795枚, 回収数740枚, 回収率93%で, 主な内容としては 1)薬袋の理解度, 2)薬効・副作用への関心, 3)薬局窓口への希望, という事である。

[結果] 1)薬袋の理解度 長期患者が多い為か96%の高率だった。服用時間については守る64%, 時間はずれるが回数は守るが22%で, 両者を合計すると86%となり, この人達は守っているといえる。守らない人も忘れるから守らないというのが大半のようである。2)薬効・副作用への関心という事では278人, 38%が薬の内容について知っていると答えている。また, 知りたいかの質問に対しては73%, 541人が知りたいと答えている。副作用については60%の人が心配したことがあると答え, 診療科でみると婦人科, 小児科が, また, 年令でみると年代順に若い人ほど副作用について関心の高い事がわかった。実際に副作用がおきた事があるかという質問では, あると答えた人が131人, 18%あります。症状としては胃腸障害32人, 眠気21人, 薬疹8人の順である。副作用がおきた時の処置としては, 胃腸障害, 眠気の時はそのまま続けてのむ人がいるが, それ以外の症状では医師に相談するか, のむのをやめるになっています。副作用のおきた薬を調べてみると, 眠気ではトランキライザー, 抗アレルギー剤, 降圧剤となっており, 胃腸障害では鎮痛剤, 降圧剤をはじめ多くの種類の薬におきている。眠気については自動車の運転等で危険もあり患者に知らせ

ておく必要があるので、薬袋に表示する事を検討中である。3)薬局窓口への希望 薬の効めを教えてほしいが、200人で一番多くなっています。

〔考察〕 全体的な結果では、薬効、副作用等、薬に対する関心は非常に高いものがあり、アンケート中に薬について知りたいと思うかという質問を設けたので、「聞いていいですか教えてください」という人が多くあった。このような関心を治療効果を高める方向に向けられるよう、治療に差しさわりのない程度には教えていきたいと感じた。また、患者と接していく中で情報、苦情をうまく集めて、それに対処していくのも病院薬剤師として関心のある事である。この調査結果を今後も窓口業務、患者の指導に生かして努力していきたいと思う。

13. コンピュータによる保険調剤薬局のオンライン窓口会計及び調剤報酬明細書の作成について

校成病院 ○松本 政信, 庭野 隆司
三浦 秀夫, 松澤 利行
石田 秀弥, 稲垣 和正

当院では昭和45年5月以来、中型コンピュータを導入し、オンラインによる外来窓口会計及び入院、外来のレセプト作成等を行ってきたが、昭和51年5月、外来診療棟の開設を機に調剤、薬局が分離され、その報酬についても窓口会計をオンラインで、また調剤報酬明細書作成についてもEDP化したので報告する。

当院のソフトウェア体系は、大別して患者登録システム、診療会計システム、保険請求システム、その他統計関係システムとなっている。

患者登録システムは、個人識別のため患者番号を付与し、患者個人情報、会計請求情報、保険請求情報を登録する。

診療会計システムは、会計手順を簡略化し計算の信頼性を向上させ、入力データは累積保存して保険請求システムで利用している。

入力はキャラクター・ディスプレイを使用し、誘導入力方式として、

1. ID入力スクリーン
1 患者の最初に必ず表示され、患者番号、処方月日、調剤月日、受付番号を入力する。
2. 基本料入力スクリーン
調剤基本料の時間内、時間外等の別及び医師コードを入力する。
3. 薬剤データ入力スクリーン
1 剤の最初に内服、屯服、外用の別及び服用方法

を入力し、続いて薬品コード、使用量を入力する。

4. 入力データ確認スクリーン
1 剤分の入力が終了すると、それまでの入力データを画面に表示し、操作員に確認を依頼する。
5. 請求書の出力
1~4により、1 患者分の全データの入力が終了すると請求書を印刷し、同時に入力データを入力蓄積ファイルに出力する。

このようにして蓄積されたデータは、患者単位に累積され、保険情報等に変更があった場合には、その変更適用日を基準に旧保険と新保険とにデータを分割し別ブロックを構成し1カ月分のデータを累積保存する。

月末処理では、累積データを患者単位に薬価、薬品コード、使用量等をキーとして日数を累計し同一剤の併合を行なう。

さらに、正式名テーブルより薬品名を索引し、使用量の編集を行ない調剤レセプトを作成する。

このレセプトは印刷時間を短縮させるため二連式とし、約6,000枚を4時間程度で作成している。

14. 処方箋にみる業務量と薬品費の動態

名鉄病院薬局 加藤 弘明

薬局内の業務、及び薬剤の動態を知るため、当薬局では昭和47年から処方箋、49年から処方箋と注射箋を一週間ずつ抽出し、EDPSによりデータ処理を行なっている。その集積から若干の知見を得たので報告する。

1) 調剤件数、剤数の増加

昭和47年から51年までの5年間における、処方箋1枚当りの調剤件数は外来、入院ともに1.6から1.9件の間にあって、その差は少ない。しかし、調剤1件当りの剤数は外来、入院ともに増加している。外来の内用、外用薬を合わせた剤数は、47年の6.7剤が51年には8.7剤。内用薬処方剤の剤数、即ち投薬日数は、47年の8.4剤が51年の10.8剤といずれも増加している。しかし、入院では、その増加割合は外来ほどではない。

2) 投薬日数の長期化

51年の投薬日数別の分布は、14日分の調剤件数が34.6%を占め最も多く、14日以上投薬が全体の42.9%を占めている。

3) 錠剤、カプセル剤の増加

剤型別分布の年次推移は、49年から51年までの調剤件数のなかで、錠剤、カプセル剤は4%増加し、錠付散剤は漸増の傾向にある。それに反して散剤、シロップ剤は

漸減している。即ち、調剤の錠剤化への指向が向え、処方内容の多種多様化となっている。

4) 使用薬剤の高額化

処方金額の伸び率は、48年を指数100として処方箋枚数、調剤件数は年々減少しているが、剤数は125、処方金額は151と大きく増加している。更に、処方箋1枚当りの処方金額の年次推移は、48年の2,044円が51年の3,319円と62%増加し、同様同年比較で調剤1件当りでは55%増、剤数1剤当りで22%増加している。注射では、49年の1,550円が51年の2,164円と40%の増加となっている。

従って、これらの分析結果は、一見調剤業務が単純化されたように見えるが、逆に処方内容の複雑化となって現れ、薬剤師として頭腦的な面がより多く求められるようになった。そこで、これらの結果に対処する薬局内の管理のあり方として、その自己評価と修正行動を当然考えなければならない。よって、我々の今迄に対処した具体的な行動の例として、対外的、即ち患者に対しては、1)多剤併用による薬物相互作用のチェック、2)調剤薬の二重監査の強化、3)患者の多剤服用方法に対する判り易い指導などを実施してきた。次に対内的、即ち院内、または薬局では、省力化につながる問題として、積極的なDI活動による。医師と薬局間での処方と調剤に関する取り決め事項の設定など、調剤の円滑化に努めている。また院内各部署から提出される医薬品請求伝票の様式を変更して、薬品購入業務の簡素化と節約意識の高揚などの改善を実施してきた。

<予防・指導> 15-18

座長 富山県立中央病院長 村田 勇
稲沢市民病院長 篠田 功

15. 当院における慢性疾患々者の生活指導について

原病院給食部栄養科 ○田代 啓子、鬼頭 順子
川本 幸代、川原 暁子

この10年間に、日本では心臓病による死亡者が増加し、糖尿病が増える一方胃がんは減り、肺がん、肝がんが増えてきたのは、食事が欧米式となり日常生活のストレスが多くなった為だといわれている。従って、食事を含めた生活様式に心を配ることは、これらの予防上大切なことであると考え、私共の病院では慢性疾患指導の一環として、患者への栄養指導を積極的に行なってきた。

入院患者の指導は、医師より食事箋が給食部へまわってくると、まず栄養士は病室を訪問し、アンケートをとり患者の今迄の食事を含めた生活習慣、嗜好、栄養知識の有無を調べる。その時、当院で製作した治療食に関するパンフレットを渡し、その必要性を理解して貰う。同時に患者摂食調査カードを渡す。このカードは、左空欄に病院の毎日の献立と数量を記入し、右空欄に患者の摂取量、意見、摂取できない場合はその理由等を記入するものである。献立と数量の記入してある左の部分は、切り取って患者が保管し、退院後の食事の参考にし、切り離れた右半分は栄養指導カルテに記録し、その後の栄養指導の参考にする。これらを実施することにより、栄養士も患者と直接接する機会ができ残食、年齢による嗜好の差、患者の今迄の食習慣等を知る事が出来ると共に、患者の治療食への関心を高める事が出来た。また、調理方法への工夫にも大きく活かされている。

食事療法を行なう場合には、それにより改善されるべき病態生理が目標として明確になっている事が必要であるので、入院時及び食事療法後の患者の臨床検査結果を給食部でもチェックしている。特に IIb、血清総蛋白量、GOT、GPT、総コレステロール、 β -リポ蛋白、中性脂肪、尿素窒素、尿酸、尿蛋白、尿糖、体重、血圧等をチェックポイントにしている。

外来指導においては、入院患者と同様アンケートをとり栄養指導カルテを作成している。また、患者の家庭での3日分の食事内容を記入して貰い、食事の食糧構成を検討する参考にしている。また、祝聴覚を通しての映画、ビデオテープによる指導も行なっている。栄養指導を行なう場合、医師、看護部門、検査部門等他部門との意見交換や連絡を密にし、給食部門が他の部門から孤立することなく、直接患者に接する機会を多くすることが指導効果をあげる上で最も大切な事と思う。

今日の医療は治療よりも予防に重点をおくべきといわれている。その一翼を担う給食部門の栄養指導の責任は増々重くなるものと考え。今後は当院の栄養指導の内容も一段と改善し、他分野よりの助言を取り入れ、指導の効果をより科学的に把握し栄養指導のみにとどまらず広く生活指導にまで及ぼしたいと思う。また、私共の労力が正当に栄養指導科として加算される事を心から希望してやまない。

16. 甲状腺患者の保健指導の意義と問題点

伊藤病院 ○田中美佐子, 伊藤 国彦
東大医学部保健管理 丸地 信弘

医療の専門分化が進み、各分野での個々の保健活動も期待される時代に入ってきたと思うが、私は甲状腺専門の個人病院で保健相談を担当し、患者指導にあたってきた。わが国では甲状腺疾患は特殊視され勝ちで、その診療も当院の様な専門機関に集中し易い。その為当院では年々外来患者が増加し、医師と患者の接触時間が少なくなり、それに加えてなじみの少ない疾患の為、病気についての知識が少なく、不安や訴えは未解決になり易い。

以上の様な背景から始められた保健相談の現状を報告し、活動にあたって生じた問題点、今後の課題等を検討したい。

昭和52年1月～10月迄の間に取り扱ったケースは219名で、バセドウ病が最も多く約半数を占めている。この殆んどは外来患者で、性比では1:9と女性が高い。相談内容が多かった順では、①病状について、これは病気についての知識を求めて来る場合と、身体症状の訴えであった。②生活上の事で、療養生活指導、経済上の相談、③心理的なもので、種々の不安を訴え、何か安心感を得たいというもので、病気を特殊視する為の不安や誤解も多かった。④その他入院について、他疾患合併患者の指導等であった。相談内容を別の観点からとらえ、⑤医師に相談すべきもの、⑥保健婦による相談がふさわしいもの、⑦いずれでも良いものに分けてみると、身体症状の訴えと、治療上の問題は医師による相談がふさわしく、これらが占める割合が23.7%と高く、いかに医師との接触が少ないか、またその代償を求めて来室するかが判る。次に相談活動を実施して生じた問題点と今後の課題について述べると、①相談を行なう環境的な問題では、相談室が外来と離れている状況にあるが、外来利用者が多い点を考えると、外来待合室に設置される事が望ましい。②患者に関するものとしては、個人指導のみに終わらずもっと広く一般的知識を普及する為に集団指導も今後実行し、また外来中心になり易かったが、入院患者の退院指導も、継続的フォローアップの必要性を強調しやっていきたい。③他職員との関係では、まだ相談活動に対する認識は薄いので、もっと患者に関して話し合う機会を多く持ち、こちらの方からもPRする必要がある。

最後にこの活動を通じて感じた事は、甲状腺疾患がなじみが少ない為患者は知識が少なく、不安も強く誤解も生じ易いという事であった。そして誰かに相談したいと

思っており、保健相談に対するニーズは大きかった。実際の指導において考慮に入れなくてはならない点として、①女性に多い為、妊娠、出産等に伴う不安が生じ易い。②原因に対する指導や予防法はないが、寛解状態で経過し易いので、継続的フォローアップが大切である。以上の様な特性をふまえ、病気に対する正しい知識の普及をし、治療方針を受容させ、問題をより生活に密着して取り上げ、療養生活を主体的に管理していけるよう援助していくところに、保健指導の意義があると思う。

17. 当院の予防医学センターの現況と問題点

牧田総合病院 ○有園 善典, 佐藤美和子
中島 安三, 笹森 典雄
高橋田鶴子

当院の予防医学部門は、1泊2日ドックに就いては積極的な活動を続けて来たが、健診に就いては専属の医師、看護婦もおらず、外来患者の診療の合間に行なうため幾多の隘路もあったが、予防医学の重要性が叫ばれる昨今、当院ではドックと健診を包含して新たに予防医学センターを去る4月に発足した。

人員構成は医師2名、看護婦6名、事務職員4名であるが、業務内容としては1泊2日ドック、特急ドック、健康診断、ドック再検査、教育入院を、またサービス業務としてドック教室、患者教育の一環として各種教室を、また年1回人間ドック友の会を開催している。

1泊2日ドックに就いては、現在22床で稼働し年間受診者も2,500名に達しているが、受診者を保険種別毎に分類した所、89%が組合健保、5.4%が政府管掌保険、5.6%が国保という結果になったが、これは組合より補助の出る大企業や公務員が圧倒的に受診しており、受診しても全額個人負担しなければならない中小企業や主婦は殆んど利用してない訳で、この恵まれない階級にこそもっとドックは利用されるべきだと痛感した。

よって当院ではドック十数年の経験を生かし1泊2日ドックの検査内容の内、重要な項目をピックアップし、所要時間3時間、料金1万5千円で特急ドックと名付け、中小企業や主婦を対象に去る5月より実施している。

健診に就いては検診車もなく来院して受診するシステムのため、小規模の事業所が殆んど年間5～6千名に過ぎないが、予防医学センター発足後はあらゆる面でスムーズに健診が出来る様になった。またドック受診後のフォローに就いては、異常者に対するドック再検査を徹底し、また糖尿病等の成人病患者に対する教育入院も実

施している。

ドック受診者に対する成人病教育の必要性を感じ、当院ではドック検査の余暇を利用して、成人病講話及び質疑応答等のドック教室を行ない、受診者に対する啓蒙と医師との対話をはかっている。また患者教育の一環として毎週1回糖尿病教室を、毎月2回大腸肛門病教室、消化器教室、高血圧教室を開いている。なお年1回ドック受診者を対象に人間ドック友の会を開催し、受診者と病院との結びつきをより密接なものにしている。

毎月1回予防医学センター関係職員打合わせ会を開き、皆で忌憚ない意見を出しあい討議しているが、このため横の連係がスムーズに行き効果を上げていく様である。

予防医学センターが発足して7カ月余りだが、まだ一部患者と混在し検査する個所もあるが、今後の課題としては、患者と完全に分離して健康者だけの独立した検査施設として、体力テストの設備等を備えた予防医学センターにすべきではないかと現在鋭意検討中である。

18. 主婦教育検診実施についての諸問題

校成病院予防保健部 ○一原 規方, 椎名 美純

現在実施されている自動化健診は、40才以上のいわゆる成人病を主な対象としているが、若年時の成績との比較に基づく診断が望まれ、また、健保家族の検診が行なわれ難いことも指摘されている。これらの対策として、当システムが実施中の主婦教育検診は、結婚直後の主婦を対象とし、①主婦の現時点の健康診断と、②この成績を将来中年層に達した際の成人健診成績との比較資料とするための保存と、③主婦に衛生教育を行ない、各家庭での自主的健康管理を実行させる目的をもつ。

実施の第1年目では、年齢の制限をはずして受診希望者を受け入れたことから、次の諸点が認められ、以後の当検診の方針の参考となった。

1) 検診は、自動化健診システムを利用するため予約制度をとり、協定した健保組合からの希望者名簿を基とし、受診予定日を病院から2度にわたって直接受診予定者に確認しているが、確定後、受診前日までに21%のキャンセルがあり、当日さらに4%の欠席がみられた。

受診者の年齢別分布は、30才台後半が31.2%と最多で、30才台前半、20才台後半がこれに次ぐ。受診圏の分布では、東京23区内が38%と最高で、都下、千葉、埼玉、神奈川、茨城に及び、来院に要する時間は30分から2時間にわたっている。検診は午前8時45分のオリエンテーションで開始され、午前11時から1時間半の日常健

康管理の講習で終る。

予約取り消しの理由を分析すると、育児、学童の学校行事によるものが56.7%を占め、家事、本人の都合は各々20%台である。年代別にみると、30才台前半が35%、次いで20才台後半が22%を占めている。

以上のことから、主婦の受診率は、検診の開始時間設定の仕方と学童期以下の子供の存在とで大きく影響されることが推測される。

2) 試みに、実際の受診者の検査成績を、既定の正常値を基準に、年齢別に分析してみると、例えば赤血球数、血色素量、白血球数は、30才を越えると加齢に従って異常低値の者の率が増加している。糖負荷後1時間の血糖値は、30才前後から、やはり加齢に従って境界値、異常値をとる者の率が増加している。また肥満度では、20才台は正常域内ではあるがヤセ型の者が多数を占めているが、30才台後半より明らかに肥満と判定されるものが増加していく。このように、検査値からみると、主婦は20才台が最も安定した状態にあるとみられる。

上に述べた2項からだけからみても、この検診が成人健診のための比較資料の意味に重点を置くならば、健保家族加入時、つまり、計画当時に予測した通り、主婦の結婚当初に受診するのが、最も好ましい時期であると思われる。

19. 永寿総合病院における長期人間ドック受診圏について

永寿総合病院 ○大川日出夫, 半杭 弥生
須田 紀代, 真弓 忠
小林カスミ

永寿総合病院においては、昭和31年から3泊4日の長期人間ドックを行なっている。長期人間ドックは受診希望者の自発的な申し込みによるものであるから、長期人間ドック受診者の住所を調べ、その受診圏について調査した。

方法はまず、長期人間ドック受診者全員の受診圏の分布を調べ、つぎに年度別に受診圏がどう推移したかを検討し、最後にくりかえして受診した反復受診者の受診圏を調べた。

対象は昭和31年から昭和51年末までの長期人間ドック受診者のべ1,773名である。

受診者全員の受診圏を都道府県別にみると、当院の所在地である東京都が77.1%と大部分を占めていた。ついで埼玉県以下、全国的に28の道府県にわたって分布していた。台湾、ブラジル、沖縄、韓国、ハワイなどの国外からの受診者もみられた。

東京都内の受診圏の分布をみると、当院の所在地である台東区が31.7%で、以下、都区外の数市を除く全市、全区に広く分布していた。順位は台東区、墨田区、足立区、世田谷区、荒川区と続いており、必ずしも台東区の隣接区が上位ではない。遠隔区でも当院への便利な交通機関がある区は上位に入っていた。

昭和31年から5年毎に都道府県別の受診圏の推移をみると、1位は常に東京都で73.1%から81.3%であった。2位、3位は千葉県、埼玉県、神奈川県隣の隣接県と比較的近い静岡県、茨城県が占めていた。また昭和31年には受診圏は17の都道府県に分布していたが、昭和51年には東京都以下4県と近県に固定されて来ている。

東京都内の受診圏の推移は、台東区が19.7%から31.9%で、2位、3位は台東区の隣接区とは限らず、当院への交通の便の良い区が占めている。受診圏の区および市の数は昭和31年が23カ所で、昭和51年は15カ所で著明な減少はみられていない。

反復受診者は163名であった。この163名の都道府県別の受診圏は1位東京、2位埼玉、3位千葉、4位神奈川、5位静岡となり、これは全受診者の受診圏の分布と全く同一の順位であった。

反復受診者の都内における受診圏をみると1位台東区、2位墨田区、3位足立区、4位世田谷区、5位荒川区で、これも全受診者の分布と全く同一の順位であった。

これは当院の長期人間ドック受診者の主流を反復受診者が占めていることをあらわしている。今後の対策としては、さらに反復受診者を重視し、初回受診者には反復受診をすすめて行かなければならないと考えられる。

＜病院管理＞ I 20—24

座長 校成病院長 小野田敏郎
中日病院長 角田 信三

20. 外来患者診療待時間の調査による 外来診療体制の改善

東京女子医科大学医事課

○金子 誠司, 連川 悠一
青柳 哲夫
心消脳EDPS企画室 湯浅 邦彦, 小野寺正昭
播磨 幸生, 中川 秀二
情報管理統計室 原田 幸彦, 矢島 秀樹
小児科 福山 幸夫, 横田 和子
山口規容子

従来、当院小児科外来において、多くの患者が必要以上に長時間待っている光景を見かけ、我々研究グループは昨年5月よりこの点に注目し、以来調査分析を行ってきた。われわれは調査研究対象を診療システム的に絞りを、昭和51年6月8日、7月6日の調査(他2回予備調査実施)を施行し、次の事実を突きとめた。

- ① 外来担当医の遅刻、欠勤による員数不足。
- ② 診療形態が患者先着順に行なわれていた。
- ③ 来院患者数に比べて診察室の単位不足。
- ④ 患者の診察がムラで効率的でない。(初診患者が異常に長く待たされたり、特殊再診患者数が一般再診患者数を上まわる日もある)

以上の4点から、我々は少ない診察室を効率良く使用するには、来院患者を分類し行為別診療体制を確立すべきと考えた。すなわち、

- ④ 一般再診
平均来院者数43人、平均待ち時間95分
- ⑤ 特殊再診
平均来院者数89.5人、平均待ち時間99分
- ⑥ 初診
平均来院者数7.5人、平均待ち時間112分

(調査実施2日間の平均来院患者数140人、1人平均102分の診療待機時間)とに分類し、改善方法としては④⑤⑥の内、一番患者数の多い⑥に施策を講ずれば、外来全体の待ち時間が短縮され、家族の方々の負担も軽減されるのではないかと仮説を立て、医局の全面的協力のもとに7月6日以後の診療において、行為別診療体制を確立し、実施していただいた。待ち時間調査の概要は表1の通りである。

特殊再診患者は平均待ち時間44分となり、改善前の待ち時間99分と比べて半減した。また『毎月、月始めに来院患者が多く集中することは、医師側だけの問題だけでなく、医事課等の業務にも影響を及ぼす』との医局見解にて、来院患者を意識的に移動する施策をご提示された結果。51年7/1~7/5の来院患者数222人に対し52年2/1~2/5は95人(特殊再診患者来院数)と、月始めの来

表1 待ち時間調査 (数字は平均待ち時間)

	再診	特殊再診	初診	平均
51年(10/5)	41分	29分	44分	38分
51年(10/8)	86分	63分	116分	88分
52年(4/6)	49分	27分	74分	50分
52年(4/2)	62分	59分	57分	59分

院者は減少して来たが、1カ月を総体的に見るとまだまだ均一にはなっていない。均一な来院患者を得る為には、将来において予約診療体制を確立していかなければ解消されないと思われる。なお、調査を毎月、月始めの火曜日と作為的に決定したのは、50年度小児科曜日別来院患者が10,299人と1番多かった為であった。当初、行為別診療体制及び来院患者移動施策実施による患者離れが心配されたが、来院患者数は50年度「45,516人」51年度「48,614人」と減少等の変化はなかった。

21. 外来診療の能率化 (第3報)

—問診表・調査カードへの考察—

高山整形外科病院

○稲田 加代, 西島 恵子
金沢 玲子, 田村寿太郎

患者から得た情報の記録は、医療チーム全ての者が多目的のために使い易く、かつ書き易い記録形式である事が大切な条件である。また記録の保存や評価の仕方は一貫した指針に従って行ない、継続性を重視した方法で行なう必要がある。そのために目的を明らかにし、その対照となる諸条件の組み入れを如何にしたら誤差が少なくなるか等を検討し、記録カードの編成を試みて来た。

記録管理については高度な医療機器が導入され、機械頭脳で解決して行くのも現代の姿で、多くの病院で既に実施されているが本院では昭和40年にパンチカード形式採用から、即機械の導入に移行可能な体制を整えたが、人間の持つフィーリングの評価の表わし方にはどうしても対話を通しての応答の中から掴み取る事に優るものが多々見られる。その利点を生かして対話記録の方法を加味し、問診と記録に自由質問法、一問一答法、多項質問法の3段階手法をとり入れ問診技術の向上に努力をした。勿論こうした記録カードは電算機の組み入れも可能となるよう考慮した。

その一例として椎間板ヘルニアの術後遠隔調査のカードを紹介するが、このカードは生涯保存を目的としたものである。記録を行なうに当って、従来の医療のあり方として患者は黙って医師の行なう治療に関してついて来れば良いというやり方では目的が達成出来ない。患者の治療効果を大ならしめるために、患者から得られる全ての病状を問診と観察を基盤に収集し、これを如何に判り易く記録するかに重点を置いた。問診と記録のチェックポイントを常に検討し、それを実施する者は常に訓練によって習慣性を持ち得る様にした。対話の中で患者の生活環境やその背景を通して質問し、各種の誘因や問題点の抽出方法は、訓練を繰り返して出来るだけ質問者による

ばらつきを少なくした。つまり患者を如何にして治療に参加させていくかがポイントである。

追跡調査は全てが予約方法のため問診の担当は勤続年数の高い経験者を配置し、患者との対話がスムーズに行なわれる様努力し、複雑な内容を聞き出すために一人一人が異なる個性を発揮しない様、統一的に記録をまとめるためには症状の程度を表現するテクニックの熟練が必要である。その1つとして記録もれはなぜいけないか、その都度記録者に戻すスポット教育をくり返し、その上にフリートキングも行なった。また統一表現方法を計るために重要度の高いものから質問項目を列記し、従来の(十一)の方法から012345の数値を使用し、正常から最も苦痛とする程度を表わした。そして患者を中心に、記録者と医師側のそれぞれの立場からみた症状の程度を集計し、その接点の差を患者の持つ問題点として取り上げ検討した。

以上の経過を通して、自分のみ判り一部のりしか利用出来ない記録から問題思考型記録方式と連続管理の具体化を計り、問診技術の適応と質問者の熟練によって患者から得た情報抽出に統一性と確実性の向上に好成績を得ることが出来たので報告する。

22. 当院の待ち時間における一考察

社会保険中京病院薬剤部

○薄井 泰子, 亀井 利男
吉田 精吾, 伊藤 達雄
山岡 真一

病院調剤室での待ち時間が常に問題となるのは、病院業務が、受付、外来診療、検査、会計、調剤室の順で、薬剤交付が、最終業務となるため、患者に与える心理的影響を考えれば当然のことであり、常に待ち時間の短縮をはかるべく考慮しなければならない。(図1)

待ち時間短縮のための改善点

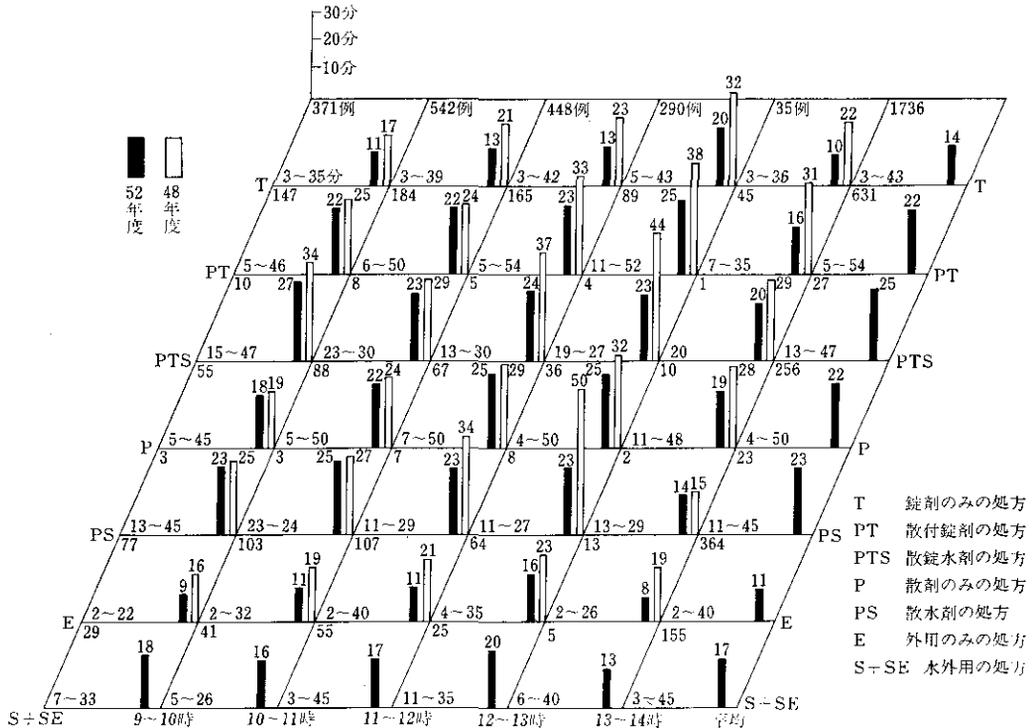
1. レイアウトの改善

昨年4月、当院正面玄関の改築により、当薬剤部調剤室も一部改造され、同時に錠剤台6台を新規購入し、レイアウトの改善を行なった。薬剤の多用化、調剤形態の変化に伴い、それに対処すべく、従来の1処方1人調剤方式より、分担調剤方式が調剤業務の能率化を期待出来るものと考え、分担調剤を行なうべくレイアウトの改善を試みた。

2. 人員の適正配置

調剤室業務に携わる薬剤師11名のうち、監査2名、散剤調剤2名を除く7名により、錠剤調剤、水剤調剤を行

図1 各時間帯における患者の平均待ち時間



なり。

補助員5名のうち、受口業務2名、散剤分包2名、外用詰め及び窓口業務1名を配した。錠剤台ケース設備により多量の錠剤詰めが出来、旧方式に比し途中で補充する作用も少なくなり、各業務に専念出来るようになった。

3. 受付業務の簡素化

①薬袋の記載事項の改良

改良前の記載事項、食後、食間、食前、用法口授に、就寝前、朝夕食後、朝食食後、時間毎、1日おき等、追加印刷し、薬袋記載事項書き入れの手間を省いた。

②薬袋記載者は同時に内袋を付けていたが調剤者が調剤の都度、内袋を取り作業することとした。なお、内袋にI II III本線を印刷しわかり易くした。

4. 同一組成で2種以上の薬品購入を取り止め一本化した。

同一組成でメーカーの異なる薬品約25種について購入を一本化し、繁雑化をなくした。

5. 予測される外来患者の混雑時の事前処置

錠剤、水剤等、単独のものは1工程であるが、散剤調剤は秤量から分包に至るまで何工程も要し、錠付散剤とな

れば更に1工程多くなる。従って工程の少ない剤形にすべく予想繁用散剤の予包を行ない、錠剤扱いとする。

以上5点の操作及び、会計隣接により、待ち時間の短縮をみた。

結論

1. 待ち時間は5年前と比し相当短縮出来た。
2. レイアウトの改善に伴う人員適正処置、受付の簡素化、予包の利用等により業務の平均化、業務の円滑な遂行に役立った。
3. 会計と調剤室受付が隣接され、ポーター制による時間のロスがなくなった。
4. 将来、受付窓口薬剤師1名を配し、処方箋のチェックを行ない、調剤業務中の照会による時間のロスをなくし、待ち時間の短縮と同時に、過誤防止にも役立てたいと考えている。

参考文献

1. 「病院薬局学」堀岡正義著
2. Medical pharmacy 1969 vol No4.

23. 病床種類別にみた入院患者 ニーズの考察

名鉄病院医事課 ○村瀬 正明, 福岡 義信

当院は個室107床, 一般室285床, 合計 392床の総合病院で, これらの病床の集中管理を私達医事課員が実施している。そこで, 日頃この業務のなかで感じていることは個室希望が一般室に比べて高く, しばしば患者ニーズに応えられなくて苦慮している。従って, この病床をいかに効率よく運用するかの方途を探索する目的のもとに, その実状調査を実施したのでこの内容を発表する。資料はアンケート及び入院会計カードで, 調査期間は昭和52年9月の1カ月間である。アンケートは同期間中の入院した患者257人に実施し, 196人分を回収し回収率は76.3%を得た。なお当院の室差額料金の設定は, 個室に限り実施し, 一般室では何等設定していない。

まずアンケートによる個室を希望する理由として安静に療養がしたい41.3%, 一時的にでも家族につき添ってもらいたい37.0%で, この2つの理由で80%弱を占めた。その他は, 干渉されたくない, 面会者が多いなどであった。次に入院時の個室希望率と入院率を比較してみると, 病院全体で希望率が38.3%に対し入院率は26.0%であり, 個室希望者のうち実際に個室へ入院できた割合は68%に過ぎなかった。また病棟別で, 希望率と入院率の差の大きい外科棟が目だった。この理由は日頃, 個室の利用率が高いこと, さらにPPC看護を実施しているためと思われた。次に年齢別に個室入院患者の分布をみると30才以下は少ないのに反し, 40才から急に多くなり個室入院の70%がこれらの年齢で占めていた。次に健保と公費などによる診療負担金のないものと個室入院の関係を見ると, 全入院患者の中で診療負担金のない患者は52.8%であったものが, 個室入院患者のみでは61.5%, さらに個室入院で, しかも40才以上では63.8%と漸増傾向にあった。次に病床利用率をみると病院全体で個室は81.5%, 一般室は71.6%で個室が一般室に比べて10%も上まわっていた。とくに内科, 外科, 小児科の各棟では個室の利用率が90%を超え, 患者の個室希望に応えられなかったことがしばしばあった。次に産科棟は一般室の利用が個室より高いことは分娩が自費扱いのためであろうかと推測できる。

むすびとして, 1)差額料金を支払っても個室へ入院したいという患者ニーズは, 健保給付制度のなかで診療負担金のありなしと相関関係が強い。2)当院においては各病棟間の個室病床の相互利用が望ましい。3)個室病床の相互利用の前提として, 医事課が医師及び看護科と緊密

な連絡をとることが大切である。私達はすでに看護科と医事課の連絡会議を隔月に実施し, その方策を協議していることは日常作業に好影響を得ている。4)各病棟ごとの所有個室が適切であるか否かの再検討も必要と考えられる。

24. 病棟管理の立場からみた治療方法統一化の記録

高山整形外科病院

○羽石ヤス子, 加賀谷アイ
黒坂 千里, 川尻 順子

入院患者の治療経過に対し, 医師より出された治療方針が看護計画にたとえきちんと組み入れられても, 医療従事者がそれぞれ異なる立場から接しななければならないためにベッドサイドには数多くの問題がある。つまり治療方針等について患者から質問を受けた場合, そのつど看護記録室へ再確認に行く事は現実性の高いものであるが, 患者に不安を与えるばかりでなく, 動的に考えても作業能率を低下させる事になる。まして記憶に頼る方法やあいまいな回答は避けなければならない。

患者からの質問に対し, 各人が異なる言葉のニュアンスで説明がされたとすれば, 複雑な問題と不安を患者になげかける事になる。その結果治療経過を妨げ, トラブルを起こし易い事は当然と考える。治療方針等が判り易い表現法によって, 患者がスムーズに納得するためにはどの様にして行けば良いか検討を繰り返してきた。高年齢人口の増加に伴い, 当院でも高年齢者の入院が多くなる傾向がある。本人や家族等から経過や, その他多くの質問を受ける事が頻繁となってきた。患者側からみれば病院関係者なら誰でも自分の治療経過や予定が判ると思いい, 何度も同じ質問を繰り返す事は誰もが経験するところである。これらの問題解決策として, 従来, 氏名のみ記載されているベッドネームに治療方針や注意事項等を記入し, なお口答にて説明を加え枕元にベッドネームと同様に置く事にした。

勿論, 担送, 護送の区別のマークは夜光塗料を使用している。その上, 薬物過敏のある患者にはベッドネームの所へカードを取り付け, ダブルチェックによる再確認を行なう事で事故に対する意識の強化を計っている。改良後のベッドネームについて, 患者の立場からどの様に受け止めているか調査をしたところ68%が安心できる事が判った。改良ネームに記載する項目については質問の多い事項からスタートした。例えば手術後の患者には医師よりの術後指示に基づき, ベッドネームに手術日, ト

イレ歩行、後療法、外出可能な時期を記入し、次にレ線結果で外出、入浴、退院等の予定日を記入した。また高齢者では大腿骨頸部骨折、脊椎圧迫骨折等が多いため、運動量基準を定めA、B、C段階に分け、心身の苦痛、褥創、肺炎等の防止に努めている。この記載方法は医療側と患者側の人間関係を豊かにし、トラブルが少なくなり、しかもこれはメディカルクラークによって行なう事が可能である。メディカルクラークは単に医療秘書として事務サイドのみに存在する事なく、患者サービスを実践する人の1人として導入した。そして異なった立場から、患者の持つ問題発見に協力が得られ、総合的な医療が行なえる結果となり予想外の問題解決の糸口となった。

以上の方法は、基本となる治療方針を誰がみても判る方法で明記する事により医療チーム側の統一が計れ、患者の治療への不安が軽減され、しかも確実度が高く省力化にも好成績を得た。

<病院管理> II 25-29

院長 水島中央病院長 藤原 拓士
愛知学院大学顧問 山元 昌之

25. 当院におけるメディカルクラークの入退院業務について

北品川総合病院メディカルクラーク課

○石橋 絹江, 山本 信吾, 大石ゆき江
佐々木尚子, 村田 悦子

私達北品川総合病院において、メディカルクラークが導入され正式に発足したのは、約2年半程前の昭和50年4月です。その経過については昨年のこの学会において一部発表させていただきましたが、今回は、そのクラーク業務の一部である入退院の業務について発表させていただきます。

まず、クラークがなぜ入退院を担当するようになったのか、そして、現在どのような業務を行なっているのかを報告する前に、もう一度、メディカルクラーク導入の意義を確認しておきたいと思います。

医療の現場に勤務している者にとって、日常的に感じられることですが、患者の社会的要求というものは、強く、かつ複雑になってきています。そしてその傾向は今後ますます厳しくなることと思います。

そこで、私達の病院では現在の医療体制の中で私達に

できる医療サービスは何か、そして何をしなければならないのか、ということ考えた上でクラーク導入がなされました。

病院で行なわれる医療サービスをトータルの看護とする時、大別して、一般的には、診療、看護、事務の3つの側面があると思います。しかし、それらの側面の接点ともいうべき重なり合う部分が、どこに誰の責任においてなされるべきサービスかが、はっきりしないところなのです。

私達は、その部分のサービスを患者さんへの精神的サービス、内面的、目に見えないサービスであるものと思っています。そして、それを当院のメディカルクラークサービスと考えたのです。そのサービスということをもう少し説明しますと、

1. 患者さんのもつ不安感、不満、要求に対して、よき聞き手となって受けとめ、それらを和らげ、解消させ、納得してもらえるサービス
2. 積極的に患者さんに目を向けてゆく、つまり、気軽に患者さんに声をかけられるように対話をもってゆくサービス

であると考えます。私達クラークは、このようなサービスをするための手段・方法として病棟、外来、ケースワーク担当係という形で専任配置されたのです。

そして、クラーク導入後1年余りの後、その患者サービスの展開のためには入退院の場が重要であり、よりよい「あり方」があるのではないかと考えました。つまり、入院に際し患者さんが持つ不安と依存は大きく、入院時点で患者さんを把握し、問題の早期対処と同時に早期対話、よい関係づくりを図ることが重要なことと考えたわけです。

そのような経過をたどってきたクラークの入退院業務の目標と具体的業務について発表させていただきたいと思っています。

26. 病院組織における部門間統合による事務の流れ及び人員の整備

聖路加国際病院 落合勝一郎
○内藤 均

当院では、従来から夜間における救急患者（1日平均10名）サービス、面会人受付、医師、看護婦などへの諸連絡等のために、夜間専従職員5名と学生アルバイト6名を庶務課夜間事務系として採用していた。その他に庶務課警備係職員11名のものが、人の出入り管理、防火、防犯、保安、駐車場監視、災害発生時の初期処理と連絡などの業務を担当していた。警備の範囲は住宅地域、旧

館地域、病院地域の3地域に分割され、その面積は約38,000㎡である。

勤務体制は、両者とも1労働日実働7時間で警備係の日勤者は早出、遅出の4シフトとなっており3地域で7.5名であった。夜勤者は3交替と宿直の混合で、3地域の警備係員が3.5名、夜間事務係員が3名の計6.5名であった。この夜間事務は16時間(17時～9時)連勤1日交替である。

このように組織が細分化していると業務自体も細分化され、作業内容も専門化、効果的となる、一方担当職員の業務が単能化し職員数が増加するのみならずその互換性や勤務配置の流動化が阻害される。例えば夜間事務係に1名の欠員が生じた場合、16時間連勤か連日という苛酷な状態になり単純に1/5の休日出勤増で解決できないが、警備係の場合1名の欠員に対し1/11の休日出勤増で大部分が解決する、その労働環境の平均化、夜間事務の採用困難と相まって流動的配置ということから夜間事務係と夜間受付係の統合を実施、保安係と改称した。そのために、健保救急患者の窓口料金は一律5,000円を預り、預り証を交付、再来時に清算する。診療録は番号制収納により、再来救急の診療録は登録番号で取り出し、新患救急の診療録は仮に作成し翌日医事課に引継ぎ、救急入院の保証金等は夜間収納は行なわず、翌日医事課に引継ぐということにした。駐車場は全て機械化を実施し、不正駐車除去に効果をあげた。

勤務配置は日勤者が全体で6名、夜勤番は16時間連勤3名、旧館地域、住宅地域は宿直制とした。以上の結果、現在は保安係員14名で、旧体制の昭和43年10月と昭和52年10月の総稼働延日数で125日、宿直相殺を行なっても94日の減少をみた。

以上は、医事的業務と全く異質の警備業務でありながら、業務の臨時的、応急的処理を加え、機械による省力化、勤務人員設定ということから人的資源の流動的活用を試みたものであり、他の3交替、宿直制度、専門職群内等に施しても、考え方の通用性があると思われるので報告したが、ご批判とご指導を頂きたい。

27. 中央管理を推進して

長野県厚生連 豊川病院

○坂口 敏昭 花村 晋吉 新村 明

病院の機能の中心は、診療と患者の生活の維持であり、これを取りまいて多くの機能が協力し、万全の方法をつくす事に努めている。良い医療とは、これらに携わるすべての人々が、1人の患者に平等にかかわり、医師

を中心に、各々が専門性を発揮し、患者中心に行なわれてはじめてその成果をあげることができるのは、いうまでもない。

そのためには、徹底したベットのサイド看護を行ないうる看護体制を確立することであり、また、全職員が、直接、間接に患者に近づく、看護婦が雑務に忙殺されない体制を確立することである。

当院では、これらの問題に対処し、患者中心の医療を実現するため、よりよい患者サービスの確立と、経営の合理化を期して、昭和50年より約2年半にわたり、中央管理(セントラル・サービス)を推進してきた。

具体的実施事項は

1. 中央管理の推進の中心、及び窓口的役割を目的とする企画管理室(セントラル・ステーション)の設置
2. a) セントラル・サプライ部門の看護部からの独立、男子技術者の養成
b) 滅菌消毒業務の標準化、物品管理の徹底、受払体制の強化
c) メッセージャーの採用(1日4回)
滅菌消毒物品、衛生材料の供給と回収、及び、薬品、検体、伝票等の運搬
3. 給食業務の改善
a) 食数管理、配膳、下膳業務の給食業務への移行(従来は看護部)
b) 給食時間帯の改善
朝食7時30分→8時 夕食5時→6時
c) 病棟食堂、もりつけ実施(温食供与)
4. 共通医療機械の中央管理
a) 医療機械の点検・整備・効力の利用
b) 管理責任者の設置(兼務)
c) 種類:吸引器、IPPB、酸素 Tent、各種ベット、ネプライザー、流量計

これらセントラル・サービスを推進することにより、看護婦が病棟から離れる時間を少なくすることができ、更に従来の看護業務を分析検討し改善することによって、看護業務及び体制の合理化をはかりつつある。

すなわち、従来の3交代勤務から、患者を病態別に把握し、管理する傾斜看護の方向が出され、一部の病棟(整形外科・老人病棟)においては、看護婦と看護助手による、準深夜勤の2交替制を試験的に実施している。

今後の課題は、(1)医療機械の中央管理体制の強化、(2)病床の中央管理 (3)ハウスキーピング業務 (4)医療情報の中央管理を確立し、より良い患者サービスと経営の合理化の徹底を期していきたい。

28. 当院における事務部門の役割

衆済会・増子病院事務室

○平岡 直樹, 磯崎 康治, 風間 勝
日高 敏子, 森川千鶴子, 松本たづえ
田中 とし, 平野 清子, 西川 仁恵
中島 洋子, 青山 琴代, 太田 恵子
山田 文子, 村田 律子, 花田クニ子
小柳 広, 川原 弘久, 増子 和郎

病院医療は、多くの技能を有する医療従事者が存在するが、単にそうした職能群が十分な技能を発揮するだけでなく、病院という性格上、それを組織化し、横の連帯を保障することが十分な医療・患者のための医療を行ない得る基礎となり、事務部門は、通常の業務以外に、そうした病院の組織化を確立させていかなければならない。

当院においては、このような観点より民主的な病院運営を目ざし、従業員1人1人の医療活動に主体性を尊重することにより、まず病院全体の機能を強化するという医療方針をもっている。そしてこうした病院の医療方針に従って、職員の学習会の組織・サークル活動を助成している。また患者については、患者会を組織し、患者の求める医療に対応した方向での話し合いを持つとともに、患者の療養の教育も十分に行なっている。職員間においては、通常業務の中に定期的なカンファレンスや小時間のミーティングを導入し、医療技術・病院運営に可能なかぎり反映させ、業務の硬直化をさけている。

今まで述べてきた種々の活動は、その内容によって業務内に行なわれるもの、業務外に行なわれるものに分けられるが、事務部門が組織の中心となって諸活動を支えている。このような中から日常的な運営については職場会議・主任会議・管理者会議・理事会などがあり、その討議内容は、上からも下からも持ち込めるシステムとなっており、特に日常的業務の管理運営上の接点となっているのは主任会議である。こうした日常業務を包括した形で、当院においては、年1回病院全体会議を開催している。この全体会議を開催するということは、病院が公的性格をもつ以上病院運営に全職員が関心をもつ必要があると思われる。この全体会議の準備委員会の段階においては、事務部門2名・他部門1名の代表によって構成されている。準備委員会の活動については、1年間の活動の反省と新年度の課題について各職場で職場討議を組織する。また討議された内容が各職場の代表により、全体会議の中で公表され、相互批判を行ないつつ、同時に学習の場となるように会議の運営が配慮されている。

こうした全体会議を組織し、運営してきた成果として、次に述べる。

- ①職場教育の場になる。
- ②病院の医療方針を全職員に明確にしていくことができる。
- ③チーム医療を発展させる可能な場となる。
- ④各個人・各部署の反省から始まって、来年度の新しい事業計画を作り出すということは技術革新の基礎となる。
- ⑤全職員が、参加のもとに1つの医療方針を明確にしていくことは、管理・運営がスムーズにいくようになる。

29. 宿日直による緊急検査実施の問題点

社会保険中京病院検査部 稲生 富三

突発的に発症する疾病や病状の急変、交通事故や産業界で発生する傷害などに対する救急診療は、時間に制限なく行なわれている。救急診療に不可欠な緊急検査は、臨床検査技師の呼び出しによって行なっている施設が多く、成績の報告までにある程度の時間を要する。救急診療時、直ちに緊急検査のできるように宿日直を行なっている施設は、近年増加してきたが、まだ少数であり、病棟の看護婦のような3交替にいたっては皆無である。

宿日直によって緊急検査を実施できない施設が、実施できない最大の理由では、労働基準法第62条（深夜業）1項の「使用者は、…女子を午後10時から午前5時までの間において使用してはならない…」という深夜業の禁止によるもので、女子が圧倒的に多く、深夜業のできる男子の絶対数が不足している現況を挙げている。しかし、同条の4項で、病院などに勤務する女子は、職種を問わず、1項の適用を除外しているため、男子と同じように宿日直を行なっても差し支えないのである。

すべて宿日直は、始める時に労働基準監督署の許可を要する。同署は、労働省より通達の「通常労働の継続でなく、定時的巡視、緊急文書または電話の収受、非常事態発生に処する準備を目的とする」ほか4項目の基準に基づいて処理されている。非常事態とは、火災とか、地震、そのほかを指している。したがって救急診療は通常労働であり、緊急検査のために行なう宿日直は許されない。しかし、救急診療時の緊急検査を放置することはできない。現に、臨床検査技師が宿日直を行なっている病院では、許可基準という、いわば管理業務のために宿日直を行なうという建前であって、救急診療が行なわれた時に緊急検査があれば、時間外の超過勤務として行なうと

いう、2つを兼ねているのである。このことは、医療法（医師の宿直）第16条で規定された医師、3交替で勤務している看護婦を除き、すべての職種に当てはまる。

人の生命を守る現代医療はチーム医療である。医師を中心に、関連のある職種の人達が、専門的な知識を發揮し、病める人の苦痛を、一刻も早く取り除かねばならない。緊急時の救急診療は分秒を争い、時間的な余裕を許さないことが多い。厚生省では、休日や夜間の救急医療体制の整備を、昭和52年度の最重点施策としている。予算も100億円を越えており、3カ年で完了したいという。検査室の設備も整備基準に入っているが、現状のような法的な規制では、緊急検査実施の運用面で問題が生じてくるのではないかと。

時間に制限なく行なわれる救急診療に際して、救急診療に関連する業務を、便法によらないで遂行できるように、労働省は行政指導を改正すべき作業を、1日も早くすすめるよう熱望するのである。

〈図書・文献〉 30—33

座長 新千里 病院長 吉岡 観八
愛知県立尾張病院長 阿部 秀夫

30. 院外文献複写依頼状況調査報告

大阪回生病院図書室	○加島 民子
星ヶ丘厚生年金病院図書室	川原 住子
住友病院医学図書部	松本 純子
国立大阪病院図書室	福味美津子

病院に図書室が必要であることは、医療法でも規定されているにもかかわらず、現在の日本の病院図書室の実態は、全体に低調で、しかも病院間の格差が大きい。

近畿地区では昭和49年11月に、「図書室担当者相互の緊密な連絡と協力により、病院図書室の充実および医療情報活動に貢献する」を目的として、「近畿病院図書室協議会」を設立し、現在加盟39病院で、年4回の研修会、年6回の会報発行等、様々の事業を行なっている。

最も早く着手した事業は文献入手のための相互協力活動である。まず、加盟病院が受け入れている雑誌をリストアップした「1975年版 病院図書室 医療関係雑誌所在日録」を作成し、次に相互貸借用往復ハガキを、医学図書館協会使用のものに準じて統一した。図書室担当者は、自室にない文献を利用者から要求されると、日録を

引いて、所蔵している病院を調べ、ハガキに必要な書誌的事項を記入して依頼する。受け取った病院は、依頼文献をコピーして郵送する。コピー料金は協議会で統一している。

協議会で相互協力活動に取り組んだことにより、文献入手業務を新たにやり始めた病院も多いが、人員不足のためにできない病院もあり、加盟病院中、文献入手サービスを行なっている21病院を対象に1976年1月～12月の院外依頼状況を調査した。総依頼件数は3,246件で、最も多い病院は年間947件、少ないところは5件で、バラツキが大であった。

集計結果、依頼先別では、大学の医学図書館が圧倒的に多く、全体の85%を占めた。病院相互の依頼は12%で、この低率の原因は、資料の乏しさ、相互協力業務の不徹底、目録が総合目録でないため古い文献を大学に依頼する等にある。地域のネットワークという観点からみると、大学・病院合わせて全体の66%が近畿地区で入手できている。

依頼文献の収録誌別では、80%が欧文誌、20%が和文であり、発行年別では、古いのは1800年代からあるが、最近5年間が全体の35%を占めた。集計結果より、欧文誌で最も依頼の多かった *Circulation Research* が、加盟病院中4施設でしか所蔵されていないとか、反対に3番目に多かった *New England Journal of Medicine* は23病院で所蔵しているにもかかわらず、古い文献を持っていないために院外から入手しているということ等がわかった。

以上の調査により、(1) 病院間の格差を縮め、病院図書室業務を標準化すること (2) 各病院内だけでなく、協議会全体として資料を充実させること (3) 病院・大学他医療関係機関全てを含む大きな規模で、医療情報のネットワークを確立させる方向で努力すること、を今後の課題とし、利用者の要求に十分答え得るサービスを行なっていきたい。

31. 病院図書室の利用者ニード調査報告

住友病院 医学図書部	○松本 純子
京都南病院 図書部	山室真知子
星ヶ丘厚生年金病院	川原 住子
京都市立病院 図書室	重富 久代

病院図書室の立ち遅れの大きな原因の1つとして、利用者の要求と図書室サービスのギャップが考えられる。物理的、経済的にきびしい制約のもとにある病院図書室においては、その利用の動向を的確につかみ、利用者の

ニードを徹底的にフィードバックして図書室の運営に反映させていかねばならない。そのために私たちは、近畿病院図書室協議会加盟の37病院に対して「利用者のニード調査」を行なった。調査対象は医師（在職者100%）、看護婦（同20%）、医療技術職（同20%）、事務職（同10%）で、主な調査項目は情報源、図書室サービス、情報の入手経路である。

調査集計結果の概要は次のとおりである。

図書室の利用：医師の利用が最も多く、以下技術職、看護婦、事務職の順である。この事は従来多くの病院図書室が医師のために開設され、資料の収集を行ってきたことから当然の結果だと言える。しかし看護婦、技術職の中で、「なじみにくい」、「オープンさに欠ける」という意見が多く、これら医師以外の職員からの要望や希望をこの機会に十分に検討しなければならないと思う。図書室利用についての知識：医師、技術職、看護婦と利用順位に比例している。

必要な情報の入手方法：手持ちの情報と病院図書室が全体の55%を占め、続いて大学、製薬会社、他の病院の順となっている。これは医療従事者が、情報を早く手に入れる必要性から身近な所から入手していると考えられる。以下は利用者の図書室への要望についての集計結果である。1) 担当者への要望、文献入手、文献検索が全体の約半分を占め、職種別では医師の要望が多い。2) 設備について広いスペースを望む割合が35%と多く、病院内における図書室のスペースの貧弱さをこの数字が明白に示している。3) 資料について専門書の要望が41%と圧倒的に多い。これは各々職種により求める図書専門性が異なるものと思われる。

それではこれらの利用者のニードに少しでも応えていくには、病院図書室はどのような条件を備えていなければならないだろうか。それにはまず専任職員の配置が必要であり、最少限度のスペースと予算化された図書購入費であると思う。たとえ1人であっても専任職員の能力と努力があれば、限られたスペースと少ない資料を最大限活用することによって、利用者からの要望のいくらかは応えていくことが出来る。また図書室としての機能が確立してくれば、利用者のニードも必然的に多く出てくるし、それが図書室の発展ひいてはその病院の診療を高めることにつながっていくのではないだろうか。このニード調査にみられる利用者からの要望に応え得る図書室とするためには、担当者の努力は勿論であるが、まず病院の管理当局に病院図書室のあり方、運営について真剣に取り組んでいただかなければならないと思うのである。

