

日本病院会雑誌

Journal of Japan Hospital Association

1979

1



The new Silver King range

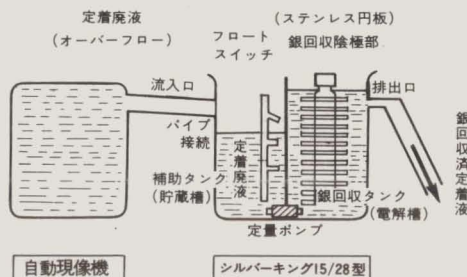
シルバークィング

シルバークィングは定着廃液から98%の銀を自動的に回収します!

英国Photographic Silver Recovery社で開発された、最新式の定着廃液銀回収装置シルバークィング。故障がなく手間のかからない完全自動。優れた処理能力、回収銀の高い純度、少ない消費電力など、従来の回収方式に比べ抜群の性能を誇っています。病院の放射線科で、廃液をそのままにしておくことは大きなマイナスです。限りある資源の回収とともに、大きな収益源でもあります。例えば——シルバークィングですと、100 lの定着廃液から約1 kgの銀(1 l中の銀含有量を10 gとする)を回収することができます。



コンパクト型



陰極=軟質ステンレス鋼板製、回転式装置になっています。**接続パイプ**=接続パイプは必要なだけの長さのばすことができますので、大変便利です。**接続**=どのタイプの自動現像機にも、また複数の自動現像機にも接続できます。**銀の除去**=陰極は簡単に取りはずしが可能で付着した銀はチョコレートを割るような手順でステンレス回転盤より容易に取りはずせます。銀の除去は銀の付着量により1~3ヶ月に一度の割合で行ないます。**安全ロック**=ロックをすることにより、銀の盗難や勝手に制御装置にふれることも防止できます。**消費電力**=電力消費量はきわめて少なく、24時間作動して約30円ですみます。**その他**=電力設備は内蔵された扇風機により、機械的に通気冷却されます。また、電気設備の作動状態はシグナルライトで示されます。**寸法**=高さ445×幅305×奥行406

特許 792860

〈回収した銀は、当社において国内鉱山建値に基づき、好条件で買い入れを行なっております。〉

製造元

英国ピーエス・アール社

総発売元

マルキョウ・トレーディングCO.,LTD

東京都練馬区旭丘2-26

☎ (03) 974-6837 (代)

昭和54年度

日本病院会海外医療研究視察計画表

1) 第21回 I H F コングレス参加とヨーロッパツアー

期 間：6月20日～7月5日（水～木、16日間）

対 象：病院長，医長，事務長，総婦長，その他病院勤務者

コース：東京／レニングラード／ヘルシンキ*／オスロ*／コペンハーゲン*／パリ／ロンドン*／東京

2) 中国の旅

期 間：8月8日～8月21日（水～火、14日間）

対 象：病院長，医長，事務長，総婦長，その他病院勤務者

コース：東京／北京／呼和浩特／包頭／大同／北京／東京
但し勤労青少年グループワーク協会主催，日本病院会国際委員会後援

3) A H A 年次学会参加とカナダ及びアメリカ東海岸ツアー

期 間：8月25日～9月8日（土～土、15日間）

対 象：病院長，医長，事務長，総婦長，その他病院勤務者

コース：東京／バンフまたはジャスパー／シカゴ*／モントリオール*／ボストン／ワシントン／フィラデルフィア*／ニューヨーク*／東京

4) アメリカ西海岸ツアー

期 間：7月

対象者：病院長，医長，事務長，総婦長，その他病院勤務者

コース：東京／バンクーバー／シアトル／サンフランシスコ*／オークランド*／サンノゼ*／ロスアンゼルス*／ハワイ*／東京

5) ヨーロッパツアー

期 間：10月5日～10月16日（金～金、12日間）

対 象：病院長，医長，事務長，総婦長，その他病院勤務者

コース：東京／コペンハーゲン*／チューリッヒ／ベルン*／ハンブルグ*／パリ／ロンドン*／東京

<目的> 医療事情視察と講演会（通訳つき）及び観光

<*印>病院，ナースィング・ホーム，リタイアメント・ホーム，プライマリー・ケア専門クリニック，クロニック・ホスピタル，救急医療等見学

(その他)

・5月8日～5月12日，マニラ・コース 全行程船舶による洋上スタディツアー

・12月28日～1月2日，ハワイ・コース

コーディネーター，参加費用その他詳細は決定次第記載します。

なお，多少の日程変更のある場合があります。

お問合せ・お申込みは

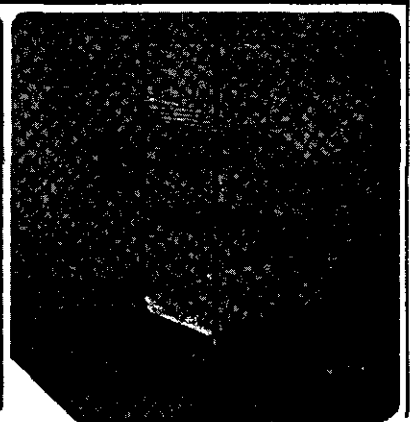
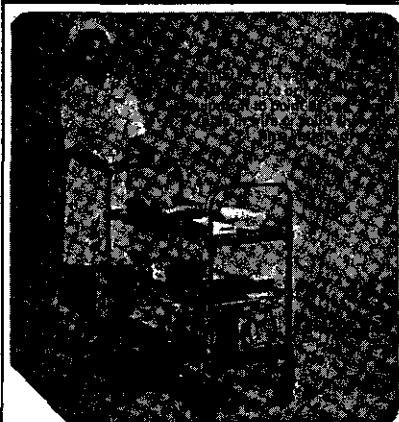
社団法人 日本病院会 国際委員会 係

〒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・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



資料請求券
病院会



米国外ロポリタン・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 〒150 ☎(03) 464-771100
大阪/大阪市南区北桃谷33-1 〒542 ☎(06) 768-535100
名古屋/名古屋市中区上筒井2-1-25 〒460 ☎(052)331-602800

目次

グラフ：静岡・愛知病院視察研究会..... 7

巻頭言：年頭所感 国民の求める医療の方向.....左奈田幸夫 15

＜病院長セミナー講演＞

欧米の医療保障の動向と課題.....前田 信雄 18

—アメリカの医療問題とあたらしい方向

地震対策について—宮城県沖地震を教訓として
.....宮城県官公立病院事務長会 31

静岡・愛知病院視察研究会.....35

聖隷浜松病院／県西部浜松医療センター／遠州総合病院／車中研究会Ⅰ／名古屋保健衛生大学／車中研究会Ⅱ／大雄会病院／車中研究会Ⅲ／名古屋掖済会病院／看護部門

第19回人間ドック一般演題抄録（No.1～40）.....55

随筆：第18回 病院管理視察研究会うらばなし.....PF生 119

べんきょう会

プロパー活動および問屋セールス活動と薬剤業務をめぐる諸問題
.....8月・薬事管理部会研究会 127

B型肝炎の診療と院内感染防止対策，B型肝炎ウイルスについて
.....10月・病院診療部会研究会 131

第2回理事会

第10回，第11回常任理事会

昭和54年度海外医療視察研究会計画

第5回日本病院会学会（会告第1回）

第3回日本診療録管理学会のお知らせ

第20回人間ドック学会のお知らせ

メディカルクラークのための「医療事務入門」（新刊）のお知らせ

2月べんきょう会のお知らせ

アレルギー疾患に... 健保略称 強ミノC

▶グリチルリチン製剤

強力ネオミノファーゲンシー

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

グリチロン 錠二号

包装 100錠，1,000錠，5,000錠 健保適用

M-5094 研 錠 ミノファーゲン 製薬本舗 〒160 東京都新宿区新宿3-1-12





HOGY 床ずれ防止エア噴出型マット

サンケンマット® SM-1

●厚生省日常生活用具適格品 エアーパット

PAT NO.1235909

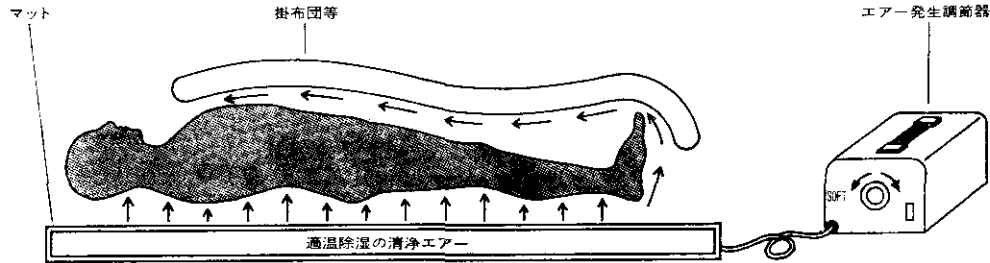


●床ずれ防止器のイメージを変えたサンケンマット
 サンケンマットは、マット表面より適温・除湿の清浄微風が常に吹き出し、患者の褥瘡(床ずれ)を防ぎ、又、病人特有の悪臭をなくします。一般の健康人の使用にも寝具がむれず衛生的で、特に寝返りのできない幼児や老人のあせも・しっしんの防止に効果的です。
 重症の長期床ずれ患者でも、ご使用后1週間位より患部の乾燥

と回復徴候が見られ、便通も良くなり、その実績は医師、看護婦の方々より高く評価されております。

●特長

- ・運転音は静かで(25ホーン)、安心してお休みなれます。
- ・一日の電気使用代も約3円と格安です。
- ・汚れても、ブラシ水洗が可能で防水速乾性のマットです。
- ・マットの硬軟は調節器ダイヤルで調整できます。



総合医療を有する
株式会社ホギ
 本社 東京都文京区湯島1丁目7番11号
 ☎03(815)2731(代表) 1113

●お電話に最寄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(94)8116 ●名古屋営業所 ☎052(76)5246 ●福岡営業所 ☎092(73)1881 ●広島営業所 ☎0822(32)6754
 ●仙台営業所 ☎0222(93)7842 ●盛岡営業所 ☎0196(54)3548 ●札幌営業所 ☎011(512)7201 ●金沢営業所 ☎0762(97)7571 ●横浜営業所 ☎045(314)0389
 ●静岡営業所 ☎0542(55)7164 ●本社特販部 ☎03(815)5056

静岡・愛知病院視察研究会

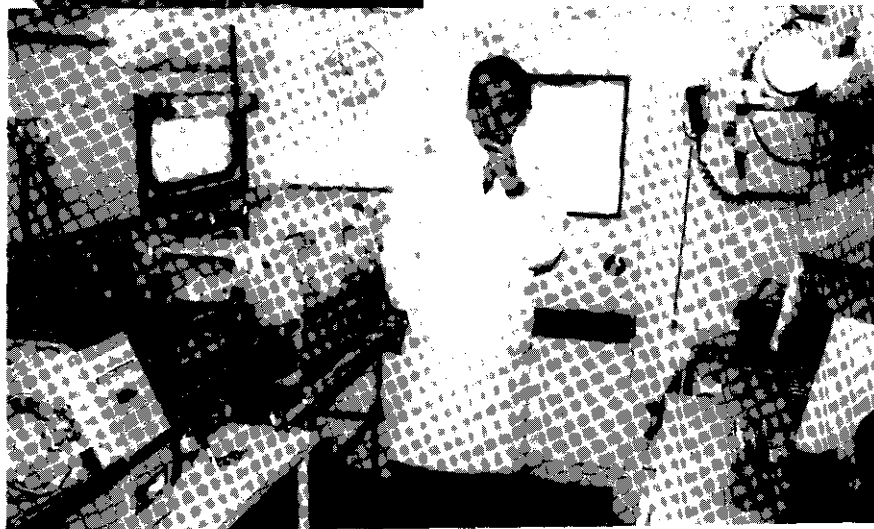


毎年秋に行なわれる恒例の Study Tour、今年も数えて18回目、昨年より再出発した新幹線シリーズの2回目である。今回は昭和53年11月5日より8日まで、静岡・愛知県下の6病院を見学した。

社会福祉法人 聖隷浜松病院 538床
長谷川 保 理事長の創設になるユニークな病院で、その名は全国に隠れもない。



病院の新生児用救急車の内部を説明する中山 耕作 院長



地区を前にして全県下
にわたる予防医学活動を
説明する 柴田 隆小児科
主任医長。

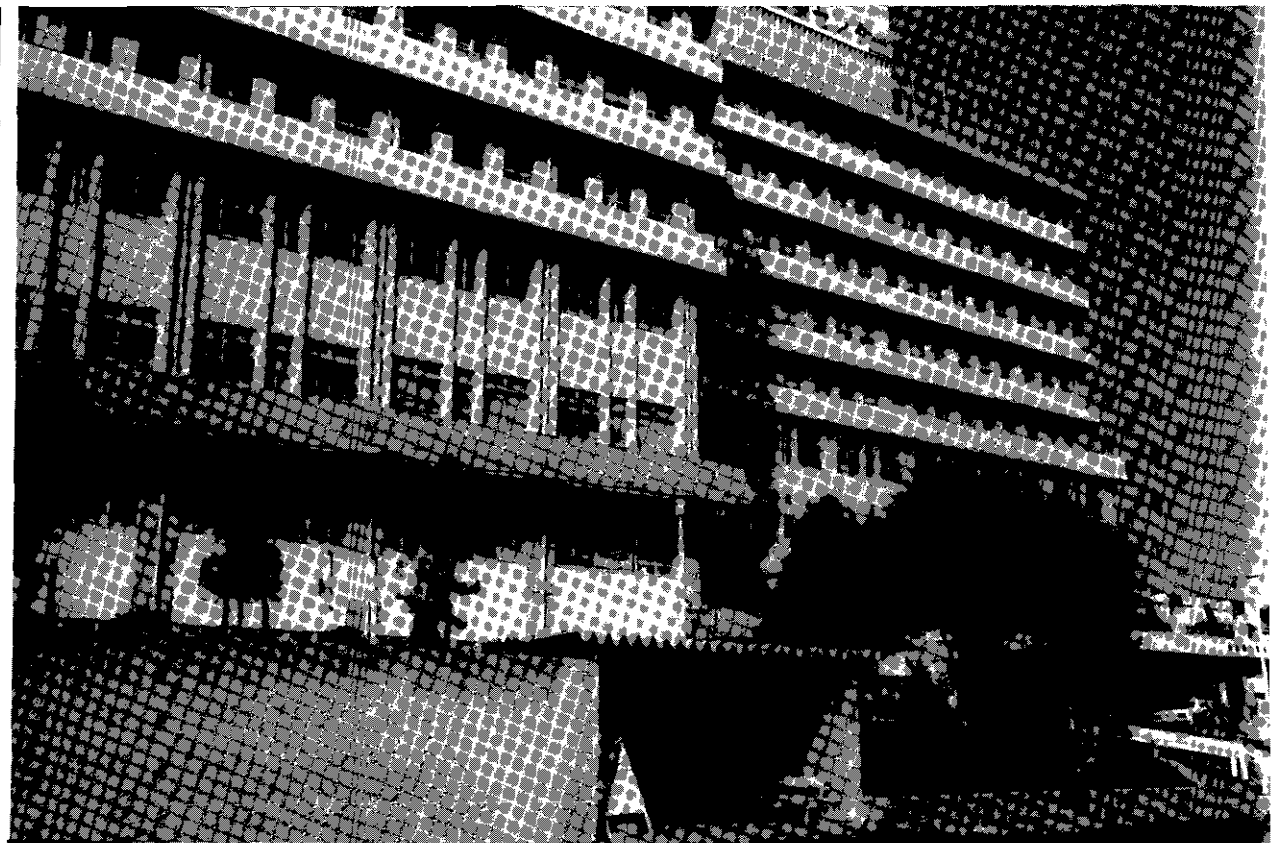


小児病棟ナースステーション



42人の新生児を収容するNICU





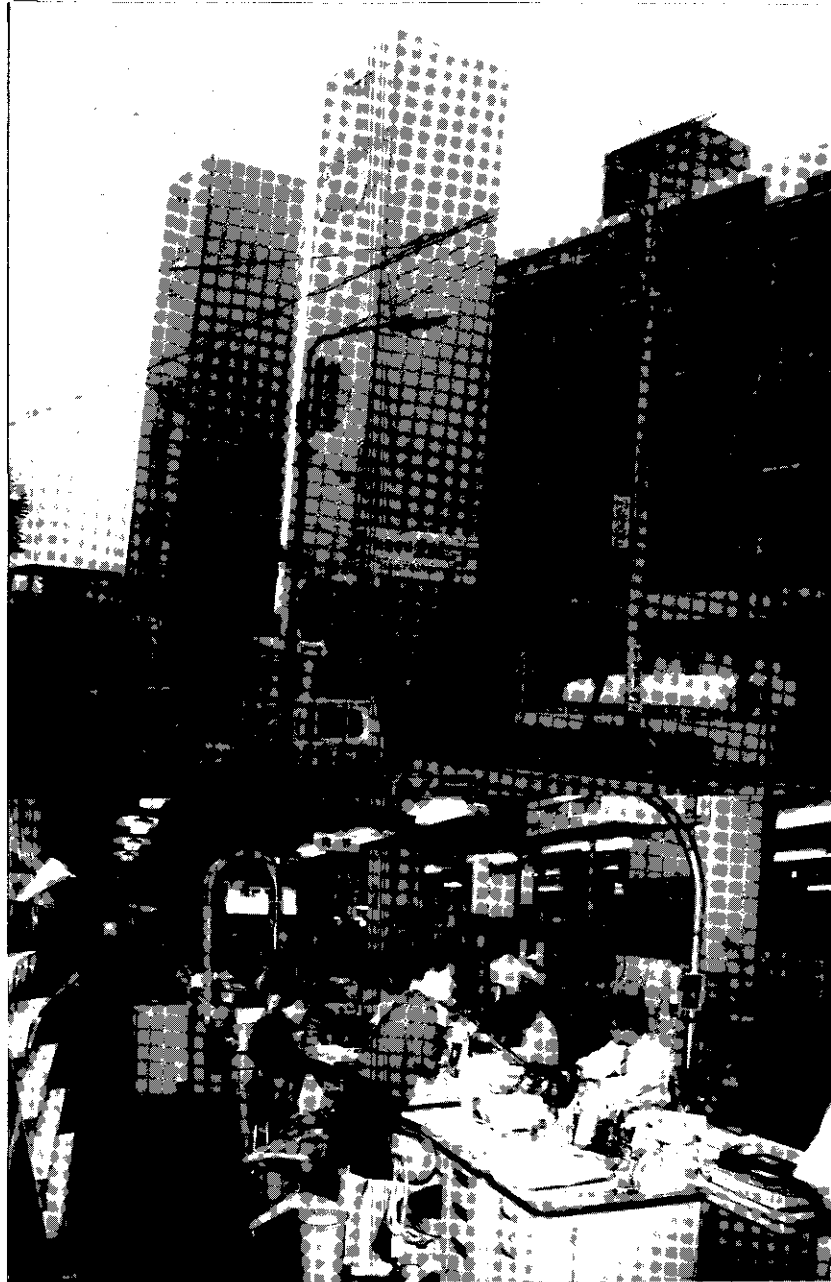
市立県西部浜松医療センター 508床
浜松医師会病院から出発して、市に
移管されたもので、今や静岡県西部地
区における最大の医療センターとなっ
た。



会議室で小張 一峰 院長から病院の
概況をうかがった。

病歴室では本格的な病歴管理が
行なわれていた。





厚生連 遠州総合病院 465床
市街地の中心にある歴史の古い病院である。正面玄関前の2基の駐車場タワーが人目を引いている。

外来事務室



ホール中央の相談係カウンター

見学を終って会議室で安田 政憲
院長を囲んで研究会が行なわれた。



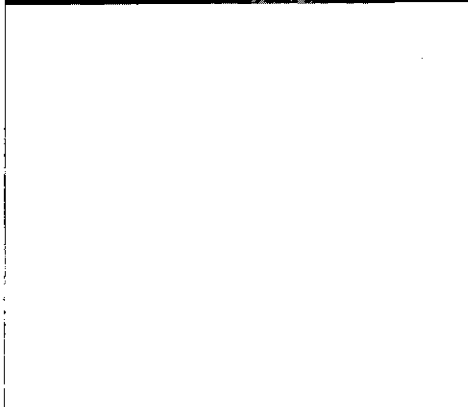
学校法人 名古屋保健衛生大学病院 510床
新興のベッドタウン豊明市に開設された大
学病院で、世界一を目指してという大学の目
標の通り、素晴らしい病院が誕生している。

看護部長室には各ナースステーションの状
況が有線テレビで送られており、常時状況が
把握されている。



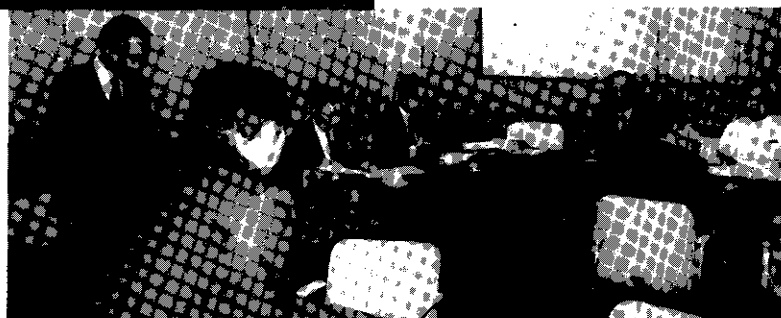


手術室への患者の搬送は、清潔区域への受け渡しを西独ニューマック電動手術台を使って、そのままストレッチャーから手術台へと上部をはずして移される。



ナースステーション

森 日出男 副院長、戸田 孝 副院長を囲んで研究会は夕方まで続いた。



医療法人 総合大雄会病院 213床
一宮市の交通頻繁な街道筋に位置
する病院で、すばらしい発展を示し
ている。

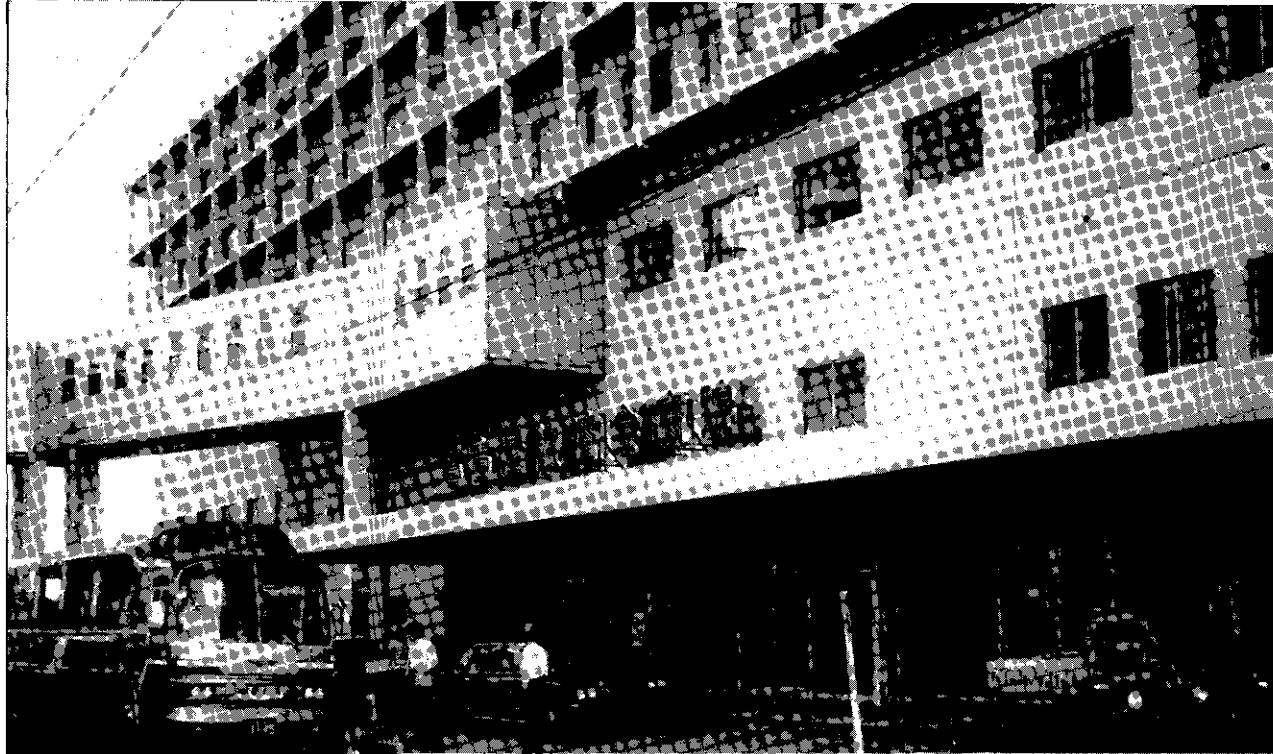
伊藤 研 院長から病院の概況の説明
をうかがう。



院長は放射線科がご専門で
CTスキャナーも設置されて
いる。

透析センター



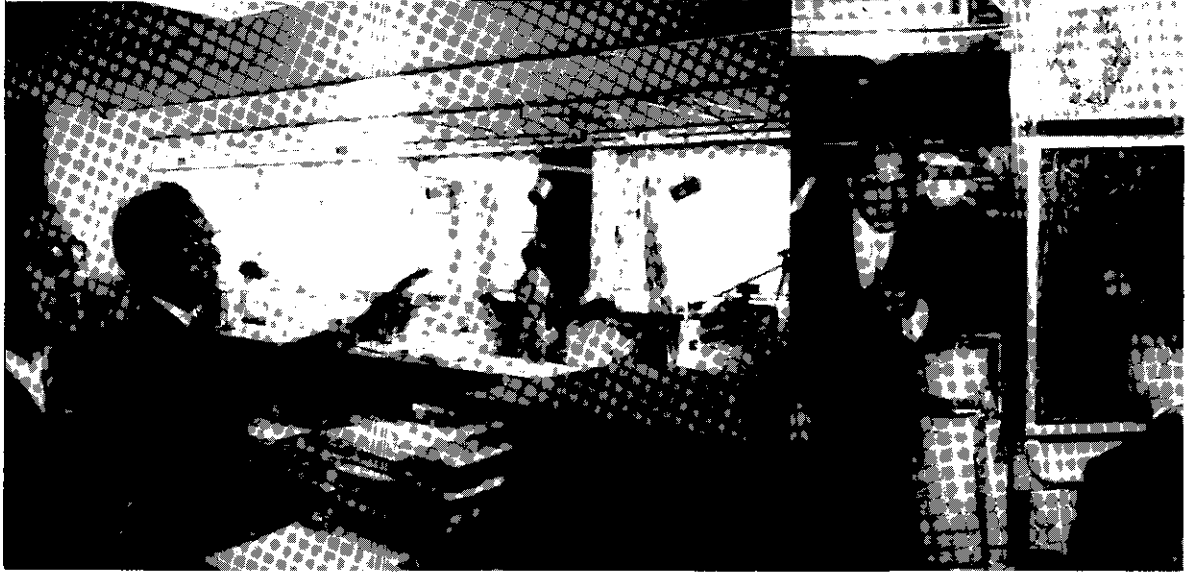


公益法人 名古屋掖済会病院 376床
第三次救急の救命救急センターを設
置している。

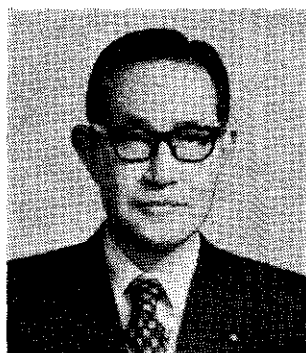
救急外来



病院で説明する大場 清 救急部長
病院創立三十周年式典からかけつけ
て挨拶をされる太田 元次 院長



撮影・文 高橋 政群
(一部写真は名古屋保健衛生大学提供)



国民の求める医療の方向

日本病院会会長 左奈田 幸 夫

昭和51年から看護婦も次第に充足され、開業医と勤務医の数が逆転した。これは教育施設の勤務医を含めてのことであるが、そのうえ北多摩医師会の調査のように勤務医である医師会員中の21%がかつて開業医であったという報告がある。日本病院会も病院勤務医の重要性について対策委員会を設け、人材センター的部門もとりあげたいと思っている。

厚生省は昭和60年あたりまで医師数の増加は必要ありと推測しているが、信頼性のある統計はないようである。60年以降は医系大学の入学定員の削減がおこるかもしれぬといっている。しかも眼科、耳鼻科医などの充足と配置をどうするかも考えておく必要がある。

開業医と勤務医数の逆転と地域差もなくなりつつあるが無医地区対策、診療科別分布など、その偏在の解消と供給のバランスを修正し、均衡あるシステム作りが必要である。しかもこれからは予防面、リハビリ面への需要も増してくるのでこれへの対策も考えておかねばならない。

医師は昭和62年に人口10万対170、同65年に180となる。開業医数はこれからも次第に頭打ちが予想され、過剰の医師は病院勤務医から保健所等の公衆衛生部門、産業医、防衛部門の医師などへの移動が起ると思われる。昭和45年から同50年まで毎年2万床ずつ増加した病院も統計からは次第に頭打ちが予測されている。人口10万当り常勤医数対一般病床数が1対10以下は東京であり、1対20以上の高知を除くと、各道府県は殆どこの間に存在している。これらは外来患者も担当するので負担は相当増している。

病院で医師を必要とする場合に、患者数と病床数とを除外しては計画はできない。現在全国で見ると、新入院患者数の増加率が1.6%であり、一般病床数の増加率は10.3%である。このように病床の増加率が、新入院患者のそれに勝っていることが続いたなら、次第に不均衡が現われてくる。

一般に新入院患者数と病床数の増加との対比は、病院の指標としての平均入院日数、病床利用率とに密接に関係があり、将来に対し大きな影響を与える因子となる。公衆衛生院の10年前の予測と実態をみると、病床利用率は昭和50年では3%程度の低下を示し、昭和51年平均在院日数は35.3日で予想より増加している。

このように医師数の増加率は年平均1.8%と余り高くないが、これからの10年間も余り高くないであろう。また病床数も次第に鈍化して、新入院患者数も同様の傾向がおきてくるであろう。しかも昭和52年には外来患者数が僅かながら病院の方へ多く流れつつある傾向を示している。

さてこれからの10年間は、GNPはよくても4~5%の伸びがせいぜいだとすると、医師数の増加もこれを越えないので、諸外国でも心配されている医師の増加が国民の負担増につながるという考えは必ずしも当たらない。

ただ医師の数と国民医療費との両増加率を対比して考えると、医師数増によるための医療費の増高を考え易いが、これからは予防やリハビリ、福祉やその他の理由による医療向上のための増額が加味されてくることになって、保健医療上に貢献してくるのではなからうか。

国民の合意による医療

社会経済国民会議（中山伊知郎議長）のもとで「総合福祉対策の総合的検討の中で国民の合意を求めて」のアンケート調査をしている。これに対応するためとして、政策目標の相互間の総合化を進め、福祉政策の効率化を図るべきだとしている。即ち現状の公的扶助給付はも出来るかぎり社会保険の補助的給付として社会保障体系に連携させるがよいと述べている。

今のところ保険医療への不満に対しては、①待時間の長いこと ②差額ベッド、自己負担の重圧 ③多量投薬となっている。1については、私が10余年前から実施している病院外来診療科全科の予約システムによって平均70分の待時間を22分に短縮したことからみてもこれは解消しうらと思う。今では殆どの病院が予約システムを実施して効率的に外来診療を行っており、外来入院比をその病院の効率に併せて設定し、かつ新患と再来比は1対2～3が一般的に基準として調整することである。

2については、差額ベッドは現行でも病室の種類と全病床の20%によって認められているものであり、入院料、入院時医学的管理科の改定が、国民の現在の文化的な生活環境に合致した基本的点数の改正によって、看護婦の適正配置とともに解決してゆくものであろう。

3の薬づけの批判は、かつて医薬分業が強調されても、その不便さ、自己負担等から遅々として進展しない。病院における薬局は薬剤師の専門業務として調剤をしているのでこの点は正しい。要は大量投与への批判であると思うが、勤務医全部が病院経済を考えつつ処方を書くとは考えられない。これは再来日調整のために投薬日数の延長による結果であって、多くは健保基準の最多制限日数の投与となっている。私はかつてこの批判に対し病院薬剤供給公社案を提案した。それは薬剤を公有民営の形をとり、処方料、調剤料等は病院収入とし、薬品費の出納は公費とすれば、あらゆる非難は解消しうると発表し、一部の賛同をえている。

これからの国民医療

現状の社会化された国民医療諸制度は、諸外国に比し国民にとってよりメリットがあるものと思う。これからの将来は、高負担と平等という社会化で、スウェーデンの如く所得税の高率負担で国民は勤労意欲を喪失し、一方、投資家は資本の外国逃避を行なうようになり、英国の如く登録制度による医療の機能レベル別分担と医師の階級制による医師の国外流出をおこすか、自由民主国という米国の如く医療の高度化、専門医療の医師過剰等からくる保健計画や医療保険制度の歪みから医療費の高騰を招く結果、国民を病院の選択や利用権から断絶させるか、社会主義国の如く医療の平等化のみで、必要な医療の向上、高度化を二次的計画におくか、いずれの道を歩むかは、国民の合意の上で解決してゆくことであろう。

さしあたり病院と診療所の機能分化については、救急医療、夜間診療所等のみならず、時間外、救命救急医療は、この機能分担に沿って需要体制の地域化と総合化が図られつつある。標榜時間と時間外医療への対応は国民の自覚によって適正化するものであり、家庭医（主治医）の普及と診療時間内の受診励行、救急自動車の利用を正しく行なうことで多くは解決しうらものと考ええる。

費用の負担は給付費は保険料でというが、国民の健康に対する自己責任分としての自己負担はやむをえぬとするが、その額が受診意欲を喪失させることがあってはならない。病院機能の向上のために医療金融公庫等による設備投資は今後も必要であり、それには健全経営を可能にする病院向の点数改正を行ない、それは医療再開発にも及ぶような補完方式を採用してもらいたい。

この要望の1つの意見として、制度間格差の是正と医療制度の財政調整を中心に見直せという項がある。平均寿命35才から77才の健康老人をつくりえたのは医療の進歩に負う所が多い。制度間格差と健保制度改正はこれからの問題である。1億国民が1億を保障するため各種保険が統合されるのが一番よいと考えるが、もし断行しうら案をつくるなら段階的に移行する方策をとるべきであらう。

う。

このためにはニーズからの対策を医療面で確立し、それには財政的に対応しうる健保制度が望まれる。現行の財政規模に合せての改正は最終的に龐大な予算となり破産することになる。制度間格差の是正は抜本改正ということになると、結局健保制度の統廃合が多く論ぜられ、日本医師会案の如きものが骨子となるであろう。産業、地域、老令健保がこれからたたき台となるが、これに組合、国民、共済健保など保険料も給付内容もことなるものを統合し、老令保険を積立年金方式にしようという案である。

政府案が財政に固執するきらいがあり、また財政処置の明確化に欠ける。日医案にも政策にとりあげにくい点もみられる。日医案に対する財政対策の肉付けが1日も早く公開されることを望みたい。


次に問題になるのは医療機能の均等化である。

自由開業医制は今迄地域医療には多くの貢献をしてきたが、医療機関と医師の適正配置についての計画案が必要である。医師の偏在という問題は数からみれば地域較差は次第に解消しつつある統計があるが、被保険者の地域化と医療機関の地域定着との間隙をどう埋めてゆくかも地域医療の目的の1つであろう。

このようにみてくると、健保制度の抜本改正には多くの問題があり、決断を要する面も多々ある。日医案は国民皆保険を健康の生涯計画に対して基本的にたて直そうとするもので、もし国民のコンセンサスを得るものなら、これを骨子とした現行の過渡的措置案や財政的対策を早急に提案すべきものとする。健保連の解体案などは過渡的措置案の中で解体が可能かどうかを検討すればよい。

昭和54年の年頭にあたり所惑の一端をのべてみた。

(昭和53年12月4日記)



医学書・薬学書の出版

株式会社 メディカル・プランニング

☎060 : 札幌市中央区北1条西10丁目・☎(011)281-2671(代)

欧米の医療保障の動向と課題

—アメリカの医療問題とあたらしい方向—

国立公衆衛生院 衛生行政学部社会保障室長 前田 信雄

落合 それでは「アメリカの医療問題と新しい方向」をお話をいただく先生は国立公衆衛生院衛生行政学部社会保障室長の前田先生でございますが前田先生は最近アメリカから帰ってこられていろいろな新聞とか雑誌専門誌に発表されております。アメリカの総医療費が急速に上昇して社会問題、政治問題、経済問題に発展したのはジョンソン大統領が、メディケアーとメディケイドの1966年に政府国会を通しまして、それから実施して以来だと思えます。それから急速に総医療費が上がりました。カーター大統領は昨年の総選挙のときにアメリカの総医療費に対して9%には絶対にもっていかないということを公約しております。その時のGNPの比率は実に8.3%です。その前のニクソン大統領は1970年にアメリカには現在3つの大問題があると、それは年頭白書で第一は黒人の問題、第二はベトナムの問題、第三は医療費の問題であるということを国民に訴えております。その位アメリカの医療というものが全米に非常に大きく提起しているのが現状であります。最近前田先生はいろいろご覧になってきておられますので本日、このお話を聞くことは我々としても期待しております。それでは前田先生をご紹介します。

とは問わずにむしろ病院問題は皆さんご専門でもありますしその周辺の中の位置づけの角度からお話をしたいと思います。従ってむしろ今日の話の焦点はアメリカの場合どのような問題があるかということ、また、現在どのような対応がなされているか、それを総合的なもの、部分的なものも含めお話をしていきたいと思えます。

医療問題とは何か

最初にマクロな話として、医療問題とは一体何であるか、こういう議論をするときに、その解決策が問題な訳ですが、もう解決しなくてよい、改善されて受け入れられている問題はよいが、アメリカに行きまして大体一致いたします議論はひとつにコストの問題、第二番目には金のかかるかからないか別として医療がどういう形のものであるかが問題です。実はその医療のアクセスビリティとかアベラビリティとか、仮りにアベラビリティとした場合、可能性の問題が実は問題です。第三番目は、提供される医療は何でもよい問題ではない、そこには一定の質を伴ったものでなければいけない。その質は我々がたくさんの医療費を出しているクオリティはどうなっているか、クオリティアッシュアランスと良くいいますが、このアッシュアランスということが難しい。でもこれは俗にいうと医療の質をどのような場面でも、農村でも、大学やインターンや、レジデントを行なう場合にも、また主婦や老人に対する医療であってもクオリティは保障していこうではないか、そういう観点からみた時は、我々には落度はない、この三つを挙げてゆくわけです。別に週刊誌的なニュースソースからだけで初めから紹介する訳ではあ

落合さんからアメリカの医療保障、医療制度の最も表象的な部分を非常に要領よく説明いただいて、私のこのあとの話は少し話を広げた医療問題、時には総論、時には各論をあえて病院の問題

りませんが、このコストの方はものすごい金額になっていく。日本のお金では20兆円位、もう少しオーバーするかも分かりませんが、これが間もなく50兆円かものすごい金額になってゆくようにいわれております。しかしニュージーランドとか、オーストラリアもGNPの中では11%にいくと予測をしております、急速に日本とアメリカの場合は高齢化社会に突入していきますから、その部分は避けられないだろうと、よくいうようにロケットの上昇とか、の言い方をしている。コストはナショナルヘルスインスユアランスをいつやるかという問題（国民皆保険）これを40年議論してきた。日本は抜本改正を議論して15年です。だから日本では15年やってきたが向うは40年もやってきてまだです。仲々決めかねている。その国民皆保険をもしやるともって拍車をかけられる。コストの問題はマクロにいうとこの問題がひとつあります。日本円でいきますとレートがよく変わるので難しいですが、大体今年の時点では赤ちゃんも老人も大体20万円位使っていると思います。またこれが2倍ということは国がかなりの負担を負うことになります。この問題がひとつあります。それで、アベラビリティのところでは何が出てくるかという、これは施設も平均的に、人口対比でも医者はいるというが、無医地区の問題がどうしても出てくる。アメリカでは無医地区5,000ですが、実態は日本と変わらないと思います。この間、ヨーロッパに行きましたが人口対比では2,500位であまり違わない。それで無医地区の問題、エマージェンシーの問題とか、やはり各論になる。救急ユニットに入るのに5時間待ったとか、それからアベラビリティというのは一般医、小児科医がいない地域がニューヨークやロスアンゼルスへ行っただ方は分ると思うが、大都市の中に穴があいたように無医地区があります。ロスアンゼルスでいえば子供の人口は多い、小児科医がいない、そのような形のアベラビリティこれがいろいろな形で問題となっている。それからクオリティ・ケアの問題はこれはどのような指標で出すかは問題ですが、これに関係する問題でよくトピックとしてでてくるのはマルプラクティスの問題です。この医療過誤の問題が依然として出てきます。これが年間1

万件あるとか、アメリカの医師の10人に1人はマルプラクティスの訴訟を受けた経験があるということです。この規模については例の3年前から始まった医師達のストライキ、ひとつは過誤保険の増額です。今、新しいのは年間120万円位と思います。ある資料をみると1日の病院の費用のなかから6ドルを過誤保険向けにプールしておかないと病院は十分でないというデータが2年前に出ています。これに総患者延人数を掛ければアメリカ全体でどの位過誤保険か分かる。これは掛け捨てですので1つの大きさを紹介してみたのですが、これがいかに訴訟の好きな国といえ、あとをたたない。それから新しいニュースイズワールドアンドレポートをご覧の方はご存知だと思いますが単なる告発の議論でなく現実に大変な問題です。1年間に2,000万件の手術がアメリカであります、そのうちの17%という説、これはマサセッツジュニアル病院のグループやらがやっているが、この問題はわりにクールに確かめ合っている問題ですがアメリカで手術の過誤の問題は200万件位です。これは質の問題にまつわる向こうの医療のひとつの問題、特に扁桃腺と盲腸と子宮摘除の3つをめぐっての問題です。

これをどうするかとほぼこの3つに要約できますがどのような努力がこのひとつひとつに対してなされているか、またどのような課題がまっているかは、医療費がどの位のびてきたかということはいろんなデータがありますが、医療費の問題といえますのは1975年からとっていって2000年をとりますと、私がいま考えております、アメリカと日本、ヨーロッパの共通の問題は、我々の経済成長というのは我々の経済活動の成果は対前年比どの位かということがあがるが日本のように高度な経済成長が一応20年位先石油がエネルギーのまだ王座を占めている間の短い予測で恐らく日本は割合高いのですがこれ位いくであろう。

アメリカはもう少しこれより下った形でしかいけない訳です。日本ではいろんな条件のために多少よいが医療費はどうであろうか、これはやはり保険費用のようなものを考えた場合これはどうしても今の状況でいけば10%から15%はいくのではなにかと思う。誰がみても分かるカーブになる訳

ですが、いつかはまかない切れぬ状態が出てくると思います。単純な図式で示し得る状態がある訳です、これがアメリカのカーター政権でも言っておりますし、経済的に破産という状況が今のパターンの費用の出し方でいくと要するに財源がないという状況がでてくる。そして、日本の場合は、もう少し悪い条件の場合は、年金が未熟なことです。ヨーロッパはその点は、ある程度、ツケはなく、年金の問題は解決できている訳です。日本の場合はこれから需給をしなければならぬ時代、これまで積立て、その時のまたインフレーションの状況でやっていかねばならない、この時になった場合はどうなるか、特に8,000人づつ医者が卒業してくる、10年間に8万人になると、数年前のそのトータルに合致するものがわずかに10年間ででてくる。しかも歯科医が6万人になってくる、この勢いを考えますと決しておかしな数字ではない。また、我々は今のままでいけばこれでも足りない、さてどうするかでコストの問題で大きな問題です。これは、やはりどうするかという問題について議論しなければいけない。

老人医療の問題について

落合さんから先程いわれました老人医療をどうするかということがアメリカでも大きな問題になってまいります。特にアメリカの場合には、今まで65年からナーシングホームが75年までこの勢いが示している訳ですが今後ともこのナーシングホームを削減という訳にはいかない、公立病院の病床は今、減らしてきているがまた減るというコンセンサスを得ながらきている訳ですが、なにせ老人々口はやはりひとけたからふたけたに増大して、老人というのは必ず病気をもつ、そして永らえれば永らえるほど、死亡率が減れば医療費の負担が増えていくという関係がアメリカでは出てまいりまして、ナーシングホームだけで2万施設ある訳です。その病床数が98万床です。これが間もなく100万床になるであろうと、人口は向うは2倍ですが98万ですよ、75年でです。日本と違ってナーシングホーム自体が向うでは病院のカテゴリーの中に入れておられます。1人で平均6種類の薬をナーシングホームの患者が投与をうけてお

ります。これらの費用の問題がある訳でそこでそのお金をどこからひねり出すかという問題がコストのところまでできます。結局老人の問題は、老人医療のシステムをキッチンと作ることで、それは結局日本にくらべ入院日数が短いことから病院の中では割に効率的になされておりますが、そのナーシングホームの入床ですね、この中に機能回復訓練を寝たきり老人など早めに家庭に帰すのですが、帰し放しではなく、家庭でみる、これはリハビリテーション、プラスレクレーションです。このデー・ケアを発展させることと、アメリカがまだ遅れているのですがショート、スティを一番老人を老人の家庭にとって問題なのはいざというとき、看護者がナーシングホームで入れてくれる体制、従来の立派な体制から、このような組合せに移っていかねばいけません。日本よりアメリカの方が状況が悪いのですが、やはり家族による在宅のケアをどうするか、この点はアメリカの場合、病院の方が進んでおります。ホームヘルスサービスというのは、ホーム看護協会、これが事務所を保健所にもっていてそこからいっている訳ですが、そういうタイプの訪問看護のアプローチの他に施設の中に訪問看護を設けてシスマティックに公私両方でやっていこうという形で結果として安くさせる。安くさせるためにこういうことをやるのではなくそういうことを老人医療に関しては検討中です。老人医療で一番ショッキングだったのは例のロッキード事件で有名なフランク・チャーチが昨年から委員長になりまして老人問題の委員長をやり、ヒヤリングをやり、膨大な報告書を出した訳で、その中で費用の問題をいった訳ですが、それだけでなく病院で議論した際にこの医療界の人達もこの問題に気付いた問題は要するに年寄りにはボール投げのボールのようにあちへやる病院でも結構でございましてトランスフェンションックということをしております。個々の施設にとっては一件落着のように見えるが全体的には無駄なお金の使い方をしていないか、という議論がでてまいりました。今、私も向こうから提案をうけて今の在宅型、ヘルスホームサービス型、とどの組合せがどの地域がもっとも効果的かという共同研究をオランダと日本とアメリカで

やろうとしておりますが、そういう我々の小さい問題意識の積み重ねをやっていく以外にはこの老人医療という大変な問題、我国では203条に18%になってきますが、次の世紀13%の老人の状況がまっています。この前に我々はいくつかの手を打つべき問題があるというその一端であると思えます。

コストの高騰について

それから、アメリカの場合、何故、このように高くなっていくかという問題です。一体、良い悪いは別として誰が費用を高くさせたかという問題です。これは簡単なようで難かしいのです。皆さん病院長さんですからこのことはいやにひびきますが、病院元凶説があります。病院が費用の主犯説というのがあります。確かに、医師の費用とか薬とかホスピタリゼーションの病院の増加率が高いのです。ところがこれは病院が悪いという簡単な問題ではないのです。ひとつは、アメリカの場合も65年から75年にかけて医療従事者の給与が低かったのです。他の同じような給食部門に働く人は低かった、それとわりと似ています、それが低かったものが増加率が高い問題があります、それからこれは他山の石とすべきかアメリカの中では他山の石と出ているのですが、今、正式の資格を得たたくさん職種の職種がアメリカで入りこんでいる訳ですが、いろんな種類、これは州とか連邦がコーリフトケーションするだけで30ある、それ以外のを全部あげると80近くになると思う、このスペシャライズされた医師以外ですが、これも人件費を高めたひとつになるのではないかとわかれております。全体としては、高くさせたものとしては、施設の新規化という問題は確かにあります、それから医療の進歩とか、様々のものがありますので、これだという形ではいえないが、確かに投資部分をかけた、しかし最近投資部分は頭打ちになってきています。むしろ、人件費をどうするか、それから材料費の問題、一般的なインフレーションのなかでそれを大量の資材を消費しますので、そのインフレーションの影響をうけたとこういう問題がある訳です。それに対するいくつかの対応は皆さんのなかに資料の中に入れておきました、

コストでコンテナーメントの問題がある訳です。対応としては辞書ではコンテナーメントは一種の信号のような感じがします。以前はコストコントロールとっていた。感じからいけば例のコンテナーです膨大化した医療費をこれ以上膨大化しないというもので押えてもらうということです。これが昨年から強くいわれてきたことです。考え方としてはマクロでいきますと8%あるいは9%に押えていこうということです。これを各方面で財政は財政部門でやる、それから価格操作の上でこれをするのではなく、もう少し個別にインステテューショナルなコンステートメントの協力を得てやっていかねばならない。このコストコンテナーメントのなかでマクロのものとインステテューショナルなものです。コストコンステートメントというのは私も一時誤解してありまして財政当局が個別企業のを押えるものかと思っておりましたが、そうではなくて病院協会自身がいろんな努力をやっていこうという提案に結びつくひとつの考え方です。

例えば休みの日にはローアクティブティーのデパートメントはクロスするという事までアメリカはきている。そのようなことが資料に書いてあります。この休みの日の問題は私は少し各論のようになりませんが、今、ほん訳をしておりますが月曜日だけに入院させて金曜日には全員退院していただくというロンドンの近くだと思っておりますが6年位の経験を経ておりますが、ウィークデー入院だけの病院が出てきております。この発想ははっきりとナーシングスタッフ、病院のスタッフに休暇をとらせることはよい医療を確保をする条件です。土曜日と日曜日の入院はクロスしてしまう実はそれは患者と家族の関係を打開していくひとつでもありますし、もうひとつは担当医と看護婦が毎回エバリエーションをやる訳ですが、1週間のプログラムを立てる。イギリスの場合には、次の月曜日にまた入院させるという実験です。全部強制的に帰すのではなくそのようなことの発端は従業員のホリデーという問題と合せてやっていたのです。具体的な **Table1-9, Table1-10** のところで病院の各部門のうちどの部分が67年から75年まで最も増大してあったのか、そのようなサンプルの形でここの中に入れてきております。ジェネラリ

TABLE 1-9 Specific Cost Containment Proposals

<p><i>Resource Reducing Projects</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • staffing by patient activity • staffing on a 12 hour shift basis • decentralize transport service • combine night admissions with emergency room • close low activity departments during holidays • replace incandescent lighting with florescent • eliminate unit managers • shared service arrangements • telephone interconnect systems • construction of joint surgical and obstetrical suites • incinerator waste/heat recovery system • development of accurate census forecasts • installation of electric capacitors • improvements in boiler efficiency • employee incentive plan • computerized inventory systems • unit dose systems in pharmacy • elimination of lost charges • development of hospital drug formulary • lowering thermostats in non-working areas • evaluating service maintenance contracts <p><i>Price Reducing Projects</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • group purchasing arrangements • utilization of generic drug equivalents 	<ul style="list-style-type: none"> • negotiating professional contracts on volume of professional work and not percentage of revenue • rebates from State Workmen's Compensation Funds due to safety programs • self insuring Unemployment Insurance benefits • installing own well and water system • mutual insurance companies for malpractice • forming a consultative service program among hospital members to reduce need for paid outside consultants <p><i>Nature and Volume of Output Projects</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • outpatient surgery • pre admission testing • post discharge testing • home health care programs • expansion of outpatient services • meals on wheels <p><i>Other Projects</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • development of sophisticated budgetary systems • formation of systems for soliciting employee ideas on cost reduction • development of cost containment boards • sending patient bills to physicians to create cost awareness
---	--

Source: American Hospital Association, *Digest of Hospital Innovation*

サービスコストセンターの真中から少し下のハウスキーピング等の下ですが、やはりこういう食費というのは高くなってきております。材料費等が高くなってきているのがこの中からもうかがえる。オペレーションのメンテナンスとかプラントとかも高くなってきている。それからアンスラリーサービスの方ではラブラトラーの費用とかラジオロジーの材料費とか、これは修理費とか新しい器材が入っているとありますが、そういったもののコストの一覧表でございまして、どの辺がどう高くなってきているか、また、それにはどういう方法が良いか、という個別の努力がマイクロにもなされて

いるという問題です。このようなことでコストコントロールがつづいていくしコントロールをやっていく、それからオープンハート、サージャリーが全体の全施設の中で30パーセントしか使われていないということが以前出たが、そういったような問題も大胆に出して解決を図っていくという努力がなされております。

PSROについて

アメリカ全体としてみれば、このやり方の問題がある訳ですが、このシステムとして個別のものばかりでなくてどういう形で解決しようとしてい

TABLE 1-10 Sample Hospital Departmental Costs

	1967	1975	\$ Change
<i>General Service Cost Centers</i>			
Interest Expense	5,810	173,507	167,697
Depreciation Bldg. & Fixtures	123,482	494,628	371,146
Depreciation-Movable Equipment	36,720	219,455	182,735
Switchboard	0	165,307	165,307
Data Processing	0	219,606	219,606
Material Management	0	54,333	54,333
Admitting	0	55,931	55,931
Business Office	0	194,445	194,445
Administration & General	461,375	840,989	379,614
Operation & Maint. of Plant	258,010	744,013	486,003
Laundry & Linen	87,452	205,791	118,339
Housekeeping	118,907	357,312	238,405
Dietary	354,286	1,040,049	685,763
Nursing Administration	0	274,626	274,626
Central Service & Supply	0	254,272	254,272
Pharmacy	151,625	467,515	315,890
Medical Records	31,284	167,512	136,228
Social Service	4,450	14,494	10,044
Nursing School	175,397	0	-175,397
Sub-Total	<u>\$ 1,808,798</u>	<u>\$ 5,943,785</u>	<u>\$ 4,134,987</u>
<i>Ancillary Service Centers</i>			
Operating Room	\$ 172,086	\$ 406,244	\$ 234,158
Recovery Rooms	0	49,386	49,386
Anesthesiology	21,236	113,739	92,503
Radiology	170,918	551,708	380,790
Radiosotope	0	69,161	69,161
Laboratory	307,062	739,009	431,947
Intravenous Therapy	0	98,208	98,208
Inhalation Therapy	0	138,447	138,447
Physical Therapy	29,125	128,791	99,666
Electrocardiology	0	72,622	72,622
Electroencephalography	0	21,154	21,154
Sub-Total	<u>\$ 700,427</u>	<u>\$ 2,388,469</u>	<u>\$ 1,688,042</u>
<i>Patient Care</i>			
Inpatient	\$ 951,074	\$ 2,246,825	\$ 1,295,751
Emergency	41,971	341,858	299,887
Sub-Total	<u>\$ 993,045</u>	<u>\$ 2,588,683</u>	<u>\$ 1,595,638</u>
Total Expenses	<u>\$ 3,502,270</u>	<u>\$ 10,920,937</u>	<u>\$ 7,418,667</u>
Cost/Patient Day	\$ 62.84	\$ 139.20	\$ 76.36

るかという問題をまとめてみなければならないと思いますけれども最近の動きとしては、70年代に入ってこのコストコンティメントとクオリティ・アシュアランスの両方に入るがひとつのやり方は73年位から出てきたPSROはこのコストだけではなくて質が重要な問題でありこれをやろうと法案でつくったが実を結ばず74年からのヘルスケア・エージェンシーというものをもうける、そちらの方に移るのですがこのコストとこの質の問題をやろうとしたひとつの試みであったと思います、前にはペアーレビューとかの審査は個別のところで行っていたが全体的にやろうというのがPSROです。地域的に最初の案ですと退院患者全部とか入院中に行なった手術はどうか薬はどうかとかというデータを地域的に全部コンピュータに入れるのですが、医師の名前も全部分かるように誰が何回手術をやった。また、どのような薬を投与したか分かるようにと一部考えて考えていた。これは個別的に考えなさいということであったのですが、ある地域割をしてその地域の中でのデータの中から出てきたものから、貴方は全体の平均の処方からいえば例えば皆さんよりは20%高いとか、手術はこれだけですとかをバックする、ことなどを考えていたのがこのPSROです。これはシステムとしては間接的な手法をもってそのコストコンティメントをやろうとしたひとつであったと思います。これはいろんな意見があると思いますが、これともうひとつ病院の計画ということでC.H.Pができた訳です。コンプレヘンシブ・ヘルス・プランニング、ヘルスプランニングといってもこれはまあホスピタルプランニングであった訳ですが、ホスピタルプランニングは裏腹になって、これは余計な病床数、あるいは病院の過当競争のようなものを防ごうということで、人口とか死亡とか求められている医療をベースにしてこの地域にこの位のニーズがある、この位の乳幼児の傷病があると、だから小児の病床はこれ位にすべきであるというのがコントロールのひとつであった訳です。これとPSROそれから皆さんも良くご存知のヘルバートン病院建設法と3つが合体してヘルスケア・エージェンシー、の方へ移ってきた訳です。私はこれは本当のところよく分かりま

せんが、もう一度行って細かくみてこの研究をしてみないとはっきりした結論は出せないと思いますが、聞くところによりますと、これが効をなさなかったのは学識経験者、行政専門団体が3,3,3で入る、それからコンシューマの代表が51%入れるということで出発した訳で、心にくいパーセンテージをつけ、その消費者代表者が51%をこういうメンバーの中で占めるというやり方をしたにもかかわらず、実は専門家主導型であったという批判の声が多いようです。その学識経験者とか地域代表という人の中にその医療担当者とか医療の背景のある形の人が入っている形でどうも最初ねらったように動いてくれなかった、これはまあ大学の先生達から聞く意見ですが、それでまあヘルスケア・エージェンシーの方へ移ったのであるということです。

HMOs について

こういう努力がいくつか連邦や州レベルでなされているわけですが、もうひとつはヘルスマテナース・オーガニゼーションこれが間接の一種になるのですが、ひとつのコストに対応する今日の私のテーマの医療保障と医療制度とのからみの中ででてきた独特なアメリカ的な法案として、73年に出している訳ですが、実体は民間のものですからもっと前から進んでおった訳です。要するに連邦がこれに対して設立のためのグラントを出すということと、それから、メディケアの中でH.M.O.をとり扱って良いということを整理する時期です。この73年の法案というのは、ややこしいのです。65歳以上の老人医療の中に日本のような被保サービスではなくて人頭請負方式で老人の場合は支払っていているというやり方ですので複雑なのです。これがひとつのいろんな意味でアメリカの医療のあり方についてひとつのあり方のうえで投げかけている問題です。ご存知の方が多くと思いますが、システムとして考えますと、やはりこれは、被保サービスから人頭請負方式なんですけれども、このひとつのキャピテーションなのですが医療上の問題としてはH.M.O.は、やはり入院率が人口構成と全部同じにしまして。人口対比の入院率がH.M.O.のところといわば一般の健康保険

といたしましょう。こちらが人口対入院率が1だった場合こちらは0.5というデータがでる。人口構成もくどいようですが訂正人口にします。年寄りが多いか少ないかで違いますから、人口構成をホモジニアースに比較できるようにして手術率を比較するとこれとこれが1:0.5こちらが2倍高いデータがでてくるのです。そして公衆衛生の教室などでアウトカムのサーベイをやるのですがそのあとの生存率だとか回復率だとか、その点では殆ど差がないというデータがでてきます。何回やってもいろんなところで初めのころは費用が半分できるといふデータがでてきた、同じ医療をやるのにですね。効果は同じか、あるいは、殆ど同程度にあるにもかかわらずこのアウトカムということにでてまいります。これがいろんな意味で、私は単純化して言うておりますからH. M. Oのなかではそうでもないところも出てくるのですが、秘決はお金をケチるのではなくて要するに健康管理の問題なのです。ひとつは健康管理の問題につきるのです。非常によく何回でもオートマチックというのがとれましてマルチ・ヒーディック・ヘルスがこれが必要で一定の効果を出したのではないかとということです。まあ、あのような集団検診をやってもダメという意見も両方ありますが、やはり早期受診型ですね。会員制ですからいろんな形で早期受診をするということでプッシュしております。それからやはり外来型で病院の中でも救急部はよく出来ております。つまり日本の救急病院のように救急車で運ばれてきて玄関の前に立つとたてになって病院に入院したというような、玄関に来るまでは横で玄関から内はたてになって入院するという状況は殆どない。その部分がいろんな面で費用の面にもひびいていったのではないかと思います。そして私が皆様にお配りした中にも書いておりますが、ナースプラクティショナーとか今までのアメリカのオーバースペシャルゼーションの反省をそれから大胆に医療食の中でも本当にスペシャリストの腕を生かすためには総合的なパートをもつ人とスペシャリストが一緒にやるべきであるというものに力を入れていく。押しつけるのではなく、全くペアですね。最初、私は医者の方の肩替りだと思っていました。昨年、行ってみ

して同じ質問をナースプラクティショナーについてどう思うかといろいろな人にして実際に診察室に黙って座ってみたりして、やはり定着した感じをうけました。このような形がひとつの我々の傷病構造がこういう慢性疾患、それから社会的な原因、心理的な背景、労働だとか住居との関連ででてくる場合にはやはり長く総合的に観察していくと、行なう方の医療もチームワークでなければいけない、そのチームの中に新しいものが必要ならば導入していこうではないかというような発想をヘルスマンテナンスはひとつのインパクトとして与えていると思います。昨年の公衆衛生学会に私も報告したのですが、日本の高額医療のことを報告したのですが、このヘルスマンテナンス、オーガニゼーションを私は本格的に医療関係者だけでなく医療関係者はそれなりに理解をもっているのですが実は問題なのは実は企業、特にビッグビジネスの社長の人達にこれを考慮してほしいということをやニューヨークの集りで披露してきたこととお話しておりました。つまり新しいいろいろな医療保険と医療サービスをコンバインしようとしてもひとつの壁は向こうは労働組合が非常に強い。労働組合自身が団体交渉で特有の健康保険制度をもっていて新しい医療の展開、それに費用を出すときには、時にはそれがネックになると同時に企業主がやはり伝統的な古いタイプのヘルスインスアランスだけに固執するということではうまくいかないというような背景もあって彼は財界の人達に依頼した。これは全部ヘルスマンテナンスに移行するのではなくヘルスマンテナンス、オーガニゼーションとミックスが随分なされております。そういうような形を除々にでもよいからある部門、外来部門についてはH. M. Oを入れるとか病院部門については従来のような形でなければならないとこのようなことをやれというのが希望のようであったと思います。

医療の質について

それから、今、大きい議論になっておりますことはコストだけを取りあげることはまずいのではないか、やはり問題はアウト・カムである、アウト・カムがうまくいっている時はその社会はいくら費

用がかかろうとそれは負担するし負担したいというコンセンサスを得られる、そこでやはり医療の質について大きく議論されてきている、特にアウト・カムですね、医療のアウト・カムは一對どうなっているか、それが量、質ともどのような形で国民の中に入っているのか、医療は医療をやるだけではなく、それをどうするかという問題が大きいという議論がなされております。それの方に話を移していきたいと思います。医療の質は大きいことから申しますと医療の質を何で計るかという問題、これがよく分からない。手術は成功したが、患者は悪化して死亡したということは、一体、適切な医療であったとするのか、しないのか。それから今の問題はそれ程大きい問題でなくて専門家が集ってプロフェッショナルなレビューをやればある程度出てくる問題ですが、もうひとつ頭の痛い問題は、医療は健康状態を前のように回復するかヘルスステータスを維持する問題であると。そうしたら一体、健康とは何であるか、この議論がヘルスステータスですね。健康の確保だというならばヘルスステータスを何で計るか、W. H. O.の定義でいくと健康というのは単に精神的、身体的障害がないばかりか、ソーシャル・ウェルビングを確保した状態が健康であるという例のあの定義です。これはいろいろ議論があったのですがソーシャルウェルビングの問題は詰めようではないかとなってきましたが、そんなのは分からないとクラーマンの意見でしたが、今は例の10年前に無関係だといったのですが、今盛んにこの研究がなされております。何でお年寄りがあまり病気がないということではよばよば生きているという社会を作るのではなくて、積極的に生きるという健康を我々ヘルスサービスの面で医療も福祉も公衆衛生も目指さなければいけない。これは一致するわけです。そういう場合のソーシャル・ウェルビングは何で計るかというこれが今、W. H. O.でもやられておりますし、向こうのアメリカの連邦でも研究費を出してマクロでは何を計っていくかと、それからミクロではどういう指標を使うかということの研究中であります。これは数年の間かなり進むと思います。まあこれは結論を申すまでには至りませんが、こういうようにある程度メ

ジャー出来るものがいくつかでてくると思います。それをどれ位達成したであろうか、また達成するための努力をしたであろうかと、そういったことで医療の質もそのような形で計っていくという研究、議論がすすみつつあります。質の問題は一番良い本はドナビーデアンの本ですね、74年位に公衆衛生の教授ですが一冊の医療の質だけやった本を出版しております。医療の質そのものはこのようなメジャーメント、このようなプロセスのエバリエーションとか、いろんな問題で解いております。今日はあまり申しあげませんが判断の仕方あまりむずかしく考えずにやっていく、要するに暗黙の主観といってもよいと思います。その専門家のずっと培ってきた判断力、これでこの処置、この時にこの診断をする判断力とあるガイドライン、病院での訪問看護だったらこういう対象に対して何回ケアをして床ずれをなくするというガイドラインがあります。また詳しいオリティ・アシュアランスのための手引がありますからエキスピリットなジャッジメントはそういうものができた場合にやると、これでいろんなやり方が現実になされております。公衆衛生学会というのは向こうの日本の病院学会と日本流の公衆衛生学会が統一した1万人集まる大きい学会ですが、そこで去年はオリティ・アシュアランス・エバリエーション、エバリエーションの研究班がどれぐらいあるでしょうね、ものすごい量の研究班が連邦も出すし州も出すし、それからプライベートなファンドも出してエバリエーション研究がずっと進んできております。もっと細かい各論でのメジャーメントでのやり方がなされております。これでもってやはり我々の医療のあり方、まあかつて病院利用委員会というものがあつた訳ですが、もう少し進めた展開が現在なされていると思います。もう一度もどきまして、一体それでシステムが考えられていくとしても最終的にキポイントは何かと、医療の質を確保するうえでいったい判断は判断のための判断ではなくて、やはり質を良くしていく訳です。

最大の問題は何かということですが。最大の要はやはり生涯教育をやっていくのだとこれをどうするかというような議論が最終的にはここで合意を

み、これにいろんな形のやり方がなされております。これは時間があればいろんな状況を話してよいのですが、私自身も、日野原先生なんかもいろいろご興味をもたれている問題です。ただ私がちょっとここまできたのかなあと興味をもったのは公衆衛生学会とか内科学会もそうですが、そこに出席することもひとつの意義があります。普通の開業医の人達を学会に結びつけていくというそういう細かい配慮からいろんな形で機会をもうけていく。

再免許制度について

それから私が大きい問題だと今後、日本で考えていかねばならないと思うことは例のニューメキシコから始まった再免許制の問題、再試験の問題です。これは、かなりショッキングですけれどもコンテンツ・エデュケーションを単なる努力目標にするのではなくもう少し、システムティックにする場合は、この問題を一旦医師免許をとれば一旦看護婦になればどういう状況であれ、平均余命のある限りは有資格であるというのは、自動車のドライバーでも3年毎に再免許するのではないかという問題がこれです。命にかかわる人達が果たして再免許でなくてよいかということ。ご承知のようにニューメキシコでは3年間の間に120時間コンテンツ・エデュケーションを受けなければならない、受けなければならないのではなく受けた人は120時間受けた人は3年後に再免許をうける権利を有する。