32. 病院図書室の実態

—アンケートにみる—

日本病院会図書室部会

東京都養育院付属病院	後藤 久夫
聖路加国際病院	足立 純子
三井記念病院	上原みどり
杏林大学病歴室	三竹年世子
俊成病院	小田谷律子
神奈川県立こども医療センター	安川 文子
千葉県立がんセンター	平川 裕子
東京都養育院付属病	松田 明子

一部地域を対象とした病院図書室の実態調査はこれまでも2,3報告されているが、全国を対象としたものは、1966年の森日出男氏の1報告あるのみである。今春、日病会の協力で加盟病院の全国アンケート調査を実施したのでその報告をする。

医育機関を除く回答病院数は268で回収率は16%であった。病院図書室は設置母体の規模性格に左右されることから回答病院のプロフィールをみると、病床数300台を境として半々であり、300床以上の設置主体別の回答では都道府県、市町村、公益法人、社保関連団体で占められ、国立は1件のみであった。また病院の種類別では総合病院が全回答の60%を占め、うち1/3は臨床研修指定病院であった。

まず図書室の形態をみるとその多くは専有型となっているもの、図書・病歴併置型は33例あった。図書館の面積では50㎡以下が設置主体別並びに病床別にみても多く、施設の狭さが容易にうかがえた。図書室の予算についてみると、同一設置主体間、同一病床規模間でのバラツキが大きく、特に教育・研究活動の活発な病院が分布する300床以上の病院で、400~500万円で頭打ちの傾向にあった。半面、設置主体によっては大きい予算を持つ所もあった。この予算上の制約は購読誌数にも反映されていた。次に専任職員についてみると、74機関で専任職員を配置しており、公益法人、社保関連団体、日赤等ではその比率が高かった。またこの配置状況を病床規模別でみると200床台から配置がみられたが、300床、特に400床台以上では60~70%の高率で配置がみられた。従事職員の実人員は104人であり、うち司書有資格者は44人であった。

最後に結論として(1)10年前の森の調査と比較すると病院図書室も少しずつは改善されて来ている。すなわち従事職員は31名から104名増加しているし、専任職員を置く機関も300床台で13.9%から36%になるなどである。

(2)しかしながらその内容はまだまだ低く、十分でないといわざるを得ない。そのことは我々よりも医療従事者自身がよく分っていることである。(3)今後、図書室の利用者は医師のみならず、病院内の各種各層へ広がるのが予想されるだけにより一層の充実を図る必要がある。

33. 病院図書館における医学情報の流通体制について

—アメリカの場合—

聖路加国際病院医学図書室 足立 純子
東京都養育院付属病院図書室 後藤 久夫

病院図書室職員の役割とは、患者が常に質の高い診療を受けられるように、病院各職員に診療上、または研究上、必要な資料を迅速に提供することであるといわれても、単独の病院図書室では利用者からの要求すら満足に満たせぬ状況にある上に、日本医学図書館協会には入会基準を満たせぬ加盟でぎざに在る。病院図書室間で補えるものは補い合わなければいけない状況になってきている。これは、米国医学図書館協会に加盟し、全米医学情報 Network の中に組み込まれている米国の病院図書室に比べると大きな差がある。どうしてこのような格差が生じたのか。1965年、「心臓病、癌及び卒中征服の国家プログラム」と「医学図書館援助法」により、医学情報網の充実が計られ、全米の医療従事者はどこで働いていても必要な情報を病院図書室を通じて入手できるようになったからである。しかし、それでもなお、Hospital Library Consortium という病院図書室同志の相互体制が作られなければならなかったのは何故か。病院が卒業教育という役割を積極的に負わなければならなくなってきた事と、医学情報 Network 内の要求の流れが一方通行で、大図書館といえどもすべての要求を満たせぬようになり、病院図書室同志で処理できるものはまず処理し、処理しきれぬものを上部 Network に依頼するというように、病院図書室が単に情報を受けとるばかりでなく、Network を積極的に担う事が要求されてきたのである。資料、サービス、専門的知識を持つ人的資源、お金といった様々な資源をプールし、無駄をなくし、分担できる所は分担し合い、共通の目的を成し遂げる為の統一行動をとらざるを得なくなった。この方式で非常に成功しているのが Boston 西部郊外に位置する病院の集まりである、West Suburban Hospital Association の中の病院図書室の集まりである Consortium for Information Resources (C I R) である。C I R は当初3年間、WSHIA 共同の情報源作成に努力し、かなりの成果をあげている。これは司書の努力もさることながら、病院全体、そして

国立医学図書館をはじめとする外部からの援助と理解が多く得られたからである。大学図書館からの援助を得られぬ日本の病院図書室は、相互協力体制作りはより多くの努力が必要である。しかし、いくら上からの情報提供援助を得ることができても、ある程度までは自立しなければならなかった米国での例を熟慮し、病院図書室同志の相互協力体制の実現、協力作業の実施に本腰を入れなければならぬ時になってきた。

<栄養・給食> I 34—39

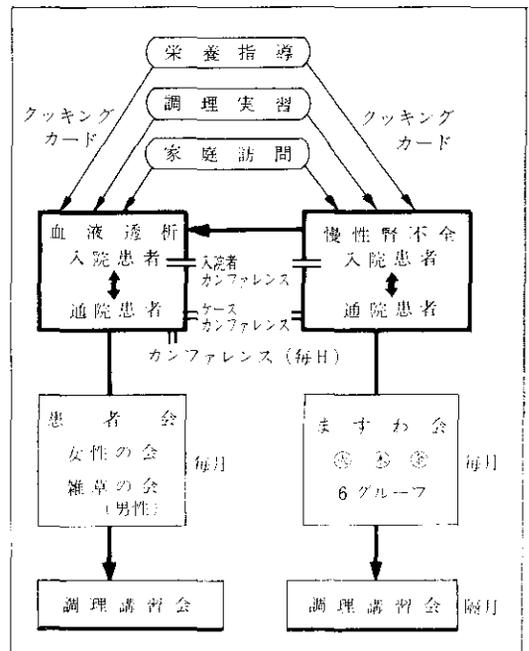
座長 野村病院長 野村 秋守
名古屋第一赤十字病院栄養課長 安永 幸生

34. 当院における栄養指導システム

増子病院栄養室 ○伊藤さち子、久野 悦生
各務千鶴子、大矢富貴子
岸尾 増美、井澤 幸子
深谷 泉、小沢 妙子

当院では過去において、パンフレット等による食事知識を中心とした栄養指導をしてきたが、患者が十分に理解できず、誤ったとらえ方がなされたり、むずかしいという印象のみで挫折してしまうことが多かった。また、慢性疾患（特に血液透析、腎不全）患者が多い為、より

図1 食事管理体制



食事管理が医学的管理との関連が強く、継続的に患者とかがわっていく必要がある。そこで、栄養指導（理論）と調理実習（実践）とを併用し、現在までに450名近くにおよんだ。チーム医療を基盤とした個々の患者にあった指導内容と成果について報告する（図1）。

栄養士の患者担当制をとり、継続的に接する中で患者をより深く理解し、患者の立場に立った栄養指導をとり入れた。これと並行して、専任の栄養士によりマンツーマンの調理実習をする。これにより、栄養指導の理解度を確認、補充し、常に担当栄養士と連絡をとりながら、問題があれば他部門とのカンファレンスなどの場で検討し、統一方針をだす。特に調理実習は次の場合に必要と思われる。

- 1) 調理経験がなく、調理技術の援助を必要とする患者。
- 2) 理解度が低くベッドサイドのみでは不十分な為、体得を必要とする患者。
- 3) 計算・計量による管理の必要性を理解できず、誤った経験や感に頼り、医学的な改善のみられない患者。

他にグループ指導（調理講習会・ミーティング）、家庭（職場）訪問、クッキングカード作製などを指導システムとしてとり入れた。技術面では、さまざまなハンディ（視力障害、外部身体障害、理解力難解）を持った患者にも自己管理ができる様に援助している。また、食事管理（自己管理）は患者が最も手短かに医療に参加しやすい場であり、その場を保障している。

以上の様なシステムの成果として、

①患者個々にあった指導ができる様になり、患者がより正しい食事管理が可能となり、患者会等では精神的な支えを得、継続的な食事管理がしやすくなった。

②腎不全期については、高血圧や心不全を予防し透析へ導入するまでの期間が延長され、良好な透析導入条件となった。（検討内容は51年度の栄養改善学会で報告）

③あわせ、積極的な社会復帰をさせることにより、患者個人の社会的な立場を保障することを可能とし、また医療費の節減をも可能とした。これを医療従事者の技術料として還元されることになれば、よりよい医療内容を保障できると思われる。

この医療の要となるのは栄養士であり、我々栄養士はこれを大いに認識すべきである。

35. 栄養事務管理のコンピュータ導入状況について

北品川総合病院 勝山 礼子、井手恵美子
東城 ミツ、横浜 照子、秋山 恵子
佐藤文美恵、小林千恵子、土屋 明美

疾疾の治療で、食事療法が、重要な役割を示し、業務の複雑化及び栄養指導の増大に伴い、昭和51年3月より栄養事務管理のコンピュータ導入を実施した。

〔目的〕

- 迅速な事務処理
- 入院外来患者の栄養指導の充実
- 栄養管理の充実
- 人出不足の解消

〔方法〕

電算センターと共同でプログラムを作成し、センターを利用して、事務管理を処理する。

センターは岡山県の両備システム(株)、機種は FAC OM230—45S

〔システム内容〕

- 栄養管理
- 発注管理
- 在庫管理
- 食数管理
- 原価管理

〔システムのルート〕

導入前は、一般の栄養事務管理であった。導入後は、1カ月分の子定人数登録と子定献立登録をセンターに送り、センターより子定献立表、食品出庫表、発注書、出庫指示書、納品状況表が打ち出される。一カ月後には、棚卸し登録、実施人数登録、食品の量の修正登録をセンターに送る。センターより実施人数一覧表、栄養管理月報、日報、入出庫一覧表、業者別仕入帳、在庫月報が打ち出される。

当院は北品川総合病院グループとして、4病院あり当栄養課として、3病院分だけ同一献立、材料の共同購入をしている。3病院のベット数は、382床で栄養課人員は、22人です。その内栄養士の人数だけ比較して見ると、導入前は栄養士7人、栄養事務2人の9人であり、導入後は栄養士6人、栄養事務1人の7人である。

残業時間においても、人員と同じように省力化された。

導入前は18時間、導入1年後は、4時間、現在では全然残業はない。

事務時間の省力化により、栄養教室の開催、治療作成時のこまやかな配慮、入院、外来患者の栄養指導の充実、栄養管理においても18食種の栄養管理日報及び月報が、打ち出されるので、研究資料にもなり、栄養士本来の仕事に打ち込めることで、就労意欲にもつながる。最後にメリットとしてあげられることは、1)事務量の短縮 2)残業の縮少 3)栄養管理の充実で研究に打ち込める 4)入院、外来患者の栄養指導の充実 5)食品の計画

購入等である。

デメリットとしては 1)文字がカタカナで読みにくい。2)転記ミス、記入モレの修正、追加に時間がかかる 3)帳票類が大きいので保管する場所が必要 4)電算センターが遠方である等があげられる。

36. 中央管理の一環として行なった給食体制の改善について

長野県厚生連篠ノ井病院

○中島美千代, 岡部 光二, 新村 明

病院給食は重要な医療の一部である。患者の個々の症状に対応した給食、即ち優れた献立、調理、配膳を実施すべく努めてきた。当院では昭和50年4月から中央管理(セントラル・サービス)を推進していたので、その一環としての給食体制の改善を行ない、患者からもまたスタッフ側からも大変好評を得たので今日迄の2年半の経過を報告する。

セントラル・サービス実施以前の問題点は、患者側からは食事時間に対する不満、喫食時に食事が冷めている事への不満。看護婦側からは他の仕事に追われ配膳業務をおこたひやすい。給食スタッフ側からは看護婦の都合により配膳時間が不規則の為、温食の効果が無い等の意見が提起された。この対応策として各担当スタッフの間で実施への検討がなされた。なお実施時においても患者側、スタッフ側双方より実施に対する懸念や不安感が提出された。しかし病院の方針に基づき、多少の試行錯誤を覚悟の上で実施に踏みきった。

改善した主項目は1)配膳時間の変更(朝食7時30分、夕食6時)を実施。2)配膳方法の変更(配膳、下膳を給食スタッフが行なう事)と機能訓練必要病棟のみ病棟食堂開設により食堂にて喫食。飯、汁の盛付けを病棟食堂にて実施、また患者の要求量に応じた主食の盛付けを実施。3)人員構成、配膳スタッフは従来看護婦、看護助手が行なっていたものを栄養士、調理師等直接調理に携わる者が行なうよう変更。なおこの為の給食スタッフの増員は、補助員1名のみであった。スタッフ勤務体制は4交代制とし、早番はA.M4時15分からP.M1時15分迄、遅番はA.M9時30分からP.M7時30分迄とした。実施後の効果については、患者側からは食事間隔の是正及び温食により食欲が増進したこと。機能訓練を目的とした食堂での喫食の楽しさ等。看護婦側からは本来の看護業務に専念できる。給食スタッフ側からは調理、盛付け、配膳等に関し患者の生の反応があり、調理へのより細かな配慮及び職務への責任感が強まる等の好結果が認められた。

この為、著明な残菜量の低下を見、定期的実施の嗜好調査による喫食者の満足度は大であった。なお病院食堂の開設は機能訓練上においても、なごやかな人間関係を保つ上からも、食欲増進の上からも効果的であった。現在当院の病棟は6病棟で、病棟食堂を開設しているのはそのうち2つの病棟だけであるが、近い将来産婦人科病棟、内科病棟についても実施すべく計画中である。

今回実施したセントラル・サービスの一環としての給食体制の改善は、関係者の不安や懸念をのりこえてスタートし軌道にのせたものであったが、現在は患者側からもスタッフ側からも大変好評のうちに推移している。

37. 食事指導の一方法

佼成病院食養部

丹治 茂子, ○斎藤きみ子, 藤田 生口
藤森 幸子, 萩原 育子

病院における栄養業務は、給食業務と、栄養指導業務に大別される。

最近の、当病院の給食内容は、昭和48年治療食が38%であったが、昭和51年では治療食が増加し49%と、約半数を占めている。食事指導業務においては、慢性疾患患者に対する指導が中心となり、指導件数が増加するなかで、食事指導の重要性を痛感する。

今回は、食事指導を受けた患者の状況と、効果的な食事指導の方法を摸索しながら、一年間の経過を分析したので報告する。

佼成病院では、昭和51年5月、外来専門棟として、診療センターがオープンした。その際、内科外来、外来検査室、内視鏡室のある4階に、食事指導室が併設された。専用指導室がなかった時に比べ、大変便利になり、利用度もいっそう高まってきている。

食事指導の現状を、51年5月～52年7月までの患者について分析してみた。

患者の傾向を、食事療法別にみると、糖尿病が最も多く合併症を含めて44%近くになり、続いて妊娠貧血症、高血圧及び合併症、胃腸疾患や胃術後、腎臓病、肥満症となり、成人病疾患の指導が大部分を占めている。年令別にみると、40代から60代にかけてが最も多く、なかでも糖尿病が群を抜いて多いのがわかる。次に、入院患者と外来患者に分けてみると、外来患者が79%と多くなっていて、1カ月平均の指導件数は、外来患者38件、入院患者11件となっている。これを「日本病院会管理部会」の52年2月のアンケート調査と比べてみると、同規模の病院の中では、比較的多くの件数をこなしているのがわかる。指導室ができる前後の、外来指導件数の割合を比べ

てみると、49年度51%、50年度46%、51年度79%と著しく増加している。指導室が外来に移り、その位置関係が外来患者の利用度に反映されている。

当病院では、3名の栄養士が食事指導にたずさわっているが、経験が浅いものばかりなので、指導技術を高め、統一した指導方針をもって患者に接するための第一段階として、糖尿病食事指導の小冊子を作成した。

内容は、「糖尿病学会」の食品交換表と同じものだが、なるべく文字を使わず図で表現し、最後には簡単な病気の説明を入れてみた。使用した結果、文字ではわからなくても図ではよくわかる所がいくつかあり、効果を上げている。このパンフレットはテキストとし、患者さんには持ち帰り復習してもらい、何回かに分けて指導し、私たち指導担当者は、お互いのコミュニケーションがうまくとれるようになった。

以上、当病院における食事指導の一部を述べたが、今後は、他の疾病に応じたパンフレットも作成し、食事指導の方針を確立したいと考えている。

38. 食器の取り扱いと職員の衛生教育の現状報告

北里大学病院栄養科 ○河台 時枝
城井 美子
北里大学病院事務部家政係 八木ユリ子

集団給食施設において、衛生的に作業を行なう事は、きわめて重要な事である。

当院においては、昭和48年5月に院内感染予防委員会が発足し、感染症にとりくむ基本的な、心がまえの指針が決定された。

今回は、現在実施している、食器の取り扱い、および、職員の衛生教育とその事務処理などについて、報告する。

39. 断熱食器による適温給食に関する研究（第一報）

京都産業大学 柳田 博
日本バプテスト病院 ○藤田 洋子

病院給食で提供する治療食の喫食率を向上させるために、適温給食は必須の条件であるにも拘らず、わが国の病院給食では、この適温給食は未だ実施されていない。

適温給食設備の一つとして断熱材で製作された特殊食器が研究されている。演者らは、その一種である、発泡ウレタンを主材としたサーモ・トレーについて、その保温性・保冷性を試験する機会が与えられた。このトレーは54×32×10cmで、上蓋(54×32×7.2cm)と底部(52×

30×2cm)の二層からなる。底部に食物を盛つけ上蓋を密着させれば、保温または保冷の効果を発揮する。底部の内側には5つの小区画があり、盛付けの便をはかっている。トレーの底部の1つ1つの小区画の中に、温かいものと冷たいものとを混在させない限り、温かいものは温かいまま、冷たいものは冷たいまま、喫食適温に一定時間保たれるよう設計されている。

各区画を2列に区分して、一方に熱湯を、他を空にした時の湯のトレー内での温度の変化を時間を逐って観測した(以下、温度は各区画の平均温度を示す)。対象には一般に給食に繁用されているメラニ加工合成樹脂食器(井)を用いた。

容器に熱湯を注いだ時点で88°Cだった湯は、30分後、60分後、120分後で、対照では32°C、29°C、24°Cであったのに、サーモトレーでは70°C、60°C、55°Cと十分に保温効果をあらわしている(図1)。

実際に調理した食物について断熱食器の保温性と保冷性を観察した。めし、ハンバーグ・ステーキ、スクランブル・エッグについて対照との温度差を測定した。平均して30分後で15.7°C、1時間後で18.7°C、2時間後で12.7°Cと、サーモトレーの方が温度が高く、保温効果が著しい。変わりごはん(たとえば煮込みごはん)は米飯

図1 断熱食器の効果

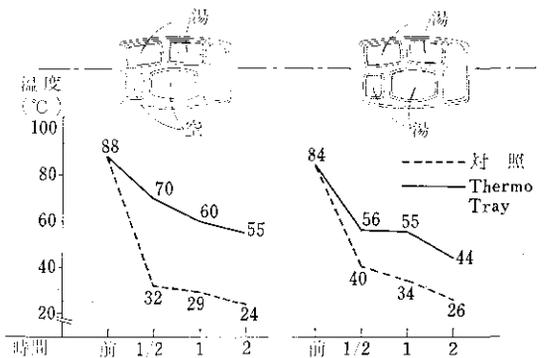


表1 断熱食器の効果

料理	時間	—対照との温度差— (°C)		
		1/2	1	2
めし		15	21	13
ハンバーグ		20	17	15
ステーキ		12	18	10
スクランブルエッグ				
平均		15.7	18.7	12.7

図2 断熱食器の保温性

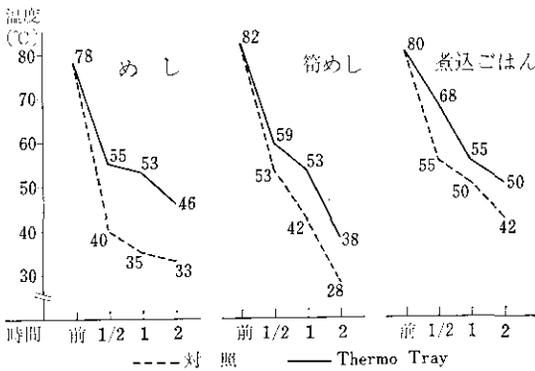


図3 断熱食器の保冷性

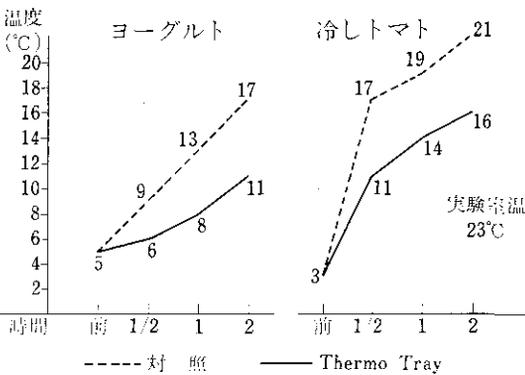


図4 断熱食器の保温性

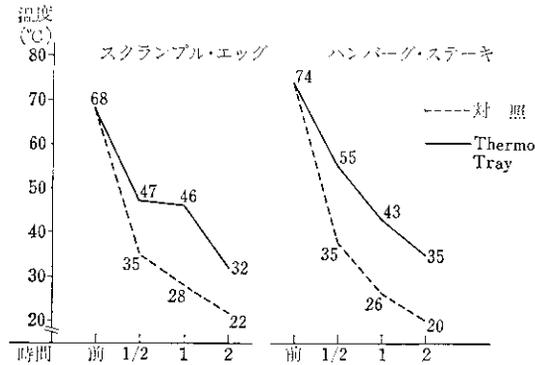
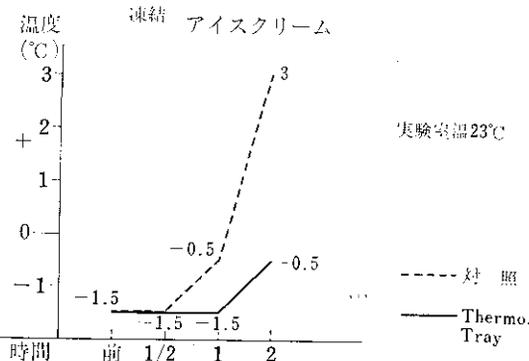


図5 断熱食器の保冷性



だけより温度が下って冷め易いことを知った(表1, 図2)。

ヨーグルト, 冷しトマトは盛付け後1時間経っても対照より5°C低温に保たれている。アイスクリームは2時間後でも-5°Cに保たれ, 対照では3°Cに上昇し融解している(図3, 4, 5)。

今後引き続き実験観測対象を増し, 日本人の嗜好に適合した料理品目を増して治療食への断熱食器の応用について検討を進めてゆきたい。また, わが国の病院の狭い共用病室でも使用に便な容器の形, 大きさ, 底部内側の区画などについても研究をすすめ, 断熱食器による適温給食のシステム化への一案を設案したい。

〈栄養・給食〉II 40-45

座長 京都産業大学教養部教授 榊田 博
 国立療養所東名古屋病院長 横内寿八郎

40. 多様化の中での患者給食と厨房の改造効果について

日本大学駿河台病院事務長 平野 栄次
 管財課 下平 久雄
 入江 完
 栄養科 ○神田 紀子
 小沼 敏二

当院では昭和38年に全面改築が実施され, 以降14年間患者給食業務は多様化の中にも円滑に行なわれてきたが, 昭和50年7月通達による給食栄養所要量の改定実施以来, 食種は著しく増加して, 作業密度を増し限界とみられる状況となった。当時, 看護部門から栄養科に対し, 調乳業務全面移行の要請があり, スペース的にも可成り厳しい結果となったが, 調乳室導入を機会に今後10年間の展望に基づくシステム化を目指した厨房の大改造に踏切り本年2月完成した。調乳室や冷凍室の導入・諸設備の充実化による機能の向上は多様化に向い患者給食に十分対応してゆく事が出来た。

41. 和歌山県私立病院事業協同組合の給食事業 (第8報)

一病院給食にボイルドライセンスンター導入について

和歌山県私立病院事業協同組合

○中村 了生 遠藤 香苗
 中谷 裕重 木村 順一

病院給食の効果的なる業績をあげるためには各病院が、協同化、統合化することが肝要であることは周知の事実である。和歌山県私立病院事業協同組合の病院給食事業のフード・サービスビジネスは、1)カミサリーによるサブライシステム、2)セントラルキッチンシステム、の導入により比較的、長期的に安定した運営をしてきた。最近、米の流通問題、米飯真空品質保存法の開発、完全自動炊飯器の改良等、大量自動炊飯時代に前進していること、また、病院給食中、米飯給食は調理面、管理面においても一番困難なる業務であるため、今回、ボイルドライスセンターシステム（米飯共同供給体系）を導入したので報告する。

まず、四病院で委託炊飯業務を導入した。炊飯業務委託費を白飯1人1回300g、47円29銭に選定した委託業者と契約した。〔I、材料費；米価、140g、34円79銭；（標準価格米70g…19円18銭、特用上米70g…15円61銭）II間接費；人件費、5円50銭、管理費7円 計12円50銭〕。この米飯委託費を導入病院で比較検討したが、間接費において、1円27銭多く出費していることがわかり、米飯委託導入の方が有利であることが判明した。

〔ボイルドライスセンターシステム導入による結果〕

ボイルドライスセンター導入病院の業務成績を見るために、導入病院と類似する未導入病院の四病院を選択抽出し比較対象とした。

1) 財務管理

昭和52年3月より5月まで3カ月間平均を算定した。基準給食費において導入病院は、981円26銭であり、未導入病院は994円79銭で、導入病院の方が13円53銭安価であり、基準給食費1,080円100%中、26% 財務面でメリットが見られた。これは、人件費、需要費の間接費において、2.86% 合理化されていることによるものである。

2) 米飯の嗜好調査

導入病院の委託供給米飯は、「飯のたき方」「量」「米の質」「味」「色」において、未導入病院と大差なく合格点をつけられた。

3) 給食従業員のタイムスタディ

米飯導入病院の給食従業員の米飯委託導入後は、主作業が著しく短縮され、手持ち時間が逆に多くなっている。即ち、米飯委託導入により給食従業員が、調理業務の一番むずかしい米飯調理業務で、著しく省力化、合理化され早出、おそ番、休日出勤、週休二日制の問題等、解決出来そうである、たのしい職場がうみ出されてきたように理解される。

以上、当事業協同組合の病院給食事業に、ボイルド

ライスセンターシステム導入は、今後の病院給食の合理化、省力化に一層有効的なるシステムであることが判明したので、漸次、その他組合病院に、導入する予定である。

42. 和歌山県私立病院事業協同組合給食事業 (第9報)

一病院給食における常食患者の食糧構成と食材料の年間消費比率等について—

和歌山県私立病院事業組合

中村整形外科病院	○中村 了生
和歌浦中央病院	遠藤 香苗
中谷病院	中谷 裕重
田村病院	木村 順一

当協同組合は44年5月に発足し、地域私立病院群30病院に対し、給食事業の改革改善を目的として、協同組合システムを導入し、個々の給食経営のうち、一部を共同化事業にくり入れ、即ち、献立立案の共同化、食材の共同購入、予製品の共同加工等新しい食材流通システムを確立運用して8年を経過した。

本事業のうち共同購入事業は、特に中心的な業務で重要な役割を果たしており、いわゆる食材料購入方法の巧拙が給食経営ならびに栄養管理に大きな影響をもち、食材料を上手に購入することは給食材料費の効率を高め、調理技術をよりよく発揮させるための基礎となるものであり、献立表に指示された材料をあくまでその目的に合致した品質（品種、等級）を適正な価格で調達することが要求されるのである。

共同購入体制の確立は価格と品質という二面性を併立させることであり、したがってどちらを無視または軽視しても給食管理が全うできず、加えて生鮮食品は品種、等級が複雑多岐にわたり、しかも気象条件や需給の関係、鮮度等により一日の中でも時間の推移により価格変動が伴うなど技術的にも難度の高い業務である。そこで、私共は近時共同化事業が石油ショック以来比較的、長期的に安定のきざしがみえた51年4月から52年3月までの1カ年を組合加入病院（1日約7,000食）で消費した備蓄食品と生鮮食品について、その消費動向を観察するため年間消費金額および消費量別に調査し、月平均ならびに患者1人1日平均使用数量、金額を算出したので報告するとともに、これらは次年度における計画購入、計画消費の資料として活用、かつ適切な食糧構成の検討に資することにより栄養士の献立作成を通じ給食管理に、実際的な貢献を果たした。

食材の購入にあたっては、組合病院の年間消費量を品目別に把握することとし、大局的見地より購入計画(大量

産地買付、値上予測品の先買等)をたてることは当然ながら、今日的課題である生鮮食品の価格不安定、畜産品、輸入食品の高騰、200海里漁業専管水域設定に伴う魚類、同加工品の価格上昇等給食運営に大きな影響をもつ外部要因に可能な限り、対処しコストアップをコントロールすることができた。

1カ月平均2,889万円の中、貯蔵に耐えるもの穀類17.8%、調味料3.8%、油脂類2.1%、乾物3.4%、缶詰類1.8%、計28.9%に対し、生鮮食品類は獣鳥肉類18.6%、魚介類10%、卵類3.8%、乳類8.6%、大豆製品3%、野菜果物17.3%、パンめん類等9%、その他0.9%で金額にして前者約829万円、後者2,060万円となっている。この実績をみても、価格、品質の相関性について、常時技術的配慮を必要とする生鮮食品は総材料費の71%を占めている。

なお、食品分類別に消費額類別、量類別比率を示すと、消費額では、穀類30%、獣鳥肉、魚介、卵、乳類40%、野菜その他30%となる。消費量は穀類37%、獣鳥肉、魚介、卵、乳類で32%、野菜その他31%となっている。生鮮食品の消費額では穀物加工品17%、獣鳥肉、魚介、卵、乳類58%、野菜その他25%となり、消費量は穀類加工品18%、獣鳥肉、魚介、卵、乳類46%、野菜その他36%であります。

備蓄食品の消費額では穀類62%、乾物、缶詰類18%、調味料、油脂類20%となり、消費量は穀類84%、調味料、油脂類14%、乾物、缶詰類2%となっています。

獣鳥肉類(加工品を含む)の消費量は、鶏肉39%、豚肉24%、牛肉12%、鯨肉10%、加工品15%である。

また魚介類消費量を再掲すると、冷凍魚62%、鮮魚37%、その他1%であり鮮魚は大衆魚が52%占めて、冷凍魚は多種類に別れている。

野菜類(芋類を含む)の消費量は淡色野菜65%、緑黄野菜25%、芋類10%である。

果実類消費量は、柑橘類54%、その他果実46%である。

組合加入病院と県内公的病院との栄養摂取量および食材料費では、両者の摂取量には大きな開きはないが材料費で約2%の格差が認められる。

さらに栄養指数から分析すると組合加入病院、公的病院共P.F.Cエネルギー比別にみると欧米化傾向、即ち食生活の近代化が進んでいることが認められ、とりわけ動物性蛋白質が基準値をオーバーしていることが示されている。しかしこれらの問題は病態栄養学、公衆栄養学領域において検討が加えられるべき問題であり、私共としては、“患者への給食目的にそい、しかも、おいしい食

事を提供するために、献立に合致した食材料を適正価格で供給する使命を負わされている”という原則を自覚し常に計画、実行、評価の実践により危険負担を最小限にとどめ、さらに病院給食共同化事業の向上に努めたいと念願しているのであります。

43. 病院給食の食材料費と地域社会の家庭の食材料費について

名古屋第一赤十字病院 安永 幸生、富田 金光
野田 伸子

健康保険の給食料は、患者給食の生産原価と一般管理費を抱蔵している。「食料」は消費者物上昇の大宗であり、賃金も毎年アップが行なわれているが、診療報酬の改訂は常に一般の経済水準を下回っており、特に給食料の改訂は低位である。私どもはこの実態を、

- (1) 名古屋第一赤十字病院の食材料費
- (2) 総理府「家計調査」の名古屋市勤労者世帯の食料費
- (3) 人事院の「東京都在住独身男子(年齢18歳)一所要栄養所熱量2,800Cal, タンパク質90g」の食料費

を対比し検討した。

表1にみるように、名古屋第一赤十字(以下、名一日赤と略す)の食料費は、名古屋市勤労者世帯の食料費を下回っている。

収入に対する食費の割合をみると、名古屋勤労世帯では25~30%であるが、名一日赤40%~50%と高率を示している。この両者の関係から、病院給食の経済的基盤は勤労者世帯より低位にあり、しかも病院給食は食事基準の規制があり、また治療上の要請から多様な食事に対応しなければならぬので、表1の程度のコストでは質的にかなり窮屈な状態にある。東京都在住の独身男子の場合は、所要栄養が大であるから食料費も、病院給食や勤労者世帯より高いのは当然であるが、このデータは基本食品構成がきまっており、これに毎年同期の東京都の当該食品の市価をあてはめ計算したもので、物価の上昇をそのまま受けとめているものである。これは人事院が給与改訂の勧告を行なう理論生計費の基礎資料である。病院給食の場合は物価や人件費に見合う給食料のアップが行なわれないので、食料費のコントロールを行なう結果低コストである。

一病院の資料でこのような実態を示しても説得力は少ないが、日本病院会が患者食の数種について食事基準と想定献立を策定し、これに対する食費試算を全面的な規模で実施し、適正な給食料の獲得をリードされたい。そ

表1 食料費の推移(1人1日当)

昭和年月	資料	名一日赤 1) 総 合 2)	名一日赤 常 食	名古屋勤労者 世 帯 3)	東京都在住 18才独身男子 5)	備 考
45.	4	205.07円 (100)6)	213.24円 (100)	4) 232.39円 3.64 (100)	337.62円 (100)	1)名一日赤=名古屋第一赤十字病院
46.	4	217.74 (106)	222.49 (104)	249.61 3.84 (107)	368.79 (109)	2)総合=常食, 軟食, 特別食
47.	4	222.05 (108)	228.46 (107)	257.49 3.73 (111)	407.94 (121)	3)名古屋勤労者世帯 総理府統計局「家計調査」による
48.	4	251.35 (123)	265.43 (125)	311.55 3.77 (134)	469.92 (139)	4)…世帯人員構成
49.	4	337.52 (165)	329.88 (155)	362.85 3.82 (156)	593.68 (176)	5)東京都在住18才独身男子=「人事院月報」による。
50.	4	356.35 (174)	364.89 (171)	448.45 3.99 (193)	686.17 (203)	所要 エネルギー 2,800Cal タンパク質90g
51.	4	418.14 (204)	422.00 (198)	462.94 3.89 (199)	783.96 (233)	6) ()内指数
52.	4	447.92 (218)	459.96 (215)	506.70 3.91 (218)	803.43 (238)	

の問題提起として私どもは名一日赤の食料費と名古屋市勤労者世帯の食費の対比を行なった次第である。

44. 生態学的栄養学に基づく食事療法施行の為の病院給食

—栄養価及び食材料費について—

北品川病院第2栄養部 石垣志子 小林 節子
差畑 茂子 熊谷ミツ子
荒川さな江

当栄養部では、当院内科日野部長の唱える「生態学的栄養学に基づく食事療法」(一般にいわれている「自然食」に通じる点もある)を行なう為の給食をしている。生態学的栄養学とは、現代栄養学的条件に気候、風土及び伝統や習慣、その他の様々な環境因子をできるだけ加味しようとしたものである。

一般に「自然食」といえば、材料費が高いとされ、おいしくないとか、低栄養であるとか思われがちである。今回これらの点について、具体的に当栄養部における基本食を例にとり、食糧構成と栄養価、それに基づく献立及び食材料費、患者の食事に対する意識について報告する。

基本食の食糧構成において穀類は主として未精白のもので、米以外にも種々の雑穀を使用。蛋白質性食品としては、ごま・大豆及び大豆製品等の植物性蛋白質性食品が比較的多く、動物性蛋白質性食品は主として白身魚や小魚を使用。動物性蛋白質/総蛋白質=26.6%であり、アミノ酸価は95あるいはそれ以上である。油脂は精製度の低い胡麻油や菜種油や紅花油等を常用。野菜は特に緑黄

色野菜を多く使用。海藻は毎日必ず使用。調味料は、天然醸造のみそ、しょうゆ、酢を、塩は荒塩を使用し、市販のソース、トマトケチャップ、カレー粉、コショウなどの香辛料、化学調味料はまったく使用していない。この基本食のエネルギーは1,600~1,700Calであり、蛋白質は75~80g 脂肪は45g、Ca:P=1:1.5と小さい。

次にこの食糧構成の食材料費は(昭52年4月~8月迄)は1日500円位で、他病院の治療食の食材料費と比べてみても、大差がない。理由として私たちのところでは、食品の持つ自然の旨味や甘味を生そうとしており、食塩8~10gとわず味にしているため調味料の使用量が少なくすむ。また一般に市販されているような速製しょうゆ、みそ、酢と比べると、天然醸造のものは旨味があり、味がやわらかいので、野菜等の甘味と一緒に使えばおいしく料理することができる。いかなる料理にも砂糖を用いることは、自然の味をむしろ殺しかねない。また野菜については、農家との年間契約で、自然農産物ものを使っているが、仕入価格も青果市場に入る値段である。また牛乳・乳製品、獣鳥肉類を頻用せず、魚介類や大豆製品を多く用いているが、全体として、材料費高にならずにすんでいる。

次に、患者の当部の食事について、昭和51年に行なった食事調査の結果によれば、入院当初と現在における当部の食事に対する全体的な印象の項目では、入院当初での、おいしい24.4%、普通31.7%、まずい34.1%。現在での、おいしい63.4%、普通24.4%、まずい0%となっている。このような食事を先入観的に、まずいものと思込んでいる人が多いようだが、この食事に馴れるに

従い、嗜好や味覚の変化が見られた。

45. 注腸検査食の検討

河井病院 栄養科 ○中畑 克子 下 房子
野田 和子 木下 恵子
玉城 絹子
放射線科 藤田 良三 金田美佐子
国立東京第二病院 放射線科 海老根精二

初めに、従来の大腸X線検査(注腸造影法)の前処置では、被患者によって多少の残渣が残り、的確な診断が出来にくかった。そこでブラウンの変法を基本にして大腸検査食(ボンコロ)が開発され、当院においてもこのボンコロ検査食を使用して注腸造影を行なっているが、患者の空腹感が強く、検査後の疲労もあるということで、残渣がより少なく診断に影響のない追加食を放射線科より依頼され、次のものを補填食とした。その結果を報告する。

方法、ボンコロ食の内容は、朝、白粥、味そ汁、梅干ペースト、昼、味付粥、清汁、梅干ペースト、夕、ポタージュ、粉末ジュースとなっており、空腹を補う為にジュース等は、各自補給することはゆるされている。熱量としては、女子軽労作1日、1,800 Calの約1/4に該当し、当然、空腹感の訴えになるものと思われる。今回これに、朝、パン粥、昼、もちとろとろ、夕、葛湯をプラスしてみた。栄養価合計は、熱量405Cal、蛋白質10.7g、脂質1.0g、糖質88.3g、繊維0.3gである。補填食を作るのに際し、Calを与えることが目的であるが、絶対的に腸内残渣及びガス像があってはいけないことに留意し作成した。基本食となるボンコロ食の栄養素配分を分析してみると、ボンコロのカロリー比は、蛋白Cal比9.8%、脂質Cal比3.3%、糖質Cal比87.5%である。補填食もボンコロに準じた配分とした。カロリー比は、蛋白Cal比10.6%、脂質Cal比2.2%、糖質Cal比87.2%である。尚、朝に量的にも栄養的にも多く与え、昼、夕と少なくなる様配慮した。ここで多くの症例中、特に症例の失敗例をあげ、その結果から今後の参考となるものが得られたので提題してみる。

ボンコロの指示が遅れた為、朝食のみ病院給食を喫食した症例、及び給食以外のものを補食した症例の結果を報告する。症例1、朝食を米飯、味そ汁、生卵、ナムル、香物の病院給食を喫食した結果、横行結腸に多少の残渣があったが診断には影響なかった。症例2、同じく朝食のみ病院食、米飯、味そ汁、きんぴら午券、シルバースアラダ、香物。この場合30%程度の摂取率であった為

か残渣はなかった。症例3、とこぶし、牛皮の補食。横行結腸に著明の残渣がみられた。考察、空腹感もある程度解消され、大腸診断にも影響がなかった。注腸検査の問題となる脂肪が症例1の場合、脂肪Cal比20%であるにもかかわらず、診断に影響なかったことは、卵の脂肪が燐脂質で親水性の為ではないか、また早期の喫食であったことも幸いでいたのではないか、また症例3の場合、繊維として微量であるが残渣が著明にみられたのは、繊維量の角度のみでは論じられない問題もあるのではないか、今後症例を増して研究検討を進めていきたい。

<情報・コンピュータ> I 46-51

座長

関東通信病院電子応用医学研究室長 三宅 浩之
名古屋保健衛生大学医学部教授 岡島 光治

46. 電算機を利用した病名の自動コード変換 (II)

東京大学医学部附属病院 電子計算機室

桜井栄光、新妻一三、飯島重美、開原成允
東京大学大型計算センター 橋本克久

はじめに

医療機関では、種々の統計を必要とされているが、その一つに疾患分類統計がある。

この疾患分類統計は、重要でもあるに拘らず多くの困難な問題がある。その一つは、コード化の問題である。

専門の病歴士がいる病院は別にして、各病院の疾患分類統計はどういう方法で集計されているか、甚だ疑問がある。

また、専門の病歴士が病歴を整理している場合でも、疾患名の集計を正確に行なえるのは入院病歴についてであり、外来病歴に対しては数が膨大なため、正確な集計は行なわれていない場合もある。

東大病院では、この問題を解決するための一手段として病名を自動的にコード変換する汎用性あるプログラム(Automatic Code Finder)を開発した。

1. 病名のコード化に関する基本的な考え方

東大病院で採用したコードは、ICDの日本版である「疾病・障害および死因統計分類」である。

このコードを採用したのは公的病院で義務づけられている病院年報のうちの病類別患者数の分類区分によるためである。

しかしながら、このICDに準拠した5桁のコードで十分かという点必ずしも満足のいくものではなく、細かい分類はできない。

従って、このACFでは5桁のコード以外に病院独自のコードを3桁持てるように考慮した。

2. 病名すべてについてコード変換することはできない。

さて、上記のような考え方で病名をコード化することを試みたが、その時当面したひとつの難しさは病名が標準化されていないために病名とコードの対応表は存在しないということである。

本院で採用した「疾病・障害および死因統計分類」においても、ここに記載された病名が疾患の全てである保障は何もない。

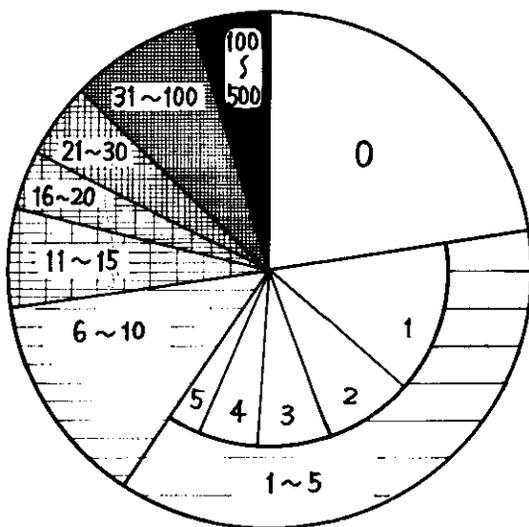
こうしたことを考えると100%自動的にコード化することを目標とせず、人手による作業が一部残るにしてもやむを得ないと考え、いかにそれを少なくするかに重点をおくことにした。

図1は、東大病院でICDコード全体の中でどれだけのコードが実際に使われているか、最近の5カ月間の外来患者について調査したものの結果である。

最近5カ月間の検索件数は38,470件、マスター件数は2,042件である。

この結果、マスターには持っているが、約23% (459件)は5カ月間全く使用されていない。また、1回~5

図1 ICDコード出現回数比率 (外来分)
昭和52年5月~9月 (38,470件)



ICDマスター2,042件の内容

回までが37% (747件)で、月平均のマッチ率は95.3%となる。

つまり、約1,500件のマスターを持っていれば、95%について自動コード変換することができる。

マスターファイルは、利用者自身が作る一種の学習によって徐々に整備する方法を採用した。

以上が本システムを作るにあたって、われわれがとった基本的な考え方である。

47. 関東通信病院における 外来病歴中央化後の 諸問題について

関東通信病院

医学資料課長	川辺 昭
外来病歴係長	内田 完二
外来病歴係	増田 博
"	沢田 博吉
"	○森 時江

当院は日本電信電話公社の職域中央病院として昭和27年に開院し、昭和47年大型コンピュータを導入、約14万冊の外来病歴の中央化を完了した。以来6年経った今日、約15万冊のカルテを保管し、外来数1日1,200~1,300の規模で、貸出(一般診療、予約、急患、研究等)、回収、格納等の業務を24時間サービスで行なっているがいくつかの問題も生じてきている。

1. エアシューターの運行問題

(1) 機械ミス

- (イ) 検知ミスによる誤着信
- (ロ) 空気不調整で生ずる管路および分離器の閉塞

(2) 人為ミス

- (イ) ダイヤルセット違い
- (ロ) 気送子の逆投入による障害
- (ハ) 蓋を完全にしめないためおこる管路内分解

(3) 1カ月の故障状況

- (イ) 輻湊による制限 18件
- (ロ) 気送子を投入してからステーションにいたるまでの送行区間における故障 3件
- (ハ) 分離器の故障 24件
- (ニ) 各ステーションで気送子を取り出さないためにおきる受信不能 39件

これらの事故をなくするため気送管運行監視盤を十分に監視し、事故を早期発見するようにしている。

2. カルテの分冊化の問題について

カルテが分厚くなって搬送に支障をきたしているため、各科医師に指示をおおぎ分冊作業を進めております。

3. カルテの収容スペースの問題について

激増するカルテに対処して、昭和51年6月、第一回二次保管作業を完了、また死亡カルテの三次保管もしている。

現有保管庫の収容能力では近い将来いっぱいになるため、カルテ室を拡張するか、二次、三次保管のカルテをマイクロ化に移行してゆくか、いずれかの方法を考えねばならない状態にある。なおマイクロ化にあたってはマイクロ化後の使用頻度や使用方法に対する対応等の問題を考慮せねばならず収容スペースをめぐる問題は当院のカルテ室として大きな課題となっている。

48. 病歴管理とコンピュータサポート

関東通信病院 医学資料課

○川辺 昭, 渡部康徳, 大塚茂利

関東通信病院は日本電信電話公社の中央職域病院である。

当院における病歴業務に関する電算化は昭和47年以降、各種電算化システムの一環として実施されているが、入院病歴に関するコンピュータサポートはつぎのとおりである。

1. コンピュータ利用の条件について

病歴業務にコンピュータを利用する場合に必須の前提条件として病歴の中央化がある。当院では入院病歴は昭和39年8月、外来病歴は昭和49年12月に、1患者1番号の永久番号により中央化が完了しております。

2. 入院病歴に関するシステム

入院病歴に関するシステムとして「過去入院病歴索引システム」と「入院病歴要約システム」の二つがあり、昭和39年8月から現在に至る入院病歴の要約に関するデータが磁気テープにファイルされている。

以下特に病歴管理に関する業務の省力化、メリットのあった事例はつぎのとおりである。

(1) 氏名索引台帳の作成

従来、手作業で作成していた50音順による退院患者の氏名索引台帳がコンピュータ利用により作成され、作業の省力化が図られた。

(2) 疾病索引台帳の作成

同様に手作業で作成していた疾病索引台帳をICD分類による台帳の作成が可能となったため作業の省力化が図られた。

(3) 検査データ一覧表

患者別の検査結果を入院の1カ月前（外来受診の検査を含めて）から退院まで、検査項目ごとに時系列にまとめた一覧表を打出し、入院病歴に添付している。

以上の3項目のほか病歴室統計として従来手作業またはタナックカードにより集計した各種統計表を約10種類打出している。

以上はバッチ処理により運用されているがこのほか昭和54年頃の子定で計画が進められているオンラインによる病歴管理がある。

(1) 入院カルテ提出業務

入院病歴室に設置されたディスプレイによる端末から入院病歴の提出に関するデータの入出力を行ない、病歴の提出に関する業務をオンラインで運用し、作業の省力化を図ろうとするものであります。

(2) カルテ貸出業務

入院カルテの貸出に関する業務をオンラインで運用しようとするものである。

以上の二つのシステムは作業の省力化のみならず、即時に必要とするデータの検索が可能となり病歴室業務のサービス向上が期待されている。

49. 死亡患者診療録管理の一考察

—死因検討会10年間の統計より—

関東通信病院医学資料課

川辺 昭, 渡部 康徳, ○戸川登美子

田丸 恵津, 田中美智子, 吉村 克俊

当院の死因検討会も本年5月をもって満10年を経過したので、これを機に病歴室としての死亡統計および死亡患者診療録取り扱い上の問題点をまとめながら、今後の診療録管理および記録の質的補充に関して、診療側が有効に活用できる管理を志向して今回の検討を試みた。

なお死亡統計では、当院が職域病院としての性格上職員死亡動向をも、あわせて調査対象とした。

[死亡統計項目]

1. 死亡患者10年間の動向（男女別）
2. 死亡年齢分布（男女別）
3. 剖検率（年令別、男女別）
4. 死亡疾病頻度10年間の動向
5. 悪性新生物部位別比率

[業務上の問題点]

1. 死亡病歴の利用頻度

昭和48年の退院患者を対象として調査した結果、一般病歴は一件につき平均0.9回の利用に対して死亡病歴の利用は5倍の4.5回であった。

2. 短期間（10日以内）在院死亡患者の外来病歴との関係

通常、死亡病歴は一般の病歴よりも在院日数が長く過去の入院歴をもつものも多いため資料が豊富であ

り、その為利用頻度も高く貴重な資料となっているが、短期間で死亡した場合には資料の収集は困難であり、それをおこなうためにその患者の外来病歴との一括管理の必要性について検討を試みた、その結果、

(1) 当該病歴は95件ありそのうち50%のものが即時入院で外来病歴は補足する資料とはならなかった。

(2) 残り45件のうち35件は当該科の入院歴があり同一場所にファイルされているので資料の補足には十分と思われた。したがって短期間入院の死亡病歴と外来病歴との関係は約90%のものが以上の状態であった。

3. 現在病歴室で実施している資料補足の2項目について

(1) コンピュータによる初診時からの検査データ一覧表の打出し添付

(2) 病理検査部門より提出される詳細な病理診断の病歴への挿入

以上10年間のまとめとしての死亡統計の概略と検討結果の一部を報告した。

50. 当院における疾患別在院日数並びに過去5カ年間の退院シートの分析結果について

総合病院 南大阪病院

医事課 ○西田貞治郎, 桑原 洋二, 清田 孝

審査課 小林 英文, 岡本 昭男, 山野 弘

瀬屑 正寿

1. 緒言

本院は大阪市の西南部の住々江区に所在する610床の総合病院である。昭和26年5月、病床数115床、診療科目、内科、小児科、産婦人科、放射線科で発足し、爾後診療科の増設と増床をはかり昭和32年7月、総合病院の認可、昭和37年1月、医療法人に改組、「皆様から喜ばれる病院造り」をモットーにして、「誠意と親切」、「責任の完遂」並びに「技術の練磨・向上」を柱とする院長方針のもとに努力を重ね今日に至っている、現在職員数約450名、附属看護専門学校生約150名、1日平均外来患者数約1,000名、入院患者約500名である、創設時より毎月各科輪番で「南大阪病院学術集談会」を開催し、主論文は「南大阪病院医学雑誌」に掲載、また病院と患者を結ぶ機関紙としては、昭和34年以來「南大阪病院新聞」を発行、地域社会の保健衛生思想の向上に努めている、今般、本院を利用する患者の動向を知るために、昭和47年から昭和51年までの退院患者23,408名の退院カルテを対象に、(1)性別、(2)科別、(3)年令別、(4)診療圏別 (5)入院経路別、(6)費用負担別、(7)平均在院日数 (8)死亡率の8

項目について検討した結果を報告する。

2. 成績

(1) 性別 全科平均で男43.7%、女56.3%で各年とも大きな変化はない。産婦人科を除くと比率は男56.7%、女43.3%となる。

(2) 科別 科別構成は 内科37.6%、外科11.9%、整形外科5.1%、産婦人科22.9%、小児科17.1%、耳鼻咽喉科2.4%、眼科0.3%、未熟児2.7%である。内科が全体の約40%を占めている。

(3) 年令別 年令別構成は0~14歳が24.2%、15~64歳が61.8%、65才以上が14.0%である。65才以上が47年11.8%、48年12.6%、49年14.9%、50年15.5%、51年16.3%と毎年約1%の増加を示している。

(4) 診療圏別 大阪市内83.0%、大阪府下14.0%、他府県3.0%である。本院から半径3km以内の地区が全体の77.4%を占めている。

(5) 入院経路別 外来から75.8%、診療所から15.6%、救急から5.4%、他病院から2.0%、その他1.2%である、紹介入院が全体の約20.0%を占めている。

(6) 費用負担別 健保45.1%、国保32.7%一般14.8%、生保4.7%、労災2.4%、公費0.3%、併用10.3%である。健保の横ばい、国保、併用の上昇に対し、一般、労災の下降傾向が目立っている。

(7) 各科別平均在院日数 内科48.3日、外科27.4日、整形外科63.4日、産婦人科12.2日、小児科12.5日、耳鼻咽喉科10.9日、眼科23.9日、未熟児27.3日、全科平均30.1日である、一般病床についての厚生省の「病院報告」並びに「国立病院報告書」より2日乃至5日短い。

(8) 死亡率 昭和47年7.2%、48年6.9%、49年7.4%、50年6.9%、51年7.6%である。5年間の平均は7.3%である。

3. 結び

以上の考察からいえることは、近年の社会情勢の変化並びに福祉の充実などにより、各人の医療に対する関心が深まっている、これに対応するには、色々と人的面、経済面に困難な点もあるが、それぞれの医療機関の特殊性を発揮する必要があると思う。本院においても設立スローガンである「地域の皆様から喜ばれる病院造り」に今一層惜しまない努力をしなく思う。

51. 医療情報システムとオンライン、データベース

河野臨床医学研究所

附属北品川総合病院 コンピュータ室 山本信吾

最近、データベースの必要性が色々と医療情報システ

ムにおいて問われているところであるが、そのシステムの特異性を考えるに、その必要性を望む私もその1人である。

しかしながら現在の医療情報分野においては使用されている例は、まだ少なく、大型機種によるデータベース使用例は、数例あるのみである。また反面ミニコンレベルでのデータベース言語としてMUMPSの発展があり、経済効果に適合するのかが注目されている。

このデータベースの必要性和種々の問題、今後の課題などをシステムの方向などをふまえた上で考えていきたい。

まず病院の特徴を考えると

- 専門集団である、
- 各専門家が異なる業務を行なうが、患者を接点として診療という1つの行為を行なう。
- 例外処理が多い
- 人件費が高く低収益性である
- 組織がリアリティをおびていない。

などであるが問題は、低収益性を無視できず人員にもきびしい限度がある今の医療状況の中でいかに効率のよいデータベースを考えるかにあるが、その考慮点を考えると、

- 1) 複合体である病院においてすべてについて互換性をもつデータベースはm/Cの限界をきたす。
- 2) 柔軟性拡張性は、当然必要
- 3) ファイルアクセスタイムを考えデータベース全体の構想を進める必要あり
- 4) コスト・パフォーマンスの点では、汎用機種の共同利用 MUMPS, 小型機でのデータベース、一長一短である。

つまり柔軟性が要求されるかわりにスピード即時性も要求され、レセプト作成のようなバッチ大量処理も要求される。

我々のめざすものは、複雑なファイルをもこなせ、柔軟性があり、かつスピードも速いってみれば、ニューマンパス、あるいは、汎用事務処理データベースのマンパス化であるようだ。

しかしデータベースシステムを論ずる前に実際の運用を試みないとその評価は生まれず、当北品川病院においては、4病院に分散しておりこれを統括するシステムを来月m/Cの設置を行ない進めるつもりである。

いずれにしろ“MUMPS”の欠点もものがせないが、病院が点在するというハンディをもっている事からMUMPSの柔軟性に期待し稼働を行なおうとしている。

座長 北品川総合病院長 河野 稔
愛知県総合保健センター成人病 診断部長 岩塚 徹

52. 医事管理

住友病院 医事課

石田 智士, 伊人 正己, 中沢 光夫

当院医事業務のコンピュータ処理については昭和46年に初めて端末機を設置し、外来各科(16科)の診療報酬請求事務の電算処理を開始して以来一応順調に稼働してきたが、これを入院関係にまで拡大しコンピュータによる医事業務等の効率化を図ることは、我が住友病院において永年の宿題であった。50年8月従来のオフラインに換えてオンラインシステム導入の提案があり、これを機会に医学の進歩に即応し、その向上に資するための事務近代化構想が大きくクローズアップされ各種専門委員会等を設置し綿密なる検討と意見交換を再々繰り返し万全なる調整をした。オンライン導入を含む医事業務近代化の積極的推進を図るという基本の方針が確立され、52年2月1日より開始との予定が51年7月初旬決定に達した。

これに伴い現場作業突入の運びとなり、第1目標1患者1番号制に切り換える作業となり、51年8月より受診の患者には新番号の貼り付け作業を行ない、2月1日開始には患者登録35,000名を完了した。(患者登録約10万人分収容可能)

新方式に伴いカルテの中央管理より各科分散の運びとなった。当院においては1日約1,200名前後の外来患者があるので中央カルテでは相当の無理が出ていた事は一月瞭然であった。機械導入を契機に各科分散に切り換えたのは妥当であると思われる。電算化を機会に伝票制も確立され請求洩れ防止に多大な努力を払っている。が、請求洩れ防止には完璧な機械を導入しても設備等が完全なものであっても無くなるものではない。

部門が協同体として仕事をする上にはより詳細に計画し、組織づけ、動機づけ、協調させ、評価することが必要となる。即ち診療側とパラメディカルな他部門との意見調整をどのように上手にする事が大切なものであるかという事を痛感しておる。

今回実施したシステム即ち、患者登録、窓口会計、レセプト作成の自動化、空床管理及び各種の医事統計作成

等を行なっている。実施当初は、毎日の業務に熟するのが精一杯でうまくいっているかどうかを考えている余裕など全然ない毎日の連続であったが、今では一応順調に進んでいる。しかし反省すべき点も多々発生している。欠点を少しでも無くす為、もう一度初心に帰ってじっくり考え直さなければならぬ時期に来ているように思われる。

また如何に完璧な機械といえども必ず故障は発生する。万一故障が起きた時に日常業務に出来るだけ支障を来たさない対策を考慮しておかなければならない。その為にもプログラムの柔軟性も重要である。

今後システムもお一層拡大される事は必至である。絶えず改良の方法の研究を続け能率化の手段を構じなければならぬと考えている。

53. 医事業務における電算業務の改善

佼成病院 医事課

芹沢 好一、○藤田 勝義、蒲生 祥子
小沢 房子、菊地 聖一、大場 千春
安中 昌子、筒井久美子、福島しげ子
水島 恵子、鈴木 路子、石渡 則子
中山あさみ、葛西あけみ、坂口 弘美
遠藤 恵子、滝沢 幸子、森 栄美子
渡辺 修孝、本宮 直美、植村 淳子

数年来医事業務を電算課とタイアップしてコンピュータ処理をしてきたが、キヤンチャーに関する事、それに対する職員の養成、配置転換等の諸問題が続出して機械にふりまわされていた状態であった、業務を円滑に進めるには、今までの業務の受付、チェッカー、キヤンチャー、会計等をまとめ全員がその業務に精通するのが能率をたかめていくのではないかと思いローテーションと考えました。

コンピュータで処理をしていく中で、パンチャー業務に長くたずさわっていると、社会問題になった、腕がシビレルという現象がでたり、専門職である為にだれもが手伝うことができないことで、他職員との間に目に見えない溝ができ精神的、肉体的に不安をおぼえてきた、また業務が機械化されたことによって、手計算でやっていた時より簡単にすみ、機械に頼る傾向になり、万一故障がおきた時に計算が遅れることもあり、患者サービスにも支障をきたすので、今までの業務を統一して、チーム制度にし4人一組の3チームを作りました、当初は少なからず抵抗はあったが改善していくことが自分達の為になることを強調し入力日数の削減、オールマイティな

医事課職員をめざして行くことを目標にして作業を始めた、最初に2チーム(A・B)が4日間入力業務を行なうと、1チーム(A)がぬけ、他の1チーム(C)が入り、さらに4日たつと、1チーム(B)がぬけてAが入るという8日間入力、4日間他の業務のパターンにして各パートを交代制でうけもつ方法に切替えた、変更前は毎日機械に向っていたのが、1カ月16日間に短縮された、ローテーションを組みいろいろな仕事に取り組んだことにより、幅広い知識がどうしても必要なことがわかり、勉強会をしていき、わからなかったミスも事前にわかるようになってきた。

しかしなれるにしたがい確認を怠るようなミスがでてきたが、その都度、どこでミスがでたのかを調べ、次には必ずなくすようにしていき、ミスもわかった時にその場で確認するように心がけ、当初はかなりあったミスも非常に減少してきた、少数ではあっても、たとえ悪い結果がでてお、お互いの和を大切にしながら少しでも良い方向にもっていく努力のかいあって、多少の早い遅いはあっても全員ができるようになってきた。

まだまだ完全とはいえないが機械を扱う我々が単純な操作をくりかえす中で、より機械化されていたわけだ。機械はあくまでも機械であり、我々のように感情や融通性は持ち合わせていない、むしろ機械に愛情をもちながら私達は機械以前に仕事の中でもっとも大切と思われる職場の和、お互いの信頼を中心に仕事の改善に取り組みそれにとざざる全員のおかげで、精神的、肉体的にも安定してきました、今後は医事課職員のすべてが、オンライン業務を中心にローテーションで仕事ができ、今以上の入力日数の削減をめざして、改善努力していくつもりである。

54. 医事課入院業務におけるコンピュータ導入について

雄勝中央病院 事務長 坂本 功
医事課 ○半田 雄治

当院はベット数456床の総合病院で、毎月の平均レセプト枚数は、外来5,000枚、入院600枚である。

51年12月から漢字による入院レセプト作成のコンピュータ導入に取り組み、8月から稼働しているので、ここに導入の経過及び現状を報告する。

コンピュータ導入の目的は、専門分化する医療と並行して、業務量の増加、複雑化、更に専門化する医事業務を従来のような手作業で、しかも転記と計算の繰り返し事務処理では、ミスの発生が多く、事務能率を向上するには限界がある。これら諸問題を解決する為コンピュ

ータ導入を決定した。

導入したコンピュータシステムは、小型コンピュータ1台（バロースDC140）磁気ディスク1台（A948L）、端末機2台（Tu1,700）である。

現在コンピュータを担当している要員は、8名で専任が1名、他7名は医事課入院係と兼務である。

入院レセプト作成から。コンピュータ化を始めたのは

- 1 外来から始めた場合、オペレーターが熟練されていないので、即時処理が困難な為、患者の待時間が長くなる。
- 2 現在の各科カルテ方式より中央カルテ方式が望ましいと考えられた。
- 3 入院レセプト1枚のデータボリュームが多く単価が高い。

等があげられ、第1段階としてオペレーターの熟練度、患者の関心度、職員の理解度、等入院の状況をよく見極めてから、第2段階として、外来レセプト作成に移行すれば、コンピュータ化がスムーズに出来ると判断したからである。

コンピュータ導入の経過は、52年1月末に機械を搬入2～3月は端末機オペレーション練習 5月はテストデータ打ち込み、6月は手書きのレセプトとコンピュータで打ち出されたレセプトの比較検討、7月にはコンピュータで打ち出されたレセプトの一部を支払基金、国保連合会に提出、8月からは全科コンピュータ処理に移行した。

導入後の状況は、期間が浅く結果を報告する迄に至らないが、1度端末機に入力すると入院会計書、日計表等が院内の小型コンピュータで自動出力されるし、また、センターからは漢字レセプト、諸統計表が出来てくるので請求事務が合理的、且つ正確になった事は事実である。

導入の反省として

- 1 環境設定を早くする（温度、粉塵等）。
- 2 伝票設計を早くする（略称コードがつけ易い）。

以上の2点があげられる。

55. 「MUMPSシステムでは容易にFILE変更が可能」中京病院既存レセプトFILEを公害用に変更し実用化した

社会保険中京病院コンピュータ・センター

○吉川 光男, 渡辺 清司

当院では、コンピュータによるレセプト作成システムを、マンブスと呼ばれるプログラム言語を用いて、昭和

50年4月より行なって来た。レセプトシステムを設計する上で診療報酬請求明細書が提出先により算定・書式等が違い、業務の簡易性、プログラム作成時の障害となり、これらの問題点を含み、他の医療機関でも多くのレセプト作成システムが働いているが、公害・労災の診療報酬請求明細書に対しては苦慮されているように思います。当院にて、52年4月分より実施している公害診療報酬請求明細書の作成報告をします。公害は、健保請求分と異なる点数の算定があり、4月以前は健保同様に出力し、そのうち別項算定のみ手計算による半機半手で処理してきました。この手作業は、医事業務に慣れた係員でも8時間余を要し、医事課担当員の強い要望により、名古屋公害対策局のご指導を受けながらコンピュータ処理に変えた。プログラム開発にあたり、マンブス言語の特徴である「ファイル変更の容易性」を活用する事を基本に置いた。毎月約50名の公害診療請求書の作成が、前処理レセプトアウト集計と一貫してコンピュータ処理が可能となり、担当者の仕事の軽減を計り得ました。参考までに、52年9月分診療請求書52名分、変更プログラム実施時間5分レセプトアウト17分、8時間余を要していたのが僅か20分余で処理できるように成りました。病院におけるコンピュータの有り方についても、一般に機械購入からプログラムの開発まで、すべて病院外の人々に依存し続けているのが現状です。しかし、病院のような多種業務では、内容が複雑で変動が多く、かつ即応性を要する業務にあっては、その都度メーカーに依頼するのでは、時間的にも、経済的にも大きな負担と成ります。現在まで当院では、現状の中で必要性が高く担当者が機械化の必要性を強く感じ、この業務をコンピュータにやらしてみようではないかと思う時に担当者とコンピュータセンターとのお互いの持ち味を生かして、この病院独自のそこに一番ふさわしいシステムを、現在の仕事とマッチングを計りながら押し進めています。その根本にはマンブスという取り扱いの簡便な小回りのきく、ソフトウェアの選択に負うものが大きなウェートを占めています。別段専門的教育を受けた、システムエンジニア・プログラマーを介する事なく、ごく平凡に自分達の必要とするシステム作りが可能で、このように誰にでも自分達で自分達の今必要なものが、より容易に作り上げられるという事が、これからの機械化への一つの目標ではないでしょうか。

56. 記録の保管とマイクロ化

(脳波検査における)

名鉄病院 臨床検査科

木村 君孝, 笛木 悦子, 藤原 幾子
越猪チズ子, 百々 兼重, 水野 路雄

近年診療の多様化により診療記録及び検査等のデータ類は日々膨大な量に達し、これらは教育、研究、診療にとって極めて貴重な資料であるので、これを出来るだけ多く原形に近い形で保存するため管理、保管の合理化の一つとしてマイクロ化が進められている。

当院臨床検査科では、脳波検査のマイクロ化を16mmミニコピーフィルムを利用している。

脳波検査のマイクロ化において大切な点は、その再現性と精度及びその利用しやすさにある。再現性、精度の問題は、脳波上大切な速波領域及び Spike and Wave 領域等の波型の精度については、唯今のところ満足される状態でマイクロ化が進行している。

また保管、管理では当院では30m巻フィルムに13~18名の記録収納が可能で、幅1m奥行1m程のスチール製ケースに約2年分を保管、整理している。保管上はフィルムの性質上湿度に対する注意を十分にすることにより、変質させることなく保たれている。

一方診療、教育、研究への利用は現在は少ないが、利用時、専用リーダー器の必要となる不便さはあるが、取扱方法は簡易でフィルムも年度別、検査順による番号整理により利用しやすく、今後は益々利用度向上のため努力すると共に、マイクロ化の利点を他部門にも利用拡大して記録の保管、管理をしていきたい。

57. 医療機器の安全管理

社会保険中京病院

間部 弘, 安間 靖秋, 太田 裕祥

はじめに

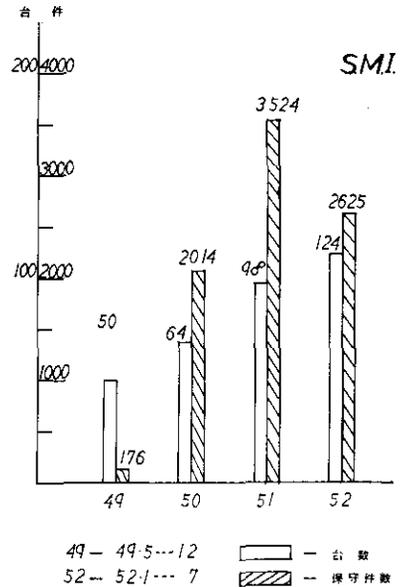
病院において、日々医療機器の使用は増加の一途をたどっている。これら医療機器の種別数量は多種多様で、その操作も複雑多岐にわたっている。

中京病院において過去3年余、院内で使用される医療機器を安全に、かつ有効に使用するかについて検索し、その管理面について追求してきたが、今回本院においておこなわれている医療機器管理のうち、安全管理・性能管理について少しばかり知見を得たので発表する。

安全管理

医療機器の安全管理は機器の保守・取扱教育を主眼としている。すなわち医療機器を定期的および各使用ごとに点検・整備することにより、次の使用時の迅速稼働・かつまたチェック点検により異常個所の早期発見につとめ、安全を確保している。(図1)

図1 医療機器保守件数



取扱教育

次に医療機器の操作面であるが、私共は技術者の立場から操作の面を医師および看護婦に依頼している。この場合正しい使用法・使用目的・使用上の注意等を中心に安全教育をおこなっているが、以後医療機器使用による医療事故は1件もなく成果をおさめている。

表1 医療機器取扱教育

S. M. I

	機 種	回 数	受 講 者
50	5	12	42
51	7	21	122
52	11	51	354

52—52.7まで

表2 看護婦対象ME教育スケジュール

52年1月～7月

日・時 間		教 育 内 容	対 象 者
1月31	90分	MEの基礎 (I)	看護専門学校一年
2月1	90分	" (II)	"
4月5	120分	救急蘇生について	新採用看護婦全員
5月9・10・12・13	180分	E C Gモニター 救急蘇生器	各病棟看護婦 60名
16・17・19・20	180分	除細動装置	" 53名
23・24・26・27	180分	人工呼吸器 MA-1・バード8	" 39名
6月4	60分	呼吸管理とE C G	病院全体看護婦
9	90分	E C Gモニター	A病棟看護婦 8名
16		除細動法	" 9名
23		人工呼吸器 MA-1	" 8名
29		酸素テント	" 10名
7月2・8	90分	酸素テント	各病棟看護婦 11名
1・13	90分	冷却加温装置と電子温度計	" 19名
5・6・12	90分	人工呼吸器 MA-1, バード8	" 30名
19	90分	加 湿	" 10名
20	90分	心拍出量計 ベビーバード	" 8名
21	90分	救急蘇生器	" 6名
29	180分	E C Gモニター I P P B	" 15名

性能管理

また、手術室・I.C.U・C.C.U・一般病棟等において、医療機器を使用してデータを観察・記録し、それをもとになんらかの診断・治療をおこなう場合、正しいデータを必要とする。本院では機種により異なるが、定期的に週1回・月1回・年2～3回と分類して性能テストをおこない、そこに発現する症状・データをもとに修理・調整・時には廃棄処分をおこなっている。(図2.表3)

図2 フロテイク 9154性能テスト

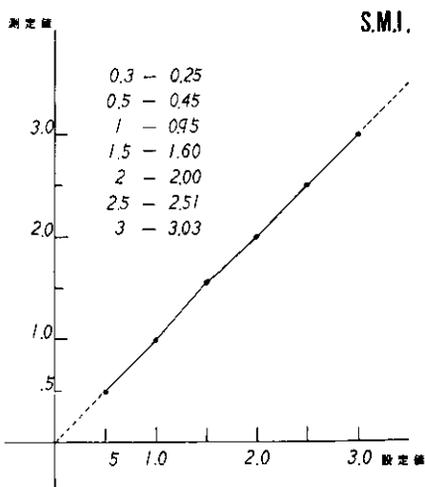


表3 医用機器性能管理件

S. M. I.

	機 種	台 数	件 数
50	7	12	13
51	12	17	23
52	12	17	15

52-52.7まで

おわりに

以上、中京病院においておこなわれている医療機器の安全管理について、その一端を述べたが、患者の安全・医療機器を操作する医師・看護婦および技術員の安全と周囲の安全を考慮するとき、これら教育・保守性能管理は必須かくべからざるものであり、今後ますます重要視されてゆくと考えらる。

<看護> I 58-62

座長 三重大学医学部附属病院看護部長

関 よね

愛知県ガンセンター看護部長 明石恵美子

58. 当院における看護業務内容の実態

<日中と夜間の業務の比較>

新潟市民病院看護部 塩谷 スミ, 桐生 禮子
小柳 恭子, 細川 孝子, ○望月 綾子

目的：開院後3年目に看護業務の実態を調査して、日中と夜間の業務を比較検討する。

調査方法：全病棟の婦長を除く看護職員を対象とし、7日間、全勤務時間に亘った。自記式とし、5分以上要したものを時間数で、5分以内のものは回数であらわした。

調査項目：基本的看護、記録情報伝達、検査診察処置介助、環境整備、その他に大別した（以下各項目を順にABCDE、とあらわす）。

結果と考察：1週間の延時間数の項目別割合は、A 41.6%、B 35.7%、C 10.4%、D 6.2%、E 6.1%となり、Aが1位であったことは評価してよいものといえる。業務内容の勤務時間帯別割合は、図1の通りであった。ここでは、AとBに限定してのべることとする。

1：基本的看護 内訳は、図2に示した。測定観察が夜間に高い割合を示したのは、標準化した業務が多いことによる。与薬で夜間の割合が予想以上に高かったことで、24時間継続して行なっている業務であることがわかった。生活の援助で昼夜の別なく援助が必要である食事、清潔、排泄、安楽は、3勤務時間帯共大体平均した割合であった。指導について結果に期待したが、項目別割合は、日勤6.2%、夜間1%以下と予想外に低く、理論を実践することの困難性を痛感した。

2：記録、情報伝達 図1から、各勤務時間帯共35%前後を示した。主な内訳は、看護記録と申し送りであり、これは予想したとおりであった。標準化されたものをそのとおりに行なっている結果であるとみられる。ここで回数についても見ると、項目別割合は、電話39%、ナースコール27.2%となっており、業務が断片的に行なわれていることがわかった。

おわりに、標準化されている業務は大体昼夜共行なわれていることがわかった。今後は標準を更に高めること

図1 業務内容の勤務時間帯別割合

日 勤	50%					100%	
	A 36.3	B 34.7	C 12.5	D 7.9	E 8.6		
準夜勤	51.4	38.7		5.9		2.1	1.9
深夜勤	49.5	35.9		7.7		4.5	2.4

(注) A：基本的看護 D：環境整備
B：記録情報 E：その他
C：検査診察処置介助

図2 基本的看護の内訳

日 勤	測定観察 25.7	与 薬 20.7	生活の援助 47.6
準夜勤	37.6	20.6	41.8
深夜勤	43.0	17.5	39.5

と、患者のニーズに主体的に対応できるように、卒後教育の場で検討しなければならないと考えられる。

59. 当病院における看護手順集の作成とその運用について

原病院 ○大畑美和子, 矢木すみ子, 湯浅千津子
小林トシエ, 堀 美佐子, 川原 啓美

当病院はベッド数83床、外科、内科、小児科の診療を行なっている。各種の外科手術が行なわれ、また第2次救急指定病院でもあり、小規模な割に複雑な看護業務が要求される。看護部員総数28名、毎年新就職者を迎えるが、当病院の治療方針を後輩に指導伝達するには、困難を感じていた。そこで昭和49年5月に、看護手順を作成する事が看護婦会で決議され、同年6月から実施した。まず、看護婦全員を6グループに分け手順の項目を割り当て、更に各個人に分担を決めて研究、リポートを作製し順次看護婦会において発表検討し、その後手順委員会にて修正して最終的に決定した。完成には約3カ年の歳月を要した。一番苦勞した所は、当病院で先輩達が以前から行なって来た方法の中、良い点を残しながら新しい看護業務に変えてゆく事であった。内容は第1章から第7章まであり全体で185ページに及ぶ。第1章の患者に関する事は、入退院時の患者への説明、オリエンテーションの他、患者に直接関係する事柄を入れた。第2章の記録に関するものは、当病院外来では、看護婦が初診患者の子診をとるので、経験の少ない看護婦でも病歴がとれるような手引きが記してある。また最近医師がそれぞれの分野で使用する略語をチャートに書く事も多いので当病院で使用される略語集をとり入れた。第3章の検査の

介助と看護法は、当病院の検査室、X線室等で行なう検査について十分な説明を行ない患者が安心して検査を受けられるよう援助する事を強調した。第4章の処置介助は、必要物品の準備、患者への説明、介助、後始末等を記した。第5章の手術室に関する事では、手術室勤務及び介助法の実際、麻酔の介助などと中材業務についても記載した。第6章の与薬については、当病院では普通薬は自主与薬し、抗生物質やその他医師より指示された特殊薬のみ与薬しておりその説明を行なった。第7章は、以上の各章に入れにくいもので、当病院の看護業務上必要なものを入れた。

実際の運用として看護学生及び新入職員に対し、オリエンテーションの場で活用することにした。この方法によって、従来のオリエンテーションの時間を節約し、かつ内容を統一徹底出来た。日常の場では、経験の浅い看護婦が業務中の手引きとすることが出来る。

今後は手順委員会を存続し、年1回改訂するつもりである。以上今回作製した看護手順について報告したが完成までに3年間の時間を要し、日常の看護業務に忙殺されながら、新しいものを生み出すには、想像以上のエネルギーを必要とする事を知らされた。しかし、私共のような小規模の病院でも、看護手順の完成によって、自分達の病院の医療と看護が持っている長所と短所を認識し、より新しい優れた看護に対する意欲が強められた。

60. ICU看護に関する研究(第1報)

<救急医療センターICUにおける看護の実態と問題点>

聖マリア病院救急医療センターICU

○清松 初子, 今村 桃子, 宮原とよ子
川野スエカ, 島津多美子, 坂口 銀子
林 恵子, 角 千春, 橋爪 和子
椛島ケイ子

本院では昭和43年より本館救急医療センター内にICUを開設し、地域に対する救急医療の充実をはかって来た。

今回は昭和50年1月1日から51年12月31日までの2カ年間の統計をもとに、救急医療センターICUの看護の実態及び教育上の問題点についてのべてみたい。

現在では院内に5つのICUを有しているが、これらのICUの基礎となったのは救急医療センターICUである。

定床20床で開設されたが、看護人員の不足などから、現在は12床で運営している。

医師はICU医長1名のほかは、各診療科主治医制と

し、看護要員は看護婦19名、看護助手2名、病棟婦1名である。

看護婦は日勤6~7名、準夜3名、深夜3名であり1人あたりの月平均夜勤日数は11日である。

ICU患者収容状況についてのべる。1日平均収容患者数は9名、収容患者在室日数の平均は6.4日である。搬入別にみると、救急車によるものが54.7%と約半数であり、ついで本院内各病棟よりの転入が24.2%である。

科別では、外科が多く63%、内科は21%である。疾患別では、消化器系疾患が23.4%、不慮の事故が23.2%であり、ついで循環器系疾患が15%である。

また、ICU内においては呼吸管理の必要な患者が増加し、昭和51年度では95.2%の患者の呼吸管理が行なわれた。

収容時間帯別にみると日勤42.7%、準夜・深夜あわせると57.3%と夜間の収容患者が多いことを示している。

看護婦教育は、院内教育の現任教育の中でとりあげられている。また日々の業務の中でも勉強しているが、ICUナースはスペシャリストナースたることが要求され、現在自主的なICUナーススペシャリスト教育のカリキュラムを考案中である。

以上のようなことから、問題点をまとめてみると、①看護婦数の今一段の増強、②看護婦の質の向上及びスペシャリスト教育の為のカリキュラムの制定。③看護労働の平均化特に夜勤者の増員。④入室患者の選択。ICUと一般病棟の間の緩衝ベットの必要性。等があげられる。

また看護者自身としては患者を全人間的にとらえ、プライマリーケアを行なうことの出来る看護婦になるべきだと思われる。

今後、私達は患者により医療と心あたたかい看護を提供すべく、そしてナーススペシャリストを目ざして努力していきたいと思う。

61. 重症救急センターにおける勤務体制について

北品川総合病院 後藤 幸子, ○菅野 衣子
佐藤やす子, 手塚 久子
森山 邦子, 錦識ハナ子

はじめに

365日、1日24時間を通して、いかなる時間帯においても、適切な診療が要求される救急医療、医師、看護婦を初めスタッフ確保や、あらゆる疾患に対する施設と設備の必要性、救急患者に対する診療を行なえば行なう程

赤字がかさむという不採算性や、日常業務が阻害され運営を維持していく事を非常に困難にしている問題、また急増する急患に対する診療行為は、医療従事者の過重労働と変わり、人間の自然な欲求、休日夜間は休養したいという要求と相まって、救急医療をますます困難におとし入れております。しかし救急車のたらい回しが、マスコミや社会が取りあげ、集中的な批難をあげており、指定を受けながらも、受け入れられない現状等、国家及び自治体の強力なる助成もさる事ながら、そうした批難を少しでも解決し、医療の真摯な姿勢を示すべく、当院は本年3月に新たな救急重症センターの完成をみました。このような世論の中で、「どんな場合でも急患を受け入れよう」「患者さんを自分の家族と思って尽そう」と日夜微力ながら努力しております。

重症救急センター開院以後6カ月間の状況では当院取り扱い急患数の60%をしめ、救急車での搬入も60%をしめております。また1日平均搬送台数の急激なる増加をみております。

近隣地域よりは、他の地域搬入台数の増加が多く、地域拡大はセンターの役割をはたしつつあると考えられます。

急患取り扱い時間別統計では、時間外は65%となり、入院外来別統計でも56%が入院となり、いかに急患、救急車の受け入れが、病院運営上スタッフ確保に大きな比重がかかっているか、ご理解いただけたらと思います。

センター的役割をはたそうとすればする程、夜間働く職員の過度な緊張と、肉体的負担は単に金銭的なもので補えないものであり、医療人としての貴重な生命を守っていく使命感、満足感で解決していかねばならないのが現状でしょう。疾患別統計でも打撲が多く含まれていた昭和51年度と違い頭蓋骨骨折が上位を含めております。緊急手術では、時間外手術が81%を含め、科別統計でも脳外科が49%をしめており、縫合等の処置も急患総数の8.3%がうけております。以上一部データでもお解りいただけるように夜間におけるスタッフ確保が、大きな壁となりますが、当院では業務に限界を作らずケースにより分担能力を判断して地域に根を張り医事紛争を起さず、専門Nsの適き配置等の必要性がますます考えられます。

終りに当院は本年26周年を迎えますが、人間教育に力を注ぎ、真療をめざし、生涯勉強、与えられた事を忠実にやる、医療人である事にほこりを持って、救急医療を完遂するよう、微力ながら努力いたしております当院の一部を報告致しました。

62. 新生児集中強化治療施設における看護記録の合理化についての一工夫

総合病院聖隷浜松病院未熟児センター

○高橋 知子、スタッフ一同

当院は、昭和52年4月、未熟児センターを開設しました。当センターは、新生児集中強化治療施設(NiCU)として16床、移行期治療室(INTERMEDIATE)回復期治療室(RECOVERY)22床、計38床であります。

この施設には、地域の医療機関からの依頼で、動くNICU車というべき新生児専用救急車を配車し、収容しております。

インクベーターは、心電図・心拍数・呼吸・体温・血圧を常にモニターし、適切な酸素療法を行なうための酸素モニターコントローラー、人工呼吸装置をも備えております。そこで24時間同一レベルの治療看護を要求されるため、NiCU記録用紙を作成してみました。

作成するために次の事項をポイントにいたしました。

必要事項として、①測定できるもの、②観察するもの、③処置、といたしました。記録する立場からは、正確に判り易く、経時的に記録できるものとし、かつ簡略にして繁雑な事務処理をなくし、近い将来これらをオンライン化する予定であります。

以上を作成上のポイントにして作成し、現在これを試験的に使用しております。

なお今後、関係者による検討を行ない、よりよいものをつくりたいと願っております。

<看護> II 63—67

座長 日本看護協会看護研修学校長 細貝 玲子

愛知県厚生農業協同組合連合会
厚生看護専門学校副校長 辻 敏美

63. 当院における卒後教育について

名古屋第一赤十字病院看護部

立松 映子、平木 好子、○村上 主子
高橋 貞子、伊藤 昌恵、高橋 道子
稲場 恵美

はじめに

人間の“生と死”を直視しながら業務を遂行する厳しい職場倫理が求められ、医療の高度化を医学の進展によ

る専門化、機械化がすすみ、一方では社会が看護に対する期待が大きしいし評価もきびしい中で継続的な研修の場として臨床場で育てていかねばならない。

教育計画と実施

多くの学生の実習場である当院では卒業生すべて指導者としての責任がある。特に中堅層の看護婦には、リーダーとしての能力が要求され看護にむける姿勢が学生、後輩に大きな影響を及ぼす。そのため昭和46年より臨床指導者研修会を計画実施現在に至っている(表1. 2. 3)。

目的 看護学生の臨床指導に重点をおく。臨床指導者と臨床の教育的環境を機能的、心理的に整えること。対象 卒後2年以上。期間 昭和46年～49年、3カ月、1カ月は3日、これは期間が長く、研究内容の興味が薄れ効果が上らない、昭和50年～51年、2カ月、1カ月4～5日間総時間数25～30時間、昭和52年、1カ月5日間(集中)時期 4日～7日初全科は終了者に証書を与える。内容

表1 昭和46年度 臨床指導者研修会プログラム

月・日	曜日	科 目
6/1	火	新カリキュラムについて
2	水	記録類(経験録・評価表)
3	木	臨床指導(ワーク・ショップ)
4	金	臨床指導
7/5	月	看護学総論
6	火	成人看護学
7	水	小児看護学
8	木	臨床指導(ワーク・ショップ)
8/3	火	講演「医療過誤」
4	水	看護計画
5	木	母性看護学
17	火	看護学総論(看護の概念)

特別講演「医療過誤」名古屋大学 古田教授

特別講演「看護の概念」愛知県立看護短大 杉野助教授

表2 昭和49年度 臨床指導者研修会プログラム

月・日	曜日	科 目
5/15	水	KJ法について(理論)
		KJ法(私にとって看護とは)
16	木	KJ法
17	金	KJ法
6/19	水	看護教育・看護の動向
		看護計画
20	木	看護管理
21	金	講演「児童心理」
7/17	水	看護学総論
18	木	臨床指導
		臨床指導の手引き(経験録・評価表)
19	金	ワーク・ショップ(職場における人間関係)

特別講演「児童心理」中口子ども会主事 三宅先生

「看護の動向」愛知県衛生部 東浦主事

表3 昭和52年度 臨床指導者研修会プログラム

月・日	曜日	科 目
6/6	月	看護について 看護教育 学生指導
6/7	火	カウンセリング(理論と技術)
6/8	水	看護計画 ワークショップ(臨床指導について)
6/9	木	評価 手引き・経験録 臨床指導
6/10	金	看護管理 ケーススタディーについて

特別講演「学生指導」日赤幹部看護婦研修所

小林先生

「ケース・スタディーについて」

愛知県立看護短大 玉置助教授

表4 臨床指導者研修会受講後アンケート結果

- 今回の研修が今後指導的な役割にあたる場合、役にたつものがありましたか。
 - 1) ある 100%
 - 2) ない 0%
 - 3) その他 0%
- スケジュールはどうでしたか。
 - 1) 適当であった 56.3%
 - 2) きつかった 40.6%
 - 3) ゆるかった 0.0%
- 研修を受けて良かったと思えますか。
 - 1) 非常に良かった 96.9%
 - 2) あまり良くない 3.1%
 - 3) 全く良くない 0.0%
- 今後どんな内容の研修を希望しますか。
 - 1) 臨床指導の実際
 - 2) 人間関係について
 - 3) 自己開発的なもの
 - 4) リーダーとしてのあり方について
 - 5) その他

院外看護学校との関連性より県立短大より講師依頼、看護学総論、成人看護学看護研究等その他講師、学生指導、評価、人間関係、医療過誤、法律、時事問題、昭和46年発足時①新カリの理解②臨床指導要綱の再検討、昭和49年よりKJ法導入、テーマ「私にとって看護とは」その他臨床指導の理論と実際では、ワークショップで、臨床指導、人間関係などテーマで臨床例、学生例、指導者自身の問題等討論、昭和52年度は、カウンセリングで受

容の意義，コミュニケーションの技術など特長づけた。

結果および考察

受講生131名現在76名が指導に当り24%今年32名追加，アンケート結果より，看護をみつめ，自分の自己学習の反省，看護指導の方向性を何らかの形で見出すことの出来た喜び，看護観，価値観，人生観に触れ看護の姿勢が出来た。研修会の成果はよかったという評価を得た。看護教育は，生涯をかけた継続教育である。私達の院内教育の目標である“総合看護，人間看護”のために，看護婦のレベルの統一化を図ると共に人づくりが根本だと思う。よい“看護”が行なわれれば，学生実習効果も上がり，学生に刺戟され，看護の質も高まり，看護も発展する。学生がクリエート出来る場を与えるために主体性のある看護婦を育成するためにも臨床指導者研修会の内容を深め更に充実していきたい。また教育のシステム化，視聴覚教材の活用も考えていきたい。近き将来には指導者が業務と兼任することなく専任としての定員のわく外として認められる努力もつづいていきたいと思ひます。

64. こうありたい看護

名鉄病院看護科 池田 寿子 中島 勝子
○小原 妙子

医学の進歩に伴ない，看護も科学的であらねばと考えるあまり，ともすれば人を見る心を忘れ，疾病の部分的支援に終りがちである。

患者の本当に望む看護とは何かを知る為には，まず，看護職員の意識構造を明らかにした上で，マイナス因子を改善したいと考え，東海4県下の看護職員にアンケート調査した。

看護職を続けたいかの間に，ぜひ続けたいと答えている者は，30才代—40才代に多いが，次の担い手である20才代—30才代では少ない。ここにどの様な因子が介入しているのであろうか，次の間で看護職を選んでどう思うかを，プラスとマイナス要因に分けて調べたところ，プラス要因64%，マイナス要因36%と言う結果を得た。マイナス要因では，精神的ストレスの過重と人間関係の複雑さを挙げ，30才までの人は加えて，給料や職場環境を問題にしている。プラス要因で高かったのは，生甲斐と社会への貢献度であり，特に41才以上の回答率が高い。

各々の看護婦が日常業務の中で看護をどうとらえているか，現状と理想の看護業務と言う点で分類してみたところ，現状では直接看護と診療介助，次いで記録が高い値を示している。理想では，看護計画の立案と直接看護

図1 看護職継続について

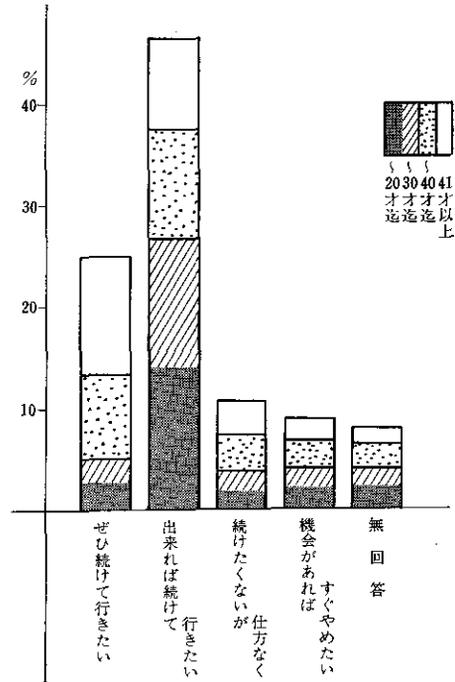


図2 現状の看護

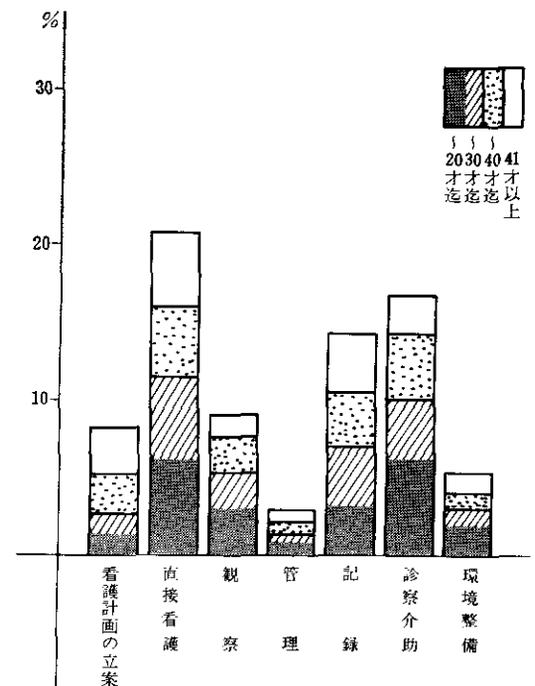
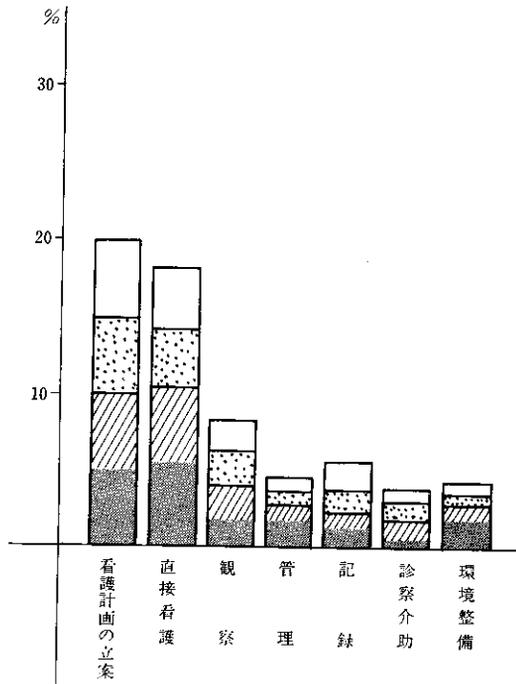


図3 理想の看護



が高い。また戴帽式、卒業当時の考えは、現在の自分にどう関り合っているかの間に、支えとなっている、また発展させているなどの答えが多かった。

まとめ

“こうありたい看護”を求めて検討をすすめて来た結果、生甲斐ある、役立つ職について良かったと言う思いの影に存在する多くのマイナス因子をつきとめた現在、今後とも検討を加えてゆきたいと考えている。

我々の対象は、あくまでも疾病を持つ人々である事を正しくとらえ、闘病の助力に、自ずから湧き出でる感性的な心を持ち、苦しむ人を見ると、思わず手をさしのべずにはいられないと言う自然の愛と、信念を持つ看護婦として向上してゆきたいと考えている。

65. 看護部門と他部門との連携について

〈特に人工透析室の自主研修とその成果について〉

牧田総合病院 ○瀧沢みさえ、佐藤 文子
荒井 大三、内呂 和夫

当院の人工透析は東京医科歯科大学の指導により開始し、当初3床3名の患者であったのが2年10カ月経過した現在では9床23名を有するに至りました。開設当初よりスタッフの透析技術の修得を目的とした外部研修を東京医科歯科大学及び関連施設で行なってきました。更に

当院においては週1度の勉強会を企画し、スタッフの教育に努めて来ました。しかし外部研修においてはその期間が短い、当院の内部事情と必ずしも合致しないという点や、勉強会においては勉強会のための勉強というような傾向が強くなり、実践にその知識をうまく活用できない等の問題が出てきました。その為より合理的に実践的にスタッフの教育と患者管理ができるように患者の経過観察を主体とし検討会を企画し、次の様な体制で実行しました。スタッフを何組かのチームに分け、それぞれ数人の患者を割り当てて、患者1人1人について検査データ、食事内容、一般状態、問題点、対策、評価等を記入するノートを作成。月に1度透析関連部門である病棟看護婦、臨床検査科、栄養科との間で合同カンファレンスを開き、管理ノートを中心にした検討会を行なっています。それぞれの立場から意見を出し合い、多面的に患者の状態を把握し、また勉強会で得た知識を活用できるという様に教育と実践の両面でとらえられる等有効な方法だと考えております。現在、月1度行なわれている看護研究会に同様な傾向が見られ従来の研究発表の内容が向上して来たように思えます。特に人工透析室の研究発表は啓発的な意味を持った様ですし、この様に他部門との合同カンファレンスの実施により、以前透析室は特異な存在として受けとられ、看護婦間とてかく融和性に欠ける面もありましたが、具体的な仕事の理解や積極的な知識を導入する態度が伺われる様になりました。また病棟間における透析患者の処置や看護が徹底され、トラブルが無くなってきました。近年、医療の進歩は目ざましく、新しい検査、治療法、それに加えエレクトロニクスを駆使した器機が広範に利用される様になり、看護内容も多様化して来ています。透析勤務者及び看護婦もこれらの知識は不可欠であり、積極的な知識や技術の導入が必要になって来ています。この様な立場から人工透析室が合同カンファレンス、勉強会、看護研究会へのアプローチによって受動的看護から積極的看護への方向づけと他部門との有機的な連携に何らかの役割を果たしたのではないかと考え、ここに発表します。

66. 当院第三内科における看護のあり方について

〈絶食療法時の看護管理を中心として〉

第一北品川病院看護部 ○宮崎 淑恵 久我 タマ
北沢 タミ、川井美智子

当院第三内科は院長の理解の下に、総合病院という恵まれた環境の中で昭和44年以来、全体医学的、東洋医学的、自然医学的治療法、健康法、とりわけ「生態学的栄

養学」に基づく食生活力至食事療法, 更に厳密な適のある場合には絶食療法を取り入れ治療の根幹とし, 臨床に当たって来ている。

こうした折, 本年3月15日よりそれ迄各北品川病院に分れていた第三内科患者を第一北品川病院に集め発足以來始めて単科として独立し, 治療看護を開始した。これを機会に看護部門も未熟ながら, 特殊内科の看護について検討を加えて行きたく, 今回はその中, 絶食療法時の看護管理を中心として報告する。

(1) 第三内科患者の特徴

すべて, 紹介による来院であり, その殆んどが, 難治性慢性疾患を持つ患者数, 闘病生活が長い事から当内科の治療方針に対して意欲的に取り組む姿勢を持っている。

(2) 絶食療法前の看護管理

(1) 実施前のチェック事項

- a) 適応症 禁忌症のチェック
- b) 全身観察, 重要臓器のスクリーニングテスト

(2) 実施前の教育

1) 自発性が充分熟するまで持つ。2) 充分な入院期間を予定する。3) 医師, 看護婦の指示を厳守。4) 心身の不安～異常～申し出る。

(3) 充分な準備処置と心構え

1) 食生活の是正 2) 現代医学的処置
3) 漢方薬の投与 鍼灸治療 物理療法 4) 家庭・職場の環境の整備 5) 入浴の完了 6) 便秘に対する処置

(3) 絶食期間について

減食期, 絶食期, 復食期, 後療法期の四期に区分される。

(4) 絶食中の看護管理

①病院以外の飲食物の禁止, 禁酒, 禁煙の厳守, ②水分量は最低1,500 ml必要なこと ③水分量, 尿量, 体重測定, ④石ケン歯ブラシの禁使禁止, ⑤薬は「粉エビオス」「カマ」のみ服用 ⑥血圧測定 ⑦尿, 血液検査の説明と指導を行なう。

(5) 絶食後の看護管理

①「基本生態学的栄養学」に基づく食生活ないし食事療法の実行。②復食期の異常な食欲亢進の警告。③「甘い物」「脂肪の多い物」「塩からい物」「動物性食品の摂取過剰」の注意。④過度の運動, 労働従事の制限等。

(考察)

本治療法の今後の看護部門での方向性として看護管理の確立は未だ不十分ゆえ諸症例を通して更に研究する事, また本治療法の基本である特殊食事療法の食生活指導方法について, 医師, 栄養士と共に学んで行きたいと思っています。

67. リニャック治療を拒否する患者への援助

福井県立病院 古河 園枝, ○室田 恵子
関 周子

外来看護の現況は, 医師の診療介助のみに流れがちであるが, 短い時間の中で, 外来看護を効果的に行なうべきである, との信条のもとに, 患者を理解し, 援助しようと努力している。

今回, 放射線科で, リニャック治療を拒否し続けている患者に対し, 患者との会話を通して, 拒否している原因を導き出し, 真のニーズはどこにあるのか, 求めているものは何かを見極め, それを満たすための援助を行なった結果, 自己受容し, 治療を受ける態度に変化していった一例を報告します。

<検査> 68—73

座長 東京都済生会中央病院院長 堀内 光
田中病院院長 田中 伸一

68. 尿酸測定法とその特異性

社会保険中京病院検査部 ○影山信雄, 松下 涼子

日常の尿酸測定は, 大部分がリンタングステン酸還元法(以下還元法)と演者が考案したウリナーゼ・カタラーゼ比色法(以下U-C法)によって行なわれている。

還元法は尿酸のアルカリ性下における還元性を利用していることから, 試料中に尿酸以外の還元物質, 例えばビタミンC, ブドウ糖, グルタチオンなどの他にスルピリンやL-ドーパのような還元性を有する薬剤が存在すると, 真の尿酸値より高めに測定される。血清におけるビタミンCの影響については, あらかじめ血清をアルカリで前処理することによって避けることができるが, アルカリ処理をおこなわないとビタミンC 1mg/dl は尿酸量にして1.5mg/dl に相当する高値を与える。しかし, ブドウ糖やグルタチオンなどの還元物質は, アルカリ処理によって破壊することができず, その影響をうける。したがって, 尿や人工透析患者の血清の場合には, 多量の非尿酸性還元物質が含まれており, アルカリによる前処理をおこなっても, 真の尿酸値より非常に高値となり, これらを試料とした場合の還元法による尿酸測定値は, 無意味といっても過言ではない。アルカリによる前処理の他に妨害物質の除去法として, 56℃で90分間加熱する

方法や冷蔵庫に3日間放置する方法があるが、いずれも好結果を得ていない。また、3週間の凍結保存後に測定するという方法もあるが、検査成績の迅速性が要求される臨床検査には適さない。

以上のような還元法における特異性の低さの問題は、ウリカーゼを用いることによって解決が可能である。すなわち、ウリカーゼ法は還元法にみられた非尿酸性還元物質の影響を受けず、特異性が高い方法で、紫外部法は尿酸測定の標準法といわれている。しかし、還元法が特異性に問題があるにもかかわらず、尿酸測定法の主流を占めている理由は、比色法という手軽さに負うところ大であり、ウリカーゼ紫外部法の普及をはばむものは、紫外部分析法であることや、再現性の不良が考えられる。このような現状から考案した方法がU-C法で、比色法の簡便さとウリカーゼによる特異性の高さの両面を兼ね備えている。本法は今後さらに普及することが期待される方法である。当院においては、尿や透析患者血清の尿酸測定の依頼が多く、還元法の限界を知りU-C法を考案することによって、測定値への干渉物質の影響を回避することができた。

検査室の使命は、常に精度の高い成績を迅速に診療側へ提供することであり、その実例を尿酸測定法の開発について述べてみた。この意識はすべての検査に配慮されるものであり、そのための努力は一日として怠ることはできない。

69. 病院情報管理

一Total systemにおける病理検査室のシステム化について一

慶大医学部病院管理学教室 江川 寛
慶大病院病院調査室 播磨 時一、○鈴木 芳直
中村 邦男
慶大病院臨床検査部 入 久己、三方 淳男

近年、病理学的検査は在来の検査法に加え、針生検法、剝離細胞検査法等の開発により臨床的応用範囲が拡がり、病理検査室の機能は著しく拡大してきている。ところが、当該検査室の作業はその機能特性から臨床化学部門とは異なり、病院全体の情報管理システムの一環としてのシステム化が考えられていなかったのが実状であろう。しかし、病理検査室の機能は臨床診断上極めて重要な位置にある関係から無視することは出来ず、診断の精密度を高める意味からも病院の全体活動に必要な情報系を中心に、その組織化が計画されなければ当該検査室の効果的な運営は期待できない。しかも、当院における病理検査件数は、年々増加の一途をたどり一方、当該検査室

の業務のうち、受付作業ならびに検査結果報告業務において煩雑化がみられた。また検査件数の増加とも相まって、当該検査室の過去の当該患者に対する検査申込書、標本ならびに報告書はより精度の高い確定診断を下すうえで重要な資料であるため永久保存の対象となっているが、その数は膨大な量になっており、必要な情報を検索する際に時間がかかり十分にその情報を活用することが出来なかったのが実状である。そこで、当該検査室業務ならびに関連する部門の業務を含めた一連の作業工程をI E的に分析し、その結果、上記の問題点の解決を前提に検査受付業務ならびに検査報告業務の機械化を第1段階としてそのシステム化を図った。その内容は検査申込書から診療科、患者番号、検体ナンバー、検査項目、診料材料等を入力機を介して中央電算機に入力し、患者マスターと照合して検査受付台帳を出力する。入力データは依頼ファイルとしてディスクにファイルされる。一方、会計データとしても利用される仕組みとしており、検査結果報告書からは診断結果を中央電算機に入力し、依頼ファイルと照合してブルーリストを出力する。依頼ファイルと結果ファイルは病理検査情報ファイルとして、要求に応じて患者番号をキーに検索できる仕組みとしている。さらに、検査申込書と報告書は一緒にしてマイクロフィルム化し、マイクロフィルム情報検索装置にセットすると同時に、タイプライターから1312方式による患者カナコード、生年、診療科、入外区分、病理診断区分、検査材料(2桁局所解剖コード)をタイプインする。これらの検索キー項目の組合せによって、必要な時、即時に検索したうえ、画面に投影することが可能であり、そのフィルムのハードコピーを取ることにも出来る仕組みとしている。また、既に稼動している他のシステムなどとも関連させたシステムの完成をみるにいたった。

今後、病理診断はSNQPコードを基にした利用可能な病理診断コードを開発するとともに、当該システムと他の専門分野のサブシステムの特長に応じて再統合し、効率の良いサブシステムへの展開を図っている。

70. 当院における検査業務の業務提携の実態

北品川総合病院中央検査課

○篠田 孝司、藤井 康広、竹内 春彦
笠木 茂伸、鈴木 修身

増加の一途をたどる検査関係のスムーズな処理は、検査室の大きな課題ですが、当院も専門職の人材の確保と緊急検査、特殊検査の24時間処理態勢について難問を抱

えておりましたが、昭和52年1月より、京浜予防医学研究所と業務提携をしてコンピュータ処理による検査処理システムを確立しました。今回、提携前後の比較をしてみて、業務提携によるメリット、デメリットを報告させていただきます。

71. 検査部門における細菌汚染防止についての検討

社会保険中京病院検査部

成瀬 順, 原 繁男, 杉浦 玲子

一般に広く使用されている消毒薬の効果について検討し、また、検査部内における細菌汚染状態を調べてみた。

検討内容

1. 消毒薬の効果

対象消毒薬；塩化ベンザルコニウム、ヒビテン、ビスタ#300、フェノール、クレゾール、エタノール。

対象菌種；ブドウ球菌、大腸菌、緑膿菌、結核菌、カンジダ。(検討a, bに限る)

a. 手指の消毒に用いる濃度での各消毒薬の殺菌に要する作用時間。

b. 有機物の存在下による殺菌効果の低下を調べるため、ブイオン中での各消毒薬の最少致死濃度(エタノールは除いた)

c. こぼした検査材料に対する消毒効果をみる目的で、スライドグラスに尿(培養成績：大腸菌 10^8)及び喀痰(培養成績：大腸菌 10^8 , α -ストレプトコッカス 10^8)を塗布し、この上に各消毒薬を浸し、表面が乾燥した時点での生菌数。

2. 検査部内における細菌汚染状態

a. 検体検査部門の机上の細菌数(スタンプ法)および落下細菌数(2時間開放)

b. ビスタ#300の散布前、散布後1, 2日目の机上の菌数、ならびに各部所の机上清掃用雑巾中の菌数。

c. 毎日、ビスタ#300にて消毒を施行している細菌室の机上日別菌数(38日間)。

成績

消毒薬の殺菌効果は、塩化ベンザルコニウム、ヒビテンが緑膿菌、結核菌に1時間以上の作用時間を要し、ブイオン中では5%以上の濃度を必要とした。他の消毒薬は3分以内に効果を示し、ブイオン中では0.5%以内の濃度にて効果を認めた。また、尿では全ての消毒薬にて殺菌されたが、喀痰での殺菌効果はエタノール、ビスタ#300の喀痰中への浸透性が悪く、半数以上の菌が残存した。

検体検査部門での細菌汚染状況は、各部所間に、落下細菌数に差はあまりみられなかったが、スタンプ法による各部所の机上細菌数には大きな差がみられ、各部所の清掃に用いる雑巾の汚れと関係があり、雑巾中の細菌数と比例していた。また、ビスタ#300の散布効果は認められた。各部所で検出された菌のほとんどはブドウ糖非発酵性のグラム陰性桿菌と表皮ブドウ球菌であった。細菌室における日別菌数は、検討期間中ほとんど菌が認められなかった。

まとめ

消毒薬の使用にあたっては、対象物質の性状、すなわち有機物の存在、粘性度なども考慮に入れて選択すべきである。また検体による部屋の汚染については日頃から消毒薬による防止を習慣づける必要があると考える。

72. 当院における緊急検査室運営について

大阪警察病院研究検査科

○相馬 英一, 神藤 伸子, 越智 文代
伊藤 博隆, 中塚 節子, 林 祥子

臨床検査が医療に重要な役割を果たしている現在、臨床側の要望は質、量共に多様化の現象にある、この現象は医療従事者として当然の現象と感ずると共に、検査室運営上いかに対処すべきかという問題へつながるものである。この問題の1つに緊急検査が上げられるが、当院においては、一部時間外緊急検査を含み、日中緊急検査の対策として、緊急検査室を設置し、1年間経過しましたので運営状況を報告し、諸賢の批判を仰ぎたいと考えます。