私はそんなのは医療の質を確保するに関係がないという人達は、それはそれで120時間コンテンツ・エデュケーションを受けなくてもいいが、ただし3年後は受けなかったから再免許を受ける権利がありませんので、今年は3年後ですからどうぞとなりで開業してくださいという話になります。考えてみればひどい話ではありますが、これがニューメキシコの再免許のやり方でございます。これもまあいろいろ議論はありますが、ニューメキシコ、それ以外、そんなに広がっていませんけれどもこれはしかし何らかの形で進んでいくと思えます。

専門医に対してはご承知のようにこの再認定制

度を多くの学会で認める考え方になりました。専門医の学会が22ありますが、今はもう少し増えましたか、その内19のところは再認定を入れるということを考えております。このひとつの流れが今後どうなっていくかということが出てくるだろうと思います。それからPSROも先生が処方箋を出しすぎとか片寄った使い方をしているということを通告するだけとなってその先生に、そういう場合には日本の場合にはプロパーからいろんな情報を得ておりますが、ああいう任意のやり方ではなくて成行きまかせではなくて、薬剤の使い方、新しい新薬の問題、これの情報をです、その先生に返していく、あるいは利用の便宜を供するという形で不断のきめの細かい医療の質のレベルを高めようと、そういう議論が出てきています。PSROは、全体の2%を使うという案でしたが、これは流れました。落合さんが先程いわれましたアメリカの膨大な30兆円なら30兆円の2%は実はエバリエーションとかPSROのために使おうという、私もこういうことを日本でも考えなければいけないと思えますね。ただ医療をたくさん出すだけではなくて、厚生省でいろんな老人医療をどんどん作っていく中で一体老人医療というのはふさわしい中でふさわしい形で使われているかどうかの評価委員会を作って評価委員会の費用を厚生省で出してやるのは皆さんどうでしょうね。私は、今日はちょっととびょうしもないことを言っているかも知れませんが、それは日本の場合は2%は多いかも知れませんが0.5%でいいのです。2兆円の0.5%はどの位になりますか。今、老人医療費2兆円を出しておりますが100億円です。日本のガン研究に相当する費用を私は使って良いように思うのです。今日は日本の話はあまりしない積りで来たのですがこういうエバリエーションの問題が実は大きい問題として出ているだろうと思います。

医療従事者確保について

それから、難問題の従事者確保の問題を少し話したいと思えます。従事者を地域にどのように普及させるかという問題です。無医地区をどのように解決するかこの問題が実は大きな問題です。

アメリカはこの面では必ずしもこの先進的だとはいえないと思います。私は国全体としては、要するに医師を都市から僻地や農村に行けるようにいろんなやり方をやっています。政策としてもとっています。自治医科大学のような構想よりももう少し小さいのですが、ある地域が選出しまして貴方、医学校へ行きなさいと奨学金を出すなどのやり方で個別対応ですがいっております。ただ面白いことに6年間奨学金を出すのですがやはり向こうでも気が変わる人がいるのですね。それからいいお嫁さんをもらって、お嫁さんの実家でお前あそこへ行くことはない、俺がお金を出してやるというところが出るのです。日本でもよくある例ですが、ただアメリカの場合は借りたお金の2倍をお返し願いたいと、こういうやり方をとって、少しアメリカのやり方すぎる感じがしますが、そういうことで勤務を義務づけると、こういうやり方をしております。まあ、日本よりは地域から人を選んでやる場合はむずかしいです。黒人の問題があります。こういった人達は地域から出なければなりませんから、それから黒人の女医が欲しいのです。これがものすごく入学率が低いのです。

こういう、特殊な問題をアメリカはかかえておりますので、向こうの医学校に入学する場合は少しゲタをはかせて入学させるというやり方をやった訳です。それが法律違反ではないかということとこの間、オークランドでデービスの学校で訴訟が起きて最高裁は違憲だという結論を出しましたが、こういう複雑な問題がアメリカではあります。しかし考えてみますと、その地域から養成した人がその地域に帰っていくというのが良い訳で日本でも共通した問題であるだろうと思います。

医療施設を地域住民によって作る

もうひとつはアメリカで努力しておりますのは住民によって単に医者を送るのではなく医療施設をその地域の人達に作ってもらえはしないかと、実はその地域住民が支えることで、実は医者もいろんなやり甲斐がある訳で医者個人にいろんな僻地やら、スラム街の医療の解決を頼まれるということは非常に奉仕的な人でなくては出来ない。こ

の努力が私の中で保険活動の中で紹介しておりましたが、ネーパ・フードヘルスセンターという努力がそれです。これは我々はどういう形で評価していくか、ちょっと分からないのですがヘルスセンターといっているのですが総合外来診療所です。医者が20人ないし30人位おります、大変大きいのです。ただし、ベッドがないだけです。これが65年あたりから出てきておまして例のアンティポパティ、貧困戦争の一環としてジョンソン政権からつづいてきておりますがスラム街にこういったものを作ってきております。民間、そして間接に連邦はお金を出しますけれども民間からいろんな供出を得て、民間的に運営いたします。その方がよいです。やはり、お仕着せというのはいろんな問題があるようです。やはり地域住民が自分達の高福祉は自分達が一定の負担をしながらやっていくのだというこの方法だと思えます。私も皆様にお配りしたなかに入れてありますがとってもよい便利なショッピング街、黒人が7割ですね、その中に出来たネーパ・フードヘルスセンターですがメディ・ケイドといまして、その医療保護の対象の患者さんが主なんですが、これを民間レベルで解決しているのがいくつかでてきております。ここも私みてみますとメンバー制です。H.M.Oと被保サービスと両方組合わさっておりますけれども、メディケードからお金がきます。一部負担はごく少しですけれども、それでもって人を雇い、いろんなことでナース・プラクティショナーがよく働いておりました。ここでは、割りに若い人達が積極的に参加しております。従事者は白い人もいますが患者は全部黒人というのは問題の深刻さを感じます。

そういうところでいろんな予防を中心として生活改善ですね。やはり、給食部も給食のとり方の教育を単に入院患者とか病院食ということの指導でなく、非常にキメ細かな黒人の場合は高血圧が多い訳ですから塩の摂取量も日本の場合と同じく20g位とっておりますから、それらのキメ細い指導を実はネーパ・フードヘルスセンターがやっている。そういう意味では、一種の総合医療です。日本に紹介されたコミュニティ・メディシン、実はこういうところでの実験を含んだものと思いま

すが、こういったもので最もいろんな障害物のある、大変お困っている医療の部分でそういうやり方で解決しようと、そこでその委員会は全部地域住民の代表です。かなり素人が占めております。私は印象ですがこういうネーバー・フード・ヘルス・センタータイプのものが初まる時には、やはり専門家、病院長が歯科医とか内科医か外科が長つづきするし、よいと思う。そういう理解を得たところはその宣伝とかはいろんなスーパーマーケットの一番目につくところでパンフレットを配ったり、そのネーバー・フード・ヘルス・センターのメンバーなるための相談コーナーとかを設けておりました。それから、テレビとかラジオへはいろんな広告は無料にするとかキメの細いやり方で実はなされておったのが私、みまして、印象に残っております。

僻地医療の解決策について

僻地の解消でもうひとつのカギはやはり大学がどういう形で進むかということが洋の東西を問わず私、共通であると思います。アリゾナ大学のコミュニティ・メディスンのデパートメントとかこういったところが公衆衛生教室と一緒になってその特殊な地域のクリニックを設けるわけですね。そしてそこでインターンになる前とかアンダーの時とかあるいは一部レジデントも発見し、そこ救急患者等の診療に当らせることがもうひとつの解決の方法のように思います。まあ日本の場合もアメリカの実験のようなものを我々が学んでとるべきだと思います。もうひとつは、いろんなことを話してきた訳ですが、こういう問題が数年前帝国劇場で世界医師会議が開かれた時アメリカのランドコーポレーションのドクター、ニューハウスからこういう発表がなされ、ご記憶の方があると思います。7つの保険週間、ちょっと飛ばすような、トピックスを出すようですが、これがあすこで紹介されましたブレスロー達の研究です。ブレスローというのは、パブリックヘルスの教授ですけれども、ここでは何のどのような調査結果が発表されたかといいますと、カルフォルニアの7,000人の地域住民をそれからコントロールをおいて別に7,000人のグループと調査をしましたら医療の面

とか所得の面、所得が高いか低いか医療をうけるのがその有病率とか生存率とかですね。大きい影響をもっと思っていたのですが、彼らの調査によるとそういうことではない、地域住民の7,000人の健康状態に最も影響するのは実はこれだったという例の研究、お出になった方は、ご存知と思いますが、7つの保険週間というのは8時間寝るということで朝食をとる、標準体重に保つ、酒はほどほど2杯以下ですね。タバコはやめる、なんですね。もうひとつは何か忘れましたがこういうようなものです。我々がずっと考えて来たことですね。

疾病予防のための各種施策

それから重要なことを落としました。エキササイズをつづける体操を、1カ月の1回のゴルフは駄目です。週に数回自分の出来る体操をやっているかどうか、やっている人、1から7まで出しますよね、これをポイントをつけて7点組とそれから2点しかやっていない無精組ですね、こういったものを選んで点数毎にこの人達の健康度、死亡率こういうものを調べました。これが3点のクラスの人とは単純な比較を詳しい文献等をお調べになりたい方は、今度の雑誌公衆衛生の9月号で紹介しておきましたが一例だけ紹介しておきますと、7点組の健康、40歳の人の7点やっている人の健康度と3点組の人の健康度、同じ40歳の人は健康度のうえでは3点位しかやっていない人は同じ40歳の人でも、もう10歳位はふけているという結論です。何もやらない体重も20パーセント以上オーバーの人というのは10歳ふけている、という結論です。その中で禁酒はあえてする必要はない、エキササイズそれから体重はかなり影響するとかいろんな結論がでてまいりました。これの中で死亡率も3点組と7点組とは5年間のフォローアップもやっておりますからかなりあとで吟味しておりますが、そういうデータがでてきます。むしろ、所得とか医療よりは、これをやっているかやっていないかで大変な関係がある。この議論をしましてひとつでできますのは、この老人の多いところとか高齢者の多いところで話をしますと、俺は今までタバコは吸っていたし、夜更かしはするし、酒

は好きなだけ飲むし、これから止めてもしょうがないと人生、太く短くという論議があります。

ただそのあとのいくつかの調査でもタバコを1年半止めたグループとまだ依然吸っている中では15%心臓発作死のうで明らかに止めた方のグループの方が15%死亡率は減っています。幸いにもアメリカでの心臓死が76年あたりから減ってまいりましたね。これはひとつは生活のパターンをそんなにジャムやバターをたくさん食べる習慣、自動車にばかり乗っている習慣、などの生活パターンから変えていくというその問題を投げかけている訳です。それからこういう社会的な問題はアメリカでいくつか出てまいります。肝臓疾患肝硬変

の死亡が男女の差がなくなってきています。女性の飲酒による生れた胎児の中に胎児性アルコール症患者がでてまいります。それからタバコによる未熟児の高い発生がでてまいります。こういったような問題を我々がやっていてやはり減らしていこうと、やはりそれに必要なお金は投じていこうと、その医療サービスは医療サービスで社会でやっていこうではないかというものが最近出てきております。どうもいろんな多岐に渡ったお話をしましてお疲れになったと思います。どうもありがとうございました。

(昭和53年7月28日、東京ヒルトンホテルにて収録)

第3回 日本診療録管理学会

1. 開催日 昭和54年9月18日(火) 19日(水)
2. 開催場所 仙台市(会場は未定)
3. 学会長 (候補)宮城県衛生部保健管理課長 高野 昭
4. 事務局 〒980 宮城県仙台市上杉6-2-81

宮城県対ガン協会内

第3回日本診療録管理学会事務局

TEL 0222-33-0241 (内線24)

地震対策について

宮城県沖地震を教訓として

宮城県官公立病院事務長会

昭和53年6月12日に発生した宮城県沖地震により当会会員病院は、そのすべてがこの地震による被害を受けた。7月13日に開催された役員会において、地震対策を中心とした各部門の研修会を開催することに決定をみ、次のとおり研修会を開催した。

9月20日 経理・営繕、用度部門研修会 於
国立西多賀病院（参加26名）担当幹事 国立西多賀病院 宮崎事務部長

9月27日 給食部門研修会 於 東北公済病院
（参加25名）担当幹事 東北公済病院 堀川事務部長

10月30日 庶務部門研修会 於 宮城ビル6F
（参加17名）担当幹事 古川市立病院 大沢事務部長

各研修会とも、各病院の被害の実情の紹介とその措置状況について討議が行なわれ、その対策まで進展を見たが、本稿は役員会の決定による地震対策に重点をおいて、取りまとめたものである。

1. 患者対策について

今回の震度5（強震）程度では、入院患者を避難させた病院はない。これは、その余裕もなかったことにも原因があるが、階段に亀裂が入り、避難することにより、かえって危険が増大してまいろうと推察された事例もあり（仙台社会保険病院）、重症心身障害者病院（国立西多賀病院）で職員の確保が困難だったこと等もあり、患者は原則として避難させず、ベッドの下にもぐらせることが得策であるとの結論であった。

但し、二次災害等の発生により避難が必要な場合は、直ちに行動を開始すべきである。

次に患者の不安除去のための情報の提供が必要であり、放送設備による適時適切なニュースを流さなければならない（仙台市立病院）、直後2時間位は病棟看護婦を増員し、一時的に応援体制を確立する（国家公務員共済宮城野病院）が必要である。

また、地震直後は、各病院の外来は、救急患者で混乱し（仙台市立病院）、さながら野戦病院のような様相（国立仙台病院）を呈したこともあり、救急病院である、なしに拘らず、混雑することを考慮して、事前の策を講ずる要があることは勿論である。

2. 震災対策要領の作成について

地震に対する教育訓練を特に行なっていた病院はないとの反省に立って、従来の火災訓練と同時に、地震に対する防災訓練の必要性が強調された。

消防法第8条第1項に基づき、消防計画の作成が義務づけられており、その中に主要事項は盛り込んであるので、これを有効適切に活用することが大切である。

なお、消防計画に加えるに「地震及び火災等緊急時における対応要綱（案）」（別記）、「地震防災対策要領」（国立西多賀病院・別記）を参考にされれば万全であろう。

第一次計画、第二次計画というように、災害の度合に応じた出勤体制を常に計画しておき、また非常招集のための連絡網を作っておく等、病院の機能を維持してゆくための人員の確保が第一である。

3. 非常食、医療品について

病院は、その特殊性からみて、震災時でも欠食をさげなければならないとの前提から、非常食として、乾パン、缶詰を確保すると同時に、今回の例によると都市ガスの被害が最大だったので、プロパンガスによる調理器具を常時準備することが必要である。

医薬品のストックも、通常の在庫量で賄うことが出来るのか、この辺も、今後の研究課題であろう。

また、衛生材料も、滅菌消毒ができない場合を考えて、何日分ストックの必要があるか、デスポ製品も含め考慮すべきである。

4. 設備について

今回の地震の特色の一つに、光熱水対策がある。光熱水が簡単に破壊され、復旧が如何に困難なことかということに、研修会の大部分の時間が論議された。

飲料水の確保、停電対策、ボイラー対策等いづれも困難な対策であるが、常時大地震を想定して、物心両面の備えをしておくことが最も重要である。

また、安全は、ただでは買えないということであって、いざという場合、被害を最少限にするためには、平常のある程度の投資は已むを得ないと考えざるを得ない。

非常電源装置の容量が小さな病院では、携帯用ガソリン発電機の購入（仙台赤十字病院）、バッテリー式発電機の設置等が必要であるし、必要ならば、深井戸による飲料水の確保が考えられる。

医療器械の固定、戸棚の倒伏防止対策については、各病院実施済みであるので、詳細は省くこととした。

5. 協力体制について

今回の地震により、医療機械の故障で、緊急に患者を他院に移送の必要があったり、患者食が作れず、他病院に要請の必要が生じたり、滅菌材料がきれた等々の事例が生じた。このような事態に対処するため、同系列病院は勿論のことながら、

官公立病院間でも協力体制を作る必要があると指摘された。言うに易く、行なうに難い問題ではあるが、今後の研究課題として取り組むべきものとする。

以上簡略に研修会における地震対策をまとめたが、6月12日午後5時15分という季節的にも、暖かい、また時間的にも明るく、各病院とも職員が大多数在院しているという好条件下の出来事であったため、被害を最少限に止めることが出来たものと思われる。これがもし、厳寒期の真夜中に発生していたらと思うと誠に慄然とする次第である。

研修会に参加した職員一同は、今回の地震の教訓を生かし、今後に備える決意を新たにした次第であり、この研修会を契機として会員病院の震災対策が、数歩も前進することを期待して結びとする。

（昭和53年11月9日）

（紹介）

宮城県官公立病院事務長会

昭和26年6月1日より、社会保険宮城第一総合病院亀井川正喜事務長を幹事長として発足、以来加入病院相互の親睦を図り、病院経営の全般に関する事項につき調査、研究し、その改善をはかることを目的とし、目的達成のため、会議の開催、研修会の開催を行なっている。現在の研修区分は、庶務、経理、医事、給食、用度営繕の5部門。会員32病院、現幹事長仙台赤十字病院事務部長菅原重雄氏。

地震及び火災等緊急時における対応要綱（案）

目的

この要綱は夜間または休日において、火災及び地震等の非常災害の発生により、本院入院患者の生命、身体および医療機械等の設備に危険または損害が生じた場合若しくは生じるおそれがあり、診療に支障が予想される場合の救援活動について必要な事項を定めることを目的とする。

災害の規模

前条において損害が予想される災害の規模とは、本院または本院から100m以内に発生した火災、および震度4（中震）以上の地震ならびにこれと同等以上の被害が予想される場合とする。

非常招集

本院職員は、前条に定める災害が発生した場合、独自の交通手段によりすみやかに登院するものとする。

警戒区域出入証の携帯

本院職員は院長の発行する警戒区域出入証を常に携帯し、非常災害時において、本院に非常線が張られた場合はこれを警察官に提示し、院内に入るものとする。

地震時の救援体制

(1) 各科、部、室、課長は、それぞれの部門に

において指揮監督にあたる。

(2) 看護婦寄宿舎の病棟勤務者はそれぞれの病棟に、外来勤務者は急患室に応援するものとする。

(3) その他の職員は各々所属長の指揮に従い救援活動に入るものとする。

なお火災の発生時における消防体制については、仙台市立病院自衛消防隊の編成による。

地震時における注意事項

(1) 患者については、身体的危険を防止するため、ベッドの下へ避難させ、震動がおさまった後安全地帯に誘導する。

(2) 火を消し、ガスの元栓を閉める。

(3) エレベーターの使用を禁止し、安全点検後に使用再開する。

(4) 病院内外の情報を逐時院内放送する。

地震防災対策要領

厚生省医務局作成
国立療養所西多賀病院

1 総括に関する事項	<p>防災諸規定を再検討し、火災とは別に地震に対しても十分訓練する必要がある。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 地震により崩壊するような施設、設備がないか 2 地震発生の場合の担当分野について、職員各自が自覚しているか 3 地震規模によりどのような避難をすればよいか 4 停電となった場合の支障とこれに対する対策はどうか 5 断水となった場合の補給対策はどうか 6 地震発生の際の持出し物を指定、確認しておくこと 7 地震発生時の対応策及び避難方策について職員及び患者に対し徹底されているか <ol style="list-style-type: none"> (1) 地震発生と同時にガスの元栓を締めること (2) 地震発生と同時にテレビ等の電源を切ること (3) 地震発生後の火気類の使用は指示があるまで禁止すること (4) 被災状況についての報告責任者を明確にしておくこと
2 管理部門に関する事項	<p>管理部門は、災害の現状を正確かつ速かに把握し、適切な総合判断を行ない具体的な避難体制、防災対策等について職員に指示する必要がある</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 情報収集のための準備がなされているか (例えば) トランジスタラジオ、非常用照明灯等 2 施設内の連絡体制、施設間の協力依頼、地方医務局に対する報告方法はどうにするか 3 想定される二次災害についての防災対策について検討されているか 4 災害時における地域医療機関との医療連携及び緊急医療の受入れ体制が検討されているか
3 診療部門に関する事項	<p>医療機関であるため診療の中断が許されないのみならず新たな医療需要に対応する必要があるので平常から如何なる事態においても継続診療が可能な準備が必要であるとともに薬局等の管理状況が二次災害を誘発することのないよう十分配慮する必要がある。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 手術中に発生した場合の支障と対策はどうか

4 病棟部門に関する事項

- 2 外来患者の避難、誘導はどうか
- 3 棚に陳列されている薬品の状態又は、保管されている薬品の管理状況は万全か
- 4 器具、機械等の災害防止対策は検討されているか
- 5 検体及び組織標本等の管理状況は十分か
- 6 二次災害誘発の危険の高いものにはどんなものがあるか、対策はどうか
(例えば) ガスボンベ、放射性物質、笑気ガス等

災害発生時に最も留意すべきことは入院患者の生命の安全であるが、あらゆる災害に対応した避難体制について十分周知しておく必要がある。

5 サービス部門に関する事項

- 1 患者の症状(重症、軽症、車椅子等)に応じた避難誘導體制がたてられているか
 - 2 患者の心理動揺をさけるためにも、指示、伝達方法が明確にされているか
 - 3 避難場所はいつでも用に供される状態になっているか
 - 4 常時火気使用箇所の点検がなされているか
 - 5 救急用具、薬品等は常に点検され用に供される状態になっているか
- 給食棟等のサービス部門は火気使用について、細心の注意が必要であり、又、応急的な患者給食が可能のように常時留意することが必要である。

- 1 備蓄食糧が確保されているか
- 2 非常食献立及び調理法が十分習得されているか
- 3 非常用燃料及び用水が確保されているか
- 4 伝染病の予防についての配慮はどうか

病院設備

隔月刊 定価 500円 送料 200円

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

106号 特集 宮城県沖地震と設備
 宮城県沖地震と病院建築・設備：筧 和夫
 宮城県沖地震による建築設備の被害状況
 調査と耐震対策：笠原重剛・橋本孝禔

座談会 宮城県沖地震を中心に“地震対策を語る” 大平充夫・今村栄一・上林三郎
 川北祐幸・吉田 榛
 宮城県沖地震と病院……………他

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

静岡・愛知の6病院を視察

11月5日～8日 病院視察研究会

- ……通算で第18回目を数える恒例の秋の病院視察研究会は、11月5日……○
- ……(日)から8日(水)まで3泊4日の行程で、静岡・愛知の両県下の6……○
- ……病院(聖隷浜松病院、県西部浜松医療センター、遠州総合病院、名……○
- ……古屋保健衛生大学、大雄会病院、名古屋掖済会病院)を訪問した。……○
- ……参加者一行36名は、それぞれに特色のある各病院の実情をつぶさに……○
- ……見学し、有益な体験と収穫を得た。……○

聖隷浜松病院を視察して

中村 浩

まえがき

“やさしさと包まれた病院づくりを目指して…”の旗印を掲げて、日覚しい医療活動を展開している聖隷浜松病院を、つぶさに見学する機会を得たことは、私にとって大きな喜びであった。というのも、この病院の設立者、長谷川保理事長は、私の私淑する人物の一人であり、その人格と、キリスト教精神に基づく高邁な理想と卓越した実行力に対しては、深く敬服し、殊に、先年、先生の講演を聞き、また、自叙伝ともいふべき“夜もひるのように輝く”の著書を読んでからは、是非一度は、訪問したいと願っていたからでもあった。

重度障害児と老人問題に焦点を

第5回日本病院視察研究会の一行36名は、秋も深まった快晴の11月6日、先ず最初の視察病院として、聖隷福祉事業集団の中核をなす聖隷浜松病院を訪れた。我々一行は、理事長長谷川保先生、

中山耕作病院長、その他管理部門の方々の出迎えを受け、会議室において、まず長谷川先生から、将来への構想をお伺いした。

「聖隷50年の歴史は、時代時代のニーズに先立って、計画し、実行することによって、築きあげられた。現在重点的に計画していることは、重度障害児と老人問題であり、来年5月からは、三方ヶ原に Hospice の建設に着手する。近い将来、予想される老人社会構成に対処し得るよう各般に亘る研究と検討が行なわれている。また、重度障害児対策についても、その行政に先行して計画を進めている。」

淡々として語られる先生の姿には、あの苦難と試練の道乗り越え、今日の栄光の座を得られたやすらぎがうかがわれ、また反面、ひたすら信仰に生き、使命感に燃える青年の情熱さえかんじられた。

続いて中山病院長からは、昭和37年病院設立以来、今日までの発展の歩みと、現況について資料を添えて詳細な説明があった。

われわれの一行は、院長、事務長、看護部門、経理部門、医事業務部門からの各パートの人員構成であったので、それぞれ関係部門についての研究討議も、活発に行なわれ、大きな成果を得ることができた。

新鋭医療機器の数々

限りない進歩発展の道を歩む医学と、医療のニーズに應ずるため、さらにまた、正しい医療と適確な診断を行なうためには、思いきった設備の投資を行なっているとの、ことば通り、随所に最新医療機器が配置され、しかもこれら導入された機器が、何れもフルに活用されている状況をつぶさに見学することができた。CT（コンピュータ断層装置）、多方向万能診断X線TV装置（ジャイロ）、カセットレスX線TV診断装置、循環器X線TV診断装置、超音波診断装置、シンチレーションカメラ、フォトコアギュレーター（光凝固）、リニアック、マイクロサージャリー等々、最新医療の粋を集めたこれらの施設は、我々見学者の目を奪うものがあつた。

なお、別棟には、健診センターがあり、ここでは自動化コンピュータ方式による人間ドックが行なわれている。

注目を浴びた未熟児センター

院内見学に先立って、まず目に入ったのが、新生児専用救急車であつた。静岡県西部地区を対象に配置されているこの救急車は、日本で初めてのものであり、その内部設備は、まさに動くNICUでもある。

4号棟4階にある未熟児センターは、断熱二重窓サッシ、独立空調設備を持ち、NICU16床、移行期治療室8床、回復期治療室15床、計38床でスタートし、現在総ベッド数は42床となっている。新生児集中強化治療施設（NICU）だけに、新しいオープンスタイルのインファーカーケア保育器をはじめとする現代小児科領域での最新鋭機器が、整然と配列され、満床のベッドには、未熟児、新生児たちの新しい生命の息吹きが、二重ガラス窓越しに感じられ、深い感動を覚えた。現に、このセンターの開設により、浜松西部地区エリアの新生児死亡率が7人から4.8人に減少したとのことであつた。

“やさしさ”宣言に思う

Hospital の語源「手厚くもてなす」の原点に

立ちかえって、患者さんを大切にすばらしい病院作りを目指そう！ 単なるスローガンでなく、この精神が随所に反映し、我々見学者一同も、職員の心からの応接態度に、十分伺うことができた。長谷川先生の、日頃の教育目標は、人間教育、人格教育であると、いわれたことばが、全職員に反映していることを改めて感じとつた。

“ローマは一日して成らず”殊に今日まで、歩んできた茨の道も、長谷川先生の揺ぎない信仰生活の支えによって、開花したものであり、比度の聖隷浜松病院の視察によって得たものは、何よりも自己の病院のあり方についての反省でもあつた。

ただ一つ心残りであつたのは、聖隷の発祥地三方ヶ原の施設見学ができなかつたことであつた。

“わたしたちの仕事は、患者第一、尊い仕事に今日も生きよう” 聖隷浜松病院のこのスローガンを、かみしめて、視察記とする。

（松村総合病院・健康管理科課長）

県西部浜松医療センターを見学して

磯部 彰二 岡野 博

小杉 雄一 堀 哲哉（文責）

はじめに

私達は、この度、日本病院会主催の病院視察研究会に参加した。

参加者36名は、それぞれAからIまでの9グループに区分され、私達はGグループ所属ということになり、県西部浜松医療センターが、その視察研究報告の対象とされたが、元来、筆者は、研究報告の類いは嫌いな性質で、かつ、そのような能力も全く持ち合わせていないので、以下、同病院について、見たこと、感じたことを、思いつくまゝに申しのべることにしたい。

私達は、11月6日（月）の午後、県西部浜松医療センターを訪問した。

まず最初に、病院に到着して驚いたことは、その施設設備の立派なことである。約47,000平方メートルの広々とした敷地に、本館別館の2棟9階

建延24,000平方メートル、その他の附属施設を合わせると34,000平方メートルもの規模になり、しかも、それらの建物が総べて建築後まだ数年も経ていない新築建物であるから、誠に壯観そのものである。

筆者の勤務する病院と当院とを比較しても、全然比較にならない位の偉容を誇っており、溜息の連続であった。やがて私達は病院職員の先導により会議室へ案内され、一同着席のうえ担当者の説明を待った。

同院の概況については、主として病院長が説明されたが、同院は、アメリカ合衆国に多いオープンシステムに極めて似かよった運営形態をとっている病院としても有名である。

即ち、施設設備そのものは、浜松市所有のものであり、その運営は市の公益企業法により運営されているが、診療行為等については財団法人浜松市医療公社に委託している。

職員についても総べて同市の職員であるが、他方、非常勤医師として地元開業医300名が協力するという形を取っているのである。

また患者は、原則として開業医からの紹介患者のみを取り扱うこととしており、例外的に、同院を設立するに当り、その敷地を提供してくれた地元民のみは取り扱うこととしている。また診療体制については、病院の医師が、その診療責任者とされており、それに対し、開業医が全面的に診療協力をするものとされているという独特なシステムをとっている。

管理体制等についても、病院と地元医師会とで、月1回合同医局会議を開催し、診療業務の円滑化を図っている。

その他、地元医師会副会長及び会員1名が病院内の管理会議には必ず出席し、意見をのべるというシステムをとっているのである。

以上のとおり、診療体制及び管理体制ともに独特のシステムを採用しており、これまで、我々があまり見聞したことのない病院であり、非常に参考になったことは否めない。

次に経営の現状であるが、当院は年間5～6億円にも上る欠損を生じているものの、その補填は浜松市が助成することとされており、誠に羨まし

い限りであった。

現在の医療の世界では、高度医療を実施すればそれだけ、欠損が増加するのは避けられない実情であろうが、その心配もなく、医療に邁進できる当院の姿に羨望すると共に、私達の病院も将来、何らかの助成の下に、経営については全く心配することなく医療を実施できる日が到来することを願わずにはいられない。

次に取扱患者数であるが、当院は許可病床522床、利用率は89%程度であるが、待機患者が常時100名前後あり、利用度は相当高いものと認められる。

一方、外来については、同院が原則として開業医からの紹介患者のみを取り扱っている関係上、1日平均280～300名程度に留まっている。

その他、当院の特色としては関連教育病院に指定されており、また、二次救急対象病院として6日に一度、その当番を受け持つこととされている。

なお、検診活動も実施しているが、当院の場合、極めて特徴的なことは、一般に行なわれている検診と異なり、一般住民及び企業の家族をその対象としていることであり、この点についても当院の特色が極めて鮮明に打ち出されていると感じられた。

以上、同院の概況について思いつくまま書き記して来たが、結論としては、やはり相当機能の高い病院であり、今後、同院が益々発展し、地域医療の向上に寄与してゆくであろうことは言をまたないところであろう。

最後に、参加してみて気付いた点を申し上げたい。

3日間で計6病院の視察研究は少々過重であるように思われる。

それは、施設見学並びに質疑応答が終了した後の参加者の顔に、幾分物足りない様子がうかがわれるのを見ても感じられる。

もし、出来れば、今後は1日1病院を対象として、視察研究を実施した方がより効果が得られるのではあるまいか。

但し、これは、あくまで私(筆者)個人の見解である点をご了承願いつつ、ペンを置くことといたしたい。

(磯部：総合高津中央病院企画調査部長)
(岡野：佼成病院人事課長)
(小杉：松島病院経理部長)
(堀：大森赤十字病院会計課長)

遠州総合病院を見学して

羽田野 郁夫

前夜の宿、遠鉄ホテルの展望風呂から浜名湖を眼下に見おろして入浴していると、湖面を金色に染めて下弦の月が昇って来た。私の横に入って来た地元の人であろうか「浜名湖から月が昇る時、月が立って見える時は明日は晴れ、盃のように寝て見える時は雨ですよ」と言う。今昇って来た月は盃のように見える。明日は雨か。

11月7日午前9時病院管理視察研究会のバスは浜松市の中心に位置する遠州総合病院(465床)に到着した。

まず正面玄関横に大きなタワー式駐車場2基が目についた。都市中心部における病院の駐車場確保の悩みを見る。病院の説明によると病院職員には交通機関を利用する為の通勤手当を支給しているのでマイカーでの通勤はあり得ないとの建前から病院の駐車場は使用させないとのことである。外来者の車については1回80円のタワー式駐車場を使用してもらうとのことである。タワー式駐車場は病院の直営ではなく委託業者に建築させ料金と病院側の運営費助成の方法で委託業者に経営させている。この方法で委託業者が採算ベースに乗るかどうかの問題で現在試行中のようである。

病院の会議室で病院の概要、今後の計画についてのオリエンテーションを受け院内視察に入る。

まず屋上から市内を眺めながら病院の立地条件について説明を受ける。病院は国道1号線に面し遠州鉄道・岡鉄等の浜松駅に近い浜松市の交通機関の中心にあり立地条件的には申し分ないが都市のドーナツ化現象の為都市人口の谷間的存在になりつつあるようで外来患者数が不安定で、どちら

かという減少傾向であるとのことである。都市中心部にある病院が環境、人口、都市機能等の変化に伴うニーズの変化にどのように対応していくのか、が問題であるように思った。

院内は昭和38年に医学の急速な進歩に伴い高度の医療を行なう為の改善計画により第1期、第2期の工事を行ない昭和41年に完成した建物が現在の病院の主要部分となっているようであるが、既に十数年を経るか経ないうちに消防法の頻繁な改正に伴う改修、一般生活レベルのアップに伴う空調設備の問題、付添ベット、病歴等の収納場所の不足、その後の医学の進歩に伴う諸設備のスペース及びその機能的配置の問題、給食施設が地下に配置されている問題等早くも多くの問題をかかえておられるようである。病院側もこの諸問題に対応して具体的な増改築の計画を持たれ近々に着工の運びになっているとのことであった。

新しい医療を提供する病院にとって建物の問題は今後各病院の共通する悩みではないかと思う。今日の医療及び医療機器の急速な進歩、医療に対する社会的ニーズの変化、防災に関する意識変化に伴う法改正、生活様式の変化、どれをとってもめまぐるしいばかりの変化を遂げて来ている。この現実をふまえて見るとき病院の建物がいくら堅牢であっても、また耐用年数の範囲内であっても機能的に不適格になれば作り変えなければならないことからいって病院の建物の寿命は機能的な寿命という考え方で見ていかなければならないのではないであろうか。そして病院建物の機能的寿命は確実に短くなって来ている。ただ慢然と毎年病院の建物、医療機器等について減価償却を繰返すだけではなく減価償却の定率、定額法を上手に使い分けて処理しそれを別段預金するぐらいの心がけがなければ病院本来の機能は保てないのではないであろうか。

公的医療機関として地域医療の為また地域の健康増進の為の診断事業等を行ないながらご活躍されている遠州総合病院を拝見致し我々は多くの示唆を与えられましたことを感謝致しますと共に今後の病院のご発展とご活躍をお祈り申し上げます。

(秋津鴻池病院・事務長)

車中研究会 I

11月7日(火) 名古屋保健衛生大学病院に向う途中、11時15分～12時までの45分間に第1回目の車中研究会が開催された。

車中研究会は第1回目ということ、本会の左奈田会長から副院長論について述べて頂くことになった。

病院における副院長の性格

病院には開設者と院長とがあって管理する。開設者は総括的指示を出し、院長はその枠内で管理する。院長の下に副院長がいるところが多いが、病院管理が重要化しているの、副院長をライン上のポストとし診療管理も分担させる必要がある。

院長は最終責任者でありトップマンである。トップマンはトップグループとしての幹部の参加を司り策戦をたてる。この参加者にはラインとスタッフが、ラインは実働部隊であり、スタッフは意見具申する者である。

組織図を示せば、1.は正に院長の代行者としての役目があり、2.は前任医長の1人に任命するもの、3.は診療部長を任命したもの、4.は院長業務の一部分担責任者の性格をもたせるもの、5.は業務の分担責任者毎に任命するもの、6.はライン外に任命し院長不在その他の時の代理のために任命するものでスタッフ的役目をもつ。スタッフは意見具申の責任があり、権限があるが、その採用決定はトップマンである院長にある。また院長業務

副院長の性格 (守屋による)

1. 院長の代行者
2. 前任医長
3. 診療部長
4. 院長業務の一部分担責任者
5. 一次部長 (部長)
6. スタッフ的役割
(特命プロジェクトチームリーダー)

の一部分担責任は、対外交渉、総括部門の一部分、7の如き特別プロジェクトチームリーダーとしての役目をもつものであるし、平常はスタッフとして院長へ各種の意見を出す役割がある。

しかし一般には院長補佐という代行的役割であるという位で、主として院長の性格によっていろいろ異なるのは守屋博氏の型のいずれかに格付されていることでも分る。しかしラインであろうとスタッフ的であろうと、院長と一心同体であるべきことは当然である。そして管理者たる院長のパイプ役として幹部会議等の決定事項など率先垂範的行動をとることも必要である。時に経営主体などの指導によって、たとえ職員の反対があった場合においても、結局院長の意見を調整しつつ協力実施しなくてはならぬこともある。結局女房役として仕方がないが、実施段階では余り表に立たず、中和的役割をもつことがよい。

院長補佐

診療科や協助部門が多数分化している大病院には院長補佐において全体管理に参加させる。院長は自分の手足として意見をのべたり、調整したり、資料を集め原案をつくったりする。院長が有能な秘書をもつことも必要だが診療管理には医師の補助を要する。

副院長は院長代理としての役があり雑用は頼みにくいので、管理的才能のある者を選んで補佐として使うのがよい。この医師は当然診療が主たる業務であるが、一部は院長に協力することになる。医師団の中には、必ず管理的業務に興味をもち、かつ能力をもつ者がいるものである。

病院における幹部会議あるいは医長会議は、管理的会議であり、病院管理全般に亘る重要事項が討議され、診療管理にかかわることが多くここで決定される。

病院には院長と医長の中間に管理責任者をおかず、院長直属としてチェアマン的性格の代表をおいている所がある。これは院内管理組織において医師集団に近づくにつれてライン性が弱まり、遠ざかるにつれてライン性が強まることを端的に示している。

病院におけるライン責任者は、さらにスタッフ

責任も負い、1人2役の形をとるが、それは次の理由による。

- 1) 病院の業務は、専門的に多岐であり、部門管理者といえども、それぞれスタッフを必要とする。
- 2) しかし病院は専任のスタッフをおくほど規模が大きくない。
- 3) ライン組織は職能別に構成され、責任者はその部門の最高専門知識をもっており、スタッフを求めるとすれば、その人が最適者となる可能性が大きい。

この職能別ライン組織がとられる結果、その職種の業務上の習熟者が監督に任命される場合が多い。故に第1線監督者は、ライン責任者としての任務のほかには習熟業務の一部を自ら行なう場合も少ない。

副院長の役割と道徳律

病院における副院長の役割は、院長の方針によって方向づけをされるのが通常である。しかし責任と権限については十分明確化しておく必要がある。適格者と認定された時副院長は就任に際しては次の自覚が必要である。

副院長の道徳律 morality

1. 職員と患者に公明正大であること
2. 全職員の信頼をうるべく公平であること
3. 上下の意志疎通をはかり、人間工学的思考をもつこと
4. 不正に対し、みずから厳格であること
5. 院長と一心同体であり、副院長の権限を明確化しておくこと
6. 各部門の管理面の常識を養うこと
7. ラインとスタッフの集会技術の習得
8. 管理面と専門業務との時間配分の適正

これはいずれも至極当然なことばかりであるが、人間のパーソナリティというものは相手の態度によって如何ようにも変貌するものである。同じ発言でも相手に不愉快さを覚えさせるものもあり、また自分の意見より優れた意見に対し謙虚にとり入れる態度があってほしいものである。

上下のいずれの方向へもその疎通を企むため、各種の委員会、会議に既に決定した事項でも何回

もくり返して説明し理解をうる努力をした方がよい。出来れば文書による情報伝達もよいが、それでもなお機にふれて繰り返す必要がある。

人間工学的思考とは、生理的、心理的状态は男女別、職域別によって特徴があるので、より快的な効率的な職場環境にするため諸設備、用具の保全 security をはかる研究心を常にもつ必要がある。

不正に対しては、いかに誘惑が大であっても、あるいは医局その他に有利であっても、病院の職員代表、医師団としての Professional authority として、公正な立場から倫理問題は厳正な態度で臨まねばならない。

副院長は組織上院長の代行または助言者であっても、常に意見を調整して副院長の言は、即院長の言である位の一心同体的イメージを職員に与えるよう努力しなければならない。しかし院長とはその責任と権限を明確にしておくとともに、診療部長や古参医長、あるいは専門医長との診療管理面の権限についても明確にしておく必要がある。

いくら管理面に興味と努力があっても、専門職として長い間勤続してから副院長になると、事務的には病院の財政面、病棟の療養環境管理面については、さらに勉強して管理者としての常識を豊かにしておく必要がある。

ついで会議のはこび方のかつなどを十分身につける必要があるのは、会議の方向づけや方針趣旨の理解や決定はこの技術の優劣によって、スムーズに短時に結論がでるか、長時間を要して感情的になって会議が混乱して決定事項が延期されるような事態にならぬように注意しなくてはならない。

診療と管理の分担割合と両者の調整

昭和51年の副院長セミナーのアンケートでは、診療8:2管理が回答27のうち14(51.9%)が最も多く、次いで5:5が9(33.3%)がつづき、あとは殆どの割合に対して回答は1である。然も診療0:10管理というケースは1例もないのは当然であった。要するに診療に80%の力を注いでいるのである。

しかし診療は上級医としての役割を果たし、かつ

院長補佐としての管理的業務を行なうことは、結果として多忙となることである。しかも半数までが当直を引受けているし、副院長は結局診療から遊離しない方がよい。もし昇格による新医長発令があった時は、守備範囲と権限の委譲は注意して行なう必要がある。

不適任副院長の例

副院長として最もいましめなければならぬことは次の各項であるが、このようなことは副院長として不適格である。

1. 管理について全く無関心
2. 自説を主張して院長と対立
3. 独善的で無責任な発言
4. 院内、外の視野が狭く、公正の欠除
5. 管理技術の未熟
6. 積極的アイデアの不足

院長として副院長の活用

1. 選任に当り、管理適任者と診療適任者との病院貢献度から考え、専門診療適任者は他の昇任法として診療部長、診療管理副院長などを考える。

2. 副院長は、院内の情報の収集には職員と比較的密着しているため豊富である。院長の主体的情報と副院長などの情報によって幹部会議の方針決定に大いに役立つと思う。

3. 副院長には大いにアイデアの発言をさせ、有効なものは採用するように努める。

4. 最終的意志決定と責任は院長にあることを忘れてはならない。

5. 副院長は正に院長候補であるので、人格識見とも院長としての訓練の場として活用する必要がある。

副院長の努力目標と医師の帰属性

1. 病院の組織体系の確立と理解への努力
2. 医師の業務遂行上のルールの確立、逸脱時の注意と萎縮医師の意欲の昂揚
3. 管理職として医療従事者とのコミュニケーション
4. 新採用医師の帰属性意識の理解

5. 関連大学よりのロテート医師といえども以上の点を十分理解させ、教室とも連絡を密にする。

6. 一年に新しいアイデアを10位だし、たとえ陽の目をみなくても、努力すべきである。

4. 病院管理における医療従事者の道徳律 morality の自戒と帰属性の自覚をもたせることである。

医師の帰属性(帰属性)とは、まず医師は組織の一員であるという自覚をもたせることである。このために病院に適した組織体系の確立とその確認をさせることが重要となる。次に各医師の業務分担の確立によって、逸脱した行為のチェックが必要であり、さらに萎縮した医師に対する仕事への意欲と生きがいの昂揚につめとることである。

管理職と院内医師とは、あらゆる機会をとらえてコミュニケーションをはかることである。新医師の採用に際し、速やかに病院への帰属性を発揚させるよう説明し理解させる努力をしなければならない。これには病院の魅力ある点、あるいは整備状況の点を説明するが、病院の性格、主体制についても一方に偏することのないよう説明しなくてはならない。また特殊医療機器、CTやマイクロサージュリーなどへの魅力はあるが、本人の交替によって使われなくなって投資が無駄にならぬように注意しなくてはならない。

新医師については、組織内一員としての病棟マニュアルについての医師の自由と責任については明確なオリエンテーションを行ないルールは十分守らせねばならない。さらに大学教室よりの派遣医師である場合には、研修の目的、地域医療への理解、経験評価への向上に役立つことを説明し、個々の問題については医長、部長は教室責任者と十分連絡協議する必要がある。

経営観念の少ない医長は大体半数位いるものだが、これにいかにか帰属性をもたせるか。それは原価と再生産的思考から、その科の収支率をみせて(困難だが)貢献度の観念をもたせるのも一つの方法である。この稼働率による帰属性への育成には、レセプトの請求渡れチェックなどへの協力指導も必要だ、しかしそれを誰がするかも問題となる。しかも余り細かい収支分割表を公表すると、

専門職権能面からかえって反発することがあり注意を要する。

副院長の任命、選考などについて

昭和51年副院長セミナーでのアンケート回答30(34人中の80%)によると、副院長のいる病院は27(1人19, 2人以上が6)があり、補佐、代理の名称を使う所が3病院あった。

副院長の任命は院長によるもの17, 開設者によるもの13と大部分だが、選挙制1と任期があるもの2病院である。

院長の適格者の選考は、適任者をえらぶのが1番多く19病院あり、年長部長、古参部長からというのが各1病院あった。

副院長としての専属ラインの在否については、医師団とパラメディカルにあるもの15と医師団のみが2, 自分の専門科のみが6である。病院全般的管理は唯1であった。

副院長の診療と管理業務に対する担当割合は、診療8:管理2が14病院で1番多く、次いで5:5が9であった。あとは殆ど少なく、2:8と0:10はゼロであった。

副院長の専決業務については、研究関係と研究予算が4, 教育と学院関係が5, 公衆衛生活動が4があり、殆どないのが7病院であった。

管理学についての関心度については、研究したり受講しているのが21病院であり、院内管理に関心があるもの4病院であった。学会加入, 発表も各2施設があり, 比較的熱心であることが分った。

藤田学園名古屋保健

衛生大学病院見学記

塩見 一彦

まえがき

11月7日午前中浜松市内の遠州総合病院の見学を終えた一行は、車中各病院の院長先生方から、熱のこもった「副院長論」を拝聴しつつ、東名高速道路を疾駆し、予定どおり13時頃名古屋保健衛生大学に到着した。

その遠望は、病院棟を中心に様々な高層建築が立ち並び、さながら航空母艦を思わせるような偉容を誇り、まさに一大研究学園都市を構成している。中でも人目を引くのは、六角形の建物で、これは創立者の遺志により、化学構造のベンゼン核を表現している由であった。

まず医学部1号館へ案内され、会議室で、副院長の森先生はじめ関係者の方々からご挨拶と概況説明を承った。

- (1) 創立者 故藤田靖氏
- (2) 沿革

昭和39年 南愛知看護学校設立

昭和41年 名古屋保健衛生大学衛生技術学科、衛生看護学科開学

昭和46年 医学部認可、47年第1回生入学

昭和48年 病院開院

昭和52年 医学部第1回卒業生88名(内国家試験合格者62名)

- (3) 医学部の教育方針

6年制一貫教育を旨とし、教養部を設けず1年生から解剖学の実習が入り、2年生で基礎医学、3年生で臨床医学、5年生の1学期までに講義終了、6年生前期で教育終了、後期は復習期間としている。

- (4) 病院概況

理念として、世界の病院を目指している。立地条件は、名古屋市の中心部から名鉄電車で30分の距離にあり、やや立地条件が悪い。

許可は、825床で受けたが、実際は767床で満杯

となる。隘路として看護婦の不足があり、現在の稼働は640床で86~87床での稼働率である。外来は850人で、多い日には1,000名を越すことがある。

建物は、地下1階、地上9階で1号棟と2号棟があり、中央を渡り廊下でつないだH型構造である。5階から9階までが病棟部門であり、地下1階から4階までに診療部門、中央手術材料部門、臨床研究検査部門、管理サービス部門等が機能的に配置されている。(詳細なレイアウトについては、図をご覧ください。)

見学記

以上の概況説明を受けた後、3班に分れ、見学に移った。まず医学部1号館内を案内された。初めに自慢のオーデトリウムを見せて頂いたが、ここは講義、講演、音楽祭等あらゆる行事に使用されるものとして設計されており、その内装、音響効果等誠に日を見張るものがあった。また、ここに設置されているピアノは、ベーゼンドルファーインペリアルでピアノの帝王と呼ばれている由で、東京より西では、本校にしかないものである。次に図書室へ行ったが、収容図書は約90,000冊を数え、専門の司書を置いて管理されており、閲覧室のスペースも広くゆったりとしており、豪華な雰囲気である。次に多目的実験室、ここでは、広いスペースに実験台がズラリとセットされていた。時間の関係で医学部の他の施設は見られなかったが、医学部、病院を通じて特筆すべきものに、陶壁がある。建物の壁面には、この地方の特産物である美夜之窯製の陶器が使用されており、主要施設の壁面を構成している陶器は、大壁面を形成し、建物と見事な調和を保っている様は圧巻であった。

病院の主要部分の見学に移ったが、病院内のナースステーション、病院、廊下等一流ホテルを思わせるようなゆったりとしたスペースがとられ、使用されている調度も高度であり、わが病院と比較して嘆息させられた。後でお聞きしたところでは、学長のお考えが「世界最高の病院を目指し、使用器材についても、同じ機能のものを比較した場合、それが患者にとってよいものであれば、よい方を使え」ということですべての設備がなされ

ていると伺い納得がいった次第である。

ただ残念なことは、看護婦不足のため病室が現在も一部閉鎖されていること、またこの病院においてすらいわゆる遊びのスペースが不十分だったために、病室に予定されていたスペースを他の目的に転用し、それだけ病室数が制約されるという事態であり、現実にはなかなか思うようには行かないにしても、病院設計上は、将来を考えて、遊びのスペースをとっておくことがいかに大切かを痛感させられた次第である。

質疑応答

病院の見学を終って、再び会議室へ戻り、熱心な質疑応答が行なわれた。その中から、主なものをご紹介します。

(1) 給与費24.9%の秘訣について

当病院の収支は、医業収入38億9,700万円、医業費用36億2,400万円で収支のバランスは黒字決算となっているが、給与費24.9%は非常に低い数字である。この秘訣は、医師の給与は総て大学側の経費で支出され、病院にはチャージされないからとのことであった。(これについては、各大学病院とも考え方がまちまちのようであり、同行された杏林大学の高橋先生の大学では、医師給与費の1/3をチャージされているとのことである。)

(2) 看護部の体制について

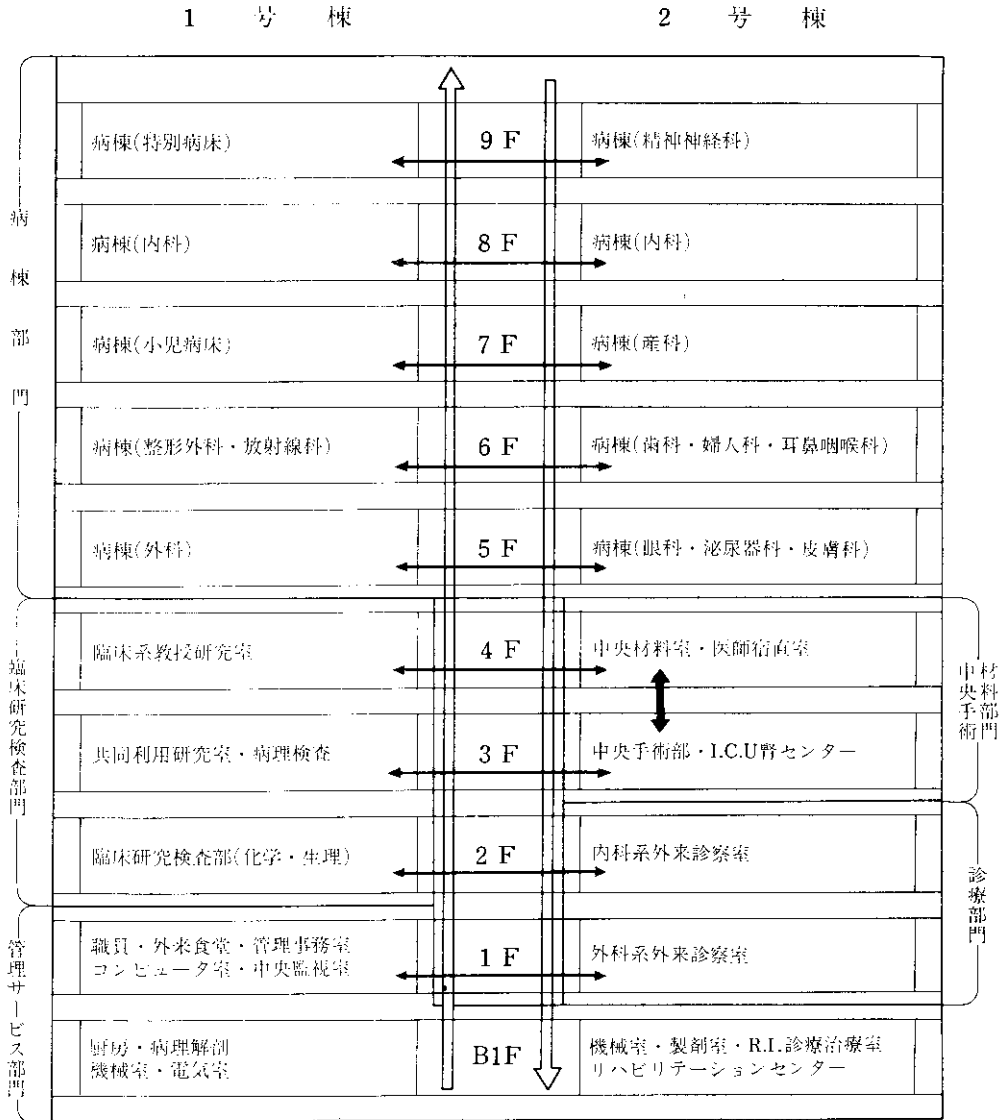
正看159名、准看96名、補助員(クランク、看護助手)76名、合計331名を病棟、外来および管理部門に配置している。

その組織は、看護部長の下に副部長1名、看護長、看護主任という職制になっており、婦長という言葉は使わない。これは、男性の管理者を将来に予測しての由である。

看護部には、この他スタッフとして3名の課長がおり、臨床(病院内)、公衆衛生(退院後)および看護教育を分担している。新採用者のオリエンテーションは、この看護教育課が担当し、原則として1カ月間みっちり仕込まれ、ナースとして一人前だと判断されないと現業部門に配属されない。この他、毎月のスケジュール表により、講義、研究発表等が行なわれている。

大学病院の建築、構成について

診療科目：内科・小児科・精神神経科・外科・眼科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・耳鼻咽喉科・整形外科・放射線科・麻酔科・歯科



おわりに

以上、限られた頁数で果してどれだけの内容を表現できたか甚だ心もとない。また、見学時間も普通2時間はかかるところを1時間と新幹線並のスピードであったので、ほんのさわりだけ見た感じであることは否定できない。しかし、次の宿舍

の名鉄犬山ホテルまでご同行下さった森先生はじめ大学の方々の周到なご配慮と、参加者の熱意により、見学の目的は十分達せられたと思う。この見学記は、いわばその形骸に過ぎない。心ある人は、一度本校を訪問されることをお推めする次第である。
(東芝中央病院・管理部長)

車 中 研 究 会 Ⅱ

11月7日、名古屋保健衛生大学病院の視察を終えて3日目の宿舎である名鉄犬山ホテルに向う途中での55分間車中研究会が開かれた。研究会は同乗した森日出男氏に質問する形で進められた。

司会（高橋政祺）柏戸病院の土橋事務長からの質問として、「名古屋保健衛生大学病院は大きい建物のうえ、人員が多いのに事務局からもらった資料によると随分と人件費が少ないですが、ドクターの給与をどのように計上しているのか」とありました。

大病院では、人件比率に大差がありドクターの給与を一度に何百人分を落とすため赤字を生じる病院があります。

杏林大学病院では、ドクターが1日のどのくらいを診療時間としているかというアンケートをとった結果、1日の1/3を診療業務としていることがわかった。教育・研究・診療を三本の柱としているため1/3となっているのはいい線である。この結果当大学では1/3を病院に負担させることにしましたが、わずかな赤字を生じている。このようにドクターの給与をどのように負担させるということによって、赤字・黒字の違いが表われるため、事情をきかないとその病院の実態がわからない。さらに診療機械を病院の方で購入しているのか医学部の研究費で購入しているのかという問題もからんできますし、必ずしもバランスシートだけみて比較することはできない訳であります。

それでは車中研究会に入りたいと思いますが、ご質問は森先生の方に聞いてもらいたいと思います。

島田利子（佼成病院）名古屋保健衛生大学病院では学生が相当受診していると思いますが何人ぐらいの学生が常時受診しているのかということ、臨床指導の状況を学校側からどのように保っているのか。実習側では臨床指導がちゃんとしているのか。また、枠内か枠外であるのか伺いたい。

森日出男（名古屋保健衛生大学病院）臨床指導者は現在専門職制を施行しています。看護婦さん達がいつまでも年功序列による格付けを行なっているのはおかしいという考え方を持っているため、当病院では、やる気のある看護婦を早く格付けさせるようにしている。

現在、臨床指導者は2～3年の経験でも良いから、前向きの者に対しては全部格付けをしています。また、臨床指導者一人では実際の指導に手薄にもなるため、臨床指導補佐というものを置いており、多いところでは一単位3名ぐらいとなっています。当院では看護教育課が独立しているため教育部長が加わって現場の教育を十分にやろうという体制をとっています。今後考えられることは大学の研究室と現場という一体感というものがあるが当大学では実現するのではないかと思います。

実習の数は看護大学があり、衛生学部の看護学科という形である南愛知高等看護学院（進学課程3年コース）・南愛知看護学校の3校があるが全て独立しており、各学校が当大学病院に就職する率は高くはありません。

司会 関連して伺いたいと思いますが、看護学校が3つもあった場合、看護大学・高看との間で仲が悪くなるといったことはないのでしょうか。

森 その懸念は殆んどありません。私としては、実習終了後に生徒達と1～2時間ディスカッションを習慣づけていますがそれらしきものはないようです。かえって看護大学の学生は我々よりもむしろ高看の学生の方が出来るから頑張らなくてはいけない、あるいは高看の方は、理論的に大学の学生の方が良く知っている所以我々も良く学ばなくてはならないというように両方とも切磋琢磨しているように感じられます。

司会 それから、3つの学校の教員の交流というものはあるのでしょうか。例えば、兼務しているとか、移動するとか。

森 現在移動については考えておりません。当大学では各病棟婦長が高看の先生を兼務することが必ずしも定められておりません。

交流は頻繁に行なっており、病棟のカンファレンスなどは週2回、ドクターも混じえて1回、看護婦だけで1回のディスカッションを設けていま

す。

司会 例えば、高看の卒業生が大学に進学したいという希望をもっている方がおられますか。

森 おります。しかし、現実として踏み切っていないようです。ほとんど、試験を受けてしまってライセンスをとってしまうものですから、さらに1年生からということは現実的にはないようです。

司会 途中から編入することはできないのですか。

森 できません。短大卒業以上だと途中から出れますが、各種学校卒業、高看卒ですと一年生から入ることになります。

司会 他にどなたか質問がありますか。

小杉雄一（松島病院）さきほど討論会の時に質問した給食の件につきましてもう少し伺いたいと思います。名古屋保健衛生大学病院では、専属の栄養士が献立したものでなければ外注はできないということでしたが、その場合の材料の購入はどのようなになっていますか。

森 専門栄養士は現在3名おりますが、業者を合せると約20数名となります。購入については、業者が行っており病院はタッチしていません。材料の質は病院側が厳しくチェックしております。例えば、外科においては流道食等の験食を外科医も行ない2～3箇所チェックしております。鮮度、質度、カロリー等については私達十分に目が届いていると思っています。

小杉 どうもありがとうございます。

私共の病院でも同じようなシステムで行っておりますが、外注の場合には業者に対して1カ月単位で支払う時に患者の食数に応じて支払うのが、例えば、朝・昼・夜の材料の購入原価が違うのですが私共の病院では一食いくらという契約になっています。ですから基準給食で請求できる点数と業者に支払う点数との差が一律採算ベースに合っている。その際、水道光熱費がどの程度入っているのか、それと、中で働いている外注の労務員の費用についてももう少し伺いたい。

森 病院をご覧いただいておわかりになったと思いますが、広い職員食堂がありまして、その食堂も同じ会社でやっております、日数計算で

いってもたいして業者が問題としていないようです。結局患者の食数が減るということがあっても、すぐに一般の職員給食に材料が回るという点があって、さほど問題とされてません。

司会 それでは次にどなたかございませんか。

柴田義一（東芝林間病院）給食を外注した場合、大学の夏休み、正月休み、試験休みの時など、先生が少なくなる訳ですが患者を退院させるという時に給食部門で急に人員を減らすことはできないのでカバーするために食品の質をおとして採算をとろうとすることがままあるのではないかと思います。あなたの大学では給食人員が減ったりはしないのでしょうか。

森 全然ございません。質を落とすということは全くなく、かえって私達が家で正月に食べられるもの以上のものを病院で食べていただくため赤字覚悟のうえで材料を吟味して作っています。また、その間人数を減らしているということも聞いたことがありません。もしも、そういうことがあるとすれば、給食委員会を通じて、病院の管理者と本部の方から業者の契約を取り消せば良いのですから。

柴田 その契約は何年契約ですか。

森 1年契約になっています。

柴田 私は官立大学にいたのですが、夏休みというと先生の数も少なくなってしまい入院を少なくしたり、また、正月などは患者さんを家に帰してしまうことがありましたが、そういうことはあなたの病院ではないのでしょうか。

森 全くそういうことはありません。

司会 どなたか他に質問がありますか。

江利明（東芝林間病院）森先生の病院では、事務職員・看護婦等の不定期採用を行っておりますか。

森 事務部門については定期採用をとっておりますが中途採用をする時があります。しかし採用は本部の意向が多分に入っており、病院側は動かすだけであり、余った部所にも時々人が入ることがあります。

看護婦の中途採用はありますが、当院は看護教育課が独立しているため一度看護教育課において徹底的に教育をしてから現場に出す形をとって

ます。

磯部彰二（総合高津中央病院）先生の病院では診療科の中で特にこういった科については特色を出してゆきたいとお考えでしょうか。また、最終的な病院の規模としてベッド数はどの位にするとお考えでしょうか。さらに、医学生の教育のために、関連病院をいくつか持つということを将来お考えになっていますか。

森 順不同にお答えします。高橋先生のところも同様ですが、新設医大として我々としても関連病院のあり方には頭を痛めています。今後の卒業生をどのように配分して教育してゆくかということが大きな課題であります。現在、我々のところも関連病院を少し持ったわけですが、今後考えられるのは、大学そのものが研究所・センター的な診療部門をどんどん拡大していくことは、悪循環になるかもしれないが、大学教育には必要であり、教育研究にも必要ということも明白です。今後、そういう方向で関連病院として行くことも考えています。

第一点の診療科の特色ということは現在まだ考えていないが、水野学長の意見としては、学生の教育に対して医学教育だけを教育するだけでなく、医学教育の中でもっと大事なりハビリテーションのあり方、老人の養護ホーム、医師のあり方等の総合的な観点の中から、医学教育、医療教育をやらなければならないのではないのかという考えを持っており、今後教育の位置付けになると思われます。

また、病院の社会公衆衛生的なもの、地域医療的な機能を広げなくてはならないだろうとも考えている。ですから、病院の診療科の特色化を出すことよりも、まず、病院のあり方というものを広い観点から考えてゆきたいと思っています。

それと許可病床ですが、現在825床ですが、厳密にいうと760床ぐらいで満床になりますが、だいたいその位だと思います。

磯部 私もいくつかの新しい大学病院を見てきたところで、先生の病院は芸術作品みたいな気がする訳ですが、最初に先生は世界一の医療施設を作りたいということでしたが、諸外国の大学病院と比べて感想はどうですか。

森 世界一というのは私がいっておる訳ではなく、学長がいらしているのですが、私もそういう意気込みであります。

まず、世界の病院をみる場合、私としては現状、民意があると思う。日本には日本の病院のあり方があって良いと思われ、アメリカの病院をそのまま日本にもってきても果たして良い病院が出来たのだろうか、という疑問を生じます。しかし、諸外国の病院を見て良い箇所はどしどし取り入れることにはしています。

司会 私からちょっと蛇足を加えさせていただきたいのですが、私も同じ大学病院なのですがどうもお金がなくて安物の建築ばかりやってみてつくづく感じたことがあるのです。アメリカあたりの病院建築というのはおそらく、永久建築のつもりで建てているのではないかと思います。

それに比べて、私共の大学病院は典型ですが、まず20年はもつまいと最初から考えて、いたんだら建直せば良いという考えでコンクリート建築を考えているのではないかと思います。

牧野永城（聖路加国際病院）ちょっと私的の考えですが、おそらく森先生は病院管理学の専門ではないのではないかと思います。先生は随分と詳しく知っておられるが、特に興味をもって勉強されたのか、大学教授のあり方が変わったのか伺いたい。

森 私の恩師（国立京都病院長）の指導によって、自然と何事に対しても興味を持ち身についただけであらうと思います。

司会 先生の専門は病院管理学なのですか。

森 私は教授は教授なのですが、病院の中であらう動き回ってみんなの潤滑油になっていけば良いと自分では思っており、自分の職業の位置付けなどを考えていません。

司会 どうもありがとうございました。

質問は尽きませんが時間がまいりましたのでこの辺で終了したいと思います。

ご協力どうもありがとうございました。

総合大雄会病院見学記

植松 宗悟

11月8日、夜半の雨もあがって秋晴れの朝午前9時、病院に到着、院長以下多数の出迎えをうけ、講堂において院長より、病院の歴史や概況、将来像についてお話を受けた後、医師、事務部門、看護部門の3班に分れて、院内を約1時間にわたって見学し、講堂で約1時間討議を行なった。

当院は、愛知県一宮市のほぼ中心にあり、名古屋と岐阜の中間に位置し、国鉄、名鉄も便利よく、診療圏の人口は約60万である。

大正13年、医院として開設され、その後放射線科関係に特に力を注ぎ、常に最新鋭の医療機器を導入し、今日まで地域医療に密着した、きめこまかな医療を行なってきた。

昭和37年病院として発足し、昭和41年200床に増床し、昭和46年看護学院を設立し、昭和48年医療法人として県下の唯一の総合病院として認可を受けた。昭和53年8月附属研究棟を完成し、慢性発癌物質の動物研究を開始した。

道をへだてて3つの建物からなり敷地4,160m²、建物10,803m²、1日外来患者数963人、平均在院日数36.0日、病床数345床、職員数368名(医師21名 看護婦225名)であり、洗濯部門、清掃部門は外注でやっている。

診療科目は内科、外科をはじめとして12科あり、全身用コンピュータ断層診断装置、コバルト、ライナックなど放射線関係が充実しており、特徴となっている。

院長は医療法人の総合病院としての当院のなやみは

1. 土地が狭い。
2. 建物にむだがないので、増改築等の成長の過程でこまる。
 - (1) 看護詰所が狭い。
 - (2) 廊下が狭い。
3. 組織の不完全、人材の不足