さて当院における緊急検査室誕生のいきさつは、多くの他施設と理由を同じくするところであるが、まず多量のルーチンワークに混入する緊急検査は、ルーチンワークを乱すのみならず、緊急検査自身のデータも早急に得ることが出来ず、また救急外来も含め、患者の24時間監視という医療チームにあって、日中のみの勤務体制は検査室以外になく、近年この点が検査の高度化と共に大きく問題化されている。この対策のワンステップとして、まず懸案の日直制度も考慮し、土曜日、休日を問わず、日中5時まで緊急検査に応じるためにも、是非緊急検査室の設置が必要となった。設置に当たっては、スタッフの選定並びに研修、検査項目及び検査法の決定、検体受け、データ報告等、事務的な問題、更に実地面において、緊急性の薄い検体による機能面のオーバーヒートも考えられ、頭痛の種が山積の状態であった。

しかしこれらの問題は検査委員会を設け、関係各部が

集まり、検査室の現状に合わせた妥当な線で運営上の協定事項を設定し、また問題の発生に応じ委員会を開く等の院内協力体制を確立し、スムーズな緊急検査運営に努力している。

さて昨年4月に試験実施の要素を含んで充足以来の運営状況は、各パートをローテーションした3名のスタッフで充足し、11月には検査用紙もとのい、本格的な運営へと進展することになり、スタッフも5名に増員。11月から本年3月までの月平均処理件数は約3,000件、健保点数約10万点であった。更に本年10月の実績は件数約5,500件、点数約18万点とほぼ2倍の伸びの現状である。このような現状ではあるが、運営上の経済性には問題を残す面も有り、当院においてはルーチンの一部を受け持ち、更に検査の高度化が生みだす、片輪の技師の対策として、緊急検査項目は検査技師の最低限必要技術と考え、幅広い技師育生の研修の場として、経済面に変わるメリットにし、現在のめざましい検査の進歩を医師、看護婦と共にコメディカルとして、昼夜の別なく患者への還元を志さずものである。おわりに職場教育の場として幅広い技師の育生に努めると共に、適切な自動化を進め、スタッフの不規則な労働を軽減し、更に正確迅速な情報の提供が、医療の一助になることを願う。

73. 本院検査科における最近5カ年の統計的考察

総合病院南大阪病院臨床検査科 柳瀬 彦三

私はかつて第7回全日本病院管理学会に「臨床検査科の採算性」という演題で、本院検査科の内容を詳しく報告しました。

今回はその第2報とでもいうべきもので、昭和47年より51年迄の5カ年間の集計を基に若干の検討を加えたので報告します。

本院は、外来患者1日約1,000名、入院患者450名、従業員数400名の総合病院で、検査科は病院開設と同時に研究室としてつくり、主に医師の研究に利用されていたようであり、現在の検査室になりましたのは、病院の増築工事等があり、約6年前に殆んど工事が完了し現在に至っております。したがって、本報告の基礎となる数字は、病院としてはベッド数、外来患者等は殆んど変化がなく、純粹に検査の動向をとらえる事ができるのではないかと考えております。

種々統計的な数字を書き上げると誌面の都合上できないので、考察のみを記すと、

1) ここ数年米、外来、入院患者数に殆んど差はないが、検査件数、項目は年々増加を示しており、益々複雑

なものも要求されてきている。

2) 技師1人当りの受持ち患者数はすくなくはないが、稼働件数、点数共に若干低いようであるが、これは本院の特徴の1つであると考えられ、原因としては、検査を殆んどセット化していないことや依頼する側が、診断、治療に必要な検査項目を選択して指示するためと考えられる。

3) 病院の運営方針の1つに「患者側にたった医療を考えよう」とあり、その為には患者は必要以上の経済的負担をかけないことでもあり、このことが、セレクトされた検査依頼につながるものと思われる。

4) 緊急検査については、現在、血液、一般生化学の一部、クロスマッチ等ではできるだけ速やかに報告しているが、年々高度複雑化する医療に対応していく為には検査項目について十分検討の余地があり、積極的に取組みたいと考えている。

5) 自動分析装置の導入は、検査科の実状と合ったものであれば、種々の経費節減につながるものと考えられる。

6) 外部依頼の特殊検査項目は益々増加するものと考えられるが、RI等で検体数のあるものは自施設で実施すべきである。

7) 検査はあくまでも受身のものであるが、検査収入は病院経営に十分プラスになるものと考えられる。

最後に、我々検査にたずさわる者は、個々の検査の精度向上の為の努力は勿論のことであるが、他の部間とも積極的に意見の交換を行ない、近代医療の一員としての役割を果たしていきたいと思ひます。

<放射線> 74—76

座長 山形県立中央病院長
大雄会病院長

長谷川 功
伊藤 研

74. 私立病院の放射線科日常業務の現状

京都私立病院協会放射線技術研究会

京都桂病院 ○小倉 佐助
西陣 病院 柳生 武彦
大羽 病院 山口 信行

京都私立病院協会会員病院に勤務するX線技師および放射線技師が集まって、放射線技術研究会を開催している。この研究会で、日常の放射線業務の能率化について検討を行なったが、この討論の資料とするために、昭和

51年9月、10月および52年9月に日常業務の実態調査を行なったので、このまとめを報告する。

調査の方法

調査の対象は、京都私立病院協会の会員病院137病院のうち、技師の勤務している64病院について行ない、夫々の病院の技師長宛に次の項目について回答を求めた。

なお、回答の回収率は95%であった。

調査項目は、病院の規模（入院患者および外来患者数、技師、パート技師、助手並びに事務員数）部位別照射件数、使用フィルム枚数、X線室の設備、放射線照射以外の仕事などである。

調査対象の病院には、救急病院が多く、また夜間診療を行なう病院もあって、約半数の29病院では、主として夜間2～3時間のパート技師が勤務している。また精神科の病院などでは週1～2回パート技師が勤務して、まとめて撮影している施設もある。このパートについては、勤務の内容を勘案して、週1回1日（2～3時間）勤務を0.08として技師数に加えた。

調査のまとめ

病院の規模は、入院患者数14名から440名と大差があり、平均110名となり、外来患者数も月間900～11,427名にわたり、平均1日185名である。概括すると、調査した60余の病院放射線科に約100名の技師、60名のパート技師、40名の助手、14名の事務員が勤務し、技師1名あたり約2台のX線装置を操作して、月間約45,000件、約10万枚の撮影を行なっている。

技師1人1日あたりの検査件数は最大58件最小3.3件と大差があり、この平均は18.35件となる。技師数に助手および事務員を含めた放射線科全職員数で計算すると1人1日あたり12.9件となっている。

次に、技師1人1日あたりのX線フィルムの使用枚数については最大135.9枚、最小11.8枚と前記の件数と同様に大差があり、平均45枚となる。さきの件数と同じ方法で放射線科全職員数で計算すると31枚となる。以上は昨年9月の調査の結果であるが、昨年10月および本年9月の調査でもほぼ同じ傾向がみられる。

以上のように京都私立病院協会の病院では技師1人1日あたりの検査件数やフィルム枚数に大差がある。これは病院の規模や診療内容によるものであり、夫々の病院の特異性を物語っているものと思われる。比較的検査件数の少ない病院ではX線業務以外に心電計・脳波計、超音波装置による測定記録、眼底カメラ、十二指腸ファイバースコープ検査などの補助、ギブスカットなどの補助、臨床検査、診療費請求事務などを行なっている。

75. 計画積算線量計の使用経験

名鉄病院 放射線科 ○吉見多加義、野田 益信
田村 実

1. はじめに

^{60}Co 治療装置はその機構上故障が生ずれば、線源が開放位となる恐れがある。このような事故のとき、取扱い従事者が大量被曝する危険がある。かかる被曝事故を防ぐため計画積算線量計を購入手、使用しているので性能や使用経験を報告する。

2. 使用装置、器具

計画積算線量計（スミラドF）、島津 ^{60}Co 照射装置（412Ci）、ラドコンII型線量計（プローブ10HA）、島津山城A型、水ファントム（20cm）

3. 性能試験

(a) 方向依存性： ^{60}Co で水ファントムを照射し、その90°水平方向の散乱線を利用した。線量計を30°づつ向きを変え前面から入射したときと比較した。この結果、方向依存性が確認された。我々はより安全を考え予め設定値を低くしておくことにした。

(b) 警報設定誤差：線源としてX線を用い、警報設定値と警報作動値の差を求めた。その結果は、設定値の大小に拘らず0 mRか+1 mRであった。設定値が大きい場合無視できるが、小さな場合問題となる。我々は、安全性を見込み設定値を予め1 mR少なくすることにした。

(c) 線量率依存性： ^{60}Co の散乱線で、ラドコンと計画積算線量計を同時に照射し校正定数を求めた。これを異なる線量率域でくり返し行ないその変化をみた。その結果は、線量率が増加するに伴ない積算値は減少した。しかし普通使用する100 mR/分以下の範囲では概ね一定しており、この線量率域での校正定数を実用上0.8とした。

4. ^{60}Co 治療室で使用の一具体例

予め測定した ^{60}Co 照射中の治療室線量分布から、もし線源開放時に通常の作業を30秒行なうと想定するならば、5 mR以上の被曝が予想される。そこで設定値を下記の計算から2 mRにして、必ず5 mR以下の被曝で警報を発する様にした。

$5 \div 2$ （方向依存性） $\div 0.8$ （校正定数） $- 1$ （警報設定誤差） ≈ 2.1

5. 結び

計画積算線量計は、イ）方向依存性がある。ロ）警報設定誤差は、0 mRか+1 mRである。ハ）線量率依存性は、普通使用する100 mR/分以下ではほとんど無いこ

とが判明した。本線量計は、その使用目的と性質を十分考慮に入れて使用すれば、被曝線量が設定値に達した時警報を発するという特長を生かしつつ十分実用に耐えると考える。なお我々は、本線量計を異常事態を感知する目的で使用しており、個人被曝線量は従来通りフィルムバッヂ及びTLDを使用している。

76. X線室のレイアウトについて

北里大学病院放射線部 ○荻原 淳 山田 裕保

現代の医療は、科学技術の発達に伴ない高度化されてきた。なかでも放射線の利用は、凡そ80年前X線が発見されてからただちに医療への応用がなされ、今日ではすべての病院にX線室があるほどに利用がすすんでいるが、病院機能をはたす為に必要な放射線施設はどのような点に配慮すべきか放射線施設のあり方について原点にたつて考察を試みた。

病院が必要としている3放射線施設は何か。病院が、その機能をはたす必要条件のなかに放射線施設がある。放射線施設のうちに、最も多く利用されているX線施設について今回は述べる。

X線室は、病院の目的、規模、地域性、方針などと放射線診療のやり方、放射線施設の規模、放射線利用の方針などにかかわって決まるので、これらを十分に検討し、将来性を見透しまでを含んで面積の確保を計りたい。

またX線室は放射線防御上壁、床、天井などに配慮が必要であると共に装置の更新などでスペースの変更を要求されても簡単に変更できないので建物の将来性をも見込んで原設計の段階でしっかりした設計計画が必要である。

X線室のスペースはどのくらい必要か

ひとくちにX線室といっても胸部撮影室と特殊造影室とでは根本的に異なるが基本的にはX線装置のおかれる面積、患者の利用する面積、患者の安全を確保する面積、職員の動線としての面積、附属機械を収容する面積などを考慮して広さを確保するが、最も狭い簡単な胸部撮影室でも必要装置面積は7.5㎡でこれは装置の置けるだけの面積であるから、これらに可動性を持たせるために3倍して22.5㎡とする。また、透視室では同様に30㎡以上が必要となる。このようにして計算すると、多目的化する程可動性を持たせる必要があるので3～4倍を掛けた面積が必要となる。また面積のみでなく部屋の形状も利用の有効性を左右するので出来れば操作室からみて横長くなることが好ましい。

X線室で留意すべきこと

放射線機器は高電圧を利用したい可動性があるため重量が大きく透視台のなかには2t近いものがあるので床荷重や作業効率上立体化した設置をするとき天井の耐索引力をみこむ必要がある。

X線装置の入力は機械の更新で変わるので配管については当初より大きくしておくことが望ましい。

空調については吹込風量、感温器の設置場所、適宜調整の難易、部屋別温度調整など細心の配慮が必要である。

これらが基本設計時に配慮されないと、利用するときになってどうにもならない問題をかかえ込むことになるので利用目的のみあったX線室への配慮を当初にすべきである。

<リハビリテーション> 77-80

座長 堀口整形外科病院長 堀口銀二郎
愛知県立コロニー中央病院長 村地 俊二

77. 脳性まひの早期治療とリハビリテーション活動

愛知県心身障害者コロニー ○河村 光俊
皆木登美子
中央病院 福島 正和、村地 俊二
ことば学園 児島 久治

脳性まひなど中枢神経疾患に対する治療体系は神経生理学的アプローチの発展とともに近年著しい変化をとげている。私たちは神経生理学的アプローチのひとつであるボバース法を正しく導入した昭和48年1月より51年12月までの4年間における治療成績について12カ月未満開始群と13カ月以降開始群と比較検討した。

対象

愛知県コロニー中央病院に通院し、調査期間中、治療を6カ月以上継続した357人を抽出した。疾患別では脳性まひ197人、小頭症65人、精神発達遅滞55人などであった。

方法

ボバース法を実施した57人を疾患別分類、訓練開始1月令、および主な疾患別に12カ月未満開始群、13カ月～3歳未満開始群、3歳以降開始群に分け治療効果判定した。効果判定の規準として運動発達段階を ①ねたきり ②首のすわり ③坐位保持 ④ねがえり ⑤はいはい ⑥起きあがり ⑦四つん這い ⑧つかまり立ち ⑨つかまり歩き ⑩歩行 の10段階に分け、5段階以上の

を示したものを著明な改善、3～4段階の発達を示したものをかなりの改善、1～2段階の発達を示したものをいくぶん改善、段階的発達を示さなかったものを治療効果なしとして判定した。

また、全症例357人のうち、坐位および歩行可能となったものを抽出し、月令何カ月で可能になったかを12カ月未満および13カ月以降開始群に分けて比較検討した。

結果

1. 主な疾患別の12カ月未満訓練開始の割合は脳性まひ197人中78人(40%)、精神発達遅滞55人中22人(40%)、小頭症65人中37人(57%)であった。
2. 脳性まひ群、精神発達遅滞群では、訓練開始時期が早い程、機能改善率が高いことを認めた。小頭症症群では13カ月～3歳未満開始群にかなりの改善を認めたが全体に治療効果があがりにくい傾向を示した。
3. 坐位可能群では、12カ月未満開始群の方が13カ月以降開始群よりも早く坐位を獲得することを認めた。
4. 歩行可能群では、12カ月未満開始群の方が13カ月以降開始群よりも早く歩行獲得することを認めた。

78. 職業的リハビリテーションについて

琴の浦リハビリテーション・センター

南 宥
堀口銀二郎

医学的リハビリテーションの進歩により身辺自立可能となった障害者が一般社会への出口がみつからず家に閉じこもったり、最近では施設内に渋滞するという傾向にある。私はこれを「リハビリテーションの流れの渋滞現象」と仮に呼んでいるが、解決策の一つは職業的リハビリテーションの充実と推進である。職業的リハビリテーションを完成させるための条件として①障害者の職業に対する能力、②その能力を発揮させる作業条件、③その人達をとりまく社会的条件が挙げられ、以上3者が充実されて始めて職業的リハビリテーションは成功し、障害者は就労に到達できるのである。私がかつて和歌山県の実態を調査したデータ(昭45～47年)であるが就労可能性の要因として、年令、身体障害程度、意欲、技術、教育水準について検討し、就業可能と判定された障害者102名についての就業状況では、車椅子使用者の就業率は皆無に等しく、他の群の就業率は平均34%であった。

この低率の意味するところは職業に対する能力はあっても、その能力を発揮させる作業条件が整わず、すなわち

適当な就労の場がなかったという理由であった。しかし車椅子使用者、脳性まひなど重度障害者では通勤、作業環境の問題もあり、現時点においては競争的企業雇用適応者と庇護的企業雇用適応者とを区別して考えねばならぬのが現状であろう。職業的リハビリテーションを成功させるための基本的な問題は作業環境・条件を考慮することにより障害者の身体的ハンディキャップが職業的ハンディキャップとならぬという理念である。現に私は重度障害者でも職業的ハンディキャップはないという事実をみており、自己経験であるが琴の浦リハビリテーション・センター附属福祉工場が操業開始して4年目を迎えたので、この機会に紹介する。松下電器産業K. K.と提携し、生産品目は乾電池部品である。技術指導員2名、事務員2名、看護婦1名、障害者40名という従業員構成であり、うち車椅子使用者30名という下肢重度障害者の福祉工場である。意欲に基づく良好な作業習慣の獲得により出勤率は3年間平均94.4%である。生産は作業条件の整備(障害に合わせた機械設備など)により昭和49年上半期1とした場合、51年下半期7となり、障害者従業員1人についての能率を換算すると作業能率は3年間で約5倍という驚異的な伸びを示している。また不良品産出率をみみると0.08%であり、同一品目についての従来一般の生産工場での0.24～0.3%の不良品産出率に比べ1/3以下であり、如何に障害者の作業能力が勝れているかがうかがえる。かように身体的ハンディキャップが職業的ハンディキャップとならぬという事実を障害者自身が明らかにしたのである。以上、職業的リハビリテーションの問題点について報告した。

79. 私的病院のリハビリテーションの一考察

—理学療法士の立場で—

岡山病院 幸村 元子

私がリハビリテーションチームのメンバーとしての20年間に体得したことを手がかりとして考察を加え所見を述べます。

昭和31年岡山病院理療室へ就職した当時は設備も今日程のものではなく整形外科の疾患の後療法を主体とした治療が主でしたが、昭和44年に当院の新築と医療法人病院として、発足し設備の充実したりリハビリテーション室が併設されました。加えて内科の強化と脳神経外科の新設によって中枢神経系疾患特に脳血管障害の患者が増加したため機能運動学、機能生理学に基づく運動療法を主体とする治療の必要にせまられ理学療法士の役割は重要なものになってきました。

私は今回、理学療法士の役割を果たすためどうしたら

よいかについて3つの問題点をとり上げて考察しました。

1. 構成メンバーについて

一般に私的病院はメンバーの構成についても理想的とはいえないのが普通です。当院におきましても医師・看護婦と理学療法士という最少の単位で業務を行なっています。大きな単位のチームとは異なってチーム内の意志の疎通が緊密であるため患者に対するアプローチがスムーズであるという長所があります。もちろんチーム内で処理できない問題は外部から援助と助言を求めています。

2. 理学療法士の人員について

リハビリテーション先進国では理学療法士1名につき1名の助手がついて20名程度の患者の治療にあたるのが理想といわれています。わが国にこの数字をそのまま適用させることはできませんが、理学療法士1名、助手1名で30~40人程度の治療が妥当だといわれています。しかしこれは運動療法を主にしている場合だと思えます。また当院リハ室の昭和51年度の患者数は1日平均62名ですがその中、内科、脳外科の重症かつ高度の障害を持つ患者が30%をしめています。このような状態下では理学療法士による十分な治療は不可能であるため、病棟看護婦に初期リハビリの知識と技術を指導して協力を得ております。しかし病棟看護婦の協力にも限界があり、患者のニーズに対しては十分な時間と人員が必要であることを強く感じております。

3. 地域社会のリハビリテーションについて

当院は市街地にあるため地域社会、住民にリハビリテーションの有用性が充分認識されつつあります。ただ重度の障害をもつ患者について院内リハ室で十分なゴールを設定できない場合には大施設への転院までの中間リハビリテーションの役割を果たしたいと思えます。

以上3つの問題をとりましたが、今後私はリハビリ業務に精進しいろいろの問題ともとり組んで病人や障害者の社会復帰のために努力したいと考えております。

80. フリー用ニーブレイス使用とその考察(第1報)

名鉄病院 宮崎秀千代他

補助装具の発展は、機械工学の医学面への応用に負うところ大である。当科においても昨年9月以来後方タンバックル付フリーサイズのニーブレイスを作成し、膝障害により歩行時に膝折れ、反張膝あるいは膝屈曲拘縮等で歩行に支障を来す障害者に1つの装具で固定、矯正、過伸展等を調節する歩行訓練を実施しているので報告す

る。

使用する装具の機構は、重量1,500g、長さ45cm、最大周径大腿部57.5cm、下腿部45cm、関節可動域屈曲45°伸展0°、なお耐久性は体重60kg程度まで可能である。通常障害者には早期から筋力増強運動、ROM拡大運動を実施させるが、ある一定期間を過ぎてもブルンストローム評価法のステージ3~4程度以上の機能回復が見られない場合に限り装具を使用して機能訓練を実施している。対象とした障害者は、脳血管障害5名、頭部外傷1名の計6名である。装具使用前のADL評価は、①平行棒内起立が不安定ながら可能な者4名、②平行棒内歩行が要介助で可能な者1名、③平地歩行が要介助で可能な者1名、④階段の昇り、⑤階段の降り、⑥トイレ使用動作、⑦立位で床の杖等を拾う動作は総て不可能であった。方法、装具を患肢に適合させ完全に固定し、平行棒内起立から応用動作へと段階的に進めて行くが、時には反張膝予防で10°屈曲位あるいは膝屈曲拘縮者に矯正用として病棟のベッド上で使用することもある。結果、本装具を使用した過去1年間の経過状況を可能、要介助、不可能の3段階に分類したADL評価は、延人数42人中可能者33人(78.6%)要介助者1人(2.4%)不可能者8人(19.0%)であった。またこれらのADLが可能となった期間は、平均96日を要したが此の項目中延8人の不可能者もいる。

考察

本装具を使用して装具の長所、短所に就いて検討した結果、次の点が挙げられた。

長所

- 1) 一般的な成人の障害者ならば誰にでも使用できる。
- 2) 1つの装具で固定、矯正、反張膝予防の3つの目的に区分して使用できる。
- 3) 膝屈曲拘縮者に伸展位矯正用として角度が適度に調節できる。

短所

- 1) 重量が重すぎる。
- 2) 装具の機構上、CVA患者等の片手装着は困難である。
- 3) 椅子等に腰掛ける場合に膝関節の屈曲位、伸展位が容易に出来ない。

等が挙げられるが、凡そ装具を使用することはその能力に限界を示したことになる。しかしながら私達は障害者に対し訓練時の安定条件を維持させつつ起立、歩行への再教育が出来ると考える。また装具を着けない時間帯は常時自立歩行への意欲と希望を与えつつ筋力増強運動あるいはROM拡大運動を実施させ更に改善への努力を続け社会復帰の道を開拓して行きたい。

〈医事紛争〉 81~82

座長 高山整形外科病院長
余語病院長

高山 登
余語 栄三

81. 医療上の過失に対する民事責任と刑事責任の差異について

蒲田総合病院 大倉正二郎

過失とは何かということについて法律は何も定義を与えていない。今まで医療過誤事例は損害賠償として民事的に扱われることが多く、刑事責任を問われることは稀であった。その主な理由は、法律家が医療の難解性と密室性の故に敬遠してきた事情がある。しかるに最近の自動車事故の激増が過失理論に長足の進歩をもたらし、法律家は医療過誤にも本格的に取り組む傾向になって来たことは注目すべきである。

一体刑事過失と民事過失との相違はどこにあるのかというと、これには本質的な差異はなく、単に程度の差にすぎないというのが通説である。そして私の調べた範囲では両者の相違を詳細に論じたものが見当らなかった。そこでこれについて私の理解しえたことについて述べることにした。

まず民事過失と刑事過失の本質については、民事では個人対個人の関係であって、損害負担の公平な分配であり、刑事ではその関係は個人対国家であって刑罰が目的である。

関係条文は民事では民法709条の不法行為理論がよりどころとなり、従って故意と過失とに特に差を設けていない。それが刑事では211条の業務上過失致死傷罪が適用され、過失は故意とは確然と区別される。

責任範囲については、民事では過失責任主義を建前とし、従って無過失や他人の過失で責任を問われることはない。これが刑事では5年以下の刑、20万円以下の罰金というように罪刑法定主義であらかじめ範囲が設定されている。

過失の認定基準については、民事では不注意で行為の結果を予見しない心理状態をさし、その過失は一般人を標準とした抽象的過失である。これが刑事では、在来の伝統的過失論では過失は予見義務を怠った場合をさすが、新過失論では社会生活上必要な注意を遵守しないために起こった落度として捉え、また個々の行為者の具体的過失を基準とする。

次に違法性の問題では、民事では法益侵害が重視さ

れ、違法性の程度に関係なく実損害額の多寡が問われる。これに対し刑事では、伝統的過失論では法益侵害即ち結果不価値を重視するが、新過失論では行為の反社会性、反倫理性即ち行為不価値に重点が置かれ、違法性の高い程重い刑に処せられる。

その他過失相殺は民事に認められるが、刑事には存在しない。反対に信頼の原則は民事より刑事の面に適応性があると考えられる。

緊急避難は刑事では適法だが、民事では違法になる。

因果関係については、民事は相当因果関係説をとるが、刑事の場合は学説は相当因果関係説であるが、判例は条件説もとられる。

裁判官の心証の程度は、民事では多少でも証明の優越した方に軍配があがるが、刑事の場合には厳密に確実性に近い蓋然性の程度でないと判決されない。

82. 医事紛争防止のチェックポイント 特に一般管理を中心として

高山整形外科病院 菅佐原正平

社会情勢の変化は豊かであるべき医師と患者の人間関係にも影響を与え、医学の進歩は多くの医療機械設備を必要とするなど、病院医療構造の変革がすすみ医事紛争の底辺は極めて広くなりつつある。広義の医事紛争注意義務には医療上の注意義務と一般管理上の注意義務の2つがある。その主体は、医療対患者の医療上の注意義務であるが一般管理上の注意義務もおおそかにすることは許されない。この記述は当病院が長い年月をかけ実施と検討を繰り返してきた医事紛争防止対策のうち一般管理に関するチェックポイントである。一般管理上の注意義務は常識的なことであるから怠りがちでしかも記録されていないことが多い。防災につき一例をあげれば防災訓練は3カ月に1回消防署係官立ち合いのもとに訓練し、その状況を写真に撮り記録に添付しておく。また病院防災設備は法令に定められたとおり点検と訓練を行なうと共に、防災注意義務を全うしていることの証明にその点検と訓練結果を法令で定められたとおり消防署へ書類提出を行なっている。酸素の使用と家庭電器製品の使用についても空気中の酸素含有率が24%~31%を超えると難燃性のものでも自己消炎性を失ない燃え拡がり易くなりテレビ、電気毛布等の使用に伴うスパークでも出火危険度が高くなると言われ注意を要することである。また病院設備については階段、ドア等には標識もしくは注意書きをもって、特に乳幼児の保護者に注意を喚起している。これは事故があった場合管理過失責任の不利益が軽減さ

れるとの配慮でもある。この注意標識は1病院のものではなく交通標識の如く全国の病院が統一された形で使用されるならばその効力は法的評価も期待される。次に当病院が10年の年月をかけて努力を続けてきたチェックリストであるがその内容により医療上のチェックリスト、一般管理上のチェックリストに分類される。

結論として当病院で実行されて効果をあげ得たものは直接患者に接する外来病棟、手術準備室、手術室に関する医療上のチェックリストおよび厨房、夜間の男子当直に関する一般管理上チェックリストであった。このチェックリストは人間のあいまいな記憶を排除しあくまで記録に基づき点検し、その結果を記録で残すことが病院業務を安全により正確に行なうため、長い年月の経験例に基づき実行されてきたものである。このほか職員教育の手段として自ら行なった病院業務の中で誤りがあるとき、もしくは安全医療を行なうために提言があるならば自ら記録し、もしくは幹部からの指示で反省書を提出する運動をすすめている。このチェックリストを中心とした記録は万一紛争が起きた場合、いかに病院が注意義務を果たしてきたかの証明資料である。これらの対策が医事紛争を皆無にすることは困難であるが医事紛争防止への教育であり訓練であると考え、今後も努力と研鑽を続けていくものである。

< 建 築 > 83—84

座長 名古屋大学工学部教授
小原病院長

柳沢 忠
小原知次郎

83. 都心部に立地する病院の増改築計画について

共同建築設計事務所 大場 則夫
○網代 友衛

近年、病院建築の充実は目ざましいものがあるが、医学の進歩、医療需要の変化に対応するためにはなお急速な変革を続けているのが現状である。医療施設の近代化は、都会地においては用地確保の困難から敷地を郊外に求めて全面的な移転新築をすることにより行なわれる場合がある。しかし、膨大な財政的支出を伴うこととなり一般の病院が必ずしも安直に実現出来るものではない。また患者利用の立場から論じても好ましいものではない。したがって、その敷地内で増改築という手法によって行なわれるのが通例である。しかし、増改築の計画は新築の場合と異なった多くの困難を伴うこととなる。

計画にあたっては、施設の特性からいって幾つかの前

提条件がある。施設運営上の原則的条件としては、1) 工事中といえども診療機能の継続的確保が必要であるし、そのためスペースの適正な転換を図り、場合によっては仮設建物等の暫定的な診療スペースを確保しなければならない。完成後、よどみのない病院運営が出来るよう、2) 施設全体が有機的に結合し、その結果、3) 施設の量的拡大は達し得ても機能の低下を来たすことは避けなければならない。一方、法的制約についても十分な検討が必要である。法規の一般適用はいうまでもないが、特に主として防災上の見地から各種の制約がある。スプリンクラー設備に代表される如く防災設備の選定と適用問題があり、同時に既存不適格建築物に対する増改築時点での改善義務を課せられる。幾分かの緩和措置はあるにしても原則的には建築物が全て現行法規に対して適合義務が生じたことは注意を要する。敷地条件等の制約もあり、増改築の理想的な計画をするのは極めて困難であるといえよう。

増改築行為について考察して見よう。施設があらかじめ規模拡大を予定して計画されていた場合、増改築の計画自体に大きな問題は発生しない。しかし計画の多くは予期せざる増改築ということが出来よう。局部的な増築、模様替工事は多くの病院で比較的簡単に行なわれているのが現状であり、計画如何によっては建築上さして問題はない。大規模な施設拡充が行なわれる場合には多くの難問題に直面する。完成後の施設全体が一体として有機的に機能するためには、計画上既存施設を含む各部の再編成が望ましいので、附随的に既存部分の模様替の必要が発生し結果的に全面増改築となる場合が多い。したがって、計画の段階では、設計のみならず工事施工の方法、手順等についても十分な検討が必要であり、当然コストにも影響を及ぼすと考えるべきである。

本題は、癌研附属病院が全面増改築によって施設規模をほぼ倍増した事例を紹介するものである。

以下、スライドによる計画の説明(略)

84. 過去8年間における私の病院の増改築工事を省みて

岡山病院 岡田 義雄

昭和25年開業以来18年の旧病院より3kmはなれた現在地にベッド150床の病院を新築していらい8年余に殆んど毎年の様に増改築を行ない、200床の準総合病院とした。その間、地域社会の医療のニーズに応じて発展したのが今日の病院である。思うに、病院建築は常に変化と成長を伴うものである。ここに私の病院の8年間の発展過程における増改築工事について所見を述べたい。

座長 大分県立病院長 徳岡 三郎
名古屋市立守山市市民病院長 後藤 寿雄

85. 医療短期大学における医療秘書科の開講について

川崎医療短期大学 佐々木匡秀, 岡田 聚
川崎医科大学附属病院 井上 昌彦, 入江 亮義
川崎病院 仁科 義幸

欧米諸国とわが国の医療機構の格差は、医療秘書制度の有無にも依存するとの川崎祐宣理事長の発想から、3カ年の思考期間を経て、本年4月、医療短期大学にわが国で初めての医療秘書科が、正式に開講された。

この医療秘書科で養成する秘書は、主として、医師の医療活動をより効果的に行なわせるために養成するもので、単なる病棟クラークのごとき看護助手や医療事務員の補足を目的とするものではない。

本科の医療秘書教育の基本骨格は、医学基礎教科、秘書専門技術教科および応用教科の3系統に分けられる。すなわち、1)医学基礎教科を通して、疾病を中心に講義を行ない、医学の基礎知識を養い、あわせて医療機関の共通用語である医学用語（日本語、英語を中心とする）を理解習得させる。2)医療秘書としての秘書資質を涵養し、専門技術としては、和文タイプ、英文タイプおよび速記を三本柱とし、あわせて複写技術、硬筆なども習熟させる。3)以上の医学的知識および秘書資質が備ったところで、病院管理業務、病歴管理業務および医療業務総論としての医事業務（主に保険請求業務）等を教授する構想である。

一方、カリキュラムの構成には、特に専門教科とその実習に重点を置くように考慮した。すなわち、教養科目は、人文、社会、自然の各教科を8単位、外国語および保健体育をそれぞれ2単位とし、専門教科については、医学基礎教科15単位、秘書専門技術教科27単位および応用教科15単位を必修単位とした。とりわけ、医学基礎教科に関しては、医学概論、解剖、生理、病理、臨床検査、臨床医学内科系同外科系および医学用語を選んだ。また秘書専門技術教科においては、秘書総論をはじめ、人間関係論、秘書実務概論、同実習、文書言語表現、事務文書管理を主要科目とし、これらに16単位をさき、秘書精神の涵養を計った。さらに、英文タイプ、和文タイプ、速記および書道のそれぞれに上級コースを設け、2単位ず

つの選択教科とし、技術の充実に徹底を期した。

教育の実施にあつては、1年次は毎週午前を各講義にあて、午後を秘書実技の実習時間とし、2年次は、事情の許す限り、病院の現場実習に時間をさき、医療秘書としての知識はもとより、真に実際的な技術を習得した者のみを世に出したい計画である。

ちなみに、この6カ月間の教育効果を見ると、102名の在学者中、和文タイプ検定で3級合格者1名、4級合格者86名、その他は全員5級に合格した。また英文タイプおよび速記の検定試験には、日下全員がいんどんでいることを加筆する。

86. 本院における職員教育の評価について

聖マリア病院 吉田 秀文

病院管理の中で職員教育の持つ役割りは益々重要度を増しつつある。特に民間病院においては病院運営のエネルギーの総てを職員のモラルの向上に向ける事が必要であり、その為には教育のニーズの把握とその実施を的確に行ない、その評価の結果を如何に速やかにフィードバックさせるかにある。そこで本院では以下の様な方法により教育の評価を行なっている。

1. 上司による部下の教育評価

これは現場の仕事を通しての評価であり、また部下を育成し助言を与える立場からの評価である。この評価は教育担当者を通じ次回に与える教育にフィードバックされている。この評価の欠点は上司の主観が入る可能性が強いことである。

2. 教育を受ける場での相互評価

これは教育担当者による受講者の評価、受講者による講師及び教育内容の評価である。評価の方法としては講師と教育担当者の懇談会、受講者の感想聴取、アンケート調査、受講者口誌、受講レポートの提出、受講者と教育担当者との懇談会等であり、教育の対象別に評価の方法は変えている。教育の内容を適確にする為にも、教育の質を高める為にも速効性のある評価である。

3. 当該部門の業績の向上による評価

これは当該部門の全体的な評価である。教育の効果は職場の雰囲気を変え、相互啓発によるモラルの高揚は業績の向上に表われるものと思われる。

ここで言う業績とは各種学会への研究発表、医療の質及び総合的に見たサービスの向上であるが、この様な評価はトップ層により行なわれ教育の評価という事にとどまらず人事にも影響する評価である。

4. 研究発表会による評価

本院では年2回、1月と8月に3日間の日程で研究発表会を催している。この内容はそのまま院内誌に編集されるのであるが、十分に自分の研究成果を発表するチャンスを与えられるという事は自分自身の励みにもなり、また他人からの客観的評価を得る上でも重要である。

これらの教育の評価は教育担当者においてあるいはトップの判断において速やかに教育計画にフィードバックされるとともに病院運営の基本的な反省として事業計画にも反映されている。

最後に本院における教育評価の問題点であるが、一般に比較的下位層の評価は順調に行なっているが上位層になる程教育の評価がつかめない。また技術的研修の評価は把握し易いが教養的教育の評価は難しく今後の検討が必要である。

87. 当院における教育の基本方針とその具体例 (I)

北品川総合病院 ○毛利 七平, 岩佐 隆義
安永 貞雄

当院では、モットーである「真療」(本当の医療を行なう)について、親子兄弟を診る心で、と教え続けます。この真療精神を、当院のバックボーンとし、教育の基本としております。具体的には、表1の所訓、表2の5つの誓いを、会議等の機あるごとに、唱え体識させます。この他所歌、看護婦の歌等、歌が多数あり、

表1 財団法人河野臨牀医学研究所所訓

河野臨牀医学研究所所員は次にかかげる5つの所訓を身をもって実行しなければならない

(I) 1. 医学を通じて世界人類の永遠の平和に貢献すべき、気概と誇りを持たなければならない。

2. 患者に奉仕することを、人生の最大の喜びと感ずるように修養しなければならない。

3. 常に愛と和の精神をもって助け合い、自己を犠牲にする気持を持たなければならない。

4. 常に進取の気象を養い自己の能力を最大限に発揮すべく努めねばならない。

5. 清廉、潔白、常に自己の責任を完遂せねばならない。

(II) 1. 正しい診療と愛の看護

2. 常に反省、常に創意

3. 計画して努力

4. 誇りと希望

5. 何時も仲良く、清純に

表2 5つの誓い

1. どんな嫌な(つらい)仕事でも積極的に
2. どんな嫌いな人でも、長所を理解して好きになる。
3. 親孝行をする。
4. 死ぬまで勉強し教養を深める。
5. なにごとも時間厳守する。

表3 新人教養会議

1. 1年間週1回朝7時
2. 新人職員自主管理
3. グループ討議, ゲーム講議
4. 共みがき, 己に勝つ

表4 研究勉強奨励

1. 院内学会(例会・総会)
2. 各種研究会, 勉強会
(各科カンファレンス, CPC, 健保会議)
3. 院外研修
4. 朝食会(朝7時)外部講師講演

表5 会議即教育

1. 診療部長会・運営会議
2. 研究所運営会議
3. 各部内会議
4. スタッフ会議, AS会議
5. 各種委員会

表6 各種制度

1. 海外研修制度
2. 表彰制度
3. 互助会, 部活動
4. 新採用本採用理事長面接
5. 寸言・サラリーメッセージ
6. 同窓会

会合のたびに歌い、歌にこめられた心を自分のものに致します。

表3の新人教養会議では、1年間朝7時出勤で、己に勝ち、共みがきで、人間成長を、はかります。表4の研究勉強奨励は、年6回の院内学会を行ない、各部課より研究発表します。表5会議即教育という方針で、数多くの会議を行ない、トップの方針を伝えると同時に、討議による能力伸長をはかります。

表6各種制度では、所訓の如く、世界観を持つよう、

海外研修を多く行ないます。教育しよい業績に対しては、表彰制度によりさかんに表彰します。職員中心の互助会で、クラブ活動を自主的に行ない、協力心を養います。「医は仁術・企業は人なり」と申されますが、よい心をもった人間育成こそ発展の鍵であり、その人自身にとっても、最高の幸せでもあります。よい医師、よい看護婦となる前に、まずよい人間でなければいけません。真療精神の実践は、難しく満足するに至りませんが、所訓の如く、世界人類の永遠の平和のために、努力つづけたいと思います。

88. 女子医療専門職者の卒業後在職率調査について

佼成病院 企画調査室 三浦 秀夫

病院における女子医療専門職者である医師、薬剤師、看護婦について、卒業後どのような経緯で自らが選択した職業に従事しているかを調査した。

調査方法は、各学校の中で信頼度の高い同窓会名簿をもとにその逐年経過を統計的に調査したものである。

対象校は男子の場合との比較をみるため、国立T大学医学部の例、私立N医科大学の例、及び女子としてT女子医科大学の医科大学3校、薬剤師の例としてK女子薬科大学1校、看護関係では国立K看護学校、O日赤看護学校、Y日赤看護学校、及びS看護大学の4校である。

この調査結果からみると男性医師は、その100%に及ぶ者が開業するとか、病院や大学に従事するとか生涯を通して医師としてとどまっている。女性医師は一端は職業を離れ、おそらくは家庭に入るものと推測されるが再び90%の者が原職に復帰し医師として従事している。

薬剤師についても、医師と同様にその多くは薬局開業への道を歩みながらも、薬剤師としての本来的職業に復帰している。

このような反面、医療専門職者としての看護婦は、おそらく家庭に入るものと推測されるが、80%~90%の者が看護婦としての職業を離れ、本来的目的であった医療専門職者としての技術を生かさないうままに終わっていることが数字的に判明した。

これら少ない情報だけで看護婦の職業感を云々することには批判もあるが、現在の看護教育のあり方から考えると、我々は多額の納税者による資金や、社会的資金を費してその養成に力を入れている。

1人の看護婦を養成するためには150万円~300万円の費用を必要とする。にもかかわらず、その90%に及ぶ者が職を離れていくのは何故であろうか。看護という職業は生涯を通してやるほどの魅力のないものなのであろう

か。もし現在の看護業務の中で生涯を通じてやる上において、社会的背景の中に問題があるのか、仕事そのものに問題があるのか、勤務体制等の中に問題があるのかを究明する必要がある。

看護はあまりにも巾が広いと言われる。仕事の内容を整理し、専門的知識を必要としない分野の仕事は他に委譲し、指導者としての看護婦のあり方は考えられないのか。また教育過程の中でも単に高看、准看という枠組だけでなく看護補助者の養成も将来的視野に立って検討する時期にきているように思う。

<地域医療> 89—93

座長 長浜赤十字病院長 財津 晃
愛知県厚生農業協同組合連合会
厚生病院長 山崎 健之

89. 地域精神医療の実際

(飯塚地区の場合)

飯塚病院 精神科 鈴木 高秋、古賀 靖人
森山 茂、芝原千鶴子

最近、アメリカではロザリン・カーター大統領夫人を委員長にした精神衛生に関する大統領諮問委員会の予備報告をまとめている。これによれば、アメリカにおける精神医療のパターンは、ここ20年間に劇的な変化をとげている。すなわち、1950年代には、患者の75%が入院治療を受けていたが、現在では25%に減少し、入院期間も半分に短縮され、主要な治療の場は病院から社会へと移ってきました。

一方、わが国においては、保健医療のゆきづまりなどの種々の理由により、この点では未だしの感が深い状況にあります。

しかしながら、精神医療については、今までのような病院中心主義の体制では、患者の社会復帰は困難な点が多く、地域社会における幅広い活動が要求されています。

この点にそって、飯塚地区では、地元保健所を中心に3つの精神病院がチームを作って、種々の精神医療活動を実施しているのです、その一端を発表する。

1) 保健所デイケア・システムについて

6~10人の患者を対象に、週1回・3カ月の期間、保健所において、種々の種目(ピクニック・料理・ゲーム・農耕・絵画・水泳・陶芸・ダンス・職場・施設見学など)を実施している。これには、保健婦・病院側・家

族会が立ち会い、患者側とマンツーマン式になるように配慮してある。また、この運営委員には、職場安定所・職業訓練所および福祉事務所の職員にも加入してもらっている。

現在まで9期生を実施しているが、効果はかなりよく、その70%は、職場復帰ないしは家庭復帰を果たしている。

このような、院外のデイケア活動が効果があったことは注目される。この原因としては、病院内における患者群の医療従事者に対する依存性がはずされて自主性が養成されたことや、保健所という場所で社会的共存の意識が芽生えてきたためと考えられる。これらの患者群には、その後も在宅指導がつけられている。

2)出張家族会を各町村で実施し、合わせて精神衛生相談をも兼ね、精神衛生知識の向上、啓蒙をはかる。

以上のような、活動を通じて、病院側と保健婦との交流・協力をはかり、この横のラインを基準にして、さらに家族会・断酒会の育成および協調をすすめる。現在ではこのグループも地域医療に大きな力を発揮しており、さらに、ボランティアを拡充することによって、地域医療の輪をますます広げたいものである。

90. 地方中都市私的精神病院におけるコロニーの運営と患者の現状

寿泉堂松南病院	阿部 忠夫
寿泉堂総合病院	湯浅 恭一, 宗像 顕親
東京医科大学病院管理学教室	中村 智
	糠沢 敦, 名和 肇

昭和43年当時福島県内の精神障害者は約29,000名で、うち入院その他の受療者は約8,500名精神衛生相談の受診者約1,600名であり、残余の19,000名は精神病院満床などの理由で放置されていた。この被放置者のうち精神分裂病その他自傷他害の恐れある者は約6,400名に達し社会問題化していた。この社会的背景のもと地域精神医療推進のため同年8月寿泉堂松南病院が郡山市郊外に開設され、更に48年5月コロニー式開放病棟(14床)が増設されて回復期にある患者に対し積極的に社会復帰促進がはかられてきた。昭和52年現在の県内精神病院数36,全病床数6,685で、人口10,000人対ではそれぞれ0.18,33.43である。うち郡山地区では病院数4,病床数1,460で人口10,000人対で0.15,56.68であり県内他地区より充足度は高い。だがコロニー式開放病棟を有する施設が本院以外になくこの点小規模とはいえ本院は他と異なる療養システムを有しながら未だ試行錯誤の段階といえる。しかし計59名のコロニー経験者のうち社会復帰者

は50%に及んでコロニー開設の効果は序々にではあるが現われつつある。昭和52年7月現在の在院患者総数は143名、うち男子79名,女子64名である。これを病類別、職業別、年令別にみると以下の傾向がある。以下()内は%。

1. 病類別:分裂病(77) > 躁うつ病(9) > 脳器質(4), 中毒(4) 神経症(4) > その他。
2. 職業別:農業(41) > サラリーマン(25) > その他(21) > 商業(13)
3. 年令別:20代(31) > 30代(27) > 40代(18) > 60代(8) > 50代, 70代(各6) > 10代(3) > 80代(1)。分裂病では20代, 30代により多く集中している傾向が強い。

以上の患者は療養日課に従って症状に応じた療養作業に従事し、殊に回復期にある者は外勤作業に従事している。いわゆるナイトホスピタルの実現である。しかも外勤者数もコロニー開設後は増加しその効果がみられる。すなわち44年から47年までに年平均7.25名であったものが48年以後51年まででは平均12.5名と1.5倍、殊に男子では4.75名が11名と2.5倍に増加した。1人当たり外勤日数は約96日である。しかも社会復帰者は29名でコロニー経験者59名の約50%に達する。このように本院は開設以来地域精神医療推進に邁進しつつあり、更にコロニー運営の経験を生かし、社会復帰活動のより一層の促進と老年患者療養の充実をはかるべく、来年3月完成を口途に老年患者用20床を含む開放病棟60床を建設中である。更に今後現在の患者の家系遺伝調査を発展させ、地域における疫学的調査や遺伝相談など予防医学的アプローチを強化したい。

91. 農山村地域包括医療における 柏原病院の現状(第1報)入院時の患者実態調査よりみた診療所との関連

兵庫県立柏原病院 溝畑 正, 〇柳 賢夫
堀毛 由夫

当院は大阪駅を基点とする、国鉄福知山線柏原駅西1kmの丘陵に、昭和28年兵庫県では、県立で唯一の結核療養所として設立以来、徐々に診療の一般化と充実を図り、現在一応その形態を整えるまでに至りました。

兵庫県統計の人口割と面積割からみた、県全域と当地域の医療機関対比を表1にまとめましたが、いずれも県平均を下回り、決して医療に恵まれた地域とは言えないようです。当院の凡その診療圏は、氷上郡を中心に多紀郡、但馬地域、北播地域、京都府、のそれぞれ一部を加え、有に1,000方kmを数えています。医師の不足、医

表1 兵庫県全域と当地方の医療機関対比表

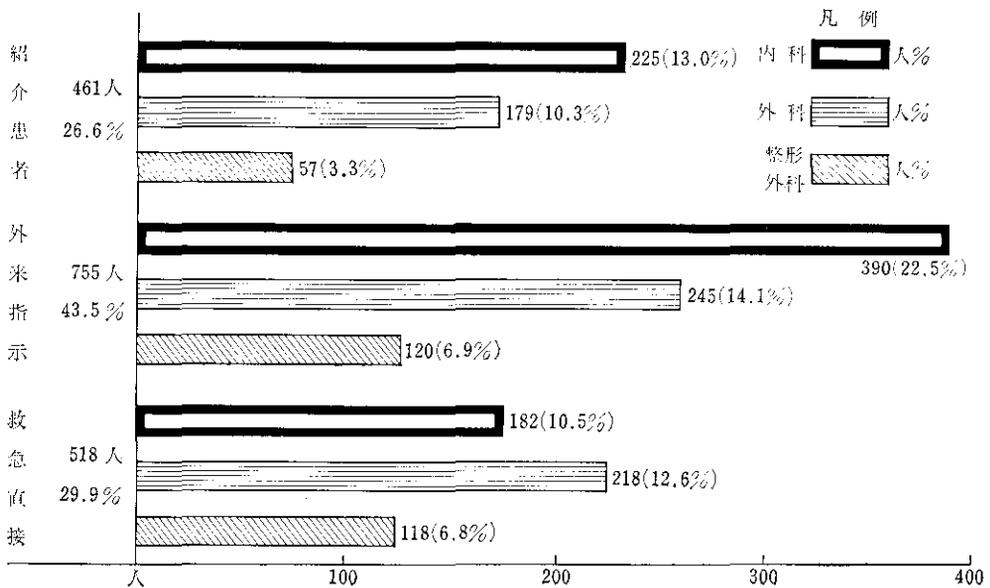
区 分	兵 庫 県	兵庫県 丹波地域	水 上 都	
総人口(人)	5,033,689	114,430	72,546	
総面積(km ²)	8,362.94	869.01	492.84	
病院数	290	5	3	
人口割(人)	17,358	22,886	24,182	
面積割(km ²)	28.84	173.80	164.28	
診療所数	3,611	71	39	
人口割(人)	1,394	1,612	1,860	
面積割(km ²)	2.32	12.24	12.64	
兵庫県人口の割よりみた比率	病院	100.0	75.9	71.8
	診療所	100.0	86.5	75.0

表2 入院時の事情聴取表

- A 入院理由
 イ疾病 ロ交通事故 ハ業務上 ニけんか、自殺未遂
- B 入院経路
 イ外来の入院指示 ロ緊急の直接入院
 ハ他院の紹介入院 (町 医院紹介)
- C 来院方法
 イ救急車 ロ通行中の車 ハ縁故車 ニ加害者の車
 ホ交通機関 (1.バス 2.汽車 3.タクシー)
- D 取扱区分
 イ救急扱 (1.時間内 2.時間外) ロ一般扱
- E 入院時診療科
 イ結核 ロ一般内科 ハ一般外科 ニ婦人科
 ホ脳神経科 ヘ整形外科 ト歯科 (科)
- 入院年月日 病歴番号 氏名 男女
 注意事項

図1 昭和51年度入院経路図表

入院総数1,734人(ドックを除く)



療の専門分化, 高額医療機器の確保, 不採算医療等々, 難問ばかり抱えた当院のような県立の地域中核病院は, そのアンバランスをどの接点で妥当化すればよいのでしょうか。しかも患者はいつでもどこでも, よりよい医療を希っています。

これを私達は, 診療所と病院との完全連携による医療の高率化以外にないと考えています。現在行なっている大学から専門医を招聘して, 診療所医師と当院医師の共同研究会や, 紹介患者のための空床確保, 1日入院患者254人に対し外来211人が示すように, 2次的な外来等

これらは当院の当然な役割と考えていますが, 果たしてこれらはどの様に診療所側に受けとめられているのか, 入院時全患者から聴取している表2の調査表を基に考察を加え, 大切な自己評価とすることになりました。

図1で示すように約26.6%が診療所からの紹介でありましたが, これは49年度25.6%, 50年度26.2%からみて漸次増加の傾向にあります。ついでながら, 救急の即時入院29.9%も地域性から, 当院の存在価値を示すバロメーターとして, 注目して行きたい数値です。

次に入院患者とその内の紹介患者とを, 科別と救急別

表3 昭和51年度 入院患者科別救急別一覧表

区 科別	分 級別	全患者（紹介患者を含む）A				紹介患者のみB				紹介率 B/A
		救急外	時間内 救急扱	時間外 救急扱	計	救急外	時間内 救急扱	時間外 救急扱	計	
内	科	517	120	160	797	127	60	38	225	28.2
外	科	322	124	196	642	77	60	42	179	27.9
整	形外科	144	73	78	295	24	19	14	57	19.3
計		983	317	434	1,734	228*	139**	94***	461	26.6
%		56.7	18.3	25.0	100	49.5	30.1	20.4	100	
救急扱			43.3				50.5			
紹介患者数 (再掲) B		228*	139**	94***	461					
B/A		23.2	43.8	21.7	26.6					

にまとめたのが表3です。各科の紹介率に殆んど差異はありませんが最下欄の時間内救急扱については、時間外紹介患者や救急扱外で占める率よりはるかに大であることがわかります。これは診療所の医師が、昼間自己の診療中に異常を認めたり、夜間に応急処置をしたりした患者が、時間内に救急紹介として、来院したものと生まれ、診療所と当院との連携の密度を知る指針と見做してもよいのではないのでしょうか。

以上考察の結果をまとめてみましたが、柏原病院と診療所との連携は、前述のように年を追って密接になりつつあるように思われますので、今後も更に検討を重ね進めて行きたいと思っている次第です。

92. 都内の肺結核実態調査より見た当院結核病棟のあり方

牧田総合病院 ○加瀬 慎一, 平田 久恭
 瀧沢 俊行, 中島 安三
 笹森 典雄

周知の如く結核性疾患は抗結核剤の普及に伴ない、患者数及び死亡数は減少の傾向にある。これが結核軽視の風潮を生んでいる。しかしわが国は欧米先進国に較べ患者数は未だに多いといわれている。

東京都の結核患者数は此処数年毎年10%位づつ減少しており、また新患者数も同様だが51年度は7.6%と減少の傾向が鈍化している。病床数は5年間で28%減少しているが、治療放棄の患者も多く潜在要治療患者が意外に多い事が判った。

当院は東京都の南に位置し、結核の多発地区である川

崎市、横浜市の神奈川県に隣接した総合病院で、病床数は323床を有し、その内結核病床は昭和44年迄は103床であったが現在31床となっている。

当院の入院経路を見ると福祉事務所よりの依頼患者が次第に多くなり、51年に就いては全入院者の50%を示している。この依頼患者は簡易宿泊所密集地区の定職のない生活保護法支給者が多く、入院規則に拘束される事を嫌また団体生活に適応出来ないで、飲酒、喧嘩、無断外泊等が結果として現われて来た。

この入院規則を守れぬ者に就いての対策として、毎月1回患者会を開き医師、看護婦、ケースワーカーとの話し合いを持ち、病気に對する認識を深めさせ入院療養に對するニーズの向上を計った。また依頼患者の保健所、福祉事務所と連絡をとり、患者担当のケースワーカーの月1回程度の面接を依頼している。

管理面としては大部屋をなるべく小部屋に整備し、病棟看護婦には老練な看護婦を配置し、病棟内の雰囲気や病院文化部の絵画、生花等を配置し明るい環境にした。

なお年齢階級別の合併症に就いて調査した所、高年齢者になる程多く、また合併症としては糖尿病消化器疾患並びに神経系循環系の成人病疾患が多く見られた。

退院患者の推移は昭和47年より年々増加の傾向をたどり、トラブルによる退院の割合も50年57.1%、51年67.1%と半数以上を占めたが、52年新病棟移転により来年10月までの事故退院は28.2%に減少した。これはトラブルの頻発により一時は院内で廃止論も出たが、都の資料にもある様に潜在患者も多い現在、存続を院長に強く要望し病棟を今回一般病棟と同じ棟に移転し、病室内外を整備

し環境を明るくしたことが、トラブルの減少になって現われたものと思われ。

今後は都内総合病院の結核病棟として、より内容を充実させて地域医療への貢献に努力したいと考えている。また合併症の多い高齢層の患者に対して、今後老人病との組合せによって、総合病院として専門科との有機的な機能の活用を図る事が、結核病棟を保有する総合病院のあり方と考える。

93. 永寿総合病院におけるアダムス・ストークス症候群の追跡調査について

永寿総合病院 検査科 ○小松 明美
内科 大川日出夫
国立東京第二病院 外科 高野 信篤

われわれは第2回の本学会において人工的ペースメーカー植え込み術後患者のフォローアップについて発表した。今回は昭和42年から46年までの間に何らかの理由で人工的ペースメーカーを植え込まなかったアダムス・ストークス症候群、11例について追跡調査を行ないペースメーカーの使用例との比較をし若干の知見を得たので報告する。11例の年代別分布は50才代1例、60才代3例、70才代5例、80才代2例の計11例である。11例の心電図所見は完全房室ブロックが5例、2:1房室ブロックが3例、心室細動が2例、Q-T延長症候群が1例の計11例で典型的なアダムス・ストークス発作がはっきりしなかったもの2例である。11例中健在なもの5例、死亡4例、不明2例である。健在5例中1例は他院でペースメーカーの植え込み術を施行した。ペースメーカーを植え込んだ群も植え込まなかった群もいずれも高齢者が大部分ではほぼ同様の年齢分布を示している。死亡数の比較はペースメーカー植え込み群は11例中3例で27.2%である。ペースメーカーを植え込まなかった群は11例中4例で35.4%で高率であるが有意差は認められなかった。死因の比較はペースメーカーによる事故死は昨年の第2回本学会に発表したとおり1例もない、ペースメーカーを植え込んだ2例で、うっ血性心不全が2例、自宅での突然死が1例である。心不全の2例はすでに心不全が重症化した後にペースメーカーを植え込んだものである程度進行してからではペースメーカーを植え込んだでも回復困難であることを示していると思われる。ペースメーカーを植え込まなかった例では老衰2例、脳軟化症1例、自宅での突然死1例である。この症例はQ-T延長症候群の例で恐らく心室細動発作による死亡と考えられる。生存率の比較はペースメーカーを植え込んだ例では1年目72.7%でそれ以後の死亡はない。ペースメーカーを植え込まなかつ

た例では1年目90.9%、5年目81.8%で有意差は認められない。

<結論>

1. 追跡調査の結果11例中健在5例、死亡1例、不明2例である。健在5例中1例はペースメーカー植え込み術を施行した。
2. 死亡数の比較はペースメーカー植え込み例27.2%、植え込まなかった例35.4%で有意差はない。
3. ペースメーカー植え込み例の死因は、うっ血性心不全2例、突然死1例、植え込まなかった例は老衰2例、脳軟化症1例、突然死1例である。
4. 生存率はペースメーカー植え込み例は7年目で72.7%・植え込まなかった例63.6%で症例数が少ないため有意差は認められなかった。

<診療圏> 94—97

座長 甲州中央病院長 島津 寿秀
神谷病院長 神谷八郎右衛門

94. 退院患者の診療圏について

名古屋赤十字病院病歴室

○鈴木 英雄、加藤ひで子、宮崎 麗子

診療圏は種々の要素、例えば交通の便、診療科、疾患などによって変動し、特徴がでてくると思われ。そこで当院における最近2年間の退院患者の資料を中心に調べてみました。

まず最初に、昭和51年の名古屋市各区の人口千人対患者数を出し、各区比較しました。これらの中で当院からの距離と患者数がアンバランスな区を調べてみますと、例えば名東区は当院からかなり離れているのに患者数はその周辺区の3倍もあります。この理由は地下鉄の便がよい事と、周辺に大きな総合病院がないという事の2つが考えられます。特に当院は地下鉄駅と地下道で連絡していますので影響は大であると思われ。地下鉄の開通前後の患者数の変化についても調査してみました。近くに大きな総合病院がある場合はあまり変化がなく、大病院がない区は地下鉄の開通後平均して50%程度の患者数増加がありました。

次に診療圏を科別に見た場合どのような特徴があるか調査しました。方法は診療圏を近距離と遠距離の2つに大別し遠距離患者割合を出し比較しました。遠距離患者割合の多い順に、歯科、泌尿器科、産婦人科、眼科、整形外科、脳神経外科、耳鼻科、内科、外科、小児科、皮

膚科となっています。歯科（ほとんど口腔外科）及び泌尿器科に遠距離患者が多い理由は、地方では専門医が少ないためと推測されます。産婦人科が第3位になっていますが、一般に産婦人科は内科や外科と同様、近くに病院も多くあると思われそうですが、やや意外な結果となりました。この原因は分娩の場合、実家の近くの病院を選ぶ傾向があるためと思われそうです。その裏付けとして、例えば関東、関西地方からの患者のうち73%を産婦人科が占めております。このような科別の特徴は一昨年と同じ傾向を示しています。

しかし、同じ科の中でも疾患により大きな差があると思われしますので次に疾患別に調べてみました。過去2年間の合計で患者数が100人以上となる疾患を選んで集計してみると、前立腺肥大症、先天性心疾患、分娩、胃癌などは遠距離患者割合が多く、虫垂炎、ヘルニア等は少ないという結果が出ました。これらの結果から考えると、一般に専門医の少ない疾患、手術の難しい疾患、組織診察を必要とする遠距離患者が多く、分娩は例外であると推察されます。

以上、当院の診療圏について2, 3調べてみましたが、診療圏は病院の診療体制、各科の特徴などを側面から知るための1つの資料になるのではないかと思います。

95. 地域における疾病量の把握についての一考察

慶応義塾大学医学部 病院管理学教室

外間 政一

地域の疾病量を把握することは地域医療計画上必要であるが、正確にこれを把握することは極めて困難であるといわねばならない。しかし、死亡数より地域の疾病量がおおよそ把握できるということになると、地域医療計画上有利である。それは死亡数が地域ごとに比較的確に把握されているからである。

本考察は死亡数より地域の疾病量をどこまで推計できるかを鳥取県「昭和46年入院、外来患者調査」、和歌山県「昭和48年入院・退院患者調査と人口動態調査」を資料として考察するものである。

資料による疾病量は顕在疾病量で、しかも1日調査であり、さらに両県で共通するのは入院患者調査で、調査年、月（鳥取7月、和歌山11月）施設回答率（鳥取約99%、和歌山約50%）も異なっており完全な比較対象資料とはなりえない。しかし県レベルでの全数1日患者調査は他では得られないのでやむをえないと考え、鳥取県調査資料を中心に分析を行なった。

そくに「死亡が多いと疾病量も多い」と言われるが、

全国と鳥取県、和歌山県、50項目死因分類表にもとづく50疾病についての疾病別分析によると、死亡数が多く患者数が少ない死亡傾向の強いグループと患者数が多く死亡数が少ないグループに分れるが、疾病個々の特性の違い、人口規模の影響を無視すれば、マクロ的にみますとそのように言える。

しかし、このような分析では地域における疾病量の把握はできない。よって50疾病の中から鳥取県は、全結核、悪性新生物、糖尿病、心疾患、虚血性心疾患、高血圧性疾患、脳血管疾患、消火性潰瘍、肝硬変、腎炎およびネフローゼを、和歌山県は資料の都合上心疾患の変わり肺炎を加えた疾病について、個々の疾病ごとに死亡数と疾病量の関係を生生活圏（当教室研究の医療圏・建設省による地方生活圏と一致）地帯（農林省分類による）を考慮した地域を設定して分析を行なった。

その結果、関係を分析する地域としては生活圏より地帯が強い影響を与えることがわかった。また実数で分析すると人口規模の影響があらわれるので率での分析が望ましい。10疾病の死亡数と疾病量の関係は、特に鳥取県の分析より悪性新生物の入院・外来、心疾患の外来、虚血性心疾患の入院・外来において高い相関関係が得られ、特定の疾病量について疾病量の把握可能性が示唆された。

96. 川崎医科大学附属病院における紹介患者の実態

川崎医科大学附属病院

井上 昌彦、藤原 澄夫
近藤 徹男、○三宅 博文
堀 義巳

川崎医科大学附属病院は、昭和48年12月、岡山県南地区に新設大学病院として開設された。医療施設には大変恵まれた岡山県で、本院が地域の医療にどのような役割を果たしているかを知るため、本院の利用傾向を示す指標の1つである紹介患者についてその実態を報告する。

A. 年度別紹介患者の推移

これを、入院患者に占める比率で表わすと、昭和49年度38%、昭和50年度26%、昭和51年度36%になる。過去3カ年の平均では、32%になる。地域基幹病院として、この数値が適正かどうか、判断の基準となるものは現在ない。本院としては今後とも継続調査する必要がある。

B. 紹介患者の地域別分布

岡山県を9つの行政区域に分け、同じ調査をしたところ、倉敷地区、岡山地区を中心とした地域病院的性格の

地域診療圏では、28%の比率となり、井笠地区、東備地区、岡山県北を含めた岡山県内の基幹病院的性格の広域診療圏では44%になり、岡山県南に地域基幹病院的医療施設が集中し、岡山県北に不足していることが解る。

C. 診療科別紹介患者数

本院の診療科を、部長が地元出身の13科、部長が他府県出身の12科に分けて同じ調査をした結果、部長が地元出身の科では、平均37%、部長が他府県出身の科では、平均26%となる。また、部長が医学教育、医療の分野で業績を挙げている科は高い比率を占めていて、現在の患者紹介は、医療行政の中でシステム化されたものではなく、医師対医師の個人的関係で、または、医師の名声を頼りに行なわれている傾向が極めて高いといえる。

D. 一般患者と紹介患者の患者層比較

入院日別的、転帰別、平均在院日数の各々について調査した結果、紹介患者は、一般患者に比べて精密検査を必要とする症度の高い患者が多く、平均在院日数も長く、(一般患者33日、紹介患者39日)、死亡退院の比率も高くなっていることが解る。しかし紹介患者が診療上適正な時期に本院へ紹介されて来たかどうか今回の調査では不明である。

今後本院は、この種類の調査をさらにきめ細かく継続して行ない、行政機関、地域住民との緊密な連係を促進するに必要な諸条件を整備し、円滑な紹介患者の受け入れに努力を重ねる必要がある。

97. 新設病院の診療圏の年次変化について

川崎医科大学附属病院

井上 昌彦, 赤畠 健

牧野 猛裕, 小橋 誠

○中原 善哉

岡山県は、ベット数200床以上の一般病院が14病院もあり、医師数、病院数とも、全国有数の医療施設に恵まれた県であります。

近県の状況を見ますと、同様に恵まれた県であります。そうした医療事情のなかで、当川崎医科大学附属病院はベット1,000床を持つ地域の基幹病院的性格の病院として、人口40万人の倉敷市郊外に、昭和48年12月に開院し4年を経過いたしました。

そこで新設の病院が、地域の基幹病院として、その機能をどのように果たしているかを年次の診療圏の拡がりによって、調べてみました。患者数は、開院以来の newcomer 患者であります。

まず年次別 newcomer 患者の診療圏について10km以内、10km~15km以内、15km以上岡山県内、岡山県外、の4地域に分類してみました。昭和48年度は対象となりませんので除外しました。その年次推移は、昭和49年度16,195人、昭和50年度、23,507人、昭和51年度、25,798人でありました。開院3年目の昭和50年度は45.1%と大巾に増加し、昭和51年度は9.7%増とわずかとなっています。更に、地域別にみますと、50年度は4地域とも大巾に増加しており、昭和51年度は10km以内、10~15km以内が停滞しており、15km以上の地域は順調に増加していました。これは、倉敷市を中心とした地域の患者が開院4年目で定着化しつつあり診療圏が周辺部に拡大されつつあることが、わかりました。これを構成比でみますと、地域住民に密着し通院時間30分以内の地域を、仮に「地域診療圏」と呼び、それを除いた周辺の地域を「広域診療圏」と呼ぶとすれば、地域診療圏は昭和49年度80.2%、昭和50年度74.3%、昭和51年度70.9%とその占める割合は年々減少しており、広域診療圏は国道、鉄道沿線添いに増加しています。これは基幹病院としての診療圏が順調に拡大されていると、言えると思います。

以上見てまいりますと、当病院の地域診療圏は、倉敷市周辺の東西15km以内、南北は5km以内であり、広域診療圏は北海道から沖縄まで及んでいます。中心となる圏域は、隣接する、神戸市、広島市を中心とする、2つの基幹病院群と交通事情による要因が大きく影響してか、東西は距離にして200km 2時間以内の姫路市周辺以西、福山市周辺以東まで、南北は、高松市、今治市までの四国山脈以北、新見市、津江市に至る、中国山脈までの100kmの瀬戸内をかけたた円形の診療圏を形成してと言えます。

終りに地域住民に密着した医療を提供し得る病院として、また、広域から求められる高次元の病院として、その機能の充実と体制の整備に努めて需要に十分対応できる。中国、四国地方唯一の新設医大として、その使命を果たすことが今後に与えられた、大きな課題であると、考えております。

会 告 (第1回)

第4回日本病院会学会のご案内

上記学会を下記の通り開催致しますので、ご案内申し上げます。

記

1. 会 期 昭和53年10月20日(金), 21日(土), 22日(日)

2. 会 場 ロイヤルホテル

(大阪市北区玉江町2-1) TEL(06)448-1121

3. 一般演題募集要項

一般演題募集要項の詳細については、後日改めてお知らせ致します。
振ってご応募下さいますようお願い申し上げます。

演題の締切りは、昭和53年6月30日を予定しております。

4. 事務局

第4回日本病院会学会事務局

大阪市天王寺区上本町3丁目1の9

大阪府医師会館内

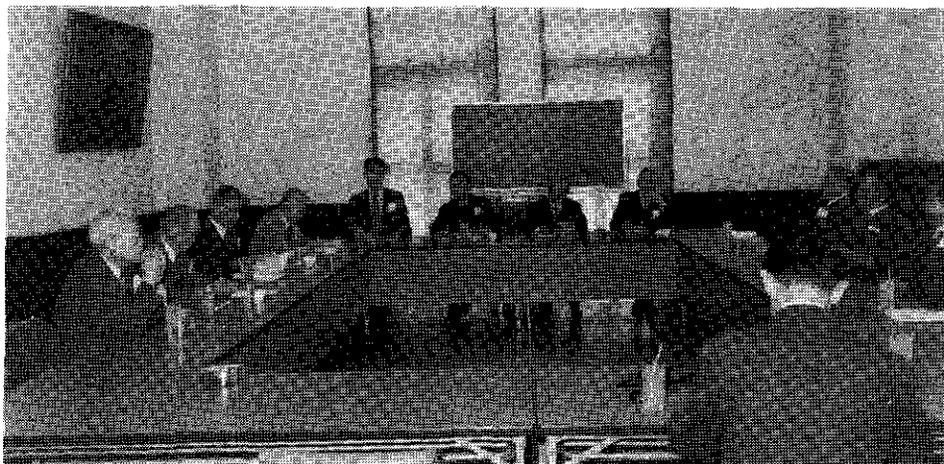
社団法人 大阪府病院協会内

TEL (06)763-4522(代)

第4回日本病院会学会

会長 内藤景岳

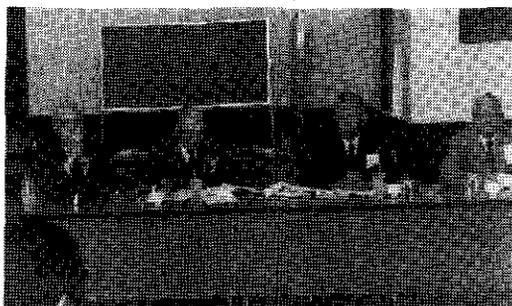
座談会—第3回日本病院学会を顧みて—



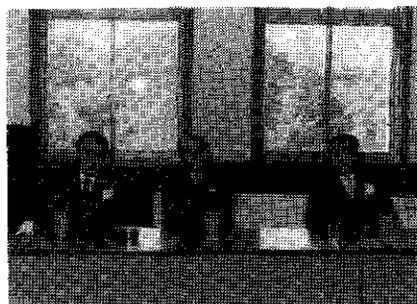
左から余語, 阿部, 神谷, 岡山, 高橋, 内藤, 中西, 角田, 戸谷, 大野, 田中の諸氏



高橋氏 内藤氏 中西氏 角田氏



余語氏 阿部氏 神谷氏 岡山氏



戸谷氏 大野氏 田中氏

ご出席のかたがた（発言順）

中西 真吉（学会長代行・中京病院名誉院長）
岡山 義雄（岡山病院長）
角田 信三（中日病院長）
田中 伸一（田中病院長）
戸谷 徹造（名古屋市長立東市民病院長）
余語 栄三（余語病院長）
佐々木重夫（トヨタ病院名誉院長）
神谷八郎右衛門（神谷病院長）
大野 道夫（刈谷豊田病院長）
阿部 秀夫（愛知県立尾張病院長）
内藤 景岳（第4回学会長・南大阪病院長）
司会
高橋 政祺（編集委員・杏林大学教授）

学会の開催

高橋(司会) 今回の学会がたいへん、盛況裡に終わったことをまずお喜び申し上げます。今日は、今回の学会のいきさつを中西会長にお話しいただいたあとと全体の印象、それから個々の演題についてお話していただきたいと思ひます。

中西 一昨年、第1回の学会のとき、第3回学会は東海地方でというお話があり、愛知県病院協会が中心になって開催してほしいという日本病院会理事会のご意向がありました。昨年5月の学会前に正式に決定、発表されました。した



がって県病院協会がお引き受けしましたので、今回は特定の病院の職員を総動員してやるという形ではいかない。役員がそれぞれ分担してたびたび会合をもち、幹事会を開いて方針をきめていったのです。田代先生が亡くなり、私が代行となったのですが、細かいことをいえば事務の遅れなどいろいろ不満はあったと思ひます。

いよいよ意思統一ができた段階で、県協会の役員がそれぞれに働いてくれまして、どうやらこれでやれるということが学会1カ月前でした。経済的不安もありましたが、事前の参加予定者が少

なくて、会場が埋まるかどうか心配でした。もっとも前回のときの申込状況とほぼ同じ位の統計とわかって胸をなげたのですが、決算はまだ出ないので収支の程はわかりませんが、皆さまのご支援で無事終了しましたことを改めてお礼申し上げます。

高橋(司会) ほかに問題となったことはございませんか。



岡山 一番最初の費用の点は、会長が話されたようになんとかかりました。が、補足的に申しあげると、参加者を大体2,000名を目標に考えたんです。ところが申込が割と少ないので、去年はどんなふうかと第2回学会の事務局長をされた井上さんに聞いたら、当日受付と予約が半々位ということで、そのときの予約が600台だったというので、これならなんとはいけるだろうと思ひたのです。

それと、来年の大阪でも考えておられるかも知れないが、看護、臨床、リハビリだけを聴きたいという人のために、特別聴講券を出したことです。これは初めての試みと思ひますが、メインの会場、第2会場ともによく入りました。去年は3会場でおやりになり、こちらは2会場でやったのですが、かえって2会場でよかったと今思ひています。会場はあまりいくつにも分けられない方がよいのでしょうか。

演題プログラムの作成

中西 演題プログラムの作成は2~3人が中心になってどんどん進めました。まとめのときには割合小人数のほうがよいですね。

高橋(司会) 今度の学会のプログラム編成はどんな方針でやられましたか、ちょっとお話しを。

角田 山田無文、水野肇両氏の特別講演は田代先生のご遺志を継承したものです。それから現代の環境の中における病院の位置といったことから、レントゲンの問題、これは相当レベルを上げてやりました。植物人間の問題もそうですね。パネルディスカッションやシンポジウムはどういう

処理をしたらよいのか、いろいろありましたが、各方面の要請にもとづき建築設備、内部組織の問題などに落ち着いたわけです。

高橋(司会) パネルとシンポジウムが第1会場で開かれていて、一方、第2会場の一般演題が聴きたいということもあったようで、プログラムの編成にちょっと無理があったのでは、という声がありました。

角田 お困りになった点はあったと思います。編成の面でも苦勞をした点です。まあやむを得ずということで、ご了解をいただきたいと思っています。

開 会 式

高橋(司会) さて開会式から順番に述べますと、開会式には会長の挨拶のあと、厚生省から医務局長は国会開催中で来られなかったのですが岸本課長が来られて挨拶を頂きましたし、また日本医師会会長代理の弓倉常任理事が来られまして祝辞を述べられ、日本医師会と非常にいい関係になってこの学会が開かれたのはいろいろな意味でプラスの面が大きかったと思います。最初にやりましたパネルディスカッションは救急医療でして、左奈田先生が司会をされました。

田中 まず一般演題からお話ししたいのですが、追加討論質議がほとんど行なわれていなかったようです。非常にバラエティの多いこともあり、時間通りに進行しなければならぬということもあって討論できなかったのが非常に残念です。もちろん学会ですから発表することが目的ですがそれと同時に同じような職場で働いている人の話合いの場を持つことに意味がある集りのように感じます。

アメリカ教員協議会というのがありますが、ラウンド・テーブル・カンファランスというのをやります。机をいくつか並べて、例えば看護だとICUの看護についてというテーマ、人工透析の看護といったテーブルを作る。そのテーブルで話題提供を4~5人の人がする。そうするとたくさん

の人が話し合える。たいがい問題はそのカンファランスでできる。たくさんの方が発言できるような席を作って上げる。

一般演題をずらりと並べると、「ハイお次」座長の席に着きますと「進行を正確にやって下さい」(笑)といわれる。

アメリカ式のやり方も考えてみる必要がある。特にこの学会はそういう性格をもっているのではないか、ということを感じました。

高橋(司会) かつて日本病院学会という時代に、専門集会という名前をつけて、学会の前日に6~7会場を設けて、それぞれの分野の人に半日とにかくそこで討議してもらうことをやりました。その結果を代表者が翌日発表することもしました。今までもいろいろなことをしてきましたが、何しろ人数が多いものですから、どうやってもこれならいいというやり方の決め手がないので困っているのだと思います。質疑応答の問題もこの学会でも何回も試行さく誤をくりかえしていますが、一演題ごとにやりますと割に質疑がでます。ところが何題かグループごとにまとめて質疑の時間をとると、前の演題についてはもう忘れてしまうのでなかなかでない。それと改まった感じになるので発言が非常に制約されてしまう。そうかといって、一題ごとに「ご質疑は」と聞きますと、思いつきで手を上げられる方があるので非常に時間を食ってしまう。時間を食ってもその中からいろいろおもしろい話がでてくるわけですからいいといえいいのですが、そうすると今度は申し込みの全演題を消化できない問題ができて、どうすればいいのか学会をやられる方は非常に迷われると思います。今回は非常に多い演題、101題も集まったので、こういうスタイルでやったのだと思います。

岡山 一般演題の持ち時間は1,200分ありました。100の演題はこれでいけるなと思いました。

救急医療のパネルディスカッション

戸谷 演題募集の時に、項目をつけてしました。その中で今日一番問題になっていた救急医療の一般演題をパネルにもっていきました。ということは、パネルをやる時に多くの場合に指名があ



りますが、むしろこの会としては若い方が出された演題をパネルとして話して頂いた方がいいのではないかと考え方もあり、救急医療の問題はそれから取り上げたものです。

角田 集った演題から編成した形式は初めてではないですか。

高橋(司会) おそらく病院学会でそういう形でパネルディスカッションを組んだのは初めてではないかと思います。いつもパネルディスカッションという同じような形で、開いたことのある方ばかり出てくるのに、救急医療の場合は非常に若い方で初めての方が出てこられたから、どういうことでこういう方を委嘱されたのかと思っていました。

戸谷 同じ病院から3人出ていましたね。こういうパネルは今までないと思います。演題をそのまま取り上げやってもらいました。

高橋(司会) 私としては非常におもしろかったです。有名な方のお話しは他でも聞いているものですからその話すことは大体予測できますが、今度のケースは初めて取り上げられるような話題もあり新鮮な感じがしました。

救急医療と労働問題

角田 救急の問題の時に、救急医療を充実するに従って労働問題がからまってくる。結局労働基準局との交渉が将来大きいのではないか、という点にちょっと気がつきましたが、救急医療が充実してくると、それとからまってくるのが労働問題で、基準監督との交渉があるということが耳に入りました。

高橋(司会) それは私の発言です。会場からもそういう質問が出、私は突然座長の左奈田先生から指名されまして用意しておかなかったので、短い時間でいい説明ができませんでした。これは、医療法は病院に医師の当直をおかねばならないと宿直という言葉が簡単に使っています。ところが労働基準法で宿直とっているのは、日常の業務をやることはないと明確に唱っています。留守番業務だという。ところが病院の当直は留守番業

務、つまり電話の受け付け、巡回や火の番でなく、日常の診療を時間外にやっています。これは時間外診療であって、労働基準法のいう宿直ではないというわけです。そうなるただ宿直料を時間外手当として支払う賃金上の問題だけでなく、いろいろな問題が発生してきます。労働時間とも関係してきますし、仮りに女子を使いますと、女子は1日2時間を越えて残業させてはいけ



ないとか、週6時間を越えて時間外に就業させてはいけないという労働基準法にかかってきて、たとえば薬剤師の女子を宿直させることも皆違反だということになります。そうなれば三交代

代でやるしかありません。その残業に相当する時間を昼間休ませればいいわけです。私の病院でも三鷹の労働基準監督署から当直者が平均して毎日3時間も仕事をやっているものですから、「業務の実態からみて宿直と認め難い。貴病院の宿直を許可しない」ときたので、仕方なく三交代勤務をとることにしました。三交代勤務にしますと、あらゆる部分で人員増の問題がでてくる。今病院は救急医療として夜の時間は無制限に受けつけていますが、宿直という形でわずかな負担で病院当局は無理をしてやっている。いずれこれがこのように労働基準法を適用するとなると宿直ということではダメだということになって、夜も診療する24時間体制を敷けという話に早晚なと思います。そうなる病院としては人件費にかかわるものですから経済的打撃は相当なものです。したがって救急医療はととても扱えないという病院もできます。これは病院会雑誌10月号にくわしく書きましたから、お読み頂ければと思いますが、非常に面倒な問題に発展する要素があります。宮沢源治さんが労働組合の組織率をいわれましたが、現在10%しかわが国の病院の従業員は組織されていない。そうすると10%の組織された労働組合は、必ず労働基準法違反であるといってくるわけです。今は10%だけの問題ですが、もう少し広がるいまに全病院でいうことになりますから、非常に面倒な問題に発展する芽があるのです。

特別講演「象生病む」

次に特別講演の山田無文先生の「象生病む故に我病む」についてご発言は。

岡山 山田無文先生は一月に一回、名古屋中区のお寺に来られます。私も暇な時にはそこに行ってお話を聞く間柄です。私の知人で熱心な信者がいましてそのルートでお会いして、中西先生と一緒に何ってお話をしましたら心よく引き受けて頂いた。山田無文先生を、という話は私は一番最初に考えていましたが、田代先生も同じように考えていたようです。5～6年前に全口病の神戸の学会の時に山田無文先生が「医者と患者」という講演をされた。今度と同じように非常にいい講演で医療関係者に反響を呼んだ。田代先生は今回は特に精神的なことを取り入れてということ強くいわれていたのですその第一が山田無文先生だったわけです。皆様方に感想を聞くと「非常によかった」と好評でした。もともと愛知県出身の方でこの地になじみの深い方です。

パネルディスカッション「病院の非常時対策」

高橋(司会) 確かにこの学会にふさわしかったのですね。次にパネルディスカッションの「病院の非常時対策」に進みます。

角田 印象的に残ったのは、火災の時に患者を上段の方へ移すのは非常に困難です。水平移動を主張されたスウと水平移動して火が消える。

田中 担架をタケで作ってひもでひっぱったり、あるいはシートでひっぱって運ぶという話がありました。

戸谷 乳幼児の避難方法もいろいろ出ましたね。比較的簡単なことで大切なことだと思います。特に乳幼児、未熟児の非常時対策は非常に難しく少ない看護婦でいかに避難させるかは、私の所でもいつも頭を悩ませています。簡単に効果的なことだと聞いていました。

角田 煙が水平に走っていきますね。廊下が曲っていると、そこで煙のスピードが落ちると伊藤先生も話されましたが、煙の走行と避難との関連がでできます。一本の廊下だと非常に早く、途中で曲がっているとスピードが落ちて避難時間があ

るといように聞いています。

田中 伊藤先生だったと思うが、防災設計の基本は、一つの建物の階をいくつかの区画に区切り、安全な方へ水平避難する。その具体化としてL字型を組み合わせた形の病院の例をあげておられた。

戸谷 結局、避難しうる所まで患者を運んで、あとは外部の援助を願うということですね。特に夜間は当直の人数も少ないので、これしか方法がないですね。

角田 病院敷地内に緑化という話も出ていたが、都会では難しい。話は田舎が対象の話だったようです。

高橋(司会) 病院の非常時はそう多くあることではありませんが、避難対策はどこ病院でも真剣に研究はされていることです。何回も何回もこういう討論はする必要があります。

病院の非常時対策については、病院学会でも研究を続けなければならない課題だと思います。

シンポジウム「植物人間」

高橋(司会) では次に1日目最後のシンポジウム「植物状態をめぐる諸問題」はどうでしたか。

岡山 最後に座長の松倉豊治先生がいわれた、いわゆる我々の考える植物人間というものの考え方、それが問題であると聞いていました。

戸谷 外科的な立場の植物人間とそうでない一般的な植物人間と、いろいろな立場によって違うと思います。最終的に座長がいわれた、いわゆるふつう我々が植物性人間の人間性を無視してはいけないことだけははっきりした結論だと思います。

余語 安楽死と植物状態人間との問題は、非常に難しい問題ですね。結論は出ないです。人工呼吸器をはずすことと、植物人間状態とは全然違うわけです。あのような例は日本ではない、ということで話は続いたと思います。家族の負担も大変だ。家庭が崩壊しないよう、国家援助を要請するという意見も出ていました。



高橋(司会) 最後になると経済の問題とかかわってきますから、本当に人道上の問題と経済的な問題をどのようにするかです。

戸谷 確かに経済的な面からみれば、家庭の破壊に通じますから大きな問題です。これからも論議されなければいけない点が多々あるように思いました。

病院のコンピュータ

高橋(司会) 第1日目のシンポジウムは終わって第2日目に移りますが、第2日目は11時まで一般演題があり、第1会場が病院給食、第2会場が情報・コンピュータの問題でした。私は第2会場に行きましたが、非常に聴衆が多いのに驚きました。今まではコンピュータの部門はパラパラしかおらず、20~30人の同好者が集って聞いているだけで、知ったような顔しかいないという会場でした。ところが今度行きましたらまるで第1会場で行っているような感じで、後までぎっしり一杯なのは驚きましたが、それだけコンピュータが普及したせいだと思います。今まで研究的な使われ方しかしていなかったのが、今は少なくともレセプトの作成をコンピュータでやる等は、ほとんどの病院でふつうのことになってしまい珍しい仕事ではなくなったし、また、これからやろうと考えている病院も多くなりつつあるために関心が高くなってきているのだらうと思いました。この調子では日本もいよいよ病院はコンピュータ時代にこれから入るのではないかと、何となく会場に入った瞬間に感じたわけです。

特別講演「放射線診療」

そうして一般演題が終わって特別講演に移りましたが、浜松医科大学の高橋信次先生の「放射線診療今日の趨勢」は、放射線の問題を非常にわかりやすく話されました。

角田 最初にフィルム使用量について発表されました。非常に急速に伸びてきて、最近では頭打ちになっているといわれましたが、これを裏返すと、放射線障害がありはしないかということに興味しているように感じました。表からではなく、裏から入ってです。

それと、各病院、診療所のレントゲンの設置状況も語られました。



高橋先生は5年ほど前から「どうしてこんなにフィルム使用量が増えたのですか」と専門家が素人である私たちに聞いたことがあります。ですから、この5~6年の間にこういうことに

関心をもたれ、それがいわばこの講演の序論ともいうべきものになったのだと思います。

それからCTが開発された話に入り、最終的には高橋先生のアイデアがあそこに浮かんできたということですね。

戸谷 高橋先生は昭和30何年頃に、横断断層法を発見されて、それが機運になって今日のCTになったという経過があります。その経過についての話があったように思います。結局放射線量障害がCTの開発によって非常に低くなった、またいままで撮ったフィルム量もある程度抑制されるだろう、という話だったと思います。しかも、非常にきれいな像が得られ、診断が刻明になるという話がありました。

角田 話はそれですが、先生は最初、別府の町工場で、手作りでやっておられたそうですね。

高橋(司会) 講演を伺って、初めて、CTのアイデアをわが国で前から考えていた先生がいることを知りました。

角田 お茶の入った茶筒を見てこれを輪切りにできるかな、と思ったのが初めだと高橋先生から聞いています。そのへんから横断撮影が始まったようです。

戸谷 尖は私の所に高橋先生の初めの横断層の機械があります。放射線の部屋も高橋先生の指導で作ったのですが、その時に「これを入れておくと非常に診断がよくなる」といわれました。確かに初めの横断層でも部位が非常によくわかる。そのことから発達して今のCTができた。

高橋(司会) 日本でもああいう方がいらしたことを初めてあの場で伺った方も多いのではないかと思います、非常におもしろかったですね。

パネルディスカッション「病院経営」

次は、午後になって、パネルディスカッション「私の行なってきた病院経営」で、ここにおられる岡山先生の司会で全国の各方面で活躍しておられる私的病院の代表者の方が登場されて非常におもしろい、実際に体験された方でないとわからないような発言もあり、他では聞かれない話を伺いました。

岡山 田代先生は今度の学会で最初から山田無文先生の話とか植物人間等、盛んに精神的な面を重視しておられました。それも大事ですが、病院学会は、病院の経営と管理がうまくいかないと具合が悪いからこの方面の演題を、となりました。そこには看護の問題、人事の問題、災害の問題等がありますが、それも経営管理の各論でして、総論的なものが必要だ。パネルの時申したように、学会会員の分布をとるとベッド200以上の中小病院が83.7%、また医療法人の私的医療機関が3分の2を占めている。会員にとって魅力ある学会にすることからしても、どこの病院も経営を非常に心配していることを考えねばいけない。特に私的病院は、現在自分たちでやっているが、将来どのような方向にもっていったらいいのか全く暗中模索でやっているのが実態です。私は病院会の中小病院対策委員長として、学会等あちこちに行きますし、自分自身旅行も好きなので、大体日本の主だったことをこの目で見、耳で聞いて足を運んでいることを何とか生かして、病院の経営管理の問題をと考えていました。皆さんに話したら「お前に1時間半の時間をあげるから演題も自由にやれ」と任せて頂き、その点はやりやすく有難かったと思っています。

パネリストの方たちに前もって1つは病院の歴史と現状、2番日には病院経営上苦心した点、留意した点、その中でもし、これで成功した、こういうことを皆さんに訴えたい、逆にこれで失敗したが後で考えるとこうすべきだったということがあれば内輪の会員だから卒直に話して頂くと有難いこと、3番日は今後自分の病院をどうもっていかうと考えているか、将来計画を知らせてもらえば会員にも役立つのではないかと、4番目

とて私的病院の将来についてどう考えているか、ということは現在、地域医療の中で非常に成功している所を選び、この4点について話してもらいたいと伝えた。過去の苦心の中で将来私的医療機関をどのように考えているのか一番知りたところだと思います。その他、時間があつたら追加することでやったのですが、前の日に私の病院で少し打ち合わせを持ったところが「私的病院についても20分で話せないのに全体はとでも無理だ」ということで、私はパネル形式をあきらめました。私どもの結論は、皆さんに考えてもらう方がむしろいいのではないか、こういう大きな問題は1回だけでなく2回3回にわたって継続的にやる、継続してやれば自ずからわかるのではないか。というのがパネリスト全体の意見でした。私もそう思います。

裏方の苦心談

高橋(司会) この学会の裏方の方の話はいかがですか。

佐々木 この学会は田代さんが亡くなって将校だけで、兵隊のことも全部やったのでとても忙しかった。

神谷 どなたか90点という点数をつけておられた。(笑) 将来のことですが、今回は佐々木先生のいわれたように本当に将校だけで兵隊のことまでやったものですから、その点もう少し考慮するといいいと思います。

大野 私どもも学会を実際に聞いたかったのですが、みんな仕事を分担したので、実は内容についてはこのメンバーではちょっと……(笑)

中西 将校でも中尉や少尉でなくて師団長という方ばかりでしょう(笑) その方が部隊長もやるし師団長もやるし兵卒の仕事もやるし当番の仕事もやるで(笑) まことになかなかできないことをやってもらったのですよ。

岡山 第2会場では僕は椅子席を作りましたよ(笑)



阿部 私は総会の司会をやりましたが、非常に人が少なく、10分延ばそうかと思いましたが、延ばすとあとに影響するのでやめました。多数の方に出席を求めるのであれば、昼の休憩に入る前にやってもらうと引続いて議事にかかれて具合がよいと思います。



シンポジウム「看護教育」

高橋(司会) それでは次の看護のシンポジウム「これからの看護教育について」ですが、ずいぶん多勢の方が出られて、演者6人もの方がお話し下さったわけです。感想はいかがでしょうか。

大野 同じようなことを長々とっておられたのではないか。問題は看護の教育の仕方とあり方、今後の看護の理想像、現在の看護制度などですが、あの方々の話をみていると、より高度の看護に対する教育が重要であるといっているように聞きました。ということは今の高看、それ以上の看護大学を頭に描いてのお話しではなかったかと思えます。聴衆の方々が演者の考えているような意味を受けとめたかどうかちょっと疑問のように思えます。非常に難しいところがあったように思えます。

佐々木 おそらく司会者が事前にあなたはこういふことをと頼んでなかったのではないか。

余語 看護教育は5月頃滋賀大で半日以上をかけてやっています。話をするとああなってしまう。
高橋(司会) 立場は違うのですが、話しておられることは同じなのですね。

シンポジウム「病院人事の問題点」

さて次は第3日目に病院人事の問題点ができましたが、病院の規模によっても話が違って、医師だけの問題である面もありましょう。逆に労働組合が問題であるところもありましょうし、いろいろな問題がありますが、たまたまここに集った方は大病

院の方が多くて、その内容向きを主として話されましたが、病院の人事を労働問題としてとらえた話をするとうるさく変になりますね。2階から看護婦さんのような方の発言がありましたが、学会の場ですのような発言ではなかったようですが。

大野 定着はあまり関係ないという話が名古屋保健衛生大の森先生からありましたが、もう少し検討しないと差異がでてくるように思いました。ある程度定着率は影響あると思います。

高橋(司会) 常識的に考えて影響はあると思いますが。森さんの統計でいけば出てこないといいますが、確かに保育所でもいろいろな保育所があり、会場から発言したような形で全部看護婦が金を出して病院とは関係なくやっている保育所もあるでしょう。その保育所に入園するために自分の給料のほとんどを取られてしまうのだという発言でしたが、確かにそういった所もあるに違いありません。しかしあの発言は議論としてもおかしい話で、自分の給料は保育費用などの生活のためにだけ消費され、ちっとも自分の向上に役立つことに使われない、みんな食うために使われるだけだという。

田中 あの発言はちょっとおかしい。

大野 あんなことではとても看護婦は満足しているはずないと思います。

特別講演「医療の将来と病院」

高橋(司会) それから最後に水野肇氏が特別講演「医療の将来と病院」を行ないました。なにしろ専門家ですから非常に手練れた名演説で、実際にもほうほう調べてられるので話題も豊富であるし、非常におもしろいと思って聞かれた方も多いと思いますが、いかがでしたか。

佐々木 あとで水野さんと話をしましたが、「11月だけで25回講演した。今日も3時から京都のホテルでやらなければいけない。明日も行く」とっておられた。「私は原稿を書く商売で忙しいけれど、講演はみな受けている。批評を書くには文献を読む必要があるがみな電車の中で



読む。そうすると知恵が入るから進んでやっています」といっておられた。批評家としてあのくらいのことをいわれるのはふつうだ(笑)

大野 とにかく聞かせる話をしますね(笑)

角田 外野からみた表現がおかしかったですね。

図書部会の報告

高橋(司会) 一般演題の中でこれかと思ったのではありませんか。

大野 図書の話がありました。病院会の図書室部会もまだ全国的にまとまっておらず第一歩的なものだと思いますが、今回は病院図書室の実情がよくわかった気がします。

高橋(司会) 本年度から始まった研究部会です。

武見日医会長の祝辞

高橋(司会) 全体的な概括をしていただきましょうか。

岡山 今度の学会全体を眺めて、我々に対して、来賓の方々が、もちろんお世辞もあるでしょうが、非常によくできたと賞めてくれました。特に東京の野村病院長は95点、どんなに下げても90点は下らない、と賞めてくれました。ただし、そのうちの50点は武見日医会長の挨拶にあったようです。

成功の半分はそこにあります。かつては水と油だとか、祝辞にならない祝辞(笑)だったこともあります。今度は非常にいい祝辞を頂いた。日本病院会に協力する、力を貸そうといった内容で、今後の日本病院会の発展に大きく誓いてくると思います。

約1カ月前に中日新聞が開いた中日講話会で武見先生が名古屋へ講演においでになった時、たまたま機会をとらえて私は武見会長にご挨拶にまいりました。

今度日本病院会は左奈田先生を会長に選んで日医と親密な連絡の下にやってまいりたいと思いますので、今まで以上にご指導ご鞭撻頂きたいと思ひます、と申し上げたら、「キミ、いい会長を選んだよ、わしも応援するよ」といわれましたので、今度の祝辞はいい内容のものが頂けるものと思ひて

いたのですが、果たせるかな立派な祝辞を頂きました。

前日、弓倉日医常任理事と話した時、「明日はいい祝辞を頂いているから、ゆっくり読んで皆さんに聞いて頂くと思います」といわれたので、ホッとしたわけです。

成功の半分は武見会長の祝辞にあった、と野村先生がいわれたように、日本病院会への認識を変えて頂いたことによって、学会の成功だけでなく、今後の病院会の発展に大きな影響があったと思います。

ホスピタルショウ

戸谷 それからホスピタルショウを併設してやりましたが、6月だったか、岡山先生の所に日本経営協会が、何とかできないかという話がありまして、内容を、普通のものを5月にやっているのだから、もう少し意味のあるものにしたいということで、例えば、救急のパネルを並べたり、心電図や電送システムとか、多少変わったことにしてほしいということで取り上げ、多くの人に頂いたことを喜んでます。

来年度の学会長の抱負

高橋(司会) 内藤先生、来年度の学会長として一言お話し頂きたいと思ひます。

内藤 この度の学会は、皆さんのお話しのよう
に、皆さんが想像された以上に、あるいは想像以上の形で盛大に開催され、いろいろご苦心のほどを聞き、敬服し、感謝しております。本当に盛大で結講でした。今日もまた、来年の私



らのためにわざわざ会を開いて頂き参考になる話をありがとうございました。

来年はどの位のものになるのかまだ私にもメドがたたないのですが、いろいろご意見のある所を今ここでどうこういうわけにはまいりません。いろいろ問題はありますが、担当の先生方に伺ひまして、少しでも前進するような学会にしたいと思ひています。

中華民国病院協会

プログラムの編集が一番問題ですね。私もみていましたが、フロアからの発言が比較のおとなしかった。会のもっていき方が従来の方からいけなないので、私も皆さんに相談しなければならないし、帰って準備するものも相談しなければならないのですが、演題が100題集まったとすると、それを全部しゃべらすとすると、やはり質問もなく、次、ランプの灯でチンチンやられますからどうも仕方がない。ですからある程度グループ毎にまとめ、紙上発表ですむものは紙上発表にして、特定の演題だけ発表して頂く。それに対して自由に討論するという形ですね。演題の数を減らしませんと話題も豊富になってこない。

私も13回全日病の学会をやってきましたがあの場合でも運営方法をあれこれ変えてみました。といて演題を集約すると今度は出てくる人がいない。こっちから頼みに行かなければならないから、できるままに100題でも150題でもやって、消化しきれないものは日を延ばすとか、紙上発表とか、会場を増やすかして発表させねば皆に情熱がわかない。どちらにしても一長一短があるので、この演題の取扱いは非常に難しいと私も思っています。何とかして活発な、ただしゃべってすんでしまうのでは話す方も聞く方も抄録が簡単ですからこの演題の全文を印刷するように理事会でも評議員会でもいっているのですが、全日病の時も、少なくとも全文を一冊にまとめて、全日病管理学雑誌に13巻まで出しました。ところが日本病院協会の方は、病院学にはある程度まとめていますが、年度年度のものにまとめていない。いい話だったなあ。と思うけれども、仕事をしている人は聞けない。それとすぐみようと思ってもすぐ出てこないということで問題があるので、皆さんの貴重な経験とか研究を学術の担当の号で全文をきちっとまとめて、できるだけ早く出してそれを実費負担して頂いて希望者には販売配布する形にしたい。こっちで話す場合にはできるだけ論文を主にした形にもっていく。一ぺんにはできないかもしれないが、そのように少しずつ変えていかなければ、話してそれですむの問題だと思っています。

内藤 それから、台湾の先生は私にもいいました。22日からフィリピンへ6日ほど行きますが、早く連絡してほしいといわれていました。日本病院会に問題があって中西先生や岡山先生にも心配をかけ迷惑をかけた。というのは、今年の春の国際病院学会の時に、皆招待しているのです。その時には定額の旅費は支給しています。ところが今度の場合、アジア病院連盟は一年に一度にしているのだから、5月に出しているからそれは出さなくていいという意見が常任理事の一部にあったのです。大多数の人は来てもらっているのではないかという意見だったのですが結局2~3回理事会が延びている内に日が経過し、そのうち学会のプログラム編集もすむし、わざわざ来ても、話を聞いて帰るのもいいが、台湾の人はよく勉強していて演題も出したい。演題も出さないしプログラムにも載せない。ただ紹介するだけだったらあまり意味がないから来たかったらいらっしやい、旅費はもちませんという招待状位で自由にしてもらったらどうかということになり、日本病院会自体が迷惑をかけた。向うの人はその辺の細いいきさつが分らないから気不味い思いを学会事務局にさせてしまい迷惑をかけてしまいました。予算が十分ありませんので、そういったことで不十分で迷惑をかけたことを会長に代わっておわび申し上げます。

佐々木 業界紙の記者と話したら、一般演題の抄録はあるのに、なぜパネルやシンポの抄録はないのか、といわれました。出席して聞けということかもしれないが、一般の人も抄録があれば大体どういうことがわかるので、来年は、特別講演は別としても、パネル、シンポは抄録があった方がいいですね。

内藤 そうですね。今回はその段取りをします。

高橋(司会) 本日は長時間、どうも有難うございました。内藤先生、来年の大阪の学会は今年にも増して盛会であられますようにお祈りしまして、この座談会を終らせていただきます。

第20回国際病院学会の募金に感謝する

第20回国際病院学会

組織委員長 吉岡 観八

財務委員長 河野 稔

募金委員長 堀口銀二郎

特別募金推進委員長 高山 瑩

第20回国際病院学会の東京開催は、昭和48年6月17日、国際病院連盟理事会で決定され、それから4年後の昭和52年5月22日より5月27日までの6日間にわたり東京で開催された次第である。

世界59カ国より1,911名が参加し、本学会始めて以来の最高の出席者で、極めて盛会裏に終り、その目的を十分果たし得たことは望外の喜びであった。

国際病院学会を開催するためには当然の事とは言え、膨大な額にのぼる予算編成と学会運用の組織作りがあり、今更ながらこの困難をよくぞ克服し得たことと思っている。

会員の皆様には本学会の趣旨に心よく賛同下され、また関係者各位より多額の賛助金をいただき、心から厚くお礼を申し上げる次第である。なお東京都美濃部知事主催の歓迎レセプションパーティーはきびしい大会日程の中に、ほのぼのとしたゆとりある機会を与えて下さり、感謝の気持ちでいっぱいである。本学会は私達が通例経験している専門学会と異なり、病院管理学についての組織学会であるため、その学会運用の予測がまことに流動的で基本的計画案すら何種類もの形をとらざるを得なかった。これがまた予算編成にしわ寄せされるため、その苦労は並大抵でなかった事をご推察いただきたい。

募金趣意書を作成して会員各位、関係者諸団体に配布したのは昭和51年5月頃であった。その後あらゆる努力を重ねてきたが募金状況は思わしくなかった。しかし、組織委員一同の日夜を忘れての努力と、当時の日本病院会会長阿久津慎先生を始め、日本病院会の役員の方がたの並み並みならぬ助言や協力により、目標を達し得た事を何よりも喜びとするものである。

総金額のうち会員の協力による特別会員費、73,775,000円、企業体より協賛いただいたものは61,694,000円である。なお、日本万国博覧会記念協会より5,000,000円の補助をいただき本学会運営上、より一層強力な力添えになったことも附言して感謝の意を表わしたい。

企業体を計100数社訪問してみても痛感したことは病院人のもろさと力のなさである。経済協力を依頼して、それが実するためには綿密な計画性と只ただ努力することの一言につきと思う。頭を下げる角度が次第に深くなってきた事を身にしみて感じたときは募金活動が終わった頃であった。

本学会組織委員、日本病院会役員と会員の協力、また企業体の大いなる決断にいくら感謝しても言い知れぬものがある。最後に、東京都知事主催のレセプションと万国博覧会記念協会の補助金に重ねて感謝するものである。

新春 寸心

左奈田幸夫

病院会学会は日本病院会の事業の1つである。

第3回本学会は、11月18日から3日間、名古屋で総合医学会としての形態をとって一年の成果を立派に発表することができた。この学会の特色として従来、すべての医療従事者が一同に会し、他の職能者の意見をきき病院管理上または組織医療上から質疑討論することを建前としている。今回は演題の過剰によって2部会に分れざるをえなかったことと思うが、会員の中には同時に両部会に関心のあった人もおり、心残りのことであったと思う。

日病には、委員会、研究会など多くの勉強会や制度の検討を行なっている部門があり、それぞれ精力的に仕事をしている。しかし専門職能者のみ集っての研究はとかく縦割りの仕事の視野から物を見る欠点に陥りやすい。もちろん時に合同委員会や合同研究会によって横割りの修正は行なうが徹底さが不十分なのは否めない。

この総合としての発表が病院会学会であるとすれば、一堂に会しての総参加による学会形式がよいと思う。もちろん特殊なテーマによる専門集会が必要な場合には、かつて京都において外来予約制のテーマで行なった如き、学会前日に企画するのも一法である。(調査室の目的は病院の向上にある)

つぎに日病には、調査室を設けて各種資料の整備に当るためプロジェクトチームをつくるのが合意された。欧米の病院協会も病院管理研究所などと協力し、病院情報の集積と分析統計によって、その標準化の資料として会員病院へ配布している。わが国にも各種統計は殆んど網羅されているが、医療評価と機能とを対比した資料が乏しいのでここに重点をおきたい。

退院時要約を1シート(50項目位)にまとめ集約し、さらに病院内外の情報を医療記録情報システムとしてまとめ報告すれば、規模別、機能別分類などの諸統計は、コンピュータによって報告書が作製され、会員病院へ返戻される。

米国におけるこのシートは、管理面と診療面とに分れており、診療録管理士が記入して情報センターへ送れば、出来上がった報告書は、管理者にとっては病院分析の資料とし標準化、レベルアップに役立ち、医長や婦長など中間管理者には、診療の向上、効率化に大いに役立っている。

大小の規模別、経営主体制、診療科別などから地域や教育などの目標別の社会環境をも加味した統計的資料が望ましい。経営管理面と診療評価面とを基盤として国民の健康と医療の現状を把握し、国際的にも相互に利用しうる資料としての交換文書として報告書が作製できるのは、その豊富な情報源をもつ日本病院会においては無いと考える。

(日本病院会会長・埼玉・国立埼玉病院長)

新春追想

小野田敏郎

昭和11年の正月、大学を出て新品の軍医中尉になってはじめての正月、従7位という宮中の位をいただいて、鳥の羽根のついたシャッポにモールの正装といういでたちでハイヤーにうちのって二重橋正門から参内吾明殿でお待ちするうちに、ご正装の陛下が秩父宮殿下ほかの宮様をしたがえられて咫尺をお通りになられる。

宮中を退いて閑院宮家にご年始にまいるいま衆参議長公邸のところ。質素な木のご門を入り、玄関で記帖、さしだされた盃におみきをいただいておん奥にむかってふかぶかと頭をさげらる。

もう昼近くである、かねておひるは季王さまでと友人としめしおいた季王殿下のおやしきに参

上。いまの赤坂プリンスホテルがそれで、その旧館がむかしのおやしきである。記帖をすまして洋館の中に入ると、広間にたくさんの料理が準備されている、これをつぎつぎに自分でお皿にいただく、これはいまのバイキングである。めったにいただけない洋酒の類もしかるべく頂戴をして宮様料理を堪能する。しめし合わせた相手がやってきた、軍医中尉、近衛砲兵聯隊附の颯爽たる青年将校ぶりである。

それから35年、昭和45年の4月、私は大韓民国病院協会のお招きをうけてソウルにでかけた。協会の総会と学会とが開かれて、私は日本の事情についてお話しをすることを仰せつかった。1日、私は案内をうけて市内の3つの病院の見学をさしていただいた。ソウルのさかり場、明洞に接して聖母病院がある。院長先生のご案内をうけ、腎移植の成功例のお話しをききながら進んでゆくと、いま季王さまがこの病院にご入院でご重態でいられると承った。私は一瞬たちつくして謹んでそのご快復を祈ったのであった。

韓国からかえって数日ののち、季王さまの訃を知らされたのであった。

季王さまから一飯の宮様料理を頂戴したT中尉は、奇しくもいま、日本病院会の役員としてともにはたらいてくれている。

(副会長・東京・校成病院長)

新春随想

徳岡 三郎

新春随想としてはいささかそぐわない感もありますが、私が副会長になったいきさつを初めに述べさせていただきます。

社団法人として日本病院会が再発足した時に左奈田新会長は私を副会長の1人として指名されました。全く寝耳に水のことので即座にご辞退申しあげました。と申しますのは第1にその器でないこ

と、第2には自治体病院協議会の副会長であること、第3には私の所在する大分県の病院協会の大分の方々が日本病院会に加盟しておられないことで県医師会の意向が判断しかねること、第4には県の同意が得られるかどうか等々の事情でお断わり申しあげたような次第でございます。

しかしながら病院会の目差すところが新会長の所信によって明確になったことと現在幾多の問題をかかえている日本の病院の姿をみますと私の所属する自治体病院とはいくつかの点で相違するところがありますが、日本の病院としての立場は変わりませんし、いつかは全病院が1つにまとまって同じレールの上を共同の目的(よりよい医療への協力)に向かって走らなければならないことを痛感し、その任ではありませんが会長の意に応えることにいたしました。

以上が副会長になった経緯でございますがさて就任してみても仕事の重大さと、むずかしさをつくづく考えさせられております。

勉強する病院会の数々の実績には、たとえ病院会に反対する方々も心から評価しておられると思っておりますし、各種の勉強会の実施とその担当の委員の方々の熱心さには全く頭が下がるおもいです。

さて折角大きな目標を掲げた病院会ができたのですから勉強する病院会は同時に医道の習練場であってほしいのです。ヒポクラテス以来の医の使命を守りぬくためには、医療人自身の自覚と世人の信頼を高めることが条件です。そのためには、病院会という道場に通って医道の習練に励むことは、医の倫理を忠実に守っていく方法であり、これこそが日本の医療をよりよくすることにつながるのではないかと思うのです。