4. ワンマン経営におちいりやすい。
などあげられてご苦心談をきかせていただいた。
病院運営の基本的な考えとして、患者中心の医療をするよう色々と努力なさっている。

たとえば、2床以上の部屋の差額を取らない。
医師が必要と認めれば、個室も無料で使用できるよう、いつも4床位準備してある。将来室料差額がなくてもやってゆけるよう経営努力をしている。

また職員教育をやっている。看護婦の主任以上の任用については試験をしてその資格をとらしている。地域医療に十分応えるように設備の近代化に心がけている。

質疑応答(司会 羽田野事務長)

問1: 2・3年ごとに改築していますがその対策について。

答: 昭和40年から始まって15年計画で増改築している。計18回の工事をしている。その対策として色々とやりくりして、講堂などを病室に改造して使用しており、資金は借入金をあてている。

問2: 道路をへだてて建物があるが、どのように将来なされるのか。

答: 将来計画として3階に連絡路を設置したい。
また外来を一部を除いて1つにまとめた。

問3: 研究はどのように行なわれているのか。

答: 名古屋市立大の教授が指導して研究は常勤の非医師によって動物実験を行なっている。

問4: 職員が礼儀正しいのは。

答: よりよい人間関係をつくるようにしている。
ことに看護婦には医の倫理についてよく講義をしている。

問5: 病棟が分かれているが、薬剤管理はどのようになさっているか。

答: 外来は院外処方箋を発行し近所の薬局で調剤している。入院は病棟で管理してやっている。
購入は薬局長がやっており、院長が時々、抜打的に監査している。

問6: 長期計画について

答: 現在やっている15年計画(昭和55年まで)の増改築までしか現在のところ考えていない。

問7：麻酔科医について

答：現在1名と非常勤でまかなっているが将来3名位にしてやっていきたい。

問8：職員教育について

答：病院内の職員教育について各職場で月に何回かの勉強会をもっている。患者中心の医療を進めて行なっている。医師にも自覚してやらせてもらうようにして、診療も朝8時45分からしている。

問9：医療法人大雄会の由来について

答：小田原のお寺の大雄山からつけてもらった。

問10：人件費が38%でやっていける秘訣について

答：これは52年度で、53年度には42~43%に上昇する見込みである。また1つの理由として午後診療(13~15時)夜間診療(17~19時30分)をやっているためでしょう。

質疑応答が熱心のあまり食事時間中にもなされ、看護問題、組織の問題等についても話し合いがあった。

院長の医療法人としての苦心談や、増改築の18回にもおよぶ成長ぶりや、職員の礼儀正しい応答に感心し、地域医療に広がる活躍に胸をうたれて質疑応答を終った。

三船院長のお礼のあいさつを終り、12時にバスで次の見学病院に向かった。

(杏林大学・病院管理学助教授)

車中研究会 III

8日正午すぎ、尾張一宮市大雄会病院を出て間もなく、本研究会名物の車中研究会がはじまる。

司会 大雄会病院の方で総婦長廃止論につづいて総婦長男性論、看護婦男性化論またその反対意見などユニークな論が出ましたので、車中この問題をもう少しほりさげてみたいと思います。

川勝光子(済生会中津) さきごろ医師である院長先生が看護概論をお教えるということでしたが、これは医学概論を教えられるということの誤りでございましょうか。

中尾加代子(済生会中津) さきほどのお話ではどうも女性には管理能力がないというようなことでもございましたがいかがなものでしょうか、私にはそうは思えないのですが。

中山 明(横浜・徳田) 私は30年間事務長をやっていますが、いつも泣かされるのは看護婦の問題です。私は「医療をだめにしたナース達」という論文を書いて医師会雑誌に投稿したのですが掲載はいただけませんでした。患者が何人以上は困る、手のかかる患者は困る、当直は何日以上は困るということで、病院の他部門はうまくいっているのに女性にはほんとうに泣かされました。

藤川辰正(広島共立) 私の方では特2をやっととりました。人数の確保をようやくやったということで、質の方はこれからの仕事です。現在高看と准看とのへだたりに困っているところです。

江刺 明(東芝林間) 私は病院に勤務してまだ2年です。東芝の方では女子の管理の仕事をやってきました。病院の中では悩まされることもございません。企業のなかで管理的な仕事として指導員、班長というのがございます。主任、婦長といったランクですが、これにはなり得るものがございますが、総婦長にあたる組長という職階にはなかなか成りうるものがございます。今まで組長としたものはただ一人でした。女性の管理に対する考え方、理念というものには問題がございます。

三宅正敏(土岐・高井) 私のところは田舎で50床の小さい病院です。今のところ問題はありません。外へ勉強に出る気概は少なく、いま申されたような傾向はございます。

今春義雄(静岡赤十字) 赤十字の看護婦は使命観をもち、看護は神聖で他のものが触れないというふうにしてきましたが、しかし他部門との接点がでてきます。超過勤務の増加ということもその処理が問題になります。申し送りは1時間も費していることなど問題でその内容にカンファレンスなどが加わっています。医師は慶応から来まして、

注射はナース、輸血もナース、抗がん剤だけが医師がやりますので、超過勤務の増加は他部門の仕事をするからだといっています。配膳は食養部がやる、くすりはすべて薬局がやる、というような話で関係部門との接衝がはじまっています。いまのところナースのパワーで経営が圧迫されているというようすはございません。

堀 哲哉（大森赤十字）私は会計課長で直接看護の問題には関係しませんが、院長、総婦長はその募集に九州や北海道に向かっています。

岡野 博（佼成）話は医師のことに及びますが、いまレジデントの教育をやっていますがマナーということ、チーム陣としてのあり方ということが教育されてきておりません。

司会 そのいうことは小学校からの教育が問題です。お掃除をしない学校、道徳教育がない、そんなことで医師だけが責められても困りますが、女の子でも片づけをしないというようなことです。

江刺 医師の教育は十分になさるべきで、あまざというものがあってはいけないと思います。

磯部彰二（川崎・高津）議事をもとに戻しますが、看護をする人は女性であってほしいと思います。患者が期待するのは母なる人ということです。佼成の看護学校で「看護即観音行」と書かれたものを拝見しました。しかし管理はやはり問題で、総婦長室に男性の補佐がいればよいと思っています。

司会 聖路加国際病院では男性の総婦長補佐を現在養成中とききました。

中林 浩（いわき・松村）私の方は高看の3期生を送り出しましたが、経済的に病院を圧迫いたしております。いわき協立高看はこのようなことからこの3月で採用を中止するときいています。

司会 車が掖済会病院に近づきましたので、決論を得ませんがこの辺で――。

名古屋掖済会病院救命

救急センターを見学して

皆川 国雄

日本病院会主催の第5回病院視察研究会は11月5日から3日間、静岡県西部と名古屋市及びその近郊の病院を対象に行なわれた。

霜の深く降りた仙台を早朝に出発した私にとって、別世界のように温暖な地方のバス旅行は快道そのものだった。

私も今迄いろいろな機会に病院の視察を試みたが、1病院を訪問するのに十分1日はとってしまうし、一人だけの視察はどうしても部分的で不完全なものにならざるを得ない。今回の視察研究会は3日間で6病院、1日に2病院の割合で視察することが出来た。しかも各病院のトップの方々が、実によく事前に準備され、詳細に解説案内された。ご多忙な中で我々のために労をいとわれなかった諸先生方に深く感謝しなければならない。また、普通なら外来者には示さないのがたてまえの経営上の諸指数を明らかにされ、素直な疑問にも熱心に回答され、参加者の一人として非常に勉強になったことをまず記しておきたい。

3日目の午後、最後の視察病院として名古屋掖済会病院の救急救命センターを訪れた。

以前から第二次医療を行なう救急センターがあって活動していたが、昭和52年に国の施策に基づいて、第三次医療を行なうセンターとして作られた。国、県、市、自転車振興会の資金で建設され、運営は「救命救急センター運営協議会」によって行なわれる。運営協議会を構成する委員は、県市衛生部、消防局、県市医師会、歯科医師会、薬剤師会代表、県病院協会、救急告示病院代表、県内医大附属病院代表に掖済会病院から2名が加わったメンバーである。職員は掖済会病院から発令されるが会計は独立会計になっているとのことであった。

センターの建物は本院と道路をへだてたななめ向側に建てられている。白いほぼ正方形の5階建てで、3階が道路を横切るつなぎ廊下で本院3階

と連絡されていた。1階の玄関をつきぬけると大きな処置室があり数人がとび込んでも初期の処置は行なわれるようになっている。玄関は「手術中」の標示ランプがあり、とび込んでも手術中ですので診察出来ない場合はそれを示して納得してもらうとのことであった。また泥酔者、粗暴な言動により他人に迷惑をかける者は診療を断るむねの掲示があったが、これは当然であろう。奥には放射線室、玄関の両側には当直室が各々あった。また、1日分の薬を投薬するための薬局もおかれている。

2階がICU4床、CCU2床になっており、それに緊急の自動臨床検査機器をもった検査室が付属している。CCU2床がガラスで区切られている他、病室部分の仕切りがなく広々としており、これなら将来各種の機械がもちこまれても困らないだろうと思われた。看護婦の記録机はカウンター式になっており、両側から使える。各種モニターが記録机に座るとすぐ目の前にくるよううまくセットされ一寸見ただけでは殆んど気がつかぬよう整理されていた。

3階がHCUで24床あった。この階が廊下で本院と連絡され、手術が必要な場合は本院の手術室にはこぼれて手術される。また本院入院患者で当センターでの治療が適切と判断されたものはこちらに送られる。この階の問題点は待合室が狭いことだという。搬入される患者の安否を気づかって集る親類知人が多く、それを収容出来るスペースがないために待合室に入る人数を嚴重に制限しているとのことであった。この病室も全く仕切りがなく各ベットはカーテンで区切られているだけであった。

4階は研修当直室、職員仮眠室、5階はセンター管理者室、委員会室になっている。

主要な医療機器としては、頭部CT撮影装置、循環X線診断装置、大動脈内バルーンポンプ、超音波心臓断層装置、循環器用ポリグラフ、に各種臨床検査器などがある。

医師勤務体制は専任の麻酔科医1名と本院と兼務の内科系医師4名、外科系医師4名が交代で勤務しているという。

昭和53年5月から9月の5カ月間の患者数は以

下の通りであるから勤務する医師にとってはかなりの重労働だろうと思われた。

診療時間内外別患者数

	外 来 者 数	入 院 者 数	救急車搬入患者数
時 間 内	783人	157人	87人
時 間 外	4,563人	282人	283人
合 計	5,346人	439人	370人

病類別患者数は次表の通りで、腹部疾患が最も多いのは意外だった。これは発生原因別患者数を見ればなるほどとうなづける。

病 類 別 患 者 数

	患 者 数	%
脳 血 管 障 害	46人	10.4
循 還 器 疾 患	69	15.7
頭 部 外 傷	40	9.1
胸 部 腹 部 四 肢 其 他 外 傷	53	12.1
重 度 多 発 外 傷	17	3.9
中 毒	9	2.1
腹 部 疾 患	134	30.5
そ の 他	71	16.2
合 計	439	100

発生原因別患者数

	患 者 数	%
交 通 外 傷	44人	10.0
産 業 災 害	19	4.3
そ の 他	376	85.7
合 計	439	100

最後に収支状況について質疑が行なわれたが、1年間に約8,000万程の赤字は覚悟しているとの話しであった。センターが出来る前は救急部門で年間1億の赤字だったのでそれに比べればよくなったとのことだが、やはり割り切れない気持もあった。

救命救急センターの業務は高度に公共性をもったものであるだけに、不採算性を放棄してその犠牲を医療機関に負担させることはゆるされないだろう。(坂総合病院長)

〈看護部門見学記〉

県西部浜松医療センター

吉井 良子

ここでは院内ツアーの時、各グループを3～4名の方々に案内して下さった。その案内者がめいめい「日本病院会病院視察研究会……案内依頼……」の表紙のついた刷物を手にされていた。それを見て、我々一行のために病院ぐるみで受け入れ準備をしてくださったことを知り、ありがたかった。

ナースの平均年齢は23歳何カ月、看護婦、准看護婦250名中、昭和53年度の新入看護婦はたったの10名であったとは羨しい限りである。

ナースの子供に限り、0～3歳児保育を実施していることも、ナースの定着に役立っているであろう。

各看護単位(40～60床)にはナースエイドが3名、クラーク1名が配置されている。ある婦長さんが、ナースエイドが休んだ時など、日頃彼女らのしている仕事を看護婦がしながらないので困ると話されていたが、これはどこの病院でもよく見られる現象であろう。

診療補助業務に関する基準が、一応は作られているものの、各医師によってその方法、器材がまちまちであると伺った。関係者みんなの合意により、しっかりした基準が作られ、それが守られたなら、看護部門の業務もすっきりし、より働きやすくなるであろう。多くの困難はあるが是非そうなるように努力されることを願わずにはられない。

(聖路加国際病院・看護教育婦長)

名古屋保健衛生大学病院

吉井 良子

病院に到着して、まず建物の立派さに驚嘆した。森副院長は「本院はこれから成長していく病院である。目標は、世界一の理想的病院にすることだ」とおっしゃられていたが、その意気込みこそ病院発展の原動力であろう。

看護管理室には各ナースステーションの様子がテレビで映し出されていた。これは勤務評定のためではなく、必要に応じて、リリーフ体制を円滑にするために利用されているということであった。

病棟・手術室などの構造は、患者および職員の動線が十分に考慮されている。処方箋は3連式になっており、うち1枚が薬札あるいは注射カードとなり、転記の無駄を省いている。また1患者1抽出の与薬車、深夜0時にそっくり入れ替えられる注射薬のA. B. Csetなど、我々が日頃何とかしなければと思っているものが、ここでは機能的に動いている。

大方の研究員の垂涎的になったのは、たぶん手術室のPatient' Transter Hatchway システムであり、また図書室ではなかったろうか。

名古屋保健衛生大学の実習病院として、教育にかかわる配慮がなされているのは当然であるとしても、看護学生の臨床指導に当る病院側の職員に対して、サラリーの上積みをしたたり、将来は、大学の助手扱いにするとといった構想などは、看護職員をモチベートするのに有効であろう。

高邁なる理念と、人材・資金の活用により、今後ますます発展されることであろう。

(聖路加国際病院・看護教育婦長)

医療法人 大雄会病院

(総合大雄会病院 大雄会第一病院)

中尾加代子

地域医療と住民の健康を守るため、大正13年初代院長伊藤郡二氏により医院として開設、その後、放射線関係に力を注ぎ常に最新の医療機器を導入して今日に至る。

昭和41年医療法人大雄会設立、昭和43年二代目伊藤研氏により総合的かつ一貫的医療の推進に全力が注がれた。昭和48年医療法人では県下唯一の総合病院として認可を受け、昭和49年伊藤放射線科病院を総合大雄会病院と改名し同時に大雄会第一病院を設立した。

最新の医療をすすめる中で昭和44年外科と産科で急性腎不全で2人死亡した為、昭和45年人工腎センターを開設し、人工腎には最も力を注いでいた。

透析液供給装置として

ME S 1100型	10人用	2台
DWS	10人用	1台
ミルトンロイ®	1人用	1台

の32台あり、椅子式のものは、通院患者に好評とのことである。患者数107名で、昼間57名、夜間57名、装置は24時間フル回転で

8:30~5:00	N
4:00~0:30	N
0:00~8:30	透析士(テイニジャン)

が管理している。(透析士というのは愛知県のみで行なっている透析士認定試験合格者で男性に限る。)

患者中心の医療をするというのが、院長の基本的な姿勢であり、主治医の判断下に院長の決済がおりれば無料にすることもありに無料の個室も持っているということである。

さらに職員教育には力を入れている。看護部門において、教育部長はおいていないが、卒後3年以上主任認定試験をして、主任にする方法をとっている。現に24歳の若い主任看護婦が一病棟を管理していた。中間管理職が不足している為、人材

の完成に力を入れているとのことである。

1つの医院から次々に建物を増やし、2つの病院と1つの看護学校をもって大雄会病院と名っているが、敷地の問題で3つの建物が分かれて建ててあり、それぞれの建物において諸設備があるので、非常に不経済であり、機能的に使いにくいということである。職員の動線も大変だと思う。

私的病院としての種々の問題はありますが、必要なものは購入して、設備の近代化に努め、公的病院と同じ土俵でがんばりたいと医療保健本来の目的の為に、バイタリティな院長をはじめ全職員が一丸となってがんばっておられた。

(済生会中津病院・病棟副長・主任看護婦)

名古屋掖済会病院

救急センターを見学して

川勝 光子

車中討論会に耳を傾けているうちに、私達を乗せたバスは、最終目的地である名古屋掖済会病院に到着、暖かく迎えてくださった職員の皆様方の笑顔やロビー壁面一杯の美しい陶壁を見たとき張りつめていた私の心がほっと一息和む思いであった。さっそくエレベーターで本館会議室へ案内され心づくしの熱いコーヒーをいただきながら見学目的である救急センターの概要を大場部長先生より詳しく説明していただいた。

病床数 本館346床

救命センター30床

(ICU4, CCU2, HCU24)

昭和52年度 救急センター患者収容数

19,169名

内入院数 1,696名

入院比率 8.8%

センター看護婦数38名(内正看18名)

スライドを使用しセンターの構造や設備についてまた収容患者状況についての種々の統計から現在の活動状況の説明を受けた後全員でセンター内を見学させていただいた。1階は処置室と各種検査室、2階はICU, CCUを、3階ではHCUを中心に配置され、連絡通路で本館のOP室、サ

ブライと結ばれる構造になっていた。

看護体制は3交代制でチームナーシングを実施していると婦長さんより説明を受けた。各階の配置人員は、

1階では、昼間1名、夜間2名

2階では、昼間4～5名夜間2名

3階では、昼間12～13名、夜間3～4名

上記の人員を配置し2カ月毎で各階毎の勤務交替をされているとのこと。患者の滞在日数は2階に1週間で平均4～6日で3階へ転室させ、その後患者は、本館へ転室または他院へ転送させるシステムであると説明を受けた。

センター内へ1歩足を踏み入れたとたん、大きく示された面会時間の表示に、私は、何か一種の

緊張感を呼び起こされた。それには、

2階、AM10～10:30の間に10分以内

PM3～3:30の間に10分以内

3階 PM3～8:30の間に30分以内

と記載されていた。婦長さんのきびきびした中にやさしさがこもった雰囲気と部長先生の活動的な自信に満ちあふれたご様子からこの場で救急患者がはこび込まれた時、さぞかしてきばきと訓練のいきとどいた体制を一瞬のうちに組みあげられることだろうと思うと、幸か不幸か救急車が入ってこなかったのを残念に思いつつ短時間の見学をかけ足で終了した。

(済生会中津病院・病棟副長・主任看護婦)

お知らせ

全国研究会、セミナー、海外視察研究等の開催案内は、今年度から日本病院会雑誌巻末の綴込み、日本病院会ニュースの挟込みで、お届けすることとなりました。現在行なっておりますダイレクトのご案内は、昭和54年1月からいっさいなくす方針でおりますので、雑誌、ニュース配布時には特にご注意をお願い致します。

第19回 人間ドック学会一般演題抄録

No.1~40

8月18日(金)~19日(土) 京都・文化芸術会館

1. 白血球自動分類機〔HEMATRAK〕の使用 経験（ドック受診者の検討）

京都第二赤十字病院中央検査部

○福井 悦雄 新井 良樹
奥野 晶三 藤井 智子
塩見 和代 黒川 尚子
川人 正子

京都第二赤十字病院内科 林 英夫 藤田 洋
小関 忠尚

1. はじめに

白血球自動分類機は、現在国産機種を含め5機種が、市場に供されている。これら白血球自動分類機の原理は、パターン認識によるもの、および、細胞化学反応を応用したものに大別される。今回パターン認識を原理とする白血球自動分類機〔HEMATRAK〕を導入し、日常業務の一環として稼動するに当たって、従来法との比較検討、および、人間ドック受診者による正常値の検討などを行なったので報告する。

なお、〔HEMATRAK〕では、Stab・Segment・Eosin Baso・Lympho・Monoの6項目を自動分類し得るが、これら以外の細胞、および、6項目のうちでも分類不能と判定された細胞は、“Suspect”として表示される。これらの“Suspect”となった細胞は、自動的に顕微鏡下に映し出され、技師により分類され、データとして入力される。

2. 方法および対象

抗凝剤はEDTA-2Kを使用し、全て静脈血により、従来と同様 manual による引きガラス法により、塗抹標本を作成し、自然乾燥の後、自動染色装置を用いて、〔HEMATRAK〕用、wright 染色液により、染色を行なった。

なお、〔HEMATRAK〕では、専用の塗抹装置が準備されているが、manual により作成された標本の自動分類

が可能であり、更に処理能力も向上するため、全て manual により塗抹標本を作成した。

標本の観察部位は、成績の項でのべる理由により、塗抹の引き始めにより、引き終わりまでの1/2~2/3の部位に設定した。また、観察すべき白血球数については、これもまた、後述する理由により、全て白血球100個を分類対象とした。

正常値は、当院ドック受診者のうち、200名（男子154名・女子46名）を対象として検討した。対象者の年齢は、26歳~73歳で、平均年齢は48才であった。また、相関関係や再現性の検討には、ドック受診者を含む、患者標本を対象とした。

3. 成績

①塗抹標本上の最も適切な部位の設定

標本の引き始めより、引き終わりまでを3等分し、各々の中央を走査し10例について検討した。引き始めに近い部位では、乾燥状態が悪く、Lymphoの出現率が多くなり、引き終りに近い部位では、細胞の破壊・変性が強く、“suspect”の出現が多くなった。即ち標本の中央あるいは、引き始めから2/3付近が自動分類に適切な部位と考えられた。

②観察すべき白血球数の設定

分類すべき白血球数については、〔HEMATRAK〕では、50、100、200、400、800個、および無限大の6項目のうち、いずれかが選択可能であるが、50個分類ではデータのバラツキが大きく特に、Lympho・Monoの出現率にバラツキが大であった。100個以上の分類では、ほぼ安定した結果が得られ、処理時間を考慮し、100個分類が適当と考えられた。

③再現性について

同一人の、しかも同一標本上で、少し視野を変えて分類した場合、出現頻度の高い細胞、例えば Segment・Lympho では、再現性は高くなったが、出現率の低いものでは再現性は低下した。また同一人血液であっても標本が異なると再現性はより低下している。

④従来法と〔HEMATRAK〕との成績の相関性

同一標本について、従来の目視法と〔HEMATRAK〕との両者の百分比について、各細胞の相関性を100例に

表1 従来法と〔HEMATRAK〕の相関性

[n=100]

	Stab	Segment	Eosin	Lympho	Mono	Stab+Segment
相関係数(r)	r=0.56 P<0.01	r=0.90 P<0.01	r=0.72 P<0.01	r=0.92 P<0.01	r=0.58 P<0.01	r=0.93 P<0.01
回帰式(Y)	0.64x+0.42	0.92x+4.95	0.74x+0.80	0.96x+1.69	0.57x+2.27	0.96x+1.64

※ Baso は Suspect として検出される率が高いため除外した。

表2 ドック受診者の成績

[n=200] (%)

	Stab	Segment	Eosin	Baso	Lympho	Mono
平均値 〔HEMATRAK〕	3.2	53.6	1.6	0.4	35.5	5.3
平均値 〔小宮ら〕	4.5	49.0	3.0	0.5	38.0	5.6

について検討した。結果は表1に示した。

⑤ドック受診者の〔HEMATRAK〕による成績

結果は小宮氏らの報告と共に表2に示した。なお、"Suspect" の出現数は、白血球100個に対し、平均4.6個、SD=2.9個であった。"Suspect" となった細胞の内訳は、Lympho + Mono + Atypical + Lympho + Small Lympho ではほぼ75%を占め、他に BaSo, 核影 large Pletelet, dust などが少数づつ認められた。

4. 考案と総括象

〔HEMATRAK〕による、白血球自動分類は、従来の目視法と比して、ほぼ遜色のない結果が得られた。例えば上記ドック受診者200例について、各白血球分比の平均値を、小宮氏らの報告による成績と比較した場合、Eosinが〔HEMATRAK〕でやや低値を示した以外はほぼ完全に一致した。処理能力の点でも、1時間当たり、50~60枚の標本処理が可能であり、白血病など特殊な疾患を除けば、〔HEMATRAK〕の日常検査業務に果たす意義は極めて大きく、省力化に大きく、貢献するものと考えられる。今後、Blastを含む異常細胞が、"Suspect"として、的確に検出されているかどうか、検討を要するが、我々の半年間の使用経験では、満足し得るものである。

(参考文献)

- 1) 小宮悦造：臨床血液学第8版、P5 南山堂1958
- 2) 森谷素美他：自動白血球分類機の使用経験、衛生検査、26-3、P347 日本衛生検査技師会

2. 老年者のヘマトクリット値について

仙台市立病院 丹野 三男 伊藤 明一
鈴木 彦之 布川 喬
篠田 晋 長島 道夫
大滝 正通

脳卒中、特に脳硬塞の成因には動脈硬化を基盤とする血管病変、高血圧、年齢等と共に血液粘度も重要な因子と考えられている。血液粘度と最も相関の高いヘマトクリット値(以下 Ht)と脳硬塞との関係については亀山、東儀氏等の報告があり、硬塞例では対照に比し発症前及び発症後の Ht が有意に高いことが指摘されている。一方 Gaisböck 代来高血圧患者には Stress polycythemia があることも古くから知られている。

以上のことから老年者に多い脳梗塞の予防という面で Ht を適正な値に維持することが望ましいと考えられるので、梗塞発症前の Ht の状態を知るための60才以上の男子ドック受診者の Ht の成績及び2~3の検査所見との関係について検討した。

1) 60~75才平均66才の男子81例の Ht は43.3±3.3%、50~59才の男子85例の Ht は44.9±3.2%であった。東京都養育院附属病院の野間氏の報告は50才代43.86±3.28%、60才代38.86±4.64%に比し我々の例は高値を示した。

2) 血圧と Ht との関係を見ると最高血圧150以上の

例はそれ以下の例に比し Ht は45%以上の高値に分布する傾向にあった。

50才代は150以上の例が少なく以上の関係は認められなかった。

3) 眼底所見で Sheie の分類による網膜動脈の硬化2度以上の例と、0~1度の例と Ht の関係を見ると明らかな相関はないが48~50%の高 Ht は2度以上の例に多いことがうかがわれた。50才代では2度以上の例は少なく、両者の関係は不明であった。

4) 亀山氏等は老年者脳硬塞の剖検所見と Ht との対比から、発症前及び発症後の Ht が45%以上の例に梗塞の出現が多いこと、また動脈硬化高度の例では、Ht が40%以上になると梗塞の危険が多いことを指摘している。Ht 40%以下を第1群、41~45%を第2群、46%以上を第3群として、各群の間に他の検査所見の差異があるかどうかを検討した。最高血圧に関しては5%の危険率で有意の差を認めたと、最低血圧、尿蛋白出現率、血清総コレステロール、S T T変化出現率等には推計学的に有意の差はなかった。

5) 過去4回の受診時の Ht が常に48~50%の高値を維持した65才の男子の追跡例を述べた。血圧は165~90前後、尿蛋白(+), 血清総コレステロール 270mg/dl 前後、Sheie 分類の硬化度2~3度、S T, Tの軽度変化、肺機能で軽度の閉塞性障害を示した。神経症状はなく、降圧剤の服用もなく、積極的に水分の摂取をすすめるも Ht の改善はなかった。

亀山氏等は老年者の脳硬塞の剖検例から梗塞の発症は Ht が成人の正常範囲内である46%を越えると著しく高くなること、また Framingham Study によると脳硬塞の発症する頻度は男子では Hb 15gr/dl 以上になるとそれ以下の2倍であると報告しており、高 Ht は老年者脳硬塞の危険因子の一つと考えられている。我々は60才以上のドック受診者の Ht について検討してみたが野間氏等の報告より高目にあること、また最高血圧150以上、眼底所見で Sheie 分類の硬化度2度以上の例では Ht が高値の傾向にあったがその他の検査所見とは関係がなかった。また高 Ht を維持した1例を追跡したが、その原因は明らかではなく、改善も認められず、神経症状の出現もなく経過している。

以上脳硬塞の危険因子の一つと考えられる Ht につき2, 3の検査所見との関係を検討したが、我々の成績から脳硬塞発症の予防という面から Ht を評価するに足る十分な結果は得られなかった。然しながら少なくとも良好な状態ではないと考えられるので、追跡する価値があるのではないかと考えられた。

3. 自動化健診における貧血について

東芝総合健診センター ○三輪 卓爾 飯田 晶
富樫 実 都布 久誠
河合 正武 片桐 敬

貧血は頻度が高く種類も多い病態であるが、特に女性では鉄代謝との関連で低色性の貧血が多く、また男性も含めてしばしば予後の重大な疾患に続発する点でも重要である。さらに、方法や精度が満足すべきものであるかぎり、測定値自体が病態の有無を規定できる点で、我々にとって特異な病態でもある。

ここではまず、首都圏の勤労者とその家族を主対象とする企業体病院併設の自動化健診施設である演者らの機関における開所来8年間の貧血の頻度について述べ、ついで貧血の再発の問題を解明する目的で、問診に含まれている貧血関連の既往歴と、受診時点での貧血の有無との関連を追及した成績をのべることにする。

昭和53年3月まで8年間の受診者36,289名(男女比は3.3:1, 年令階層のピークは30才台と40才台)について年度別・性別・年令階層別に血色素量・赤血球数の分布状況を示すが、要約すれば、Hbは男14.99±2.07g/dl, 女12.91±2.41g/dl, RBCは男464.4±72.3万, 女409.3±67.9万であった。

演者は4年前、上と同様の数的検討と臨床的顕慮とからHbでは男13g/dl, 女11g/dl以下, RBCでは男400万, 女360万以下を原則的な要精検の基準とし、この限界をやや上まわるところ(男Hb13g/dl台など)では消化管レントゲン・顕微鏡的血尿なども併せた総合的判断をしてきた。ここでも以下では一応Hbについて同基準による集計を試みる。

表1, 表2に年令階層区分をやや簡略化した形でそれぞれ男性・女性の貧血者比率を年度別に示した。貧血はこの集団においては、男性全体の2.3%, 年令階層50才以上では4.7%と高率となるのに反して、女性全体としては5%と男性の2倍以上に見られるが、年令階層では30~40才台に6.8%と高率で、50才以上では2.2%と激減する。大まかにいえば、貧血は男性では中年を過ぎたあとの病気で、女性では女盛りの病気だともいえよう。

いうまでもなく、こうした貧血者比率は母集団の性格・構成や、貧血の範囲をどういう目的・観点からどう設定するかで大きく変る。いまこころみに同じデータをWHOの鉄欠乏性貧血研究班の基準である成人男子Hb14g/dl, 女性12g/dl以下に従って貧血比率を求めたもの

表1 ♂ Hb 年令別 [$<13g/dl$] の年次別推移

年令	年度	45	46	47	48	49	50	51	52	全年度
≦ 29		4/434	2/274	6/306	10/327	5/377	8/426	1/358	5/372	41/2874
		0.92	0.73	1.96	3.06	1.33	1.88	0.28	1.34	1.43
30~49		8/1277	25/2451	33/2418	50/2345	35/2377	53/2382	45/2466	34/2729	263/18445
		0.63	1.01	1.36	2.13	1.47	2.23	1.82	1.25	1.43
≧ 50		24/590	33/774	32/959	52/840	42/811	43/808	40/778	40/916	306/6476
		4.07	4.26	3.34	6.19	5.18	5.32	5.14	4.37	4.73
全年令		36/2301	60/3499	71/3683	112/3512	82/3565	104/3616	86/3602	79/4017	930/27795
		1.56	1.71	1.93	3.18	2.30	2.88	2.39	1.97	2.28

表2 ♀ Hb 年令別 [$<11g/dl$] の年次別推移

年令	年度	45	46	47	48	49	50	51	52	全年度
≦ 29		4/149	4/196	11/162	3/176	5/209	11/202	9/215	10/204	56/1513
		2.68	2.04	6.79	1.70	2.39	5.44	4.19	4.90	3.70
30~49		21/321	22/381	24/415	43/548	53/722	50/650	47/739	56/860	316/4636
		6.54	5.77	5.78	7.85	7.34	7.69	6.36	6.51	6.81
≧ 50		5/213	3/234	4/285	5/299	5/292	12/321	7/298	10/403	51/2345
		2.34	1.28	1.40	1.69	1.71	3.74	2.35	2.48	2.17
全年令		30/683	29/811	39/862	51/1023	63/1223	73/1173	63/1252	76/1467	424/8494
		4.39	3.58	4.52	4.98	5.15	6.22	5.03	5.18	4.99

を示すが、これによれば貧血は男性で13.6%、女性で14.6%とほぼ同率に見られる病態で、とくに50才以上の男性では2割以上が貧血ということになる。

なお演者らが一貫して利用した機器テクニコン4Aでは赤血球諸指数は直接出てこず、ヘマトクリットにも若干の問題があるので、ここではコンピュータに算出させた色素指数の分布状況と、各色素指数に対応する血色素量の平均値とを示す。色素指数1のものが男女とも6-7割を占めるが、1以下のものは女性において高率に見られた。

演者らは、13枚のマーク・カードを使用して198問の間診をおこなっているが、その中に貧血の既往歴に関連したつぎのような3問が含まれている。①顔色が悪いといわれたことがあるか。②ひどい貧血にかかったことがあるか。③鉄剤などの貧血治療薬を使ったことがあるか。①にイエスと答えたのは男性受診者全体の24.2%で、該当者中受診時点での貧血者比率は3.4%、女性では31.7

%の該当者中貧血者は9.9%だった。②にイエスと答えたのは男性の0.9%で、該当者中の貧血者は11%、女性では4.6%の該当者中貧血者は16.3%、③にイエスと答えたのは男性受診者中1.0%で、該当者中貧血者は9.6%、女性では6.7%の該当者中貧血者は8.0%であった。こうした既往歴の有無が、受診時点での現症としての貧血の存否にどう関連しているかを検定したところ、男性ではどの既往歴についても有意差が見られたのに反して、女性では②の既往歴についてのみ有意差が見られるに止まった。

また、以上と逆に、現症として貧血が見られた受診者中での各既往歴の頻度は、①で男34.2%、女49.1%、②で男4.1%、女13.7%、③で男4.1%、女9.9%であった。

貧血者の中で「ひどい貧血にかかったことがある」あるいは「貧血治療薬を使ったことがある」という既往歴の持主を、かりに再発貧血者と見なすならば、その比率は男性で約4%、女性で10-14%ということになるであ

ろう。

4. ドック検診と白血病

東京都教職員互助会 三楽病院 健康管理科

長谷部 碩 黒田 久信

産婦人科 唐沢 陽介

緒言：高令者に白血病による死亡者が増加している。ドック検診で白血病を発見する率は極めて少ないが、高令者にいわゆる smouldering leukemia が多いこと、ドック受診対象者が40才以上の人が多いことなどを考えると今後注意を払う必要があろう。本院では、昭和42年4月から53年3月までの間に、1泊2日の人間ドックを男子17,435名、女子9,522名、合計26,957名が受診した。この間、人間ドックにまつわる急性骨髄性白血病1例、人間ドック受診時に、貧血と白血球減少と血沈の高度促進をみ、4カ月後の骨髓穿刺で Auer 小体を認めた白血病細胞の出現をみた Preleukemia の1例、さらに、昭和47年から実施している半日婦人ドックで診断した慢性骨髄性白血病の1例を経験したので報告した。

症例：第1例、49才、男子、教員。昭和42年6月の第1回人間ドック受診の際、白血球が3,100と減少していた。3週後の再検では6,300と正常値を示した。44年7月頃、顔面蒼白を指摘されたが放置。同年9月、眩暈と呼吸困難を主訴として内科外来を受診。9月12日の血算で赤血球176万、色素量5.6g/dl、白血球2400、白血球百分率で、18-20μ大、多くの細胞に3-4μ大の核小体を1個有し、核は弯入をみ、胞質は赤褐色の顆粒を有し、Auer 小体を認める白血病細胞を72%認めた。患者は指定日に来院せずに、1週後の9月19日、かねて予約してあった第2回目人間ドックに入院した。ただちに内科病棟に収容した。胸骨穿刺の結果、有核細胞数177,500/cmm、骨髓巨核球1.1/cmm、白血病細胞を68.5%認め、急性骨髄性白血病と診断した。

才、女子、小学校校長。昭和49年12月4日、人間ドックを受

第2例：56才。赤血球420万、色素量11.3g/dl、ヘマトクリット34.6%、白血球2,600と比較的リンパ球増多(85%)と血沈1時間値90mm。昭和50年4月の第3回目の骨髓穿刺で Auer 小体を認める白血病細胞(10.8%)をみて急性骨髄性白血病と診断。

第3例：46才、女子、教員。昭和51年10月8日の婦人ドックを受診。慢性骨髄性白血病と診断。

考按：厚生省の統計では、ここ10~15年来、次第に白血病発症が高令化しているを示している。また、昭和35

年の白血病の人口10万対の訂正死亡率は、男子3.3名、女子2.5名だが、昭和50年には男子3.9名、女子3.0名と増加している。日本病理剖検輯報による急性骨髄性白血病の症例の年令別の百分率を算出し、昭和42年と昭和51年とを比較したところ、昭和51年では、45歳から加令と共に次第に症例が増加する傾向がみられた。

本院での昭和34年1月から昭和53年7月までの期間に、赤白血病、急性リンパ性白血病、慢性リンパ性白血病、慢性骨髄性白血病を除く30例の急性骨髄性白血病症例の初診時年令を3分し、前半の8年間の12例と後半の8年間の15例とを比較した。平均年令と中央値年令は、前半では45.8歳と48歳であるが、後半では51.8歳と55歳となり、高令化を示していた。慢性骨髄性白血病は症例が少なく、一定の傾向はみられなかった。

人間ドック受診時の白血病発見率は極めて少ない。我が第2例は、ドック受診時には軽度貧血と白血球減少と高度血沈促進という血球要素の欠陥をみたが、白血病細胞は欠如し retrospective には Preleukemic stage にあったといえよう。本院の12年間の短期人間ドック受診の男女26,957名中1名(0.004%)であった。第3例の慢性骨髄性白血病は8年間の婦人ドック受診者2,526名中1名(0.04%)であった。

正岡は8年間の短期ドック受診者7,671名中、急性骨髄性白血病男子1名(0.013%)、慢性骨髄性白血病男子1名と報告した。千葉は、17年間の短期ドック受診者8,177名中に非定型の急性骨髄性白血病の52歳男子1例

表1 人間ドック受診時に白血球減少を示した症例の再検時の白血球数について

症例	ドック時	再検時	症例	ドック時	再検時
1	2,600	3,200	15	3,400	7,100
2	2,600	5,900	16	3,500	5,200
3	2,900	5,100	17	3,500	6,800
4	3,000	3,500	18	3,600	4,900
5	3,000	6,900	19	3,700	4,800
6	3,200	4,200	20	3,700	5,000
7	3,200	4,700	21	3,700	5,300
8	3,200	5,200	22	3,700	5,300
9	3,200	4,600	23	3,700	5,400
10	3,300	5,900	24	3,700	8,100
11	3,400	4,300	25	3,800	4,500
12	3,400	5,700	26	3,900	4,400
13	3,400	5,800	27	3,900	5,700
14	3,400	6,800	28	4,000	5,200

(昭和49年~52年)

(0.012%)を報告した。

本院で昭和49年4月から53年3月までの間の人間ドック受診者18,162名中、白血球減少(4,000以下)をみた症例は528名であった。演者が1~2ヵ月後、再検を行ない得た28例中26名は、4,200以上を示した。再検時に4,000以下を示したのは、今回報告の第2例と、64歳の女子であり、3,200と3,500を示した。後者は、その後来院していないのでその後の消息は不明である(表1)。

日野によれば、健康と思われる日本人の約2%に白血球が4,000未満を示すという。4,000未満の人は、くり返して測定し、常に少ない値を示す人に精査をすることを強調している。

結語：ドック受診時に血球要素の欠陥、とくに白血球数に減少をみた場合には、必ず再検し、必要があれば骨髓穿刺をくり返し施行して経過を観察することは、高齢者に白血病が、とくに smouldering leukemia が増加する傾向にある今日、必要なことであろう。

5. 発症20日前に人間ドックに入院し、全く異常を認めなかった急性白血病の一例

三井記念病院内科 ○芦田 映直 斎藤 祺一
田中 茂
* 健康管理科 清瀬 闊

我々は最近、当院人間ドックに入院し、約20日後に急性白血病を発症した症例を経験したので、その所見とドックにおける急性白血病に関する対策につき考案し、報告する。症例は50歳男性。主訴は発熱と腰痛。家族歴は特記すべきことなし。既往歴は歴23で虫垂切除術。原爆被爆や放射線治療の既往なし。海外出張でスペインに1年、イタリアに3年、韓国に4年滞在した。現病歴、昭和53年1月30日・31日の2日間当院人間ドックに入院。当時自覚症なし。便に回虫卵がみられた以外に、理学的及び検査所見で異常なし。回虫は Santonin 及びカイニン酸で駆虫された。ドック20日後の2月20日頃より食欲低下、口渇、発熱、全身倦怠感、腰痛が出現し、3月5日より下腿点状出血、歯肉出血が出現。3月6日近医で末梢白血球数44,100、異常細胞80%が認められ、3月10日当院内科入院。入院時現症、脈拍84/分、整。血圧152/62mmHg。貧血・黄疸なし。軀幹・四肢に多数の点状出血。リンパ節触知せず。肝脾腫なし。神経学的に異常なし。検査所見、ドック時及び発症後の検査所見を比較すると、血液生化学では、1月30日ドック時 Ca9.1, Cr1.1, UA5.0, Al-P9, GOT24, LDH126と全く異常

なし。3月10日第1回入院時 Ca 14.6mg/dl, UA15.3 mg/dl, LDH1,009 IUと著増し, Cr 2.2mg/dl, Al-P 25K・A・U, GOT97Uと増加がみられた。LDH isozyme でⅢ型の増加あり。6月5日の寛解時には全く正常化し、再発の7月1日 Ca 17.0mg/dl, UA18.8 mg/dl LDH3,887 IU, Cr 4.0mg/dl, GOT187Uと再増悪した。その他の検査所見では、1月30日ドック時は便に回虫卵がみられた以外に異常はなかったが、3月10日入院時には、ESR59mm/h, CRP(5+)と異常が認められた。血液所見では、3月9日初診時の末血像, WBC64,000, 分画 [Blasts 95.0%, Myelo 0.5, St. 1.0, Seg. 0.5, Ly.3.0] RBC423万, Hb 13.3g/dl, Plt. 2.0万, 3月10日第1回入院時の骨髓像, NCC52万/mm³, Mfgk.12/mm³, Blasts 96.3%, 分裂像0.1%。発症後の末血像のW-G染色では, blastの細胞は中等度の広さで、軽度好適基性。顆粒はみられない。核の chromatin は粗大で、核小体はそれほどはっきりしない。Auer小体はみられず、Peroxidase反応は陰性。

PAS染色では blast細胞質に顆粒状に染まるものがみられる。また Sudan-Black 染色では陰性、好中球 Al-P score は392と高値を示し、血清及び尿中 Lysozyme 活性はほぼ正常。入院後の末梢血細胞の染色体分析は正常核型。以上よりALLと診断した。1月31日ドック時の末血像, RBC457万, Hb 14.9g/dl, Plt. 26.6万, Ret. 2%, WBC6,000, 分画 [St. 2%, Seg. 56, Eo. 3, Ba. 0, Mo. 1, Ly. 38] と全く異常なし。末血球形態では有核赤血球なく、奇形赤血球なし。血小板は一部にやき大型のものがみられた。白血球は好中球優位で分業異常なし。リンパ球は1個の Türk 刺激型の小リンパ球がみられたが、アズール顆粒を有するものが多く、retrospective にみても、はっきりと白血病細胞と断定できるものはみられなかった。入院後経過、DCP療法にて完全寛解に達し、6月21日退院。6月25日頃より、再び腰痛、発熱、食欲低下、点状出血が出現、6月30日再入院。再入院時末血像は、WBC25,400, blast 70%, Hb 11.4g/dl, Plt.4.1万。骨髓像 blast 98%再発、と診断し、DVP療法にて再び完全寛解に達し現在に至っている。

考案：急性白血病の人間ドックによる予知を考える場合、その発症様式を考える必要があると思われる。体内に1個の白血病細胞のできた時を発病とし、症状出現を発症と定義すると、一般に体内に10¹²個の白血病細胞があると発症し、10⁸~10⁹個以下では骨髓穿刺でも白血病細胞は見つからないとされている。前白血病を星野は、1972年に顕著な血液学的異常を示して白血病を強く示唆するが断定する十分の根拠を具備するに至らない早

期白血病，白血病としての通常の診断的特徴を欠き，むしろ他の血液疾患に相当する臨床的異常を示す前駆疾患，一見全く健康で血液学的にも殆んど異常の認められない潜伏期の3つに分け，潜伏期のみられた症例では，悍核好中球と単球の増加と，異型及び異常リンパ球の増加を報告している。大橋は急性白血病は臨床的に発症前に異常状態や徴症状を示すものと，示さないものとの2種類あるとのべている。本症例はドック時骨髓穿刺を行っていないので断定はできないが，ドックの時126と正常のLDHが，入院時1,009と高値を示したことより，ドック後に急激な増殖がおこったと思われる。細胞回転では，ドック時体内白血病細胞数108個として20日後に10~12個とすると，100%分裂するとして2倍に増加するのに1.5日となる。急性白血病の世代時間は3~6日とされているが，crowding stateのdataで，最近では増殖期には，もっと速い可能性が考えられている。人間ドックでのALの子知は前記のSt., Mo., 異型・異常リンパ球の増加に注意することは勿論だが，次の所見のないものでは現在の内容では不可能な場合があり，今後末梢血染色体検査，リンパ球 subpopulation 好中球 AI-P 染色の導入が期待される。

6. 人間ドックにおける乳房検査のための超音波断層法の応用

順天堂大学医学部 ○堤 正夫 和賀井敏夫
医療法人同友会 佐久間勝美 朴 承彦
高谷 雅史 難波 照男

はじめに

近年，乳癌は増加傾向にあるため，集団検診のみならず，人間ドックにおける乳癌早期発見の意義も大きいものと考えられる。

我々は，人間ドックにおける乳癌スクリーニングのため，一次検査である視，触診に加えて，従来は2次検査法であった超音波検査を併用した乳房検診システムを確立し，良好な成績をおさめているので報告する。

超音波断層法は，超音波パルス反射法の原理を応用したもので，超音波のエコーで，乳房の薄いスライス状の断面像を描写する方法である。ゲレースケール断層法を利用することにより，乳腺の軟部組織構造の映像化が極めて良好になったこと，さらに超音波断層法は，生体に無侵襲，無害であるという利点は，人間ドックにおける利用に適しているといえる。

対 象

1976年9月より1978年6月までの人間ドックの受診者のうち，女性の超音波検査希望者を対象とした。

超音波断層装置の性能

装置は，施設設置型の乳腺，甲状腺専用の階調性超音波断層装置である。水密封式水浸リニア走査方式で，スカナーボックスは，乳房検査部位に応じて自由な方向，角度の走査が可能である。

探触子は，周波数5MHz，大きさ10mm，R80の高分解能，高指向性集束振動子（5Z10R80）で，増幅特性は，ダイナミックレンジ70dB以上の対数増幅器を使用した。

画像モニターには，輝光がシャープな非残光性のCRTを使用した。

一断層面の走査速度は，2秒間，断層面移動は一秒，5mm間隔9断面連続撮影（Serial echography）で，自動的に15+5cm範囲の乳房面を約30秒で走査する。両側乳房の所用時間は1人当り約3分，1時間で15~20名の検査が可能である。

検査実施方法

乳房検査用記録用紙は，日本対癌協会集検標準方式に準じた我々独自の乳房検査専用記録用紙を作製した。一次検診所見である問診，視触診と共に，二次検診であり超音波検査所見を同時に記載するようにしてある。

視，触診で正常と判定された乳房に対しても，乳癌の発見部位が，乳房の上半分に多いという特徴を考慮して，同部を中心に走査することをルーチンとしている。

乳房に異常所見がある場合は，あらかじめ医師がマークをつけ，これを中心に9枚の連続断層写真を撮影する。

断層像の記録は，ポラロイドまたはフィルムに保存する。

超音波断層像判定基準

正常乳腺の超音波断層像の基本像（図1）は，主に若年者に多くみられる乳房内における乳腺実質の高い割合とまた乳腺内の小囊胞様構造を示すタイプ，そして，年配者に多くみられるところの厚い皮下脂肪層と乳腺実質の高いエコー密度を示すタイプの二型に分類できる。時として，両者の合併したタイプもみられる。

正常乳腺の所見も，加齢と共に，生理，出産，授乳の周期現象によって変化を示すことがあるので撮影に際しては十分な留意をすることがある。

乳腺実質内に限局性の腫瘍像が検出された場合の良性，悪性の判定基準は，腫瘍像の輪郭辺縁像，内部像，後壁像および皮膚浸潤像の4項目で行なっている。

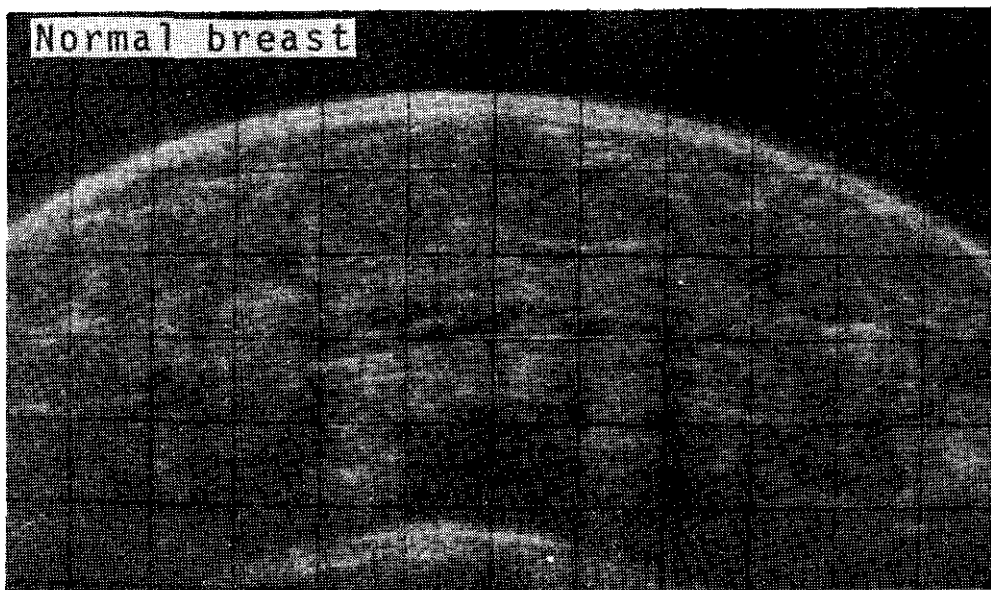
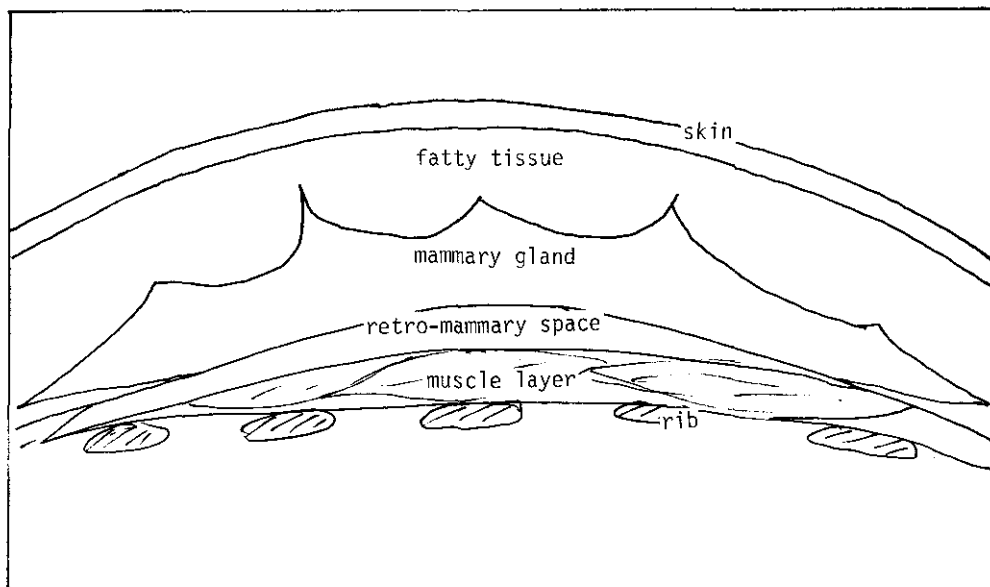


図1 正常乳腺



良性腫瘍の特徴は、輪郭辺縁は整、内部像は、微細均一、後壁像は明瞭である。これに対して、悪性腫瘍は、輪郭辺縁は不整で硬く、内部像が不均一そして後壁像は不明瞭または後方音響陰影を示す。時として皮膚浸潤像も示す。

以上の撮影判定基準による乳房の診断率は我々の施設では90%程度であり、とくに最近のいわゆる2cm以下の早期乳房では、80%以上という高率を示している。

結果

超音波受診者数は延べ1,029名で、同期間の人間ドック婦人受診者数1,895名の64%に当たる。

受診者の年齢分布は、40才代44.8%、次いで50才代23.6%、30才代22.6%とほぼ同数であった。

判定結果として、異常者は110名で、このうち超音波断層像上、悪性および疑悪性と判定したものは14名であった。

表1 精検結果

要 精 検 者	14
乳 癌	4
線 維 腺 腫	3
乳 腫 (嚢 腫 含 む) 症	2
経 過 観 察	5

これら、要精検者は、当ドック関連の病院で mammo-graphy, Biopsy など、2次、3次の精密検査を受けた。

表1は精検結果において乳癌4名が検出され、その検出率は約0.3%であった。この数字は、本邦における乳癌集団検診の乳癌発見率の平均0.1%、欧米における0.2%よりも高率であった。

この事実、人間ドックにおける乳房検査システム確立の重要性を示唆している。と同時に超音波断層法の有効性を物語るものと思われ、このシステムの普及を望む次第である。

最後に一次検査に超音波検査を併用することにより、受診者に対して少なくとも無用な侵襲的手段を最少限に抑え得るということを強調したい。

7. 人間ドックにおける胆嚢検査の再検討 (特にX線と超音波診断との対比)

牧田綜合病院 中島 安三 平松 登
笹森 典雄 田島 政人

近年、人間ドックに入院した人の経口胆嚢造影剤によるアレルギー現象が報告され、当院においても数例経験したので、その対策の1つとして後述のような規準によって超音波検査を昨年秋以来行なっているのを、これを胆嚢X線造影検査に併せて報告する。

人間ドックの対象人員は昭和52年10月初めから本年7月下旬までの間男女計2,231名である。

超音波検査はイ) ビロブチンアレルギー及びその疑いある者、ロ) 高令者 (70才以上) ハ) 前回の経口胆嚢造影で胆嚢陰性者の規準で行なった。このイ), ロ), ハ) に該当する症例は117例あり、これは全体の5.24%にあたる。またこの期間中に発見した胆石例は48例あり、こ

れは全体の2.15%にあたる。

一方、胆嚢X線検査は経口造影法、DIC及び一部には逆行性胆管造影を行ない、胆嚢像及び収縮時胆嚢像について胆嚢の大きさ、その濃度をプランニメーター及びデンストメーターPDA-81を用いて測定し、また胆道の直径、胆道の湾曲度を、また同時に行なっている胃、十二指腸造影写真でファーター氏乳頭の大きさなどを計測した。

検査結果 X線検査による上記の胆嚢の大きさ、濃度、胆道の直径、胆道の湾曲度またファーター氏乳頭の大きさを診断名 (胆石症、屈曲胆嚢・二房性胆嚢・胆道ジスキネジー・中隔形成胆嚢・異常なし) 別の平均値では特別の差はみられなかったが、個々の測定値でみると胆石症の胆嚢造影濃度は他の診断名のそれより薄いものが多かったとの印象があり、またこれらのドックで発見した胆石症と肝機能の間には明らかな相関は見られなかった。胆管の太さは前述の如く平均値では特別の所見はみられなかったが、胆管拡張 (1.0cm以上) のものが15例あり、この内8例は胆石症 (53.3%)、胆道ジスキネジスは4例 (26.7%)その他3例となっている。なおこれらの例については今後更に例数をふやして検討を続けるつもりである。

超音波診断は東芝SSL-53H型電子走査型超音波断層装置を用い、診断方法は右季肋音・肋間の2方向から走査し、その診断結果はSE、AS共に有るものは胆石陽性、その一方のみのものを胆石疑いとした。




X線検査の経口造影法とDICの比較では、経口造影法で胆石の21例はDICでも胆石、経口造影法で胆石疑いの7例はDICでは4例胆石、3例胆嚢の形態的及び機能的異常と診断され、経口造影法で造影不良の25例はDICで5例胆石、1例胆石疑い、10例胆嚢、形態的及び機能的異常、2例造影不良、7例異常なしと診断された。

超音波診断とDICの比較では、表1-1の如く、共に胆石と診断されたものは20例であり、DICで胆石 (+)、超音波で胆石 (-) と診断された5例の内訳は表1-2の通りであり、これはDICで胆嚢か胆道にぎっしりつまった結石が超音波では結石のエコーをとらえ難かった2例とDICで小さい浮遊結石のためにエコーをとらえ難かった2例、及び理由不明の1例であった。また表1-1でDICで胆石 (-)、超音波で胆石 (+) と診断された5例の内訳は表2の通りであり、その1例はDICでは胆嚢周囲の (恐らくは肝臓内の) 石灰化像であり、これを超音波は胆嚢結石と診断したもので、これは結論としては胆石 (-) とした例である。また1例は経

表1-1 超音波診断とDICの比較

Echo	D I C	胆 石	胆 石 疑 影 不 良	胆 の う 形 態 常 異	胆 道 ジ ス キ ネ ス	異 常 な し	撮 影 せ ず
胆 石 +		20	1	2	1		9
胆 石 ±		2		1			6
胆 石 -		5		10	8	4	47

表1-2 X線で胆石陽性・超音波陰性例の検討

症 例 番 号	D I C 所 見
第 5 症 例	
第 12 症 例 第 51 症 例	浮遊結石
第 64 症 例	
第 63 症 例	

8. 人間ドックにおける肝胆膵超音波スクリーニングについて

医療法人同友会 佐久間勝美 朴 承彦
高谷 雅史 難波 照男
埼玉大学 小林 正幸
順天堂大学 和賀井敏夫

表2 X線で胆石陰性超音波陽性の例

診 断	超 音 波 診 断	X 線 診 断	
		経口造影	D I C
第19症例	胆 石	屈曲胆のう胆のう周囲石灰化	左に同じ
第32症例	胆 石	二房性胆のう	左に同じ
第39症例	胆 石	造影不良	
第42症例	胆 石	造影不良	胆石疑い
第73症例	胆 石	造影不良	胆道ジスキネシス

口造影法で造影不良であったのに本人の希望によってDICを行ないえなかったもの、また2例はDICで胆石疑いのもと、経口造影法で胆石疑いとされたものである。残りの1例は経口造影法及びDICで共に二房性胆嚢と診断され胆石を疑われていなかった例である。

人間ドックにおける各種検査法には利用上各種の制約がある。検査が安全で繰り返し可能なこと、受診者に苦痛を与えず、検査時間も短かく、前処置が簡単であることなどである。また出来るだけ広く生体情報を集め、総合的に判断するための種々の検査法の併用が必要である。さらにその検査がそれぞれ独自の診断価値を持つことである。以上の観点からすでに臨床的にもその診断価値を認められ、上記の諸条件にすべて適合している超音波断層法とくにリアルタイム断層法を人間ドックの場でルチーン項目として取り入れ、肝胆膵のスクリーニングを実施し、3,300名を経験した。今まで全く得られなかった新しい形でのこれらの臓器の超音波情報を診断に併用することにより、広範囲に有益な診断根拠となることを実証したので報告する。

〔診断装置〕 電子式リニア赤査型リアルタイム超音波断層装置を使用する。周波数2~3MHzの探触子を使い、各症例の超音波断層像は全てビデオ録画し、検討の資料とする。

〔検査法〕 人間ドック検査日程に合わせて、第1日午前血糖検査のための糖液(150ml)服用後坐位にて検査を行なう。服用した糖液が、被検者を坐位にする結果、胃底部にたまり、超音波の透過性を良くし、特に膵臓の検出が良好となる。探触子の長さの制限から広範囲の像を得るために我々が設定した検査方式に従い種々の方向に探触子を操作する。

我々は昭和52年9月より検討を始め、現在まで3,300名についてスクリーニングを行なった。

〔肝臓〕 肝のう胞7例（うち2例は腎のう胞合併）を経験した。いずれも肝機能検査は正常であり、2例は著明な肝腫大の原因が不明であったものである。このように肝の局在性病変については超音波断層法に極めて有力な検査法であり、肝癌及び肝のう胞等についての診断価値は大きいものである。

肝静脈については、その太さ形状等から、

a) 明らかな管腔を有し、静脈枝まで樹枝状にほぼ直線的あるいは弓状に延びるもの。

b) 肝静脈とその枝は全体的に細くやや直線あるいは弓状に延びるもの。

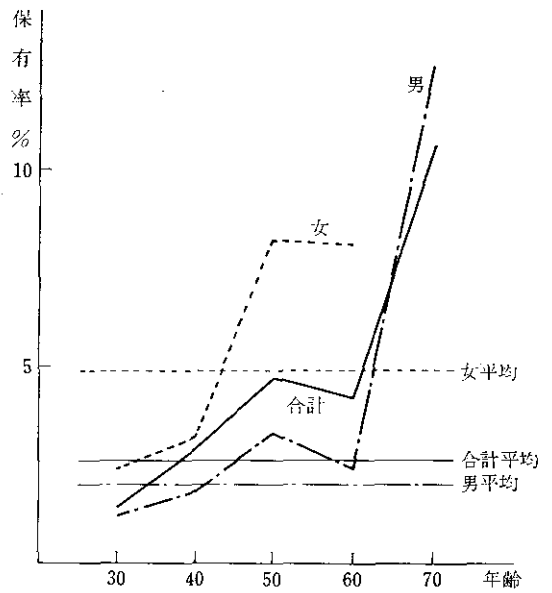
c) 肝静脈とその枝は細くゴツゴツした梅の木の枝状に延びるもの。

以上の3つに分けている。検討した1,417名で、a) 91.7%、b) 6.7%、c) 1.6%であり、これらはいずれもGOT、GPT、TTT、MG、Al-ph等の肝機能では特に異常所見はなく、c)と判断された2例は肝硬変を疑われた例であり、現在追跡調査中である。

〔胆のう〕 リアルタイム超音波断層法は胆のうの場合も、その呼吸性移動により胆のう及び胆石の検出に非常に有効な診断法である。

経口胆のう造影法との比較を、昭和53年2月より6カ月間、2,700名について検討した。胆のう検出率は超音波99.6%、X線99.5%でほとんど同率であったが、胆石診断（表1）については超音波94.4%、X線74.6%と超音波スクリーニングで高率であった。通常経験されるように胆のう造影時腸内ガスと胆のう像が重なり胆石の診断が困難であったり、石が小さいために確認が出来ない場合があり、男6例、女4例計10例にこのことが認められた。さらに重要な点は胆のう造影不能の例であり、超音波診断で胆石を認めた男5例、女3例計8例がこのような場合であった。前述の10例と合せて、胆石症71例中18例（25.4%）が超音波診断の結果によって胆石の診断を下し得た症例であった。経口胆のう造影剤の副作用等を考

図1 胆石保有率（2,700例）



えると、超音波検査法の意義は極めて深いものである。なお受診者の性年令別胆石保有率は図1に示した。

〔脾臓〕 脾臓についての臨床診断は人間ドックの場合において極めて弱いものであり。リアルタイム超音波断層法は Echo angiographin といわれる通り、下大静脈、大動脈、上腸間脈動脈、脾動脈、門脈、胆道、その他の脈管等の検出が可能となったことから脾の超音波断層像の固定が容易となった。1,054名についてこれらの上腹部脈管系の検出率を調べた結果、大動脈、下大静脈で90%、上腸間脈動脈、脾動脈で70%程度の結果を得ている。胃及び十二指腸とこれらの脈管系の検出より脾臓の形態を超音波断層像として把握出来、脾頭部で幅3.9cm厚さ2.0cmの平均測定値を得た。脾のビマン性腫大等を検討する際にこれらの値を考慮する必要がある。脾悪性腫瘍に現在遭遇していないのが、腫大例については経過観察中である。

以上、人間ドック受診者においてはほとんど症状は Silent の段階にて受診するものが多く、発症予防、早期診断の場であるといえる。根治不能の状態での診断は残念ながら、その意味はうすいといわねばならない。超音波診断法による情報がこのような意味から人間ドックの場で十分にその力を発揮するものと思ひ本学会に報告した。

表1 胆石診断率 (受検者2,700例)

	胆石例	超音波スクリーニング		経口胆のう造影	
		胆石(+)	診断率%	胆石(+)	診断率%
男	43	40	93.0	32	74.4
女	28	27	96.4	21	75.0
計	71	67	94.4	53	74.6

9. テスト用ピロブチン（1カプセル）によると思われるアナフラキシーショックの1例

国家公務員共済組合連合会 千早病院 内科
阿部 健 千葉未知夫
西岡 利之

本学会においてピロブチンによると思われるアナフラキシーショックの報告がなされ、以後ドック検査において副作用の予防のために、胆のう造影施行前テストとして1カプセルを服用させ、その反応の有無を確認の上検査を行なっている。

今回、当院においてテストとして用いた1カプセル服用後、ショック症状を呈した症例を経験したので報告する。

症例は63才の男子会社員で既往歴は41才急性肝炎に罹患している。ドック歴は過去3回（昭和50年3月、51年3月、52年7月）であり、指示事項は軽度な高血圧症と高脂血症で食餌療法のみで経過観察を行っていた。施行病院はいずれも千早病院で行っていた。昭和52年7月22日（第3回目）のドック検査の際、胆のう造影にて一部陰

影欠損を認め精査をすすめるも本人の都合によりおくれ、53年5月16日外来にて胆のう胆管造影を施行し、その結果無痛性胆石症と診断し、外科と検討した結果、内科的に経過観察を行なう方針で現在に至った。53年6月30日本人の希望により、第4回目のドック検査の為入院した。

主訴：自覚症状なし

生活歴：タバコ30本/日、日本酒2合/日

現症：身長165.5cm、体重61.5kg、肥満度4.3%、脈拍65/分、整、緊、張良好、眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜黄疸なし、頸部リンパ腺触知せず、胸部心音純、大動脈弁口第2音亢進、肺野副雑音なし。腹部肝脾腎触知せず、圧痛認めず、下肢腱反射正常、浮腫認めず。

以上、胆の造影は計4回行なっている。

第1日目は午前中に内科、外科の診察、胸部X線、運動負荷心電図検査、50g GTTその他採血を行なった。昼食は予定通りすませ、14時にピロブチン1カプセルをテストに服用した。図1に示した如く、14時20分頃よりアレルギー様症状としての全身搔痒感、発赤そして消化器症状である嘔気、嘔吐、次いで下痢症状が出現しトイレより戻るも顔面蒼白、血圧86/60、脈拍数75/分、次いで血圧は80/62と低下、脈拍は82/分と増加、このときより胸部重圧感