(副会長・大分・大分県立病院長)

病院史雑感

長谷川 功

病院史を作り、あとに残して行くということも病院を管理する立場にある者の1つの重要な仕事であるだろうと考えている。そう思っている時「佼成病院二十五年史」(昭和52年)という大変立派な病院史のご惠贈をいただき、その内容の豊富さに驚き、心から敬服申しあげると共に、その仕事の重要性和、その難しさを痛感している所である。

私共の病院も、現在地に生誕してから80年を迎えることになり、今迄纏ったものが何ひとつなく、いささかあわを食っている所である。

というのは、当院は、明治30年当地に歩兵連隊が新設された時、衛生病院として現在地に発足したのがそもその始まりであることは間違いないようである。その後陸軍病院と改名、終戦後の国立病院を経て昭和28年に県に移管されて県立病院として現在に至っているという長い、複雑な経過を辿っているのがその概略であるからである。

そこでまず資料の収集にあたってみると、その不足さに全く困却してしまう。なかでも、当院はただ増改築だけは行なわれて来ているが、現在地でそのまま育って来ているという余り例の少ない育ち方であるのに、戦前の記録は皆無に等しいことがわかり驚いてしまった。

戦前から在任する人達の話によれば、終戦直後は連夜のように連隊附近から火の手が上がるのを見た。恐らく大半の書類は焼却されてしまったのではなかろうか、ということである。

「大東亜戦争陸軍衛生史」(I)によれば、終戦の聖断が下った直後に「軍其他の保有する軍需用物資資材の緊急処分の件」という閣議決定があり、その頃全陸軍部隊に対して機秘密書類の焼却が下令されたということが「焚書」という題目で

簡単に記載されている。誠に遺憾なことではあるが、当時としてはやむを得ないものがあったということであろうか。

病院の機能として情報のあり方が極めて重要であることは申しあげるまでもない。しかし、病院の現況は病歴さえも十分に管理することが困難な状態である。

私の記憶では、往時の陸軍病院では情報を整理し、保存することについては、今よりもむしろ原始的ではあったかも知れないが、より組織的にも、人的にもしっかりしていたように思う。焼き棄ててしまったのでは何にもならないが、現在の病院機構の中でも、医学資料はもちろん、他の情報資料についても、もっと何とかならないものであろうか。

常にそんなことを痛切に感じている1人ではあるが、それにつけても、今年こそは少しでもその充実についても努力をつみ重ねてみたいと強く念願している所である。

(常任理事・山形・山形県立中央病院長)

新春随想

若月 俊一

どうも新年早々縁起でもないが、今年の景気は良くないらしい。武見会長のお言葉によると、今年の経済成長率は1%に落ちる。いや、これからは「暗黒時代に入る」といわれるのだが、私もそんな予感がしてならない。

昨年暮には健保改正案がやっと通った。野党との話しあい、その修正案が一挙に通ったことの可否はともかく、自民党の大石代議士などはこんな健保案の審議すら拒否したという。こんな保険法でいいなどとは誰もが考えていないのだ。その抜本的改正は3年後とのことであるが、それについての論議はいっさいまされないうままに今度も終わったのである。低成長時代をこのまま増大する一

方の国民総医療費の問題にどう対処すべきか。

かくて、あまりに安い入院料と多い「不成算医療部門」の経営に悪戦苦闘を強いられている私も公的病院の院長は、ますます暗い新年を迎えることになったのであるが、いたずらに嘆いているばかりでも仕方がない。なんといっても私どもの仕事は、国民の命と健康を守るための重要な任務を遂行しているのだ。その事実についてはいない。こんな破目に陥ったのは政治や社会のしくみの悪いせいだといいたいが、しかし、私どもはただ手を拱いていていいとはいえない。私どももまたこの矛盾の困ってきたところ、そしていかなる方向の改革に進むべきかを、内外に示す必要があるのではあるまいか。

暗い時代に入るといえるが、しかし、闇が続けばやがては美しい朝焼けを迎える時が来るといえることにもなるのである。もちろん、そう簡単に朝焼けが来るなどは誰も思っていない。私も同感である。だが、「人間は必ず起こってきた問題を解決する」ものである。人間、一国民（単なる医者だけの集団でない）は、きっと今日の医療問題を解決する日をもつに違いない。私はその日の来ることを信じて、今年もまた、ふうふう文句をいながら、しかも真面目な仕事を、住民とともにしっかり続けていこうと思っている。

（常任理事・長野・佐久総合病院長）

新春酔想“瞬間の辻”酔夢

吉岡 観八

屠蘇の酒明鏡止水曰く吉 六 幹

逆説睡眠とは、ご承知の通り、ぐっすり睡っている時でも辺縁皮質の脳波は目をさましている時と全く変らぬ状態の睡眠をいうのであります。この時自律神経機能は低下し、失調しているといわれています。睡眠中脳波が熟睡のパターンを示している時間は、1時間半乃至2時間位で、そのあ

とにすぐ15分乃至30分位の逆説睡眠が続きます。われわれの睡眠はこの状態を交互に繰返しているということでもあります。

夢はこの逆説睡眠の時間に辺縁皮質の異常な賦活による1つの随伴現象として見るのだといわれています。逆説睡眠は毎晩これを合計しますと、1時間半から2時間位になるかも知れません。さすれば盧生の夢も案外ながかったのではないでしょう。

初夢や逆説睡眠さめて吉 六 幹

痴人夢を語るといわれ、夢は荒唐無稽ともいいますが、また潜在意識中に in put されている何か non specific none, systematic に出るものと考えられて、酔うてねて初夢を語るも亦楽しからずや、大変興味深いものを感じるのであります。

初夢や多くの酒の神も酔う 六 幹

人間の一生は、ニーチェのいわゆる“瞬間の辻”，即ち無限につながる鎖の僅か一環でありまして、悠久の宇宙の命に較べますとほんの一瞬ということになります。

また、山田無文老師は‘発句教’の‘人間に生まれること難し’の一節を引用し、そのチャンスは大地の一匙の土を爪に乗せる位の僅かの機会であると生命の尊厳性を説明されました。その人間は、大平正芳氏のいわゆる eternal now を如何に生きるべきか、という命題について今日迄古今東西の聖賢、宗教家、哲学者、識者がその道を明らかにし、指導しそして人間に光の智慧をあたえてきました。それは人間の本性が過剰の自我を主張し、物欲と権力、名声をうることに力をいたし、本根は自らと自らの子孫の幸せのみに促われて本質的な人間性を失うことの余りにも多かっことを意味するのであります。

人間性喪失は個人であれ、民族であれ、国家であれ全く同じ感覚であります。法という罰則を伴った社会機構の中で、その秩序・ルールを無視し、道徳・倫理羈絆を拒絶して、力関係という名

のもとに相克がいつの世にも展開され、国家間では戦争という型で人類同志の殺戮が繰返されてきたのであります。

人類が互いに人間としての人格を尊重しあって共存共栄をしていくにはどうすべきか今や我々自らが哲学しその智慧を働かさなければ、地球人は真の平和を享受することは出来ません。eternal now を吟味、認識し、釈迦の求めた永遠なるものは何か、何をなすべきかを悟る為に、人間のみにはかない知情意を働かせて、謙虚に反省しつつ人間とは何かを考え、いわゆる“空”とは何か、“無”とは何かを悟る他に人類の永遠なる繁栄はないのではないかと思うのであります。

永遠の今をだいに君子蘭 六 幹

‘摩訶止観’という言葉が仏教にあります。‘摩訶’とは威大なことであり、‘止観’とは禅を行なう心構えのことであると思います。禅をすることによって、心を静め、心の奥にある正しい智慧を働かせて、先ず自我を没却し、物事を正しく観る、理解することです。すべての人間が夫々の止観を体得しえたならば、政治家がみなこの止観の心を以って政治を行なったならば、全人類はすべてのものを公平に分配され、そして平和な社会を保ち、社会秩序を守りうるのではないのでしょうか、などと毎年除夜の鐘を聞きながら来たる年への期待と願望を初夢に託しています。

然し、私たちは暦年現実はもっともっと厳しいものであることを経験してきました。

複雑な金属的轟音を響かせつつジャングルをかすめて数十、数百機の敵機が西へ飛び去って行きました。夜来の雨がカラリと晴れわたったある元日のことでもあります。お水の屠蘇を汲み交し、戦場の元旦を遙拝して寿ほぐどころではありませんでした。夜明けと共に丘陵の中腹に仮設した小屋を這い出してみると麓は濁流の湖と化し、樹々の枝に難を逃れた兵隊がオチコチの樹間に見え隠れしていました。

昭和19年1月元旦、大東亞戦争中、東部ニューギ

ニア、‘シオ’地区海軍陸戦隊第7根拠地隊が駐屯していた時のことでもあります。大晦日から降り始めた雨音を小屋の中でN大尉と聞きながら眠っていた私は、草に敷いていたテントが体ごともち上げるように盛り上がってくるのに気づきました。蠟燭をともしあたりを見ますとテントの下をせせらぎのように水が這い流れています。これは大変だ！やがて流水は私たちをも洗い流してしまうであろうと直観しました。次第に滝のような濁流に浸りながらマンジリともせず一夜を明かしました。初夢どころではありません。ニューギニアの河川は実に男性的であります。小川のせせらぎは豪雨があるたびに一瞬にして奔流となりゴウゴウと流れてあたりは泥海と化し、すべてのものを海へ洗い流し、また一瞬にして濁流はもとの小川となるのであります。やがて水が引くにつれて兵隊の安否を確かめ一同に激励の訓示をして士気を鼓舞しました。

上から流れてきた岩石を飛び越えながら川原を上流の軍司令部に報告とその安否をたづねるために走りました。第7根拠地隊司令部は敵の度重なる猛銃爆撃を避けて川上の巖窟に駐屯していました。途中の川畔の陸軍屯所では幾人かの兵士が濁流に吞まれて一同は川原を右往左往しています。然し、海軍司令部に着いた私はまた驚きを新たにしました。

昨日迄、100米に及ぶ高いきりたった懸崖の下腹部から川床に丸太を突き立てて3軒の小屋が並び、そこに幾人かの司令部付高級士官が仮泊していた筈であります。その小屋に影は1つもありません。滔々と流れる洪水の難を逃れるには上空から垂直にブラ下っている1本の蔦蔓にたれ下がるよりほか方法はなかったろう。芥川の“蜘蛛の糸”ではありませんが、1本の蔓に何人かの士官がブラ下り、力尽きて転落し皆濁流に吞まれたのではないか。S軍医大尉も、B主計大尉も、C大尉もわが戦友は皆流されてしまったのかと我が眼を疑いました。幸いにして、この人達は一早く危

険に気付き、人1人が横這に歩く位の崖の小径で足元まで高まる水位におびえつつ夜明まで行づんで危うく難を逃れたのでした。間もなく、元日早々敵大軍はわが後方“ガリ地区”に敵前上陸し、制海制空権の確保と共に完全に私たちの退路を遮断したとの悲報を耳にしました。この正月は、東部ニューギニア海軍陸戦隊を含めて8万の第18軍団は“シオ”地区に夥しい重病人と遺体を放置したまま1,200軒余に亘り転進と称する敗走と激戦が再び始まり、“海軍陸戦隊 ジャングルに消ゆ”といった古今東西の戦史に類をみぬニューギニア全軍壊滅玉砕の悲劇が始まるその序曲が幕明けしたのであります。

逆説睡眠時間が尽きたのか、1978年私の初夢はこのあたりでト絶えました。

私は根生1つと戦友、天祐神助のお蔭で2年有半に亘る悪戦苦闘を乗り切って生き難さを生き抜き、1978年の元旦を迎えたのであります。私がこのような邯鄲一炊の初夢をみたのは、今日の世界情勢、特にきびしい日本の社会環境が更に今年の病院医療の困難さ、一層の激動を暗示しているのではないかと懸念していたからでもありません。

冷汗三斗、新春にあたり新しく下帯を締めなおして、従横無尽、変幻自在にこの難局に対峙し行動する心構えを新たにしなければならぬと覚悟いたしました。

屠蘇未だ覚めやらず逆説睡眠中の初夢仍って如件く、悪夢は逆夢であることを祈念し、謹んで新年のお慶びを申し上げますと共に、更めて酔春夢死の弁をお許し願いたいと思います。

流水のままに浮びし寒薔薇 六 幹
(常任理事・大阪・新千里病院長)

耳鼻科の悲哀

菱山 博文

数年前、耳鼻科学会80周年祝賀会が慈恵医大高橋教授主催のもとで開かれたが、その際医学評論家水野肇氏の講演があった。

「最近耳鼻科のお医者さんたちが、なにか疎外感を持っておられるのではないかという感じがしてなりません。これは健康保険点数の問題が関係しているのでしょうか」と。私はこのことばを今でも思い出す。

最近、大学入局者の減少、総合病院における耳鼻科廃止（パートタイムの医師で週2～3回を補っている）、耳鼻科専門病院の診療所変更などが相次ぎ、また大都市においては、手術を行なう専門医が減少しているのはいかなる原因によるのであろうか。

1. 対象となる患者の減少

10年以前の学校身体検査においては、半数以上の学童が副鼻腔炎あるいは蓄膿症の診断がつけられていたが、最近の身体検査においてはこの診断を下さねばならない児童は1クラス数名に過ぎない。耳鼻科の疾患はアレルギー体質に加うるに細菌感染が主体をなしていることは論を待たない。この細菌感染は抗生物質の発達と共に減少し、また日本人の食生活が欧米風に変って来たことも学童の細菌に対する抵抗力が高まり、化膿性疾患に罹患する率が低下したことにつながろう。

2. 手術数の減少

手術する医者が少なくなった原因に、看護婦の人手不足がいわれているが、耳鼻科領域には医療事故発生が多いこともその原因であろう。耳鼻科領域の手術は、1) いずれも解剖学的に狭い場所、かつその周囲は動眼神経、視神経、顔面神経などの走行であり、眼球麻痺、失明、顔面神経麻痺などの重大な事故を起こしやすいのみならず、

時に髄膜炎などの合併症を起こし死亡に至らしめることもあり得る。2) その対象が骨壁であるため止血に難渋する場所である。3) 体質的問題からショックを起こす危険が多い。4) 感覚器が治療の対象となるため、患者にとって自覚的症状の軽快がはっきりしない。5) 夏休みなどに外来患者、手術患者が殺到するため、医師が繁忙をきわめついミスをおこしやすい。6) 外科と異なり急性期における手術は少なく、慢性期の手術であるため重病感が少なく、一旦事故が起こると患者の憤懣はきわめて大きい。7) 手術を受ける学童は概して知識階級の子弟が多く、医師などの言動に対する批判が多い。などが医療事故、ひいては医事紛争の原因となり得ると考えられる。また耳鼻科領域における検査は患者に肉体的負担をかけるものが多い。1坪ぐらいの無響室に30分以上とじ込められてうける聴力検査はいかに苦痛なものであろう。めまいの患者に負荷をかけて行なわれる前庭機能検査は、むしろ患者にとっては悲惨ともいえるものではなかろうか。

こういうことも耳鼻科医の検査意欲、ひいては疾患の根本を探究する情熱を失わせつつあることにもなる。世の中のすべてのことは合理化の方向を辿り、医学においてもこの風潮はますます盛んである。これにくらべ、わが専門家はいつまでもマンツーマンの診療を余儀なくされている。うす暗い部屋で額帯鏡をかぶり、鼻汁の吸引をやり、耳にガーゼタンポンをつめている耳鼻科医に、いつ栄光が与えられるのであろうか。額帯鏡をかぶり診療することがすべて特殊検査として認められる日が来ないものであろうか。

これは耳鼻咽喉専門医としての偽わらざる心情である。

(常任理事・福岡・福岡城南病院長)

「夢を追い夢にうなされながら」

高山 瑩

ゆっくり考え事をしたり、本を読んだり、何か書いたり、また新しい計画を立てるとき、どんな環境がよいのか50歳近くになって始めてわかり始めたような気がする。ずいぶん遅い発見だとあきれる事すらある。

名の知れた流行歌の作詩者の話であったと思うが、この人はタクシーに乗って出来るだけ混雑したところを何時間でも止まらないように走ってくれ。料金ははずむからといったそうである。この時に作ったものが最もヒットしているし、自分にぴったりとした満足感にひたり、しかも独創性が出るらしい。

私の先輩で日本病院会の役員K院長は渋谷付近の閑静なマンションに住み、病院まで迎えの車で10分のところにありながら1週間の内1～2回はホテル住いである。時には病院の中にも泊る事があるとの事。さては一流ホテルで肉の祭典かと内心ニヤニヤしてみたが、曰く、「ノードリンク、ノーガール、ノースモーキング」とあやしい表現にまどわされながらそのホテルの部屋を訪ねたが、何回訪ねても部屋に入れてもらえず、ホテル内のレストランやスカイルームでご馳走になるのである。ますます興味をもったのも無理がらぬ事である。ついに強行手段に出た。いや驚いた。床面は原稿用紙で一杯、ベッドの上は乱雑にされた本でいっぱい。ここからすぐれた発想がある事がうなずけた。

シンフォニーに聴き入るとき、独創力が出るという科学者の話によく耳にするが、そんな事を知っておりながら自分にとってどの時間帯とどんな環境が最も良い仕事出来るかを案外知らない人が多いので驚く事が多い。その1人として私がいる。この環境の発見は急な思いつきで解るもの

ではなく、たゆみない努力が必要な事を忘れていないだろうか。そしてこの環境を満足させるための条件を作りあげるには根気と底力を必要とするため、多くの人は、この大切な時間帯を考えようとしないのかも知れない。私の場合、読書は長距離列車か、国内線航空機の中で読むのがよく、また抽象的な問題の考え事や講演のしめくりを考えるときは自分の車を運転しながら好きな音楽を聞いているときが一番迫力のある考えになる。そんな時はスピード違反でつかまったり、ミゾにワッパを落したり、信号を無視して叱られる事がしばしばである。日病の事務局の裏通りの一方通行の道は制限時速20kmのところでも衆議員副議長の官舎があるため三角の箱の中からお巡りさんが出て50m手前にある一時停止の無視とスピードを目分量で眺めている。つかまる事数回、「またですか、困りますねえ」ここらあたり、あやまり方はもう慣れたもので近頃親しくなってしまった。ほんとうは暇であってほしいお巡りさんだが、その暇が憎い事もある。

物を書いたり、新しい企画を練るのは病院の院長室が最適のところである事がわかった。院長室も私の自宅の書斎も開く窓がなく、一定の室温と明るさが保てるよう努を重ねて造ったつもりである。自宅の部屋は物音1つしない程、静かで空気のよい理想的である筈が私の思考や読書には全く役に立たないのは不思議でしかたがない。

夕食をしないで空腹に耐えながら院長室で何かしている時が私の最も円熟の時間と思われる。その時立てた計画が夢に出て来るときは余程苦しみぬいた時のものであるだけに大抵成功する事が多い。

夢の中で困るときは容赦なく家内を起こし、メモをとらせるそうだが深夜のこのためか家内も初めのうちは本当と思ひメモを持つが途中から寝言である事がわかるため、朝しつこく叱られる事がある。私の深夜の表現力があまりにも真実に近いので、だまされるのも無理がらぬ事と思ひ、少

しは反省しているが私には深夜の出来事の記憶が殆んどないため長い間笑い話にされるが、何度でもこの夢をみたいものだと思っている。

世でいう早寝、早起きや規則正しい生活は人間の個性を無視したもので小刻みに寝る方がよい人もあれば夜中に起きて仕事をするのが最も合っている人もあろう。大切な円熟期の時間を最高のピークに持ち込んで燃やし続けてこそ、ほればれする色気があると思われる。

(理事・東京・高山整形外科病院長)

ばしょうかじきの剝製が 3年ぶりに手に入った!

遠山 豪

日本病院会も産声をあげてから既に丸3年を越える。揺籃期の育ての最中に国際病院学会の大仕事も成し遂げて、左奈田会長の新体制のもと、着々と活動範囲を広げつつあるのは同慶の至りです。この3年間に私が経験した肩の凝らない楽しいお話しを致しましょう。

昭和49年10月、横浜で開催された全日病病院管理学会で日病・全日病の合同が宣言されましたが、その学会が終了した翌10月20日羽田を出発、"中小病院を主体とする「米国における地域病院管理実態調査団」"に参加しました。計画者は自治医科大学管理学教授、一條勝夫先生であり、同行者は小生の外に東邦医大病院副院長、小野丞二、入江是清の両先生と、案内人通訳、中村和秀氏との計5名というまとまりのよいグループでした。小生を除き働き盛りの先生方であったので、その日程たるや連日の病院見学の強行軍でありました。

旅行の途中、メキシコ市の病院を見学する予定でしたが幸か不幸か、病院との連絡がつかず、それではついでにアカプルコで浩然の気を養おうと意見が一致しました。

11月1日、太平洋をトローリングしました。天気晴朗、全く太平洋の名にふさわしい釣日和でした。トローリング船の運転手を勤めたりして、釣果を待ちましたが、現地人の船員に何時釣れるかと聞きますと15分と答えます。`何、もう既に30分以上経っているではないか'と申しますと、`メキシコの15分は1時間30分という意味だ'とケロッとしていました。これがその後3年間焦らされる前兆であったとは夢にも思いませんでした。

さて、釣果ですが、トローリングしているリールについた太いナイロンの道糸の先端につけた大きな餌に高く飛びついて大きな魚がかかる。軽く止めてあった道糸が外れて、リールが気狂いのように回転する。固定された椅子に座り、根本を固定した竿をしっかりと支え、リールを巻き上げようとする。リールの回転を必死に止めてもナイロン糸の伸長性のために糸がグーンと引き伸ばされていく。そんな格闘に耐えること数分、徐々にではあるがリールを巻きとることができる。2~3分も力をこめてみると、どうしても息が切れるし、手が疲れるので交代してリールを巻き上げる。

こんなことを10分余り繰り返していると船の近くに悠々たる大きな魚が波間に見えてくる。船端近くまで引き寄せると船員が手袋をつけてその喙を握り、船上に引き上げる。長さ2m60cmの大物である。その道の人に聞くと`ばしょうかじき'であるとのことだ。

私は三重県に住んでいるので、川釣り、海釣り等の趣味もっているが、大きな鯿を釣り上げて竿を折られたくらいが最大の獲物でした。釣れはじめるとこの`ばしょうかじき'が3匹、大きな鯿が1匹と次々にかかり、豪快な釣りの醍醐味を満喫したので2時間余りで波止場に引き上げました。

さて、この獲物の始末だが、不要であれば海にもどすという。アメリカ人の中には剝製にして送ることを依頼するものが多いとの話であったので、獲物の中の1匹を港に持ち帰り、半額を現金

で支払い日本への発送を契約しました。日本に到着するのは何時頃かと尋ねますと、2~3カ月の中だとの返事でありました。これが手に入るまでに種々な交渉を要し、3年の歳月がかかるとは思いも及びませんでした。

1年経ても何の音沙汰もないので連絡すると、会社のストライキで遅れたが製品はできているとの返事があったので、残金の半額を送り、運賃着払いで送るよう依頼すると、更に運賃の先払いを要求してきたのでそれを支払うとその後、何の音沙汰もなくなりました。

思いあぐねて、アカプルコとメキシコシティのロータリークラブに仲介を依頼したところ、メキシコシティ・ロータリークラブの幹事の方が親切にも先方の会社に連絡して現品ができていることも確認したとの報告があり、会社からも製品を磨いているので数日中に発送するとの連絡でした。

楽しみにして待っていましたが、その後1年間、何の連絡もなかったので、全く諦めていました。

今年度の国際ロータリー・デービス会長は`Serve to Unite Mankind'をテーマとして掲げられました。この方針で気がつかれたものか、メキシコシティのロータリークラブから先般の記念の魚はもう入手されたことと思うが、若し未だだとすると、これは非常に不徳義なことであるから、公的な処置をとらねばならない。至急返事されたいとの手紙が参りました。未着であるとの返事を出して、しばらくしたら、羽田から大きな魚の剝製が到着しているがどうしたらよいかとの電話がかかってきました。

万才!! 万才!! 遂に待望の魚が来ました。

こんな魚を釣ったと話をしても`駄法螺'を吹いているように思われたが……`ごまをみろ!!'

早速、病院の壁面に飾って衆人の目につくようにしました。一條、小野、入江、中村の諸氏にも写真と共にこの喜びを報告しました。

メキシコシティのロータリークラブにも早速、

アカブルコで撮った写真と記念品の写真を添えて礼状を送りました。その返事に、メキシコ人が皆このように不徳義だと思わないでほしい。あの会社には少し問題があったのだと書かれていました。



釣り上げた獲物筆者（中央）と入江是清（左）一条勝夫（右）の両先生



剝製の「ばしようかじき」と筆者

あの陽気なメキシコ人を何で軽蔑しましょうか。剝製の出来上りは立派です。そして、国際ロータリー精神の豊かなロータリアンもいることだし。

私は、今年は津ロータリークラブ会長をつとめています。この年に海外のロータリアンから、このような親切を戴いたことに感激しています。そして2月には私のクラブがホストクラブとなつて、インター・シティ・ゼネラル・フォーラムが開催され、その重要テーマが国際親善なのです。丁度、よい話題になることでしょう。

この3年間に、このような記念品が手に入り、そしてまた、国際病院学会からも講演の座長をつとめたとの理由で、立派な感謝状と記念品を戴いた。どちらも苦勞して入手したものであったが、私の一生の思い出として私の病院を飾ることでしょう。

（理事・三重・遠山病院長）

赤字病院長の悩み

小山 三郎

赤字病院の院長の歎きは医療費改訂の遅延である。昨年4月に、遅くとも10月から是正されるものと期待していたが、健康保険法の成立と抱き合わせで52年中には改正されず、当て外ずれになって今年度もまた赤字に悩まねばならぬ破目になった。同法案が漸く臨時国会を通過したので、恐らく近く諮問案が中医協に提出され審議の対象になるものと思われる。諮問案の内容の分らない今日、それについて意見を述べることは不可能であるけれども、国鉄運賃法が改正されて一定限度内の運賃の改正が運輸大臣の認下で行なわれ得るようになった今日、また種々の公共金がそれぞれの審議を経て所管大臣の認下で処理できる方途が多くとられている現状をみると、医療費の改訂が今少しスムーズに行なわれないものだろうか。そ

れも変動の激しい物価、人件費などの上昇と医術の進歩に見合った改訂が毎年行なわれるべきであり、そうした約束が日医と厚生当局との間に交わされていると仄聞しながら、一向に実現されない。それが政治というものであれば、政治に対する不信感を懐かすにはおられない。1日も早く適正な改正がなされることを切望する。

低成長期時代に入った日本経済の下であればあるほど生命の保全に必要な医療の重要性を認識して、進歩向上する医療に見合った医療費の合理的改革が行なわれて然るべきであり、それが行なわれない限り、病院管理者はいつまでも苦しい経営を余儀なくされるだろう。私はこうしたことが日本の医療を定め、医療の荒廃をもたらす基になりはしないかと心配するものである。社会が病院医療に求むる欲求は現実には病院の経営を無視した高度のものであり、それを満たさない場合には往々にして医療紛争としてとり上げられる。これでは病院管理者は立つ瀬がない。こんな悩みをもっている人は少なくないのではなかろうか。

今年は午の年だ、飛躍する年であって欲しい。何とかウマくいかなないものだろうか。

(理事・大阪・大阪赤十字病院長)

“泣くもんか、医療費の改正 がなくとも”

中村 了生

新年明けましておめでとうございます。

病院人にとって、心より“Happy New Year”をいえる新年でしょうか。待望久しかった医療費の改正も、健保法改正法案の廃案によって風の前の塵の如く、もろくも吹き飛び、遠い夢物語となり、年末の病院危機突破大会で決議したことも、犬の遠吠えに似て、はかない虚無感が残っただけである。なるほど最近の医療は世人のいう如く、政治経済に密着していることが痛切に感じら

れ、病院医療の危機感が新春の寒さとともに肌身にひしひしと感ずる新年というのが実感である。

世界資源ナショナリズムに端を発した世界経済危機、人口増加問題、食糧問題等幾多の難問題が人類社会、地球社会に魔女の失に射止められた如く身動きできないかなしぼりにあったようである。特に島国の日本社会においては、減速経済時代による経済不況、政治不安、高令化社会の急速な開幕、医療費の急激な増加等により、社会不安とともに医療の荒廃が徐々にその創口を拡大し、回復不可能な非可逆的变化に迄押し進められるよう、国が滅亡の道を歩む感じである。

どうすればよいのだろうか。“天の裁きを待つてはおれぬ”“この世の正義もあてにならぬ”。

かつて、砂漠の国、アラブのヤマ＝石油相が、「我々の国の砂漠には言葉より行動がほしい。雲より雨がほしい」といったことが思い出される。今、病院医療砂漠に慈雨がほしい。我々の慈雨とは、現時点では将来の医療保険制度の抜本改正より、目前の医療費の改正がほしい、医療保険改正の機は熟していることも、医療費改正のことも国民は諒承しているのであるから、国民の合意の得られる具体案を、日本病院会と日本医師会と協力して改正案を立案し、政治的裏づけを早急にとることである。その為にはあらゆる手段を講じなくてはならないかもしれない。しかも、我々の現在の医療を未来の医療に引き継ぐ為には有意義なことであり、義務でもあろう。早急に、勇気をもって行動をおこさねばならないと信ずる。

先日、全国養護施設の子らの作文集の中で、崩壊家族から投げ出され、養護施設で暮らす子どもが逆境の中で逞しく、自分の未来を描いている。その中で、「僕はパン屋になりたくない。それで、施設の子に僕の作った、おいしいパンを食べさせてやる。それで淋しさを忘れさせてやるのだ。」「ぼくら泣くもんか。」頭がさがる。

病院人諸君、(逆境と闘いながら、この子らにも未来がある)希望を持とう。今年は Chinese

calender では馬年である。常に太陽という栄光とともある動物であり、また負けじ魂も人一倍で行動性と陽気を併せもつ年である。この「馬年」にちなんで、今まで持てる力 horse power 馬力をあげ、天馬空を行く如く、低医療にも負けず、その中に歩むべき道を捜し求め、病院医療、国民医療の為に人間の最大の武器である智慧をしばり、我々の命と名誉と富をかけ、未来の医療の為に礎石となろうではありませんか。

「泣くもんか!! 天馬にまたがり、今年は頑張ろうではありませんか。」

屠蘇がだいごまわってきました。初夢に大幅医療費改正の夢でも見ましょ。雲の端を上る夢でも見ましょ。それが果敢無い、佗しい夢にならないように、今年もよろしく。

New Year Resolution :

I want to give my hospital profit
to my employees and my patients.
(理事・和歌山・中村整形外科病院長)

栄養指導料を新設させよう

太田 清一

昭和50年9月3日、定時総会の決議によって我々は診療報酬引上げの要求の中に栄養指導料についても関係各方面に強く要請したが厚生省、日医もその主旨をよく理解しながらも健保における

- (1) 医師による慢性疾患指導料
- (2) 入院時医学管理料
- (3) 電話等による再診料との「かね合い」

もあってか、遂に日の日を見ずに不採決となってしまった。

日本の医療は「薬と注射」に依存し過ぎるとして、一部には「薬づけ医療」とまで悪意に満ちた宣伝もされた。

然し、わが国の医療はその中に無形の技術評価が今のままの「ゼロ」である限り、そして現行健

保制度が医療技術を軽視し、多数患者をみるという薄利多売方式を強いている限り潜在技術料などと称して薬品購入価額と健保薬価基準価額との差益に依って医療費の不足分を購うが如き卑屈な「新語」さえを生むに至った今日、にわかはこの依存度から無条件でこの状態から脱却することは、或いは困難であるかもしれない。

為政者は謙虚に過去を反省し、勇気をもって技術料中心の診療報酬算定に切り代える必要がある。

X線検査の撮影料と診断料との区別、理学療法士に対する身障運動療法及びデイケアと同様に、「管理栄養士」による栄養指導料新設定の緊急必要欠くべからざるものである。特に、糖尿、慢性腎臓疾患などの患者及び家族に対して直接に栄養指導を要することは近代医療のあり方である。しかもこれは無料奉仕である。これまでのように、物の対価よりも先ず医療技術料を各面に涉り、正しく評価導入することによって先進欧米諸国のその如くわが国においても医師は徒らに薬品優先の依存度から離脱することに努力しなければならない。病院によっては健保に採用の有無に関らず、そのもてる専門職の職能として、弱い患者のため惜しみなく生活指導や栄養指導に奉仕している現実を為政者は見逃してはならない。

即ち、このことによって薬、万能の医療から患者の日常の食餌療法を推進しているのである。我々は、これからも機会ある毎に技術評価に対する正しい主張は些かも遠慮する必要はないのである。

あらゆる角度から技術中心の医療費に切り換えることを強く望んでやまない。

(監事・(社)神奈川県病院協会会長・

太田総合病院院長)

青梅だより

吉森 庄平

青梅は古風な雰囲気を残している東京の京都である。ところが、ここに来た時は東京のチベットという言葉を引きいて驚いたが、既にそれから14年余になる。

最近では、四季の折々に、都心から人が訪れるようになった。都内にはにぎり切った空気ではあるが、たしかに交通便利で、私のように都心の用事も多い者は、ここに到着することを望むことはあっても無理であった。しかし次第に病院の仕事が多忙になり、住み心地のよい此所に多くの日をとどまることになった。

特に病院の新棟建設や改修計画が始まってからは、妻と殆んどウィークデーは過すことになり、多摩川と富士山および奥多摩の山々を一望出来るマンションの7階（病院の住宅）で、青梅の美しさに始めて浸ることが出来た。

これは、年のせいかと思ったところ、若い人まで奥多摩の風物にこの頃は関心をよせ、時代の変化をつくづく感じるのである。

夜、風呂から出て、ベランダで夜景をみると、心からのリラックスを味わうことが出来る。おもちゃのように下奥多摩橋を時折走る車のあかりは動く星であり、町の青赤の点滅する信号の色はおとぎの国の信号である。

赤白のペゴニアの咲きつづくも月あかり

ベランダにさいて蔭を落とせし

土日曜日もとまることが多いので、暖い日には運動靴をはき、がけ淵を雑草をふみわけながらおりて、多摩川べりに出てみたり、あるいは古い情緒のある民家をさがしてみる。

茶畑に白々と花の満ちていて

夕陽かげりし多摩川に出でたり

平家の落武者が7人でたどりついた所を千ヶ瀬

という。この附近には鎧など貴重なものを保存されている旧家もあるようで、是非機会をみて訪ねたいと思っている。ここには樹齢千年という椎の木が神社の境内にあって、この附近の象徴となっている。

人気のない枯葉のたまった急な路は、石でなく竹で段々になっている。その段々をおりて真直ぐな路に出ると左手は藪である。

千ヶ瀬にて竹藪はお宿かかびすまし

雀の声は豊かなるかも

散歩の帰りに病院によってみると、外の平和とおよそ異なって、きびしい現実にもどるのである。休日でも医師や看護婦が、相変わらず忙しく走りまわっている。

これが地域医療の実態である。職員の努力と善意が病院を支え、社会の限りない要望の中でたかっているのである。

どうか今年もこの人達の誠意が市民あるいは入院患者の方々に理解していただき、すべての人達に幸福が訪れるよう願っている。

さらに地域医療の対策が、住民およびここに献身的に働く人達にとって、今年も理想に向って一歩でも前進出来ればと念ずる次第である。

（代議員・東京・青梅市立病院長）

府中医王病院の一泊旅行について

渡辺 千春

どこの病院でも、一泊旅行といったレクリエーションは実施されているのではなからうか。それでもやり方については、それぞれの個性があると思う。他院の様子も参考にしたいとお考えの方もいるかと、「随想」には程遠いが、当院のをご参考に供するのにも有意かと考えた。

いろいろの企画や変遷を経て、もうおよそ定着してしまっただけのご紹介する。

(1) 当院はパートを含め100名位の従業員であるが、旅行参加者はおよそ60名位である。バス旅行が圧倒的で、また2分割して行なうこともなく一度で済みます。

(2) 旅行委員は年初に選出され、各部で候補地を持ちより、春には目的地が決まってしまう。

旅行の積立ては、毎月500円で6カ月とし、道中のおつまみ、飲み物、宴席でのご馳走の足しにする。

(3) 道中の見物は、最近重点主義となり、バス旅行も限度3時間位とメドをつけ、あまり立ち寄ることがなくなった。

昨年は午後2時にチェックインして、そこの野外の施設で遊び、帰路は「彫刻の森」にしばって、午後5時前に帰院した。

(4) 集合、手荷物特に帰途のお土産で、やっぱりバスが良いとなる。

(5) 旅行日は金・土をあてている。当直者の選定は話し合いで決まり、病院としては当直料の他にしかるべき基準の手当を支給する自己都合による不参加者は欠勤扱いである。

(6) 夜の宴会はハイライト、女性が圧倒的に多いので、女と男が程よく並ぶようクジで座席を決めるので、院長・幹事も同断で上座も下座もない。

(7) リクエストをもりこんだ歌集が発行され、バス中、宴席で重宝がられる。またこの歌集によって、あの年はあそこへ行って、こんな唄が流ったのかと記録の価値も生まれる。

貴重な二日間、病院を当直者にゆだね、心おきなく旅行を愉しむことのできるのには、当直者へのねぎらいの仕方もさることながら、日常の「和」が何ととっても基本となると考える。

(代議員・東京・府中医王病院長)

スキンシップについて

中山 耕作

もうかれこれ10年前になりますが、トルコのエーゲ大学に外人教授として出張していた時のことです。正月休みを利用して黒海沿岸のサムソンという町へ遊びに出掛けました。助手が徴兵されて軍医としてその町の陸軍病院に勤務していた関係もあって、一日病院長の大佐殿から招待されて病院を訪問致しました。迎える軍用ジープが病院の玄関に着き、老院長殿始めスタッフの物々しい歓迎の中を院長室に案内されました。しばし歓談の後、これから病院長の総回診があるから同行して欲しいとのことで、さて、どんなご回診かなと興味津々について行きました。ところが驚いたことに、この大佐殿の総回診というのは唯傷病兵と握手をして回るだけなのです。後からついて行く私も仕方なく1人1人と握手をかわして歩きました。兵士達は真剣なまなざしで感謝と歓迎をこめて日本人医師の手を握りしめたものです。たとえば言葉は通じなくとも暖い気持ちに通じ合ったように思います。トルコの老大大佐が身をもって教えてくれたスキンシップの効用でありました。以来、在トルコ期間中、毎朝助手、看護婦は勿論、回診の度に患と握手をしてから診察を始めたものでした。

今日の医療が検査検査に追われて、患者の顔や脈もろくに診ずに検査データを見るのに忙しく、打聴診はもとより腹部の触診も省略しかねない趨勢を反省し、医の原点に戻らねばならないと痛感する次第です。

NICUに入っている未熟児でさえもスキンシップの大切さを見直されているとの事です。

日々の多忙な診療の合間にふとトルコの老大大佐を思い出し自らを戒めるよすがとしております。

(代議員・静岡・聖隷浜松病院長)

法人病院と固定資産税

関 守

私達の県医療法人協会は、過去数回に亘り毎年のように固定資産税の減免を県に陳情しつづけています。日本の経済事情は、このところますますその厳しさを加え、今度もまたその陳情は空念佛に終わった感があります。然し来年もまた再来年も私達は陳情を繰り返すでしょう。

医師法第19条には医の公共奉仕への義務づけ、医療次第14条には医療法人の配当禁止をうたい、その公共性を裏づけています。また地方税法第6条には、公共事業に対する固定資産税の減免条項があり、現に全国各地には、固定資産税を減免している自治体があるはずで、税の公平を理由に、医療特別措置法の徹廃までにおわせる国にして、地区により固定資産税に差があることは許されないでしょう。

日進月歩の医学医術に遅れず、国民に良い医療を提供していくためには建物の近代化は勿論、医療用の機械器具什器備品などに、常に配慮するのは医人のつとめでしょう。多額の借入金に頼って施設を作り、医療器具を購入し、固定資産税を納め、それらの原価償却の期限が満了しないうちにまた借金をして、新しい医療機械を買い、再び固定資産税を支払うという悪循環のなかで、一体何時になったら私達は安心して医療に専念出来る日が来るのでしょうか。

日本の医療の大部分を引受けて、国民の健康を守っている私的医療機関に対しては、私立大学にも運営費補助をすることく、運営費の補助とまではいわないまでも、国際観光ホテルに実施しているように医療の用に借する部分の固定資産税の減免や少なくとも近代的医療を推進し易くするために医療器具の耐用年数の短縮程度のことは是非実現したいものです。

日本法人協会でもおこなっているこの運動が、全国的に展開されこれが実現されることを願うものです。

(代議員・長野・城西病院長)

繫船衡

越山 健二

昭和17年、大学を卒業すると、すぐに海軍軍医学校に入り、6カ月の訓練を終了して、まもなく空母、鳳翔に乗り組み、終戦の年3月の爆撃で片足を失うまで海上の生活を経験した。海軍では軍医は繫船衡という有難くない俗名がついていた。

繫船衡というのは、船が停泊すると、船の前部にランチをつなぐための棒が出る仕掛けになっているが、その横にはる棒の名称である。これは出港してしまえば無用の長物で、戦闘時には全く無用で役立たないという意味が含まれている。若い元気な、よりすぐりの乗組員だから殆んど病気がない。軽い外傷や、急性の下痢、腹痛、感冒のたぐいで、日々の生活は割合に余暇が多かった。船内の保健衛生が主で、結核、伝染病等の予防対策が重要で病人が出て診療が多忙であれば、その軍医の評価は悪く、兵員の信頼感にも関係があり、ひまで遊んでいれば、かえって立派な軍医として通用するので、繫船衡になる事を望み、繫船衡には信頼と尊敬の気持ちも含まれていたように思っている。

今日の社会では、ひまのある医者が喜ばれるという認識はない。医師がひまであれば、やぶ医者であり、門前市をなすというのが良い医師との評価である。また診療が多忙であれば収入も多い。病院内でも収入の多い医師は評価が高いし、はぶりもよい。軍医のようにひまで、のほほんとしていればよい評価になるというのと全く対照的である。軍艦の生活と多様化し複雑化している今日の社会とは同一なものとして誇る事は出来ない

が、本来は、その集団、地域社会から病人や不健康を出さない事が、より重要な事であり、医師に対する尊敬や信頼がそこに位置づけられなければならない事なのである。

経済発展、技術革進といわれる中で生活は豊かになり、健康に対する条件も整備されたと思われるが、受診率、疾病当りの診療日数、診療費が毎年増加して、医師不足や、専門医不足が叫ばれている。病気になるための智慧や工夫は医療と受ける住民や医療をサービスする人々や、またその仲介する各種の組織の方々には責任があると思うが、医師をはじめ、医療を供給する人達が繫船橋と呼ばれ、尊敬され、生きてゆける時代は再びやってこないのであろうか。

(代議員・富山・上市厚生病院長)

“終”の場所

中野 進

「年のせいだ」などとは思いたくないのだが、近ごろは新聞を読んでも〈訃報欄〉に日が足りがちである。

そこで気づいたことであるが、最近では「昼の上で死ぬ」ことがトンと少なくなってきた。

私達の常識として、「日本人であれば、最終の時は昼の上で死ぬ」——つまり、〈自分の家で〉、〈肉親に見守られ〉、あの世へ旅立つのが一般的だと思っていたが、実際はそうではないらしい。

畏兄である竹沢徳敬先生（京都私立病院協会会長）は、大分常人の粋をはみ出た気魄の持主だが、先生のいわく「身内のものに“お前は昼の上では絶対死ねない”といわれるが、自分でもそう思う」という。

話はそれだが、著名人の“終”の場所を次の5つすなわち、「病院」、「診療所」、「自宅」、「職場」、「その他および不明」に分類し、対象年次を比較した。資料は、大阪朝日新聞（昭3）と朝日新聞

（昭51）の〈訃報欄〉である。

昭和3年では、自宅での死亡が34名（56%）で第1である。ついで、病院11名（18%）。なお診療所や職場での死亡はゼロである。また、不明が16名（26%）と多数を占めるが、これは当時の〈死亡記事〉の形式が現在ほど整理されていず、死因や死亡場所をオミットしたものがあったためである。しかし、その記事の脈絡から推測すれば、この不明分の大部分は自宅での死亡と考えられる。つまり、昭和3年当時は、全体の約8割までが自宅で最終の時を迎えたということだ。

ところが、昭和51年では、この自宅死亡の割合が激減し55名（31%）になった。

これにかわるのが、病院での死亡者であり、119名（66%）と大幅な伸びを示している。また、診療所での死亡1名、職場での死亡1名、そして旅先での死亡3名がおられるが、これらはいずれも“心不全”の方である。

“病院で最終の時を迎える”という傾向は、今後ますます強まっていくものと考えるが、これ以上に一般化しているのが、“病院で出産すること”つまり、“この世にはじめて生れた場所が病院である”という人々が多くなっていることである。

いいかえると、“人は病院で生れ、そして病院で死す”ということになる。

それだけに、われわれ病院人の任務も一層重要なものになるわけであるが、この“新春随想”を読む場所がお正月の宿直室かと思うと、毎年習慣ながら、新春早々から気がめいることでもある。

(代議員・京都・四条外科病院長)

「人間の原点」

中野 博光

昭和51年10月23日より29日まで、インドのニューデリー市で第15回国際小児科学会議に出席し、カンミール地方やアグラ、ベナレス、カジュラホ

を回ってネパールまで足を伸した。

どの地域でも共通することは、牛や羊、豚やイノシシ、芝生にはリス、空にはハゲタカ、オームが人間と混然一体となって、貧しい食糧を分か合い、お互いに相手を損なうことなく、生物であるという一致点で生きていることである。

ニューデリーの病院でも、カトマンズのガンジー小児病院でも、結核が中心であり、感染を最も惧れるネフローゼと同居し、小さな小児が膀胱結石をもって多数入院していた。脱水が高度な1例のみ点滴が行なわれ、総合ビタミン剤が主要薬剤であった。ネパールの奥地に、美しい2人の日本人看護婦が、ボランティア活動で、その小児病院に勤務していた。

ガンジス河のほとり、ベナレス河は、インド全土から「一生に一度は」との願いをこめて、聖なる河ガンジスに沐浴のため集まってくる。褐色の河のゆるやかな流れに、早暁から老若男女が、頭を3度つけては祈りを捧げている。牛の死体が側に流れている。石段の下の河端では人間の死体をマキで焼いている。コレラなどの死体は石をつけて、河の最中へ沈める。石から離れた死体は、時に岸边にたどりつく。河の水はアブクが多量に浮いている。

その水を口にふくんで口を浄めている。ヒンズー教徒は、黙々として、その行事を繰返している。医学も科学も宗教の前には埋没してしまう。「惧らく、この水の中では、細菌も生きられないだろう」これがヒンズーの姿を見た印象である。

水道水も一滴も口にせず、ミネラルウォーターをホテルで頼めばビールの3倍もする。日本に帰って、そのまま飲める水が、ビール瓶1本1円もしないということは、物価高といいながらも、日本の国の有難味を第1にしみじみ知らされた第1の感懐であった。

国際会議の前日のレセプションも一風変わっていた。開会式を終え、行く先も知らされず3,000人近くの会員がバスに乗せられた。バスの中はまっ

暗。外も真暗。時々村を通り抜ける。10分たち20分たっても目的地につかない。そしてやっと1時間して、うす暗い丘の上にはうり出された。少量の羊の肉団子とパイとジュースがあちこちにある。そろそろ帰ろうと思っても、来たバスに帰らないでは、ニューデリーへは帰れない。すべてのバスにすべての人が乗るまでは、1台として動かない。

インド入りして第1日に私達は完全に洗脳された。インドとのつき合いは終始この式で行なわれた。

それでも私達グループの医師の中には米人軍医中佐夫妻もいたが、日本に帰ってインドへの郷愁をもっている。それは矢張り、人間としての原点を、皮ふを介して教え込まれたからであろう。

(代議員・大阪・中野こども病院長)

日高コレラ

古田 浩二

日高コレラは、隣の有田コレラにかくれて見えなかった。しかし、現実。真性コレラが日高病院に入院し、悲愴な覚悟で治療に当たっていた。チャイコスキーは交響曲「悲愴」の初演を終えたのち、コレラで死んだという。

一晩15ℓの輸液(ラクテック・リングル)。500cc入りのリングル瓶が次々と空になっていった。3カ所からそそぎこんだ輸液は、患者の血と肉となり、体液と活力となって脱水状態からはいあがらせた。

有田コレラの終息宣言を出した7月2日より33日目に当たる8月4日、脱水してショック状態となった61歳の男がかつぎこまれた。6日、国立予防衛研にてエルトル小川型と判明するや、翌7日付の大新聞は一面でこれを報じた。病院の電話は鳴りづめに鳴り、来訪者はたえまなかつた。空にはヘリコプターが舞った。正午のテレビニュース

はトップで流した。有田コレラのつづきか、将また、新発生かという論議もされた。患者は有田市の会社へ通勤している事が、有田コレラのつづきを思わせ、終息宣言が早すぎたのでないかとたたかれました。

患者は発病当日朝元気に出勤し、その晩に重篤状態となった。7日には危機を脱しており、治療は時間を争うものであり、輸液のみによって治ったといっても過言ではなかった。

かくして、日高コレラは、あと1名の健康保衛者を出したのみで、次のような教訓を残して、タイフーンの如く過ぎ去った。

- (1) 治療は時間を争うものである。
- (2) 初発患者は重症である。(有田コレラでも同じ)
- (3) 病院外に対する窓口は一本とすること(院長最適任)。各個に対応すると非常な混乱を招く。
- (4) 病院としての姿勢は、当然のことであるが、医学的見地のみに終始すること。(これがむづかしい)

なお、学術的記載については、第94回日本内科学会近畿地方会抄録を参照されたい。

(代議員・和歌山・日高病院長)

医療よどこへ行く

宮本 祥郎

病気で倒れ、一命を拾ってから、5年近くなった。病気に罹って初めて病人の気持ちがわかるといわれるが、医療そのものの在り方も考えさせられることが多かった。私の病院には心筋梗塞の患者が多いので、私の経験をもって監視を受けている病人のところへ行っては、よく話をする。患者と話をする。つまり対話がいかに大切であるかは、患者さんの顔を見ているとよくわかる。今日の医療は対話が欠けているとよくいわれるが、或

る面では止むを得ないであろう。何時間待ちの何分診療では当然対話は欠乏する。これは、社会保険診療の欠陥と低医療費政策の齟齬せである。

新聞の投書欄にはよくこんなことがのっている。医者には儲け主義だ、何時間も待たせて病気に ついて何も話して呉れない。もっと医者を雇え、医者からみれば誠に勝手ないい方が取りあげられている。然しながら、これらも、私共には反省の材料にはなるであろう。

今日の医療は兎も角、医者を中心に患者が、その回りを取り囲んでいるが、本当は患者の回りを医療スタッフが取り囲んでいなければならないのではない。医療は医者の為にあるのではなく、当然患者の為に存在する技術技能である筈。そうであれば医療のあり方、医療費の決め方の論議も患者を中心に行なわれなければならない。それが方法論によって、将来の医療の為にに行なわれていることはよく理解出来るものの、今日さし迫っているそのものを、どうするかが忘れられてはならない。その為には荒療治も必要であろう。然し、直接国民を不安に陥れたり、患者が心をいためる如き、保険医総辞退なる方法は避けるべきである。

泥棒をみて縄を編むという言葉どおり、日本ではハイジャックが起こる毎に縄を編むが、丈夫な縄はなかなか編まない。病院がいくつか破産すると、政府も縄を編むことにやっと力を入れるであろう。けれども今日のように、政府と医療界とが、角を突きあわせていては丈夫な縄は編めそうにない。まるで資本と労働との戦いそっくりではないか。

年頭にあたり、本年は良い年であるようにと、はかない希望を夢に托すが、いつも失望ばかり、そして年齢を重ねていく。もうそろそろ達観しなくてはなるまい。

(代議員・岡山・津山中央病院長)

職場保育所と育児休職

岩宮 公平

県立病院の院長になって未だ2年に充たないが、従来からの懸案事項として組合から要求され、心の中でもやもやしている問題の1つに、病院内保育所の設置がある。

古い話で恐縮であるが、昭和33年小児科部長として松江赤十字病院に赴任した私は、間もなくかの有名な日赤労働争議に巻き込まれた。若かった私は、労務担当として故武藤多作院長の下で真剣に労働問題にとり組んだ、院長の指示により、当時組合要求の強かった病院内保育所について、設置の可否、問題点について検討を行なったことがある。

乳児院長を兼務していた私は、乳幼児の処遇の面から考えて、保育所の設置よりは育児休職制度を設ける方が好ましいと考え、保育所設置の検討案とともに育児休職制度について提案した。その内容は、こどもが集団保育のメリットを強調出来る満3才に達するまで、母親を休職扱いとして育児に専念して頂くとともに、給与の1/3（当時の日赤の休職給）を支給して、能力の低下を防ぐための研修を義務づけるというものである。その間の病院業務については、休職3名につき2～2.5名を新しく採用すれば、とかく休務の多い乳幼児をかかえた母親の業務量はなんとか補え、病院の負担もそれ程増えないと判断した。また、3才に達したこどもの保育は、その後地域保育所を利用したらよいと考えた。

此の育児休職制度については、その後保育の専門家などとも協議し、県の看護協会総会のシンポジウムでも提案を行なったが、昭和30年台の保育所指向の強い世論の中で、遂に陽の目を見るに到らなかった。あれから十数年、内容は不十分乍ら育児休暇制度が施行に移され、当時を憶い出し感

慨ひとしおのものがある。

一方、職場保育所は、発想の段階において、労働力確保対策の1つとして考えられ、婦人の労働権に対する配慮はあっても、こどものよい育児を受ける権利は無視された感が強い。職場保育所の設置を要求する声は高いが、そこで展開される保育の質についての要求がほとんどないのは、此の間の事情を物語っているように思われる。

職任分離の時代にあって、育児の場を職・住何れの側におくかの選択も大切である。こどもをつれての通勤、保育対象児の数と年齢構成、それに関連する保育所の設備、そして保育者の質と数などを考える時、私はどうしても職場保育所に消極的にならざるを得ない。

問題の解決は、矢張り育児休職制度の充実と、地域保育所の整備充実以外にはないように思われるが、相も変らぬ組合の保育所要求を前に、こども医者院長のもやもやはまだ当分続きそうである。

（代議員・島根・島根県立中央病院院長）

四季の宿

吉富 正一

西独ミュンヘンにフィアアーレス・ツァイテン・ホテルというホテルがあります。外国の旅人に対して、誠に丁寧に心の行きとどいたサービスが提供されています。さすがは独逸だと感心させられたのですが、それは旅人を心から理解しようとする努力がみられたからであろうと思います。心のかけ橋を部屋の中にかけてあるということでしょう。このことは私等病院を経営して行くものに大切であろうと思います。先ず病院の顔は受付であろうかと存じます。受付の顔というのはそこに勤務する人の言葉使いや表情等でありましょうか。いやもっと大切なのは電話の受け答えかも知れません。こういうことがあったのです。私のと