検査成績

尿	蛋白(一)	糖(一)	Ubg(±)	沈渣正常
便	潜血(一)	虫卵(一)		
血清梅毒反応	陰性			
末梢血	赤血球 410万	Hb. 16.1gr/dl	Ht 45%	
	白血球 6,300	好中球 st. 2%	seg 56%	
		好酸球 5%	単球 2%	
		リンパ球 35%		
肝機能	ZTT 5.1 単位	ALP 7.1KA 単位		
	GOT 19 RF 単位	GPT 15RF 単位		
血清蛋白	T.P 7.5gr/dl	A/G 1.48		
	Al 59.7%	α ₁ gl 4.6%	α ₂ gl 10.0%	
	βgl 11.3%	γgl 14.3%		
血清脂質	総コレステロール	204mg/dl	中性脂肪	114mg/dl
腎機能	クレアチニン	1.3mg/dl	尿酸	5.6mg/dl
50g GTT	前	30	60	120
	血糖	84	147	135
	尿糖	—	—	110mg/dl
眼底所見	KWJ°			
心電図	左室肥大	運動負荷試験(ダブル量) 陰性		
胃透視	異常なし			
血圧	122/62mmHg			
肺機能	%VC	87%	1秒率	79%

や呼吸困難をきたしたので直ちにO₂吸入, ステロイド, エホチール, 強ミノールCなどの静注を行ない, 症状出現後1時間30分して次第に一般状態は改善した。翌2日目は胃透視, 眼底検査などに変化は認められなかった。

なお現在迄に行なった検査項目のうち白血球分類(図-2)に示す如く, 好酸球のみがやや上昇傾向を示していた。

まとめ

経口胆のう造影剤による重篤な副作用は極めて少な

胆のう造影検査

年 月 日	ビロブチン内服	50%ピリグラフィン静注
1) 50. 3. 3	6 カプセル	
2) 51. 3. 3	6 "	
3) 52. 7. 22	6 "	
4) * 53. 5. 16	6 "	20ml
5) 53. 6. 30	1 "	

(アナフラキシージョック)

* 外来にて胆のう胆管造影 施行

く, Shehadi は Oragrafin にて1/60万と報告している。しかし昨年の本学会において症例報告がなされ, ドック検査における副作用については重要な課題の一つとなっている。その予防対策の一つとしてすでに実施している1カプセル服用法は完全とはいえないにしても有用であると考えている。すでにのべているが重篤な肝, 腎障害例はドックの対象外であり, むしろ健康者を対象したドック検査の際, 薬物過敏, アレルギー性疾患の有無など問診での再チェックが最も重要な予防対策と思われる。もし副作用の発症があった場合, 昼間に服用させる現行の方法であれば, 早急にその処置がなされることより大事に至らずに処理出来るものと思う。

今回私共が経験した症例でドック成績をふりかえてみた結果, 1) 過去数回同一検査を行なっていること, 即ちコードに対する感作についての問題があり, 2) は白血球分類で好酸球の動きであるが, 今後の検討をまちたいと考えている。

ドックにおける胆のう検査は欠かすことは出来ず, 今後副作用の予防と症状に対する適切な処置を如何にして行なうか今後の検討が必要かと考えられる。

図1

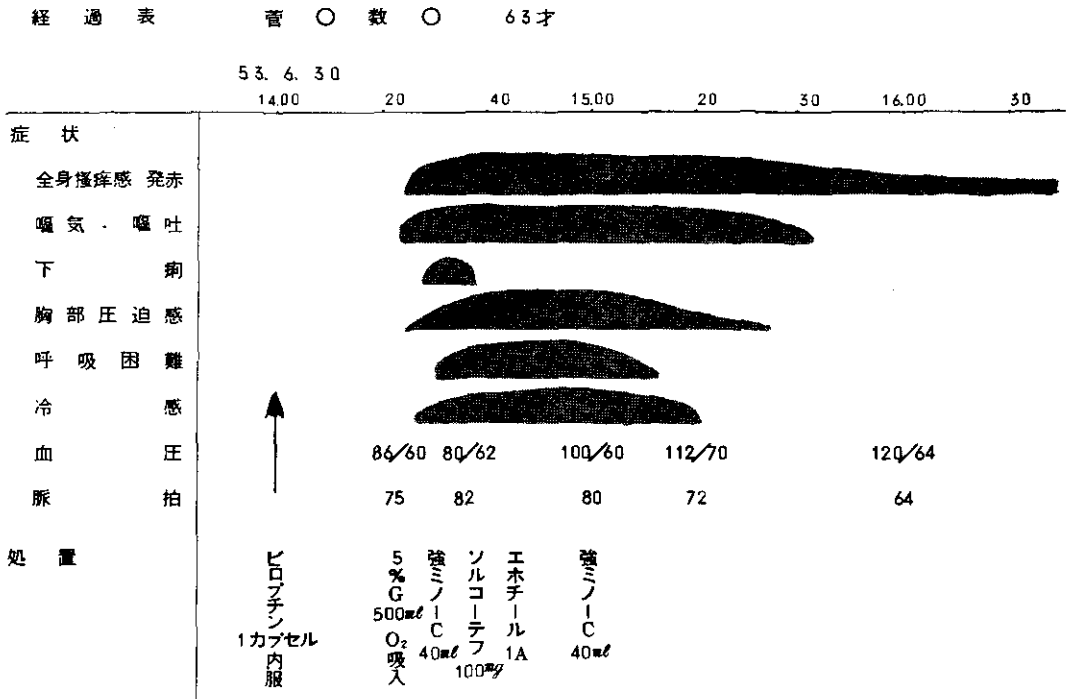


図2 BLOOD ANALYSIS

K. S. 63yrs.

	(1) 50.3.3	(2) 51.3.3	(3) 52.7.22	(4) 53.5.16	(5) 53.6.30
W. B. C	5,600	6,200	4,400	7,300	6300
St.	7	2	15	3	2
Seg.	43	45	34	56	56
Eo.	7	4	15	4	5
Mo.	1	1	2	1	2
Ba.	2	1	1	0	0
Lym.	40	47	33	35	35
ALP	8.3	6.9	7.5	7.7	7.1
LAP				150	

10. 最近の人間ドック受診者の意識調査から

東京警察病院内科 鈴木 豊明 藤城 芳枝
野口 道子

人間ドック開始以来、約20年の歳月が経過、その間、社会情勢、国民生活、疾病構造の変化、検査項目の方法の改善等により、特に最近の AMHTS の発展、普及による影響は大きい、また受診者の年齢階層の平均化、女性の増加とも幅広く、多様化している。最近の人間ドック受診者が、何を求めて受診し、その結果、問題点がどのように解決されたかについて検討を加えた。対象は最近1年間の約600名につき、受診者のもとの、発見疾患、異常、異常の意味づけ、指導 Follow up の問題点につき、考察し検討を加えた。

受信の動機

自らの考えて受診が、44年の調査では70%が、今回は85%に、異常ありが28%が37.8%と増加している。これは受診者の自らの健康は自ら守るという自覚によるものと考えられる。

今回受診者中、既に AMHTS 受診経験者が20%あったが、初回、反復受診者の夫々33%、20%は AMHTS 無関知であった。今回2日ドック受診の主理由として、30%は病院に直結して Follow up に便利にメリットをおき、初回では、人のすすめ25%、反復では前にうけて安心80%が多い。48年の調査の直結、Follow up に便利74%、前から知っていて安心48%、入院のんびり52%に比べ、病院直結とする理由がうすれ、前から知っていて安

心というムード派が多くなっている。

<訴>60%近くが健康と答えているが、全く訴のないものは少なく、初回の70%、反復で75%は何らかの病覚、訴をもって受診している。

訴の内容としては、胃腸に関する訴が、初回38%、反復18%と最も多く、つづいて不定愁訴、整形外科、高血圧、糖尿病、肝が多い。これらは10年前と本質的に差はない、疾病により差があるが、可成りの Major Diseases が含まれる。また一方、訴はあるが positiv の所見の得られぬものが約1/3みられた。major, minorいずれにしても所見のあったものは、それなりに処置され、かつ受診者も納得するが、所見なしの取扱いについては、更に慎重なる配慮が必要である。

初回受診者の29.2%、反復の16.4%に不定愁訴がみられ、糖尿病、高血圧、胃、甲状腺、貧血、鉤虫症、生活不規則等が原因疾患が明らかにされたが、全く異常所見の認められなかったものが約1/4あった。

訴なし：初回30.2%、反復25%は訴、病覚をもっていないが、検診の結果、全く異常なしは初回の27.3%、反復32.7%で、他は何年かの異常を認めている。異常疾患として高脂血、肝疾患、心電図異常、高血圧等元来訴のないものが多いのは当然だが、乳房、直腸、Ca、前立腺癌等がみられたことは注目される。

以上、小括すると初回の70%、反復の75%に何年かの訴があり、そのうち、25%、38%に Major disease、また反面訴のないものの24%、21%に major disease が発見された。ドックで発見される major disease のうち初回30%、反復16%は無自覚のものである。

ドック受診者の年代別、年齢階層別の異常、疾患の頻度は図の如くであり、最近高脂血、糖代謝異常は増加し

ているが、他は減少の傾向にある。ドック受診後、男64%、女60%が何らの型で再検指示がなされ、83%、67%に再検が実際に実施されている。疾病別に、再検の行ない易いものと、しからざるものとある。ただ精細は省略するが再検の指示の実施率は我々施設側の精検、Follow up の受入態勢の状態、熱意に左右されることを強調しておく。

生活上の指示、食事25%はよく守るが、全く守らぬものも10%ある。酒、タバコ、日常生活規正についても、ほぼ同様である。肥満度の変化が、この間の状況をよくしめしていると思う。

まとめ

- 1) 何故2日ドックを受診するかという理由がうすらいできた。
- 2) 成人病は対象とする以上当然のことと思うが、訴のないものにも訴あるものと同程度の major diseases が潜在し、Ca もある。訴にとらわれない検査が必要。
- 3) ドック受診者は健康をたてまえとされているが最近の受診者の1/3は明らかな異常を持ち、健康といっても、70%は何らかの訴をもっている。この予想上多い訴を医学的に正しく答え、指導することもドックの大きな役割と思う。
- 4) 再検、Follow up を適切に実施し、生活指導することは極めてむづかしい。健診側の受入れ態勢と熱意がその効果を大きく左右するものである。

11. 糖尿病検診の立場からみた健保連の新しい短期人間ドック質問表の検討

館林厚生病院 神戸 照雄

当病院では、昭和50年10月から、健保連の短期人間ドックを実施しているが、この場合、受診者には、あらかじめ、健保連で作成された「人間ドック質問表」を送付して記入を求めることになっている。

質問表のうちで、主として自覚症状に対して、従来のものは、「最近の症状」「婦人に関する質問」の部分に、また新しい方は「主訴」の部分に多数の質問が記載されており、これによって頻度の多い疾患の自覚症状をチェックしようとするものと考えられる。

この場合、糖尿病も、比較的頻度の多い疾患のひとつと考えられるので、今回は健保連の新しい質問表には、これに関する質問がどの位のせられているかについてし

らべてみた。

質問は、新、旧いずれの質問表も、いくつかの大項目に分類され、それぞれ小項目に分けられているが、新しい質問表では、大項目はAからPまでの16項目に分けられる。従来の質問表の大項目は12あり、必ずしも一致しないので、小項目の質問を、新しい質問表の大項目の分類に合わせるようにしてみるとそれほど小項目数の差はないように思われる。

次に自覚症状に関する質問表として「コーネル医学指数」(CMI)が広く利用されているので、同様の方法によってこれと比較してみると、「精神系」という大項目の部分の小項目数は、健保連の7に対し51と非常に差があることがわかる。

なおCMIの創始者である Brodman らによって作られた質問表 (MDI: Medical Data Index) について、同様の比較を行なうと「精神系」について、健保連の7に対して21と差が大である。

次に糖尿病の症状について、糖尿病前期、化学的糖尿病、顕性糖尿病、合併症に関する質問がどの位これらの質問表に記載されているかしらべてみた。

健保連の質問表については、記載のない項目は新しいもので、従来の7であまり差はなかった。

CMIについては、記載のないものが11もありこの方が多い。またMDIについては、9であってやはり多いといえると思われる。

但し、項目別にみると、「皮膚感染」「蛋白尿」については、CMI およびMDIに記載がみられた。

以上、糖尿病の症状に関する記載という立場から、健保連の新しい質問表を、従来の質問表およびCMI、MDIのそれと比較検討してみた。

12. 1泊2日短期人間ドック3カ年間の成績について

多根病院 藤沢 俊夫 新谷 太郎

大阪市多根病院人間ドックにおける昭和49年4月より52年3月迄の3年間の1泊2日短期人間ドック例約6,000例の成績をまとめたのでここに報告し、眼底動脈の硬化と血圧、コレステロールの関係を考えて見たい。総数5,886例、男性4,829例、女性1,059例、内29才以下男224、女72、30才台男1,481、女177。40才台男1,984、女406、50才台男835、女303。60才以上男301、女101。不明4である。

各項目については先輩諸家の報告とほぼ一致するので

省略するが、2, 3の項目について私の考えをのべたい。

まず肥満については $\pm 10\%$ を正常とするのが従来の考えであるが、今回の成績から0%から $\pm 10\%$ を正常として見るとやせと肥満のバランスのとれた図形を示すことになり、現在の栄養状態をうまく表現出来るようになる。

次は糖負荷後1時間、2時間後の尿糖陽性率は男性が年齢にかかわらず女性に比べて3倍位の高率である。血糖値上昇と尿糖陽性率とは必ずしも平行しないが、加齢と共に糖処理能力の低下がうかがえる。

レントゲン所見では胃癌3例、肺癌3例を認めた。肺レ線写真で肺癌の危険度が高いと指摘されたもの、男15.7%女11.6%に達した。喫煙者に限って見ると30才台で4%, 40才台で40%, 50才台で60%, 60才台で80%の要注意者が出た。40才以上の者に喀痰の細胞診を施行しているが、今の所陽性者は0である。

子宮頸管スメア細胞診でPCⅢは30才台で1, 40才台で1, 50才台で3, 60才台で1の計6例, PCⅣは20才台で1, 30才台で0, 40才台で1, 50才台で2, 60才台は0, 計4例であった。

トリコモナス陽性は男1, 女30であった。

次にコレステロールについて考えて見たい。血圧とコレステロール、眼底動脈の硬化とコレステロールについては相関は見られないが、血圧と眼底動脈の硬化とは完全に相関している。

コレステロールと糖負荷試験60分の血糖値との関係は高コレステロール値を示す場合に血糖値の高いものが多いと思われるが著しい差は見られない。

以上の如く加齢と共に各種機能の低下を見るのは当然であるが、コレステロールが老化の重要因子という考えは大阪成人病センター小町先生、九大尾前先生、大阪市大奥田先生方の報告の通り今回の数字で見ても、コレステロールと血圧、眼底動脈硬化、糖負荷試験に限って見れば、密接な関係は認めがたく、主犯は高血圧といいたい。

13. 当院における3時間人間ドック8年間の統計的観察(血清脂質を中心として)

長野県厚生連篠ノ井病院 ○清水 敏夫 北沢 芳子
塚田 浩教 河内 礼子
北川 圭子 宇都宮 佑
薄井 尚介 入 貞弥
新村 明

当院では昭和44年より3時間人間ドックを行なってお

り、過去8年間に、男性4,605名、女性2,281名、合計6,886名が受診している。受診者は長野市および長野市周辺を主体にほとんどが長野県の住民である。

3時間人間ドックは、検査全般を約3時間(半日)で終了させることにより、多忙な方や婦人も手軽に受診できるようにということで開始した。検査項目は、内科診察、外科検診(直腸・肛門・乳房・前立腺)、婦人科検診、胸部X線(直接撮影)、胃部X線テレビ(直接撮影)、肺機能、心電図、眼底カメラ、血液検査、尿・便検査など、通常の間ドックの検査は一応含まれている。特色として、直腸・乳房・前立腺・婦人科・胃などの癌検診にも重点をおいている。また、最近になり生化学検査の一部を自動分析で行なうほかは特に自動化・コンピュータ化はしていない。

今回は、受診者の集計結果の概略と脂質検査(総コレステロール・中性脂肪・ β -リポ蛋白について報告する。

当ドックの受診者年齢は、30~50才代が中心であり、女性は男性に比し、やや高年齢となっている。受診者の職業別では、農業、会社員、団体職員の順となっており、地域の特性として、農業従事者が多い。特に、女性においては、農業の比率が高くなっている。

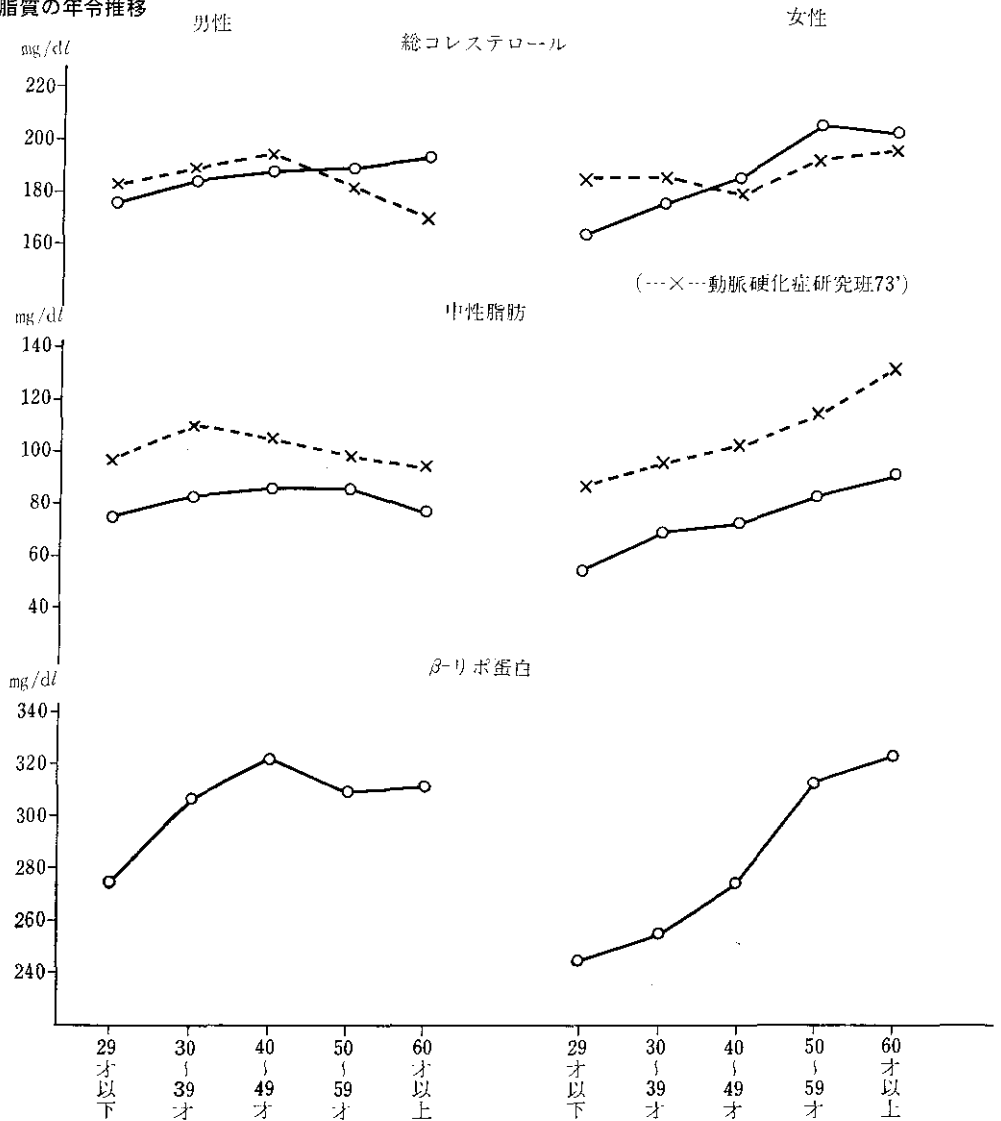
ドックの総合判定結果については、A・B・Cの3段階に分け、Aは異常なし、Bは要注意・要観察、Cは要精検・要治療とした。男性では、ABCの順に、39.6%、52.9%、7.5%、女性では同じく、23.5%、61.0%、15.5%、となっており、男性の60%、女性の75%は、何らかの異常が発見されている。

3時間人間ドックで発見された疾患及び異常では、多いものより、消化器疾患、高血圧・動脈硬化、高脂血症、肥満、心電図異常・心疾患、糖尿病、呼吸器疾患、腎尿路系疾患などである。男女差は著明ではないが、貧血腎尿路疾患で、女性の異常が多く、女性々器疾患も比較的多く発見された。

ドックで癌を疑われた要精検者は、46名であるが、39名が精検を行ない、胃癌7例、直腸癌2例、子宮癌2例、計11名の癌患者が発見された。11名の中には末期癌も含まれているが、手術後2~7年の現在も生在中の者が7名おり、早期発見の成果と思われる。なお、子宮癌の1例は、上皮内癌であり、ほかに高度異型上皮で、経過観察中が1名ある。

当ドックでは、長野県下住民の脂質代謝を調査するため、総コレステロール、中性脂肪、 β -リポ蛋白の3項目を受診者全員について測定しているが、総合判定で、まったく異常の認められなかった者、男性1,516名、女性450名について、年代別正常範囲を設定した。設定の

図1 各脂質の年齢推移



方法は、正規確率紙より作図を求めた。男性では、20・30・40・50・60才代の順に、コレステロールで、124～227, 127～242, 128～243, 133～242, 122～258 平均 127～243mg/dl となり、中性脂肪では、35～170, 32～209, 36～200, 36～191, 37～159, 平均 35～197mg/dl で、β-リポ蛋白では、120～653, 146～653, 153～665, 133～714, 132～734, 平均 144～673mg/dl となった。女性についても同様に年代を分けコレステロールでは、109～218, 115～235, 127～248, 143～268, 平均 124～255mg/dl, 中性脂肪では29～136, 34～145, 34～153, 38～176, 46～176 平均 36～158mg/dl, β-リポ蛋白では、106～557, 101～610, 126～596, 150～646, 197～521, 平均 131～606mg/dl となった。なお、測定法

は、コレステロールは、ズルコウスキー、OPA法であり、中性脂肪は、アセチルアセトン法、β-リポ蛋白は、栄研キット（重度沈降法）である。3項目とも、上限が、一般にいられているものより、高値になっている。3)検査項目の平均値年齢推移を図1に示す。1973年に報告された文部省動脈硬化症研究班と比較すると、総コレステロールにおいては、だいたい一致するが、中性脂肪においては、男女共20～40mg/dl 程低値となっている。また、我々の集計した年齢推移でみると、男性は、30才以上、総コレステロール、中性脂肪共それ程の増減を示さないが、女性においては、年齢と共に明らかな増加傾向がみられた。

疾患別各脂質高値異常率を表1に示す。肥満・高血圧・

表1 疾患別各脂質高値異常率

疾患	例数	T.CHOL.	T.G.	β -LIPOP.	
肥満	男	122	24%	30%	24%
	女	109	20	34	31
高血圧	男	211	16	20	14
	女	144	14	16	17
肥満高血圧	男	72	25	25	25
	女	57	21	21	25
糖尿	男	99	14	10	11
	女	68	12	24	19
腎疾患	男	50	10	21	16
	女	86	15	18	13
心疾患	男	24	8	21	21
	女	22	0	9	14
貧血	男	—	—	—	—
	女	26	4	4	8
その他	男	102	15	13	7
	女	59	8	10	4

表2 各脂質性別正常範囲

性別	男性	女性
例数	1,516	450
総コレステロール	127~243	124~255
中性脂肪	35~197	36~158
β -リポ蛋白	145~673	131~606

単位：各々mg/dl

・糖尿・腎疾患・心疾患・貧血について、我々の設定した正常値上限をオーバーした比率を疾患ごとに求めたものである。異常率が高いのは、肥満・高血圧糖尿・腎疾患の順であり、総コレステロールに比し、中性脂肪の異常出現率が高い。

今後、高脂血症のTYPE分離を含め、疾患との関連を検討していく予定である。

14. 血圧、心電図、血糖値、尿酸値と肥満について

医療法人同友会 竹内 恭子 佐久間勝美
高谷 雅史 難波 照男

昭和51年11月より昭和53年3月までの当会ドック受診者、男10,569名、女2,607名について循環器疾患、高血糖、高尿酸の二疾患と肥満について検討した。肥満度の算出は本学会に当会より報告した(♂) = 0.58I - 35及びS(♀) = 0.34I - 0.2を用いた。

方法

年令間隔10歳、肥満度間隔10%に階級を定め、各疾患ごとの項目分類に従って項目分類ごとの度数分布をとり所属階級ごとの項目百分率を求めた。そして肥満度の増加と年令の増加による変化の様子を数値的に表現するために各階級の百分率より回帰直線の勾配を求めその数値を指標とした。

結果

1. 循環器疾患(対象：男9,466名、女2,288名)検討項目は経過観察群と治療群に大きく分類した。細目は表1に示す通りである。診断基準は臨床的に個々のケースによる判断を加えた。各々の発生率は経過観察群で男17.7%、女19.62%、治療群で男8.18%、女8.17%であった。経過観察は治療の2倍である。それぞれの発生率は肥満度及び年令の増加によって上昇する。その有様を回帰直線の勾配で表わした数値が表2である。10歳加令と10%肥満と比較すると10歳加令による影響が大きい。それは治療群で特に明らかである。年代別に肥満度増加の影響を見ると50歳以上では-9%以上について特に注意を要する。さらに35~55歳について5歳間隔階級にとって10%肥満度増加とを比較するとむしろ10%肥満の方が影響が大きかった。

2. 高血糖(対象：男10,534名、女2,600名)検討項目分類は表1に示す通りである。基準は血糖値によるのみでなく臨床的判断を加味した。各々の発生率は経過観察は男8.9%、女7.77%、治療は男1.96%、女1.27%と経過観察は治療の男4.5倍、女6.1倍で経過観察に多く、女に比べて男に経過観察を必要とするものが多い。循環器同様年令の増加によって高血糖発生率の様子を回帰直線の勾配で表わしたものが表2である。10歳加令と10%肥満を比較すると男では加令現象が大きな影響があるが女性の場合その差は少ない。35~55歳について5歳加令と10%肥満で比較すると肥満の影響が大きい結果であった。年代別には40歳代、肥満度1%以上について、50歳代からは-9%以上からの注意が必要である。

3. 高尿酸(対象：男10,569名、女2,607名)項目は血中尿酸値によって6.9mg/dl以下、7.0~7.9mg/dl、8.0mg/dl以上の三群に分けた。6.9mg/dl以下は男88.7%、女99%と高尿酸血症は明らかに男に多い。年令、肥満の増加の影響を表わす回帰直線の勾配は表2のようであった。男において加令より肥満の影響が大きいことが認められる。

まとめ

①ドック受診者において正常とされるものは循環器疾患では、男74.1%、女72.2%、高血糖では男89.1%、女

表1 対象三疾患の正常・経過観察・治療(%)

		男 (9,466例)	女 (2,288例)
循環器疾患	正常	74.12	72.20
	経過観察合計	17.71	19.62
	高血圧の疑い	1.41	1.36
	心筋障害の疑い	0.62	2.80
	高血圧	15.68	15.47
	治療合計	8.18	8.17
	高血圧	3.67	2.84
	心筋障害その他	0.06	0.35
高血圧, 心筋障害合併		0.81	1.27
		3.63	3.72
		男 (10,534例)	女 (2,600例)
高血糖	正常	89.12	90.96
	経過観察合計	8.90	7.77
	高血糖の疑い	1.55	2.01
	高血糖治療	7.36	5.69
		1.96	1.27
		男 (10,569例)	女 (2,607例)
高尿酸	血中尿酸値 6.9mg/dl 以下	88.7	99.0
	" 7.0~7.9mg/dl	8.2	0.8
	" 8.0mg/dl 以上	3.1	0.2

表2 年齢(10才)・肥満(10%)と三疾患発生率(数値は回帰直線の勾配)

疾患分類	性別		男		女	
	項目	日	加齢10%	肥満10%	加齢10才	肥満10%
循環器疾患	正常	観察	-8.99	-5.96	-10.85	-8.81
	経過	観察	3.86	3.29	6.27	5.15
	高血圧	治療	3.72	2.97	5.10	4.07
	高血圧	治療	5.13	2.66	4.65	3.68
高血糖	正常	観察	-5.09	-2.97	-4.30	-3.84
	経過	観察	3.79	2.02	3.41	2.75
	高血糖の疑い	糖	0.75	0.19 ▲	0.76	0.27 ▲
	高血糖治療	糖	3.24	1.83	2.20	2.48
高尿酸	血中尿酸値 6.9mg/dl 以下		-1.10	-3.71	-0.66	-0.27 ▲
	" 7.0~7.9mg/dl		0.64	2.56	0.45	0.14 ▲
	" 8.0mg/dl 以上		0.45	1.15	0.20	0.13 ▲

(▲ 以外は $r > 0.8$)

91%, 尿酸値では6.9mg/dl 以下は男88.7%, 女99%であった。三疾患のうち循環器疾患の異常者が最も多く、高尿酸の性差が著明であった。

②三疾患とも経過観察が治療に比べて多い。

③三疾患のうち循環器疾患の発生は加齢および肥満の影響を最も受ける。

④循環器疾患、高血糖では加齢現象が大きく、高尿酸血症では肥満の影響が強い。一方、治療を必要とするものでは肥満、加齢の影響はほとんど同じである。健康管理の中心である経過観察群で各疾患系別に年齢、肥満の影響を十分注意する必要がある。

⑤三疾患の中で最も多い循環器系について階級区間を10%肥満度及び5歳年齢にとると10%肥満の影響が大きくなる。ドック受診者の年齢層を考えると5歳間隔で考える方が実用的であり肥満に対する考慮が新しい意味をもつ。

⑥年齢肥満の二点から三疾患について注意すべき階級を調べると三疾患とも年齢40歳以上、肥満1%以上からである。我々の平均体重を使うかぎり肥満度±10%という一般の考え方より低いところから注意が必要である。一9%肥満度でも50歳以上では循環器系、高血糖ではかなりの高値が認められ、ドック受診者の場合10%の正常基準は用いることはできないといえる。

これらの疾患においては当然家系等の体質的素因が強いものであるが今回は単に肥満と年齢のみを対象として検討した。体質的因子については現在検討中である。以上、三疾患と肥満、年齢の関係を検討した。加齢現象は自然の流れであるが肥満は調整可能な部分を多く含む現象である。健康管理の本質がここにあると考える。

15. 平均体重算出の試み

医療法人同友会 芦崎 昇 佐久間勝美
 難波 照男
 順天堂大学医学部 樺沢 一正

肥満度を算出する際、当会はブローカ変法によって標準体重を求め、これを基礎に肥満度を算出していたのであるが、当会の集団には適合しないことが判った。そこで当会ドック受診者で昭和50年9月より昭和52年10月までの28,387人を対象に平均体重式を算出する目的で検討した。

表1より、³⁾身長については20~29歳で最高値に達し以後低くなっている。体重については男女全く様相を異にしていること、つまりピーク時が男子では30代から40

表1 男女別年代別身長体重平均、標準偏差

男年代	対象人員	身長		体重	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差
10~19才	182	167.34cm	6.61	58.97kg	8.81
20~29才	3,579	168.60	5.83	61.19	8.22
30~39才	6,631	166.83	5.69	62.19	8.21
40~49才	6,810	165.20	5.71	61.94	8.35
50~59才	3,221	163.19	6.00	59.90	8.46
60~69才	764	161.57	6.20	58.80	8.54
合計	21,187	165.87	6.09	61.43	8.37

女年代	対象人員	身長		体重	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差
10~19才	462	155.72cm	5.32	51.56kg	7.00
20~29才	2,931	155.77	5.20	49.74	6.16
30~39才	1,035	154.26	5.45	50.79	7.15
40~49才	1,613	152.27	5.42	52.47	7.45
50~59才	908	150.89	5.20	52.82	7.92
60~69才	251	149.41	5.74	52.08	8.96
合計	7,200	153.93	5.69	51.09	7.12

代にあるが、女子では50代にある。³⁾昭和23年頃に生まれた人達(現在30才)を境として、この年齢以前と以後では栄養、環境共にかなりの差が認められる。⁴⁾当会ドック受診者の平均年齢男44.1歳、女46.3歳である。

こうしたことから全標本について身長、体重の回帰直線をこの集団に一次的に算定することは適当ではないし、ドック受診者を対象とする場合にも不適当だと考える。そこで、45±10歳の範囲をドック受診者年齢と考え標本抽出を行ない一次回帰させると次式が得られた。

$S = \text{平均体重式}, l = \text{身長とすると},$

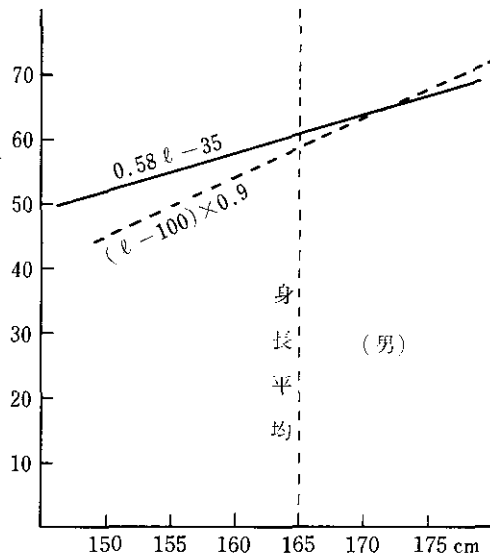
$$S = 0.5778 l - 34.15 \dots\dots ①$$

$$S = 0.418 l - 0.49 \dots\dots ②$$

次に、肥満度の算出に良く用いられているブローカ変法と本式(平均体重式)を比較してみることにし、その標準体重式を図1に示すがその相違が明らかである。さらに、本式を算出するために使った男の標本を使用し、ブローカ変法と本式による肥満度の平均値と標準偏差を求めると、本式では、平均0.07、標準偏差10.8でありブローカ変法の場合は、それぞれ3.8、11.6となった。女子の場合は、0.34、12.1に対して、ブローカ変法では11.5、15.1となった。

次に、求めた平均体重式を利用する目的で危険率5%の範囲で回帰直線の区間推定を行なうと、a, bについて次の結果を得た。

図 1



a

b

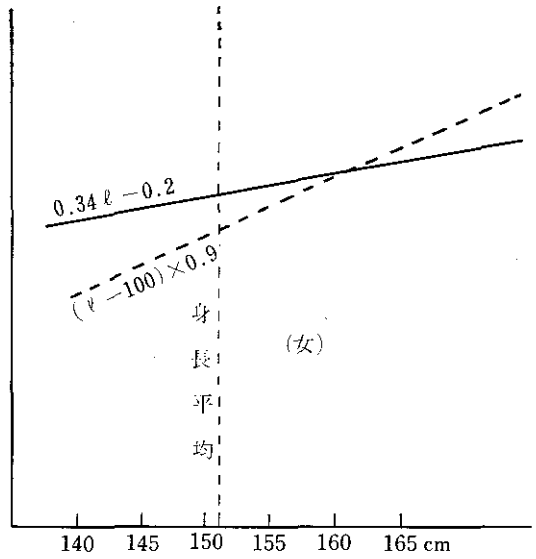
34.15 ± 3.73 0.5778 ± 0.0225 (男)
 -0.49 ± 7.22 0.3418 ± 0.0474 (女)

この結果は、女子においては、aについてかなり問題があるが、男子については十分信頼出来る結果である。また、得られた平均体重式を使用する場合に、利用上の点を考えて単純な形が必要だと考え次の式に求めることにした。

$S = 0.58l - 35 \dots\dots\dots ③$ (男)
 $S = 0.34l - 0.2 \dots\dots\dots ④$ (女)

さらに、得られた式が実際使用するにあたって、肥満度としてどの程度の差を示すものか③、④式と①、②式において計算してみると、±1%以下であり使用するに当っては問題ないと考え。また、本式を算出した以外のデータ6,638例を使用して、本式による肥満度の平均値と標準偏差を求めると、平均値1.9、標準偏差14.3を得た。このことは、当集団が一応35歳から55歳の平均的集団と仮定すると、我々の式の平均値が0に近く、標準偏差が10に近いという事実は、正常範囲を±10%にと考えた場合、ブローカ変法と比較して、数式的には優れていると考える。

今回対象とした標本集団の中には、治療を必要とする高血圧8.1%、糖尿病2%を含んでいるが、当会ドック受診者の毎年の平均はほとんど同一の傾向がある。また、厳密に疾病を除外することはこの集団の性質上はその基準及び加齢現象等を考えるとむしろ実際的ではなくこれらを含んだ母集団として処理の方が実用的である。ブローカ変法が未だ60%も肥満度算出に使われてい



る事実もあり、今後の問題として、広く一般的に使用するためには、年齢、疾病などの要素も加味した分析の必要があると考える。

16. 当院人間ドックにおける新代謝異常者の実態一とくにドックにおける食餌療法指導の効果について一

名古屋大学第三内科 佐藤 祐造
 岡山病院健診センター 家田 光、岡田 義雄

インスリンの発見後半世紀以上を経過した今日、糖尿病性昏睡など急性にもたらされた代謝異常による死亡が激減する一方、血管障害など慢性に経過する合併症が死因として主要な位置を占めるに至っているのは周知の事実である。例えば名古屋大学第三内科糖尿病外来における検討成績でも死亡231症例中、脳血管障害43例(18.6%)、腎症39例(16.9%)、心冠状動脈疾患39例(16.9%)および壊疽1例(0.4%)合計122例(52.8%)と血管障害による死亡が過半数以上を占めている。また血管障害による死亡症例を羅病期間別に検討を加れれば腎症に羅病期間の長い症例が多く、心脳死では比較的短い症例が多かった。さらにコントロールとの関係では腎死の89.7%(35例)が、心死の56.4%(22例)、脳死では34.9%(15例)がコントロール不良であった。このように血管障害の発症、進展防止が糖尿病臨床上の重大問題となっているにもかかわらず、その成困すら代謝説、遺伝説および

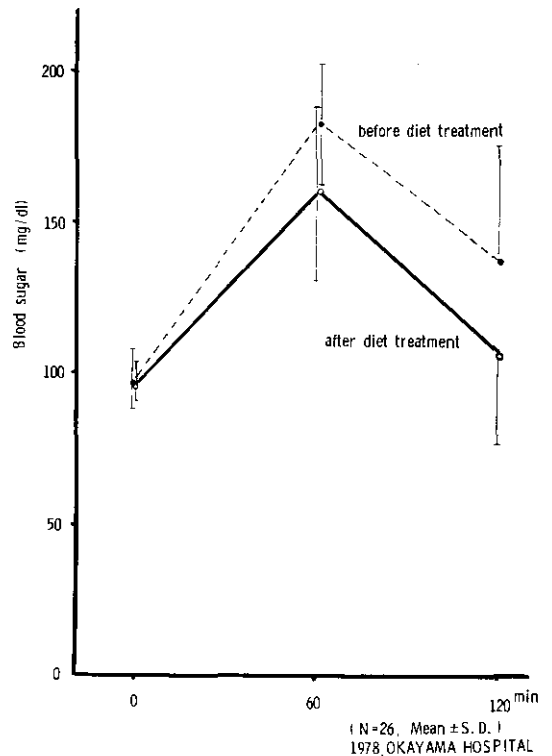
免疫説等種々報告されているも決定的なものはなく、また prediabetes すなわち現行の検査方法では何等代謝異常の見出し得ない時期でも認められるとされ、血管障害の発症、進展防止対策に苦慮しているのが現状である。従って我々が行ないうる最良の方法は、より早期に発見し、より早期に治療を加え、糖尿病のコントロールを良好に保つことであろう。その意味からも人間ドックにおいて、無自覚のうちに糖尿病を発見し、食餌療法や運動療法の指導を行なうことは意義のあることと思われる。

さて当院人間ドック健診受診者は昭和44年4月開設以来既に総計7,000名に達しているが、今回は昭和51年8月より、53年3月迄の受診者における糖代謝異常を示した者について検討を加えた。対象は同期間中のドック受診者1,871名と内科外来を受診してGTTを行なった307名の合計2,178名である。血糖は肺静脈より採血しO-TBで測定した。

(結果) ドック受診者の50g GTTの総平均値±標準格差は負荷前93.9±33.7mg/dl 負荷後60分152.4±37.8mg/dl, 120分121.3±49.8mg/dlで(表1), 日本糖尿病学会診断規準より分類すれば通常型414名(22.1%)境界型1,050名(56.1%)および糖尿病型407名(21.8%)であった。一方、外来受診者では負荷前112.3±47.3mg/dl, 60分187.1±81.6mg/dl, 120分値141.9±87.3mg/dlとドックのGTTより6平均値がやや高値を示し、正常型66名(21.5%), 境界型135名(44.0%)および糖尿病型106名(34.5%)と分類された。

次にドック終了後における検査結果説明と食餌療法を含めた日常生活全般にわたる指導の効果をみる目的で、ドック終了最要精検の勧告を受け当院内科を受診、再度GTTを行ないえた26名について検討を加えた。ドック時の平均血糖値は負荷前98.1±11.6mg/dl, 負荷60分後

図2 Changes of glucose tolerance curve after diet treatment



181.6±21.5mg/dl, 120分値137.0±41.6mg/dlであり、糖尿病型は8名(30.8%), 境界型18名(69.2%)であったが、平均50.3日経過後の外来受診時の血糖値の平均時負荷前96.9±8.6mg/dl, 60分161.5±33.5mg/dl, 120分105.8±31.7mg/dlとなり、ドック時に比して60分値時はP<0.05で、120分値時P<0.01以下の危険率で有意に低下していた(図1)。また血糖値の分類も糖尿病型3名(11.5%), 境界型21名(80.8%)および正常型2名(7.7%)となつて、糖尿病型および境界型の血糖値を示した者の大部分が境界型または正常型にとそれぞれ大幅に改善していることが判明した、この事実はドックによる食餌指導を含めた生活指導の有効性を示すものと思われる。

(まとめ) 以上我々はドック受診後の食餌、運動療法、ストレスからの解放等の日常生活全般にわたる指導の重要性と有効性を見出し報告した。

表1 血糖検査成績(ドック受診者)
(昭和51年8月~53年3月)

判定区分	50 g GTT		
	0	60	120
正常型 414名	84.6±9.2	113.7±16.7	85.1±11.3
境界型 1,050名	92.0±27.0	147.9±39.3	121.3±21.5
糖尿病型 407名	104.5±24.5	197.5±90.2	170.5±51.1
合計1,871名			
総平均値	93.9±33.7	152.4±37.8	121.3±49.8

17. 一企業従業員の人間ドックにおけるブドウ糖経口負荷試験成績の追跡

済生会中央病院内科 杉岡 健平 田中 剛二
北村 信一 堀内 光
ソニー株式会社健康管理室 衛藤 謙三郎

昭和42年以来、済生会中央病院ではソニー株式会社職員の一部を短期人間ドックに入院させ経過を観察してきた。すでに2～5年間の経過について、ブドウ糖経口負荷試験(GTT)型別に見る諸病態は、糖尿病型、もしくはそれに近い型を取りつづけるほど、眼底の異常所見、心電図のST異常、蛋白尿などの頻度が高いことを、本誌19巻11号55頁(1972年)に報告した。今回は7～10年の経過観察期間を通して、同一企業内の一集団の経過について調査した。

対象並びに方法：ソニー本社従業員の中から7～10年の経過を観察し得た118例で、全例男子である。ドック入院間隔は40歳未満は2年毎、41歳以上は1～1.5年間隔である。GTTはすべて100グラム負荷であり、耳朶血をGlucose-Oxidase法により測定し、GTTの成績は日本糖尿病学会の診断基準勧告に従った。

結果：31歳より10歳毎に分け、GTT型別の分布と肥

満の頻度を表1に示す。初診時の年齢分布は33歳～50歳、平均38.0歳、7～10年後の調査時の年齢は40歳～59歳で平均年齢47.2歳である。

加齢と共に正常型の比率は低下するが、糖尿病型の頻度は初診時40歳以下であった例に多く、7～10年後糖尿病型であった14例のうち12例は初診時に40歳以下の例であった。初診時41歳以上であった例では糖尿病型はむしろ低下傾向すら見せている。

肥満の頻度は40歳以下で肥満する例が多く、かつ糖尿病型を示す例に肥満の頻度が高い。41歳以上で肥満している例の正常型の頻度は40歳以下の群より高い。

経過観察期間中、糖尿病型化した年齢が40歳以下であったのが12例、41歳以上が7例であった。それらの4～6年前の状態を表2に示す。40歳以下の群では肥満が83%になるが41歳以下ではわずか14%であった。4～6年前のGTTの成績は41歳以下では境界型であったのが多いのに比し、41歳以上では正常型からいきなり糖尿病型化した例が7例中3例であった。アキレス腱反射については40歳以下の群で33%が4～6年前に損失しているが、41歳以上では86%の高頻度であった。正常型または境界型と正常型の間を推移した群の初診時のアキレス腱反射損失の頻度はわずか5%である。

7～10年後に糖尿病型化した8例について見ると初診時、肥満していた例が4例で正常型または境界型にあっ

表1 GTT型別の分布と肥満頻度

【症例数...百分率% (うち肥満例の頻度)】

年 齢 (歳)	33 ~ 40	41 ~ 50	計
初 診 時			
G T T 正 常 型	52...44.4% (11.5%)	30...45.5% (20.0%)	82...44.8% (13.0%)
境 界 型	59...50.4% (32.2%)	29...43.9% (13.8%)	88...48.1% (29.5%)
糖 尿 病 型	6... 5.1% (66.7%)	7...10.6% (42.9%)	13... 7.1% (53.8%)
年 齢 (歳)	36 ~ 45	46 ~ 55	計
4 ~ 6 年 後			
G T T 正 常 型	30...31.6% (10.0%)	11...30.6% (18.2%)	41...31.3% (12.2%)
境 界 型	53...55.8% (30.2%)	20...55.6% (20.0%)	73...55.7% (28.8%)
糖 尿 病 型	12...12.6% (58.3%)	5...13.9% (40.0%)	17...12.9% (52.9%)
年 齢 (歳)	40 ~ 50	51 ~ 59	計
7 ~ 10 年 後			
G T T 正 常 型	19...22.4% (5.3%)	6...21.4% (16.7%)	25...21.2% (8.0%)
境 界 型	59...69.4% (40.7%)	20...71.4% (35.0%)	79...66.9% (36.7%)
糖 尿 病 型	7... 8.2% (58.3%)	2... 7.2% (100%)	14...11.9% (64.3%)

表2 糖尿病型化する4～6年前の状態

4～6年前の所見	40歳以下でDM型化		41歳以上でDM型化	
	12		7	
肥満(+10%以上)	10	83.3%	1	14.3%
アキレス腱反射消失	4	33.3%	6	85.7%
神経障害自覚症状*	2	16.7%	1	14.3%
GTT(100mg)正常型	3	25.0%	3	42.8%
境界型	9	75.0%	4	57.2%

* 異常知覚, 自発痛, こむらがえり, 便通異常, 排尿障害, インポテンツ, より2項目以上あるもの

た例の肥満頻度13.6%より高く, 初診時のアキレス腱反射消失, 神経障害症状を自覚していた頻度25%もまた糖尿病型化しない群における初診時の所見より高い。一方, GTTは初診時8例中3例が正常型であり, 5例が糖尿病型であった。

また, 初診時すでに糖尿病の診断を受けていた例, 経過観察中に糖尿病型を示し, その後改善を見ている例が8例ありうち肥満の6例中3例は肥満を改善させている。

考按: 過去7～10年間に肥満(中年ぶとり)傾向の若年化が認められる。一般に成人型糖尿病は40歳代より50歳代にかけて発症することが多いが, 30歳代において糖尿病型化する例が多くなっていることは注意を要する。

同期間に本院人間ドックに入院したX銀行員の肥満の頻度は40歳以下31%, 41歳以上37%であり, ソニー職員がそれぞれ25%, 20%であったのより高い。しかし, GTTが糖尿病型を示す頻度はほぼ同率であった。また表2の結果より, 40歳以下では肥満が糖代謝異常を亢進させる誘因にはなっているが, 41歳以上では肥満よりむしろ素因による問題がある。肥満は糖尿病の誘因ではあるが, 素因の分布とは別なものであると考えられる。

糖尿病型であった例の中からGTTの改善を見ている例の半数は事後管理により食餌療法, 運動療法を励行して体重調整を行なった例であり, ドック後の管理の重要であることを示すものである。

結語: GTTの成績は, 年齢をはじめとする身体的因子により極めて流動的である。肥満例, GTT境界型例の追跡を注意深く行なうことは重要なことであるが, GTTの成績のみならず, 自覚症状, 診療所見(とくに, 糖尿病性神経障害に関する), 家族歴等も参考にし長期にわたる事後管理を必要とする。

18. 外来ドックにおける耐糖能異常と胃腸透視の影響について

京都第一赤十字病院第一内科 山本 勇治 妹尾 次郎
富井 紘久 和田 成雄
吉川 和明 中山 君彦
正木 清孝

糖尿病の早期発見, 早期治療は合併症を防ぎ, 病状の進行を防ぐという意味で重要である, 本院外来ドックの過去3年間の耐糖能異常率は, 50年62%, 51年58%, 52年72%と入院ドック44%に比べ極めて高率である。本院外来ドックの糖負荷試験は入院ドックが胃腸透視と別の日に行なうのに対して Racium 胃腸透視後に行なわれているので, 胃腸透視が耐糖能に何らかの影響を与えていることも考えられる。今回我々はドックにより耐糖能異常を指摘され, 他に耐糖能に影響を与えると考えられる合併症のない107名について2～3週間後, 早朝, 空腹時に外来に糖負荷試験を再検し, 比較検討した。

さらに胃腸透視の糖負荷試験についての影響も入院ドック50名について比較検討した。なお糖負荷試験にはトレーランG(50)を, Racium 胃腸透視の造影剤には, パリトゲンデラックスを使用した。血糖測定は auto analyzer 法を用い, 糖負荷試験判定は 日本糖尿病学会勧告値に従った。

成績: 再検を受けた外来ドック耐糖能異常者100名のドックでの判定は糖尿病型45名(45%), 境界型55名(55%)である。外来ドック100名の糖負荷試験の血糖値は, 空腹時 94 ± 15 , 1時間 167 ± 30 , 2時間 142 ± 33 で, 再検での血糖値は空腹時 86 ± 13 , 1時間 156 ± 41 , 2時間 109 ± 37 を著明に低下した。ドック及び再検での血糖値の差は空腹時 7 ± 11 , 1時間 11 ± 32 , 2時間 33 ± 29 といずれも危険率1%以下で有意の差が見られ, 特に2時間値で著明な差を認めた。胃腸透視と糖負荷試験を別の日に行なった入院ドック97名のドック及び再検の血糖値はドックの空腹時 92 ± 12 , 1時間 161 ± 29 , 2時間 124 ± 28 で, 再検後は空腹時 85 ± 13 , 1時間 161 ± 20 , 2時間 110 ± 37 でそれぞれの差は空腹時 7 ± 6 , 1時間 0 ± 20 , 2時間 11 ± 42 で空腹時のみ危険率5%以下で有意の差が見られたが著明な差は認められなかった。入院ドックに比較して, 外来ドックでは糖負荷後1時間, 2時間, 特に2時間の血糖値に大きな差が見られた。次に外来ドック100名のドック及び再検での耐糖能異常のパターンの変化と血糖値の変化を比較した。胃腸透視後糖負荷試験を行なっている外来ドック

100名中糖尿病型は45名で再検後も同様糖尿病型を示したものの15名(33%)であるが2時間値に 19 ± 32 ($P < 0.05$)を有意の低下を認めた。また境界型に改善したものは29名(64%)であり、空腹時 14 ± 15 , 1時間 23 ± 23 , 2時間 57 ± 27 といずれも有意の血糖低下が見られた。さらに正常型に移行したものは1名(3%)であった。外来ドックで糖尿病型を示したものは改善傾向はあるものの、45名中44名は耐糖能低下を認めた。外来ドックで境界型を示したものの55名について見ると、再検で糖尿病型に悪化したもの5名(9%)境界型を示したものの31名(56%)であるが、空腹時 6 ± 12 , 2時間 22 ± 18 と有意の改善が見られた。また、正常型に改善したものは19名(35%)であり、空腹時 11 ± 11 , 1時間 38 ± 20 , 2時間 42 ± 22 とすべくに有意の血糖の低下が見られた。次に同様入院ドック7名について、比較検討した、糖尿病型2名の内1名は境界型に改善、境界型5名中4名はそのまま境界型を示したが空腹時に 10 ± 3 ($P < 0.01$)と有意の血糖低下を認めた。また1名は正常型へ改善した。以上の結果から外来ドック及び再検での糖負荷試験上の違いは外来ドックの糖負荷試験が、胃腸透視後に行なわれている点であり、外来ドックの耐糖能低下が胃腸透視に最も影響されていることが考えられた。そこで我々に胃腸透視の糖負荷試験に対する直接の影響を入院ドック50名について検討した。第1日目は胃腸透視を行わず早朝空腹時に糖負荷試験を施行、翌2日目は胃腸透視後糖負荷試験を行ない、その影響について比較検討した。胃腸透視後の糖負荷試験の血糖値は、空腹時 82 ± 24 , 1時間 122 ± 42 , 2時間 102 ± 42 , で糖負荷試験単独での血糖値は、それぞれ 84 ± 24 , 125 ± 64 , 99 ± 61 で両者の差は空腹時 -2 ± 27 , 1時間 -3 ± 36 , 2時間 2 ± 28 で、いずれも有意の差は認められなかった。次に胃腸透視による、糖負荷試験のパターン及び血糖値の変化を比較検討した。透視後の糖負荷試験で正常型と判定された26名(12%)について、糖負荷試験単独でも22名(85%)は正常型を示し4名(15%)は逆に境界型へ悪化、特に空腹時 -9 ± 6 , 2時間 -29 ± 15 と有意の血糖も上昇が見られた。透視後の糖負荷試験で境界型と判定された22名(44%)は糖負荷試験単独では14名(64%)は正常型に改善、特に2時間で 19 ± 12 と有意の血糖低下を認めた。また境界型を示したものは8名(36%)であった。透視後の糖負荷試験で糖尿病型と判定された2名は、同様糖尿病型を示したが1時間値で -111 ± 30 と逆に有意の血糖上昇が見られた。以上の成績から胃腸透視後の糖負荷試験と比べて糖負荷試験単独では一部悪化を認めるが、多数は改善傾向を認め胃腸透視が耐糖能低下に影響している可能性が

示唆された。

まとめ: ①外来ドック耐糖能異常者100名について再検後特に2時間に有意の改善を認めた②胃腸透視は耐糖能低下に影響している可能性が示唆された。

19. 胆のう造影, 胃透視と同時に起こす経口糖負荷試験のスクリーニングテストとしての有用性の検討

東海大学病院健診センター 日野原茂雄 松沢 ミン
高橋 為生, 鈴木荘太郎
東海大学医学部臨床病理学教室
只野寿太郎 丹羽 正治
日本医用システム 音田 努

東海大学病院健診センターの自動化総合健診では、胆のう造影, 胃透視と同時に実施する経口糖負荷試験をおこなっている。これは、総合健診の全項目を約3時間で完了するためである。受診者への面接, 結果報告, 指導は健診当日の午後1時半より開始している。

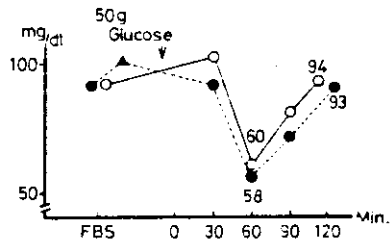
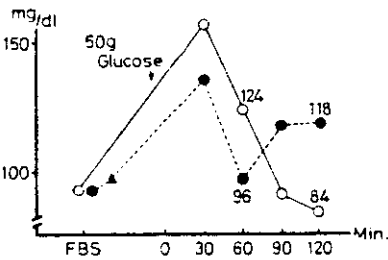
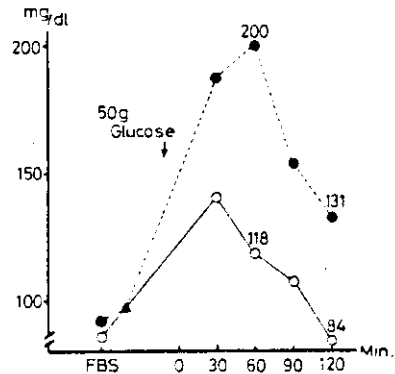
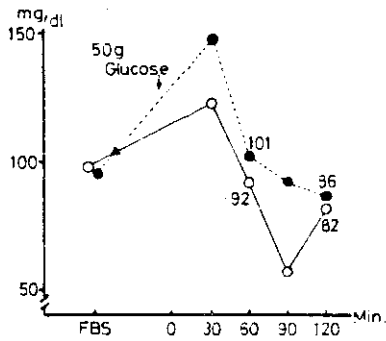
健診での耐糖能の判定は空腹時血糖値(FBS)と負荷後1時間値(IHL)の両者にておこなう。判定を糖尿病学会の勧告値による判定規準をそのまま使用してよいものか、スクリーニングテストとしての有用性はどの程度かについて検討した。

なお、血糖値の測定法が血清を試料とする Neocuproine 法のため、全血値で示された勧告値を Nijadlikらの方法により17%高値に変換して使用した。

対象は、健診において耐糖能につき要精検($IHL \geq 186mg/dl$)と判定され、健診日より40日以内に当院内科外来(OPC)において通常の経口糖負荷試験(トレランG50負荷)を実施し得た男性24名, 女性11名の計, 35例で、年齢は18歳より78歳である。外来再検時の経口糖負荷試験の結果による糖尿病学会勧告値の糖尿病型, 境界型, 正常型を最終診断とし、これを基にスクリーニングテストとしての有用性を検討した。健診時要精検者の51%は偽陽性例であった。

胃透視の空腹時血糖値に及ぼす影響は僅かであるが、これにトレランG50を負荷した1時間値への影響は大なる症例があることを示した基礎実験の結果をはじめに提示した(図1)。

健診時と外来再検時では空腹時血糖値と負荷後1時間血糖値はともに有意差があり、前者を胆のう造影剤の影響、後者を胆のう造影と胃透視の影響と考えた。



次に、健診時と外来再検時の空腹時血糖値と負荷後1時間血糖値につき、相関をみたがともによい正相関を示し、空腹時血糖値および負荷後1時間値はともに補正值を用いる必要があると考えられた。

はじめに、外来再検時の負荷後2時間血糖値と空腹時血糖値について、最終診断との関係を見た。負荷後2時間血糖値は、空腹時血糖値を無視しても偽陽性例を1例(5%)含むのみで、きわめてスクリーニングテストとしての有用性は高い。

同様に、外来再検時の負荷後1時間値をみると、偽陽性例は32%となる。

次に健診時の負荷後1時間血糖値を、直線回帰式で補正した220mg/dl以上で判定すると、偽陰性例が15%(2例)含まれ、有用性は失われる。

このため、負荷後1時間値が220mg/dl未満でも、補正した空腹時血糖値が正常でないものは(FBS>126mg/dl)要精検とした。偽陰性例はなくなり、偽陽性例は32%(8例)と、外来再検時の負荷後1時間値のみの判定と、スクリーニング能力が同程度となった。むしろ、判定が複雑となる分だけ劣るともいえる(表1)。

この複雑となる理由は、基礎実験で明らかのように、胃透視の空腹時血糖値に及ぼす影響は僅かであっても、負

荷後1時間値に及ぼす影響は大で、かつ変化が一様でないためと考えられた。また、前夜服用した胆のう造影剤の内服が空腹時血糖値にも影響を及ぼすため、健診で得られた血糖曲線は複雑な検査結果をみていることになる。

自動化総合健診は、短時間に、胆のう造影、胃透視、経口糖負荷試験といったように、いくつかの検査が組合されて実施される。異常値の決定には、適用する判定規準および設定条件の十分なる吟味が必要であろうと考えられた。

表1 スクリーニングテストとしての有用性比較

	偽陽性	偽陰性
2HL in OPC (152mg/dl以上)	1/18例(5%)	0
1HL in OPC (186mg/dl以上)	8/25例(32%)	0
1HL in AMHT (220mg/dl以上)	7/22例(32%)	2/13例(15%)
1HL in AMHT (220mg/dl以上) FBS in AMHT (126mg/dlをこ える)	8/25例(32%)	0

20. 簡易人間ドックにおける糖負荷法について —バリウム混合糖液—

富士通健康管理センター 鈴木 英彦 内山 敬司

はじめに

簡易人間ドックにおいて、胃X線検査と糖負荷による血糖検査は、必須項目であり、短時間のプログラムに両項目を如何に組合わせて互いに支障をきたさずに目的を達しうるかについては、多くの工夫と努力がなされている。

また、初期糖尿病の発見には、空腹時と糖負荷後30分の血糖とインスリンの増加比で判定することが多いようだが、インスリンの測定には多大の費用がかかるためスクリーニング法としては適切でなく、現状では、血糖値測定によらざるをえない。

富士通健康管理センターでは、硫酸バリウムと糖を混合して飲用させ、胃X線検査および糖負荷の方法として試みたので、その結果を報告する。

対象

富士通健康保険組合員のうち京浜地区在住の40才以上の人で、昭和52年度人間ドック受診者1,069名(男958名、女111名)である。年齢層は、40代62%、50代34%、60代4%で平均47才である。人間ドック実施方法は、受診者に前日夜9時頃までに食事を終えさせ、受診当日センターに来所してもらい。健診順序は、採尿→採血→胸部間接X線→胃部間接X線→問診→血圧→心電図→肺機能→聴力→眼底→内科診察→採血で所要時間約3時間である。

硫酸バリウム混合糖液の調整法

粉末ブドウ糖50gを20mlの温湯で溶かし約50mlの糖液とし、これと250mlのゾル状バリウム100W/V%とを混合する。

血糖値異常者の2次検査について

1次検査で、正常範囲をこえた者について、2~4週間後に50g糖負荷(トレーランG使用)による耐糖試験を行なった者のうち当センターにて実施した99名について検討した。

血糖値の測定方法について

測定両機種とも銅ネオカプロリン法だが、1次検査の空腹時血糖は、テクニコンSMA 12/60%により、2時間値および2次検査では、ニクニコンAA-IIにより測定した。前者は血清、後者は血漿によるものであるが、81例について両機種間に有意の差が認められないことは、予め確認してあった。

測定結果について

① 人間ドック実施者全体の結果は、空腹時平均 90 ± 15 mg/dl で60~140の間に集中した対数正規分布になっている。2時間値もほぼ対象正規分布であるが、幅広く分布しており、平均は、 103 ± 29 mg/dl である。

② 2次検査受診者について

④ 1次検査の分布は、グラフ中黒線の分布で空腹時は、 100 ± 17 mg/dl、2時間値は、 139 ± 24 mg/dl である。2次検査では、空腹時は、1次検査の時とほぼ同じ分布を示し、平均 99 ± 15 mg/dl で、2時間値は、正常域にも分散され、平均 117 ± 41 mg/dl である(図1)。

⑤ 両者の比較

空腹時は問題ないが、2時間値は、平均22mg/dl、1次検査時の方が高く、個々の代謝曲線をプロットすると、バリウムの影響による糖の消化吸收の遅れをうかがわせられるものの一律の関係はなさそうで、その差は0~30をピークとし ± 70 もの幅がある。

③ 2次検査結果について

1次検査の値別に表1のように、空腹時115mg/dlで2分類し、2時間値を115から10きざみに、2次検査結果をみた。

なお、糖尿病の判定基準は柴田らの報告により、学会基準の1.15倍をとり、正常型を空腹時115以下、1時間値160以下、2時値115以下、糖尿病型を1時間値185以上、2時間値150以上とした。表1で1次検査空腹時値が115以下で、2時間値が125以上の場合は、境界型および糖尿病型を加えた異常者の発見率は、75%前後と高く、125未満では25%で、境界型のみとなっている。

さらに、境界型5名について調べてみると、1名は、昭和47年のドックで腎性糖尿が発見されており、今回のドック受診3カ月前より、糖尿病の治療中であった。2人は昭和41年のドックより腎性糖尿で、昭和53年度でも2時間値が129で、高血圧治療中の人であった。3人は今年度2時間値138で、2次検査の指示がで

図1 1次-2次血糖値分布

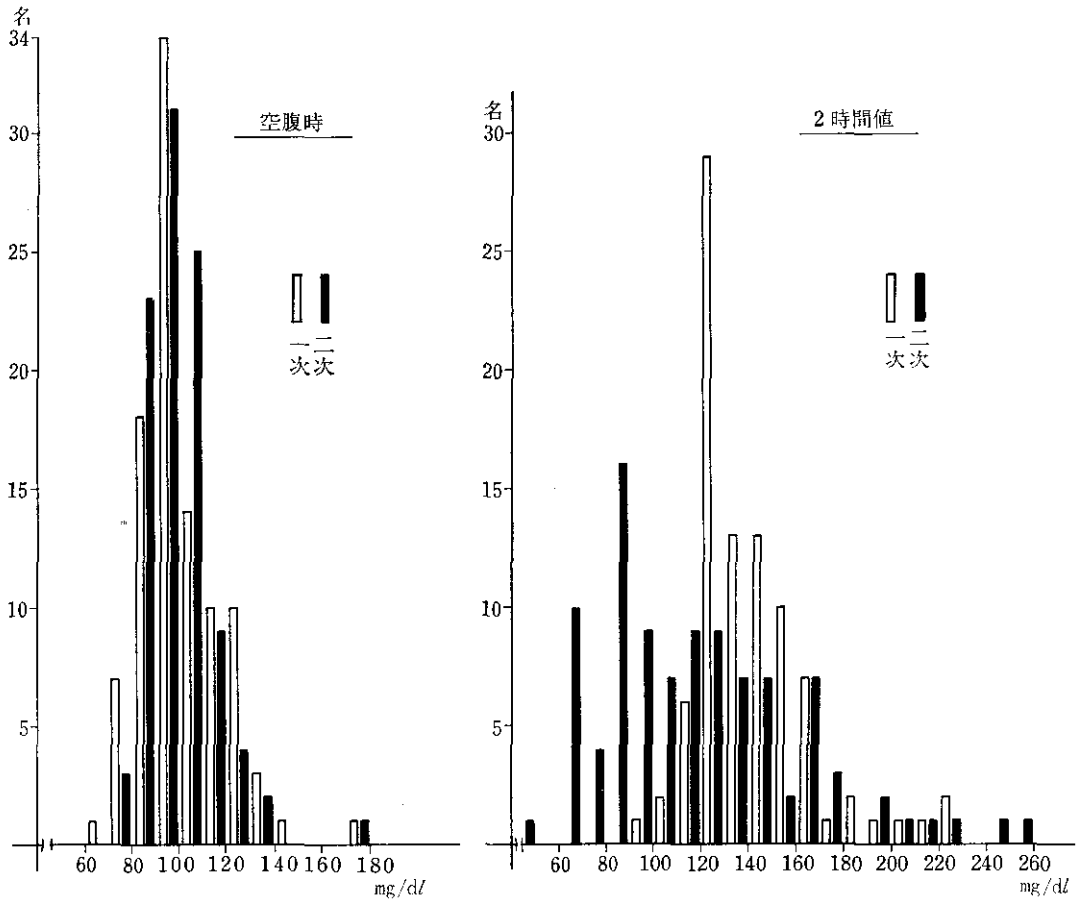


表1 1次検査結果と2次検査結果のまとめ

1次2時間値(2H)	1次空腹時		血糖値115mg/dl以下					115mg/dlより大				
			2次検査結果					2次検査結果				
	正常型	境界型	糖尿病型	計	異常率	DM型率	正常型	境界型	糖尿病型	計	異常率	DM型率
2H<115	—	—	—	—	—	—	3名	1名	0名	4名	25%	0%
115≤2H<125	15名	5名	0名	20名	25%	0%	0	0	1	1	100	100
125≤2H<135	6	13	4	23	74	17	0	0	0	0	0	0
135≤2H<145	4	12	0	16	75	0	0	2	0	2	100	0
145≤2H<155	2	9	1	12	83	1	0	1	1	2	100	50
155≤2H	3	4	3	10	70	30	0	3	6	9	100	67
合計	30名	43名	8名	81名	63%	10%	3名	7名	8名	18名	83%	44%

ている。4人目は、当センターとなりの富士通川崎病院で治療中の高血圧とあわせ、食事療法を行ない半年後には正常に戻った。最後の人は、他社転職で経過不明である。既に治療中だった1名を除くと異常率は境界型のみ20%となり、空腹時115以下なら2時間値125mg/dlをスクリーニング値としてよいと思われる。

なお胃部X線結果は、当センターで2次検査まで行なっている対象者846名中、要精検者は185名(22%)うち31名が要治療、内訳は、胃潰瘍11名、十二指腸潰瘍11名、胃ガン1名他である。1次検査の担当医によれば多少バリウムののりが悪いがスクリーニングとしては使えるとのことである。

21. 心電図自動解析装置(MEPC)の使用経験

一人間ドック受診者における

解析結果の検討一

(財)ヘルス・サイエンス・センター

○藤田 忠和 遠藤 恭子
広門 一孝

北里大学医学部 柳 茂夫 田中館明博

我々は、心電図自動解析システム(MEPC米国Telemed社)を導入し、昭和52年9月より人間ドック及び定期健診受診者に、また、12月より外来患者の心電

図検査に利用している。今回は、本邦初の導入事例としての本システムの使用経験を基に、システムの概要と特徴、運用状況、診断精度、問題点等について報告する。

概要と特徴について

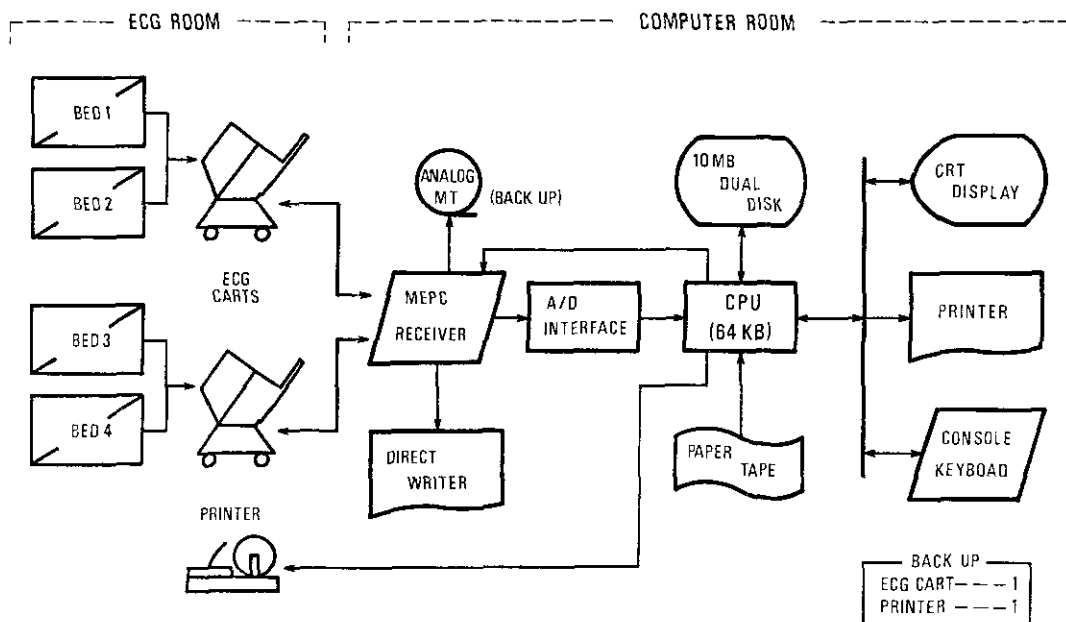
図1は当センターのMEPCシステム構成図である。当センターのMEPCシステムは、ミニコン(64KB)、DISK装置(10MB)、レシーバー、CRT、コンソール、テレタイプ、出力プリンターから構成されており、3-ch 端末心電計2台を使用している。また、オプションとして故障時のback upや研究用の目的でアナログテープ装置を附加している。なお、解析プログラムは、IBM/BONNER Iを使用している。このシステムの大きな特徴は、電話回線を通じて心電図自動診断即時処理の機能を持っていることである。

現在、当センターでは、端末心電計とコンピュータを専用線により直接に接続し、解析を行なっており、またソフトウェアとして、ユーザー用のutility programを約10種類備えており、解析結果の検索、専門医のoverreadingによる編集、解析処理件数等の集計を行なうことができる。

運用状況について

約30件/hrの処理能力を有し、現在1日当たり50~70件解析を行なっている。

図1 HARDWARE OF THE SYSTEM



診断精度について

表1は、人間ドック受診者1,855名についてコンピュータと専門医との診断結果の比較を正常か異常かという点についての的をしばって整理してみたものである。専門医の診断を正しいとするならば、コンピュータによる false negative は (26/1,106) 2.4%, false positive は (27/749) 3.6% であった。次に計測値の誤差が診断結果に及ぼす影響について検討した。このシステムでは、公衆電話回線を利用して3チャンネル同時送信することを前提としているために、端末心電計からコンピュータへ送る心電図信号の電位のダイナミックレンジに一定の限界があり、これまでのところ $\pm 2.5\text{mV}$ に制限されている。しかし、日本人を対象とした場合、 $\pm 2.5\text{mV}$ のレンジは狭すぎ、また、使用している診断プログラムがこのレンジを考慮していないので計測値の誤差が診断結果に影響していると考えられた。そこで、計測値の誤差が診断結果に影響すると考えられる左室肥大の診断をとりあげ検討を行なった。

BONNER I プログラムによる左室肥大の voltage criteria の中で、この点について最も関連の深い部分は、(1) $SV2 + RV6 \geq 4.3\text{mV}$ 、または、(2) $RV5 \geq 2.8\text{mV}$ 、または、(3) $SV1 \geq 2.4\text{mV}$ であり、採取された心電図がこれらの criteria のどれかを満足し Strain が無い場合に 5 points として "possibl LVH if hatient over 30 years old" の statement が解析結果として得られる。我々のシステムにおいては、電位計測のダイナミックレンジが $\pm 2.5\text{mV}$ であるため、特に(2) $RV5 \geq 2.8\text{mV}$ については採取された心電図の $RV5$ が仮に 2.8mV を超えていた場合に 5 points としての statement が解析結果として得られないことがあることに注目して、昭和53年2月~4月の人間ドック受診者746名の心電図とその解析結果についてこの点を調べた。その結果、ダイナミックレンジ $\pm 2.5\text{mV}$ という制約によって

表1 Comparison of ECG Diagnosis by MEPC and by Cardiologist

MEPC DR	W. N. L.	ABNORMAL	TOTAL
W. N. L.	1,080	27	1,107
ABNORMAL	26	722	748
TOTAL	1,106	749	1,855

表2 EXAMPLE A.