ころに電話がかかって来て、先ず先方の秘書の方から「何々先生ですか」と問い正され「ハイ」と答えると手前の院長先生からですがといわれて待つことしばし、「ヤア誰々です」実は当方のお願ひですがとくる。この辺のところは社会通念から逸脱しているように思いませんか。医師は多くの人々に先生、先生と頭を下げられているので、視野が狭くなり、つい礼を失っているが判らないことが、かなりあるのではないのでしょうか。かつてある市で病院受付の電話応対のことで10病院を調査して発表したことがありました。自分のところの院長に連絡する電話内容であったようです。「手前どもの院長は唯今外出していますが、帰院致しますればお伝え致しますのですが、御用件は？」というのがごく普通の受け答えであります。中には院長先生とは先生をつけたり、今外出中ですとあって、相手の心を切ってしまう病院もあったとか、心すべき事と思います。なぜその受付の人は相手の心に心のかけ橋をかけないのか。むしろ見えざる顔や心にそっぽを向いてしまうのか。ホスピタルというのはホテルに源があると聞いていますが、やはり心づかいは四季の宿でなければならぬと思うのですが、仲々むづかしい事です。今日の医師は地域社会全体の健康を守る役割がありましよう。医師の社会的貢献性というものが、医師の価値のきめ手になりそうです。個人、自分だけが健康であればいいという時代は過ぎ去ったようです。また一方多くの研究によって病気そのものに肉迫しているながら、病人からは遠ざかるという矛盾に遭遇しているわけでありまう。社会性とか人間性を没却する科学の細分化の1側面から目的のためには手段を選ばぬ非常識行為を無自覚にしかしているのではないのでしょうか。今救急医療問題特に夜間救急の問題について、行政、政治方面からの要求がありますが、ただ医療のみを問題にしておられるようです。質の問題がいつも社会問題、裁判ざたを引き起こしています。この現状をみます時に十分考えなければ

ばと思います。新春を迎えるに当り、より一層の反省、努力が要望されるものと思います。

(代議員・山口・山口赤十字病院長)

福岡と博多

原 安彦

明治の初め、権力の手で消された地名として「江戸」と「博多」があります。江戸が消えて百余年。それまで全く無かった「東京」と改名されました。博多が消えて約90年。市制施行に際し、その都市圏の西半の「福岡」を公称と決められました。そして…「江戸」は何時の間にか、歴史的な地名となり、通用しなくなりましたが、博多はずっと通称として生き続け、今日でも他所の土地でも「福岡」より「博多」の方がわかりよいようです。

福岡市の三つの玄関。水と陸の玄関名は何れも「博多」です。今一つの空の玄関だけが福岡といえます。この三つの所在地は、福岡市が指定都市となり、80余年ぶりに公称に復活した「博多区」にあります。国鉄で福岡市に来る人が途迷うのは「博多駅」です。且て、博多に着いたから、次は「福岡」だと下車準備をして待期し、何時迄も「福岡」に着かぬまま、あらぬ地に行ってしまったという笑い話がありました。今日でも時に、雑誌のコラム等で福岡駅が無いことを非難する人があります。

国鉄の駅名に同一名称はつけられていないようです。「福岡」は既に北陸本線の高岡の近くにあります。東北本線の盛岡、八戸間に「北福岡」があります。そして鹿児島本線の、しかもちゃんと福岡市内に「南福岡」は現存しています。この駅は多くのローカルダイヤの国電の終着、始発駅となっています。

博多と福岡の地名の由来は、福岡の地名は岡山県の岡山市の近くにある福岡から来ています。黒

田長政が筑前五十二万石の領主となり、警固村福岡に築城した時、自身の故地の名をとり「福岡」と命名（1602年）したことから始まります。そして、土地の者はもとより、全国の人々から長く覚えられていた博多という地名の由来、起源は明確ではありません。現存する古文書で、大宰府から朝廷への陳状書の中に「博多大津」の名が出ています（759年）から、この時代に既に博多の名があったことが知られます。その由来にも数説あり、浦島伝説の「博大之嶋」まで出て来ます。

市制施行の際、西の城下町福岡と東の町人の町

博多という二面性を持つこの都市の誕生は難行しました。都市の経済を握る博多派と、武士の誇りと力を背景とする福岡派の対決は、今日では想像に余るものがあったようです。多数派だった博多派は、暴力と強迫によって沈黙を守られたそうです。しかし現実には博多の名は消えず、6年前には区の名称として、公称となりました。福岡県庁も博多区に移転することが決まりました。

私自身は福岡（父）と博多（母）のアイノコですが、「博多」の名に愛着を覚えます。

（代議員・福岡・香椎原病院長）



Kindaly Solution

薬価基準収載品

腎不全の血液透析に **キンダリー** 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純浸透圧はつぎのとおりです。

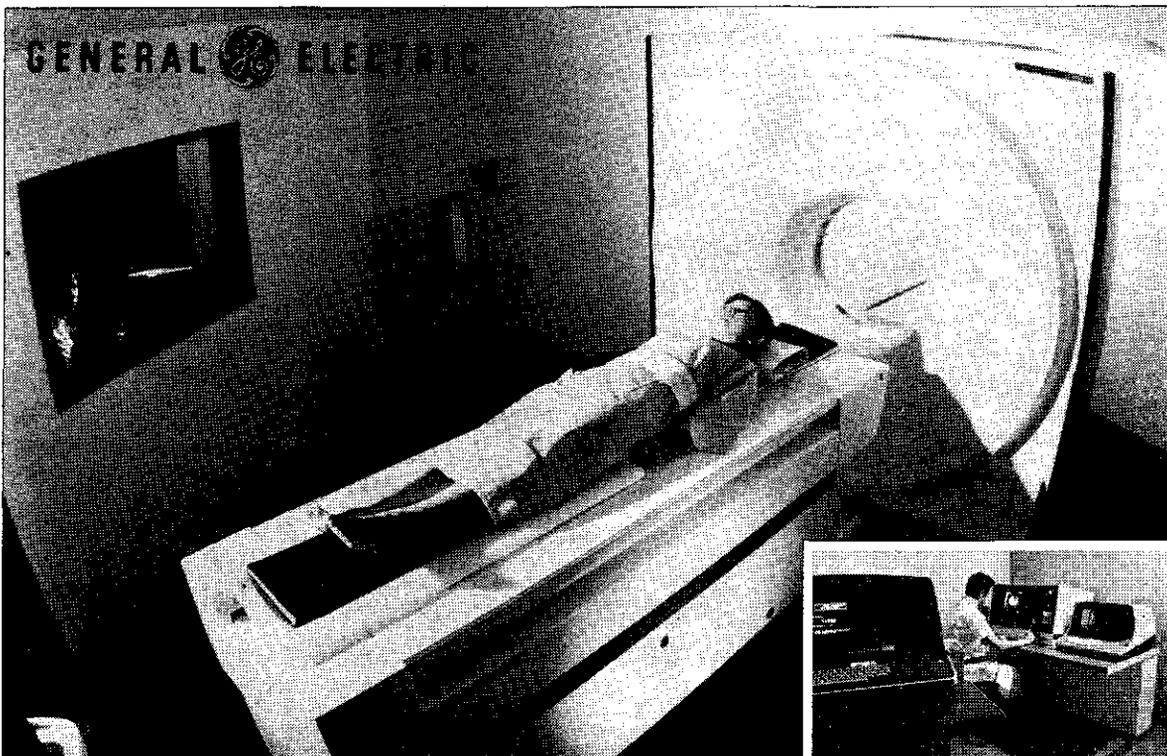
	電 解 質 濃 度 (mEq/l)						純浸透圧 (mOsm/l)
	Na ⁺	K ⁺	Ca ²⁺	Mg ²⁺	Cl ⁻	CH ₃ COO ⁻	
1号液	134	2.6	2.5	1.5	104	36.6	310
2号液	132	2.0	2.5	1.5	105	33.0	285

▶ 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腔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

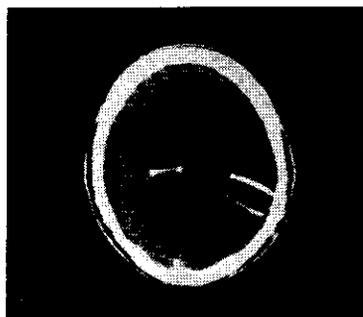


CT/Tは医師と診療放射線技師のニーズを反映した使いやすいシステムです。

4.8秒^(60Hz) スキャン 第3世代の CT/T

GE社の全身用コンピュータ断層撮影装置

医療診断の拡張のために、アーティファクトの少ない高品質画像CTの実用化がもたれていました。GE社のCT/Tは第3世代のCT—4.8秒のスキャン速度で、これまでにない鮮明な画像と低被曝量を実現しています。このGE社のCT/Tを、コンピュータと放射線技術に実績のある横河電機が十分なサービス体制でお届けいたします。



タンタルチップのシャントを有する脳



腎臓

●360°連続回転方式(パルス状ファンビームとキセノン検出器列の組合せ)なので、スキャン速度は4.8秒(60Hz)、5.8秒(50Hz)と速く、生体動作に起因するアーティファクトを最少限に押えることができます。しかも、患者の被曝量は1ラド以下の低被曝量です。

●全ての操作はオペレータコンソールの指示に従って、コンピュータによりコントロールされますので、操作はきわめて簡単で誤動作がなく安全です。

●スキャンと、別の患者の画像診断がそれぞれ独立して行えるので診断効率を向上できます。

●ガントリーは、ゆとりある60cm幅開口部で、しかも前後に15°ずつ傾斜できるので、斜め方向あるいはコナラセクションのスライス撮ることが出来ます。

●マルチフォーマットカメラを完全システム化していますので、ワンタッチでX線フィルムに微妙なコントラストを記録できます。

●200スライス収納の大型磁気ディスクを採用していますので、1~2日分の瞬時画像表示ができます。

●ブラウン管上で実寸スケール表示、関心領域の拡大(1~10倍)と解析ができるほかに、CT値識別モードがついていますので、任意の部分のCT値と、分布が一目で識別できます。

YEW 横河電機

営業本部 / 東京都武蔵野市中町2-9-32 ☎180 ☐0422-54-1111
営業所 / 東京03-274-6511、大阪06-245-6731、名古屋052-586-1601
広島0822-21-5613、九州093-521-7234、新潟0252-47-7366



「人件費、時間の節約ができた。」
 「労力の削減ができた。」
 「作業能率が向上した。」
 「備品を少なくすることができた。」
 「患者の待時間が短縮できた。」
 ……など、たくさんの声をいただいております。

●大量のカルテ管理に活躍している〈スカイタイプ〉

病院の仕事は、ますます多忙を極め、社会的責任も増大の一途をたどりつつありますが、こうした時代のニーズに応えクマヒラでは、医事業務や薬剤業務の能率化に役立つ医療電動ファイルを開発し、すでに全国各地の病院でご採用いただいております。

①スペースセービング

医療電動ファイルは、立体的に收容するのでわずかなスペースに大量のカルテや薬剤を收容し、最大のスペース効率を發揮します。

②ボタンを“ボン”と簡単な操作

面倒な操作は一切ありません。ボタンを“ボン”と押すだけでどなたにも使えます。又、二重の安全装置付きですから安心してお使いいただけます。

③疲労軽減

ボタンを押すと欲しいモノが秒単位で手もとにあらわれてきます。歩き回ることもなく座ったままで快適にしかもスピーディに処理できます。

④医療電動ファイルは3タイプ 検索タイムの早い〈ロータリータイプ〉、大形容量の〈アクセスタイプ〉・ジャ

ンボな〈スカイタイプ〉と3タイプそろっています。收容スペース、收容量に応じてお選びいただけます。

病院業務の効率アップ・近代化に——

医療 電動ファイル

より確かな安全を求めて——

クマヒラ
 (株)熊平製作所
 広島市宇品東2-4-34 ☎(0822)51-2111

東京/中央区日本橋本町1-2
 名古屋/名古屋市中区栄2-9-30
 大阪/大阪市東区北久太郎町2-55-1
 広島/広島市本通7-26

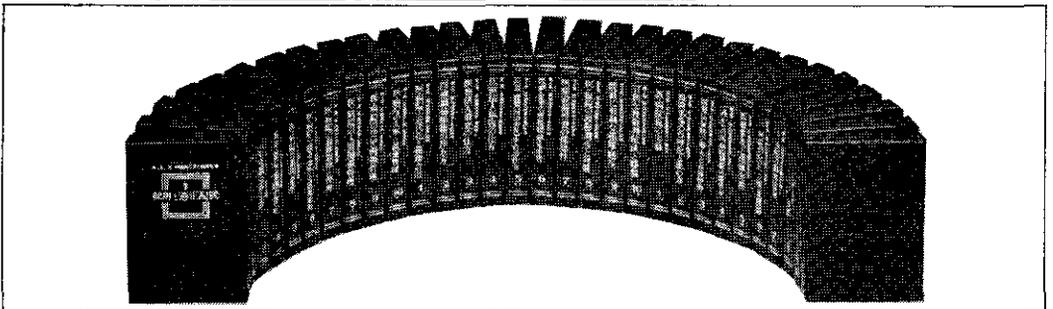
☎(03) 270-4381
 ☎(052)221-7980
 ☎(06) 262-2221
 ☎(0822)48-1411

山口/徳山市野上町1-20 ☎(0834)21-0478
 福岡/福岡市博多区中呉服町1-3 ☎(092)281-2168
 他、全国主要都市へ50余店

■院長・事務長・院長婦人・婦長必備の全集です。

医・病院経営実務ハンドブック 全3集 30巻

第1集 医・病院の人事と就業管理		第2集 医・病院の税務と会計実務		第3集 医・病院の経営の合理化	
第1巻	医・病院での採用と適正配置の仕方	第1巻	医・病院の近代化と税務会計	第1巻	医・病院長の実務
第2巻	医・病院の教育と訓練の方法	第2巻	医療簡易帳簿の作り方と記帳の仕方	第2巻	保険事務の合理化と進め方
第3巻	医・病院での人事考課の方法と活せ方	第3巻	医療法人設立の仕方	第3巻	医薬品、材料の購入と在庫管理
第4巻	医・病院の賃金、給与、報酬の算定	第4巻	医療法人申告の仕方	第4巻	これからの医・病院建築の進め方
第5巻	医・病院の福利厚生	第5巻	院長、従業員の青色申告の仕方	第5巻	医療事故と法律実務
第6巻	医・病院の就業条件と就業規則	第6巻	医療企業の所得税確定申告	第6巻	医・病院のMEと臨床検査
第7巻	医・病院の服務規律と管理	第7巻	税法から見た医療設備投資の採算性	第7巻	医・病院の顧客管理
第8巻	医・病院の人間関係管理	第8巻	医・病院の税務調査とその対策	第8巻	医・病院のPRと方法
第9巻	医・病院の労使関係管理	第9巻	院長に有利な相続、贈与	第9巻	医・病院経営と金融対策
第10巻	医・病院の人事と就業管理	第10巻	有利な投資利殖の方法と節税	第10巻	医・病院経営と関連機関情報手続



資料請求受付中!

書籍規格

- ①全巻、B6判 ②全3集、30巻
- ③総頁数、各巻平均約270頁 総頁数8,000頁
- ④上製本、金文字、各巻ケース入り

書籍価格

①全3集、30巻、¥99,000 送料実費

- ②全2集、20巻、¥66,000 送料実費
- ③全1集、10巻、¥33,000 送料実費

代金払込日

当センター医・病院経営研究部より
申込全巻の納入があり次第、代金の
払込みをして下さい。

(株)日本経営実務センター
医・病院経営研究部

- ①東京都港区芝虎ノ門1-1-21
新虎ノ門実業会館9F (TEL.503-4871(代))
- ②大阪市東区大川町24番地
白洋舎ビル9F (TEL.227-0170-1)

明治製菓(医薬品部門) 抗生物質製造) 足柄工場見学

10月・用度研究会

10月の定例用度研究会は、10月20日(木)に明治製菓足柄工場の見学を実施した。当初は、医薬品製造工場の見学ということで参加者が多いのではないかと思われたが、予期に反し、総勢約20数名と少人数であったのが残念であった。昨年の富士写真フィルム富士宮工場に引続き、今回で2年連続して工場見学を行なって来たが企画担当委員として、時期、場所、対象、費用の点等を反省してみ、今後の参考としたい。

当日は、東京駅丸の内丸ビル横を午前9時に出発した大型バスは、道路状況が順調だったため午前11時に足柄工場に到着した。

見学に先立ち、工場長の石川さんより工場の概要と抗生物質の出来るまでという、カラーライドによる説明をしていただいたが、要旨は次の通りであった。

明治製菓薬品部門は、昭和21年にペニシリン、カナマイ、ストマイを中心にして発足し、現在は、メディマイシン、デストマイシン、ペニシリン、パニマイシン等の抗生物質を製造している。足柄工場は、小田原市栢山に114,300㎡(34,600坪)の広大な敷地をもち、鉄筋コンクリート及び鉄骨造28棟、延22,300㎡(68,000坪)、工場のすぐ脇には酒匂川が流れ、清澄な空気と水利の良い立地条件のもとに、昭和38年、抗生物質の原未製造工場として発足し、従業員は現在、340名が3交替で連続作業にあたっているが、特に、この工場には東洋一という300トン大型醗酵槽を備えてい

るとのことであった。

概要の説明が終了後、約1時間に亘り、2班に分かれて工場見学をさせていただいたが、新製品の研究開発、技術改良、品質管理、製品管理、排水処理設備、大気汚染防止のための排煙脱硫装置等に万全の態勢で臨んでいる様子が良く判った。この他に、工場の一画で工場廃水を浄化後、これを利用して、ウナギの養殖を行ない、これが現在では、完全に商業ベースにのり、市場に出荷をしているとのこと、医薬品製造とウナギの養殖のとりあわせが大変興味深かった。

工場見学終了後、会議室で昼食を、ご馳走になりながら、約1時間程、石川工場長さんを中心にして質疑を行なった。

帰路は、若干時間の余裕もあり、天候も良かったので、江の島まで足をのぼし、小休止をし、また車中では、医薬品問題を中心とした情報交換をしながら、午後6時頃、無事に東京駅に到着し、解散したが、大変有意義な1日であった。

最後に、当日、参加して下さった方々と、多忙な所、長時間、我々のために時間をさいて下さった明治製菓薬品足柄工場の石川工場長さん始め、工場関係者各位、及び、同行して下さった明治製菓銚子薬品渋谷第一営業所、依田啓司氏に誌上をかりて、厚く、お礼申し上げます。

(聖路加国際病院 塩山雅英)

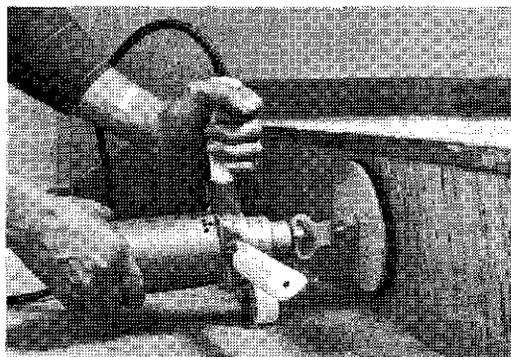
uni ユニマシ

●床・トイレ・階段用掃除機



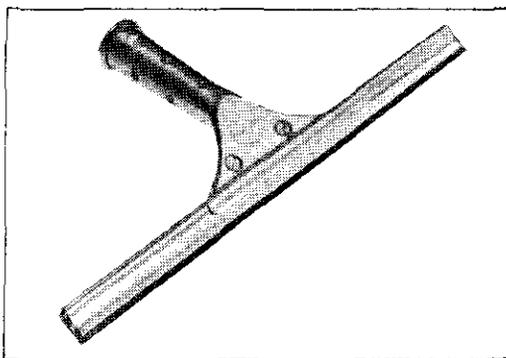
高性能のユニマシンは
クリーニング作業が簡
単!女性でも楽に使い
こなせます。

本体1台あれば部品の
交換でトイレ、階段の
清掃がOK!インテリア
用品にも威力を發揮し
ます。



uni スクイジー

●ガラス清掃器



米国エトレー社のウイ
ンドスクイジーなら水
だけでガラスはピカピ
カ!洗剤やクリーナー
がいりません。

製造発売元
ユニオン商事(株)
東京都中央区日本橋浜町2 37 9
TEL 03(669) 5036(代) 千103

中小病院における放射線技師のあり方

10月・放射線部会研究会

とき 昭和52年10月21日 PM 2:00
ところ 牧田総合病院 会議室
司会 北品川総合病院 河野 通孝

牧田病院長のあいさつ

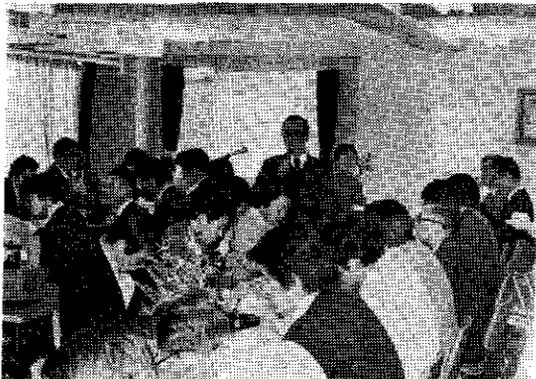
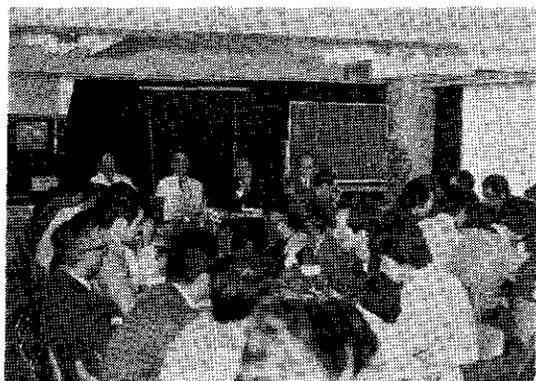
私も40年前に、放射線医学について大学でならった訳ですが、将来の医学はおそらく放射線科なくしては存在しないだろうと考えますし、将来の展望ははかりしれないものがあると思います。

パラメディカルの分野においては、昔に比べて雲泥の差があり、その進歩は目を見はるものがありますが、常に考えていることはこの発展をになっているのは技師諸君であり、その装置を充分使いこなし技術を練磨すれば医学の中に貢献する効率は非常に大きなものであることです。それには医学の勉強が大切であり、写真が充分読めることが大切です。その為には、或いは医療法の改正まで考え技師の資質の向上、業務内容の拡大まではからなければならないと思います。

その為に皆様の団結も必要なことです。今後も皆様方の力によって日本の医療、否世界の医療の向上がありますようお願いいたします。またその為の皆様方の努力を期待致します。

司会 つづきまして副院長の笹森先生、この病院の予防医学の現状についてお願いします。

笹森副院長 この病院の発展の中に、院長の考えとして予防医学がこれからの病院のあり方で重要なこととなるということから、私がそれを担当することになりました。当病院は人間ドックが主体になっていますが、現在日本病院会と健保連との提携による2日間のドックの為に25床を有してお



研究会で挨拶する牧田病院長（写真上、中央）と、
会員による研究討議（下）

り、年間大体2,500人前後を消化しております。その検査中で放射線科は重要な役割を占め、放射線科の技師の方も積極的に協力してもらっておりますが、特に胃腸間接撮影には圧迫透視が出来るように改造し、その成果を学会等に発表するなど、医師部門は協調的です。現在は間接は検診部門に回しドックは直接撮影を行っております。

このあと放射線科部長平松先生から牧田病院の創立から現在に至るまでの推移と放射線科の業務

内容の説明が行なわれる。

当病院の創立は昭和17年10月に牧田院長が開設した。

昭和27年医療法人財団牧田病院と改称し、昭和35年牧田第二病院を新設、笹森副院長が赴任し、放射線科に就任され放射線科の発展の基礎作りが行なわれた。

昭和38年大田区では最初のコバルト照射装置が設置され、昭和44年総合病院の指定を受けた。

昭和51年本館増築を行ない333床となり、今回の増築ではO₂のパイピング本館と一号館の陸橋、看護体制の万全を期した。1,000mA型X線テレビ3台及び断層装置もこの時期に購入した。アイントープ関係では、1グラムの検査を数年前から実施している。また、本年度中にガンマカメラの購入を予定している。

超音波診療装置も最近購入し、放射線科で管理して検査を開始している。

放射線科の床面積は635.56㎡、この外CT用として80㎡、ガンマカメラ用として60㎡確保している。

現在保有X線装置

X線撮影

○断層撮影装置 1台 1,000mA サイリスタ、3相パルス

○X線テレビ 3台 1,000mA 消化器専用 1,000mA 万能型 血管撮影天井走行 ブッキー組込み 500mA 間接型

○天井走行型

一般撮影 1,000mA サイリスタ 3相パルス

○一般撮影用 500mA 1本レール、ブッキー

○間接胸部専用

○ポータブル

アイントープ

○レノグラム

○ガンマカメラ 本年度購入予定

○ゾナー

○コバルト Co60 500キューリー 固定型

病院全職員は表1の通りであるが、放射線科職員の構成は、次のとおり。医師2名、技師6名、看護婦1名、補助1名

表1 牧田総合病院部門別職員数

昭52.9現在

部門別	人数	内 訳			
		職種、常非	勤別	人数	資格別
医師	15	常非	勤	15	
看護	102	正助 准補	看 産 看 助	19	
				2	
技 術	40	薬放 臨機 人理	射 床能 工学	10(資)	7
				7(学)	6
				13(学)	9
				3	
				2	
給 食	23	栄給	養 食	6(学)	5
				17(調)	5
事 務	39	一 医	般 療	11	
労 務	18	営 そ の	掃 他	10	
				8	
総 計	237	常非	勤	(237) (21)	258

表2 牧田総合病院年度別撮影及検査件数(部位別)

部位	年度				
	昭47	昭48	昭49	昭50	昭51
胸 部	6,391	6,541	7,200	7,523	7,708
骨 (直接)	5,511	5,516	5,776	5,190	5,083
胃 (間接)	3,009	3,113	3,185	3,034	2,871
腹 部	2,877	3,140	3,590	3,499	3,712
断層	2,012	2,547	2,799	2,808	1,763
腎 盂 造 影	545	568	896	927	840
胆 嚢 造 影	403	741	701	685	704
注 射 腸 造 影	2,258	2,570	3,067	3,091	2,954
膀 尿 道 影	229	411	332	473	656
血 管 造 影		99	94	132	171
D I C	35	229	248	264	261
P T C		19	30	35	30
逆行性胆管造影				191	206
低 筋 張	233	258	300	20	25
気管支(ファイバー)				25	35
レノグラム		423	417	21	11
コバルト		1,008	788	1,082	528
内 祝 鏡	717	1,019	767	680	714
胸 部 間 接 他	2,829	1,664	2,215	2,321	2,365
そ の 他				191	220

5年度部位別撮影件数(表2)のとおり。

次に本題の「中小病院における放射線技師のあり方」全体討議に入る。

司会 中小病院における放射線技師のあり方というテーマですが、今日ご出席の方の名簿を拝見すると、大病院から40床の小病院までの技師の方がお集まりです。今日のテーマが中小病院を対象となっていますが、それにとらわれずご出席の方全員で考えて行きたいと思えます。

また今日の会でどうすれば中小病院の放射線科の発展につながり、それがその病院の発展にも寄与出来るかということも合わせて考えて行きたいと思います。

まず中小病院の別け方ですが300床以下という事にしました。テーマが大変漠然としておりますので或る程度問題点を絞って行くことにします。

まず中小病院の技師の組織上の立場は現状はどのようになっているか、またどのようにあるのが放射技師として一番能率が上がるか、地位がどのようにあるのが最も好ましいかということでご意見を戴きたいと思います。

橋本(永寿総合・204床) 放射線科の常勤の医師はなく、週1回来てもらっております。構成人員は総員6名、責任者の私は放射線科室長という名称です。病院の中での位置づけはそれぞれ名称が異なりますのではっきりしませんが、給科、身分からですと給料は一級職から五級迄別れております。一級は院長、二級は副院長、部長、事務部、総婦長、三級が次長、室長、科長、病棟婦長、四級が係長、主任、五級一般職員です。現在放射線科、検査科、薬局などから責任者を部長にすべきではないかという声が出ていますが、まだ全体的な空気になっておりません。

宮崎(大田病院・140床) 放射線科がどのような位置づけにあるか明確になっておりません。病院運営上の流れは職場単位で計画管理部門へという方法で職場の意見は上げて行く、また管理委員会で決まったことを各職場に流すということです。毎週1回、職場の責任者が集まり話し合いを持っております。放射線科と医局との連絡は、現在は神経内科のDrが担当されており相談しておりますが、組織上での放射線科部長ではありません。

長谷部(東芝中央・200床) 病院が会社の組織の中の一部門という考え方ですから、位置づけなども会社の一般職と同様になるのでよその病院とは内容がちがいます。

放射線科のDrが科長 その下に主任が1名です。技師数6名です。部長制はとっておりません。この主任は会社組織に組込まれたものです。看護婦の場合はそうでなく特殊なもので病院内だ

けのものです。

飯島(武蔵府中・200床) 大学の専門医がパートで2名交代で来てもらっていますが、業務は造影関係の読影してもらっています。理事長が放射線専門医ですので放射線には力を入れておりません。計画ではRIなどがそろった時点で常勤化する予定となっています。

技師長職の位置づけは婦長、事務室の課長が担当します。

司会 今後どのような姿が一番好ましいでしょうか、平松先生特に放射線専門医の不在の病院ではどのようなあり方が放射線科として機能を発揮出来るでしょうか。

平松(牧田総合) 放射線の専門医がいてもいなくても同じだと思います。というのは各科のDrの読影力が相当進んでいるからです。それでも放射線科専門医がいなくても、或るDrが常に技師、Dr間と密接なコンタクトをもってもらえれば充分です。

牧田(牧田病院院長) 私は組織上ははっきりした方が良いと思う。技師長は技術方面の部長ということで医師の部長と技術部長とはっきりと職制を引くことがよいと思います。

一色(茨城県立中央・500床) 親方日の丸の病院と、そうでない病院との違いが組織上にも関係があると思います。中小病院は医療法人が多い訳で院長の目的に応じた医療体形の中で企業的色彩が強く、独立採算ということになります。

そのことから組織を確立して少数精鋭主義にならざるを得ないと思います。その場合、診療科の放射線科と技術部門をはっきり分離しそれぞれのポジションの責任を果たすということが一番効率的であろうと考えます。同時に放射線というその枠の中だけにとじこもり勝ちですが、少なくとも少数精鋭であれば底辺はDrと業務の錯綜する所があると思います。少なくともあらゆる職務の人が協力してやるのが、大事な中小病院のあり方ではないか、また技師としてはそうあるべきだと考えます。勿論医療法の枠の中でのことですが、お互いに助け合うという精神です。

司会 中小病院は技師を募集するにしてもなかなか技師が来てくれない悩みがありますが、原因

としましては、設備の事もあるが待遇の問題や、また病院の中の放射線科の置かれている位置の事などがからみあっているわけです。今日はより良い放射線科にし、またより良い後継者が大勢集まるようにする為にはどうしたら良いだろうかという事も含みながら考えて来た訳です。先程の一色先生のご意見にもありましたが、中小病院の放射線技師は、あらゆる分野の事にまで気を配り、その中で協力し合っていく事が必要であり、病院発展の大きな力にならなければ技師の地位は上がって行かないというお話しでした。それでは次のテーマは兼務業務の問題に入って行きたいと思います。

これについてのお考えと、日常どのような兼務業務を行なっているのかをのべていただきたいと思います。

一色 誤解があるといけませんがあくまで専門職種の業務を侵害しないということが前提であります。

小松(南浦和・45床) 私の所では脳波と眼底撮影を行なっております。

中鉢(中島・43床) 1日4～5枚の撮影ですからX線だけでなく検査業務の肺機能検査、心電図、眼底カメラ、内視鏡の手伝いなど検査室の仕事が主のような形です。主任となっていますので検査科の中に放射線がくっついている状態で、検査の責任を問われた場合、困っております。検査関係も学生が多いものですから。

飯島(武蔵府中) 術中のカラー写真及び摘出標本の写真を撮っておりますが、自分達の撮ったX線写真との対比ということで大変勉強になります。

米山(三和・21床) 脳波、心電図、保険事務をやっています。保険事務をやる理由は如何にしたら撮影の点数を有利に出来るかという事を研究する為です。

多田(太田総合 253床) 公的には兼務はまったくやっていません。が一般論としての中小病院の技師のあり方としては業務範囲が広がるし、先に中小病院の分け方に病床数による分け方がありますが、この兼務業務の多少による分け方もある訳で、大病院になる程兼務業務は少なくなる。少数精鋭誠に結構ですが、私は常々考えることは、放射線技師が便利屋的に使われることに疑問

を強く感じております。兼務は結構ですがそれが便利屋的に利用されることが多くなると本来の職務から逸脱する傾向となる。また兼務業務が増えて来ると、その反面兼務業務についても責任がかかって来るし、またその責任から逃がれることが出来ない。それは小さい病院程顕著である。それに立向うというファイトは大変結構であるが、しわよせが強押しつけられる為に技師に精神的にも職階的にも相当の負担となる。そのようなことを考えますと私は兼務業務というのはなるべく少ない方が良いし、また兼務業務は放射線技師本来のものに専念する。その上で余裕があればという前提が必要だと思う。本来のものとしてはやはりイメージング、影像という面から超音波撮影などは兼務として好ましいと思う。その為に常日頃全力を充分不断から貯えておく、即ち自己能力の啓発が中小病院の技師のこれからの大きな努力目標ではないかと考えるわけです。

中川(都立駒込・900床) 私の経験から中小病院なりに良い所もあるし、大病院はそれなりに良い所もあります。大病院になると自分の範囲を自分で狭くしてしまうという傾向がある。その点中小病院はあらゆることを自分達で処理しないとやって行けないという面があります。

これは中小病院の良い所で何でもすべて自分達で出来るということですよ。

大病院は撮影も専門化して胃なら胃のみ、アンギオのみということになるがそれに比して中小病院は単純からアンギオまですべて自分で出来る。勉強するという意味からは非常にすばらしい所だと思います。結局それぞれの置かれた立場で努力することが大切だと思います。

松田(牧田総合) 私もかつては心電図超短波、内視鏡などいろんなことをやって参りましたが今考えるとそれが非常に役に立ったように思います。その時の知識が撮影業務の中で応用されていく、私は中小病院においては出来る範囲内においては兼務業務は大切な仕事の一つだと思っています。

一色 それぞれ業務には独占業務と名称独占とがあります。名称独占の職種については規模の大小によってはやらざるを得ないと思います。そ

の際の放射線技師であるという基本的姿勢は大切です。また先程暇が出来るという事がありました。が、中小病院であれば手術室で見学させてもらい撮影の時にそれを役立せる、これは大学病院などでは不可能な事です。医師とのコミュニケーションも持ちやすい。大いにその立場を利用して勉強して欲しい。

保険点数にしても私共の大病院でも診療行為は私達が全部チェックしており、統計まで出しております。これは収益性の問題にも関係がありますが自分のやっている仕事が保険点数でどう評価されているかという事をマスターすべきだと思います。放射線関係については医事課やDrにアドバイス出来る位の立場になるべきだと思う。

多田 先程の発言に補足させてもらいます。兼務する事により技師の業務がそこなれない事、また技師の本来性が伸びるような業務或いはそれに対する心構えがきちっとしている事が必要で、その意見から一色先生の発言にまったく賛意を表します。今迄色んな兼務業務のお話しが出て来ましたが、これが何らかの形で技師の能力開発につながり得るものであるが、ただ問題は、そういうものではない兼務業務がある訳で例えば救急車の運転、便利屋的に電気修理をしょっちゅうやるとかでなく、内視鏡検査技師という肩書で癌研などで養成しております。これも技師が兼務する事になればそれなりのメリットはかならずあるわけです。

内視鏡とX線写真とは非常に関連もあるのですから。

その基本はあくまで兼務が我々の職業モラルをさらに盛り上げるようなものであり、専門業務の開発につながるものであれば大賛成である訳です。

司会 今迄のご意見から中小病院の技師像という問題に入って来た訳ですが、亀田総合病院の方をお願いします。

伊山(亀田総合・300床) 私の所では兼務はほとんどありません。若し時間がもてれば兼務も良いと思います。

司会 多くの意見をいただきました。技師としての兼務業務はどうあるべきかという事の結論が出

たように思います。

専門医不在についておうかがいしたいのですが、Drの不在の放射線部がDrという集団の中に意見を入れてもらう場合にどのような現状でありまた皆様方はそれに対してどのような方法をとっておられるか、について発言をお願いします。

米山(三和病院) 月、金に大学から若いDrが交代で内科に来ているので、その先生方に相談しております。時に大学へ写真を持って行かれる事もあります。

多田 ほんの先日まで優秀な専門医が週1回見えておりましたが、そういう方が来て専門医の業務を確立していただくという事で5~6年位一生懸命やってもらったし、また院長の同級生が各大学の教授、助教授をやっておられるのでお迎えするべく努力をしたのですが、私自身の悩みは残念な事に専門医を招へいする事に対して他科の医局で受け入れてくれない。否まったく無視してしまう。したがって専門医がいづらくなって来る、これは病院トップの考え方によるのですが、なかなか、院長の考え通りに事はこぼないという現実があります。そういう事に悩んでいます。が、実際業務はあまり困ったり悩んだりすることはほとんどありません。

本杉(静岡志田)放射線医は不在で一番困っているのは治療の面です。小児科、外科、耳鼻科などでオーダーが不完全で各科に行っても具体的な指示がない事です。放射科に7名いますが他病院へ見学に行き勉強しながら何とかこなしているという状態です。

次に病院の増改築問題で、R I関係の拡張の問題が出ていますが、その面でも他病院へ行き勉強して技師でもって行くというやり方で仕事はたのしくやっています。

平賀(済生会川口・344床) 専門医は隔日に来られています。常勤ですが国立癌センターの研修医として行っておられる為です。Coをやっていますので専門医は必要です。治療をやっていない病院はそれ程支障はないのではないのでしょうか。

藤田(河井・45床) 専門医は不在です。CO、R Iを扱われている病院においては専門医は管理運営と技師への技術面を考えると必要でありま

す。私の所は小病院の部類に入りますので、技師長が病院側に対して発言力があればあえて専門医はいらないように思います。問題のおきるのがまず機械購入、フィルムの選択等ですが、機械を購入するに当って技師長の意見を開陳出来る場があればよいわけです。また小病院においては専門医は雇いきれないと思います。その時技師が代行出来てそれが通るだけ幅広い知識が要求されるのは当然です。

妹尾(都立墨東) 公的病院という性格から救急指定病院でもあり患者さんがいつ飛び込んでくるかも知れませんが安心して業務が出来るような技師像がのぞまれます。1人になっても業務が充分出来るような体制というものを技師に教育しておかなければならない。CT, 心血管造影CAGなど、どのような撮影でも1人1人の技師がこなせなければならぬと思います。これは業務の専門分化が進み過ぎている社会の傾向は先程の件から申しますと疑問を感じます。その意味から本日のテーマの中小病院の技師の方々のお話しは啓蒙され感銘を受けました。広い視野で物を見、協力し病院全体の発展の為に門戸は開いて行った方が

良いと思います。

専門医については全部の科目についてマスターをしているという先生はいないので、RIに強い先生もいらっしやれば治療に強い先生もあり撮影診断を得意とする先生もいられる。均等に何でもという先生はおられないように思います。治療、RIには必要ですが診断までとなるとなかなかむづかしいのではないのでしょうか。

司会 専門医と技師は何時もいわれる通り車の両輪といわれておりますが、片方の車になれるような技師になることも大切であり、実力の裏付けが必要と思います。

妹尾 我々が専門医を押し立てて、専門医の立場を強化しなければ、技師部門も伸びないというのが私の考えです。あくまでも両者協調という意味をもって親類関係を確立すべきと思っております。

榊原(日大教授) 表3は御殿場における第8回放射線技師監督者セミナーで発表したものであります。表4は私が考えたものであります。(以上のような点について具体的に説明がなされた。)

表3 病床規模別による給与(年齢別)表

日病放射線部会

年齢	病床	100 ↓	101~200	201~300	301~400	401~500	501~600	601 ↑
21 ~ 25				164 (2)	105 (15)	100 (1)	90 (2)	112 (12)
26 ~ 30		160 (3)		145 (2)	120 (16)	130 (3)	90 (5)	131 (10)
31 ~ 35		175 (1)	181 (2)	140 (2)	170 (5)	165 (2)		183 (4)
36 ~ 40			185 (3)	143 (3)	169 (4)	176 (7)	186 (6)	166 (6)
41 ~ 45		205 (3)	196 (4)	200 (2)	207 (9)	280 (1)	225 (2)	216 (4)
46 ~ 50		220 (1)	207 (6)	216 (3)	218 (5)	265 (2)	218 (3)	218 (3)
51 ~ 55			270 (1)	288 (6)	233 (9)	200 (3)	250 (1)	280 (1)
56 ~ 60				256 (2)	204 (3)	274 (2)		

(実収入)

表4

1. 現時点の問題	放科医の在否で多少異なって来る
a	診療業務 技術向上専門知識の増加 チェックがない倫理観
b	管理業務 放射線管理 器械機具保守 作業環境の整備
c	病院運営 院内他部門との協調 病院当局への協力(経営問題他業務の兼担) 医療人としての労働問題への認識(週休二日制など) 中間管理者としての立場 病院側の人事考課(賃金、権限)
d	その他 緊急事態への対応
2. 将来への態度	自己啓発, 将来の保証

多田 私達技師は病院を離れては存在し得ないわけです。したがって中小病院の技師の喜びは病院の発展を救うことであり、これはまた技師の職業倫理にもつながるものです。もう1つの喜びは大病院と違いまして、トップマネージをなさる先生方の意向に非常に近づき得るということです。大病院はなかなかそうは行かないものです。しかし先程からのお話しの中でも色々な悩みも抱えています。業務範囲が広いこともはっきりしたわ

けですが、これは翻って考えて見ますと、私達の責任感や職業倫理を昂めることにもなるのです。そのようなことをふまえて中小病院の技師の働きやすいような環境を是非牧田先生にお考え願いたいと思います。最近では患者さんだけでなく技師も大病院志向型になっております。今日参加して見て若い技師の方々が大勢参加しておられるのを見て、非常に心強い思いをしましたが、この中小病院に勤める技師の喜びがもっと広く病院会の仕事を通じて理解されていけば、もっと若い方が中小病院に集まってくると思います。そういうことが1つの指針ともなりますので今後ともよろしく願います。

牧田 私の病院では放射線科技師部長でも臨床検査科技師部長でも参謀格であり大事にしております。

その為か若い技師も優秀な人が来てくれます。松田君の努力もあることと思いますが、先程も申しましたが技師の業務拡張なども当然考えるべきであり、その為には技師諸君も大いに勉強してほしいと思います。一般医学教育をやってもらいたい。そして明治年間に出来た医師法の改正にまでもって行く位の気概をもって欲しい。

〔訂正〕 77年11月号P.78~82本文中の関東労災病院放射線部部长 吉田敦彦氏は吉田敦彦氏でした。訂正のうえお詫びします。

病院設備

隔月刊 定価 500円 送料 200円

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

100号 特集「病院設備」100号記念
原 素行
井上 宇市／原素行先生に話を聞く
今村 栄一

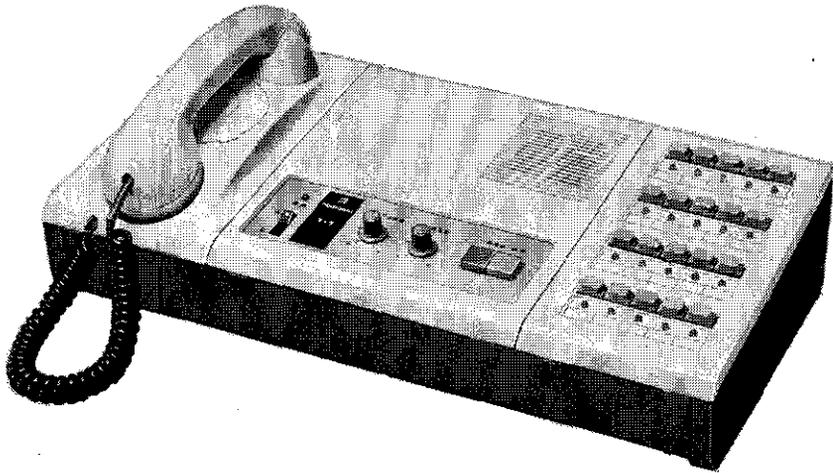
原 素行／「病院設備」の思い出
日本病院設備協会の沿革
日本病院設備学会一覧
バックナンバー項目別総目次

発行所 日本病院設備協会

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

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”



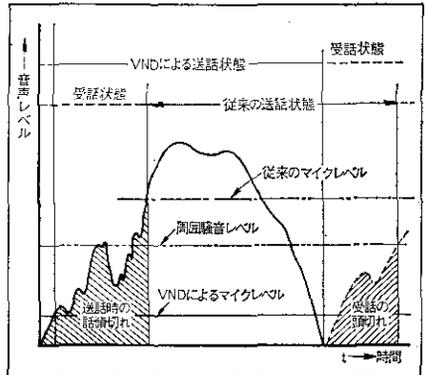
オートプレストーク形に採用された VND回路とは

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



新ナショナル・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局以上も注文に応じます。

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・ダムウェア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)

ハウスキーピング業務の諸問題

—そのⅢ ユニホームの管理—

10月・ハウスキーピング部会研究会

10月の定例研究会は、27日（木）午後2時30分から5時まで、聖路加国際病院にて23名の会員出席のもとに開催した。今回は研究会に先立ち、聖路加病院におけるハウスキーピング業務の見学をさせて頂くことになっていたもので、希望者は午後1時30分までに集合し、近藤ハウスキーピング課長のご案内で院内を見学させて頂いた。

院内には去る10月17日に行なわれた創設75周年記念式典の際展示された「75年のあゆみ」という写真がまだ沢山展示されており、それぞれにつけられたコメントをよみながら1枚づつみていると、1902年（明治35年）米国の宣教医師によって創設されたこの病院が、関東大震災、火災、戦後の進駐軍による接收等々と幾多の苦難に遭遇しながらも、全職員の協力によりそれらを克服して今日の栄光と繁栄を築いてこられた様子がよく理解されたが、これは単に聖路加病院のあゆみにとどまらず、日本の病院の発展の歴史にもつながるものがあり、深い感銘をおぼえた。

病院は戦災にあわれなかったもので、古い建物を病棟として使っておられるが、建材はほとんど米国から持込まれたものということで、近頃の日本の病院ではあまりみることが出来ないような重厚でクラシックなたたずまいであり、古い建物、調度類は実によく行き届いた手入れがなされ、大事に使われているのに感心させられた。

また、退院の許可の出た産婦の方や、付添の方（女子のみ）を一時泊めるホテルセクションがあり、（ここのお世話はハウスキーパーがしておられるとのことであった。）とてもよいアイデアだと思った。その他屋上の一部を囲って中に井上ハウスキーパーが大事に丹精こめて育てられた植木

類、（患者さん達が退院の時おいていかれたもの）が美しい花をつけたり、緑の葉が生い茂ったりして、ここを訪れた人達の目を楽しませたり、憩いの場にもなっていた。この植木鉢類はこの病院にもあるものであるが、往々にして邪魔もの扱いにされて捨てられたり、建物の隅に転がっていたりするものだけに、このように愛情こめて育てられ有効に利用されているのに感心した。

この見学のあと、H社が新しく開発されたというクリーンルーム用真空掃除機の説明が実物によるデモンストレーションと図解によってなされ、出席者からいろいろと質問とか要望など出てそれに応答などあったのち、漸く本題のユニホームの管理について、水野委員の司会のもとに討論に入った。

ユニホームは広範囲でいろいろの問題があるが、今回は大きなウェイトを占めている医師、看護婦のものを中心に、一応素材、型（デザイン）及び運営方法の2つに分けて討議をすすめることになった。

型—デザイナーは聖路加の看護婦のユニホームのように独特のデザインで（しかも昔から変わらない）1人1人採寸してリネン係で縫っておられる処は珍しく、大半は看護婦の希望を入れて数種類の型をきめ、サイズはM、L位に分け、特殊のサイズの人のみ特別に作るようにしているが、最近では既製品のもの嫌われて自分で勝手に好みの型のものを作って着るケースがふえて困っておられる病院もあった。

素材は綿100%とT. C混（テトロンと綿の混紡）、ポリエステル100%の大体3種類で、傾向としては大体T. C混、またはポリエステル100%になりつ

あるようである。綿100%は仕上げに糊付けやアイロンをかけなければならず、また特殊のデザインの場合はランドリー泣かせという問題がある。

運営方法としてはユニホームを

- (1) 全部リリースにしている。
- (2) 品物は病院のもので、洗濯も自営です。
- (3) 品物は病院のもので、洗濯のみ外注にする。

等、大体大きく3つに分けられる。今後の傾向としてはリリースがふえそうである。洗濯は医師、看護婦とも外注がふえている。

ユニホームの運営上よく起こるトラブルとしては、洗濯日と仕上り日の問題など引渡し日の不明確からくる問題である。

十分な余裕をみて受付日と引渡し日を設定し、これを徹底させ、使用者側の協力を得ることが大切である。(まとめて洗濯に出しておいて間に合わぬと苦情をいわれることがよくある。)

またポケットに入れ忘れて洗濯に出すこともよくあり、その対策としては、洗濯に出す時にリネン担当者がチェックしたり、部署ごとの取扱い責任者に責任をもってもらおうようにする。そして出たものは品物別に一括して該当部署に返納したり、それぞれの該当責任者宛に届けるなどの処置をとることによって、異物混入の件数をへらすのに効果がある。

またボタンのとれたもの、破れているものの補修については、それがリリースで契約に入っている場合には業者にやってもらえばよいが、たいがいはボタンは個人に渡して各自でつけてもらったり、補修はリネン担当者でしている。

その他にユニホームの管理で多くの病院で困っていることは退職者のユニホームの再使用で、ユニホームを貸与した時、ユニホームにじかに名前を書いたものは他の人に渡す時大変困るので、名前をかく処を別布で作っておいてそれを取りかえる方法をとっておられる処もあった。(聖路加病院、駿河台H大医院)

また古いユニホームはみんなが着るのを嫌がってたまる一方で困っているの、聖路加ではアルバイトやパートの人に着せたり、順天堂では新採用者に渡す時3枚のうち1枚は必ず古いのを入れ

て再使用しているとのことであった。

この他、順天堂では大変優れたユニホームの管理、運営をしておられるのでその報告をもとにまとめてお伝えする。

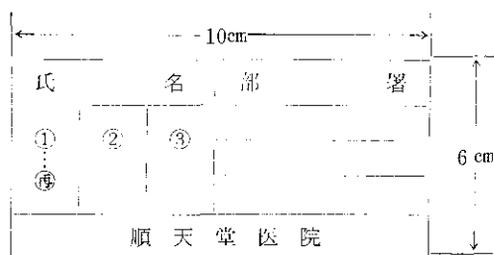
(1) 医師のユニホームはサイズ管理で、(講師以上は個人別) 随時交換一医局の傍にステーションをおいて随時不潔のものを受けつけている一しているの、少ない保有枚数で運営出来、その上各個人に貸与するよりも医師が常に清潔なものを着用出来るようになって、大変メリットがある。

(2) 洗濯前の破損は伝票に記入するだけでなく、マーキングタグペーパーを用いて補修箇所をボールペンで明記して(本人に書かせる) 見易い枠の部分にクリーニング用のホッチキスでとめておく。またこのタグペーパーを色で区分して(オレンジ色はしみぬぎ、赤い色は補修ときめてある) 受け渡しのルールをハッキリきめて大変スムーズにしている。

(3) 被服委員会が設置されていて、ユニホームの改善とか更新をしたいという時には、スタッフの他に使う側の代表者を加えてテストをしたり、アンケートをとったり、ショーをみたりしていろいろの角度から検討し、みんなの納得をえた上で管理部会の最高幹部が最終決定を下す。

(4) 貸与被服の手引きというパンフレットを作り(大変具体的にいろいろとりきめたことが記入されている。) 全職員に毎年渡している。このパンフレットは毎年印刷し直して、表紙の色を変えているそうで、知らなかった、聞かなかったという弁解が出来ず、いろいろのトラブルの起こった時もこのパンフレットをもとにして話をするので大変便利である。

(5) ユニホームに氏名を書くハリツケ用布も大変ユニークでおもしろいと思ったので、参考までにそのサンプルを説明していただいた。



(イ) 退職者が返納した被服の中から再利用出来るものについては氏名を消し、用度課で㊟の印を押す

(ロ) 配置転換の場合には、部署の処だけ記入すればよい。

(ハ) この布は洗濯物をたたんだ時に見え易い場所にはりつけるようとりきめてある。

きれいに洗濯物を仕上げてもらにはきれいに着るといふ、使う側の姿勢も大切だし、またこの使う側の姿勢とリネンサプライに対する理解を深

めてもらうためのコミュニケーションも必要である。

今後の問題として

(1) ユニホームの規格

(2) どここの部署で総合管理をするか

(3) 一貫した管理のメリット

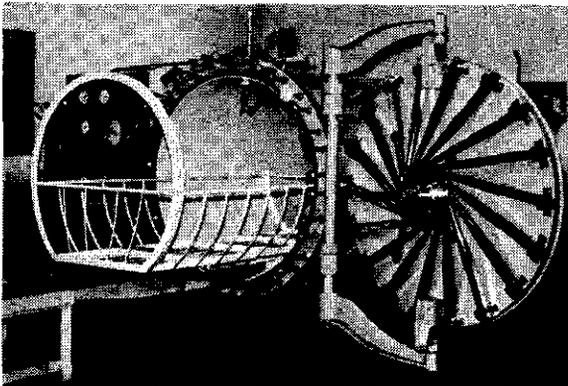
などについて情報交換などしながら検討を深めていきたいという司会者の提案があり、長時間にわたる熱心な討議を終えた。

(まとめ 慶応義塾大学病院 小田桐信子)



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

病院にとっては、防災工事をするため「本日休診」とすることをできるだけ避けなければなりません。そのため工事は、短い期間で行い、しかも騒音・振動をおさえる必要があります。日立では、グループ各社の豊富な経験と技術をもとに、これらの問題について十分配慮した週及工事を実現します。また、防災システムの計画から設計・施工・保守管理までを一貫した体制で行っています。

●現地調査は：

ご計画に先立ち、貴院の既設設備や建築構造などの調査を行い、所要経費の概算見積をいたします。

●徹底したコンサルティング

法規制の運用基準に基づいて、経済的な設備を計画。また、工事による休業を減少させ騒音を極力押えるなど、綿密な施工計画をたて、建物の実情に合わせたコンサルティングでお手伝いいたします。

●きめ細かいアフターサービス

防災設備の維持点検費用は、ランニングコストの面からみるとはかになりません。各設備ごとに維持点検契約されるより、一括して契約される方がお得です。きめ細かいサービスと全国ネットのアフターサービス体制をご活用ください。

システムで活躍する

日立防災設備・機器

改正消防法では、病院などの防災設備は、昭和54年3月31日までに設置することを義務づけています。



病院が工事中でも
病気は
休んでくれません。

●お問い合わせはー 株式会社 日立製作所 環境・防災システムセンター 〒190 東京都千代田区大手町2-6-2(日本ビル) 電話(03)270-2111<大代>

日立防災グループ

日立電線株 電話(03)216-1611<大代> 日立金属株 電話(03)211-5311<大代> 日立化成工業株 電話(03)346-3111<大代>
日立工機株 電話(03)270-6131<大代> 日立電子株 電話(03)255-8411<大代> / 日立照明株 電話(0474)77-0111<代>
日立プラント建設株 電話(03)292-8111<大代> 日立ビル施設エンジニアリング株 電話(03)449-3901<代>
日立電子サービス株 電話(03)256-5151<代> 日立西商品サービス株 電話(06)358-1201<大代>
日立東商品サービス株 電話(03)643-1111<代> 株式会社日立製作所 電話(03)270-2111<大代>

日本病院学会誌
1月号
資料請求券

新たにインドネシアが加入

11月・マニラ・準理事会

去る11月25日、マニラで開催されたアジア病院連盟(AHF)の準理事会に、日本病院会から左奈田会長、内藤、河野両副会長及び落合国際委員長が出席した。この理事会は、会長国が日本から中華民国に代って以来初めてのもので、議長に邱台湾病院協会会長がおされて名議長ぶりを英語で行なった。

今回、新たにインドネシアがAメンバーとして加入が承認されたが、Aメンバー加入を申請していたオーストラリアとニュージーランドは、代表が欠席していたので、両国の加入問題はペンディングとなった。

出席者及び議事録は次の通りである。

Asian Hospital Federation

Minutes of Semi-Annual Board Meeting

時：8：00 p.m.