NO	Lead		SV 1	SV 2	RV 5	RV 6
	CM					
1	C		2.39	2.69	1.59	1.20
	M		2.30	3.60	1.60	1.20
2	C		2.21	2.38	2.77	1.68
	M		2.20	3.20	2.70	1.70

B.

NO	Lead		SV 1	SV 2	RV 5	RV 6
	CM					
1	C		0.81	1.88	2.47	2.33
	M		0.80	1.80	4.00	2.40
2	C		1.27	2.08	2.63	1.76
	M		1.20	2.00	3.40	1.70

前述の診断プログラムの criteria に適合しなかった例が(1) $SV2 + RV6 \geq 4.3\text{mV}$ の criteria について7例、(2) $RV5 \geq 2.8\text{mV}$ については16例あった。次に、表2のAは、ダイナミックレンジ $\pm 2.5\text{mV}$ のために(1) $SV2 + RV6 \geq 4.3\text{mV}$ の criteria に適合しなかった例のうちの2例を表わしたものである。この表の上段は、コンピュータにより得られた各誘導の電位計測値であり、下段は人間が実際の心電図を見て計測した値である。なお、下段の計測値は各誘導の複数波形の実測値を平均して算出したものである。1番の例では、 $SV2$ の計測値がコンピュータで 2.69mV 、人間の実測値で 3.60mV 、 $RV6$ では両者が 1.20mV であり、また、2番の例では、 $SV2$ の人間の実測値が 3.20mV 、 $RV6$ では 1.70mV であり、これらの例はダイナミックレンジが $\pm 2.5\text{mV}$ よりも大きい例えば $\pm 3.5\text{mV}$ 位であれば診断プログラムの左室肥大の criteria の(1) $SV2 + RV6 \geq 4.3\text{mV}$ に適合し、5 points としての statement が得られたはず。また、この表2のBは(2) $RV5 \geq 2.8\text{mV}$ の criteria に適合しなかった例のうちの2例を示しており、人間の計測値の $RV5$ が1番の例では 4.00mV 、2番の例では 3.40mV であり、これについても前述のAの例と同様のことがいえます。以上のことから、我々はこのシステムのダイナミックレンジ $\pm 2.5\text{mV}$ は、日本人を対象とした場合、レンジが狭すぎ、特に左室肥大の診

false negative		false positive	
1. LVH	12	1. LVH	12
2. ZRBBB	3	2. S-T AB	4
3. LV myocardial ischemia	2	3. S V P C	3
4. LVH & LV myocardial ischemia	2	4. T wave AB	1
5. LV myocardial ischemia and Hyertrophy	1	5.	
6. S V P C	2	6.	
7. CAD	3	7.	
8. LAenlaryemer	1	8.	
		9.	
TOTAL	26	TOTAL	27

断において診断プログラムを忠実に反映できない場合があることを確認しました。そこで、ダイナミックレンジの望ましい大きさを設定しなければいけないわけですが、これまでに得られた解析結果の計測値からみて約 +3.5 mV は必要であると考えた。

22. 人間ドックにおける心拍数についての検討

一とくに起立位における心拍数の変化について一

国家公務員共済組合連合会 千里病院内科

阿部 健 千葉末知夫
西岡 利之

現症の一所見である脈拍数、即ち心拍数が安静時、運動負荷後もしくは体立変換による変化などが、ドック判定時における疾患予知の指標になるのではないかと考え検討を試みたので報告する。なお今回は起立位における心拍数の変化と臨床所見との対比を行なった。

対象

対象はドック検査を行なった成人男子 835 例で、年齢は 30 才より 69 才迄で平均年齢は 46.2 才であった。なお運動負荷陽性例は 64 例 (7.66%) である。

方法は仰臥位にて 5 分後心電図を記録し、R-R 間隔を計測して安静時心拍数を求め、起立位心拍数は起立直後心電図を記録して R-R 間隔より求めた。なお運動負荷試験はマスター 2 階段法にて 2 信量負荷を全例施行した。

成績

1) 安静時仰臥位心拍数に対し起立位心拍数が 50% 以上増加した症例が 1 例みられ、うち 4 例が運動負荷陽性例であった。しかしのこりの 60 例の運動負荷陽性例では立位における心拍数の増加は少なく、むしろ運動負荷後に 50% 以上心拍数増加する例が多く、22 例みられた。このことは立位における増加と運動負荷後における増加とは異なった因子によるものと思われる。

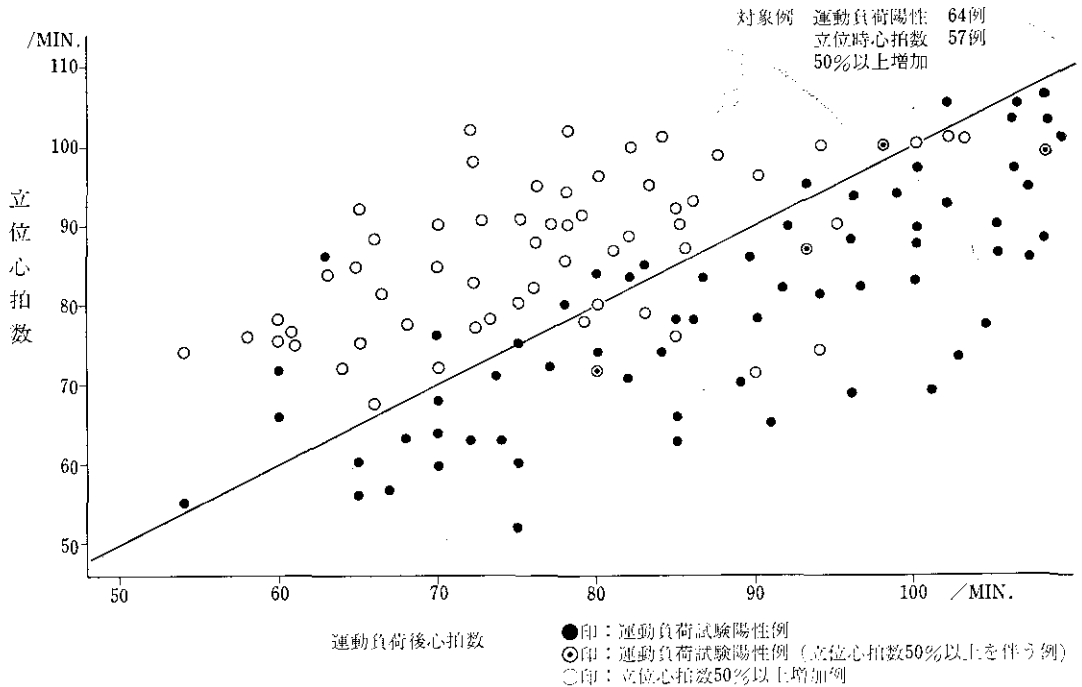
2) 運動負荷直後と起立位における心拍数の対比 (図 1) については、運動負荷陽性例 64 例中 51 例 (79.7%) は立位心拍数よりも運動負荷後に心拍数は増加しているが、立位心拍数 50% 以上増加する例は 57 例中 49 例 (86.0%) が、運動負荷後よりも立位になったのみでより心拍数の増加がみられる。

3) 立位心拍数増加群と臨床所見は表 1 であるが、平均年齢は 37.9 才と若く、肥満度をみると比体重、皮厚ともに低下している。心電図異常、総コレステロール値、50 g G T T などいずれも運動負荷陽性群や、立位心拍数 50% 以上増加する例を除く陰性群に比べても低下しているのが特徴といえよう。しかし、肺機能における %V C は変らないが、1 秒率のみが逆に増加傾向にある。しかしこの 1 秒率低下群 (立位 50% 以上群) の呼吸器疾患は、1 例陣旧性肺結核が含まれているのみで他は肺の器質的障害は認められなかった。即ちこれらの症例は機能的に低下しているもの (例えば呼吸の乱れなど) によるものか今後検討を重ねる必要があると思われる。

表 1 立位心拍数と臨床所見 (1)

	運動負荷試験		立位時心拍数 50% 以上増加
	陰性	陽性	
症例	714	64	57
平均年齢 YRS	47.1	51.9	37.9
肥満			
比体重 10% 以上	40.7%	48.4%	24.6%
皮厚 28mm 以上	60.8%	81.3%	44.3%
心電図異常*	16.3%	54.7%	13.1%
血圧			
収縮期圧 160mmHg 以上	7.6%	17.2%	3.3%
拡張期圧 95mmHg 以上	6.1%	15.6%	3.3%
総コレステロール >250mg/dl	17.2%	31.3%	13.1%
50gr G T T >160mg/dl	34.7%	35.9%	6.6%
肺機能 %V C <80%	8.7%	15.6%	8.2%
1 秒率 <80%	6.9%	9.1%	34.2%

図1 運動負荷直後と立位における心拍数の対比



結 語

今回は体位変換とくに起立位における心拍数の変化についてドック諸検査との検討を行なった。

冠血流は主に拡張期に流れるため心拍数の増加は拡張期時間の短縮につながり、心に対してはマイナスになると Gauer らはのべている。また心拍出量に対し心拍数は重要な一因子であり、Sinus node より発せられる心調律は迷走神経による抑制と交感神経による促進の平衡に依存している。と同時に非自律神経因子 (non-autonomic component) の関与も加っているといわれている。

起立時における心拍数の増加については、立位にて血液量の大量の移動は低圧系即ち静脈系におこり、下半身に移行するとのべられ、心拍出量を一定に保つために代償性に心拍数の増加がみられ、この調整の一因子として交感神経刺激が加っているものといわれている。起立位にて心拍数50%以上増加する群はドック検査の諸データと対比してみると、アテローム硬化の進展因子は運動負荷陽性群や陰性群に比べ少なく、自律神経因子の関与が多くなっているのではないかと考えられる。

また運動負荷陽性群で立位心拍数の増加とくに50%以

上も増加する症例が少ないことは、自律神経因子よりも非自律神経因子が優位であると考えられる。

その他スパイロメトリーによる1秒率の低下は解釈が困難であるが、肺、呼吸筋に対する何らかの影響についてなお検討する必要がある。

立位心拍数50%以上増加例は以上の所見により、神経性循環無力症(NCA)との関連性をもとめる一方法ではないかと考え、ドック検査の一所見としての有用性について、今後症例を重ねて検討したいと考えている。

23. 虚血性心疾患のリスクファクターについて
一人間ドック検査成績よりの検討一

京都第一赤十字病院 第二内科

栗林 敏郎 桐山 利昭
角水 圭一 和田 勝
磯田 次雄 川西 康夫
谷口 成美 井上 正司
水谷 孝昭
同健診センター 上藤 清美

虚血性心疾患のいわゆるリスクファクターとして、高血圧、肥満、糖尿病、高尿酸血症、喫煙などがあげられ

ることは周知のことである、今回、我々は、当院外来ドック過去3年間の受診者17,959名を対象として、これらのリスクファクターの年齢別ならびに性別発現頻度、さらに心電図異常もしくはX線上の心肥大との関係について検討した。

図1はリスクファクターの評価の指標として採用した心電図異常もしくはX線上の心肥大の頻度であるが、これは39才以下では、男19.6、女15%で、年齢と共に上昇し、60才代で男女共に約50%に達した。図2の心電図異常の内容は、721名の調査では、ST、Tの異常が36%で最も多く、次いで左室肥大が28%、心拍数異常が12%で伝導異常、期外収縮がこれに付いた。X線写真上のみでの心肥大は異常例数のうち約3%を占めた。

高血圧（WHOの基準に基づく）の頻度は年齢とともに上昇し、49才以下では、男は、7.8%と、女の5.1%より高頻度を示すが、50才以上では男女差は認められず、60才代で共に約20%に達した。高血圧と心電図異常との関係であるが、リスクファクターを全く含まないコントロール群が、男女共に49才以下では20%、50才以上では42%が心電図異常もしくはX線上の心肥大を示したのに対し、高血圧のみをもつ群は49才以下で36%、50才以上では66%に達した。

高コレステロール血症は（230mg/dl以上）は、男49才以下で18%に、50才以上では23%に、また女49才以下で

図1 心電図異常もしくはX線上の心肥大の頻度

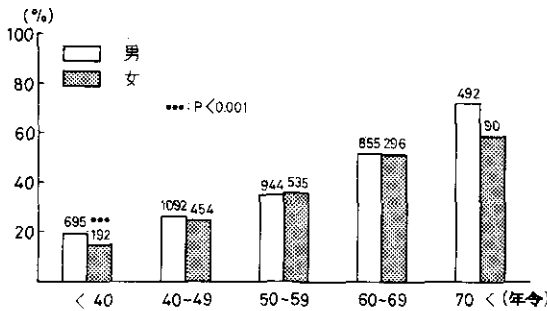
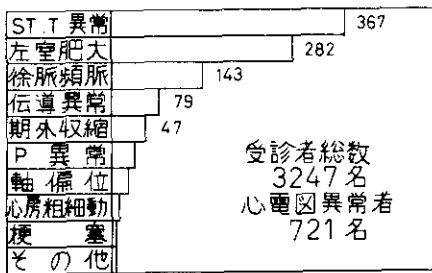
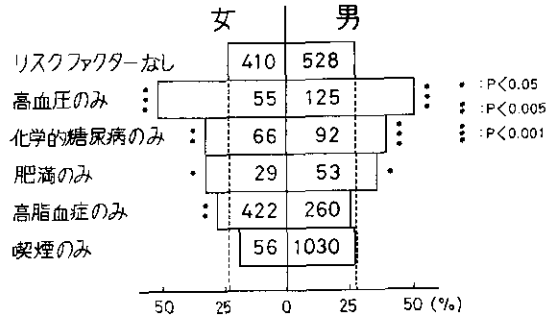


図2 心電図異常の内容



50%

図3 各リスクファクターが単独に存在する場合の心電図異常もしくは心肥大



は17%に、50才以上では35%に認められ、男女共に50才以上での年齢的变化はほとんどなかった。高中性脂血症（男140mg/dl、女90mg/dl以上）は、男49才以下で31%、50才以上では27%に出現し、40才代に最も多い。女49才以下では、33%で、50才以上で著増を示し51%に達した。これらのふたつの異常のうち、一者もしくは両者を含む場合を高脂血症とし、心電図異常もしくは心肥大の頻度をみると、男49才以下では20%、50才以上では35%であり、コントロールの49才以下20%、50才以上42%に比し、50才以上ではむしろ高脂血症群が低い頻度を示し、この差は5%の水準で有意であった。女50才以上でも同じ傾向がみられたが有意でなかった。女49才以下では高脂血症群が有意に高い頻度を示した。

20%以上の肥満は、39才以下では男9.5%で女6.3%より高かった。年齢と共に上昇し、60才代で男14%、女12%であった。10%以上の肥満は、年齢をプールすると男32%、女23%で、男女共に年齢と共に軽度上昇する。いずれの場合にも、全年令層で男が高い頻度を示した。20%以上の肥満に伴う心電図異常の頻度は、男49才以下では29%、50才以上では47%で、リスクファクターを含まないコントロールに比し、共に有意に高い値を示した。女性においても傾向はほぼ同じであった。

50g G T T 糖尿病型の頻度は、39才以下では、女が7.0%と男4.4%より有意に高い。40才以上では男女差なく、年齢と共に増加し、60才代で20%を僅かに上回る。この異常がある場合には、男では50才以上で51%、女では49才以下で28%が心電図異常もしくは心肥大を示し、それぞれコントロールの42%、20%に比し有意に高い頻度を示した。

喫煙の習慣は、男では全年令層で60~70%に、女では15~20%に認められた。リスクファクターとして喫煙のみがある群は、男女共に心電図異常の頻度に関し、コン

コントロールと差はなかったが、男49才以下で高血圧に喫煙が加わった場合には、51%が異常を示し、高血圧のみの36%に比し有意に高い頻度を示した。

また、短期入院ドック受診者1,056名中、マスターダブル負荷心電図で陽性を呈した男52名、女45名について、年齢をマッチしたコントロール群を設け、各リスクファクター測定値の平均値の有意差検定を試みた。陽性の診断は、1966年のマスターの基準によった。陽性群が陰性群より有意に高い値を示したのは、女性における収縮期血圧、拡張期血圧、50g G T T 2時間値、尿酸値であり、男性では有意差を示すものは認められなかった。総コレステロールは、男女共にむしろ陽性群が低い傾向を示した。中性脂肪は陽性群が高い傾向を示したが有意ではなかった。喫煙についても差は認められなかった。心症状8項目の質問に対する“然り”の返答の数は、むしろ陰性群で多い傾向が示され、症状に対してはさらに詳細な問診が必要であることが示唆された。

本調査における心電図異常ないしX線上の心肥大を、虚血性心疾患の指標としてみる限りでは、高血圧、肥満、糖尿病は従来の説に一致する成績を示した。高脂血症、特に高コレステロール血症は、むしろリスクを和らげるかのような成績を示したが、正常値の設定等に問題があると思われる。負荷心電図陽性は、ごく一部において、リスクファクターを反映したのみであった。このことに対しては、負荷心電図は、リスクファクターには反映されない潜在的な心筋虚血をより衝敏に反映すると解釈することも可能である。

24. 人間ドック受診者についての地理病理学的(秋田、東京)検討

第1報 血清脂質(総コレステロール、中性脂肪)と肥満度ならびに高血圧との関係について

秋田県厚生連 山本組合総合病院

健康管理科 照井 良彦
臨床検査科 品山 義彦

牧田総合病院 予防医学センター

石井 惟弘
菅森 典雄
中島 安三
臨床検査科 内昌 和夫

はじめに

秋田県は全国一の脳卒中多発県として知られており、

一方東京をはじめとする都市部では近年脳卒中は減少し、虚血性心疾患の増加傾向がうかがえる。

私たちはそれぞれの施設で実施しつつある人間ドック受診者の諸検診成績につき、地理病理学的検討を試みることにした。今回は血清総コレステロール(以下、Tch)および中性脂肪(以下、TG)と肥満ならびに高血圧とについて、両施設(以下、適宜に秋田、東京と称する)の成績で比較検討してみた。

対象

対象は両施設とも53年7月末日からさかのぼる最新受診者1,000名、ただし1年以内とした。秋田は1年以内に1,000名に達せず、874名となった。対象の性・年代構成を表1に示した。その職業構成は、秋田の男性および東京の受診者の大多数は勤労者であり、秋田の女性の大半は農家の主婦である。

方法

肥満度分類：日本病院会編「人間ドック」収録の肥満度換算表により、標準体重プラス11~20%のものを準肥満、プラス21%以上のものを肥満とした。

高血圧分類：最大血圧140~158ミリ、最小血圧90~98ミリのものを準高血圧、最大血圧160ミリ以上、最小血圧100ミリ以上のものを高血圧とした。なお同一受診者において2回以上血圧測定している場合、低い方の値を採用した。

TchおよびTGの測定ならびに測定値の比較：測定は秋田、東京とも用手による酵素法によった。58年3月14

表1 対象の性・年代構成

		秋 田	東 京
若 年 代 ~39才	男	153	150
	女	40	22
	計	193	172
中 年 代 40~49才	男	273	396
	女	86	43
	計	359	439
高 年 代 50才~	男	224	344
	女	98	45
	計	322	389
計	男	650	390
	女	224	110
	計	874	1,000

日と同20日の両日に、同一の40種検体（受診者および患者の血清）を同一条件下に測定し、両施設の測定値のつき合わせから相関係数および回帰方程式をもとめた。相関係数は T_{ch} 0.9586, T_G 0.9837と好結果であり、回帰式は秋田をy, 東京をxとすると, T_{ch} は $y = 0.99x + 1.6$, T_G は $y = 1.12x - 15.5$ であった。以下、東京のデータはすべて上記の方程式で換算し、それを測定値と称する。

成績

肥満について：肥満者は秋田93名（10.6%）、東京67名（6.7%）（以下、秋田の成績／東京の成績の様式を記す）、準肥満者は193名（22.1%）／161名（16.1%）と、秋田の方に肥満者、準肥満者ともやや多そった。

高血圧について：高血圧者は101名（11.6%）／27名（2.7%）準高血圧者は147名（16.8%）／97名（9.7%）と、秋田は血圧の高いものが多く、とくに高血圧者率は東京の4.4倍と圧倒的に高かった。

なお肥満および高血圧におけるこの地域差は、男女、各年代をとおしてほぼ同様の傾向をみとめた。

T_{ch} について：両施設とも測定値はほぼ正規分布を示したので、各群の代表値として算術平均および標準偏差をもとめた（標準偏差は本稿では省略）。表2のごとく、高年代女性群をのぞく両施設の成績は、ほとんど差をみとめなかった。加齢による T_{ch} 値の上昇の傾向は、両施設とも男性において明らかでなく、女性、とくに東京の女性において顕著であった。T_{ch} 値と肥満お

び高血圧との関係を図1に示したが、両施設ともいずれも正の相関がえられた。ただし高血圧との関係で、高血圧群と準高血圧群との格差が秋田ではほとんどなかったのに対し、東京では大きな断層をみた。

T_G について：両施設ともT_Gの測定値はほぼ対数正規分布を示したので、各群の代表値として幾何平均と標準変動巾をもとめた（標準変動巾は本稿では省略）。表3のごとく、T_G値の施設間差は各年代をとおして東京が秋田より若干高かったが、それを年代別・計でみると、最も大きな中年代が13.4、若年代が55、高年代1.6平均7.3mg/dlと、きわめて小差であった。T_G値と肥満および高血圧との関係は図2に示すとおり、両施設ともいずれも正の相関をみとめた。また異常者群、正常者群ともに東京は秋田よりやや高い値を示した。

図1 T_{ch} 肥満ならびに高血圧との関係

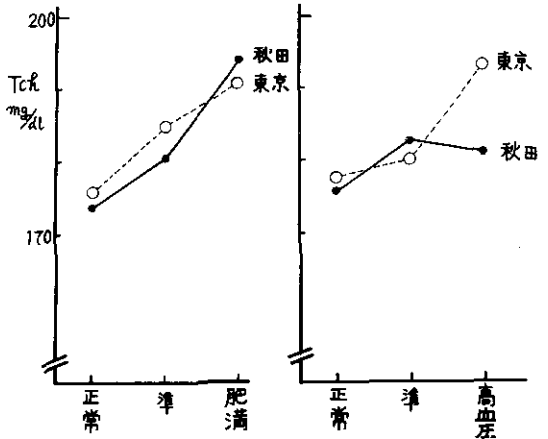


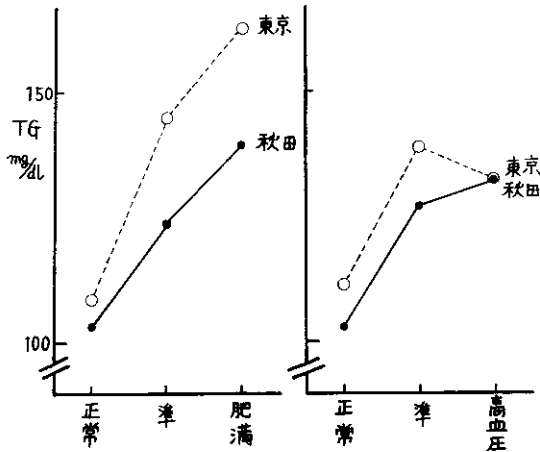
表2 T_{ch} 測定値（平均値mg/dl）

		秋 田	東 京
若 年 代	男	175.3	175.2
	女	165.0	160.4
	計	173.2	173.3
中 年 代	男	174.2	179.7
	女	178.0	178.5
	計	175.1	179.6
高 年 代	男	180.5	176.2
	女	188.1	197.4
	計	182.8	178.6
総 計	男	176.6	177.6
	女	180.1	182.6
	計	177.5	178.2

3 3 T_G測定値（平均値mg/dl）

		秋 田	東 京
若 年 代	男	121.9	118.9
	女	81.3	83.4
	計	108.1	113.6
中 年 代	男	115.1	126.2
	女	91.4	85.0
	計	108.0	121.4
高 年 代	男	111.2	113.9
	女	111.8	106.3
	計	111.4	113.0
総 計	男	114.8	120.1
	女	97.7	92.8
	計	109.4	116.7

図2 TGと肥満ならびに高血圧との関係



まとめとむすび

肥満、高血圧、Tch およびTG値について秋田と東京の人間ドック受診者の成績を比較し、大要つぎの結果をえた。

- 1) 肥満者および準肥満者の率は、秋田の方が東京よりやや高かった。
- 2) 高血圧者および準高血圧者の率は、性別、年代別をとおして秋田の方が東京より圧倒的に高かった。
- 3) Tch値は、秋田と東京との間にほとんど差をみなかった。
- 4) TG値は、東京の方が秋田より若干高めであるとみられた。

秋田県住民に高血圧者が多いことはつとに知られた事実であり、本成績もその事実を証した。ただし肥満者が東京より秋田に多かったのは、意外であった。疾病構造は地域差のみならず時間差もあり、この点秋田の今後の疾病構造の変遷を注目してゆきたい。

Tch とTGの地域差について論述した報告はすくなく、そのほとんどが田舎より都会の方が高いとのべている。私たちは地域差をとくに強調できるような成績をえなかった。ただし両施設とも、これらの値と肥満・高血圧との間に正の相関をみとめ、肥満や高血圧が秋田の方でより顕著であった点からみれば、相対的に秋田のTchおよびTG値は東京より若干低かったとみなすべきかも知れない。

今後例数の増加をまち、両施設検査データの互換性を維持しながら、以上の4項目のみならず他の諸検査項目についても、両施設のデータの比較検討をすすめ、深めてゆきたい。

25. AMHTS における長期精度管理の検討

(1) ベース・ラインの動き

PLメディカルデータセンター*

PL女子短期大学生命科学研究室**

○中野 守雄* 小松 俊朗**

中野 勝之* 八坂 敏夫*,**

序

PL健康管理センターではメンバー制による半年毎の反復検診を行ない、開設以来7年余りにわたって蓄積された検査データにもとづき個人の健康動態把握を試みてきた。そこで得られた知見は次のようなことである。(1)各個人は特有の生理的変動範囲をもつ。(2)その変動幅は集団的にみた正常域の範囲よりもせまい。(3)したがって、検査成績の微小な変動が個人の健康動態把握に重要となる。以上のことから、測定精度の十分な管理が要求されることとなる。

方法

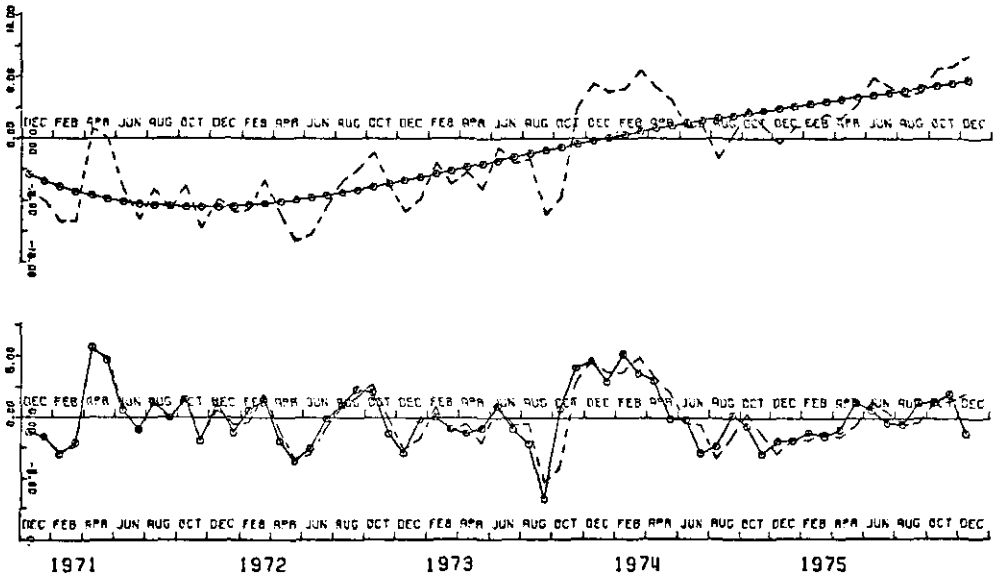
検査室における精度管理は、通常、同一プール血清や市販の管理血清などによるX-R管理図法によって行なわれている。しかし、毎日をそれぞれコントロールしても、長期的には、精度のズレがいかに変動しているかをつかまえることはできない。昭和45年12月開設以来5年におわたる毎月の検診データの平均値から変動成分を分析することを試みた。一般に時系列変動は、傾向変動、循環変動、季節変動、不規則変動とに分類される。したがって、傾向変動、循環変動を調べれば長期的な精度のズレを推定することは可能とおもわれる。方法の一つに多項式回帰分析を用い傾向変動をみた。回帰曲線が示す傾向変動は長期精度のベースラインの動きをよくあらわす。さらに細かい周期変動は、原時系列データから多項式回帰で求めた傾向変動成分を差し引いた残りに対してフーリエ級数解析を行ない推定した。

もう一つの方法は、EPA法による傾向循環変動の推定がある。

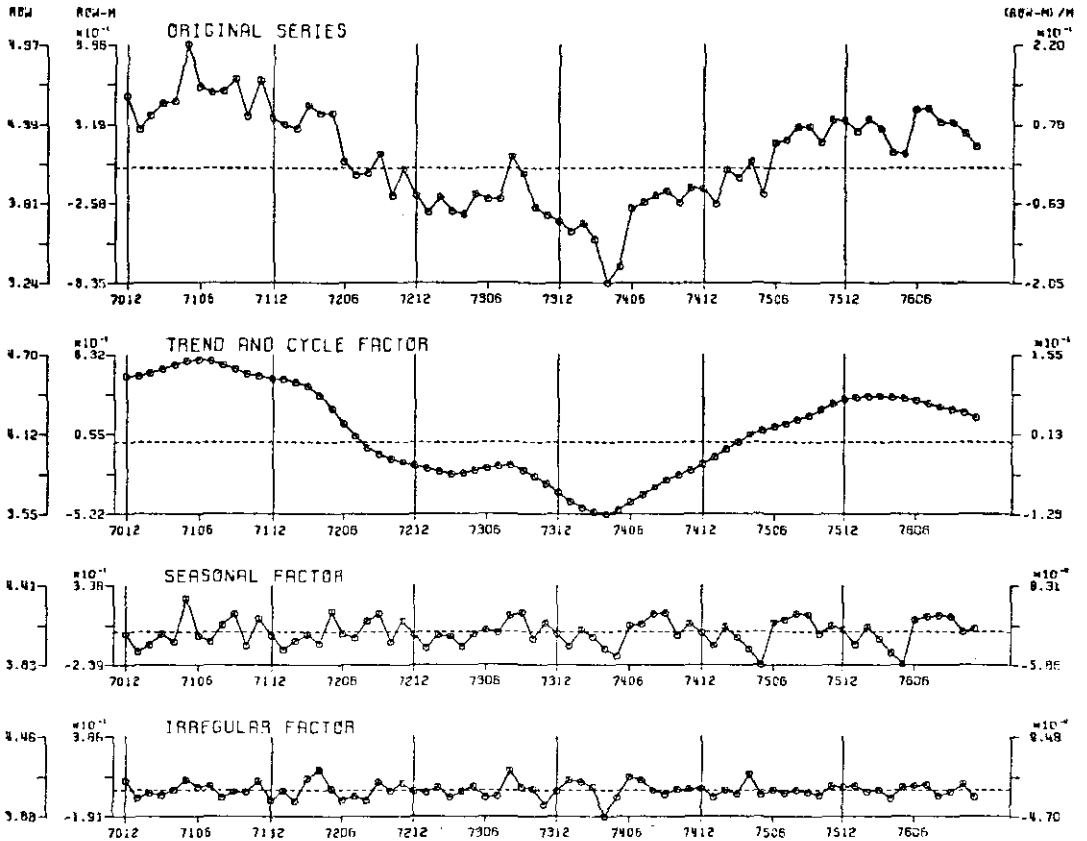
成績

図1上段は、RBCの月平均値の変動(破線)に対し多項式回帰分析を行ない回帰曲線(実線)を求めた。長期精度のベースラインは上昇傾向変動をつづけているこ

☒ 1 RBC MALE (2/1)



☒ 2 UACD MALE



とがわかる。同様の傾向は、HGB、HCT、WBCでもみられた。またアルブミンやアルカリフォスファターゼなどは、多項式回帰で求めたベースラインの動きはほとんど平均値に沿っているが、それに比べて周期変動が大きいことに特徴があった。図1の下段はフーリエ級数解析で求めたRBCの周期変動(実線)である。尿酸の多項式回帰曲線は大きく波打つように変化している。総蛋白は初期に精度の不安定がみられたが一年後くらいからベースラインは安定していることがわかった。図2は、尿酸の月平均値のEPA法的系列分析の結果である。最上段が原時系列データ。二段目が傾向循環変動成分であり、多項式の場合とほぼ同様の波を打つ変動を示している。三段目と四段目は、それぞれ季節変重、不規則変動成分を描いたものである。

考案

長期変動の傾向成分は多項式回帰分析、EPA法いずれの方法でも推定できる。EPA法による傾向循環変動には傾向変動と比較的周期の長い(1年以上)循環変動が含まれている。多項式回帰によるベースラインのズレの測定を行なうと最もズレの傾向の顕著なRBCの場合、最高値と最低値の差は約 32×10^4 であり、個人の平均的変動範囲と比較して大きかった。またEPA法による各成分の大きさは、WBC、RBC、HGB、HCT、尿酸など傾向循環変動成分が大きな比率を占めた。コレステロール、SGOTは傾向変動と不規則変動がほぼ同じ割合であり、季節変動の大きいものとしてアルブミン等がみられた。

結語

各項目のベースラインの長期にわたる変動は、日々の精度管理だけで捕まえられるものではない。われわれは長期精度の動きを知ることにより、個人の健康動態のより適確な把握につとめている。

26. AMHTSにおける長期精度管理の検討

(2) 季節変動について

PLメディカル・データ・センター*

中野 守雄* 中野 勝之*

PL女子短大生命科学研究室*

○小松 俊朗** 八坂 敏夫**,**

臨床検査成績を評価する際に、長期精度管理を問題に

することはほとんどない。実際、PL健康管理センターに蓄積された7年間にわたる検査成績に対する我々の長期精度の分析結果からも、いわゆる“集団の正常値”に対する長期精度のズレの寄与は無視できないほど大きいというわけでもない。しかしながら、それを個人の生理的変動とと比較してみるとかなり大きく(前演者発表)、次演者の発表のように個人の健康動態を追求していく上では、まず長期精度の分析が重要なこととなる。そして、その分析に基づいて、個人の検査成績を補正していく必要があるのである。長期精度の分析のうち、ベースラインの検査については前演者が発表したもので、ここでは季節変動成分の分析とその結果について報告する。

図1は、BUNの月平均値に対して多項式回帰とフーリエ級数展開による時系列分析を試みた結果である。図1(a)は原時系列データを点線で示し、多項式回帰による傾向変動を実線で示した。図1(b)は原データから多項式値を差引いた残差のプロットを点線で示し、それに対してフーリエ級数展開を行なった結果を実線で示している。このフーリエ曲線のうち周期がほぼ1年である波を重ね合わせて年周期の寄与を調べた結果は図1(c)の実線で示されている。BUNの場合、4月から6月にかけて高く、10、11月が低いという年周期を示している。

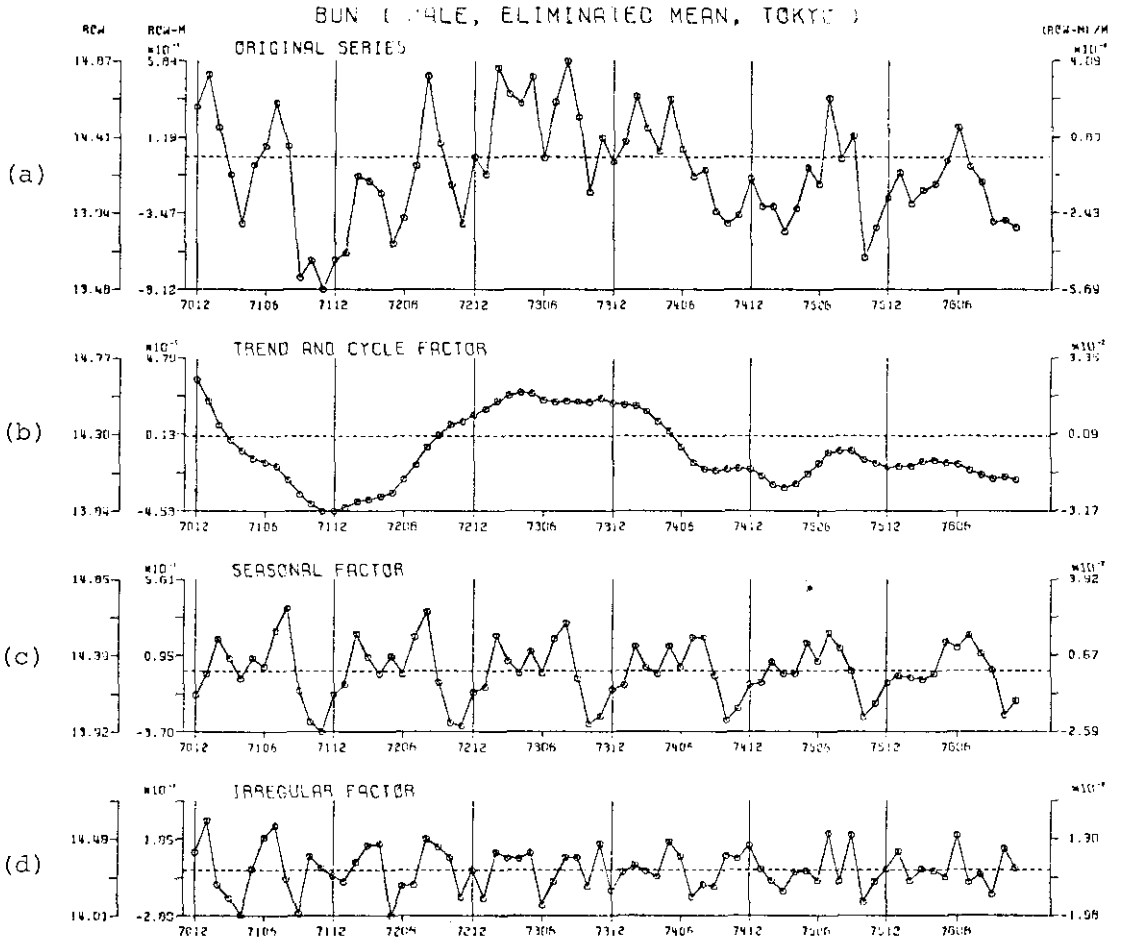
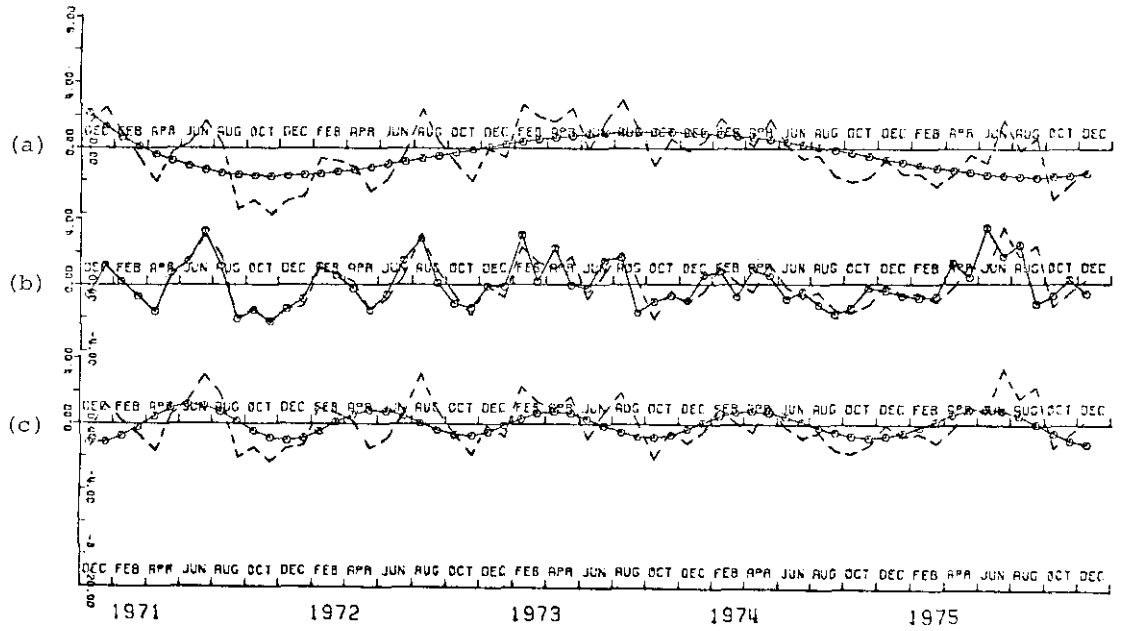
フーリエ級数展開による各周期成分の寄与の大きさは、各周期の振幅に対してパワースペクトルを作ってみると、定性的に知ることができる。その結果、顕著に年周期性が見られたのは、アルブミンが冬高夏低、アルカリフォスファターゼ、SGOTが秋高春低、CPK、総ビリルビンが夏高冬低といったような項目であった。また、CA、CHOL、LDH、GLU、HCT、HGB、WBCなどの項目は満足な季節変動を示さなかった。すなわち、季節変動成分の寄与は小さいということになる。

しかしながら、上記のような、多項式回帰で傾向変動を求め、残差に対してフーリエ解析を行なうという方法では、得られたフーリエ展開級数の中に循環変動・季節変動・不規則変動の3つの成分が混じってしまうことになってしまうので、その中から年周期の成分を取り出してそれを季節変動とするにはまだあいまいさが残ることになる。

季節変動成分を推定する方法としては、月別平均法、12カ月移動平均法、連環比率法などがある。ここでは、移動平均を用いて傾向及び循環変動、季節変動、そして不規則変動の3つの成分に分けるEPA法によって分析を行なった結果を示す。

EPA法によって得られた各変動成分の寄与率から、

図1 BUN MALE (1/10)



季節変動成分の寄与の大きい項目を調べると、総ビリルビン、アルカリ・フォスファターゼ、アルブミン、BUN肥満度などである。

図2にはBUNのEPA法による分析結果が示されている。図2(a)は検査成績の月平均値による原時系列データで、図2(b)は傾向及び循環変動、図2(c)が季節変動、図の(d)が不規則変動を示している。(c)の季節変動から、春から夏にかけて高く、秋に低いという周期性が見られる。これは図1の多項式・フーリエ解析による結果と概ね一致している。

上記の分析による季節変動の大きさは、個人の正常値に比べると無視できない大きさである。したがって、個人の健康動態を検討していく上で、とくに長期精度管理による補正を問題とするとき、季節変動の寄与をどう取扱うかが、今後の問題となる。

27. Q-Sum パターンの分類と“健康動態”

PLメディカル・データ・センター*

PL女子短期大学生命科学研究室**

PL東京健康管理センター***

八坂 敏夫**, ** 中野 勝之*

中野 守雄* 小松 俊朗**

田村 政紀***

すでに、本学会、日本自動化健診学会、日本臨床病理学会等に報告して来た反復受診の個人の成績評価に関するテーマの一環をなすQ-Sum法につき工夫を加え、知見を得たので、例を肺がんにとって、これを報告する。

悪性腫瘍と糖尿病との共存（むしろ、糖尿病患者はガンにかかりやすい）という考えは古く、一時は、ガン患者に予期以上のhyperglycemiaが見られることから、これをガンのスクリーニングに、あるいは、診断に用いようと考えられた。しかし、GTT曲線の研究、その他メタボリズムの研究の細分化、詳細化によって、このことは忘れられたかに見える。

しかしながら、Q-Sumによる健康動態の記述法により、われわれは、“糖尿病になるとガンにかかりやすい”のではなく、如何なる病因によりガンが発生するにせよ、ガンの発症という生理的衝激によって、生体のホメオスターシス全体が乱れ、特に、メタボリズムの全体が激しく発散する”という知見を得た。（シンポジウム「健診成績の管理と利用」5「医療情報科学特に長期精度管理の立場から」の図3を参照）

図1は、もうひとつの肺ガン症例（KNK女、60才、

死亡）を示す。左半分は、長期精度管理による補正前、右半分は、補正後のパターンを示す。長期精度管理が如何に敏感にQ-Sumパターンに影響を与えるのかの例証である。

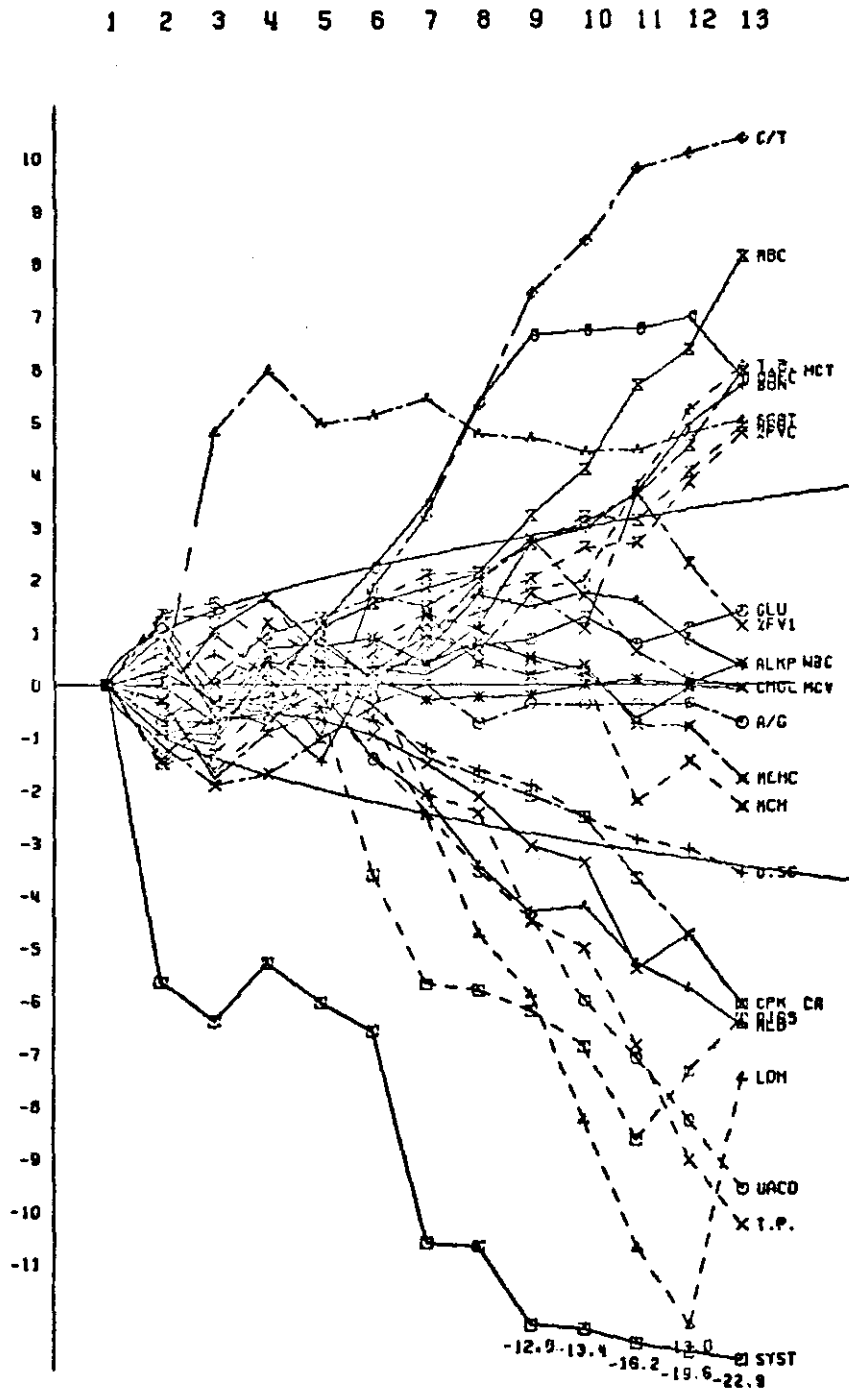
図2は、規準となる検診を移動させて作ったQ-Sumパターンである。規準となる検診を移動させることにより、異なるQ-Sumパターンを得る。図1では見られなかった（CPKの山が、図2には現われ、シンポジウムの項の他の肺ガン例MRJ及びSZYと類似のQ-Sumパターンを示す。この規準検診回数を更にずらすと、RBC、HGB等の傾斜も表われて来て、総合すると、その傾向は、MRT、SZYと同様であることが解る。

Q-Sumパターンを納得いく形で得るためにはさらに工夫が必要である。即ち、“飛び離れた値”を生データから棄却するように、“小さすぎるSD”をも棄却する必要がある。小さすぎるSDは、無用にQ-Sumを発散させるからである。

季節変動の要因も、個人の平均的SDに比して無視できないので、これを今後の課題とし、Q-Sumパターンによる疾病分類の可能性をさらに追求したい。

☒ 1 CASE KNK (LUNG CANCER)

BEFORE CORRECTION



AFTER CORRECTION

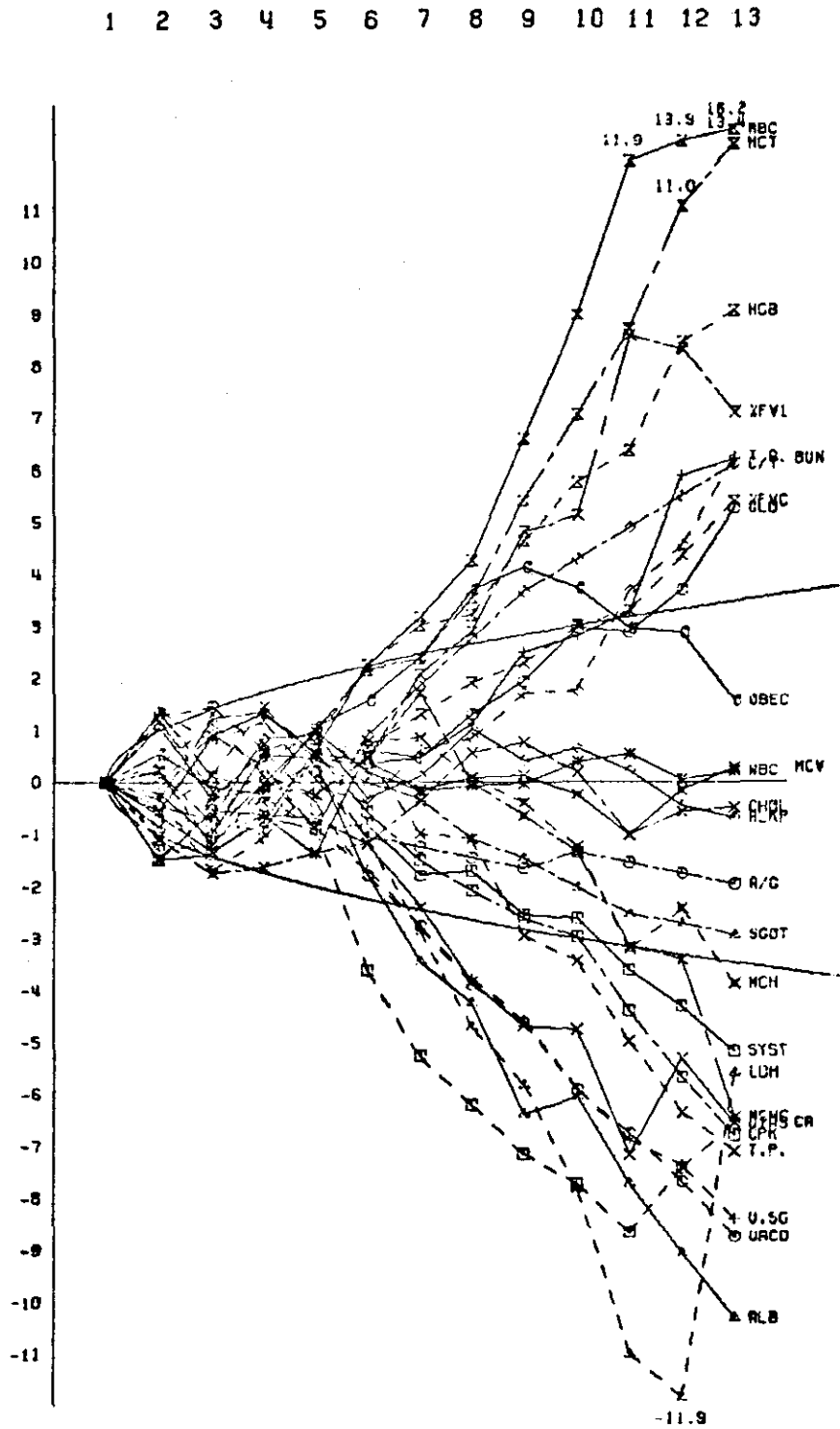
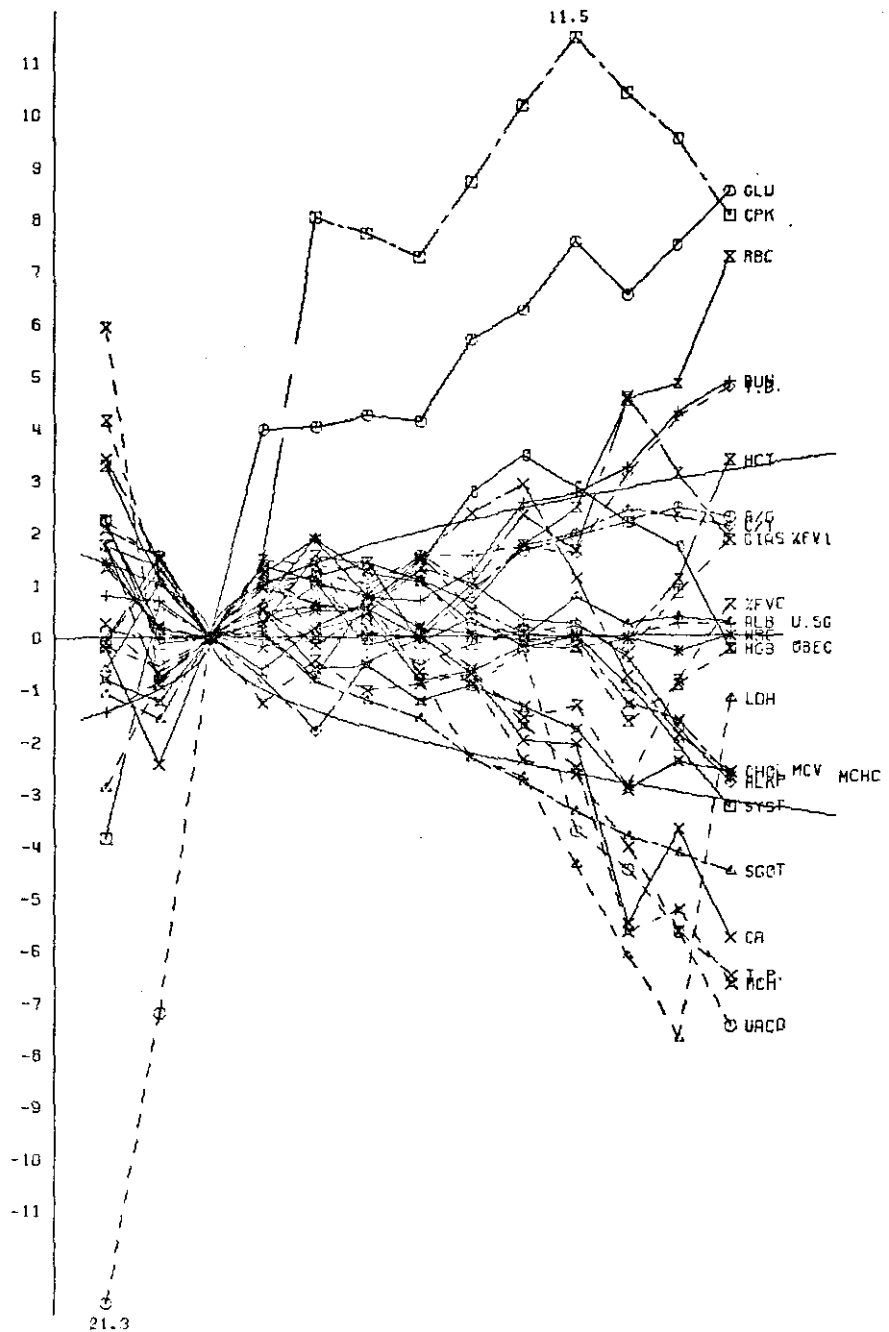


図2 CASE KNK (LUNG CANCER)

Q-SUM A

CASE KNK (LUNG CANCER)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13



28. 長期人間ドック20年以上反覆受診者における経年的変化について

聖路加国際病院 安藤 幸夫 岩坪美保子
木村多賀枝

1954年9月に1週間人間ドックが開設されたが、第1回受診後20年以上を経過した者は6月末日現在1,171名に達した。このうちの45名は20年以後も反覆受診しているが、この45名について20年間の経年的変化について検討したが、今回は代表的1例と45名における20年前後のMajor diagnosisの変化について報告する。

45名中、major diagnosisのない者は2名で、最高5、平均2であった。45名のmajor diagnosisの総数は108、その種類は表1の通り(1)糖負荷異常19(18%)と最も多く、(2)高脂血症(含、高コレステロール血症または高中性脂肪血症)14(13%)、(3)心電図異常12(11%)の順である。20年後に改善したもの47(44%)、進行悪化7(6%)、不変54(50%)で年代別では40→60才代(含30才代):47%、50→70才代:41%、60→80才代:42%、進行悪化したもの40→60才代:3%、50→70才代:9%、60→80才代:8%、変化のないもの、40→60才代:50%、50→70才代:50%、60→80才代:50%と特に年代別の差は認められない。

改善された主なものは47のうち過酸血症6、不安神経症5、低血圧3、高血圧、胆石症(手術)、高脂血症、腫瘍

表1 45症例における初回入院時のMajor Diagnosis (108)

		%	40代	50代	60代
糖負荷異常	19	18	5	10	—
(糖)尿病	4		2	—	2
高脂血症	14	13	2	7	5
E.C.G.異常	12	11	—	—	—
虚血性	3		—	3	—
Rt-BBB	3		1	—	2
V.P.C	2		—	2	—
D.A.C	2		—	1	1
心筋障害	1		1	—	—
L.V.H	1		—	1	—
神經過酸	10	9	—	5	5
過胃下垂	9	8	1	5	3
肥満	8	7	2	3	3
高難	8	7	1	5	2
低下	5	5	—	3	2
前傾	5	5	—	3	2
胆立	4	4	—	4	—
肥	4	4	1	1	2
症	2	2	—	2	—
大	2	2	—	1	1
ア	2	2	—	1	—
症	2	2	1	1	—

その他、貧血、高尿酸血症、肝炎

表2 45症例における

20年後に新しく認められた Major Diagnosis

		%	>60代	70代	80代
E.C.G.異常	20	25	—	—	—
D.A.C	5		1	2	2
Rt-BBB	4		1	3	—
心筋障害	4		1	1	2
虚血性変化	3		—	—	3
V.P.C	3(1)		—	2	1(1)
L.V.H	1		—	1	—
糖負荷異常	9	11	2	2	—
(糖)尿病	5	(6)	—	4	1
肝障害	8(1)	10	—	2	2
前立腺肥大	7(2)	9	—	6(1)	2
立物	6	8	—	3	3
高血圧	5	6	—	4	1
高尿酸血症	5(3)	6	1(1)	3(2)	1
高脂血症	4	5	—	1	3
過胃下垂	2	3	—	1	1
肥満	3	4	—	1	2(2)
難	2	2	—	1	1
低下	2	3	—	—	—
前傾	2	(2) 3	—	—	2(2)
胆立	2(2)	(2) 3	—	—	2(2)

その他肥満、尿道炎、喘息

(手術)、糖負荷異常、肥満例など老化による改善した過酸血症を除けば退院後の適切な生活指導、手術によるものである。

一方、20年後に新しく認められた major diagnosis (含経過中発見改善) 80で、その種類は表2 (25%) の如くである。(1)心電図異常20(25%)と1/4を占めている。体重、高脂血症、糖負荷異常、高血圧との関係で心筋障害または虚血性変化の強いものの7のうち5が高脂血症、糖負荷異常の既往または現存しているものであった。(2)糖負荷異常(含糖尿病) 9(11%)特に肥満との関係はないが肥満傾向にあり、食事のコントロールの指導が十分守れないものが多かった。肝障害8(10%)は肝炎によるもの、アルコール障害によると思われるものであった。老化による前立腺肥大7(9%)で70→80才代になり認められた。悪性腫瘍2は検査により異常を指摘され精査確認し、手術完全に治療している。

なお、60才にて第1回入院、高脂血症、過酸血症、低血圧高度胃下垂を指摘された症例で80才の今日まで35回入院、途中胆石を発見手術、体重は常に標準体重の-15~20%の女性、20年前後の肝(総蛋白A/G, T. T. T)腎(比重, P. S. P, BUN)には大差なし、過酸血症は70才前後で正酸となる。糖負荷異常、75才前後になり、眼底血圧上昇傾向、眼底動脈硬化I→II、初発白内障→未熟白内障、閉眼片足起立試験急速低下、聴力特に高音部(5,000~8,000ヘルツ)において30~40デジベルから50~60と低下、血圧100/60→110/70前後と大差はな

い。78才頃より心電図に期外収縮を認めた。

New Major diagnosis の出現率は初回受診時に対し、80ふえ74%増加、年代別では60才代、34 (89%)、70才代42 (72%)、80才代4 (33%)であるが、20年後改善したmajor diagnosisを除けば(進行悪化+不変+新Major diagnosis)前にも比し、総数で131%、60代、142%、70代103%、80代92%の増加を示していることがわかる。若年者群では生活指導が十分に守られないことが主因で、高年者群においてはむしろ老化によるものと思われる。

29. 継続受診例の検討

(1) 5回以上受診例における初回異常成績 のその後の変動について (AMHIS第ZZIV報)

東実総合健診センター 東京医大内科

野呂 光子 伊藤健次郎
高里 良孝 野村 和子
阿部 真也 川上 常邦
伊沢 清 吉川 治
西里 吉則 井上恵一郎
石沢 政敏 千田 伸子
初芝 澄雄 永井 純義

私共の東実総合健診センター受診者は延3万人に達し、その内約500例が年に1回、5回以上受診している。初回受診時からの検査成績の推移を検討し、特に初回の異常がその後の生活指導、管理によってどのように変動しているのか、またAMHISを継続受診することに対する評価の意味をかねて検討してみた。検査値の変動とは種々の因子が関与すると思われるが、私共は先に肥満度と各種検査値の異常頻度について報告し、肥満度の上昇につれて異常者が増すことを確認している。

そこで今回は第1回受診時の肥満度が11以上の142例を選び、その後の体重の変動と肺活量、1秒率、血圧、尿蛋白、EKG、GOT、GPT、 γ -GTP、空腹時血糖、負荷後の血糖、尿糖、コレステロール、中性脂肪、 β -リポ蛋白、尿酸について検討した。

まず第1回受診時より第5回までの体重変化を体重減少群(3kg以上減少)、体重不変群(12kgの変動)体重増加群(3kg以上増加)に分けた。なお特に積極的な治療を要した例は血圧を除いて除外した。

まず全体的に見た異常頻度であるが、第1回受診時よ

り改善された例が多く、特に糖代謝の面では顕著である。(空腹時血糖70%、負荷血糖41.1%の改善)これに対して肝機能、脂質代謝は異常者が増えている。次に体重減少群と体重不変及び増加群に分けて比較すると、明らかに体重減少群がすべての検査値にわたって改善されており、特に肝機能(75%改善)、脂質代謝(50%改善)の改善が目立っている。

次に体重減少群、不変群、増加群に分け各項目別に改善の動向を検討してみた。肺活量、1秒率は肥満にはむしろ相関せず、年令との関係が深いとされているが、今回異常者はないこともあるが、体重減少により1秒率の改善を見た例もあるが一定していない。

次に血圧は不変群、増加群に改善を認めない例が多いが減少群にも改善されぬ例がある。年令、体質が大きく関与してくるためであろうか。蛋白尿は第1回受診時指摘によりかなり十分に経過を見、原因を追求しているが、特に悪化するものは少なく、消えてしまう例もかなり認められる。肝機能特にGOT、GPT、は減少群は正常域に復してしまう例が多く(83.3%改善)不変群、特に増加率は異常状態の持続、悪化が多い。 γ -GTPはGOT、GPT、と多少動きを異にし改善率はやや落ちるが、増加群は改善されない例がほとんどである。

E.K.GはT waveを中心にし、減高、平低化、陰性化したもののみをとりあげた。減少群に悪化の例はなかったが、増加群で改善した例もあり、また比較的固定化している印象を受けている。

血糖は体重減少により極めて顕著に改善される。空腹時血糖(100%改善)負荷後血糖(82%改善)また増加群でも正常域に改善されている例も少なからず認められる。

脂質代謝系統では不変、増加群に悪化の傾向が強いが、減少群でも改善されない例が認められる。特にコレステロールは不変群、増加群には改善の傾向はない。

尿酸は私共の所では標準体重者に異常頻度が多い結果を得ているが特に体重増加群でも改善されている例がかなり多かった。

次に体重の減少度をI群(3kgの少量減少群)II群(5kg以下減少の中程度減少群)、III群(6kg以上減少の大幅減少群)に分けて検査値の変動を検討してみた。

主な検査値をとり上げて見ると血圧は、III群で改善される例も多いが、異常、悪化の例も見られた。肝機能はI群、III群ともによく改善されており、糖代謝異常ではIII群はすべて正常化に復した。脂質代謝系統の内、コレステロールはI群に改善例は少なかったが、中性脂肪はI群でもよく改善が認められた。

近年肥満者はかなりの頻度で認められ、肥満には軽度ながら種々の代謝障害が発生し易いことはよく知られている。しかし適切な体重調節により特に積極的な治療をせずに、糖代謝は勿論のこと肝機能異常、脂質、血圧等の障害が改善されることがかなりの頻度で存在することを確認すると同時に肥満者の軽度異常を放置しておくこと年々悪化の傾向を増すと印象を強く持った。今回142例中37.3%が体重の調節に成功し、体重がふえたのはわずか5%に過ぎなかった。減量者は種々の検査値の改善がかなりの頻度で見られた。

AMHTS 継続受診により reversible な異常の早期発見、正常化にかなり効果をあげつつあると思ひ、さらに、他の因子の検討を行ないたいと考えている。

30. 人間ドックで発見された胃癌例の検討

—第2報—

(財)ヘルス・サイエンス・センター

○石田 秀夫 広門 一孝
小林 一久 平野誠一郎
三森 紀子 谷田久美子
古謝 洋子

我々は第17回人間ドック学会において、財団法人ヘルス・サイエンス・センターの前身である北里大学病院健診センター開設(昭和46年10月)以来、51年3月末までに実施した人間ドック6,625例中発見した胃癌17例について愁訴、肉眼型、占拠部位、深達度、予後等を検討・報告したが、その後2年間にさらに4,753例の人間ドックを実施し、16例、17病変の胃癌を発見したので、これらの例を追加し、今回は主に診断過程、初回検査(ドック時検査)の診断能等の分析を行なって報告した。

昭和53年3月末現在でドック受診者延べ人数は男女合計で11,378人に達し、年代別に見れば40才代の受診者が一番多く、全体の40.5%を占め、次いで30才代、50才代の順であった。この中で発見された悪性腫瘍は総数で76例、全受診者の0.67%にあたり、部位別に見れば消化器の悪性腫瘍が一番多く、76例中の53例、69.6%を占め、つぎに子宮癌、血液、肺、乳腺の順であった。消化器癌では胃癌が一番多く、全消化器癌55例中33例、62.2%を占めていた。これら胃癌の深達度を調べてみると、深達度m, smの早期癌の頻度は全体の41.2%で良好な成績であった。次に人間ドックで発見された胃癌34病変のドック受診時の診断能についてであるが、癌あるは癌の疑いと診断し得たもの、すなわち癌であるという性状診断を

し得たものは19病変、55.9%で、癌であるという性状診断は出来ず、病変の存在のみを指摘し得たものは8病変で、存在診断率は34病変中の27病変、79.4%であった。他方、癌を読みおとしたものは7病変、20.6%であった。診断成績と癌深達度との関係を見てみると、深達度m, smの早期癌ではやはり癌という性状診断は初回ルーチン検査ではかなり困難で、性状を誤ったものは6病変であった。また読みおとした早期癌・進行癌とも3病変づつあったが、早期癌の3病変のうち1病変は2重複癌の片方を読みおとしたもので、進行癌の3病変のうち2病変はドック受診後それぞれ1年、及び2年9カ月後に進行癌として発見されたもので、うち1例は手術後2年を経過した現在も元気で生存している。次に診断成績と癌病巣の大きさとの関係についてであるが、表1の如く、早期癌は隆起型、陥凹型とも大半が6cm以下のものであったが、特に大きさによる診断能の差は無かった。他方、進行癌では6cm以上の大きな病変のものが多かったが、進行癌も大きさによる診断能の差は見られなかった。

次に診断成績と胃癌の占拠部位との関係を調べてみたが、一番病変が多かったのは小彎で、次に後壁、前壁、大彎の順であった。充満像、及び後壁二重造影法が主体となるルーチン検査の特性から考えても当然のことだが、前壁病変の性状診断はかなり困難で、後壁、大彎のものは読みおとしたはずかに1例あったのみである。

次に早期癌と進行癌において自覚症状の有無を検討してみたが、表2の如く早期癌では14例中10例、約7割が消化器症状が無かったが、進行癌では反対に7割以上の者が自覚症状を有していた。

表1 ドック時X線診断成績と病型および大きさとの関係

大きさ	早期癌		進行癌		不明
	隆起型	陥凹型	隆起型	陥凹型	
~2.0cm	○ △	○ △ ×			
2.1~6.0cm	○ △ ×	○○	○○ ×	○	
6.1cm~		×		○○○○ ○○	
不明				○○○○ ○	△△

○正診, △性状誤診, ×読みおとし

表2 消化器症状と胃癌進行度

消化器症状	胃癌進行度		
	早期癌	進行癌	不明
なし	10 (71.4%)	4 (26.7%)	3
心窩部痛	2 1 1 1 4 (28.6%)	3	1 1 1 1 11 (73.3%)
胸やけ		1	
食思不振		3	
便秘異常		2	
その他	2	2	2

次に現在までに発見胃癌33例中9例が胃癌で死亡しているが、これらの例のドック時の診断・自覚症状・ドック受診から死亡までの期間を調べてみたが、9例中7例はドック受診時すでに進行癌の診断がついており、さらに9例中8例が何らかの消化器症状を有しており、わずかに1例のみ無自覚症であったが、この例はドック受診後2年9カ月を経たのち進行癌として発見されたものである。

初回検査時34病変中7病変の読みおとしがあったが、この7例中5例は手術可能で、しかもうち3例は手術を行なった時点で早期癌であった。手術可能の5例は53年3月末現在生存している。なお、手術までの期間が読みおとし7例中最も長かったのは1年11カ月を要しているが、これは早期癌であった。

読みおとしした7例のドック時のレントゲン写真を再度見なおし、いくらかでも所見をひろえるか否かを調べてみたが、注意深く見なおすことによって、7例中1例は性状診断可能で、2例は性状診断不可能であったが、存在診断は可能であった。残りの4例は見なおしによっても、まったく所見は認められなかった。

最後に。当然のことだが、熟練した注意深い読影を心がけることにより、また一人だけではなく、何人かのチェッカーの目を通すことにより、かなりの見おとしはふせぐことができると考えられ、さらに小しでも納得のいかなぬ点があれば、積極的に内視鏡検査や定期的検査(経過観察)を行なうべきと考える。

31. 死亡例と総合健診成績の関連について (AMHTS第XXIII報)

東実総合健診センター 東京医大内科

伊藤健次郎 野呂光子
田中 養生 石井 信光
能登谷洋子 小暮 一弘
今井 竜雄 田中 豊
吉田 友彦 千田 伸子
石沢 正敏 永井 純義*

(*センター顧問, 東京医大教授)

我々の健診センターは、開設以来5年になり、此の間の成績を諸方面から分析集計中であるが、健診受診後、短期間に死亡者たる例が稀ではないので、死亡例の検討を行なっている。現在までに判明した41例について報告する。なお、此の41例は東実健保組合員の受診者11,146人(男8,499,女2,647人)に対するもので、レセプトと診療機関への照会によって資料を作成したものである。健診と死因の関連性は、総合健診(再、精検を含めて)時に、死因となった疾患が診断されたものを(+), 確定診断は得られなかったが、当該臓器の異常として適切な指導がされているものを(+), 全く無関係のものを(-)として扱った。

胃・食道癌の15例、9例(+)はの関連性で、他の6例は(+)(-)であり、1例は、UD(3)爾後の精査なく、2年後にCa出現、1例は梅毒治療中偶然に発見、1例は健診成績上悪性所見を有しながらCaへのアプローチが出来ず、食道癌の1例は、梅毒の治療に専念しておりながら、胃精査の指導が無視された。

直腸~大腸癌の5例中1例は道腸癌術後のCase、他は何れも他の異常で、follow up中に発病し、アプローチは全く無く、極めて悪い成績である。

肝癌の2例は、共にCaへのアプローチは不完全で、共に肝炎の疑いで較重なfollow upが指導され、また受診者もそれを実行していたにもかかわらず、短期間に死亡し(+)(-)の関連性である。

胆のう癌の3例は、毎回受診毎に胆のうが造影されず、そのために精査を受けたにもかかわらず、癌で死亡。

肺癌の2例は、胸部レントゲンの異常陰影がありながら、再検のみで1例は胸膜肥厚1例は結核とされて3~5年間経過していたものであり、(+)(-)の関連性に終わった。

白血病の3例(CML2, AML1)は健診時に発見され、他の1例は、他の疾患の悪化入院時に発見され

た。

肝硬変症の2例は、健診時に共に慢性肝炎(疑硬変)と診断されたもので(+)の関連性。

心筋梗塞での死亡3例中1例は全く(-)で、他の2例は発症の恐れ十分ありと指導されて治療を受けていたものである。

脳溢血の1例は、いわゆる悪性高血圧症で発症が十分予期されていた。

心不全の2例中の1例は高血圧性心不全、他はDM由来の腎臓病が健診時に発見されていたcaseである。急死した1例は、永年の気管支喘息で肺機能が悪く、健診で発見された胆石の手術後7日で死亡したものの。

自殺の1例は、いわゆる不定愁訴の強かった例であるが、精神面での指導は一切行なわれていなかった。

総括

以上総括すると、癌死亡例においては、26例が平均15.1カ月で死亡しており、関連性(+)が46.1%、(+)が34.6%(-)が19.2%であり、特に、大腸～直腸癌へのアプローチは極めて悪い績成である。

白血病を含めて、癌以外の場合では、平均16.7カ月で死亡しており、(+)60%、(+)13.3%、(-)26.6%の関連性を示した。従って、全例においては、死亡41例中の9例(22%)が、健診を中心とした医学的方法では、死因に連なった疾患へのアプローチは出来得なかったということになり、11例(28%)が、関連性(+)とはいうものの、死因へのアプローチはなお薄いものであったといわざるを得ない状態で、結局50%が、アプローチ不十分といえる。

結語

これらの成績に関する原因的因子の分析は、反覆受診回数、再精検受診への指導、精検内容等に問題がしばられるものであろう。今回のこの成績を、受診者側に原因を求めることは考えないで、総合健診に比べて、集団的スクリーニングという考え方よりむしろ、個人的なfollow upという考え方に立った検診を行なうように、設備と人材の工夫が大切であると考え、それに対する現実として、素直に受け止めて行きたいと思う。

事実健保組合員以外からの受診者も10,000余例あり、このグループにおける死亡例も相当数に存在するものと考えられ、今後さらに集計を続ける予定である。

32. 当院で実施している外来ドックについて

健康保険鞍馬口病院 公衆衛生科 寺下 幸雄
放射線科 藤井 満

平均余命の延長と共に成人病の増加が目立つ現今、人間ドックによる成人病の早期発見、早期治療の必要性については周知のところであり中高年令者の受診が一人でも多く望まれるわけである。そのためには先ず受診しやすいことが最も大切なことであり、その要件として受診者に精神的、肉体的負荷のかからないこと、短い時間で終ること。経費が安いことなどを考える。当院では従来より短期入院ドック(1泊2日ドック)と外来ドックを実施しているが外来ドックについては昨年病院内に健康管理センターが完成したのを機会に政管健保が40歳以上の被保険者及び被扶養者に行なっている成人病予防検査を外来ドックとして行なっている。検査項目そのものは不十分な点はみられるが実施方法を検討し出来るだけ有意義たらしめるよう工夫している。その実施方法及び昨年実施した中から1,000例についての検査結果を報告する。

実施方法：受付、健康調査表提出、オリエンテーション、更衣、採尿、身体計測、採血、胸部X線、心電図、胃X線、内科診察の順にそれぞれ検査を行ない、約3時間後に検査結果をまとめて受診者に担当医から説明指導を行ない午前と午後各10名づつ実施。

検査成績：受診者の年齢構成は男子717名(71.7%)、女子283名(28.3%)、年齢別についてみると、男子は40歳代、359名(50.1%)、50歳代、235名(32.8%)、60歳代102名(14.2%)、70歳以上21名(2.9%)、女子は40歳代128名(45.2%)、50歳代、121名(42.8%)、60歳代31名(11.0%)、70歳以上3名(1.1%)。

次に各項目別の検査結果を見ると、

(1)肥満度：正常63.6%、るいそう15.9%、肥満20.5%、男女別では女子の方にるいそうが肥満より多い傾向がみられる。

年齢別では加齢と共に正常は減り、50歳以上になると肥満がふえる傾向がみられる。

(2)呼吸器(胸部X線)：異常は33%、その内結核は23.6%、結核外は9.7%、男女別では男子の方に異常が多い、所見としては陳旧性肺浸潤、硬化巣、助膜癒着、慢性気管支炎、肺気腫、プラなどで特に要治療はみられなかった。

(3)循環器：異常は31.6% (異常者の内肥満者は27.5

%)、男女別では殆ど差をみない。各項目別にみると血圧異常は21.4%で高年になると女子に異常が多い。心電図異常は10.9%、コレステロールの異常は5.6%で女子の方に異常が多い。

(4)消化器：①胃X線検査、異常63.1%（精検12.1%）、異常率が高いがこれは慢性胃炎、胃下垂、胃液分泌過多などを有所見しているためかと考える。胃潰瘍2.6%、十二指腸潰瘍0.8%、胃癌0.2%、

②肝機能検査、異常14.5%、女子に異常が多くみられた。

(5)糖尿病（空腹事過血糖）：異常6.7%（異常の内肥満者は34.3%）、男女差はみられない。年齢別では男子は40歳代で多かった。女子は高年に多い。

(6)腎尿路系（蛋白尿）：異常2.3%、男女差はみられない。

(7)貧血（血球容積値）：異常3.4%、女子に多い。

(8)婦人科：女子283名中子宮癌検診を受診したものは173名（61.1%）、結果はいずれもパピニコローⅠ、Ⅱ、であった。なお受診の際13名に婦人科的疾患（子宮筋腫、頸管ポリープなど）がみられた。

(9)総合判定（1：正常、2：わずかに異常、3：日常生活に注意、4：要治療）1が159名（15.9%）、2が55.1名（55.1%）、3が214名（21.4%）、4が76名（7.6%）、要注意、要治療は29%で約3割であった。男女別では殆ど同じであった。年齢別では加齢と共に1が減り、60歳以上では3、4、がふえる傾向がみられた。

以上のような検査結果がみられたが今後は更に歴年検査結果の管理、追加検査、追跡検査、追跡調査、食餌指導、健康相談などの実施によりさらに有意義なものとしていきたいと考えている。

33. 人間ドックにおける胸部X線像の検討

東京警察病院 藤城 芳枝 野口 道子
鈴木 豊明

胸部X線写真像について各種の計測が行なわれている。また、ある種の疾患に関係が深いともいわれている。

私どもは、人間ドックの受診者で、昭和51年6月から53年6月までの受診者1,262名について、胸部X線写真像の計測を行なった。

今回はそのうちで、心胸比（以下CTR）について調査した結果を報告する。

CTRについては、50%未満を正常、50%以上を異常

とし、正常群と異常群の間に、他の検査項目における異常率に差があるか否かを検討した。

対象は、受診者のうち反復検査を受けた者のCTR中の異常の60名（30代3名、40代7名、50代24名、60代25名、70代1名）と、正常群の中で年齢、性について対照とみなしうる120名（各年代2倍数）を無作為に選び、両群の成績を比べた。

検討項目は、肥満、糖代謝、血圧、心電図、肺機能、眼底、中性脂肪、コレステロール、尿タン白、肝機能の10項目である。

肥満についての成績では、肥満度が高いほど、CTR異常群の異常率が高くなっている。全体の肥満度異常率はCTR異常群60%、正常群33%である。

糖代謝についての成績では、糖尿病型では変わりはないが、境界型ではCTR異常群の異常率が高くなっている。境界型を異常に含めた場合、全体の糖代謝異常率はCTR異常群48%、正常群29%である。

血圧についての成績では、高血圧のひん度が、CTR異常群で40%、正常群で19%となっている。

心電図についての成績では、CTR異常群の異常率は28%、正常群では14%である。

肺機能についての成績では、閉塞型、拘束型、混合型のそれぞれにおいて、CTR異常群の率がやや高くなっているが、全体の異常率はCTR異常群26%、正常群20%と、あまり差がみられない。

眼底についての成績では、KWⅡおよびⅢにおいてはCTR異常群の率が高くなっているが、KWⅠを含めたKWⅠ～Ⅲでは、両群とも68%で、差はない。

脂質についての成績では、中性脂肪、コレステロールとも、同様の結果となっている。すなわち、CTR異常群の異常率は、中性脂肪38%、コレステロール32%で、正常群のほうはそれぞれ19%、15%と半分程度である。

尿タン白についての成績では、+だけをみると異常率は、CTR異常群20%、正常群11%で、±を含めると異常群53%、正常群39%である。

肝機能についての成績では、異常率はCTR異常群20%、正常群が8%である。

CTRと項目別異常%をまとめて、検査10項目について単純に平均をとると、異常率はCTR異常群で41%、正常群で26%となり、両群で差があるように思われる。

主婦ドックの受診者について、同様の成績をまとめた。対象はCTR異常の23名（20代1名、30代5名、40代13名、50代4名）と、年齢的にこの対照とみなされる46名（各年代2倍数）のCTR正常者である。CTR異常群と正常群の各項目における異常率はそれぞれ、肥満

が48%と17%, 糖代謝が52%と17%, 血圧が30%と17%, 心電図が43%と17%, 肺機能が26%と30%, 中性脂肪が61%と20%, コレステロールが39%と13%, 尿タン白が65%と52%, 肝機能が4%と2%, 以上の単純平均が4%と21%となっており, 両群の異常率にはやはり差があるように思われる。

CTR異常群と正常群の異常率の単純平均が, 人間ドックでは41%と26%であるのに比べて, 主婦ドックでは41%と21%と, やや差が大きいのは, 人間ドックの対象が30~70代であるのに対し, 主婦ドックでは20~50代と年齢的に若いため, CTR正常群における異常率のひん度がそれだけ低いのかもかもしれない。

なお, 人間ドックの受診者で, 2年の間隔をもって反復検査を行ない, CTRが異常から正常になった4例についてみると, 心電図が異常から正常になったものが2例, 尿タン白が±から-になったものが2例, 糖代謝が境界型から正常型となったものが1例あった。CTRの改善が他の指標の好転につながるものかどうか, 今後例数を重ねて経過をみたいと思う。

34. 人間ドック受診者の肺機能検査法の検討

三井記念病院呼吸器センター

百瀬 達也, 本山 憲業

健康管理科 清瀬 暁

中央検査部呼吸器検査室

○松本ゆみ江 永島 玲子

渡辺 逸男

時間的・手技的・経済的, 制約がある短期人間ドックで, 肺機能検査として, まず何をとりあげるべきか, を検討するため, 今回は, スパイロメトリー・呼吸抵抗検査・Flow-Volume 曲線について, 検査の面から, その成績を比較検討した。

対象は, 過去8年間に当院に入院した人間ドック受診者中, 上記の検査を1年以上の間隔で, 3回以上行ない得た, 30~70歳までの男女145名である。

検査には, ゴダルト社製ブルモテスト, 日本光電製エレクトロスパイロメーター, 及びMRP 6型呼吸抵抗計を用いた。

当院人間ドックの呼吸機能検査は, 上記の項目を, すべて行なっている。

正常限界は, %肺活量で80%, 1秒率70%, 呼吸抵抗は3.0cm H₂O/l/sとした。Flow-Volume 曲線は, そのパターンから, 6型に分類した。

その結果, 呼吸抵抗では9.0%, スパイログラフィーによる1秒率では24.1%, F-V曲線では37.3%異常と判定された。3つの検査法による異常検出率には, かなりの差があった。そこで, 図1の如く, スパイログラムにより, 4型に分けてみると, 呼吸抵抗異常者は, 黒丸で示してあるが, 正常型107例中7名(6.5%), 閉塞型32例中5名(15.6%)に認めた。拘束型3例に異常のものではなく, 混合型3例中1例のみ, 呼吸抵抗が異常であった。すなわち, スパイログラム正常者に, 呼吸抵抗異常が約7%に認められる反面, スパイログラム閉塞型, 混合型でも, 呼吸抵抗正常があることがわかる。

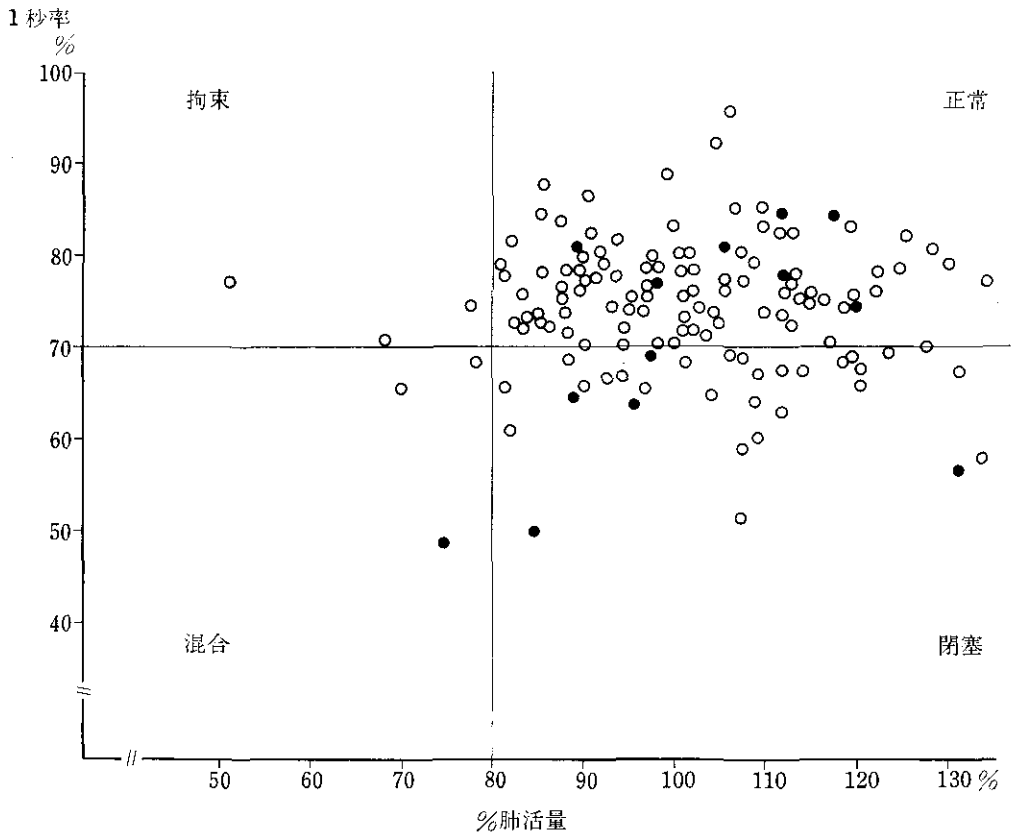
ちなみに, 当院の呼吸器疾患を主とする各種疾患患者では, 呼吸抵抗異常者が高率に認められた。すなわち, 図1のドック受診者の換気機能異常は, それに比較して, 当然軽微で, 正常と異常のボーダーラインにあるものが多く, 1秒率が異常でも, 呼吸抵抗は異常とならないものが多いことを示している。

そこで, 1秒率の値と, 呼吸抵抗異常出現率との関係を見ると, 1秒率が60%代では, 呼吸抵抗正常がかなりあり, 50%以下になってはじめて呼吸抵抗は大部分異常値となる。また, F-V曲線と呼吸抵抗異常との関係を見ると, 肺気腫型と上部気道閉塞を主とする特殊型では, 呼吸抵抗も異常値を示し, 喘息型は約半数, 肺線維症型は2/3に, 異常値を示した。

そこで, これらの値の5~8年の推移についてみると, まず1秒率が正常のまま経過した例では, 呼吸抵抗も正常値を続けているものが96例中73例と多い。2例は呼吸抵抗軽度異常のまま推移し, 自覚症状, F-V曲線, その他の臨床諸検査所見に, 特に異常が認められていない。その他21例では, 正常限界を出没するなど, 明らかに異常とは判定しがたいものである。1秒率が正常から異常に低下していく例では, 18例中16例は呼吸抵抗が, 正常のまま最近まで推移した。このうちには慢性気管支炎例や胸郭成形例や自覚症を認めた例などもある。呼吸抵抗異常値をとり続けたものは1例で, 化学肥料, 粉じん吸入の既往のある例である。しかし, これらすべての例の数年以上の経年変化をみると, たとえ呼吸抵抗が正常範囲内にあっても, 上昇傾向を示し, 1秒率が60%以下に低値となって, はじめて呼吸抵抗も異常値を示している。数年の推移をみて, 判定する必要がある。1秒率のはじめから異常を続けた例には, 呼吸抵抗を正常8例, 異常3例あるが, 1例を除いて, 1秒率は60%代に推移している。

これらの検査は, 主に気道閉塞に注目した検査で, いずれも人間ドック受診者の呼吸機能異常の検出に役立つ

図1 ドック換機能分類



検査として、現在使用されているが、測定原理・測定方法、検査時の被験者の努力の有無などに、若干相異がある。従って、同じ人間ドック受診についても、異常の検出率には、上記の差異がある。

すなわち、表1の如く、個々の検査法では、F-V曲線の検出率が最も高いが、F-V曲線の異常が、スパイログラムや呼吸抵抗の異常を、すべて包括している訳ではない。2種の場合、呼吸抵抗とF-V曲線の組み合わせが最も高率であった。なお、3者組み合わせでは、46%とわずかに増加する程度であった。従って、スパイログラムは、現在、最も普及している検査であるが、F-V曲線が、早期軽微な末梢気道障害の検出に有力であるといわれ、今後多くが採用すべき検査法と考えられる。呼吸抵抗検査も、この検査単独ではなく、F-V曲線と併用すべきものとする。

以上、まとめると

①人間ドック受診者は、正常か、正常異常のボーダーラインのものが大部分である

表1 肺機能検査異常値出現率

検査法とその組み合わせ	異常値出現率	
1種のみ	SPIROMETRY	26.2%
	呼吸抵抗	9.0%
	FLOW-VOLUME 曲線	38.6%
2種組み合わせ	SPIROMETRY+呼吸抵抗	31.0%
	SPIROMETRY+FLOW-VOLUME曲線	40.7%
3種組み合わせ	呼吸抵抗+FLOW-VOLUME曲線	43.5%
	SPIROMETRY+呼吸抵抗+FLOW-VOLUME曲線	45.5%

②そのため、かなり高度の呼吸機能異常者でない限り、今回行った3つの検査法が、すべて異常とは判定されない。

③特に、呼吸抵抗は、スパイログラム・F-V曲線正

常者中にも、異常値を示すものがある反面、1秒率60%代の低下者に、かなり正常のものがあリ、スパイログラムや曲線とは、態度を異にしている。

④人間ドック検査においては、この3者のうちでは、1種ならF-V曲線を、2種ならF-V曲線と呼吸抵抗を加えるのがよいと思われる。

35. 当院人間ドック受診者の尿酸

青森県立中央病院 第3内科・成人病科

相馬 睦信

当院人間ドック受診者の血清尿酸値について検討した。対象は、昭和52年度の人間ドック受診者438例(男子371例、女子67例)である。血清尿酸の測定はオートアナライザー法による。

受診者438例の尿酸をみると、最高値10mg/dlで、平均値は5.89mg/dlになる。尿酸値の度数分布では、男子については、5~6mg/dlの値に最頻値を有する単峰性分布を示している。女子では、例数が少ないが、3~4mg/dlにpeakがみられる。男子に関し、7.1mg/dl以上の高尿酸血症例は60例で、約16%を占めることになる。一方、女子に関しては、6.1mg/dl以上の高尿酸血症者は、僅か4例にすぎない。これに対して、3.0mg/dl以下の低尿酸血症例は、男子8例、女子7例に認められている。

尿酸値を性別でみると、男子371例の平均は6.20mg/dlで、女子67例のそれは4.19mg/dlである。つまり、男子の尿酸値は女子のそれよりも明らかに高値であり、その差は約2.0mg/dlであった。

年齢別に尿酸値をみた場合、30歳代(33例)の平均は、5.19mg/dl、40歳代(261例)の平均は6.23mg/dl、同様に、50歳代(126例)では、5.41mg/dl、60歳代(14例)では、5.81mg/dl、70歳代(4例)では5.48mg/dlであった。これより、40歳代で最も高値を示しているとみなされる。

尿酸値と肥満度の関係をみれば、肥満2度(42例)の尿酸の平均値は、6.44mg/dlであり、同様に、肥満1度(99例)では5.97mg/dl、正常(242例)では5.26mg/dl、やせ1度(41例)では4.94mg/dl、さらに、やせ2度(14例)4.99mg/dlであった。以上の成績から、肥満者では、やせている者に比較して、一般に尿酸が高いと考えられる。

次に、尿酸値と耐糖能の関係を示す。50g GTTで、糖尿病型70例の尿酸の平均値は、5.32mg/dlであった。

同様に、境界型152例の尿酸値は5.75mg/dlで、正常型216例のそれは6.18mg/dlであった。従って、この成績からみると、耐糖能の異常例に尿酸が高いとはいえない。

尿酸と総コレステロールの関係を見た場合、総コレステロール231mg/dl以上の高コレステロール血症例(41例)の尿酸値の平均は6.32mg/dlと高値を示している。これに対し、総コレステロールが181~230mg/dlの者(181例)では、尿酸が5.62mg/dlであり、総コレステロールが180mg/dl以下の者(224例)では、尿酸値が5.33mg/dlであった。これらの所見から、総コレステロールの多い例が、尿酸もまた高い傾向を示すと思われる。

尿酸と中性脂肪の関係では、中性脂肪が201mg/dl以上の高トリグリセライド血症例(89例)の尿酸値の平均は6.47mg/dlと高い。これに対し、中性脂肪が151~200mg/dlの例(74例)の尿酸は5.63mg/dlであり、また、中性脂肪が150mg/dl以下の者(279例)の尿酸値は5.13mg/dlとより低下している。以上の成績より、中性脂肪が高値を示す例ほど、高尿酸血症の傾向を有していると考えられる。

以上、当院人間ドック受診者の尿酸値について、性別、年齢別、肥満度、耐糖能、総コレステロール及び中性脂肪との関連性について吟味した。

36. 血沈の操作的相違によるデータの変化について

岡山病院検査課 佐藤 升唯 松山 桂子
高野 タケ 森下 宗司
岡山 義雄

血沈の操作は、Westergren法が1973年国際標準法として決まり、血液1.6ccと3.8%クエン酸ナトリウムの0.4ccの、4対1の比率で混和したものをWestergren管を使い、口で吸い上げ正しく目盛り合わせをして測定するものであったが、最近、各病院では、この操作を簡単にするために、4対1の比率で混和したものを針の付いた注射器で吸い取り、Westergren管に流し込んで測定する方法が広く採用されている。

そこで、私共は人間ドック健診者(男性)160名について、この両者測定方法による、データを1時間値、2時間値について検討してみた。

図1は、この両者測定方法における血沈1時間値の相関図で、このグラフにおける見解は、ややたて軸の方向

図1 60分値における針対口の比率

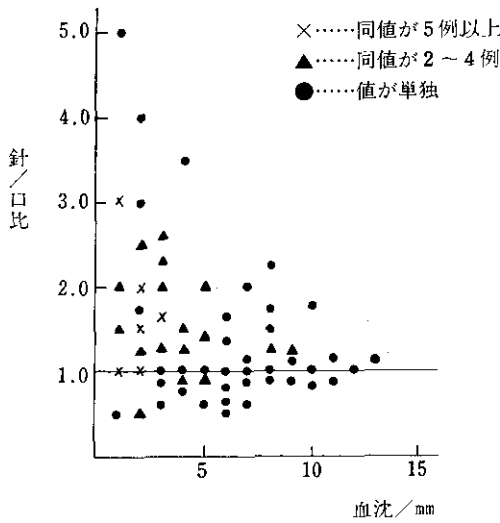


図2 60分値における相関図

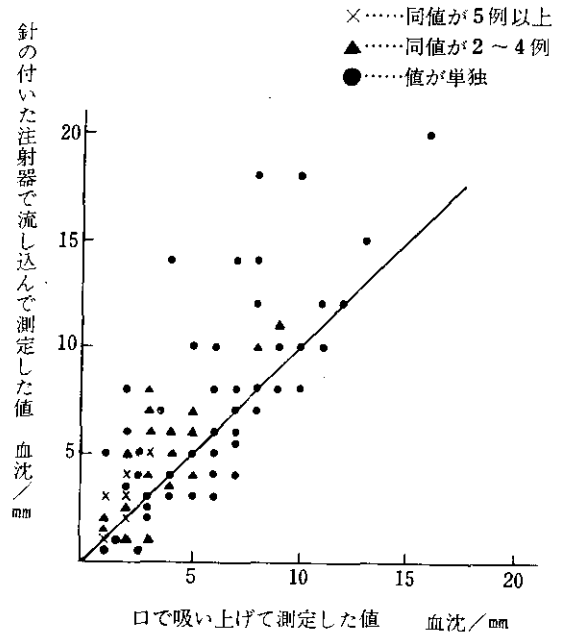
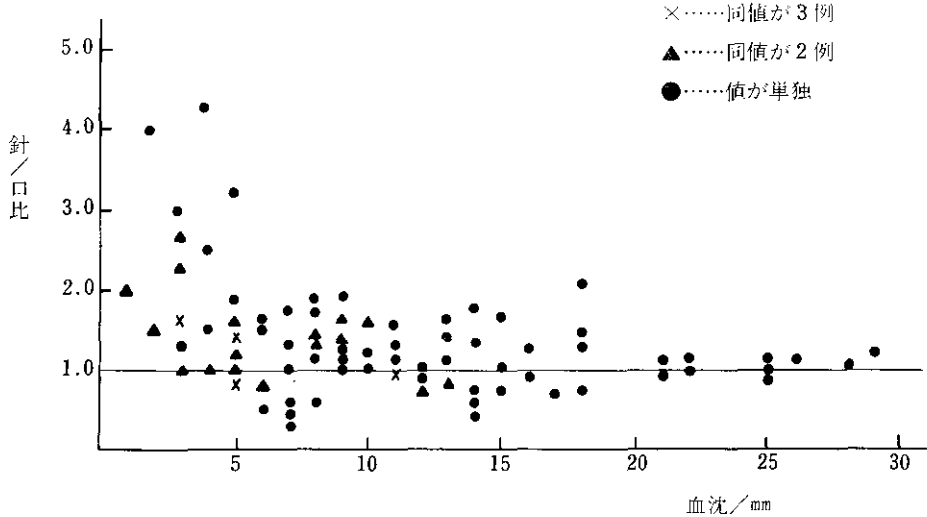


図3 120分値における針対口の比率



に傾いていることで、それが、数値の低い値では、その傾向が強いということである。それをわかりやすく示したものが、図2である。図2を少し解説すると、たて軸1.0の点が、針=口の点、1.0以上は針>口、1.0以下は針<口ということになっている。

図1、図2からいえることは、血沈1時間値では、針の付いた注射器で流し込んで測定した値の方が促進して

おり、数値では、変動の幅が広いということである。

図3は、血沈2時間値の相関図、図4は、血沈2時間値の比を表わしたグラフで、この両者の図からも血沈2時間値も血沈1時間値と同様な見解がもたれ、針の付いた注射器で流し込んで測定した値の方が促進があり、数値の低い値でも変動の幅が広いということである。

図5は、(針での値一口での値)の値をたて軸に、よこ軸

図4 120分値における相関図

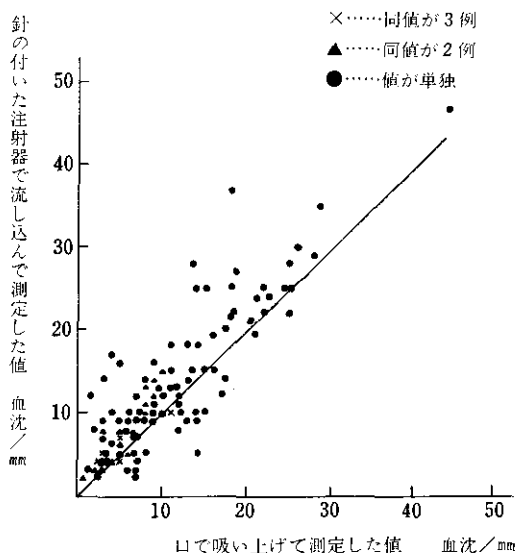
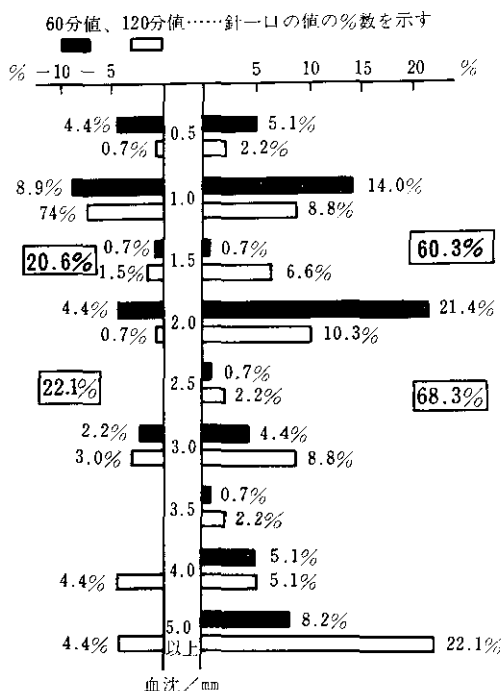


図5



には、その値が占める割合を示している。また、差いた値がプラスを向って右側に、左側にマイナスを示している。この図では、血沈1時間値を血沈2時間値ともに、絶対的にプラス側にグラフがあるということ、つまり、針の付いた注射器で流し込んで測定した値の方が促進が強いということが理解できる。

図6 口を基準とした増減の組み合わせによる%値を示す。

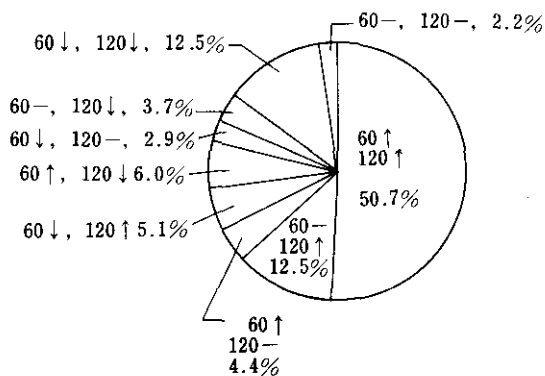


図6は、(針での値-口での値)の値を1時間値, 2時間値の組み合わせによる%値を円形グラフにしたもので、この図からみても、失張り、針の付いた注射器で流し込んで測定した値の方が促進が強いということが理解できる。

以上、図1から図6を総合して、私共の行なったデータをみると、口で吸い上げて測定した値より、針の付いた注射器で流し込んで測定した値の方が、促進の傾向があり、数値の低い値では、その変動の幅が広いということがわかった。

数値の低い値での変動は、臨床的意義をみいだすことは出来ないにしても、これが正常域値における変動ともなると大きな問題になる。血沈促進の要因は多くあるにしても、今回は、問題提議の意味で発表し、今後は、このような変動に対する要因などについて検討して行きたいと考えている。

37. 人間ドック受診者の血中CEA値について

永寿総合病院 大川日出夫 土屋 博文
原田 歳久 野口 八郎
和田 順世 武井 泉
稲毛 秀雄

われわれは、先に人間ドック受診者の追跡調査を行ない、受診後の死亡例を集計して、本学会で報告した。その際、人間ドック受診時成績から死因を予知できなかった症例に、肝臓癌、膵臓癌が多く、検査項目追加の必要性を感じた。この経験に基づいてα₁フェトプロテインを検査項目に採用したが、昭和52年5月からは、測定方法が確立されたCEAを検査項目に加えた。

CEAは Carcino embryonic antigen の略称で、1965年に Gold とFreedmann によって、大腸癌に特異的な抗原として報告された。その後、研究がすすみ、現在では内胚葉系の消化器癌に関連した抗原、Tumor-associated antigen と考えられ、大腸癌、膵臓癌などに比較的高率に認められている。そこで、人間ドック検査の盲点であるこれらの悪性腫瘍の発見に役立つと考へて検査項目にとり入れたわけである。

今回は昭和52年5月から昭和53年5月末までの人間ドック受診者141名のCEA値について検討を加え報告した。

測定はダイナボットキットで、大塚アッセイへ依頼した。

141名中男が121名、女が20名で、39歳までが27名、40歳代が58名、50歳代33名、60歳以上が23名であった。

39歳までの27名は全例5ng/ml以下であった。

40歳代の58名は全例5ng/ml以下であった。

50歳代の33名中1名が9.7ng/mlの高値で他の32名はいずれも5ng/ml以下であった。

60歳以上の23名中2名が高値で、1名が7.0ng/ml、1名が25.3ng/mlで、他の21名は5ng/ml以下であった。

以上をまとめると141名中悪性腫瘍が発見されたものは1名もなかった。5ng/ml以上は計3名で2.1%であった。

当院の外来および入院患者のうち、内胚葉性器官の悪性腫瘍と確定診断がついた96名のCEA値をみると5ng/ml以上の高値を呈したものは41名で42.7%で、人間ドック受診者141名中3名2.1%と著明な差を示した。

5ng/ml以上は胃癌31名中12名(38.7%)、結腸・直腸癌34名中15名(44.1%)、肝臓癌11名中6名(54.5%)、胆道系癌4名中3名(75.0%)、膵臓癌5名中1名(20.0%)、肺癌8名中4名(50.0%)であった。

つぎにCEA高値を示した3名の追跡調査を行なった。第1例は昭和52年6月の受診者で9.7ng/mlで、人間ドックの成績は著変なく、喫煙量は1日60本であった。現在、1年間病気に罹患せず、全く健康で、近日再び人間ドック受診の予定である。第2例は昭和52年6月の受診で7.0ng/mlで肺線維症が認められた。外来で再検し7.0ng/mlで、昭和53年2月肺線維症のため他院へ入院した。第3例は昭和52年7月の受診で25.3ng/mlで、人間ドックの成績は糖尿病の診断であった。その後著変なく昭和53年8月再度人間ドック受診の予定である。

最後に喫煙とCEAの関係について調べた。非喫煙者57名中5ng/ml以上は2名で3.5%、喫煙者84名中5ng/ml以上は1名で1.2%であり、特に喫煙者に高率で

はなかった。

CEAはスクリーニング・テストとはならないが、他検査で異常がなく、CEA高値を呈したものの中から追加検査で悪性腫瘍が発見出来れば、人間ドック検査における見逃し例を減少させることが可能であると考えられる。

38. ドック入院者の細菌尿について

日生病院健康管理部 中林 登

糖尿病、高血圧症、尿路感染症等の治療に際し、尿中細菌の定量培養の重要性が強調されているが、この室量培養法は繁雑で、長時間を要するため、簡易検査法(ウロトレース)を人間ドック入院者の無症候性細菌尿検出の可能性とその臨床応用について検討した。

対象及び方法

当院健康管理部に入院した無自覚無症状のものにウロトレース呈色結果と細菌尿の一致性を検討した。

第1群 男35 女11 計46 第2群 女42

第3群 男11 女34 計45 第4群 男29 女24

計53 ウロトレースは使用方法、使用上の注意を守って行ない、尿定量培養と同定を実施し、培養を行なわない群では尿蛋白質、沈渣、白血球数、血沈等を考慮して総合判定した。

成績

表1の第1群 尿定量培養 $10^5/ml$ (以下培養陽性)6例中4例はウロトレース細菌尿(以下「U」陽性)と判定された、第2群 同様に培養陽性9例中4例は「U」陽性と判定された第3群 総合判定で細菌尿と判定した14例中12例が「U」陽性と判定された、第4群 総合判定で12例、ウロトレースで23例が夫々細菌尿と判定された。

定量培養で133培養例中、細菌を培養し得なかったの4例、1種のみを培養し得たもの38例、その他は2種以上最高8種の細菌が認められた。このうち培養陽性のは14例で E. Coli, Enterococcus, Staphylococcus epidermidis(以下 St.ep) Proteus mirabilis 等で、多数例に認められたものは St. ep. Streptococcus, Streptococcus pyogenes St. aureus proteus mirabilis 等であった。

考察

ドック入院者は尿検鏡で50年度59.7%、51年度57.8%と意外に多く細菌尿を認められ、しかも無自覚無症状

表1 尿定量培養とウロトレースとの関係

第1群

ウロトレース	定量培養		
	細菌尿	正常尿	計
+	4(3)	3(0)	7(3)
-	2(2)	82(63)	84(65)
計	6(5)	85(63)	91(68)

第2群

ウロトレース	定量培養		
	細菌尿	正常尿	計
+	4(2)	1(1)	5(3)
-	5(3)	32(19)	37(22)
計	9(5)	33(20)	42(25)

ウロトレース判定 + 細菌尿
 - 正常尿
 () 膀胱内滞留6時間以上の検体

で、定量培養等追跡も困難である、この点が今回無自覚無症状ドック入院者で細菌尿検出を検討した有力な問題点であった。第1群で培養陽性、ウロトレースで細菌尿でない(以下「ウ」陰性)1例は *Corynebacterium*, *Enterococcus* を認めたが、総合判定では細菌尿と判定されなかった。他の1例は *Proteus mirabilis* を認めた。第2群で培養陽性、「ウ」陰性の5例は何れも *Proteus mirabilis* を認め、その内2例は尿膀胱内滞留時間が6時間未満であり、他の1例はOGTT境界型で空腹時尿糖値が20mg/dl以下に達しなかったことも考えられる。

培養陽性細菌尿検出率を第1群について検討するに、膀胱内滞留時間が2回とも6時間未満のものを除くとウロトレースの細菌尿検出感度は100%、また特異性も100%であった。第2群では尿膀胱内滞留時間6時間以上のもので「ウ」陽性と培養陽性の一致率は40%、「ウ」陰性、定量培養 10^5 /ml以下(以下培養陰性)の一致率は95%であった。第2群でウロトレースと定量培養の一致率が低いのは *Proteus mirabilis* の検出された5例がウロトレースで検出されなかったもので、「ウ」陰性例の特異性、一致率が夫々100%、95%と高いため、正常尿、非細菌尿と判定してよいと思われる。例外として *Proteus Pseudomonas* が原因菌である時はとりこぼすことがあ

るので注意を要するが、ウロトレース法は簡単な dip and read 方式で、速やかに判定でき、且つ採尿時の contamination に影響されないことから、ドック等の無症候性細菌尿検出のための routine work にとりいれられて可なりと思われる。第3群では総合判定で細菌尿とされ14例は全員女性でウロトレースでは12例が細菌尿と判定された。とりこぼした2例のうち1例は空腹時尿糖(上)であって、尿糖が20mg/dl以下に達しなかったことも考えられ、他の1例は検出不能菌種によるかもしれない。第4群では人間ドック入院者自身に判定させた場合バラツキが見られる。総合判定で細菌尿とした10例中5例を細菌尿と判定し、総合判定正常尿23例中14例がウロトレースで正常であり一致率は夫々50%、60.9%しかなかった。このことは検査前患者の安静度、食事摂取の有無水分制限の有無ならびにそれらの管理の良否、また存在する菌種によって判定に影響するとはいえ、呈色のうすいこと、褪色すること等に関する基準についても明確にし、判定に際して個人差を少なくするための条件を検討する必要があると思われる。

結語

ウロトレースによる細菌尿検査は

1. Screenings test paper 法として有用であり routine work にとりいれて可なりと思われる。
2. Bed side で判定出来る
3. 呈色反応の基準について、判定者により差を生ずる可能性があり、今後更に検討されるべきだ
4. dip and read の簡単な方法であるだけに使用方法、特長、原理を理解し、使用方法および使用上の注意はよく守られなければならない。

39. 人間ドックにおける Ch-E の検討

牧田総合病院 鈴木 真司 内呂 和夫

従来、Pseudocholinesterase (以下Ch-E)は、肝における蛋白合成能の点から、肝及び腎疾患に有用な検査の一つとしてあげられていたが、測定法としては、酵素作用によって生ずる有機酸をPHの変化で測定するΔPH法が主であったが、測定の煩雑さや反応時間が長い等々の点で一般的でなかった面もあった。

新たに、ベンゾイルコリンを基質とし、コリンオキシダーゼを用いる酵素法が普及されたのを機に、私共の病院における正常範囲の設定及び人間ドックにおけるCh-Eの有用性等特に高Ch-E値の意義について、若干検討

図1 測定法の原理

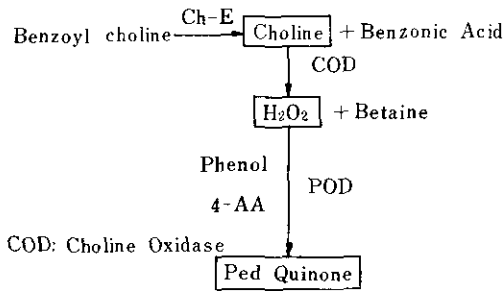


図2 人間ドックに於ける Ch-E の分布

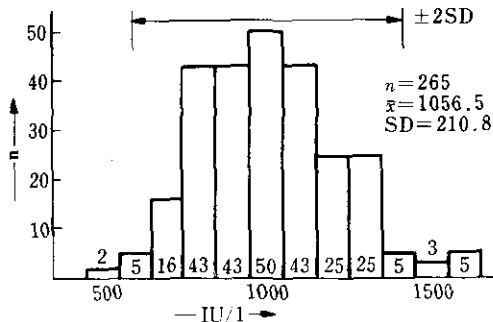


表1 対象者の内訳

・期間	昭和53年1月より 53年3月まで
・受診者数 (当院人間ドック受診者)	男 434名 } 計479名 女 45名 }
・正常値設定条件	1 ドック検査正常者 2 肥満度±10以内 男238名 (平均年齢48才) 女 27名 (平均年齢 47才) 計 265名

したので報告する。

測定原理を図1の如く示したが、ベンゾイルコリンを基質としCh-E活性によって遊離したコリンをCOD以下赤色キノンに導き、測定する方法である。

今回の対象者の内訳として、当院人間ドック受診者、昭和53年1月から3月までの♂434名、♀45名、計479名を対象とした(表1)。

正常値設定条件として、上記479名中、ドック検査で

図3 Ch-E 値の年代別推移

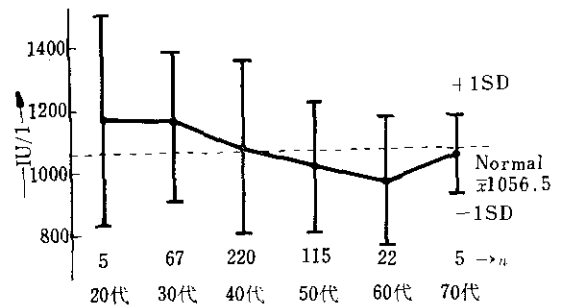
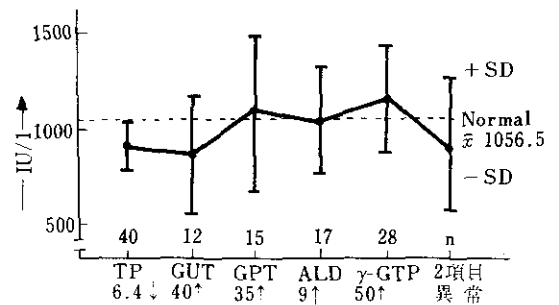


図4 肝機能異常と Ch-E の分布



異常を示さなかった者、肥満度±10以内の条件を満たす、♂238名平均年齢48才、♀27名平均年齢47才、計265名を正常群とした。

正常値設定条件を満たす、265名をヒストグラムで表わしたが、(図2)平均値は、単位1056.5、とSD210.8となり、正規分布による±2SD、即ち、635単位から1,478単位までを正常範囲として、設定した。

年代別における Ch-E 活性の推移を図3に示したが、20代と70代の例数は、いずれも5例と少なく、若干問題があるが、30代から60代の推移においては、高令と共に明らかな Ch-E 活性の低下が見られる。

このことから、高令化と蛋白合成能とに何らかの関係が示唆されるものと思われる。

肝機能検査における、TP、GOT、GPT、Al-P、γ-GTP、それぞれの異常群と Ch-E 関係は(図4)著しい、Ch-E の低下は見られなかった。

肝硬変症における、Ch-E の低下は明らかだが、ドック受診者においては、他の検査項目にて示唆することが可能であり、必ずしも Ch-E 測定が必要とは考えられない。

しかし、今回は高い活性を示す Ch-E をどう解釈するかという点から、肥満との関連を考え、合わせて高肥

図5 肥満と Ch-E の関係

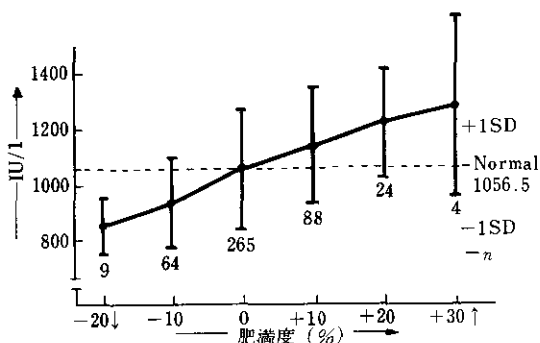
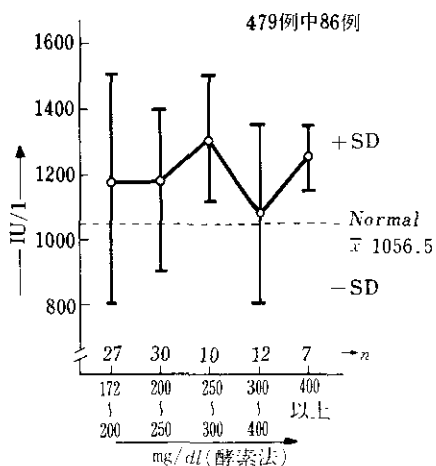


図6 高例と Ch-E の関係



血症, 糖代謝異常等についても検討してみた。

肥満度と Ch-E の関係を(図5)に示したが-20以下, いわゆるやせ型から+30以上の肥満型までのストロークに, 上下450単位の差が認められた。この有意の差が示すように, 肥満と生体の蛋白合成とは何らかの関係があるのではないかと考えた。

そこで肥満と一体にして考えられる高TG値との関係(図6)を示したが, 肥満と最も相関があるといわれることから, TG値が高くなるにつれて, Ch-Eも上昇するのではないかと考えたが, この図からは, Ch-Eの上昇は見られず, 高TG例との関連については有意の差は認めなかった。

肥満と糖代謝異常について, ドック基準による糖代謝異常例, 176名と Ch-E の関係を図7に示した。正常群と同様, 正規分布型を示し, 平均値1,065単位, SD 232から見ても有意の差はなかった。

図5, 6, 7で示した中から, 三者共異常を示した31例をあげて, Ch-E との関係を示した(図8)。肥満のファクターが大きいため平均値は, 正常値より若干高値を

図7 糖代謝異常例と Ch-E の関係

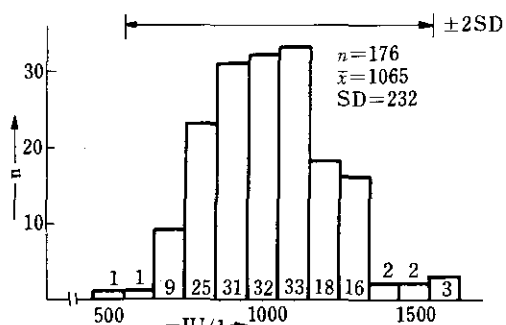


図8

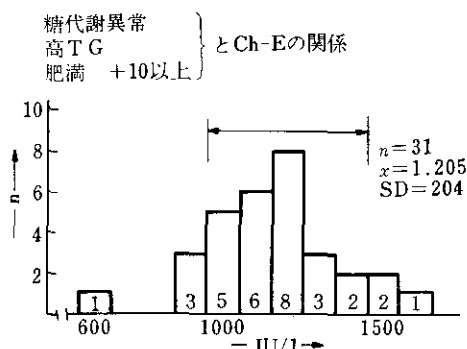


表2 高例 Ch-E と他項目との比較

Ch-E	TP	Alb	TG	BUN	T-ch	Great	GOT	GPT	LAP	※タンパク	肥満
1602	6.9	4.4	114	13.7	191	0.8	13	10	204	(-)	-3.2
1633	7.0	4.6	114	15.4	236	1.0	9	14	229	(±)	+2.4
1637	7.2	4.7	126	24.2	213	1.2	23	38	169	(±)	+0.9
1695	7.0	4.4	278	14.8	199	1.0	15	11	253	(-)	+4.9
1698	7.8	4.7	201	13.1	168	1.0	32	61	292	(±)	+2.4
1698	7.4	4.8	231	14.8	194	0.9	24	37	192	(±)	+30.2
1810	7.3	4.5	111	13.7	185	0.9	20	15	165	(±)	+27.1
2470	7.1	4.5	182	14.1	280	1.1	25	29	233	57.0	+9.4
\bar{x}	7.2	4.6	170	15.1	208	1.0	20	27	217		

示している。

成人病における肥満, 高TG, 糖代謝異常の三者は常に関連付けていわれているが蛋白合成の点について, 即ち, Ch-E 活性と, 三者間との関連は, あまり無いように, 見受けられた。

Ch-E 1,600単位以上の8例を, 他の化学検査と比較した(表2)。

一般的に高Ch-E はネフローゼに関連付けているが, 最近では脂肪肝に関連するのではないかと報告もあり, 今回この点からも問題としたゆえんである。

臨床との兼ね合いの中から、高 Ch-E 値をどう解釈するか、さらに検討を要する。

結論

ドック受診者 479 名から、当病院における正常範囲の設定。

肥満と Ch-E の関連の中から、成人病における肥満を解釈する上で、受診者個々の体型について、問題提起になるのではないかと考えた。

40. 人間ドックにおける直腸・大腸ポリープの発見及びその経過観察について

牧田総合病院 大腸肛門センター

○河野 一男 牧田 俊宜

人間ドック科 笹森 典雄

臨床病理科 牧田 芳久

今日迄私は人間ドックにおいて直腸大腸検査について色々の方法を行ない、本学会に発表した。表 1 の如く注腸透視症例は年々増加している。昭和50年以前は粘血等の症状及び腹部単純撮影によるガス像、Ba 残存像をチェックポイントとして注腸透視を行なったので大腸憩室症の発見頻度が非常に高率であった。もし大腸憩室症のみのチェックを行なうならば胃透視一週間後の腹部単純撮影に現われた Ba 残存像を示標とすることは非常に能率的である。昭和51年度以後は或る年齢以上に全て注

腸透視を行なうという方針にした。即ち51年度は55才以上、52年度は53才以上、53年度は50才以上の年齢全てに注腸透視を行なった。従って51年～53年の集計が真の健診の意味をもっている。この期間の大腸ポリープの発見率は男13.9%、女8.5%、大腸憩室症は男12.8%、女9.2%で両疾患共男性に多い。

発見した大腸ポリープの位置は図 1 A. B. の如く S 状結腸前半に特に多く、次いで後半に多い。

大きさは 3～5 mm のものが多かった。この中で早期癌を S 状結腸前半に 1 例発見し S m 癌で腸切除を行ない、リンパ節転移の無いことを確認した。これ等の大腸ポリープ検索及びポリペクトミーのために町田製 2 チャンネル大腸ファイバースコープを用い、121 例に大腸ファイバースコープを施行した。目的部位挿入は 116 例で挿入率は 95.8% であった。ポリペクトミーは 96 例に行なった。直腸については 15 cm の直腸鏡を全例に挿入し、毎年 20 例以上即ち 2% 以上に直腸ポリープを発見した。男性では 30 才代 1.2%、40 才代 1.95%、50 才代 4.1%、60 才代 4.7% 平均 2.4%、女性では 30 才代 0.9%、40 才代 0.4%、50 才代 2.2%、60 才代 1.9%、平均 1.6%、男女合計では 30 才代 1.2%、40 才代 1.7%、50 才代 3.7%、60 才代 3.7% 平均 2.2% であった。この中直腸早期癌は 7 例で、いずれも無症状であり S m の 1 例、m 癌 6 例で、S m 癌は腸切、m 癌はポリペクトミーを行なった。その他に直腸カルチノイドを 10 例発見し、いずれもポリペクトミーを行なったが、全く典型的な病理像を示していた。

図 2 A. B. C の如く直腸ポリープ存在の深さは歯状線 (53.6.30迄)

表 1 注腸透視数・大腸ポリープ・憩室症

		～45	46	47	48	49	50	51	52	53	51～53 小計
男	注腸透視		33	44	190	151	207	340	339	229	908
	大腸ポリープ		2 (6.0%)	3 (6.8%)	14 (7.3%)	16 (10.6%)	40 (19%)	59 (17.3%)	42 (12.3%)	26 (11.4%)	127 (13.9%)
	大腸憩室症		28 (84%)	18 (41%)	51 (27%)	59 (39%)	57 (27.5%)	49 (14.4%)	39 (11.5%)	29 (12.6%)	117 (12.8%)
	直腸ポリープ	27	18	13	21	19	28	29	22	12	63
女	注腸透視				20	10	22	50	87	36	173
	大腸ポリープ				1 (5%)	1 (10%)	3 (14%)	7 (14%)	7 (8.0%)	1 (2.7%)	15 (8.5%)
	大腸憩室症				5 (25%)	2 (20%)	2 (9%)	5 (10%)	9 (10.3%)	2 (5.5%)	16 (9.2%)
	直腸ポリープ	2	2		3	1	2	3	5		8

総計 注腸透視1758例、大腸ポリープ222例、大腸憩室症355例、直腸ポリープ207例 (反復検査約500例を除く)