年月日：November 25, 1977

開催場所：Intramuros Room, Midtown Ramada Hotel, Manila

出席者：

- | | |
|-------------|---|
| Philippines | : Dr. Benjamin R. Roa
Dr. Eliodoro Congco
Dr. Jose Caedo |
| Japan | : Dr. Yukio Sanada
Dr. Keigaku Naito
Dr. Minoru Kohno
Mr. Katsuichiro Ochiai |
| Korea | : Dr. Jin Hak Choi
Dr. Se Whan Kim
Dr. Yong Chan Shin |
| R.O.C. | : Dr. Shin-Jung Chiu
Dr. Tsai-Cheng Wu |

Mr. Chin-Un Chang
(Kim-ma)

聴集参加者

Philippines : Dr. Sergio Bustamante
Dr. Juan Faune
Dr. Arturo Ardena
Dr. Proceso Bunuan
Dr. Albert Santos
Dr. Carlos Crisostomo
Dr. Eugenio Mendoza

Korea : Dr. Cho, Woon Hae
Dr. Kim, Sae Whan
Dr. Paik, Nack Cho
Mr. Lee, Hee Kyoo

R.O.C. : Dr. En-Tsun Chou
Dr. Y.P. Tsai
Dr. Ping-Yi Tsu
Dr. Jau-Nan Lee
Mr. Jung-Hwang Chen
Mr. Jeen-Cherng Hwang

議事録要旨

1. 開会及び歓迎の辞

AHF会長 Dr. Chiu が今年度準理事会の開会を宣言し、出席者全員の紹介を行なった。続いてフィリピン病院協会会長 Dr. Roa がAHFメンバー及び海外からの来賓に対し歓迎の辞を述べ、ことに日本病院会メンバーへ東京で開催された国際病院学会での厚遇に対し謝意を表明した。

2. 前回議事録の承認

前回議事録が理事会の席上配布され、承認された。

3. 1977年度会計報告

前AHF事務総長落合氏によって準備された会計報告書によると、残高は1,293,712.00円で、まだ日本の銀行へ預金されている。円の価値が今でも上っているので、Dr. Chiu は我々の資金の価値を維持するため、残額を日本の銀行からしばらく引き出さないことを提案した。しかし、この預金はより多くの利子を得るため率のよい口座へ移すべきである。

4. 前事務総長報告

前事務総長落合氏が下記の報告を行なった。

- (1) AHF理事会が1977年5月21日、東京プレスセンターで開催された。
- (2) 上記理事会終了後、同じ場所でカクテルパーティーを開き、IHF新会長コーラー氏夫妻、IHF事務総長ハーディー氏夫妻を迎えることが出来た。
- (3) IHF東京国際学会は、5月22日から27日までホテルニューオータニで開催され、成功裡に終了した。我々はアジア全地域、アメリカ、カナダ、南アメリカ、ヨーロッパ全国から約1,600人の参加者を迎え、この数は我々の期待以上であった。学会は大変有意義なものであったことを確信する。
- (4) IHF総会が、東京での国際学会中に開かれ、落合氏（日本）がIHF理事会メンバーに選出された。Dr. Caedo を含めてAHFは現在合計2人の代表者をIHFへ送っていることになる。
- (5) 1977年度11月マニラにおけるIHF地域会議。
- (6) また国際学会開期中、5月23日にアジア地域からの参加者を招いて昼食会を開いた。IHFメンバーの他にインドネシアの Dr. Soedarso, ホンコンの Dr. Tong 夫妻, バングラデッシュの Dr. Chowdhury という新

しいゲストを迎えたことは大きな喜びである。この会はアジア病院人の親睦を深める大変良い機会であった。

- (7) 前事務総長として私（落合）は7月29日中華民国を訪問し、新会長 Dr. Chiu 及び新事務総長 Chang 氏への事務引き継ぎを完了させた。

5. 事務総長 Chang 氏報告

- (1) 我々はAHFニュース年4回の発行を計画しており、メンバー各国へ下記の要望どおり配布する。

韓国	300部
日本	700 "
フィリピン	700 "
中華民国	250 "
インドネシア	100 "

- (2) また年2回のAHFジャーナルの発行を計画しているので、各メンバー国会長がそれぞれのメンバーへAHFジャーナルへの寄稿を奨励することを期待している。このジャーナルを通して他のアジアの国々の考えを知ることが出来る。コーディネイター各位にすべてのニュース、情報、記事を事務総長 Chang 氏に送付するよう要請したい。
- (3) AHF規約の再版、全メンバーへの配布を計画している。
- (4) 中華民国フィリピンが500.00ドルづつ1977~78年度会費として納めた。他のメンバー国は出来るだけ早く年会費を納入されたい。Mr. Chang 宛て小切手にて送付下さい。

新メンバー

インドネシアには全国組織がないので、理事会はジャカルタ市病院協会を全国規模の協会が組織されるまでAメンバーとして入会を認める。

オーストラリア病院協会代表者が、当理事会に出席していないのでオーストラリアに関しては問題保留とする。同協会と連絡を続けることが必要である。

Dr. Congco は我々がアジア病院連盟への参加をより多くのアジアの国々、病院へ呼びかける必

要があることを提案した。理事会はBメンバー年会費を30ドルと決定した。

コーディネイター

各メンバー国のコーディネイターは下記の通りである。

1. 日本 Mr. Katsuichiro Ochiai
2. フィリピン Dr. Benjamin Roa
3. 韓国 Mr. Hee Kyoo Lee
4. 中華民国 Mr. Chin-Un (Kim-ma) Chang
5. インドネシア Mr. Robert Iman Soeteja

交換留学プログラム

Dr. Chiu は全メンバー病院に交換留学プログラムについて連絡をとり、AHFニュースを通して公表したい旨発言があった。

病院視察旅行

Dr. Roa は韓国及び中華民国各病院協会へ、同2国への視察旅行中の厚遇に対し謝意を述べた。Dr. Roaは参加メンバー全員が視察旅行で多くのことを学び、アジアの国々との親睦を深めることが出来たように思うと述べ、また自分がインドネシアに滞在したことから Dr. Soedarsoに

も謝意を表明した。さらに私達アジア人は、自分達自身の制度の設立問題解決にお互いに協力する必要がある、より多くのアジアの国々及び病院が近い将来に我々のメンバーとなることを望んでいると強調した。1978年11月マニラにおけるIHF地域会議にもっと沢山のアジアからの出席を期待している。

Dr. Choi は Dr. Kim に代わってPHAとAHFへのあいさつを述べ、インドネシアのAHF加盟を歓迎した。またPHAへ例年大会への招待に対し謝意を述べ、とくに Dr. Congcoの厚遇に感謝を表明した。

Dr. Chiu と Dr. Roa は1975年5月、台北での2日間にわたるROC全国大会及び大会後の日本への視察旅行へはもっと多くの人々が参加するだろうと示唆した。この日程スケジュールが承認された。

次回理事会は1978年5月、台北で開催される予定である。

他に協議事項なく理事会は10:50p.m. 終了した。

(国際委員長 落合勝一郎)

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

(A5判 102頁) 頒価 1冊 1,800円 送料別

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。

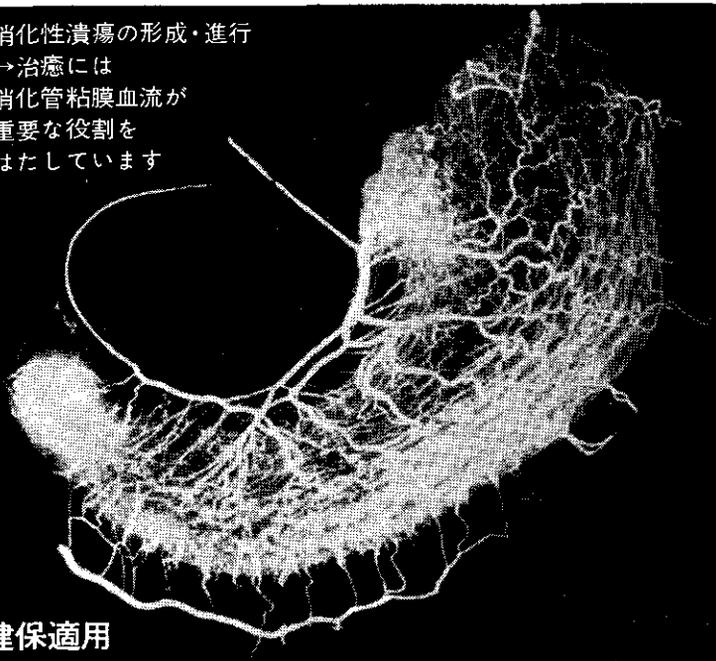
お申込みは 日本病院共済会 〒102 東京都千代田区三番町7-2 ヴィラロイヤル
三番町204号 でんわ 03-264-3180

消化性潰瘍……胃炎・腸炎に……

自社開発 消化器管の攣縮緩解・微小循環改善剤

エスペラン[®]錠

消化性潰瘍の形成・進行
→治癒には
消化管粘膜血流が
重要な役割を
はたしています



健保適用

胃・十二指腸潰瘍・胃炎・腸炎にエスペランは……

- 消化管粘膜の微小循環改善作用により防禦因子を強化し損傷組織を修復します。
- 強い胃酸分泌抑制作用により攻撃因子を弱化します。
- 強力な鎮座作用により疼痛を速かに改善します。

用法・用量、使用上の注意等、添付文書をご参照下さい。

ESPERAN[®]Tab.

生命の未来を考え
医薬の明日を創造する

富山化学

東京都中央区日本橋茅場町1-18

《メディカルクラーク通信教育第3期生募集》

メディカルクラークの認定を受けると、①病院の病棟、外来、管理部門をはじめ、各部門で活躍できる。②医療事務職員に日本病院会認定の資格が付与される。③病院と患者のコミュニケーションをよくするための専門職になれる。④大病院では各職種間の調整役として、小病院では医師の診療の援助者として働けるなど、数多くのメリットが得られます。

申込期日 申込受付は昭和53年7月31日までとする。

受講資格 病院勤務者に限る。高卒の場合は、病院勤務年限1年以上、短大卒の場合は3カ月以上とする。

修業年限 1カ年

受講料 1年を前期と後期の2期に分け、1期分23,000円とする。申込時に1期分を納入すること。ただし、既納の受講料は返却しない。

特典 修了者は社団法人日本病院会認定メディカルクラークとして、会に登録する。

メディカルクラークの業務内容

- (1) 秘書的業務
 - ① 文書の受付・伝達・整理・保管
 - ② 諸記録の作成・管理
 - ③ 患者・来客との対応・他施設との連絡
- (2) 医事業務
 - ① 保険請求
 - ② 諸手続・法的届出
 - ③ 計算事務
 - ④ 部門間連絡
- (3) 医療補助業務
 - ① 医学文献の管理・調査・研究補助
 - ② 病歴管理補助

メディカルクラークの教科内容

- (1) 医学基礎教科
 - ① 医療学……………1単位
 - ② 医療用語学……………2単位
 - ③ 病院管理学……………1単位
 - ④ 内科学……………1単位
 - ⑤ 外科学……………1単位
 - ⑥ 臨床検査学……………1単位
 - ⑦ 病院機器とり扱い法……………1単位
- (2) 応用技術教科
 - ① 医療事務（保険請求事務）……………4単位
 - ② 病歴管理……………2単位
 - ③ 文書実務……………2単位
 - ④ 秘書実務……………2単位

募集要項等の申込先

社団法人 日本病院会メディカルクラーク通信教育部

〒102 東京都千代田区二番町2(番町共済会館)

電話 (03) 265-0077 (代)

■第14回 常任理事会

日時 昭和52年12月3日(土) 14:00~17:00

場所 東京トラック事業健保会館

左奈田会長が議長となり議事録署名人に秋山博・細川一郎両常任理事を選任し、議事に入った。

会長より協議事項1の前に前回常任理事会の承認事項である組織拡大に係る親書の案文について協議すると提案された。

[協議事項]

1. 組織強化拡大に係る親書の案文に関する件

野村常任理事より、「前回の常任理事会で私ほかの役員で組織強化拡大に係る親書を作成するとの決定があったので、素案を作成した。この場で修正いただきたい。なお補足修正後、各役員は個人名にて親書を地元の有力者および知人に送付し、また送付先より紹介方を願うなどの方法で組織拡大を強力に推進したい。」旨の提案があり、協議の結果、新書の素案について種々の意見をもとに修正がなされ、事務局において清書のうえ親書を作成することになった。

2. 昭和53年度事業計画に関する件

平野常任理事より「53年度予算は2月の第1土曜日までに第一試案を作成する予定であるが、会費の基本料金等の問題について、現在50床以下の会員病院は202病院、51床~100床の病院は285病院であり、この病床割会費の合計は約600万円弱となる。したがって、100床未満の病院の病床割を削減するには、あと200病院の会員加入をみないと困難である。また、来年の予算については、図書およびドック手帳の売上げが本会計に算入できないため、人件費増とを合わせ約3,000万円の収入減となるので、来年度はきびしい予算が予想される。」旨の発言がなされた。これに対し、河野副会長より「3,000万円の予算増をカバーするには何病院の新規加入を必要とするか」との質問があり、平野常任理事より「1会員平均78,000円とし

て600病院の加入が必要である」と答弁され、続いて河野副会長より東京における組織拡大の実行模様の説明がなされ、全役員が一致して組織拡大に取り組むよう要望があった。また、菱山常任理事より「来年の4月には福岡の社会保険関係の病院で4病院の入会内諾を得ている」との報告があった。

3. A. H. Fのスタディツアー実施に関する件

小野田副会長より、アジア病院連盟のスタディツアーおよび年度計画について「①来年度のスタディツアーは、日本を見学したい。②来年度は5回のスタディツアーを計画している。③日本病院会学会の開催中何れか1日の半日をアジア病院連盟の演題発表の時間を設ける。④従来各国1名であった参加者の範囲を広げる。」旨を国際委員会の落合委員長より報告を受けていると発言され、協議の結果、①スタディツアーの責任者は落合委員長とし、プランナーは高橋委員長とする。②招へい状は2カ月前には到着するよう送付する。③病院会ニュースを5部ないし10部を毎月送る。ことなどを含めいづれも承認された。このあとA. H. Fに関連して左奈田会長より「11月23日より26日まで内藤・河野両副会長、落合委員長と同行し、フィリピンを訪問、親善を果たした。アジア病院連盟には新しくインドネシアの加盟もあり、会員増加もあることから5月のスタディツアーおよび10月の学会時には通訳をつけるとの約束を交したので賛同いただきたい。」旨の発言がなされた。

4. 定款等諸規定ならびに給与改定に関する件

左奈田会長より「定款等諸規定については委員会で煮つめたうえで検討したい」と提案され、続いて平野常任理事より「職員の待遇に関し、国家公務員の給与体系を準用するよう、監事ならびに前期執行部から申し送られてきたことから、給与規定および就業規則を村上事務局長に作成願ったので検討いただきたい。また賞与の支給について、6月以降の採用者については削減方法をと

り、他の職員については2.3か月分を支給したい。」旨の提案がなされ、協議の結果、給与規定等の問題については定款等諸規定委員会で検討したうえで、新たに常任理事会の決定をみることに。また、賞与の支給方法については提案のとおり承認を得た。

5. 日本病院会学会事務局担当者に関する件

左奈田会長より「日本病院会学会は本会事業の一つでもあり、学会事務局と連絡を密にする意味からも事務局に担当が必要である」との提案がなされ、続いて小野田副会長より「事務局担当者は重要なことでもあり、村上事務局長を推薦したい」旨の発言があり、村上事務局長を担当者とすることで承認された。

6. 投薬日数の疑義について

河野副会長から「この問題について、薬事管理部会委員長より問題提起が行なわれている。ついて正・副会長の承認を得て、古川委員長に出席願っているので、古川薬事管理部会委員長に説明していただく。」旨の発言があった。

古川委員長は「療養担当規則第20条の2に投薬日数について、おおむね次の基準によるとして日数が定められている。これによると1回14日分が最長の日数である。しかし、ここにいうおおむねという表現は、一応の基準を示しながらも明確でない。したがって各都道府県間で区々の取扱いとなっている。これについて、今まで厚生省に対し疑義解釈の照会をした事例がないので、日本病院会として会長名で解釈を求めたらどうか。

また、おおむねとしてありながら、14日以上投薬が認められていないのが現状である。このため、慢性疾患等で病状が固定している患者から長期投与を求められた場合、28日分投与して14日後に再診で来院したような形式をつくらっている。

しかし、この間事故等で死亡した例があり、死亡後再診したということも起こり、大きくは刑事上の問題となる。

また、大学病院等では14日投与としてありながら1回量の1/2服用などの指示によって、事実上28日投薬をしているが、薬に対する知識のない患

者が誤って服用する危険があり好ましくない。

われわれは医師の処方にしたがって処方するものの薬剤師の立場として大きな問題ととらえている。

これらをすっきりさせるため、慢性疾患等特定の疾病に対し、普通薬に限って投薬日数を延ばすことができるようにすることが、この主旨である。」と説明し提案とした。

これについて、通院の事実がないのに再診した形をとるのは好ましくないし、1/2服用の危険性を回避することの必要性は当然としながらも、現在薬の多量投与が部分的に薬害として社会問題に発展しているのに、投薬期間を延長して現在以上の薬投与を認めるといような疑義解釈を求めることは、誤解を招くことになる。

普通薬といえども長期投与した場合、正しく服用されているかどうかで必ずしも安全とはいえない。むしろ投薬日数を短くしていく方が現状に適合するのではないか等の意見が出された。

また疑義解釈の提出について、古川委員長の考えでは厚生省保険局医事課長としているが、疑義解釈は直接医療課が担当していない。ルールとしては、日本医師会疑義解釈委員会を經由して厚生省へ提出しているの、日本医師会に提出すべきであるとの意見が出された。

平野常任理事から「疑義解釈を求める以上、意見のおりとする回答がもらえるようにしなければならぬので、それ相応の文案を検討すべきではないか」との意見があり、これらを一括して協議した結果、疑義解釈については日本医師会疑義解釈委員会に提出する方法をとる。照会の文書については、平野常任理事古川委員長に一任することを承認して協議を終った。

7. ドック改定料金について

小野田副会長より「52年度人間ドック実施料金は48,100円、ドック料金については人事院勧告による給与改定の2年平均をもってスライド的に改定することが健保連との間で取り決められている。ついて53年度の料金について、健保連と協定してきたが51・52年度の上昇率を平均して6.93%引き上げることとなり51,000円が決定した。ま

た、自動化健診については各施設に応じて料金を算定しているため若干の差異が生じているが、これは従前どおりの取り扱いになる。」旨の報告があった。

[承認事項]

1. 防災対策委員会委員委嘱に関する件

小原常任理事より「防災対策委員会の委嘱について、現在

有沢 源蔵（有沢病院理事長）
大倉正二郎（蒲田総合病院院長）
上林 三郎（聖路加国際病院事務長）
倉持 一雄（自治医科大学施設課長）
平野 栄次（日本大学医学部板橋病院事務長）
益田 啓作（横浜赤十字病院事務長）

以上の6氏については内諾を得ているが、このほか看護部門から総婦長クラスの人を2・3名委員として加えたい。については、12月5日に看護部会が開かれるのでその席で推薦を願って委員に追加することを予めここで承認いただき、全理事会で承認が得られたのちスタートしたいので承認を願いたい。」旨の発言がなされ承認された。

2. 入退会の承認に関する件

村上事務局長より「正会員5件の入会」と「賛助会員2件の入会」が次のとおり紹介され、いずれも承認された。

[入会]

正会員

公益法人 練馬総合病院（一般）245床

〒176 東京都練馬区旭丘2-41

TEL 03-972-1001~7

院長 伊藤 国男

診療科目一内・呼・消・循・小・外・整・
脳・皮・沁・性・肛・産婦・
眼・耳・理・放

その他法人 広島共立病院（一般）114床

〒731-01 広島市安古市町中須610-1

TEL 08287-9-1111

院長 丸屋 博

診療科目一内・呼・消・循・小・外・整・放

個人 沼津整形外科病院（単科）50床

〒410 静岡県沼津市共栄町11-3

TEL 0559-21-3791

院長 芹沢 穰

診療科目一 整（紹介者：高山委員長）

個人 町田整形外科病院（単科）40床

〒144 東京都大田区西蒲田5-20-3

TEL 03-731-3561

院長 町田 英夫

診療科目一 整（紹介者：高山委員長）

個人 井上外科胃腸科病院（一般）35床

〒156 東京都世田谷区桜丘4-25-8

TEL 03-425-1817

院長 井上 毅一

診療科目一内・消・外・整・耳・理・放
賛助会員

ニッポー工業株式会社（スプリンクラー等の設備工事）B会員

代表者 菊地 武夫

〒150 東京都渋谷区渋谷1-23-19

渋谷メディカルビル

TEL 03-406-1101

阿佐谷クリニック C会員

院長 大川 清

〒166 東京都杉並区阿佐谷北1-41-5

TEL 03-338-5016 入会
会員総数 正会員 1,698(1,693+5)

入会
賛助会員 202(200+2)

[報告事項]

1. 診療録管理通信教育第12期生募集について

高橋委員長より、「例年判期毎に募集を行なっているが、現在わずか7名の申込みしかないので、少なくとも50名は応募していただきたいと思うので協力方をお願いしたい。」旨の報告があった。

2. 医療事故対策委員会について

菱山常任理事より「11月22日に神奈川県医師会

館で委員会を開き来年1月24・25日の両日、神奈川県保健教育センターで医療紛争防止セミナーを開くことになった。また53年度については中国地方・東京で各1回のセミナー開催を決めている」と報告があった。

3. メディンフォ (MEDINFO) について

三宅(浩)委員長より「医療情報国際会議第1回は1974年にストックホルム、第2回は1977年にカナダのトロントで開催され、何れも1,000名の参加者があり参加国も30カ国から50カ国に増加している。また第3回は1978年に日本で1980年9月29～10月4日に京王プラザホテルで開催されることになっており、日本病院会コンピュータ委員会としてもこの国際会議は会員病院コンピュータ使用状況からも興味を持たれるものと注目している。また国内で開催されてきた国際情報システムのMEDIS'78シンポジウムは第4回であるが、来秋10月2日～6日に大阪で開催されることになっている。日本病院会としても既に後援団体となることが常任理事会で承認されていることでもあり、積極的に参加し議論を交したいと思う。ついては、この会議を成功させるため組織・資金面においても援助を願いたい。」旨、報告と要請が行なわれた。

4. 会館建設発起人会について

堀口議長より「第1回の発起人会を11月13日(土)に開催し、その後約100名前後の方に発起人の同意を得ている。

発起人会の席上、私が委員長に指名され、副委員長・委員の構成については後日委員長一任のもとに人選することになっている。なお、六本木は日照権等の問題で不都合が生じたので他に適当な候補地を考えている。ともあれ、みなさんの協力をいただいで竣工まではもっていききたい。」と報告された。

5. 第4回病院管理視察研究会視察旅行について

高橋委員長より今回のスタディツアーは、埼玉・東京・神奈川と興味ある病院を見学した。参加者

は、事務局員を含め30名であったが非常に勉強になったものと考えている。なお、今回は役員に参加者が行事等の関係で少なく残念であったが、次回はぜひ多数の参加をいただきたい。」旨の報告があった。

6. 昭和53年度全国研究会の開催について

吉岡常任理事より、来年度の全国研究会の日程案について、同地域にいくつかの研究会が集中している傾向もあるので、この点更に検討して開催時期の調整、合同研究会の実施等について今後検討していきたいと報告があった。

7. 第3回病院会学会と米国中小病院管理視察について

岡山常任理事より第3回病院会学会について盛會裡に開催することができたとの報告にあわせ、学会最終日の午後来年度の学会に参考とするため反省会を開いたこと。また米国の中小病院管理視察について、新年ということもあって現在参加者は7名しかなく、団体割引とするためにもあと3名の参加が必要なので、ぜひ知人をお誘いいただきたいとの報告があった。

8. 組織強化拡大に係るアンケートについて

三宅(浩)委員長より「組織強化のアンケート調査は、費用・回収率について十分なる検討のうえで実施したいと考え、次のような計画をたてている。

1. 開設者別・病床規模別に作為的に抽出する。
2. 会員病院1,117病院・非会員病院2,603病院の計3,720病院を対象とする。
3. 50%以上の回収率であった場合、その調査は80%の確率をもつので、確率を高めるため常任理事・理事・代議員にお願いして各10通づつの回収をしてもらえれば、90%以上の回収も可能となる。これについて、あらためてご協力を要請したいと考えている。

回収・集計作業

1. 12月下旬に発送し、新年に入って電話で確認をとる。

2. 1月前半に各理事・代議員に連絡をとっていただき1月中に回収する。
3. 2月中に調査室で集計し組織委員会へ渡し、3月の理事会で報告する」旨の報告があった。

9. 賛助会員について

高山副委員長より「先般の常任理事会の承認を得、賛助会員の確認名簿を作成した。また11月末日に国際病院学会に賛同をいただいた472件の企業体に対し、第3回日本病院会学会における日本医師会武見会長のメッセージおよび左奈田会長のメッセージを同封して入会申込書を送付した。」旨の報告があった。

10. 病院診療部会について

鳥津常任理事より「11月4日・5日の両日甲府市において参加者86名を集め、救急医療の問題をとりあげ開催した。その内容については、日本病院会雑誌に記載することになっている。」旨の報告があった。

最後に河野副会長より「前回の常任理事会で承認された団体長会議（仮称）を1月7日（土）日本倶楽部にて開催を予定していたが、日時等についての都合をお聞きしたい」旨の提案がなされ、協議の結果1月7日（土）は新年早々でもあり、上京される方々の切符確保が困難だとのことから、1月21日（土）午後3時から開催の方がよいのではないかと意見が多く、前回の決定を変更して同日開催を承認した。なお、この会議に出席を要請する方は下記の役職の人を中心とすることになった。

日本医師会・各都道府県医師会長・東京23区医師会長（三多摩を含む）・各都道府県病院協会長・各病院団体長・医科大学病院長および近県医学部長

第15回 常任理事会

日 時 昭和52年12月17日（土）14：00～17：00
場 所 家の光ビル

左奈田会長が所用で遅参のため、小野田副会長が議長になり議事録署名人に小原知次郎・藤原拓

土両常任理事が選任され、議事に入った。

左奈田会長が不在のため、議事順序を変更して承認事項から議事が進められた。

〔承認事項〕

1. 入退会の承認に関する件

村上事務局長から「正会員3件・賛助会員2件の入会」と「賛助会員1件の退会」が紹介され、いずれも承認された。

〔入 会〕

正会員

医療法人 清風会日本原病院（一般）60床
〒708-12 岡山県勝田郡勝田北町日本原352
T E L 086836-3339

院長 森 浩郎

診療科目一内・外

（紹介者：藤原常任理事・高山委員長）

その他法人 仁生社 江戸川病院高砂分院
（単科）23床

〒125 東京都葛飾区水元猿町330

T E L 03-607-4060

院長 青井 礼子

診療科目一内（紹介者：高山委員長）

済生会 波崎済生病院（一般）100床
〒314-04 茨城県鹿島郡波崎町8968

T E L 0479-4-0253

院長 久我 隆之

診療科目一内・小・外・整・産婦・放

賛助会員

ぶるーくろす健康管理センター（クリニック）

B会員

〒107 東京都港区赤坂4-3-1 ペアー赤坂共同ビル

T E L 03-583-6100

代表者 中原健次郎

センチュリー・リーシング・システム株式会社（リース業）A会員

〒105 東京都港区浜松町2-4-1 世界貿易センタービル10階

T E L 03-435-4452

代表者 藤田 好雄

〔退 会〕

賛助会員

C会員 東京都 多沢賢治事務所

大沢 将純

会員総数 正 会 員 1,701 (1,698+3)
賛助会員 入会退会 203 (202+2-1)
入会 退会

〔報告事項〕

1. 第1回会館建設発起人委員会について

堀口委員長から12月16日(金)開催の標題の件について、報告がなされた。

① 資金調達について

会館債を発行し私的病院を中心にご出資を願うことになるが、税金対策の問題もあるので専門家に依頼し、検討を重ねたうえで提示したい。

② 会館債発行について

会館債発行についての諸問題が解決すれば、趣意書を添付して会員の方への募集をはじめたい。

趣意書の文案については日下、案としてできあがっているものを手直しして作成したい。

③ 土地について

これについては、すでに70数カ所の用地が持ち込まれているが、その中で現在2カ所にしばって検討を重ねている。とくに品川駅から5分のところにある680坪余の土地は単価も安く、環境も良いので魅力を感じている。

④ 宿泊施設について

宿泊施設については、専門家等の話を聞いても採算的にむずかしいので、最小限もしくは持たない方向で検討している。等である。

2. パラメディカルに対する医学セミナーの統合について

高橋政禎委員長から「現在、教養医学講座として内科・外科・医学用語の講義を診療録管理通信教育部・メディカルクラーク通信教育部で行なっており、またその他の部会(医事研究会・栄養管理部会)でも基礎医学講座としてこれらが行なわれている。これは業務量と経費面でかなり非合理

的であると思われるので、今後は日本病院会として統合した医学セミナーの年間事業計画を作り、それぞれの部会で利用できるものがあれば参加していただく方が合理的であり、効率的ではないか」と報告と提案がなされ、高橋委員長がカリキュラムを作り、教育委員会を通じて各種勉強会からこれにそうよう希望を募ることになった。

続いて小野田副会長から「事務管理通信教育」の進捗状況について質問があった。これに対し、高橋委員長から現在まで2回の打ち合わせを行っており、①教材、②講師陣、③期限、④経費等について具体的な相談をしている最中であり、①については市販されている図書について教材としての検討を行なって、概ね選定を終っている。③については2カ年とし、④については参加者が非常に少なく20名程度が想定されるので、諸経費を試算すると1年間48万円位でないと成立たないのではないかと。なお48万円については、現在厚生省病院管理研究所で事務長研修を1年コースで行っているが、無料とはいえ1年間事務長または候補者を派遣することによって、月給と地方県の場合は滞在費を支払わなければならないので、実質的には相当額の支払いになり当会の1年間の48万円は高くないと思われると報告された。

3. 第1回定款等諸規定検討委員会について

堀口委員長から「12月3日(土)私学会館において17:00~19:00まで開催された第1回委員会について、現在の定款は合同を前提として作られたもので種々問題があるが、当日は時間もなかったことから、主として

- ① 定款上の審議事項の取扱い
- ② 代議員の権限
- ③ 代議員数の公・私均等問題
- ④ 役員の任期
- ⑤ 会員(賛助会員の明確化)
- ⑥ 支部の設置
- ⑦ 附属規定(就業規則・給与規定)

等が審議の対象になったが、今後は毎月定例で委員会を開催し今期執行部の任期中に成案化した」と報告がなされた。

4. 12月3日(土)開催の組織委員会について

高山副委員長から標題の件について、未加入病院への対策として「日本病院会の現況」と「入会のおすすめ」を4,000病院を対象として年内に発送する旨の報告があった。

なお、都道府県医師会長に対しては別途組織委員会で検討された「病院の大同団結についての協力要請」の文案が提出されていたが、これについては、1月21日の都道府県医師会長・病院協会長懇談会の席上、口頭で説明することとなり文書を送付しないことが決まった。

また、「日本病院会の現況」と「入会のおすすめ」についても、今回の4,000病院に送付したのとは別に、会長名の次に紹介者名を入れて個別に有力者に親書の形で送付することとなった。

5. 第1回メディカルクラーク認定証授与式について

高橋政祺委員長から12月10日左奈田会長出席のもとに行なわれた第1回メディカルクラーク認定証授与式について、次のような報告がなされた。

① 受講開始期は159名の在席であったが卒業試験を受けたものは85名で、そのうち8名の不合格者が出た。

② 8名の不合格者に対し12月3日(土)再試験を行なったが、各自奮起して勉強したのでその結果全員合格となった。

6. 11月14日・12月12日開催の既存建築物避難施設整備促進懇談会(建設省第4・5回)について

小原常任理事から「今回は技術部会の関係で煙感知器と熱感知器の誤作動問題を検討すべく、各大学の防災対策担当の方から中間報告があった」旨報告された。

内容は、警報器の性能をよくするため技術基準の検討改正が行なわれている。なお建築物の火災に対する人命の安全確保等に関する一般的な考え方として

① 立穴エスカレータ回りの基本的な対策として設備は強度な物に変更する。

- ② 垂直避難のほか垂平避難の方法を検討
- ③ 各業界から消防法・建築基準法に対し、それぞれの立場から具体的意見が出ている。
- ④ 消防法・建築基準法の適用につき指導点に矛盾がある。

等があげられている。

また私は、改築工事にかかる費用が1病院1億円以上となるとも多く、病院では到底負担しきれない金額となる。したがって、当局は責任をもって金融・税制面の優遇措置をも併せ講ずべきであると強く指摘し、善処方を要求している。

7. 12月14日開催のコンピュータ委員会について

三宅浩之委員長から「来年度の計画について検討したところ

- ① 啓蒙型のコンピュータゼミの他にコンピュータを利用している病院の懇談会という形で、少し高度な問題点を話し合う。これについて、コンピュータ委員会では地区委員会を作り活動をしたい。
- ② 懸案になっているコンピュータ導入に関する調査は、本年末組織強化のアンケートに同封して全数8千数百病院に行なうことを決めているが、全数は無理なので調査室の方と相談し、3,000病院位を抽出して行なうこととし、組織委員会の了解を得ている」と報告された。

8. 未加入労災病院の勧誘について

左奈田会長から「12月16日(金)早川崇前厚生大臣の口ききで藤井勝志労働大臣のもとへ左奈田会長・河野副会長・村上事務局長がたずね、組織強化について懇談をもった。全国に36の労災病院が現有しているが、当会に加入している病院は13病院にすぎない。しかし、この席上で藤井労働大臣から『残り23病院については、基準局長を窓口にして入会をすすめる』旨の話があった。あわせて厚生省についても同様、有力者を通じて組織強化をすすめていきたいと報告された。

9. 日本医師会弓倉常任理事の書状について

野村常任理事から「病院学会には種々ご配慮に

預かり誠に有難うございました。衷心から恐縮に存じております。

日病とH医の険悪だった過去の状況から一歩でも新しい基盤の役を果たせたかと思うと非常に嬉しく思っております。」と日本医師会弓倉常任理事の書状が紹介され、今後はご自身でできることなら何でも積極的にやってくれるとのこと等、武見会長の本会に対する姿勢を伺い知ることができるとの報告がなされた。

10. 日本医師会幹部と日本病院会幹部の懇談会について

左奈田会長から12月1日(木)銀座の吉兆で行なわれた日本医師会・日本病院会両幹部の懇談会について

当日武見日本医師会長は、近畿地区で開催の医師大会に出席され、その後当地での大懇親会を行なう予定であったが、日本病院会幹部との約束があったことから、それには出られずにしかも1時間も早く吉兆へ向出て来て、本会の幹部と医療の原理と倫理等について種々懇談された。その中で、とくに勤務医対策の問題にふれて「日本病院会でとりあげてみたらどうか、日本医師会で全面的に応援しその時こそ日本医師会が日本病院会を全面的に応援する」と述べられていた旨、報告がなされた。

11. 日本医師会主催の「21世紀の医療を語る」について

岡山常任理事から12月10日(土)開催された標題の件について、次のような内容の報告がなされた。

- ① 昭和の若い世代の医師を中心として21世紀の医療を語る。
- ② 21世紀の病院は、地域医療が中心になり診療所がプライマリーケアを行ない、技術集積単位としての病院が二次を受けもつこととなる。その場合の病院は医師会病院であるとの内容であった。

12. ハワイ・病院視察旅行について

岡山常任理事から1月3日～1月15日までのア

メリカ中小病院見学に際し、①当初は12名～13名を予定していたが、正月ということもあって何としても9名しか集まらないので、少々割高になるが出発する。②13日間で6病院を見学する。

13. 日本看護学校協議会学院長会議について

小野田副会長から

- ① 日本看護学校協議会は10年程前に発足し、学院長は病院会の会員である院長の多くの方が兼務しており、現在は会員数200余名になった。
- ② 会長は東京厚生年金病院長大井実先生で、副会長は左奈田会長と小野田副会長が就任している。
- ③ 1年1回の総合研究会(勉強会)・学院長会議を行なっているが12月10日(土)に学院長会議を開催し、70校から90名の出席者を得た。
- ④ 協議会の目的は看護教育を立派にすることで、ひいてはこれが病院を立派にすることにつながるのである。
- ⑤ この会に事務員をおくと、1名につき年間300万円程の経費がかかり、結果的に会議がもてなくなるので日本病院会の事務局から全面的な援助を受け、協議会の方から会場費を支払っている。等の報告がなされた。

14. 第3回日本病院会学会について

岡山常任理事から名古屋で開催された第3回日本病院会学会において、本会の特別講演・シンポジウム・パネルディスカッション等の録音をとることになっていたが、手違いがあってシンポジウム・パネルディスカッションの録音をとることができなかったため、これらを録音している方があればぜひお貸し願いたい。

15. 税制委員会からのお願について

小原常任理事から、10月28日(金)病院大会後政府当局に提出した「病院建物・建物付属設備の耐用年数短縮等に関する件について」「医療法人の税率軽減に関する件について」に関する件についての請願書が、現在大蔵委員会に回っているが数種類の請願書とともに未了のまま保留になっているが、12月

19日(月)から第84回通常国会が開催されるので、各地元においてもできるだけご協力いただき、今回はどうしても一部だけでも通していただき本会としての実績をあげたい。そうすることによって、末端の小病院の方々も本会を理解し協力して入会してくれるのではないか。との報告がなされた。

左奈田会長が出席されたので、小野田副会長にかわり議長になった。

[協議事項]

1. 都道府県医師会長・病院団体長懇親会に関する件

左奈田会長から「12月23日(金)全国の医師会長と日本医師会役員合同による忘年会が開催され、この会に日本病院会会長の私が招待されることになっている。先般これに関連して、日本病院会としては1月21日(土)椿山荘で新年会を開く計画のあることを武見日本医師会長に話したところ、結構な企画だとのことえをいただいた。当初は学者を交えてとの考えであったが、この懇談会の目的が日本病院会を正しく理解していただき、組織の強化に資することにあるため、この会の性格がばやけないように招待者を日本医師会・都道府県医師会長・政令都市医師会長・23区・三多摩地区医師会長および都道府県病院協会会長とした。

また厚生省からは、局次長以上とし医務局は主務担当課長をお呼びしたい。本会からは会長・副会長以下常任理事・各種委員長が参加して懇談の成果をあげたい。」「また懇談会と懇親会をハッキリと分けて、前半は日本病院会のあるべき姿、日本医師会と連携して国民医療に資することを主題に意見の交換を行ない、懇親会では大いに歓談することにした。」と提案され承認された。このあと村上事務局長より1月21日の時間割振りが次のように紹介され、承認された。

- | | |
|-------------|----------|
| 12:00~13:00 | 会長・副会長会議 |
| 13:00~15:00 | 常任理事会 |
| 15:00~16:30 | 懇談会 |
| 16:30~18:00 | 懇親会 |

2. 賛助会員入会促進に関する件

高山副委員長から

① 11月30日(水)国際病院学会に協力いただいた企業を対象に賛助会員入会の案内を471件に送付したが、現在2件の入会しかない。これは一旦入会するとパーマネントメンバーになるので、受取った企業体で慎重に取扱い、社内りん議をまわしている。等の事情にあるためと考えている。

② しかがって、1月10日頃営業部長宛に賛助会員入会の取扱いがどうなっているか、照会のはがきを発送する予定でいる。

③ 途中入会の場合、年会費についてはどうなるかという質問があるが、月割計算にするとか入会し易いように取扱うべきではないか。

④ 常任理事以上は1人につき10企業体位を分担して、入会させるよう協力していただきたい。等の報告と提案がなされ、協業の結果、提案がいずれも承認された。ことに③については、 $\text{会費} \times \frac{\text{入会した月以降3月までの月数}}{12}$

による月割計算とすることが、今後の新規入会会員にすべて適用することで、承認されている。

3. 勤務医対策に関する件

河野副会長から「医師の給与の高騰が病院経営を圧迫している状況にある。常勤医・パート医の給与ベースについては、特に大学関係者では「手取りでいくら」といった一方的な要求を押しつけてくる。宿直料についても同様で、このままでは病院の運営が根底からおびやかされる。勤務医対策委員会を設定して待遇をふくめて調整策を見出したい」と提案理由がのべられた。

これに関連して岡山常任理事から「日経メディカル12月号に収載の『勤務医の実態』さらに51年6月に80病院を対象に調査した数字を対比すると差があるが、理況としては年収で院長1,500万円、医長1,300万円、ベテラン医師1,000万円以上の数字が出ている。」との説明がされた。さらに徳岡副会長から「勤務医自身は給与が安いという意識が強く、また退職後の保障等の恩典が全くないなど、生活上の不安を訴える者が多い。委員会を設

置するなら、これらを解消する対策をもとり入れていただきたい。」との発言があった。

なお、この委員会は従前河野副会長が委員長として活動していたもので、その後奥田前常任理事が委員長となったが、病欠のため休眠委員会として今年度事業の委員会からはずされた経緯があったもので、今回の提案はこれを復活させる要請となったが、前記待遇面での諸問題を検討事項に入れることで委員会設置が承認された。

なお全理事会の承認事項なので、次回理事会に提案することとなった。

また委員の人選については、河野副会長に一任となった。

4. 療養担当規則第20条に対する疑義に関する件

平野常任理事から「12月3日(土)開催の常任理事会で薬事管理部会古川委員長から提起された標題について①インシュリンの二の舞になって、もったきびしい規制を受けることになるので、当分は現地解決した方がおだやかではないか。②日本医師会では、すでに担当規則の全面改定の前案ができあがっており、投薬日数制限に関しては全部削除してあるとのことである。これが日の目を見るまでは日本病院会では文書を提出しない方が得策である。」等の提案理由が述べられ、協議の結果、前回平野常任理事・古川委員長協議のもとで作成する予定となっていた疑義解釈については、提出しないことが決定された。

昭和53年

第19回 日本病院会 人間ドック学会

1. 開催日 昭和53年8月18日(金) 19日(土)
2. 開催場所 京都府立文化芸術会館(予定)
3. 学会長 京都第二赤十字病院副院長 小関 忠尚

☆ 一般演題の募集・受付その他詳細は追って発表します。



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

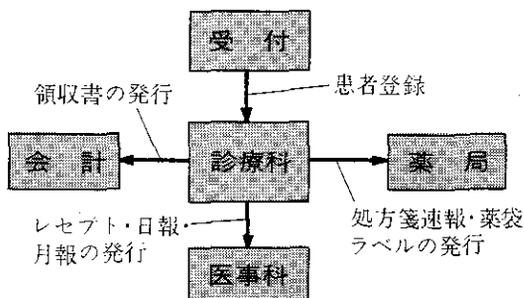
HICARE-600はユーザのご要望に合ったトータルシステムです。調査から実稼動までの時間が短かく、導入経費が少なく済み、専任のシステム担当者も不要です。

●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。

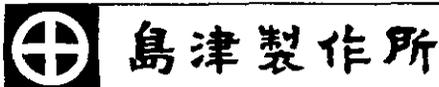
●収入内容・薬剤使用量を正確につかむことができます

各種の日報・月報により、経営内容を正確には握ることができます。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)



医用機器事業部

●お問合せはもよりの営業所へ

東京 296-2308 / 大阪 373-6665 / 福岡 271-0331 / 名古屋 562-3610 / 広島 48-4311 / 仙台 21-6231 / 京都 251-2921
札幌 231-8811 / 高松 34-3031 / 大分 36-4226 / 秋田 33-7844 / 宇都 21-5486 / 旭川 26-6272 / 富崎 23-3463

2月の通信教育スクーリング

実施日時	研究会名	テーマ	開催地・会場〈所在地〉
11日(土) 9:00~16:00	メデカルクラーク通教	前期試験	東京・家の光会館 京都・京都府医師会館
12日(日) 14日(火) } 9:00~16:00	#	集中スクーリング	東京・家の光会館 京都(京都府医師会館) 京都(京都社会福祉会館)
21日(土)14:00~16:00	<東京地区> 診療録管理通信教育	品質管理 その2 (完)	東医健保会館
28日(土)14:00~16:00	診療録管理通信教育	病歴士に必要な解剖学 その4	番町共済会館
21日(土)14:00~16:00	<近畿地区> 診療録管理通信教育	血液について	住友病院
14日(土)14:00~18:30	<名古屋地区> 診療録管理通信教育	内科学「血液」 分類法 その2	名大病院
21日(土)13:00~	<仙台地区> 診療録管理通信教育	臨床腫瘍病理学	東北大学病院

編集後記

明けましておめでとうございます。今年もまた皆さまのご支援のもとに、より充実した内容として本誌の発刊を続けたいと存じます。よろしくご協力のほどお願い申し上げます。

今月は巻頭に左奈田会長の「年頭の辞」をいただきました。

グラフは「第3回日本病院会学会」で、盛り上りをみせた会場の状況をお届けします。

記事はこの学会における学会長代行挨拶と祝辞のほか、一般演題抄録をまとめて収録いたしました。

また座談会「第3回日本病院学会を顧みて」を収録いたしました。ご参考になることと存じます。

随筆は「新春随想」といたしまして、役員諸氏にご寄稿を依頼したところ、多数のご投稿をいた

できました。誌上をかりてご協力に対するお礼を申し上げます。

ペンきょう会は、定例研究会から10月の用度、放射線ハウスキーピングの様相を収録いたしました。

2月号は、第18回人間ドック学会から会長講演・清瀬閣氏「正常域と基準域」と一般演題抄録の収録。グラフと記事・座談会で「アメリカ、メキシコ、キューバ海外視察」レポートを収録する予定です。

随筆は北原哲夫氏「ヨーロッパを旅して」を予定しております。

全国研究会は10月の看護管理研究会からシンポジウム、定例研究会から12月の薬事・用度の各研究会を収録する予定であります。

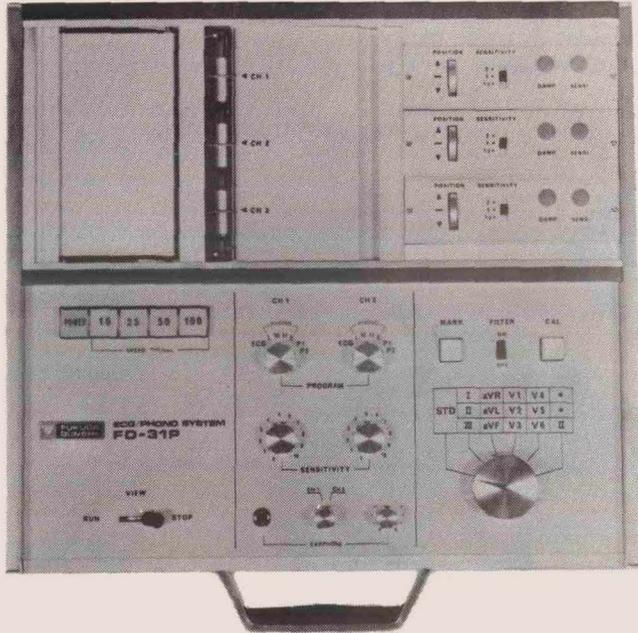
編集委員	(長)秋山 博	(副)北原 哲夫	吉岡 観八	高橋 政祺	鎌田 利雄
	山本 修	平野 栄次	徳永 貴士	松田 詔	本田 力
	中西 照録	横山 達治	白石 太郎	佐藤 キク	宮家 淳
	長谷川秀子	石井千鶴子	虎渡 勇二	平沢 政人	小田桐信子
	足立 純子				
協力委員	・一条 勝夫	小野 肇	中島 健	西村 静	堀口銀二郎
					(事務局担当・吉田)

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>
2日(木)13:30~17:00	看護管理研究会	卒後1~2年の実務指導	番町共済会館
7日(火)13:00~16:30	栄養管理研究会	1)施設見学 2)老人問題について 3)他	都立板橋 老人臨床研究所及び附属病院
8日(水)14:00~16:30	会計経理研究会	病院の近代化	北品川総合病院
14日(土)13:00~15:00	診療録管理研究会	病歴室見学	慶応義塾大学病院
15日(水) } 17日(金) } 9:00~17:00	監督者研修会	職場リーダーのポジションと役割、 要求される創意工夫 リーダーシップと相互理解	大阪リバーサイドホテル 〈大阪市福島区中野〉 5-10-160
15日(水)13:30~17:00	医事研究会	レセプト点検について	番町共済会館
15日(水)14:30~16:30	薬事管理研究会	のまれなかった薬について医師の意見	番町共済会館
17日(金)13:00~16:00	用度研究会	1)食料品の流通経路について 2)医薬品の購入及び支払い帳簿等の実 態調査の分析と解析	番町共済会館 8F 山吹
17日(金)14:00~16:30	放射線部会	1)日常業務の質の向上に役立つ職場ト レーニング 2)放射線科見学	聖路加国際病院3F会 議室
21日(火)14:00~16:30	病院診療部会	職域病院の現状と問題点	東京日立病院
22日(火)13:00~16:00	施設研究会	病院の防火防災について	番町共済会館
23日(木)14:00~17:00	中小病院管理研究会	1)当院の人間ドック運営の実際 2)短期人間ドック指定病院制度につい て	牧田総合病院
23日(木)14:00~16:30	臨床検査管理研究会	1)毒劇薬の法的管理並びに処理方法 2)臨床検査から見た正常人の横顔	順天堂医院
23日(木)14:00~16:30	ハウスキーピング部 会	院内消毒のし方(HB抗原)	未定
23日(月)10:15~10:30 24日(火)9:00~16:00	事務管理研究会	1.近代病院への脱皮の進め方 2.事務幹部職員の資質と士気をどう高 めるか 3.病院の部門別原価計算のつくり方と 活用法 4.院長の行なう院内調整 5.インスペクション(院内巡視)実際 とその効果 6.看護業務の総合的運営の事例	京都私学会館 〈京都市烏丸通蛤 御門前〉

診療録管理通信教育集中スクーリング

16日(木) } 18日(土) } 9:00~16:00	〈東京地区〉	基礎科目	早稲田速記学校 〈東京都豊島区高田3-10-21〉
19日(日) 9:00~17:05		試験(卒業・進級)	
20日(月) } 22日(水) } 9:00~16:00		専門科目	
16日(木) } 18日(土) } 9:00~16:00	〈近畿地区〉	基礎科目	新大阪チサンホテル 〈大阪市淀川区西中島6-5〉 大阪通信病院 屋外講堂 〈大阪市天王寺区烏ヶ辻町122〉 新大阪チサンホテル 〈大阪市淀川区西中島6-5〉
19日(日) 9:00~17:05		試験(卒業・進級)	
20日(日) } 22日(水) } 9:00~16:00		専門科目	
16日(木) } 18日(土) } 9:00~16:00	〈福岡地区〉	基礎科目	福岡大学医学部小講堂 〈福岡市西区大字七隈34〉
19日(日) 9:00~17:05		試験(卒業・進級)	
20日(月) } 22日(水) } 9:00~16:00		専門科目	



■ポリ心電計!

心電計+心音計+脈波+ポリグラフ=ポリ心電計
従来の3要素装置よりさらに利用価値を広げました

● 三要素直記式心音心電計 〈FD-31P〉

FD-31Pは、強い耐久性と高域特性の優れた新しい高性能カルバンメータ(米国MFE社製)の採用により、1台の器械で心電図3誘導同時記録と、心音図・心電図の同時記録および脈波(頸動脈・心尖拍動)・心電図の同時記録、あるいは心電・心音・脈波の同時記録ができる、経済性の高い、高性能ポリ心電計です。

また、心電計の入力回路にアイソレーションアンプ(アナログ・デバイス社製)を採用し、被検者を接地から絶縁した状態で、心電図が記録できます。従って被検者に対しては、高い安全性を維持することができます。



フクダ電子株式会社®

本社 東京都文京区本郷3-39-4 ☎(03)815-2121代 〒113
本郷工場 東京都文京区本郷2-35-8 ☎(03)814-1211代 〒113

もう何人もの方が… 命拾いしました。

 HITACHI



コンピュータ断層装置CTは、頭の中の様子をテレビに映し出し、脳のどこがどうなっているかを知らせてくれます。このため、CTで検査した直後の適切な措置で、もう何人もの人が命拾いしています。この装置を独自の技術で開発した日立は、全国の各所の病院に、必要な納期に、メンテナンスの安心を添えてお届けしています。

●5月末現在で全国に約50台の頭部専用装置CT-Hが稼動しています。

CT-H
HITACHI SCANNER

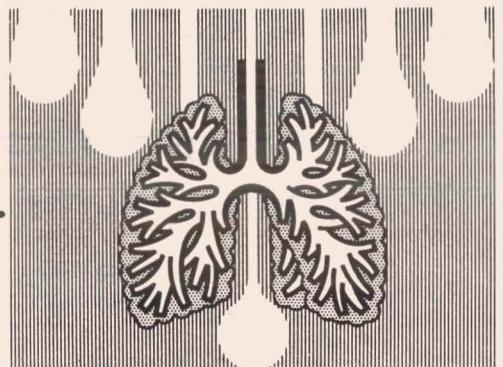
株式会社 日立メディコ

〒101 東京都千代田区内神田ト1-14 日立鎌倉橋別館 東京(03)292-8111(代) ●札幌261-5651 ●仙台21-6311 ●東関東(千葉)25-5321 ●北関東(大宮)43-1487 ●東京256-5921 ●官公需部256-6204 ●東京西(八王子)44-1631 ●横浜311-5651 ●静岡55-5271 ●名古屋57-9106 ●京都・北陸(京)256-3092 ●大阪312-8091 ●神戸241-8181 ●広島21-2327 ●四国(高松)51-4508 ●九州(福岡)521-1281

手術後・外傷後の 腫脹の緩解 喀痰の排泄促進に **ダーゼン[®]錠**

〈セラチオペプチターゼ製剤〉

「タケタ」



使用上の注意

1. 次の患者には慎重に投与すること
 - 1) 血液凝固異常のある患者。
 - 2) 重篤な肝障害・腎障害のある患者。
2. 副作用
 - 1) 過敏症：ときに発疹、発赤などの過敏症状があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止すること。
 - 2) 消化器：下痢、ときに食欲不振、胃部不快
3. 相互作用

感、悪心、嘔吐等の症状があらわれることがある。

3) 血液：まれに鼻出血、血痰等の出血傾向があらわれることがある。

抗凝血剤との併用により、抗凝血剤の作用が増強することがあるので、観察を十分に行ない慎重に投与すること。

*効能・効果、用法・用量等については、現品に添付の説明書をよくご覧ください。 ●薬価基準：収載

DASEN  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52年5月作成：DA852-6)

編集発行人
電話二六五〇〇七七七(代)
村上正敏