図1-A 大腸ポリープの位置

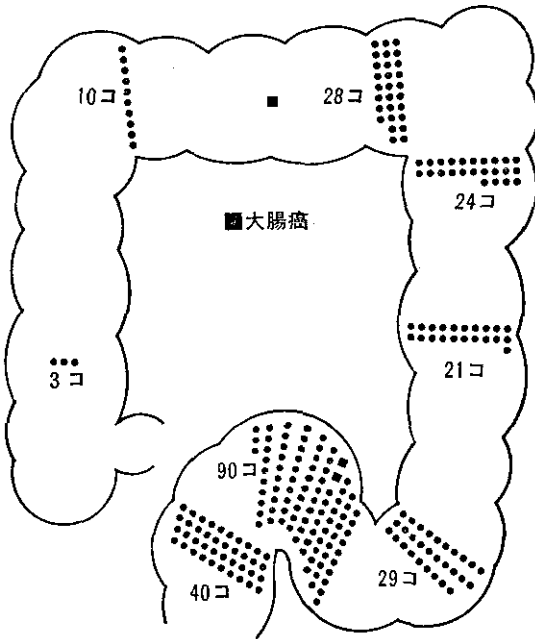
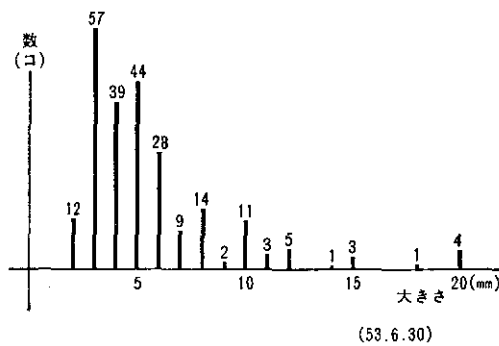


図1-B 大腸ポリープの大きさ



より3~4cmの部位に多く、カルチノイドも4~5cmの部に多く存在した。存在方向は前後方向に多かった。大きさは3~5mmのものが多く、直腸カルチノイドは小豆大即ち4~5mmのものが多かった。またポリープの大きい物に早期癌の発生頻度が高いことは勿論である。

この間、私の発見した進行癌は7例、進行癌と考えるが追及し得なかつた症例は4例であり、いずれも本人が自覚または無自覚の粘血便貧血等の症状を有していたが、本人は無自覚だが、直腸鏡により始めて粘血を直腸内に認める症例があったので直腸鏡の有用性を強調したい。

早期癌8例、進行癌11例を合せ、直腸、大腸癌19例は

図2-A 直腸ポリープの深さ

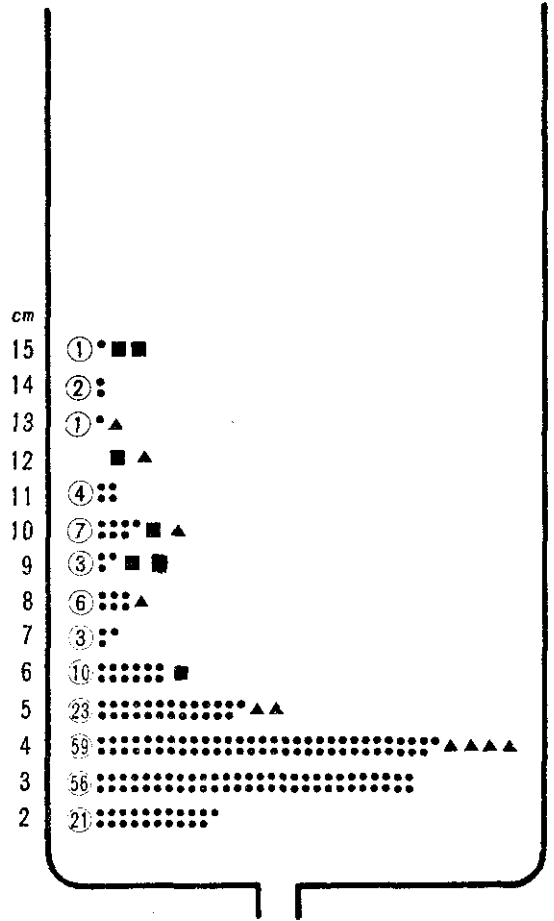


図2-B 直腸ポリープの位置

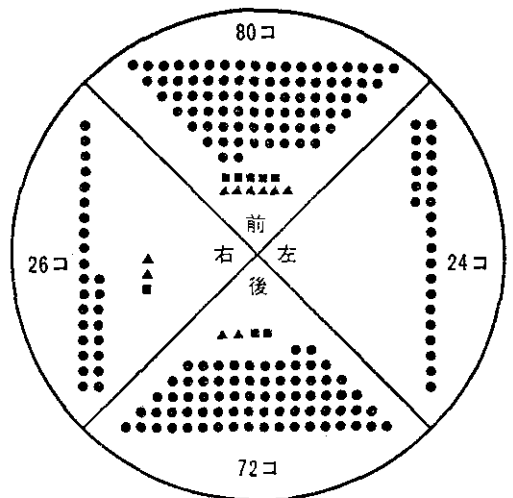
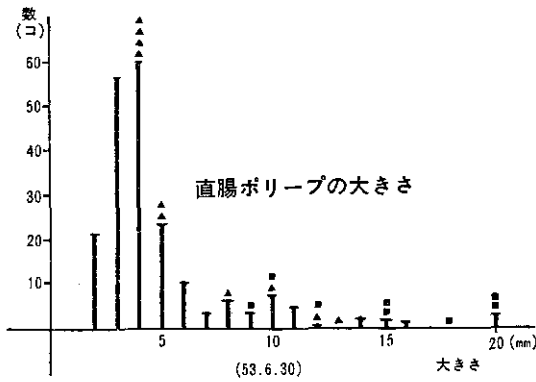


図2-C 直腸ポリープの大きさ



我々のドック件数から考えて発見率は0.2%位と考えられる。我々の施設の胃癌発見率、0.3%と比較し、且つ今後大腸疾患の増加を考え合せると発見率が送転する時期はさして遠くないと憂慮され、大腸検診の必要性を認める。

発見した直腸、大腸ポリープは腸5mm以上は全て切除して組織検査を行なう方針であるが、切除せずに経過観察した症例が38例あった。最長期間は6年で、最短は6カ月であった。これらのポリープの経年変化は殆ど変化のないものもあるが、大多数は経年と共に増大した。いわゆる cell growth curve は二次曲線であり、大きい物ほど増大率は大きいとされているが私の症例でもその傾向は存在し、今後の経過観察がさらに必要である。

—昭和54年—

第20回 日本病院会 人間ドック学会

1. 開催日 昭和54年8月23日(木) 24日(金)
2. 開催場所 東京都・銀座ガスホール
3. 学会長 (財)聖路加国際病院長 菅原 虎彦

☆ 一般演題の募集・受付その他詳細は追って発表します。

病院関係図書のご案内(その1)

(株)日本病院共済会

- | | |
|--|---|
| <p>■病院へのコンピュータ導入ハンドブック</p> <p>他に類例のない専門書。コンピュータ導入企画の原点。</p> <p>(1) 導入を計画実施した35病院の実際記録集</p> <p>(2) システムの概要・特徴等を分類した病医院のための標準システム</p> <p>(3) 導入運用に必要なコンピュータ用語の説明</p> | <p>B 5 版 400 頁</p> <p>日本病院会コンピュータ委員会編 12,000円</p> <p>送料 500 円</p> |
| <p>■長期療養患者の分類法(翻訳版)</p> <p>医療業務コンピュータ化のための用語統一の基本書</p> | <p>A 5 版 102 頁</p> <p>米国保健教育福祉省編 1,800円</p> <p>送料別</p> |
| <p>■外科手術診断およびその他の治療処置分類表
(対訳版)</p> <p>第 8 回修正版国際疾病分類米国用改正版</p> <p>国際的なコード化への対応として最適の手引書</p> | <p>A 5 版 296 頁</p> <p>2,000円</p> <p>送料別</p> <p>米国保健教育福祉省編</p> |
| <p>■病院診療</p> <p>組織化された総合診療の実用参考書</p> | <p>A 5 判 236 頁</p> <p>2,500円</p> <p>送料別</p> |
| <p>■病院ハウスキーピング</p> <p>安全快適な生活の場を提供する実務ハンドブック</p> | <p>A 5 版 343 頁</p> <p>1,800円</p> <p>送料別</p> |
| <p>■監督者のために</p> <p>病院の第一線監督者のために書かれた幹部教育読本</p> | <p>A 5 版 230 頁</p> <p>800円</p> <p>送料別</p> |
| <p>■アメリカ病院事務管理</p> <p>事務長らによるアメリカ病院専門視察団の尊い見学記録書</p> | <p>B 5 版 108 頁</p> <p>500円</p> <p>送料別</p> |
| <p>■ヨーロッパの看護をたずねて</p> <p>デンマーク、イギリス、東西ドイツ、フランス、イタリア、ギリシャ、トルコの看護の制度・教育・病院事情などを紀行文風にやさしくまとめたもの。</p> | <p>B 6 版 213 頁</p> <p>今村栄一 著 800円</p> <p>送料別</p> |
| <p>■モダンホスピタル'78</p> <p>病院設備機器ガイド</p> | <p>B 5 版 900 頁</p> <p>4,300円</p> <p>送料別</p> |

特別推せん図書(廉価提供) (その2)

(株)日本病院共済会

■病院職員ハンドブック

B 6判 73 頁

病院勤務者とくに新入職員のために書かれた勤務心得必携書

250円

送料別

目次 サービスについて・エチケット・応対・ことばづかいの基本・
基本用語とことばの使い方・相手の性格の見分け方と扱い方・
発音練習と口の体操・仕事をするための基本心得・3つの意識・
人事についての諸制度・仕事の仕方・病院の保安防災について

■母親学級テキスト

A 5版 92 頁

300円

送料別

(病院頒布価250円)

妊娠の生理から家族計画, 保育まで女性の心得を図入解説。

母親教室や初産婦への最適指導書。

本書は特に利用者が多く, 昭和37年4月の初版以来

連続々刊(改訂版)の評判テキスト。

■保健叢書(7種類)

それぞれ専門医師によって書かれたポケット入り型の指導書。

人間ドック受診者や内科窓口患者によろこばれる病院売店での人気者。

また, 会社等の健保組合で疾病予防対策への最適書。

	頒布価	病院売店売価		頒布価	病院売店売価
○高血圧	150円	200円	○慢性胃炎	150円	200円
○動脈硬化症	200円	250円	○肝臓病	200円	250円
○肥満	150円	200円	○肛門と直腸	150円	200円
○糖尿病	250円	300円	の病気	(送料別)	

■病院学

B 5版 611 頁

3,000円

送料別

第20回日本病院学会記念出版。演題1,000題の記録集。

■人間ドック(第二版)

A 5版 380 頁

1,800円

送料別

人間ドック実施医師の貴重な記録の集成書。

■医事業務

B 5版 131 頁

900円

送料別

付, 病院実際例見本集。

お申込みは (株)日本病院共済会

〒102 東京都千代田区三番町7-2

(代金は現品到着後同封の郵便振替か、銀行
振込(第一勧銀麹町支店普通預金1426633の
日本病院共済会宛)でお送り下さい。)

ヴィラ・ロイヤル三番町204号

でんわ・03-264-3180

国際病院連盟学会の概要

PROVISIONAL PROGRAMME OF THE CONGRESS

1979

SUNDAY, JUNE 24

10.00-17.00 Distribution of documents to participants
All-day meeting of the Council of Management of the IHF
evening Reception given by the Lord Mayor of Oslo in the City Hall

MONDAY, JUNE 25

10.00 Official opening of the Congress and First Plenary Session
Addresses of welcome by the President of the IHF
the Minister of Health and Social Affairs of Norway
the Director General of Health Services of Norway
the President of the Norwegian Hospital Association
3M-Rene Sand Memorial Lecture:
"The role of the hospital in a changing world" by Dr Guillermo Fajardo
Ortiz, Executive Director of the Latin-American Hospital Federation(Mexico)

Immediately
after the

Opening Session Briefing meeting for chairmen, speakers and rapporteurs of discussion
groups

14.30 Meeting of the General Assembly of Members of the IHF

TUESDAY, JUNE 26

09.00-12.00 Accident and emergency services meeting 1
09.30-12.30 Cost containment and quality control meeting 1
12.00 Film on fire protection in hospitals
14.00-17.00 Hospital design-integration of engineering services meeting 1
14.30-17.30 Care of the child meeting 1
evening Reception given by the Minister of Health and Social Affairs

WEDNESDAY, JUNE 27

09.00-12.00 Cost containment and quality control meeting 2
09.30-12.30 Health care staffing in developing countries meeting 2
13.00 Film on fire protection in hospitals
14.00-17.00 Accident and emergency services meeting 2
14.30-17.30 Health care staffing in developing countries meeting 2
evening Folk Evening at the Concert Hall (tickets will be on sale at
Congress headquarters)

THURSDAY, JUNE 28

09.00-12.00 Care of the child meeting 2
09.30-12.30 Hospital design-integration of engineering services meeting 2
12.00 Film on fire protection in hospitals
12.30-16.30 Meeting of Council of Management of the IHF
14.00 Hospital visits
evening Congress Dinner at the University of Oslo Congress Centre

FRIDAY, JUNE 29

10.00-12.30 Second Plenary Session
Reports on the work of the discussion groups
12.30 Closing of Congress

第18回 病院管理視察研究会うらばなし

寺小屋風

集合地の旅宿嵯峨野、定刻となって夕方5時、全国から馳せ参じた研究員一同、会議室に当てられた広間に次々と集ってくる。

室の襖を開けて室内を見渡せば、これはなんと、経机が寺小屋風に整然と並んで、文字通りの研究会、新事務局長の差図によるこの手配は、いかにも象徴的で、本会の内容にピッタリ。

研究員一同しばらく言葉もなく、室の様子をながめては、ただ感嘆。

インド以来の断酒

さてオリエンテーションを終って、会食の席に坐を移す。浜松の名の通り、お膳の上には山海の珍味がズラリ。

ところが一つ肝心のものが足りない。その上に事務局は雲がくれ。

「昼は一所懸命勉強しますが、せめて夜のお膳には一本つけても勉強の邪魔にはならないんじゃないんですか。ネエ幹事さん」

などという陰の声も聞えてはくるが、なにしろ初日のこととて遠慮がち。あまり大きな声にはならないことをいいことに、そのままま頼かむり。

ここに、黙々とお膳に箸を運んでいるさるお人。「あるべきものが傍にないと、どういう順序でこのご馳走を片づけていったらいいか判りませんね。いつかインドのニューデリーでお酒を出せないと断られて往生したことがありましたよ。ウーン、今夜は正にニューデリー以来ですなァ」

「そうですとも、伝統を破るということは良くないことですよ。」と隣りで息巻いているお方がもう一人。

締め括りの方がいない

毎回欠かさずにご参加のN研究員、今回は残念なことに健康上の理由でお見えになっていない。

見学旅行開始の朝、バスの中の点呼で早速話題になる。

「残念ですなァ。あの先生のお顔が拝見できないのは。あなたも書くのが大変でしょう、うら話の種ができなくて。」

「そうですね。毎回この欄にご登場願う常連ですからね。思い出

の種が一つ減りますよ」

「それになんですね。あの先生がおられると、バスに乗られるのはいつも一番最後でしたから、先生が乗られれば、これで全員集合という目安にもなりましたよね。」

「そうそう、締め括りの方がいらっしゃらないと困りますよね。」

お天気の呼び戻し

前夜からテレビの天気予報は南方洋上から低気圧の接近を告げ、お天気は下り坂とのお達し。

一夜明けた今朝の空は、そんな予報はなんのその、昨日にも増して抜けるような青い空。

「いいお天気になりましたね。この旅行は勉強していれば雨が降らないことになってましたが、今日の天気は昨夜の禁酒のお蔭ですよね。」

「それはそうでしょうとも、あれだけ皆んなで我慢すれば、天も感じて呉れますよ。」

一差を死守せよ

今回の視察旅行は18年目。ここに第1回より欠かさず毎年参加のご両人がある。そのお一人は残念なことに数年前、南方の島へのご出張がこの研究会と重なり、1回欠となったまま。

しかし18年も毎年連続参加となると、その参加への努力たるや大変なもの。今回も旅行の中日が看護学校の帯帽式と重なったため、校長先生としては欠席もならず。トンボ返りで東京の帯帽式に出席され、その日の中に取り返すという熱心さ。

「よくお戻りになられましたね。」

「なんの、なんの。皆勤者にピッタリ一差でくっついて、ゴール間際でさっと抜き去り、テープを切ってご覧に入れますよ。」

時間を守れ

さて見学第2日の朝は遠州総合病院、9時に病院到着の予定とて、ホテルの朝は7時前に起床という慌しさ。

途中混雑の筈の道路は嘘のようにスイスイと車が流れる。アッと間に病院到着が定刻に30分も前となる。

ところが良くしたもので、病院の駐車場への入口が狭くて大型バスが入らない。病院の廻りを一周してみたり、駐車場入口の柵を抜きにかかったり、中々手間のかかること。

病院側の方も出てこられて差図をされても大きな図体がさばけれ

ばこそ。

「この車はどうしても駐車場へは入れません。皆さん申しわけありませんが、ここで下りてください。」

と案内があったのは、なんと正9時ピッタリ。

「早すぎたので、わざと愚図々々してたのじゃない。」

「ウンニャ、予定表はこういうこともあるかと、ちゃんとその時間を取っておいたのさ。」

さすれば、これは正に神業のたぐい。

恒例行事

第2日の昼は、昼食もバスの中。2時間に及ぶ長途のバス旅行となる。

こうなると必ず登場するこの視旅察行の名物は車中研究会。

18年間も全国各地をバス行脚すれば、いくら避けて通っても、いたる所で景色のいい名勝や名所旧跡に行き当たる。それでもこの旅行は観光旅行ではないのであると、かたくなに窓の外を見ないで、車中でも勉強を続けてきた片意地の強さ。

今回は幸いに東名高速道路であたりに見廻す景色もないのをいいことに、

「時間表通りに、これから車中研究会を行ないます。」

というアナウンスに、車中より漏れてきた声なき声は、はて嘆声か歎声か……。



バス移動で和やかな車内風景

スーパー副院長

ここに今回参加のさる看護部長さん。

名古屋保健衛生大学の見学を終えての帰り、

「驚きましたね。私は大学の先生なんて、病院管理のことなどまったく関心のない方々ばかりと思っていましたが、認識を改めましたわ。本当に驚きですよ、こちらの副院長さんには。口も八丁、手も八丁。こんなスーパー副院長は見たことがございませんでしたわ。」

高等小使いを自称されるこの副院長さん、研究員の質問について、何を聞かれても知らぬということはいざし。

あまりの弁舌にウツトリと聞き惚れたという女性の参加者が他にもいたとか、いなかったとか。

真打ち登場

三日目の夜は、これが最後とあって賑やかな懇親会となる。

隠し芸ともなればこの人というのは、贗キンゴロー氏。毎回参加の常連研究員にとってはお馴染みのしろもの。

当研究会の極め付けで、この十八番を拝見したいため、わざわざ研究費を払って、本会に参加する人もあるというややオーバーなような噂もある程。

さすが、さすが、年季を入れて仕込んだ芸は違うものとお腹をかかえて笑いながら、良い気分にはたっていたところ……。

間髪を入れずに、次に登場したのがM研究員。何と狂言の出し物とお出でなすった。

本職はだしというが、これは本職そのもの。

「こう余り旨い人が出てくると、もう次は続きませんね。」

「そうそう、それにしても真打ちが二人も出たんでは、次からどういう風にしたらよいか困ります。」

「次回からは余興担当の当番委員をあらかじめプログラムに印刷しておいたらいいじゃないですか。」

乱れたダイヤ

この研究会の特色の一つとして、予定表の時間厳守が第1回から守られてきた鉄の規則。

かなりの無理があるにしろ、何とかやりくりして、予定時間に合せるのが司会者の腕の見せどころ。

ところが、どうしても病院見学の時間が長くなり勝ちで、それに続く討論会の開始は遅れ勝ち。

ある病院ではとうとう司会者自身が遅れてきて、10分以上も開始が遅れるに及んで、蔭の音が……。

「この会は国鉄並の正確さでしたが、最近ちょっとダイヤが乱れてきましたな。」

「なにしろ新幹線も遅れる時代になりましたからね。」

18回の工事

名古屋の大雄会病院は非常に特色のある医療法人立病院である。

この院長先生の建築に関する造詣は並大抵のものではない。近くまた本館を改造されるとかで、その仮会議室へ案内していただく。

「ここは病室だったのですが、皆様方がお出と聞いて、とりあえずペンキを塗らして奇麗にしておきました。」

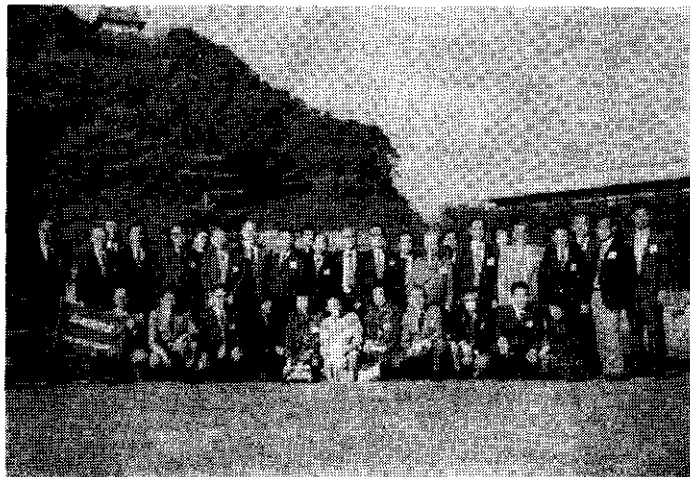
と事もなげにおっしゃるが、仲々どうしてそう簡単にはできないもの。

昭和30年に15年計画を立て、それに向って着々と進んでおられるそうで、市街地の狭い土地、それも地形が必ずしも良いとは言えない場所。

良くこの二つに分れた土地で、これだけの素晴らしい病院にまで発展されたものと感心すれば、

「この20年間に18回も工事をやりましたからね。これだけ壊したり建てたりすれば、どんな者でもたいてい利口になりますよ。」

あまりのお言葉に見学者はただ口アングリ。



参加者全員の記念撮影（名鉄犬山ホテルにて）

弱気は禁物

車中研究会も第2日日には午前・午後とたっぷりの2時間あまり。
さて第3日の午前の見学を終って、バスに揺られながら午後の予定表を開いて見ると、ここにも車中研究会とある。

さすがにタフな司会者氏も研究員の疲労も考えて、

「昨日はたっぷり勉強しましたから、今日はどうしたものでしょうね。」

と誰に言うもなく辺りを見ながら遠慮がちな独り言をブツブツ。

すると、後の方から大喝一声、

「弱気は禁物、予定通りやりなさい!!」

(PF生)

■ 投稿のしおり ■

1. 投稿について

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

2. 締切日・採否・掲載について

随時、投稿してください。採否は、月に1度の編集委員会で決定します。多少の字句の訂正をすることがありますのでご了承ください。掲載の分に薄謝を呈します。別刷の必要な場合は50部までは薄謝と相殺でお作りします。それ以上の分は実費を印刷所と直接決済していただきます。

3. 執筆について

- (1) 原稿は400字詰め原稿用紙を用い(題名・氏名・所属を明記)、横書き・新かなづかい、数字は算用数字、数量は単位記号。
- (2) 外国語はタイプ使用か活字体で。
- (3) 図表および写真(白黒・手札大)は必要に応じて(ただし、図表写真は1枚につき原稿用紙1枚分とする)。
- (4) 引用文献は引用順、参考文献は著者の姓のABC順に配列し文末に。
- (5) 原稿用紙400字詰4枚で雑誌1頁分となります。執筆の際はなるべく半端にならないよう、原稿枚数をお考えください。枚数の制限は特にいたしません。

メディカルクラークのための

医療事務入門

- ◎ どの職種の人でも、常識として最少限に知っておくべきことが説明されています。
- ◎ 特に病院事務に従事する人は、経営・管理を始め、病院内のすべての仕事に関係を持つのですから、広い知識が必要であり、まずわが国の医療制度のことを正しく認識しておくべきでしょう。

内容目次

第1章 医療事務の定義	VII. 第三者行為
第2章 わが国の医療機関の制度の概要	XIV. 保険医療機関及び保険医療養担当規則(抜粋)
第3章 医療法による諸手続	第7章 日雇労働者健康保険の制度の概要
I. 開設者の行なう手続	第8章 船員保険の制度の概要
II. 病院管理者の行なう手続	第9章 共済組合等の制度の概要
第4章 医療保障制度関係用語	第10章 国民健康保険の制度の概要
第5章 言葉の使い方	第11章 公費負担医療
第6章 健康保険の制度の概要	第12章 労働者災害補償保険の趣旨について
I. 保険医療機関	<付録>
II. 保険医	その1 薬物の効用等
III. 保険薬局、保険薬剤師	その2 法令による取扱い上の分類
IV. 被保険者資格の得喪	その3 薬物療法の用語
V. 保険者	その4 薬物利用による検査
VI. 資格喪失後継続療養	その5 使用量表示の読み替え等
VII. 一部負担金	その6 注射液一部使用時の残量
VIII. 家族療養費	その7 薬価基準表における薬品名の見つけ方
IX. 被保険者証によらない給付	・略字・略語等
X. 保険給付外の医療	その8 横文字による薬品名の読み方
XI. 給付制限	その9 処方・注射記録に使われる略字等
XII. 業務上・業務外の判断	

☆申込先 社団法人 日本病院会 通信教育部

〒102 東京都千代田区二番町2 (番町共済会館) TEL 03 (265) 0077~9

頒布価格 受講生・協会員(卒業認定者全員) 1,350円(別に送料160円), 其他1,600円

(別に送料160円)

振込銀行 太陽神戸銀行麴町支店 普通預金 日本病院会通信教育部 口座番号 54321

会 告 (第 1 回)

第 5 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54年 9月20日 (木), 21日 (金), 22日 (土)

2. 会 場 秋 田 県 民 会 館

秋田市千秋明德町 2 番52号 TEL 0188—34—5055

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。

演題の締切は { 予備登録ノ切 昭和54年 4月30日予定
抄録原稿ノ切 昭和54年 5月31日予定

※演題が年々増加の傾向にありますので事務処理を円滑にすすめるため、
予備登録制を設けます。

御協力の程お願い致します。

4. 事務局

第 5 回 日本病院会学会事務局

秋田市中通一丁目 4 番36号

秋田赤十字病院内

TEL (0188) 34—3361 (代) 内線537

第 5 回 日本病院会学会

会 長 竹 本 吉 夫

プロパー活動および問屋セールス活動と 薬剤業務をめぐる諸問題

8月・薬事管理部会研究会

日時：昭和53年8月9日

場所：番町共済会館

参加人員：39名

講師：東病院薬局長 福地多久郎

病院において医薬品に関する情報収集の窓口ともいべき薬剤部は、プロパーや問屋セールスの活動の中から情報を得ることも業務の一部となっている。今回上記テーマのいくつかの問題点について講演を依頼したが採用薬の選定や流通過程時の品質確保の状況、活動のあるべき姿勢、また対応する我々のあり方の細部にまでふれた内容は大変参考になり参加者を交えての質疑応答も活発に、有意義な研究会であった。なお演者ご提供による講演要旨は次の通りである。

プロパー活動および問屋のセールス活動と薬剤業務をめぐる諸問題

東病院薬局長 福地多久郎

1. メーカーのプロパー活動と薬局業務

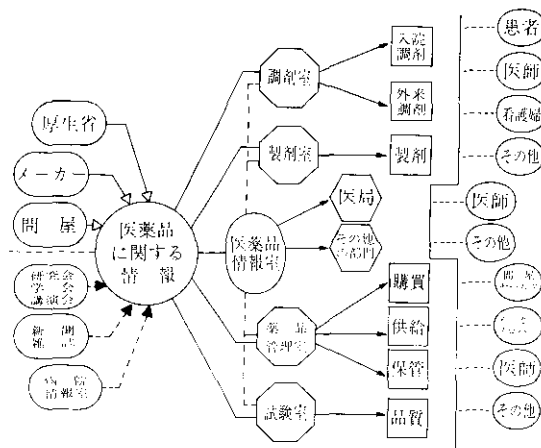
1. 医薬品情報の収集・伝達と薬局業務

病院薬局においては医薬品に関する情報の収集と伝達は、極めて重要な業務となっている。

これらの情報は図1に示すように、厚生省、メーカー、問屋、研究会、新聞・雑誌などその情報源は幅広く存在する。

こうして収集された医薬品情報は、医薬品情報室(DI室)などを通じて薬局の各業務部門に伝達されるほか、医局やその他の病院の各部門に伝達され、医薬品の適正な使用や保管・管理に有益

図1 医薬品の情報収集伝達と薬局業務



な役割を果たしている。

一方メーカーは、プロパーを各医療機関に訪問させ、自社製品のPRおよび情報伝達と情報収集にあたらせている。

病院薬局の業務管理者である薬局長は、この医薬品情報の伝達者であるプロパーと応接し、必要な情報を入手しているのである。

従って薬局長はプロパーとの応接にかなりの時間をついやしている。

そこで演者はプロパーのデイトーリング活動の実態を調査する必要を感じ、プロパーインフォメーション・ダイアリー(以下P.D.と略称する)を克明に記録するという方法で、その実態を調査し、このP.D.を分析したので、その結果について述べてみることにする。

- 1) 調査期間：3月14日～4月7日(A)
4月8日～5月19日(B)

Aは25日間(記録実日数22日)

Bは42日間(記録実日数33日)

2) 調査方法：P. D.による記録,

P. D.に記載した項目は①訪問メーカー名, ②訪問時間, ③会話時間, ④会話内容, ⑤依頼事項およびその処理, ⑥治験薬, 資料の提供, ⑦その他, などである。

訪問回数, 会話時間などについての分析結果は紙数の関係で省略するが, プロパーとの会話内容については, プロパーの情報伝達と直接関連するのでその結果を表1に示した。

この表から明らかなように, その他の事項を除くと, 自社製品関連の情報がAで27.1%, Bで20.3%と高い比率を占めていることがわかる。

しかしプロパーの業務の主要なものの一つであ

表1 会話内容などについての分析

会話内容の分類	*A = 225件		B = 454件	
	件数	比率	件数	比率
①自社製品関連の情報伝達について	61	27.1%	92	20.3%
②会社に関連した事項の情報伝達について	11	4.9%	30	6.6%
③薬業界に関連した事項について	29	12.9%	14	3.1%
④資等料の提供について	16	7.1%	15	3.3%
⑤情報の収集に関連した事項について	19	8.4%	26	5.7%
⑥プロパー活動に関連した事項について	6	2.7%	30	6.6%
⑦銘柄別薬価に関連した事項について	6	2.7%	1	0.2%
⑧健康保険法改正に関連した事項について	0	0	37	8.1%
⑨依頼事項に関連した事項について	15	6.7%	1	0.2%
⑩薬剤師会に関連した事項について	4	1.8%	14	3.1%
⑪薬学会に関連した事項について	5	2.2%	9	2.0%
⑫社会的なことがらに関連した問題について	5	2.2%	24	5.3%
⑬資料などのコピーについて	3	1.3%	3	0.7%
⑭私的依頼事項について	9	4.0%	19	3.1%
⑮その他の事項について	36	16.0%	144	31.7%

(* A = 3月14日~4月7日, B = 4月8日~5月19日)

る情報の収集に関してはAで8.4%, Bでは5.7%と決して高い比率を占めてはいない。

副作用に関するものやその他ユーザーの要望をもっと積極的に収集するという姿勢が必要であろう。

2. 医薬品の選定とメーカーの情報資料

1. 当院における医薬品選定の方法

当院においては次の図2に示すような手順によって医薬品の選定を行なっている。

また使用を中止する際は破線下の手続きによってその使用中止を決定している。

医薬品の選定にあたっては原則としては, 対象となる医薬品が, 医薬品としての条件をみたしていなければならない。

その条件とは①有効であること。②安全であること。③品質がすぐれていること。④施用上使い易いこと。などである。

2. 現実に医薬品を選択する際の3つの要素

品質がすぐれていることが, 医薬品選定の最大の要素であるが, 経営上の問題とのからみ合いもあって, 全ての薬品を同じ基準で選定することができない場合が多い。

つまり品質のほかに薬価および差益という要素もまた選択に大きくかかわりをもつ要素となる。

この3つの要素が交わり合う部分は4つの区分としてとらえることができる(図3)。

つまり,

A 品質がすぐれていて, 薬価が高く, 薬価差益の大きいもの。

B 品質がすぐれていて, 薬価差益の大きいも

図2 当院における医薬品の選定方法および使用中止の経過

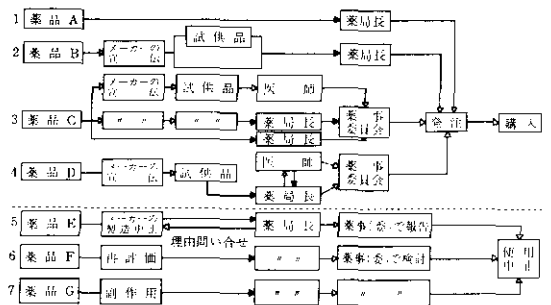
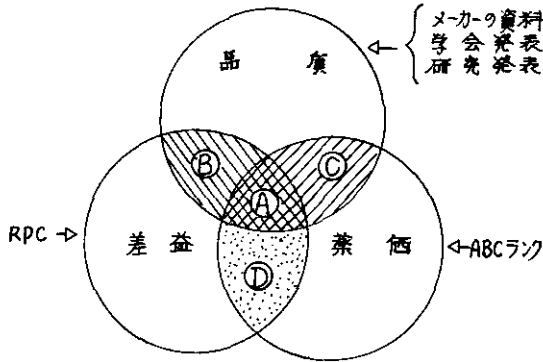


図3 現実に医薬品を選択する際の3つの要素



の。

- C 品質がすぐれていて、薬価の高いもの
- D 薬価差益が大きく、薬価もBランクぐらいのもの。

しかし、これらの評価をどうとらえていくかはむずかしい問題なので、十分に考慮して判断することが必要であろう。

3. 薬品問屋の業務評価などに関するアンケート調査の分析表

このアンケート調査は53年3月に実施したものである。都内の病院・診療所の薬局長を対象とし

た。

アンケートの発送総数は80通で回答数は49通、回収率は61.3%であった。

回答表の内訳は病院26通(53.1%)、診療所23通(46.9%)であった。

1. 薬品の発注権について、
 薬局長31(42.5%)、薬局担当者11(15.1%)、事務長5(6.8%)、用度担当者12(16.4%)、院長7(9.6%)、事務担当者4(5.5%)、その他3(4.1%)という結果であった。

2. 医薬品購入の方法

入札を主とするのが16(32.7%)、入札と随意購入の併用15(30.6%)、随意購入17(34.7%)、その他1(2.0%)という結果で、入札を行なっている所が約63%を占めているということであった。

問屋に関する各項の業務評価は、問屋名を公表しないという約束で行なったアンケート調査であるため、問屋名が略号であり、その優劣が判断できないから省略する。

3. 医薬品問屋との取引関係で重視する事項

この設問に対する分析結果は表2に示す通りである。

表2 医薬品問屋との取引関係でどのような点を重視するか

項目	順位	1位	2位	3位	4位	5位	6位	7位	8位	φ	合計
1 品質管理面の良否を重視する		●25	▲10	3	4	1	0	0	0	6	49
2 医薬品の納入価格を重視する		▲13	●9	4	4	2	4	5	0	8	49
3 在庫の豊富さを重視する		3	▲10	●10	7	5	5	3	0	6	49
4 セールスの質、態度を重視する		5	6	▲9	●10	6	5	0	0	8	49
5 情報および資料の提供を重視する		0	▲8	7	6	●13	5	2	0	8	49
6 経営者の経営方針、教育指導面を重視する		1	3	▲8	5	5	●8	8	1	10	49
7 メーカーのプロパーの意向を重視する		2	1	3	4	3	▲8	●16	0	12	49
8 その他		2	1	0	0	0	0	1	●3	42	49

つまり病院の薬局長は、品質管理面の良否を問屋との取引関係で最も重視しているということがわかる。

次いで医薬品の納入価格、在庫の豊富さといった順位になっていた。

4. 医薬品問屋の果たすべき役割やセールスに対する意見および提言

この項に対する回答は、約半数近い25名から寄せられていたが、その内容によって6項目に大別すると次の通りであった。

() 内は件数である。

- 1) 医薬品の品質・安全管理・供給などについて (15)
- 2) 情報の提供などについて (14)
- 3) セールスの人々たちへの提言 (13)
- 4) 医薬品問屋のあり方、経営方針などについて (8)

5) 販売姿勢などについて (4)

6) 社員教育・指導などについて (4)

7) その他 (2)

これらの意見から問屋もまた、医療機能の重要な一翼を担うものとしての自覚をもち、医薬品の安全管理、迅速な供給や適確な情報の提供が求められているということがいえるようである。

むすび

つまり医薬品は単なる商取引の対象である商品という考え方で処理されては困るものである。

医薬品は適確な情報という付加価値を伝達することによって、より効果的にかつ安全に使用される化学物質であるから、情報伝達者としてのメーカーのプロパー、問屋のセールスが果たす役割もまた極めて重要であるといわねばならない。

(まとめ 社会保険蒲田総合病院 浅見信子)

JuNo

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/3号/GF号

▶ 1号は20瓶、2号、3号、GF号は35瓶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は右のとおりです。

▶ 使用上の注意については製品添付文書をご参照下さい。

(包装) キンダリー液 1号 2.5ℓ(プラスチック容器入り)×4瓶
キンダリー液 2・3・GF号 10ℓ(プラスチック容器入り)×2瓶

	電解質濃度 (mEq/ℓ)						ブドウ糖 (mg%)
	Na ⁺	K ⁺	Ca ⁺⁺	Mg ⁺⁺	Cl ⁻	CH ₃ COO ⁻	
1号	134	2.6	2.5	1.5	104	36.6	554.5
2号	132	2.0	2.5	1.5	105	33.0	200
3号	132	2.0	3.5	1.5	104	35.0	200
GF号	135	2.0	3.75	1.5	105.25	37.0	—



扶桑薬品工業株式会社

大阪市東区道修町2丁目50番地

B型肝炎の診療と院内感染防止対策

B型肝炎ウイルスについて

10月・病院診療部会研究会

日時 昭和53年10月17日

場所 東京都立駒込病院

昭和53年10月の病院診療部会定例研究会は、10月17日 14:00~17:00、東京都文京区の都立駒込病院、同臨床医学総合研究所で上記テーマで行なわれた。参加者約40名。

現在の建物は昭和54年4月に落成したもので、病院は地上14階、地下3階、研究所は地上7階、地下1階の堂々たる近代建築である。がんと感染症を中心とする専門病院で、研究所はWHOからウイルス肝炎研究センターとして指定されている。

初めに松永藤雄院長のご挨拶があり、続いて大林部長から肝炎の診療と院内感染防止対策について約1時間のご講演を承った。この病院の病棟はがん関連病床600床、感染症関連300床から成り、後者の中には肝炎患者のみを収容する約40床の肝炎病棟がある。これを見学してから再び講義室に戻り、山本正研究所長のご挨拶に続いて、西岡副所長から肝炎ウイルスに関して、藤沢薬品提供の映画とともに判りやすいご説明を頂き、質疑応答も活発に行なわれた。

現在B型肝炎対策についてはどの病院も苦慮しているところであるが、本年1月、B型肝炎対策専門委員会から東京都衛生局に対して答申が出されている。その抜粋を本誌別ページに掲載したのでご参照願いたい。特に強調された点を述べると、

(1) 日本人には全く無症状のHB抗原キャリアが約3%存在し、これが感染源として重大な意味をもっている。したがって入院患者については血

液中のHB抗原、抗体を検査し、抗原陽性者を確実に識別して、特別の注意を払う。

(2) HB抗原は分泌物、排泄物にも排出されるが、ほとんどすべて血液を介して感染が起る。したがってこれを扱う者は厳重な注意が必要である。しかし気道感染は考えられないので、抗原陽性者を特に隔離する必要はない。駒込病院では感染症病棟に余裕があるので、その中の一画を肝炎病棟としているだけである。

(3) 汚染されたものの消毒は流水による器械的洗浄がきわめて有力であり、薬物としては次亜塩素酸液、グルタルアルデヒドが使われる。このウイルスは特に抵抗の強いものではなく、オートクレーブ、煮沸滅菌いずれも有効である。

(4) 医療従事者の感染の機会は注射針による事故が最も多い(約80%)が、その他臨床検査、剖検等にさいしてもみられる。この場合は患者と被感染者双方の血液について調査を行ない、前者のHB抗原が陽性であり、後者の抗体が陰性だったら、48時間以内に抗HBグロブリンの注射を受ける。これによってほぼ確実に肝炎の発病を抑えることができる。

(まとめ 東京通信病院 北原哲夫)

厚生年金病院の伊藤副院長からHB抗原の検査は入院患者全部について健康保険で認められるかとの質問が寄せられた。

また駒込病院ではこれまでに258件のアクシデントがあり、161件について抗HBグロブリンの投与を行なったところ1例も肝炎の発症を見なかったと優秀な成績が示された。

(豊島病院長 篠塚輝治記)

B型肝炎院内感染防止対策

東京都B型肝炎対策専門委員会答申抜粋

1. 患者への対策

B型肝炎ウイルスの医療従事者への感染及び患者間感染を予防するうえで最も必要なことは、その患者がHBs抗原陽性者であることを知ることである。また、HBs抗原陽性患者については、入院中及び退院後の適切な注意、指導が必要である。

このため、次のとおり予防対策を実施する。

1. HBs抗原陽性患者の取扱い

HBs抗原陽性患者の取扱いに当たっては、次の点に注意する必要がある。

(1) HBs抗原陽性患者の認識

HBs抗原陽性患者と接触する医療従事者には、その患者が陽性であることを確実に知り得るよう配慮する。特にHBs抗原陽性患者を他科に紹介したり手術を行なう場合には、陽性であることを必ず通知する。

(2) HBs抗原陽性患者に接する場合の注意

医療従事者への感染経路として特に重要なものは、手指の皮膚を介する感染である。従って、HBs抗原陽性患者の血液、分泌物、排泄物を取り扱う場合には、原則としてディスポーザブルの手袋あるいはゴム手袋を使用し手指からの感染を防ぐ。特に手指に新しい創傷のある場合には十分に注意し、ゴム手袋を使用すること。

なお、必要に応じて予防着を着用する。

(3) 汚染された場合の処置

血液、分泌物、排泄物などで手指が汚染された場合には、ただちに流水で十分に水洗する。もし、それが困難な場合は次亜塩素酸液を浸した脱

脂綿で汚染物を拭きとった後流水で十分に水洗する。また、着衣、ベッド、机、床などが汚染された場合は、ただちに紙、布等で血液を拭き取った後、流水で十分に水洗するか次亜塩素酸液で消毒する。

(4) 医療器械、器具、材料に関する注意

ディスポーザブルのものがあるときはそれを使用する。また、それらを棄てる場合には感染源とならないように注意する。使用後の注射針については特に注意し、必ずキャップをかぶせ、刺創による感染の危険がないようにし別に処理する。

ディスポーザブル以外の器械、器具は、十分に水洗した後、消毒する。

なお、使用した器械、器具の洗浄に際しては、手指に外傷をうけ感染する危険性があるので手袋を用いる。

また、血液で汚染された布類は、次亜塩素酸液に1時間以上浸した後水洗し、オートクレーブ消毒を行なう。

(5) 患者からの廃棄物の処理

入院中のHBs抗原陽性患者からの廃棄物は、ビニール袋に入れ焼却処分とする。

(6) 隔離

この予防対策を忠実に実行する限りにおいては、HBs抗原陽性患者を特に隔離する必要はない。

(7) その他

その他細部にわたる取扱いについては、各職種、各職場での特殊事情を考慮し、各病産院のB型肝炎予防対策委員会において個別に決定する。

2. HBs抗原陽性患者への入院中の指導

入院中のHBs抗原陽性患者に対しては次のと

おりとする。

(1) 行動制限

行動は特に制限する必要はない。

(2) 面会

面会は特に制限する必要はない。ただし、乳幼児等感染に対する抵抗力の弱いものと濃厚に接しないよう指導する。

(3) 入浴、理髪

入浴、理髪については、担当医の許可を必要とする。

(4) 日用品の専用

剃刀、歯ブラシ等は専用とすること。

(5) 食器

食器は一般患者の場合と同様に慎重に扱う。

(6) 排尿、排便後の処置

排尿、排便後は手をよく洗うよう指導する。必要に応じ次亜塩素酸液を浸したガーゼ（ディスポーザブル・ガーゼ）を与え、手を清拭した後水洗させる。

(7) 汚物、廃棄物の処理

汚物、廃棄物については、ビニール袋を用意し、すべてこの中に入れるよう指導する。

3. HBs 抗原陽性患者への退院後の指導

HBs 抗原陽性患者が退院する場合は次のとおり指導する。

(1) 出血時の注意

傷や鼻出血はできるだけ自分で手当てをする。また、手当てを受ける場合は、他人に血液がつかないように注意する。

血液の附着物は密封し廃棄し（焼却が望ましい）廃棄できないものは自分で十分に水洗する。

(2) 日用品の専用

剃刀、歯ブラシ等は専用とすること。

(3) 供血の禁止

献血あるいは家族供血をしないこと。

(4) 乳幼児に接する時の注意

乳幼児に口うつしに食物を与えることを禁止する等濃厚に接しないよう指導する。

(5) 月経時の処置

月経時の処置に際しては、手指を流水で十分に水洗すること。

(6) 排尿、排便後の処置

排尿、排便後は手をよく水洗すること。

(7) 汚物等の処理

分泌物などの汚物はただちに便所に捨てる。

(8) 定期検診

医師の指示に基づき定期的に肝機能検査を受けるよう指導する。

(9) 受診時の注意

新たに医療機関を受診する場合は、担当医師に抗原陽性者であることを告げること。

2. 病産院勤務職員への対策

医療従事者が、B型肝炎ウイルスに感染したり、あるいは発症することを防止するためには、まず取り扱う患者がHBs 抗原陽性者であることを知ることが必要であるが、それと同時に、医療従事者を常時医学的監視下におき、B型肝炎ウイルスの感染状況を正確に把握したうえで、適切な注意、指導を行なわなければならない。

また、事故等による感染に対しては、抗HBs グロブリンの投与等によりB型肝炎の発症を防止する必要がある。

このため、次のとおり予防対策を実施する。

なお、医療従事者がB型肝炎ウイルスに感染することを防止する最も効果的な方法は、これらの対策のほかに、日常、感染予防に関する原則的な注意を忠実に実行することである。

1. 職員のB型肝炎定期検診の実施（略）

2. 初回検診時陽性職員の取扱い

初回検査時陽性職員とは、最初の検診においてHBs 抗原が陽性であるものをいう。当該職員については、次項「初回検診時陽性職員の取扱い」を参考として管理指導する。

3. HBs 抗原持続陽性職員の取扱い

HBs抗原持続陽性職員とは、HBs 抗原が6ヵ月以上にわたり血清中に繰り返し証明されるものをいう。当該職員については、別項「HBs 抗原持続陽性職員の取扱い」を参考として管理指導す

る。

4. HBs抗原陽転職員の取扱い

HBs抗原陽転職員とは、HBs抗原陰性者が2回目以後の検診において初めて陽性となったものをいう。当該職員については、別項「HBs抗原陽転職員の取扱い」を参考として管理指導する。

5. 抗HBsグロブリンの投与等

別添「HBs抗グロブリンの投与等実施要領」により実施する。

なお、投与にあたっての職員への説明指導は、「抗HBsグロブリンの投与の意義、有効性、副作用等について」を参考として行なう。

3. 初回検診時陽性職員の取扱い

初回検診時陽性職員の定義

初回検診時にHBs抗原が陽性である職員を初回検診時陽性職員という。

初回検診時にHBs抗原が陽性である職員は、そのほとんどが抗原持続陽性者であるが、まれに、最近B型肝炎ウイルス感染をうけHBs抗原が陽転したのも含まれているので、次の要領で両者を鑑別診断し、それぞれ適切に管理指導を行なう。

1. 再検診の実施

(1) 当該職員に対し初回検診後2週間以内に専門医師に受診するよう指示する。

(2) 専門医師は、診察を行ない、採血し、肝機能検査を行なうと同時に、検査実施機関にHBs抗原、HBc抗体の測定及び初回検診時の血清についてもHBs抗原、HBc抗体の測定を依頼する。

2. HBs抗原持続性職員と陽転職員の鑑別診断及び管理指導

(1) HBs抗原持続陽性職員

イ. 鑑別診断

再検査の結果、HBc抗体価が 2^{10} 以上の場合はHBs抗原持続陽性職員と判断する。

ロ. 管理指導

HBs抗原持続陽性職員に対しては、別項「HBs抗原持続陽性職員の取扱い」に従い管理指導を行なう。

(2) HBs抗原陽転職員

イ. 鑑別診断

再検診の結果、HBc抗体価が陰性か 2^{10} 以下の場合はHBs抗原陽転職員と判断する。

ロ. 管理指導

HBs抗原陽転職員に対しては、別項「HBs抗原陽転職員の取扱い」に従い管理指導を行なう。

4. HBs抗原持続陽性職員の取扱い

HBs抗原持続陽性職員の定義

HBs抗原が6カ月以上にわたり血清中に繰り返し証明されるもの、及びHBs抗原が陽性でかつHBc抗体価が 2^{10} 以上のものをHBs抗原持続陽性職員という。

HBs抗原持続陽性職員に対しては、次のとおり管理指導を行なう。

1. 感染予防指導

当該職員から患者、他の職員、当該職員の家族等への感染を防止するため、当該職員に対し個別的に指導を行なう。

指導上、特に重要な項目は次のとおりである。

なお、新生児、未熟児部門、人工透析部門、臓器移植部門に従事する職員の指導にあたっては、それらの児または患者が感染した場合はHBs抗原持続陽性者となりやすいので特に万全を期すこと。

(1) 出血時の注意

傷や鼻出血はできるだけ自分で手当てをする。また、手当てを受ける場合は、他人に血液がつかないように注意する。

血液の附着物は密封して廃棄し（焼却が望ましい）、廃棄できないものは自分で十分に水洗する。

(2) 日用品の専用

剃刀、歯ブラシ等は専用とすること。

(3) 供血の禁止

献血あるいは家族供血をしないこと。

(4) 乳幼児に接する時の注意

乳幼児に口うつしに食物を与えることを禁止する等濃厚に接しないよう指導する。

(5) 月経時の処置

月経時の処置に際しては、手指を流水で十分に水洗すること。

(6) 排尿、排便後の処置

排尿、排便後は手をよく水洗すること。

(7) 汚物等の処理

分泌物などの汚物はただちに便所に捨てる。

(8) 受診時の注意

新たに医療機関を受診する場合は、自分がHBs抗原持続陽性者であることを告げること。

2. 健康管理

将来、肝炎をおこす可能性が約10%の人にあることを説明し、無症候性HBs抗原持続陽性職員でも3～6カ月ごとに定期的に受診するよう指示する。

なお、肝障害を認める場合は、担当医師に従い受診する。

3. 労働条件

肝機能障害を認めない場合は、一般健康人と同様に通常の労働に従事して差し支えなく、労働軽減等特別の措置は必要ない。

なお、肝機能障害を認める場合は、担当医師の指示による。

4. 職務内容と勤務形態

HBs抗原持続陽性職員は、この予防対策による感染防止のための注意事項を守る限りにおいては、完全な医療従事者として勤務して差し支えない。

5. 家族に対する検診

家族、特に両親、同胞、配偶者及び子供に対しては、できる限りHBs抗原・抗体検出検査及び肝機能検査を行ない、家族の健康管理、家族内感染予防の指導を行なう。

5. HBs抗原陽転職員の取扱い

HBs抗原陽転職員の定義

HBs抗原陰性者が、2回目以後の検診において初めて陽性となったものをHBs抗原陽転職員という。

HBs抗原陽転職員のなかには、(1)急性B型肝炎、特にその前駆期にある場合、(2)B型肝炎ウイルスの不顕性感染状態にある場合、(3)HBs抗原持続陽性者であるが、HBs抗原価が低いため今回の検診まで陰性と判定されていたものが含まれているが、個々の職員がいずれに属するものであるかによりその取扱いが異なるので、次の要領で鑑別診断し、それぞれ適切に管理指導を行なう。

1. 再検査の実施

(1) 当該職員に対したちに専門医師を受診するよう指示する。

(2) 専門医師は、診察を行ない、採血し、肝機能検査を行なうと同時に、検査実施機関にHBs抗原、HBc抗体の測定を依頼する。

2. HBs抗原持続陽性、急性B型肝炎、急性B型肝炎前駆期、不顕性感染状態の鑑別診断及び管理指導

(1) HBs抗原持続陽性職員

イ. 鑑別診断

再検査の結果、HBs抗原の有無にかかわらずHBc抗体価が 2^{10} 以上を示す場合はHBs抗原持続陽性職員と判断する。

ロ. 管理指導

別項「HBs抗原持続陽性職員の取扱い」に従い管理指導を行なう。

(2) 急性B型肝炎

イ. 鑑別診断

再検査の結果、HBc抗体が陰性か、または 2^{10} 未満の場合でGOT、GPT値が明らかに異常を示すものは、急性B型肝炎の可能性が高い。

ロ. 管理指導

入院させ、加療する。

(3) 急性B型肝炎前駆期あるいは不顕性感染

イ. 鑑別診断

再検査の結果、HBc抗体が陰性か、または 2^{10} 未満の場合でGOT、GPT値が正常であるものは、急性B型肝炎前駆期あるいは不顕性感染のいずれかと考えられる。

急性B型肝炎前駆期と不顕性感染の鑑別診断は、HBs抗原価、HBc抗体価、GOT、GPT値の経時的測定により経過を観察する以外に、これらの検査を1週間ごとにHBs抗原が陰性化するまで反覆実施する。

ロ. 管理指導

勤務を軽減し、過労を避けるように指導し、必要に応じて入院させ経過を観察するとともに、他への感染を予防するために、HBs抗原陽性期間内は、別項「HBs抗原持続陽性職員の取扱い」に従い管理指導を行なう。

6. 抗HBsグロブリン投与の意義、有効性、副作用等について

1. 投与の意義

B型肝炎は免疫の成立する疾患であり、その場合、抗HBsグロブリンが感染防御作用を有する物質であることが明らかにされている。

従って、未免疫(HBs抗体陰性)の病産院勤務職員に感染に関連する事故が起こった場合、その被感染者に抗HBsグロブリンを投与することにより、被感染者を急速に免疫状態にし、B型肝炎の発病を積極的に防止することができる。

2. 投与の有効性

医療従事者が事故等によりHBs抗原陽性血液等に汚染された場合、抗HBsグロブリンを投与しB型肝炎の発病を防止しようとする試みは、東京都においては、158件の感染事故に対し、82件

の抗HBsグロブリンの投与を行ない、事故後の肝炎発病例を0にする成果をあげており、欧米においても小規模ではあるが実施されている。

そして、これらのいずれの報告でも、抗HBsグロブリンを投与された群では、投与されなかった群に比べて、有意にB型肝炎の発病が防止されており、明らかに抗HBsグロブリンの投与がB型肝炎の発病防止に有効であることが確かめられている。

3. 副作用

使用する抗HBsグロブリンは、すべて規定の安全試験で安全性を確認し、生物学的製剤としての国家検定の基準に合格したものである。

従来の報告では、抗HBsグロブリンの副作用は認められていない。しかし、次のような副作用がおこる可能性もあるので、特に特異的副作用の予防については十分に注意する必要がある。

(1) 特異的副作用

本剤をHBs抗原陽性者に投与した場合は、投与した抗HBsグロブリンと被投与者体内のHBs抗原とが急速かつ大量に反応し、免疫複合物を形成することにより組織障害がおこる可能性がある。

従って、本剤のHBs抗原陽性者への投与は禁忌であり、投与はHBs抗原陰性者に限定する必要がある。この意味から、本剤を投与する場合には、新たに採血をし、HBs抗原検出検査を行ない、被投与者がHBs抗原陰性であることを確認することが必要である。

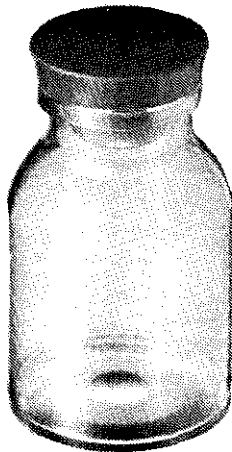
(2) 非特異的副作用

まれに、筋肉内注射局所に軽度の発赤、疼痛、腫脹が一過性に出現することがありうる。しかし、これは一般のガンマーグロブリン投与の場合と同程度と考えられる。

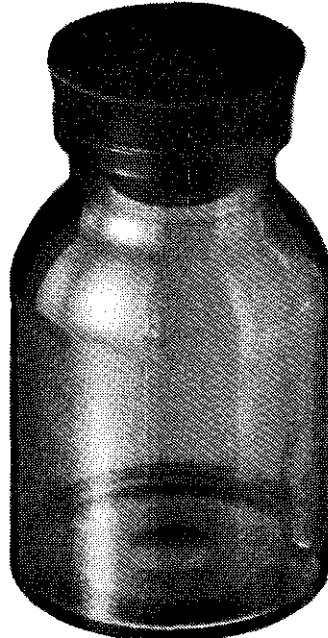
なお、被投与者の抗HBs抗体価がPHA 1:16以上である場合には、さらに、受身に抗HBsグロブリンを投与することは不必要であるので、非特異的副作用を避ける意味でも本剤の投与は行わない。

はじめてお目見えした製品です。

(樹脂製) 散 薬 瓶
特許出願済
大好評



150cc



300cc



500cc

●本体はプラスチック製で茶褐色・無色の二種類。 ●キャップ色は黒・赤・青・黄の4色。 (1ケース 10ヶ入)

この製品はポリカーボネートが材質です。

特 長

- ①軽くて取り扱いが簡単。
- ②自動成型のための肉厚が一定。
- ③価格は割安で経済的である。

その他製品群

- 投薬瓶 A型・B型, 外用規格瓶
- 点眼容器 エイト点眼器, 万国点眼器, ポリ点眼器, ナイス点眼器
- 軟膏壺 U型軟膏壺, プラ壺, プラ缶, ピストン缶

上記商品の滅菌済加工商品好評発売中!



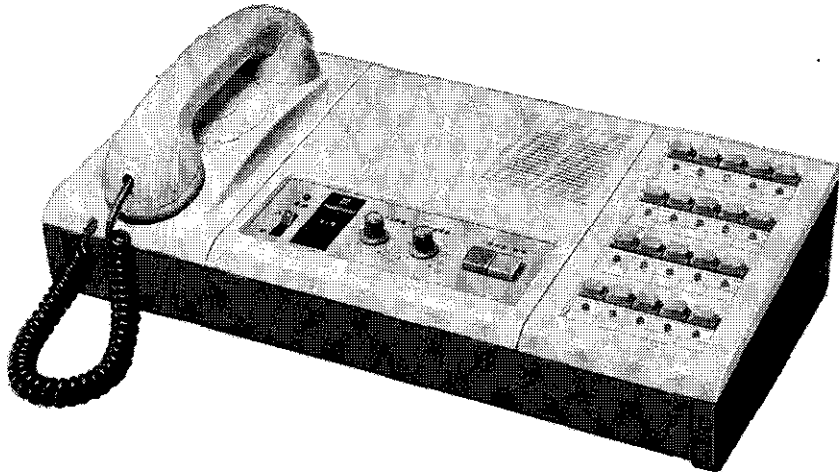
製品発売元

馬野化学容器株式会社

本 社 大阪市福島区鷺洲1丁目4-23
大阪営業所 大阪市福島区鷺洲2丁目7-1 TEL06(453)1331(代) テレックス 524-8322
東京営業所 東京都文京区本郷4-29-18 TEL03(811)7633(代) テレックス 272-2611

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”



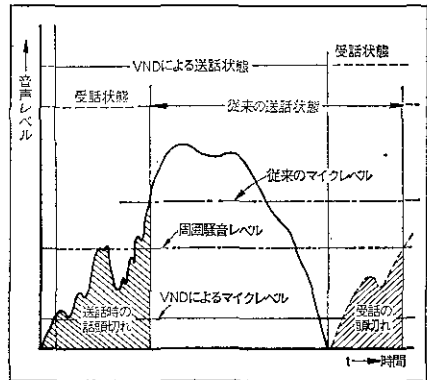
オートプレストーク形に採用された VND回路とは

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

※親機の原数は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・投棄表示装置・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・ダムウェータ用インターホンなど幅広いラインアップを用意しております。

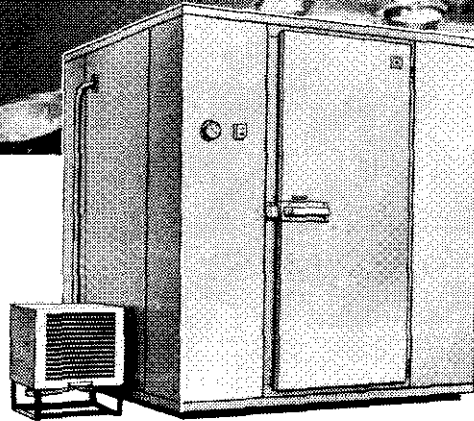
ナショナル・ナショナル・ナショナルインターホン



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)

National



短い工期、限られたスペースを有効に活用できる

フレハブ 冷蔵庫

NR-1.0S (冷蔵庫1.0坪用)
NU-8003T (クーリングユニット)

- 食品をすばやく冷やす強制空冷方式
- 内外装とも美しく清潔なアルミ製。強く長寿命です。

機器の充実には、リースはピッタリのシステムですね。

リースの一番のメリットは、毎月のリース料が全額経費処理できることですね。それに、調達した設備は固定資産に計上しなくて済み、コスト計算が簡単になりますので、事務の合理化にも役立ちます。病院経営上必要な医療サービス



子まさ 理事長
原市病院長
島精誠
長崎高城

病院経営の合理化・近代化を考えると、やっぱりリースです！

10年ぐら前に設置した大型冷蔵庫が古くなり、また、

病院の相次ぐ増改築で収容人員が増え、いままでの

冷蔵庫では能力不足になってきましたので、今回フレハブ

冷蔵庫をリースで導入しました。病院経営にとって、

資産化しないで設備充実。

ナショナルリースなら、効率的な資金運営が図れます。

厳しい経済環境の時こそ

病院の附帯設備の導入が……

最近の病院は、医療技術とともにサービスが要求され、病院の附帯設備は年々デラックス化しています。しかし、昨今の医療従事者の不足、人件費の高騰、高額機器の導入などで、資金負担はますます増大し設備投資、拡充対策に頭を悩まされていることと思います。こんな時、ぜひ、ナショナルリースをご利用ください。リースならムリなく必要な電化設備が一度に調達でき、病院経営の近代化、合理化にたいへん役立ちます。

経営の合理化、省力化に

ナショナルリースをお役立てください。

私たちナショナルリースは、お客さまとの徹底したストーミングの中から、最適設備をお届けし、皆さまの企業に少しでもお役に立ちたいと考えています。

ナショナルリースの特長

- まとまった購入資金がいりません。
- リース料は、全額経費で処理できます。
- 資産の固定化防止に役立ちます。
- リース期間ごとに、新製品が使えます。
- 原価計算、収支計算がしやすくなります。

ナショナルリースの主なおすすめ商品

- フレハブ冷蔵庫・冷蔵庫 ● カラーテレビ ● エアコン ● ウォータークーラー ● 製氷機 ● ナースコールインターホン ● ボタン電話 ● 監視用テレビカメラシステム ● 業務用掃除機 ● ビデオテープレコーダ ● 無線式個人呼出装置 (パナコール) ● 表示装置 (シグボード) ● 空気清浄機 ● その他各種ナショナル電化製品、設備用・産業用機器



● くわしい資料のご請求は……
〒571大阪府門真市大門真1006 松下電器産業株式会社 営業本部クレジット部 N 係
まで、ハガキでも申し込みください。

● リースのお申し込みは、以下の看板のナショナル販売店または、代理店、販売会社、クレジット会社および東京・大阪のリース会社に相談ください。



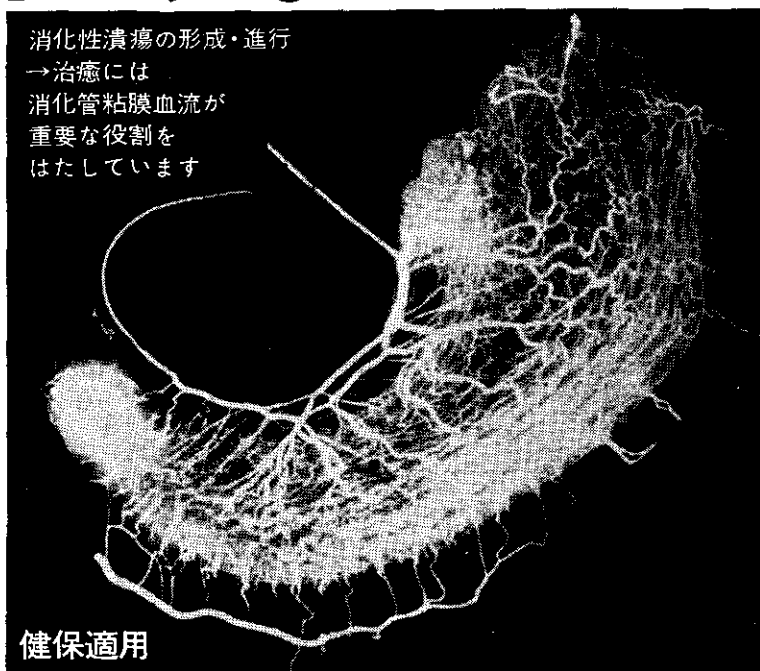
消化性潰瘍……胃炎・腸炎に……

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。
- 強力な鎮痙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。

ESPERANT[®]Tab.

生命の未来を考え
医薬の明日を創造する

凸富山化学

東京都新宿区西新宿3-2-5

日本病院会賛助会員

54/1月～5月

Doctor とご家族・ご友人を中心としたプランです



ご多忙のなか、たびたびはご無理な海外旅行。大きなご満足をお求め下さい、ホテル・お食事について特に配慮しました

アメリカ	送迎バス・リフト乗りほうだい お食事：本ツアーのみ含みません 出発日：1月～4月 出発日多数
●スコパレスキーと本場カジノで過ごす8日間 1月～2月 ¥259,000 3月 ¥274,000 4月 ¥294,000	8日間
感動的大自然を訪ねて	
●オーストラリア・ニュージーランド ¥475,000(10名さまより)	9日間 お食事：2日間の昼・夜を除く全食 出発日：3月→3月 3月→3月
メキシコ・ユカタン半島と	
●マヤ・トルテカ/アステカ文明の旅 ¥495,000(15名さまより)	8日間 お食事：1日のみ昼・夜を除く全食 出発日：3月→3月 3月→3月
●楽園 パリ島 (シンガポール・バンコック) ¥229,000	7日間 お食事：1日のみ昼・夜を除く全食 出発日：1～3月の毎月曜(夜除く)
●ヨーロッパ (特別企画) 6名さまにて催行 ¥832,000	17日間 お食事：全食付 出発日：3月→3月
●医療従事者訪中団 (含、医院視察) ¥450,000(15名さまより)	15日間 お食事：全食付 出発日：4/13→4/27
こんにはスペイン	ゴールデンウィーク
●セビリアの花祭りと情熱の国に遊ぶ ¥590,000(15名さまより)	10日間 お食事：1日のみ昼・夜を除く全食 出発日：3月→3月

一般旅行業第471号

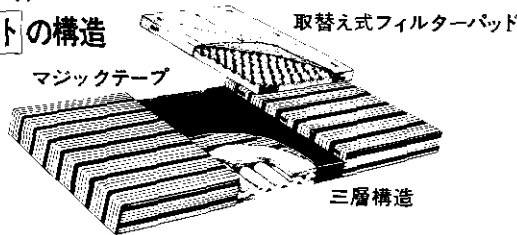


株式会社 **サンゴトヨベル**

中央区六重洲2-4-10
☎ 03-278-1461(代表)

キャップロール

看護用マットの構造



看護を省力化

床ずれ予防のための、体位交換が今までより大幅に間隔をあけていただいてもよく、看護の省力をはかっています。近代病院にうってつけの看護用マットです。

患者さんも爽快

ベッド中央部の三層構造の働きにより理想的な寝姿勢を保ち、床ずれの原因もシャットアウトして、快適にお休みにられます。この患者さんの願いをかなえたのがキャップロールの看護用マットです。

キャップロール看護用マットの数がずの特長

- 理想的な寝姿勢を保ち、床ずれ発生の予防に役立ちます。
- 失禁時等の尿を透過し、接触面の乾燥状態を保ちます。
- 部分、部分の取替え、洗濯、乾燥、消毒等メンテナンスが簡単。
- 敷ふとん、ベッドパッドがいりません。シーツ一枚でご使用になれます。
- 日に干す必要がなく、衛生的で埃がたちません。

床ずれ予防の看護用マット



株式会社 **キャップロール**

〒100 東京都千代田区内幸町2-1-18新日本ビル
電話03(503)1191(代) 病院事業部

第2回 全理事会

日時 昭和53年10月19日(木) 16:10~17:40
会場 大阪・若竹 2階(暮竹)

左奈田会長が議長となり、開会の宣示をし、議事録署名人に榎本敏雄・岩永光治両理事が選任され、議事の審議に入った。

〔報告事項〕

1. 昭和53年度事業経過(中間)報告について

小野田副会長から、昭和53年度上半期の事業概況について、日本病院会ニュース第126号にもとづき、逐一説明をし、報告がなされた。

2. 第1四半期会計報告について

第20回国際病院学会会計報告について

平野常任理事から、第1四半期会計報告について、「収入は予算対比45.4%で、①通常会費の収納率が予算対比55.5%、会員数からみた場合、44.4%、②賛助会員会費の収納率が予算対比52.1%、会員数からみた場合、44.3%で、収納率は良い。しかし、支出は、予算対比22.87%を占め、各地研究会、定例研究会にみられるように懸念する項目がある。」旨の報告がなされた。

つづいて、同常任理事から、第20回国際病院学会会計報告について、「事後処理に手間どったが、第20回国際病院学会決算収支は、すでに大蔵省に正式書類を提出し、手続きが終了している。」旨の報告がなされた。

3. 第1四半期監査報告について

第20回国際病院学会監査報告について

太田監事から、第1四半期監査報告・第20回国際病院学会監査報告について、「予算の執行状況は、一般会計、特別会計ともにおおむね適正である。」旨の監査報告がなされ、つづいて、「定例研究会、各地研究会の収支の不均衡については、昭和52年度の監査の折も指摘した処であるが、今期においても不均衡を示しているので、担当役員の

一層の改善への努力を要望する。」旨の意見が述べられた。

4. 教育委員会の方針について

三宅(史)委員長から、教育委員会の方針について、「太田監事の指摘にもあるように定例研究会、各地研究会の収支のアンバランスを正すため、7月29日(土)に昨年度の各地研究会の収支状況を参考にして勉強会委員長会議を開催した。席上、収支の均衡をはかるために、①経費の節減をはかる ②開催地を変更する等が了承された。なお、委員長から収支面を強調される結果、意欲を阻喪するとの意見があったので、留意していきたいと考えている。しかし、以後、各委員の努力がみのって、赤字が生じなくなった。」旨の報告があり、つづいて、左奈田会長から、この件については全員で協力をしていただきたい旨の要請がなされた。

5. 適正入院料検討特別委員会について

内藤副会長から、「常任理事会では、適正入院料検討特別委員会から提出された答申書の公表は、答申書を整理し、日本医師会、厚生省等との事前の話し合いを経たのち公にすることで承認されている。」旨の報告がなされ、つづいて、遠山適正入院料検討特別委員会委員長から、「現在の入院料が適正であるかどうかを再検討するとともに、室料差額問題に対しても、公正な見解を表明する意図のもとに理論的に著わした。」旨の意見を述べられた。さらに、左奈田会長から、「答申書を受け取り、どのような要望書を公にするか、詳細については、後日検討をしたい。」と述べられ賛同を得た。

6. 病院概況調査の実施について

三宅(浩)委員長から、病院概況調査の実施について、「本会には、“病院”についての基礎的な資料が十分にそろっておらず、本会の運営全般に支障をきたしていた。このような現状を改めるため、病院概況調査を実施している。調査客体病

院は会員全病院、調査対象月は10月である。」旨の報告がなされた。つづいて、左奈田会長から、「病院経営面にも及ぶ、本会として初めて大規模に実施する調査である。この調査が医療費問題、付添い看護問題にも関連する。不明な点については事務局へ照会願いたい。」と述べられ、さらに調査協力の要請がなされた。

7. 事務長養成課程通信教育について

高橋委員長が第2回診療録管理学会に出席されて到着が遅れているため、代わって、落合委員長から、事務長養成課程通信教育について、「事務長養成課程通信教育第一回生は、30名を募集し、28名の受講者を迎えた。前期スクーリングは、7月17日から22日まで行なわれたが、後期スクーリングは、来年1月15日から20日までを予定している。なお、第二回生への応募がすでに数病院からあり、順調にすべりだしている。」旨の報告がなされ、つづいて、左奈田会長から、「7月17日の開講式に出席したが、講師の先生方が立派な講義をされていた。」と述べられ、賛同を得た。

8. 組織拡大対策並びに会員名簿作成について

島津常任理事から、本年4月1日から10月7日までの会員異動が下表にもとづき報告された。

(社)日本病院会の会員異動

	53. 3. 31 現在	53. 4/1~53. 10/7 人 会 退 会		53. 10. 19 現在
正 会 員	1,736	55	65	1,726
個人会員	—	15	0	15
特別会員	0	0	0	0
イ	97	26	7	116
ロ	82	11	2	91
ハ	80	6	7	79
イトロ+ハ	259	43	16	286
台 計	1,995	113	81	2,027

(正会員入会未確認会員368会員を除く。)

さらに、同常任理事から、「組織拡大に関連し、アンケート調査を実施したが、その集計結果にも

とづき、各都道府県に支部を設置することを検討している。しかし、予算の裏付けがないこともあり、話が進展していない。ついては、日本病院会から、資金的補助を期待したい。」旨の報告と意向が述べられた。

つづいて、村上事務局長から、会員名簿作成について、「10月末には、会員病院に名簿を送付したい。会員名簿作成に300万円程度の費用が見込まれていたが、220万円の広告収入があり、少ない支出で名簿作成が可能である。」旨報告がなされた。

9. 労務委員会について

黒田委員長から、昨年度末実施したアンケート調査の集計結果にもとづき、労務委員会の活動状況ならびに今後の活動方針について、「アンケートの回答率は20%であった。①アンケート集計結果により、イ. 他の病院の給与実態 ロ. 他の病院の労働条件の実態 ハ. 人事管理の実効的やり方 ニ. 職場規律の確立法 ホ. 中間管理者・監督者の管理能力不足 以上、上位5項目について、今後重点的に取り組む。②本会の他の関連部会・研究会とテーマのうえで重複する可能性があったり、合同で開催した方がメリットがあるものについては、連絡を密にして、積極的に取り組む。③アンケート集計結果を本会のニュース・雑誌に掲載する。」旨の報告と意向が述べられた。さらに、同委員長から、「アンケート集計結果ベスト5のうち、全国労務管理学会が中心となって取り組んでいる項目があり、これについて、日本病院会としてどう取扱うか別途協議をお願いしたい。」旨の提案がなされ、了承された。

10. その他

(1) (社)大阪府病院協会、(社)大阪府私立病院協会からの昭和53年度医療費改正要望書について

内藤副会長から、「本年9月1日、(社)大阪府病院協会と(社)大阪府私立病院協会とが合同で昭和53年度医療費改正要望書をまとめた。大阪府医師会、日本医師会の意向にもそっているため実現性はある。この問題については、末端から中央ま

で一貫したものにしたい。ご一読願いたい。」旨の報告と意向が述べられ、賛同を得た。

〔協議事項〕

1. 昭和54年度事業計画案並びに一般会計収支予算案作成日程に関する件

小野田副会長から、昭和54年度事業計画案について、「本会の機能を立派なものにするためには、十分に情報をとり入れる必要がある。来年度の事業計画案の作成において、理事の方々の意見を聞き、常任理事会では、それらの意見を反映したものを具体的に作成したい。」旨の発言があり、つづいて、三宅（史）委員長から、「各勉強会委員長から昭和54年度勉強会開催計画を提出願っている。来年度は、①テーマのうえで重複するものについては、合同勉強会を開催し、効率的に運営したい。②各研究会で作成した有益な資料については、実費十αで販売したい。」と述べられ、了承された。

平野常任理事から、9月16日(土)の常任理事会で承認を得た、昭和54年度一般会計収支予算案作成日程について説明をされ、さらに、同常任理事から、「①9月30日現在、収支合計1億8,880万円、支出合計1億2,611万円である。

②組織委員会からの報告にもあるように、会員増強が伸び悩んでいる。この点を考慮して、今後8,200万円の収入は期待できず、経理担当者として約4,000万円の収入しか見込めないと思う。基本財産1,700万円には手をつけたくない。よって、来年度一般会計収支予算案は、本年度予算より5,000万円程少ない、2億2,000万円から2億4,000万円の予算をくんで、本会の事業活動を行ないたい。事業活動において、各担当者に無理を強いることがあると思うが、了解願いたい。」旨の意見を述べられ、詳細については今後の検討とすることで了承された。

〔承認事項〕

1. 堀口議長逝去に伴う後任人事に関する件

左奈田会長から、堀口議長逝去に伴う後任人

事について、「代議員会議長は、財津副議長が代行している。病院会館建設準備委員会・定款等諸規定検討委員会・日本病院会政治連盟の各委員長の後任人事については、常任理事会で次のように決定しているので承認願いたい。」旨の発言がなされ、承認された。

- ① 病院会館建設準備委員会委員長……内藤副会長
- ② 定款等諸規定検討委員会委員長……内藤副会長
- ③ 日本病院会政治連盟委員長……河野副会長

2. 病院情報センター特別委員会設置に関する件

三宅(浩)委員長から、病院情報センター特別委員会設置について、「病院情報センター設立要望書を、8月8日(火)、厚生省に提出している。以後、コンピュータ委員会において、その運営について議論を重ね、厚生省に合流して運営するのではなく本会独自の考え方で運営することが了解されている。については、今後、病院情報センターを設立、運営する際に、社会的諸事情を考慮のうえ、その方針を決定する機関として、コンピュータ委員会とは別に、病院情報センター特別委員会の設置を承認願いたい。」と述べられ、さらに、「緊急提案で申しわけないが、病院情報センター特別委員会委員長に小野田副会長の就任を協議願いたい。」旨の提案がなされ、小野田副会長が了承し、承認された。病院情報センター特別委員会委員については、コンピュータ委員長・副委員長が選任し、後日、常任理事会において協議することで、この件については承認された。

3. 看護研究会設置に関する件

菱山常任理事から、看護研究会設置について、「幹部研修を主目的とする看護制度委員会、看護管理部会とは別に、一般看護婦を対象とする看護研究会の設置を承認願いたい。」旨の発言があり、さらに、「12月6日・7日の両日、神戸で、兵庫県病院協会の協力を得て勉強会を開催したい。左奈田会長の講演も予定しているが、詳細については、10月31日に看護管理部会委員会を開催し検討をしたい。」旨の意向を述べられ、いずれも承認

された。つづいて、左奈田会長から、「看護研究会は、全看護婦を対象とする勉強会であり、多数の参加者があると思う。日本看護協会からは室料差額反対の要望書が提出されている。看護研究会では、全体の医療を円満に考えるような看護婦が生まれるよう、企画運営をしてほしい。」と述べられ、賛同を得た。

4. 各種委員会委員の増員に関する件

河野副会長から、コンピュータ委員会・医療費問題委員会・医療従事者対策委員会・勤務医対策委員会の各委員会委員の増員について、下表にもとづいて紹介がなされ、承認された。

(1) コンピュータ委員会

(委員名) 土井 義行
(舞子台病院理事・事務長)
山田 武義
(住友病院外科医長・中央電算機室長)

(2) 医療費問題委員会

(委員名) 内田 卿子
(聖路加国際病院総婦長)
嶋崎 佐智子
(東京警察病院総婦長)
宮原 仮江
(関東通信病院総婦長)
山本 麻喜子
(東京衛生病院調理室主任)

(3) 医療従事者対策委員会

(委員名) 岡本 日出夫
(東京慈恵会医科大学附属病院放射線技師長)
加藤 賢二
(総合高津中央病院事務局長)
紀伊國 献三
(筑波大学教授)
木村 角次
(川崎市立井田病院臨床研究室長)
倉持 一雄
(自治医科大学施設課長)
近藤 英二
(聖路加国際病院ハウス・キーピング課長)

佐藤 和身

(駿河台日本大学病院臨床検査技師長)

妹尾 昭一

(都立墨東病院放射線技師長)

戸川 登美子

(関東通信病院医学資料課資料係)

福村 安治

(順天堂医院調理師主任)

古川 正

(東京警察病院薬剤部長)

山崎 信夫

(虎の門病院分院事務長)

山本 麻喜子

(東京衛生病院調理室主任)

(4) 勤務医対策委員会

(委員名) 土屋 昌武
(済生会福岡総合病院長)

5. 国際交流基金に関する件

落合委員長から、4月24日付のハーディー氏から落合委員長宛の私信、ならびに、6月16日付の落合委員長からハーディー氏宛の私信にもとづき、「成功裡に終了した第20回国際病院学会開催の際、日本の組織委員会が費した努力等に報いるため、I.H.Fから本会へ、3,500ポンドが特定プロジェクトの資金として届けられた。常任理事会では、この3,500ポンドを国際交流基金とし、元金には手をつけず、利息を核に本会が適当な補助を加えて運営をはかり、発展途上国の病院協会・病院人のための助成に使うことで了承を得ている。この件について承認願いたい。」と述べられ、承認された。

6. 第5回・第6回日本病院会学会に関する件

小野田副会長から、第5回・第6回日本病院会学会について、「明日10月20日の日本病院会学会評議員会で承認を得ることになっているが、

① 第5回日本病院会学会

学会長 竹本理事(秋田赤十字病院長)

日時 9月20日～22日

場所 秋田県民会館

② 第6回日本病院会学会

学会長 村田常任理事（富山県立中央病院
院長）

富山県で開催するが、日時等詳細については、今後、担当学会長を中心として検討をすることでそれぞれ了承をいただいているので、承認願いたい。」と述べられ、いずれも承認された。つづいて、竹本理事、村田常任理事それぞれが、日本病院会学会開催に際しての抱負を述べられ、賛同を得た。

7. 第4回日本病院会学会運営に関する件

内藤副会長から、第4回日本病院会学会運営について、詳細に説明がなされ、了承された。

つづいて、同副会長から、日本病院会学会会則の一部改正ならびに会則取り扱い内規の制定について、「10月7日の常任理事会において、①日本病院会会長ならびに学会会長歴任者を学会名誉評議員とする会則改正を行なう。②評議員の退任に関する取扱い内規を制定することが承認され、次のようにまとめた。

（会則の改正）

第9条 役員に名誉評議員を加える。

第10条の次に、名誉評議員に関する規定を挿入する。

第11条 名誉評議員は日本病院会会長または日本病院会学会会長を歴任したものと
する。

2. 名誉評議員は会の運営の方針につき、学会長に助言を与え、また、学会長の諮問に応える。

第11条以下を1条ずつ繰り下げる。

第13条の評議員会の構成に名誉評議員を加える。

（会則取扱い内規の制定）

（退任）学会開催時の評議員会を三回連続して欠席した評議員は四回目の学会開催時の評議員会において退任するものとする。

ただし、特別の事情あるもの、または欠席につき、正当の理由があると認められる場合はこの限りではない。

以上については、理事会の承認を得たのち、学会評議員会にはかりたい。」と述べられ、承認された。

さらに、同副会長から、「従来、現日本病院会学会長と次期学会長とは、互いに握手をもって交代をしていたが、本学会から、キーを制定し、それを次期学会長に次々と手渡していくことを考えた。この件について協議願いたい。」旨の提案がなされ、承認された。

8. その他

(1) 第20回国際病院学会功績者への表彰に関する件

左奈田会長から、第20回国際病院学会功績者への表彰について、「第20回国際病院学会の開催に際して、功績のあった吉岡常任理事、高山理事、落合委員長三氏に対し、学会総会において表彰状を贈呈したい。」旨の提案がなされ、承認された。

第11回 常任理事会

日 時 昭和53年11月4日(土)14:10~17:00

場 所 東京トラック事業健保会館 4階 第一会議室

左奈田会長が議長となり、開会の宣示をし、議事録署名人に秋山博・平野一彌両常任理事が選任され議事の審議に入った。

〔協議事項〕

1. 昭和54年度事業計画案概要に関する件

(1) 昭和54年度事業計画案概要に関する件

小野田副会長から、昭和54年度事業計画案概要について、「来年度は、本年度の事業計画方針を拡大して運営したい。」旨の意向を述べられ、昭和54年度事業計画案に対する追加、補正あるいは変更事項等細部については、議事をすすめる過程において逐次協議することで承認された。

(2) 昭和54年度一般会計収支予算案作成に関する件

平野常任理事から、昭和54年度一般会計収支予算案作成について、「来年度一般会計収支予算案作成において、歳入2億2千万円ないし2億4千

万円を見込んでいます。」と述べられ、さらに、「緊縮した予算の範囲で事業を円滑にすすめるためには一層歳出面の経費を少なくする必要がある。ついでには、一案として、毎年度通信運搬費として300万円程支出する定例・各地研究会開催案内のダイレクトメールを中止して、来年度から、日本病院会雑誌折り込みと日本病院会ニュース付録で開催案内を周知させたい。」旨の提案がなされた。協議の結果、①研究会開催地域の各病院には、従来通りダイレクトメールを継続する。②正会員入会未確認会員への日本病院会雑誌の送付は一律に一部とすることで承認された。

(3) 各都道府県支部への助成金に関する件

平野常任理事から、各都道府県支部への助成金について、「来年度の新規事業の一つとして各都道府県支部設置がある。支部設置が可能な都道府県は、20都道府県であると見込んでいる。1支部へ5万円助成するとして100万円の経費を要するが、詳細については、今後、さらに協議検討したい。」と述べられ、賛同を得た。

(4) 勤務医斡旋事業に関する件

河野副会長から、勤務医斡旋事業について、「現在、中小病院では、医師募集が困難をきたしている。本会が勤務医斡旋事業を実施することが、ひいては会員増につながるのではないか。」旨の意見を述べられ、詳細については今後の検討とすることで了承された。さらに、同副会長から、「勤務医斡旋委員会委員として、厚生連 吉崎芳雄氏を推せんしたい。」旨の提案がなされ承認された。

2. 日本病院会雑誌の広告掲載に関する件

村上事務局長から、日本病院会雑誌の広告掲載について、「日本病院会雑誌1号を制作する際、広告収入40万円弱を差し引いても1カ月約130万円の費用を要する。会員名簿作成には、300万円程度の費用が見込まれていたが、220万円の広告収入があり、80万円程度で完成できる予定である。

今後は、雑誌制作費用を低減させる方策として、主として賛助会員に対し、本会雑誌を広告媒体資料として活用するようPRして、積極的に本

会との関係を緊密にしていきたい。その際、年契約をする賛助会員に対しては、15%から20%の広告掲載料金割引を考慮している。」旨の提案がなされ、承認された。

3. 病院長セミナー及び管理者セミナーの開催に関する件

吉岡常任理事から、病院長セミナー及び管理者セミナーの開催について、「来年度の病院長セミナーは、6月9日・10日、管理者セミナーは7月15日・16日に開催したい。本年度、副院長、事務長、総婦長を対象とするセミナーは、それぞれ独自に開催したが、来年度は、それらをまとめて管理者セミナーとして開催したい。」旨の提案がなされた。

小野田副会長から、「例年、総婦長セミナーには80名程の参加者があり、病院長・事務長セミナーにも同様のことがいえる。副院長セミナーは、例年の実績を考慮すると参加者は少ないと思う。参加者を多く迎えることが可能な事務長・総婦長両セミナーは、独自で開催願いたい。」と述べられ、それに対して吉岡常任理事から、「事務長・総婦長両セミナーの開催は、テーマの設定その他を考慮して、別々に開催したい。」と答えられ、協議の結果、事務長・総婦長両セミナーでも対象者を限定せず、広く管理者が参加できるよう配慮することを前提に開催することとし、病院長・副院長等管理者セミナーについては、吉岡常任理事、高山委員長との間で検討することとして、この件については、承認された。

4. 病院情報センター特別委員会委員委嘱に関する件

小野田副会長から、下記にもとづき、病院情報センター特別委員会委員委嘱の提案がなされ、承認された。

- | | |
|-----|---------------------|
| 委員長 | 小野田 敏 郎 (倭成病院長) |
| 委員 | 河 野 稔 (北品川総合病院長) |
| ” | 堀 内 光 (東京都済生会中央病院長) |
| ” | 細 川 一 郎 (静岡赤十字病院長) |
| ” | 吉 岡 勲 八 (新千里病院長) |

- 委員 小野 肇 (汐見台病院長)
- ” 三宅 史郎 (国立甲府病院長)
- ” 三宅 浩之 (関東通信病院電子応用医学研究室長)
- ” 一条 勝夫 (自治医科大学教授)
- ” 青山 松次 (鳥海病院長)
- ” 青木 祐和 (神奈川県総合リハビリテーションセンター情報管理科長)
- ” 池田 博 (東京慈恵会医科大学電算課長)
- ” 土井 義行 (舞子台病院理事・事務長)
- ” 水野 精己 (豊洲厚生病院理事長)

学会長 高野 昭 (宮城県衛生部保健管理課長)

- (2) 第4回日本診療録管理学会
期日 未定
場所 新潟県
学会長 未定

5. 病院情報センター設立趣意書に関する件

三宅(浩)委員長から、病院情報センター設立趣意書について、「現在、さまざまな機関で、病院情報に係わるシステム開発構想が検討されているが、本会の病院情報センターは、それらを凌駕する施設、規模、事業運営を有する。それらを骨子として病院情報センター設立趣意書をまとめた。」旨の発言があり、賛同を得た。つづいて、同委員長から、日本病院会病院情報センター設立に関する念書を、本会と㈱マックとの間で取り交わしたい旨の意向が述べられたが、病院情報センター設立に際して㈱マックが具体的にどのようなかたちで参加するのか判然としない点もあることから、協議の結果、病院情報センター特別委員会ですらに検討したのち、再度、常任理事会において審議することで了承された。

6. 第3回・第4回日本診療録管理学会開催計画に関する件

吉岡常任理事から、下記にもとづき、第3回・第4回日本診療録管理学会開催計画について述べられ承認された。

- (1) 第3回日本診療録管理学会
期日 昭和54年9月18日(火)～19日(水)
場所 仙台市

7. 日本診療録管理学会評議員推せんに関する件

吉岡常任理事から、下記にもとづき、日本診療録管理学会評議員推せんの提案がなされ承認された。

- 井上 昌彦 (川崎医科大学管理学教授)
大井 淳道 (松山市民病院事務次長)
大塚 貞光 (福岡大学医学部教授)
大月 五 (福井県立病院長)
木村 明 (新潟市民病院消化器科医長)

- 菱山 博文 (福岡城南病院長)
三浦 葉子 (虎の門病院病歴室長)

さらに、同常任理事から、「日本診療録管理学会評議員会を強化する意味で、日本病院会役員に、ぜひ評議員として加わっていただきたく、適当な方を推せん願いたい。」旨の提案がなされ、協議の結果、診療録管理学会に常任理事を加え特別に取扱うことに疑義が出されたが、これに関し、吉岡常任理事と高橋委員長との間で、検討することで了承された。

8. 日本病院会学会評議員推せんに関する件

内藤副会長から、第4回日本病院会学会が役員並びに関係者のご協力により盛大に開催された旨の報告と謝辞を述べられたのち、下記にもとづき、日本病院会学会評議員推せんの提案がなされ承認された。

- 村田 勇 (富山県立中央病院長)
福田 耕作 (市立吹田市民病院長)
有沢 源藏 (有沢総合病院長)
大道 学 (大道病院長)
加納 繁美 (加納病院長)
岸口 繁 (府中病院長)
中野 博光 (中野小児病院長)

つづいて、村上事務局長から、「岡山常任理事

から、①阿部秀夫（愛知県立病院長）②篠田 功（稲沢市民病院長）③伊藤 研（総合大雄会病院長）④青山健夫（青山病院長）計4名を評議員として推せんしたい旨の要請があり協議願いたい。」旨の提案がなされ、さらに、内藤副会長から、「浜光治（浜外科病院長）を同様に評議員として推せんしたい。」と述べられ、協議の結果、いずれも承認された。

9. 名誉評議員に関する件

内藤副会長から、名誉評議員について、「第4回日本病院会学会評議会で新たに内規事項として盛り込まれた名誉評議員に、以下の方々を推せんしたい。」旨の提案がなされた。

- 前日本病院会会長 阿久津 慎
（名鉄病院長）
- 第1回日本病院会学会会長 澤 崎 博 次
（関東通信病院長）
- 第2回日本病院会学会会長 川 崎 祐 宣
（川崎医科大学病院理事長）
- 第3回日本病院会学会会長 中 西 真 吉
（中京病院名誉院長）
- 第4回日本病院会学会会長 内 藤 景 岳
（南大阪病院長）

それに対して、小野田副会長から、「日本病院会が発足する以前の、日本病院協会、全日本病院協会の会長、学会長歴任者も名誉評議員に加えた方が適当ではないか。」旨の提案がなされ、協議の結果、次回の常任理事会で、再度この件について検討することで了承された。

10. 評議員退任者の取り扱いに関する件

村上事務局長から、評議員退任者の取り扱いについて、「日本病院会学会会則に新たに評議員の退任に関する内規が盛り込まれた。その内規に従い、評議員を退任願う方と三回連続して欠席したにもかかわらず正当の理由があると認められ評議員としてとどまっていた方とを検討願いたい。」旨の提案がなされ、協議の結果、後日、再度この件について協議することで了承された。

11. 栄養セミナー開催に関する件

村上事務局長から、栄養セミナー開催について、「本年度の事業計画に予定されていないセミナーであるが、栄養管理部会から来年2月、栄養セミナーを開催したいとの申し出があるので、開催を承認願いたい。」旨の提案がなされ、日時等詳細については、今後検討することで承認された。

12. その他

(1) 診療統計用語の定義検討に関する件

小野田副会長から、診療統計用語の定義検討について、「先日の日本診療録管理学会において、日本病院会として診療統計用語の定義を統一し、その定義にもとづいてアンケート調査を実施したらどうか、という意見が聞かれた。については、高橋委員長を中心として、プロジェクトチームを編成し、用語の定義について検討していただきたい。」旨の提案があり、高橋委員長が了承され、この件については承認された。

[承認事項]

1. 会員の入退会に関する件

村上事務局長から、「正社員5件、個人会員1件、賛助会員4件の入会」と、「正会員2件の退会」の紹介がなされ、承認された。

つづいて、左奈田会長から、「個人会員として入会され、ある期間を経たのち、正会員へ移っていただく旨の規定が未だない。については、この件について、定款等諸規程検討委員会で検討願いたい。」旨の提案がなされ承認された。

2. 短期人間ドック実施病院の承認に関する件

村上事務局長から、短期人間ドック実施病院の承認について、下記1件が紹介され承認された。

◎ その他法人 十善会病院

長崎市籠町7-18

院長 岩 永 光 治

一般250床 申請4床

3. 大牟田市立病院短期人間ドック実施機関の取り扱いに関する件

村上事務局長から、大牟田市立病院短期人間ドック実施機関の取り扱いについて、「本年7月15日の常任理事会で退会が承認され、事務的処理が済んだのち、大牟田市立病院から、本会を退会することによって、短期人間ドック実施機関の指定までも取り消されるとは知らなかった。ついては、再入会したいが、病院の財政事情により、人間ドック入会金10万円については免除願いたい旨の希望が届いている。この件について協議願いたい。」旨の提案がなされ、協議の結果、人間ドック入会金10万円については免除することで承認された。

〔報告事項〕

1. 第2回日本診療録管理学会について

吉岡常任理事から、「10月18日(水)、19日(木)の両日、大阪コクサイホテルにおいて、500名余の参加者を迎えて、第2回日本診療録管理学会が開催された。①評議員会においては7名の評議員増員、3名の評議員退任が承認された。②第1回日本診療録管理学会会計報告が明確さを欠いたため、監事を明らかにして再報告することで意見がまとまった。」旨の報告がなされた。

2. 第4回日本病院会学会について

内藤副会長から、「第4回日本病院会学会は延べ4,000名の参加者を迎えて盛況裡に開催された。役員並びに関係者のご協力を深く感謝する。」と述べられた。

3. メディカルクラーク認定証授与式について

高橋委員長から、「10月11日(水)、番町共済会館において、第2回メディカルクラーク認定証授与式が行なわれた。認定証授与者は、第1期生5名、第2期生47名、計52名であった。」旨の報告がなされた。

4. 診療録管理士認定証授与式について

高橋委員長から、「第2回日本診療録管理学会開催の前日、10月17日(火)、大阪コクサイホテルで、第5回診療録管理士認定証授与式が行なわれた。認定証授与者は、36名であった。」旨の報告がなされた。

5. 地域医療委員会について

若月常任理事から、「地域医療委員会として、現在当面している地域医療に関する諸問題に対して、未だ意見がまとまっていない。まとまりしだい報告したい。」と述べられた。

6. コンピュータ委員会について

三宅(浩)委員長から、「10月21日(土)、大阪住友病院において、コンピュータ委員会が開催され、①病院情報センター特別委員会委員の選任②病院情報センター設立趣意書について検討した。」と述べられ、さらに、「本年9月30日現在の“全病床数に対する日本病院会の保有病床数”について表としてまとめた。」旨の報告がなされた。

7. 会計経理・施設研究会合同勉強会について

落合委員長から、「10月19日(木)、20日(金)の両日、大阪チサンホテルで64病院、100名余の参加者を迎え、会計経理・施設研究会合同勉強会が開催された。収入70万円、支出90万円であるが、資料代として、23万5千円の収入があった。」旨の報告がなされた。

8. 第5回医療紛争防止のためのセミナーについて

菱山常任理事から、「11月16日(木)、17日(金)の両日、安田火災海上保険(株)で、前田達明 京都大学教授の医療訴訟における立証についての講演をはじめとして、第5回医療紛争防止のためのセミナーを開催する。」旨の報告がなされた。

9. 看護研究会開催について

菱山常任理事から、「12月6日(水)、7日(木)の両日、第1回全国看護研究会が(社)兵庫県助産

婦保健婦看護婦協会の協賛を得て、神戸市で開催する。」旨の報告がなされた。

10. 「医療事務入門」出版について

村上事務局長から、「現在、メディカルクラーク通信教育のテキストとして使用している医療事務入門が講師の筆耕をもとにテキストとして使用している。しかし、増刷等の際に困難であること、今後も引き続き使用する等諸般の事情を考慮して、本会通信教育の出版物として作成のうえ販売したい。」旨の報告がなされた。それに対して、小野田副会長から、「①個人の著作を本会の出版物とするのは、従来の慣行に反する。②不適切な記述が見うけられるので再検討願いたい。」と述べられ、協議の結果、発行の形態については事務局に一任し、記述の吟味については高橋委員長が行なうことで了承された。

11. その他

(1) 年金税制厚生委員会について

小原常任理事から、「病院職員が患者側から危害をうけたアンケート調査を実施して26%強の病院が何らかの危害をうけていることが明らかになり、特に、救急指定病院における被害がきわだっていた。今後、このような事態が発生しないよう警察庁に協力を要請する要望書を提出したい。」と述べられ、さらに、同常任理事から、「10月27日(金)、税制委員会を開催し、昭和54年度病院税制改正に係る要望について協議し、関係書類をそろえて要望書を厚生省に提出することで意見がまとまった。」旨の報告がなされた。

(2) 既存建築物避難施設整備対策懇談会について

小原常任理事から、「①既存建築物避難施設整備対策懇談会では、本年6月より各対象病院に対し、改修経費に係わるケース・スタディーが行なわれてきたが、10月4日(水)に結果の概略が説明された。②今後の懇談会での方針としては、各対象建築物の改修を行なった場合の具体的障害について、特殊ケースをいかに吸収するかを中心に検討することになった。」旨の報告がなされた。

第12回 常任理事会

日時 昭和53年11月18日(土)14:03~17:06

会場 東京トラック事業健保会館 4階 第一会議室

左奈田会長が議長となり、開会の宣示をし、議事録署名人に堀内光・亀山宏平両常任理事を選任した。

議事の審議に入る前に来年9月18日、19日の両日仙台市において開催される診療録管理学会の学会長候補である宮城県衛生部保健管理課長 高野昭氏から挨拶があったのち、協議事項の審議に入った。

〔協議事項〕

1. 昭和54年度一般会計収支予算案概要に関する件

平野経理担当常任理事から、配布資料をもとに54年度収支予算案の概要が各項目毎において詳細な説明がなされた。なお、予算の作成上で「5項目の基本方針として、①収入は内輪に支出は最大限考慮した。②基本財産には手をつけない。③人件費における職員給与費を第一に考慮した。④54年度は収入において過大評価をしない。⑤必要な事項についてのみ考慮し、その他の項目については押えた。」等を基本に考え、これを第一回予算試案としたい旨が述べられた。さらに同常任理事から、「来年度の収入合計金額見込みは253,000,000とし、本年度の収入予算より1,700万円を削減した。収入における主な項目として、会費は正会員会費を3%増で136,360,000を見込み、計上した。個人会員会費については4%増の57万円、賛助会員会費は3.4%増の1,589万円をそれぞれ見込み計上し、会費全体として2,700万円強の削減とした。その他、本年度予算と大きな差額が出ている項目について次の説明が行なわれた。①受講料は定例・各地研究会とも本年度の実績によって、定例研究会は120万円の増とし500万円、各地研究会は370万円の増とし、1,700万円をそれぞれ計上した。また、本年度から事務長養成の通信教育が開始され、来年度は1,430万円増の3,900万円を計上

した。②人間ドック部会費については、最近ドックの入会が減っているため、1.4%減の890万円とする。③雑収入において、現在、広告収入が増えているため540万円増の1,140万円を計上したが、預金利息の落ち込み、雑収入が来年度は期待薄のため、全体としては80万円の増としたい。④繰越金は前年度900万円計上したが、来年度はとても計上することができない。支出については、収入合計金額と同じ、2億5,300万とし、事業は範囲内で行なってほしい。主な点として、①事務諸費の職員給与費は事務局員が減って23名分と来年度のベースアップ率5~6%を見込み、8,500万円を計上した。②需要費は来年度から名簿の印刷、発送がないため200万円の減とする。③会議費は年間24回の常任理事会を2カ月に3回の割合でもって開催し、130万円の減とし、会議費においては200万円減の1,800万円とする。④調査費については、本会の重要なものでもあり100万円を加算し380万円とする。⑤雑誌発行費は370のあいまい会員に送っていた雑誌を中止させ、778万円減の2,550万円を計上した。助成金は日本病院会学会に対し250万円、人間ドック学会には60万円、診療録管理学会に25万円をそれぞれ助成金とした。また、各地病院協会研究会は本年度、福岡県、和歌山県の両病院協会からの請求しかなく、190万円減の30万円を計上する。支部助成金は1会員1,000円の割合で支部に返し、来年度は500会員分を計上した。」旨が述べられ協議に入り、河野副会長から、「会員増強をし会費の収納を増やすため、個人会員で当初入会してもらい、3~5年後に正会員に変更させるようにしたい。については、定款等諸規定検討委員会で協議願いたい。」旨が述べられ、内藤委員長から、「本日の理事会終了後に委員会を開催し意向を図る。」旨が述べられた。続いて、財津副議長から、「日本病院会ニュース発行に伴う広告収入はどのように処理されているのか。」という質問があり、村上事務局長から、「広報委員会と森事務所との契約によって、広告収入は一旦、日本病院会に納入した後、同額を森事務所に支給することになっている。現在、広告収入の内訳を提出するよう求めているが、未だ手許に届いていないので、はっきりしたことは

言えないが、予定額に対して満足な結果となっていない模様だ。」と述べられ、広告料金、広告収入現状等については、広報委員会において検討することになった。さらに、河野副会長から、「勤務医幹旋委員会の予算がとれていないが、会員増強にも関連するため、是非今回予算を計上してほしい。」旨の要望があり、平野経理担当常務理事から、「来年度の事業運営は苦しいが、未収金から50万円、雑収入から50万円を工面して100万円を計上するようにする。」旨が述べられ了承を得、54年度予算の第一試案については、全項目承認された。

2. 日本病院会学会名誉評議員に関する件

小野田副会長から、配布資料に基づいて、「日本病院会学会名誉評議員は、本会会員資格の有無が問われていないので、日本病院会が発足する以前の日本病院協会、全日本病院協会の会長、学会長歴任者も加えた方が良いと思われる。」旨の提案がなされた。この件に関して、高山委員長から、「名誉評議員は過去の両学会長を歴任し、現職を退かれた人にしたい。」と述べられ、協議の結果、日本病院会学会名誉評議員は、現職を退き存命中の日本病院会学会の学会長歴任者・全日本病院管理学会の学会長歴任者、日本病院協会・日本病院会の会長歴任者を推せんすることで了承を得、人選については、12月2日開催の全理事会において、協議検討することで承認を得た。

3. 賛助会員新年名刺交歓会開催に関する件

高山委員長から、「前常任理事会で承認された賛助会員への便益提供を図るための一つとして、会員新年名刺交歓会を来年1月20日(土)の常任理事会終了後に当日出席の役員を交えて開催したい。」旨が述べられた。協議の結果、時間については、4時30分ぐらいから開催し、参加費を一人5千円程度徴収して開催することで承認を得、詳細については、高山委員長と村上事務局長とで検討することになった。

4. 労務委員会の運営に関する件

黒田委員長から、労務委員会の今後の活動方針

について、同委員会で検討した結果として、「本会の制度委員会に定められた労務委員会の目的は労務全般の調査・研究を行なうことを主体としているが、本会会員からのアンケート集計結果によると①セミナーを開催してほしい。②労務問題に関しては、本会で相談・指導等をしてもらいたい等の要望が強かった。同委員会の意見としては、セミナーを開催し、また、会員の期待にこたえられる機能を本会が持つため、指導・相談については、費用をかけずに実施したいと考えているが、具体化を労務委員会で検討することを了承して貰いたい。」旨が述べられた。これに対して、落合委員長から、「本会がセミナーを開催する場合、東京病院協会のセミナーとテーマががちあわないようにしてほしい。また、労務委員会としては、全国労務管理学会に協力してゆく方向が良いのではないか。」という提案があり、黒田委員長から、「労務委員会の方針としては、全国労務管理学会と協力してゆく方向をとりたい。」と答えた。続いて、堀内常任理事から、「現在、全国労務管理学会としては、賃金・労働条件等の問題を主として取り上げており、それ以外については、日本病院会が率先して行なった方が良い。また、労務問題に関しては、日本病院会と東京病院協会とで連携ととり、双方が協力をし、問題を解決してゆきたい。」と述べた。この件に関して、亀山常任理事から、「現在の全国労務管理学会での活動は、表面的なことであって、実際に知りたい問題が欠けている。もう少し基礎資料等についても詳しいものを出してほしいし、テーマ等についても、もっと突込んだ実践的なものを希望している。」という意見があった。協議の結果、テーマ等についての重複を避けるため、本会と東京病院協会とで協力してゆくことになり、組織間の問題については、堀内常任理事と黒田委員長で問題をつめておくことで承認を得、また、本会事務局における労務問題相談窓口を設置する方向が承認された。

5. 病院情報センター設立計画概要に関する件

小野田副会長から、「病院情報センター設立については、現在計画中であるが、本会としては、是非とも病院情報センターを設立させ、医療情報

の交換を図るための機関として活動させてゆきたい。センターを実際に運営するには、①建物700坪ぐらいで2,000㎡が必要。②職員40名、非常勤として200名が必要。③大型コンピュータ2台の設置等が必要となり、年間約1億5千万円の経費がかかりそうである。当初の予定では11月中旬に病院情報センターの計画概要を厚生省に要望することであったが、本年度内に具体化させてゆくことは困難なため、54年度に計画を具体化させ、55年度に運営させてゆくことを目標とし、厚生省と交渉してゆきたい。」旨が述べられ承認された。

6. 病院制度委員会委員増員に関する件

渡辺委員長から、「病院制度委員会の委員として、津田豊和（厚生省病院管理研究所医療管理部長）氏を増員したい。旨が述べられ、協議の結果同氏は委員として承認された。

7. 調理研究会委員委嘱に関する件

村上事務局長から、「現在、調理研究会の委員構成人数は定員に充たないため、新たに鈴木喜光（東京都立墨東病院調理技能長）氏を委員として補充したい。」旨が述べられ、協議の結果、同氏を委員として承認された。

〔承認事項〕

1. 会員の入退会に関する件

村上事務局長から、「正会員4件、賛助会員6件の入会と正会員1件の退会」の紹介がなされ承認された。

2. 期末、勤勉手当の支給に関する件

平野常任理事から、「本会の事務職員に対して期末、勤勉手当を年間5ヵ月とし、夏期2.2ヵ月、冬期2.8ヵ月と配分し、冬期手当を12月8日前後に支払いをしたい。金額については、勤続年数等を考慮し、村上事務局長と経理で決めさせたい。」旨が述べられ承認を得た。

〔報告事項〕

1. 病院情報センター特別委員会について

小野田副会長から、「病院情報センターについては、協議事項—5において述べたので省略したい。」旨が述べられ賛同を得た。

2. コンピュータ委員会について

三宅(浩)委員長から、コンピュータ委員会の報告は、病院情報センター特別委員会と報告内容が同様のため、委員会報告を省略し、10月2日(月)～6日(金)に大阪で開催されたMEDIS '78の参加状況として、「当日は、461名の参加者があり、段々と興味を持たれるようになってきた。また、病院、医療団体からの参加が多くなってきており、感謝している。」旨の報告がなされた。

3. 防災対策懇談会について

小原常任理事に代わって、北村委員長から、「防災懇談会を11月18日(土)に建設省の住宅局長を交えて開催し、既存建築物避難施設整備については、現在のところ技術基準が明確でないため、早急に完全な技術基準を設けてゆきたい。また、本会としては、助成部会の開催を強く要望している。」旨が述べられた。

4. 病院視察研究会実施結果報告について

小野田副会長から、病院視察研究会が11月5日～8日の三日間、静岡県(浜松市)、愛知県の6病院を視察対象にして開催され、35名の参加者があり、見聞をひろめた研究会であったとして、つぎの病院名が紹介された。

- 聖隷浜松病院(静岡県)
- 県西部浜松医療センター(静岡県)
- 遠州総合病院(静岡県)
- 名古屋保健衛生大学病院(愛知県)
- 総合大雄会病院(愛知県)
- 名古屋掖済会病院(愛知県)

5. 事務管理部会全国研究会開催結果報告について

落合委員長から、「11月9日(木)、10日(金)の両日、秋田市において事務管理部会全国研究会が参加者約70名を集めて盛会に開催された。収支については、PR期間が20日間であったが、来年、秋田で開催される日本病院会学会の学会長である、秋田赤十字病院の竹本吉夫院長等にいろいろ骨をおってもらって、3万3千円の赤字に止まった。」旨の報告があった。

6. 医療費問題委員会について

村上事務局長から、11月13日に開催された医療費問題委員会の報告があった。主な内容としては、「先に会長に提出された適正入院料検討特別委員会の答申書をもとに、入院料に限りて問題を検討してゆきたい。そのなかで、小野田副会長から答申書に対して要望のあった、医療法にもとづく医師数をもとに入院時医学管理料の算定、基準看護の特3類の新設などを検討して、できれば次回の常任理事会までにまとめたい、としている。」旨が述べられた。この件に関連して、小野田副会長から、「最近、新聞等に不正医師の記事が掲載されているが、本会には、このような医師は居ないことを日本病院会ニュースで知らせたらどうか。」という提案があった。さらに、三宅(浩)委員長から、「ある新聞では、医師優遇税の意味を正しく理解せずに使用されているので、この件に関しても周知させるべきである。」旨の意見があった。協議の結果、この件に関しては、ニュース掲載が逆効果となるという恐れもあるので、会長副会長が、本会の立場を大きい観点から記述することになり、また、病院制度委員会から渡辺委員長が、「地域医療のあり方」と題してニュース掲載を行なうことで賛同を得た。

7. 医療紛争防止のためのセミナー開催結果報告について

菱山常任理事から、「11月16日、17日の両日、安田火災海上保険(株)の講堂において医療紛争防止のためのセミナーを開催し、46名の参加者があ

た。また、収支については、10万5千円の黒字となり盛んなセミナーであった。」旨の報告があった。

8. 主として副院長等管理者セミナー開催結果報告について

吉岡常任理事から、「11月17日、18日の両日、番町共済会館において副院長等管理者セミナーが開催され、左奈田会長による「副院長論」、高山理事による「病院経営管理における少数精鋭制」、小野田副会長による「ワークショップ：副院長はいかにあるべきか」等の多彩なテーマにより、33名の参加者で開催された。」旨の報告があった。

9. 「医療事務入門」出版について

村上事務局長から、「前回の常任理事会で協議された「医療事務入門」の出版広告に関し、高橋先生が図書内容に日を通されたが、内容に問題はないとの連絡をいただいた。また、広告内容も全面的に改ため、図書の目次をそのまま記載すること、薬物編は付録として収録する。装幀等出版形式は従来通信教育部から出していたものを踏襲したならば如何がかとのことであったので、ご協議いただきたい。」と述べられた。これに関して、菱山常任理事から、「本書の発行先はどこになるのか。」という質問があり、村上事務局長から、「本会の通信教育のテキストとし、発行したいと考えているが、取扱いについては、どうするか今後検討することにしていく。」と答えた。

10. その他

(1) 3,500ポンドの使途目的の通知について

落合委員長から、「IHFからの3,500ポンドの使途については、本会は国際交流基金とすることを目的としたが、11月10日に開催されたIHFの執行委員会に使途目的を具体的に知らせることができなかったが、これからでも返事を出したい。」旨が述べられた。

(2) IHF主催の来年度スタディーツアーについて

落合委員長から、「来年度のIHF主催のスタディーツアーは、9月14日～28日に、ソビエト、ロ

シアの病院を企画しており、日本からは、35名程度参加させたいと思っている。」旨が述べられた。この件に関して、太田監事から、「ソ連の病院は、実際協力的であるのか。」という質問があり、落合委員長から、「IHFの計画は二年ぐらいいってもって企画をしているし、また、ソ連は、IHFに加入したがつているので協力的である。」と答えた。

(3) IHF地域学会(マニラ)について

落合委員長から、「IHF主催の地域学会(マニラ)が、11月26日～30日に、「発展途上国における医療」をテーマに開催されるが、現在、出席者が19名である。」旨が述べられた。

(4) 54年度日本病院会海外視察について

落合委員長から、54年度の本会主催の海外病院視察は、6月24日～28日に、ノルウエー(オスロ)を計画しており、年内に案内を出したい旨が述べられた。

(5) 日本病院会政治連盟寄付について

河野副会長から、「徳岡副会長の質問事項として、公的病院は本会の政治連盟に対し、どの位の寄付をすれば良いのかという質問があったので答えた。」と述べ、「本会政治連盟の寄付金は1口2万円まで5口まで受付けており、現在、1口57件2口5件、5口26件の寄付があり、公的、私的病院を問わず寄付を願いたい。政治連盟としては近日中に行なわれる選挙に対して、12月15日(金)に全国委員会を開催し、推せんする人を具体的にあげ、本会としては税金問題に関し強く働きかけたい。」旨が述べられた。

(6) 大阪府病院協会の要望書について

内藤副会長から、「消防法の改正により、スプリンクラー等の消防用設備の改善を54年3月31日までに義務づけられているが、これは巨額の設備資金が必要となり、大阪府病院協会としては、日本病院会に要望書として、

1. 更に三年間の実施特別猶予期間を設けてもらいたい。

1. 国庫または自治体よりの設備補助金または利子補給を受けられるようにしてもらいたい。

1. 造られた消防用設備については、特別償却等税上の恩典を与えてもらいたい。3点を提出し

たい。」旨が述べられた。

この件に関して、北村委員長から、「消防法改正に伴う消防用設備設置に関しては、昭和49年6月に発令され、病院建物に関しては、2年の延期をとっている。また、融資については、医療金融公庫で年6.05%で、現在、資金貸出しを行なっている。」旨が述べられた。つづいて、岡山常任理事から、「民間病院に対して、自治体から利子補給をうけているところがあるだろうか。」という質問があり、太田監事から、「神奈川県では、民間病院に対しての利子補給は自治体から医師信用組合を通じて受けている。」と述べられた。この件に関しては、北村委員長が、設備補助金・利子補給に関してニュースに掲載することになり、後日常任理事会で検討することで賛同を得た。

(7) 本会預り金について

平野常任理事から、「IHFからの3,500ポンド、AHFの預り金120万円の利息通知が本会あてになっているため、本会の勘定項目から早急に離してほしい。」旨が述べられ、3,500ポンドについては、「国際交流基金」として別にし、AHFの預り金120万円も本会から切り離すことで賛同を得た。

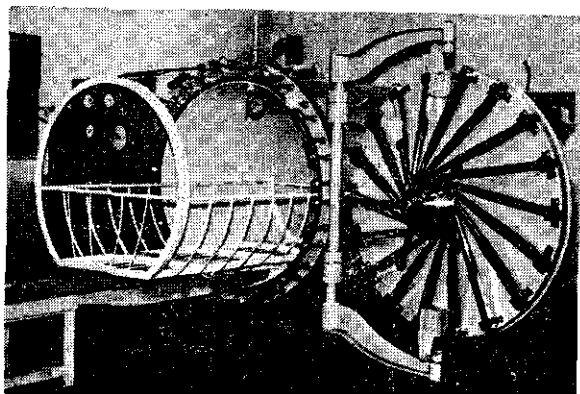
(8) 第6回日本医師会特別医学分科会について

村上事務局長から、12月5日(火)～8日(金)に開催される日本医師会主催の第6回日本医師会特別医学分科会の案内が本会あてにきている旨が述べられた。この催し会は、だれでも参加が可能なため、左奈田会長が、日本病院会ニュースに掲載し広く参加を呼びかけることで賛同を得た。



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

2月の通信教育スクーリング

実施日時	通信教育名	テーマ	開催地・会場<所在地>
11日(日) 13日(火)} 9:00~16:00	メディカルクラーク 後期スクーリング	「病院管理学」他	京都・私学会館(京都)
14日(水) 9:00~16:00	メディカルクラーク	試験	早稲田速記学校(東京高田馬場) 京都私学会館(京都)
15日(木) 17日(土)} 9:00~16:00	メディカルクラーク 後期スクーリング	「病院管理学」他	早稲田速記学校 (東京高田馬場)
22日(木) 28日(水)} 9:00~16:00	<東京地区> 診療録管理通信教育	集中スクーリング	早稲田速記学校
22日(木) 28日(水)} 9:00~16:00	<近畿地区> 診療録管理通信教育	集中スクーリング	大阪府職業訓練センター
22日(木) 28日(水)} 9:00~16:00	<福岡地区> 診療録管理通信教育	集中スクーリング	福岡大学医学部

編集後記

新年明けましておめでとうございます。本年もよろしく願い申し上げます。

今月の巻頭言は左奈田幸夫会長の年頭所感「国民の求める医療の方向」をいただきました。

グラフは、11月に行なわれた静岡・愛知県下の6病院を対象にした病院視察研究会の模様を紹介いたしました。レポート記事ともどもご参考になることと存じます。

記事は、病院長セミナーから前田信雄氏の講演「欧米の医療保障の動向と課題—アメリカの医療問題とあたらしい方向—」、宮城県官公立病院事務長会編「地震対策について—宮城県沖地震を教訓として」、また第19回人間ドック学会一般演題抄録(No.1~40)を収録いたしました。いずれもご参考になることと存じます。

随筆は「第18回病院管理視察研究会うらばな

し」で、お楽しみいただけると存じます。

べんきょう会からは、定例研究会から8月・薬事管理研「プロパー活動および問屋セールス活動と薬剤業務をめぐる諸問題」、10月・病院診療部会研の「B型肝炎の診療と院内感染防止対策、B型肝炎ウイルスについて」を収録いたしました。

2月号はグラフで第2回日本診療録管理学会の模様を、記事で同一般演題記録(No.1~25)をお届けする予定です。

随筆には高橋政祺氏「四十年ぶりのクラス会」を収録する予定です。

また、べんきょう会は、全国研究会から7月・庶務人事・労務台同研、9月・用度・ハウスキューピング合同研、10月・会計経理・施設合同研を、定例研究会から10月・薬事管理部会、放射線研究会などを収録する予定であります。

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(金)14:00~16:00	臨床検査管理研究会	アメリカにおける緊急検査の現状	番町共済会館 東京都千代田区二番町2
8日(木)14:00~16:30	看護管理部会 定例研究会	何をよい看護と考えるか	東京・電設健保会館
14日(水)14:00~16:30	薬事管理部会 定例研究会	医療紛争防止のための医薬品情報	東京・番町共済会館
15日(木)9:00~17:00 17日(土)	第一線リーダー研修 会	<ul style="list-style-type: none"> ・職場リーダーのポジションと役割 ・職場運営のポイント ・要求される創意工夫 ・職場研修のねらい ・ケーススタディ ・リーダーシップの相互理解 	京都私学会館 京都市上京区烏丸蛤御門 前
16日(金)9:30~16:00	栄養セミナー	外科栄養法について他	千葉大学医学部附属病院 三階臨床講堂<千葉市>
20日(火)9:00~17:00 21日(水)	全国看護研究会	<ul style="list-style-type: none"> ・看護計画 ・診療と看護の接点 ・病院と医療紛争 ・生命のしくみとあかし 	長崎市医師会館
20日(火)14:00~16:30	病院診療部会 定例研究会	老人病について	セントラル病院分院 <渋谷区神泉町25-1>
21日(水)9:20~17:00	定例医事研究会	医事課へのコンピュータ導入について(その3) ①導入に際しての前準備 ②導入稼働してからの問題点及びその処理方法	私学会館財団分室 <東京都千代田区富士見1-10-12>
22日(木)14:00~16:30	病院管理総合部会 定例研究会	新しい病院の未来像をつくる ①ビデオ装置の活用 ②美容室、喫茶室 ③給食のメニュー方式化 ④友の会、健診制度 ⑤人事管理 ⑥施設見学	富士見病院 <埼玉県所沢市西所沢2-1-13>
22日(木)14:00~16:30	ハウスキーピング 部会定例研究会	基準寝具の標準帳票について 「基準寝具設備承認申請に必要な最少限」事例発表	聖路加国際病院 (第二記念館)
22日(木)10:00~17:00 23日(金)9:00~15:00	事務管理全国研究会	①シンポ「事務部・看護部連携強化の事例と方策」 ②パネル「事務長の言い分・総婦長の言い分」	香川県市町村職員共済会館 <高松市錦町1-20-11>
23日(金)14:00~16:00	放射線部会研究会	中小病院における経営問題と技師の役割	太田総合病院 <川崎市川崎区駅前本町3-1>
28日(水)14:00~17:00	施設研究会	施設管理上の人・物・金	番町共済会館

病 院 長 殿
総 婦 長 殿

社団法人 日本病院会
会 長 左奈田 幸 夫



第2回全国看護研究会(長崎市)開催のご案内

日本病院会では従来看護管理部会が主として管理的立場の看護婦を対象として各地で研究会を実施してまいりましたが、多くの会員からの要望によりこのたび看護研究会を設けて、病院勤務の一般看護婦を主対象とした内容・運営の研究会をも実施していくことになりました。今回その第2回目を長崎市で下記のとおり開催いたします。一般看護婦を対象にするとは云え、看護業務の問題でもありますので、主任看護婦、婦長等管理者の参加もお待ちしております。是非多数のご参加をいただきますよう、よろしくご高配の程お願い申し上げます。

記

名 称	社団法人日本病院会 第2回全国看護研究会
主 催	社団法人日本病院会
後 援	長崎県医師会病院部会
協 賛	社団法人日本看護協会長崎県支部協議会 社団法人日本看護協会看護婦部会長崎県支部
期 日	昭和54年2月20～21日(火)～(水)
会 場	長崎市医師会館(略図参照) 長崎市新地6番53号 TEL 0958-24-4511
プログラム	別掲のとおり

看護研究会プログラム

2月20日(火)

9:30 開 会 あ い さ つ

(社)日本病院会理事長 岩 永 光 治
十善会病院院長
長崎県医師会常務理事長 福 井 順
福岡病院院長

9:40 「診療と看護の接点」
~11:00

(社)日本病院会教育委員長 三 宅 史 郎
国立甲府病院院長

11:10 「生命のしくみとあかし」
~12:30

(社)日本病院会常任理事長 吉 岡 観 八
新千里病院院長

12:30 ——— 昼 休 み ———
~13:30

13:30 「病院と医療紛争」
~15:00

(社)日本病院会常任理事長 菱 山 博 文
福岡城南病院院長

15:10 「期待する看護婦像」(仮題)
~17:00

元毎日新聞社論説副主幹 畑 山 博

2月21日(水)

9:00 「よい看護とはなにか」
~10:00

十善会病院看護部長 村 田 多 恵 子

10:10 「看 護 計 画」
~12:00

聖路加国際病院総婦長 内 田 卿 子

12:00 ——— 昼 休 み ———
~13:00

13:00 演習(グループ討議)「看護計画について」
~15:30

演習についての全体討議

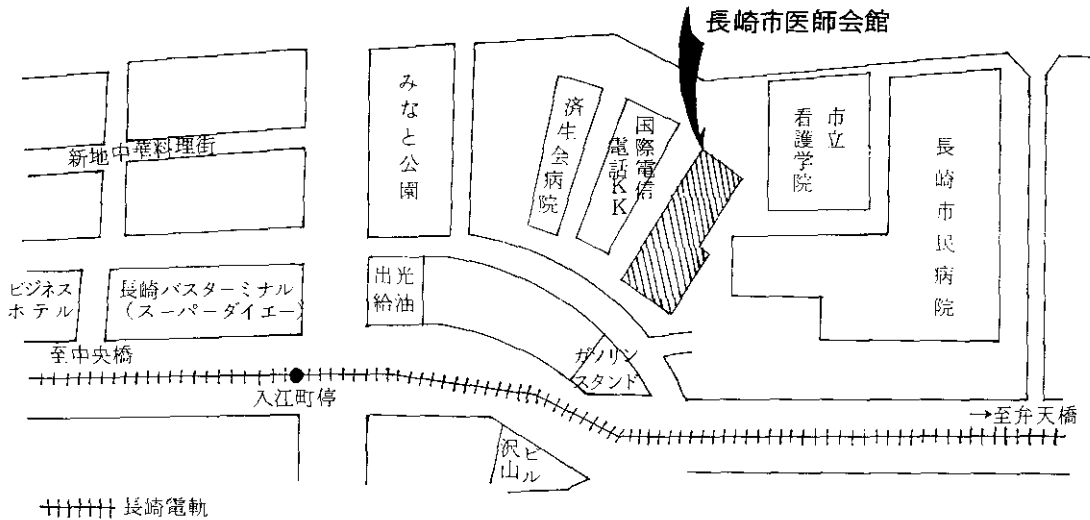
15:30 閉 会 あ い さ つ

(社)日本病院会代議員 三 原 茂
長崎市立市民病院院長

○看護研究会委員

宮原 仮江	関東通信病院	総 婦 長
杉山 晴子	慶応義塾大学病院	婦 長
佐藤 キク	駿河台日大病院	〃
阿部 美津子	永寿総合病院	総 婦 長
内田 卿子	聖路加国際病院	〃
木村 千枝子	東京日立病院	〃
栗原 やま	虎の門病院	〃
嶋崎 佐智子	東京警察病院	〃
鈴木 チズ子	日本赤十字社医療センター	副看護部長

会場ご案内図



※日印は、長崎市民病院が最もわかりやすく、その隣接地

キ-リ-ト-リ-セ-ン

全国看護研究会・参加申込書

病院名		
所在地	〒	
電話番号		
参加者	職 名	氏 名

全国看護④

参加料 ○ 会員病院（主催、後援、協賛に加入の病院）
 1人につき 6,000円
 2人目からは1人につき 3,000円を加算した額

○ 非会員病院
 1人につき 8,000円（割引特典なし）

申込先 〒102 東京都千代田区二番町2 番町共済会館
 社団法人 日本病院会 看護研究会
 TEL 03-265-0077

申込方法 ☆ 銀行振込の場合

 第一勧業銀行麹町支店 普通預金 1033550（社）日本病院会
 参加申込書は郵送にて必ずお送り下さい。

☆ 現金書留で申込む場合は参加申込書を同封のうえ申込先までお
 送り下さい。

定 員 200名

締 切 日 2月13日(火)

宿 泊 各自お手配願います。

 なお、会場近くの長崎バスターミナルホテル(0958-21-4111)が
 便利です。

お知らせ

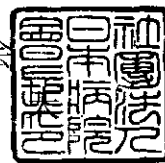
全国研究会・セミナー・海外視察研究等の開催案内は今年度から、
日本病院会雑誌巻末の綴込み、日本病院会ニュースの挟込みでお届け
することになりました。

なお、今まで行ってきましたダイレクトの案内は昭和54年1月から
なくす方針でおりますので、雑誌・ニュース配布時には特にご注意を
お願いいたします。

日病会発第 478 号
昭和54年1月10日

病 院 長 殿
事 務 長 殿
総 婦 長 殿

社団法人 日本病院会
会 長 左奈田 幸



事務管理全国研究会開催のご案内

拝啓 時下ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

さて、この度(社)日本病院会では事務管理全国研究会を下記要領にて開催することになりました。今回は「事務と看護の理解と連携」を中心にとりあげました。

この研究会は事務、看護、両部門にとってかかすことのできない問題を主体とし、皆様と一緒に勉強してまいりたいと思います。時節柄、ご多用のこととは存じますが多数ご出席くださいますようご案内申し上げます。

敬 具

記

1. 名 称 事務管理全国研究会
2. 主 催 社団法人 日本病院会
3. 後 援 社団法人 香川県医師会
4. 日 時 2月22日(木) 10:00~19:30 (17:30~19:30懇親会)
2月23日(金) 9:00~15:00
5. 会 場 香川県市町村職員共済会館 3階会議室
高松市錦町1-20-11 0878-51-6677
(国鉄高松駅から徒歩15分、タクシー5分)
6. 参 加 費

	会 員 病 院	非会員病院
1名	6,000円	8,000円
2名	6,000円+(3,000×1)=9,000円	8,000×2=16,000円
3名	6,000円+(3,000×2)=12,000円	8,000×3=24,000円
4名	6,000円+(3,000×3)=15,000円	8,000×4=32,000円

7. 資 料 代 会員・非会員共 1名につき 2,000円

事務管理全国研究会プログラム

第 1 日 昭和54年2月22日(木)～23日(金) 香川県市町村職員共済会館

時 間	テ	マ	講 師
10:00 }	開 会	あ い さ つ	(社) 日本病院会 副会長 佼 成 病 院 院 長 小野田 敏 郎
			(社) 香川県医師会 会長 松 岡 病 院 院 長 松 岡 健 雄
10:10 }	日 本 病 院 会 の は た ら き		(社) 日本病院会 常任理事 新 千 里 病 院 院 長 吉 岡 観 八
10:30 }	労働問題に対し事務長と総婦長は どうスクラムを組むか		(社) 日本病院会 国際委員会委員長 (財) 聖路加国際病院 常務理事 落 合 勝 一 郎
11:30 }	病 院 看 護 婦 に 対 す る 事 務 長 の 理 解		武蔵野赤十字病院 事務部長 東 義 晴
12:30	昼 食 ・ 休 憩		
13:30 }	シンポジウム		司会 小野田 敏 郎
15:40	事務部・看護部連携強化の 実 例 と 方 策		吉 岡 観 八 落 合 勝 一 郎 東 義 晴 (財) 聖路加国際病院 総婦長 内 田 卿 子 愛媛大学医学部付属病院 看護部長 岡 本 恒 美
15:50 }	経 済 問 題 に 対 す る 看 護 婦 へ の 理 解 の 求 め 方		落 合 勝 一 郎
17:00	懇 親 会		
17:30 }			
19:30			

第 2 日

2 月 23 日 (金)	時 間	テ ー マ	講 師
	9:00 ∩ 10:30	事務長に理解してほしい看護婦 院内教育の重要性とすすめ方	内 田 卿 子 岡 本 恒 美
	10:40 ∩ 11:40	看護婦の機器類に対する弱さの カバーの仕方	東 義 晴
		昼 食 ・ 休 憩	
	12:50 ∩ 15:00	パネルディスカッション 事務長の言い分・総婦長の言い分	司会 小野田 敏 郎 落 合 勝 一 郎 東 義 晴 内 田 卿 子 岡 本 恒 美
	閉 会 あ い さ つ	落 合 勝 一 郎	

キ...リ...ト...リ...セ...ン

事務管理全国研究会参加申込書

都 道 府 県 名			
病 院 名			
病院所在地	〒		
経 営 主 体			TEL
参 加 者 名	職 名	氏 名	懇 親 会
			参加する・参加しない
			参加する・参加しない
			参加する・参加しない

8. 懇親会費(希望者) 4,000円(申込書の「懇親会参加する」を○で囲んでください)
9. 申込締切 2月17日(土)
10. 申込先 参加申込書・参加費・資料代・懇親会費(希望者)を同封のう
え、現金封筒で下記へお送りください。
〒102 東京都千代田区二番町2番地 番町共済会館
(社)日本病院会 事務管理研究会 係
11. 宿 泊
について 各自でお手配をお願い致します。
1) 高松ステーションホテル TEL 0878-21-6989
2) ホテル 徳 寿 TEL 0878-31-0201

お知らせ

全国研究会・セミナー・海外視察研究等の開催案内は今年度から、日本病院会雑誌巻末の綴込み、日本病院会ニュースの挟込みでお届けすることになりました。

なお、今まで行ってきましたダイレクトの案内は昭和54年1月からなくす方針でおりますので、雑誌・ニュース配布時には特にご注意をお願いいたします。

自動機能がフルに発揮された!

三要素直記式自動心電計 FD-35



- 記録の位置や感度が自動的に調整されます。
- 自動記録は任意の誘導からスタートできます。
- 自動記録の時間(長さ)を調整できます。
- 被検者への電気的安全性も万全です。
- 従来製品のように手動でも操作します。
- スベア誘導(任意の誘導を組み合わせる)を備えています。
- 60m巻き記録紙が使用でき集団検診にも適しています。



●ME機器の総合メーカー



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)

もう何人もの方が… 命拾いました。

 **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っています。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。

CT-H
HITACHI SCANNER

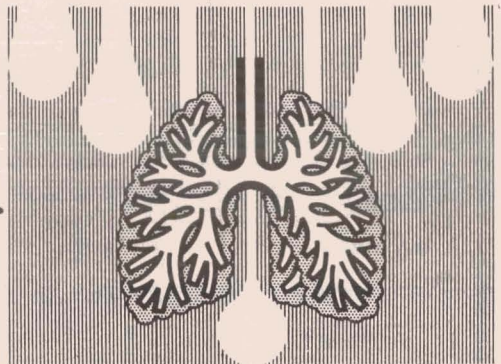
株式会社 日立メディコ

〒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(京都)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

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。
- 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。

* 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：DA B52-6)